

厚生労働科学研究費補助金 特別研究事業  
研究課題番号：H-17 特別-052

健康フロンティア戦略における  
保健師配置基準の策定に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 伊藤 雅治  
(社団法人 全国保健センター連合会)

平成18年(2006)3月

# 目 次

## I 総 括

- 健康フロンティア戦略における保健師配置基準の策定に関する研究総括…… 3  
主任研究者 伊藤 雅治（社団法人 全国保健センター連合会）
- 保健師の適正配置に関する基礎的な知見を得るために…… 7  
研究協力者 田尾 雅夫（京都大学経済学研究科）

## II 分担研究報告

- 保健師活動の実態分析…… 15  
分担研究者 筒井 孝子（国立保健医療科学院福祉サービス部）
- 帰納法による配置基準の検討…… 119  
分担研究者 尾島 俊之（自治医科大学公衆衛生学）

## III 資 料

- 文献一覧…… 133

## 班員構成

### 主任研究者

伊藤 雅治

(社)全国保健センター連合会 理事長

### 分担研究者

尾島 俊之

自治医科大学公衆衛生学 助教授

筒井 孝子

国立保健医療科学院福祉サービス部  
福祉マネジメント室 室長

### 研究協力者

田尾 雅夫

京都大学経済学研究科 教授

藤内 修二

大分県福祉保健部健康対策課 参事

後閑 容子

岐阜大学医学部看護学科 教授

山田 篤裕

慶應義塾大学経済学部 助教授

村中 峯子

(社)全国保健センター連合会 企画部企画研究室長

石井 和人

南多摩保健所生活環境安全課 課長

大塚 宏子

千葉県柏市役所保健福祉部  
保健福祉総務課保健所準備室 専門監

橋本 修二

藤田保健衛生大学医学部衛生学 教授

# I. 総括

## 健康フロンティア戦略における 保健師配置基準の策定に関する研究総括

主任研究者 伊藤 雅治 (社団法人 全国保健センター連合会)

これまでの保健師配置基準に関する研究としては、平成5年度「平成5年度の保健婦の配置のガイドラインに関する研究（主任研究者：古市圭治）」によるもの、平成10年度「これから地域保健活動のあり方と保健婦の活動方法に関する研究（主任研究者：湯沢布矢子）」によるもの、平成11年度～13年度「21世紀の保健福祉対策に従事する保健婦（士）の配置のあり方に関する研究（主任研究者：北川定謙）」によるものがあるが、実際に市町村が保健師配置にあたって参照する保健師配置のガイドラインは古市研究班の成果を基に策定されたものである。しかしながら、その後の地域保健を取り巻く状況は介護保険制度の実施や生活習慣病対策の強化、市町村合併の進行や市町村財政状況の悪化等の大きく変化しており、の中で新たなガイドラインの策定が求められていることから、本研究班が設置された。

本研究班報告書では研究協力者として田尾先生に、保健師の適正配置に関する基礎的、理論的考察を担当していただいた。現在すべての分野において、公共のあるいは行政サービスの果たすべき役割が問われており、保健師の適正配置をめぐる議論も、保健師を人的資源として、何のために、どこに、どのように配置するかについての理論的根拠を明確に示すべきであるという観点に立って、保健師配置を検討するにあたっての理論的な枠組みを整理していただいた。行財政改革の中で公的な関与をできるだけ少なくするという、いわゆるNPM(New Public Management)の流れの中で、保健師の配置基準を考えるにあたり、保健師業務についても、アウトソーシングや民間委託等の現場の直接サービスの外部化の動向は無視できないと提言された。

さらに保健師がプロフェッションとして社会の要請に応えるためには、一律にその領域の拡張や拡大を図るよりも、保健師の業務をコア業務と周辺業務という概念で整理し、コア業務についてはアウトソーシングすべきではないという整理をすべきであるとされた。

分担研究者の筒井先生には、保健活動の中核を担う保健師の配置人数は、保健分野のみならず、福祉、介護、国保などの関連する部門でも重要となっており、これらの分野における公務労働としての保健師活動の必要性を示すエビデンスと、そのエビデンスに基づいた人員配置の考え方を明確に示すことが求められているとの考え方にたって、実態調査に基づいた広範な実態分析をしていただいた。

