

令和8年8月27日(木)
令和8年度保健師中央会議
資料 1

2040年に向けて保健師に求められる役割

－地域の健康を支える唯一無二の存在として－

長野県立大学教授 田村 秀

目次

1. 自己紹介
2. 地方自治の動向
3. 保健師と他の専門職との違い
4. 保健師に関する地方交付税措置の変遷
5. 保健師の人材確保に向けた自治体の取組事例
6. 国、都道府県、市町村の果たすべき役割
7. 保健師への期待

1 自己紹介

- 大学卒業後、旧自治省に**15**年勤務
- 国土庁、岐阜県、香川県、三重県、自治大
学校などに勤務
- **2001**年**4**月から新潟大学に**17**年勤務
- **2007**年に法学部教授に
- **2011**年に法学部副学部長に
- **2013**年に法学部長に
- **2015**年に学長特命補佐に
- **2018**年**4**月から新設の長野県立大学教授に

- 地方自治、行政学、公共政策、食によるまちづくりが専門
- 単著は**26冊**、近著は『大部屋主義再考』『金持ち自治体、貧乏自治体、何が違うのか』
- このほか、『自治体庁舎の行政学』『自治体と大学』『地方都市の持続可能性』『「ご当地もの」と日本人』『暴走する地方自治』『道州制・連邦制』『データの罠』『ランキングの罠』など
- 主な研究テーマ
 - 自治体のトップマネジメント
 - 自治体間格差
 - 公立大学
 - データリテラシー
 - 統治機構のあり方（道州制等）
 - 等々

自治体関係では

- 岐阜県地方課
- 香川県企画調整課長
- 三重県財政課長
- 市町村アカデミー教授
- 自治大学校教授
- 群馬県みなかみ町参与（地方創生人材支援制度）
- 上田市政策アドバイザー
- 佐賀県特別政策アドバイザー（公立大学関係）
- 国、自治体の審議会委員をこれまで**100**近く務める

2 地方自治の動向

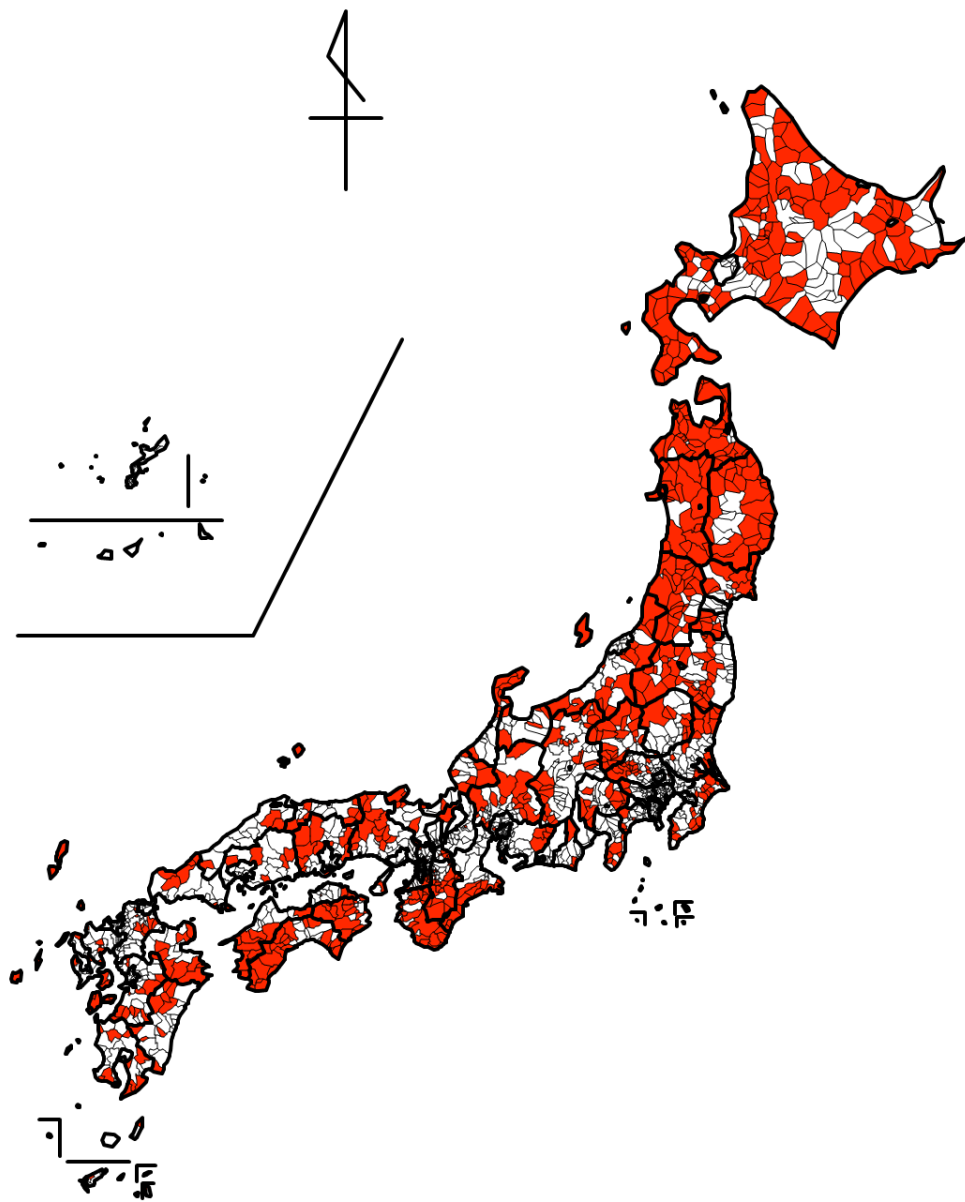
- 1970年代は地方の時代（当時の長洲神奈川県知事らの提唱）
- 1980年代から徐々に地方分権が唱えられ
- 1990年代に本格的な議論
- 一方、1989年に1.57ショック
- 本格的な少子高齢化時代の到来を予見してゴールドプラン、エンゼルプランなどが策定されるとともに、母子保健法や地域保健法が制定（この頃から多くの看護系大学が新設）
- 2000年がターニングポイント（地方分権一括法、介護保険法）
- 地方分権の主役は自治体、それも住民に身近な市区町村とされるものの

