

平成 29 年度 博士論文

行政保健師の専門性
—集団に焦点を当てた公衆衛生看護の
実践による施策化能力の向上—

主査 荒木紀代子 教授

副査 黄 在南 教授

副査 上拂 耕生 教授

熊本県立大学大学院

アドミニストレーション研究科

博士後期課程 3年

学籍番号：1185002

氏 名：松本 千晴

目次

はじめに.....	1
第Ⅰ章 行政保健師の専門性の現状.....	5
第1節 行政保健師の活動および配属部署の拡大	5
第2節 ”個“への看護を中心とした保健師基礎教育.....	14
第3節 培われないままの”施策化能力“	16
第Ⅱ章 行政保健師の専門性を見出すための糸口	23
第1節 歴史から見る保健師活動.....	23
1. 社会事業的活動から官制の活動へ	
2. “個”を対象とした国保保健婦、生存権を具現化した開拓保健婦、駐在保健婦	
3. 保健所から市町村へ移行した対人保健サービス	
第2節 名称独占の保健師が担う「保健指導」とは何か	31
第3節 看護職でもあり行政職でもある行政保健師の立ち位置	34
第Ⅲ章 公衆衛生看護と住民組織.....	44
第1節 我が国の公衆衛生の現状	44
1. 公衆衛生とは何か	
2. 行政主導の公衆衛生	
3. 住民主体の公衆衛生への転換	
(1) 「私」と「公」の要因をもつ現代の健康課題	
(2) スリム化する行政と自治意識が高まりつつある住民	
第2節 集団に焦点をあてた公衆衛生看護	52
1. 公衆衛生看護とは何か	
2. 公衆衛生看護における「名目的な集団」と「社会集団」	
第3節 住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成.....	60
1. ソーシャル・キャピタルと健康問題の関連性	
2. 住民組織におけるソーシャル・キャピタル	

第4節 行政保健師の集団を対象とした活動の実態	67
1. 「個人」、「地域」よりも少ない「集団」を対象とした活動	
2. 住民組織を対象とした「地区組織活動」の減少傾向	

第IV章 住民組織のソーシャル・キャピタルの実態（調査研究） 80

第1節 セルフヘルプグループ 80

1. 結合型ソーシャル・キャピタルと橋渡し型ソーシャル・キャピタルの関連性
2. ソーシャル・キャピタルの課題
 - (1) 個と個のつながりである橋渡し型ソーシャル・キャピタル
 - (2) セルフヘルプグループと行政保健師の関係
 - (3) 保健医療分野に偏ったつながり

第2節 委員会型・地縁型・ライフステージ型住民組織 88

1. 研究の背景
2. 研究方法
 - (1) 研究参加者
 - (2) データ収集方法
 - (3) データの分析
 - (4) 倫理的配慮
3. 結果
 - (1) 研究参加者および所属する組織の概要
 - (2) 組織の発展
 - (3) 組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型ソーシャル・キャピタル）
 - (4) 他組織・他者に対する信頼や互酬性（橋渡し型ソーシャル・キャピタル）
4. 考察
 - (1) 組織の発展
 - (2) 組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型ソーシャル・キャピタル）
 - (3) 他組織・他者に対する信頼や互酬性（橋渡し型ソーシャル・キャピタル）
 - (4) 組織の発展と結合型・橋渡し型・地域のソーシャル・キャピタルとの関連性
 - (5) 行政保健師の住民組織に対する活動のあり方

第3節 住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成のために 114

1. 行政保健師と社会福祉協議会との協働
2. 行政保健師と住民組織との協働における「6つの原則」

第V章 行政保健師の専門性—集団に焦点を当てた公衆衛生看護の実践による施策化能力の向上—	127
第1節 集団への支援能力と施策化能力の獲得	127
1. 集団への支援と施策化との関連性	
2. 行政保健師の施策化能力の現状とその対応策	
第2節 集団に焦点をおいた保健師基礎教育	133
第3節 集団への支援と施策化を統合した現任教育プログラム	139
おわりに	157

はじめに

本論文は、市町村や都道府県に所属している保健師（以下、行政保健師）の専門性が常に揺らいでいることへの疑問にその発端がある。

行政保健師の源流は、明治時代の慈善活動に認められる。しかし、戦時下において、この色合いが薄れ、中央集権による国の方針のもと、健民健兵対策のために活動するようになっていった¹。そして、行政保健師の専門性が、国の政策等とともに揺らぐ状況は、この時に生まれたと言われている。また、行政保健師が看護を実践する場である公衆衛生は、市民社会と地方自治がきわめて未熟な明治時代に移入されている。こちらも、中央政府による衛生行政として受け止められたことに特質がある²。本来、住民主体であるべき公衆衛生は、現代においても、行政主導の傾向にあることが指摘されている³。

行政保健師は、公（行政）の立場で働く以上、公で活動する意味や必要性を示していかなければならない。「社会背景や国の方針等の影響を受けても揺るがない行政保健師の専門性とは何か」そして、「住民主体の公衆衛生を実践するために行政保健師はどのように活動すべきか」。

行政保健師の専門性に関する議論において、近年は、施策化能力の強化が言われている。これまで、行政保健師は、「個人から集団そして地域へ」という個人を出発点とした活動の広がりの中で施策化を図ってきた。それは、保健師基礎教育カリキュラムにおいて、個を対象とする活動を中心とした教育内容によるところがある。しかし、施策化の概念が持ち込まれて 30 年以上経過した現在においても、行政保健師は、施策化を実施できているとは言い難い。

これまで当たり前に行ってきた活動展開では限界があるのではないか。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し、行政保健師の専門性を明らかにする必要があると考えた。

そこで、本論文では、以下の章展開を行っている。

第 I 章では、行政保健師の専門性の現状について述べている。

第1節では、厚生労働省より発出されている通知「地域における保健師保健活動について」の1978（昭和53）年の通知およびその後3回の改定通知から、行政保健師の活動の広がりを見ている。第2節では、保健師基礎教育のカリキュラム変遷から、特に1996（平成8）年の改正による統合カリキュラムの実施が、保健師の専門性にどのように影響しているのかを論じている。第3節では、保健師の専門性に関する文献の動向をたどり、現在、「施策化能力」の強化が求められていることに触れている。

第II章では、行政保健師の専門性を見出すための糸口を「歴史」「法律」「組織」の3つの視点から探っている。「歴史」においては、保健師活動の始まりとされる明治時代から、対人保健サービスが保健所から市町村へ移行した1997（平成9）年の地域保健法施行までの活動を整理し、歴史とともに変わる行政保健師の活動の特性を見ている。「法律」においては、保健師助産師看護師法の保健師が名称独占とする「保健指導」を取り上げ、「保健指導」を行う専門職が数多く存在する現代で、行政保健師の「保健指導」をどう捉えるべきかを考えている。「組織」においては、行政機関で働く保健師という立場を踏まえ、職業的社会化と組織社会化という視点を用いている。行政保健師の専門性を確立する難しさに触れ、その中でも、行政職にも求められる施策化能力を高めることが重要であることを結論づけている。

第III章では、第1節にて、行政保健師が実践する場である公衆衛生とはどうあるべきかの根本を探っている。我が国の公衆衛生が行政主導型であるという弱点を示し、現代において、住民主体の公衆衛生となるべき理由を論じている。第2節にて、アメリカの公衆衛生看護を参考に、行政保健師が実践する公衆衛生看護を「集団に焦点を当て、予防の視点を持って、住民とともに地域における顕在的・潜在的健康問題の解決を図ることである」と定義づけている。さらに、集団の概念の理解を深め、今後、行政保健師は、集団の中でも「社会集団」、つまり地域における住民組織に着目した活動を強化し、その能力を獲得することが、重要であることを論じている。そして、行政保健師がこ

の能力を発揮することで、住民と協働した公衆衛生看護が展開できると仮説を立てた。

この仮説を立証するにあたり、ソーシャル・キャピタルという住民間のネットワークとそこに存在する信頼と互酬性の規範というコミュニティのあり方が有効であるとの概念を基礎においている。そして、ソーシャル・キャピタルと住民組織の関連性について述べ、これらが健康問題にどのような影響を及ぼすかを考察している。また、厚生労働省から発表されている保健師活動調査を分析し、現在の行政保健師の活動は、集団に焦点を当てた活動となっているのか、その実態に触れている。

第Ⅳ章では、調査研究において、住民組織における組織の発展と、住民組織内のメンバー同士のつながり（結合型ソーシャル・キャピタル）、住民組織と他組織・他者とのつながり（橋渡し型ソーシャル・キャピタル）の実態を明らかにすることを試みている。また、その実態を踏まえて、行政保健師の関わり方を検討している。

第Ⅰ節では、セルフヘルプグループ、第Ⅱ節では委員会型・地縁型・ライフステージ型を取り上げている。その分析結果をふまえ、第Ⅲ節では、住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成のために行政保健師に求められる活動を示している。

第Ⅴ章では、集団に対する支援と施策化の関連性について論じ、これら能力を高めるために求められる教育を保健師基礎教育と現任教育の2つの柱で提案している。保健師基礎教育においては、集団に対する支援能力を高めることを主とし、現行のカリキュラムの見直しおよび新たに加えるべき科目の構成を示している。現任教育においては、現在の国や自治体における現任教育に関する指針を分析し、新任期において、集団に対する支援能力と施策化能力がともに高まる教育プログラムを構成した。

本論文の調査研究では、住民や住民組織が、地域での活動や行政を含む関係機関・関係者のことをどのように捉えているのか、当事者の目線で調査、分析を行っている。筆者は、住民と行政が対等な関係に

あることが協働の必須要素であり、そのためには、行政が当事者（住民）の視点を持つことが大切だと考える。また、行政保健師のみでなく、住民組織の力量も高めるために、行政保健師に対してどのような教育が効果的であるかを考え、基礎教育カリキュラムや教育プログラムを検討している。

本論文は、個人や家族への看護を出発点として地域の活動へと広がっている我が国の公衆衛生看護に一石を投じるものである。行政保健師の集団を対象とした活動は減少傾向にある。しかし、この現状に反して、集団を対象とした活動に重点を置くことが、これからの公衆衛生看護には必要である。そして、集団を対象とした活動の実践により施策化能力も高まっていくと考える。これは、歴史、法律、組織、教育、公衆衛生や住民組織の現状といった多方面から、行政保健師を取り巻く事象を捉えた結果、たどり着いた結論である。

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」⁴と述べている。

「住民とともに地域の健康課題を解決していく」という行政保健師の使命を果たすために、集団の中でも社会集団である住民組織に着目し、住民組織とともに成長する行政保健師の姿を描いた。

本論文は、これからの行政保健師に求められる専門性を明らかにし、その専門性を確立するための保健師基礎教育カリキュラムの改正と現任教育のプログラムを提起するものである。

¹大國美智子『保健婦の歴史』第1版，医学書院，1973年，198 - 208頁。

²橋本正己『公衆衛生現代史論』初版，光生館，1981年，88-89頁。

³佐甲隆「公衆衛生システムの危機 専門性とアイデンティティ強化のために」『公衆衛生』77(1),2013年,6-10頁。

⁴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。

第 I 章 行政保健師の専門性の現状

1970 年代、大国美智子は、保健婦¹に対する周囲の理解が様々であり、さらに、保健婦自身でさえその専門性を確立できていないと指摘している²。この指摘から 40 年以上が経った現在においても、都道府県や市町村などの行政機関で働く保健師（以下、行政保健師と記す）は、自身の専門性の発揮に自信を持てず³、能力不足を感じている⁴。

専門性とは、「特定の分野における能力、知識、技術」のことである⁵。保健師の専門性を議論する場合、そのほとんどが、現職保健師の 7 割⁶を占める行政保健師に焦点が当てられ、その専門性の捉え方は様々である⁷。

保健師に関連する商業雑誌では、1990 年代に、「いま、保健婦活動の専門性を問う」⁸、2000 年代に、「保健師制度再考」⁹、「保健師ライセンスの現在」¹⁰、「私の保健師必要論」¹¹などの特集が組まれている。このように、保健師の専門性に関する議論は、保健師制度や保健師そのものの必要性にまで発展している。

そこで、本章では、行政保健師の活動指針を示す通知の改定内容および保健師基礎教育の変遷、行政保健師の専門性に関する文献の動向から、我が国における行政保健師の専門性の現状を探っていく。

第 1 節 行政保健師の活動および配属部門の拡大

行政保健師には、国からの通知により活動指針が示されている。1978（昭和 53）年 4 月 24 日、公衆衛生局地域保健課長通知「市町村における保健婦活動について」において、初めて、行政保健師の具体的な活動指針が示された。その後、この通知は、1998（平成 10）年 4 月 10 日付け厚生省保健医療局長通知「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」¹²、2003（平成 15）年 10 月 10 日付け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」¹³、2013（平成 25）年 4 月 19 日付け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」¹⁴と、3 回の改定が行われている。

これら通知を、年度毎に項目別に整理したものが表 1～表 4 である。

1978（昭和 53）年に総合的健康づくり施策として第 1 次「国民健康づくり対策」が始まり、市町村保健センターの設置、国保保健婦の市町村保健婦への統合一元化が行われた¹⁵。この当時は、市町村における保健婦活動が十分に理解されていなかった¹⁶。そこで、保健婦活動について具体的に示す必要があり、通知「市町村における保健婦活動について」が発出された¹⁷。その後、高齢化や地方分権、保健・医療・福祉に関連する法規の制定・改定などを背景に、改定されている。

行政保健師の活動は、当初、住民に対する直接的なサービスの提供のみであった。しかし、1998（平成 10）年に、保健、医療、福祉等のサービスの総合的な調整が加わった。さらに、2003（平成 15）年に、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価や、総合的な健康施策への関与が追加され、2013（平成 25）年には、持続可能でかつ地域特性をいかした健康なまちづくりと災害対策等の推進への関与も加えられている。

保健計画策定や予算の立案に関しては、1978（昭和 53）年当初は、自治体に対して、「保健婦の意見を求めること」とされていたが、1998（平成 10）年からは、「保健婦が十分関わることができるような体制を整備すること」を求め、関与する各種保健に係る計画も増え続けている。また、保健師活動の計画と評価の実施は、1998（平成 10）年以降、①潜在的な健康問題を捉えること、②地域の健康課題を明らかにすること、③解決のための保健計画等の作成や進行管理、評価を住民および関係機関と協働して行うこととし、具体的な実施方法が示されている。2003（平成 15）年には、住民の主体的活動の支援と地域ケアシステムの構築に努めることが記され、2013（平成 25）年には、ソーシャル・キャピタルの醸成を図り、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進することが示されている。

表 1 通知「市町村における保健師の保健活動について」（1978 年）¹⁸

年月日	1978（昭和53）年4月24日
通知名	市町村における保健婦活動について
背景	記述なし
これまで重点をおいていた活動	記述なし
今後、追加する必要がある活動	記述なし
保健師（保健婦）の保健活動充実強化のための自治体の実施事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市町村は保健婦が住民の健康増進のため重要な役割を担うものであることを認識し、保健婦の活動に必要な資材、設備の整備を図るとともに、保健婦の処遇の向上等についても配慮すること。 2. 市町村は、複数の保健婦を配置する場合においては、管理的職務を行う保健婦の地位を設け、その保健婦により保健婦業務の管理が行われるよう配慮すること。 3. 市町村は、保健計画の策定、関連予算の立案に関しては、保健婦の意見を求めること。 4. 市町村は、保健婦が本来の職務に専念できるよう体制をととのえること。例えば衛生に関する補助的業務、一般事務等を行わせることのないよう配慮すること。 5. 市町村は、保健婦の研修について配慮し、業務に支障のない限り、国、都道府県、保健所等が実施する研修、研究会に保健婦を積極的に出席させるよう配慮すること。
保健師（保健婦）の保健活動における一般的留意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健婦活動の計画は、地域における保健需要、実施方法及び技術能力等を勘案して作成し、また実施した活動について評価を行うこと。 2. 保健婦活動は、衛生教育、家庭訪問、健康相談等にその重点をおくこと。 3. 保健婦活動は、市町村保健センター等拠点となる施設を有効に活用しつつ、地域活動に重点をおくこと。 4. 保健婦活動の計画作成及び実施に際しては、保健所長の技術的な指導を受けて行うこと。 5. 保健婦活動については、保健所の医師、保健婦、栄養士等と連携を密にして、効果的に業務が遂行されるよう配慮すること。 6. 保健婦活動は、福祉事務所、病院、診療所、学校、事業所等との密接な連携のもとに行うこと。 7. 保健婦活動の実施に当たっては、地区の自治会、青年会、婦人会、クラブ等諸種の団体及び地区組織の協力を得るよう努力すること。

表 2 通知「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」
(1998 年) 19

年月日	1998 (平成10) 年4月10日
通知名	地域における保健婦及び保健士の保健活動について
背景	地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律 地域保健法 高齢化社会に対応するための保健、医療、福祉を通じた社会保障制度全般にわたる改革
これまで重点をおいていた活動	住民に対する直接的な保健サービスの提供
今後、追加する必要がある活動	総合的な地域保健関連施策の展開
保健師 (保健婦) の保健活動充実強化のための自治体の実施事項	<p>1. 都道府県及び市町村 (特別区を含む。以下同じ。) は、保健婦が地域の健康課題を明らかにし、住民の健康の保持増進のため重要な役割を担うものであることを踏まえ、訪問指導等の直接的な保健サービスの提供、自助グループ等の育成支援、関係機関とのネットワークづくり及び包括的な保健、医療、福祉のシステム構築並びに保健計画の策定等に保健婦が十分関わることができるような体制を整備すること。</p> <p>2. 都道府県及び市町村は、保健婦の職務の重要性にかんがみ、その計画的かつ継続的な確保に努めること。</p> <p>3. 都道府県及び市町村は、保健婦が多様化する住民の需要に的確に対応するためには、日々進展する保健、医療、福祉等に関する知見と技術を習得し、常に資質の向上を図る必要があることから、保健婦の現任教育 (現任訓練) の充実を図ること。また、これまでの専門的かつ技術的な資質の向上を目的とする研修に加え、企画及び調整能力を養成するための研修を体系化し、その実施に努めること。</p> <p>4. 都道府県及び市町村は、保健婦が様々な領域で行われる健康づくり対策及び地域における保健、医療、福祉の包括的なシステムの構築とその具体的な運用において主要な役割を果たすものであることにかんがみ、保健活動を組織横断的な立場から総合調整し、技術的側面から指導を行う保健婦を地域保健関連施策の企画調整部門にも配置するよう努めること。</p>
保健師 (保健婦) の保健活動における一般的留意事項	<p>1. 保健婦および保健士 (以下、「保健婦」という。) は、家庭訪問等の地区活動により、住民の健康状態や生活環境の実態を把握し、潜在的な健康問題をとらえ、地域において取り組まれるべき健康課題を明らかにすること。</p> <p>2. 保健婦は、住民が生活習慣病等を予防して要医療や要介護の状態になることを防止し、また、健康で質の高い生活を送ることを支援するために、健康相談、健康教育、自助グループ等の育成及び健康に関する正しい知識の普及等の健康づくりと予防活動を行うこと。</p> <p>3. 保健婦は、地域の健康課題を解決するために、住民及び関係者と協働して保健計画等を策定するとともに、それらの計画が適切かつ効果的に実施されるよう関係者間の調整を図り、保健、医療、福祉等の各種サービスの適切な供給体制の構築に努めること。また、策定された保健計画等の進行管理及び評価を関係者と協働して行うこと。</p> <p>4. 保健婦は、これらの活動を適切に行うために、主体的に研さんに努め、最新の保健、医療、福祉等に関する知見と技術を修得すること。</p>

表 3 通知「地域における保健師の保健活動について」(2003 年) 20

年月日	2003 (平成15) 年10月10日
通知名	地域における保健師の保健活動について
背景	健康増進法 介護保険制度 次世代育成対策 精神障害者の保健福祉の充実 障害者の支援費制度 高齢者対策、少子化対策及び障害者対策における保健、医療及び福祉等の連携及び協働の重要性 地方分権の推進
これまで重点をおいていた活動	住民に対する直接的なサービスの提供 保健、医療、福祉等のサービスの総合的な調整
今後、追加する必要がある活動	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関与
保健師 (保健婦) の保健活動充実強化のための自治体の実施事項	<p>1. 都道府県及び市町村 (特別区を含む。以下同じ。) は、保健師が地域の健康課題を明らかにし、住民の健康の保持及び増進のため重要な役割を担うものであることを踏まえ、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価を行うことができるような体制を整備すること。また、保健師の保健活動の実施に当たっては、訪問指導、健康相談、健康教育及びその他の直接的な保健サービスの提供、住民の主体的活動の支援、健康危機管理、関係機関とのネットワークづくり、包括的な保健、医療、福祉等のシステムの構築、各種保健に係る計画 (母子保健計画、老人保健福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画等の各種保健計画をいう。以下、同じ。) の策定等に保健師が十分に関わることができるような体制を整備すること。</p> <p>2. 都道府県及び市町村は、保健師の職務の重要性に鑑み、また、保健、医療及び福祉等の総合的な施策を推進する観点から、保健師の計画的かつ継続的な確保に努めること。</p> <p>3. 都道府県及び市町村は、保健師が新たな健康課題や多様化する住民のニーズに対応するために、常に資質の向上を図る必要があることから、保健師の現任教育 (研修 (執務を通じての研修を含む。))、自己啓発の奨励、地域保健対策に係る部門以外の部門への人事異動その他の手段による教育をいう。以下同じ。) については、「地方自治・新時代における人材育成基本方針策定指針について」 (平成9年自知能第78号) に基づき、各地方公共団体において策定した人材育成指針により、体系的に実施すること。なお、現任教育については、日々進展する保健、医療、福祉等に関する知識及び技術、連携、調整に係る能力、行政運営に関する能力を養成するための実施に努めること。</p> <p>4. 都道府県及び市町村は、保健師が住民に対する保健福祉サービスの総合的な提供及び地域における保健、医療、福祉等の包括的なシステムの構築とその具体的な運用において主要な役割を果たすものであることに鑑み、保健師を保健、福祉、介護等の様々な部門に適切に配置するとともに、保健師活動を組織横断的な立場から総合調整し、技術及び専門的側面から指導を行う地域保健関連施策の企画調整部門等に配置するよう努めること。</p>
保健師 (保健婦) の保健活動における一般的留意事項	<p>1. 保健師は、住民の健康状態や生活環境の実態を把握し、地域における健康問題を構成する要素を分析して、地域において取り組むべき健康課題を明らかにし、地域保健関連施策の展開及びその評価を行うこと。</p> <p>2. 保健師は、住民による主体的な健康づくりを支援し、また生活習慣病等の疾病を予防して要医療や要介護の状態になることを防止し、健康で質の高い生活を送ることを支援するために、訪問指導、健康相談、健康教育及び地区組織等の育成等の保健活動を行うこと。</p> <p>3. 保健師は、健康問題を有する住民が、その地域で生活できるよう、保健、医療及び福祉等の各種サービスの総合的な調整を行い、また、不足するサービスの開発を行うなど、地域ケアシステムの構築に努めること。</p> <p>4. 保健師は、地域の健康課題を解決するために、住民、関係者及び関係機関等と協働して保健計画等を策定するとともに、それらの計画が適切かつ効果的に実施されるよう保健計画等の進行管理及び評価に関係者及び関係機関等と協働して行うこと。</p> <p>5. 保健師は、これらの活動を適切に行うために、主体的に自己啓発に努め、最新の保健、医療、福祉等に関する知識及び技術、連携、調整や行政運営に関する能力並びに保健、医療及び福祉の人材育成に関する能力を習得すること。</p>

表 4 通知「地域における保健師の保健活動について」（2013 年）²¹

年月日	2013（平成25）年4月19日
通知名	地域における保健師の保健活動について
背景	介護保険法の改正による地域保健センターの設置等地域包括ケアシステムの推進 特定健康診査・特定保健指導制度の導入 がん対策、自殺対策、肝炎対策、虐待防止対策等に関する法整備 地域指針の大幅改正（平成24年厚生労働省告示第464号） 健康増進法に基づく新たな「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（平成24年厚生労働省告示第430号）
これまで重点をおいていた活動	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および総合調整 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関与
今後、追加する必要がある活動	持続可能でかつ地域特性をいかした健康なまちづくり 災害対策等の推進
保健師（保健婦）の保健活動充実強化のための自治体の実施事項	<p>1. 都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、保健師が地域の健康課題を明らかにし、住民の健康の保持増進のため重要な役割を担うものであることを踏まえ、地域保健関連施策の企画、立案、実施及び評価を行うことができるような体制を整備すること。保健師の保健活動の実施に当たっては、訪問指導、健康相談、健康教育、その他の直接的な保健サービス等の提供、住民の主体的活動の支援、災害時支援、健康危機管理、関係機関とのネットワークづくり、包括的な保健、医療、福祉、介護等のシステムの構築等を実施できるような体制を整備すること。その際、保健衛生部門においては、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。また、各種保健医療福祉に係る計画（健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画等）の策定等に保健師が十分に関与することができるような体制を整備すること。</p> <p>2. 都道府県及び市町村は、保健師の職務の重要性に鑑み、また、保健、医療、福祉、介護等の総合的な施策の推進や住民サービス向上の観点から、保健師の計画的かつ継続的な確保に努めること。なお、地方公共団体における保健師の配置については、地方交付税の算定基礎となっていることに留意すること。</p> <p>3. 都道府県及び市町村は、保健師が、住民に対する保健サービス等の総合的な提供や、地域における保健、医療、福祉、介護等の包括的なシステムやネットワークの構築とその具体的な運用において主要な役割を果たすものであることに鑑み、保健、医療、福祉、介護等の関係部門に保健師を適切に配置すること。加えて、保健師の保健活動を組織横断的に総合調整及び推進し、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付け、保健師を配置するよう努めること。</p> <p>4. 都道府県及び市町村は、保健師が新たな健康課題や多様化、高度化する住民のニーズに的確に対応するとともに、効果的な保健活動を展開するために、常に資質の向上を図る必要があることから、保健師の現任教育（研修（執務を通じての研修を含む。）、自己啓発の奨励、人材育成の観点から計画的な人事異動その他の手段による教育をいう。以下同じ。）については、「地方自治・新時代における人材育成基本方針策定指針について」（平成9年自知能第78号）に基づき、各地方公共団体において策定した人材育成指針により、体系的に実施すること。また、特に新任期の保健師については、「新任看護職員研修ガイドライン～保健師編～」（平成23年2月厚生労働省）に基づき、各地方公共団体において研修体制を整備すること。なお、現任教育については、日々進展する保健、医療、福祉、介護等に関する知識及び技術、連携及び調整に係る能力、行政運営や評価に関する能力を養成するよう努めること。</p>

表 4 通知「地域における保健師の保健活動について」（2013 年）
（つづき）²²

<p>保健師（保健婦）の保健活動における一般的留意事項（2013年通知のみ「別紙地域における保健師の保健活動に関する指針」第一保健師の保健活動の基本的な方向性より抜粋）</p>	<p>1. 地域診断に基づくPDCAサイクルの実施 保健師は、地区活動、保健サービス等の提供、また、調査研究、統計情報等に基づき、住民の健康状態や生活環境の実態を把握し、健康問題を構成する要素を分析して、地域において取り組むべき健康課題を明らかにすること（以下「地域診断」という。）により、その健康課題の優先度を判断すること。また、PDCAサイクル（plan-do-check-act cycle）に基づき地域保健関連施策の展開及びその評価を行うこと。</p> <p>2. 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開 保健師は、個々の住民の健康問題の把握にとどまらず、地域特性を踏まえて集団に共通する地域の健康課題や地域保健関連施策を総合的に捉える視点を持って活動すること。また、健康課題の解決に向けて住民や組織同士をつなぎ、自助及び共助など住民の主体的な行動を促進し、そのような住民主体の取組が地域において持続するよう支援すること。</p> <p>3. 予防的介入の重視 保健師は、あらゆる年代の住民を対象に生活習慣病等の疾病の発症予防や重症化予防を徹底することで、要医療や要介護状態になることを防止するとともに、虐待などに関連する潜在的な健康問題を予見して、住民に対し必要な情報の提供や早期介入等を行うこと。</p> <p>4. 地区活動に立脚した活動の強化 保健師は、住民が健康で質の高い生活を送ることを支援するために、訪問指導、健康相談、健康教育及び地区組織等の育成等を通じて積極的に地域に出向き、地区活動により、住民の生活の実態や健康問題の背景にある要因を把握すること。また、地区活動を通じてソーシャルキャピタルの醸成を図り、それらを活用して住民と協働し、住民の自助および共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進すること。</p> <p>5. 地区担当制の推進 保健師は、分野横断的に担当地区を決めて保健活動を行う地区担当制等の体制の下、住民、世帯、及び地域全体の健康課題を把握し、世帯や地域住民の健康課題に横断的・包括的に関わり、地域の実情に応じた必要な支援をコーディネートするなど、担当する地域に責任をもった保健活動を推進すること。</p> <p>6. 地域特性に応じた健康なまちづくりの推進 保健師は、ライフサイクルを通じた健康づくりを支援するため、ソーシャルキャピタルを醸成し、学校や企業等の関係機関との幅広い連携を図りつつ、社会環境の改善に取り組むなど、地域特性に応じた健康なまちづくりを推進すること。</p> <p>7. 部署横断的な保健活動の連携及び協働 保健師は、相互に連携を図るとともに、他職種の職員、関係機関、住民等と連携及び協働して保健活動を行うこと。また、必要に応じて部門や部署を越えて課題等を共有し、健康課題の解決に向けて共に検討するなど、部署横断的に連携し協働すること。</p> <p>8. 地域のケアシステムの構築 保健師は、健康問題を有する住民が、その地域で生活を継続できるよう、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整を行い、また、不足しているサービスの開発を行うなど、地域のケアシステムの構築に努めること。</p> <p>9. 各種保健医療福祉計画の策定及び実施 保健師は、地域の健康課題を解決するために、住民、関係者及び関係機関等と協働して各種保健医療福祉計画（健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画等をいう。以下同じ。）を策定するとともに、それらの計画が適切かつ効果的に実施されるよう各種保健医療福祉計画の進行管理及び評価を関係者及び関係機関等と協働して行うこと。</p> <p>10. 人材育成 保健師は、これらの活動を適切に行うために、主体的に自己啓発に努め、最新の保健、医療、福祉、介護等に関する知識及び技術を習得するとともに、連携、調整や行政運営に関する能力及び保健、医療、福祉及び介護の人材育成に関する能力を習得すること。</p>
--	--

このように、行政保健師の活動は、増える一方であり、直接的・個別的なものから間接的・総合的なものへと広がりを見せている。その内容も、より詳細かつ複雑な表現となっている。

これら活動を展開するにあたり、行政保健師には、保健・医療・福祉等に関する知識、技術だけでなく、企画および調整能力、さらに、連携に係る能力および行政運営に関する能力（2003（平成 15）年）、評価に関する能力（2013（平成 25）年）の養成に努めることが求められている。

さらに、これら通知の改定から見て取れるのは、行政保健師の配属部門の拡大である。従来、行政保健師の配属は保健部門の 1 部門が主流であった。それが、1998（平成 10）年の通知以降、企画調整部門、福祉部門、介護保険部門と増えていき、分散配置となっていった²³。行政保健師が 1 部門にまとまって配属されていた頃は、地区分担が取れ、地域に根差した活動が展開できていた。しかし、配属先が分散されたことにより、業務中心の活動にならざるを得なくなった²⁴。特に保健部門外は 1 名～数名の配属であり、事務職が多数を占める中で保健師の存在意義が問われた。この分散配置により、行政保健師は、その専門性を改めて考える必要性が出てきた。

多様な健康問題に対応することが行政保健師の使命であるとはいえ、このわずか 15 年の間に、行政保健師の活動の範囲や具体的活動内容、配属部門は広がり続け、終わりが見えない。鈴木知代は、健康問題と政策の変遷に伴い、活動の対象や、健康政策概念、活動形態を拡大している、このめまぐるしい変化が、保健師の専門性を育ちにくくしていると述べている²⁵。

行政保健師は、関連法規や通知に従って活動せざるを得ない部分もあるが、その結果、「何でも屋」と化している。この「何でも屋」が、行政保健師の特徴といえればそれまでだが、その役割を担おうと努める一方で、拡大し続ける活動に十分に対応できずに、自分たちの活動に自信を持つことができていないと推察する。社会情勢や健康問題、政策、配属部門など、行政保健師を取り囲む環境が変わっても、揺るが

ない行政保健師活動の核となる能力、それが専門性だと捉えられる。
その核となる能力を明らかにし、実践力をつけることが、行政保健師
の自信にもつながっていくと考える。

第 2 節 “個” への看護を中心とした保健師基礎教育

行政保健師の専門性には、保健師基礎教育も影響している。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則における保健師基礎教育のカリキュラムはこれまでに 10 回改正されている²⁶。

カリキュラムの変遷を見ると、一つ目の転換期は、1989（平成元）年のカリキュラム改正である。これまでの「公衆衛生看護論」は「公衆衛生看護学」となり、理論に基づく体系づけられた学問として位置づけられた。しかし、カリキュラムが提示された当初から組まれていた社会学系の科目は、公衆衛生学系と公衆衛生看護学系の科目に編成された。また、実習時間は 180 時間から 135 時間に減少した²⁷。このことは、保健師基礎教育において、社会学的な視点が十分に教育されなくなったことと、実践力の低下を意味する。

二つ目の転換期は、1996（平成 8）年のカリキュラム改正である。この改定が、特に、行政保健師の専門性に大きな影響を与えている。これまでの「公衆衛生看護学」は、「地域看護学」に名称を変え²⁸、教育時間（単位）数が大幅に減少した。地域における看護という枠組みで在宅看護論を含めた教育が始まった。改正前の「公衆衛生看護学」では、教育内容が 10 論に分かれて規定されていた。しかし、改正後の「地域看護学」では、「地域看護学概論」と「地域看護活動論」のみの規定であり²⁹、その科目構成は教育機関の裁量に任されるようになった³⁰。

さらに、学士課程においては、看護師、保健師、助産師と職種区分することなく、看護職に共通した基礎的な能力をつけるための教育カリキュラム（以下、統合カリキュラムと記す。）が進められた。平成に入ると、全国的に看護系大学が急増し、この統合カリキュラムを受け学生が大半を占めるようになった³¹。

それまでの保健師の養成は、看護師関連科目を履修した後に、保健師関連科目を履修するという階層的な科目構成が標準的であった。しかし、統合カリキュラムでは、科目設定が教育機関の裁量に任された

ため、両科目が、必ずしも明確に区別されずに科目が組み入れ^{32,33}、保健師の機能が十分に教授されなくなったという指摘もみられる³⁴。加えて、実習においては、実習先を公衆衛生の場に限定して規定していなかったため、市町村や保健所以外での実習も認められた。それゆえ、地域に入って主体的に住民に関わる実習ができなくなるなど³⁵、保健師として必須の能力³⁶が十分には修得されず、学生の卒業時における能力の低下が指摘された³⁷。また、統合カリキュラムでは、保健師として必要な個人・家族、集団・地域すべてにおける技術が十分に獲得できていないことが明らかになっている³⁸。この時期の保健師基礎教育では、「公衆衛生」が十分に教授されない形で「看護」に重きをおいた教育が進められ、地域における“個”に対する看護の知識・技術の修得に偏ってしまったと考える³⁹。

この時期の教育を受けている行政保健師は、現在、30代～40代になっており、中堅期になっている者が多い。中堅期は、現場で中心となって活躍し、後輩の育成にも関与する立場である。彼らは、基礎教育で公衆衛生看護の基盤を培うことができないまま、活動している可能性がある⁴⁰。その後も、公衆衛生看護の知識・技術を十分に習得できないままであるとすれば、それが、行政保健師としての専門性の発揮の低さと関連してくると考える。

保健師基礎教育は、2010（平成 22）年 4 月より修業年限が 1 年以上となった。また、2011（平成 23）年 4 月のカリキュラム改正によって、保健師の役割と専門性をより明確化するために、「地域看護学」の名称は、「公衆衛生看護学」に改められている⁴¹。現在は、学士課程の選択制で、保健師基礎教育を受ける学生が主流になっている。

第 3 節 培われないうままの”施策化能力“

CiNii に収録されている行政保健師の専門性に関する文献⁴²の動向をみると、その議論が展開され始めたのは近年になってからである⁴³。

行政保健師の専門性を探る始まりの文献は、1996（平成 8）年の宮崎美砂子の論文⁴⁴である。看護婦と対比して、行政保健婦は、後続する患者への援助も認識して周囲との協力関係をつくり、行政サービスを活用したり、地域単位で考えたりする独自の認識を持っていると結論づけている。

その後、1997（平成 9）年に、保健師関連の商業雑誌で、「保健婦活動における専門性」⁴⁵や「組織の中で専門性を生かす」⁴⁶など、「専門性」という明確な言葉がタイトル上に表れるようになる。金川克子⁴⁷は、行政保健婦（士）の専門性を、個々の病人のケアの視点から **community**（地域）や共通の問題・特徴を持っているグループを視野に入れた活動への進展にあると述べている。この 1997（平成 9）年は、地域保健法が全面施行された年であり、行政保健師の専門性を模索する転機になったと考えられる。

その後、2000（平成 12）年頃から、行政保健師の専門性に関する文献が学会誌や紀要でも増え始める。児童相談所や地域包括支援センターといった役所外の行政機関に働く保健師に焦点を当てた文献も発表され、行政保健師の配属部門が多様となった中での専門性の模索が見受けられる。2009（平成 21）年からは、特定健康診査・特定保健指導⁴⁸における保健師の専門性を論じた文献も散見される⁴⁹。2010（平成 22）年頃からは、行政保健師の専門性を問う文献は減少していく。一方で、行政保健師の専門性を高めるための教育や体制づくりに関する文献が増え始めている。

その中で、2007（平成 19）年に、「今特に強化が必要な行政保健師の専門能力」として、政策や社会資源を創出する能力が、優先度の高い専門能力であると報告された⁵⁰。この「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

った保健師活動に、1978年（昭和53）年頃から持ち込まれた概念である⁵¹。しかし、この概念が持ち込まれて30年以上経過しても、強化が必要な能力だと言われて続けている。つまり、現場では、施策化能力が十分に培われないままということになる。

『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』⁵²によると、「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」は、行政保健師の看護管理の機能として96.1%の者が認識しているが、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」は、95.8%の者が認識しているが、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（平成17）年と2010（平成22）年の間で、他の能力⁵³ほどの上昇がみとめられていない⁵⁴。その理由は、行政保健師が激動する法律や事業に翻弄され、施策化を経験する機会が少なく、施策化能力の獲得が難しい社会背景にあるためだと考えられている⁵⁵。

なぜ、行政保健師は施策化の必要性を認識しているにもかかわらず、その能力を獲得・強化できていないのか。法律や事業に翻弄されずに、行政保健師であれば誰でも施策化能力を培える方策を見つけ出さなければならぬ。

