

〔報告〕

行政保健師が地域で行うネットワーク形成のための実践技術項目の検討

越田 美穂子¹, 守田 孝恵²¹香川大学医学部 看護学科²山口大学大学院医学系研究科Practices Required for the Development of Community Networks
by Public Health Nurses Working in Local GovernmentsMihoko Koshida¹, Takae Morita²¹*School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University*²*Faculty of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Yamaguchi University*

要 旨

本研究の目的は、行政保健師（以下保健師）が行うネットワーク形成実践技術の概念モデル及びその技術項目の検討を行うことである。

研究方法は、まずネットワーク形成実践技術の概念モデルを検討すると同時に、先行研究や文献レビューから抽出・蓄積した技術項目を基に現任保健師及び保健師経験を持つ教育・研究職による項目の検討を行った。その項目を用いてA県保健師344名を対象にパイロットスタディを実施し、項目得点分布の確認、回答の偏り、天井・フロア効果、P-Pプロットによる正規性の確認、G-P分析、項目間相関による項目分析を行った。調査内容は、属性、ネットワーク実践技術項目、項目に関する自由記載等であった。

ネットワーク形成の実践技術の概念モデルを検討し、「人的資源の認知と発見」、「顔つなぎによる情報共有」、「ネットワークの維持・継続」、「ネットワークの発展」の4因子二次因子モデルを仮定した。文献検討等から112項目が抽出され、その後グループインタビュー及び個人面接調査による精選により43項目に整理した。パイロットスタディの結果、全項目の平均値は2.46 (SD0.65)、各項目の平均値は、1.5~3.2点 (SD0.70~1.04)の範囲で、天井・フロア効果は認められず、項目全てで、正規分布が確認された。また通過率は99.2~100%と高く、回答困難な項目は認められなかった。項目間相関は、 $r=0.259-0.796$ で、0.8以上の高い相関を示す項目はなく、G-P分析では、項目全てにおいて上位群の得点が有意に高かった。これらの結果から、ネットワーク形成実践技術尺度開発に向けた43項目が準備された。

キーワード：行政保健師， ネットワーク形成実践技術項目， 尺度開発

Summary

Public health nurses (PHNs) working for local governments are involved in the development of community networks. The present study was conducted to establish a conceptual model of network development, and examine practical items included in the model.

Based on item data obtained from previous studies and literature review, current and former PHNs (teachers and researchers) examined items to be included in the model. Following the development of a questionnaire, we conducted a pilot study involving 344 PHNs in Prefecture A to analyze the items regarding: their score distribution, deviation, ceiling/floor effects, distribution normality based on the P-P plot, G-P analysis, and

連絡先：〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 越田美穂子

Reprint requests to: Mihoko Koshida, School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University, 1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0793, Japan

correlation among items. We also analyzed the characteristics and appropriateness of items, as well as related open-ended questions.

We created a second-order 4-factor model: “recognition and identification of human resources”, “regular contact and information sharing”, “maintenance of networks”, and “expansion of networks”. A total of 112 items were extracted from the literature, and organized into 43 items (four factors) through individual/group interviews. A pilot study showed that the mean total score for the items was 2.46 (SD: 0.65), and mean score for each item was between 1.5 and 3.2 scores (SD: 0.70 to 1.04). Ceiling and floor effects were not observed, and normal distribution was noted for all items. The passing rate for each item was 99.2 to 100%, indicating that respondents did not find any question item difficult to answer. The correlation coefficient between the items was from 0.259 to 0.796, with no item demonstrating a correlation coefficient higher than “0.8”. The results of good-poor (GP) analysis demonstrated markedly high scores in the good group for all items. These results confirm the validity of the above mentioned 43 items in the model of network.

Keywords: Public health nurses working for local governments, Practical items in networking, Development of scale

はじめに

1. 本研究の背景と意義

近年、地域における関係性の希薄化や価値観の多様化を背景に、家族・地域・職場の関係性が弱まり、生活が緩やかに空洞化し、規範的な力が減弱しているといわれている¹⁾。平成19年度の内閣府による国民生活白書²⁾によれば、家族・地域・職場の関係性の弱まりは、人々の生活満足度や経済社会に影響する可能性があり、社会における関係性を再構築する必要性を述べている。このような時代背景に伴い、地域における「ネットワーク」すなわち人と人との間の「つながり」の持つ力が注目されている³⁾。わが国の医療保健福祉政策においても、近年の介護保険制度改正や医療制度改革を背景に、「共助」の必要性が見直され、住民や専門職・組織との関係作りを基盤としたネットワーク形成が、地域における健康課題の解決の方略として重要視されている¹⁾。

この変化を背景に、行政保健師（以下保健師と省略）には住民が本来持っている力を活かし、健康な地域形成を支援していくためのより高度な専門的技術が求められている。従来保健師は、地域全体を対象に日常の活動の中で住民や関係組織とネットワークを形成し、協働しながら地域の健康課題を解決してきた^{4,5)}。このような地域でのネットワーク形成は、厚労省通知「地域における保健師の保健活動について」⁶⁾でも重要な実践技術として位置づけられており、保健師にはその役割が今後も期待されている。

地域でネットワークを形成するといった実践技術は、目に見える形で提供される看護技術とは異なり、コミュニケーションを中心とした技術であるため、その重要性

は高いにも拘らず言語化しにくく、他者からは見えにくい専門技術といえる。村嶋ら⁷⁾は、保健師の仕事は扱っている対象が予防という顕在化する前の健康問題や地域のケア資源やシステムの開発であり、いずれも形として可視化することが困難な行為であることを理由として挙げている。同様に麻原⁸⁾は、対話の場作りや健康課題の概念化、健康資源の生成等は保健師が日常的に行っているものであるが、「見えざる活動」であり、それが保健師活動の特徴であると述べている。

