

行政保健師の施策化能力評価尺度の開発

スズキ ユリコ タダカ エツコ
鈴木由里子* 田高悦子^{2*}

目的 複雑化、多様化する地域社会の健康課題を解決するため、行政保健師1人1人の施策化能力の向上が急務である。しかし、現状では、行政保健師の施策化能力の統一された定義はなく、能力の評価を行うことは困難である。そこで、本研究では、行政保健師における施策化能力評価尺度を開発し、信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

方法 まず、先行文献のレビューならびにA市の施策化経験が豊富な保健師5人への個別インタビュー調査により「行政保健師の施策化能力評価尺度」(案)を作成した。次いで、同市の常勤保健師全数(約460人)を対象に、無記名自記式質問紙調査を実施し、「行政保健師の施策化能力評価尺度」(案)の重要度と自己評価等を基に信頼性と妥当性を検証した。

結果 2因子16項目からなる「行政保健師の施策化能力評価尺度(第1因子:コミュニティパートナーシップ, 第2因子:地域診断サイクル)」が開発され、確証的因子分析では、一部修正したモデルでGFI=.889, CFI=.956, RMSEA=.068と良好な適合値が得られた。また、尺度全体のCronbach α 係数は0.93であり、十分な内的整合性をもつと判断された。また、尺度全体と既存尺度「事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度」におけるPearsonの相関係数は、尺度全体 $r=0.52$ ($P<0.01$)で有意な正の相関がみられた。

結論 行政保健師の施策化評価尺度を開発し、信頼性・妥当性が検証された。

Key words : 行政保健師, 施策化能力, 尺度開発, 地域・コミュニティ, 公衆衛生

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(6): 275-285. doi:10.11236/jph.61.6_275

I 緒 言

近年、我が国では、少子高齢化等の人口構造の変化や単独世帯の急増等の世帯構造の変化、生活スタイルや価値観の多様化等、社会環境の大きな変化に加えて、大規模な自然災害や放射線事故等による健康危機管理事案の発生など、地域保健を取り巻く状況は劇的に変化している。

これらの変化に対応するとともに、複雑化、深刻化する人々の健康課題を解決するためには、地域保健にかかわる人材、わけでも住民ニーズの変化に関わる行政保健師が日常業務で把握した健康課題を地域の健康課題と捉えて普遍化し、施策に結び付けていくこと、すなわち施策化能力が重要である。

行政保健師の施策化能力については、すでに2003

年10月、厚生労働省健康局長通知¹⁾により、保健師が施策化に積極的に関わることが明言されている。また同年の「地域における保健師の保健活動指針」²⁾においても、地域の健康ニーズを把握している保健師の施策化能力に対する期待が述べられている。さらに、2013年4月には「保健活動指針」³⁾が改正され、ソーシャルキャピタルを活用した自助および共助の支援を推進し、地域保健関連施策の展開およびその評価を行うためにも行政保健師の施策化能力が必要であることが示されている。

しかしながら現状では、行政保健師の施策化能力を適切に評価する尺度が存在していないために、その評価は困難である。

先行研究をみると、保健師の専門的能力については、国内では様々な尺度^{4)~7)}が開発されている。また国外では、イギリス、アメリカ、カナダ、西オーストラリア等で保健師の専門的能力や業務基準が示されており、中でもアメリカでは、保健師教育・活動に関わる主要4機関で構成されるThe Quad Council of Public Health Nursing Organizations(アメリカ公衆衛生看護団体協議会)により、保健師能力基準⁸⁾が策定されている。

* 横浜市戸塚区福祉保健センターこども家庭支援課

^{2*} 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻地域看護学分野

連絡先: 〒244-0003 神奈川県横浜市戸塚区戸塚町16-17

横浜市戸塚区福祉保健センターこども家庭支援課
鈴木由里子

しかし、これらはいずれも保健師の専門的能力を全般的に捉えるものであり、施策化能力に焦点化したものではないため、その能力のみを適切に評価することは困難である。また研究者により保健師の専門的能力における施策化の概念が異なるために、「行政保健師の施策化能力」を説明できる統一された定義や構成概念は未だなく、現状において行政保健師の施策化能力に焦点化した評価尺度は見当たらない。

行政保健師の施策化能力に焦点化した評価尺度を開発することは、その能力を適切に測定し、評価することを可能にすることはもとより、人材育成等の機会を通じてより能力を高めるとともに行政保健師の専門性を向上させ、ひいては、地域住民の健康と安寧の寄与につながる事が考えられる。以上より、本研究の目的は、行政保健師の施策化能力に焦点を当て、それを測定する「行政保健師の施策化能力評価尺度」を開発し、信頼性と妥当性を検証することとした。

用語の定義

「行政保健師の施策化能力」とは、行政機関に勤務する保健師が、政策・施策・事業からなる政策体系をふまえ、公衆衛生の視点から政策目的を達成するために必要な、知識・技術・態度・行動とする。また、「行政保健師の施策化」とは、行政保健師が、施策化能力を用いて、政策目的を達成するために、政策体系の中で施策へ展開していくことと定義する。

なお、ここでの能力については、コンピテンシー⁹⁾の概念やスペンサー¹⁰⁾が示した氷山モデルを参考とし、加えて行政機関に働く保健師の能力に関する先行研究⁴⁾や米国の保健師能力基準⁸⁾にも照らして、公衆衛生看護領域で求められる専門的な「知識」、「技術」、「態度」、「行動」を含めた特性とし、その測定や評価、変容や開発が可能なものと考えた。

II 方 法

1. 対象地域

関東圏に位置する人口約370万人（2013年2月現在）のA政令市（以下A市とする）である。A市は、都道府県型（政令市）保健所機能と保健センター機能を併せ持ち、保健衛生行政を担っている。A市に勤務する保健師には、住民に日常的な健康課題から専門的な健康課題まであらゆる健康課題に即した対応が求められ、行政保健師の施策化能力の有無が市民もしくはA市全体の健康状態を左右する。

