

令和3年度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
保健師活動の展開推進及び統括保健師の役割遂行力開発

「保健師活動の展開推進・人材確保育成」調査研究
最終報告書

研究代表者 井伊 久美子

令和4年(2022)年 3月

目 次

はじめに.....	1
第1部 調査概要	
I. 調査概要	3
1. 令和元年度保健師活動調査.....	3
2. 令和3年度ヒアリング調査.....	3
II. 調査結果	5
1. 保健師活動指針の取り組み状況.....	5
2. 地区活動推進の課題.....	12
3. 地区活動の推進.....	16
4. 本庁の役割遂行の取り組み状況.....	19
第2部 保健師活動推進ガイド	
I. 保健師活動方法について ～保健師活動方法の留意点～	23
II. 地区活動について ～地区活動を行うための基本事項～	26
1. 地区活動推進体制.....	26
2. 統括保健師の役割.....	30
3. 地区活動のノウハウ.....	31
III. 保健師人材育成・確保	36
1. 保健師人材育成の課題.....	36
2. 効果的な保健師人材育成.....	37
3. 保健師確保の課題.....	40
4. 効果的な保健師の確保.....	40
IV. 小規模自治体の保健師活動推進の留意点 ～小規模自治体の強みとして～ ...	43
おわりに.....	46

はじめに

地域保健を担う保健師は、住民の健康課題の解決のため、「地域における保健師の保健活動に関する指針」（以下、「活動指針」とする。）に基づき、保健活動を展開しています。

活動指針は、平成 25 年 4 月に改訂されましたが、社会情勢や住民の生活実態等は年々変化しており、活動指針を踏まえながらもこうした変化に対応した保健活動を推進していくことが求められます。一方で、活動指針も定期的に見直し改訂が必要です。

そこで、本研究では、活動指針を踏まえた保健師活動の実態を把握し、効果的な活動を展開するための推進策を講じることと、今後の活動指針見直しの資料を作成することを目的に進めました。そして、整理した保健活動の推進策は「保健師活動推進ガイド」として示すこととしました。

また、平成 25 年 4 月の活動指針で明記された統括保健師の配置の必要性については、特に市町村の統括保健師の資質向上のためのプログラムが開発されていないため、その開発を試みることにしました。

本研究 2 年目の令和 2 年度から、「保健師活動の展開推進・人材確保育成」と統括保健師の育成のための研修プログラム開発を目的とする「統括保健師の役割遂行力開発」の 2 班の研究活動としました。

本報告書は、「保健師活動の展開推進・人材確保育成」の 3 年間の調査研究の取りまとめとして、「調査概要」と「保健師活動推進ガイド」の 2 部構成としています。

研究初年度である令和元年度は、保健師活動指針に基づく保健活動及び人材確保・育成、統括保健師の配置や役割について各自治体の取り組み状況及び課題を把握することを目的に、活動指針に関する全国的な調査を実施しました。事前に 2 県 18 名の統括保健師にヒアリングを実施し、「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、自記式質問紙を作成し、令和 2 年 1 月 24 日～令和 2 年 3 月 13 日に郵送調査を行いました。調査対象は全国都道府県及び市町村の統括保健師 1,788 名、回答は 818 件で、回収率は 45.7%でした。

2 年目である令和 2 年度に行った詳細分析による調査結果の概要は以下の通りです。

○活動指針に関する取り組みは指針発出後も現在も取り組んでいる割合は高く、取り組み状況は良好と言えました。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ました。

○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、自治体種別・規模に差はありませんでした。しかし、④と⑥については地区担当制により取り組みが推進されていることがうかがえました。

○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ました。

○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、強い課題認識がありました。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りますが、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わかりました。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示唆されました。

○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りました。

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した。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、人口規模 5 万から 3 万以下の市町村については、実施事項数は少ない結果でした。

○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ます。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」は取り組みが多かったことから、小規模自治体に応じた保健師活動のあり方が示される必要が認められました。

○人材育成や小規模町村の支援など都道府県庁の保健師の役割機能が重要ですが、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ました。

○統括保健師については、当然のことながら経験年数による取り組み状況の差がありました。統括保健師の年齢が 50 歳以上の方が取り組み事項数は多い傾向であり、今後、「統括保健師育成のための研修プログラム」等の活用などで、経験に加えて統括保健師の強化が求められます。

最終年度である令和 3 年度は、以上の調査結果に基づき、「地区活動に立脚した活動への取り組み」「地区活動における課題」「人材育成方針及び問題点」「人材確保のための方策」を中心に、北海道から九州の 16 市町村にヒアリングを行いました。そして、ヒアリング結果から推進策として考察できた事項について整理し、「保健師活動推進ガイド」としてまとめました。

第 1 部 調査概要

I. 調査概要

1. 令和元年度保健師活動調査

「地域における保健師の保健活動に関する指針」（以下、活動指針）に基づく保健活動について、活動指針の取り組み状況と自治体種別・人口規模との関連を明らかにすることを目的に、「保健師活動指針に基づく保健活動の展開に関する調査」を実施しました。

調査対象は、全国都道府県及び市町村統括保健師 1,788 名とし、自記式質問紙による郵送調査を令和 2 年 1 月 24 日～3 月 13 日に実施しました。調査項目は、自治体の基本属性、保健師活動指針の取り組み状況等であり、分析は、各調査項目の記述統計を行い、保健師活動指針の取り組み項目について、自治体種別、一般市町村人口規模別（3 万人、5 万人基準）でカイ二乗検定を行いました。また、調査の実施にあたり、香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承認を得ました（承認番号 297）。

2. 令和 3 年度ヒアリング調査

令和元年度保健師活動調査で明らかになった実態から保健師活動の課題に対する取り組み等、自治体種別・人口規模別に保健師活動推進策につながる内容を明らかにすることを目的に、「保健師活動の展開推進及び人材確保育成」に関するヒアリング調査を実施しました。

ヒアリングの対象自治体は、選定条件に基づき 16 自治体（プレヒアリングを実施した 4 自治体を含む）を選定し、自治体の統括的役割を担っている保健師に実施しました。その際、対象自治体の選定条件は、次の 5 つを設定しました。①統括保健師が配置されている、②統括保健師について事務分掌への記載が明記されている、③活動体制が地区担当制を敷いている、④令和元年度保健師活動調査において地域を基盤にした活動に係る取り組み（「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」、「指針 8：地域のケアシステムの構築」）が推進されている、⑤令和元年度保健師活動調査においてヒアリング対応を可と回答している。また、調査対象地区は、北海道地方、東北地方、関東地方、中部地方、近畿地方、中国地方、四国地方、九州地方の 8 区分とし、自治体種別・人口規模や先行研究等から好事例にあたる自治体を勘案して選定しました。

ヒアリングは、令和 3 年 8 月 2 日～10 月 20 日に実施しました。ヒアリングを実施するにあたり、令和元年度保健師活動調査の結果に基づき、ヒアリングガイドを作成しました（表 1）。

分析は、ヒアリングの逐語録をヒアリングガイドに沿って、「地区活動の課題」、「地区活動を行うための工夫」、「地区活動推進体制と統括保健師の役割」、「小規模自治体の強み」、「保健師人材育成の課題」、「効果的な保健師人材育成」、「保健師確保の課題」、「効果的な保健師確保」の項目ごとに各自治体のヒアリング調査結果報告書の内容を分類・整理しました。その上で、各自治体の共通事項や保健師活動を推進する上で重

要な留意点や好事例について検討しました。また、調査の実施にあたり、香川県立保健医療大学倫理審査委員会の承認を得ました（承認番号 339）。

表1 ヒアリングガイド

大項目	小項目
活動内容・活動方法	<p><地区活動に立脚した活動への取り組み></p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在とっている活動体制（地区担当、業務担当、重層型）で、自分たちが捉えているメリット・デメリット ・メリットをどのように活かし、デメリットをどのように補完しているか ・地区活動を他者（外部）へ説明する際の、最も力点を入れる取り組みと、その取り組み根拠 ・統括（またはリーダー）として、どのような働きかけをしているか（組織に対して、スタッフに対して） <p><地区活動で感じている課題(具体的内容)></p>
人材育成・人材確保	<p><人材育成についての方針></p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつから（どのタイミングで方針が立てられたか）、何が契機になったか ・具体的な工夫（トレーナーなど） <p><人材育成上の問題・課題></p> <ul style="list-style-type: none"> ・問題点 ・（こうする必要がある、方向性はわかっているが、何かに阻まれる）課題 <p><人材確保のための方策></p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健師採用に向けた必要保健師数算定のための業務量調査について ・適正（数）配置を行うための業務マネジメントについて

II. 調査結果

1. 保健師活動指針の取り組み状況

令和元年度保健師活動調査から明らかになった主な内容は、次の通りです。

- 保健師活動の推進には、①保健師活動体制の在り方、②地域を基盤にした活動の推進、③一般市町村（特に人口5万人未満の小規模自治体）に応じた活動の推進がポイントになります。
- 保健師活動体制は、主として業務分担制をとっている自治体が半数を占めていました。
- 保健師活動指針10項目の取り組み状況は、「指針4：地区活動に立脚した活動の強化」が最も低い取り組みでした。
- 地域を基盤にした活動の推進は低迷しており、国や都道府県の方針による実施が義務付けられている業務を優先している状況が示唆されました。
- 保健師活動指針4つの「記」と保健師活動指針10項目の取り組み状況は、一般市町村で低調となっており、特に人口5万人未満の小規模自治体において顕著でした。
- 保健師活動指針4つの「記」と保健師活動指針10項目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ました。

1) 令和元年度保健師活動調査の有効回収数・回収率（%）

全自治体への配布数は1,788件、有効回収数は818件、回収率は45.7%でした。全有効回収数818件の内、一般市町村が703件（85.9%）を占めていました（表2）。

一般市町村の人口規模別有効回収率は、ほぼ40.0%以上でしたが、人口1万未満の一般市町村では30%台と低い結果でした（表3）。

自治体数、アンケート有効回収数ともに一般市町村が占める割合が高く、一般市町村における保健師活動の取り組み状況が全体に影響していることが示唆されました。

表2 自治体種別の有効回収数・回収率（%）

自治体種別	自治体数	回収数	回収率（%）
都道府県	47	44	93.6
政令指定都市	20	15	75.0
特別区23区	23	11	47.8
中核市	58	38	65.5
一般市町村	1,640	703	42.9
不明		7	
合計	1,788	818	45.7

表3 一般市町村の人口規模別有効回収数・回収率（％）

人口規模	自治体数	回収数	回収率（％）
20万以上	34	16	47.1
10万以上20万未満	153	67	43.8
5万以上10万未満	252	105	41.7
3万以上5万未満	239	108	45.2
1万以上3万未満	443	206	46.5
5千以上1万未満	248	92	37.1
5千未満	271	85	31.4
不明		24	
合計	1,640	703	42.9

2) 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」（以下、主として業務分担制）353（43.2％）が最も高く、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」（以下、主として地区担当制）165（20.2％）でした。「主として業務分担制」と「全庁業務分担制のみ」を併せると457（55.9％）を占めていました。

自治体種別では、「都道府県」は、「全庁業務分担制のみ」が最も高く、「政令指定都市」と「特別区23区」は、「主として地区担当制」が高くなっていました。「中核市」は、「主として業務分担制」と「主として地区担当制」がほぼ同じ割合でした。

「一般市町村」は、6割近くが「主として業務分担制」でした。一般市町村の人口規模別では、いずれも「主として業務分担制」の割合が高くなっていました。

3) 保健師活動指針4つの「記」の取り組み状況（表4）

保健師活動指針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」であり、取り組み状況は次のような結果でした。

（1）保健師活動指針4つの「記」の取り組み状況

取り組みの「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」415（54.0％）、「記4：人材育成」445（56.8％）でした。反対に、取り組みの「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」436（55.7％）、「記3：分散配置と統括保健師の配置」409（52.2％）でした。

