

厚生労働科学研究費補助金

健康安全・危機管理対策総合研究事業

2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者

国立保健医療科学院 奥田 博子

令和8（2026）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

- 2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究----- 1
奥田博子（国立保健医療科学院）

II. 分担研究報告

1. 2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力に関する研究----- 8
茂木りほ（国際医療福祉大学）
2. 2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の明確化----- 15
平野美千代（札幌医科大学）
3. 総合的なマネジメントを担う保健師の役割発揮を推進するために
必要な組織体制等及び育成に必要な要素の明確化に関する研究----- 36
五十嵐久美子（国立保健医療科学院）

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 47

厚生労働科学研究費補助金
(健康安全・危機管理対策総合研究事業)

令和 7 年度 総括研究報告書

「2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究」

研究代表者

奥田 博子 (国立保健医療科学院)

研究分担者

五十嵐 久美子 (国立保健医療科学院)

茂木 りほ (国際医療福祉大学大学院)

平野 美千代 (札幌医科大学)

雨宮 有子 (千葉県立保健医療大学)

高橋 邦彦 (東京科学大学)

尾島 俊之 (浜松医科大学)

研究協力者

佐伯 和子 (富山県立大学)

春山 早苗 (自治医科大学)

上原 里程 (国立保健医療科学院)

遠藤 雅幸 (川崎市立看護大学)

松永 篤志 (東北大学大学院)

佐藤 太一 (千葉大学)

嶋津 多恵子 (国際医療福祉大学大学院)

青木 亜砂子 (札幌医科大学)

深川 周平 (札幌医科大学)

阿部 弥喜 (札幌医科大学)

大西 竜太 (東北大学大学院)

深津 恵美 (北海道科学大学)

萩原 加奈子 (国立保健医療科学院)

横山 勝教 (香川県中讃保健所)

加藤 孝子 (岩手県庁)

末房 日出子 (別府市役所)

研究要旨

本研究は、2040 年以降の人口減少、少子高齢化、地域課題の複雑化、健康危機の頻発等を見据え、自治体保健師に求められる能力と、その能力習得を支える人材育成体制を明らかにし、あわせて総合的なマネジメントを担う保健師の役割発揮に必要な組織体制・育成要素を検討することを目的とした。

分担研究 1 では、保健師活動領域調査の二次分析、文献検討、自治体保健師・教育研究者へのインタビューにより、2040 年以降に必要な能力を整理した。その結果、データ活用、ICT・AI 等の新技術の利活用、広域・多分野連携、事業の評価・再編、健康危機管理、セルフマネジメント等の重要性が示された。

分担研究 2 では、全国自治体保健師を対象とした Web 調査により、人材育成体制の実態を把握した。新任期・中堅期研修は一定程度実施されていた一方、管理期・統括保健師研修、政策形成経験、広域的な育成ネットワークには課題がみられた。

分担研究 3 では、保健所設置自治体を対象に総マネの配置状況等を調査し、配置は進みつつあるものの、役割・権限の明確化や計画的育成が課題であることが示された。

以上より、今後は個人の能力開発と組織開発を一体的に進め、平時から健康危機に対応できる持続可能な人材育成体制を構築する必要があることが示唆された。

A. 研究目的

自治体保健師の人材育成については、国が示すガイドラインや研修体系の取りまとめ等を踏まえ、各自治体で体制整備が進められてきた。一方で、各自治体の組織目標や地域課題との関連が十分に示されないまま、研修の実施にとどまっている自治体も少なくない。また、コロナ禍以降、都道府県等では地方財政措置により保健師数が増員されたが、多様な背景をもつ保健師の採用が増加しており、組織としての計画的な育成と実践能力の発揮を支える体制整備が一層重要となっている。人口減少、少子高齢化、単独世帯の増加、孤独・孤立、健康格差、気候変動、自然災害、新興感染症等により、2040 年以降の地域健康課題はさらに多様化・複雑化することが予測される。特に小規模自治体では、限られた人員・財源の中で、地域の実情に応じた保健活動と人材育成体制を維持・発展させることが課題となる。

さらに、令和 5 年改正の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、健康危機管理体制を確保するため、保健所長を補佐し総合的なマネジメントを担う保健師、いわゆる「総マネ」の配置が示された。しかし、その配置状況、組織上の位置づけ、権限、育成体制には自治体間で差があり、平時から有事に即応できる体制をどのように整備するかが重要な検討課題である。

本研究は、2040 年以降、さらに多様化・複雑化する地域の健康課題に対応できる自治体保健師に求められる能力を明確化し、その能力習得のために必要な人材育成体制を明らかにすることを目的とする。具体的には、①2040 年以降を見据えて自治体保健師に必要な能力を定め、その能力習得に有効な人材育成体制と方策を検討すること、②有事の際に即応するための総マネの役割や育成に必要な要素を検討すること、③今後の保健師活動指針の改正等を踏まえ、自治体保健師の人材育成体制整備に向けた提

言を行うことを目指す。

B. 研究方法

1. 2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力に関する調査

2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を整理するため、第一に、厚生労働省の保健師活動領域調査の 2009 年度および 2018 年度データを用いた二次分析を行った。直接サービス、間接サービス、「その他」の 3 領域 21 項目について、都道府県、保健所設置市・特別区、市町村別に活動従事時間の割合を比較し、±2.0%以上の差があった活動を変化ありとして整理した。第二に、2016 年に示された自治体保健師の標準的なキャリアラダー公表以降の国内外の文献、研究論文、報告書等を対象に文献検討を行い、現行キャリアラダーに明記されていない能力要素を抽出した。第三に、自治体保健師および教育研究者計 19 名を対象に、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力について、オンラインによるフォーカス・グループ・インタビューおよび個別インタビューを実施した。得られたデータは質的記述的に分析した。

2. 2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制に関する調査

全国 417 カ所の自治体に所属する常勤保健師 9,509 名を対象に、2025 年 11～12 月、無記名の Web 調査による横断研究を実施した。サンプリングは自治体種別と人口規模を考慮した 2 段階層化クラスター抽出法により行った。調査項目は、基本属性、Off-JT、ジョブローテーション、自己研鑽、職場における ICT 環境、保健師の人材育成のためのネットワーク、地域・まちへの愛着、保健師としての実践内容と職場環境、行政保健師としての経験、保健師についての意識および実践能力、保健師としての活動意欲等で構成した。分析は記述統計により、各変数の単純集計、割合、平均値を算出した。

3. 総合的なマネジメントを担う保健師の役割発揮を推進する組織体制等および育成要素に関する調査

全国の保健所設置自治体 157 自治体を対象に、令和 7 年 12 月から令和 8 年 1 月に、無記名の Web または自記式質問紙による横断的観察研究を実施した。回答者は本庁統括保健師等とし、調査項目は、基本属性、保健所の組織体制、保健所統括保健師等の配置状況、役割、職位、権限、育成体制等で構成した。量的データは記述統計により、質的データは質的記述的分析により分析した。また、アンケート結果を基に対象自治体を選定し、都道府県、政令市、中核市、特別区を含む 13 自治体に対して半構造化ヒアリングを実施した。ヒアリングでは、保健所統括保健師等の配置経緯、配置の促進要因・阻害要因、役割発揮の推進要因・阻害要因、役割発揮に必要な能力と育成体制に焦点を当てた。

B. 研究結果

1. 2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力

保健師活動領域調査の二次分析では、2009 年度から 2018 年度にかけて、全体として直接サービスの割合が減少し、間接サービスは微増、「その他」は増加していた。都

道府県では業務連絡・事務が 6.1%増加し、健康相談、保健指導、家庭訪問は減少していた。保健所設置市・特別区では業務管理が増加し、保健指導、健康教育は減少していた。市町村では業務管理が 9.3%増加し、健康診査、健康教育は減少していた。これらの結果から、自治体保健師の活動は、従来の直接対人サービス中心の活動に加え、業務管理、連絡調整、組織マネジメントに関わる活動の比重が高まっていることが示された。

文献検討では、現行キャリアラダーに明記されていない新たな能力として、リーダーシップ能力、コミュニケーション能力、IT・ICT を活用しデータに基づいて健康課題や事業を分析・評価する能力等が抽出された。また、今後必要な活動領域として、健康危機管理における応援派遣や、管理的活動としてのプロフェッショナル・ディベロップメントが整理された。

インタビュー調査では、2040 年以降を見据えた能力として、経営的視点を持ち、事業の企画にとどまらず、改善、廃止、再編を判断する能力、自治体を超えた広域連携ならびに保健・医療・福祉・介護分野を超えた多分野連携を推進する能力、AI 等の新技術を適切に利活用できる能力、プラネタリーヘルスの視点を踏まえたマルチハザードの予測および予防的対応を検討する能力、自分自身の業務を管理・最適化できるセルフマネジメント能力等が整理された。

2. 2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制

Web 調査の回収数は 1,507 名、有効回答数は 1,504 名であった。対象者の平均年齢は 41.5 歳、保健師実務経験年数は平均 16.0 年であり、職位は一般職が 51.6%、主査・係長級以上が 46.3%であった。自治体種別は、都道府県 24.6%、特別区・政令指定都市・中核市 19.6%、市町村 55.6%であった。所属組織における統括保健師の配置率は 87.3%であり、文書上に明記されているのは 49.8%であった。

Off-JT では、新任期を対象とした研修の受講率が 83.3%、中堅期研修が 60.2%であった一方、管理期研修は 26.7%、統括保健師研修は 11.0%にとどまった。ジョブローテーションについては、保健師としての成長に有効な部署へ異動できている者は 52.7%であった。職場の ICT 環境については、保健師活動を効果的かつ効率的に促進するための ICT 環境が十分整備されている者は 50.8%であった。人材育成のためのネットワークでは、近隣自治体との合同研修や情報共有の体制整備が平均 2.9 点と最も高かったが、各項目の平均値は 1~4 点の得点範囲の中で概ね中程度にとどまった。

実践能力は、「組織使命及び対人支援」が平均 21.6 点、「地域保健活動」が平均 12.1 点、「政策及び組織管理」が平均 17.5 点であった。対人支援や保健事業運営に関する経験は比較的確保されていた一方で、行政計画の策定・評価、政策・施策立案への参画に関する項目は低い傾向であり、政策形成に意図的に関与する機会の不足が示唆された。

3. 総合的なマネジメントを担う保健師の配置状況、組織体制および育成

アンケート調査の有効回答は 128 自治体であり、回答率は 81.5%であった。保健所統括保健師等を配置している自治体は、都道府県 97.5%、政令市 92.9%、中核市等 85.1%であり、配置は全国的に進んでいた。都道府県ではすべての保健所に配置して

いる自治体が多い一方、政令市や中核市等では、すべての保健所への配置に加え、拠点となる保健所への配置等、多様な配置形態がみられた。名称についても、事務分掌上の名称、通称等に違いがあり、総マネまたは保健所統括保健師等の位置づけは自治体により異なっていた。

配置部署は保健部門が多く、職位は都道府県では課長補佐級、政令市・中核市等では課長級が多かった。管理職または管理職に近い層に配置される傾向があり、健康危機管理体制の整備、組織横断的調整、人材マネジメント、市町村支援等を担う上で、一定の組織上の権限が必要であることが示唆された。一方、保健所統括保健師等の育成を人材育成方針等に明記している自治体は限定的であり、多くは管理期保健師育成の一部として位置づけていた。総マネとして独立した育成体系は十分に整備されておらず、健康危機管理、保健所長補佐、組織内外の連携調整、広域調整、政策提言能力等をどのように計画的に育成するかが課題であった。

D.考察

本研究では、2040 年以降を見据えた自治体保健師の能力、能力獲得を支える人材育成体制、健康危機管理体制の中核となる総マネの配置・育成を一体的に検討した。その結果、自治体保健師に求められる役割は、従来の直接対人支援に加え、地域課題を俯瞰し、データを活用して事業を評価し、限られた資源の中で事業の改善・再編を判断し、組織内外の多様な関係者と連携して施策を推進する方向へ拡大していることが明らかとなった。特に、人口減少や小規模自治体の増加を踏まえると、個々の自治体内で完結する人材育成や保健活動だけでは限界があり、近隣自治体、保健所、都道府県、大学、職能団体、関係機関等との広域的なネットワークを活用した育成体制が不可欠である。

1. 自治体保健師の能力

能力については、IT・ICT、AI 等の新技術の利活用、データに基づく分析・評価、プラネタリーヘルスの視点を踏まえたマルチハザードへの対応、広域・多分野連携、セルフマネジメント等、現行キャリアラダー策定時には十分に明示されていなかった能力が抽出された。これらは単独の研修で習得できるものではなく、実践経験、内省、ジョブローテーション、政策形成過程への参画、外部ネットワークとの協働を通じて段階的に形成される能力である。

したがって、人材育成体制は、研修体系の整備にとどまらず、組織目標、地域課題、人事配置、職場環境、ICT 環境、評価ツール、キャリアラダー活用を連動させた包括的な仕組みとして構築する必要がある。

2. 人材育成体制

人材育成体制に関する調査では、新任期・中堅期研修は一定程度普及していた一方で、管理期や統括保健師を対象とした研修の受講率は低かった。また、実践能力の中でも「政策及び組織管理」は相対的に低く、政策・施策立案への参画経験も十分ではなかった。2040 年以降の複雑な地域課題に対応するためには、新任期・中堅期からマネジメントの基礎、データ活用、事業評価、政策形成、組織横断的調整を段階的に育成し、管理期において確実に能力を発揮できる長期的な育成体系が必要であるといえる。

3. 総マネ

総マネについては、配置は進みつつあるものの、名称、配置形態、職位、所管範囲、権限には自治体間で差があり、育成の制度化も十分ではなかった。総マネは、健康危機発生時の対応のみを担う役割ではなく、平時から保健所長を補佐し、保健所内外の調整、保健師人材育成、市町村支援、関係機関との連携、健康危機管理体制の整備を進める役割を担う。平時の地域保健活動における連携、調整、マネジメントの蓄積が、有事における即応力の基盤となることから、総マネの役割と権限を明確化し、管理期保健師育成と連動させながら、計画的に育成する必要がある。

4. まとめ

以上より、今後の自治体保健師人材育成では、個人の能力開発と組織体制構築を分けて考えるのではなく、保健師が役割を発揮できる組織環境、広域的支援体制、政策形成への参画機会、ICT 基盤、平時からの健康危機管理体制を一体的に整備することが重要である。特に小規模自治体においては、単独自治体で全ての育成機能を担うことが困難であるため、都道府県、保健所、近隣自治体、大学等が連携し、自治体規模や地域特性に応じた支援モデルを構築することが求められる。

