

## 第 I 部 「保健師活動の展開推進・人材確保育成」

### 研究要旨

本研究は 2 年目の取り組みであり、研究目的は保健師活動推進策について、課題整理と内容検討を行うことである。

令和元年度に実施した「保健師活動指針に基づく保健活動の展開に関する調査」の結果、全体状況としては、地域を基盤とした地区活動等や人材育成、統括保健師の位置づけと役割に係る取り組みに大きい課題があることが推察された。

そこで、以下の詳細分析を行った。

- ・各設問について「年代別」、「自治体種別（一般市町村においては人口規模別）」、「統括保健師の配置有無別」のクロス集計・有意差検定
- ・活動指針 10 項目実施関連要因分析
- ・ヒアリング対応可能データ抽出 等
- ・各期における保健師育成の工夫との相関分析 等

そして、上記の分析結果を元に、保健師活動の促進に係る事項、人材確保育成に関する事項等の課題や工夫点の整理と推進策と検討するとともに、「保健師活動推進マニュアル(仮称)」の作成に向けたヒアリング計画を策定した。

### 研究分担者

坂本真理子 愛知医科大学看護学部 教授  
高嶋伸子 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 教授  
尾島俊之 浜松医科大学健康社会医学講座 教授

### 研究協力者

森永裕美子 岡山県立大学保健福祉学部看護学科大学院保健福祉学研究科看護学専攻 教授  
辻よしみ 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 准教授  
植原千明 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 助教

## A 研究目的

保健師活動指針に基づく保健活動の実施や体制整備の現状を把握し、取り組みの評価及び今後の推進方策を整理することにより、保健活動の実施等に必要となる要素を取りまとめた保健活動推進マニュアル（仮称）及び活用事例集を作成する。

2年目となる本年は、1年目の調査結果より詳細分析を行い、保健師活動推進策について、課題整理と内容検討を行う。

## B 研究概要

1年目に実施した全国調査は、令和元年度厚生労働科学研究費補助金「保健師活動指針に基づく保健活動の展開に関する調査」として、自記式質問紙による郵送調査を令和2年1月24日～令和2年3月13日に実施した。全国都道府県及び市町村の統括保健師1788名を対象としたが、回答は818件で、回収率は45.7%だった。単純集計結果から全体状況としては、統括保健師の位置づけと役割、人材育成、地域ベースの活動に係る取り組みに大きい課題があることが推察された。

そこで、2年目は以下の詳細分析を行った。

- ・各設問について「年代別」、「自治体種別（一般市町村においては人口規模別）」、「統括保健師の配置有無別」のクロス集計
- ・ヒアリング対応可能データ抽出 等
- ・4つの記、活動指針10項目、保健師活動方法の取り組み状況と「自治体種別」、「人口規模別（3万未満・以上と5万未満・以上で区分）」、「統括保健師年代別（50歳未満・以上）」の有意差検定
- ・活動体制と活動指針10項目との関連
- ・活動指針10項目と保健師活動方法との関連
- ・人材育成・確保に関する「自治体種別」の有意差検定
- ・各期における保健師育成の工夫との関連分

析等

### \*詳細分析結果は、資料参照（添付）

しかしながら、本結果に小規模自治体の保健師活動がすべて反映しているわけではない。また、地区活動のあり方や人材育成等について、質的な情報を収集する必要があるため、ヒアリング計画を策定した。

（倫理的配慮）研究は香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号297 令和2年1月15日）

## C 結果及び考察

### 1. 保健師活動指針に関連する取り組み状況

#### 1-1. 保健師活動体制と保健師活動指針の取り組み（高嶋）

##### 1) 回答者の属性

回答者の年齢・性：50歳代以上622人（76.1）、女性が9割を超えていた。

自治体種別回収率（母数に対する回収率%）：都道府県44（93.6）、政令指定都市15（75.0）、特別区23区11（47.8）、中核市38（65.5）、一般市町村703（42.9）だった。

一般市町村人口規模別回収率（母数に対する回収率%）：20万以上16（47.1）、10万以上20万未満67（43.8）、5万以上10万未満105（41.7）、3万以上5万未満108（45.2）、1万以上3万未満206（46.5）、5千以上1万未満92（37.1）、5千未満85（31.4）だった。

ほぼ40%以上の回収率であるが、小規模町（人口1万未満）の回収率は30%台であった。

##### 2) 所属自治体の概要

高齢化率は30%台が371（45.4）で最も高く、30%以上が513（62.7）であった。

出生率は人口千対5以上10未満が425（52.2）で最も高かった。

##### 3) 保健師数：常勤保健師数

全体では、「10人以上20人未満」が最も多く237(29.0)、次いで「5人以上10人未満」224(27.4)だった。5人以上20人未満が5割を占めていた。

#### 自治体種別

- ・都道府県は、「50人以上10人未満」が24(54.5)で最も多く、次いで「100人以上」が19(43.2)であった。
- ・政令指定都市は、「100人以上」が15(100)であった。
- ・特別区23区は、「50人以上100人未満」6(54.6)、「20人以上50人未満」5(45.5)
- ・中核市は、「50人以上100人未満」が29(76.3)で最も高かった。

#### 一般市町村人口規模別

- ・人口3万人以上5万人未満は、「10人以上20人未満」が89(82.4)で最も高かった。
- ・人口1万人以上3万人未満は、「5人以上10人未満」が108(52.4)、「10人以上20人未満」が88(42.7)で、合わせて「5人以上20人未満」が196(95.1)だった。
- ・人口5千人以上1万人未満は、「5人以上10人未満」が69(75)だった。5千人未満は、「5人未満」が57(67.1)、次いで「5人以上10人未満」28(32.9)だった。

### 4) 保健師活動体制

全体では、「地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制」が353(43.2)と最も高く、次いで「地区担当制と業務分担制の併用で主として地区担当制」165(20.2)だった。

「全庁業務分担制のみ」104(12.7)「全庁地区担当制のみ」2(0.2)、「小規模町のため分担制をとっていない」22(2.7)だった。

全体として、主として業務分担制の方が主として地区分担制より割合が高かった。

#### 自治体種別

「都道府県」は、「全庁業務分担制のみ」20

(45.5)が最も高く、「政令指定都市」と[特別区23区]は、「地区担当制と業務分担制の併用で主として地区担当制」が7(46.7)、7(63.6)の割合が高かった。「中核市」は、「地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制」15(39.5)、「地区担当制と業務分担制の併用で主として地区担当制」12(31.6)とほぼ同じ割合だった。一般市町村は、「地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制」が322(45.8)「全庁業務分担制のみ」81(11.5)で併せて6割近く業務分担制をとっていた。

#### 人口規模別

「人口20万以上」は「保健衛生部門のみ主として地区担当制」7(43.8)、「地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制」は、「人口10万以上20万未満」28(41.8)、「人口5万人以上10万人未満」47(44.8)、「人口1万人以上5万人未満」57(52.6)、「5千人以上1万人未満」42(45.7)、「5千人未満」30(35.7)と最も高かった。人口規模別では、いずれも「地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制」の割合が高かった。

### 5) 保健師活動指針の取組み

#### (1) 4つの「記」について取組み

4つの「記」とは、「記1：保健師の活動体制と活動方法」、「記2：保健師の計画的・継続的確保」、「記3：分散配置と統括保健師の配置」、「記4：人材育成」である。

##### ①4つの「記」の取組み状況

「有」の割合が高かったのは「記1：保健師の活動体制と活動方法」54.0%、「記4：人材育成」56.8%であった。反対に「無」の割合が高かったのは「記2：保健師の計画的・継続的確保」55.7%、「記3：分散配置と統括保健師の配置」52.2%であった。

②4つの「記」と自治体種別及び人口規模別との関連

自治体種別は「記1~4」いずれの項目も、取り組みの有無に有意差がみられた。

残差分析をすると「一般市町村」が他の自治体に比べて取り組み割合が低く、「中核市」では取り組んでいる割合が高くなっていた。「記2：保健師の計画的・継続的確保」「記3：分散配置と統括の保健師の配置」「記4：人材育成」は都道府県、「記2：保健師の計画的・継続的確保」「記4：人材育成」は「政令指定都市」が取り組んでいる割合が高かった。

人口別（3万人、5万人基準）では、人口規模が大きい方が取り組みの割合が高かった。

## (2) 保健師活動指針発出後2年以内の取り組みについての分析

保健師活動指針10項目とは「指針1：地域診断に基づくPDCAサイクルの実施（以下PDCAサイクル）」「指針2：個別課題から地域課題への視点及び活動の展開（以下個から地域）」「指針3：予防的介入」「指針4：地区活動に立脚した活動の強化（以下地区活動）」「指針5：地区担当制の推進（地区担当制）」「指針6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進（以下まちづくり）」「指針7：部署横断的な保健活動の連携及び協働（以下部署横断的）」「指針8：地域のケアシステムの構築（以下地域ケアシステム）」「指針9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施（以下各種保健医療福祉計画）」「指針10：人材育成」である。

### ①保健師活動指針（以後指針という）10項目の2年以内の取り組み状況

取り組み「有」の割合が50%以上だったのは、「指針1：PDCA」「指針3：予防的介入」「指針5：地区担当制」「指針7：部署横断」「指針9：各種保健医療福祉計画」「指針10：人材育成」だった。「無」の割合が50%以上だったのは「指針2：個別から地域」「指針4：地区活動」「指針6：まちづくり」「指針8：地域

ケアシステム」だった。

### ②保健師活動指針発出後2年以内の取り組みと

自治体種別及び人口規模別との関連  
自治体種別では、「指針1：PDCA」「指針2：個別から地域」「指針4：地区活動」「指針10：人材育成」に有意な差がみられた。

4項目の残差分析した結果「指針1：PDCA」「指針2：個別から地域」は、「一般市町村」が他の自治体に比べて取り組んでいる割合が低く、「都道府県」「中核市」が高かった。「指針4」は、「政令指定都市」「中核市」が取り組む割合が高かった。「一般市町村」は、取り組み割合が低かった「指針10：人材育成」は、「一般市町村」は取り組む割合が低かった。「都道府県」「中核市」は取り組む割合が高かった。

人口規模別では、3万人基準で、「指針7：部署横断的」「指針9：各種保健医療福祉計画」「指針10：人材育成」の3項目が、有意差がみられた。いずれも、3万人以上の方が取り組み割合が有意に高かった。5万人基準では、「指針7：部署横断」「指針10：人材育成」の2項目は、人口5万人以上の方が取り組み割合が有意に高かった。

