

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—

サエキ カズコ* カワラダ マリ子^{2*}
佐伯 和子* 河原田まり子^{2*}
ハヤマ ミユキ^{3*} イガラシ ムツコ^{4*}
羽山美由樹^{3*} 五十嵐睦子^{4*}

目的 近年、地域保健体制の変化のなかで、自治体に働く保健婦の役割は直接的なケアの担い手だけではなく、チームを調整し、施策化にも寄与できる能力が必要とされるようになった。保健婦の自己評価をとおして専門的職業能力の発達の現状を明らかにし、その発展のための在り方を検討した。

方法 対象は北海道内の行政に働く保健婦で、無作為抽出した管理職100人、スタッフ298人に対し郵送調査を行った。有効回答数は管理職64人、スタッフ219人（初任者44人、前期中堅者87人、後期中堅者88人）であり、回収率は管理職64.0%、スタッフ73.5%であった。調査内容は専門的職業能力の発達とそれに関わる環境についてであった。分析の結果、専門的職業能力の発達の実態について以下のことが明らかになった。

結果 1 実践に関しては、看護アセスメントと看護展開能力は経験年数に応じて発達していると自己評価していた。

2 評価に関する能力および分析・研究に関する能力は、相対的に自己評価の肯定率が低く、経験年数との関連はみとめられなかった。

3 施策化能力は新たに求められるようになった能力であり、経験年数にかかわらず自己評価の肯定率は低かったが、今後伸ばしたい能力と考えている者が多かった。

4 能力開発のニーズは高く、特に新任者は看護実践のための直接的な技術、中堅者は研究分析の能力、管理職は評価・施策化に関する能力を伸ばしたいと考えていた。

5 保健婦の自己研鑽に関する状況では、学会参加、研究への取組み、学習会への参加率はいずれも低かった。

結論 保健婦の実践能力の自己評価の低さは専門職としての未成熟さが背景にあると考えられた。したがって専門的職業能力の発達を促進するためには、専門職として確立し、職業人としての自律性を高めるとともに、実践的な知識技術の体系化を図れる能力をつけることが重要である。そのためには、系統的な卒業後の継続教育体制の確立と、教育研究機関と実践現場との連携による実証研究の推進を基にした公衆衛生看護の理論化が今後重要といえる。

Key words : 保健婦, キャリア発達, 継続教育, 専門職, 職業的同一性

I 緒 言

高齢社会を迎え、医療法や地域保健法、介護保険制度などの法体系の変革をはじめとして、在宅

ケアを提供する地域の保健医療福祉のサービス体制は大きく変化しつつある。地域での保健ニーズや活動体制の変化により、保健婦に期待される役割は、直接的看護ケアの提供や保健指導のみならず、地域保健行政を視野に入れながらその責任を果たしていくことへと拡大しつつある。社会の変化とともに、保健婦が果たす機能は転換期を迎えているといえる。しかし、これまでの保健婦の活動の歴史をみると^{1,2)}、1941年（昭和16年）の保健婦規則制定から50年以上になるが、保健ニーズ

* 札幌医科大学保健医療学部看護学科

^{2*} 北海道総務部職員厚生課

^{3*} 北海道室蘭保健所

^{4*} 札幌市保健福祉局

連絡先：〒060-8556 札幌市中央区南1条西17丁目 札幌医科大学保健医療学部看護学科 佐伯和子

の変化に合わせて業務の内容が変化し、現場で働く保健婦にとって急激な変化は大きな戸惑いとなっている。

専門職として社会の変化に合わせた系統的な継続教育の重要性がいわれているが、実態に即した現任教育を検討するためには保健婦のキャリア発達の実態を把握する必要がある。キャリア発達については、社会学、心理学、教育学などの領域でさまざまに定義されており、昇進・昇格 (advancement)、専門職 (profession)、生涯を通じて経験した一連の仕事、生涯を通じたさまざまな役割経験の4つに分類されるといわれている³⁾。本研究では保健婦のキャリア発達を専門的職業能力の発達面からとらえ、一連の職業経験を通して保健婦としての能力を発展させていくプロセスととらえた。

看護職のキャリア発達に関する研究は1980年代には離職防止と定着を意図したものが多く、1990年代になると職務意識と満足度や専門職看護婦としてのキャリア開発へと変化をみせている^{4,5)}。病院に働く看護職については、キャリア発達について研究が進められつつあるが、保健婦の専門職としてのキャリア発達についての研究はほとんどなされていない。そこで本研究では、専門職としての実践能力について保健婦自身の自己能力査定および専門的職業能力の発達をサポートする環境としての研修や職場内指導体制についての実態を明らかにし、今後のキャリア発達のあり方を検討することを目的とする。

II 方 法

1. 調査対象

対象者は北海道内の保健所もしくは市町村に勤務する保健婦とした。平成7年12月現在の道内の就業者は、道立保健所248人、政令市保健所176人、市町村1,037人であった。調査対象の抽出は、層化抽出法を用い、保健婦係長もしくは相当職にある者(以下管理職とする)とスタッフ保健婦(以下スタッフとする)とに分けた。係長職は厳密な意味では管理職とはいえないが、職場において保健婦集団を実際的に統率し、リーダーとしての役割を果たしていると考えられるので本研究では管理職の位置づけとした。管理職については、北海道および政令市の56保健所すべてと政令市を除く

