

## 原 著

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

ホリイ 堀井	サトコ 聡子 <sup>*,2*</sup>	オクダ 奥田	ヒロコ 博子 <sup>2*</sup>	カワサキ 川崎	チエ 千恵 <sup>2*</sup>
オオサワ 大澤	エリ 絵里 <sup>2*</sup>	モリナガ 森永裕美子 <sup>3*</sup>	ミヨ ミヨ	ナルキ 成木	ヒロコ 弘子 <sup>2*</sup>

**目的** 厚労省が示した自治体保健師の「標準的なキャリアラダー」を用いて中堅期以降の自治体保健師の能力の現状を明らかにし、関連要因を検討した。

**方法** 2016年度に国立保健医療科学院が実施した公衆衛生看護研修(中堅期, 管理期, 統括保健師)受講者を対象に, 「標準的なキャリアラダー」の専門的能力等を質問項目にした自記式質問紙調査を実施した。能力の現状は単純集計を, 関連要因の探索は単変量解析と, 専門的能力(キャリアレベル A4 以上)を目的変数, 個人特性と自治体特性を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。

**結果** 回答が得られた168人(回収率94.4%)すべてを分析対象とした。「対人支援活動」である「個人および家族への支援」と「集団への支援」でキャリアレベル A4 以上の割合が70%以上と高く, 「健康危機管理の体制整備」と「保健師活動の基盤①」で50%未満と低かった。多変量解析の結果, 保健師経験年数10-19年は30年以上と比べ「対人支援活動」, 「地域支援活動」, 「事業化・施策化活動」, 「健康危機管理活動」, 「保健師活動基盤」が有意に低く, オッズ比(95%CI)はそれぞれ0.03 (0.01-0.26), 0.13 (0.03-0.70), 0.07 (0.01-0.43), 0.17 (0.04-0.92), 0.14 (0.03-0.70) だった。また係員に対し課長級以上は「地域支援活動」, 「事業化・施策化活動」, 「健康危機活動」, 「管理的活動」で有意に高く, それぞれ8.75 (1.90-40.31), 12.54 (2.20-71.69), 9.86 (2.27-42.84), 7.08 (1.41-35.68) であり, 係長級は「地域支援活動」と「保健師活動基盤」で有意に高く, 4.48 (1.31-15.42) と3.26 (1.05-10.16) であった。進學歷は「健康危機管理活動」, 「管理的活動」, 「保健師活動基盤」と有意に正の関連があり, 前職歴は「対人支援活動」, 「事業化・施策化活動」と有意に正の関連があった。

**結論** 中堅期以降の保健師の専門的能力の到達度は能力により異なり, 関連要因では自治体特性に比べ保健師経験年数, 管理職経験, 進學歷, 前職歴などの個人特性との関連が多く示された。本結果から, 保健師個々の専門的能力の現状や関連要因を踏まえた人材育成の必要性が示唆された。

**Key words** : 自治体保健師, 専門的能力, キャリアラダー, 人材育成

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(1): 23-37. doi:10.11236/jph.66.1\_23

## I 緒 言

今日, 自治体保健師には, 少子高齢社会の進展や健康危機管理対応の必要性など, 地域の健康課題の

複雑多様化に伴い, 住民への直接的な保健サービスの提供のみならず, 地域特性を反映した施策の企画立案・実施・評価, 分野間の連携や関係機関との協働など, これまで以上に高度な専門性を発揮することが求められている。こうしたなか2012年に「地域における保健師の保健活動」が大幅に見直され<sup>1)</sup>, また, 自治体に所属する保健師の体系的な人材育成に関する検討を行うため, 2014年には厚労省による「保健師にかかる研修のあり方等に関する検討会」が開催された。同検討会の結果は2016年3月に「最

\* JICA ベトナム新卒看護師のための臨床研修制度強化プロジェクト

<sup>2\*</sup> 国立保健医療科学院

<sup>3\*</sup> 香川大学医学部看護学科

責任著者連絡先: 〒351-0197 埼玉県和光市南 2-3-6  
国立保健医療科学院生涯健康研究部 堀井聡子

表1 厚生労働省が示した自治体保健師の「標準的なキャリアラダー」をもとに作成した専門的能力に関する質問項目

活動領域	キャリアラダーレベル到達度				
	A1	A2	A3	A4	A5
専門的能力					
対人支援活動	個人および家族への支援① 個人および家族の多様な主体性を尊重しながら支援を指導できる 支援に必要な資源を把握でき、支援を踏まえ、支援に必要ない資源を調整できる	対象の主体性を踏まえ、支援に必要ない資源を調整できる	支援に必要な資源を適切に導入および調整できる	健康課題に予防的に介入できる	
	個人および家族への支援② 複雑な事例を判断でき、支援を求めらるることから支援できる	複雑な事例の支援を必要に応じて、指導を受けて実施できる	複雑な事例のアセスメントを行い、支援を実施できる	複雑な事例の潜在的な健康課題を把握し、予防に係る支援を実践できる	複雑かつ緊急性の高い健康課題を迅速に明確化し、必要な資源を調整し、効果的な支援を実践できる
	集団への支援 集団の特性を把握し、指導を受けながら支援できる	集団のグループダイナミクスを活用して、特性に応じた支援計画を企画し、自立して支援できる	集団への支援を通じて、地域の健康課題を明確化することからできる	集団への支援を通じて、地域の健康課題に向けた事業計画を立案できる	集団への支援を通して立案した事業により、住民による地域の健康課題の解決を支援することができる
地域支援活動	地域診断・地区活動 指導を受けながら、担当地区の情報収集・分析し、健康課題を明確化できる	担当地区の情報を分析し、健康課題の明確化と優先性の判断ができる	地域診断や地区活動で明らかになった課題を事業計画立案に活用できる	地域に潜在する健康課題を把握し、リスクの低減や予防策を計画し実践できる	地域診断や地区活動で明らかになった課題を施策立案に活用できる
	地域組織活動 担当地区の多様な社会資源の役割や関係性について把握できる	地域の社会資源のネットワークと協働できる	地域の社会資源やネットワークを維持、発展させるよう支援できる	関係機関と協働し、必要に応じて新たな資源やネットワークの立ち上げを検討することからできる	ネットワークの立ち上げや支援、健康課題やライフスタイルに応じた地域組織の育成を行うことができる
	ケアシステムの構築 担当地区の各種サービスと関係性を理解し、指導を受けながら担当事例に必要なサービスを活用できる	担当地区や担当事例への対応を通して必要なサービスの調整ができる	地域の健康課題や地域特性に基づき、関係機関と協働し、地域ケアシステムの改善を図る	各種サービスの円滑な連携のために必要な調整ができる	健康福祉政策に基づき、地域特性に応じたケアシステム構築に係る施策化ができる
事業化・事業化活動	所属自治体の施策体系や財政のしくみについて理解でき、担当事業の根拠や関連政策について理解し事業を実施できる	地域の健康課題を把握し、施策と事業との関連性について理解したうえで、事業計画立案に参画することからできる	地域の健康課題を明らかにし、評価に基づき事業の提案直し、評価や新規事業計画を提案できる	保健医療福祉計画に基づいて事業計画を立案できる	地域の健康課題を解決するための目録のヒシジョンを踏まえ、各種保健医療福祉計画策定時に提案できる

