

自治体政策としてのコミュニティナースの可能性

—地域公共人材としてのコミュニティナースに着目して—

Possibility of Community Nurses as Local Public Policy

: Focusing on the Community Nurses as Local public Human Resources

杉岡 秀紀

要旨

近年の人口減少、少子高齢化を受け、地方では住民の半数以上が高齢者を占める限界集落が登場している。そして、複雑化、多様化、高度化、専門化、不確実化する様々な地域課題の解決のためには地域公共人材が必要と言われて久しい。その中でも医療資源や看護資源の乏しい地域では、医療や看護などの知識や経験を持った人材の育成が急務である。

そこで本論では、ここ数年全国で注目されているコミュニティナースに着目し、その定義や類型を整理した上で、全国初の自治体雇用型のモデルとなった京都府綾部市におけるコミュニティナースを考察することで、自治体政策、とりわけ地域公共人材としてのコミュニティナースの可能性について明らかにしたい。

キーワード：コミュニティナース、地域公共人材、自治体政策、綾部市、限界集落、水源の里

Keywords: Community Nurse, Local Public Human Resources, Local Public Policy, Ayabe city, Marginal Communities, Water Sources Village

1. はじめに

1.1 人口減少と地方創生

厚生労働省によれば、2019年度の出生数は86万5,239人となり前年より5万3,161人減少した。一方、死亡数は138万1,093人となり前年より1万8,623人増加した¹。すなわち、この出生数と死亡数の差分である51万5,854人がわが国における人口減少の最大の要因であり、喩えで言えば、50万人規模のまちが1年ごとに消滅してしまうくらいのペースで人口が急減している。民間のシンクタンク日本創成会議はこうした現実を受け「地方消滅性自治体」という言葉をつくり出し、2040年ま

でに全自治体の約半分にあたる 896 自治体が消滅する可能性がある」と提起した。そして、2015 年には政府主導による「地方創生」政策が誕生し、全国の自治体において東京一極集中の是正と人口減少のための様々な施策が打たれることとなった（青山・小沢・杉岡ほか 2016）。しかし、それから 5 年の歳月が経ったが、結論としては、人口が増えたのは東京都、神奈川県、沖縄県の 3 都県のみで、それ以外の 44 の道府県では、人口減少は止まっていない。すなわち、「地方創生」政策は功を奏さなかったと言えよう。また、地方では人口減少とともに少子高齢化が進み、わが国における高齢化率（人口全体に占める 65 歳以上の高齢者の割合）は 2020 年度には 28.7%となり、国民の 4 人に 1 人以上は高齢者となった。2025 年には 30%を超え、2065 年頃に 38.7%でピーク迎えると予測されている。こうした人口減少、少子高齢化の流れを受け、地方の中でも山間地域や中山間地域では、住民の半数以上が高齢者を占める限界集落²が登場している。加えて、「人生 100 年時代」という言葉が登場しているように、平均寿命は年々伸びている一方で、健康寿命と平均寿命の差は男性 8.84 年、女性 12.95 年と大きな差がある。すなわち、これは地域における医療・福祉・介護など他者の援助が必要になることを意味する（奥 2019:202）。また、仮に病院や施設にお世話になるにしても、「家に帰りたい」と思うのが、すべての患者や利用者の要望であり（磯山 2018:56）、人間としても自然な感情である。したがって、「老老介護」「介護離職」「8050 問題」「ヤングケア」「ダブルケア」などに陥らないためにも、一人ひとり 65 歳以降もいかに健康に生きることができるかが、個人や家族にとっても、そして地域にとっても今後重要になってくる。

一方で、限界集落と呼ばれるような高齢化の進んだ地域では地域医療や看護資源が乏しい。すなわち、医療や看護の知識や制度に詳しい人が家から遠い役場と病院にしかないという構造となる。したがって、地域の中でいかに医療や看護などの専門性を持ちつつ、地域コミュニティづくりに貢献できる人材（地域公共人材）を確保できるかということは急務の地域課題と言える。

1.2 地域公共人材とは何か

公共的活動が行政の独占物であった時代はもはや過ぎ去り、行政・企業・NPO・市民がそれぞれ公共的役割を認識し、相補って公共を支える協働が、新たな社会的連帯を産み出し、豊かで活力のある社会を創造する手段であるということはもはや一般的理解となっている。そして、そうした協働型社会を支える人材として 21 世紀初頭から注目されているのが地域公共人材³という人材像である。確固たる定義は存在しないが、ここではさしあたり「異なるセクター間の文化的・機能的な壁を越えて、協働型社会における地域の公共的活動や政策形成を主導、またコーディネートできる人材」という意味で捉えることとする（杉岡 2014）。

地域公共人材に欠かせない能力は、（一財）地域公共人材開発機構の理事長を務める新川（2007）によれば以下の 3 つとされる。

- (1) 地域課題を発見・分析し、解決策を提示し、それを実現・実施する能力（企画実践力）
- (2) 協働による活動を実践する能力と役割や責任及び他者の立場を理解する能力（協働能力）
- (3) 地域公共活動の促進・連携ネットワーク化・資源調達・活動環境整備を推進する能力（プロデュース力）

当然のことながら、これらの能力は、地域公共人材として求められる最低限のコアスキルに過ぎない。地域公共人材の提唱者の一人である富野（2008）は「政策過程を方向づけ、所属する諸機関の内外において事業を統合的にコーディネートするプロセスを主導する能力や地域社会における各機関のミッションに適合した創造的マネジメントを遂行する能力が必要」と指摘し、また、対話による地域人材育成に明るい土山（2009）は「地域公共政策の過程における議論・対話の重要性を理解し、クロスセクター環境での〈つながり・ひきだす〉能力」が重要と説く。加えて、本論で着目するコミュニティナース提唱者である矢田は協働型社会における人材に求められるスキルについて「協働によって地域での安心と豊かな暮らしを実現するときに、ポイントとなるのはまさにコミュニケーション。（中略）インプットとアウトプットの間にある「スループット」、つまり地域課題を解決するための協働力を引き出す働きが非常に重要で、この鍵を握るのがコミュニケーション」とコミュニケーション力の重要性を強調する（矢田 2017a:528）。

こうした地域公共人材の重要性は、こんにち自治体の現場にも広がっており、例えば、「地方公務員」ではなく「地域公務員」（稲継 2012）という呼称や「地域に飛び出す公務員」（推川 2012）という呼称が登場している。加えて、現場レベルでは総務省による「地域おこし協力隊」という制度が2009年から始まり、地域公共人材の予備軍となる人たちが都市から条件不利地域を含む地方に移住し、地域おこしや住民支援などの地域協力活動を行っている⁴。地域おこし協力隊は、隊員の約7割が20代と30代、約4割が女性、任期終了後には約6割が同じ地域に住み続けているという特徴を持つとともに、地域おこし協力隊に要する経費は特別交付税措置で国が負担してくれるという財政的メリットがある。これらがあいまって、この10年間で急増し、現在は5,500人を超える隊員が誕生している（表1）。そして、後述するように綾部市もこの制度を活用し、コミュニティナースを導入している。

ともあれ、この1点をとっても、綾部市の事例は、地域おこし協力隊を活用した全国初の自治体雇用のコミュニティナース導入事例であり、自治体政策、とりわけ地域公共人材としてのコミュニティナースの可能性について明らかにするために好例と言えよう。