「指針7：部署横断的」「指針10：人材育成」が共通して人口規模の大きい方が取り組んでいる割合が高かった。

## (3) 保健師活動指針10項目の現在の実施状況の分析

### ①保健師活動指針10項目の現在の実施状況

活動指針10項目で現在の実施状況は、「実施できている」割合が「できていない」比べて高いのは、「指針3：予防的介入」551（69.3）、「指針5：地区担当制」446（56.0）「指針7：部署横断的」490（61.6）、「指針9：各種保健医療計画」562（70.6）だった。「実施できていない」割合が高かったのは「指針1：PDCA」「指針2：個別から地域」「指針4：地区活動」、：予防的

介入」, 指針 8: 地域ケアシステム」, 「指針 10: 人材育成」だった。

②保健師活動指針 10 項目の現在の実施状況と自治体種別及び人口規模別との関連

自治体種別では, 「指針 1: PDCA」, 「指針 2: 個別から地域」, 「指針 5: 地区担当制」 「指針 10: 人材育成」の 4 項目に有意差みられた。この 4 項目について残差分析をすると「指針 1: PDCA」, 「指針 2: 個別から地域」, 「指針 10: 人材育成」について, 一般市町村は実施割合が低く, 都道府県は高かった。「指針 1: PDCA」は政令指定都市, 「指針 10: 人材育成」は政令指定都市, 中核市が実施割合が高かった。

「指針 5: 地区担当制」は, 都道府県の実施割合が低く, 政令指定都市は高かった。

人口規模別では, 3 万人基準では, 人口 3 万人以上では「指針 9: 各種保健医療計画」 「指針 10: 人材育成」, 人口 3 万人以上の方が実施割合は有意に高かった。5 万人基準では 5 万人以上では, 「指針 1: PDCA」 「指針 5: 地区担当制」 「指針 9: 各種保健医療計画」 「指針 10: 人材育成」の 4 項目に有意差がみられ。いずれも 5 万人以上の方が, 有意に実施している割合が高かった。

#### (4) 保健師活動指針 10 項目の発出後 2 年以内の取り組みと現在の実施状況

全体では, 「指針 3: 予防的介入」 現在の実施割合が発出後より有意に高く, 「指針 10: 人材育成」は現在の実施割合が有意に低くなっていた。

自治体種別では, 都道府県, 政令指定都市, 特別区 23 区, 中核市いずれも指針 10 項目ともに発出後と現在に有意差はみられなかった。一般市町村は, 「指針 3: 予防的介入」 「指針 6: 予防的介入」共に, 現在の方が取り組む割合が有意に高くなっていた。「指針 10: 人材育成」は有意に低かった。

人口規模別では, 人口 3 万人基準では, 人口 3 万人以上が発出後 2 年以内より, 現在の実施割合が有意に低くなったのは「指針 1: PDCA」, 「指針 10: 人材育成」であった。人口 3 万未満は, 発出後 2 年以内より, 現在の実施割合が高くなったのは, 「指針 3: 予防的介入」 「指針 6: まちづくり」, 「指針 7: 部署横断的」が有意に高くなっていた。人口 5 万人基準では, 人口 5 万人以上で「指針 10: 人材育成」は, 現在の実施割合が有意に低くなった。人口 5 万人未満では, 発出後 2 年以内より, 現在の実施割合が有意に高くなったのは「指針 3: 予防的介入」 「指針 6: まちづくり」で, 「指針 10: 人材育成」実施割合が有意に低くなった。

#### 【発出後 2 年以内の実施と現在との比較】

発出後 2 年以内より, 現在の実施割合が有意に高くなったのは「指針 3: 予防的介入」 「指針 6: まちづくり」で, 「指針 10: 人材育成」実施割合が有意に低くなった。

現在の実施割合が 50%以上は, 「指針 3: 予防的介入」 「指針 5: 地区担当制」 「指針 7: 部署横断的」 「指針 9: 各種保健医療計画」の 4 項目だった。

人口規模別でみて共通しているのは, 「指針 3: 予防的介入」 「指針 6: まちづくり」 「指針 9: 各種保健医療計画」は実施の割合が高まる傾向がみられ, 「指針 1: PDCA」 「指針 10: 人材育成」は低くなる傾向がみられた。

現在の実施割合 50%以上が多いのは, 「指針 3: 予防的介入」 「指針 5: 地区担当制の推進」 「指針 7: 部署横断的な保健活動の推進」 「指針 9: 各種保健医療計画」だった。

#### 6) 考察

アンケートが回収された自治体 818 (回収率 45.7%) その内一般市町村が 703 (42.9%) であった。母集団においても一般市町村の割合は高く, 一般市町村の取り組み状況が全体に影響

することが示唆される。

4つの「記」は、「記2：保健師の計画的・継続的確保」と「記3：分散配置と統括保健師の配置」の取り組み割合が50%を下回っていた。いずれも、一般市町村の都市組み割合が40%台であったが、他の自治体は60%～80%台であり一般市町村との取り組み状況の違いが明確になった、さらに一般市町村の人口規模別では、人口5万人以下、3万人以下の人口規模の小さい方が取り組み「有」の割合が少なく30%台であった。つまり4つの「記」の取り組みに自治体種別と人口規模が影響していることが示唆される。

次に、保健師活動指針10項目の取り組み状況は、全体で指針10項目のうち自治体種別や人口規模に関係なく取り組み割合が50%以上で、発出後より現在の取り組み割合が高くなった項目に注目した。「指針3：予防的介入」「指針5：地区担当制」「指針7：部署横断的」「指針9：各種保健医療福祉計画」の4項目である。「指針3：予防的介入」は、糖尿病重症化予防対策や特定健診・特定保健指導、介護予防事業など多くの自治体が国の補助金を受けて取り組んでいる。また、「指針7：部署横断的」は、医療と介護の連携や困難事例に関する多くの処遇検討会・協議会などを設けて保健・医療・福祉が連携協働していることが反映している。「指針9：各種保健医療福祉計画」は、平成元年から健康増進計画、介護保険事業計画、母子保健計画、自作予防計画など多くの保健医療福祉計画に保健師が関与して策定し3年から5年で見直しを行うので常に計画に関与することが増加している。つまり、国や都道府県の政策や方針による補助事業や計画策定・見直しなど実施が義務付けられている事業を優先していることが示唆される。

「指針5：地区担当制」は都道府県以外50%以上が取り組み、小規模市町村も発出後より現在

の取り組み状況が高くなっていた。厚生労働省健康局長通知で発出されたことが、影響したと示唆される。つまり、この4項目の取り組み「有」の割合が多い背景に、国や県の政策が関連していることが考えられる。

一方、取り組み割合が、40%台で少なかった6項目「指針1：地域診断に基づくPDCAサイクルの実施」「指針2：個別から地域」「指針4：地区活動」「指針6：まちづくり」「指針8：地域のケアシステムの構築」「指針10：人材育成」である。「指針1：PDCA」「指針2：個別から地域」「指針4：地区活動」「指針6：まちづくり」は全て地区活動に基づく活動で、「指針4：地区活動」が全体の中でも、一番取り組み割合が低かった。地区活動は、一般市町村では人口規模が小さいほど取り組み割合が低かった。都道府県や特別区も低かった。つまり、地区活動は推進されにくく、その地区活動に基づく活動が取り組みにくいことが明らかになった。

また、「指針10：人材育成」は都道府県、政令指定都市、特別区では、取り組み「有」が高く、発出後2年以内よりも現在の取り組みが増加している。しかし、中核市や一般市町村では、発出後は50.5%であったが、現在は38.2%に減少していた。さらに人口規模別では、人口が5万人未満、3万人未満の自治体の取り組み割合が有意に少なく、小規模自治体が、人材育成に取り組みにくい現状があることが明らかになった。

## 1-2. 保健師活動指針4つの「記」の自由記載内容（植原）

保健師活動指針4つの「記」の自由記載内容について分析を行った。調査票では、「活動指針発出後2年以内の取り組みについて」の回答をするようになっていたが、2年以内に限らず、近年の取り組みに関する記述があった。また、「自

治体としての取組み」を回答するようになっていたが、統括保健師としての考え、保健師集団としての取組みを回答している記述が多かった。以下に、得られたカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》で示した。

## 1) 保健師活動指針の取組みについて

### ①記1：保健師の活動体制と活動方法

5つのカテゴリー【保健師の活動体制】【地区担当制の効果・メリット】【保健師活動指針に基づいた保健活動】【業務分担制の効果・メリット】【保健師活動体制の強化】が抽出された。

【保健師の活動体制】は、《保健衛生部門で地区担当制》を敷き、《地区担当は日常生活圏域単位》としていた。日常生活圏域単位とは、小・中学校区や「まちの保健室」設置区、出張所設置区であった。都道府県では、《市町村担当制にして市町村支援を強化》していた。地区担当制を導入したきっかけは、《保健師活動指針の発出前から地区担当制を導入》していた自治体もあれば、《保健師活動指針の発出を機に地区担当制を導入》、《機構改革に伴って地区担当制を導入》した自治体もあった。

【地区担当制の効果・メリット】は、特に人口10万人以下の一般市町村では、《地域住民に接近し交われる》、《生活の場である地域がよく分かる》、《家族単位で支援ができる効率の良さ》をメリットに感じていた。そして、《責任をもった家庭訪問や保健事業の実施》、《地域の人材を生かした住民の主体的な健康づくり》、《住民や地域のリアリティを各種行政計画に反映》、《地域ケアシステムの構築を推進》できる効果があった。一方で、《地区担当制でも理想の保健師活動ができない》と実感していた。理想の保健師活動とは、【保健師活動指針に基づいた保健活動】方法であり、《地域診断に基づくPDCAサイクルの展開》、《関係機関や専門職種と連携した予防活動》、《地

域特性に応じた健康なまちづくり》であった。《地区担当制でも理想の保健師活動ができない》理由には、《地区担当はケースや地区組織を受け持つだけの認識レベル》、《保健師間で温度差がある活動姿勢》、《困難事例の対応に追われる》、《個別支援に留まっている》があった。

【保健師の活動体制】には、《折り合いをつけて業務分担制》を敷いている自治体があった。《折り合いをつけて業務分担制》を敷く理由には、《人員不足や業務の複雑化で地区担当制が困難》、《今いる保健師でできる保健師活動の限界》があるからであった。【業務分担制の効果・メリット】として、《業務に関する専門性を発揮》できる一方で、《分野横断的に連携した保健活動には至らない》活動体制であった。地区担当制、業務分担制に関係なく、全ての自治体で行っていた【保健師活動指針に基づいた保健活動】には、《各種行政計画に参画》があった。

【保健師活動体制の強化】では、《読み合わせで保健師活動指針を共通認識》、《担当業務や地域の情報・課題を共有》、《自分たちの保健師活動を評価》するための《保健師の話し合いの場》の設定や《保健師活動ワーキンググループの組織化》を行っていた。都道府県では、《市町村保健師活動の基盤づくり》を行っていた。

