

第 1 章 保健師のコンピテンシー開発に関する調査結果報告

1. 目的

本研究班では、2008（平成 20）年度～2010（平成 22）年度に渡り、科学研究費補助金基盤研究（B）大学院教育を地域貢献に活かす保健師等のコンピテンシー開発（課題番号 20390572）を受けて、保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創成型プログラムを開発・実施し、研究参加者のプログラム実施前後の変化や変化過程を評価し効果の検証を行った。

プログラムは、保健師の経験年数別 OJT としても、特定の能力を開発するための OJT としても活用できるものである。

本調査の目的は、保健師に強化や見直しが求められる専門能力、保健師に求められる実践能力全般、保健師の専門職としてのコンピテンシー等についてその実態を調査することである。その結果から今後の保健師のコンピテンシー開発のあり方と、プログラム活用の可能性、さらなる応用版開発の可能性、普及方策を検討する。

なお、**コンピテンシーとは「単に知識や技術があるというだけでなく、卓越した業績を生む素地となる意識、姿勢、考え方、行動様式を含む能力、成果を生む活動に欠かせない能力」**である。

2. 背景

保健師は、感染症や劣悪な環境衛生の改善に奔走した昭和初期より、社会の求めに応じて活動形態を変え、広く国民の公衆衛生向上と健康増進に寄与する活動に取り組んできた。とりわけ近年は、医療制度改革に係る特定保健指導や介護保険制度など、保健師は法的に定められた国策の重要な担い手としても高度な実践能力が求められている。

2009（平成 21）年 7 月の「保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律」の一部改正では、卒後の臨床研修が努力義務化され、個人の努力はもとより、現任教育の体系化が求められている。これを受けて、新人については、2011（平成 23）年 2 月、厚生労働省より「新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～」「技術指導の例～保健師編～」が出されたところである。看護師、保健師の基礎教育から卒後の現任教育へと系統的な保健師の教育体制を整えることがますます重要性を増している。

また近年の看護系大学の増加に伴い、保健師国家試験合格者の 9 割が大学卒であることから(2010)、大学における保健師教育の重要性が高まっている。しかし、2010（平成 22）年度までは看護系大学に保健師免許全員取得の卒業要件が法的根拠もないままに義務づけられており、看護師課程・保健師課程の統合化されたカリキュラムにおける保健師教育の不十分さ、大学統合化カリ・一年課程養成校・四年統合カリ養成校、あるいは急増する新設校と歴史のある学校など各種学校間の質のばらつきが問題となっている。

健康課題の複雑化・深刻化を受けて改正された保健師助産師看護師法においては、保健

師の教育年限が 6 ヶ月以上から 1 年以上に延長され、また、看護系大学における保健師免許全員取得の要件が 2011（平成 23）年度入学生より撤廃された（大学の裁量で従来の統合化カリを止めることができる）ことから、今後は、大学院修士課程における保健師教育、あるいは大学専攻科、大学選択制による保健師教育が可能になり、様々な教育課程を経た保健師が現場に出て来ることになる。

このような背景の中で、住民の健康課題を解決するために、保健師に求められる実践能力をどのように育成するのか、特にどんな能力の強化が必要なのかなど、その実態に即して考える必要がある。本研究はその基礎資料となる実態調査である。

3. 方法

1) 調査対象

調査対象は、全国保健師長会名簿と全国市町村便覧（2009）より全国の保健所・保健センターを無作為抽出し、抽出された調査施設に勤務する常勤保健師とした。

調査施設は、①所属（都道府県、特別区・政令指定都市・政令市・保健所設置市、市町村）と②都道府県の 2 段階に層化し、都道府県は 54 か所（全施設の約 8 分 1）政令指定都市等は 99 か所（全施設の約 4 分の 1）、市町村は 297 か所（全施設の 6 分の 1）抽出した（以下、波線部を政令指定都市等と略）。対象数を 1500 人と想定し、各施設における保健師数を、都道府県・政令指定都市等は 1 施設の平均就業者数、市町村は保健師 1 人あたりの人口に応じて算出し調査票の配布数を決定した。1 施設平均送付数は 7.2 であった。

2) 調査方法

調査方法は、郵送による自記式質問紙調査である。対象となった保健所・保健センターの保健師代表者に、調査票と調査協力依頼文（所属長、保健師代表者、対象者用）、倫理的配慮について示した文書を郵送し、調査対象に「依頼文・倫理的配慮文・調査票・封筒（クリアファイルにて個々にセットしたもの）」を配布するよう依頼した。調査票は、対象より直接返送してもらうこととした。調査に協力する場合は、保健師代表者に別途実際の配布数を記述した用紙への記入を求め返送してもらった。調査時期は 2010（平成 22）年 11～12 月である。

3) 調査内容

調査内容は、「保健師に強化や見直しが求められる専門能力の実態」については、「保健師活動において目指しているアウトカム（自由記載）」、「過去 1 年間の保健師活動における『活動の必要性と成果を見せる行動項目』の到達度」、「活動の必要性を上司や関係機関、住民組織に納得してもらえる決め手（今までの保健師経験より自由記載）」、「活動の成果を上司や関係機関、住民組織に評価してもらえる決め手（今までの保健師経験より自由記載）」、「家庭訪問や地区事業で活動に出かける際の目的以外の行動」、「前回

の異動等で引き継ぎのために準備した資料」、「昨年度の年間家庭訪問件数」、「ひと月に地区に出向く回数」、「保健師活動を『見せる』ために今後アピールすべきものや、開発が求められるもの、保健師を象徴したり保健師活動を具現化できるもの（自由記載）」を質問した。

「保健師に求められる実践能力全般の実態」については、2010（平成22）年11月に厚生労働省より出された「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の中項目の到達度、保健師のプロフェッショナルとしての自信度を質問した。