表1 地域おこし協力隊の隊員数推移

年度	2009 年度	2010 年度	2011 年度	2012 年度	2013 年度	2014 年度	2015 年度	2016 年度	2017 年度	2018 年度	2019 年度
隊員数 (単位:人)	89	257	413	617	978	1,629	2,799	4,090	4,976	5,530	5,503
団体数 (単位:団体)	31	90	147	207	318	444	673	886	997	1,601	1,071

(出所) 総務省ホームページ (2020)

2. コミュニティナースとは何か

2.1 諸外国のコミナスと日本のコミナス

コミュニティナース（以下、コミナス）は、元々は欧米やオーストラリアなどで「コミュニティナースィング」や「メディカルボランティア」という名称で行われており、わが国のオリジナルではない（矢田 2018:306、同 2020:60）。例えば、オーストラリアでは、学校保健の業務をコミナスが担ったり、地域のヘルスセンターにおける元気な高齢者に対するサービスや産後の新生児訪問もコミナスが行ったりしている（鳩野 2002a:402406）。また、コミナスになるためのプログラムも体系化されており、大学や各病院、看護の職能団体、様々な民間団体が提供している（同 2002b:494-497）。特にアメリカやイギリスにおいては学部だけでなく、大学院レベルまでも教育課程が充実しており、例えば、分析、評価能力、政策立案・計画策定能力、コミュニケーション能力、文化的に適切な能力、地域における実践能力、基本的な公衆衛生の能力、財務計画と管理計画、リーダーシップとシステム思考能力といったカリキュラムを体系的に学習できるようになっている（鳩野・岡本他 2006:195-199）。しかし、諸外国のコミナスとわが国のそれは予防的な取り組み⁵という意味では共通点があるものの、諸外国のコミナスはどちらかと言えば保健師⁶に近く、わが国におけるコミナスとはやや距離がある。その意味では、本論で考察するコミナスについては「日本版コミナス」と呼称する方がより正確かもしれない。

2.2 コミナスの定義

わが国におけるコミナスは、当時看護師を目指して学んでいた矢田明子が看護学校3年生の時にこの概念を知り、2011年に島根県雲南市が主催する次世代育成事業「幸雲南塾」において、「地域に飛び出す医療人材によるコミュニティづくり」と提案したのがわが国における嚆矢とされる。ここでは、人口減少や少子高齢化に伴う地域医療や看護、介護の限界、地域コミュニティの限界を受け、病院（臨床）で受身的に待つのではなく、積極的に暮らしの動線に乗っかり活躍する新しい医療人材像、地域人材像としてコミナスが提唱された。

ただし、コミナスの定義は多義的であり、まだ確立されているとは言えない。コミナスの第一人者である矢田自身も、例えば「病院の看護師でもない、訪問看護師でもない、行政保健師でもない看護専門職」（矢田 2017b:22）、と看護職であることを強調したり、「特定の居場所があるわけではなく、地域のなかで、住民と一緒に毎日の楽しい心と体の安心をつくる医療人材」（同 2017b:22）、「看護の専門性を活かしながら、制度にとらわれることなく、まちに出て自由で多様なケアをする医療人材」（同 2019:158）と医療人材であることを強調したり、はたまた資格や職種ではなく、「暮らしのそばでまちの人と共に、組織の絆や制度などにとらわれずに、自由で多様なケアを実践していくこと」（矢田 2020:58）と説くなど、多様な定義をしている。矢田と同じく雲南市のNPO法人おっちらボでコ

ミナスを実践する宮本は「病院の中で働く看護師とは異なり、地域に溶け込み、暮らしに寄り添いながら健康づくりを進めていく、新しい看護師」と定義し、看護師との違いを強調する(宮本 2019:80)。一方、千葉県流山市でコミナスを実践する渡邊は「日常の暮らしのなかで地域の人々と中長期的な関係性をつくりあげながら、医療制度の枠組みにとどまらない柔軟なアプローチをしている(人)(括弧内は筆者加筆)」と医療制度との違いを強調する(渡邊 2020:53)。また、「いつも地域住民のそばにいる身近な存在・関係性の看護師」(香本 2017:67)、「病院の中でも在宅でも、行政でもなく、地域住民のそばで活動するナース」(西 2017:17)、「地域の人々の暮らしの身近な存在として、毎日の嬉しいや楽しいを一緒につくり、心と身体の健康と安心を実現する(人)、その人ならではの専門性を生かしながら、地域の人や異なる専門性を持った人とともに中長期的な視点で自由で多様なケアを実践する(人)(括弧内は筆者加筆)」(コミュニティカンパニー 2021)⁷と、住民との身近性を強調したり、「看護の専門性を活かしながら、制度にとらわれることなく、住民の暮らしに動線に溶け込み、住民の健康と幸福に寄与する活動」(中澤 2019:67)と住民の幸福を強調したりする向きもある。加えて、副業的にコミナスを実践する菊池は「コミュニティナースは資格ではなく、あり方で、おせっかいマインドを持つこと」(菊池 2020:76)とおせっかいマインドを強調する。

以上を踏まえれば、医療・看護等の専門職とコミナスは似て非なるものということは明らかであり、その違いは表2のようにまとめられよう。そして、本論においては、「看護や医療などの専門性を生かしながら、制度や施設にとらわれることなく地域に入り、住民の生活動線上でのコミュニケーションをベースに自由かつ多様なケアを楽しみながら実践する、おせっかいマインドを持った地域公共人材」と定義しておきたい。

表2 医療・看護の専門職とコミナスの違い

	医療・看護等の専門職	コミュニティナース
根拠	法律、制度	なし
資格	国家資格(医療・看護)	なし(ただし、実際はほとんど有資格者)
活動範囲(拠点)	原則として病院や施設	地域(特にまちの保健室)
対象者	患者・利用者	全地域住民
アプローチ特性	事後的かつ非日常	事前的(予防的)かつ日常
対象者との関係性	やや指導的(垂直的關係)	対等(水平的關係)

(出所) 筆者作成

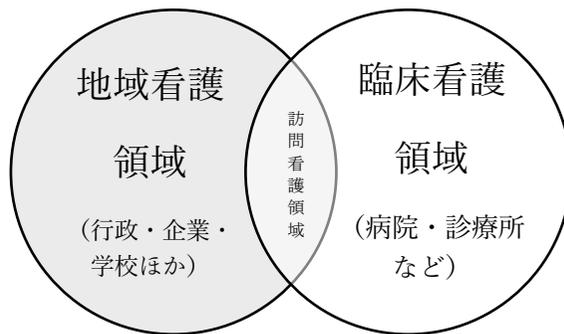
2.3 コミナスの活動

矢田が設立したコミュニティナースカンパニー(2021)によれば、コミナスの活動は大きく3つある。1つは「地域に必要な機能を創る」ことである。具体的には、地域でのサロン活動(在宅医療の周知、健康相談、介護相談など)、他施設の医療人材を招いての健康教室、地域の見守り活動への同行、暮らしの保健室の定期開催、地域の交流スペースを活用しての訪問看護ステーションの開設など

