

表1-42-1 合併前の保健師の業務形態

区分	合併形態			人数(%)
	①新設	②編入	合計	
①全て地区分担	8 (3.8)	3 (3.6)	11 (3.7)	
②全て業務分担	18 (8.5)	2 (2.4)	20 (6.8)	
③地区分担・業務分担併用	133 (62.7)	63 (75.9)	196 (66.4)	
④不明瞭	48 (22.6)	11 (13.3)	59 (20.0)	
⑤その他	5 (2.4)	4 (4.8)	9 (3.1)	
合計	212 (100.0)	83 (100.0)	295 (100.0)	

p=.071

表1-42-2 合併後の保健師の業務形態

区分	合併形態			人数(%)
	①新設	②編入	合計	
①地区分担制	12 (5.6)	3 (3.5)	15 (5.0)	
②業務分担制	21 (9.8)	6 (7.1)	27 (9.0)	
③地区分担と業務分担の併用	175 (81.4)	73 (85.9)	248 (82.7)	
④その他	7 (3.3)	3 (3.5)	10 (3.3)	
合計	215 (100.0)	85 (100.0)	300 (100.0)	

p=.760

表1-43 旧市町村における質の高い事業の活かし方

区分	合併形態			人数(%)
	①新設	②編入	合計	
①当該地域で継続	56 (27.7)	30 (36.6)	86 (30.3)	
②全市町に拡大	76 (37.6)	20 (24.4)	96 (33.8)	
③同様なので変化なし	70 (34.7)	32 (39.0)	102 (35.9)	
合計	202 (100.0)	82 (100.0)	284 (100.0)	

p=.089

表1-44-1 委託事業の有無

区分	合併形態			人数(%)
	①新設	②編入	合計	
①あり	47 (21.3)	15 (17.6)	62 (20.3)	
②なし	174 (78.7)	70 (82.4)	244 (79.7)	
合計	221 (100.0)	85 (100.0)	306 (100.0)	

p=.529

表1-44-2 廃止事業の有無

区分	合併形態			人数(%)
	①新設	②編入	合計	
①あり	78 (36.8)	37 (46.3)	115 (39.4)	
②なし	134 (63.2)	43 (53.8)	177 (60.6)	
合計	212 (100.0)	80 (100.0)	292 (100.0)	

p=.143

表1-45 旧市町村での策定状況

人数(%)

計画名	策定状況	合併形態			p値 有意差
		①新設	②編入	合計	
1.総合計画	①旧市町村すべて策定	177 (83.5)	57 (77.0)	234 (81.8)	.041 *
	②一部策定	24 (11.3)	16 (21.6)	40 (14.0)	
	③策定なし	11 (5.2)	1 (1.4)	12 (1.2)	
	合計	212 (100.0)	74 (100.0)	286 (100.0)	
2.健康増進計画	①旧市町村すべて策定	56 (26.0)	24 (30.1)	80 (27.2)	.642
	②一部策定	94 (43.7)	35 (44.3)	129 (43.9)	
	③策定なし	65 (30.2)	20 (25.3)	85 (28.9)	
	合計	215 (100.0)	79 (100.0)	294 (100.0)	
3.高齢者保健福祉計画	①旧市町村すべて策定	188 (87.4)	62 (81.6)	250 (27.2)	.425
	②一部策定	20 (9.3)	11 (14.5)	31 (10.7)	
	③策定なし	7 (3.3)	3 (3.9)	10 (3.4)	
	合計	215 (100.0)	76 (100.0)	291 (100.0)	
4.次世代育成支援行動計画	①旧市町村すべて策定	131 (61.2)	36 (49.3)	167 (58.2)	.046 *
	②一部策定	36 (16.8)	22 (30.1)	58 (20.2)	
	③策定なし	47 (22.0)	15 (20.5)	62 (21.6)	
	合計	214 (100.0)	73 (100.0)	287 (100.0)	
5.地域福祉計画	①旧市町村すべて策定	52 (25.2)	16 (22.5)	68 (24.5)	.900
	②一部策定	48 (23.3)	17 (23.9)	65 (23.5)	
	③策定なし	106 (51.5)	38 (53.5)	144 (52.0)	
	合計	206 (100.0)	71 (100.0)	277 (100.0)	
6.障害者福祉計画	①旧市町村すべて策定	105 (50.2)	36 (49.3)	141 (50.0)	.973
	②一部策定	60 (28.7)	22 (30.1)	82 (29.1)	
	③策定なし	44 (21.1)	15 (20.5)	59 (20.9)	
	合計	209 (100.0)	73 (100.0)	282 (100.0)	
7.介護保険事業計画	①旧市町村すべて策定	193 (89.8)	67 (88.2)	260 (89.3)	.910
	②一部策定	13 (6.0)	5 (6.6)	18 (6.2)	
	③策定なし	9 (4.2)	4 (5.3)	13 (4.5)	
	合計	215 (100.0)	76 (100.0)	291 (100.0)	
8.その他	①旧市町村すべて策定	7 (43.8)	3 (37.5)	10 (41.7)	.945
	②一部策定	5 (31.3)	3 (37.5)	8 (33.3)	
	③策定なし	4 (25.0)	2 (25.0)	6 (25.0)	
	合計	16 (100.0)	8 (100.0)	24 (100.0)	

\* p&lt;.05 \*\* p&lt;.01 \*\*\* p&lt;.001

表1-46 合併後の保健センターの機能位置づけの変化

人数(%)

区分	合併形態		
	①新設	②編入	合計
①変化なし・対等	93 (42.9)	26 (31.3)	119 (39.7)
②本所と分所	53 (24.4)	27 (32.5)	80 (26.7)
③一箇所に集約	35 (16.1)	15 (18.1)	50 (16.7)
④縮小廃止	10 (4.6)	8 (9.6)	18 (6.0)
⑤その他	26 (12.0)	7 (8.4)	33 (11.0)
合計	217 (100.0)	83 (100.0)	300 (100.0)

p=.144

表1-47 保健センターの位置づけの変化に伴う保健事業への影響の有無

人数(%)

