

# 第Ⅰ章

保健師の活動体制と  
機能をもつめる4つの「記」

# I 保健師の活動体制と 機能をもつめる4つの「記」

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」（平成25年4月19日付健発0419第1号）は、本文と別紙「地域における保健師の保健活動に関する指針」により構成されています。局長通知の本文に記載された4つの「記」は、変化に対応するために、われわれ保健師が「待ちの姿勢」から脱出し、自ら行動をするための応援エールとも言える内容になっています。テーマをつけると以下のようなようになります。

- 記1 保健師の活動体制と活動方法
- 記2 保健師の計画的・継続的確保
- 記3 分散配置と統括保健師の配置
- 記4 人材育成

記 はすべて、「**住民のために**」質の良い保健活動を展開するための環境整備に該当します。

## 記1 保健師の活動体制と活動方法

保健師は、地区担当制を基盤に、地区活動という手法をフル活用しながら、地域住民と接し交わることで、地域社会が求める健康ニーズに見合った施策を展開し、成果を導く活動を担っています。

そして、住民や地域のリアリティを、各行政計画に反映させるためには、計画

策定に関与することの必要性も記載されています。これらを実現するためには、PDCA サイクルを回せる力量の大切さも述べています。何より、保健師らしいPDCA サイクルは、「地域診断」に基づくことであることも示唆しています。

住民の健康にまつわる悩みや葛藤、不安、健康被害・健康破綻による苦悩は日々の生活の質に少なからず影響を与えます。時にその課題や周囲への影響は、実は地域の共通の健康課題でもあると気づくことは少なくありません。課題に気づけば、放っておけない保健師は、他の課題との関連性や緊急性、その時々の方策等を考慮し、優先性を決定します。本来のあるべき姿に向けて、現状とのギャップを縮めるための方策を練り、活動を開始します。このPDCA サイクルに基づく活動で、保健師は、地域診断と地区活動の技を適宜・適時・的確に使いこなしています。もちろんそのプロセスには、病者（児）も障がい者（児）も、そして健康な住民（の力）も登場します。

保健師は、人々とその家族、そして家族と関わる近隣の人々だけではなく、家族が暮らす環境も対象とし、あらゆる状況下で対話を通じて、施策 / 政策展開を進める、まさに、地域密着型の公衆衛生看護の実践家です。

## 記2 保健師の計画的・継続的確保

住民のために質の良い保健活動を実践するためには、目先の人事のみではなく、中長期的な視点での採用計画を持つことが大切になります。ましてや複雑化・高度化・多様化している住民ニーズや新たな健康課題に効果的に対応するためには、自組織内での分散配置は必然であり、縦割りの弊害を解消するためには、新任期・中堅期・リーダー期など各段階における役割を明確にしたうえで、（配置においては）ある程度のバランスが必要になります。

「行政組織の存在理由と行政組織全体の理念」は、密接に関連しています。その達成に見合う計画的な採用と人材の育成・配置が行われるべきであり、通知本文には、「保健師の配置は、地方交付税の算定基礎となっている」ということが「力強く」明記されています。われわれは、それによってもたらされる効果を人事の担当部署に示すことで、必要な人員の要求に努めることが重要です。

### 記3 分散配置と統括保健師の配置

「統括的な役割を担う保健師」（以下、統括保健師）の表現にとどまりましたが、分散配置先の保健師を含めて、保健師という専門的側面で組織を横断して、調整する役割を「保健衛生部門」にいるリーダー的立場の保健師が担うことが望ましいことが明示されたことは大きな前進です。

「行政組織の存在理由と行政組織全体の理念」と保健師の理念“住民の健康を守る”ことは重なっています。分散配置をマイナスに捉えるのではなく、行政サービスとして展開する保健活動を横串で調整することで、その成果もまた、行政使命と結びついていきます。縦割りの一領域に偏ることで、俯瞰性は削ぎ落とされ、医療・経済・教育・就労・安全等、人が生きてゆくために必要な諸条件を総合的に判断する責務、つまり、地域をみる力が脆弱になることこそがマイナスであり、保健師の専門性から考えれば、由々しき課題です。さらに、縦割りの定型業務の遂行は、担当領域毎の縦割りの枝葉のプログラムを増やすことになり、相当の scrap & build の意識がなければ、各領域限定の膨大なプログラムに埋もれ、非効率な行政運営になりかねません。