「保健師の専門職としてのコンピテンシーの実態」については、保健師の専門性発展力尺度（PDS）、公衆衛生基本活動遂行尺度（BAPH）、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（CMC）を使用した。これら三つの尺度はともに信頼性（内的整合性）、構成概念妥当性、基準関連妥当性が確認されている。

「保健師の学習ニーズの探索」としては、「保健師活動を行う際によく使用している理論や考え方（自由記載）」、大学院修士課程への進学希望の有無を質問した。

そのほか、対象の基本情報についても質問した。

4) 今回報告する内容

今後順次詳細な分析を行う予定であるが、この報告書では、全ての量的データの単純集計を示し、概要を読み取った。また、保健師としての経験年数別、役職別、所属の設置主体別集計の結果を表に示した。属性間の比較には χ^2 検定または平均値の差の検定を行った。

質的データ（自由記載）については、記述部分を整理し、概要を読み取った。設問によって、経験年数別、役職別に整理した。

5) 倫理的配慮

倫理的配慮としては、調査協力の自由、プライバシーの保護及び個人情報管理の管理、データの管理方法、調査にかかる負担、研究結果の公表に関することを文書で個々に周知し、調査票の返送をもって調査協力の承諾を得たとした。本研究は、所属大学倫理委員会の承認を得て実施した（T10-02）。

4. 結果

1) 回収状況、および対象の基本情報（表1）

調査協力施設は204施設（送付施設数495、協力施設41.2%）であった。全ての都道府県より1ヶ所以上の返送があり平均4.3ヶ所であった。調査票の回収数は1088（配布数1615、回収率67.4%）であり、うち有効回答数は1035（有効回答率95.1%）であった。

対象の性別は大部分が女性（98.2%）であり、男性は10人（1.0%）であった。年齢は40代が最も多く315人（30.4%）、次いで30代287人（27.7%）、50代255人（24.6%）、20代146人（14.1%）、60代以上が10人（1.0%）であった。

保健師教育を受けた機関は専門学校 1 年課程が 709 人 (68.5%) と最も多く、四年制大学は 208 人 (20.1%) であった。最終学歴は専門学校 1 年課程が 637 人 (61.5%) と最も多く、次いで看護系大学 192 人 (18.6%)、短期大学専攻科 139 人 (13.4%) であった。

保健師としての経験年数は 5 年未満が 140 人 (13.5%)、5 年以上 15 年未満 275 人 (26.6%)、15 年以上 25 年未満と 296 人 (28.6%)、25 年以上が 324 人 (31.3%) であった。現在の役職はスタッフが 365 人 (35.3%)、主任・主査が合わせて 349 人 (33.7%)、係長以上が合わせて 321 人 (31.0%) であった。その他の基本情報については表のとおりである。

「保健師に強化や見直しが求められる専門能力の実態」

2) 保健師活動においてめざしているアウトカム (自由記載) (「どんな対象に」

「どんな良い結果をもたらす」ことをめざして仕事をしているか) (表 2)

日常の担当業務や地区活動において、保健師としてどんな対象にどんな良い結果 (アウトカム) を出すことをめざして仕事をしているかについて、上位 3 つの記入を求めた質問では合計 2438 件の記述があった。記述内容を経験年数、対象ごとに分類し表 2 に記載した。

「どんな対象に」の表現について、A「地域住民が」や「担当地区において」など対象を特定しない表現と、B「子育て中の母親が」や「介護予防の対象者が」など対象を特定する表現の割合 (A:B) をみたところ、全体では、1279 (52.5%) : 1159 (47.5%) であった。保健師経験年数が 5 年未満では 176 (56.1%) : 138 (43.9%)、5 年以上 15 年未満では 348 (54.3%) : 293 (45.7%)、15 年以上 25 年未満では 367 (54.8%) : 303 (45.2%)、25 年以上では 388 (47.7%) : 425 (52.3%) であった。B のうち、下記 D のアウトカム表現とセットになっている記述は、順に 32 (10.2%)、47 (7.3%)、58 (8.7%)、85 (10.5%) であった。

「どんな良い結果をもたらすか」の表現について、C「健康に安心して暮らせる」「健康に生活できる」など何を根拠にその結果 (アウトカム) になったと説明できるのかが不明の表現と、D「〇〇罹患率を今より 10%減らす」や「虐待死ゼロを維持する」など前後比較のアウトカム表現になっているものの割合 (C:D) をみたところ、全体では、1977 (81.1%) : 461 (18.9%) であった。保健師経験年数が 5 年未満では 255 (81.2%) : 59 (18.8%)、5 年以上 15 年未満では 514 (80.2%) : 127 (19.8%)、15 年以上 25 年未満では 551 (82.2%) : 119 (17.8%)、25 年以上では 657 (80.8%) : 156 (19.2%) であった。

3) 過去 1 年間の保健師活動における「活動の必要性と成果を見せる行動項目」の到達度 (表 3-1) (表 3-2~40-1~4)

保健師として行っているこの 1 年間の担当業務や地区活動において、本来そうあるべきと思う到達点を十割とし、どの程度「活動の必要性と成果を見せる仕事」を実施しているかを、39 項目について質問した (5:ほとんど 10 割そうである、4:8 割くらいそうである、3:6 割くらいそうである、2:4 割くらいそうである、1:2 割くらいそうである、0:全く

そうでない)。

平均点が3以上の項目はなく、2点未満の項目が10項目あった。「全くそうでない」が20%を超えていた項目は、「7. 管轄の複数の地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する」「8. 費用対効果を予測し算出した資料を作成する」「13. 記録や資料を根拠に健康格差・不平等の実態を説明する」「26. 介入（実施）前のベースライン値を測る」「32. 介入（実施）の前後の変化を数値や分布で示す資料を作成する」「33. 介入群・非介入群の違いを数値や分布で比較する資料を作成する」の6項目であった。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