またそれ故にこの技術は、保健師養成の教育機関よりは現任教育場面でのOJTから学ぶことが多く、今までは特に言語化することなく継承されていたと推察される。しかしながら最近では、この技術が中堅保健師以降に継承されていないことが危惧されている⁹⁾。そのためこのネットワーク形成の実践技術を保健師の専門技術として今後も伝承・評価するためにも、言語化や尺度化による見えやすく理解しやすい形での提示が必要である。

保健師の専門技術を評価する主な尺度としては、佐伯ら¹⁰⁾の「行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力尺度」や、岩本ら¹¹⁾の「公衆衛生基本活動遂行尺度」、塩見ら¹²⁾の「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」が開発されている。これらはいずれも保健師能力を評価する尺度ではあるが、ネットワーク形成の実践技術に焦点化して開発されたものではない。

一方ネットワークの関連用語である「連携」については、保健医療福祉職員を対象に、連携状況を客観的に評価するために開発された、筒井¹³⁻¹⁵⁾の「連携活動評価尺度」がある。これは、具体的な連携のための行為を評価する尺度であり、保健師が行う連携活動も測定可能である。しかしながら、日常的に地域のあらゆる人々と関係

をつないでいくといったネットワーク形成は、ネットワークを形成する人材の発見・育成やその発展を見越した関わり等の技術も含む、連携よりも包括的な概念であることが示唆されている¹⁶⁻¹⁸⁾。そのため、筒井の尺度項目のみでは保健師が行うネットワーク形成実践技術の項目を網羅することは困難である。

以上のことから、行政保健師が地域で行うネットワーク形成の実践技術項目を検討し、保健師の専門技術としてのネットワーク形成を目に見える形で提示することは、現任教育への活用や、その技術の評価指標開発の基礎的研究としても意義があると考ええる。

2. 本研究におけるネットワーク形成概念の位置づけと研究目的

地域での実践場面においては、「虐待予防ネットワーク事業」や「子育て支援ネットワークの構築」、「ケアネットワーク会議」等、様々な施策や事業名として「ネットワーク」が使用されている。これらは、地域で顕在化した健康問題に焦点を当て、既存の組織や当事者グループや事業を介し連携・協働することで、問題解決を達成するために必要な要素が組み合わせられ、それぞれが有機的に機能する状態¹⁹⁾である。ここでいう「ネットワーク」は、本研究で明らかにする日常的に保健師が地域で形成するネットワークとは異なり、組織や当事者グループなどが恒常的に機能するシステム²⁰⁾としてのレベルを指すものとする。

このシステムは、地域において関係機関等が網状につ

ながったネットワークを土台として存在する¹⁹⁾。この土台となるネットワークは、保健師が日常的に担当地域においてそれと意識せずに形成しているネットワークであり、組織活動や自主グループ活動の形成過程とも重複してはいるが、それに比べ領域の広がり自由であり、さらに複雑な要素をふくみ、かつ上下関係ではないことを特徴としている²¹⁾。また、この日常的に形成されるネットワークが土台にあることで、システムレベルであるネットワーク事業の成立がより効率的で容易になる。

このことを前提に、日常的に形成されるネットワークとネットワーク事業との関係を、「保健師のベストプラクティスの明確化とその推進方策に関する検討報告書」⁹⁾における保健師の専門性に照らすと、日常的に形成するネットワークは、「個別的な関係作り」及び「支援チーム・仲間作りのレベル」に、施策や事業名として表現されているネットワークは、「システムづくりレベル」に位置するものとする。この位置関係を図1に示した。

しかしながら、前述のように事業名や予算が付きシステム化されたネットワーク事業は、地域の活動においても可視化しやすいが、その土台となるネットワーク形成の実践技術は、コミュニケーションを中心とした間接的援助のため、言語化や可視化は難しい^{7,8)}。

そこで本研究では、保健師が地域で日常的に行うネットワーク形成を、従来のネットワーク事業と呼ばれるシステムを形成するための土台として位置づけ、「行政保健師が、日常の保健活動の中で、地域の課題を意識しな

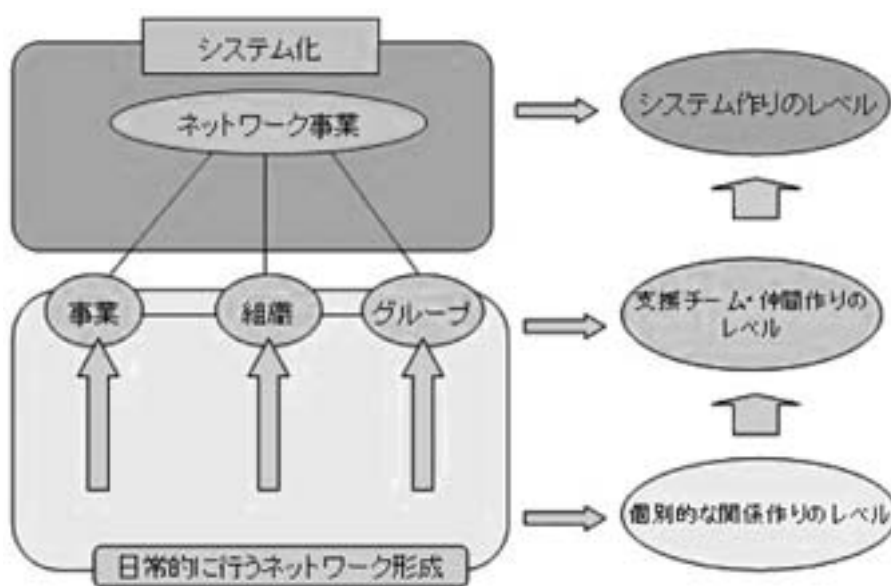


図1 本研究におけるネットワーク形成の各レベルごとの位置づけ

がら、キーパーソンを発見・育成し、住民やキーパーソン、関係機関等の担当者(職員)との間に相互に信頼関係や支援・連携(協働)関係を構築・発展させつつ、健康な地域に整えていくこと」と定義し、ネットワーク形成実践技術の概念モデルを検討すると共に、尺度の開発に向けた質的・量的調査による具体的な実践技術項目の検討を行うことを目的とした。