区分	合併形態		
	①新設	②編入	合計
①あり	108 (55.7)	54 (71.1)	162 (60.0)
②影響なし	76 (39.2)	19 (25.0)	95 (35.2)
③その他	10 (5.2)	3 (3.9)	13 (4.8)
合計	194 (100.0)	76 (100.0)	270 (100.0)

p=.066

表1-48 保健事業に関する権限

区分	合併形態		
	①新設	②編入	合計
①所管課に集中化	75 (34.4)	37 (43.5)	112 (37.0)
②所管課にほぼ集中化	94 (43.1)	38 (44.7)	132 (43.6)
③各支所が持っている	47 (21.6)	6 (7.1)	53 (17.5)
④その他	2 (0.9)	4 (4.7)	6 (2.0)
合計	218 (100.0)	85 (100.0)	303 (100.0)

p=.004

表1-49 保健所との関係の変化

区分	合併形態		
	①新設	②編入	合計
①変化なし	177 (81.2)	64 (76.2)	241 (79.8)
②密になった	15 (6.9)	10 (11.9)	25 (8.3)
③疎になった	26 (11.9)	10 (11.9)	36 (11.9)
合計	218 (100.0)	84 (100.0)	302 (100.0)

p=.361

表2-1 組織・行政のしくみ等の変化

人口規模	n	保健師の増加( )	保健部門の人員減	保健師の配置( )	分庁舎・支所化	事務分掌の整備・再編( )	他の専門職の配置( )	事務職員の配置( )	担当地区の面積・人口増( )	電算システムの導入・整備
3万人未満	26	保健部署の実質増員、複数化・仲間の増	○	集中配置、中央に一本化、支所への無配置、業務分担制・分散化	○	組織強化・合理化、役割分担の明確化	栄養士、社会福祉士	増員	○	○
3-5万人未満	21	人数・年齢・キャリア幅	○	分散配置、福祉部門へ	○	本庁集約化	臨床心理士、栄養士	減員	○	○
5-10万人未満	20	一人配置から複数配置へ	○	分散配置	○	組織拡大、専門分化、本庁集約化	栄養士、心理相談員	減員	○	○
10万人以上	15	全体に増えた	○	—	—	組織体制・書類の整備	精神保健福祉士・言語聴覚士・臨床心理士	—	—	—
政令市	8	全体に増えた	○	部外保健師の配置	—	区への分権がない	医師・歯科衛生士・精神保健福祉士	—	—	○

\*○は記述あり、-は記述なし、項目の内容・特徴がある項目のみ( )に記載



5~10万人未満	・相互に学び合えた ・良い活動を振り返り入札 ・視野が広がった	・保護者が偉大な交流や相談が 可能に ・保護事業に専念できる環境 ができた ・事業の向上が期待できる	・直接事業の整理ができた ・組織的に取り組めるようになった ・一本化された実業会社化が 進んだ ・地域特性を主体として業務を 行なっていることを再認識した	・カーブをあえる ・新設・相談しあえる ・本行・支所間の連携が深まる	・保護者の必要感が増加し、 増員の検討がなされている ・保護者に対する支援がより 充実した ・担当が明確化した	・分限配置により保護部門の 保護師が増えた ・本行・保護師の地区活動減少 の傾向が減少 ・支所に情報が流れにくい ・保護師間のネットワークが 少なかった	・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・保護師がみえない、わから ない ・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・地区住民と直接相談する機 会が少なくなった ・保護センターと地区住民との 距離が遠くなった ・個人が見えにくくなる ・担当者がたてない
10万人以上	・事業の担当があっても事務 等に出席できるようになった ・事業の視点の広がり ・情報が多くなるようになった	・事業の担当があっても事務 等に出席できるようになった ・事業の視点の広がり ・情報が多くなるようになった	・事業の視点の広がり ・情報が多くなるようになった ・事業の視点の広がり ・情報が多くなるようになった	・保護センター4ヶ所が同一課 員なので、センター間の職員 の協力体制が容易になった ・一つの事業にも対応力が しつかりあるもので充実した	・保護センター4ヶ所が同一課 員なので、センター間の職員 の協力体制が容易になった ・一つの事業にも対応力が しつかりあるもので充実した	・保護師が活躍している中で、 経験が豊富で、以前よりも 経験が深くなった ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた	・保護師が活躍している中で、 経験が豊富で、以前よりも 経験が深くなった ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた	・保護師が活躍している中で、 経験が豊富で、以前よりも 経験が深くなった ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた	・保護師が活躍している中で、 経験が豊富で、以前よりも 経験が深くなった ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた ・活動の中心がより、保護者の ニーズに合わせた活動が 進められた
20	・相互に学び合えた ・良い活動を振り返り入札 ・視野が広がった	・保護者が偉大な交流や相談が 可能に ・保護事業に専念できる環境 ができた ・事業の向上が期待できる	・直接事業の整理ができた ・組織的に取り組めるようになった ・一本化された実業会社化が 進んだ ・地域特性を主体として業務を 行なっていることを再認識した	・カーブをあえる ・新設・相談しあえる ・本行・支所間の連携が深まる	・保護者の必要感が増加し、 増員の検討がなされている ・保護者に対する支援がより 充実した ・担当が明確化した	・分限配置により保護部門の 保護師が増えた ・本行・保護師の地区活動減少 の傾向が減少 ・支所に情報が流れにくい ・保護師間のネットワークが 少なかった	・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・保護師がみえない、わから ない ・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・地区住民と直接相談する機 会が少なくなった ・保護センターと地区住民との 距離が遠くなった ・個人が見えにくくなる ・担当者がたてない
8	・相互に学び合えた ・良い活動を振り返り入札 ・視野が広がった	・保護者が偉大な交流や相談が 可能に ・保護事業に専念できる環境 ができた ・事業の向上が期待できる	・直接事業の整理ができた ・組織的に取り組めるようになった ・一本化された実業会社化が 進んだ ・地域特性を主体として業務を 行なっていることを再認識した	・カーブをあえる ・新設・相談しあえる ・本行・支所間の連携が深まる	・保護者の必要感が増加し、 増員の検討がなされている ・保護者に対する支援がより 充実した ・担当が明確化した	・分限配置により保護部門の 保護師が増えた ・本行・保護師の地区活動減少 の傾向が減少 ・支所に情報が流れにくい ・保護師間のネットワークが 少なかった	・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・保護師がみえない、わから ない ・情報は本行に集中するため 急務な情報や困りの対応が できなくなった ・本行に連絡が取りやす くなった ・エリアが広がりおなじみの 保護師が少なくなった	・地区住民と直接相談する機 会が少なくなった ・保護センターと地区住民との 距離が遠くなった ・個人が見えにくくなる ・担当者がたてない



