

厚生労働科学研究費補助金  
健康科学総合研究事業

新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発  
(H16-健康-031)

平成 16 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 佐伯 和子

平成 17 (2005) 年 3 月

# 『新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発』

## 目 次

### I 総括研究報告

新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発 .....	1
----------------------------	---

主任研究者：佐伯 和子（金沢大学医学部保健学科 教授）  
分担研究者：宇座 美代子（琉球大学医学部保健学科 教授）  
分担研究者：和泉 比佐子（札幌医科大学保健医療学部看護学科 講師）  
分担研究者：大柳 俊夫（札幌医科大学保健医療学部一般教育科 助教授）

### II 分担研究報告

#### 『新任者の対人支援能力の育成に関する教育プログラムの実施と評価』

1 新任保健師への対人支援能力に関する現任教育プログラムの評価 1 — 実践の評価票及び質問紙調査による評価 — .....	5
研究協力者：大野 昌美（金沢大学医学部保健学科 助手）	
2 新任保健師への対人支援能力に関する現任教育プログラムの評価 2 — 保健師像の発達：新任期1年目初期 — .....	21
研究協力者：大倉 美佳（金沢大学医学部保健学科 助手）	
3 新任保健師への対人支援能力に関する現任教育プログラムの評価 3 — 保健師像の発達：新任期1年目から2年目にかけて — .....	29
研究協力者：大倉 美佳（金沢大学医学部保健学科 助手）	
4 新任保健師の対人支援能力育成に関する中堅指導者への現任教育プログラムの評価 ...	37
分担研究者：和泉 比佐子（札幌医科大学保健医療学部看護学科 講師）	
5 新任保健師の対人支援能力育成に関する管理者への現任教育プログラムの評価 — 管理者としての課題と対策 — .....	57
分担研究者：宇座 美代子（琉球大学医学部保健学科 教授）	
6 新任保健師育成のための継続教育への支援方法としての遠隔通信システムの評価 .....	74
分担研究者：大柳 俊夫（札幌医科大学保健医療学部一般教育科 助教授）	
7 新任保健師への対人支援能力育成のための現任教育プログラムのシステム構築に関する評価 — アクションリサーチを用いてのシステムの評価 — .....	84
主任研究者：佐伯 和子（金沢大学医学部保健学科 教授）	

III 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	99
--------------------------	----

厚生労働科学研究補助金（健康科学総合研究事業）  
総括研究報告書

新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発

主任研究者	佐伯 和子	金沢大学医学部保健学科 教授
分担研究者	宇座美代子	琉球大学医学部保健学科 教授
分担研究者	和泉比佐子	札幌医科大学保健医療学部看護学科 講師
分担研究者	大柳 俊夫	札幌医科大学保健医療学部一般教育科 助教授

研究要旨

新任保健師の対人支援能力に関する現任教育のプログラムを、新任者、中堅指導者、管理者を対象に、組織的に継続教育に取り組むものとして実施した。教育の方法は、自己学習とOJT、Off-JTを組み合わせ、遠隔通信システムの活用をはかった。ベースライン時と比較すると、新任者の事例体験数、対人支援能力の自己評価ともに上昇していた。さらに、中堅指導者自身の対人支援能力の自己評価が向上し、プリセプターとしての役割も認識していた。管理者は新任保健師の対人支援能力育成に役立つと高く評価していたが、管理者自身の対人支援能力向上では評価が低く、管理者自身に対する継続教育プログラムが必要であることが示唆された。

遠隔支援では、テレビ電話により“顔が見えること”の重要性、テレビ電話の存在自体がプロジェクトの意識付けに役立ち、遠隔継続教育におけるテレビ電話の有効性を示した。

キーワード：キャリア発達、新任保健師、プリセプター、管理者、対人支援、  
継続教育、遠隔通信

A. 研究目的

平成 14 年度に開発した新任保健師の対人支援能力に焦点をあてた新任保健師、中堅指導者、管理者への教育プログラム及び遠隔通信システムを活用した支援プログラムを北海道、石川県、沖縄県で実施し、現任教育の評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

地域で活動している保健師やその組織のスタッフ、現任教育を職務とする保健所や本庁のスタッフ、そして大学のスタッフが協働で進める実践者参加型のアクションリサーチの

方法を用いた。

2. 対象

新任保健師の対象は、北海道、石川県、沖縄県の行政機関に勤務する新任者（行政機関に就業して5年以内）とした。該当する新任者が所属する機関に対し、本研究の趣旨を説明した。平成 15 年度は、参加同意を得られた機関は、15 施設に勤務する保健所及び市町村の新任者 18 名とした。

平均年齢 23.9±2.1 歳で、行政における保健師経験年数は平均 1.3±0.6 年で、勤務自治体は道県 5.6%、市町村 94.4%であり、保健師専門教育では、養成所・短期大学、大学が各 50.0%であった。

中堅指導者の対象は、新任者の直接的な指導者（プリセプター）で、北海道、石川県、沖縄県を合わせて 17 名であった。平均年齢は 35.3 歳、保健師経験年数の平均は 12.3 年であった。所属は 10%強が道県で、90%弱が市町村であった。職位は、スタッフと主任・係長が同じ 50%弱で、課長・課長補佐が 1 名であった。

管理者は、新任者及び中堅指導者の指導的立場にある行政機関に勤務する保健師で、Off-JT に新任者・中堅指導者・管理者ともに参加した 10 名とした。

### 3. データ収集と分析

データ収集は、平成 15 年 6 月～平成 16 年 3 月に実施した。郵送法による自己記入式質問紙調査を 3 回（管理者は 2 回）実施した。

本報告書では、新任者に関しては、収集した量的・質的データのうち、Off-JT 評価として研修会後の自記式質問紙を、OJT 評価としてベースライン調査と最終調査における自記式質問紙及び OJT で用いた事例体験票、関係機関体験票、発達評価票、自己学習行動評価票、教育計画票を活用した。

中堅指導者のデータ収集は、平成 15 年 6 月～平成 16 年 3 月に実施した。データは、個人属性、職務遂行能力、自己啓発の状況、職場内の教育的環境、職務満足、対人支援発達能力、プリセプター役割機能について、郵送法による自己記入式質問紙調査を 3 回実施した。

管理者については、2 回の調査のデータを用い、基本属性、専門職務遂行能力、役割の認知、教育プログラム全体の評価、教育プログラム実施後の職場環境の変化等をみた。

### 4. 倫理的配慮

研究の実施にあたり、参加組織及び参加者に文書と口頭で研究の説明を行い、署名による承諾を得た。

研究代表者及び分担研究者の所属である、金沢大学医学部「医の倫理委員会」、琉球大学

医学部「医の倫理委員会」、札幌医科大学「倫理委員会」の承認を得て研究を実施した。

## C. 研究結果及び考察

### 1. 新任者プログラム

Off-JT では新任者に対し、オリエンテーション研修、事例検討研修会、評価研修会を行い、OJT の動機づけとした。

OJT では、新任者が系統的な体験の蓄積と振り返りをするためのツールとして、事例体験票と関係機関体験票を活用した。また、教育計画票を活用し、まず新任者が自分自身の学習計画を立案することからスタートし、新任者は中堅指導者から積極的に指導を受けることとした。

対人支援能力発達の自己評価として総合的な対人支援能力をみると、ベースライン時の「自立評価群」の割合は、【個人家族の支援計画立案】の「基本的な簡単な事例」、【個人家族への健康相談】の「頻出課題については相談の場で健康課題を抽出し対応できる」、【援助関係の構築】の「受け入れに問題のない事例との関係」、【家庭訪問】の「受け入れに問題のない事例への訪問」、【家族指導・調整】については 60%以上の者が自立して事例への支援を行うことができると評価していた。それに対し、【個人家族のアセスメント】の「個人の発達や疾病管理が主となる事例」、【チームの調整】の「他機関紹介等調整が簡単な課題」、【個人家族への援助の評価】の「事例の反応を観察し、支援の継続の必要の有無が判断できる」では、10%台であった。各能力の同一レベルでみると、最終時には【チームの調整】と【個人家族への援助の評価】を除く全ての能力について、「自立評価群」の割合は 80～100%に達していた。