方法

1. 質的調査による項目収集・検討の対象と方法

尺度開発に先立ち、保健師が地域で日常的に形成しているネットワークやその具体的実践技術に関する先行研究を調べたところ、事例報告が多く、また保健師教育の主なテキスト²²⁻²⁴⁾や厚生労働省の保健師活動に関する報告書^{6,25)}等においても、地域でのネットワーク形成の必要性や重要性は記述されていたが、具体的な実践技術を系統的に記述したものはみられなかった。そこで、「行政保健師が地域で行うネットワーク形成過程における機能と意味」をテーマに、熟練保健師21名を対象にした質的探索的研究¹⁸⁾を行い、ネットワーク形成過程における保健師機能を明確化した。その研究結果から得られた保健師のネットワーク形成機能を参考に、保健師が日常的に地域で行っているネットワーク形成に必要な実践技術に焦点化し、その実践技術を上位概念とし、それを構成すると考えられる下位概念を因子とした概念モデルを検討した。

次に具体的な実践技術項目収集の第1段階として、「ネットワーク」の類義語や関連用語である「技術」「保健師機能」「連携」「協働」「コーディネート」をキーワードとして文献レビューを実施し、関連する内容の記述がみられた文献^{16,17,26-30)}と、先行研究¹⁸⁾から具体的実践技術に該当する項目を抽出した。さらにより多くの項目を抽出するため、保健師経験5年以上で修士課程在学中の熟練保健師4名を対象にグループインタビューを実施した。対象者の平均年齢は47.0歳、平均経験年数は22.3年、市町村保健師2名、県保健師2名であった。インタビューでは、定義に照らしながら経験を基に具体的なネットワーク形成の事例を語ってもらい、その分析データから実践技術を抽出し、尺度項目を収集、蓄積した。

さらに第2段階として、その項目について保健師経験を持つ研究者間で検討し、重複や意味不明瞭な項目の整理を行い、整理後の項目を基に現役熟練保健師5名への個別面接調査と保健師経験を持ちかつ保健師教育にも関わる熟練保健師6名を対象にグループインタビューを行った。個別面接調査の対象者の平均年齢は47.2歳、平均

経験年数は23.0年、市町村保健師3名、県保健師2名であった。2回目のグループインタビュー対象者の平均年齢は37.3歳、平均経験年数は15.5年、全員が県に所属する保健師であり、うち4名は保健師教育機関所属であった。この段階では、対象者の実践・教育経験に照らし、ネットワーク形成の実践技術項目の追加・修正やワーディング等を検討し、意味内容の整合性や重要度及び内容を整理・統合した。また、それぞれの時点で整理された各項目を質問紙として記入してもらい、回答のしやすさ等について意見を得た。

その後、研究者間で一連の過程で得られた結果を基に、抽象度や先行研究の内容からみた妥当性を検討・統合し、最後に具体的なネットワーク形成場面と照らし、意図した内容との乖離等がないかを確認したうえで、最終的な実践技術項目を作成した。

グループインタビューの所要時間は約2~2.5時間、個別面接は、1~2時間であり、両者とも対象者の同意を得た上でMD録音を行い、逐語録に起こしたものを分析データとし、それぞれの目的に沿って項目抽出や記述内容の整理・統合を行った。調査期間は、平成20年8~12月であった。

2. パイロットスタディの対象と方法

対象者は、A県に勤務する保健師344名である。調査を実施するに当たっては、A県庁担当課及び県内市町村担当課に事前に調査依頼を行った。了解を得られた各機関に調査依頼文と該当人数分の調査説明文と質問紙を送付し、所属保健師への配布と回収、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、質問紙の記入方法と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、回答後は個別の封筒に入れ封をして回収したものを機関ごと一括して返送を求めた。研究協力への同意確認は、質問紙の返送をもって承諾とみなした。調査期間は、平成21年2~3月であった。

主な調査項目は、対象者の属性(①年齢 ②性別 ③経験年数 ④所属自治体 ⑤所属機関 ⑥職位 ⑦資格取得教育機関 ⑧最終学歴)、ネットワーク形成実践技術準備項目、各質問項目に関して、意味が不明瞭な項目や回答しにくい項目の有無を自由に記載してもらい参考とするための自由記載等であった。実践技術項目については、前述の用語の説明を事前に十分に読み理解したうえで、各項目における達成度を0:できないから4:できるまでの5段階評定法で評価を行うものとした。

分析方法は、まず実践技術項目の得点分布を確認し、回答の偏りがないこと、天井・フロア効果を検討し得点分布の歪みが生じていないこと、P-Pプロットによる正

表1 ネットワーク形成実践技術項目の得点分布 (n=242)

