

集団に焦点を当てた公衆衛生看護の必要性 —行政保健師の施策化能力の向上を目指して—

松本千晴¹ 荒木紀代子²

1. はじめに

「政策や社会資源を創出する」という施策化の概念は、それまで対人保健サービスが中心であった行政保健師¹の活動に、1978年頃から持ち込まれた概念である²。しかし、それから約30年経過した2007年においても、「今特に強化が必要な行政保健師の専門能力」として施策化能力があげられている³。つまり、行政保健師の施策化能力は十分に培われないうちま現在に至っている。

『保健師に求められる看護管理のあり方検討小委員会報告書』⁴によると、行政保健師の看護管理の機能として「個別支援から集団の支援へ広げ、必要なものについては施策化する」を認識している者は96.1%だが、実施した者は51.2%である。また、「住民と協働した取り組みを検討・評価し、必要な社会資源の開発・施策化を行う」も認識している者は95.8%だが、実施した者は30.5%である。施策化に関する両項目は認識と実施の差が著しく大きい。他にも、「保健師の事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度 (Competency Measurement of Creativity for Public Health Nurses)」で測定できる施策化能力は、2005年と2010年の間で、他の能力⁵ほどの上昇が認められていない⁶。なぜ、施策化の必要性を認識しているにもかかわらず、その能力を高めることができていないのだろうか。

これまで、行政保健師は、「個から集団そして地域へ」という個人を出発点とした公衆衛生看護を展開する中で施策化を図ってきたが、この活動展開では限界があるのではないか。そこで、本論文では、行政保健師の公衆衛生看護の現状を見直し、施策化能力を高めるための方策を検討することを目的とする。

2. 公衆衛生看護とは何か

保健師の活動領域(表1)は、主に、行政、産業、学校、在宅、医療機関、介護保険施設である。どの領域においても、個人を対象とした活動が行われている。それに加えて、集団を対象と

¹ 熊本県立大学総合管理学部

² 熊本県立大学名誉教授

した活動が展開されるのは、行政、産業、学校の領域においてである。我が国においては、集団を対象とした活動を展開している領域を公衆衛生看護としている。

保健師の大半が活動しているのは行政の領域である。この領域では、集団そして地域までを対象としていることが特徴である。いわゆる地域づくりと言われるものであり、個人や集団に対して行われる活動も、この地域づくりにつながるものである。また、行政においては、生まれてから亡くなるまでその人の一生に関わることになる。この関わり方は、個別ケアを継続するというだけでなく、集団への支援や地域づくりもその地域に住むすべての住民の一生に影響を及ぼすという意味合いを持つ。

表1 保健師の活動領域

活動領域	行政	産業	学校	在宅	医療機関	介護保険施設
所属組織	保健所 市区町村保健センターなど	企業 事業所など	学校	訪問看護ステーション 医療機関(外来・退院調整 部門)など	医療機関	介護老人保健施設 介護老人福祉施設 療養型医療施設
対象者	地域住民全体 (個人・集団・地域)	労働者集団全体 (個人・集団)	児童・生徒全体 (個人・集団)	在宅療養者とその家族 (個人)	患者・妊産婦 (個人)	介護保険被保険者のうち 要介護認定を受けた者 (個人)
対象者の発達段階	乳幼児～高齢者	成人(就業年齢期)	小児～青年	乳幼児～高齢者	胎児～高齢者	高齢者 40歳以上65歳未満のもの で特定疾病に該当する者
対象者に関わる期間	生まれてから亡くなるまで	就労している間	就学している間	療養が必要な間	治療が必要な間 妊娠から出産の間	在宅に帰るまで もしくは亡くなるまで
看護職	保健師(看護師・助産師)	保健師/看護師	養護教諭 保健師/看護師	看護師/保健師	看護師/助産師/保健師	看護師/保健師

出典：麻原きよみ他『公衆衛生看護学テキスト第1巻 公衆衛生看護学原論』第1版，医歯薬出版株式会社，2014年，8頁および鎌田ケイ子，川原礼子『新体系看護学第26巻 老年看護学①老年看護概論・老年看護学』第2版，メヂカルフレンド社，2007年，130 - 136頁を元に筆者作成。

我が国の公衆衛生看護は、米国における公衆衛生看護が持ち込まれて発展している。その米国では、米国公衆衛生協会公衆衛生看護部会提言書（1996年）⁷⁾において、公衆衛生看護の第一の焦点は、集団の疾病、外傷、障害の予防と健康の増進、そして集団の健康の保持にあり、集団レベルの成果を得ることであると示されている。そこには、これまでの公衆衛生看護が個別ケアに焦点を当てざるを得なかったことを1つの難点として挙げ、今後、保健師がより母集団に焦点を当てたサービスを提供する能力を高めることで、コミュニティ全体の健康を向上させることができる可能性がある」と結論づけている。