### ②記2：保健師の計画的・継続的確保

3つのカテゴリー【中長期的な視点での採用計画】【人事連携した保健師の確保】【工夫を凝らした保健師の確保】が抽出された。

【中長期的な視点での採用計画】では、各自治体で《採用計画を策定》して、《現職保健師の年齢や経験の偏りを考慮》、《保健師の資質や人間性を重視》、《前倒し採用で保健師の育成期間を考慮》した中長期的な視点で《保健

師の計画的・継続的確保》を行っていた。政令指定都市では、《産休育休の代替を常勤保健師で補填》していた。一方で、保健師の《通常補充を確実に実施》して《増員の機会を逃さず採用》していた。また、《採用計画通りに保健師確保が進まない》、《保健師確保に年代的な偏りが生じている》、《管理職の保健師が確保できていない》現状があった。《採用計画通りに保健師確保が進まない》原因には、《募集しても応募がない》、特に人口5万人未満の一般市町村では、《採用してもすぐに離職・休職》するケースがあった。そのため、人口1万人未満の一般市町村では、《採用計画なしに継続的に募集》、《保健師を他職種で代替して保健活動》を行っていた。

【人事連携した保健師の確保】では、《人事部門を納得させる積極的な人員要求》を行っていた。また、《保健師所属部署の上司への働きかけ》や《首長への人員要求》を行っていた。さらに、都道府県、政令指定都市、中核市、人口3万人以上の一般市町村では、《統括保健師が人事に参画》、《昇任とともに保健師が人事に参画》していた。一方で、《人事部門から保健師確保の理解が得られない》、《採用が首長の判断に左右される》、そもそも《人事部門への交渉資料作成まで手が回らない》状況が生じていた。

【工夫を凝らした保健師の確保】では、都道府県、政令指定都市、中核市で《見学ツアーやインターンシップの受け入れ》、《人事部門と連携したパンフレットの作成》、《積極的な学校・大学訪問》、《就職ガイダンスや相談会への参加》を行っていた。さらに、人口1万人未満の一般市町村では、《奨学金制度を積極的に推進》、《積極的な実習受け入れ》を行い、保健師の確保に努めていた。

### ③記3：分散配置と統括保健師の配置

5つのカテゴリ【保健師の分散配置】【統括

保健師・補佐の配置】【統括保健師の組織的位置づけ】【統括保健師の役割】【統括保健師のスキルアップ】が抽出された。

【保健師の分散配置】では、《保健師専門性を活かせる部門への分散配置》を行っていた。具体的には、《保健・障害・福祉・介護部門に分散配置》していた。中核市、人口5万人以上の一般市町村では、《多領域にわたる部門への分散配置》を行っていた。しかしながら、人口3万人未満の一般市町村では、《人員不足で保健師が適切に配置できない》、《業務遂行を優先した分散配置》になっていた。分散配置を行っていない自治体では、《保健師の人材育成と孤立予防のために集中配置》を行っていた。そして、《分散配置せずに状況に応じて業務協力》していた。

【統括保健師・補佐の配置】では、《保健衛生部門に統括保健師を配置》、《分散配置先にも統括保健師を配置》していた。統括保健師には、《職位上席者が統括保健師》、《年長者であるリーダー的立場の保健師が統括保健師》を担っていた。人口5千人未満の一般市町村では、《人員不足で自然と年長者が統括的役割を担う》場合があった。また、《統括保健師が不在》の自治体があった。一方で、統括保健師に加えて《統括保健師補佐を配置》、《副統括保健師を配置》して《統括保健師補佐の連絡会議を開催》していた。

【統括保健師の組織的位置づけ】では、統括保健師を《事務分掌に明記して組織的位置づけを明確化》している場合と《事務分掌の明記がなく組織的位置づけが不明確》な場合があった。統括保健師の組織的位置づけが明確な場合は、《組織的な位置づけによって分散配置された保健師とスムーズに連携》が可能となっていた。統括保健師の組織的位置づけが不明確な場合は、《合意や指名により統括的役割の保健師を保健師間で認識》していた。しかし、



《組織的位置づけがなく統括業務に専念できない》でいた。そのため、《上司や人事部門に統括保健師の配置や組織的位置づけを働きかけ》ていた。

【統括保健師の役割】では、《保健師保健活動の組織横断的な総合調整・推進》、《技術的・専門的指導・調整》、《人材育成の推進と施行管理》、《保健師確保のための人事への参画》を果たしていた。《保健師保健活動の組織横断的な総合調整・推進》は、全ての自治体で統括保健師が行っていた。しかし、《分散配置先まで統括する困難さ》や《人員不足と通常業務過多で統括業務まで手が回らない》、《技術的支援までには至らない》ため、統括保健師の《十分な役割機能が果たせていない》と感じていた。そのため、《保健・医療・福祉・介護をトータルに考えられる経験と統括保健師補佐の必要性を痛感》していた。都道府県、中核市では、《統括保健師を対象にした OJT、OFF-JT に参加》していた。

#### ④記 4：人材育成

3つのカテゴリー【計画的な人材育成】【段階的な階層別人材育成】【人材育成の方法と環境整備】が抽出された。

【計画的な人材育成】とは、《独自の人材育成計画・ガイドラインを策定》または《都道府県や看護協会の人材育成計画・ガイドラインを活用》して人材育成を行うことであった。人材育成計画・ガイドラインの策定状況は自治体種別・規模で異なっており、都道府県、中核市、人口 20 万人以上の一般市町村では、《独自の人材育成計画・ガイドラインを策定》していた。人口 1 万人未満の一般市町村では、《都道府県や看護協会の人材育成計画・ガイドラインを活用》していた。さらに、【計画的な人材育成】では、《独自のキャリアラダーを活用した保健師キャリアの着実な育成》と《行政職キャリ

アの着実な育成》を行っていた。特に、自治体規模が大きい都道府県、人口 10 万人以上の一般市町村では、《統括保健師が管理した人材育成》を行っていた。一方で、《計画通りに人材育成できない》、《キャリアラダーが活かされていない》現状があった。《計画通りに人材育成できない》、《キャリアラダーが活かされていない》原因には、保健師の人材育成が《人材育成担当保健師の力量に左右》されているからであった。

【段階的な階層別人材育成】では、《新任期に重点を置いた人材育成》と《現任教育体制の構築》を行っていた。【段階的な階層別人材育成】の方法として《階層別研修会 OFF-JT を活用》していた。また、《次期統括保健師の人材育成》に取り組んでいた。一方で、《体系化されていない中堅期・管理職の人材育成》、《企画が難しい統括保健師の人材育成》を課題としていた。

【人材育成の方法と環境整備】の人材育成の方法では、都道府県では、《市町村との合同研修を開催》して市町村の人材育成支援を行っていた。都道府県、中核市、人口 1 万人以上の一般市町村におけるジョブローテーションは、《人事部門と連携した計画的・効果的な人事異動》を行っていた。しかし、《計画的な人材育成になっていない人事異動》もあった。人口 1 万人未満の一般市町村におけるジョブローテーションでは、《定期的な業務・地区担当の変更》や《他自治体との人事交流で多様な現場を経験》できるようにしていた。また、《積極的な OJT 開催》を行っていた。しかしながら、人口 5 万人未満の一般市町村では、《OJT の自治体単独実施が困難》な状況があり、《事例検討が中心の OJT》、《地域診断が中心の OJT》であった。また、《都道府県や大学、看護協会の OFF-JT に参加》、《日常業務に結びつく即戦力の育成》に重点を置いていた。一方で、小

規模自治体では、《積極的に研究と学会発表推進》を行っていた。人材育成の環境整備では、都道府県では、《市町村人材育成ガイドラインの作成支援》を行っていた。政令指定都市や一般市町村では、《育休期間中も継続した材育成》、《退職保健師が教育担当に専念して人材育成》、《育て育ちあう職場の土壌づくり》の環境整備を行っていた。

## 2) 考察

多くの自治体で保健師活動指針4つの「記」に基づいた保健師活動の展開や保健師活動を展開するための環境整備に取り組んでいる状況が明らかになった。一方で、保健師活動指針4つの「記」の取り組み状況について課題が明らかになった。

### ①記1：保健師の活動体制と活動方法

保健師の活動体制は、保健師活動指針において地区担当制を推進している。地区担当制を推進することによって多くの自治体が保健師活動の効果や効率性を実感していた。特に小規模自治体では、保健師が地域に足を運ぶことで、住民と顔を見せ合い、つながれる実感を得ていた。一方で、地区活動概念の捉え方によって、効率的・効果的な活動が実践できていない課題があった。

### ②記2：保健師の計画的・継続的確保

住民のために質の良い保健活動を実践するためには、目先の人事のみではなく、中長期的な視点での採用計画を持つことが大切である<sup>1)</sup>。中長期的な視点での採用計画を実現するためには、人事連携が重要であり、人事部門から保健師の計画的・継続的確保の必要性について理解が得られている場合は、保健師確保に向けて良い影響があった。一方で、採用時の課題だけではなく、産休・育休、離職による人材不足

等、採用後も保健師を確保し続けなければならない課題があった。特に小規模自治体で課題となっていた。

### ③記3：分散配置と統括保健師の配置

統括保健師の配置は、組織的な位置づけについて明文化があると、組織横断的な保健師保健活動の推進をはじめ、統括業務の行いやすさに良い影響があった。一方で、人員不足や業務過多、統括保健師の力量（保健師専門能力や統括力）によって、統括保健師の役割・機能が十分に果たせていない課題があった。

### ④記4：人材育成

大規模自治体では、独自の人材育成計画やキャリアラダーに基づき、人事担当部署等と連携しながらOJTの開催、ジョブローテーションを実施していた。小規模自治体では日々の活動を「核」としながら保健師の人材育成が行われていた。自治体種別・規模に応じた人材育成が行われていたが、中堅期・管理職の人材育成の機会や環境が体系化されておらず、課題となっていた。また、人材育成を担う保健師の力量や意識が効果的な人材育成に影響していた。

保健師4つの「記」の取り組み状況について共通していた課題は、①保健師の意識、②組織的な位置づけ、③業務量であった。保健師が保健活動推進の意識が高い、行政組織全体で各「記」に取り組んでいる、業務量がコントロールできている場合は、保健師活動指針4つの「記」を積極的に推進し、住民のために質の良い保健活動の展開につながっていた。しかしながら、保健師活動指針4つの「記」は、都道府県及び市町村（特別区を含む）が留意すべき事項である。したがって、保健師の所属する自治体が、どのように4つの「記」を受け止めているかが重要である。そこで、今後、都道府県及

