

原 著

市町村保健師活動における地域の健康課題発見の実践技術

齋藤美矢子, 守田孝恵¹⁾

宇部市健康福祉部地域福祉・指導監査課 宇部市常盤町1丁目7番1号 (〒755-8601)
山口大学大学院医学系研究科地域・老年看護学¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 保健師, 地域, 健康課題, 実践技術

和文抄録

本研究の目的は、市町村保健師が地域の健康課題を発見する実践技術と関連要因を明らかにすることである。A県内19市町村の統括保健師らに行った半構造化面接の逐語録から抽出した実践技術内容と行政施策化能力評価尺度を質問項目として用いて、2017年7～9月にA県内19市町村の常勤保健師398名に質問紙調査を行った。得られたデータについて因子分析を行い、行政施策化能力評価尺度との関連をPearson相関係数で確認し、重回帰分析、階層的重回帰分析で関連要因を確認した。その結果、実践技術は、【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】、【データや生活状況から健康課題を束ねる】、【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】、【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】の4因子30項目で構成された。

【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】は、地域で解決すべき健康課題を意識して、住民に着目し注意深くアセスメントする技術であり、経験年数や役職、職場内教育との関連がみられ、経験や教育の積み重ねにより習得されることが示唆された。【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】は、分類・要約・比較・推論の分析過程を踏まえた地域診断や個の課題

の共通点を束ねる視点であり、経験年数、役職や行政施策化能力との関連も認められ、施策化に繋がる技術であった。【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】は、看護実践の倫理規準に一致する技術であり、唯一経験年数との関連がみられず、公衆衛生看護倫理について教育する重要性も示唆された。【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】は、課題解決も視野に入れた継続的な関係を構築する技術であり、経験年数、役職との関連がみられた。4つの実践技術は、全て行政施策化能力評価尺度との関連が認められ、実践技術が地域診断サイクルに影響することが示唆された。

I 緒言

2013年に厚生労働省局長通知で発出された「地域における保健師の保健活動に関する指針」では、保健師の保健活動の基本的な方向性として、①地域診断に基づくPDCAサイクルの実施②個別課題から地域課題への視点及び活動の展開など10項目にわたる留意事項が示されている¹⁾。これらの活動を実践するには、保健師活動の理論と実践場面の関連性の理解が必要である。保健師現任教育では、保健師活動を理論的に説明する技術の習得が求められている²⁾。保健師活動において、個別事例（以下、個とする）への丁寧な対応から地域を対象とした活動を展開する方法は確立されているが、保健師の価値観の多様化により個の対応が地域の課題としてつながり

にくくなっていることや個の課題の共通点を束ねる視点が弱いという実践上の課題が報告^{3, 4)}されている。個の課題を地域の課題としてみる「視点」とそれを効果的に進めるための「手順」を身に付けて意識すること、それを活動の中で確認することを繰り返し行っていくことが必要である。

また、活動分野の拡大や業務分担制のため分野横断的に地域全体を把握する保健師の機能が低下しているのではないか⁵⁾という指摘もあり、適切な世代間継承を行うためにも健康課題の明確化を図る上で必要な実践技術を明確にすることは喫緊の課題である。

保健師の実践技術に関する研究で健康課題の明確化について明らかにされているものは、(1) 事業創出プロセスと方策⁶⁾や事業・社会資源創出コンピテンシー⁷⁾、施策化能力⁸⁾など、施策化や事業化のプロセスの中で多様な情報の統合化や生活背景の分析の視点、健康問題をもつ対象への目の向け方、地域住民との協働する行動(2) 公衆衛生基本活動⁹⁾、保健活動の成果や必要性を見せる行動^{10, 11)}など実践活動の評価のプロセスの中で、地域に潜在する事例の発見や継続的に事例に関わる姿勢、根拠のある方法論に基づいたアセスメントの探索行動や健康課題の存在を見える形にして示す行動が明らかにされるとともに、質的データの分析方法が明確になっていない¹²⁾ことが指摘されていた。(3) 質的データの活用技術¹²⁾では、保健師が個別事例から把握した住民の声や保健師が観察したこと五感で感じたことを言語化し、目的別に3つの技術と各技術を展開する段階が明確化されている。

しかしながら、いまだに保健師が健康課題を発見する場面でのその視点や手順がわからないといった課題が報告⁴⁾されていることや、健康課題発見の場面に焦点化した視点や判断、行動を明らかにした研究がないことから、実践レベルの視点や判断、行動を健康課題発見の実践技術として明らかにしていく必要があると考えた。

また、保健師が行う行政施策化能力は、地域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サイクルによる基本的な保健活動と関連する¹³⁾ことが明らかにされている。すなわち健康課題発見の実践技術を向上させることが行政施策化へ影響すると考えられた。そこで本研究では、

保健師活動領域調査結果から最も幅広い分野で保健師活動を展開し、地域の健康課題の解決を図るため、行政施策へ反映させる機会を多く持つ市町村保健師に焦点をあて、地域の健康課題発見に必要な実践技術(以下、「実践技術」という)と関連要因を明らかにすることとした。

本論文では、「健康課題発見」は、個や集団、地域を対象に問題意識をもって実態把握をし、健康を阻害する問題について未来予測し、予防的な見立てを行うことと定義した。

II 目的と意義

地域診断に基づくPDCAサイクルの展開の促進力となる地域の健康課題発見の実践技術について内容や関連要因を明らかにし、これまで一般化されてこなかった技術を言語化することを目的とした。

本研究で明らかにした実践技術や関連要因を、看護基礎教育や現任教育において活用することで、保健師が保健師活動指針に基づく活動を効果的に展開でき、保健師活動の水準を上げることが期待される。また、科学的根拠に基づく具体的な実践技術の提示や効果的な指導方法の確立を可能にすると考えられる。

III 研究方法

1. 研究デザイン

質問紙調査法

2. 調査方法

1) 調査対象者

A県内の19市町村に勤務する常勤保健師で産休および育休中の者を除く420人

2) 調査期間

2017年7月29日～9月19日

3) 調査方法

19市町村の保健師代表者宛に調査依頼を電話及びメールにて行い、同意が得られた市町村の所属長への調査依頼文と保健師代表宛に常勤保健師人数分の調査協力依頼文書と無記名自記式質問紙を2017年8月4日から郵送し、所属保健師への配布と回収、9月19日までに返送を依頼した。依頼文と説明文には、研究目的と意義、倫理的配慮、質問紙の記入方法及び回収方法及び結果の活用方法を明記した。質問紙は