家庭訪問による看護の提供がその始まりである我が国の公衆衛生看護は、この家庭訪問を代表とした個別ケアを基本とすることが、現代まで引き継がれている。「個から集団そして地域へ」という言葉が浸透しており、個別ケアを基盤として、それを集団、地域へと広げていくという活動展開が主流となっている⁸⁾。今もなお個人を出発点とし、最終的な対象が地域という位置づけである。集団はそのための通過点の印象があり、集団に焦点が置かれているとは言い難い。以上のことをふまえ、集団に焦点を置いた公衆衛生看護の意義を次章から考えていく。

3. 公衆衛生看護における集団とは何か

『現代社会学事典』⁹によると、集団概念の緩やかな定義は、人々の何らかの集合である。必ずしもそこに含まれている人々の間に共通の所属意識や規範が存在していることは前提にはしていない。集合としての集団「名目的な集団」ということができる。それに対して、集団を強い意味で考える立場もある。その場合には、そこに含まれる人々の間で「その集団に共通に所属している」という「われわれ意識」や「共通の文化・規範・制度を共有している」という暗黙の前提が存在しているとされることが多い。このような集団は、実体的で現実的な集団「社会集団」ということができる。社会集団には、1) 共通の目標や関心の存在、2) 一定の役割分化にもとづく組織性、3) 成員の行動や相互作用を規制する規範、4) 成員に共通する「われわれ意識」の共有、5) 社会関係の持続性が存在する¹⁰。

公衆衛生看護で対象とする集団は、リスク集団と住民組織である¹¹。リスク集団は、名目的な集団である。保健医療福祉の専門職が健康問題のリスクが高いと判断した人々、たとえば糖尿病の予備軍や、結核やその他の感染症の集団発生やそれが疑われる人々のことであり、健康教育や健康危機管理の対象となる集団である。一方、住民組織は社会集団と捉えることができる。例えば、患者会・家族会など共通の健康問題や特徴をもつ人々による自助グループ（以下、セルフヘルプグループと記す）、健康づくり推進員や婦人会・老人クラブなど共通の関心をもつ集団、あるいは町内会や自治会などの地縁性の高い集まりである地区組織などが当てはまる。そして、行政保健師は、名目的な集団が社会集団に発展することを支援する場合がある。例えば、糖尿病の予備軍などで健康教育の対象となった集団は、始めは名目的な集団である。一時的に集まった集団で、そこに「われわれ意識」や文化・規範の共有は存在しない。しかし、この健康教育の対象者達は継続して参加する中で、情報交換をしたり相談し合ったりする間柄になり、集団内における自助が生まれてくる。お互いにサポートし合うようになり、徐々に自分達で集まって定期的な運動をするなどの活動を展開していく場合もある。さらに、その活動を自分達以外の者へも広げ、地域の中で予防の必要性を伝えていく集団と変わっていく。その過程の中で次第に共通の所属意識や規範が芽生え始め、実体的で現実的な社会集団へと移行していく。

このように、公衆衛生看護における集団は、名目的な集団と社会集団の両方を指している。そして、名目的な集団が社会集団へと移行する過程において、行政保健師が意図的に関わる場合がある。名目的な集団に対する健康教育や健康危機管理は一時的なものであり、その健康問題に応じて、行政保健師と他の専門職が協力しながら実施する。場合によっては、行政保健師ではなく、その健康問題に最も対応できる知識・技術を持っている専門職の方が効果的な場合もある。しかし、地域で名目的な集団が社会集団と変わる可能性を見極め、継続した支援できるのは行政保健師のみである。行政保健師の関わる名目的な集団はリスクのある集団であり、地域で自分の健康問題に気づいていなかったり、気づいていても声をあげられなかったり、行動できない者達である場合が多い。行政保健師は、健康不公平に対処する役割を持ち¹²、このような住民も公平に健康な状態に近づけるように支援していく。1981年にアメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部は、「特に健康上のリスクを持つ集団や地域で生活する人々が保健計画や自助活動にいかに参加するかが、リスクを軽減し地域の健康を増進させることの鍵である」と報告している¹³。健康リスク

を持っている者は、弱者やマイノリティである場合が多く、地域の課題を敏感に感じ取っている者であるといえる。行政保健師は、彼らがまずは集まる機会をつくり、さらに社会集団に発展して地域とのつながりを持てるように働きかける。そのことが、地域の課題の発見と解決に有効に働き、健康リスクを持つものでも暮らしやすい地域、健康格差の小さな地域をつくることになると考える。

4. 行政保健師の集団を対象とした活動の実態

現在の行政保健師の活動において、集団を対象とした活動はどの程度行われているのだろうか。

保健師活動領域調査【活動調査】¹⁴（以下、活動調査と記す）は、行政保健師の業務内容、業務量を把握することを目的に、厚生労働省健康局健康課保健指導室において実施されている。無作為抽出で選出された都道府県、市区町村の保健師を対象に3年に1度実施され、2009年度から一般公表となっている。そこで、この活動調査の2009年度¹⁵、2012年度¹⁶、2015年度¹⁷、2018年度¹⁸の結果¹⁹を元に、行政保健師の活動の現状を見ていきたい。