この中で、保健師の中核的な業務が何であるかを検討するため、保健師が重要と考えている業務を自由記述で回答してもらった結果、「処遇困難事例への関与」「ハイリスク事例への関与」「危機介入事例への関与」「虐待事例への関与」等個別事例への対応が重要であると考えていることが分かった。次いで「健康づくり」という回答が多く、保健師自身が業務の中核と考えているのは、「個別事例への介入」と「健康づくり」であることが分かった。

また、市町村の人口規模別保健師の活動パターンを分析し、住民一人当たり提供される保健師のサービス提供時間は、人口規模が大きくなるほど減少していることが明らかとなった。調査対象とした 274 市町村の結果では、提供時間が最も長い奈良県野迫川村の 14.44 分と最も短い三重県上野市の 0.33 分で 46.8 倍の格差があった。

さらに、近年保健師業務において連携活動の重要性が指摘されているが、15 項目の調査から連携活動評価得点を算出し、市町村の連携活動評価得点群別に住民に提供される保健活動時間を分析した結果、連携得点が高い市町村では、得点が低い市町村に比較して 1.8 倍の時間を住民一人当たり提供していた。このように、筒井先生からは、保健師の配置基準を検討する際の量的な指標のみならず、質的な指標への配慮が必要なることを示唆していただいた。

分担研究者の尾島先生には、現在の保健師数、保健師活動量を基礎として、帰納的方法によって配置基準の算定を行っていただいた。保健師数についての回帰分析、保健師活動についての回帰分析から、一般市町村と保健所設置市の人口規模別の配置基準案及び、人口規模の他に面積の大きな市町村の加算を行う補正係数も示していただいた。帰納的方法による配置基準案の考え方は、現状に即してそれぞれの市町村が保健師配置の充足度がどのレベルに位置しているかを判断するには極めて有効である。

今後コア業務と周辺業務の整理、アウトソーシングに対する考え方、健康ボランティア戦略等の生活習慣病への市町村の対応等を考慮して、さらにこの研究結果を基に、市町村保健行政の環境変化に対応できる行政の指針として示せる保健師配置基準の考え方として整理する必要がある。今回の当研究班に実質的に与えられた研究期間は 3 ヶ月と極めて限られていたが、さらに継続し、

- ① 市町村、都道府県における保健師のコア業務の概念の整理をし、保健師配置の根拠を明確にする。
- ② 少子高齢社会、成熟社会における住民との協働等を考慮した保健師活動への期待。
- ③ 保健部局への集中配置から、介護、福祉も含めた分散配置への変更等

といった要素を加味した配置の考え方を引き続き検討し、研究結果をまとめる必要があると考えている。

# 保健師の適正配置に関する基礎的な知見を得るために

田尾 雅夫 (京都大学経済学研究科)

## I 議論の前提

なぜ、今、保健師の適正配置が議論されるのか。当面の問題としては市町村合併に伴って新たに人員配置をどのようにするかという実務的に再考すべき問題としてクローズアップされている。しかし、この際、それよりもさらに深い問題として捉えるべきであると考えられる。というのは、それを詳細に論じようとするほど、この社会における公共の、あるいは行政サービスの果たすべき役割が、今、問われつつあり、またその延長上で保健師がどのように位置づけられるかが、問われているからである。

その適正配置のためには、保健師を人的資源として、何のために、どこに、どのように配置するかについて理論的な根拠を明確に示すべきである。

その論拠は次節で論じるとして、以下では、なぜそのような議論に至らざるを得なくなったかを考えたい。大筋では3つの背景的要因が考えられる。

### 1) NPM(New Public Management)への対応

一つは、(すでに英国やニュージーランドにおける事例があり)グローバルな影響であるともいえるが、この社会の基本的な問題として、公共領域の見直しがある。行財政改革のなかで公的な関与を少なくしたいという趨勢は、すでに止めがたい。とくに現前の財政危機については、行政による関与はできるだけ少なくしたいという、いわゆるNPM(New Public Management)の立場がある。これについては異論もあるが、それ相応の対応は止むを得ないことである。それは、行政部門に成果重視の思考を取り入れ、企業モデルに準拠して、とくにコスト重視の行政経営を志向するというものである。その過程で、公民パートナーシップが議論されたりする。現状では、現場の直接サービスは外部化(アウトソーシング、民間委託や民営化、エージェンシー化など)というNPMに沿った施策展開の動向は無視できない。

