

自治体における実施過程からの政策形成の可能性

真山 達志

概要

地方分権が推進される中で、自治体の政策形成能力の向上が求められてきたが、住民や地域の実情や実態に即した自治体独自の政策形成を行うことは未だ不十分である。この状況を改善するため、第一線職員が政策形成に関わるようにする必要があるとの認識の下、自治体の行政保健師に焦点を合わせてその可能性を探ることが有益であろう。既に、保健師の業務実態や公衆衛生看護学に対する検討から、その可能性が存することを確認しているため、本稿では、実際に保健師が政策形成に関わっているのか、関わろうとしているのかを検討している。

具体的には、保健師による保健医療福祉計画への参画状況についての初の全国調査を基に、保健師が計画策定にどのように関わり、そこで何を意識しているのかを確認した。その結果、多くの保健師が計画策定に関わった経験と実績を蓄積していることが分かった。しかし、現状では策定作業(業務)の事務局的な役割が多く、政策形成に関与しているとは言い難い。一方で、現場で把握した課題を計画に反映させようとしている保健師も多数いることも明らかになった。以上の検討から、少しずつではあるが保健師が政策形成に関わり始めていること、そして保健師の中に政策形成に関わる必要性の認識と意欲が育ち始めていることが確認できた。

1. はじめに

2020年は新型コロナウイルスの感染拡大と、それへの対応、対策に明け暮れる毎日が続いている。この「コロナ禍」とも呼ばれる状況は、

社会、経済、政治・行政のあらゆる側面が持つ問題点を顕わにし、これまでの常識や前提を崩壊させた。本稿が焦点を合わせる自治体においても、様々な問題点が明らかになった。脆弱な医療体制は最も直接的な問題点として表出した。縦割りの発想が残っていたり、ICTの活用が遅れていたりする旧態依然とした行政の業務遂行スタイルなど、感染症対策に直接関係しない日常的な行政活動全般の中でも問題点が噴出してきた。自治体が直面してきた様々な問題点は、大きく2つに分けることができるように思う。1つは、行政の持っている古い体質や時代の変化へ対応し切れていないことから生じているものである。例えば、感染者に関する情報のやり取りが、未だにFAXで行われており、手作業で集計されていることなどはその典型であろう。もう1つは、どちらかという、時代の流れに合わせて行ってきた取り組みが、コロナ禍などの状況に対応することを困難にしているという皮肉な結果によるものである。例えば、感染者対応の中心となり最前線で業務に当たった保健所においては、保健師の数こそ増やされてきたものの、保健所数や職員全体ではむしろ整理統合が進められてきたため、今回のような事態が発生するとパンク状態に陥ってしまったことが挙げられる。

誤解を恐れずに言えば、後者の側面は、業務に見合った組織体制と人員の確保をすれば、相当程度まで問題は解決するのである。実際には、今日の社会は、公共サービスに対する人件費を惜しむ風潮が強いため、公務員の数を減らしたり給与を下げたりすることが善と考えられがちであるため、組織人員の拡充はそう容易くない。しかし、コロナ禍やそれ以前に多発した様々な自然災害時の経験から、わずかながらも空気が

変わっているようにも思える。

深刻な問題は、前者の側面である。行政の持つ行動準則、価値基準、さらには風土や文化などが関わっているために、一朝一夕には改善しないからである。しばしば問題にされる縦割りの体質は、法律に基づき階梯型組織で活動する行政である以上、権限や業務の範囲が限定されざるを得ないため、行政外部の人が考えるほど簡単には解消しない。しかも、縦割りという言葉で一括されているが、自治体、とりわけ基礎自治体レベルでは、文字通りの縦割りは顕在化していることは少なくなく、強いて言えばセクショナリズムが存在する状況である。中央政府レベルの縦割りと基礎自治体でのセクショナリズムは、相互に関連しながら問題を深刻かつ複雑にしている。

とはいうものの、国なら首相の、自治体なら首長のリーダーシップを発揮して改善できるという考え方もできる。実際、コロナ禍の下では、首相や首長（とりわけ知事）のリーダーシップが注目され、メディアでも取り上げられることが多かった。法令の範囲内という限定はあるが、トップが指示すれば例えば窓口の一元化や事務処理の迅速化などは可能である。特に、コロナ禍によって超法規的とも言えるような取扱でも許容される風潮が感じられる。その結果、行政職員に過重な負担がかかったり、緻密な検討がなされていないために配慮が欠けたりするなど、それはそれで少し危険な側面もあるが、業務（事務）はその気になれば実は変革がそれ程難しくはないことを示唆している。

このように、新型コロナウイルスは、社会や経済に甚大な影響を与えたが、政治・行政の問題点を改めて表出させる役割も果たした。しかし、表面に表れない行政内部の意思決定については、あまり問題にされていない。たしかに、国であれば突如出された全国一斉休校要請や、いわゆる「アベノマスク」に関わる決定過程、自治体であれば自粛緩和の独自基準（なぜか「モデル」と呼ぶが）の決定過程など、誰がいつ、どのような検討過程を経て決めたことなのかが問題になった例も少なくはない。つまり、危機対応や政治家のパフォーマンス的な政策決定の問題点や危うさについての関心は高まった。しかし、行政内部のルーティンとも言える意思決定や政策決定に対する関心を高める点では、新

型コロナウイルスはあまり「貢献」しなかったようである。

コロナ禍の中でも、ポスト・コロナとなっても、行政は常に意思決定を積み重ね、政策決定を続けなければならない。それは国も地方も同様であるが、筆者はこれまでから自治体の政策形成に関心を寄せてきた。その意味で、コロナ禍が自治体の政策形成にどのような影響を与えたのかを検討することは興味深いだが、現時点ではまだその検証は時期尚早であると言わざるを得ない。そこで、ここでは、コロナ禍以前からの問題関心に基づいた自治体の政策形成について検討する。とはいえ、筆者は、パンデミックを含む危機に対する対応能力は、日常的な政策形成能力に依存していると考え（真山 2011）ので、平常時の自治体の政策形成を検討する意味は、現状でも十分にあると考える。