6~10万	20	マンパワー不足により専門性の充実、専任化、事務処理の減少 ・専任業務の増加により作業に関する業務の充実 ・従業員の高齢化の回避など関係事項の充実 ・各種専門的知識の活用(生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防など)	・福祉事務所と協働の連携が強化 ・福祉事務所との関係が強化 ・母子家庭向けの対応が可視化 ・福祉・教材に活用 ・本庁・支所間での情報共有 ・スケジュール管理・日報に活用 ・全庁で活用可能に	・1期前で行っていた事業を継続し全社に拡大できた ・専門的スタッフの確保(特に介護士等) ・メニューの追加 ・スタッフが働きやすい向上(福祉)	・福祉・教材の充実 ・専門的スタッフの確保(特に介護士等) ・メニューの追加 ・スタッフが働きやすい向上(福祉)	・地域性を生かしたサービスの展開(高齢者向け) ・日々の事業をそのまま提供しているが効率化の取り組み ・支所間の連携を推進する ・日清市により重点活動が図られている	・各部分の情報収集も進め時間と労力が少なくなった ・入力作業が従来よりも減り労力が削減された ・電算の入力など事務作業が軽減された ・支所間の連携が図られた	・行番が分かれており請求が次第 ・専任業務が従来より増え、業務が分かれており請求が次第 ・専任業務が従来より増え、業務が分かれており請求が次第 ・専任業務が従来より増え、業務が分かれており請求が次第	・事業ごとに実施したシステムとなっている ・個人情報は支所で扱えるまでになっていない ・パスワード使用により情報漏洩防止 ・正に、業務の進捗が把握しやすくなった。しかし、情報管理が厳格にならなければならない。また、情報が漏れることも、情報管理が厳格に
10万以上(障害者)		・専門性の多様化及び人員の増加 ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防など	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった
10万以上(障害者)		・専門性の多様化及び人員の増加 ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防など	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・情報連携・資料作成が容易になった ・基本研修200名程度が可能な体制になったことにより全庁が電算化された体制は取りやすくなった ・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった	・生活支援型予防、虐待予防、生活保護申請促進、経費削減等、障害予防などの資料作成等の取組が容易になった

表2-4 保健所との関係

人口規模	n	密になった	変わらない	疎遠になった
3万未満	26	保健医療費統計の分析をしてもらい国保担当者も含めて健康問題の共有化をし、事業に反映できるようになった	あまり連携をとっていない	一人のときは支援を受けたがこれまでの関わりであれば必要ない
3~5万	21	・地区組織の一体化にむけて調整機能を果たした	カンファレンス、事業評価などで連携協力が得られている	精神・難病以外の支援は中止となった
		精神保健分野での支援を受けている	今までも特別な支援はなかった	保健所の統合で身近な保健所がなくなった
		助言者としてじゅうようであり客観的な立場で見られる		保健師仲間が増えたので昔家がなくなった、あてにしないでやっていける
		専門的対策で連携		距離が遠くなった
		企画書作成支援		移乗された業務が多く疎遠になった
				業務連携はない
5~10万	20	1市1保健所となり連携が強化された	保健所との接点は年々減少していた	国・県からの情報が遅くなった
		合同プロジェクトをつくり、定例会を実施	従来どおり支援協力を得ている	本庁で対応できるようになった
		資料作成や事業展開などの助言をもらっている		市レベルの検討の場が増えて保健所への支援の求めが減少した
		健康増進計画に支援をもらっている		市と保健所の保健師間の意識のギャップを感じる
		福祉との協議に調整機能を発揮		何も期待することなし
		保健所栄養士との関係は密になった		保健所の合併もあり、保健所の会議もない
				総合的な専門助言が得られにくくなった
				事業との関わりも少なく、個々のケース以外では連携することはほとんどない
10万以上(政令市外)	15	合併にむけての研修会は、保健所が企画、実施した	事例との関わりについては従前どおり担当地区と保健所との連携をしている	旧町村は、新市の組織に相談するようになり保健所への相談が減ってしまった
		関係は密になっている	情報のやりとりはある	保健所管轄が8自治体から1自治体となり、直接の支援・連携が減少している
		統計や報告の資料を依頼したり活用するようになった	研究会、分科会をテーマにより市の関係者も入る	保健所の統廃合で、関係が遠くなった
			職員派遣研修等の全面的支援をいただいている	合併後新市のための連絡とした
			合併前と同様に、新市に必要な指導・助言がある	通知文が一括して市に来るので各町へ配布するための時間と事務量が増加した
			把握している健診情報などの提供により、新市全体の分析等をもたらしている	
10万以上(政令市)	8	支援を求めやすくなった		緊急時対応には時間がかかる
		衛生課業務については管轄保健所に引き継がれた		旧市の時は県保健所の管轄で精神保健などの困難事例に対してもタイムリーに対応できた
		府県保健所において実施されていた事業を一部引き継いだ		必要時には県保健所の機能も取り込むことができたがでなくなった
		保健所が大変近い存在となった		
		健康づくりや人員配置・業務について、所長はじめいろいろな人に気を遣ってもらい大変嬉しく思っている		
		県から事務授業および権限の多くが委譲されようとしている		
		保健所からの技術支援が多くなった		

