

## 保健活動の必要性を見せる行動尺度の開発

オカモト レイコ ハトノ ヨウコ コイデ ケイコ ナガノ フサミ  
 岡本 玲子\* 鳩野 洋子<sup>2\*</sup> 小出 恵子\* 長野扶佐美<sup>3\*</sup>  
 イワモト サオリ クサノ エミコ  
 岩本 里織<sup>4\*</sup> 草野恵美子<sup>5\*</sup>

**目的** 質の高い保健活動を展開するために、保健師等の公衆衛生専門職は、健康課題の存在を根拠に基づいて系統的に見せる能力を高め、上司や住民などの意思決定を導く必要がある。本研究の目的は、保健活動の必要性を見せる行動尺度を開発し、信頼性と妥当性を検討することである。

**方法** 原案20項目は、文献検討と研究者間の協議により作成され、予備調査を経て修正された。調査対象は無作為抽出した全国の保健所・保健センターに勤務する常勤保健師であり、調査方法は郵送による自記式質問紙調査である。倫理的配慮は文書で説明し、調査票の回収を持って同意を得たものとした。研究計画は所属大学倫理委員会の承認を得た。

**結果** 調査票の配布数は1,615、回収数1,088 (67.4%)、うち有効回答1,035 (64.1%)であった。項目分析の結果1項目を削除し、19項目に探索的および確認的因子分析を行ったところ、4因子の最適解を得た。因子は「健康課題の存在を見せる」、「健康課題の根拠を見せる」、「解決を要する実態を見せる」、「解決の優先度を見せる」と命名された。クロンバック $\alpha$ 係数は尺度全体で0.948であり、各因子も0.85以上であり内的整合性が確認された。関連概念を測定する他の3尺度との相関係数は0.6~0.8であり1%水準の有意差がみられ、基準関連妥当性が確認された。既知グループとして用いた保健師経験年数、役職においては、高次の群になるにつれて本尺度の得点が上昇しており、最下位群と上位2群間に有意な差があった。

**結論** 結果より、本尺度は、保健活動の評価尺度として一定の信頼性、妥当性を有していることが確認された。

**Key words** : 尺度開発, 保健活動 健康課題, 意思決定, 能力評価, 保健師

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(6): 271-280. doi:10.11236/jph.62.6\_271

### I 緒 言

保健師が直面する健康課題は、虐待や自殺、健康危機、生活習慣病など幅広く、これらに対応するために、保健師には高い実践能力が求められている<sup>1)</sup>。とりわけ、健康課題の解決にむけて保健活動を展開するには、その必要性を上司や住民にみせて、起案から計画、予算化への意思決定を導く必要があり、その最初の段階である「活動の必要性を根拠に基づいて見せる」能力は、先行研究においても

保健師がとくに強化すべき能力として抽出されている<sup>2)</sup>。

しかし、保健活動の必要性を見せる能力が低いという実態は、保健師を対象とした複数の調査で報告されている。今とくに強化が必要な行政保健師の専門能力11項目について、6段階の到達度で自己評価を求めた調査では<sup>3)</sup>、第5・6段階の到達に至った者が1割にも満たなかった項目に「活動の必要性を見せる能力(7.4%)」があった。経験年数が多いほど高位の到達度に至る者の割合は上がっていたものの、この項目については、最も経験年数の高い26年以上群でも6段階と回答した者がわずか1.0%であった。また、保健師の専門職業能力に関する調査<sup>4)</sup>においても、保健活動の必要性を見せることに関連する「施策立案」および「情報を資料に加工する」能力について、十分あると回答した者が順に16.6%、17.3%と低かった。

\* 岡山大学大学院保健学研究科

<sup>2\*</sup> 九州大学大学院医学研究院

<sup>3\*</sup> 元岡山大学大学院保健学研究科博士前期課程

<sup>4\*</sup> 徳島大学大学院医歯薬学研究部

<sup>5\*</sup> 大阪医科大学看護学部

責任著者連絡先: 〒700-8558 岡山市鹿田町二丁目5番1号

岡山大学大学院保健学研究科 岡本玲子

これらのことから、保健師には保健活動の必要性を見せる能力が求められているものの、その能力が十分ではないという現状の課題があることがわかった。これを解決するには、まずこの能力がどのような行動で構成されているかを具体的に明確にすること、およびその具体的な行動を包括的に含む尺度を作成し、自己点検と能力開発に活かすことが求められる。

そこで本研究の目的は、保健師による「保健活動の必要性を見せる」部分の能力を構成する行動を明確にし、その能力を測定する尺度を開発することとした。本研究の意義は、基礎教育や職場内外での研修や訓練において、本研究で開発した尺度を能力評価に活用できることである。開発の目的は保健師の能力開発であるが、地域の健康課題解決に向けた保健活動を協同で展開する公衆衛生専門職にも活用可能性がある。

## II 研究方法

### 1. 項目原案の作成

#### 1) 「保健活動の必要性を見せる行動」の定義

「保健活動の必要性を見せる」とは、保健活動の展開過程でいうと、計画 Plan・実施 Do・評価 Check・改善 Act (以下 PDCA) の P の発端の部分、つまり解決を要する健康課題とその優先度を示す過程にあたる。これは、健康課題の解決を目的として、保健活動の起案から計画、予算化の意思決定を導く過程の最初の部分である。