E. 結論

本研究により、2040 年以降を見据えた自治体保健師には、直接対人支援の専門性に加え、データに基づく地域課題の分析・評価、事業の改善・再編を判断する経営的視点、政策及び組織管理能力、広域・多分野連携を推進する能力、ICT・AI 等の新技術を活用する能力、マルチハザードを予測し予防的に対応する健康危機管理能力、自己の業務を管理・最適化するセルフマネジメント能力が必要であることが明らかとなった。

これらの能力を育成するためには、新任期から管理期までを見通した長期的・段階的な育成体系を整備し、研修、実践経験、ジョブローテーション、政策形成への参画、ICT 環境整備、自己研鑽支援を統合的に推進する必要がある。また、限られた人員・財源の中で持続可能な育成体制を構築するためには、自組織内の体制整備に加え、近隣自治体、都道府県、保健所、大学、職能団体等との広域的な人材育成ネットワークの構築が重要である。

総マネについては、配置は全国的に進みつつあるものの、役割、権限、職位、育成体系には自治体間で差があった。今後は、総マネに求められる健康危機管理、保健所長補佐、組織横断的調整、人材育成、市町村支援、政策提言等の能力を人材育成方針やキャリアラダーに明示し、管理期保健師の育成と連動させながら計画的に育成することが必要である。

以上を踏まえ、2040 年以降の多様化・複雑化する地域健康課題に対応するためには、自治体保健師個人の能力育成と、それを支える組織的・広域的な人材育成体制の整備を一体的に推進することが不可欠である。今後は、本年度の結果を基盤として、能力および人材育成体制を評価するツールの開発、自治体規模や地域特性に応じた育成方策の具体化、総マネの役割発揮を支える組織体制の整理を進め、自治体保健師人材育成体制の推進に資する提言につなげる必要がある。

F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

松永篤志, 茂木りほ, 遠藤雅幸, 佐藤太一, 平野美千代, 嶋津多恵子, 五十嵐久美子, 奥田博子. 保健師活動領域調査（活動調査）からみえる保健師活動の変化—2009 年と 2018 年を比較して—. 第 14 回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集. 2025 年 12 月

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金
(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
「2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究」
令和 7 年度 分担研究報告書

「2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力に関する研究」

研究分担者

茂木りほ 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻 准教授
平野美千代 札幌医科大学 保健医療学部看護学科地域看護学領域 教授

研究協力者

遠藤 雅幸 川崎市立看護大学 公衆衛生看護領域 講師
松永篤志 東北大学大学院 医学系研究科公衆衛生看護学分野 助教
佐藤太一 千葉大学 国際高等研究基幹 特任助教
上原里程 国立保健医療科学院 次長
嶋津多恵子 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻 教授

研究要旨

【目的】本研究の目的は、自治体保健師の活動の変遷を把握した上で、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を明らかにすることである。

【方法】まずは、自治体保健師の活動領域の変遷を把握するために、厚生労働省の保健師活動領域調査（活動調査）の 2009 年度と 2018 年度分のデータの二次分析を行った。その後、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力の整理のために、現行の「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」公表の 2016 年以降の国内外の文献のレビューを実施した。加えて、自治体保健師と教育研究者計 19 名へのインタビュー調査により、2040 年以降を見据えて、自治体保健師に必要な能力について尋ねた。

【結果】保健師活動は全体として直接サービスの割合が減少、間接サービスが微増、「その他」が増加、都道府県では業務連絡・事務が 6.1%増加、健康相談が 4.0%、保健指導が 3.0%、家庭訪問が 2.0%減少、保健所設置市では業務管理が 2.1%増加、保健指導が 2.7%、健康教育が 3.6%減少、市町村では業務管理が 9.3%増加、健康診査が 4.0%、健康教育が 2.6%減少していた。2040 年以降を見据えて自治体保健師に必要な能力は、文献レビューからは、リーダーシップ能力、コミュニケーション能力、情報技術（IT・ICT）を活用しデータに基づいて健康課題や事業の分析・評価を行う能力、インタビュー調査からは、経営的視点を持ち、事業の企画にとどまらず改善や廃止・再編を判断する能力、自治体を超えた広域連携ならびに保健・医療・福祉・介護分野を超えた多分野との連携を推進する能力、AI 等の新技術を適切に利活用できる能力、プラネタリーヘルスの視点を踏まえたマルチハザードの予測および予防的対応を検討する能力、自分自身の業務を管理・最適化できるセルフマネジメント能力等が整理できた。

【結論】2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を整理した結果、新技術を活用する能力、健康危機管理に関する更なる能力（応援派遣等）、保健師個人の自己研鑽や管理に関する能力が明らかになった。さらに、限られた人員および財源の中で保健事業を効果的かつ効率的に実施する能力や、広域連携や他部署連携の重要性から、既存の枠組みにとらわれない柔軟な姿勢・態度の重要性も示唆された。

A. 研究目的

2040 年以降の日本の地域社会では、さらなる少子高齢化と生産年齢人口の減少し、単独世帯・夫婦のみ世帯といった小規模世帯の増加が見込まれている¹⁾。これにより、現在と比して家族形態は大きく変化する。地域においては共助機能の脆弱化が進み、孤立・孤独の深刻化や社会格差の拡大が顕著になることが予測されている²⁾。さらに近年では、気候変動や新興感染症等、環境問題・健康危機の深刻化も指摘されている^{3,4)}。

このように、地域における健康課題は今後さらに多様化・複雑化することが予想され、現行の制度や支援体制では十分に対応できない住民層が生じる可能性がある。新たな健康課題を抱えることが想定される 2040 年以降の日本において、地域社会を保健・医療・福祉の側面から包括的に支える保健師への期待は大きい。

しかしながら、日本は深刻な人口減少社会に直面しており⁵⁾、2050 年には 4 割以上の市町村が人口 1 万人未満となると推計されており、特に地方で顕著になる。自治体規模の縮小に伴い、各自治体の職員数は減少し、同様に保健師数の減少も予測されている。以上より、自治体保健師一人ひとりが、これまで以上に高い専門性と実践能力を発揮することが求められる時代になると考えられる。

自治体保健師に必要な能力に関しては、厚生労働省が 2016 年に「自治体保健師の標準的なキャリアラダー（以下、キャリアラダー）」⁶⁾（厚生労働省, 2016）を公表し、保健師の活動領域ごとに求められる能力を段階的に整理した。このキャリアラダーは、日本の多くの自治体保健師の人材育成体制の整備に活用されている。一方で、策定から約 10 年経過し、少子高齢化の進行、健康格差の拡大、新興感染症や自然災害への対応等、地域を取り巻く状況は大きく変化している。このような社会構造の変化を踏まえると、現行のキャリアラダーで示された能力のみでは、2040 年以降の健康課題に十分対応できない可能性がある。

そこで本研究では、2040 年以降を見据え、現行のキャリアラダーに明記されていない新たな自治体保健師の能力を整理することを目的とする。また、前提として、近年の保健師活動の状況も把握する。

B. 研究方法

1) 自治体保健師の活動領域の変遷の把握

2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を整理する前に、近年の保健師活動の状況を把握するために、厚生労働省の保健師活動領域調査（活動調査）のデータを基に保健師の活動内容（直接対人支援、地域・組織支援、施設管理・業務及び組織マネジメント等の割合）の変化を記述した。2009 年度と 2018 年度のデータ（直接サービス、間接サービス、「その他」の 3 領域 21 項目）を用い、各活動の従事時間の割合の変化を分析した。分析では都道府県、保健所設置市・特別区（以下、HC 設置市）、市町村毎に各活動の割合を比較し、±2.0%以上の差があった活動を「変化あり」とした。その活動について、自治体の種類と人口規模で分類した自治体群で変化の傾向を比較した。自治体の種類と人口規模は活動調査の分類に準じた。なお、都道府県は 47 と少数のため人口規模別に分類しなかった。

2)2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力の整理

(1)文献検討

キャリアラダー策定から約 10 年経過し、人口減少や地域課題の複雑化、高度化等の社会的背景の変遷を踏まえ、現行のキャリアラダーに明記されていない自治体保健師に求められる能力の要素を抽出した。

国内外で研究論文や報告書⁷⁻¹⁵⁾等の約 80 本の文献調査を実施し、キャリアラダーで示されていない能力を抽出した。

(2)インタビュー調査

研究対象者は、研究テーマである「2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力」に興味・関心を示した都道府県・市町村保健師および教育研究者とした。保健師は、3 年以上の自治体保健師としての経験、教育研究者においても、自治体保健師の経験のある者とした。年代、性別、職位、自治体種別、地域性、市町村の人口規模（小規模市町村・一般市）の違い等バリエーションを持たせてリクルートした。

研究者の機縁法により研究テーマについて詳しく語ってもらえると考えられる研究対象者に調査協力依頼書、同意書、フェイスシート、インタビューガイド、キャリアラダーを送付し、研究の趣旨及び研究に関する説明、依頼をし、同意を得た者を研究参加者とした。調査方法は、研究参加者の希望に応じ、フォーカス・グループ・インタビュー(以下、FGI)または個別インタビューとし、いずれもオンラインで実施した。調査期間は、2025 年 11～12 月であった。

質問項目は、「現行のキャリアラダーに記されていないが、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力は何か」であった。

FGI は全 6 回 53-79 分、個別インタビュー 2 回は 49-71 分であった。インタビュー内容は、研究参加者の同意を得て録音した。自治体保健師の基本情報（年代、性別、保健師教育機関、自治体種別、自治体の人口規模、経験年数、職位等）、教育研究者（年代、性別、自治体保健師経験年数、最終学歴、教育・研究の経験年数、職位等）はフェイスシートとして面接前に提出してもらった。質的記述的に分析し、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を整理した。

3)倫理面の配慮

(2)のインタビュー調査については、研究参加者に、研究の意義・目的等について、文書を添えて口頭による説明を行い書面にて同意を得た。研究参加は自由意志に基づくもの、中断または中止が可能であり不利益は生じないこと、さらに調査終了後でも 1 か月以内であれば同意の撤回ができることを伝えた。倫理審査委員会の承認を受けて実施した（国際医療福祉大学東京赤坂地区倫理審査委員会 25-TA-198、2025 年 11 月 17 日承認）。

C. 研究結果

1)自治体保健師の活動領域の変遷

全体として直接サービスの割合は減少し、間接サービスは微増、「その他」は増加していた。都道府県では業務連絡・事務が 6.1%増加し、健康相談が 4.0%、保健指導が

3.0%、家庭訪問が 2.0%減少していた。HC 設置市では業務管理が 2.1%増加し、保健指導が 2.7%、健康教育が 3.6%減少していた。市町村では業務管理が 9.3%増加し、健康診査が 4.0%、健康教育が 2.6%減少していた。

変化があった活動について、家庭訪問は都道府県、人口 2 万人以上 5 万人未満、5 万人以上 10 万人未満の市町村で減少していた。一方で、人口 60 万人以上の HC 設置市等、2%未満だが増加していた自治体群もあった。保健指導はほとんどの自治体群で減少か横ばいであったが、人口 20 万人以上の市町村で増加していた。健康相談、健康診査、健康教育は全ての自治体群で減少か横ばいであった。業務管理は全ての自治体群で増加か横ばいであった。業務連絡・事務はほとんどの自治体群で増加か横ばいであった。一方で、2%未満だが人口 60 万人以上の HC 設置市で減少が見られた。

2)2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力の整理

(1)文献検討

現行のキャリアラダーに明記されていない保健師の新たな能力として、主に、リーダーシップ能力、コミュニケーション能力、情報技術（IT・ICT）を活用しデータに基づいて健康課題や事業の分析・評価を行う能力が抽出された。

また、今後必要な新たな保健師の活動領域として、健康危機管理に関する活動として応援派遣、管理的活動としてプロフェッショナル・ディベロップメントが抽出された。

(2) インタビュー調査

インタビュー参加者は自治体保健師 9 名、教育研究者 10 名であった。自治体保健師は、30 代 5 名、40 代 1 名、50 代 4 名であり、自治体種別は、都道府県 5 名、政令市・特別区 2 名、市町村 3 名であった。保健師の経験年数は、7～37 年で、職位は主事～課長まで幅広い対象であった。教育研究者は、30 代 2 名、40 代 2 名、50 代 1 名、60 代 1 名で、助教から教授、教育研究の経験年数は、4～30 年まで幅広い対象であった。自治体保健師の経験年数は平均 6.7 年であった。

2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力の主なものは、経営的視点を持ち、事業の企画にとどまらず改善や廃止・再編を判断する能力、自治体を超えた広域連携ならびに保健・医療・福祉・介護分野を超えた多分野との連携を推進する能力、AI 等の新技術を適切に利活用できる能力、プラネタリーヘルスの視点を踏まえたマルチハザードの予測および予防的対応を検討する能力、自分自身の業務を管理・最適化できるセルフマネジメント能力等が整理できた。

D.考察

1)自治体保健師の活動領域の変遷

直接サービスの提供は減少し、事務的業務が増加する傾向がみられた。一方で、人口 60 万人以上の保健所設置市等人口規模の大きい自治体においては、この傾向は比較的緩やかであった。こうした差異には、業務のシステム化や、保健師および事務職等の職員構成の変化が影響している可能性が示唆された。

また、個別の活動領域に着目すると、健康相談および健康教育の減少については、インターネットや動画等の普及により、地域住民が健康情報を取得する環境が変化したことが一因である可能性が考えられる。さらに、健康診査の減少については、少子化の進展に加え、健診業務の外部委託の拡大が影響している可能性が示唆された。

2)2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力の整理

文献レビューとインタビュー調査の双方から共通して抽出された、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力は大きく三つに整理された。第一に、情報技術

(IT・ICT) を利活用し、データに基づいて健康課題や事業の分析・評価を行う能力である。第二に、健康危機管理に関する能力である。具体的には、応援派遣の対応能力やプラネタリーヘルスの視点を踏まえたマルチハザードの予測および予防的対応を検討する能力である。第三に、プロフェッショナル・ディベロップメントやセルフマネジメントに代表される、保健師個人の自己研鑽および管理に関する能力である。

一方、主として文献レビューからは、リーダーシップ能力とコミュニケーション能力の重要性が抽出された。また、インタビュー調査からは、経営的視点を持ち、事業の企画にとどまらず改善や廃止・再編を判断する能力、自治体を超えた広域連携ならびに保健・医療・福祉・介護分野を超えた多分野との連携を推進する能力が抽出された。これらの結果から、2040 年以降の社会構造の変化を見据えると、限られた人員及び財源の中で、マネジメントの視点を持ちながら、効率的かつ効果的に保健活動を展開することの重要性が高まるとともに、従来の自治体内に限定された連携に加え、広域的かつ多分野横断的な連携の必要性が一層高まることが示唆された。

現段階は分析途中のため、今後は既存のキャリアラダー（管理的保健師に向けた能力に係るキャリアラダー（B 表））や、キャリアレベルごとの能力との整合性を踏まえさらなる分析を行うとともに、その妥当性を検証する調査を実施する。これにより、2040 年以降を見据えたキャリアラダーの改訂の検討を行っていく。

E. 結論

本研究により、2040 年以降を見据えた自治体保健師に必要な能力を整理した結果、新技術を活用する能力、健康危機管理に関する更なる能力（応援派遣）、保健師個人の自己研鑽や管理に関する能力が明らかになった。さらに、限られた人員および財源の中で保健事業を効果的かつ効率的に実施する能力や、広域連携や他部署連携の重要性から、既存の枠組みにとらわれない柔軟な姿勢・態度の重要性も示唆された。

F. 引用文献

1. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の世帯数の将来推計（全国推計）,（令和 6（2024）年推計）-令和 2（2020）～32（2050）年-, 2024.
2. 内閣官房孤独・孤立対策担当室. 人々のつながりに関する基礎調査（令和 5 年）調査結果の概要, 2024.
3. 厚生労働省. 令和 3 年版厚生労働白書—新型コロナウイルス感染症と社会保障.