また、現在の仕事への満足度(1-6 点)は、ベースライン時は平均  $3.9 \pm 0.9$  (2-5)点、最終時では平均  $3.8 \pm 0.7$  (3-5)点であった。

新任者プログラムの評価結果として、プロ

プログラムをうまく活用できた者は全体の56.3%であった。本プログラムの特徴であるプリセプター制については、81.3%の者が「良かった」と評価していた。

## 2. 中堅指導者プログラム

本プログラムの実施にあたり、対象者の2名は管理者が不在、また2名は管理者がプリセプターの役割をとっていた。プリセプターの全員が職場内外に相談相手を有していたが、プリセプターに対する現任教育の担当指導者が特に決まっていなかったものが60%弱と半数以上であった。

研修会後の評価から、プリセプターはその役割やコーチングといった考え方の理解はできていたといえる。また、プリセプターは、事例検討研修会における新任者への助言の結果、新任者の効力感の支持をし、現任教育研修会においては事例支援に関する新任者の効力感の評価ができたと自己評価しており、指導能力の向上が伺えた。しかし、新任者のコンピテンシーの客観的評価や形成評価及び目標による管理の考え方に基づいた教育プログラムの作成が課題となり、Off-JTや自己学習のシステムづくりが必要と考える。

プリセプターは、新任者教育について段階的な教育目標の明確化や新任者の目標到達状況の把握は、ベースライン時から中間時にかけて役割機能評価が高まっており、Off-JT参加後に新任者教育の実践というOJTを通し、その役割機能を高めていたと考える。また、プリセプターは、新任者教育を通じて対人支援能力発達の自己評価も経時的に高めており、これは新任者への指導を通して、自己の能力を客観的に評価できる基準がプリセプターに生じたことによるものと考えられる。

半数以上のプリセプターが役割遂行において支援を受けることができなかったと回答していた。また、事例検討会や学習会などの相互学習の機会の設定についての役割機能の評価は有意に経時的に低下していた。これらのこ

とより、プリセプターが1名で役割を抱えこまないような支援体制を管理者が整えることが重要で、新任者教育をチームとして推進する職場の体制づくりの重要性が示唆された。

## 3. 管理者プログラム

Off-JTでは、「目標管理手法の理解」「教育対応能力」に関する内容の評価は2.8点（4点満点）であり、「ビジョンをもつ」「リーダーシップ」の内容に比べ評価が低くなっていた。また、OJTにおける管理者機能評価の「中堅指導者への目標提示・計画立案への指導」は2.6点（4点満点）であり「中堅指導者への動機づけ」に比べ低かったが、管理者としての教育目標やその達成方法を教育計画票を用いて記録し、具体的に実践していた。このことは、保健師管理者は新任・中堅指導者に対して、指導・支援を実践しているものの、目標管理の手法や教育的視点からの体系的な指導に不慣れであることを示していると考えられる。一方、「中堅指導者への提案に対する改善行動の実施」は1回目に比べ2回目の評価が低くなっていたが、これは1年では実現が出来ない提案であったことが推察された。

ベースライン時とプログラム実施後の調査結果では、職務遂行能力は全ての項目において評価が高くなっていたが、対人支援に比べ地域支援に関する項目の評価は低く、地域支援に関するさらなる能力向上が課題である。また、対人支援能力発達評価は36項目中24項目が維持あるいは高くなっていたが、ターミナル、AIDS、虐待等の複雑な事例は評価が低い状態であり、自己研鑽が必要であろう。

教育プログラムの全体評価では、対人支援能力の育成に役立つと評価が高かったが、管理者自身の対人支援能力の向上の評価は低くなっていた。しかし、前述のとおり管理者の対人支援能力は向上していた。このことは矛盾するようにみえるが、この教育プログラムの波及効果としてみる事ができる一方、管理者自身の教育プログラムが必要であること

を示唆していると考える。

#### 4. 遠隔通信プログラム

テレビ電話本体に関しては、テレビ電話の利用経験が1年未満の者が10名であったが、テレビ電話自体の操作は容易と10名が回答した。しかしながら、テレビ電話の各種設定については7名が容易ではないと回答していた。また画面の大きさと画質に関しては、2地点、多地点ともに十分ではないとの回答が多かった。音声に関しては、多地点の場合はハウリングやエコーなどの問題が頻繁に生じるとほぼ全員が回答していた。OA機器等への親和性と周辺機器の利用に関しては、デジタルカメラやビデオカメラの利用と外部カメラの接続の容易性の間に関連が認められたが、それ以外は関連が認められなかった。テレビ電話の利用に関しては、肯定的な回答が多く、2地点の場合には画面から相手の状況を把握できる、2地点と多地点の両方の場合に、身近に感じる、安心感がある、コミュニケーションが密になる、コーチングに有効である、遠隔教育に有効である、出張の費用と時間を考えると有効である、テレビ電話の存在はプロジェクトを意識させる、の各質問項目に対して多くの者がそのように思っていることが明らかとなった。自由記載に関しては、テレビ電話を利用してよかった点として、10名が“顔をみえること”と回答していた。また、テレビ電話使用において改善すべき点として、周辺機器つなぐコードの煩雑さ、設置場所とプライバシーの確保、利用・運用方法や予算に関する事などが指摘されていた。

総括すると、テレビ電話により“顔が見えること”の重要性、遠隔継続教育におけるテレビ電話の周辺機器としてスピーカと外部マイクの有効性、多地点接続の有効性、テレビ電話の存在がプロジェクトの意識付けに効果的であったこと、などが明らかとなった。特に、テレビ電話の存在自体がプロジェクトの意識付けに役立っていたということは、遠隔継続

教育におけるテレビ電話の有効性を検討する上での新しい視点といえる。また、多地点接続によるコミュニケーションに対しても多くの者が興味を持ったことも新しい知見である。

#### D. 結論

新任保健師の対人支援能力に関する現任教育のプログラムを実施した。Off-JTではオリエンテーション研修を新任者、中堅指導者、管理者と合同で行い、OJTの動機づけとした。新任者の育成は、プリセプターによる指導体制をとった。

新任者はベースライン時と1年終了時を比較すると、事例体験数、対人支援能力の自己評価ともに上昇していた。

中堅指導者は、OJTにおいてプリセプターシップ、コーチング、役割モデルを果たしていた。そして、中堅指導者自身の対人支援能力の自己評価が向上していたが、Off-JTや自己学習のシステムづくりが必要と考える。

管理者は、新任保健師の対人支援能力育成に役立つと高く評価していたが、管理者自身の対人支援能力向上では評価が低く、管理者自身に対する継続教育プログラムが必要であることが示唆された。今後、保健師管理者は目標管理の手法や教育的視点からの体系的な指導が実践できるように自己研鑽を積むとともに、保健師管理者のキャリア開発をシステム化する必要がある。

遠隔支援では、テレビ電話により“顔が見えること”の重要性、テレビ電話の存在自体がプロジェクトの意識付けに役立ち、遠隔継続教育におけるテレビ電話の有効性を示した。また、多地点接続によるコミュニケーションに対しても多くの者が興味を持つことができていた。

厚生労働科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）  
分担研究報告書

新任保健師への対人支援能力に関する現任教育プログラムの評価 1  
— 実践の評価票及び質問紙調査による評価 —

研究協力者	大野 昌美	金沢大学医学部保健学科	助手
主任研究者	佐伯 和子	金沢大学医学部保健学科	教授
研究協力者	大倉 美佳	金沢大学医学部保健学科	助手

研究要旨

平成 14 年度に開発した新任保健師への対人支援能力に関する現任教育のプログラムを平成 15 年度、平成 16 年度に実施した。新任者の育成には目標管理方式を活用し、個別事例の実践を蓄積することを内容として、プリセプターによる指導体制をとった。ベースライン時と最終時を比較すると、同一事例の体験数および事例体験の幅は拡大し、自己啓発や対人支援能力の自己評価ともに上昇がみられた。また、事例体験の蓄積に伴い、関係機関との接触体験の幅も拡大していた。その結果、対人支援能力の発達については、基本的で初歩的な事例であれば、最終時には「ほぼ自立して援助できる」レベルにまで到達することが明らかになった。また、新任者プログラムの有用性について、80%以上の新任者が肯定的に評価していた。しかし、事例援助の記録や援助後の評価、職務全般については、指導者に指導を受けることに対し、新任者の積極性・主体性・自発性の弱さが課題としてあげられた。