がその例である。雲南市でコミナス活動を展開する宮本は「地域の人のつづやきは、まちづくりの大きなヒント」とも述べており、まさにコミナスが住民のつづやきを聞く人材と言っても良いだろう(宮本 2020:45)。2つは「地域医療人材をつなぐ」ことである。具体的には、地域医療の勉強会やイベントの定期開催や施設・職種・地域を超えて育む体制づくりなどがその例である。3つは「医療や看護の担い手を増やす」ことである。具体的には中学生・高校生へのキャリア教育参画や学生の地域活動促進などがその例である。ともあれ、ここに共通するのはコミナスが制度の中で専門家として単独でケアするというアプローチを取らず、制度の枠を超えて、地域の実情や課題に合わせた専門家の多職種連携はもとより、近所の人同士でケアし合えるような環境づくりや人づくりにこだわっている点である。

以上の整理を前提にすれば、コミナスの活動領域は、やはり「臨床看護領域」とは違い、「地域医看護領域」に属していると整理できよう。なお、訪問看護領域については確かに地域との密着性はあるが、不定期であるという意味において、その中間領域に属していると整理される(図1)。

図1 コミナスの活動領域



(出所) 青木なぎさ (2017) より筆者加筆修正

2.4 コミナスの総数

ところで、コミナスは現在どれくらい存在するのであろうか。先述の通り、コミナスの定義は多義的であり、全体像を正確に把握するのは難しい。ただし、公益財団法人日本看護協会の統計⁸によれば、日本の全看護職(155万8,340人)のうち、保健所が1173人(0.1%)、都道府県699人(0.0%)、市町村8,269人(0.5%)、病院975,114人(62.6%)、診療所320,711人(20.6%)、介護老人保健施設45,079人(2.9%)、訪問看護ステーション46,656人(3.0%)、社会福祉施設25,708人(2.5%)、居宅サービス等63,859人(4.1%)、事業所6,060人(0.4%)という構成になっており、8割以上の看護師は臨床看護に従事していることが分かっている。地域を拠点として働く看護師は行政保健師など1

割にも満たない(奥 2019:204、中澤 2019:67)。そのように考えると、コミナスは看護師の1割はおろか、統計上おそらく1%もないと推察される。病院に勤めながらコミナス活動を実践する高田は「できれば臨床にいる看護師は、1度はコミュニティナースとして地域に飛び出し、地域を知って欲しい」と問題提起するが、現実とは相当ギャップがある(高田 2020:51)

そのような状況の中、手がかりになるのは2016年から始まり、2020年で10期を迎えた「コミュニティナース育成プロジェクト」⁹の修了者数である。コミュニティナース研究所¹⁰によると、その数は2020年10月時点で200名超だという。仮にこの数字を分子とし、全看護師を分母にとり計算すると、0.00001%という衝撃的な数値となる。したがって、コミナスの実践というのはまだ萌芽的な取り組みであり、量的には社会全体を動かすような存在ではないことが分かる。ただし、修了生の9割は依然として看護師であるものの、近年は修了者の属性に多様性が生まれ、看護師以外にも医師、作業療法士、管理栄養士といった医療職、さらにはゲームのクリエイターや生協職員なども増えているという(矢田 2020:61)。また、先述した地域おこし協力隊はここ数年の政策により急増していることも指摘したとおりである。その意味ではコミナスも今後は政策動向次第で急増する可能性があると言えよう。換言すれば、この点が本論で自治体政策、とりわけ地域公共人材としてのコミュニティナースの可能性に着目する理由でもある。

2.5 コミナスの類型

本章の最後にコミナスの類型についても整理しておく。わが国のコミナスの類型については、管見の限り次の5パターンある。1パターン目は「自治体雇用型」で、例えば本論で取り上げる京都府綾部市、奈良県山添村、同天川村などに例がある。2パターン目は「NPO・企業雇用型」で、例えばNPO法人おっちらぼ(島根県雲南市)、コミュニティナースカンパニー株式会社(同)、株式会社Community care 訪問看護ステーションコミケア(同)、NPO法人みんなの集落研究所(岡山県美作市)、(一社)てとわ(奈良県天川村)、(一財)プラスケア(川崎市)、株式会社マザープラネット(千葉県流山市)、などに例がある。3パターン目は「起業型」で、例えば株式会社レキオンリンクス(沖縄県)、合同会社aneLa(滋賀県長浜市)などに例がある。4パターン目は「病院・施設雇用(派遣)型」で、例えば、久万高原町立病院(愛媛県久万高原町)、藤田医科大学豊田医療センター(愛知県豊田市)、サービス付き高齢者向け住宅ケアタウンけやき(茨城県)、合同会社ウェルネスアトリウム訪問看護ステーション(千葉県)、などに例がある。5パターン目は「副業・ボランティア型」で、例えば、ロコクリニック中目黒(東京都)、ボランティアナースの会キャンナス(神奈川県)に例がある。いずれにせよ、わが国のコミナスの歴史はまだ浅く、それぞれに一長一短あり、どのパターンがわが国で一番広がるのかはまだ未知数である。

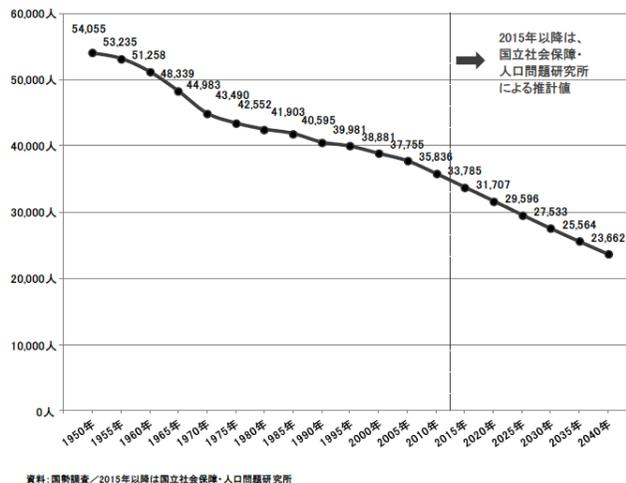
そこで本論ではその一つの手がかりとして、綾部市の取り組みを事例に、類型で言えば1パターン目にあたる「自治体雇用型」自治体政策に絞り、地域公共人材としてコミュニティナースに可能性について考察する。

3. 綾部市におけるコミュニティナース事例

3.1 綾部市の概要

綾部市は、京都府のほぼ中央、京都府北部の内陸部に位置し、京都市から北西にへだてること76 km、舞鶴市から南23kmの地点にあり、市街地を清流由良川が貫流し、日本海に注ぐ山紫水明の盆地である。1950年に1町12村が合併し、現在の綾部市が誕生した。人口は市政施行時の54,055人をピークに減少に転じ、現在31,655人（2020年12月1日現在）となっている（図2）。上場企業であるグンゼや精密ねじの日東精工、大本教や合気道の発祥の地として知られ、世界連邦平和都市宣言や後述する水源の里でも全国的に有名なまちである（滋野 2020、杉岡 2017）。また、近年は蒲田（2016、2018）が『驚きの地方創生 京都・あやベストスタイル』と『驚きの地方創生 限界集落が超☆元気になった理由』を続けて発刊し、地方創生の分野でも注目を集めた。しかし、高齢化率は高く、人口面だけで言えば全国平均を大きく上回る典型的な過疎のまちとなっている。