本稿における「保健活動」とは、自治体や組織において予算を投じて行われる健康増進活動全般を指し、多様な領域の保健事業も含む広義の意味とした。「保健活動の必要性を見せる行動」とは、(1)健康課題の存在とその根拠が見える形にして示す行動と、(2)その健康課題を解決する必要性と優先度を説明する行動の範囲とした。本稿における「見せる」とは、記述や図表で質的・量的に見える形にして示す行動、およびそれを言葉で説明する行動を包含し、見せる対象は上司や住民など保健活動の意思決定に関わる者である。

#### 2) 項目収集と検討

項目収集は、定義の意味の範囲に沿って、既存の保健活動論の記述<sup>5~9)</sup>をもとに、保健活動に関する教育・研究に20年以上の経験を持つ2人の研究者が行った。それらを統合し、内容の重複を除き文言を整えた17項目を、2008年10月から2010年9月に6グループ19人に実施した保健師の能力開発プログラム<sup>10)</sup>において、個人差はあるものの、アセスメントの方法や根拠に基づく説明等に関する前後の自己評

価に変化があることを確認した。しかし、参加者5人と共同研究者4人に意見を求めたところ、当初評定尺度を3段階(○△×)としていたため「該当する段階を選びにくい」、および「項目の抽象度が高く参加者による理解のばらつきがある」などの課題があがった。このため原案作成においては、評定尺度を6段階に変更し、項目の内容をより具体的な行動で表現するよう検討した。抽象度の高い内容については複数の内容に分けて表した。これら一連の手続きによって原案の内容的妥当性を確保した。

項目の原案は、「保健活動の必要性を見せる行動」のうち、(1)健康課題の存在とその根拠が見える形にして示す行動としては、①健康課題が背景要因とともに系統的に明確化されていることを示す4項目、②健康課題が存在する根拠を量的・質的に資料化する6項目に整理された。(2)その健康課題を解決する必要性と優先度を説明する行動としては、③健康課題の解決の必要性を説明する4項目、④健康課題の優先度を説明する4項目、⑤住民や関係機関・関係者に理解を得る2項目にそれぞれ整理され、合わせて5分類20項目となった。

### 2. 調査方法

#### 1) 対象

調査対象は、全国の自治体より無作為に抽出された施設に常勤する保健師全員である。保健師が勤務する施設のサンプリングは、全国保健師長会名簿(許可を得て使用)と全国市町村要覧2009を用いて、地域や保健師の勤務先に偏りがなく1,500人を目安に抽出されるように層化多段抽出を行った。具体的には、まず平成21年度の保健師活動領域調査の常勤保健師数より、都道府県、保健所政令市・特別区(以下保健所政令市等)、市町村の割合を算出し(順に16%、24%、60%)、その種別の抽出対象数を決定した。さらに都道府県別に種別の保健師割合を算出し、都道府県毎の種別の抽出対象数を決定し、その数に達するまで施設の無作為抽出を行った。この際、各施設の保健師数は、都道府県と保健所政令市等では1施設の平均就業者数、市町村では保健師1人あたりの人口に応じて概算して当てはめた。

#### 2) 方法・期間

調査方法は無記名の自記式質問紙調査であり、調査期間は平成22年11月から12月であった。調査票は調査施設の保健師代表者宛てに郵送し、所属長と保健師代表者宛ての依頼文にて、常勤の保健師に調査協力依頼文書、倫理的配慮の説明文書、調査票および返送用封筒を配布するよう求めた。調査票の回収は、調査対象に個別返送するよう求め、調査票の返送をもって承諾とみなすこととした。

### 3) 調査内容

調査内容は、対象の属性（性別、年齢、最終学歴、保健師経験年数、役職、所属の設置主体と所在する都道府県）、および保健活動の必要性を見せる行動尺度（Action Scale to Show the Necessity of Healthcare-activities, 以下SNH）原案20項目、基準関連妥当性の検討に用いる3種類の尺度、保健活動の成果をみせる行動実践尺度（Scale of Action Implementation to Show Results of Healthcare-activities, 以下SRH）<sup>11)</sup>、公衆衛生基本活動遂行尺度（Scale for Basic Action for Public Health, 以下BAPH）<sup>12)</sup>、保健師の事業・社会資源創出コンピテンシー評価尺度（Competency Measurement of Creativity for public health nurse, 以下CMC）<sup>13)</sup>であった。

SNHの設問は「この1年間、保健師として行っている担当業務や地区活動において、あなたはどの程度、次の仕事を実施していますか。本来そうあるべきという到達点を10割として、該当する番号に○をつけてください」とし、評定尺度は、「全くそうでない」、「二割くらいそうである」、「四割くらいそうである」、「六割くらいそうである」、「八割くらいそうである」、「ほとんど十割そうである」の6段階を設け、順に0から5点を配した。

SRH18項目(0~90点)、BAPH12項目(0~60点)、CMC16項目(0~80点)は、6段階(0~5点)のリッカートスケールを用いる信頼性・妥当性が検討された尺度である。SRHは活動の成果を見せるための「根拠に基づく評価方法の探索行動」と「評価のための自らの実践行動」、BAPHは公衆衛生の基本となる行動である「アクセスと公平性の促進」や「サービスの質と量の評価」、「健康危機への予防的対応」、CMCは事業や社会資源の「創出の必要性の把握」と「創出の推進と具現化」、「創出に向けた協同」を測定する。いずれもPDCA展開における評価から計画に至る過程の判断や行動を含み関連概念を測定することから外的基準になると判断した。