表1 厚生労働省が示した自治体保健師の「標準的なキャリアラダー」をもとに作成した専門的能力に関する質問項目（つづき）

活動領域	キャリアラベル到達度			
	A1	A2	A3	A4
専門的能力				
健康危機管理の体制整備	関係法規や健康危機管理計画および対応マニュアルを管理できる 健康危機管理に備えた住民教育を指導受けながら行うことができる	健康危機管理対応マニュアルに基づき、予防活動を行うことができる	地域特性を踏まえ健康危機管理の低減のための事業を提案できる	地域特性に応じた健康危機管理の予防活動を評価し、見直しや新規事業を立案できる
健康危機管理の対応	健康危機発生後、必要な対応を指導者の指示のもと実施できる 現状を把握し、情報を整理し、上司に報告することができる	発生要因を分析し、二次的健康被害を予測し、予防活動を実施するための活動を主体的に実施できる	変化する状況を分析し、二次的健康被害を予測し、予防活動を実施できる 必要な情報を整理し組織内外の関係者へ共有できる	健康被害を予測し、回避するための対応方法について、変化する状況を見直し、見直しができる 組織内の関連部署と連携、調整できる
管理的活動	PDCAサイクルに基づく事業評価方法を理解できる	所属係内のメンバーととも担当事業の評価を主体的に実施できる	所属係内で事業評価が適切に実施できるよう後輩保健師を指導できる	所属部署内外の関係者とともに事業評価を行うことができる
情報管理	組織における情報管理に係る基本指針を理解し、業務に活用できる 保健活動上知り得た個人情報や業務の記録を適切に行い関係者への情報伝達ができる	保健活動に係る情報の取得が適切に行われているか、自主的に確認できる	所属係内の保健師が規則を遵守して保健活動に係る情報を管理するよう指導できる	保健活動に係る情報管理上の不足の事態が発生した際に、所属部署内でリーディングシップをとることできる
人材育成	組織の人材育成方針および保健師の人材育成計画を理解できる 自己の成長を振り返り、次の成長につなげることができる	自己のキャリア形成に積極的に関与し、自己の成長を振り返り、次の成長につなげることができる	OJTやOff-JTにおいて、後輩保健師の指導を行うとともに、指導を通じて人材育成上の課題を抽出し、見直し案を提示できる	保健師の人材育成方針に沿った保健師の人材育成計画を作成できる
保健師活動基盤①	根拠に基づく保健活動を実施するため、実施した保健活動の記録を適切に行うことができる	指導を受けながら研究的手法を用いて事業の評価ができる	研究的手法を用いた事業評価ができる	根拠に基づき、質の高い保健事業を提案し、その効果を検証できる
保健師活動の基盤②	保健師活動における社会的公正性について理解し、指導を受けながら地域保健活動を実施できる	地域活動における社会的公正性に基づく倫理的な判断について理解できる	地域活動における社会的公正性に基づく倫理的な判断を実践に活かすことができる	

終とりまとめ」として公表され、その中で「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）」が示された<sup>2)</sup>。

キャリアラダーとは、キャリア形成のプロセスを示すものであり、将来の目標を見定めて階段（ラダー）を上るように、着実に実践能力を獲得するうえでの指標のような役割をはたすものである<sup>3)</sup>。従来の自治体保健師の人材育成では、こうした実践能力の現状に関係なく、主として経験年数に応じて「新任期」、「中堅期」、「管理期」に区分し、研修等が実施されてきた<sup>2)</sup>。しかしながら、4年生大学の急増などを背景に、保健師免許取得までの教育背景が多様化したことや、自治体に保健師として就職するまでに職務経験がある保健師が増加していることなどにより<sup>4)</sup>、保健師の実践能力と経験年数とが必ずしも連動しない状況が生じている。こうした状況に対し、保健師の人材育成では、各保健師の能力の獲得状況を的確に把握し、能力を段階別に整理し、能力に応じた人材育成を進めることが必要と考えられる。

今般、厚労省が示したキャリアラダーは、保健師が獲得すべき実践能力を段階別に整理したものである。専門的能力と管理的能力で構成されており、このうち専門的能力は、保健師の実践活動である「対人支援活動」、「地域支援活動」、「事業化・施策化のための活動」、「健康危機管理に関する活動」、「管理的活動」、「保健師の活動基盤」の6つの領域に分類されている。また、これら6領域はそれぞれ1~3個の能力で説明されており、さらに、能力ごとに5段階のキャリアレベルが示されている（表1）。

先の「最終とりまとめ」では、全国で保健師現任教育を実施している機関同士の役割分担が十分ではなく、系統的な研修体制を整備しているとは言い難い状況にあることから、研修事業実施者に対し、今回示されたキャリアラダーと、研修の対象者や到達目標との関係を明示するよう提言している<sup>2)</sup>。また、キャリアラダーに示された能力を獲得するためには、獲得を目指す能力に応じた研修内容や方法、それに合わせたツールを開発する必要がある、そのためにも、対象者の能力の現状を把握するとともに、能力に関連する要因を明らかにすることが必要である。

保健師の専門的能力の現状については、これまで、保健活動評価等を目的に、家族支援、事業化、施策化など、実践能力別の評価尺度が開発され、それをういた保健師の専門的能力の把握がなされてきた<sup>5~10)</sup>。しかし、今般厚労省により示されたキャリアラダーに従って、自治体保健師の能力を段階的に

とらえ、その実態を把握した研究成果の蓄積は十分ではない。

そこで本研究では、自治体保健師の系統的な人材育成に向けた基礎資料とするため、中堅期以降の自治体保健師の専門的能力の現状をキャリアラダーに照らし合わせて明らかにするとともに、能力に関連する要因を検討することを目的とした。

なお、本稿において「中堅期」とは、経験年数に関係なく、後述のとおり、国立保健医療科学院（以下、科学院）の公衆衛生看護中堅期研修の対象であるキャリアラダー A4 以上を目指すものと定義する。

## II 研究方法

### 1. 調査対象とデータ収集方法

本調査の対象は、2016年度に科学院において実施された公衆衛生看護研修（中堅期、管理期、統括保健師）の受講者計178人とした。調査は、対象となる研修の開催期間中（それぞれ6月、11月、2月）に、本研究用に開発した質問紙による無記名自記式質問紙調査を実施した。質問紙への回答は、研修初日または研修2日目の研修開始時間までに各自で行い、研修会場内に設置した回収箱により質問紙の回収を行った。

科学院とは、保健、医療、福祉事業に係る職員を対象とした長期・短期研修を実施している機関であり、研修の多くに自治体保健師が参加している。ただし、本調査の対象とした公衆衛生看護研修は、保健師のみを対象にした階層別研修であり、主に、都道府県や政令市に勤務する保健師を対象としている。また、2016年度から、研修参加者を募集する際に、中堅期はキャリアラダーのA4相当を、管理期および統括保健師はA5相当の能力獲得を目指した研修であることを明示している<sup>11)</sup>。

### 2. 調査項目

質問紙では、先行研究<sup>6,7,12,13)</sup>で保健師の能力獲得との関連が示されている個人特性と自治体の特性について尋ねた。また、自治体保健師の能力については、キャリアラダーの専門的能力の内容に従って把握した。（図1）