2021; 3-32.

4. 日本看護協会誌. International Council of Nursing, 看護師、気候変動と健康, Nurses, climate change and health, 2024.

<https://www.nurse.or.jp/nursing/assets/kikouhendou.pdf>

5. 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口- 令和 3 (2021) - 52 (2070) 年- (令和 5 年推計) . 2023.

<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/20230831.pdf>.

6. 厚生労働省. 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.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000119354.html>.

7. Miho Tanaka, Reiko Okamoto, Keiko Koide, et al. Development of self-assessment scale of Public health nursing Art to enhance “Strength of Community”. BMC Nurs. 2025 Feb 6;24(1):139.

8. Niamh Vickers. Mapping Public Health Nursing competencies: A comparative document analysis of competency frameworks and practice standards in the USA and Ireland. Public Health Nursing. 2024. 41(6). 1562-1570.

9. Momoko Hoshi, Kumiko Nakano, Megumu Iwamoto, et al. A concept of “cultural competence” among public health nurses in Japan. Public Health Nursing. 2024. 41(3): 562-572.

10. Berit Misund Dahl, Kari Glavin, Anne-May Teige, et al. Norwegian public health nurses’ competence areas. Public Health Nursing. 2022. 39(5). 1048-1057.

11. American Nurses Association. Public Health Nursing: Scope and Standards of Practice, 3rd Edition. 2021.

12. 岡本玲子, 岸恵美子, 松本珠実, 他. 保健師のコアバリューとコアコンピテンシー：デルファイ調査. 日本公衆衛生雑誌. 2024. 71(12). 745-755.

13. 佐伯和子, 平野美千代, 本田光. 行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度第 2 版の開発. 看護ケアサイエンス学会誌. 2022. 20(2). 85-95.

14. 全国保健師教育協議会教育課程委員会. 保健師教育評価の指標(2020 年改正). 保健師教育. 2022. 6(1). 11-18. 2020.

https://www.jstage.jst.go.jp/article/hokenshikyoku/6/1/6_11/_pdf/-char/ja.

15. 全国保健師機関協議会. 保健師教育における大学院カリキュラムモデル(全保教版 2020). 2020. <https://zenhokyo.jp/work/doc/r2-iinkai-hokenshi.pdf>

G.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

松永篤志, 茂木りほ, 遠藤雅幸, 佐藤太一, 平野美千代, 嶋津多恵子, 五十嵐久美子, 奥田博子. 保健師活動領域調査（活動調査）からみえる保健師活動の変化—2009 年と 2018 年を比較して—. 第 14 回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集. 2025 年 12 月

H.知的財産権の出願・登録状況

なし。

厚生労働科学研究費補助金
(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
「2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の明確化

研究分担者

平野美千代 札幌医科大学 教授
高橋邦彦 東京科学大学 教授
茂木りほ 国際医療福祉大学大学院 准教授

研究協力者

青木亜砂子 札幌医科大学 講師
深川周平 札幌医科大学 講師
阿部弥喜 札幌医科大学 助教
大西竜太 東北大学大学院 特任助教
深津恵美 北海道科学大学 教授
佐伯和子 富山県立大学 名誉教授

研究要旨

【目的】

本研究は、2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の明確化を目指し、全国の自治体保健師を対象に、実践能力を向上させる人材育成体制の要因を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象は全国 417 カ所の自治体に所属する常勤保健師 9509 名とし、2025 年 11～12 月に無記名の WEB 調査を実施した。調査項目は、属性、Off-JT、ジョブローテーション、自己研鑽、保健師の人材育成のためのネットワーク、保健師としての実践内容、行政保健師のキャリア発達等で構成した。

【結果】

回収数は 1507 名、有効回答数は 1504 名（15.8%）であった。対象者の平均年齢は 41.5 歳、保健師実務経験年数は平均 16.0 年、職位は一般職が 51.6%であった。自治体種別は都道府県 24.6%、特別区・政令指定都市・中核市 19.6%、市町村 55.6%であり、所属組織における統括保健師の配置率は 87.3%であった。

研修受講率は新任期を対象とした研修 83.3%、中堅期を対象とした研修 60.2%、管理期を対象とした研修 26.7%、統括保健師を対象とした研修 11.0%であった。ジョブローテーションにより成長に有効な部署へ異動できている者は 52.7%、所属組織に保健師活動を効果的かつ効率的に促進するための ICT 環境が十分に整備されている者は 50.8%で

あった。また、保健師の人材育成のためのネットワークに関する項目では、近隣自治体との合同研修等の体制整備（得点範囲 1～4 点）が平均 2.9 点と最も高い値であった。

実践能力は、「組織使命及び対人支援（得点範囲 6～30 点）」平均 21.6 点、「地域保健活動（得点範囲 4～20 点）」平均 12.1 点、「政策及び組織管理（得点範囲 6～30 点）」平均 17.5 点であった。

【結論】

2040 年を見据えた自治体保健師の実践能力向上のためには、特に政策及び組織管理能力やその基盤となるマネジメント能力を、新任期、中堅期から段階的に育成し、管理期で確実に能力が発揮できる長期的な視点に立った育成体制の構築の必要性が示唆された。あわせて、保健師の成長のカギとなる実践経験の着実な積み重ねを軸とした実践の省察、内省を促す機会や、計画的なジョブローテーション、ICT 環境の整備を組織的に推進することが重要である。さらに、自組織の枠を超えた広域的な人材育成ネットワークを構築することが、将来の多様化する地域の健康課題に対応し得る実践能力を担保する上での喫緊の課題といえる。

A. 研究目的

近年、能力開発と組織開発の双方を含む人材育成の重要性が示され、訓練による技能・知識などの職務固有の能力開発に加え、組織の成果やキャリアという長期的な時間軸を意識した人材開発¹⁾が注目されている。このような観点から保健師の人材育成体制は、キャリア開発と実践能力開発の両面から検討することが重要である。

2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築にあたっては、提供された育成プログラムの内容や実施状況にとどまらず、専門職としてのアイデンティティの形成や、職務満足、組織体制、外部との連携体制等を含めた包括的な視点で検討を進める必要がある。先行研究では、保健師の実践能力の関連要因として研修受講や学会参加^{2,3,4)}、定期購読の有無³⁾による自己研鑽、保健分野以外の経験といったジョブローテーション³⁾、統括保健師の配置^{2,4)}等の職場体制に関する項目が挙げられている。しかし、いずれも数項目による把握にとどまり、量的調査において人材育成の詳細や、経験学習を通じて育まれる価値観、姿勢といった具体的内容に迫った調査は見受けられない。また、保健師の能力育成には、保健所や外部機関からの支援⁵⁾、他自治体とのネットワークや協働の研修^{5,6)}、国や都道府県による人材育成方針^{5,6)}、学会や専門職団体の継続教育⁷⁾、大学や教育機関との連携⁶⁾など、自組織を超えたネットワークや外部資源の活用が挙げられる。これらも今後の人材育成における重要な要素であり、自治体単独での人材育成が困難な場合における有効な方策になり得る。

そこで本研究は、2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の明確化を目指し、全国の自治体保健師を対象に、実践能力を向上させる人材育成体制の要因を明らかにすることを目的とする。なお、本研究では保健師の人材育成を「地域の人々の健康と生活の保障という成果達成に向けた、保健師の能力開発と組織開発を含む人材開発」と定義する。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

観察研究（横断研究）

2. 対象

対象は全国 417 カ所の自治体に所属する常勤保健師 9509 名とした。サンプリングは自治体種別と自治体の人口規模を考慮した 2 段階層化クラスター抽出法を用い、母集団の代表性を担保した。

3. 調査方法

2025 年 11～12 月に無記名の WEB 調査を実施した。対象施設の保健師を統括する管理職に文書にて調査協力および、対象者への調査依頼文の配付を依頼した。対象者は調査に同意する場合、各自のパソコンやスマートフォンから専用フォームにアクセスし、回答を行った。

調査実施に先立ち、調査項目の理解のしやすさ、回答のしやすさを確認するため、機縁法により自治体保健師 48 名を対象に予備調査を実施し、46 名から回答を得た。その結果、属性や保健師活動、人材育成内容に関する一部の項目で回答が難しいものがあったため、研究組織にて調査項目および回答選択肢を再検討し、修正を行った。

4. 調査項目

調査項目は、属性、Off-JT（Off-the-Job Training）、ジョブローテーション、自己研鑽、職場における保健師活動を支える ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）環境、保健師の人材育成のためのネットワーク、地域・まちへの愛着、保健師としての実践内容と職場環境、行政保健師としての経験、保健師についての意識および実践能力（行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度⁸⁾：以下、キャリア発達尺度）、保健師としての活動意欲で構成した。

5. 分析方法

記述統計にて各変数の単純集計と各質問項目の割合と平均値を算出した。解析には SPSS を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者および管理職に対し、研究目的と内容、個人情報保護、自由意思による参加等について依頼文にて説明した。研究への同意は、調査画面上に同意確認欄を設け、対象者が「同意する」を選択したことをもって、同意が得られたものとした。本研究は、札幌医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

回収数は 1507 名（15.8%）、有効回答数は 1504 名（15.8%）であった。

1. 属性（表 1-1、1-2、1-3）

対象者の性別は女性 1413 名（94.0%）、平均年齢は 41.5 歳（SD 11.3）、保健師教育

を受けた機関は、養成所・専修学校 496 名（33.0%）、大学〔全員必修〕526 名（35.0%）、大学〔保健師選択制〕321 名（21.3%）、短期大学専攻科 111 名（7.4%）であった。保健師実務経験年数は 16.0 年（SD 11.4）、現自治体での経験年数は 15.0 年（SD 11.4）、現自治体に入職する前に保健師としての勤務経験を有する者は 298 名（19.8%）、看護師・助産師としての勤務経験を有する者は 568 名（37.8%）、経験年数はそれぞれ 5.4 年（SD 5.6）、4.2 年（SD 3.8）であった（表 1-1）。

対象者の職位は、一般職 776 名（51.6%）、主査・係長級 422 名（28.1%）、課長補佐級 170 名（11.3%）、課長級 99 名（6.6%）、部長級 6 名（0.4%）であった。自治体種別は都道府県 370 名（24.6%）、特別区・政令指定都市・中核市 295 名（19.6%）、市町村 836 名（55.6%）であり、都道府県の人口規模は 500 万人以上 184 名（49.7%）、市町村の人口規模は、1 万人未満 111 名（9.8%）、1 万～3 万人未満 163 名（14.4%）、3 万～5 万人未満 132 名（11.7%）、5 万～10 万人未満 204 名（18.0%）、10 万～20 万人未満 151 名（13.4%）、20 万人以上 366 名（32.4%）であった。自治体の常勤保健師数は 50 人以上が最も多く 393 名（26.1%）であり、所属部署の常勤保健師数は、5 人以下 574 名（38.2%）、6～10 人 485 名（32.2%）、11～15 人 212 名（14.1%）、16～20 人 114 名（7.6%）、21 人以上 112 名（7.4%）であった（表 1-2、1-3）。

統括保健師の配置については、「あり」が 1313 名（87.3%）、そのうち文書上に明記されているのは 654 名（49.8%）であった（表 1-3）。

キャリアラダーを用いた自己評価では、「A-1」139 名（9.2%）、「A-2」229 名（15.2%）、「A-3」280 名（18.6%）、「A-4」275 名（18.3%）、「A-5」239 名（15.9%）、「わからない」314 名（20.9%）であった。また、キャリアラダーを用いた職場の評価では、「わからない」313 名（20.7%）、「キャリアラダーを使用していない」268 名（17.8%）であった（表 1-3）。

2. Off-JT、ジョブローテーション、自己研鑽（表 2-1、2-2）

Off-JT は、研修、学会参加、職場にある保健師活動に関する書籍を活用した学習、職務の一環としてヘルスケア分野の資格取得に向けた学習で構成した。研修会については、新任期を対象とした研修 1253 名（83.3%）と最も多く、次いで中堅期を対象とした研修 906 名（60.2%）、管理期を対象とした研修 401 名（26.7%）、統括保健師を対象とした研修 165 名（11.0%）であった。また、行政職としての研修は 968 名（64.4%）が経験していた。学会参加については 724 名（48.1%）が経験がなく、職場にある保健師活動に関する書籍を活用した学習は、「いつもしていた」が 266 名（17.7%）、「時々していた」が 893 名（59.4%）であった（表 2-1）。

ジョブローテーションは、経験のある部署、保健師として成長を目的に移動先を希望することはできるか、保健師としての成長に有効な部署へ異動することはできたか、出向などによる期限付きの他組織との人事交流の経験で構成した。保健師としての成長を目的に移動先を希望することはできるかの問いに対し、「はい」と回答した者は 1121 名（74.5%）であり、保健師としての成長に有効な部署へ異動することはできたかの問いに、「はい」が 792 名（52.7%）、「いいえ」が 325 名（21.6%）、「異動の経験がない」が 344 名（22.9%）であった。また、出向などによる期限付きの他組織との人事交流の経験がある者は 177 名（11.8%）であった（表 2-1）。

自己研鑽は、経験のある研修、学会参加、自身で購入した保健師活動に関する書籍を活用した学習、自己研鑽の一環としてヘルスケア分野の資格取得に向けた学習、保健師の継続教育の一環としての大学院進学で構成した。経験のある研修については、母子（親子）保健に関する研修 1068 名（71.0%）と最も多く、次いで精神保健に関する研修 886 名（58.9%）、災害に関する研修 837 名（55.7%）、成人保健に関する研修 815 名（54.2%）であった。また、自己研鑽としての学会参加は「参加のみ経験がある」が 389 名（25.9%）、「発表かつ参加の経験がある」が 174 名（11.6%）であり、自身で購入した保健師活動に関する書籍を活用した学習は、「いつもしていた」が 268 名（17.8%）、「時々していた」が 795 名（52.9%）であった（表 2-2）。