2. 方法

1) 第1段階：文献レビューによる暫定版尺度の作成

(1) 目的

行政保健師の施策化能力を測定する項目を収集・精選し、「暫定版行政保健師の施策化能力評価尺度（以下「暫定版尺度」とする）を作成することである。

(2) 方法

国内外の先行研究ならびに関連資料により、保健師の専門的能力を全般的に捉えたものの中から、本研究における施策化能力の定義に関連すると思われる項目を抽出した。抽出時は、保健師の専門的能力を全般的に捉えている「保健師の保健計画・施策化に関わる能力の構成要素（40項目）」¹¹⁾、「保健師階層別評価表（80項目）」¹²⁾を基にし、発案、計画立案、実施、評価、行政保健師としての姿勢の5つの側面より整理した。主な資料は、前述2文献に加え、施策化に関わる技術・能力¹³⁾、施策化の実践知¹⁴⁾、保健師のコンピテンシー¹⁵⁾、行政保健師の専門能力¹⁶⁾や実践能力^{17~20)}、保健師に求められる実践能力と卒業時の到達目標と到達度²¹⁾、米国の保健師能力基準⁸⁾等^{22~28)}である。各項目は、できるだけ具体的な表現を用い、1項目に1つの内容を含むことを原則とした。

2) 第2段階：エキスパートオピニオンによる修正版尺度の作成

(1) 目的

文献レビューにより作成した暫定版尺度項目について、改良に向けた内容の過不足ならびに妥当性を検討し、「修正版行政保健師の施策化能力評価尺度」（以下「修正版尺度」とする）を作成することである。

(2) 対象

A市人材育成担当の管理職の保健師によって推薦された施策化経験を有するエキスパート保健師5人である。エキスパート保健師の選定基準については、中堅期（保健師経験10年以上）で、地域保健法施行以降、施策化の経験を1回以上有し、スタッフと専任職・係長・課長・部長というスタッフとは異なる職位であり、自由意思によりインタビュー調査に応ずるものとした。

(3) 方法

了解が得られた保健師に、一人1回約1時間の個別インタビュー調査を実施した。インタビュー内容は、基本属性と暫定版尺度の改良に向けた内容の過不足ならびに妥当性に関する具体的意見である。得られた意見を中心に、既存文献を見直し、整合性を

検討した。以上により、「修正版行政保健師の施策化能力評価尺度」を作成した。

3) 第3段階：疫学調査による完成版尺度の作成

(1) 目的

エキスパートオピニオンにより作成した修正版尺度項目を基に、「行政保健師の施策化能力評価尺度」を完成し、信頼性と妥当性を検討することである。

(2) 対象

A市の常勤保健師全数、約460人とした。

(3) 方法

無記名自記式質問紙を職場単位に郵送し、対象者が個別に返送する方法により回収した。調査項目は、以下のとおりである。

① 基本属性

性別、年齢、保健師教育歴、最終学歴、自治体での保健師経験年数等をたずねた。

② 「修正版尺度」の重要度

各項目の重要度について、「3. 重要である」、「2. やや重要である」、「1. やや重要でない」、「0. 重要でない」とした。また、意味がわからない項目についても把握した。

③ 「修正版尺度」の自己評価

各項目の自己評価（実行できるかどうか）について、4段階リカート法（0. できない、1. ややできない、2. ややできる、3. できる）にて把握した。また、できないと回答した場合には、その理由についても把握した。

④ 「事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度（CMC）」⁹⁾における評価

政策体系における施策の下位概念である事業に関する保健師のコンピテンシーを評価する尺度である‘Competency Measurement of Creativity’（CMC）との関連について把握した。この尺度は、3因子16項目で構成されており、「まったくそうでない」を0、「ほとんど10割そうである」を5とする6段階の評定尺度をもつ、合計点が0～80点の範囲の測定用具である。Cronbach α 係数は、0.95であり、基準関連妥当性は経験年数が高くなるほど、また、役職が高くなるほど、得点が高くなることが確認されている。

(4) データ分析方法

① 項目分析

ア. 通過率

平均点が各々1.0点未満（「重要でない」、「やや重要でない」を意味する）の項目について除外することとした。

イ. 項目困難度

修正版尺度の各項目について、回答の困難さを検証するため、「無回答のもの」ならびに「意味がわからない」と回答したものの割合が5%以上の項目について除外した。

ウ. 集団分布

著しく重要度評価の低い項目を削除するため、項目全体の割合を考慮し、対象者が「3. 重要である」、「2. やや重要である」と回答したものの占める割合が、90%未満の項目について除外した。

エ. 項目間相関

項目の重複を避けるため、修正版尺度48項目におけるPearsonの相関係数を確認した。相関係数 $r > 0.7$ の場合、それらの項目の内容が非常に類似しているため、一方の項目を除外することとした。

オ. Good-Poor Analysis（上位-下位分析 以下、G-P分析）

各項目の弁別力を検証するため、修正版尺度全項目の合計得点について、四分位法により上位1/4群（Good-group）と下位1/4群（Poor-group）に分け、各項目得点の平均値をt検定により比較し、有意差がない項目を除外することとした。

カ. Item-Total Analysis（項目-全体得点相関 以下、I-T相関）

修正版尺度の各項目得点と当該項目を除く合計得点におけるPearsonの相関係数を確認し、相関係数 $r \geq 0.6$ あるいは $P < 0.05$ を満たさない項目を除外することとした。

キ. 自己評価における通過率

修正版尺度の自己評価について、「3. できる」、「2. ややできる」の割合が80%以上の項目は、行政保健師が基本的に持つべき能力と考え、除外することとした。

② 因子分析

上述の項目分析により、修正版尺度項目から除外した項目を用いて、探索的因子分析²⁹⁾を繰り返した。因子数については、累積固有値寄与率が60%前後に達し、かつスクリープットにより大きな落差が生じる前の因子数を参考に設定した。最終的に、各項目における因子負荷量が0.4以上に達し、所属する項目から解釈できる因子について因子名の命名を行った。