4-1. 行政保健師の活動状況の推移

活動調査は、2カ月間の毎日の業務時間、業務内容について調査している。業務内容は以下の8つの大項目とそれを構成する小項目に分類される。

① 保健福祉事業

- ・家庭訪問：家庭訪問指導及びこれに要した準備、往復時間、訪問記録等
- ・保健指導：相談日を設けることなく、随時実施する面接、電話、文書等での個別保健指導
- ・健康相談：相談日を設けて実施する、健康相談、保健指導等
- ・健康診査：個人及び集団を対象とする健康診断（母子保健法及び健康増進法等の健康診査、特定健診等）
- ・健康教育：健康知識の普及・意識の啓発のために行う健康教育、既存の地区組織に対する単発の講義
- ・デイケア：頻度を問わず、グループ活動として行う話し合い、作業、レクリエーション、スポーツ、糖尿病教室、グループミーティング等
- ・機能訓練：生活機能訓練事業、デイサービスにおける機能訓練等
- ・地区組織活動：母子保健推進員、民生委員、児童委員、ボランティアなどの活動の育成、支援／乳幼児サークル、家族会、患者会、NPO等自主グループの支援等
- ・予防接種：定期及び臨時の予防接種／都道府県においては、委託を受けて実施したBCG等
- ・その他

② 地区管理

- ・調査研究：国民生活基礎調査、地域保健事業報告、学会発表の調査、研究及び報告書作成、大学等からの調査依頼
- ・地区管理：地区管理のための情報収集・分析・管理、地域診断／保健福祉計画の策定と進行管理／保健師活動計画、事業の企画立案・管理等／医療監視業務、社会福祉

施設への指導等

- ③ コーディネート：ケース支援及び業務に関する保健・医療・福祉施設、関係機関、関係団体の関係者との連絡調整のための会議等／地域ケア体制の構築、設備、維持のためのコーディネート等、個人レベルを越えた会議／所管区域内等の地域保健福祉や職域保健及び各種事業の推進のための関係機関との連絡調整会議／上記会議以外の活動、ネットワーク化の準備、スタッフ打ち合わせ、事業の調整、記録等
- ・個別：個々の対象者についてのコーディネート
 - ・地域：個別を越えるレベルの地域、集団、組織等のコーディネート
 - ・職域：職域とのコーディネート（2015度の調査より加わる）
- ④ 教育・研修
- ・研修企画：関係職員、ヘルパー等への研修、看護学校等の講義等（講義に使用する資料作成等含む）
 - ・実習指導：人材育成（OJT など）・学生等の実習指導
- ⑤ 業務管理：保健師業務を総括する者（又は代行者）が行う保健師長、係長業務等の管理的業務（保健活動の推進のために行う業務でスタッフ業務以外のすべてをいう）
- ⑥ 業務連絡・事務：業務に関する連絡や、予算編成に伴う事務、保健福祉事業における助成・交付等の処理事務、予算執行に関する事務
- ⑦ 研修参加：研修等受講（自己研修を含む）
- ⑧ その他：上記のいずれにも属さないもの

活動調査は、都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の自治体別に公表されている。自治体別の活動状況の推移を表2～表4に整理した。

すべての自治体において、住民への直接的サービスである保健福祉事業は減少し続けている。2018年度は2009年度と比較すると、都道府県約4割、保健所設置市・特別区約1割、市町村約2割の減少である。直接的サービスが減少する中、増加傾向にあるのがコーディネートである。どの自治体も2018年度は2009年度から2～3割増加している。行政保健師の活動が、直接的なサービスから、個人や地域の課題を解決するための関係者・関係組織との連絡調整・会議、体制づくりなどの間接的サービスへと移行してきていることが分かる。また、業務連絡・事務も増加し続けている。2018年度は2009年

表2 都道府県保健師の活動状況の推移（%）

年度	2009	2012	2015	2018
保健福祉事業	32.3	29.6	24.3	20.0
家庭訪問	6.4	8.4	6.1	4.4
保健指導	10.0	8.7	7.3	7.0
健康相談	7.1	5.1	3.4	3.2
健康診査	1.3	1.3	1.1	0.6
健康教育	2.4	2.4	2.6	1.9
デイケア	1.0	0.5	0.2	0.2
機能訓練	0.0	0.0	0.0	0.0
地区組織活動	1.4	1.1	1.3	0.6
予防接種	0.1	0.0	0.1	0.0
その他	2.6	1.9	2.3	2.1
地区管理	14.9	17.9	15.9	15.2
調査研究	1.8	1.5	1.4	0.8
地区管理	13.1	16.4	14.5	14.4
コーディネート	12.6	13.5	15.3	15.3
個別	5.2	5.7	5.4	5.7
地域	7.4	7.8	9.4	9.0
職域	-	-	0.5	0.6
教育・研修	6.0	6.7	7.1	7.3
研修企画	3.6	3.7	4.3	4.8
実習指導	2.5	3.0	2.7	2.5
業務管理	7.1	6.6	7.7	7.5
業務連絡・事務	20.4	19.6	21.8	26.5
研修参加	3.6	4.1	4.6	4.6
その他	3.1	2.0	3.3	3.5