因子ごとの実践技術 43項目	0:できない	1:あまりできない	2:少しできる	3:大体できる	4:できる	平均±SD	通過率 (%)	G-P 分析	
	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)			上位群 (n=118)	下位群 (n=124)
【人的資源の認知と発見】 9項目									
1 課題解決に必要な情報や資源を持つ、地域のキーパーソンが誰かわかる	1(0.4)	19(7.9)	59(24.4)	135(55.8)	28(11.6)	2.7±0.79	100.0	3.16	2.22**
2 課題解決に必要な情報や資源を持つ、関係機関の担当者が誰かわかる	1(0.4)	12(5.0)	59(24.5)	138(57.3)	31(12.9)	2.8±0.75	99.6	3.14	2.39**
3 住民やキーパーソン・担当者が、普段から集まる例会・研修会などの機会や場がわかる	3(1.2)	25(10.3)	81(33.5)	113(46.7)	20(8.3)	2.5±0.84	100.0	3.00	1.98**
4 地域の中でどの人が、課題解決に必要な住民や組織・関係機関と、顔つなぎしてくれるキーパーソン・担当者なのかわかる	3(1.2)	22(9.1)	73(30.2)	123(50.8)	21(8.7)	2.6±0.82	100.0	3.02	2.09**
5 今まで把握していなかった、課題解決に必要なキーパーソン・担当者を、新たに発見する	5(2.1)	36(14.9)	106(43.8)	79(32.6)	16(6.6)	2.3±0.87	100.0	2.77	1.74**
6 将来、キーパーソンになりそうな問題意識や活動意欲の高い住民に見当をつける	4(1.7)	43(17.8)	104(43.2)	79(32.8)	11(4.6)	2.2±0.85	99.6	2.76	1.63**
7 課題発見につながる住民・キーパーソン・担当者の問題提起や意欲の高まりなどの変化を捉える	4(1.7)	34(14.0)	98(40.5)	92(38.0)	14(5.8)	2.3±0.85	100.0	2.85	1.76**
8 普段の何気ない世間話や立ち話から、地域の課題や活動状況、その人の背景等の情報を捉える	2(0.8)	10(4.1)	98(40.7)	109(45.2)	22(9.1)	2.6±0.75	99.6	3.06	2.07**
9 地域の課題解決に必要な資源になる人材発見を意識して、住民・キーパーソン・担当者と関わる	2(0.8)	33(13.6)	88(36.4)	96(39.7)	23(9.5)	2.4±0.87	100.0	3.00	1.84**
【顔つなぎによる情報共有】 11項目									
10 新しく地域を担当したときには、訪問や地区連絡などで住民や前任保健師からキーパーソンや担当者に顔つなぎをしてもらう	2(0.8)	11(4.6)	46(19.4)	118(49.8)	60(25.3)	2.9±0.84	97.9	3.41	2.45**
11 地域や会議などでキーパーソンや担当者に会ったときは、こちらから挨拶など声をかける	0(0.0)	3(1.2)	28(11.6)	118(48.8)	93(38.4)	3.2±0.70	100.0	3.57	2.90**
12 訪問などでキーパーソンや担当者の近くに行くときには、立ち寄って情報交換を行う	5(2.1)	26(10.8)	71(29.5)	95(39.4)	44(18.3)	2.6±0.97	99.6	3.15	2.04**
13 キーパーソンや担当者と、定期的に電話や事業案内、訪問などの機会を兼ねて情報交換を行う	4(1.7)	30(12.4)	75(31.0)	93(38.4)	40(16.5)	2.6±0.96	100.0	3.12	1.97**
14 ケースのその後の経過や結果を、チームで関わった人に報告する	1(0.4)	2(0.8)	43(17.8)	122(50.4)	74(30.6)	3.1±0.74	100.0	3.48	2.70**
15 課題解決のために、誰とどのような情報を交換するのか、今後の方向性や具体的な対応を考える	0(0.0)	7(2.9)	76(31.4)	121(50.0)	38(15.7)	2.8±0.74	100.0	3.26	2.29**
16 相手が保健師や行政に対して持っている意見を、傾聴のスキルを使って聞き取る	0(0.0)	6(2.5)	67(27.7)	130(53.7)	39(16.1)	2.8±0.72	100.0	3.21	2.44**
17 日常親しんでいる方言や、理解しやすい表現で、住民やキーパーソンに情報を伝える	0(0.0)	6(2.5)	51(21.2)	136(56.4)	48(19.9)	2.9±0.71	99.6	3.30	2.56**
18 地域から課題やニーズの情報を得て、それを再度地域の課題として発信する	4(1.7)	36(14.9)	108(44.8)	81(33.6)	12(5.0)	2.3±0.83	99.6	2.77	1.71**
19 キーパーソンや担当者が交代したときには、早めに挨拶に行き、新たに顔つなぎをする	5(2.1)	20(8.3)	60(24.8)	105(43.4)	50(20.7)	2.7±0.95	100.0	3.29	2.14**
20 異動する時には、後任保健師に訪問や地区連絡などでキーパーソンや担当者との顔つなぎをする	7(2.9)	11(4.5)	54(22.3)	102(42.1)	63(26.0)	2.9±0.96	100.0	3.43	2.26**
【ネットワークの維持・継続】 12項目									
21 保健師と住民・キーパーソン・担当者が、顔つなぎや情報交換ができる担当者会議や事例検討会などの機会を意図して持つ	6(2.5)	43(17.8)	81(33.5)	86(35.5)	26(10.7)	2.3±0.97	100.0	2.96	1.69**
22 保健師と住民・キーパーソン・担当者が、対等な立場で役割分担し、相互に支援関係をつくる	4(1.7)	36(14.9)	82(33.9)	95(39.3)	25(10.3)	2.4±0.92	100.0	3.03	1.77**
23 課題解決に向けた活動への参加を、周りの人にも声かけしてくれるよう、住民・キーパーソン・担当者に依頼する	4(1.7)	29(12.0)	86(35.5)	101(41.7)	22(9.1)	2.5±0.88	100.0	3.00	1.86**
24 会議や事例検討会などに必要なキーパーソンや担当者を選択し、参加を依頼する	5(2.1)	21(8.7)	71(29.3)	111(45.9)	34(14.0)	2.6±0.91	100.0	3.15	2.05**
25 キーパーソンや担当者と協働で、研修や訪問などを企画・実施し、体験や場を共有する	8(3.3)	37(15.3)	88(36.4)	88(36.4)	21(8.7)	2.3±0.95	100.0	2.90	1.70**
26 住民・キーパーソン・担当者のもつ力量をアセスメントし、その人が活躍できる場につなぐ	8(3.3)	40(16.5)	111(45.9)	69(28.5)	14(5.8)	2.2±0.89	100.0	2.67	1.64**
27 お互いのもつ資源や情報、役割を相互理解できるような場をつくる	5(2.1)	31(12.8)	99(40.9)	87(36.0)	20(8.3)	2.4±0.88	100.0	2.90	1.78**
28 住民・キーパーソン・担当者間の人間関係の調整役をする	3(1.2)	24(9.9)	93(38.4)	99(40.9)	23(9.5)	2.5±0.85	100.0	3.02	1.91**