(2) 保健師活動指針 4 つの「記」の取り組み状況と自治体種別及び人口規模別との関連

保健師活動指針 4 つの「記」の全ての項目において、一般市町村で取り組み割合が低くなっていました。

一般市町村の人口規模別（5 万人基準）では、人口 5 万人未満の小規模自治体において保健師活動指針 4 つの「記」の全てで取り組み割合が 50.0%未満と低く、人口 5 万人以上の人口規模が大きい自治体において取り組み割合が高くなっていました。

つまり、保健師活動指針 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ました。

表 4 保健師活動指針 4 つの「記」の取り組み状況

		記 1			記 2			記 3			記 4		
		有	無	値 P	有	無	値 P	有	無	値 P	有	無	値 P
全 体		415 54.0	353 46.0		347 44.3	436 55.7		374 47.8	409 52.2		445 56.8	338 43.2	
自治体種別	都道府県	29 67.4	14 32.6	0.0017	34 77.3	10 22.7	P<0.001	37 84.1	7 15.9	P<0.001	40 93.0	3 7.0	P<0.001
	政令指定都市	10 76.9	3 23.1		12 85.7	2 14.3		10 76.9	3 23.1		13 92.9	1 7.1	
	特別区 2 3 区	4 40.0	6 60.0		5 50.0	5 50.0		5 50.0	5 50.0		7 70.0	3 30.0	
	中核市	29 78.4	8 21.6		24 64.9	13 35.1		28 75.7	9 24.3		30 81.1	7 18.9	
	一般市町村	340 51.4	321 48.6		270 40.1	404 59.9		293 43.4	382 56.6		355 52.6	320 47.4	
（3 万人基準）	3 万人以上	162 57.4	120 42.6	0.0114	136 47.2	152 52.8	0.0012	154 53.1	136 46.9	P<0.001	183 63.3	106 36.7	P<0.001
	3 万人未満	168 47.1	189 52.9		125 34.4	238 65.6		131 36.2	231 63.8		163 44.9	200 55.1	
（5 万人基準）	5 万人以上	109 59.9	73 40.1	0.0109	86 47.3	96 52.7	0.0255	101 54.9	83 45.1	P<0.001	121 65.8	63 34.2	P<0.001
	5 万人未満	221 48.4	236 51.6		175 37.3	294 62.7		184 39.3	284 60.7		225 48.1	243 51.9	

※自治体種別及び人口規模が不明、無回答は除く。実施率 50.0%以上をピンク色で表記する。

p 値について、 $p < 0.05$ を水色、 $p < 0.01$ を黄色で表記する（以下の分析も同様）。

4) 保健師活動指針 10 項目の取組み状況 (表 5)

保健師活動指針 10 項目とは、表 5 の通りであり、取組み状況は次のような結果でした。

表 5 保健師活動指針 10 項目

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

(1) 保健師活動指針 10 項目の現在の取組み状況 (表 6)

「実施できている」割合が「実施できていない」割合に比べて高いのは、「指針 3：予防的介入の重視」551 (69.3%)、「指針 5：地区担当制の推進」446 (56.0%)、「指針 7：部署横断的な保健活動の連携及び協働」490 (61.6%)、「指針 9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施」562 (70.5%) でした。

反対に、「実施できていない」割合が「実施できている」割合に比べて高いのは、「指針 1：地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」448 (56.1%)、「指針 2：個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」407 (51.3%)、「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」451 (57.5%)、「指針 6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」404 (50.9%)、「指針 8：地域のケアシステムの構築」428 (54.0%)、「指針 10：人材育成」449 (56.3%) でした。「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」が最も低い取組み状況となっていました。

(2) 保健師活動指針 10 項目の現在の取組み状況と自治体種別及び人口規模別との関連

「実施できている」割合が「実施できていない」割合に比べて高かった項目の中で、「指針 3：予防的介入の重視」、「指針 7：部署横断的な保健活動の連携及び協働」、「指針 9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施」の取組み状況は、自治体種別では差がありませんでした。

「指針 1：地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」、「指針 2：個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「指針 10：人材育成」において、一般市町村で取組み割合が低く、都道府県で取組み割合が高くなっていました。「指針 4：

地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」、「指針 8：地域のケアシステムの構築」は、自治体種別及び人口規模別では差がなく、低い取り組み状況となっていました。

表 6 保健師活動指針 10 項目の現在の取り組み状況

	指針 1			指針 2			指針 3			指針 4			指針 5			
	て実 施 で き	て実 施 な い き	P 値	て実 施 で き	て実 施 な い き	P 値	て実 施 で き	て実 施 な い き	P 値	て実 施 で き	て実 施 な い き	P 値	て実 施 で き	て実 施 な い き	P 値	
全 体	351 43.9	448 56.1		387 48.7	407 51.3		551 69.3	244 30.7		333 42.5	451 57.5		446 56.0	351 44.0		
自治体種別	都道府県	32 74.4	11 25.6	P<0.001	32 76.2	10 23.8	0.0068	26 63.4	15 36.6	0.1173	20 48.8	21 51.2	0.0779	17 39.5	26 60.5	0.0037
	政令指定都市	12 80.0	3 20.0		8 53.3	7 46.7		11 73.3	4 26.7		10 66.7	5 33.3		13 86.7	2 13.3	
	特別区 2 3 区	4 36.4	7 63.6		6 54.5	5 45.5		5 45.5	6 54.5		3 30.0	7 70.0		9 81.8	2 18.2	
	中核市	18 48.6	19 51.4		19 51.4	18 48.6		31 83.8	6 16.2		21 56.8	16 43.2		25 67.6	12 32.4	
	一般市町村	284 41.2	405 58.8		320 46.7	365 53.3		475 69.1	212 30.9		279 41.2	398 58.8		380 55.3	307 44.7	
	(3万人基準)	3万人以上	122 41.6		171 58.4	0.9866		130 44.8	160 55.2		0.4671	203 69.3		90 30.7	0.9713	
	3万人未満	154 41.4	218 58.6	178 48.0	193 52.0		257 69.5	113 30.5	145 39.7	220 60.3		193 52.2	177 47.8			
(5万人基準)	5万人以上	86 46.0	101 54.0	0.1673	86 46.5	99 53.5	0.9588	132 70.2	56 29.8	0.8425	87 46.5	100 53.5	0.0919	121 64.4	67 35.6	0.0032
	5万人未満	190 39.7	288 60.3		222 46.6	254 53.4		328 69.1	147 30.9		182 39.0	285 61.0		244 51.4	231 48.6	
	指針 6			指針 7			指針 8			指針 9			指針 10			
	実 施 で き て い る	て実 施 な い き	P 値	実 施 で き て い る	て実 施 な い き	P 値	実 施 で き て い る	て実 施 な い き	P 値	実 施 で き て い る	て実 施 な い き	P 値	実 施 で き て い る	て実 施 な い き	P 値	
全 体	390 49.1	404 50.9		490 61.6	305 38.4		365 46.0	428 54.0		562 70.5	235 29.5		348 43.7	449 56.3		
自治体種別	都道府県	15 36.6	26 63.4	0.4934	31 75.6	10 24.4	0.2203	25 59.5	17 40.5	0.3151	34 79.1	9 20.9	0.1063	40 95.2	2 4.8	P<0.001
	政令指定都市	9 60.0	6 40.0		10 66.7	5 33.3		7 46.7	8 53.3		12 80.0	3 20.0		15 100.0	0 0.0	
	特別区 2 3 区	5 45.5	6 54.5		5 45.5	6 54.5		3 27.3	8 72.7		5 45.5	6 54.5		6 54.5	5 45.5	
	中核市	18 48.6	19 51.4		25 67.6	12 32.4		16 44.4	20 55.6		30 81.1	7 18.9		25 67.6	12 32.4	
	一般市町村	340 49.6	346 50.4		415 60.4	272 39.6		312 45.5	373 54.5		480 69.9	207 30.1		263 38.2	425 61.8	
	(3万人基準)	3万人以上	140 47.9		152 52.1	0.5586		178 60.8	115 39.2		0.9801	128 44.0		163 56.0	0.6219	
	3万人未満	187 50.5	183 49.5	224 60.5	146 39.5		171 46.2	199 53.8	238 64.2	133 35.8		121 32.6	250 67.4			
(5万人基準)	5万人以上	92 49.2	95 50.8	0.9821	117 62.2	71 37.8	0.6581	91 48.7	96 51.3	0.3051	150 79.8	38 20.2	0.0011	92 49.2	95 50.8	P<0.001
	5万人未満	235 49.5	240 50.5		285 60.0	190 40.0		208 43.9	266 56.1		317 66.6	159 33.4		164 34.4	313 65.6	

(3) 保健師活動指針 10 項目の現在と発出後 2 年以内の取り組み状況との比較

(表 7)

発出後 2 年以内より、現在の取り組み割合が高くなったのは、「指針 2：個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「指針 3：予防的介入の重視」、「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 5：地区担当制の推進」、「指針 6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」、「指針 7：部署横断的な保健活動の連携及び協働」、「指針 9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施」であり、「指針 3：予防的介入の重視」は有意に高くなっていました。反対に、発出後 2 年以内より、現在の取り組み割合が低くなったのは、「指針 1：地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」、「指針 8：地域のケアシステムの構築」、「指針 10：人材育成」であり、「指針 10：人材育成」は有意に低くなっていました。

保健師活動指針 10 項目の中で、自治体種別に差がなく、発出後 2 年以内より現在の取り組み割合が高くなっていた「指針 3：予防的介入の重視」、「指針 7：部署横断的な保健活動の連携及び協働」、「指針 9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施」について検討しました。「指針 3：予防的介入の重視」は、全国的に多くの自治体で糖尿病重症化予防対策や特定健診・特定保健指導、介護予防事業等に取り組んでいます。「指針 7：部署横断的な保健活動の連携及び協働」は、多くの困難事例の発生等により、処遇検討会や協議会等を設けて保健・医療・福祉が連携及び協働を行っています。「指針 9：各種保健医療福祉計画の策定及び実施」は、平成元年から健康増進計画、介護保険事業計画、母子保健計画等、多くの保健医療福祉計画に保健師が関与して策定を行っています。さらに、3～5 年ごとに定期的に計画の見直しを行うため、常に保健師が計画に関与しています。つまり、国や都道府県の政策・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業務を優先していることが考えられます。

一方、自治体種別・人口規模別に差がなく取り組みが低調だった「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 6：地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」、「指針 8：地域のケアシステムの構築」は全て地域を基盤にした活動であり、「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」が全体の中で最も取り組みが低くなっていました。つまり、地区活動は推進されにくく、地域を基盤にした活動が取り組みにくいことが明らかになりました。