209市町村のうち44個所を無作為抽出した。スタッフについては、保健所および市町村の保健婦の年齢構成割合を基に、道立保健所勤務者は20代43人、30代32人、40代以上33人、政令市保健所勤務者は30人、市町村勤務者は20代64人、30代48人、40代以上48人を無作為抽出した。

2. 方法

調査内容は、専門的職業能力の発達とそれにかかわる環境についてであった。専門的職業能力に関しては、専門職としての自己能力査定と発展させたい能力について、日本看護協会の研修プログラム開発小委員会により地域で働く保健婦に必要な能力として抽出された16項目⁶⁾(看護アセスメント能力・看護実施能力・評価能力)を用いて調査表を作成し、4段階で回答を求めた。「調査・分析・研究」、「情報を資料へと加工」の2項目は看護アセスメント領域の能力として看護協会案では分類されていたが、村山ら²⁾の見解を参考に「分析・研究」能力として独立させた方が妥当と考えた。したがって活動能力を「看護アセスメント」、「看護展開」、「評価(含施策化)」、「分析・研究」の4領域に分類した。さらに専門的職業能力の発達に関わる環境としては、研修受講の実態および自己研鑽状況をとりあげた。

調査期間は1996年6月から1カ月とし、郵送法で行った。有効回答数は管理職64人、スタッフ219人であった(回収率:管理職64.0%,スタッフ73.5%)。

分析にあたり、専門的職業能力の発達は経験年数に応じて発展すると考えられるので、看護の技能修得に関するベナーの考え⁷⁾を参考に、新任者(保健婦経験3年以内)、前期中堅者(保健婦経験4~10年以内)、後期中堅者(保健婦経験11年以上)、管理職の4群に区分し比較検討した。さらに所属する機関により求められる職務や職場環境の条件に違いがあると考えられたため、保健所と市町村の比較を行った。統計解析はSPSS 6.0J for Windowsを用い、 χ^2 検定を行った。

III 結 果

1. 対象者の概要

回答者の概要は表1に示すように、勤務先については保健所と市町村がそれぞれ半数であった。保健婦経験の平均年数は12.1年であり、経験年数

表1 対象者の概要

	全体	職務および経験年数別				所 属 別				
		新任者	前期中堅者	後期中堅者	管理者	検定 ^{a)}	保健所	市町村	検定 ^{b)}	
所 属	保健所	135 (47.7)	20 (45.5)	43 (49.4)	40 (45.5)	32 (50.0)	n.s.			
	市町村	148 (52.3)	24 (54.5)	44 (50.6)	48 (54.5)	32 (50.0)				
学 歴	養成所	221 (78.1)	22 (50.0)	61 (70.1)	81 (92.0)	57 (89.1)	***	96 (69.6)	127 (85.8)	**
	短大	55 (19.4)	20 (45.5)	25 (28.7)	5 (5.7)	5 (7.8)		37 (27.4)	18 (12.2)	
	大学	7 (2.5)	2 (4.5)	1 (1.1)	2 (2.3)	2 (3.1)		4 (3.0)	3 (2.2)	
転勤経験	あり	142 (50.2)	9 (20.5)	39 (44.8)	52 (59.1)	42 (65.6)	***	96 (71.1)	46 (31.1)	***
	なし	141 (49.8)	35 (79.5)	48 (55.2)	36 (40.9)	22 (34.4)		39 (28.9)	102 (68.9)	
計		283(100.0)	44(100.0)	87(100.0)	88(100.0)	64(100.0)		135(100.0)	148(100.0)	

人 (%)

** p<0.01, *** p<0.001

a) 検定は経験年数別の4群の比較を χ^2 検定で行った。b) 検定は所属別の2群の比較を χ^2 検定で行った。

表2 自己能力査定 (十分と回答した者の割合)

領域	項 目	全体 n=283	新任者 n=44	前期中堅者 n=87	後期中堅者 n=88	管理職 n=64	検定 ^{a)}
看護 メン セット	本音を聞きだす	130(45.9%)	10(22.7%)	33(37.9%)	42(47.7%)	45(70.3%)	***
	観察から問題発見	117(41.3%)	8(18.2%)	25(28.7%)	42(47.7%)	42(65.6%)	***
	ニーズの把握と顕在化	98(34.6%)	7(15.9%)	22(25.3%)	36(40.9%)	33(51.6%)	***
	生活者の視点	181(64.0%)	21(47.7%)	46(52.9%)	62(70.5%)	52(81.3%)	***
看護 展 開	在宅看護技術	49(17.3%)	5(11.4%)	10(11.5%)	16(18.2%)	18(28.1%)	*
	ケアコーディネーション	70(24.7%)	3 (6.8%)	15(17.2%)	21(23.9%)	31(48.4%)	***
	健康教育技法	82(29.0%)	8(18.2%)	19(21.8%)	27(30.7%)	28(43.8%)	**
	健康教育教材作成	74(26.1%)	10(22.7%)	17(19.5%)	22(25.0%)	25(39.1%)	*
	保健組織活動育成	46(16.3%)	0 (0.0%)	11(12.6%)	15(17.0%)	20(31.3%)	***
	住民参加のリーダーシップ	51(18.0%)	3 (6.8%)	8 (9.2%)	17(19.3%)	23(35.9%)	***
評 価	活動評価	53(18.7%)	4 (9.1%)	13(14.9%)	18(20.5%)	18(28.1%)	n.s.
	施策・事業評価	44(15.5%)	6(13.6%)	8 (9.2%)	17(19.3%)	13(20.3%)	n.s.
	施策立案	47(16.6%)	3 (6.8%)	11(12.6%)	17(19.3%)	16(25.0%)	n.s.
	情報・人のシステム化	36(12.7%)	3 (6.8%)	9(10.3%)	12(13.6%)	12(18.8%)	n.s.
分 析 研 究	調査・分析・研究	31(11.0%)	6(13.6%)	7 (8.0%)	10(11.4%)	8(12.5%)	n.s.
	情報を資料へと加工	49(17.3%)	6(13.6%)	8 (9.2%)	16(18.2%)	19(29.7%)	*

