市町村保健師の専門能力の評価尺度の開発

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-04-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 坂部, 敬子, 中谷, 芳美 メールアドレス: 所属:
URL	https://fpu.repo.nii.ac.jp/records/259

［研究論文］

市町村保健師の専門能力の評価尺度の開発

坂部　敬子・中谷　芳美

Ⅰ．緒言

平成６年の地域保健法の制定により、母子保健サービス等地域住民に身近で頻度の高い保健事業は市町村が中心的な役割を担うことになった。その後、平成12年の介護保険法の施行、平成17年の児童福祉法の改正及び障害者自立支援法（障害者総合支援法）の制定等により、市町村保健師が取り組むべき課題は子育て支援、児童虐待予防、障害者支援、介護保険事業など多様化し、業務量も増大した。平成20年度から特定健診・特定保健指導が始まり、市町村保健師には生活習慣病予防対策を効果的に実施するために国保部門と保健部門が協働した活動が求められるようになり、平成27年度からは国保データベースシステムを活用したデータヘルス計画を推進している。また、高齢化の進展とともに、医療費や介護給付費が増大する中、地域包括ケアシステムの構築に向けて地域包括支援センターの機能強化と介護予防事業を推進することが急務となっている。このように、市町村保健師の活動分野と果たすべき役割は拡大してきた。また、住民の健康意識は多様化し、少子高齢化などによりコミュニティが大きく変化してきている[1)]。そのような中、市町村保健師には地域に潜在している問題を顕在化させ、その問題に対応する保健師活動を行い、健康問題を解決・改善する役割を遂行する能力が求められている。

保健師の専門能力は、都道府県と市町村で働く保健師を合わせて対象とした先行研究において、経験年数に応じて向上するものの、経験年数区分や専門能力によっては停滞や低下が認められ、特に新任保健師の家庭訪問能力の低さ、中堅保健師の自己評価の低さが報告されている[2、3、4)]。市町村保健師を対象とした研究では、新任保健師の住民ニーズの把握と地区診断の能力の低さ、中堅保健師の評価結果の活用能力の低さが報告されている[5、6)]。

これらの先行研究から、保健師の能力の向上は重要な課題であると言える。保健師の専門能力の向上に向けた方策を考えていくためには、市町村の保健師集団の経験年数別に保健師の専門能力の実態を明らかにし、それらに基づいて検討していくことが必要である。

保健師の専門能力を測定する尺度には、佐伯ら[7)]による保健師の専門職務遂行能力の測定尺度、野中ら[8)]による市町村保健師の専門的能力の測定尺度があるが、健康危機管理に必要な能

受付日　2017.5.1
受理日　2017.5.1
所　属　看護福祉学部

力は含まれておらず、人材育成に必要な能力の項目は十分ではない。

そこで本研究では、市町村保健師が用いる専門能力全般についてすべての経験年数の保健師に用いることができる尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とする。

用語の定義

市町村保健師の専門能力とは、「保健師が個人・家族、集団、組織への公衆衛生看護活動を行うために必要な知識・技術と能力」とした。人材育成については、職場における自立した専門職として必要な能力[7]と捉え、専門能力に含めた。

Ⅱ．方法

1．市町村保健師の専門能力項目原案の作成

市町村保健師の専門能力は、佐伯ら[7]の保健師の専門職務遂行能力の自己評価、新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～[9]、保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書（平成22年度）[10]、千葉県保健師現任教育マニュアル[11]を参考にして、「地域診断」、「個人・家族支援」、「集団・グループ支援、地域組織活動」、「連携・調整・社会資源開発」、「事業の企画立案・施策化」、「評価」、「健康危機管理」、「人材育成」の８つの能力とした。

保健師の専門能力に関する研究では、個人・家族支援に必要な専門能力として、都筑[12]が乳幼児健診における援助の必要性の見極めで用いる４つの能力、高橋[13]が家庭訪問で用いる８つの能力を明らかにしている。集団・地域への支援に必要な能力としては、吉岡ら[14]が地域アセスメントでの情報収集と分析の方法を、錦戸ら[15]が保健師のグループ支援の技術を報告している。事業開発・施策化に必要な能力としては、宮崎[16]、安藤ら[17]が事業や活動を新たに立ち上げる過程で保健師が行っていたことを報告している。人材育成に必要な能力としては、本橋[18]が教育担当者にあたる中堅保健師と保健活動のリーダーや組織における保健師のトップとなる管理者保健師が伸ばしたい能力を報告している。また、佐伯ら[7]や野中ら[8]の尺度には含まれていない健康危機管理に必要な能力としては、子ども虐待における気になる家族の発見方法[19]と虐待予防における母子保健分野の保健師の支援内容[20]、DV 被害者への支援方法[21]、自然災害時の備えと災害支援に必要な能力[22,23]が報告されている。

