

平成 18 年度「地域保健総合推進事業」
保健師の 2007 年問題に関する検討会
報告書

平成 19 年 3 月

〈 目 次 〉

はじめに	2
<u>I 保健師の就業状況と地域保健活動への影響</u>	3
1 保健師の就業状況	3
1) 就業場所別就業保健師数の年次推移	
2) 年齢階級別保健師数	
3) 保健所、市町村保健師の年齢階級別割合	
4) 保健師免許の新規交付状況と学生の卒業状況	
2 自治体における現状と課題	5
1) 青森県	
2) 島根県	
3) 岡山県備前市	
3 地域保健活動への影響	11
<u>II 継承すべき保健師の能力、技術・技量</u>	12
1 事例からみた継承すべき保健師の能力、技術・技量	12
2 継承すべき保健師の能力の整理	15
3 具体的な継承すべき保健師の能力	16
1) 地域をみる能力	
2) 地域をつなぐ能力	
3) 地域を動かす能力	
4 継承のためのポイント	18
<u>III 保健師の2007年問題への対応</u>	22
1 自治体における現状分析の必要性	22
1) マンパワーの分析	
2) スキルマップの活用による能力の分析	
3) 需給算定	
2 自治体における対応の方向性	23
1) 検討会の実施	
2) 人材育成指針	
3) 計画的および柔軟な人材確保にむけて	
4) 保健師養成機関における基礎教育と卒後教育との連携	
<u>IV 保健師の能力、技術・技量の継承方法</u>	26
1 能力開発	26
2 人事交流	28
3 リタイア世代の活用	28
4 自己啓発	29
<u>V 取り組みに対する評価とフォローアップ</u>	30
おわりに	32
参考資料	34

はじめに

団塊の世代（1947～49年生まれの人々）が始まるとされる1947年（昭和22年）生まれの人々（約270万人）が60歳定年を迎える年が2007年であり、この時にこれらの人々の保有する技能・技術が退職により未活用になる可能性を危惧し、「2007年問題」と呼ばれている。

各自治体においても、これまで培われてきた保健に関する専門知識や技能・技術を保有する保健師が一斉に退職することによる地域保健活動へのマイナスの影響が懸念されるころではあるが、同時に、若返りによる組織の活性化と幅の広い人員の採用による機能の強化につながる等、2007年問題のプラスの側面も期待される。

一方、少子高齢化が急速に進展する中で、生活習慣病予防対策や介護予防、児童や高齢者の虐待防止、精神保健福祉対策、新興感染症などの健康危機管理対策など、地域における健康課題は多様化かつ複雑化している。保健師には、住民のニーズを的確に把握し、地域特性に応じた健康施策を推進することが求められていることから、保健師の2007年問題による地域保健活動へのマイナスの影響に備える必要がある。

そこで、自治体における保健師の大量退職が地域保健活動に与える影響や、現在の地域保健活動の水準を維持し、若手職員に対する技術の継承を図るための方策について検討を行うことにより、地域保健活動のレベルを継続的に維持・向上させることを目的として、「保健師の2007年問題に関する検討会」を設置した。

本検討会においては、青森県、島根県、備前市（岡山県）における現状と取り組みを基に、地域保健活動の現状と課題について多角的に議論し、継承すべき保健師の技能・技術について整理した。さらに、具体的な技能・技術の継承方法についても検討し、各自治体における取り組みの方向性についてまとめた。

本検討会報告書が、各自治体において、保健師の大量退職の可能性やそれに伴う地域保健活動への影響等の実態把握、具体的な対応策に関する検討の一助となり、さらに、その検討過程を通じて、各自治体における人材の確保及び人材育成体制について再構築する機会となり、保健師の2007年問題のプラスの影響を引き出し、地域保健活動体制の充実に資することを期待する。

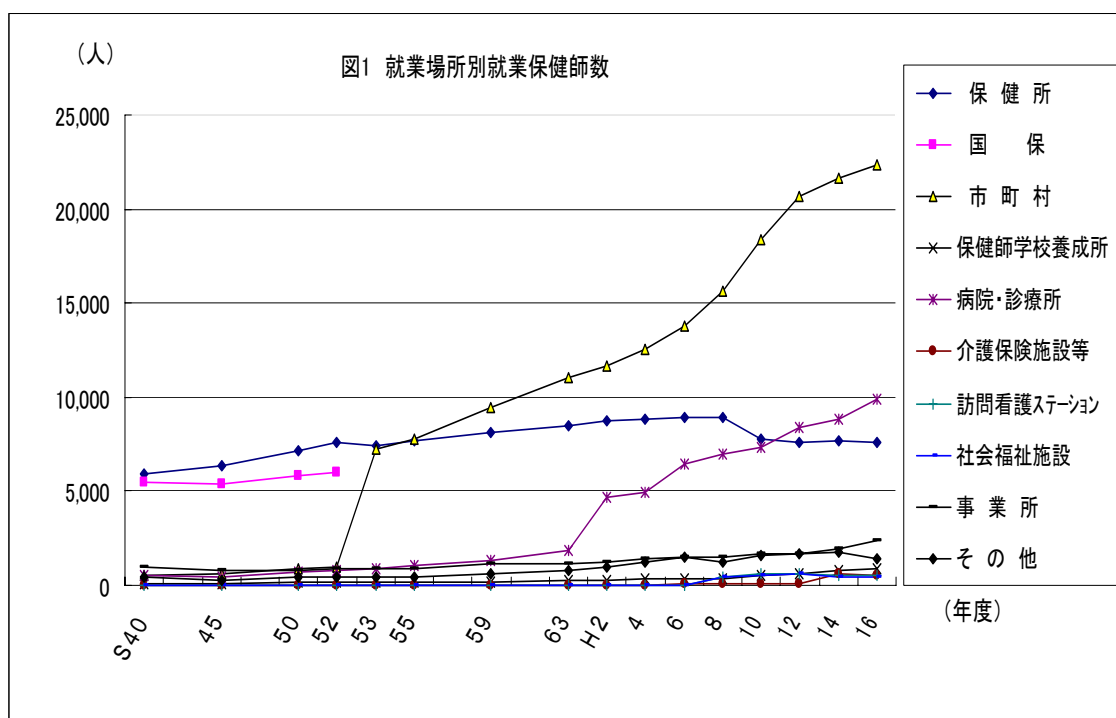
I 保健師の就業状況と地域保健活動への影響

1 保健師の就業状況

1) 就業場所別就業保健師数の年次推移 (図1、参考資料 P34 表1 参照)

就業している保健師の数は、地域保健法の成立や母子保健法の改正のあった平成6年度から介護保険制度の施行があった12年度までは、隔年おおよそ3,000人ずつ増加しており、高い伸び率を示している。平成12年度以降は、やや緩やかな伸び率ではあるが、増加している。内訳をみると、保健所では平成6年度の8,955人をピークにほぼ横ばいの状況である。市町村では平成8年度15,641人で、12年度には20,646人と大幅に増加している。

平成16年度においては、全就業保健師数46,024人のうち保健所7,635人と市町村22,313人を合わせると、65.1%を行政保健師が占めている。



年度	主な法制度改正
昭和53年	国保保健婦の身分が市町村保健婦へ一元化
昭和57年	老人保健法の成立
平成6年	地域保健法の成立、母子保健法の改正
平成12年	介護保険制度の施行
平成14年	精神保健福祉法の改正
平成16年	児童虐待防止法と児童福祉法の改正
平成17年	障害者自立支援法の成立 介護保険法の改正
平成18年	健康保険法等の改正

2) 年齢階級別保健師数 (参考資料 P35 表 2、P36 表 3 参照)

保健所保健師では、50 歳代の保健師の割合が年々増加し、平成 4 年度では 11.1%であったものが平成 16 年度では 22.4%となっている。市町村保健師においても、50 歳代の保健師の割合が、平成 4 年度では 4.7%であったが、平成 16 年度では 13.3%と増加している。

3) 保健所、市町村保健師の年齢階級別割合 (参考資料 P37 表 4、P38 表 5 参照)

年齢階級別の割合を都道府県別に比較すると、保健所において 50 歳代の割合が高いのは、青森県 72.0%、沖縄県 50.5%であり、全国平均の 22.9%との差が大きく、都道府県間の格差が見られる。同様に、市町村における 50 歳代の割合については、秋田県では 31.4%、岩手県では 22.8%と高率になっているが、保健所ほどではない。

4) 保健師免許の新規交付状況と学生の卒業状況 (参考資料 P39 表 6 参照)

保健師免許の新規交付数は、大学卒業者の増加に伴って年々増加しており、平成 8 年度から 17 年度までの 9 年間で 2.6 倍に増加し、平成 17 年度では 7,425 人となっている。

また、新卒で保健師として就業した者は、平成 8 年度には 1,619 人で新規免許交付数の 57.0%を占めていたが、平成 17 年度には 901 人と新規免許交付数のわずか 12.1%となっている。このことは、保健師免許を有しているが保健師以外の業務に従事している者が増加していることを示していると考えられる。

2 自治体における現状と課題

1) 青森県

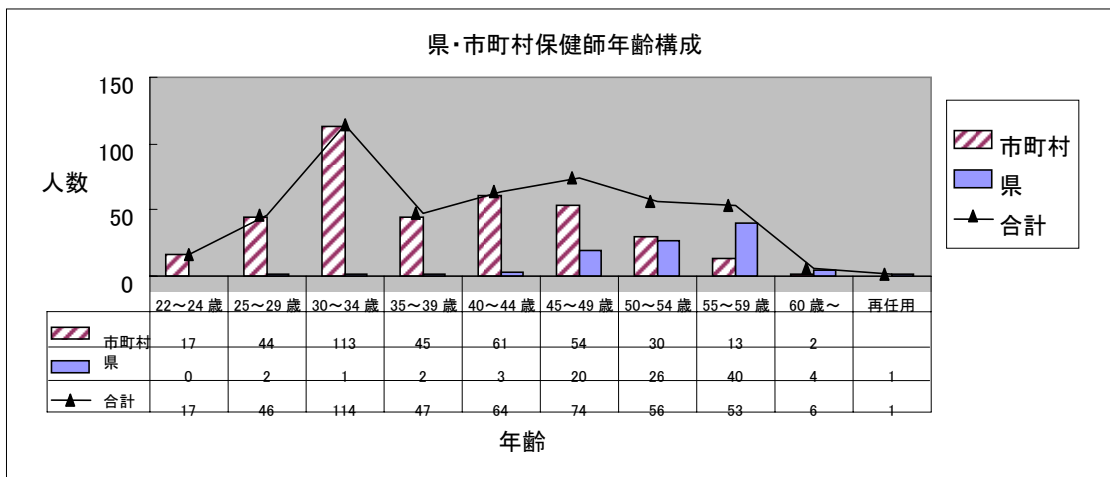
(1) 自治体の概要

○人口：1,436,628人（平成17年国勢調査）

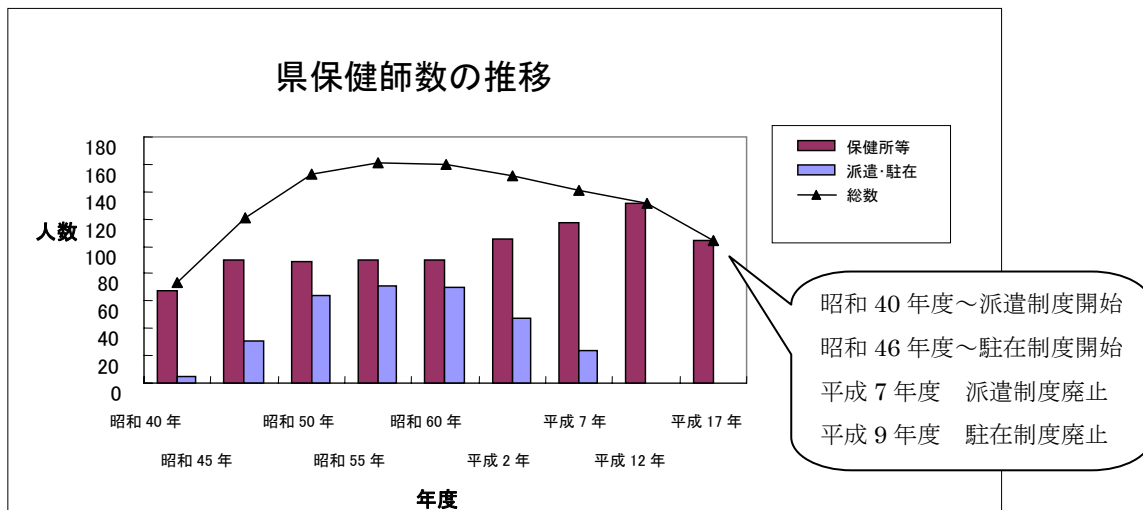
○面積：9,609.70km²（全国第8位の広さ）

○保健師数：県99人、市町村379人、人口10万人当たり33.3人

(2) 現状と課題



○県に所属する保健師は55歳～59歳をピークに50歳代が約7割を占める。市町村に所属する保健師は30歳～34歳をピークに若手が多数となっている。県と市町村の保健師数を合算すると年代の偏りは減少することが分かる。



○派遣制度、駐在制度¹⁾の開始に伴い、昭和40～50年にかけて県に所属する保健師総数が倍増（約80名の増）している。その後、同制度の廃止に伴い一時的に保健所等の人員が増加したが、現在は、大量に採用した世代が定年期を迎えている現状がある。

