

市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発

ハトノ ヨウコ* スズキ ヒロコ ヒロコ* マサキ ナオコ
 鳩野 洋子* 鈴木 浩子^{2*} 真崎 直子^{3*}

目的 市町村において保健師の分散配置が進む中、市町村統括保健師の役割の遂行状況を測定できる尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とした。

方法 インタビューから質的帰納的に整理した尺度試案について、エキスパートに内容妥当性の検討を依頼して修正した17項目の尺度案について、東北3県を除いた全市町村（1,621か所）の統括保健師もしくは保健師の中で最も高い職位を有する保健師に対して自記式質問紙調査を行った。

結果 1,036通の回収が得られ、931通を分析に用いた（有効回収率57.4%）。このうち、統括保健師ありは406件であった。項目分析の結果1項目を削除し、主成分分析を行った上で、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。複数の因子に高い負荷量を持つ1項目を削除し15項目3因子を採用し尺度とした。累積寄与率は56.1%であった。3因子は【自治体全体の保健活動の推進】、【職能代表としての調整の遂行】、【部下の保健師の能力開発】と命名した。

市町村統括保健師役割遂行尺度（RMSP: Role scale of municipal supervising public health nurses）全体の信頼性係数は折半法（spearman-brownの公式）で0.84、Cronbach's α 係数で0.91であり、内的整合性が確認された。妥当性の検討として、既存の管理能力を測定する尺度得点、統括保健師としての役割意識の強さ、統括保健師としての自信との相関をみたところ、有意な相関（ $P < 0.01$ ）を示した。また職位別、保健師経験年数別に統括保健師をいない分散配置の自治体の回答と比較したところ、ほとんどの場合において統括保健師ありの群の得点が高かった。

結論 開発した尺度は統括保健師の役割の遂行状況を測定する尺度としての信頼性・妥当性を有すると考えられた。

Key words : 統括保健師, 市町村, 役割, 尺度開発

I 緒 言

急速な少子高齢化、社会情勢の変化を背景に、地域保健を取り巻く情勢は大きく変化し、それに伴い、地域保健行政の中で働く保健師の置かれている状況にも変化がみられている。

その1つが保健師の分散配置である。過去、市町村の中では保健師全員が保健部門の1か所に配置されていたが、現在では様々な部門に配置され、部門の中で保健師は1人だけの配置という場合も少なくない¹⁾。分散配置は、「専門性を磨くことができる」²⁾、「行政の中で保健師活動をPRできる」³⁾といった利点を有するという意見もあるが、「地域全体

や保健活動全体を捉えることが困難」、「他の部署の業務内容を理解することが困難」⁴⁾などの様々な問題を生じさせているといわれている。

この問題に対応するために推奨されているのが統括保健師を配置すること⁴⁾である。統括保健師とは保健師の分散配置が実施されている自治体の中で、所属分野を超えて当該自治体に所属するすべての保健師をマネジメントする役割が期待される保健師のことであり、平成22年1月時点で36.8%の市町村に配置されている⁵⁾。しかし一方で、統括保健師となったものはどのような役割を遂行すればよいのか戸惑いの声も聞かれ¹⁾、その明確化が求められる状況にある。

統括保健師は分散配置という保健師の配置の変化の状況により生まれた保健師の管理者ともいえるが、保健師管理者に求められる役割に関して、日本では大枠の整理が行われてきており^{6~9)}、具体的な項目を整理したものもみられる¹⁰⁾。しかし、これら

* 九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野

^{2*} 首都大学東京博士後期課程

^{3*} 日本赤十字広島看護大学

連絡先：〒812-8582 福岡市東区馬出 3-1-1

九州大学大学院医学研究院保健学部門 鳩野洋子

は集中配置の場合での整理であり、統括保健師に関するものや統括保健師の役割の遂行状況を測定する尺度の開発は行われていない。海外に目を向けると、公衆衛生領域における看護のリーダーシップのためのコンピテンシー¹¹⁾、職務上の役割レベル別の保健師のパフォーマンス評価¹²⁾等の調査が行われているが、所属する組織や活動自体も異なり、また統括保健師という概念自体も存在していないため、日本の統括保健師への適応は困難である。

以上のことから本研究においては、市町村の統括保健師の役割の遂行状況について測定できる尺度を開発し、その信頼性・妥当性を検証することを目的とする。本研究により尺度を開発することで、統括保健師が自らの役割の遂行状況について振り返ることが可能となるとともに、その役割の遂行に向けた研修のニーズの把握等へ活用されることが期待される。

Ⅱ 方 法

1. 統括保健師役割遂行尺度案作成のプロセス

1) 尺度試案の作成

統括保健師4人、次世代の管理職と考えられる中堅保健師4人、保健師に関わる全国組織に所属している保健師2人、計10人に対して、個別に半構成的インタビューを実施した。統括保健師に対しては統括保健師に期待されていると認識している役割、その他の対象には期待する役割を尋ねた。対象者の選定は過去に学会や論文発表経験のある保健師とした。自治体保健師の所属は一般市町村6人、保健所を持つ市2人であった。統括保健師を対象とした理由は、統括保健師の役割が十分共通認識されていない状況の中で統括保健師として位置づけられた対象は、他者からの期待も含めて求められる役割を具体的に述べる事が可能と考えたために対象とした。また統括保健師の役割を語ってもらう上では、自らの思考を論理的に言語化する能力が必要であることから、その能力が必要となる学会や論文発表経験を有するものと限定した。