2. なぜ自治体の行政保健師か

筆者は、20年以上前から自治体の政策形成の検討を続けている。なぜなら、1990年代から地方分権が推進されているが、地方分権が名実共に進展し、地方自治の確立と住民福祉の充実が実現するために、自治体の政策形成能力が必須と考えるからである。つまり、自治体の政策形成を検討する際の基本的スタンスは、政策実施過程から生まれ、政策実施過程と連動した政策形成が必要だということである。自治体の役割は、地域の社会・経済における問題を解決し、住民の安心・安全な生活を実現することであるため、地域の実情や住民の意向に即した政策形成を進めなければならない。その際に必要となる地域や住民に関する実態的情報を日常的に得ているのが政策実施過程なのである。したがって、政策実施過程に携わる自治体職員の多くが政策形成に直接・間接に関わることで、期待される政策形成に近づく基本になると考えるのである。実施過程に根ざした政策形成が実現することによって、地方分権が目指す自治に基づく地方の問題解決と公共サービスの提供が実現可能になるはずだということを主張してきた（真山 2001）。

もっとも、このような自治体の政策形成能力を向上させるべきだという主張は、具体的な実

現の手法とプロセスを示せなければ、単なる理念論や理想論に過ぎないかもしれない。実際、最初の地方分権一括法が施行された2000年以降でも、地方分権の効果を実感できないという研究や調査があったが(北村2003、落合2012)、国会で地方分権推進の決議(1993年)が行われてから30年近くたっても事情はあまり変わらないように思える。そこで、実施過程に直接従事する自治体職員が、自治体の政策形成に関わることができる現実的な可能性があるかどうかを検討する必要がある。

筆者が注目したのは、自治体で公務員として勤務している保健師(行政保健師)であった。阪神淡路大震災が起こった1995年以降、地方自治体の危機管理に関心を持っていた筆者としては、新型コロナウイルスの蔓延というような今日の事態を想定するほどの先見の明があった訳ではないが、パンデミックを含む様々な危機管理を検討する必要性を感じていた。そこで、保健・公衆衛生行政の最前線で業務を行う保健師に十数年前から1つの焦点を合わせていた。今日ではCBRN(E)危機¹という捉え方は一般的になってきているのはいうまでもないが(郡山2016、中村2017)、CBRN(E)危機対応の多くが保健、医療などの分野と関わってくるため、実効性のある対応をするためには、自治体の最前線で活動する保健師の研究は重要である(真山2012)。

しかし、政策形成との関わりで自治体の保健師に注目するより具体的な理由は、以下の通りである(真山2020)。第1に、地方公務員全体の数が削減される中で、自治体の行政保健師の数が増えていることである。今日、社会的に重要な課題になっている公衆衛生、健康増進、包括的ケアシステムなどにおいて役割が増大している保健師にこそ、政策形成に積極的に関わってもらう必要がある。第2に、保健師が典型的な第一線(いわゆるStreet level)の職員だからである。言うまでもなく、政策実施研究の1つ

の重要な成果は、第一線職員に関心が集まるようになったことであるが、この第一線職員は、政策実施はもちろん、政策の決定段階にも影響を与えるのである。第3に、保健師が専門職であることである。一般に政策形成は行政職の企画部門の職員が中心になるが、地域の実情については第一線の業務に携わっている専門職職員が詳しい。そして第4に、保健師が修得している公衆衛生看護学では、政策形成に必要な人や地域社会を見つめるトレーニングが組み込まれていることである。加えて、近年の公衆衛生看護学では、政策形成に対する研究関心が高まっており、理論、実証の双方での研究蓄積が多いことも重要である。

筆者は、以上のような認識に基づいて、自治体の保健師を取り巻く客観的、実態的狀況、公衆衛生看護学における政策形成に関する研究の動向などについて、既に検討を加えている(真山2020)。その結果、保健師の実務と学術研究の双方において、保健師が政策形成に関わることができる環境が整いつつあることが確認できた。実務においては、2013(平成25)年4月の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関する指針」において、保健師には保健医療福祉計画の策定に積極的に関与し、地域の健康課題を効果的に解決することが求められており、保健師の政策形成への関わりを後押ししている。また、公衆衛生看護学の分野では、保健師が政策形成にどう関わるべきかについての理論と技術(ノウハウ)の双方についての多くの研究成果が蓄積されている(吉岡2014)。それらの研究に基づいて、保健師を養成する課程においても、政策や政策形成についての学習が組み込まれるようになっている。

ただ、これらの動きはあくまでも環境が整いつつあるに過ぎず、実際に保健師が政策形成に関わろうとしているのか、あるいは保健師が政策形成に関わることが制度や仕組みのうえで可能なのかということになると、別途、検討が必

¹ CBRNは化学(chemical)、生物(biological)、放射性物質(radiological)、核(nuclear)の頭文字からなる造語である。今日では、さらに爆発物(explosive)を含めてCBRNEと言うことも増えている。CBRN(E)危機(災害)で想定されているものの多くは、テロや事故であるが、2002年の重症急性呼吸器症候群(SARS)、2009年の新型インフルエンザ、2014年の西アフリカ・エボラ出血熱、2015年から2016年にかけてのジカ熱、そして今回の新型コロナウイルスなどの感染症も含まれる。テロや事故においては、主として自衛隊、警察、消防などの専門部隊の対応になるが、感染症などでは保健医療機関の対応が中心になる。特に地域社会での対応、対策においては、第一線の保健師・保健師の役割が大きい。