キーワード：新任保健師、対人支援能力、現任教育、OJT、自己啓発、プログラム評価

A. 研究目的

1. 背景

看護系大学の増加に伴い、保健師の基礎教育が専修学校から大学に移行し、保健師看護師統合カリキュラムによる教育を受けた新任保健師（以下、新任者）が増加している。基礎教育期間に初歩的な技術を習得することの必要性がいわれているが、実習時間が不十分等の理由により、卒業時の到達レベルは、地域で保健師として実践を行うには不十分な状況にある。

一方、平成 14 年度には「地域保健従事者の資質向上に関する検討会報告書」において現任教育の重要性が、さらに平成 15 年度には「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」において、特に新任期の現任教育の必要性が強調された。

しかしながら、母子保健法の市町村移管、精神保健福祉法の市町村でのサービス提供、健康増進法など、市町村での保健師の業務は多忙になるばかりで、十分な新任者への指導がなされていない。さらに、保健師の人材配置が保健師業務という考えの下に一集団として業務を遂行する体制から、業務分担制やプロジェクト方式の組織体制になった。そのために、新任者であっても責任のある業務を分担することがあり、実践能力が求められている。また、業務分担制やプロジェクト方式の組織体制では、モデルとなる先輩を身近に持つことが困難な体制となっている。

教育体制や行政組織の変化を背景に、現任教育の重要性はますます大きくなっているといえる。

## 2. 目的

本研究では、平成 14 年度に開発した新任保健師の対人支援能力向上のための現任教育プログラム（以下、新任者プログラム）を、平成 15 年度および平成 16 年度に、北海道、石川県、沖縄県でモデル的に実施した。本報告書では、平成 15 年度の新任者プログラムに参加した新任者について、体験の蓄積と自己啓発の状況、および目標到達状況を明らかにし、新任者プログラムの最終評価を量的に行うことを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは、アクションリサーチの方法を用いた。アクションリサーチは実践者参加型の研究であり、地域で活動している保健師やその組織のスタッフ、現任教育を職務とする保健所や本庁のスタッフ、そして大学のスタッフが協働で進めた。

### 2. 対象

研究対象は、平成 15 年 4 月現在、北海道、石川県、沖縄県の行政機関に勤務する新任者（行政機関に就業して 5 年以内）とした。

該当する新任者が所属する機関に対し、本研究の趣旨を説明し、参加同意を得られた北海道、石川県、沖縄県の 3 道県の保健所および市町村 15 施設に勤務する新任者 18 人を分析対象とした。

### 3. データ収集方法

平成 15 年 7 月～平成 16 年 3 月に、自記式質問紙調査および「対人支援能力発達のための事例体験票」（以下、事例体験票）、「対人支援能力発達のための地域関係機関体験票」（以下、関係機関体験票）、「対人支援能力の発達

評価票」（以下、発達評価票）、「新任者自己学習行動評価票」（以下、自己学習行動評価票）、

「対人支援能力育成のための教育計画票（新任者用）」（以下、教育計画票）によりデータ収集を実施した。

自記式質問紙調査は、ベースライン調査（平成 15 年 7～8 月）、中間調査（10 月末～12 月上旬）、最終調査（平成 16 年 2～3 月上旬）の 3 回実施し、調査票と併せて各種体験票と自己評価票、および教育計画票のコピーを提出してもらった。なお、提出する教育計画票は、新任者が記載した後に指導者とカンファレンスをもち、指導者の同意を得たものを、また、事例体験票、関係機関体験票、発達評価票、自己学習行動評価票は新任者が自己評価したものとした。

調査票の送付は、ベースライン調査はオリエンテーション研修会の 1 週間前に、中間調査は事例検討研修会の 1 週間前に施設単位または個人単位で郵送にて配布し、研修会時に回収した。最終調査は管理者および指導者研修会の 1 週間前に調査票を本人宛に郵送し、研修会の際、管理者または指導者を通じて回収した。

なお、質問紙の内容は、個人属性（性、年齢、職業経験、所属、職位、主担当業務、教育背景、所属自治体の保健師数、モデルとなる先輩の存在）、自己啓発の状況、職場内の教育的環境、職務満足、保健師としてのマインド、新任者プログラムの評価に関する項目などから構成し、個人属性はベースライン調査のみ、プログラムの評価に関する項目は最終調査のみとし、それ以外の項目は全調査で同一とした。

### 4. 分析データおよび分析方法

本報告書では、収集したデータのうち、ベースライン調査、最終調査における自記式質問紙および職場内教育（以下、OJT）で用いた事例体験票、関係機関体験票、発達評価票、自己学習行動評価票を用いた。



体験の蓄積状況は事例体験票と関係機関体験票を、自己啓発の状況は質問紙の自己啓発に関する項目の他、自己学習行動評価票を、目標到達状況は発達評価票の他、質問紙調査の職務満足、保健師としてのマインドに関する項目をもとに、ベースライン調査から最終調査における変化に着目し分析を行った。さらに、新任者プログラムの全体的な評価は、最終調査におけるプログラム評価に関する項目をもとに分析を行った。なお、分析には、SPSS for Windows 12.0J を用いた。

## 5. 倫理的配慮

研究の実施にあたり、参加組織および参加者に文書と口頭で研究の説明を行い、署名による承諾を得た。

研究への参加は、組織・個人の自由意志で行い、参加しなくても不利益が無いこと、また、一旦参加に同意した後でもいつでも参加を取りやめることができ、その場合でも、不利益が生じることがないことを保証した。また、個人のデータは本研究のみに使用し、人事管理等には用いないこと、研究成果等の公表にあたっては、組織や個人等が特定されないよう匿名とすることとした。また、本研究に掛かる経費は、厚生労働省科学研究費より支出するため、参加者への経費負担はない。

なお、研究代表者および分担研究者の所属である、金沢大学医学部「医の倫理委員会」、琉球大学医学部「医の倫理委員会」、札幌医科大学「倫理委員会」の承認を得て研究を実施した。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の概要

対象者の概要を表1に示す。対象者は、女性が88.9%であり、年齢は22～24歳が66.7%であり、平均23.9±2.1歳であった。行政における保健師経験年数は平均1.3±0.6年で、1年未満が72.2%であった。

勤務自治体は、市町村が94.4%であり、勤務部門は保健が77.8%と最も多く、保健福祉

16.7%、その他5.6%であった。主担当業務は、母子が38.9%と最も多く、次いで成人27.8%、高齢者16.7%であった。

教育背景として、保健師専門教育では、養成所・短期大学、大学が各50.0%であり、一般教育では、大学・大学院50.0%、養成所33.3%、短期大学16.7%であった。

所属自治体の保健師数は、“3～5人”が38.9%と最も多く、“11人以上”33.3%、“6～10人”22.2%、“1～2人”が5.6%であった。また、モデルとなる先輩の存在では、“職場内にあり”が88.9%と最も多かった。

## 2. 現任教育の概要

新任者プログラムは、OJTと自己学習を主として実施された（プログラムの概要と流れは、平成15年度総括・分担研究報告書を参照）。OJTは、新任者の主体性と動機づけを重視する方法として目標管理方式を導入した。目標の設定については指導者が助言を行うこととし、新任者の目標達成に向けての具体的なOJTや自己学習の進め方を決定した。事例援助の体験、事例の記録、関係機関との接触体験、目標管理シートの活用、学習レポートの作成、プリセプター制（担当指導者）の導入、指導者とのカンファレンス、職場内事例検討会を取り上げた。OJTのツールとしては、事例体験票、関係機関体験票、発達評価票、自己学習行動評価票、教育計画票の5つを用いた。事例体験票は、新任者が系統的な事例体験の蓄積と振り返りをするためのツールであり、経験年数を考慮して事例の必須援助体験を設定した。発達評価票は、該当する事例への援助経験がなくても、事例に遭遇したと仮定した場合に自立して判断や行動を行うことができるかという、事例への支援能力を4段階で評価し、対人支援能力の到達状況の把握と課題設定に役立てるツールとして活用してもらった。また、教育計画票は、OJTを進めるための基本となるツールであり、まず新任者が自分自身の学習計画を立案し、それ