表7 保健師活動指針10項目の現在と発出後2年以内の取り組み状況との比較

		指針1		指針2		指針3		指針4		指針5		指針6		指針7		指針8		指針9		指針10		
		実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	実施率	P値	
全体	発出後2年	50.5	0.0112	45.1	0.1675	56.5	P<0.001	36.6	0.0209	50.2	0.0254	42.7	0.0127	58.8	0.2756	47.1	0.6642	64.9	0.0175	54.6	P<0.001	
	現在	43.9		48.7		69.3		42.5		55.9		49.1		61.6		45.9		70.6		43.8		
自治体種別	都道府県	発出後2年	0.6849	68.2	0.1855	60.5	0.3118	31.7	0.1766	37.2	1.0000	41.9	0.7861	62.8	0.3010	51.2	0.5775	64.3	0.2031	83.7	0.1698	
		現在		74.4		76.2		63.4		48.8		39.5		36.6		75.6		59.5		79.1		95.2
	政令指定都市	発出後2年	0.9165	71.4	0.8250	64.3	0.9165	71.4	0.9008	57.1	0.1732	53.8	0.9564	64.3	0.7979	57.1	0.8475	57.1	0.3535	78.6	0.1994	
		現在		80.0		53.3		73.3		66.7		86.7		60.0		66.7		46.7		80.0		100.0
	特別区23区	発出後2年	0.8772	30.0	0.1200	11.1	0.8188	30.0	0.6256	54.5	0.3599	54.5	1.0000	66.7	0.6193	27.3	0.6321	36.4	1.0000	54.5	0.6685	
		現在		36.4		54.5		45.5		30.0		81.8		45.5		27.3		27.3		45.5		
	中核市	発出後2年	0.1575	67.6	0.3972	63.9	0.2144	59.5	1.0000	64.9	1.0000	50.0	0.9055	75.7	0.6061	47.2	1.0000	78.4	1.0000	78.4	0.4323	
		現在		48.6		51.4		83.8		56.8		67.6		48.6		67.6		44.4		81.1		67.6
	一般市町村	発出後2年	0.0108	48.3	0.2116	43.2	P<0.001	56.0	0.0253	35.1	0.0573	50.0	0.0056	41.9	0.2678	47.1	0.6029	65.1	0.0676	50.9	P<0.001	
		現在		41.2		46.7		69.1		41.2		55.3		49.6		60.4		45.5		69.9		38.2
	一般市町村人口規模別	3万人以上	発出後2年	0.0049	53.7	0.8248	46.1	0.0170	59.4	0.4183	39.2	0.4004	54.9	0.9880	47.5	0.0656	68.4	0.1490	50.4	0.1130	72.1	P<0.001
			現在		41.6		44.8		69.3		42.9		58.7		47.9		60.8		44.0		78.2	
3万人未満		発出後2年	0.4403	44.5	0.0950	41.5	P<0.001	54.3	0.0435	32.2	0.1455	46.5	P<0.001	38.1	0.0027	49.2	0.8088	45.0	0.2877	60.1	0.0176	
		現在		41.4		48.0		69.5		39.7		52.2		50.5		60.5		46.2		64.2		32.6
5万人以上		発出後2年	0.2325	52.7	0.5708	50.0	0.2695	64.3	0.5604	42.9	0.1883	57.1	0.8697	47.8	0.1787	69.4	0.3950	53.7	0.1291	72.5	0.0024	
		現在		46.0		46.5		70.2		46.5		64.4		49.2		62.2		48.7		79.8		49.2
5万人未満		発出後2年	0.0307	47.0	0.0955	41.0	P<0.001	53.5	0.0414	32.3	0.2634	47.5	0.0050	40.1	0.0411	53.2	0.7865	45.0	0.2297	62.6	P<0.001	
		現在		39.7		46.6		69.1		39.0		51.4		49.5		60.0		43.9		66.6		34.4

2. 地区活動推進の課題

保健師活動体制と保健師活動指針 10 項目の中でも最も取り組み状況が低調だった「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」に注目しました。調査結果から、地域を基盤にした地区活動を推進するための課題が明らかになりました。

- 保健師活動体制が、同じ地区担当制と業務分担制の「重層型」であっても、「主として地区担当制」の方が「主として業務分担制」よりも保健師活動指針 10 項目が推進されやすい体制でした。
- 保健師活動指針 10 項目の中でも特に、「主として地区担当制」では、地域を基盤にした活動の取り組みが良好であり、地区活動が推進されやすい体制であることが明らかになりました。
- 地区活動が推進されにくい要因には、「主として業務分担制」の保健師活動体制に課題があると示唆されました。
- 地区活動を推進するためには、保健事業やそれに伴う事務等の業務中心から、改めて「地区活動」という意識を持つ必要があります。そのためには、保健師活動体制に関わらず、「地区活動」の推進（保健師が地区活動を実践できる組織としての活動体制の整備や保健師個々の意識の変化等）が必要と考えられました。

1) 地区活動に立脚した活動の強化と地区担当制の推進

保健師活動指針 10 項目の中で最も取り組み状況が低調だった「指針 4：地区活動に立脚した活動の強化」を推進するためには、地区担当制が推進されています。平成 25 年に発出された健康局長通知「地域における保健師の保健活動について」(2013 年 [平成 25 年] 4 月 19 日付け健発 0419 第 1 号) (以下、厚生労働省健康局長通知) では、下記のようにそれぞれ示されています。

指針 4：地区活動に立脚した活動の強化

保健師は、住民が健康で質の高い生活を送ることを支援するために、訪問指導、健康相談、健康教育及び地区組織活動等を通じて積極的に地域に出向き、地区活動により、住民の生活の実態や健康問題の背景にある要因を把握すること。また、地区活動を通じてソーシャル・キャピタルの醸成を図り、それらを活用して住民と協働し、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進すること。

指針 5 : 地区担当制の推進

保健師は、分野横断的に担当地区を決めて保健活動を行う地区担当制等の体制の下、住民、世帯及び地域全体の健康課題を把握し、世帯や地域の健康課題に横断的・包括的に関わり、地域の実情に応じた必要な支援をコーディネートするなど、担当する地区に責任をもった保健活動を推進すること。

2) 保健師活動体制と保健師活動指針 10 項目との関連

令和元年度保健師活動調査の結果より、「指針 5 : 地区担当制の推進」は、都道府県以外の自治体において 50.0%以上が取り組み、全自治体において発出後 2 年以内より現在の取り組み割合が高くなっていました (表 7)。これは、平成 25 年に厚生労働省健康局長通知が発出されたことが影響し、多くの自治体で「地区担当制」が導入されたことが考えられます。しかしながら、保健師活動体制は「主として業務分担制」が全自治体で最も多くなっていました。

つまり、厚生労働省健康局長通知が発出されたことで「地区担当制」は推進されましたが、その活動体制は「地区担当制のみ」ではなく、地区担当制に業務分担制を導入する「重層型」が多いことが明らかになりました。

次に、保健師活動体制別における保健師活動指針 10 項目の現在の取り組み状況 (表 8) を見てみると、「主として地区担当制」では、「指針 8 : 地域のケアシステムの構築」を除く全ての項目で「実施できている」割合が 50.0%以上でした。また、活動体制の中で「主として地区担当制」のみにおいて、「指針 1 : 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」、「指針 2 : 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「指針 4 : 地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 6 : 地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」、「指針 10 : 人材育成」の項目で「実施できている」割合が 50.0%以上であり、最も取り組み割合が高くなっていました。さらに、「主として地区担当制」と「主として業務分担制」の取り組み状況を比較すると、「主として地区担当制」の方が保健師活動指針 10 項目の全てにおいて取り組み割合が高くなっていました。有意差を見てみると、「指針 1 : 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」、「指針 2 : 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「指針 4 : 地区活動に立脚した活動の強化」、「指針 5 : 地区担当制の推進」において、「主として地区担当制」で取り組み割合が有意に高くなっていました。

したがって、同じ地区担当制と業務分担制の「重層型」であっても、「主として地区担当制」の方が「主として業務分担制」よりも保健師活動指針 10 項目が推進されやすい体制であると考えられます。「主として地区担当制」の活動体制では、保健師活動指針 10 項目の中でも特に、地域を基盤にした活動である「指針 1 : 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」、「指針 2 : 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」、「指針 4 : 地区活動に立脚した活動の強化」の取り組み割合が有意に高く、

地区活動が推進しやすいことが明らかになりました。一方、同じ「重層型」であっても、「主として業務分担制」の活動体制では、国や都道府県の方針による実施が義務付けられている各種保健事業の実施とそれに伴う事務で業務過多に陥り、業務中心になっていることが考えられます。業務中心では、令和3年度ヒアリング調査の結果から明らかになっている地域に出向く時間の減少、単に保健事業をこなしている、保健師の地区活動に対する意識の希薄化がより一層深刻化することが推測できます。

以上のことから、保健事業やそれに伴う事務等の業務中心から、改めて「地区活動」という意識を持つとともに、保健師活動体制に関わらず、保健師が地区活動を実践できる組織としての活動体制の整備や保健師個々の意識の変化が必要です。

表8 保健師活動体制別における保健師活動指針10項目の現在の取り組み状況

		①地域診断に基づくP D C A サイクルの実施			②個別課題から地域課題への視点及び活動の展開			③予防的介入の重視			④地区活動に立脚した活動の強化			⑤地区担当制の推進		
		できている	できていない	P 値	できている	できていない	P 値	できている	できていない	P 値	できている	できていない	P 値	できている	できていない	P 値
全体		330 43.9	422 56.1		366 49.0	381 51.0		516 69.0	232 31.0		310 41.9	430 58.1		413 55.1	337 44.9	
活動体制	全庁地区担当制のみ	1 50.0	1 50.0	0.0110	1 50.0	1 50.0	0.0034	1 50.0	1 50.0	0.4362	1 50.0	1 50.0	P<0.001	2 100.0	- -	P<0.001
	全庁業務分担制のみ	37 35.9	66 64.1		41 40.2	61 59.8		67 67.7	32 32.3		24 24.2	75 75.8		8 7.8	94 92.2	
	地区担当制と業務分担制の併用で主として地区担当制	91 55.8	72 44.2		102 63.0	60 37.0		123 75.5	40 24.5		96 60.0	64 40.0		140 85.9	23 14.1	
	地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制	144 41.6	202 58.4		156 45.3	188 54.7		235 67.9	111 32.1		126 36.6	218 63.4		176 50.9	170 49.1	
	保健衛生部門のみ主として地区担当制を導入している	51 43.6	66 56.4		56 48.3	60 51.7		77 65.8	40 34.2		57 49.6	58 50.4		83 71.6	33 28.4	
	小規模のため分担制をとっていない	6 28.6	15 71.4		10 47.6	11 52.4		13 61.9	8 38.1		6 30.0	14 70.0		4 19.0	17 81.0	
	全体		366 49.0		381 51.0			463 61.9	285 38.1			343 45.9		405 54.1		
活動体制	全庁地区担当制のみ	- -	2 100.0	0.2234	- -	2 100.0	0.2727	- -	2 100.0	0.6362	- -	2 100.0	P<0.001	1 50.0	1 50.0	0.0112
	全庁業務分担制のみ	48 47.5	53 52.5		68 67.3	33 32.7		50 49.0	52 51.0		60 58.3	43 41.7		42 41.6	59 58.4	
	地区担当制と業務分担制の併用で主として地区担当制	92 56.8	70 43.2		105 64.4	58 35.6		77 47.5	85 52.5		123 75.5	40 24.5		86 52.8	77 47.2	
	地区担当制と業務分担制の併用で主として業務分担制	163 47.2	182 52.8		206 59.9	138 40.1		159 46.1	186 53.9		242 69.9	104 30.1		140 40.3	207 59.7	
	保健衛生部門のみ主として地区担当制を導入している	54 46.6	62 53.4		73 62.4	44 37.6		49 42.2	67 57.8		94 80.3	23 19.7		53 45.7	63 54.3	
	小規模のため分担制をとっていない	9 42.9	12 57.1		11 52.4	10 47.6		8 38.1	13 61.9		9 45.0	11 55.0		3 14.3	18 85.7	

※活動体制がその他及び不明、無回答は除く。

3. 地区活動の推進

地区活動推進の課題を踏まえた上で地区活動を推進していくポイントには、令和3年度ヒアリング調査の結果より以下の4点が抽出されました（表9）。

- 地域に意識を向ける
- 積極的に地域に出向く
- 地域の情報にアンテナを張る
- 地域とつながる

ヒアリング調査を実施した自治体の保健師活動体制は、「主として地区担当制」（「保健衛生部門のみ主として地区担当制」を含む）が11自治体、「主として業務分担制」（「業務分担制のみ」を含む）が5自治体でした。つまり、保健師活動体制が「主として業務分担制」であっても、＜地域に意識を向ける＞、＜積極的に地域に出向く＞、＜地域の情報にアンテナを張る＞、＜地域とつながる＞ことを重要視することで、地区活動の推進につながると考えられます。また、令和3年度ヒアリング調査の結果から抽出された地区活動を推進するポイントは、厚生労働省健康局長通知で示されている「指針4：地区活動に立脚した活動の強化」、「指針5：地区担当制の推進」の内容を具体化するポイントでもあるといえます。

それぞれのポイントについて、カテゴリー〈 〉、サブカテゴリー《 》、コード【 】を用いて、指針の内容と共に説明します。

1) 地域に意識を向ける

「指針5：保健師は、世帯や地域の健康課題に横断的・包括的に関わる。担当する地区に責任をもつ。」

地域に横断的・包括的に関わるためには、【担当業務外でも地区の事業は全て請合う】、【全ライフステージ、健康レベルの健康課題に対応】することが必要です。また、【地域の困りごとはプライマリにどんな相談でも対応】し、地区担当保健師として、担当する《地域に責任を持つ環境に身を置く》ことが重要です。