- 1 保健婦は、1993（平成 5）年の保健師助産師看護師法の改正により男性にも資格が認められ、男性に対しては保健士の呼称がついた。その後、2002（平成 14）年の同法改正により、男女別の名称が改められ、保健師として統一された。本論文においては、保健婦、保健婦（士）、保健師を、その時代背景を踏まえ、その当時の表記のまま記述している場合がある。
- 2 大国美智子は、「公衆衛生の実践領域において、保健婦のもつ比重は極めて不統一であって、『衛生教育をする人』、『保健所の看護婦さん』、『ケースワーカー』などと、さまざまに理解されている。保健婦という職種は、法にも定められ、概念的には語りつくされたという感じさえする。だが、実践の分野にはいってみると、それら理念的なものからは何らのエネルギーもうまれず、保健婦自身の間でさえ、「保健婦とは何か、それは何をいかに取り扱うべき職種なのか」という疑問が、くり返し提出されている。」と記している。（大国美智子『保健婦の歴史』第 1 版，医学書院，1973 年，198 - 208 頁）
- 3 平成 20 年度地域保健総合推進事業「多様化する市町村保健事業における保健師のあり方に関する調査報告書」において、「保健師としての専門性を発揮できていると思うか」との問いに「思う」答えた保健師は 33.9%に留まっている。一方、「思わない」との回答は 15.7%と少ないが、「どちらともいえない」が 50.6%と半数以上をしめている。（「全保協が調査報告書 多様化する保健事業で保健師の意識に及ぼす影響を分析 活動の位置付けと人材育成が影響」『週刊保健衛生ニュース』第 1508 号，2009 年，2 - 5 頁）。
- 4 行政保健師における現状の課題・問題認識として、「保健師としての能力不足を感じる」と 49.8%の者が回答している。（公益社団法人 日本看護協会『平成 26 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書』2015（平成 27）年 3 月，58 頁）
- 5 広辞苑に、専門性という言葉はない。専門とは「特定の分野をもっぱら研究・担当すること。また、その科学・事項など」、「性」とは「（多くの接尾語的に）物事たち・傾向。」という意味である。英語では、「Expertise」が訳として近く、「専門的知識〔技術，能力，見解，評価〕」と訳されている。よって、本論文では、専門性を「特定の分野における能力、知識、技術」とする。
- 6 2014（平成 26）年現在、保健師の就業数は 48,452 人で、その数は増加し続けている。その就業場所は、保健所、市町村、病院、診療所、介護保険施設、訪問看護ステーション、社会福祉施設、事業所、保健師学校・養成所等多岐に渡っている。市町村が 27,234（56.2%）で最も多く半数以上を占め、次いで、保健所 7,266 人（15.0%）、事業所 4,037 人（8.3%）と続く。
- 7 「保健師の専門性と資格のゆくえ」というテーマの対談で、久常節子は、「現在の国民的な予防課題である生活習慣病対策で成果を出すこと」で保健師の存在をアピールしていくことが必要だと述べている。一方、平野かよ子は、生活習慣病に取り組むにしても、栄養士や運動指導士等の他の専門職との関係から、「住民と一緒に地域をつくり、市民が自分のことだけでなく、他人の健康もどうあったらよいかを考えるベクトルをつくる」に保健師の専門性があるとしている。公衆衛生看護に長年関わり、厚生労働省にも在籍した両者であっても、行政保健師の専門性として挙げる内容には、違いが生じている。（久常節子，平野かよ子「保健師の専門性と資格のゆくえ」『保健師ジャーナル』Vol.62No.6，2006 年，444-451 頁）
- 8 『保健婦雑誌』Vol.46 No.2，1990（平成 2）年。
- 9 『保健師ジャーナル』Vol.59 No.4，2003（平成 15）年。
- 10 『保健師ジャーナル』Vol.62 No.6，2006（平成 18）年。

-
- 11 『月刊地域保健』第 40 巻第 9 号，2009（平成 21）年および『月刊地域保健』第 41 巻第 4 号，2010（平成 22）年。
- 12 同年月日付けの厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課長「地域における保健婦および保健士の保健活動について」において、行政保健婦（士）の活動上の留意すべき事項が示されている。また、厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課保健指導官通知「地域における保健婦及び保健士の活動指針について」において、活動領域別（市町村、都道府県保健所、政令市及び特別区、都道府県・政令市及び特別区の本庁）の取り組むべき方向について具体的に示されている。
- 13 同年月日付けの厚生労働省健康局総務課長通知「地域における保健師の保健活動について」で保健師の活動上の留意すべき事項が示されている。また、厚生労働省健康局総務課保健指導官通知「地域における保健師の保健活動指針について」において、活動領域別（市町村、都道府県保健所、政令市及び特別区、都道府県・政令市及び特別区の本庁、福祉分野および介護保険）の取り組むべき方向について具体的に示されている。
- 14 同通知の別紙「地域における保健師の保健活動に関する指針」において、行政保健師の保健活動の基本的な方向性、および活動領域別（市町村、都道府県保健所、保健所設置市及び特別区、都道府県・保健所設置市・特別区及び市町村の本庁）の保健活動における留意事項が示されている。
- 15 詳しくは、第 II 章第 1 節 2. “個”を対象とした国保保健婦、生存権を具現化した開拓保健婦、駐在保健婦を参照。
- 16 特に市町村においては家庭訪問に出向くことすら業務として認められない等の現状にあった。（小野光子「保健師の歩み 21 世紀に受け継がれた保健師活動」『公衆衛生』Vol.68No.4，2004 年，260－264 頁）
- 17 小野光子，前掲書 16。
- 18 1978（昭和 53）年 4 月 24 日、公衆衛生局地域保健課長通知「市町村における保健婦活動について」を元に筆者作成。
- 19 1998（平成 10）年 4 月 10 日付け厚生省保健医療局長通知「地域における保健婦及び保健士の保健活動について」を元に筆者作成。
- 20 2003（平成 15）年 10 月 10 日付け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」を元に筆者作成。
- 21 2013（平成 25）年 4 月 19 日付け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」を元に筆者作成。
- 22 2013（平成 25）年 4 月 19 日付け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」を元に筆者作成。
- 23 保健所においては、企画調整、福祉の分野に広がり、本庁においては、疾病対策、福祉、男女共同参画等の分野に配属されるようになった。市町村においては、介護保険が始まった頃から、介護保険、福祉、教育の分野に配属が広がった。（小野光子，前掲書 16。）
- 24 分散配置によって、事務的業務が拡大し、地域をみることがやりづらくなったとの意見が聞かれている。（湯浅資之，池野多美子，請井繁樹「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』第 58 巻第 2 号，2011 年，116－127 頁）
- 25 鈴木知代「保健婦の専門性の発達阻害」『聖隷クリストファー看護大学紀要』No6，1998 年，129－137 頁。
- 26 1941（昭和 16）年に始まり、その後の改正は、1944（昭和 19）年、1945（昭和 20）年、1947（昭和 22）年、1949（昭和 24）年、1951（昭和 26）年、1971（昭和 46）年、1989（平成元）年、1996（昭和 8）年、2009（平成

21) 年、2010（平成 22）年（修業年数のみ改正）、2012（平成 24）年に行われている。

27 「社会福祉・社会保障制度論」は「保健福祉行政論」に、「保健医療の社会科学」は「公衆衛生看護学」に組み込まれた。

28 これは、高齢化社会等に伴う在宅ケアニーズの増大から、従来、保健婦教育で付与した療養生活支援が、看護婦の基本的能力の中に包含されると考えられ、看護婦教育課程でも生活の支援、在宅看護の視点が強化されたためである。

29 改定前の公衆衛生看護学 510 時間の内訳は、公衆衛生看護学概論 45 時間、地区活動論 120 時間、家族相談援助論 105 時間、健康教育論 30 時間、保健指導総論 45 時間、保健指導各論（母子保健指導 30 時間、成人保健指導 30 時間、高齢者保健指導 45 時間、地域精神保健指導 30 時間、産業保健指導 30 時間）であり、保健指導に重点が置かれている。改定後の地域看護学 12 単位の内訳は、地域看護学概論 3 単位、地域看護活動論 9 単位である。

30 平野かよ子は、この頃の保健師学生から教科書で公衆衛生という文字を目にすることは極めて少なかったため、この当時のカリキュラムを受けた保健師に公衆衛生マインドが継承しがたいことも「さも有りなん」と述べている。

（平野かよ子「公衆衛生における保健師のアイデンティティ」『公衆衛生』Vol.79No.1, 2015 年, 14-17 頁）

31 宮内清子「保健師教育を考える①大学教育から見た保健師教育」『公衆衛生』Vol.68No.4, 2004 年, 276-280 頁。

32 福本恵は、「統合カリキュラムでは、看護学として保健師・助産師関連科目を含めたトータルな学問的体系として理解しやすい反面、比重の高い看護に重点を置かざるを得ない。4 年間の学習進度という側面から考えると、看護師、保健師、助産師の 3 課程の教育進度を調整する必要があり、そのためそれぞれの専門性の育成に最も適切な学習進度を組み立てにくいことは否めない。1 年課程では、保健師教育に特化した理論学習と実践学習の統合を積み重ねながら、個々が成長し習熟していくことを支えるプログラムの実績を有するが、そのような学習展開は困難な現状にあった。」と述べている。（福本恵「保健師教育の変遷と今日的課題」『京府医大誌』117（12），2008 年，947-955 頁）

33 教育の総時間数の制約や、看護師教育を担う教員に、保健師の専門性が認識されない傾向が指摘されている。（平野かよ子「公衆衛生看護における保健師のコンピテンシー」『保健医療科学』55（2），2006 年，128-132 頁）

34 「公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告」『日本公衆衛生雑誌』第 52 巻第 8 号，2005 年，756-764 頁。

35 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。

36 保健師として必須の能力を「健康事象を、地域単位に総合的に考える能力」、「予防活動の提供方法」としている（「公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告」前掲書 34）

37 「公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告」前掲書 34。

38 2008（平成 20）年に、保健師養成の教育機関を対象に、「保健師教育の技術項目と卒業時の到達度」計 61 項目の到達状況を調査している。その結果は、80%以上の教育機関が「到達した」と回答した項目は、「個人／家族」を

対象とした技術項目 37 項目中 6 項目、「集団／地域」を対象とした技術項目 61 項目中 4 項目となっている。（「平成 20 年度 保健師教育の課題と方向性明確化のための調査報告書（第 2 版）」2009（平成 21）年 3 月，全国保健師教育機関協議会

http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h20houkokusyo_hokenshikyoikucyosa.pdf）（2017 年 7 月 28 日確認）

³⁹ 個人と家族への支援を通し、地域をその背景として捉えることはできるが、集団や地域を支援の対象として捉えることができないことや、個人・家族・集団・組織・地域を連動させて捉えることができない状況がある。また、疫学や統計学を学んでも、施策化や支援計画づくりなど、実際の活動に結び付けて活用することができないことも指摘されている。（厚生労働省『看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告』2010（平成 22）年 11 月 10 日）

⁴⁰ 現場の行政保健師は、学士課程の新人保健師における公衆衛生の視点の脆弱性を危惧している。一方で、先輩保健師として、その視点を教育できないでいる悩みを持っている。（湯浅資之他，前掲書 24。）

⁴¹ この改定の背景には、保健師活動を取り巻く環境の変化や、分散配置の中で自律して働く保健師の必要性があった。公衆衛生看護活動に焦点を当て、保健師に求められている役割に対応できる能力の基礎を身につけることを目的として、教育内容の充実が図られた。学士課程においては、看護師等の基礎となる教育内容が確保されることを前提として、今後看護師教育のみの教育課程とするか、保健師教育を含めた教育課程とするか、あるいは希望する学生が保健師教育を選択できる教育課程とするかは、各大学が自身の教育理念・目標や社会のニーズに基づき、選択できるものとした。（2011（平成 23）年 3 月 11 日大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf）（2017 年 7 月 28 日確認）

⁴²2017（平成 29）年 5 月 11 日現在「保健婦 and 専門性」および「保健師 and 専門性」で検索したところ、「保健婦 and 専門性」で 29 件、「保健師 and 専門性」で 96 件の文献が抽出された。そのうち、行政保健師（保健婦）の専門性に焦点が当てられている学会誌、紀要、商業雑誌を本論文の検討資料としている。商業雑誌も加えたのは、その時代のトレンド（流行）を見るためである。

⁴³ 書籍では『保健婦の役割と専門性』（中央法規出版）が 1985（昭和 60）年に出版されている。

⁴⁴ 宮崎美砂子「公衆衛生看護の援助過程における判断に関する研究」『千葉看護学会会誌』2(1)，1996 年，45-52 頁。

⁴⁵ 金川克子「保健婦活動における専門性」『公衆衛生』61（8），1997 年，554-557 頁。

⁴⁶ 湊孝治「組織の中で専門性を生かす」『保健婦雑誌』53（8），1997 年，602-607 頁。

⁴⁷ 金川克子，前掲書 45。

⁴⁸ 特定健康診査とは、2008（平成 20）年 4 月から、医療保険者（国保・被用者保険）が、40～74 歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査をいう。

特定保健指導とは、医療保険者（国保・被用者保険）が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、毎年度、計画的に（特定健康

診査等実施計画に定めた内容に基づき) 実施する、動機付け支援・積極的支援をいう。根拠法は、高齢者の医療の確保に関する法律第 20 条および第 24 条である。(厚生労働省保健局『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』2013(平成 25)年 4 月, 5 頁, 8 頁)

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info03d-1.pdf>) (2017 年 9 月 23 日確認)

49 江藤真紀他「保健師の業務・裁量範囲の拡大に関する一考察」『看護科学研究』Vol.8, 2009 年, 29-33 頁。城克文「医療費適正化対策推進室より(第 3 回)保健師の専門性を生かした特定保健指導の模索も」『月刊地域保健』42(8), 2011 年, 60-63 頁。城克文「医療費適正化対策推進室より(第 5 回), 特定保健指導をめぐって問われる保健師の専門性」『月刊地域保健』42(10), 2011 年, 62-65 頁。井上優子「なぜ行政に保健師が存在するのか? 保健師の専門性とは何か?(専門家のプライドと仕事)」『地方自治職員研修』48(2), 2015 年, 26-28 頁。

50 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。

51 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。

52 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。

53 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。

54 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。

55 塩見美抄他, 前掲書 54。

第Ⅱ章 行政保健師の専門性を見出すための糸口

なぜ行政保健師の専門性は議論され続けるのか。本章では、その根本を探究し、専門性を見出すための糸口をつかむことを目的とする。

まず、歴史から保健師活動の特性を見ていく。次に、保健師を定義する法律「保健師助産師看護師法」から、保健師の専門性とは何かを考える。さらに、行政保健師は、行政機関に所属しているため、専門性もその組織の影響を受ける。そこで、職業的社会化と組織社会化という視点を用い、行政機関の中での保健師の専門性について考察する。

第1節 歴史から見る保健師活動

1. 社会事業的活動から官制の活動へ

わが国における保健師活動の源流は、明治時代¹に、巡回看護²や学校看護³という形で始まっている。結核やトラコーマなどの感染症が大流行した当時、保健師の前身となる看病婦や学校看護婦が活躍した。彼女らは、健康問題を根本から解決するために、病気を持つ個人のケアだけでなく、家庭や生活集団を対象とした保健指導や環境改善まで活動範囲を広げていった⁴⁵。

大正時代に入ると、戦時体制下で、兵力の供給源となる青少年の結核や乳児死亡が、重大な国家問題となった。栄養不足や知識不足、貧困が影響して乳児死亡率が高い状況⁶にあり、民間や自治体で、乳幼児とその保護者を対象とした育児相談や保健指導が実施された⁷。この保健指導により住民の健康は飛躍的に改善していった⁸。また、震災の被災者に対する巡回看護や、無医部落において医師や産婆の代替者となるなどその活動は多岐にわたっていた⁹。

このような中、保健指導を行う専門職として「保健婦」が誕生した。1926（大正15）年、内務省が発表した「小児保健所計画」の中に、乳幼児の訪問活動を行う専門職として「保健婦」の名称が初めて用いられた。特筆すべきことは、日本で最初に「保健婦」の名称で地区活動

をした人たちは大学の社会事業学部卒業だということである¹⁰。つまり、当時の保健婦はソーシャル・ワーカーとしての能力を基盤に持っていた。

昭和初期には、農村保健婦が誕生した¹¹。農村部の貧困問題、それに付随する健康問題¹²を解決するために、愛育婦人会を組織化し、各家庭の妊産婦・乳幼児の健康問題を把握した。また、家庭訪問や部落ごとの健康教育、青少年読書会などを通して、あらゆる年代の住民と交流し、地域に根ざした総合的な活動を展開した¹³。さらに、産婆と学校看護婦の活動を兼務し、農繁期保育所も開くといった福祉的様相も含んでいた。

昭和初期までの保健婦の活動には、看護とソーシャル・ワークの融合が見られる。その活動は、社会経済問題と健康問題が関連していることを踏まえた双方の問題へのアプローチである。個人・家族を対象とするだけでなく、集団を対象とした教育や住民組織の組織化も図っている。すべての世代、地域全体にその効果が広がるように活動を展開し、地域の健康課題だけでなく、生活面における課題も解決できるように働きかけていた。

その後、戦争の影響を受け、保健婦が公的な身分へと移行していく中で、その立場や活動内容が変化していく。1937（昭和 12）年に制定された保健所法で、保健婦が初めて公的な身分で働く職種として位置づけられた¹⁴。1941（昭和 16）年には、現在の保健師助産師看護師法の前身となる「保健婦規則」が制定された¹⁵。同年、兵力増強を目的とした「人口政策確立要綱」の制定に基づき、保健婦は、人口増加・死亡減少の目標のために活動を行うようになっていった。具体的には、結核の早期発見・療養指導や、「産めよ、殖やせよ」のスローガンによる乳児死亡減少をめざす妊産婦・乳幼児の保健指導などである^{16,17}。

1942（昭和 17）年には、「保健婦設置に関する件」が通知された。保健所、健康相談所、市役所、町村、警察署などに、保健婦を駐在させ、保健所、その他の指導機関、社会事業団体等との密接な連絡を取り、担当地区を巡回して、妊産婦・乳幼児の保健指導、結核患者の療

養指導に努めることとされた¹⁸。1944（昭和19）年には、「保健所網整備要領」により、保健指導網の官制化が図られ、各種保健指導施設がすべて保健所に統合された¹⁹。これにより、保健婦活動は、社会事業的な活動から官制の活動へと大きな転換をみせた²⁰。

保健所法により、保健婦の身分は確立した。しかし、これまでの慈善活動の色合いは薄れ、国家の方針のもと、戦時下における健民健兵対策を具現化する存在となった。「保健婦設置に関する件」にみられるように、国の方針によって、保健所等に保健婦が配置されたことが、現代においても保健所に保健師が勤務する所以になっていると推察される²¹。大國美智子は、戦争が大きな転機となり、保健婦は、中央集権による公衆衛生事業に従属したことにより、その時の政策に従属し、その時の政策と運命をともにする行政保健婦が誕生したと述べている²²。

2. “個”を対象とした国保保健婦、生存権を具現化した開拓保健婦、駐在保健婦

第2次世界大戦終結後、占領政策に基づいて、GHQ（アメリカ軍総司令部）は公衆衛生行政にも力を注いだ。1946（昭和21）年に「日本国憲法」が公布され、憲法第25条第1項では、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と国民の生存権が保障され、第2項では、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の義務が定められた。

1945（昭和20）年にGHQ公衆保健福祉局に看護課が設置され、オルト（Alt,G.E.）初代看護課長は、「保健婦の業務制限について」（べからず集）²³を提示し、保健婦の業務確立を進めた。

戦時中や戦後には、地域の中で活躍した保健婦として、国保保健婦や開拓保健婦、駐在保健婦があげられる。それぞれの活動内容から、保健婦活動の特性をみたい。

(1) 国保保健婦：1938（昭和13）年～1978（昭和53）年

1938（昭和13）年に、国民健康保険法が公布された²⁴。国民健康保険（以下、国保と記す。）の保険者は、「医療給付とは別に被保険者の健康の保持増進と疾病予防のために保健施設事業²⁵を行うことができる」と規定された。これには、医療費の抑制を図るねらいもあった。1943（昭和18）年に出された「国民健康保険組合保健施設実施要綱」は、保健施設の運営組織や保健婦設置基準について示したものであった。この頃より、国保組合が加速度的に普及し、保健施設事業の重要な柱として国保保健婦の設置が急増した。

1947（昭和22）年には、市町村保健婦の設置が国保組合においてなされるようになり、1948（昭和23）年に、国保は市町村公営の原則が確立した。1958（昭和33）年の国民健康保険法の改正に伴い、市町村に国保の実施義務が課せられた。国保保健婦の身分は市町村吏員、給与は保険者（市町村長）から受けるというところが多くなった。国保保健婦の活動対象は設置趣旨からいえば被保険者だが、身分からいえば市町村全住民であり、一貫性を欠くようになっていった。

1960（昭和35）年、厚生省2局長4課長通牒「国民健康保険の保健施設と公衆衛生行政との関係について」を具体的に文章化した「国民健康保険の保健施設について」が通知された。そこで、保健婦の活動の対象を地域の事情に応じて「被保険者以外の住民も含めること」と国保保健婦の活動対象範囲が市町村住民全体に及ぶことが明示された。

1978（昭和53）年から開始された第1次国民健康づくり対策に伴い、国保保健婦は市町村保健婦に一元化され、原則として市町村保健婦により対人サービス活動が行われるようになった。

現在の市町村保健師は、国保保健婦から派生したものである。その国保保健婦は、被保険者の健康増進・疾病予防に働きかけ、個別の健康診査や保健指導を主として活動するものであった。

(2) 開拓保健婦²⁶：1947（昭和22）年～1970（昭和45）年

第2次世界大戦終結後、国内の被戦災者や海外からの引揚者および

復員軍人の失業対策と食糧困難の緩和のために、1945（昭和 20）年、「緊急開拓事業実施要綱」が閣議決定された。1947（昭和 22）年、開拓者の保健衛生や生活改善の事業を行う目的で、農林省所管による開拓保健婦制度が開始された。開拓者は、北海道と東北 6 県に多く、全国の開拓保健婦の 90%が北海道に配置された²⁷。開拓保健婦は、厳しい環境の中、開拓者と一緒になって、開拓者らの生活を維持するために活動した²⁸。保健婦としてだけでなく、産婆の役割も勤め、無医村や無医地区では医療行為の代行まで行った。

昭和 40 年代に入り、開拓者の営農の進展や一般農家に劣らぬ所得水準になったことを受けて、開拓行政は一般農政に移行した。1969（昭和 44）年に開拓保健婦の制度は廃止され、翌年に道県の保健婦に身分移管された。

（3）駐在保健婦（1942（昭和 17）年～1997（平成 9）年

1942（昭和 17）年に厚生省の基本政策として定められた「国民保健指導方策要綱」において駐在保健婦制度が打ち出され、無医村等に道府県保健婦が配置された²⁹。1948（昭和 23）年に、GHQ 四国軍政部の看護指導者ワニタ・ワータワースは、香川県で保健所保健婦の駐在制を開始した。これは、保健所活動が管内のすべての住民に公平に行きわたるために、県保健所保健婦を数年間、市町村役場内への駐在とし、受け持ち地区の住民に対して、家庭訪問をし、健康相談や衛生教育、感染症患者への対応、予防接種などの保健事業を展開するものであった³⁰。この制度は、香川県、高知県、和歌山県、沖縄県の 4 県において、県内全域を対象に中長期的に実施された³¹。この保健婦駐在制は、1997（平成 9）年、地域保健法（1994（平成 6）年制定）の全面施行を機に、廃止された。

戦後の劣悪な環境の中で、開拓保健婦や駐在保健婦は、国民の生命を守るという重大な役割を担っていた。この当時は、「国民の生命を守る」という、どの地域でも共通した大きな課題があった。また、当時

の健康問題は感染症であり、ある程度画一された方法での予防や患者の看護が行われていた。当時、感染症に感染することは命に直結するものであった。住民も感染することや、感染が広がることを避けたいという思いを持つため、保健婦の活動は、住民にも理解されやすい活動だったと推察する。

開拓保健婦は、開拓者の生活全般を支援し、駐在保健婦は、保健所の活動がすべての住民に公平に行きわたるために活動していた。開拓保健婦や駐在保健婦の活動は、憲法第 25 条の生存権を具現化した活動であったと考える。

3. 保健所から市町村へ移行した対人保健サービス

1947（昭和 22）年に保健所法が全面改正された。地方における公衆衛生の向上と増進を図ることを定め、保健所を人口 10 万人に 1 か所、都道府県・政令市に設置することとなった。業務内容として、健康相談、保健指導のほか、環境衛生、公共医療事業、衛生試験・検査などが加わり、公衆衛生の第一線機関として保健所の機能が充実強化した³²。

1953（昭和 28）年の町村合併促進法の施行により、大規模な町村合併と新市設立が行われた。1960（昭和 35）年、厚生省公衆衛生局長より「保健所の運営について」が通知され、保健所は、都市（U 型）、農山漁村（R 型）、両者の中間（UR 型）、人口が希薄な地域（L 型）、支所型（S 型）に分けられた。保健所には、総合的、効率的運営を図ることが求められた。具体的には、地区の実情を把握し、活動の実績評価をその後の計画の改善に活かすこと、他の関係機関との連携を密にし、市町村をはじめとする保健活動を行う団体と共同保健計画を立てサービスの合理化を図ること、地区衛生組織活動を育成することなどである³³。

1961（昭和 36）年、児童福祉法の改正により、保健所において、新生児訪問と 3 歳児健康診査が開始された。1965（昭和 40）年には、母子保健法の制定により、児童と妊産婦に加え、妊娠前の女性の健康を

含めた母子保健対策が推進された。また、1965（昭和40）年の精神衛生法改正によって、保健所は精神衛生の第一線機関と位置づけられた。

1972（昭和47）年に厚生省に設けられた保健所問題懇談会の基調報告では、わが国のヘルスケアシステムを市町村レベル、数市町村を合わせたレベルに分けて考え、その業務範囲を明確にし、対人保健サービスは市町村に移していく方向が示された。この方針に沿って、1977（昭和52）年から1歳6カ月健康診査が市町村で実施されることになった³⁴。1978（昭和53）年には、第一次国民健康づくり対策の一環として、市町村保健センターが設置され、市町村保健婦の活動の拠点となった。同じく1978（昭和53）年、公衆衛生局地域保健課長通知「市町村における保健婦活動について」では、市町村保健婦は、保健所、福祉事務所、病院や診療所、学校、事業所等との連携を図ること、諸種の団体および地区組織の協力を得ること、そして、保健所長の技術的指導を受けて保健婦活動の計画を作成すること、などが示されている³⁵。1982（昭和57）年には老人保健法が制定され、市町村を実施主体として40歳以上を対象に保健事業が実施された。この健康づくり対策と老人保健法の施行に伴って、保健婦の増員計画が進められ、市町村保健婦数が保健所保健婦数を上回り、市町村保健婦の活動体制が強化された。

1994（平成6）年には「地域保健法」が制定され、1997（平成9）年から全面施行された。サービスの受け手である生活者の立場を重視し、住民に身近で頻度の高いサービスは実施主体を保健所から市町村に移行し、これまで市町村で行われてきたサービスと一体となった生涯を通じた健康づくりの体制整備となった。一方、保健所は、広域的・専門的・技術的拠点としての強化を図ることとされた。また、保健所においては、精神障がい、難病、エイズ、結核、感染症、児童虐待等の複雑かつ多様な問題を抱える住民に対して、広域的かつ専門的な各種保健サービスを提供することになった。

1960年代までは、保健所が公衆衛生と住民への直接的サービスを提供する主体であった。この当時から、施策化や地区組織活動が、保健

所の機能として求められている。1970年代に入り、住民への直接的サービスは保健所から市町村へと移行していった。そして、市町村においても、施策化や地区組織活動が求められた。しかし、その活動は、各種法律に基づく事業の実施が中心であった。

保健師活動の変遷から、市町村保健師の活動は、個人を中心とした活動が取り組まれていた後に、公衆衛生の視点が入ってきている。また、現在においては、法令により決められた事業を実施しており、公衆衛生の視点に立った活動が薄れていると考えられる。保健所は、戦後しばらくは公衆衛生を實踐できていたが、地域保健法の施行により、特定の健康課題を持つ住民に対するサービス提供のみに限定された。このことにより、保健所保健師は、広く住民を対象とした公衆衛生看護の展開が難しくなったと考える。

さらに、1980年代前半までは、保健所が指導的な立場で市町村と活動していたが、対人保健サービスが市町村に移行していく中で、保健所と市町村の役割が縦割り化していった。そして、地域保健法の施行によって、その役割は明確に分かれ、市町村保健師と保健所保健師は、同じ行政保健師であっても、業務内容に違いが出てきた。現在、市町村保健師と保健所保健師の連携は乏しくなっている³⁶。双方に共通する専門性とは何か。それを見出し、発揮することにより、市町村保健師と保健所保健師との連携がより図られ、住民にとって、より効果的な活動が展開できると考える。

第2節 名称独占の保健師が担う「保健指導」とは何か

保健師助産師看護師法第2条において、保健師は、「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者をいう」と規定されている。他の看護職である助産師、看護師は業務独占³⁷であるが、保健師は、保健指導業務に関する名称独占³⁸である。つまり、保健指導は、他の職種であっても実施できる。

このことは、保健師の専門性がゆらぐ要因の一つだと考える。

第1節に記した保健師に関する歴史から、わが国における行政保健師の活動は、その時代の社会背景や住民のニーズ、法律・制度・通知等の影響を受けて変化していることが分かる。

歴史上、家庭訪問や訪問指導は、一般的に行政保健師が行うことと理解され、行政保健師が訪問して、看護処置や、栄養指導などを行ってきた。しかし、1991（平成3）年の訪問看護制度³⁹の創設前後から、看護師による訪問看護や、栄養士や歯科衛生士、理学療法士による訪問指導、ホームヘルパーによる身体介護など、他職種によってサービスが提供されるようになった⁴⁰。また、老人保健法で行政保健師が担っていた「寝たきり老人への訪問指導事業」のケアプラン作成・サービスの開発などは、2000（平成12）年の介護保険法の施行により、ケアマネージャーが創設されたことで、ケアマネージャーが担うことになった⁴¹。このように保健指導の内容によって専門職が分化され、保健指導を実施できる専門職は増加している。

現在、経済や制度に関しては社会福祉士やケアマネージャー、運動や訓練については健康運動指導士や理学療法士・作業療法士、精神障害や心の問題に関しては精神保健福祉士やカウンセラー、健康教育は認定健康教育士が担えるようになっている⁴²。そして、保健師以外の専門職の保健指導の内容は、栄養や歯科・口腔、リハビリテーションなど、特定の分野に長けた指導である。その中で、保健師の行う保健指導には、どのような特徴があるのだろうか。

加えて、昭和50年前後からは、地域全体を視野に入れた公衆衛生と

しての政策行政よりも、事業の実施を優先した事業行政となってきた。健康問題が個人の生活等に起因する生活習慣病に変わってきた段階で、特に市町村保健師は、国において定められた保健事業の担い手として位置づけられ⁴³、看護職として個人や家族へ保健指導などのサービスを提供することに偏っていった⁴⁴。しかし、この保健指導も、小さな政府の方針等により、民間にアウトソーシングされるようになってきている。行政保健師にしか行えない保健指導とは何なのかを考えざるを得ない状況になっている。

南彩子⁴⁵は、保健師と同じく名称独占の国家資格である社会福祉士について、専門職と言えるのかという問題提起をしている。そして、米国における「専門職性」に関する文献レビューから、専門職性を規定する最低限度の条件 7 項目を提示している。その項目は、以下のとおりである。

- ① 比較的長い期間の高等教育を必要とすること
- ② 高度な知識・理論に裏づけられた実践を行い、代替不可能性が高いこと
- ③ 理論や技術を実践に利用していること
- ④ 利他性（使命感）に基づいていること
- ⑤ 組織・専門職団体が専門職性を高める機能をもっていること
- ⑥ 倫理綱領が整備され、職務遂行のガイドラインとなっていること
- ⑦ 自律性（オートノミー）をもって職務遂行ができていること

この専門職構成項目の 7 項目を元に、保健師の専門性を考えると、鍵となるのは、他職種には担えない高い「代替不可能性」を持つことにある⁴⁶。

江藤真紀ら⁴⁷は、保健師は名称独占であるため、保健師の専門性を強化していくためには、保健師にしかできないような「保健指導」とは何であるかを明確にしていく必要があると説いている。そこで、保健師が業とされている「保健指導」を行う中で、「診療の補助」行為を、保健師の判断で自律的に実施することにより、国民に対してより効果的な「保健指導」が提供できるという考えを示している。具体的には、

①特定健康診査・特定保健指導を効果的に進めるための裁量範囲の拡大、②特定高齢者⁴⁸に対する訪問型介護予防事業を効果的に進めるための裁量範囲の拡大、③簡易キットを用いたインフルエンザの検査および予防接種における裁量範囲の拡大である。

しかし、この裁量範囲の拡大は、同じく「診療の補助」行為ができる看護師にも適応できるものであり、保健師独自の専門性とは言い難い。また、この提案は、関連する法律や制度が廃止になったり、改定されたりした場合、再び、その業務・裁量範囲を見直さなければならなくなる。加えて、特定健康診査・特定保健指導、介護予防事業、予防接種などのある特定の業務にのみ関わる保健師に限定された保健指導として捉えられており、すべての行政保健師には馴染まない専門性であると考えられる。

保健師助産師看護師法で保健師の業務とされている「保健指導」を個人・家族に対する保健指導と狭義に捉えたままであると、行政保健師が担ってきた業務を他職種が担う度に、行政保健師のアイデンティティが揺らぐことになる。国の方針や、関連法律や制度等に併せて、保健師の業務・裁量範囲を拡大したり、変化させる状況は、保健師の専門性を不明瞭にすることになりかねない。

「保健指導」の「保健」とは「健康をまもり保つこと」であり、「指導」とは「ある目的に向かって教え導くこと」である。行政保健師にしかできない「住民の健康をまもり保つために教え導くこと」とは何かを考えなければならない。

第3節 看護職でもあり行政職でもある行政保健師の立ち位置

現在、現場で活動している保健師の7割は行政保健師である。この行政保健師は看護職である一方で行政職としてどう活動するべきかという課題を抱える。行政保健師は、看護職そして行政職として、その立ち位置の落とし所を見つけ出さなければ、「行政保健師は何する人ぞ」⁴⁹という命題から、抜け出せない⁵⁰。

そこで、行政保健師の専門性を考えるにあたり、職業的社会化と組織社会化という視点を使ってみたい。

職業的社会化とは、「人々がある職業に就き退職するまでのプロセス、及びその職業の担い手に期待されている職業遂行能力や態度、職業倫理、職業観などが取得される過程」⁵¹である。

組織社会化は、「組織への参入者が組織の一員となるために、組織の規範・価値・行動様式を受け入れ、職務遂行に必要な技能を習得し、組織に適応していく過程」である⁵²。

行政保健師は、市町村や都道府県の行政機関の中で専門職として働いている。技能的側面は職業的社会化と関係を持ち、文化的側面は組織社会化と関係を持つ。そして、その組織に所属する以上は、その組織が要求する両側面の基準を達成することが求められる⁵³。

保健師基礎教育を受けた学生は、職業的社会化を進めて行政機関に就職し、行政保健師となる。そして、就職して初めて行政職としての組織社会化が求められ、規範・価値・行動様式を受け入れ、行政職としての職務遂行に必要な技能を習得し、適応していく。就業1年未満の行政保健師を対象とした調査によると、彼らは、就業前に自分達が行政職であるというイメージをほとんどもっていない⁵⁴。保健師としてのイメージのみを持ち、行政機関に就職して初めて、行政職としても力量を高める必要があることに気づく。また、保健師としての遂行能力を発揮できない場面に遭遇する。本人は、保健師として、自治体の中で実施していきたい事業を考えたとする。しかし、基本的には、その自治体の基本構想や基本方針、所属する組織の方針等に沿った事

業であることが求められ、予算も考慮しなければならない。また、班、課、部などの組織形態がとられ、その同僚や上司を説得し、理解や協力を得なければならない。そこに所属する職員は同様の職業的社会的な者を持つ者だけではないため、つうと言えばかあで話が通ることは難しく、説得できるだけのプレゼンテーション能力が求められる。

近年、行政保健師が所属する自治体は財政や組織体制が大きく様変わりしている。1980（昭和 55）年から定員削減や行政サービスの民営化、民間委託等が行われるようになった。地方公共団体の職員数は、1994（平成 6）年をピークとして、1995（平成 7）年から 20 年連続して減少している⁵⁵。同様に、保健所に所属する保健師は減少している⁵⁶が、市町村に所属する保健師は増加している⁵⁷。市町村に所属する保健師が増加し続けている背景には、地域保健法、母子保健法、介護保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等の保健・医療・福祉に関連する法律の制定や改正により、市町村に保健師を配置するニーズが高いことがある⁵⁸。市町村においては、自治体職員数の削減に反して行政保健師数が増える中で、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おり、そのしわ寄せが、保健師活動にまで及んでいる⁵⁹。

このように行政保健師は行政職である以上、その自治体の実情に合わせた活動を余儀なくされる。行政保健師は、保健部門だけでなく、介護保険や障害福祉の部門など様々な部署に配属されるようになってきた。その部署には保健師が 1 名のみという配置も少なくない。保健師だけの組織から事務職との共同の組織へと変化したことによって、行政保健師からは、行政事務の要請や事務職との関係構築に戸惑う意見が聞かれている⁶⁰。また、業務量増加に伴う心理的負担の増加やモチベーションの低下を感じている⁶¹。しかし、保健師自身がその部署に配属されている意義を見出し、他の職員にも理解してもらえるような活動を展開していかなければならない。

さらに、総じて、これまで行政が担っていた業務は、民間委託が進められ、結果、技術系行政職員には、その監視を行う役割が残った⁶²。保健福祉の分野においても、特定健康診査・特定保健指導や地域包括

支援センターは民間への委託が進んでいる。監視の役割には、民間よりもより高度な知識や技術が求められるが、現場経験が少なくなると、技術能力や判断能力の低下が懸念される⁶³。行政保健師に限らず、技術系行政職員は、求められる専門性をいかに確保していくかということが課題である⁶⁴。

朽木悦子⁶⁵は、「住民のニーズに沿って働く保健師と、行政の一定の枠の中で働く保健師。行政で働く保健師は、まさにその間で揺れ動く職業なのかもしれない。しかしまた、この微妙な立場は、地域住民と行政をつなぐ役割を持つ。地域や住民のニーズを把握し、間で揺れ動きながらも優先度をつけ、行政施策へとつなげる橋渡し役だと思う。」と行政保健師の立ち位置を述べている。

行政保健師が実践する公衆衛生看護は、住民との協働を前提としている。そして、地方自治体におけるまちづくりも、近年は住民との協働が重視されている。行政保健師は、住民に近い立場で、住民との協働を進めることのできるどころが強みである。

行政保健師は、行政機関で働く以上、職業的社会化のみで業務を進めることはできない。行政を取り巻く環境も変化していく中で、職業的社会化と組織社会化の両方のバランスを図りながら、業務を遂行していくことが求められる⁶⁶。井寺美穂は、行政職員には「政策能力」⁶⁷が必要であると述べている。第I章において、現在、保健師には施策化能力の強化が求められていることを述べた。この「政策能力」と「施策化能力」は同様の意味を持つ。行政保健師が強みとする住民に近い立場で施策化を図ることが専門性になり、それを発揮することにより、行政職としても、自治体にはなくてはならない存在となり得ると考える⁶⁸。

- 1 この時代は、殖産興業・富国強兵政策により、劣悪な環境で働く工業労働者の中で結核が流行し、日清戦争で感染帰還した兵士によってトラコーマが蔓延していた時代である。1920（大正 9）年の結核死亡率は、人口 10 万人対 223.7 人であり、働けなくなって帰郷した結核患者により、流行は都市から地方へと広がっていった。他にも、コレラやスペイン風邪などの感染症も流行していた。
- 2 1892（明治 25）年に、京都同志社が看病婦学校で養成した看病婦による貧困病家への訪問を開始した。（菅原京子「「国家資格」としての保健婦の終焉・1—保健婦の誕生から二つの保健婦規則制定までの過程を追って—」『現代社会文化研究』No.22, 2001 年, 1-18 頁）
- 3 児童の中で流行していたトラコーマ対策として、1905（明治 38）年に、初めて岐阜県の小学校に学校看護婦が配置された。1905（明治 38）年、岐阜県の 2 か所の小学校に学校看護婦が一時配置され、1908（明治 41）年には、岐阜市京町小学校に専任学校看護婦が配置された。（鈴木久美子「地域看護の歴史」宮崎美砂子他『最新地域看護学総論』第 1 版, 日本看護協会出版会, 2007 年, 19 頁）
- 4 学校看護婦たちは、感染予防の必要性に気づき、学校生活集団を対象として、午前は児童の洗眼、午後には家庭訪問によって清潔指導や環境改善に取り組んだ。
- 5 大国美智子『保健婦の歴史』第 1 版, 医学書院, 1973 年, 198 - 208 頁。
- 6 大正時代から昭和初期において、栄養不足や知識不足、貧困が影響し、わが国の乳児死亡率は、欧米諸国の都市と比較しても非常に高率であった。1918（大正 7）年の乳児死亡率は出生千人対 189.7 であった。
- 7 1923（大正 12）年には、東京市が 3 か所の児童相談所を開設し、乳幼児と保護者を対象として、医師による育児健康相談とともに、常駐の看護婦による地区の訪問看護指導が実施された。この活動が、わが国初の公的な訪問看護活動だと言われている。（鈴木久美子, 前掲書 3, 19 頁）
- 1928（昭和 3）年には、官民協力による大阪乳幼児保護協会が実施主体となり、日本初の小児保健所が大阪府に設置された。この保健所では、保健婦 2 名が配属され、来所相談と家庭訪問による育児指導が行われた。対象者は貧困家庭が多く、生活全般にわたる援助であった。この保健所には、嘱託医 1 人と保健婦 2 名が配属され、来所相談と保健婦の家庭訪問による育児指導が行われた。対象者には貧困家庭が多く、生活全般にわたる援助が必要だった。その活動の成果は顕著であり、1925（大正 14）年に出生数 1000 人対 186 だった大阪府の乳児死亡率が、1932（昭和 7）年には 120 にまで低下した（わが国で初めての小児保健 <http://www.wakodo.co.jp/company/story/3.html>）（2016 年 2 月 18 日確認）
- 8 大国美智子, 前掲書 5, 198-208 頁。
- 9 済生会は、1923（大正 12）年に、関東大震災の被災者に対し、巡回看護事業を行い、1935（昭和 10）年には、北海道において養成した巡回看護婦をへき地の無医部落に駐在し、医師や産婆の代替者としても活動させた。（鈴木久美子, 前掲書 3, 22 頁）聖路加国際病院は、1927（昭和 2）年に公衆衛生看護部を発足させ、アメリカから招いた公衆衛生看護婦ヌノ（Nuno, C.M.）を指導者として、乳幼児の健康指導と訪問指導を行った。（近藤明代「日本における公衆衛生看護の歴史」標美奈子『標準保健師講座・1 公衆衛生看護学概論』第 4 版, 医学書院, 2015 年, 218 - 219 頁）。日本赤十字社大阪支部病院では、1928（昭和 3）年から、産科、乳児部門付設の外来相談所の看護婦による