その一方で

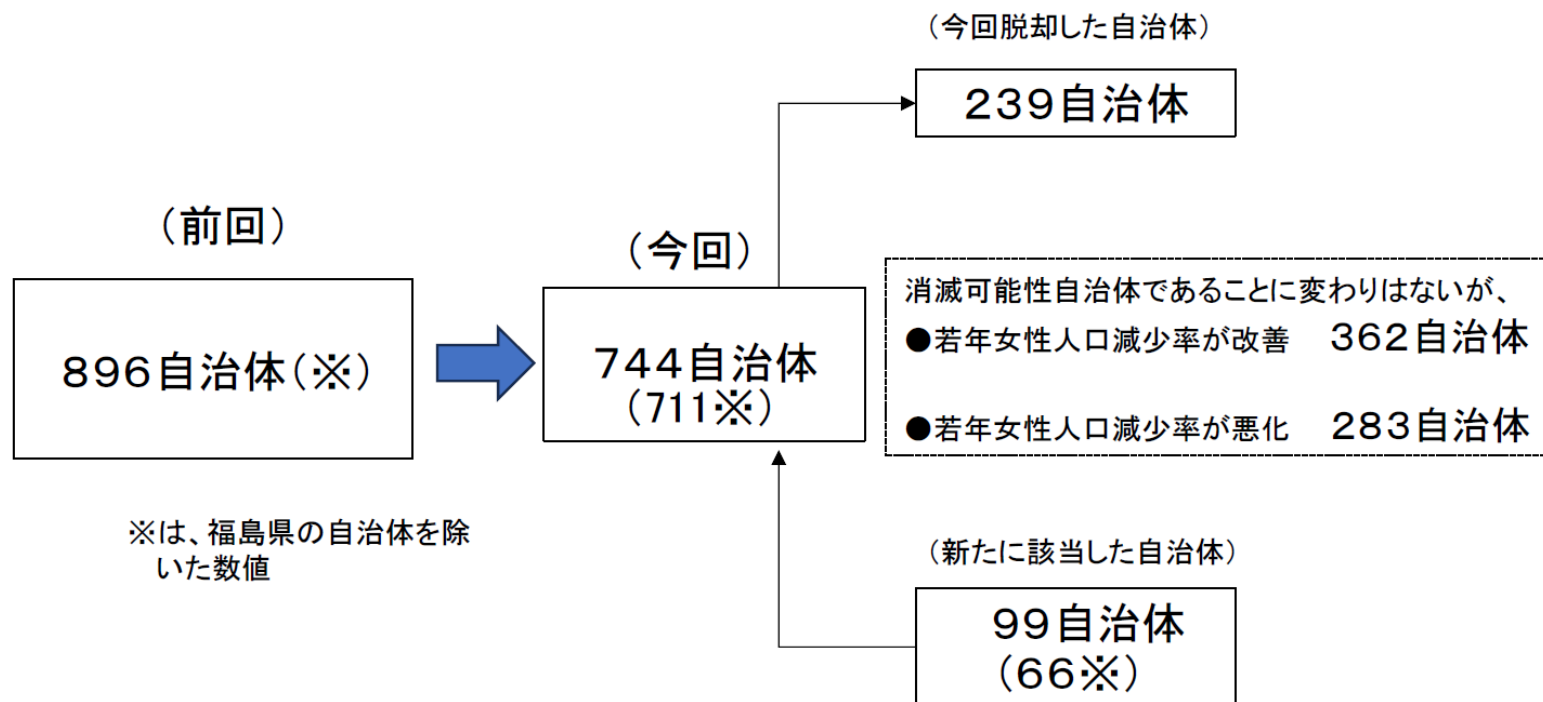
- 平成の市町村合併で約**3300**市区町村が**1741**に
- 政令市、中核市が相次いで誕生する中で、小規模市町村の人口減少や地域経済の低迷も表面化
- **2006**年の介護保険法改正によって地域包括支援センターの整備が進む
- 高齢者福祉部門だけでなく子育て支援分野へも保健師配置が増加傾向に
- 様々な分野で小規模市町村へのサポートが課題に

地方創生が課題に

- **2014年**、地方創成会議が公表した**896**の消滅可能性都市という試算は大きなインパクトに
- **20歳から39歳**までの女性の数が**2040年**に半分以上になるところが該当
- これが契機となって国は地方創生に取り組むように
- **2024年**、**10年**が経過して消滅可能性自治体という形で**2050年**に**744**市町村が該当することになる
- これを地図で見ると



「消滅可能性自治体」数の動き(前回との比較)



自治体の人口特性別9分類(自然減対策と社会減対策)

A 自立持続可能性自治体: 65

B ブラックホール型自治体: 25 (B-①:18、B-②:7)

C 消滅可能性自治体: 744 (C-①:176、C-②:545、C-③:23)

D その他の自治体: 895 (D-①:121、D-②:260、D-③:514)

封鎖人口 移動仮定	減少率20%未満	減少率20～50%未満	減少率50%以上
減少率20%未満	A 自立持続可能性	D-① 自然減対策が必要	B-① 自然減対策が極めて必要
減少率20～50% 未満	D-② 社会減対策が必要	D-③ 自然減対策が必要 社会減対策が必要	B-② 自然減対策が極めて必要 社会減対策が必要
減少率50%以上	C-① 社会減対策が極めて必要	C-② 自然減対策が必要 社会減対策が極めて必要	C-③ 自然減対策が極めて必要 社会減対策が極めて必要

(注)縦軸および横軸の「減少率」は、若年女性人口(20～39歳)の減少率

地方自治を巡るその他の動き

- 保健行政は自治体行政の中で重要な位置を占めるものですが
- 他の分野や全般的な動きにも関心を持っていただきたいと思います（他の分野とも様々な点で繋がっていますから）
- 最近でも様々な動きが
- 地方自治に関する最も重要な国の審議会である地方制度調査会では新たな議論が
- 保健行政にも少なからず影響があるのでは？
- 具体的には

【審議項目】(抜粋)

1. 「国・都道府県・市町村間の役割分担」の在り方について
 - 1-1 地方分権改革以降の社会経済情勢の変化と地方行政を巡る取組
 - 1-2 取組の加速化
 - 1-3 各行政分野において取組を進めていくための枠組み
 - 1-4 各地域において取組を進めていくための枠組み
2. 「大都市地域における行政体制」の在り方について
 - 2-1 大都市地域が果たすべき役割
 - 2-2 いわゆる「特別市」の意義
 - 2-3 「特別市」の制度化を検討する場合の論点
 - 2-4 住民自治等の確保
3. 「その他の必要な地方制度」の在り方について