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

人 (%)

a) 検定は各項目毎に「十分」と「不十分」と回答したものを経験年数別で χ^2 検定を行った。

別では新任者の平均は2.4年、前期中堅者は6.7年、後期中堅者は16.9年、管理職は19.3年、管理職になってからの平均年数は6.7年であった。

学歴は養成所卒業者が78.1%で最も多く、経験年数別では新任者において短大卒業者が多かった(p<0.05)。

転勤経験の有無については、約半数が「転勤経験あり」と回答しており、保健所と市町村での転

勤経験者の割合は保健所71.1%、市町村31.1%で有意に保健所保健婦に転勤経験者が多かった(p<0.001)。

2. 自己能力査定

自己能力については4段階で自己評価したものを、「十分」、「不十分」の2段階に分類し、表2に「十分」と回答した者を示した。

自己評価の肯定率が高い項目は、看護アセスメ

表3 今後伸ばしたい能力（非常に伸ばしたいと回答した者の割合）

領域	項目	全体 n=283	新任者 n=44	前期中堅者 n=87	後期中堅者 n=88	管理職 n=64	検定 ^{a)}
看護 アセス メント	本音を聞きだす	93(32.9%)	25(56.8%)	29(33.3%)	26(29.5%)	13(20.3%)	***
	観察から問題発見	112(39.6%)	24(54.5%)	35(40.2%)	35(39.8%)	18(28.1%)	n.s.
	ニーズの把握と顕在化	126(44.5%)	29(65.9%)	37(42.5%)	38(43.2%)	22(34.4%)	*
	生活者の視点	97(34.3%)	23(52.3%)	28(32.2%)	32(36.4%)	14(21.9%)	*
看護 展開	在宅看護技術	99(35.0%)	28(63.6%)	32(36.8%)	28(31.8%)	11(17.2%)	***
	ケアコーディネーション	167(59.0%)	33(75.0%)	51(58.6%)	55(62.5%)	28(43.8%)	*
	健康教育技法	113(39.9%)	30(68.2%)	37(42.5%)	31(35.2%)	15(23.4%)	***
	健康教育教材作成	101(35.7%)	24(54.5%)	31(35.6%)	30(34.1%)	16(25.0%)	*
	保健組織活動育成	135(47.7%)	21(47.7%)	38(43.7%)	47(53.4%)	29(45.3%)	n.s.
	住民参加のリーダーシップ	151(53.4%)	22(50.0%)	40(46.0%)	52(59.1%)	37(57.8%)	n.s.
評 価	活動評価	170(60.1%)	26(59.1%)	45(51.7%)	56(63.6%)	43(67.2%)	n.s.
	施策・事業評価	184(65.0%)	25(56.8%)	49(56.3%)	60(68.2%)	50(78.1%)	*
	施策立案	194(68.6%)	30(68.2%)	54(62.1%)	60(68.2%)	50(78.1%)	n.s.
	情報・人のシステム化	175(61.8%)	23(52.3%)	51(58.6%)	57(64.8%)	44(68.8%)	n.s.
分 析 研 究	調査・分析・研究	152(53.7%)	17(38.6%)	41(47.1%)	58(65.9%)	36(56.3%)	*
	情報を資料へと加工	142(50.2%)	16(36.4%)	36(41.4%)	54(61.4%)	36(56.3%)	**

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

人 (%)

^{a)} 検定は各項目毎に「非常に伸ばしたい」と「伸ばしたい・伸ばしたいと思わない」と回答したものを経験年数別で χ^2 検定を行った。

ント領域に属するものであり、「生活者の視点」が65.3%で最も高く、「本音を聞きだす」、「観察から問題を発見する」、「ニーズの把握と顕在化」については30%以上が「十分」と評価していた。経験年数別にみると、看護アセスメント領域に属する項目では、「本音を聞きだす」、「観察から問題を発見する」、「ニーズの把握と顕在化」、「生活者の視点」の4項目において有意な差がみとめられ、経験年数のある群ほど自己評価の肯定率が高かった。看護展開能力では「在宅看護技術」、「ケアコーディネーション」、「健康教育技法」、「保健組織活動育成」、「住民参加のリーダーシップ」の5項目において4群で有意な差がみとめられ、看護アセスメント領域の能力と同様に、経験年数のある群ほど自己評価の肯定率が高かった。評価に関する項目では経験年数のある群ほど自己評価の肯定率は高かったが、4群間で有意な差はみとめられなかった。分析・研究領域では、「情報を資料へと加工」は4群に有意な差がみられたが、「調査・分析・研究」に関しては4群に差はなく、2項目とも自己評価の肯定率は低かった。所属別では自己評価に有意な差がみとめられた項目はなか