家庭訪問を開始し、1931（昭和6）年には、社会事業部を新設し、本社で公衆衛生看護の専門教育を受けた社会看護婦による訪問看護活動を開始した。また、朝日新聞社会事業団は、1931（昭和6）年に、大阪で、朝日公衆衛生訪問婦協会の事業を開始した。対象は、妊産婦、乳幼児、児童、療養者であり、訪問指導や訪問看護を主として、専門医による健康相談、牛乳配給や給食、医療費援助、子ども会や料理講習会など集団を対象とした集会を実施するなど、地域住民の生活全般にわたる多様な活動を行った。（鈴木久美子，前掲書3，22頁）

¹⁰ 日本女子大学社会事業学部出身のソーシャル・ケースワーカーである黒須節子や本田ちゑが保健婦として採用され、1か月の小児看護の特訓を受けて担当地区に赴いた。（名原壽子「保健師ライセンスの背景 資格ができた歴史的経緯」『保健師ジャーナル』Vol.62 No.6，2006年，456－461頁）

¹¹ 朝日新聞社会事業団や聖路加国際病院が実施した他、1936（昭和11）年には、恩賜財団愛育会が5か所の指定村に農村保健婦を駐在させた。東北生活更新会は、東北の指定村に農村保健婦を常置し、栄養改善、妊産婦・乳幼児保護、トラコーマ撲滅などの活動を展開した。（鈴木久美子，前掲書3，23頁）

¹² 農村では、1929（昭和4）年の世界恐慌と1930（昭和5）年の大凶作による貧困が深刻化し、乳幼児死亡率は郡部が都市部を上回り、感染症の多発や娘の身売り、親子心中などの問題も起きていた。（鈴木久美子，前掲書3，23頁）

¹³ 鈴木久美子，前掲書3，23頁。

¹⁴ 名原壽子「保健師60年のあゆみ」保健師助産師看護師法60年史編纂委員会，『保健師助産師看護師法60年史－看護行政のあゆみと看護の発展』初版，日本看護協会出版会，2009年，155頁。

¹⁵ 保健婦とは「保健婦の名称を使用して疾病予防の指導、母性又は乳幼児の保健衛生指導、傷病者の療養補導その他日常生活上必要なる保健衛生指導の業務を為す者で、年齢18歳以上の女子で地方長官の免許を受けたるものに限る」と規定された。（名原壽子，前掲書14，155頁）1940（昭和15）年の厚生省衛生局の「保健婦に関する調査」によると、全国で社会保健婦、訪問看護婦等60種以上の名称で、家庭訪問などによる保健指導、衛生教育、家庭看護などの仕事に18,447人が携わっていた。（春山早苗「地域看護の歴史」宮崎美砂子他『最新地域看護学総論』第1版，日本看護協会出版会，2007年，32頁）

1948（昭和23）年には、保健婦助産婦看護婦法が制定され、保健婦は「厚生大臣の免許を受けて、保健婦の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする女子をいう」と記された。（小野若菜子「公衆衛生看護の歴史」麻原きよみ『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，104頁）

¹⁶ 名原壽子，前掲書14，155頁。

¹⁷ 近藤明代，前掲書9，219頁。

¹⁸ 春山早苗，前掲書15，32頁。

¹⁹ 保健所は、体力管理、母子衛生、優性保護、衛生改善、結核予防、勤労衛生等についての保健指導に当たること、市町村および国保組合の保健衛生事務を指導監督し保健婦の業務指導を行うこと、とその運営は刷新され、保健衛生の責任を負う第一線機関となった。（春山早苗，前掲書15，33頁）

²⁰ 名原壽子，前掲書14，155頁。

²¹ 現在は、地域保健法施行令第5条において、「保健所には、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、統計技術者その他保健所の業務を行う

ために必要な者のうち、当該保健所を設置する法第5条第一項に規定する地方公共団体の長が必要と認める職員を置くものとする。」と定められている。

²² 大國美智子は、「すべての事業が、中央集権的な戦時体制下で、保健所や国民保険のような公的機関のなかに入ってしまい、保健婦事業に共通な「保健指導」という役割だけを強調していった。その流れは、住民の需要に答えるためだけでなく、政府の行う公衆衛生事業のための第一線的役割であり、国家的権力によって権威づけられたものにすぎなかった」と述べている。(大國美智子, 前掲書 5, 198 - 208 頁)

²³ その内容は、「ひとつ 保健婦は、お茶くみをするべからず。ひとつ 保健婦は、掃除をするべからず。ひとつ 保健婦は、レントゲンを扱うべからず。」というものであった。(名原壽子, 前掲書 14, 156 頁)

²⁴ 1930 (昭和 5) 年の農業恐慌や東北の大凶作に伴う農村の医療危機の回避策として、医療費負担の軽減、農村の医師及び医療機関の確保を目的としたものであった。しかし、その背景には、日中戦争の拡大に伴う、壮丁の体位低下が問題とされ、健民健康兵政策からの要請が存在した。そのため、元々は任意組合制として誕生したが、1942 (昭和 17) 年には強制設立という形に変わった。(名原壽子「戦時体制下の保健婦活動」厚生省健康政策局計画課『ふみしめて 50 年保健婦活動の歴史』財団法人 日本公衆衛生協会, 1993 年, 26-31 頁。)

²⁵ 保健施設事業として病院や診療所の設置とともに国保保健婦が配置された。その活動は、病気の早期発見と衛生思想の普及、トラコーマ児童の洗眼など学校における看護活動、妊婦やレセプトから把握した病人の相談や家庭訪問、急病人への対応などであり、医療費の削減を図っていた。

²⁶ 春山早苗, 前掲書 15, 37-38 頁。

²⁷ 中野潤子『『保健婦雑誌』52年の軌跡から…1 昭和に活躍した保健婦 消えていった開拓保健婦・公衆衛生看護婦・国保保健婦』『保健婦雑誌』Vol.59 No.8, 2003 年, 770 - 775 頁。

²⁸ 中野潤子, 前掲書 27。

²⁹ 春山早苗, 前掲書 15, 35 頁。

³⁰ 春山早苗, 前掲書 15, 35 頁。

³¹ 大嶺千枝子「占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察」『沖縄県立看護大学紀要』第 2 号, 2001 年, 108 - 116 頁

³² 春山早苗, 前掲書 15, 34 頁。

³³ 春山早苗, 前掲書, 38 頁。

³⁴ 春山早苗, 前掲書, 38 頁。

³⁵ 春山早苗, 前掲書, 39 頁。

³⁶ 保健所との関係について「相互に密接な連携がある」と回答した市町村は 39.1%、「市町村の方が、必要に応じて支援を求めることが多い」、「主として保健所の方から、連絡や情報提供がある」と回答した市町村はそれぞれ 3 割程度である。(平成 21 年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」財団法人日本公衆衛生協会, 2010 (平成 22) 年 3 月, 127 頁)

³⁷ 業務独占とは、資格がなければその業務を行えず、その業務を行うと刑罰の対象となるものである。医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、診療放射線技師など多くの医療資格があてはまる。(大江浩「医療提供体制」藤内修二『標準保健師講座・別巻 1 保健医療福祉行政論』第 4 版, 医学書院, 2017 年, 97 頁)

ちなみに助産師は、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦

若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう（第3条）」とされ、看護師は、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう。（第5条）」とされている。

³⁸ 名称独占とは、資格がなくてもその業務を行えるが、資格がなければその名称を名乗れないもので、保健師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士などがある。（大江浩「医療提供体制」藤内修二『標準保健師講座・別巻1 保健医療福祉行政論』第4版，医学書院，2017年，97頁）

業務に関係なく、名称独占とされるもの（例：医師、薬剤師、理学療法士等）が多いが、保健師は業務に関する名称独占である。名称独占の意義としては、一般に専門的な資格、業務を識別させ、それに対する社会的な信用力を確保し、相手方との信頼関係の確立や被害の未然防止を狙いとしていると考えられている。また、行政的に一定の水準を確保する手段として活用する狙いをもつものもあると考えられている。保健師助産師看護師法における名称独占の規定は、1948（昭和23）年当初の法律から、保健指導業務上、類似する名称も含めて、保健師でない者の保健師名称使用の制限がなされ、今日に至っている。

（厚生労働省：医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会 第3回資料 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/05/s0527-14b.html>）（2017年4月19日確認）

³⁹ 公衆衛生看護と訪問看護の分岐点は、1982（昭和57）年の老人保健法制定である。1981（昭和56）年までは、一部の医療機関や自治体が福祉事業として個別に訪問を実施していた。老人保健法は、1983（昭和58）年に施行され、自治体が行っていた寝たきり高齢者への訪問看護は、この法律の「訪問指導」の中に位置づけられた。そして、医療機関が行っていた訪問看護に対しては、老人診療報酬が算定されることになった。その後、1992（平成4）年の老人保健法改正（2008（平成20）年、高齢者医療確保法の施行により廃止）により、65歳以上の高齢者を対象とした老人訪問看護制度が創設され、老人訪問看護ステーション（指定老人訪問看護制度）が誕生した。医療機関や訪問看護ステーションに所属し、訪問看護を提供する看護職は、看護師と保健師であるが、総じて訪問看護師と呼ばれている。1994（平成6）年の健康保険法および医療法の一部改正により、「指定訪問看護制度」が創設され、一般の在宅療養者への訪問看護の拡大が実現した。老人保健法制定前は、公衆衛生看護の実践の一つとして訪問看護が位置づけられていたが、老人保健法制定後は、訪問看護という一つの領域が確立し、現在は、医療機関や訪問看護ステーションが在宅療養者に看護を提供することは訪問看護、行政保健師が住民（在宅療養者や母子など）を訪問し看護を提供することは家庭訪問と認識されている。

（野村陽子「訪問看護を取り巻く制度の変遷～過去・現在・未来～」

『Run&Up』Vol.7 No.3, 2011年, 2-5頁）

⁴⁰ 平野かよ子「これからの公衆衛生看護のあり方」『公衆衛生研究』, 49(2), 2000年, 116-124頁。

⁴¹ 松本珠実「現在の自治体保健師に求められる力量形成とは」『日本地域看護学会誌』13(1), 2015年, 14-16頁。

⁴² 奥山則子「保健師の保健指導は変化してきているのか？」『保健師ジャーナル』Vol.63 No.6, 2007年, 481-485頁。

⁴³ 田上豊資は、老人保健法にもとづく老人保健事業は、健診などの保健事業の普遍化や市町村保健師の確保といった多くのメリットをもたらした一方で、それまでの公衆衛生看護健活動を衰退させ、事業をこなすことを目的化してしまったと指摘している。その理由として、この法律施行後は、全国一律の方法論

でなければ補助金をもらえなくなり、次第に画一的な事業を行うことが目的化（手段の目的化）してしまったからだとしている。（田上豊資「保健師は、パーソナル・ヘルス・ナースなのか？」『公衆衛生情報』Vol.37No.9, 2007年, 22-25頁）

⁴⁴平野かよ子, 前掲書 40, 116-124頁。

⁴⁵南彩子「ソーシャルワーカーの専門職性を求めて—米国における専門職業化の流れに関する文献レビュー—」『天理大学社会福祉学研究室紀』Vol.3, 2001年, 41-49頁。

⁴⁶ この7項目を保健師に照らし合わせて以下のように考えた。

①比較的長い期間の高等教育を必要とすることに関して、現在、保健師教育は、看護師教育の上乗せで1年以上と規定されている。看護系大学の学士課程（4年生課程）で保健師教育を選択制（看護師と保健師の国家試験受験資格を同時に取得）で実施している教育機関が主流である。他の医療福祉専門職に関しては、医師は6年生課程、薬剤師は4年生課程と6年生課程、社会福祉士は福祉系の4年生大学で所定の課程を修了するとなっている。同じ看護職ではあるが、4年間で看護師と保健師2職種の教育を受けられることは、他の専門職と比較して長い期間の高等教育を必要としていると断定することは難しい。

②高度な知識・理論に裏づけられた実践を行い、代替不可能性が高いこと、および③理論や技術を実践に利用していることに関して、『公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動中間報告』（2005年）において、「保健師は、看護学と公衆衛生学、社会科学の基盤を持つ」とされている。大学等の高等教育機関で、公衆衛生看護に関連する知識や理論の教育を受け、それを踏まえて実践を行っている。しかし、代替不可能性に関しては、本文で述べているとおり、これまで保健師が実践してきた業務の一部を他の職種が担うようになってきた。現場では、行政保健師の育児休暇等のために代替職員を見つけるにあたり、保健師が確保できない場合、代わりに看護師や助産師を採用しているという話を聞く。果たして、他の看護職が保健師の代わりに勤めて、業務が進まないことや、住民が困ることが起こっているのだろうか。もし、起こっていないとすれば、それは、代替不可能性に疑問符がつくことになる。他の看護職では務まらない代替不可能性を保健師に見つけなければならないと考える。

④利他性（使命感）に基づいていることに関して、行政保健師は、日本国憲法第25条のもと、国民の社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進のために努めており、利他性（使命感）に基づいて行っていると捉えることができる。

⑤組織・専門職団体が専門職性を高める機能をもっていることに関して、日本看護協会の保健師職能委員会が専門性を高める役割を担っている。近年は、保健師活動評価基準や評価方法（試案）の開発や中堅期保健師コンサルテーションプログラム等が行われている。

⑥倫理綱領が整備され、職務遂行のガイドラインとなっていることに関しては、日本看護協会による看護者の倫理綱領がある。国際的に見ると、2012年に改定された国際看護師協会（ICN）の「ICN看護師の倫理綱領」（1935年採択）と2008年に採択された国際助産師連盟（ICM）の「ICM助産師の国際倫理綱領」が存在するが、保健師のみの倫理綱領は存在しない。諸外国においては、看護師の免許を持つ者が大学院等で公衆衛生看護学等の教育を受け、地域を対象とした看護を提供している。つまり、わが国における保健師と同等の活動をしている者は看護師として位置づけられている。よって、保健師に対しては、「ICN看護師の倫理綱領」が適応される。その倫理綱領の内容には、

個人や家族だけでなく、地域も対象とするという記載がある。

⑦自律性（オートノミー）をもって職務遂行ができていることに関して、保健師は自らの判断を持って行動を起こすことができるため、自律性をもって職務遂行ができると考える。しかし、保健師は、何かしらの組織に所属している場合が多数であり、特に行政保健師においては、所属する組織の規範や上司の意見などがその自律性に多少なりとも影響を与える可能性がある。

47 江藤真紀他「保健師の業務・裁量範囲の拡大に関する一考察」『看護科学研究』Vol.8, 2009年, 29-33頁。

48 要介護状態等となるおそれのある高齢者のこと。2010（平成22）年8月から「二次予防事業対象者」などの呼称が使用されている。

49 成玉恵らは、行政保健師は、「行政組織の中でも『何する人ぞ』と思われ、一握りの住民にしか関わらず、誰のために活動しているのか分からなくなっている」と、現場の閉塞感を語っている。（成玉恵他「わたしは住民のパートナー 行政ミッションから考える行政保健師のコア業務」『保健婦雑誌』Vol.59 No.6, 2003年, 514-520頁）

50 大国美智子は、「保健婦という職種の性格が明確でないことの最大の理由は、現在の保健婦が、行政職員の性格のきわめて強いものになっていること、そして、それにもかかわらず、保健婦自身は、自主性のある専門技術職員として自己を認識しているという矛盾した実態のなかに求められているのではないだろうか。このような矛盾の解決のためには、まずその矛盾の存在する原因を追究しなければならない」と述べている。（大国美智子, 前掲書5, 198-208頁）

51 日本教育社会学会『新教育社会学辞典』東洋館出版社, 1986年, 493頁。

52 高橋弘司「組織社会化研究をめぐる諸問題－研究レビュー－」『経営行動科学』第8巻第1号,1993年,1-22頁。

53 高橋弘司, 前掲書52。

54 彼らが感じ取っている行政職としての仕事は、保健師一人ではなく他の行政職と一緒にまちづくりを行っていることや、事業には予算や法律が関係してくることであった。（安孫子尚子「新任保健師の仕事に対するイメージの変化について」『聖泉看護学研究』第3巻, 2014年, 93-108頁）

55 2014（平成26）年4月1日現在、274万3,654人であり、前年より8,830人減少している。都道府県の職員数は23年連続して減少し、市町村（指定都市、特別区、一部事務組合を含む）の職員数は18年連続して減少している。都道府県、市町村とも、ほとんどの自治体の職員数が減少している。

56 1990（平成2）年8,749人、2014（平成26）年7,266人。

57 1990（平成2）年11,673人、2014（平成26）年27,234人。

58 1994（平成6）年の「地域保健法」の改正によって市町村への権限移譲が進み、市町村自らが弾力的に保健師を増員できるよう、地方交付税措置が見直し・拡充された。これにより、老人保健対策や母子保健対策の拡充のため、1999（平成11）年にかけて、とくに市町村保健師の増員が図られた。その後も、2000（平成12）年の介護保険法施行、2008（平成20）年の特定健康診査・特定保健指導制度の施行、2011（平成23）年の自殺・うつ対策の充実等、地域保健の動向と法整備等の動きに応じて、保健師増員のための地方交付税措置の充実が図られ、住民の健康を保持・増進することを政策として展開していくために各自治体において計画的に保健師の人員確保がされてきた。

（石津友恵, 中村彩, 守屋希伊子, 島田陽子「自治体保健師の活動領域の変遷から見る保健活動の課題と展望 厚生労働省「領域調査」「活動調査」の結果から」『保健師ジャーナル』Vol.71No.6, 2015年, 498-504頁）

-
- 59 「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」『週間保健衛生ニュース』2016（平成 28）年 8 月 15 日，第 1871 号，社会保険事務研究所，2-5 頁。
- 60 湯浅資之，池野多美子，請井繁樹「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』第 58 巻第 2 号，2011 年，116-127 頁。
- 61 湯浅資之他，前掲書 60。
- 62 月刊地域保健では「業務のアウトソーシングと行政保健師の役割」（第 37 巻第 4 号，2006 年）という特集が組まれている。
- 63 藤田由紀子「技術系行政職員の専門性と人事制度の課題」『地方公務員月報』554 号，2009 年，2-13 頁。
- 64 藤田由紀子，前掲書 63。
- 65 朽木悦子「保健師のアイデンティティ①行政官と専門職の間で」『公衆衛生』Vol.68No.4，2004 年，265-267 頁。
- 66 佐伯和子らは、職業人としての職務遂行能力は、その職種や職域に固有の能力と組織人としての共通の能力があるため、行政機関における保健師の総合的な職務遂行能力を分析していくことが今後の課題だと述べている。（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）
- 67 井寺美穂は、「政策能力」を地域の諸問題を発見し、住民の合意を形成しながら、問題解決のための行動方針を策定・決定し、それらを有効に実施し、評価する能力と定義している。（井寺美穂「地方政府における職員の専門性とその限界—基礎自治体の専門職員を対象に—」『アドミニストレーション』第 23 巻第 1 号，2016 年，33-43 頁）
- 68 坪倉繁美は、保健師の能力として、複雑で高度な専門知識と管理的能力、合わせて行政学の知識も必要であり、従来の 4 年教育の中に収めようとする、能力は中途半端になり、保健師が果たしてきた既得権ともいえる立場や仕事は他職種にとって代わられるかもしれないと訴えている。（坪倉繁美「「保健師」へのニーズに応えるために 保健師を専門看護師として位置づけるべきときではないか」『保健婦雑誌』Vol.59No.4，2003 年，331-333 頁）

第Ⅲ章 公衆衛生看護と住民組織

本章では、まず行政保健師が看護を実践する場である公衆衛生とはどうあるべきかを考えたい。その後、我が国における公衆衛生看護の概念に関する論文やアメリカの公衆衛生看護を参考に、本論文における公衆衛生看護を定義し、そこから、今後求められる行政保健師の専門性を明らかにしていきたい。

第1節 我が国の公衆衛生の現状

公衆衛生看護は、公衆衛生に看護の視点も持って介入することである。公衆衛生領域で最大多数を占める専門職は保健師である¹。地域の公衆衛生は行政保健師達の力量に左右されるといっても過言ではない。現任の行政保健師も、自分たちの置かれている現状を改善するためには、公衆衛生的視点を持つことが大切であると考えている²。

本節では、行政保健師が看護を提供する場である公衆衛生の定義をおさえ、我が国における公衆衛生の現状および今後のあり方を論じる。

1. 公衆衛生とは何か

日本国憲法第25条において、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と定めている。わが国において、公衆衛生の向上および増進は、国の責務である。この国の責務を実行する専門職の一人として、行政保健師は公衆衛生の場で公衆衛生看護を展開している。

本来、公衆衛生はどうあるべきか。

公衆衛生の定義として代表的なものにウィンスロー（Winslow）の定義(1949年)がある。その定義とは、以下のとおりである。

“ Public health is the science and the art, preventing disease, prolonging life, and promoting physical and mental health and

efficiently through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of the disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.”

「公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原則についての個人の教育、疾病の早期診断と治療のための医療と看護サービスの組織化、および地域社会のすべての人々に、健康保持のための適切な生活水準を保障する社会制度の発展のために、共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的・精神的健康の能率の増進を図る科学であり、技術である。」

ウインスローの定義は、公衆衛生は、共同社会の組織的な努力³によって健康を守ることにありと読み取ることができる。「公衆」とは自立した個人が連携して形成する社会集団であり、民主主義の担い手である。公衆衛生と民主主義とは不可分な関係にあり、「公衆」が育っていくことが、公衆衛生の発展には不可欠である⁴。公衆衛生の発展のための原動力は住民（市民）⁵であり、住民により公衆衛生活動が地域に根付いていく⁶ことが、本来の公衆衛生の姿である。

つまり、公衆衛生とは、「住民が組織的な活動をとおして、健康を享受できるように社会的に保障すること」であり、公衆衛生に携わる行政や専門職には、住民が主体的に活動できるように支援すること⁷が求められている。

2. 行政主導の公衆衛生

我が国の公衆衛生の弱点は、住民による自主的、主体的な活動が育たなかったことにある⁸。

その背景は明治時代に遡る。明治維新以降の日本は、常に外来伝染

病に晒され、その防疫対策に向けられた。明治中期以降から、衛生行政の第一線の業務は警察行政として推移し、その体制は第二次世界大戦の終末まで続き、取締的な性格の強いものであった⁹。我が国においては、市民社会と地方自治がきわめて未熟な時期に近代公衆衛生の諸制度が移入され、中央政府による衛生行政として受け止められたことにその特質がみられる¹⁰。

薬学者であった柴田承桂¹¹は、公衆衛生を三つに分類し¹²、その一つに、「市町村自ら一団体となりて、ここに根底より衛生景況の改良を實行する法」を挙げている。そして、「これこそが『純正の公衆衛生』であるが、やや退歩の状況に陥っている」と評価している。その原因を地方自治が欠けていることだと分析し、日本社会は中央集権の傾向が強く、「町村自働の機関」が欠けていると指摘した¹³。

そして、現代においてもなお、我が国の公衆衛生は、中央集権、行政主導の傾向が続いていると指摘されている¹⁴。

3. 住民主体の公衆衛生への転換

我が国は、今、中央集権や行政主導の公衆衛生から脱し、住民主体の公衆衛生へと変わっていく転換期にある。

その理由を（1）現代の健康課題の特性、（2）地方自治体の現状と行政と住民との関係の2つの視点で述べる。

（1）「私」と「公」の両方の要因をもつ現代の健康課題

わが国の疾病構造は、1950年代前半を境に、感染症から生活習慣病に大きく変化している。第二次世界大戦前において、国民の生命を脅かしていた疾患は、感染症であり、その代表的なものは結核であった¹⁵。戦後、様々な結核対策¹⁶が進められた結果、結核の罹患率、死亡率は、早いスピードで改善していった¹⁷。

その一方で、戦後からの食の欧米化や車社会による運動不足、タバコの普及などにより増加してきたのが、生活習慣病¹⁸である。生活習慣病は、現在も増加し続け、死因の上位を占めている。40~60歳代の働

き盛りに多いという特徴があり、年齢の上昇に従ってその頻度が増えるため、人口の高齢化に従って有病者が増加する¹⁹。したがって、高齢化が進んでいるわが国において、この生活習慣病は増加の一途をたどっている。

生活習慣病は、個々人の生活習慣に依拠する部分が多い。しかし、健康を維持・増進するのも、害するのも、様々なケアやサービスを受けるのも、人々が生活しているコミュニティにおいてである²⁰。生活習慣病は、感染症と違い、他者に感染させることはなく、その疾患は本人の中にとどまる。また、本人の生活習慣によるものが大きいため、「私」の健康問題であると捉えがちになる。しかし、その「私」の生活習慣は、家族や学校・職場・その地域の文化・保健医療サービスなどの「公」の影響を抜きにして考えることはできない²¹。

さらに、産業化・都市化が進展した 1950 年代後半以降、核家族化が進み、近年においては、高齢化により単独世帯が急激に増加している。家族機能は弱体化しており、地域社会や家族に関する世論調査によると、家族のきずなやまとまりが「弱くなってきている」と思う人は 81% となっている²²。一人暮らし、核家族化、そして家族機能の弱体化、このような家族形態の中で、個人や家族の健康課題を本人やその家族のみで解決することに限界が出てきている。家族のレベルを超えた関わり、支援が必要である。

また、現代においては、災害やテロ、食品安全、自殺、暴力、メンタルヘルス低下、健康格差拡大などの社会環境が大きく影響する病理^{23,24}も問題となっている。

近年、わが国においても社会経済的格差がみられるようになった。1985(昭和 60)年に 12%²⁵であった相対的貧困率²⁶は、2007(平成 19)年には 15.7%となり、経済協力開発機構(OECD)加盟国 30 か国中、最も高い²⁷。この社会経済的格差が、住民の暮らしに影響を及ぼし、健康格差も生じさせているという研究が発表されている。

近藤克則は、所得や教育歴、職業階層などが低いほど健康状態が悪いという健康格差を論じている。国内の高齢者約 3 万人を調べた調査

では、低所得者ほど不眠やうつが多く、死亡・要介護状態になる人も多いという結果が出ている²⁸。また、貧しく、学歴が低いほど、喫煙や偏った食生活など健康に悪い生活習慣が増え、病院に行くのを控える傾向がある²⁹。職場においては、個人責任主義の中、成果や効率を求められ、個々にかかるストレスは増大している。安定した収入がある者同士でも、地位が低く仕事の裁量幅がせまい層ほど死亡率が高い³⁰。

イチロー・カワチらは、所得格差があるほど、全死亡率だけでなく、心臓発作、悪性新生物などによる死亡率、乳児死亡率も高くなることを発表している³¹。また、所得格差が健康へ及ぼす機序としては、マクロレベルとミクロレベルのものがあると考えられている³²。マクロレベルは、所得格差による地域全体の変化が健康へ悪い影響を及ぼすことである。ミクロレベルは、地域の他の人と自分とを社会的に比較して、相対的に自分が下位の状況にあると感じ、ストレスを受けることである。格差の大きい社会においては、相対的な位置がより低くなる現象が生じるため、そのことが認知・心理に反映して、人々がより大きなストレスにさらされる³³。

近年、日本では、経済的な豊かさやそれを実現する生産性・効率向上のために、社会経済的格差の拡大は必要悪として容認されてきた。しかし、このように、社会経済的格差の低位層や、効率的に成果を出せない者は、健康状態が悪化する危険性を持っている。また、社会経済面の影響はなく、先天的疾患や難病、事故で障がいを持った者であっても、その疾患や障がいのために、所得や職を失い、社会経済格差の低位層となり、さらなる健康状態の悪化を起こすことも考えられる。

明治以来現在までの公衆衛生を振り返ると、①環境衛生→②集団対応（予防接種、結核対策など）→③個別対応（生活習慣病における早期発見・治療などの医学的介入）→④広く社会・生活環境、公共政策の重視へ、という流れがある³⁴。

「私」と「公」の両方の要因をもつ現代の健康課題を解決していくためには、住民自身も、自分達の生活や取り巻く環境、健康課題について見つめ直す必要がある。そして、地域全体の課題として理解し、

その課題へ働きかけていく姿勢を培うことが求められている。

(2) スリム化する行政と自治意識が高まりつつある住民

現在、地方自治体の職員数は削減され、財政も厳しい状況にある。行政サービスはスリム化し、多様化・複雑化している地域の課題や住民ニーズに、行政のみで対応するには限界がきている。地方自治体の職員数は、1994（平成6）年をピークとして、1995（平成7）年から20年連続して減少している³⁵。また、「三位一体の改革」³⁶により、地方交付税が削減され、地方自治体の歳入は減少している。一方で、高齢化の影響で、社会保障給付費、医療費等の歳出は増加している。人口が少なく、財政力が小さい自治体においては、国庫補助負担金や地方交付税に大きく依存していた³⁷ため、この改革によって、財政状態が悪化している³⁸。

公衆衛生の拠点である保健所もその影響を受けてきた。行政改革や機関の統廃合で、1989（平成元）年に848か所あった保健所は、2015（平成27）年には486か所にまで減少している³⁹。このような状況で、保健所の事務所化や自治体の財政難による研修や人材育成も停滞⁴⁰、行政職員の内向き志向、縦割り行政の助長⁴¹が指摘されている。

また、市町村の合併も住民の生活に大きな影響を及ぼした。1999（平成11）年には475の法律改正を伴った「地方分権一括法」が成立し、地方分権の推進が明確化された。その考え方は、地方の行政は地域住民が自分たちで決定し（自己決定）、その責任も自分たちが負う（自己責任）という行政システムを構築するものである⁴²。しかし、地方分権の推進等の中で進められた「平成の合併」⁴³は、本来目的とする方向性とは反対の流れを生み出してしまった。合併した自治体では、行政と住民相互の連帯の弱体化や住民の地域づくり活動への支障が起こっている⁴⁴。

佐甲隆は、「地方自治が成立するためには、地道な地域活動や、現場での問題発見や政策形成が欠かせない。今後は、人と地域力に頼る住民参加型活動に重点を移すべきである」⁴⁵と述べている。

住民は、地方自治を自覚し、サービスの利用者という受け身的な立場から、自分たちでサービスを創造し、地域づくりを進める主体的な存在へと変わっていく必要がある。

しかし、これまでの地方自治体における地域づくりは、行政主導型で進んでしまったと指摘されている⁴⁶。住民の行政に対する関わり方は、自助・要求型から互助・対抗型を経て共助・補完型へと移行する⁴⁷。現在は、定住化により地域に根差した生活を送るようになった住民が、地域への関心と自治意識を高めていき、共助・補完型の参加・協働段階へと移行していると言われている⁴⁸。

公衆衛生活動においては、その活動を NPO へ委託している場合がある。これには、自治体の業務量の増加や人員の削減、住民の求めるサービスの多様化への対応の必要性が影響しているが、活動を担える NPO が増加したことも背景にあると考えられる。このような状況は、日本の市民社会が成熟してきた証であり、行政への依存から自立した市民社会への移行を促しているとも捉えられる⁴⁹。

高鳥毛敏雄は、公衆衛生における「現場知」と「専門知」をあげている⁵⁰。「現場知」とは、地域の現場に根差した知識や知恵であり、「専門知」は、専門職による知識である。現場における様々な課題は、「専門知」だけでは解決できないことも多くなっており、専門職の「知」は、現場の人々の「知」に対し常に優位に立てるとは限らない。

人々の健康には、風土、慣習、価値観、経済、社会システムなどの生活条件が作用していることから、住民も、自分たちの住む地域を変えていくことが、健康の向上につながると気づく必要がある。また、多様化・複雑化してきた地域の課題を解決するには、「現場知」と「専門知」が融合し、因果関係を明らかにしていくことが求められる。そのためには、現地でその問題に向き合い、現地での解決策を考えていかなければならない。

ただし、行政と住民との間に協働に関する認識のギャップがある場合、行政主導で協働を推進すると、住民との間に軋轢を生じさせる可能性がある⁵¹。つまり、協働の関係づくりが、行政からの押し付けにな

ってはいけない。住民自身が協働の必要性に気づくことが肝心であり、その気づきを最も効果的に促せるのは、すでに共助・補完型の意識を持ち協働している住民だと考える。

住民は、必要に応じて、専門職や行政と協働しながら、様々な健康課題を引き起こしている社会のしくみに対してアプローチしていく主体となることが求められている。

第2節 集団に焦点をあてた公衆衛生看護

1. 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（保健所・市町村）、産業（事業所）、学校、在宅（訪問看護ステーション）、医療機関（病院・診療所）、介護保険施設である。どの領域においても、個別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。わが国においては、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。

さらに、保健師の大半を占めるのが行政の領域である。そこでは、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、個別や集団に対して行われる看護も、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などが、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⁵²

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 （個別・ 集団 ・ 地域 ）	労働者集団全体 （個別・ 集団 ）	児童・生徒全体 （個別・ 集団 ）	在宅療養者とその家族 （個別）	患者・妊産婦 （個別）	介護保険被保険者のうち 要介護認定を受けた者 （個別）
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

わが国において、公衆衛生看護の概念等を論じている文献^{53,54,55,56,57}に共通することは以下のとおりである。

- ・公衆衛生看護は、公衆衛生と看護の 2 領域が統合した一つの専門領域である。
- ・個人・家族、集団、地域全体を対象とした活動である。
- ・予防的観点からアプローチする。
- ・対象者をエンパワーメント⁵⁸し、住民とともに、地域における顕在的・潜在的な健康課題を解決していく。

公衆衛生看護に関わる研究者⁵⁹や現場の行政保健師⁶⁰は、「潜在する問題を顕在化させること」を重視している。

第Ⅱ章の保健師の歴史で述べたとおり、我が国の公衆衛生看護は、家庭訪問による看護の提供がその始まりとされている。そして、この家庭訪問を代表とした個人・家族への支援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、地域へ」という言葉が浸透しており、個への看護を基盤として、その看護を集団、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⁶¹。

わ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）⁶²で、「公衆衛生看護とは、看護学、社会学、公衆衛生学による知識を用いて、集団の健康の増進と保護を図る活動のことである。」と示されている。つまり、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る。また、「公衆衛生看護は、集団レベルの成果を得ることを主要な焦点とし、個々人への直接的ケアの提供には焦点を当てていない。」と記されている。そこには、これまで行われてきた公衆衛生看護が、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ており、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。個人をケアするにおいても、他のケア提供者と協力して、問題の予防ならびにケアへのアクセスを可能にすることを目的に、コミュニティ内のシステムおよびプログラ

ムの計画・立案と支援を行うこととされている。

村嶋幸代らは、この提言書の翻訳をとおして、「現実に他の国の保健師活動を見ると、public health nurse の活動の焦点は集団の健康水準の向上にあり、むしろ共通性の高いものであることがわかる。」⁶³と述べている。

大木幸子らは、行政保健師の専門技術を「個別への援助活動を通しての地域の情報や課題を蓄積し、捉えた課題を地域の関係機関や市民とともに共有するコーディネートやしかけづくり、解決のための市民との共同」としている⁶⁴。しかし、ここから、「個」と「地域」というキーワードは見受けられるが、「集団」とは一体何なのか、そしてどのような活動を指すのかが読み取りづらい。

我が国の公衆衛生看護においては、「個」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」は通過点、つまり、「個」を「地域」につなぐための方法として「集団」を捉えている。しかし、この「集団」をおさえ活動をしなければ、「個」から「地域」へとつながることはできない。

以上のことをふまえ、本論文では、これまで我が国の公衆衛生看護における「個」を基盤とした発想を転換し、「集団」に重点を置くことの意義を示していきたい。「集団」に重点を置き、個への支援も行いながら、地域へと広げていく看護を実践し、施策化できる能力が、行政保健師の専門性になると考える。

したがって、本論文では、行政保健師が行う公衆衛生看護を「集団に焦点を当て、予防の視点を持って、住民とともに地域における顕在的・潜在的な健康課題の解決を図ることである」と定義づける。

2. 公衆衛生看護における「名目的な集団」と「社会集団」

「集団」とは何か。

『現代社会学事典』⁶⁵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「共通の文化や規範や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⁶⁶。

行政保健師が対象とする集団は、住民組織とリスク集団である⁶⁷。住民組織は、社会集団と捉えることができる。例えば、地域にある患者会・家族会など、共通の問題や課題をもつ集団・組織や共通した特徴をもつ人々による自主グループ(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。一方、リスク集団は、名目的な集団である。保健福祉の専門職が、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。

公衆衛生看護では、この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。しかし、この健康教育の参加者は、継続して参加する中で、参加者同士で情報交換をした

り、相談し合ったりする間になり、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ながら活動するようになり、徐々に自分たち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。そして、その活動を自分たち以外の者へも広げ、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、行政保健師の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、その健康問題の内容に応じて、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。

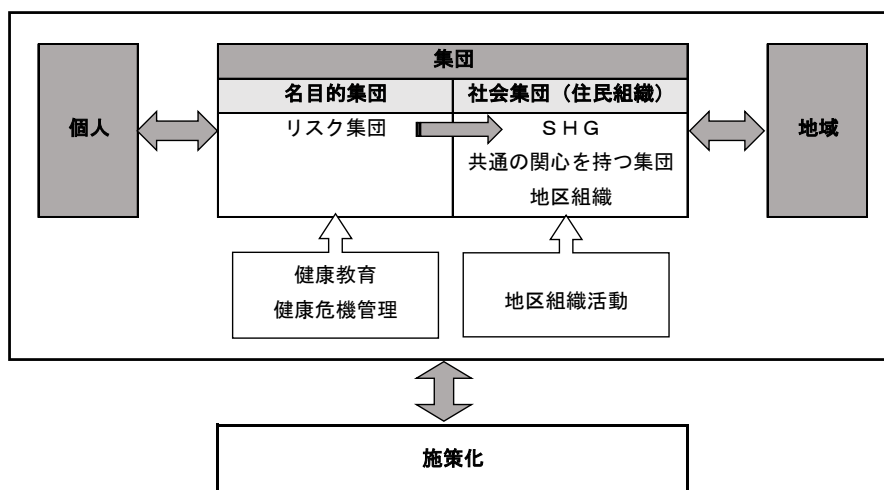
現代は、社会経済的格差によって健康格差が生じていると言われている。このような社会において、民間による解決を図ろうとすると、「経済的に豊かで、条件の整った人」はサービスを受け、より豊かにできるが、「経済的に貧しく、条件の整わない人」は、その恩恵を受けられず⁶⁸、さらに格差が広がる可能性がある。

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⁶⁹、このような住民に、公平に健康な状態に近づけるように支援していく。1981（昭和 56）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⁷⁰。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、彼らが集団となる機会をつくり、さらに住民組織に発展して、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思う。