無記名とし、回収の過程で内容が他者に見られないよう個別の封筒に入れたものを、市町村ごとに保健師代表者を介して一括して返送してもらった。なお、研究への同意確認は、質問紙の返送をもって承諾とみなした。

4) 調査内容

質問紙は調査票1～3で構成し、調査票1は、基本属性として保健師経験年数、年代、養成機関、担当業務、業務体制、役職を尋ね、先行研究の結果⁹⁾から実践技術の習得に関係すると予測された研修・学会参加（公務・公務外）の有無、先輩からの学びの経験の有無、職場内教育の有無を尋ね併せて9項目とした。

調査票2は、A県内の19市町村の統括保健師ら38名を対象に、①理想とする保健師活動の観点から「問題発見」について習得すべきと思われる視点②統括保健師が実施している「問題発見」の着眼点をテーマにグループインタビューを行い、保健師の語りの中から「地域の健康課題発見」の視点や意識を基準に代表的なデータを抽出後、意味内容の類似性に従ってデータを集約し質的帰納的分析を行い、抽出した実践技術内容から121の質問項目を作成した。各項目を①できない②ややできない③ややできる④できるの4件法で尋ね、0～3点を与えた。

調査票3は、行政保健師の施策化能力評価尺度⁸⁾を尺度開発者に使用許可をとった上で（許諾2016年12月7日）用いた。本尺度は、鈴木らにより2014年に開発された尺度で、政令市の常勤保健師460人を対象とした疫学調査結果より得られたデータを基に、信頼性として尺度全体の α 係数が0.93、妥当性として構成概念妥当性、基準関連妥当性が確認されており、行政保健師の施策化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。この尺度は16項目で、各項目を①できない②ややできない③ややできる④できるの4件法で尋ね、0～3点を与えたものである。

5) 分析方法

解析は、SPSS Ver.25 for windowsを使用し、以下の分析を行った。

(1) 基本属性と得点の偏りについて確認

項目ごとの回答割合や分布、平均値、標準偏差を算出した。

天井効果とフロア効果、I-T相関（Item - Total

Analysis）、G-P分析（Good-Poor Analysis）、 α 係数による相関、項目間の相関分析を行った。

(2) 実践技術項目と因子

探索的因子分析を行い、抽出された因子に基づき、因子名を命名した。

(3) 基準関連の信頼性と妥当性の検討

内的整合性の検討のために各因子および実践技術項目のCronbach α 係数を算出した。また尺度間関連分析として、実践技術項目と行政施策化能力評価尺度の相関をPearsonの積率相関係数を算出し検討した。

(4) 実践技術項目、行政施策化能力評価尺度の関連要因の検討

実践技術項目の関連要因と行政施策化能力評価尺度の関連要因について、重回帰分析にて検討した。

6) 倫理的配慮

研究の主旨・研究方法・研究同意と撤回・プライバシー保護及び個人情報の保護・資料の保存と廃棄・研究参加の利益と不利益・研究結果の公表、質問紙の返送をもって承諾とみなすことを研究対象者に文章で説明し、返送をもって調査の同意が得られたと判断した。本研究で得たデータは、すべて個人情報情報が漏れることのないよう厳重に管理した。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認：2017年7月27日 第473号）

IV 結果

1. 質問紙回収数（回収率）

質問紙を398人に配布し、320人から回答（回収率80.4%）を得た。

一部政令市の保健所業務を担当する保健師と白紙回答の5名分は分析対象から除き、有効回答数は315人（有効回答率79.1%）。

2. 対象者の基本属性・特徴

対象者の基本属性別人数（割合）を表1に示した。対象者の基本属性としては、経験年数は、15～19年が20.7%で最も多く、20～24年16.8%、5年未満14.6%の順であった。年代は、40代が32.8%で最も多く、次に30代29.8%、50代22.2%の順であった。養成機関は、専門学校が66.7%、大学・短大が33.3%と専門学校が6割以上を占めていた。担当業

表1 対象者の基本属性別人数 (割合)

項目	カテゴリー	人 (%)
経験年数 n=309	5年未満	45 (14.6)
	5~9年	41 (13.3)
	10~14年	30 (9.7)
	15~19年	64 (20.7)
	20~24年	52 (16.8)
	25~29年	29 (9.4)
	30~34年	37 (12.0)
	35年以上	11 (3.6)
年代 n=315	20代	46 (14.6)
	30代	94 (29.8)
	40代	103 (32.8)
	50代	70 (22.2)
	60代	2 (0.6)
養成機関 n=315	大学 (短大・4年)	105 (33.3)
	専門学校	210 (66.7)
担当業務 n=315	保健部門	196 (62.2)
	福祉部門	48 (15.2)
	地域包括支援センター	58 (18.4)
	その他	13 (4.1)
業務分担制 n=311	地区分担	108 (34.7)
	業務分担	124 (39.9)
	併用	79 (25.4)
役職 n=315	係員	183 (58.1)
	係長	59 (18.7)
	課長補佐	33 (10.5)
	課長補佐	16 (5.1)
	部次長	2 (0.6)
	その他	22 (7.0)
過去一年間の 研修参加 n=313	公務であり	30 (9.6)
公務外であり	28 (8.9)	
両方あり	2 (0.6)	
なし	253 (80.9)	
先輩からの学び の経験 n=311	あり	246 (79.1)
	なし	65 (20.9)
職場内教育 n=314	あり	218 (69.4)
	なし	96 (30.6)

務では、保健部門が62.2%で次に地域包括支援センターが18.4%、福祉部門が15.2%と保健部門以外が4割となっていた。

業務分担制では、地区分担制34.7%、業務分担制

39.9%、併用25.4%と業務分担制が多かった。役職では、係員等スタッフ職が65.1%、係長職が18.7%、課長補佐が10.5%、課長以上の管理職が5.6%であった。過去1年間の全国研修や学会参加の有無では、80.9%と約8割は、参加なしと回答した。地域の健康課題発見に関して先輩からの学びの経験は、79.1%がありと回答した。職場内教育 (定期的な事例検討や研修) では、69.4%がありと回答した。