また、職場では【日頃から地域について話ができる環境づくり】に努め、【地域について保健師で話し合う日々の積み重ね】を大事にし、《保健師仲間と地域について語り合い共有》することが必要です。業務過多に陥り、保健師同士で語り合う機会が減少している中、家庭訪問や保健事業の実施後はケースや地域について日常的に話す習慣をつくとともに、先輩から新人保健師へ地区活動を伝承する機会をつくっていくことも必要と考えます。

保健事業やそれに伴う事務等の業務中心から、改めて「地区活動」という意識を持つためには、保健師自らが《地域に責任を持つ環境に身を置く》、《保健師仲間と地域について語り合い共有》することで、＜地域に意識を向ける＞ことが、まずは必要です。

2) 積極的に地域に出向く

「指針 4：保健師は、訪問指導、健康相談、健康教育及び地区組織活動等を通じて積極的に地域に出向く。」

保健師の業務過多や地区活動に対する意識の希薄化、住民の地区組織活動の希薄化等に伴い、地域に出向くこと自体が減少しています。そのため、保健師は<積極的に地域に出向く>ために、【担当地区の会議や保健事業には積極的に参加】、【依頼して担当地区で健康教育ができる機会を開拓】して<何度も地域に足を運ぶ機会を工面>することが必要です。

また、保健師個々の努力だけではなく、【職員一丸で地域に出ていく体制を整備】、【課長方針で地区組織の定例会には必ず参加】、【担当業務を見直して地域に出向く時間を確保】して<地域に出向く体制を組織的に整備>することも必要です。

3) 地域の情報にアンテナを張る

「指針 4：保健師は、地域に出向き、住民の生活の実態や健康問題の背景にある要因を把握する。」

地域に出向く機会が減少していても地域を知ることができるように、常に<地域の情報にアンテナを張る>ことが重要です。

具体的には、【保健医療福祉計画推進の場で住民のニーズを把握】、【保健医療福祉計画の実態調査から住民のニーズを把握】して、国や県からの<実施義務業務は地域を知る機会として活用>していくことが必要です。また、KDB や介護保険データベース等、【既存の地域診断ツールで地域に関する情報を収集】、【国保担当事務職から地域の健康・医療の情報を収集】することで<地域診断ツールを活用して地域を把握>していくことが必要です。

地域に出向き、実際に住民の生活実態や健康状態を見聞きすることは重要ですが、業務で実施している保健事業等から得たデータや情報を、担当地区の健康管理や保健事業等と関連づけて考えていくことが今後ますます重要となります。

4) 地域とつながる

「指針 4：地区活動を通じてソーシャル・キャピタルの醸成を図り、それらを活用して住民と協働し、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進する。」

地域診断は、保健師だけが地域を知る、実施したら終わりではありません。【地域診断結果を住民に発表する場を定例化】、【地域の健康づくりについて住民と話し合う場を定例化】することで<地域診断から住民と話し合う動きを定着化>させることが必要です。

また、【地区での保健事業の開催は必ず住民とタイアップ】、【業務担当でも地域組織と協働して活動】し、<住民との協働の姿勢を崩さない>ことが大切です。さらに、【気になる住民を地区組織に見守り依頼する活動を定着化】、【住民からの気にな

るケースには真摯に対応】して《頼り頼られる住民との関係を維持》することで、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進していきます。

そして、【個別支援を通して地域関係者とのネットワークを拡大強化】、【地域関係者を巻き込んだ切れ目ない個別支援を継続】して《個別支援で終わらせない地域関係者との連携ネットワーク化》を図ることがソーシャル・キャピタルの醸成にもつながります。そのためには、地域住民や関係者とつながり、一緒に活動することで＜地域とつながる＞ことが必要です。

表9 地区活動を推進するポイント

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域に意識を向ける	地域に責任を持つ環境に身を置く	担当業務外でも地区の事業は全て請合う 全ライフステージ、健康レベルの健康課題に対応 地域の困りごとはプライマリにどんな相談でも対応
	保健師仲間と地域について語り合い共有	日頃から地域について話ができる環境づくり 地域について保健師で話し合う日々の積み重ね
積極的に地域に向く	何度も地域に足を運ぶ機会を工面	担当地区の会議や保健事業には積極的に参加 依頼して担当地区で健康教育ができる機会を開拓
	地域に向く体制を組織的に整備	職員一丸で地域に出ていく体制を整備 課長方針で地区組織の定例会には必ず参加 担当業務を見直して地域に向く時間を確保
地域の情報にアンテナを張る	実施義務業務は地域を知る機会として活用	保健医療福祉計画推進の場で住民のニーズを把握 保健医療福祉計画の実態調査から住民のニーズを把握
	地域診断ツールを活用して地域を把握	既存の地域診断ツールで地域に関する情報を収集 国保担当事務職から地域の健康・医療の情報を収集
地域とつながる	地域診断から住民と話し合う動きを定着化	地域診断結果を住民に発表する場を定例化 地域の健康づくりについて住民と話し合う場を定例化
	住民との協働の姿勢を崩さない	地区での保健事業の開催は必ず住民とタイアップ 業務担当でも地域組織と協働して活動
	頼り頼られる住民との関係を維持	気になる住民を地区組織に見守り依頼する活動を定着化 住民からの気になるケースには真摯に対応
	個別支援で終わらせない地域関係者との連携ネットワーク化	個別支援を通して地域関係者とのネットワークを拡大強化 地域関係者を巻き込んだ切れ目ない個別支援を継続

4. 本庁の役割遂行の取り組み状況

今回の調査で下記の10項目の本庁保健師の役割の実施状況が明らかになりました。

- ① 保健活動の総合調整及び支援を行うこと
- 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
- ③ 保健師の保健活動に関する調査及び研究を行う
- 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
- ⑤ 部署内の連絡調整とともに、関係部門との密接な連携、調整を行う
- 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
- ⑦ 国や都道府県など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
- ⑧ 国民健康保険団体連合会や看護機能団体等の関係団体との連携及び調整を行うこと
- 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
- 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

1) 実施できている項目

本庁保健師の役割遂行で実施できている項目は全数においては、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」59.2%、次いで①「保健活動の総合調整及び支援を行うこと」35.3%、⑤「部署内の連絡調整とともに、関係部門との密接な連携、調整を行う」27.6%と続いていました。

また都道府県では、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」(75.0%)、⑧「国民健康保険団体連合会や看護機能団体等の関係団体との連携及び調整を行うこと」(61.4%)、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」(50.0%)で半数以上の回答がありました。

市区町村においては、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」62.0%、①「保健活動の総合調整及び支援を行うこと」38.2%、⑤「部署内の連絡調整とともに、関係部門との密接な連携、調整を行う」30.0%となっていました。

この様に統括保健師の所属場所により実施できている項目に違いが表れました。

2) 実施が少ない項目

反対に全数において、本庁の役割遂行で実施が少なかった項目は⑨「国や地方団体の保健活動の推進のため、広報活動を行う」、③「保健師の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、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」17.1%、⑦

「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%となっていました。

また都道府県の役割遂行で実施が少なかった項目を見ると、⑦「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」4.5%が最も低く、⑤「部署内の連絡調整とともに、関係部門との密接な連携、調整を行う」6.8%、①「保健活動の総合調整及び支援を行うこと」9.1%、③「保健師の保健活動に関する調査及び研究を行う」9.1%、と続いていました。

市区町村においては、③「保健師の保健活動に関する調査及び研究を行う」5.9%、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」6.5%となっていました。

3) 実施困難理由

本庁保健師の実施困難理由の回答で、最も多い困難項目は調査研究であり、2番目に多い困難項目は連携調整でした。

回答から10項目の実施困難理由についてまとめました。

① 保健活動の総合調整及び支援を行うこと

実施困難理由として組織の在り方や自部署の権限といった各自治体の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ました。そのため、各市区町村だけでなく必要に応じては県単位での働きかけが必要と考えます。

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

人材確保については、人事権がない事や過去の採用状況による年齢バランス不良が起こり、その是正が困難な状況、また採用決定後の辞退者の存在等の意見がありました。それらをふまえ今後、将来を予測した保健師の採用計画について県全体での人材確保の検討が必要と考えました。

③ 保健師の保健活動に関する調査及び研究を行う

市区町村単独での調査及び研究推進は、保健師自身の意識の低さ、また人材的、予算的にも困難である状況が推測されました。そのため県単位や市区町村広域や市区町村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、保健師の研修等の連動が必要と考えました。

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

本内容においても他部署への介入の限界が理由としてあげられており、組織的課題が大きく、上記に記載した様に行政全体への働きかけが必要です。

⑤ 部署内の連絡調整とともに、関係部門との密接な連携、調整を行う

本項目は、27.6%の自治体が実施できている項目と回答がありましたが、27.4%が実施ができていないとあがってきた項目です。困難理由として業務多忙以外に情報交換の場がないことや連携の困難さや縦割りの組織文化等があり、他部署との情報交換やシステムづくりの必要性が感じられました。

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

災害対応について実施できていると回答があったのは20.7%の自治体であり、実施困難と回答した自治体は32.5%でした。近年の災害多発の状況を踏まえ、有事に保健師の被災地へ派遣する等の手続きについてあらかじめ定めておくことが重要です。また、県内保健師や関係機関との連携やネットワークづくりはもちろん重要です。

⑦ 国や都道府県など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

保健活動の情報提供について実施している自治体は18.1%でしたが、困難理由の記載はありませんでした。しかし、日頃より自治体同士や都道府県や国の動向を把握しておくことは重要と考えます。

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

関係団体との連携で、実施困難と回答した自治体は7.4%で理由記載も組織的課題のみでした。比較的、これらの団体とは事業や業務で連携することが多いと考えられます。

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

広報活動についての実施困難理由は業務過多以外に、予算や統括保健師配置の理解不足、取り組みに至っていない状況があげられていました。これらから、広報活動への理解不足や効果検証もできていない事、実施への認識も不足していることが考えられます。

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

本調査項目においても困難理由は自部署の業務でないという項目のみでした。ここにおいても縦割り業務の状況が見えます。

4) まとめ

今回の調査において、本庁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が困難な現状が見えてきました。また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働きかけがないと活動展開は困難であることも明らかになりました。

その様な中、全国の都道府県及び市区町村では、自治体保健師の確保や育成並びに保健活動について、自治体独自で計画的に実施している、あるいは規模や人数によっては、都道府県や近隣自治体で対応している場合もあるでしょう。

その場合、各自治体内で保健活動の重要性、保健師の役割の理解をしてもらう。また、多職種との連携推進や保健活動の優先順位を検討し、真に必要な活動は何かを検討することも必要です。

そして、それらの活動を十分に発揮し展開するためには、各市区町村の継続した努力も必要ですが、県全体を俯瞰し活動を実施できる都道府県の役割は重要です。都道府県においては、県下の市区町村において活動指針で実施できている内容や困難内容を把握し、各市区町村の特性を生かした体制づくりや支援体制を構築していくことが重要な役割と考えます。これらのことから、都道府県の役割を下記の様に整理しました。

都道府県の役割

- ① 統括保健師のポジションや立場の明確化
- ② 都道府県や市町村格差を捉え活動支援を実施
- ③ 都道府県内の市区町村の連携・協力体制の整備
- ④ 県内全域の保健師の育成及び人材確保の在り方の検討
- ⑤ 保健活動における調査研究推進のための体制づくり

第2部 保健師活動推進ガイド

I. 保健師活動方法について ～保健師活動方法の留意点～

◇保健師活動方法について

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 11 項目、保健事業の進め方として 16 項目を重複等の再整理をし、本調査の質問項目としました。

【保健師活動方法に関する分析結果より】

1. 保健師活動全体の取り組みとして

11 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、高い実施割合でした。

特に、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」等の実施が高い状況でした。

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ました。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ました。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い等、小規模自治体に特化した結果も見受けられました。

しかし、全体としては、保健師活動の方法として高い取り組み状況が見られ、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 11 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ました。