度と比較すると、都道府県約 3 割、保健所設置市・特別区約 1 割、市町村約 6 割の増加である。近年、自治体職員数の削減に反して保健師数が増える中、事務の効率化を図っても対応しきれない程、事務量が増えてきている²⁰。この状況は、特に職員数の少ない市町村において起こりやすいことが推察される。

表 3 保健所設置市・特別区保健師の活動状況の推移 (%)

年度	2009	2012	2015	2018
保健福祉事業	52.2	51.0	44.9	45.8
家庭訪問	9.5	10.3	9.2	10.3
保健指導	16.0	16.3	12.3	13.2
健康相談	7.6	6.0	6.3	5.8
健康診査	5.6	6.0	6.4	6.0
健康教育	8.1	7.8	4.8	5.4
デイケア	1.3	0.9	0.5	0.3
機能訓練	0.1	0.1	0.1	0.1
地区組織活動	2.0	1.8	2.8	2.2
予防接種	0.5	0.4	0.3	0.4
その他	1.6	1.4	2.1	2.1
地区管理	10.0	9.8	8.1	9.8
調査研究	1.3	1.3	0.7	0.6
地区管理	8.7	8.5	7.4	9.2
コーディネート	9.4	10.6	11.5	11.8
個別	5.5	5.8	6.7	5.8
地域	4.0	4.8	4.0	5.0
職域	-	-	0.8	1.0
教育・研修	2.9	3.3	2.6	2.8
研修企画	1.5	1.8	1.3	1.4
実習指導	1.4	1.5	1.2	1.5
業務管理	6.1	7.7	8.7	8.2
業務連絡・事務	13.8	12.6	17.9	15.3
研修参加	3.2	3.3	3.3	3.6
その他	2.4	1.6	3.1	2.8

表 4 市町村保健師の活動状況の推移 (%)

年度	2009	2012	2015	2018
保健福祉事業	54.5	51.2	47.0	41.6
家庭訪問	8.8	8.3	8.1	7.1
保健指導	6.6	6.4	6.1	5.9
健康相談	6.5	6.4	6.3	5.5
健康診査	14.3	12.8	11.7	10.3
健康教育	9.2	8.7	7.7	5.6
デイケア	0.5	0.3	0.3	0.3
機能訓練	0.5	0.3	0.2	0.2
地区組織活動	2.5	2.5	2.1	2.1
予防接種	2.3	2.4	1.2	1.1
その他	3.2	3.1	3.1	3.6
地区管理	9.1	8.2	7.3	7.2
調査研究	2.1	2.0	0.8	0.6
地区管理	7.0	6.2	6.5	6.6
コーディネート	8.6	9.1	10.6	11.0
個別	4.7	5.0	5.5	5.5
地域	3.9	4.1	4.1	4.5
職域	-	-	1.0	1.0
教育・研修	2.2	2.1	2.1	2.1
研修企画	1.1	1.0	1.0	1.1
実習指導	1.1	1.1	1.1	1.0
業務管理	4.0	4.3	4.6	5.3
業務連絡・事務	14.5	17.8	20.1	23.8
研修参加	3.4	3.9	4.1	4.1
その他	3.8	3.4	4.2	5.0