要である。保健師の中には、与えられた業務をこなしていれば良いという発想の人もある。あるいは、保健師の専門性と政策（形成）は分野が異なるものだという認識の人もある。そこで、本稿では、実際に保健師が政策形成に関わっているのか、関わるができるのかといったことを検討するために、保健師が保健・健康関係の自治体計画策定にどのような関わり方をしていくかを調査した結果を検討する。

3. アンケート調査結果の検討

3-1. 調査の概要

本稿で取り上げるのは、「保健師による保健医療福祉計画の策定に関する全国調査」である。この調査は、科学技術研究費補助事業である基盤研究（B）「保健医療福祉計画策定に必要な保健師の施策化能力向上のための教育プログラムの開発」²の研究活動の一環として実施されたものである。これは、保健医療福祉計画への保健師の参画状況を解明した初の全国調査である。

この調査はあくまでも保健医療福祉関係の計画策定と保健師の関係を調べているので、必ずしも政策形成の視点からの調査というわけではない。しかも、多くは法定計画として策定を事実上、義務付けられている計画に関するものであり、自治体の政策形成能力が発揮された事例とは言えない。しかし、計画策定は外形的にも実質的に数少ない政策形成活動であることは間違いない。それゆえ、その計画策定に保健師がどのように関わり、どのような意識や認識を持っているのかを知ることは、保健師の政策形成に対する関わり方を知る手がかりとなるだろう。

同アンケート調査では、まず、2019年10月に第一次調査として708自治体（47都道府県、116保健所設置市、指定都市、中核市、特別区、545市町村（抽出率は1634自治体の30%））に調査ハガキを送付し、調査協力の意思を表明した220自治体に2185人分の調査票を配布した（無記名自記式郵送調査）。これに対して回答を返送したのは1281人（回収率58.6%）であったが、そこから欠損の多い者等を削除した結果、有効回答は1256人（有効回答率57.5%）となった。回答者の属性は表1の通りである。質問票については、最後に資料として添付した。

3-2. 回答した保健師の現状

表1のように、回答者の多くが50歳以上のベテラン保健師（平均経験年数24.7年、係長級以上の職位の者が56.4%）であることから、これまでに保健医療福祉関係の計画策定に何らかの形で関わった経験を持っている人が多い。計画策定に当たって、半数近くの人には研修で学んだり先輩保健師から教わったりしていることから、策定のテクニックはそれなりに普及していると推定される。

保健師が多部署に配置される分散配置が増えているといわれているが、現状ではまだ半数以上が保健部署に所属している。厚生労働省が発表している保健師の所属（配置）機関別のデータ（「保健師活動領域調査（領域調査）」³）とは異なる区分による集計であるため、若干、違いがあるが、概ね半数が純粋な保健部署に所属しているという傾向は確認できる。このことは、逆の見方をすれば、半数近くの保健師が純粋な保健部署とは異なる部署にも配置されており、その中には少数ながらも企画調整部署の所属者が含まれている。

² 研究代表者は吉岡京子（国立保健医療科学院生涯健康研究部 上席主任研究官）であり、分担研究者として塩見美抄（京都大学大学院医学研究科 准教授）、片山貴文（兵庫県立大学看護学部 教授）、細谷紀子（千葉県立保健医療大学 准教授）、藤井仁（目白大学看護学部 准教授）、そして筆者が参加している。「保健師が把握した地域の健康課題を計画策定の際に反映し、解決できるようになるためには、どのような現任教育が必要なのか？」という問いを探索し、公衆衛生看護学、行政学、統計・情報工学の研究者が学際的に協働して、計画策定に必要な保健師の施策化力向上のための教育プログラムの開発を4年間で行うことを目的とした研究プロジェクトである。研究目的を達成するため、現役の保健師が「保健医療福祉計画」の策定にどのように、どの程度関わったのか、計画策定のプロセスがどうであったのか、策定された計画がどのように活用されているのかといった実情を把握するためにこのアンケート調査を実施した。

³ 厚生労働省の統計に基づく保健師を取り巻く現状については真山（2020）を参照。

表1 回答者の属性

		全体	n = 1256
		n	(%)
性別	男性	33	(2.6)
	女性	1215	(96.7)
年代	20代	37	(2.9)
	30代	110	(8.8)
	40代	313	(24.9)
	50代以上	593	(47.2)
保健師経験年数	平均(SD)	24.7	(9.2)
教育背景	専門学校卒	719	(57.2)
	短大専攻科卒	154	(12.3)
	大卒	303	(24.1)
	大学院卒	72	(5.7)
職位	係長級以下	323	(25.7)
	係長级以上	709	(56.4)
所属	都道府県	408	(32.5)
	指定都市、中核市、保健所設置市、特別区	329	(26.2)
	一般市町村	314	(25.0)
部署	保健	668	(53.2)
	保健福祉	244	(19.4)
	福祉	85	(6.8)
	企画調整	59	(4.7)
	介護保険	62	(4.9)
	障害者	22	(1.8)
	教育	7	(0.6)
	国保	32	(2.5)
	その他	67	(5.4)
基礎教育で計画策定について学んだ経験があった		274	(21.8)
就職後に計画策定に関する研修に参加した		572	(45.5)
計画策定について保健師の先輩から教わったことがある		568	(45.2)
計画策定に意欲的に取り組んでいる同僚がいた		811	(64.6)