これらの先行研究により報告されている具体的な技術・能力を参考に、市町村保健師の専門能力の項目は８つの専門能力ごとに作成し全57項目とした。その際、保健師の専門能力に関する報告書等[4,9,11]により、経験年数区分ごとの求められる能力を確認し、すべての経験年数の保健師に用いることができる項目となるようにした。また、項目は、保健師が実践している保健師活動をイメージしやすいものとなるようにした。その後、公衆衛生看護等の研究において十分な経験と知識を有する共同研究者と妥当性の検討を重ね、さらに回答する保健師の負担とならない質問数になるよう１つの能力につき４つの項目に絞り込み、合計32項目を原案とした

（表１）。

表１　保健師の専門能力原案

	項　　目
地域診断	地域診断の視点を持ちながら保健師活動 地域診断に必要なデータ収集・資料化 健康問題・課題の明確化 健康課題の優先順位・目標設定
個人・家族支援	対象理解に必要な情報を引き出す 現在の問題、今後起こり得る問題の明確化 支援の方針・進め方を決定 信頼関係の構築、適切な支援
集団・グループ支援、地域組織活動	健康教育の企画・立案、適切な支援 集団・グループの主体的な活動に向けた支援 地域組織のメンバーが主体的に活動できるよう支援 地域組織と関係者が協働して活動できるよう支援
連携・調整・社会資源開発	地域の関係機関の機能・役割の理解 関係機関と地域の情報・課題を共有 関係機関と住民をつなぎ、協働する 社会資源によるサービスの改善と社会資源開発
事業の企画立案・施策化	前年度の評価も踏まえた事業計画の立案 上司や他職種の合意獲得 国・県の事業を市町村の実情に合わせて企画立案 住民と取り組む保健計画の策定
評価	評価の視点の明確化 評価に必要なデータの収集、分析 事業の成果、課題の明確化 課題を次の事業に反映
健康危機管理	健康危機に備えた、必要物品・情報の整備 健康危機発生時の情報収集、対応 関係機関と情報交換・連携した対応 経験した事象を記録、分析・資料化
人材育成	後輩の指導・相談 保健師の人材育成方針・計画の立案 職場全体で人材育成を進める 人事管理部門との交渉、体制づくり

2．調査による完成版尺度の作成

1）調査対象

対象は３県の市町村保健師838人のうち、調査の実施に同意が得られた39市町村の保健師589人である。

2）調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙法である。３県の全市町村の保健部門の課長宛に文書または口頭で調査協力の依頼をし、課長の同意が得られた場合は調査票の配布を担当する保健師名と対象者数を報告してもらった。調査対象者は市町村の常勤保健師全員であり、保健部門以外に配属されている保健師も含むことを申し添えた。担当の保健師に対象者数分の調査票を送付し、担当の保健師から各部門の保健師に配布してもらった。回収は、返信用封筒により個人単位で返送してもらった。調査協力の同意は、回答をもって得たものとした。調査期間は、平成25年１月～３月である。

3）調査内容

調査内容は、保健師の基本属性、市町村保健師の専門能力とした。

保健師の基本属性は、性別、年齢、教育背景、市町村保健師としての経験年数、職位とした。

市町村保健師の専門能力は、原案の項目について保健師に求められる役割・機能を十分に遂行できる状態を「十分できる」として、「十分できる」、「かなりできる」、「なんとかできる」、「あまりできない」、「全くできない」の５段階で自己評価による回答を得た。

4）分析方法

（1）因子分析

原案の項目について一般化された最小２乗法、直接オブリミン法による因子分析を行い、尺度の構成概念を検討した。因子負荷量が0.4未満の項目で因子の意味づけに不必要と考えられる項目は除外して再解析を行い、因子負荷量が0.4以上を示し、かつ複数の因子に0.4以上の負荷量を示さない項目を採用した。因子数は、カイザーガットマン基準により固有値が１以上の成分の因子数を参考に設定し、所属する項目内容に基づき因子名の命名を行った。