行政保健師の集団に対する活動を表すと図1のとおりである。集団に対する活動は、個人や地域に対する活動とも関連している。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1 行政保健師の集団に対する活動⁷¹



佐伯和子ら⁷²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は、集団を対象とする看護支援5項目をあげていた。しかし、行政保健師における専門職務遂行能力の自己評価を分析した結果、この5項目のうち、「集団の援助の評価」、「セルフヘルプグループ支援」は第一因子の「地域支援および管理能力」へ、「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」は第二因子の「対人支援能力」となる因子構造をまとめている。この結果に対して、セルフヘルプグループへの支援は、地域を対象とする援助の実践項目に位置づいていたと結論づけている。つまり、集団であるセルフヘルプグループの支援は、地域を対象とする支援に通ずる活動であ

ると捉えられる。

「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⁷³。そして、「社会」は、「人々の集まり」という側面だけでない。人々、人々の中の相互作用、人々の中の関係構造、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時、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」⁷⁴と述べており、集団は、個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。

以上のことから、公衆衛生看護における「集団」は「名目的な集団」と「社会集団」に分けることができる。さらに、「集団」に対する支援のうち、特に「社会集団」を対象としたものは、「地域」を対象とした活動に通ずる。

米国における保健師の実践例には、「脆弱な集団やリスクが高いグループに属する個人や家族を対象に、健康教育、ケアマネジメント、プライマリケアを提供する。」や、「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。」という活動内容があげられている⁷⁵。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。また、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・効果的な施策化ができるようになる。

現任の行政保健師は、公衆衛生における変化を感じている⁷⁶。具体的には、人口の過疎化による町内会・老人会クラブ活動の低下、若い世代の地域活動参加の低迷、母子保健に携わる保健推進員のなり手の不足や世代交代の停滞などである。ここから、現代の公衆衛生における

社会集団の変化が見られる。だが、現任の行政保健師は、この変化への対応策として家庭訪問の強化を挙げている。「個」に着目した家庭訪問をさらに強化しても、「個」がさらに強まるだけであり、「集団」の変化は改善されず、本来の住民主体の公衆衛生が実践できるとは考えにくい⁷⁷。確かに「個」へのアプローチも必要であるが、「集団」へのアプローチはより多くの住民のエンパワーメントにつながる。

今後、行政保健師は、集団の中でも地域との関連性が強い「社会集団」、つまり住民組織に着目した活動を強化することが、公衆衛生看護の展開に有効に働くと考える。

第3節 住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成

健康問題は、社会背景や生活形態などの影響を受けて変化するが、現代においては、社会経済的格差の低位層が健康を害するという健康格差という新たな問題が生じている。今後は、住民自身が、生活基盤である地域において、健康問題に向き合い、社会や暮らしに働きかけて、その問題を解決していくことが求められている。

2013（平成25）年に示された「地域における保健師の活動に関する指針」において、ソーシャル・キャピタルの醸成という言葉が新しく加えられた。ソーシャル・キャピタルは近年注目されるようになった言葉であるが、従来、行政保健師が行ってきた住民組織を対象とする地区組織活動そのものがソーシャル・キャピタルの醸成だという意見が聞かれる⁷⁸。そして、住民組織はソーシャル・キャピタルの中核をなす存在であると言われている⁷⁹。

本節では、ソーシャル・キャピタルの健康問題の関連性および住民組織におけるソーシャル・キャピタルの捉え方について述べる。

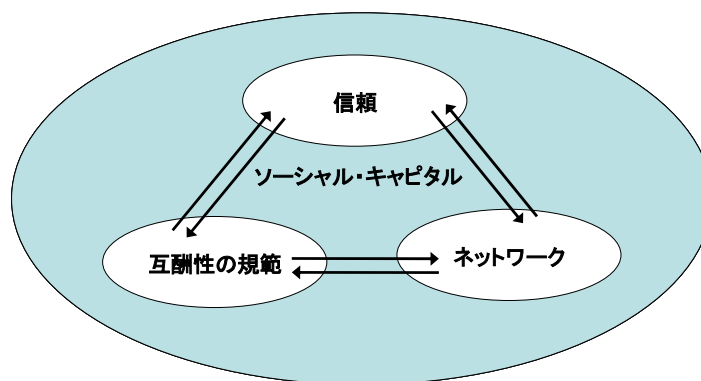
1. ソーシャル・キャピタルと健康問題の関連性

ソーシャル・キャピタルとは、「住民間、組織間における“ネットワーク”と、そこに存在する“信頼”や“互酬性の規範（お互い様という暗黙のルール）”といったコミュニティの特徴」である。近藤克則は、ソーシャル・キャピタルを「お互いを信頼することができ、困ったときには助け合い、普段から積極的な交流のある、住民の間での協力的な行動につながりやすい関係」と述べている⁸⁰。

ソーシャル・キャピタルの構成要素である“ネットワーク”には、職場内の上司と部下の関係などの垂直的なネットワークと、合唱団や協同組合などの水平的なネットワークがある。市民の積極的参加による水平的ネットワークが密になる程、市民は相互利益に向けて幅広く協力する⁸¹。“信頼”には、「知っている人に対する厚い信頼」と、「知らない人に対する薄い信頼」があり、「薄い信頼」の方がより広い協調

行動を促進する⁸²。“互酬性の規範”については、「あなたがそれをしてくれたから、私もこれをしてあげる」のように特定のなものもあるが、「あなたからの何か特定の見返りを期待せずに、これをしてあげる、きっと、誰か他の人が途中で私に何かしてくれると確信があるから」という一般的互酬性の規範の方が、価値がある⁸³。これら 3 つの構成要素は、いずれかが増えると他のものも増える相互強化の関係にあり、これら構成要素が蓄積された社会では人々の協調行動が促されやすい⁸⁴（図 2）。

図 2. ソーシャル・キャピタルの概念イメージ⁸⁵



また、ソーシャル・キャピタルは「私財」でも「公共財」でもあり、「外部性」を有していてコミュニティに広く影響する⁸⁶。つまり、つながりに乏しい個人であっても、つながりに富む地域に住んでいる場合は、そこからあふれ出た利益を得ることができる場合がある。例えば、自分の地域に認知症高齢者の見守りネットワークがあった場合、あなたはその見守りメンバーに入っていないなくても、認知症である家族を助けてもらったり、あなたが年老いて認知症になった時に助けてもらうことがあるかもしれない。

これまでの研究で、豊かなソーシャル・キャピタルは、失業率の低下、企業の促進、地域経済の活性化といった経済効果だけでなく、犯罪の発生を抑制し、出生率を高め、平均余命を伸ばすといった社会的に好ましい結果をもたらすことが分かっている⁸⁷。ロバート・D・パッ

トナムは、ソーシャル・キャピタルが豊かであると、風邪・心臓発作・脳卒中・うつ病などに罹りにくく、喫煙や飲酒、児童虐待などの行動も少なくなると述べている⁸⁸。また、ソーシャル・キャピタルの値が高い地域では、主観的健康感が「よくない」と答える確率が減少する⁸⁹。このように、ソーシャル・キャピタルは、地域住民の健康に影響を及ぼす。

一方で、ソーシャル・キャピタルは、社会における力関係の存在を考慮しておらず⁹⁰、少数派をより隅に追いやり、弱い立場に置かれた者により多くの負担をかける危険性があるとの批判も受けている⁹¹。このことは、弱者やマイノリティには、対等性が保たれておらず、すべての住民を含めた水平的ネットワークが構築されていないことを示す。

世界保健機関欧州地域事務局は、『*The solid facts : social determinants of health*』において、健康の決定要因の一つとして、社会的排除（social exclusion）をあげ、社会的排除と疾病は相互に影響し合い、悪循環を起こすと述べている⁹²。世界保健機関（WHO）にて、健康は、「身体的、精神的および社会的に良好な状態」であると定義付けられているが、身体的健康が阻害されると、ハード面や情報における障がいを受け、精神的健康が阻害されると、本人の状態が影響し、他者との交流や外出が減り、社会的つながりが維持できなくなり⁹³、社会的健康も損なわれていく。

以上のことより、健康格差を縮めるためには、地域において、社会経済的格差の低位層や健康問題における弱者やマイノリティの対等性を確保した水平的なネットワークのソーシャル・キャピタルを醸成することが鍵となる。

2. 住民組織におけるソーシャル・キャピタル

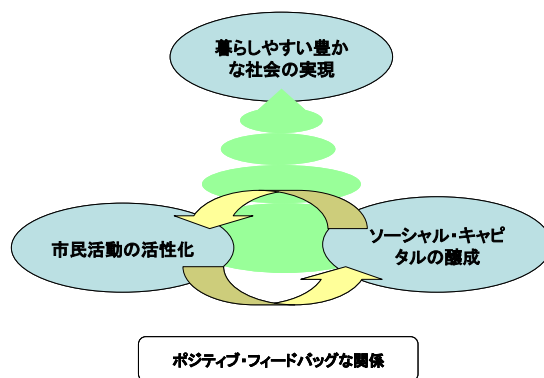
個人の問題は、その家族や近隣の人々、そして、住民を含めた地域全体の問題へと連動している⁹⁴。健康問題においても、その解決策としては、個人の意識変革と日常生活の行動変容によるところが大きいですが、その意識や行動は、家族、住んでいる地域の風土や環境の影響を受け

ている。つまり、個人の問題であっても、家族や地域のつながりの中で解決していくことが好ましい。

また、ソーシャル・キャピタルは、家族、仲間、職場などのグループにも共有される相互関係である。家族は、ソーシャル・キャピタルの基礎的なものであり、近隣も、隣人関係などを通じて地域にネットワークをつくりあげていく土壌となる⁹⁵。しかし、現在、家族機能は弱体化し、住民間のつながりも衰退してきている。地域社会や家族に関する世論調査によると、地域住民の支え合いが、「弱くなってきている」と思う人は、78%となっている⁹⁶。

このような中、ソーシャル・キャピタルの形成に、市民活動が大きな役割を果たすことが期待されている⁹⁷。ソーシャル・キャピタルと市民活動は、互いに互いを高めていく「ポジティブ・フィードバック」の関係性にあると捉えられている⁹⁸（図3）。

図3. 市民活動とソーシャル・キャピタル⁹⁹



公衆衛生の分野においても、市民活動を展開する様々な住民組織が存在する。実際に、住民組織が増えることで、地域住民の健康課題に対するカバー率は高くなっている¹⁰⁰。東京都足立区では、東京都23区の中で最下位であった男女平均寿命が1995（平成7）年に20位まで上昇しており、このことに350団体という多数の自主的な住民組織の活動効果の影響をあげている。同様に住民組織活動に積極的に取り組

んでいる川崎市多摩区では、要介護認定割合が他区に比べて確実に改善している。

日本の住民組織を構造と機能の視点から大別すると、「委員型」、「地縁型」、「ライフステージ型」、「セルフヘルプグループ」の4つのタイプに分類できる¹⁰¹（表2）。

表2 住民組織の類型¹⁰²

組織の類型	委員型	地縁型	ライフステージ型	セルフヘルプグループ
組織の例	食生活改善推進員 健康づくり推進員 母子保健推進員	自治会、町内会 婦人会、老人会 PTA、保護者会	育児サークル	難病の当事者会 精神障害者の当事者・家族会 介護家族会
地域の範囲	市町村単位	小学校区単位 行政区単位	市町村単位 行政区単位	市町村単位 保健所単位 県単位
特徴	行政から業務の委託あり 財源あり	全員参加が原則 (老人会は任意) ピラミッド型組織	相互学習型 自由度が高い	相互学習型 同じ健康課題
課題	十分な学習機会の提供がないと、「やらされ感」が出やすい	町内会にも加入しないなど、参加を拒否する住民が増えている	世代交代のために、組織運営等のノウハウが蓄積されにくい	障害者の家族会のように、会員が高齢化して、活動が停滞することも

「委員型」は、行政から委託された委員の集まりであり、「〇〇協議会」などの名称が多い。活動や方法は行政から示され、行政サービスの伝達・浸透や健診などへの推奨などの活動が主な任務となる。「地縁型」は、地域の生活や健康課題に対処するために組織化されたもので、様々な組織がある。伝統的な地縁関係を基盤にして組織化されるため、構成員の選出方法は、本人の自主性によらず順番制や推薦制などが多い。「ライフステージ型」は、ライフステージごとの生活課題や学習課題を同じくする個人の集まり（子育てサークルなど）である。「セルフヘルプグループ」は、障がいや慢性疾患をもつ個人またはその家族の集まり（患者会、親の会など）である。活動範囲は、保健、医療、教育、福祉、労働などと多方面にわたり、全国組織を持つものも多い。

戦後、日本のコミュニティでは、自治会やこれらに付随する婦人会などの「地縁型」組織が重要な役割を果たしてきた。特に市町村は最小単位の住民組織として「地縁型」組織を活用すべく、少額の補助金

や委託費を配分してきた。しかし、「地縁型」組織は、大都市部を中心に加入率の低下など衰退が進んでいる。「委員型」や「地縁型」は、行政との結びつきが強く、行政なくしては運営が厳しい組織であり、その活動費も行政に依存傾向にある。一方、「ライフステージ型」や「セルフヘルプグループ」は、主体性を持った組織であり、行政ともある一定の距離をもって活動している。

また、感染症が最も対応すべき健康課題であった時代は、行政の指揮の元、「委員型」や「地縁型」の組織により、公衆衛生を進めることが有効であった。しかし、現代は、行政の財政難や地縁の衰退が進み、慢性疾患や、様々な要因が重なって起こる健康問題が増えていることから、住民組織のあり方を再考する時に来ている。

住民組織が、グループの課題を解決し、活動を発展させ、地域における有効な資源であり続けるためには、どうしたらよいか。パットナムは、ソーシャル・キャピタルをその性質から、結合型と橋渡し型に分けている。多くの集団は、いくらかの場面で結束し、同時に他とつながりを持っており、この結合型と橋渡し型は、「どちらか一方」にきれいに分けられるものではなく、「よりその傾向が大きい、小さい」という次元のものであるとしている¹⁰³。

結合型ソーシャル・キャピタルとは、組織の内部における人と人との同質的な結びつきで、内部での信頼や結束を生むものであり、組織内で入手できる資源である。特定の互酬性を安定させ、連帯を動かしていくのに都合がよい¹⁰⁴。橋渡し型ソーシャル・キャピタルとは、異なる組織間における異質な人や組織を結びつけるネットワークであり、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¹⁰⁵。

しかし、住民組織において、「結合型」の性質が強くなりすぎると、外部との対立を生んだり、閉鎖的なシステムが却って非効率化してくるようになり、最終的には活動力が弱まり、地域の中で孤立していく可能性がある。一方、「橋渡し型」の性質が強くなりすぎても、メンバー同士の相互援助の機能が弱まる可能性がある。「結合型」の

性質により、住民組織内部の関係性が維持され、「橋渡し型」の性質により、地域における存在意義を高める。住民組織が活動を展開していくにあたっては、「結合型」と「橋渡し型」の性質双方のバランスが重要である。

現代社会が抱える問題は、心身の障がいや不安（ストレスや依存症など）、社会的孤立（孤独死、自殺、家庭内虐待、暴力など）が重複、複合化している。こうした問題は、社会の支えあう力の欠如や対立、無関心を暗示しており、これらに対応するためには、「つながり」のある地域形成が求められている。

障害のある人々や高齢者、子ども連れの家族なども、住民組織活動により、地域を変える原動力になる¹⁰⁶。地域で、様々な健康レベルの者や行政、医療機関などで橋渡し型ソーシャル・キャピタルが構築されると、まず、組織が互いに知恵を出し合い、工夫をし合って新たな方法や手段の開発が容易になる。次に、これまで課題が生じた時に行っていた行政への一方的な依存が、行政の肥大化や、住民の自由の幅を狭めていたことに気づき、住民自身による地域の課題解決の必要性をより実感することになる。そして、住民による地域づくりが進んでいくことにより、行政は常に住民からの革新を求められ、中央集権的な構造の中でサービスを提供していくことが難しくなる。加えて、住民は自分たち自身で課題解決に向かっていくことの厳しさを知ることによって、お互いに支えあうことの必要性を感じつながることで、ソーシャル・キャピタルは、より醸成し、課題解決のためのエネルギーが蓄えられていくことになる¹⁰⁷。

行政保健師が、ソーシャル・キャピタルを踏まえて、住民組織をどのように支援していくか。そのことが、地域のソーシャル・キャピタルの醸成と健康課題の解決に関係してくると言えよう。

第4節 行政保健師の集団を対象とした活動の実態

本節では、保健師活動調査¹⁰⁸の2009（平成21）年度¹⁰⁹、2012（平成24）年度¹¹⁰、2015（平成27）年度¹¹¹を元に、行政保健師の集団を対象とした活動の実態を見ていきたい¹¹²。

1. 「個人」、「地域」よりも少ない「集団」を対象とした活動

2015（平成27）年度の保健師活動調査の小項目¹¹³において、「個人」、「集団」、「地域」を対象とした活動に分類できる項目のみを抽出し、それぞれに分類して表3を作成した。

その結果、どの自治体においても、「集団」を対象とした活動が、「個人」や「地域」を対象とした活動より少ない。

都道府県は、「個人」を対象とした活動と「地域」を対象とした活動が同程度の割合である。2009（平成21）年度から2015（平成27）年度にかけての活動時間（割合）の増減からは、個別に対応する活動から、地域全体のコーディネートや地区管理への移行していることが見受けられた¹¹⁴。「地域」を対象とした活動は5割弱となっているが、「集団」を対象とした活動割合の少なさからは、「集団」と「地域」を対象とした活動が連動して展開されているのか疑問が残る。つまり、地区組織活動の時間が少ない中で、名目集団から社会集団へと発展させる活動や、地域住民と協働した活動が展開されているかは不確かである。

保健所設置市・特別区、市町村は、「個人」を対象とした活動が全活動の6割程度を占めている。2009（平成21）年度から2015（平成27）年度にかけての活動時間（割合）の増減からは、集団を対象とする健康教育の活動時間が減少している¹¹⁵。これは、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れていることや、事務時間の増加が著しく¹¹⁶、集団や地域を対象とした活動まで広げていく余裕がない状況が予想される。それだけでなく、保健師の歴史上の活動の変遷や保健師教育などから推察す

るに、「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。

今後は、健康教育やデイケア、機能訓練を一時的な活動で終わらせるのではなく、その集団の特徴によっては、住民組織への発展の可能性を見越して、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、地域を対象とした活動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進めていくことが求められる。

表 3 個人、集団、地域を対象とした活動状況 (%) 117

領域	個人						集団				地域			
	家庭訪問	保健指導	健康相談	健康診査	予防接種	コーディネーター(個人)	健康教育	デイケア	機能訓練	地区組織活動	地区管理(調査研究)	地区管理(地区管理)	コーディネーター(地域)	コーディネーター(職域)
都道府県	11.6	13.7	6.4	2.0	0.1	10.0	4.9	0.3	0.1	2.3	2.5	27.3	17.8	1.0
	43.8						7.6				48.6			
保健所設置市・特別区	14.7	19.7	10.2	10.3	0.5	10.8	7.6	0.8	0.2	4.5	1.2	11.8	6.3	1.2
	66.2						13.2				20.6			
市町村	13.1	9.9	10.2	19.0	2.0	8.8	12.5	0.6	0.3	3.5	1.3	10.6	6.6	1.6
	63.0						16.8				20.2			

2. 住民組織を対象とした「地区組織活動」の減少傾向

住民組織を対象とした活動である「地区組織活動」の全活動に占める割合は、2015（平成 27）年度時点で、都道府県 1.3%、保健所設置市・特別区 2.8%、市町村は 2.1%である。他の事業に比べて、この活動に費やす割合は少ない。また、1997（平成 9）年度からの推移（表 4）を見てみると、わずかな増減はみられるが、全体としては減少傾向にある。どの自治体も 1997（平成 9）年度からは、6～7割減少している。

ただし、都道府県と保健所設置市・特別区は、2015年（平成 27）年度から増加傾向に転じている。これは、2012（平成 24）年に通知された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」や 2013（平成 25）年に通知された「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・キャピタルの醸成や住民との協働を図ることが明記されたことが影響していると考えられる。

一方、市町村においては、地区組織活動は減少の一途である。人口

規模が小さい自治体ほどソーシャル・キャピタルの位置付けが低く、住民組織との協働も低い¹¹⁸との調査結果が出ており、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。

表 4 「地区組織活動」における活動状況の推移 (%) ¹¹⁹

	1997(H9)	2000(H12)	2003(H15)	2006(H18)	2009(H21)	2012(H24)	2015(H27)
都道府県	2.0	2.7	2.3	1.8	1.4	1.1	1.3
保健所設置市・特別区	3.8	2.5	2.4	3.0	2.0	1.8	2.8
市町村	3.2	3.5	3.0	3.1	2.5	2.5	2.1

ソーシャル・キャピタルの醸成の未経験群は、経験群に比べ、活動時間における「コーディネート（地域）¹²⁰」と「地区組織活動」の占める割合が有意に低いという調査結果が出ている¹²¹。行政保健師が、地区組織活動と地域のコーディネートの両方に取り組むことが、ソーシャル・キャピタルの醸成につながる。しかし、現在の活動調査における地区組織活動やコーディネート（地域）の時間は、他の活動に比べると時間が取れていない。したがって、現在の行政保健師の活動のあり方は、ソーシャル・キャピタルの醸成に結びついていないことが予想される。

行政保健師の住民組織に対する支援能力には課題がある。行政保健師は、住民組織の目的達成度や発達過程が十分に把握できず、漫然と支援を続けてきている¹²²。実際、98.8%の行政保健師が住民組織育成の意義を認めている一方で、精神的な負担が大きいと感じているとの回答が50.3%であり¹²³、住民組織の支援に難渋している。

行政保健師の当事者グループに対する関わり340件のうち、最も多いのは「グループの立ち上げ」の62件、続いて、30件以上の回答を得たのは、「会の企画・開催」、「(運営・活動に関する)相談助言」、「活動場所の提供」である。他、「グループの紹介（新規入会者の開拓・橋渡し、ケースの紹介）」は10件、「地域社会への橋渡し（行政・関係機関・ボランティア・住民との関係、地域へグループの思いを発信する

際の支援) 8件、「他のグループとの交流支援(当事者グループ間の関係づくり)」は3件となっている¹²⁴。行政保健師は、住民組織の立ち上げに、多く関わっているが継続的に支援しているとは言い難い。また、継続的な支援においても、行政保健師が主導型の組織運営や事務的な支援が主である。中には、グループが、地域とつながりを持てる支援をしているケースもあるが、その件数はわずかである。

行政保健師は、住民組織メンバーの活動意欲とともに住民組織の機能性は向上し、地域の健康度向上につながっていくと認識している。しかし、メンバーの活動意欲向上への達成度は、ベテラン期(経験年数21年以上)が顕著に高く、保健師経験年数が少ないほど低くなっている¹²⁵。

このことは、これまで、家庭訪問や保健指導などの個に対する支援を中心として活動してきたことにより、集団を対象とする知識・技術が十分に伝承、教育されていないことが関係していると考えられる。以上のことより、行政保健師には、経験年数に関係なく、住民組織を支援ができる能力を持つことが必要である。

- 1 平野かよ子「公衆衛生における保健師のアイデンティティ」『公衆衛生』Vol.79No.1, 2015年, 14-17頁。
- 2 湯浅資之, 池野多美子, 請井繁樹「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』第58巻第2号, 2011年, 116-127頁。
- 3 佐甲隆は、ウインスローの定義における「科学・技術 (science and art) に着目し、公衆衛生が学問や科学的エビデンスに基づいて分析するのは物事の半分であり、残る半分は、公衆衛生創造家 (アーティスト) 集団が必要であり、「組織的なコミュニティの努力」の解釈を地域住民や当事者の参加と協働によって、成果がもたらされるとしている。(佐甲隆「公衆衛生システムの危機専門性とアイデンティティ強化のために」『公衆衛生』77(1), 2013年, 6-10頁)
- 4 實成文彦「公衆衛生のアイデンティティを求めて・1 公衆衛生とは何だろう？」『公衆衛生』75(8), 2011年, 578-584頁。
- 5 橋本正己『公衆衛生現代史論』初版, 光生館, 1981年, 265-272頁。
- 6 大木幸子「地方分権時代の公衆衛生活動」『公衆衛生研究』50(1), 2001年, 7-8頁。
- 7 橋本正己は、住民に最も身近な自治体を基盤とし、住民の主体的、積極的な参加と、地域の実地医家や保健の専門家などの professional leadership による community health action こそ、公衆衛生の総体であると述べている。(橋本正己, 前掲書 5, 265-272頁)
- 8 橋本正己, 前掲書 5, 153-154頁。
- 9 橋本正己, 前掲書 5, 153-154頁。
- 10 橋本正己, 前掲書 5, 88-89頁。
- 11 生年 1849 (嘉永 2) 年、没年 1910 (明治 43) 年。
- 12 一つ目は、「国際衛生」で「日本全国を一団体として外国より輸入する伝染病ウイルスを防止すること」、二つ目は、「国家衛生」で「国家の警察権を利用して各個人の力の及ばざる生命健康の危険を保護すること」である。
- 13 阪上孝「黎明期の公衆衛生「大日本私立衛生会」を中心に」『公衆衛生』, 74(3), 2010年, 186-189頁。
- 14 佐甲隆, 前掲書 3。
- 15 明治時代に入り産業の発展とともに結核は急速に蔓延し、1950 (昭和 25) 年には死因の第 1 位を占めていた。その死亡数のピークが若年層にあったため、社会的にも影響が大きかった。
- 16 1951 (昭和 26) 年には、厚労省が結核予防法 (1919 (大正 8) 年制定) に大改正を加え、BCG 接種、健康診断、適正医療の普及を三本柱とする対策が行われた。その後も予防接種の公費負担、保健所による患者管理事業などが実施された。(森仁実「結核対策における保健福祉活動」宮崎美砂子他『最新公衆衛生看護学第 2 版 2015 年版各論 1』日本看護協会出版, 2015年, 310頁)
- 17 森仁実, 前掲書 16, 310頁。
- 18 悪性新生物や脳血管疾患、心疾患などが生活習慣病と称される。以前は成人病と言われていたが、子どもでも乱れた生活習慣により、「成人病」と同じような症状が現れるため、生活習慣によって起きることを広く理解してもらう意味を込めて、1996 (平成 8) 年に「生活習慣病」と名称が変更され、「食習慣、運動習慣、休養、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する疾患群」と定義されている。(特定非営利活動法人 日本成人病予防協会, http://www.japa.org/?page_id=3564) (2015年10月22日確認) および

- 一般財団法人厚生労働統計協会『国民衛生の動向・厚生指標 増刊・第 61 巻第 9 号』通巻第 960 号, 2014 年, 95 頁。
- ¹⁹一般財団法人厚生労働統計協会, 前掲書 18, 95 頁。
- ²⁰實成文彦, 前掲書 4。
- ²¹橋本正己は、「①健康とは健康的な日常生活を営みうる人間の状態である、②日常生活は、広く深くコミュニティに結び付いている、③したがって健康の問題はまずコミュニティの問題として取り組まなければならない、という視点は公衆衛生の基本的な理解であり取り組みの原点である」と述べている。(橋本正己, 前掲書 5, 4 頁)
- ²²読売新聞「家族のきずな「弱まっている」81%」(2010 年 8 月 5 日)。
- ²³佐甲隆, 前掲書 3。
- ²⁴高鳥毛敏雄「公衆衛生の現場知と専門知」『公衆衛生』75(9), 2011 年, 662-663 頁。
- ²⁵OECD 東京センター<http://www.oecdtokyo.org/index.html> (2010 年 10 月 14 日確認)
- ²⁶相対貧困率とは、等価可処分所得(世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割って調整した所得)の中央値の半分に満たない世帯員の割合をいう。(厚生労働省 相対的貧困率の年次推移 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/10/dl/h1020-3a-01.pdf> (2010 年 12 月 23 日確認))
- ²⁷読売新聞「一人親家族 54% 厚労省調査 主要 30 か国中最悪」(2009 年 11 月 16 日)。
- ²⁸読売新聞「健康格差 日英の現場 6/6 「避けられる死」防ぐ」(医療ルネサンス No.4886、2010 年 6 月 24 日)。
- ²⁹読売新聞, 前掲書 28。
- ³⁰読売新聞, 前掲書 28。
- ³¹イチロー・カワチ、ブルース・P・ケネディ『不平等が健康を損なう』, 日本評論社, 2004 年, 89 頁。
- ³²Ichiro Kawachi「近隣の社会環境が住民の健康へ及ぼす影響 ソーシャル・キャピタル研究を探る」『公衆衛生』Vol.72 No.7, 2008 年, 568 頁。
- ³³近藤克則『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか』医学書院, 2007 年, 122-134 頁。
- ³⁴曾根智史「わが国における公衆衛生のアイデンティティ」『公衆衛生』79(1), 2015 年, 6-9 頁。
- ³⁵2014(平成 26)年 4 月 1 日現在、274 万 3,654 人であり、対前年比は、8,830 人減少している。都道府県の職員数は、23 年連続して減少し、市町村(市町村には、指定都市、特別区、一部事務組合を含む。)の職員数は 18 年連続して減少している。都道府県、市町村とも、ほとんどの自治体の職員数が減少している(総務省 地方公務員数の状況 <http://www.soumu.go.jp/iken/kazu.html>) (2015 年 10 月 26 日確認)
- ³⁶2004(平成 16)年度~2006(平成 18)年度に実施された。
- ³⁷日本の自治体は、戦前からの中央集権の中で自治体の権限や財源が極めて弱く、その財政力のなさを三割自治と揶揄される。
- ³⁸大森敏裕「地方分権時代における財政の課題とその展望」『香川大学経済政策研究』5, 2009 年, 5-42 頁。
- ³⁹全国保健所長会 保健所設置数の推移 http://www.phcd.jp/03/HCsuii/pdf/suii_2015_temp04.pdf (2015 年 12 月 1 日確認)

40佐甲隆，前掲書 3。

41笹井康典「地域保健活動の再構築 ソーシャル・キャピタルの醸成と協働の重要性」『公衆衛生』78(1)，2014年，2-3頁。

42春山早苗「地域看護の歴史」宮崎美砂子他『最新地域看護学総論』第1版，日本看護協会出版会，2007年，39頁。

43 「昭和の合併」は、1953（昭和28）年に施行された町村合併推進法によって進められた。当初9,838を数えた市町村は、1956（昭和31）年には3,973と約60%減少し、市の数は286から498に増加した。この合併は、戦後、地方自治法によって、ようやく育つかにみえた地方自治にとって大きな負のインパクトになったとされる。橋本正己は、「市町村の区域の拡大によって、行政の浸透と住民の意見の自治体への反映が困難となり、特に都市と農村が一つの行政区域となった場合は、市政の重点は都市部におかれ、農村部の住民にとっては、従来よりもサービスが低下するなどの問題が起きた。」と指摘している。（橋本正己，前掲書 5，155頁）

また、「平成の合併」では、地方分権の推進等の中で、与党の『市町村合併後の自治体数を1,000を目標とする』という方針の元、自主的な市町村合併が推進された。1999（平成11）年に3,229あった市町村数は、2008（平成20）年には1,787に減少した。（総務省，「平成の合併」について，2010年，http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/100311_1.pdf）（2015年12月1日確認）

44合併を選択しなかった町村においては、行政と住民が地域に対する「愛着」と「責任感」を共有し、行政と住民、住民どうしの「つながり力」が生まれ、地域課題に即応した効率的な地域運営が可能になったと報告している。ある首長は、住民の自立心は周りの自治体より強くなっていると思うと述べている。（全国町村会 道州制と町村に関する研究会，「平成の合併」をめぐる実態と評価（ダイジェスト版），2008年，<http://www.zck.or.jp/teigen/gappeidy.pdf>）（2015年12月1日確認）

45佐甲隆，前掲書 3。

46現在、自治体において、「協働」の概念は矮小化されて理解されていることを指摘している。例えば、「協働」を「住民と一緒に事業を行うこと」と安易に観念し、住民の理解のお墨付きを得るための手段に利用したり、「業者よりも住民にさせた方が安上がりだし、自分達の業務も減る」と「下請け」扱いするというものである。（荒木昭次郎，澤田道夫『平成21年度熊本県立大学地域貢献研究事業 市町村における協働の推進に関する研究』2010（平成22）年4月，3頁。）

47荒木昭次郎，澤田道夫，前掲書 47，3-4頁。

48 かつての日本は、そのほとんどの地域が「農村型社会」で、密な人間関係により、地域で生じた問題は地域の中で解決されていた。その後、高度経済成長を迎え、日本は「都市化型社会」へ移行し、人間関係は家庭と職場を中心とするものとなった。近隣関係も希薄だったため、本来地域で解決できるはずの問題も、自助努力を越えるものは直ちに行政への苦情として持ち込まれる自助・要求型となった。70年代には、公害や環境悪化の問題に直面した住民による行政への要求・対抗型の「住民運動」が活発となった。80年代に入ると、人口の流動化が落ち着き、都市的生活様式が普及した「都市型社会」となっていた。（荒木昭次郎，澤田道夫，前掲書 47，4頁。）

49曾根智史，前掲書 34。

50高鳥毛敏雄，前掲書 24。

51 熊本県内の市町村を対象とした「協働」にかかるアンケート調査（回答者は自治体職員）では、「(自治体職員および住民において) 協働あるいはパート

ナーシップの概念について認知が進んでいるか」との設問に対し、「2割以上が認知している」と回答したのは、自治体職員 45%、住民 15%であった。自治体職員においても住民においても、協働の認知の浸透が未だ十分でないことが分かる。(荒木昭次郎, 澤田道夫, 前掲書 47, 8-23 頁。)

52 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。

53 金川克子他『地域看護学実践の理論化をめざして』日本看護協会出版会, 1997年, 13-40頁。

54 平野かよ子「これからの公衆衛生看護のあり方」『公衆衛生研究』49(2), 2000年, 116-124頁。

55 平山朝子他「公衆衛生看護とはなにか」平山朝子, 宮地文子編著『第3版公衆衛生看護学体系第1巻・公衆衛生看護学総論1』日本看護協会出版会, 2005年, 4-24頁。

56 金川克子他「公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告」『日本公衆衛生学会誌』52(8), 2005年, 756-764頁。

57 日本地域看護学会教育委員会は、公衆衛生看護の概念を「コミュニティや特定集団の健康の向上を目指す看護活動」としている。(宇座美代子他「公衆衛生看護学とは—その概念—」『日本地域看護学会誌』14(1), 2011年, 14-16頁。)そして、その方法論を「予防を重視し集団の健康レベルの向上を目指し、個と集団を同時連動させる視点と支援・活動を主とする。また、医療の質と量を確保する体制整備のための施策化を図る。」としている。(平成21~23年度日本地域看護学会教育委員会「地域看護学と公衆衛生看護学の定義に関する資料」『日本地域看護学会誌』16(2), 2013年, 76-80頁。)

58 エンパワーメントとは、「社会的に差別や搾取を付けたり、組織の中で自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセス」であり、「個人」のみでなく「集団」でも考えることができる。(久木田純「エンパワーメントとはなにか」『現代のエスプリ』Vol.376, 1998年, 10-34頁。)

59 久常節子は、「住民がバラバラに地域の問題を見ている中で、保健師がきっかけをつくり、住民が問題を共有できるようにし、見えていなかったものが見えてくることで、地域で何をすべきかが分かってくる。見えないものを見えるようにするのが保健師の仕事。」と述べている。(「日本看護協会久常節子会長インタビュー 効果を出せる人材の育成を」『月刊地域保健』第40巻第9号, 2009年, 東京法規出版, 16-22頁)。麻原きよみは、「健康課題がありながらサービスを利用できない、あるいは利用しないといった健康に対して不平等の立場にある人々を地域の中から見出す活動は、保健師活動の要。」と述べている。(麻原きよみ「健康格差を是正する働きに期待」『月刊地域保健』第40巻第9号, 2009年, 24-28頁)村嶋幸代は、「本当に援助を必要とする人たちは、精神的にも肉体的にも疲弊しており、自ら援助を求める行動も起こせないことが多い。生存権を保障するために保健師は必要である。もしも保健師が地域からいなくなれば、無から有を生み出す機能がすっぽりとなくなってしまう。」と述べている。(村嶋幸代「専門職の目でネットワークを生み出す保健師 その方法論が人々の生を支える」『月刊地域保健』第40巻第9号, 2009年, 46-51頁)

60 成玉恵らは、「行政保健師は、住民も自覚していない潜在的な問題を見つけ

出し、複合した問題を単純化し、その一つ一つの問題に対応できる専門職につないだり、その問題解決のために施策化を実践できる職種である」と述べている。(成玉恵他「わたしは住民のパートナー 行政ミッションから考える行政保健師のコア業務」『保健婦雑誌』Vol.59 No.6, 2003年, 514-520頁。)

⁶¹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、新人期の事業・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「行政機関に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。)

⁶²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一定義・役割と範囲・規範—』日本看護協会出版会, 2003年, 14頁。

⁶³アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部会他, 前掲書 62, 65頁。

⁶⁴大木幸子, 工藤恵子「現場が求める保健師ライセンスの意味 個と集団を行き来する保健師の専門性」『保健師ジャーナル』Vol62 No.6, 2006年, 462-466頁。

⁶⁵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。

⁶⁶佐藤守弘他『現代社会学辞典』有信堂, 1984年, 382頁。

⁶⁷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。

⁶⁸今村晴彦, 園田紫乃, 金子郁容『コミュニティのちから“遠慮がちな”ソーシャル・キャピタルの発見』慶応義塾大学出版会, 2010年, 115頁。

⁶⁹ 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>) (2017年7月21日確認)。

⁷⁰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。

⁷¹筆者作成。

⁷²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。

⁷³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。

⁷⁴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。

⁷⁵アメリカ公衆衛生協会公衆衛生看護部会他, 前掲書 62, 14頁。

⁷⁶湯浅資之, 前掲書 2。

⁷⁷湯浅資之, 前掲書 2。

- 78 「活動指針を具体的に読み解く 保健師活動指針のポイント」『月刊地域保健』2013年, 18-29頁。
- 79 平成26年度厚生労働科学研究費助成金 健康安全・危機管理対策総合研究事業, 地域保健対策におけるソーシャル・キャピタルの活用のあり方に関する研究班『住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き』2015(平成27)年3月, 22頁。
- 80 市田行信「ソーシャル・キャピタルー地域の視点からー」近藤克則編『検証「健康格差社会」』, 医学書院, 2007年, 107頁。
- 81 内閣府「ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」, 平成14年度内閣府委託調査, 2003年, 17頁。
- 82 内閣府, 前掲書81, 16頁。
- 83 ロバート・D・パットナム『孤独なボウリングー米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房, 2006年, 17頁。
- 84 湯浅資之, 西田美佐, 中原俊隆「ソーシャル・キャピタル概念のヘルスプロモーション活動への導入に関する検討」『日本公衆衛生学会誌』第53巻第7号, 2006年, 465頁。
- 85 内閣府, 前掲書81, 15頁。
- 86 ロバート・D・パットナム, 前掲書83, 16頁。
- 87 山内直人「コミュニティにおけるソーシャル・キャピタルの役割」『環境情報科学』Vol.39 No.1, 2010年, 10頁。
- 88 ロバート・D・パットナム, 前掲書83, 401-412頁。
- 89 市田行信, 前掲書80, 112頁。
- 90 佐藤寛編『援助と社会関係資本ーソーシャル・キャピタル論の可能性ー』アジア経済研究所, 2001年, 19頁。
- 91 木村美也子「ソーシャル・キャピタルー公衆衛生学分野への導入と欧米における議論よりー」『J.Natl.Inst.Public Health』 Vol.57No.3, 2008年, 256-257頁。
- 92 Wilkinson,R.,Marmot,M.,”The solid facts:social determinants of health,World Health,”2003.
<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>
WHO 健康都市研究センター 日本健康都市学訳『健康の社会的決定要因 第2版』2004年, 16頁
(<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/pdf/solidfacts2nd.pdf>)
(2017年8月21日確認)。
- 93 深谷太郎「健康とソーシャル・インクルージョン」園田恭一・西村昌記編著『ソーシャル・インクルージョンの社会福祉 新しい〈つながり〉を求めて』ミネルヴァ書房, 2008年, 54-63頁。
- 94 平野かよ子「公衆衛生看護活動モデル」尾崎米厚他編集『今を読み解く保健活動のキーワード』, 医学書院, 2005年, 133頁。
- 95内閣府, 前掲書81, 25頁。
- 96 読売新聞, 前掲書22。
- 97 山中直人「ソーシャル・キャピタル考」山内直人・伊吹英子編『日本のソーシャル・キャピタル』大阪大学大学院国際公共政策研究科 NPO 研究情報センター, 2005年, 1-4頁。
- 98 株式会社日本総合研究所「日本のソーシャル・キャピタルと政策〜日本総研2007年全国アンケート調査結果報告書〜」, 2008年, 19頁。
- 99 内閣府, 前掲書81, 3頁に筆者一部修正。
- 100 星旦二「支援の基礎知識」星旦二, 栗盛須雅子編集『地域保健スタッフの

