

に、看護師養成課程との統合教育によって公衆衛生看護に対する意識づけが困難になっただけでなく、講義時間の減少に伴い、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。保健師の現任教育に関する様々な研究や報告<sup>2)~8)</sup>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支援システムは未確立な状態<sup>9)</sup>にあるといえる。

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、今まで以上に現任教育が極めて重要になっている。新任者の現任教育を考える際には、行政で働く保健師のキャリア発達を長期的に展望し、その展望の下に新任期の課題を位置づけることが必要と考える。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<sup>1)</sup>。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<sup>1)</sup>、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。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構築するためには、新任者の対人支援能力を概念化し、その発達の実態を把握することで、新任者に重点的に育成すべき能力を明確化することが可能となるが、保健師の対人支援能力の概念化や実践的な研究はほとんど行われていない。

そこで、本研究では、平成14年度に開発した新任者の対人支援能力の育成に焦点をあてた現任教育プログラム（以下、教育プログラム）<sup>10)</sup>をより効果的なものにするために、教育プログラムに参加した新任者の対人支援能力を構造化し、その発達特性を明らかに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

教育プログラムの概要は、同報告第1報を参照。

### 3. 「対人支援能力の発達評価票」の概要

「対人支援能力の発達評価票」（以下、発達評価票）は、文献検討と専門家の意見をもとに、筆者らで作成したツールであり、大きくは【領域別の対人支援能力】、【総合的な対人支援能力】の2つの能力に分類される。【領域別の対人支援能力】は領域ごとに6区分17項目（母子、成人、高齢者、精神、感染症、難病）、【総合的な対人支援能力】は能力ごとに9区分19項目（個人家族のアセスメント、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、チームの調整、援助の評価）の合計15区分36項目で構成している（項目の詳細は同報告第1報の表3参照）。各区分には2～3の下位項目があり、事例の難易度等のレベルを設定している。

### 4. 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、日記

式質問紙調査及びOJTで使用した発達評価票によりデータ収集を行った。

調査時期、調査票の配布及び回収方法等は、第1報と同様な方法を用いた。

## 5. 分析方法

本研究では、ベースライン評価17名、中間評価17名、最終評価16名、延50名の発達評価票、及び自記式質問紙項目のうち個人属性のデータを用いた。対象者の基本属性は単純集計を行った。

また、第1報では、対人支援能力の発達を、【領域別の対人支援能力】17項目、【総合的な対人支援能力】19項目という具体的な項目ごとの自己評価の変化を分析したが、本研究では【領域別の対人支援能力】、【総合的な対人支援能力】の各々について概念化し、総合的な観点からみた新任者の対人支援能力の発達特性について分析を行う。

具体的には、【領域別の対人支援能力】、【総合的な対人支援能力】の各能力について因子分析を行い、新任者の対人支援能力を構造化し、抽出された因子を分析枠組みとした。次に、【領域別の対人支援能力】、【総合的な対人支援能力】の各能力について、対象者個人ごとの因子得点を用い、因子ごとにIDと評価段階を要因とした2元配置分散分析とBonferroniの方法による多重比較を行い、新任者の対人支援能力の発達特性を検討した。

なお、統計解析はSPSS 11.0 J for Windowsを用いて分析した。

## 6. 倫理的配慮

倫理的配慮は、第1報と同様である。

## 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。

表1 対象の基本属性

		n = 17	
		人数	%
一般属性	性別		
	女性	15	88.2
	男性	2	11.8
年齢	22-24歳	11	64.7
	25-29歳	6	35.3
	平均±S.D (歳)		23.9±2.1
職業経験	保健師年数		
	1年目	12	70.6
	2, 3年目	5	29.4
	平均±S.D (年)		1.4±0.6
職業年数	1年目	9	52.9
	2年目	4	23.5
	4年目以上	4	23.5
	平均±S.D (年)		2.2±1.8
所属	勤務自治体		
	市町村	16	94.1
	都道府県	1	5.9
	勤務部門		
	保健	14	82.4
	保健福祉	2	11.8
	その他	1	5.9
主担当業務	母子	7	41.2
	成人	4	23.5
	高齢者	3	17.6
	その他	3	17.6
教育背景	一般教育		
	養成所	6	35.3
	短期大学	3	17.6
	大学, 大学院	8	47.1
	保健師専門教育		
	養成所, 短期大学	9	52.9
	大学	8	47.1
モデルとなる先輩の存在	職場内にあり	15	88.2
	職場外にあり	1	5.9
	なし	1	5.9

対象者の性別は女性88.2%, 男性11.8%であり, 約90%が女性であった。年齢は平均23.9±2.1歳で, 22~24歳が64.7%, 25~29歳が35.3%であり, 約65%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70.6%, 2・3年目29.4%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94.1%, 勤務部門は保健が82.4%と最も多かった。主な担当業務は, 母子が41.2%と最も多く, 成人23.5%, 高齢者17.6%の順であった。保健師教育背景は大学が47.1%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88.2%と最も多く, “職場外にあり”と“なし”は各5.9%であった。

## 2. 新任者の対人支援能力の構造

【領域別の対人支援能力】17項目, 【総合的な対人支援能力】19項目の各能力を因子分析(主因子法, バリマックス回転)によって構造化した。各能力を固有値1以上, 因子数を3で固定した結果を表2に示す。各因子の寄与率は, 【領域別の対人支援能力】では, 第1因子27.4%, 第2因子19.0%, 第3因子15.8%であり, 累積寄与率は62.1%であった。また, 【総合的な対人支援能力】では, 第1因子25.9%, 第2因子20.3%, 第3因子14.4%であり, 累積寄与率は60.7%であった。

抽出された各因子の内容を考慮し, 【領域別の対人支援能力】では, 第1因子「多職種間の連携を要する事例への対人支援能力」(9項目), 第2因子「行動変容や回復が困難な事例への対

人支援能力」(4項目), 第3因子「基本的な事例への対人支援能力」(4項目)とした。また, 【総合的な対人支援能力】では, 第1因子「受入れに問題のない事例に対する看護展開」(9項目), 第2因子「受け入れ困難な事例に対する看護展開」(7項目), 第3因子「対人支援を行うためのアセスメント能力」(3項目)とした。

## 3. 因子別にみた新任者の対人支援能力の発達

因子分析により抽出された因子得点を用い, 各因子について, IDと評価段階を要因とし, 2元配置分散分析を行った。その結果を表3と表4に示す。

IDと評価段階を要因とした場合, 【領域別の対人支援能力】の第3因子「基本的な事例への対人支援能力」, 【総合的な対人支援能力】の第1因子「受入れに問題のない事例に対する看護展開」と第3因子「対人支援を行うためのアセスメント能力」について, 因子得点が有意に上昇していた( $p < 0.001 \sim 0.01$ )。残りの因子については, 明らかな差は認められなかった。

さらに, 2元配置分散分析で有意差が認められた因子について, Bonferroniの方法を用いて多重比較を行ったところ, 【領域別の対人支援能力】の第3因子「基本的な事例への対人支援能力」, 【総合的な対人支援能力】の第1因子「受入れに問題のない事例に対する看護展開」と第3因子「対人支援を行うためのアセスメント能力」の3因子全てについて, ベースライン時と最終時で有意に因子得点が上昇していた( $p < 0.05$ )。

表2 新任者の対人支援能力の因子構造(主因子法, バリマックス回転)

		因子1	因子2	因子3	共通性		
【領域別の対人支援能力】	【第1因子】 多職種間の連携を要する事例への対人支援能力	[母子3] 複雑な事例(虐待等)	0.832	-0.100	-0.016	0.703	
		[精神3] 多くの問題をもつ事例	0.772	0.181	0.086	0.637	
		[難病3] 状態が不安定な在宅事例, ターミナル期の事例	0.725	0.405	-0.008	0.690	
		[難病2] 医療依存度が高い事例	0.691	0.318	0.121	0.594	
		[母子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)	0.639	0.003	0.429	0.592	
		[感染2] 複雑な問題の事例(AIDS等)	0.563	0.352	0.068	0.446	
		[感染1] 結核等管理体制に則って支援する事例	0.537	-0.316	0.181	0.421	
		[難病1] 病態の安定した事例	0.533	0.426	0.403	0.628	
		[精神2] 家族関係の調整が必要な複雑な事例	0.505	0.281	0.280	0.413	
		【第2因子】 行動変容や回復が困難な事例への対人支援能力	[高齢2] 寝たきり等の事例	0.293	0.756	0.176	0.688
			[成人2] 行動変容が困難な事例	0.059	0.737	0.154	0.571
			[高齢3] 痴呆を伴う事例, ターミナル期の事例	0.470	0.681	0.099	0.694
			[成人3] ターミナル期の事例	0.527	0.639	-0.129	0.702
		【第3因子】 基本的な事例への対人支援能力	[高齢1] 独居や健康な高齢者の事例	0.016	0.407	0.809	0.820
			[母子1] 基本的な事例(新生児等)	0.109	-0.166	0.751	0.604
			[成人1] 基本的な事例(健診事後指導等), 疾病管理が安定している事例	-0.075	0.489	0.679	0.706
			[精神1] 回復期にある安定した事例	0.448	0.100	0.663	0.650
固有値		4.65	3.22	2.68			
因子寄与率		27.36	18.95	15.79			
累積寄与率		27.36	46.31	62.10			
【総合的な対人支援能力】	【第1因子】 受入れに問題のない事例に対する看護展開	[構築1] 受け入れに問題のない事例との関係	0.792	0.110	0.083	0.646	
		[訪問1] 受け入れに問題のない事例への訪問	0.779	0.137	0.122	0.640	
		[家族1] 解決が容易な課題についての支援	0.749	0.236	0.221	0.665	
		[在宅1] 保健師が単独で支援できる課題	0.681	0.270	0.338	0.650	
		[計画1] 基本的な簡単な事例	0.634	0.148	0.564	0.742	
		[相談2] 複雑な問題に対し, 継続の判断と支援ができる	0.625	0.410	0.248	0.620	
		[相談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	0.614	0.091	0.467	0.604	
		[評価1] 事例の反応を視察し, 支援の継続の必要の有無が判断できる	0.602	0.515	0.227	0.679	
		[調整1] 他機関紹介等調整が簡単な課題	0.546	0.354	0.342	0.540	
		【第2因子】 受け入れ困難な事例に対する看護展開	[家族2] 複雑な家族関係, 困難な課題を抱える事例との関係, 解決困難な問題の調整	0.086	0.829	0.213	0.740
	[調整2] 複雑な問題で, チーム内の調整が困難な課題		0.002	0.763	0.376	0.723	
	[訪問2] 訪問を拒否しているが, 支援が必要な事例との関係		0.288	0.649	-0.004	0.505	
	[構築2] 複雑な家族関係, 困難な課題を抱える事例との関係		0.423	0.622	0.011	0.566	
	[評価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		0.414	0.598	0.190	0.565	
	[在宅2] 他機関, 他職種との連携の下に行う在宅支援		0.119	0.566	0.372	0.474	
	[計画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		0.411	0.494	0.470	0.634	
	【第3因子】 対人支援を行うためのアセスメント能力	[アセス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	0.342	0.165	0.703	0.638	
		[アセス3] チーム援助が必要でマネジメントを行う事例	0.035	0.281	0.651	0.504	
		[アセス1] 個人の発達や疾病管理が主となる事例	0.310	0.107	0.540	0.399	
固有値		4.93	3.86	2.74			
因子寄与率		25.94	20.34	14.43			
累積寄与率		25.94	46.27	60.71			

