

自治体の政策形成における第一線職員の役割

—保健師を例として

真山 達志

概要

地方分権を進める中で、住民に身近な基礎自治体が、地域社会の実態を踏まえ、住民の意向やニーズを反映した政策を作り、実施することが期待されるようになった。本稿では、政策実施研究の成果を踏まえ、地域や住民に関する実態的な情報を日常的に把握している第一線職員が政策形成に関わることが重要だと考える。そこで、自治体に勤務する行政保健師に焦点を合わせて検討する。保健師は典型的な第一線職員である。同時に、専門職であるという特性を持っている。そして、保健師の専門性を根拠付けている公衆衛生看護学では、地域の実情や住民の生活実態を把握する「地域診断」を重視し、その能力向上に努めてきた。したがって、保健師は政策形成に必要な基礎的トレーニングを受けており、日常業務でも地域の実態情報を把握しているのだ。

本稿では、保健師を取り巻く現状、公衆衛生看護学や地域看護学などを検討することによって、保健師が政策形成に関わる必要性が認識され、具体的な能力向上の試みも始まっていることを確認している。そのことから、本稿で期待している第一線職員が政策形成に関与することによって、自治体が独自の政策を形成していくようになる可能性を指摘している。

1. 地方分権時代の自治体と第一線職員

1.1 政策実施研究の展開

1970年代から政策実施に焦点を合わせた研究が増えてきた。80年代には隆盛を極めたとと言っても過言ではない。政策に関心を寄せる研究には、政策決定、政策分析、政策評価などを主たる研究対象とするものがあるが、それらの研究群と政策実施研究の違いはどこにあるのか、あるいは政策実施研究独自の学術的貢献は何かということについては様々な整理がある。政策が決定されるまでは注目を集めるが、一旦、決定されると社会的にも学術的にも関心が薄れることに一石を投じたことだけでも意味があるかもしれない。つまり、決定それ自体はある種のセレモニーに過ぎず、政策の実質的内容は実施される中で定まるものだという考え方が定着したことに關しては、政策実施研究の貢献が大きかったと思われる。それは、政策決定段階での趣旨や意図が、その通りに実現するとは限らず、いわゆる政策の変容が起こるものだという暗黙知を研究によって形式知にし、政策の変容を生み出す要因やメカニズムを解明することにも貢献した¹。しかし、政策実施研究のとりわけ顕著な貢献として知られているのは、第一線職員に対する関心を高めたことである。

第一線職員という用語を一躍有名にしたのがM. リプスキー (M. Lipsky) であることには異

¹ 1980年代初頭の政策実施研究の黎明期において政策実施研究が持っていた意義については、真山(1986)を参照。ここでは、政策研究における意義というより、行政研究における意義を中心に検討している。すなわち、現代行政が政治と深く関わりを持ち、政策決定に直接・間接に携わっているとはいえ、行政の本質的な役割が政策実施であることは変わっていないことに着目し、政策実施研究を進めることによって行政の本質を解明することが可能になることを指摘している。その後の研究の展開を踏まえた上での政策実施研究の意義を再考したものとしては真山(2016)を参照。

論が出ないだろう。リップスキーの研究が示しているように、第一線職員が政策の実施に直接関わっており、実施過程で大きな役割と影響力を持っているだけではなく、ニーズの把握などを含めて政策の形成に関わる側面においても第一線職員の存在を忘れることができない (Lipsky 1981=1998)²。第一線職員は現場を熟知しているがゆえに、統計や資料には出てこない現場(地域)の実態に関する情報(以下、実態情報とする。)を持っている。それには、業務に直接関連する情報だけでなく、業務の中で地域の人々や組織と直接関わりを持つ中で得ることができるような人々の日常生活や地域の動き全般に関わる情報が含まれる。政策過程に日常的に関わる者で、このような情報を一番多く持っているのは第一線職員だろう。

1.2 地方分権の進展

ところで、わが国では1990年代以降、地方分権の推進が大きな社会的・政治的課題となっている。本格的に議論が始まって四半世紀を超える割には地方分権が進んだという実感がなく、大きな変化も生まれている。それは、自治体が政策主体として積極的に政策形成を進める必要があるという認識が広まったことである。認識の広がりがそのまま自治体の主体的な政策形成につながるわけではないが、政策形成を進めるための組織・体制を整備したり、政策形成能力を高めるための研修を充実させたりする努力が積み重ねられてきたことは間違いない³。

そのような自治体の政策形成を充実させることの本質はどこにあるのかと言えば、地方ごとに異なる実情や実態、住民ニーズに柔軟かつ合理的に対応した政策を立案し、実施することである。昨今、EBPM (Evidence Based Policy

Making : 「根拠に基づく政策立案」) に注目が集まり、例えばビッグデータを活用して政策立案を進めるような動きも見られる。しかし、人々の日常生活における諸問題が、必ずしもエビデンスやデータという形で顕在しているわけではない。したがって、地方分権の主旨に沿った政策形成を進めようとした場合、既に明確に確認されているエビデンスや、蓄積された統計データに依存しているだけでは不十分である。むしろ、「生活感覚」とか「肌感覚」などの曖昧な状態で存在する地方の問題を感じ取るが必要になる。もちろん、感覚という曖昧なものだけで政策形成ができるわけではないので、エビデンスが必要であることを否定するつもりはない。ただ、自治体の政策形成で重要なことは、エビデンスがあるから問題の存在を確認できるのではなく、感じ取った問題を客観化するとき、第三者を納得させる数値データなどの客観性が高いエビデンスを示すことであろう。

1.3 第一線職員としての行政保健師

政策実施研究が明らかにしてきた第一線職員の政策形成における重要性と、地方分権の進展の中で注目されてきた自治体の政策形成の必要性を総合的に勘案すれば、自治体の第一線職員が日常業務で得ている住民の生活や地域社会の実態情報を政策形成に活用することが重要になる⁴。

そこで本稿では、自治体の第一線職員が政策形成において果たすべき役割や機能について検討する。その際に、第一線職員の例として自治体に勤務する行政保健師に焦点を合わせる。保健師に注目する理由は以下の4点である。

まず、自治体に勤務する保健師の総数が無視し得ない数に達しており、しかも地方公務員全

² 周知のように、リップスキーは“Street level bureaucracy”という用語を使っている。わが国ではそれを第一線職員とか現場官僚制などと訳しているわけである。しかし、本稿では第一線職員を“Street level officials”と表記する。それは次のような認識が前提になっている。リップスキーが“bureaucracy”という語を使っているように、“Street level bureaucracy”の議論には、官僚制に対する問題関心が背景にある。すなわち、階級型組織が実際にどのように機能しているのかとか、統治権力が官僚制を通じて支配を行うときに、末端の官僚(制)がどのような影響を有しているのかといった関心が基本になっていることが多い。ただ、学術研究としての興味関心はともかく、現実にはstreet levelの職員は、自らが「官僚」であるという認識はほとんどなく、権力を行使しているという自覚もないことが多い。それが問題だという議論もできるが、そのような現場の実態が、政治学や行政学の研究対象として注目されなかった原因かもしれない。したがって、ここではリップスキーの意図がどうであれ、研究対象としてのstreet level、現場、第一線に光を当てることになったことに意味があることを重視している。このようなStreet level bureaucracyの議論については高橋(2019)が詳しい。

