

表2 専門能力獲得のために効果的な学習方法（5つ以内を選択）

	住民の健康・幸福を護る能力	政策や社会資源を創出する能力	住民の力量を高める能力	活動の必要性と成果を見せる能力	専門性を確立する能力	合計
講義受講による学習	96 (48.5)	70 (35.5)	47 (23.7)	76 (38.8)	68 (33.8)	357 (36.1)
ケースメソッド	97 (49.0)	69 (35.0)	33 (16.7)	44 (22.4)	45 (22.4)	288 (29.1)
ケーススタディ	66 (33.3)	25 (12.7)	47 (23.7)	27 (13.8)	52 (25.9)	217 (21.9)
OF 語り部やドキュメント・ビデオによる疑似体験	54 (27.3)	14 (7.1)	28 (14.1)	15 (7.7)	11 (5.5)	122 (12.3)
F シュミレーション	65 (32.8)	24 (12.2)	17 (8.6)	25 (12.8)	14 (7.0)	145 (14.6)
J 研修ゲーム、ビジネスゲーム	7 (3.5)	27 (13.7)	10 (5.1)	15 (7.7)	0 (0.0)	59 (6.0)
の ディベート	14 (7.1)	47 (23.9)	9 (4.5)	41 (20.9)	14 (7.0)	125 (12.6)
参加型 ブレインストーミング	20 (10.1)	96 (48.7)	58 (29.3)	22 (11.2)	23 (11.4)	219 (22.1)
体験 ロールプレイ	22 (11.1)	11 (5.6)	58 (29.3)	18 (9.2)	16 (8.0)	125 (12.6)
学習 演劇	3 (1.5)	0 (0.0)	16 (8.1)	4 (2.0)	0 (0.0)	23 (2.3)
グループワーク 小集団学習	41 (20.7)	58 (29.4)	91 (46.0)	39 (19.9)	46 (22.9)	275 (27.8)
ワークショップ、フォーラム、パネル討議	33 (16.7)	42 (21.3)	69 (34.8)	44 (22.4)	30 (14.9)	218 (22.0)
視察・見学	26 (13.1)	33 (16.8)	49 (24.7)	8 (4.1)	8 (4.0)	124 (12.5)
職場内研修	44 (22.2)	51 (25.9)	44 (22.2)	50 (25.5)	65 (32.3)	254 (25.7)
参加型アクションリサーチ	12 (6.1)	33 (16.8)	40 (20.2)	66 (33.7)	52 (25.9)	203 (20.5)
O クリニカルスーパービジョン	14 (7.1)	37 (18.8)	7 (3.5)	26 (13.3)	21 (10.4)	105 (10.6)
J メンタリング	13 (6.6)	20 (10.2)	21 (10.6)	30 (15.3)	42 (20.9)	126 (12.7)
T プリセプターシップ	19 (9.6)	7 (3.6)	18 (9.1)	21 (10.7)	49 (24.4)	114 (11.5)
ピアサポート	14 (7.1)	5 (2.5)	23 (11.6)	16 (8.2)	38 (18.9)	96 (9.7)
リフレクティブダイアリー	8 (4.0)	4 (2.0)	6 (3.0)	7 (3.6)	29 (14.4)	54 (5.5)
自己 自習	7 (3.5)	10 (5.1)	7 (3.5)	13 (6.6)	25 (12.4)	62 (6.3)
学習 研修会・研究会	14 (7.1)	22 (11.2)	15 (7.6)	39 (19.9)	64 (31.8)	154 (15.6)
大学院	10 (5.1)	6 (3.0)	6 (3.0)	24 (12.2)	52 (25.9)	98 (9.9)
	198	197	198	196	201	990

*太字は3割以上が回答しているもの

表3 専門能力毎の効果的だと考える学習方法

	住民の健康・幸福を 護る能力		政策や社会 資源を創出 する能力		住民の力量 を高める能 力		活動の必要 性と成果を 見せる能力		専門性を確 立する能力		能力の特定 なし		合計	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)		
記述者数	20		13		34		28		25		20		140	
1, 学習時期														
1-5年目	12	(60.0)	5	(38.5)	21	(61.8)	20	(71.4)	12	(48.0)	6	(30.0)	76	(54.3)
6-15年目	0	(0.0)	2	(15.4)	2	(5.9)	3	(10.7)	2	(8.0)	1	(5.0)	10	(7.1)
16-25年目	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
すべての時期	2	(10.0)	0	(0.0)	3	(8.8)	1	(3.6)	6	(24.0)	0	(0.0)	12	(8.6)
その他	2	(10.0)	3	(23.1)	2	(5.9)	1	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(5.7)
記載なし	4	(20.0)	3	(23.1)	6	(17.6)	3	(10.7)	5	(20.0)	13	(65.0)	34	(24.3)
2, 学習頻度														
週1回	0	(0.0)	1	(7.7)	1	(2.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(1.4)
月1~2回	5	(25.0)	0	(0.0)	8	(23.5)	3	(10.7)	3	(12.0)	0	(0.0)	19	(13.6)
年数回	4	(20.0)	3	(23.1)	4	(11.8)	7	(25.0)	8	(32.0)	6	(30.0)	32	(22.9)
随時(必要時・恒常)	4	(20.0)	3	(23.1)	12	(35.3)	3	(10.7)	3	(12.0)	1	(5.0)	26	(18.6)
単発開催	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(3.6)	2	(8.0)	2	(10.0)	5	(3.6)
その他	2	(10.0)	2	(15.4)	4	(11.8)	6	(21.4)	2	(8.0)	0	(0.0)	16	(11.4)
記載なし	5	(25.0)	4	(30.8)	5	(14.7)	8	(28.6)	7	(28.0)	11	(55.0)	40	(28.6)
3, 学習期間														
1週間	0	(0.0)	1	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.7)
1年間	4	(20.0)	1	(7.7)	8	(23.5)	2	(7.1)	2	(8.0)	1	(5.0)	18	(12.9)
2~3年間	2	(10.0)	4	(30.8)	6	(17.6)	5	(17.9)	2	(8.0)	0	(0.0)	19	(13.6)
それ以外	3	(15.0)	0	(0.0)	10	(29.4)	5	(17.9)	1	(4.0)	0	(0.0)	19	(13.6)
記入なし	11	(55.0)	7	(53.8)	10	(29.4)	16	(57.1)	20	(80.0)	19	(95.0)	83	(59.3)
4, 学習場所														
都道府県・保健所	5	(25.0)	1	(7.7)	3	(8.8)	5	(17.9)	6	(24.0)	1	(5.0)	21	(15.0)
職場	7	(35.0)	3	(23.1)	19	(55.9)	9	(32.1)	9	(36.0)	3	(15.0)	50	(35.7)
いろいろな場所	2	(10.0)	1	(7.7)	4	(11.8)	4	(14.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	11	(7.9)
他部署・他地域		(0.0)	3	(23.1)	1	(2.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(2.9)
大学		(0.0)	1	(7.7)	0	(0.0)	2	(7.1)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.1)
その他		(0.0)		(0.0)	5	(14.7)	3	(10.7)	5	(20.0)	4	(20.0)	17	(12.1)
記入なし	6	(30.0)	4	(30.8)	2	(5.9)	5	(17.9)	5	(20.0)	12	(60.0)	34	(24.3)
5, 学習形態														
グループミーティング	7	(35.0)	4	(30.8)	14	(41.2)	11	(39.3)	11	(44.0)	3	(15.0)	50	(35.7)
活動実践を通じて	6	(30.0)	1	(7.7)	11	(32.4)	5	(17.9)	2	(8.0)	1	(5.0)	26	(18.6)
個別(プリセプター)	0	(0.0)	1	(7.7)	2	(5.9)	4	(14.3)	2	(8.0)	3	(15.0)	12	(8.6)
講義形式	1	(5.0)	1	(7.7)	0	(0.0)	1	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.1)
体験型の形式	1	(5.0)	1	(7.7)	3	(8.8)	0	(0.0)	1	(4.0)	0	(0.0)	6	(4.3)
職場での話し合い	1	(5.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(4.0)	0	(0.0)	2	(1.4)
他部署への移動	0	(0.0)	2	(15.4)	1	(2.9)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(2.1)
その他	1	(5.0)	2	(15.4)	1	(2.9)	6	(21.4)	4	(16.0)	8	(40.0)	23	(16.4)
記入なし	3	(15.0)	1	(7.7)	2	(5.9)	1	(3.6)	4	(16.0)	5	(25.0)	16	(11.4)
6, 学習方法														
活動の振り返り	8	(40.0)	4	(30.8)	15	(44.1)	8	(28.6)	14	(56.0)	5	(25.0)	54	(38.6)
シミュレーション	4	(20.0)	2	(15.4)	1	(2.9)	1	(3.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(5.7)
住民から学ぶ	0	(0.0)	1	(7.7)	5	(14.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(4.3)
研究を通して	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(7.1)	0	(0.0)	1	(5.0)	3	(2.1)
その他	0	(0.0)	3	(23.1)	4	(11.8)	8	(28.6)	3	(12.0)	7	(35.0)	25	(17.9)
記入なし	8	(40.0)	3	(23.1)	9	(26.5)	9	(32.1)	8	(32.0)	7	(35.0)	44	(31.4)
7, ファシリテーター(複数回答)														
大学	10	(45.5)	2	(14.3)	15	(39.5)	16	(47.1)	9	(30.0)	7	(35.0)	59	(37.3)
保健所	0	(0.0)		(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
熟練保健師	2	(9.1)	1	(7.1)	8	(21.1)	3	(8.8)	5		3	(15.0)	22	(13.9)
その他	4	(18.2)	0	(0.0)	7	(18.4)	3	(8.8)	6	(20.0)	2	(10.0)	22	(13.9)
記入なし	4	(18.2)	10	(71.4)	4	(10.5)	6	(17.6)	5	(16.7)	8	(40.0)	37	(23.4)
8, 予算														
本庁	8	(40.0)	2	(14.3)	7	(20.6)	9	(32.1)	7	(28.0)	1	(5.0)	34	(24.3)
現場	2	(10.0)	1	(7.1)	4	(11.8)	3	(10.7)	3	(12.0)	0	(0.0)	13	(9.3)
自費	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(8.8)	1	(3.6)	0	(0.0)	1	(5.0)	5	(3.6)
なし	1	(5.0)	0	(0.0)	1	(2.9)	1	(3.6)	1	(4.0)	0	(0.0)	4	(2.9)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(14.7)	2	(7.1)	4	(16.0)	1	(5.0)	12	(8.6)
記入なし	9	(45.0)	10	(71.4)	14	(41.2)	12	(42.9)	10	(40.0)	17	(85.0)	72	(51.4)