市町村保健事業（保健師業務）の 評価指標の開発に関する研究

分担研究者 曾根 智史 国立保健医療科学院公衆衛生政策部  
都 筑 千景 大阪市立大学医学部看護学科  
烏帽子田 彰 広島大学大学院医歯薬学総合研究科

研究要旨：

効率的、効果的な市町村保健活動の推進に資するための総合評価指標を開発することを目的に、前段階として、①評価指標に関する全国調査、②評価指標の概念整理を実施した。評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要がある。目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標（群）開発が進展するものと考えられた。ただ、全国調査でも明らかになったように、市町村によって、要因に関する指標においてもアウトカムに関する指標においてもその把握が必ずしも十分でないところが存在する。また、行政評価も特に小規模の市町村においてはあまり実施されていない。市町村保健活動の指標（群）を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がない市町村が多ければ、実際の役には立たず、指標（群）開発には、このような状況も考慮する必要がある。以上の平成 17 年度～18 年度の調査研究および成果を基に、19 年度においては、以下の結論を得た。すなわち、保健活動の指標として活用できるものとして、①目指す姿を共有したか、②旧市町村の独自性を出す努力をしているか、③住民のニーズ把握をしているか、④他の専門機関や部署との連携を行っているか、⑤住民が利用しやすい環境づくりを行っているか、⑥保健師の活動の視点が広がったか、の 6 つの視点があげられ、これらの視点は、保健活動を進める保健師の能力として重要な、「地域をみる、つなぐ、動かす能力」に関連づけられ、評価指標開発の枠組みとして応用できるものと考えられた。また、現在の市町村保健師活動の業務割合は、母子保健、老人保健事業、精神保健の順に多く、指標開発の際もこれらの領域を重点的に評価すべきであると考えられた。

A. 研究目的

効率的、効果的な市町村保健活動の推進に資するための総合評価指標を開発することを目的に、前段階として、①評価指標に関する全国調査、および②評価指標の概念整理を実施した。さらに、地方自治体の合併に伴う新たな地域保健体制の構築が必要とされる中、市町村保健（師）活動について、評価指標のあり方を検討した。

B. 研究方法

(1) 平成 17 年度面接調査、18 年度質問紙調査の再解析を基に、以下の①および②を行った。

なお、具体的には、平成 17 年度の聞き取り調査結果の回答の再解析結果（生田分担研究班）より、評価あるいは評価指標に関する項目を整理し、平成 18 年度実施の市町村調査の結果より基本的な評価指標の入手可能性と行政評価の状況を整

理した。

①評価指標に関する全国調査

平成 18 年度実施の地域保健の推進・展望に関する調査の中で、市町村における行政評価実施の程度および保健分野において行政評価に必要と思われる指標例（11 項目）の把握の程度について調査した。

市町村における行政評価実施については、

1. 毎年実施している
2. 2～3 年に 1 回実施している
3. 以前実施したことがあるが、最近はない
4. これまでまったく実施したことはない

の 4 段階で尋ねた。11 項目の指標例は、米国 United Health Foundation 発行の America's Health Rankings, 2005 edition（米国州別ヘルスランキング 2005 年版：参考文献 2）をもとに、

わが国でも使用可能なものを試みに抽出したものである。その項目は、

- ア. 成人の喫煙率
- イ. 自動車事故による死者数
- ウ. 成人の肥満率
- エ. AIDS 新規患者数
- オ. 結核新規患者数
- カ. 小児の予防接種率（ワクチン別）
- キ. 妊産婦健診受診率
- ク. 冠状動脈疾患による死亡率
- ケ. がんによる死亡率
- コ. 総死亡率
- サ. 乳児死亡率

の 11 項目で、それぞれについて、

- 1. 毎年把握している
- 2. 数年ごとに把握している
- 3. 把握していない

の 3 段階で尋ねた。

## ②評価指標の概念整理

評価に関する文献調査により、評価指標の種類別に長所・短所、入手難易度に関する一覧表を作成し、検討を加えた。

### (2)平成 19 年度保健師業務割合調査結果の整理

保健師適正配置分担研究班が実施した保健師業務割合調査より、重点的に評価すべき業務を抽出した。

### (3)関係者へのヒアリングと直近の関連検討会報告書の分析

全国保健センター連合会の浦園その子企画部長へのヒアリング（平成 19 年 8 月 1 日）を実施するとともに、ここ数年間でまとめられた「市町村保健活動体制強化に関する検討会報告書(平成 17 年度)」、「市町村保健活動の再構築検討会報告書(平成 18 年度)」、「保健師の 2007 年問題に関する検討会報告書(平成 18 年度)」より、評価に事項を整理した。

## (倫理面への配慮)

①については、自治体に対する調査であり、回答者に関する情報は、調査票個票にとどめ、主任研究者が厳重に管理する。したがって集計、分析

においては、個人名が出ることは一切ない。

②については、文献調査であり、倫理面への配慮は特に必要ないものと考えられる。

## C. 研究結果

17 年度および 18 年度の結果概要としては、全国調査より、行政評価に関しては約半数の市町村が実施していたが、まったく実施していない市町村も多かった。また、乳児死亡率や総死亡率などきわめて基本的な指標の把握がなされていない市町村が存在することが明らかになった。また、指標（群）開発においては、目的の明確化とそれに基づく評価の軸の設定が重要であることが示唆された。此らを基に、さらに、平成 19 年度においては以下であった。