3. 職場における保健師活動を支える ICT 環境（表 3）

職場における保健師活動をさせる ICT 環境は 5 項目で構成した。所属組織は効果的かつ効率的な保健師活動のために ICT の活用を推奨しているかの問いに対し、「している」と回答した者は 858（57.0%）であり、所蔵組織は保健師活動を効果的かつ効率的に促進するための ICT 環境が十分に整備されているかの問いに対し、「整備されている」と回答した者は 764 名（50.8%）であった。所属組織には保健師活動に活用できる電子システムがあるかの問いに対し、「ある」と回答した者は 1017 名（64.6%）、ICT の操作方法について相談できる同僚・上司がいるかの問いに対し、「いる」と回答した者は 999 名（66.4%）であった。また、所属組織には e-learning を活用した教育環境が整備されているかの問いに対し、「整備されている」と回答した者は 1055 名（70.1%）であった。

4. 保健師の人材育成のためのネットワーク（表 4）

保健師の人材育成のためのネットワークは 6 項目で構成し、「あてはまらない」1 点、「あてはまる」4 点とする 4 件法で回答を得た。各項目の平均と標準偏差は、「近隣自治体との合同研修や情報共有の体制が整備されているか」2.9 点（SD 0.9）、「関係機関（大学や看護協会など）との合同研修や情報共有の体制が整備されているか」2.4 点（SD 1.0）、「国や都道府県、保健所からの人材育成支援（研修、スーパーバイズ等）が受けられる体制があるか」2.5 点（SD 1.0）、「有償無償に関わらず大学や外部機関からの人材育成支援（研修、スーパーバイズ等）が受けられる体制があるか」2.4 点（SD 1.0）、「近隣自治体と保健師活動を推進するための協力体制（相談や共同実施）があるか」2.5 点（SD 1.0）、「関係機関（大学や看護協会など）と保健師活動を推進するための協力体制（相談や共同実施）があるか」2.2 点（SD 0.9）であった。

6. 地域・まちへの愛着（図 1～3）

地域・まちへの愛着は 3 項目で構成し、「まったくそう思わない」0 点、「とてもそう思う」10 点とする 0～10 点の 11 件法で回答を得た。最小値 0 点は、最大値 10 点であり、「地域のために活動することは楽しい」は平均 6.9 点（SD 2.1）、「この地域は大切な場所である」は平均 7.0 点（SD 2.3）、「この地域に貢献していきたい」は平均 7.1（SD 2.2）であった。

7. 保健師としての実践内容と職場環境（表 5）

保健師としての実践内容と職場環境は 35 項目で構成し、「まったくそう思わない」1 点、「とてもそう思う」6 点とする 6 件法で回答を得た。最小値 1 点は、最大値 6 点であり、平均点は「3. 対人支援を重要視している職場で働いてきた」5.1 点（SD 1.0）、「5. 対人支援の悩みを気兼ねなく部署内や係内で相談できる環境で働いてきた」4.8 点（SD 1.1）、「1. 複雑困難な課題を持つ個人・家族の継続支援を、主担当として行ってきた」4.7 点（SD 1.2）の順に高かった。一方、平均点が低かったのは、「24. 政策/施策立案に関する場面（例：行政計画の策定・評価の委員会）で、意見やアイデアを提案してきた」2.9 点（SD 1.5）、「23. 行政計画の策定・評価に関する委員会等に保健師として招集されてきた」2.9 点（SD 1.5 点）、「25. 政策/施策立案への参画を重要視している職場で働いてきた」3.1 点（SD 1.4）であった。

8. 行政保健師としての経験（表 6）

行政保健師としての経験は 26 項目で構成し、「まったくそう思わない」1 点、「とてもそう思う」6 点とする 6 件法で回答を得た。最小値 1 点は、最大値 6 点であり、平均点は「12. 支援がうまくいかない経験を通して、自身の保健師活動を見直した」4.8 点（SD 0.9）、「18. 継続的な関わりを通じて対象者の背景や人生を深く理解した」4.7 点（SD 1.0）、「5. 他者との協働によって、保健師としての実践が充実した」4.6 点（SD 1.0）の順に高かった。一方、平均点が低かったのは、「10. 学会での発表により、他者の学びに貢献した」2.4 点（SD 1.5）、「9. 学会での発表により、保健師活動を体系的に整理した」2.5 点（SD 1.6 点）、「26. 不平等や格差など社会の構造的課題の改善に貢献した」2.8 点（SD 1.2）であった。

9. 保健師についての意識および実践能力（図 4～9）

保健師についての意識および実践能力はキャリア発達尺度を用いた。キャリア発達尺度の合計得点（得点範囲 26～130）は平均 85.8 点（SD 17.9）、下位尺度「職務・職場満足（得点範囲 5～25 点）」は平均 17.1 点（SD 4.3）、下位尺度「保健師職業意識（得点範囲 5～25 点）」は平均 17.2 点（SD 4.7）であった。また、下位尺度「組織使命及び対人支援（得点範囲 6～30 点）」は平均 21.6 点（SD 4.2）、下位尺度「地域保健活動（得点範囲 4～20 点）」は平均 12.1 点（SD 3.3）、下位尺度「政策及び組織管理（得点範囲 6～30 点）」は平均 17.5 点（SD 5.7）であった。

8. 保健師としての活動意欲（図 10）

現在、保健師としての活動にどのくらい意欲的に取り組んでいますかの問いに対し、「まったく意欲的に取り組んでいない」0 点、「非常に意欲的に取り組んでいる」10 点とする 0～10 点の 11 件法で回答を得た。最小値 0 点は、最大値 10 点は、平均 6.6 点（SD 2.2）であった。

D. 考察

本調査の対象者は実務経験年数平均 16 年であり、主査・係長級以上が 46.3%を占めていた。このことから、中堅期から管理期の保健師の回答がより反映された結果であ

るといえる。自治体種別は一般市町村が 55.6%、うち 10 万人以上の大規模自治体が 45.8%であり、市町村区分においては大規模自治体に勤務する保健師の回答が中心となっている。

また、対象者の所属組織における統括保健師の配置率は 87.3%であり、令和 7 年度保健師活動領域調査における統括保健師の配置率 72.1%⁹⁾ を大きく上回った。本研究結果は統括保健師が配置された、比較的安定的な人材育成体制下にある保健師の回答に基づいていることを示唆している。一方、キャリアラダーの活用状況については、キャリアラダーを用いた自己評価で「わからない」が 20.9%、キャリアラダーを用いた職場の評価で「わからない」が 20.7%、「キャリアラダーを使用していない」が 17.8%であった。キャリアラダーは人材育成における重要な指針、ツールであることから、各自治体におけるキャリアラダーの実効性の高い運用方法を検討していくことが重要である。

1. 自治体保健師の人材育成の状況

Off-JT に関しては、新任期、中堅期向け研修の受講率が 6 割を超える一方、管理期や統括保健師を対象とした研修の受講率は低かった。本研究の対象者の約半分が主査・係長級以上の職位を有することを鑑みると、上位職位に対する研修機会の不足や、体制整備の遅れが推察される。研修体制の課題と並行し、ジョブローテーションについても検討が必要であり、異動先を希望できる者は 74.5%であったが、保健師としての成長に有効な部署への異動ができていないと回答した者は 21.6%であった。今後は保健師個々人の能力開発、キャリア発達と連動した計画的な異動や人事交流など、多様な実践の場を戦略的に活用した育成体制を構築することが求められる。

自己研鑽においては、業務に直結する研修会への受講が主となっており、学会参加を通じた知見の獲得や活動報告の機会は少なかった。学会参加や学会での発表は自らの保健師実践を言語化し、他者との意見交換や議論を経て内省することにつながり、専門職としての成長における貴重なプロセスとなり得る。今後は学会参加を通じた自己研鑽について勧奨していくことも人材育成において有用である。

e-learning を活用した教育環境については、整備されている者は 7 割を占め、職場における保健師活動を支える ICT 環境が整備されている者は 6 割であった。効果的な保健師活動に向けた ICT 環境が整備されつつある一方、4 割の保健師が整備されていない環境下に置かれていた。このことから、所属組織として ICT インフラの整備を推進し、業務効率化と活動の質の向上の両方を推進していく必要があると考える。

今回の調査では人材育成のためのネットワークについても調査を行った。「近隣自治体との合同研修や情報共有の体制が整備されているか」の質問項目の平均値が 2.85 であり、所属を超えた人材育成体制が整備されている保健師もいた。しかし、1~4 点の得点範囲のうち、各項目の平均値は 2.24~2.85 で留まっていたことから、広域的な人材育成体制が十分整備されているとは言い難い状況であった。少子高齢化や人口減少が深刻化する将来を見据えて、近隣自治体や関連する多機関とのネットワークを有効活用した、持続可能な人材育成のあり方を検討していくことが喫緊の課題である。

2. 保健師としての実践内容および経験

本調査では保健師の実践内容と人材育成体制の詳細を把握した。対人支援や保健事業の運営については、実践経験や職場内でのサポート体制が確保されていたが、政策形成に関する項目は他項目に比して低値であった。保健師が政策・施策立案に関与する機会そのものが少ない現状を反映していると推察される。今後は、保健師が政策形成に意図的に関与できるような人材育成体制の整備が重要であり、計画的なジョブローテーションの活用を含めた総合的な検討が必要である。

行政保健師としての経験については、対人支援や他者との協働などを通じた経験、およびそれらに伴う内省の平均が高値であった一方、学会参加を通じた専門的知見の深化や学習活動は他項目に比べ低かった。保健師が積むどのような経験が活動の省察を促し、専門職としての成長につながるのか、その詳細について今後の調査で明確化していくことが、より効果的な人材育成体制の構築に有効であると考えられる。

3. 保健師についての意識及び実践能力

保健師としての活動意欲は 10 点満点中平均 6.6 点であったが、意欲の高さが二極化する傾向がみられた。意欲的に取り組んでいる層が大半を占めるが、活動意欲が低い層も一定数存在することから、意欲的に取り組んでいる保健師の実践能力や経験を詳細に分析することが、今後の効果的な人材育成のあり方を検討する上で重要であると考えられる。

また、実践能力は「組織使命及び対人支援」「地域保健活動」に比べ、「政策及び組織管理」は低い傾向であった。本研究の対象者が実務経験平均 16 年、かつ主査・係長級以上の職位が 46.3%という特性を踏まえると、「政策及び組織管理」能力は低めであることが推察される。今後の人材育成において、政策及び組織管理能力や、これらの基盤となるマネジメント能力を新任期、中堅期のうちから段階的に育成し、管理期において確実に能力が発揮できるよう、長期的な視点に立った人材育成体制を構築していく必要がある。

4. 研究の限界と今後の課題

本調査は、自治体種別と自治体の人口規模に基づいた 2 段階層化クラスター抽出法を採用し、母集団の代表性の確保に努めた。回収率が 15.8%に留まった点は本研究の限界であり、低回収率に起因する選択バイアスの可能性は否定できない。一方、今回の回収実績は次回の調査設計における重要な指標となる。今後はこの回収率を前提としたサンプルサイズ設計を行い、各層から十分な有効回答数を確保できるよう、層化抽出における配分数を再検討し、調査の精度を向上していく必要がある。

E. 結論

本研究の結果から、2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の要因について以下の重要性が示された。

一点目は、実践能力「政策及び組織管理能力」の段階的な育成である。本調査では新任期・中堅期に比べ管理期以降の研修受講率が低く、自己評価においても上記能力が低値であった。この課題に対し、新任期、中堅期からマネジメントの基礎を段階的に導入し、管理期において確実にその能力を発揮できるよう、キャリア発達を見据え

た長期的な教育体系を確立する必要がある。

二点目は、保健師の成長のカギとなる実践経験を着実に積み重ね、所属組織内にとどまらず、学会参加や自己研鑽を通じて自らの実践を省察、内省を促していくことが重要である。これと並行し、個々のキャリア形成に資する計画的なジョブローテーションの実施や、保健師活動を効果的・効率的に促進するための ICT インフラの整備といった、組織的なバックアップ体制を統合的に推進していくことが求められる。

三点目は、自組織の枠を超えた広域的な人材育成ネットワークの構築である。小規模自治体を含め、限られた資源の中で持続可能な育成体制を維持するためには、近隣自治体や関係機関の連携による広域ネットワークの構築が喫緊の課題である。

F.引用文献

- 1) 佐藤厚. 人材開発に関する研究動向と課題. 法政大学キャリアデザイン学部紀要 2013 ; 10 : 5-14.
- 2) 渡部佳代, 荒木田美香子. 行政中堅保健師実践能力尺度の開発 中小規模市町村における検討. 日本公衆衛生看護学会誌 2018 ; 7 (2) : 66-75.
- 3) 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄. 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証 保健師の全国調査結果から. 日本公衆衛生雑誌 2008 ; 55 : 629-639.
- 4) 堀井聡子, 奥田博子, 川崎千恵, 他. 中堅期以降の自治体保健師の能力の現状とその関連要因 : 「標準的なキャリアラダー」を用いた調査から. 日本公衆衛生雑誌 2019 ; 66, 23-37.
- 5) 日本看護協会. 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書. 2023.
https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2023/hokenshi_katsudokiban.pdf?utm_source=chatgpt.com
- 6) 永江尚美. 中堅期保健師の人材育成に関するガイドラインおよび中堅期保健師の人材育成に関する調査研究報告書. 日本公衆衛生協会. 2011.
- 7) 大倉美佳, 野呂千鶴子, 荻田美穂子, 他. 行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発 および基本属性との関連. 日本公衆衛生雑誌 2011 ; 58 : 1026-1039.
- 8) 佐伯和子, 平野美千代, 本田 光, 他. 行政保健師のキャリア発達を総合的に測定する尺度第 2 版の開発. 看護ケアサイエンス学会誌 2022 ; 20 (2) : 85-95.
- 9) 厚生労働省. 令和 7 年度保健師活動領域調査 (領域調査) の結果概況.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/dl/ryouikichousa_r07_1.pdf

