

資 料

山形県の新任期保健師の集団・地域を対象とした実践能力の到達度と
家庭訪問との関連マツダ ミツコ モリカギ ユウコ ホソヤ タキコ コバヤシ アツコ
松田 光子* 森鍵 祐子^{2*} 細谷たき子^{3*} 小林 淳子^{2*}

目的 新任期保健師の集団・地域を対象とした実践能力の到達度を把握し、家庭訪問の実施状況、指導体制、家庭訪問に対する認識との関連を明らかにすることを目的とした。

方法 山形県内の行政保健師で、新任期（1～5年）保健師64人を対象とし、無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目は、基本属性、家庭訪問の実施状況と指導体制、家庭訪問に対する認識、および新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～の保健師到達目標項目のうち専門職としての能力Ⅱである集団・地域を対象とした実践能力の14項目とした。14項目の到達度について「ひとりでできる」を100、「ひとりでできない」を0とするVASで自己評価による回答を求め、独立変数との関連を t 検定、Pearsonの相関係数により分析した。

結果 有効回答数は52人であった。家庭訪問の指導体制との関連では同行訪問の経験がある者はない者より集団・地域を対象とした実践能力である「健康課題に気づく」、「人々の力を見出す」、「目標設定と方法の選択」、「活動の評価」の到達度が有意に高かった。訪問記録を提出している者は「健康危機管理体制の理解説明」、「健康危機対応の理解説明」の到達度が有意に高く、訪問記録提出時の上司のアドバイスがある者は「アセスメント」の到達度が有意に高かった。家庭訪問の認識との関連では「対象の生活に合わせて行う活動である」、「家族全員の健康を考えながらの活動である」、「多職種と協働しながらの活動である」と認識する者ほど「目標設定と方法の選択」の到達度が有意に高かった。

結論 同行訪問や記録の提出、記録提出時のアドバイス、保健師の家庭訪問に対する認識が新任期保健師の集団・地域を対象とした実践能力に関連することが明らかとなった。

Key words : 新任期保健師, 到達目標, 実践能力到達度, 家庭訪問

日本公衆衛生雑誌 2018; 65(1): 10-19. doi:10.11236/jph.65.1_10

I 緒 言

健康課題が多様化・複雑化している状況^{1,2)}の中、地域の保健活動を担う行政保健師の役割は重要となり、質の高い実践能力が要求されている。一方、保健師の活動状況では保健師全業務における業務連絡・事務の占める割合が増加しているのに対し、家庭訪問の割合は都道府県8.4%、保健所設置市・特別区10.3%、市町村8.3%と、全業務の1割弱となっている³⁾。また家庭訪問件数も最近の10年間で大きく減少してきている⁴⁾。これらのことから

保健師が地域に出向く機会が少なく、地域の実態を肌で感じることができにくくなっており、地域の健康問題を把握する機能の低下につながっていることが危惧されている^{2,5)}。地域における保健師の保健活動に関する検討会²⁾では、健康を切り口として地域に出向いて住民等から直接収集した情報等に基づいて地域診断を行い、個人や家族を個別的に捉えるとともに、個別支援等を通じて把握した情報から共通点を見出し、住民ニーズに地域特性等を重ね合わせることで、個人の健康問題から集団に共通する地域の健康課題や関連施策を総合的にとらえる視点を持つことが重要であるとしている。報告書を受けて国は平成25年4月に地域における保健師の保健活動の進め方についての新しい保健師活動指針⁶⁾を策定し、保健活動の基本的な方向性として個別課題から地域課題への視点を持ち活動を展開することや地区

* 元山形大学大学院医学系研究科博士前期課程

^{2*} 山形大学大学院医学系研究科看護学専攻

^{3*} 佐久大学看護学部看護学科

責任著者連絡先：〒990-0711 山形県西村山郡西川町大字吉川81-3 松田光子

活動に立脚した活動の強化を提示しており⁶⁾、行政保健師には地区活動を重視して地域の健康課題や関連施策を総合的に捉える視点を踏まえた実践能力が求められている。

保健師の実践能力については、平成23年2月に新人看護職員研修ガイドライン～保健師編～（以下、ガイドラインと略す）⁷⁾において保健師活動実践能力の構造が示され、専門職としての能力は、Ⅰ．個人・家族・小グループへの支援、Ⅱ．集団・地域への支援、Ⅲ．施策化能力としている。個別課題から地域課題への視点を持ち活動を展開するためには、ガイドラインに示された実践能力のⅡ．集団・地域への支援（以下、集団・地域を対象とした実践能力とする）が重要である。

地域保健の現場では、とくに新卒者の実践能力の低下や公衆衛生の視点の希薄化、職場への適応困難等が指摘されており^{8～10)}、新任保健師は保健師基礎教育の実践経験の少なさから十分な能力を身につけて卒業できないという指摘もある。さらに、現場の分散配置等から職場でのOJTが立ち行かなくなっている現状が報告¹¹⁾されるなど十分な指導体制のない中で就業しており、新任保健師の実践能力の到達度が課題となっている。

ガイドラインでは、保健師活動の基礎となる技術であり住民を多角的にとらえるうえで「家庭訪問」と「地域診断におけるアセスメント」は重要であるとしている。地区活動である家庭訪問は、住民の生活の場に入り対人支援を行いながら地域の健康課題を把握し保健事業企画に反映させる¹²⁾という活動でもあり、家庭訪問活動は新任保健師にとり重要な活動といえる。

