

- 連. 北海道公衛誌, 16 (2), 50-55 (2003)
- 20) 近森栄子: 特集・保健婦にとっての研究 保健婦と研究活動. 保健婦雑誌, 54 (10) 増刊, 778-783 (1998)
- 21) Patricia Benner: ベナー看護論 達人ナースの卓越性とパワー (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳). 医学書院, 東京, 1992

著者への通信先: 大野昌美, 〒920-0942 石川県金沢市小立野5-11-80 金沢大学医学部保健学科

TEL 076-265-2577 FAX 076-234-4363

E-mail: masami@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

Reprint request to : Masami Ohno, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University,
5-11-80, Kodatsuno, Kanazawa, Ishikawa, 920-0942, Japan

原著

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 —

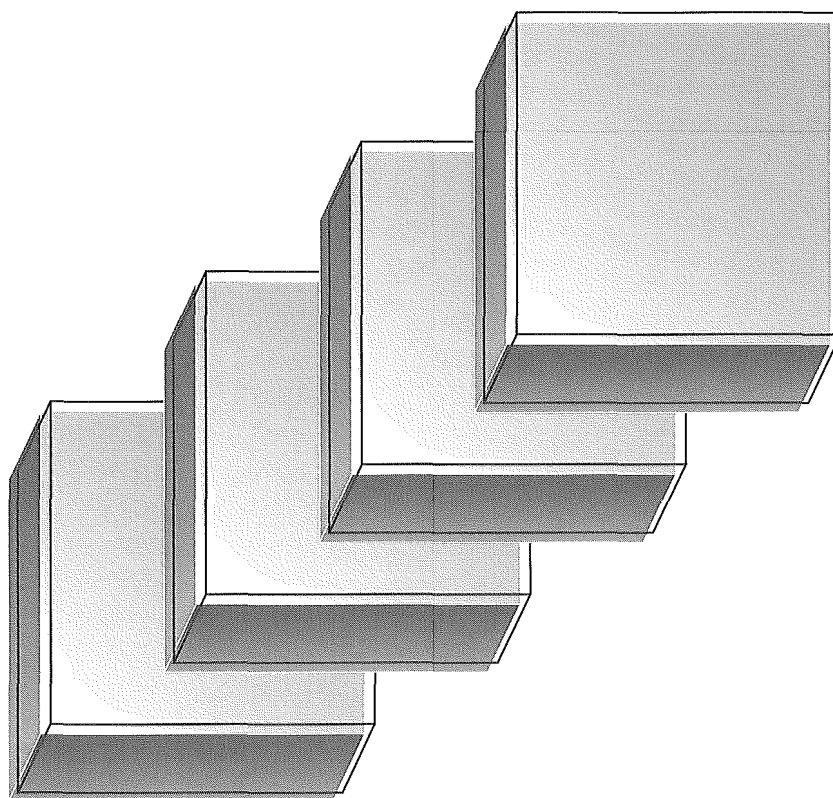
Development of Competences in Public Health Nurses

佐伯 和子
Kazuko Saeki

和泉比佐子
Hisako Izumi

宇座美代子
Miyoko Uza

高崎 郁恵
Humie Takasaki



日本地域看護学会

JACHN

Japan Academy of Community Health Nursing

日本地域看護学会誌 Vol. 7, No. 1 September, 2004 別刷

また、メイクアップをとりあげて、介護者・被介護者の両者が生活の中で生きがいを持ち、生活の質を高めるように考えている。

フロアD：学校保健の経験から、養護教諭の立場というのは、外部との連携のとりかたが難しい。現在、大学の教員の立場で、市区内全体の全養護教諭・保健主事の会議で年度計画を立て、校長・教頭とさらに心の健康担当の教諭と交流ができ、年に1回の報告をまとめる手伝いやコーディネート役を果たしている。大学教員は研究活動だけでなくこのような役割も重要と考える。

フロアE：産業保健・企業での経験から発言したい。中小企業、50人未満の事業所に働く人々が約6割といわれ、看護職がない場合、特に行政・地域の看護職との連携が必要となる。

また、現場では教育プログラムにエビデンスが少ないことで、試みはされているけれど効果ははっきりしていないことが多い。そのエビデンスをもつことと同時に、管理監督者の気づきが健康づくりを発展させることが多いため、管理監督者の知識・スキル教育を、職場に負担をかけない効果的プログラムとして看護職が継続していくことが必要である。

さらに安全衛生委員会に看護職の参加機会が少ないので、企業の中に看護職を位置づけ参加を明示する必要があるだろう。また、定年退職前の健康教育も重要で、いろいろな疾患のリスク排除よりも、それ以前に対応することが必要である。

荒木田：学校に行っている子どもの親は、学校の保護者という立場でも、産業の場でも関わるができる。さまざまな領域が統合してプログラムを設けることで、家族のふれあいを重視した活動を進めていけないかと考える。また、日本看護協会などでも各領域の看護職連携のことをお互いに知らない状況がある。お互いに知る機会を設けていくことも大事である。

まとめ

今回、学校・産業・行政・在宅の各領域での心の健康問題について、その予防的対応が個々の領域内で実施されると同時に、領域を越えて、連携した活動が試みられ展開されている状況においての課題が討議された。またその連携を推進するためには、心のヘルスプロモーションについて、その必要性を担当者、当事者等が理解し共有して取り組むことの大切さが実践経験を通して提言された。つまりこのシンポジウムでは、人々の心のヘルスプロモーションに寄与できる地域看護活動方法とそのプロセスを話し合うことができたと考える。

今後、社会活動の進展に伴って、学校・産業・行政・在宅の各領域における心のヘルスプロモーションの進め方は多様化すると思うが、人々の生活の基盤における共通性をもとに各領域の連携を深め、多様な方法論を展開し地域看護活動を進めていくためのきっかけになればと思う。

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 —

Development of Competences in Public Health Nurses

佐伯 和子¹⁾
Kazuko Saeki

和泉比佐子²⁾
Hisako Izumi

宇座美代子³⁾
Miyoko Uza

高崎 郁恵⁴⁾
Humie Takasaki

行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達の実態を明らかにすることを目的とした。4県の行政機関の保健師3,024人を対象に質問紙による郵送調査を行い、1,829人の回収のうち有効回答1,614人(53.4%)の分析を行った。専門職務遂行能力は、「対人支援能力」(個人家族支援, 方法としての集団支援)と「地域支援および管理能力」(地域活動, 施策化, 管理教育)で構成される尺度を用い、自己評価により測定した。

保健師の専門職務遂行能力の自己評価は、経験とともに高くなっていった。「対人支援能力」は新任期に大きく伸び、中堅期以降は緩やかな発達であった。「地域支援および管理能力」のうち、地域活動は「対人支援能力」と同様な発達傾向を示し、施策化および管理教育は経験とともにほぼ緩やかな発達を続けていた。自己評価は、「対人支援能力」の項目が「地域支援および管理能力」の項目よりも高かった。新任期、前期中堅期、後期中堅期、ベテラン期の比較では、4群間に有意な差が認められた。

以上のことから、保健師の専門職務遂行能力の発達の実態に基づき、段階を追った継続教育のプログラムとして、「対人支援能力」は新任期に、「地域支援および管理能力」のうち施策化は後期中堅期に重点が置かれることが適切と考えられた。

キーワード：保健師, キャリア発達, 専門職務遂行能力, 継続教育

Establishment of systematic continuing education programs based on actual competence is needed. This study aimed to clarify practical competence for public health nurses.

Public health nurses working for local governments in four prefectures were provided with self-administrated questionnaires by mail. A total of 3,024 questionnaires were delivered and 1,829 responses were obtained, of which 1,614 (53.4%) were analyzed.

The practical competence scale consisted of interpersonal health care competence (IHCC) and community health care and administrative competence (CHCAC). IHCC included "individual and family support" and "means of group support". CHCAC included in "community activities", "policy-making" and "administrative and educational performance". Practical competence developed with career novice. IHCC developed rapidly in beginner nurses, and gradually after that. For CHCAC, "community activities" developed in a manner similar to IHCC. "Policy-making" and "administrative and educational performance" developed slowly with experience. The nurses evaluated IHCC items higher than CHCAC items. The self-evaluated average of practical competence differed significantly in four career groups.

From these results, we consider that, in systematic continuing educational programs for public health nurses, developing IHCC is important for novice nurses, and developing policy-making competence is for middle-level nurses.

Key words : public health nurses, career development, competence, continuing education

Received : September 19, 2003

Accepted : July 12, 2003

1) 金沢大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

2) 札幌医科大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

3) 琉球大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Ryukyus

4) 北陸電力 Hokuriku Electric Power Company

I. 緒言

時代の変化に対応しながら、長い職業人生を送るためには、継続的なキャリア開発が重要である。保健師の基礎教育は大学において行われるようになり、保健師看護師統合カリキュラムにおける公衆衛生看護の縮小化がいられている¹⁾。さらに、新卒者の実践能力は未熟で、実践に従事するには不十分なことが指摘されている²⁾³⁾。

また、地方分権の推進に伴い、行政機関に勤務する職員には施策化能力が求められるようになってきた。

基礎教育の変化および行政組織の変革により、行政機関に勤務する保健師の現任教育は重要な課題となっている。都道府県を単位とした現任研修会のプログラムの開発は行われてきたが^{4)~6)}、系統的実践的な継続教育のプログラムの提示は未確立な状態である。

Scheinは、キャリア開発は時の経過に伴う個人と組織の相互作用に焦点があると述べている⁷⁾。職業人としてのキャリア発達は、組織と個人の相互作用および個人の発達の要因が重要であるといえる。猪下は看護職のキャリア意識は30歳前後を境に変化し、キャリア形成促進条件として継続年数、責任の増加、専門性や能力の自覚をあげている⁸⁾。

キャリア開発を検討するにあたり、キャリア発達の実態を明らかにすることが重要である。そこで、本研究ではキャリア発達の実態を専門職務遂行能力の観点から検討することとし、専門職務遂行能力をベースにした継続教育のプログラムの構築をめざして、行政機関に働く保健師の実践に必要な能力の発達の実態を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 対象

4都道府県(以下、県とする)の行政機関に働く保健師全員を対象とした。保健師集団の経験年数構成を把握し、経験年数別の専門職務遂行能力の発達の実態を詳細に検討することを意図して、全数を対象とした。都道府県選定の理由は、地理的なばらつきを考慮し、全対象の中に大都市と農山村部が含まれることを条件とした。