### ①評価指標に関する全国調査

調査は全国 1840 市区町村を対象とし、回収した調査票は 975 市区町村であった。そのうち有効回答が 974 市区町村、無効回答が 1 市区町村で、52.9%の回収状況であった。

#### 1. 行政評価の実施状況

表 1 に行政評価の実施状況を示す。毎年実施が 4 割、2~3 年に 1 回実施が 5%で約半数の市町村が一定の行政評価を行っていた。しかし、一方、最近はない、未実施および無回答の市町村も合わせて約半数あった。

これらを人口規模別に見ると（表 2 参照）、人口 10 万人~50 万人の市町村が毎年の実施率が一番高く、次いで 50 万人以上の市町村であった。しかし、人口規模が少ない市町村の実施率は低く、人口 1 万人未満の市町村での未実施は 5 割以上であった。

#### 2. 評価指標の把握状況について

健康指標例 11 項目の把握状況について、表 3 に示した。8 割以上の市町村が毎年把握している項目は、高い順に、小児の予防接種率、妊産婦健診受診率、乳児死亡率、総死亡率であった。また、把握していない項目としては、AIDS 新規患者数が最も低く 16.5%で、次いで自動車事故による死者数 42.8%、成人の喫煙率 45.9%の順であった。

各指標を人口規模別に見ると（表 4~14 参照）、把握率が高い小児の予防接種率や妊産婦健診受診率については、どの人口規模の市町村においても 9 割以上の市町村が把握していた。最も把握率が低かった AIDS 新規患者数については、人口 50 万人以上の市町村では約 8 割で把握されているのに対し、それ以下の人口規模の市町村では 6~8

割が把握していなかった。また、結核新規患者数においても、人口 50 万人以上の市町村が 95% 把握しているのに対し、それ以下の人口規模の市町村の把握は 7~8 割であった。がんによる死亡率、総死亡率、乳児死亡率については、ほぼ 9 割の市町村で把握されていたが、把握なしの市町村も少数ながら存在し、人口 1 万人未満の市町村において把握なしがやや多い傾向にあった。

## ② 評価指標の概念整理

参考文献 2) および 3) から、評価指標の種類について、表 15 のように整理した。

研究者によって、プロセス評価 (Process Evaluation)、インパクト評価 (Impact Evaluation)、アウトカム評価 (Outcome Evaluation) を一組とする考え方とストラクチャー評価 (Structure Evaluation)、プロセス評価、アウトカム評価を一組とする考え方があった。さらに、後者に顧客満足度 (Customer Satisfaction) を加える考え方もあった。前者のプロセス評価は、かなり広義の概念で、ストラクチャー評価の一部や顧客満足度も、これに含まれるという考え方もある。

大きくまとめると、表のように、プロセス評価 (広義)、インパクト評価、アウトカム評価、ストラクチャー評価の 4 種類に大別されるものと考えられる。

方法論による分類では、量的評価 (Quantitative Evaluation) と質的評価 (Qualitative Evaluation) に分けられる。これらはそれぞれ単独で、あるいは組み合わせて用いられる。

これらの評価指標の長所、短所は一覧の通りである。評価の目的にもよるが、現実的には、各指標を組み合わせて用いられる。

指標の入手難易度については、一般的な市町村を想定して記述した。もちろん、例えば、プロセス評価指標であっても入手が容易な個別指標は存在する。そういう意味で、本表はあくまで目安にすぎない。

## D. 考察

評価指標に関する全国調査より、行政評価の実施状況に関しては約半数の市町村が実施しており、行政評価の必要性はある程度認知されていると思われる。しかし、まったく実施していない市町村も多く、市町村によりまだ温度差がある

ことが伺われた。

また、人口規模別にみると人口規模の大きな市町村の方が実施率が高く、小規模市町村の実施率は低くなっていた。この理由として、マンパワーや財政規模によるものが考えられるが、今回は行政評価の内容等については尋ねていないため、より詳細な調査が必要である。

健康指標の把握状況については、死亡など人口動態に関連する項目と、小児予防接種率や妊産婦健診受診率などの市町村が主体となって実施している事業にリンクしているような項目の把握率は比較的高かった。また、保健所を設置している人口 50 万人以上の都市においては、結核新規患者数および AIDS 新規患者数の把握は非常に高かったが、それ以外では低かった。このことから、自らの市町村が実施主体でない指標に関しては、指標の入手可能性が低いのではないかと考えられた。

また、指標によるばらつきもあるが乳児死亡率や総死亡率などきわめて基本的な指標の把握がなされていない市町村が存在することが明らかになった。特に、人口規模が 1 万人未満の市町村において把握していない市町村がやや多い傾向にあった。総死亡率や乳幼児死亡率などは、地域保健担当者として市町村の健康政策を考えていく上で非常に重要な項目である。このような現状では、総合的な評価指標を開発したとしても活用されうるのが懸念される。把握していない、できない理由などを分析し、すべての市町村が項目を把握していけるように考えていくことが急務であると考えられる。

さらに、がん、冠状動脈疾患の死亡率、成人の喫煙率などの把握は、人口規模による差は見られず、全体で 7~8 割程度の把握にとどまっていた。これらの項目は最近の健康課題である生活習慣病対策には欠かせない項目であると考えられ、今後はこれらの項目の把握を促していく必要があると思われる。

また、今回、文献調査により、評価指標の概念整理を行った。

評価指標開発においては、これらの分類を基本に、まず何に使うのか、その目的を明確にする必要がある。今回の市町村保健活動に関する指標開発では、その目的を明確にする必要がある。現場の公衆衛生従事者が業務へのフィードバックのために使うのか、首長が政策立案の資料として使うのか、都道府県が市町村の活動水準や健康水準を比較するために使用するのか、その目的によって、含むべき評価指標は異なる。