4) 活動の必要性を上司や関係機関、住民組織に納得してもらえらる決め手（今までの保健師経験より自由記載）（表4）

活動の必要性を上司や関係機関、住民組織に納得してもらえた経験について記述を求めたところ715人（69.1%）の書き込みがあった。

なお、4)と5)でいう「活動」とは新規事業や担当業務、地区活動など、保健師の業務・活動全般のことである。保健師の経験年数と現在の役職別に分けて表に掲載した。

全般的に、エビデンスや数的根拠をもって、客観的データを図表化して説明するという記述が多く、経験年数が上がるほど、住民の声、熱意といった記述が多くなっていた。

5) 活動の成果を上司や関係機関、住民組織に評価してもらえらる決め手（今までの保健師経験より自由記載）（表5）

活動の成果を上司や関係機関、住民組織に評価してもらえた経験について記述を求めたところ613人（59.2%）の書き込みがあった。

前後で変化したデータ、費用対効果の資料、評価アンケートやインタビューの結果、住民からの評価、成果物の創出（手引書、データブック、ビデオ、新しいサービス・制度・計画）、学会や関係機関会議での発表などの記述が多かった。熟練者には「楽しんで」という単語がいくつか見られた。

6) 家庭訪問や地区事業で活動に出かける際の目的以外の行動（表6-1）（表6-2-1~4）

家庭訪問や地区事業で地域に出かける際に、目的以外でよく行うことについて問うた質問（複数回答）では、「連携が必要な関係機関（保育園、診療所など）と話す機会をもつ」を選択した者は747人（72.2%）と最も多く、次いで「経過把握が必要な事例を訪問し、様子をみる」が679人（65.6%）、「連携が必要な住民組織の代表者、メンバーと話す機会をもつ」620人（59.9%）、「新しくできたマンションや小耳に挟んだ場所など担当地区の環境変化や状況を見に行く」259人（25.0%）であった。

その他の記述内容には、その地域の風土・歴史を知る、地域に係る情報誌等に目を通す、訪問の際に出会った人に声掛けをする等の記述があった。保健師としての経験年数

別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

7) 前回の異動等で引き継ぎのために準備した資料 (表 6-1) (表 6-2~7-1~4)

異動の際に引き継ぎのために準備した資料について問うた質問 (複数回答) では、「地区組織活動や事業の実施目的・手順」を選択した者が 534 人 (75.3%) と最も多く、次いで「個別事例毎の経過、訪問回数」が 500 人 (70.5%)、「個別事例毎の健康課題」が 423 人 (59.7%)、「社会資源や住民組織との連携状況」が 371 人 (52.3%)、地区組織活動や各事業の根拠となる地域の健康課題とそれを示すデータ」が 243 人 (35.0%)、「地区組織活動や各種事業の PDCA サイクルに沿った展開の概要 (評価と今後の課題)」が 174 人 (24.5%) であった。

その他の記述内容には、事業全体の体系図、所管の労務関係書類、担当地域の地図などの記述があった。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

8) 昨年度の年間家庭訪問件数 (表 8-1) (表 8-2-1~4)

昨年度の家庭訪問の件数について問うた質問では、20 件以上 40 件未満が 152 人 (18.7%) と最も多く、次いで 40 件以上 60 件未満が 139 人 (17.1%)、20 件未満が 126 人 (15.5%) であった (n=814、非該当・未記入除く)。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

9) ひと月に地区に出向く回数 (表 9-1) (表 9-2-1~4)

ひと月に地区に出向く回数について問うた質問では、5 回未満が 366 人 (36.5%) と最も多く、次いで 10 回以上 20 回未満が 296 人 (29.5%)、5 回以上 10 回未満が 274 名 (27.3%)、20 回以上は 67 (6.7%) であった (n=1003、未記入除く)。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

10) 保健師活動を「見せる」ために今後アピールすべきものや、開発が求められるもの、保健師を象徴したり保健師活動を具現化できるもの (自由記載) (表 10)

保健師活動を「見せる」ために今後アピールすべきものや、開発が求められるもの、保健師を象徴したり保健師活動を具現化できるものについて問うた質問では、3010 件の記述が得られた。同様の内容を統合し、表現を整え表に示した。

「今後アピールすべきもの」に該当する内容には、「笑顔」や「アピール T シャツ」、「エプロン」、「公用車」など保健師のイメージを植え付けるように姿・形で見せる内容、「ヘルシーライフプランナー」や「健康プランナー」、「健康の処方箋をくれる人」など役割をキャッチコピーで見せる内容、「傾聴・人の話をよく聴く」や「多種多様な知識と技術」、「ファシリテーターの能力」など保健師に特徴的な能力をアピールして見せる内

容、「介入前後の健診データ」や「保健指導前後の改善率」「疾病統計」など成果や情報の説明責任を果たして見せる内容が読み取れた。

「開発が求められるもの」に該当する内容には、「保健師活動のDVD」や「保健師活動のPRパンフレット」、「地元ケーブルテレビの放送」など保健師活動そのものを見せる媒体、「健康管理システム」や「各種測定器」、「アセスメント指標」など保健師がエビデンスに基づく仕事をする際に必要な機器やツール、「マネジメント能力」や「分析能力」、「成果を見せる機会・技術」など今後保健師が強化すべき能力、「社会資源マップ・リスト」や「健康カレンダー」、「健康課題が一目で分かる資料」、「健康に関するパンフレット」など保健師が市民に渡す市民の健康づくりに役立つものといった内容が読み取れた。

「保健師を象徴するもの」に該当する内容には、「保健師のユニホーム」や「保健師ノート」、「地区に出ている姿」、「保健師活動の具現化」に該当する内容としては、「家庭訪問」や「地区診断」、「ケースの支援記録」、「健康教育の媒体」などが読み取れた。