家庭訪問について大西らの調査¹³⁾では、現場の保健師は家庭訪問を対象者および地域の実態把握のために有効な手段であると認識しているが、新任保健師は苦手な活動であると感じており、生活体験の少なさからのコミュニケーション能力不足や困難事例の増加などが影響していると述べている。佐伯ら¹⁴⁾は、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によって能力の開発ができると考えられるとして、上司・先輩からの指導や訪問記録の点検など職場環境整備の重要性を述べており、家庭訪問の準備から実施、振り返り、訪問記録、評価等の一連のプロセスを経験することは新任保健師の実践能力の開発に効果があると考えられる。

地区活動である家庭訪問の実践が新任保健師の集団・地域を対象とした実践能力に関連する可能性があると考えられるが、新任保健師の集団・地域を対象とした実践能力の到達度と家庭訪問との関連

については明らかにされていない。

山形県は昭和14年に全国に先駆けて農村保健婦養成講習会が、さらに昭和16年に県の保健婦養成講習会が開始されるなどいち早く保健師養成に取り組む¹⁵⁾とともに、戦後間もなくから家庭訪問の強化を活動目標に掲げるなど¹⁶⁾保健師活動として家庭訪問を重要視してきた歴史がある。しかし、近年家庭訪問件数は全国と同様に減少している状況にある。また、日本看護協会の保健師の活動基盤に関する基礎調査¹⁷⁾では50～59歳の保健師の割合が全国24.6%に比べ山形県は32.2%であり、今後の退職者の増加率が高く、地区活動を継承するために新任保健師の現任教育は重要な課題となっている。

そこで本研究では、新任保健師の現任教育に資するために山形県内の行政で働く新任保健師における集団・地域を対象とした実践能力の到達度と家庭訪問との関連を明らかにすることを目的とした。佐伯ら¹⁸⁾の報告を参考に、本研究では新任を経験年数1～5年とし、家庭訪問とはガイドラインの技術指導の例¹⁹⁾を参考に、支援対象者への訪問ならびに同行訪問、訪問記録、振り返り、評価等を含む一連の活動とした。

Ⅱ 研究方法

1. 対象者

山形県内の市町村および県に所属する保健師で、現職場の経験年数が5年以下の新任保健師64人全員を調査対象とした。

2. 調査期間

平成26年5月～6月

3. 調査方法

県の保健師人材育成担当者に調査の協力の可否について尋ね、了解を得たのちに、県内の市町村および県機関に従事している経験年数が5年以下の行政保健師の所属と人数について情報を収集した。調査票の送付は行政機関単位とし、各施設の保健師代表者と対象保健師あてに文書にて調査協力を依頼し、無記名自記式質問紙を配布した。調査対象者には、質問紙とともに返信用封筒を同封し、回収は個人ごとに直接研究者宛に返送することとした。

4. 調査項目

基本属性、家庭訪問の実施状況、家庭訪問に対する指導体制、家庭訪問に対する認識、職場の家庭訪問に対する認識について尋ねた。家庭訪問に対する認識は、近藤ら²⁰⁾を参考に「地域の特徴をつかむ手段である」、「住民の生活を知る手段である」、「対象の生活に合わせて行う活動である」、「家族全員の健康を考えながらの活動である」、「多職種と協働しな

からの活動である」の5項目とし、家庭訪問に対する認識及び職場の家庭訪問に対する認識については、「そう思う」を100,「そう思わない」を0とする Visual Analogue Scale (以下, VAS とする) により自己評価による回答を求めた。

集団・地域を対象とした実践能力の到達度は、ガイドライン⁷⁾の保健師到達目標項目46項目のうち、専門職としての能力Ⅱ. 集団・地域への支援の項目である14項目について、「ひとりでできる」を100,「ひとりでできない」を0とする VAS を用い、自己評価による回答を求めた。

5. プレテスト

保健師経験年数1年～5年の市町村保健師13人、保健所保健師7人にプレテストを行い、わかりやすい表現や文言に修正した。

6. 分析方法

各変数の一次集計の後、集団・地域を対象とした実践能力である14項目の到達度を従属変数として分析を行った。従属変数については Shapiro-Wilk 検定により正規性の検定を行った結果、12項目については有意確率が0.05以上であり、他2項目の有意確率は「情報収集」が0.044,「健康課題に気づく」が0.037であった。さらに従属変数14項目の得点分布を確認し、すべての項目で正規性に近似していることを確認した。以上のことから従属変数については正規性を仮定し、同行訪問等指導体制との関連は t 検定で、保健師通算経験年数、訪問件数、家庭訪問に対する認識等については Pearson の相関係数により分析した。

すべての統計学的検定は IBM SPSS statistics version19を使用し、有意水準は5%未満とした。

7. 倫理的配慮

対象者あての書面により、本研究の主旨、目的、概要、無記名であり調査結果の公表の際に所属機関や個人が特定されることはないこと、調査に協力できない場合でも不利益は生じないことを説明し、質問紙の回収によって同意を得たと判断した。

調査に先立ち、研究計画は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得た(2014年4月14日承認)。