統括保健師の配置は、行政の使命と責任を果たすうえで、重要な行政運営の鍵になるので、みなさん、配置に向けて組織理解を促す努力をしましょう。

### 記4 人材育成

住民の健康支援ならびにのちに介在しながら保健指導をおこなう保健師の人材育成は、住民のQOLの向上に寄与する医療職として大変重要です。自ら学ぶという自己研鑽も重視し、OJT (On the Job Training: 職場内研修) や Off-JT (Off the Job Training: 職場外研修)、ジョブローテーション、人事交流等を基本構成とし、組織全体の理解と協力が得られるよう、人事担当部署等と連

携し推進することが必要です。

市町村は、都道府県主催の人材育成を検討する会議等に積極的に関与すると同時に、市町村内部で、保健師の人材育成にも自ら取り組みましょう。

また、市町村保健師と都道府県保健師間、保健所管内の市町村保健師間の人事交流などの制度やジョブローテーションの一環として人材育成を行うなどの工夫も積極的に取り入れるとよりよいでしょう。

何よりも、このように成長の“機会”や“環境”は提供できても、組織は“成長”自体を提供することはできません。保健師が、「人材育成（時に研修のみをさす）してもらっていない」「研修にださせてもらえない」などのように、他の力に身をゆだねているうちは、成長は難しくなります。

組織的に、環境／機会は用意しましょう。最後は、『成長させてもらうのではなく、自ら成長しようとする』人が、成長します。

# 平時からの地区活動 住民のいのちを守る

玖珠町(前)  
(大分県)  
日隈 桂子

### これまで

平成 15 年頃から、自死に関する健康施策が全国的に打ち出されましたが、人口約 17,000 人の玖珠町では、年間 1～3 人と推移していたため、危機意識はなく、県と医師会が主催する「医療及び介護従事者の研修会」の協力や関係者との連携会議等で、今後の体制を整備していました。一方、住民組織では、平成 2 年より、町の全域で、健診受診勧奨や高齢者への閉じこもり予防、そして、子育て支援など、日常的に「声かけ運動」を展開し、地域のネットワークづくりを行うと共に、地域を把握できる体制を構築してきました。

### 危機発生

危機は平成 21 年に起きました。上半期から連続する自死。その年は過去最高の 8 人に上り、該当自治区は、あちこちで不穏な空気に包まれました。保健師は守れなかったいのちに愕然とし、地域の人々も日頃から住民同士の関係づくりを意識してきたからこそ、なぜ気づけなかったのかと大きな衝撃を受けました。何か手を打たねばと危機感を募らせ、まずは保健師全員(5名)で実態把握を行いました。過去 5 年間の自死総数 19 名を保健師が一人ひとり家庭訪問し、遺族のケアを行いながら、自死の背景を把握していきました。また、職場訪問にて状況を把握すると共に、町全体の自死に関するデータ(年齢・性・疾病・介護度、仕事・家族などの生活環境)を分析し、我が町の課題を明確にしていきました。自死の背景には、障がい、介護、経済的問題等があり、今、保健師が優先的に取り組むべきことと判断し、通常業務を担保しながら、自死に関する課題に取り組めるよう配慮し、保健師活動の体制を整備しました。また、庁内では、緊急会議を、住民組織では役員を招集し、危機的な状況への共通認識を図り、関係機関との対策会議を開催しました。

### 緊急時

病気に対する知識や自死の現状について住民に周知し、町全域で取り組むため、保健所や大学の協力で医師や保健師による講義とグループ学習を 3 か月間集中して行いました。その結果、住民組織(健康づくり推進協議会・保健委員・食生活

## 実践事例

改善推進協議会・母子保健推進員など)や民生委員、老人クラブ、コミュニティ、そして、事業所介護・施設など、それぞれの立場で、自死についての認識を深め、自分や家族はどのようにありたいか、組織としてどのような活動ができるか、また、施設や機関では、どのような体制や環境の整備が必要かなど、具体的な戦略について話し合いました。