注：無回答等があるため、項目内の総計が100%にならない。

3-3. 保健師の計画策定への関わり

次に、本題である保健師の計画策定への関わりの実態を、表2に基づき検討してみよう。本稿では、第一線(street level)職員の政策形成への関与と、地域の実情に基づいた政策形成に関心を持っていることから、住民や地域社会に最も近い第一線での業務の割合が大きい市町村の保健師(真山2020)に注目する。市町村の保健師が策定に関わったことがある計画として

は「健康増進計画」が半数以上に上り最も多い(58.6%)が、同計画がこの分野の総合計画的な役割を持つものであることからすれば当然のことかもしれない。それ以外では、「データヘルスプラン」と「地域自殺対策計画」など、地域に直結し保健師業務に関連する計画が20%~30%程度で高い数値となっている。一方で、「医療計画」、「ガン対策推進計画」、「介護保健事業支援計画」など、保健師も関連業務に携わることがあるものの、保健師の主要業務ではな

表 2 保健師の計画策定への関与

質問項目	選択肢	全体 n = 1256		市町村 n = 643		都道府県 n = 408	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
策定に関与したことの ある計画 (複数回答)	健康増進計画	550	(43.8)	377	(58.6)	173	(42.4)
	データヘルスプラン	276	(22.0)	222	(34.5)	54	(13.2)
	医療計画	231	(18.4)	17	(2.6)	214	(52.5)
	地域自殺対策計画	335	(26.7)	198	(30.8)	136	(33.3)
	介護保険事業計画	189	(15.0)	153	(23.8)	35	(8.6)
	母子保健計画	194	(15.4)	141	(21.9)	53	(13.0)
	食育推進計画	163	(13.0)	130	(20.2)	33	(8.1)
	障害福祉計画	144	(11.5)	84	(13.1)	59	(14.5)
	介護保険事業支援計画	51	(4.1)	16	(2.5)	35	(8.6)
	がん対策推進計画	58	(4.6)	20	(3.1)	38	(9.3)
	医療費適正化計画	55	(4.4)	10	(1.6)	45	(11.0)
	特定健康診査等実施計画	144	(11.5)	127	(19.8)	17	(4.2)
	その他	176	(14.0)	106	(16.5)	70	(17.2)
計画策定に対する 関与	計画策定の事務局として取りまとめ等の事務作業を担当した	635	(50.6)	405	(63.0)	229	(56.1)
	ワーキンググループや策定委員会の正式なメンバーとして参加した	321	(25.6)	214	(33.3)	106	(26.0)
	ワーキンググループや策定委員会のオブザーバーとして参加した	154	(12.3)	31	(4.8)	60	(14.7)
	他課の計画策定に保健部門の専門職として参加した	91	(7.2)	99	(15.4)	54	(13.2)
	計画の素案を作成した	42	(3.3)	16	(2.5)	26	(6.4)
	その他	40	(3.2)	22	(3.4)	18	(4.4)
都道府県・保健所の 関与	関与なし	270	(21.5)	244	(37.9)	26	(6.4)
	管内の市町村保健師にデータを提供した	240	(19.1)	99	(15.4)	141	(34.6)
	日常業務の一環として市町村保健師に計画策定について助言した	226	(18.0)	99	(15.4)	127	(31.1)
	管内の市町村の策定委員会に参加した	271	(21.6)	164	(25.5)	106	(26.0)
	都道府県・保健所が中心となって策定した	49	(3.9)	36	(5.6)	13	(3.2)
	その他	85	(6.8)	47	(7.3)	38	(9.3)
外部コンサルティング 会社への委託	委託しなかった	654	(52.1)	311	(48.4)	343	(84.1)
	アンケート調査を委託	123	(9.8)	99	(15.4)	24	(5.9)
	基礎資料づくりを委託	100	(8.0)	84	(13.1)	14	(3.4)
	策定作業のほぼすべてを委託	80	(6.4)	73	(11.4)	7	(1.7)
	アンケート調査+基礎資料づくりを委託	50	(4.0)	11	(1.7)	6	(1.5)
	その他	17	(1.4)	50	(7.8)	0	(0.0)
住民の声の反映方法 (複数回答)	住民にバブコメを求めた	723	(58.3)	464	(72.2)	266	(65.2)
	住民にアンケート調査を行った	477	(38.0)	383	(59.6)	92	(22.5)
	住民にGWを行い意見を聴取	117	(9.3)	91	(14.2)	26	(6.4)
	住民がWGや策定委員会の委員として出席	394	(31.4)	287	(44.6)	107	(26.2)
	その他	81	(6.4)	45	(7.0)	36	(8.8)

出来上がった計画に住民の声を十分反映できたか	まったくそう思わない	33 (2.6)	20 (3.1)	13 (3.2)
	あまりそう思わない	286 (22.8)	170 (26.4)	115 (28.2)
	少しそう思う	556 (44.3)	354 (55.1)	201 (49.3)
	とてもそう思う	95 (7.6)	68 (10.6)	27 (6.6)
策定した計画の日常業務における活用	まったく活用していない	11 (0.9)	3 (0.5)	8 (2.0)
	ほとんど活用していない	77 (6.1)	41 (6.4)	36 (8.8)
	少し活用している	531 (42.3)	308 (47.9)	221 (54.2)
	大いに活用している	415 (33.0)	282 (43.9)	133 (32.6)
計画の実行段階で広く一般住民との協働を取り入れたか	まったく取り入れなかった	125 (10.0)	57 (8.9)	68 (16.7)
	あまり取り入れなかった	293 (23.3)	168 (26.1)	123 (30.1)
	少し取り入れた	482 (38.4)	312 (48.5)	170 (41.7)
	とても取り入れた	128 (10.2)	95 (14.8)	33 (8.1)