³ 地方分権の進展と現状の課題については真山(2018)を参照。

⁴ 筆者が、第一線職員が政策形成において重要な役割を持つことを主張した最初の論稿は真山(1992)である。また、特に自治体の政策形成と第一線職員の関係を強調したのは真山(2001)である。

体の数が削減される中で、保健師の数が増えていることである。これは、保健師に期待されている役割が増大していることを示していると考えられる。もちろん、そこで期待されている役割が政策形成に直結しているわけではないが、本稿の問題関心からすれば、自治体での役割が増大している職員こそ、政策形成に積極的に関わってもらう必要がある。

次に、これまで保健師が担ってきた業務の内容や遂行形態は、典型的な第一線職員による活動であることである。公衆衛生、健康増進、介護、子育て支援等々、いずれの業務も住民や個別対象者に対面して活動しなければならない。しかも、相対するのは個人だけでなく、家族、地域コミュニティ、地域内の各種団体など様々であるので、第一線職員としてきわめて多種多様な地域の実態情報を得ているのである。

3番目の理由は、保健師が典型的な専門職だということである。自治体職員の中で、行政職の人たちは、様々な政策分野の業務を経験するとともに、将来的には企画・調整部門に配置される可能性があることから、総合計画の策定などのいわゆる政策形成に関わる仕事をするイメージが強い。一方、専門職の人は、特定の分野についての計画策定に関わることはあっても、自治体全体を見渡した基本的なビジョンや方向性を決める業務には就く可能性が低いと思われる。それゆえ、専門職の人たちはともすると政策形成とは無関係という意識を持ちがちである。しかし、前述の通り、専門職の方が現場を持ち、第一線職員として地域の実情・実態に詳しいということが少なくない。そのような専門職の自治体職員が、政策形成にどのように関わるべきなのか、どのように関わられるのかを検討することが重要である⁵。

そして、4番目の理由は、保健師の専門性を根拠付けており、保健師であれば必ず学んでい

るはずの公衆衛生看護学の分野では、政策形成に対する関心が高まっており、理論研究、事例研究ともに多くの蓄積を見ていることである。一般的には、政策形成は行政学、政治学、法学、経済学などの社会科学系の学問領域で研究されるものという認識があるが、その常識を覆すような取り組みが公衆衛生看護学では展開されている。自治体職員、とりわけ専門職の職員が政策形成にどのように関わることかを検討する上で、これらの先行研究は大いに役立つはずである。

そこで、はじめに保健師の現状から確認しておくことにしよう。

2. 市町村保健師を取り巻く現状

2.1 保健師の数

前述のように、自治体で勤務する保健師（いわゆる行政保健師）の数は市町村において増加傾向にある。厚生労働省の資料(表1)によると、2018年5月1日現在で自治体の常勤保健師の総数は35,088人に上る。その内、85%以上の30,007人が市区町村に勤務している。自治体では行政改革の一環として厳格な定員管理が行われている。そのため、地方公務員数は減少の一途であるが、保健師は増員傾向にあるという例外的な職種である。

行政保健師の業務の多くが、地域の公衆衛生、健康増進、あるいは子育て支援などを中心とした住民に対するサービスに関わるものであることからすれば、基礎自治体の保健師が多いことは当然の帰結である。そして、基礎自治体こそ、住民の生活実態や具体的なニーズを踏まえた政策を展開することが求められている。本稿は第一線職員と政策形成との関係に注目していること

⁵ 言うまでもなく自治体の専門職は保健師に限られるわけではなく、古くからよく知られている専門職としては社会福祉主事がある。しかし、社会福祉主事の主要な業務である生活保護事務は法定受託事務であり、現場での裁量があるというものの、社会福祉主事に対して地域独自の生活保護事業を企画立案することが期待されていない。一方、保健師の主要な業務の一つである保健指導は、健康増進法(平成14年法律第103号)によって自治体の実施が求められているものの、具体的にどのような事業を行うかについては、自治体がそれぞれ企画することになるため、地域の実情や住民ニーズに応じた「事業化」が求められている。保健師は、専門職の中でもとりわけ自治体の施策や事業の企画立案に関わりが深いと言える。したがって、単に専門職というだけで同列に捉えたり、類似するものとして安易に比較したりするのは問題である。もちろん、社会福祉主事をはじめ福祉行政に携わる自治体職員が自治体の政策形成に関わる必要がないというわけではないが、本稿の目的からすれば、政策形成への関わりが実現しそうな保健師から検討を加えることが有益であると考えられる。保健師以外の他の専門職、そして土木、建築、電気などの技術職の職員と政策形成の関係については今後の検討課題とする。

表 1 全国の所属部門別常勤保健師数（2018年5月1日時点）

(単位：人)

	総数	本庁	保健所	市町村保健センター	その他
都道府県 (n = 47)	5,081	854 (16.8%)	3,619 (71.2%)	—	608 (12.0%)
市区町村 (n = 1,741)	30,007	9,885 (32.9%)	3,383 (11.3%)	11,552 (38.5%)	5,187 (17.3%)
うち、保健所設置市 (n=80)	8,327	1,438 (17.3%)	2,957 (35.5%)	3,089 (37.1%)	843 (10.1%)
特別区 (n=23)	1,304	174 (13.3%)	426 (32.7%)	625 (47.9%)	79 (6.1%)
市町村 (n=1,638)	20,376	8,273 (40.6%)	—	7,838 (38.5%)	4,265 (20.9%)
合計	35,088	10,739 (30.6%)	7,002 (20.0%)	11,552 (32.9%)	5,795 (16.5%)

厚生労働省「平成30年度保健師活動領域調査」(URL1)を基に筆者一部改編

から、今後の検討は特に必要がある場合を除いて、基礎自治体（市区町村）の保健師を中心にを行う。

2.2 保健師の業務と日常の活動

保健師の配属先に注目すると、特別区と保健所設置市の場合には当然ながら30%以上が保健所に所属している。保健師の主たる業務が、保健所や保健センターなどを拠点に展開されている地域住民の保健指導や健康管理であることからすれば当然である。保健師の具体的な業務は、生活習慣の改善や母子健康などの保健指導、結核や新型インフルエンザなどの疫病・感染症対策、難病や心身障害、認知症、思春期、虐待・DV、薬物依存症、生活困窮などに関する相談・支援などである。