○ベテラン層の大量退職を新人で補充することによって経験知レベルが低下し、ひい

ては組織の知識レベルが低下したり、指導者割合が低下したりすることが予測される。

- 青森県内の市町村では、30歳代の保健師の構成比が高いため、「同年代採用が多く、先人の『知』を継承できない。」、「分散配置により職場における現任教育（以下「OJT」²⁾とする）機能が発揮しにくい」等、知の継承に係る課題が見られる。（青森県実施アンケートの結果より）

（3）具体的な対応

以下に示すとおり、県保健所と市町村の役割の見直しをはじめとする、総合的な対策を検討する必要がある。

- 保健師の生涯を通じたキャリアアップを考慮した育成ビジョンを検討する。
- 知識を共有化し、分散配置の中でも共通認識のもとに活動ができるシステムを構築する。
- 保健所と市町村の役割分担、協働、交流システム等能力発揮のための環境づくりを行う。

具体的な取り組み状況としては、以下のとおりである。

- ・検討会を開催し、県・市町村の保健師活動に基本方向及び研修計画（暫定版）を作成した。
- ・平成19年度から市町村との人事交流制度の積極的な活用を推進する。
- ・新任者研修における退職保健師の活用も踏まえた、「指導システム」の構築を検討する。
- ・計画的な人材確保対策のため、県保健所の役割の整理、従来業務の再構築、配置部署の再検討を行い、保健所保健師の必要数を整理する。
- ・「青森県保健師の会」（青森県国民健康保険連合会事務局）が組織の活性化を図るため、再編を検討する。

1) 派遣制度、駐在制度とは、地域保健活動基盤整備を目指し、都道府県が保健師未設置市町村や、へき地等の保健師の人材確保が困難な市町村へ保健師を派遣（都道府県保健師が市町村に身分を移して市町村業務を行う）、駐在（都道府県保健師の身分のままで市町村業務を行う）すること。

2) OJTは「職場内訓練・研修」と訳され、現場で実際に仕事を進めながら、上司や先輩が必要な知識やスキルを計画的・体系的に部下に教え、身につけさせるものである。

2) 島根県

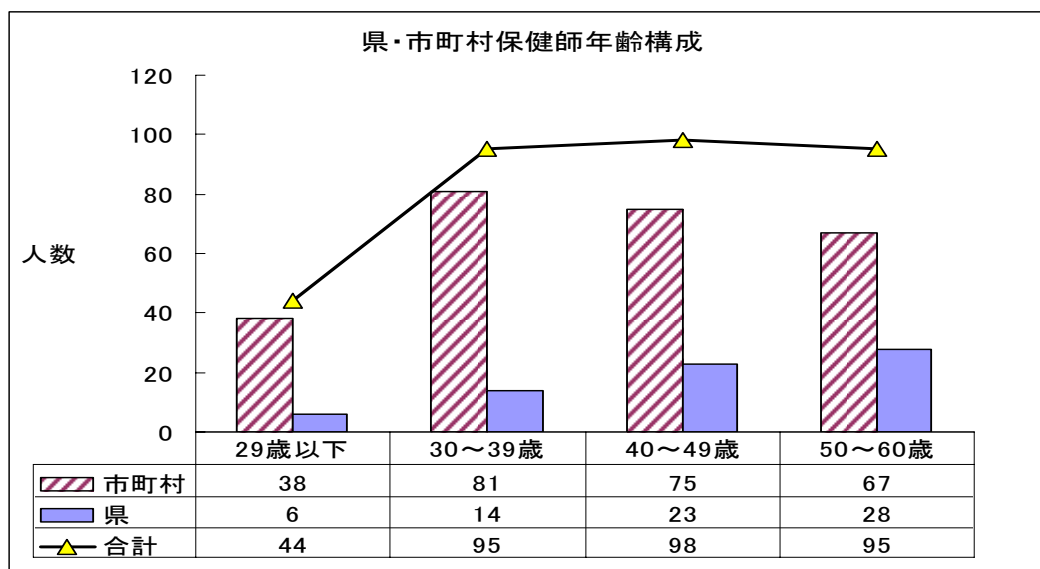
(1) 自治体の概要

○人口：742,223人、高齢化率全国1位(27.1%) (平成17年国勢調査)

○面積：6,707.56km²

○保健師数：県71人、市町村261人、人口10万人当たり44.7人

(2) 現状と課題



○県においては、50歳代が約4割を占めているのに対し、29歳以下については、1割に満たない。また、10年前より退職者数の増加が見られ、平成16年度以降の退職者の年齢は、定年まで2～3年を残した早期退職が目立つ。

○青森県と同様、昭和45年度から無医地区市町村に保健師の派遣(昭和49年9月からは駐在制度)を開始したが、市町村における保健師確保の促進により昭和53年で終了した。その後、老人保健法の制定等により市町村における保健師の採用が増加した背景がある。新たな業務への対応に伴い、特に市町村においては保健師の分散配置により保健衛生部門の指導者の不在が問題となっている。

○保健師の各年代層が持つ能力では、若い世代では「地域全体を見るアセスメント能力」、中堅世代では「プリセプター³⁾的能力」、係長級世代では「施策化に向けた企画能力」、管理職世代では「組織のマネジメント能力」及び根回しをする等の「ネゴシエーション能力」の不足等が課題となっている。

(3) 具体的な対応

県としては、活動の継承対策、人材確保対策、人材育成対策等に焦点をあて、検討を進めていくこととし、市町村・保健所・養成機関・本庁等で構成する検討会を開催する予定である。また、保健所単位で市町村を含めた対策検討会も開催を予定している。検討会においては、継承すべき能力、方法、役割の明確化を図る他、具体的な対応についても検討する。

人材確保対策、保健師活動指針の見直しが必要と考えている。具体的な取組については以下のとおりである。

- ・10年前から、研修体系を見直し、人材育成体制を充実。新任期、中堅期のみならず、指導者に対する研修も体系化し実施している。
- ・平成18年度に作成した新任時期の保健支援プログラムを活用した研修を実施した。
- ・分散配置による指導者の不在に対応するため、プリセプターの配置を推進している。
- ・保健師活動指針の見直しを行っている。

3) プリセプターとは、新任者とペアを組む指導者のこと。プリセプターシップとは、指導者（プリセプター）がペアを組んだ新任者に対し、経験や能力に合わせて到達目標や教育機関を決め、段階的に指導を行う方法のこと。

3) 岡山県備前市

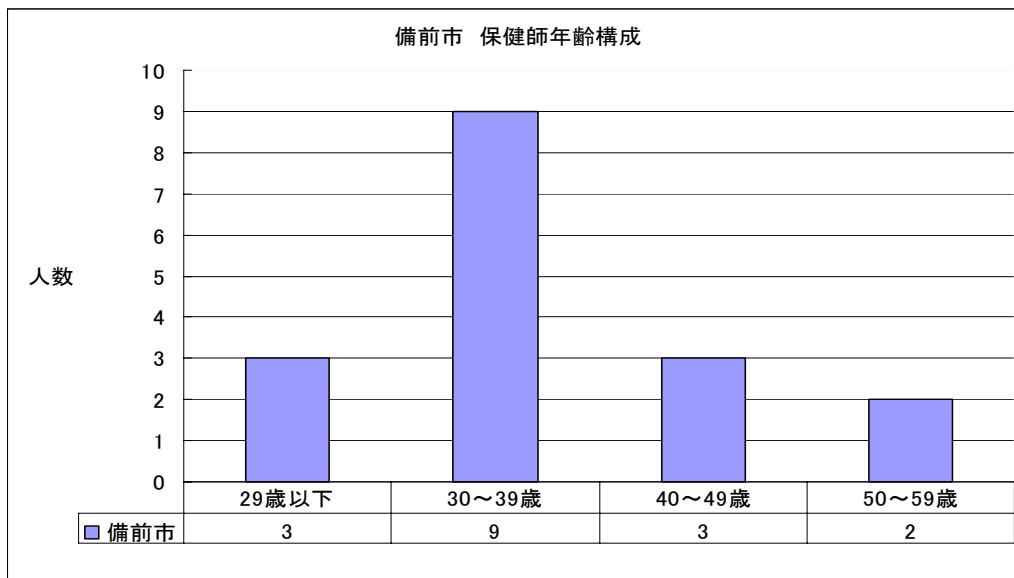
(1) 自治体の概要

○人口：40,241人（平成17年国勢調査）（岡山県人口1,957,264人）

○面積：258.23km²

○保健師数：備前市17人、県121人、市町村460人（備前市含む）、
人口10万人当たり29.7人

(2) 現状と課題



○備前市では、30歳代が53%を占める。岡山県内の市町村では、20歳代が36.7%、30歳代が31.6%を占める。

○岡山県では、30歳代が28.6%、40歳代が27.1%を占める。

○地域保健法、介護保険法等の法制度の改正を背景に増員が行われていることから、30歳代の保健師割合が高い。

採用年度	採用人数	背景
平成6年度	2	地域保健法制定、市老人保健福祉計画策定
平成7年度	1	市町村障害者福祉計画策定指針
平成8年度	1	備前市老人保健施設オープン、在宅介護支援センター併設
平成9年度	1	介護保険法成立、地域保健法全面施行
平成10年度		
平成11年度	2	精神保健福祉法等一部改正法成立
平成12年度		介護保険法施行

(3) 具体的な対応

具体的な取り組みは、以下のとおりである。

- 県との人事交流を活用したリーダー育成を実施した。
- 岡山県では、昭和 62 年度から「公務員としての視野拡大」を目的とする「県と市町村の人事交流制度」の中で、保健師相互派遣を実施した。派遣期間を原則 2 年間とし、23 市町の 40 人と相互交流を実施した。
- OJT における指導者的役割も含めた退職保健師の臨時雇用を推進した。
- 能力の継承を目的に、退職保健師から学ぶ会を開催した。
- 人材育成を目的に、研究発表等への積極的参加、40 歳までのジョブローテーションの実施、組織横断的交流場面の設定を実施した。
- 平成 18 年度から新任保健師実践プログラムに基づいた研修を実施している。

3 地域保健活動への影響

1) 年齢階級別保健師数の偏在とその背景

青森県、島根県、備前市の事例から、都道府県においては、派遣制度、駐在制度を背景に 50 歳代の保健師数の割合の高い事例が見られ、一方、市町村においては、平成 6 年の地域保健法の成立、母子保健法の改正、その後、介護保険法の施行、精神保健福祉法の改正等、法制度改正を背景に、身近な保健サービスを提供する役割を担う市町村保健師が増員されてきた。そのため、現時点においては 30 歳代の保健師数の割合が高くなるという偏りが生じている。このように、法制度改正が年齢構成に影響を与えている可能性があることから、全国的にも同様の傾向があると予測される。

2) 地域保健活動体制の現状

昭和 53 年に国保保健師が市町村に移管された後、市町村保健師の活動は、昭和 57 年の老人保健法の施行後は、家庭訪問や地区組織の育成等を中心とした地区活動から、健康診査や集団健康教育等の事業を中心とするものへと大きく変化した。その後も、福祉関連八法の改正、介護保険法の制定・改正、精神保健福祉法の改正、児童福祉法と児童虐待防止法の改正、障害者自立支援法の制定等により、市町村保健師の従事する事業は増大の一途をたどり、事業中心の活動に拍車がかかってきている。

一方、都道府県保健所保健師の活動は、平成 6 年の地域保健法制定を機に、専門性の高い活動が期待され、困難事例等に対するハイリスクアプローチに特化した活動へと変化した。

また、市町村と都道府県保健所のいずれにおいても、保健師の分散配置や、地区担当制から業務担当制への移行が進み、「地域全体をみる能力」「地域に暮らす人々や資源をつなぐ能力」「地域を動かす能力」といった自治体保健師の専門能力を実践活動の中で発揮する機会が少なくなっている。

さらに、分散配置により中堅保健師は介護保険分野や福祉分野へ配置されることが多く、比較的経験年数の少ない保健師が保健衛生部門に配置され、人材育成体制が十分に整備できない状況がある。

以上述べたこと等が、2007 年問題として地域保健活動に大きくマイナスの影響を与えるものとなろう。

II 継承すべき保健師の能力、技術・技量

前述の自治体における現状と課題に基づき、本検討会では、継承すべき保健師の能力を、地域を「みる」能力、「つなぐ」能力、「動かす」能力の3つに整理した。地域全体を「みる」能力、地域に暮らす人々や資源を「つなぐ」能力、地域を「動かす」能力は、地域全体を丸ごと捉えて判断する総合力であるとも考えることができる。

これらの専門能力について以下の事例を通して検討し、継承すべき能力について整理した。

1 事例からみた継承すべき保健師の能力、技術・技量

1) 事例紹介:育児グループ「コロコロパンダの会」

人口約20万のX市は都心のベッドタウンで、鉄道沿線に集合住宅が建ち並び、家賃が比較的安いことから、若い世代を中心に転出入が激しい地域である。そのため、出生率は全国平均より高いが、住民同士の交流は希薄である。

このX市を管轄する県保健所は、11名の保健師が地区担当をベースに業務分担を行って活動していた。11名でX市を分担し、家庭訪問や地区組織活動の育成等の地区活動は、健康問題の種類や年齢を問わず地区担当保健師が対応していた。健康診査等の業務については、母子、成人・高齢者・感染症、精神、難病のグループに分かれて事業の企画・実施・評価を行っていた。