表3 対人支援能力の各因子に関わる二元配置分散分析表

		要 因	平方和 SS	自由度 df	平均平方和 MS	F 値	P 値
【領域別の対人支援能力】	【第1因子】	I D	34.455	16	2.153	7.224	***
	多職種間の連携を要する事例への対人支援能力	評価段階	1.423	2	0.711	2.386	n.s.
		誤差	9.242	31	0.298		
	【第2因子】	I D	31.454	16	1.966	5.971	***
	行動変容や回復が困難な事例への対人支援能力	評価段階	1.213	2	0.607	1.842	n.s.
		誤差	10.206	31	0.329		
	【第3因子】	I D	22.192	16	1.387	2.624	*
	基本的な事例への対人支援能力	評価段階	5.911	2	2.955	5.592	*
		誤差	16.384	31	0.529		
【総合的な対人支援能力】	【第1因子】	I D	21.420	16	1.339	2.702	*
	受入れに問題のない事例に対する看護展開	評価段階	7.327	2	3.663	7.395	**
		誤差	15.357	31	0.495		
	【第2因子】	I D	30.970	16	1.936	5.506	***
	受け入れ困難な事例に対する看護展開	評価段階	1.857	2	0.928	2.641	#
		誤差	10.898	31	0.352		
	【第3因子】	I D	20.988	16	1.312	3.646	**
	対人支援を行うためのアセスメント能力	評価段階	7.117	2	3.559	9.891	***
		誤差	11.153	31	0.360		

\*\*\* : p<0.001    \*\* : p<0.005    \* : p<0.01    # : p<0.1

表4 対人支援能力の各因子における因子得点の変化と多重比較

		ベースライン	中間	平均±S.D	
因 子				最 終	
【領域別の対人支援能力】	【第1因子】				
	多職種間の連携を要する事例への対人支援能力	-0.224±0.762	0.178±0.953	0.048±1.151	
	【第2因子】				
行動変容や回復が困難な事例への対人支援能力	-0.210±0.904	0.023±0.861	0.199±1.056		
【第3因子】	基本的な事例への対人支援能力	-0.400±0.747	-0.004±0.953	0.429±1.004	
	【総合的な対人支援能力】	【第1因子】			
		受入れに問題のない事例に対する看護展開	-0.479±0.893	0.036±0.908	0.471±0.850
【第2因子】					
受け入れ困難な事例に対する看護展開	-0.260±0.967	0.206±0.840	0.057±1.020		
【第3因子】	対人支援を行うためのアセスメント能力	-0.447±0.864	0.017±0.904	0.456±0.690	

\*多重比較は、Bonferroniの方法を用いた

\* : p<0.05

#### IV. 考 察

##### 1. 新任者の対人支援能力の構造

新任者の対人支援能力の構造は、各能力の因子得点の大きさと変化から、【領域別の対人支援能力】は「基本的な事例への対人支援能力」、「行動変容や回復が困難な事例への対人支援能力」、「多職種間の連携を要する事例への対人支援能力」、また、【総合的な対人支援能力】は「受入れに問題のない事例に対する看護展開」、「対人支援を行うためのアセスメント能力」、「受け入れ困難な事例に対する看護展開」という順序性で能力発達していくと推察された。さらに、【領域別の対人支援能力】では、保健師が単独で支援できる“基本的で簡単”な事例から、高度な知識と技術、他機関や他職種との連携といった“複合的

な能力”を要する事例への対人支援というように、事例の難易度に伴って対人支援の能力が形成されと考えられた。また、【総合的な対人支援能力】では、“受入れに問題のない事例に対する看護展開”という看護専門職としての基本的な看護展開能力があり、複雑な事例やより専門性の高い事例への支援を行う際に、基本的な看護展開能力に“アセスメント能力”をさらに強化することで、援助に深みや質の高さを生み出し、“受け入れ困難な事例に対する看護展開”を行う能力を獲得していくと考えられた。すなわち、【領域別の対人支援能力】は、対人支援を行うための絶対的な能力で構成されていることに対し、【総合的な対人支援能力】は、対人支援を行うための相対的な能力で構成されているといえる。

永井<sup>11)</sup>は、3か月目からの新人看護師の能力開発について、

横軸に「単独性の高低」、縦軸に「ノウハウの明確性」を取った成長マトリックスの一例を示している。Ⅰの領域が「単独性－ノウハウが明確」（独立した仕事で手順が明確、知的技能はさほど要求しない業務）、Ⅱの領域が「単独性－ノウハウが不明瞭」（仕事の単独性が高いが、ノウハウが明確でないため、判断能力を要する業務）、Ⅲの領域が「複合性－ノウハウが明確」（他の業務と密接にかかっているものの手順が明確な業務、内容は複雑で技能だけでなく調整能力や問題解決能力を要する業務）、Ⅳの領域が「複合性－ノウハウが不明瞭」（判断能力を要するだけでなく、他の要素と密接に影響し合っている業務）である。各因子の因子得点及び因子を構成する項目をみると、保健師の対人支援能力の場合は、横軸「単独性の高低」と縦軸「ノウハウの明確性」が非常に近接した成長マトリックスを形成しており、Ⅰの領域は「基本的な事例への対人支援能力」、ⅡとⅢの領域は「行動変容や回復が困難な事例への対人支援能力」、Ⅳの領域は「多職種間の連携を要する事例への対人支援能力」に相当すると考えられる。しかし、「多職種間の連携を要する事例への対人支援能力」を構成する項目をみると、感染症1“結核等管理体制に則って支援する事例”，難病1“病態の安定した事例”という、比較的ノウハウが明確な事例支援も含まれていた。これは、今回の対象者の90%以上が市町村勤務ということもあり、感染症や難病の事例については、ほとんどの新任者が未体験ということが大きく影響していると考えられる。したがって、新任者の業務の特性や体験が自己評価に大きく影響したものと推察され、前期中堅期、後期中堅期、ベテラン期と経験を積むことで、対人支援能力の構造は変化していくものと考えられる。

新任者の対人支援能力を育成していくためには、新任期5年間でどの領域までの能力を期待するのかを、組織として明確にしておく必要がある。このことは、新任者に達成感と成就感をもたせることにもつながるといえる。永井<sup>13)</sup>は、新人看護師の1年目のゴールを、成長マトリックスのⅢの領域までと考えている。しかし、保健師の対人支援は、対象の幅だけでなく、制度や社会資源に関する知識や技術も非常に幅広く、極めて多面的で複合的な能力を要する。さらに、施設内でチームとしてケアを提供する看護師に比べて、事例支援に際しては個人対個人で支援を行うため、新任者であっても個人の判断をもとに事例支援を行わざるを得ない状況にある。したがって、看護師よりも知識や技術面の能力に加え、高い判断能力が必要であるため、能力の獲得には時間と経験を多く要することが推察され、後期中堅期までにⅣの領域までをクリアできればよいと考える。本教育プログラムでは、新任期5年間は事例体験の蓄積期間としているため、新任期終了までのゴールをⅡの領域までと考えることが妥当といえる。

## 2. 新任者の対人支援能力の構造からみた能力発達と教育プログラム

【領域別の対人支援能力】の第3因子「基本的な事例への対人支援能力」、【総合的な対人支援能力】の第1因子「受入れに問題のない事例に対する看護展開」と第3因子「対人支援を行うためのアセスメント能力」の3因子について、ベースライン時に比べ、最終時に著しく自己評価が上昇していた。看護アセ

スメント能力や看護展開能力は、経験年数に伴って発展していく能力である<sup>12)</sup>が、新任期には「基本的な事例への対人支援能力」、「受入れに問題のない事例に対する看護展開」、「対人支援を行うためのアセスメント能力」という、対人支援を行うための初歩的な能力が顕著に発達すると推察された。これらの能力は、成長マトリックスでいうⅠの領域に相当し、職場内で指導者が意図的に教育を行うことで、Ⅰの領域は1年目にほぼクリアできると考えられる。初歩的な能力は、経験年数とともに発達していく能力ではあるが、単に年数を重ねるだけでなく、良い経験と自己努力を積み重ねることで、より確実に、そして効率的に能力を発展させていけると考える。

しかし、【領域別の対人支援能力】の「多職種間の連携を要する事例への対人支援能力」、【総合的な対人支援能力】の「受け入れ困難な事例に対する看護展開」の2因子については、中間時に比べて最終時に自己評価が低下していた。これらの因子の自己評価が低下した理由として、適切に自己の到達度を自己評価ができていない可能性の他、新任期は生の実践を通して学習する時期であり、事例体験の幅が広がり、指導者から離れて少しずつ難しい事例への援助を行うようになることで、自己の不足部分や実施の困難さに気づき、“やっぱりできていない”と感じたことが可能性として考えられる。自信や誇りといった自己評価的意識は、課題の遂行をどの程度うまくやれたかという成功体験の集積と、周囲の人からどの程度承認されてきたかという承認経験の蓄積の上に形成されていく<sup>13)</sup>。したがって、この実感を持った体験を次への成長の動機づけにつなげていくことが大切といえる。したがって、OJTにおいては、指導者が中心となり、新任者の現在の実践能力と自己評価のギャップを考慮し、肯定的にフォローし、サポートしながら、新任者への指導を行うことが重要と考える。