### 4) 分析方法

項目分析においては、平均値と標準偏差より天井効果・床効果の有無を確認し、Good-Poor分析(以下GP分析)、項目と尺度間Item-Totalの相関分析(以下IT分析)、当該項目を削除した場合のクロンバック $\alpha$ 係数、項目間の相関分析により項目採用の是非を検討した。

尺度の構成概念妥当性(因子妥当性)は探索的因子分析と確認的因子分析により検討した。信頼性は尺度全体と下位尺度についてクロンバック $\alpha$ 係数により内的整合性を検討した。基準関連妥当性(併

存妥当性)は、先述した3つの尺度との相関係数を算出して検討した。また、既知の特性によって差が出るのが予想される複数のグループについて、区別できる程度を検討する既知グループ法を用いて構成概念妥当性の検討を行った。既知グループ法では、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<sup>3,12~14)</sup>、経験年数と役職の群別分析を行った。解析にはSPSS Statistics 21(Amosを含む)を用い、有意水準は5%(両側)とした。

### 5) 倫理的配慮

本研究は岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承認を得て行った(M10-06, 2010年5月18日)。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載した依頼文を用い、調査票の返送をもって同意とみなすことを明示した。倫理的配慮としては、調査協力の自由、プライバシーおよび個人情報の保護、調査票記載に要する労力と時間、データの管理方法と結果の公表方法について明記した。

## III 研究結果

### 1. 調査票の回収状況と対象の属性

調査票の配布数は1,615、回収数は1,088(回収率67.4%)であり、うち有効回答は1,035(有効回答率64.1%)であった。施設の所在地は全都道府県が含まれていた。

対象の属性は表1のとおりである。性別は男性が10人(1%)と大部分が女性であり、平均年齢41.7歳(標準偏差9.9, 範囲22~60)であった。保健師経験年数は、平均17.8年(標準偏差10.1, 範囲1~38)であった。役職は、スタッフが365人(35.3%)と最も多く、主任・主査が合わせて349人(33.7%)、係長以上は合わせて321人(31.0%)であった。所属の設置主体は、都道府県168人(16.2%)、保健所政令市等300人(29.0%)、市町村567人(54.8%)であった。

### 2. 評価尺度の作成

#### 1) 項目分析

原案20項目への回答は、最小値0点から最大値5点の範囲にあり、平均値は1.5~2.9点、標準偏差は1.25~1.51であり、平均値±標準偏差が最大値または最小値を超える項目はなく天井効果と床効果はみられなかった(表2)。各項目の平均点を基準として上位群と下位群に分けGP分析を行った結果、20項目すべてにおいて1%水準で有意差が見られた。正規P-Pプロットにより全項目の正規性が確認された。

表1 対象の属性

		N = 1,035	
属性		人	(%)
性別	男性	10	( 1.0)
	女性	1,016	(98.2)
	未記入	9	( 0.9)
年齢		41.7 ± 9.9	(22~60)
	20歳代	145	(14.0)
	30歳代	287	(27.7)
	40歳代	315	(30.4)
	50歳代以上	266	(25.7)
	不明	22	( 2.1)
最終学歴	専門学校	637	(61.5)
	短期大学専攻科	139	(13.4)
	大学	240	(23.2)
	大学院	19	( 1.8)
保健師経験年数		17.8 ± 10.1	(1~38)
	0~5年	163	(15.7)
	6~15年	288	(27.8)
	16~25年	300	(29.0)
	26年以上	284	(27.4)
役職	スタッフ	365	(35.3)
	主任	169	(16.3)
	主査	180	(17.4)
	係長	169	(16.3)
	課長補佐	112	(10.8)
	課長以上	40	( 3.9)
所属の設置主体	都道府県	168	(16.2)
	保健所政令市等*	300	(29.0)
	市町村	567	(54.8)

表中年齢、保健師経験年数は平均値±標準偏差（範囲）を示した

\* 保健所政令市等とは、保健所政令市・特別区を指す

IT分析において各項目と尺度全体の相関係数は0.593~0.787と低い値ではなかった。各項目を除外した場合のクロンバック $\alpha$ 係数は0.948~0.951と高く内的整合性を脅かす項目はなかった。項目間相関では、0.8以上の相関係数が3対の項目間にみられた（2~3間0.803, 11~12間0.894, 17~18間0.839）。この3対は当初設定した①~⑤の同じ分類にそれぞれ属しており、相関の高さが想定されたため、削除項目の選定においては、意味内容の独立性という点から吟味した。その結果、項目2と3は、アセスメントの対象が順に集団/組織、地域と明らかに異なっていた。また項目11と12は、説明する内容が順に現実に生じている健康課題、予測される健康課題と明らかに異なっていた。一方項目17と18

は、健康課題の解決可能性と、計画の実現可能性という両者の言葉の違いが、この項目を読むだけでは理解が難しく、本項目単独で行動の点検に用いる際にも支障があると考えられた。これより項目17を削除し、19項目で信頼性と妥当性を検討することとした。