「保健師に求められる実践能力全般の実態」

11) 保健師に求められる実践能力の到達度（表 11-1）（表 11-2～26-1～4）

2010（平成 22）年 11 月に厚生労働省より出された「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」の中項目 A～P（個人/家族 9 項目、集団/地域 9 項目、その他 7 項目、合計 25 項目）について、現在の到達度が 1～6 段階のどの段階にあてはまるかを問うた。6 段階とは、「1 段階：知識・技術ともに得る必要あり、複雑でない事例・状況でも助言を得ながら実践する」、「2 段階：知識は概ねあるが技術を得る必要あり、複雑でない事例・状況でときどき助言を得て実践する」、「3 段階：知識・技術ともに概ねあるが、複雑な事例・状況でときどき助言を得ながら実践する」、「4 段階：知識・技術ともにあり、複雑な事例・状況でも根拠に基づく判断で臨機応変に実践する」、「5 段階：4 に加え、同僚・後輩に自分の知識・技術を教育的に提供する」、「6 段階：5 に加え、新しい知識・技術を見だし、職能の専門能力向上に役立てる」である。

平均値は 3.6～2.7 の範囲で、3 点以上が 19 項目、3 点未満が 6 項目であり、4 点以上の項目はなかった。

第 1 段階と第 2 段階を選んだ者の割合が 35%を超えていた項目は、実践能力Ⅲ－集団/地域の「G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる」、「H. 健康危機の発生時に対応する」、「I. 健康危機発生後からの回復期に対応する」、実践能力Ⅳの「J. 社会資源を開発する」、「K. システム化する」、「L. 施策化する」の 6 項目であり、うち J・K・L は 40%を超えていた。

第 5 段階と第 6 段階を選んだ者の割合が 15%未満であった項目は、実践能力Ⅲの個人/家族レベルと集団/地域レベルいずれもの「G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる」、「H. 健康危機の発生時に対応する」、「I. 健康危機発生後からの回復期に対応する」の 6 項目、実践能力Ⅳの「J. 社会資源を開発する」、「K. システム化する」、「L. 施策化する

る」、実践能力Ⅴの「N. 研究の成果を活用する」、合計 10 項目であった。

保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

12) 保健師のプロフェッショナルとしての自信度 (表 12-1) (表 12-2-1~4)

保健師のプロフェッショナルとしての自信度が 100 点満点中どの程度かを問うた質問では、回答のばらつきが大きく、60 点未満が 373 人 (36.0%)、60 点以上 70 点未満が 287 人 (27.7%)、70 点以上 80 点未満が 227 人 (21.9%)、80 点以上が 148 人 (14.3%)、うち 100 点が 1 名 (0.1%) であった。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

「保健師の専門職としてのコンピテンシーの実態」

13) 保健師の専門性発展力尺度 (PDS) の結果 (表 13-1) (表 13-2)

保健師の専門性を確立・開発する能力を測定する専門性発展力尺度 (PDS) は、4 因子 16 項目 (職能要因: 専門性の伝承と発展 4 項目、職能要因: 活動原則の励行 3 項目、自己要因: 自己責任の能力開発 6 項目、自己要因: 人に学ぶ能力開発 3 項目) で構成されており、「まったくそうでない」を 0、「ほとんど 10 割そうである」を 5 とする 6 段階の評定尺度を持ち、合計点が 0~80 点の範囲の測定用具である。

本報告書では項目の得点についてのみ読み取る。各項目得点の平均は 2.0-3.6 の範囲であった。「職能要因: 活動原則の励行 (5-7)」の 3 項目と「自己要因: 人に学ぶ能力開発 (14-16)」の 3 項目の平均値はいずれも 3 点以上であった。「職能要因: 専門性の伝承と発展 (1-4)」の 4 項目中 2 項目、「自己要因: 自己責任の能力開発 (8-13)」の 6 項目全てにおいて平均値は 2 点台であり、特に「私は毎年、自分の専門能力を開発するための行動計画を書く」が平均 2.0 点と低かった。平均値が最も高かった項目は、「私は自職種が時代の流れに応じて活動方法を更新する必要性を意識する」、「私は同僚と互いの気づきや意見を共有する」の 3.6 点であった。

保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

14) 公衆衛生基本活動遂行尺度 (BAPH) の結果 (表 14-1) (表 14-2)

住民の健康・幸福の公平を護る能力を測定する公衆衛生基本活動遂行尺度 (BAPH) は、3 因子 12 項目 (アクセスと公平性の促進 5 項目、サービスの質と量の評価 4 項目、健康危機への予防的対応 3 項目) で構成されており、上記と同じ評定尺度で、合計点が 0~60 点の範囲の測定用具である。

本報告書では項目の得点についてのみ読み取る。各項目得点の平均は 1.9-3.1 の範囲であった。「サービスの質と量の評価 (6-9)」の 4 項目はいずれも平均値が 3 点に満たず、と

りわけ「私は、多くの住民の健康を阻害している・する可能性がある問題を疫学統計学的視点で早期に発見する」は 1.9 点と最も低かった。「アクセスと公平性の促進(1-5)」の 5 項目では、「私は、住民それぞれが健康保持・増進の行動を主体的に選択・決定できる情報・機会を与える」が 3.1 点と最も高く、次いで「私は、民間サービスでは対応が難しい複雑・多問題をもつ事例の問題に関わりつづける」も 3.0 点と 3 点を超えていた。「私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす」は 2.5 点と本因子の中では最も低かった。「健康危機への予防的対応 (10-12)」の 3 項目では、「私は、多くの問題の中から公共性・緊急性が高いものの優先順位を決定する」が 3.0 点と高く、「私は、健康危機の発生時に生じる健康課題の把握・解決方法を熟知する」が 2.2 点と低かった。

保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

15) 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 (CMC) の結果

(表 15-1) (表 15-2)

政策や社会資源を創出する能力を測定する事業・社会資源の創出コンピテンシー評価尺度 (CMC) は、3 因子 16 項目 (創出の必要性の把握 3 項目、創出の推進と具現化 9 項目、創出に向けた協同 4 項目) で構成されており、上記と同じ評定尺度で、合計点が 0~80 点の範囲の測定用具である。