保健師についても、この流れの中にあることは明らかである。NPMになじまない部分は多々あるとしても、コストへの配慮や効率化について配慮すべきであるし、アカウントビリティ(結果・報告責任)を果たすべきであるという公共一般に課せられた責任を共有すべき立場にある。保健師もまた、自らの業務の正当性とコストを考えるべきである。

### 2) 市民社会の成熟

しかし他方、市民社会の成熟ということがある。この含意は、市民がそれぞれ独自のニーズを有し、それぞれがそれを得ようとして行動を起こすことを当然とする社会に変化したということである。当然、これに対しては行政サービスが不足を来たすのは当然の成り行きである。これが行政の肥大化を招来した一因という説もあるが、物言う市民が公共空



間の彩を豊かにしたということとそれをむしろ前向きに評価すべきである。その場合は、市民も公共サービスにおいて、さらに行政の発給するサービスにおいて相応の負担を担うべきという論理に到達する。近年、喧伝されるパートナーシップやコラボレーションなどはこの議論の延長上にある。

保健師の役割の再考もこの議論に沿うべきであると考え。行政一般がそうであるように、公共を担う役割に市民を取り込まなければならない。市民もまた公共に積極的に参加しなければならない。地域保健の領域で、保健師が一方的な当事者ですべての事柄に対応しなければならない時代は終わろうとしている。そのようなオールマイティへの対応は、期待されないなくなりつつある。逆に、その役割は市民との連携、あるいはネットワークによって果たされようとしている。

### 3) 専門性(技術や技法)が問われる

この社会は、量も相変わらず重要ではあるが、それ以上にサービスの質を問う社会である。職業の正当性は、その質を保証できる人的資源となりえるかどうかによって決定されることが多くなった。言い換えれば、内実のあるプロフェッションであるかどうかということである。市民の、サービスの受け手の要望が多様化し複雑になり、しかもボイス(異議申し立て)を伴うものになった。それに相対しなければならなくなった。そのためには、プロフェッションとしては専門性と自立性(自律性)を備えるべきである。とくにヒューマン・サービスでは、それが必須となる。注1)

医師や弁護士を頂点としたプロフェッショナルの階層性が典型的にみられる仕組みが、すでにあるが、このなかで、いわば医師の専門性に対抗して、保健師でなければできない何か、それを成すための専門性とは何か問われるようになったのである。公共サービスの効率化に向けても、成熟を遂げた市民社会に向けても、保健師がプロフェッションであることが何よりも重要なのである。

以上のような与件が、保健師の、この社会での役割を変更させようとしている。この変動のなかで、保健師がプロフェッションとして、社会の要請に応えるためには、従来の役割を漫然と踏襲するのではなく、積極的に意識も行動も変化させるべきではないかと考える。そのためには、公共サービス一般のなかでその領域の拡張や拡大を図るよりも、何が本質的に重要か、欠かせないか、そのコアを確定する必要がある。

では一般的に、コアとは何か。

そのコアとは以下の3つの要件に要約できる。

- a) この社会への影響が大きい業務はコアであるといってよい。その部分はアウトソーシングすべきではない。
- b) また、他の職種では代替できない業務もコアである。したがって、
- c) 他の関連職種への影響が大きいであろうことは疑いない。その業務の成否が他の職種へ大きく波及するほどコアであるといえる。a)に対比していえば、組織内部的に重要であるといってもよい。

