



Title	公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施策化：保健師と教育研究者が認識する課題と責務の実態
Author(s)	的打, 麻利子; 阿波屋, 咲季; 中林, 万希 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2026, 32(1), p. 82-90
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/103936
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施策化

～保健師と教育研究者が認識する課題と責務の実態～

Evidence-Based Health Service Development in Public Health Nursing:

Actual Conditions of Issues and Responsibilities Recognized by Public Health Nurses and Education

Researchers

的打麻利子¹⁾・阿波屋咲季²⁾・中林万希¹⁾・小出恵子¹⁾・田中美帆¹⁾・岡本玲子¹⁾

Mariko Matouchi¹⁾, Saki Awaya²⁾, Maki Nakabayashi¹⁾, Keiko Koide¹⁾, Miho Tanaka¹⁾, Reiko Okamoto¹⁾

要 旨

公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施策化を展開する上で、保健師と教育研究者が認識している課題と責務の実態を明らかにすることを目的として、2024年6月～8月に全国の都道府県・保健所政令市に勤める保健師の役職者と保健師教育機関の保健師教育課程の責任者98人に横断的質問紙調査を行った。その結果、エビデンスに基づく公衆衛生(EBPH)に関連する実践において、組織の課題認識が多くあることが明らかになった。質の高い事業化・施策化の推進には、組織全体で、EBPHの力量を高め、エビデンスに基づくPDCAサイクルの展開を可能にする必要があることが示唆された。今後、EBPHの力量を高めるには、基礎教育から現任教育にかけての包括的な取り組みが重要と考える。

キーワード：保健師、事業化・施策化、エビデンス、実態調査

Keywords : public health nurse, health service development, evidence, actual condition survey

I. 緒言

健康に関する政策をあらゆる分野で策定するように方向付ける潮流は、1986年のオタワ憲章に端を発し¹⁾、その後の世界保健機構(WHO)によるHealth in All Policies(HiAP)²⁾の採択と、それを具現化するエビデンスに基づく公衆衛生(Evidence Based Public Health、以下EBPH)³⁾の推進につながっている。我が国においても、健康課題の多様化・複雑化に伴い、厚生労働省は、地域保健対策の推進に関する基本的な指針⁴⁾において、2012年より「科学的根拠に基づいた地域保健の推進」を盛り込み、自治体へのエビデンスに基づく効果的・効率的な事業化・施策化の展開を方向づけている。その事業化・施策化の展開について、自治体の保健師(以下保健師)においては、地域における保健師の保健活動に関する指針⁵⁾により、「地域診断に基づくPDCAサイクルの実施」や「各種保健医療福祉計画の策定及び実施」を行

うことが基本的な方向性として示され、公衆衛生の向上に資する看護の専門職としてその役割が求められている。

しかし、保健師の事業化・施策化能力については、地区診断の到達度の低さや、疫学的な判断や評価計画の立案に困難度が高いというレビュー結果⁶⁾や、必要な能力のうち習得の機会がないという回答が最も多かったという調査結果⁷⁾がある。また、エビデンスに基づいた実践という点では、保健師を対象とした全国調査において、研究成果の吟味・適用・評価の実施度が低いという結果⁸⁾が報告されている。これらは、保健師が、求められる事業化・施策化の役割を遂行するには、その必要性を地域診断から判断して、計画・実施・評価・改善と展開する一連の過程(以下、PDCA)における能力、およびEBPHを展開する能力に課題があることを示唆している。

筆者らは、この課題を改善するための基礎教

¹⁾大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻、²⁾前大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

¹⁾The University of Osaka Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, ²⁾Former The University of Osaka Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences,

育・現任教育、および実践上の方策を見出すべく、EBPH をベースとした PDCA における一連の展開過程の各段階での具体的な実態の明確化が必要と考えた。それには、今まで、保健師の実践を聴取して分析した内容から事業化・施策化の能力やその到達度を明らかにする研究はなされていたが^{6) 9)}、求められる EBPH の内容を含んだ一連の展開過程における課題や本来行うべきことの明確化は行われておらず、その実態に基づいた今後の基礎教育・現任教育、および実践上の方策が考えられていないという理由がある。加えて、事業化・施策化を実践するには、個人要因だけでなく、組織の要因が深く関わるため、その両方の側面に着目する必要があると考えた。その理由は、促進・阻害要因を示したレビュー論文^{6) 9)}において、組織要因、職場組織風土が抽出されていたこと、および国際的に用いられている実装研究統合枠組み¹⁰⁾において、個人特性だけでなく組織の要因を含む内的・外的セッティングが位置づけられていることから、保健師が本来行うべきこと、およびそれに必要な能力開発を考えるには、個人と組織、その両側面から検討することが望ましいと考えたからである。

