

特集：今改めて保健師の専門性とは—ジェネラリストというスペシャリティー—

<総説>

分野横断的・包括的ケアシステムにおける保健師の役割
—公共政策研究の視点から—

真山達志

同志社大学政策学部

The role of public health nurses in the cross-sectional and integrated care system: From the perspective of public policy studies

Tatsushi Mayama

Faculty of Policy Studies, Doshisha University

抄録

地域包括ケアシステムでは、住宅、保健、医療、介護、福祉などの生活支援サービスが日常生活の場で提供できるような地域の体制を確立することが目指されている。保健師は、これまでから地域の保健、福祉、医療などに関わる業務を担う専門職として活躍してきた。したがって、新しい地域包括ケアシステムにおいても保健師に対する期待は大きい。

そこで、本稿では、先行研究や保健師に関する調査報告、さらに行政資料などを検討することによって、今日の保健師の実情を確認する。その上で、公共政策研究に依拠し、地域包括ケアシステムにおける保健師の役割を明らかにすることを目的にしている。この目的のために、保健師の中でも特に市町村保健師に焦点を合わせている。

市町村においては、保健師は多様な組織に所属し、多分野の業務に従事している。今日では、分野横断的な業務を担うことが保健師の特徴であると言える。文字通りの第一線職員（street-level bureaucrats）として、地域社会の日常生活に関する政策の実施を担っている。同時に、政策形成に対する保健師の貢献にも期待が高まっていることも明らかになった。

結論として、地域包括ケアシステムにおける保健師の役割を3点に集約した。第1は、地域に精通した専門家として、保健、福祉、医療、介護などの専門職間のコーディネートを行うことである。第2は、ケアに関わる自治体の様々な部署を、組織横断的に連携させるための要の役割である。そして第3は、ケアに関する施策や事業を企画・立案するとともに、自治体の政策形成全般に関わることである。すなわち、地域の実情や実態、住民ニーズについての情報を自治体政策に反映させる役割である。保健師が、これら3つの役割を果たすためには、専門職（スペシャリスト）としてだけではなく、ジェネラリストとしての能力を高める必要がある。また、実施だけでなく政策形成の能力を高めることも求められている。

キーワード：地域包括ケアシステム、保健師、第一線職員、政策形成

連絡先：真山達志
〒602-8580 京都市上京区今出川通烏丸東入ル
Karasuma-Imadegawa, Kyoto, 602-8580, Japan.
Tel: 075-251-3577
E-mail: office@mayama.jp
[平成30年9月19日受理]

Abstract

The integrated community care system is aimed at establishing a regional system that can provide services such as housing, health care, medical care, nursing care, and welfare for the community. Public health nurses have been actively engaged in the work related to local health, welfare, medical care, etc. Therefore, there is high expectation with regard to the contribution of public health nurses to the new community-based care system.

Firstly, I assess the current situation of public health nurses by examining prior research, survey reports, and administrative materials. Secondly, from the viewpoint of public policy studies, I clarify the role of public health nurses in the integrated community care system. For this purpose, I focus particularly on public health nurses of municipalities (cities, towns and villages).

In municipalities, public health nurses belong to various organizations and are engaged in the duties of various fields. Today, a major responsibility of a public health nurse is the management of cross-sectoral public activities. As street-level bureaucrats, they are responsible for implementing policies related to daily life of citizens. It is also clear that the contribution of public health nurses to policy making is increasing.

In conclusion, the role of public health nurses in the integrated community care system is 3-fold: (1) to coordinate experts in the fields of health, welfare, medical care, and nursing care who are working in a community; (2) to link various departments and organizations of municipalities involved in care; and (3) to get involved in the policy making of all fields in their municipality in addition to making policies and projects related to care. In other words, it is the role of making policies based on the actual condition of the community and citizens' needs. In order for public health nurses to play all 3 roles, they must function not only as specialists but also as generalists. It is also required to develop the capacity of policy making as well as policy implementation.

keywords: integrated community care system, public health nurses, street-level bureaucrats, policy making
(accepted for publication, 19th September 2018)

I. はじめに

今日、全国の自治体で3万人を超える保健師が常勤職員として勤務している。そして、その数は増加しつつある[1]。都道府県の保健師の数は微減傾向であるが、保健所設置市を中心に市町村保健師が増加していることから、総数においては増加している。

保健師増員の背景には、医療制度改革の一環として2008年から「特定健康調査」や「特定保健指導」が実地されるようになったことがある。すなわち、「予防医学」に対する政策的注目が高まり、健康診断や健康維持に関する様々な事業実施の最前線で活躍したり、保健指導を行ったりする保健師の役割が増大したのである。また、自然災害が多発する中で、危機管理の一環として被災者の心身のケア、被災地の保健衛生の確保などの役割を担う基礎自治体において保健師の役割が増大してきていることも一因である。

このような保健師増員傾向に拍車をかけたのが、地域包括ケアシステムの導入の動きである。周知のように、このシステムは住宅、保健、医療、介護、福祉などの生活支援サービスが日常生活の場で提供できるような地域の体制を指している。単なる概念にとどまらず、2011年の介護保険法改正において「介護サービスの基盤強化」

が目指されたことによって、法律上も明確にされた。この地域包括ケアシステムが「包括」しているサービスの大半に保健師の業務が関わっていることは疑う余地がない。その結果、保健師の役割や業務が増えることから、多くの人材を確保することが課題とならざるを得ないのである。

以上のような事情を勘案したとしても、自治体職員の総数が大きく削減されてきている中で、保健師の増員は特徴的な現象である。80年代以降、国、地方を問わず、政府部門における人員削減が推進されてきた。一方で、地方分権が推進されたことから、自治体の業務量は増大する傾向にあった。そのため、自治体職員の中には、何とか増員による業務負担の軽減を求める声も少なくない。そのような状況の下では、増え続ける保健師に対する羨望や妬みが生じかねない。