一方で、比較的多くの保健師が保健所以外の組織に所属していることが近年の特徴となってきた。特に保健所を設置していない一般市町村では、20%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。表1における「その他」に含まれている具体的な配属先は、表2に示す通りである。このように、保健師が保健所以外の様々な組織、機関に配属されることを「分散配置」と呼んでいる。現状では「保健センター類似施設」が多いので、実際には職務内容が多様化しているとまでは言いきれないが、地域包括支援センターに配置されている保

健師が多いことにも象徴されるように、地域に関する多くの組織・機関との相互作用の下での業務に従事している保健師が多いのも事実である。純粋な公衆衛生看護活動だけではなく、組織間、関係者間の調整などの業務も増えていると考えられる。この点については、後に検討する。

重要なことは、表2からも分かるように、近年、保健師が多様な職場で多様な業務を担うようになってきていることである。保健師は専門職として採用され、保健所などの公衆衛生看護活動の拠点機関に配属され、保健師独自の業務を遂行することが一般的であった時代に比べ、分散配置による配属先の多様化という近年の動向が、保健師の業務活動や行動様式にどのような影響を与えているのかは、重要な検討事項である。

保健師の具体的な業務内容に目を向けると、地域の保健、福祉に関わる業務を中心に、現場に出向き、対象者（集団）と対面した直接サービス活動が多い。表3に示すように、保健所設置市や一般市町村に勤務する保健師は、業務全体の40%以上が直接サービス業務である。間接サービスの多くも、活動場所こそ現場ではないかもしれないが、地域の実情に沿った配慮や調整をする仕事である。その結果、基礎自治体の保健師は、70%程度の時間を現場での業務や地域に目を向けた業務（表3において網掛けをした部分）に充てている。いわゆる内部管理業務は40%弱にとどまる。以上のことから、市町村保健師は典型的な第一線職員であると言え

るだろう。この点では、広域自治体である都道府県の保健師が、保健所という現場機関を有しているにもかかわらず、直接サービスが20%と、市町村の場合より低いことが特徴である。

第一線職員に注目する場合は、やはり基礎自治体レベルを取り上げるべきであると言える。

前述のように、近年では分散配置が進み、保健センターや保健センター類似施設以外の機関

表2 本庁・保健所・保健センター以外の配属先内訳

(単位:人)

	計	配属先施設等									
		教育委員会・教育庁等	市町村保健センター類似施設等	保健増進施設等	精神保健福祉センター	地域包括支援センター	福祉・介護	医療	保健師等養成所(大学を含む)	外郭団体・交流・派遣等	その他
都道府県	608	51		0	145		170	43	45	101	53
市区町村	5,187		2,058	6	79	1,901	737	103	2	187	114
保健所設置市	843		240	0	79	124	307	13	2	37	41
特別区	79		31	0	0	2	44	0	0	1	1
市町村	4,265		1,787	6		1,775	386	90		149	72
合計	5,795	51	2,058	6	224	1,901	907	146	47	288	167

厚生労働省「平成30年度保健師活動領域調査(領域調査)の結果について」(URL2)を基に筆者一部改編

表3 常勤保健師の活動状況(直接・間接サービス別)

(単位:時間)

	総計	直接サービス		間接サービス		その他	
		保健福祉事業		地区管理	コーディネート	教育・研修	業務管理・業務連絡等
		家庭訪問・保健指導・健康相談・地区組織活動等		調査研究・地区管理	個別・地域・職域	研修企画・人材育成等	
都道府県	保健師1人当たりの平均時間数	170.6	34.2		60.2	76.2	
	割合(%)	100.0	20.0		35.3	44.7	
保健所設置市・特別区	保健師1人当たりの平均時間数	164.8	75.4		37.8	51.5	
	割合(%)	100.0	45.8		22.9	31.3	
市町村	保健師1人当たりの平均時間数	167.9	69.9		32.3	65.8	
	割合(%)	100.0	41.6		19.2	39.2	

厚生労働省「平成30年度保健師活動領域調査」(URL1)を基に筆者一部改編(ただし、数値は元資料のまま)。

に配属される保健師が増えているが、その結果、間接サービスの割合が増えている。第一線職員といえども、常に現場での業務に従事していると考えるのは早計である。調整やコーディネーターなどの業務も多く、これらの業務の多くは現場ではなく事務所（オフィス）で行われているのは言うまでもない。

2.3 保健師の専門性と行政活動

ところで、保健師になるためには保健師国家試験および看護師国家試験に合格しなければならない。大学の看護学系学部で保健師になるための学科を卒業した者、統合カリキュラムを採用している看護系専門学校（修業年限4年以上）を卒業した者には受験資格がある。それ以外の者は、看護師養成所または看護大学や短大を卒業して看護師の資格を取得し、保健師養成課程の専攻科を持つ短大、あるいは保健師養成所に1年通う方法があるが、近年では多くの保健師が看護系の大学を卒業した者になっている。最近では大学院修了者も増えている。保健師になる前の専門教育が制度的にも実態的にも充実しつつあることは良いことであるが、一方で、高学歴化ゆえの難しさも生じている。ベテラン保健師と話をしていると、自らの専門性に関係しないことには関わりたくないとか、大学や大学院という最終学歴を有しない先輩保健師との関係がうまく築けないような若い保健師が増えているという話題をしばしば耳にする⁶。

とはいえ、保健師は典型的な専門職であり、その専門性は公衆衛生看護学の分野を中心に保健・医療分野にあることは疑いの余地がない。一方で、多くの自治体職員は法学、経済学などの社会科学系の専門性を持っている事務職であることから、少なくとも学校教育段階においては、保健師とそれ以外の自治体職員は相当程度まで異なる背景を持っていることになる。この事実が生み出すことは、日常的に使う専門用語や行動規準が、保健師と行政職では大きく異なるということである。

ただ、ここで留意すべきことは、保健師が基礎教育として修得している公衆衛生看護学では、「地域診断」が重視されていることである。地域診断とは、保健師の活動は個人や家族だけを対象としているのではなく、地域全体を対象としているという前提の下で、「公衆衛生を担う専門家が、地区活動を通して地域課題を明らかにし、地区活動を通して個人のケアに留まらず、集団あるいは地域を対象にケアを行い、地域課題の軽減／解消していく一連のプロセス」（URL3:52）と捉えられている。つまり、単に個人の健康状態や家族の生活実態を見るだけでなく、地域の間人関係、気候、地理、経済などを総合的に捉えることを通じて地域保健や健康増進の取り組みを構築するという発想と方法を修得していることになる。そして、地域診断では「単に各種保健統計を並べて地域住民の身体疾患のリスクを明らかにするだけではなく、健康阻害の基礎となる複雑で多岐にわたる地域社会が抱える課題や病理を浮き彫りにしうる範囲まで含める必要がある」（URL4:11）とされている。これらのことは、地域の実態に根ざした自治体政策を作ろうとするときの取り組みやプロセスと類似している部分が多い。