Ⅲ 研究結果

回収数は52部(回収率73.5%)ですべて有効回答であった。

1. 対象者の基本属性

新任保健師の平均年齢は28.2(±3.5)歳、保健師通算の平均経験年数は3.5(±2.5)年、所属機関は市町村44人(84.6%)、保健所8人(15.4%)であった(表1)。

表1 対象者の基本属性

		N=52	
		n	平均値±SD
年齢(歳)		52	28.2±3.5
現職場経験年数(年)		52	2.6±1.4
保健師通算経験年数(年)		52	3.5±2.5
		n(%)	
所属機関	市町村	44	(84.6)
	保健所	8	(15.4)
国家試験受験資格取得機関	専門学校	2	(3.8)
	短大専攻科	5	(9.6)
	4年制大学	44	(84.6)
	無回答	1	(1.9)
担当業務(複数回答)	母子保健	31	(59.6)
	健康づくり・生活習慣病予防	23	(44.2)
	精神保健	8	(15.4)
	高齢者保健	4	(7.7)
	感染症	4	(7.7)
	介護保険	4	(7.7)
	地域包括支援センター	4	(7.7)
	児童福祉	3	(5.8)
	介護予防	3	(5.8)
	高齢者福祉	2	(3.8)
	障害者福祉	1	(1.9)
	難病	1	(1.9)
	企画調整	1	(1.9)
	その他	1	(1.9)
活動体制	地区担当制	1	(1.9)
	地区担当・業務担当併用	36	(69.2)
	業務担当制	12	(23.1)
	無回答	3	(5.8)

2. 家庭訪問の実施状況

家庭訪問を実施していた者は46人で、平成25年度1年間の平均訪問件数は、実件数66.6(±51.0)件、延件数85.2(±53.2)件であった(表2)。所属別では市町村が38人で実件数76.0(±51.3)、延件数89.3(±57.1)、保健所が8人で実件数22.1(±10.4)、延件数が65.4(±20.9)であった。活動体制別では地区担当および地区担当・業務担当併用制が33人で実件数82.1(±50.7)、延件数が98.5(±55.2)、業務担当制が10人で実件数30.9(±25.4)、延件数62.0(±21.6)であった。

3. 家庭訪問の指導体制および家庭訪問に対する認識

先輩保健師との同行訪問の経験ありは50人(96.2%)、訪問記録の提出ありは36人(69.2%)であった(表3)。また訪問記録提出者36人のうち提

表 2 対象者の基本属性と家庭訪問の指導体制別訪問実件数および延件数 (1 年間)

		訪問実件数				訪問延件数			
		<i>n</i>	平均値±SD	最小値	最大値	<i>n</i>	平均値±SD	最小値	最大値
家庭訪問実施保健師の訪問件数 (1 年間)		46	66.6±51.0	2	190	46	85.2±53.2	3	213
所属	市町村	38	76.0±51.3	2	190	38	89.3±57.1	3	213
	保健所	8	22.1±10.4	8	37	8	65.4±20.9	36	90
活動体制 (<i>n</i> =43) ^{※1}	地区担当および地区 担当業務担当併用制	33	82.1±50.7	8	190	33	98.5±55.2	8	213
	業務担当制	10	30.9±25.4	8	88	10	62.0±21.6	35	90
同行訪問	経験あり	44	66.9±52.0	2	190	44	86.0±54.0	3	213
	経験なし	2	61.0±29.7	40	82	2	67.5±36.1	42	93
記録提出 (<i>n</i> =41) ^{※1}	あり	31	63.5±51.3	2	190	31	81.0±50.5	3	213
	なし	10	72.1±47.4	10	174	10	96.1±50.7	35	197
記録提出時の上司からの アドバイス (<i>n</i> =30) ^{※2}	あり	25	62.8±54.1	2	190	25	79.0±52.7	3	213
	なし	5	58.4±40.6	30	126	5	82.2±43.9	42	155

※1 無回答者を除く。

※2 記録提出あり31人のうち、無回答者を除く。

表 3 家庭訪問の指導体制および家庭訪問に対する認識

		<i>N</i> =52
		<i>n</i> (%)
先輩保健師との同行訪問	経験あり	50(96.2)
	経験なし	2(3.8)
訪問記録の提出	係長まで提出	13(25.0)
	課長まで提出	23(44.2)
	記録提出していない	11(21.2)
	その他	5(9.6)
訪問記録提出者 (<i>n</i> =36) のうち		
記録提出時の上司から のアドバイス	受けている	28(77.8)
	受けていない	6(16.7)
	その他	2(5.6)
		<i>n</i> 平均値±SD
家庭訪問に対する認識 ^{※1}		
地域の特徴をつかむ手段である	52	69.3±22.0
住民の生活を知る手段である	52	86.2±16.6
対象の生活に合わせて行う活動である	51	84.3±16.0
家族全員の健康を考えながらの活動である	52	78.3±21.5
多職種と協働しながらの活動である	52	72.3±22.2
職場の家庭訪問に対する認識 ^{※2}	52	72.2±27.6

※1 家庭訪問に対する認識 (5 項目) : Visual Analogue Scale で回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

※2 職場の家庭訪問を重要視する雰囲気があると思うについて : Visual Analogue Scale で回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

出時に上司からアドバイスを受けている者は28人(77.8%)であった。同行訪問の経験がない2人については、いずれも現職場経験年数が4年、担当業務が母子保健および健康づくり・生活習慣病予防で、訪問記録は提出していたが、上司のアドバイスありは1人であった。