表4 保健師が効果的だと思う学習方法例 (抜粋)

<p>1, 住民の健康・幸福を護る能力</p> <p>○時期的には事業を進める中で、何年目とは特に限定せず月1回程度のグループミーティングで活動を振り返り、学ぶことが効果的で、この場合、大学の協力を得られればより効果的に専門能力が高められると考える。</p> <p>○例えば健康危機管理について年間プログラムを立案し、課題により集団範囲を決定していく。自然災害を経験しており、また、難病事業で災害対応をテーマに本業を展開していることより、現場で整理された課題について、身近な教育研究者のアドバイスを得ながら、必要な経費は予算化ができることが、望まれ。実施主体は健康福祉事業所とする</p> <p>2, 政策や社会資源を創出する能力</p> <p>○卒後教育5年目位に予算の管理と健康課題の把握と政策への取り組みについての部所に配属されると能力が身に付く</p> <p>○卒業後、2~3年月頃から実際に地域の資源の誕生（作ること）から育成、そして、自立への過程を体験できるのが最もいいと思う。保健師活動の一つの資源としても、必要性を感じ実施主体を自主グループやNPOに育てられるような2~3年にわたる支援の方法の変化なども学ぶ。（スーパーバイザーがいるともっとよい）予算は必要時獲得していく体験も。</p> <p>3, 住民の力量を高める能力</p> <p>○先進地の住民活動に1年間位時間をかけて継続的に参加し、指導者と住民との相互交流の内容を分析する</p> <p>○①卒後1~5年目まで②随時（一年目までは5件/月以上、2年目以降は30件/年以上の訪問を実施③場所~各所属④方法~家庭訪問の実践・実施結果の振り返り・事例検討会⑤ファシリテーター~特になし。所属内の保健師係長職や主任保健師が指導⑥主体~各保健所⑦予算~家庭訪問にかかる旅費は本庁で予算づけ</p> <p>○①卒後3年、5年、10年位に活動をまとめたものを持ち寄り、大学などの講師の元、グループごとに活動をふりかえる。②保健師共通の活動指針にてらしてあわせて、各所属において上司をまじえて評価をしてみる。③一番身につくのは、例に上がっているように、職場毎にテーマを設定し、共有できるメンバー全員と、その分野の専門家をまじえた月1回のグループミーティングから活動をふりかえり、1~2年をかけて活動のエッセンスを引き出し、以後の評価や実践に結びつけることだと思います。このような活動に予算がつくのがとてもむずかしい…前例が</p> <p>4, 活動の必要性と成果を見せる能力</p> <p>○卒後教育2~3年目位に、2年間毎月1回保健所で、担当事業を課題として持ち寄りグループミーティングを通して、課題を報告しながら学習する。大学の協力を得て、市町保健所、大学の共催で、本庁で予算確保</p> <p>○卒後4~5年目ぐらいに、自分の業務のまとめをする。その際に、業務の量的な情報の収集、分析、質的な分析の為の情報収集等日々の実践の中から検討していく事は本人の身につくと考える。研究等で、大学と連携して指導いただきながら実施しているが、大学との連携は学びの上で大事であると思う。</p> <p>○時期：卒後教育3年~5年目ぐらいに。期間・頻度：半年~1年間ほどかけて。場所：保健事業と通して。日頃の保健事業の中で得られた事業評価とともに。ファシリテーター：大学や他の研究期間の協力をもとに。実施主体：現場が中心として。予算：ある程度の予算により、地域における健康の評価をきちっとふまえた上で、地域の健康課題と施策の展開を検討するような学びができるとその後の活動に生かせると思う。</p> <p>5, 専門性を確立する能力</p> <p>○(1) 時期：卒後3~5年間位は集合研修により、学校での基礎学習の再確認を行うとともに実践活動への応用を考える。職場では上司および仲間によるOJTを実施。(2) 期間：集合研修は2回/年。OJTは随時。(3) 場所：研修会場、職場（保健所、保健センター）(4) 方法：講義、グループワーク、プリセプターシップ等。(5) ファシリテーター：大学の協力、民間組織の活用。(6) 実施主体：県、大学（OJTは各々の職場で）。(7) 予算：県（出先機関は本庁からの予算配分）。</p> <p>○卒後10年目の卒後教育として本庁が大学の協力を得て実施する。実施場所は研修センターにて行う。機関は1年のうち2回（1回2日間）として実施する。実施方法は各自のキャリアシートを複製し、各自の活動を振り返り、グループミーティングで学び合う。</p> <p>○(1) 時期：段階ごとの教育が必要であるが新人教育をきちんとやる。(2) 期間・頻度：新人・1年・3年・4年・10年・係長・課長年間計画をする。(3) 場所：どこでもある場所で(4) 方法：いろいろな方法があるが、1人1人が自分の活動を振り返り、考えさせる方法の訓練がOK。(5) ファシリテーター：専門的に行っている人を選びを行った上で決定。(6) 実施主体：本課~看護係のリーダー格(7) 予算：本課の予算 ※講師選びが大切。</p>
--

考察

本稿では、保健師の5つの専門能力獲得のための学習方法と学習の支援方法・体制について考察する。

1) 共通する学習方法について

保健師の学習方法として、すべてに共通する学習方法は、1-5年目の新人期に、職場等の身近なところで、大学や先輩保健師がファシリテートしながら、グループミーティングを通し、月1-2回から年数回の頻度で、1年～3年の期間をかけて活動の振り返りをし、予算は本庁が負担することであった。1-5年の新人期の保健師が多くの課題を抱えている¹⁾中、この時期に学習を行うことは効果的であると考えられる。実践を積みながらそれを振り返ることにより、保健師基礎教育課程で学習し理論に振り返りながら、活動の意味づけができるであろう。このような新人保健師の振り返りをサポートできる指導者の育成が必要であろう。また一方小規模の自治体は保健師採用人数も少ないため、自治体単独で新人期のグループミーティングの実施は難しい。複数の近隣の自治体が共同し、新人期の卒後教育を実施することが必要で現実的である。

また看護系大学の教員のファシリテートを多くの者が求めている。新人期は、卒業した大学等保健師養成課程のカリキュラムの影響が比較的大きい時期でもあり、各自治体が実施している一律の指導が適さない状況もあると考えられる。新人期には保健師が卒業した大学等の養成校が、自治体と協力して卒業生をサポートしていく体制も効果的ではないかと考える。そのためには、遠隔地においてもサポート可能なインターネットを通じた教育方法の開発も必要も今後求められるであろう。

中堅期以降の学習について記載している者は少なかった。新人期に学習が必要だと回答が集中したのは、中堅期の継続的な学習を保健師が意識していないことが考えられる。我々の先行研究の結果や、佐伯²⁾³⁾らが述べるように、新人期のみならずすべての時期に能力向上を目指して学習することが不可欠であり、中堅期や管理者の育成が課題である。保健師として目指す能力の到達レベルが設定されていない現状の問題がこれに反映していることも推測される。保健師が生涯にわたり継続的な学習を積み重ね専門職としての能力を獲得し向上していく動機付けとなる学習支援体制整備も重要である。