## 2) 信頼性と妥当性

尺度得点合計の平均は45.1点、標準偏差は18.53、最小値・最大値は0~95点の範囲であり、正規P-Pプロットにより正規性が確認された。尺度全体の信頼性について、クロンバック $\alpha$ 係数は0.948であり内的整合性が確認された。

尺度の構造を確認するために探索的因子分析（アルファ因子法、直接オブリミン回転）を行ったところ4因子の最適解が抽出された（表3）。尺度全体の共通性は0.387~0.885、因子負荷量（絶対値）は0.357~0.969の範囲と高く、他の因子にまたがって因子負荷量の高い項目はなかった。累積寄与率は65.8%、因子間相関は0.574~0.738であった。因子毎のクロンバック $\alpha$ 係数は順に0.915, 0.876, 0.859, 0.899であり高い内的整合性を示した。各因子に属する項目の内容を読み取り、因子名を順に「解決の優先度を見せる」、「健康課題の根拠を見せる」、「健康課題の存在を見せる」、「解決を要する実態を見せる」とした。先述した原案5分類のうち、④と⑤が統合され4因子となり、19項目のうち15項目（78.9%）が元の分類に収まり、4項目が隣接する分類に位置づいた。

確認的因子分析を行ったところ、適合度はGFI = .826, AGFI = .774, CFI = .883, RMSEA = .108と十分な適合が見られなかった。そこで修正指標と改善度の値が大きかった5つの誤差間に共分散を追加し、同様に2組の因子と項目間にパスを追加したところ、適合度はGFI = .914, AGFI = .883, CFI = .951, RMSEA = .072と許容できる水準に達し、構成概念妥当性が確認された（図1）。

基準関連妥当性の検討において、SNHとSRH, BAPH, CMCの尺度得点合計の相関係数は順に0.806, 0.649, 0.596であり有意な相関がみられた。SNHの因子ごとにも同様に各々の尺度と有意な相関がみられた（表4）。

既知グループとの関連では、保健師経験年数および役職において、高次の群になるにつれ得点が高く、多重比較では0~5年群と16~25年・26年以上群間、スタッフとそれ以上の2群間に有意な差が見られた（表5）。

表2 保健活動の必要性を見せる行動項目原案の平均値・標準偏差・度数分布

N = 1,035

項 目	合 計 平均値 ± 標準偏差	度 数 分 布						ほとんど十割 そうである 人 (%)
		全く そうでない 人 (%)	二割くらい そうである 人 (%)	四割くらい そうである 人 (%)	六割くらい そうである 人 (%)	八割くらい そうである 人 (%)		
1. 個人/家族の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	2.9±1.31	66( 6.4)	112(10.8)	177(17.1)	308(29.8)	303(29.3)	69( 6.7)	
2. 集団/組織の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	2.5±1.28	99( 9.6)	145(14.0)	232(22.4)	341(32.9)	189(18.3)	29( 2.8)	
3. 地域の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	2.3±1.30	110(10.6)	186(18.0)	241(23.3)	295(28.5)	178(17.2)	25( 2.4)	
4. アセスメントで明確になった健康課題の原因や背景要因の関連を図表化した資料を示す	2.0±1.36	175(16.9)	241(23.3)	226(21.8)	235(22.7)	135(13.0)	23( 2.2)	
5. 経年的な推移を数値や分布で示す資料を作成する	2.6±1.44	97( 9.4)	181(17.5)	197(19.0)	229(22.1)	262(25.3)	69( 6.7)	
6. 国・都道府県・市町村・担当地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する	2.2±1.45	161(15.6)	201(19.4)	214(20.7)	227(21.9)	190(18.4)	42( 4.1)	
7. 管轄の複数の地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する	1.9±1.47	242(23.4)	212(20.5)	192(18.6)	213(20.6)	148(14.3)	28( 2.7)	
8. 費用対効果を予測し算出した資料を作成する	1.5±1.38	321(31.0)	261(25.2)	172(16.6)	177(17.1)	90( 8.7)	14( 1.4)	
9. 家庭訪問や面接事例の実態から説明する資料を作成する	2.4±1.51	154(14.9)	185(17.9)	172(16.6)	248(24.0)	210(20.3)	66( 6.4)	
10. 地域に出て住民から聴取した情報から説明する資料を作成する	2.2±1.46	184(17.8)	196(18.9)	177(17.1)	269(26.0)	170(16.4)	39( 3.8)	
11. 記録や資料を根拠に現実に生じている健康課題を説明する	2.7±1.31	74( 7.1)	144(13.9)	189(18.3)	323(31.2)	251(24.3)	54( 5.2)	
12. 記録や資料を根拠に予測される健康課題を説明する	2.6±1.34	89( 8.6)	146(14.1)	198(19.1)	316(30.5)	237(22.9)	49( 4.7)	
13. 記録や資料を根拠に健康格差・不平等の実態を説明する	1.7±1.40	272(26.3)	226(21.8)	201(19.4)	215(20.8)	104(10.0)	17( 1.6)	
14. 地区や業務の担当者としての実感や経験から健康課題を説明する	2.9±1.26	37( 3.6)	129(12.5)	161(15.6)	316(30.5)	312(30.1)	80( 7.7)	
15. 健康課題の広がり・深刻さ・緊急性から優先度を説明する	2.9±1.27	41( 4.0)	136(13.1)	169(16.3)	311(30.0)	307(29.7)	71( 6.9)	
16. 健康格差・不平等の実態から優先度を説明する	2.1±1.37	161(15.6)	202(19.5)	221(21.4)	271(26.2)	158(15.3)	22( 2.1)	
17. 健康課題の解決可能性から優先度を説明する	2.6±1.30	77( 7.4)	162(15.7)	214(20.7)	300(29.0)	244(23.6)	38( 3.7)	
18. 計画の実現可能性から優先度を説明する	2.6±1.27	71( 6.9)	142(13.7)	214(20.7)	312(30.1)	263(25.4)	33( 3.2)	
19. 健康課題の解決が人々にもたらす利益（または未解決による不利益）を説明する	2.6±1.27	66( 6.4)	156(15.1)	238(23.0)	303(29.3)	234(22.6)	38( 3.7)	
20. 説明した対象（上司、関係者、住民等）の健康課題の解決・改善に向けた活動の必要性に関する理解を確認する	2.7±1.25	59( 5.7)	144(13.9)	218(21.1)	331(32.0)	241(23.3)	42( 4.1)	