本報告書では項目の得点についてのみ読み取る。各項目得点の平均は 2.2-3.3 の範囲であった。「創出に向けた協同(14-16)」の 4 項目の平均値は、いずれも 3 点以上であり、とりわけ「自分に出来ること出来ないことを連携・協同する相手に伝える」が 3.3 点と高かった。「創出の必要性の把握 (1-3)」の 3 項目、および「創出の推進と具現化 (4-13)」のうち 1 項目を除く 8 項目においては平均値がいずれも 2 点台であった。特に「ユニークで多様な案を発想する」が 2.2 点と最も低く、次いで「少数派の住民の健康問題を感知する」、「新規性・特異性のある健康問題を感知する」が 2.4 点と低かった。

保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

「保健師の学習ニーズの探索」

16) 保健師活動を行う際によく使用している理論や考え方、書籍 (自由記載) (表 16-1)

(表 16-2-1~4)

普段、アセスメントや保健指導、地域づくりなどの保健師活動を行う際に、よく使用している理論や考え方、書籍について自由記載を求めた質問では、使用ありが 284 人 (30.5%)、使用なしが 647 人 (69.5%) であった (n=931、未記入除く)。保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

「よく使用している理論や考え方」の記述は 187 件あり、「ヘルスプロモーション」が 36 件と最も多く、次いで「プリシード・プロシードモデル、ミドリモデル」が 24 件、「行動変容理論・認知行動療法」18 件、「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」15 件、「PDS サイクル、PDCA サイクル」12 件であった。

「よく使用している書籍」の記述は 131 件あり、「保健師ジャーナル」が 17 件と最も多く、次いで「地域づくり型保健活動」関連の書籍が 15 件、「月刊地域保健」11 件、「厚生 の指標」9 件であった。

17) 大学院修士課程への進学希望の有無 (表 16-1) (表 17-2-1~4) (表 17-3-1~4)

大学院修士課程への進学希望について問うた質問では、希望ありが 215 人 (22.0%)、希望なしが 761 人 (78.0%) であった (n=976、未記入を除く)。また希望するコースについては「保健師の実践力を高めるコース」が 130 人 (66.3%)、「看護系以外」が 49 人 (23.0%)、「その他の看護系」が 17 人 (8.7%) であった (n=196、未記入を除く)。

保健師としての経験年数別、所属の設置主体別、役職別、所属の種類別の結果は表のとおりである。

18) 自由記載 (保健師の能力開発、基礎教育、現任教育についての意見や工夫) (表 18)

最後に、保健師の能力開発や基礎・現任教育についての意見や工夫について自由記載を求めたところ、「開発したい能力」については、理論と実践の連動に関すること、地区診断・データ分析力、政策・企画能力、協働・調整能力、公衆衛生看護の原則や姿勢に関する内容が複数書かれていた。「大学院等での学習」については、修士課程の経験や現在通学中、進学希望、進学補助の必要性などについての記述があった。

「基礎教育への意見や要望」については、保健師の専門性に特化した教育課程を求め、統合化カリキュラム反対、基礎教育課程が多数あるのは疑問、現場のことを知り保健師の基礎をしっかりと教育してほしい、保健師教育は大学院化すべき、実習時間を十分に、といった記述があった。

「現任教育の課題」については、日々多忙な中では学習不足、地区診断など分かっているが仕事量が多くできていない、教育に取り組む余裕がない、指導者の育成に力を入れるべき、組織として保健師全体として研鑽したい、といった記述があった。「現任教育の方法」については、研修参加、自分の活動を振り返りまとめる、全国の生き生きした保健師活動報告を聴く、統一した現任教育マニュアルの開発、量的・質的な専門能力の評価方法の確立、地域に出て住民の声を聴き活動する経験を通して力量形成、多職種との関係を保って学習、などに関する内容が記述されていた。「現任教育の体制整備」については、自治体による差が顕著であることが読み取れ、組織としての段階的・系統的な研修体制の整備、経験を通して学ばせる・学び続ける姿勢を育む体制整備などの必要性が読み取れた。

第2章 保健師のコンピテンシー開発の方向性に関する「推進宣言」と「7つの提案」

1. 保健師活動 ほっと&く〜る 推進宣言

保健師活動ほっと&く〜る推進宣言

『ほっと』な面（魂・伝承系）と『く〜る』な面（アウトカム・エビデンス系）の
バランスのとれた能力開発（コンピテンシー開発）を推進しよう！

冒頭にも述べましたが、コンピテンシーとは「単に知識や技術があるというだけでなく、卓越した業績を生む素地となる意識、姿勢、考え方、行動様式を含む能力、成果を生む活動に欠かせない能力」です。保健師にとって「卓越した業績」とは、まぎれもなく公衆衛生の向上、街ぐるみの健康増進に寄与することでしょう。

保健師は、公衆衛生看護の理念に基づいて、日夜、熱意を持って人々に対応しています。言わずもがな『ほっと』な面の蓄積を豊富に持っている専門職と言えます。しかし片や、「データがないから必要性が分からない」や「何が変わったのか数字で示すように」といった局面を経験し、住民のためになると確信していることでも、前に進まず臥薪嘗胆の思いに駆られることも多いのではないのでしょうか。

私たちが真に人々のために「卓越した業績」をあげるためには、目の前のことに日々対応するだけでなく、腰を据えてきちんとアセスメントと計画を行い、「成果があったこと（アウトカム）」を「根拠（エビデンス）を持って示せること」が重要です。

保健師には、今『ほっと』な面と『く〜る』な面のバランスが問われており、とりわけ、どちらかと言えば苦手と思いがちな『く〜る』な面（アウトカム・エビデンス系）の能力開発に挑む必要があるのではないのでしょうか。

このような考えから、当研究班は、私たち保健師に求められる能力開発（コンピテンシー開発）の方向性を、

「保健師活動ほっと&く〜る推進宣言」

というキャッチフレーズにして、広くみなさんと共有し、推進していきたいと思えます。

今回、全国の保健師のみなさまにご協力いただいた調査は、この「保健師活動ほっと&く〜る」の取り組みを推進するための根拠（エビデンス）を提供するものです。正直なところ、我々研究班のメンバーを含み保健師教育に携わる者も、もっと努力しなければ、根