図2 綾部市の人口推移



（出所）綾部市ホームページ

3.2 水源の里の概要

綾部市全体の高齢化率は37.62%（2020年5月末）であるが、200近くある集落の約3割では高齢化率50%を超え、とりわけ水源の里の指定を受けた地域18集落では、表3の通り、ほぼ全ての集落でいわゆる限界集落となっている（山崎 2016:12-13、綾部市 2020）。何より、構造的に市街地からは物理的に離れていることで、交通弱者や買い物弱者、そして、医療弱者が生まれやすくなっている。

表3 綾部市東部地域（水源の里）集落人口の推移

集落名	2016年 人口 (単位:人)	2016年 高齢化率 (単位:%)	2020年 人口 (単位:人)	2016年 高齢化率 (単位:%)	2008年以降 UI ターン人口 (単位:人)
鳥垣	54	42.6	52	44.2	5
草壁	42	61.9	33	72.7	1
古屋	10	40.0	4	100.0	
有安	74	55.4	63	61.9	8
光野	30	56.7	24	62.5	
老富(栃)	14	71.4	10	70.0	
老富(市茅野)	20	40.0	11	63.6	9
老富(大唐内)	18	77.8	17	76.5	7
瀬尾谷	9	88.9	7	85.7	
清水	51	64.7	40	74.3	
市之瀬	42	66.7	40	62.5	4
市志	19	78.9	18	83.3	13
広瀬	114	54.4	109	58.7	
橋上	45	57.8	38	60.5	3
上原	121	46.3	103	58.3	4
内久井	37	64.9	33	72.7	
金河内	81	50.6	65	56.9	3
仁和	111	49.5	97	56.7	
計	892		764		57

(出所) 綾部市(2020)より筆者加筆修正

ただし、綾部では限界集落という言葉を取らず、「上流は下流を思い、下流は上流に感謝する」という理念の下、「水源の里」という呼称を用いて地域振興を行っている。具体的には、2007年には全国初で「水源の里条例」を施行し、過疎・高齢化が進行しコミュニティの維持が困難となっている集落を対象に、(1) 定住支援、(2) 都市との交流、(3) 地域産業の開発と育成、(4) 地域の暮らしの向上のための政策を展開している。このような考え方やアプローチは瞬くまに全国に広がり、同年には「全国水源の里連絡協議会」という組織が設立され、現在161の自治体が名を連ねるに至っている(蒲田 2018:6)。

3.3 綾部市におけるコミュニティ・ナース

このような水源の里を多く抱える綾部市においてなぜコミナスが誕生することになったのであろうか。結論から言えば、先述の矢田が創設したコミュニティナースカンパニー主催で、2016年からスタートした「コミュニティナース育成プロジェクト」が大きく関係している(服部 2018:3)。具体的には、知識を伝えるだけでなく、活動するための環境構築、また継続的に活動するための事業化を見据えるための講座として「コミュニティナース育成プロジェクト」の第1期フィールドワーク

が綾部市内で実施された。期間は半年間で、看護師や保健師の資格を持つ12名が参加したという(矢田 2017b:24)。ともあれ、こうした縁があり、市長のリーダーシップの下、2017年度から綾部市が全国初の自治体雇用型としてコミナス事業を始めるに至った。

綾部市のコミナスは、総務省の地域おこし協力隊の枠組みを活用する形を採用した。すなわち移住者に住民票を綾部市に移してもらい、週半分は市の嘱託職員として、残り半分は自由に働くことを条件に、最大3年間の生活費や活動費を国の地方交付税を活用するという方式である。具体的には2～17年の看護師経験を持つ3名(A氏は東京出身で元都内の療養型病院看護師、B氏は秋田出身で元療養型病院看護師、C氏は滋賀出身で元県立病院・地域包括支援センター・老健施設看護師)がコミナスとして採用された。

活動地域は、水源の里のうち市街地から最も遠く、過疎と高齢化が進む「奥上林地区(15自治会、人口469人、高齢化率63.1%)」と、平均的な人口、高齢化の「西八田地区(6自治会、人口1754人、高齢化率36.3%)」の2地区である(図3)。奥上林地区は京都府北部唯一の国宝である二王門のある君尾山の麓で、上林川と草壁川に囲まれた風光明媚な地域であり、西八田地区はのどかな田園風景が広がり、数千年以上前の歴史遺産が多くある一方、工業地域が近いこと、現役世代の人口が比較的集まっている地域である。

図3 奥上林地区と西八田地区の概要



	奥上林	中上林	口上林	山家	東八田	西八田	吉美	綾部	中筋	豊里	物部	志賀郷	その他	合計
地区人口	469	1,036	627	1,438	1,835	1,754	2,472	11,654	5,778	3,720	1,514	1,254	257	33,808
高齢者数	296	597	305	686	898	637	599	3,802	1,768	1,465	700	598	149	12,500
高齢者比率	63.1%	57.6%	48.6%	47.7%	48.9%	36.3%	24.2%	32.6%	30.6%	39.4%	46.2%	47.7%	58.0%	37.0%

綾部市の地区別人口・高齢化率

(出所) 服部良子(2018)

綾部市のコミナスの活動は大きく3つに分けられる(図4)。1つは「地域での活動」であり、具体的には自治会との連携、地域の子供達とのふれあい、地域行事での健康相談コーナー出展、そして、コミナスの部屋と呼ばれるまちの保健室機能といった取り組みである。コミナスの部屋は、毎週9時

半から 11 時（月火は奥上林地区、水木は西八田地区）に公会堂や集会所にて出入り自由で井戸端会議のような雰囲気の中、熱中症予防や食中毒予防、検査結果の見方などのレクチャーなどが行われた。なお、地区別にはコミナステーションと呼ばれる個別相談（西八田地区のみ）や個別訪問（奥上林地区のみ）といった取り組みも展開された。これは矢田のコミナス活動の整理で言えば「地域に必要な機能を創る」に当たるだろう。2つは「地域外での活動」であり、コミナス新聞などを毎月 1 号ずつ作成しながら、活動報告や健康情報などが活動地域内外に発信された（全 32 号。配布は 2 地域のみで全戸配布）。なお、B 氏は任期中に福知山公立大学の聴講生として半年間地域協働について学ぶ機会を設けた。こちらも矢田のコミナス活動の整理で言えば「地域に必要な機能を創る」の一部に当たるだろう。3つは「関係機関との連携」であり、市役所、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護事業者、市立病院、警察署など、多角的な視点から医療・福祉・行政関係機関との情報共有や連携（橋渡し）が行われた。これは矢田のコミナス活動の整理で言えば「地域医療人材をつなぐ」に当たるだろう。

以上から綾部のコミナスについては、矢田のコミナス活動の整理で言えば「地域に必要な機能を創る」「地域医療人材をつなぐ」の 2 点に重点を置いた活動が展開された。

図 4 綾部市のコミナスの活動イメージ



(出所) 山崎善也 (2020)

3.4 綾部市におけるコミナスの到達点と課題

綾部市におけるコミナスは現在 3 年の任期が終了し、第 1 フェーズから第 2 フェーズに移行中である。具体的には、A 氏については任期途中で離任し、すでに綾部市を離れている。C 氏については 3 年の任期終了後に家族の介護の関係で実家に帰ることとなり、2020 年 3 月で綾部市を離れた。とい