これらより、本研究の目的は、保健師と教育研究者が認識している、公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施策化 (Evidence Based Health Service Development ; 以下 EBHSD) を展開する上での課題と責務の実態を明らかにすることとした。その意義は、結果をもとに保健師の EBHSD 推進にむけた教育と実践の在り方を検討して能力開発に活かし、ひいては人々や地域に役立つ事業化・施策化に貢献できる可能性があることである。

II. 方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、質問紙調査による実態把握を目的とした横断的研究である。

2. 用語の定義

本稿では、課題を「解決するべきなんらかの問題」、個人の課題を「関心や意欲、知識や技術、自己開発力など、個人に生じている問題」、組織の課題を「個人の課題を含み、業務の体制整備、協議の場の設定、リーダーの存在、人員や予算、変革に応じる職場の風土など、組織内で生じている問題」、責務を「保健師が専門職として主体的に

責任をもって行うべき業務」、事業化・施策化 (Health Service Development) を、「行政の保健師活動として行われるものであり、健康に関する事業や施策、活動、システムを新設する、あるいは既設のものを改善し、発展していくこと」¹¹⁾、と定義する。

3. 調査対象

調査対象は、都道府県・保健所政令市に勤める保健師の役職者 (1 施設につき所属課・係の異なる 2 名)、および保健師教育機関の保健師教育課程の責任者 (1 施設 1 名、以下教育研究者) とした。対象施設は、全国 47 都道府県保健所と政令指定都市・中核市・特別区の計 157 か所 (2024 年 4 月時点の全数) と保健師教育機関の全数 294 か所計 451 か所であった。対象選定の理由は、保健師の EBHSD 推進にむけた教育と実践の在り方を検討するには、事業化・施策化を実際に教育・実践しており、かつ責任ある職位にある者からのデータ収集が、より包括的・的確な実態把握を可能にすると考えたからである。

4. 調査方法

調査協力の依頼文と倫理的配慮の文書は、各施設の統括保健師・保健師代表宛てに 2 部、教育機関の保健師課程代表宛てに 1 部を郵送し、調査協力意志がある者から調査事務局に直接電子メール (以下、メール) を送るよう求めた。統括保健師・保健師代表宛ての依頼文では、本人への調査協力依頼に加え、所属課・係の異なる保健師の役職者 1 名に同文書 1 部を配布してもらう旨を依頼した。調査協力者を増やすために、全施設に対し協力御礼を兼ねた再度の依頼状を、締め切り 1 週間前に 1 回送付した。調査期間は、2024 年 6 月～8 月であった。

5. 調査内容

調査内容は、基本属性と、研究班が作成した公衆衛生看護における EBHSD¹¹⁾ の原案 16 項目に対する個人課題と組織課題に対する認識の有無と、その課題とは何かおよび保健師が主体的に行うべきことは何かについての自由記載である。16 項目は、筆者らの先行研究¹²⁾ で抽出した項目とその後の文献検討より抽出した項目より筆者らが協議して設定した。

基本属性は、性別、保健師経験年数、所属、職位、役割、地域ブロック、最終学歴、事業化・施策化に関する研修の受講歴を問うた。16 項目は、正しい決定を導く準備段階・確実な成果を導く実

装段階・活用と改善を導く普及段階の3段階で構成されており、その中にPDCAに該当する8項目(項目番号1, 2, 7, 8, 11, 12, 13, 14; 以下PDCA項目)と、EBPHに該当する8項目(項目番号3, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16; 以下EBPH項目)が含まれている。準備段階は、PDCAにおける計画の前段階、実装段階は計画・実施、普及段階は評価・改善をそれぞれ含む段階である。

課題認識の設問は、「保健師の実践現場である[あなたの職場]で、これを実行する際に、なんらかの課題がありますか? 教育研究者の方は、身近な保健師の実践現場の状況を思い浮かべてお答えください」とした。回答の選択肢は、特に課題はない、個人の課題あり、組織の課題あり(個人の課題含む)の3択であり、いずれかひとつを選択するよう求めた。以下これらを、課題認識なし、個人の課題認識のみ、組織の課題認識ありと表現する。

責務の認識の設問は、「事業化・施策化展開の各段階で、保健師が主体的に行うべきことは何ですか?あなたのご意見を自由にお書きください」とし、自由記載を求めた。保健師が持つ課題についても、同様に自由記載を求めた。

6. 分析方法

16項目の回答を、全体と保健師・教育研究者別に単純集計するとともに、16項目の合計平均、PDCA項目・EBPH項目それぞれの合計平均を集計し、課題認識の実態を読み取った。実践と教育の両方の視点から課題を分析するために、属性別の比較には χ^2 二乗検定を行い、有意水準は5%未満とした。統計解析には、SPSSVer.30とMicrosoft Excelを用いた。