例えば、市町村間の活動や健康水準や比較を目的とする、いわゆるランキング的なものを開発するのであれば、今回の調査票項目の参考にした、米国 United Health Foundation 発行の America's Health Rankings, 2005 edition (米国州別ヘルスランキング 2005 年版) が参考となる。ここでは、各州の健康政策に役立てるため、州間の健康水準を比較し、ランク付けすることを目的としている。総合得点は、18 の指標の重み付けされた合計からなっている。個別指標は大きく要因 (Determinant) とアウトカム (Outcome) からなり、要因はさらに、個人の行動 (Personal Behaviors)、コミュニティ環境 (Community Environment)、健康政策 (Health Policies) に関する指標からなっている。具体的には、以下の通りである。

#### 【要因】

##### 〔個人の行動〕

- ・喫煙率
- ・自動車事故死
- ・肥満率
- ・高校修了率

##### 〔コミュニティ環境〕

- ・暴力犯罪発生率
- ・無保険者率
- ・感染症発生率 (AIDS、結核、肝炎)
- ・貧困レベルにある小児の割合
- ・労働災害による死亡率

##### 〔健康政策〕

- ・住民一人当たりの公衆衛生予算
- ・小児の予防接種率
- ・適切な産前ケア

##### 【アウトカム】

- ・身体・精神症状による生活制限のあった日数 (過去 1 か月間)
- ・冠状動脈疾患死亡率
- ・がん死亡率
- ・総死亡率
- ・乳児死亡率
- ・早世による損失 (YPLL)

ただ、この指標群では、例えば、現場の公衆衛生従事者が業務へのフィードバックする目的に

は適さない。その目的には、プロセス評価に含まれる指標を取り入れる必要がある。

今年度の研究では、開発すべき指標の根本的な目的を十分絞り込むところまで到達できなかった。従って、米国の例で示されている [個人の行動]、[コミュニティ環境]、[健康政策] などのいわゆる「評価の軸」を明らかにすることができなかった。19 年度の課題としたい。

以上を総合すると、(1) 平成 17 年度面接調査、18 年度質問紙調査の再解析では、特に、市町村合併後の保健活動の指標として活用できるものとして、①目指す姿を共有したか、②旧市町村の独自性を出す努力をしているか、③住民のニーズ把握をしているか、④他の専門機関や部署との連携を行っているか、⑤住民が利用しやすい環境づくりを行っているか、⑥保健師の活動の視点が広がったか、の 6 つがあげられた。これらの要素は、評価指標開発に応用できるものと考えられる。

また、評価項目に関する市町村の把握状況を調査した 18 年度質問紙調査の結果からは、小児の予防接種率や妊産婦健診受診率のようにプロセス評価に含まれる指標については、9 割以上の把握率であったが、成人の喫煙率・肥満率など影響評価に関する指標や冠状動脈疾患による死亡率など結果評価に関する指標については、把握率が高くないことがわかった。市町村においては、業務報告的なプロセス評価は実施されているが、影響・結果評価については、実施率にばらつきがあることが推察された。

また、平成 19 年度保健師業務割合調査結果 (全国から抽出した 12 の一般市町村に調査票を用いて保健師活動の詳細な業務量を調査した結果) からは、領域別業務割合は、母子保健 38.6%、老人保健事業 23.9%、精神保健 8.4% の順であった。これらの業務領域が現在の保健活動の中核であることが明らかとなり、特に重点的に評価を推進すべきであると考えられた。

なお、関係者へのヒアリングと直近の関連検討会報告書の分析を行ったが、全国保健センター連合会浦園その子企画部長へのヒアリング (平成 19 年 8 月 1 日) において、指標開発においては、保健師が地域保健活動で果たすべき役割の整理がきちとなされることが前提ではないかとの意見を得た。また、「市町村保健活動体制強化に関する検討会報告書 (平成 17 年度)」からは、今後市町村が強化すべき機能として、「保健活動の評価」があげられ、取り組みの効果 (アウトカム) のみならず、保健活動のプロセスに関する評価の必要性が述べられている。

「市町村保健活動の再構築検討会報告書 (平成

18年度)」においては、PDCAサイクル（保健活動の企画立案、実施、評価、改善策の実施のサイクル）に基づく活動体制構築の重要性が指摘されており、「保健師の2007年問題に関する検討会報告書（平成18年度）」では、保健師の(1)地域をみる能力、(2)地域をつなぐ能力、(3)地域を動かす能力の3つが継承していく能力としてあげられている。これは、前述の平成17年度の聞き取り調査結果から得られた、①目指す姿を共有したか、②旧市町村の独自性を出す努力をしているか、③住民のニーズ把握をしているか、④他の専門機関や部署との連携を行っているか、⑤住民が利用しやすい環境づくりを行っているか、⑥保健師の活動の視点が広がったか、の6つの指標と重なる部分が多い。これらをプロセス評価の枠組みと考えることもできる。

以上の知見の纏めは一覧表(表15)を参考にされたい。

## E 結論

平成17年度および18年度の検討結果では、評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要があること、また、目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標(群)開発が進展するものと考えられたが、全国調査でも明らかになったように、市町村によって、市町村保健活動の指標(群)を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がないところも存在することが判明し、指標(群)開発には、このような状況も考慮する必要があることを成果として得たことから、平成19年度は、研究目的に従った具現的な方向性として、以下の結論を得て、今回の全国調査と文献調査において、市町村保健活動の指標(群)開発に関する課題を整理した(以下)。

評価指標には様々な種類、方法があり、目的に応じてそれらを適切に組み合わせる必要がある。目的が明確になれば、評価の軸も明らかとなり、指標(群)開発が進展するものと考えられるが、今回の全国調査でも明らかになったように、市町村によって、要因に関する指標においてもアウトカムに関する指標においてもその把握が必ずしも十分でないところも存在する。また、行政評価も特に小規模の市町村においてはあまり実施されていない。市町村保健活動の指標(群)を提示したとしても、当該指標を入手できない、あるいは指標等を用いての行政評価の土壌がない市町村が多ければ、実際の役には立たない。指標(群)開発には、このような状況も考慮する必要がある。