そして、翌22年度より、取り組みを開始しました。住民組織(健康づくり推進協議会)では、健康福祉まつりで、家族の死による喪失感を持つ方への支援を創作劇で上演したり、街頭でのPR活動(早期の相談や休養の勧めなど)を展開し、同時に小地域別に学習会を開催しました。介護福祉施設では、サービス提供時の観察や声かけを見直し、事業所や公共機関では、就労者の心の健康相談体制を強化しました。保健師は、これらの団体や事業所等の管理者と連携して学習の機会を設定し、改善への助言等を行いました。そして、遺族への支援を重ね、医療機関への協力を強く依頼しました。この年、自死ゼロとなりました。

### 現在

しかし、町内に精神科等の専門の医療機関がないため、最も必要な時に早期受診や治療の継続が難しいのが現状です。そのため、これまでの活動が継続できるよう、「自殺対策連絡協議会(ネットワーク会議)」を設置し、参画する組織団体・機関における取り組みとその成果について情報交換を行っています。効果的な取り組みは他の事業所にも広がり、勤務体制の見直しや相談システムの構築にもつながりました。住民組織は、以前にも増して「声かけ」を、日常的な活動として強化しています。

一方、町では、保健所と協力して「心の相談日」を設置し、電話による相談、事業所等とハイリスク者へのフォローや学習会・講演会など、随時実施し、また、民生委員、保健委員、ケアマネ等による情報共有ネットワーク(本人承諾の上)を活用し、要援護者を支える体制づくりも強化しています。

平成23年、豪雨災害が発生しましたが、日常的な住民組織間の連携により、短時間で住民の安否確認ができ、改めて、顔と顔が見える関係づくりが有事に生きることを実感しました。また、しっかりと築きあげられた体制のおかげで、保健師は、災害直後から被災者への訪問を開始することができました。これからも平時から、ソーシャル・キャピタルにおける豊かな地域づくりを重視して取り組んでいきたいと考えています。

## 組織を変えた! 統括保健師の 配置と地区担当制の導入

豊田市  
(愛知県)  
柴川ゆかり

### 保健師の活動体制見直しの経緯

豊田市(人口42万人、保健師74名)では、平成11年度、中核市移行の際、保健師の活動体制を地区担当制から業務分担制に変更しましたが、平成17年度の7市町村の合併を機に見直すこととし、緩やかにワーキング形式で検討を重ねてきました。検討の過程では、次の課題が出され、地区担当制を取り入れた重層型の組織へ改編したい旨の意見は出ていましたが、実現には至りませんでした。

#### <課題>

- ①保健事業の全体像が不明確
- ②事業効果や健康課題に基づいた事業の優先順位の検討が不十分
- ③事業やケース対応が各課の事務分掌による縦割りの対応になりやすい、等

### 保健活動体制検討の実際

組織改編への進展がない中、ワーキングで出された課題をより効果的・効率的に検討するために、平成24年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業「市町村保健活動のあり方に関する検討」試行事業に応募し、業務チャートの作成を通じて業務の全体像の可視化を図り、部署横断ミーティングで保健師の意見を集約し、新たな組織体制への合意形成を図ろうと考えました。試行事業参加による効果への疑問や更なる業務量の増加もあり、一旦は保健師間で不参加の結論を得ました。しかし、業務の見直しの方法としては最適であると考え、上司に相談したところ、組織的に取組むよう助言を受けました。短期間で部局を超えた了解を得るために、目的や実施内容・体制・業務量を文書化し、部長等からの疑問に回答できるよう準備し、何とか了解を得ることができました。

特に、業務チャート作成は、時間を要することが予測されたため、効率的に作成できるよう、予め独自にエクセルで表を作成し、また、10課を取りまとめるために、各課担当者を決め、説明会を開催しました。作成上の疑問に即対応できるよう、業務負担の軽減に配慮し、全面的に支援する体制を整備しました。業務チャートの作成は大変な作業でしたが、各課1~3枚合計27枚作成し、本市独自の方法で業務の性質別と内容別にそれぞれ時間割合を算出しました。(図参照)

業務の内容別では、保健師専門業務に46%関わっている反面、事務職が行う



## 実践事例

ことが望ましい事務に20%関わっており、これは保健師の15人分に相当することもわかりました。また、分野別では、母子保健や介護予防事業にかかる時間数が多く生活習慣病予防にかかる時間が少ないこともわかりました。