③ 信頼性の検討

各因子および行政保健師の施策化能力評価尺度全体のCronbach α 係数を算出した。

④ 妥当性の検討

内容妥当性については、先行研究や現場の実際に照らして、項目の内容が定義された構成概念と論理的に合致していると研究者間で一致して判断できる

かどうかについて検討した。構成概念妥当性は、探索的因子分析により想定された因子モデルに対し確証的因子分析を行い、検出した適合度指標 Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted GFI (AGFI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) を基準として検討した。基準関連妥当性は、行政保健師の施策化能力評価尺度の尺度総点と外的基準として設定したCMC との Pearson の相関係数や、行政保健師の経験年数や職位との関連を検討した。各変数間の相関分析については、Pearson の相関係数、平均値の差の検定については、2 群の場合は t 検定、3 群以上の場合是一元配置分散分析 (ANOVA) を用いて検討した。分析には、統計ソフト Windows 版 SPSS ver.21, 同 AMOS ver.20 を用いた。有意水準は 5% とした。

3. 倫理的配慮

研究対象の人権の保護に留意し、予備調査および本調査ともに、調査の趣旨、匿名性の保持については、対象者等に文書を用いて説明の上、自由意思による同意が得られた場合のみを対象とした。本研究は横浜市立大学大学院医学倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た。(承認年月日: 2012年7月25日)

III 結 果

1. 第1段階: 暫定版尺度の作成

事前の文献レビューから尺度項目の収集と精選を行い、暫定版尺度は、40項目で構成された。

2. 第2段階: 修正版尺度の作成

1) 対象者の概要

5人の保健師経験年数は13~26年で、平均年数は20.6年であった。施策化経験の概要は、A市全体の施策で、立場としてはプロジェクトメンバー、地区担当、管理職として等であった。

2) 修正版尺度の作成

インタビュー調査の結果、施策化の実践行為における対象と内容の整理が必要であるとの意見があった。そこで対象については「所属組織内」、「行政機関内の関係部署」、「住民」、「地域の関係者・組織・機関」に分け、働きかけの内容については「共有する」、「説明する」等、明瞭にするよう修正した。その他新たな内容の指摘や意味が不明瞭なもの、まとめた方がよい等の意見を踏まえて検討した結果、修正版尺度は48項目となった。

3. 第3段階: 尺度の完成

2012年10月~11月、465人に対し、無記名自記式質問紙を職場単位に郵送した。回収は、対象者が返信用封筒を用いて個別に研究者に投函する方法によ

り実施し、181人(38.9%)から回答が得られた。そのうち有効回答176人(有効回答率37.8%)を分析対象とした。

1) 対象者の基本属性《表1》

対象者の性別は、女性174人(98.9%)、男性2人(1.1%)、平均年齢は40.4(±9.4)歳であった。自治体での平均保健師経験年数は15.5(±9.7)年で、21年以上が56人(32.0%)と最も多く、11~20年が53人(30.3%)、0~5年が37人(21.1%)、6~10年が29人(16.6%)の順であった。現在の職位は、スタッフ(係員・専任職)137人(78.3%)、係長以上が38人(21.7%)であった。

2) 項目分析《表2》

表2のとおり、修正版尺度48項目について、項目分析を行った結果、通過率(表1①)、項目困難度

表1 対象者の基本属性

		人 (%)
性別 (n=176)	女	174(98.9)
	男	2(1.1)
年齢 (n=125)	20~29歳	19(15.2)
	30~39歳	41(32.8)
	40~49歳	43(34.4)
	50~59歳	22(17.6)
	Mean ± SD	40.4 ± 9.4
保健師教育歴 (n=176)	専門学校1年課程	79(44.9)
	短期大学専攻科	26(14.8)
	四年制大学	69(39.2)
	その他	2(1.1)
最終学歴 (n=174)	専門学校1年課程	60(34.5)
	短期大学専攻科	28(16.1)
	四年制大学	75(43.1)
	大学院修士課程	8(4.6)
	大学院博士課程	1(0.6)
	その他	2(1.1)
自治体での保健師経験年数 (n=175)	0~5年	37(21.1)
	6~10年	29(16.6)
	11~20年	53(30.3)
	21年以上	56(32.0)
	Mean ± SD	15.5 ± 9.7
現在の役職 (n=175)	係員	133(76.0)
	専任職 ^{※)}	4(2.3)
	係長	24(13.7)
	課長補佐	5(2.9)
	課長・部長	9(5.1)