逐語録におこしたデータから、統括保健師の役割を述べている部分を抽出し、意味内容を損なわないよう配慮しながら意味の類似性や相違性を検討して分類した結果、21の項目が得られた。この過程は研究者間で討論を重ねて実施した。次に統括保健師に求められる役割の網羅性の観点から、文献検討および研究者間でのブレインストーミングを行い、「次の統括となる人材を育成する」の1項目を加えて、合計22項目からなる尺度試案を作成した。

尺度試案の作成にあたって、本研究では統括保健

師に求められる役割について、地域保健従事者に求められる能力¹³⁾を参考に、社会人としてのコンセンサスである基本的能力を土台とし、行政能力と公衆衛生従事者としての能力を含んだ保健師としての専門能力を基盤として取られる行動と考えた。能力は役割を發揮するための前提条件であり、役割の遂行は能力と資質が必要¹⁴⁾となる。しかし能力や資質があっても行動に表れなければ成果にはつながらない¹⁵⁾ことから、実践現場での活用には具体的な行動を示すことが有益であると考え、具体的な行動を抽出した。

そして尺度の構成概念としても、この能力を参考に、専門的役割と行政的役割の2つの側面で考えることとした。この理由の1つは、過去の我が国の保健師の管理機能の枠組は、人事や業務、予算、情報等、管理する対象の項目数は異なるものの対象別の整理が行われてきている^{6~10)}が、これらの整理は保健師管理者が管理すべき事項を網羅して提示することを目的としたものであり、それぞれの部署に管理者がいる中で統括保健師にこれらすべての事項の管理が求められているとは考えにくかったためである。また海外のもの¹¹⁾に関しても、その内容から日本の集中配置の状況のような管理者が直接管理する場合での枠組みと考えられたことから用いなかった。第2に保健師管理者には専門職と行政職としてのバランスが強くと求められていることである¹⁶⁾。分散配置により生じた課題の解決に向けて配置が推奨されている統括保健師には、分散配置されている保健師に対する専門的な支援が求められるが、そのためには縦のラインでつながる行政組織の中で組織横断的な動きが求められることになり、この動きを効果的に行う上では行政職としての行動が強くと求められることが想定されることから、統括保健師に求められる役割は専門的役割と行政的役割に対応すると想定した。なお基本的能力を基盤に現れる基本的な役割は、統括保健師であれば既に十分実施されていることが考えられたため含めなかった。

2) 内容妥当性の検討と尺度試案の修正

保健師の管理的役割について論文を執筆している、もしくは著作を有する研究者10人に、尺度開発の目的とともに、尺度原案の項目の統括保健師の役割としての妥当性、項目の表現の理解可能性について尋ねる質問紙調査を郵送で実施するとともに、追加すべき項目等の助言を依頼した。質問紙は3段階で尋ねる形式とし、8人以上の同意が得られた項目は採択し、それ以外の項目に関しては、コメントを参考にしつつ意味の重複がなくわかりやすい表現になるよう繰り返し修正や削除を行い、17項目の尺度

案とした。

2. 本調査

1) 調査対象

平成23年3月31日現在の市町村のうち、東日本大震災の被害の大きかった東北3県（岩手、宮城、福島）を除いた1,621か所の市町村の統括保健師、統括保健師がいない場合は自治体の中の保健師で最も職位が高い保健師、職位が同じ場合は勤続年数が長い保健師に回答を依頼した。

2) 調査方法

郵送法による自記式質問紙調査を実施した。

3) 調査期間

平成23年10月～11月

4) 調査項目

対象自治体の属性、回答者の属性、統括保健師に関すること、尺度修正版、尺度案の基準関連妥当性をみるための項目とした。

対象自治体の属性として、自治体の種別、人口、常勤保健師数、保健師の配置状況（集中配置か分散配置か）、回答者の属性として、職位、自治体保健師経験年数を尋ねた。

統括保健師にかかわることとして、統括保健師の有無を聞いた。質問は、「自治体内に組織上で定めている統括保健師がいる」、「組織上で定められてはいないが、同様の役割を担う保健師がいる」、「統括（的）保健師はいない」とした。また「自治体内に組織上で定めている統括保健師がいる」場合は、位置づけが自治体組織のライン上かスタッフ機能であるのか尋ねた。

尺度案の項目は、4件法のリッカート尺度で尋ねた。これはすべての回答者に回答を求めた。

基準関連妥当性をみるための外的基準は、佐伯らが開発した保健師の専門職務遂行能力測定尺度¹⁶⁾の下位項目である「地域支援および管理能力」（12項目）、統括保健師としての役割意識の強さ（10段階）、統括保健師としての自信（10段階）とした。保健師の専門職務遂行能力測定尺度は行政に働く保健師の専門職務を遂行する能力を測定するものであり、「対人支援能力」と「地域支援および管理能力」の2因子で構成される信頼性・妥当性が検証されている尺度である。統括保健師の役割は保健師の専門職務の遂行能力に付加される能力に基づいて行われることが想定されること、ことに下位尺度の地域支援および管理能力は管理期に向かう保健師に求められる能力とされている¹⁷⁾ことから、外的基準になると考えた。なお、「地域支援および管理能力」のCronbach's α 係数は開発時0.96、本調査においては0.94であった。統括保健師としての役割意識の強さ