当時、1歳半健診以外の母子保健サービスは保健所が担っており、県保健所には、乳幼児健診や新生児訪問指導や電話等で、母親たちから育児に関する些細な相談が頻繁に寄せられた。相談者は毎回異なり、保健師が話をきいて育児の苦勞をねぎらい、具体的な対処法を教えれば解決することがほとんどであった。県保健所の保健師は、転出入が激しく住民同士の交流が希薄という地域の特性に加え、こうした日頃の活動から得られた個別事例の情報を積み重ねた。X市に住む母親たちは地域から孤立して育児をしており、そのような生活では些細なことでも育児不安に陥りやすいのではないかと判断した。そこで、保健所の保健師は、保健所事業である母親学級に毎回グループワークを取り入れる等、母親同士の仲間づくりを促す取り組みを行っていたが、育児相談は一向に減らなかった。

翌年の春、保健所のA保健師は育児仲間がおらず育児不安を訴える母親を、担当地区でほぼ同時期に3人把握した。A保健師は家庭訪問で個別に相談にのる一方で、この母親たちが友だちになれるよう、3人のうちの1人の自宅に集まる機会をつくったがうまくいかず、やがてそのうちの2人は転出してしまった。

そこで、A保健師は所内の定例連絡会で経過を説明し、助言を求めたところ、隣接する町を担当するB保健師が「自分の地区も同じようなケースが多く、仲間づくりの必要性を感じていた。個人宅に少人数が集まるのではなく、公的な施設で大勢が気兼ねなく集まる育児グループを開催しよう」と提案し、A保健師とB保健師が地区活動の一環として育児グループを立ち上げ、保健所保健師全員がバックアップすることになった。

A、B両保健師は、育児グループの目的や対象者、実施方法、周知方法等について検討を重ね、立地条件や設備等を勘案した結果、会場は公民館がよいと判断した。公民館を訪れて職員に育児グループの必要性と保健所が積極的にかかわることを説明し、協力を得ることができた。また、新生児訪問を受託している在宅助産師に、新生児訪問時に

育児グループへの参加を呼びかけてほしいと依頼したところ、快く引き受けてくれただけでなく、グループ開催日にはボランティアとして手伝ってくれることになった。

このようにして関係者の協力を得ながら、1回目の育児グループ「コロコロパンダの会」(以下、会)を開催した。予想を上回る22組の母子が集まり、「こういう会がほしかった」、「また参加したい」、「月1回ではなく、もっと頻繁にやってほしい」等、大好評であった。帰り際、保健師が公民館職員に参加者の様子を伝え、「今後ともよろしくお願いします」と会のチラシを渡すと、「公民館利用者にも宣伝しますよ」と、公民館職員はチラシを増刷して協力してくれることになった。

しかし、その後の参加者は10組程度に激減し、継続参加者は6~7組に留まった。これは、会に参加して友だちができ、日常的に交流したり、気のあった者同士で小さな自主グループを始めた母親たちが会に参加しなくなったため、逆に継続参加している母親は、このような場がないと交流できない母親たちであった。保健師は、当初、会そのものを母親たちによる自主グループに発展させていく方針で取り組んできたが、こうした状況を把握し、会に求められている役割は、日常的な交流ができない母親たちが安心して交流でき、必要がなくなったら自由に出ていける場であると判断し、保健師が継続して実施することとした。

保健所は、その後会を保健所事業として予算化した。公民館から遠い地区の参加者も少なくなかったため、公民館と保健所の2会場とし、地区担当保健師だけでなく母子保健事業担当保健師も運営に関わることになった。こうして会の活動は軌道に乗り、保健所保健師は、乳幼児健診のフォローの場や、発達健診等へつなぐ必要のある要支援ケースを把握する場としても会を活用するようになった。

会は1歳未満の児とその母親を対象としたため、活動を継続するうちに卒業する参加者が増えてきた。保健所と市の保健師が共同で育児に関する社会資源を調べたところ、市内11ヶ所の児童館がフリースペースを毎週開催しており、1歳児の利用が多いことから、会を卒業する母子に、児童館のフリースペースを利用するよう勧めると同時に、卒業者が利用しやすいようフリースペースに月1回出向いて育児相談を行うこととした。

こうした保健所保健師の取り組みについて、児童館館長が市の児童館長会議で報告したところ、他の児童館からも保健師にきてもらいたいとの要望が保健所に寄せられた。そこで、保健所は市と協力して市内3ヶ所の児童館が開催するフリースペースで、保健所と市の保健師による育児相談を行うようにした。

2) 事例において発揮されていた保健師の能力、技術・技量

この事例で保健師は、育児不安を抱えた3人の母親への支援をきっかけに、幅広い関係者の協力を得ながら、個別的な対応から育児を支える社会資源をつくり出し、市内各地に広げていった。そこには、継承すべき保健師の能力、技術・技量を発揮していた。

まず、日頃の活動の中で寄せられる些細な育児相談、育児不安を抱えた3人の母親への家庭訪問等、個別援助を通して把握した情報から共通点を捉え、「地域全体をみる力」により住民ニーズを意図的に積み重ね、これに地域的特性等と重ね合わせることで、個人の問題から「X市で育児中の母親」という集団に共通する地域の健康課題としている。これは、個から集団へ、集団から地域へという視点を発展させる技術の発揮である。

さらに保健師はこの解決策を実現するために誰がどんな役割を発揮する必要があるかを的確に判断し、連携・協働すべき相手に対して育児グループの必要性や目的、具体的な活動内容、相手に期待する役割、保健師が担う役割等を伝え、各自の特性を活かし、主体的な取り組みを促し、必要であるが存在しない社会資源をつくり出し他の地区へも広げていった。これは、保健師個人や保健師が所属する組織内で活動を完結させず、関連する幅広い組織・機関、職種へ広げ、住民や関係者と連携・協働することにより、地域に暮らす人々や資源を「つなぐ」能力、地域を「動かす」能力を発揮している。

以上のように、個別援助を通して集団の健康問題を捉え、住民や関係機関等の力を引き出し、地域社会としての組織的な問題解決へと発展させていく能力は保健師固有の能力であり、今後も継承されることが重要である。

2 継承すべき保健師の能力の整理

次に、事例から整理した継承すべき保健師の能力について、コンピテンシー⁴⁾の考え方を参考に整理した。

図は、コンピテンシーについての「冰山モデル」の図を参考に作成したものである。この図は人を氷山にたとえたものであり、水面から出ている氷山の上部にあたる部分は、後天的に習得可能な知識やスキルにたとえられ、研修や教育で向上させることができる。コンピテンシーは、氷山の水面上のラインの部分に位置し、知識やスキルと同様に、後天的に習得可能であるとされている。この冰山モデルは平成16年度の「新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書」でも引用されており、現任教育では、新任時期からコンピテンシーを認識して発展させることが重要と述べられている。

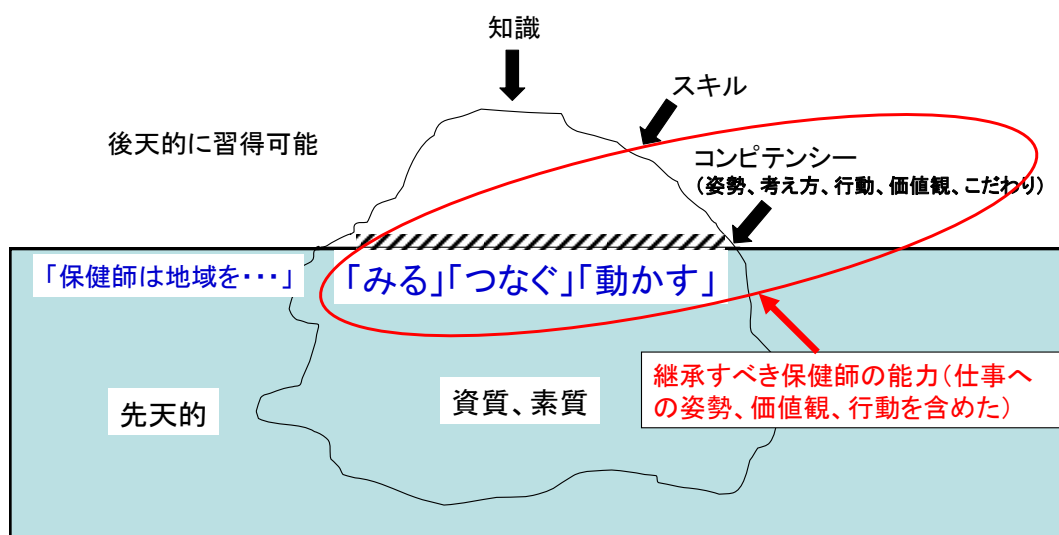


図 冰山モデル(相原孝夫:コンピテンシー活用の実際、2002)を参考に作成

4) コンピテンシーとは、業務遂行能力、成果や効果を生み出すことにつなげられる能力的特性と定義されており、物事のとらえ方、姿勢、価値観、こだわりといった行動特性などを含んでいる。本検討会において、暗黙知または経験知という言葉で、継承すべき能力について議論された。暗黙知または経験知は言語などで表現しきれない知の集積であり、図では水面下の氷山の部分にあたる。水面下の氷山の部分は目に見えず、表現が困難であるが、コンピテンシーは、水面のラインにあるため、形式知として表現可能である。

3 具体的な継承すべき保健師の能力

1) 地域をみる能力

地域全体をみる能力は、地区担当制の「活動形態」と訪問や地区踏査を大切にする「現場主義」から育まれてきた能力と考える。

熟練した保健師は「地域に出る」という言葉を使い、現場に出向くことが仕事のスタイルとして定着していた。また、事例検討や日常的な職場での会話においても、「自分の地域」「私の地区」という言葉を使用することが多かった。「私の地区は…」という表現には、自分の受け持ち地区に対する責任や愛着、自負を持って実践している仕事への取り組みの姿勢がうかがわれる。業務担当制や分散配置などの活動形態に変化しつつある現状では、比較的若い層の保健師にこのような考え方が定着しにくくなっていることも考えられる。

保健師の基礎教育においても、「鳥の目」と「虫の目」という表現で、地域のとらえ方を伝えている。1人1人の人々とか家族を個別支援で緻密に捉えつなげていく視点と、それらの人々も含めて地域全体を俯瞰して見る視点が重要という考え方である。今後、大量退職する世代の保健師は、これまでの経験の積み重ねから、これらの視点を使い分けて、また柔軟につなげて地域を丸ごととらえる地域をみる能力を豊かに備えていたと考える。

また、業務担当制は事業の展開が中心となるため、所属する市区町村全域の担当業務に焦点化された視点となりがちで、地区担当制は、自分の受け持ち地区として、様々な健康課題をもつ地域住民全体をみる視点を持つことができると考える。家庭訪問や地域診断は「〇〇保健事業」の枠内で実施するのではなく、保健活動に不可欠のこととして保健師の裁量でなされてきた。業務担当制が拡大する中で地域をみる能力は、保健師の総合的な実践能力の1つであり、保健師活動独自の方法や知恵としての継承が必要である。

2) 地域をつなぐ能力

地域をつなぐ能力は、地区担当制と現場主義という仕事のスタイルの延長から獲得されてきた能力と考える。保健事業の実施よりも、それに関連する家庭訪問、グループの育成支援、地区組織活動等で育まれた能力である。

保健師は、日頃の活動の中で適切な支援に必要な情報や資源を収集し、これらを自分の受け持ち地区や管轄地域全体に必要な情報として蓄積してきた。これらの情報と、地域住民との信頼関係を土台として、人と人をつなぎ、その人々の力でさらに力が引き出されることを経験し、地域住民の力を引き出す力とつなぐ能力とを高めてきている。

保健師が、関連する人々や組織をつなぐことによって、課題解決に向けて人々が力を発揮する「場」や「機会」が生まれる。その「場」や「機会」を利用して、人々は課題を自分で解決するための行動が動機づけられ準備される。また、その「場」や「機会」が、地域の新たな資源に発展することもある。保健師は人々が自分の問題を自分で解決する力を持ち、また、ともに解決する力も持つという仕事上の信念を持ち、人々の主体性を尊重してかわり、そして地域の力量を高めるために、つなぐ仕事は非常に重要と認識されてきている。これは近年、エンパワメント⁵⁾という言葉で表現されているが、

このような言葉で表現される前から、保健師は地域をつなぎ、人々の持つ力を引き出す能力を備えていた。

地域に暮らす人々や資源をつなぐ能力は、長期間にわたって地域を担当してきた保健師によって蓄積された情報や人脈と、それらを獲得する技術であり、これらは継承される必要がある。よい意味での「黒子」「裏方」の役割である住民の力を引き出す教育的な能力や技術を継承することも課題である。

3) 地域を動かす能力

地域を動かす能力は、国や自治体の施策や制度を、自分たちの地域に沿った事業として展開してきたことによって育まれてきた能力である。さらに、地域住民の健康課題の解決の手法や制度がまだ整備されていない状況でも、人々に働きかけ必要に応じて事業をつくりだし、それを地域に根づかせていく過程で習得された能力でもある。

地域を動かすために地域独自のキーパーソンを見出し、交渉する技術の継承も不可欠である。必要に応じて事業をつくりだし、地域に根づかせてきた活動方法についても、それぞれの保健師独自の知恵と工夫、経験知があり、その知恵の発揮の仕方についての継承も必要である。

今後大量退職される保健師の世代は、1960年代の高度経済成長時代の低水準の福祉施策や公害問題などから急速な高齢化と介護問題など、変化の激しい時代に実践を展開してきた。このような変化へ対応する中で獲得してきた地域に働きかけ地域を動かす能力は、継承されるべきものである。つまりこれらの能力は、行政に所属し、地域課題の解決に向けた新たな方策のために、地域住民のニーズに応じて必要な事業の企画・立案・実施の過程において発揮してきた能力であり、継承される必要がある。