この作業を通じて、業務の全体像を可視化することができたため、さらに業務チャートを利用して、各課内での課題検討や、部署横断ミーティングでの全体の課題検討を行いました。この内容は全て文書化し保健師が配置されている所属長への説明や、組織の再編作業では、業務や人員の再配置の根拠資料として大いに活用しました。

一方、組織改編の検討では、今の保健師が地域に対して能動的な動きができるのか、マンパワーの問題、地域特性に応じた事業は現体制でも可能ではないか等現状維持を望む声も根強い中で、現状の組織の問題点や今後目指すべき姿、それを実現するための組織体制等を文書にまとめ保健師や関係する上司に粘り強く説明しました。

部局を超える関係課長検討会議（計5回）では、保健所長を始めとする上司が前面に出て検討を重ね、賛同意見の一つひとつ丁寧に積み重ねる中で今後の保健活動の姿について意見を集約した形で資料を作成する等して、最終的には市長に方針を説明し了承を得ることができました。

### 成果として

平成25年度の市役所全体の組織改編に合わせて、従来の福祉保健部から健康部が独立し、保健師の活動体制としては業務分担制に地区担当制を導入した重層型の組織となり、5部10課2機関（派遣）に保健師が配置されました。地区は27の中学校区を単位として、17名の保健師が1～3地区を担当しています。まだ人員としては十分ではありませんが、希望していた体制が実現した形となりました。

さらに、本年度から保健師の保健活動を組織横断的に総合調整できる統括保健師も明確に位置づけています。職位としては、課長級の保健師が副参事級に昇格し、「専門監保健担当」となり、その役割は「健康危機管理及び保健師業務の統括」と明記されました。

統括保健師の配置をきっかけに、今まで各課で個別に行われていた保健師の人員確保に向け、保健師の実働人数の将来推計を基に資料をまとめ人事課へ提出し、計画的な保健師の採用についての意見具申を行いました。

本市の新たな保健活動は、まだ動き出したばかりですが、保健師全員で業務を見直した経験を生かして、今後は「豊田市版の保健師活動指針」の作成に向けて取組むなど更なる発展につなげていきたいと思えます。

## 実践事例

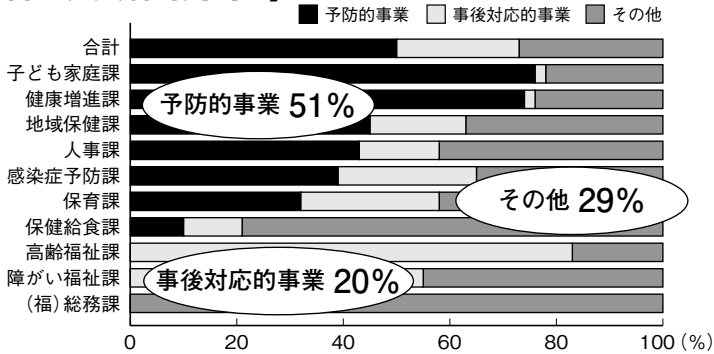
### ○豊田市の業務チャート集計結果

豊田市では、保健活動の全体を明らかにするため、保健師が分散配置されている各課の業務チャートを作成し、全業務時間を算出しました。

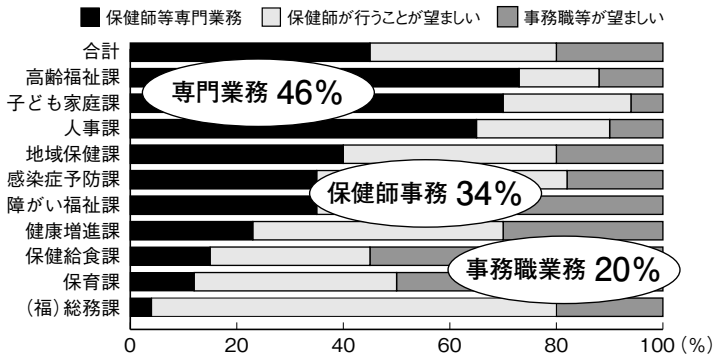
将来を見据えた保健活動の体制を検討するため、算出された時間数をもとに市独自の判断基準に基づき、業務の性質を「予防的事業」、「事後対応的事业」、「その他」に区分したり、業務内容を「保健師等の専門業務」、「保健師が行うことが望ましい事務職が行うことが望ましい業務」に区分して集計しました。