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。このような急速な変化に伴い、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、新任者への指導が十分に行えない状況にある。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<sup>14)</sup>、新任者であっても責任のある業務を分担せざるを得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。新任者は、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<sup>15)</sup>にあり、自信のない状態で就業していること<sup>16)</sup>から考えると、新任者育成においては、即戦力として一度に高いレベルの実践能力を期待するのではなく、スモールステップ法により、新任者に“できた”という成功体験を蓄積し、自己効力感を高めていけるような関わり方が必要と考える。すなわち、能力の順序性を無視することなく、まずは基本的な事例への支援能力の育成に焦点をあて、日々の実践に対して意図的に評価とフィードバックを行っていくことが重要と考える。

## 3. 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17名を対象に、教育プログラム導入による新任者の対人支援能力を構造化し、その発達特性を明らかにした。個々人の対人支援能力の変化については分析できたが、新任者の大部分が1年目の者であったことから、経験年数による発達の特性については分

析することができなかった。

今後は、今回の対象を追跡することで、新任期5年目までの対人支援能力の発達特性を明らかにしていく必要がある。また、主観的な評価データではあるが、新任者、指導者、管理者の3者のデータを用いて分析を行うことで、新任者の対人支援能力が全体の中でどのレベルに位置するのか、そして経験年数にしたがってどのように発達していくのかを明らかにしていくことが課題である。

## 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17名を対象とし、新任者の対人支援能力を構造化し、その発達特性を明らかにした。対人支援能力の発達状況は、新任者の自己評価によって測定した。

新任者の対人支援能力を【領域別の対人支援能力】と【総合的な対人支援能力】の2つの能力に分類し、各能力について固有値1以上で因子数を3に固定し、因子分析を行った。新任者の対人支援能力の発達特性をみるために、【領域別の対人支援能力】3因子、【総合的な対人支援能力】3因子、計6因子を分析枠組みとした。

因子得点を用いて分析した結果、【領域別の対人支援能力】の「基本的な事例への対人支援能力」、【総合的な対人支援能力】の「受入れに問題のない事例に対する看護展開」、「対人支援を行うためのアセスメント能力」の3因子について、ベースライン時と最終時で因子得点が有意に上昇していた。

以上のことから、新任期には対人支援を行うための初歩的な能力が顕著に発達すると推察された。新任者の対人支援能力を育成していくためには、新任期5年間に、対人支援能力の構造の中のどの能力をどの程度まで期待するのかという目標を組織として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。また、データ分析について多大なるご指導をいただきました富山医科薬科大学医学部看護学科 地域・老人看護学講座 成瀬優知教授に深く感謝申し上げます。

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) 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)
- 2) 佐久間清美：市町村保健婦活動を推進するための現任教育のあり方。保健婦雑誌, 52, 36-47 (1996)
- 3) 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任教育プログラム開発に関する研究。平成6年度厚生科学研究報告書(1994)
- 4) 金子仁子, 植田悠紀子, 石井享子, 他：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7年度厚生科学研究報告書(1995)
- 5) 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任教育のあり方に関する研究。保健婦雑誌, 52, 811-824 (1996)
- 6) 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)
- 7) 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)
- 8) 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)
- 9) 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)
- 10) 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)
- 11) 永井則子：3か月目からの新人看護師の能力開発-OJDにおける到達目標と達成基準-。看護展望, 29(8), 37-41 (2004)
- 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-。日本公衛誌, 46, 779-789 (1999)
- 13) 梶田毅一：自己意識の心理学(第二版)。東京大学出版会, 東京, 1988
- 14) 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)
- 15) 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)

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

## 保健所と大学の協働と共同

## — 継続教育体制の構築に向けての企画・実践を通して —

大倉 美佳<sup>1</sup>, 佐伯 和子<sup>1</sup>, 大野 昌美<sup>1</sup>, 相木 直美<sup>2</sup>, 塚田 久恵<sup>3</sup>,  
平田 直美<sup>4</sup>, 木下 浩美<sup>4</sup>, 川崎 外美子<sup>5</sup>, 小西 美知子<sup>6</sup>

<sup>1</sup>金沢大学医学部保健学科 <sup>2</sup>石川県庁健康福祉部 <sup>3</sup>南加賀保健福祉センター,

<sup>4</sup>能登北部保健福祉センター <sup>5</sup>金沢市元町福祉保健センター <sup>6</sup>金沢市駅西福祉保健センター

Collaboration and Cooperation between Public Health Centers and Universities  
— Planning and in Practice for Developing the Continuing Education System —

Mika OKURA<sup>1</sup>, Kazuko SAEKI<sup>1</sup>, Masami OHNO<sup>1</sup>, Naomi AIKI<sup>2</sup>, Hisae TUKADA<sup>3</sup>, Naomi HIRATA<sup>4</sup>,  
Hiromi KINOSHITA<sup>4</sup>, Tomiko KAWASAKI<sup>5</sup> and Michiko KONISHI<sup>6</sup>

<sup>1</sup>School of Health Science, Faculty of Medicine, Kanazawa University

<sup>2</sup>Faculty of Health and welfare, Ishikawa Prefectural Government

<sup>3</sup>Minami-kaga Public Health Center of Ishikawa Prefectural Government

<sup>4</sup>Noto-hokubu Public Health Center of Ishikawa Prefectural Government

<sup>5</sup>Motomachi Public Health Center of Kanazawa City

<sup>6</sup>Ekinishi Public Health Center of Kanazawa City

This study aimed to clarify the relationship between public health centers and universities, through planning and in practice, for developing the continuing education system. We analyzed it using the formative classification of Hart and Bond. Findings in this study showed that there were three axes that affected the difference in the relationship between organization in practice and the educational organization; the achievement objective, the evaluation indicator and the form of cooperation. In "The collaboration of empowerment type" which puts importance on processes and role sharing through changes in organizational structure and systems, mental and physical labor will be necessary, but mutual empowerment can be anticipated. On the other hand, in "Cooperation in effective use of resources" which puts importance on the outcome of solving common problems, proactive selection and role assignment, for mutual effective and efficient results in practice can be anticipated. Collaboration and cooperation are equal. The findings suggest that the following is desirable: Each side must recognize the diverse differences in standpoint, value and organizational culture and then respond flexibly to review the setting of goals, methods and role assignments.

*Key words* : collaboration, cooperation, organization in practice, educational organization, continuing education

## I. 結 言

看護学は実践を伴う学問であるため、看護実践者と看護教育・研究者とが連携した研究は不可欠である。しかし、看護実践者と看護教育者が別々の機関に所属していることが多く、また看護系大学の増加によって実践機関を離れた看護研究者や教育担当の看護職が増加するという現象が起きている。このような現状の中で連携した研究を行うためには、①研究課題の優先

性、②研究結果の有効活用性、③連携する両者が連携による負担に対して少ないもしくは同等という共通した認識をもつことが必要条件となる<sup>1)</sup>。

しかし、健康づくり活動を通じた住民と行政のコラボレーションに関する研究<sup>2-6)</sup>や実習のあり方に関する臨地と教育のユニフィケーションに関する研究<sup>7-9)</sup>はあるが、連携する実践現場と教育機関との連携のあり方や関係性に着目した研究は少ない。

そこで、実践現場でも教育現場でも課題となっている新任保健師に対する継続教育体制の構築<sup>10,11)</sup>に向け、保健所の市町村支援の向上を目指した連携活動を実践した。その実践活動を振り返り、保健所と大学との連携のあり方とその関係性について明らかにすることを本研究の目的とする。

## II. 対象および方法

### 1. 研究デザイン

地域保健における継続教育体制の構築をめざした実践型研究であることから、研究者も現場の人たちもともに研究を進めていく民主的で参加型の実践を通し、研究成果だけでなく社会への影響を与えて変化をもたらすことを目指すアクション・リサーチ<sup>12)</sup>を用いる。また、一般化を目指す前に、まず連携活動の現象を捉え、その現象の根底にある関係性を探ることを目指すため、質的記述的手法を用いる。

### 2. 実践の概要

平成15年度に大学からA県庁に理解を求めた上で、A県内の保健福祉センターと中核市福祉保健センター（以下、保健所とする）に、新任者の継続教育体制の構築に関する本研究プロジェクトへの参加を呼びかけた。

この研究プロジェクトは、保健所の市町村に対する教育支援機能の発揮と向上を目指し、管内市町村における職場内教育 On Job Training（以下、OJTとする）の体制作りへの支援と職場外研修 Off-Job Training（以下、Off-JTとする）の企画・運営を行った。

保健所は研修企画の主担当者を中心に担当課の管理職、副担当者、スタッフ（以下、企画担当者とする）が、管内市町村への日常的なサポートと調整を行った。大学は保健所と共催で Off-JTの企画・運営にあたり、保健所の求めに応じてサポートを行った。

大学内においては、大学院卒業生で企画担当者の2名を加えて、Off-JT開始前などに月1回の定例勉強会を行った。それ以外に大学内の教員3名のみで、月2回のペースで定例検討会を行った。

本研究の実施期間は、研究説明と参加の意思確認時期は平成15年4月～6月まで、Off-JT等の実施は平成15年7月～平成16年2月までであった。

### 3. 研究対象

本研究においては参加型の実践を目指したアクション・リサーチを用いたため、研究組織および研究者と研究対象組織および研究対象者は同一となり、保健所と大学である。

保健所の組織内訳は、研究趣旨を説明し、理解と参加同意が得られた保健所3カ所と中核市1カ所であった。企画担当者を中心に副担当者として上司である課長が市町村や大学との窓口となった。企画担当者が職務上配置されていない場合は、管理的立場の者が担当した。保健所の研究者兼研究対象者は企画担当者5名（平均保健師経験年数24年）であった。

大学の研究者兼研究対象者の内訳は、教授1名、助手2名（平均教員歴8年、平均保健師経験年数6年）であった。

### 4. データ収集と分析

データは、実践経過を記述したものと会議録、Off-JTに

おける議事録、フィールドノートを用いた。

分析は、Hart & Bondによるアクション・リサーチの形式分類<sup>13,14)</sup>を用いて、①教育への立脚の仕方、②集団メンバーへの焦点の当て方、③問題の焦点の当て方、④介入による変化の促し方、⑤改善の目指し方、⑥循環的な経過のたどり方、⑦関係性や協力形態の7つの区分する基準に着目し、データからその着目点に関する記述部分を拾い出し、保健所と大学との連携のあり方とその関係性についてストーリーとして再構成した。