## Ⅳ 考 察

### 1. データの適切性、および信頼性と妥当性の検討

本調査の対象は無作為抽出した保健所・保健セン

ターの常勤保健師であり、回収率が67.4%と高く、有効回答も1,035と分析に十分な数が得られた。対象の平均年齢は41.7歳であり、平成22年度の国の衛生行政報告・就業保健師年齢階級別統計（大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室）から

表3 保健活動の必要性を見せる行動尺度の探索的因子分析

N = 1,035

		因子 負 荷 量				
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
解決の優先度を見せる	14. 地区や業務の担当者としての実感や経験から健康課題を説明する	.717	-.091	.094	-.054	.583
	15. 健康課題の広がり・深刻さ・緊急性から優先度を説明する	.916	-.096	.035	.038	.720
	16. 健康格差・不平等の実態から優先度を説明する	.855	.059	-.047	.097	.626
	18. 計画の実現可能性から優先度を説明する	.969	-.035	-.017	.127	.707
	19. 健康課題の解決が人々にもたらす利益（または未解決による不利益）を説明する	.722	.045	-.079	-.119	.643
	20. 説明した対象（上司、関係者、住民等）の健康課題の解決・改善に向けた活動の必要性に関する理解を確認する	.700	.041	-.035	-.108	.631
健康課題の根拠を見せる	4. アセスメントで明確になった健康課題の原因や背景要因の関連を図表化した資料を示す	-.047	.505	.314	-.106	.598
	5. 経年的な推移を数値や分布で示す資料を作成する	.005	.806	.025	.045	.632
	6. 国・都道府県・市町村・担当地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する	-.042	.961	-.029	.034	.807
	7. 管轄の複数の地区の状況を数値や分布で比較する資料を作成する	.003	.802	-.011	-.041	.681
	8. 費用対効果を予測し算出した資料を作成する	.119	.412	.003	-.157	.387
健康課題の存在を見せる	1. 個人/家族の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	.052	-.166	.624	-.200	.513
	2. 集団/組織の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	.018	.036	.967	.088	.885
	3. 地域の健康課題の明確化において根拠のある方法論に基づいてアセスメントした記録を示す	.006	.254	.749	.075	.750
解決を要する実態を見せる	9. 家庭訪問や面接事例の実態から説明する資料を作成する	-.045	-.076	.018	-.848	.606
	10. 地域に出て住民から聴取した情報から説明する資料を作成する	-.077	.029	.021	-.858	.691
	11. 記録や資料を根拠に現実に生じている健康課題を説明する	.029	.037	-.032	-.829	.730
	12. 記録や資料を根拠に予測される健康課題を説明する	.041	.034	-.051	-.839	.740
	13. 記録や資料を根拠に健康格差・不平等の実態を説明する	.293	.257	-.082	-.357	.573
累積寄与率 (%)		50.6	57.1	62.1	65.8	
因子間相関 第1因子		1.000				
第2因子		.613	1.000			
第3因子		.574	.588	1.000		
第4因子		.738	.656	.616	1.000	

項目間相関と意味内容の検討より「17. 健康課題の解決可能性から優先度を説明する」を削除  
アルファ因子法・直接オブリミン回転

概算した平均年齢40.8歳ともほぼ等しく、母集団の代表性を確保していると考えられた。

信頼性について、SNHの内的整合性は尺度全体と下位尺度ともに高く、本尺度の信頼性が確認された。また、3つの関連尺度得点との間に有意な正の

相関がみられたことから、SNHの基準関連妥当性（併存妥当性）が確認された。探索的因子分析と確認的因子分析によって、当初の5分類のうち二つが統合された4因子からなるSNHの構成概念妥当性（因子妥当性）が確認された。既知グループとの関