近年の動きの中では、「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。配置の根拠となっているのは「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」という厚生労働省の通知（URL6）であり、明確な法的根拠を持った制度ではなく、各自治体が設置要綱等で制度化している。2018年時点で全ての都道府県、922の市区町村（全体の53.0%）で統括保健師が配置されており、総数は1,423人に上り、保健師総数の4.1%に当たる。統括保健師については確定的な定義はないが、「自治体において様々な部所に配置されている保健師を専門的側面から組織横断的に調整・支援し、地域全体の健康水準の向上を図ること

⁶ 例えば湯浅らは、北海道内で在勤5年以上の保健師を対象にフォーカスグループディスカッションを実施して保健師の様々な認識を調べ、「4年生大学卒業の新人保健師に対して能力を高く評価する一方で、学士課程における公衆衛生看護実習時間の不足や保健師になるようとする動機の弱さが原因で、地域をみる・考える視点の脆弱性を危惧する意見」が出されていることを指摘している（湯浅ほか2011:118）。

のできる環境・体制を整える保健師」(URL6:110)という捉え方が一番標準的な理解であろう⁷。

保健師を取り巻く全般的な環境は、以上のような現状である。次に、そのような状況を踏まえて、第一線職員としての保健師にどのような機能が期待されているのかに的を絞って見てみよう。

3. 保健師に対する期待の高まり

3.1 政策形成に対する実務界における認識

本稿の問題関心との関わりでいえば、保健師の政策形成への関わりに対する関心が高まっていることが注目される。例えば、厚生労働省の「保健師教育ワーキンググループ」(URL7)は、保健師に求められる能力として、

- ①地域の健康課題の明確化と計画・立案
- ②地域の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地域の健康危機管理
- ④地域の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点を示している。これらの能力は、これまでから公衆衛生看護活動にとって必要と考えられてきたものと基本的には変わらない。しかし、地域の課題を見つけ、それを計画の企画、立案につなぐ能力が強調されていることが特徴である。そして、統括保健師が配置されるようになった背景にも、保健師が見つけた健康課題を様々な計画や事業に取り込んでいく必要性に応えようとする動きがあったと言える。

そして、前出の厚労省健康局長通知において、「保健、医療、福祉、介護等の各分野及び関係機関、住民等との連携及び協働がますます重要となってきている。さらに、地方分権の一層の進展により、地域において保健師が保健活動を行うに当たっては、保健師の果たすべき役割を認識した上で、住民、世帯及び地域の健康課題を主体的に捉えた活動を展開していくことが重要となっており、地域保健関連施策の担い手としての保健師の活動の在り方も大きく変容しつつある」という認識の下、「これまでの保健師の保健活動は、住民に対する直接的な保健サービスや福祉サービス等の提供及び総合調整に重点を置いて活動するとともに、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価、総合的な健康施策への積極的な関与を進めてきたが、今後はこれらの活動に加えて、持続可能でかつ地域特性をいかした健康なまちづくり、災害対策等を推進することが必要である」としている(URL5)。「健康なまちづくり」や「防災対策」には、地域社会での様々な取り組みが総合的に関わってくることから、地域保健関連施策という保健師が伝統的に活動してきた領域にとどまらず、地域社会のあらゆる政策領域に保健師が積極的に関わり、これらの領域でも「施策の企画、立案、実施及び評価」を担っていく必要があることを指摘しているのである⁸。

全国保健師長会が2012年に市町村を対象に実施したアンケート(URL8)によると、回答した319市町村で統括保健師が現に果たしている役割としては、業務調整、人材育成、対外調整が中心となっているが、それに次いで政策立案が4番目に位置づけられている。また、今後に果たすことが求められる役割については、210市町村(全体の65.8%)が政策立案の役割を挙げている。アンケートに回答を記入した人

⁷ 専門職としての保健師について議論するときに、しばしば社会福祉士事などの専門職が引き合いに出されることは前にも述べたが、この「統括保健師」の議論でも同様に「査察指導員」との対比や類似性が取り上げられがちである。しかし、両者についても根本的に異なる要素が多く、現状では比較や参照はあまり意味を持たない。すなわち、査察指導員は社会福祉法(昭和26年法律第45号)第15条第1項に根拠があり、同3項において「指導監督を行う所員は、所の長の指揮監督を受けて、現業事務の指導監督をつかさどる」とその役割が明確に定められている。したがって、典型的なライン業務の指導監督を行うことは明確である。それゆえ、制度設計においては、政策形成に関わることは想定されていないのである。一方、統括保健師は上述のように明確な法的根拠がなく、ライン上の一職位なのか、ラインの中にある保健師にスタッフの役割を兼任させようとする試みなのか定まっていない。組織論的にはラインとスタッフを兼任するというのは不合理であるが、日本の組織では区別が曖昧であるので違和感はないのかも知れない。それはともかく、統括保健師にスタッフの役割を持たせようという発想が出るのが重要である。背景には、保健師が何らかの形で政策形成に関わることできる、関わるべきだという思いがあると言える。

⁸ もっとも、厚生労働省のこのような指摘は、保健師の役割の重要性が高まっていることを強調する保健師向けの外交辞令という面も否定できない。実際、同通知の後半で保健師の具体的な行動指針を述べている部分では、地域保健に関することばかりである。

が保健師である可能性が高いが、市町村の中で保健師に対して政策立案に関わることが期待される傾向にあると考えられる⁹。また、国立保健医療科学院の統括保健師向けの研修プログラムにおいても、研修の到達目標として、社会情勢や施策の動向についての理解と、保健師の関わりについての理解ができることを挙げている (URL9)¹⁰。

3.2 学界における政策形成に関する研究動向

保健師の専門性の裏付けになっている公衆衛生看護に関する学術研究においても、保健師が政策形成に関わることの必要性、どのような関わり方が求められるのか、あるいは政策形成に関わるために保健師にどのような能力が必要になるのかなどについて、多くの研究業績が蓄積されてきている。行政学や公共政策研究の分野よりも多いくらいである。吉岡らによって保健師が政策に関わることに関連した研究業績がレビューされている (吉岡ほか 2014)¹¹ ので、その分析を手がかりに研究の動向を探ることとする。