- ための「住民グループ」のつくり方・育て方』, 医学書院, 2010年, 12頁。
- 101 小山修「住民組織の活動とその支援」『標準保健師講座 地域看護技術』, 第2版, 医学書院, 2009年, 224-227頁。
- 102 平成26年度厚生労働科学研究費助成金 健康安全・危機管理対策総合研究事業, 『地域保健対策におけるソーシャル・キャピタルの活用のあり方に関する研究班, 住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き』2015(平成27)年3月, 22頁に筆者一部加筆修正。
- 103 ロバート・D・パットナム, 前掲書83, 21頁。
- 104 ロバート・D・パットナム, 前掲書83, 19頁。
- 105 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-』平成17年度アカデミー政策研究, 2005年, 11-12頁。
- 106 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルのあり方に関する研究班『住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き』2015(平成27)年3月, 16頁。
- 107 荒木昭次郎, 前掲書74, 30-31頁。
- 108 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、今後の保健師等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としている。調査は、毎年度実施の「領域調査」と3年に一度の「活動調査」の2種類で、2009(平成21)年度より一般統計として実施している。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。活動調査は、無作為抽出により選定された都道府県及び市区町村の保健師を対象に実施し、行政保健師の地方自治体における保健師の業務内容、活動量(活動時間)等を把握するものである。保健師活動領域調査は、2009(平成21)年度から公表されており、活動調査は、2012(平成24)年度、2015(平成27)年度で3回目である。
- 109 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 (2017年8月7日確認)
- 110 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/katsudoucho usa_h24_01.pdf (2017年8月7日確認)
- 111 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/katsudoucho usa_h27_01.pdf (2017年8月7日確認)
- 112 この活動調査は、年度毎で、調査対象となった保健師が活動する自治体の人口規模等が異なるため、本来は、単純に比較はできない。しかし、行政保健師(常勤保健師)の活動状況を知る貴重な資料であるため分析に用いた。
- 113 保健師活動調査の活動項目は、大項目として、①保健福祉事業、②地区管理、③コーディネート、④教育・研修、⑤業務管理、⑥業務連絡・事務、⑦研修参加、⑧その他で構成されている。また、この大項目はさらに小項目で構成されており、以下のとおりである。①保健福祉事業は、10個の小項目で構成されている。その項目は、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)、その他である。

②地区管理は、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)と、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)の2項目で構成される。

③コーディネートは、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、記録等が該当する。その小項目は、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は、2015(平成27)年度の調査より加わる)で構成される。

④教育・研修は、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)と、実習指導(人材育成(OJTなど)・学生等の実習指導)の2項目で構成される。

⑤業務管理は、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)である。

⑥業務連絡・事務は、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である。

⑦研修参加は、研修等受講(自己研修を含む)

⑧その他は、上記のいずれにも属さないものが該当する。

114 都道府県では、健康相談(-6.5時間(-3.7%))と保健指導(-4.8時間(-2.7%))の減少が著しい。一方で、地域におけるコーディネート(3.4時間(2.0%))と地区管理(2.3時間(1.4%))が増加している。

115 保健所設置市・特別区で減少時間(割合)が大きかったものは、保健指導(-6.4時間(-3.7%))と健康教育(-5.7時間(-3.3%))であり、増加時間(割合)が大きかったものは、業務連絡・事務(6.9時間(4.1%))、業務管理(4.3時間(2.6%))である。また、市町村で減少時間(割合)が大きかったものは、健康診査(-5.0時間(-2.6%))と健康教育(-3.0時間(-1.5%))であり、増加時間(割合)が著しく大きかったものは、業務連絡・事務(8.8時間(5.6%))である。

116 2008(平成20)年度の調査によると、「デスクワークの時間が業務の半分以上を占めていると感じている」保健師は53.7%と半数を占めており、「ほぼ毎日、地域に出向いて仕事をしている」保健師は16.5%と2割に満たないという結果が報告されている(「全保協が調査報告書 多様化する保健事業で保健

師の意識に及ぼす影響を分析 活動の位置付けと人材育成が影響」『週刊保健衛生ニュース』第 1508 号，社会保険事務研究所，2009 年，2-5 頁。）

117 2015（平成 27）年度活動調査より筆者作成。当表の%は、抽出した項目内における%であるため、抽出元となる活動調査の%とは値が異なる。

118 「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。

119 石津友恵，中村彩，守屋希伊子，島田陽子「自治体保健師の活動領域の変遷から見る保健活動の課題と展望 厚生労働省「領域調査」「活動調査」の結果から」『保健師ジャーナル』Vol.71No.6，2015 年，498-504 頁および 2012（平成 24）年度活動調査、2015（平成 27）年度活動調査を元に筆者作成。

120 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のことである。

121 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。

122 西紀美江他「保健師の行うグループ支援—難病患者グループへの支援を通して—」『四国公衆衛生誌』Vol.51 No.1，2006 年，45-46 頁。

123 守田孝恵「保健婦活動におけるグループ育成の意義に関する意識調査」『保健婦雑誌』Vol.54 No.10，1998 年，868-872 頁。

124 谷本千恵、北岡（東口）和代「当事者グループに対する保健師の関わりの実情」『日本看護科学学会誌』Vol.25 No.3，2005 年，106 頁。

125 山田小織、守田孝恵「地域の健康課題解決を目指す住民組織の活動形態と保健師の認識」『リハビリテーション連携科学』15(1)，2014 年，30-37 頁。

第IV章 住民組織のソーシャル・キャピタルの実態（調査研究）

本章では、住民組織における組織の発展と、住民組織内のメンバー同士のつながり（結合型ソーシャル・キャピタル：以下、結合型 SC と記す）と、住民組織と他組織・他者とのつながり（橋渡し型ソーシャル・キャピタル：以下、橋渡し型 SC と記す）の実態を明らかにする。また、その実態を踏まえて、行政保健師の関わり方を検討する。

第1節では、セルフヘルプグループ、第2節では委員会型・地縁型・ライフステージ型の SC の実態を分析する。

その分析結果をふまえ、第3節では、住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成のために行政保健師に求められる活動を検討する。

第1節 セルフヘルプグループ¹

セルフヘルプグループ（Self Help-Group：以下 SHG と記す）は、「相互援助とメンバー共通の問題に取り組み、個人的・社会的変化を引き起こすことを目的につくられた自発的なグループ」²である。

SHG は、現在も増加し続けており、プリメド社の『全国患者会障害者団体要覧(第3版)』³では、難病、がん、種々の障害、先天疾患、薬害被害、自殺、流産・死産等、またそれらの家族を含めて広範囲にわたったグループ 1,442 団体が紹介されている。

しかし、SHG は、活動するうえで、参加者の固定や活動力の弱さ、外部との関わりの難しさ、リーダーへの負担の大きさ、後継者不足等の課題を抱えている⁴。この課題には、組織内のメンバー同士のつながり（結合型 SC）が関係していると考えられる。

また、SHG は、社会資源の制約や欠如といった社会環境に関する問題にも直面していく⁵。SHG がグループの課題を解決し、社会環境へ働きかけていくためには、グループ自身が発展し、力をつけていくことが求められる。そのためには、他組織・他者とのつながり（橋渡し型 SC）が影響してくると考えられる。

1. 結合型ソーシャル・キャピタルと橋渡し型ソーシャル・キャピタルの関連性

メンバー同士のつながりである結合型 SC の醸成の基礎となるのは、メンバー数、参加者数の確保である。SHG は、病気の進行や高齢化が原因となって、メンバー数や参加者が減少している現状にあることが多い⁶。間野百子は、高齢者同士の SHG は、閉鎖的な交流の場になりやすいことを指摘している⁷。加えて、SC において重要なのは、名義上のメンバーではなく、実際に活動で関わっていくメンバーである⁸。疾患の緩解・増悪や進行など、疾病の特徴がグループへの参加を左右する中で、継続して参加できる者をいかに確保できるかが、SHG の SC の醸成の要を握る。そして、SHG のメンバー数、参加者数の確保に影響を及ぼすのが、他組織・他者のつながりである橋渡し型 SC である。SHG は、様々な関係組織やメンバーのプライベートの場でのつながりをグループの周知や新規メンバー獲得に活かしていた。つながっている組織には、保健所や難病相談・支援センター、難病相談室、医療機関があげられた。これら組織から新規メンバーの紹介を受けたり、グループの案内チラシを掲示してもらい、周知の機会としていた。また、マスメディアや自治体の広報紙で活動を周知しているグループもあった。さらに、メンバーの中には、プライベートや職場、他の SHG でもグループへの勧誘をしている者もいた。

このように、SHG における結合型 SC と橋渡し型 SC は連動している。SHG が地域で活動を発展させていくには、結合型 SC だけでなく、橋渡し型 SC も存在することが重要である。橋渡し型 SC が醸成されることで、結合型 SC は負の側面⁹を和らげる形で醸成していくことが推察された。

グループ内部だけの活動を行っている SHG がある一方で、地域との関わりや貢献を目的とした活動をしている SHG も存在する。彼らは、その理由を、「自分たちの疾患や障がいを理解してもらうため」、「同じ疾患や障がいで悩む人がグループにつながるため」、「疾患や障がいを持ちながらも自立した生活をしていくため」、「当事者の経験を

広く一般の人にも役立てたいため」と述べている。具体的には、グループや患者の理解者を増やすために、関係組織や専門職に働きかけたり、看護学生とつながりを持っていた。

さらに発展して、メンバーのことだけでなく、患者を取り巻く環境を改善させていくため、医師と一緒に活動しているグループもあった。それは、病院の一室にグループが運営する相談室を設けるという活動である。そこには、「患者がどこにいても同じ医療が受けられるように」という思いがあった。この活動により、SHGはメンバーの獲得にもつながり、病院にとっては、患者の生活面などでの良き相談相手を得ることになる。つまり“Win-Win”の関係ができている。そこには、共通の「患者の生活をよりよくしたい」という目的が存在する。そして、その病院の医師から相談を受けたり、SHGのリーダーも相談したりとお互いの情報交換の場にもなっている。この活動は、橋渡し型SCにおける“信頼”“ネットワーク”“互酬性の規範”すべてがそろった状態であり、SHGが最終的に目指すべき活動だと考える。また、橋渡し型SCは、「積極的に前に進む」のに重要である¹⁰ことも、この事例から明らかである。

中田智恵海¹¹は、「大小のSHGが、ゆるやかに連携してさらに大きくなれば、組織体としての堅固さは維持できる。」と述べている。筆者が調査した難病SHGでも、他のSHGと新たな組織体をつくり、自治体に働きかけることができていた。また、A県内においては、アノニマスグループ¹²同士で協働し、新たな組織体となって、アディクションフォーラム¹³を運営、開催していた。これらグループは、自分たちは、地域における課題解決のために、行政や専門職と協力して、グループ以外の人々にも働きかける活動をしていると認識していた。

2. ソーシャル・キャピタルの課題

SHGのSCの現在のあり方における課題は、(1)個と個のつながりである橋渡し型ソーシャル・キャピタル、(2)セルフヘルプグループと行政保健師の関係性、(3)SHGが関わりを持っている他組織・

他者の偏りの3点である。以下、この3点の考察を記す。

(1) 個と個のつながりである橋渡し型ソーシャル・キャピタル

現在のSHGの橋渡し型SCは、組織対組織ではなく、個人として他組織・他者とつながっている。

筆者の調査に回答したグループのリーダーには、組織対組織というよりは、個人として他組織・他者につながっていると回答する者が複数いた。また、メンバーは、他のSHGにも所属している場合があり、そのメンバー個人を通して、他のSHGの情報を得て、グループ活動の参考にしていた。筆者は、組織対組織でのつながりをイメージして、調査を進めていたが、実際は、組織の中の個人同士のつながりによって、橋渡し型SCが構築されていく可能性が示唆された。

組織の存続そのものが危うい時には、結合型SCの強化が必要になる。一方で、組織の革新や発展を図るには、橋渡し型SCの追加が必要となってくる¹⁴。個人同士のつながりを発展させ、他のメンバーも一緒になって組織対組織のつながりを図っていくことで、橋渡し型SCの更なる醸成を期待できる。ここに、行政保健師の介入が有効であると考えられる。

(2) セルフヘルプグループと行政保健師の関係

筆者がSHGを対象に発展段階をエンパワーメントプロセスモデル¹⁵で明らかにした調査¹⁶によると、第2段階「アクセスレベル」までは、SHGのみの活動で到達できるが、第3段階「意識化レベル」以降に、他組織・他者との関わりが影響していた。

しかし、行政機関¹⁷は、エンパワーメントプロセスのどの段階とも関連が見られなかった¹⁸。行政機関の中でSHGに関わりを持っているのは行政保健師であり、発足のきっかけづくりや発足時の支援を行っていた。しかし、発足後の支援において、SHGのエンパワーメントを意識した関わりができていない可能性が考えられた。

そこには、まず、行政機関の特徴として、異動があるため、担当保

健師が変わるとそれ以降の支援が途絶えること¹⁹が考えられた。さらに、行政保健師が、SHGを支援する対象と捉えており、リーダーシップをとったり、いつまでも支援を続けることで、SHGの主体性や潜在能力を奪っている²⁰ことも推察された。SHGには、あらかじめ決められたことに協力することを依頼される側面や、行政や専門職との依存関係²¹が指摘されており、このような関係性の中では、SHGが順当なエンパワーメントプロセスをたどっていかないおそれがある。

難病SHGが協力先として主にあげたのは、保健所であった。地域保健法に基づき、難病に関する業務を保健所が担っており、管内の難病患者を把握していることが関係している。難病SHGは、他にも、市町村保健センターや社会福祉協議会とも関わりを持っていたが、その内容は、会場の貸し出しのみであった。このような状況は、保健所のみとつながりが強くなる可能性がある。

保健所との関わり方は、SHGの規模によって異なっていた。県単位で活動している難病SHGは、保健所とは、横のつながりで、一緒に取り組む姿勢を持つようにしていた。「準備は会が行って、保健所と共催で交流会を開催し、保健所には管内の該当疾患患者に案内をしてもらう。」と役割を分担して取り組んでいた。

A県では、2次医療圏（保健所管轄圏域）毎に、圏域単位の難病SHGが設立されており、この立ち上げには保健所が関与している。このグループのいくつかにインタビューを行った結果、保健所との関係性はそれぞれであり、「つかず離れずの関係」と語るグループもあれば、「保健所がイニチアティブをとっている」と語るグループもあった。後者のグループは、立ち上がる時に、「県の方針でスタートしたので、保健所がやっぱりイニチアティブをとって、やっていくようになっている。」と認識していた。立ち上げから10年近くたった現在においても、イニチアティブは保健所が持っているという認識のままであり、支援を受ける立場として捉えていた。また、圏域単位のSHGでは、交流会などの準備・片づけ、会のパンフレット作成や発送など全面的な保健所の支援があるグループも存在した。このような認識や関わり方になる原因は、

果たして SHG 側にあるのだろうか、それとも保健所側にあるのだろうか。

中田智恵海は、「SHG がつぶれることを恐れて SHG の精神を専門職や行政に譲り渡してしまわない限り、発展の可能性は大きい」²²と述べている。保健所への依存度が高い場合、保健所の支援がなくなった時、グループは消滅するおそれがある。保健所が事務局を担っている場合、SHG の主体性が歪められ、その権力により、グループの活動が操作される危うさもある。SHG と保健所は、その関係性を再確認し、それぞれの立場や役割を考えて、“対等な” 関係性を再構築していく必要がある。

保健所の中には、他組織・他者とのつながりを促す関わりもあった。県単位で活動している SHG は、「保健所次第ではね、(中略)〇〇市の方にも、せっかくなら、書類を市長あてにもきちんと送られると、他の保健師さんも来ていただくこともできるしということでしたので。」と保健所保健師からアドバイスを受けていた。田尾雅夫は、ときに内向きになりがちな SHG に対する対応策として、「たえず外に関心を持つこと」をあげている²³。行政保健師は、SHG に対して、外への関心へ導く役割を担えらると考える。

SHG は、他の SHG とも関わりを持っていることがあるが、ただ交流するだけでは、それらグループはエンパワーメントしないことが想定された²⁴。大木秀一らは、同じ課題を持ちつつも独自の活動をする SHG が連携することによる有効性として、①情報量の飛躍的な増加と拡散、②SHG におけるリーダーやキーパーソンに対するケアとリスクの分散(バーンアウトの防御)、③自己完結に終わらない発展性を持った社会活動、④SHG 活動の安定性・継続性と専門機関への信頼度の増加、⑤地域特性の再評価をあげている²⁵。今回調査した SHG においても、同様の課題を持つグループ同士がつながることで、視野を広げることができ、リーダーのケアやリスクの分散になると考える。そこで、共通の問題や目標を持つ SHG が連携して活動していくことの効果に気づけるように、行政保健師によるきっかけ作りや仕掛けが必要²⁶で

ある。今後は、事務的な補佐だけではなく、SHGが視野や活動範囲を広げられるような関わりが要になる。

(3) 保健医療分野に偏ったつながり

今回調査した難病のSHGと一緒に活動を展開している相手は、保健所や病院、看護系の教育機関であった。また、難病相談支援センター、難病相談室はグループの周知や新規メンバーの紹介、市町村や社会福祉協議会は、会場の提供といった支援を行っていた。難病という疾患の特徴もあるが、つながりのある他組織・他者は保健医療の専門組織（者）に偏っている。患者たちの生活の基盤は地域である。特に難病患者は地域の偏見により活動を広げる難しさを感じている場合もある²⁷。

米国において、SHGの加入は、米国人の所属する22種類の集団の中で唯一、他の集団参加と完全に無関係であり、投票、ボランティア、寄付、コミュニティ問題について働くこと、さらには近所との会話のような日常のコミュニティ関与との関連が低いという結果がある²⁸。一方で、イタリアの研究²⁹では、アルコールに関連して社会的排除を経験している人の、回復へ向けての積極的なSHG活動が、個人的な生活の質だけでなく、コミュニティへの加入や市民としての関わりあい、家族・近隣・仕事・ボランティア協会への参加、教育プログラムでの社会的結びつきにおいて、改善を生み出す可能性を示している。

この相反する2つの結果は、SHGが、特定の分野に偏ったつながりを持ち、結合型SCに偏るのではなく、地域の様々な組織（者）と橋渡し型SCとなるように活動することの効果を示している。

SHGが積極的に活動し、専門職や専門組織に限らず、地域の中の住民も含めた理解者、協力者を増やしていくことは、ソフト面において、疾病や障がいを持った者も住みやすい地域をつくることになる。そして、住民は、自分たち自身も疾病や障がいを持つ可能性があり、潜在的なSHGのメンバーであることを認識する³⁰。また、地域には、様々な健康課題が存在することや、そこに影響する社会的背景に気づくよ

うになり、働きかける必要性を認識していく。

これらのことをサポートできるのは、特に **SHG** との関わりを持ち、広域的な健康課題の解決に関わっている保健所保健師、そして、地域の自治会や健康づくりに関する組織等と日常的に繋がっている市町村保健師である。保健所保健師と市町村保健師が連携を図ることにより、疾病や障がいの有無に関わらず、住民同士がつながりを持って地域の健康課題に対応できる地域をつくっていくことができると思う。

第2節 委員会型・地縁型・ライフステージ型住民組織

本節では、主に市町村内で活動する委員会型、地縁型、ライフステージ型の住民組織に対する調査研究を報告する。

1. 研究の背景

現在、わが国の住民ニーズや健康課題は多様化・複雑化し、行政のみの対応には限界がみられている。住民も行政と協働で、そのニーズや健康課題に対応し、地域をつくっていく主体的な存在となっていくことが求められている。

2012（平成24）年7月、厚生労働省は、「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」を発出した。その通知の中で、「地域に根ざした信頼や互酬性の社会規範、ネットワークといった社会関係資本等（ソーシャルキャピタル（Social Capital）：以下、SCと記す。）の核となる人材の育成や自助グループなどへの支援および活用を通じて地域住民の共助活動の活性化を図ることが重要である」と示している。

SCは、その性質から、結合型SCと橋渡し型SCに分けることができる。結合型SCは、組織の内部における人と人との同質的なつながりで、内部の信頼や結束を生むものであり、橋渡し型SCは、異なる組織間における異質な人や組織を結びつけるネットワークで、協働による資源交換と知識の創造が期待できるものである。地域には、多くの住民組織が存在するが、この住民組織も、SCの醸成に大きく寄与するものとする。

そこで、本研究では、「委員型」「地縁型」「ライフステージ型」の住民組織の発展と、住民組織内のメンバー同士のつながりである「結合型SC」、住民組織と他組織・他者とのつながりである「橋渡し型SC」の実態を明らかにすることを目的とする。また、その実態をふまえ、これら住民組織への行政保健師の関わり方を検討する。

2. 研究方法

(1) 研究参加者

研究参加者は、A 県内にある 4 市町村の住民組織「委員型」「地縁型」「ライフステージ型」の代表者（それに準ずる者）とする。住民組織の紹介を依頼する市町村は、A 県内の市町村において、人口動態（社会増減）の人口割合が大きい市町村と小さい市町村各 2 か所、計 4 か所とする³¹。市町村は、各 3～4 か所の候補をあげ、市町村への協力依頼を行い、対象市町村数を確保する。対象市町村が決定後、その市町村の保健師に、住民組織紹介の依頼をする。依頼時には、本研究の説明文書（市町村保健師用）を基に、研究の趣旨・方法などを説明する。その後、紹介された住民組織の代表者に、研究責任者が直接面会し、本研究の説明文書（住民組織代表者用）を基に研究の主旨・方法を詳細に説明した後、同意が得られた者を最終的な研究参加者とする。保健師の協力により、協力が得やすい組織を紹介してもらえらると思われるが、協力を拒否される可能性もあるため、対象住民組織の選定は、「型」が合致していればよいこととし、柔軟に対応する。

(2) データ収集方法

2013（平成 25）年 10 月～12 月に、半構造化面接によるインタビューを実施した。面接は 1 時間程度／1 回、1 回／1 グループとし、研究参加者が指定した場所で実施した。

インタビュー内容は、①研究参加者の属性とグループの概要、②組織の発展を感じる場面、③組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型 SC）を感じる場面、④他組織に対する信頼や互酬性（橋渡し型 SC）を感じる場面について、自由に語ってもらった。インタビュー内容は、本人の了承を得て録音し、逐語録を作成しデータとした。

(3) データの分析

質的記述的研究法に基づいて行った。逐語録から、「組織の発展」、「組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型 SC）」、「他組織に対する信頼や互酬性（橋渡し型 SC）」を感じていると判断できる部分について抜き出し、前後の文脈からある程度独立して意味が読み取れ

る範囲で、データを切片化した。研究参加者の語った言葉を活かしながら、データのコード化を行った。それらコード同士を見比べ、共通点・相違点を捉えながらコードを集約し、意味内容を損なわないようにしてサブカテゴリーを作成した。さらに、サブカテゴリーにおいて、共通点・相違点を捉えながら集約し、意味内容を損なわないようにしてカテゴリーを作成した。分析の途中では、カテゴリー、サブカテゴリー、コード、データに戻りながら、慎重に抽象度を高めた。

(4) 倫理的配慮

研究協力の依頼においては、強制の下での同意にならないよう十分に留意した。文書および口頭で、研究の目的および手順、自らの意思で研究に参加できること、同意した後でもいつでも参加を撤回できることを説明した。また、参加拒否や撤回により不利益を被らないこと、結果を発表する意図があることを誓約し、文書にて同意を得た。なお、この研究は、熊本大学生命科学研究部の倫理委員会の承認を得ている。

3. 結果

(1) 研究参加者および所属する組織の概要

A 県内の 4 市町から協力を得た³²。これら市町の保健師から計 12 グループの住民組織の紹介があり、その住民組織の代表者から、研究参加の同意を得た。その内訳は、「委員会型」として、食生活改善推進員³³グループ、健康づくり推進員³⁴グループ、「地縁型」として老人クラブ連合会³⁵（以下、老人会と記す）4 グループ、「ライフステージ型」として子育てグループ 3 グループ（内訳は子育てサークル 2 グループ、支援グループ（NPO 法人）1 グループ）であった。「委員会型」は、活動年数³⁶最長 43 年、最短 6 年で、メンバー数最少 30 名、最多 176 名であった。研究参加者は女性の会長 4 名（食生活改善推進員）と男性の構成員³⁷ 1 名（健康づくり推進員）であった。「地縁型」は、活動年数最長 47 年、最短 7 年で、メンバー数最少約 1,000 名、最多約 6,000 名であった。研究参加者は、男性の会長 4 名と女性の副部長 2 名であった³⁸。「ライフステージ型」は、活動年数最長 11 年、最短 5 年で、

子育てサークルのメンバー数は10組と30名であり、子育て支援グループ（NPO法人）は、利用者が1日平均10組程度であった。研究参加者は、すべて女性であり、代表者4名とスタッフ1名であった³⁹。

（2）組織の発展（表1）

逐語録から、組織の発展に関するサブカテゴリーは12個に分類・整理された。さらにサブカテゴリーは、【組織の知名度があがる】【メンバーの数や多様性が増す】【活動領域が広がる】【活動の成果が表れる】の4つのカテゴリーに統合された。以下、【 】はカテゴリーを、〔 〕はサブカテゴリーを、「 」は代表的な語りを表す。また、語りの中の（ ）は研究者による補足である。

a) 【組織の知名度があがる】

このカテゴリーは、〔組織名を知っている人が増える〕と〔活動内容を知っている人が増える〕の2個のサブカテゴリーで構成され、委員会型の食生活改善推進員のみで語られた。

食生活改善推進員は、高齢者サロンや食育教室、地域でのイベントなどで、住民から、「食改さん」や「ヘルスマイトのおばちゃん」と声をかけられていた。一方で、「弁当づくり配布事業で600食、私たちが前の日からして本当に大変な思いをして作るんですよ。そしたら、民生委員さんの会議のときに、『何て言うのかな、ああいう人たちの作ってやらすとたい』ぐらいの話だった。」と日頃から関わりのある民生委員にすら、組織名を覚えられていないと語るグループもあった。また、主要活動である味噌汁の塩分測定は、住民に浸透していた。しかし、この活動が食生活改善推進員の活動であると組織名と活動内容が結びついているかは不確かであり、その組織の役割や活動内容が浸透していくように、今後もPRを続けていく必要性を感じていた。

b) 【メンバーの数や多様性が増す】

このカテゴリーは、〔メンバー数が増加する〕〔年齢や障害の有無などに関係なくメンバーが存在する〕〔地域に満遍なくメンバーが存在する〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

委員会型の食生活改善推進員では、高齢化によりメンバー数が減少傾向にあるグループがあった。また、人口からするとメンバー数が不足しており、地区におけるメンバーの偏在を語るグループもあった。このような状況の中、組織が育っていくために、若い世代の母親も取り込むように努めているグループがあった。

地縁型の老人会では、「ここは農家が多いから、(昔は)割と加入率がよかったんだけど、最近ではサラリーマンで定年になった人達は、まず入らんもんね。」と職業構造の変化によりメンバー数が減少していた。また、『まだ現役だけん』とかなんとか言いながら入らない人が多いんですよ。」と70歳を超えても入会しない人が増えている現状にあった。これらのことが影響して、単位老人クラブ(地区ごとの老人クラブ)が減少傾向にあった。加えて、役員になることを避けて新メンバーが入ってこないことが語られた。

ライフステージ型の子育てサークルでは、初めは子どもがいる人だけがメンバーだったが、障がい者や独身の人もメンバーとして広げているグループがあった。

c) 【活動領域が広がる】

このカテゴリーは、〔活動の依頼がくる〕〔新規活動が展開できる〕〔活動の参加者が増える〕〔協力者・協力組織が増える〕の4個のサブカテゴリーで構成された。

委員会型の食生活改善推進員では、小学校や保護者会、高齢者サロンなどから依頼がきて、活動を通して信頼関係が築かれ、更なる依頼につながっていることが語られた。あるリーダーは、「(行政から)言われた事業だけをするのは消化すればいいけど、言われていない事業、知的障がい者の方たちの料理教室とかをすることによって、自分たちの社会が広がる、理解が広まる。ただ食改さんだから食だけしかしないんじゃないくて、横のつながりを持つことによって、(メンバーが)食改さんでよかったかな、食改さんだったから、このお手伝いをされたかなというふうに持っていきたいので、なるべく来た横の依頼は無理がない限り、みんなが納得してくれたら受ける方向です(一部省略)。」

と、積極的に依頼を受けることにより、横のつながりができ、他者への理解が広がり、食生活改善推進員自身のやりがいにもなると考えていた。他には、既存の活動への参加者に対し、家庭訪問による味噌汁の塩分測定を実施する新規計画を考えているグループや、ロコミによって、男性料理教室の開催の要望が出ているグループがあった。

地縁型の老人会では、「今は老人クラブが動かざるを得ない状態になってきよるわけだ。例えば、婦人会も無くなったしね。それから、消防団がみんな勤めに出ているでしょう。消防団員がなかなか集まらんたい。それから、子ども会も例えばこの部落で、今、小学1年生は1人しかおらん。だんだん減ってしまっ。だから、老人会が仕事を全部引き受けないかんような状態になってきているということだね。(他の地縁型組織と)連絡は密にしているけども、なかなかね。特に、リサイクル活動なんかは、老人会、婦人会、子ども会、消防団が手分けしてお世話しよったんだけど、最近は老人会がほとんどになってしまっ。ね(一部省略)。」と、他の地縁型組織の消滅や組織力の低下により、老人会が活動せざるを得ず、活動量が増えてきているが、そのことを組織の発展として捉えていた。

ライフステージ型の子育て支援グループでは、ロコミにより、参加者が増えていることや、組織の活動が理解されて、他者・他組織から協力を得やすくなっていることが語られた。

d) 【活動の成果が表れる】

このカテゴリーは、〔地域の中に活動が浸透する〕〔活動に対する住民からの好反応がある〕〔活動以外の場面でも住民と声を掛け合う関係になる〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

〔地域の中に活動が浸透する〕は、委員会型のみで語られた。食生活改善推進員では、減塩活動により、基準濃度の味噌汁を飲む住民が増えていた。一方で、健康づくり推進員では、受診勧奨をしているが、受診率が昨年度より増えていないと感じるとの語りが聞かれた。

〔活動に対する住民からの好反応がある〕は、すべての型の組織から語られた。委員会型の食生活改善推進員や健康づくり推進員では、

現在、行っている活動を今後も続けてほしいという要望を住民から受けていた。また、地縁型の老人会では、ゴキブリ団子を作って住民に配っていることや、友愛活動訪問（一人暮らし高齢者の訪問）が、住民から喜ばれていた。ライフステージ型の子育て支援グループでは、参加当初は泣いてばかりいた子どもが回を重ねて笑うようになり、その子どもたちから、元気をもらおうという語りが聞かれた。

〔活動以外の場面でも住民と声を掛け合う関係になる〕については、委員会型の食生活改善推進員とライフステージ型の子育て支援グループにおいて、活動で関わった子どもやその母親から、スーパーなどで、手を振られたり、声をかけられたりしていた。

表1 組織の発展

カテゴリー	サブカテゴリー
組織の知名度があがる	組織名を知っている人が増える
	活動内容を知っている人が増える
メンバーの数や多様性が増す	メンバー数が増加する
	年齢や障害の有無などに関係なくメンバーが存在する 地域に満遍なくメンバーが存在する
活動領域が広がる	活動の依頼がくる
	新規活動が展開できる
	活動の参加者が増える 協力者・協力組織が増える
活動の成果が表れる	地域の中に活動が浸透する
	活動に対する住民からの好反応がある
	活動以外の場面でも住民と声を掛け合う関係になる

（3）組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型 SC）（表2）

逐語録から、組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型 SC）に関するサブカテゴリーは9個に分類・整理され、【メンバー間に信頼関係がある】【メンバー間に協力体制がある】【メンバー間に相談体制がある】【メンバー間に顔の見える関係がある】の4つのカテゴリーに

統合された。

a) 【メンバー間に信頼関係がある】

このカテゴリーは、〔メンバー間に信頼関係がある〕の1個のサブカテゴリーで構成され、委員会型の食生活改善推進員のみで語られた。会長からは、自分がリーダーを務められているのは、メンバーに助けてもらっているからであり、メンバーを信頼して任せられることは任せているという語りが聞かれた。

b) 【メンバー間に協力体制がある】

このカテゴリーは、〔メンバーが自主的に協力する〕〔メンバー間の意思疎通が円滑である〕〔役員が活動しやすい環境がある〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

〔メンバーが自主的に協力する〕について、すべての型の住民組織から語られた。ある食生活改善推進員からは、「事業の目的をしっかりと理解をしてくれているからこそ、仕事の休みをとってまで、この事業のお手伝いをしたいと思っている（一部省略）。」と、目的を共有することの重要性が語られた。

ライフステージ型の子育て支援グループでは、「『何かあったときは言ってお互いに。』と自分の子どもの具合が悪くなった時などに気兼ねなく代わってもらえ、〔メンバー間の意思疎通が円滑である〕ことが語られた。

また、〔役員が活動しやすい環境がある〕に関しては、委員会型の食生活改善推進員で、役員数を維持して、各自の負担が大きくなるようにしたり、前会長が次期会長に引き継ぐうえで、行政との関係の修復に努めていた。一方で、「一番上に立つのは嫌だって、2番はいいってなっとなっとな。かせはするって言うのよね。」と会長のなり手がおらず交代ができないと語るグループもあった。

地縁型の老人会においては、単位老人クラブ⁴⁰でリーダーの成り手がおらず、10年もリーダーを続けているケースや、単位老人クラブ自体が消滅してしまうケースがあった。

c) 【メンバーに相談体制がある】

このカテゴリーは、〔メンバー間で話し合って活動を進める〕〔メンバー間で情報を共有する〕〔メンバー間で悩みを相談し合う〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

委員会型の食生活改善推進員と地縁型の老人会では、会議などでメンバーと相談しながら活動を進めていた。また、委員会型の健康づくり推進員では、メンバー間で地区での活動状況の情報交換をしていた。地縁型の老人会では、例会で、支援が必要と思われる高齢者の情報が出て、支援ネットワークにつないでいた。ライフステージ型の子育て支援グループでは、事業終了後の振り返りを行っていた。ライフステージ型の子育てサークルでは、子育ての悩みなどを先輩ママに相談して、おしゃべりをするのがストレス発散になっているとの語りが聞かれた。

d) 【メンバー間に顔の見える関係がある】

このカテゴリーは、〔多くのメンバーで交流する機会がある〕〔メンバー間に活動以外でも交流がある〕〔メンバー間に世代・性別を超えた交流がある〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

地縁型の老人会では、メンバー数が多いため、単位老人クラブ間での交流会などが行われていた。ライフステージ型の子育てサークルでは、現在は参加していない当初メンバーも、夏休みなどの長期休みの時には参加できる「同窓会」のようなものを開いたり、子どもは通園していても、母親のみを受け入れていた。加えて、スーパーなど活動以外の場でも交流があることが語られた。

〔メンバー間に世代・性別を超えた交流がある〕については、委員会型の食生活改善推進員では、「今は、男性はちょっとだんだん減ってきて、一人減り、一人、やっぱり女の中に、女が強かったんでしょうね。」との語りが聞かれた。さらに、健康づくり推進員では、「(推進員間での関係が深まったことは) あまりないんですよ。ほとんどが女の方が多いいんですね。男ならやっぱり何でも言えるけども。」との語りもあった。委員会型の住民組織において、男性は少数派でメンバーの

中に馴染めない現状にあった。

委員会型の食生活改善推進員では、高齢のメンバーにも参加を継続してもらえるようお願いをしたり、若手メンバーの意見を尊重する姿勢があった。地縁型の老人会では、「60歳以下も拒まず」で規定の年齢にこだわらず、希望があれば若い世代も受け入れていた。

表2 組織内のメンバーに対する信頼や互酬性(結合型 SC)

カテゴリー	サブカテゴリー
メンバー間に信頼関係がある	メンバー間に信頼関係がある
メンバー間に協力体制がある	メンバーが自主的に協力する メンバー間の意思疎通が円滑である 役員が活動しやすい環境がある
メンバー間に相談体制がある	メンバー間で話し合っ活動を進める メンバー間で情報を共有する メンバー間で悩みを相談し合う
メンバー間に顔の見える関係がある	多くのメンバーで交流する機会がある メンバー間に活動以外でも交流がある メンバー間に世代・性別を超えた交流がある

4) 他組織・他者に対する信頼や互酬性(橋渡し型 SC)(表3)

逐語録から、他組織に対する信頼や互酬性(橋渡し型 SC)に関するサブカテゴリーは19個に分類・整理され、カテゴリーは【他組織・他者と交流を持つ】【他組織・他者と協力関係を築く】【他組織とネットワークを構築する】【地域に貢献する】の4つに統合された。

a) 【他組織・他者と交流を持つ】

このカテゴリーは、〔地域の障害者(グループ)と交流を持つ〕〔地域の子どもや高齢者と交流を持つ〕〔同型の住民組織と交流を持つ〕の3個のサブカテゴリーで構成された。

委員会型の食生活改善推進員では、「『手をつなぐ育成会』ってご存

じですか。知的障がい者のグループさん。そこの方たちが学校に行っている間は守られているんだけど、いずれ親御さんより手を離れてしまうでしょう。自分でも何とか食べていかなければ生きていけないので、食に対して何らかの認識を持ってもらいたいということで、これは15、6年になりますかね。親子の料理教室、小学生対象の親子料理教室でも構わないので、手をつなぐ。知的障がい者の方たちの中で料理教室を実施してもらいたいと言われるので、D市全部の知的障がい者の方たちが、やっぱり親御さんを含めて60人ぐらい来られるんですよ。そこで料理教室をしているんですが、そこは料理だけじゃなくて、その知的障がい者の方たちと町中での触れ合いができる。」と、障がい者のグループと交流を持っていた。また、ライフステージ型の子育てサークルでは、母親たちは子育て世代でもあり、親の介護もする世代でもあることを見据えて、障がいを持つ人たちとの交流が勉強の機会になると語っていた。

地縁型の老人会では、同じ自治体にある医療福祉施設内の老人会とイベントを通して、交流を図っていた。また、小学校や子ども会と、伝承遊び、グランドゴルフ、芋掘り、戦争体験の話などを通して、異世代交流を図っていた。中には、地域の子どもの誕生日に赤飯を配り、「横のつながりをつくる」ようにしているグループもあった。ライフステージ型の子育てサークルでは、保育園の園児達と交流することが語られた。

加えて、地縁型の老人会では他市町村の老人会とグランドゴルフ大会や文化祭で交流を図っていた。ライフステージ型の子育てサークルでは同市の他の子育てサークルと交流していた。ライフステージ型の子育て支援グループでは、自分達だけだと考えが固まってしまうので、同型のグループと情報交換をしていると語っていた。

b)【他組織・他者と協力関係を築く】

このカテゴリーは、〔他組織・他者から知識を得る〕〔他組織・他者に相談や要望をする〕〔他組織から当組織を紹介してもらう〕〔他組織から参加者集めの協力を得る〕〔他組織から資金面の援助を受ける〕〔他

組織の設備を利用する〕〔他組織から運営のサポートを受ける〕〔他組織の活動に協力する〕〔他組織と一緒に活動を展開する〕〔行政から自立した活動を行う〕〔他組織・他者との協力関係を維持する〕の11個のサブカテゴリから構成された。