注：無回答等があるため、項目内の総計が100%にならない。

い計画や、市町村に決定権があまりない事業に関する計画への関わりが少ないのもっともなことである。このように、計画によって策定への関わり方には違いがあるものの、日常業務に関連する計画を中心に、多くの計画策定に関与してきていることが明らかになった。

具体的な関与の仕方については、「計画策定の事務局」としての取りまとめ業務などの事務的作業が圧倒的に多い(63.0%)。「ワーキンググループや策定委員会の正式メンバー」としての関与はその半分くらい(33.3%)になってしまう。保健師が現場で得た住民や地域の実態の情報とか生の声を計画に反映するという点では、まだ環境が十分に整っていないと言えよう。特に、「計画の素案を作成した」経験がある保健師はわずか2.5%に過ぎず、保健師はもっぱら事務局の役割を与えられているというのが実情のようである。素案の作成については、都道府県保健師も6.4%と少ない。外部コンサルティング会社に委託していないとの回答が半数近くあり、委託したとしてもアンケート調査や基礎資料作成などであることが多いことから、いったい誰が素案を作成しているのが疑問である。おそらく、保健医療福祉部門の行政職職員がその役割を担っていると考えられるが、今回のアンケート調査ではその点は明らかにできていない。今後、インタビュー調査などで実態を解明することが課題である。

第一線職員が計画策定に関わる場合に最も求められる役割は、住民の声を計画に反映させる

ことである。さらに、住民が具体的に声として上げていない不満や不都合を表出させることも期待される(堀田2020)。その観点でアンケート調査結果を見てみると、「出来上がった計画に住民の声を十分反映できたか」という問いに対する回答で、「とてもそう思う」と「少しそう思う」を合わせると56.7%に上る。「まったくそう思わない」がわずか3.1%であることも兼ね合わせて考えると、保健師には住民の声を反映できているという認識がそれなりにあると思われる。もちろん、これらの回答は感覚的なものであるので、実態は別途調査が必要であるのは言うまでもない。特に、地域の実態に沿った政策形成を進めることの重要性を前提としている本稿の関心からすると、住民の声をどのような方法で計画に反映させたかという点が重要になる。

これについては、「住民にパブコメを求めた」(72.2%)、「住民にアンケート調査を行った」(59.6%)、そして「住民がWGや策定委員会の委員として出席」(44.6%)と、一般的に採用されている手法はいずれも多用されていることが確認できた。ただ、パブリックコメントは実施しても寄せられるコメント数は決して多くないし、出された意見に対して積極的な対応がとられることは少ない(原田2011)。また、委員として参加できる住民はごく少数に限られることから、広く住民の声を反映させるという点では十分とは言えない。それにもかかわらず、多くの保健師が住民の声が反映されていたと感じ

ているとすれば、それはなぜなのかを明らかにする必要がある。これも今後の研究課題としなければならないが、現時点では調査結果の以下の点が注目される。

科研費の研究プロジェクトの分析においては、独立変数として①属性、②計画策定への参画の状況、③組織要因、④計画策定の際に用いた方策の4変数を、従属変数として「計画の実行段階で広く一般住民との協働を取り入れたか」について、「0 全く取り入れなかった」、「1 あまり取り入れなかった」、「2 少し取り入れた」、「3 とても取り入れた」の4段階を採用した。これら4段階で各群に分け、マンホイットニーのU検定とスピアマンの順位を実施した。多重共線性の有無をスピアマンの順位 ($\rho < 0.3$) で確認したのち、ロジスティック回帰分析を行った。

その結果、計画の実行段階、言い換えれば日常の事業執行（業務遂行）で住民との協働を進めようとする事と、計画策定段階で住民ニーズを反映させる取り組みに熱心なことには関連が強いことが示唆された。また、計画策定に際して保健師が「組織横断的な調整の実施」をすることと「日常業務における計画の活用」をすることには、エビデンスや幅広い情報の収集が関連しており、地域に根差し活用度の高い計画策定にとっての必須要素であることも示唆された⁴。日常的に住民との協働を進めたり、計画を業務で活用したりする保健師は、実態に即した計画策定に意欲的に取り組む可能性があると言えよう。

3.4. 保健師の計画作成における問題意識

最後に、保健師の多くが何らかの保健医療福祉計画に何らかの形で関わっていることが分かったが、その際に保健師たちはどのような問題意識を持っているのかを検討しておく。アンケート調査では問題意識を直接、問うている設問はないが、計画策定において困ったことについて尋ねている設問の回答が参考になる。

「困ったこと」には、思うように行かなかった、手段方法が見つからなかった、障害が発生したり妨害があったりしたなど、具体的な内容は様々であるので、一概に保健師の問題意識を表しているとは言えないが、計画策定の過程で保健師が意識し、記憶に残っていることから注目に値する。

表3は計画策定の際に困ったことを選んでもらった結果である。回答数が多い順に並べている。計画策定に関わった保健師の多くが困ったことの1位と2位は評価とその前提となる目標値の設定に関わるものである。今日の行政では評価の視点が強調され、どのような行政計画でも目標の数値化とその目標値に基づいた評価が求められる傾向が強い。それゆえ、評価や目標設定に苦勞することは想像に難くない。

本稿の関心から注目されるのは、質問項目の3、8、10で、いずれも課題に関わるものである。計画を作る上で課題をどのように設定するかは最も重要な要素であると言っても過言ではない。課題設定が間違っていたり曖昧だったりすると、計画の意義や役割が低下する恐れがある。それゆえ、保健師の多くが課題設定に腐心したことは政策形成の観点からすると望ましい。特に「現場で把握した課題の計画への反映」が10位に位置づけられていることは重要である。困った人が多いだけでなく、困らなかった人もそれなりの数であるので、実態として現場の課題意識をどれだけ計画に反映させる努力をしたのかが明確にならないが、「実施しなかった」（この場合、課題意識を計画に反映させることを行わなかったという意味になる）を選んだ人は5.4%とかなり少ないことに注目したい。つまり、結果につながったかどうかはともかく、現場で知り得た課題を計画に反映させようとした保健師が相当数いるのである。第一線職員としての保健師と政策形成の関係に注目するならば、このような保健師の意識や取り組みは重要である。