（2）信頼性の検討

信頼性の検討には、内的整合性の検討として保健師の専門能力尺度全体および各因子のCronbach α 係数を算出した。

（3）妥当性の検討

妥当性の検討には、内容妥当性として先行研究や関連資料と照らして保健師の専門能力項目の内容が示された構成概念と合致しているかどうか、かつ現場の実際に即した項目内容であるかを市町村保健師の実務や保健師基礎教育において十分な経験を有する共同研究者と共に検討し、現場の新任期、中堅期、ベテラン期の保健師にも確認した。

基準関連妥当性としては、保健師の専門能力に関する先行研究で群別差異が明らかになっている[2,8]経験年数と因子ごとの保健師の能力との関連を検討した。保健師の経験年数の区分は、平成23年度に公表された報告書[4]の中堅期保健師の区分を採用し、保健師の能力の現状を新任期（１～５年目）、中堅前期（６～10年目）、中堅中期（11～15年目）、中堅後期（16～20年目）、ベテラン期（21年目以上）の５群の経験年数区分間で分析した。保健師の能力は、回答の「全くできない」を１点、「あまりできない」を２点、「なんとかできる」を３点、「かなりできる」を４点、「十分できる」を５点とし、因子別に合計点を算出した。各因子においては正規性の検定を行い、正規性が認められなかったため、分析にはノンパラメトリック検定を適用し中央値を比較した。各因子の能力と経験年数区分間の差の検定には、Kruskal–Wallis 検定を用い経験年数区分間での有意差を確認した。すべての因子において有意差が認められたため、下位検定として Mann–Whitney のＵ検定を行った。その際、Bonferroni 法による多重比較補正を用いた。

３．倫理的配慮

本研究は、福井県立大学研究等における人権擁護・倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号23-1-3）。

市町村の保健部門の課長に、文書または口頭で調査協力の依頼をして同意を得た。対象者には、研究目的と調査内容、方法、自由意思による調査協力、個人情報の保護について文書で説明し、調査の同意は質問紙の回答をもって得られたものとした。調査票の回収は、調査協力の有無や回答内容が把握されないよう、返信用封筒により個人単位で返送してもらった。

Ⅲ．結果

１．市町村保健師の専門能力の項目原案の作成

保健師の専門能力に関する先行研究および関連資料を参考に、原案は、市町村保健師の能力を「地域診断」、「個人・家族支援」、「集団・グループ支援、地域組織活動」、「連携・調整・社会資源開発」、「事業の企画立案・施策化」、「評価」、「健康危機管理」、「人材育成」の８つの能力としそれぞれを４項目で構成した結果、32項目で作成された。

２．調査による完成版尺度の作成

１）回収率及び有効回答率

調査時の３県の市町村保健師数は838人、調査協力の同意が得られた39市町村、589人の保健師（対象母集団の70.3％）に調査票を配布した。回収数は341人（57.9％）であり、分析対象者は、欠損値を除いた336人（有効回答率57.0％）であった。

２）対象の概要

分析対象者の概要を表２に示した。年齢は、30歳代が131人（39.0％）と最も多かった。教育背景は、専門学校が171人（50.9％）と約半数であった。市町村保健師の経験年数区分は、

新任期53人(15.8%)、中堅前期52人(15.5%)、中堅中期76人(22.6%)、中堅後期53人(15.8%)、ベテラン期102人（30.4%）であった。職位は、役職なしの保健師が218人（64.9%）と最も多く、課長補佐級以上は64人（19.0%)、係長級は54人（16.1%）であった。

表２　分析対象者の概要（ｎ＝336）

		人数	%
性別	男性	3	0.9
	女性	333	99.1
年齢	20歳代	46	13.7
	30歳代	131	39.0
	40歳代	87	25.9
	50歳以上	72	21.4
教育背景	専門学校	171	50.9
	短大専攻科	73	21.7
	大学	92	27.4
経験年数区分	新任期（１～５年）	53	15.8
	中堅前期（６～10年）	52	15.5
	中堅中期（11～15年）	76	22.6
	中堅後期（16～20年）	53	15.8
	ベテラン期（21年以上）	102	30.4
職位	課長補佐級以上	64	19.0
	係長級	54	16.1
	なし	218	64.9