〔他組織・者から知識を得る〕については、委員会型の食生活改善推進員や健康づくり推進員は、役場が主催の研修等を通して、保健師や栄養士から知識を得ていた。しかし、食生活改善推進員の中には、研修で受けた知識を地区に活かされていないと思う部分があったり、これまで学習してきた栄養評価の方法を突然他の方法に変えられてしまい、意見が合わなくなってしまうと語るグループがあった。食生活改善推進員は、自主的に、漁業協同組合から魚の講習を受けるなど、業者の出張講習などを活用して勉強会を開いていた。

地縁型の老人会では、役場や地域包括支援センターの保健師から健康の話を知ったり、役場の担当者から交通安全の話を知ることがあった。他にも社会福祉協議会からシルバーヘルパーや認知症の研修を受けたり、九電や大塚製薬、ヤクルトなどの民間の出前講座を活用している老人会もあった。

ライフステージ型の子育て支援グループでは、役場の栄養士から離乳食の講座を開いてもらっていた。子育てサークルでは、リーダーが食生活改善推進員もしているため、その食生活改善推進員に食育研修を依頼しているグループもあった。

食生活改善推進員の中には、「食を通してアレルギーの子から勉強させてもらっている。(中略)活動させてもらっている対象者からいっぱい学びます。」と活動の参加者から学ぶ姿勢を持つ者もいた。

〔他組織・者に相談や要望をする〕については、委員会型の食生活推進員では、役場・保健所の保健師や栄養士に活動の進め方を相談したり、新規メンバー育成のための研修開催を要望したりしていた。

地縁型の老人会では、役場に対して、住民に対する老人会への加入勧奨を要望していた。また、議員には、国管轄の敷地にできたグラウンドゴルフ場の無料化を要望していた。しかし、どちらも要望が通らな

かったことが語られた。

ライフステージ型の子育てサークルでは、「何かがあるたびに子育て支援課に。なんかすごい市の人って敷居が高かったりしますよね。何か言ってもつっけんどんにされるとか。でも、それ（県主催の研修会で、市の子育て支援課と一緒にサークル活動の紹介をしたこと）を機会にすごく入りやすくなって、こうしたいんだけどと言ったら、いいんじゃないとか、こうしてほしいと要望まで言って。」と、一緒に活動したことをきっかけに、市の敷居が低くなり、相談や要望をしやすくなったことが語られた。

〔他組織から当組織を紹介してもらう〕については、委員会型の食生活改善推進員では、推進員の要望により、役場の広報紙に、毎月、活動内容を紹介する記事を書かせてもらえるようになり、その記事を見て、組織が知られ、新規加入者があったことが語られた。地縁型の老人会では、メンバー数が減少しているため、役場から提案があり、役場の広報紙で紹介される機会を得ていた。ライフステージ型の子育てサークルでは、社会福祉協議会が窓口になり、住民に紹介してもらったり、子育て支援センターの便りの中でグループを紹介してもらったりしていた。子育て支援グループでは、自治体の乳幼児健診の時に活動をPRする機会があった。

〔他組織から参加者集めの協力を得る〕については、委員会型の食生活改善推進員のみから語られた。「人数集めがどこも大変」と語っており、県の事業で参加者が必要な時は、婦人会や老人会、学校、地域にあるサークルに人集めの協力を得ていた。

〔他組織から資金面の援助を受ける〕については、委員会型の食生活改善推進員は、役場からの補助金、県や社会福祉協議会の事業を行った場合の事業費を活動資金として得ていた。しかし、ある食生活改善推進員は、役場に対して助成金をもらうだけになってしまい、役場主催の学習会もなくなり、「何のための食改活動をしているのかわからん。ただお金をもらいよるけんしよるっていうだけじゃね、どうしようもない。」との語りが聞かれた。地縁型の老人会も、役場や社会福祉

協議会から補助金を得ていた。他型と違っていたのは、トイレの清掃や農道整備等の行政から委託料も活動資金となっていたことである。また、地元新聞社の地域貢献事業を活用して、舞踏音楽祭を開いている老人会もあった。ライフステージ型の子育てサークルは、役場から補助金を得ていたが、この補助金は他の自治体では聞いたことがなく、この自治体独自のものであると語っていた。

〔他組織の設備を利用する〕では、地縁型の老人会は、医療福祉施設を会場として無償で利用したり、人権ふれあいセンターで、初めの30分間講話を聞いて、そのままその会場を無償で利用できるという制度を活用していた。ライフステージ型の子育てサークルでは、子育て支援センターや保育園を会場として無償で利用したり、児童館のバスを利用していた。

〔他組織から運営のサポートを受ける〕では、社会福祉協議会が事務局を担っている老人会が1団体、役場が事務局を担っている食生活改善推進員が1団体あった。

〔他組織に協力する〕については、委員会型の食生活改善推進員では、役場や県が実施している事業へ協力をしており、中には役場が主催する会議に出席しているグループもあった。他にも、老人会や保育園、子育てサークルの活動に料理教室などの形で協力していた。地縁型の老人会では、役場に対して、金婚式や敬老会の対象者、議会への回答に関する情報提供や動員依頼に応じていた。

ライフステージ型の子育てサークルは、県の少子化対策課に誘われて、子育て支援の研修会で活動を発表し、他のグループとも交流できたことが刺激になったとの語りが聞かれた。

社会福祉協議会の事業には、食生活改善推進員と老人会が募金活動や高齢者に対する事業、社会福祉協議会主催のお祭りなどに協力していた。ある老人会は、「ふれあいフェスティバルとか、社協があるときに老人会で行って、カボチャコロケとか唐揚げとかを出すんです。そういうときは老人会の宣伝にもなるし。」と語っていた。

〔他組織と一緒に活動を展開する〕については、委員会型の食生活

改善推進員で、乳製品の民間企業の依頼を受けて、「生涯骨太事業」や「牛乳消費拡大事業」で、料理教室やレシピ考案を行っていた。また、同圏域内の食生活改善推進員と料理コンテストを行ったり、小・中学校や保育園と一緒に研修会を行っていた。

老人会では、交通防犯委員として講習を受けていた。また、県の振興局の福祉課と医療機関と一緒にになって、圏域の老人クラブ連合会で統一の体操を考えていた。この体操は、5~6年経った今も実践し続けていることが語られた。他には、他市町村の老人会と一緒に研修会を行っていた。

ライフステージ型の子育てサークルでは、子ども用の食器をつくる企業と一緒に商品の開発を行っていた。

A町の食生活改善推進員は、同町の老人会の婦人部と料理教室をしたり、健康づくり推進員と地区活動の場で味噌汁の塩分測定を行っていた。

〔行政から自立した活動を行う〕については、2つの自治体の老人会が合併した老人会からは、合併前の片方の自治体において、「役場の方がかなりフォロー」していた。そのため、そちらに所属していた老人会は、合併後も自主的に動かない傾向にあり、「発想の原点が違う」と、自主性の育ち方の違いを指摘する意見が聞かれた。また、ある食生活改善推進員は、「うちは本当に（役場の）事務局がばっちりされていますので安心というか、おんぶされているところがあって、できるところは協力してやらなくちゃいけないなど、みんなにもそういうふうに言っています。」と、自立した活動の必要性を感じていた。

〔他組織・他者との協力関係を維持する〕は、子育て支援グループのみで語られた。食の名人に味噌づくり、トマト農家やイチゴ農家におやつ作りの協力を得ていた。「事業をやっている中に、そういう人たちが色々なところで登場するように、（中略）繰り返しそういう人たちの登場の場をずっとつくっていく。」や「民間のそれぞれ地域で輝いている人たちを、私たちが知って顔が見えるような関係づくりをいつも心掛けている。」と語られた。協力者・協力組織とは関係を維持し、人

と人をつなぐことも意識していた。その結果、信頼関係ができ、活動時以外の町中で出会った時にも、次の活動の話題になっていた。

c) 【他組織とネットワークを構築する】

このカテゴリーは、〔地域の課題を解決するために他組織とネットワークを構築する〕〔主導者と理解者の存在により、ネットワークが構築できる〕の2個のサブカテゴリーで構成された。

老人会では、高齢者に関するネットワークを構築していた。B町の老人会では、「ネットワーク会議だから、区長さん、老人会長、高齢者相談員、民生委員、シルバーヘルパーが集まって、例えばうちの場合はここ（公民館）に集まって、この〇〇区の高齢者の状況を、情報をみんなで共有しようということ。あそこの人はちょっと認知症が出ましたよということをお話をするわけ。そうすると、地域包括支援センターから保健師さんがすぐ訪問して、調査して介護度を計算したりすると。」との語りが聞かれた。C市の老人会は、子どもの見守りに関するネットワークを構築していた。

子どもに関するネットワークについては、子育て支援グループが積極的に動いていた。当組織の事業が平日の開催のため、保育園に通っている園児の利用はなく、当町の児の全体像が見えないという課題が語られた。そこで、町の児の全体の状況を把握し支援するためには、保育園と幼稚園もつながる連絡協議会などネットワークを構築することが有効ではないかと考えていた。そこで、役場に案を伝えたが、「行政が主導でいってもなかなかうまくいくかどうか分からないのでというところで、民と一緒にやろうというところで話をしたんですけど、町が担当の方がされたけど、まだ理解が進んでないみたいで。」とそれ以降の進展がない状況にあった。町の課題を解決するために、ネットワークを構築したいと考えているが、主で動く組織（者）がないため、ネットワークづくりに難渋している現状にあった。

d) 【地域に貢献する】

このカテゴリーは、〔地域の行事に参加する〕〔地域の環境美化活動

を行う〕〔地域の子どもや高齢者を支援する〕の3個のサブカテゴリーで構成された。このカテゴリーは、老人会と食生活改善推進員で語られた。

〔地域の行事に参加する〕について、D市の老人会と食生活改善推進員は、地区の行事に参加していた。老人会は、地区の小学生からお年寄りまでが参加する「健康レクリエーション大会」に参加していた。また、食生活改善推進員は、マラソン大会などのイベントの時に団子汁などを作って協力していた。

〔地域の環境美化活動を行う〕については、老人会のみで語られた。仏堂やお寺、町内の清掃活動をしたり、道路や公園に花を活ける活動をしたりしていた。また、月に3回廃品回収をして活動費を捻出しているグループもあった。

〔地域の子どもや高齢者を支援する〕については、食生活改善推進員と老人会が高齢者サロンに協力していた。また、老人会は、シルバーヘルパーという名称で、一人暮らし、昼間一人暮らし、体の不自由な人、病弱な人、認知症予備群の人、90歳以上の人などの見守り活動をしていた。他にも、シルバーパトロールという名称で、PTA（保護者）と一緒に、小学生の登下校を見守っている老人会もあった。

食生活改善推進員は、保育園・幼稚園・小学校・学童保育で食育のための料理教室を開き、子どもと保護者を支援していた。料理教室を通して、「楽しいですよ。小学生だって何だって『おばちゃん、おいしかったね。またしたいね』って言ってくれればね。『そうね、またしようね』って言って。反応があればね。」と、子ども達の反応が食生活改善推進員の活力になっていた。

表3 他組織・他者に対する信頼や互酬性(橋渡し型 SC)

カテゴリー	サブカテゴリー
他組織・他者と交流を持つ	地域の障害者(グループ)と交流を持つ
	地域の子どもや高齢者と交流を持つ
	同型の住民組織と交流を持つ
他組織・他者との協力関係を築く	他組織・他者から知識を得る
	他組織・他者に相談や要望をする
	他組織から当組織を紹介してもらう
	他組織から参加者集めの協力を得る
	他組織から資金面の援助を受ける
	他組織の設備を利用する
	他組織から運営のサポートを受ける
	他組織の活動に協力する
	他組織と一緒に活動を展開する
	行政から自立した活動を行う
他組織・他者との協力関係を維持する	
他組織とネットワークを構築する	地域の課題を解決するために他組織とネットワークを構築する
	主導者と理解者の存在により、ネットワークが構築できる
地域に貢献する	地域の行事に参加する
	地域の環境美化活動を行う
	地域の子どもや高齢者を支援する

4. 考察

(1) 組織の発展

斉藤進ら⁴¹は、食生活改善推進員において、地域住民の活動認知状況は、その組織の活動成果⁴²と関連していると報告している。

本研究においても、以下のとおりサブカテゴリーの関連性が考えられた。まず、【組織の知名度が上がる】と、〔活動の参加者が増え〕たり、〔活動の依頼が来る〕など【活動領域が広がる】。また、【組織の知名度が上がる】ことで新規メンバーが加わり【メンバーの数や多様性が増す】。そして、活動できる人が増えることで、【活動領域の広がり】が期待でき、その結果、【活動の成果が表れる】ようになる。地域において、【組織の知名度が上がる】ことが、住民組織の活動が地域の中に浸透していく基礎にあると考えられた。

また、小山歌子らの「健康推進員のエンパワメント評価尺度」構成項目には、「活動への参加者や地域の人々の変化など活動の成果を確認している」がある⁴³。組織のメンバーが、【活動の成果が表れ】ていることを認識することが、組織のエンパワメントにつながっていくと考えられた。

(2) 組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型ソーシャル・キャピタル）

小山歌子ら⁴⁴の健康推進員のエンパワメント尺度の一因子に「民主的な組織活動」がある。この構成項目は、「構成員の意見や気持ちを尊重し一人ひとりの構成員を大切にしている」、「構成員同士に協力し合える関係が出来ている」、「構成員同士が思いや困っていることを話し合える関係ができています」、「組織の運営や活動に関する意思決定は構成員の合意のもとで行っている」である。これは、本研究で抽出された結合型 SC のカテゴリーである【メンバー間に信頼関係がある】、【メンバー間に協力体制がある】、【メンバー間に相談体制がある】、【メンバー間で顔の見える関係がある】と一致する内容である。したがって、「民主的な組織活動」が、組織内の結合型 SC の醸成につながると推

察された。住民組織を支援する行政保健師には、この民主的な組織活動となるための知識や技術が必要になると考える。

また、台湾で行われた「地域健康ボランティアの負担測定尺度の開発と検証」という研究⁴⁵においては、負担測定尺度の項目の中に、「メンバーからの支援が欠如している」が挙げられている。今回の住民組織では、組織内に協力体制はあるが、リーダーや役員のなり手がいないことが課題としてあがっていた。単位老人クラブでは、リーダーがいないことで、クラブ自体が消滅した事例もあった。〔役員が活動しやすい環境がある〕ことは、特にリーダーや役員の負担感を減らし、組織の活動維持につながってくると考える。

（3）他組織・他者に対する信頼や互酬性（橋渡し型ソーシャル・キャピタル）

米国では、**Experience Crops**（体験隊）と呼ばれる高齢者のための健康増進の新モデルを用いた異世代間プログラムに取り組んでいる⁴⁶。このプログラムでは、**Experience Crops**（体験隊）が学校コミュニティにおいて相互作用する能力を有する場合に、**SC**の形成が可能になると結論づけている。今回の老人会や食生活推進員も、【他組織・他者と交流を持つ】では、小学校などの子どもたちと交流を持つ機会をもっていた。また、【地域に貢献する】において、伝承遊びや料理教室などで小学校の活動を支援していた。今後も、目的を明確にした異世代間の交流などを増やしていくことで、**SC**が学校も含めて醸成されていくことが期待できる。さらに、そこに“健康”をテーマとした取組みを加えることも可能であると考えられる。

この**Experience Crops**（体験隊）プログラムでは、仲介者（調整機関）が存在する。その仲介者は、大学や地域の非営利団体、政府機関であってもよいとされている。本研究における老人会や食生活改善推進員は、小学校との直接的なやり取りで、友好的な関係性が築けていた。また、子育てサークルと食生活改善推進員では、障がい者と交流を持っているグループがあった。この交流によって、メンバーは、障がい

者の理解者、支援者となっていた。これらのことを踏まえると、教育機関や、障がい者などの SHG と住民組織がつながる仕組みを、意図的につくる仲介者が存在することで、地域における多様な組織のつながりによる SC の醸成が期待できる。我が国において、この仲介者となりうる立場にあるのが行政保健師だと考える。

【地域に貢献する】の〔地域の環境美化活動を行う〕は、地縁型の老人会のみで語られた。しかし、その背景には、婦人会や子ども会などの地縁型組織が、衰退等により共に活動することが難しくなっている現状がある。そして、食生活改善推進員は、〔他組織から参加者集めの協力を得る〕うえで、老人会や趣味のサークルに協力を得ていた。

このように、地縁型組織が衰退していく中で、一つの種類の組織のみで活動するのではなく、他型の組織と一緒に「地域交流」や「社会貢献」を行う必要性が生じている。しかし、そのことを後ろ向きに捉えるのではなく、「地縁」の組織と「知縁」の組織が上手く繋がり、互いの活動の幅が広がっていく可能性として捉えることができる⁴⁷。

【他組織・他者との協力関係を築く】において、ある食生活改善推進員からは、役場が行う研修内容や急な方針の変更を指摘する意見が聞かれた。また、資金面の援助を受ければいいわけではなく、一緒に取り組む姿勢がほしいという意見も聞かれた。台湾における「地域健康ボランティアの負担測定尺度」の項目には、「政府の頻繁な戦略の変更が役割に影響を及ぼす」があり⁴⁸、今回の食生活改善推進員も、行政の方針や事業に対して、負担感を感じていることが予測される。また、斉藤進らの「地域組織活動の活動成果指標尺度」においても、『専門職・行政との関係』の構成項目に「行政の援助が得られなかった」や「行政との考え方の違いに気づいた」、「行政からの理解が得られなかった」がある。行政の援助・理解不足や、行政と住民組織の考え方のズレは、住民組織の運営の活性化に影響を及ぼし、活動を阻害するおそれがある⁴⁹。

ある老人会では、「町議員さんに進言をしたり、あるいは行政に進言をするためには、やっぱり勉強せないかんよということ。」との語り

が聞かれた。「進言」という言葉からは、議員や行政を目上の者と認識していると捉えられる。そのような認識ではあるが、自らが勉強をして議員や行政と対等性を持てるように努めていることも認められる。他にも、老人会において、行政の支援の仕方によって、その住民組織の自主性が左右されるという意見も聞かれた。

以上のことより、地域で自分達の知識や技術を活かして活動している住民組織に対して、行政は、まず、その住民組織が持つ知識や技術を理解・尊重することである。そして、地域の課題解決のためにどのように活動していけばよいか、一緒に解決策を考え、双方が納得の上に進めていくことが求められる。このことが、[他組織と一緒に活動を展開する] ことになり、それが発展して、【他組織とネットワークを構築する】ようになっていく。

この【他組織とネットワークを構築する】を語った組織は、老人会と子育て支援グループのみであった。高齢者に関するネットワークは、地域包括支援センターが中心となって構築されていた。一方、子どもに関するネットワークは、子育て支援グループにおいて語られた。このグループは、NPO 法人であり、地域の課題解決のために立ち上げられた組織であるため、問題意識や活動力は高い。それでも、[主導者と理解者の存在により、ネットワークが構築できる] とネットワーク構築の難しさを語っていた。ネットワーク構築においては、行政が主導者となるか、理解者となって援助していくことが重要である。そして、住民組織を含む関係機関が協働して、その課題解決のために活動することで、橋渡し型 SC が更に醸成し、その結果、地域の SC も醸成して、活動に加わっていない地域住民へも恩恵が広がっていくと考える。

(4) 組織の発展と結合型・橋渡し型・地域のソーシャル・キャピタルとの関連性

「組織の発展」、「組織内のメンバーに対する信頼や互酬性（結合型 SC）」、「他組織に対する信頼や互酬性（橋渡し型 SC）」の間には、そのカテゴリーや語りの内容から、関連性があることが予測された。

「特に新しい（新興住宅）地区は分かん（老人会の加入率が低い）とやね。要するに〇〇（大型ショッピングモール）がある所あたり、あの辺は新しい住宅がいっぱい建つとるわけよ、若い人ばかりじゃから。高齢化率は低いけど、そういうところはだから（老人会に）入らんでもええっていうね。」という語りで見られるように、その地域の特性や人口構成が住民組織の活動に影響を及ぼしていた。他にも、「この人たちって植木鉢に水をやるにしても何にしても、犬の散歩にしても、全部これ（パトロール隊のパーカー）を着てもらっているの。だからずっと誰かが見張っている感じなんですよね、おじいちゃん、おばあちゃんが。」と、地域住民が見守ってくれている雰囲気や環境が、住民の安心感につながっていることが分かった。このように、住民組織の活動と地域の SC はお互いに影響し合う関係であることが推察された。

一方、ライフステージ型の子育てサークルからは、以下のような語りが聞かれた。「社協さんも、前はサークルってすごく自発的にあったけど、最近の傾向としては、やっぱりしてもらおう傾向。だから自分は、代表はしないけど、してもらおう主催者がそっち（社協）なら私は行きますっていう人が増えているらしいんですよね。これは〇〇市だけじゃなくて、△△市もどこもと言っていました。何年前かな、3、4年前からもう代表者がいなくなってきたって。だから母親は出たいんだけど、かといって自分たちですかといったらしない。」と、住民自身がサービスの受け手に留まり、自らが地域で活動をしていくという主体性が育っていない現状が見られた。

住民組織が数多く存在している現在においても、「住民にいかに主体性を持ってもらうか」、「どのようにして組織化していくか」という問題が根強く残っていることが分かった。

（5）行政保健師の住民組織に対する活動のあり方

a) 住民組織の類型別の関わり方

地縁型の老人会は、子ども会や婦人会など他の地縁型組織が急速に

衰退していく中で、唯一、ある程度のメンバー数を確保し、地域の様々な場面（見守り活動、美化活動など）で活躍しているグループである。また、子ども（保育園や小学校）とのつながりもある。

ニューヨークのブルックリン公共図書館には、約 25 名のシニア・アシスタントというスタッフがあり、高齢者向けの企画や運営に関わっている。この取り組みは、高齢者に対するサービスの質を考えた時、本当に何が喜ばれるかは、当事者でなければ分からないという考えに基づいている。スタッフの前職は会計士、社会福祉士、薬剤師など様々であり、図書館のスタッフや地元の高齢者団体などと協力し合って、米国でも先進的な高齢者サービスを展開している⁵⁰。

本研究においても、老人会のメンバーが高齢者サロンのスタッフとして活動していた。高齢者や障がい者、病気を持つ者などは、支援の対象という受け身的な存在と捉えがちであるが、地域を変える重要な「資源」「マンパワー」であることを認識すべきである⁵¹。行政保健師が、老人会とつながることは、元気な高齢者を対象とした世代を超えた公衆衛生看護活動の展開を期待できる。

委員会型の食生活改善推進員やライフステージ型の子育てサークル・子育て支援グループ（NPO 法人）は、地域の課題を感じ、その課題解決のために積極的に活動しているグループであった。特に、子育て支援グループ（NPO 法人）は、ネットワークをひろげることに長けていた。しかし、行政と温度差があるグループもみうけられた。これらグループとは、そのグループの意思を尊重しながら、活動しやすい環境づくりに力を入れることで、公衆衛生看護活動の波及効果が大きくなっていくと考える。

b)住民組織における結合型・橋渡し型ソーシャル・キャピタルの課題と解決策

食生活改善推進員を紹介するページには、「人と人とのつながりが広がることにより、地域によりよい食生活づくりが築かれる」⁵²ことが述べられている。また、老人クラブ連合会の活動目的の一つには、「知識

や経験を生かして、地域の諸団体と共同し、地域を豊かにする社会活動に取り組む。」⁵³がある。これらは、どちらとも SC を表すものであり、本当に優れた住民組織活動は SC とほぼイコールと考えてもよい⁵⁴。

しかし、調査をする中で、結合型 SC における課題として見えてきたのは、委員会型の住民組織における男性の少なさや活動のしにくさである。女性が大多数を占める委員会型の住民組織では男性は肩身の狭い思いをしている。先に述べたとおり、「本当に何が喜ばれるかは、当事者でなければ分からない」ため、この委員会型に、いかに男性メンバーを加え、男性も活動しやすい環境を作っていくかが、今後の委員会型住民組織の活動におけるポイントである。

また、橋渡し型 SC における課題は、青年層（中学生・高校生・大学生）および中年層（特に男性）の欠如である。今回の住民組織では、高齢者と子どものつながりはよく聞かれた。しかし、「百パーセント集められないですよ、40代なんて。だから、そういう時は、老人会の方をお願いして、40代は集められないにしても、60代、70代の方で集めたりとか。（食生活改善推進員）」に見られるように、中年層を対象とした活動が難しい状況にある。また、青年層が関わっている活動は、社会福祉協議会が企画する大学生と高齢者の交流に食生活改善推進員が協力するという活動のみであった。青年層や中年層は、学校や職場が、居住地と異なることやその生活時間のほとんどを学校や職場で過ごすため、地域とのつながりが希薄になることが考えられる。しかし、この世代は、生活習慣の乱れが生じる世代でもある。また、この地域とのつながりのない空白の期間により、自分達も地域を構成する一員だという認識が薄れ、退職後など地域での生活時間が増えた時に、住民組織への加入を躊躇してしまう。その例が、老人会の加入率の減少に見て取れる。この課題を解決するためには、まず、行政保健師が学校や企業と積極的なつながりをもつことが必要である。また、住民組織と共に知恵を出し合い、「地縁」と「知縁」のつながりを模索するなど、青年層や中年層でも継続して、地域とのつながりを感じら

れるような活動を展開していくことが求められる。

c)住民組織の発展とソーシャル・キャピタルを結びつける活動

今回の研究参加者の中には、インタビュー対象になった住民組織の他にもいくつもの組織に所属している者がいた。彼らは、それぞれの組織での経験を活かして活動していた。健康推進員に関する研究において、それ以外に地域活動があった群の方がエンパワメント尺度の点数が高かったという結果がある⁵⁵。行政保健師が仲介者となり、現在、住民組織に所属している人の力量や特徴を踏まえて他組織にもつなげることで、個人、集団、地域がエンパワメントしていくと考える。

また、【組織の知名度が上がる】ことが組織の活動成果に関連しているため、行政保健師が、その住民組織を把握、理解し、広報紙や事業などで、住民に様々な住民組織を知ってもらう機会を作ることが有効である。加えて、【活動の成果】を認識することができるためには、行政保健師の介入により、住民組織が集って、活動成果を公に発表する場を作ることが効果的だと考える。住民組織はその活動が評価されることでエンパワーされるとともに、住民組織同士が知り合い、橋渡し型 SC となるきっかけづくりになる。さらに、住民の中に住民組織が認知される機会になり、住民組織の理解者や協力者が増えていく。

わが国に存在する住民組織の中には、時代が変わっても形骸化することなく、活動を維持・継続することができる組織も多く存在する⁵⁶。既存の住民組織の SC を活かすことが、地域全体の健康へとつながっていく⁵⁷。行政保健師が、これら住民組織と関わりを持つ場合には、その組織の方針や目的を理解することが第一である。元々、SC を醸成する素地を持つ住民組織を有機的に結びつけて、地域の SC の醸成へとつないでいく役割が、行政保健師に求められていると考える。

第3節 住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成のために

1. 行政保健師と社会福祉協議会との協働

日本国憲法第25条には生存権として、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定されている。

社会福祉、社会保障は、顕在化した問題に対応していく。そして、公衆衛生看護は、顕在化した問題だけでなく、潜在化している問題にも対応している。また、公衆衛生看護においては、予防活動が重視される。予防には三段階あり、一次予防（健康増進・特異的予防）、二次予防（早期発見・早期治療）、三次予防（障害発生予防・リハビリテーション）で進めていく。生活習慣病予防や子育て支援などの一次予防においては、対象者が必要性を感じていない時期にもアプローチする場合がある⁵⁸。

公衆衛生看護と社会福祉は切り離すことはできない。母子、成人、高齢者、疾病を持つ者、障がいを持つ者、どのライフステージ、健康レベルであっても、公衆衛生看護と社会福祉・社会保障の両方の向上と増進によって、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を得ることができる。保健所や市町村の行政保健師は、「健康なまちづくり」を目指して、公衆衛生看護を実践する。そして、「福祉のまちづくり」を目指して実践している機関が、社会福祉協議会⁵⁹である。

第2節において、委員会型、地縁型、ライフステージ型の住民組織は、社会福祉協議会とつながり、その活動を展開していることを述べた。社会福祉協議会も、住民組織をより活性化させ、協働のもと、地域づくりを展開している組織である⁶⁰。社会福祉協議会が取り組む地域づくりの課題には、「予防を含む公私協働の地域ケアシステムの構築」が挙げられている⁶¹。地域で予防の視点を持って活動を展開できるのは行政保健師である。行政保健師と社会福祉協議会が協働することに

より、この「予防を含む公私協働の地域ケアシステム構築」が実現できると考える。しかし、現在、市町村社会福祉協議会と日頃から協働している市区町村は 21.8%、必要に応じて協働している市区町村は 41.7%であり、決して高い状況にはない⁶²。

今後は、社会福祉協議会と行政保健師の協働をさらに進めることで、それぞれが関わっている住民組織同士の協働も図ることができる。その協働が発展し、潜在的・顕在的問題にも対応できる地域となっていくことが期待できる。

第1節において、SHG がつながっている組織は、行政（保健所）や医療機関、疾病が類似している SHG、看護系の大学など、同質の組織や保健・医療の範囲に留まっていることを述べた。第2節において、地縁型と委員会型住民組織はつながり、小学校や保育園などの異世代との交流が見られた。また、一部で、委員会型・ライフステージ型と障がい者 SHG とのつながりも見られた。しかし、地縁型・委員会型住民組織とライフステージ型・SHG 住民組織とのつながりは乏しい。すべての型が地域で活動しているが、その活動範囲（テリトリー）は分かれており、交わる機会は少ないことが推察された。

行政保健師は、まず、地域における様々な住民組織を把握しておく必要がある。そのことにより、その組織の持つ特性や、地域の健康問題を踏まえて、組織同士をつなぐことができる。アルコール依存症者の SHG を例にすると、まず、高校や大学などの教育機関とつなぎ、健康教育を行うことで、発症予防に働きかけることができる。次に、委員会型・地縁型住民組織とつなぐことで、依存症への理解者が増える。地域の中で依存症の症状がある人に気づき、早期に医療機関につながる可能性が高まる。入院した場合は、入院中から地域の SHG に通い、退院後も、安心して同じ SHG で回復していける。さらに、地域で生活していく中でも、理解者や支援者がいれば、疎外感を感じずに暮らすことができる。このように、1次予防から3次予防までを実践できる地域をつくることができる。

多様な型の住民組織同士がつながることで、組織間の情報や技術交

換、支援し合う関係が構築される。そして、活動の活性化や地域の健康問題の解決を見出す機会として作用し、住民主体で解決する力が高まっていく。また、SHGの抱えている課題は、疾病や障がいを持つ者やその家族のみで抱え、対処するべき課題ではない。その地域全体の課題でもあり、地域の中に顕在化させていく必要がある⁶³。そのためには、課題を抱える当事者からの発信が要となるが、そのようなしくみをつくっていくのが行政保健師の役割である⁶⁴。

2. 行政保健師と住民組織との協働における「6つの原則」

荒木昭次郎らは、「協働」の概念を以下のように定義している⁶⁵。

「異なる複数の主体が互いに共有可能な目標を設定し、その目標を達成していくために、各主体が対等な立場にたって自主自律的に相互交流をしあい、単一主体で取り組むよりもより効果的に、そして相乗効果的に目標を達成していくことができる手段」

また、この定義から、「協働」を行うに当たっての6つの原則を示している。

- ①対等の原則：協働する各主体は、対等であること
- ②自主性・自律性尊重の原則：協働する各主体は、互いに自主自律性を尊重すること
- ③自立性確保の原則：協働する各主体は、経営体としての自立性を確保していく必要があること
- ④目標共有の原則：協働する各主体は、解決すべき、達成すべき、実現すべき目標や目的を共有しておくこと
- ⑤求同尊異・補完の原則：協働する各主体は、互いに相手の性格や特徴を知り、理解し、尊重し、求同尊異の精神をもって補完し合っていく必要があること
- ⑥公開の原則：協働する各主体間の関係と協働活動が開かれており、外部からよく見えること

行政保健師は、健康をテーマにして、住民組織との協働を推進でき

る専門職である。では、行政保健師が住民組織との協働において、この6つの原則を、どのように展開すべきか。筆者が行った研究結果を踏まえて、考察する。

① 対等の原則 および ② 自主性・自律性尊重の原則

今回の調査において、まず、保健所が事務局となりイニチアシブをとっている難病 SHG は、活動の範囲に制限が出来てしまっていた。また、ある委員会型住民組織においては、役場の一方的な方針転換に戸惑い、自分達の意見が反映されず、関係悪化にまでいたっていた。

行政保健師は、まず、住民組織に対して「管理をする相手」や「行政の下請け」であるという考えを捨てることである。住民組織の中には、地域に働きかける意欲はあるものの、地域へ働きかける方法が分からず、グループ内の活動に留まっている組織も存在する⁶⁶。

行政保健師と住民組織が対等であるためには、依存関係に陥っていないかを振り返り、お互いのできること・できないことを理解し、意見を尊重し合える関係を築いていくことが重要である。共に活動していくためには、その組織の自主性・自律性が育つような関わりを意識し、自主性・自律性を持とうという動きがある時には、その芽をつぶさないように支援していくことが必要になる。

② 自立性確保の原則

経営体としての自立性を確保していく点では、今回調査した住民組織において、経済面で問題を抱えているグループはなく、会費や補助金により運営ができていた。しかし、メンバーの減少や補助金の削減・廃止などにより、今後、経営ができなくなる可能性はあり、経済面で自立を支援していくことが必要である。

まず、自治体に対し経済面での依存が起きないようにするためには、補助金以外の活動費の獲得方法を教えることである。また、地域で活動できるメンバー数や組織体制を持つ住民組織に対しては、事業を委託することが、住民組織の自立性と成長を最も促す方法であると考え

る。

経営体としての自立性を確保するためには、事務局運営も住民組織自身でできることが望ましい。しかし、それができる程のメンバー数や資金、ノウハウをもっていない住民組織も存在する。現在、行政などが事務局を担っている場合は、その業務をきちんと住民組織に開示し、住民組織と一緒にその運営方法について話し合い、合意の上で事務局運営を進めていく。そして、徐々に、事務局運営も住民組織自身でできるように支援していくことが必要である。さらに、経営体としての自立性を持っている住民組織からの学習の機会を提供することも有効だと考える。

④目標共有の原則

アノニマスグループのSHGは、他のSHGと協働し、アクションフォーラムを開催していた。また、ある難病のSHGは、医療機関が協働して病院の一室に患者相談室を設けていた。さらに、地縁型住民組織は他の住民組織と高齢者支援のネットワークを構築していた。これらすべてに共通するのは、解決すべき、達成すべき、実現すべき目的や目標を共有していることである。

そこで、まず、行政保健師が、その地域の課題を明らかにし、その課題を広く住民組織等に伝えていくことである。場合によっては、課題を見つけ出すことも住民組織と一緒に取り組むことがより有効だと考える。そして、その課題を解決するための目的や目標も、ともに検討していくことにより、協働が進んでいく。多様な組織がともに考え、意見交換する場において、行政保健師には、ファシリテーション能力が必要になってくる。

⑤求同尊異・補完の原則

行政保健師は地域に存在する様々な住民組織をどのくらい知っているのだろうか。まず、行政保健師は、地域に存在する住民組織を把握すること、その組織の性格や特徴を知ることである。そして、住民組

織と行政の1対1の協働に留まるのではなく、住民組織の活動を促進させるために、同じような目標をもつ組織同士や、補完し合える組織同士をつなぐ、コーディネートの役割が行政保健師には求められる。

⑥公開の原則

筆者の調査において、SHGの一方向的なPR（SHGから関係機関などへの会報やパンフレットの送付等）は、SHGのエンパワーメントと関連していなかった⁶⁷。そのため、住民等と双方向的なやりとりができる情報公開の機会が有効だと考える。また、委員会型住民組織では、自分達の活動が住民に浸透してきたことを組織の発展と捉えていた。

行政保健師は、住民組織がその活動成果を客観的に評価できる支援をし、その成果を、広く住民に公開していく役割を持つ。その役割を発揮することにより、住民が住民組織の活動成果を理解するようになる。そして、住民組織の知名度があがり、住民組織にとっては、住民からの協力や新たなメンバーの確保、他組織とつながっていく機会となり、さらなる協働の場面をつくることができるようになると思う。

1 本節は、筆者が発表した 松本千晴, 荒木紀代子「地域との関わりによるセルフヘルプ・グループのエンパワーメント」『アドミニストレーション』第23巻第1号, 2016年, 22-32頁および 松本千晴, 荒木紀代子「セルフヘルプグループにおけるつながりの実態」『アドミニストレーション』第23巻第2号, 2017年, 31-46頁を再構成したものである。

「地域との関わりによるセルフヘルプ・グループのエンパワーメント」での研究対象 SHG は、難病等の疾患を持つ者で構成される SHG と、依存症の者で構成される SHG である。「セルフヘルプグループにおけるつながりの実態」での研究対象 SHG は、難病を持つ者で構成される SHG のみである。

2 和田攻, 南裕子, 小峰光博編『看護大辞典』初版, 医学書院, 2002年, 1611頁。

3 プリメド社「全国患者会障害者団体要覧」編集室『全国患者会障害者団体要覧』第3版, プリメド社, 2006年。

4 松本千晴, 荒木紀代子「地域との関わりによるセルフヘルプ・グループのエンパワーメント」『アドミニストレーション』第23巻第1号, 2016年, 22-32頁。

5 三島一郎「セルフヘルプ・グループの機能と役割」久保紘章, 石川到覚『セルフヘルプ・グループの理論と展開—わが国の実践をふまえて—』初版, 中央法規, 1998年, 53頁。

6 松本千晴, 荒木紀代子「セルフヘルプグループにおけるつながりの実態」『アドミニストレーション』第23巻第2号, 2017年, 31-46頁

7 間野百子「高齢者同士のセルフ・ヘルプ・グループの特質と課題—米国における相互支援活動に焦点をあてて—」『明星大学研究紀要 日本文学部・言語文化学科』Vol.14, 2006年, 157頁。

8 ロバート・D・パットナム『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房, 2006年, 64頁。

9 結合型の性質が強くなりすぎると、外部との対立を生んだり、閉鎖的なシステムが却って非効率化してくる。SHG は、相手を助けることが自分を助けるという考えの元に活動している。しかし、メンバー間において、援助する者が固定化してしまうと、その者の負担感は増大する。また、助け合おうとする者同士は一層親しくなるが、それをしない者に対しては、仲間ではないと排除する恐れがある。

10 内閣府「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて」平成14年度内閣府委託調査, 2003年, 93頁。

11 中田智恵海『セルフヘルプグループ 自己再生を志向する援助形態』つむぎ出版, 2009年, 187-188頁。

12 アノニマスグループとは、「アノニマス」という言葉が示しているように、メンバーが匿名でニックネームなどを用いて参加する SHG のことを指す。定期的にミーティングを開き、「12のステップ」というプログラムをもとに依存症からの回復を目指している。代表的なグループに、アルコール依存症者で構成されるアルコホーリクス—アノニマス (Alcoholics Anonymous:AA) がある。その他にも、薬物依存 (Narcotics Anonymous:NA)、ギャンブル依存 (Gamblers Anonymous:GA) などがある。(金子絵里乃「当事者組織とその支援」中村裕美子『標準保健師講座・2 公衆衛生看護技術』第3版, 医学書院, 2017年, 222頁)

13 アディクションフォーラムとは、A 県において、アディクションや精神疾患に関連のある SHG が参加し、年に1回開催されている活動である。2017

年で16回目の開催となる。フォーラムの目的は、「アディクション仲間、家族や友人、援助をしている関係者、問題を抱え一人で苦しんでいる人たちと出会い、アディクションからの回復を語り合い、仲間と共に生きる喜びを分かち合う場となる」ことである。フォーラムの内容は、専門家の講演、グループの活動内容紹介、グループメンバーの体験発表、モデルミーティング（一般住民にも公開される）である。

14 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルのあり方に関する研究班『住民組織活動を通じたソーシャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き』2015（平成27）年3月，26頁。