言うまでもなく、保健師は専門職の職員である。それに対して、削減され続けている職員の多くは一般行政職（事務職）である。そして、専門職と一般行政職の間には以前から少なからず軋轢があると言われてきた。相互に「使用言語が違う」とか「行動様式が違う」といった批判とも不満ともつかない言葉が漏れ聞こえてきた。一般行政職の中には、「保健師は専門職といっても業務独占ではなく名称独占に過ぎないのだから、大半の業務は

事務職でもできる」という辛辣なことを口にする人もいる。

保健師と一般行政職の間で相互の理解ができていないことから、自治体の中で職員間に不和が生じているのである。このような状況が望ましいとは誰も思わないだろう。それぞれの能力が最大限に発揮されないばかりか、職員のモチベーションがさがってしまい、自治体全体のパフォーマンスが低下している可能性が大きい。この状況を改善するためにまず取り組まなければならない課題は、保健師の役割を明確にすることではないだろうか。なぜなら、保健師が自治体内の様々な組織に所属し、多様な業務に従事するようになったがゆえに、保健師に期待されている役割や責任が曖昧になっているからである。

そこで本稿では、近年、活発な議論が行われている地域包括ケアシステムに焦点を合わせて、そこで期待される保健師の役割を検討することを通じて、自治体、特に市町村における保健師の役割の明確化を試みることにする。

II. 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、「地域包括ケア研究会」報告書の定義によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、住生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」である。ここでいう「日常生活圏域」とは、「おおむね30分以内で駆けつけられる」範囲であり、具体的には中学校区が想定されている[2]。この範囲は、以前から「地域」の基本単位として捉えられていたものであり、近年、急増している「まちづくり協議会」の範囲とも重なる。つまり、保健、医療、介護、福祉が文字通り「地域」と結びついたのである。それゆえ、国（厚生労働省）の立場からも、地域が「地域包括ケアシステムの構築に当たっては、決定的に重要」[3]になるのである。同時に、まちづくり活動などの地域住民の活動が地域包括ケアシステムを構築する上での重要な基盤になるとの認識から、地域におけるまちづくり活動などとケア体制が密接に関わるべきだと考えられている[2]。

地域包括ケアシステムでは、予防、医療、介護、生活支援、住まいの5つを主要サービスと位置づけている。これらの主要なサービスを一瞥しただけでも、保健、福祉という厚生労働省所管の政策分野だけではなく、住宅という国土交通省所管の政策分野が包含されている。省の壁を越えた組織横断的、分野横断的なシステムを構築しようとしているのである。もっとも、公営住宅は国交省所管であっても福祉的要素が大きいことは以前から指摘されているので、それほど新鮮なことではない。

しかし、地域包括ケアシステムでは、これらのサービスが自助、互助、共助、公助によって提供されることを求めていることが重要である。具体的な担い手として想

定されているアクターは、「自ら（本人・個人）」、「家族」、「近隣」、「ボランティア」、「社会保険」、そして基礎自治体を中心とした「行政」であり、それぞれがそれぞれの役割や責任を果たすことになる。とりわけ個人や地域社会、あるいは民間組織であるボランティアやNPOなどに対する期待が大きい。しかし、これらのアクターはケアだけに関心があるわけではない。また、地域社会は高齢化や人口減少に加えて、人々の関係の希薄化などによって崩壊の危機にあるとさえ言われている。そのような現状で、本当に地域包括ケアシステムが成り立つためには、地域社会を活性化する様々な取り組みが必要であるし、地域社会がケアについての関心や知識を持つようにすることも重要である。それゆえ、ケアシステムにおいて中核的な役割を果たすアクター達は、まちづくり活動と言われる地域での取り組みについての知識や情報を持たなければならないし、地域で活動する諸アクターとの間に良好な関係を構築する努力をしなければならない。例えば、中心市街地活性化の取り組みとか、総合型地域スポーツクラブの設立や運営、新たなまちづくりの主体と位置づけられつつある「まちづくり協議会」の動きなど、直接的にはケアそのものを扱っているわけではない地域の活動も地域包括ケアシステムにとっては重要である。それゆえ、地域包括ケアシステムの主要アクターは、これらの活動についての情報を収集したり、日常的に関わりを持ったりしておかなければならない。

ところで、1995年の阪神淡路大震災以降、防災やまちづくりの分野では、自助と共助が強調されるようになった。これらの分野では、あまり互助という概念は使われないが、日常生活の様々な側面、個人や家族、近隣の役割が強調されるようになったことは間違いない。しかし、防災の分野では、日頃の備えや心構えなどが中心であり、必ずしも特別な専門能力や技術を必要としていない。一方で、地域包括ケアシステムで求められる自助や互助には、ケアについての知識や一定の技術も求められるようになると考えられる。ところが、自助や互助の主体が具体的にどのような活動を行うべきなのかは曖昧である。「『自助・互助』の重要性の認識が必要というメッセージのみが示されてきている」[4]状況なのである。この状況を、そもそもケアについては素人集団である個人や地域社会だけで改善することは困難であろう。国や自治体の専門家が関与する必要があるのだ。

したがって、地域住民の具体的なニーズ、地域経済や地域社会の実情、実態について日常的に多くの知識・情報を有している自治体職員の役割の重要性が認識されなければならない。「地域包括ケア研究会」の報告書中でも、「地域住民の個性に応じたきめ細かなニーズの把握、計画策定、コーディネート能力を向上させることが必要」であり「政策担当者の専門性の向上がかかせない」と述べられている[2]。報告書がいう「政策担当者」が、具体的にどのような職員を指しているのかは不明である。政策の企画・立案、実施、評価のいずれかに関わる者は

全て「政策担当者」と言えるが、一般的には政策の企画・立案を担当する者を指すことが多い。ただ、地域包括ケアシステムの趣旨からすれば、自治体職員の中でも、現場のケアに直接関わる職員が重要となるのは言うまでもない。

また、地域包括ケアシステムにおいては、評価の視点も強調されている[2]。地域包括ケアにおいては、様々な生活支援サービスが地域で適切に提供されているかを正しく把握することが重要となる。すなわち、個々のサービスの質や、個々の事業者が適切なサービスを提供しているかということもさることながら、地域全体として良質なサービスが提供されているかを確認しなければならない。そのためには、評価のための適切な指標の開発など、評価手法を開発する必要がある。