うわけで任期後に残ったのはB氏のみであり、B氏は現在市の採用試験を経て、綾部市の定住・地域政策課の職員（主な担当業務はコミナス）となっている。

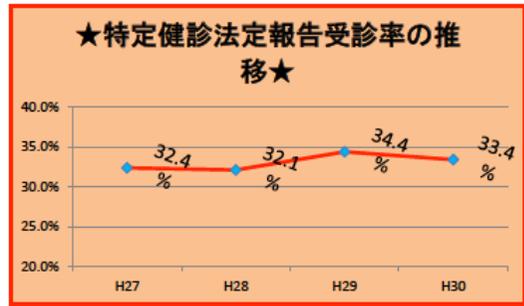
そこで、これまでの3年間の到達点と課題を明らかにすべく、2020年10月28日に市のコミナスの所管窓口である定住・地域政策課長、同主幹（保健師）、B氏の3名にヒアリング調査を行った。以下、そのヒアリング結果から3年間の到達点と課題を考察してみたい。

まずはコミナスの「コミュニティ」部分についての到達点については、知名度や関係性構築の状況を確認した。これらの点に対しては、3年間で300回実施し、延べ約2000人が参加した「コミナスの部屋と月一回発行のコミナス新聞の結果、2地域におけるコミナスの知名度および地域の信頼感は醸成された」ということであった。それが証拠に、自治会の回覧板にコミナスの部屋の紹介文や感想を載せてくれたり、西八田地区ではコミナス主導ではなく、月に一回地域の住民同士が集う自主的な会や体操教室（週1）が開催されたりするようになったという（鍋島・松村 2019）。これは住民自治の観点からも注目すべき展開と言える。

続いて、コミナスの「ナース」部分については、コミナスが介入した2地域の健康指標の変化の有無について到達点を確認した。この点については「コミナスの活動は、非常に多岐に渡り、看護活動そのものは全体の部分の活動であった。しかし、（1）顔を合わせ、関係性を築く、（2）相談に乗る、（3）暮らしや生きがいについて共に考える、（4）健康行動の変容、（5）地域の繋がり、支え合い、心身の健康（の実現）といったプロセスを踏む中で、地域に日常的に関わる中で住民の健康に対する行動に少しずつ変容が出ている」ということであった。エビデンスとしては、コミナスが地域に入った初年度は国保特定健診・特定保健指導の受診率が奥上林・西八田とも5～8%上昇していることが明らかになっている（図5）。しかし、その効果もコミナスが地区に入った初年度のみの効果であり、2年目からは再び減少に転じている。その意味においては、コミナスが入ることにより、現場レベルでは健康につながる新たな行動や意識の高まりは実感され、健康指標の効果にも若干見られるものの、最終的には「住民の健康は住民次第」（鍋島・松村 2019）であり、コミナスの存在だけで抜本的に健康指標が大きく変容するという訳ではなさそうである。ただし、この点について矢田（2018）は「短期的に健康指標の改善だけを目的にしてしまうと、既存の保健事業と同様にアプローチになりかねない。中長期な成果には健康指標の改善も踏まえつつ、まずは町の人たちが楽しく、前向きにコミュニティナースと関係を構築し、多様な形で意識の変化や協働が起こっていくこと（が大切）（括弧内、筆者）」と述べており、地域住民の健康に係る他のアプローチとの調整が必要と言えそうである（矢田 2018:309）。ともあれ、コミナスの検証に当たっては、まずは何を指標にすべきか、ということ自治体内、地域、コミナス間で確定する作業が重要と言えよう。

図5 国保特定健診・特定保健指導の受診率

年度	★受診率の推移(人)★			
	H27	H28	H29	H30
奥上林	35.8%	35.5%	43.4%	41.7%
中上林	30.9%	29.7%	28.1%	32.1%
口上林	27.1%	31.3%	37.8%	41.0%
山家	28.7%	26.2%	28.4%	28.3%
東八田	28.0%	28.9%	29.8%	32.6%
西八田	40.9%	40.3%	45.2%	42.1%
吉美	44.2%	41.6%	43.9%	41.0%
綾部	28.6%	28.2%	30.6%	28.6%
中筋	31.0%	32.4%	34.3%	32.3%
豊里	33.5%	32.4%	33.6%	34.2%
物部	35.7%	32.5%	38.6%	39.4%
志賀郷	43.5%	46.3%	46.0%	42.3%
津世帯	70.8%	71.4%	73.7%	58.8%
綾部全地域	32.4%	32.1%	34.4%	33.4%



(出所) 綾部市 (2020)

最後に綾部市におけるコミナスの課題について確認したい。課題については大きく3つあり、1つは先の「健康指標の不在」についてである。担当者によれば「知名度向上や関係性構築に重きを置いたため、どちらかという積極的に健康面の伴走をするというよりも地域の主体性を待つことを重視した3年間であった。そのため、国保特定健診等以外の指標がない」ということであった。また、この点について綾部市長の山崎善也も「コミナスは地域医療対策としても捉えることができるが、綾部市に関しては定住政策の一環から出ているアイデアである」と述べている¹¹⁾。この点については、繰り返しになるが、地域全体の健康寿命、医療費、はたまた暮らしの安心感、幸福度など、何を指標にするのかということが定まっていないと、そもそも課題と言えるかどうかとも判断できない。また、健康指標だけであれば保健師とミッションが重複し、境界線が曖昧になる。その意味では、この点については綾部市のみならずわが国のコミナス全体で今後考えていくべき課題と言えるのではないだろうか。

2つは「2地域以外のコミナスの知名度の低さ」である。ただし、この点については、先述の通り、綾部全体では200を超える集落があり、水源の里だけでも18集落ある一方で、コミナスの数は3名、入れる地域も2地域のみという構造であり、致し方ない面があろう。また、地域内の広報は口コミや広報誌で十分のため、むしろコミナス全体については自治体政策と捉えるならば、自治体の担当部署だけでなく、市長のリーダーシップによる発信力や市の広報課の広報力、地域のローカルメディア(地方紙・コミュニティラジオ)などに期待する方が筋が良いのかもしれない。

3つは「人材獲得」についてである。先述の通り、綾部市においては制度スタートから3年の第1フェーズが終わり、現在2名のコミナスを公募しているが、ヒアリング実施時点では残念ながらマッチングに至っていない。主因としては、コロナの影響も多少はあるだろうが、やはり地域おこし協力隊を活用したコミナスの影響もあると思われるが、それよりも任期満了後(3年後)の雇用保障がないため、その不安感が背景にあるのではと推察される。

ともあれ、課題は少なくないが、綾部市については、全国初の自治体雇用型モデルとして0から1のコミナス事例を生み、検証材料を社会に提供したこと自体にまず価値がある。そして、その挑戦は規模こそ縮小を余儀なくされているものの、アプローチを変え、まだ継続中である。したがって、今後も引き続き検証を行う必要があるだろう。

4. 小括

4.1 自治体政策としてのコミナスの可能性

本論では、ここ数年全国で活躍する「コミュニティナース」に着目し、その定義や類型を整理した上で、全国初の自治体雇用型のモデルとなった京都府綾部市におけるコミュニティナースを事例に考察してきた。それでは、最後に今回取り上げた綾部市におけるコミナスの事例も踏まえ、自治体政策、とりわけ地域公共人材としてのコミナスの可能性について、検証を試みたい。