３）専門能力の分布

原案の専門能力32項目について、回答の分布を示したものが表３である。回答は、「個人・家族支援」の項目のうちの“対象理解に必要な情報を引き出す”、“現在の問題、今後起こり得る問題の明確化”、“信頼関係の構築、適切な支援”の３項目で「１．全くできない」の回答者がいなかった。これらを除いた項目については、「１．全くできない」から「５．十分できる」までのすべてに回答があった。「個人・家族支援」の能力は、保健師がまず１年目に修得を目指す能力である。調査を実施した時期の市町村保健師経験年月は、最短でも10か月を経過していたため３項目には「１．全くできない」の回答者がいなかったと考え、不適切な項目ではないと判断した。

表３　保健師の専門能力尺度項目別分布（％）

n＝336

		全くできない	あまりできない	なんとかできる	かなりできる	十分できる
		1	2	3	4	5
地域診断	地域診断の視点を持ちながら保健師活動	1.2	27.7	50.6	15.8	4.8
	地域診断に必要なデータ収集・資料化	1.5	28.3	50.9	14.6	4.8
	健康問題・課題の明確化	0.9	24.4	56.0	15.2	3.6
	健康課題の優先順位・目標設定	0.9	19.3	56.5	19.0	4.2
個人・家族支援	対象理解に必要な情報を引き出す	－	2.7	53.0	33.3	11.0
	現在の問題、今後起こり得る問題の明確化	－	5.4	53.3	32.1	9.2
	支援の方針・進め方を決定	0.6	8.9	51.5	30.7	8.3
	信頼関係の構築、適切な支援	－	3.0	52.1	34.2	10.7
集団・グループ支援、地域組織活動	健康教育の企画・立案、適切な支援	0.9	14.9	55.7	23.5	5.1
	集団・グループの主体的な活動に向けた支援	1.5	23.8	52.4	17.6	4.8
	地域組織のメンバーが主体的に活動できるよう支援	2.4	28.9	48.8	16.7	3.3
	地域組織と関係者が協働して活動できるよう支援	2.7	31.8	46.4	15.5	3.6
連携・調整・社会資源開発	地域の関係機関の機能・役割の理解	0.9	12.8	53.9	23.8	8.6
	関係機関と地域の情報・課題を共有	0.9	17.6	53.9	21.1	6.5
	関係機関と住民をつなぎ、協働する	0.9	24.7	50.0	18.8	5.7
	社会資源によるサービスの改善と社会資源開発	4.2	39.9	39.9	12.5	3.6
事業の企画立案・施策化	前年度の評価も踏まえた事業計画の立案	2.1	17.9	53.3	22.3	4.5
	上司や他職種の合意獲得	1.5	8.9	48.5	28.9	12.2
	国・県の事業を市町村の実情に合わせて企画立案	4.5	17.3	46.7	25.0	6.5
	住民と取り組む保健計画の策定	4.5	31.0	42.6	19.0	3.0
評価	評価の視点の明確化	1.2	26.2	54.2	15.2	3.3
	評価に必要なデータの収集、分析	0.9	29.8	50.3	15.8	3.3
	事業の成果、課題の明確化	1.2	25.9	53.6	16.4	3.0
	課題を次の事業に反映	1.2	22.9	54.5	17.3	4.2
健康危機管理	健康危機に備えた、必要物品・情報の整備	5.4	40.2	43.2	9.2	2.1
	健康危機発生時の情報収集、対応	5.7	44.0	38.1	9.8	2.4
	関係機関と情報交換・連携した対応	4.8	27.7	51.5	13.4	2.7
	経験した事象を記録、分析・資料化	7.1	39.9	39.9	10.4	2.7
人材育成	後輩の指導・相談	5.1	18.2	53.6	19.0	4.2
	保健師の人材育成方針・計画の立案	19.9	41.7	28.0	8.9	1.5
	職場全体で人材育成を進める	20.5	39.0	27.7	10.7	2.1
	人事管理部門との交渉、体制づくり	46.1	27.4	19.0	6.0	1.5

４）専門能力の構造

原案の32項目について尺度の構造を確認するために因子分析（一般化された最小２乗法、直接オブリミン法）を行った。因子負荷量がどの因子においても0.4以下を示している４項目を

除き、28項目の再解析を行った結果、５因子が抽出された。因子数は、各因子に含まれる項目の意味内容が解釈可能な結果であった。各因子の寄与率は、第１因子が57.4％、第２因子が7.4％、第３因子が6.1％、第４因子が4.3％、第５因子が3.7％で、累積寄与率は78.8％であった。抽出された５因子は、第１因子は４項目で「健康危機管理」、第２因子は４項目で「個人・家族支援」、第３因子は９項目で「地域診断・評価」、第４因子は４項目で「人材育成」、第５因子は７項目で「集団・地域支援」とした（表４）。