したがって、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ことから、保健師活動の中でも保健事業の推進に資する留意点として、活用することが有用であると考えました。

そこで、推進項目として精練したものを以下に示します。

◎保健師活動全体の取り組みを向上するための留意点

1. 地域の健康課題の把握について

- ① 地区活動を通じて、潜在する課題の掘り起こしに努める
- ② 家庭訪問等の各活動を通じて、個別課題から集団の健康課題の把握につなげる
- ③ 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
- ④ 健康課題を意識して、様々なデータを比較し分析する
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 大学や専門機関など外部の専門家の助言を受ける

2. 地域診断に基づく保健活動の方向性や評価結果を保健師間で共有している

3. 社会的孤立による孤独死や虐待等、重大な事態となる可能性を検討している

4. 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

5. 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

◎保健事業の進め方留意点

1. 取り組むべき健康課題の優先順位の決定について

- ① 保健事業を取り巻く現状や施策の流れ、自治体の総合計画との整合性を図る
- ② 年度ごとに保健事業の成果と課題を確認する
- ③ 民間や住民等の地域資源の有効活用も踏まえながらスクラップアンドビルドを検討する

2. 事業化の推進について

- ① 保健施策の上位計画への位置づけ等を検討する
- ② 企画・財政・人事担当等へ根拠に基づいて保健事業の必要性を説明し、理解を得る
- ③ 他の地域等との比較をするなど、住民・関係機関の理解を得る工夫をする
- ④ 国、県、先進市町村等から補助金等の情報を得て、予算確保につなげる
- ⑤ 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
- ⑥ 効果的な事業展開や資源の有効活用のため、外部委託を視野に入れる

3. 効果的な事業実施に向けて

- ① 住民や関係機関とともに事業を計画する
- ② 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

- ③ 実践を通じて、関係機関と意見交換をし、新たな組織やキーパーソンを入れて事業を推進する
- ④ 関係機関・関係者へ成果をフィードバックし、更なる連携を図る

4. 評価と展開の検討について

- ① 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する
- ② 評価結果に基づき、関連事業や他分野への適用拡大を検討する
- ③ 評価をもとに不足している地域資源の開発について検討する

II. 地区活動について ～地区活動を行うための基本事項～

1. 地区活動推進体制

① 地区活動の捉え方を再確認し、地区マネジメントを変える

地区活動を一層推進していくためには、まず「地区活動」を各保健師がどのように捉えているのか、再確認が必要でしょう。お互いに、「地区活動とは？」を言い合ってみてください。これを“語りあえる”保健師がどのくらいいるでしょうか。

地区活動として、家庭訪問、地域組織活動あるいは組織育成、健康教育、ケア会議…といったことが挙げられる方も多いかと思います。しかし、これは「地区活動」の一部であり、手段でもあるということを再認識する必要があります。そして、「地区活動」もまた、目指すところに向かう「手段」であることを再確認しておきましょう。

では、「地区活動とは」どのように説明できるでしょうか。

【地区活動とは】

地域の健康格差を縮小させながら、健康水準の向上をもたらすために、一人一人の健康問題を地域社会の健康問題と切り離さずに捉え、個人や環境、地域全体に働きかけ、個別はもちろん**地域の動きを創り出す活動**

(平成20年度地域保健総合推進事業 地区活動のあり方とその推進体制に関する報告書)

つまり、先の家庭訪問、地域組織活動などの部分をつなぎ合わせ、その**地域をどのようにマネジメントすれば**、地域の動きを創りだし、健康水準の向上が成せるのかを私たちは考えるのです。地域全体を俯瞰してみた中で、このマネジメントを行うとき、どのような“要素”があればマネジメントがうまく行くのか、ということを見据えて地域に出向きます。

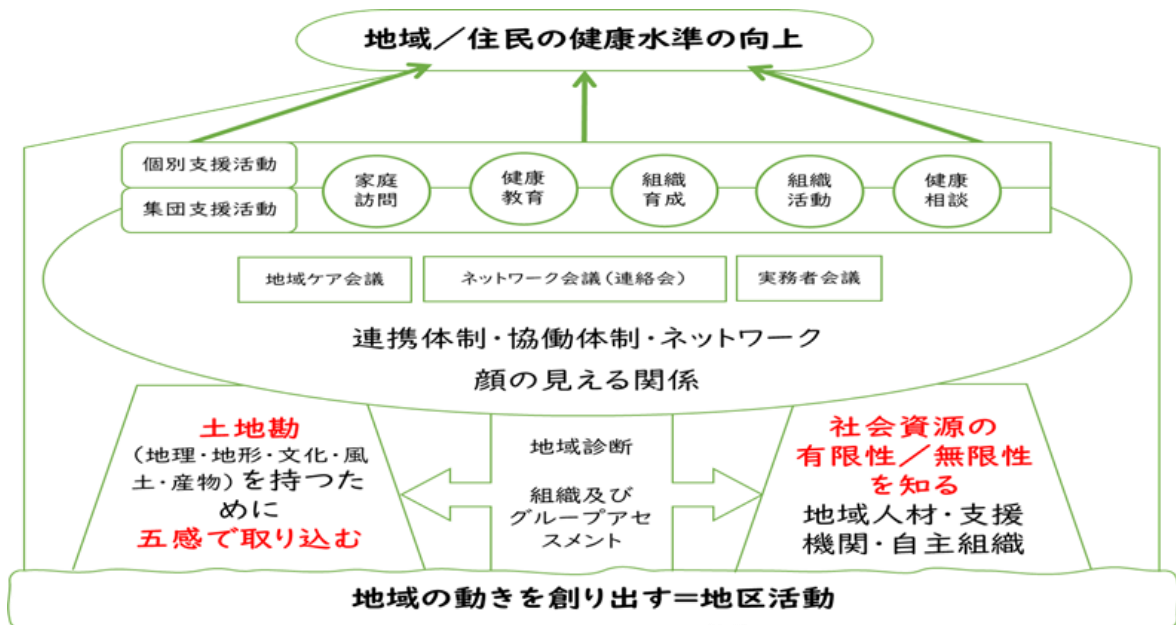
この“要素”とは、必要となる情報、人脈（ネットワーク）、もっと社会資源を知ることだったりします。もう少し具体的に言いますと“要素”は、その地域の土地勘、社会資源、人的資源と人脈であり、それらから見出す「強み」と「弱み」なのです。

例えば、地域にどんな幼稚園・保育園があり、医療機関があり、相談機関があり、支援機関があるのか。それらの「強み」「弱み」は何なのか。顔の見える園長や民生委員、相談員は、どんな考えで、どういう連携がとれるのか。このことを把握するには、地区活動で、その都度出会い、見て聞いて、共有するしかないのです。

地区活動に立脚した保健活動を展開するには、地域の動きを創り出せる要素をより多く持つておく必要があります。個別支援活動や集団支援活動は、その要素を使うにすぎません。時には、個別支援活動や集団支援活動から要素を得ることもあります。

地域に出向き、生活道路、雰囲気を感じ取り、地域リーダーやキーパーソンと出会う分だけ、あらゆる場所へ足を運んだ分だけ、土地勘や社会資源などの情報が得られるものが要素です。

私たちの地区活動は、単に家庭訪問に行ったり、定例の地域ケア会議に参加したり、いつもの地域組織とだけ一緒に活動しているということではないのです。常に地域の健康水準の向上を念頭においた活動のすべてが地区活動です。その中で、得られた情報、データの分析をもって新たな保健活動、事業化活動を行うことが期待できます。



② 地区活動が基本、当たり前職場風土にする要素を充実させる

地区活動が、地域の動きを創り出す活動とすれば、そのために必要となるのは、ひとづくり・人脈づくり、仕掛けづくり、しくみづくりの3つがあると言えます。この3つを確実にやっていくことで、地区活動が基盤の保健活動を行うことが当たり前職場風土の醸成ができると考えられます。

a) ひとづくり・人脈づくり

ひとづくりは、人材育成です。保健師個人の人資と力量形成も必ず必要です。地区活動がどうあるべきかを考え、実践していく力を持つために、あらゆる経験をし、意識的に自分が成長できるようにセルフマネジメントをする必要があります。

そのために、活動後には、同僚や先輩と振り返りの時間を短時間でも持ち、活動がどのような意義をもっていたか、自分が保健師としてどのような役割を果たしたのか、今後のあるべき姿はどうか、だから今この部分をやるのだと、確認することが必要です。OJT (On the Job Training:職場内研修) ができることです。

そして、保健師が地域で活動していくためには、連携・協働が必須となります。個別事例に一つ一つ丁寧に関わる中で出来上がる人間関係は、貴重な人脈であり、この人脈をプツンと切らずに、つないでネットワークとしていくことが、地区活動の円滑な推進に大いに役立つと言えます。あわせて、連携・協働する中で、地域人材と共に育ちあうことになり、結果的に地区活動がしやすい土壌ができるのです。

b) 仕掛けづくり

地域や住民の健康水準を向上させるために、どのような仕掛けがあればいいかを考えましょう。地区活動が充実してくると、自分たちが持ち合わせる要素もたくさんになります。その要素を組み合わせれば、その地域にあった仕掛けづくりができるのです。いくら仕掛けようと思っても、“その地域の要素”でなければ、仕掛けは機能しないのです。だからこそ、地区活動で、たくさん要素を取り込んでくるのです。ただし、地区活動を進める中で、「どういうアンテナを、どこに張っておくとよいのか」を分かっておく必要もあります。

個別事例で出会う地域の民生委員やキーパーソン、協働できそうな NPO 法人や融通の利く支援機関についても、その時の個別事例だけの話ではなく、その他の事例にも共通的なことで関わりを求めたいことがあるかもしれません。あるいは、全く別のジャンルのことだけど、その NPO 法人と手を組めるかもしれない…。これはこれ、それはそれ、と分断した関わりではなく、きちんとアンテナを張って広くキャッチしながら、一つのことだけで終わらせない、視野を広げて展開していくことが仕掛けづくりには必要です。

仕掛けづくりと言いながら、アンテナを的確に張ってキャッチできる力量、つまりひとづくりも連動していることになります。

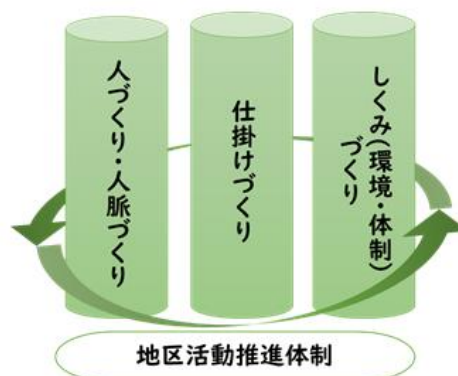
c) しくみづくり

地区活動推進のためには、内外のしくみづくりが重要です。まず、内部環境について見てみましょう。保健師が活動するための職場環境です。職場として、「地区活動をすることが前提」という雰囲気、機運があることです。若手保健師が地区に出ようとしたとき、先輩やリーダーはどのように声掛けをするでしょうか。家庭訪問に1件行って帰るだけの活動で、地区活動と言っていないでしょうか。家庭訪問から戻ってきた若手保健師に、「どうだった？」と声掛けをしたり、5分ミーティングをしたりすると、家庭訪問という個別の点だけでなく、取り巻く環境としての支援者（マンパワー）や社会資源にも目が向いたりする地区活動へと展開していくことへ気づくというしくみがあっていいのです。

次に外部です。家庭訪問の個別支援であれば、将来的にその対象者を取り巻くかもしれない方々は、どこにいらっしゃるのでしょうか。幼稚園なのか、保育園なのか、小学校なのか。地域の自治会長または町内会長なのか。何かあってから相談させていただくこともありますが、日ごろから、地区担当保健師として認知していただけるよう、「地域への訪問」をどれだけできているでしょうか。

「地域への訪問」が当たり前にできる職場風土をつくり、地域の保健師認識を変えると、しくみづくりも行うと良いでしょう。

地区担当保健師が、「地域の健康を守るために、地域をまわってくれている」という認識が浸透することで、顕在的健康問題だけでなく、潜在的な健康問題に気づく情報を耳に入れてくれるようになるのです。それも一つのしくみです。