欠損値は項目ごとに除外した

※) 専任職: 特定の専門分野において、係長(課長)を補佐し、業務の円滑な運営に寄与する職員。

表2 (修正版) 行政保健師の施策化能力評価尺度の項目分析

項目	重要度評価						自己評価 ⑦注5 「できる」 「ややできる」 の割合(%)	
	① 平均値± 標準偏差	②注1 項目 困難 度 (%)	③注2 集団 分布 (%)	④注3 項目 間相 関	⑤注4 G-P 分析 平均 値の 差	⑥ I-T 相関 (r)		
1 日頃の保健活動から潜在している住民ニーズを顕在化する	2.9±0.3	1.7	100.0	-	0.3	***	0.406**	84.1
2 健康課題に関する情報を多角的に収集する	2.8±0.4	0.6	100.0	-	0.5	***	0.449**	81.8
3 疫学を活用して健康課題を分析する	2.6±0.5	0.6	98.3	-	0.8	***	0.573**	44.0
4 健康課題を多角的にアセスメントする	2.8±0.4	2.9	99.4	-	0.5	***	0.472**	75.9
5 行政機関が対応すべき健康課題の優先順位を判断する	2.8±0.4	0.6	98.9	-	0.4	***	0.353**	78.9
6 長期的な見通しをもち健康課題の解決策を検討する	2.9±0.4	0.6	99.4	-	0.4	***	0.409**	75.4
7 首長の方針・考えをふまえて健康課題の解決策を検討する	2.2±0.7	1.1	89.7	-	0.8	***	0.342**	70.7
8 国・県・市町村行政の施策の動向を把握する	2.6±0.5	0.6	98.3	-	0.8	***	0.490**	82.9
9 福祉・教育・環境など関連分野の施策を理解する	2.5±0.5	0.6	97.7	-	0.9	***	0.517**	67.6
10 施策の根拠となる法律や条例を理解する	2.7±0.4	0.6	100.0	-	0.6	***	0.503**	85.5
11 住民ニーズに基づく施策を立案する	2.8±0.5	2.3	97.1	-	0.5	***	0.432**	69.0
12 施策の評価指標を明確にする	2.8±0.5	0.6	97.7	-	0.5	***	0.496**	50.0
13 施策化が必要な根拠を明文化する	2.8±0.4	0.6	98.9	-	0.6	***	0.602**	72.4
14 施策実施に必要な予算を確保する	2.7±0.5	0.6	98.9	-	0.5	***	0.491**	64.2
15 所属組織内で解決すべき健康課題を共有する	2.9±0.4	1.1	100.0	-	0.4	***	0.468**	89.7
16 行政機関内の関係部署と解決すべき健康課題を共有する	2.7±0.4	0.6	100.0	-	0.6	***	0.497**	71.8
17 住民と解決すべき健康課題を共有する	2.8±0.4	1.7	99.4	-	0.5	***	0.518**	65.1
18 地域の関係者・組織・機関と解決すべき健康課題を共有する	2.8±0.4	1.1	99.4	-	0.5	***	0.525**	72.3
19 施策化のため連携すべき所属組織内メンバーを選定する	2.5±0.6	1.7	96.0	+	1.0	***	0.569**	70.7
20 施策化のため連携すべき行政機関内の関係部署を選定する	2.5±0.6	1.7	96.6	+	0.9	***	0.573**	70.1
21 施策化のため連携すべき住民を選定する	2.5±0.7	4.1	92.4	+	0.9	***	0.581**	61.5
22 施策化のため連携すべき地域の関係者・組織・機関を選定する	2.6±0.6	2.9	97.7	+	0.8	***	0.550**	70.1
23 所属組織内に施策化の必要性を説明する	2.8±0.4	0.6	99.4	+	0.5	***	0.609**	85.1
24 行政機関内の関係部署に施策化の必要性を説明する	2.7±0.5	0.6	99.4	+	0.6	***	0.602**	73.4
25 住民に施策化の必要性を説明する	2.7±0.6	1.7	96.6	-	0.7	***	0.531**	70.1
26 地域の関係者・組織・機関に施策化の必要性を説明する	2.7±0.5	0.6	99.4	-	0.7	***	0.574**	74.7
27 所属組織内で施策化の必要性について合意を得る	2.9±0.4	0.6	99.4	-	0.5	***	0.577**	82.2
28 行政機関内の関係部署と施策化の必要性について合意を得る	2.7±0.4	0.6	100.0	-	0.6	***	0.624**	70.5
29 住民と施策化の必要性について合意を得る	2.6±0.6	0.6	95.4	+	0.9	***	0.646**	55.2
30 地域の関係者・組織・機関と施策化の必要性について合意を得る	2.6±0.6	0.6	95.4	+	0.8	***	0.609**	64.9
31 所属組織内で施策化における役割を調整する	2.7±0.5	0.6	97.1	+	0.8	***	0.571**	79.3
32 行政機関内の関係部署と施策化における役割を調整する	2.6±0.5	1.1	97.1	+	1.0	***	0.722**	67.6
33 住民と施策化における役割を調整する	2.5±0.7	4.1	91.3	+	1.0	***	0.637**	59.5
34 地域の関係者・組織・機関と施策化における役割を調整する	2.5±0.6	2.3	94.8	+	1.0	***	0.639**	64.9
35 住民が施策化に参加できる機会を平等に提供する	2.4±0.7	3.5	90.2	+	1.2	***	0.666**	51.2
36 地域の関係者・組織・機関が施策化に参加できる機会を平等に提供する	2.4±0.7	4.1	98.8	+	1.2	***	0.608**	56.6
37 施策の進捗を所属組織内に報告する	2.7±0.5	0.6	90.3	+	0.8	***	0.625**	87.4
38 施策の進捗を行政機関内の関係部署に報告する	2.6±0.5	1.7	97.7	+	0.9	***	0.658**	82.8
39 施策の進捗を住民に報告する	2.5±0.5	1.7	98.3	+	1.0	***	0.724**	67.2
40 施策の進捗を地域の関係者・組織・機関に報告する	2.5±0.5	0.6	98.3	+	1.0	***	0.704**	78.2
41 施策化のため地域の社会資源や組織を開発する	2.6±0.6	1.7	96.0	-	0.7	***	0.567**	53.2
42 施策化による地域の健康状態の変化を評価する	2.7±0.5	0.6	97.7	-	0.8	***	0.628**	56.3
43 費用対効果の観点から施策を評価する	2.6±0.6	0.6	97.7	-	0.8	***	0.513**	56.9
44 評価結果を施策にフィードバックする	2.8±0.4	0.6	98.9	-	0.7	***	0.601**	68.4
45 学会での発表や研修参加など施策化を意識して自己研鑽をする	2.2±0.7	1.7	85.1	-	1.3	***	0.643**	58.1
46 行政職員として健康課題を施策に反映させる責務があることを認識する	2.8±0.5	1.7	98.9	-	0.6	***	0.596**	94.3
47 施策化において人権の保護に配慮する	2.8±0.4	2.3	99.4	-	0.7	***	0.567**	94.8
48 施策化においてリーダーシップを発揮する	2.3±0.7	1.7	89.1	-	0.9	***	0.439**	58.7