G.研究発表

1. 論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

表1-1 対象者の属性

N=1504		
	n	%
性別		
男性	81	5.4
女性	1413	94.0
その他	1	0.1
回答したくない	9	0.6
年齢（20～69歳）n=1497	平均41.5歳（SD 11.3）	
保健師教育を受けた機関		
養成所・専修学校	496	33.0
大学（全員必修）	526	35.0
大学（保健師選択制）	321	21.3
短期大学専攻科	111	7.4
大学専攻科	18	1.2
大学院（修士課程）	26	1.7
回答したくない	6	0.4
最終学歴		
養成所・専修学校	447	29.7
大学（全員必修）	510	33.9
大学（保健師選択制）	313	20.8
短期大学専攻科	122	8.1
大学専攻科	25	1.7
大学院（修士課程）	74	4.9
大学院（博士課程）	4	0.3
回答したくない	9	0.6
保健師実務経験年数（1年目～43年目）n=1500	平均16.0年（SD 11.4）	
現自治体での経験年数（1年目～43年目）n=1499	平均15.0年（SD 11.4）	
現自治体に入職する前に【保健師】としての勤務経験（常勤・非常勤を問わない）		
なし	1205	80.1
あり	298	19.8
回答したくない	1	0.1
前職の経験（複数回答）		
保健師（平均経験年数 5.4±5.6年 n=286）	298	19.8
看護師・助産師（平均経験年数 4.2±3.8年 n=562）	568	37.8

表1-2 対象者の属性 つづき

	N=1504	
	n	%
職位		
一般職	776	51.6
主査・係長級	422	28.1
課長補佐級	170	11.3
課長級	99	6.6
部長級	6	0.4
その他	18	1.2
回答したくない	13	0.9
自治体種別		
都道府県	370	24.6
特別区・政令指定都市・中核市	295	19.6
市町村	836	55.6
回答したくない	3	0.2
自治体の人口規模（市区町村）n=1131		
1万人未満	111	9.8
1万～3万人未満	163	14.4
3万～5万人未満	132	11.7
5万～10万人未満	204	18.0
10万～20万人未満	151	13.4
20万人以上	366	32.4
回答したくない	4	0.4
自治体の人口規模（都道府県）n=370		
50万～100万人未満	102	27.6
100万～200万人未満	49	13.2
200万～500万人未満	30	8.1
500万人以上	184	49.7
回答したくない	5	1.4
自治体の常勤保健師数		
5人以下	92	6.1
6～10人	237	15.8
11～15人	221	14.7
16～20人	162	10.8
21～30人	198	13.2
31～50人	185	12.3
50人以上	393	26.1
回答したくない	16	1.1

表1-3 対象者の属性 つづき

	N=1504	
	n	%
所属部署の常勤保健師数		
5人以下	574	38.2
6～10人	485	32.2
11～15人	212	14.1
16～20人	114	7.6
21人以上	112	7.4
回答したくない	7	0.5
統括保健師の配置		
あり	1313	87.3
なし	171	11.4
回答したくない	20	1.3
統括保健師の文書上の位置づけ (n=1313)		
わからない	356	27.1
文書上には明記されていないが、実質的に統括的役割を担っている	301	22.9
文書上に明記されている	654	49.8
回答したくない	2	0.2
キャリアラダー用いた自己評価		
A-1	139	9.2
A-2	229	15.2
A-3	280	18.6
A-4	275	18.3
A-5	239	15.9
わからない	314	20.9
回答したくない	28	1.9
キャリアラダーを用いた職場の評価		
A-1	118	7.8
A-2	168	11.2
A-3	209	13.9
A-4	197	13.1
A-5	210	14.0
わからない	313	20.7
キャリアラダーを使用していない	268	17.8
回答したくない	23	1.5

表2-1 Off-JT、ジョブローテーション、自己研鑽

			N=1504	
			n	%
Off-JT	研修	新任期を対象とした研修	1253	83.3
		中堅期を対象とした研修	906	60.2
		管理期を対象とした研修	401	26.7
		統括保健師を対象とした研修	165	11.0
		各専門領域に関する研修	1103	73.3
		行政職としての研修	968	64.4
	学会参加	参加のみ経験がある	320	21.3
		発表かつ参加の経験がある	449	29.9
		経験がない	724	48.1
		回答したくない	11	0.7
	職場にある保健師活動に関する書籍を活用した学習	していなかった	89	5.9
		あまりしていなかった	248	16.5
		時々していた	893	59.4
		いつもしていた	266	17.7
		回答したくない	8	0.5
	職務の一環として、ヘルスケア分野の資格取得に向けた学習	行ってこなかった	1119	74.4
		行ってきた	370	24.6
		回答したくない	15	1.0
ジョブローテーション	経験のある部署	保健部門	1453	96.6
		福祉部門	575	38.2
		介護保険部門	466	31.0
		企画調整部門	191	12.7
		国民健康保険部門	165	11.0
		職員の健康管理部門	106	7.0
	保健師としての成長を目的に異動先を希望することはできるか	はい	1121	74.5
		いいえ	347	23.1
		回答したくない	36	2.4
	保健師としての成長に有効な部署へ異動することはできたか	はい	792	52.7
		いいえ	325	21.6
		異動の経験がない	344	22.9
		回答したくない	43	2.9
	出向などによる期限付きの他組織との人事交流の経験	あり	177	11.8
		なし	1319	87.7
		回答したくない	8	0.5

表2-2 Off-JT、ジョブローテーション、自己研鑽 つづき

			N=1504	
			n	%
自己研鑽	経験のある研修	母子(親子)保健に関する研修	1068	71.0
		精神保健に関する研修	886	58.9
		災害に関する研修	837	55.7
		成人保健に関する研修	815	54.2
		感染症に関する研修	715	47.5
		児童福祉に関する研修	568	37.8
		高齢者福祉に関する研修	542	36.0
		障害者福祉に関する研修	476	31.6
		地域アセスメントに関する研修	437	29.1
		性教育に関する研修	399	26.5
		事業化に関する研修	276	18.4
		疫学・統計学に関する研修	261	17.4
		マネジメントに関する研修	255	17.0
		女性の権利に関する研修	155	10.3
	学会参加	参加のみ経験がある	389	25.9
		発表かつ参加の経験がある	174	11.6
		経験がない	928	61.7
		回答したくない	13	0.9
	自身で購入した保健師活動に関する書籍を活用した学習	していなかった	165	11.0
		あまりしていなかった	270	18.0
		時々していた	795	52.9
		いつもしていた	268	17.8
		回答したくない	6	0.4
	自己研鑽の一環として、ヘルスケア分野の資格取得に向けた学習	行ってこなかった	1051	69.9
		行ってきた	436	29.0
		回答したくない	17	1.1
	保健師の継続教育の一環としての大学院進学	ある	76	5.1
		ない	1423	94.6
		回答したくない	5	0.3

表3 職場における保健師活動を支えるICT環境

		N=1504	
		n	%
所属組織は、効果的かつ効率的な保健師活動のためにICTの活用を推奨している	している	858	57.0
	していない	592	39.4
	回答したくない	54	3.6
所蔵組織は、保健師活動を効果的かつ効率的に促進するためのICT環境が十分に整備されている	整備されている	764	50.8
	整備されていない	689	45.8
	回答したくない	51	3.4
所属組織には、保健師活動に活用できる電子システムがある	ある	1017	67.6
	ない	441	29.3
	回答したくない	46	3.1
ICTの操作方法について相談できる同僚・上司がいる	いる	999	66.4
	いない	470	31.3
	回答したくない	35	2.3
所属組織にはe-learningを活用した教育環境が整備されている	整備されている	1055	70.1
	整備されていない	404	26.9
	回答したくない	45	3.0

表4 保健師の人材育成のためのネットワーク

		N=1504					
	平均値	SD	←-----→				n
			あてはまらない 1	2	3	あてはまる 4	
近隣自治体との合同研修や情報共有の体制が整備されているか	2.85	0.94	121	220	480	299	1120
関係機関（大学や看護協会など）との合同研修や情報共有の体制が整備されているか	2.41	0.97	231	354	375	154	1114
国や都道府県、保健所からの人材育成支援（研修スーパーバイズ等）が受けられる体制があるか	2.53	0.93	179	314	440	161	1094
有償無償に関わらず大学や外部機関からの人材育成支援（研修、スーパーバイズ等）が受けられる体制があるか	2.37	0.96	232	362	355	139	1088
近隣自治体と保健師活動を推進するための協力体制（相談や共同実施）があるか	2.47	0.95	199	344	405	157	1105
関係機関（大学や看護協会など）と保健師活動を推進するための協力体制（相談や共同実施）があるか	2.24	0.91	261	412	332	94	1099

表5 保健師としての実践内容と職場環境

項目	N=1504		
	有効数	平均値	標準偏差
1_複雑困難な課題を持つ個人・家族の継続支援を、主担当として行ってきた	1501	4.71	1.23
2_健康教室等におけるグループ支援を、主担当として行ってきた	1500	4.19	1.46
3_対人支援を重要視している職場で働いてきた	1501	5.06	0.98
4_効果的な対人支援に向けて職場内での事例検討会に参加してきた	1500	4.63	1.22
5_対人支援の悩みを気兼ねなく部署内や係内で相談できる環境で働いてきた	1500	4.79	1.08
6_対人支援の前に計画を立て、実施後に上司・先輩のフィードバックを受けて振り返ってきた	1501	4.25	1.18
7_自治体/担当地区の統計や健康情報をまとめた職場内の資料やデータを活用してきた	1501	4.22	1.11
8_担当地区で、保健師として気軽に住民から声をかけられてきた	1499	4.00	1.32
9_地域アセスメントを行い、結果を可視化して保健師活動の根拠に活用してきた	1500	3.82	1.15
10_担当地区のキーパーソンの住民と協働し、健康課題解決に向けた地区活動を行なってきた	1499	3.63	1.33
11_住民組織の発達段階に合わせた継続的な組織支援活動を、主担当として行なってきた	1497	3.37	1.36
12_地域アセスメントを重要視している職場で働いてきた	1499	3.75	1.21
13_地区活動を重要視している職場で働いてきた	1499	3.93	1.24
14_住民組織への支援を重要視している職場で働いてきた	1499	3.84	1.21
15_地域アセスメントや地区活動の悩みを気兼ねなく部署内や係内で相談できる環境で働いてきた	1499	4.15	1.21
16_地域アセスメントや地区活動について、上司・先輩からフィードバックを受けて振り返ってきた	1499	3.87	1.22
17_主担当として保健事業の計画・実施・評価までの一連のプロセスを実施してきた	1501	4.48	1.21
18_必要な資源（例：人員、設備、予算）を確保し、新規事業を立ち上げてきた	1499	3.58	1.51
19_PDCAサイクルに基づく事業展開を重要視している職場で働いてきた	1499	4.22	1.14
20_保健事業の計画・実施・評価に関する組織内の会議（打ち合わせ含む）に参加してきた	1500	4.46	1.16
21_保健事業の計画・実施・評価の悩みを気兼ねなく部署内や係内で相談できる環境で働いてきた	1498	4.37	1.14
22_保健事業の計画・実施・評価について、上司・先輩からフィードバックを受けて振り返ってきた	1498	4.16	1.17
23_行政計画の策定・評価に関する委員会等に保健師として招集されてきた	1500	2.91	1.53
24_政策/施策立案に関する場面（例：行政計画の策定・評価の委員会）で、意見やアイデアを提案してきた	1499	2.91	1.47
25_政策/施策立案への参画を重要視している職場で働いてきた	1495	3.14	1.35
26_政策/施策立案への参画の悩みを気兼ねなく上司・先輩に相談できる職場で働いてきた	1494	3.18	1.39
27_担当事例に関するケースマネジメント会議を主宰してきた	1500	3.70	1.47
28_関係職種/機関/部署と連携し、新たな支援の仕組みを構築してきた	1499	3.77	1.33
29_地域の健康課題に対応するケアシステムの検討/協議会に、行政保健師として招集されてきた	1500	3.49	1.48
30_多職種/多機関協議体を運営し、地域のケアシステムの運用を担ってきた	1497	3.38	1.43
31_関係職種/機関/部署の連携のコーディネート役割を重要視している職場で働いてきた	1498	3.95	1.29
32_地域のケアシステムの構築・調整・運用を重要視している職場で働いてきた	1497	3.77	1.31
33_関係職種/機関/部署から、どこに相談したら良いかわからない事案について相談を受けてきた	1501	4.23	1.20
34_地域のケアシステム・マネジメントの悩みを気兼ねなく部署内で相談できる環境で働いてきた	1497	3.86	1.29
35_地域のケアシステムの運用について、組織内外からフィードバックを受けて振り返ってきた	1497	3.44	1.31

表6 行政保健師としての経験

項目	N=1504		
	有効数	平均	標準偏差
1 自身の支援により、対象に前向きな変化が生じた	1494	4.43	0.89
2 自身の支援により、地域の暮らしやすさに改善がみられた	1491	3.58	1.10
3 自身の支援により、住民主体の取り組みが継続、発展した	1491	3.59	1.20
4 同僚や上司の支援方法を取り入れることで、保健師としての実践が充実した	1495	4.51	0.97
5 他者との協働によって、保健師としての実践が充実した	1495	4.64	0.95
6 他者との協働によって、保健師としてのやりがいが高まった	1493	4.55	1.05
7 支援の成果が地域に根付き、発展したことを実感した	1491	3.61	1.23
8 自分自身の成長により専門職としての自信が高まった	1495	4.18	1.08
9 学会での発表により、保健師活動を体系的に整理した	1348	2.48	1.57
10 学会での発表により、他者の学びに貢献した	1347	2.39	1.48
11 対象者の価値観に触れることで、自分自身の当たり前を根本から見つめ直した	1489	4.55	1.04
12 支援がうまくいかない経験を通して、自身の保健師活動を見直した	1491	4.75	0.93
13 地区の健康課題が明確になり、自らの地区活動の方向性を見出せた	1490	3.90	1.16
14 客観的情報を通じて、担当地域を捉え直した	1487	4.02	1.11
15 他者との対話から、自分の専門職としての役割を見直した	1493	4.53	0.93
16 個人や地域の課題が、より広域的な制度や政策の影響を受けていることを実感した	1490	4.33	1.07
17 異動や担当領域変更によって、自身の専門性が広がった	1460	4.36	1.45
18 継続的な関わりを通じて対象者の背景や人生を深く理解した	1491	4.71	1.01
19 対象の苦悩に強く共感し、傍観者ではいられないことを実感した	1489	4.39	1.09
20 自らの存在が住民の信頼や安心の拠り所となった	1489	3.86	1.09
21 対象とともに課題を乗り越え、関係性の成熟を実感した	1489	4.17	1.07
22 支援対象だった住民が地域の担い手となり、新たな関係性に变化した	1481	3.30	1.35
23 住民が主体的に活動を始め、地域が動き出す瞬間に立ち会った	1482	3.26	1.44
24 地域の人々と共に課題に取り組む中で、地域への一体感を実感した	1484	3.52	1.32
25 異なる立場の関係者と相互理解を深められた	1488	4.30	1.01
26 不平等や格差など社会の構造的課題の改善に貢献した	1477	2.84	1.23