家庭訪問に対する認識は、「住民の生活を知る手段である」が86.2 (±16.6), 「対象の生活に合わせて行う活動である」が84.3 (±16.0), 「家族全員の健康を考えながらの活動である」が78.3 (±21.5)であった。

職場の家庭訪問に対する認識は72.2 (±27.6)であった。

4. 集団・地域を対象とした実践能力の到達度

集団・地域を対象とした実践能力の到達度は、「情報収集」(68.8 (±15.8)) が最も高く、次いで「アセスメント」(65.8 (±18.3)), 「健康課題に気づく」(63.4 (±18.5)), 「活動の記録と報告」(61.6 (±21.5)), 「人々の力を見出す」(59.7 (±17.4)) の順であった(表4)。到達度が低い項目は「地域組織等の育成支援」(42.3 (±23.0)), 「健康危機管理体制の理解説明」(44.2 (±21.3))であった。

到達度が6~7割未満の項目が4項目、5割未満が6項目であった。

5. 集団・地域を対象とした実践能力の到達度に関連する要因

指導体制との関連で、先輩保健師との同行訪問の経験がある者は経験のない者より、集団・地域を対

表4 集団・地域を対象とした実践能力の到達目標と到達度

N=52

小 項 目	(省 略 版)	平均値±SD
身体的・精神的・社会文化的・環境の側面から客観的・主観的情報を収集することができる	(情報収集)	68.8±15.8
地域・事業場全体、対象者の属する集団を全体としてとらえ、健康のアセスメントができる	(アセスメント)	65.8±18.3
顕在化している健康課題に気づくことができる	(健康課題に気づく)	63.4±18.5
地域・事業場の人々の持つ力(健康課題に気づき、解決・改善、健康増進する能力)を見出すことができる	(人々の力を見出す)	59.7±17.4
地域・事業場の健康課題解決のために、目的・目標を設定し、適切な方法を選択できる	(目標設定と方法の選択)	57.7±15.3
地域(事業場)組織・当事者グループ等を育成する支援ができる	(地域組織等の育成支援)	42.3±23.0
個人/家族支援、組織的アプローチ等を組み合わせて活用することができる	(支援を組み合わせて活用)	49.6±21.0
地域組織活動、保健福祉事業を目的に基づいて活動を記録し、報告することができる	(活動の記録と報告)	61.6±21.5
地域・事業場の人々、関係機関の職員と円滑な情報交換を行いながら組織活動を進めることができるよう支援する	(組織活動)	58.3±21.9
地域・事業場の健康課題解決のための活動の評価を行うことができる	(活動の評価)	54.4±22.3
健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)への予防策を理解し、説明できる	(健康危機予防策の理解説明)	49.5±22.3
広域的な健康危機(災害・感染症等)管理体制を理解し、説明できる	(健康危機管理体制の理解説明)	44.2±21.3
健康危機(感染症・虐待・DV・自殺・災害等)への対応を理解し、説明できる	(健康危機対応の理解説明)	44.3±22.3
健康回復に向けた組織的な支援(生活環境の復興)を理解し、説明できる	(組織的支援の理解説明)	46.8±22.5

Visual Analogue Scale で自己評価による回答を求め、「ひとりのできる」を100,「ひとりのできない」を0とした。

象とした実践能力である「健康課題に気づく」($P=0.005$)、「人々の力を見出す」($P=0.010$)、「目標設定と方法の選択」($P=0.005$)、「活動の評価」($P=0.045$)の到達度が有意に高かった(表5)。訪問記録を上司に提出している者は提出していない者より「健康危機管理体制の理解説明」($P=0.031$)、「健康危機対応の理解説明」($P=0.015$)の到達度が有意に高かった。訪問記録提出時にアドバイスを受けている者は受けていない者より「アセスメント」($P=0.014$)が有意に高かった。また、同行訪問・記録提出・記録提出時の上司からのアドバイスの3項目すべて経験ありの者はない者より「アセスメント」($P=0.003$)、「人々の力を見出す」($P=0.029$)、「目標設定と方法の選択」($P=0.003$)、「地域組織等の育成支援」($P=0.040$)、「活動の評価」($P=0.028$)が有意に高かった。

家庭訪問に対する認識との関連では、「対象の生活に合わせて行う活動である」と「目標設定と方法の選択」($r=0.310$, $P=0.027$)との間に有意な正の相関があった。「家族全員の健康を考えながらの活動である」と「人々の力を見出す」($r=0.331$, $P=0.017$)、「目標設定と方法の選択」($r=0.291$, $P=0.036$)との間に有意な正の相関があった。「多

職種と協働しながらの活動である」と「目標設定と方法の選択」($r=0.296$, $P=0.033$)との間に有意な正の相関があった。

IV 考 察

1. 家庭訪問の状況

家庭訪問を実施していたのは46人で、訪問回数(延件数/実件数)は市町村が1.2回であるのに対し保健所は3.0回と多い状況であったが保健所保健師は精神保健福祉関係や結核関係の訪問が多いためと考えられる。

2. 家庭訪問に対する認識

新任期保健師が家庭訪問を実施して最も実感する項目は「住民の生活を知る手段である」であり、次いで「対象の生活に合わせて行う活動である」、「家族全員の健康を考えながらの活動である」であった。大木ら²¹⁾は、家庭訪問は生活の場という非常に多くの情報の中に出向く行為で、相談者や本人のリアリティをとらえて彼らの生活の中で関わる方法であると述べており、新任期保健師は家庭訪問を通して援助の対象者である個人および家族の生活環境や人間関係を肌で感じとっていたと推察される。