3. 実践技術項目の明確化

1) 項目処理

実践技術121項目について各項目の平均値、標準偏差を確認し、実践技術項目については、平均値+標準偏差=3点以上を天井効果、1点未満をフロア効果がある項目として確認した。その結果、天井効果は該当なくフロア効果については28項目が該当したため除外した。

次に項目間相関は、項目の重複を避けるためPearsonの相関係数を確認した。

相関係数が0.7以上についてそれらの項目の内容が非常に類似するため、一方の項目を除外することとし23項目を除外した。

さらに、各項目の弁別力を検証するため実践技術項目の合計得点について四分位法により上位1/4と下位1/4群に分け、各項目得点の平均値をt検定により比較しG-P分析 (Good-Poor Analysis) を行った結果、有意差がない項目を確認したが該当はなかった。

次にI-T相関 (Item - Total Analysis) では、実践技術項目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確認したが該当はなかった。

2) 実践技術項目と構成因子

実践技術の121項目からフロア効果により除外した項目を除いた93項目について因子構造を得るため、探索的因子分析を主因子法プロマックス回転で7回繰り返し行った。因子数については、初期固有値と因子のスクリープロットから固有値を4とした。因子抽出後の共通性では著しく低い項目はなかった。これらの過程で因子負荷量0.4未満の項目を合計61項目除外し得られた4因子32項目について、さらに因子分析を行い因子負荷量0.4未満となった2項目を除外した。表2で示したように第1因子

12項目 第2因子 6項目 第3因子 6項目 第4因子 6項目 合計4因子30項目が得られた。
 第1因子は、「住民の言葉に疑問を持ち、一歩踏み込んで住民の声を聞く」「家族単位で健康課題を

見る」「住民の行動や心理的・生物身体的反応に目を向けて注意深く観察する」など地域の解決すべき健康課題を意識して住民に着目し注意深くアセスメントする項目であると考え、【地域で解決すべき健

表2 実践技術の因子分析

		(N=315)				
Cronbachのα係数		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	全体
		0.93	0.88	0.86	0.86	0.96
番号	【因子名】・実践技術項目	因子負荷量				共通性
第1因子（12項目）【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】						
1	住民の言葉に疑問を持ち、一歩踏み込んで住民の声を聞く	0.84	-0.01	0.02	-0.11	0.60
2	住民の行動や心理的・生物身体的反応に目を向けて注意深く観察する	0.79	0.06	-0.18	0.05	0.59
3	家族単位で健康課題を見る	0.78	0.07	0.07	-0.21	0.54
4	住民の力量を見極め、その人らしい生活を維持させることを意識する	0.64	0.02	-0.02	0.05	0.53
5	住民のSOSを逃さずキャッチする	0.64	-0.01	-0.07	0.19	0.50
6	住民との距離が近いと感じる信頼関係を築く	0.62	-0.11	0.10	0.12	0.47
7	保健師の日常生活経験から、住民の健康課題に気づく	0.58	0.26	0.03	-0.08	0.57
8	住民の健康課題に寄り添うことを意識する	0.53	-0.15	0.31	0.08	0.52
9	住民が、緊張せず話ができる状況を作る	0.52	-0.15	0.10	0.23	0.43
10	住民が予防行動がとれたかどうか最後まで確認をする	0.50	0.19	-0.09	0.06	0.40
11	健康問題につながりそうな住民や地域の変化を見逃さないようにアンテナを張る	0.48	0.27	-0.05	0.12	0.57
12	住民を取り巻く人間関係や生活背景に着目する	0.47	0.13	0.14	0.10	0.55
第2因子（6項目）【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】						
13	データと住民の生活実態から地域の健康課題が結びつく	-0.05	0.80	0.02	0.02	0.63
14	3人の共通する課題でも、地域全体で共通する課題になることを予測する	0.04	0.77	0.03	-0.02	0.65
15	住民の反応を見て、個から地域への課題へとつなげるか確認する	0.09	0.67	-0.07	0.07	0.55
16	同じ課題を持つ人をつなげることを意識する	0.14	0.63	0.09	-0.06	0.56
17	住民の生活状況や住民の生の声を地区診断の材料としてみる	-0.03	0.58	0.17	0.12	0.60
18	データや情報から住民が置かれている状況を理解し、相談の意図を汲み取る	0.04	0.49	-0.11	0.28	0.44
第3因子（6項目）【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】						
19	本気で何とかしたいと住民のことを思う熱意がある	0.06	-0.09	0.85	-0.05	0.64
20	住民の健康と命を守るという視点を持つ	-0.02	0.16	0.71	-0.03	0.63
21	担当地区に対して責任を持つことを意識する	0.02	-0.16	0.59	0.21	0.42
22	1人の健康課題に疑問を持ち、立ち止まって考える	0.08	0.32	0.55	-0.17	0.56
23	住民の健康問題を引き出すための技術や知識を先輩から学ぶ経験がある	-0.22	0.18	0.50	0.20	0.41
24	健康課題は直接住民の声を聞いたり生活実態を目で確認して判断するという意識を持つ	0.08	0.22	0.42	0.12	0.53
第4因子（6項目）【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】						
25	意識的に、地区の事業や地区組織の会に出て、地域を知る努力をする	-0.02	0.00	0.07	0.72	0.55
26	地区住民と複数回かかわりを持ち、顔見知りの関係を築く	-0.09	0.23	0.01	0.60	0.50
27	地域の関係者や他部署の人と気になる住民の情報を共有する	0.18	0.00	-0.04	0.56	0.44
28	意識的に、住民と一緒に行動する中で問題発見のきっかけになることを知っている	0.16	0.06	0.01	0.55	0.46
29	地域とのつながりが薄れると地域に出向くことが少なくなることに気づく	0.02	-0.09	0.28	0.52	0.51
30	あらゆる機会をとらえて地域の情報を意識して収集する	0.06	0.29	-0.02	0.50	0.58
寄与率%		43.38	4.16	2.96	2.50	
累積寄与率%		43.38	47.54	50.11	53.01	
回転後の負荷量平方和（因子寄与）		10.98	10.28	8.87	9.50	
因子間相関		第1因子	1.00			
		第2因子	0.73**	1.00		
		第3因子	0.66**	0.68**	1.00	
		第4因子	0.72**	0.71**	0.67**	1.00
		因子全体	0.92**	0.88**	0.83**	0.87**

注) ** p<0.01

健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】(以下、因子名を【 】で表す)技術に関する因子と命名した。