しかし、従来の事業評価では、個別の事業を評価対象としているため、地域包括ケアシステムという大きな仕組み全体の評価には対応しきれない。新しい視点での評価手法の開発が課題となる。その際にどうしても必要となるのが、複数の事業やサービスの運用状況を総合的に見ることと、特定の個人（クライアント）が複数のサービスの組合せによってどの程度までニーズを満たしているかを把握することである。残念ながら、このような視点での情報収集は、これまでの公共サービスの現場では十分に行われてこなかった。そこで、以上のような評価に関する課題に応えるためには、地域で活動している諸アクターの関係や具体的な活動内容、あるいは住民の日常生活の質などをトータルに把握している人材の存在が重要となる。

このように、地域包括ケアシステムは、その実施において分野横断的、組織横断的な取り組みが必要であるだけでなく、その評価においても総合的な情報に基づくことが求められている。それゆえ、実施においても評価においても、基礎自治体である市町村の役割がクローズアップされるのである。そして、様々な情報を有している自治体職員の中で日常的に地域に入り、様々なケアに関わっている職員の典型が市町村保健師である。そこで、次節では、市町村保健師の現状を、筆者の属する行政学

や公共政策研究の視座から検討することにしよう。

III. 公共政策研究の視座から見た保健師の現状

冒頭でも述べたように、行政保健師の数は増加している。特に市町村での増加が目立つ。厚生労働省の資料[5]（表1）に基づいてその所属の状況を見ると、2017年5月1日現在で自治体の常勤保健師の総数は34,522人であるが、85%以上の29,478人が市（区）町村保健師である。その理由は、言うまでもないが、行政保健師の業務の多くが住民に対する直接的なサービスに関ることから、基礎自治体に属することになるためである。

特別区と保健所設置市の場合は、3割以上が保健所に所属しているとはいうものの、大半は保健所以外の組織に所属している。その内訳を見てみると、保健所を設置していない一般市町村で2割を超える保健師が「その他」のカテゴリーの組織に所属していることが注目される。これは、保健師が多様な職場で多様な業務を担っていることを反映している。「その他」には、「保健センター類似施設等、健康増進施設等、地域包括支援センター、福祉・介護、医療、外郭団体・交流・派遣等、その他」が含まれているが、40.8%に当たる1,763人が地域包括支援センターに所属している。地域包括支援センターの重要性が高まっていることを示しているといえよう。

また、「統括的な役割を担う保健師」（以下、統括保健師という）が配置されたことも重要である。その根拠は「保健師の保健活動を組織横断的に総合調整および推進し、技術的及び専門的側面から指導する役割を担う部署を保健衛生部門等に明確に位置づけ、保健師を配置するように努めること」（平成25年4月19日付厚生労働省健康局長通知（健発0419第1号））とした厚生労働省の通知であるといわれている。その意味で、明確な法的根拠を持った制度というわけではないが、各市町村が設置要綱等で制度化している。2017年現在で、866の市区町村（全体の49.7%）で統括保健師が配置されており、総数は1,045人に上る。

全国保健師長会市町村部会の調査[6]によると、統括

表1 所属部門別常勤保健師数（2017年5月1日時点）[5]

（単位：人）

	総数	本庁	保健所	市町村保健 その他	その他
都道府県 (n=47)	5,044	816 (16.2%)	3,656 (72.5%)	—	572 (11.3%)
市区町村 (n=1,741)	29,478	9,761 (33.1%)	3,198 (10.8%)	11,402 (38.7%)	5,117 (17.4%)
うち、保健所設置市 (n=74)	7,777	1,294 (16.8%)	2,807 (36.1%)	2,954 (38.0%)	722 (9.3%)
特別区 (n=23)	1,282	188 (14.7%)	391 (30.5%)	633 (49.4%)	70 (5.5%)
市町村 (n=1,644)	20,419	8,279 (40.5%)	—	7,815 (38.3%)	4,325 (21.2%)
合計	34,522	10,577 (30.6%)	6,854 (19.9%)	11,402 (33.0%)	5,689 (16.5%)

保健師を配置する理由は、「保健師以外の上司による部局の組織運営の都合」が最も多く46.2%、次いで「保健師の要望」が23.1%となっている。統括保健師の配置の必要性を感じている市町村は84.3%と多くなっている。統括保健師が果たしている役割としては、業務調整が77.4%、人材育成が74.2%、対外調整が60.4%の順となっているが、政策立案が42.1%で4番目に位置づけられていることが注目される。また、果たすべき役割についての質問に対して、人材育成と業務調整がそれぞれ91.8%、81.5%と圧倒的に多いが、65.8%の市町村が政策立案の役割を挙げていることも特徴である。統括保健師の配置に至るか否かはともかく、業務調整、人材育成、そして政策立案において中核的な役割を果たす保健師が必要であるという認識があると言えよう。

以上のような今日の保健師の状況の中で、公共政策研究の視座からは次の2つの特徴が注目される。

1つ目の特徴として、保健師の所属や業務がきわめて分野横断的、組織横断的になっていることである。特に市町村保健師においては、いわゆる分散配置が進んでいることから、様々な分野で多様な業務に関与している保健師が多くなっている。分散配置が進む背景として、今日の自治体における重要課題の多くに保健師が関わる必要があることが挙げられる。すなわち、児童虐待防止、生活習慣病予防と重症化予防、自殺予防、メンタルヘルス、介護予防と認知症高齢者対策、障がい者の自立支援、さらには防災等の危機管理などで保健師の専門性が必要とされているのであるが、これらの課題に対応する行政組織は、従来の区分でいうと保健、福祉、危機管理（多くの市町村では総務系の部門に属している）などに分かれている。福祉だけをとりても、児童、障がい者、高齢者等に分かれている。