⁴ この分析における数量分析は、主として藤井仁が担当した。分析結果は第79回日本公衆衛生学会総会（2020年10月）で、第1報が吉岡京子、第2報が細谷紀子によって報告される予定である。また、海外学術誌に投稿・査読中である。詳細はそれらを通じて公表する。

表3 計画策定の際の困りごと (回答数が多い順)

n=1008

質問項目	困った (n=406)	困らなかった (n=467)	実施しなかった (n=135)	今後学びたい
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. 各施策・事業の評価指標の作成・評価方法の決定	796 (63.4)	176 (14.0)	36 (2.9)	731 (58.2)
2. 各施策・事業の目標値の設定	757 (60.3)	220 (17.5)	31 (2.5)	635 (50.6)
3. 既存データを活用した課題分析	618 (49.2)	356 (28.3)	34 (2.7)	655 (52.1)
4. 具体的介入方法の検討	606 (48.2)	296 (23.6)	106 (8.4)	436 (34.7)
5. 政策・施策・事業の体系化	590 (47.0)	352 (28.0)	66 (5.3)	514 (40.9)
6. 地域を目指す姿を描く作業	570 (45.4)	339 (27.0)	99 (7.9)	495 (39.4)
7. 計画策定の全体スケジュールを考慮した作業	557 (44.3)	394 (31.4)	57 (4.5)	248 (19.7)
8. 優先課題の選定	555 (44.2)	406 (32.3)	47 (3.7)	450 (35.8)
9. 庁内外の関係者との目的・課題の共有化	525 (41.8)	396 (31.5)	87 (6.9)	356 (28.3)
10. 現場で把握した課題の計画への反映	521 (41.5)	419 (33.4)	68 (5.4)	444 (35.4)
11. 計画実施の進捗管理	513 (40.8)	408 (32.5)	87 (6.9)	322 (25.6)
12. 困った時に相談できる計画策定経験者の確保	512 (40.8)	354 (28.2)	143 (11.4)	276 (22.0)
13. 計画を実現化していく際の住民の協働	496 (39.5)	218 (17.4)	294 (23.4)	504 (40.1)
14. 関連計画との整合性の検討	487 (38.8)	466 (37.1)	55 (4.4)	350 (27.9)
15. 庁内の関連部局との連携・調整	485 (38.6)	450 (35.8)	73 (5.8)	281 (22.4)
16. 庁外の関係機関・住民等との連携・調整	467 (37.2)	406 (32.3)	135 (10.7)	350 (27.9)
17. 管轄内の地域(または地区)間格差の特定	439 (35.0)	304 (24.2)	265 (21.1)	440 (35.0)
18. ターゲット集団の設定	388 (30.9)	406 (32.3)	214 (17.0)	363 (28.9)
19. 前任者からの資料やデータの引継ぎ	373 (29.7)	473 (37.7)	162 (12.9)	182 (14.5)
20. 課題把握のためのアンケート・ヒアリング調査の実施	369 (29.4)	397 (31.6)	242 (19.3)	412 (32.8)
21. 予算確保	317 (25.2)	536 (42.7)	155 (12.3)	241 (19.2)
22. 計画策定に向けた会議体の設置(この選択肢のみn=991)	304 (24.2)	536 (42.7)	151 (12.0)	254 (20.2)
23. 既存事業と担当課の一覧表作成	229 (18.2)	565 (45.0)	214 (17.0)	179 (14.3)
24. 大学等からの専門的助言・協力の獲得	183 (14.6)	416 (33.1)	409 (32.6)	316 (25.2)

4. おわりに

筆者は、前述のように自治体の政策形成を充実・強化するために自治体に勤務する行政保健師に注目している。そこで本稿では、地域の保健医療福祉計画をはじめ様々な政策形成に保健師が関わることが求められていることから、初の全国規模のアンケート調査を基に現状と課題を探ってみた。今回のアンケート調査は計画策定に焦点を合わせているため、政策形成の全体像を視野に入れているわけではない。しかし、地域計画を策定するには地域の問題の把握から始まり、課題の設定、その課題に適した手段とその評価方法の決定などを行うことが求められているので、理想的には政策形成の代表例と

言っても良いだろう。

検討の結果、少なくとも計画策定作業には多くの保健師が関わっていることが確認できた。しかし、これは事務分掌に鑑みれば当然のことかもしれない。実際、計画策定の事務局的役割としての関わり方が多い。これは、今日の自治体における計画策定の多くが、法律によって(事実上)義務付けられてことが多く、策定業務はきわめて事務的なものになるのが一般的であるためだと考えられる。今回のアンケート調査でもその一端が伺えた。

一方で、どのように課題を設定すべきかに悩み、とりわけ保健師自らが把握している地域の課題をいかにして計画に反映させるかを考えている保健師が少なくないことも明らかになっ