4-2. 「個人」「地域」よりも少ない「集団」を対象とした活動

業務内容の小項目のうち、個人、集団、地域を対象とした活動と判断できるもののみ抽出し、以下のように分類して自治体別に図 1～3 を作成した²¹。

① 個人を対象とした活動（以下、「個人」と記す）：

家庭訪問、保健指導、健康相談、健康診査、予防接種、コーディネート（個人）

② 集団を対象とした活動（以下、「集団」と記す）：

健康教育、デイケア、機能訓練、地区組織活動

③ 地域を対象とした活動（以下、「地域」と記す）：

調査研究、地区管理、コーディネート（地域）、コーディネート（職域）

図1 都道府県保健師の「個人」「集団」「地域」を対象とした活動の推移（%）

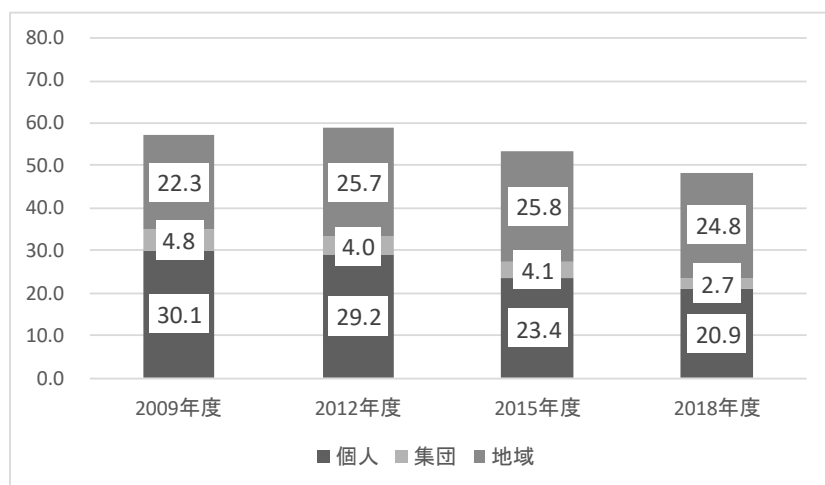


図2 保健所設置市・特別区保健師の「個人」「集団」「地域」を対象とした活動の推移（%）

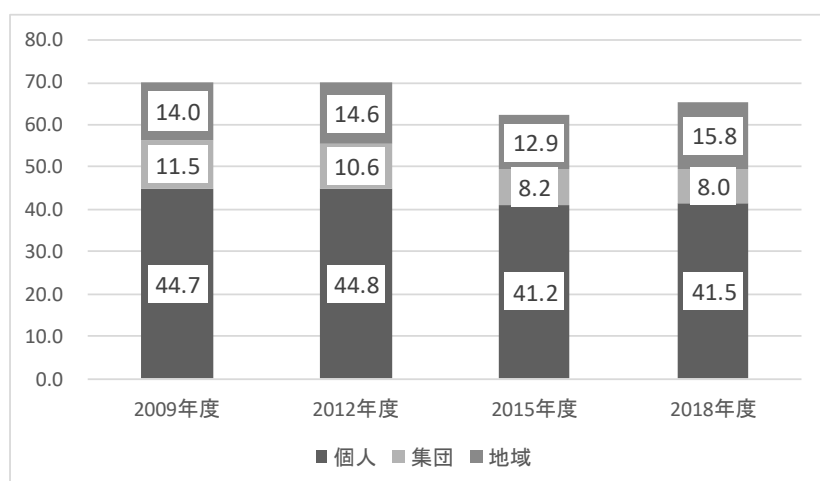
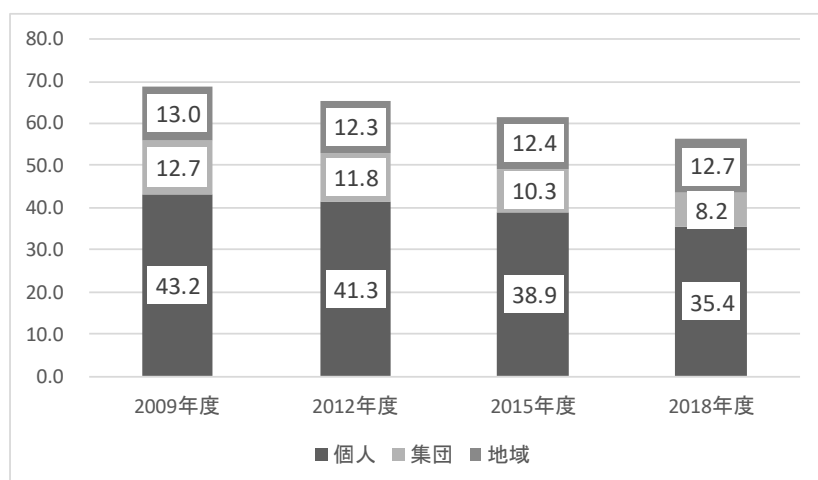


図3 市町村保健師の「個人」「集団」「地域」を対象とした活動の推移（%）



その結果、どの自治体においても「集団」が「個人」や「地域」より少なく、さらには減少傾向にある。

都道府県においては、「地域」が約 2 割を占めており他の自治体より活動割合は大きい。しかし、「集団」は 2009 年度時点で 4.8%であり、2018 年度はさらに 2.1 ポイント減少して 2.7%しかない。この状況で、「集団」と「地域」を連動させた活動ができているのか疑問が残る。保健所設置市・特別区においては、「個人」は約 4 割を占め、「地域」は 13%~15%を推移している。「集団」は 2009 年度 11.5%から、2018 年度 8.0%で 3.5 ポイント減少している。市町村においては、「地域」は約 12%の横這いで推移する中、「個人」「集団」が減少傾向にある。「個人」は 2009 年度 43%から 2018 年度 35%に減少している。「集団」は 2009 年度 12.7%から 2018 年度 8.2%と 4.5 ポイント減少しており、自治体の中で最も減少ポイントが大きい。保健所設置市・特別区、市町村は、関連法規等によって個人を対象とした活動に多くの時間を割かざるを得ない現状にある。また、先に述べたように、事務時間の増加が著しく、個人を対象とした活動すら減少していく中で集団や地域まで活動を広げていく余裕がない状況も予想される。それだけではなく、これまで個人を対象とした活動を中心に取り組んできたため、集団や地域を対象とした活動に関する知識や技術が十分に備わっておらず、積極的に取り組めていない可能性もある。反面、自治体の政策として、まちづくりなど地域を対象とした活動に取り組む必要性が出てきている。自治体によっては健康なまちづくり協議会などが開かれている。この協議会は、本来、多様な担い手が協働で地域の課題を解決していくために設けられるものだが、行政主導型であったり、形骸化しているとの指摘がある²²。住民組織の代表者が協議会の構成員である場合、代表者は協議会の結果を住民組織メンバーに伝え、組織内で課題解決のために自分達はどのような取り組みができるかを検討し、実践できているだろうか。つまり、協議会を開催するなど地域を対象とした活動をしていても、それが集団の活性化や強化にはつながっていないおそれがある。その結果、個人の支援に住民組織などの集団を活かすこともできない。「個人」から始めても、「地域」から始めても、その間にある「集団」にも重きを置かない限り、それぞれが上手く連動した活動にはならないと考える。