多くの研究において、保健師の「事業化・施策化」がキーワードになっていることが指摘できる。そして、「政策からの施策化」と「ニーズからの施策化」の2つの方向があるという。地域保健政策の現場を担う市町村が、国や都道府県が示す政策を現場に適用してサービスとして提供していくことが「政策からの施策化」と捉えられている。他方、現場で把握された住民ニ

ズに応えられるような事業を作ることが「ニーズからの施策化」と考えられている (吉岡ほか 2018)。保健師が国などからのトップダウンの政策的指示と、現場の実態や住民ニーズからの課題認識との狭間で具体的な事業を展開している実態を反映した研究が展開されている。同時に、図1のような保健師が具体的にどのように事業化するかについての考え方や基準を示そうとする研究も蓄積されている (井出 2004)。

一方で、政策、施策、事業の用語・概念の使い方や定義が確定しているわけではないので、保健師にどのような役割を期待するのかが明確ではない¹²。保健師の公衆衛生看護活動や、保健師が担当している業務についての現状認識や問題点については、概ね共通理解があるように思われるので、政策、施策、事業などの概念の共有を進めることで、より有意義な検討が進むだろう。

そのような中で、これまでの研究には以下のような特徴がある。まず、保健師が地域の実情に応じた保健事業を展開するためには、保健師の問題解決能力が重要であることが指摘されていることである。もちろん、自治体の行政や政策過程について議論するに当たって、問題解決能力の重要性を指摘すること自体は珍しいことではない。大学の政策学系の多くが、問題解決能力を高めることをディプロマポリシーに掲げている。ただ、保健師に関する研究においては、単に重要性を述べるだけでなく、上述のように政策に関わるに当たって現場の保健師がどのように考え、判断すべきかのヒントを示し

⁹ 全国保健師長会の調査結果において、統括保健師の必要性の第1位が業務調整であるように、保健師を取り巻く状況の中で、保健師間、保健師業務と他の業務の間の調整が喫緊の課題になっている。それは、第一に、前述のように保健師の分散配置が進みつつあることによって、保健師が自治体内の様々な部署に散らばってしまう傾向があるためである。保健師は、同じ専門性を持ち、地域の保健課題に対応するという共通の責務を負っているものの、日々の業務ではほとんど顔を会わせる機会がなく、それぞれ異なる目的を有する組織に所属するようになっている。それゆえ、保健師間の意思疎通を図るためのキーパーソンとしての統括保健師の役割が重要になっている。第二に、今述べたことにも関連するが、保健師の業務内容が多様化し、地域保健に関連しているとはいうものの、主領域が福祉や防災などに含まれる業務に従事することが多くなっているためである。とりわけ近年では、地域包括ケアシステムの導入が進み、そこでの保健師の役割が大きくなっている。そのため、保健師が様々な領域の組織、機関との調整をしなければならない機会が増えているのである。そのような変化しつつある環境に置かれている保健師にとっては、本稿で注目している政策形成や政策立案に関わることは、まだまだ最優先課題というわけではない。あくまでも今後の課題という段階である。

¹⁰ 到達目標として挙げられているのは下記の4点であり、多くは調整やマネジメントに関わる能力であるが、ビジョン・施策などのキーワードが使われる頻度が高まっている。

① 地域保健を取り巻く社会情勢や施策の動向を理解し、統括保健師としての役割を説明できる。

② 統括的役割を担う保健師として、保健師の保健活動を推進するためのビジョンと戦略を記述し、説明できる。

③ 組織内外の関係者との連携・調整、ネットワークを確立するための具体的方法とそのために必要な能力を説明できる。

④ 統括的な役割を担う上での自身の課題を見出し、課題解決の方法を記述し、説明できる。

¹¹ ここでのレビューの対象にされたのは、2001年から2013年までに発表された「保健師」「事業化」「施策化」「政策形成」「保健医療福祉計画」の5ワードを含む論文であり、医学中央雑誌およびCiNii Articlesを用いて検索している。

¹² 教科書的な位置づけの吉岡らの著書 (吉岡ほか 2018) においても、政策、施策、事業の区別や関係について1つの節を割いて解説している。もっとも、政策研究を主としている行政学や政治学においても、用語の定義が確定しているわけではない。

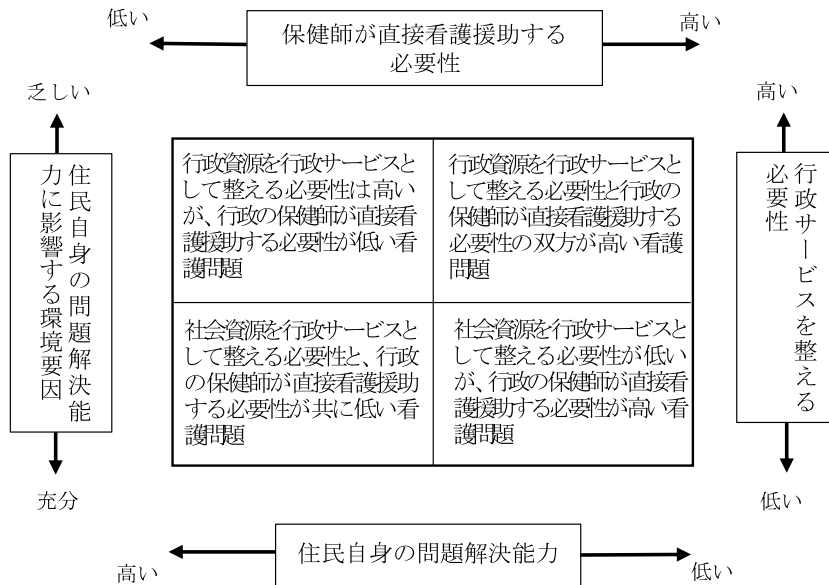


図1 保健師が事業化を判断する際の検討枠組（例）

出典：井出（2004:14）を基に筆者一部改編

ている。保健師の具体的な業務の中で認識される問題を、どのような考え方で施策に結びつけるべきかを示唆しているのである。

特に「保健師の施策化能力」という点では、保健師の持つ専門性が比較的明確であることから、具体的にどのような能力が必要かの検討が行われ、その能力が各保健師にどの程度まで備わっているかを測定しようとする研究も多い。2009年には「保健師の事業・社会資源の創出に関するコンピテンシーを評価する尺度」(Competency Measurement of Creativity for public health nurse; CMC) が示され(塩見ほか2009)¹³、具体的に保健師が地域の実態に合った事業を企画していく能力を備えているかどうかを測定できるようにする試みが本格化し、CMCの有効性の検証研究(鈴木・田高2014)も増えている。いずれも公衆衛生看護学が地域診断の重要性を