第2因子は、「データと住民の生活実態から地域の健康課題が結びつく」「3人の共通する課題でも地域全体で共通する課題になることを予測する」「住民の生活状況や住民の生の声を地域診断の材料としてみる」などデータや住民の生活状況から健康課題を束ねようとする項目であると考え、【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】技術に関する因子と命名した。

第3因子は、「本気で何かしたいと住民のことを思う熱意がある」「住民の健康と命を守るという視点を持つ」「担当地区に対して責任を持つことを意識する」など単なる主観的な熱意ではなく責任を意識した項目と考え、【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】技術に関する因子と命名した。

第4因子は、「意識的に地区の事業や地区組織の会に出て、地域を知る努力をする」「地区住民と複数回かかわりを持ち、顔見知りの関係を築く」「地域の関係者や他部署の人と気になる住民の情報を共有する」など課題解決を意識しながら住民や関係者と関係を構築する項目であると考え、【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】技術に関する因子と命名した。

以上のように実践技術は、【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】【データや住民の生活状況から健康課題を束ね

る】【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】の技術で構成されることが明らかになり4因子30項目になることが確認できた。

3) 信頼性・妥当性の検証

因子数については、抽出後の負荷量平方和(寄与率%)は第1因子43.38, 第2因子4.16, 第3因子2.96, 第4因子2.50で因子負荷量は0.42以上であった。因子ごとおよび実践技術項目のCronbach α 係数を算出し、第1因子 0.93 第2因子 0.88 第3因子 0.86 第4因子 0.86といずれもCronbach α 係数は0.8以上あり十分な内的整合性を持つと判断された。

基準関連妥当性の検討は、外部基準として行政施策化能力評価尺度を用いた。この尺度を用いた理由は、課題発見が行政施策へつながる技術なのかを確認できるものであり、尺度全体のCronbach α 係数が0.93と十分な内的整合性を持っており、確証的因子分析ではGFI, AGFI, CFI, RMSEAの全てで統計学的な許容水準をほぼ満たす適合度を持ち構成概念の妥当性が確認されていること。この尺度は、<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つの因子で構成されPDCAサイクルの項目が網羅されていることから用いた。なお、健康課題発見の実践技術によりPDCAサイクルの展開が促進され、その積み重ねにより行政施策化が可能になることから、個のアセスメントに関する項目だけでなく地域診断サイクルの各因子が含まれる尺度との関連を検討することが必要であると考えた。実践技術

表3 実践技術項目と行政施策化能力評価尺度との相関

(n=281)

因子名	地域の健康課題発見の実践技術				因子全体	
	第1因子 【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】	第2因子 【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】	第3因子 【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】	第4因子 【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】		
行政施策化能力評価尺度	r	0.686 **	0.787 **	0.586 **	0.638 **	0.766 **
第1因子 <コミュニティパートナーシップ>	r	0.647 **	0.735 **	0.532 **	0.619 **	0.721 **
第2因子 <地区診断サイクル>	r	0.655 **	0.759 **	0.580 **	0.590 **	0.734 **

注)** p<0.01 無回答を除く

項目4因子と行政施策化能力評価尺度2因子（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>）との相関をPearsonの積率相関係数を算出し検討した結果、表3のとおり実践技術項目の4因子は行政施策化能力評価尺度の第1因子・第2因子に対してすべて有意に関連性が認められた（ $P<0.01$ ）。Pearson相関係数では、【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に着目する】技術は、第1因子0.647 第2因子0.655、【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】技術は、第1因子0.532 第2因子0.580、【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】技術は、第1因子0.619 第2因子0.590と妥当性が確認された。

また【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】技術は、第1因子0.735、第2因子0.759と強い相関が認められた。行政施策化能力の第1因子は、住民や地域の関係者組織・機関と解決すべき健康課題を共有するなど<コミュニティパートナーシップ>に関する項目で、第2因子は、疫学を利用して健康課題を分析する、健康課題を多角的にアセスメントするなど<地域診断サイクル>に関する項目となっており、地域の健康課題に基づいて行政施策は展開されるものであることから考えるとその関連性は説明可能であり【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】技術は、行政施策化を可能にする技術であるといえる。

次に構成概念の妥当性としては、参考文献で保健師活動の概念分析の手法や内容を確認した。内容妥当性を確保するために、地域保健の豊富な経験のある大学院生と研究者で実践技術項目の内容と因子構成について妥当性を検討し地域看護学の研究者のスーパーバイズを受けて確認した。表面妥当性として、4因子30項目の内容と因子構成を行政保健師によって確認をした。

以上のことから、実践技術項目の信頼性・妥当性が確認できた。

4. 実践技術項目と基本属性との関連について

実践技術に影響を及ぼすと予測された経験年数、養成機関、役職、先輩からの学び、研修参加、職場内教育について群内の平均値の差の検定としてt検定および一元配置の分散分析を行った結果、実践技術項目に有意差が認められた基本属性は、保健師経験年数・役職・職場内教育であった。

表4 経験年数と実践技術項目との関連

第1因子		多重比較	
【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の背景に焦点を合わせる】			
経験年数	mean ± SD		
5年未満	20.0 ± 4.1		
5~9年	21.4 ± 4.8		
10~14年	22.1 ± 3.8		
15~19年	23.4 ± 5.2		
20~24年	25.0 ± 4.9		
25~29年	27.8 ± 4.6		
30~34年	27.6 ± 5.1		
35年以上	25.5 ± 6.5		
注) *** p < 0.001			
第2因子		多重比較	
【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】			
経験年数	mean ± SD		
5年未満	9.2 ± 3.0		
5~9年	9.7 ± 2.7		
10~14年	10.0 ± 2.3		
15~19年	10.7 ± 3.0		
20~24年	12.2 ± 2.5		
25~29年	12.7 ± 3.0		
30~34年	12.7 ± 3.7		
35年以上	12.9 ± 3.5		
注) *** p < 0.001			
第3因子		多重比較	
【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】			
経験年数	mean ± SD		
5年未満	12.6 ± 2.7		
5~9年	12.3 ± 2.7		
10~14年	12.0 ± 2.2		
15~19年	12.3 ± 3.2		
20~24年	12.7 ± 2.9		
25~29年	14.1 ± 2.6		
30~34年	13.5 ± 3.3		
35年以上	13.6 ± 3.0		
第4因子		多重比較	
【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】			
経験年数	mean ± SD		
5年未満	10.8 ± 2.5		
5~9年	11.4 ± 2.7		
10~14年	11.3 ± 2.3		
15~19年	11.5 ± 3.2		
20~24年	12.9 ± 2.7		
25~29年	14.3 ± 2.8		
30~34年	13.9 ± 3.4		
35年以上	13.4 ± 3.5		
注) *** p < 0.001			
総得点		多重比較	
経験年数	mean ± SD		
5年未満	52.6 ± 10.0		
5~9年	54.9 ± 11.1		
10~14年	55.4 ± 9.1		
15~19年	57.9 ± 12.7		
20~24年	62.9 ± 11.1		
25~29年	68.8 ± 11.8		
30~34年	67.7 ± 14.3		
35年以上	65.4 ± 15.4		
注) *** p < 0.001			