図1 地域のために活動することが楽しい (N=1487)

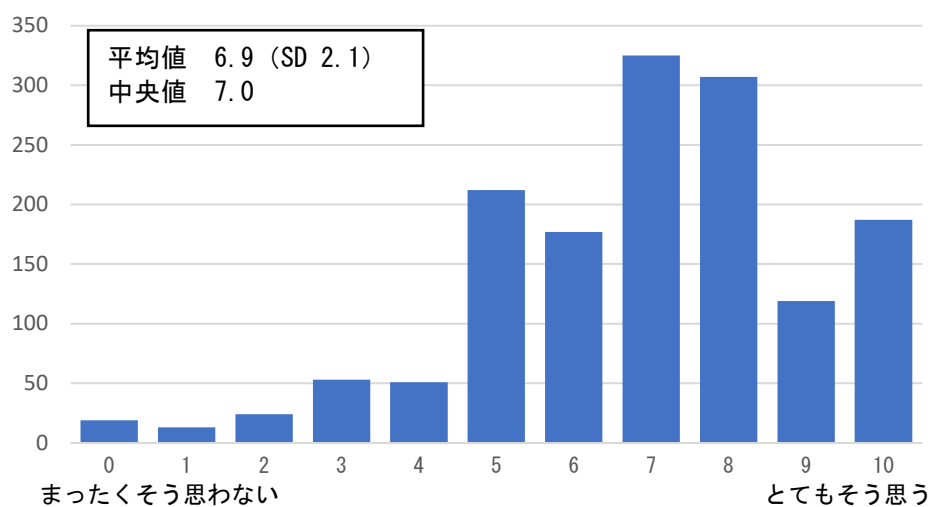


図2 この地域は大切な場所である (N=1486)

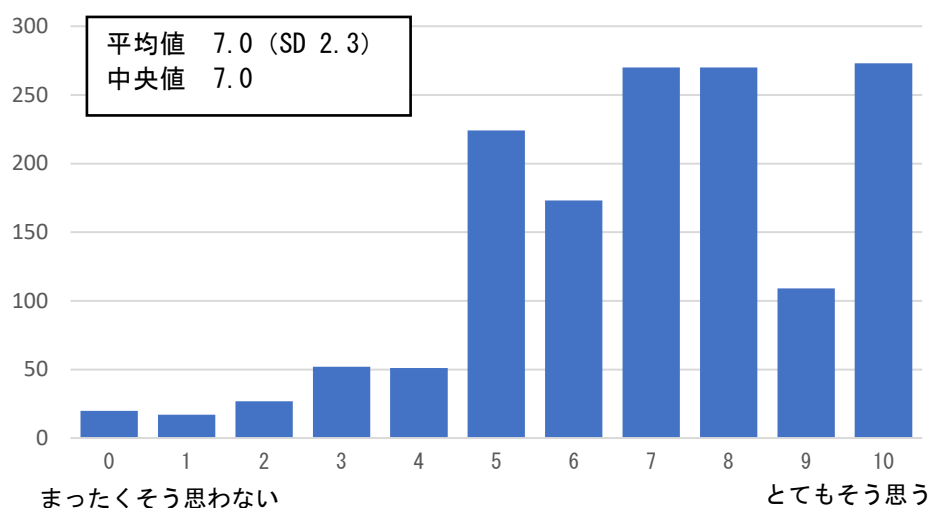
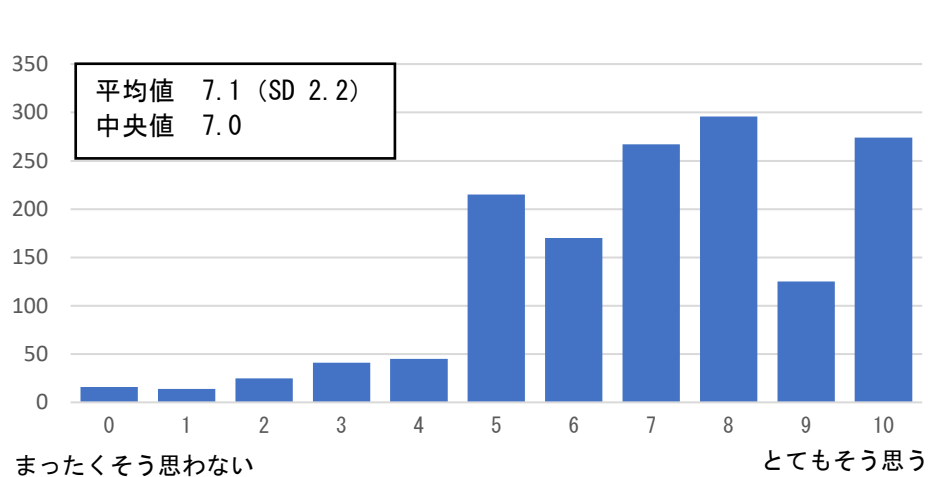


図3 この地域に貢献していきたい (N=1488)



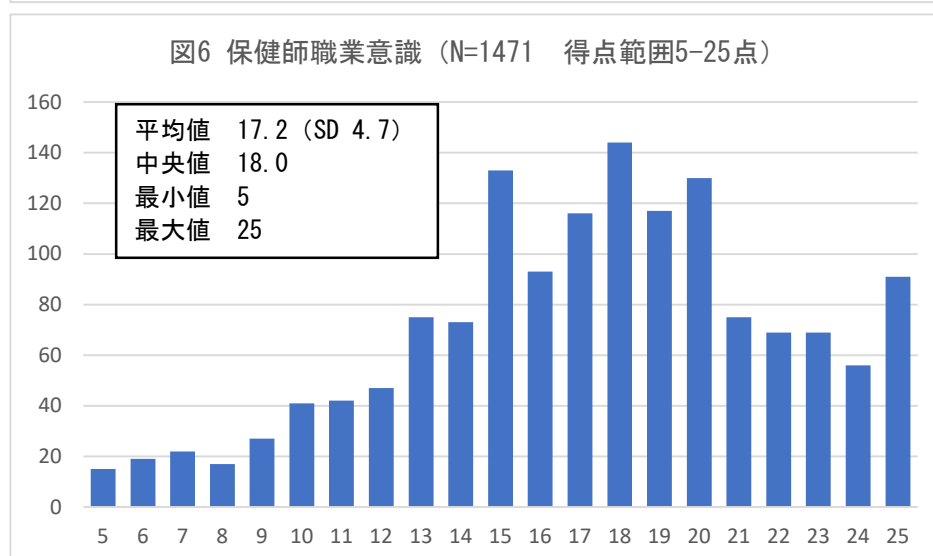
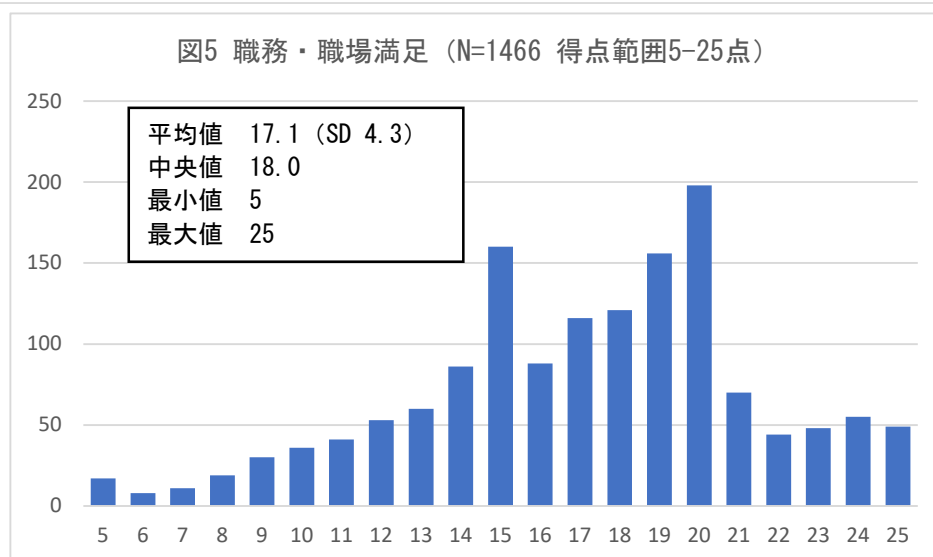
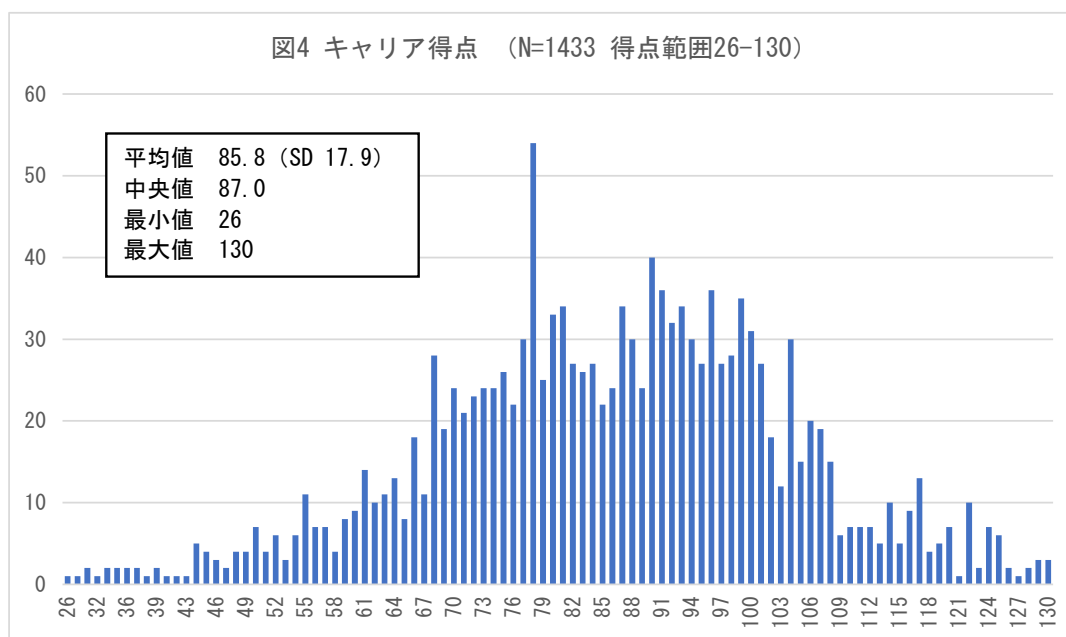


図7 組織使命及び対人支援 (N=1488 得点範囲6-30点)

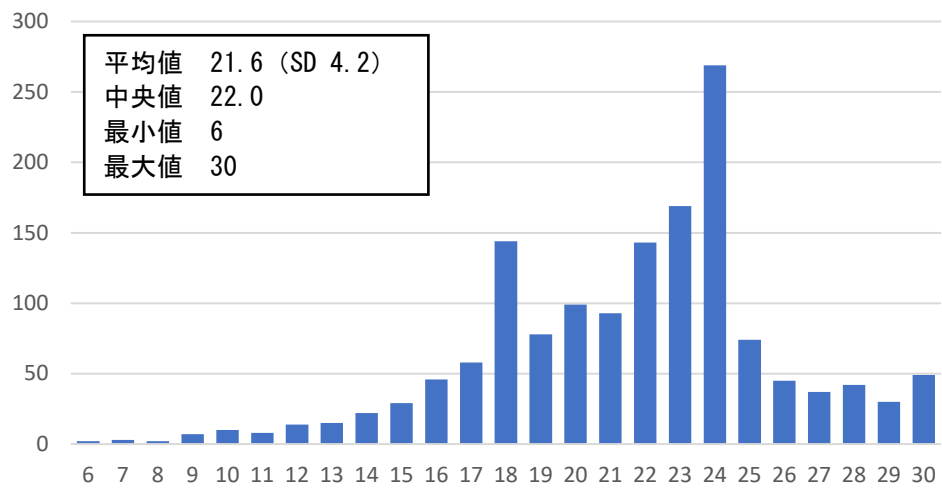


図8 地域保健活動 (N=1488 得点範囲4-20点)

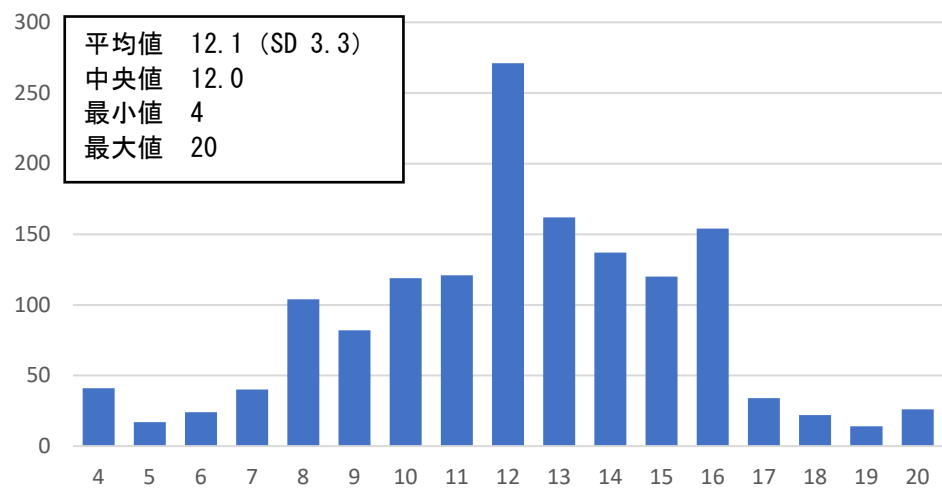


図9 政策及び組織管理 (N=1471 得点範囲6-30点)