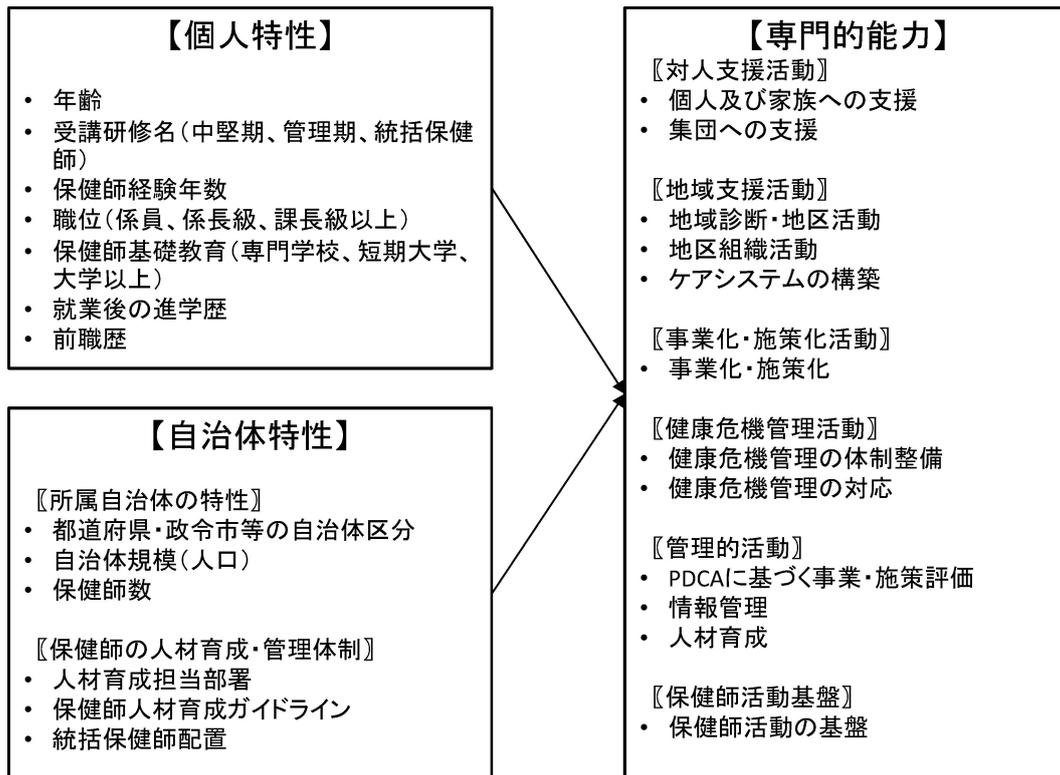
#### 1) 個人特性

年齢、性別、受講研修名、保健師経験年数、職位、保健師基礎教育、進学歴、前職歴を尋ねた。

#### 2) 所属する自治体等の特性

都道府県・政令市等の自治体区分、人口規模、保健師数に加え、保健師の人材育成・管理体制に関わる項目として、人材育成担当部署、保健師人材育成ガイドラインおよび統括保健師配置の有無について尋ねた。

図1 概念枠組み



3) 自治体保健師の能力

専門的能力のキャリアラダーに示された6つの活動領域とそれらを構成する13の能力について尋ねた。13の能力とは、「個人および家族への支援」、「集団への支援」、「地域診断・地区活動」、「地域組織活動」、「ケアシステム構築」、「事業化・施策化」、「健康危機管理体制整備」、「健康危機管理対応」、「PDCAに基づく事業・施策評価」、「情報管理」、「人材育成」、「保健師活動の基盤①」、「保健師活動の基盤②」である。このうち「個人および家族への支援」と「PDCAに基づく事業・施策評価」に関しては、厚労省が示したキャリアラダーにおいて、2つ以上の異なる能力が含まれる表現になっていたため、2項目に分けて質問した。このため、能力に関する質問項目は15項目になった(表1)。

回答は、キャリアラダーの「各レベルにおいて求められる能力」のキャリアレベルA1~A5に相当する5肢から選択する方法をとった。選択肢の表現には、キャリアラダーに示された表現を可能な限り反映した。

3. 統計解析

研修受講者の能力の現状では、13の専門的能力を説明する15項目について、項目ごとにキャリアレベルのA1からA5の単純集計を行った。

保健師の専門的能力と関連要因の検討では、キャ

リアレベルA4以上とA3以下に分けて分析した。これは、科学院の公衆衛生看護研修の募集要項に、中堅期がA4相当、それ以外がA5相当の能力獲得を目指した研修であることを明示しているため、これら研修の受講者である本研究の対象は、A3からA5相当の能力を有している集団と想定されたためである。

要因の検討では、最初に、専門的能力を6つの活動領域にカテゴリ化したうえで、各活動領域の保健師の能力と、個人特性、自治体特性の単変量解析を行った。次に、各活動領域別に保健師の専門的能力を目的変数、個人特性などの関連要因を説明変数にしたロジスティック回帰分析を行った。目的変数となる保健師の専門的能力については、選択肢にA4またはA5レベルを設けなかった「個人および家族への支援①」と「保健師活動の基盤②」を除く能力13項目を6つの活動領域によって分類し、各領域1~4個の専門的能力で説明されるカテゴリを生成した。続く解析では、各活動領域を構成する項目すべてがA4以上のキャリアレベルに到達していると回答した者を1、1つでもA4に到達していない能力がある者を0として多重ロジスティック回帰分析を行った。分析では、強制投入法を用いた。説明変数の選定では、変数同士の相関分析を行い、0.7以上の強い相関があった年齢と保健師経験年数、職位と