1) 経験年数について

総得点は、25~29年の68.8±11.8が最も高かった。
表4のとおり第3因子【地域の健康課題を解決する

ことに責任を持つ】以外は実践技術との相関がみられた。第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】技術は、経

表5 役職と実践技術項目との関連

役職	総得点		第1因子 【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】		第2因子 【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】		第3因子 【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】		第4因子 【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】	
	mean ± SD	多重比較	mean ± SD	多重比較	mean ± SD	多重比較	mean ± SD	多重比較	mean ± SD	多重比較
係員	56.1 ± 11.6	***]***]**	22.2 ± 4.9	***]***]**	10.2 ± 3.0	***]**	12.2 ± 2.8	**]	11.5 ± 2.9	***]
係長	63.3 ± 12.7		25.7 ± 5.0		11.9 ± 2.9		12.8 ± 3.2		12.9 ± 2.9	
課長補佐	70.5 ± 11.2		28.2 ± 4.6		13.4 ± 3.2		14.5 ± 2.6		14.5 ± 2.9	
課長	68.8 ± 13.4		27.6 ± 5.6		12.9 ± 3.3		14.1 ± 2.5		14.1 ± 3.1	
部次長	59.0 ± 1.4		24.0 ± 0.0		11.5 ± 0.7		12.0 ± 0.0		11.5 ± 0.7	
その他	58.9 ± 13.3		23.1 ± 6.5		10.8 ± 3.0		13.2 ± 2.7		11.8 ± 3.5	

注) ***p<0.001 **p<0.01

表6 対象者の基本属性と実践技術項目の平均得点

(N=315)

属性	総得点	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
		【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】	【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】	【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】	【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】	
		mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	mean ± SD	
年代	20代	53.6 ± 8.6	20.0 ± 3.6	9.9 ± 2.5	12.6 ± 2.7	11.0 ± 2.1
	30代	54.7 ± 10.8	22.0 ± 4.4	9.6 ± 2.8	12.0 ± 2.8	11.1 ± 2.7
	40代	62.4 ± 12.1	25.1 ± 5.1	11.8 ± 2.9	12.8 ± 2.9	12.7 ± 3.1
	50代	67.3 ± 14.5	27.1 ± 5.7	12.6 ± 3.5	13.6 ± 3.2	13.9 ± 3.4
	60代	73.5 ± 4.9	31.5 ± 0.7	12.5 ± 2.1	15.5 ± 2.1	14.0 ± 0.0
養成機関	大学(短大・4年)	54.9 ± 10.3	21.6 ± 4.6	9.9 ± 2.9	12.3 ± 2.6	11.3 ± 2.6
	専門学校	62.4 ± 13.5	25.1 ± 5.6	11.8 ± 3.2	13.1 ± 3.1	12.8 ± 3.3
担当業務	保健部門	59.8 ± 13.0	23.8 ± 5.7	11.0 ± 3.1	12.9 ± 2.9	12.1 ± 3.2
	福祉部門	60.5 ± 13.5	24.0 ± 5.2	11.4 ± 3.4	12.8 ± 3.1	12.2 ± 3.1
	地域包括支援センター	59.2 ± 12.2	23.5 ± 4.9	10.9 ± 3.0	12.3 ± 3.0	12.5 ± 2.7
	その他	63.3 ± 15.4	25.8 ± 5.4	11.5 ± 4.6	13.0 ± 3.0	13.0 ± 3.7
業務分担制	地区分担	60.0 ± 12.8	23.9 ± 5.7	11.0 ± 2.9	12.8 ± 2.8	12.3 ± 3.2
	業務分担	58.8 ± 12.4	23.4 ± 4.8	11.1 ± 3.3	12.5 ± 2.9	11.9 ± 3.0
	併用	61.0 ± 13.8	24.4 ± 5.9	10.9 ± 3.4	13.1 ± 3.2	12.7 ± 3.0
過去一年間の研修参加	公務であり	62.7 ± 14.3	24.3 ± 6.1	12.0 ± 3.6	13.3 ± 3.3	13.1 ± 3.1
	公務外であり	63.3 ± 13.3	25.3 ± 5.1	11.6 ± 3.5	13.7 ± 2.7	12.7 ± 3.2
	両方あり	55.0 ± .	21.0 ± .	11.0 ± .	12.0 ± .	11.0 ± .
	なし	59.1 ± 12.7	23.6 ± 5.4	10.9 ± 3.1	12.6 ± 2.9	12.1 ± 3.1
先輩からの学びの経験	あり	60.3 ± 12.8	24.0 ± 5.5	11.2 ± 3.2	13.1 ± 2.9	12.4 ± 3.1
	なし	58.2 ± 13.8	23.9 ± 5.7	10.7 ± 3.5	12.0 ± 3.3	12.1 ± 3.4
職場内教育 ¹⁾	あり	61.1 ± 13.0	24.4 ± 5.7 **	11.4 ± 3.1	13.1 ± 3.0	12.5 ± 3.2
	なし	56.9 ± 12.4	22.8 ± 4.9	10.5 ± 3.3	12.4 ± 3.0	11.8 ± 2.9

1) 2群間の平均値の差の検定として、t-検定を用いた。 ** p<0.01 無回答を除く

験年数が増えるにつれて得点が上昇していた。第2因子【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】技術では、10～19年では有意な関連は認められなかったが、経験年数が増えるにつれて得点が上昇していた。第3因子【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】技術は、全ての年代において有意差がなく、経験年数による影響もなかった。第4因子【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】技術では、得点は25～29年をピークに下降しているが、25～34年は20年未満と有意な差が認められた。