った。

3. 今後伸ばしたい能力

今後どのような能力を伸ばしたいと考えているかを4段階で聞いたところ、「非常に伸ばしたい」もしくは「やや伸ばしたい」と回答したものが、どの項目においても85%以上であった。「非常に伸ばしたい」と回答した者を示したのが表3である。過半数以上の保健婦が「非常に伸ばしたい」とする能力は、看護アセスメント領域では特になく、看護展開領域では「ケアコーディネーション」、「住民参加のリーダーシップ」の能力であった。評価領域では「活動評価」、「施策・事業評価」、「施策立案」、「情報・人のシステム化」の4項目でどの項目も60%を超えていた。分析・研究領域では「調査・分析・研究」と「情報を加工」する能力ともに50%以上が伸ばしたいと考えていた。

経験年数別にみると4群で有意な差がみとめられ、新任者に高かった項目は、看護実践のための直接的な技術である「本音を聞きだす」、「観察から問題発見」、「ニーズの把握と顕在化」、「生活者の視点」、「在宅看護技術」、「健康教育技法」、「健

康教育教材の作成」の7項目であった。後期中堅者に希望の高かった項目は「調査・分析・研究」、「情報を資料へと加工する」の2項目であった。また、管理職に高くみられたのは評価に関する4項目で、なかでも「施策・事業評価」、「施策立案」の施策化に関する2項目は79.4%が非常に伸ばしたい能力と考えていた。保健所と市町村を比較すると、「健康教育教材の作成」と「保健組織活動育成」の2項目において市町村の方が有意に高かった(順に $p < 0.05$, $p < 0.01$)。

4. 専門的職業能力の発達のための環境

1) 年間研修受講状況

研修受講の実態を明らかにするために、公費出張による研修受講回数をみると、年間の平均受講回数は7.4回であった。研修の実施主体別にみると、保健所管内研修会(札幌市は公衆衛生看護研修会)が最も多く約4回であり、公費研修の1/2を占めており、次いで所属自治体、国民健康保険連合会、北海道看護協会の順であるが、どれも1回未満であった。所属別に保健所と市町村を比較すると、研修受講総回数の平均では有意な差はみられなかった。所属自治体主催の研修受講回数は保健所よりも市町村の方が有意に少なかった($p < 0.001$)。

2) 経験年数別研修受講状況

経験年数に見合った研修である初任者研修(1年目)、中堅者研修(3~5年目)、係長研修について受講状況を表4に示した。受講率はそれぞれ初任者研修が91.3%、中堅者研修が51.6%、係長研修が92.2%であったが、中堅者研修は未受講者が74人(48.4%)と約半数で、3つの研修のうち未受講率が最も高かった。係長研修は、主催別では北海道主催の研修に約2/3が参加し、保健所保健婦では国立公衆衛生院や日本看護協会の研修等国レベルの研修への参加がそれぞれ21.9%、28.1%あった。しかし、市町村では中央(国)レベルで行われる係長研修への参加は1人(3.1%)と有意に低かった($p < 0.01$)。

3) 行政職としての研修受講状況

行政職としての研修の受講について、スタッフは67.6%が「あり」と回答していた。初任者研修と中堅者研修を比較すると、初任時の方が行政職としての研修を受けたと回答したものが多く、また保健所と市町村を比較すると、新任・中堅のど

表4 経験年数別研修受講状況

	全体	保健所	市町村	
初任者研修	受講	200 (91.3)	90 (87.4)	110 (94.8)
	未受講	19 (8.7)	13 (12.6)	6 (5.2)
	計	219(100.0)	103(100.0)	116(100.0)
中堅者研修	受講	79 (51.6)	35 (48.6)	44 (54.3)
	未受講	74 (48.4)	37 (51.4)	37 (45.7)
	計	153(100.0)	72(100.0)	81(100.0)
係長研修	受講	59 (92.2)	30 (93.7)	29 (90.6)
	未受講	5 (7.8)	2 (6.3)	3 (9.4)
	計	64(100.0)	32(100.0)	32(100.0)

人(%)

ちらの時期においても保健所保健婦の方が行政職としての研修を受講している率が高かった。管理職の行政職研修の受講は59.4%で、保健所87.5%に対し市町村では31.3%であり、受講率に有意な差がみとめられた($p < 0.001$)。

4) 職場内での日常指導体制

日常業務を中心とする職場内の指導体制について管理職の意識を表5に、それに対するスタッフの意識を表6に示した。管理職の意識をみると、「スタッフへの業務方針の浸透」(96.8%)、「個人的状況への配慮や助言」(93.5%)はほとんどの管理職が行っていると考えていた。表5に示す6項目のうち「スタッフへの業務方針の浸透」、「スタッフの適正配置」、「職業観の育成」、「健康課題解決への指導」、「個人的状況への配慮や助言」の5項目については高率で実施していると回答していた。しかし、「スタッフの計画的な能力開発」については、「行っている」と回答した者は56.5%で、他の項目と比較すると極端に少なかった。さらに、スタッフの研修計画を持っているかどうかについては、「あり」と回答した者が69.4%であり、保健所では81.3%、市町村では56.7%であった。その内容をみると、経験年数別の新任・中堅研修78.6%、日常の係内学習会64.3%、職場外に派遣する研修54.8%であった。

一方、スタッフは「係長から十分な指導を受けている」と回答した者は68.2%であった。日常の指導体制では「先輩から納得のいく指導を受けている」者が64.7%であり、若年スタッフの方が経