分析の信頼性については、研究者兼研究対象者に分析結果を見せ、承諾を得た。

### 5. 倫理的配慮

研究の実施にあたり、金沢大学医学部倫理審査委員会の承認を得た上で、研究組織および研究対象者に対し、文書と口頭で研究の趣旨説明を行い、同意書への署名による承諾を得た。また、自由意志による研究参加の決定の保障、不参加による不利益はないこと、中断の自由、データの秘密保持、データ管理と破棄の方法、個人が特定されないように結果を公表することについて説明し、保証した。

## III. 結 果

保健所と大学との連携のあり方とその関係性についてHart & Bondによるアクション・リサーチの形式分類<sup>13,14)</sup>を用いて分析した結果、問題の焦点の当て方、改善の目指し方の基準を合わせた『達成目標の軸』、教育への立脚の仕方、介入による変化の促し方、循環的な経過のたどり方を合わせた『評価指標の軸』、関係性や協力形態を示す『協力形態の軸』の3つの軸に違いが見られた。集団メンバーへの焦点の当て方については、今回のデータには上手く当てはまらなかったため、分析軸から外した。データに基づき、保健所と大学との連携のあり方とその関係性について特徴的と考えることのできた2カ所に関して次のようにストーリーを再構成した。保健所保健師や企画担当者、スタッフ、大学教員の語りは縮小した斜字で示した。

#### 1. A保健所と大学との連携のあり方とその関係性について 1) 組織構造やシステムの変化を目指して

継続教育体制の構築をめざした本研究の参加に向けての意思確認を行う会議の中で、A保健所管内の市町村保健師の中には次のような反応があった。

気持ちだけでは人は育たないし、変わらない。行政の財政も厳しくなってきたから、Off-JTにもなかなか公費では参加できにくい状況になってきている。自分たちで何とか勉強していくしかないけれど、情報も乏しい。自分だけで悩みを抱え込まないように、チームで会を作って、事例に関してや仕事の仕方に関してみんなで考える機会を持つるので、少しよい感じに変化しつつあるように思っている。

市町村の中には、継続教育の体制構築に関してすでに課題認識をもちながら自らチームとしての変革を促そうという活動を開始していた。しかし、A保健所は定期的な市町村巡回によって話し合いをもっているものの市町村とのかかわりと保健所自身の役割認識について次のように受け止めていた。

市町村が具体的にどのような支援を保健所に求めているのなかなか実態が把握しきれていない。市町村によっては直接的に大学と結びついて指導や支援を受けることを期待しているのかもしれない。しかし、今



こそ保健所にも指導の力量が求められているのだとも思う。担当者が替わったら継続されていかないうようなプログラムでは意味がない。みんなが大事だと思えて、誰もが使いこなせるプログラムやシステムが必要だと思う。

保健所としては課題認識と役割期待の認識がありつつ、現状を把握し切れていないギャップにジレンマを感じていた。その解決策として、組織内の動機付けや意識向上を図り、組織全体として変革していくことで、継続的なプログラムやシステムの構築につなげていく必要性を感じていた。そのため、今回の研究参加の申し出に対しても大学をパートナーとして取り組み、Off-JTも共催するという事になった。

つまり、保健所内において職員の意識向上による組織内の風土作りやプログラムやシステム作りを促す働きかけを追及しており、『達成目標の軸』としては組織構造やシステムの変化に焦点が当たっていた。

## 2) プロセス重視

第1回のOff-JT開始前に企画担当者と大学教員が打合せの会合を行った。その際、企画担当者は当初、研究参加の市町村管理者とのグループワークにおけるファシリテーターという役割に対する負担感と実践への不安が大きかった。それに対し、大学教員は次のように対応した。

方向性を整理するだけでいいと思いますよ。(研究参加の各市町村における) 管理者同士が刺激あって話し合ってくれるでしょう。何が大変だと思うのでしょうか。相手のキャリアや年齢が気になりますか。教育するという立場ではなく、保健所の役割として存在すればいいと思いますが、今の時代は、知識普及の研修なんて必要ないし、話し合いによってお互いに刺激しあうことが大事だと思いますよ。

その対応に対し、企画担当者は次のような反応を示した。

話し合いを進める役割でいいのでしたら、自信はないですがやってみます。

その後、Off-JTの度に企画担当者も大学教員もグループワークのファシリテーターという役割を担った。そして、年度末の評価会議において大学教員から企画担当者に対して次のような声をかけた。

こまめに市町村へ声をかけてくれたことで、現状把握もでき、課題も見出すことができたのですね。

その言葉がけを受け、企画担当者に対して保健所内の管理職や他のスタッフからもねぎらいの言葉が交わされた。会議出席の全員からプラス評価を受け、企画担当者は少し照れながらも次のように語った。

意図的に関わったからこそ、課題意識が明確になりましたね。それに、他の事業で顔を合わせても特に新任保健師の様子は気になって、でも会うごとに成長してたくましくなっていく姿を見ると嬉しくて。市町村とも同じ土台で(新任保健師の育成のための継続教育体制の構築という)共通の話題で話し合うことで、見えた、打ち解けた、気軽に聞ける関係になれたと思いますね。

このような実践を通して、企画担当者は市町村の現状と課題、そして頑張っている姿を実感することができた。また、他の活動場面においても意識して新任保健師の成長を捉えることができ、そのことが市町村への人材育成支援の評価につながっていた。そして、その実践を振り返り、大学として客観的な評

価を加えたフィードバックを図ることにより、保健所と大学とも相互作用により関係性が構築されていったという変化のプロセスを振り返ることができた。

つまり、市町村と保健所、あるいは保健所と大学との組織間や各組織内の変化プロセスや変革を問題の焦点と定めていた。変革に向けては、関わるすべてのメンバーが心理的にも労力や時間といった物理的にも多くのエネルギーを費やす必要があり、その意味から葛藤を解決していく型の活動といえた。また、『評価指標の軸』としては成果や結果がすべてではなく、自分たちの意識の変化やシステムの変化というプロセスを重視していた。

## 3) 役割を共有する二人三脚の活動

年度末の評価会議において、保健所と大学はお互いのかかわりや実践の中での関係性について話し合った。その話し合いの中で、保健所の管理職が次のように話した。

保健所と大学とのかかわりについては、特に最初に話し合いがとても重要だと思いますね。そこで、役割を明確にしておけば、迷いも少なくなるでしょう。

連携して活動を行う上で、保健所としてはまず対話によって目的を明確にして共通理解を深めることが重要だと感じる事ができた。当初の話し合いが重要というその発言を受けて、企画担当者は自分自身が考える重要点として次のように加えた。

対話がもっと必要だったと思いますね、保健所内のスタッフ間でも。市町村支援に関して、役割の明確化以上に目的の共有化が大事だと思います。保健所としては大学と一緒に取り組みを行ったことで、大学を身近な存在に感じることができました。

その発言を受け、保健所管理職は大学との連携活動の成果として次のようにまとめた。

大学とOff-JTを共催することで、保健所の位置づけも明確にでき、継続教育プログラムの開発に携わることもでき、あーこんなこともできるんだと思えましたね。これからも一緒に汗を流しながら関わりたいと思っています。

必ずしも最初から目的共有できるものではなく、役割を共有しながらともに活動を進める中で話し合いを繰り返し、そのことを通したからこそ相互に連携の意味や成果を見出すことができた。

つまり、『協力形態の軸』としては、保健所と大学は対話による協議を重ね、二人三脚で役割を共有しながら、活動を進めていったといえた。

## 2. B保健所と大学との連携のあり方とその関係性について

### 1) 共通の課題解決を目指して

本研究の参加に向けての意思確認を行う最初の会議は、B保健所の管理職、企画担当者、大学教員が参加した。大学教員から今日的な継続教育体制の現状と課題を説明した。その後、企画担当者はB保健所管内の現状と課題を次のように捉えて話した。

新任保健師に対する継続教育体制作りは大事だと思っているし、特に小規模の市町村に対して保健所がどのように指導すればよいか課題になっている。市町村保健師からは、日常業務の多忙さの上さらに作業が増えると悪念して尻込みするのが日にみえているから、一律にすべての市町村で実施するのは無理だろう。モデル的に実施し、効果的だと評

働いてから普及を目指すがスムーズではないだろうか。自分たち保健所だって日常業務に振り回されているし、正直言って効率的・効果的な実践を行いたい。それに、これまで保健師は先輩の背中を見て日常業務を通して実務を学んできた経緯がある。

保健所としては、系統的な継続教育体制の整備の必要性を痛感しているが、危機感につながるほどの役割認識の優先性は高くないといった思いが一通り発言された。それらの発言の中には、市町村保健師の反応を予測しながら保健所保健師自身の気持ちを反映していることに何となく気づく段階があった。その後、保健所管理職が次のように話し始めた。

でも、そこで足踏みしていても事態は変わらないわよね。その徒弟制度では限界だからこそ、先ほど大学から提案があったように、システム的に考える必要があるのではないかしら。

この発言を機に各自が自分の考えを反芻するような穏やかな時間がしばらく流れた。それは現状の課題を解決するためには新しい取り組みを始めるしかないという覚悟を決める段階につながる時間であった。その後、話し合いの着目点が過去や現在ではなく、今後へと向けられていった。そして、企画担当者が次のように話した。

まず、市町村の管理者と保健所の企画担当者、大学職員に継続教育に関する現状と課題を話し合ってもらい、「押し付けられ感」をなくして、その危機感を1つの方向にまとめてモチベーションを高めることが必要です。

これは具体的な役割期待と役割認識の一致があったからこそこの発言であった。だからこそ、市町村、保健所、大学という実践する組織3者が課題の認識を共有することから出発する必要があると考え、継続教育に関する現状と課題を話し合う機会を設定するという段階に至った。

つまり、運営の工夫によって実践する組織3者の合意を形成することを追及しており、『達成目標の軸』としては共通課題の解決に焦点が当たっていた。

## 2) アウトカム重視

年度末の評価会議において、お互いのかかわりや実践の中での関係性について話し合う中で、保健所の管理職および企画担当者は次のように話した。

大学から新鮮な情報や自分の保健所管内に使える方法を教えてもらったのはよかったなあ。大学と一緒にやるからこそできるっていうことを実感できたな。

このようにB保健所は、継続教育プログラムの開発という共通課題の解決策を提示する大学として捉えていた。そして、大学内の会議の中で大学教員はこれまでの連携活動を次のように振り返った。