拠に基づく活動方法を教えられる人材にはなれません。どうかみなさま、人々の健康向上のために、ともに私たち保健師の課題にチャレンジしてまいりましょう！

2. 保健師の能力開発（コンピテンシー開発）の方向性 7つの提案

第1章では、調査結果の報告として、「保健師に強化や見直し求められる専門能力の実態」、「保健師に求められる実践能力全般の実態」、「保健師の専門職としてのコンピテンシーの実態」、「保健師の学習ニーズの探索」の概要を書かせていただきました。研究班からは、その結果を受けて、保健師の能力開発（コンピテンシー開発）の方向性について「7つの提案」をしたいと思います。

今たくさん蓄積している対人保健サービスの力量や地域に対する熱い思いなど『ほっと』な面をずっと大切にしながら、人々のために、公衆衛生の向上のために、「説明責任を果たすこと」、「健康格差をなくすこと」、「必要な事業や施策、システム、社会資源を開発すること」などを実現していくために、バランスよく『く～る』な面を伸ばしていきたいものです。それは実践現場の保健師の課題のみでなく、教育研究者の課題でもあります。お互いを、ともに成長するパートナーと位置づけて、協同のもと歩みを進めていきたいものです。

保健師活動 ほっと&く～る 推進宣言 ～バランスのとれた能力開発を～ 保健師のコンピテンシー開発の方向性 7つの提案

- 1) 自分の仕事をアウトカム表現で住民・関係者に伝えられ「評価される保健師」になる能力開発
- 2) 修士レベルの研究能力を持ち「活動の必要性と成果を見せる」ことができる能力開発
- 3) 「根拠（エビデンス）」を示し、施策化・社会資源開発に向けて説明・交渉できる能力開発
- 4) 「保健師の7つ道具」を開発・駆使して「保健師・保健師活動の見える化・見せる化」を図り社会にアピールする能力開発
- 5) 平常時からの備え、発生時・回復期の対応に至るまでの健康危機管理ができる能力開発
- 6) 担当/管轄地域においてダイナミックに保健師活動を展開できる能力開発
- 7) 保健師として自信と誇りを持って活動するために継続的に学習し発展・成

長し続ける能力開発 (CPD : Continuing professional development)

1) 自分の仕事をアウトカム表現で住民・関係者に伝えられ 「評価される保健師」になる能力開発

「近頃保健師の元気がない、自分の活動に自信を持ってない保健師が多い」、そういった声をよく耳にします。筆者らの先行研究では¹⁾、保健師の学習意欲に最も関連する要因は「他者から評価を受けること」でした。「元気がない」「自信がない」という状態は、裏返せば保健師が「評価されていない」あるいは「他者からの評価が見えない」ということにはほかならないのではと思います。

はたして、保健師は評価される仕事の仕方をしているのでしょうか。忙しそうに動いている様子を見ても誰も評価してくれません。どうしてそんなに忙しいのかと、理解してもらえず、みな、口惜しい経験をしたことがあるのではないのでしょうか。しかし他者は、保健師が活動したことによって何が変化したのかが分からない限り、評価しようにもできないのです。つまり「評価される保健師」になるには、自分の仕事の成果（アウトカム）を、量的・視覚的に見える形にして示す（対象を特定し、前後比較で良い方向に向けた変化量を見せる）ことが欠かせないのです。

調査では、保健師活動においてめざしているアウトカム（「どんな対象に」「どんな良い結果をもたらす」ことをめざして仕事をしているか）を自由記載してもらいました。その結果は、4頁に示したように、「対象を特定する表現」と「前後比較のアウトカム表現」をセットで書いていた割合が、経験年数5年未満と25年以上の保健師が10%余り、5年以上15年未満7.3%、15年以上25年未満8.7%と非常に低い値でした。新任期と管理期の保健師の割合が若干高いのは、新任期は卒業後まもなくで数量で表現することに抵抗がないから、管理期は役割として幹部会や議会などで数字を求められることが多いからでしょうか。セットではなく、「前後比較のアウトカム表現」の記述のみの割合をみても、全体で18.9%と2割に至りませんでした。

みなさんは、この結果をどうお考えになりますか。例文ではあえて「私は教員として〈本学4年生の〉〈国家試験合格率を、毎年100%にする〉ことをめざして仕事をしている」と対象を特定するアウトカム表現を書きました。それでもこの結果であったということは、保健師はどのような状態にあるということになるのでしょうか。

住民や関係者に、「地域住民の」「健康な生活を護ります」と言って仕事をする保健師と、「A市の就学前の子どもの」「虐待発生件数を5年で現在の〇件からゼロにします」と

¹⁾岡本玲子ほか：保健師の学習意欲を高める方法に関する現任教員担当者の意見—テキストマイニングツールを用いた分析—、第28回日本看護科学学会学術集会(福岡)、2008

言って仕事をする保健師は、どちらが住民に頼りにされ、自治体の意志決定者から評価されるでしょうか。

2) 修士レベルの研究能力を持ち「活動の必要性と成果を見せる」ことができる能力開発

国民の健康課題は、生活習慣病や介護予防、虐待や自殺、DV、さらに感染症や災害など多様化、深刻化しています。これに対応する事業や活動を展開するには、行財政改革のなか、ひっ迫する財源やマンパワーを、いかに確保するかという現実的な問題にぶつかります。事業化・施策化を実現するためには「活動の必要性を見せる」必要があり、説明責任を果たし継続していくには「活動の成果を見せる」必要があります。