以上を保健師に当てはめると、保健業務の、あるいは公共サービス全般でその中心部分を担う部分を明らかにすることである。保健師の仕事で何よりも(この部分だけは他に移譲

できない)重要な仕事とは、保健師にしかできない業務とは、そしてそれに連なるべきミッションとは何かを明確にすることである。

## II 現状分析

以上を考える場合、保健師にはどのような業務があるのか、それを具体的にすることである。保健師は、どこで何を、どのようにしているのかを明らかにすることである。それに供する枠組みとして、以下のように、ルーティン（日々の、いわば通常業務）と意思決定(判断)に係わる業務と2分する一般的な区分基準がある。

○ルーティンの日常業務とは、日々繰り返し行うことで、ほぼパターン化されている業務である。判断する機会が少ないということもできる。したがって、場合によっては、省略できる、つまり、短絡化（手続きなどの簡素化）、合理化（機械化などを含む）、そして他の職種への移譲（民間委託や市民との協働）もできなくはないとされる。アウトソーシングが可能なのは、その多くはこのような業務である。

しかし、保健師を含むヒューマン・サービスではルーティン（直接サービス）こそが意味を有している。質の担保が重要であるほど、むしろこれこそがむしろ省略できないと考えるべきである。対人的なサービス業務を、その本質を理解できない職種に移譲できるかという問題は、依然深刻な問題として残される。

### ○判断業務

以上に対して判断を伴う業務は、その決定の質の重要度が問われる。その決定の誤りによっては、他の業務に深刻さや影響の及ぶ範囲が大きく広がることもある。とくに、行政システムの中での誤った決定は長期的によくない影響を与えることもあり得る。ある考え方を採用するかしないか、採用した場合の手法や技法の選択にも係わる。当然ではあるがその地域の中長期的な企画立案も判断を伴う業務である。

保健師の場合、以下の区別がすでにある。

- a)企画・調整関連
- b)保健福祉事業
- c)その他

a)はほぼ判断業務に対応し、b)はルーティン業務に対応するとされる。c)とは、区分しがたい領域である。保健師には今、一貫した傾向として、近年 a)が膨らみ、b)が減少傾向にある。(図1「保健師の業務領域の変化」参照)なぜ、このような傾向が生じたのかについては、その背景的な要因について慎重な分析が必要であるが、概していえることは、保健師が、従来 of ヒューマン・サービスの提供主体から、行政サービスの企画立案をになう仕事に係わるようになってきたことを示唆していると考えられる。注2)

その傾向に重ねて、さらに今後、企画・調整関連の、いわば間接的な業務が保健師の活動に主たる活動になりそうであるとの前提に立って、今後の新しい保健師の役割を構想し

たい。

しかし、その議論を成立させるために、保健師がなぜそのような立場に立たなければならないか、その前提となる根拠を考えたい。

### 1) 資源配分の重要性

もっとも重要な論点は、超高齢社会が到来するということである。この社会において資源の減少は必至とされる。少ない資源を適正に配分するために、だれがそれを考えるのか、その役割を保健師に期待できないだろうか。

### 2) 市民社会の成熟

繰り返すが、市民社会の成熟がある。しかし、それを裏返せば、ステークホルダーの活発化を当然とする社会である。ニーズの拡大に伴って、だれもがより多くより上質のサービスを求めるようになる。それをだれが仕切るのか。保健師にそれを期待できないだろうか。

### 3) 中長期的視点

ということは、地域社会の強化や再生について、さらにいっそう企画立案の重要性が増すということである。保健師が、そのような作業に動員されるべきであることはいうまでもないと考える。それに応えるために保健師は、従来にもまして果たすべき役割の重要性が大きくなると考えるべきである。

以上のような背景が、否が応でも保健師に新しい役割を担うことを強要しているといってもよいのではないか。

しかし、その期待に応えるためには、

#### 1) 保健師の能力の向上

能力の向上は当然であるが、それには責任と裁量が伴うべきである。能力の向上は意思決定の決定権限と対応している。そのためには、保健師の業務の明確化が図られるべきである。その仕組みが整備されれば、保健師のモチベーションは向上に向かうであろう。