当たり前だけど、特に介入研究って、現場の協力があってこそ成り立つものよね。

大学もまた、B保健所との連携のあり方として介入研究の実践できる場と機会を提供してくれる存在として捉えていた。

つまり、保健所と大学は、お互いを共通課題の解決のための有効資源として捉えていた。そしてB保健所と大学との連携活動は、物理的にも心理的にも合理的なマネジメントが可能な管理型といえ、『評価指標の軸』としては共通課題の解決というアウトカムを重視していた。

## 3) 主体的な選択と役割分担による活動

第1回Off-JT開始前のスタッフ打合せの会合の際、Off-JTの対象参加者について保健所企画担当者は次のように語った。

この研究への参加は市町村保健師の自由意志だけれど。研究不参加の市町村ほど小規模でOJT体制の整備も難しいから、課題は大きいと感じていた。だから保健所としては、すべての市町村保健師にOff-JTの参加を積極的に促したい。大学にはわがままを言っているように思われるかもしれないけれど。市町村の課題を把握できるのもこの地域独自の価値観を知っているのも、地元で保健所ならでは、でしょ。自分たちがこれまで実施してきたOff-JTに大学からの研究を上乘せたい。

小規模市町村への支援の強化や行政職員の中での専門職としての保健師育成の強化といった課題が明確であれば、課題解決に必要なと思われる方法のみを主体的に選択することができた。また、従来からの保健所独自のOff-JTや継続教育システムがあることで、例え今回の実践のすべてが上手くいかなくても戻ることができる基盤があるという安全ネットの働きになっていた。そして、年度末の評価会議において大学とのかかわりについて企画担当者は次のように実践を振り返った。

自分たちはいいところ取りをさせてもらったと思う。日常業務にいかに入り込んで考えられるかも大きなポイントだね。「研究のために」と考えてしまうと「やらされ感」は大きくなるから。大学からは研究という視点から計画案の提示をしてもらえる存在と考えていた。保健所自身の役割は市町村への支援をしながら実践を重ねることが中心だと思っている。

日常業務の中に研究のエッセンスのみを取り込むことができると考えられると、追加された仕事という受け止めをしなくなるため負担感も少なかったといえた。また、共通課題を解決するためという達成したい目標が明確になったことで、各々の果たす役割も明確になりやすかった。

つまり、『協力形態の軸』としては、保健所が主体的な選択を行い、役割分担をし、活動を進めていったといえた。

## 3. 保健所と大学との連携のあり方とその関係性の相違点

保健所と大学との連携のあり方とその関係性について、Hart & Bondによる形式分類と達成目標の軸、評価指標の軸、協力形態の軸の3つの軸に基づく分析を表1に示す。

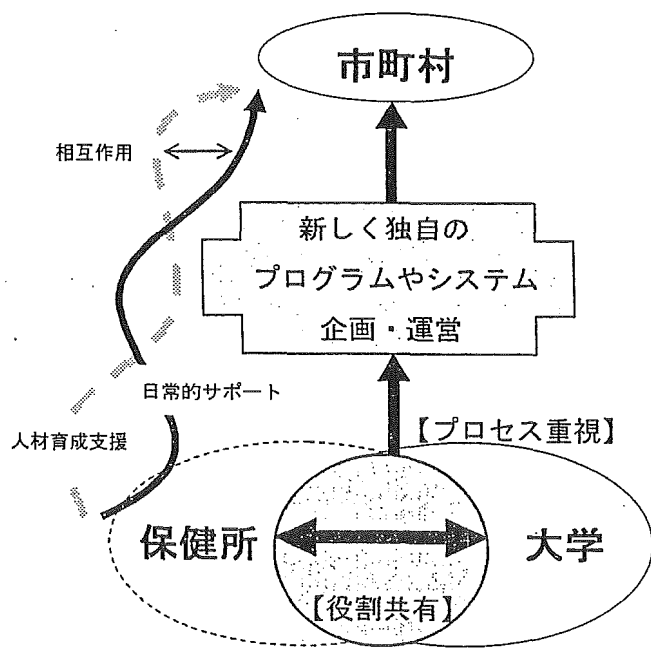
A保健所と大学との連携のあり方とその関係性は、意識向上による組織構造やシステムの変化を追及し、変化プロセスから問題の焦点を定める葛藤解決型で、役割を共有する二人三脚の活動であった。つまりその関係性は、何かを生み出すために協力して働くことという意味<sup>13)</sup>を含む『協働』であり、『エンパワータイプの協働型』と命名することができた(図1)。そして、組織構造の変化を目指すプロセスを通して、相互のエンパワーメントが期待できた。

一方、B保健所と大学との連携のあり方とその関係性は、運営の工夫による合意形成を追及し、共通課題の解決という問題に焦点を定める合理的管理型で、主体的な選択と役割分担による活動であった。つまりその関係性は、共通の目的を持って同一の資格を持つ者でかかわることという意味<sup>14)</sup>を持つ『共同』であり、『有効資源活用タイプの共同型』と命名することができた(図2)。そして、共通課題の解決という活動を通して、相互にとって効率的・効果的な実践が期待できた。

表1. 保健所と大学との連携のあり方とその関係性に関する相違点

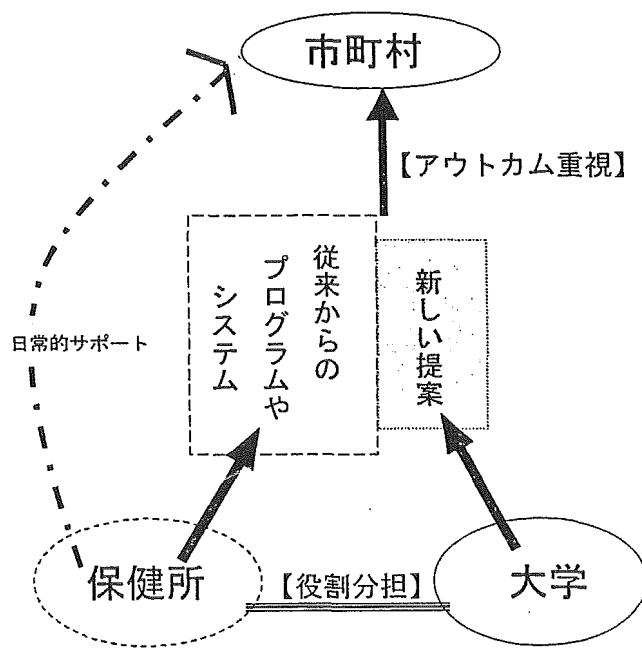
Hart & Bondによるアクション・リサーチの形式分類*	A 保健所	B 保健所		A 保健所	B 保健所	
問題の焦点の当て方	変化プロセスから問題の焦点を定める	共通課題の解決という問題に焦点を定める	⇒	達成目標の軸	組織構造やシステムの変化	共通課題の解決
改善の目指し方	協議により目標設定し、多面的な改善を目指す(既得権に配慮)	具体的な成果を得る改善目標について合意形成			評価指標の軸	プロセス重視
教育への立脚の仕方	意識向上による組織構造変化を追及	運営の工夫による合意形成を追及	⇒	協力形態の軸	エンパワーメントタイプの協働型	有効資源活用タイプの共同型
介入による変化の促し方	ボトムアップ変化を促す	設定目標に対する組織的直接的な介入				
循環的な経過のたどり方	葛藤解決型のらせん状循環経過	合理的管理型				
関係性や協力形態	役割を共有する二人三脚の活動	主体的な選択と役割分担による活動				

\*: Hart & Bondによるアクション・リサーチの形式分類における「集団メンバーへの焦点の当て方」の基準については、今回のデータには上手く当てはまらなかったため分析軸から外し、6つの基準に基づき分析を行った。



【達成目標：組織構造やシステムの変化】  
⇒【期待される効果：エンパワーメント】

図1 エンパワータイプの協働型



【達成目標：共通課題の解決】  
⇒【期待される効果：効率的・効果的な実践】

図2 有効資源活用タイプの共同型

#### IV. 考 察

##### 1. これまでの協働と共同の捉え方

これまでの協働と共同の捉え方について、先行研究や文献より明らかになったことは次のとおりである。

協働という言葉は、今日ではコラボレーションと横文字で用いられることが多く、特に地域看護領域においてはヘルスプロ

モーション活動の推進に伴い、着目されてきた。辻山<sup>16)</sup>はその意味を「地域住民と自治体職員が協働して自治体の役割を果たしていくこと」と捉えている。また、世古<sup>17)</sup>は協働の原則を行政と住民との対等性、住民の自主性と主体性、目的の共有化、情報開示としている。そして、これらの原則に加えて全体の仕組みを観る全体性、多様性・異質性を受け入れる柔軟性、共感性、オープンマインドが協働のためのルールとして必要<sup>18)</sup>であ

るとしている。

一方、共同という言葉を用いて連携の関係性を示している文献は少ないが、広辞苑<sup>15)</sup>にある「共通の目的を持って同一の資格を持つ者でかかわることという意味」を考えると、武藤<sup>16)</sup>のいう「共通の目的を達成するために、対等な立場で互いに協力し合うこと」、「市民社会の存続のためにあらゆるセクターが対等な立場から協力し合うこと」は、パートナーシップと同義とあり、共同と考えられる。

## 2. 本研究における協働と共同の捉え方

ここで、本研究で捉えた協働と共同についてその意味づけを考えると、まず協働の目指す達成目標が組織構造やシステムの変化であるのに対し、共同は共通課題の解決を目指していると分類できた。つまり、上述のように目的の共有化や共通の目的という意味では協働も共同も同じであるが、目的とする内容については違いがあり、区別が必要であると考えられる。区別の必要性については次項で述べる。

その目的とする内容に対する違いに伴い、連携活動の評価指標に関して、協働では変化に至るまでのプロセスが重視されたのに対して、共同では課題解決に至ったアウトカムが重視された。また、協働では変化を目指すため心理的、物理的な労力や葛藤を要し、役割を共有したプロセスを通して相互のエンパワーメントが期待できたのに対して、共同では相互に有効な資源として活用するという主体的な選択によって効率的・効果的な実践が期待できた。