職場の家庭訪問に対する認識としては、対象者は

表5-1 集団・地域を対象とした実践能力の到達度に関連する要因

	<i>n</i>	情報収集		アセスメント		健康課題に気づく		人々の力を見出す		目標設定と 方法の選択		地域組織等 の育成支援		支援を組み 合わせて活用	
		<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
保健師通算経験年数 (年) ^{a)}	52	-0.144	0.307	-0.155	0.272	-0.154	0.277	-0.189	0.179	-0.200	0.156	0.036	0.800	-0.196	0.163
家庭訪問件数															
1 年間の訪問実数 (件数) ^{a)}	46	0.116	0.444	0.052	0.729	0.029	0.848	-0.105	0.487	0.085	0.577	0.073	0.632	-0.025	0.867
1 年間の訪問延数 (件数) ^{a)}	46	0.127	0.402	0.083	0.583	0.134	0.376	-0.076	0.614	0.115	0.448	0.060	0.692	-0.019	0.901
家庭訪問に対する認識 ^{a)※1}															
地域の特徴をつかむ手段である	52	-0.050	0.723	-0.113	0.426	0.114	0.420	0.126	0.375	0.222	0.113	0.091	0.520	0.078	0.583
住民の生活を知る手段である	52	0.048	0.737	-0.058	0.681	0.019	0.895	-0.067	0.635	0.020	0.888	0.000	1.000	-0.064	0.653
対象の生活に合わせて行う活動である	51	0.106	0.461	0.098	0.494	0.137	0.336	0.197	0.165	0.310	0.027	0.101	0.483	-0.004	0.977
家族全員の健康を考えながらの活動である	52	0.103	0.469	0.158	0.264	0.175	0.216	0.331	0.017	0.291	0.036	0.213	0.129	0.136	0.336
多職種と協働しながらの活動である	52	0.193	0.171	0.182	0.197	0.147	0.297	0.201	0.152	0.296	0.033	0.165	0.244	0.088	0.535
職場の家庭訪問に対する認識 ^{a)※2}	52	0.128	0.365	0.113	0.425	0.032	0.819	0.187	0.185	0.180	0.203	0.132	0.352	0.203	0.150
先輩保健師と同行訪問 ^{b)}															
経験あり	50	69.1 ± 16.0	0.483	66.7 ± 17.7	0.050	64.8 ± 17.4	0.005	61.0 ± 16.6	0.010	58.9 ± 14.4	0.005	43.5 ± 22.7	0.076	50.6 ± 20.6	0.073
経験なし	2	61.0 ± 8.5		41.0 ± 21.2		28.5 ± 7.8		29.0 ± 7.1		29.0 ± 7.1		14.0 ± 4.2		23.5 ± 16.3	
訪問記録の提出 ^{b)}															
提出している	36	69.2 ± 15.1	0.533	65.8 ± 18.7	0.459	61.1 ± 19.2	0.325	58.8 ± 17.2	0.979	57.8 ± 15.4	0.487	44.7 ± 22.9	0.177	50.9 ± 20.1	0.285
提出していない	11	65.8 ± 17.2		61.1 ± 16.7		67.5 ± 16.3		58.9 ± 18.2		54.2 ± 14.3		34.0 ± 21.7		43.3 ± 21.3	
記録提出時の上司からのア ドバイス ^{b)}															
受けている	28	71.5 ± 15.8	0.227	70.0 ± 16.1	0.014	65.0 ± 15.4	0.210	62.5 ± 13.4	0.182	60.6 ± 13.3	0.246	48.3 ± 21.7	0.166	52.8 ± 19.4	0.273
受けていない	6	63.2 ± 9.5		49.5 ± 24.0		47.2 ± 30.0		45.0 ± 27.4		48.3 ± 22.4		33.8 ± 27.7		42.5 ± 26.0	
同行訪問の経験 記録提出の 3 項目すべて経験あり															
有無・上司からのアドバイス 2 項目以下の経験のみ	27	71.7 ± 16.1	0.066	70.6 ± 16.1	0.003	66.6 ± 13.3	0.078	63.9 ± 11.2	0.029	61.9 ± 11.4	0.003	49.7 ± 20.8	0.040	54.3 ± 18.0	0.102
	12	61.9 ± 11.1		52.5 ± 17.0		51.5 ± 25.9		46.9 ± 22.9		47.0 ± 18.1		34.1 ± 22.0		43.2 ± 21.6	

a) Pearson の相関係数, b) *t* 検定。

※1 家庭訪問に対する認識 (5 項目) : Visual Analogue Scale で回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

※2 職場の家庭訪問を重要視する雰囲気があると思うについて : Visual Analogue Scale で回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