#### 2) 行政の対応

以上の仕組みは行政が人的資源として保健師を活用できるかということと表裏一体である。一般行政職との関係が明確にならなければならない。どこでどのように資源として活かすかは、行政サービスの仕組み一般のなかで位置づけられるべきである。

#### 3) パートナーシップの可能性

その上で、外部化できるものがあればするのである。外部化できるということは保健師のコアではない部分である。しかし、それを放棄するのではなく、コミュニティの再建などのために、市民という資源の活用を含めて係わりは、従前のようになければならない。

### III 残された問題

以上の議論に対して反論が予想される。現場があつての保健師ではないか、もしも保健師がオフィスに籠もってしまえば、現場の状況を把握できなくなり、決定そのものが誤るのではないかという危惧である。加えて、たとえルーティン業務でもマニュアル化できない仕事は多い。長年の経験とカンが必要である。勝手の分からないままの外部化は多くのリスクを抱えることになり、逆にコストを多くするのではないか。

また、保健師自身のモチベーションも重要である。負担が増えて行き詰るようでは意味がない。保健師が果たすべき仕事について、負担の軽減が伴うべきで、それには身体的と心理的(精神的)な負担への配慮が欠かせない。コア業務とは、その枠組みのなかで考えることである。

これだけは移譲できない、保健師でなければできないというコア業務を明確にして、さらにそのコア業務の内容の充実のためにどのような工夫が必要であるかを考える。

1) 数字で明らかにできる部分は主観的でなく、数字で計量的に示したい。何人の配置は絶対に必要であるかを、必ずしも万能ではないが、可能な限り、説得的である限り数字による計量的な表現が望まれる。

2) 成果の明示を試みたい。成果とは評価されるべきである。できれば目に見える成果として示したい。成果に関する合意は、公共サービスではステークホルダーが多くなり明確ではないことも多いが、それでも欠かせない。

すでに述べたアカウントビリティとは、公共に係わるほど欠かせない。保健師はこの社会に貢献しているということの評価されなければならない。そのためには、現状の改善だけではなく、今後、何をしなければならないか、将来に向けて、来るべき超高齢社会のために何をしているのかを明確に提示することである。

3) その際、他の職種との区分け、そして協働が必要になる。どの業務が移譲できるか、そして、移譲できない仕事とは何かが議論される。そして、移譲の後も、ネットワークのなかで、それをどのように分担するかが問われることになる。保健師は有能なネットワークでなければならない。ネットワークを構築がもっとも重要な業務になるという見方もある。注3) 市民という資源をいっそう活用して、コミュニティの維持、あるいは再生を担うのである。そのような業務が今後、保健師の役割として増えることは明らかであろう。

今後、これを機に単に配置だけではなく、保健師の採用、研修など人的資源管理全般についてのビッグマップを考えるべきではないだろうか。適正配置とはいうまでもないが、数量の問題だけではなく、どのように質を確保できるか、あるいはミッションの達成のためのコストやリスクの問題でもある。効率的にマネジメントできるかどうか問われているのである。

注1) ヒューマン・サービスの特異性については、拙著「ヒューマン・サービスの組織」(法律文化社、1995)、および「ヒューマン・サービスの経営」(有斐閣、2001)を参照されたい。その特異性に注目すれば、NPM一般の枠組みでは理解できないところが残されることもあり得る。

注2) 「市町村保健センターのあり方研究会」の報告にも保健師の業務について「直接サービス提供機能」「行政機能」および「住民活動支援機能」の区別がある。それとの対応をいえば、企画・調整関連の業務は、行政的で住民支援的な機能に重なると考えてよい。

注3) 筒井孝子・野村陽子「保健師の業務時間分析からみた地域保険活動の今後」(保健師ジャーナル、61/8、2005)も、連携ネットワークの構築能力が今後さらにいっそう問われると指摘している。