た。分野は限定されるものの、計画策定に保健師が多数関わっていることは、保健師の政策形成への関わりが始まっていることを示している。

今回の科研費研究プロジェクトでは、アンケート調査を基に、保健師が健康増進計画の策定に必要な知識・技術を、いつでもどこでも学ぶことができるWEB教材を作成している。実務でのニーズに応えることを最優先にしていることから、計画策定の体制づくりや調整の進め方、データの扱い方などのスキルに関わる部分も多いが、一方で、政策形成の基本的な考え方などについて理解してもらうための内容も含まれている。このような教材を充実させることによって、保健師に政策形成について学んでもらう機会が増えれば、自治体の政策形成において、第一線職員である保健師が重要な役割を果たすことがより現実的なものになるだろう。地域包括ケアシステムを導入するうえで保健師の役割が拡大している（真山2018）ことから、保健師の政策形成能力が重要になる。そして、保健師の政策形成能力の向上が、自治体職員全体が政策形成に関わっていく契機となることを期待している。

参考文献

- ・ 落合洋人（2012）「地方自治体を動かす制度と習慣—機関委任事務制度の廃止を事例にして—」『同志社政策科学研究』第14巻第1号
- ・ 北村喜宣（2003）『ポスト分権改革の条例法務—自治体現場は変わったか—』ぎょうせい
- ・ 郡山一明（2016）「地方自治体の危機管理：市民を護るために（特集 CBRN（化学剤、生物剤、核・放射性物質）テロに対する公衆衛生対策の進展）」『保健医療科学』第65巻第6号
- ・ 堀田和之（2020）「住民の持つ地域実態情報と自治体の政策形成」『同志社政策科学研究』第21巻第2号
- ・ 中村勝美（2017）「CBRN対応と危機管理（特集 化学災害と危機管理）」『自治体危機管理研究』19号
- ・ 原田久（2011）『広範囲応答型の官僚制—パブリックコメント手続の研究（学術選書64）』信山社
- ・ 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（2011）「危機管理に必要な自治体の能力」『自治体危機管理研究』7号
- ・ 真山達志（2012）「行政における政策決定能力について」『月刊地域保健』第43巻第9号
- ・ 真山達志（2018）「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」『保健医療科学』第67巻第4号
- ・ 真山達志（2020）「自治体の政策決定における第一線職員の役割—保健師を例として」『同志社政策科学研究』第21巻第2号
- ・ 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』第16巻第3号

付記：本稿は、2019年度科学研究費（基盤B）「保健医療福祉計画策定に必要な保健師の施策化能力向上のための教育プログラムの開発」（研究代表：吉岡京子 課題番号：19H03972）の成果の一部を利用している。記して謝意を表す。

資料 「保健師による保健医療福祉計画の策定に関する全国調査」質問票

I. あなたご自身のことについておたずねします。

I-1 あなたの性別、年代、保健師経験年数（育休・産休期間は除く）、教育背景を教えてください。

1)性別	1.男性 2.女性
2)年代	1.20代 2.30代 3.40代 4.50代 5.60代以上
3)保健師経験年数	()年
4)教育背景	1.専門学校卒 2.短大専攻科卒 3.大卒 4.大学院卒 5.その他()

I-2 あなたの所属している自治体の種類を教えてください。

1. 都道府県 2. 政令指定都市 3. 中核市・保健所設置市・特別区 4. 上記以外の市 5. 町村
--

I-3 あなたの現在の職位を教えてください。

1. 主事(役職なし) 2. 主任級 3. 主査級 4. 係長級 5. 課長補佐級 6. 課長級 7. 部局長級 8. その他()

I-4 あなたの現在の所属部署を教えてください。

1. 保健 2. 保健福祉 3. 福祉 4. 企画調整 5. 介護保険 6. 障害者 7. 教育 8. 国民健康保険 9. 職員の健康管理 10. その他()

I-5 これまでに計画策定について学んだ経験や職場のことについておたずねします。

1)基礎教育で計画策定について学んだ経験がありますか。	1. はい 0. いいえ
2)保健師として就職した後に、計画策定に関する研修に参加したことがありますか。	1. はい 0. いいえ
3)保健師の先輩から計画策定について教えてもらったことがありますか。	1. はい 0. いいえ
4)あなたの周りには計画策定に意欲的に取り組んでいる同僚(職種は問いません)がいますか。	1. はい 0. いいえ

II. 過去5年間の計画策定への関与状況についておたずねします。

※本調査では「保健医療福祉計画」とは、健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、データヘルス計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、地域自殺対策計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画、食育推進計画などを指します。

II-1 あなたは過去5年間に計画策定に関与した経験がありますか。

1. ある 2. ない →「ない」とご回答された方は、最後のページのⅢ-1へお進み下さい。



「ある」とご回答された方は、以下の質問にお答えください。

II-1-1 どの計画の策定に関与したことがありますか。(○はいいくつでも可)

1. 健康増進計画 2. がん対策推進計画 3. 医療費適正化計画 4. データヘルス計画 5. 特定健康診査等実施計画 6. 母子保健計画 7. 障害福祉計画 8. 地域自殺対策計画 9. 介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画 10. 医療計画 11. 食育推進計画 12. その他()
--

II-2 あなたが関与した計画策定のうち、最も困難を感じたものはどれでしたか。(1つだけ○)

1. 健康増進計画 2. がん対策推進計画 3. 医療費適正化計画 4. データヘルス計画 5. 特定健康診査等実施計画 6. 母子保健計画 7. 障害福祉計画 8. 地域自殺対策計画 9. 介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画 10. 医療計画 11. 食育推進計画 12. その他()
--

※以下の質問からは、前項Ⅱ-2 で○をした最も困難を感じた計画策定の経験についてご回答ください。

Ⅱ-3 あなたはその計画策定にどのように関わりましたか。(○はいくつでも可)

1. ワーキンググループや策定委員会の正式なメンバーとして参加した
2. ワーキンググループや策定委員会のオブザーバーとして参加した
3. 他課の計画策定に保健部門の専門職として参加した
4. 計画策定の事務局として取りまとめ等の事務作業を担当した
5. その他 ()
6. 不明