表5-2 集団・地域を対象とした実践能力の到達度に関連する要因

	<i>n</i>	活動の記録と報告		組織活動		活動の評価		健康危機予防策の理解説明		健康危機管理体制の理解説明		健康危機対応の理解説明		組織的支援の理解説明	
		<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
保健師通算経験年数 (年) ^{a)}	52	0.056	0.693	0.036	0.801	-0.087	0.539	-0.163	0.248	-0.105	0.458	-0.079	0.578	-0.093	0.512
家庭訪問件数															
1年間の訪問実数 (件数) ^{a)}	46	-0.030	0.845	-0.009	0.951	-0.028	0.853	-0.013	0.933	0.092	0.541	0.052	0.732	0.009	0.954
1年間の訪問延数 (件数) ^{a)}	46	0.000	0.998	0.071	0.639	0.038	0.800	0.047	0.754	0.133	0.379	0.090	0.552	0.044	0.770
家庭訪問に対する認識 ^{a)※1}															
地域の特徴をつかむ手段である	52	-0.024	0.867	-0.018	0.899	-0.059	0.676	-0.142	0.315	-0.024	0.867	-0.003	0.985	0.046	0.746
住民の生活を知る手段である	52	0.015	0.915	-0.050	0.724	-0.144	0.308	-0.186	0.186	-0.194	0.168	-0.176	0.213	-0.199	0.157
対象の生活に合わせて行う活動である	51	0.047	0.743	0.087	0.545	0.111	0.439	0.114	0.426	0.028	0.845	0.067	0.638	0.043	0.767
家族全員の健康を考えながらの活動である	52	0.076	0.591	0.105	0.459	0.166	0.239	0.012	0.931	0.112	0.429	0.075	0.598	0.043	0.760
多職種と協働しながらの活動である	52	0.078	0.584	0.225	0.109	0.219	0.120	0.177	0.210	0.149	0.290	0.108	0.446	0.108	0.447
職場の家庭訪問に対する認識 ^{a)※2}															
	52	0.208	0.140	0.265	0.057	0.158	0.263	0.065	0.646	0.121	0.394	0.070	0.622	0.146	0.302
先輩保健師と同行訪問 ^{b)}															
経験あり	50	61.9±21.8	0.684	59.0±21.9	0.232	55.7±21.8	0.045	49.9±22.5	0.543	45.0±21.3	0.173	44.5±22.6	0.738	47.3±22.7	0.400
経験なし	2	55.5±4.9		40.0±17.0		23.5±6.4		40.0±17.0		24.0±7.1		39.0±18.4		33.5±9.2	
訪問記録の提出 ^{b)}															
提出している	36	62.8±19.6	0.360	59.3±22.7	0.334	54.8±22.1	0.204	49.9±19.0	0.099	45.8±18.1	0.031	46.4±19.5	0.015	47.6±20.3	0.120
提出していない	11	56.0±26.4		51.8±20.2		45.2±19.9		37.9±25.7		31.2±22.0		28.9±22.1		36.0±24.4	
記録提出時の上司からのア ドバイス ^{b)}															
受けている	28	64.3±20.9	0.649	61.0±23.7	0.563	58.3±19.9	0.222	50.8±18.5	0.617	47.1±16.8	0.320	46.6±18.6	0.868	47.9±19.7	0.861
受けていない	6	60.2±15.1		54.8±21.9		40.5±30.6		46.3±25.5		38.7±26.3		48.2±26.8		46.2±27.8	
同行訪問の経験 記録提出の 有無・上司からのアドバイス 2項目以下の経験のみ															
3項目すべて経験あり	27	64.5±21.3	0.413	62.2±23.2	0.239	59.4±19.3	0.028	51.7±18.3	0.181	47.8±16.8	0.085	47.4±18.5	0.254	48.6±19.7	0.271
2項目以下の経験のみ	12	58.7±18.1		53.2±18.1		43.5±21.8		42.6±21.1		36.8±20.7		39.5±22.1		40.7±22.5	

a) Pearson の相関係数, b) *t* 検定。

※1 家庭訪問に対する認識 (5項目) : Visual Analogue Scaleで回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

※2 職場の家庭訪問を重要視する雰囲気があると思うについて : Visual Analogue Scaleで回答を求め、「そう思う」を100, 「そう思わない」を0とした。

家庭訪問を重視している職場であると認識しており、近藤ら²⁰⁾が職場で家庭訪問を後押しする雰囲気があれば経験が少ない保健師でも訪問が大切であると認識することができると述べていることから、職場の後押しが家庭訪問に対する認識に影響を与えていると考えられた。

3. 集団・地域を対象とした実践能力の到達度

項目別では集団・地域を対象とした実践能力である「情報収集」の到達度が最も高く、次いで「アセスメント」、「健康課題に気づく」、「活動の記録と報告」、「人々の力を見出す」、「組織活動」であった。「情報収集」、「アセスメント」、「健康課題に気づく」、「人々の力を見出す」は集団・地域を対象とした実践能力の地域の人々の健康課題を明らかにする項目に該当し、「活動の記録と報告」、「組織活動」は地域の人々や関係機関と協働して活動を展開する項目に該当することから、新任保健師は地域の人々の健康課題を明らかにして解決・改善策を計画立案し、人々や関係機関と協働して活動を展開する実践能力の到達度が他の項目より高くなっていることがわかった。

到達度が低い傾向にあったのは「地域組織等の育成支援」、「健康危機管理体制の理解説明」、「健康危機対応の理解説明」、「組織的支援の理解説明」であった。健康危機管理対策については、職場の危機管理部門との連携など管理的立場にある保健師が中心に行っていることが多く、新任保健師の関わりが少ない状況によるものと考えられる。しかし、保健師にかかる研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ²²⁾において新任に相当するキャリアレベルA-1においても健康危機管理計画の理解や住民教育、発生後の対応、上司への報告などが求められており、新任の研修内容の充実やOJTによる指導が重要である。