図1 保健活動の必要性を見せる行動尺度の確認的因子分析

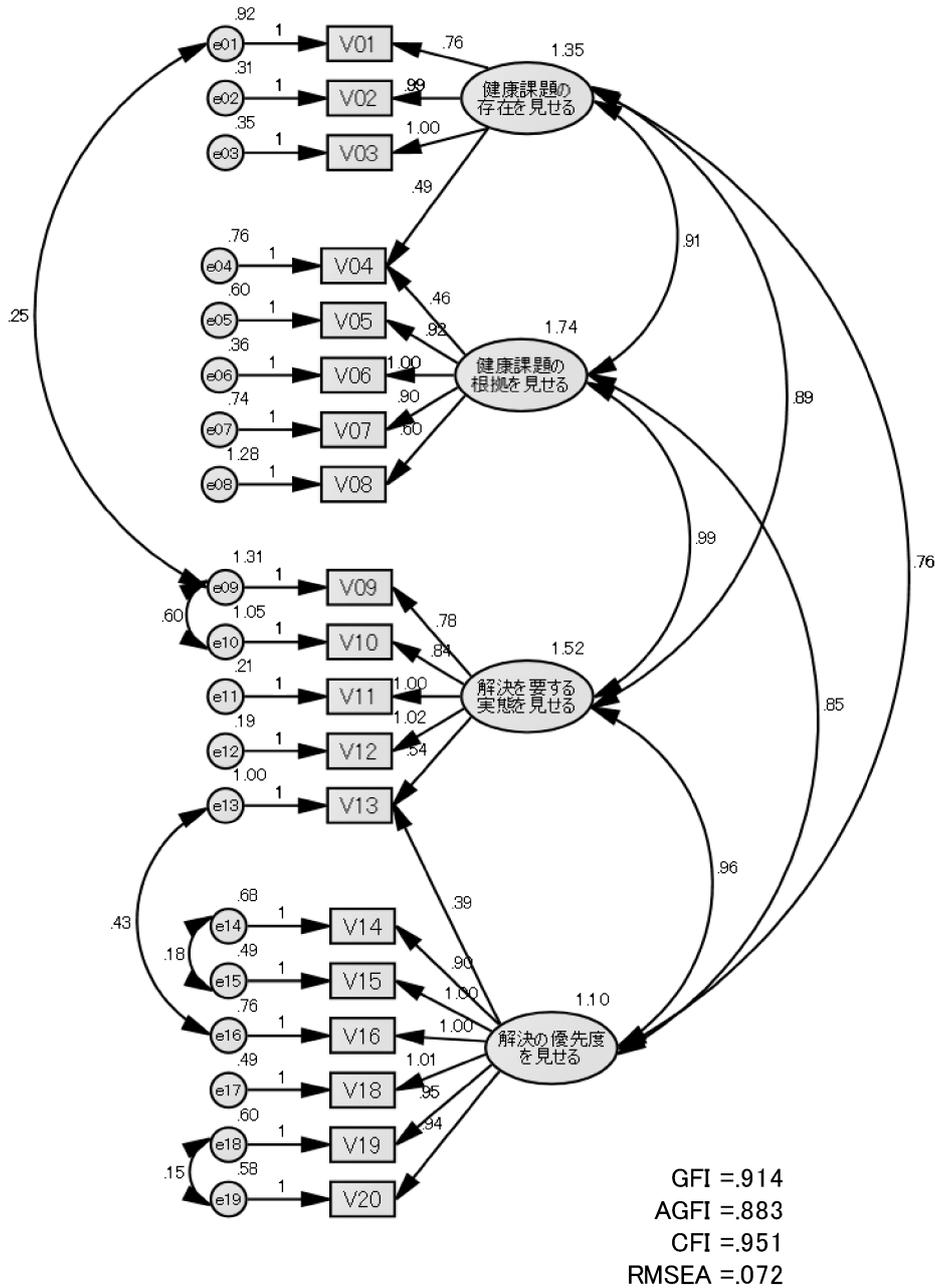


表4 保健活動の必要性を見せる行動尺度（SNH）得点と関連尺度得点との相関係数

N = 1,035

尺度名	尺度得点合計	相 関 係 数			
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
保健活動の成果を見せる行動実践尺度 SRH	0.806*	0.601*	0.698*	0.707*	0.718*
公衆衛生基本活動遂行尺度 BAPH	0.649*	0.520*	0.514*	0.564*	0.607*
保健師の事業・社会資源創出コンピテンシー評価尺度 CMC	0.596*	0.428*	0.498*	0.500*	0.581*

\* P < 0.001

表5 保健活動の必要性を見せる行動尺度得点と既知グループ（保健師経験年数・役職）との関連  
N = 1,035

項目	選択肢	n	Mean	SD	P 値 <sup>1)</sup>	多重比較 <sup>2)</sup>
保健師 経験年 数	0～5年	163	40.8 ± 16.5		.001	.008 ].001
	6～15年	288	43.6 ± 18.2			
	16～25年	300	46.5 ± 18.5			
	26年以上	284	47.6 ± 19.5			
役職	スタッフ	365	42.1 ± 17.3		<.001	].012 <.001
	主任・主査	349	46.0 ± 18.7			
	係長以上	321	47.5 ± 19.3			

1) 一元配置分散分析 2) Tukey 法

連では、保健師の専門能力を測定した先行研究と同様に<sup>3,12~14)</sup>、本尺度においても、保健師経験年数と役職が高次な群ほど得点が高く、構成概念妥当性（既知グループ法）を支持する結果であった。

## 2. SNH の理論的構成

原案の検討と調査を経て、SNH は、「健康課題の存在を見せる（第3因子、3項目）」と「健康課題の根拠を見せる（第2因子、5項目）」、「解決を要する実態を見せる（第4因子、5項目）」、「解決の優先度を見せる（第1因子、6項目）」の4つの因子で構成される19項目の尺度となった。