そこでここでは、1) で述べた「アウトカム表現できる能力開発」とも関連しますが、「活動の必要性と成果を見せる」能力開発について述べます。予算や人員に限られた中で、効果的な対策を推進していくには、綿密な思考と行動が必要です。しかし今回 4-5 頁 3) の結果は芳しくありませんでした。ここでは「誰の」「何を」「どのように」「どの程度改善するのか」という計画を立てる部分について必要な能力の概要を見てみましょう。

<活動の必要性をみせる能力の概要>

「誰の」 →働きかける対象集団（ターゲット）を特定する能力
その対象に多角的にアクセスする能力

「何を」 →情報集約と分析結果に基づいて健康課題を明確化する能力（地域診断能力）、その優先度を判断する能力

<活動の成果を見せる能力の概要>

「どのように」 →効果が検証された根拠がある介入方法を選択する能力（なければ、それを開発する能力、それを実施する能力

「どの程度改善するのか」 →何をベースライン値にするかを決定する能力

計画に評価計画を組み込む能力

ベースライン値とアウトカム値を測り分析する能力

信頼性・妥当性のある評価指標を選択する能力

前提として経年的なデータ収集を自治体として行う能力

上記に加え、実際には、これを意志決定者に説明したり、事業の準備をしたりと付属する能力が多くあります。提案2として、あえて修士レベルと書いたのは、ここに示した能力は、現行の保健師の基礎教育では十分に身につけることが難しいものであり、一定の学習期間と、研究計画から論文を仕上げ公表するまでの研究経験をもって、やっと身につくと考えられるからです。住民の健康を護っていると胸を張って言える保健師とは、これらの能力を身につけ、系統的に成果を出して説明できる者なのではないでしょうか。

今回の調査では、修士課程以上の最終学歴を持つ保健師は1.8%とわずかでしたが、幸いなことに、修士課程への進学希望者は1035人中215人（22.0%）と5人にひとりの割合で

した。この方々がほんとうに進学し、求められる力量を身につけ、現場に還元することができれば、日本の公衆衛生は、確実に進化するのではないのでしょうか。期待が高まります。

3) 「根拠（エビデンス）」を示し、施策化・社会資源開発に向けて説明・交渉できる能力開発

「活動の必要性と成果を見せる」こと関連して、施策化・社会資源開発を実現するには、明らかにした、あるいは検索した「根拠（エビデンス）」をフル活用して、説明・交渉できる能力を身につける必要があります。

4-5頁3)のデータは表3-1にあります。とりわけ平均点が低かった項目には「7.管轄の複数の地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する」「13.記録や資料を根拠に健康格差・不平等の実態を説明する」がありました。これは、「全ての人の健康を護る」という公衆衛生の理念が、実践現場ではなかなか具現化に至っていないことを示しているのでしょうか。

またこれも低値であった「8.費用対効果を予測し算出した資料を作成する」は、交渉には重要な部分であり、今後、医療経済面の能力開発の必要性を示唆する結果だと思います。

同様に平均点が低かった「26.介入（実施）前のベースライン値を測る」「32.介入（実施）の前後の変化を数値や分布で示す資料を作成する」「33.介入群・非介入群の違いを数値や分布で比較する資料を作成する」という項目は、正しく成果（アウトカム）を測定するために必須の項目群でした。アウトカムを測っていないということは、それを根拠（エビデンス）として説明できないということであり、非常に考えさせられる結果でした。

ほかにも、平均点が低かった項目には、7-8頁11)保健師に求められる実践能力の「J.社会資源を開発する」、「K.システム化する」、「L.施策化する」、「N.研究成果を活用する」、8-9頁の14) BAPH「私は、多くの住民の健康を阻害している・する可能性がある問題を疫学統計学的視点で早期に発見する」、「私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす」、9頁15) CMCの「ユニークで多様な案を発想する」、「少数派の住民の健康問題を感知する」、「新規性・特異性のある健康問題を感知する」などがあり、保健師活動の展開過程の中での「情報収集からアセスメント、健康課題の明確化、計画立案、施策化」という部分の弱さが示唆されました。

保健師活動の展開過程はPlan・Do・SeeやPlan・Do・Check・Actがよく用いられていますが、今回の結果は、いかに現在の保健師が「Do」を中心に活動しているかを示す結果かもしれません。どうしてそうなっているのでしょうか。単に事業数が多いからだけでしょうか。保健師職能の文化、慣習、意識面での問題はないのでしょうか。企画や評価のリーダーシップを取るべき人が「ほっと」な面にバランスが傾きすぎているということはないでしょうか。

保健師職能として、本当の意味で「公衆衛生を向上することに寄与する」には、自分たちが、今どのように変わらなければならないのか、真剣に考える必要があると思います。

4) 「保健師の7つ道具」を開発・駆使して「保健師・保健師活動の見える化・見せる化」を図り社会にアピールする能力開発

ちょっと奇抜かもしれませんが、今後、「保健師の7つ道具」を開発・駆使して社会にアピールすることを提案します。世の中の人々にも「保健師って何する人？」と思われ、そして同じ看護職にさえも「保健指導は看護師もするし保健師の専門性って何？」と言われ、私たち保健師はもっと自身の価値を自覚し、専門性を明示して、社会的認知を高めていかなければなりません。

今回の調査結果では様々な意見をお寄せいただきました(6-7頁10)。今後はこれをたたき台にして、斬新でユニーク、かつ定着する可能性があるものを発想しあい、みなで議論を深めていきたいと考えています。

5) 平常時からの備え、発生時・回復期の対応に至るまでの健康危機管理ができる能力開発

調査結果において、7-8頁11)の保健師に求められる実践能力では、「G. 健康危機管理の体制を整え予防策を講じる」、「H. 健康危機の発生時に対応する」、「I. 健康危機発生後からの回復期に対応する」の到達度の段階が低い者が多く、8-9頁14) BAPHでも「私は、健康危機の発生時に生じる健康課題の把握・解決方法を熟知する」の平均値が低い結果でした。