5) エンパワメント(empowerment)とは、一般的にはパワーを与えるという意味で、無力と思われる人やグループの潜在的能力を認め、意志決定や参画の機会を提供することで、その人やグループがパワーを自覚し、発揮していく過程(看護大辞典, 医学書院より)。

4 継承のためのポイント

ここ1～3年の間にベテラン層の保健師が大量退職するにあたり、先輩保健師が培ってきた実践的能力をどのように次のリーダー、あるいは新任保健師に継承していくのか、これは今後行政に求められる保健師の役割機能（能力）を明確にした上で、その方策を確立し、地域保健活動の推進体制を明確にしておくことが重要である。前項において整理した、地域を「みる」「つなぐ」「動かす」の能力の上に、さらに経験知（暗黙知）として培ってきたベテラン保健師が有する実践的能力の継承におけるポイントを整理した。

1) 地域特性・地域ニーズの把握による地域診断能力・地域アセスメント能力

地域を知ることは、具体的には、その地域に生活する人々の暮らしぶり、家と家とのつながり、地域の風習・習慣、地理的環境、社会的環境、生活する人々を支える様々な社会資源、地域住民を取りまく健康課題等々を把握することである。地域担当制、業務担当制の違いはあっても、地域を捉えた保健活動および業務推進は基本的な活動視点として重要である。

継承のポイント

- ①保健師自身が既存資料から担当地域の概況をまとめ、個別課題、地域課題、行政課題、社会資源の課題を整理する。
- ②整理の中から見えてきた地域のイメージを描き、実際に地域に出て確認し、確認したことを担当地域マップ等に落とし込む。
- ③自らの地区を歩き、自分の目で見て感じた情報と既存資料・関係者から得た情報等と組み合わせることにより地域課題を予測する。
- ④予測した地域課題について、様々な保健事業等の場面を活用し、住民自身と確認し、それにより住民の解決能力を引き出すことにつなげる。
- ⑤課題解決に係わる施策が、各行政計画のどこに位置づくかを確認する。

2) 地域住民との人間関係づくりによるコミュニケーション能力

保健師の活動対象は全住民であり、母子から高齢者までのあらゆるライフステージの人々であり、健康者から障害者までのあらゆる健康レベルを対象とした活動である。保健師は、地域住民と第一線で向き合える職種であり、住民が何を考え、何を求めているのか身近に受け止めることのできる職種である。

地域住民の主体的な関わりを基に地域保健活動を展開していくためには、住民自らが生活の場で「健康観」を高めながら健康づくりを実践していく働きかけと、それを支援する環境づくりが重要である。そのために、生活している人々の気持ち・思い・悩み等を受け止め、共に考える姿勢、謙虚に学ぶ姿勢を持つことが大切である。

継承のポイント

- ①住民自身の生活を振り返り生活改善していくためには、安心して話せる環境づく

りが必要である。真の住民ニーズ、地域ニーズの把握には、本音で話せる関係になることであり、そのためには、住民と話し合うことが最も有効である。

- ②住民と話し合う場として、家庭訪問・健康相談・健康教育等々の保健事業や、地域の役員会等への参加がある。住民に共感し、敬意を払いながらしっかり耳を傾け、住民の思いを確認する。
- ③生活が見えるということは、様々な角度から地域課題を分析することにつながる。家庭での生活習慣はもちろん、家庭環境・生活環境・労働環境等、個人を取りまく背景を把握することは、きめ細かな住民への働きかけにつながるるとともに、住民との信頼関係づくりにつながる。
- ④住民との信頼関係で大切なことは、住民ニーズ、地域ニーズを把握だけに終わらせず、何らかの具体策を見出し、住民と共通確認する（小手先の整理による取りあえずの事業化は、住民のエンパワメントにつながらない）。

3) 職場内における人間関係づくりによる行政能力、施策化能力

地域ニーズに即した保健事業を施策につなげるためには、事業の必要性と背景、実施により予測される効果、波及方法等を盛り込んだ事業計画の作成により、職場（係・課）内での理解と後押しが必要である。そのためには、当該自治体の総合計画や保健計画における基本目標のどこに位置づく事業であるのかを明確にしておくことが重要である。

保健師は、地域の最前線で住民と深く関わることによって潜在的な問題を発掘し、行政課題として取り組むことへの合意が十分に得られていない段階であっても、専門職として自律的に取り組むことが多い。そのため、職場内の人間関係を気まづくすることもある。行政組織のひとりとして、職場内での相談・検討を大切にされた地域保健活動を展開することが重要である。

継承のポイント

- ①地域保健活動における行政の役割は、地域住民の健康水準及びQOLを向上するとともに、住民の主体的な活動を図ることでもある。そのためには、行政組織を構成する職場内の関係者と地域課題を共有・確認する等の報告・連絡・相談（通称：ほうれんそう）を必ず実施する。
- ②保健師以外の職場の職員と、住民ニーズ・地域ニーズを共有することも職場内での人間関係づくりを促進することにつながる。それらの職員が、地域の保健事業に共に参加する機会を作り、また、保健事業での役割分担等を効果的に行う。

4) 関係機関との連携・協働による地域ネットワーク構築能力、調整能力

連携の目的により連携の方法も多種多様にある。係・課内の連携はチームプレーとして必要であり、他課との連携や関係機関等との連携は各自治体の保健計画に基づいた事業の円滑な推進に必要である。また、個別事例の共通課題に協働して地域で取り組むた

めの地域支援体制としてのネットワークを構築することが必要となる。また、第一線で各種の保健相談にあたる保健師は、援助対象である住民と関わる中で、危機的状況に遭遇することもある。保健師個人の力量の問題として解決するのではなく、職場としての支援体制、関係機関との協力体制づくりにつなげていくことが重要である。

保健師は、地域特性を最も把握している職種であることを活かして地域のキーパーソンの役割が大きい。

継承のポイント

- ①連携において大切なことは、連携をとる必要性、連携の趣旨・目的を関係者で共有・確認することであり、共有・確認からすでに連携は始まる。
- ②保健師は福祉・医療・保育・教育等を包括した総合的な保健活動を推進する専門職であるが、それぞれの各分野に特化した専門職ではない。地域全体を構成する全てのライフステージ、全ての健康レベルの人々の保健活動を支援していくために、あらゆる分野の専門職や関係機関等と連携し、地域の様々な資源を活用できる仕組みを協働して作り上げる。
- ③良かれと考えて打った対策が、最悪の結果を招くこともあることを念頭に置き、常に最悪のケースに陥ったとしても、各方面の協力体制により乗り切ることができるように、日頃から協働体制をとれるように行動する。
- ④協働体制を築くためには、協働する関係機関等の意向・考え・方針を十分に聴き尊重し、保健活動の協力・支援について話し合い、地域支援体制づくりを行う。

5) 個人、家族、集団への支援と地域への働きかけの総合的な活動展開

地域で保健活動を展開していく場合、地域特性・地域の実情を鑑み、地域の健康課題、地域課題の解決のための有効な活動方法を見極め展開していくことが重要である。

そのために、①個々の抱える問題整理において、「個人の問題なのか」「個人を取りまく家庭生活上の問題なのか」「職業及び地域生活環境上の問題なのか」 ②地域の抱える問題整理において、「個々の問題から、地域の共通課題として整理された問題なのか」「地域の風習及び生活習慣からくる問題なのか」「地域の地理的環境特性として整理できる問題なのか」を見極めることが重要となる。

言い換えれば、個々の課題、地域の課題の整理を通して、「個別への働きかけの手段」「集団への働きかけの手段」「関係機関への働きかけの手段」「全住民への働きかけの手段」を考え、最も適した方法で地域の保健活動を展開することでもある。

これらの見極めに向けての課題整理の方法、課題解決に向けての行政組織及び施策との関連、社会資源の活用における関係機関との連携方法等について、地域の関係者と共通確認することにより、どの方法が効果的なのかを総合的に検討していくことが大切である。

継承のポイント

- ①個々の問題は、家族の問題となり地域の問題となっている状況が多くある中で、個別への対応を軽視しない。
- ②個人の生活背景を捉えた活動の大切さ、生活を共にする家族・地域集団への働きかけは、どの事例にも共通した取り組みとする。
- ③一つの問題には、数倍もの問題が隠れていることが多い。問題は個人の生活背景からくるものなのか、地域の健康課題と重なるものなのか、それらを見極める。
- ④住民が共同で作る健康なまちづくりは、地域に入り、地域の実態を把握して、誰もが取り組める方法を住民及び関係者と共に考え、実践することにより築かれる。
- ⑤地域保健活動は、地域が動いて、初めて効果が住民自身に見えてくるため、効果に気づき、見えやすいものにする。

以上示したように、地域診断能力、アセスメント能力は広く<地域を見る能力>に、コミュニケーション能力とネットワーク構築能力は<地域をつなぐ能力>、そして行政能力・施策化能力は<地域を動かす能力>に対応し、これら3つの能力の総合的展開として、前述したポイントの「地域への働きかけの総合的展開」がある。

Ⅲ 保健師の2007年問題への対応

保健師の年齢構成は、自治体における地域保健活動体制や保健師の配置状況によって偏りが生じる可能性があるため、保健師の2007年問題は、自治体ごとの検討と取組が必要となる。

これまで自治体行政分野の保健師は就業保健師総数全体の約7割を占めていたが、これからは民間やNPO等で働く保健師が増加することも予想されることから、今後、保健師がどのような能力を発揮することが期待されるのか、さらに行政自治体に所属し行政責任を果たす保健師に求められる能力とは何かについて、まず検討することが重要である。

以上のことを踏まえ、自治体における保健師の2007年問題への対応と方策について整理した。

1 自治体における現状分析の必要性

「2007年問題」と呼ばれる団塊世代の大量退職に際して、各都道府県、市町村は組織内の人材について分析し、戦略を立てることが必要である。都道府県では、この数年で50歳代後半の保健師を一時期に失うと想定されるが、一方、市町村では2035年問題に繋がる30歳代の大量採用による年齢構成の偏りが問題視されている所も少なくない。また、小規模の市町村では、採用者数が少なく、年代の偏りが生じやすいことから、能力の継承が困難なところが少なからず存在している。そして、保健師以外の専門職・事務職についても同様の傾向が見られることから、そのことによる影響について職種と能力の両面から各世代において、以下のような視点で現状分析を早急に行うことが求められていると考える。

1) マンパワーの分析

経験年数1～3年の「新任期」、4～10年の「中堅前期」、11年以降の「中堅後期」、そして「管理者」の各期の、あるいは20歳代、30歳代、40歳代、50歳代のそれぞれの年代毎に現在の人員を確認し、年代の偏り等を分析する。さらに2007年～2010年、2020年、2030年、2035年のように今後の退職と採用見込みを段階的にシミュレーションし、各自治体にとって年齢構成に偏りが生ずる時期があるのかを見極める必要がある。

2) スキルマップの活用による能力の分析

スキルマップは、組織内の到達目標とするスキルとスキルの現状を評価するために主にビジネス分野で人材の確保と育成において広く用いられている方法である。これは視覚化しづらい保健師の能力、技術・技量（スキル）を洗い出し、組織内で共有する方策として有効であると考えられる。ベテラン層が有している技術や技量技能等の経験知（暗黙知）を中心に各経験年数および年代に求められる能力、技術・技量技能を詳細に洗い出し、どこまで到達できているかについて分析し、不十分な能力、ベテラン層の退職により継承が困難な能力を明らかにして、それらを意図的に強化、継承すべき能力を描き出す必要がある。

スキルの整理分析には、「地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書（平成

15年3月)」に掲げられた「基本的な能力」「行政職員としての能力」「専門職員としての能力」を参考にするのも一つの方策と考える。

3) 需給算定

保健師の需給算定については、平成5年厚生科学研究報告書「保健師の配置のガイドラインに関する研究」および平成17年度厚生労働研究報告書「健康フロンティア戦略における保健師配置基準の策定に関する研究；帰納法による配置基準の検討」において論じられている。

前述1) 2)の自治体ごとにマンパワーと能力・技能の両面から現状を分析し、今後の保健師の必要数について各自治体で需給算定することが望ましい。

現状を基礎とする算定方法と、新たに積み上げ式による算定方法が検討されている。積み上げ方式による算出方法は、保健師を必要とする業務の種類や業務量を厳密に計算しマンパワーを割り出す方法であり、直接的サービスに関して増強が必要な部分の算定において用いやすい。その反面、保健師業務として近年重視されてきている企画、調整、情報収集、分析、委託事業の質管理などの業務については必要業務時間としての積算が困難である。これらの占める割合も増えつつある中で全業務に占める割合や意義等を反映させた業務量の積算は、一般的な予算の積算手法や地方交付税算定基準に作成手法と同様であるため、人員要求に向け説得力のある根拠となる。

加えて、2008年度からの医療制度改革に伴う需要や、介護予防の推進においては、保健師の社会的ニーズは高いことから、時代の要請を好機として保健師の必要性と必要数について説得していくことも方策の一つとなると考える。