2. 統括保健師の役割

① 統括保健師が行う地区活動で果たす役割

地区活動を推進していくために、統括保健師自身が地区活動のとらえ方を再確認してみましょう。スタッフは、どのような地区活動をしているのでしょうか。自組織の地区活動がどのような成果を出しているのか、説明できるのでしょうか。

統括保健師が、時に地域に出向き、保健師活動において住民の思いやニーズと齟齬がないのか、地域づくりの方向性が間違っていないのか、自分の目で見て、声を聞く機会を少しでも確保することが重要です。そして、統括的立場として保健師の認知度を高め、保健師個々の地区活動がしやすくなるよう、地域住民や他組織・関係機関等と代表者レベルで話をし、連携や協働の基盤づくりをする必要があります。これらはいわば、「統括保健師という立場で行う地区活動」です。実務者レベルではない、管理者や代表者レベルの対外的な会議や事業で、統括保健師としてどのようなアンテナを張り、どのような要素を取り込んでくるかで、マネジメントが変わってきます。

統括保健師の立場で行う地区活動により、スタッフが地区活動を行う際にどのような力量形成が必要なのか、職場環境はどうあるとよいか、地区活動の阻害要因は何か、に気づくことができるのです。そして、その課題解決の方策を検討する土壌（環境）をきっちりと整える役割を果たします。

② 統括保健師の役割～地域マネジメント～

各地区の特色や地区活動の展開から、地域全体を見て、統括保健師としての地域全体のマネジメントを考えます。

地域全体の幸せと健康水準や生活の質の向上を考えたとき、保健師として行う地域マネジメントは、人をつくり、体制をつくり、手段を考え、環境（風土や文化）をつくり、予算を確保しながら、地域の健康課題の解決や目指す姿に近づいてその地域に安寧をもたらしていくということだと言えます。

スタッフの力量形成、人材育成はもちろんですが、どうすれば連携・協働する地域人材と育ちあい、地域ケアの質を担保できるのかを考えて、できること（例えば、事例検討会やケア会議などの定例化、しくみづくり、予算確保など）を行います。

統括保健師がこの地域がどうなればいいかを常に考えていけば、スタッフ等に地区活動の方向性の指南や、たどり着くための妥当な手法や共に動く構成メンバーへの助言などのマネジメントが行えます。この役割は重要です。

また、地区活動が保健師活動の本質だという当たり前の雰囲気職場に作るように努める（声掛け、話し合いの場づくりなど）ことで、スタッフは、自分の活動を点で見るのではなく、俯瞰性と連動性のある視点をもつことができると考えられます。このように、統括保健師は、地域をマネジメントする役割を果たす中に、地区活動を推進することがあり、地区活動を推進する中では人材育成や環境づくり（体制や仕掛け）への方策検討、旗振りといった役割を担うのです。

3. 地区活動のノウハウ

今こそ、地区活動の再構築として、基本に立ち返って活動を展開することを強くすすめます。職場内のパソコンの前ではできない活動です。地域に出て、住民の顔が見える、保健師の顔も住民に知ってもらえるように担当地区に根を張りましょう。

張った根こそが、地域のセーフティネットなのです。この根を張らずして、私たちが住民の助けになることはできません。住民の健康を守ることはできません。住民のQOL向上と幸せを導くことはできません。

業務の効率化を考えて、パソコンの前から地域の住民の前へ出ていきましょう。そのための、スモールステップを次にお示しします。

いきなり「地域づくり」などではないのです。地道な一歩からでいいのです。

地区活動初心者の方は、Step1 から一歩ずつ進めてみましょう。すでに地区活動に取り組んでいる方も、今一度 Step ごとに再確認し、地区活動を再構築していきましょう。地区活動の充実とそこに立脚した活動が展開でき、住民を守るという保健師の責務が果たせます。

Step 1 その地域を知り、顔見知りをつくろう！

うちの地域の保健師さんだ！と云われたらよし！

- 地域への訪問をしましょう。

地域にある保育園、幼稚園や小・中学校等、自治会長宅や民生委員宅に挨拶に行きましょう。地図上でも位置を確認しておきます。医療機関や高齢者施設はどこにあるのか、どのようなスタッフ、どのような立地条件・雰囲気なのかは行ってみないとわかりません。



- スマートフォンのグーグルマップ等で幹線道路だけ通らずに、「生活道路」をみておきましょう。

「生活道路」の沿道には、どのような店がありますか。その地域の住民の動線がイメージできるようになりましょう。地域住民の生活は、そのような生活道路から見えることもあります。地区特性を把握する一助にもなります。



- 自治会や町内会、老人会の総会やイベントには、顔が出せる、時には正しい知識や情報について啓発できるようになりましょう。

担当保健師としての顔を知ってもらい、健康に関する相談先として保健師を知ってもらいましょう。そもそもそのような会やイベントに呼んでもらえないのなら、こちらから売り込み営業に行く、これが地域への訪問の第一歩となります。

- 引き継いだ地域診断の確認作業に出かけましょう（実際に地域で辿ってみましょう）。

地域診断は、一回やれば終わりではありません。随時アップデートしていきます。情報が集まるほど、人と知りあえるほど、見え方、捉え方が違ってきます。その都度情報を更新し、再アセスメントします。再アセスメントに基づいて、解決すべき健康課題とその方策を修正しますので、いかに地区活動に基づく地域診断が重要なのかということです。

- 自分の担当地区のネットワーク図を書いてみましょう。

個別支援を含む地区活動により、段々と自分の人脈が増えていきます。意図的に人脈を脈のラインとしてつなげておかないと、血も通わずネットワークにはなりません。ネットワーク図を書き、どの領域が不足しているのか、どことどこが協働していて、どこに話をもっていくと、進みやすいのか、ということを視覚的にも概観できるようにしておきます。

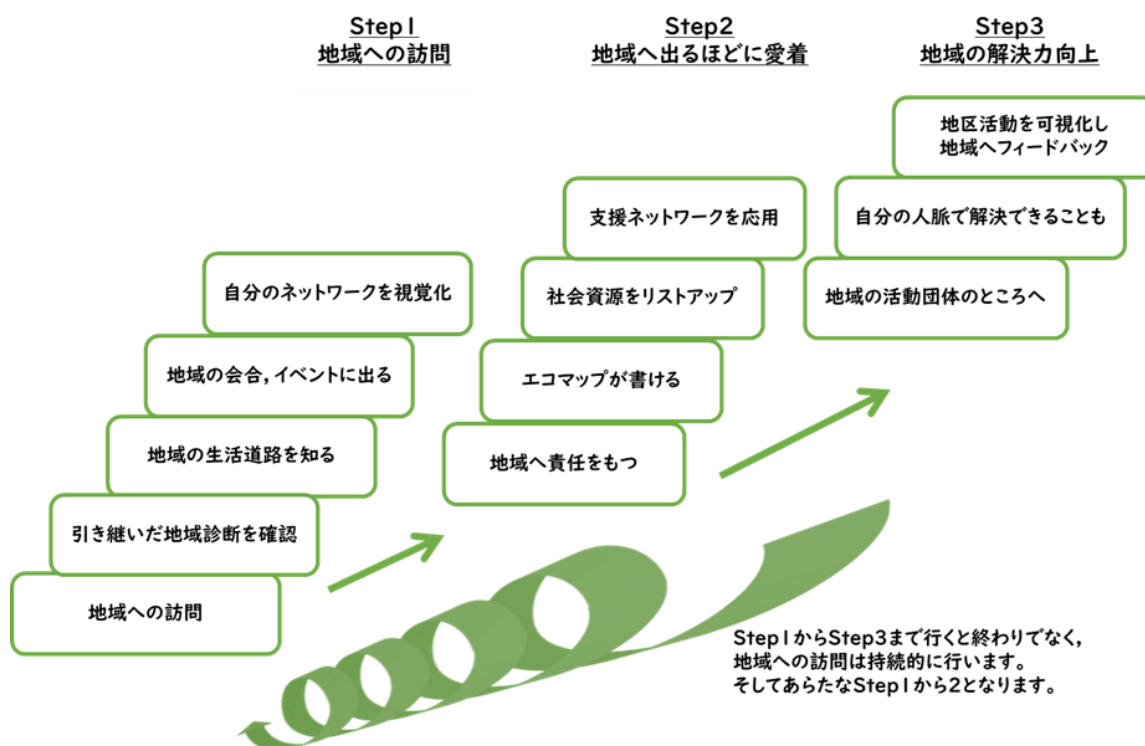


図 地区活動ステップイメージ

Step 2 この地域はこうあったらいいな。と思える愛着をもてたらよし！

- 担当地区の住民に責任を持つ！と再認識しましょう。

自分の担当地区を俯瞰してみたとき、どういう地区だと説明できるでしょうか。そして、その地区の未来を考えたとき、自分の担当地区の健康水準をあらゆる角度からどのように高めていくかを考えることが私たちの責務です。
- 個別事例から把握しているエコマップ図を一般化してみましょう。

担当する地域の健康水準を高めるために、私たちはどのくらい関係者・関係機関などの社会資源を知っているでしょうか。
- ある個別事例で構築した支援者ネットワークを、他の事例にも応用してみましょう。

他機関の機能や力量を知り、どことどこがつながっているのか、対象者と最も関係性が深いところはどこかなど、エコマップを書いてみると、それは他の対象者にも応用できるところがあると、気づけるのではないのでしょうか。地区活動から得たことを視覚化し、個別のネットワークをいくつも作るのではなく、地域のセーフティネットとしてのネットワークを強固にしなが、個別事例や地域課題の状況に合わせてネットワークを応用するようにはしていきましょう。
- 自分が把握している担当地区内の社会資源をリストアップしましょう。

そして社会資源の強みと弱みを書き加えておきましょう。

社会資源を意外と把握していないことはないのでしょうか。個別支援事例で関わる関係機関は限られていませんか。健康づくりで協働する地域組織が限定的になっていませんか。自分の担当地域には、どんな住民組織がどのように活動しているのか、保育園や幼稚園、小・中学校がどのような活動を行っているのか、公民館の活動がどういう動きで発展しているのか、社会資源を広く把握することを意識しましょう。そうすれば、担当地区でどのような問題が浮上してきても、あるいは今後こんな活動で地域づくりをしていきたいと考えたときにも、社会資源の強みや弱み、機能を知り得ていれば、そこと手を組む、ともに考え協働することが迅速に可能となります。



Step 3 地域からの情報で顕在化してきた課題について地域の中に解決策はないかと考え始めたらよし！

- 課題の解決に、Step 1、2 で培ってきた人脈・ネットワーク、知り得た社会資源を活用することを考えてみましょう。

Step 2 までに培ってきた人脈・ネットワーク、リストアップした社会資源から、個別支援課題や地域課題の解決に、最も適切だと考えるところでそれらを活用していくことを考えましょう。その際に、ネットワークや社会資源は、どのように話をもっていくと連携・協働しやすいかを考えるといいので、やはり強みや機能を把握しておいたほうが、より効果的です。

- 課題解決のために地域社会資源を知り、アセスメントしましょう。

NPO 法人や医療機関、福祉団体とどのようにつながっていいかを考えるために、それぞれの活動の場に行って話をしてみましょう。強みや弱み、雰囲気や発揮できる機能について把握しましょう。

地域に訪問をしている中で、次々つながっていることを目の当たりにするでしょう。その時特に用件がなくとも、紹介してもらえるときは、つないでもらったりしましょう。その顔つなぎや、その組織や団体の雰囲気を知っておくことで、活動の展開には大いに役立つと言えます。

- 健康水準の向上のために、自分の担当地区はどのようなマネジメントが必要かを考えてみましょう。

担当地区全体の健康水準はどうすれば向上できるのか、と考えます。そのとき、自分の担当地区は、母子保健に関する問題が浮上しやすいのか、精神保健なのか、高齢者保健なのか、という特徴がありませんか。特徴らしきものがなくても、地域の住民の関心が高まっているものから取り掛かるのも一案です。そのとき、地区で「協力してくれそうな人」が頭に浮かぶとすれば、地区活動が功を奏したと言えます。