2) 各能力に特徴的な学習方法について

各能力別にみると、「政策や社会資源を創出する能力」の記載が他の能力よりも記載数が少なかった。学習内容は、他地域や他部署への学習、ケースメソッド等のOFF-JTでの学習が多く記述されており、政策や社会資源を創出する能力は、多様な学び方が必要であると保健師は感じていると考えられた。保健師は本能力は多様な学び方が望ましく学習が難しいと感じていることが推測される。政策の創出に関する保健師の力量や判断については明らかになっているものの、保健師個々がマネジメントするには限界があり熟練者や大学等の他者からの支援が重要ではないかと考えられる。

記載が最も多かった「住民の力量を高める能力」の学習方法は、1-5年の新人期に、1年～3年間毎月1回もしくは随時、職場での活動の振り返りを大学や熟練保健師のファシリテートにより行う方法であった。また学習方法としてグループワークでの学習が効果があると保健師は考えていた。地域組織の育成やグループ支援し住民の力量を高める能力を習得するためには、実践を通じて振り返り活動を意味づけながら、さらに保健師間で情報を交換するなどグループで学習を積み上げていく方法が効果的であろう。

「専門性を確立・開発する能力」は、新人期・中堅期等のすべての時期に学習することを望み、効果的な学習方法は、研修会・研究会の参加や大学院への進学等の自己学習によ

る学習を選択している者が多かった。この能力はすべての能力の基盤となるものと考えられ、特に保健師個々の自己の学習のマネジメントする力が問われるものである。大学院等で専門職としての必要な理論や研究方法等を学び、実践活動と連動して学習することは効果的であろう。近年、各都道府県に複数の看護系大学が設立され大学院も開設されている。保健師の職場で大学院への進学が認められ、大学は働きながら学べるカリキュラムが充実されることが、保健師の専門性を確立・開発する能力向上のためには必要である。

文献

1. 鈴木知代 他：行政で働く卒業生（保健婦・保健士）の抱える課題と対処. 聖隷クリフター看護大学紀要 24：1-13, 2001
2. 佐伯和子：保健師の人材育成 卒後・継続教育. からだの科学増刊これからの保健師：140-143, 2006
3. 佐伯和子他：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達 経験年数群の比較. 日本地域看護学学会誌 7(1)：16-22, 2004

文責：岩本里織

分担研究報告 4

日本の保健師の専門能力到達段階と経験年数・役職・所属との関連

はじめに

日本の保健師は、感染症や貧困がもたらす健康課題に対応する公衆衛生看護活動に端を発して誕生し、1941年（昭和16年）には保健婦規則が制定され、保健師の名称で、その時代の健康課題に応じた活動を展開してきた。しかし近年、健康危機管理や児童・高齢者への虐待など健康課題の多様化・複雑化に対応するために、保健師には従来よりさらに高度な専門能力が求められており、その教育のあり方は再編成を迫られている。

教育の再編成に関する研究には、全国保健師教育機関協議会（2006）や、日本公衆衛生学会の公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会（2005）が、カリキュラムのコンテンツを提案している。しかしそれらのコンテンツを、具体的にどのような方法で教育すれば効果的かに関する根拠資料はまだ不十分な現状である。

一方、先行研究（岡本ら、2006）では、今特に強化が必要な保健師の専門能力（以下専門能力と略）は、住民の健康・幸福の公平を護る能力、住民の力量を高める能力、政策や社会資源を創出する能力、活動の必要性和成果を見せる能力、専門性を確立・開発する能力とされている。これらは先のカリキュラムのコンテンツに含まれるものである。

本研究の目的は、これらの専門能力について、全国の行政機関に勤める保健師（以下保健師と略）の到達段階の実態と、経験年数、役職、所属との関連を明らかにし、その結果に基づいて、保健師の教育方法の課題、および教育のターゲット、効果的な教育方法について検討することである。それらの変数を選んだ理由は、実践を活動の基盤とする専門職の能力には経験が関わると予測でき、行政機関においては役割や責任に違いが生じる役職や所属別の検討が欠かせないと考えたことによる。本研究の意義は、今後の日本における保健師教育の方向性を根拠に基づいて提示する点にある。

方法

1. 対象

対象は、全国保健所・保健センター等一覧（2005年、社団法人日本家族計画協会）をもとに全保健所の4分の1（135カ所）、全市町村保健センターの20分の1（115カ所）を無作為抽出し、そこに勤務する常勤保健師全員（1799名）とした。

2. 調査方法

調査方法は、上記対象への郵送による自記式質問紙調査である。調査内容は、5分類11項目の専門能力（内容は表2参照、以下分類名は《 》、項目名は〈 〉で示す）に関する到達段階の自己評価と、対象の基本情報（年齢、性別、保健師経験年数、最終学歴、役職、所属）である。

専門能力の到達段階は、看護におけるクリニカルラダー（ベナー1992、井部1999、野地1997）と、高等教育の指針となる能力段階指標（Goslingら編、2002）を参考に、対象ができるだけ客観的に簡単に判断できる枠組みを研究者間で検討した。到達段階の枠組みは、知識と技術の獲得状況と、事例や状況への応用力と自律性、他者への先導・教育

力、専門性の開発・貢献を柱にして、次の6段階を作成した(図1)。すなわち、

第1段階：知識・技術ともに得る必要あり、複雑でない事例・状況でも助言を得ながら実践する、

第2段階：知識は概ねあるが技術を得る必要あり、複雑でない事例・状況でときどき助言を得て実践する、

第3段階：知識・技術ともに概ねあるが、複雑な事例・状況でときどき助言を得ながら実践する、

第4段階：知識・技術ともにあり、複雑な事例・状況でも根拠に基づく判断で臨機応変に実践する

第5段階：4に加え、同僚・後輩に自分の知識・技術を教育的に提供する、

第6段階：5に加え、新しい知識・技術を見だし、職能の専門能力向上に役立てる、である。

3. 分析方法

分析方法は、各項目の記述統計と、保健師による各専門能力の到達段階の自己評価を目的変数、経験年数、役職、所属を説明変数とした一元配置分散分析と多重比較(等分散の場合 TukeyHSD 検定、等分散でない場合 DunnettT3 検定)であった。統計ソフトは、SPSSver14.0Jを用いた。

4. 倫理的配慮

研究計画は神戸大学医学倫理委員会の承認を得た。対象への調査協力依頼は、研究の目的と意義および倫理的配慮を記した依頼文を用い、調査表の返送をもって承諾とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、自由意思による調査協力と拒否・中断の自由、匿名性の保証、調査表記入に要する労力と時間、データの管理方法と使用範囲を明記した。

結果

1. 調査票の回収状況

送付施設数 250(保健所 135、保健センター 115)中、184(保健所 112、保健センター 72)、73.6%から返送があった。返送施設の対象数 1799 人中、回答者は 1261 人(70.1%)であり、うち有効回答は 1184 (65.8%)であった。

2. 対象の基本情報(表1)

性別は、女性が 1174 人(99.2%)、男性 10 人(0.8%)であり、全国の比率(99.3% : 0.7%、平成 16 年末現在)とほぼ等しかった。年齢は平均 39.2 歳±9.2 と、平成 16 年末の全国平均概算 39.1 歳とほぼ同じであった。年齢階級別には表 1 のとおり 25 歳未満と 60 歳以上を除き各層 10%以上であり、40~44 歳 205 人(17.3%)が最も多かった。最終学歴は専門学校が 727 人(61.4%)と最も多く、次いで大学 248 人(20.9%)、短期大学専攻科 186 人(15.7%)、大学院 23 人(1.9%)であった。保健師としての経験年数は平均 15.5 年±9.59 であり、31 年以上を除き各層 10%以上、最も多かった層は 1~5 年 232 人(19.6%)であった。所属は、都道府県保健所 482 人(40.7%)、政

令指定都市・中核市・東京特別区・地域保健法政令市（以下、政令市等とする）あわせて302人（28.0%）、市・町があわせて370人（31.3%）であった。役職は、スタッフが525人44.3%、主任198人16.7%、主査216人18.2%、係長142人（12.0%）、課長補佐76人（6.4%）、課長26人（2.2%）、部長1人（0.1%）であった。役職と経験年数には強い相関みられたため（Speaman $r=.776$ ）、到達段階と役職との関連はラインマネージャ以上か否かの2群のみで検討した。