また、経験年数を重ねるごとに第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦

点を合わせる】、第2因子【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】は、平均値は高くなり、第3因子【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】は、10～14年が低く25～29年が最も高かった。2) 役職について

表5のとおり全因子で有意差が認められた。係員は平均点 56.1 ± 11.6 、係長は 63.3 ± 12.7 、課長補佐は 70.5 ± 11.2 、課長は 68.8 ± 13.4 、部次長は 59.0 ± 1.4 、その他は 58.9 ± 13.3 と課長補佐が最も高かった。また各因子においても、課長補佐の平均値が最も高かった。第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】では、係員は、係長・課長補佐と $p < 0.001$ で課長と $p < 0.01$ で有意差が認められ、課長補佐は、その他と $p < 0.01$ で有意差が認められた。第2因子【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】では、係員は、係長と $p < 0.01$ で課長補佐と $p < 0.001$ でそれぞれ有意差が認められた。第3因子【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】では、唯一、係員と課長補佐で $P < 0.01$ で有意差が認められた。第4因子【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】では、係員は、課長補佐と $p < 0.01$ で有意差が認められた。

表7 実践技術項目の関連要因

	β	P
経験年数	0.39 ***	
養成機関	0.04	
役職	0.12 **	
先輩からの学び	0.11 **	
研修参加	0.13 **	
職場内教育	0.14 ***	

注) *** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$

表8 行政施策化能力評価尺度の関連要因

	model 1		model 2	
	β	p	β	p
基本属性	先輩からの学び	0.119 *	0.036	
	職場内教育	0.109 *	0.003	
	経験年数階級別	0.484 ***	0.157 ***	
実践技術項目	第1因子 【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】		0.166 **	
	第2因子 【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】		0.528 ***	
	第3因子 【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】		0.045	
	第4因子 【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】		0.054	
調整済み R^2 乗	0.232		0.656	

注) *** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

3) 職場内教育について

表6のとおり、職場内教育があると回答した人の得点が、 61.1 ± 13.0 と高かった。また、第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】については職場内教育のありとなしで、 $p < 0.01$ で有意差が認められた。

4) 重回帰分析の結果 (表7)

実践技術項目の関連要因を確定するため重回帰分析を行った結果、経験年数が $\beta = 0.39$ で最も強い関連が認められ、次に職場内教育 $\beta = 0.14$ であった。続いて研修参加 $\beta = 0.13$ 、役職 $\beta = 0.12$ 、先輩からの学び $\beta = 0.11$ の順に影響があった。

5. 実践技術項目ならびに行政施策化能力評価尺度の関連要因の検討

行政施策化能力評価尺度の関連要因を検討する上で、基本属性のみによる影響と基本属性と本研究で得られた実践技術項目を合わせた影響を比較するため、表8のとおり行政施策化能力評価尺度を従属変数として階層的重回帰分析を行った。なお、第1段階model 1では、説明変数は、基本属性との関連が予測される変数として重回帰分析で関連が強かった経験年数、職場内教育と行政施策化能力評価尺度の活用で必要とされたOJTの関連項目である先輩からの学びを優先的に投入し、それ以外の属性は除外した。その結果、経験年数 $\beta = 0.484$ ($p < 0.001$)において最も強い影響力が認められた。次に第2段階をmodel 2として、本研究から得られた実践技術項目の各因子を投入した。2因子の【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】が $\beta = 0.528$ ($p < 0.01$)で最も関連性が高く、次に第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に着目する】 $\beta = 0.166$ ($P < 0.05$)、経験年数 $\beta = 0.157$ ($p < 0.01$)の順となった。調整済み R^2 乗(重決定係数)は、model 1では0.232であったがmodel 2では0.656となり、model 2の方が精度が高くなった。

V 考 察

1. 実践技術項目の検討

本研究の質問紙調査では、A県内の全19市町村の常勤保健師を対象とし回収率は8割以上と類似の研究に比較し高かった。業務部門別では保健部門が62.2%で全国保健師活動領域調査¹⁴⁾における市町村

保健師の保健部門が占める割合63.3%とほぼ同率であった。また、役職のうち係員の割合は、本調査では65.1%、全国調査では63.2%とほぼ同率であった。以上より母集団である市町村保健師としての代表性はあったと考える。

実践技術については、探索的因子分析で4因子30項目を確認し、その信頼性については各因子及び実践技術項目全体のCronbach α 係数より十分な内的整合性が見られた。また項目間相関では、0.7以上の強い相関は認められなかった。実践技術の構成概念の妥当性については、行政施策化能力尺度との基準関連妥当性を確認し、さらに内容妥当性や表面妥当性についても検討し妥当性についても確認できた。

この4因子30項目からなる構成因子について、地域の解決すべき健康課題を発見する保健師の視点や意識の特徴から【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】と因子名を命名した。

第1因子について、先行研究で質的データから健康課題につながりそうな事象を感知する段階では、保健師は健康課題として取り上げられていない段階から個別の事例で起こっている健康課題に繋がりそうな事象を感知する¹²⁾ことが明らかにされており、本研究で得られた「住民の言葉に疑問を持ち、一歩踏み込んで住民の声を聞く」「住民の行動や心理的・生物身体的反応に目を向けて注意深く観察する」「健康課題につながりそうな住民や地域の変化を見逃さないようにアンテナを張る」などの技術は、そのための探索的行動に用いられ、地域で解決すべき健康課題を意識して住民へ焦点を合わせることが重要な因子であることが明らかになった。

次に第2因子は、住民へ着目し、個の健康課題を注意深くアセスメントした上で他の住民にも共通する健康課題ではないかと視点を広げるものであり、「データと住民の生活実態から地域の健康課題が結びつく」「3人の共通する課題でも、地域全体で共通する課題になることを予測する」「同じ課題を持つ人をつなげることを意識する」など【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】技術であり、斉藤¹⁵⁾の分類・要約・比較・推論の分析過程を踏ま

えた地域診断や守田¹⁶⁾の個の課題の共通点を束ねる視点であることが示唆された。

また第3因子は、「本気で何とかしたいと住民のことを思う熱意」や「住民の健康と命を守る視点」、「担当地区に対して責任を持つ」などICN看護師の倫理綱領¹⁷⁾にある看護ケアを必要とする人々（個人、家族、地域社会）に対する責任に一致する技術であることが明らかになった。また、保健師の思考を含む地区活動展開プロセスは、「本気の高まり」から「本気が住民の主体性を育む」プロセスであり、その中心に存在する「何とかしたい」が地区活動を展開する駆動力になっていた¹⁸⁾ことと一致した。