今日の保健師は、保健、福祉の分野にとどまらず、地域住民の日常生活全般に関わる公共サービスに関与するようになり、配属先が多様化し、活動分野や活動内容が分野横断的になるとともに、地域との接点が多様化していると考えられる¹⁾。そのような意味から、自治体における保健師は、典型的な「第一線職員（Street-level bureaucrats）」である。そして、第一線職員は、公共サービスの供給者（deliverer）であるだけでなく、地域の実情や実態、住民ニーズを把握する役割を担っているのである²⁾。

公共政策研究では、1980年代から政策実施過程の研究が盛んになり、その中で第一線職員が政策実施にとって重要な役割を担っていることが指摘されてきた[8]。政策の効果は実施活動によって初めて具体的に生じることから、政策の実質的效果を左右するのは第一線職員であるとの認識が高まった。同時に、第一線職員は、決められたことを決められた通りに機械的に実施しているわけではなく、様々な裁量をしている。また、意欲的に実施することもあれば、消極的になることもある。政策実施研究を70年代末から始めた筆者は、政策の見直しや新た

な政策の必要性を検討する重要な実態情報が政策実施過程を通じて入手されることに注目し、第一線職員は政策実施だけでなく政策形成に対しても重要な役割を担うべきことを主張してきた[9]。そのような立場からすると、今日の保健師は、地域の公共サービス全般に関わる第一線職員として、実施はもとより政策形成においても大きな役割と影響力を持つようになってきていることを強調しておきたい。

そして、保健師の政策形成に対する関心こそが、保健師を取り巻く現状のもう1つの特徴として指摘できる。厚生労働省の「保健師教育ワーキンググループ」はその報告の中で、「保健師に求められる実践能力」として以下の諸能力を挙げている[10]。すなわち、

- ① 地域健康課題の明確化と計画・立案
- ② 地域健康増進能力を高める個人・家族・集団・組織への継続的支援と協働・組織活動
- ③ 地域健康危機管理
- ④ 地域健康水準を高める社会資源開発・システム化・施策化
- ⑤ 専門的自律と継続的な質の向上

の5つである。これらからも判るように、従来の公衆衛生看護活動に関わる能力はもちろんであるが、それに加えて地域の課題を見つけ、それを計画の企画、立案につなぐことが保健師の能力に含まれている。しかも、最初に挙げられるくらい重視されている。このような期待は、統括保健師が配置されるようになったことにも少なからず影響を与えていると言えよう。

地域包括ケアシステムは、地域との関わりを重視し、従来のケアの枠組みを越えた新しい事業展開を想定している。その導入に伴って、これらの保健師を取り巻く特徴がより鮮明になることが予想される。そこで、地域包括ケアシステムにおいて保健師にはどのような役割が期待されるようになるのかを検討しておこう。

IV. 地域包括ケアシステムが保健師に期待する役割

保健師といえども、人事異動によって本来の専門性とは全く関係のない業務に就く可能性もなくはない。また、「子ども若者はぐくみ局」（京都市）とか「子ども部」（全国に多数存在）の名称からも判るように、基礎自治体レベルでは政策の対象集団を基礎とする組織編成を行い、従来のいわゆる縦割り型政策を打破しようとしている。専門職といえども、自らの専門性にこだわっているわけにはいかず、専門外の分野の業務にも従事しなければならない。そのため、保健師の専門性がどのように発揮されるのか少しづつ曖昧になっている。

それゆえ、従来の保健師の枠組みに閉じこもった発想では、保健師の持ち味が活かされないことになるだけでなく、保健師の存在理由がなくなってしまうかねない。保健師が持つ専門性を活かしつつ、自治体のあらゆる政

策に貢献することが求められているのである。以下では、このような基本認識の下で、地域包括ケアシステムにおける保健師の役割を検討することにしよう。

先に見たように、地域包括ケアシステムの特徴は、1つには、ケアに関わる様々な専門職と、地域や個人・家族といった非専門家を一体的なシステムの中に位置づけようとする点である。もう1つの特徴は、ケアを地域が一体的に担うことから、従来のケアに関わる政策分野だけでなく、様々な分野の政策との連携が求められている点である。そして、地域に関わる政策間の連携を深めれば深めるほど、従来はケアとは直接的な関係がないと思われてきた教育・文化、防犯・防災、都市計画、道路・河川・公共施設等の管理などの政策分野にも無関心ではいられなくなる。これらの特徴を踏まえ、そこで必要になる保健師の機能は次の3点である。

第1は、専門職間のコーディネートや専門職からなるシステムのマネジメントの機能である。包括的なケアシステムでは、様々な専門職の専門性、行動準則、価値観、使用用語、職務形態などについて、広く理解しているアクターが必要である。具体的にいえば、医師、看護師、助産師、その他の医療関連業務に従事している専門職、介護福祉士、ホームヘルパー等の介護関係の専門職、さらには社会福祉士や社会福祉主事などの福祉専門職などの人たちが、日常的にどのような言葉や概念を使ってコミュニケーションをとっているのか、何を考え、何に悩んでいるのかを理解している人がいないと、システムの構築やマネジメントがうまくできない。このような機能は、一般にはいわゆるジェネラリストの役割と考えられてきたものである。しかし、専門的知識や経験がないジェネラリストには、期待される機能を十分に果たせない可能性がある。専門職の業務内容、専門用語や行動準則に精通していないと、専門職間のコーディネートはできないだろう。そこで、これらの条件を満たしていると考えられる保健師の存在が重要となる。

もっとも、このような保健師によるコーディネート機能については、これまでも多くの研究者や実務家が指摘しているところである³⁾。言い換えれば、専門職のコーディネートは、包括的なケアシステムの構築という課題のあるなしにかかわらず、保健師に求められてきた機能である。そして、このような機能に関する知識やノウハウは、従来の保健師業務の中で相当程度まで蓄積されてきていると思われる。より一層の磨きを掛けることが必要だとしても、これまでの延長上にある機能であるとも言える。

第2は、自治体行政内部での調整と部門間・部署間の壁を取り除く機能である。地域包括ケアシステムにおいては、連携や分野横断的な取り組みの重要性があるにもかかわらず、行政内部ではしばしばセクショナリズムや縦割り意識が生じることがある。2015年度の「地域包括ケア研究会」の報告の中でも、「連携不足は、地域包括ケアシステムの構築において中心的な役割を果たす自治