は「あなたは統括（的）保健師としての役割意識は強いと思いますか」と、統括保健師としての自信は「あなたは統括（的）保健師の役割をとることに自信がありますか」と設問した。人はその行動を取ることが期待されているという意識が強ければ、その行動を取りやすくなると言われていること¹⁸⁾、また自信は自分の考え方や行動が正しいと信じて疑わないこと¹⁹⁾であることから、役割をよく遂行していることではじめて自信が生まれると考えられたため、これらの項目は統括保健師としての役割遂行状況と関連を有すると考えた。

なおこれらの項目は、「統括保健師」および「組織上で定められてはいないが、同様の役割を担う保健師」にのみ回答を依頼した。

5) 分析方法

本調査においては、統括保健師の配置が推奨された理由から考え、常勤保健師の人数が「複数名以上」、かつ保健師の配置状況が「分散配置」、かつ「組織上で定められている統括保健師がいる」もしくは「組織上で定められてはいないが、同様の役割を担う保健師がいる」場合を「統括保健師」として分析を行った。

尺度案の回答については、「かなり当てはまる」を3点、「全くあてはまらない」を0点とした。尺度修正版に対する選択肢の回答割合や分布を算出するとともに、項目分析として、平均値および標準偏差による天井効果、床効果の検討、各項目間の相関、Item-Total Correlation Analysis (I-T 分析)、Good-Poor 分析 (GP 分析) を行い、項目の除外を検討した。GP 分析は尺度項目の得点を加算した総得点の平均値で上位群と下位群の2群に分けた。ついで項目分析で整理された項目を主成分分析し第1主成分にすべての項目が高い負荷量(0.4以上)を有することを確認したうえで、主因子法、プロマックス斜交回転による探索的因子分析を行った。共通性の値を考慮しながら、因子の固有値が1以上であること、項目の因子負荷量が0.4以上を示し、かつ複数の因子に0.4以上の因子負荷量を示さないことを条件として、因子および項目を採用し、抽出された因子について項目内容に基づき因子を命名した。

信頼性の検討には、折半法を実施するとともに、Cronbach's α 係数を求めた。

妥当性には、外的基準として設定したものの得点と、決定した尺度（統括保健師役割遂行尺度：Role Scale for Municipal Supervising Public Health Nurses, 以下RMSPと記載する）得点の相関係数を求めた。次に既知グループ法として、常勤保健師が「複数名以上」、かつ「分散配置」されているが、

「統括保健師がない」と回答した群（以下、統括なし群と記載する）のRMSP得点と、統括がいる群（以下、統括あり群と記載する）のRMSP得点の差を比較した。この際、保健師の専門能力の高さと職位、保健師経験年数との関連が示されている^{17,18)}ことから、これらの群間による差がRMSP得点に影響することが想定された。そのため、まずこの状況が統括保健師に関しても同様であるのかの確認のために、統括あり群に関して職位、保健師経験年数の異なる群間での得点の比較を行った。群間の比較はKruskal-Wallis検定を行った。群間での差がみられることが確認されたため、統括あり群となし群の職位、保健師経験年数の違いの影響を排除する目的で、職位別、保健師経験年数別に2群の平均値の差を検定した。比較には分布に応じてt検定、もしくはMann-WhitneyのU検定を用いた。

分析には、SPSS19.0J for Windowsを使用し、有意水準は5%（両側）とした。

3. 倫理的配慮

本研究は、九州大学医系地区部局臨床研究倫理審査委員会の承認を得て行った。（承認番号22-92）質問紙は無記名とし、研究目的、概要、研究の協力と中断、プライバシー保護のための対策、データの取り扱いと廃棄、研究成果の学会等での報告、研究者の連絡先と問い合わせ先などについて文書を用いて説明し、質問紙への回答をもって研究参加への同意とみなした。

III 研究結果

1,036通の回収が得られ（回収率63.9%）、このうち仮尺度項目すべてに回答した931通を分析に用いた（有効回収率57.4%）。

1. 統括保健師ならびに統括保健師がいる自治体の属性

931通の回答の保健師の配置状況は、「集中配置」155件（16.6%）、「分散配置」773件（83.0%）、「未記入」3件（0.3%）であった。

本調査の定義に基づく「統括保健師あり」は406件であった。これは分散配置と回答したうちの52.5%、有効回答中の43.6%であった。内訳は「自治体内に組織上で定めている統括保健師がいる」142件（35.0%）、「組織上で定められてはいないが、同様の役割を担う保健師がいる」264件（65.0%）であった。また組織上で定めている統括保健師がいる場合の統括保健師の位置づけは、「ライン」106件（74.6%）、「スタッフ」35件（24.6%）、「未記入」1件（0.7%）であった。

統括保健師の所属する自治体の特性および回答者

である統括保健師の属性は、表1に示したとおりである。自治体の種別では「一般市町村」が363件（89.4%）であった。自治体の人口は、「1万人～5万人未満」が167件（41.1%）と最も多かった。常勤保健師数は平均19.6人で、中央値は13人、最も少ない自治体が3人であり、「10人～20人未満」が142件（35.0%）で最も多かった。職位は、「課長補佐（級）」が148件（36.5%）、「課長（級）」97件（23.9%）であった。保健師経験年数は、「25年以上」が286件（70.4%）と大半を占めた。新任期と言われる¹³⁾5年未満の保健師はいなかった（表1）。

2. 尺度案の回答の分布と項目分析

尺度案の項目は、項目1～項目12が専門的能力、項目13～項目17が行政能力としたものである。回答はそれぞれの項目について、最小値0点から3点の範囲にあり平均値は1.40から2.31の間であった。平均値と標準偏差から天井効果、床効果を検討したと