読み解くと

- 1では、これまで市町村への権限移譲が進んでいったが、小規模町村の中には限界にきているところも現実にあるなど、課題が顕在化
- つまり、水平的補完（市町村間）や垂直的補完（都道府県）、さらには権限の「献上」ということの議論が展開されるのでは
- 2ではいわゆる5大市などが戦前から求めてきた特別市の制度化を議論
- このほか、副首都？都構想？なども
- 茨城県では市町村合併の動きも
- 大都市に偏在する税源の議論も

3 保健師と他の専門職との違い

- 衛生行政報告例によれば2024年における保健師の就業場所別就業割合は自治体が**70.5%**(市区町村52.3%、保健所15.1%、都道府県3.1%)。
- ちなみに2014年は48,452人、2024年は63,536人
- この10年間で15,084人、31%の増
- 人口減少社会でこれだけ増えている職種はあまりないのでは？
- ちなみに看護＋準看では12%の増
- それだけ**社会に必要とされている専門職**であるという認識を多くの人を持つべきでは？
- ちなみに男性の割合は3.3%
(看護8.7%、準看7.6%)

- 自治体では、一般行政職でも希望者の減少や離職の問題が顕在化しています
- そして、保健師以外の他の専門職でも人材確保に様々な課題を抱えています
- 一方、国全体の労働市場や地方自治体の実情を踏まえると、保健師と他の専門職では異なる点がみられます
- 特に保健師の場合、**代えが効かない**、という点は特に強いという特徴があります
- つまり、アウトソーシングが困難であり、保健師に関しては自治体が他の専門職の分野と比べるとはるかに**大きなシェアと責務**を有しているということがいえます

医師、看護師の場合

- 総務省の調査によれば、2023年時点で自治体勤務の医師・歯科医師数は25,172人、20年前は29,060人。
- 減っているのは公立病院の独法化などが主な要因。
- ちなみに全国（2024年）の医師数は347,772人、歯科医師数は103,652人で自治体勤務は数%のレベル。
- 同様に2023年時点で自治体勤務の看護師、准看護師数は121,212人、20年前は149,651人。
- ちなみに全国（2024年）の看護師数は1,363,142人、准看護師数は233,022人で自治体勤務は約7%。

土木技師、建築技師の場合

- 2023年時点の土木技師数は83,092(90,246)人、建築技師数は23,604(22,035)人。（ ）内は2003年。
- 土木も建築も事業実施は民間主体、自治体は計画や施行などの管理業務が中心。
- 2020年の建設業就業者数は4,857,375人。自治体の技術系職員数はこの**2%強**に相当。
- 建築関係では規制緩和によって、建築確認が民間の指定確認検査機関によって実施可能に（1999年～）→偽造問題も顕在化（姉齒事件）。
- 土木業務でもアウトソーシングは一定程度可能。

4 保健師に関する地方交付税措置の変遷

- 地方交付税とは（総務省HPから）

- 地方交付税は、本来地方の税収入とすべきであるが、団体間の財源の不均衡を調整し、すべての地方団体が一定の水準を維持しうるよう財源を保障する見地から、国税として国が代わって徴収し、一定の合理的な基準によって再配分する、いわば「国が地方に代わって徴収する地方税」（固有財源）という性格をもっています。
- 各団体の普通交付税額 = (基準財政需要額 - 基準財政収入額) = 財源不足額
- 基準財政需要額 = **単位費用（法定）** × **測定単位（国調人口や高齢者人口等）** × 補正係数（寒冷補正等）
- 基準財政収入額 = 標準的税収入見込額 × 基準税率（75%）

単位費用とは

- 財政需要は、各地方団体の測定単位の「単価」を乗じる乗数とする単価を「単価」とよんでいいます
- 単位費用は「標準的条件を備えた地方団体が合理的、又は標準」として算定されている場合を基準とする
- 保健師の人件費についても一定程度地方交付税で算定されます
- 市町村については、2024年には標準団体として人口10万人（単位費用7,180円）、65歳以上人口を3.1万人（単位費用72,100円）として単位費用を計上しています

以前は十分考慮されていませんでした

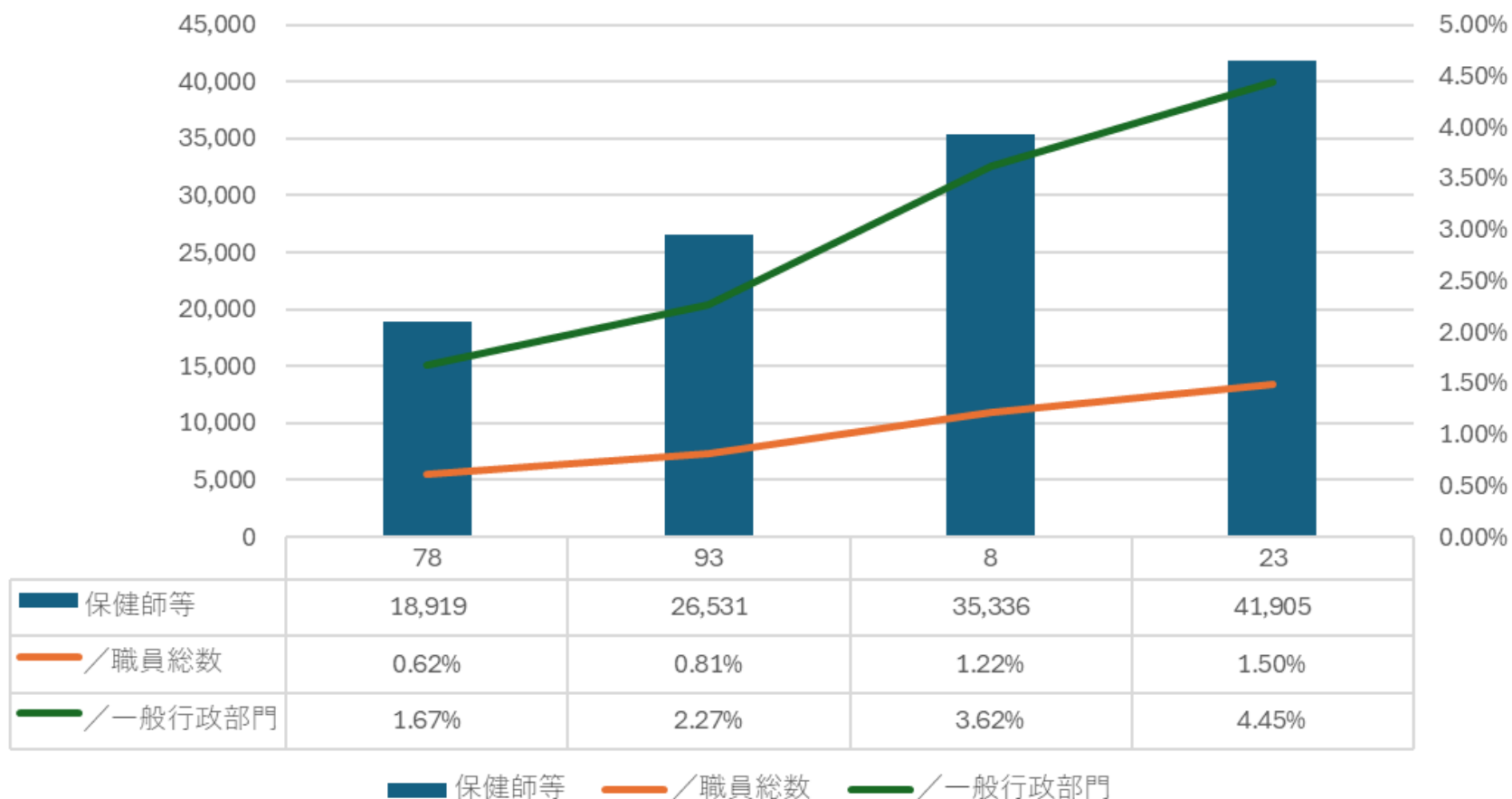
- 例えば、**1981**年の資料によれば、保健衛生費の衛生諸費の中で市町村保健婦（当時の表現）**3**人分だけ給与費が明示されていました
- **1990**年の資料では、これが**4**人となり
- **1994**年には高齢者保健費という項目が計上され
- 徐々に明示されるようになってきて
- **2024**年になると保健衛生費で保健師**7**人、高齢者保健福祉費で保健師**13**人が明示されています
- これらは標準団体に関して、あくまで**明示されているものだけ**で、実際にはもっと多くの保健師が必要とされていることはいうまでもありません