総括的には、市町村の保健活動を推進していく上での評価指標のあり方を、調査や検討会資料から検討した。その結果、保健活動の指標として活用できるものとして、①目指す姿を共有したか、②旧市町村の独自性を出す努力をしているか、③住民のニーズ把握をしているか、④他の専門機関や部署との連携を行っているか、⑤住民が利用しやすい環境づくりを行っているか、⑥保健師の活動の視点が広がったか、の6つの視点があげられ、これらの視点は、保健活動を進める保健師の能力として重要な、「地域をみる、つなぐ、動かす能力」に関連づけられ、評価指標開発の枠組みとして応用できるものと考えられた。また、現在の市町村保健師活動の業務割合は、母子保健、老人保健事業、精神保健の順に多く、指標開発の際もこれらの領域を重点的に評価すべきであると考えられた。

## 【参考文献】

- 1) United Health Foundation. America's Health Rankings 2005 Edition. 2005.
- 2) ペネロープ・ハウウ他(鳩野洋子、曾根智史訳). ヘルスプロモーションの評価：成果につながる5つのステップ. 東京：医学書院, 2003年.
- 3) 水嶋春朔. 地域診断のすすめ方：根拠に基づく生活習慣病対策と評価, 第2版. 東京：医学書院, 2006年.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

表1 行政評価の実施状況

n=974		
	市町村数	%
毎年実施	408	41.9
2～3年に1回	50	5.1
以前実施したが最近はない	76	7.8
これまでまったくない	321	33.0
無回答	119	12.2

表2 人口規模別に見た行政評価の実施状況

n=854 (%)				
	人口規模			
	～1万人	1万～10万未満	10万～50万未満	50万人以上
毎年実施	52(27.2)	233(46.0)	111(79.9)	11(61.1)
2～3年に1回	12(6.3)	29(5.7)	7(5.0)	2(11.1)
以前実施も最近なし	27(14.1)	44(8.7)	5(3.6)	0(0.0)
これまでまったくない	100(52.4)	2.5(39.5)	16(11.5)	5(27.8)

表3 各健康指標の把握状況

n=974

	毎年	%	数年毎	%	把握なし	%	無回答	%
小児の予防接種率	926	95.1	8	0.8	15	1.5	25	2.6
妊産婦健診受診率	875	89.8	3	0.3	68	7.0	28	2.9
乳児死亡率	823	84.5	68	7.0	51	5.2	32	3.3
総死亡率	815	83.7	79	8.1	48	4.9	32	3.3
がんによる死亡率	753	77.3	107	11.0	80	8.2	34	3.5
成人の肥満率	706	72.5	84	8.6	157	16.1	27	2.8
結核新規患者数	603	61.9	69	7.1	257	26.4	45	4.6
冠状動脈疾患による死亡	461	47.3	95	9.8	358	36.8	60	6.2
成人の喫煙率	447	45.9	171	17.6	322	33.1	34	3.5
自動車事故による死者数	417	42.8	47	4.8	459	47.1	51	5.2
AIDS新規患者数	161	16.5	27	2.8	731	75.1	55	5.6

表4 人口規模別に見た成人喫煙率把握状況

n=939				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	109 52.7%	258 46.1%	74 48.4%	6 31.6%
数年毎把握	35 16.9%	83 14.8%	43 28.1%	9 47.4%
把握なし	63 30.4%	219 39.1%	36 23.5%	4 21.1%

表5 人口規模別に見た自動車事故による死者数把握状況

n=922				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	108 52.2%	230 41.9%	65 44.5%	14 70.0%
数年毎把握	11 5.3%	27 4.9%	8 5.5%	1 5.0%
把握なし	88 42.5%	292 53.2%	73 50.0%	5 25.0%

表6 人口規模別に見た成人肥満率把握状況

n=946				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	160 76.2%	424 75.2%	113 74.3%	8 40.0%
数年毎把握	20 9.5%	39 6.9%	19 12.5%	6 30.0%
把握なし	30 14.3%	101 17.9%	20 13.2%	6 30.0%

表7 人口規模別に見たAIDS新規患者把握状況

n=918				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	30 14.7%	66 12.0%	49 33.6%	15 78.9%
数年毎把握	4 2.0%	18 3.3%	5 3.4%	0 0.0%
把握なし	170 83.3%	465 84.7%	92 63.0%	4 21.1%

表8 人口規模別に見た結核新規患者数把握状況

n=928				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	148 71.8%	340 61.3%	95 64.6%	19 95.0%
数年毎把握	13 6.3%	47 8.5%	9 6.1%	0 0.0%
把握なし	45 21.8%	168 30.3%	43 29.3%	1 5.0%

表9 人口規模別に見た小児予防接種率把握状況

n=948				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	207 98.1%	553 97.7%	145 96.0%	20 100.0%
数年毎把握	0 0.0%	7 1.2%	1 0.7%	0 0.0%
把握なし	4 1.9%	6 1.1%	5 3.3%	0 0.0%

表10 人口規模別に見た妊産婦健診受診率把握状況

n=945				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	201 95.3%	514 91.1%	140 93.3%	19 95.0%
数年毎把握	2 0.9%	1 0.2%	0 0.0%	0 0.0%
把握なし	8 3.8%	49 8.7%	10 6.7%	1 5.0%

表11 人口規模別に見た冠状動脈疾患による死亡率把握状況

n=913				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	107 52.7%	270 49.7%	71 48.3%	13 65.0%
数年毎把握	24 11.8%	60 11.0%	10 6.8%	1 5.0%
把握なし	72 35.5%	213 39.2%	66 44.9%	6 30.0%