健康危機と一言に言っても、災害や感染症、虐待、テロなど様々であり、それぞれ対応方法も異なります。また、経験しなければ分からない面も多いでしょう。まさに今、東北関東大地震が未曾有の被害をもたらしており、これをお読みになる方々も被害を受けておられたり、派遣要員として現地に赴かれたりしていることでしょう。地震災害では、阪神淡路大震災や新潟県中越沖地震など、保健師は経験知を積んできました。健康危機管理マニュアルも地域に応じて随時整えて来ていることと思います。

誰もが一樣に経験するわけではない事態に応じる能力開発は、シミュレーション演習や、ケースメソッドなど状況設定型のトレーニングができるように、今後学習プログラムや教材の開発が求められます。その際には、経験知を持つ保健師との協力が欠かせないと考えています。

6) 担当/管轄地域においてダイナミックに 保健師活動を展開できる能力開発

感覚的に、老人保健法以前に保健師になった者にとっては、保健師と言えば「家庭訪問」、「地区活動」が基本という意識が根付いていると思います。そして当時は、どこの保健所や市町村にも名物保健師、スーパー保健師と呼ばれるような豪快に保健師活動を展開する先輩がいました。保健師はみな、そんな先輩の背中にも勇気づけられながら、時間をやりくりして家庭訪問や地区活動に足繁く通ったものです。

今回の調査では、年間の家庭訪問件数は60件未満が半数以上、ひと月に地区に出向く回数は10回未満が半数以上と、家庭訪問や地区活動が衰退している現状が見られました。家庭訪問や地区事業で地域に出かける際に目的以外でよく行うこと、異動の際に引き継ぎのために準備した資料について尋ねた質問では、「新しくできたマンションや小耳に挟んだ場所など担当地区の環境変化や状況を見に行く(25.0%)」、「地区組織活動や各種事業のPDCAサイクルに沿った展開の概要(評価と今後の課題)(24.5%)」といった項目が低率でした。実は、選択肢としてあげた項目は、たいてい、みな行っていて、自由記載において、もっと各々が大事にしている具体的な内容が書かれることを期待した質問でした。しかし、自由記載はどちらも50件を割っていました。

「地域の人々を中心に」「個別支援が基本」を原点として、歴史を刻んできた私たち保健師。今一度、専門職としての仕事の仕方について、現状を分析するとともに、公衆衛生看護の目的を再度確認し、保健師活動のあるべき姿を取り戻したいものです。

7) 保健師として自信と誇りを持って活動するために 継続的に学習し発展・成長し続ける能力開発

今回の調査では、8頁13) PDSの「自己要因：自己責任の能力開発(8-13)」の平均値が低く、なかでも「私は毎年、自分の専門能力を開発するための行動計画を書く」が最も低い結果でした。また9-10頁16)の保健師活動実施においてよく使用する理論や考え方については、7割が使用なしと答え、使用ありの場合も具体的な記述が少ない状況でした。

2010年11月に厚生労働省が改訂した「保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度」においては、大項目に「Ⅲ. 地域の健康危機管理」とともに「Ⅴ. 専門的自律と継続的な質の向上」が加わりました。調査結果は、保健師として自信と誇りを持って活動

するための継続的学習と成長に向けた能力開発が喫緊の課題であることを示しています。

さいごに、お願いがあります。保健師のみなさまからご返送いただいた質問紙には、「これからの保健師にとって、とても大切な調査である」という意見から、「まったく調査の意味が分からない」という意見まで様々でした。もしこの第2章を読んで、なぜ、今回の調査が必要だったのかをすこしでもご理解いただければ、たいへん嬉しく思います。そして、調査結果を保健師みなで共有し、これから保健師が職能としてどのように意識や姿勢、考え方、行動様式を変えていけばよいのかを真剣に話し合い、行動を起こしてくださることを心より願っています。私たち保健師は、オリジナルな専門性を持つ価値あるプロフェッショナルです。今後、自らの専門性や、公衆衛生看護の理念を具現化する方法についてさらに理解を深め、より自律したプロフェッショナルに成長していこうではありませんか。

省察的実践（リフレクティブ・プラクティス）のすすめ ～専門職としての継続的發展のために～

省察（リフレクション）とは、実践者が自分の活動を振り返り続ける中で、より効果的な実践を見出していく自己探求の過程です。特に不確定で容易に答えが出せない、あるいは刻々と変化する事象に対応する我々の実践では、その時にできる限り発展的な展開に向かうために大きな価値をもつものであり、常に動的で創造的なものです。

実践をしながら行う省察（リフレクション）は、実践者が経験に立ち戻って、一連の出来事を振り返り、それを過去の経験や理論と連動させ、評価の視点をあてがって意味を解釈する手段です。その結果、新しい知識が統合され、実践者は、自分で考え行動する際にいつもクリティカルな視点で自分自身と対話できるようになり、自分自身が注視している能力を発展させ、個人として、また実践者として成長します。そのプロセスはとてもダイナミックなものであり、実践者自身の貢献したい、成長したいという気持ちと、厳密な理論適用を求めるものでもあります。

省察的実践の有用性は、実践者がそれを行うことによって、毎日出くわす実践上の問題の扱い方が不十分であることがわかり、自分が事例に対するとときに思慮深く適切な理論的展望を選択することができるようになることです。理論的知識は、抽象的で一般化されており、広範囲な知識を持っていれば良質な実践ができるというわけではありません。省察的実践は、自分が実践で経験したことを、自分の中で、理論に照らして精選と却下を繰り返すことによって、新しいより現実に役立つ知識と技術を見出し、良質な実践を導く方法なのです。

省察的実践に欠かせない基本的スキルは、1) 自己への気づき self awareness（これが最も基本！）、2) 表現 description、3) 批判的分析 critical analysis、4) 総合 synthesis、5) 評価 evaluation (Atkins & Murphy, 1993) であり、これらのスキルは、実践をとおして徐々に時間をかけて開発、育成されると言われています。

図 Kolbの体験学習のサイクルより
リフレクティブ・プラクティスの展開過程