年	費目	内訳	費目	内訳
1981	衛生諸費	4人（保健師3人含む）		
1990	衛生諸費	5人（保健師4人含む）		
1993	衛生諸費	9人（保健師6人及び栄養士含む）		
1994	衛生諸費	4人（保健師及び栄養士含む）	高齢者保健費	25人（保健師を含む）
2006	衛生諸費	6人（保健師及び栄養士含む）	高齢者保健費	保健師15人を含む
2007	衛生諸費	6人（保健師及び栄養士含む）	高齢者保健費	職員数27人うち保健師15人
2010	衛生諸費	職員10人（保健師及び栄養士含む）	高齢者福祉（保健）費	職員数27人うち保健師13人
2020	衛生諸費	職員11人（保健師及び栄養士含む）	高齢者福祉（保健）費	職員数23人うち保健師13人
2021	衛生諸費	職員11人（保健師7人及び栄養士含む）	高齢者福祉（保健）費	職員数23人うち保健師13人
2024	衛生諸費	職員11人（保健師7人及び栄養士含む）	高齢者福祉（保健）費	職員数23人うち保健師13人

保健師の配置状況と自治体内の位置づけ

- 総務省の地方公務員定員管理調査によれば、保健師・助産師という区分で毎年集計されています
- 国会図書館でみつかったもっとも古いデータが1978年のものでした
- 人数と地方公務員総数に占める割合の推移を示したのが次のグラフです
- これをみれば明らかなように、保健師数の増加とともに職員全体に占める割合も増えています
- それだけ地方自治体における保健師そして保健行政の重要性も増しているということになります

図1 保健師等の数と職員総数等に占める割合の推移



つまり

- 教員や警察官、消防士なども含めた自治体職員総数に占める割合は160人に1人の割合から66人に1人の割合へ
- いわゆる一般行政部門（市長部局）では60人に1人の割合から22人に1人の割合へ
- それだけ保健師の自治体行政に占める役割の大きさが広がっているということに
- 責任もそれだけ重大に（他の分野との連携が重要に）
- 一般行政に関する理解もより重要視されるように（研修の重要性）

5 保健師の人材確保に向けた自治体の取組事例

- 5－1 都道府県と市町村の連携
- 様々な行政分野で広域自治体である都道府県と基礎自治体である市町村の連携が課題に
- 都道府県と市町村の協議の場の実質化が重要に
- 長野県の資料から
- 第26回「県と市町村との協議の場」で県と市町村の人材の共同確保について協議
- 保健師、保育士、デジタル人材の確保がテーマ
- キーワードの一つが広域連合
- 以下、協議の場での資料の抜粋

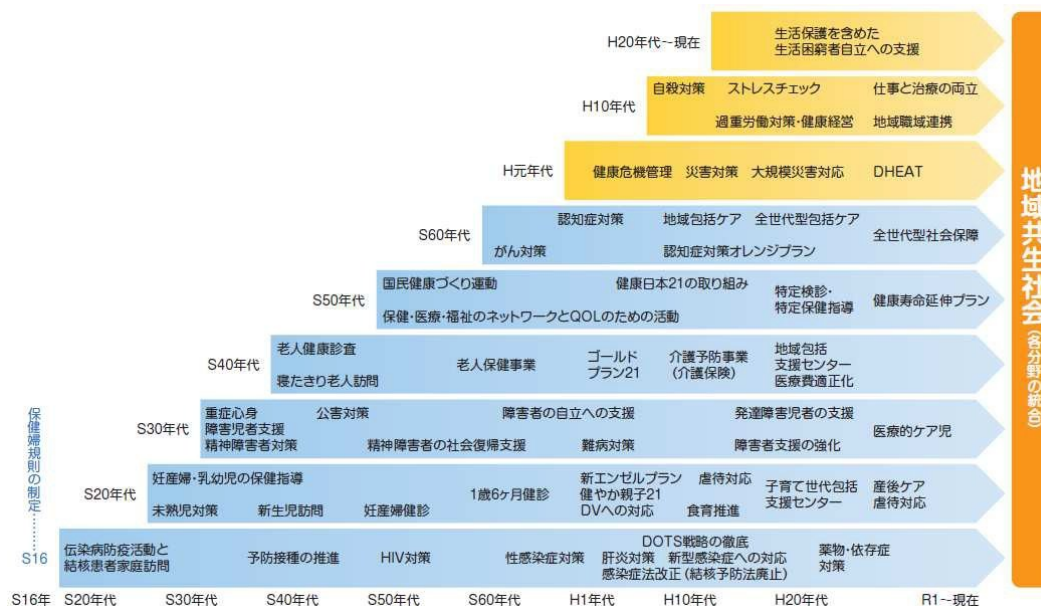
1 現状 < (1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等 >