4. 集団・地域を対象とした実践能力の到達度に関連する要因

先輩保健師との同行訪問の経験がある者は経験のない者より集団・地域を対象とした実践能力である「健康課題に気づく」、「人々の力を見出す」、「目標設定と方法の選択」、「活動の評価」の到達度が有意に高く、地域の人々の健康課題を見出してそれに対する支援を計画・立案し、問題解決のための活動の評価ができる能力が育っていた。先輩保健師が訪問対象者との会話や生活環境等の観察等から問題を把握し、家族の関係性や家族員の力を見極めるとともに地域の社会資源の活用や連携を図るなど、問題解決に必要な支援方法を組み立てていく過程をみることで、個別支援の方法だけではなく地域をみる視点

を学ぶ機会になっていると推察される。さらに同行訪問の前後における先輩保健師との会話や助言を通して先輩保健師の経験知を学ぶ機会になっていると考えられる。

訪問記録を上司に提出している者は提出していない者より「健康危機管理体制の理解説明」、「健康危機対応の理解説明」の到達度が有意に高かった。訪問記録は公文書であるとともに、記録を書くことによって保健師のアセスメント力を高めることができ、力量形成にもつながる²³⁾とされていることから、記録を書き、上司に提出することが、保健師としての力量形成を促進すると考えられる。

訪問記録提出時にアドバイスを受けている者は受けていない者より「アセスメント」が有意に高かった。また、同行訪問・記録提出・記録提出時の上司からのアドバイスの3項目すべて経験ありの者はない者より「アセスメント」、「人々の力を見出す」、「目標設定と方法の選択」、「地域組織等の育成支援」、「活動の評価」が有意に高かった。佐伯ら¹⁴⁾は、日常的に管理者が実践のフィードバックの機会を作ることによって能力の開発ができると述べており、新任保健師が上司のアドバイスを受けることは、保健師の実践をフィードバックするとともに、上司の地域全体をみる視点などを学び、地域全体の健康のアセスメントを行う実践能力の向上につながっていると推察される。

家庭訪問に対する認識との関連では、「対象の生活に合わせて行う活動である」、「家族全員の健康を考えながらの活動である」、「多職種と協働しながらの活動である」と「目標設定と方法の選択」との間に有意な正の相関があった。家庭訪問の意義を実感することが健康課題解決のための目標設定、支援方法の選択など計画立案の実践能力につながっていることが推察された。家庭訪問は対象である住民の生活実態に迫るという、最も重要な要素を含む援助技術であり²³⁾、家庭訪問の実践を通して家庭訪問に肯定的、積極的であることは、集団・地域を対象とした実践能力の到達度を高めることにつながる可能性が示唆された。

集団・地域を対象とした実践能力の到達度には家庭訪問以外の活動である集団支援や組織活動の経験なども影響すると考えられることから、家庭訪問以外の要因を考慮して検討することが今後の課題である。

5. 集団・地域を対象とした実践能力における課題

日本看護協会の市町村保健活動のあり方に関する検討²⁴⁾では、市町村の保健福祉事業において国の多

省・多課から縦割りでおりてきた事業の総数が103事業に上ることが報告され、また活動基盤調査²⁵⁾では保健師は「業務過多により事業の評価や見直しが困難」、「事務量が多く保健師活動に支障あり」などの認識を抱えていることが明らかにされている。このような中で家庭訪問活動を行う場合に、同行訪問を経験すること、訪問記録を提出すること、訪問記録へ上司がアドバイスをを行うこと、保健師が家庭訪問の意義を認識することが集団・地域を対象とした実践能力に関連することが明らかになった。手島²⁶⁾は、保健師の活動基盤は地域を受け持つということであり、そしてその方法の基本は家庭訪問であると述べ、個別支援としての家庭訪問、担当地区全数を目指した家庭訪問、地域診断としての家庭訪問の実践から政策につながる訪問となることを報告し、それらの活動を通して若い保健師が成長していることを報告している。家庭訪問が減少している現状ではあるが、管理者が家庭訪問活動の実践効果を意識した保健師活動計画の作成や業務の調整、OJTなどの現任教育を推進していくことが、新任期保健師の実践能力向上に効果的であると考えられる。山形県の特徴として35市町村のうち人口10万人以上は3市であり、1万人未満は14町村であることから、小規模自治体が多く²⁷⁾、1自治体で研修体制の整備は困難である。そのような中で、家庭訪問のプロセスを大切に、家庭訪問事例を重視したOJTの推進や職場の指導体制の整備、家庭訪問を重視した職場の雰囲気づくりの重要性を再認識することが、山形県の新任期保健師の実践能力向上に効果的であると考えられる。

6. 研究の限界

本研究の研究対象者は山形県内に留まっており、限定された地域の保健師であることや対象数が少ないこと、また到達度についてはあくまでも自己評価によるものである点で限界がある。