2 自治体における対応の方向性

1) 検討会の実施

各自治体の現状の分析と、保健師が備えるべき能力や期待される能力を明らかにした上で、保健対策のビジョンを明らかにし、保健師の確保と能力の継承方法について検討会による戦略・方針の確認が必要である。比較的若い世代の多い市町村にとっては、ベテラン層のリーダーシップ能力や精神や虐待の問題に代表される困難事例への支援技術、苦情への対応など学ぶところも多く、大量退職の前に県及び市町村共に組織的に継承されるべき能力であり、県・市町村それぞれの2007年問題に対する戦略と、50歳代の多い県型保健所保健師と30歳代の多い市町村保健師について一体的に検討することも有効と考える。

また、将来を見越した人材育成とともに「2007年問題」に特化した短時間での能力の継承については、短時間で継承するシステムや能力の共有化のための方策について緊急に検討を行う必要がある。ベテラン層の退職に伴い、管理職世代が不在となる自治体では、専門職としての能力と、統括的管理職としての能力が求められる。専門的能力のスキルアップを重点的に図るコースと行政能力に代表される管理能力を重点化するコースの検討も必要である。

年齢構成に偏りの少ない自治体においては、堅実に中堅層が育っている可能性も高い。

新任期の現任教育にベテラン層をスーパーバイザー的に投入するなど、長期的な方策の検討が望まれる。

2) 人材育成指針

(1) 人材育成指針の策定と推進のための取組み

各自治体の人材育成指針については、全国の約半数の自治体で策定されているが、現状分析に基づく将来を見通した人材育成指針が検討会等で検討され策定されることが求められる。さらに、策定後もそれが具体的に活用されるためには、人事評価や能力開発、ジョブローテーション、人事交流といった組織全体の人事管理等と連携して推進されるように位置づけられることが重要である。介護保険や障害部門への長期の配属から、中堅ベテラン層の「地域全体をみる能力」の育成が遅れがちであるなどの指摘もある。ジョブローテーションの体制を確立させることは、多角的視野に立ち多様なニーズに応える人材を育成していく上では欠かせないものであり、組織全体が人材育成に取り組むという共通認識が不可欠である。

(2) 各自治体における人材育成指針

①都道府県・保健所

都道府県・保健所では組織再編の動きが大きくなりつつある。市町村合併により管轄範囲は広がっている。ベテラン層の持つ能力を最も有している機関でもあり、それ故、この2007年問題の意味は大きい。一方、若手の層は、直接対人サービスの機会も少ない傾向がある。積極的に市町村との人事交流や連携を図り、ベテラン層は保健所および市町村保健師としてこれだけは継承したいというコアとなる能力の継承に努めるための指針作成を期待したい。

②保健所設置市・特別区

保健所設置市の中には、最近の市町村合併により保健所設置市となり、都道府県保健所の管轄から離れた市も少なくない。老人保健事業に伴う保健師の採用のため、30歳代の占める割合が高く、今後リーダーを育成し人材育成の体制を整備していくには、人材育成指針の確認が欠かせない。比較的多くの保健師を抱える保健所設置市・特別区にとっては、ジョブローテーションの体制を早々に確立させ、計画的な配置がとれるよう整備すべきである。段階別、分野別研修の整備も重要であり、人事管理(採用、配置、人材育成等)に関与できる職位の獲得にむけての組織的戦略も今後ますます求められる。

③市町村

保健所に所属するベテラン層の退職は、市町村にとって、研修や市町村支援など保健所との連携の中で進めてきた人材育成への影響が予測される。また、地区担当制やチーム分担制を通じて培ってきた地域全体を捉える視点を持って、今後の生活習慣病対策における保健衛生部門と国保部門を統括して考える視点が継承されることが期待される。意識的に中堅層へ統括的視点やリーダーシップ能力を身につけるために保健所のベテラン保健師との協働を推進する体制の整備に努める必要もある。

3) 計画的および柔軟な人材確保にむけて

これまで社会情勢の変化に伴う制度の改正等により、保健所、市町村ともに大量採用や採用抑制を繰り返している経緯があり、その影響により年齢構成の偏りが生じてきた自治体も少なくない。将来においても 2007 年問題と同様の問題を繰り返すことが予測されるため、継続的に一定数は採用し、組織の活性を維持するとともに専門的能力や技術・技量を継承し、質を確保する採用方針を自治体で明らかにしていく必要がある。つまり、実務経験のある者の「中途採用」や「選考採用」を取り入れることも方策の一つとなり得よう。例えば東京都や大阪府、横浜市などの大都市部では採用時の年令を 30 代後半まで引き上げている。加えて、専門職の人材の採用要件として一定年数の職務経験を付与している自治体もみられる。年齢構成に極端な偏りを生じることのないよう採用時の年齢についても柔軟に検討することも必要と考える。

4) 保健師養成機関における基礎教育と卒後教育との連携

保健師の能力、技術・技量の開発と育成には、養成機関における基礎教育と卒後の現任教育との連携は欠かせない。ベテラン保健師の大量退職による新任者採用を考えると、保健師の能力、技術・技量の低下を招きかねないため、基礎教育の段階から卒後教育を見越して整合性のある教育体制を整備していく必要がある。特に新任者に、「地域を見る」「つなぐ」「動かす」能力それぞれが有機的につながり連動していることの理解の困難さが伺える。把握した地域ニーズ・住民ニーズをいかに事業化するか、施策化につないでいくのかについて、具体的事例を出して新規事業として確定するまでを基礎教育の中で学習し、卒後教育によるスキルアップへとつながるような配慮は今後益々必要になるものと思われる。

IV 保健師の能力、技術・技量の継承方法

前述したようなベテラン層の保健師が持っている能力を、次世代へ継承する方法として、職場内の現任教育と、組織内の人事・財務部門の担当者を交えた研修や、ジョブローテーション（人事交流を含む）、リタイア世代の活用等がある。

1 能力開発

1) 職場内研修 (OJT)

現任教育の基本は、日々の業務の中での OJT である。ベテラン層の持つ、コツや勘と呼ばれる経験によって裏打ちされた能力（経験知または暗黙知）は、日常業務の中で意識的・計画的に行っていくことが中心になる。大量退職にともなう新人の大量採用では指導者不足が深刻な問題になることから、ベテラン層の個から集団、集団から地域につながる、地域から個を見るという能力の継承が必要となる。また、幅広い視野に立ったリーダーシップ能力と、昨今の複雑化する困難事例への個別支援能力や苦情処理能力は今後ますます求められる能力で、これらの能力は、中堅層への OJT を重点的に行う必要がある。また、組織がベテラン層から中堅層への OJT の重要性を認識して、ベテラン層が継承できる体制の整備も重要となる。

(1) 形態

OJT を組織的に行っていくにはプリセプターシップ⁶⁾ や、スーパーバイズ方式⁷⁾ を適用すること等が考えられる。また、職場内の保健師以外の連携の機会ととらえて人事や財政の担当者を招いての勉強会や検討会も、行政能力の開発には有効である。

(2) 技法

新任者の経験や能力に合わせて計画的に目標や進度を設定し、評価していく方式も有効であると考えられる。また、職場内での事例検討の機会を捉えてベテラン層には能力継承を意識してその役割を演じてもらうことも、実践に即した方法である。

6) プリセプターシップは新任者にとって身近な存在である指導者（プリセプター）として日常業務を通してマンツーマン指導ができる方式であり、新任者教育に広く用いられている。指導者（プリセプター）も育てるという組織内での位置づけの確認が重要であり、人材育成指針にも反映していることが重要である。

7) スーパーバイズ方式は、部署を越えて特定の研修を修了した者が特定の職員の指導を行うもので少人数配置や分散配置の職場環境でも可能である。

2) 職場外研修 (Off-JT) ⁸⁾

(1) 形態

保健師の能力、技術・技量の向上に繋がるよう職場内での研修会や勉強会の機会を捉えて、職場外研修 (Off-JT) を行うことも重要である。管理者や中堅層への階層別の職場外研修 (Off-JT) には、派遣研修や各種団体、民間の研修会の参加が一般的であろう。現任教育を担う専門機関として国立保健医療科学院の「公衆衛生看護管理者コース (3 週間)」や「公衆衛生看護中堅者コース (1 週間)」等のプログラムがあり管理者や中堅者に特化した研修が特徴的である。これらの活用による中堅・ベテラン層の能力の向上を推進していく必要がある。

(2) 方法

専門的知識習得の研修方法は、いわゆる講義中心の座学による集合研修も有効であろうが、保健師の形式化されてこなかった能力、技術・技量を短期間に習得するためには体験型といわれる参加型の研修が有効である。実感を伴って知識・理論を習得することが、効果的であることも踏まえた研修計画の立案が望ましい。

継承のための方法としては、コーチングやファシリテーション、ケーススタディー、ロールプレイング (シミュレーション)、シナリオを用いたトレーニングなどがある。これらの詳細については文末に記した。

3) ジョブローテーション

ジョブローテーションは、様々な目的から行われるが、保健師の資質の向上においても重要である。自治体においては、専門職としてのキャリアを見据えたジョブローテーションが可能な体制の構築が望まれる。具体的な例としては、保健福祉部門に配置することで専門職としての基本的な実践能力を獲得し、その後保健福祉部門以外に配属することで行政実務を幅広く経験することから行政能力の向上を目標とする方法や、多角的な保健活動能力を獲得するために対人保健サービス以外の分野へ配置する方法、保健所と市町村の人事交流 (詳細については、2 人事交流を参照) 等が考えられる。

8) Off-JT は「職場外研修」と呼ばれ、職場を離れて組織の担当部署が考案したメニューや外部の研修機関が作成したプログラムを受講し、必要な知識やスキルの習得を図るというものである。

2 人事交流

保健所から市町村へ、また市町村から保健所への人事交流や、実務支援型の交流、研究機関等との人事交流は、行政能力を高める上で、また、お互いの立場や役割を理解し幅広い視野で、住民のニーズを捉え、施策化する能力を育む機会と考える。これまでも積極的に人事交流を実施し成果を上げている自治体もあり、継続的に実施し、効果を上げている。

都道府県から市町村への人事交流は、母子保健や老人保健といった直接サービスを通して様々な住民と接する機会を体験し、個別支援の基礎を固めることで、今後の都道府県での業務に大きな深みを与えてくれるものと期待できる。

また、市町村から都道府県への人事交流は、さまざまな専門技術職による公衆衛生活動を理解し、また統括的役割や、企画調整におけるリーダーシップ等の習得として有効と考える。特に市町村では30代の中堅職員が多く、事業中心の業務に追われている傾向にある。市町村派遣の経験を持ち、都道府県として市町村支援を展開してきた経験を重ねて持ち合わせているベテラン層から直接学べることは、今後の市町村のリーダーを育てる上で効果的であり、広い視野に立って都道府県、市町村それぞれの役割や機能について身をもって習得できる機会である。

3 リタイア世代の活用

リタイア世代の保健師は、保健所と市町村が一体的に地域づくりにあたってきた経験や、地区担当制の中で培われた地域全体をみる視点を持ち、創意と工夫で新たな制度を生み出してきた世代でもあり、経験に裏付けされた豊かな経験知を有している世代である。自治体によっては、すでに「リタイア保健師から学ぶ会」等の研修会や若手職員との同行訪問など、リタイア世代を積極的に活用しているところもある。即戦力のマンパワーとして期待するとともに、中堅や若手への技術の継承者としての活躍が期待される。新任者への指導者役割のみならず、中堅後期から前期へ活動の意味やコツなど、これまで形式化できないながらも受け継がれてきた能力に関する「解釈」や「翻訳」を加えたスーパーバイズを期待したい。

1) 再任用制度

民間企業による「2007年問題」は改正高年齢者雇用安定法によって2006年4月6日から65歳まで①定年年齢の引き上げ、②継続雇用制度の導入、③定年制の廃止のいずれかの措置を講じなければならなくなり結果的に先送りにされた。保健師の場合、その大部分は保健所に代表される公的機関に働いており60歳定年は避けられないが、能力、技術・技量の継承に再任用制度の果たす意義は大きい。

加えて、新たに今後の平成20年度からの医療制度改革の一つである生活習慣病対策のハイリスクアプローチを医療保険者が実施することになると、市町村保健師の国保部門への配置も予想され、保健部門からのベテラン層を中心とした人材の異動による保健部門の弱体化を危惧する声もきかれる。保健部門と国保部門を一体的に運営、展開していくためにもリタイア層の活躍も期待されると考える。

しかしこの制度は、保健師に限らず、雇用は維持されても役職を降り、賃金が下がっ

た状態で「自分のスキルを次世代に伝えよう」という高い志をどうやって維持していいのかについての検討も必要である。ベテラン層の熟達した技術の伝達者である意味と位置づけについて組織内の共通認識が欠かせない。

2) 退職者の会への活動支援

全国的に多くの都道府県に退職した保健師の「在宅保健師会」等が組織されている。退職後の保健師を中心に看護師、栄養士等も参加している会もあり、会員数は4,242人に上っている。活動は地域によって異なり同窓会的目的から業務の請負まで様々であるが、今後「在宅保健師会」等が、継承のために「保健師のための塾」や研修などの役割や医療制度改革に伴う特定保健指導の委託先等の役割が期待される。加えてこれまでの経験を生かし、地域の社会資源としてNPOやボランティアを組織して住民参加を促進する活動も期待されている。このような会の育成や支援のための体制の整備も必要であろう。