表3 専門的能力と個人特性および自治体特性

	対人支援活動			地域支援活動			事業化・施策化活動			健康危機管理活動			管理的活動			保健師活動基盤			
	N	≦A3 37.5%	A4≦ 62.5%	≦A3 54.2%	A4≦ 45.8%	P値	≦A3 39.9%	A4≦ 60.1%	P値	≦A3 58.9%	A4≦ 41.1%	P値	≦A3 64.9%	A4≦ 35.1%	P値	≦A3 54.8%	A4≦ 45.2%	P値	
<個人特性>																			
年齢																			
29.0	2	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	50.0	50.0	0.004
30-39	14	92.9	7.1		100.0	0.0		85.7	14.3		100.0	0.0		100.0	0.0		92.9	7.1	
40-49	58	36.2	63.8		70.7	29.3		55.2	44.8		67.2	32.8		77.6	22.4		62.1	37.9	
50-	94	28.7	71.3		36.2	63.8		22.3	77.7		46.8	53.2		51.1	48.9		44.7	55.3	
保健師経験(年)																			
-9	4	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	<0.001	100.0	0.0	0.005	100.0	0.0	0.001	75.0	25.0	0.041
10-19	24	66.7	33.3		79.2	20.8		58.3	41.7		83.3	16.7		79.2	20.8		75.0	25.0	
20-29	77	35.1	64.9		58.4	41.6		45.5	54.5		58.4	41.6		72.7	27.3		55.8	44.2	
30-	61	24.6	75.4		36.1	63.9		19.7	80.3		45.9	54.1		45.9	54.1		42.6	57.4	
職位																			
係員	45	46.7	53.3	0.011	82.2	17.8	<0.001	68.9	31.1	<0.001	80.0	20.0	<0.001	91.1	8.9	<0.001	77.8	22.2	0.002
係長級	86	40.7	59.3		51.2	48.8		38.4	61.6		64.0	36.0		64.0	36.0		47.7	52.3	
課長級以上	33	15.2	84.8		30.3	69.7		9.1	90.9		21.2	78.8		33.3	66.7		45.5	54.5	
管理職経験(年)																			
経験なし	45	46.7	53.3	0.140	82.2	17.8	<0.001	68.9	31.1	<0.001	80.0	20.0	<0.001	91.1	8.9	<0.001	77.8	22.2	0.002
1-4	72	36.1	63.9		51.4	48.6		33.3	66.7		56.9	43.1		59.7	40.3		48.6	51.4	
5-9	33	21.2	78.8		33.3	66.7		21.2	78.8		33.3	66.7		42.4	57.6		36.4	63.6	
10-	12	41.7	58.3		25.0	75.0		16.7	83.3		41.7	58.3		50.0	50.0		58.3	41.7	
保健師基礎教育																			
専門学校	116	31.9	68.1	0.069	51.7	48.3	0.365	35.3	64.7	0.073	54.3	45.7	0.169	62.1	37.9	0.305	50.9	49.1	0.256
短期大学	23	39.1	60.9		52.2	47.8		39.1	60.9		69.6	30.4		65.2	34.8		69.6	30.4	
大学以上	27	55.6	44.4		66.7	33.3		59.3	40.7		70.4	29.6		77.8	22.2		55.6	44.4	
進学																			
あり	28	32.1	67.9	0.579	35.7	64.3	0.037	21.4	78.6	0.030	39.3	60.7	0.024	42.9	57.1	0.009	39.3	60.7	0.082
なし	138	37.7	62.3		57.2	42.8		43.5	56.5		62.3	37.7		68.8	31.2		57.2	42.8	
前職歴																			
あり	50	30.0	70.0	0.199	50.0	50.0	0.474	34.0	66.0	0.320	58.0	42.0	0.859	56.0	44.0	0.135	52.0	48.0	0.632
なし	116	40.5	59.5		56.0	44.0		42.2	57.8		59.5	40.5		68.1	31.9		56.0	44.0	

表3 専門的能力と個人特性および自治体特性(つづき)

	対人支援活動			地域支援活動			事業化・施策化活動			健康危機管理活動			管理的活動			保健師活動基盤			
	N	≦A3 37.5%	A4≦ 62.5%	≦A3 54.2%	A4≦ 45.8%	P値	≦A3 39.9%	A4≦ 60.1%	P値	≦A3 58.9%	A4≦ 41.1%	P値	≦A3 64.9%	A4≦ 35.1%	P値	≦A3 54.8%	A4≦ 45.2%	P値	
<自治体特性>																			
所属自治体																			
都道府県	92	41.3	58.7	0.511	56.5	43.5	0.901	45.7	54.3	0.352	60.9	39.1	0.797	69.6	30.4	0.071	58.7	41.3	0.443
政令市	45	28.9	71.1		53.3	46.7		33.3	66.7		57.8	42.2		57.8	42.2		55.6	44.4	
特別区	9	33.3	66.7		44.4	55.6		22.2	77.8		44.4	55.6		33.3	66.7		33.3	66.7	
市町村	21	42.9	57.1		52.4	47.6		38.1	61.9		61.9	38.1		76.2	23.8		47.6	52.4	
人口規模(万人)																			
-49	48	39.6	60.4	0.682	52.1	47.9	0.571	35.4	64.6	0.862	56.3	43.8	0.223	68.8	31.3	0.332	43.8	56.3	0.224
50-99	46	34.8	65.2		63.0	37.0		41.3	58.7		58.7	41.3		60.9	39.1		54.3	45.7	
100-149	29	44.8	55.2		48.3	51.7		44.8	55.2		75.9	24.1		75.9	24.1		62.1	37.9	
150-	44	31.8	68.2		52.3	47.7		40.9	59.1		52.3	47.7		56.8	43.2		63.6	36.4	
保健師数(人)																			
-49	22	50.0	50.0	0.245	68.2	31.8	0.348	40.9	59.1	0.390	68.2	31.8	0.794	81.8	18.2	0.138	50.0	50.0	0.616
50-99	71	39.4	60.6		52.1	47.9		40.8	59.2		56.3	43.7		60.6	39.4		50.7	49.3	
100-149	43	37.2	62.8		55.8	44.2		46.5	53.5		58.1	41.9		69.8	30.2		62.8	37.2	
150-	30	23.3	76.7		43.3	56.7		26.7	73.3		56.7	43.3		53.3	46.7		53.3	46.7	
人材育成ガイドライン																			
あり	151	38.4	61.6	0.467	55.0	45.0	0.535	40.4	59.6	0.684	60.3	39.7	0.294	66.9	33.1	0.104	57.0	43.0	0.089
なし	17	29.4	70.6		47.1	52.9		35.3	64.7		47.1	52.9		47.1	52.9		35.3	64.7	
人材育成担当部署																			
あり	147	38.1	61.9	0.673	57.1	42.9	0.041	42.2	57.8	0.108	59.2	40.8	0.859	64.6	35.4	0.855	56.5	43.5	0.241
なし	21	33.3	66.7		33.3	66.7		23.8	76.2		57.1	42.9		66.7	33.3		42.9	57.1	
統括保健師配置																			
あり	143	35.7	64.3	0.240	55.2	44.8	0.502	39.2	60.8	0.648	57.3	42.7	0.318	63.6	36.4	0.419	55.9	44.1	0.462
なし	25	48.0	52.0		48.0	52.0		44.0	56.0		68.0	32.0		72.0	28.0		48.0	52.0	

χ<sup>2</sup>検定

表4 専門的能力(キャリアレベルA4以上)と個人特性および自治体特性との関連(多重ロジスティック分析:強制投入法)