人が頭に浮かび、その人たちと何（社会資源）をどのように活用すれば、問題が解決するのかを考えていく。これはマネジメントです。人、モノ、状況（環境）、お金。自分の地域の健康水準を向上させるマネジメントができるなんて、こんな裁量のある仕事はありません。保健師活動の醍醐味の一つです。

- 地区活動の PDCA サイクルを言語化、図式化して、関わった地域の方々にフィードバックしましょう。

保健師ひとり一人の「地区活動とは」のイメージが違っているのではないのでしょうか。保健師とは違う職種についても、地区活動のイメージは違うでしょう。地区活動の捉え方がいろいろあるとすれば、地区活動の詳細や保健活動を言語化し、共有することが重要となってきます。そうすることで、他職種と理解しあい連携しやすくなる、協働しやすくなるのです。保健師間でも共有できることが増え、地区活動の捉え方の違いも平坦化

されるのです。地区活動のPDCAサイクルを図式化し、視覚から理解しあう手法も効果的です。保健師活動が当たり前理解されると思うのではなく、周りにPDCA段階をフィードバックしながら進めることで、さらに人とつながったり、他職種と連携した活動のあり方にバリエーションができたりします。

個別だけの対応をするのではなく、日頃からの地区活動が充実すれば、結果的に、個別支援も、集団・組織支援も、地域支援もやりやすくなると言えます。



Ⅲ. 保健師人材育成・確保

現在、自治体保健師の標準的キャリアラダーは保健師としての専門的能力に係るキャリアラダーはA-1からA-5の各レベルに、管理職保健師に向けた能力に係るキャリアラダーはB-1からB-4に設定されており、活用されているところです。本書では「新任期保健師」はおおむねA-1レベル、「中堅期保健師」はA-2からA-5レベル、「管理期保健師」はB-1からB-4レベルを表しています。

1. 保健師人材育成の課題

8割を超える自治体で、新任期の保健師育成については、プリセプターやサポーター制度などが導入されており、新人保健師を段階的に育成するしくみが整えられつつあります。一方で、約7割の自治体で、中堅期以降の保健師育成については十分な体制が整っていないことが課題となっていることがわかりました。中堅期以降の保健師育成支援の遅れの背景にあるのが、ジョブローテーションにより配置される部署によっては中堅期保健師として担う経験に差が生じること、ライフイベントとのバランスをとりづらい年代にさしかかること、そして、何といたっても日々の業務の多忙さです。管理期の保健師育成については、管理職である保健師が少ないこともあり、更に系統的な研修や育成のしくみに課題を抱える自治体が多くなっています。

保健師人材育成上の課題

- ◆ 人材育成の方針に基づく統一した人材育成
- ◆ 中堅期の保健師育成の手薄さ
- ◆ 管理職のロールモデルの少なさと管理期保健師を対象とした研修の少なさ
- ◆ 効果的なジョブローテーション
- ◆ 分散配置による経験の差
- ◆ OJTを支える手間と時間の不足
- ◆ 研究や事例のまとめに費やす余裕のなさ
- ◆ 実習時間が少ない時代の新卒保健師の地区活動推進力の育成

中堅期・管理期を担う保健師に求められる力とは？

中堅期・管理期の保健師は行政職員として行政事務能力や業務管理、施策化に向けた予算書作成や議会对応を含むプレゼンテーション能力が求められます。全体を見渡す力や他の分野の計画づくりなどの会議でも発信できる力も必要です。自治体によっては、こうした力を育成するために、比較的早い時期から予算管理や執行処理などに慣れさせる環境を意識的に創っているところもあります。議会での対応経験を積むために、統括保健師と共に中堅期保健師を委員会や議会答弁に同席させることもあるようです。

2. 効果的な保健師人材育成

自組織の保健師を育成するために、各自治体が工夫をこらしています。自治体によっては、統一した人材育成方針のもと組織的に取り組むために人材育成計画を策定しています。多忙な中での計画づくりは大変な苦勞を伴いますが、計画を策定する過程自体が力をつける機会となるという声もあがっています。多くの自治体で取り組みが進んでいるのはプリセプター制度（あるいはサポーター制度）を活用した新任期保健師の育成です。中堅期以降の保健師育成にはキャリアラダーと効果的なジョブローテーションの活用が鍵となっています。

新任期から管理期の全体にわたり、活用される方法がOJTです。多様な業務の経験を意識的に人材育成の機会として位置付けることで、それぞれのキャリアに求められる力を育成することができます。また、自治体内だけではなく、都道府県保健所や看護協会が企画する研修や各種学術大会などへの積極的な参加を人材育成として活用することもできます。

効果的な保健師人材育成

- ◆ 人材育成計画の策定
- ◆ 新任期保健師の人材育成システム
- ◆ キャリアラダーとジョブローテーションを活用した人材育成
- ◆ OJT を活用した人材育成
- ◆ 外部研修の積極的な活用

◆ 効果的な人材育成例—人材育成計画の策定

人材育成ガイドラインを策定している自治体では、めざす姿、キャリアラダー、キャリアパスなどの統一した方針が共有できているようです。多くの自治体が都道府県の策定する人材育成ガイドラインを参考にしたり、共同で策定したりしています。多忙の中で人材育成ガイドラインやマニュアルを策定することは大きな負担を伴うものですが、中堅期の保健師が中心となって勉強会を重ね、人材育成計画に参画することで中堅期の保健師の力をつける機会ともなっているという声があがっています。

◆ 効果的な人材育成例—新任期保健師の人材育成

新任期保健師の人材育成の方法として、プリセプター制度（あるいはサポーター制度）が活用されています。実際にはプリセプターには新任期保健師に比較的年齢が近い4年から5年目の先輩保健師が任命されることが多いようです。プリセプターとして新任期保健師をサポートすることは成長の機会となります。しかし、役割が大きくなりすぎると負担が過重となるため、プリセプターが身近な相談役としての役割を果たしながら、事務職を含めた全員で新任期保健師を育てていくという方針をたてている自治体も多くなっています。県の補助事業を活用して「トレーナー制度」を導入し、現在は自治体の予算で継続している自治体もあります。「トレーナー制度」は主に経験豊かな退職後のシニア保健師の協力を得て実施するものですが、保健師業務における相談相手として位置付けられることで、新任期保健師だけではなく、中堅期の保健師にとっても気軽に相談できる頼りになる存在となります。



◆ 効果的な人材育成例—キャリアラダーとジョブローテーションを活用した人材育成

キャリアラダーの活用は自治体の規模に限定されることなく、組織全体が同じ方向をめざし人材を育成することに役立ち、分散配置などによる経験の偏りを可視化することにもつながります。重要なのはキャリアラダーの達成度を振り返り、各保健師が自己評価を行うとともに、達成度が低い能力を分析し、次年度の人材育成研修に反映させることです。効果的なジョブローテーションによるキャリアパスは中堅期・管理期の保健師に必要な経験を積ませる機会となります。しかし、小規模自治体では保健師が配置される部署数が限定されるため効果的にジョブローテーションを活用しにくいのが現状のようです。

◆ 効果的な人材育成例—OJT を活用した人材育成

自治体の規模や保健師のキャリアに関わらず、OJT は人材育成に活用できる有効な方法です。特に比較的小規模な自治体では、まずは多くの事例を経験すること、多様な業務経験を積ませることを重視していることが多いようです。OJT の場面としては、家庭訪問や健康教育、所内の業務だけではなく、多職種参加を含む各種会議などでの経験も人材育成の場として位置づけることが重要です。多職種や分散配置されている保健師たちも参加する定例の打ち合わせ会議などで課題を共有認識する機会としたり、新任期の保健師が地域診断の結果を発表するような取り組みを行う機会として活用したりしている自治体もあります。OJT においては「共に成長を見守る」「共に歩む」姿勢が必要であり、相談体制をいかに充実させるかが成否に関わってきます。多忙な業務の中であるからこそ、各場面を意図的に人材育成の場面としてとらえていきましょう。



◆ 効果的な人材育成例—外部研修の積極的な活用

各自治体の研修だけでは限界があるため、保健所や都道府県、看護協会などが行う研修に参加することを奨励している自治体も多いようです。自治体によっては、中堅期以降の保健師に公費で学術大会等での研究発表の機会を与えているところもあります。現在、公衆衛生や公衆衛生看護に関わる学会も増えていきますし、幅広い分野での研修会や自主勉強会など自己啓発の機会は溢れています。こうした機会に参加することで異なる地域や組織の実践情報が得られますし、職場を超えたネットワークづくりにもつながり、活動上の悩みを共有し励まされる機会となります。多忙な日常業務だけに埋没せずに、時には意識的に外に目を向けていくこともモチベーションを維持し、日頃の活動を向上させることに役立つことを先輩保健師が後輩保健師たちに伝えていけるような職場づくりが望まれます。

3. 保健師確保の課題

保健師確保には新規に保健師を採用することと、現在従事している保健師を維持することの2つの側面があります。保健師の新規採用においては全国の多くの自治体が困難を抱えており、「応募者が少ない、応募者がいない」という傾向は小規模自治体ほど深刻になっています。現在では、大多数が看護系大学の保健師課程での養成であるため、学生が保健師として就職を選択するまでには、先行する医療機関の看護師の就職試験や、医療機関からの奨学金などの存在が強力なライバルとなります。保健師課程の学生の実習が4年次生に行われることが多いことも、学生の進路選択時期に後れをとりがちです。また、保健師の採用面接の際に保健師が参加できないことも多く、適性をもつ応募者を判断する際に課題が生じていることも指摘されています。

一方で、育児休業等長期休暇取得者が重なることにより、実働できる保健師数が減少するという課題も生じています。育児休業等長期休暇によるブランクを乗り越えられずに自信をなくし、辞職してしまう事例もありますし、実働できる保健師数全体が減少し、業務量や勤務時間の過重な負担が生じ、仕事を継続できずに途中で辞職を選択する保健師の事例も散見されています。

保健師確保の課題

- ◆ 応募者の減少/適性をもつ応募者確保
- ◆ 実働できる保健師数の減少
- ◆ 現職保健師の中途退職

4. 効果的な保健師の確保

保健師確保に向けた取り組みとして、応募者獲得に向けた努力、自治体の中で保健師数を獲得する努力、育児休業等長期休暇からの復帰者の支援が考えられます。応募者獲得に向けた努力として、地元の看護系大学との協働関係を推進することや学生が魅力を感じてくれるリクルート活動、インターンシップや就職ガイダンスなどの方策があります。適性をもつ保健師採用に向けては統括保健師が採用面接に参画している自治体もあります。自治体の中で保健師数を獲得する努力としては業務量調査の結果など保健師必要数の根拠を示しながら、組織の中で理解を得ていき、計画的な保健師採用計画を立案していくことが必要となります。年齢制限などの採用条件などの緩和や退職保健師の活用もよく用いられています。育児休業等長期休暇からの復帰する保健師への支援も各自治体で工夫が行われています。

効果的な保健師確保の方策

- ◆ 応募者獲得に向けた努力
- ◆ 保健師数の獲得に向けた取り組み
- ◆ 育児休業等長期休暇から復帰する保健師への支援

◆ 効果的な保健師確保の方策—応募者獲得に向けた努力

学生が看護職の中でも保健師を就職先の選択肢に入れるためには、募集する側にも工夫が必要です。多くの自治体が、日頃から地元の大学との交流を図り、講義を担当したり、学生や大学院生の実習を積極的に受け入れたりしています。日常的な交流を持つことで学生が保健師に親近感を感じることもなりますし、いきいきと活動する保健師の姿を見せ、魅力を発信するよい機会となります。

募集する側が留意しておかなければいけないこととして、学生たちが進路を決める時期があります。学生たちは早い場合は2年次生から3年次生にかけて医療機関等のインターンシップに出かけ情報を収集します。看護系大学の保健師課程の臨地実習は4年次に行われることが多いため、学生たちは保健師としての活動を十分にイメージできない時点で進路を決めることとなります。近年、インターンシップの受け入れや就職ガイダンスを行っている自治体も増えてきています。これらの取り組みは学生の保健師としての仕事をイメージでき、適性を検討することに成果をあげます。ぜひ、学生たちが進路を決める前に実施していただきたいと思います。