今後、地域を拡大した調査や、家庭訪問の活動に影響を及ぼしている要因を明らかにすることで、保健師の人材育成に寄与することが期待される。

V 結 語

山形県内の新任期保健師における集団・地域を対象とした実践能力の到達度と家庭訪問との関連を明らかにすることを目的に調査を行った結果、同行訪問や訪問記録の提出および記録提出時の上司のアドバイス、保健師の家庭訪問に対する認識が新任期保健師の集団・地域を対象とした実践能力に関連することが明らかとなった。複雑困難な健康課題に対応して保健事業が増大する現状において、家庭訪問の実践効果を意識した保健師活動が新任期保健師の集

団・地域を対象とした実践能力の向上に効果的であることが示唆された。

本研究は山形大学大学院医学系研究科に提出した修士論文の一部である。本研究を行うにあたり、ご協力くださいました山形県の行政機関で働く保健師の皆様、山形県健康福祉部健康長寿推進課健康づくり担当の保健師の皆様に、心より感謝申し上げます。本研究は開示すべきCOI状態はない。

(受付 2017. 3.13)
(採用 2017.10.10)

文 献

- 1) 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; 1-3. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/seikatsu/pdf/ikk-g01.pdf> (2017年10月13日アクセス可能).
- 2) 地域における保健師の保健活動に関する検討会. 平成24年度地域保健総合推進事業 地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書. 2013; 1-17. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf (2017年6月24日アクセス可能).
- 3) 厚生労働省. 平成24年度保健師活動領域調査(活動調査)の結果の公表. 2013. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/katsudouchousa_h24.html (2017年2月6日アクセス可能).
- 4) 勝又浜子. 制度改革に伴う保健師活動の変遷. 井伊久美子, 荒木田美香子, 松本珠実, 他編. 新版 保健師業務要覧(第3版). 東京: 日本看護協会出版会. 2013; 140-146.
- 5) 大場エミ. これからの保健師に必要な能力と教育に期待するもの. 保健の科学 2007; 49(9): 627-631.
- 6) 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.
- 7) 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン: 保健師編. 2011; 2-21. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000128o8-att/2r985200000128w7.pdf> (2017年10月14日アクセス可能).
- 8) 公衆衛生看護のありかたに関する検討委員会. 公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会活動報告「保健師のコアカリキュラムについて」中間報告. 日本公衆衛生雑誌 2005; 52(8): 756-764.
- 9) 日本公衆衛生協会. 新任時期の人材育成プログラム評価検討会報告書. 東京: 日本公衆衛生協会. 2006; 12-14.
- 10) 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> (2017年2月6日アクセス可能).
- 11) 大場エミ. 保健師現任教育の全国状況. 保健師ジャーナル 2009; 65(6): 434-437.
- 12) 田村須賀子, 平山朝子. 公衆衛生看護技術論 家庭訪問. 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 他編. 最新公衆衛生看護学(第2版) 2013年版 総論. 東京:

- 日本看護協会出版会. 2013; 208-248.
- 13) 大西章恵, 近藤明代, 笹原千穂, 他. 現場の声から探る家庭訪問の現状. 保健師ジャーナル 2008; 64(8): 684-689.
- 14) 佐伯和子, 河原田まり子, 羽山美由樹, 他. 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. 日本公衆衛生雑誌 1999; 46(9): 779-789.
- 15) 大国美智子. 保健婦の歴史. 東京: 医学書院. 1973; 126-165.
- 16) 日本看護協会保健婦会山形県支部. 保健婦会の歩み. 山形: 日本看護協会保健婦会山形県支部. 1967; 1-19.
- 17) 日本看護協会. 平成26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. エクセル (全国版), エクセル (県別版, 山形県). 2015. <https://www.nurse.or.jp/nursing/hokenshi/kanren/kisochosa/index.html> (2017年6月24日アクセス可能).
- 18) 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.
- 19) 厚生労働省. 新人看護職員研修ガイドライン 技術指導の例: 保健師編. 2011; 1-20. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/shinjin/pdf/shidorei2.pdf> (2017年10月14日アクセス可能).
- 20) 近藤明代, 大西章恵, 羽原美奈子, 他. 行政保健師の家庭訪問に対する認識. 日本地域看護学会誌 2007; 10(1): 35-41.
- 21) 大木幸子, 森田 桂. 何のために家庭訪問をするのか?: 家庭訪問によって果たす援助機能. 保健婦雑誌 2003; 59(1): 8-14.
- 22) 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ: 自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて. 2016; 12-14. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000119354.html> (2017年6月12日アクセス可能).
- 23) 中板育美, 松本珠実. 家庭訪問とは. 井伊久美子, 荒木田美香子, 松本珠実, 他編. 新版 保健師業務要覧 (第3版). 東京: 日本看護協会出版会. 2013; 109-115.
- 24) 日本看護協会. 平成23年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 市町村保健活動のあり方に関する検討報告書: 保健師の実践力向上に係る保健活動の効率化・最適化への試み. 2012; 2-10. <https://www.nurse.or.jp/nursing/hokenshi/shichoson/index.html> (2017年6月24日アクセス可能).
- 25) 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; 58-60. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf> (2017年10月14日アクセス可能).
- 26) 手島幸子. 家庭訪問の使命・意味・特性を考える. 新潟県保健師活動研究会, 編. 保健師が行う家庭訪問. 埼玉: やどかり出版. 2005; 3-16.
- 27) 山形県. 山形県の人口と世帯数 (推計) (平成29年9月1日現在) について. http://www.pref.yamagata.jp/ou/kikakushinko/020052/tokei/copy_of_jinkm.html (2017年6月12日アクセス可能).
-