をもとに指導者とカンファレンスを持ち、OJTの方針を決定した。その際には、事例体験票、発達評価票等の評価票類を話し合いの材料として用いた。教育計画立案後、新任者の学習計画に基づきOJTが実施され、約4か月ごとに到達度の評価、計画修正を行った。

### 3. OJTの状況

#### 1) 個別事例の体験状況

個別事例の体験状況を表2-1、2-2に示す。ベースライン時には、「1年目までに必ず1事例以上受け持って体験することが望ましい」とした事例のうち【高齢者事例】の寝たきり（見学、他保健師と一緒に）、「3年目までに必ず1事例以上受け持って体験することが望ましい」とした事例のうち【感染症事例】の結核等の感染症（他保健師と一緒に）、【難病事例】の神経難病（見学）、また「5年目までに必ず1事例以上受け持って体験することが望ましい」とした事例の【母子事例】の虐待事例（見学）については全員未体験であった。「1年目までに必ず1事例以上受け持って体験することが望ましい」とした事例のうち、【母子事例】の新生児・未熟児（見学）と【成人事例】の健診事後・健康相談・生活習慣病（単独）については、50%以上の者が体験していたものの、それ以外の事例については50%以上の者が未体験であった。

最終時には、ベースライン時に比べ、全体的に体験なしの割合は低下していた。最も体験率の高かった事例は、【成人事例】の健診事後・健康相談・生活習慣病（単独）であり、80%以上の者が体験し、50%の者が6事例以上を体験していた。【母子事例】の新生児・未熟児（見学、単独）についても体験率が上昇し、70%以上の者が複数事例を体験していた。また、50%前後の者が【成人事例】の脳卒中後遺症（単独）、【高齢者事例】の独居者・虚弱者（見学）について、複数事例を体験していたものの、それ以外の事例については60%以上の者が未体験であった。

#### 2) 地域関係機関との接触体験状況

関係機関との接触体験状況を表3に示す。関係機関との接触体験として、ベースライン時には大部分が「挨拶・見学」であった。「挨拶・見学」の体験率では、保健所企画調整担当課が66.7%と最も高く、次いで保健所サービス担当課と市町村福祉部門が各55.6%、病院・医院・診療所50.0%であった。

最終時には、「挨拶・見学」から「事例紹介」、「連絡・調整」まで接触体験の幅は広がっていた。「挨拶・見学」の体験率では、保健所企画調整担当課、市町村福祉部門が81.3%と最も高く、次いで保健所サービス担当課と市町村住民窓口担当課が各75.0%、病院・医院・診療所62.5%、在宅介護支援センター56.3%、訪問看護ステーションとデイケア・デーサービスが各50.0%であった。「事例紹介」では、体験率が50%を超えている機関はなく、在宅介護支援センターが43.8%と最も高かった。「連絡・調整」の体験率では、病院・医院・診療所が68.8%と最も高く、次いで市町村福祉部門と在宅介護支援センターが各56.3%であった。また、31.3%の者が、保健所企画調整担当課への「短期研修」を体験していた。

### 4. 自己啓発の状況

#### 1) 自己学習行動自己評価

自己学習行動自己評価結果を表4に示す。ベースライン時は、11項目のうち6項目について、50%以上の者が“している”“まあまあしている”と自己評価していた。“している”“まあまあしている”を「している」、「あまりしていない”“していない”を「していない」とすると、「している」の割合が最も高かった項目は、「対人援助に関して、困難を感じたときに、先輩や上司の指導を積極的に受ける」83.3%であり、次いで「個別支援（家庭訪問）の記録を保健師の上司または指導者に提出し、指導を受ける」66.7%、「対人支援のために書物や資料、ITを活用して学習ができる」61.1%の順であった。また、「している」の割

合が 50%未満であった5項目のうち、「自己の目標達成のための課題を把握し、修正しながら教育計画を遂行できる」が 11.1%と最も自己評価が低く、次いで「自己の段階的な目標を明確化できる」「自己の目標到達状況を把握できる」「自己の職務遂行能力の評価ができる」が各 33.3%、「相互学習の機会に自主的に参加する」が 44.4%であった。

最終時は、ベースライン時に比べ、11項目中9項目について、“できた”“まあまあできた”の割合が上昇していた。“できた”“まあまあできた”を「できた」、「あまりできなかった」“できなかった”を「できなかった」とすると、評価が上昇した9項目のうち、「対人支援のために書物や資料、ITを活用して学習ができる」は、全員が「できた」と評価しており、次いで「対人援助に関して、困難を感じたときに、先輩や上司の指導を積極的に受ける」87.5%、「自己のキャリア発達上の学習課題を設定できる」71.2%、「自己の段階的な目標を明確化できる」68.7%、「自己の目標到達状況を把握できる」62.5%の順であった。また、ベースライン時に比べ、評価は上昇していたものの、「できた」の割合が 50%未満であった項目は、「自己の目標達成のための課題を把握し、修正しながら教育計画を遂行できる」43.8%、「自己の職務遂行能力の評価ができる」37.6%の2項目であった。

## 2) 実践能力を高める努力

実践能力を高める努力(1-6点)については、ベースライン時は最低2点、最高5点であり、平均は $3.7 \pm 1.0$ 点であった。最終時は最低2点、最高5点であり、平均は $3.9 \pm 1.0$ 点であり、ベースライン時に比べ、点数が若干上昇していた。

## 5. 目標到達状況

### 1) 対人支援能力発達の自己評価

事例援助に対する自己評価結果を表 5-1、5-2 に示す。評価基準の“自信を持って自立して判断や行動ができる”と“ほぼ自立して

判断や行動ができる”を「自立評価群」、「判断や行動に指導者の支援が必要と思う」と“疾病や発達の知識が不十分で判断や行動が困難だと思う”を「未自立評価群」とする。

### (1) 領域別対人支援能力

ベースライン時の「自立評価群」の割合は、【成人】の「基本的な事例(健診の事後指導の事例等)や疾病管理が安定している事例」が 72.2%と最も高く、次いで【高齢者】の「独居や健康な高齢者の事例」66.7%、【母子】の「基本的な事例(新生児等)」55.6%であった。それに対し、【精神】の「回復期にある安定した事例」は 27.8%、【難病】の「病態の安定した事例」22.2%であり、【感染症】の「結核管理体制に則って支援する事例」では 0.0%、という状況であった。【母子】、【成人】、【高齢者】の同一事例についてみると、最終時の「自立評価群」の割合は各々 87.6%、100%、87.5%であり、80%以上の者が自立して事例への支援を行うことができると評価していた。また、【精神】の同一事例については、最終時に 62.5%と評価は高くなってはいたが、【感染症】と【難病】については、各々 12.6%、43.8%という状況であった。

### (2) 総合的な対人支援能力

ベースライン時の「自立評価群」の割合は、【家庭訪問】の「受け入れに問題のない事例への訪問」が 83.4%と最も高く、次いで【家族指導・調整】の「解決が容易な課題についての支援」77.8%、【援助関係の構築】の「受け入れに問題のない事例との関係」72.2%、【個人家族の支援計画立案】の「基本的な簡単な事例」66.7%、【個人家族への健康相談】の「頻出課題については相談の場で健康課題を抽出し対応できる」61.1%であり、60%以上の者が自立して支援ができると評価していた。

各能力の同一レベルでみると、最終時には【チームの調整】68.8%と【個人家族への援助の評価】72.6%を除く全ての能力について、「自立評価群」の割合が 80~100%に達して

いた。

## 2) 職務満足

職務満足の状況を表6に示した。現在の仕事への満足度(1-6点)は、ベースライン時は最低2点、最高5点、平均は $3.9 \pm 0.9$ 点であった。最終時では、最低3点、最高5点、平均は $3.8 \pm 0.7$ 点であった。

仕事の面白さは、ベースライン時には、「住民と共に活動できる」が83.3%と最も高く、次いで「生活の場において、個別の事例と係わり合いをもった活動ができる」「住民の反応・手応えが直接返ってくる」が各77.8%、「集団や組織と連携しながらダイナミックな活動ができる」「住民のニーズを施策化できる」が各61.1%であった。