資料2-1

- ・ **業務の拡大や複雑化**、多様化により保健師の**業務量は増加傾向** (①)
- ・ 市町村の常勤保健師数は、**年々増加**しており (②)、**毎年度、50名前後の保健師を採用** (③)
(県内の保健師養成数は近年増加しており ((3) ①)、県外からのUターンも多い)
- ・ **毎年度、30～45程度の市町村で採用募集**が行われているが、**10前後の市町村で採用できていない**年
度がある。また、**町村を中心に採用**ができていない傾向 (③)
- ・ **2～3年連続で採用できなかった市町村がある**が、時間がかかるものの確保はできており、
採用に労力を要する状況 (③)

①保健師業務の変遷について

出典：自治体保健師の人材確保ガイド（（公財）日本看護協会）



② 市町村保健師数の年度別推移（就業分野別）について

区分	常勤 保健師 数	内訳				備考
		保健分野	福祉分野	うち 介護保険等	その他	
令和元年度	876	616	216	(146)	44	その他の内訳) ・総務課 ・市民課 ・職員健康管理部門 ・教育委員会 ・社会福祉協議会 等
令和2年度	902	613	224	(146)	65	
令和3年度	911	627	228	(139)	56	
令和4年度	925	633	239	(147)	53	
令和5年度	931	636	250	(157)	45	

【参考】県保健師数の年度別推移について

区分	常勤保 健師数	内訳	
		保健所	県庁等
令和元年度	108	73	35
令和2年度	114	80	34
令和3年度	121	86	35
令和4年度	128	93	35
令和5年度	131	96	35

③ 市町村保健師採用数の年度別推移について

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
常勤保健師数	852人	872人	876人	902人	911人	925人	931人
内) 採用数	44人	50人	50人	53人	49人	57人	52人
採用募集実施市町村数 ※採用試験は前年度実施	35	36	44	32	31	37	39
採用できなかった市町村数 (括弧内は2年連続で採用で きなかった市町村数)	9	8 (3)	11 (2)	2 (1)	4	6	8 (2)

※ 採用募集実施市町村数・採用できなかった市町村数は、県の採用募集情報サイト「長野で保健師。」で把握できた範囲での数値

出典：県医師・看護人材確保対策課調べ

1 現状 <（２）市町村保健師の年齢構成等>

- ・市町村保健師の年齢構成について、**最も多いのは30代から40代**であり、全体の約6割を占める（①）
- ・最も多い30代から40代は、**産育休世代**であり、**予測できない代替職員の確保**が市町村共通の課題（①）
- ・県・県看護協会開催の保健師研修について、現任教育（中堅期・管理期）への参加者が少ない
- ・離職者のうち60歳未満で退職する者が6～7割を占めており、定着促進を図る必要がある（②）

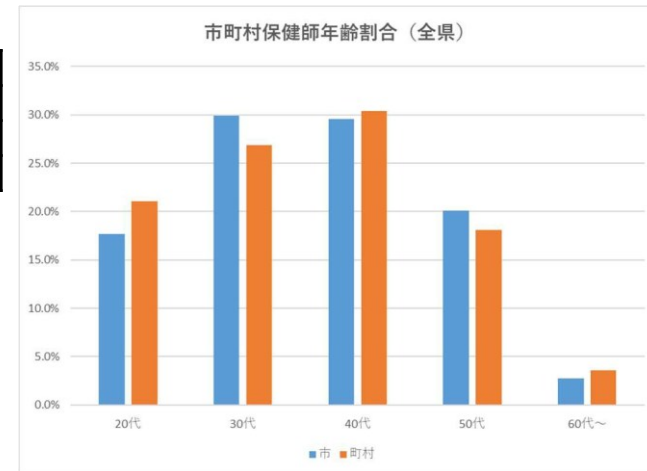
① 市町村保健師の年齢構成（令和5年度）について

【人数】

	20代	30代	40代	50代	60代～	合計
市	110	186	184	125	17	622
町村	65	83	94	56	11	309
全体	175	269	278	181	28	931

【割合】

	20代	30代	40代	50代	60代～
市	17.7%	29.9%	29.6%	20.1%	2.7%
町村	21.0%	26.9%	30.4%	18.1%	3.6%
全体	18.8%	28.9%	29.9%	19.4%	3.0%



② 市町村保健師の退職状況

（単位：人）

	60歳未満	60歳以上 (定年退職含む)	合計
R4年度	38	16	54
R3年度	24	14	38

出典：県医師・看護人材確保対策課調べ

1 現状 <（３）県内保健師の養成状況や保健師採用に係る取組状況>

- ・県内の保健師養成数は近年増加しており、保健師確保につながっている（①）
- ・県ではＨＰ等で市町村の採用募集情報を一覧にして共同発信。看護学生向け就職ガイダンスでは市町村の採用募集情報を案内。キャリアガイダンスでは採用に向けた市町村のPRの機会を提供。就職ガイダンスが実施されるも活用する市町村が少ない状況。（②）
- ・県看護大学では、過疎地域の看護職員確保のため、令和3年度より入試選抜制度に過疎地域への就業を目指す者の入学枠を創設
- ・長野県看護職員修学資金について、令和3年度の条例改正により、過疎地域の町村が返還免除対象施設に追加されたところ（③）

①県内の保健師養成数について

年度	1学年当たり定員	内訳
令和3年度	135人	県看護大：80人、信大：20人、佐久大：20人、飯田女子短大：15人
令和4年度	175人	長野保健医療大：40人【追加】
令和5年度	175人	
令和6年度	195人	松本看護大：20人【追加】