び市町村（特別区）が保健師活動指針 4 つの「記」をどのように受け止めているかを明確にし、改めて発信する必要があると考える。

### 1-3. 保健師活動方法について（井伊）

保健師の活動方法については、平成 30 年度地域保健総合推進事業において「効率的・効果的な保健活動の展開に関する留意点」として整理されている項目から、保健師活動全体の取り組みとして 12 項目、保健事業の進め方として 16 項目を再整理し、質問した。

#### 1) 保健師活動方法に関する分析結果について

12 項目中、「地域の健康づくりに関連する団体や機関から意見を聞く」「健康課題を意識して、様々なデータを比較分析する」の 2 項目を除くすべての項目で、他の自治体種別の実施は高く、一般市町村において実施している割合が低くなっていた。

都道府県においては、「大学や専門機関など外部の専門家の助言を受ける」「健康づくりを目的としない多様な主体に対して、健康づくりの観点から連携した保健活動を実施している」等が実施割合が高かった。

また、人口規模別では、「地域の健康づくりに関連する団体や機関から意見を聞く」「大学や専門機関など外部の専門家の助言を受ける」「健康づくりを目的としない多様な主体に対して健康づくりの観点から連携した保健活動を実施している」「健康課題解決に向け、ソーシャルキャピタルを活用した保健活動を展開している」では、3 万人基準、5 万人基準ともに有意差があり、いずれも人口が多いほうが実施している割合が高くなっている。加えて、3 万人基準では「健康課題を意識して、様々なデータを比較し分析する」「保健師が部署横断的に緊急性・重要性を共有し、優先すべき課題を検討する場を持つ」の 2 項目で、5 万人基準で

は「地区活動を通じて、潜在する課題の掘り起こしに務める」「担当業務以外の産業や教育など、自治体全体のデータも踏まえ健康課題を俯瞰する」の 2 項目で有意差があり、いずれも人口が多いほうが実施の割合が高かった。

保健師活動指針 10 項目と保健師活動方法の内保健師活動全体の取り組み 12 項目との関連を見ると、保健師活動 10 項目の取り組み実施個数別では、保健師活動全体の取り組みの実施個数が増えるほど、活動指針 10 項目の取り組みも増えていた。

保健事業の進め方についても、同様の結果で 16 項目の内「年度ごとに保健事業の成果と課題を確認する」「予防の視点を含め、活動の効果を上司や関係部署に一貫性を持って説明する」「実践を通じて、地区の特性に合わせた保健活動になっているか検討する」「住民ニーズの変化を反映させながら事業評価を行い、継続の必要性について精査」「評価結果に基づき、関連事業や他分野への適応拡大を検討する」の 5 項目以外は、人口が多いほど実施の割合が高かった。

#### 2) 考察

保健師活動方法に関しては、活動指針 10 項目の実施事項数が多いほど、活動方法留意点の取り組みも多く、活動指針に沿った留意点として有用であることが示唆された。

自治体規模別の詳細分析において、小規模自治体の活動指針や活動留意点の実施状況は規模がより大きい自治体に比して実施割合が低かった。小規模自治体については、統括保健師の配置もなく、保健師数も少なく、人材確保・育成計画も立てにくい状況が反映した結果となっていると考えられる。一方で、保健師活動については、「実践を通じて、地区の特性に合わせた保健活動になっているか検討する」「住民ニーズの変化を反映させながら事業評価を

行い、継続の必要性について精査」は取り組まれていることから、小規模自治体に応じた保健師活動のあり方を改めて提起する必要がある。

## 2. 今後の保健師活動推進に関する課題（坂本）

### 1) 人材確保に関する課題と工夫の実態について

#### (1) 保健師の新規採用における課題と工夫

調査結果では「特別区 23 区」を除く自治体では保健師の新規採用に関する課題が「ある」と回答した割合が高かった（73.7%-93.3%）。課題が「ある」と回答した割合が最も高かったのは政令指定都市（93.3%）であった。市町村では、人口規模別では大きな違いはなく、いずれの市町村でも課題が「ある」と回答したのは高率（75%-82.4%）であった。一方で特別区 23 区では半数を超える 54.5%が、課題が「ない」と回答していた。

保健師新規採用の課題の内容では、「応募者の減少」という課題は共通していたものの、自治体種別で異なる傾向もみられた。「応募者の減少」の次に多かった課題として、都道府県では「採用決定後の辞退者が多い」・「適性ある応募者が得られない」となっており、市町村では「応募者がいない」・「適性ある応募者が得られない」となっていた。特に、人口 1 万人以下の市町村で「応募者がいない」・「応募者が減少」の割合が高くなっていた。政令都市においては「応募者の減少」・「適性ある応募者が得られない」・「採用決定後の辞退者が多い」の順となっていた。保健師の新規採用において他の自治体種別に比較すると課題が「ある」と回答した割合が低かった特別区 23 区においては、「採用決定後の辞退者が多い」、「適性ある応募者が得られない」・「その他（就職後短期間での退職等）」が課題の内容として上位に挙がっていた。中核市においては「適性ある応募者が得られない」が最も高い割合となっており、「応募者が減少」

が続いていた。

次に、多くの自治体が課題を抱える保健師の新規採用についてのどのような工夫を行って対応しているのかについて、結果から見えてきたことを述べる。

特別区 23 区を除く自治体種別で、保健師新規採用の工夫が「ある」と回答した割合が 6 割を超えていた。工夫が「ある」割合が最も高かったのは都道府県（88.6%）で政令指定都市（80%）が続いていた。特別区 23 区では工夫は「ない」と回答した割合が 63.6%と最も高かった。

工夫の内容では全体として「大学や養成校への働きかけ」・「採用の年齢枠の拡大」の割合が高かった。「その他」として多く挙げられたのは「実習の受け入れ」・「実習時の丁寧な指導」であった。「大学や養成校への働きかけ」についてはいずれの自治体種別でも上位となっていた。都道府県、政令指定都市、中核市では、「大学や養成校への働きかけ」以外に「就職ガイダンス」・「行政保健師の魅力の PR」などの工夫が見られた。特に政令指定都市では「就職ガイダンス」・「インターンシップの受け入れ」・「行政保健師の魅力の PR」・「職場見学会の受け入れ」等、多岐にわたった項目の割合がいずれも高かった。一方で、市町村では「採用の年齢枠の拡大」の割合が高くなっていた。

#### (2) 非常勤保健師の確保における課題と工夫

非常勤保健師の確保に関して、課題が「ある」と回答した自治体が 7 割を超えており、都道府県・政令指定都市・特別区 23 区・中核市・人口 5 万以上の市町村では 9 割を超えていた。自治体種別では、人口 1 万未満の市町村では低くなっていた。

自治体種別に非常勤保健師の課題の内容を回答の多いものからみると、都道府県では「応募者がいない」・「必要数に比べて応募者が少な

い」・「潜在保健師の把握ができない」、市町村では「応募者がいない」・「潜在保健師の把握ができない」・「勤務時間に制限がある」、政令指定都市では「必要数に比べて応募者が少ない」・「保健師としての経験が少ない」・「経験を積むと転職」、特別区 23 区では「保健師としての経験が少ない」・「必要数に比べて応募者が少ない」、中核市では「必要数に比べて応募者が少ない」・「保健師としての経験が少ない」・「経験を積むと転職」となっていた。市町村においては、特に人口 5 万人未満の市町村で「応募者がいない」割合が 7 割以上と高率となっていた。

次に、非常勤保健師の確保についてのどのような工夫を行っているのかについて、述べていく。人口規模 1 万人未満の市町村を除くと、非常勤保健師確保の工夫が「ある」と回答した自治体が 6 割以上を占め、都道府県・政令指定都市・中核市では「ある」と回答した自治体が 9 割を超えていた。具体的な工夫内容としては都道府県では「人脈の活用」・「ナースセンター・ハローワークの登録」・「大学や養成校への働きかけ」・「他職種への範囲拡充の検討」、市町村では「人脈の活用」・「他職種への範囲拡充の検討」、政令指定都市では「人脈の活用」・「ナースセンター・ハローワークの登録」・「退職保健師の嘱託制度」、中核市では「ナースセンター・ハローワークの登録」・「人脈の活用」・「他職種への範囲拡充の検討」となっていた。

### (3) 採用計画の有無と自治体種別の関連

自治体における新規採用計画の有無と自治体種別のクロス集計では、「政令指定都市」で採用計画がある割合が有意に高く、「3 万人未満の市町村」で採用計画がある割合が有意に低くなっていた。

### (4) 人材確保に関する調査結果からの考察

人材確保としての保健師の新規採用の課題

について、いずれも共通していたのが「応募者の減少」であった。政令市・特別区 23 区・20 万人以上の一般市町村のような人口規模が大きい自治体種別と人口規模が小さい市町村とでは課題が異なっていた。人口規模が小さい一般市町村での「応募者がいない」課題は深刻である。それに対して、人口規模が大きい自治体種別では、応募者の減少はあるものの、「適性のある応募者がいない」「辞退者が多い」等の課題が大きくなっており、人材の量的な確保上の課題というよりも適性のある新規採用者の確保という質的な課題が大きくなっていると考えられる。本調査の結果から、新規保健師の応募者が都市部や大規模な自治体へ流れており、人材確保において国の中で、また同じ都道府県の中でも地域格差が生じていることが推測された。

「保健師を募集しても確保が困難」という声は、すでに多くの自治体から上がっており（鎌田，2019）、今回の調査結果はその裏付けになるものであった。現在、保健師国家試験受験資格取得ができる教育機関は「4 年生大学」が 41.7%（鎌田，2019）となっており、看護系大学の卒業生（保健師課程選択）をいかに安定確保できるかは、人材確保にとって重要な鍵となる。しかしながら、吉岡（2020）が次世代を担う保健師を確保するために、保健師のリクルーティング活動が看護師ほどは熱心に行われていないことを考慮すれば、改善の余地は大いにありと指摘しているように、従来型の募集活動にとどまらず、人材確保の方策の再検討が必要な時期に来ていると考えられる。

実際、人材確保のための工夫として、政令指定都市では「大学や養成校への働きかけ」・「就職ガイダンス」・「インターンシップの受け入れ」・「行政保健師の魅力の PR」・「職場見学会の受け入れ」等、多岐にわたった項目で工夫を重ねている結果となった。たとえば、中核市で