第一に、冒頭で述べた地域公共人材として求められる能力、すなわち、(1) 地域課題を発見・分析し、解決策を提示し、それを実現・実施する能力(企画実践力)、(2) 協働による活動を実践する能力と役割や責任及び他者の立場を理解する能力(協働能力)、(3) 地域公共活動の促進・連携ネットワーク化・資源調達・活動環境整備を推進する能力(プロデュース力)の観点から検証した場合、わが国のコミナスはこれらの能力を全て持ち合わせた地域公共人材であると言えそうである。もう少し踏み込むならば、コミナスという言葉は「コミュニティ」と「ナース」の造語であり、言葉の印象からすると「コミュニティ<ナース」に重きが置かれがちであるが、綾部市の事例なども踏まえればむしろ「コミュニティ>ナース」とコミュニティに重きが置かれた地域公共人材であることが確認できた。宮本(2019)は「社会的な健康度を上げれば個人も健康になるはず」と指摘するが、ここでの「社会的健康」とは地方自治法で定める「住民の福祉の増進」そのものと言え、コミナスはまさに自治体政策、とりわけ地域公共人材の育成に大きく貢献する可能性を帯びていると言えよう。

第二に、自治体政策の中でも地域政策としてみた場合でも、コミナスは、地域への新しい住民として人口(社会)増につながり、地域の医療・看護、福祉人材が乏しい中、コミナスが持つ専門性により、予防や啓発、アフターケアも含めて、地域住民の健康づくりにも寄与し得ることが分かった。また、地域住民としての顔があり、日常的なつながりが出来るため、地域のコミュニティづくりにも直接寄与する政策モデルであるということも確認できよう。加えて、綾部市がそうであったように、地域おこし協力隊などの国の制度を活用した場合は財政的にも自治体にメリットがある。その意味では、まさに専門関係人口の内部化を促し、過疎から「適」疎に導くための一石二鳥以上の自治体政策モデルと言えるのではないだろうか。

4.2 自治体政策としてのコミュニティナースの課題

一方で、課題も少なくない。第一は「収入と身分の問題」である。大前提として、コミナスが行う

現行の予防的看護活動は「介護予防・日常生活支援総合事業」に指定されていないため、コミナス活動だけで収入を立てることは難しい現実がある（矢田 2017c:70）。現に地域おこし協力隊でコミナス経験がある山端は「地域おこし協力隊の身分には期限があるうえ、給与は病院で勤務していた時の半分以下だ。これでは将来の展望や経済的な面で不安を抱えたまま活動することになる」（山端 2019:107）と述べている。また、沖縄でコミナスを展開する金城は「医療保険でも介護保険でもない、コミュニティナースへの挑戦が始まった」（金城 2020:77）と指摘する。これら課題については、塩見直紀氏が提唱し綾部初で全国はおろか世界に広がったコンセプト「半農半X」を応用した「半看半X」という働き方、すなわちより積極的な副業やパラレルキャリアの活用が有効ではないだろうか。周知の通り、働き方改革の時代の潮流を受け、2018年に厚生労働省はモデル就業規則を改訂し、副業の「原則禁止」の立場から「原則容認」の立場へ政策変更の舵を切っている。この流れは地方自治体の副業解禁にも及び、総務省が実施した「営利企業への従事等にかかる任命権者の許可等に関する調査」によれば、2019年現在で、1,788団体のうちの703団体、すなわち約4割の自治体が副業を認める際の基準を設けていることも分かっている。すなわち、地域に貢献したい企業人材が自治体で副業を展開する動きも出てきている。こうした時代の流れを生かさない手はない。先例もある。東京のクリニックで看護師をしながらコミナス活動を実践する菊池は、職場と交渉し、1ヶ月のうち10時間は勤務時間内で地域活動ができる「10時間ルール」を創設してもらい、地域でのコミナス活動を展開しているという（菊池 2020:73）。このようなパラレルキャリアとしてのコミナスの実践事例は大いに参考になろう。

第二の課題は、コミナスとしての「体系的なコミナス養成プログラムの不在」である。確かにコミナスについて学習できる場は「コミュニティナース育成プロジェクト」というものがある。しかし、このプロジェクトを修了したコミナスからも「社会的処方や、人々の生活動線上でのコミュニティナースの在り方や活動、考え方を、基礎教育のなかにも取り入れられることが望まれる」との声が上がっているという。また、現在の看護師養成教育ではコミュニティ全体の把握と具体的看護実践力を育成するように企画されていないとの問題意識の下、表4のように、コミナス養成の必要性と可能性について提言し、具体的なカリキュラム案まで提示するような先行研究も存在する（金井 2013:47-55）。コミナス養成プログラムについては、先述のとおり、欧米豪がすでに先行している。欧米豪のモデルは、EQF（European Qualifications Framework）と呼ばれるEUの国際的な資格枠組みがベースに作られており、その要諦は、コミナスにはどのような能力が必要かということが明確に言語化されていること、かつそのプログラムを学べる複数の選択肢があり、またそのプログラム受講の行政支援もあることである。加えて、その資格そのものも国境を超えて就職や転職に活用できる世界共通の制度設計になりつつある。実は医療・看護分野ではないが、このEQFに準じた資格教育プログラムを京都では2011年度よりすでに運用されている。具体的には「初級地域公共政策士」という地域資格で、京都の公共政策系学部を持つ9大学¹²が連携し、当該大学で12ポイントを取得すれば、認定機関である（一財）地域公共人材開発機構から職能資格が付与される仕組みが確立している

¹³。矢田によれば、「個の理解」「主体性形成」「多様性の理解」「専門職の自律性」「セルフマネジメント」「協働的实践」「安全と質」などコミナスのコンピテンシーに係るキーワードもすでに抽出されつつある(矢田 2018:310)。また、人と人が互いに好感・敬意をどれだけ持って接しているかをはかる指標として「人好密度」という概念も提起されている(香本 2017:68)。いずれにせよ、これらのキーワードを学べる科目を「コミュニティナース養成プログラム」として体系化し、全国の医療・看護系もしくは福祉系の大学、あるいは専門職大学等と連携すれば「日本版コミナス」のプログラムを創設することは不可能ではないだろう¹⁴。ここに矢田などの現場のコミナスの問題意識からの科目の加除をすれば、さらに現実的なコミナス養成課程のプログラムが完成するであろう。

表4 コミュニティナース養成プログラム案

教育内容	単位数
コミュニティケア特論	2
国際コミュニティケア展開論	2
コミュニティケア管理論	1
疫学	2
相談援助の理論と方法	2
高齢者支援と自立支援制度	2
障害者支援と自立支援制度	2
児童・家庭支援と福祉制度	2
精神保健福祉論	1
認知症ケアの理論と実際	1
各種福祉サービスに関する知識	1
コミュニティケア実習	4
合計	22

(出所) 金井(2013:51)

第三の課題は、コミュニティドクターの巻き込みである。当然のことながらコミナスは医療行為を行えない。一方で、現場では医師でないと判断ができないような事案は必ず存在する。しかも、仮に入院しても同じ病院には長期間滞在することはできず、よしあしは別として、退院すれば自宅や地域に戻される時代でもある。逆にいえば、医療者が病院で関われるのは一瞬であり、実際はむしろ自宅や地域での時間の方が圧倒的に多いということである。そうした背景を受け、近年はコミナスの活動の一環にコミュニティドクターが参加するケースが出てきている。矢田は「信頼貯金がある人を巻き込む事もとても大切である」(矢田 2017a:529)と説いているが、まさにコミュニティにおける信頼貯金のパートナーとしての医師の巻き込みである。例えば、藤田医科大学豊田地域医療センターでは「コミュニティホスピタル」をビジョンに総合診療医がコミュニティドクターとなりコミナスと一緒に地域に出ていきつつ、同時に「トヨチ 地域コミュニティ・ケアプロジェクト」というコミュニテ