3) スーパーバイザー設置を促進する事業の施策化等

昨今の財政事情を鑑みると、現任教育や人材育成の重点化のために人材を確保することは、その必要性は認識していながらも困難な実情がある。

他の職種を例にとると、生活保護制度運営の適正化に向けた生活保護適正実施推進事業において、経験の浅い査察指導員や現業員への助言指導を行う等の実施内容が提示されており、人材育成のための施策化の一例としては大変興味深く、今後の展開とその評価を参考に、保健師への助言・指導においても大いに期待したいところである。小規模市町村や一人配置の職場において特にその効果が期待できるものと思われる。

4 自己啓発

OJTやOff-JTは現任教育の大きな柱ではあるが、自らの技能の研鑽や自己啓発のために自らが専門職として職場を離れて主体的に学ぶ姿勢も欠かせない。

1) 研究会・勉強会の活用

実践に即した形で互いの専門性の向上や、交流の場として保健師の研究会や勉強会がある。自治体規模やブロック別、全国規模まで様々であるが、同じ保健師として幅広い視野に立ち自己研鑽を積む場として有効であり、活用を推進したい。

2) 職能団体、学会の研修、大学院、外部専門家の活用

職能団体、学会の研修も盛んに行われるようになってきている。また専門職大学院をはじめとする社会人を対象にした継続教育の場も増えつつある。自己啓発への動機づけや参加しやすくするための情報の整備などが今後ますます求められてくると考えられる。

また、リタイア層による育成だけでなく、積極的な外部専門家の導入による事例検討会など、スーパーバイズ機能を大学・研究機関やコンサルタント会社等に求めていくことも一つの方策と考える。他職種に保健師の役割を理解してもらいチームとして展開して機能していくために、情報の共有化が不可欠である。専門的能力を誰でもわかる表現に解釈・翻訳していく作業に外部の専門家の活用は有効である。

く比較的長文の事例を素材とし、経営管理上の諸問題について集団で討議を行い、問題解決能力等の向上をはかるもの多くのことを指すことが多く、参加者に特定の条件下で意志決定について擬似的体験を行うことで、課題解決のための状況分析や意志決定能力を向上させることを目的としている。

ケーススタディーは座学ながらも疑似体験をすることができるというメリットがあり、知識の応用展開力を伸ばすところに効果がある。保健師には、現在の少人数配置や業務担当制の状況下では、日頃から多くの事例について意見交換を行ったり、相談したりする機会が減ってきている。そのため事例を通して多様な生活スタイルやニーズを捉えたり、ベテラン層の展開方法を学んだりすることは今後の業務にとって柔軟な対応につながるものと思われる。

④ ロールプレイング（シミュレーション）

ロールプレイングとは、職場や仕事での行動場面を模擬的に設定し、参加者にいくつかの役割を演技してもらう技法で、「役割演技法」とも呼ばれ、広く研修に取り入れられている。

ロールプレイングの特長は、状況を比較的自由に設定できることから、臨機応変に研修に導入でき、参加者は日常業務を客観的な視点から見直すことができ、今まで気付かなかった課題や問題点が発見できる。また学んだ理論や技法を自分なりに消化し、身につけていくことが、有効である。これまでも健康危機管理演習や児童虐待等の困難事例の支援技術の習得にロールプレイの手法は採用され、効果を挙げている。従来、他の保健師の活動や対人支援技術を別の保健師がつぶさに見る機会は少なく、継承を困難にしてきた。擬似的でその一端に触れ、共有できる意義は大きい。

⑤ 支援を求めない人々に対するシナリオを用いたトレーニング

保健師の業務の中には、個別支援においては、受診勧奨や虐待事例への介入等、支援を望まぬ人々へ関わることもある。このような支援を求めない人々に対する支援能力の継承にはシナリオを用いたトレーニングが有効である。シナリオを用いて多様な事例を経験することで、事例の本質となる問題を捉え、感情に振り回されずに対人支援に当たるために有効である。ベテラン層によるシナリオの作成や解釈に期待するところが大きい。

おわりに

少子高齢化の進展の中、医療費や介護給付費の増大、行財政改革、全国的な市町村合併の進展により、地域保健活動をめぐる状況は大きな変革期にある。さらに、2007年に保健師の大量退職を迎えることによる地域保健活動への影響が懸念されており、このような変革期にある地域保健活動を推進していくためには、大量退職による地域保健活動への影響を最小限に抑える必要がある。

検討会での議論の中では、都道府県、市町村における保健師の年齢構成の偏りに対応するためには、都道府県と市町村を一体的にとらえる視点が重要であること等が挙げられ、具体的な継承方策としては、暗黙知または経験知を効率的に継承するためには、OJTの実施体制の充実、OJTを補完するoff-JTの効果的活用、人事交流体制の整備、リタイア世代の活用、スーパーバイザーの設置、職能団体や学会等の活用による自己研鑽の促進等が必要となることが挙げられた。

また、この保健師の2007年問題の検討と併せて、行政組織における保健師の役割の明確化や、分散配置と市町村合併における地域保健活動体制の見直し、継続した人材育成体制の充実に関する検討の重要性が挙げられた。これらについては、「市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書」や「指導者育成プログラムの作成に関する検討会報告書」（平成18年度地域保健総合推進事業）を参考にしていきたい。

各自治体において、保健師の2007年問題に関する検討を行うことで、2007年問題を乗り越え、地域保健活動のレベルを継続的に維持・向上することだけにとどまらず、これを契機として効果的な人材育成体制が拡充されることを期待する。

【参考文献】

1. 相原秀夫, コンピテンシー活用の実際, 日本経済新聞社, 2002
2. 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書, 2003
3. 新任期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書, 2004
4. 健康フロンティア戦略における保健師配置基準の策定に関する研究報告書, 2006
5. 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書, 2007

参考資料

表1 就業場所別にみた就業保健師数の年次推移

(単位:人)

		S40	45	50	52	53	55	59	63	H2	4	6	8	10	12	14	16	
地域保健	保健所	5,926	6,356	7,144	7,590	7,437	7,649	8,150	8,460	8,749	8,835	8,955	8,887	7,814	7,630	7,662	7,635	
	国保	5,477	5,362	5,799	6,008													
	市町村	573	637	920	1,011	7,226	7,750	9,486	11,033	11,673	12,563	13,802	15,641	18,410	20,646	21,631	22,313	
	小計	11,976	12,355	13,863	14,609	14,663	15,399	17,636	19,493	20,422	21,398	22,757	24,528	26,224	28,276	29,293	29,948	
保健師学校養成所		79	98	160	172	175	169	215	293	258	310	331	379	519	641	826	841	
病院・診療所		502	474	748	771	890	1,057	1,320	1,842	4,706	4,991	6,455	6,962	7,331	8,404	8,847	9,880	
介護保険施設等		—	—	—	—	—	—	—	—	24	35	58	70	54	52	629	542	
訪問看護ステーション		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	456	657	638	497	487	
社会福祉施設		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	448	542	627	472	471	
事業所		952	783	794	871	875	852	1,112	1,154	1,254	1,377	1,532	1,475	1,659	1,672	1,909	2,415	
その他		450	299	400	467	413	480	575	777	943	1,234	1,464	1,248	1,621	1,717	1,753	1,440	
合計		13,959	14,009	15,965	16,890	17,016	17,957	20,858	23,559	27,607	29,345	32,597	35,566	38,607	42,027	44,226	46,024	

- 注)1 「衛生行政業務報告」により計上した。但し、「病院」については、平成2年から「病院報告」により計上し、「診療所」については、平成2年から「医療施設調査」により計上した。
- 2 保健師数は常勤保健師、非常勤保健師を含む。
- 3 保健師数は各年12月末現在の数である。
- 4 国保保健師は昭和53年度に市町村保健師に移管された。
- 5 厚生省報告例の一部改正により、就業場所に「老人保健施設(平成16年から介護保険施設等)」「訪問看護ステーション」及び「社会福祉施設」が追加された。
- 6 平成16年から「老人保健施設」が「介護保険施設等」に変更された。
- 「介護保険施設等」とは、介護老人保健施設、指定介護老人福祉施設、居宅サービス事業所、居宅介護支援事業所を含む。
- 7 平成6年については兵庫県分は含まれていない。

表2 年齢階級別保健師数(保健所)

年齢階級	H4		H6		H8		H10		H12		H14		H16	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
25未満	563	(6.4)	465	(5.2)	306	(3.4)	266	(3.4)	319	(4.2)	307	(4.0)	288	(3.8)
25以上30未満	1776	(20.1)	1667	(18.6)	1592	(17.9)	1091	(13.8)	923	(12.1)	864	(11.3)	954	(12.5)
30以上35未満	1720	(19.5)	1714	(19.1)	1607	(18.1)	1432	(18.2)	1281	(16.8)	1203	(15.7)	988	(13.0)
35以上40未満	1337	(15.1)	1397	(15.6)	1495	(16.8)	1438	(18.2)	1333	(17.5)	1318	(17.2)	1257	(16.5)
40以上45未満	1329	(15.0)	1280	(14.3)	1213	(13.6)	1127	(14.3)	1164	(15.3)	1200	(15.6)	1271	(16.6)
45以上50未満	884	(10.0)	1044	(11.7)	1259	(14.2)	1084	(13.7)	1006	(13.2)	1016	(13.2)	1025	(13.4)
50以上55未満	575	(6.5)	706	(7.9)	725	(8.2)	813	(10.3)	943	(12.4)	1028	(13.4)	979	(12.8)
55以上60未満	408	(4.6)	413	(4.6)	453	(5.1)	497	(6.3)	550	(7.2)	614	(8.0)	734	(9.6)
60以上	243	(2.8)	269	(3.0)	237	(2.7)	140	(1.8)	111	(1.5)	120	(1.6)	139	(1.8)
総計	8835	(100.0)	8955	(100.0)	8887	(100.0)	7888	(100.0)	7630	(100.0)	7670	(100.0)	7635	(100.0)

【出典:平成10年度までは衛生行政報告(厚生省報告例)、平成12年度からは衛生行政報告例による】

人数(人)

割合(%)

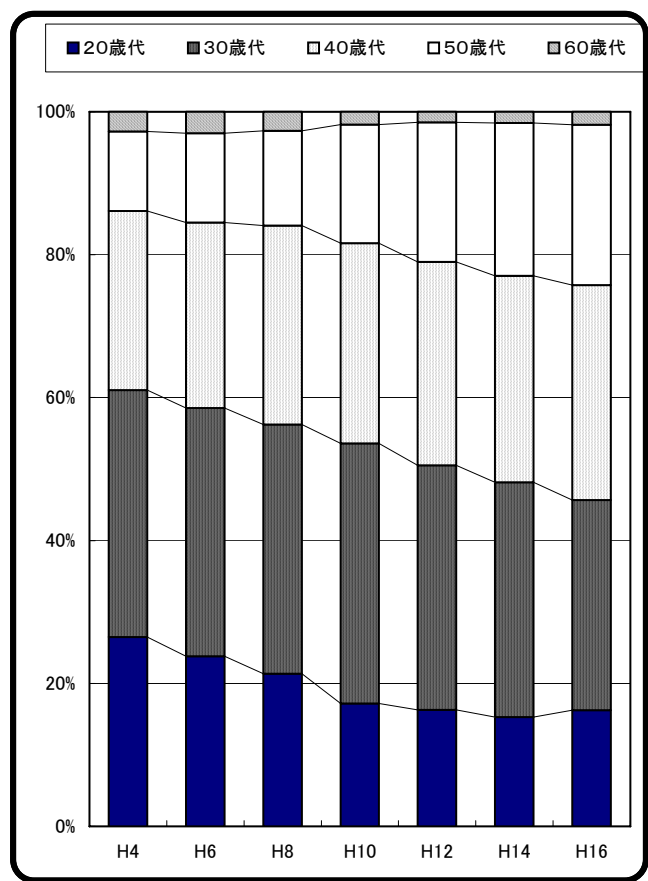
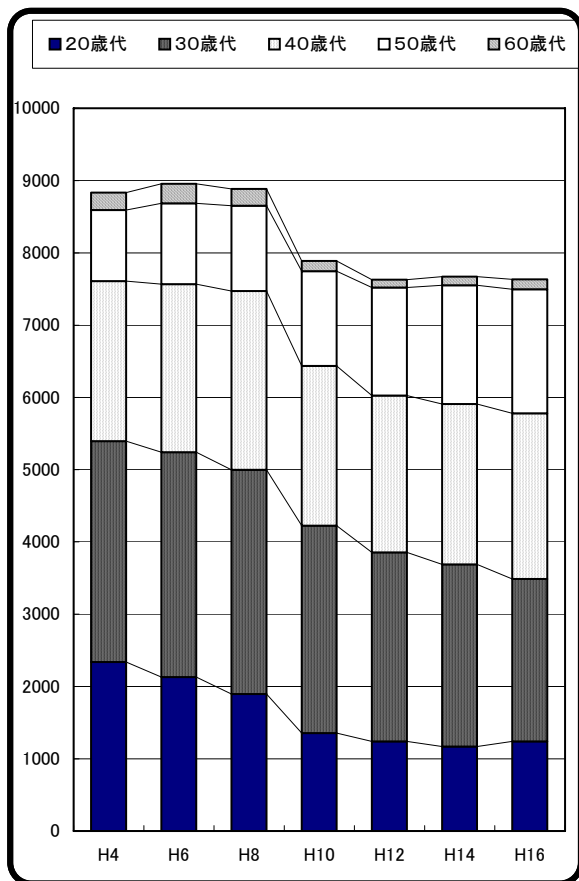
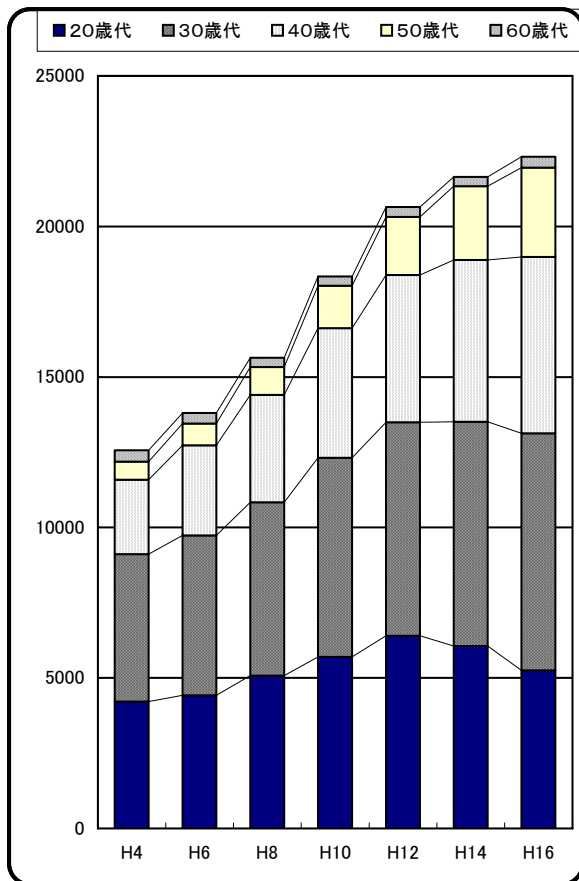