表 1 被調査者の基本情報

項目	人	%	
性別	男	10	0.8
	女	1174	99.2
年齢	25歳未満	50	4.2
	25-29歳	201	17.0
	30-34歳	164	13.9
	35-39歳	193	16.3
	40-44歳	205	17.3
	45-49歳	162	13.7
	50-54歳	127	10.7
	55-59歳	72	6.1
60歳以上	10	0.8	
最終学歴	専門学校	727	61.4
	短期大学	186	15.7
	大学（在学中含む）	248	20.9
	大学院（在学中含む）	23	1.9
保健師としての経験年数	1～5年	232	19.6
	6～10年	205	17.3
	11～15年	169	14.3
	16～20年	189	16.0
	21～25年	179	15.1
	26～30年	125	10.6
31年以上	85	7.2	
役職	スタッフ	525	44.3
	主任	198	16.7
	主査	216	18.2
	係長	142	12.0
	課長補佐	76	6.4
	課長・部長	27	2.3
所属	都道府県保健所	482	40.7
	政令指定都市	98	8.3
	中核市	167	14.1
	東京特別区	55	4.6
	地域保健法政令市	12	1.0
	市（上記以外）	284	24.0
町	86	7.3	

3. 保健師による専門能力到達段階の自己評価（表2）

到達段階の平均値は2.6～3の範囲であり、すべての専門能力について第3段階と答えた者が他の段階よりも多かった（32.7～39.9%）。

最も低い第1段階と答えた者は、《住民の力量を高める能力》の〈力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する〉が9.1%であったものの、他はみな10%を超えていた。第1段階の回答数が15%を超えた専門能力は計6項目、すなわち《政策や社会資源を創出する能力2項目》、《専門性を確立・開発する能力2項目》、《住民の健康・幸福の公平を護る能力2項目》であった。

最も高い第6段階と答えた者は極めて少なく、〈創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する〉が1.6%であったものの、1%を割った項目は7項目あり、中でも《活動の必

要性と成果を見せる能力 2 項目》では、0.3%、0.5%と少なかった。また、第 5・6 段階と答えた者を合わせてもなお低く、〈サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する〉が 11.4%、《住民の力量を高める能力 2 項目》が 10.6%、10.1%と 1 割を超えたものの、他の 8 項目は 6.8%～ 8.7%であった。第 5・6 段階と答えた者が最も少なかった専門能力は〈活動の成果を評価に基づいて見せ説明する〉の 6.8%であり、次いで〈健康危機管理を行う〉7.2%、〈活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する〉と《専門性を確立・開発する能力 2 項目》がともに 7.5%であった。

表 2 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力の到達段階（保健師による自己評価）

分類	項目	到達段階						平均値	標準偏差
		1	2	3	4	5	6		
1. 住民の健康・幸福の公平を護る能力									
1) サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する	人	136	224	472	217	123	12	3.0	1.16
	%	11.5	18.9	39.9	18.3	10.4	1.0		
2) 地域全体のサービスの質を監視する	人	181	268	451	181	91	12	2.8	1.16
	%	15.3	22.6	38.1	15.3	7.7	1.0		
3) 健康危機管理を行う	人	218	284	425	172	75	10	2.7	1.16
	%	18.4	24.0	35.9	14.5	6.3	0.8		
2. 政策や社会資源を創出する能力									
1) 創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する	人	217	271	423	174	80	19	2.7	1.20
	%	18.3	22.9	35.7	14.7	6.8	1.6		
2) 創出の実現可能性を推進する	人	244	302	387	158	81	12	2.6	1.20
	%	20.6	25.5	32.7	13.3	6.8	1.0		
3. 住民の力量を高める能力									
1) 力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する	人	108	258	440	253	114	11	3.0	1.12
	%	9.1	21.8	37.2	21.4	9.6	0.9		
2) 住民・住民組織の主體的な地域づくり・健康づくりを推進する	人	129	286	422	228	108	11	2.9	1.15
	%	10.9	24.2	35.6	19.3	9.1	0.9		
4. 活動の必要性と成果を見せる能力									
1) 活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する	人	153	296	431	215	86	3	2.8	1.11
	%	12.9	25.0	36.4	18.2	7.3	0.3		
2) 活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する	人	159	319	429	196	75	6	2.8	1.10
	%	13.4	26.9	36.2	16.6	6.3	0.5		
5. 専門性を確立・開発する能力									
1) 専門性を定着し社会貢献を確実にする	人	202	276	423	194	80	9	2.7	1.16
	%	17.1	23.3	35.7	16.4	6.8	0.8		
2) 自分の専門能力を開拓・成長する	人	202	276	423	194	80	9	2.8	1.17
	%	17.1	23.3	35.7	16.4	6.8	0.8		

n=1184

到達段階

- 第1段階 知識・技術ともに得る必要あり、複雑でない事例・状況でも助言を得ながら実践する
- 第2段階 知識は概ねあるが技術を得る必要あり、複雑でない事例・状況でときどき助言を得て実践する
- 第3段階 知識・技術ともに概ねあるが、複雑な事例・状況でときどき助言を得ながら実践する
- 第4段階 知識・技術ともにあり、複雑な事例・状況でも根拠に基づく判断で臨機応変に実践する
- 第5段階 4に加え、同僚・後輩に自分の知識・技術を教育的に提供する
- 第6段階 5に加え、新しい知識・技術を見だし、職能の専門能力向上に役立てる

4. 専門能力到達段階と基本情報との関連

経験年数別専門能力の到達段階（表 3）は、すべての専門能力について、経験年数があ

がるほど到達段階もあがり（1~5年：1.6-2.1、6~15年：2.3-2.8、16~25年：3.0-3.4、26年以上：3.0-4.0）、4群間のすべてに有意な差が見られた（ $p < .001$ ）。当初表1の7群で多重比較を行ったところ、全専門能力について表3の4群ですべての群間に有意差が見られたため、この4群を独立した経験年数群と確認した。しかし、6段階への到達率は、26年以上群（ $n=210$ ）でも1.0%~6.7%と極めて低かった。

所属別専門能力の到達段階（表4）は、すべての専門能力について有意差が見られた（ $p < .001$ ）。各群間では〈創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する〉で、都道府県群と他の2群（政令市等群、市町群）間に $p < .05$ で有意差があったほかは、市町群と他の2群間（都道府県群、政令市等群）間に $p < .05$ で有意差があった。到達段階の平均は、すべての専門能力について都道府県が高く（2.8-3.2）、次いで政令市等（2.6-3.1）、市町（2.4-2.9）であった。

役職別専門能力の到達段階（表4）は、すべての専門能力について、ラインマネージャ以上群が、以下群より到達段階が高く、有意差が見られた（ $p < .05$ ）。これは、4群にした場合も同様であった（スタッフ、主任、主査、係長以上）。

最終学歴との関連は、看護系大学の増加がこの14年間に11校から147校になったことから、経験年数10年以下の者に絞って調べたところ、大学卒群と専門学校・短大専攻科群間に有意な差がみられた（ $p < .001$ ）。11の専門能力について、前者の到達段階の平均の幅が1.61-2.14であったのに対し、後者は2.15-2.57と高かった。