認識し、その手法の開発を積み重ねてきたことが背景にある。もちろん、あくまでも地域看護や健康増進の分野での「施策化」が前提となっている。とはいえ、特定分野の研究という側面は否定できないが、保健福祉医療に限定されない全ての政策分野での応用が可能ではないかと思われる。

このように、学界の研究の中でも、保健師が政策形成にどのように関わらすべきか、どうすれば政策形成に関わるようになれるかといった関心が高まっている。これは、単に研究上の動向ということではなく、先に見たように実務における保健師の政策形成の必要性に対する認識と密接に関わっている。その意味で、保健師が各種の保健計画の策定や実施に対してどのように関わったかに焦点を合わせた事例研究も多い(池田・長岡2005; 高橋ほか2005; 高橋ほか2011)¹⁴。

¹³ 塩見らは、「創出の必要性の把握」(健康の危機的状況やその可能性を感知するなどの3項目)、「創出の推進と具現化」(最終目標と目標に到達するまでの過程を具体的に考えるなどの9項目)、「創出に向けた協同」(連携・協同を要する住民や関係者・関係機関を見極めるなどの4項目)の3因子、16項目からなるCMCを提示している(塩見ほか2009:396,400)。

¹⁴ 2005年以前の研究業績については、飯野(2005)が、医学中央雑誌Web版を用いて2000年1月～2005年7月の文献で、「協働」「共同」「協同」「パートナーシップ」と「住民」のキーワードを含む文献と、「住民主体」「住民参加」「住民参画」のキーワードを含む文献を検索し、21文献を選定し検討している。その結果、多くの研究では、保健福祉計画の策定や、地域住民の主体的な健康づくりや地域づくりを活動目的として、保健福祉計画作成や地域の状態について住民との話し合いを通して調べたり考えたりする活動が多いことを指摘している。

実務と研究の両面から保健師の政策形成との関わりを解明しようとしていると言えよう。

もうひとつの特徴は、保健師が行政職員の一員であることを認識する必要性を強調する研究が多いことである。例えば、保健師が行政職員の一員としての視点と技術を習得していることを指摘する研究（平野ほか 2012）や、統計や行政事務に関する技術を身に付けていることを明らかにしている研究（細谷 2009）などが蓄積されている。そして、保健師は公衆衛生看護活動に従事している中で、公共性に関わる判断をしているという指摘（井出 2004）もある。これら一連の研究が明らかにしたことは、保健師に求められる政策に関する能力として、「住民の健康を念頭においた主体的な取り組み、行政職員の一員としての視点と技術、住民の奉仕者としての公務員の姿勢、の3つの中核カテゴリー」（平野ほか 2012:877）が重要だということになる。

このように保健師の政策形成に関する能力に関心を持つ研究と、保健師の行政職員としての側面に焦点を合わせる研究という2つの特徴があること理由は、保健師が看護職としての専門性を有するだけでなく、行政職員としての身分と立場を有していることの意義に関心がある（吉岡ほか 2004）からである。そして、ここに保健師と政策形成の関係を検討する意味がある。政策形成に直接関わることができるためには、行政職員（公務員）であることが重要になるからである。

実務界と学界の双方において保健師が地域課題を見つけ、それに対応するような事業を企画立案すべきであるとの認識が高まっている。このような状況からすれば、保健師の政策形成能力が高まることも、そして保健師が政策形成に関わるようになることも時間の問題のようにも思えるが、現実には保健師が政策形成に有効に関わるようになることを阻害するような傾向も生まれている。

4. 最近の新たな課題

4.1 分散配置の進展

前述のように、近年では保健師の分散配置が進んでいる。保健師の業務内容が多様化され、多くの領域で保健師の活躍の場が広がること自体は、仕事のやり甲斐や自己実現という観点から望ましいことである。また、保健師の仕事が増えることは、保健師資格を持つ人達の雇用の場が広がるという点でも悪いことではない。そして、様々な職場を経験できるようになることは、保健師が自治体の政策形成に関わる上できわめて有意義である。

しかし、新たに配置される職場（機関）がどこであるか、どのような業務に従事するかによっては、上に述べたメリットが帳消しになるだけでなく、デメリットが生じる可能性がある。例えば、防災関係の部署に配属された保健師は、防災訓練の時などを除くと地域に向いて住民の日常生活に接する業務は少なくなり、オフィスワークが多くなる傾向がある。そのことにより、保健師の特徴であり能力である「地域診断」をすることもなくなり、地域社会や住民の実態情報を得るチャンスが低下してしまう恐れがあるのだ。

それゆえ、保健師と地域との関わり的重要性が改めて指摘されるようになってきている。古くは既に前出の厚生労働省健康局長通知で「管内をいくつかの地区に分けて担当保健師を配置し、保健師がその担当地区に責任をもって活動する地区担当制の推進に努めること」として「地区担当制」の必要性を示している（URL5）¹⁵。

保健師の専門性を自治体内の様々な政策分野で有効に活用することは重要であるが、第一線職員としての保健師の強みを活かす視点が重要となるだろう。

4.2 業務委託の進展

わが国では、1980年代以降、「民間活力の活

¹⁵ もっとも、「地域」を強調すれば良いというわけではなく、それぞれの保健師が「地域」をどのように捉え、「地域」にどのように関わるかを考えなければ意味がない。それゆえ、保健師が「個別課題」だけに目を向けるのではなく「地域課題」への視点を持つことが必要になるのである（猪飼 2014）。この点でも、保健師は、個人の健康問題だけでなく、地域全体の問題に目を向けた業務遂行を求められていると言えよう。

用」が政治的、行政的課題として取り上げられてきた。保健師の関わる業務でも、検診事業などの民間委託が進む中で、いくつかの問題点が生じている。それは、これまでは保健師が業務を通じて接点を持っていた地域社会や個々の住民と疎遠になってしまうことである。地域社会や住民との接触は、業務を受託した民間企業等の職員が担うことになるため、保健師が地域の実態情報を入手しようとするなら、民間企業等の職員からの間接的情報に頼ることになる。従来が図2-1のような形だったのに対して、民間委託が進むと図2-2のようになる。もちろん、情報を得ることを目的として保健師が地域に向くことも考えられるが、民間委託をしたとしても保健師が暇になるわけではないので、日常的に繰り返し地域に向くことは現実的ではない。

前述したように、保健師の公衆衛生看護活動のなかでは地域診断が重要であると考えられている。そして、公衆衛生看護の関係者の中では、委託事業が増えることで保健師自身が地域の実態に触れる機会が減ってしまうことによって、地域診断能力の低下につながるという危惧を早い段階から持っていることにも注目しておく必要がある。例えば、2005年には『保健師ジャーナル』（第61巻第10号）で「保健事業の業務委託—委託の実際と適切な活用をめざすための