Ⅱ-4 都道府県や保健所は、その計画策定にどのように関与していましたか。(○はいくつでも可)

0. 関与していなかった
1. 管内の市町村保健師にデータを提供した
2. 日常業務の一環として市町村保健師に計画策定について助言した
3. 管内の市町村の策定委員会に参加した
4. その他 ()

Ⅱ-5 その計画策定は、外部のコンサルティング会社に委託しましたか。

0. 委託しなかった
1. アンケート調査を委託した
2. 基礎資料づくりを委託した
3. 策定作業のほぼすべてを委託した
4. その他 ()
5. 不明

Ⅱ-6 首長の意向は、計画の策定にどのくらい影響を及ぼしていたと思いますか。

0. まったく影響しなかった
1. あまり影響しなかった
2. 少し影響した
3. とても影響した
4. 不明

Ⅱ-7 計画策定の際に、職能団体の意向を把握しましたか。把握した方は職能団体名もご回答下さい。

0. 把握しなかった
1. 把握した
2. 不明
- (Ⅱ-7-1 : 1. 医師会 2. 看護協会 3 薬剤師会 4 歯科医師会 5 栄養士会
6. その他 ()

Ⅱ-8 計画策定の際に、あなた自身が組織横断的な調整を行いましたか。

0. まったく行わなかった
1. 一部行った
2. ほぼ全て行った

Ⅱ-9 計画策定の際に、住民の声をどのように反映しましたか。(○はいくつでも可)

1. 住民にパブリックコメントを求めた
2. 住民にアンケート調査を行った
3. 住民を対象としたグループワークを行い、意見を聴取した
4. 住民がワーキンググループや策定委員会の委員として参加した
5. その他 ()
6. 不明

Ⅱ-10 出来上がった計画に住民の声は十分に反映できたと思いますか。

0. まったくそう思わない
1. あまりそう思わない
2. 少しそう思う
3. とてもそう思う
4. 不明

Ⅱ-11 予算の確保は、計画策定の段階でどの程度できていましたか。

0. まったくできていなかった
1. 目途はついていて
2. 確保できていた
3. 不明

Ⅱ-12 計画策定の際に、既に発表されている研究成果(分野は問いません)は活用しましたか。

0. まったく活用しなかった
1. あまり活用しなかった
2. 少し活用した
3. とても活用した
4. 不明

Ⅱ-13 お手本となる先事例に関する情報収集は、どの程度行いましたか。

0. まったく行わなかった
1. 保健所管内で行った
2. 都道府県内で行った
3. 全国レベルで行った
4. 不明

II-14 計画策定時に評価指標は、どのように作成しましたか。(○はいくつでも可)

0. まったく作成しなかった	1. 国や都道府県の計画の評価指標を参考にした
2. 地域の独自の評価指標を作成した	3. その他 ()
4. 不明	

II-15 策定した計画について、どの程度住民に周知しましたか。

0. まったくしなかった	1. あまりしなかった	2. 少しした	3. とてもした	4. 不明
--------------	-------------	---------	----------	-------

II-16 策定した計画は、日常業務においてどの程度活用していますか。

0. まったく活用していない	1. ほとんど活用していない	2. 少し活用している	3. 大いに活用している
----------------	----------------	-------------	--------------

II-17 計画の実行段階で、広く一般住民との協働を取り入れましたか。

0. まったく取り入れなかった	1. あまり取り入れなかった	2. 少し取り入れた	3. とても取り入れた
-----------------	----------------	------------	-------------

Ⅲ. 計画策定の際の困りごとについておたずねします。

Ⅲ-1 計画策定の経験がある方は、計画策定の際に以下の各項目について困ったことがあったかどうか該当する項目に○をつけてください。

また、計画策定の経験の有無にかかわらず全員が、今後学びたい項目についてご回答ください。

項 目	回答者		計画策定の経験がある方のみ		全員回答
	選択肢		困った	困らな かった	実施しな かった
1) 計画策定に向けた会議体の設置	1	0	9	2	
2) 庁内の関連部局との連携・調整	1	0	9	2	
3) 庁外の関係機関・住民等との連携・調整	1	0	9	2	
4) 庁内外の関係者との目的・課題の共有化	1	0	9	2	
5) 大学等からの専門的助言・協力の獲得	1	0	9	2	
6) 既存データを活用した課題分析	1	0	9	2	
7) 管轄内の地域(または地区)間格差の特定	1	0	9	2	
8) 既存事業と担当課の一覧表作成	1	0	9	2	
9) 課題把握のためのアンケート・ヒアリング調査の実施	1	0	9	2	
10) 現場で把握した課題の計画への反映	1	0	9	2	
11) 優先課題の選定	1	0	9	2	
12) ターゲット集団の設定	1	0	9	2	
13) 地域の目指す姿を描く作業	1	0	9	2	
14) 具体的介入方法の検討	1	0	9	2	
15) 関連計画との整合性の検討	1	0	9	2	
16) 政策・施策・事業の体系化	1	0	9	2	
17) 計画策定の全体スケジュールを考慮した作業	1	0	9	2	
18) 各施策・事業の目標値の設定	1	0	9	2	
19) 各施策・事業の評価指標の作成・評価方法の決定	1	0	9	2	
20) 計画実施の進捗管理	1	0	9	2	
21) 計画を実現化していく際の住民の協働	1	0	9	2	
22) 予算確保	1	0	9	2	
23) 前任者からの資料やデータの引継ぎ					
24) 困った時に相談できる計画策定経験者の確保					

Ⅲ-2 その他に計画策定の際の困りごとやお悩み、工夫点等がございましたら、ご自由にお書き下さい。

(紙幅の関係で実際の質問票の説明部分を割愛し、レイアウトを一部変更している)