	対人支援活動		地域支援活動		事業化・施策化活動		健康危機管理活動		管理的活動		保健師活動基盤	
	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間	オッズ比(下限-上限)	95%信頼区間
<b>&lt;個人特性&gt;</b>												
保健師経験(年)												
-9	0.00	incalculable	0.00	incalculable	0.00	incalculable	0.00	incalculable	0.00	incalculable	0.27	(0.02-5.37)
10-19	0.03	(0.01-0.26)**	0.13	(0.03-0.70)*	0.07	(0.01-0.43)**	0.17	(0.04-0.92)*	0.21	(0.04-1.24)	0.14	(0.03-0.70)*
20-29	0.36	(0.14-1.01)	0.48	(0.19-1.23)	0.35	(0.13-1.02)	0.80	(0.31-2.09)	0.32	(0.12-0.89)*	0.47	(0.20-1.18)
30-	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
職位												
係員	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
係長級	0.51	(0.18-1.50)	4.48	(1.31-15.42)*	2.40	(0.79-7.28)	1.57	(0.49-5.07)	2.79	(0.68-11.47)	3.26	(1.05-10.16)*
課長級以上	1.12	(0.26-4.85)	8.75	(1.90-40.31)**	12.54	(2.20-71.69)**	9.86	(2.27-42.84)**	7.08	(1.41-35.68)*	1.91	(0.48-7.73)
保健師基礎教育												
専門学校	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
短期大学	1.01	(0.29-3.35)	1.32	(0.42-4.27)	1.43	(0.39-5.29)	0.58	(0.18-1.98)	1.40	(0.38-5.24)	0.38	(0.12-1.26)
大学以上	1.14	(0.34-3.80)	1.32	(0.38-4.67)	0.75	(0.21-2.69)	1.46	(0.42-5.19)	0.81	(0.22-3.02)	1.52	(0.48-4.89)
進学												
あり	1.35	(0.44-4.16)	2.79	(0.89-8.81)	3.16	(0.89-11.32)	3.70	(1.17-11.78)*	4.12	(1.28-13.38)*	3.69	(1.27-10.78)*
前職歴												
あり	3.88	(1.24-12.18)**	2.08	(0.79-5.56)	4.21	(1.34-13.26)**	1.32	(0.51-3.45)	2.43	(0.89-6.68)	1.53	(0.62-3.81)
<b>&lt;自治体特性&gt;</b>												
所属自治体												
都道府県												
政令市	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
特別区	2.06	(0.51-8.36)	0.49	(0.14-1.76)	1.45	(0.34-6.22)	1.02	(0.31-3.45)	1.12	(0.32-4.01)	0.74	(0.23-2.43)
市町村	1.54	(0.13-18.53)	1.10	(0.15-8.48)	0.82	(0.08-8.42)	5.59	(0.60-52.72)	12.78	(0.87-189.06)	1.61	(0.20-13.68)
自治体規模(人口,万人)												
-49	0.83	(0.13-5.46)	0.67	(0.12-4.01)	1.60	(0.23-11.55)	0.99	(0.17-5.79)	0.72	(0.10-5.63)	0.73	(0.15-3.82)
50-99	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
100-149	0.66	(0.15-3.12)	0.22	(0.05-1.01)	0.28	(0.06-1.40)	0.34	(0.08-1.60)	1.05	(0.18-6.16)	0.29	(0.08-1.17)
150-	0.51	(0.10-2.80)	0.53	(0.10-2.92)	0.32	(0.06-1.92)	0.14	(0.03-0.89)*	0.43	(0.06-3.19)	0.20	(0.05-1.04)
保健師数(人)												
-49	0.58	(0.11-3.32)	0.24	(0.04-1.51)	0.22	(0.04-1.41)	0.37	(0.07-2.23)	1.03	(0.13-8.20)	0.17	(0.04-0.96)*
50-99	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00	
100-149	0.81	(0.18-3.65)	2.30	(0.44-12.18)	0.74	(0.15-3.70)	1.68	(0.34-8.48)	2.96	(0.41-21.41)	1.25	(0.31-5.25)
150-	1.12	(0.21-6.17)	6.79	(0.98-47.41)	1.32	(0.22-8.26)	3.57	(0.56-23.15)	1.76	(0.19-16.50)	1.80	(0.34-9.79)
ガイドライン												
あり	2.25	(0.28-18.73)	13.69	(1.38-136.09)*	5.24	(0.57-48.9)	5.25	(0.59-47.55)	6.27	(0.51-77.71)	4.41	(0.57-34.18)
人材育成担当部署												
あり	0.91	(0.22-3.80)	1.25	(0.34-4.66)	2.10	(0.51-8.74)	0.96	(0.26-3.62)	0.46	(0.12-1.92)	0.53	(0.15-1.92)
統括配置												
あり	0.31	(0.06-1.77)	0.28	(0.07-1.21)	0.63	(0.12-3.45)	1.33	(0.34-5.36)	1.42	(0.33-6.15)	1.04	(0.27-4.02)
多重ロジスティック回帰分析 強制投入法												
あり	1.70	(0.46-6.30)	0.54	(0.16-1.86)	1.62	(0.46-5.86)	1.14	(0.33-3.97)	0.66	(0.18-2.46)	0.61	(0.20-1.92)

\* <0.05, \*\* <0.01

### 3. 保健師の専門的能力と個人特性および自治体特性 (単変量解析) (表3)

個人特性のうち、年齢、保健師経験年数、職位は、すべての活動領域の専門的能力で有意差がみられた。また、管理職経験年数は、「対人支援活動」を除くすべての能力で、進学は、「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機管理活動」、「管理的活動」で有意差がみられた。

自治体特性のうち有意差が見られたのは、「地域支援活動」における人材育成担当部署の有無のみであった ( $P=0.041$ )。

### 4. 保健師の専門的能力の関連要因 (多重ロジスティック回帰分析) (表4)

活動領域ごとの専門的能力 (キャリアレベル A4 以上) を目的変数としたロジスティック回帰分析の結果は表4の通りである。

個人特性では、保健師経験年数10-19年は「管理的活動」を除くすべての活動領域の専門的能力で、30年以上と比べてオッズ比が有意に低かった。「対人支援活動」、「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機管理活動」、「保健師活動基盤」のオッズ比 (95%信頼区間) はそれぞれ、0.03 (0.01-0.26), 0.13 (0.03-0.70), 0.07 (0.01-0.43), 0.17 (0.04-0.92), 0.14 (0.03-0.70) であった。「管理的活動」については、20-29年が30年以上と比べ有意に低く、0.32 (0.12-0.89) だった。職位は、課長級以上が係員に対し、「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機活動」、「管理的活動」で有意に高く、それぞれ8.75 (1.90-40.31), 12.54 (2.20-71.69), 9.86 (2.27-42.84), 7.08 (1.41-35.68) であった。また、係長級は係員と比較し、「地域支援活動」で4.48 (1.31-15.42), 「保健師活動基盤」で3.26 (1.05-10.16) と有意に高かった。進学歴は「健康危機管理活動」、「管理的活動」、「保健師活動基盤」と有意に正の関連にあった (それぞれ3.70 (1.17-11.78), 4.12 (1.28-13.38), 3.69 (1.27-10.78))。前職歴は、「対人支援活動」、「事業化・施策化活動」と有意に正の関連があった (それぞれ3.88 (1.24-12.18), 4.21 (1.34-13.26))。

自治体特性では、自治体の人口規模49万人以下と比べ、100-149万人の自治体は「健康危機管理活動」で0.14 (0.03-0.89) と、150万人以上の自治体は「保健師活動基盤」で0.17 (0.04-0.96) と有意に低かった。また、保健師数150人以上は49人以下と比べ、「地域支援活動」で13.69 (1.38-136.09) と有意に高かった。

## IV 考 察

### 1. 対象者の特徴

厚労省による2016年度の保健師活動調査<sup>14)</sup>では、自治体保健師の勤務先は都道府県 (14.7%), 保健所設置市 (22.3%), 特別区 (3.6%), 市町村 (59.3%) である。職位では、係長級以上が37.9%にとどまり、残りは係員が占めている。一方で、本研究の対象は、半数以上が都道府県の保健師であり、また、全体の68.8%が係長級以上と、全国平均より職位が高い保健師を対象とした調査であった。これは、本研究の対象が、科学院の行う保健師の階層別研修の受講者であり、所属先から推薦を受け研修に参加している、主に都道府県や政令市等の保健師であること、また、本調査が対象とした研修の受講者の条件には、中堅期研修では実務リーダー以上、または、キャリアラダーの A4 以上を目指している者、管理期研修・統括保健師では、A5 以上を目指している者であることを明示したことが影響していると考えられる。保健師を対象としたキャリアラダーの実態調査は本調査が初めてであり、全国の保健師の実態と比較をすることはできないが、上記の対象者の特徴を考慮すると、本調査の対象者は、全国の自治体保健師の平均よりもキャリアレベルの到達度が高い集団であった可能性が考えられる。