2. データ収集方法

調査票の送付と回収は2001年3月から11月に行った。調査票の送付は職場単位に郵送で配布し、回収は協力の得られた個人単位とし、郵送にて直接大学宛に返送することとした。一部、個人で厳封のうえ、職場単位で返送された。配布数はA県1,860、B県441、C県373、D県350で総計3,024であった。回収はA県1,133、B県285、C県209、D県202であり、有効回答はA県1,006(54.1%)、B県245(55.6%)、C県177(47.5%)、D県186(53.1%)で、総計1,614(53.4%)であった。回収した調査票のうち、保健師経験11年以上で専門職務遂行能力の自己評価のすべての項

目に不十分と回答した者2名、フェイスシートに記入漏れがあった者は無効とした。

調査内容は個人属性および専門職務遂行能力であった。専門職務遂行能力は「保健師の専門職務遂行能力の自己評価」⁹⁾を用いた。この尺度は日常業務を支障なく行えるかを基準として、「不十分」を1、「十分」を4とする4件法で測定するものであり、8項目の「対人支援能力」と12項目の「地域支援および管理能力」の2つの能力で構成されている。「対人支援能力」は個人家族への支援、方法としての集団支援の2つを内容とし、「地域支援および管理能力」は地域活動、施策化、管理教育の3つを内容としている。尺度は内的整合性を示す α 係数が全20項目では0.96で、信頼性は検証されていた。

3. データ分析方法

分析にあたり、標本集団の同質性について一元配置分散分析で検討を行ったうえで、能力に関連する内容のため倫理的な配慮を行い、4県の標本を合わせて分析することとした。

専門職務遂行能力の自己評価は、経験年数別に検討することとし、新任期(1~5年)、前期中堅期(6~10年)、後期中堅期(11~20年)、ベテラン期(21年以上)の4つの経験年数群とした⁹⁾。専門職務遂行能力の発達は、まず「対人支援能力」、「地域支援および管理能力」の2つの能力について、全体を通して各群ごとに自己評価の変化を分析した。専門職務遂行能力は5年ごとの平均値を示し、新任期に関しては1年ごとの平均値を示した。5年ごとの経験年数別の自己評価の変化を比較する際に、標本数の少ない経験年数31年以上をまとめて処理した。

次に、4つの経験年数群を一元配置分散分析を用いて比較した。群間比較はノンパラメトリック検定が可能な方法としてBonferroniの検定を用いて多重比較を行った¹⁰⁾。経験年数群別の「対人支援能力」と「地域支援および管理能力」の比較はt検定を行った。統計解析はSPSS ver.11を用いた。

4. 倫理的配慮

調査の実施にあたっては、県庁および政令市の所管課または保健所の所管担当者、市町村保健師の研修を担当する機関に、調査の概要を説明し、調査の実施についての了解を得た。

対象者個人のプライバシー保護および調査への参加の任意性を保証するため、回収は個人単位で、直接大学あてに郵送とした。固有名詞(都道府県名・市町村名・個人名)が特定されないように配慮した。県単位の結果を公表する場合には、事前に協議し、了解を得ることを県の主管課から求められ、その手続きをとることとした。研究結果は、協力機関の必要に応じて研究者より提供し、継続教育に活用することとした。

表1 回答者の概要

| | | 全体 N = 1,614 | | 新任期 n = 551 | | 前期中堅期 n = 341 | | 後期中堅期 n = 426 | | ベテラン期 n = 296 | |
|-------|-------|-----------------|--------|----------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | | 人数 | (%) | 人数 | (%) | 人数 | (%) | 人数 | (%) | 人数 | (%) |
| 年 齢 | 22～29 | 587 | (36.4) | 476 | (86.4) | 111 | (32.6) | 0 | (0) | 0 | (0) |
| | 30～39 | 524 | (32.5) | 72 | (13.1) | 214 | (62.8) | 238 | (55.9) | 0 | (0) |
| | 40～49 | 360 | (22.2) | 3 | (0.5) | 13 | (3.8) | 182 | (42.7) | 162 | (54.7) |
| | 50～ | 143 | (8.9) | 0 | (0) | 3 | (0.9) | 6 | (1.4) | 134 | (45.3) |
| 勤務自治体 | 都道府県 | 350 | (21.7) | 62 | (11.3) | 61 | (17.9) | 116 | (27.2) | 111 | (37.5) |
| | 市町村 | 1,264 | (78.3) | 489 | (88.7) | 280 | (82.1) | 310 | (72.8) | 185 | (62.5) |
| 所属部門 | 保健 | 1,302 | (80.7) | 499 | (90.6) | 285 | (83.6) | 319 | (74.9) | 199 | (67.2) |
| | 福祉 | 219 | (13.6) | 36 | (6.5) | 47 | (13.8) | 73 | (17.1) | 63 | (21.3) |
| | その他 | 93 | (5.7) | 16 | (3.0) | 9 | (2.7) | 34 | (8.0) | 34 | (11.5) |
| 職 位 | 役職なし | 1,161 | (71.9) | 548 | (99.5) | 306 | (89.7) | 258 | (60.6) | 49 | (16.6) |
| | 係長 | 399 | (24.7) | 2 | (0.4) | 32 | (9.4) | 165 | (38.7) | 200 | (67.6) |
| | 課長以上 | 54 | (3.3) | 1 | (0.2) | 3 | (0.9) | 3 | (0.7) | 47 | (15.9) |
| 保健師教育 | 養成所 | 1,391 | (86.2) | 420 | (76.2) | 307 | (90.0) | 387 | (90.8) | 277 | (93.6) |
| | 短大 | 105 | (6.5) | 43 | (7.8) | 24 | (7.0) | 25 | (5.9) | 13 | (4.4) |
| | 大学 | 118 | (7.3) | 88 | (16.0) | 10 | (2.9) | 14 | (3.3) | 6 | (2.0) |

III. 結果

1. 対象の概要

回答者の概要は表1のとおりである。平均年齢は35.1 ± 9.2歳であった。職業経験では、保健師経験年数は、1～5年(新任期)が551人(34.1%)、6～10年(前期中堅期)が341人(21.1%)、11～20年(後期中堅期)が426人(26.4%)、21年以上(ベテラン期)が296人(18.3%)であった。5年以下の経験年数の少ない者が約1/3であった。職位は、役職なしが1,161人(71.9%)であった。勤務自治体は、都道府県が350人(21.7%)、市町村が1,264人(78.3%)で、約8割が市町村保健師であった。勤務部門は、保健部門1,302人(80.7%)、福祉部門219人(13.6%)で、約8割が保健部門の所属であった。

経験年数群でみると、経験年数の長い群ほど、都道府県勤務の割合が高い、福祉部門に所属する割合が高い、役職者の割合が高い、養成所卒業者の割合が高い、という特徴がみられた。

2. 専門職務遂行能力の経験年数群別発達

専門職務遂行能力20項目について、5年ごとの経験年数別に分析したものが図1である。図2は新任期の1年ごとと前期中堅期を示している。

1) 対人支援能力

個人家族への支援はどの項目も4年目までは急激な伸びを示し、4年目から5年目にかけては緩やかな発達であった。前期中堅期から後期中堅期、ベテラン期にかけて緩やかに伸びているが、援助の評価の項目では31年目以降やや下降傾向にあった。

方法としての集団支援では、新任期の2年目から3年目にかけて伸びは停滞するが、健康教育の実施は4年目まで、残りの2項目は5年目まで急激な伸びを示していた。前期中堅期は5年目の平均値と比べると、アセスメントと援助

プログラム立案でやや低下がみられた。後期中堅期は、前期中堅期から引き続いて緩やかな伸びがみられた。ベテラン期は26～30年目をピークに、31年目以降は集団のアセスメントが下降傾向であった。

2) 地域支援および管理能力

地域活動は、新任期は2年目から3年目で一時停滞傾向を示し、その後5年目まで急激な伸びを示していた。前期中堅期は、5年目の平均値と比較すると、集団援助の評価と事業評価は低下していた。後期中堅期は、6項目とも明確に伸びを示していた。ベテラン期は、セルフヘルプグループ支援、集団援助の評価、事業計画立案の3項目においては、26～30年目をピークに、31年目以降平均値は低下していた。

施策化では、新任期は5年間に確実に伸びはみられたが、2年目から3年目にかけて停滞していた。前期中堅期は5年目の平均値と比較すると、施策評価でやや低下がみられ、システム構築はわずかに上昇していた。後期中堅期は前期中堅期から3項目とも伸びが認められた。ベテラン期は3項目とも20年目以降伸びが明確にみられた。

管理教育では、新任期はチーム管理が最も低く、次いで研究、後輩育成の順であった。5年間の変化をみると、後輩育成は急激な伸びを示し、チーム管理と研究は2年目から3年目にかけてやや停滞し、その後緩やかに伸びていた。前期中堅期は5年目の平均値と比較すると、ほとんど横ばい状態であった。後期中堅期は、研究は緩やかな伸びを示し、後輩育成とチーム管理は明確に伸びがみられた。ベテラン期は特にチーム管理の伸びが大きかった。