自由記載の内容は、保健師が認識する責務と課題に該当する内容を抽出し、質的記述的に分析した。まず、全ての記述を精読して意味内容を読み取り、意味を損なわないように表現を整えた後、類似する内容を統合して、各段階と、PDCA項目・EBPH項目別に一覧表に整理した。分析過程では、筆者らで協議を重ね、解釈の妥当性を担保した。

7. 倫理的配慮

研究計画は大阪大学医学部倫理審査委員会の承認を受けて行った(承認番号23484(T3)-2、2024年4月18日)。質問紙等の書類は、容量超過や誤送防止のため、事務局が設定した学外向けファイル転送サービスのURLから調査協力者が各々ダウンロードする形式で配信した。説明文書には、

メールでの質問紙返信時の署名および質問紙内とファイル名に記名をしないこと、調査協力の同意は質問紙の同意欄へのチェックにより確認されることのほか、調査協力と中断の自由、個人情報とは分離したID番号によるデータ管理などについて明記した。回収は、メールによる個人単位の返送とし自由意思が尊重されるよう配慮した。

III. 結果

1. 質問紙回収と調査協力者の状況

全国451か所608人に調査への協力を依頼し、メールにて調査協力意志を示した118人(協力量率19.4%)に質問紙等のダウンロードURLを配信したところ、うち98人(83.1%、保健師52人・教育研究者46人)より返信があり、全ての回答に有効回答を得た。調査協力者の基本属性は、表1のとおりである。

2. 各項目に対する課題認識の実態(表2)

EBHSDの各項目に対する課題認識の実態について、個人課題を含む選択肢である組織の課題認識ありと回答した者は、個人の課題認識のみよりも16項目中10項目(PDCA4項目、EBPH6項目)で多かった。これは、保健師では7項目(順に4、3)と少なく、教育研究者で13項目(順に5、8)と多かった。組織の課題認識ありと回答した者の割合の範囲は、全体では29.6-54.1%(PDCA項目29.6-44.9%、EBPH項目33.7-54.1%)、保健師は23.1-48.1%(PDCA項目23.1-38.5%、EBPH項目26.9-48.1%)、教育研究者は32.6-60.9%(PDCA項目32.6-52.2%、EBPH項目39.1-60.9%)であった。組織の課題認識ありにおける範囲(最小値-最大値)の値は、保健師の「個人課題の認識のみ(全体・PDCA項目・EBPH項目)と課題認識なし(PDCA項目)」における最大値以外は、すべて個人の課題認識のみ・課題認識なしの値を上回っていた。

組織の課題認識ありと回答した割合が最も高かったのは、16) 成果/エビデンスを公表し、普及策を推進する54.1%であり、次に、6) 計画/実施/評価における促進要因と阻害要因を特定する46.9%、15) 質の改善策/規模の拡大(スケールアップ)策を展開する45.9%であった。個人の課題認識のみでは、多い順に、10) 促進/阻害要因に対応した成果を評価する方法を計画に組込む43.9%、13) 事業/施策実施後の成果を評価する43.9%、9) 促進要因の活用と阻害要因への対処方法を実施

表1 調査協力者の基本属性

項目	項目	全体 (N=98)		保健師 (n=52)		教育研究者 (n=46)	
		n	%	n	%	n	%
性別	女性	94	95.9	51	98.1	43	93.5
	男性	4	4.1	1	1.9	3	6.5
保健師経験年数	5年以下	10	10.2	0	0.0	10	21.7
	6-15年	16	16.3	0	0.0	16	34.8
	16-25年	10	10.2	3	5.8	7	15.2
	26年以上	62	63.3	49	94.2	13	28.3
所属	都道府県	24	24.5	24	46.2		
	保健所設置市(政令指定都市・中核市等)	28	28.6	28	53.8		
	教育研究機関(大学等)	46	46.9			46	100.0
職位	係長級	5	5.1	5	9.6		
	課長補佐級	12	12.2	12	23.1		
	課長級	28	28.6	28	53.8		
	部長・或いはそれ以上	7	7.1	7	13.5		
	講師・准教授	14	14.3			14	30.4
	教授	32	32.7			32	69.6
役割	統括保健師ではない	67	68.4	21	40.4	46	100.0
	統括保健師である	31	31.6	31	59.6		
地域ブロック	北海道・東北	12	12.2	8	15.4	4	8.7
	関東・甲信越	17	17.3	9	17.3	8	17.4
	東海・北陸	16	16.3	9	17.3	7	15.2
	近畿	26	26.5	18	34.6	8	17.4
	中国・四国	13	13.3	4	7.7	9	19.6
	九州・沖縄	14	14.3	4	7.7	10	21.7
最終学歴	専門学校	27	27.6	26	50.0	1	2.2
	短期大学	9	9.2	9	17.3	0	0.0
	四年制大学	10	10.2	9	17.3	1	2.2
	大学院博士前期課程(修士)	18	18.4	8	15.4	10	21.7
	大学院博士後期課程(博士)	34	34.7	0	0.0	34	73.9
事業化・施策化に関する 研修の受講歴	なし	47	48.0	19	36.5	28	60.9
	あり(単発で1回)	20	20.4	13	25.0	7	15.2
	あり(複数回、又は教日コースの研修)	31	31.6	20	38.5	11	23.9