表5 職場内指導体制（管理職の意識）

		全 体	保健所	市町村	検定 ^{a)}
スタッフへの業務方針の浸透	している	60 (96.8)	32(100.0)	28 (93.3)	n.s.
	していない	2 (3.2)	0	2 (6.7)	
スタッフの適正配置	している	52 (83.9)	27 (84.4)	25 (83.3)	n.s.
	していない	10 (16.1)	5 (15.6)	5 (16.7)	
職業観の育成	している	49 (79.0)	25 (78.1)	24 (80.0)	n.s.
	していない	13 (21.0)	7 (21.9)	6 (20.0)	
健康課題解決への指導	している	54 (87.1)	29 (90.6)	25 (83.3)	n.s.
	していない	8 (12.9)	3 (9.4)	5 (16.7)	
スタッフの計画的な能力開発	している	35 (56.5)	19 (59.4)	16 (53.3)	n.s.
	していない	27 (43.5)	13 (40.6)	14 (46.7)	
個人的状況への配慮・助言	している	58 (93.5)	30 (93.8)	28 (93.3)	n.s.
	していない	4 (6.5)	2 (6.3)	2 (6.7)	
計		62(100.0)	32(100.0)	30(100.0)	

a) 検定は所属の比較を χ^2 検定を用いた

人 (%)

表6 職場内指導体制（スタッフの意識）

		全 体	経験年数別			検定 ^{a)}	所 属 別		検定 ^{b)}
			新任者	前期中堅者	後期中堅者		保健所	市町村	
係長からの十分な指導	あり	146 (68.2)	39 (88.6)	55 (66.3)	51 (59.3)	**	79 (77.5)	67 (59.8)	**
	なし	68 (31.8)	5 (11.4)	28 (33.7)	35 (40.7)		23 (22.5)	45 (40.2)	
	計	214(100.0)	44(100.0)	83(100.0)	86(100.0)		102(100.0)	112(100.0)	
先輩からの指導	あり	139 (64.7)	39 (88.6)	56 (66.7)	43 (50.0)	***	70 (68.6)	69 (61.1)	n.s.
	なし	76 (35.3)	5 (11.4)	28 (33.3)	43 (50.0)		32 (31.4)	44 (38.9)	
	計	215(100.0)	44(100.0)	84(100.0)	86(100.0)		102(100.0)	113(100.0)	
訪問記録の上司(保健婦)の点検	あり	128 (59.5)	33 (75.0)	43 (51.2)	51 (59.3)	*	90 (88.2)	38 (33.6)	***
	なし	87 (40.5)	11 (25.0)	41 (48.8)	35 (40.7)		12 (11.8)	75 (66.4)	
	計	215(100.0)	44(100.0)	84(100.0)	86(100.0)		102(100.0)	113(100.0)	
事業の企画の指導	あり	140 (65.4)	34 (79.1)	56 (65.9)	50 (58.1)	n.s.	78 (77.2)	62 (54.9)	***
	なし	74 (34.6)	9 (20.9)	29 (34.1)	36 (41.9)		23 (22.8)	51 (45.1)	
	計	214(100.0)	43(100.0)	85(100.0)	86(100.0)		101(100.0)	113(100.0)	
定例の学習会	実施	68 (31.6)	11 (25.6)	29 (34.1)	28(32.2)	n.s.	35 (34.7)	33 (28.9)	n.s.
	未実施	147 (68.4)	32 (74.4)	56 (65.9)	59 (67.8)		66 (65.3)	81 (71.1)	
	計	215(100.0)	43(100.0)	85(100.0)	87(100.0)		101(100.0)	114(100.0)	
モデルになる先輩の存在	あり	131 (60.6)	35 (79.5)	53 (62.4)	43 (49.4)	**	65 (63.7)	66 (57.9)	n.s.
	なし	85 (39.4)	9 (20.5)	32 (37.6)	44 (50.6)		37 (36.3)	48 (42.1)	
	計	216(100.0)	44(100.0)	85(100.0)	87(100.0)		102(100.0)	114(100.0)	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

a) 検定は経験年数別の3群の比較を χ^2 検定で行った。b) 検定は所属別の2群の比較を χ^2 検定で行った。

各項目有効回答のみ集計 人 (%)

表7 自己研鑽のための学会・研修会参加の実態

	全体 n=283	職務および経験年数別				検定 ^{b)}	所属別		
		新任者 n=44	前期中堅者 n=87	後期中堅者 n=88	管理職 n=64		保健所 n=135	市町村 n=148	検定 ^{c)}
学会参加あり(1年間)	78(27.6)	11(25.0)	21(24.1)	23(26.1)	23(35.9)	n.s.	48(35.6)	30(20.3)	**
私費による研修参加あり(1年間) ^{a)}	93(32.9)	11(25.0)	20(23.0)	33(37.5)	29(45.3)	*	51(37.8)	42(28.4)	n.s.
研究発表あり(3年間)	72(25.4)	7(15.9)	18(20.7)	29(33.0)	18(28.1)	n.s.	46(34.1)	26(17.6)	**

* p<0.05, ** p<0.01

a) 私費による研修には研修と学会を含む

b) 検定は体験の「あり」と「なし」についての経験年数別の3群の比較を χ^2 検定で行った。c) 検定は体験の「あり」と「なし」について所属別の2群の比較を χ^2 検定で行った。