ポイント」という特集が生まれ、地域保健の分野で民間委託に対する問題意識が明確になっていることを示唆している（URL10）。また、「委託事業の運営により得られる情報は、当該地方公共団体の住民及び地域の貴重な情報のひとつであることから、保健師に適切にフィードバックされる流れを作っておくとともに、保健師自身が地域診断や各種保健医療福祉計画へこれらの情報を反映させる視点を持つことが求められる」（URL3:22）との指摘が見られる。

総務省の研究会が民間委託を進めることを第一に考え、受託する民間事業者にとって魅力的な業務の標準化などを進めることを提示している（URL11）ことと対照的と言っても良い。保健師の業務は、単に決まったことを機械的に執行するような誰がやっても同じというものではないという思いが強い。そして、保健師は、業務活動の中から地域の健康課題を見つけだし、現行の取り組みの改善や新たな取り組みの開発につないでいかなければならないとの認識がある。

しかし、立場を変えれば、保健師やその関係者が自分たちの領域で民間委託が進むことに抵抗していると見えるかもしれない。筆者も全てにおいて行政の直営が理想だと思わないし、民間（とりわけ営利企業ではない民間）が担った方が良い公共サービスもあると考える。ただ、

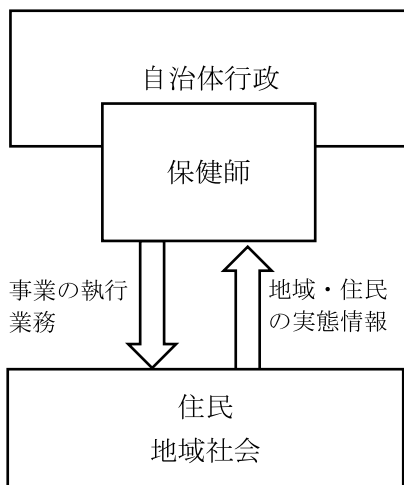


図2-1 直営事業方式

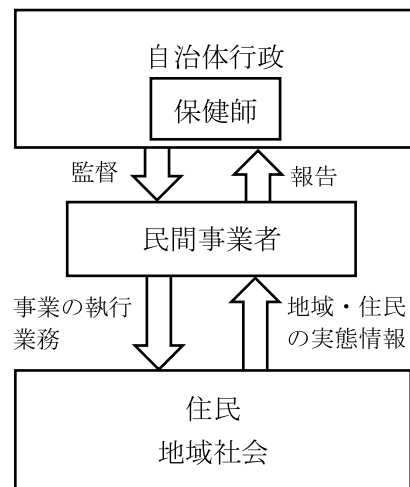


図2-2 委託事業方式

基礎自治体で政策形成を行うためには地域社会や住民の実態情報を日常的に把握することが重要だという考えからすれば、政策形成に関わる自治体職員（公務員）が日常的に地域や住民と関わらなくなることのマイナス面を考慮しなければならない。そのためには、自治体において政策形成をすることの必要性を認識し、政策形成を主体的に行うためには何が必要かについての合意を形成することが求められる。

5. 結語

地方分権を進めるためには機関委任事務を廃止したり、権限や財源を移譲したりすることが必要になる。しかし、それはあくまでも地方分権の前提条件に過ぎない。地方分権が目指しているのは、各地方が地域（社会）の実情や実態、あるいは住民のニーズや意向に沿った政策を自主的、主体的に作成し実施することである。したがって、まず、地域の実情や実態をしっかり把握する仕組みやプロセスが整備される必要がある。その際に、地域社会や住民の日常についての情報を誰がどのように収集するのが問題になる。自治体には、首長、議員、地域の諸団体、マスメディア、個々の住民など、様々なチャネルを通じて情報が集まってくるだろうが、恒常的かつ組織的に地域の実態情報に接している自治体職員というチャネルを忘れてはならない。自治体職員の中でも、第一線職員が地域の実態情報を有しているという点では抜きん出た存在である。それゆえ、自治体、特に基礎自治体が政策形成を行う場合は、第一線職員の持つ知見や情報を有効に活用する必要がある。

しかし、第一線職員が政策形成に関わりを持つことは、理念的には簡単なことであるが、現実にはそう簡単に実現することではない。なぜなら、政策形成を担うのはベテラン職員や「エリート」職員であるというイメージが古くから支配的であるためである。一般に、第一線職員は若手職員の割合が大きいし、「エリート」と目される職員は長期にわたって第一線に配属されることは少ない。したがって、第一線職員は政策形成から最も遠い存在だと思われがちである。第一線職員自身も、自らの仕事は末端での執行業務であり、政策形成とは関係していない

という感覚を無意識のうちに持つようになっていよう。このような状況を変えない限り、自治体で自治体の強みを活かした政策形成は進まない。

この現状打破の1つのヒントが、本稿で注目した保健師である。保健師の基礎となっている公衆衛生看護では、地域診断に典型的に表れているように、個人、家族、地域社会を連続的かつ体系的に把握することを重視している。そして、その診断に基づいて「施策化」や「事業化」を行うことの重要性が指摘されている。これは、自治体で求められている政策形成の形である。現在のところ、全ての保健師が意欲的に地域診断をしているわけではないし、「施策化」や「事業化」を進めているわけでもない。しかし、おそらく保健師は行政職よりも政策形成の基本に関わるトレーニングを受けており、しかも日常業務で多くの地域の実態情報を入手している。つまり、政策形成を行える可能性が大きいのである。

もちろん、本稿で検討したように、保健師が政策形成を進める環境が順調に整いつつあるというほど楽観的な状況ではないが、地方分権を实のあるものにするために、保健師から政策形成のモデルを構築していく可能性を探ることができるのではないだろうか。

参考文献

【日本語文献】

- ・飯野理恵（2005）「保健師と住民との協働における看護活動方法の特徴—住民との協働に関する文献検討を通して」『千葉看護学会誌』11（2）、16-22（2019年10月9日取得、<http://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/900040472/>）。
- ・池田信子・長岡真希子（2005）「住民と行政の協働による健康づくりの試み—健康日本21地方計画策定の支援を通して」『秋田大学医学部 保健学科紀要』13（1）、90-9（2019年10月9日取得、https://air.repo.nii.ac.jp/?action=pages_view_main&active_action=repository_view_main_item_detail&item_id=610&item_no=1&page_id=13&block_id=21）。
- ・井出成美（2004）「保健福祉行政サービスの事業化および運営管理における看護の特質」『千葉看護学会誌』10（1）、10-7（2019年10月7日取得、<http://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/900040438/?lang=0&mode=0&opkey=R157040860302524&idx=9>）。
- ・猪飼周平（2014）「地域包括ケアと保健師の使命」『保健師ジャーナル』70（11）、941-6。
- ・塩見美抄・岡本玲子・岩本里織（2009）「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の開発—信頼性・妥当性の検討」『日本公衆衛生雑誌』56（6）、391-401（2019年10月7日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/56/6/56_391/_article-char/ja/）。
- ・鈴木由里子・田高悦子（2014）「行政保健師の施策化能力評価