最終時には、「生活の場において、個別に事例と関わり合いを持った活動ができる」が81.3%と最も高く、次いで「住民と共に活動できる」「住民の健康と生活を守れる」が各68.8%、「多様な機関・人との調整の業務ができる」「住民の反応・手応えが直接返ってくる」が各62.5%であった。

## 6. 新任者プログラムの全体評価

新任者プログラムの評価結果を表7に示す。プログラムをうまく活用できた者は、全体の56.3%であった。プリセプター制については、81.3%の者が「良かった」と評価していた。

評価段階の4と3を「positive評価」、2と1を「negative評価」とする。positive評価が60%以上の項目をみると、【教育計画票の活用状況】では、「教育計画票を作成できた」が68.8%、「目標達成に向けて自己学習できた」が81.3%であった。【事例援助の体験状況】では、「意図的に事例体験の幅を広げることができた」が75.0%、「事例援助前に指導者から指導を受けることができた」が62.5%であった。【プログラム参加に対する満足度】では、「満足を感じている」が62.6%、【対人支援能力の向上感】では、「プログラムに参加したことで対人支援能力が向上したと思う」

が68.8%、【自己学習能力の向上感】では、「プログラムに参加したことで自己学習能力が向上したと思う」が68.8%、【保健師としてのマインド】では、「プログラムに参加したことで仕事に楽しさやおもしろさを感じる機会があった」が75.1%、【保健師としての長期展望】では、「今の段階で保健師としての長期的な展望をもつことができている」が62.5%であった。プログラムの有用性では、81.3%の者が「新任者の対人支援能力育成に役立つと思う」と評価していた。

negative評価の割合が50%を超えていた項目は、【事例援助の体験状況】の「事例援助後に指導者から指導を受けることができなかった」68.7%、【地域関係機関との接触体験状況】の「意図的に体験の幅を広げることができなかった」74.9%、【職務に関する意図的なカンファレンスの設定状況】の「指導者とカンファレンスをもち、積極的に指導をうけることができなかった」56.2%の3項目であった。

## D. 考察

### 1. OJTにおける体験の蓄積

事例援助体験数は、ベースライン時から最終時までに着実に増加していた。OJTのツールとして事例体験票や関係機関体験票を用いたことで、新任者にとっては具体的な目安として活用でき、自己の経験年数と体験の現状と照合することが可能となっただけでなく、体験の幅を広げることの必要性を実感し、行動に移す動機づけになったと考えられる。

しかし、今回の対象者の90%以上の者が市町村勤務だったこともあり、精神、感染症、難病の事例、そして介護保険適用と考えられる高齢者の寝たきり事例については、ベースライン時から事例体験数はほとんど変化していなかった。関係機関との接触体験については、個別事例への援助体験の増加に伴い、関係機関への事例紹介や連絡・調整といった場面が増えていったものと考えられるが、他機

関への短期研修に関しては、管理者や受け入れ先となる機関の長の理解がなければ、実際に体験することは難しい。事実、プログラム参加期間中に実際に体験できた者はほとんどいなかった。自己の教育計画票に基づき、指導者や管理者と相談し、業務として担当しないものについても、研修として体験の幅を広げられた者もいたが、多くの新任者は担当業務と兼ね合わせた体験となっており、体験の幅は限定されていたと考えられる。

業務分担制やプロジェクト方式の組織体制が進む中、業務として担当しないものについては、意図的な研修によって体験の幅を拡大していく等の教育的配慮をしていかなければ、専門職としての力量形成や視野を広げにくい状況にあるといえる。新任期に幅広い事例援助体験や関係機関との接触体験をもつことの必要性を、新任者自身が認識することも大切であるが、新任者を着実に育成していくには、組織としてどのような人材を育成したいかという展望をもち、管理者を中心に組織的な教育体制の構築と環境整備をしていくことが尚一層必要と考える。

## 2. 新任者における自己啓発と学習の実態

個人の学習の進み方には3つの段階があり、初期段階には順調に向上し、標準的水準に到達すると、その後足踏みの状態（プラトー）に陥り、そして再び学習曲線が上昇を始めるという特徴がある。新任者は標準的水準に向かう学習の初期段階にあるため、この段階で学習水準を高め、知識や技術、行動等を向上させていくためには、“確実に”、“できるだけ多く”、“休まずに”が重要なポイントになるといえる。したがって、新任者の対人支援能力育成のためには、系統的に事例体験の幅を拡大するだけでなく、類似の事例を“できるだけ多く”体験し、行動の反復と積み重ね学習を促進させ、体で覚える体験が効果的と考える。今回の対象者の場合、「1年目までに必ず1事例以上受け持って体験することが望ま

しい」とした事例の母子と成人については、50%以上の者が同一事例において複数事例を体験できていたが、残りの者については体験が保障されていなかったといえる。同一事例について複数事例を援助することで、事例の多様性や個別性について実体験を通して学習できることから、新任者には体で覚える体験を意図的にさせていくことが重要と考える。

また、体験した事例の中から数事例についてはアセスメントから評価までの一連の過程を丁寧に記録し、指導者から指導を受けることで“確実に”基本的な知識や技術を獲得することが可能となる。本プログラムでは、アセスメントから評価までの一連の過程をふみ、十分に振り返りをして丁寧に記録をすることを課していたが、“できた”と評価した者は50%であった。さらに、新任者の責任として、上司や先輩から積極的に指導を受けることがあげられる。手を抜くことなく“休まずに”継続するためには、日常業務や事例への援助を通し、意図的に指導者とカンファレンスを持つことや、職場内の事例検討会等において先輩から積極的に指導を受けることが必要と考える。しかし、事例の援助後に積極的に指導を受けることができたと評価した者は約30%、職務に関して積極的に指導を受けることができた者は40%、職場内の事例検討会で上司や先輩から積極的に指導を受けることができた者は50%であった。自己学習行動の自己評価においても、「個別支援（家庭訪問）の記録を保健師の上司または指導者に提出し、指導を受ける」、「対人援助の評価について先輩や上司の指導を積極的に受ける」は最終時に評価が不変または低下していた。新任者は、プログラム参加によって、指導者や管理者が自分に注目してくれていること、自分の目標を理解し、尊重した上で意図的に環境整備をしてくれていることを実感し、その期待に一生懸命に応えようと努力していたと考える。しかし、現実として自分が困っていることについては、自ら自己学習を進め、積極的に指

導を受けているが、訪問記録の指導、自己の目標到達状況や職務遂行能力の評価といった、あえて指導を受けなくてもやり過ぎていることについては、なかなか行動に結びついていなかったと推察される。

以上のことから、目の前にある問題の解決のためだけでなく、新任者が自分の将来を見通し、積極的・主体的・自発的に指導者から指導や評価を受ける姿勢が尚一層求められるといえる。他方で、多忙な業務の中、自分のために時間を割き、指導してくれるだけでなく、相談したことに対して一緒に悩んでくれる指導者に対し、感謝の気持ちを感じながらも、申し訳なさを感じ、遠慮してしまったことも考えられる。新任者が自己責任として貪欲に能力開発をしていく姿勢も求められるが、新任者が遠慮せずに気軽に話しかけられる雰囲気づくりや指導者からのさり気ない声かけも大切といえる。

### 3. 対人支援能力の発達特性

領域別の対人支援能力では、母子、成人、高齢者の基本的な事例、総合的な対人支援能力では、アセスメント、支援計画立案、健康相談、在宅での援助、援助関係の構築、家庭訪問、家族指導・調整の基本的なレベルについて、最終時には80%以上の者が自立して支援ができると自己評価していた。一つ一つの事例体験をとおし、新任者は未熟で自信がない状態から、指導者のサポートを受けながらも“できた”という成功体験を少しずつ積み重ね、能力の獲得感と自信をもてるようになったといえる。ただし、これらは新任者の自己評価であり、客観的な評価とはいえないという限界はある。

対人支援能力は新任期に著しい伸びを示すが、日常活動の中で頻繁に遭遇する基本的な事例への支援能力に関しては、複数事例への援助体験や職場内での個別の指導体制といった職場内の教育環境が整っていれば、新任初期であっても“ほぼ自立して行動できる”と