※令和7年度 清泉女学院大学大学院 保健師課程開設予定（定員未定）

出典：県医師・看護人材確保対策課調べ

② 県や市町村が取り組む採用活動の状況

	主催	これまでの実施状況
採用募集情報の共同発信	県健康福祉部	県ホームページ等で市町村の採用募集情報を一覧にして発信
看護学生向け就職ガイダンス 「信州で看護」※県外学生の参加あり	県健康福祉部 (看護協会と共催)	県内医療機関・県が参加 県が市町村の採用募集情報を案内
キャリアガイダンス（学内）	看護系大学	県看護大等のキャリアガイダンスにおける市町村のPR機会 を提供（R5 県看護大：3町村、佐久大：3町村） 県看護大で市町村保健師採用合同説明会開催（ R5 7町村）
就職ガイダンス	厚生労働省	全国都道府県が参加 当県は市町村のPRを併せて実施 （呼びかけるも市町村の参加なし）
長野県ナースセンター	県 (看護協会に委託)	ナースバンクによる保健 師の就業斡旋 市町村に対 する活用の働きかけ

③ 長野県看護職員修学資金貸付制度による対応状況（令和4年9月時点）

	1 学年	2 学年	3 学年	4 学年 (短大専攻科含)	総数
貸与者数	53	60	46	5	164
うち) 保健師資格取得可能な 大学、短期大学での貸与者数 (保健師専攻の有無は不明)	12	14	7	3	36

出典：県医師・看護人材確保対策課調べ

2 課題（現状やこれまで市町村（部会や首長）から出された意見を踏まえ整理）

【「保健師部会」で出された、市町村の課題】

- ・受験者は都市部の受験志向が強く、町村部は受験者を確保できない
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・採用試験の日程重複により応募者の確保が難しい
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・採用計画がなく、欠員が生じた場合のみ募集を行うため、効果的な応募ができていない
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・代替職員として有期雇用職員を募集しても応募がない
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・資格者で現在勤務していない方に個別にアプローチしようにも、その情報がない
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等、1(3) 県内保健師の養成状況や保健師採用に係る取組状況）
- ・新たな業務に対応する必要も生じており、安定的な採用確保が課題
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・保健師が担当する部署が限られるため、担当地区の変更以外ほぼ異動がなく人事が膠着化する
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）
- ・指導的な役割を担う保健師が不足しており、人材育成につながっていない
（関連する現状：1(2) 市町村保健師の年齢構成）
- ・業務量が多く余裕がないため、新任の保健師への相談対応や指導が不十分
（関連する現状：1(2) 市町村保健師の年齢構成）
- ・離職等による年齢構成の偏りから人材育成が課題
（関連する現状：1(2) 市町村保健師の年齢構成）

【5/25県と市町村との協議の場が出された、市町村（首長）の課題】

- ・小さな町村では、定年等による補充が非常に難しい。高齢化が進んでおり保健師は二歳が高い
（関連する現状：1(1) 市町村の保健師数 及び 採用状況の推移等）

3 対応策の方向性について

➤ 以下の方向性を踏まえ、部会において具体的な対応策を検討

- **【市町村の取組】**

- 各市町村は、地域の課題や年齢構成等を踏まえ、計画的な採用に取り組むとともに、市町村同士の連携による対応策（※）の実施を積極的に検討。

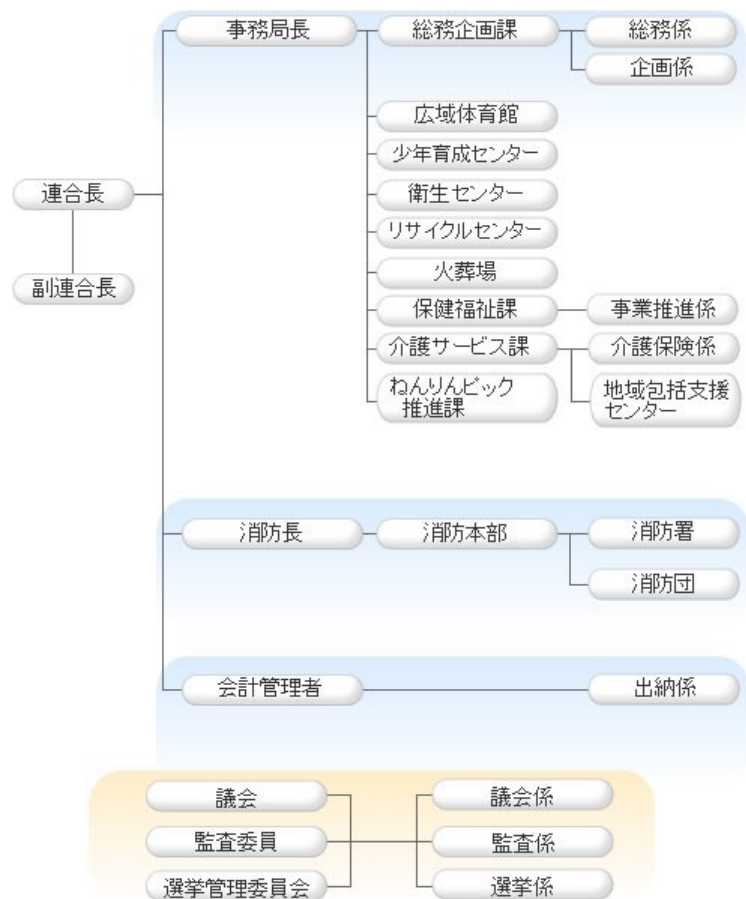
- ※広域連合で採用試験を共同実施、市町村間で業務を共同実施 等

- **【県の取組】**

- 県は、市町村における中長期的な保健師の必要数について把握した上で、市町村の派遣ニーズ等を踏まえた採用計画に基づき、県保健師の派遣を実施。

5-2 高知県中芸広域連合

- 旧中芸行政組合や中芸地域開発促進協議会のこれまでの実績をもとに1998年発足（介護保険制度誕生などを踏まえ）
- 安芸郡安田町、田野町、奈半利町、北川村、馬路村（人口1万人弱）
- 地域包括支援センターも設置
- 乳幼児健診などの母子保健、健康づくり事業、障害者自立支援事業などを2009年に各町村から移管
- 保健師については、各町村で採用が原則、広域連合に派遣するというスキームを2009年から確立（合計8人）
- 2024年10月に広域連合プロパーで1人採用
- 保健福祉課に8人、介護サービス課に1人
- 保健福祉課所属の保健師が各町村に駐在（以前は採用元以外に駐在することもあったが、現在は採用元）
- 県の福祉保健所との人事交流も実施