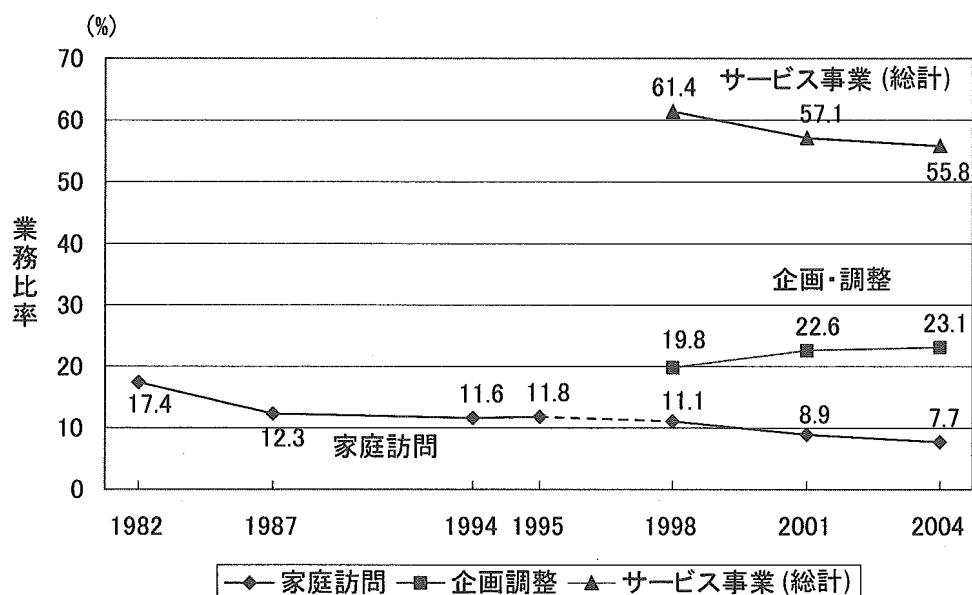


図1 保健師の業務領域の変化

注)本図は、保健師活動調査(厚生労働省健康局総務課保健指導室)の年次報告書の記載を著者が集約して図示した。

## II. 分担研究報告

健康フロンティア戦略における保健師配置基準の策定に関する研究

—保健師活動の実態分析—

国立保健医療科学院 福祉サービス部

筒井 孝子

## I. はじめに

国が示している健康フロンティア戦略では、介護予防および生活習慣病予防を充実・強化していくことが目標とされている。これに伴い、平成 18 年度からは介護予防対策がはじまり、また生活習慣病対策も平成 20 年度実施に向けた体制の整備が開始されている。このように国民の健康に関する施策は、大きく推進されている。

これらの施策の推進は、市町村行政によって行われることとされ、健康フロンティア戦略を効果的に推進するためには、市町村の活動体制を強化する必要があると考えられているが、平成の大合併の下で市町村合併は、すでに 8 割の自治体で行われ、これにより保健活動の第一線機関である市町村組織が大きく変化しつつある。

例えば、市町村においては、合併に伴う公務員の定員削減が実施されており、この定員削減と保健師等の専門技術職員の配置は、無縁とは言えない状況となってきた。保健活動の中核を担う保健師の配置人数は、保健分野のみならず、福祉、介護、国保などの関連する部門にとっても重要である。しかし、これらの分野においても公務労働としての保健師活動の必要性を示すエビデンスが求められ、このエビデンスに基づいた人員配置基準の考え方が明確にされることが必須の事項となりつつある。

そこで本研究においては、全国の保健師の勤務場所や近年の保健師人数の変動傾向について概要を明らかにしながら、市町村保健師全数調査および保健師の業務量調査のデータを基に以下の 3 点について明らかにすることを目的とする。

第一に、市町村保健師自身が重要と考えている地域におけるサービスの内容を明らかにする。

第二に、厚生労働省が調査した市町村保健師における活動調査および活動領域データを用いて、これらの市町村別の保健師活動時間の実態を分析し、これら保健師の活動内容別時間と関連する要因について明らかにする。

第三に、厚生労働省が調査した保健師活動調査および活動領域データと連携活動に関する全国調査のデータを用いて、2 種類の調査が同時期に実施された地域を抽出し、連携活動得点の高低によって市町村を分類し、この分類別に市町村別の業務時間の実態を明らかにする。