体内部でも起こりやすい」[12]という指摘がある。とはいえ、行政におけるセクショナリズムの打破であるとか縦割り行政の解消は、古くから課題として認識されているものの、いまだに解決していない。したがって、そうそう簡単に解決すると考えるのは楽観的すぎるが、一方でこの難題を乗り越えない限り、真の地域包括ケアシステムの構築は難しい。そこで、ケアの分野での専門性を持ち、分散配置で多くの部署に所属している保健師の調整機能に注目しなければならない。

この部門間・部署間の連携を進めるという課題における保健師の役割に対する期待は今に始まったことではないが、地域包括ケアシステムの導入によって、さらに強調されるようになったと言えよう。しかし、保健師が市町村行政の中で占めるポジションを考えると、そうそう簡単に組織横断的な連携の要になれるとは思えない。おそらく、一般行政職からの反発や抵抗を受けるだろう。それゆえ、そのような困難を克服することは、ひとり保健師だけの課題ではない。自治体行政の根本的な意識改革が必要になることから、首長のリーダーシップや幹部職員の理解が必須となる。その際に、組織の壁を越えた連携を実現するという長年の課題を実現する上で、地域包括ケアシステムがトリガーになり得るのではないだろうか。なぜならば、地域包括ケアシステムは、少子高齢社会、人口減少社会に突入した日本にとって、何としても実現しなければならないと考えられていることから、連携に消極的な意見を駆逐することができるからである。

第3は、地域の実情やケアの現場の情報を、自治体行政内部で共有し、ケアに関連する政策はもとより、自治体の様々な政策に反映させる機能である。これまで、市町村では様々な計画や条例が策定されてきた。ところが、その多くは法定の計画や条例である。つまり、必ずしも地域の必要性から生まれたとは言えないようなものが少なくない。しかし、地方分権が推進される中で、地域の実情に合った、そして地域が必要とする計画や条例等の策定が求められるようになってきている。その求めは、自治体の全ての政策分野についてあてはまることであり、ケアの分野もその例外ではない。

そのような前提に立てば、ケアを必要としている人、その人を支えている家族、地域の現状はもとより、ケアにかかわる医師や看護師などの医療関係者、福祉サービスに関わる事業者等々の実態や事情を反映した計画を策定したり、事業を企画したりすることが必要になる。そのためには、これらの多様なアクターの実情、実態に関する情報を持っていることが重要である。しかし、単に情報を持っているというだけであれば、地域には沢山いるであろうし、医療や介護に関わっている人は全て該当すると言っても過言ではない。ところが、そのような人たち全てが計画や事業の企画、立案に対して直接的な関与ができるわけではない。つまり、個人や地域の実態情報を自治体の計画策定や事業の企画に反映させることができる立場かどうか問われるのだ。そこで、自治体に

勤務する行政保健師の役割が注目されるのである。つまり、保健師であると同時に公的な意思形成に関与できる公務員であるということが大きな意味を持つのである⁴⁾。

保健師には、このようなケアに関わる政策形成において積極的な役割を果たすことが期待されているだけでなく、自治体の様々な政策分野に対してケアシステムの立場からの情報提供をし、地域包括ケアシステムを確立させ、さらには持続的に機能させるようにすることも求められる。自治体職員は、配属された部署での担当業務があるとは言え、公務員として地域の問題全般の解決や住民福祉の向上に責任を負っている。したがって、公務員としての保健師も、保健や福祉の分野の政策だけに責任を有しているのではなく、他の政策分野に属する地域の問題にも関与しなければならない。しかも、前述したように、地域包括ケアシステムを構築し持続可能なものにするためには、地域社会の活性化や活発なまちづくり活動が必須条件になることから、ケアシステムだけに眼を向けていたのでは、ケアシステム自体を維持することさえ難しくなる。地域包括ケアシステムを運用したり公衆衛生看護に関する計画を策定したりするための分野横断的な調整を越えて、保健師が公務員であることを最大限に活かして、自治体政策全般の策定に関与することが肝要である。それゆえ、これまで保健師に求められてきた能力をはるかに超えるような能力が求められることになるだろう⁵⁾。

繰り返しになるが、自治体に勤務する保健師は公衆衛生看護の専門性を持つ専門職職員である。同時に、他の一般行政職の職員と同様に、地域社会の安心・安全、活性化や発展のための政策の企画・立案、実施、評価に関わる自治体業務を遂行する公務員である。言い換えれば、保健師独自の、保健師ならではの業務と言える地域の健康増進、衛生管理、子育て支援、高齢者支援、障がい者支援などの業務の基本方針、目標、あるいは手法の設定や、効果の把握やその評価に加えて、自治体の政策全般にも積極的に関わることが期待されているのである。

そこで、地域包括ケアシステムが導入されたことを契機としてクローズアップされてきた保健師の機能を現実のものにするための今後の課題をまとめておく。

V. 今後の課題

ここまでの検討を踏まえて、保健師自身や保健師を取

り巻く環境において課題となることを3点に絞って指摘しておく。

地域包括ケアシステムは、地域に関わる多くのアクターの関与を前提としている。それゆえ、保健、医療、福祉という保健師が慣れ親しんできた分野以外のアクターともネットワークを築いていくためのコーディネーター役を果たさなければならないことが確認できた。この点から、保健師には、第1に、従来の公衆衛生看護学や地域看護学といった専門性に基づくコーディネーター能力に加えて、ネットワーク・マネジメントの知識や能力を身に付けなければならないという課題が生じる。

地域社会の中には、価値観や行動準則が異なったり、利害が相対立したりするアクターが存在しているが、そういった複雑かつ多様なアクターが地域包括ケアシステムの趣旨や目的を理解し、それぞれに期待された役割を果たせるようにすることは容易ではない。そこで、ネットワークを構成するアクターの特性を理解するという努力も必要である。本格的な学習をするかはともかく、常識や基本的知識としてネットワークを理解するという心構えは必要であろう。下表はC.コリバラによるネットワークの整理[15] (表2) であるが、このような基本的な整理をしておくだけでも、対応の質は向上するはずである⁶⁾。