事業化の戦略に関する43文献を対象とした概念分析では<sup>15)</sup>、事業に至る先行因子として「公共性のある健康課題の見極め」、「ビジョンと健康課題のギャップの拡大」があるとしており、前者はSNHの「健康課題の存在見せる」、「解決を要する実態を見せる」、後者は「健康課題の根拠を見せる」、「解決の優先度を見せる」内容を含んでいた。これより、SNHの各因子が事業の計画に先立つ因子であることが確認された。

保健活動におけるPDCAの展開過程では、まず地域診断（a. 情報収集, b. 情報の分析とアセスメント, c. 情報相互の関連性の検討, d. 問題の明確化と優先順位の検討）を行い、次に計画策定（e. 目標の設定, 実施計画, 基盤整備計画, 評価計画）へと続く<sup>5)</sup>。今回「保健活動の必要性を見せる行動」として抽出された項目群は、このa～eの展開過程と整合しており、予算化・計画立案に向けた意思決定を導くために見せることに特化した行動を示していた。

行政組織における意思決定を司る視座には、意思決定の目標となる地域の健康課題、情報の共有化、重視する視点（規範的な視座による住民意思の反映、経営的な視座による効率性の向上）等がある<sup>16)</sup>。また、根拠に基づく保健活動の意思決定要因

は価値と資源とエビデンスといわれている<sup>17)</sup>。「健康課題の存在を見せる」における、個人/家族、集団/組織、地域全体の様々なレベルのアセスメントを方法論に則って行い記録物で示すという行動は、意思決定者に地域の健康課題を包括的かつ系統的に見せる。「健康課題の根拠を見せる」における、経年あるいは複数の他地区との比較から健康課題を数値化・図表化した資料、その背景要因の分析と費用対効果の予測を明確にした資料を示す行動は、意思決定者に健康課題の根拠となる情報と効果効率性に関する判断材料を提供する。「解決を要する実態を見せる」において、実際に困っている事例や人々の声から現実の健康課題と予測される健康課題、あるいは生じている健康格差について資料を用いて説明する行動は、意思決定者に住民の意思や放置した場合の不利益に関する現実感を与える。「解決の優先度を見せる」において、健康課題の広がりや不平等、それらに対する担当者としての実感および解決に向けた実現要因を説明し、関係者の理解を確認する行動は、意思決定者に解決する価値と解決に向けた資源を認識させる。

これらよりSNHは、健康課題の解決に向けた保健活動の計画立案と予算化に向けた意思決定を推進するPDCAの発端部分の行動で構成され、その能力を測定する尺度であると解釈できた。また、住民の健康課題を見逃さずかつ放置しないための活動の必要性を意思決定者に見せる行動点検を可能にするものと考えられた。

## 3. 実践への示唆

SNHの各項目への回答状況を見ると、健康課題の存在を見せる3項目の平均の範囲は2.3～2.9、健康課題の根拠を見せる5項目では1.5～2.6、解決を要する実態を見せる5項目では1.7～2.7、解決の優先度を見せる6項目では2.1～2.9と、5点には遠い実態であった。とりわけ量的・質的なデータの分析や統計の技量が求められる「健康課題の根拠を見せる」、「解決を要する実態を見せる」の値が低かった。先行研究において、行政保健師の政策に関する能力について基礎教育の充実が求められている内容には「保健データから公衆衛生の変化を読みとれる」、「施策化につなげられる地域アセスメント」が挙げられており<sup>18)</sup>、SNHでとくに低かった項目群の内容と類似していた。

これらの状況より、本尺度を活用して保健師が自らの行動を自己評価し、不足している内容から学習課題を明確にして、学習への動機を高めることが望まれる。この際、自己学習だけでは難しい内容については、個人の努力に委ねるのではなく、職場単

位、自治体単位で研修の機会を確保する必要がある。

#### 4. 本研究の限界と今後の課題

保健活動の必要性を見せる行動尺度は一定の信頼性、妥当性を有していることが確認できたが、尺度の安定性という点での検討は今後の課題である。また本尺度を活用していく上での今後の課題は、本尺度の構成ごとにより具体的な実践論を整えること、そしてその実践能力の到達段階の他者評価・自己評価に本尺度を用いることができるよう、目安となる到達度を示す研究を行うことである。

### V 結 語

今回、4因子19項目で構成される保健活動の必要性を見せる行動評価尺度が作成された。この尺度は、尺度の安定性という点での検討課題があるものの、信頼性（内的整合性）、基準関連妥当性（併存妥当性）、構成概念妥当性（因子妥当性・既知グループ法）が確認され、保健活動の必要性を見せる能力の測定に活用できると考えられた。また保健師が、個々に力量形成を図る際には、この19項目を自己の行動点検に用いて、具体的な学習の指針を得ることが可能である。