### 図 業務チャートの集計結果

#### 【業務の性質別時間割合】



#### 【業務の内容別時間割合】



## 実践事例

## 自ら働きかけ、統括保健師を組織的に位置づける

赤平市  
(北海道)  
千葉 睦

## はじめに

赤平市は北海道の中部に位置し、人口約 11,000 人、高齢化率 40%です。保健師は 8 名おり、保健部門と地域包括支援センターの 2 か所に分散配置されていますが、同じ課であり連携は取り易いです。

私は赤平市に勤め 25 年目になり、保健部門の主幹を務めていますが、昨年 4 月に市長名で「兼ねて統括保健師を命ずる」との辞令を受けました。なぜ、このような、小さな町で統括保健師を配置したのか、その理由や経緯等を報告します。

## 平成 25 年 4 月、統括保健師の配置経緯

統括保健師の辞令が交付された最大の理由は、保健師側から上司に「統括保健師がうちには必要」と訴え、交渉したからです。そのきっかけとなったのは、地区担当制による保健活動を実施してきたことにあります。

平成 21 年に 10 年ぶりに新人保健師が採用された時に遡ります。新人保健師の育成を通して保健師全員が育ち合う中、我が町の目指す保健師像について話し合いました。地域全体をみる視点の弱さや健康課題の不明確さ、地区診断は後回し…など皆が同じジレンマを抱えていることがわかりました。そこで、平成 24 年度に地区担当制のあり方を見直し、もう一度、自分の担当地区全体の人々の暮らしに責任をもった保健活動を推進できる保健師を目指すことにしました。

地区担当制（業務分担との併用）がスタートしたことにより、私はまとめ役として以下のことを行うこととし、それは現在も続けています。

- 地区診断等に必要な資料を収集、提供、また地域全体の健康課題の把握にかかる調整（関係部署、各種団体・組織等）
- 上司や地域住民（民生委員、町内会等）に地区担当保健師のPR
- 保健師連絡会の開催（毎月 1 回）
- 地区診断報告会を開催（年 1 回、庁内）
- 保健師の教育目標の評価、他

特に、保健師連絡会は、保健部門と地域包括支援センターの保健師全員が毎月集まり、地区担当での取り組みや気付き、地区の課題等を話し合っています。

## 実践事例

そのことを通して自分自身の活動の振り返りや学びにつなげており、保健師にとって大事な場になっていると言えます。

このように保健師みんなで地区担当制を進めて一年近く経とうとした時、上司から他課（福祉部門）に保健師を配置してはどうか、との相談を受けました。この頃には、業務に流されず地域全体、保健師全体をみる人の必要性を実感していたため、保健師仲間の後押しも加わり、私から上司に統括保健師を配置してもらえるように交渉しました。その際、保健師活動の現状を踏まえた統括保健師の必要性等について、資料としてまとめ提出しました。直ぐに賛同してくれた上司が、その資料を活用し、市長・副市長や総務課（人事課）に掛け合ったところ、自分の予想を上回るスピードで統括保健師の配置がなされました。その背景には、市長も保健師が地区担当制で努力し、住民から高い評価を得ていることを認めており、分散配置の有無に関らず保健師がまとまる必要性をすぐに理解してくれたということがありました。

### 辞令を受けて変わったこと

以前は自分がまとめ役をやることに他の保健師への遠慮や負担感がありましたが、辞令という組織的な命令を受けたことで、組織として統括保健師の必要性が認められ、今は自分がその役割を担う立場にいと自分自身割り切ることができました。今までは事業に追われて統括的業務は後回しになることも多々ありましたが、現在は優先して行うことができるようになり、仕事の優先順位も少しずつ変わってきました。