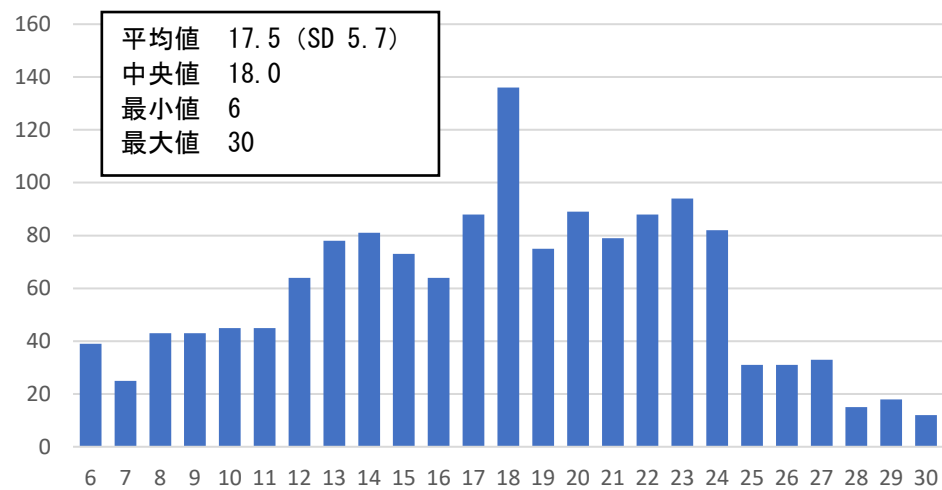
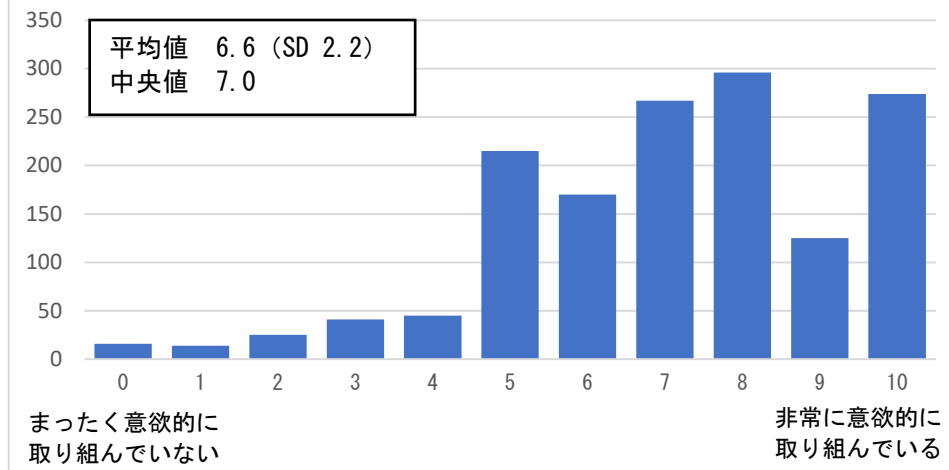


図10 保健師としての活動意欲 (N=1492)



厚生労働科学研究費補助金
(健康安全・危機管理対策総合研究事業)
「2040 年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「総合的なマネジメントを担う保健師の役割発揮を推進するために必要な組織体制等
及び育成に必要な要素の明確化に関する研究」

研究分担者

五十嵐 久美子（国立保健医療科学院）
雨宮 有子（千葉県立保健医療大学）
尾島 俊之（浜松医科大学）

研究協力者

萩原 加奈子（国立保健医療科学院）
上原 里程（国立保健医療科学院）

研究代表者

奥田 博子（国立保健医療科学院）

研究要旨

【目的】

令和 5 年改正の地域保健指針では、健康危機管理体制を確保するため、保健所長を補佐し総合的なマネジメントを担う保健師、いわゆる「総マネ」の配置が示された。本研究は、保健所に配置されている総マネの配置状況、組織上の位置づけ、育成体制等の実態を把握し、総マネの役割発揮を推進するために必要な組織体制および育成に必要な要素を明らかにすることを目的とした。

【方法】

全国の保健所設置自治体 157 自治体を対象に、令和 7 年 12 月から令和 8 年 1 月に、無記名の Web または自記式質問紙による横断的観察研究を実施した。回答者は本庁統括保健師等とした。調査項目は、基本属性、組織体制、保健所統括等の配置状況、育成体制等であり、量的データは記述統計、質的データは質的記述的分析により分析した。また、アンケート結果を基に対象自治体を選定し、13 自治体に対して半構造化ヒアリングを実施した。

【結果】

アンケートの有効回答は 128 自治体であった。保健所統括等を配置している自治体は、都道府県 97.5%、政令市 92.9%、中核市等 85.1%であり、配置は全国的に進んでいた。配置部署は保健部門が多く、経験年数は平均 2 年前後であった。職位は都道府県では課長補佐級、政令市・中核市等では課長級が多く、管理職として位置づけられている自治体も一定数みられた。一方、育成を人材育成方針等に明記している自治体は限定的であり、多くは管理期保健師育成と一体的に位置づけていた。

【結論】

総マネの配置は進みつつあるが、名称、配置形態、職位、所管範囲には自治体間で差があり、役割や権限の明確化が課題である。また、育成については、総マネとして独立した体系は限定的であり、健康危機管理、組織横断的調整、人材育成、市町村支援等の役割を踏まえた計画的な育成体制の整備が必要である。今後は、総マネ配置による成果や平時・有事の役割発揮、必要な能力について、追加分析およびヒアリング分析により明らかにする必要がある。

A. 研究目的

自治体保健師の人材育成については、国が示すガイドラインや研修体系の取りまとめ等¹⁾²⁾を踏まえ、各自治体で体制整備が進んでいる。一方、各自治体の組織目標等との関連が示されず、研修のみを実施している自治体が少なくない現状がある³⁾⁴⁾。また、コロナ禍以降、都道府県等は地方財政措置により保健師数が増員したが、多様な背景をもつ保健師の採用が増加している³⁾⁴⁾。人口減少時代における地域を支える保健師への期待が高まる一方、小規模自治体における人材育成体制構築は困難な現状がある⁴⁾⁵⁾。さらに、令和5年改正の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（以下、地域保健指針）」では「地域の健康危機管理体制を確保するため、保健所に保健所長を補佐する統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師を配置すること」（以下、総マネ）が示され、保健師の新たな役割が明記されたが、その配置及び役割発揮のための体制整備の進捗には自治体により差がある⁶⁾。

そこで、本分担研究では、「総マネ」の役割発揮を推進するために必要な組織体制等及び育成に必要な要素を明らかにすることを目的とし、アンケート調査及びヒアリング調査を実施した。なお、本調査では、令和5年の「地域保健指針」の改正において示された「総マネ」に加え、令和5年以前から一部の自治体に配置されている「保健所の統括的な役割を担う保健師」についても調査の対象とした。

B. 研究方法

本研究は、上述した研究目的の達成に向けて、下記Ⅰ.アンケート調査、Ⅱ.ヒアリング調査を実施する。

1. アンケート調査

1) 研究デザイン

本研究は、保健所設置自治体における保健所統括保健師等の配置状況、役割、育成体制等の実態を明らかにすることを目的とした、全国の自治体を対象とする横断的観察研究である。

2) 対象

対象は、47 都道府県及び 20 政令指定都市、62 中核市、5 その他政令市、23 特別区、計 157 自治体の本庁統括保健師（政令市等においては、本庁に統括保健師が配置されていない場合、保健所等に配置されている統括保健師）の内、同意が得られた者とした。

3) 調査方法

令和7年12月～令和8年1月に無記名のWebまたは自記式質問紙による調査を実施した。本庁統括保健師に文書にて調査協力を依頼し、対象者のインターネット環境に応じて、Webまたは自記式質問紙により回答を求めた。調査に同意した者には、Web回答の場合は専用フォームにアクセスし回答を登録してもらい、自記式質問紙の場合は質問紙に回答後、郵送により返送してもらった。

調査実施に先立ち、調査項目の理解のしやすさ及び回答のしやすさを確認するため、機縁法により5自治体の本庁統括保健師を対象に予備調査を実施し、5自治体から回答を得た。その結果、回答者の位置づけが不明瞭であったこと、また保健所統括等の育成や未配置の理由に関する一部の項目で回答が困難なものがあったことから、説明文、調査項目及び回答選択肢を再検討し、修正を行った。

また、「総マネ」という名称が用いられることが少ない実態を踏まえ、本調査においては、一部の自治体ですでに配置されている「保健所統括保健師等」という名称を使用し、「総マネ」の役割を担う保健師が含まれることを説明文書の冒頭に記載し理解したことを確認すること、また、調査票の該当質問箇所等に記載し、「保健所統括保健師等」に対する理解を確認した上で回答することとした。「総マネ」に求められる役割を担う人材の実態が適切に把握できるよう努めた。

4) 調査項目

調査項目は、①基本属性、②組織体制(各保健所の位置づけと機能、機能の発揮状況等)、③「保健所統括等」の配置状況(具体的な配置状況〈職位、管理職辞令の有無等〉や根拠規定への記載状況等)、④「保健所統括等」の育成(研修の実施状況やフォロー体制、「保健所統括等」に必要な能力)、の4つで構成した。

5) 分析方法

量的データで示される項目については、記述統計により各変数の単純集計を行い、各質問項目の割合及び平均値を算出した。質的データで示される項目については、質的記述的分析を行った。解析にはSPSS及びNVivoを用いた。

6) 倫理的配慮

対象者に対し、研究目的及び内容、個人情報保護、自由意思による参加等について依頼文により説明した。研究への同意については、Web回答の場合は調査画面上に同意確認欄を設け、対象者が「同意する」を選択したことをもって同意が得られたものとし、自記式質問紙による回答の場合は、同意書への署名をもって同意が得られたものとした。本研究は、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

2.ヒアリング調査

1) 研究デザイン

本研究は、アンケート調査結果を基に対象自治体を選定し、本庁統括保健師等を対象に半構造化ヒアリングを実施する質的記述的研究である。

2) 対象

「1.アンケート調査」において、①「保健所統括等の役職」(部局長級6/次長級5/課長級4/課長補佐級3/係長級2/係長級未満1ポイントとして算定)のポイントが高く、②「保健所統括等の役割の発揮状況」(非常に発揮できている6/発揮できている

5/やや発揮できている 4/やや発揮できていない 3/発揮できていない 2/まったく発揮できていない 1 ポイントとして算定)のポイントが高い自治体を順に選定した。そのうち、ヒアリング調査への同意が得られた、都道府県 6、政令市 2、中核市 4、特別区 1 の合計 13 自治体から、本庁統括保健師を対象とし、保健所統括保健師、保健所長、本庁保健所担当部局等の保健師以外の関係者について可能な範囲で同席を依頼し、ヒアリング調査を実施した。

3) 調査方法

令和 8 年 3 月に、対象自治体の対象者である本庁統括保健師等に対し、対面およびオンラインによるヒアリング調査を実施した。調査実施前に、各自治体のアンケート調査結果、事前に各自治体から共有いただいた自治体の組織図等を確認し、インタビューガイドに沿って質問項目の絞り込みを行い、調査者間で認識の共有を図った上でヒアリングを実施した。所要時間は 2 時間以内とした。調査内容は、対象者の同意を得た上で録音または記録し、得られたデータは匿名化した上で分析に用いた。

4) 調査項目

インタビューガイドに示した 14 の項目の概要は、以下の通り。

- ① 保健所による組織的な機能の違い
- ② 保健所統括等の配置のきっかけ・プロセス
- ③ 保健所統括等の配置状況・役割
- ④ 配置に伴い新たに付与した役割
- ⑤ 組織内外の調整で強化されたこと
- ⑥ 配置による成果
- ⑦ 配置・役割の課題
- ⑧ 育成体制
- ⑨ 育成に関する課題
- ⑩ 選定している保健師の能力・経験
- ⑪ キャリアラダー以外に必要な能力
- ⑫ 2040 年以降に特に必要な能力
- ⑬ 本庁統括保健師の役割
- ⑭ 配置・役割・育成体制の工夫点・課題

上記のインタビューガイドを踏まえ、各自治体のアンケート調査の分析結果をもとに、次の 3 点に焦点を当ててインタビューを実施することとした。

- ①保健所統括等を配置した経緯及び配置の促進要因・阻害要因
- ②保健所統括等の役割発揮に係る推進要因・阻害要因
- ③保健所統括等の役割発揮に必要な能力とその育成に必要な体制等

5) 分析方法

ヒアリング調査により得られたデータは、質的記述的分析により分析した。対象者の同意を得て録音した音声データから逐語録を作成し、逐語録および調査時の記録メモを分析対象とした。分析では、逐語録を精読し、アンケート調査の分析結果をもとに、焦点を当てた 3 点を柱として(①保健所統括等を配置した経緯及び配置の促進要因・阻害要因、②保健所統括等の役割発揮に係る推進要因・阻害要因、③

保健所統括等の役割発揮に必要な能力とその育成に必要な体制）に関する記述を抽出しているところ。今後、抽出した内容を意味内容ごとにコード化し、類似するコードを集約してサブカテゴリーおよびカテゴリーを作成する。分析の過程において、複数の研究者でコードおよびカテゴリーの妥当性を確認し、必要に応じて協議により整理する予定。

6) 倫理的配慮

ヒアリング調査対象に対し、研究目的及び内容、個人情報の保護、自由意思による参加等について事前に依頼文を送付するとともに、ヒアリング調査実施時にも説明文を提示し口頭で説明した。研究への同意については、調査対象者全員の各人から承諾書を書面で取得した。また、国立保健医療科学院研究倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. アンケート調査

アンケート調査の有効回答数は、128 (81.5%)であった。自治体種別の内訳は、都道府県 40(85.1%)、政令指定都市 14(70.0%)、中核市 56(90.3%)、その他政令市 3(60.0%)、特別区 15(65.2%)であった。

主要な調査項目の集計結果は以下の通りである。

1) 「保健所統括等」の配置について（表 1）

「保健所統括等」を配置している自治体は、都道府県で 97.5%、政令市で 92.9%、中核市等で 85.1%であった。いずれの自治体区分でも配置は進んでおり、特に都道府県ではほぼ全ての自治体で配置されていた。一方、政令市や中核市等では、「すべての保健所に配置」だけでなく、拠点となる保健所への配置やその他の配置形態もみられた。

「保健所統括等」の名称については、自治体により事務分掌上の名称、通称、その他の名称などに違いがみられた。また、健康危機における役割が事務分掌や文書に記載されている自治体も多く、特に政令市では 100%であった。

配置のきっかけとしては、令和 5 年の地域保健指針改正を契機とする回答が政令市や中核市等で一定数みられた。

2) 「保健所統括等」の状況について（表 2）

「保健所統括等」の配置部署は、都道府県では保健部門が 78.8%と最も多く、政令市でも保健部門が 68.4%を占めた。中核市等でも保健部門が 54.4%と最も多いが、企画調整部門も 41.2%と高く、保健部門だけでなく、企画・調整機能を担う部署に配置される例も多いことが示された。経験年数は、都道府県で平均 2.7 年、政令市で 2.1 年、中核市等で 2.0 年であった。

職位については、都道府県では課長補佐級が 54.7%、課長級が 35.5%であり、課長補佐級を中心とした配置であった。政令市と中核市等では課長級が最も多かった。管理職として位置づけられている割合は、都道府県 51.0%、政令市 78.9%、中核市等 64.7%であり、政令市で特に高かった。