- 尺度の開発」『日本公衆衛生雑誌』61 (6)、275-85 (2019年10月7日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/61/6/61_275/_article/-char/ja/)。
- ・高嶋伸子・合田加代子・中山照美 (2005) 『「健康日本21」地方計画策定過程における住民と保健師との協働意識の形成』『保健師ジャーナル』61 (10)、968-73。
 - ・高嶋伸子・星旦二・中山照美・今井直子・佐々木純子 (2011) 「保健計画策定・推進に参画した住民の主体性形成過程 (地域看護活動報告)」『日本地域看護学会誌』13 (2)、86-92 (2019年10月9日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jachn/13/2/13_KJ00009468256/_article/-char/ja/)。
 - ・高橋克紀 (2019) 『政策実施論の再起動』デザインエッグ社。
 - ・平野美千代・佐伯和子・上田泉・本田光 「行政機関の保健師に求められる政策に関する能力と必要な保健師基礎教育の内容—市町村に勤務する保健師管理者への面接調査から」『日本公衆衛生雑誌』59 (12)、871-8 (2019年10月7日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/59/12/59_871/_article/-char/ja/)。
 - ・細谷紀子 (2009) 「市町村中堅保健師が獲得している施策化に関わる技術・能力とその獲得に影響を与えた経験の特徴」『千葉看護学会誌』15 (2)、9-17 (2019年10月7日取得、<http://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/900071832/?lang=0&mode=0&opkey=R15704090261362&idx=6>)。
 - ・真山達志 (1986) 「行政研究と政策実施分析—行政研究の分析モデルに関する一試論」『法學新報』92 (5-6)、97-162。
 - ・真山達志 (1992) 「自治体における市民ニーズと政策 (都市の経営と政策〈特集〉)」『都市問題研究』44 (3)、64-76。
 - ・真山達志 (2001) 『政策形成の本質—現代自治体の政策形成能力』成文堂。
 - ・真山達志 (2016) 「政策実施研究の進展と自治体行政」真山達志編著『政策実施の理論と実像』ミネルヴァ書房、1-8。
 - ・真山達志 (2017) 「あるべき政策デリバリー・システムを考える (特集 直営か、委託か)」『地方自治職員研修』50 (5)、12-4。
 - ・真山達志 (2018) 「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』29、1-6。
 - ・真山達志 (2019) 「論点2:委託事業」『地域保健』50 (3)、22-5。
 - ・湯浅資之・池野多美子・請井繁樹 (2011) 「現任保健師が認識している公衆衛生における現状変化とその改善策に関する質的研究」『日本公衆衛生雑誌』58 (2)、116-28 (2019年10月8日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/58/2/58_116/_article/-char/ja/)。
 - ・吉岡京子・朝原きみよ・村嶋幸代 (2004) 「地域の健康問題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策—課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて」『日本公衆衛生雑誌』51 (4)、257-71 (2019年10月7日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jph/51/4/51_257/_article/-char/ja/)。
 - ・吉岡京子 (2014) 「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』16 (3)、4-12 (2019年10月7日取得、https://www.jstage.jst.go.jp/article/jachn/16/3/16_KJ00009326963/_article/-char/ja/)。
 - ・吉岡京子・塩見美抄・片山貴文・細谷紀子 (2018) 『保健医療福祉専門職のための事業化・施策化のすすめ方』クオリティケア。
2. 厚生労働省 (2019) 「平成30年度保健師活動領域調査 (領域調査) の結果について」厚生労働省ホームページ (2019年9月8日閲覧、https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryoukicichousa_h30.html)。
 3. 日本公衆衛生協会 (2011) 「平成22年度地域保健総合推進事業 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書」一般財団法人日本公衆衛生協会ホームページ (2019年10月5日閲覧、http://www.jpha.or.jp/sub/menu04_2_10_all.pdf)。
 4. 日本公衆衛生協会 (2013) 「平成24年度地域保健総合推進事業 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書」一般財団法人日本公衆衛生協会ホームページ (2019年10月5日閲覧、http://www.jpha.or.jp/sub/menu04_2_h24_02.pdf)。
 5. 厚生労働省 (2013) 「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)」厚生労働省ホームページ (2019年10月3日閲覧、<https://www.mhlw.go.jp/web/toc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=0>)。
 6. 日本看護協会 (2013) 「市町村保健活動のあり方に関する検討報告書Ⅱ—保健活動の最適化への挑戦 (チャレンジ)」公益社団法人日本看護協会ホームページ (2019年10月12日閲覧、http://www.jpha.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2013/program_report.pdf)。
 7. 厚生労働省 (2010) 「保健師教育ワーキンググループ報告」厚生労働省ホームページ (2019年9月23日閲覧、<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000000tey-att/2r98520000000t0n.pdf>)。
 8. 全国保健師長会 (2014) 「平成24・25年度全国保健師長会市町村部会活動報告 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」 (2019年9月8日閲覧、<http://www.nacphn.jp/02/bukai/>)。
 9. 国立保健医療科学院 (2019) 「平成31 (令和元) 年度 研修案内」国立保健医療科学院ホームページ (2019年9月25日閲覧、https://www.niph.go.jp/entrance/h31/course/short/short_hoken15.html)。
 10. 医書ジェービー株式会社 (2019) 「基本情報:保健師ジャーナル 61巻 10号 (2005年10月)」 (2019年10月18日閲覧、<https://webview.isho.jp/journal/toc/13488333/61/10/>)。
 11. 総務省 (2007) 「地方公共団体における民間委託の推進等に関する研究会 (報告書)」総務省ホームページ (2019年10月5日閲覧、https://www.google.com/url?sa=t&rc=t&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEWizjJ_OloXlAhWofd4KHWCxDYYQFjAAegQIAxAC&url=http%3A%2F%2Fwww.soumu.go.jp%2Fmain_content%2F000156783.pdf&usq=AOvVaw3NNAIY30hY8yRbZvA—Qaa)。

【外国語文献】

- ・Lipsky, M. (1980) *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*, Russell Sage Foundation. (= 1998、田尾雅夫訳『行政サービスのディレンマ—ストリート・レベルの官僚制』木鐸社。)

【参考 URL】

1. 厚生労働省 (2019) 「平成30年度保健師活動領域調査」総務省統計局 e-Stat ホームページ (2019年9月7日閲覧、<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=dataList&toukei=00450471&tstat=000001035128&cycle=7&tclass1=000001038888&tclass2=000001038898>)。