表1 統括保健師がいる自治体・保健師の属性 (n=406)

項目	実数	割合(%)
自治体の種別	政令指定都市	7 1.7
	中核市	20 4.9
	その他の政令に定める市・特別区	9 2.2
	一般市町村	363 89.4
	無回答	7 1.7
自治体の属性	人口	
	～1万人未満	45 11.1
	～5万人未満	167 41.1
	～10万人未満	87 21.4
	～30万人未満	59 14.5
	～30万人以上	33 8.1
無回答	15 3.7	
常勤保健師数	～5人未満	21 5.2
	～10人未満	120 29.6
	～20人未満	142 35.0
	～30人未満	64 15.8
	～30人以上	59 14.5
	不明	0 0.0
職位	課長（級）以上	97 23.9
	課長補佐（級）	148 36.5
	係長（級）	127 31.3
	その他	28 6.9
	無回答	6 1.5
保健師の属性	保健師経験年数	
	～5年	0 0.0
	～15年	14 3.4
	～25年	101 24.9
	25年以上	286 70.4
無回答	5 1.2	

ころ、項目2に天井効果がみられた。床効果がみられた項目はなかった。項目間の相関係数をみると、すべての項目間で有意な相関がみられた($P<0.01$)。r値が0.7を超えた項目が、項目13と項目14間、項目16と項目17間にみられた。I-T分析では、すべての項目が合計得点との相関係数が0.5以上であった($P<0.01$)。各項目のGP分析を行ったところ、すべての項目で得点が高い群の得点が高く($P<0.01$)、問題となる項目はなかった。これらの結果に基づき、天井効果のみられた項目2を削除した。また、項目間相関が高かった項目に関して研究者間で検討し、それぞれの項目の意味は明らかに異なると考え

られたため、削除しないこととした(表2)。

3. 因子分析

1項目削除後の仮尺度案を主成分分析した結果、第一主成分の因子負荷量が全項目0.4以上であり、除外される項目はなかった。次に、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子選定の条件に従って検討した結果、項目1が複数の因子に高い負荷量を持つため除外し、最終的に15項目3因子を採用し尺度項目とした。3因子の寄与率はそれぞれ41.6%、9.7%、5.1%で累積寄与率は56.1%であった。

因子1の寄与率が他と比較して大きいことから、

表2 尺度項目と回答状況、項目分析

項目番号	項目	各項目の分布				項目分析			
		全く当てはまらない	あまりあてはまらない	少しあてはまる	かなりあてはまる	平均値±標準偏差	項目間相関	I-T分析	GP分析 平均値の差
①	課を超えて各保健師の業務の相談役になる	22(5.4)	81(20.0)	198(48.8)	105(25.9)	1.95±0.82	0.17~0.39	0.53	0.71
②	国や都道府県、所属自治体の動向や方針を保健師に伝える	6(1.5)	45(11.1)	175(43.1)	180(44.3)	2.30±0.72	0.29~0.50	0.66	0.83
3	保健師全体で自治体の健康課題を共有する機会をつくる	11(2.7)	59(14.5)	175(43.1)	161(39.7)	2.20±0.78	0.22~0.68	0.65	0.83
4	保健師全体の活動方針を検討し、明確化する	12(3.0)	70(17.2)	159(39.2)	165(40.6)	2.17±0.82	0.17~0.68	0.67	0.86
5	自治体全体の保健活動の進行管理を行う	27(6.7)	105(25.9)	153(37.7)	121(29.8)	1.91±0.90	0.24~0.70	0.71	1.04
6	行政計画策定に参加・参画し、保健活動を位置づける	16(3.9)	63(15.5)	182(44.8)	145(35.7)	2.12±0.81	0.29~0.51	0.64	0.83
7	保健師の研究や学会発表を推進する	41(10.1)	115(28.3)	185(45.6)	65(16.0)	1.67±0.86	0.27~0.50	0.63	0.87
8	保健師全体の意思疎通や合意形成ができる機会をつくる	4(1.0)	39(9.6)	190(46.8)	173(42.6)	2.31±0.68	0.16~0.61	0.59	0.70
9	業務上の悩みや課題を検討する場や機会をつくり、保健師業務の質を担保する	7(1.7)	48(11.8)	188(46.3)	163(40.1)	2.25±0.73	0.22~0.66	0.71	0.82
10	各保健師の状況をふまえて保健師間の協力体制をマネジメントする	6(1.5)	59(14.5)	202(49.8)	139(34.2)	2.17±0.72	0.22~0.66	0.68	0.76
11	分散配置の状況をふまえた人材育成・現任教育のしくみをつくる	30(7.4)	144(35.5)	148(36.5)	84(20.7)	1.70±0.88	0.20~0.59	0.64	0.97
12	次世代の統括的役割を担う保健師を育てる	23(5.7)	95(23.4)	166(40.9)	122(30.0)	1.95±0.87	0.32~0.59	0.74	1.11
13	人事課と調整し、保健師採用や昇進にかかわる	92(22.7)	121(29.8)	121(29.8)	72(17.7)	1.43±1.03	0.16~0.72	0.62	0.99
14	組織横断的に適切な人材配置に関与する	98(24.1)	116(28.6)	125(30.8)	67(16.5)	1.40±1.03	0.17~0.72	0.62	0.96
15	保健事業の財源の確保を支援する	34(8.4)	61(15.0)	169(41.6)	142(35.0)	2.03±0.91	0.17~0.56	0.63	0.86
16	他職種、自治体上層部等、所属組織の内部で保健師代表として発言、交渉する	33(8.1)	68(16.7)	159(39.2)	146(36.0)	2.03±0.92	0.24~0.74	0.72	1.08
17	議員やマスコミ、他機関等、所属組織の外に対して保健師代表として発言、交渉する	66(16.3)	100(24.6)	156(38.4)	84(20.7)	1.64±0.99	0.23~0.74	0.67	1.11