ある愛知県豊田市では、「大学訪問、インターンシップ、就職ガイダンスの実施、採用面接への同席など優秀な学生の取り組みを年々充実させてきた」と報告している（柴川、2020）。八巻（2020）は宮城県における行政と大学及び県看護協会が協働して保健師の育成・確保に取り組んだ実践として、「県内自治体保健師活動紹介ガイドブック」の作成を行ったことを報告している。ガイドブックには県内全市町村の人事部門と保健師の人材育成担当課の協力で、自治体の概要・めざす保健師像・教育体制・活動の魅力等が記載されている。人材確保において最も深刻な課題を抱える小規模市町村の支援も含め、県内の保健師人材をいかに安定確保していくのか、複数の自治体や大学等で協働して取り組むヒントになる事例であろう。

非常勤保健師の確保については多くの自治体で課題となっていた。市町村では保健師の新規採用と同様に、非常勤保健師の「応募者がいない」課題が大きい。比較的人口規模が大きい自治体においては、「必要数に比べて応募者が少ない」・「保健師としての経験が少ない」・「経験を積むと転職」といった課題の割合が大きくなっていた。非常勤保健師の確保においても、新人保健師の確保と同様な人の動きがあり、人材の地域偏在が生じていると考えられる。

## 2) 人材育成に関する課題と工夫の実態について

### (1) 新任期保健師育成の課題と工夫

新任期保健師育成の課題が「ある」と回答した自治体はいずれも8割を超えていた。課題の内容から見ると、都道府県・特別区23区・中核市で「サポートする中堅保健師が不足」・「教育する保健師に負担」と回答した割合が高くなっていた。また、中核市では「新任期に必要な経験が積める部署への配置ができないことがある」割合が他の自治体に比べて高くなってい

た。(66.7%)市町村では「人材不足で育成に時間がかけれない」・「サポートする中堅保健師が不足」・「教育する保健師に負担」の割合が高くなっていた。市町村の中でも10万人未満の人口規模の市町村で「人材不足で育成に時間がかけれない」割合が高くなっていた。

新任期保健師育成の工夫については、多くの自治体が「工夫している」と回答していた。人口規模が小さな1万人未満の市町村では「工夫している」自治体は52.9-67.4%にとどまっていた。工夫の内容として、いずれの自治体種別でも「プリセプター」と回答した割合が高かった。「プリセプター」以外では、都道府県は「同じ自治体内で合同の新人保健師研修」・「保健所管内の合同新人保健師研修」・「部署全体でサポート」・「部署内で事例検討」・「キャリアラダーの活用」、市町村では「保健所管内の合同新人保健師研修」・「部署全体でサポート」、政令指定都市では、「同じ自治体内で合同の新人保健師研修」・「キャリアラダーの活用」・「部署全体でサポート」、特別区23区では「部署全体でサポート」・「同じ自治体内で合同の新人保健師研修」・「部署内で事例検討」、中核市では「部署全体でサポート」・「部署内で事例検討」・「キャリアラダーの活用」の回答が多く見られた。いずれの自治体も単独の工夫ではなく「複数」(2つ以上)の工夫を行っている割合が7割を超えていた。

### (2) 中堅期保健師育成の課題と工夫

いずれの自治体種別でも中堅期保健師育成の課題が「ある」と回答した割合が7割を超えていた。特に、都道府県・政令指定都市・中核市・20万人以上の市町村では100%が「ある」と回答していた。

課題の内容では、いずれの自治体でも「子育てと仕事のバランスがとりにくく、余裕がない」が最も高くなっていた。その他の回答としては、

都道府県では「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」、市町村では「産休・育休明けのブランクをサポートする体制が整っていない」・「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」、政令指定都市では「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」・「産休・育休明けのブランクをサポートする体制が整っていない」、特別区 23 区では「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」、中核市では「産休・育休明けのブランクをサポートする体制が整っていない」・「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」となっていた。

中堅期保健師育成の「工夫をしている」と回答したのは都道府県・政令指定都市が 100%であり、中核市が 84.2%と続いていた。市町村では「工夫をしている」が 47.6%にとどまり、人口 1 万人から 3 万人未満では 37.9%、5 千人未満の市町村では 23.5%にとどまった。

中堅期保健師育成の工夫内容として自治体種別で割合が高かったものは、都道府県では「中堅期保健師を対象とした研修」・「キャリアラダーの活用」、市町村では「相談しやすい体制」、政令指定都市では「中堅期保健師を対象とした研修」・「キャリアラダーの活用」、特別区 23 区では「中堅期保健師を対象とした研修」・「相談しやすい体制」、中核市では「キャリアラダーの活用」・「中堅期保健師を対象とした研修」・「時短勤務内での業務配分」となっていた。

### (3) 管理職保健師育成の課題と工夫

いずれの自治体でも管理職保健師育成の課題が「ある」と回答した割合は 7 割を超えていた。(74.1%-100%) 人口規模が 5 千人未満の市町村が最も低く、74.1%であった。

管理職保健師育成の課題の内容では、都道府県では「次世代管理職人材の不足」・「計画的な

ジョブローテーションが行われていない」・「管理職になるための研修が少ない」、市町村では「計画的なジョブローテーションが行われていない」・「管理職になるための研修が少ない」、政令指定都市では「管理職になるための研修が少ない」・「計画的なジョブローテーションが行われていない」、特別区 23 区では「管理職になりたがらない」・「計画的なジョブローテーションが行われていない」・「管理職になるための研修が少ない」、中核市では「管理職になるための研修が少ない」・「次世代管理職人材の不足」・「計画的なジョブローテーションが行われていない」となっていた。

管理職保健師育成の工夫については、都道府県・政令指定都市・中核市で 8 割以上が「工夫をしている」と回答していた。市町村では「工夫できていない」割合が 68%、「特別区 23 区」では 90.9%であった。市町村の人口規模別では、人口規模が小さくなるほど、「工夫できていない」割合が高くなっていた。

管理職保健師育成の工夫の内容として割合が高かったものを自治体種別で示す。

都道府県では「キャリアラダーの活用」・「管理職となる保健師を対象とした研修」・「管理職の保健師が部署を超えて情報共有する機会」、市町村では「管理職の保健師が部署を超えて情報共有する機会」・「キャリアラダーの活用」・「統括保健師をサポートする保健師を位置づけ」、政令指定都市では「管理職となる保健師を対象とした研修」・「統括保健師をサポートする保健師を位置づけ」、中核市では「管理職の保健師が部署を超えて情報共有する機会」・「キャリアラダーの活用」・「統括保健師をサポートする保健師を位置づけ」となっていた。

### (4) 人材育成上の工夫と関連する要因について

新任期保健師育成上の工夫の有無と自治体

種別では、3万人未満の市町村で「工夫ができていない」割合が有意に高くなっていた。中堅期保健師育成上の工夫の有無と自治体種別では、政令指定都市・中核市で「工夫ができていない」割合が、3万人未満の市町村・特別区23区で「工夫ができていない」割合が有意に高くなっていた。管理職保健師育成上の工夫の有無と自治体種別では、政令指定都市・中核市で「工夫ができていない」割合が高くなっており、特別区23区・3万人未満の市町村で割合が有意に低くなっていた。

新任期保健師・中堅期保健師・管理職保健師それぞれの育成上の工夫の有無の比較では、新任期保健師育成上の工夫が「ある」場合は、中堅期保健師育成上の工夫も「ある」割合が有意に高くなっていた。中堅期保健師育成上の工夫が「ある」場合は、管理職保健師育成上の工夫も「ある」割合が有意に高くなっていた。

人材育成の取り組みとして人材育成計画・キャリアラダー・ジョブローテーション・新人教育体制と自治体種別の関連をみると、人材育成の取り組みと自治体種別とはいずれの取り組みにおいても有意差がみられた。人口3万未満の市町ではいずれの取り組みも割合が低くなっていた。人材育成計画の策定では政令指定都市・特別区23区・中核市で割合が高く、キャリアラダーでは政令指定都市・中核市で割合が高く、ジョブローテーションでは政令指定都市・中核市で割合が高かった。新人教育体制の構築については政令指定都市・中核市・特別区23区・3万人以上の市町村で割合が高くなっていた。

#### (5) 人材育成に関する調査結果からの考察

多くの自治体で新任期から管理職に至る課程で保健師育成の課題が存在していることが明らかになった。本調査結果で新任期における人材育成の課題として多く挙げられた「サポー

トする中堅保健師が不足」・「教育する保健師に負担」・「新任期に必要な経験が積める部署への配置ができないことがある」・「人材不足で育成に時間がかげられない」等は、長谷川（2020）が文献検討より新任期現任教育の課題として導き出した一つである「職場全体で人材育成に取り組む体制整備や職場風土が不十分」に近い意味合いを持っていたと言えよう。中堅期における人材育成の課題はこれまでも指摘されてきている。中堅期保健師は、次期リーダー層として新任期保健師の指導者として、管理職保健師を補佐する重要な立場にあり、保健師としての成長としても重要な時期にいる。しかし、中堅期の保健師たちの年齢が20歳代後半から40歳代と「仕事以外の生活においても家族や地域の中で果たすべき役割は大きく、向き合わなければならない課題が多い時期にある」（表山他，2017）。本調査結果で高い割合でみられた「子育てと仕事のバランスがとりにくく、余裕がない」・「産休・育休が続くと保健師としてのキャリアが積みにくい」・「産休・育休明けのブランクをサポートする体制が整っていない」等の回答はまさに、組織全体でワーク・ライフ・バランスへの取り組みを強化する必要がある課題である。管理職保健師の人材育成の課題としては、「次世代管理職人材の不足」・「管理職になりたいがらない」といった対象となる人材の確保の課題と「管理職になるための研修が少ない」・「計画的なジョブローテーションが行われていない」など管理職保健師を育成する方策上の課題が存在していると言える。

新任期保健師の育成上の工夫については、人口規模が小さい3万人未満の市町村を含めて「工夫している」割合が高くなっていた。中堅期保健師及び管理職保健師の育成上については、都道府県・政令指定都市・中核市で「工夫している」割合が高かったが、「市町村」ではその割合は低くなり、特に人口規模が小さい市



町村ほど、「工夫している」割合が低くなっていた。新任期保健師の育成、中堅期保健師の育成、管理職保健師の育成の「工夫している」割合は、それぞれが関連し合っていることがわかった。