処理業務

1. 消防及び救急に関する事務
2. し尿処理に関する事務
3. 少年の健全な育成指導及び補導に関する事務
4. 中芸広域体育館の設置、管理及び運営に関する事務
5. 介護保険法に基づく事務
6. 広域ごみ処理施設の設置、管理及び運営に関する事務
7. 火葬場の設置、管理及び運営に関する事務
8. 保健福祉に関する事務
9. 関係町村の企業立地に関する事務

メリットと課題

- 人材確保や人材育成の面でメリット
- 専門的な課題に対応可能に
- 単独町村でできないことも広域化で可能に
- 一方で、組織の重層化による役割分担の不明確化も（いわゆる二重行政）
- 広域連合が実施主体になれない事業も（制度面の課題）
- 大規模災害時の対応に課題が（派遣元の町村に戻るようになるが、町村の実態に必ずしも明るくない、広域連合の事務に支障も）

これ以外にも

- 様々な取組み事例が（皆さんのほうがよく承知されていると思いますが）
- この2事例からも明らかなように
- 都道府県の役割が今後ますます重要に
（地方制度調査会の議論も注視する必要が）
- 市町村間の水平的補完も可能であれば一定の効果も
- その場合も都道府県の役割は欠かせない
（次項でも）

6 国、都道府県、市町村の果たすべき役割

- あらためて自治体間の広域連携（補完関係）を説明すると、主に垂直的補完と水平的補完があります
- 垂直的補完は、専門性や広域性などの観点で主に都道府県が行うもの
（地方自治法第2条第5項ほか）
- 水平的補完は、市区町村間が協定などを定め、連携・協力するもので、協議会、共同設置、広域連合、一部事務組合など様々な形態があります
- 垂直的補完は、職員の派遣や代行など、具体的には様々な取り組みがあります

広域連携の仕組みと運用について

共同処理制度	制度の概要	運用状況(R5.7.1現在)
法人の設立を要しない簡便な仕組み	連携協約 地方公共団体が、連携して事務を処理するに当たっての基本的な方針及び役割分担を定めるための制度。	○締結件数: 467件 ○連携中枢都市圏の形成に係る連携協約: 348件(74. 5%)、その他: 119件(25. 5%)
	協議会 地方公共団体が、共同して管理執行、連絡調整、計画作成を行うための制度。	○設置件数: 227件 ○主な事務: 消防59件(26. 0%)、救急26件(11. 5%)、広域行政計画22件(9. 7%)
	機関等の共同設置 地方公共団体の委員会又は委員、行政機関、長の内部組織等を複数の地方公共団体が共同で設置する制度。	○設置件数: 445件 ○主な事務: 介護区分認定審査128件(28. 8%)、公平委員会106件(23. 8%)、障害区分認定審査106件(23. 8%)
	事務の委託 地方公共団体の事務の一部の管理・執行を他の地方公共団体に委ねる制度。	○委託件数: 6, 815件 ○主な事務: 住民票の写し等の交付1, 338件(19. 6%)、公平委員会1, 167件(17. 1%)、競艇864件(12. 7%)
	事務の代替執行 地方公共団体の事務の一部の管理・執行を当該地方公共団体の名において他の地方公共団体に行わせる制度。	○代替執行件数: 3件 ○上水道に関する事務: 1件、簡易水道に関する事務1件、公害防止に関する事務: 1件
別法人の設立を要する仕組み	一部事務組合 地方公共団体が、その事務の一部を共同して処理するために設ける特別地方公共団体。	○設置件数: 1, 392件 ○主な事務: ごみ処理387件(27. 8%)、し尿処理304件(21. 8%)、消防・救急各267件(19. 2%)
	広域連合 地方公共団体が、広域にわたり処理することが適当であると認められる事務を処理するために設ける特別地方公共団体。国又は都道府県から直接に権限や事務の移譲を受けることができる。	○設置件数: 117件 ○主な事務: 後期高齢者医療52件(44. 4%)、介護区分認定審査45件(38. 5%)、障害区分認定審査30件(25. 6%)

- (注1) 法人の設立については、特別地方公共団体の新設に係るものであり、総務大臣又は都道府県知事の許可を要するものとされている。
- (注2) 地方開発事業団、役場事務組合及び全部事務組合については、地方自治法の一部を改正する法律(平成23年法律第35号)により廃止。
- (注3) 協議会、機関等の共同設置、一部事務組合、広域連合の事務件数については、複数の事務を行っている場合は事務ごとに件数を計上しているため設置件数と一致しない場合がある。

このうち

- 高知県では広域連合方式を採用
- 機関等の共同設置、事務の委託、事務の代行執行、一部事務組合方式も可能と考えられます
- 本来であれば、政令市など保健所設置市区が事務の委託、代行執行といった水平補完を行うことも可能ですが
- 現実に議会や首長などの理解を得られるかは不透明です
- 広域連合、あるいは一部事務組合を設立し、関係市町村が協働して取り組むほうが、比較的理解も得られやすく現実的です
- 特にいまだに市町村合併に対して抵抗感がある関係者も少なくない中で、広域連合には長野県や高知県の事例でも一定の役割を果たしています

都道府県は

- 小規模市町村をサポートする必要性がますます増大すると考えられます
- 昔の郡役所が担ってきたような役割を果たすことが期待されます
- 都道府県民全体の保健・福祉の向上という観点からは、小規模市町村のサポートをしっかりと行うことが都道府県のミッションとしてより重要となってきます
- 採用、研修などの側面でサポートすることが特に求められます

さらに

- 繰り返しになりますが、一般行政に占める保健師の割合、役割は増大しています
- 他部局との連携や一部では一般行政的な事務を担うなど、保健師としての専門的知見以外の知識やスキルも必要となってきました
- この点は都道府県の保健師も市町村の保健師も同様です
- もっと一般行政等について学ぶ機会が必要ですが、単独の市区町村では限界もあります
- 合同の研修機会（できればオンデマンドで）を国や都道府県が積極的に企画すべきと考えます

都道府県、市町村とも

- 他自治体に保健師を派遣する場合のインセンティブを与える必要があると考えます
- これは他の専門職や一般行政職でも同様です。
- 残念ながら多くの自治体では、給与制度の運用が画一的（横並び、悪しき平等主義）となっているのは否めません
- 本来、派遣される職員は将来の幹部候補ですから
- 勤勉手当の成績率を上げたり、特別昇給を付与すべきですが
- 私の知る限り、運用を適切に行っている自治体は多いとはいえません