学生たちが進路を検討する際に重視するのが、就職後の活動内容や具体的なキャリア支援です。募集要項を大学に送るだけでは、多くの学生たちの気持ちに響きません。応募者を惹きつけるメッセージを積極的に発信することが必要です。保健師募集に向けて、学生たちにとって身近な存在である2年から3年目の若い保健師のメッセージを掲載したパンフレットを独自に作成し、保健師活動をイメージしやすくする取り組みを行っている自治体もあります。小規模市町村などで独自のパンフレットを一から作成することが負担になる場合は、日本看護協会が作成している自治体保健師の紹介パンフレットを活用したり、都道府県ごとに共通するパターンを作成したりする等の工夫も可能だと思います。それぞれの自治体が推進する保健活動を伝え、就職してからどのようにワークライフバランスを大事にしながら、キャリアを積んでいけるのか、具体的な支援についても学生たちに伝え、共に仕事をしたいと感じさせることが重要です。

実践している自治体はまだ少ないですが、高校生の看護師一日体験の保健師版などを検討する余地はないでしょうか。将来の職業選択を考え始める高校生の職業選択の一つとして、保健師の志望者の母数を広げていく取り組みも重要だと思います。



◆ 育児休業等長期休暇から復帰する保健師への支援

長期間にわたる休暇からの仕事復帰には不安がつきまといきます。ある自治体では育児休業からの復帰時の不安軽減のために、情報交換の会を設けています。仕事と家庭の両立ができるように、先輩の経験を聞くなどする機会を持つもので、年1回以上の出席を促しています。長期休暇中に職場と分断されたように感じないように、時には、子ども連れで職場訪問をしてもらい、新任期の保健師が子どもの発達や子育て経験などを学ぶ機会になるよう協力してもらおうという工夫も双方にとって有効な方法だと思えます。

可能な限り、育児休業等長期休暇からの復帰者へは復帰前後で業務の担当を変えずに、ブランクを感じさせないような配慮をしている自治体が多いようです。復帰後にいきなり多忙な業務を担うことが負担となり、自信を失い離職する事例もあるからです。

長期間の休暇から復帰した保健師への特別な復帰支援プログラムを持つ自治体は少ないですが、休暇期間中に変更になった制度やしくみなどへの対応等、業務に対する不安感を軽減するため、復帰のための準備期間を配慮したり、新任期保健師を対象としたプログラムをうまく活用したりする自治体もあります。統括保健師が育児休業等長期休暇からの復帰者へ面談を行い、望むライフプランについて話しあう機会を作っている自治体もあります。

保健師という仕事を継続させるためには、保健師の仕事の魅力を認識した上で、専門職として常に自助努力を惜しまないという心構えが必要です。現在普及しつつあるオンラインによる勉強会や e-learning のしくみは、たとえ長期休暇中であっても自己研鑽に活かせるものでしょう。そして、何より大切なのは、だれもが働きやすい職場風土や環境づくりです。忙しい中でも、どうすれば皆が仕事を継続できるか、互いに気遣い、知恵をしぼることが当たり前になっていく職場でありたいです。



IV. 小規模自治体の保健師活動推進の留意点 ～小規模自治体の強みとして～

活動指針 10 項目に関する取り組み状況の結果から、全体的に実施割合は高く、保健師活動として指針を生かした積極的な取り組み状況だと考えられました。

また、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ました。

しかし、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方法留意点の実施状況は、規模がより大きい自治体に比して、実施割合が低い状況がありました。

人口規模別にみても、活動方法留意点については、「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、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ました。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、いずれも人口の多いほうが実施割合が高い状況が読み取れました。

そして、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い結果でした。

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、ある意味では当然の結果ではないかと考えられました。また、この調査は統括的な立場の保健師の主観による回答であり、個々の保健師の動きが見えやすいことから、返って自己評価として低くなったことも考えられます。

一方で、「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、大規模自治体よりも高い割合で取り組まれていました。

保健師活動は、自治体規模において明らかに違いがあると考えられ、これは重要な観点であると考えます。

以上のことから、また、現在もそして将来における「地域格差」に対応していくためにも、自治体の規模別の取り組みを検討課題として取り上げ、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と考えます。

本研究では、全国調査の後に、16市町にヒアリングを行いました。保健師により語られる取り組みの端々から読み取れる内容から、小規模自治体の強みを抽出し考察しました。

本稿においては、試案として以下に整理しました。

■距離の近さ

- ・地域住民と顔の見える関係
- ・個々の住民と長期にわたり関わることができる。
- ・関係者との連携のしやすさ



■スピード感を発揮できる

- ・事業に早く取り組める。
- ・地域全体に波及しやすい。

■町全体、課全体で取り組める

- ・保健師だけでなく、他職種も含む課全体で保健師が育成できる。
- ・事務職、他職種も一緒に地区活動が行える。
- ・町の健康課題や問題に全員で取り組みやすい。

■庁内連携がしやすい

- ・庁内に精通している統括保健師が動けば、庁内の理解が得られやすい。
- ・庁内職員と顔の見える関係が作りやすい。
- ・他の人の動きが見えやすい。
- ・他職種とのネットワーク会議ができる。
- ・政策決定に関わる役職者が身近にいる。



■大規模自治体では、機能がそろっているがゆえに自治体内で完結しやすいが、それに比べて小規模自治体では、外部と繋がりやすい

- ・外部の研修等を通じて、他市町の保健師と知り合い、ネットワーク化がしやすい。
- ・外部からの刺激を受けて、活動を改善していける。
- ・小規模自治体同士でつながりやすい（同じ小規模の共通した課題を持っている、ダイレクトに情報交換がしやすい）。

■他事業と関連する保健活動が他部署から見えやすい

- ・大規模自治体では、組織ルールがあり動きにくいですが、小規模自治体では、保健師の発案で動ける。
- ・保健事業を抱き合わせて実施する等、事業の組み立てが工夫しやすい。

■幅広い経験ができる

- ・人数が少ないので、常時業務を共有し、一緒に取り組む必然があり、その結果、1人1人の保健師は幅広い経験ができる。
- ・多種多様な業務を経験することができる。
- ・保健師はオールラウンダー(各保健分野だけでなく、全体的に統合して経験できる)として経験を積むことができる。
- ・個々の保健師ネットワークを構築しやすい。



以上の「強み」は、どの小規模自治体においても無条件に活かされるわけではありません。大規模自治体と同様に、保健師の力量に左右される部分もありますし、保健師が担う事務量の多さの軽減にもなりません。また、自分たちの情報を発信しながら、良い事例等を吸収していくオープンマインドなあり方は、規模を問わず求められます。

これらの「強み」は、「様々なデータを比較分析する」ための機会や助言者を得にくいことや、サービスの種類を増やす等の充実が難しいことを直接補うものでもないと考えます。

しかしながら、これまでも保健師間では暗黙の了解であった「小規模自治体ならではの強み」を改めて意識し、これを活かす活動のあり方は有用だと考えます。またそうした地域の文脈を重視し、保健活動の効果性を明らかにすることは、地域を基盤に活動を推進するためには不可欠な推進要素であると考えます。

経営において、「ケイパビリティー (capability)」という概念があります。

表層に現れる技術力や製造能力などの特定の能力であるコアコンピタンスに対して、組織の遂行能力や組織横断的な力のことで、技術を支える組織力がケイパビリティーです。企業が全体として持つ組織的な能力、或いはその企業に固有の組織的な強みと説明されています。

保健師活動の推進においても、「ケイパビリティー (capability)」として、特に「小規模自治体の強み」を整理、精錬し、有効な推進力につなげていくことを今後の課題としたいと考えます。

そして、少人数で、サービスも充実しにくく、保健師が多くの事務もこなさなくてはならない小規模自治体においても、その地域に応じた保健師活動の推進のための「強み」を発揮できることを期待します。

おわりに

保健師活動は、保健婦規則制定から一貫して社会のニーズ、行政施策の変遷と直接関連して国民的健康課題に取り組んできました。

今日保健師が対応している健康課題は、社会の変遷により、それぞれが複雑多様に積み重なり、難度をあげ、対応する範囲は拡大するばかりです。

保健師は、健康障害を抱えた本人を対象とするだけでなく、健康障害を生み出している条件やその健康問題を解決するために、また予防するため、障害となる状況そのものを変えようと組織や集団、或いは一般の人々にも働きかけ、地域を基盤とした取り組みを推進する役割を担ってきました。

一方で、対人保健サービスを含む社会保障制度は充実し、様々な法制度が整えられ、関連施策はおびただしい数になっています。中央省庁では多種多様な審議会検討会が設けられ、多省多課から既成化された事業が、所謂「おりて」くる現状です。市町村の規模を問わず、常時 40 以上の“すべき”とされた保健関連の事業に追われている実情といえます。

この現状においても保健師は、地域の実態に即した保健事業の展開と、地域住民との直接的な関係を構築した中から必要とするサービスの創出を担っていると考えます。

保健師の活動指針は、そうした状況に対応すべく、今後さらに適切な改訂がされるべきです。その際、本研究から残された検討課題として、次の 2 点をあげておきたいと考えます。

◆ 新たな地区活動のあり方の明確化

地域保健活動については、ポピュレーションアプローチやソーシャル・キャピタルの創出等、様々なあり方が提唱されています。実際、地域保健に関わる職種や関係者は、多種多様になっています。多くの関係者と連携し、時には関係事業者への保健事業の委託等、かつては行う必要がなかったマネジメントを保健師が担う状況にあります。そうした中では、例えば、保健事業を地区活動事業として展開するなど、様々な地区活動バリエーションが求められます。今後、多様な地区活動の Good Practice を共有し、効果的な保健師活動の推進を図るべきと考えます。

◆ 都道府県庁の統括的立場の保健師の役割の明確化

“無関心層にどう働きかけるか”、“深刻な健康問題を抱えた人にどう向き合うのか”、“地域のキーパーソンと関係を築くにはどのようにアプローチしていくのか”、“行政や組織の中で制度やしくみはどのように機能するのか”等々、保健師にはますます高い実践力が求められ、そのための人材育成課題は尽きません。

そして、ヒアリング等でも明らかになりましたが、人材確保にも困難を来している実態がありました。

特に小規模自治体においては工夫にも限界があり、都道府県のサポートは不可欠であると考えられました。一方都道府県の統括的な立場の保健師は、残念ながらそのポジションには位置付けられていない現状でした。

本研究を通して、県庁に配置される統括保健師は、県所属の保健師の統括のみではなく、県下の市町村の保健師の体制整備に関わる統括的な役割を担うことが求められていると考えます。

今後の課題として、都道府県庁の統括的な立場の保健師の役割として、県下の保健師の人材確保・育成をサポートすることを明記し、その立場を位置づけ、地域格差を解消する方策として検討をすべきと考えます。

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）
「保健師活動の展開推進及び統括保健師の役割遂行力開発」

保健師活動の展開推進・人材確保育成班 研究組織一覧

	氏名	所属研究機関 部局 職名
研究代表者	井伊 久美子	香川県立保健医療大学 学長
研究分担者	尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学講座 教授
研究分担者	坂本 真理子	愛知医科大学看護学部 教授
研究分担者	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
研究協力者	鎌田 久美子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
研究分担者	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
研究分担者	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
研究分担者	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

オブザーバー	曾根 智史	国立保健医療科学院 院長
--------	-------	--------------

令和3年度厚生労働科学研究費補助金
保健師活動の展開推進及び統括保健師の役割遂行力開発
「保健師活動の展開推進・人材確保育成」調査研究
最終報告書

令和3年度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）
「保健師活動の展開推進及び統括保健師の役割遂行力開発」

研究代表者 井伊久美子（香川県立保健医療大学）

連絡先 〒761-0123 香川県高松市牟礼町原 281 番地 1

TEL 087-870-1212

発行 令和4年（2022年）3月

印刷 株式会社サーベイリサーチセンター