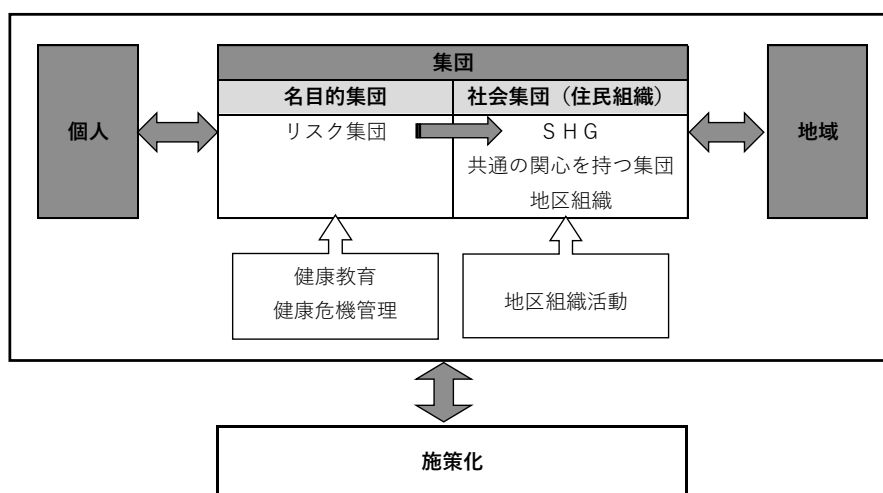
もう一度、表 2~4 を見ると、集団を対象とした活動である地域組織活動において、都道府県と保健所設置市・特別区では、2015 年度に活動量が増加した（都道府県：2012 年度 1.1%、2015 年度 1.3%、保健所設置市・特別区 2012 年度 1.8%、2015 年度 2.8%）。これは、2012 年厚生労働省通知「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について」や 2013 年厚生労働省健康局長通知「地域における保健師の保健活動について」において、ソーシャル・キャピタル²³（Social capital：以下 SC と記す）を活用した自助および共助の推進が明記されたことが影響したと考えられる。しかし、2018 年度には、再び減少に転じている（都道府県：2018 年 0.6%、保健所設置市・特別区 2018 年度 2.2%）。さらに、市町村においては、地区組織活動は減少の一端である。人口規模が小さい自治体ほど SC の位置付けが低く、住民組織との協働も低い²⁴ことが明らかとなっており、これが地区組織活動の低調や減少にも関係していると考えられる。また、SC の醸成の未経験群は経験群に比べ、活動における地区組織活動の占める割合が有意に低いことも明らかになっている²⁵。したがって、地区組織活動に取り組めていない現在の行政保健師の活動のあり方では、その地域における SC の醸成は期待できない。様々な立場にある人や異なる組織

を結びつけた SC は、協働による資源交換と知識の創造で地域社会の効率化と革新をもたらす可能性がある²⁶。そのため、今後は、集団を対象とした活動において、健康教育等を一時的な事業として、対象集団を名目的な集団で終わらせるのではなく、その集団の特徴によっては、社会集団である住民組織となる可能性を見越して継続した支援をしていくことが必要である。また、地区組織活動はその地域の SC の醸成となり、社会資源の創出につながることを意識して、住民組織との協働を念頭において活動することが求められる。

5. おわりに—行政保健師の施策化能力の向上を目指して—

これまで述べてきたことを踏まえ、行政保健師の集団に焦点を当てた公衆衛生看護を表すと図4のとおりである。集団を対象とした活動は、個人や地域を対象とした活動と関連している。そして、行政保健師の活動は、常に施策化と関連しており、施策化によって住民に必要な活動が実践できることを忘れてはならない。