５）尺度の信頼性

尺度全体および各因子の Cronbach α 係数を算出した結果、全体の Cronbach α 係数は0.972、「健康危機管理」0.945、「個人・家族支援」0.952、「地域診断・評価」0.953、「人材育成」0.907、「集団・地域支援」0.936であった。

６）尺度の妥当性

内容妥当性については、千葉県保健師現任教育マニュアル[11]、保健師の専門能力の自己評価結果を報告した先行研究[7、8]により、５因子の能力は市町村保健師の専門能力を網羅していることが確認できた。各因子の項目については、先行研究（地域診断・評価[6、14、17、18]、個人・家族支援[12、13、18]、集団・地域支援[15、17、18]、健康危機管理[18、22、23]、人材育成[18]）と現場の保健師への確認により、すべての経験年数の保健師が用いる能力をカバーしていることが確認できた。これらより、内容妥当性は確保されたといえる。

基準関連妥当性の検討のために、因子ごとに保健師の能力の合計点を算出し、経験年数区分間の差の検定を行った（表５）。その結果、「地域診断・評価」の中央値は、新任期22.0、中堅前期25.0、中堅中期26.5、中堅後期27.0、ベテラン期28.0であった。多重比較では、新任期とベテラン期は他の経験年数区分との間に有意差が認められた（$p<0.05\sim0.01$）。中堅前期から中堅後期の３つの経験年数区分間においてはどの区分間にも有意差が認められなかった。

「個人・家族支援」の中央値は、新任期と中堅前期、中堅中期が12.0、中堅後期が13.0、ベテラン期が16.0であった。多重比較では、すべての隣接する経験年数区分間には有意差は認められず、新任期と中堅中期、中堅後期、ベテラン期との間、ベテラン期と中堅前期、中堅中期との間に有意差が認められた（$p<0.05\sim0.01$）。

「集団・地域支援」の中央値は、新任期17.0、中堅前期19.0、中堅中期と中堅後期が21.0、ベテラン期22.0であった。多重比較では、中堅前期から中堅後期の３つの経験年数区分間、中堅中期とベテラン期の区分間に有意差は認められず、これらを除いた経験年数区分間には有意差が認められた（$p<0.05\sim0.01$）。

「健康危機管理」の中央値は、新任期8.0、中堅前期9.0、中堅中期11.0、中堅後期9.0、ベ

表 4　保健師の専門能力尺度の因子分析の結果

	因子負荷量					共通性
	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	
第 1 因子【健康危機管理】(4 項目)　α＝.945						
健康危機発生時の情報収集、対応	.968	.038	−.005	−.022	.002	.950
健康危機に備えた、必要物品・情報の整備	.863	.022	.041	−.007	.006	.838
関係機関と情報交換・連携した対応	.804	.042	−.032	.026	.082	.818
経験した事象を記録、分析・資料化	.731	−.033	.100	.078	.063	.817
第 2 因子【個人・家族支援】(4 項目)　α＝.952						
現在の問題、今後起こり得る問題の明確化	−.027	.892	.064	.045	.018	.918
対象理解に必要な情報を引き出す	.020	.883	.055	−.044	.033	.879
支援の方針・進め方を決定	.105	.825	−.055	.052	.048	.844
信頼関係の構築、適切な支援	.012	.792	.450	.017	.090	.828
第 3 因子【地域診断・評価】(9 項目)　α＝.953						
事業の成果、課題の明確化	−.040	−.037	.961	−.060	.070	.899
評価に必要なデータの収集、分析	.022	−.086	.948	−.072	.039	.863
評価の視点の明確化	−.026	−.057	.873	−.017	.088	.830
課題を次の事業に反映	−.036	.043	.813	.015	.077	.847
地域診断に必要なデータ収集・資料化	.125	.027	.692	.108	−.128	.789
健康問題・課題の明確化	.071	.178	.640	.071	−.027	.852
健康課題の優先順位・目標設定	.126	.193	.617	.066	−.084	.783
地域診断の視点を持ちながら保健師活動	.033	.115	.599	.132	.038	.783
前年度の評価も踏まえた事業計画の立案	.044	.165	.556	.162	.010	.690
第 4 因子【人材育成】(4 項目)　α＝.907						
保健師の人材育成方針・計画の立案	−.003	.033	−.020	.950	.000	.919
職場全体で人材育成を進める	−.037	−.006	.056	.928	.010	.904
人事管理部門との交渉、体制づくり	.200	−.038	−.014	.662	.028	.695
後輩の指導・相談	−.062	.160	.097	.509	.213	.647
第 5 因子【集団・地域支援】(7 項目)　α＝.936						
関係機関と地域の情報・課題を共有	.030	.109	−.004	−.063	.853	.885
関係機関と住民をつなぎ、協働する	−.010	.043	.006	.027	.844	.837
地域の関係機関の機能・役割の理解	−.006	.214	−.015	−.026	.773	.884
社会資源によるサービスの改善と社会資源開発	.055	−.099	.086	.173	.660	.734
地域組織のメンバーが主体的に活動できるよう支援	.185	−.023	.133	.108	.560	.906
地域組織と関係者が協働して活動できるよう支援	.218	−.035	.137	.084	.555	.853
集団・グループの主体的な活動に向けた支援	.198	.090	.124	.093	.413	.738
固有値	16.06	2.08	1.70	1.20	1.02	
因子寄与率	57.4	7.4	6.1	4.3	3.7	
累積寄与率	57.4	64.8	70.8	75.1	78.8	