計画に組込む 39.8%であった。課題認識なしでは、順に、11) 事業/施策を実施/展開する 40.8%、3) 目標を達成するベストプラクティス候補を選択する(既事業の場合は評価・改善を経て継続を確認する) 35.7%、7) 関係者間で事業/施策の開始/継続を意思決定する 34.7%であった。逆に課題認識なしが2割に満たない項目は、4) ベストプラクティス候補/既事業のエビデンスを確認する 18.4%、10) 促進/阻害要因に対応した成果を評価する方法を計画に組込む 15.3%、16) 成果/エビデンスを公表し、普及策を推進する 16.3%、であった。

保健師・教育研究者間で認識の割合に有意な差が見られたのは、5) 採択候補の適用可能性を確認する、6) 計画/実施/評価における促進要因と阻害要因を特定する、10) 促進/阻害要因に対応した成果を評価する方法を計画に組込む、16) 成果/エビデンスを公表し、普及策を推進する、であった。

いずれも EBPH 項目であり、保健師より教育研究者の組織の課題認識ありの割合が 10%以上、および教育研究者より保健師の個人課題認識のみの割合が 20%以上、上回っていた。

3. PDCA 項目と EBPH 項目に対する課題認識の比較 (表 3)

全体と段階毎に、PDCA 項目と EBPH 項目に対する課題認識を合計平均したところ、保健師と教育研究者間の値には有意差が見られなかった両者を合わせた合計平均では、組織の課題認識あり、個人の課題認識のみと回答した人数の割合は、全体と、準備段階、実装段階において、PDCA 項目より EBPH 項目が上回っており、実装段階において有意な差が見られた。普及段階では、組織の課題認識ありが PDCA 項目より EBPH 項目が、個人の課題認識のみが EBPH 項目より PDCA 項目が高率であり、有意差はないものの有意な傾向 ($P<0.054$) が見られた。

表2 公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施策化に関する課題認識の形態:全体・保健師・教育研究者別の項目毎集計

項目	全体 人(N=98)		保健師 人(n=52)		教育研究者 人(n=46)		全体 %		保健師 %		教育研究者 %		保健師・教育研究者 の比較 P		
	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識	あり の 課題 認識	なし の 課題 認識			
1 事業/施策の新設/改善を要する課題を明確化する	34	35	29	18	18	16	17	13	34.7	35.7	29.6	34.8	37.0	28.3	0.986
2 関係者間で課題を確認し、めざす目標を設定する	44	25	29	20	13	19	24	10	44.9	25.5	29.6	52.2	26.1	21.7	0.242
3 目標を達成するベストプラクティス候補を選択する (既事業の場合は評価・改善を経て継続を確認する)	33	30	35	15	18	19	18	16	33.7	30.6	35.7	39.1	26.1	34.8	0.505
4 ベストプラクティス候補/既事業のエビデンスを確認する	44	36	18	21	21	10	23	15	44.9	36.7	18.4	50.0	32.6	17.4	0.622
5 採択候補の適用可能性を確認する。	38	31	29	14	22	16	24	9	38.8	31.6	29.6	52.2	19.6	28.3	0.018 *
6 計画/実施/評価における促進要因と阻害要因を特定する	46	24	28	21	18	13	25	6	46.9	24.5	28.6	54.3	13.0	32.6	0.046 *
7 関係者間で事業/施策の開始/継続を意思決定する	44	20	34	20	12	20	24	8	44.9	20.4	34.7	52.2	17.4	30.4	0.394
8 事業/施策の実施計画・評価計画を立案する	37	31	30	20	16	16	17	15	37.8	31.6	30.6	37.0	32.6	30.4	0.979
9 促進要因の活用と阻害要因への対処方法を実施計画に組み込む	38	39	21	19	25	8	19	14	38.8	39.8	21.4	41.3	30.4	28.3	0.139
10 促進/阻害要因に対応した成果を評価する方法を計画に組み込む	40	43	15	18	29	5	22	14	40.8	43.9	15.3	47.8	30.4	21.7	0.031 *
11 事業/施策を実施/展開する	29	29	40	12	17	23	17	12	29.6	29.6	40.8	37.0	26.1	37.0	0.322
12 計画の展開過程をモニタリング/最適化する	40	33	25	20	18	14	20	15	40.8	33.7	25.5	43.5	32.6	23.9	0.875
13 事業/施策実施後の成果を評価する	33	43	22	17	26	9	16	17	33.7	43.9	22.4	34.8	37.0	28.3	0.319
14 事業/施策の評価に基づいて改善点を明確化する	32	33	33	17	17	18	15	16	32.7	33.7	33.7	32.6	34.8	32.6	0.970
15 質の改善策/規程の拡大(スケールアップ)策を展開する	45	31	22	24	16	12	21	15	45.9	31.6	22.4	45.7	32.6	21.7	0.977
16 成果/エビデンスを公表し、普及策を推進する	53	29	16	25	21	6	28	8	54.1	29.6	16.3	60.9	17.4	21.7	0.036 *