いうレベルにまで自己評価が高まることが明らかになった。しかし、領域別の対人支援能力の精神事例については、事例体験のある新任者はごく少数であるにもかかわらず、安定した事例について、60%の者が自立して支援ができると自己評価していた。感染症や難病等と異なり、回復期にある精神の事例は、援助経験がない新任者であっても比較的イメージしやすいこともあり、小規模作業所やデイケアに通っていて社会復帰が順調に進んでいる事例をイメージし、安易に“自分にもできそう”と考え、自己評価が高くなったものと推察される。

総合的な対人支援能力では、最終時には80%以上の者が自立して支援ができると自己評価していたが、個人家族の援助の評価では60%に低下しており、自分が提供した援助については適切な評価ができていないという様子が伺えた。援助後にカンファレンスをもつ等、実践をフィードバックする機会を意図的に設け、判断や評価する視点を養い、応用力を発展させていくような指導が求められる。

めまぐるしい社会環境の変遷の中で、様々な状況に応じて適切な保健サービスを提供していくためには、判断力や応用能力、問題解決能力、自己学習能力、思考能力といった自己教育力が強く要求される。しかし、保健師経験11～20年目の後期中堅者であっても、専門職としての明確なビジョンを描けていないことや、現任教育や継続教育に対して受動的な意識が強い傾向がある。新任者であっても、地域保健を担う専門職として明確なビジョンを描きながら職務を遂行していくことの必要性を意識づけ、新任期の段階から自己教育力を養っていくことが、保健師を専門職として確立していくためにも重要と考える。新任者の実践能力と自己評価のギャップを考慮し、自己の到達度を適切に判断し、課題設定できる能力を高めていくような関わりと指導が必要である。

#### 4. 新任者プログラムの有用性

新任者プログラムに関して、81.3%の者が「対人支援能力の育成に役立つ」と評価していた。「プリセプターがついたことが良かった」と評価した者が81.3%であったことから、新任者には分からないことを“誰に聞いてもよい”という曖昧な状態よりも、自分の指導者が固定されることで安心感が生まれ、遠慮することなく質問し、学習できたことが大きく関係していると考えられる。また、事例体験票等、経験年数別に目安となるツールを用いたことで、現在の自分を客観的に評価でき、不足している部分の強化への動機づけにできたとも考えられる。しかし、新任者の自己目標や教育計画について、指導者と管理者には共通理解はできていたものの、職場内の他のスタッフとは共通理解が図れていなかったという意見が多く聞かれ、職場全体としてのOJT体制の整備や意識づけにまで至らなかったということが課題としてあげられた。

対人サービスを提供する専門職である以上、基本的な事例に対する援助は、新任者であっても早期に、そして確実に“ひとりでできる”というレベルに到達している必要があると考える。第1段階での学習は、経験をベースにしたものや見よう見まねの浅いモデリングにとどまるものであるが、第1段階での学習が個人内に蓄積されないと、第3段階での学習をうまく進められないことになる。したがって、職場内においては、学習の進み方の特性と新任者の発達段階を理解した上で教育を行うことが必要である。

対人支援能力は、地域保健福祉に携わる専門職の基盤になる能力である。新任期の教育の結果は、専門職としてのその後の長いキャリアを左右するといっても過言ではない。自治体の責務として質の高い地域保健サービスを提供していくためにも、新任期に対人支援能力を確実に獲得し、中堅期以降の施策化能力形成へとつなげていけるよう、体系的に、また組織的に教育を行うことが大切と考える。

#### E. 結 論

新任保健師の対人支援能力に関する現任教育プログラムをモデル的に実施した。新任者の育成には目標管理方式を活用し、個別事例の実践を蓄積することを内容として、プリセプターによる指導体制をとった。

ベースライン時と最終時を比較すると、事例体験や関係機関との接触体験の幅は拡大し、それに伴い、対人支援能力の自己評価も上昇していた。また、新任者プログラムの有用性については80%以上の新任者が肯定的に評価していた。しかし、事例援助の記録や援助後の評価、職務全般については、指導者に指導を受けることに対し、新任者の積極性・主体性・自発性の弱さが課題としてあげられた。

#### 文 献

- 古川久敬監修 (2002) : コンピテンシーラーニング. 日本能率協会マネジメントセンター, 東京
- Gopee N (2000) : Self-assessment and the concept of the lifelong learning nurse. *British journal of nursing*, 9(11), 724-729
- 平野かよ子 (2000) : これからの公衆衛生看護のあり方. *公衆衛生研究*, 49(2), 116-124
- 厚生省健康政策局看護課監修 (1994) : 看護職員生涯教育検討報告書「体系的な推進体制を目指して」. メジカルフレンド社, 東京
- 村山正子, 大野絢子, 斉藤泰子, 他 (1996) : 新たな地域保健に対応した保健婦の現任教育のあり方に関する研究. *保健婦雑誌*, 52, 811-824
- 日本地域看護学会教育委員会 (2002) : 大学における地域看護学の学習内容
- 大野昌美, 佐伯和子, 和泉比佐子, 他 (2004) : 行政機関に勤務する中堅保健師の継続教育に対する認識. *北陸公衆衛生雑誌*, 30(2),

佐伯和子, 他(2004): 厚生労働科学研究費補助金健康科学総合事業「新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発」平成 15 年度総括・分担報告書, 2004

佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他(2004): 行政機関に働く保健師の専門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, 7(1), 16-22  
 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(2004): 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

地域保健従事者の資質の向上に関する検討会(2003): 平成 14 年度地域保健総合推進事業「地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究報告書」

四方雅代, 佐伯和子(2003): 自治体に働く新卒保健師の職務に必要な自己の能力についての認知と職場内教育に対する要望, 北陸公衆衛生学会誌, 29(2), 58-63

## E. 健康危険情報

特記すべきことなし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

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専門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, 7(1): 16-22, 2004

大野昌美, 佐伯和子, 大倉美佳, 他: 現任教育プログラム導入による新任保健師の対人支援能力の発達(第1報)—事例体験及び能力の自己評価からの検討—. 北陸公衆衛生学会誌, 31(1): 11-17, 2004

大野昌美, 佐伯和子, 大倉美佳, 他: 現任教育プログラム導入による新任保健師の対人支援能力の発達(第2報)—対人支援能力の構造化による発達特性の検討—. 北陸公衆衛生学会誌, 31(1), 18-23, 2004

Saeki, K., Izumi, H., Ohno, M., Okura, M., and et al.(2004): Practical competence of public health nurses working for local government: Comparison - 1996 and 2001. J Tsuruma Health Sci. Soc. 28: 113-120, 2004.

Okura, M., Saeki, K., Ohno, M., and et al.: The image of the public health nurse that beginner public health nurses have at the time of employment—The career choice motive, and the image of the public health nurse—. J Tsuruma Health Sci. Soc. 28:143-150, 2004.

### 2. 学会発表

Okura M, Saeki K, Uza M, Izumi H, Ohyanagi T, Ohno M: Image of the public health nurse in newly appointed public health nurses. The 5th International Nursing Research Conference, Koriyama, Aug. 2004

Saeki K, Izumi H, Uza M, Ohyanagi T, Ohno M, Okura M, Yokomizo T, Murashima S: Public health nurses competences in Japan: Comparison 1996 and 2001. American Public Health Association 132<sup>nd</sup> Annual Meeting, Washington, DC, Nov. 2004

## G. 知的財産の出願・登録状況 特になし

### 研究協力者

横溝 輝美	札幌医科大学保健医療学部 助手
船附美奈子	琉球大学医学部保健学科 助手



表1 対象者の概要

		人数	%
<b>一般属性</b>			
性	女性	16	88.9
	男性	2	11.1
年齢	22~24歳	12	66.7
	25~29歳	6	33.3
	無回答	—	—
	平均±標準偏差(歳)	23.9±2.1	
<b>職業経験</b>			
保健師経験年数	1年未満	13	72.2
	1年以上3年未満	5	27.8
	無回答	—	—
	平均±標準偏差(年)	1.3±0.6	
職業年数	1年未満	10	55.6
	1年以上2年未満	4	22.2
	2年以上3年未満	0	0.0
	3年以上5年未満	3	16.6
	5年以上8年未満	1	5.6
	無回答	—	—
	平均±標準偏差(年)	2.1±1.7	
<b>所属</b>			
勤務自治体	道県	1	5.6
	市町村	17	94.4
	無回答	—	—
勤務部門	保健	14	77.8
	福祉	0	0.0
	保健福祉	3	16.7
	その他	1	5.6
	無回答	—	—

n=18

		人数	%
職位	スタッフ	18	100.0
	無回答	—	—
主担当業務	母子	7	38.9
	成人	5	27.8
	高齢者	3	16.7
	障害者	0	0.0
	介護保険	0	0.0
	企画・調整	0	0.0
	管理	0	0.0
	その他	3	16.7
	無回答	—	—
<b>教育背景</b>			
保健師専門教育	養成所・短期大学	9	50.0
	大学	9	50.0
	無回答	—	—
一般教育	養成所	6	33.3
	短期大学	3	16.7
	大学・大学院	9	50.0
	無回答	—	—
<b>所属自治体の保健師数</b>			
	1~2人	1	5.6
	3~5人	7	38.9
	6~10人	4	22.2
	11人以上	6	33.3
	無回答	—	—
<b>モデルとなる先輩の存在</b>			
	職場内にあり	16	88.9
	職場外にあり	1	5.6
	なし	1	5.6
	無回答	—	—