「人材育成計画」・「キャリアラダー」・「ジョブローテーション」の活用は政令指定都市・中核市での割合が高くなっていた。政令指定都市・中核市における人材育成における取り組みや工夫は、各自治体の努力はもとより、政令指定都市や中核市がもつ組織の規模の大きさと組織体制、保健師が異動できる複数部署の存在、保健師数の規模や層の厚み、まとまりやすさ等が新任期・中堅期・管理期の保健師の組織的な育成体制の整備につなげやすいと考えられる。特別区 23 区は規模が大きいものの、政令市・中核市とは異なる保健師育成上の課題が推察された。人口規模が小さい人口 3 万人未満の市町村においては新任期・中堅期・管理期の保健師育成いずれにおいても、「工夫している」割合が低くなっており、「人材育成計画」・「キャリアラダー」・「ジョブローテーション」の活用割合も低い。人口規模が小さな自治体では「人材育成計画」はともかく、「キャリアラダー」・「ジョブローテーション」については自治体の中で異動できる部署も少なく、むしろ健康増進部門を中心とした単独部署で包括的な住民サービスを提供する体制を想定すると、各自治体の人口規模や組織の特徴に合わせたキャリア支援を検討していくことが必要だと考えられる。また、新任期保健師の育成上の工夫として活用されていた保健所管内の合同研修を中堅期や管理職の保健師にも積極的に取り入れるなどの方策も考えられる。

### 3) 保健師の配置に関する課題と工夫の実態について

#### (1) 保健師の配置についての課題と工夫

いずれの自治体種別でも保健師配置の課題が「ある」と回答した割合が 8 割を超えていた。人口規模が 5 千人未満の市町村では「ある」と回答した割合が最も低かった。保健師配置の課題の内容について、都道府県で「中堅保健師数が少ない」が最も高く、「保健師の年齢やキャリアをバランスよく配置できない」・「育児休業等の対応により、安定した保健師配置が取れない」が続いていた。政令指定都市・特別区 23 区・中核市・人口規模が 20 万人以上の市町村では「育児休業等の対応により、安定した保健師配置が取れない」が最も高い割合を示していた。

保健師配置についての工夫の有無では政令指定都市における「工夫している」割合が 80% と最も高くなっており、都道府県 (75%)、特別区 23 区 (72.7%)、中核市 (65.8%) と続いていた。市町村における「工夫している」割合は 36.9~50.8%にとどまっていた。人口規模の小ささと、配置の工夫について違いは必ずしも比例しておらず、人口 1 万人から 3 万人未満の市町村が 36.9%と最も低率となっていた。

保健師配置についての工夫の内容として割合が多いものを自治体種別で示すと、以下のようになっていた。都道府県では「育児休業等の保健師数を見込んだ人員確保」・「退職後の保健師を効果的に活用」・「全体の業務量を把握し配置を調整」・「計画的なジョブローテーション」、政令指定都市では「育児休業等の保健師数を見込んだ人員確保」・「計画的なジョブローテーション」、特別区 23 区では「育児休業等の保健師数を見込んだ人員確保」・「退職後の保健師を効果的に活用」、中核市では「事務職員や多職種の協力体制を強化」・「計画的なジョブローテーション」、市町村では「全体の業務量を把握し配置を調整」となっていた。人口規模別では 1 万人未満の市町村で「退職後の保健師を効果的に活用」の割合が高く、人口 1 万人から 20 万

人以上の市町村で「事務職員や多職種の協力体制を強化」の割合が高くなっていった。

## (2) 保健師配置に関する調査結果からの考察

保健師の配置に関する課題はほとんどの組織が抱えていた。保健師の配置に関する課題を抱える背景として、人材確保における課題を抱えながら、保健師の配置の分散化が進んでいることが考えられる。また、健康増進部門以外に配置される層として期待される中堅期保健師が、キャリア形成期と子育て期にある年代層であることから、育児休業等で中堅期保健師の数が不足しがちとなっていたり、自治体によっては公務員の削減計画を受けて不足する年代があり、分散配置できる人材が限定されていることも課題の背景となっていると考えられる。育児休業等の保健師数を見込んだ人員確保という方策については、都道府県や政令指定都市、特別区など、多くの数の保健師を抱える組織でないと実現は容易ではない。市町村における「事務職員や多職種の協力体制を強化」の高さの背景には、保健師人材の確保の困難があり、業務を遂行する上での対応であると推察される。また、「退職後の保健師を効果的に活動」についても比較的多くの市町村で適用される現実的な方法であると言えよう。いずれにせよ、その場限りの対応ではない、「長期的な視点に立った計画的な人材確保」(志野, 2010)が保健師配置には密接に関わってくると考えられる。

## 4) 地区活動に関する課題について

### (1) 地区活動における課題

地区活動に関する課題は自治体種別のいれずにおいても8割を超えて「ある」と回答していた。人口規模別で5千人未満の市町村が最も地区活動に関する課題が「ある」割合が82.4%と低く、都道府県、政令指定都市、特別区23

区、中核市、人口規模3万以上5万人以上の市町村では地区活動に関する課題が「ある」割合が90%を超えていた。

地区活動に関する課題の内容として、自治体の規模が大きくなるほど、地区活動に関する課題としての回答が6割を超えた項目が多くなっていた。

地区活動に関する内容で割合が高かった回答を、自治体種別で以下に示す。都道府県では「個別事例への継続的なかわりが少なくなった」・「支援を求めてこない困難事例に働きかけていく力が弱くなった」・「個別の健康問題を地域の健康課題につなげる視点が弱くなった」・「地域の関係者と連携し、地域づくりをしていく力が弱くなった」となっていた。政令指定都市では「個別の健康問題を地域の健康課題につなげる視点が弱くなった」・「地域の関係者と連携し、地域づくりをしていく力が弱くなった」・「支援を求めてこない困難事例に働きかけていく力が弱くなった」・「職場で地区活動に関する課題を共有する時間が少なくなった」となっていた。特別区23区では「支援を求めてこない困難事例に働きかけていく力が弱くなった」・「職場で地区活動に関する課題を共有する時間が少なくなった」・「支援を求めてこない困難事例に働きかけていく力が弱くなった」・「地域の関係者と連携し、地域づくりをしていく力が弱くなった」となっていた。中核市では「職場で地区活動に関する課題を共有する時間が少なくなった」・「個別の健康問題を地域の健康課題につなげる視点が弱くなった」・「地域の関係者と連携し、地域づくりをしていく力が弱くなった」となっていた。市町村では「個別事例への継続的なかわりが少なくなった」・「地域の関係者と連携し、地域づくりをしていく力が弱くなった」となっていた。人口規模別ではこの傾向は人口3万人以上5万人未満以上の市町村で強く、人口規模が1万人以上3万人未満

の市町村では半数程度の回答にとどまった。

地区活動の課題の「その他」として記述された自由記載として複数回答があったものは、「地区活動に時間がとれない」・「人員が不足している」・「事務量の増加・複雑化」・「上司に地区活動についての理解が得られていない」・「地域に出ていくことの苦手意識がある」・「個別事例が複雑化し時間をとられる」などであった。

## (2) 地区活動における課題に関する調査結果からの考察

いずれの自治体種別でも地区活動に関する課題があると回答した割合が高く、特に人口規模が大きな自治体においては課題があると回答した割合は9割を超えており、地区活動に関して悩ましい状況が存在することが推察された。自治体種別による地区活動に関する課題のばらつきについては、それぞれの自治体種別がもつ機能や人口規模の違いが影響していたと考えられるが、今回の調査結果ではその関連を明確に示すことはできていない。愛知県豊田市では、2013年度より従来の業務分担制に地区担当制を取り入れた重層型の組織体制へ移行し、地域特性に応じた住民共働による健康づくり事業を推進している。その結果、「地区担当保健師の経年的な活動が地域に浸透し（中略）地区担当保健師が各自の地域保健活動計画を立案し積極的に地域に関わる業務スタイルが定着しつつある」（柴川、2020）という。豊田市は大規模な人口を有する中核市である。必ずしも人口規模の大きさが地区活動の推進を阻むものであるとは言えないことを示す事例である。

地区活動のその他の課題として記載されていた内容では、保健師が行う地区活動への理解が得られていないこと、人員不足や他の業務からの圧迫により地区活動に時間を割けない、地区に出ていくことの苦手意識などが挙げられ

ていた。今後は、各自治体のこれまでの地区活動への取り組みの経過や問題意識の違い、保健師の基礎教育における課題などとの関連もふまえた上で、地区活動に関する課題への取り組みを検討していく必要がある。

## 3. 都道府県の役割遂行（辻）

本庁の役割遂行の自由記載内について分析を行った。本庁の役割遂行状況は、次の通りであった。

### 1) 本庁の役割遂行状況

#### (1) 保健活動の総合調整及び支援を行うこと

本庁所属の統括保健師において、本調査項目は431自治体中、152自治体（35.3%）で第2番目に多い実施できている項目であった。しかし、実施が困難としてあげた自治体は99自治体（23%）であり、困難理由は大きく①業務の多さによる時間不足や余裕のなさ②自身の配置部署や職位の直接的関与権限がない③自部署の業務でない④多岐にわたる部署同士の調整の困難さの4つの項目に分けられた。

「所属担当業務（人材育成、災害対応）においては、役割を果たせるが、他部署の保健活動について課題の把握等不十分」といった記載内容より、自治体の多数の配属場所に配属されている保健師に対して、専門職の危機管理役割（被災地活動）や人材育成に関しては、統括して指示したり調整しても、部署横断的に調整し保健活動支援を実施することは、縦割り行政組織文化や統括事務分掌の明記されていない業務や権限のない業務であることで実施することは難しい状況がうかがえた。また、統括保健師としての配属されている部署の業務量の多さや時間確保の困難さから余裕を失っている姿も感じられた。

本来は、本庁の統括保健師として、自治体全体の保健活動を掌握し総合的調整を求められているが、保健活動に至るまでの、組織の在り

方や自部署の権限といった行政組織のルールで縛られ実施できていない現状が見えた。

(2) 保健師の計画的な人材確保を行い、資質の向上を図ること

本調査項目は実施困難な項目の 2 番目に多い項目であり、431 自治体中、187 自治体 (43.4%) が実施できていない項目であった。それらの理由として、①人事権や要望システムがない②認識はあるが行動が困難③資質向上と人材確保の連動がない④多職種との人材確保を勘案する必要性⑤採用後の辞退⑥過去の採用計画のバランスの悪さによる年齢バランス不良の 6 項目に分けられた。

本内容において、「資質向上のための研修等を行っているが、人事部門との連携及び人事の権限が持っていない」といった各自治体の人材確保と資質向上の業務が別部署で実施されており、連動していない組織体制や、多くの職種で発生している「過去の採用控え、大量退職など計画的な人材確保となっていない」から起こっているアンバランスな年齢バランス不良を是正することが困難なことからスムーズな人材確保に至っていない事が考えられた。また、採用決定後の辞退者の存在や震災後の人材確保の困難さも挙げられていた。

(3) 保健師の保健活動に関する調査及び研究を行うこと

本調査項目は実施困難な項目の 1 番多い項目であり、431 自治体中、207 自治体 (48.0%) が実施できていない項目であった。それらの理由として、①人員不足②業務多忙③異動スパンの短さ④調査研究までに至らない取り組みに留まる⑤意識の低さ⑥研究を行う機会の減少⑦キーパーソン・アドバイザーの不在⑧研究実施への知識や自信の低さ⑨取り組みに関する手続きの手間⑩事務分掌にないの 10 項目に分