注) 検定方法:χ²検定 ** P<0.01, * P<0.05, † P<0.1

^a全16項目, ^bPDCA項目: 1,2,7,8,11,12,13,14, ^cEBPH項目: 3,4,5,6,9,10,15,16の合計平均

表3 公衆衛生看護におけるエビデンスに基づく事業化・施設化・実施化に関する課題認識の実態：PDCA項目とEBPH項目の比較

項目	全体 人(N=98)			保健師 人(n=52)			教育研究者 人(n=46)			全体 %			保健師 %			教育研究者 %			
	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	あ組 の み の 課 題 認 識	
全体	39.4	32.0	26.6	18.8	19.2	14.0	20.6	12.8	12.6	40.2	32.7	27.2	44.7	27.9	27.4	44.7	27.9	27.4	0.590
正しい決定を導く準備段階	39.0	30.0	29.0	19.0	15.5	17.5	20.0	14.5	11.5	39.8	30.6	29.6	43.5	31.5	25.0	43.5	31.5	25.0	0.626
確実な成果を導く実装段階	38.0	32.5	27.5	18.2	19.5	14.3	19.8	13.0	13.2	38.8	33.2	28.1	43.1	28.3	28.6	43.1	28.3	28.6	0.589
活用と改善を導く普及段階	37.5	28.3	32.3	18.0	15.8	18.3	19.5	12.5	14.0	38.3	28.8	32.9	42.4	27.2	30.4	42.4	27.2	30.4	0.730
活用と改善を導く普及段階	39.0	41.0	18.0	18.5	27.0	6.5	20.5	14.0	11.5	39.8	41.8	18.4	44.6	30.4	25.0	44.6	30.4	25.0	0.072 ±
活用と改善を導く普及段階	40.8	34.0	23.3	20.8	20.0	11.3	20.0	14.0	12.0	41.6	34.7	23.7	43.5	30.4	26.1	43.5	30.4	26.1	0.693
活用と改善を導く普及段階	32.5	38.0	27.5	17.0	21.5	13.5	15.5	16.5	14.0	33.2	38.8	28.1	33.7	41.3	26.0	33.7	41.3	26.0	0.831
活用と改善を導く普及段階	49.0	30.0	19.0	24.5	18.5	9.0	24.5	11.5	10.0	50.0	30.6	19.4	53.3	25.0	21.7	53.3	25.0	21.7	0.516

注) 検定方法χ²検定 ** P<0.01, * P<0.05, ± P<0.1

^a 全16項目, ^b PDCA項目: 1,2,7,8,11,12,13,14, ^c EBPH項目: 3,4,5,6,9,10,15,16の合計平均

4. 保健師の責務と課題に関する自由記載(表4)

自由記載のまとめを表4に示した。

保健師の責務については、EBHSD 展開における 16 項目のすべてに渡る内容が挙がっていた。ただし、16 項目の文言には含まれているものの、自由記載においては明記されていなかった内容には、目標の設定(項目 2)、エビデンスの確認(項目 4)、規模の拡大(スケールアップ)策(項目 15)があり、これらはいずれも表 2 に示した組織の課題認識ありが 4 割を超える項目(44.9-45.9%)内の文言であった。逆に EBHSD の展開で実施する内容であるものの、16 項目の文言に

は明示されていなかった内容としては、関係構築や、住民参加の促進が挙げられた。全体に係る内容としては、「看護基盤でポピュレーションベースの視点(個と地域、生活、地域特性、総合的判断)を持つ、個人レベル・組織レベルに必要なスキルを習得する」が挙げられた。

保健師の課題については、準備段階では個人レベルの記述が多く、全体に係ることと実装・普及段階では、組織レベルの記述が多かった。保健師の責務の記載に含まれていなかった、目標の設定(項目 2)、エビデンスの確認(項目 4)という文言は、課題の記載にも明示されていなかった。全