29	支援が必要な人と、支援を提供する住民・キーパーソン・担当者との顔つなぎをする	4(1.7)	15(6.2)	79(32.6)	114(47.1)	30(12.4)	2.6±0.84	100.0	3.16	2.06**
30	住民・キーパーソン・担当者と保健師が、相互に学びあえるような関わりをつくる	5(2.1)	43(17.8)	95(39.3)	85(35.1)	14(5.8)	2.3±0.87	100.0	2.81	1.66**
31	それまでの信頼関係が壊れないように意識しながら情報交換などで相互の良好な関係を維持する	2(0.8)	9(3.7)	65(26.9)	123(50.8)	43(17.8)	2.8±0.80	100.0	3.28	2.31**
32	課題解決後も保健師と住民・キーパーソン・担当者が、必要に応じ継続して交流できるような場をつくる	4(1.7)	47(19.4)	91(37.6)	85(35.1)	15(6.2)	2.3±0.90	100.0	2.80	1.67**
【ネットワークの発展】 11項目										
33	行政と住民・組織・関係機関の間の仲立ちとして、法・制度改正など行政に関わる情報をわかりやすく伝える	4(1.7)	25(10.4)	91(37.8)	100(41.5)	21(8.7)	2.5±0.86	99.6	2.95	1.93**
34	課題解決や自主活動へ向けて動機付けるために、住民・キーパーソン・担当者の問題意識が高まっている時を捉えて情報を提供する	3(1.2)	29(12.0)	100(41.3)	99(40.9)	11(4.5)	2.4±0.80	100.0	2.82	1.86**
35	課題解決に必要な住民や組織・関係機関に根回しなどをしてくれる、キーパーソン・担当者に関わりをつくる	3(1.2)	26(10.7)	87(36.0)	106(43.8)	20(8.3)	2.5±0.84	100.0	3.02	1.90**
36	将来、キーパーソンになりそうな、活動意欲や問題意識の高い住民とこまめに関わりを持つ	6(2.5)	53(21.9)	92(38.0)	78(32.2)	13(5.4)	2.2±0.91	100.0	2.74	1.55**
37	課題を持っていても解決できず、かつ訴えてこない住民を意識して把握し、関わりを持つ	9(3.7)	64(26.4)	94(38.8)	70(28.9)	5(2.1)	2.0±0.89	100.0	2.52	1.44**
38	住民やキーパーソンと顔つなぎをするという意図を持って、地域の文化祭などの行事に参加する	5(2.1)	46(19.0)	91(37.6)	73(30.2)	26(10.7)	2.3±0.96	100.0	2.74	1.81**
39	行政保健師の立場で、顔つなぎをするという意図を持って、様々な関係機関の活動に参加する	4(1.7)	44(18.2)	101(41.7)	72(29.8)	21(8.7)	2.3±0.91	100.0	2.78	1.70**
40	マスコミや企業など関連領域以外の分野の担当者とも積極的に関わる機会をつくる	40(16.0)	85(35.1)	74(30.6)	34(14.0)	9(3.7)	1.5±1.04	100.0	2.03	1.01**
41	保健師が継続して関わらなくてもネットワークが地域に波及していくように相互の顔つなぎをする	14(5.8)	67(27.9)	95(39.6)	52(21.7)	12(5.0)	1.9±0.96	99.2	2.47	1.35**
42	新たな課題が出たときには、その解決に必要な新規のメンバーを加えて、ネットワークを再度活性化化する	12(5.0)	57(23.7)	93(38.6)	67(27.8)	12(5.0)	2.0±0.96	99.6	2.62	1.43**
43	今後顕在化しそうな課題を見越して、健康なまちづくりの視点でのネットワーク形成の方向性や対応を考える	13(5.4)	62(25.7)	103(42.7)	49(20.3)	14(5.8)	2.0±0.95	99.6	2.47	1.41**

**p<0.01

規性の確認を行った。その後項目分析として通過率、G-P分析及び項目間相関の確認を行った。

統計解析にはSPSS17.0J for Windowsを使用し、有意水準は5%未満とした。

3. 倫理的配慮

倫理的な配慮として、調査協力は自由意志であり中断・拒否は自由であること、参加の有無による不利益は生じないこと、データの管理方法、研究結果の学会発表や投稿論文等による活用について説明書に明記した。グループインタビューや個人面接調査に関しては、事前に説明書と口頭で倫理的配慮について説明し、承諾を得た上で同意書に署名を得た。また、パイロットスタディに使用した質問紙は無記名で回答後は個別に封筒に入れ封をすることでプライバシー保護に配慮し、質問紙の返送を持って同意とする旨を説明書に明記した。

結果

1. 概念モデルの検討及び質的調査による実践技術項目収集と検討

概念モデルの検討については、研究者間で先行研究や保健師経験を参考に検討し、保健師が地域で日常的に行うネットワーク形成実践技術を上位概念（二次因子）とし、「人的資源の認知と発見」「顔つなぎによる情報共有」「ネットワークの維持・継続」「ネットワークの発展」の4下位因子（一次因子）からなる二次元構造の概念モデル（二次因子モデル）を仮定した。続いてその4下位因子ごとに、以下の過程を経て得られた実践技術項目を整理した。

まず、保健師の地域でのネットワーク形成に関連する文献及び初回のグループインタビューのデータから具体的な実践技術と考えられる項目を抽出し、112項目の項目を収集、蓄積した。その後研究者間で重複や意味内容