## II. 研究目的

- 1.市町村保健師自身が重要と考えている業務および保健師が評価して欲しい内容等を明らかにする。
- 2.市町村保健師の業務内容と関連する要因を明らかにする。
- 3.市町村保健師の連携活動得点別に業務内容別時間を明らかにする。

## III. 方法

### 1.市町村保健師の連携活動等に関する全国調査

#### (1) 事前調査

市町村に所属する保健師にかかる業務の実態を把握するため悉皆調査を実施した。この調査実施にあたっては全国の市町村の様々な部署で働く、すべての保健師に調査票が確実に配布されることを企図し、全国の市区町村の機関に所属する保健師全員（平成15年当時）21,631名を調査対象とした。

まず全国の市町村の保健福祉に関連する部署に対して、研究者が調査研究協力依頼を行った。協力依頼は、研究の主旨および方法について口頭および文書にて説明し、調査研究への参加について尋ね、書面にて同意が得られた保健師16,352名に連携活動の実態やその評価に関する調査票を送付した。

#### (2) 調査対象および方法

本調査は、郵送調査法により実施し、調査期間は2003年12月から2004年8月まで実施した。この間、調査票の不備、不明な内容については再度、調査票を送った。この調査期間中、調査に対するヘルプデスクを設置し、質問内容についての質疑を受け付けた。

さらに、この調査票で用いられている連携の定義は、「連携とは、異なる専門職や機関（もしくは組織）が、より良い課題解決のために、共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」としたことを調査の手引きに明記し、内容の質問の際にもこの定義を引用して回答を求めた。

#### (3) 調査内容

保健師にとって重要な業務、どのような業務を評価されたいか、仕事において不満な点について自由に記述することを依頼した。また連携に関しては、連携活動能力評価尺度を用いて評価した。

これは、一般的な保健師活動に関する15項目を「0点：全くしない」「1点：あまりしていない」「2点：ある程度している」「3点：よくしている」として連携活動を評価する尺度である。得点が高いほど連携活動を行っている」と解釈できる尺度として開発されている。

## 2.市町村保健師の活動調査

### (1) 調査対象および方法

本調査は、厚生労働省健康局総務課保健指導室によって2年毎に実施している調査であり、各都道府県に対して市町村を人口規模別にサンプリングすることを依頼し、調査データの収集を実施している。データの収集、結果のとりまとめは、都道府県が行っている。

調査は、調査票を用いて対象保健師の調査月における業務従事時間が記入される方法を行っている。調査方法は、「保健師活動調査実施要綱」に基づいて行われ、都道府県が保健所、市町村の人口規模を考慮し、実施する市町村を選定している。

### (2) 調査内容

市町村において地域保健福祉活動（介護保険業務を含む）に従事するすべての保健師の業務内容、業務量の現状を把握するため、「保健師活動調査記入要綱」に基づいて業務に従事する4時間を1単位とし、業務内容・時間により、1単位に満たない場合は0.5単位ずつ記入することを依頼している。

業務内容の記入区分は、1.地区管理、2.保健福祉事業、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.その他と大きく8分類が定められており、この分類別に、それぞれ中分類が示され、この中分類毎に業務時間のデータが収集されることになっている。

この結果、収集されるデータは、1.地区管理における調査・研究、地区管理の2分類、2.保健福祉事業のもとに、家庭訪問、保健指導、健康相談、健康診査、健康教育、デイケア、機能訓練、地区組織活動、予防接種、その他の10分類がなされ、3.コーディネートは、個別の会議と個別の会議以外の関係機関との連絡調整、地域の会議と地域の会議以外の関係機関との連絡調整の4分類がなされていた。4.教育・研修については、研修企画と実習指導の2分類があり、5.業務管理、6.業務連絡・事務、7.研修参加、8.その他には下位の分類はなかった。このことから、保健師の活動内容別時間の種類としては、22分類別の業務時間が算出され記入されることとされている。