さらに、連携する相手との関係性に関して、協働では何かを生み出すために協力して働く<sup>15)</sup> 相互の協力関係が強調されるのに対して、共同では対等な立場が強調された。

このように本研究結果より、協働と共同を分類するための新しい条件要素と期待できる効果が導き出せたと考える。

またこれらの結果は、小島<sup>20)</sup>の示す市区町村と都道府県の政府間関係に関する仮説的検討と類似している。実践的なノウハウが課題ではなく、時間をかけて相互に学習していくことが王道である「協働-政府間協働パターン」<sup>20)</sup>は本研究における協働と、そして役割分担と主題、システムの設計、パートナーの選択を課題とする「協働-政府並立パターン」<sup>20)</sup>は本研究における共同と類似しており、本研究の分類結果を支持している。

## 3. 協働と共同を区別することの意味

上述のようにこれまでの先行研究や文献を省みると、連携活動を考える際、住民の主体性と目的の共有化という側面が強調され、共同よりも協働に価値の重要性を置く風潮が感じられる。しかし、協働には相互のエンパワーメントが期待できる半面、心理的・物理的な労力や葛藤は相互にとって大きな負担ともなりかねず、すべての連携活動を協働で行うのは困難であると考えられる。その点、共同では相互に有効な資源として活用するという主体的な選択によって効率的・効果的な実践が期待できる。このメリットを生かし、達成目標の内容によって協働と共同のどちらを実践するのかについて検討し、相互共有を図ることが重要であると考えられる。そのことによって、活動中の役割期待や活動後の結果に対する相互の誤解やギャップも少なくなり、スムーズな連携活動の実践につながると考える。

また、協働と共同について達成目標、評価指標、協力形態の

あり方に区別はあるが、その区別に重要度の違いや優劣はなく、Lyon<sup>14)</sup>も述べているように、どちらかに当てはめようとするのではなく、個別の状況の特徴を検討したり、問題を解決する上で関係者がどのように貢献したかを検討する際に用いればよいと考える。

そして、そのためにはまず、連携する相手の立場や価値観、組織文化が違うという多様性を認めることが大切であると思われる。対話を通して目標の設定や方法、役割の在り方について柔軟な姿勢で臨み、必要に応じて修正することが望ましいと思われる。

## V. 結 論

継続教育体制の構築に向けての企画・実践を振り返り、保健所と大学との連携のあり方とその関係性について明らかにすることを目的とし、Hart & Bondによるアクション・リサーチの形式分類を用いて分析した。

その結果、連携のあり方とその関係性には達成目標の軸、評価指標の軸、協力形態の軸の3つが関わっており、2つのタイプがあった。

組織構造・システム変化によるプロセスと役割共有を重視した『エンパワータイプの協働型』では、心理的・物理的な労力を要するが、相互のエンパワーメントが期待できた。

一方、共通課題の解決によるアウトカムと主体的な選択、役割分担を重視した『有効資源活用タイプの共同型』では、相互にとって効率的・効果的な実践が期待できた。

『協働』と『共同』という両者に優劣はなく、まず連携する相手の立場や価値観、組織文化の違いという多様性を認め、柔軟な姿勢で臨み、対話を通して目標の設定や方法、役割の在り方について修正することが望ましいと示唆された。

## 謝 辞

研究に快くご協力いただきました行政機関に従事される職員と保健師の皆様へ心より感謝いたします。

なお、本研究は平成14、15年度厚生労働省科学研究費補助金(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) 小西美智子: 地域看護学研究における教育・研究者と看護実践者の協働の進め方. 保健の科学, 45(5), 338-343 (2003)
- 2) 林志保, 池田澄子, 高島伸子, 他: 地域主体の地域づくりと協働する行政のあり方 住民自主グループのエンパワーメントの分析から. 香川医科大学看護学雑誌, 7(1), 145-154 (2003)
- 3) 山田洋子, 宮崎美砂子: 保健婦規則規定以前における地域住民との協働による保健婦活動. 千葉大学看護学部紀要, 23, 35-38 (2001)
- 4) 二宮一枝, 岡野初枝, 川田智恵子, 他: 住民の生活の質の向上をめざした地域保健活動の展開(第1報) 住民組織等の実態と住民代表の意向調査. 岡山大学医学部保健学科紀

- 要, 11(1), 41-48 (2000)
- 5) 清水洋子, 鈴木晶子: 集合住宅における地域保健活動と活動評価に関する研究 自治会役員を対象としたグループ・インタビュー調査から. 日本看護学会論文集30回地域看護, 92-94 (2000)
- 6) 九島久美子, 鳩野洋子, 田中久恵, 他: 住民主体のグループ育成をめざした保健婦活動のあり方に関する研究 グループの形態分類. 保健婦雑誌, 55(3), 194-200 (1999)
- 7) 尾崎伊都子, 山口洋子, 白井みどり, 他: 保健所における本学部地域看護学実習の方法の検討(第2報). 名古屋市立大学看護学部紀要, 4, 15-24 (2004)
- 8) 平岡敬子: 臨地実習における大学と実践の場との連携と協働について 第1回看護学教育ワークショップ参加報告. 看護学統合研究, 1(2), 60-66 (2000)
- 9) 丹野かほる, 西山悦子, 渡辺岸子, 他: 教育と臨床のコラボレーション 効果的な臨床実習指導のあり方を考える. 新潟大学医学部保健学科紀要, 7(5), 575-580 (2003)
- 10) 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会 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: 地域保健を支える人材の育成 実態調査と事例から見た将来像. 中央法規 (2004)
- 11) 看護学教育の在り方に関する検討会: 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 看護学教育の在り方に関する検討会報告. (2004)
- 12) Hart E, Bond M: Action research for health and science care: a guide to practice. Open University Press, Buckingham (1995)
- 13) Pope C, Mays N (大滝純司監訳): 質的研究実践ガイド 保健・医療サービス向上のために. 62-73, 医学書院, 東京 (2001)
- 14) Lyon J: Applying Hart and Bond's typology: implementing clinical supervision in an acute setting. Nurse Researcher, 6, 39-53 (1999)
- 15) 広辞苑第5版, 700-701, 岩波書店, 東京 (1998)
- 16) 辻山幸宣: 文献時代の自治体職員7 住民・行政の協働. 17, ぎょうせい, 東京 (1998)
- 17) 世古一穂: 市民参加のデザイン. 78-81, ぎょうせい, 東京 (1999)
- 18) 志村重太郎編著: 図説 住民協働型地域づくりシステム 地域の価値観発見と創造を目指して. 26-27, 52 (2000)
- 19) 武藤博己: 市民・住民と自治体のパートナーシップ第1巻 分権社会と協働. 25-29, ぎょうせい, 東京 (2001)
- 20) 小島聡: 市民・住民と自治体のパートナーシップ第1巻 分権社会と協働 (武藤博己編). 211-220, ぎょうせい, 東京 (2001)

著者への通信先: 大倉美佳, 〒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 076-265-2578 (直) FAX 076-234-4363 (代)  
E-mail: mika@mhs.mp.kanazawa-u.ac.jp

Reprint request to: Mika Okura, School of Health Science, Faculty of Medicine, Kanazawa University  
5-11-80 Kodatsuno, Kanazawa, Ishikawa, 920-0942, Japan

Practical competence of public health nurses working  
for local government :  
Comparison-1996 and 2001

Saeki Kazuko    Izumi Hisako    Ohno Masami  
Okura Mika    Murashima Sachiyo

# Practical competence of public health nurses working for local government : Comparison-1996 and 2001

Saeki Kazuko Izumi Hisako\* Ohno Masami  
Okura Mika Murashima Sachiyo\*\*

## ABSTRACT

**Purpose :** The condition of surrounding public health nurses (PHNs) has changed remarkably with the revision of the community health law and health care system. This report described the self-evaluation of competence of PHNs in 1996 and 2001.

**Methods :** PHNs working for local governments were surveyed using a self-administrated questionnaire sent by mail in 1996 and 2001. In the initial randomized stratified study, 398 questionnaires were sent and 277 (70%) replies were received. In 2001, questionnaires were sent to all 1,860 PHNs and 1,131 (61%) replies were received. The competence was measured by a scale consisting 15 items established by the Japanese Nursing Association. The structure of competence was analyzed using factor analyses, and self-evaluation was analyzed using the t-test or one-way ANOVA.

**Results :** In both studies, the competence was consisted of 2 factors, "interpersonal health care competence (IHCC)" and "policy making competence (PMC)". Three items were distributed another factor in 2001. There were significantly differences in the 15 items of the competence among 4 career groups divided by years of experience. In 2001, members of group1 (1-5y) ranked items of the IHCC lower than in 1996 among the city, town and village group. Members of group2 and 3 (6-10y, 11-20y) evaluated items of the IHCC higher than in 1996 among the prefectural group.

## KEY WORDS

public health nurse, development, practical competence, community health

## Introduction

The work of public health nurses (PHNs) has changed remarkably with the revision of the community health law and health care system, starting with the establishment of the Community Health Act in 1997. The activities of PHNs have spread into the welfare area, after establishing the Long-Term Care Insurance system in 2000. PHNs are expected to carry out direct health care services including home

visits, health consultations, health examinations, and health education for groups, in addition to working for management, making policy, and its evaluating<sup>1-3)</sup>.

Could PHNs acquire the necessary skills to keep up with the changes in community health laws and the health care systems? In this period of rapid change in the community health and welfare systems, what are the factors that relate to the level of the practical competence of PHNs?