を検討・整理した51項目を、個別面接調査と2回目のグループインタビューにより、ネットワーク形成の実践技術項目の意味内容の整合性や重要度及び、各項目の追加・修正やワーディング等を整理・統合すると同時に、その各時点における質問項目の記述しやすさ等を対象者に確認した結果、48項目に整理された。さらにこの調査の過程と平行して、得られた項目に対し、その都度保健師経験を持つ大学教員で実践技術項目の検討を繰り返し行い、2回目のグループインタビュー実施後の48項目を43項目まで精選した。

これら一連の過程を経て、抽出された実践技術項目を仮定した二次因子モデルの4下位因子ごとに整理し、最終的に「人的資源の認知と発見」9項目、「顔つなぎによる情報共有」11項目、「ネットワークの維持・継続」

12項目、「ネットワークの発展」11項目の計43項目を保健師のネットワーク形成実践技術項目として準備し、パイロットスタディの調査に使用した。一般に尺度の各因子の質問項目は3～4項目が適切とされているが³¹⁾、本研究においては、ネットワーク実践技術に、より合致する項目を現任の対象者に精選してもらうことを目的に、あえて予備項目を多めに設定した。4下位因子ごとの実践技術項目を表1に示した。

2. パイロットスタディによる実践技術項目の検討

前述の実践技術準備尺度43項目を用いて、無記名自記式質問紙調査を行った。調査対象者344名のうち、質問紙回収数は248名(回収率72.1%)であった。質問項目に欠損値の多かった6名を除外した242名(回答率70.3%)を有効回答として分析に使用した。

表2 対象者の属性 (n=242)

	項目	人数(%)
年齢	29歳以下	38(15.7)
	30～39歳	54(22.3)
	40～49歳	67(27.7)
	50歳以上	83(34.3)
経験年数	5年未満	44(18.2)
	6～10年	31(12.8)
	11～20年	53(21.9)
	21年以上	114(47.1)
所属自治体	県	50(20.7)
	中核市	47(19.4)
	市町村	145(59.9)
職位(n=241)	スタッフ	64(26.4)
	主任・主査	78(32.7)
	係長	41(16.9)
	課長・課長補佐等	58(24.0)
教育機関	専門学校	189(78.1)
	短大専攻科	41(16.9)
	大学	12(5.0)
最終学歴	専門学校	170(70.2)
	短大専攻科	17(7.0)
	大学	47(19.4)
	修士課程	8(3.3)

注1) 職位のみ n=241

1) 対象者の属性

対象者の属性を表2に示した。対象者は、女性240名(99.2%)、男性2名(0.8%)であり、平均年齢42.9歳(SD10.9)、平均経験年数18.2年(SD11.0)であった。所属自治体は、県50名(20.7%)、中核市47名(19.4%)、市町村145名(59.9%)であり、職位は、スタッフ64名(26.4%)、主任・主査78名(32.7%)、係長41名(16.9%)、課長補佐以上58名(24.0%)であった(職位のみ n=241)。最終学歴は、専門学校170名(70.2%)、短大専攻科17名(7.0%)、大学47名(19.4%)、修士課程8名(3.3%)であった。

2) 実践技術項目の回答分布と項目分析結果

実践技術項目の得点の分布を表1に示した。実践技術項目の得点は最小値0点から最大値4点の範囲にあり、全項目の平均値は2.46(SD0.65)であった。各項目の平均値は、1.5～3.2点(SD0.70～1.04)の範囲であった。また、天井・フロア効果を検討した結果、最高値3.839最低値0.487であり、得点分布の歪みは認められなかった。正規性P-Pプロットによる分析の結果、項目全てで0.05以下の値はみられず、正規分布が確認された。

次に項目分析として、回答者の全データから通過率を検討したところ、各項目の通過率は99.2～100%と高く、回答しにくい項目はないと考えられた。また、Pearsonの相関係数により、項目間相関を確認したところ、 $r=0.259-0.796$ で、0.8以上の高い相関を示す項目は見られなかった。G-P分析は、質問項目全体の平均2.46点を基準に上位得点群と下位得点群に分け、各項目に対してt検定を行った結果、上位群の得点が有意に高かった。G-P分析の結果を表1に示した。

考察

1. 概念モデルと実践技術項目の収集・検討の方法について

1) 実践技術項目の収集・検討の方法について

今回の実践技術項目の収集に際し、関連文献からの項目抽出と、2回のグループインタビュー及び個別面接という3つの調査を実施した。実践技術項目の収集方法としては、候補となる記述をできるだけ多く、バリエーション豊かに収集する必要がある。また、具体的な収集方法としては、キーワード化や自由発想など自身で考える方法や、研究者同士でのブレインストーミング、当事者への個別面接、関連文献からの参照等が挙げられる³²⁾。本研究においては、先行研究から得られた項目のほかに関連する文献からの記述も追加し、ある程度のバリエーションは確保できたと考える。また文献からの項目だけでなく、なるべく実践に即した多くの実践技術項目を収集したいと考え、グループインタビューを行った。結果的に112項目が収集できたと同時に、グループインタビューの結果からその後の実践技術項目の整理・統合に有用な意見も得られた。これらの経過から、実践の現場に即した項目内容は担保できたと考える。

現任の熟練保健師を対象にした個別面接では、項目の意味内容に関するデータをただだけでなく、整理された実践技術項目と実際の場面との整合性を検証できた。また、項目を実際に調査として記述してもらうことで、意味不明瞭な点や、抽象度のばらつきなどの意見を得ることができ、尺度項目の表現の改善につながった。

2回目に実施したグループワークの対象者は、多くが所属機関が保健師教育機関であり、教育機関でない場合も現任教育に携わった経験を持つ熟練保健師であった。対象者が県に所属する保健師のみであったことや比較的経験年数が短いという属性がデータの偏りにつながる可能性は否定できないが、保健師教育に携わった経験から、より包括的な視点で、意味内容や本研究におけるネットワークの位置づけに関する意見を得ることができ、その後の項目精選にも活かすことができた。