②注1 項目困難度:「無回答のもの」、「意味がわからない」の割合が、5%以上の項目を除外
 ③注2 集団分布:「3. 重要である」、「2. やや重要である」の割合が、90%未満の項目を除外
 ④注3 項目間相関:r≥0.7, 「-」相関関係なし, 「+」相関あり一方を除外
 ⑤注4 G-P 分析:尺度総点(4分位)による上位群と下位群の2群間の差の検定
 ⑦注5 自己評価:各項目は、4段階リカート法(できない、ややできない、ややできる、できる)にて把握
 ***: P<0.001 ** : P<0.01

(同②), G-P 分析 (同⑤), I-T 相関 (同⑥) では, 除外基準に該当する項目は無かった。

集団分布 (同③) では, 「7. 首長の方針・考えをふまへ健康課題の解決策を検討する」(89.7%), 「48. 施策化においてリーダーシップを発揮する」(89.1%), 「45. 学会での発表や研修参加など施策化を意識して自己研鑽をする」(85.1%) の3項目を除外した。

項目間相関 (同④) では, 9組18項目間(「19・20」, 「21・22」, 「23・24」, 「29・30」, 「31・32」, 「33・34」, 「35・36」, 「37・38」, 「39・40」の対) に除外基準とした Pearson の相関係数が0.7以上の相関が認められたため, 9項目(「19」, 「21」, 「23」, 「29」, 「31」, 「33」, 「35」, 「37」, 「39」) を除外し, 他方の残した9項目については, 除外した項目内容も含め項目名を修正した。

自己評価における通過率(同⑦)では11項目(「1」, 「2」, 「8」, 「10」, 「15」, 「23」, 「27」, 「37」, 「38」,

「46」, 「47」) を除外した。以上より, 修正版尺度48項目中21項目を項目分析により除外し, 27項目を因子分析の分析対象とすることとした。

3) 因子分析《表3》

尺度試案項目27項目について探索的因子分析(主因子法)を行った。因子数については初期解におけるスクリープロットと固有値を基準にして2・3・4と推定し, 段階的に因子分析(プロマックス回転)を行った結果, 表3のとおり2因子16項目で各因子に含まれる項目の意味内容に矛盾のない解釈可能な最適解を得た。

すなわち第1因子8項目は, 施策化にむけた共通の目的を達成するために, 地域住民や地域組織・地域の関係機関がお互いの役割や専門性を確認しながら平等な立場で連携や協働する項目により構成されていると解釈し, 〈コミュニティパートナーシップ〉と命名した。

また第2因子8項目は, 政策体系の中で, 施策化

表3 行政保健師の施策化能力評価尺度の因子分析

Cronbach の α 係数		第1因子 0.93	第2因子 0.88	全体 0.93
修正版 尺度 番号	項目・[因子名]	[コミュニティ パートナーシップ]	[地域診断 サイクル]	共通性
30	地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化の必要性について合意を得る	0.91	-0.04	0.78
25	住民に施策化の必要性を説明する	0.87	-0.05	0.70
26	地域の関係者・組織・機関に施策化の必要性を説明する	0.81	0.05	0.72
34	地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化における役割を調整する	0.78	0.07	0.68
36	地域住民や地域組織・地域の関係機関が施策化に参加できる機会を平等に提供する	0.76	-0.06	0.51
40	施策の進捗を地域住民や地域組織・地域の関係機関に報告する	0.74	0.01	0.56
18	地域の関係者・組織・機関と解決すべき健康課題を共有する	0.74	0.01	0.56
17	住民と解決すべき健康課題を共有する	0.65	0.05	0.47
12	施策の評価指標を明確にする	-0.02	0.81	0.63
9	福祉・教育・環境など関連分野の施策を理解する	-0.18	0.72	0.38
3	疫学を活用して健康課題を分析する	-0.07	0.70	0.44
4	健康課題を多角的にアセスメントする	0.04	0.69	0.51
13	施策化が必要な根拠を明文化する	0.17	0.64	0.57
6	長期的な見通しをもち健康課題の解決策を検討する	0.10	0.63	0.49
5	行政機関が対応すべき健康課題の優先順位を判断する	0.16	0.62	0.53
43	費用対効果の観点から施策を評価する	0.12	0.42	0.33
累積寄与率		46.7	55.2	
因子間相関 ¹⁾				
第1因子		1.00		
第2因子		0.63**	1.00	
因子全体		0.92**	0.89**	1.00

プロマックス回転により主因子法で因子分析を行い (n=165), 2因子以上に重複した項目を除外。 ** : P<0.01

1) 因子間相関: Pearson の相関係数 (n=163) を算出。

すべき健康課題や優先順位を明確にし、解決策を計画・立案し、実施し、評価し、さらに次の施策につなげるといふ、系統的で循環的な施策過程（プロセス）を構成する項目により構成されていると解釈し、〈地域診断サイクル〉と命名した。

以上より、2因子16項目からなる行政保健師の施策化能力評価尺度（以下、「完成版尺度」とする）が開発された。

4) 行政保健師の施策化能力評価尺度の信頼性の検討《表3》

各因子および尺度全体の Cronbach α 係数を算出した結果、第1因子が0.93、第2因子が0.88、尺度全体が0.93であり、十分な内的整合性をもつと判断された。

5) 行政保健師の施策化能力評価尺度の妥当性の検討《図1、表4》

確認的因子分析の結果、適合度指標はGFI

= .796, AGFI = .731, CFI = .847, RMSEA = .124となっており、先行研究等にみる統計学的な許容水準をやや下回るものであった。しかし、モデル修正の際に参考になる指標である修正指数と改善度を参照し、これら2つが大きな値を示す修正候補に従い、本尺度の項目1と2, 3と4, 9と10, 11と12の間に誤差相関を追加したところ、適合度は、GFI = .889, AGFI = .847, CFI = .956, RMSEA = .068となり、統計学的な許容水準をほぼ満たす値を示し、構成概念の妥当性が確認された。