全体の Cronbach α＝.972
因子分析：一般化された最小 2 乗法、直接オブリミン法
項目は、尺度原案32項目のうち採用した28項目

テラン期12.0であった。多重比較では、中堅前期から中堅後期の３つの経験年数区分間に有意差は認められず、これらを除いた経験年数区分間には有意差が認められた（$p<0.01$）。

「人材育成」の中央値は、新任期5.0、中堅前期8.0、中堅中期と中堅後期が9.0、ベテラン期12.0であった。多重比較では、中堅中期と中堅後期の区分間を除いた経験年数区分間に有意差が認められた（$p<0.05$～0.01）。

Ⅳ．考察

市町村保健師の専門能力は、「地域診断・評価」、「個人・家族支援」、「集団・地域支援」、「健康危機管理」、「人材育成」の能力の５因子で構成されていた。尺度の信頼性については、尺度全体および各因子のCronbach α係数がいずれも0.9以上あり、内的整合性が確保されていることが確認された。

尺度の内容妥当性については、千葉県保健師現任教育マニュアル[11]、保健師の専門能力の自己評価結果を報告した先行研究[6－8、11－15、17、18、22、23]、現場の保健師への確認により、５因子の能力および各因子の項目が、すべての経験年数の市町村保健師の専門能力を網羅していることが確認され、

表５　経験年数区分別にみた保健師の能力

	新任期 n＝53	中堅前期 n＝52	中堅中期 n＝76	中堅後期 n＝53	ベテラン期 n＝102	一元配置分散分析	多重比較（Bonferroni 法）
	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）	中央値（四分位範囲）		
地域診断・評価	22.0(20.0－25.0)	25.0(21.3－27.0)	26.5(23.0－30.0)	27.0(23.0－28.0)	28.0(26.0－36.0)	**	新＜前* 新＜中** 新＜後** 新＜ベ** 前＜ベ** 中＜ベ** 後＜ベ*
個人・家族支援	12.0(11.0－12.0)	12.0(12.0－15.8)	12.0(12.0－16.0)	13.0(12.0－16.0)	16.0(12.0－16.0)	**	新＜中** 新＜後** 新＜ベ** 前＜ベ** 中＜ベ*
集団・地域支援	17.0(14.0－18.0)	19.0(17.0－21.0)	21.0(18.0－24.0)	21.0(18.0－23.0)	22.0(20.0－28.0)	**	新＜前** 新＜中** 新＜後** 新＜ベ** 前＜ベ** 後＜ベ*
健康危機管理	8.0 (6.0－9.0)	9.0 (9.0－12.0)	11.0 (8.0－12.0)	9.0 (8.0－12.0)	12.0(11.8－15.0)	**	新＜前** 新＜中** 新＜後** 新＜ベ** 前＜ベ** 中＜ベ** 後＜ベ**
人材育成	5.0 (5.0－6.0)	8.0 (7.0－9.0)	9.0 (8.0－11.0)	9.0 (8.0－12.0)	12.0(10.0－14.0)	**	新＜前** 新＜中** 新＜後** 新＜ベ** 前＜中* 前＜後** 前＜ベ** 中＜ベ** 後＜ベ**

一元配置分散分析：Kruskal Wallis 検定　*p＜0.05　**p＜0.01
下位検定：Mann-Whitney のU検定　多重比較：Bonferroni 法　*p＜0.05　**＜0.01
新（新任期）；前（中堅前期）；中（中堅中期）；後（中堅後期）；ベ（ベテラン期）