表3 経験年数別専門能力の到達段階

専門能力	経験年数	n	第1段階第2段階第3段階第4段階第5段階第6段階						到達段階		F値	有意確率
			%	%	%	%	%	%	平均	標準偏差		
サービスへの	合計	1184	11.5	18.9	39.9	18.3	10.4	1.0	3.0	1.16		
アクセスと健	1~5年	232	33.6	36.6	27.6	2.2	0.0	0.0	2.0	0.84	220.1	0.000
康の公平性を	6~15年	374	10.7	25.1	53.2	8.8	2.1	0.0	2.7	0.86		
追求する	16~25年	368	4.1	9.8	43.8	28.8	12.5	1.1	3.4	1.00		
	26年以上	210	1.4	4.3	22.9	34.8	32.9	3.8	4.0	1.01		
地域全体の	合計	1184	15.3	22.6	38.1	15.3	7.7	1.0	2.8	1.16		
サービスの質	1~5年	232	45.3	36.6	16.8	1.3	0.0	0.0	1.7	0.78	211.0	0.000
を監視する	6~15年	374	13.9	31.8	46.0	6.1	1.9	0.3	2.5	0.89		
	16~25年	368	5.2	13.3	48.1	22.8	9.5	1.1	3.2	1.00		
	26年以上	210	2.4	7.1	30.0	33.8	23.3	3.3	3.8	1.06		
健康危機管理	合計	1184	18.4	24.0	35.9	14.5	6.3	0.8	2.7	1.16		
を行う	1~5年	232	43.5	32.8	20.7	3.0	0.0	0.0	1.8	0.86	141.0	0.000
	6~15年	374	20.6	29.7	40.9	7.5	0.8	0.5	2.4	0.96		
	16~25年	368	9.0	21.2	41.8	19.0	8.4	0.5	3.0	1.07		
	26年以上	210	3.3	9.0	33.3	31.9	19.5	2.9	3.6	1.09		
創出の必要性	合計	1184	18.3	22.9	35.7	14.7	6.8	1.6	2.7	1.21		
を把握し実現	1~5年	232	47.0	32.8	17.2	2.6	0.4	0.0	1.8	0.86	179.8	0.000
に向けて企	6~15年	374	18.4	34.2	38.5	7.5	1.1	0.3	2.4	0.93		
画・展開する	16~25年	368	8.7	15.8	44.6	20.7	9.2	1.1	3.1	1.08		
	26年以上	210	3.3	4.3	35.7	30.5	19.5	6.7	3.8	1.12		
創出の実現可	合計	1184	20.6	25.5	32.7	13.3	6.8	1.0	2.6	1.20		
能性を推進す	1~5年	232	52.6	34.5	11.2	1.7	0.0	0.0	1.6	0.75	215.5	0.000
る	6~15年	374	21.1	39.8	32.4	5.6	0.8	0.3	2.3	0.90		
	16~25年	368	9.8	15.5	46.7	19.8	7.6	0.5	3.0	1.05		
	26年以上	210	3.3	7.6	32.4	28.6	23.8	4.3	3.7	1.13		
力量形成を要	合計	1184	9.1	21.8	37.2	21.4	9.6	0.9	3.0	1.12		
する対象を把	1~5年	232	27.6	38.8	28.9	4.3	0.0	0.4	2.1	0.89	163.0	0.000
握し健康増	6~15年	374	7.8	28.3	47.3	14.4	1.9	0.3	2.8	0.88		
進・改善を支	16~25年	368	3.0	13.0	39.9	31.0	12.0	1.1	3.4	0.99		
援する	26年以上	210	1.9	6.7	23.3	35.7	30.0	2.4	3.9	1.03		
住民・住民組	合計	1184	10.9	24.2	35.6	19.3	9.1	0.9	2.9	1.15		
織の主體的な	1~5年	232	34.5	43.1	18.5	3.4	0.4	0.0	1.9	0.84	201.0	0.000
地域づくり・	6~15年	374	9.1	32.4	46.0	9.9	2.7	0.0	2.6	0.88		
健康づくりを	16~25年	368	3.0	13.6	43.5	27.2	12.0	0.8	3.3	0.98		
支援する	26年以上	210	1.9	7.1	22.4	39.5	25.2	3.8	3.9	1.04		
活動の必要性	合計	1184	12.9	25.0	36.4	18.2	7.3	0.3	2.8	1.11		
を根拠に基づ	1~5年	232	35.3	40.5	17.7	6.0	0.4	0.0	2.0	0.90	155.3	0.000
いて見せ、説	6~15年	374	12.8	34.2	42.5	8.0	2.4	0.0	2.5	0.90		
明する	16~25年	368	4.9	14.4	47.3	25.0	8.2	0.3	3.2	0.95		
	26年以上	210	2.4	10.0	27.1	37.6	21.9	1.0	3.7	1.03		
活動の成果を	合計	1184	13.4	26.9	36.2	16.6	6.3	0.5	2.8	1.10		
評価に基づい	1~5年	232	37.5	40.5	17.7	4.3	0.0	0.0	1.9	0.85	160.4	0.000
て見せ、説明	6~15年	374	12.3	38.2	40.4	7.2	1.9	0.0	2.5	0.87		
する	16~25年	368	5.7	16.0	47.0	23.9	6.8	0.5	3.1	0.97		
	26年以上	210	2.4	11.0	30.5	33.8	20.5	1.9	3.6	1.06		
専門性を定着	合計	1184	17.1	23.3	35.7	16.4	6.8	0.8	2.7	1.16		
し社会貢献を	1~5年	232	45.3	34.9	16.4	3.0	0.0	0.4	1.8	0.87	178.0	0.000
確実にする	6~15年	374	17.9	33.7	38.0	7.2	2.9	0.3	2.4	0.98		
	16~25年	368	6.8	16.0	47.0	22.3	7.1	0.8	3.1	1.00		
	26年以上	210	2.4	4.8	33.3	37.1	20.5	1.9	3.7	0.98		
自分の専門能	合計	1184	15.9	23.1	36.1	17.8	6.4	0.8	2.8	1.15		
力を開拓・成	1~5年	232	40.5	36.2	18.1	4.7	0.4	0.0	1.9	0.90	162.8	0.000
長する	6~15年	374	17.1	33.2	38.0	8.8	2.7	0.3	2.5	0.98		
	16~25年	368	6.8	14.7	47.8	23.6	6.3	0.8	3.1	0.99		
	26年以上	210	2.4	5.2	31.9	38.1	20.0	2.4	3.8	0.99		

※多重比較結果：すべての専門能力について、すべての群間に p<.001 で有意差あり
 ※経験年数の群は、5年きざみで分析した後、すべての群間に有意差が確認できた上記の独立した4群を表示した。

表4 所属別専門能力の到達段階

専門能力	所属	n	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	第5段階	第6段階	到達段階		F値	有意確率
			%	%	%	%	%	平均	標準偏差			
サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する	合計	1184	11.5	18.9	39.9	18.3	10.4	1.0	3.0	1.16	14.0	0.000
	都道府県	482	8.9	16.0	39.4	22.2	12.2	1.2	3.2	1.15		
	政令市等	332	11.4	16.6	41.0	19.0	11.1	0.9	3.0	1.16		
	市町村	370	14.9	24.9	39.5	12.7	7.3	0.8	2.8	1.13		
地域全体のサービスの質を監視する	合計	1184	15.3	22.6	38.1	15.3	7.7	1.0	2.8	1.16	13.3	0.000
	都道府県	482	12.7	18.3	39.6	18.9	8.7	1.9	3.0	1.18		
	政令市等	332	15.1	22.0	38.3	17.5	6.6	0.6	2.8	1.13		
	市町村	370	18.9	28.9	35.9	8.6	7.3	0.3	2.6	1.13		
健康危機管理を行う	合計	1184	18.4	24.0	35.9	14.5	6.3	0.8	2.7	1.16	17.8	0.000
	都道府県	482	13.1	23.0	36.7	17.0	9.1	1.0	2.9	1.17		
	政令市等	332	19.0	22.0	36.4	16.6	5.1	0.9	2.7	1.16		
	市町村	370	24.9	27.0	34.3	9.5	3.8	0.5	2.4	1.11		
創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する	合計	1184	18.3	22.9	35.7	14.7	6.8	1.6	2.7	1.21	11.3	0.000
	都道府県	482	13.9	20.7	37.1	17.4	9.1	1.7	2.9	1.20		
	政令市等	332	20.5	22.3	34.6	14.8	6.3	1.5	2.7	1.22		
	市町村	370	22.2	26.2	34.9	11.1	4.1	1.6	2.5	1.16		
創出の実現可能性を推進する	合計	1184	20.6	25.5	32.7	13.3	6.8	1.0	2.6	1.20	13.9	0.000
	都道府県	482	16.0	22.6	34.4	16.8	8.9	1.2	2.8	1.22		
	政令市等	332	21.4	27.1	31.0	13.0	7.2	0.3	2.6	1.18		
	市町村	370	25.9	27.8	31.9	9.2	3.8	1.4	2.4	1.16		
力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する	合計	1184	9.1	21.8	37.2	21.4	9.6	0.9	3.0	1.12	6.2	0.002
	都道府県	482	8.7	19.9	35.5	23.0	11.8	1.0	3.1	1.15		
	政令市等	332	8.4	19.9	36.4	25.6	8.7	0.9	3.1	1.10		
	市町村	370	10.3	25.9	40.0	15.4	7.6	0.8	2.9	1.09		
住民・住民組織の主体的な地域づくり・健康づくりを支援する	合計	1184	10.9	24.2	35.6	19.3	9.1	0.9	2.9	1.15	8.1	0.000
	都道府県	482	9.1	23.0	33.8	22.4	10.6	1.0	3.1	1.16		
	政令市等	332	10.2	23.8	33.1	22.6	9.0	1.2	3.0	1.16		
	市町村	370	13.8	25.9	40.3	12.2	7.3	0.5	2.7	1.10		
活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する	合計	1184	12.9	25.0	36.4	18.2	7.3	0.3	2.8	1.11	22.6	0.000
	都道府県	482	8.3	22.6	35.3	25.3	8.1	0.4	3.0	1.08		
	政令市等	332	12.3	25.0	36.7	17.2	8.4	0.3	2.9	1.12		
	市町村	370	19.5	28.1	37.6	9.7	5.1	0.0	2.5	1.07		
活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する	合計	1184	13.4	26.9	36.2	16.6	6.3	0.5	2.8	1.10	20.9	0.000
	都道府県	482	9.3	23.7	37.1	21.4	7.9	0.6	3.0	1.09		
	政令市等	332	12.0	28.3	35.2	16.9	6.9	0.6	2.8	1.11		
	市町村	370	20.0	30.0	35.9	10.0	3.8	0.3	2.5	1.05		
専門性を定着し社会貢献を確実にする	合計	1184	17.1	23.3	35.7	16.4	6.8	0.8	2.7	1.16	18.5	0.000
	都道府県	482	12.0	22.2	34.9	21.8	8.3	0.8	2.9	1.15		
	政令市等	332	15.4	24.1	37.0	15.4	7.5	0.6	2.8	1.15		
	市町村	370	25.1	24.1	35.7	10.3	4.1	0.8	2.5	1.14		
自分の専門能力を開拓・成長する	合計	1184	15.9	23.1	36.1	17.8	6.4	0.8	2.8	1.15	20.6	0.000
	都道府県	482	11.0	21.4	35.3	23.4	7.9	1.0	3.0	1.14		
	政令市等	332	13.6	24.7	37.3	17.2	6.6	0.6	2.8	1.12		
	市町村	370	24.3	23.8	35.9	11.1	4.3	0.5	2.5	1.13		