第2に、自治体内部で部門横断的、組織横断的な調整や連携を進めて行く役割を果たすためには、保健師としてだけでなく公務員ないし行政職員としての認識と自覚を持たなければならない。最近では保健所や保健センター以外の様々な職場に配属される保健師が増えてきているが、それでも保健師は自治体内部では専門職として閉鎖的な世界で仕事をする傾向がある。その結果、最初にも触れたように、一般行政職から言語や価値観が違ふと言われてしまうような事態が生じるのである。保健師が増えているとは言え、自治体職員全体の中では僅か数%の存在である。したがって、保健師は今一度、自治体の職員であり、行政組織で働いているということを自覚することが重要である⁷⁾。

もちろん、多数である一般行政職に従うべきだとか、長いものには巻かれると言うつもりはない。むしろ、旧態依然の行政慣行や難解かつ特殊な行政用語を見直したりすることには果敢に取り組まなければならない。しかし、専門性が違うことを口実に、自治体内部でのコミュニケーションを十分にとらない(とれない)というのは、

表2 ネットワークを構成する諸アクターの特性[15]

部 門	組織上のアクター	アカウントビリティの相手方	主要な成果基準
政府部門	政府 (国・地方)	市民, 利益集団, 被選出公職者	政策目標, 公的ニーズの充足, 政策の実施
非営利部門	非営利組織 (NGO 等)	市民, 利益集団, 理事会, 対象集団	使命の達成
営利部門	企業・事業者 (営利追求組織)	オーナー・株主, 顧客, 役員会	利潤

保健師以前に自治体職員として失格である。そのためには、保健福祉関係の法令や計画だけでなく、他分野の法令や計画などにも目を通すくらいの努力は必要である。また、一般行政職はもちろん、様々な技術職員とも十分なコミュニケーションをとり、彼（女）らの考え方や行動様式を理解し、尊重した上で、保健師の専門性の観点からものを言うという大人の対応が必要なのである。

第3に、保健師は第一線職員としての知識、経験を活かして、自治体の政策形成に関わっていかねばならないことから、政策形成についての理解を進めることが課題となる。もっとも、この課題を実現しようと思うと、現状はかなり厳しいと言わざるを得ない。

厳しい状況としては、まず、第一線職員としての保健師の持ち味が弱められつつあることが挙げられる。保健師が自治体の政策形成において最も大きな貢献ができるのは、日常の業務を通じて住民や地域の実態、あるいはケアに関わる様々なアクターの実情という現場ならではの多くの情報を持っているからである。ところが、近年の分散配置に見られるように、保健師の職場が地域（現場）から離れてしまうことが増えている。それゆえ、2013年の「地域における保健師の保健活動に関する指針」において地区担当制という考え方が登場するなど、地域とのつながりが改めて強調されるようになってきている⁸⁾。保健師の配属やキャリアパターン、各所属での業務遂行の形態などにおいて、政策形成に必要な現場情報に接近できるようにする工夫が必要である。

もう1つは、保健師だけでは解決のできないもっと厄介な状況である。自治体政策にとって重要なことは、どれだけ地域の実情や実態に合った政策を作成し、実施しているかという点である。地域や住民の実情を反映させるためには、保健師を含む第一線職員たちが有している知識や経験が自治体の政策形成に活かされることが重要となるのだが、そもそも自治体でそのような政策形成があまり行われていないという現実がある。例えば、自治体では様々な行政計画が策定されているが、保健、福祉の分野に限らず、多くの計画が法定計画であり、国や都道府県の「上位」計画に沿って策定されたり、モデルやガイドラインに従って策定されたりしていることが少なくない⁹⁾。しかも、法定計画の策定が優先され、自治体独自の計画は後回しにされるか、そもそも検討の俎上に載らないことすらある。

このような問題意識は、包括的ケアシステムの検討においても確認できる。すなわち、2016年度の「地域包括ケア研究会」の中でも、「地域マネジメントに不可欠な取組は、法定業務でないために後回しにされる場合が少なくない」と指摘している。ただ、この問題を解決する方法として提案されているのは、「地域包括ケアシステムの構築にかかる諸業務を法令上の義務的業務として明確に位置付けていくべきである」[12]という考え方である。この発想は、自治体では義務づけをしないとしっかりとした企画・立案をしないという認識に基づいている

と言えよう。

「地域包括ケア研究会」としては、早く確実に地域包括ケアシステムを構築したいと考えての提案であると思うが、法令で義務づけすることによって、従来と同じように画一的な企画・立案が行われる恐れが否定できない。むしろ、自治体がその地域に合った地域包括ケアシステムを構築するために、主体的かつ自律的に計画を策定したり、様々な事業を企画・立案したりするようになることが望まれるのである。

保健師の持つ情報を自治体政策に活かして、自治体が独自の政策形成を行えるようになるには、まだまだ道のりは長い。しかも、保健師だけが努力しても実現しないことは明白である。とはいえ、政策形成能力を高めるには時間がかかるので、自治体が自律的に政策形成を展開するのを待ってから能力向上に着手したのでは手遅れである。保健師は、地域包括ケアシステムという分野横断的に組織横断的な環境で仕事をするようになったことを契機に、政策形成能力の向上に取り組まなければならない。

VI. おわりに

本稿では、地域包括ケアシステムにおける保健師の役割を、市町村保健師に焦点を合わせて検討した。そこで明らかになった役割の大半は、これまでから公衆衛生看護学や地域看護学の分野で、多くの研究者や実務家が認識し、議論してきたことである。その意味では新鮮味のある指摘は含まれておらず、研究上の新たな貢献をしたとは言いがたい。むしろ、普段は保健師の活動にあまり関心を持っていない行政学や政治学を中心とした公共政策研究にとっては、保健師に関する研究において、政策形成までを視野に入れた検討が進んでいる現状を教えられたことを告白する結果になった。