15 エンパワーメントとは、「社会的に差別や搾取を付けたり、組織の中で自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセス」であり、「個人」のみでなく「集団」でも考えることができる。「基本的ニーズレベル」（第1段階）の充足に始まり、リソースへの「アクセス」の確保（第2段階）、構造的な問題の「意識化」（第3段階）、意思決定への「参加」（第4段階）、パワーの「コントロール」による価値の達成（第5段階）の5段階で、第1段階から次の段階へとより高いエンパワーメントのレベルに上昇していくというモデルである。（久木田純「エンパワーメントとはなにか」『現代のエスプリ』376，1998年，10-34頁）筆者による調査では、設問を以下のように設定し、4件法で尋ね、各レベルの到達度をみた。第1段階「基本的ニーズレベル（メンバーの悩みや相談に対して、他のメンバーから共感や助言が得られる）」、第2段階「アクセスレベル（活動地域における公共施設の利用や情報の入手は容易である）」、第3段階「意識化レベル（行政や専門職にグループの抱える問題の状況や要望を伝えることがある）」、第4段階「参加レベル（行政や専門職等が開催する学習会やイベントに、積極的に参加し意見を述べる機会がある）」、第5段階「コントロールレベル（活動地域における課題解決のために、行政や専門職と協力して、グループ以外の人々にも働きかける活動をしている）」。（松本千晴，荒木紀代子，前掲書4参照）

16 松本千晴，荒木紀代子，前掲書4。

17 SHGが関わりを持っている行政機関として、保健所、市町村、精神保健福祉センターがあげられた。これら機関と行政機関としてまとめて分析を行った。

18松本千晴，荒木紀代子，前掲書4。

19松下年子，千種あや「日本の患者会をとりまく状況」大熊由紀子，開原成充，服部洋一『患者の声を医療に生かす』初版，医学書院，2006年，186-189頁。

20 谷本千恵「当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態」『日本看護研究学会雑誌』30(5)，2007年，61-70頁。

21 中谷奈津子，橋本真紀，西村真実「子育てネットワークと行政との関係に関する研究—エンパワーメントプロセスからの分析—」『厚生指標』55(2)，2008年，16-23頁。

22 中田智恵海『セルフヘルプグループ 自己再生を志向する援助形態』つむぎ出版，2009年，188頁。

23 田尾雅夫『セルフヘルプ社会 超高齢社会のガバナンス対応』有斐閣，2007年，282頁。

24 筆者の調査において、他のSHGとの関わりが「ある」群の方が「ない」群より、第3段階「意識化レベル」の到達度が低いという結果が出ている。（松

本千晴, 荒木紀代子, 前掲書 4 参照)

²⁵ 大木秀一, 谷本千恵「コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤としたサポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望」『石川看護雑誌 *Ishikawa Journal of Nursing*』Vol.7, 2010 年, 1-12 頁。

²⁶ 大木秀一, 谷本千恵, 前掲書 25。

²⁷ 松本千晴, 荒木紀代子, 前掲書 4。

²⁸ ロバート・D・パットナム『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房, 2006 年, 175 頁。

²⁹ Folgheraiter, F., Pasini, A. 「Self-help groups and social capital: New directions in welfare policies?」『*Social Work Education*,』2009, 28 (3), 253 - 267 頁。

³⁰ 中田智恵海「セルフヘルプ支援センターの課題と可能」『佛教大学社会福祉学部論集』第 11 号, 2015 年, 61-78 頁。

³¹ その理由は、住民組織活動に影響を与えると予測される地域レベル SC (地域に根ざした信頼や互酬性の社会規範、ネットワーク構成要素) が、人口動態 (社会増減) の人口割合が大きい市町村ほど弱い傾向にあり、小さい市町村ほど強い傾向にある可能性を考えたためである。

³² 協力が得られた市町は、人口動態 (社会増減) の人口割合が小さい市町として、A 町 (転入者率 2.31%: 県内 43 位、転出者率 2.97%: 県内 43 位)、B 市 (転入者率 2.65%: 県内 35 位、転出者率 3.12%: 県内 37 位)、人口動態 (社会増減) の大きい市町として、C 町 (転入者率 6.46%: 県内 3 位、転出者率 4.92%: 県内 6 位)、D 市 (転入者率 5.31%: 県内 5 位、転出者率 4.27%: 県内 11 位) であった (転入者率 (転入者数/全人口) と転出者率 (転出者数/全人口) は、2012 (平成 24) 年度 A 県推計人口調査より筆者が算出)。

³³ 食生活改善推進員は、“私達の健康は私達の手で”をスローガンに、食を通じた健康づくりのボランティアとして活動を進めている。現在会員 17 万人であり、全国 1,411 市町村 (2011 (平成 23) 年 4 月現在) に協議会組織を持って活動をすすめている。

昭和 20 年代、食糧が十分でなく栄養不足の中、乳児死亡率が高く、家庭の主婦は問題を抱えおり、各都道府県では保健所を中心に「栄養教室」が開設され、主婦を対象にした学習が行われるようになった。そこで、健康生活について正しい知識と技術を学習し、自らが健康生活の実践者となりこの問題にとりくむ意欲的な主婦のグループが誕生した。そして、1959 (昭和 34) 年、厚生省 (現厚生労働省) から「栄養及び食生活改善実施地区組織の育成について」の通達文書が出された。1983 (昭和 58) 年になると、厚生省は、食生活改善推進員を 33 万人養成し、すでに栄養教室を修了して活動していた会員 15 万人と合わせて、将来 48 万人に増やそうと計画された。それにより各県では、70 世帯に一人の割合で、食生活改善推進員の養成がすすめられた。1988 (昭和 63) 年には婦人の健康づくり事業の一環として、食生活改善推進員養成事業が予算化され、国の補助事業となり各県で養成事業が進められた。平成 9 年になると地域保健法が施行され、食生活改善推進員の養成を含む「婦人の健康づくり推進事業」が一般財源化され、地方交付税に組み込まれた。このことから、これまで県の保健所で実施されていた食生活改善推進員の養成は、市町村に委譲され実施されることとなり現在に至っている。

2005 (平成 17) 年「食育基本法」が施行されたことから、食生活改善推進員は、地域における食育推進の担い手として、「食育アドバイザー」を併名された。子どもから高齢者まで、健全な食生活を実践することのできる食育活動にとりくみ、食事バランスガイドの普及・地産地消・郷土料理や行事食、食文化

の継承などという大きな視点から食育を捉え、健康づくり活動を進めている。その活動は、自主的な活動と行政への支援活動の両面から進めている。食生活改善推進員の活動は、①食育の推進と普及、啓発、②食事バランスガイドの普及、啓発、③健康日本 21 の推進にあり、食生活改善推進員は健康づくりの案内役とされている。(食生活改善推進員とは、一般社団法人日本食生活協会、<http://www.shokuseikatsu.or.jp/kyougikai/index.php>) (2016年9月22日確認)

³⁴ 健康づくり推進員は、食生活改善推進員と異なり、全国的な組織化は進んでいない。市町村によって、類似する名称で活動をしている場合がある。

³⁵ 老人クラブ連合会とは、地域を基盤とする高齢者の自主的な組織である。現在、全国に11万クラブ、670万人の会員がいる(2016年9月ホームページ上のデータ)。活動の目的は、①仲間づくりを通して、生きがいと健康づくり、生活を豊かにする楽しい活動を行う。②知識や経験を生かして、地域の諸団体と共同し、地域を豊かにする社会活動に取り組む。③明るい長寿社会づくり、保健福祉の向上に努める。である。会員は、入会を希望する高齢者で、概ね60歳以上を対象としている。日常的に声をかけ合い、歩いて集まることのできる小地域の範囲で組織し、クラブの規模は、おおむね30名から100名を標準としている。小地域ごとの老人クラブ(単位クラブ)を核に、市町村、都道府県・指定都市、全国の段階に老人クラブ連合会を組織している。運営は、会員本位の自主的かつ民主的な運営であり、財源は、会員の会費によってまかなうことを基本としている。

老人クラブ連合会は、老人福祉法(1963(昭和38)年施行)に、老人福祉を増進するための事象を行うものとして位置付けられている。それは、以下のとおりである。

第13条 第1項 地方公共団体は、老人の心身の健康の保持に資するための教養講座、レクリエーションその他広く老人が自主的かつ積極的に参加することができる事業を実施するように努めなければならない。第2項 地方公共団体は、老人福祉を増進することを目的とする事業の振興を図るとともに、老人クラブその他該当事業を行う者に対して、適当な援助をするように努めなければならない。

老人クラブ連合会の起源は、長寿を祝う平安時代の「尚齒会」(しょうしのえ、しょうしかい)さらには仏教伝来とともに日本に伝わったとされる互助扶助組織「講」にまでさかのぼることができる。その後、1893(明治26)年博多高砂会(福岡県福岡市)、1907(明治40)年楽寿老人会(京都府亀岡市)、対象14年上田地区老人会(熊本県小国町)が設立され、現在の老人クラブの基礎が築かれた。戦後荒廃した社会において、“老後の幸せは自らの手で開こう”とする先覚者たちが、老後に不安を感じている老友や、老後の問題に関心寄せる人々に呼びかけ、全国各地で次々に老人クラブを結成していった。

発足当初から「健康」「友愛」「奉仕」の活動に取り組んでおり、現在、「健康・友愛・奉仕『全国三大運動』」として明るく、豊かで活力のある超高齢社会の実現に向けて取り組んでいる。(老人クラブってなに?老人クラブについて、公益財団法人全国老人クラブ連合会、<http://www.zenrouren.com/about/index.html>) (2016年9月23日確認)

³⁶ ただし、合併前の市町村から活動が続いている場合がある。

³⁷ 当該の健康づくり推進員は、役職制度がないため、行政保健師から紹介してもらった構成員にインタビューを行った。

³⁸ 1グループのみ3名にインタビューを行った。

³⁹ 2グループは2名にインタビューを行った。

-
- 40 老人クラブ連合会は、小地域ごとの老人クラブ（単位老人クラブ）を核に、市区町村、都道府県・指定都市、全国の段階で組織化されている。（公益財団法人全国老人クラブ連合会 <http://zenrouren.com/about/index.html>）（2017年8月12日確認）
- 41 斉藤進他「地域組織活動の評価法に関する研究（3）」『日本子ども家庭総合研究所紀要』第42集，2006年，127-145頁。
- 42 「人とのつながり」「地域社会への貢献」「運営の活性化」「健康行動」「専門職・行政との関係」で構成される。
- 43 小山歌子他「健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討」『日本公衆衛生雑誌』第58巻第8号，2011年，617-627頁。
- 44 小山歌子他，前掲書43。
- 45 Yueh-Mei Gau et al. 「Development and validation of an instrument to measure the burden experienced by community health volunteers」『Journal of Clinical Nursing』,23, 2012年，2740-2747頁。
- 46 Thomas A.Glass et al. 「Experience Crops:Design of an Intergenerational Program to Boost Social Capital and Promote the Health of an Aging Society」『Journal of Urban Health』81(1), 2004年，94-105頁。
- 47 「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。
- 48 Yueh-Mei Gau et al. 前掲書45。
- 49 斉藤進他，前掲書41。
- 50 菅谷明子『未来をつくる図書館』岩波書店，2006年，125-126頁。
- 51 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用のあり方に関する研究班，前掲書14，16頁。
- 52 具体的には、『「家族」、そして「お隣りさん、お向かいさんへ」と働きかけ、仲間とのふれ合いを通じて、地域ぐるみによりよい食習慣づくりを始める。この“草の根運動”が食生活改善のための地区組織活動となり、お互いの交流を深め、問題解決に向かって協力し合い、人と人とのつながりの輪が広がっていくことでしょう。最初は小さな活動も、その結果がよければ、次々とその輪が広がっていくのが地区組織なのです。』と記されている。（食生活改善推進員とは，一般社団法人日本食生活協会，<http://www.shokuseikatsu.or.jp/kyougikai/index.php>）（2016年9月22日確認）
- 53 老人クラブってなに？老人クラブについて，公益財団法人全国老人クラブ連合会，<http://www.zenrouren.com/about/index.html>（2016年9月23日確認）
- 54 「保健師の活動とソーシャル・キャピタル」，前掲書47。
- 55 小山歌子他，前掲書43。
- 56 山田小織，守田孝恵「地域の健康課題解決を目指す住民組織の活動形態と保健師の認識」『リハビリテーション連携科学』15(1)，2014年，30-37頁。
- 57 人のつながりは長い間をかけて自然につくられるものであり、公衆衛生の取り組みにおいて、一時的、人工的な人間関係のつながりは、意味をなさないという説があげられている。（イチロー・カワチ『命の格差は止められるか ハーバード日本教授の、世界が注目する授業』初版，小学館，2013年，151頁。）
- 58 標美奈子他『標準保健師講座・1 公衆衛生看護学概論』医学書院，2015年，5頁。
- 59 社会福祉協議会とは、民間の社会福祉活動を推進することを目的とした営

利を目的としない民間組織であり、昭和 26（1951）年に制定された社会福祉事業法（現在の「社会福祉法」）に基づき、設置されている。社会福祉協議会は、それぞれの都道府県、市区町村で、住民、民生委員・児童委員、社会福祉施設・社会福祉法人等の社会福祉関係者、保健・医療・教育など関係機関の参加・協力のもと、地域の人びとが住み慣れたまちで安心して生活することのできる「福祉のまちづくり」の実現をめざしたさまざまな活動をおこなっている。

最も身近な地域で活動しているのが市区町村社会福祉協議会であり、高齢者や障害者の在宅生活を支援するために、ホームヘルプサービス（訪問介護）や配食サービス等の福祉サービスをおこなっている。また、多様な福祉ニーズに応えるため、それぞれの社協が地域の特性を踏まえ創意工夫をこらした独自の事業に取り組んでいる。

地域のボランティアと協力し、高齢者や障害者、子育て中の親子が気軽に集える「サロン活動」を進めている他、社会福祉協議会でのボランティアセンターではボランティア活動に関する相談や活動先の紹介、また、小中高校における福祉教育の支援等、地域の福祉活動の拠点としての役割を果たしている。（社会福祉協議会とは、社会福祉法人 全国社会福祉協議会、

<http://www.shakyo.or.jp/about/index.htm>）（2016年9月25日確認）

⁶⁰ 大阪府内の市町村社会福祉協議会では、1962（昭和 37）年頃から地域組織化活動が進められてきた。始まりは、概ね小学校区を単位に区地域内の各種団体を網羅した複合組織である地区福祉委員会であり、身近な生活福祉課題を住民自身で解決していくための組織として、「住民主体の社協」を実現するための組織的な保障として進められた。自治会・町内会およびそれぞれ独自の目的を持った組織・団体（老人クラブや女性会、民生委員、医師など）が相互に独自の機能や性格を認め合い、対等な関係で民主的に話し合い、共通の課題を見つけ出して実践していく場とされた。

その後、1978（昭和 53）年に「一人暮らし老人の会」、1982（昭和 57）年に「父子福祉会」、1983（昭和 58）年に「老人介護者（家族）の会」が結成された。この3つの組織が、地域福祉委員会や民生委員、ボランティアでは補いきれない当事者性を埋め、地域内部の活動エネルギーを当事者の組織化、さらにはボランティアの組織化という形で新たに掘り起し地域が活性化していった。

1995（平成 7）年頃からは、小地域ネットワーク活動が推進されてきたが、対象者が高齢者へ偏重しており、障害者や児童を含み込んだ小地域ネットワーク形成へは、まだ課題を残している。また、「予防を含む公私協働の地域ケアシステムの構築」という視点からの専門機関・施設等との連携の強化や、要援護者の発掘・把握の問題、活動の担い手の確保の問題などが挙げられている。そして、「住民主体の社協」ではなく「住民主体の地域づくり」を展望した戦略的な視点がこれからの社協には必要であるとまとめている。（小寺全世他、『岡村理論の継承と展開④ソーシャルワーク論』ミネルヴァ書房，2012年，269-286頁）

⁶¹ 小寺全世他『岡村理論の継承と展開④ソーシャルワーク論』ミネルヴァ書房，2012年，269-286頁。

⁶² 大木幸子『『つくる・育てる』テクニク』星旦二・栗盛須雅子編集『地域保健スタッフのための「住民グループ」の作り方・育て方』，医学書院，2010年，34頁。

⁶³ 2008（平成 20）年度に開催された厚生労働省の「地区活動のあり方とその推進体制に関する検討会」では、保健師の行う地区活動を、「地域の健康格差

を縮小させながら、健康水準の向上をもたらすために、個々の健康問題を地域社会の健康問題と切り離さずに捉え、個人や環境、地域全体に働きかけ、個別はもちろん、“地域の動きを作り出す活動”である」と整理している。(錦織正子「地区活動とは何か、なぜいま必要か 保健師活動の使命と経緯」『保健師ジャーナル』Vol.65 No.10, 2009年, 809頁。)

⁶⁴ 大木幸子, 前掲書 62, 34頁。

⁶⁵ 荒木昭次郎, 澤田道夫『平成 21 年度熊本県立大学地域貢献研究事業 市町村における協働の推進に関する研究』2010年, 7頁。

⁶⁶ 松本千晴, 荒木紀代子, 前掲書 4。

⁶⁷ 松本千晴, 荒木紀代子, 前掲書 4。

第V章 行政保健師の専門性—集団に焦点を当てた公衆衛生看護の実践による施策化—

本章では、まず、行政保健師が行う集団に対する支援と施策化の関連を論じる。そして、行政保健師の現在の施策化能力の現状を踏まえ、集団に対する支援能力と施策化能力を高めるために求められる教育を、保健師基礎教育と現任教育の2つの柱で提案する。

第1節 集団への支援能力と施策化能力の獲得

1. 集団への支援と施策化との関連性

施策化とは、「住民の声や各種統計データの分析から地域の健康課題を抽出し、住民と話し合いながら、その課題解決のための事業や政策を企画・実施・評価すること」である¹。

行政保健師による施策化は、政策に基づく施策化とニーズからの施策化の2つがある²。政策からの施策化は、国の定める法令や地方公共団体の基本計画等の政策を、地域の現状や住民ニーズに適応するような施策に修正し、具体的な事業として提供するものであり、組織社会化と結びつく。ニーズからの施策化は、日常業務の中で把握した住民のニーズ等に基づいて新たな事業を開発し、政策や施策へ反映させることであり、職業的社会化と結びつく。双方の施策化能力をバランスよく高めることが行政保健師の強みとなる。

行政保健師の施策化とは、住民の「生の声」も重視し³、現場密着型⁴であることにその特性がある。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⁵。鈴木由里子らが開発した「行政保健師の施策化能力評価尺度」は、第一因子：コミュニティパートナーシップ⁶と、第二因子：地域診断サイクルで構成されており、施策化能力を向上させるためには、意識的に地域住民等とパートナーシップを築き住民参加を促すことが重要だと述べている。

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。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⁷。

したがって、行政保健師の施策化能力には、集団への支援能力が関連し、住民が主体性を持てるような働きかけが必要である。

第IV章の調査研究を踏まえ、集団への支援において、行政保健師に求められる知識・技術は以下の11項目だと考える。

- ① 個人の健康問題の集積から集団の健康課題を見出し、集団を対象とした支援へ結びつける（同じ健康問題を持つ者を対象とした健康教育や交流会等）。
- ② ①の集団が自主的な組織（ライフステージ型住民組織やSHG）となる必要性や可能性を見極め、発展させる。
- ③ 地域の健康課題に対応するための住民組織（委員会型住民組織：食生活改善推進員、母子保健推進員、健康づくり推進員など）を組織化し育成する。
- ④ 地域で活動する住民組織を把握する。
- ⑤ 住民へ住民組織を周知する。
- ⑥ 個人と住民組織をコーディネートする。
- ⑦ 住民組織からの相談や要望へ対応する。
- ⑧ 住民組織の活動を評価する（評価する場の提供）。
- ⑨ 住民組織と住民組織、学校、企業などをコーディネートする。
- ⑩ 住民組織と地域の健康課題の共有および解決策を検討する。
- ⑪ 地域の健康課題解決のために多様な住民組織や関係機関のネットワークづくりをする。

地域の健康課題の解決には、住民組織が発展していくことがカギを握る。まず、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（住民組織）となることである。そして、行政保健師が、住民組織の発展を支援するにあたっては、ソーシャル・キャピタルの概念が有効に働く。今回の調査により、住民組織の発展と、結合型ソーシャル・キャピタル、橋渡し型ソーシャル・キャピタル、地域のソーシャル・キャピタルは関連している可能性が推察された。

住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルの醸成と施策化の関

連をイメージした図が図1である。

図1 ソーシャル・キャピタルの醸成と施策化との関連（イメージ図）⁸



まず、住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルが醸成される前提として、住民組織が発展できる環境が必要となる。そして、地域に住民組織を中心としたソーシャル・キャピタルが醸成されることで、住民とともに行う施策化が進み、地域の健康課題が解決していく。

住民組織が発展できる環境づくりとしては、先述の項目①～⑤の活動が該当する。そして、住民組織内の安定や連帯のために、結合型ソーシャル・キャピタルの視点をもった支援

（項目⑥～⑧）を行う。同時に、協働による資源交換や知識の創造のため、橋渡し型ソーシャル・キャピタルの視点をもった支援（項目⑨～⑪）を行う。その場合、結合型ソーシャル・キャピタルと橋渡し型ソーシャル・キャピタルのバランスを考えながら関わる必要がある。これらの活動により、地域のソーシャル・キャピタルは醸成され、施策化への推進力が高まる。さらに、施策化の実践により、住民には、地域の健康に対する責任意識や異なる住民同士のネットワークの構築などの変化が生まれる⁹と言われており、ソーシャル・キャピタルの醸成と施策化の実践は双方に高め合う関係にあると考えられる。

2. 行政保健師の施策化能力の現状とその対応策

現在の保健師基礎教育において、施策化能力の学習到達度は、知識として分かる程度である¹⁰。また、現任の行政保健師は、住民組織の支

援や施策化能力が含まれる「地域支援および管理能力」を「対人支援能力」より低く評価している¹¹。また、就業年数 26 年以上の行政保健師は、5 年の間に、施策化能力の上昇が見られず、その背景として、この能力に関連する教育を受けていないことや、新任期から継続的に積み上げられていないことが指摘されている¹²。市町村保健師 1,270 人を対象とした研究¹³では、施策化の下位概念である事業化において、事業化の必要性を認識したことがない者は 37.9%、事業化の必要性を認識したがその提案をしなかった者は 25.5%となっている。その中で、新規事業を提供した経験を持つ者には、「過去に自身で事業化した経験があること」、「保健・医療・福祉に関する専門誌を読むこと」が関連している。

行政保健師は、現場における経験や自己努力により施策化能力を高めており、その力量に偏りや個人差が生じていることが考えられる。すべての行政保健師が、施策化に関連する知識・技術を十分に備えているとは言い難い。

佐伯和子は、行政保健師の政策能力を表 1 のとおりまとめ、政策能力育成のためのカリキュラム試案（表 2）を作成している¹⁴。教育課程レベルでは、学士課程では第 1～第 3 段階の理解レベル、修士課程では第 4 段階の実践的な理解レベル、博士課程では第 4～第 5 段階の理解と実践レベルとしている。また、現任教育では、第 3～4 段階は中堅期の課題、第 5 段階は管理者の準備期の課題としている。しかし、このカリキュラムには、施策化能力を高める前提として備わっておくべき集団への支援能力を育成する内容は盛り込まれていない。

以上のことより、行政保健師が専門性を発揮していくためには、集団への支援能力と施策化能力を連動した形で高める教育を実施していくことが効果的だと考える。

施策化能力を高めるためには、看護職と行政職の機能を生かす教育プログラムを開発する必要性が言われている¹⁵。国の定める法令や地方公共団体の基本計画等の政策などは、実際に事業に取り組む中で、その位置づけや事業との関連性、改編の必要性に気づくものである。よ

って、保健師基礎教育では、その基盤となる集団への支援能力の獲得に重点をおいた教育を展開する。そして、施策化能力は、行政機関へ就職した後、現場において、強化して育成される方が効果的である¹⁶。

表 1 保健師の政策能力¹⁷

	政策活動
政策レベル	1. 自治体の方針への関与 健康を方針の軸の1つにすることを提言 2. 総合計画策定への関与
施策レベル	1. 地域特性にあつた保健計画・介護保険計画などの中期計画の策定 2. トップダウンおよびボトムアップで実施される事業を施策として体系化 3. まちづくり政策、教育政策など他部局の施策策定時に健康課題を提言し連携
事業レベル	1. 新規事業 2. 既存事業の改編 3. 継続事業
P D C A	P：地域のアセスメント、健康課題の抽出と分析、計画作成（含む予算案）、評価計画案作成、実施計画の作成 D：事業の実施 C：評価の実施、報告 A：次回計画の作成 一連の過程を通して：説明、交渉、連携、調整、協働

表 2 保健師の政策能力育成のためのカリキュラム試案¹⁸

段階	内容	小項目
第1段階	A. 保健医療福祉の概念と仕組み	法と法体系の理解 保健医療福祉の各法律の理解 社会保障制度の理念の仕組み 年金と保険制度
	B. 行政組織	行政の使命 国および地方自治体の行政の組織と仕組み 行政の意思決定 財政の仕組み 国政と地方自治
	C. 医療経済	財政と医療保険・介護保険 自治体の医療費・介護費分析
第2段階	決められたサービスの提供 (法と行政活動の実際の関連)	法に基づいたサービス提供・事業(個人・家族) 法に基づいたサービスの提供・事業(人口集団・組織・地域) サービス提供、事業実施のための調整 提供したサービスの評価
第3段階	A. 健康課題分析	地域特性と健康ニーズの構造分析 データの加工と分析
	B. 事業化過程	事業計画立案 予算案作成 事業評価計画作成 プレゼンテーションと説明、交渉 事業評価の実施、修正 事業のための関係調整
第4段階	A. 施策化	法(条例)提案 マーケティングの活用 ある分野の保健計画の立案 計画過程への住民参加 計画過程へ関係機関の参加 ある分野の保健計画の評価 議会、他部局への説明
	B. 地域ケアシステム化	地域ケアシステムの構築 地域ケアシステムの運営、マネジメント 地域のケアの質の評価
第5段階	政策化	総合計画策定への参画 担当分野の調整 総合計画の評価

第2節 集団への支援に焦点をおいた保健師基礎教育

現在、わが国の保健師基礎教育におけるカリキュラム（表3）は、以下のとおり合計28単位、890時間以上の講義・実習等を行うものとされている。

・公衆衛生看護学 16 単位

（公衆衛生看護学概論 2 単位／個人・家族・集団・組織¹⁹の支援、公衆衛生看護活動展開論、公衆衛生看護管理を合わせて 14 単位）

・疫学 2 単位

・保健統計学 2 単位

・保健医療福祉行政論 3 単位

・臨地実習（公衆衛生看護学実習） 5 単位

（個人・家族・集団・組織の支援実習 2 単位／公衆衛生看護活動展開論実習、公衆衛生看護管理論実習を合わせて 3 単位）

現行のカリキュラムの具体的な科目は、各々の教育機関の裁量に任せられており、集団・組織に焦点を当てた科目や実習がどの程度の割合で行われているかは不明である。わが国の公衆衛生看護は、個人のケアを軸としながら展開されてきており、これまで業務分担制が浸透していた。このことから、現在の保健師基礎教育においては、個人・家族の支援や母子・成人・高齢者などの分野・事業別での教授が中心となっており、集団・組織に関する学習時間は、然程多くないことが予想される。また、臨地実習（公衆衛生看護学実習）5単位のうち2単位は、個人・家族・集団・組織の支援実習となっているが、現場の活動において、家庭訪問に比重が置かれているため、実習も、個人・家族に重きを置いたものになっていると予想される²⁰。現行の教育では、「地区組織活動」の見学でさえも、体験率が約77%に留まっており²¹、集団・組織の支援における実践能力は基礎教育では培っていないと考えられる。

表3 現行の保健師基礎教育カリキュラム²²

現行		
教育内容	単位数	備考
公衆衛生看護学	16 (14)	
公衆衛生看護学概論	2	
個人・家族・集団・組織の支援	} 14 (2)	健康危機管理を含む
公衆衛生看護活動展開論		
公衆衛生看護管理		
疫学	2	
保健統計学	2	
保健医療福祉行政論	3 (2)	
臨地実習		
公衆衛生看護学実習	5	保健所・市町村での実習を含む
個人・家族・集団・組織の支援実習	2	継続した指導を含む
公衆衛生看護活動展開論実習	} 3	
公衆衛生看護管理論実習		
合計	28 (25)	

備考一 単位の計算方法は、大学設置基準（昭和三十一年文部省令第二十八号）第二十一条第二項の規定の例による

二 看護師学校養成所のうち第四条第一項に規定する課程を設けるものと併せて指定を受け、かつ、その学生又は生徒に対し一の教育課程によりこの表及び別表三に掲げる教育内容を併せて教授しようとするものにあつては、括弧内の数字によることができる。

三 複数の教育内容を併せて教授することが教育上適切と認められる場合において、臨地実習五単位以上及び臨地実習以外の教育内容二十三単位以上であるときは、この表の教育内容ごとの単位数によらないことができる

この現行のカリキュラムには、更なる科目追加の必要性が言われている²³。また、2015（平成27）年6月に厚生労働省から提言された「保健医療2035提言書」²⁴では、多様な学問を横断的に活用し、保健医療政策に資する取組みのできる人材育成の必要性が記されている²⁵。

アメリカにおいて²⁶、公衆衛生で教育課程を受ける看護師は、公衆衛生のより高水準技術を習得するために、生物統計学、疫学、環境保健、地域または集団レベルでのアセスメント・計画・実施・評価、健康方針発展と分析、伝染病のようなエリアでのコントロールと予防、水と空気の質管理、公衆衛生法と倫理等を学んでいる²⁷。ハーバード大学公

衆衛生大学院では、環境保健学や社会学、生物統計学、疫学、社会・行動科学、保健医療管理学、経済学、政策評価、リーダーシップ論、マネジメント論などを教授している²⁸。

今後は、集団への支援に比重をおいて知識・技術が習得できるよう、「集団・組織の支援」の独立した単位を設定する必要がある。地域には様々な住民組織が活動している。保健師基礎教育においては、それら住民組織の活動実態や課題を理解し、行政保健師の関わりの実際を見て、住民組織が地域で主体的に活動していくための方法を、住民組織や行政保健師などと一緒に検討していく学習の場が有効だと考える²⁹。これら学習活動を実施するためには、基礎として、行政論により、行政や行政職とは何か、住民との協働を理解し、組織論により、組織に関する基本的な知識を獲得することが求められる。また、社会経済的格差が健康格差を生じさせている現代においては、保健医療の視点だけではなく、その社会背景や経済的な側面にも目を向ける必要がある。さらに、表に現れてない潜在的な健康課題を分析し、住民に理解してもらえるように伝えるためには、統計データの分析能力の他に、住民の声を質的に分析できる能力、データの加工の能力や、プレゼンテーション能力が求められる。その他、集団・組織に対するアセスメント能力、コーディネート能力、地域の健康課題の共有および解決策の検討においては、合意形成や相互理解をサポートするファシリテーション能力、ネットワークを維持していくためのマネジメント能力も求められる。

以上をふまえ、現在の保健師基礎教育のカリキュラムの見直し点と集団の支援に焦点を当てた科目構成を表4に示す。

- ① 現在、カリキュラム上は、社会科学に関する学問がほぼ皆無に等しい。社会環境因子が健康に影響を及ぼすことが明らかとなり、そのことを踏まえた保健医療政策を進めていく必要がある今日において、そのニーズに対応できるような学問は必須である（表4「社会

- と健康」を参照)。
- ② 現在、保健医療福祉行政論の3単位においては、保健医療福祉に関する法律や制度が中心の学習であり、行政そのものを学習する科目が設定されていない。よって、行政論を別枠で設ける(表4「行政・地方自治」参照)。
 - ③ 現在、「個人・家族・集団・組織の支援」とまとめられている科目構成を「個人・家族の支援」と「集団・組織の支援」に分け、「集団・組織の支援」に関する科目の充実を図る。集団や組織とは何か、その運営の仕方、ソーシャル・キャピタルとの関連など、基礎的知識を培う(表4「集団・組織」を参照)。そのうえ、集団への支援技術を高めるための演習を行い、疫学、保健統計学や実習との連動を図る(表4「集団・組織の支援」を参照)。
 - ④ 現在の疫学2単位、保健統計学2単位の単位数では、講義形式で理解レベルまでの到達が限界であると考えられる。実際の地域のデータを元に演習をして、実践レベルまで到達するためには、単位数を増やす必要がある。疫学、保健統計学の演習は、実習と連動した形をとり、演習で分析した結果を、住民組織などに発表し、その分析結果と一緒に検討していくことが効果的である。
 - ⑤ 臨地実習(公衆衛生看護学実習)には、集団・組織の支援実習を別枠で設ける必要がある。集団・組織を支援する能力を獲得するためには、まず、現場の住民組織の活動実態や課題を把握し、その地域の中で、どのようにコーディネートし、マネジメントしていくかを考えていく必要があり、実践経験により蓄積されていく実習が中心の学習形態が望ましい。また、③④の学習を実習に連動させると、少なくとも6か月以上の実習期間が必要である。連続した実習展開ではなく、途中で学内での演習を組み込み、実習と演習を連動させながら展開することが望ましい³⁰。

これらの要素を組んだカリキュラムを実施するためには、現在の1年間の修業年数では不足すると思われる。カリキュラムを再構成する

と表5のとおりであり、現在の単位数から11単位が増加するため、少なくとも2年の修業年数は必要だと考える³¹。

表4 集団・組織に焦点を当てた科目構成（案）³²

内容	小項目
社会と健康	人間関係と健康 環境と健康 学業・職業と健康 社会的要因と健康 社会経済格差と健康格差 健康と保健医療福祉制度
行政・地方自治	行政とは 地方自治とは 地方自治体の組織と仕組み 財政および予算の仕組み 行政業務の実際 行政の意思決定過程 地方分権 公務員倫理 行政における保健師の役割 行政と住民との協働
集団・組織	集団とは何か 組織とは何か 組織のマネジメント リーダーシップとメンバーシップ 住民組織の特徴 ボランティア・NPO法人 住民組織とソーシャル・キャピタル
集団・組織の支援	個を集団・住民組織へつなぐコーディネート サポートグループからセルフヘルプグループへ 住民組織と住民組織・関係機関をつなぐコーディネート 住民組織のエンパワーメント 住民組織との地域健康課題の共有 住民組織との合意形成および地域課題解決の検討 住民組織の活動の評価 住民組織の結合型ソーシャルキャピタルの評価 住民組織の橋渡し型ソーシャルキャピタルの評価 住民組織のソーシャルキャピタルと地域のソーシャルキャピタルの関連

表5 保健師基礎教育カリキュラム改正案³³

改正案		
教育内容	単位数	備考
<u>社会学</u>	<u>2</u>	
公衆衛生看護学	16	
公衆衛生看護学概論	2	
<u>個人・家族の支援</u>	<u>4</u>	
<u>集団・組織の支援</u>	<u>4</u>	
公衆衛生看護活動展開論	4	
公衆衛生看護管理	2	健康危機管理を含む
疫学	<u>4</u>	
保健統計学	<u>4</u>	
<u>保健医療福祉制度論</u>	<u>2</u>	
<u>行政論</u>	<u>2</u>	
臨地実習		
公衆衛生看護学実習	9	保健所・市町村での実習を含む
<u>個人・家族の支援実習</u>	<u>2</u>	継続した指導を含む
<u>集団・組織の支援実習</u>	<u>4</u>	継続した指導を含む
公衆衛生看護活動展開論実習	3	
公衆衛生看護管理論実習		
合計	<u>39</u>	

第3節 集団への支援と施策化を統合した現任教育プログラム

社会情勢や健康課題は日々変化しており、それに応じて、法律や制度も制定や改定が行われている。そのため、行政保健師の知識や技術も更新していく必要があるが、我が国の保健師免許は更新制ではない³⁴。現任保健師の教育は、各自治体が独自に基準を設けて実施している。

これまで、全国的に示された行政保健師の現任教育に関する指針等の新任期の期間、新任期に求められる集団支援の能力および施策化能力についてまとめたものが表6である。近年、提示された指針では、年数に応じて「新任期」「中堅期」「管理期」と区分せず、能力の成長過程を段階的に区分している。新任期での集団への支援能力は、理解レベルが達成でき、指導を受けながら実践できることが求められている。施策化能力については、施策体系等を理解できることが基本であり、指針によっては、さらに事業を自立して企画できることが求められている。

都道府県における現任教育の指針等をまとめたものが表7～表9である³⁵。新任期を1～3年または1～5年としている自治体が多い。新任期の集団への支援能力は、名目集団（リスク集団）を対象とした支援の実践を求める自治体が多い。中には、社会集団（住民組織）への支援まで求めている自治体もいくつか見られる。一方、新任期は、個人・家族の支援能力を獲得と主とし、集団支援の能力の獲得までは求めている自治体もある³⁶。施策化能力については、事業を自立して企画できることを能力として求めている自治体がほとんどであった。

教育プログラム等を提示している場合は、家庭訪問と地域診断が主であり、社会集団（住民組織）を対象とした支援を提示しているのは、岡山県、福島県、福岡県のみであった。岡山県³⁷は、共通の健康課題を持つ者のグループ育成と、愛育委員や精神保健福祉ボランティア等の組織育成について触れている。しかし、その頁数は1頁であり、家庭訪問7頁、地域づくり4頁と比べて、活動内容をより詳細に提示した

表6 行政保健師の現任教育に関する指針（全国版） 38

資料名	出所（編集）	年月	新任期			教育プログラム等の提示
			期間	集団支援能力	施策化能力	
地域保健を支える人材の育成 —実態調査と事例から見た将来像—	地域保健従事者の資質の向上に関する検討会 地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会	2004（平成13）年1月	5年未満	・ 集団に対するサービスの提供方法を理解している。 ・ 集団支援に対して自立して判断し、遂行することができる。	・ 事業計画の考え方を理解し、地域の健康課題をあげることができる。 ・ 健康課題から必要な施策化の企画書の作成起案ができる。	なし
新任看護職員研修ガイドライン～保健師編～	厚生労働省	2010（平成23）年2月	1年以内	・ 地域（事業場）組織・当事者グループ等を育成する支援ができる（※指導の下でできる）。	・ 施策化が必要である根拠について資料化ができる。	・ 家庭訪問 ・ 地域診断におけるアセスメント
保健師の人材育成計画策定ガイドライン	厚生労働省	2016（平成28）年3月	期間の提示なし ※レベルI-1（指導者の丁寧な指導が必要）およびレベルI-2（相談や見守りが必要）が新任期に該当すると考える。	（レベルI-1） ・ 該当項目なし （レベルI-2） ・ 担当分野の小集団支援が自立して行える ・ 担当以外の分野の小集団支援が指導下で行える	（レベルI-1） ・ 地域（所属自治体）の概要を基本的なデータから把握できる。 ・ 自治体の施策体系の理解ができる。 ・ 担当事業の根拠法を理解している。 （レベルI-2） ・ 担当事業についてのニーズ分析と評価を地域診断と関連させてできる。 ・ 継続した事業の企画が自立してできる。	なし
保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～	保健師に係る研修のあり方等に関する検討会	2016（平成28）年3月	期間の提示なし ※キャリアレベルA-1（組織の新任者であり行政組織人及び保健師専門職としての自覚を持つ）が新任期に該当すると考える。	・ 集団の特性を把握し、指導を受けながら支援できる。 ・ 地域特性を理解し、住民と共に活動できる。 ・ 多様な地域組織の役割や関係性について把握できる。	・ 所属自治体の施策体系や財政のしくみについて理解できる。 ・ 担当事業の法的根拠や関連政策について理解し事業を実施できる。	なし