School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kanazawa University

\* Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

\*\* Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

Table 1 : Subjects

	1996					2001				
	G1	G2	G3	G4	total	G1	G2	G3	G4	total
	n=72	n=63	n=101	n=43	N=279	n=416	n=239	n=284	n=192	N=1131
Average age (yrs)	25.4	31.2	40.0	47.0	35.1	26.2	31.3	38.9	50.0	34.4
Workplace: Rate of prefecture (%)	49 %	44 %	50 %	47 %	48%	14 %	18 %	30 %	30 %	21%
Position: Rate of staff (%)	100%	92 %	70 %	35 %	77%	100 %	87 %	61 %	15 %	73%
Transfer: Rate of yes (%)	24 %	52 %	64 %	61 %	50%	27 %	37 %	43 %	57 %	38%
Educational background: Rate of university (%)	3 %	2 %	2 %	2 %	2%	14 %	3 %	3 %	3 %	7%
Training session participation for 1 year: Rate of yes (%)	98 %	96 %	95 %	92 %	96%	93 %	94 %	98 %	100 %	96%
Presentation at Conferences for 3 years: Rate of yes (%)	18 %	19 %	30 %	37 %	25%	17 %	15 %	22 %	19 %	18%

Experience of Public Health Nurses : G1; 1-5 years, G2; 6-10 years, G3; 11-20 years, G4; over 21 years

Table 2 Composition of the practical competence of PHNs (Principal factor analysis)

	1996		2001	
	Factor1	Factor2	Factor1	Factor2
1 Identifying health issues	.699	.352	1 Identifying health issues	.296 .801
2 Clarifying community needs	.693	.340	2 Clarifying community needs	.298 .778
3 Listening to one's true feelings	.650	.208	3 Listening to one's true feelings	.265 .739
4 Health education techniques	.619	.312	6 The viewpoint of living in the community	.252 .715
5 Care coordination	.610	.335	5 Care coordination	.424 .628
6 The viewpoint of living in the community	.608	.304	4 Health education techniques	.445 .498
7 Techniques for home care	.412	.488	14 Processing information	.432 .448
8 Leadership of community participation	.574	.471	7 Techniques for home care	.242 .398
9 Development of community health groups	.560	.249	10 Evaluation of health policy and programs	.810 .251
10 Evaluation of health policy and programs	.313	.790	12 Making health policy	.809 .232
11 Development of the health care system	.277	.756	11 Development of the health care system	.709 .298
12 Making health policy	.355	.716	13 Evaluation of public health nursing activities	.663 .334
13 Evaluation of public health nursing activities	.375	.647	8 Leadership of community participation	.650 .445
14 Processing information	.386	.482	9 Development of community health groups	.590 .478
15 Research	.361	.427	15 Research	.511 .338
The rate of contribution	27.0%	24.3%		28.1% 27.7%
Cumulative Total		51.3%		

Career development is an important issue in the field of community health,<sup>4)</sup> and this report aims to enlighten the practical competence of PHNs and its

affecting factors, in order to establish the effective continuing education system for PHNs.



## Methods

### 1. Study design

Two mail surveys to PHNs were conducted in 1996 and 2001, and their results compared.

#### 1) The first investigation (in 1996)

The subjects were PHNs who worked for local government agencies, chosen by a stratified sampling method. Three hundred and ninety-eight nurses were mailed, and 277 of those (70%) returned as valid responses.

#### 2) The second investigation (in 2001)

The subjects for the second investigation were all PHNs who worked in a prefecture. Among 1,860 mails posted 1131 of those (61%) were returned as valid responses.

### 2. Data collection

Self-administration type questionnaires were distributed and collected by mail. The contents were common to both investigations were attributes, the practical competence of PHNs, and the attendance situation of OFF-JTs. The practical competence of PHNs was measured against the competence of a public health nurse which was consisted of 15 items (see Table 2) chosen by the Japanese Nursing Association<sup>5)</sup>, using a 4-point method (1 ; poor-4 ; good).

### 3. Data analysis

Since practical competence develops with experience, and is strongly influenced by years of experience, PHNs were divided into four groups according to their years of experience. Group 1 (G1) was PHNs with 1-5 years' experience, Group 2 (G2) ; 6-10 years, Group 3 (G3) ; 11-20 years, and Group 4 (G4) more than 21years.

PHNs took on different roles in prefectural agencies from city, town and village agencies year by year. In addition, it was shown that there were significance differences between prefectural agencies and city, town and village agencies ; in 1996, on 1 item in G1, in 2001 on 1 item in G1, on 5 items in G2 and on 4 items in G3. Thus, we analyzed the data separately by experience and workplace groups.

The mean was used for the comparison between 1996 and 2001 and a 't test' was conducted ; and the comparison between the 4 groups was used to conduct an ANOVA. Factor analysis was carried out

on 15 items and the structure of competence was examined. For examination of the related factors, a  $\chi^2$  test was conducted. The level of significance was set at  $p < 0.05$  for this report. For statistical analysis, SPSS Ver. 11 was used.

## Results

### 1. Outline of the Subjects

As shown in Table 1, in the 2001 investigation, 21% of them worked for prefectural agencies and 79% for City, town and village agencies. In terms of position, 73% were staff nurses and 27% were managers, with managers also making up 39% in G3 and 85% in G4. In terms of educational background, 73% of nurses graduated from training schools and 7% graduated from university, with 14% being university graduates in G1.

There were more PHNs working for prefectures in the 1996 investigation than in 2001. The average age was almost the same, at 35.2 years old in 1996, and 34.4 years old in 2001.

### 2. Composition of practical competence

The principal factor analysis (the Bali Max rotation) was conducted on the 15 items of practical competence of PHNs, and with eigenvalue 1. The competence were consisted of 2 factors in both 1996 and 2001 (see Table 2).

In the 1996 investigation, the first factor consisted of nine items, with a contribution rate of 27.0% ; and as the items included specific actions and direct health care services for individuals and families, it was named "Interpersonal Health Care Competence (IHCC) 1". The second factor consisted of six items (contribution rate 24.3%), and as the items included related to evaluation and policy making, it was named "Policy Making Competence (PMC)".

In the 2001 investigation, the first factor consisted of seven items, with a contribution rate of 28.1%. As the items included related to evaluation, community activities and making policy, it was named "Community Activity and Policy Making Competence (CA&PMC)". The second factor consisted of eight items (contribution rate 27.7%). As the items included related to specific actions and direct health care services for the individual, family and group, it was named "IHCC 2".

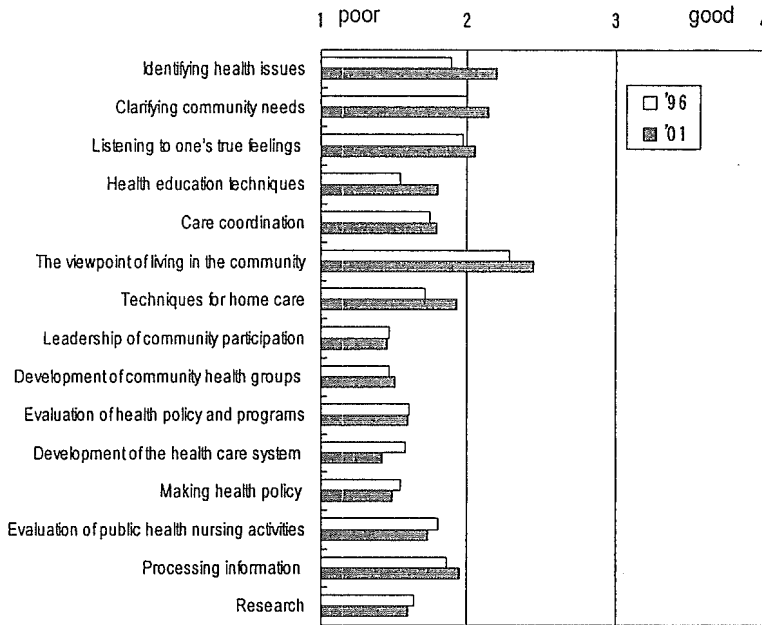


Fig. 1-1 Practical competence of PHNsG1 Prefectures

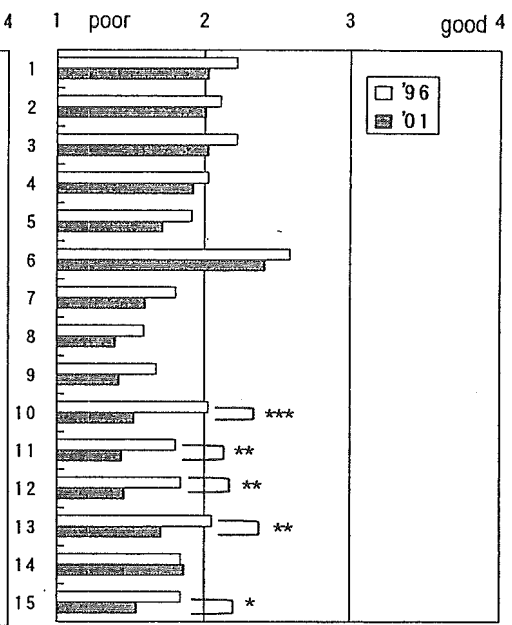


Fig. 1-2 Practical competence of PHNsG1 Cities, towns and villages

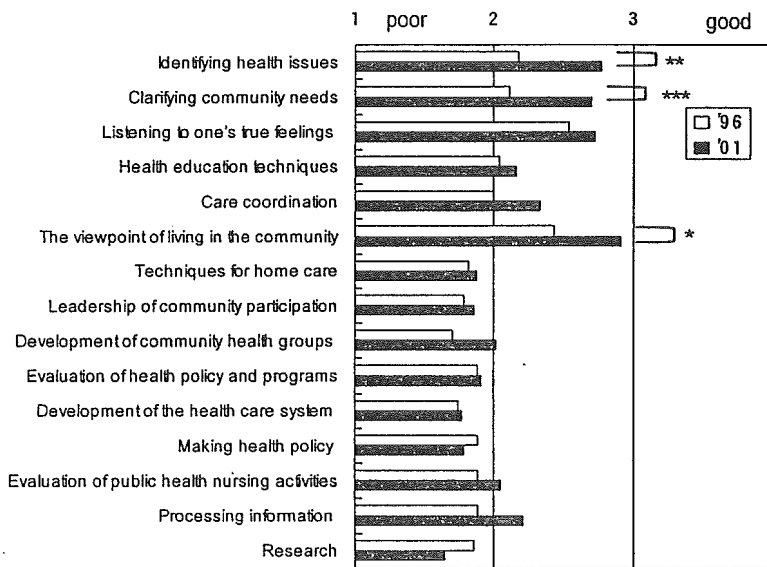


Fig. 2-1 Practical competence of PHNsG2 Prefectures

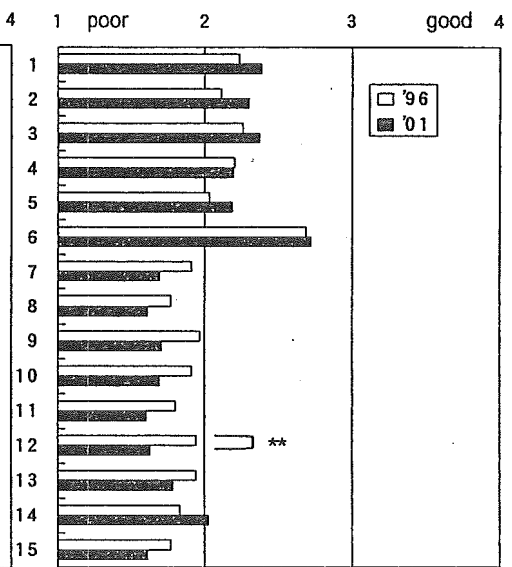


Fig. 2-2 Practical competence of PHNsG2 Cities, towns and villages

There were few differences in the composition of the factors. However, "leadership of community participation" and "development of community health groups" were included in "IHCC1" for the 1996 year, but they were included in "CA&PMC" in 2001. In addition, "processing information" was included in "PMC" in 1996, but in "IHCC2" in 2001.