験年数のあるスタッフ保健婦よりも有意に高かった ($p<0.001$)。「事業の企画についての指導」は65.4%が受けていると回答し、保健所の方が市町村よりも高率であった ($p<0.001$)。また、「保健婦である上司による訪問記録の点検」は59.5%が受けていたが、保健所では88.2%、市町村では33.6%と有意な差があり ($p<0.001$)、市町村での訪問活動に対する記録による事後指導が少ないことが明らかになった。

5) 自己研鑽の実態

自己研鑽の実態は表7のとおりである。学会への参加状況をみると、過去1年間に学会に参加したことがある者は27.6%で、一人当たりの1年間の平均参加回数は公費・私費を合わせても0.34回であり、非常に少なかった。学会への参加は、経験年数別では係長がスタッフよりもやや多く、市町村よりも保健所保健婦の方が多かった ($p<0.05$)。

また、私費での学会や研修会への参加は32.9%が行っており、1年間の平均回数は0.7回であった。自己投資額は最高額が年間約80万円で、平均は4.0万円であった。

この3年間の研究への取組みでは、研究発表の経験のある者は25.9%で、経験年数別では有意な差はみられなかったが、保健所と市町村では保健所34.1%に対し市町村17.6%で差がみとめられた ($p<0.01$)。保健婦係内での研究の取組みに対しては37.1%の管理職が取組んでいると回答していたに過ぎなかった。

IV 考 察

保健婦の自己能力査定の実態から専門的職業能

力の発達の特徴を考察し、今後のキャリア開発のための環境について検討したい。

1. 保健婦の職業能力についての自己評価

保健婦の専門的職業能力の発達を経験年数と職業上の自己評価との関連でみると、2つのタイプに分類することができた。第一は「看護アセスメント能力」や在宅看護・健康教育・地区組織活動などの「看護展開能力」のように経験年数に伴って発達させている能力であり、第二は「評価能力(施策化能力を含む)」および「分析・研究能力」のように必ずしも経験年数による発達が十分でない能力である。

経験年数に伴って発達させている「看護アセスメント能力」や「看護展開能力」は、対人サービス提供のための直接ケアの知識と技術である。これらの能力が発達した背景として、基礎教育において職業教育として具体的な知識や技術を重視した教育がなされてきたこと、現任教育の内容としても意図的に取り上げられてきたこと、地域保健体制のなかで保健婦に対人サービス提供が最も期待される機能であったこと、さらに実践現場で援助の過程をとおしてフィードバックが容易で自己評価がしやすいことがあげられる。つまり、地域保健活動の第一線で、技術者・実践者としての役割を果たしてきた蓄積の結果といえる。これらの能力を伸ばしたいと期待しているのは新任者であり、サービス提供を行う実践者にとって初歩的な職業上の能力といえることができる。

一方、発達が十分でない「評価・施策化能力」および「分析・研究能力」は間接的にケアのサービス提供に反映されるものである。「分析・研究能力」の発達が不十分であった要因を考えると、

基礎教育においては実務者養成が優先され研究能力の育成が重視されてこなかったこと、現任教育でも取り上げられることが少なく、日常的にも十分な取り組みがなされていないことがあげられる。また「評価・施策化能力」の発達が不十分な背景には、保健婦の多くが技術職として採用され、日常業務での専門性は看護を基盤にした技術であるため、施策化に関与する行政職者として育つ機会が少なかったことが考えられる。施策化能力は地方分権化の推進とともにクローズアップされてきた能力であり、施策化のためには地域の保健ニーズの把握分析と事業評価ができる能力が求められている。さらに保健事業の評価のためには研究的な手法を用いて客観的に分析できることが要求されている。現実には、地域保健法においては保健所の役割として調査研究能力の強化があげられ、また自治体の裁量で保健計画を推進し実施することが求められており、保健婦にも行政的能力が期待されることから、施策化能力の向上は重要な課題となっている⁸⁾。保健政策の転換を図っているカナダやアメリカでも、地域で働く看護職に対し同様のことがおきている^{9,10)}。「研究・分析能力」および「評価・施策化能力」は地域の健康管理を推進していく上で重要な能力であり、管理職に最も求められている能力である。管理職となった保健婦は、直接的なサービス提供のみならず、立場として期待されている管理業務能力向上への意識変革とそのための教育が必要である。

さらに、調査結果の大きな特徴として、相対的に自己評価の肯定率が低いことがあげられる。これは自信をもって仕事ができていることの現われと考えることができ、保健婦という職業に対し、明確な職業上の自己概念つまり職業的同一性を持ち得ていないためと推察される。専門職としての確立が不十分であっても、業務範囲の明確な歯科衛生士では経験年数とともに職業的同一性の確立がみとめられたという報告¹¹⁾があり、保健婦の対応すべき業務の多様さが職業的同一性の確立を困難にしている一因と考えられる。しかも、健康増進や予防の活動は介入効果を可視化しにくいいため、客観的な自己評価を困難にしているといえる。

以上のことから、保健婦の専門職業能力の発達の特徴は、実践能力は順調に発達しているが分析

・研究能力および評価・施策化能力の発達は不十分といえる。このことは、知識を自ら創造するよりも伝達あるいは適用するのみであり、技術提供は具体的であるという天野¹²⁾の指摘する半専門職の特徴を示すものであった。それは自律性の低さと学問的体系の未熟さによる専門性の低さが背景にあると考えられ、保健婦が専門職として確立できていないことによる課題といえる。しかし、これらの課題は教育や業務の範囲によるものだけでなく、女性職であり職場の意思決定ラインに職責を持たなかったこと、つまり管理職として責任を持った仕事の間が与えられなかったことも自律性の発達を阻害する一因になったと考えられる。