表7 行政保健師の現任教育に関する指針等（自治体版）（その1）³⁹

都道府県	資料名	年月	新任期			教育プログラム等の提示
			期間	集団支援能力	施策化能力	
岡山県	新任保健師実践プログラム	2009（平成21）年3月	1～3年	集団や地域のニーズに予防的視点を持って対応できる。	・情報収集→アセスメント→計画→実施のプロセスに基づき活動が展開でき、評価に沿っての次の活動実践につなげられる。 ・活動の評価に基づき、地域に必要な健康づくりシステムの構築や新たな施策の提案ができる。 ・各種地域保健福祉計画に参画する意義がわかり、保健師として果たすべき役割が理解できる。	・個別支援 ・集団支援 ・地域づくり ※展開方法として掲載
茨城県	新任保健師育成ガイドライン～保健師の実践知・経験知を言語化して伝えよう～	2010（平成22）年3月	設定なし	・集団健康教育および〈つなぐ〉（組織と人・組織と組織）のチェック項目が掲載されている	掲載なし	なし
熊本県	熊本県保健師人材育成指針～目指そう！くまもと県民が輝く健康なまちづくり～	2012（平成24）年3月	1年～3年	該当項目なし	・担当する事業の法的根拠を理解する ・担当する事業の事業体系、自治体の政策・方針を理解する ・担当事業の計画立案・実施・評価ができる。	なし
福島県	福島県保健師現任教育指針 福島県保健師現任教育プログラム	2013（平成25）年12月	1～5年	・健康教育や集団指導が展開できる ・住民の主体的健康づくり活動を育成・支援することができる。	・担当業務に関する地域特性や健康課題に対応した保健活動計画を立案することができる。 ・担当する各種保健事業を効果的かつ円滑に実施するための実施計画を立案することができる	・家庭訪問 ・地域診断 ・集団健康教育
栃木県	栃木県保健師現任教育指針	2014（平成26）年3月	1～5年	集団に対するサービスの提供方法を理解し、実施できる能力	・保健事業の事業体系や政策を理解できる能力	なし

表 8 行政保健師の現任教育に関する指針等（自治体版）（その2） 40

都道府県	資料名	年月	新任期			教育プログラム等の提示
			期間	集団支援能力	施策化能力	
長崎県	長崎県新任保健師現任教育ガイドライン	2014（平成26）年3月	1年～3年	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育による支援を行うことができる 地域組織・当事者グループ等を支援することができる 	<ul style="list-style-type: none"> 施策（事業・制度等）の根拠となる法や条例等を理解できる 施策化に必要な情報を収集することができる 施策化が必要である根拠について資料化することができる 施策化の必要性を地域の人々や関係する部署・機関に根拠に基づいて説明することができる 施策化する為に、関係する部署・機関と協議・交渉することができる 地域の人々の特性・ニーズに基づく施策（事業等）を立案することができる 組織の基本方針、基本計画との整合性を図りながら施策（事業等）を立案することができる 予算の仕組みを理解し、根拠に基づき、担当事業の予算案を作成できる 	<ul style="list-style-type: none"> 行政保健師としての役割 家庭訪問／担当事業の事例検討
島根県	島根県保健師人材育成ガイドライン～中堅期・管理期保健師の力量形成に向けて	2014（平成26）年6月	1～5年	該当項目なし	該当項目なし	なし
高知県	高知県保健師人材育成ガイドラインVer.2	2015（平成27）年3月	1～4年	<ul style="list-style-type: none"> 集団のニーズに応じて、健康教育による支援を行うことができる。 集団のヘルスニーズに応じて、地域組織や当事者グループへの支援を行うことができる。 自主グループ、ボランティアグループ、NPO等とコミュニケーションを持ち、連携できる。 自主グループ等の主体的健康づくり活動を支援できる。 	<ul style="list-style-type: none"> 所属自治体の政策・方針を述べることができる。 担当事業の事業体系を踏まえ、事業の位置づけと意味を説明できる。 住民参加型の施策立案・事業の実施に参画することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> 個別支援 地区診断
宮城県	みやぎの保健師人材育成ガイドライン	2016（平成28）年2月	1～5年	<ul style="list-style-type: none"> 対象の健康課題に応じた健康教育や集団指導が展開できる。 自助グループ等住民の主体的健康づくり活動を育成・支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> 担当業務に関する地域特性や健康課題に対応した保健活動計画を立案することができる。 担当する保健事業を効果的かつ円滑に実施するための実施計画を立案することができる。 	なし

表9 行政保健師の現任教育に関する指針等（自治体版）（その3）⁴¹

都道府県	資料名	年月	新任期			教育プログラム等の提示
			期間	集団支援能力	施策化能力	
福岡県	福岡県地域保健従事者現任教育指針－専門技術編－（改訂版）	2016（平成28）年2月	掲載なし	健康教育のチェックリストおよび地区組織活動のチェックリストの掲載あり（新任期に限定したものではない）	掲載なし	・地域診断 ・家庭訪問 ・健康相談（来所相談） ・健康教育 ・地区組織活動 ・システム化・ネットワーク化 ※具体的展開方法として掲載
千葉県	千葉県保健師活動指針 千葉県保健師現任教育マニュアル	2016（平成28）年3月	1～3年	・必要に応じて地区組織、自助グループ、ボランティアグループ、NPO等とコミュニケーションをもち、協力を求めることができる	・事業評価表による担当事業の計画立案・実施・評価ができる ・地域の実態を反映した事業提案ができる。	なし
広島県	広島県保健師人材育成ガイドライン	2016（平成28）年8月	1～5年	地域でよくみられる健康課題に対して、集団で解決するための支援ができる	・県の政策、方針を述べるができる ・担当事業の事業体系を踏まえ、事業の位置づけと意味を説明することができ、積極的に遂行できる ・収集した情報から、保健事業を企画することができる	なし
岐阜県	岐阜県保健師現任教育マニュアル（改定版）	2017（平成29）年3月	1～5年	・地域における住民の自主活動の実態と課題を把握し協働する相手となる住民を見つける。 ・地域の健康課題の解決につながる活動をしている住民の主体的な活動を促す。 ・事業実施にあたり推進員などの住民に協力を求め共に実施方法を検討することができる。	・担当する保健福祉介護事業の企画立案に携わり、行政施策との関連で担当事業の成り立ちを理解することができる。 ・担当する保健福祉介護事業の評価を通じて、所属自治体の基本計画、保健福祉介護計画との関連を確認することができる。 ・担当事業の評価結果や住民の健康課題に基づいて、所属自治体の保健福祉介護計画を見直したり、あるいは次期計画策定に参画することができる。 ・担当する保健福祉介護事業について、健康課題（根拠）に基づいて予算などの活動経過を立案し説明することができる。 ・所属自治体の各種計画に基づいて保健福祉介護事業を立案することができる。	なし

ものにはなっていない。福島県⁴²は、集団健康教育の技術的指導の流れが掲載されている。福岡県⁴³は、地区組織活動における手順を、①組織化が必要な課題を明確にする。②課題を解決するための組織化を検討する。③活動を支援する。④活動の発展を支援する。(ネットワーク化にむけた働きかけ) ⑤活動の評価をする。⑥記録および報告をする。と、具体的活動展開方法をまとめている。

だが、集団への支援と施策化を統合した形での教育プログラムは見当たらなかった。そこで、集団への支援能力と施策化能力を連動して高める現任教育プログラムを提案したい。

専門職務遂行能力は新人期の1年目～5年目の間で著しく伸びる⁴⁴ため、新任期の1年目～5年目の間に、集団への支援能力や施策化能力を高める教育を行っていくことが有効だと考えた。

また、現任教育は、各自治体が基準を設けて実施しているが、特に小規模な自治体においては、実施そのものが難しい自治体もあり⁴⁵、自治体間の力量の差も生じていると考えられる。そのうえ、先輩保健師の集団への支援能力や施策化能力が低くければ、彼らから教育を受ける新任期の保健師も、その能力が伝承されないため、能力が十分に獲得できない恐れがある。よって、教育プログラムを実施するに当たっては、各自治体ではなく、2次医療圏単位の保健所での実施が望ましいと考える。保健所には、市町村保健師の人材育成を支援する役割が「保健師活動指針」に示されており、都道府県保健所と市町村が連携し、教育プログラムを企画・実施していくことが求められている。本プログラムは、保健所設置市においても、その自治体のみで実施可能構成となっているが、実施体制の構築が難しい場合は、都道府県とともに取り組むことを勧める。

以下、プログラム概要を示す。

《行政保健師の専門性を高めるプログラム概要》

1. 目的 新任期行政保健師が、集団への支援および施策化を実践できる
2. 対象者
都道府県および市町村に所属する1～5年の実務経験を有する者
3. 実施期間
5年間の継続教育とする
4. プログラムの概要
 - 1) 対象者が担当する分野における住民組織を支援する。
 - 2) 対象者が担当する分野における事業計画、保健医療福祉計画、総合計画を分析する。
 - 3) 住民組織とともに地域の健康課題を分析し、事業計画を立案する。
5. プログラムの形式
 - 1) グループワークを中心とし、実践的な課題を達成することにより、実践力を培う
 - 2) 各自治体において、対象者には指導保健師をおく。プログラムのグループワーク時には、対象者の指導保健師も同席する。また、課題を実施する場合は、対象者が所属する組織内においてサポート体制を構築し、助言や同行などを行う。

6. プログラムの内容

能力	課題	具体的な取り組み（実施年）
集団への支援	住民組織を理解する	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自身が担当する分野に関連する住民組織（該当住民組織）の活動の場に定期的に参加し、住民組織の実態や課題を把握する。（1年目） 2. 社会福祉協議会等と情報交換をし、該当住民組織に関する情報の共有を図る。（1年目） 3. 保健所保健師と市町村保健師で、住民組織の情報の共有を行う。（1年目）
	住民組織の結合型ソーシャル・キャピタルの醸成を支援する	<ol style="list-style-type: none"> 4. 3をふまえ、市町村単位、2次医療圏単位において、住民組織に対して、どのような支援が必要であるかを考える。（2年目） 5. 4をふまえ、該当住民組織に対する支援計画を企画し実施する。（2年目、3年目）
	住民組織の橋渡し型ソーシャル・キャピタルの醸成を支援する	<ol style="list-style-type: none"> 6. 2次医療圏単位で、住民組織が一堂に会し、住民組織同士がお互いを理解し、協力関係を築いていくことを促す場を企画実施する。（4年目） 7. 住民組織が地域の中で活動を発表する場を作り、住民の理解や評価を得て、活動が地域に広がるように支援する。（5年目）
施策化	政策・施策・事業の関連を分析する	<ol style="list-style-type: none"> 8. 行政職に求められる政策能力、総合計画および保健医療福祉計画、事業計画の計画過程、計画と予算との関係について理解する。（1年目） 9. 自身が担当する分野における事業および保健医療福祉計画、総合計画の関連性を整理する。（2年目） 10. 自身が担当する事業の一つを選び、その事業と保健医療福祉計画、総合計画の適合性を分析する。（3年目） 選択する事業は、住民組織との協働を前提としたものとする。 11. 2をふまえ事業、保健医療福祉計画、総合計画の見直し点を考える。（4年目）
施策化と集団への支援の統合	住民組織とともに施策化を図る	<ol style="list-style-type: none"> 12. 住民組織とともに地域の健康課題を分析する。この時、根拠として統計的データが必要な時は、その分析を行う。また、必要な場合は、聞き取り調査などを実施する。（4年目、5年目） 13. 11と12の統合を行う。住民組織との検討のもと、①事業の改編もしくは新規事業の企画、または、②保健医療計画もしくは総合計画の改編を考える。（5年目）

項目8においては、計画策定に長けている他職種の職員や行政学を主とする大学教員などを講師にすることで、行政職としての視点や姿勢が培われ、組織社会化が進んでいくと考える。項目9～11においては、同部門内のすべての行政保健師が一緒になって取り組む。場合によっては、他部門の行政保健師や、他職種の職員との情報交換も行う。この取り組みにより、管理職の行政保健師は、総合計画の見直し、

中堅期の行政保健師は、保健医療福祉計画の見直しを考えることもできる。

このプログラムに取り組むことにより、新任期行政保健師の活動において以下の成果が生まれると考える。

《新任期行政保健師の活動の変化》

- ・これまで把握していなかった住民組織も知ることができ、個別・家族の事例に対する協力組織（者）を得ることができる。
- ・住民組織の特性に応じて、支援の方法を考えることができる。
- ・住民組織の持つ力や、住民組織がつながる（橋渡し型 SC となる）ことの効果に気づくことができる。
- ・行政保健師間で住民組織の支援に関するノウハウを共有することができる。
- ・事業の委託が進み、住民との接点が減っている中で、住民組織を通して、住民の生の声を得て、地域の健康課題を考えることができる。
- ・住民組織と一緒に地域の健康課題を考えることにより、その課題を解決するための活動においても、住民組織の協力を得やすくなる。
- ・政策、施策、事業の関連を意識して事業に取り組むことの必要性を理解できる。
- ・事業のスクラップ&ビルドの必要性を理解できる。

また、先に示した全国版や各自治体の新任期に求められる能力よりもワンランク上の能力の獲得の期待できると考える。例えば、『保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ』のキャリアレベル A-2（プリセプターとして後輩の指導を担うレベル）における「集団のグループダイナミクスを活用して、特性に応じた支援計画を企画し、自立して支援できる」や「多様な住民ニーズを把握しながら、地域組織と共に活動できる」、「担当地域の健康課題を把握し、施策と事業との関連性について理解したうえで、事業計画立案に参画するこ

とができる」に到達できる。さらに、新任期から集団への支援や施策化の実践を積むことにより、中堅期以降に求められる能力⁴⁶の獲得が容易になると考える。

これまで、新任期は、個人を対象とした事例管理に重きが置かれ、集団や地域を対象とした地区管理に重きが移行するのは中堅期以降であった。そのため、集団・地域を対象とした地区管理の平均実施率は53.8%であり、経験年数20年以上のベテランであっても、その実施率は65.1%となっている⁴⁷。このプログラムの実施により、地区管理の実施率も上がることが期待できると考える。

加えて、住民組織にも以下の変化が生まれると考える。

《住民組織の変化》

- ・住民組織間の情報交換により、住民組織内の課題の解決策を得る機会となる。
- ・住民組織が地域で理解されるようになり、メンバー数の増加や協力者の獲得、活動の広がり等、組織のさらなる発展を期待できる。
- ・行政と対等な立場で活動できる組織としてエンパワメントされる。
- ・住民目線での地域の健康課題に気づき意見を述べることができるようになる。
- ・地域の健康課題を一緒に考えることで、住民自身も課題を解決していく存在であるという意識と行動に変容していく。
- ・共通の目標がある場合は、協力関係が築かれ、その有機的なつながりにより、住民組織が主体となったネットワークが構築され、地域の健康課題解決に向かっていくことができる。

新人期の行政保健師は、住民組織と接することにより、住民から地域を教えてもらい、住民も保健師を育てなければという愛情が起き、相互関係や信頼関係が構築される⁴⁸。そして、お互いに地域の課題解決のために協働する体制が作り上げられていく。

さらに、2次医療圏単位で、都道府県保健師と市町村保健師がともに学ぶプログラムを実施することが、双方の保健師と住民組織にも効果的である。

今回の調査において、委員会型、地縁型、ライフステージ型とSHGとの間につながりが乏しい現状が見られた。その背景には、委員会型、地縁型、ライフステージ型は、行政区や市町村単位で組織化されているのに対し、SHGは、市町村単位、保健所単位、都道府県単位と広域で組織化されている。つまり、市町村が把握・支援している住民組織と保健所が把握・支援している住民組織とのつながりに乏しいことが推察される。

また、委員会型の食生活改善推進員は主体的に活動をしているが、健康づくり推進員⁴⁹は行政から依頼された活動のみを実施し、受け身の印象を受けた。その背景には、同型の住民組織とのつながりの規模や活動範囲が関係していると考える。食生活改善推進員は全国組織となっており、県単位、圏域単位での食生活改善推進員同士の研修や交流が持たれている。一方、健康づくり推進員の組織化は市町村に寄り、組織化されていても、その活動は市町村内にとどまり、同様の活動をするグループとの交流や研修は少ないと推察される。その結果、市町村保健師は健康づくり推進員に対する支援の方法を、健康づくり推進員はその活動のあり方を客観的に見る機会を持つことができず、現状のまま、行政から依頼されたことだけをする受け身的な存在であり続ける。

このプログラムでは、保健所管内の行政保健師が集まり、把握している住民組織およびその住民組織への支援内容や課題の情報を共有することで、住民組織を捉える多様な視点や支援方法が得られることもねらいとしている。また、市町村を超えた住民組織同士の交流や研修をもけることにより、住民組織のエンパワーメントになり、さらに、SHGと他型の組織がつながるため、広域的なネットワークを組むことができる。

行政保健師が活動するにあたっては、潜在的健康問題へのアプロー

チという活動特性を発揮することが重要である。行政保健師は、事業や社会資源を創出する必要性を「健康の危機的状況やその可能性を感知する」、「少数派の住民の健康問題を感知する」、「新規性・特異性のある健康問題を感知する」ことから判断している⁵⁰。これには、健康問題におけるマイノリティにある住民を把握し、すべての住民の健康を護るセーフティネットとしての保健師の特徴が表れている。このような少数派、新規性・特異性のある健康問題と関連する住民組織が、SHGである。

潜在的な健康問題に対応していくためには、行政保健師が、SHGをいかに地域のネットワークにつないで、顕在化していくかがカギとなる。また、地域で、少数派、新規性・特異性のある健康問題を抱えている集団に対しては、その集団に対してアプローチをし、その集団が住民組織へと発展する可能性や必要性を判断しながら、支援を継続する。加えて、このような集団を支援する住民組織を立ち上げる。そして、新しく立ち上がった住民組織に対しては、既存の住民組織とつなげることで、運営の仕方などを学びながら、さらなる成長を遂げることができる。

集団への支援に重きを置くことにより、個人への支援も住民とともに取り組むことができ、さらに、地域を対象としたネットワーク構築や施策化も進むようになる。現代は、処遇困難事例が増えているため、これらの個別支援におけるスキル向上の必要性が言われている⁵¹。しかし、個別支援のスキルに偏ることなく、これら事例の社会的背景を明らかにし、社会全体にどうアプローチをしていくかを住民とともに検討していくことも必要である。地域の健康課題を解決するために、住民らを「教え導き」、住民組織や関係機関とともに地域に「健康を守り保つ」しくみをつくることが、公衆衛生看護だと考える。そのために、集団への支援能力と施策化能力を兼ね備え発揮できることが、行政保健師の専門性である。

- 1 佐伯和子は、生活環境を整備し、地域における互助・共助の促進を図るための公助としての仕組みづくりが健康政策であると述べている。(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.80No.12, 2016年, 883-887頁)
- 2 吉岡京子他「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.5No.2, 2003年, 109-117頁。
- 3 佐伯和子, 前掲書 1。
- 4 高嶋伸子,古川文字,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。
- 5 吉岡京子他, 前掲書 2。
- 6 第一因子: コミュニティパートナーシップの構成項目は、「地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化の必要性について合意を得る」「住民に施策化の必要性を説明する」「地域の関係者・組織・機関に施策化の必要性を説明する」「地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化における役割を調整する」「地域住民や地域組織・地域の関係機関が施策化に参加できる機会を平等に提供する」「施策化の進捗を地域住民や地域組織・地域の関係機関に報告する」「地域の関係者・組織・機関と解決すべき健康課題を共有する」「住民と解決すべき健康課題を共有する」の8項目である。(鈴木由里子, 田高悦子「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』第61号, 第6号, 2014年, 275-285頁)
- 7 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。
- 8 筆者作成。
- 9 細谷紀子らは、施策化の実践による住民の変化として、以下の5項目をあげている。
- ① 行政に対する関心の高まりと地域の健康に対する責任意識の芽生え
 - ② 地域の健康づくりのためのボランティアや自主的な活動の増加
 - ③ 行政施策の利用者数の増加と「楽しい」「助かる」という評価の獲得
 - ④ 異なる立場の住民同士の理解の深まり、ネットワークの構築
 - ⑤ 疾病対策に関する偏見・拒否の消失
- (細谷紀子, 大室律子, 丸山美知子, 布施千草「保健医療福祉政策の転換期における保健師の施策化に関する実践知—市町村保健師の経験からの考察—」『千葉看護学会会誌』Vol.13No.2, 2007年, 1-9頁。)
- 10 その背景には、保健師基礎教育の技術項目と卒業時の到達度(2008年)の「地域の人々の健康にかかわる事業等を立案し、管理する(施策化)」項目の到達度が「知識として分かる程度」と設定されているためである。
- 11 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵「行政機関に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。
- 12 経験年数26年以上の保健師の事業・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: 以下CMCとする)が2005年と2010年の間に殆ど変化がない要因は、彼らが基礎教育を受けたのは、保健師の事業化・施策化役割が保健師活動指針に明示される以前であり、CMCに関わる能力を新任期から継続的に積み上げていないことが影響している可能性があるとしている(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)。

13 吉岡京子,村嶋幸代「日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因」『日本公衆衛生雑誌』第54巻第4号,2007年,217-225頁。

14 佐伯和子「行政保健師に求められる健康施策能力の涵養の現状と課題」『公衆衛生』Vol.80No.12,2016年,883-887頁。

15 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』Vol.16No.3,2014年,4-12頁。

16 佐伯和子,前掲書1。

17 佐伯和子,前掲書1,884頁から抜粋。

18 佐伯和子,前掲書1,886頁から抜粋。

19 このカリキュラムにおいては、筆者が「個人」としてきたものは、個人・家族、「集団」としてきたものは、集団・組織として扱われている。

20 鈴木るり子「岩手県における保健師活動と保健師教育の現状と課題」『公衆衛生』Vol.80No.12,2016年,909-916頁。

21 日本看護協会「看護職の人材育成に関する要望書」2017(平成29)年4月19日,http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170421131138_f.pdf(2017年8月21日確認)

22 保健師助産師看護師学校養成所指定規則別表一(第二条関係)を抜粋。
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26F03502001001.html>(2017年9月24日確認)

23 全国保健師教育機関協議会は、保健師教育で強化すべき科目として、現行で教授している疫学、情報処理、保健福祉行政論の他に、社会学、経済学、マーケティング理論や公共政策論、地方行政論などの社会学や経済学関連の科目に加え、ストレス理論、学習理論、グループダイナミクス理論などの支援方法をあげている。また、今後、行政保健師が対応する健康課題は更に複雑・困難になるため、住民や関係機関との連携・調整に交渉力や調整能力、ケアのマネジメントとケアの質保証、健康ニーズへの施策化等と担っていかなければならないとし、これらの能力は、現状を調査して明らかにする能力、得られたエビデンスに基づいて資料を作り、必要性を訴えて合意形成を図り、物事を推進して行く能力であり、実践力と分析力・企画力を備えた質の高い保健師の育成が求められるとしている。(全国保健師教育機関協議会『平成20年度保健師教育の課題と方向性明確化のための調査報告書』第2版,2009(平成21)年3月,3-4頁。

http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h20houkokusyo_hokenshikyoikucyosa.pdf
(2017年8月21日確認)

24 厚生労働省「保健医療2035」策定懇談会『保健医療2035提言書』2015(平成27)年6月

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000088647.pdf
(2016年9月25日確認)

25 この提言書では、「保健医療分野のイノベーションを促すためには、基礎・臨床医学だけではなく、公衆衛生や疫学等の社会医学、医療経済・政策学、経営学、経済学、行動科学、工学などにおける、あらゆる知見を分野横断的に結集し活用する必要がある。また、それらは、政府や地域における保健医療政策立案・実行や政策評価にも資するものとする。このような学際的かつ実践的な取組みを推進させるための研究・教育環境の整備や人材育成を進めるための環境づくりを早急に進める。」と提言されている。

26 米国においては、より熟練したレベルで個人に焦点化した実践をする看護師が主流であるため、公衆衛生看護を専門とする方を選ぶ看護師（日本でいう保健師）を選ぶ者は少ないままであろうと予測されているが、だからこそ公衆衛生看護の声は失われてはならず、人口レベルの健康の専門知識の強化が必要となってくると論じられている（Susan M et al 「Creating the Future of Public Health Nursing:A Call to Action」『Public Health Nursing』Vol.32 No.2,2015年,91-93頁）

27 Susan M et al, 前掲書 26。

28 松本晴樹「ハーバードで公衆衛生を学ぶ」『公衆衛生』Vol.80No.12, 2016年, 935-937頁。

29 米国の学士課程における集団に焦点を当てた実習での成果として、学生は、住民とのパートナーシップや住民の参加と意思決定を促進するスキル、コミュニティアセスメントスキル、コミュニケーションスキルなど、住民は、満足感、ヘルスケアサービスの提供機会と質の向上、実習を受け入れた看護職は、看護職の役割の明確化、コミュニティとの協働の重要性についての自身の気づきがあげられている。（牛尾裕子, 竹村和子, 松下光子他「米国における population に焦点をあてた看護実践の学士課程教育の動向」『兵庫県立大学看護学部 地域ケア開発研究所紀要』Vol.23, 2016年, 1-14頁）

30 英国では、日本の保健師と類似する Health Visitor の基礎教育は、週の半分は講義、あとの半分は実習（1年間のうち講義 108日、実習 108日）であり、実践力が重視され、机上で学んだ理論を実習で実践し、定着させる仕組みとなっている。Health Visitor とは、0歳から5歳の子どもとその保護者を対象とし、個人・集団・地域全体の健康支援を行う職種であり、ヘルスセンターやクリニック等で、0歳から5歳の子どもを持つ家庭への家庭訪問や健康診断および健康教育などを行っている。一方、我が国における行政保健師は、乳児から高齢者までのすべてのライフステージの者を対象にしているにも関わらず、一般的に座学による講義の後に実習を行うことが多く、講義と実習が分断されており、実習日数が非常に少ない。（岩本里織「英国における保健師の卒前教育と卒後教育・CPDの現状と課題」『公衆衛生』Vol.80No.12, 2016年, 929-931頁）

31 現在、保健師基礎教育は、大学における選択制が主流である。しかし、2012（平成24）年度以降、新規に看護教育を開設した大学では、学士課程の卒業要件を 看護師国家試験受験資格だけとした大学も増えている。また、日本看護協会は、厚労省医政局に対し、「看護師養成の教育年限4年の実現」を2018（平成30）度の予算編成などに関する重点要望の一つとして提出した。「健康危機管理」も保健師基礎教育の内容として位置づけられている現行の指定規則では、短期大学等の1年課程でも教育年数の限界を感じている。少子化や、保健師の需要と供給も踏まえると、今後、保健師基礎教育は、大学院に重点を置かれることが予想される。日本看護協会より、2017（平成29）年4月19日付けで文部科学省に、大学院における保健師教育課程の設置推進の要望が提出されている。（村嶋幸代「多様な保健師教育の現状と今後の方向性」『保健師ジャーナル』Vol.69No.9, 2013年, 681-684頁。日本看護協会「平成30年度予算・政策に関する要望書」2017（平成29）年4月14日 http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170418114544_f.pdf）（2017年8月21日確認）。鈴木るり子, 前掲書 20。日本看護協会, 前掲書 21。）

ちなみに、2017（平成29）年4月1日現在、保健師基礎教育を大学院で実施しているのは、天使大学、北海道大学大学院、東北大学大学院、東京大学大学院、神戸大学大学院、武庫川女子大学大学院、岡山県立大学大学院、長崎県

立大学大学院、大分県立看護科学大学大学院の9校である（全国保健師教育機関協議会 会員校一覧 <http://www.zenhokyo.jp/mem/list.shtml>）（2017年8月21日確認）

³² 筆者の調査研究を踏まえ、以下の文献10点を参考に作成。

佐伯和子，前掲書1。澤田道夫，2017年度熊本県立大学シラバス「地方自治論」。澤田道夫，2017年度熊本県立大学シラバス「参加・協働論」。桑田耕太郎，田尾雅夫『組織論』初版，有斐閣，2008年。森下伸也『社会学がわかる事典』初版，日本実業出版社，2010年。田尾雅夫，川野祐二『ボランティア・NPOの組織論—非営利の経営を考える—』初版，学陽書房，2009年。園田恭一『健康の理論と保健社会学』初版，東京大学出版会，2000年。園田恭一『社会的健康論』初版，東信堂，2010年。川上憲人，橋本英樹，近藤尚己『社会と健康 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ』初版，2015年。イチロー・カワチ『命の格差は止められるのか ハーバード日本人教授の世界が注目する授業』初版，小学館，2013年。

³³ 下線部は現行のカリキュラムからの改正箇所である。

³⁴ 英国の Health Visitor 免許は、大学において資格認定可と判断された者が NMC(Nursing and Midwifery Council)で登録される登録制となっており、一度登録された免許は、3年ごとに更新しなければならない。登録更新の条件は、3年間で450時間以上の実務をした者で、かつ3年間で35時間以上の CPD(continuing professional development)を受講しなければならない、そのうち20時間は参加型の学習（インターネットによるものも可）をしなければならないという規定がある。（岩本里織，前掲書30）

³⁵ インターネット上で、「保健師人材育成」、「新人保健師研修ガイドライン」、「保健師人材育成指針」と検索し、入手できた資料および、それら資料が引用・参考文献としておりインターネット上で入手できた資料を検討している（2017年9月15日確認）。

³⁶ その背景として、平成19年度厚生労働科学研究報告書「保健師指導者の人材育成プログラムの開発」を参考に、保健師のキャリアラダーとして、新任期は、「職場適応と保健師としてのアイデンティティ」「個人・家族への責任ある対応の実施」をコア能力としていることが関係している。このキャリアラダーにおいて、中堅期では、「集団・地域を視野に入れた組織的対応の実施」「リーダーシップを発揮した活動の推進・評価 リーダーシップを発揮した 活動の推進・評価」、管理期では、「スーパーバイズ」「自治体における対応策のシステム化」をコア能力としている。

³⁷ 岡山県新任保健師実践プログラム策定検討会，岡山県保健福祉部保健福祉課『新任保健師実践プログラム—住民とともに実践できる保健師一人ひとりの保健師が“キラリ”と輝く岡山へ』2009（平成21）年3月，27頁。

³⁸ 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会 地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会『地域保健を支える人材の育成—実態調査と事例から見た将来像—』2004（平成13）年1月、厚生労働省『新任看護職員研修ガイドライン～保健師編～』2010（平成23）年2月、厚生労働省『保健師の人材育成計画策定ガイドライン』2016（平成28）年3月、保健師に係る研修のあり方等に関する検討会『保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～』2016（平成28）年3月を元に筆者作成。

³⁹ 岡山県新任保健師実践プログラム策定検討会，岡山県保健福祉部保健福祉課『新任保健師実践プログラム—住民とともに実践できる保健師一人ひとりの保健師が“キラリ”と輝く岡山へ』2009（平成21）年3月、茨城県保健師の

新任期人材育成ガイドライン作成検討会 茨城県保健福祉部保健予防課『新任保健師育成ガイドライン～保健師の実践知・経験知を言語化して伝えよう～』2010（平成22）年3月、熊本県健康福祉部健康局『熊本県保健師人材育成指針～目指そう！くまもと県民が輝く健康なまちづくり～』2012（平成24）年3月、福島県保健福祉部『福島県保健師現任教育指針・プログラム別冊 プリセプターの技術的指導手引き』2013（平成25）年12月、栃木県保健福祉部『栃木県保健師現任教育指針』2014（平成26）年3月を元に筆者作成。

40 長崎県福祉保健部『長崎県新任保健師現任教育ガイドライン』2014（平成26）年3月、島根県健康福祉部『島根県保健師人材育成ガイドライン～中堅期・管理期保健師の力量形成に向けて』2014（平成26）年6月、宮城県保健福祉部『みやぎの保健師人材育成ガイドライン』2016（平成28）年2月を元に筆者作成。

41 福岡県保健医療介護部健康増進課『福岡県地域保健従事者現任教育指針—専門技術編一』2016（平成28）年2月、千葉県健康福祉部健康づくり支援課『千葉県保健師活動指針 千葉県保健師現任教育マニュアル』2016（平成28）年3月、広島県健康福祉局健康福祉総務課『広島県保健師人材育成ガイドライン』2016（平成28）年8月、岐阜県健康福祉部保健医療課『岐阜県保健師現任教育マニュアル（改定版）』2017（平成29）年3月を元に筆者作成。

42 福島県保健福祉部『福島県保健師現任教育指針・プログラム別冊 プリセプターの技術的指導手引き』2013（平成25）年12月，21-25頁。

43 福岡県保健医療介護部健康増進課『福岡県地域保健従事者現任教育指針—専門技術編一』2016（平成28）年2月，38-39頁。

44 佐伯和子，和泉比佐子他，前掲書11。

45 小規模自治体では「保健師数が少ない」「保健師の採用が長期間なかったため指導者層がない」「業務量が多く人材育成が後回しになる」等の背景要因から、「人材育成計画の立案そのものが困難」という状況であることが把握されている。（一般財団法人 日本公衆衛生協会 保健師活動指針の活用に係る事例の収集有識者会『平成27年度地域保健総合推進事業「保健師活動指針の活用に係る事例の収集」報告書』2016（平成28）年3月，7頁。）

46 『保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ』では、中堅期以降において、地区組織活動の能力として、「住民のともに活動しながら、住民ニーズに応じた組織化が提案できる。」「関係機関と協働し、必要に応じて新たな資源やネットワークの立ち上げを検討することができる。」や、事業化・施策化能力として、「地域の健康課題を明らかにし、評価に基づく事業の見直しや新規事業計画を提案できる」「地域の健康課題を解決するための自組織のビジョンを踏まえた施策を各種保健医療福祉計画策定時に提案できる」などが挙げられている。（『保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～』2016（平成28）年3月31日，12-13頁。

47 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・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，32-41頁。

48 「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。

49 今回の調査において、健康づくり推進員は、1グループのみにしかインタビューをしていないため、すべての健康づくり推進員に共通することではないと考える。

-
- 50 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織「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』第56巻第6号, 2009年, 391-401頁。
- 51 藪本初音「大阪市保健師の専門性の維持と向上および活動形態の変遷」『公衆衛生』Vol.80No.12, 2016年, 917-922頁。

おわりに

行政保健師の専門性は、集団に焦点を当てた公衆衛生看護を実践することにより施策化能力を高めることにある。これが、本論文における結論である。

行政保健師は、保健師としてだけではなく、行政職としても、公衆衛生に寄与する存在である。保健師は、その基礎教育において、公衆衛生看護とは住民との協働を前提としたものであると教育を受ける。

「住民のために」「住民とともに」という姿勢を教え込まれ、それを実現するために、行政機関に就職する。就職する前から、このように教育され、その意思を持って就職してする職種は他にいないのではないだろうか。近年は、自治体におけるまちづくりにおいて、住民との協働が重視されている。基礎教育で学んだことを実践できれば、行政保健師は、公衆衛生看護をとおして、住民との協働のまちづくりを推進でき、自治体にはなくてはならない専門職になれるはずである。しかし、就職した後、行政保健師達は、自信をなくし、他職種からは、「何する人ぞ。」と言われてしまう。なぜ、そうなっているのか。その要因と解決策を探ったのが本論文である。

行政保健師の活動は拡大する一方である。それは、行政保健師の活動指針となる通知「地域における保健師の保健活動について」が改正される度に、活動内容が増え、詳細になっていることを見れば明らかである。この拡大する活動に、行政保健師達は追いつくことができず、自分たちの専門性に自信を持っていないのではないか。多くの業務を抱える中でも、行政保健師の核となる活動が明確であり、それを実践できれば、行政保健師は自信を持って活動できると考えた。

行政保健師は、その活動の歴史から、個を対象とした家庭訪問や保健指導を中心とした活動が伝承されてきている。しかし、その家庭訪問や保健指導は、他職種によって担われ、業者への委託も進んできている。その中で、行政保健師にしかできない代替不可能性を見つけることが専門性につながる。さらに、行政保健師は、保健師という専門

職であると同時に、行政職でもあり、両方のバランスある立ち位置を確保することが求められる。

この2つに答える能力が集団への支援能力と施策化能力だと考えた。だが、施策化能力は、30年前にその概念が持ち込まれたにも関わらず、現在においても十分に培われておらず、強化が必要だと言われている。また、「集団」を対象とした活動は、「個人」や「地域」を対象とした活動より少ない実態が見られた。

集団は、名目集団と社会集団に分けられる。名目的な集団は、保健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の集団である。社会集団は、地域の集団・組織と捉えることができ、セルフヘルプグループや、健康づくり推進員、老人クラブ、町内会などといった住民組織が該当する。公衆衛生看護では、行政保健師の関わりにより、名目的な集団が社会集団に発展していくことがある。その代表的な集団が、セルフヘルプグループである。行政保健師は、地域の中で、名目的な集団が社会集団と変わる可能性や必要性を見極め、継続した支援していく。そして、この活動は、常に施策化と関連している。「個」へのアプローチも必要であるが、「集団」へのアプローチはより多くの住民のエンパワーメントにつながる。住民と協働した公衆衛生看護を展開していくためには、社会集団である住民組織に着目した活動を強化し、住民組織をエンパワーメントすることが有効であると考えた。

そこで、住民組織の活動とその地域への影響を把握するにあたり、ソーシャル・キャピタルの概念を基礎においた。今回、住民組織のソーシャル・キャピタルの実態に関する調査研究をとおして、住民組織は、どのような種類の組織であっても、地域に働きかけることのできる力を秘めていると感じた。また、住民組織の発展と、結合型ソーシャル・キャピタル（組織内のメンバーのつながり）、橋渡し型ソーシャル・キャピタル（他組織・他者とのつながり）、地域のソーシャル・キャピタルは互いに影響し合う関係であることが推察された。

行政保健師には、これら住民組織の力を引き出せるような支援が求められる。そして、公衆衛生看護と社会福祉、市町村保健師と都道府

県の保健師との連携によって、多様な住民組織の協働を生み出すことができる。この協働が進むことによって、どのライフステージ、どんな健康レベルであっても、保健と福祉双方の恩恵を受けられ、顕在的健康課題、潜在的健康課題のどちらにも対応できる地域がつくられていくことが期待できる。

これを実現させるためには、行政保健師の能力を高める必要があり、保健師基礎教育カリキュラムの改正と現任教育プログラムの提案を行った。その要点は、基礎教育カリキュラムにおいては、集団に焦点を当てた知識・技術が習得できる独立した単位の設定、現任教育プログラムにおいては、新人期からの住民組織支援および住民組織との施策化の実践である。

この提案が実践されることにより、行政保健師は、新人期から、住民組織と対等な関係で、ともに成長しながら、地域の健康課題と解決策を考えることができるようになると考えている。

2016（平成28）年4月に熊本地震が起こり、多くの住民が避難所生活を経験した。その避難所運営は、自治体職員や避難所となった学校の教職員など一部の者に大きく負担がかかった所¹があった一方で、住民が自主的に役割分担をして住民共助で運営された所²もあったという。このような違いがでる背景には、その地域のソーシャル・キャピタルが関係していると考えられる。日頃の活動などを通して、地域のソーシャル・キャピタルが醸成しているかどうか、災害などの非常時に、その地域の住民が協働の意識を持ち、行動を起こすかを左右するのではないだろうか。

「健康」はすべての住民に共通するテーマである。この「健康」をいかに維持・増進していくか、行政保健師が、この目標を住民と共有し一緒に活動することで、行政と住民との協働、多様な住民組織や関係機関との協働が生まれ、地域のソーシャル・キャピタルが醸成し、平常時であっても、非常時であっても、住民同士でネットワークを組み、助け合っていける地域が形成されると考える。

筆者は、約3年間、県保健師として保健所に勤務し、その期間に、

難病の患者会の立ち上げに関わった。それは、公衆衛生看護とは、住民とともに作りあげるものであり、患者や家族が集結し、集団となった時の力は、個々の力を単純に足したものよりはるかに大きいことを実感した経験であった。しかし、他の患者会の衰退を耳にする中で、立ち上げたら終わりではなく、その後、そのグループが地域の中で、どのように根付き、発展していくかが重要であり、そこに行政保健師の支援力が試されるのではないかと考えていた。その当時の考えが、今回の論文につながっている。今度は、この論文が実践につながるよう、住民組織の発展や地域のソーシャル・キャピタルの醸成、そして、行政保健師の活動に貢献していきたい。

本論文の調査研究は、A 県内の限られた住民組織を対象とした質的研究であるため、一般化することには限界がある。今後は、量的調査を通して、あらゆる住民組織において測定できる「住民組織の発展」、「結合型ソーシャル・キャピタル（組織内のメンバーのつながり）」、「橋渡し型ソーシャル・キャピタル（他組織・他者とのつながり）」評価項目を開発し、これら 3 項目と地域のソーシャル・キャピタルとの関連性を明らかにすることが課題である。

¹熊本日日新聞「教職員避難所で奮闘 学校に寝泊まり食事準備も」（2016 年 6 月 27 日）

²熊本日日新聞「熊本地震 避難所住民共助で運営」（2016 年 4 月 25 日）