※表中太線は、多重比較の結果、その上下の全群間で p<.05 で有意差があることを示す

考察

分析結果より、保健師の「今特に強化が必要な保健師の専門能力」の到達段階の実態は、すべての専門能力について平均が3以下と低く、とりわけ5・6段階への到達率が低いこと、経験年数が上がっても6段階への到達率はなお低いということがわかった。また、専門能力の到達段階は、保健師の役職や所属、最終学歴によっても異なることがわかった。

これらの実態より、1)専門能力到達度の実態に見る教育方法の課題、2)専門能力教育のターゲット、3)望ましい専門能力教育の方法について考察する。

1)専門能力到達度の実態に見る教育方法の課題

日本における現状の保健師教育は、必要な能力基準と到達目標が段階的に示されておらず、現任教育の方法も自治体に任されているのが通常である。今特に求められている専門能力のすべてにおいて到達度が低いという実態は、これらの専門能力が従来の教育のあり

方では到達が困難であることを示唆しており、これらを向上するための見直し方策を急いで検討する必要があることを明示している。

また経験年数が高くても「6段階：知識・技術ともにあり、複雑な事例・状況でも根拠に基づく判断で臨機応変に実践する（4段階）、同僚・後輩に自分の知識・技術を教育的に提供する（5段階）に加え、新しい知識・技術を見いだし、職能の専門能力向上に役立てる」への到達が困難である実態は、教育のあり方の中でも特に、専門職として、および高等教育を受けた者として到達すべき目標の設定の仕方に課題があることを示唆している。

加えて、最終学歴別の専門能力の到達度の結果において、大学卒群が専門学校・短大専攻科卒群より低かったことは、学生のもともとの偏差値の高さや、専門能力に特化しない大学の教育内容が、就労後の専門能力の高さに反映しないことを示唆している。

卒業時の能力低下や新卒保健師の卒後研修の必要性が近年活発に議論されている（村嶋；井伊；佐伯；平野，2006）。本調査結果からも、日本の保健師の教育課題は、専門能力向上に特化した教育を、到達目標を明確に段階的に設定し、基礎教育から就労後のどの経験年数層も対象として、一貫して系統的に積み上げる方法と体制を構築することであると考える。これは、自治体単独でできることではなく、国、自治体、大学・教育研究機関、職能の専門性という点では職能団体等が、有機的に協同して進めるべき大きな課題である。

2) 専門能力教育のターゲット

先行研究において（佐伯他，2004）、経験年数が能力に最も関連する要因であったことから、保健師教育のターゲットを考える際はまず経験年数から検討するのが妥当と考える。今回の調査では、経験年数別の専門能力の検討より、4つの経験年数群、すなわち1~5年、6~15年、16~25年、26年以上において到達段階が顕著に異なることが明らかになった。これより、教育のターゲットは、これらの経験年数群の切れ目にあたる頃、1年目、5~6年目、15~16年目、25~26年目が有効と考える。いわば保健師として「萌芽するため：1年目」「発展するため：5年～」「充実するため：15年～」「熟成するため：25年～」の教育というイメージである。ただし、役職や所属によっても到達段階に差が見られたことから、昇格直後、異動直後の者についても、ターゲットと考える必要がある。

今回の経験年数4分類は、サンプリングによる全国調査で得たデータを用い、全ての専門能力について、各々の独立性が確認されたものであり、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年以上とした先の研究とは範囲が異なるものの、今後、国や自治体における教育プログラム開発に活用できると考える。

また、市町に所属する保健師の到達段階が低かったことは、スタッフも少なく多様な業務のある市町において、保健師が専門職として成長する教育を行うことが困難であることを示唆している。例えば、都道府県と大学が協同で作成する実践に即した教育プログラムを市町が活用できるようにする、市町自身が近隣大学と提携するなどさまざまな工夫をこらして改善をはかることが望まれる。

3) 望ましい専門能力教育の方法

全ての専門能力の高さが経験年数の高さに関連していたことは、保健師の教育方法では、

経験の積み上げ方の質を確保する必要があることを示している。つまり我々は「専門能力を高めるために質の高い経験を積み上げる教育方法」を選択する必要があるのである。

実践をととした学びを促進する学習方法には、リフレクティブ・プラクティス (Schon, 1987; Johns, 2002) がある。これは、アクションリサーチの中で学習者間で行ったり、メンターやコーチ、プリセプターの支援を得て、あるいはポートフォリオやエッセイを用いて行うなど、多様な方法で展開される (Burns et al., 2000; 鈴木, 2006)。いずれの場合も学習者を中心に、学習者が経験した状況を分析・評価し、意味や方向性を見いだすプロセスを重視する方法である。

また、教育プログラムという点では、例えば英国の City University はヘルスサイエンス系の CPD のために 299 科目からなるプログラムを作っている (City University London, 2005)。これは大学が、輩出した保健師の卒業

・就労後の教育に責任を持っていることを示している。プログラムには、work-based に現場のプロジェクトを推進する科目や、実践者の弱い部分を高める科目が含まれており、現場や学習者のニーズに応じる構成である。

今後、我が国においても、研究成果や先駆事例より、活用できる教育方法を検討するとともに (佐伯, 2006, 2002; 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会編, 2004; 井出, 2005; 吉岡, 2006)、各専門能力を高めるのに適した学習支援プログラムや教材、評価指標の開発が求められる。とりわけ、第 6 段階への到達度が低かった《活動の必要性と成果を見せる能力 2 項目》、(これらを除き) 5・6 段階への到達度が低かった《健康危機管理を行う能力》、《専門性を確立・開発する能力 2 項目》、(これらを除き) 第 1 段階と答えた者が多かった《政策や社会資源を創出する能力 2 項目》《地域全体のサービスの質を監視する能力》の向上策が早急に必要である。

文献

1. 全国保健師教育機関協議会保健師教育課程検討会 (2006): 全国保健師教育機関協議会が作成した保健師教育課程試案, 保健師ジャーナル, 62(7), 558-563.
公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会(2005): 公衆衛生看護あり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告, 日本公衆衛生雑誌, 52(8), 756-764.
2. 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子他 (2007): 今特に強化が必要な保健師の専門能力、日本地域看護学会誌, 9(2). (掲載予定)
3. 村嶋幸代 (2006): 保健師ライセンスの現状と課題, 水嶋春朔他編, からだの科学増刊 これからの保健師, pp38-43, 日本評論社, 東京.
4. 井伊久美子 (2006): 卒前教育 看護大学の現状, 水嶋春朔他編, からだの科学増刊 これからの保健師, pp136-139, 日本評論社, 東京.
5. 佐伯和子 (2006): 卒業・継続教育, 水嶋春朔他編, からだの科学増刊 これからの保健師, pp140-143, 日本評論社, 東京.
6. 平野かよ子 (2006): 公衆衛生看護における保健師のコンピテンシー, 保健医療科学, 55(2), 128-132.
7. 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美世子他 (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.
8. Schon D.(1987). *Educating the Reflective Practitioner*, London: Jossey-Bass.
 9. Johns C.(2002), *Guided Reflection. Advancing Practice*, London: Blackwell Science.
 10. Burns S., Bulman C.(2000), *Reflective Practice in Nursing: The Growth of the Professional Practitioner*, 2nd ed. Oxford, Blackwell. (邦訳: 田村由美, 中田康夫, 津田紀子監訳 (2005): 看護における反省的実践—専門的プラクティショナーの成長—, ゆみる出版, 東京.
 11. 鈴木敏江 (2006): ポートフォリオ評価とコーチング手法, 医学書院, 東京.
 12. City Univercity London.(2005). *Professional Development Directory March 2006 - March 2007*, London: City Univercity.
 13. 佐伯和子他 (2006): 保健師指導者の育成プログラムの開発平成 17 年度総括・分担研究報告書, 厚生労働科学研究補助金健康科学総合研究事業報告書.
 14. 佐伯和子, 和泉比佐子, 平野憲子他 (2002): 地域の看護アセスメントのための教育用モデルの開発, 日本地域看護学会誌, 5(1), 28-35.
 15. 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会編 (2004): 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, 東京.
 16. 井出成美, 石川麻衣, 宮崎美砂子 (2005): 住民援助ニーズに応じた地域ケアシステム構築における行政保健師の看護実践知の創出 研究成果のメタ統合, 千葉看護学会会誌, 11(2), 8-12.
 17. 吉岡京子, 村嶋幸代 (2006): 保健師による地域アセスメントに関する文献レビュー, 日本地域看護学会誌, 8(2), 93-98.

文責: 岡本玲子

分担研究報告 5

保健師の専門能力到達段階関連要因にみる保健師教育の方向性

はじめに

社会の変化に伴う健康課題の多様化・複雑化に対応するために、保健師には従来よりさらに高度な専門能力が求められており、その効果的な教育方法の確立が急務である。

本研究の目的は、先行研究（岡本ら、2006）で明らかにした「今特に強化が必要な保健師の専門能力（以下専門能力と略）」5 分類 11 項目について、全国の行政機関に勤める保健師（以下保健師と略）の到達段階の実態を調べ、関連要因を明らかにするとともに、その結果に基づいて望ましい保健師教育の形態と学習支援方法を検討することである。本研究の意義は、今後の日本における保健師教育の方向性を数量的な根拠を持って明らかにする点にある。

方法

1. 対象

対象は、全国保健所・保健センター等一覧（2005 年、社団法人日本家族計画協会）をもとに全保健所の 4 分の 1（135 ヲ所）、全市町村保健センターの 20 分の 1（115 ヲ所）を無作為抽出し、そこに勤務する常勤保健師全員（1799 名）とした。

2. 調査方法

調査方法は、上記対象への郵送による自記式質問紙調査である。調査内容は、5 分類 11 項目の専門能力到達段階（詳細は分担研究 4 を参照。以下専門能力の分類名は《 》、項目名は〈 〉で示す）の自己評価とそれに関連すると考えた要因（性別、年齢、保健師教育を受けた機関、最終学歴、保健師・看護師以外の資格取得数、保健師経験年数、役職、保健師以外の経験年数、所属、学会発表回数、1 年間の研究会・勉強会参加数、個人の保健関連雑誌定期購読数、年間自己研鑽投資額、専門職に求められる傾向・特性 16 項目の自己評価）である。これらの要因は、文献検討と研究班員間の協議で選定した。所属は都道府県、政令市等、市町の 3 分類のカテゴリーデータを、都道府県と他、市町と他、の 2 つのダミー変数にして投入した。

3. 分析方法

分析は、保健師による各専門能力の到達段階の自己評価を従属変数（目的変数）、関連すると考えた要因を独立変数（説明変数）とする重回帰分析を行った。この際年齢と経験年数間、保健師教育を受けた機関と最終学歴間に相関係数.8 以上の相関みられたため、年齢と最終学歴を除いた。また、保健師教育を受けた機関は、大学卒の対象が経験年数の多い群に少ないことから、経験年数 10 年までの対象に絞って、別途 t 検定を行った。有意水準は 5 % とした。統計ソフトは SPSSver15.0J を用いた。

4. 倫理的配慮

研究計画は所属大学倫理委員会の承認を得た。対象への調査協力依頼は、研究の目的と

意義および倫理的配慮を記した依頼文を用い、調査表の返送をもって承諾とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、自由意思による調査協力と拒否・中断の自由、匿名性の保証、調査表記入に要する労力と時間、データの管理方法と使用範囲を明記した。

結果

1. 調査票の回収状況と対象の基本情報

送付施設数 250 (保健所 135、保健センター 115) 中、184 (保健所 112、保健センター 72)、73.6%から返送があった。返送施設の対象数 1799 人中、回答者は 1261 人 (70.1%) であり、うち有効回答は 1184 (65.8%) であった。

対象の基本情報は、表 1 のとおりである。

2. 保健師の専門能力到達段階関連要因 (表 2)

保健師による専門能力到達段階の自己評価の結果は分担研究 4 に記した。

重回帰分析結果より、5 分類 11 項目の専門能力について、保健師の到達段階に関連する要因が明らかになった。

全 11 項目に影響を与える要因は、①保健師経験年数、②全体・包括・総合・鳥瞰的視野の自己評価点 (以下鳥瞰的視野と略す)、③学会発表回数であった。中でも経験年数は標準偏回帰係数が .21 ~ .37、鳥瞰的視野は .12 ~ .22 と影響が強かった。9 ~ 10 項目に影響を与える要因は、④所属 (都道府県、政令市等、市町)、⑤個人の保健関連雑誌定期購読数、⑥時代を読む感性の自己評価点、⑦人間的魅力の自己評価点であった。4 ~ 5 項目に影響を与える要因は、⑧保健師教育を受けた機関、⑨役職、⑩コミュニケーション・人間関係形成能力の自己評価点であった。1 ~ 3 項目に影響を与える要因は、⑪保健師・看護師以外の資格取得数、⑫目的に向かう過程を重視の自己評価点、⑬チャレンジ精神の自己評価点、⑭未来志向の自己評価点、⑮ 1 年間の研究会・勉強会参加数、⑯批判を受けとめ改善に向ける真摯さの自己評価点、⑰保健師以外の経験年数であった。

年間自己研鑽投資額、および使命感、バランス感覚、柔軟性、平静で誠実な態度、行動力・表現力・発想力・好奇心、無力・限界の認識、静かで脈々とした意思、改善できることに挑む勇気の自己評価点は、全 11 項目について有意な関連はみられなかった。(以下、専門職に求められる傾向・特性項目について「の自己評価点」の部分省略。)

専門能力毎の影響要因をみると、10 項目が上記①保健師経験年数、②鳥瞰的視野の順で強い関連があった。

〈サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する〉は①②、④所属、⑦人間的魅力、⑥時代を読む感性の順、および〈地域全体のサービスの質を監視する〉は①②、⑩批判を受けとめ改善に向ける真摯さ、⑦人間的魅力、⑪保健師・看護師以外の資格取得数、〈健康危機管理を行う〉は①②、⑨役職、⑥時代を読む感性、⑦人間的魅力、④所属、〈創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する〉は①②、⑥時代を読む感性、⑨役職、③学会発表回数、〈創出の実現可能性を推進する〉は①②、⑨役職、⑥時代を読む感性、③学会発表回数、〈力量形成を要する対象を把握し健康増進・改善を支援する〉は①、④所属、②、⑩コミュニケーション・人間関係形成能力、⑦人間的魅力、③学会発表回数、〈住民・住民組織の主体的な地域づくり・健康づくりを支援する〉は①②、④所属、③学会発表回数、⑭未来志向、

⑦人間的魅力、〈活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する〉は①②、③学会発表回数、⑨役職、④所属、⑥時代を読む感性、⑫目的に向かう過程を重視、〈活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する〉は①②、③学会発表回数、⑫目的に向かう過程を重視、④所属、⑨役職、⑥時代を読む感性、〈専門性を定着し社会貢献を確実にする〉は①②、⑦人間的魅力、④所属、⑥時代を読む感性、〈自分の専門能力を開拓・成長する〉は①②、⑦人間的魅力、④所属、⑭未来志向の順で、それぞれ当該専門能力への影響が強かった。

3. 保健師教育を受けた機関別到達段階 (表3)

保健師の専門能力到達段階を、保健師経験年数 10 年以下の対象に絞って集計したところ、専門学校・短大専攻科卒群 (n=253) と大学卒群 (n=184) では前者が全 11 項目について有意に高い得点であった。

表1 調査対象の基本情報

項 目		人	%	項 目		人	%	
性別	男	10	0.8	保健所または保健センター以外	なし	729	61.6	
	女	1174	99.2		あり	455	38.4	
年齢	25歳未満	50	4.2	での勤務経験 (複数回答)	あり内訳	本庁	188	15.9
	25-29歳	201	17.0			企画調整部門	46	3.9
平均 39.2歳	30-34歳	164	13.9			福祉・介護保険担当部門	131	11.1
最小 22歳	35-39歳	193	16.3			看護職教育機関	27	2.3
最大 60歳	40-44歳	205	17.3			その他 (未記入含む)	192	16.2
	45-49歳	162	13.7	現在の職種以外の経験	なし	795	67.1	
	50-54歳	127	10.7		あり	389	32.9	
	55-59歳	72	6.1		あり内訳	2年未満	101	26.0
	60歳以上	10	0.8			2~5年未満	192	49.4
保健師教育を受けた機関	専門学校	860	72.6			5~10年未満	80	20.6
	短期大学専攻科	115	9.7			10年以上	16	4.1
	大学	209	17.7	平均 3.5年				
最終学歴	専門学校	727	61.4	n=389				
	短期大学専攻科	186	15.7	最小 1年未満				
	大学 (在学中含む)	248	20.9	最大 31年				
	大学院 (在学中含む)	23	1.9	所属の種類	都道府県保健所	482	40.7	
資格あり (複数回答)	保健師	1184	100.0		政令指定都市	98	8.3	
	看護師	1184	100.0		中核市	167	14.1	
	助産師	119	10.1		東京特別区	55	4.6	
	介護支援専門員	361	30.5		地域保健法政令市	12	1.0	
	精神保健福祉士	209	17.7		市 (上記以外)	284	24.0	
	養護教諭 1種	366	30.9		町	86	7.3	
	養護教諭 2種	316	26.7	過去の学会発表経験	なし	584	49.3	
	その他	68	5.7		あり	600	50.7	
保健師・看護師以外の取得資格数	1ヶ	330	27.9		あり内訳	1回	278	23.5
	2ヶ	429	36.2			2~4回	239	20.2
	3ヶ	291	24.6			5回以上	58	4.9
平均 2.2ヶ	4ヶ	112	9.5			10回以上	25	2.1
	5ヶ	18	1.5	過去1年間の研究会・勉強会への参加	なし	347	29.3	
	6ヶ	4	0.3		あり	837	70.7	
保健師としての経験年数	1~5年	232	19.6		あり内訳	1回	261	22.0
	6~10年	205	17.3			2~4回	326	27.5
	11~15年	169	14.3			5回以上	153	12.9
平均 15.5年	16~20年	189	16.0			10回以上	97	8.2
最小 1年	21~25年	179	15.1	個人の保健関連雑誌定期購読	なし	840	70.9	
最大 38年	26~30年	125	10.6		あり	344	29.1	
	31年以上	85	7.2		あり内訳	1冊	221	18.7
現在の役職	一般 (スタッフ)	525	44.3			2冊	89	7.5
	主任	198	16.7			3冊以上	34	2.9
	主査	216	18.2	自己研鑽のための投資額	0円 (未記入含む)	191	16.1	
	係長	142	12.0		1万円未満	189	16.0	
	課長補佐	76	6.4		1万円以上	249	21.0	
	課長・部長	27	2.3		2万円以上	304	25.7	
					5万円以上	149	12.6	
					10万円以上	85	7.2	
					30万円以上	17	1.4	

n=1184

表2 専門能力を従属(目的)変数とした重回帰分析の結果

独立(説明)変数	標準偏回帰係数														
	従属(目的)変数	住民の健康・幸福の公平を護る能力	健康の公平性を追求すると	健康監視するサービスの質	健康危機管理を行う	政策や社会資源を創出する能力	現向の必要性を把握し、展開し、実践可能性を推進	善象力を把握し、支援する健康増進・力	住民の力量を高める能力	住民の力量を推進する健康づくり	住民・地域・住民組織・健康づくりの主体的	活動の必要性と成果を見せる能力	活動の必要性を説明するに基	活動の必要性と成果を見せる能力	専門性を確立・成長する専門能力を開拓・
経験年数		.37 ***	.33 ***	.24 ***	.28 ***	.30 ***	.31 ***	.35 ***	.21 ***	.22 ***	.33 ***	.29 ***	.29 ***	.33 ***	.29 ***
学会発表回数		.05 *	.07 **	.06 *	.10 ***	.09 ***	.08 **	.09 ***	.13 ***	.14 ***	.06 *	.07 **	.07 **	.06 *	.07 **
所属:都道府県と他(政令市等、市町)		-.10 ***	-.07 **		-.06 *	-.06 *	-.13 ***	-.13 ***	-.07 *	-.08 **	-.06 *	.06 *	.06 *	-.06 *	.06 *
所属:市町と他(都道府県、政令市等)		-.08 **	-.05 *	-.08 **			-.06 *	-.06 *	-.09 ***	-.09 ***	-.09 ***	-.09 ***	-.09 ***	-.09 ***	-.09 ***
保健関連雑誌定期購読数		.06 *	.07 **			.07 **	.06 *	.07 **	.06 *	.06 *	.05 *	.06 **	.06 **	.05 *	.06 **
保健師教育を受けた機関		-.05 *	-.07 **			.12 **	-.07 **	.06 *	-.06 *	-.06 *	-.06 *	-.06 *	-.06 *	-.06 *	-.06 *
保健師・看護師以外の資格取得数		.07 **	.08 **			.11 **	.12 ***	.06 *	.11 **	.09 **			.09 **		
1年間の研究会・勉強会参加数															
保健師以外の経験年数															
#全体・包括・総合・鳥瞰的視野		.17 ***	.17 ***	.17 ***	.17 ***	.22 ***	.12 ***	.13 ***	-.05 *	.19 ***	.20 ***	.19 ***	.19 ***	.20 ***	.19 ***
#時代を読む感性		.08 **	.06 *	.09 **	.13 ***	.10 ***	.06 *	.08 **	.09 **	.08 **	.08 **	.08 **	.08 **	.08 **	.07 *
#人間的魅力		.09 **	.08 **	.08 **	.06 *	.07 **	.08 **	.08 **	.07 *	.07 **	.11 ***	.11 ***	.11 ***	.11 ***	.11 ***
#コミュニケーション・人間関係形成能力		.07 *	.07 *				.08 **	.06 *	.07 *	.07 **	.06 *	.07 **	.07 **	.06 *	.08 **
#目的へ向かう過程を重視									.09 **	.11 ***			.11 ***		
#チャレンジ精神									.06 *						
#未来志向															
#批判を受けとめ改善にむける真摯さ															
R ²		.51	.49	.40	.51	.54	.43	.47	.47	.48	.50	.49	.48	.50	.49
F値		67.6	61.1	43.5	66.1	76.2	48	57.7	58.4	60.74	63.9	62.1	60.74	63.9	62.1

#は「専門職に求められる傾向・特性」項目である。
* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

表3 保健師教育を受けた機関別 専門能力の到達段階 (経験年数1～10年)

専門能力	n=253(185+68)	n=184	n=437	有意確率	
	専門学校・ 短大専攻科 卒 平均値 標準偏差	大学卒 平均値 標準偏差	合計 平均値 標準偏差		
1 サービスへのアクセスと健康の公平性を追求する能力	2.43 .88	2.02 .85	2.26 .89	.000	***
2 地域全体のサービスの質を監視する能力	2.25 .90	1.80 .83	2.06 .90	.000	***
3 健康危機管理を行う能力	2.23 .92	1.84 .89	2.07 .93	.000	***
4 創出の必要性を把握し実現に向けて企画・展開する能力	2.15 .93	1.80 .89	2.01 .93	.000	***
5 創出の実現可能性を推進する能力	2.03 .90	1.63 .76	1.86 .86	.000	***
6 力量形成を要する能力対象を把握し健康増進・改善を支援する能力	2.58 .86	2.15 .95	2.40 .92	.000	***
7 住民・住民組織の主體的な地域づくり・健康づくりを推進する能力	2.38 .90	2.02 .90	2.23 .92	.000	***
8 活動の必要性を根拠に基づいて見せ、説明する能力	2.32 .96	2.01 .91	2.19 .95	.001	**
9 活動の成果を評価に基づいて見せ、説明する能力	2.26 .94	1.97 .83	2.14 .91	.001	**
10 専門性を定着し社会貢献を確実にする能力	2.16 .98	1.85 .83	2.03 .93	.001	**
11 自分の専門能力を開拓・成長する能力	2.19 1.00	1.96 .87	2.09 .95	.010	*

t検定 p<.05* p<.01** p<.001***

考察

分析結果より、保健師の「今特に強化が必要な保健師の専門能力」の到達段階に影響を与える要因が明らかになった。特に保健師経験年数と鳥瞰的視野、学会発表回数は、すべての専門能力の到達段階に影響を与えており、中でも保健師経験年数の影響が最も大きかった。また、保健師教育を受けた機関別では、専門学校・短大専攻科卒の者の方が大学卒の者よりも、すべての専門能力の到達段階について自己評価得点が高いことがわかった。

これらの実態より、望ましい保健師教育の形態と学習支援方法について考察する。

1. 望ましい保健師教育の形態と学習支援方法

専門能力の到達段階に保健師経験年数が最も影響があるという結果より、保健師が専門能力を高めるには、「実践経験の質を高める方法」を用いる重要性が示唆された。すなわち、保健師が経験したことを振り返り、意味づけ、自分の知識と技術として定着させることができる方法である。行政に勤める保健師の活動単位は年度や四半期を区切りとすることから、実践経験からの学びの到達目標は、それに合わせた設定が必要と考える。

鳥瞰的視野が影響するという結果からは、保健師の専門能力を高める学習支援には、学習支援者（メンター、スーパーバイザー、ファシリテーターなど）を持つ、同僚や多職種と共通の目標に向かうディスカッションの機会を多く持つなど、多面的で客観的にものごとを見る力を強化しながら経験を踏める方法を用いる必要性が示唆された。

学会発表回数や保健関連冊子定期購読数が影響していたことから、実践研究を行う経