けられた。

保健師が実施する調査研究は地域住民の健康課題の解決やより良い健康生活を過ごせるための地域診断方法の一部として実施される事が望ましいと考えるが、本庁に配属されている保健師は日々のこなさなければならない業務に囚われていた。また、自身の調査研究に向ける意識の低さや事務分掌に記載されていないという後ろ向きな姿勢が感じられた。また、実際に調査研究を実施しようとしても、自己の研究能力の自信のなさやそれを補うアドバイザーの存在がないこと、手続きの手間により実施に至っていないことが明らかになった。

(4) 事業計画の策定、事業の企画及び立案、予算の確保、事業の評価等を行うこと

本庁所属の統括保健師において、本調査項目は 431 自治体中、255 自治体 (59.2%) で第 1 番目に多い実施できている項目であった。そのためか、実施困難理由の記載も少なかった。その中で、実施困難理由は大きく 2 つに分けられ①他部署への介入の限界②業務過多の項目であった。

本庁職員として事業の企画や予算確保、評価はノルマ的業務と考えられ、1 番多い実施項目として挙げられたと考える。ただ、縦割り行政組織として、自部署を超えての介入等に限界を感じていた。

(5) 所属部署内の連絡調整を行うとともに、高齢者保健福祉、母子保健福祉、障害者保健福祉、医療保険、学校保健、職域保健、医療分野等の関係部門及び関係機関とのデータ等を含め密接な連携及び調整を行うこと

本庁所属の統括保健師において、本調査項目は 431 自治体中、119 自治体 (27.6%) で第 3 番目に多い実施できている項目であった。しかし、実施が困難としてあげた自治体は 118 自治体 (27.4%) であり、4 番目に実施できていな

い項目でもあった。それらの実施できていない項目は大きく①業務多忙②情報交換の場がない③連携調整のレベルが最低限④個人情報の取り扱いの困難さ⑤データ集約や共有の難しさ⑥連携のメリットの実感を感じられない⑦保守的・縦割りの組織文化⑧自部署の業務でないことや優先順位の違い⑨他部署の情報把握や発言できるシステムの欠如の 9 項目であった。

それらは、⑦保守的・縦割りの組織文化⑧自部署の業務でないことや優先順位の違い⑨他部署の情報把握や発言できるシステムの欠如といった事務分掌に記載がないと優先的に実施しないと、他部署の了解を得るといった行政システムの在り方からの困難さが挙げられた。また、②情報交換の場がない④個人情報の取り扱いの困難さ⑤データ集約や共有の難しさといった具体的実施に向けての場の設定やデータ集約といった手続き上の困難さが挙げられていた。

どの項目においても挙げられている①業務多忙や③連携調整のレベルが最低限の実施はしているが密接な連携や調整までに至っていないこと、更には⑥連携のメリットの実感を感じられないといった後ろ向きな意見も見られた。

(6) 災害時を含む健康危機管理における保健活動の連絡及び調整を行うこと。また、保健師を被災地へ派遣する際の手続きについてあらかじめ定めておくこと

本調査項目を実施できていると回答したのは 431 自治体中、89 自治体 (20.7%) であった。しかし、実施が困難としてあげた自治体は 140 自治体 (32.5%) であった。困難理由の記載は、業務多忙のみであった。通常業務が多忙であり、危機管理に関して日頃からの実施にまで至らない事が感じられた。

(7) 国や都道府県等の保健活動に関する情報を関係機関及び施設に提供すること

本調査項目を実施できていると回答したのは 431 自治体中、78 自治体 (18.1%) であった。実施困難と回答した自治体は 33 自治体 (7.7%) であり、困難理由の記載はなかった。

(8) 国民健康保険団体連合会や看護職能団体等の関係団体との連携及び調整を行うこと

本調査項目の実施が困難としてあげた自治体は 32 自治体 (7.4%) であった。困難理由の記載は、所管課の違いで対応は困難のみであった。

(9) 国や地方公共団体の保健活動の推進のため、積極的な広報活動を行うこと

本調査項目の実施が困難としてあげた自治体は 73 自治体 (16.9%) であった。それらの実施できていない項目は大きく①業務過多による限界②予算がない③具体的取組に至っていない④統括保健師配置に対して理解が深まらない⑤保健師不配置分野との接点が困難の 5 項目に分けられ、他の項目と同様に業務過多、また具体的な広報活動の取り組みができていないこと、また予算確保も実施できていない事が挙げられていた。その背景には、統括保健師配置に対して理解が深まらないことや広報活動の効果がみえず、実施しようとする認識もないことがあると考えられた。

(10) その他、当該地方公共団体の計画策定及び政策の企画及び立案に参画すること

本調査項目の実施が困難としてあげた自治体は 47 自治体 (10.9%) であった。しかし、困難理由についての記載は自部署の業務でないという項目のみであった。所管の自治体に向き計画策定等に参画するのは、所管課の保健所等の役割であり、本庁保健師として参画する

ことは少ないことが考えられた。

## 2) 本庁の役割遂行の今後について

本調査の記述から、本庁の役割遂行で実施が少なかった項目は「国や地方団体の保健活動の推進のため、広報活動を行う」、「保健活動に関する調査及び研究を行う」がともに6.3%と最も少なく、次いで低かったのは、

「その他、当該地方公共団体の計画策定及び政策の企画及び立案に参画すること」

17.1%、「国や都道府県等の保健活動に関する情報を関係機関等に提供する」18.3%となっていた。

本庁保健師として、都道府県の保健活動への推進及び支援は重要な役割であり、合わせて市町村全体の保健師活動への支援も役割である。しかし本調査結果からは、それらの項目は遂行が困難な状況にあった。

地域保健法第3条には、「都道府県は、当該都道府県が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上、調査及び研究等に努めるとともに、市町村に対し、前項の責務が十分に果たされるように、その求めに応じ、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない」とあり、本庁として、県内の保健活動について、これらの業務がスムーズに実施できる様なバックアップ体制を整えることが役割として重要であると考えられた。

また、今回の役割遂行の実施困難な項目の回答結果により以下の事が考えられた。

**保健活動の総合調整及び支援**について本庁の保健師は、自治体全体の保健活動を掌握し総合的調整を求められているものの、組織の在り方や自部署の権限といった行政組織のルールで縛られ実施できないという意見が多くあり、組織的課題が大きいことが考えられた。これらは市町村においても同様の状況がある事が推

測できた。

**保健師の計画的な人材確保**を行い、資質の向上を図ることにおいては、都道府県において、過去の採用状況による年齢バランス不良の是正が困難な状況が多くみられ、これは小規模な市町村には更に過酷な状況にある自治体もあることが推測された。将来を予測した保健師の採用計画について県全体での検討が必要である。

**保健師の保健活動に関する調査及び研究**を行うことに関しては、県の統括保健師が業務の中で、個々に調査研究を実施することは困難と考える。そのため、統括保健師の役割として県や市町単位で地域住民の健康の保持増進のために調査研究ができるための予算確保や体制づくり、人員配置等の検討が必要と考えた。

**災害時を含む健康危機管理における保健活動の連絡及び調整**を行うこと。また、保健師を被災地へ派遣する際の手続きについては、近年豪雨や地震が頻発している日本において健康危機管理体制を整えておくことは重要課題である。

有事の際に対応できるように、県内保健師や関係機関との連携やネットワークづくりが重要と考えた。

今回の調査において、統括保健師は多忙な業務の中、保健師活動指針に記載のある保健師活動を十分に展開することは困難である現状が見えてきた。そのため、まずは保健活動の優先順位を検討し、各自治体で必要な活動は何かを検討すること、また実施するためには、統括保健師のみでなく他保健師や多職種との連携も必要である。

更に根本的な課題としての各自治体のもつ行政ルールや権限といった組織体制に向けての何らかの働きかけがないと活動展開は困難であることが明らかになった。

#### 4. 令和3年度に向けたヒアリング計画(森永)

活動指針発出後5年を経過し取り組み状況を把握する目的で、全国調査「保健師活動指針に基づく保健活動の展開に関する調査」の単純集計結果から、全体状況としては、統括保健師の位置づけと役割、人材育成、地域ベースの活動に係る取り組みに大きな課題があることが推察された。令和2年度に詳細分析を実施し、自治体種別・規模による取り組みの差と統括保健師の配置の影響が明らかになった。また、地域ベースの保健活動や人材育成等に課題があると共に、小規模市町村については、規模が大きい自治体とは異なる結果が明らかになった。

これらの地域ベースの課題や規模別の差異については、それぞれ具体的にヒアリングすることで、捉え方や実態を明確にでき、保健活動推進のためのマニュアル作成においては、有効な要素となると考えた。そこで、人口規模を考慮し、ヒアリング可能と全国調査で回答した自治体へのヒアリングをすることとした。

##### 1) 調査目的

保健師活動推進マニュアル案の策定のために、質問紙調査により明らかになった実態をさらに具体的に把握し、すでに明らかになった課題に対し取り組まれている工夫等、推進策につながる内容を抽出する。また、自治体種別・規模別に保健師活動を展開している実践例を把握し、活動事例集の作成につなげることを目的としている。

##### 2) 調査名

「保健師活動の展開推進及び人材育成」に関する調査

##### 3) 方法

ヒアリング調査案として、以下の4点を想定した。

##### ①調査期間

香川県立保健医療大学倫理審査委員会承認後から令和3年6月30日まで

##### ②調査方法

ヒアリング計画に基づき(別紙1-①)ヒアリングガイド(別紙1-③)を作成し半構造的面接を行う。対面あるいはWebシステムを活用して実施することとした。

##### ③調査対象

令和元年度調査において、ヒアリング可と応えた99自治体のうち、自治体種別及び規模別に10カ所程度を選定する。選定方法は、人口の規模に応じて割り振る。加えて、先行研究等から好事例にあたる自治体を厚生労働省保健指導室の推薦を得て数カ所選定する。人口3万人以下の自治体を優先する。人口3万人以下の自治体は、令和2年度全国調査の結果から、活動指針の取組み状況が人口3万人以上の自治体に比べて有意に低かった。そのため、特に人口3万人以下の自治体における保健師活動の展開推進及び人材育成の実態をヒアリングにて明らかにしていく必要がある。

##### ④調査内容

ヒアリング項目(人材育成、活動内容・方法、人材確保)とヒアリングガイドを作成し、それに基づき行う。

まず、ヒアリング項目として、全国調査から課題と考えられた項目を大項目として設定し、中項目として、具体的な下位項目を研究班で検討した(表1)。

次に、具体的なヒアリングガイド(案)を検討した。検討を重ねる中で、ヒアリング内容が、マニュアルに反映されるべき内容となることを想定し、半構造的質問として、ヒアリング項目を再構成し、表2のようにした。