尺度試案 項目の分類 項目1~項目12: 専門的能力 項目13~項目17: 行政的能力
最終的に採用された項目は、番号を○で囲んだ項目を除く15項目

3 因子の重みは等分ではないと考えられるが、実践現場での活用可能性を考慮し、各因子の各項目得点を単純加算したものを統括保健師役割遂行尺度得点 (RMSP 得点) とした。これにより RMSP 得点は、最低点 0 点から最高点 45 点をとることとなる。本調査の 406 件の平均得点は 29.0 ± 8.6 点、中央値は 30 点で、最低 5 点から最高 45 点に分布した。分布の歪度は -0.34 、尖度は -0.35 であった。

各因子の解釈は以下のとおりである。第 I 因子は分散配置されている保健師の意思疎通を図り、自治体全体の健康課題に向けて活動するとともに、その質の担保に働きかける行動から構成されていることから、【自治体全体の保健活動の推進】と命名した。第 II 因子は統括という位置づけにもとづいて、保健師代表として行動したり、交渉したりする行動が含まれていることから、【職能代表としての調整の遂

行】と命名した。第 III 因子は保健師全体の能力の底上げを行う内容から構成されていることから、【部下の保健師の能力開発】と名づけた (表 3)。

4. 信頼性の検討

尺度の折半法の信頼性係数は 0.84 (spearman-brown の公式)、Cronbach's α 係数は 0.91 であった。なお、各項目を除外した場合の Cronbach's α 係数は 0.90~0.91 で、尺度全体の信頼性係数を超えるものはなかった。また 3 つの因子の Cronbach's α 係数はそれぞれ 0.88, 0.81, 0.82 であった。

5. 妥当性の検討

基準関連妥当性の検討のために、RMSP15 項目の合計得点および下位尺度得点と、佐伯らの尺度合計得点、統括保健師としての役割意識の強さ、統括保健師としての自信との相関係数を算出したところ、合計得点、下位尺度得点とも基準項目すべてと

表 3 尺度項目の因子分析の結果

		Cronbach's α total = 0.907		
		因子負荷量		
		第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子
第 1 因子 (6 項目) 【自治体全体の保健活動の推進】 $\alpha = .880$				
4	保健師全体の活動方針を検討し、明確化する	0.80	0.15	-0.17
8	保健師全体の意思疎通や合意形成ができる機会をつくる	0.75	-0.17	0.11
9	業務上の悩みや課題を検討する場や機会をつくり、保健師業務の質を担保する	0.74	0.02	0.09
3	保健師全体で自治体の健康課題を共有する機会をつくる	0.72	0.03	-0.01
5	自治体全体の保健活動の進行管理を行う	0.64	0.34	-0.15
10	各保健師の状況をふまえて保健師間の協力体制をマネジメントする	0.58	0.15	0.08
第 2 因子 (4 項目) 【職能代表としての調整の遂行】 $\alpha = .812$				
17	議員やマスコミ、他機関等、所属組織の外に対して保健師代表として発言、交渉する	-0.06	0.72	0.16
16	他職種、自治体上層部等、所属組織の内部で保健師代表として発言、交渉する	0.08	0.70	0.10
15	保健事業の財源の確保を支援する	0.16	0.65	-0.06
6	行政計画策定に参加・参画し、保健活動を位置づける	0.24	0.41	0.10
第 3 因子 (5 項目) 【部下の保健師の能力開発】 $\alpha = .821$				
14	組織横断的に適切な人材配置に関与する	-0.24	0.25	0.76
11	分散配置の状況をふまえた人材育成・現任教育のしくみをつくる	0.38	-0.28	0.67
13	人事課と調整し、保健師採用や昇進にかかわる	-0.20	0.31	0.64
12	次世代の統括的役割を担う保健師を育てる	0.32	0.08	0.50
7	保健師の研究や学会発表を推進する	0.25	-0.01	0.47
回転後の負荷量平方和		6.25	1.43	0.76
寄与率 (%)		41.67	9.51	5.06
累積寄与率 (%)		41.61	51.18	56.24
因子間相関	第 1 因子	—	0.50**	0.46**
	第 2 因子		—	0.54**
	第 3 因子			—

因子分析：主因子法 プロマックス回転

因子負荷量 0.4 以上を太字で記載

項目は尺度修正案 17 項目のうち採用した 15 項目

** $P < 0.01$

表4 基準項目との相関係数

基準項目	Pearson の相関係数			
	尺度全体	自治体全体の保健活動の推進	職能代表としての調整の遂行	部下の保健師の能力開発
地域支援および管理能力尺度得点	0.37**	0.30**	0.24**	0.43**
統括保健師としての役割意識	0.55**	0.47**	0.43**	0.48**
統括保健師としての自信	0.46**	0.35**	0.38**	0.44**

** P<0.01

高い相関が認められた (P<0.01) (表4)。

統括あり群に関して職位別、保健師経験年数別に比較したところ、尺度全体、下位項目すべてに群内での差がみられた (P<0.01)。そこで統括あり群と統括なし群の尺度得点について、職位、経験年数別に比較を行ったところ、保健師経験年数15年未満の場合以外は、統括あり群の得点が有意に高かった (表5)。