また、各因子および尺度全体の得点と外的基準としてCMCとのPearsonの相関係数を算出した結果、第1因子0.43、第2因子0.52、尺度全体0.52 ($P < 0.01$)であった。なお、CMCは、経験年数が長くなるほど、また、役職が高くなるほど有意に得点が高くなっていった。また経験年数を3群に分けて比較した結果、年数が多い群ほど得点が高く、有意

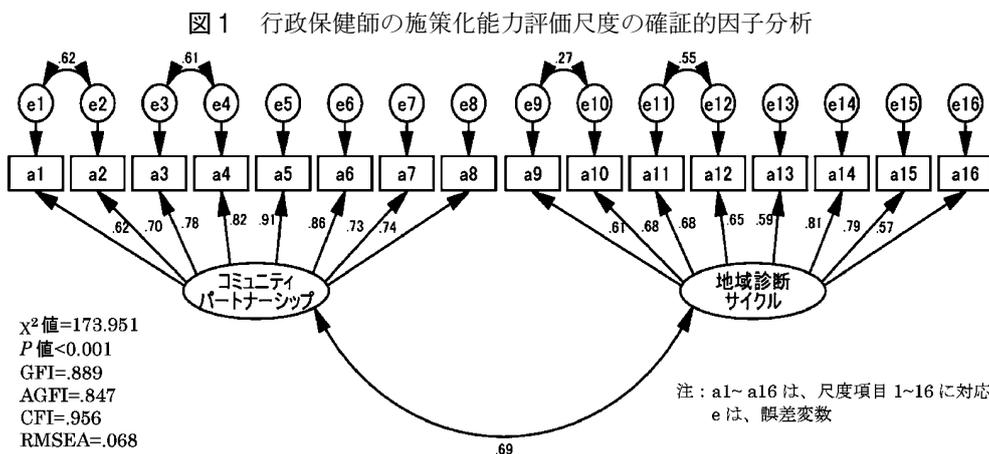


表4 行政保健師の施策化能力評価尺度および2つの下位尺度と基本属性との関連

	尺度全体				第1因子 コミュニティ パートナーシップ				第2因子 地域診断 サイクル			
	n	平均値	標準 偏差	ANOVA P値 多重 比較	n	平均値	標準 偏差	ANOVA P値 多重 比較	n	平均値	標準 偏差	ANOVA P値 多重 比較
全体	165	28.0	8.2		170	13.9	4.8		168	14.0	4.3	
保健師経験年数 ¹⁾	165				170				168			
0-5年	37	23.0	8.6	**	37	10.8	5.1	**	37	12.2	4.4	**
6-10年	27	26.7	7.1	*]	28	13.1	4.7	*]	28	13.5	3.4	*]
11年以上	101	30.2	7.6		105	15.3	4.1		103	14.8	4.3	
職位 ²⁾	164				169				167			
スタッフ・専任職	130	26.3	7.9	**	133	13.1	4.8	**	132	13.3	4.0	**
係長以上	34	34.3	6.6		36	17.3	3.2		35	17.0	4.3	
CMC ³⁾												
合計得点	0.52**				0.43**				0.52**			

*: $P < 0.05$ **: $P < 0.01$

1) 3群以上の平均値の差の検定として、ANOVAを行い、その後の検定として多重比較（Tukey法）を用いた。
 2) 2群間の平均値の差の検定として、t検定を用いた。
 3) 「事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー（CMC）」：Pearsonの相関係数（ $n = 163$ ）を算出した。

表5 行政保健師の施策化能力評価尺度

このスケールは、行政保健師の施策化能力を、自分自身でまたは他者からの立場ではかることにより、よりよい実践を行っていくためのものです。

[ご本人が使用する場合] 次の16項目に関する施策化能力をはかる項目が、どの段階だと感じていますか。

日々の業務を振り返り、該当するレベルの数字に○をつけて下さい。

[他者の立場で使用する場合] はかる方の施策化能力について、どの段階だと思われますか。

□に該当するレベルの数字0~3の数字を記入して下さい。

- レベル0 知識は概ねあるが、技術を得る必要があり、複雑でない状況で時々助言を得て実践する
- レベル1 知識・技術は概ねあるが、複雑な状況で時々助言を得ながら実践する
- レベル2 知識・技術はともにあり、複雑な状況でも根拠に基づく判断で臨機応変に実践する
- レベル3 同僚・後輩に自分の知識・技術を教育的に提供する

因子名	行政保健師の施策化能力評価項目	自己評価				他者評価
		レベル0 できない (点)	レベル1 やや できない (点)	レベル2 やや できる (点)	レベル3 できる (点)	レベル0~3 の数字
[第1因子] コミュニティ パートナー シップ	1 住民と解決すべき健康課題を共有する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	2 地域の関係者・組織・機関と解決すべき健康課題を共有する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	3 住民に施策化の必要性を説明する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	4 地域の関係者・組織・機関に施策化の必要性を説明する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	5 地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化の必要性について合意を得る	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	6 地域住民や地域組織・地域の関係機関と施策化における役割を調整する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	7 地域住民や地域組織・地域の関係機関が施策化に参加できる機会を平等に提供する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	8 施策の進捗を地域住民や地域組織・地域の関係機関に報告する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
[第2因子] 地域診断 サイクル	9 疫学を活用して健康課題を分析する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	10 健康課題を多角的にアセスメントする	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	11 行政機関が対応すべき健康課題の優先順位を判断する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	12 長期的な見通しをもち健康課題の解決策を検討する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	13 福祉・教育・環境など関連分野の施策を理解する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	14 施策の評価指標を明確にする	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	15 施策化が必要な根拠を明文化する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
	16 費用対効果の観点から施策を評価する	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
合計						
総合点		<input type="checkbox"/> /48 点				<input type="checkbox"/> /48点

な差がみられた ($P < 0.05$)。また、職位についてスタッフと係長以上に分けて比較した結果、役職があるものほど得点が高く、有意な差が認められた ($P < 0.01$)。