表3 年齢階級別保健師数(市町村)

年齢階級	H4		H6		H8		H10		H12		H14		H16	
	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)	実数	(%)
25未満	1160	(9.2)	1282	(9.3)	1447	(9.3)	1612	(8.8)	1789	(8.7)	1307	(6.0)	904	(4.0)
25以上30未満	3056	(24.3)	3143	(22.8)	3628	(23.2)	4094	(22.3)	4616	(22.4)	4753	(22.0)	4346	(19.5)
30以上35未満	2778	(22.1)	2895	(21.0)	3022	(19.3)	3496	(19.1)	3743	(18.1)	4023	(18.6)	4306	(19.3)
35以上40未満	2118	(16.9)	2413	(17.5)	2741	(17.5)	3114	(17.0)	3350	(16.2)	3430	(15.8)	3571	(16.0)
40以上45未満	1630	(13.0)	1860	(13.5)	2087	(13.3)	2410	(13.1)	2803	(13.6)	3116	(14.4)	3301	(14.8)
45以上50未満	849	(6.8)	1133	(8.2)	1482	(9.5)	1894	(10.3)	2089	(10.1)	2259	(10.4)	2565	(11.5)
50以上55未満	355	(2.8)	507	(3.7)	649	(4.1)	996	(5.4)	1385	(6.7)	1722	(8.0)	1945	(8.7)
55以上60未満	243	(1.9)	221	(1.6)	276	(1.8)	419	(2.3)	537	(2.6)	732	(3.4)	1016	(4.6)
60以上	374	(3.0)	348	(2.5)	309	(2.0)	301	(1.6)	334	(1.6)	303	(1.4)	359	(1.6)
総計	12563	(100.0)	13802	(100.0)	15641	(100.0)	18336	(100.0)	20646	(100.0)	21645	(100.0)	22313	(100.0)

【出典：平成10年度までは衛生行政報告(厚生省報告例)、平成12年度からは衛生行政報告例による】

人数(人)



割合(%)

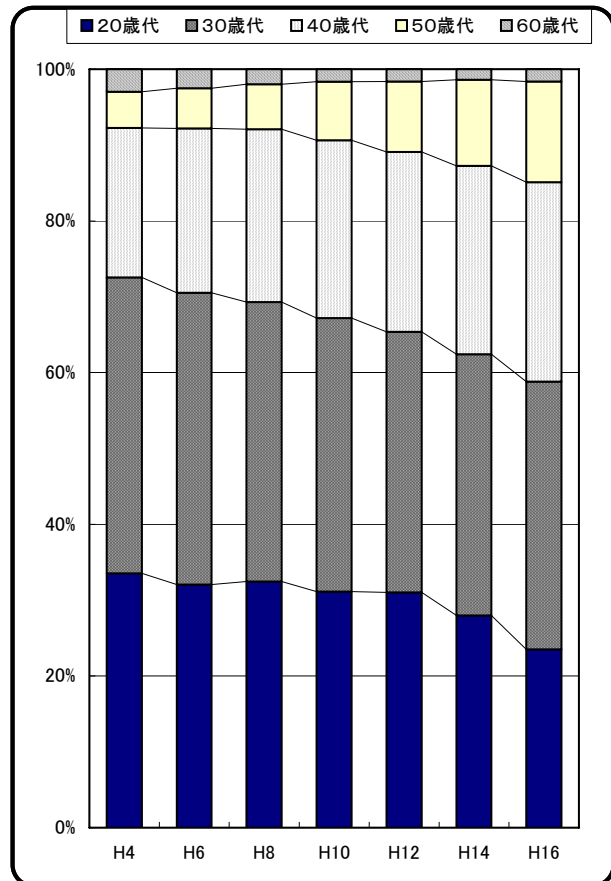


表4 平成16年度 保健所保健師の年齢階級別割合

		5歳毎区分								10歳毎区分				40歳以上割合	
40～44歳割合		45～49歳割合		50～54歳割合		55～59歳割合		40歳台割合		50歳台割合		40歳以上割合			
全国	17.0%	全国	13.7%	全国	13.1%	全国	9.8%	全国	30.6%	全国	22.9%	全国	53.5%		
07 福島	32.8%	24 三重	29.7%	02 青森	35.4%	02 青森	36.6%	10 群馬	53.1%	02 青森	72.0%	02 青森	92.7%		
18 福井	29.4%	10 群馬	26.6%	47 沖縄	28.4%	16 富山	23.8%	07 福島	53.0%	47 沖縄	50.5%	43 熊本	78.3%		
17 石川	29.1%	43 熊本	26.5%	43 熊本	26.5%	47 沖縄	22.0%	36 徳島	50.7%	43 熊本	38.6%	47 沖縄	78.0%		
08 茨城	28.9%	36 徳島	23.9%	37 香川	22.1%	17 石川	18.2%	24 三重	50.0%	32 島根	37.9%	36 徳島	74.6%		
36 徳島	26.8%	45 宮崎	21.9%	41 佐賀	21.2%	32 島根	17.2%	18 福井	49.0%	37 香川	36.3%	16 富山	73.8%		
10 群馬	26.6%	39 高知	20.7%	32 島根	20.7%	27 大阪	16.2%	46 鹿児島	43.9%	16 富山	36.3%	07 福島	72.4%		
11 埼玉	26.3%	46 鹿児島	20.2%	12 千葉	20.2%	36 徳島	15.5%	43 熊本	39.8%	27 大阪	32.0%	18 福井	70.6%		
46 鹿児島	23.7%	07 福島	20.1%	19 山梨	18.8%	37 香川	14.2%	03 岩手	38.9%	41 佐賀	31.8%	37 香川	69.9%		
38 愛媛	22.8%	16 富山	20.0%	29 奈良	18.3%	45 宮崎	14.0%	04 宮城	38.5%	12 千葉	31.0%	17 石川	69.1%		
41 佐賀	21.2%	18 福井	19.6%	21 岐阜	17.4%	18 福井	13.7%	17 石川	38.2%	17 石川	30.9%	32 島根	69.0%		
04 宮城	20.9%	03 岩手	18.5%	34 広島	17.2%	35 山口	13.6%	11 埼玉	37.5%	34 広島	29.1%	10 群馬	68.8%		
29 奈良	20.4%	04 宮城	17.6%	25 滋賀	16.4%	43 熊本	12.0%	16 富山	37.5%	21 岐阜	29.0%	24 三重	68.8%		
15 新潟	20.4%	40 福岡	17.5%	05 秋田	16.0%	34 広島	11.9%	08 茨城	36.8%	19 山梨	27.1%	34 広島	62.7%		
03 岩手	20.4%	28 兵庫	16.7%	27 大阪	15.8%	08 茨城	11.8%	28 兵庫	36.4%	35 山口	26.4%	12 千葉	61.3%		
24 三重	20.3%	20 長野	16.5%	39 高知	14.4%	21 岐阜	11.6%	30 和歌山	36.0%	45 宮崎	26.3%	03 岩手	61.1%		
30 和歌山	20.2%	34 広島	16.4%	33 岡山	14.1%	13 東京	11.1%	38 愛媛	35.3%	29 奈良	25.8%	41 佐賀	60.6%		
26 京都	20.2%	31 鳥取	16.3%	23 愛知	14.1%	12 千葉	10.7%	15 新潟	34.7%	05 秋田	25.5%	08 茨城	60.5%		
28 兵庫	19.6%	02 青森	15.9%	10 群馬	14.1%	41 佐賀	10.6%	20 長野	33.8%	13 東京	24.7%	46 鹿児島	59.6%		
37 香川	19.5%	30 和歌山	15.8%	13 東京	13.6%	09 栃木	9.6%	37 香川	33.6%	36 徳島	23.9%	45 宮崎	57.0%		
32 島根	19.0%	40 沖縄	14.7%	03 岩手	13.0%	05 秋田	9.4%	34 広島	33.6%	08 茨城	23.7%	28 兵庫	56.9%		
16 富山	17.5%	19 山梨	14.6%	17 石川	12.7%	42 長崎	9.4%	39 高知	33.3%	39 高知	23.4%	39 高知	56.8%		
21 岐阜	17.4%	15 新潟	14.3%	35 山口	12.7%	03 岩手	9.3%	26 京都	31.8%	33 岡山	23.2%	21 岐阜	55.1%		
20 長野	17.3%	37 香川	14.2%	16 富山	12.5%	33 岡山	9.1%	40 福岡	31.8%	23 愛知	22.5%	27 大阪	54.4%		
34 広島	17.2%	23 愛知	14.1%	24 三重	12.5%	39 高知	9.0%	23 愛知	31.1%	03 岩手	22.2%	19 山梨	54.2%		
23 愛知	17.0%	44 大分	14.1%	28 兵庫	12.4%	07 福島	9.0%	32 島根	31.0%	18 福井	21.6%	23 愛知	53.6%		
44 大分	16.9%	06 山形	14.0%	45 宮崎	12.3%	23 愛知	8.4%	44 大分	31.0%	09 栃木	21.3%	11 埼玉	52.6%		
12 千葉	16.7%	22 静岡	14.0%	08 茨城	11.8%	19 山梨	8.3%	45 宮崎	30.7%	28 兵庫	20.6%	13 東京	51.3%		
14 神奈川	16.4%	12 千葉	13.7%	09 栃木	11.7%	28 兵庫	8.1%	12 千葉	30.4%	25 滋賀	20.0%	20 長野	51.1%		
33 岡山	16.2%	05 秋田	13.2%	31 鳥取	11.6%	11 埼玉	7.9%	31 鳥取	30.2%	07 福島	19.4%	29 奈良	50.5%		
13 東京	15.5%	01 北海道	13.0%	20 長野	11.5%	30 和歌山	7.9%	41 佐賀	28.8%	24 三重	18.8%	33 岡山	50.5%		
22 静岡	14.5%	25 滋賀	12.7%	40 福岡	10.9%	14 神奈川	7.7%	22 静岡	28.5%	40 福岡	18.6%	40 福岡	50.4%		
40 福岡	14.2%	38 愛媛	12.5%	44 大分	10.6%	40 福岡	7.7%	06 山形	28.0%	14 神奈川	17.7%	05 秋田	50.0%		
06 山形	14.0%	32 島根	12.1%	26 京都	10.5%	29 奈良	7.5%	47 沖縄	27.5%	44 大分	17.6%	30 和歌山	50.0%		
31 鳥取	14.0%	26 京都	11.6%	07 福島	10.4%	44 大分	7.0%	33 岡山	27.3%	20 長野	17.3%	35 山口	49.1%		
43 熊本	13.3%	13 東京	11.2%	14 神奈川	10.0%	46 鹿児島	7.0%	19 山梨	27.1%	31 鳥取	16.3%	15 新潟	49.0%		
01 北海道	13.0%	11 埼玉	11.2%	06 山形	10.0%	24 三重	6.3%	14 神奈川	26.9%	46 鹿児島	15.8%	44 大分	48.6%		
27 大阪	13.0%	33 岡山	11.1%	22 静岡	9.7%	20 長野	5.8%	13 東京	26.7%	10 群馬	15.6%	04 宮城	48.4%		
47 沖縄	12.8%	35 山口	10.9%	15 新潟	9.2%	15 新潟	5.1%	21 岐阜	26.1%	42 長崎	15.4%	26 京都	46.5%		
09 福井	12.8%	14 神奈川	10.5%	01 北海道	9.1%	01 北海道	4.9%	01 北海道	26.0%	11 埼玉	15.1%	31 鳥取	46.5%		
39 高知	12.6%	27 大阪	9.4%	46 鹿児島	8.8%	31 鳥取	4.7%	29 奈良	24.7%	26 京都	14.7%	38 愛媛	46.3%		
19 山梨	12.5%	17 石川	9.1%	36 徳島	8.5%	04 宮城	4.4%	05 秋田	24.5%	15 新潟	14.3%	14 神奈川	44.7%		
42 長崎	12.0%	21 岐阜	8.7%	38 愛媛	8.1%	22 静岡	4.3%	25 滋賀	23.6%	01 北海道	14.1%	25 滋賀	43.6%		
35 山口	11.8%	09 福井	8.5%	18 福井	7.8%	26 京都	4.3%	35 山口	22.7%	30 和歌山	14.0%	09 栃木	42.6%		
05 秋田	11.3%	08 茨城	7.9%	11 埼玉	7.2%	06 山形	4.0%	27 大阪	22.4%	06 山形	14.0%	22 静岡	42.5%		
25 滋賀	10.9%	42 長崎	7.7%	30 和歌山	6.1%	25 滋賀	3.6%	09 栃木	21.3%	22 静岡	14.0%	06 山形	42.0%		
45 宮崎	8.8%	41 佐賀	7.6%	42 長崎	6.0%	38 愛媛	2.9%	02 青森	20.7%	38 愛媛	11.0%	01 北海道	40.1%		
02 青森	4.9%	29 奈良	4.3%	04 宮城	5.5%	10 群馬	1.6%	42 長崎	19.7%	04 宮城	9.9%	42 長崎	35.0%		