表4 調査協力者が認識する保健師の責務と課題:自由記載のまとめ

		保健師の責務	保健師の課題
全体		看護基盤でポピュレーションベースの視点(個と地域、生活、地域特性、総合的判断)を持つ、個人レベル・組織レベルに必要なスキルを習得する	<input type="checkbox"/> 保健師の価値・規範に基づく判断と行動が不十分(目標設定、役割認識など) <input type="checkbox"/> EBPHの理解不足(エビデンスの理解、エビデンスに基づく実践の理解) <input type="checkbox"/> 学習機会の不足 <input type="checkbox"/> 実践を意味づけ概念化する機会の不足(リフレクションの機会)
正しい決定を導く準備段階	P 1 E 5 6	情報収集 :地域に出向いて地域特性と住民の実態を知る、様々な保健師活動を通して把握する	<input type="checkbox"/> 地域に出向く活動不足 <input type="checkbox"/> 地域の課題の察知能力 <input type="checkbox"/> 情報収集能力
	P 1 E 6	アセスメントと分析による課題の明確化(地域診断) :分析結果(エビデンス)に基づいて、健康課題と背景要因を明確にする	<input type="checkbox"/> データ分析能力(統計データ、背景要因、定量的・定性的分析) <input type="checkbox"/> 課題の明確化に至る地域診断・地域のアセスメント能力、論理的思考力の不足
	P 2 E 6	課題の理解促進 :エビデンスに基づいて分かりやすく実態を説明する	<input type="checkbox"/> 説得力のある資料化 <input type="checkbox"/> 明瞭なプレゼンテーション
	P 2	目標の共有 :関係者と望ましい方向性を共有する	<input type="checkbox"/> 関係者との信頼関係構築の必要性・意義の認識不足 <input type="checkbox"/> 他職種・他部署との連携・協働・意思決定のための説明力・折衝力
	P 2	関係構築 :保健師の存在を関係者に認識を得る、保健師が地域の実態を知る人という信頼を得る	<input type="checkbox"/> 地域とのパートナーシップ構築力 <input type="checkbox"/> 関係者とのコミュニケーション力
	E 3 4	ベストプラクティスの探索 :他の自治体の先進優良事例や関係者からの情報、文献検討、学会参加等で情報を収集する	<input type="checkbox"/> エビデンスの探索力・選択力 <input type="checkbox"/> 文献検索能力の不足(検索手段の知識不足、適切な手段の選択能力の不足)
確実な成果を導く実装段階	E 5 6	適用可能性の判断 :地域への導入可否に必要な情報を収集する	<input type="checkbox"/> 適用可能性の確認体制未整備 <input type="checkbox"/> 促進・阻害要因を分析し対処する体制未整備
	P 7	意思決定に向けた組織的な調整 :考え方の道筋を示す、関係者の意向を引き出す、誰もが納得できるエビデンスを示す	<input type="checkbox"/> 組織横断的・総合的な判断能力 <input type="checkbox"/> 組織的・総合的調整を推進できる体制構築不足 <input type="checkbox"/> 予算確保困難
	P 8 E 9	エビデンスに基づく実施計画の立案 :上位の計画との関連を明確にする、優先順位を明確にする、地域や組織との適用可能性を提案する、全体のスケジュールや必要経費等総合的に検討する	<input type="checkbox"/> 課題解決の方法や道筋を拓く想像力・発想力の不足 <input type="checkbox"/> 総合計画等他の計画の内容把握不足+整合性検討不足 <input type="checkbox"/> 自治体独自の事業展開の余裕不足(国からの事業過多)
	P 8 E 10	エビデンスに基づく評価計画の立案 :アウトカム・アウトプット・プロセス・ストラクチャーの適切な評価方法を選択する	<input type="checkbox"/> 評価の力量不足 <input type="checkbox"/> エビデンス創出の役割認識・理解不足 <input type="checkbox"/> 評価指標・時期を明確にした評価計画立案
	P 8 11	住民参加促進 :広報・周知を図る、住民の声を聴き協働する	
	P 11 E 12 9 10	EBPHに基づくPDCA展開の質保証 :目的に沿ったPDCA展開を遵守する、関係者間・チームでモニタリング・評価を行う、必要時に学識経験者等の助言を得る、展開過程で生じる問題に対し総合的な調整を行う	<input type="checkbox"/> 「正しいことを正しく行う」原則の理解不足 <input type="checkbox"/> EBPHに基づくPDCA展開の役割認識不足(実施後に評価計画の不足・阻害要因対処の不足などが判明)
	P 11 E 12 9 10	促進・阻害要因への対処 :計画段階で促進・阻害要因を特定し対処法を計画に盛り込んでPDCAを展開する	<input type="checkbox"/> 的確なPDCA展開の意識と管理
	P 12 E 10	モニタリングと最適化 :目的達成に向けて経過を把握する、必要時に軌道修正する、長期的な視点で経年的に評価と最適化を行う	同上
	P 13 E 14 15	エビデンスに基づく成果評価 :評価計画に沿ってデータ収集・分析を行う、成果をまとめ関係者間で共有する	<input type="checkbox"/> アウトカム評価が不十分、体制未整備(アウトプット偏重) <input type="checkbox"/> 評価・改善過程が不十分、体制未整備 <input type="checkbox"/> エビデンスに基づく事業・施策の質の改善・スケールアップ策検討の体制未整備
	P 13 E 14 15	成果の検証と改善策の検討 :成功要因・未達成要因を分析する、関係者間で検討し行政としてスクラップ&ビルドを判断する、次期計画に反映する	<input type="checkbox"/> 事業の経年踏襲の組織文化 <input type="checkbox"/> 継続的・経年的な全過程の管理体制の不整備
P 13 E 14 16	成果の公表と普及 :成果を見える化し自治体内や学会等で公表する、関係者にフィードバックしさらなる発展・普及を推進する、公表に際し社会的な意義を明示する	<input type="checkbox"/> エビデンスの集積・確認・検証体制の不整備	