表2-1 対人支援能力発達のための事例の体験状況

人 (%)

領域 / 種別	体験状況	ベースライン (n=18)				最終 (n=16)			
		なし	1事例	2~5事例	6事例以上	なし	1事例	2~5事例	6事例以上
<b>▼1年目までに必ず1事例以上を受け持って体験</b>									
<b>【母子事例】</b>									
新生児, 未熟児	見学のみ	7 (38.9)	8 (44.4)	3 (16.7)	0 (0.0)	4 (25.0)	7 (43.8)	5 (31.3)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	12 (66.7)	2 (11.1)	4 (22.2)	0 (0.0)	9 (56.3)	2 (12.5)	3 (18.8)	2 (12.5)
	単独で	11 (61.1)	0 (0.0)	7 (38.9)	0 (0.0)	4 (25.0)	4 (25.0)	1 (6.3)	7 (43.8)
<b>【成人事例】</b>									
健診事後, 健康相談, 生活習慣病	見学のみ	13 (72.2)	1 (5.6)	4 (22.2)	0 (0.0)	9 (56.3)	1 (6.3)	5 (31.3)	1 (6.3)
	他保健師と一緒に	14 (77.8)	0 (0.0)	4 (22.2)	0 (0.0)	8 (50.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	2 (12.5)
	単独で	9 (50.0)	1 (5.6)	4 (22.2)	4 (22.2)	3 (18.8)	2 (12.5)	3 (18.8)	8 (50.0)
脳卒中後遺症	見学のみ	15 (83.3)	0 (0.0)	3 (16.7)	0 (0.0)	13 (81.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	1 (6.3)
	他保健師と一緒に	15 (83.3)	1 (5.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	12 (75.0)	1 (6.3)	2 (12.5)	1 (6.3)
	単独で	10 (55.6)	3 (16.7)	4 (22.2)	1 (5.6)	7 (43.8)	2 (12.5)	4 (25.0)	3 (18.8)
<b>【高齢者事例】</b>									
寝たきり	見学のみ	18 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	18 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	単独で	14 (77.8)	3 (16.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	13 (81.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)

表2-2 対人支援能力発達のための事例の体験状況

領域 / 種別	体験状況	ベースライン (n=18)				最終 (n=16)			
		なし	1事例	2~5事例	6事例以上	なし	1事例	2~5事例	6事例以上
		人 (%)				人 (%)			
<b>▼3年目までに必ず1事例以上を受け持って体験</b>									
<b>【母子事例】</b>									
障害児	見学のみ	14 (77.8)	3 (16.7)	1 (5.6)	0 (0.0)	12 (75.0)	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	15 (83.3)	1 (5.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	13 (81.3)	1 (6.3)	2 (12.5)	0 (0.0)
	単独で	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (68.8)	2 (12.5)	3 (18.8)	0 (0.0)
<b>【高齢者事例】</b>									
独居者、虚弱者	見学のみ	12 (66.7)	4 (22.2)	2 (11.1)	0 (0.0)	11 (68.8)	4 (25.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	15 (83.3)	2 (11.1)	0 (0.0)	1 (5.6)	11 (68.8)	3 (18.8)	1 (6.3)	1 (6.3)
	単独で	14 (77.8)	0 (0.0)	3 (16.7)	1 (5.6)	9 (56.3)	1 (6.3)	5 (31.3)	1 (6.3)
<b>【精神事例】</b>									
慢性期、統合失調症	見学のみ	15 (83.3)	2 (11.1)	1 (5.6)	0 (0.0)	13 (81.3)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
	単独で	17 (94.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	14 (87.5)	0 (0.0)	1 (6.3)	1 (6.3)
<b>【感染症事例】</b>									
結核等の感染症	見学のみ	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	18 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	単独で	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
<b>【難病事例】</b>									
神経難病	見学のみ	18 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	16 (88.9)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
	単独で	17 (94.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (5.6)	14 (87.5)	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (6.3)
<b>▼5年目までに必ず1事例以上を受け持って体験</b>									
<b>【母子事例】</b>									
虐待事例	見学のみ	18 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	他保健師と一緒に	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	単独で	17 (94.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (93.8)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
<b>【その他（自由記載）】</b>									
痴呆（予防含む）	他保健師と一緒に	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—	—
＃	単独で	—	—	1 (5.6)	—	—	—	—	1 (6.3)
アルコール依存症	単独で	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—	—
母子育児支援、 グレーゾーンの子	見学のみ	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—	—
＃	他保健師と一緒に	—	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—
＃	単独で	—	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—
染色体異常 (重度身体障害者)	他保健師と一緒に	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—	—
母に知的障害あり	単独で	—	—	—	—	—	1 (6.3)	—	—

表3 対人支援能力発達のための地域関係機関体験状況

人 (%)

	ベースライン (n=18)					最 終 (n=16)					
	挨拶・見学	事例紹介	連絡・調整	短期研修*	長期研修	就業**	挨拶・見学	事例紹介	連絡・調整	短期研修*	長期研修
都道府県関連	保健所 サービス担当課	10 (55.6)	1 (5.6)	2 (11.1)	2 (11.1)	0 (0.0)	12 (75.0)	1 (6.3)	5 (31.3)	2 (12.5)	0 (0.0)
	保健所 企画調整担当課	12 (66.7)	0 (0.0)	1 (5.6)	4 (22.2)	0 (0.0)	13 (81.3)	0 (0.0)	5 (31.3)	5 (31.3)	0 (0.0)
	福祉事務所	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	児童相談所	2 (11.1)	1 (5.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.3)	2 (12.5)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
	精神保健福祉センター	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)
市町村関連	市町村 保健部門・母子 成人 高齢者	4 (22.2)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (43.8)	3 (18.8)	4 (25.0)	0 (0.0)	1 (6.3)
	市町村 福祉部門	10 (55.6)	1 (5.6)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (81.3)	3 (18.8)	9 (56.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	市町村 住民窓口担当課	8 (44.4)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (75.0)	1 (6.3)	5 (31.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	在宅介護支援センター	7 (38.9)	1 (5.6)	4 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (56.3)	7 (43.8)	5 (31.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	訪問看護ステーション	4 (22.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (50.0)	1 (6.3)	3 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
在宅関連	デイケア・デイサービス部門	5 (27.8)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (50.0)	2 (12.5)	7 (43.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
	医療	5 (27.8)	0 (0.0)	1 (5.6)	1 (5.6)	0 (0.0)	6 (37.5)	2 (12.5)	2 (12.5)	1 (6.3)	0 (0.0)
地区	地区民生委員	3 (16.7)	0 (0.0)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	1 (6.3)	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	地区児童民生委員	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.3)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
学校	小学校	2 (11.1)	0 (0.0)	2 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (37.5)	1 (6.3)	5 (31.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
	中学校	1 (5.6)	0 (0.0)	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (25.0)	1 (6.3)	4 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

短期研修\*：2～3日から1～2週間程度の研修

就業\*\*：ジョブローテーションとしての配置転換

表4 新任者自己学習行動 自己評価結果

人 (%)