辞令を受けたことで行政の中での位置づけが明確になり、上司や他の職員にも統括保健師の存在及び保健師の部署を越えたまとまりの必要性が認識されました。これらのことは、健康危機が発生してからの対応では遅すぎると思っています。日頃から保健師がまとめ、地域全体の健康課題を共有する姿勢をもち、担当地区に責任を持って活動できる体制を整えておくこと、それを上司や他の職員に理解してもらうためにも統括保健師の配置が重要と考えます。

## 実践事例

## “住民のため”を思う気持ちと、 核心を突きながら 周りを動かし、変える

京都光華  
女子大学  
堀井とよみ

私は約35年間市町保健師として、また、約12年間は15名前後の保健師をまとめる統括保健師として水口町（現甲賀市）に勤務してきました。この間で特に記憶に残っている保健師活動の一つは平成元年から5年間を費やして構築した「軽度認知症早期発見システム」です<sup>1)</sup>。これは管轄保健所の協力を得ながら認知症高齢者を軽度の状態で早期に発見し、重症化予防のためのサービスを提供するシステムです。二つ目は平成7年12月から開始した「行政が支える24時間在宅ケアシステム」の開発です<sup>2)</sup>。当時は介護保険制度の開始前で、日本の社会全体が女性による家族介護を容認していた時代でした。私たち保健師は、社会的介護の考え方が浸透していない地域の住民の意識改革から取り組まなければならない状況でした。

他市町に先駆けて地域に必要なケアシステムの構築ができた最大の要因は、保健所長や保健所保健師、地域の医師会、大学の研究者、職能団体である看護協会等、関係機関や関係者の多くの方々から活動を支えていただいたことです。なかでも最も身近で仲間である町保健師、首長や町議会議員の理解と後押しがあったからだと感謝しています。

### 3つの坂を乗り越えて、住民の思いを実現

24時間在宅ケアシステム構築は、その過程で全く障がい無く構築できたわけではなく、住民や関係者の理解が得られずに「もう、止めてしまおう」と思ったことが何度かあります。

私にとって初めての坂は、保健師のリーダーとして仲間意識を醸成して一丸となって取り組もうと思ひ、話し合いを始めた時です。最初は一部の保健師の理解が得られませんでした。しかし、繰り返し話し合うことで、最終的には大部分の保健師の理解を得ました。保健師が行政で活動することの意味は、「個々の住民の健康問題解決にのみとらわれてはいけない」「地域住民誰もが同じ地域に住み続けたいと思っている思いに応えなければならない」「その結果として、地域の健康レベルを上げる内容であること」という合意ができました。最初に出ていた「私たちの勤務時間の問題は」「行政の責任か」「全国に例がない、時期尚早」等の後ろ向き意

## 実践事例

見は無くなりました。

次に迎えた坂は予定していた約1,200万円の補助金がなくなるというアクシデントでした。私はこの時は「もうここまで」と覚悟を決め、町長に説明に行ったところ、町長から「予算要求説明時に、住民にとって必要なシステムと強く訴えたことは嘘だったのか」と一喝され、「わが町の財政規模では補助金がなくても実施可能」と心強い言葉を得て事業を継続することができました。町長の支援を保健師に話すと、全員が今まで以上に積極的に取り組むようになりました。

その次の坂は地元医師会員の理解の問題でした。平成6年当時の医師会員にとって24時間訪問看護は見たことも聞いたこともない概念で、「小さな田舎町で必要なのか」「夜間は自分たちが見ているので不要ない」等の意見が大勢を占めました。私は、これを打破するためには住民が困っている事例を具体的に示さないと理解が得られないと考え、当時、水口町では、保健師の地区担当制をとっていたので、それぞれの担当保健師から具体事例を一例以上選んでもらい、地域のヘルスニーズを示して医師会の理解を得ることに成功しました。

### 保健師活動における心の支え“住民の考えを自分のものに”

最後に、本稿の記述は私が統括保健師としての役割をしっかりと果たしてきたかどうかを反省する機会になりました。私には長年の保健師活動で心の支えとしてきたものがあり、統括保健師になっても持ち続けました。それは「住民の横（側ではなく）に立ち、住民の考えをしっかりと自分のものにする」ということです。住民目線で行政職員を見て、住民の目に保健師がどのような姿に映っているかを想像し、行政職員である自分の姿を客観的にとらえます。そうすることで、住民の思いを抹殺することなく実現しようとする立場で発言し続けることができました。今ではこれが、関係者の理解が得られた要因ではないかと思っています。