・Eは主にEBPH、Pは主にPDCAに関する内容を表す。右の数字は関連すると考えられる項目番号について上位2つを挙げている。
・表内の○は個人レベルの課題、□は組織レベルの課題を表す
・表中の「関係者」は、ステイクホルダー、住民、関係機関、関係職種等含むものとする

体に係る内容としては、「保健師の価値・規範に基づく判断と行動が不十分（目標設定、役割認識など）」、「EBPH の理解不足（エビデンスの理解、エビデンスに基づく実践の理解）」、「学習機会の不足」、実践を意味づけ概念化する機会の不足（リフレクションの機会）」が挙げられた。

IV. 考察

1. 課題認識の実態について

今回、EBHSD に対する実践者と教育研究者の課題認識において、組織の課題認識が多数あり、しかも EBPH 項目の課題認識が多いという、これまで明示的に整理されていなかった実態がはじめて明らかになった。全体では、個人の課題認識のみよりも組織の課題認識ありと回答した項目数が多く、特に教育研究者においては、組織の課題認識ありの割合が 16 項目中 13 項目で高く、そこには EBPH 項目がすべて含まれていた。保健師と教育研究者の比較で有意差のあった 5 項目や課題認識なしで低率だった 3 項目もすべて EBPH 項目であり、教育・実践において EBPH 項目の組織的な強化が求められることが示唆された。具体的には、準備段階のベストプラクティスのエビデンス確認、PDCA 展開における促進・阻害要因の特定、普及段階の質の改善・スケールアップ策と、成果/エビデンスの公表と普及策の推進に関する強化の優先度が高いと考えられた。

個人の課題については、普及段階の事業化・施策化の評価と、その前段階である実装段階における促進・阻害要因に対する実施計画と評価計画についての課題認識が高かったことから、EBPH に基づく PDCA 展開における計画・評価に関する個人スキルの強化の優先度が高いと考えられる。保健師において、組織の課題認識よりも個人の課題認識のみで高値を示した項目が多かった背景には、保健師の役職者においては、自身が管理する組織の課題とする外的帰属の認知特性よりも、部下や自身の個人の課題とする内的帰属の認知特性¹³⁾が強いことによる回答者バイアスが生じた可能性がある。

2. 保健師の責務について

保健師が、準備・実装・普及のすべての段階について、EBPH に基づく PDCA の展開に係る主要な実践を保健師が主体的に行うべきと記載していたことは、保健師が、一連の EBHSD の展開過程を責務と認識していることを示唆している。一

方で、責務としての記載に乏しい内容において、組織の課題認識ありの割合が高い実践と連動していたことは、今後、組織ぐるみの人材育成計画や、基礎教育から現任教育に至る能力開発の積み上げに、それらの実践能力の向上策を講じる必要性を示唆していると考えられる。