IV 考 察

1. 統括保健師の役割の明確化の必要性について

市町村の統括保健師の配置割合に関して自治体単位で調査を行っている結果をみると、平成19年調査⁴⁾20.1%、平成22年調査⁵⁾36.8%となっている。過去の調査は集中配置と分散配置を区別せず割合が算出されているため、比較のために、本調査において同様に集中配置と分散配置を区別せず算出を行った割合をみると43.6%となっている。調査対象の違いもあり単純な比較はできないものの、統括保健師の配置が急速に進んでいることが推察される結果であった。日本看護協会は平成24年5月に厚生労働省保健局に提出した要望書の中で、統括保健師の定義の明確化と教育体制整備を求めている²⁰⁾が、それにはこの配置の進行が背景にあると考えられ、本調査の目的である統括保健師の役割の明確化が急務であることが確認された。

2. 統括保健師役割遂行尺度の信頼性と妥当性について

尺度の信頼性については、折半法、Cronbach's α係数により、信頼性係数が0.8以上あり、内的整合性を確保していることが確認された。

妥当性の検討では、まず尺度試案作成段階における内容妥当性を検討した。10人の地域看護管理に関するエキスパートによる評価を得たことにより、各項目の適切性における客観性を確保することができたと考える。

次に因子分析を行い因子的妥当性の検討を行っ

表5 職位別・保健師経験年数別の統括保健師あり群となし群の尺度得点の比較

項目	n	尺度全体				第1因子 自治体全体の保健活動の推進				第2因子 職能代表としての調整の遂行				第3因子 部下の保健師の能力開発			
		統括あり		統括なし		統括あり		統括なし		統括あり		統括なし		統括あり		統括なし	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
職位		97	40	24.2±11.0		13.4±3.3	10.0±4.7	**	8.8±2.7	6.6±3.7	*	10.6±2.8	7.6±3.9	**	7.9±3.5	6.3±3.6	*
課長(級)以上	148	104	28.8±8.4	22.2±10.6	**	12.9±3.7	10.1±5.0	**	7.8±2.8	5.9±3.2	**	7.3±3.1	6.2±3.2	*	7.0±3.4	5.7±3.8	*
課長補佐(級)	127	145	27.1±9.2	22.3±10.5	**	13.0±3.8	10.6±4.9	**	7.3±3.1	6.2±3.2	*	6.6±2.4	4.4±3.1	**	5.9±3.0	3.3±3.4	*
係長(級)	28	67	24.8±7.6	17.4±9.8	**	12.4±3.9	9.5±4.5	*	8.1±2.7	6.2±3.3	**	8.1±2.7	6.2±3.3	**	8.8±3.4	6.4±3.7	**
その他	285	196	30.1±8.0	23.0±10.3	**	13.3±3.5	10.5±4.5	**	7.3±3.1	5.7±3.2	**	6.7±3.6	5.2±3.9	*	4.2±2.4	2.8±3.3	n.s.
25年以上	101	133	26.7±9.2	21.0±10.7	**	12.6±3.9	10.1±5.1	**	4.9±2.7	3.4±2.8	n.s.	2.3±2.1	0.7±1.2				
25年未満	14	24	20.3±7.2	15.5±9.6	n.s.	11.5±4.0	9.0±4.8	n.s.	13.0±3.7	10.2±4.8	**	7.8±2.9	5.8±3.3	**	8.1±3.6	5.7±3.9	**
15年未満	0	3	5.7±6.0	5.7±6.0		2.7±3.8	2.7±3.8										
5年未満	400	359	28.9±8.6	21.6±10.6	**	13.0±3.7	10.2±4.8	**									
計																	

** P<0.01 * P<0.05
注) 分析は、職位・保健師経験年数双方の記載があるもののみで実施した。

た。尺度を構成する項目は、抽出過程において専門的役割と行政的役割の観点から整理したが、因子は3つに分かれた。第Ⅰ因子【自治体全体の保健活動の推進】は専門的役割と設定した項目のみで構成されたが、第Ⅱ因子【職能代表としての調整の遂行】には行政的役割として設定した項目3項目に専門的役割と考えた1項目が加わり、第Ⅲ因子【部下の保健師の能力開発】は専門的役割3項目、行政的役割2項目から構成される形となった。これは統括保健師に求められる役割は、専門的役割と行政的役割という軸では説明できない役割であることを意味すると考えられた。因子は第Ⅰ因子が保健活動、第Ⅱ因子が保健師以外の人や組織、第Ⅲ因子が部下の保健師と、行動の目的となる対象別の分類となった。第Ⅰ因子の保健活動の推進は、保健師が自治体に雇用されている理由そのものでもあり、分散配置の中であっても、保健師が本来の役割を果たすために、分散配置の状況を踏まえて管理者が行うべき役割が集約されたと考えられる。第Ⅱ因子の調整の役割は地域保健従事者の専門能力としても述べられている¹³⁾行動ではあるが、統括保健師に求められているのは、事例や課内を超えたレベルの調整を職能代表として行うことである。Sullivanは高いレベルの看護管理者は看護職の外の環境が看護に及ぼす影響の緩衝剤になる責務があることを述べている²¹⁾。またMintzbergはリーダーの役割の整理の一つに「表看板」となることをあげている²²⁾。この第Ⅱ因子は第Ⅲ因子よりも第Ⅰ因子と強い相関を有することからも、保健師全体としての動きが必要な際に、保健師を代表して、他部署や他機関等と高いレベルでの調整を行う役割が示されたと考える。第Ⅲ因子は分散配置の状況に対応した保健師の人材を育てるための行動である。平成19年に分散配置の進行等も含めた行政機構の変化に対応するものとして提示された保健師のキャリアラダーの中で、最上位の組織のトップマネージャーあるいは保健師の統括者である保健師の人材育成における役割として、組織の発展と人事管理、適材適所の人事配置と人事異動が示されており²³⁾、第Ⅲ因子はこの内容と合致していた。すなわち、抽出された3因子は、集中配置の際は保健師の最も高い職位を有するものが自然に担っていたことからであるが、分散配置の中では、自治体内の職位が最も高い保健師であっても、統括保健師でない場合は自らの役割と認識されにくい、あるいは必要性を認識しても統括保健師という位置づけがないと、その役割を果たすことの必要性が他者に理解されにくく行動に困難を伴う事項と考えられた。