項 目	ベースライン (n=18)					最 終 (n=16)				
	A	B	C	D	無回答	A	B	C	D	無回答
1 自己のキャリア発達上の学習課題を設定できる	0 (0.0)	9 (50.0)	7 (38.9)	2 (11.1)	—	2 (12.5)	11 (68.8)	3 (18.8)	0 (0.0)	—
2 自己の段階的な目標を明確化できる	0 (0.0)	6 (33.3)	9 (50.0)	3 (16.7)	—	2 (12.5)	9 (56.3)	5 (31.3)	0 (0.0)	—
3 自己の目標到達状況を把握できる	0 (0.0)	6 (33.3)	7 (38.9)	4 (22.2)	1 (5.6)	2 (12.5)	8 (50.0)	6 (37.5)	0 (0.0)	—
4 自己の目標達成のための課題を把握し、修正しながら教育計画を遂行できる	0 (0.0)	2 (11.1)	10 (55.6)	6 (33.3)	—	1 (6.3)	6 (37.5)	8 (50.0)	1 (6.3)	—
5 対人支援のために書物や資料、ITを活用して学習ができる	4 (22.2)	7 (38.9)	7 (38.9)	0 (0.0)	—	6 (37.5)	10 (62.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	—
6 個別支援（家庭訪問）の記録を保健師の上司または指導者に提出し、指導を受ける	5 (27.8)	7 (38.9)	13 (72.2)	3 (16.7)	—	4 (25.0)	6 (37.5)	5 (31.3)	1 (6.3)	—
7 対人援助に関して、困難を感じたときに、先輩や上司の指導を積極的に受ける	6 (33.3)	9 (50.0)	3 (16.7)	0 (0.0)	—	7 (43.8)	7 (43.8)	2 (12.5)	0 (0.0)	—
8 対人援助に関して、困難を感じたときに、関係機関や援助チームのメンバーの指導を積極的に受ける	3 (16.7)	7 (38.9)	8 (44.4)	0 (0.0)	—	2 (12.5)	7 (43.8)	7 (43.8)	0 (0.0)	—
9 対人援助の評価について先輩や上司の指導を積極的に受ける	4 (22.2)	5 (27.8)	7 (38.9)	2 (11.1)	—	2 (12.5)	6 (37.5)	7 (43.8)	1 (6.3)	—
10 相互学習の機会に自主的に参加する	2 (11.1)	6 (33.3)	7 (38.9)	3 (16.7)	—	3 (18.8)	6 (37.5)	5 (31.3)	2 (12.5)	—
11 自己の職務遂行能力の評価ができる	1 (5.6)	5 (27.8)	10 (55.6)	2 (11.1)	—	1 (6.3)	5 (31.3)	10 (62.5)	0 (0.0)	—

A：できた（している） B：まあまあできた（まあまあしている）

C：あまりできなかった（あまりしていない） D：できなかった（していない）

表5-1 対人支援能力発達評価 項目別分布

人 (%)

項目	ベースライン (n=18)					最終 (n=16)				
	A	B	C	D	無回答	A	B	C	D	無回答
<b>個人家族のアセスメント：総合</b>										
1 個人の発達や疾病管理が主となる事例	0 (0.0)	2 (11.1)	13 (72.2)	3 (16.7)	—	1 (6.3)	12 (75.0)	3 (18.8)	0 (0.0)	—
2 家族関係の調整が必要な事例、心理社会的問題の大きい事例	0 (0.0)	1 (5.6)	10 (55.6)	7 (38.9)	—	0 (0.0)	2 (12.5)	14 (87.5)	0 (0.0)	—
3 チーム援助が必要でマネジメントを行う事例	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (66.7)	6 (33.3)	—	0 (0.0)	3 (18.8)	10 (62.5)	3 (18.8)	—
<b>母 子</b>										
1 基本的な事例（新生児等）	0 (0.0)	10 (55.6)	8 (44.4)	0 (0.0)	—	5 (31.3)	9 (56.3)	2 (12.5)	0 (0.0)	—
2 継続支援の必要な事例（障害児や保育場での問題がある児等）	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (61.1)	7 (38.9)	—	0 (0.0)	4 (25.0)	10 (62.5)	2 (12.5)	—
3 複雑な事例（虐待等）	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)	13 (72.2)	—	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (31.3)	11 (68.8)	—
<b>成 人</b>										
1 基本的な事例（健診の事後指導の事例等）、 疾病管理が安定している事例	2 (11.1)	11 (61.1)	5 (27.8)	0 (0.0)	—	8 (50.0)	8 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	—
2 行動変容が困難な事例	0 (0.0)	1 (5.6)	13 (72.2)	4 (22.2)	—	0 (0.0)	6 (37.5)	9 (56.3)	1 (6.3)	—
3 ターミナル期の事例	0 (0.0)	1 (5.6)	5 (27.8)	12 (66.7)	—	0 (0.0)	2 (12.5)	7 (43.8)	7 (43.8)	—
<b>高齢者</b>										
1 独居や健康な高齢者の事例	1 (5.6)	11 (61.1)	6 (33.3)	0 (0.0)	—	5 (31.3)	9 (56.3)	2 (12.5)	0 (0.0)	—
2 寝たきり等の事例	0 (0.0)	3 (16.7)	12 (66.7)	3 (16.7)	—	0 (0.0)	7 (43.8)	6 (37.5)	3 (18.8)	—
3 痴呆を伴う事例、ターミナル期の事例	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (44.4)	10 (55.6)	—	0 (0.0)	4 (25.0)	5 (31.3)	7 (43.8)	—
<b>精 神</b>										
1 回復期にある安定した事例	0 (0.0)	5 (27.8)	11 (61.1)	2 (11.1)	—	2 (12.5)	8 (50.0)	5 (31.3)	1 (6.3)	—
2 家族関係の調整が必要な複雑な事例	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (33.3)	12 (66.7)	—	0 (0.0)	1 (6.3)	9 (56.3)	6 (37.5)	—
3 多くの問題をもつ事例	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (11.1)	16 (88.9)	—	0 (0.0)	1 (6.3)	4 (25.0)	11 (68.8)	—
<b>感染症</b>										
1 結核等管理体制に則って支援する事例	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (55.6)	8 (44.4)	—	1 (6.3)	1 (6.3)	6 (37.5)	8 (50.0)	—
2 複雑な問題の事例（AIDS等）	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)	13 (72.2)	—	0 (0.0)	1 (6.3)	4 (25.0)	11 (68.8)	—
<b>難 病</b>										
1 病態の安定した事例	0 (0.0)	4 (22.2)	8 (44.4)	6 (33.3)	—	1 (6.3)	6 (37.5)	9 (56.3)	3 (18.8)	—
2 医療依存度が高い事例	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (44.4)	6 (33.3)	—	0 (0.0)	3 (18.8)	5 (31.3)	8 (50.0)	—
3 状態が不安定な在宅の事例、ターミナル期の事例	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (16.7)	15 (83.3)	—	0 (0.0)	2 (12.5)	2 (12.5)	12 (75.0)	—
<b>個人家族の支援計画立案：総合</b>										
1 基本的な簡単な事例	0 (0.0)	12 (66.7)	4 (22.2)	2 (11.1)	—	6 (37.5)	10 (62.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	—
2 個人家族の課題解決のためにチームでのケアの調整計画	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (72.2)	5 (27.8)	—	0 (0.0)	4 (25.0)	11 (68.8)	0 (0.0)	1 (6.3)
<b>個人家族への健康相談：総合</b>										
1 頻出課題については相談の場で健康課題を抽出し、相談できる	0 (0.0)	11 (61.1)	5 (27.8)	2 (11.1)	—	6 (37.5)	9 (56.3)	1 (6.3)	0 (0.0)	—
2 複雑な問題に対し、継続の判断と支援ができる	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (61.1)	7 (38.9)	—	0 (0.0)	4 (25.0)	10 (62.5)	2 (12.5)	—
<b>個人家族への在宅での援助：総合</b>										
1 保健師が単独で支援できる課題	0 (0.0)	6 (33.3)	10 (55.6)	2 (11.1)	—	7 (43.8)	6 (37.5)	3 (18.8)	0 (0.0)	—
2 他機関、他職種との連携の下に行う在宅支援	0 (0.0)	0 (0.0)	12 (66.7)	6 (33.3)	—	0 (0.0)	3 (18.8)	13 (81.3)	0 (0.0)	—