図4 行政保健師の集団に焦点を当てた公衆衛生看護²⁷



出典：筆者作成

佐伯和子ら²⁸は、行政保健師の専門職務遂行能力の指標において、当初の概念枠組みで集団を対象とする看護支援 5 項目をあげた。それら項目を行政保健師の自己評価により分析した結果、第一因子「地域支援および管理能力」には「集団の援助の評価」、「セルフヘルプグループ支援」、第二因子「対人支援能力」には「集団のアセスメント」「集団の援助プログラム立案」「集団の健康教育」が位置する因子構造となった。つまり、集団を対象とする活動は個人と地域の双方につながる要となる活動だと捉えることができる。

集団と社会とは、しばしば相互互換的に用いられており、両者は必ずしも厳密に区別されていない²⁹。そして、社会は人々の集まりという側面だけでない。人々の間の相互作用、人々の間の関係構造、共通の規範や制度からなる、何らかの形で秩序づけられた社会的空間である。この社会

とは、公衆衛生看護で対象とする地域の概念に一致する。荒木昭次郎は、「個人が個人にとどまる
とき、それは公共的領域とは無関係である。だが、個人が集団に結集したとき、私的領域をこえ
て公共的領域を自覚する主体性を身につけていく」³⁰と述べており、集団は個人の問題を地域の
問題へと発展させる媒体であるといえる。

米国における保健師の実践例には、「コミュニティもしくはコミュニティ内の特定集団と協力
して公共政策を立案し、目的とするヘルスプロモーションと疾病予防活動を推進する。」があげら
れている³¹。地域には、様々な健康レベルの集団が存在している。行政保健師はそれら集団とつ
ながって、地域における課題やそれを解決する施策を立案していくことに役割がある。加えて、
健康課題を持つ者で構成される集団であるセルフヘルプグループとつながることで、健康リスク
が高い個人や家族に対する理解が深まり、健康の公平性を保てるより効率的・効果的な施策化も
期待できる。

行政保健師の施策化とは、住民の「生の声」も重視し³²、現場密着型³³であることにその特性が
あり、発案の段階において、「住民主体の考え方」や「住民参加の重要性の認識」が必要である³⁴。
つまり、行政保健師が行う施策化の前提には、住民の主体性がある。先に述べたとおり、住民は
集団になることで、公的領域を自覚する主体性を身につける³⁵。そのためには、住民が集団とし
て集結すること、必要に応じて、その集団が社会集団である住民組織となり主体性を持つこと
である。その支援ができるのが行政保健師であり、行政保健師の施策化能力は住民とともに
行う活動により高まることを期待できる。

注

1 行政保健師とは都道府県や市町村の行政機関に勤める保健師のことを指す。行政保健師は 2016 年
現在、37,713 人（保健所 7,829 人、都道府県 1,375 人、市町村 28,509 人）であり、年々増加の一途
をたどっている。（公益社団法人日本看護協会 看護統計資料 I.就業状況 1.就業者数 (2)保健師
（年次別・就業場所別）<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei02.pdf>（2019 年 12 月
19 日確認）。

2 村嶋幸代，田口敦子「現代の保健師 より健康な地域社会創造の担い手として、そして、自分の仕
事の意味と効果を明示できる存在として」『公衆衛生』Vol.68No.4，2004 年，256-259 頁。

3 岡本玲子，塩見美抄，鳩野洋子他「今特に強化が必要な行政保健師の専門能力」『日本地域看護学
会誌』Vol.9 No.2，2007 年，60-67 頁。

4 社団法人日本看護協会『保健師に求められる看護管理のあり方—地域保健における看護管理の概念
整理—，平成 15 年度・16 年度保健師に求められる看護管理のあり方検討小委員会報告書』2005
年。

5 他の能力とは、「公衆衛生基本活動遂行尺度（Scale for Basic Action for Public Health）」と「保健
師の専門性発展力尺度（Professional Development Scale for Public Health Nurse）」である。

6 塩見美抄，岡本玲子，岩本里織「行政機関で働く保健師の実践能力の実態—2005 年と 2010 年の比
較—」『日本公衆衛生看護学会誌』Vol.5No.3，2016 年，239-249 頁。

7 アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部会，アメリカ公衆衛生看護団体協議会，キャロライン・マッ
コイ・ホワイト編，村嶋幸代・川越博美訳『いま改めて公衆衛生看護とは—定義・役割と範囲・規範
—』日本看護協会出版会，2003 年，14 頁。

8 塩見美抄らは、基礎教育において個の支援を通じて地域を捉える視点を培っていくことで、新入期
の事業・社会資源の創出に関連する保健師のコンピテンシーが高まると提言している。（塩見美抄，