各調査の対象となった熟練保健師は、最短でも7年以上の保健師経験を有し、その豊富な経験から保健師が日常的に形成するネットワークの実践技術をほぼ網羅するデータを得ることができた。

これらのことからパイロットスタディに向けた項目検討に関して、前述の項目抽出と精選手続きを経たことは適切であり、内容としてもほぼ妥当な項目が得られたと考える。

2) 検討した概念モデルと実践技術項目について

概念モデルの検討に関しては、先行研究で明らかになった保健師のネットワーク形成機能を参考に4下位因子から成る二次因子モデルを仮定した。各因子に該当する実践技術項目については、先行研究や研究者の保健師経験を基に検討を行うと同時に、関連概念と考える文献^{13-15,30)}との比較検討を実施した。以下にその比較検討からの考察を述べる。

実践技術項目の内容検討については、「連携」を尺度化している筒井¹³⁻¹⁵⁾の先行研究に照らして行った。その結果、筒井の「連携」を構成する4下位因子のうち、「情報共有」、「業務協力」、「関係職種との交流」の3下位因子に関しては、相当する項目がみられた。しかし、「連携業務の処理と管理」に関する項目では、「情報伝達」に関しては、相当する項目があるが、「費用負担の決定」や「連携機関から得た情報の管理」に関しては相当する項目はなかった。これは、筒井の尺度が地域保健福祉職といったより広い職種を対象にしていることに対し、本実践技術項目は行政に属する保健師のみを対象にしていることから、「連携」の意味も予算決定や管理というよりは、地域の中で関係を作るということに焦点化されていたことが影響しているためと推察された。また、尺度化はされていないが、臺³⁰⁾は、保健師の他職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素を明確化し、「関係を作り出す」、「連携を推進する」、「活動を支援する」、「協働に発展させる」、の4つのコアカテゴリーを提示している。これに照らすと本研究の実践技術項目は、構成要素と実践技術という表現は違うが、「評価」という要素を除くほぼ全てのカテゴリーに該当すると考える。

一方、筒井の構成概念に該当しなかった項目は、ネットワークの核と成る住民・専門職等人的資源の発見や育成、地域の問題意識の高まりを把握する技術、地域で顕在化しそうな健康課題を見据えてのネットワーク形成や、波及効果を意識した顔つなぎなど、今後の地域づくりの方向性を見越したネットワークの発展という技術であった。この技術は、日常の保健師活動の中で、前述の「連携」に該当する技術と同時進行で行われる循環的な活動¹⁸⁾であり、佐伯ら¹⁰⁾や村嶋ら³³⁾が提示した保健師の能力や活動モデルにおいても、分類や抽象度は異なるが、その内容に含まれる能力であった。このことから、これら該当しなかった項目は、他の関連専門職にはない保健師独自の専門的技術であることが考えられる。

以上の結果から、本研究で明確化する保健師が日常的に形成する「ネットワーク実践技術」は、「連携」を一部含む、より包括的な概念である可能性が示唆された。この結果は、先行研究¹⁶⁻¹⁸⁾の知見を裏付けるものである。

と考える。

2. パイロットスタディによるネットワーク形成実践技術項目の検討について

質的調査で得られた実践技術準備項目を用いてA県の保健師を対象にパイロットスタディを行いその項目について検証した。

調査票の回収数は248名、有効回答数は242名であった。尺度開発の場合、被験者数は、質問項目数の5～10倍が目安といわれている³⁴⁾ことから、本結果はこの条件を満たしていた。

項目の分析に関しては、43項目とも正規性が確認され、通過率もよく、また項目間の冗長性についても削除を検討する項目はみられなかった。回答の偏りに関しては、「項目11：地域や会議などでキーパーソンや担当者に会ったときは、こちらから挨拶など声をかける」は、「0：できない」が0%に対し、「4：できる」が38.4%であり、一方「項目40：マスコミや企業など関連領域以外の分野の担当者とも積極的に関わる機会をつくる」の「0：できない」が16.0%に対し、「4：できる」が3.7%と、他の項目に比較すると多少分布の偏りが見られた。これは、「項目11」に関しては、社会人として基本的なコミュニケーション技術であること、「項目40」に関しては、地域への波及を見据えた項目の為、技術としては比較的難易度の高い項目であることが影響したと考える。しかしながら、今後の活用可能性から考えた場合、保健師の技術評価項目として基本的な技術から高度な技術までを網羅する必要性があったこと、正規性の確認はできたことから、実践技術項目としては妥当だと考える。加えて通過率は全て高く、また自由記載の記述においても具体的な文言の修正に関する意見は見られなかった。またG-P分析による確認においても、上位群と下位群では全項目において有意な相関が確認された。これらのことから43項目は、今後の尺度開発のための項目として有用であることが示されたと考える。

3. 本研究における限界と課題

今回、保健師のネットワーク形成実践技術について、概念モデルの検討及び質的調査での質問項目収集・精選過程での複数回にわたる検討と、パイロットスタディによるネットワーク形成実践技術項目の回答の分析結果より、本実践技術項目は保健師のネットワーク形成実践技術を測定できる実践技術項目尺度の試案として有用なことが示された。しかしながら、本調査はA県の保健師のみを対象にしており、データが偏っている可能性は否めない。特にA県保健師の年齢階級別の分布は全国に

比較して高い傾向にある³⁵⁾。したがって経験年数も比較的長い保健師を対象としたデータであると考えられ、それが今回の結果にも影響したことは十分に予想される。今後はこれらの影響を考慮しつつ、この実践技術項目を用いた、より精度が高く一般化された尺度開発を目的とした調査が必要である。

さらに、今後の現任教育内容への活用を考えた場合、ネットワーク形成の実践技術を習得するためにはどのような教育が有効なのか、また実際の評価尺度としての有用性を検討することが課題である。