表12 人口規模別に見たがんによる死亡率把握状況

n=939				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	150 72.1%	456 81.3%	129 86.0%	17 85.0%
数年毎把握	27 13.0%	69 12.3%	9 6.0%	2 10.0%
把握なし	31 14.9%	36 6.4%	12 8.0%	1 5.0%

表13 人口規模別に見た総死亡率把握状況

n=941				
	人口規模			
	~1万人	1万人~10万人	10万人~50万人	50万人以上
毎年把握	168 80.4%	487 87.0%	141 92.8%	18 86.5%
数年毎把握	23 11.0%	48 8.6%	7 4.6%	1 5.0%
把握なし	18 8.6%	25 4.5%	4 2.6%	1 5.0%

表14 人口規模別に見た乳児死亡率把握状況

n=941

	人口規模			
	～1万人	1万人～10万人	10万人～50万人	50万人以上
毎年把握	178 85.2%	486 86.8%	140 92.1%	18 90.0%
数年毎把握	15 7.2%	44 7.9%	8 5.3%	1 5.0%
把握なし	16 7.7%	30 5.4%	4 2.6%	1 5.0%

表15 評価指標の種類別・方法別一覧表

	内容	例	長所	短所	把握していないと回答した市町村の割合 (H18調査)	聞き取り調査より抽出された評価関連項目 (H17調査)
プロセス 評価指標	事業の運営に関する評価	事業参加者数 (対象集団における割合)  投じたリソース (ヒト・モノ・カネ)  参加者の満足度	・インバウトやアウトカムを評価する上で重要  ・事業の改善に直接役立つ	・事業毎に内容が異なるので統一的に扱うのが困難  ・担当者の負担が大  ・時に対象集団全体を把握できない	小児予防接種率 1.5%  妊産婦検診受診率 8.3%	・目指す姿を共有したか ・市町村の独自性を出す努力をしているか ・住民のニーズ把握をしているか ・保健師の活動の視点が広がったか
インパクト 評価指標	事業の短期的効果に関する評価	参加者の知識・態度・行動の変容	・事業の効果を示すことができる  ・既存の測定尺度が利用可能な場合がある	・一定の労力を要す  ・短期間で変化しないものもある  ・追跡が困難なことが多い	成人喫煙率 33.7%  成人肥満率 17.9%	
アウトカム 評価指標	事業の長期的効果に関する評価	がん死亡率 高血圧有病率	・最終的なせいかを示すことができる  ・首長や住民が理解しやすい	・単一・短期間の事業では変化しにくい  ・市町村単位では指標の信頼性が低い場合がある  ・既存のデータがない場合は新たな採取に多くの労力が必要	自動車事故による死者数 51.4% AIDS新規患者数 76.5% 結核新規患者数 28.3% 冠動脈疾患死亡率 40.3% がん死亡率 7.8% 総死亡率 3.9% 乳児死亡率 4.6%	
ストラクチャー 評価指標	事業の環境・体制に関する評価	施設数 従事者数 制度 組織	・ハード面には把握可能なものが多い	・評価しても具体的改善が難しい場合がある  ・事業活動自体(ソフト)の評価に結びつかない場合がある  ・連携状況などの評価指標開発が課題		・他の専門機関や部署との連携を行っているか  ・住民が利用しやすい環境づくりを行っているか

健康情報ステーション(仮称)の構築を目的とした基礎的研究  
【プロトタイプ(実証モデル)の開発】

分担研究者	梯 正之	広島大学保健学研究科
研究協力者	北川 明	福岡県立大学看護学部
研究協力者	恒松 美輪子	広島大学保健学研究科

要旨：市町村合併および時代の変革に伴う地域保健活動における課題を克服する一方策として、ICT (Information and Communication Technology) を用いた地域保健活動を支援するシステム(健康情報ステーション(仮称))の構築を目的とし、4つの研究を行った。

研究1として、すでに合併を行った市町村保健センターの実務責任者から、市町村合併に伴う利点と課題を聴取し分析を行った。その結果、「面積拡大及び人口増によって起こる保健事業・住民サービスへの障害」「組織肥大化による連携困難」といった課題が明らかとなり、地域保健活動において必要と考えられるICTシステムの示唆が得られた。

研究2として、健康情報ステーション(仮称)のモデル提案と全国の市町村保健センターにおけるICT活用基盤・状況について調査した。その結果、全国的にブロードバンド回線が整備され、ICTを活用できる環境が整っていたが、プライバシー上の問題やトラブル増加などの恐れを理由に、ICT導入については約7割の市町村が否定的であることが明らかとなった。

研究3として、地域保健活動におけるICTシステム導入をどのような方策で進めていくことが効果的であるかを検討する目的で、先進的なICTを導入し、実績が得られていると回答した市町村に対し、インタビュー調査を実施した。その結果、発案・計画・実施・評価の4つの段階において、ICTを活用した保健事業を進めていくために、必要不可欠とされる実施項目が抽出された。これらを1つずつ実践し積み重ねていくことが、ICTシステムの導入を図る上で重要なプロセスであると考えられた。

研究4として、健康情報ステーション(仮称)の構築を目的に、研究2で提示した健康情報ステーション(仮称)モデルの一部である遠隔健康教室の実証実験およびICTシステムの是非を問うアンケート調査を行った。その結果、8割以上の住民は、保健事業へのICT導入に賛成であり、我々が実施した遠隔健康教室内容も理解できたと全員が回答していた。ここから、我々が平成18年度に提示した健康情報ステーション(仮称)モデルの有用性と実現可能性が示唆された。

これら一連の研究において、必要とされるICTシステムが明らかとなり、効果的な導入方法、そしてICTシステムの住民に対する効果の一部が明らかとなった。今後の課題としては、ICTを使った事業の評価方法を確立していくことや予算配分を主張しうる科学的根拠の蓄積や費用対効果の分析を進めていくことが急務であると考えられる。