このような本研究の対象者の特徴を考慮したうえで、以降に自治体保健師の能力の現状と関連要因、そしてそれら結果をもとに保健師の系統的な人材育成の在り方について考察する。

### 2. キャリアラダーに基づく保健師の能力の現状とその関連要因

#### 1) 専門的能力の現状

キャリアレベルが A4 以上に到達していると回答した者の割合を、専門能力ごとに比較すると、「個人及び家族への支援」や「集団への支援」など、「対人支援活動」に関する能力で割合が相対的に高く、「健康危機管理の体制整備」と「保健師活動の基盤①」は、ほかの能力と比べ低かった。

キャリアレベル A4 以上に到達していると回答した者が多かった「対人支援活動」については、新任期に、対人サービスや地区活動を経験できるよう、計画的に人事配置を行っている自治体があることが報告されている<sup>15)</sup>。本調査対象となった中堅期以降の保健師も、新任期から、個人や家族、集団に対する直接的な対人保健サービスを行っていると考えられ、その結果が、到達度の高さとして表れたと考えられる。

他方、キャリアレベル A4 以上に到達していると

回答した者が少なかった「健康危機管理の体制整備」と「保健活動の基盤①」に関しては、通常の職務の範囲内で経験していないことが到達度の低さとして示された可能性がある。

「健康危機管理活動」は、災害、食中毒、感染症等に起因する地域の健康安全に関連した能力であるが、このうち、感染症対策等は主に都道府県の保健所等に配属された保健師の業務であり、災害対応は、被災地に勤務したり被災地に派遣されたりした保健師に限られる経験である。したがって、本調査の対象者の中にはこれらの経験が乏しい保健師が含まれていたと考えられる。

また、研究的手法を用いた事業評価、検証等、根拠に基づいた保健活動に関する能力を示す「保健活動の基盤①」に関しても、先行研究において<sup>16,17)</sup>、研究計画の倫理審査申請等を含めた研究実施体制の整備状況や、組織文化の影響などにより、自治体保健師にとって、研究活動の展開は困難な状況にあることが指摘されている。本調査の対象者についても、通常の職務の中で、研究的手法を用いて事業評価等を行うことが困難な状況にある者が含まれていたと考えられ、根拠に基づく保健活動に関する専門的能力の到達レベルの低さとして表れたと考えられる。

以上の専門的能力のうち、健康危機管理能力については、経験を通じて開発されることを示した先行研究<sup>18)</sup>がある一方で、災害対応経験がある保健師ほど到達レベルを高く評価する傾向があることも指摘されている<sup>19)</sup>。本研究のデザインでは、経験が専門的能力の獲得に先行する要因であるかどうかを示すことはできないが、本調査結果から、専門的能力に直接関連する活動を通常の職務内で経験しているかどうか、保健師の専門的能力のキャリアレベルの到達度と関連があると考えられた。

## 2) 専門的能力の関連要因

専門的能力の関連要因の探索では、活動領域ごとにカテゴリ化した専門的能力（キャリアレベルA4以上）と個人特性および自治体特性との関連についてロジスティック回帰分析を行った。

### (1) 個人特性との関連

個人特性のうち、保健師経験年数10-19年の保健師は、「管理的活動」を除くすべての活動領域の専門的能力で、オッズ比が30年以上と比べて低いことが示された。先行研究で、対人支援や施策化に関する専門職遂行能力の発達には、新任期から前期中堅期（1-10年）にプラト一期と呼ばれる停滞期があることが示されている<sup>12)</sup>。本研究結果で、オッズ比が有意に低かった保健師経験10-19年の者には、所属

組織から、次期管理者として係員とは異なる役割が期待されるようになった保健師や、産休・育休を取得し一時的にキャリアが途切れた復職後の保健師が含まれていると考えられる。本調査結果は、こうした時期が、保健師の専門的能力の発達のプラト一期と重なる可能性を示唆するものである。また、別の研究で、この時期の保健師の特徴として、保健活動に対し自信のなさを感じる傾向にあることが示されており<sup>20)</sup>、自己評価である本調査では、実際の到達レベルに関係なく、この時期特有の自信のなさが、キャリアレベルの到達度の低さとして表れたとも考えられる。

職位に関しては、係員に比べ、係長級が「地域支援活動」および「保健師活動基盤」と、課長級以上が「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機管理活動」、「管理的活動」と有意に正の関連が示された。先行研究<sup>21)</sup>では、保健師は、困難事例の対応、地域支援、研修会参加に加え、管理職の経験を通じて能力を獲得することが示されている。本調査結果は、先行研究の知見に加え、管理職経験が関連する専門的能力の特性を明らかにした。つまり、「対人支援活動」のように、住民に直接サービスを提供する活動では、管理職にあるかどうかにかかわらず、中堅期以降の保健師には一定の経験があるため、職位と有意な関連が示されなかったと考えられる。一方で、「事業化・施策化活動」、「健康危機管理活動」、「管理的活動」等、高度で広域的なマネジメントが必要な活動に関する能力は、課長級以上の職位とのみ有意な関連があったことから、これら能力の獲得には職位付随的な経験が関連すると考えられた。

その他の個人特性のうち、保健師基礎教育はいずれの能力とも有意な関連が示されなかったが、就業後の進学は、「健康危機管理活動」、「管理的活動」、「保健師活動基盤」と有意な関連が示された。保健師基礎教育と進学の違いは、学習の基盤に保健師経験があるかどうかである。つまり、進学と有意な正の関連のあったこれらの能力に関しては、保健師としての実践経験や管理職経験を、大学院等での教育を通じて、理論的な基盤に照らし合わせて振り返る経験学習<sup>22)</sup>の機会があることが、キャリアレベルの到達度の高さに関連する可能性があると考えられる。

### (2) 自治体特性との関連

自治体特性に関しては、保健師人数が50人未満の自治体と比べ150人以上の自治体で「地域支援活動」が有意に高かった。一方で、「健康危機管理活動」は100-149万人の自治体で、「保健師活動基盤」は150万人以上の自治体で有意に低かった。「地域支援

活動」と保健師人数の関連に関しては、都道府県、特別区・保健所設置市など、比較的保健師数が多い職場で、人材育成を意識した計画的な人事異動の実施割合が高いとの調査結果<sup>4)</sup>がある。中でも「地域支援活動」に関しては、先述のとおり、各自治体で新任期のうちに能力獲得できるよう取り組みを進めていることが報告されていることから、保健師数の多さと「地域支援活動」の到達度の高さとの関連が示されたと考えられる。