尺度の内容妥当性は確保できたと考えられた。尺度の基準関連妥当性については、経験年数と因子ごとの保健師の能力との関連を検討した。その結果、「個人・家族支援」の能力の自己評価は、新任期以降５年間という期間では高くならず経験年数を経て緩やかに高くなることが明らかとなった。「地域診断・評価」、「集団・地域支援」、「健康危機管理」、「人材育成」の能力の自己評価は、中堅期に停滞がみられたものの、新任期からベテラン期にかけて高くなることが明らかとなった。中堅期の能力停滞については、先行研究[2)]や中堅期保健師の人材育成に関するガイドラインおよび中堅期保健師の人材育成に関する調査研究報告書[4)]においても問題とされていることから、本調査結果における中堅期の能力停滞は、保健師母集団の状態を反映したものであり、本調査項目の能力と経験年数の関連を否定するものではないと判断した。以上のことから、尺度の基準関連妥当性が確認されたと考えられた。

市町村保健師の専門能力は、専門能力の項目原案の段階では、「個人・家族支援」、「集団・グループ支援、地域組織活動」の公衆衛生看護活動の対象別に支援に必要な能力と、「地域診断」、「事業の企画立案・施策化」、「評価」の公衆衛生看護活動の展開に必要な能力、公衆衛生看護活動に不可欠である地域の関係機関・者・住民との「連携・調整・社会資源開発」に必要な能力、および「健康危機管理」、「人材育成」に必要な能力で構成されたものであった。しかし、因子分析の結果、原案の「地域診断」の４項目、原案の「評価」の４項目、原案の「事業の企画立案・施策化」の１項目である“前年度の評価も踏まえた事業計画の立案”が一つの因子とされた。つまり、地域全体・事業対象の健康課題の明確化と実施した公衆衛生看護活動に対する評価は、公衆衛生看護活動の展開に用いる技術・能力であったと言える。また、原案の「集団・グループ支援、地域組織活動」の３項目である“グループの活動への支援”、“地域組織の活動への支援”、“地域組織同士の活動への支援”と原案の「連携・調整・社会資源開発」の４項目が一つの因子とされた。つまり、地域の中のグループや地域組織への支援と保健師が健康課題を解決するために関係機関・者や住民との間で行う支援は、地域の中の集団や住民、関係機関が健康問題を解決できるようにするための支援と考えられ、保健師が用いる技術・能力は一つの因子にまとまったと考えられた。

因子分析の結果、因子負荷量がどの因子においても0.4以下を示している４項目を除いた。原案の「集団・グループ支援、地域組織活動」の１項目である“健康教育の企画・立案”は、対象の健康課題を明らかにして企画立案する看護過程の展開であるため「地域診断・評価」の項目で評価できると考えられた。また、原案の「事業の企画立案・施策化」の項目である“上司や他職種の合意獲得”と“国・県の事業を市町村の実情に合わせて企画立案”、“住民と取り組む保健計画の策定”の項目は、行政職に必要な能力と保健師の専門能力を併せもつ能力である。“上司や他職種の合意獲得”は、あらゆる公衆衛生看護活動において用いられる能力と考えられた。“国・県の事業を市町村の実情に合わせて企画立案”と“住民と取り組む保健計画

の策定”は、対象理解、アセスメント、健康課題の明確化と看護過程を展開するため「地域診断・評価」の項目で評価できると考えられた。

今回、５因子の専門能力が抽出されたが、市町村保健師には今後も新たな健康課題を解決する役割が求められることが考えられ、新たな健康課題を解決するために必要な専門能力を反映した尺度の改訂版を作成していくことは今後の課題である。さらに、本研究の市町村保健師の専門能力には加えなかった調査研究能力についても科学的根拠に基づいた活動を展開していくために必要な能力であり、新たな尺度には調査研究能力に関する項目を加えることも必要であると考える。

Ⅴ．結論

市町村保健師の専門能力の評価尺度を開発することを目的とした。３県の市町村保健師589人を対象に郵送による無記名自記式質問紙調査を行い、市町村保健師の専門能力の測定を自己評価により行った。336人の有効回答を分析し、信頼性と妥当性を検討した。