## 3.分析方法

### 1) 保健師にとって重要な業務および評価して欲しい内容、仕事について不満な点の分析

自由に記述された内容をすべて入力し、キーワードを抽出した。さらに、これらのキーワード別に記述された内容を分類した。この分類した内容については、地域で保健活動に従事している保健師らによって構成された検討委員会において記述内容の分析を依頼し、その記述の内容について、さらに分類することを依頼した。この結果、分類された内容別に記述内容を再度コーディングし、分類別の人数を算出した。

## 2) 保健師の業務内容別時間

厚生労働省が実施した保健師活動調査結果が示されたデータベースを利用した。この保健師活動調査結果を基に、業務時間が長い市町村と短い市町村について分析を行った結果、人口規模による業務内容別時間への影響が大きいことが分かった。このため人口規模に関する新たな変数として、3万人未満、3-20万人未満、20万以上という3つのカテゴリを持つ変数を創り、このカテゴリ別に解析を実施した。

## 3) 業務内容別時間と連携活動得点との関係

業務内容別時間のデータにおける市町村コードを基に同一の市町村で実施された保健師における連携活動のデータを抽出し、連携活動得点別の業務内容を分析した。これらの統計解析に際しては、SPSS12.0J for Windowsを使用した。

# IV. 結果

## 1. 就業保健師の概要

### (1) 都道府県別就業保健師数の年次推移および歳入、他職種の人数との関係

平成16年の保健師は、39,195名で、平成14年に比べ829名、2.2%増加している。人口10万対を指数（平成4年＝100）で見ると142.1と年々、増加している。（表IV-1）

また都道府県別に人口10万対就業保健師数をみると平均は、30.7名であるが、山梨県は、60.6名と全国平均の1.97倍を示し、最も少ない神奈川の17.1名の3.5倍を示していた。

人口10万に対する値が高い上位は、山梨60.6、島根57.1、高知51.2、長野51.0、福井49.1、鳥取48.1と続き、人口の少ない県に多い傾向が示されていた。

人口10万に対する値が低い上位は、神奈川17.1、大阪19.8、埼玉20.2、東京21.3、兵庫23.1、愛知23.4と人口が多い都道府県が示されていた。また全国平均30.7を下回った県は、表IV-5に示したように12県あった。

この結果からは、保健師の配置基準は、大都市圏を有する程、減少していることが明らかであった。これは、保健師の業務内容が市の規模が大きくなるに従って異なっていること、例えば、業務の効率化や業務内容そのものが変化しているものと考えられる。

また、この都道府県別保健師人数と都道府県別警察官の人数には強い相関（.847）があった。さらに、この配置人数は、各都道府県の歳入規模との関連性が強かった。同様に保健所保健師、市町村保健師の人数とも強い相関が示されていた。（表IV-6）

従って、市町村における配置基準について検討する際には、人口規模が大きい都市における保健師の配置の考え方が示されることが重要と推察された。

表 IV-1 就業保健師数の年次推移

	平成4年	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	対平成14年	
								増減数	増減率(%)
男 割合(%)	0 (0)	-	44 (0.14)	86 (0.25)	148 (0.40)	189 (0.49)	281 (0.72)	92	48.7
女 割合(%)	26909 (100)	-	31537 (99.86)	34382 (99.75)	36633 (99.60)	38177 (99.51)	38914 (99.28)	737	1.9
保健師数	26909	29008	31581	34468	36781	38366	39195	829	2.2

表 IV-2 人口10万対保健師数

	人口10万対(人)							平成16年指標 (平成4年=100)
	平成4年	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年	
男性	-	-	0	0.1	0.1	0.1	0.2	-
女性	21.6	-	25.1	27.2	28.9	30	30.5	141.2
保健師	21.6	23.2	25.1	27.3	29.0	30.1	30.7	142.1

表 IV-3 都道府県別警察官数と保健師数との関連

	保健師人数	市町村	保健所
警察官人数	.847(**)	.590(**)	.898(**)

1%水準で有意(両側)

表 IV-4 都道府県別歳入額と警察官数と保健師数との関連

	保健師人数	警官人数	市町村
18年度歳入	.897(**)	.975(**)	.682(**)