イドクターを育成する取り組みが始まっている（近藤 2020:67-69）。また、王子生協病院では、家庭医療専門医を務める医師がコミュニティナースカンパニーと一緒に「コミュニティドクターフェロシップ」というプログラムを創設し、自らも団地に引っ越し、コミュニティドクターとしての活動を実践している。地域の暮らしの中に身を置いてみると、外来では見えない患者さんの生活の様子が分かり、「患者さん」ではなく「人となり」が見えてくるのが特徴だという（漆畑 2020:53）。こうした病院に来る前に住民にアプローチする重要性については、訪問看護からコミナスに転じた北川も「利用者だけを見ては利用者の幸せな人生を実現することができない」と同様の趣旨のことを述べている（北川 2017:71）。ともあれ、コミナスの最前線では、コミュニティドクターはもとより、住民や行政、他職種と連携することで、患者だけでなく、地域住民をより健康で幸せにしていこうとする活動が起きており、今後はこうしたモデルの普及が望まれる¹⁵。ただし、こうした先駆的事例は全体としては少数であり、岐阜県揖斐川町の春日診療所で僻地医療を続ける岡裕也医師も大病院から地方の診療所に転勤を決めた際、「同僚や先輩からはキャリアを捨ててもったいないと反対された」というエピソードを披瀝する¹⁶。すなわち、この風潮や風土をいかに変えられるかのハードルは決して低くない。このことも承知しておく必要がある。換言すれば、ジョン・キングドンが提唱し、広く知られるようになった「政策の窓モデル (Kingdon's Window of opportunity)」でいうならば、問題の流れ (Problem stream)、政策の流れ (Policy stream)、政治の流れ (Political stream) のうち、政策の窓と問題の窓だけでは、全国に水平展開できるだけの窓を開くことはできないということである。

とはいえ、こうした課題を一つずつ越えながら、まずは「看護や医療などの専門性を生かしながら、制度や施設にとらわれることなく地域に入り、住民の生活動線上でのコミュニケーションをベースに自由かつ多様なケアを楽しみながら実践する、おせっかいマインドを持った地域公共人材」としてのコミナスの一つでも多くのまちで誕生させていくことが、限界集落や水源の里はもとより、わが国の地域創生にとって重要であり、また展望でもあると言えるであろう。

5. おわりに

本論では、ここ数年全国で注目されているコミュニティナースに着目し、その定義や類型を整理した上で、全国初の自治体雇用型のモデルとなった京都府綾部市におけるコミュニティナースを考察することで、自治体政策、とりわけ地域公共人材としてのコミュニティナースの可能性について明らかにした。一方で、本論の事例としては綾部市しか取り上げられておらず、100自治体 100様の、より正確には、1741自治体 1741様のコミナスの実践が存在する現実を鑑みれば、本事例もその一石を投じたに過ぎない。また、繰り返し述べた通り、コミナスの定義そして活動内容、担い手はまだ未定であり、今後もコミナス自体は進化あるいは変化し続けることも明らかである。そのことも踏まえれば、今後は医療・看護、福祉分野はもとより、公共政策や地方自治分野、さらに多くの学問分野からの研究アプローチ、研究蓄積が必要である。そのことを強調し、本論の結びとしたい。

《参考文献》

- 青山公三・小沢修司・杉岡秀紀・菱木智編 (2016)『地域創生の最前線』京都政策研究センターブックレット vol.4、
公人の友社。
- 綾部市(2020)「あやべ水源の里 いきいき活動通信 2020」。
- (2020) 綾部市ホームページ (<http://www.city.ayabe.lg.jp>) (2021年1月25日閲覧)。
- 石井麗子「コミュニティナース～暮らしのなかから生まれる看護の新たな可能性 第2回魅力は自分から相手の
動線に飛び込んでいくところ」『看護展望』2月号、pp.54-57、メヂカルフレンド社。
- 磯山候子 (2018)「サ高住のコミュニティナース」『看護のチカラ』No.499、pp.56-60、産労総合研究所。
- 稲継裕昭 (2012)『地域公務員になろう』ぎょうせい。
- 漆畑宗介「コミュニティナース～暮らしの中で生まれる看護の新たな可能性 第5回団地で垣間見た、そこで暮ら
す人たちの「人生」」『看護展望』5月号、pp.50-53、メヂカルフレンド社。
- 奥朋子 (2019)「地域社会とともにある看護師の未来—コミュニティナースの活動の可能性—」『地域社会と共に
ある看護師の未来』
- 小田切徳美 (2020)「地域づくりと田園回帰・関係人口」『社会教育』888号、pp.10-15、日本青年館。
- 金井一薫 (2013)「我が国におけるコミュニティ・ナース養成の必要性と可能性についての提言」『東京有明医療
大学雑誌』Vol.5、pp.47-55、東京有明医療大学。
- 蒲田正樹 (2016)『驚きの地方創生 京都・あやべスタイル』扶桑社新書。
- 蒲田正樹 (2018)『驚きの地方創生 限界集落が超☆元気になった理由』扶桑社新書。
- 菊池結美子「コミュニティナース～暮らしのなかから生まれる看護の新たな可能性 第9回支え合うことで生ま
れていく、「人」と「地域」の元気とやりがい」『看護展望』9月号、pp.72-76、メヂカルフレンド社。
- 北川理恵 (2017)「訪問看護にも生きる住民とのかかわり方」『COMMUNITY CARE』vol.19、No.4、pp.69-71、
日本看護協会出版会。
- 金城有紀「コミュニティナース～暮らしの中で生まれる看護の新たな可能性 第8回「できることを続ける」こと
で広がっていく新しいつながり」『看護展望』8月号、pp.74-77、メヂカルフレンド社。
- 香本なぎさ (2017)「コミュニティナースの自活モデルづくりに向けて」『COMMUNITY CARE』vol.19、No.5、
pp.66-68、日本看護協会出版会。
- 近藤敬太 (2020)「コミュニティナース～暮らしの中で生まれる看護の新たな可能性 第10回地生まれ育ったま
ちを世界一健康で幸せにしたい」『看護展望』10月号、pp.66-70、メヂカルフレンド社。
- 推川忍 (2012)『地域に飛び出す公務員ハンドブック』今井書店。
- 滋野浩毅 (2020)「「関係人口」との協働による集落運営」『農業と経済』4月号、pp.71-78、昭和堂。
- ジョン・キングダン (2017)『アジェンダ・選択肢・公共政策』勁草書房。
- 杉岡秀紀 (2014)「地域公共人材育成の京都モデル」(第1巻第8章)、『龍谷大学地域公共人材・政策開発リサー
チセンター 地域公共人材叢書第三期』、pp.84~104、日本評論社。
- (2017)『「京都・あやべスタイル」を体感する』『地域づくり』2月号、pp.22-23、(一財)地域活性化