6) 行政保健師の施策化能力評価尺度《表5》

本研究で開発した完成版行政保健師の施策化能力評価尺度を表5に示す。本尺度は、コミュニティパートナーシップと地域診断サイクルの2因子16項目をもって評価する。評価は「できない=0点」, 「ややできない=1点」, 「ややできる=2点」, 「でき

る=3点」の4件法である。なお、自己評価だけでなく、今後は、他者評価にも活用できるよう、記載欄を設けた。尺度の合計は48点満点であり、点数が高くなるほど施策化能力が高いことを示唆する。

IV 考 察

本調査は、A市保健師全数を対象とした調査で、類似の研究^{22,23)}の回収率とほぼ同等であった。また、本調査の平均年齢40.4歳は、保健師の活動基盤に関する基礎調査³⁰⁾の回答者全体の平均年齢40.7歳

とはほぼ等しかった。以上より、母集団である行政保健師としての代表性はあったと考える。

尺度の信頼性について、各因子および尺度全体の Cronbach α 係数より、十分な内的整合性がみられた。探索的因子分析により想定された2因子16項目の尺度に対し、確認的因子分析を行った結果、4つの項目間に誤差相関が認められた。これは、それぞれの項目間の類似性から説明が可能であり、本尺度の構成概念妥当性が確認された。また CMC や経験年数、役職との関連性の検討からは、尺度の妥当性が確認された。本研究で作成した尺度は、行政保健師の施策化能力を評価するために十分な信頼性と妥当性を有する有効な尺度であると判断された。

尺度の第1因子〈コミュニティパートナーシップ〉は、施策化においてコミュニティメンバーと協働する項目から構成されていると考えられ、地域住民らとパートナーシップの関係を保っていくと捉えることができる。第1因子を構成する8項目の実践は、「共有する」、「説明する」、「合意を得る」等であり、行政保健師が施策化していく際には、いかに行政保健師が地域を巻き込みながら施策化していけるかが重要であると捉えることができる。施策化能力を向上させるためには、意識的に地域住民等とパートナーシップを築き住民参加を促すことが重要である。既存文献では、行政保健師が施策化時に地域住民や地域組織・地域の関係機関の関わりを記したものは見当たらなかった。すなわち地域住民等とのパートナーシップを築いていくという概念とその内容は、本研究における新たな知見である。

また、第2因子〈地域診断サイクル〉は、保健師が行う基本的な保健活動、つまり、健康課題の実態を把握し、地域において取り組むべき健康課題の明確化（地域診断）に基づく、Plan-Do-See のプロセスや PDCA サイクルによって説明ができる。また、これらは、政策・施策・事業の形成過程²⁶⁾と類似しており、自治体の政策形成能力を反映した項目であるとも考えられ、行政職員としての専門能力を表現する項目が含まれていた。このことは、地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書³¹⁾において指摘された地域保健従事者における、行政能力の必要性と合致していた。

今後、本尺度を現任教育時の施策化能力の評価や能力開発として OJT（職場内訓練）に生かすことにより、行政保健師の施策化能力の向上に貢献できると思われる。また一人ひとりの施策化能力が向上し、より地域の実態に即した施策を展開することにより地域住民や地域全体の健康に貢献し得る。

本研究からの課題は、各得点の水準や評価方法等

のさらなる検討であろう。施策化能力は今日の時代や社会背景に対応する能力であり、今後もそれらの変化にともない施策化能力の評価内容等の変化が考えられるため、社会背景等を反映した評価尺度の改訂版を作成していくことも必要である。また、本尺度の自他相互評価への活用に向け、他者評価結果との比較検討の上、信頼性と妥当性を検討することが必要である。さらに、経験年数や役職により施策に関わる状況が異なり、施策化能力のレベルの差異が考えられるため、施策化能力におけるキャリアラダーの作成やキャリア年数別の評価尺度も必要と考える。

本研究の限界は、まず、調査対象者が A 市に勤務する保健師のみである点であり、全数を対象に一定の回収率を得た標本ではあるが、一般化には注意を有する。次いで、自己評価による能力査定は、専門職としての振り返りを可能とする利点もある一方、自己評価の信頼性・妥当性には限界があり、多面的な評価の必要性がある。しかしながら本研究は、これまで十分に明らかにされてこなかった行政保健師の施策化能力の構成概念を明らかにするとともに、それらに基づき、評価尺度を開発し、信頼性ならびに妥当性を検証したところに独創性を有している。本尺度によって行政保健師の施策化能力を評価するとともに、地域社会や時代のニーズに応じた保健活動にむけてより能力を高められるよう方策を検討することにも貢献し得る実践の有用性を有した意義ある研究結果であると考えられる。

本研究に快くご協力を賜りました A 市人材育成担当保健師様、調査にあたりご多忙中、ご協力いただきました A 市保健師の皆様へ深く感謝致します。また、研究の過程において、貴重なご助言を賜りました横浜市立大学大学院医学研究科地域看護学教室 臺有桂准教授、有本梓准教授、今松有紀助教、田口理恵 共立女子大学教授にも御礼申し上げます。