表1 ヒアリング項目（大項目/中項目）

| 大項目          | 中項目  |
|--------------|--|
| 人材育成         | <p>&lt;人材育成についての方針&gt;<br/>           &lt;効果的な人材育成の方法&gt;<br/>           人材育成指針またはマニュアルの有無（人材育成体系キャリアラダーの活用状況）<br/>           新任期，中堅期，管理期教育の実際（事例）<br/>           OJT の実施の状況，工夫<br/>           ジョブローテーションの実施，工夫<br/>           人事交流の有無，あり方<br/>           保健師学生等の実習受け入れ状況<br/>           活動や現場の研究における大学等との連携の有無(事例)<br/>           &lt;人材育成上の課題&gt;</p>                  |
| 活動内容<br>活動方法 | <p>&lt;地区活動に立脚した活動への取り組み&gt;<br/>           活動体制（地区担当制，業務担当制，重層型）<br/>           活動体制における工夫，スタッフの動き，地区活動への意識について<br/>           地域診断の実施・活用の状況<br/>           自治体としての健康課題の明確化ができているか<br/>           PDCA サイクルの展開について（事例）<br/>           施策化できた事例，政策化できた，あるいは関与できた事例<br/>           既存事業の評価の進め方<br/>           &lt;地区活動で感じている課題(具体的内容)&gt;<br/>           保健師活動指針の活用状況</p> |
| 人材確保         | <p>&lt;人材確保のための方策&gt;<br/>           保健師の採用計画の有無，状況について<br/>           保健師採用にあたってのリクルート活動<br/>           必要保健師数算定のための業務量調査の有無<br/>           育児休暇等長期休暇からの復帰支援策について</p>   |



表2 ヒアリング項目改善案

| 大項目       | 初回案   | 改善案  |
|-----------|---|--|
| 活動内容・活動方法 | <p>&lt;地区活動に立脚した活動への取り組み&gt;<br/>                     活動体制（地区担当制，業務担当制，重層型）<br/>                     活動体制における工夫，スタッフの動き，地区活動への意識について<br/>                     地域診断の実施・活用の状況<br/>                     自治体としての健康課題の明確化ができて<br/>                     いるか<br/>                     PDCA サイクルの展開について（事例）<br/>                     施策化できた事例，政策化できた，あるいは<br/>                     関与できた事例<br/>                     既存事業の評価の進め方<br/>                     &lt;地区活動で感じている課題(具体的内容)&gt;<br/>                     &gt;<br/>                     保健師活動指針の活用状況</p>      | <p>&lt;地区活動に立脚した活動への取り組み&gt;<br/>                     &gt;<br/>                     ・現在とっている活動体制（地区担当，業務担当，重層型）で，自分たちがとらえている<br/>                     メリット・デメリット<br/>                     ・メリットをどのように活かし，デメリットをど<br/>                     のように補完しているか<br/>                     ・地区活動を他者（外部）へ説明する際<br/>                     の，最も力点を入れる取り組みと，その<br/>                     取り組み根拠<br/>                     ・統括（またはリーダー）として，どの<br/>                     ような働きかけをしているか（組織に対<br/>                     して，スタッフに対して）<br/>                     &lt;地区活動で感じている課題(具体的内<br/>                     容)&gt;</p> |
| 人材育成・人材確保 | <p>&lt;人材育成についての方針&gt;<br/>                     &lt;人材育成上の課題&gt;<br/>                     &lt;効果的な人材育成の方法&gt;<br/>                     人材育成指針またはマニュアルの有無<br/>                     （人材育成体系キャリアラダーの活用状<br/>                     況）<br/>                     新任期，中堅期，管理期教育の実際（事<br/>                     例）<br/>                     OJT の実施の状況，工夫<br/>                     ジョブローテーションの実施，工夫<br/>                     人事交流の有無，あり方<br/>                     保健師学生等の実習受け入れ状況<br/>                     活動や現場の研究における大学等との連携<br/>                     の有無(事例)</p> | <p>&lt;人材育成についての方針&gt;<br/>                     いつから(どのタイミングで方針が立<br/>                     てられたか)，何が契機になったか<br/>                     具体的な工夫（トレーナーなど）<br/>                     &lt;人材育成上の問題・課題&gt;<br/>                     ・問題点<br/>                     ・(こうする必要がある，方向性はわ<br/>                     かっているが，何かに阻まれる) 課題<br/>                     &lt;人材確保のための方策&gt;<br/>                     ・保健師採用に向けた必要保健師数算<br/>                     定のための業務量調査について<br/>                     ・適正(数)配置を行うための業務マ<br/>                     ネジメントについて</p>  |
| 人材確保      | <p>&lt;人材確保のための方策&gt;<br/>                     保健師の採用計画の有無，状況について<br/>                     保健師採用にあたってのリクルート活動<br/>                     必要保健師数算定のための業務量調査の<br/>                     有無<br/>                     育児休暇等長期休暇からの復帰支援策に<br/>                     ついて</p>  | <p>人材育成へ統合</p>   |

ヒアリング項目に基づき、以下のヒアリングガイド(案)8項目を作成した。

### 【ヒアリングガイド(案)】

1. 保健師の人材育成について、どのような方針で行っていますか。
2. 人材育成で成果を感じておられることはどんなことでしょうか。中でも最も効果的だと思われる育成方法は何でしょうか。
3. 保健師の人材育成で課題だと感じていることはどのようなことでしょうか。
4. 地区活動に立脚した活動として、どのような取り組みを行っていますか。また、その取り組みにいたるまでのプロセスについて教えてください。(できていない場合、その要因について考え及ぶところを教えてください。)
5. 地区活動を行うにあたっての課題と感じていることはどのようなことですか。またその理由についても教えてください。
6. 地域における他機関との連携や協働して支援しているしくみがあれば教えてください。またそのようなしくみとなったプロセスを教えてください。
7. 保健師人材の確保のための方策について、実施していることを教えてください。(新採用のリクルート、離職防止のための育休等長期休暇からの復帰支援など)
8. 保健所との関係と協働活動について、具体的な取り組みがあれば教えてください。

これらヒアリングガイド(案)を用いて、プレヒアリング(4自治体)を実施。この実施結果から、本ヒアリング項目及びガイドで期待する内容が得られると判断した。さらに詳細にヒアリングしていく内容について、ガイドに追記しながら令和3年度のヒアリングを実施していくこととする。

## 5. まとめ (井伊)

「保健師活動の展開推進・人材確保育成」について、活動指針に関連する分析と保健師が認識している課題等の分析から、以下が取りまとめられた。

○保健師活動の取り組み状況については、自治体種別及び自治体規模による差があり、特に人口規模5万以下の自治体と以上の自治体では取り組み事項に差があった。

活動指針10項目については、自治体規模による差があり、政令市中核市、規模の大きい市は取り組みの事項数が多く、人口規模5万から3万以下の市町村は取り組み事項数が少ない傾向であった。また、活動方法留意点についても、政令市中核市及び規模が大きい市の取り組みは実施事項数が多く、5~3万以下の町村については、実施事項数は少なかった。

○保健師活動方法に関しては、活動指針10項目の実施事項数が多いほど、活動方法留意点の取り組みも多く、活動指針に沿った留意点として有用であることが示唆された。

しかし、地区活動等地域を基盤にした活動については、全体に低調であり、国や都道府県の方針による実施が義務付けられている事業を優先している状況が示唆された。

地区活動等の地域を基盤とした保健師活動に係る取り組みについては、地域包括ケアシステムの構築など、指針④、⑥、⑧の実施が低い状況であったが、自治体種別・規模に差は無かった。また、自治体概要で回答している活動体制の地区担当制の有無により、⑧は活動体制による差は無かったが、④と⑥は地区担当制により取り組みが推進されていることが読み取れた。

○統括保健師の経験年数による取り組み状況の差があり、統括保健師の年齢が50歳以上の

方が取り組み事項数が多い傾向であった。今後、本研究の成果物となる「統括保健師育成のための研修プログラム」が活用されることで、経験に加えて統括保健師の強化が期待される。

○保健師活動推進に関する課題については、保健師の確保や配置と人材育成、及び地区活動について自治体種別規模別に関わらず、強い課題認識があった。人材育成については、新任期中堅期管理期全てにおいて課題があるが、子育てと仕事の両立等も影響は大きく、保健師の配置や確保にも及んでいることが読み取れた。また、地区活動については、保健師活動の方法論としてもそのあり方を改めて検討する必要があると示唆された。

○本庁の役割遂行については、配置部署や職位、業務量等多大な課題があり、役割遂行を困難にしている状況がうかがえた。

○小規模自治体については、統括保健師の配置もなく、保健師数も少なく、人材確保・育成計画も立てにくい状況が反映した結果となっていると考えられる。一方で、保健師活動については、「実践を通じて、地区の特性に合わせた保健活動になっているか検討する」「住民ニーズの変化を反映させながら事業評価を行い、継続の必要性について精査」は取り組まれていることから、小規模自治体に応じた保健師活動のあり方を改めて提起する必要がある。

## 引用文献

- ・公益社団法人日本看護協会（2014）：考えて、創造して、実践できる 保健師活動指針活用ガイド、公益社団法人日本看護協会、東京。
- ・八巻直恵（2020）：行政と件看護協会が協働して取り組む保健師の育成・確保、看護、No10:45-47。

・長谷川喜代美（2020）：保健師の新任期現任教育の課題に関する文献検討、日本赤十字豊田大学紀要、Vol115, No1：35-40。

・鎌田久美子、村中峯子（2019）：「平成30年度保健師の活動基盤に関する基礎調査」の概要、保健師ジャーナル、Vol. 75, No5:370-377。

・表山知里、工藤禎子（2017）：北海道の市町村中堅保健師におけるワーク・ライフ・バランスに関する認識と行動—ワーク・ライフ・バランスへの自己評価高値群の自由記載から—、日本公衆衛生館学会誌、Vol. 6, No1:37-46。

・柴川ゆかり（2020）：豊田市における効率的・効果的な保健活動の展開、公衆衛生 Vol184, No8:534-539。

・志野泰子（2010）：長期的視点に立った計画的な人材確保への道 奈良県の取り組みから、保健師ジャーナル Vol. 66, No9:796-801。

・吉岡京子（2020）：効率的・効果的な保健活動に展開のための人材育成、公衆衛生、Vol18, No8:510-515。

## 健康危機管理情報

特記事項なし

## 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

## 知的財産権の出願・登録状況

なし