基準関連妥当性の検討においては、既存の「地域

支援および管理的能力」の尺度得点と中程度の有意な相関を示した。このことから本尺度は保健師の管理的な能力を測定していることが考えられた。また統括保健師としての役割意識の強さ、統括保健師としての自信とも有意な相関がみられたことから、本尺度は統括保健師に関わる内容を測定していることが推察された。

これに加えて統括保健師固有の役割機能を測定しているか検討するため、統括あり群と統括なし群の得点を比較した。このことは構成概念妥当性の検証を意味すると考えられる²⁴⁾。職位別、経験年数別の双方において、保健師経験年数15年未満の場合を除いて有意差がみられた。15年未満の場合においては統計的な有意差はみられなかったが、得点の平均値は統括ありが高くなっていった。この結果は本尺度の測定している内容が統括保健師に特徴的な内容であることを示唆するものと考えられた。

以上のことから、本尺度は作成時に想定した構成概念とは異なった結果が得られたものの、統括保健師の役割の遂行状況を測定する尺度として、一定の信頼性と妥当性を有すると考えられた。

3. 本研究の限界と課題

本尺度の開発にあたっての本調査において、東日本大震災の影響を考慮し東北3県には質問票を送付していない。また回収率も63.9%であるため、標本として偏りがあることが考えられる。また、最終的に3因子から成る項目を採択したが、尺度は当初想定した因子とは異なった因子構造となり、また因子分析による各因子の累積寄与率が大きく異なっていた。今後、東北地方での調査の実施により同様の結果が得られるのかを確認することや、構成概念とその理論的背景について文献検討を重ねて尺度を精錬させてゆくこと、因子に重みづけを行った尺度に改変することで、より精度の高い尺度としてゆくことが必要と考えられる。

V 結 語

市町村統括保健師に求められる役割の遂行状況を測定する尺度を開発し、信頼性、妥当性を検討した結果、以下の結論を得た。

- 因子分析の結果、「自治体全体の保健活動の推進」、「職能代表としての調整の遂行」、「部下の保健師の能力開発」の3つの下位尺度からなる15項目の統括保健師役割遂行尺度が開発された。

- 尺度全体および下位尺度において、信頼性（内的妥当性）、内容妥当性、基準関連妥当性が確認された。因子的妥当性は、因子分析においては想定した因子とは異なった結果が得られた。構成概念妥当性

は、既知グループ法により統括保健師と、分散配置の中で統括保健師ではない管理的立場の保健師の得点において有意な差がみられたことで支持された。

以上より、統括保健師役割遂行尺度は、市町村の統括保健師の役割の遂行状況を測定する尺度として一定の信頼性、妥当性を有すると考えられた。

本調査にご協力いただきました全国の市町村保健師の皆様、仮尺度案にご意見をいただきました研究者の皆様に深謝いたします。本研究は平成22年～平成24年度科学研究費補助金（基盤研究C）「保健師のリーダーシップ能力尺度の開発と評価」により実施しました。

(受付 2012. 6. 4)
(採用 2013. 2. 8)