2. キャリア開発のため教育環境の整備

自己の能力開発に対して、調査項目のすべての能力を今後伸ばしていきたいと回答した人が多く、保健婦の専門的職業能力の開発へのモチベーションの高さがうかがわれた。そこでこのモチベーションを生かし、専門職としての確立を図るためには、系統的な学問体系と十分な学校教育が基盤になる。さらにその上に日常的な職場のフィードバック体制と、システム化された継続教育体制の確立が望まれる。

第一に保健婦養成の基礎教育との関連では、変化する社会のニーズに対応して、生涯にわたって働き続けられる専門職業人としての基礎的能力の育成が重要である。基礎教育のカリキュラムは、職業技術の訓練的要素は薄まり、実際的な知識や技術は卒業後の研修に委ねられつつある。基礎教育において、探索・思考力の育成が重視されることで、評価・分析・研究能力の発展につながると考えられる。しかし、一方では大学教育の拡大とともに保健婦看護婦統合カリキュラムが進展し、保健婦課程単科の養成所と比較すると、基礎教育において保健婦としての職業的自己同一性の育ちにくい状況となっている。

第二に日常のフィードバックとの関連では、職場における専門的職業能力の発達を促進するためには、自己の動機づけと発達を刺激する組織の環境を整備することが必要である。職業人としての肯定的自己評価は有能感や効力感の上になされることが必要であり、自己概念の確立が前提となることがいわれている¹³⁾。したがって職業人としての肯定的自己概念の確立のためには、基礎教育での不

十分さをカバーしうる初任者段階での組織内の職務挑戦と成功体験がますます重要になるといえる。実践能力は経験の積み上げで発達が可能であったことから、日常的に職場で管理者が実践のフィードバックの機会を作ることで、能力の開発ができると考えられる。しかし、保健所と比較すると市町村保健婦は十分な指導を受けていないという回答が多く、市町村における専門職としての保健婦の育成に対する日常的な環境の整備が課題といえる。職場環境は仕事の満足度にも大きく関連し、職業の継続の点からも重要である¹⁴⁾。

第三に、系統的な継続教育を考える上では、現任教育と大学院における卒業後教育、日常的な研究のバックアップ体制の確立を検討する必要がある。

現任教育体制のシステム化を考える上では経験年数別に課題設定した研修が必要といえる^{15,16)}。しかし、管理職の多くは計画的な能力開発の実施ができていないと考えており、系統的な現任教育が困難な現状にあることを示している。したがって公費出張による研修の半分が保健所で実施される管内保健婦研修会への参加であったことから、この研修会の充実が必要といえる。多くの保健婦が参加しやすいこの研修会を、今後は思考能力・分析能力・研究能力の育成を目的とした能動型の研修へと質的転換を図る必要がある。このことは、保健婦が自らの継続教育に関する力量を形成し、自己研鑽能力を向上させることにつながると考えられる。また、新たに求められている施策化能力について、当面は現任教育の内容として意図的かつ系統的に取り入れていくことが求められているといえる。

実践の場で働く職業人としての自己概念確立のためには活動評価ができること、すなわち実践していることの意味づけができることが肯定的な自己評価と自律につながる¹⁷⁾。つまり、活動のフィードバックとしての実践を基盤とする実証研究の活発化により自己を説明するための理論を産出することができ、その理論が自己概念形成の支えになると考えられる。その実現に向けて、実践現場と大学が連携し、公衆衛生看護の理論化への努力が重要である。それは研究としてだけでなく、継続教育における大学院教育の充実と現任教育への教育機関の積極的な参加が求められているとい

えよう¹⁸⁾。

本研究ではキャリア発達を専門的職業能力の発達として規定したが、キャリア発達はその人のライフコースを通じての生き方の志向であり、広範な内容を含むものである。したがって、保健婦のキャリア発達は専門職業人としてのキャリアだけでなく、出産や育児を含めた女性の生き方としてライフスタイルを考慮した発達の在り方を検討する必要がある^{5,19)}。

また本研究では調査内容が保健婦の実践に関する項目が中心であり、広く保健婦の職業上の発展を検討するためには企画や教育機能についても検討する必要がある。また、地方と大都市圏とでは行政に働く保健婦に期待される役割も異なると考えられる。今後は地域の保健医療福祉の体制を考慮した詳細な研究が求められる。

V 結 論

保健婦の専門的職業能力の発達に関する自己評価の特徴は、実践に関連する能力は経験とともに自己評価が高くなっていったが、分析・研究・評価・施策化に関する能力は自己評価の肯定率が低く経験に伴って発達しているとはいえなかった。この特徴は職業的には半専門職が持つものであり、専門職としての確立のためには十分な基礎教育と系統的な継続教育、日常の職場でのフィードバック体制の整備が必要である。また、女性のライフコースを考慮したキャリア発達のプログラムが検討されるべきである。

本調査に協力いただきました保健婦の皆様、論文をまとめるにあたりご指導くださいました北海道大学医学部公衆衛生学講座岸 玲子教授に心から感謝申し上げます。

なお、本研究は平成8年度北海道衛生公衆衛生セミナーの小グループ活動として行ったものである。

(受付 '98. 4.15)
(採用 '99. 6.29)

文 献

- 1) 木下安子. 保健婦の歩み. 保健婦の歩みと公衆衛生の歴史. 東京: 医学書院, 1985; 90-153.
- 2) 平山朝子, 宮地文子, 編. 公衆衛生看護学総論
1. 東京: 日本看護協会出版会, 1995; 39-113.

- 3) 平野光俊. キャリア・ディベロップメント—その心理的ダイナミクス—. 東京: 文眞堂, 1994; 10.
- 4) 中山洋子, 粟生田友子, 片平好重. 看護婦の仕事に対する認識と満足度・継続意志に関する記述的研究—組織基盤の異なる病院で働く看護婦を対象とした調査結果の比較—. 聖路加看護大学紀要 1997; 23: 1-14.
- 5) 草刈淳子. 看護管理者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究. 看護研究 1996; 29: 123-138.
- 6) 日本看護協会研修プログラム開発小委員会. 平成6年度先駆的保健活動交流推進事業 みんなで行う研修プログラム開発—研修プログラム開発小委員会報告書—. 東京: 日本看護協会, 1995; 71-75.
- 7) バトリシア ベナー (井部俊子, 井村真澄, 上泉和子, 訳). 看護論—達人ナースの卓越性とパワー—. 東京: 医学書院, 1992; 10-27.
- 8) 湯沢布矢子. これからの行政組織における保健婦活動のあり方に関する研究. 平成8年度厚生科学研究報告書 1997.
- 9) Badovinac K. Policy advocacy for public health practitioners: Workshops on policy change. Public Health Nurse 1997; 14: 280-285.
- 10) Donner GJ. Supporting staff of change: career development strategies. Canadian Journal of Nursing Administration 1995; 8: 46-57.
- 11) 高阪利美, 土屋友幸, 山田ゆかり, 他. 歯科衛生士専門学校生における職業的同一性について—現職歯科衛生士の調査—. 日本歯科医療管理学会雑誌 1998; 32: 237-243.
- 12) 天野正子. 看護婦の労働と意識—半専門職の専門職化に関する事例研究—. 社会評論 1972; 22(3): 30-49.
- 13) 古川久敬. 組織デザイン論. 東京: 誠信書房, 1988; 119-135.
- 14) Cumbey DA, Alexander JW. The relationship of job satisfaction with organizational variables in public health nursing. Journal of Nursing Administration 1998; 28(5): 39-46.
- 15) 村山正子, 大野絢子, 斎藤泰子, 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 1996; 52: 811-824.
- 16) Gustin TJ, Semler JE, Holcomb MW, et al. A clinical advancement program: Creating an environment for professional growth. Journal of Nursing Administration 1998; 28(10): 33-39.
- 17) Sabiston JA, Laschinger HKS. Staff nurse work empowerment and perceived autonomy: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. Journal of Nursing Administration 1995; 25(9): 42-50.
- 18) Kelly C, Cowell JM, Stevens R. Surveying public health nurses' continuing education needs: Collaboration of practice and academia. Journal of Continuing Education in Nursing 1997; 28: 115-123.
- 19) Glynn P, Arndt M, Beal J, et al. The interconnectedness of nurses' lives: Implication for nursing management. Journal of Nursing Administration 1996; 26(5): 36-42.

DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL COMPETENCE IN PUBLIC HEALTH NURSES

Kazuko SAEKI*, Mariko KAWAHARADA^{2*}, Miyuki HAYAMA^{3*}, Mutsuko IGARASHI^{4*}

Key word: Public health nurse, Career development, Continuing education, Profession, Professional identity

Purpose: Significant changes that are occurring in the community health care system, require that public health nurses who work for local governments to not only provide direct care but also to coordinate health care teams and participate in policy making. The purpose of this study is to investigate the current system of developing professional competence in public health nurses, and to consider ways to improve it.

Method: The subjects, randomly chosen, were 100 chief public health nurses and 298 staff nurses in Hokkaido. Sixty-four chief nurses, 44 beginner nurses, 87 proficient nurses and 88 expert nurses responded. The data were collected with a self-administered questionnaire which necessitated the subjects to make a self evaluation of their practical competence and circumstances of its development.

Result: Self evaluated competence, in making accurate assessments of individual needs and initiating direct care, developed with their experiences in the job, and was generally high. However, the questionnaire showed that self evaluation of their work and ability to do theoretical analysis and research was low and did not progress in conjunction with the length of work experience. Policy making experience was limited and policy making competence was evaluated as low, but there was an expectation that this competence would develop in time. Almost all of the respondents expected their professional competence to progress to higher levels. In particular, beginner nurses wanted to gain practical care competence; proficient and expert nurses wanted to develop their powers of theoretical analysis and do more research, while chief nurses were keen to gain competence in the area of policy making. The respondents reported that they sometimes attended academic conferences, but hardly did any research.

Conclusion: Low self-evaluation of public health nurses reflect a basic immaturity as a profession. They need to establish their profession and to increase their self-evaluated competencies as their careers develop. These findings showed the importance of establishing a system of continuing education that will cultivate competence in various aspects of their job and also motivate self study. These findings also reveal the importance of collaboration between the university as a vehicle for theoretical work and research and the work place as the embodiment of practical application.

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

^{2*} Hokkaido Government, Department of General Affairs, Employee Welfare Division

^{3*} Hokkaido Prefectural Muroran Health Center

^{4*} Health & Welfare Department, City of Sapporo