その他の自治体特性である、ガイドライン、人材育成担当部署、統括配置の有無に関しては、いずれの専門的能力とも有意な関連は示されなかった。2017年に日本看護協会が実施した調査では<sup>23)</sup>、約7割の都道府県が保健師の人材育成計画を作成するなど、各自治体で組織的に人材育成を進める動きがあることが報告されている。本調査では、こうした各自治体で推進されている人材育成体制整備の現状を裏付ける結果は示されなかった。人材育成の効果が表れるには一定の時間が必要であり、また、本研究は横断研究であるため、本研究結果だけで、人材育成の体制整備の状況と能力獲得との関連を説明することはできない。今後は、各自治体における人材育成体制整備の状況と、その効果を評価することで、人材育成体制にかかる情報を収集、蓄積していくことが必要になると考えられた。

### 3. 専門的能力の現状と関連要因を踏まえた人材育成の在り方

キャリアレベルの到達度が低かった能力は、「健康危機管理の体制整備」や「保健師活動の基盤①」など、通常の職務において実践機会を得にくい能力であることが示された。このうち、健康危機管理能力、中でも自然災害にかかる対応能力に関しては、シミュレーション型の研修プログラムの開発とその実践報告などもなされている<sup>24)</sup>。このように、通常の職務を通じて経験しにくい能力の獲得に向けては、業務以外の場で、実践経験を代替する学習機会を整備すること、またこのような保健師の専門的能力の特性に応じた人材育成方法の開発が必要になると考えられる。

また、「対人支援活動」と「保健師活動基盤」以外の専門的能力は、課長級以上の職位との関連がみられ、これらの能力の獲得には、保健師経験の長さだけでなく、管理職経験など、職位に付随した経験の内容が影響する可能性が示唆された。つまり職位付随的な活動を通じてのみ得られる経験が、保健師の専門的能力のうち、より高度で広域的なマネジメントに関連する専門的能力の獲得に関連する可能性である。これらの専門的能力を獲得するために、保

健師個々が管理職に就くための努力をすることは必要になると考えられる。ただし、職場環境等により、必ずしも管理職に就くことができない保健師も存在すると推察される。このため、組織の人材育成として、保健師が一つ一つの経験の意味を振り返り、経験から学ぶことができるような機会、つまり経験の質を高めることができるような学習機会を整備することが重要になると考えられる。経験の質を高める学習が保健師教育において重要であることは、これまでも指摘されており、そのための教育プログラムも開発されている<sup>25)</sup>。しかし、それは看護基礎教育や新任期の教育を想定して開発されているものであり、保健師の管理的能力を強化するための教育プログラムの報告は少ない。したがって、今後は、管理的能力に関する経験の質を高めるための研修機会を、都道府県あるいは全国レベルで整備することも必要になると考えられる。

さらに、本研究結果からは、保健師経験10-19年の保健師の自己評価が低く、その一方で、管理職に就いた保健師は自己評価が高くなることが示された。保健師個々の能力の獲得状況を把握することができれば、専門的能力の発達が停滞を迎えている保健師に、管理者になるためのギャッチアップ要件<sup>26)</sup>を満たすためのサポートを行うことも可能になると考えられる。現在、多くの自治体では、保健師経験年数に応じて、所属する保健師を新任期、中堅期、管理期等に分類して研修等を整備している。しかし、本研究結果において、専門的能力の到達度には保健師経験年数だけでなく、進学や前職歴の有無、管理職経験等が関連することが示された。ゆえに、今後は、個々の保健師の専門的能力の現状を能力ごとに把握するとともに、経験年数のみならず、その他の関連要因も考慮に入れ、専門的能力の段階に応じた発達を支援するための仕組みを構築することが必要と考えられた。

### 4. 研究の限界

本研究の対象は、科学院の研修受講生を対象としていたため、全国平均に比べ都道府県の保健師や、職位が高い保健師が多かった。このため、本研究結果は全国の自治体保健師の能力の平均的な現状を示したものではない。加えて、科学院の公衆衛生看護研修の受講者数の定員の違いから、本研究の対象となった保健師数は中堅期、管理期、統括保健師研修の順に多く、またそれぞれの研修の受講者の保健師経験年数や職位などの属性には有意な差が見られたことから、単変量解析における絶対数の割合は、母集団の推定値を示すものではないと考えられる。

加えて、本研究で用いたキャリアラダーの各項目

は、自治体保健師の能力を測定するための尺度開発を意図して作成されたものではないため、本研究結果が、能力の現状を適切に測定しているとは言えない。米国では、保健師の実践、教育に関わる組織横断的な研究者らが、保健師に求められるコンピテンシーを特定し、継続的に見直しを行っている<sup>27)</sup>。また、それに合わせて測定用具の開発も段階的に進められている<sup>28,29)</sup>。わが国でも、系統的な保健師人材育成に向けて本キャリアラダーを活用するためには、今後、内容の改善や測定用具の開発が必要になると考えられる。

以上の本研究の限界を踏まえ、今後、保健師の能力の現状把握や、その結果に基づく人材育成の体系化に向けて、今般示されたキャリアラダーの構成概念妥当性の検討や、尺度開発とその妥当性と信頼性の検討など、さらなる研究を進展させていくことが必要になると考える。

## V 結 語

本研究では、厚労省の自治体保健師の「標準的なキャリアラダー」に即して、自治体保健師の能力の現状を明らかにするとともに、能力の関連要因を検討した。

その結果、「対人支援活動」を構成する「個人及び家族への支援」や「集団への支援」は、ほかの専門的能力と比較しA4以上に到達していると回答した者が多く、「健康危機管理の体制整備」と「保健師活動の基盤①」はA4レベルに到達していると回答した者が少なかった。また、A4以上のキャリアレベルの到達度の関連要因として、経験年数30年以上の保健師と比べ、10-19年の者は「対人支援活動」、「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機管理活動」、「保健師活動基盤」の到達度が有意に低く、20-29年の者は「管理的活動」で有意に低かった。また職位では、係員に対し課長級以上は「地域支援活動」、「事業化・施策化活動」、「健康危機活動」、「管理的活動」で有意に到達度が高く、係長級は「地域支援活動」と「保健師活動基盤」で有意に高かった。進学歴は「健康危機管理活動」、「管理的活動」、「保健師活動基盤」と、前職歴は「対人支援活動」、「事業化・施策化活動」と有意に正の関連があった。

本研究は、対象の代表性と、質問紙の妥当性・信頼性に限界があるものの、「標準的なキャリアラダー」に照らし合わせて自治体保健師の能力を明らかにした初めての研究であり、保健師の系統的な人材育成に資する基礎的な情報として、能力の現状とその関連要因を示すことができた。

本調査の実施にあたり、調査にご協力いただいた2016年度国立保健医療科学院公衆衛生看護研修(統括保健師、管理期、中堅期)受講者の皆様に深く感謝する。また、横山徹爾先生(保健医療科学院)、藤井仁先生(目白大学)松本珠実氏(大阪市)には本稿執筆にあたり貴重なコメントをいただいた。ここに感謝申し上げる。

本研究は、第76回日本公衆衛生学会総会の発表内容に加筆修正したものである。なお、本研究において開示すべきCOI状態の企業等はない。

(受付 2017.11.10)  
(採用 2018. 9.25)