謝辞

グループインタビューならびに個別面接調査にご協力いただきました保健師の皆様、A県の関係機関ならびに質問紙調査に回答いただきましたA県保健師の皆様にご心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 近藤克則：「健康格差社会への処方箋」, 処方のために何が必要か, 保健師ジャーナル, 医学書院, 62(10), 854-859, 2006.
- 2) 内閣府：平成19年度版国民生活白書「つながりが築く豊かな国民生活」, 2007.
- 3) 近藤克則：「健康格差社会」と公衆衛生の役割, 社会的排除とセーフティネット, 公衆衛生, 70(2), 88-90, 2006.
- 4) 工藤恵子, 飯島節：改正介護保険法と地域包括支援センター, リハビリテーション連携科学, 8(2), 85-92, 2007.
- 5) 村井千賀：地域リハビリテーションにおけるネットワーク形成と連携, Quality Nursing, 9(4), 315-320, 2003.
- 6) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動について, 2003.
- 7) 村嶋幸代, 田口敦子, 麻原きよみ, 他：「目的重視型保健師活動モデル」開発目的とそのプロセス, 看護研究, 38(6), 437-442, 2005.
- 8) 麻原きよみ：保健師活動を説明する新たな視点—組織的知識創造理論に基づく活動モデルの提案—, 日本看護科学会誌, 26(4), 3-10, 2006.
- 9) 厚生労働省：保健師のベストプラクティスの明確化とその推進方策に関する検討会報告書, 2007.
- 10) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵：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, 6(1), 32-39, 2003.
- 11) 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・妥当性の検討, 保健師の全国調査結果から, 日本公衆衛生雑誌, 55(9), 629-639, 2008.
 - 12) 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, 56(6), 391-401, 2009.
 - 13) 筒井孝子: 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動実態と「連携活動評価尺度」の開発, 社会保険旬報, 2183(9), 18-24, 2003.
 - 14) 筒井孝子: 地域福祉権利擁護事業に携わる「専門員」の連携活動実態と「連携活動評価尺度」の開発, 社会保険旬報, 2184(9), 24-28, 2003.
 - 15) 筒井孝子, 東野定律: 全国の市町村保健師における「連携」の実態に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 53(10), 762-775, 2006.
 - 16) 上林美保子: 行政保健師の行う「連携」の概念に関する研究—地域看護分野と社会福祉分野の文献検討を中心に—, 岩手県立大学看護学部紀要, 6, 1-16, 2004.
 - 17) 中島紀恵子: 連携とネットワークの創造, 地域看護管理, 島内節, 久常節子編, 東京, 医学書院, 33-39, 1997.
 - 18) 越田美穂子, 守田孝恵: コミュニティでのネットワーク形成過程における行政保健師の機能とその意味, リハビリテーション連携科学, 6(1), 218-26, 2009.
 - 19) 平野かよ子: 地域活動の技術, 日本看護協会, 新版保健師業務要覧, 日本看護協会出版会, 94-95, 2005.
 - 20) 宮崎紀枝: 対象としての集団・組織・地域, 奥山則子編著, 地域看護学概論 標準保健師講座1(第2版), 医学書院, 58-61, 2008.
 - 21) 川田智恵子: ネットワーキング, 宮坂忠夫, 川田知恵子, 吉田亨, 編著, 健康教育論最新保健学講座別巻1, メヂカルフレンド社, 172-175, 2008.
 - 22) 平山朝子: 地区活動の基本と対象の捉え方, 平山朝子, 宮地文子, 編集, 公衆衛生看護学総論1(第3版), 日本看護協会出版会, 84-94, 2003.
 - 23) 中島紀恵子: 社会的ネットワークを形づくる人々との協働のあり方, 島内節, 久常節子, 中島紀恵子, 編集, 地域看護学総論1, 医学書院, 56-61, 1999.
 - 24) 平野かよ子: ネットワークの形成とシステムづくりの実際, 平野かよ子, 編集: 地域看護学概論2, メヂカルフレンド社, 156-158, 2004.
 - 25) 湯澤不矢子, 北川定謙, 植田悠紀子: これからの地域保健のあり方と保健婦の活動に関する研究, 1999.
 - 26) 山田和子: 子供虐待のネットワークづくりの例, 平野かよ子編, 地域特性に応じた保健活動—地域診断から活動計画・評価への協働した取り組み—, ライフ・サイエンス・センター, 68-71, 2004.
 - 27) 岸恵美子, 神山幸枝, 鱒淵清子, 他: 保健福祉行政サービスに関わる保健師が発揮している看護の機能, 自治医科大学看護学部紀要, 3, 85-97, 2005.
 - 28) 川口優子, 松田宣子, 奥田博子, 他: 地域精神保健活動を推進するネットワークづくり—専門職者の意見—, 神大医保健紀要, 16, 1-8, 2000.
 - 29) 麻原きよみ: 保健師基礎教育における実践技術項目と卒業時の到達目標に関する研究, 厚生労働科学研究報告書, 2007.
 - 30) 臺有桂: 他職種・他機関との協働を構築する活動の構成要素—保健婦の地区活動を通して—, 順天堂医療短期大学紀要, 13, 41-48, 2002.
 - 31) 松尾太加志, 中村知靖: 誰も教えてくれなかった因子分析, 31-35, 北大路書房, 2002.
 - 32) 菅原健介: 心理尺度の作成方法, 心理測定尺度集Ⅲ, サイエンス社, 397-408, 2001.
 - 33) 田口敦子, 吉岡京子, 酒井太一, 他: 目的重視型保健師活動モデルの実際, 看護研究, 38(6), 475-488, 2005.
 - 34) 石井秀宗: 統計分析のここが知りたい, 60-62, 文光堂, 2005.
 - 35) 厚生労働省: 平成18年度地域保健総合推進事業 保健師の2007年問題に関する検討会報告書, 2007.