第4因子は、保健師の重要な責務は、地域で暮らす人々の生活や環境を巡視し、見守ることにより、住民の環境と健康度をきめ細かくとらえ、地域の問題の有無とその解決方法を地域の人びとと共有していくことにあると平野¹⁹⁾が述べているとおり、「意識的に、地区の事業や地区組織の会に出て、地域を知る努力をする」や「地域の関係者や他部署の人と気になる住民の情報を共有する」など【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】技術は、保健師が地域の健康課題を発見すると同時に住民と一緒に健康課題を解決する方法を探る技術であることが明らかになった。

2. 実践技術項目と基本属性との関連について

実践技術項目に影響を及ぼすと予測した経験年数・養成機関・役職・先輩からの学び・研修参加・職場内教育については、経験年数が最も影響を及ぼし、次に職場内教育、研修参加の順であることが明らかになった。これは実践技術が、日常の業務の積み重ねに加えて職場内教育や研修などによって業務の振り返りや新しい技術の習得ができ、実践技術の向上が図られることが示唆された。

1) 経験年数との関連

第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】技術は、35年未満までは平均値が経験年数とともに段階的に上がっていくことから、継続的に実践技術を習得していくと考えられる。一方、35年以上では1%水準では有意差が認められなかったが、これは、管理的立場で日常的な保健師活動を行っていないため現在の実施状況で回答した者もあり、平均値が下がったものと思われる。第2因子【データや住民の生活状況から

健康課題を束ねる】技術では、5年未満と5～19年は有意差がないことから、時間をかけて習得される技術であると考えられる。第3因子【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】技術は、経験年数による関連は認められなかった。国際看護師協会のICN看護師の倫理綱領では、看護ケアを必要とする人々（個人、家族、地域社会）に対する責任、看護実践で責任と責務を有するという基準を守る責任、人々の生命と尊厳を尊重する責任、人々が差別やヘルスケアに関する権利侵害を受けないことを保証する責任が示されている¹⁷⁾。「住民の健康と命を守るという視点を持つ」「健康課題は、直接住民の声を聞いたり生活実態を目で確認して判断するという意識を持つ」という意識の下には、看護倫理に基づく看護活動を確認していることが示唆され、保健師個人の看護観の確立が影響すると思われる。この看護観の確立の機会となる保健師養成機関における公衆衛生看護の倫理教育の実態を明らかにした研究²⁰⁾では、公衆衛生看護倫理教育の必要性は高く認識されているにもかかわらず、モデルカリキュラムと教育方法、教員養成などの課題が提示されており、保健師の実践能力の実態を踏まえると、看護基礎教育に限らず現任教育においても、公衆衛生看護倫理について教育する重要性が考えられた。

第4因子【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】技術では、経験年数25～34年は、20年未満と有意差があり20年以降が高い傾向にあった。第3因子【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】は、10～14年が最も低く25～29年が最も高かった。この要因については、対象者の年齢構成や倫理教育の機会の有無との関連などさらなる検討が必要である。

2) 職場内教育（定期的な事例検討や研修）との関連

職場内教育は、第1因子の【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】に関連が認められ、事例検討等を通じて複数の保健師が住民への関わり方を検討し合うことによって【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】技術が向上できるのではないかと考えた。単なる事例の処遇検討会議ではなく、解決すべき健康課題を意識しながら住民に着目する方法を検討することで地域全体の健康度を高めていくことが可能となる。本研究では、職場内教育

の有無で関連性を確認したが事例検討の内容や研修体系などに関連することも考えられ、実践技術と研修内容や方法との関連については今後の検討課題としたい。

3. 行政施策化能力尺度の関連要因について

実践技術項目と行政施策化能力評価尺度との関連では、実践技術項目のいずれの因子も行政施策化能力評価尺度との関連が認められた。行政施策化能力評価尺度は、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>で構成され、本研究で明らかにされた地域の健康課題発見の実践技術が、地域診断サイクルに関連していることが明らかになった。これまで、市町村保健師は、「個」に対する丁寧な関わりの積み重ねによって健康課題を発見し、地域の健康課題を明確化し、活動計画、実施、評価、改善というPDCAサイクルを展開させ、さらに中板²⁾が述べているとおりPDCAサイクルは螺旋状に繰り返されることで、より良い事業構造を作り上げ行政施策化を促進してきた。このPDCAサイクルを円滑に回転させるための推進力として、地域の健康課題を発見する実践技術が影響を与えていることが証明された。

また、第2因子【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】に強い相関が認められたが、これは住民や地域の関係者等との健康課題の共有や健康課題を多角的にアセスメントするなど住民データの共有や住民の生活状況から地域の解決すべき健康課題を束ねることによって行政施策化が実現できることから考えれば項目間の類似性は説明可能である。

さらに、行政施策化能力評価尺度の関連要因を確定するために行った重回帰分析では、基本属性のうち関連性を予測した先輩からの学び・職場内教育・経験年数と本研究で得られた実践技術の各因子について、2段階で強制投入を行った。第1段階では、

先輩からの学び・職場内教育・経験年数を投入したところ、経験年数が有意に関連性を示していた。第2段階で実践技術項目の第1因子から第4因子を投入した結果、第2因子の【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】が最も関連し、次に第1因子の【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】であった。行政施策化能力は、経験年数と有意に関連していたが、経験年数に加えて、さらに本研究で得られた実践技術項目の第2因子【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】や第1因子【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】技術に強い関連性がみられ、経験年数が少ない保健師であってもこの技術の向上により保健師活動のPDCAサイクルを展開することが容易になり、その結果行政施策化につなげていくことが可能になることが示唆された。

以上のことより、これまで市町村保健師は、「個」に対する丁寧な関わりの積み重ねによって健康課題を発見し、地域の健康課題を明確化し、活動計画、実施、評価、改善というPDCAサイクルを展開させ螺旋状に積み重ねながら行政施策化を促進してきたが、このPDCAサイクルを円滑に回転させるための推進力として地域の健康課題を発見する実践技術が影響を与えていることが証明された。