※平成16年度衛生行政報告例による(平成16年末現在)
 ※60歳以上除外。

表5 平成16年度 市町村保健師の年齢階級別割合

40～44歳割合		5歳毎区分				10歳毎区分				40歳以上割合			
		45～49歳割合		50～54歳割合		55～59歳割合		40歳台割合				50歳台割合	
全国	15.0%	全国	11.7%	全国	8.9%	全国	4.6%	全国	26.7%	全国	13.5%	全国	40.2%
07 福島	27.1%	31 鳥取	23.0%	05 秋田	21.5%	05 秋田	9.9%	07 福島	40.5%	05 秋田	31.4%	05 秋田	58.8%
06 山形	21.3%	03 岩手	18.0%	36 徳島	14.7%	03 岩手	9.1%	06 山形	37.3%	03 岩手	22.8%	03 岩手	56.3%
10 群馬	20.0%	32 島根	16.7%	16 富山	14.0%	13 東京	8.3%	37 香川	37.0%	37 香川	20.1%	06 山形	55.3%
02 青森	19.9%	37 香川	16.3%	03 岩手	13.7%	31 鳥取	7.9%	41 熊本	34.2%	16 富山	19.3%	07 福島	55.2%
43 熊本	18.3%	06 山形	16.0%	07 福島	13.0%	28 兵庫	7.6%	03 岩手	33.5%	32 島根	19.2%	31 鳥取	53.3%
09 栃木	17.8%	43 熊本	15.9%	37 香川	12.9%	37 香川	7.2%	10 群馬	33.5%	28 兵庫	19.2%	32 島根	52.2%
19 山梨	17.8%	38 愛媛	15.8%	08 茨城	12.5%	32 島根	6.9%	32 島根	33.0%	06 山形	18.0%	37 香川	49.8%
45 宮崎	16.7%	05 秋田	15.7%	23 島根	12.3%	41 佐賀	6.7%	30 和歌山	32.0%	36 徳島	18.0%	34 広島	46.1%
04 宮城	16.7%	30 和歌山	15.3%	34 広島	12.3%	06 山形	6.5%	02 青森	30.2%	42 長崎	17.8%	38 愛媛	45.4%
29 奈良	16.7%	15 新潟	14.7%	38 愛媛	12.1%	42 長崎	6.2%	21 岐阜	30.1%	13 東京	17.6%	43 熊本	44.9%
30 和歌山	16.7%	18 福井	14.5%	42 長崎	11.7%	12 千葉	6.2%	37 香川	29.7%	15 新潟	17.5%	15 新潟	44.8%
41 佐賀	16.7%	20 長野	14.5%	28 兵庫	11.6%	15 新潟	6.0%	09 栃木	29.6%	08 茨城	17.3%	42 長崎	44.6%
35 山口	16.5%	46 鹿児島	14.4%	06 山形	11.5%	14 神奈川	5.8%	38 愛媛	29.6%	34 広島	17.0%	08 茨城	44.4%
32 島根	16.3%	21 岐阜	14.1%	15 新潟	11.5%	20 長野	5.6%	34 広島	29.1%	41 佐賀	16.7%	10 群馬	44.2%
33 岡山	16.0%	16 富山	14.0%	41 佐賀	10.0%	26 京都	5.6%	35 山口	28.8%	31 鳥取	16.4%	20 長野	44.1%
40 福岡	16.0%	44 大分	13.8%	20 長野	9.8%	04 宮城	5.5%	45 宮崎	28.8%	12 千葉	16.0%	28 兵庫	43.2%
21 岐阜	16.0%	34 広島	13.5%	12 千葉	9.8%	27 大阪	5.3%	20 長野	28.7%	38 愛媛	15.8%	02 青森	42.7%
23 愛知	15.8%	07 福島	13.4%	14 神奈川	9.5%	16 富山	5.3%	18 福井	28.5%	20 長野	15.5%	13 東京	42.6%
14 神奈川	15.7%	10 群馬	13.4%	13 東京	9.3%	02 青森	5.1%	33 岡山	28.3%	14 神奈川	15.3%	33 岡山	42.5%
34 広島	15.6%	25 滋賀	13.3%	01 北海道	9.2%	33 岡山	5.1%	04 宮城	28.3%	07 福島	14.7%	36 徳島	42.2%
22 静岡	15.6%	17 石川	12.5%	33 岡山	9.1%	19 山梨	5.1%	25 滋賀	28.1%	26 京都	14.2%	41 佐賀	42.1%
08 茨城	15.5%	35 山口	12.4%	35 山口	9.1%	40 福岡	4.8%	46 鹿児島	28.1%	33 岡山	14.2%	09 栃木	41.2%
03 岩手	15.4%	36 徳島	12.3%	26 京都	8.7%	08 茨城	4.8%	05 秋田	27.4%	40 福岡	12.6%	35 山口	40.9%
26 京都	15.0%	33 岡山	12.3%	31 鳥取	8.5%	34 広島	4.7%	19 山梨	27.3%	02 青森	12.5%	04 宮城	40.7%
25 滋賀	14.8%	45 宮崎	12.1%	17 石川	8.4%	09 栃木	4.4%	15 新潟	27.3%	01 北海道	12.4%	21 岐阜	40.4%
42 長崎	14.8%	42 長崎	12.0%	39 高知	8.3%	11 埼玉	3.8%	08 茨城	27.1%	04 宮城	12.4%	12 千葉	40.3%
13 東京	14.6%	09 栃木	11.9%	40 福岡	7.8%	38 愛媛	3.7%	17 石川	26.8%	35 山口	12.1%	16 富山	40.2%
17 石川	14.3%	04 宮城	11.6%	43 熊本	7.7%	10 群馬	3.7%	42 長崎	26.8%	27 大阪	11.7%	26 京都	39.9%
27 大阪	14.2%	08 茨城	11.6%	21 岐阜	7.6%	29 奈良	3.5%	22 静岡	26.5%	09 栃木	11.6%	14 神奈川	38.8%
20 長野	14.2%	22 静岡	10.9%	22 静岡	7.5%	24 三重	3.5%	44 大分	26.4%	39 高知	11.1%	45 宮崎	38.1%
18 福井	14.0%	26 京都	10.7%	02 青森	7.4%	36 徳島	3.3%	26 京都	25.7%	17 石川	10.8%	40 福岡	37.7%
31 鳥取	13.9%	12 千葉	10.6%	09 栃木	7.2%	01 北海道	3.2%	41 佐賀	25.4%	43 熊本	10.8%	17 石川	37.6%
38 愛媛	13.8%	28 兵庫	10.4%	10 群馬	7.0%	35 山口	3.0%	40 福岡	25.1%	10 群馬	10.7%	46 鹿児島	37.3%
12 千葉	13.8%	13 東京	10.4%	04 宮城	6.9%	43 熊本	3.0%	13 東京	25.0%	22 静岡	10.5%	19 山梨	37.1%
46 鹿児島	13.7%	02 青森	10.3%	46 鹿児島	6.7%	22 静岡	3.0%	23 愛知	24.5%	21 岐阜	10.4%	22 静岡	37.0%
28 兵庫	13.6%	01 北海道	9.7%	45 宮崎	6.5%	44 大分	2.8%	29 奈良	24.5%	29 奈良	9.9%	30 和歌山	35.6%
37 香川	13.4%	19 山梨	9.5%	29 奈良	6.4%	45 宮崎	2.8%	12 千葉	24.3%	19 山梨	9.8%	18 福井	35.0%
15 新潟	12.6%	40 福岡	9.1%	27 大阪	6.3%	21 岐阜	2.8%	36 徳島	24.2%	11 埼玉	9.7%	01 北海道	34.7%
44 大分	12.6%	41 佐賀	8.8%	11 埼玉	5.9%	39 高知	2.8%	28 兵庫	24.1%	45 宮崎	9.3%	27 大阪	34.6%
01 北海道	12.5%	27 大阪	8.7%	24 三重	5.5%	17 石川	2.4%	14 神奈川	23.5%	46 鹿児島	9.1%	25 滋賀	34.4%
24 三重	12.5%	23 愛知	8.7%	25 滋賀	5.0%	46 鹿児島	2.4%	27 大阪	22.9%	24 三重	9.0%	29 奈良	34.4%
36 徳島	11.8%	47 沖縄	8.7%	18 福井	5.0%	30 和歌山	2.3%	01 北海道	22.3%	44 大分	7.7%	44 大分	34.1%
47 沖縄	11.8%	14 神奈川	7.8%	44 大分	4.9%	47 沖縄	1.7%	16 富山	20.8%	47 沖縄	6.6%	23 愛知	29.3%
05 秋田	11.7%	29 奈良	7.8%	47 沖縄	4.8%	07 福島	1.7%	47 沖縄	20.4%	18 福井	6.5%	11 埼玉	28.7%
11 埼玉	11.4%	11 埼玉	7.6%	19 山梨	4.8%	18 福井	1.5%	24 三重	19.2%	25 滋賀	6.3%	24 三重	28.2%
39 高知	9.7%	24 三重	6.7%	23 愛知	3.5%	23 愛知	1.3%	11 埼玉	19.1%	30 愛知	4.8%	47 沖縄	27.0%
16 富山	6.8%	39 高知	5.1%	30 和歌山	1.4%	25 滋賀	1.3%	39 高知	14.7%	23 和歌山	3.6%	39 高知	25.8%

※平成16年度衛生行政報告例による(平成16年末現在)
 ※60歳以上除外。

表6 保健師の免許交付、学生の卒業・就業に関する状況

(単位:人)

年度		H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17
新規免許交付数		2,840	3,065	3,901	4,558	4,884	5,446	5,774	7,409	7,983	7,425
卒業状況	養成所	2,035	2,011	2,091	2,155	1,925	1,888	1,702	1,548	1,443	1,278
	大学	1,327	1,956	2,682	3,189	3,703	4,847	5,727	6,712	7,270	8,091
	計	3,362	3,967	4,773	5,344	5,628	6,735	7,429	8,260	8,713	9,369
新卒就業者数	養成所	1,407	1,327	1,377	1,232	896	821	652	504	385	384
	大学	212	298	336	385	390	447	469	473	409	517
	計	1,619	1,625	1,713	1,617	1,286	1,268	1,121	977	794	901
就業者数		35,566	36,532	38,607	40,113	42,027	43,295	44,226	45,976	46,024	-

※厚生労働省医政局看護課調べ

平成18年度「地域保健総合推進事業」

保健師の2007年問題に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

2007年からいわゆる団塊世代が60歳に到達し、各自治体において保健師の退職者が急増することが見込まれている。このことにより、これまで培われてきた保健に関する専門知識や技能を有する人材が一斉に退職し、保健活動への影響が懸念される。

そこで、自治体における保健師の大量退職により保健活動にどのような影響があるのか、また、現在の保健活動の水準を維持し、若手職員に対する技術の継承を図るためにはどのような方策があるのかについて検討を行うことにより、地域保健活動のレベルを継続的に維持・向上させることを目的とする。

2. 実施主体

財団法人 日本公衆衛生協会

3. 検討課題

- 1) 2007年問題に伴う保健師の大量退職による保健活動への影響の明確化
 - (1) 自治体における現状の把握
 - (2) 保健活動における問題の明確化
 - (3) 継承すべき技能の明確化

- 2) 現在の保健活動の水準を維持し、若手職員への技術の継承を図るための方策について
 - (1) 具体的な対策の検討
 - (2) 各自治体における対策の在り方

4. 検討会構成員等

- 1) 検討会構成員は別紙のとおりとし、うち1名を座長とする。
- 2) 検討会の構成員の任期は、平成19年3月31日までとする。

5. その他

- 1) 検討会は、日本公衆衛生協会理事長が開催する。
- 2) 会議は、原則として公開とする。
- 3) 検討会の庶務は、(財)日本公衆衛生協会が担当する。

構成員名簿

氏名	所属・職位
井上 純子	岡山県備前市保健福祉部保健課 課長
今村 知明	東京大学医学部附属病院 企画情報運営部企画運営部門 助教授
大場 エミ	全国保健師長会 常任理事
斉藤 恵美子	首都大学東京健康福祉学部 准教授
永江 尚美	島根県健康福祉部健康推進課 健康増進グループリーダー
○平野 かよ子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 部長
藤岡 正昭	青森県健康福祉部健康福祉政策課 企画政策グループリーダー
八幡 成美	法政大学キャリアデザイン学部 教授
山口 佳子	杏林大学保健学部 助教授

(○：座長

五十音順、敬称略)