なお本論文の一部は、横浜市立大学大学院医学研究科（地域看護学分野）に提出された修士論文である。

（受付 2013. 4. 8）
採用 2014. 3. 24）

文 献

- 1) 厚生労働省健康局長. 地域における保健師の保健活動について（通知）. 健発第1010003, 2003.
- 2) 厚生労働省健康局総務課保健指導官. 地域における保健師の保健活動指針について（事務連絡）. 2003.
- 3) 厚生労働省健康局長. 地域における保健師の保健活動について（通知）. 健発0419第1, 2013.
- 4) 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.
- 5) 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄. 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証: 保健師の全国調査結果から. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55(9): 629-639.
 - 6) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2009; 56(6): 391-401.
 - 7) 岡本玲子, 岩本里織, 塩見美抄, 他. 保健師の専門性発展力尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57(5): 355-365.
 - 8) Quad Council of Public Health Nursing Organizations. Quad Council Competencies for Public Health Nurses, Summer 2011. 2011. http://www.resourcenter.net/images/ACHNE/Files/QuadCouncilCompetenciesForPublicHealthNurses_Summer2011.pdf (2014年2月23日アクセス可能)
 - 9) ライル・M. スペンサー, シグネ・M. スペンサー. コンピテンシー・マネジメントの展開(完訳版) [Competence at Work: Models for Superior Performance] (梅津祐良, 成田 攻, 横山哲夫, 訳). 東京: 生産性出版, 2011; 3.
 - 10) ライル・M. スペンサー, シグネ・M. スペンサー. コンピテンシー・マネジメントの展開(完訳版) [Competence at Work: Models for Superior Performance] (梅津祐良, 成田 攻, 横山哲夫, 訳). 東京: 生産性出版, 2011; 12-19.
 - 11) 村山正子, 丸山美知子, 山崎京子, 他. 保健婦の保健計画・施策化能力の育成に関する研究: 能力を構成する要素とその現任教育の必要性. 保健婦雑誌 1998; 54(3): 220-228.
 - 12) 村山正子, 丸山美知子, 山崎京子, 他. 保健婦の保健計画・施策化に関する指導方法の開発・指針作成. 平成11年度厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業) 報告書 地域保健における保健婦の機能・役割と資質向上に関する研究(主任研究者 丸山美知子) 2000.
 - 13) 細谷紀子. 市町村中堅保健師が獲得している施策化に関わる技術・能力とその獲得に影響を与えた経験の特徴. 千葉看護学会誌 2009; 15(2): 9-17.
 - 14) 細谷紀子, 大室律子, 丸山美知子, 他. 保健医療福祉政策の転換期における保健師の施策化に関する実践知: 市町村保健師の経験からの考察. 千葉看護学会誌 2007; 13(2): 1-9.
 - 15) 平野かよ子. 公衆衛生専門職のコンピテンシー 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 2006; 55(2): 128-132.
 - 16) 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 他. 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌 2007; 9(2): 60-67.
 - 17) 野中茂子, 松田正己. 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; 65(6): 484-492.
 - 18) 大野絢子, 佐藤由美, 森 陽子, 他. 保健婦に求められる能力とその育成課題. The Kitakanto Medical Journal 2000; 50(4): 367-380.
 - 19) 大倉美佳. 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究: デルファイ法を用いて. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(12): 1018-1028.
 - 20) 平野美千代, 佐伯和子. 10年目の保健所保健師に求められる実践能力レベル: 保健師と事務系職員による所属別回答比較. 日本地域看護学会誌 2009; 11(2): 59-67.
 - 21) 厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (2014年2月23日アクセス可能)
 - 22) 石崎順子, 関 美雪, 頭川典子. 保健師の保健計画・施策化能力: 新任保健師の住民ニーズの把握に関する能力. 埼玉県立大学紀要 2007; 9: 47-53.
 - 23) 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. 埼玉県立大学紀要 2007; 9: 35-39.
 - 24) 高嶋伸子, 古川文子, 辻よしみ, 他. 保健師の施策化に関する取り組み特性. 日本地域看護学会誌 2008; 11(1): 39-45.
 - 25) 西尾 勝. 行政学(新版). 東京: 有斐閣, 2012; 245-250.
 - 26) 真山達志. 政策形成の本質: 現代自治体の政策形成能力. 東京: 成文堂, 2001; 41-89.
 - 27) ユージン・バーダック. 政策立案の技法: 問題解決を「成果」に結び付ける8つのステップ: カリフォルニア大学バークレー校公共政策大学院の奥義 [A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving] (白石賢司, 鍋島学, 南津和広, 訳). 東京: 東洋経済新報社, 2012; 10-90.
 - 28) 藤原啓子, 倉岡有美子, 麻原きよみ. 横浜市の人材育成キャリアラダー開発の試みとその意義: 「対人援助職」としての成長を見える化. 保健師ジャーナル 2012; 68(9): 780-791.
 - 29) ピーター・M. フェイヤーズ, デビッド・マッキン. QOL 評価学: 測定, 解析, 解釈のすべて [Quality of Life: Assessment, Analysis, and Interpretation] (福原俊一, 数間恵子, 訳). 東京: 中山書店, 2011; 87-110
 - 30) 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> (2014年4月28日アクセス可能)
 - 31) 厚生労働省. 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書. 2003. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0715-2b.html> (2014年2月23日アクセス可能)

Development of a scale measuring the competences of public health nurses in public health policy in Japanese administrative agencies

Yuriko SUZUKI* and Etsuko TADAKA^{2*}

Key words : Public health nurse, competency to make public health policy, scale development, community, public health

Objectives There is an urgent need to build healthy communities and increase the public health nursing capacity to solve the complex and diverse health problems in modern society. The purpose of this study was to develop a scale called the Competences of Public health nurses in Public health policy (hereinafter referred to as the CPP scale), and to test the reliability and validity of the scale.

Methods A literature review, individual qualitative interviews with five expert public health nurses, and surveys of all public health nurses in the local governments in one ordinance-designated city in Japan ($n = 460$) were conducted.

Results A factor analysis of the results showed that the CPP scale contained two factors and 16 items: the first factor was “Community Partnership,” and the second factor was “Community Nursing Diagnosis Cycle.”

Confirmatory factor analysis for the CPP scale demonstrated high fit indices (GFI = .889, AGFI = .847, CFI = .956, RMSEA = .068). The Cronbach’s α coefficient of the scale was 0.93, and the scale scores were significantly correlated with the standardized scale, the Competency Measurement of Creativity ($r = 0.52$, $P < 0.01$).

Conclusion It was concluded that the CPP scale had sufficient reliability and validity to assess the competency of public health nurses in forging public health policy.

* Totsuka Public Health and Welfare Center, Yokohama City

^{2*} Department of Community Health Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University