3. 経験年数群別の比較

経験年数群別の平均点は表2に示した。

1) 対人支援能力

個人家族への支援は、新任期の平均値は2.24から2.56、前期中堅期は2.61から2.90、後期中堅期は2.77から3.06、

行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達

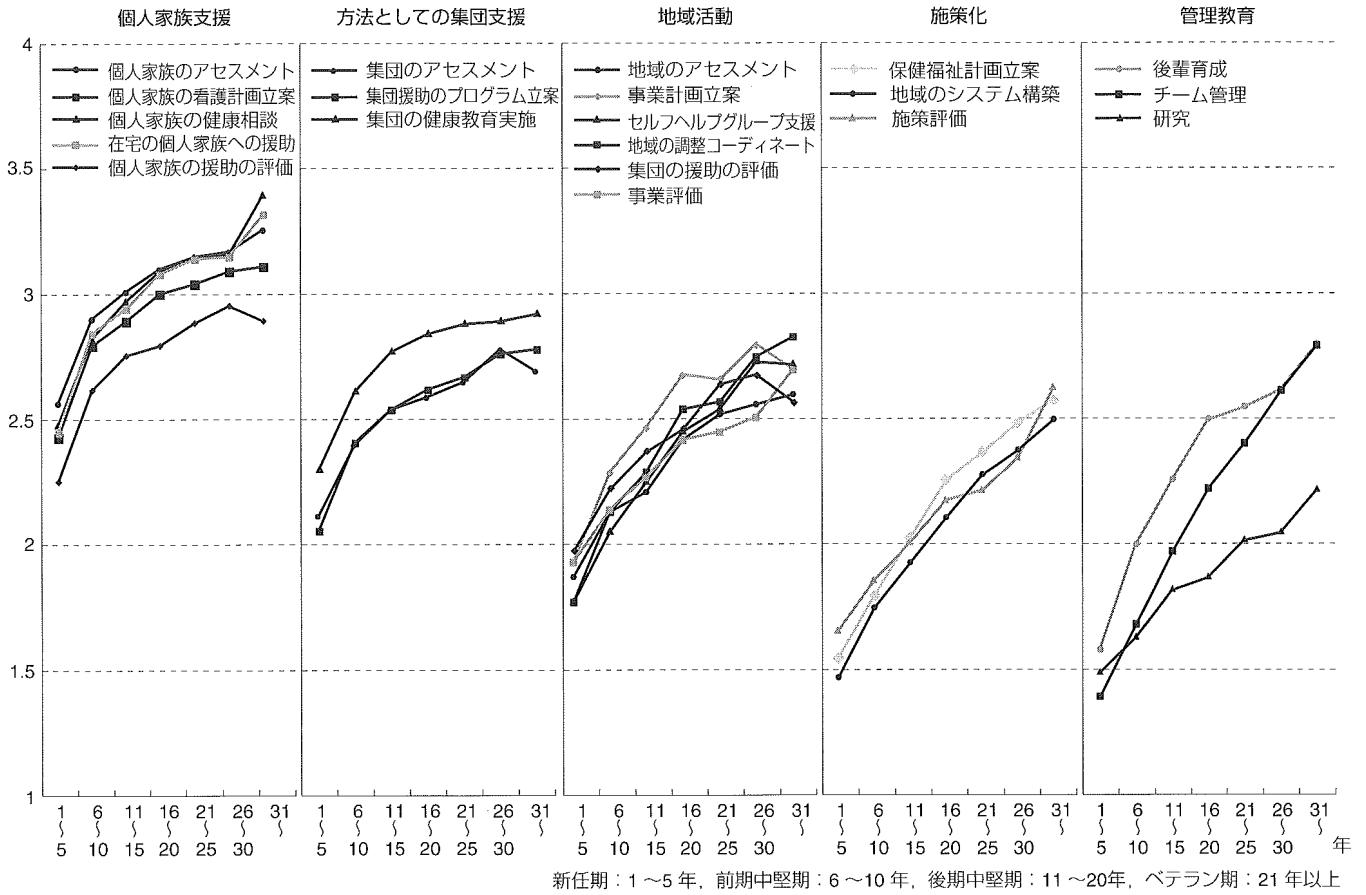


図1 専門職務遂行能力(全体)

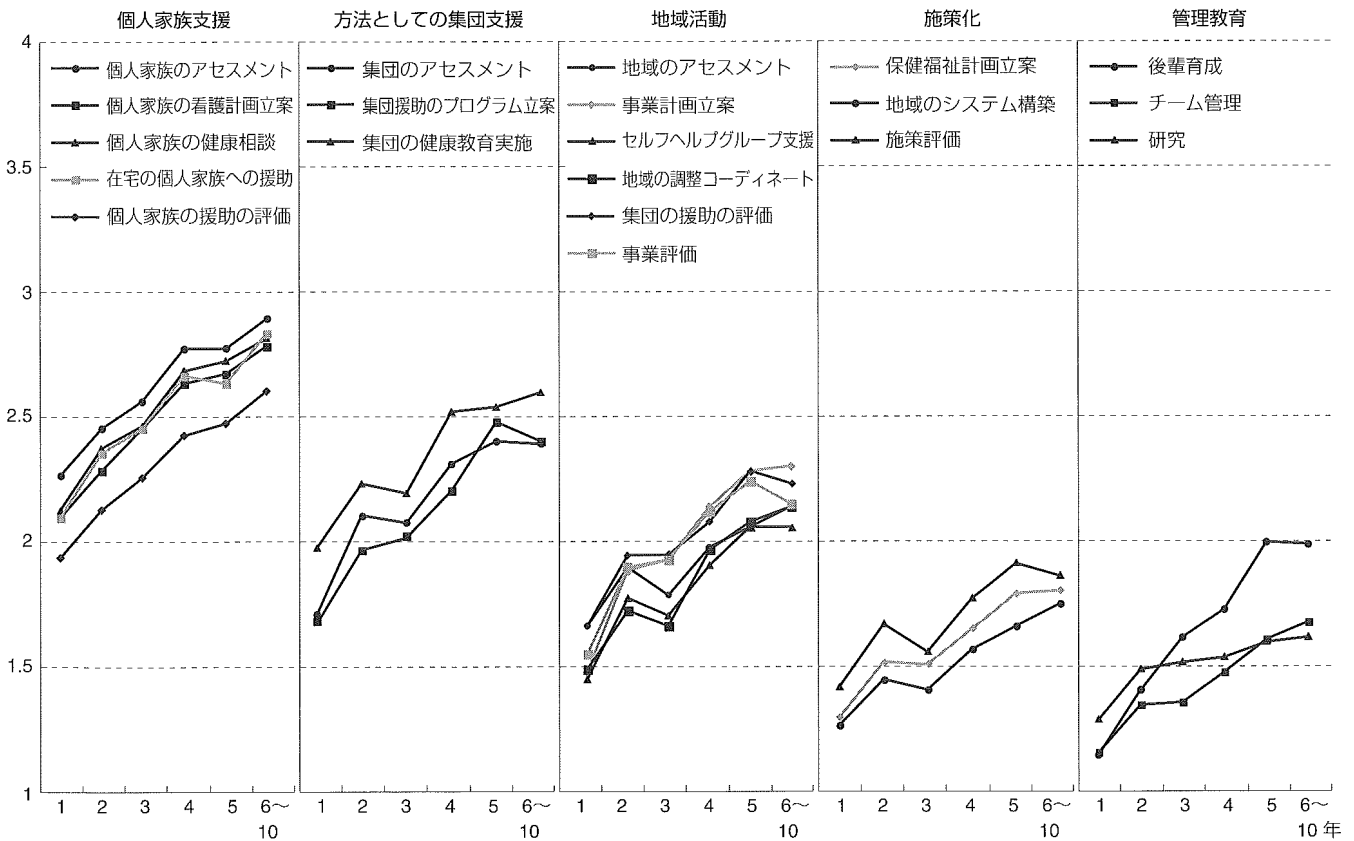


図2 専門職務遂行能力(新任期と前期中堅期)

表2 経験群別専門職務遂行能力(平均値)

| | | 全体 | 新任期 | 前期中堅期 | 後期中堅期 | ベテラン期 | 一元配置 分散分析 | 多重比較 [#] | | | | |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-------------------|-----|-------|-------|-------|
| | | N = 1,614 | n = 551 | n = 341 | n = 426 | n = 296 | | F値 | 新任期 | 前期中堅期 | 後期中堅期 | ベテラン期 |
| | | 平均値±SD | 平均値±SD | 平均値±SD | 平均値±SD | 平均値±SD | F値 | | | | | |
| 対人支援能力 | | | | | | | | | | | | |
| 個人 家族 への 支援 | 個人家族のアセスメント | 2.28 ± .75 | 2.56 ± .75 | 2.90 ± .71 | 3.06 ± .69 | 3.18 ± .68 | 61.78 *** | | * | | * | |
| | 個人家族の看護計画立案 | 2.76 ± .78 | 2.42 ± .75 | 2.79 ± .77 | 2.94 ± .72 | 3.07 ± .69 | 64.65 *** | | * | | * | |
| | 個人家族の健康相談 | 2.82 ± .76 | 2.47 ± .76 | 2.82 ± .70 | 3.03 ± .69 | 3.19 ± .63 | 83.86 *** | | * | | * | * |
| | 在宅の個人家族への援助 | 2.81 ± .77 | 2.44 ± .77 | 2.84 ± .72 | 3.01 ± .70 | 3.17 ± .65 | 84.06 *** | | * | | * | * |
| | 個人家族の援助の評価 | 2.58 ± .79 | 2.24 ± .74 | 2.61 ± .78 | 2.77 ± .74 | 2.91 ± .71 | 67.17 *** | | * | | * | |
| 方法 として の 集団 支援 | 集団のアセスメント | 2.40 ± .77 | 2.11 ± .76 | 2.39 ± .69 | 2.56 ± .74 | 2.70 ± .73 | 50.51 *** | | * | | * | |
| | 集団の援助プログラム立案 | 2.38 ± .79 | 2.05 ± .79 | 2.40 ± .72 | 2.57 ± .74 | 2.71 ± .71 | 65.50 *** | | * | | * | |
| | 集団の健康教育実施 | 2.60 ± .82 | 2.29 ± .83 | 2.60 ± .77 | 2.80 ± .76 | 2.88 ± .71 | 51.59 *** | | * | | * | |
| 地域支援および管理能力 | | | | | | | | | | | | |
| 地域 活動 | 地域のアセスメント | 2.17 ± .75 | 1.87 ± .71 | 2.13 ± .70 | 2.31 ± .70 | 2.55 ± .73 | 67.12 *** | | * | | * | * |
| | 事業計画立案 | 2.32 ± .81 | 1.93 ± .77 | 2.29 ± .75 | 2.58 ± .72 | 2.72 ± .72 | 96.4 *** | | * | | * | |
| | セルフヘルプグループ支援 | 2.14 ± .82 | 1.77 ± .75 | 2.05 ± .72 | 2.35 ± .79 | 2.64 ± .76 | 100.13 *** | | * | | * | * |
| | 地域の調整コーディネート | 2.18 ± .81 | 1.77 ± .74 | 2.13 ± .76 | 2.42 ± .75 | 2.68 ± .66 | 119.16 *** | | * | | * | * |
| | 集団の援助の評価 | 2.26 ± .77 | 1.97 ± .72 | 2.22 ± .73 | 2.41 ± .74 | 2.65 ± .73 | 63.51 *** | | * | | * | * |
| 施策 化 | 事業評価 | 2.19 ± .77 | 1.93 ± .76 | 2.14 ± .73 | 2.34 ± .72 | 2.51 ± .72 | 47.81 *** | | * | | * | * |
| | 保健福祉計画立案 | 1.91 ± .75 | 1.54 ± .63 | 1.79 ± .67 | 2.14 ± .69 | 2.44 ± .71 | 137.83 *** | | * | | * | * |
| | 地域のシステム構築 | 1.82 ± .72 | 1.46 ± .59 | 1.74 ± .63 | 2.01 ± .69 | 2.34 ± .68 | 139.19 *** | | * | | * | * |
| 管理 教育 | 施策評価 | 1.93 ± .72 | 1.65 ± .67 | 1.85 ± .68 | 2.08 ± .66 | 2.32 ± .72 | 71.74 *** | | * | | * | * |
| | 後輩育成 | 2.06 ± .83 | 1.57 ± .70 | 1.99 ± .72 | 2.37 ± .76 | 2.61 ± .69 | 170.87 *** | | * | | * | * |
| | チーム管理 | 1.85 ± .80 | 1.39 ± .58 | 1.68 ± .68 | 2.09 ± .74 | 2.54 ± .73 | 215.13 *** | | * | | * | * |
| | 研究 | 1.71 ± .70 | 1.48 ± .65 | 1.62 ± .68 | 1.84 ± .68 | 2.05 ± .68 | 53.43 *** | | * | | * | * |

*多重比較は Bonferroni の方法を用いた

経験とともに平均値は高くなっているため、隣接群との比較結果のみを記載した

*** p < 0.001

* p < 0.05

ベテラン期では2.91から3.19であった。4群の比較では有意な差が認められ(p < 0.001)、多重比較では、後期中堅期までは全項目で群間に差が認められたが(p < 0.05)、後期中堅期とベテラン期で差が認められたのは2項目であった。

方法としての集団支援では、新任期の平均値は2.05から2.29、前期中堅期は2.39から2.60、後期中堅期は2.56から2.80、ベテラン期は2.70から2.88であった。4群の比較では有意な差が認められ(p < 0.001)、群間の多重比較では後期中堅期までは群間に差が認められたが(p < 0.05)、後期中堅期とベテラン期では有意な差はなかった。

2) 地域支援および管理能力

地域活動は、新任期では平均値は1.77から1.97、前期中堅期は2.05から2.29、後期中堅期は2.31から2.58、ベテラン期は2.51から2.72であった。4群の比較では有意差が認められ(p < 0.001)、群間の多重比較では、事業計画立案以外の5項目ですべての群間に有意な差がみられた(p < 0.05)。

施策化は、新任期は1.46から1.65、前期中堅期は1.79から1.85、後期中堅期は2.01から2.14、ベテラン期は2.32から2.44であった。4群の比較では有意差が認められ(p < 0.001)、群間の多重比較では、すべての群間に有意な差がみられた(p < 0.05)。

管理教育は、新任期は1.39から1.57、前期中堅期は1.62から1.99、後期中堅期は1.84から2.37、ベテラン期は2.05

から2.61であった。4群の比較では有意差が認められ(p < 0.001)、群間の多重比較では、すべての群間に有意な差がみられた(p < 0.05)。

3) 専門職務遂行能力の比較

専門職務遂行能力の自己評価の平均値は、すべての経験年数群において「対人支援能力」のほうが「地域支援および管理能力」よりも自己評価が高かった(p < 0.001)。

IV. 考察

1. 専門職務遂行能力の発達

保健師の専門職務遂行能力は、著しい上昇期、緩やかな上昇期、停滞期、下降期がみられた。

「対人支援能力」は新任期に著しい伸びを示し、その後は緩やかに発達をし、31年目以降やや下降傾向であった。これは、専門職務遂行能力が現在の職務を遂行するための能力を測定したものであるため、日常的に関わりの少ない業務の評価が低かったと考えられる。

「地域支援および管理能力」のうち地域活動は、自己評価は対人支援よりも低かったが、「対人支援能力」と同様の傾向であった。施策化と管理教育の自己評価は低かったが、職業経験を通して緩やかに発達していた。これは、実際に日常的に行っている業務の能力は維持向上しているため、自己評価でも上昇がみられたと考えられる。つまり、職務として必要な業務の能力は継続して発達していたといえる。

表3 保健師の継続教育の重点課題

| 段 階 | 対人支援能力 | 地域支援および管理能力 | |
|-------------------|--|--|---------------|
| 新任期 (1～5年) | 個人家族のアセスメント 個人家族の看護計画立案 個人家族の健康相談 在宅での個人家族への援助 個人家族への援助の評価 集団のアセスメント 集団の健康教育実施 | 地域のアセスメント | |
| 前期中堅期 (6～10年) | 集団のアセスメント 集団援助のプログラム立案 集団の健康教育実施 | 地域のアセスメント 事業計画立案 事業評価 地域の調整コーディネート セルフヘルプグループへの支援 集団援助の評価 | 研究 |
| 後期中堅期 (11～20年) | | 保健福祉計画立案 施策評価 地域のシステム構築 | 研究 後輩育成 |
| ベテラン期 (21年以上) | | 保健福祉計画立案 施策評価 地域のシステム構築 | 後輩育成 チーム管理 |

重要性大

重 要

新任期や前期中堅期にみられた停滞は、一般的な学習曲線にみられるプラトー(高原状態)といえる。初期の体得期を経て足踏み状態がおきており、この時期を乗り越えることで、より上級の知識や技術を定着させることができる¹¹⁾。

2. 経験年数群別の発達と継続教育の課題

新任期の専門職務遂行能力の実態をみると、1年目の自己評価はどの項目においても非常に低かったことから、業務に対する自信のなさを示していると推察される。これは、基礎教育での実習等の体験の少なさが自信のなさに影響し、自己評価を低くしていると推察される。しかしながら、チーム管理と研究を除く他の項目において、5年間で著しい伸びが認められ、実践の場における経験の重要性を示しているといえる。この時期の課題としては、特に個人家族への支援能力を高めることであると考えられる。そして、新任期、特に自己評価の低い3年目までは十分なサポート体制が必要と考える。

前期中堅期の専門職務遂行能力の実態では、方法としての集団支援や地域活動の項目で、5年目よりも自己評価の低い項目があった。この時期は、個人や家族への支援から視点を広げ、事業のためのアセスメント、企画、実施、評価を、実践しながら学習する時期であり、実施の困難さを実感することで自己評価が下がったと推察される。そして、この実感を持った体験が次への成長の動機づけになると考えられる。したがって、これらの体験を肯定的にフォローし、サポートする継続教育が必要である。その内容としては、「対人支援能力」の方法としての集団支援に関すること、「地域支援および管理能力」の地域活動に関することがあげられる。

後期中堅期は、順調な発達を示しており、地域活動、施策化とチーム管理の項目で自己評価の伸びがみられた。このことから、施策化に関する能力については、この時期を対象に能力開発を行うことが適当と考えられる。

ベテラン期は、他の経験年数群との比較において、どの項目でも最も高い自己評価を示していたが、31年以降は対人支援、地域活動の項目で低下傾向を示していた。また、管理能力に関する項目と保健福祉計画の立案および施策評価は、職業生涯を通して発達していた。管理的立場にある保健師の「地域支援および管理能力」の向上は、以前の調査¹²⁾でも指摘されており、ベテラン期は行政職としての能力と管理者としてリーダーシップを発達させることが緊要である。

3. 継続教育への提言

専門職務遂行能力の自己評価はおおむね経験とともに高くなり、経験とともに発達していたといえる。したがって、専門職務遂行能力の発達を検討するにあたっては、経験年数群ごとにその課題を検討することの重要性が再確認された。保健師の専門職務遂行能力の発達を促進するためには、能力に合わせた継続教育プログラムが必要である。また、保健師の継続教育の課題として、教育内容を体系化することが期待されている。

そこで、保健師の自己評価の結果をもとに考察したことをふまえ、長期の職業生涯を見通して、経験年数群別の課題を設定して継続教育プログラムを検討した。各期の継続教育の重点課題を表3のように考えた。新任期は、職業生涯にわたる基盤を形成する時期であり、保健師活動の基盤となる「対人支援能力」の育成を重点課題とした。前期中堅

文献

期は、「対人支援能力」の中でも特に方法としての集団支援、「地域支援および管理能力」の地域活動の内容を重点課題とした。後期中堅期は、「地域支援および管理能力」の中でも施策化を、ベテラン期は管理教育を重点課題とした。

教育方法に関しては、これらの職務遂行能力は保健師が日常活動として実践しているものであり、教育の導入としては研修が重要であるが、その後は職場内での実践を通しての教育が重要である¹³⁾。

教育内容の検討では、変化の激しい時代であることを念頭に置く必要がある。つまり、職務遂行能力の向上に向けて単に知識や技術を行使できる能力を獲得するだけではなく、課題探求を行いながら発展していける人材育成を行うことである。その例として、米国の公衆衛生の継続教育プログラムや、あるリーダーシッププログラムでは、知識や技術を付与するのではなく、思考スキル能力に焦点が当てられ、自己啓発に重点が置かれている¹⁴⁾¹⁵⁾。したがって、経験年数別の継続教育のプログラムの構築にあたっては、技術とともに思考能力の向上を意図した内容になるよう検討する必要がある。

4. 研究の限界と今後の課題

現任教育のプログラムを検討するためには、地域性や職場環境などの違いによる職務遂行能力の発達の実態を明らかにするとともに、専門職務遂行能力の発達に関連する要因を検討する必要がある。

謝辞：調査にあたりお忙しいなかをご協力いただいた保健師の皆様へ感謝申し上げます。本研究を行うにあたりご指導いただいた東京大学大学院医学系研究科村嶋幸代教授に深く感謝申し上げます。

- 1) 平野かよ子：これからの公衆衛生看護のあり方。公衆衛生研究 49(2) : 116-123, 2000
- 2) 四方雅代・佐伯和子：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, 2003
- 3) 地域保健従事者資質向上検討会のための調査研究委員会編：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, 2003
- 4) 湯澤布矢子：地域における保健婦現任教育プログラム開発に関する研究。平成8年度厚生科学研究報告書, 1997
- 5) 金子仁子：都道府県・指定都市における保健婦の段階別研修に関する実態調査。保健婦雑誌 50(9) : 737-742, 1994
- 6) 金子仁子：地域における保健婦現任教育プログラム開発に関する研究。平成8年度厚生科学研究報告書, 1997
- 7) Schein EH(二村敏子・三善勝代訳)：キャリア・ダイナミックス。東京：白桃書房, pp 1-6, 1991
- 8) 猪下光：看護職のキャリア・ストレスのモデル分析。香川医科大学看護学雑誌 3(2) : 15-21, 1999
- 9) 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測定用具の開発。日本地域看護学会誌 6(1) : 32-39, 2003
- 10) 永田靖・吉田道弘：統計的多重比較法の基礎。東京：サイエンティスト社, pp 7-8, 1997
- 11) 古川久敬監：コンピテンシーラーニング。東京：日本能率協会マネジメントセンター, pp 43-45, 2002
- 12) 佐伯和子・河原田まり子・羽山美由樹・他：保健婦の専門職業能力の発達—実践能力の自己評価に関する調査—。日本公衆衛生雑誌 46(9) : 779-789, 1999
- 13) Guild SD, Leoni LC : Developing a competence-based orientation and cross-training program for nurses in the inpatient setting. Simpson KR, et al ed, AWHONN's Competence Validation for Perinatal Care Providers : Orientation, Continuing Education, and Evaluation. Philadelphia : Lippincott, pp 12-32, 1998
- 14) Clark NM, Weist E : Mastering the new public health. Am J Public Health 90(8) : 1208-1211, 2000
- 15) Wright K, Rowitz L, Merkle A, et al : Competency development in public health leadership. Am J Public Health 90(8) : 1202-1207, 2000

北陸公衆衛生学会誌

第31巻第1号 別刷

 原 著

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—

大野 昌美¹, 佐伯 和子¹, 大倉 美佳¹, 和泉 比佐子²,
宇座 美代子³, 横溝 輝美², 大柳 俊夫²

¹金沢大学医学部保健学科 ²札幌医科大学保健医療学部 ³琉球大学医学部保健学科

Development of the Interpersonal Healthcare Competence of New Public Health Nurses Through the Introduction of a Continuing Education Program (Report 1)

—Study by Means of Case-support Experience and Self-Evaluation of Skills—

Masami OHNO¹, Kazuko SAEKI¹, Mika OKURA¹, Hisako IZUMI²,
Miyoko UZA³, Terumi YOKOMIZO² and Toshio OHYANAGI²

¹School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

²School of Health Sciences, Sapporo Medical University

³School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus

It was announced that 16 new public health nurses working at local governments in three prefectures, that were piloting a continuing education program, would develop their interpersonal healthcare competence by means of experience gained through assisting in cases, as well as self-evaluation of skills. Consequently, the nurses gained experience by providing support in a number of basic cases. However, many ones carried out this support alongside normal duties, which limited their experience. Self-evaluation of interpersonal healthcare competence improved concerning to essential case support and basic-level of nursing development, and was particularly high among first-year nurses. However, with regard to the preceptor system, half of the nurses did not receive positive guidance from their preceptors either before or after case support. Henceforth, in addition to conducting On the Job Training to improve nurses' self-education skills, it is important that organisations clarify the type of personnel they wish to develop.

Key words : new public health nurses, a continuing education program, interpersonal health care competence, case-support experience

I. 緒 言

近年の看護系大学の増加に伴い、保健師の基礎教育が従来の専修学校から大学へと移行し、保健師看護師統合カリキュラムによる教育を受けた、行政機関に就業して5年以内の新任保健師(以下、新任者)が急激に増加している。統合カリキュラムによる教育では、公衆衛生看護に対する意識づけが困難になっている他、講義時間や実習時間数の減少により、必要な知識や技術が十分に習得されない状態で就業せざるを得ない状況にある¹⁾。そのような状況下において、新任者は自信のない状態で就業していること²⁾³⁾、また、家庭訪問や健康相談等の対人支援

は地域保健活動の基本であるが、基礎教育を終了したばかりの新卒者においては、これらの活動を行うための実践能力の低さ、また活動の対象である地域住民、職場内外の人との交渉等、人間関係構築の能力の低さも指摘されている。対人支援を行うためには多面的に保健師としての機能を活用する必要があり⁴⁾、対人支援能力を高めることにより、専門職としての基本的な知識を獲得し、組織人または看護専門職者としての対人関係構築の能力の基本を身につけ、地域支援や施策化能力の基盤を育成し、保健師としての基本的態度を養うことができると考える。

保健師の現任教育に関する様々な研究や報告⁵⁾¹¹⁾はあるもの

の、系統的で実践的な継続教育プログラムの提示と継続教育の支援システムは未確立な状況²⁾にある。新任期の教育は、その後の職業人生に与える影響も大きいと考えられ、基礎教育の不十分さや実践能力の低さを補うためにも現任教育が極めて重要である。市町村に勤務する保健師数は年々増加し、その多くが新任の保健師である²⁾。新任者は住民への直接サービス部門に配属されていることが多く²⁾、そこで求められる能力は対人関係構築の能力であり、専門的な対人支援能力だといえる。

筆者らは、平成14年度に新任者の対人支援能力に焦点をあてた現任教育プログラムを開発し、平成15年度にその教育プログラムを実践現場でモデル的に実施した。そこで本研究では、新任者の事例体験の状況と対人支援能力発達に関する自己評価をもとに、新任者教育プログラム（以下、教育プログラム）に参加した新任者の対人支援能力の発達状況を明らかにし、教育プログラム改善の基礎資料とすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象及び分析対象

研究対象は、平成15年4月現在、3都道府県内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3都道府県内の保健所及び市町村15施設に勤務する新任者17名のうち、最終評価データの無い1名を除く、16名を分析対象とした。

2. 新任者の対人支援能力育成に関する現任教育プログラムの概要

1) 全体の構成

新任者の対人支援能力育成に関する現任教育プログラムの全体構造は、システムアプローチを取り入れ、新任者を対象としたもの、新任者の教育を担当する中堅者を対象としたもの、保健師職のリーダーを対象としたものの3つのプログラムで構成した。新任者に対する教育プログラムは個人家族を対象とする対人支援能力の向上を目的とした。

2) 新任者に対する教育プログラム

教育の基本方針は、思考能力を育成し、多様な状況に対応できる基本を育てることとした。教育目的は、①対人支援能力の育成、②保健師としてのマインドの育成、③自己学習能力の育成、これらをとおして④思考分析判断能力の育成の4点とした。

教育内容は、教育目標に沿ってアセスメントと基本的な対人支援の実際及び対人支援のための関係機関との連携、自己学習能力の向上を取り入れた。教育方法は、職場内教育(OJT)、自己啓発、職場外教育(Off-JT)を3つの柱とした。OJTでは、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、「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)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、その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(詳細は文献4参照)。

3. データ収集方法

データ収集は、平成15年7月～平成16年3月に実施し、自記式質問紙調査及びOJTで使用した事例体験票、発達評価票によってデータ収集を行った。

自記式質問紙調査は、ベースライン調査(平成15年7～8月上旬)、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回実施した。また、調査票と併せて、事例体験票と新任者が自己評価した発達評価票のコピーを提出してもらった。

ベースライン調査は第1回集合研修会(Off-JT)の1週間前に、中間調査は第2回集合研修会(Off-JT)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・指導者研修会の1週間前に調査票を新任者本人宛に郵送し、研修会の際、管理者または指導者を通じて回収した。

4. 分析方法

本研究では、事例体験票、発達評価票、及び自記式質問紙の項目のうち、個人属性(ベースライン時に調査)、教育プログラムの評価に関する項目(最終時に調査)の一部を用いた。

対象者の基本属性、事例援助の体験状況、新任者の対人支援能力発達評価状況、教育プログラムの評価状況については単純集計を行った。事例援助の体験、対人支援能力発達の自己評価の変化をもとに、新任者の対人支援能力発達の特性を教育プログラムとの関係で考察した。

5. 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。また、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、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。さらに、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。

なお、本研究は研究者の所属である金沢大学医学部、琉球大学医学部、札幌医科大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の基本属性

分析対象者の基本属性を表1に示す。

対象者の性別は女性87.5%, 男性12.5%であり, 約90%が女

表1 対象の基本属性

| | | n=16 | |
|-------------|------------|----------|------|
| | | 人数 | % |
| 一般属性 | | | |
| 性別 | 女性 | 14 | 87.5 |
| | 男性 | 2 | 12.5 |
| 年齢 | 22-24歳 | 11 | 68.8 |
| | 25-29歳 | 5 | 31.3 |
| | 平均±S.D (歳) | 23.8±2.0 | |
| | | | |
| 職業経験 | | | |
| 保健師年数 | 1年目 | 11 | 68.8 |
| | 2, 3年目 | 5 | 31.3 |
| | 平均±S.D (年) | 1.4±0.6 | |
| 職業年数 | 1年目 | 9 | 56.3 |
| | 2年目 | 4 | 25.0 |
| | 4年目以上 | 3 | 18.8 |
| | 平均±S.D (年) | 2.0±1.7 | |
| 所 属 | | | |
| 勤務自治体 | 市町村 | 15 | 93.8 |
| | 都道府県 | 1 | 6.3 |
| 勤務部門 | 保健 | 13 | 81.3 |
| | 保健福祉 | 2 | 12.5 |
| | その他 | 1 | 6.3 |
| 主担当業務 | 母子 | 7 | 43.8 |
| | 成人 | 3 | 18.8 |
| | 高齢者 | 3 | 18.8 |
| | その他 | 3 | 18.8 |
| 教育背景 | | | |
| 一般教育 | 養成所 | 5 | 31.3 |
| | 短期大学 | 3 | 18.8 |
| | 大学, 大学院 | 8 | 50.0 |
| 保健師専門教育 | 養成所, 短期大学 | 8 | 50.0 |
| | 大学 | 8 | 50.0 |
| 職場の保健師数 | 1-2人 | 1 | 6.3 |
| | 3-5人 | 6 | 37.5 |
| | 6-10人 | 4 | 25.0 |
| | 11人以上 | 5 | 31.3 |
| モデルとなる先輩の存在 | 職場内にあり | 14 | 87.5 |
| | 職場外にあり | 1 | 6.3 |
| | なし | 1 | 6.3 |

性であった。年齢は平均23.8±2.0歳で, 22~24歳が68.8%, 25~29歳が31.3%であり, 約70%が20歳代前半であった。保健師経験年数は平均1.4±0.6年であり, 1年目68.8%, 2・3年目31.3%であり, 約70%が1年目の新任者であった。

勤務自治体は市町村が93.8%, 勤務部門は保健が81.3%と最も多かった。主な担当業務は, 母子が43.8%と最も多く, 成人, 高齢者が各18.8%であった。保健師教育背景は大学が50.0%であった。所属自治体の保健師数は, “3~5人” が37.5%と最も多く, “11人以上” 31.3%, “6~10人” 25.0%, “1~2人” が6.3%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87.5%と最も多く, “職場外にあり” と “なし” は各6.3%であった。

2. 対人支援能力発達のための事例援助の体験状況

ベースライン時と最終時における, 新任者の単独での事例援助の体験状況を表2に示す。

本教育プログラムで“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”と設定した事例では, ベースライン時に【成人】の健診事後・健康相談・生活習慣病で50.0%の者が1事例以上体験していたものの, 【高齢者】の寝たきりで81.3%, 【母子】の新生児・未熟児で68.8%, 【成人】の脳卒中後遺症で56.3%の者が未体験であった。最終時には, 全ての事例で未体験の割合が低下し, 特に【母子】の新生児・未熟児, 【成人】の健診事後・健康相談・生活習慣病では, 未体験の割合が全体及び1年目ともに20%前後にまで大幅に低下していた。最も体験率が高かったのは【成人】の健診事後・健康相談・生活習慣病であり, 全体の68.8%の者が複数事例を体験し, 1年目でも63.6%の者が複数事例を体験していた。次いで【母子】の新生児・未熟児で54.5%, 【成人】の脳卒中後遺症で45.5%の者が複数事例を体験していた。

また, 本教育プログラムで“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”及び“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”と設定した事例では, ベースライン時に【高齢者】の独居者・虚弱者で25.1%の者が1事例以上体験していたものの, それ以外の事例では大部分の者が未体験であった。最終時は, 【感染症】, 【母子】の虐待事例以外の事例で未体験の割合は若干低下していたもの

表2 新任者の事例援助体験状況 (単独受け持ち事例のみ)

単位; %

| 領域 | 種 別 | 全 体 (n=16) | | | | | | | | 1 年 目 (n=11) | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------|------------|------|-------|-------|------|------|----------|-------|--------------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| | | ベースライン評価 | | | 最終評価 | | | ベースライン評価 | | | 最終評価 | | | | | | |
| | | 体験なし | 1事例 | 2~5事例 | 6事例以上 | 体験なし | 1事例 | 2~5事例 | 6事例以上 | 体験なし | 1事例 | 2~5事例 | 6事例以上 | 体験なし | 1事例 | 2~5事例 | 6事例以上 |
| 【1年目までに必ず1事例以上受け持って体験】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母 子 | 新生児, 未熟児 | 68.8 | 0.0 | 31.3 | 0.0 | 25.0 | 25.0 | 6.3 | 43.8 | 63.6 | 0.0 | 36.4 | 0.0 | 27.3 | 18.2 | 0.0 | 54.5 |
| 成 人 | 健診事後, 健康相談, 生活習慣病予防 | 50.0 | 6.3 | 18.8 | 25.0 | 18.8 | 12.5 | 18.8 | 50.0 | 54.5 | 9.1 | 18.2 | 18.2 | 18.2 | 18.2 | 9.1 | 54.5 |
| 成 人 | 脳卒中後遺症 | 56.3 | 18.8 | 18.8 | 6.3 | 43.8 | 12.5 | 25.0 | 18.8 | 63.6 | 9.1 | 27.3 | 0.0 | 54.5 | 0.0 | 27.3 | 18.2 |
| 高齢者 | 寝たきり | 81.3 | 12.5 | 6.3 | 0.0 | 75.0 | 18.8 | 6.3 | 0.0 | 81.8 | 9.1 | 9.1 | 0.0 | 72.7 | 18.2 | 9.1 | 0.0 |
| 【3年目までに必ず1事例以上受け持って体験】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母 子 | 障害児 | 93.8 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 68.8 | 12.5 | 18.8 | 0.0 | 100.0 | - | - | - | 63.6 | 9.1 | 27.3 | 0.0 |
| 高齢者 | 独居者, 虚弱者 | 75.0 | 0.0 | 18.8 | 6.3 | 56.3 | 6.3 | 31.3 | 6.3 | 72.7 | 0.0 | 18.2 | 9.1 | 54.5 | 0.0 | 36.4 | 9.1 |
| 精 神 | 慢性期, 統合失調症 | 93.8 | 0.0 | 0.0 | 6.3 | 87.5 | 0.0 | 6.3 | 6.3 | 90.9 | 0.0 | 0.0 | 9.1 | 81.8 | 0.0 | 9.1 | 9.1 |
| 感染症 | 結核等の感染症 | 93.8 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 93.8 | 0.0 | 6.3 | 0.0 | 90.9 | 9.1 | 0.0 | 0.0 | 90.9 | 0.0 | 9.1 | 0.0 |
| 難 病 | 神経難病 | 93.8 | 0.0 | 0.0 | 6.3 | 87.5 | 6.3 | 0.0 | 6.3 | 90.9 | 0.0 | 0.0 | 9.1 | 81.8 | 9.1 | 0.0 | 9.1 |
| 【5年目までに必ず1事例以上受け持って体験】 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母 子 | 虐待事例 | 93.8 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 93.8 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | - | - | - | 100.0 | - | - | - |

※ 太字は「2~5事例」と「6事例以上」の合計が50%以上

表3 新任者の対人支援能力発達自己評価結果

単位：%

| | 全 体 (n=16) | | | | | | | | | | 1年目 (n=11) | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-----|------------|------|------|------|-----|------|------|------|------|-----|
| | ベースライン評価 | | | | | 最終評価 | | | | | ベースライン評価 | | | | | 最終評価 | | | | |
| | A | B | C | D | 未記入 | A | B | C | D | 未記入 | A | B | C | D | 未記入 | A | B | C | D | 未記入 |
| 個人家族のアセスメント:総合【アセス】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 個人の見違や疾病管理が主となる事例 | 0.0 | 12.5 | 68.8 | 18.8 | - | 6.3 | 75.0 | 18.8 | 0.0 | - | 0.0 | 9.1 | 63.6 | 27.3 | - | 0.0 | 72.7 | 27.3 | 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 | 6.3 | 50.0 | 43.8 | - | 0.0 | 12.5 | 87.5 | 0.0 | - | 0.0 | 9.1 | 36.4 | 54.5 | - | 0.0 | 9.1 | 90.9 | 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 | 62.5 | 37.5 | - | 0.0 | 18.8 | 62.5 | 18.8 | - | 0.0 | 0.0 | 45.5 | 54.5 | - | 0.0 | 18.2 | 63.6 | 18.2 | - |
| 母 子【母子】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 基本的な事例(新生児等) | 0.0 | 50.0 | 50.0 | 0.0 | - | 31.3 | 56.3 | 12.5 | 0.0 | - | 0.0 | 54.5 | 45.5 | 0.0 | - | 36.4 | 45.5 | 18.2 | 0.0 | - |
| 2 継続支援が必要な事例(障害児や保育場での問題がある児等) | 0.0 | 0.0 | 62.5 | 37.5 | - | 0.0 | 25.0 | 62.5 | 12.5 | - | 0.0 | 0.0 | 63.6 | 36.4 | - | 0.0 | 36.4 | 45.5 | 18.2 | - |
| 3 複雑な事例(虐待等) | 0.0 | 0.0 | 25.0 | 75.0 | - | 0.0 | 0.0 | 31.3 | 68.8 | - | 0.0 | 0.0 | 27.3 | 72.7 | - | 0.0 | 0.0 | 45.5 | 54.5 | - |
| 成 人【成人】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 12.5 | 62.5 | 25.0 | 0.0 | - | 50.0 | 50.0 | 0.0 | 0.0 | - | 9.1 | 54.5 | 36.4 | 0.0 | - | 54.5 | 45.5 | 0.0 | 0.0 | - |
| 2 行動変容が困難な事例 | 0.0 | 6.3 | 75.0 | 18.8 | - | 0.0 | 37.5 | 56.3 | 6.3 | - | 0.0 | 0.0 | 81.8 | 18.2 | - | 0.0 | 36.4 | 63.6 | 0.0 | - |
| 3 ターミナル期の事例 | 0.0 | 6.3 | 25.0 | 68.8 | - | 0.0 | 12.5 | 43.8 | 43.8 | - | 0.0 | 9.1 | 18.2 | 72.7 | - | 0.0 | 18.2 | 45.5 | 36.4 | - |
| 高齢者【高齢】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 独居や健康な高齢者の事例 | 6.3 | 62.5 | 31.3 | 0.0 | - | 31.3 | 56.3 | 12.5 | 0.0 | - | 9.1 | 54.5 | 36.4 | 0.0 | - | 27.3 | 63.6 | 9.1 | 0.0 | - |
| 2 寝たきり等の事例 | 0.0 | 18.8 | 68.8 | 12.5 | - | 0.0 | 43.8 | 37.5 | 18.8 | - | 0.0 | 18.2 | 72.7 | 9.1 | - | 0.0 | 45.5 | 45.5 | 9.1 | - |
| 3 障害を伴う事例、ターミナル期の事例 | 0.0 | 0.0 | 43.8 | 56.3 | - | 0.0 | 25.0 | 31.3 | 43.8 | - | 0.0 | 0.0 | 45.5 | 54.5 | - | 0.0 | 27.3 | 27.3 | 45.5 | - |
| 精 神【精神】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 回復期にある安定した事例 | 0.0 | 25.0 | 68.8 | 6.3 | - | 12.5 | 50.0 | 31.3 | 6.3 | - | 0.0 | 27.3 | 63.6 | 9.1 | - | 18.2 | 45.5 | 27.3 | 9.1 | - |
| 2 家族関係の調整が必要な複雑な事例 | 0.0 | 0.0 | 37.5 | 62.5 | - | 0.0 | 6.3 | 56.3 | 37.5 | - | 0.0 | 0.0 | 36.4 | 63.6 | - | 0.0 | 9.1 | 45.5 | 45.5 | - |
| 3 多くの問題をもつ事例 | 0.0 | 0.0 | 12.5 | 87.5 | - | 0.0 | 6.3 | 25.0 | 68.8 | - | 0.0 | 0.0 | 18.2 | 81.8 | - | 0.0 | 9.1 | 27.3 | 63.6 | - |
| 感 染 症【感染症】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 福祉等管理体制に則って支援する事例 | 0.0 | 0.0 | 62.5 | 37.5 | - | 6.3 | 6.3 | 37.5 | 50.0 | - | 0.0 | 0.0 | 54.5 | 45.5 | - | 9.1 | 9.1 | 36.4 | 45.5 | - |
| 2 複雑な事例(AIDS等) | 0.0 | 0.0 | 31.3 | 68.8 | - | 0.0 | 6.3 | 25.0 | 68.8 | - | 0.0 | 0.0 | 27.3 | 72.7 | - | 0.0 | 9.1 | 27.3 | 63.6 | - |
| 難 病【難病】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 病態の安定した事例 | 0.0 | 25.0 | 50.0 | 25.0 | - | 6.3 | 37.5 | 37.5 | 18.8 | - | 0.0 | 36.4 | 36.4 | 27.3 | - | 9.1 | 45.5 | 36.4 | 9.1 | - |
| 2 医療依存度が高い事例 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 50.0 | - | 0.0 | 18.8 | 31.3 | 50.0 | - | 0.0 | 0.0 | 63.6 | 36.4 | - | 0.0 | 27.3 | 36.4 | 36.4 | - |
| 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 | 18.8 | 81.3 | - | 0.0 | 12.5 | 12.5 | 75.0 | - | 0.0 | 0.0 | 27.3 | 72.7 | - | 0.0 | 18.2 | 18.2 | 63.6 | - |
| 個人家族の支援計画立案:総合【計画】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 基本的な簡単な事例 | 0.0 | 68.8 | 18.8 | 12.5 | - | 37.5 | 62.5 | 0.0 | 0.0 | - | 0.0 | 63.6 | 18.2 | 18.2 | - | 36.4 | 63.6 | 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 | 75.0 | 25.0 | - | 0.0 | 25.0 | 68.8 | 0.0 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 63.6 | 36.4 | - | 0.0 | 20.0 | 80.0 | 0.0 | - |
| 個人家族への健康相談:総合【相談】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 概出課題について、相談の場で健康課題を抽出し、相談できる | 0.0 | 56.3 | 31.3 | 12.5 | - | 37.5 | 56.3 | 6.3 | 0.0 | - | 0.0 | 45.5 | 36.4 | 18.2 | - | 27.3 | 63.6 | 9.1 | 0.0 | - |
| 2 複雑な事例に対し、相談の判断と支援ができる | 0.0 | 0.0 | 62.5 | 37.5 | - | 0.0 | 25.0 | 62.5 | 12.5 | - | 0.0 | 0.0 | 54.5 | 45.5 | - | 0.0 | 27.3 | 63.6 | 9.1 | - |
| 個人家族への在宅での援助:総合【在宅】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 保健師が専任で支援できる事例 | 0.0 | 37.5 | 56.3 | 6.3 | - | 43.8 | 37.5 | 18.8 | 0.0 | - | 0.0 | 18.2 | 72.7 | 9.1 | - | 45.5 | 36.4 | 18.2 | 0.0 | - |
| 2 他職種、他職種との連携の下に行う在宅支援 | 0.0 | 0.0 | 68.8 | 31.3 | - | 0.0 | 18.8 | 81.3 | 0.0 | - | 0.0 | 0.0 | 63.6 | 36.4 | - | 0.0 | 27.3 | 72.7 | 0.0 | - |
| 援助関係の構築【構築】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 受け入れに問題のない事例との関係 | 12.5 | 62.5 | 18.8 | 6.3 | - | 31.3 | 68.8 | 0.0 | 0.0 | - | 9.1 | 63.6 | 18.2 | 9.1 | - | 36.4 | 63.6 | 0.0 | 0.0 | - |
| 2 複雑な家族関係、困難な課題を抱える事例との関係 | 0.0 | 0.0 | 75.0 | 25.0 | - | 0.0 | 12.5 | 75.0 | 12.5 | - | 0.0 | 0.0 | 72.7 | 27.3 | - | 0.0 | 9.1 | 81.8 | 9.1 | - |
| 家庭訪問【訪問】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 受け入れに問題のない事例への訪問 | 6.3 | 75.0 | 18.8 | 0.0 | - | 43.8 | 56.3 | 0.0 | 0.0 | - | 9.1 | 63.6 | 27.3 | 0.0 | - | 45.5 | 54.5 | 0.0 | 0.0 | - |
| 2 訪問を拒否しているが、支援が必要な事例への関係 | 0.0 | 0.0 | 56.3 | 43.8 | - | 0.0 | 18.8 | 56.3 | 25.0 | - | 0.0 | 0.0 | 54.5 | 45.5 | - | 0.0 | 18.2 | 54.5 | 27.3 | - |
| 家族指導・調整【調整】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 解決が容易な課題についての支援 | 6.3 | 68.8 | 18.8 | 6.3 | - | 37.5 | 50.0 | 12.5 | 0.0 | - | 9.1 | 63.6 | 18.2 | 9.1 | - | 36.4 | 54.5 | 9.1 | 0.0 | - |
| 2 複雑な家族関係、困難な課題を抱える事例との関係、解決困難な課題の調整 | 0.0 | 0.0 | 56.3 | 43.8 | - | 0.0 | 6.3 | 62.5 | 31.3 | - | 0.0 | 0.0 | 45.5 | 54.5 | - | 0.0 | 9.1 | 54.5 | 36.4 | - |
| チームの調整【調整】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 他職種紹介等調整が簡単な課題 | 0.0 | 18.8 | 68.8 | 12.5 | - | 18.8 | 50.0 | 31.3 | 0.0 | - | 0.0 | 18.2 | 63.6 | 18.2 | - | 27.3 | 36.4 | 36.4 | 0.0 | - |
| 2 複雑な事例で、チーム内の調整が困難な課題 | 0.0 | 0.0 | 50.0 | 50.0 | - | 0.0 | 6.3 | 62.5 | 31.3 | - | 0.0 | 0.0 | 45.5 | 54.5 | - | 0.0 | 9.1 | 63.6 | 27.3 | - |
| 個人家族への援助の評価:総合【評価】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 事例の反応を鑑み、支援の継続の必要が判断できる | 0.0 | 18.8 | 56.3 | 18.8 | 6.3 | 6.3 | 56.3 | 31.3 | 6.3 | - | 0.0 | 18.2 | 45.5 | 27.3 | 9.1 | 9.1 | 45.5 | 45.5 | 0.0 | - |
| 2 地域全体の中に支援事例を位置づけて、事例の評価ができる | 0.0 | 0.0 | 62.5 | 31.3 | 6.3 | 0.0 | 6.3 | 81.3 | 12.5 | - | 0.0 | 0.0 | 63.6 | 27.3 | 9.1 | 0.0 | 9.1 | 81.8 | 9.1 | - |

A: 自信を持って自立して行える B: ほぼ自立して行動できる C: 指導者の支援が必要 D: 判断や行動が困難
 ※ 太字はAとBの合計が60%以上 太字で囲い枠はAとBの合計が80%以上

の、【精神】、【難病】では未体験の割合が90%前後であった。最も体験率が高かったものは【高齢者】の独居者・虚弱者であり、全体の37.6%、1年目の45.5%の者が複数事例を体験していた。次いで【母子】の障害児であり、全体の18.8%、1年目の27.3%の者が複数事例を体験していた。

3. 新任者の対人支援能力発達評価状況

ベースライン時と最終時における新任者の対人支援能力発達の自己評価結果を表3に示す。

評価基準の「A: 自信を持って自立して判断や行動ができる」、「B: ほぼ自立して判断や行動ができる」を自立評価群、「C: 判断や行動に指導者の支援が必要と思う」、「D: 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。

ベースライン時には、「自信をもって自立して行動できる」と評価した者はほとんどいなかったが、「成人」、「高齢者」、「個人家族の支援計画立案:総合」、「援助関係の構築」、「家庭訪問」、「家族指導・調整」のレベル1の項目、すなわち各大項目のうち基本的な能力については、自立評価群が60%以上であった。そのうち、「家庭訪問」では自立評価群が80%以上であった。1年目のみをもて上記の同様の項目で自立評価群が60%以上であった。

ベースライン時から最終時までの新任者の対人支援能力発達の变化をみると、小項目36項目のうち23項目について、自立評価群の割合が高くなっていった。特に大項目のうち基本的な能力については、ベースラインの段階で自立評価群が60%以上だっ

た6つの項目に加え、最終時には「個人家族のアセスメント:総合」、「母子」、「精神」、「個人家族への健康相談:総合」、「個人家族への在宅での援助:総合」、「チームの調整」、「個人家族への援助の評価:総合」の基本的な能力をあわせた13項目で、自立評価群が60%以上であった。そのうち10項目で、自立評価群が80%以上であった。1年目のみをもと、【感染症】、【難病】、【個人家族への援助の評価:総合】を除く12項目で自立評価群が60%以上、またそのうち「母子」、「高齢者」、「個人家族への健康相談:総合」、「個人家族への在宅での援助:総合」、「家族指導・調整」の9項目では、自立評価群が80%以上、「成人」、「個人家族の支援計画立案:総合」、「援助関係の構築」、「家庭訪問」では、自立評価群が100%であった。

4. 教育プログラムの評価状況

最終評価時、新任者に対して、教育プログラムの評価をしてもらった。「できた、まあまあできた」と回答した新任者の割合は、「自己の対人支援能力育成のために教育プログラムをうまく活用できた」56.3%、「受け持ち事例の援助について、アセスメントから課題解決、評価までの一連の過程をふむことができた」50.1%、「受け持ち事例や必須体験事例の援助について、十分に振り返りをして記録をすることができた」56.3%、「事例への援助前にアセスメントや援助計画について、自分から積極的に指導者から指導を受けることができた」62.5%、「事例への援助後に実施記録や援助の評価記録をもとに、自分から積極的に指導者から指導を受けることができた」31.3%であった。

IV. 考 察

教育プログラムを導入した行政機関に勤務する新任者の対人支援能力発達の特性を明らかにし、教育プログラムとの関係で検討していきたい。

1. 新任者の事例援助の体験状況

日常業務を通して専門職として力量形成していくことが人材育成の基本である。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で用いた事例体験票には、経験年数毎の必須体験事例を設定しており、目安として新任期の5年間が終了するまでに、一通りの事例援助体験をもつことを記している。このように、具体的な目安として活用可能なツールを用いたことで、新任者が自己の経験年数と体験の現状を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。また、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も、事例体験数はあまり増えてはいなかった。このことから、新任者は自己の教育計画票に基づき、指導者や管理者と相談して、業務として担当しない事例について、研修事例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事例体験となっており、事例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²⁾、業務として担当しないものについては、研修事例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。新任者に幅広い事例援助を体験することの必要性を、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持ち、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になっていると考える。

2. 事例援助の体験と新任者の対人支援能力発達の自己評価

対人支援能力発達評価において、母子、成人、高齢者の基本的な事例、そして、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「自信を持って自立して判断や行動ができる」、「ほぼ自立して判断や行動ができる」と自己評価していた。これは、1年目の者に限定してもほぼ同様の結果であった。一つ一つの事例体験をとおり、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ていったことで、能力の獲得感と自信をもてるようになったといえる。

対人支援能力は新任者に著しい伸びを示す³⁾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、1年目であっても“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、精神の事例については、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、1年目の60%の者が「自信を持って自立して判断や行動ができる」、「ほぼ自立して判断や行動ができる」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のイメージが先行し、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。感染症、難病については、事例体験がない上に、日常的に接する機会もほとんどないため、イメージすることが困難であること、また、援助するためには、より高度な知識や技術に加え、様々な制度やサービスに関する幅広い知識も要するため、自己評価が低くなったと考えられる。さらに、基本的な看護展開の部分については、80%以上の者が「自信を持って自立して判断や行動ができる」、「ほぼ自立して判断や行動ができる」と自己評価していたが、援助の評価では、全体及び1年目ともに60%前後に低下しており、援助への評価には自信がもてていないという状況が伺えた。援助の評価に際しては、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¹³⁾。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¹⁴⁾。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。自己の課題を認識し、課題に向けて自己学習を進めていくためには、適切に自己評価ができる能力が不可欠である¹⁵⁾。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。

3. 教育プログラムと新任者の対人支援能力の発達

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¹⁶⁾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り、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¹⁶⁾。したがって、新任者の対人支援能力育成のためには、系統的に事例援助体験を積み重ねるだけでなく、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である。今回の新任者の場合、半数以上の者が同一事例について複数事例を体験できていたが、残りの半数の者は体験が保障されていなかったといえる。複数事例の援助を通して、事例の多様性や個別性を体験を通して学べることから、同一事例への複数事

例の体験が重要と考える。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。本教育プログラムでは、年間1～2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”と感じていた新任者は50%であった。さらに、新任者の責任として、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て、意図的に指導者とカンファレンスを持つことや、先輩から積極的に指導を受けることが重要になるが、積極的に指導を受けることができたと感じている新任者は全体の30%であった。新任者にとっては、指導者や管理者が自分に注目していること、自分の目標を理解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日々努力していたと考えられる。しかし、その反面、多忙な業務の中、自分のために時間を割いて指導してくれる指導者に対して、感謝の気持ちを感じながらも、申し訳なさを感ずり、遠慮してしまったことが推察される。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ていけ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。

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である。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、3都道府県内の行政機関に勤務する新任者16名を対象に、現行教育プログラムに参加した新任者の対人支援能力発達の特性を明らかにしたが、活用したデータは新任者の主観的な評価のデータを用いているという限界がある。さらに、1年目の者を中心に分析しており、2・3年目の者については詳細に分析することができなかった。2・3年目の新任者の対人支援能力の育成も重要であり、今後、さらに検討していきたい。

V. 結 論

教育プログラムをモデル的に導入した3都道府県内の行政機関に勤務する新任者16名を対象とし、事例援助の体験と能力の自己評価により、新任者の対人支援能力の発達状況を明らかに

した。

その結果、新任者は母子、成人、高齢者の基本的な事例については複数事例への援助を体験していた。しかし、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。また、新任者の対人支援能力は、母子、成人、高齢者の基本的な事例援助及び基本的なレベルの看護展開について自己評価が上昇し、特に1年目の者で顕著に自己評価が高くなっていった。しかし、指導体制において、半数の新任者は、事例援助前後に指導者から積極的に指導を受けていない状況にあった。

今後は、新任者の自己教育力を高めていくOJTを行うとともに、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明確にもつことが重要と考える。

謝 辞

稿を終えるにあたり、研究に参加していただきました3都道府県内の行政機関と保健師の皆様へ厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は平成14、15年度厚生労働科学研究費補助金(研究代表者：佐伯和子)の助成を受けて実施したものの一部である。

文 献

- 1) 平野かよ子：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 (2000)
- 2) 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会：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 (2003)
- 3) 四方雅代, 佐伯和子：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。北陸公衛誌, 29(2) : 58-63 (2003)
- 4) 佐伯和子, 宇座美代子, 和泉比佐子, 他：新任保健師の遠隔継続教育プログラムの開発。平成14年度厚生労働科学研究総括・分担報告書 (2003)
- 5) 佐久間清美：市町村保健婦活動を推進するための現行教育のあり方。保健婦雑誌, 52, 36-47 (1996)
- 6) 湯澤布矢子, 植田悠紀子, 北山秋雄, 他：地域における保健婦現行教育プログラム開発に関する研究。平成6年度厚生労働科学研究報告書 (1994)
- 7) 金子仁子, 植田悠紀子, 石井享子, 他：地域における保健婦現行教育プログラム開発に関する研究。平成7年度厚生労働科学研究報告書 (1995)
- 8) 村山正子, 大野絢子, 斉藤泰子, 他：新たな地域保健に対応した保健婦の現行教育のあり方に関する研究。保健婦雑誌, 52, 811-824 (1996)
- 9) 村山正子, 丸山美知子, 山崎京子, 他：保健婦の保健計画・施策化能力の育成に関する研究。保健婦雑誌, 54, 220-228 (1998)
- 10) 村山正子, 丸山美知子, 山崎京子, 他：集合研修プログラム案及び職場内教育(OJT)の方法の開発 保健婦の保健計画・施策化能力の育成のために。保健婦雑誌, 56, 215-223 (2000)

- 11) 金子仁子:保健所保健婦の現任教育方法の開発・指針作成. 平成10年度・平成11年度厚生科学研究報告書 (2000)
- 12) 佐伯和子:公衆衛生看護職としての保健師のキャリア発達. 北陸公衛誌, 28, 49-54 (2002)
- 13) 厚生省健康政策局看護課監修: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 (1994)
- 14) 大野昌美, 佐伯和子, 和泉比佐子, 他: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. 北陸公衛誌, 30(2), 65-72 (2004)
- 15) Gopee N: Self-assessment and the concept of the lifelong learning nurse. British journal of nursing, 9(11), 724-729 (2000)
- 16) 古川久敬, 監修: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, 42-76 (2002)

著者への通信先:大野昌美, 〒920-0942 石川県金沢市小立野 5-11-80 金沢大学医学部保健学科
TEL 076-265-2577 FAX 076-234-4363
E-mail: masami@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

Reprint request to: Masami Ohno, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University,
5-11-80, Kodatsuno, Kanazawa, Ishikawa, 920-0942, Japan

北陸公衆衛生学会誌

第31巻第1号 別刷

 原 著

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—

大野 昌美¹, 佐伯 和子¹, 大倉 美佳¹, 和泉 比佐子²,
宇座 美代子³, 横溝 輝美², 大柳 俊夫²

¹金沢大学医学部保健学科 ²札幌医科大学保健医療学部 ³琉球大学医学部保健学科

Development of the Interpersonal Healthcare Competence of New Public Health Nurses Through the Introduction of a Continuing Education Program (Report 2) —Study on Developmental Characteristics by the Structuralization of Interpersonal Healthcare Competence—

Masami OHNO¹, Kazuko SAEKI¹, Mika OKURA¹, Hisako IZUMI²,
Miyoko UZA³, Terumi YOKOMIZO² and Toshio OHYANAGI²

¹School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

²School of Health Sciences, Sapporo Medical University

³School of Health Sciences, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus

The interpersonal healthcare competence of 17 new public health nurses working at local governments in three prefectures piloting a continuing education program have been structuralized, and their developmental characteristics identified. The nurses' progress in these skills was measured through self-evaluation. The skills were divided into two categories—'interpersonal healthcare competence in different areas' and 'general interpersonal healthcare competence'. Factor analysis was carried out for each category. For 'interpersonal healthcare competence in different areas', three factors were sampled. For 'general interpersonal healthcare competence', three factors were sampled. In order to appraise the development characteristics of the interpersonal healthcare skills of new public health nurses, an analytical framework was constructed using six factors in total: the three above-mentioned factors for 'interpersonal healthcare competence in different areas' and the three factors for 'general interpersonal healthcare competence'. Analysis using the factor scores showed that, between July 2003 and February 2004, the scores for three had risen significantly: 'competence in basis cases' (competence in different areas), 'nursing development in cases where there are no reception problems' (general competence) and 'assessment skills in carrying out interpersonal healthcare' (general competence). It was surmised that, in the period following qualification, nurses' basic skills in interpersonal healthcare develop dramatically.

Key words : new public health nurses, a continuing education program, interpersonal healthcare competence, structuralization, development.

I. 緒 言

近年の保健医療福祉制度の急速な変化によって、地域ケアの構造に変化が生じ、行政で働く保健師の専門性が大きく影響されている。地域保健法の施行以後、保健師の業務内容は大きく変化し、業務の市町村移管が進んでいる。このような変化に伴

い、市町村での保健師業務は増加の一途をたどるばかりであり、行政機関に就業して5年以内の新任保健師(以下、新任者)への指導が十分に行えていない状況にある¹⁾。さらに、業務分担制やプロジェクト方式の組織体制が進み¹⁾、新任者であっても責任のある業務を分担せざるをえない状況にあるため、早期から実践能力が求められている。しかし、大卒者の増加とともに