とはいえ、専門職としての保健師と一般行政職の間に、大袈裟に言えば軋轢があるということを目頭に述べたが、これもまた現実である。保健師は政策形成に関わっていくべきことは概念的には認識されているものの、実態や実務では、専門職集団の殻を破ることは容易いことではないようだ。実際、自治体職員の中で、ほぼ全ての職員が専門職集団（学会等も含む）に属しているのは保健師くらいではないだろうか。スペシャリストとして、理論や技能を向上させ、実践的取り組みの情報交換をすることは重要である。しかし、専門職集団への帰属意識が強まると、自治体職員であることよりも保健師という専門職であることに意義や価値を感じるようになる。そして、その方が居心地が良いと感じるようになる。その事が、一般行政職とのコミュニケーションを疎ましくしてしまうことにつながる恐れもある。その意味で、自治体に勤務する保健師は、「行政保健師」であることの意味と役割を再認識することが求められるのである。

行政保健師であるという観点からは、保健、福祉に関

する諸事業を実施する役割が中心になるは当然である。同時に、地域の健康課題を反映した事業を企画、立案したり、保健や福祉に関連した計画の策定に関わったりする必要がある。この点については、前述のように公衆衛生看護学などの研究において既に多くの指摘がある。本稿では、保健師の第一線職員としての側面に注目して、保健、福祉分野以外の自治体政策全般の形成においても、保健師が重要な役割を果たすべきであることを指摘している。特に、地域包括ケアシステムでは、地域に関わるあらゆる政策との連携と調整を必要とすることから、保健師が様々な政策分野に関心を持ち、関与していくことが必要になっているのである。この指摘こそが、本稿の特色と言える。

もっとも、政策形成に関わるというのは「言うは易く行うは難し」となる典型である。そもそも、現状では自治体でしっかりとした政策形成が行われているわけではない。したがって、政策形成の概念についての共通理解を確立し、政策形成の手法の開発を進めることが当面の課題である。特に、どうすれば第一線職員の知識・情報を活かした自治体政策が展開できるようになるのかを明らかにしなければならない。そのためには、公共政策や地方自治の研究者、公衆衛生看護学や地域看護学の研究者、そして保健師を含む自治体の実務家が学際的な研究を展開することが必要だろう。これは、公共政策研究の分野に身を置く筆者の今後の研究課題でもある。

脚注

- 1) 後述のように、いわゆる保健師の分散配置は、地域とのつながりを多様化、多元化するものの、必ずしも地域との接点を増やすことにつながっていないという側面もある。
- 2) 政策実施の最も具体的な発現形態である公共サービスのデリバリーについて、自治体においてどのような体制を構築すべきかについての筆者の見解については[7]を参照。
- 3) 保健師のコーディネート機能を概念的に整理し、コーディネート機能に関するこれまでの研究を紹介したものとして岡野らの研究[11]が参考になる。
- 4) 保健師が自治体職員（公務員）としての自覚を持つことの必要性やそのための条件などについては、八田[13]を参照。
- 5) 現状では、保健師が自らの業務の中で直面している課題を解決するために、施策や事業の立案に対して積極的に関わることで自体が十分とは言えないかもしれない。公衆衛生看護学や地域看護学などの分野における保健師の施策化、事業化についての問題意識は、既にかかなり高まっており、一般的な公共政策研究分野よりも研究の蓄積が多いくらいである。詳しくは吉岡[14]を参照。
- 6) 地域におけるネットワーク・マネジメントについ

て、より詳しくは拙稿[16]を参照。

- 7) 行政職員としての保健師のあり方を巡っては、吉岡[17]を参照のこと。
- 8) 保健師の地区担当制については、業務担当制によって地域の全体像を把握することが難しくなることへの対応として推進されている。地区担当制によって、住民はその地区を担当する同じ保健師に対応してもらえるとともに、保健師は地域やそこに住む住民について総合的な情報を得ることが可能となる[18]。この点に関しては、猪飼[19]を参照。
- 9) 実際にどのくらいの行政計画があり、それらの中で法定計画額の割合がどの程度であるのかを調査したものはあまりないが、1つの目安として群馬県前橋市の資料[20]が参考になるだろう。同市の場合、各分野別個別計画の総数は105で、根拠法が明確に存在する計画は51、根拠法によって策定が義務づけられている計画は27である。なお、地方分権が進む中で、自治体において自律的、主体的な政策形成が十分に行われていないということについて筆者が論じたものとして拙稿[21]を参照。

引用文献

References

- [1] 厚生労働省. 平成29年度 保健師活動領域調査. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryoukichousa_h29.html (accessed 2018-08-17)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Heisei 29 nendo hokenshi katsudo ryoiki chosa.] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryoukichousa_h29.html (accessed 2018-08-17) (in Japanese)
- [2] 厚生労働省, 地域包括ケア研究会. 平成20年度老人保健健康増進等事業. 地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (accessed 2018-09-01)
Ministry of Health, Labour and Welfare, Chiiki Hokatsu Care Kenkyukai. [Heisei 20 nendo rojin hoken kenko zoshinto jigyo. Chiiki hokatsu care kenkyukai hokokusho : Kongo no kento no tameno ronten seiri.] <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf> (accessed 2018-09-01) (in Japanese)
- [3] 宮島俊彦. 地域包括ケアシステムの推進について. 保健医療科学. 2012;61(2):73-74.
Miyajima T. [Promotion of integrated community care system.] Journal of the National Institute of Public Health. 2012;61(2):73-74. (in Japanese)
- [4] 松繁卓哉. 地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題. 保健医療科学. 2012;61(2):113-118.
Matsushige T. [Agenda for the promotion of self care and mutual aid in the construction of community-based