市町村保健師の専門能力項目の原案である８因子32項目は、因子分析の結果、因子負荷量がどの因子においても0.4以下を示している４項目を除き、「地域診断・評価」９項目、「個人・家族支援」４項目、「集団・地域支援」７項目、「健康危機管理」４項目、「人材育成」４項目の５因子で構成されていた。全体の Cronbach α 係数は0.972、「地域診断・評価」0.953、「個人・家族支援」0.952、「集団・地域支援」0.936、「健康危機管理」0.945、「人材育成」0.907であった。保健師の専門能力の自己評価結果を報告した先行研究、現場の保健師への確認により、５因子の能力はすべての経験年数の市町村保健師の専門能力を網羅していることが確認できた。５因子の能力の合計点について経験年数区分別に分析した結果、保健師の専門能力が経験年数とともに高くなっていることが確認できた。

以上より、市町村保健師の専門能力評価尺度は、信頼性、妥当性があると確認された。

謝辞

本研究の調査にあたり、研究の趣旨にご賛同いただいた市町村保健部門の課長様をはじめ、お忙しいなか快くご協力いただいた市町村保健師の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

１）湯浅資之，池野多美子，請井繁樹：現任保健師が認識している公衆衛生における現状変化とその改善案に関する質的研究．日公衛誌　2011;58:116-28.
２）佐伯和子，和泉比佐子，宇座美代子ほか：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―．日地域看護会誌　2004;7:16-22.
３）栗田孝子，池西悦子，篠田征子：新任期保健師の家庭訪問到達度から現任教育を考える．日看会論集：

地域看　2003;34:161-3.
4）永江尚美：平成23年度地域保健総合推進事業（全国保健師長会協力事業）中堅期保健師の人材育成に関するガイドラインおよび中堅期保健師の人材育成に関する調査研究報告書．日本公衆衛生協会　2012.
5）石崎順子，関美雪，頭川典子：保健師の保健計画・施策化能力―新任期保健師の住民ニーズの把握に関する能力―．埼玉県大紀　2008;9:47-53.
6）関美雪，石崎順子，頭川典子：保健師の保健計画・施策化能力―中堅保健師の事業評価および評価結果の活用に関する能力―．埼玉県大紀　2008:9:35-9.
7）佐伯和子，和泉比佐子，宇座美代子ほか：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発．日地域看護会誌　2003;6:32-9.
8）野中茂子，松田正巳：市町村保健師の専門的能力の認知とその関連要因．保健師ジャーナル　2009;6:484-492.
9）厚生労働省：新人看護職員研修に関する検討会報告書　新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～．2011. http : //www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/oshirase/dl/130308−3.pdf
10）日本看護協会：平成22年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業　保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書．https : //www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22−houkoku−2.pdf
11）千葉県保健師現任教育マニュアル．http : //www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/hokenshi/documents/1hyousi.pdf
12）都筑千景：援助の必要性を見極める―乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術―．日看科会誌　2004;24:3-12.
13）高橋美砂子：熟練保健師の家庭訪問における支援技術―思考と行動の特徴―．日看科会誌　2010;30:34-41.
14）吉岡京子、村嶋幸代：保健師による地域アセスメントに関する文献レビュー．日本地域看護会誌　2006;8:93-98.
15）錦戸典子、田口敦子、麻原きよみ他：保健師活動におけるグループ支援の方向性と特徴―既知見の統合による概念枠組み構築の試み―．日本地域看護会誌　2005;8:46-52.
16）宮崎紀枝：事業開発過程における保健師のマネジメント．日本地域看護会誌　2003;5:34-42.
17）安齋由貴子、吉田澄恵、麻原きよみ他：市町村保健師が新たに立ち上げた活動の事業過程としての特徴．日本地域看護会誌　2004;7:55-61.
18）本橋千恵美：埼玉県における中堅・リーダー育成．地域保健　2010;41:50-57.
19）頭川典子：市町村保健師による子どもの虐待発生予防の実態と今後の課題．日本地域看護会誌　2006;8:73-78.
20）有本梓：児童虐待に対する保健師活動に関する文献レビュー．日本地域看護会誌　2007;9:37-45.
21）宮内薫子：ドメスティック・バイオレンス（DV）被害者への市町村保健師の支援の実態．保健師ジャーナル　2007;63:174-179.
22）奥田博子：自然災害時における保健師の役割．J.Natl.Inst.Public.Health 2008；57：213-219.
23）祝原あゆみ、齋藤茂子：災害支援における保健師の役割と能力に関する文献検討．島根大出雲キャンパス紀　2012;7:109-118.