VI 結語

市町村保健師活動における地域の健康課題を発見する実践技術の因子構造は、【地域で解決すべき健康課題を意識して住民の生活背景に焦点を合わせる】、【データや住民の生活状況から健康課題を束ねる】、【地域の健康課題を解決することに責任を持つ】、【健康課題を住民や関係者と共有する関係を構築する】の4因子30項目であることが明らかになった。関連要因についても確認された。これまで一般化されてこなかった地域の健康課題発見に必要な実践技術の言語化をすることができた。

またこの実践技術は、保健師が健康課題を発見し地域の健康課題を明確化し、活動計画、実施、評価、改善というPDCAサイクルを展開させる推進力となり、PDCAサイクルを円滑に回転させながら、螺旋状に積み重ねることによって、行政施策化を促進さ

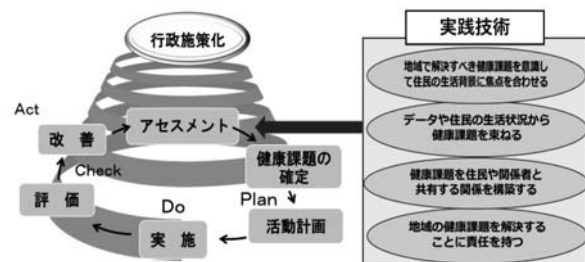


図1 PDCAサイクルと実践技術の関係

せていると考える。

以上のとおり本研究により、実践技術項目の明確化と信頼性・妥当性の一定の検証はできた。しかし研究の限界として、本研究はA県内の市町の保健師に限定したデータであることから偏りがある可能性は否定できない。今後はさらに、地域性の異なる自治体保健師の活動への適合性の検証などを行うことが必要であると考えます。

謝 辞

本研究に協力や激励をくださった山口県市町村保健師研究協議会の保健師の皆様、研究を進めるにあたり、丁寧なご指導、ご助言を頂きました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻の先生方、大学院生の皆様へ心よりお礼を申し上げます。

本論文内容に関する利益相反事項はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 厚生労働省健康局長通知：地域における保健師の保健活動について. 厚生労働省 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (参照2018-01-14)
- 2) 守田孝恵. 展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動. 守田孝恵編, 第1版. クオリティケア. 東京, 2013; 2-3.
- 3) 山口県宇部市. 市民センターに配置された保健師による地域診断に基づくPDCAサイクルの実践モデル開発～問題発見における課題解決方法～. 平成27年度全国保健師長会調査研究事業. 2016; 50. http://www.nacphn.jp/03/pdf/2015_oshita_01.pdf. (参照2018-01-14)
- 4) 山口県宇部市. 市民センターに配置された保健師による地域診断に基づくPDCAサイクルの実践モデル開発～問題発見における課題解決方法～. 平成27年度全国保健師長会調査研究事業. 2016; 23. http://www.nacphn.jp/03/pdf/2015_oshita_01.pdf. (参照2018-01-14)
- 5) 地域における保健師の保健活動に関する検討会. 地域における保健師の保健活動に関する報告書. 平成24年度地域保健総合推進事業. 2005. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h24_02.pdf. (参照2019-09-14)
- 6) 吉岡京子, 麻原きよみ, 村嶋幸代. 地域の健康課題に関する保健師による事業創出のプロセスと方策－課題設定と事業案作成の段階に焦点を当てて－. 日本公衆衛生雑誌 2015; 51: 257-270.
- 7) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源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: 391-401.
- 8) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61: 275-285.
- 9) 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. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55: 629-637.
- 10) 鳩野洋子, 岡本玲子, 長野扶佐美. 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: 55-61.
- 11) 岡本玲子, 鳩野洋子, 小出恵子. 保健活動の必要性をみせる行動尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2015; 62: 271-280.
- 12) 馬場わかな, 岡本玲子. 地域の健康課題明確化に向けた自治体保健師による質的データ活用技術の明確化. 日本公衆衛生看護学雑誌 2016; 5: 154-164.
- 13) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61: 283.
- 14) 厚生労働省. 平成29年度保健活動領域調査（領域調査）の結果について. 厚生労働省. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/katsudou/09/ryoukichousa_h29.html. (参照2018-01-14)
- 15) 齊藤恵美子. 第1章 地域診断. 最新保健学講座5 公衆衛生看護管理論. 平野かよ子編, メヂカルフレンド社. 東京, 2011; 28.
- 16) 守田孝恵. 展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動. 守田孝恵編著, 第1版. クオリティケア. 東京, 2013; 8.
- 17) 国際看護師協会. ICN看護師の倫理綱領 (2012年版) <https://www.nurse.or.jp/home/publication/>

pdf/rinri/icncodejapanese.pdf. (参照2018-01-14)

- 18) 小島千明, 高嶋伸子. 熟練保健師の地区活動展開プロセスの特徴. 日本地域看護学会誌 2016 ; 19 : 24-32.
- 19) 平野かよ子. 保健婦批判に依て. 保健婦雑誌 1995 ; 51 : 800-804.
- 20) 小林真朝, 麻原きよみ, 大森純子. 保健師養成機関における「公衆衛生看護の倫理」教育の実態. 日本公衆衛生雑誌 2018 ; 65 : 25-33.
- 21) 中板育美. 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題. 公衆衛生 2009 ; 58 : 349-354.

Practical Techniques for Finding Community Health Needs in Public Health Nurses Working for Local Governments Activities

Miyako SAITO and Takae MORITA¹⁾

Division of Community welfare and instruction inspection, Department of Health and Welfare, Ube City, 1-1-7 Tokiwa, Ube, Yamaguchi 755-8601, Japan 1) Community Gerontological Nursing Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

The purpose of this study is to identify the practical techniques and related factors of how public health nurses working for local governments finding community health needs.

To answer this question, we conducted a questionnaire survey about a scale measuring the competences of public health nurses in the policy in Japanese administrative agencies and contents of the practical techniques. And we found relations in the Pearson correlation coefficient and build on multiple and hierarchical multiple regression analyses to identify the related factors.

As a result, we identified the 4 main factors of practical techniques, “to be aware of the community health needs must be solved in the regions and focus on the citizen’s life backgrounds”, “to bundle community health needs from data and living conditions”, “to bear the responsibility of solving regional community health needs”, and “to build relationships with citizens and persons concerned to share community health needs”, and 30 articles.