保健師のロールモデルとして

- 一般行政の5%近くを占めていることもあり、保健師の役割の大きさを考えればその処遇を見直すべきです
- 部制を導入している自治体では保健師資格をもつ部長ないし次長が
- 課制を導入している自治体では保健師資格をもつ課長が
- 最低1人（それも単に課長級ではなく）は常にいるのが望ましいのではないのでしょうか？
- 一方で、地方交付税で最低限（これで十分ではありませんが）の措置（人件費）を行っているにも関わらず、それを下回った人数しか確保していない市町村もありますが、もっと積極的に採用を進めるべきです

特に市町村の人事担当部局は

- 他の専門職に比べて、代えがききにくい（土木等と比べても）という保健師の独自性を十分認識すべきでは？
- 保健師が適切に確保できなければ、少子・高齢化が進行する中で、自治体が果たすべきミッションが達成できなくなるということをもっと深刻に捉え、都道府県や教育機関などと連携を深めるべきでは？
- 保健師業務は検診を行うことだけではなく、保健事業の企画や関係する様々な部局との連絡調整など多くの業務を担っているという点を再認識すべきでは？
- 業務量が過大になっていないかも十分チェック、フォローすべきでは？
- 一方、一般行政の仕事を任せるのはできるだけ避けるべきでは？
- 定数条例の見直しも必要では？

首長や幹部職員、人事課、財政課をどのように説得すべきか

- 自治体の首長の権限の強さはある意味、首相を凌ぐものとの指摘も
- 二元代表制といっても、議会の立場は必ずしも強いとはいえない（強いところ、強い時期というのがありますが）
- トップに直訴するというのも一案ですが
- 後で倍返しにあう危険性も
- 事務的に積み上げるとともに、場合によっては機会を捉えて上層部に情報を提供する工夫も

トップのスタイルも様々

- トップダウン型もいればボトムアップ型も
- 議会重視の首長もいれば、議会对決型（結果的にそうなることがしばしばですが）も
- 職員出身の場合、行政実務に明るいという側面がある一方で
- 長期政権となると、一番知っているだけに職員側からなかなか物申すことが困難になる場合も
- 議員や民間出身の場合、様々なタイプは
- 基本的には自分がこれまでやってきたこと（仕事）などをベースに考えがち

つまり

- 民間出身の首長の場合、自分が務めていた（あるいは経営している）企業などでの経験を基に語ることが少なくなく
- 企業でできて、なぜ行政ではできないかということと言う首長を何人もみてきましたが
- 特に保健行政では、企業的に進めるのが難しいというのは比較的理解されやすいのでは
- アウトソーシングや民営化がほぼ困難な分野だけに
- 近年、対立の多くは新規の箱物建設などハードが中心（推進か撤退か）

結局のところ

- 日本的と言えはそれまでですが、しっかりとした根回し、事前の説明（人事課、財政課等）は不可欠
- 予算要求、人事要求などの場面以外でも適宜適切に情報提供を行う事が不可欠
- 保健行政の場合、結局すべての有権者に関わることからトップの理解も比較的得やすいのでは？
- 当該事業が一部の有権者に限定されるとしても、結果として便益が多くの有権者にももたらされるということが示されればやはり理解が得やすいのでは？

国は

- 保健所長は医師以外の職種の職員でももっと一般的になれるよう、改善すべきではないでしょうか（一般の視点からすれば、保健所の長は保健師というほうが納得感もあるのかも）。
- 保健師を医療職（三）の給料表とする国の見解は妥当なのか？
- 少なからずの自治体で行政職（一）を適用するようになってきていますが
- 保健師の専門性を考慮すれば（級の数はいくつにすべきか）
- 本来は独自の給料表を策定すべきでは？
- これらは厚生労働省と総務省、そして人事院で検討すべき事項です

あるいは

- 行政職（一）とするとしても、専門性に鑑み、保健師手当のような恒常的な給与に関する措置を講ずるべきでは
- 地方自治法の改正（第204条第2項）が必要ですが
- 自治体独自の職種ともいえるので、必要性は理解されやすいのでは？
- 保健師の処遇改善という意味では中長期的には解決すべき課題では？
- 自治体ももっと声を上げるべきでは？
- このほか、保健行政における生成AIの有効な活用策の検討に先導的な役割を

7 保健師への期待

- 地方分権の進展や社会経済状況の急激な変化、地球環境問題の深刻化などによって、自治体の守備範囲は大きく広がり、
- 専門知を取り入れて政策課題に取り組むことがますます求められる中で、保健師の扱う分野は、大部分、自治体頼みになっています
- 特にコロナ禍で保健行政、特に保健師の役割の重要性を住民、そして自治体職員、自治体トップも認識したはずです
- もちろん、医師や看護師など他の専門職も同様です

- 首長や議会の理解はこれまで以上に不可欠です
- 人事当局だけでなく、企画や他の事業部門との協働も必須です
- 小規模市町村に果たすべき都道府県の役割はますます増大しています
- 国も保健師の処遇改善など様々なサポートをすべきです
- そして保健師の皆さんが、地域社会の安全・安心・健康を支える中核的な存在であるということを自治体関係者、住民がもっと自覚されることを期待しています

参考資料

- 厚生労働省(2025)「令和6年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/24/>
- 厚生労働省(2024)「医師・歯科医師・薬剤師統計」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>
- 自治省行政局公務員部公務員課編（1980）『地方公務員月報201号』自治省
- 自治省行政局公務員部公務員課編（1995）『地方公務員月報383号』自治省
- 総務省ホームページ「地方交付税制度の概要」https://www.soumu.go.jp/main_sosiki/c-zaisei/kouhu.html
- 総務省ホームページ「広域連携の仕組みと運用について」https://www.soumu.go.jp/main_content/000934429.pdf
- 総務省自治行政局公務員部給与能率推進室(2010)『平成20年地方公共団体定員管理調査結果』総務省
- 総務省自治行政局公務員部給与能率推進室(2024)『令和5年地方公共団体定員管理調査結果』総務省
- 人口戦略会議（2024）「令和6年・地方自治体「持続可能性」分析レポート」
- 地方交付税制度研究会編（各年度）『地方交付税制度解説（単位費用編）』一般財団法人地方財務協会
- 中芸広域連合ホームページ「中芸広域連合について」<http://www.chugei-kouiki.jp/about/>
- 長野県ホームページ「県と市町村との協議の場」
<https://www.pref.nagano.lg.jp/shinko/kensei/shichoson/shichoson/kyogi/index.html>