- 岡本玲子, 岩本里織「行政機関で働く保健師の実践能力の実態—2005年と2010年の比較—」『日本公衆衛生看護学会誌』Vol.5No.3, 2016年, 239-249頁)。また、佐伯和子らも、保健師の専門職務遂行能力の発達の実態に基づき、現任教育として、「対人支援能力」は新人期に重点を置くことが適切だと述べている。これら提言から、行政保健師活動の基盤は個人への支援にあると見て取れる。
- (佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵「行政機関で働く保健師の専門職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較—」『日本地域看護学会誌』Vol.7 No.1, 2004年, 16-22頁。)
- ⁹ 大澤真幸, 吉見俊哉, 鷺田清一編『現代社会学事典』弘文堂, 2012年, 629-631頁。
- ¹⁰ 佐藤守弘他『現代社会学辞典』有信堂, 1984年, 382頁。
- ¹¹ 平野かよ子「保健師活動の成立要件」日本看護協会監修『新版保健師業務要覧』日本看護協会出版会, 2005, 7頁。
- ¹² American public health association『THE DEFINITION AND PRACTICE OF PUBLIC HEALTH NURSING A Statement of the APHA Public Health Nursing Section 2013』November 11, 2013, (<https://apha.org/~media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.ashx>) (2019年12月19日確認)。
- ¹³ 日本看護協会出版会編『いま改めて看護とは』日本看護協会出版会, 1987年, 66頁。
- ¹⁴ 保健師活動領域調査は、行政保健師の実態を的確に把握し、今後の保健師当活動に関する様々な施策を検討・実施するための基礎データとすることを目的に実施されている。毎年度実施の領域調査と3年に1度実施される活動調査で構成されている。領域調査は、全都道府県、市町村自治体を対象とし、地方自治体における保健師の所属、職位等を把握するものである。
- ¹⁵ 厚生労働省, 保健師活動領域調査平成22年度, 概要表1 常勤保健師の活動状況【活動調査】
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryouikichousa_h22_01.pdf (2019年12月19日確認)。
- ¹⁶ 厚生労働省, 保健師活動領域調査平成24年度, 表1 常勤保健師の活動状況
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/katsudouchousa_h24_01.pdf (2019年12月19日確認)。
- ¹⁷ 厚生労働省, 保健師活動領域調査平成27年度, 表1 常勤保健師の活動状況
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/katsudouchousa_h27_01.pdf (2019年12月19日確認)。
- ¹⁸ 厚生労働省, 保健師活動領域調査平成30年度, 表1 常勤保健師の活動状況
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/h30_kekka.pdf (2019年12月19日確認)。
- ¹⁹ 調査結果は常勤保健師と非常勤保健師に分けて公表されているが、本研究においては常勤保健師の結果のみを用いている。
- ²⁰ 保健師活動領域調査27年度活動調査、保健師業務の組織内への説明で参考に 常勤の直接サービスの活動時間減少, 週刊保健衛生ニュース 平成28年8月15日 第1871号, 社会保険事務研究所, 2-5頁。
- ²¹ 「個人」「集団」「地域」に分類できない小項目があるため合計は100%にならない。
- ²² 特定非営利活動法人まちづくり政策フォーラム『協働で地域づくりを「変える」「つなぐ」「活かす』』ぎょうせい, 2006年, 6-7頁。
- ²³ ソーシャル・キャピタルとは、人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることのできる「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク」といった社会組織の特徴である(アメリカ政治学者・ロバートパットナムの定義)(内閣府経済社会総合研究所編『コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究報告書』2005(平成17)年8月, 3頁。)
<http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou015/hou15b-1.pdf> (2019年12月19日確認)。
- ²⁴ 「保健師の活動とソーシャル・キャピタル」『週間保健衛生ニュース』第1841号, 社会保険事務研究所, 2016年, 2-31頁。
- ²⁵ 松本珠実『平成25年地域保健総合推進事業「ソーシャル・キャピタルの醸成や活用にかかる保健活動のあり方に関する研究」報告書』日本公衆衛生協会, 2014(平成26)年3月, 15-16頁。
- ²⁶ 北海道知事政策部『「ソーシャル・キャピタルの醸成と地域力の向上」—信頼の絆で支える北海道

-
- 一』平成17年度アカデミー政策研究, 2005年, 11-12頁。
- 27 SHGとはセルフヘルプグループ (Self-help group) のことである。
- 28 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵「行政に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発」『日本地域看護学会誌』Vol.6 No.1, 2003年, 32-39頁。
- 29 大澤真幸, 吉見俊哉, 鷺田清一編, 前掲書9, 629-631頁。
- 30 荒木昭次郎『参加と協働—新しい市民=行政関係の創造』ぎょうせい, 1990年, 240頁。
- 31 アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部会他, 前掲書7, 14頁。
- 32 佐伯和子「行政保健師に求められる健康政策能力の涵養の現状と課題」『公衆衛生』Vol.80 No.12, 2016年, 883-887頁。
- 33 高嶋伸子, 古川文子, 辻よしみ, 筒井知子「保健師の施策化に関する取り組み特性」『日本地域看護学会誌』Vol.11 No.1, 2008年, 39-45頁。
- 34 吉岡京子, 岡本有子, 村嶋幸代「日本の地方公共団体に働く保健師の施策化に関する文献レビュー」『日本地域看護学会誌』Vol.5 No.2, 2003年, 109-117頁。
- 35 荒木昭次郎, 前掲書30, 240頁。