- integrated care system.] *Journal of the National Institute of Public Health*. 2012;61(2): 113-118. (in Japanese)
- [5] 厚生労働省. 自治体別常勤保健師数 平成29年. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryoukichousa_h29_1-2.pdf (accessed 2018-09-03)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Jichitai betsu jokin hokenshisu. Heisei 29 nen.] https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryoukichousa_h29_1-2.pdf (accessed 2018-09-03) (in Japanese)
- [6] 全国保健師長会. 統括的役割を担う保健師の配置に向けた取り組みについて. 平成24・25年度全国保健師長会 市町村部会活動報告. http://www.nacphn.jp/02/pdf/bukai_SCS_20150119.pdf (accessed 2018-09-04)
Zenkoku Hokenshicho-kai. [Tokatsuteki yakuwari wo ninau hokenshi no haichi ni muketa torikumi ni tsuite. Heisei 24,25nendo zenkoku hokenshicho-kai shichoson buhai katsudo hokoku.] http://www.nacphn.jp/02/pdf/bukai_SCS_20150119.pdf (accessed 2018-09-04) (in Japanese)
- [7] 真山達志. あるべき政策デリバリー・システムを考える. 地方自治職員研修. 2017;50(5):12-14.
Mayama T. [Arubeki seisaku delivery system wo kangaueru.] *Chiho Jichitai Shokuin Kenshu*. 2017;50(5):12-14. (in Japanese)
- [8] Lipsky M. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of individual in public services 30th anniversary expanded edition*. New York: Russel Sage Foundation; 2010.
- [9] 真山達志. 政策形成の本質—現代自治体の政策形成能力. 東京: 成文堂; 2001.
Mayama T. [Seisaku keisei no honshitsu : Gendai jichitai no seisaku keisei noriyoku.] Tokyo: Seibundo; 2001. (in Japanese)
- [10] 厚生労働省. 保健師教育ワーキンググループ報告. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000teyj-att/2r9852000000tf0n.pdf> (accessed 2018-09-03)
Ministry of Health, Labour and Welfare. [Hokenshi kyoiku working group hokoku.] <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000teyj-att/2r9852000000tf0n.pdf> (accessed 2018-09-03) (in Japanese)
- [11] 岡野明美, 上野昌江, 大川聡子. 保健師のコーディネーションの概念分析. 大阪府立大学看護学雑誌. 2018;24(1):21-30.
Okano A, Ueno M, Okawa S. [Concept analysis of coordination by public health nurses.] *Journal of Nursing*. Osaka Prefectural University. 2018;24(1):21-30. (in Japanese)
- [12] 三菱UFJリサーチ&コンサルティング, 地域包括ケア研究会. 平成27年度老人保健健康増進等事業. 地域包括ケアシステムと地域マネジメント. http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf (accessed 2018-09-02)
Mitsubishi UFJ Research & Consulting, Chiiki Hokatsu Care Kenkyukai. [Heisei 27nendo rojin hoken kenko zoshin jigyo. Chiiki hokatsu care system to chiiki management.] http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf (accessed 2018-09-02) (in Japanese)
- [13] 八田冷子. 地域包括ケア推進の「政策形成」に関わってきた保健師像—質的研究の結果から. 保健師ジャーナル. 2017;73(12):1056-1061.
Yatsuda R. [Chiiki hokatsu care suishin no “seisaku keisei” ni kakawatte kita hokenshizo: Shitsuteki kenkyu no kekka kara.] *Hokenshi Journal*. 2017;73(12):1056-1061. (in Japanese)
- [14] 吉岡京子. 日本の行政保健師による事業化・施策化に関する文献レビュー—2001年から2013年に発表された文献に焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌. 2014;16(3):4-12.
Yoshioka K. [A comprehensive review of related literature focusing on the program and project : Development by Japanese municipal public health nurses (from 2001-2013).] *Journal of Japan Academy of Community Health Nursing*. 2014;16(3):4-12. (in Japanese)
- [15] Koliba C, Meek JW, Zia A. *Governance networks in public administration and public policy*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2010.
- [16] 真山達志. 地方分権時代におけるネットワークの設計と管理—現代の自治体行政に求められる能力. 法学新報. 2011;118(3-4):603-626.
Mayama T. [Design and management of networks in the era of decentralization : The required ability of public administration of local governments.] *Hogaku Shimo*. 2011;118(3-4):603-626. (in Japanese)
- [17] 吉岡京子. なぜ「保健師は何をやっているのかわからない」と言われてしまうのか? 保健師ジャーナル. 2015;71(1):66-70.
Yoshioka K. [Naze “hokenshi ha naniwo yatte irunoka wakaranai” to iwarete shimaunoka?] *Hokenshi Journal*. 2015;71(1):66-70. (in Japanese)
- [18] 日本公衆衛生協会. 地域における保健師の保健活動に関する検討会. 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書. 平成25年3月. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf (accessed 2018-08-17)
Japan Public Health Association. [Chiiki ni okeru Hokenshi no Hoken Katsudo ni kansuru Kentokai. Chiiki ni okeru hokenshi no hoken katsudo ni kansuru kentokai hokokusho. Heisei 25nen 3 gatsu.] http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf (accessed 2018-08-17) (in Japanese)
- [19] 猪飼周平. 地域包括ケアと保健師の使命. 保健師ジャーナル. 2014;70(11):941-946.

- Ikai S. [Chiiki hokatsu care to hokenshi no shimei.] Hokenshi Journal. 2014;70(11):941-946. (in Japanese)
- [20] 前橋市. 各分野の個別計画一覧 建制順 (県都まえばし創生本部有識者会議第2回会議資料). http://www.city.maebashi.gunma.jp/sisei/493/499/p017372_d/fil/2shiryou2-3.pdf (accessed 2018-09-02)
- Maebashi City. [Kaku bunya no kobetsu keikaku ichiran kensei jun. Kento Maebashi sosei honbu yushikisha kaigi dai2kai kaigi shiryō.] http://www.city.maebashi.gunma.jp/sisei/493/499/p017372_d/fil/2shiryou2-3.pdf (accessed 2018-09-02) (in Japanese)
- [21] 真山達志. 地方分権のあゆみとこれからの地方自治. 都市とガバナンス. 2018;29:1-6.
- Mayama T. [Chiho bunken no ayumi to korekara no chiho jichi. Toshi to Governance.] 2018;29:1-6. (in Japanese)