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動指針. 健発0419第1号. 平成25年4月25日付け. 2013.
- 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) 奥田博子. 保健師の人材育成計画策定ガイドライン. 厚生労働科学研究費補助金地域健康危機管理研究事業「地域保健に従事する人材の計画的育成に関する研究」資料. 2016.
- 4) 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. 平成26年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業. 2015.
- 5) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討. 日本公衛誌 2009; 56: 391-401.
- 6) 岡本玲子, 岩本里織, 塩見美抄, 他. 保健師の専門性発展力尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. 日本公衛誌 2010; 57: 355-365.
- 7) 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. 日本公衛誌 2008; 55: 629-639.
- 8) 松坂由香里, 荒木田美香子. 行政保健師の家族支援実践力尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—. 家族看護学研究 2017; 22: 74-86.
- 9) 鳩野洋子, 岡本玲子, 長野扶佐美, 他. 保健活動の成果をみせる行動実践尺度の開発. 日本看護研究学会雑誌 2014; 37: 55-61.
- 10) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衛誌 2014; 61: 275-285.
- 11) 成木弘子, 松本珠実, 奥田博子, 他. 国立保健医療科学院における保健師人材育成体制の現状と今後の取り組み. 保健医療科学 2016; 65: 501-509.
- 12) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の職務遂行能力の発達—経験年数群別の比較—. 日本地域看護学会誌. 2004; 7: 16-22.
- 13) 野中茂子, 松田正巳. 市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因. 保健師ジャーナル 2009; 65: 484-492.
- 14) 厚生労働省. 平成28年度の保健師活動調査. 2016.
- 15) 藤本あゆみ. 地区担当制を基本とした「地域に責任

- をもつ保健活動」大津市の取り組み. 保健師ジャーナル 2015; 71: 924-930.
- 16) 麻原きよみ. 保健師活動と根拠 (エビデンス). 地域保健 2016; 3: 10-17.
- 17) 鳩野洋子, 嶋津多恵子, 丹野久美, 他. 公衆衛生看護の日常活動・実践研究における倫理に関する実態調査の結果報告. 公衆衛生看護学会誌 2016; 5: 266-272.
- 18) 岩村龍子. 災害対応における看護職が果たす役割・機能と役割・機能を発揮するために必要な能力. 岐阜県立看護大学紀要 2014; 14: 61-71.
- 19) 若杉早苗, 鈴木知代, 仲村秀子, 他. 自治体保健師の健康危機管理実践能力と災害の対応・学習経験との関連: ミニマム・リクワイアメンツ質問紙調査を活用した検討. 東海公衆衛生雑 2017; 5: 128-136.
- 20) 平野美千代, 平野憲子, 和泉比佐子, 他. 地域保健活動における中堅保健師の自信のなさ: 精神障害者支援を展開した保健所中堅保健師のインタビューを通して. 日本地域看護学会誌 2007; 10: 66-71.
- 21) 松尾 睦, 岡本玲子. 保健師の経験学習プロセス. 国民経済雑誌 2013; 208: 1-13.
- 22) Kolb DA. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd ed. ed: Pearson, Upper Saddle River, New Jersey: FT Press. 2014.
- 23) 日本看護協会. 平成29年度 全国保健師交流集会検討資料. 2017.
- 24) 橘とも子, 二宮宣文, 山口孝治, 他. 地域における健康危機管理者に対する災害健康危機管理に係る人材育成方法の検討 災害シミュレーション演習の導入・評価を中心として. 日本集団災害医学会誌 2010; 15: 187-196.
- 25) 岡本玲子, 谷垣静子, 岩本里織, 他. 保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発 大学院の地域貢献を目指すアクションリサーチの一環として. 日本公衛誌 2011; 58: 778-792.
- 26) 佐伯和子, 平野かよ子, 宮崎美砂子, 他. 「保健師のキャリアラダーと保健師指導者の育成プログラム」. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金地域健康危機管理研究事業総合研究報告書. 2008.
- 27) Swider SM, Krothe J, Reyes D, et al. The Quad Council practice competencies for public health nursing. *Public Health Nursing* 2013; 30: 519-536.
- 28) Cross S, Block D, Josten L, et al. Development of the public health nursing competency instrument. *Public Health Nursing* 2006; 23: 108-114.
- 29) Reckinger D, Cross S, Block DE, et al. Public health nursing competency instrument: scale reduction and reliability of factors. *Public Health Nursing* 2013; 30: 566-574.
-

## Competencies and the related factors of senior administrative public health nurses: a study based on the “standardized career ladder”

Satoko HORII<sup>\*,2\*</sup>, Hiroko OKUDA<sup>2\*</sup>, Chie KAWASAKI<sup>2\*</sup>, Eri OSAWA<sup>2\*</sup>,  
Yumiko MORINAGA<sup>3\*</sup> and Hiroko NARUKI<sup>2\*</sup>

**Key words** : administrative public health nurse, professional competency, career ladder, capacity development

**Objectives** This study aimed to explore the competencies and related factors of administrative public health nurses (PHNs) based on the “standardized career ladder.”

**Methods** A self-administered questionnaire survey was conducted with PHNs at mid-career, manager, and supervisor levels. They were recruited from among participants of training courses in public health nursing carried out by the National Institute of Public Health in 2016. The items of the questionnaire were developed based on the “standardized career ladder.” Univariate and multiple logistic regression analysis were performed to explore the related factors at the A4 or higher level of professional competence according to the “standardized career ladder”.

**Results** Valid responses received from 94.4% of 178 samples were subjected to analysis. More than 70% reported A4 or higher level of competence on “interpersonal activities,” such as “support to individuals and families” and “support for the group.” Less than 50% reported A4 or higher level of competence on “health crisis management” and “nursing foundation-1.” PHNs with 10–19 years of experience had significantly lower odds ratio of the competencies for “interpersonal activities,” [OR = 0.03, 95%CI (0.01–0.26)], “community support activities,” [0.13 (0.03–0.70)], “formulation of activities and policies” [0.07, (0.01–0.43)], “health crisis management activities” [0.17 (0.04–0.92)], and “foundation of public health nursing activities” [0.14 (0.03–0.70)] than PHNs with 30 years of experience. PHNs who were directors or at higher career levels had significantly higher odds ratio of the competencies for “community support activities” [8.75 (1.90–40.31)], “formulation of activities and policies” [12.54 (2.20–71.69)], “health crisis management activities” [9.86 (2.27–42.84)], and “management activities” [7.08 (1.41–35.68)] than staff level PHNs. PHNs who were at the chief level had significantly higher odds ratio of the competencies for “community support activities” [4.48 (1.31–15.42)] and “foundation of public health nursing activities” [3.26 (1.05–10.16)]. Continuing education was positively associated with the competencies for “health crisis management activities,” “management activities,” and “foundation of public health nursing activities.” Previous job experience was positively associated with the competencies for “interpersonal activities” and “formulation of activities and policies.”

**Conclusion** The competency level of senior PHNs and related factors differed according to type of professional competency. Individual characteristics including duration of PHN’s career experience, managerial post, previous job experience, and continuing education were associated with A4 or higher level competencies. The findings suggest that the attainment level and factors influencing competencies of PHNs should be considered to establish a capacity development program.

---

\* Project for Strengthening Clinical Training System for New Graduate Nurses, JICA Vietnam

<sup>2\*</sup> National Institute of Public Health

<sup>3\*</sup> School of Nursing, Kagawa University