3. Comparison between the different groups of practical competence

1) 1-5 year group (G1)

Fig.1 shows the self-evaluation average for practical competence. "The viewpoint of living in the community" was the item with the highest rate of self-evaluation. There was no significant difference

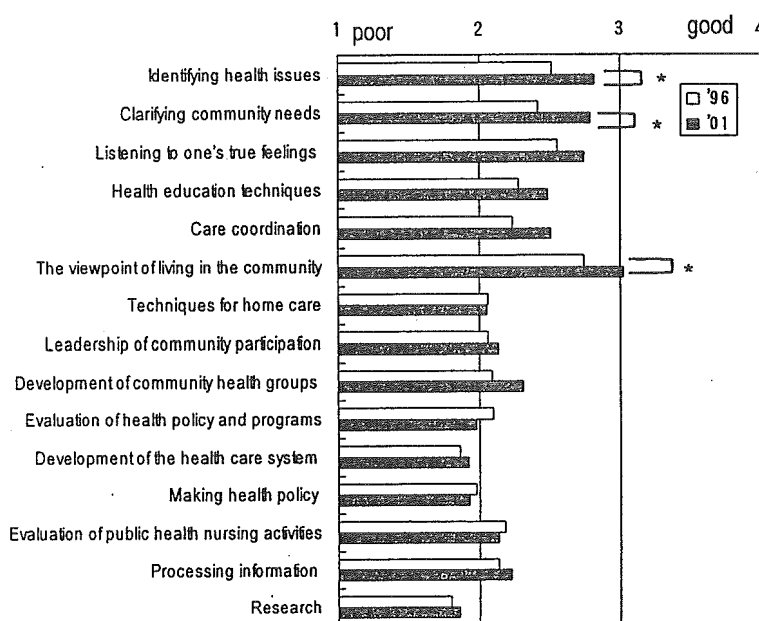


Fig. 3-1 Practical competence of PHNsG3 Prefectures

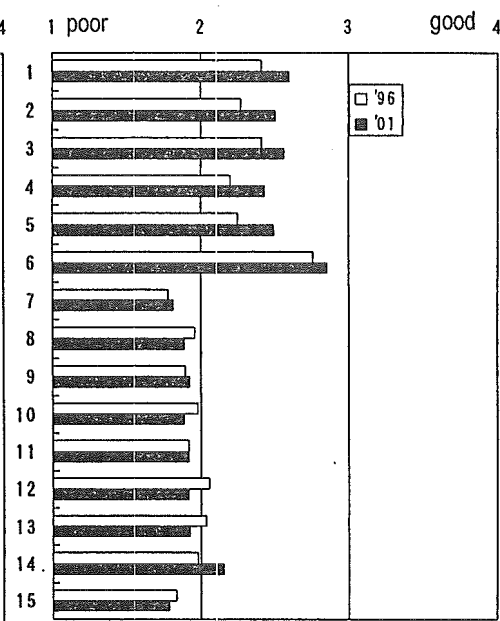


Fig. 3-2 Practical competence of PHNsG3 Cities, towns and villages

between 1996 and 2001 in the prefectural group. In the city, town and village group, the five items, "evaluation of health policy and programs", "development of the health care system", "making health policy" "evaluation of public health nursing activities" and "research" were lower in 2001 than in 1996.

2) 6-10 year group (G2)

Self-evaluation for "the viewpoint of living in the community", "identifying health issues", "clarifying community needs" and "listening to one's true feelings" was high. In the prefectural group, "Identifying health issues", "clarifying community needs" and "the viewpoint of living in the community" were evaluated significantly higher in 2001 than in 1996. In the city, town and village group, "making health policy" was evaluated significantly higher in 1996 than in 2001. The items related to making policy tended to be higher in 1996 than in 2001. (see Fig.2)

3) 11-20 year group (G3)

Self-evaluation of the item regarding "interpersonal health care competence" was high. In the prefectural group, "identifying health issues", "clarifying community needs" and "the viewpoint of living in the community" were evaluated significantly higher in 2001 than in 1996. In the city, town and village group, there was no significant difference between 1996 and

2001. (see Fig.3)

4) 20 year+group (G4)

The items regarding "IHCC" and "PMC" were self-evaluated highly. In the prefectural group, there was no significant difference between 1996 and 2001. In the city, town and village group, "care coordination" was evaluated significantly higher in 2001 than in 1996. (see Fig.4)

5) Comparison between the 4 groups

In the 2001 prefectural group, there was significant difference between the 4 groups in the 14 items with the exception of "techniques for home care". In the city, town and village group, a significant difference can be acknowledged in all 15 items.

4. Factors related to practical competence

The factors related to practical competence were examined in each group in the 2001 investigation (see Table 3). Six factors with the exception of age in table 1 were tested, and of them, "educational background" and "training session participation for one year" did not show a significant relation to practical competence.

In G1, job position did not turn out to be a significant factor. Workplace was related to "health education techniques" and "techniques for home care". "Presentation at Conferences" related significantly to

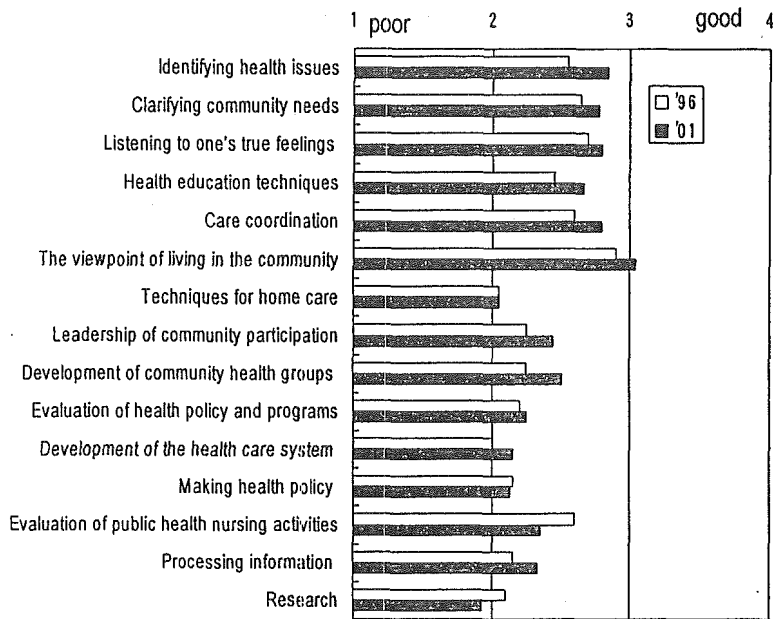


Fig. 4-1 Practical competence of PHNsG4 Prefectures

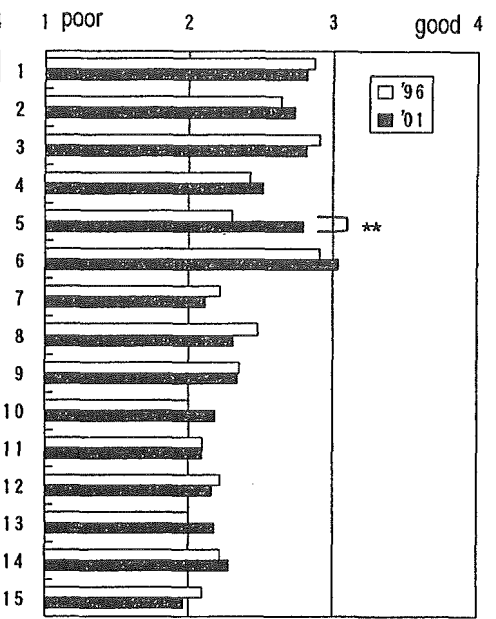


Fig. 4-2 Practical competence of PHNsG4 Cities, towns and villages

"The viewpoint of living in the community", "Development of the health care system", "making health policy" and "evaluation of public health nursing activities".

In G2, Workplace showed significant links with "identifying health issues", "clarifying community needs", "listening to one's true feelings", "leadership of community participation", "evaluation of health policy and programs" and "evaluation of public health nursing activities". Presentation at conferences showed significant links with "development of community health groups", "evaluation of health policy and programs", "development of the health care system" and "evaluation of public health nursing activities".

In G3, workplace showed significant links with "leadership of community participation", "development of the health care system" and "evaluation of public health nursing activities". Position was significantly related to "clarifying community needs", "care coordination", "techniques for home care" and "making health policy". Presentation at conferences was significantly related to "identifying health issues", "listening one's true feelings", "techniques for home care", "Leadership of community participation", "development of community health groups", "evaluation of public health nursing activities" and "processing

information".

In G4, workplace was related to "evaluation of public health nursing activities", and position was related to "care coordination" and "development of community health groups".

**Discussion**

1. Composition of the practical competence of PHNs

The composition of the practical competence of PHNs was 2 factored both in the 1996 and 2001 investigations. In each investigation the two factors represented competence in interpersonal health care and competence in making health policy. This composition was similar to "The Practical Competence of PHNs"<sup>6)</sup>.

There were some differences between 1996 and 2001 in what items were included in each factor. "Leadership of community participation" and "Development of community health groups" was part of "Competence in interpersonal health care" in 1996, but was part of "Competence in making health policy" in 2001. Because PHNs had been involved in health education usually through health groups around 1996, they would probably have considered that "leadership of community participation" and "development of community health groups" were part of 'Interpersonal support measures'. Besides, in 2001,