今回の保健師活動指針では統括保健師配置の重要性や役割・機能が明示されました。統括保健師は述べられている役割・機能を果たすために、必要な力量やスキルを磨く努力が不可欠です。一方で、統括保健師は保健師活動の原点に立ち回り「住民の代弁者」という保健師マインドに基づいて、どのような困難にも立ち向かう姿を後輩保健師に示していかなければならないと思います。

<引用・参考文献>

- 1) 堀井とよみ著  
「滋賀県水口町における軽度痴呆早期発見への取組み」、p47-p58、  
老年精神医学雑誌第14巻第1号、2003
- 2) 村嶋幸代、堀井とよみ、ルネ・ホルンダー著  
「行政が支える24時間在宅ケア」、日本看護協会出版会、1997

## コラム

## 地方交付税の仕組みと 活用の可能性

日本保健師活動研究会  
平野かよ子

「地域における保健師の保健活動について」において、「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、地方交付税の積算基礎となっていることに留意すること」と記されました。

保健師を増員したくても、公務員の定数削減が推進され、自治体によっては事務職の削減は一定規模でなされたので、次は技術職の保健師等の削減と言われる自治体もあるのではないのでしょうか。そのような情勢の中で保健師の現員を確保し、また、保健師の増員要求の方略の基礎知識として、地方交付税とは何なのか、地方交付税の積算基礎とは何なのかを知っておくことは重要です。

### 1 地方交付税

保健師は教員や警察官、消防士などと同じように地方自治体はその機能を発揮するために必要不可欠な職種とされ、その確保は地方交付税で担保されています。

#### 1) 地方交付税

地方自治体の財政は住民等が収める住民税等の税収で賄うことが基本ですが、多くの自治体は税収だけでは賄えないのが実態です。そこで国は、地方自治体が一定の行政水準を維持する財源を保障するために、国が徴収した国税を、一定の基準によって再配分しています。それが地方交付税です。この税は国庫補助金と異なり、国が使い方を制限したり条件を付けることはなく、自治体の独自の判断で執行できる一般財源として交付されます。

地方交付税は、国税である所得税の32%と法人税の34%、消費税の29.5%、酒税の32%、たばこ税の25%を合算した額で成り立ちます。交付税には自治体が行政を行う

ための「普通交付税」と災害など特別に必要な行政の経費に対応するための「特別交付税」があります。

## 2) 地方交付税の配分額

国税で構成された地方交付税は、それぞれの地方自治体にどのように配分されるのでしょうか。それぞれの自治体に配分される普通交付税は以下の式で算出されます。

普通交付税の額 = 基準財政需要額 - 基準財政収入額

基準財政需要額とは、地方自治体が行政の執行に必要であろうとする標準的な額で、基準財政収入額とは地方自治体が得られるであろう標準的な税収の額です。基準財政収入額が基準財政需要額より多い税収のある地方自治体には普通交付税は交付されなく、不交付団体となります。普通交付税の算定方法と基準財政需要額の概要を図1に示しました。

## 3) 地方交付税の積算基礎

それぞれの自治体の基準財政需要額は、警察官を確保するための経費は警察費、教員は学校費、保健師は衛生費、そのほか土木費、農、林野、水産行政費等の費目ごとに算定されます。この費目は都道府県と市町村で異なります。都道府県の算定のされかたは、人口170万人を標準団体として毎年総務省から示されます。都道府県保健師は衛生費を積算するための事項：基礎に位置付けられ、標準団体で92人とされています。市町村の場合は保健衛生費と高齢者保健福祉費の事項：基礎に位置付けられ、人口10万人を標準団体とし、保健衛生費と高齢者保健福祉費で24人とされています。これらを図2に示しました。

このように地方交付税措置には、都道府県および市町村の保健師確保の裏付けとなる根拠が示されているのです。

## 4) 地方交付税の算定結果

地方交付税の決定額は都道府県および市町村ごとにその総額が総務省のホームページで公表されます。

[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000240086.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000240086.pdf)