現在も保健師活動指針⁵⁾に示されている「地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」と「各種保健医療福祉計画の策定及び実施」については、各自治体の人材育成計画に組み込みやすい。今後は、本研究で強化の必要性が示唆された、組織における目標設定やエビデンス確認、促進・阻害要因の特定、質改善や普及策、個人における促進・阻害要因に対する実施・評価計画や成果評価などの内容を、その人材育成計画における研修内容の柱立てとすることで、実践現場の力量形成が促進される可能性があると考えられる。先行研究¹⁴⁾では、実践者と教育研究者が連携して、実践ガイドラインを策定していくことの重要性が示唆されている。まずは、能力開発の基盤となる実践ガイドラインやそれを学習する教材、および学習プログラムの構築が急務と考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、調査対象を保健師の役職者・保健師教育の責任者に絞ったことである。責任ある立場にある者が認識している実態を把握することには成功したと考えるが、スタッフレベルや多職種との認識する課題が異なる可能性を排除できない。また、保健師の EBHSD に関わる全国の教育・実践現場より、協力意思のある役職者・責任者が回答したことにより、テーマへの関心や課題意識の高い保健師から、責務や課題の認識について一定の質を担保したデータ収集ができたことと考えるが、調査協力者が依頼数の 2 割弱であったことから、回答の代表性の限界と非回答バイアスがある可能性は否めない。これらについては、今後の課題と考える。さらに、本研究は、保健師と教育研究者を対象としており、本研究の結果が人々や地域にどのように貢献するかについては不明である。

V. 結論

保健師と教育研究者の課題に対する認識から、主に EBPH 項目における組織の課題が明らかになった。エビデンスに基づく事業化・施策化の推進には、組織全体で EBPH に基づく PDCA 展開

ができるようにする必要があり、今後、基礎教育から現任教育にかけて一貫して学べるように、教育・実践・研究が連動する包括的な取り組みが重要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました保健師、教育研究者の皆様に心から感謝申し上げます。

本研究は、JSPS 科研費 JP23K27915 の助成を受けて、その一部として実施しました。

本研究において開示すべき COI 関係にある企業や組織、団体はありません。

文献

- 1) Green L , Ashton K , Bellis MA , et al. (2021) : 'Health in All Policies'—A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 1-16, Doi: 10.3390/ijerph18189468
- 2) World Health Organization (2014) : H Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908> (検索日 : 2025 年 11 月 4 日)
- 3) Brownson, RC, Baker, EA, Deshpande, AD, et al. (2018) : *Evidence-Based Public Health (Third edition)*, 1-28, Oxford University Press, Oxford.
- 4) 厚生労働省 (2023) : 地域保健対策の推進に関する基本的な指針(平成 6 年厚生省告示第 374 号) 最終改正 : 令和 5 年 3 月 27 日厚生労働省告示第 86 号 https://www.mhlw.go.jp/chiikishokuikiportal/provisions/pdf/provisions_pdf_kihonshishin.pdf (検索日:2025 年 9 月 26 日)
- 5) 厚生労働省 (2013) : 地域における保健師の保健活動について 健発 0419 第 1 号 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (検索日 : 2025 年 9 月 26 日)
- 6) 吉岡京子 (2014) : 日本の行政保健師による事業化・施策化に関する文献レビュー : 2001 年から 2013 年に発表された文献に焦点を当てて, *日本地域看護学会誌*, 3 (16), 4-12. Doi: 10.20746/jachn.16.3_4
- 7) 公益社団法人 日本看護協会 : 令和 4 年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書, 令和 5 年 3 月 https://www.nurse.or.jp/nursing/home/publication/pdf/senkuteki/2023/hokenshi_katsudokiban.pdf (検索日:2025 年 9 月 26 日)
- 8) 岡本玲子, 関裕子, 合田加代子, 他 (2017): 保健師の研究成果活用力尺度の開発, *日本地域看護学会誌*, 20(1), 13-21. Doi: 10.20746/jachn.20.1_13
- 9) 柴生田英香, 吉岡幸子, 高木悦子, 他 (2022) : 市町村保健師の事業化・施策化能力に関する文献レビュー, *帝京科学大学紀要*, 18, 113-120.
- 10) Damschroder, L. J., Aron DC, Keith RE et al. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science, *Implementation Science*, 4(1). Doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- 11) Okamoto R, Izumi H, Hirano M et al. (2025) : Construction of a practice model of evidence-based health service development for public health nursing in Japan: a Delphi survey, *BMC Nursing*, 24:1312. Doi:10.1186/s12912-025-03820-4
- 12) 岡本玲子, 他 (2025) : 科学研究費助成事業研究成果報告書 研究成果と実践知の保健政策移転モデルの構築とプラットフォームの開発, 科学研究費助成事業データベース. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-19H03961/19H03961seika.pdf> (検索日 : 2025 年 11 月 4 日)
- 13) Hewett, R., Shantz, A., Mundy, J. , et al. (2017) : Attribution Theories in Human Resource Management Research: A Review and Research Agenda, *International Journal of Human Resource Management* , 29(1) , 87-126. Doi:10.1080/09585192.2017.1380062
- 14) Fujioka M., Okamoto R., Miyamoto K., Keiko Koide, et al.(2024) : Best practice transfer by public health nurses in Japan: actual conditions and related factors, *BMC Nursing*, 23, 1-13. Doi:10.1186/s12912-024-01800-8