センター。

—— (2020) 「限界集落と住民の福祉—水源の里・綾部のコミュニティ・ナースを事例に—」『日本救急看護学会雑誌』vol.22、pp.9、日本救急看護学会。

高田弘美 (2020) 「コミュニティナース～暮らしの中で生まれる看護の新たな可能性 第4回地域の方々に元気を届けること」『看護展望』4月号、pp.48-51、メヂカルフレンド社。

富野暉一郎 (2008) 「セクター間補完関係を支える地域公共人材」(富野暉一郎・早田幸政編『地域公共人材教育研修の社会的認証システム』地域公共人材叢書第3巻、pp.1-25、日本評論社。

土山希美枝 (2009) 「自治体政府の役割から考える人材と地域公共人材育成のとりくみ」自治体学会福井大会分科会4配布資料。

中澤ちひろ (2019) 「コミュニティナースで広がる地域での看護実践—暮らしの中から日常の健康づくりを—」『文化看護学会誌』第11巻、第1号、pp.67-69、文化看護学会。

中村悦子 (2015) 「地域コミュニティナースとして「地域栄養ケア」を支える」『MB Med Reha』No.186、pp.23-27、全日本病院出版会。

成清美治 (2015) 「デンマークのケアスタッフ養成教育に関する現状と課題—我が国のケアスタッフ養成への影響と新たな介護福祉教育課程の構築—」『神戸親和女子大学大学院研究紀要』第11巻、pp.57-68、神戸親和女子大学大学院。

鍋島野乃花・松村利香 (2019) 「綾部市コミュニティナース」京都丹波・丹後ネットワークたんたん X 交差点資料。

新川達郎 (2007) 「協働型社会における人材の育成と活用」『公共政策フォーラム 2007in 京都』資料集、pp.12、公共政策フォーラム 2007in 京都」実行委員会。

西智弘 (2017) 「「コミュニティナース×暮らしの保健室」で医療を市民の手に取り戻す」『リハビリテーション』595号、pp.17-20、鉄道身障者福祉会。

服部良子 (2016) 「コミュニティナース活動から地域づくりを考える」『第30期岡崎ゼミ③』レジュメ、pp.1-10、岡崎ゼミ。

鳩野洋子 (2002a) 「コミュニティ・ナースはどのような活動をしているか」『保健婦雑誌』Vol.58、No.5、pp.402-406、医学書院。

—— (2002b) 「コミュニティ・ナースの活動と求められる能力」『保健婦雑誌』Vol.58、No.6、pp.494-498、医学書院。

鳩野洋子・岡本玲子・Barbara Jonson・Rosamund Bryar・Moira Graham 「アメリカ・イギリス・オーストラリアにみるコミュニティ・ナース教育」『保健の科学』第48巻、第3号、pp.195-199、杏林書院。

宮本裕司 (2019) 「地域に飛び出した看護師コミュニティナース」『季刊地域』SPRING、p.80-83、農文協。

—— (2020) 「コミュニティナース～暮らしの中で生まれる看護の新たな可能性 第7回「ウィズコロナ時代」に求められる、新しいつながりのあり方」『看護展望』7月号、pp.42-46、メヂカルフレンド社。

矢田明子 (2017a) 「コミュニティとの対話と協働」『在宅新療 0-100』2(6)、pp.528-531、へるす出版

- (2017b) 「支え合う力を取り戻すコミュニティナース PART 3 看護」『医療と介護 Next』vol. 3、no. 3、2017、pp. 22-24、メディカ出版。
- (2017c) 「コミュニティナースの誕生と育成プロジェクト」『COMMUNITY CARE』vol. 19、No. 3、2017、p. 67-70
- (2018) 「コミュニティナースという存在」『治療』Vol. 100、No. 3、pp. 306、南山堂。
- (2019) 『コミュニティ・ナース』木楽舎。
- (2020) 「コミュニティナース～暮らしのなかから生まれる看護の新たな可能性 第1回」『看護展望』1月号、pp. 58-61、メヂカルフレンド社。
- 山崎善也 (2016) 「田園回帰への確かな潮流」『水の源』No. 33、pp12-13、全国水源の里連絡協議会。
- (2020) 「水源の里の取り組み 京都・あやべスタイル」福知山公立大学グローバル特講6月24日講演資料。
- 山端聡 (2019) 「村の医療・福祉機関を縦横無尽にかけめぐる」『季刊地域』SUMMER、p. 104-107、農文協。
- (2020) 「コミュニティナース～暮らしのなかから生まれる看護の新たな可能性 第6回臨床経験、管理職経験を生かし、村の住民の健康を支える」『看護展望』6月号、pp. 55-59、メヂカルフレンド社。
- 渡邊綾香 (2020) 「コミュニティナース～暮らしのなかから生まれる看護の新たな可能性 第3回楽しさを感じながら、自分らしい看護がしたい」『看護展望』3月号、pp. 50-53、メヂカルフレンド社。

《注》

- ¹ 厚生労働省「令和元年(2019)人口動態統計(確定数)の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei19/index.html> (2021年1月28日閲覧)
- ² 高知大学が1991年11月30日に開催した公開シンポジウム「人工林型と限界集落」で大野晃氏が提唱した。
- ³ 京都では、龍谷大学地域人材・公共政策開発システム オープン・リサーチ・センター (LORC) が中心となり、2003年より地域公共人材のための研究グループが立ち上がり、その一つの研究成果として、2009年1月に京都内の産官学民による一般財団法人「地域公共人材開発機構」が設立された。
- ⁴ 総務省ホームページ (<https://finders.me/articles.php?id=548>) (2021年1月28日閲覧)
- ⁵ 予防的医療活動による医療費削減効果には賛否両論あるが、少なくとも地域住民に根ざした予防的医療活動の有用性は、日本一長寿で、医療費の少ない長野県の例を見ても明らかとされる。
- ⁶ 保健師という呼称は、諸外国ではあまり用いられず、所属機関を示すものとして使われている。また、看護師とは別の免許を有し、その免許保有者を保健師と呼ぶのは日本固有である。
- ⁷ コミュニティナースカンパニーホームページ (<https://community-nurse.jp/cn>) (2021年1月28日閲覧)
- ⁸ (公財)日本看護協会ホームページ (<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei04.pdf>) (2021年1月28日閲覧)
- ⁹ 内容は、第1回はコミュニティナースの役割と特徴、第2回はアクションプランの共有、第3回はフィールドワーク、第4回は出発式となっている。また現在は名称が「コミュニティナースPJ」に変更されている。
- ¹⁰ コミュニティナース研究所ホームページ (<https://cn-laboratory.com/about>) (2021年1月28日閲覧)
- ¹¹ 2021年2月3日に山崎善也市長にヒアリング調査。
- ¹² 京都大学、京都府立大学、京都産業大学、京都橘大学、京都文教大学、同志社大学、佛教大学、福知山公立大学、龍谷大学の9大学。
- ¹³ 2019年3月現在ですでに250名の資格取得者を輩出している。
- ¹⁴ コミナスの養成教育の前に介護福祉士の養成教育を見直すべきという主張もある(成清 2015)。
- ¹⁵ 綾部市にも介護士、訪問看護師、行政保健師、医師による「ごぎの会」という在宅介護を推進するためのサークルがあり、今後コミナスとの連携が期待できる。
- ¹⁶ 第22回日本救急看護学会学術集会パネルディスカッション「限界集落の健康問題と救急医療」における発言。