## 保健師の確保に地方交付税の積算基礎の知識はどのように活用できるのか

2

各地方自治体に配分される地方交付税の総額は公表されていますが、標準団体以外の自治体に何人の保健師が積算されたのか、ということは明らかにされません。地方交付税は一般財源であるため、その執行は自治体の裁量に任されます。

保健師が地方交付税の積算基礎になっていることを理解し、各自治体が地方税と地方交付税等を合わせた自治体の収入をどのように配分しようとしているのかを踏まえ、保健師の確保・採用を要望しようとすることは大切です。

### 図1 地方交付税制度の概要

#### 各自治体ごとの普通交付税の額の決定方法

普通交付税額 = 基準財政需要額 - 基準財政収入額 = 財源不足額

○自治体における必要な一般財源としての財政需要額。

○地方財政計画に組み込まれた給与費、社会福祉関係費、公共事業費、単独事業費などの内容を基礎として算定。

○法定普通税を主体とした標準的な地方税収入。

○標準的税収入見込額×基準税率(75%) + 地方贈与税で算出される。

#### 基準財政需要額

基準財政需要額 = 単位費用 × 測定単位 × 補正係数

○いわゆる「単価」。

○標準的条件を備えた自治体が合理的かつ妥当な水準において地方行政を行う場合又は標準的な施設を維持する場合に要する経費。

○標準団体の標準的な一般財源所要額 ÷ 標準団体の測定単位の数値。

○単位費用の算定基礎において、保健師の職員数に基づく給与費が含まれている。

○人口や65歳以上人口、75歳以上人口など。(国政調査時)

○実際の各自治体の行政経費は、自然的・社会的条件(人口密度、都市化の程度、気象条件など)の違いによって差があり、当該行政経費の差を反映させるため割増・割落をしているもの。

図2 平成25年度地方交付税措置人数(試算)と実人員(平成25年度活動領域調査)との比較

	交付税措置人数(試算) A	活動領域調査 B	差引 (A - B)
道府県分	6,889人	4,882人	2,007人
市町村分	25,178人	24,119人	1,059人
合計	32,067人	29,001人	3,066人

→ 地方交付税による措置人数が実人員数を大きく上回っている

### 地方交付税措置人数

#### 道府県分

##### 【衛生費】

標準団体の行政規模は人口170万人、保健所数9。指定都市・中核市・保健所設置市はないものと想定。

(細目) 保健所費 保健師 91人  
(細目) 衛生諸費 保健師 1人

#### 市町村分

##### 【保健衛生費】

標準団体の行政規模は人口10万人。

(細目) 衛生諸費  
(細節) 衛生諸費 職員数11人の内数

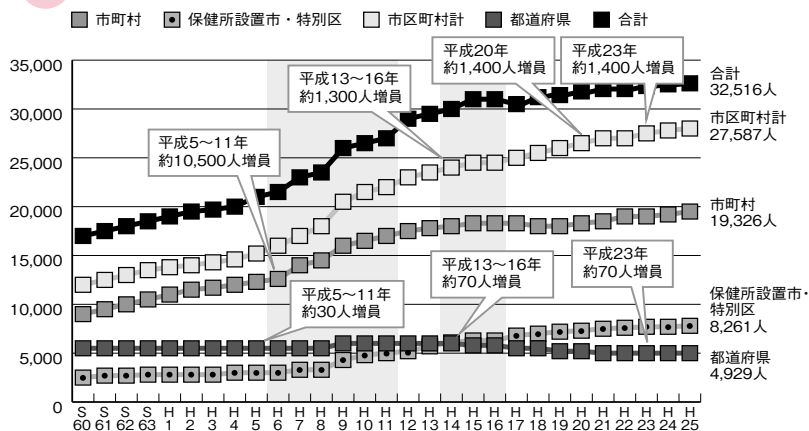
##### 【高齢者保健福祉費】

標準団体の行政規模は65歳以上人口2万6千人。

(細目) 高齢者福祉費  
(細節) 高齢者福祉対策費 保健師 13人

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課保健指導室作成

図3 保健師の配置状況と地方交付税措置について



出典：H7年までは保健師配置状況調査、H8年は保健所運営報告、H10年は全国保健師長会調査、H9年、H11～20年は保健師等活動領域調査、H21～25年は保健師活動領域調査

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課保健指導室作成