所管する範囲は、都道府県では「保健師全体」が 34.6%と最も多く、政令市では「複数の課横断」が 36.8%、中核市等では「保健師全体」が 44.6%であった。

3) 「保健所統括等」の育成について（表3）

「保健所統括等」の育成について、保健師活動指針、人材育成方針、人材育成計画等に明記している自治体は、都道府県 25.0%、政令市 38.5%、中核市等 12.7%であり、明文化はまだ限定的であった。

育成の位置づけとしては、いずれの自治体区分でも「管理期保健師と一体的な人材育成」が最も多く、都道府県 89.2%、政令市 84.6%、中核市等 82.5%であった。一方、「保健所統括等」として独立した人材育成としている割合は1割未満であった。

育成体制では、Off-JTとして自治体内の管理職研修、管理期保健師研修、国立保健医療科学院の研修への派遣が活用されていた。都道府県では「管理期保健師研修」82.1%、「公衆衛生看護研修（管理期）」79.5%、「公衆衛生看護研修（統括保健師）」69.2%が高かった。政令市では自治体の管理職研修が100%、ジョブローテーションが92.3%と高く、自治体内での育成体制が比較的整っていた。中核市等では、公衆衛生看護研修（統括保健師）への派遣が62.9%、ジョブローテーションが77.4%であった。

サポート体制については、都道府県では本庁の統括保健師からのサポートが87.2%と高く、政令市・中核市等では保健所内の上司からのサポートが高かった。定例会議は、都道府県で91.7%と高く、政令市53.8%、中核市等28.6%であった。

表1 「保健所統括等」の配置状況

	都道府県(n=40)		政令市(n=14)		中核市・その他保健所 設置市・特別区(n=74)	
	n	%	n	%	n	%
「保健所統括等」の配置有	39	97.5	13	92.9	63	85.1
上記「保健所統括等」の配置有の内、令和5年以前から配置されている「保健所の統括的な役割を担う保健師」と、R5年の地域保健指針の改正において示された「総合的なマネジメントを担う保健師」と、別の人材の配置有	6	15.4	5	38.5	20	31.7
「保健所統括等」の具体的な配置状況						
すべての保健所に配置	37	94.9	5	38.5	14	22.2
拠点となる保健所に配置	1	2.6	2	15.4	25	39.7
その他	1	2.6	6	46.2	24	38.1
「保健所統括等」の名称						
事務分掌等に記載されている名称	23	59.0	3	23.1	34	54.0
通称	15	38.5	10	76.9	28	44.4
無回答	1	2.6	0	0.0	1	1.6
「保健所統括等」の配置に関する規定への記載有	23	59.0	3	23.1	27	42.9
健康危機における「保健所統括等」の役割に関する事務分掌や その他文書への記載有	28	71.8	13	100.0	48	76.2
「保健所統括等」が配置されたきっかけ						
平成23年東日本大震災	4	10.3	0	0.0	2	3.2
その他大規模災害	1	2.6	0	0.0	0	0.0
平成23年地域保健指針の改正	5	12.8	2	15.4	15	23.8
令和2～5年新型コロナウイルス感染拡大	0	0.0	0	0.0	11	17.5
令和5年地域保健指針の改正	6	15.4	6	46.2	22	34.9
その他	23	59.0	5	38.5	13	20.6
「保健所統括等」の配置の見直し実施有	12		5		20	

表2 「保健所統括等」の状況

	都道府県		政令市		中核市・その他保健所設置 市・特別区	
配置部署	(n=245)		(n=19)		(n=68)	
	n	%	n	%	n	%
企画調整部門	19	7.8	2	10.5	28	41.2
保健部門	193	78.8	13	68.4	37	54.4
保健福祉部門	23	9.4	3	15.8	1	1.5
福祉部門	-	-	1	5.3	-	-
その他の部門	-	-	-	-	1	1.5
経験年数(年)	(n=245)		(n=18)		(n=67)	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD
	2.7	2	2.1	1.1	2	1
職位	(n=245)		(n=19)		(n=68)	
	n	%	n	%	n	%
部局長級	-	-	3	15.8	-	-
次長級	-	-	2	10.5	11	16.2
課長級	87	35.5	9	47.4	29	42.6
課長補佐級	134	54.7	4	21.1	22	32.4
係長級	21	8.6	1	5.3	6	8.8
主任級	2	0.8	-	-	-	-
主事級	-	-	-	-	-	-
その他	1	0.4	-	-	-	-
管理職(辞令や手当、規定など根拠に基づく)の有	(n=241)		(n=19)		(n=68)	
	n	%	n	%	n	%
	123	51	15	78.9	44	64.7
所管する範囲	(n=243)		(n=19)		(n=65)	
	n	%	n	%	n	%
保健所組織全体	29	11.9	1	5.3	8	12.3
保健師を含む技術職全体	11	4.5	3	15.8	2	3.1
保健師全体	84	34.6	3	15.8	29	44.6
複数の課横断	32	13.2	7	36.8	11	16.9
一つの課内	39	16.0	2	10.5	8	12.3
複数の係横断	14	5.8	3	15.8	-	-
一つの係内	4	1.6	1	5.3	5	7.7
その他	29	11.9	2	10.5	2	3.1

表3 保健所統括等の育成状況

	都道府県		政令市		中核市・その他保健所 設置市・特別区	
	n	%	n	%	n	%
「保健所統括等」の育成について、貴自治体の保健師活動指針、人材育成方針または人材育成計画等に明記有	(n=36)		(n=13)		(n=63)	
	9	25	5	38.5	8	12.7
「保健所統括等」の育成	(n=37)		(n=13)		(n=63)	
管理期保健師と一体的な人材育成	33	89.2	11	84.6	52	82.5
「保健所統括等」としての人材育成	3	8.1	1	7.7	5	7.9
その他	1	2.7	1	7.7	6	9.5
「保健所統括等」の育成体制	(n=38)		(n=13)		(n=62)	
Off-JT(研修)						
01=自治体の管理職研修有	29	76.3	13	100.0	33	53.2
02=自治体の「管理期保健師」を対象とした研修有	32	82.1	11	84.6	34	54.8
03=自治体の「保健所統括等」を対象とした研修有	11	28.2	2	15.4	17	27.4
04=国立保健医療科学院の「公衆衛生看護研修(管理期)」に派遣有	31	79.5	5	38.5	32	51.6
05=国立保健医療科学院の「公衆衛生看護研修(統括保健師)」に派遣有	27	69.2	5	38.5	39	62.9
06=国立保健医療科学院の「DHEAT研修」に派遣有	13	33.3	2	15.4	10	16.1
07=国立保健医療科学院の「感染症集団発生対策研修」に派遣有	4	10.3	1	7.7	5	8.1
08=その他	5	12.8	0		10	16.1
OJT						
09=ジョブローテーション有	31	79.5	12	92.3	48	77.4
10=その他	2	5.1	2	15.4	3	4.8
サポート体制						
11=本庁の上司からのサポート有	7	17.9	8	61.5	14	22.6
12=本庁の統括保健師からのサポート有	34	87.2	9	69.2	14	22.6
13=本庁の統括保健師補佐からのサポート有	12	30.8	4	30.8	11	17.7
14=保健所内の上司からのサポート有	26	66.7	11	84.6	49	79.0
15=保健所内の先輩保健師からのサポート有	13	33.3	2	15.4	18	29.0
16=保健所内の統括保健師補佐からのサポート有	18	48.6	3	23.1	28	45.2
17=その他	6	16.2	2	15.4	13	21.0
「保健所統括等」の定例会議の開催有	(n=36)		(n=13)		(n=62)	
	33	91.7	7	53.8	18	28.6
「保健所統括等」の定例会議の開催頻度						
4週間に1回以上	4	11.1	0	0	0	0
1カ月に1回	6	16.7	3	42.9	7	36.8
2～3カ月に1回	12	22.2	0	0	7	36.8
4～5カ月に1回	6	16.7	2	28.6	0	0
半年に1回	7	19.4	0	0	1	5.3
1年に1回	0	0	1	14.3	0	0
不定期	1	2.8	1	14.3	3	15.8
「保健所統括等」の定例会議の主催者						
本庁	31	93.9	7	100.0	6	33.3
その他	2	6.1			12	66.7
「保健所統括等」の定例会議の実施要項有	17	51.5	3	42.9	7	38.9

2.ヒアリング調査

ヒアリング調査は、同意が得られた、都道府県 6、政令市 2、中核市 4、特別区 1 の合計 13 自治体から、本庁統括保健師 13 名、保健所統括 6 名、保健所長 5 名、保健所次長（事務）1 名、他 2 名（元本庁統括保健師、保健師職長）を対象に、各自治体に対して個別に約 2 時間のヒアリングを実施した。

3 月末日ですべてのヒアリング調査が終了し、その後データクリーニングを実施しているため、現在、分析を行っているところ。今後、アンケート調査の分析結果を踏まえて、「総マネ」の役割発揮を推進するために必要な組織体制及び育成に必要な要素を明らかにする。

D.考察

1) 「保健所統括等」の配置について

「保健所統括等」は、全国的に配置が進みつつあり、特に健康危機管理における役割として制度化・文書化され始めていると考えられる。また、都道府県では、複数保健所を所管する構造上、各保健所に統括的役割を担う保健師を配置する必要性が高く、配置が進んでいる可能性がある。一方、政令市や中核市等では、自治体規模や組織構造が多様であるため、配置形態にもばらつきがみられる。今後は、「配置しているか」だけでなく、どの部署に、どの職位で、どのような権限を持って配置されているかを整理することが重要である。

2) 「保健所統括等」の状況について

「保健所統括等」は、保健部門を中心に配置されているが、単なる一部署内の役割ではなく、企画調整や組織横断的な機能を担う役割として位置づけられている自治体もある。また、職位については、管理職または管理職補佐に多い傾向があり、保健所統括等には、現場実践の専門性に加えて、組織運営、人材マネジメント、庁内外調整を担う管理的能力が求められていると考えられる。

3) 「保健所統括等」の育成について

「保健所統括等」の配置は進んでいる一方で、その育成を人材育成方針等に明記している自治体は限定的であり、育成の制度化は十分とはいえない。現状では、「保健所統括等」として独立した育成よりも、管理期保健師の育成の一部として位置づけられている傾向が強い。このことから、保健所統括等に特有の能力、例えば健康危機管理、組織横断的調整、広域調整、人材マネジメント、政策提言能力をどのように育成するかが課題である。都道府県では、定例会議や本庁統括保健師による支援体制が比較的整っており、複数保健所を支える仕組みが構築されている。一方、政令市・中核市等では、保健所内の上司による支援が中心であり、自治体規模や組織体制に応じた育成・支援モデルの整理が必要である。

E.結論

「2040 年を見据えた保健師活動のあり方に関するとりまとめ」では、総合的なマネジメントを担う保健師について、都道府県・保健所設置市の各保健所に配置され、保健所長を補佐し健康危機管理体制の整備を担う者として位置づけている。また、

配置にあたっては、事務分掌等への明記や一定の権限を有する職位・役職の検討が求められている。

本調査では、保健所統括等を配置している自治体は高い割合を示し、特に都道府県では配置が進んでいた。一方で、配置形態、名称、職位、所管範囲には自治体間で違いがみられ、総マネの役割や権限の明確化は今後の課題であると考えられた。職位については、管理職または管理職補佐が一定程度みられ、総マネが健康危機管理体制の整備や組織横断的調整を担ううえで、一定の組織上の権限が必要であることが示唆された。また、総マネの育成については、管理期保健師と一体的に位置づけている自治体が多く、総マネとして独立した育成体系を整備している自治体は限定的であった。今後は、健康危機管理、保健所長補佐、組織内外の連携調整、人材育成、市町村支援等の総マネに特有の役割を踏まえ、人材育成方針やキャリアラダーに必要な能力を明示し、計画的に育成する体制を整備する必要がある。

なお、本報告書では総マネの配置状況、組織的位置づけ、育成体制について検討したが、さらには、総マネ配置による成果、平時・有事の役割発揮、必要な能力、保健所機能強化との関連を明らかにする必要がある。引き続き、他項目の分析およびヒアリング調査の分析を行うことにより、本分担研究の最終的な目的である、保健所に配置されている総マネの役割発揮を推進する組織体制および育成に必要な要素の明確化につなげることができる。

F.引用文献

- 1) 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン（保健師編）. 2011.
- 2) 厚生労働省. 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.
- 3) 一般財団法人日本公衆衛生協会. 令和 5 年度地域保健総合推進事業 「中堅期保健師におけるプリセプター支援の方法や 管理期に向けた人材育成体制の検討（研究分担者：横山 徹爾）」. 2024.
- 4) 一般財団法人日本公衆衛生協会. 令和 6 年度地域保健総合推進事業 「自治体保健師が獲得する技術や能力を発揮するための体制の検討（研究分担者：茂木りほ）」報告書. 2025.
- 5) 日本看護協会. 令和 4 年度厚労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. 2024.
- 6) 厚生労働省「2040 年を見据えた保健師活動のあり方に関する検討会」第 1 回検討会 令和 6 年 12 月 25 日開催.
- 7) 厚生労働省「2040 年を見据えた保健師活動のあり方に関するとりまとめ」令和 8 年 2 月 18 日.

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
該当なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
該当なし					

国立保健医療科学院長 殿

機関名 国立保健医療科学院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 公衆衛生看護研究分野・統括研究官
(氏名・フリガナ) 奥田 博子・オクダ ヒロコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 国際協力研究分野・統括研究官

(氏名・フリガナ) 五十嵐 久美子・イガラシ クミコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

国立保健医療科学院長 殿

機関名 国際医療福祉大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 鈴木 康裕

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医療福祉学研究科保健医療学専攻看護学分野公衆衛生看護学領域准教授
(氏名・フリガナ) 茂木りほ・モテギリホ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国際医療福祉大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

国立保健医療科学院長 殿

機関名 札幌医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 山下 敏彦

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 保健医療学部看護学科・教授
(氏名・フリガナ) 平野 美千代・ヒラノ ミチヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	札幌医科大学倫理委員会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

国立保健医療科学院長 殿

機関名 千葉県立保健医療大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 龍野 一郎
(公印省略)

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 健康科学部 准教授
(氏名・フリガナ) 雨宮 有子・アマミヤ ユウコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年2月26日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 大竹 尚登

次の職員の令和8年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業
- 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 総合研究院 M&D データ科学センター・教授
(氏名・フリガナ) 高橋 邦彦・タカハシ クニヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年4月2日

国立保健医療科学院長 殿

機関名 国立大学法人浜松医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 渡邊 裕司

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 健康安全・危機管理対策総合研究事業

2. 研究課題名 2040年以降を見据えた自治体保健師の人材育成体制の構築のための研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部健康社会医学講座・教授

(氏名・フリガナ) 尾島俊之・オジマトシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立保健医療科学院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。