尺度開発の過程、および調査にご協力いただきました保健師の皆さまに深謝いたします。

本研究は科学研究費補助金基盤研究（B）20390572、23390517の助成を受けて行いました。

（受付 2014. 2.12）  
（採用 2015. 3.20）

### 文 献

- 1) 看護教育の内容と方法に関する検討会。看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告。2010; 1-3。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000w9a0-att/2r9852000000w9bh.pdf>（2015年5月14日アクセス可能）
- 2) 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.
- 3) Okamoto R, Shiomi M, Iwamoto S, et al. Relationship of experience and the place of work to the level of competency among public health nurses in Japan. *Jpn J Nurs Sci* 2008; 5(1): 51-59.
- 4) 佐伯和子, 河原田まり子, 羽山美由樹, 他。保健師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。日本公衆衛生雑誌 1999; 46(9): 779-789.
- 5) 標美奈子, 奥山則子, 中村裕美子, 他。地域看護活動の展開。奥山則子, 松田正己, 齊藤恵美子, 他。標準保健師講座 1 地域看護学概論 (第3版)。東京: 医学書院, 2011; 114-145.
- 6) 齊藤恵美子。地域看護学の構成。金川克子, 編。最新保健学講座 1 地域看護学概論 (第2版)。東京: メヂカルフレンド社, 2008; 61-67.
- 7) 佐伯和子, 編。地域看護アセスメントガイド: アセスメント・計画・評価のすすめかた。東京: 医歯薬出版, 2007; 1-21.
- 8) 金川克子。地域看護診断の技法。金川克子, 編。地域看護診断: 技法と実際。東京: 東京大学出版会, 2000; 15-20.
- 9) Hawe P, Degeling D, Hall J. ヘルスプロモーションの評価: 成果につながる5つのステップ [Evaluating Health Promotion: A Health Worker's Guide] (鳩野洋子, 曾根智史, 訳)。東京: 医学書院, 2003; 21-165.
- 10) 岡本玲子, 谷垣静子, 岩本里織, 他。保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発: 大学院の地域貢献を目指すアクションリサーチの一環として。日本公衆衛生雑誌 2011; 58(9): 778-792.
- 11) 鳩野洋子, 岡本玲子, 長野扶佐美, 他。保健活動の成果をみせる行動実践尺度の開発。日本看護研究学会雑誌 2014; 37(4): 55-61.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 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発達: 経験年数群別の比較。日本地域看護学会誌 2004; 7(1): 16-22.
- 15) 宮崎紀枝。保健師による事業化のストラテジー (戦略): 概念分析。日本保健科学学会誌 2010; 13(1): 12-20.
- 16) 澤田道夫。地方政府における行政組織の意思決定をめぐる基礎理論的研究: 自治効率の観点から見た来るべき協治社会の展望。熊本県立大学大学院アドミニストレーション研究科博士論文。2009。  
<http://www.pu-kumamoto.ac.jp/~sawada-m/articles/2009decision-making-all.pdf> (2015年3月3日アクセス可能)
- 17) Gray M. Evidence-Based Health Care and Public Health: How to Make Decisions about Health Services and Public Health. 3rd Edition. London: Churchill Livingstone, 2008.
- 18) 平野美千代, 佐伯和子, 上田 泉, 他。行政機関の保健師に求められる政策に関する能力と必要な保健師基礎教育の内容: 市町村に勤務する保健師管理者への面接調査から。日本公衆衛生雑誌 2012; 59(12): 871-878.

## Development of an action scale to show the necessity of healthcare activities

Reiko OKAMOTO<sup>\*</sup>, Yoko HATONO<sup>2\*</sup>, Keiko KOIDE<sup>\*</sup>,  
Fusami NAGANO<sup>3\*</sup>, Saori IWAMOTO<sup>4\*</sup> and Emiko KUSANO<sup>5\*</sup>

**Key words** : scale development, healthcare activities, health care needs, decision making, competence evaluation, public health nurse

**Objectives** In order to promote high-quality healthcare activities, public health professionals such as public health nurses must improve their ability to systematically show health needs based on evidence and to lead decision making of superior officers and facility inhabitants for improved planning. This study developed and investigated its reliability and validity of an action scale to show the necessity of healthcare activities (SNH).

**Methods** The items in the SNH were originally selected based on previous studies and refined by researchers; they were subsequently adjusted after a pilot survey. The subjects were full-time public health nurses (PHNs) working at prefectural public health centers or randomly chosen municipal health centers. Questionnaires were distributed by mail. We explained the ethical considerations in writing and those who returned completed questionnaire forms were considered to have given their consent to participate in the study. The study plan was approved by the university Domestic Ethics Committee.

**Results** Among 1,615 questionnaire recipients, 1,088 (67.4%) responded; of these, 1,035 (64.1%) responses were valid. Nineteen of 20 items were selected based on results of item analysis, and exploratory and confirmatory factor analyses showed that the SNH consisted of four factors: show existence of health needs, show evidence for the necessity of addressing health needs, show actual conditions requiring solution, and show priority for resolution. Cronbach's alpha, an SNH reliability coefficient, was 0.948, and individual factor scores were over 0.85, supporting the internal consistency of SNH. The correlation coefficient between SNH and the three other scales including related concepts was 0.6–0.8, with significant differences between scales, supporting the criterion-related validity of SNH. The score increased with increasing PHN experience and job seniority, which were used as the known-group, with significant differences between the lowest group and the top two groups.

**Conclusion** The results confirmed that SNH is a reliable and valid scale to show the necessity of healthcare activities.

---

\* Graduate School of Health Sciences, Okayama University

<sup>2\*</sup> Graduate School of Health Sciences, Kyushu University

<sup>3\*</sup> Former Master's Course of Okayama University

<sup>4\*</sup> Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School

<sup>5\*</sup> School of Nursing, Osaka Medical University