文 献

- 1) 社団法人日本看護協会. 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. 2011. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 2) 曽根智史. 保健師の分散配置をどう活かす? 保健師の分散配置の状況: 日本看護協会「平成22年度保健師の活動基盤に関する基礎調査」結果より. 保健師ジャーナル 2011; 67(10): 844-850.
- 3) 小宮山恵美. 保健師の分散配置をどう活かす? 分散配置された保健師が果たす役割と課題 分散配置の意味は、新しい課題に気づくこと: 高齢者福祉行政の経験を中心に. 保健師ジャーナル 2011; 67(10): 868-872.
- 4) 市町村保健活動の再構築に関する検討会. 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書. 2007. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0330-8.html> (2013年3月25日アクセス可能)
- 5) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)報告書 保健所の有する機能, 健康課題に対する役割に関する研究報告書(分担事業者 荒田吉彦) 2010. [http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H21/H21_hokensyo_kinou_yakuwari_report/H21_hokensyo_no_yusuru_kinou_houkokusyo\(all\).pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H21/H21_hokensyo_kinou_yakuwari_report/H21_hokensyo_no_yusuru_kinou_houkokusyo(all).pdf) (2013年3月25日アクセス可能)
- 6) 平野かよ子, 編. 最新保健学講座5 地域看護管理論(第2版). 東京: メヂカルフレンド社, 2008; 108-155.
- 7) 木下由美子, 麻原きよみ, 荒木田美香子, 他編. Essentials地域看護学(第2版). 東京: 医歯薬出版株式会社, 2009; 292-305.
- 8) 荒賀直子, 後閑容子, 編. 公衆衛生看護学.jp: Public Health Nursing in Japan(第3版). 東京: インターメディカル, 2011; 142-159.
- 9) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 他編. 最新地域看護学(第2版): 各論2. 東京: 日本看護協会出版会, 2010; 230-255.
- 10) 社団法人日本看護協会. 平成15年度・16年度保健師に求められる看護管理のありかた検討小委員会報告書 保健師に求められる看護管理のありかた: 地域保健における看護管理の概念整理. 東京: 社団法人日本看護協会, 2005. <http://www.nurse.or.jp/nursing/professional/hokenshi/pdf/hokensi.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 11) Misener TR, Alexander JW, Blaha AJ, et al. National Delphi study to determine competencies for nursing leadership in public health. Image J Nurs Sch 1997; 29(1): 47-51.
- 12) Kalb KB, Cherry NM, Kauzloric J, et al. A competency-based approach to public health nursing performance appraisal. Public Health Nurs 2006; 23(2): 115-138.
- 13) 新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会. 新任時期における地域保健従事者の現任教育に関する検討会報告書. 2004.
- 14) 佐甲 隆, 野呂千鶴子, 伊藤 薫. WHOグローバルコンピテンシーモデル. 三重県立看護大学紀要 2008; 11: 93-99.
- 15) 水嶋春朔. これからの保健師に求められるコンピテンシー 公衆衛生専門職のコンピテンシー. からの科学(増刊: これからの保健師) 2006; 158-163.
- 16) 工藤 啓, 佐々木裕子, 荒井由美子. 管理的立場にある保健師の役割 管理職としての保健師の組織運営・管理論とは. 保健師ジャーナル 2011; 67(6): 476-480.
- 17) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の測定用具の開発. 日本地域看護学会誌 2003; 6(1): 32-39.
- 18) 宗像恒次. 行動科学からみた健康と病気: 現代日本人のこころとからだ. 東京: メヂカルフレンド社, 1990; 256.
- 19) 新村 出, 編. 広辞苑(第2版). 東京: 岩波書店, 1969; 970.
- 20) 公益社団法人日本看護協会. 平成25年度予算に関する要望書(平成24年5月10日). 2012. <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/teigen/2012pdf/yobo20120510-05.pdf> (平成24年5月25日アクセス可能)
- 21) Sullivan EJ, Decker PJ. Effective Leadership and Management in Nursing (4th ed). Menlo Park, CA: Addison-Wesley Longman, 1997; 81-82.
- 22) Mintzberg H. マネージャーの仕事 [The Nature of Managerial Work](奥村哲史, 須貝 栄, 訳). 東京: 白桃書房, 1993; 91-100.
- 23) 佐伯和子. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(地域健康危機管理事業)総括・分担研究報告書 保健師指導者の育成プログラムの開発(主任研究者 佐伯和子) 2008.
- 24) Polit DF, Beck CT. 看護研究: 原理と方法(第2版) [Nursing Research: Principles and Methods (7th ed)] (近藤潤子, 監訳). 東京: 医学書院, 2010; 438.

Development of the role scale for municipal supervising public health nurses

Yoko HATONO*, Hiroko SUZUKI^{2*} and Naoko MASAKI^{3*}

Key words : Supervising public health nurses, Municipality, Role, Development of a scale

Objectives As public health nurses are becoming increasingly decentralized in municipalities, recommendations for allocating supervising public health nurses are being made. This study aimed to develop a scale for measuring the implementation of role of municipal supervising public health nurses and to test its reliability and validity.

Methods Scale items were developed using results of a qualitative inductive analysis of interview data, and the items were then revised following an examination of content validity by experts, resulting in a provisional scale of 17 items. A self-administered, written questionnaire was then completed by supervising public health nurses or public health nurses holding the most senior positions in all municipalities nationwide, with the exception of three prefectures in the Tohoku region (total 1,621 locations).

Results In total, 1,036 responses were received, and 931 were used for analysis (valid response rate = 57.4%). Of these, 406 were completed by supervising public health nurses. After deleting one item as a result of item analysis and conducting principal component analysis, factor analysis was conducted using the major factor method and Promax rotation. One item with high loading on multiple factors was deleted, resulting in a scale comprising 15 items and 3 factors. The cumulative contribution ratio was 56.1%. The three factors were labeled “Promotion of health activities across the whole locality,” “Coordination as a PHN role leader,” and “Development of the skills of public health nurses.”

The reliability coefficient of the RMSP (Role Scale for Municipal Supervising Public Health Nurses) as a whole was 0.84 using the split-half method (Spearman-Brown formula) and 0.91 using Cronbach's alpha, confirming internal consistency. In terms of validity, an examination was conducted of the correlation of two RMSP scale scores (strength of awareness of role as a supervising public health nurse and confidence as a supervising public health nurse) and scores on existing scales assessing management abilities, and a significant correlation ($P < 0.01$) was obtained. Additionally, a comparison of the RMSP scores of decentralized local public health nurses according to rank and years of service in areas where there were no supervising public health nurses with the RMSP scores of supervising public health nurses showed that the scores of supervising public health nurses were higher.

Conclusion The developed scale was found to be reliable and valid for measuring the implementation of supervising public health nurses' role.

* Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

^{2*} Doctoral Course, Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

^{3*} Community Health Nursing Department, Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing