

〔原 著〕

行政保健師の家族支援実践力尺度の開発 —信頼性・妥当性の検討—

松坂由香里¹⁾ 荒木田美香子²⁾

要 旨

目的：本研究の目的は、行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することである。

方法：文献検討と行政保健師への面接調査に基づき、尺度原案を作成した。

調査対象は人口規模別に層化抽出した全国市区町村の母子保健および高齢者保健部門の保健師1500名である。郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。信頼性、妥当性の検討はCronbach's α 係数の算出、因子分析、再テスト法等により行った。

結果：回収数530通（回収率35.3%）、515通を分析対象とした（有効回答率97.1%）。因子分析の結果から、7因子構造78項目からなる尺度となった。尺度全体のCronbach's α 係数は0.88、下位尺度のCronbach's α 係数は0.97～0.82であった。再テスト法による級内相関係数は全項目で $r = 0.75$ 以上であった。

考察：結果より本尺度は、行政保健師の家族支援実践力を測定することが可能な尺度としての信頼性、妥当性を有していると考えられた。

キーワード：行政保健師、家族支援、尺度開発

1. 緒 言

少子化や核家族化に伴い、介護や育児等の生活体験が少なくなり、また、女性の就労等によって、家族のケア機能が低下していると言われている。介護保険制度等のサービスが導入され、家族が活用できる社会資源は増えつつあるが、医療機器を装着したまま、早期に在宅への移行が与儀なくされるケースをはじめ、家族への負担が増加している現状がある。このような中で、病気や障害などの健康問題を抱えた患者のみならず、家族への看護ニーズが高まっている（鳥居，森，杉下，2004）。

行政機関に勤務する保健師（以下、行政保健師と

する）は社会の要請や生活実態の変化に機敏に対応し、生活習慣病、児童・高齢者虐待、認知症高齢者、精神障害をもつ患者と家族等地域の様々な健康問題の解決に力を尽くしてきた。その活動において、個人・家族への個別支援をはじめとして、グループ・集団、地域を対象として地域全体の健康維持・増進を目指し、従来から地域で生活する家族ユニットを対象として看護を行っている。家族をケアの対象として捉え、家族自らが健康問題を解決し、健康的な生活を実現できるよう支援すると同時に、家族の健康問題から地域の問題を捉え、地域看護活動を展開している。したがって、地域保健活動を推進していくためにも家族への支援は重要である。

保健師の家族に対する支援として、Zerwekh (1991) は家庭訪問における保健師の実践能力を質的研究に

1) 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
2) 国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科

よって明らかにし、家族が自分でできることを励ます点を中心とした家族ケア提供モデルを提示している。佐藤（2004）は、発達に遅れのある児をもつ家族と高齢者介護を行っている家族への家庭訪問の内容から、保健師は家族との信頼関係づくりを基盤に、家族員一人ひとりの健康生活を支える援助と育児や介護のケア力を高める支援を行っていると報告している。高橋（2010）は、熟練保健師の家庭訪問における支援技術を思考と行動面から明らかにし、8つの概念を抽出した。その概念の中に家族への支援が含まれており、状況をよく観察する、家族の力を見積もる、家族内の支援者と実権者の見極め等を行っていた。また、家庭訪問における家族看護介入（入江，2004）等の研究がみられ、地域において保健師がどのように家族へ働きかけているのか等の知見が積み重ねられている。

一方、家族支援に関する評価指標の開発は、精神科看護師を対象とした家族看護実践尺度（Simpton, Tarrant, 2006）や小児科で働く看護師の家族看護実践に関わる Belief scale（Meiers, Tomlinson, Peden-Mcapline, 2007）、高齢者訪問看護における家族支援の質指標（山本，岡本，鈴木他，2007）等の報告がある。しかし、家族に対する直接的なアプローチをはじめ、家族支援を通して地域保健活動へと発展させていく保健師の活動は体系的に整理されておらず、家族支援の能力を測定するツールは見当たらない。

行政保健師を対象とした能力やスキルについては、公衆衛生基本活動遂行尺度（岩本，岡本，塩見，2008）や事業・社会資源創出に関するコンピテンシー尺度（塩見，岡本，岩本，2007）、施策化能力評価尺度（鈴木，田高，2014）等の先行研究がみられる。事業化・施策化への取り組みが注目されるが、行政保健師に期待される実践能力（麻原，大森，小林他，2010；公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会，2005）で示されているように家族への支援は、地域保健活動の基盤になるといえる。

したがって、行政保健師の家族支援の内容が明確

化され、その評価が可能になれば、保健師の実践力への向上に活用でき、質の高い保健活動につながると考えられる。

そこで本研究は、行政における保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

II. 用語の定義

行政保健師の行う家族支援：家族をケアの対象として、家族自らが健康問題を解決し、健康的な生活を実現できるように支援すること。家族への看護は、①個々の家族成員、②家族成員間の関係性、③家族単位の社会性という3つの視点がある（鈴木，渡辺，2012；Hanson, 2015）ことから、家族への直接的な支援だけでなく、社会資源や関係職種・機関につなぐといった地域社会等への働きかけを含むものとした。

III. 方法

1. 尺度の原案作成：家族支援実践力尺度の作成プロセス

1) 文献検討による項目の抽出

行政保健師が実践している家族への支援のプロセスと家族支援の内容を明らかにするために、以下の条件で先行研究を抽出した。医学中央雑誌（Ver. 5）およびCiNiiデータベースを用い、「保健師」and「家族看護」, 「公衆衛生」and「家族」, 「地域」and「家族」をキーワードとして会議録を除き、検索した。検索期間は1988～2012年としたが、1994年以前は文献数が極少数あるいは該当なしであった。日本では1992年に東京大学、千葉大学に家族看護学講座が設置され、家族に対する看護への理解が深まり、実践や研究が蓄積されてきた経緯がある。したがって、本分析の対象とする文献の抽出期間は、1994～2012年とした。なお、文献の選定にあたり、今回の分析では行政保健師の家族支援に焦点を当て

るため、訪問看護師の支援に関する文献は除外した。また、家族看護・支援に関するテキスト等に記載されている内容を加え、保健師が実践している家族支援プロセスと支援項目を検討した。

保健師の家族支援プロセスは、①支援が必要な家族をみつける活動、②アセスメント・計画立案、③実施、④評価に分類することができ、各プロセスにおける支援内容を読み取り、整理した(松坂, 2015)。支援内容の一例としては、プロセス①では「健診等の事業から支援の必要な家族を把握する(荒井, 安武, 笠置他, 2008)」, プロセス②は「家族が活用できる社会資源のアセスメント(入江, 2001; 田村, 2009)」, ③には「同じ問題をもつ家族との交流の場を紹介する(岡田, 和泉, 松原他, 2011)」, ④は「対象家族への支援を評価し、保健活動を見直す(大船, 知見, 飯島他, 2007)」等が抽出された。

2) 質問項目の開発

K県内の行政機関に勤務している経験年数5年以上の保健師9名を対象として、個別に面接調査を行い、行政保健師が行っている家族への支援内容を抽出した。面接調査から、文献検討で得られた項目へ追加した内容の一例を以下に示す。プロセス①には「地域のキーパーソンから情報を得る」、②へは「家族の強みを見出す」「家族が大切にしている考え方・価値観を把握する」、③実施に「事例検討会や連絡会等家族に対するチーム支援の基盤を整える」、④評価へ「関係機関との協力体制の評価」等の項目を追加した。

これらの文献検討に面接調査の結果を加えた項目について、公衆衛生看護および家族看護の研究者等と検討を重ね、尺度の素案を作成した。支援プロセスに応じた支援内容で構成される本尺度は、常に実践できれば、高い実践力を有していると考えられる。そこで、これまでの経験に照らし合わせて「常にできる～全くできない」の7段階で実践状況を確認し、実践力を測る尺度の開発を目指した。

3) 表面妥当性の検討

面接調査とは別に保健所、市町村に勤務する経験5年以上の保健師6名を対象に、グループインタビューによる内容確認と意見聴取を行った。尺度の項目について意味が通じるか、追加すべき家族支援の内容、表現の修正等をはじめとして、質問紙全体の構成や表現に関して意見を聴取し、質問紙を見直し、修正を加えた。さらにプレテストを実施し、質問項目の検討と修正を経て、表面妥当性を確保した。

2. 調査方法

本調査は、研究1：因子分析による尺度の構成に関する検討、研究2：再テスト法からなる。

研究1

①調査対象：対人保健サービスを担うことが多いと考えられる母子保健部門および高齢者保健部門に所属する行政機関での保健師経験が1年以上ある保健師とした。

回収率を約30%と推定し、全国1,500名の保健師を調査対象として、以下のように選定した。全国市町村人口データ(平成26年版)を用いて、人口規模別に「①政令市・中核市(人口30万人以上)、②市(人口30万人未満)、③町村」の3区分に分類し、対象市区町村を層化抽出し、各区分で500名、合計1,500名を調査対象とした。

②調査期間・デザイン：平成27年5～6月に、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。

③調査項目

(1) 基本属性：回答者の属性は、年代、性別、保健師経験年数、最終学歴、職位、現在の担当業務、これまでの経験業務、家族支援に関する学習経験等を、自治体の属性として、自治体の種別、人口規模、業務体制、保健師数等を尋ねた。

(2) 家族支援実践力：前述した自作の質問紙を用いて、次の内容を調査した。支援プロセスにそって、支援が必要な家族をみつける活動、家族支援に向けての情報収集・アセスメント・計画立案、家族および関係機関への働きかけ、評価の尺度案84項目に

ついて、「常にできる：7点～全くできない：1点」の7件法のリッカート尺度で回答を求めた。

(3) 基準関連妥当性：基準関連妥当性をみるための外的基準は、佐伯他（2003）が開発した行政機関で働く保健師の専門職務遂行能力尺度のうち、個人・家族を対象とした対人支援能力に関するサブスケール5項目とした。この尺度は日頃の業務遂行を支障なく行えることを十分とし、保健師としての自分の力を「十分：4点～不十分：1点」の4件法で回答するリッカート尺度であり、「対人支援能力」「地域支援および管理能力」の2因子で構成され、信頼性・妥当性が検証されている。よって、個人・家族を対象とする対人支援能力サブスケールは、家族支援実践力の外的基準になりうると考えた。

④分析方法：SPSS Statistics (Ver. 22.0) を使用し、記述統計量を算出後、以下の分析を行った。有意水準は $p < 0.05$ または $p < 0.01$ を採択した。

(1) 項目分析：家族支援実践力尺度案の質問項目ごとに回答割合や分布を確認し、平均値と標準偏差を算出して、天井・フロア効果について検討した。

(2) 因子分析：家族支援実践力尺度の構造を明らかにし、構成概念妥当性を検討するため、探索的因子分析（重みづけなし最小二乗法・プロマックス回転）を行った。因子の固有値が1以上であり、項目の因子負荷量が0.4以上であること、さらに複数の因子に0.4以上の因子負荷量を示さないことを条件として、属する項目から解釈できる因子名を命名した。

(3) 信頼性の検討：各因子および家族支援実践力尺度全体のCronbach's α 係数を算出し、内的整合性を確認した。同時にItem-Total (I-T) 相関を確認し、内的整合性を悪くする項目がないか検討した。

(4) 妥当性の検討：基準関連妥当性の検討のために、家族支援実践力尺度の合計得点および各因子（下位尺度）の合計得点と、佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目の合計得点との相関係数を算出した。

また、本尺度と関連する個人・職場等の要因につ

いてPearsonおよびSpearmanの相関係数の算出、 t 検定を行い、検討した。

研究2：再テスト法

①調査対象：便宜的抽出法により行政機関に勤務している保健師および行政機関での保健師経験のある大学教員65名を対象とした。

②調査期間・デザイン：平成27年10～12月に研究1と同じ質問紙を用い、郵送留め置き法にて2回質問紙への回答を依頼した。第1回目の回答後、2週間後に第2回目の調査を依頼し、1・2回目ともに回答のあったものを分析対象とした。

③分析方法：第1・2回目の家族支援実践力尺度の下位尺度得点および尺度総得点での級内相関係数を求め、再現性を検討した。

3. 倫理的配慮

本研究は国際医療福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。質問紙は無記名とし、研究の概要と目的、調査協力の依頼、個人情報保護やデータ等の取り扱いと破棄、研究成果の公表等について文書を用いて説明し、質問紙の回答をもって研究参加への同意とみなした。

IV. 結果

1. 尺度の構成および信頼性・妥当性の検討

530通の回答が得られ（回収率35.3%）、このうち男性7名と設問への回答漏れが多いものを除き、515通を分析対象とした（有効回答率97.1%）。なお、男性回答者は回答に不備があった2名に加え、母子保健の経験がない等で5名は業務が限定されたため、今回は分析対象から除外した。

1) 対象者の概要（基本属性）

対象者の年代は40歳代が最も多く、182名（35.0%）であった。行政機関における保健師経験年数は1～5年が119名（23.1%）と最も多かったが、経験年数6～10年、11～15年、16～20年等も回答者の割合は10%台だった。現在の職位は主査・係長クラスが181名（35.1%）、次いで係員級が171名（22.1%）

表1. 対象者の属性 (N = 515)

	属性	人数 (%)
年代	20～29歳	83 (16.1)
	30～39歳	151 (29.3)
	40～49歳	180 (35.0)
	50歳以上	101 (19.6)
保健師経験年数	1～5年	119 (23.1)
	6～10年	88 (17.1)
	11～15年	69 (13.4)
	16～20年	84 (16.3)
	21～25年	68 (13.2)
	26年以上	87 (16.9)
平均±SD		14.9±9.8
最終学歴	専門学校1年課程	259 (50.3)
	短期大学専攻科	59 (11.5)
	4年制大学	178 (34.6)
	大学院	10 (1.9)
役職	係員級	171 (22.7)
	主事級	65 (12.6)
	主任級	104 (20.2)
	主査・係長級	181 (35.1)
	課長級	12 (2.3)
	その他	21 (4.1)
自治体	政令指定都市等 ¹⁾	152 (29.5)
	市	235 (45.6)
	町村	128 (24.8)
業務経験部署数	1～2	189 (36.7)
	3～4	204 (40.0)
	5～6	91 (17.7)
	7以上	29 (5.6)

¹⁾政令指定都市・中核市・特別区

だった。最終学歴は保健師養成校が259名(50.3%)、短期大学専攻科59名(11.5%)で、この両者を合わせた1年課程の養成課程は60%を超えていた。4年制大学は178名(34.6%)であった(表1)。

自治体の種別は、人口30万人未満の市が235市(45.6%)で最も多く、政令市・中核市等は29.5%、町村は24.8%であった。業務体制は業務分担・地区分担併用制が65.2%と半数以上を占めていた。

2) 項目の検討と因子分析

尺度原案の各質問項目の得点平均値は3.2～5.5の間であった。平均値と標準偏差から天井効果、フロア効果を確認したが、削除すべき項目は見当たらなかった。そこで、84項目を使用して、重みづけのない最小二乗法による因子分析を行い、共通性を検討したところ、削除すべき項目は見当たらなかった。

次に、因子のスクリープロットによる固有値の変化を確認の上、因子選定の条件にしたがって検討した結果、6項目を除外する必要がある、最終的に78項目7因子を採用し尺度項目とした(表2)。

第1因子は19項目で構成され、「家族の不安を和らげるコミュニケーション」「家族の価値観や生活習慣の尊重」等、家族への関わりや指導を表していることから〈家族への直接的な支援〉と命名した。第2因子は25項目で構成され、「家族の対処能力のアセスメント」「フォーマル・インフォーマルサポートのアセスメント」「家族内のキーパーソンの見極め」等、支援に向けての家族内外のアセスメントと目標設定に関わるものであり、〈アセスメントと目標設定〉とした。第3因子は10項目で、「目標達成状況の評価」「家族との信頼関係の評価」「利用サービスの評価」等といった内容であり、〈家族支援の評価〉と命名した。第4因子は10項目で構成され、「家族の生活歴の把握」「家族成員の病歴を把握」等であり、〈家族理解のための情報収集〉と命名した。第5因子は6項目からなり、「健康相談から支援が必要な家族をみつける」「医療機関等から継続支援につなげる」等であり、〈支援の必要な家族の発見〉と命名した。第6因子は4項目で構成され、「地域診断からハイリスクグループを把握する」「不足しているサービスの開発」「近隣住民の協力を得る」等で〈地区活動をベースにした家族支援〉とした。第7因子は4項目で、「事例検討会の運営・企画」「家族に対するチーム支援の基盤整備」等の項目から、〈家族支援チームの形成〉と命名した。

3) 信頼性の検討

(1) Cronbach's α 係数およびI-T相関(表2)

家族支援実践力尺度全体のCronbach's α 係数は0.88であった。また、各因子のCronbach's α 係数は第1因子が0.97、第2因子が0.98、第3因子が0.97、第4因子が0.94、第5因子が0.88、第6因子が0.82、第7因子が0.93であり、以下の分析ではこれらを下位尺度として扱った。

また、I-T相関は、0.573～0.829であり、削除す

表2. 行政保健師の家族支援実践力尺度の因子分析結果 (Cronbach's α total = 0.88)

項目	I-T相関	因子						
		1	2	3	4	5	6	7
第1因子 (19項目)【家族への直接的な支援】 $\alpha = 0.97$								
49 家族の価値観や生活習慣を尊重することができる	0.722	0.85						
47 家族の不安・緊張を和らげるようなコミュニケーションをとることができる	0.748	0.84						
46 保健師自らが相談者として患者・家族の力になると伝えることができる	0.637	0.82						
48 家族が困り感を表出する働きかけができる	0.747	0.79						
59 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	0.725	0.78						
57 家族のできていることを見つけ、フィードバックすることができる (家族へ伝えることができる)	0.761	0.73						
56 家族ができそうなことから実践を促すことができる	0.760	0.72						
50 健康問題について、家族へわかりやすく説明できる	0.797	0.72						
58 家族の健康に配慮し、家族成員が自身の健康管理を行えるよう支援できる	0.761	0.71						
53 家族の理解度・受容度に応じた指導を行うことができる	0.798	0.70						
52 育児の状況や病状等を家族が判断できるように指導できる	0.801	0.70						
60 家族のストレスとなる出来事を予防する対処方法を提案できる	0.746	0.69						
61 家族の意思決定をサポートする情報を提供できる	0.765	0.69						
54 家族が行える育児や介護などの方法を具体的に指導できる	0.793	0.64						
64 サービス活用について家族が意思決定できるように促すことができる	0.807	0.62						
51 潜在的なニーズを対象家族が認識できるように支援できる	0.808	0.61						
45 保健師間や関係機関・他職種と家族の支援計画・目標を共有することができる	0.747	0.45						
55 家族の問題解決に向けて、モデルとなったリ・モデルを紹介できる	0.722	0.43						
67 家族の代弁者となり、心身の状態を関係者へ伝えることができる	0.770	0.40						
第2因子 (25項目)【アセスメントと目標設定】 $\alpha = 0.98$								
32 家族が活用できるフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.763	0.97						
28 家族の対処能力をアセスメントできる	0.823	0.89						
33 家族が活用できるインフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.798	0.85						
27 問題解決に向けて、家族内のキーパーソンを見極めることができる	0.786	0.79						
34 不足しているフォーマル・インフォーマルサポートについてアセスメントできる	0.780	0.79						
29 家族の健康問題に関わる不安の内容についてアセスメントできる	0.823	0.78						
25 収集した情報を統合して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.829	0.76						
31 家族の発達段階と健康問題との関連性を考えることができる	0.798	0.76						
30 健康問題が家族の生活 (仕事・収入・休息など) へどのように影響しているかアセスメントできる	0.821	0.76						
24 社会的な観点から、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.804	0.75						
40 家族の問題状況により支援方法を選択することができる	0.836	0.73						
23 家族の心理的側面から、健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.810	0.69						
35 家族支援において関係職種・機関との連携の必要性・可能性についてアセスメントできる	0.813	0.68						
37 家族の潜在的なニーズを把握することができる	0.808	0.67						
36 家族の健康状態や健康問題の変化を予測できる	0.804	0.64						
22 医学的知識を活用して、家族の健康問題・ニーズをアセスメントできる	0.802	0.60						
41 家族の理解度・受容度に応じた指導内容・援助方法を選択できる	0.831	0.57						
43 予測した問題を家族へ伝える適切なタイミング・方法を選択できる	0.826	0.54						
26 家族内の役割分担の見直しについて検討できる	0.812	0.53						
62 家族に必要なフォーマルサービスを紹介できる	0.770	0.51						
38 支援の長期目標を設定することができる	0.825	0.47						
39 支援の短期目標を設定することができる	0.818	0.47						
21 家族の発達課題の達成状況を把握することができる	0.764	0.46						
63 家族に必要なインフォーマルサービスを紹介できる	0.759	0.46						
18 家族成員の強みを見出すことができる	0.749	0.42						
第3因子 (10項目)【家族支援の評価】 $\alpha = 0.97$								
76 目標の達成状況を評価できる	0.772	0.93						
77 家族の支援計画や目標の見直しができる	0.787	0.89						
75 実施した支援内容の適切性を評価できる	0.751	0.89						
81 家族との信頼関係の構築について評価できる	0.785	0.84						
79 家族が現在利用しているサービスが適切であるか評価できる	0.827	0.83						
78 支援に関する家族の満足度について評価できる	0.762	0.81						
80 関係機関との協力体制・協力状況について評価できる	0.809	0.81						
82 家族のセルフケア能力の獲得状況を評価できる	0.790	0.81						
83 関係者とカンファレンスを行い、チームで支援の評価ができる	0.757	0.71						
84 当事者家族への支援を評価し、地域の保健活動を見直すことができる	0.729	0.63						
第4因子 (10項目)【家族理解のための情報収集】 $\alpha = 0.94$								
14 家族の生活歴を把握できる	0.718	0.85						
15 家族成員の病歴を把握できる	0.696	0.82						
13 家族の心身の状態を把握できる	0.753	0.62						
17 家族の関係を把握できる	0.717	0.56						

表2. 続き

項目	I-T相関	因子						
		1	2	3	4	5	6	7
9 家族が行っている育児・介護・家事等の方法を把握できる	0.713				0.55			
19 家族のストレス解消方法を把握できる	0.709				0.54			
12 近隣などの環境を把握できる	0.717				0.49			
16 家族のジェノグラム(家系図)を描くことができる	0.613				0.43			
20 家族が大切にしている考え方・価値観を把握できる	0.718				0.43			
10 経済状況を把握するための観点を説明できる	0.748				0.40			
第5因子(6項目)【支援の必要な家族の発見】 $\alpha = 0.88$								
2 日頃の健康相談事業から支援の必要な家族を見つけることができる	0.642					0.81		
1 健診や教室等の事業から支援の必要な家族を見つけることができる	0.600					0.80		
4 情報提供用紙などを活用し、医療機関などの関係機関から継続支援につなげることができる	0.577					0.63		
3 申請・手帳交付の面接時などで支援の必要な家族を見つけることができる	0.556					0.63		
5 地域で関係機関が開催する事業・会議へ参加協力し、支援が必要な家族を把握することができる	0.622					0.53		
7 関係機関から支援の必要な家族の情報を得ることができる	0.575					0.46		
第6因子(4項目)【地区活動をベースにした家族支援】 $\alpha = 0.82$								
8 地域診断からハイリスクグループを把握することができる	0.588						0.63	
74 不足しているサービスを開発することができる	0.573						0.59	
66 家族と関わりをもつ近隣などの地域住民に協力を得ることができる	0.661						0.56	
6 地域のキーパーソンから支援の必要な家族の情報を得ることができる	0.592						0.40	
第7因子(4項目)【家族支援チームの形成】 $\alpha = 0.93$								
69 家族支援に関する事例検討会を運営できる	0.737							0.91
68 家族支援に関する事例検討会を企画できる	0.739							0.88
71 事例検討会や連絡会の規約作成などを行い、家族に対するチーム支援の基盤を整えることができる	0.678							0.69
70 地域ケアシステムの推進を図るために関係者と協議できる	0.707							0.67
	因子間相関 ¹⁾	1	2	3	4	5	6	7
	第1因子		0.88	0.78	0.78	0.67	0.62	0.69
	第2因子			0.78	0.86	0.70	0.68	0.70
	第3因子				0.67	0.57	0.65	0.69
	第4因子					0.71	0.65	0.61
	第5因子						0.58	0.56
	第6因子							0.68

因子抽出法：重みづけのない最小二乗法，プロマックス回転

¹⁾因子間相関：Pearsonの相関係数を算出

る項目はみられなかった。

4) 妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するために、家族支援実践力尺度の合計得点および下位尺度得点と、佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目の合計得点とはPearsonの相関係数を、個人・家族を対象とする対人支援能力の各サブスケールについてはSpearmanの相関係数を算出した(表3)。その結果、第1因子が0.56、第2因子が0.61、第3因子が0.58、第4因子が0.52、第5因子が0.48、第6因子が0.47、第7因子が0.49、尺度全体の合計得点は0.61であった。

また、家族支援実践力の関連要因について、以下

の分析を行い、尺度の妥当性を確認した。家族支援実践力尺度の得点と保健師経験年数および業務経験部署数の関連については、Pearsonの相関係数を算出した(表3)。家族支援実践力尺度の得点は、保健師経験年数が長い、業務経験部署数が多いほど、有意に得点が高かった。

学習経験内容と尺度との関連性についてはt検定を行った(表4)。家族アセスメント、家族の支援方法、家族カウンセリングの学習経験がある者は、学習経験なしの者に比べて、家族支援実践力尺度の得点が有意に高かった。家族看護の理論、家族支援の評価、家族療法の学習経験では、学習経験がある者の方が低い者より、得点がやや高い傾向にあった。

表3. 家族支援実践力尺度と個人・家族への対人支援能力／保健師経験との相関 (PearsonおよびSpearmanの相関係数*)

基準項目	家族支援実践力尺度								
	尺度全体	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	
個人・家族を 対象とする 対人支援能力	個人家族能力尺度得点 ¹⁾	0.61***	0.56***	0.61***	0.58 ***	0.52***	0.48***	0.47***	0.49***
	個人家族をアセスメントする力 ²⁾	0.51***	0.48***	0.52***	0.46 ***	0.46***	0.44***	0.35***	0.38***
	個人家族への看護計画を立案する力 ²⁾	0.59***	0.53***	0.59***	0.54 ***	0.49***	0.44***	0.43***	0.46***
	健康相談で個人家族をサポートする力 ²⁾	0.47***	0.44***	0.45***	0.40 ***	0.43***	0.38***	0.33***	0.39***
	在宅で生活する個人家族を援助する力 ²⁾	0.49***	0.43***	0.49***	0.45 ***	0.43***	0.37***	0.44***	0.42***
個人家族への看護援助を評価する力 ²⁾	0.53***	0.45***	0.51***	0.54 ***	0.40***	0.36***	0.44***	0.43***	
保健師としての 経験年数・業務 経験部署数	保健師経験年数 (1~35年)	0.33***	0.29***	0.31***	0.25 ***	0.23***	0.23***	0.39***	0.45***
	業務経験部署数 (1~10)	0.25***	0.21***	0.24***	0.20 ***	0.21***	0.12*	0.29***	0.37***

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

¹⁾ 個人・家族能力尺度得点 (合計): 5~20点

²⁾ 個人・家族を対象とする対人支援能力サブスール5項目: 1~4点

*²⁾ はSpearmanの相関係数, それ以外の項目はPearsonの相関係数を算出

表4. 家族支援実践力得点と学習経験との関連

		家族看護の理論		家族アセスメント		家族の支援方法		家族支援の評価		家族療法		家族カウンセリング	
		学習経験 あり	学習経験 なし										
		N = 157	N = 323	N = 194	N = 286	N = 219	N = 261	N = 56	N = 424	N = 19	N = 461	N = 52	N = 428
尺度全体	平均値	366.2	353.4	371.4	348.2	370.5	346.8	381.6	354.4	384.9	356.4	391.5	353.5
	SD	55.9	57.4	56.8	55.6	56.8	55.3	60.4	56.0	49.3	57.2	66.4	54.6
	t値	2.33		4.45		4.62		3.38		2.14		4.63	
	p	*		**		**		*		*		**	
家族への 直接的支援 (第1因子)	平均値	88.1	85.2	88.9	84.3	88.6	84.1	90.3	85.7	91.3	85.9	94.3	85.2
	SD	13.8	14.0	14.0	13.7	14.0	13.7	14.6	13.8	10.9	14.1	15.9	13.4
	t値	2.19		3.66		3.70		2.40		1.74		4.62	
	p	*		**		**		*				**	
アセスメントと目標設定 (第2因子)	平均値	120.3	115.1	121.8	113.4	121.3	112.9	125.3	115.6	128.2	116.3	1.3	115.7
	SD	18.9	20.7	18.8	19.8	19.1	19.6	19.3	19.6	16.4	19.8	22.1	19.2
	t値	2.74		4.75		4.83		3.62		2.83		3.65	
	p	*		**		**		**		*		**	
家族支援の 評価 (第3因子)	平均値	45.0	42.9	45.7	42.1	45.7	41.7	47.7	43.0	47.7	43.4	48.6	43.0
	SD	9.0	9.3	9.2	9.0	8.9	9.1	9.9	9.0	8.2	9.2	11.1	8.8
	t値	2.42		4.32		4.95		3.77		2.17		4.33	
	p	*		**		**		**		*		**	
家族理解のための情報収集 (第4因子)	平均値	49.3	48.0	50.2	47.2	50.2	47.0	52.1	47.9	53.4	48.2	52.5	48.0
	SD	7.0	8.1	7.2	7.9	7.6	7.7	7.2	7.7	6.7	7.8	7.5	7.7
	t値	1.78		4.36		4.73		4.02		3.16		4.10	
	p	*		**		**		**		*		**	
支援の必要な家族の発見 (第5因子)	平均値	31.2	30.3	31.8	29.8	31.5	29.8	32.8	30.3	32.7	30.5	33.0	30.3
	SD	4.6	5.0	4.5	5.0	4.4	5.2	4.2	4.9	4.3	4.9	4.0	4.9
	t値	1.98		4.75		4.12		3.73		1.99		3.78	
	p	*		**		**		**		*		**	
地区活動をベースにした 家族支援 (第6因子)	平均値	16.2	15.7	16.6	15.4	16.6	15.3	17.5	15.7	17.6	15.8	17.8	15.6
	SD	3.8	3.9	3.9	3.7	3.9	3.7	4.0	3.8	3.9	3.8	4.1	3.8
	t値	1.17		3.70		3.66		3.59		2.19		4.04	
	p			**		**		**		*		**	
家族支援 チームの形成 (第7因子)	平均値	16.9	16.7	17.7	16.2	17.5	16.2	18.1	16.6	19.3	16.7	20.2	16.4
	SD	5.2	5.0	5.1	5.0	5.1	5.1	5.4	5.0	4.0	5.1	5.3	4.9
	t値	0.46		3.44		2.99		2.17		2.35		5.41	
	p			*		*		*		*		**	

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

表5. 再テスト法における質問紙得点の相関 (N=30)

	質問紙得点 平均 (SD)		級内相関係数	
	1回目	2回目	相関係数	95%信頼区間
家族への直接的支援 (第1因子)	102.5 (15.3)	103.7 (15.1)	.867***	[.725, .938]
アセスメントと目標設定 (第2因子)	126.5 (21.8)	129.8 (23.5)	.875***	[.733, .944]
家族支援の評価 (第3因子)	50.3 (8.3)	51.6 (8.3)	.751***	[.524, .878]
家族理解のための情報収集 (第4因子)	52.9 (8.9)	53.2 (8.7)	.879***	[.752, .943]
支援の必要な家族の発見 (第5因子)	32.6 (4.4)	33.5 (4.8)	.887***	[.764, .948]
地区活動をベースにした 家族支援 (第6因子)	18.7 (3.6)	19.5 (4.1)	.893***	[.776, .951]
家族支援チームの形成 (第7因子)	20.7 (4.0)	20.7 (4.4)	.876***	[.747, .942]
尺度全体 (合計得点)	379.3 (69.4)	387.4 (67.7)	.927***	[.850, .965]

*** $p < 0.001$

2. 再テスト法による信頼性の検討

1) 対象者の概要

1回目・2回目ともに回答が得られた30名(回収率46.1%)を分析対象とした。年代は40歳代が40.0%と最も多く、次いで30歳代が36.7%であった。行政保健師としての経験年数は5~38年(平均経験年数19.7年)だった。

2) 信頼性の検討(表5)

再テスト法による1・2回目各々の得点(±SD)、下位尺度ごとの級内相関係数は表3に示したとおりである。級内相関係数は下位尺度各々では $r=0.75\sim 0.89$ で、第3因子「家族支援の評価」が $r=0.75$ で最も低く、第6因子「地区活動をベースにした家族支援」が $r=0.89$ で最も高かった。また、尺度全体では $r=0.93$ であった。

V. 考 察

1. 家族支援実践力尺度の信頼性と妥当性

本調査は、層化抽出法を用いた全国市区町村を対象とした調査であり、行政保健師を対象とした研究(関, 石崎, 頭川, 2007; 大倉, 野呂, 荻田, 2011)の回収率とおおむね等しかった。また、調査対象である保健師の年代は40歳代が35.0%と最多であり、

行政保健師を対象としたいくつかの先行調査(鈴木他, 2014; 日本看護協会, 2011)の平均年齢とほぼ同等であった。これらより、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られる。

本尺度の信頼性については、各因子および尺度全体のCronbach's α 係数が0.8以上あり、また、I-T相関の結果から削除する項目はみられず、十分な内的整合性を確保していることが確認された。再テスト法による級内相関係数は、一般的に r 値が0.7以上で再現性があると判断される(Polit, Beck, 2004)。本調査は尺度全体で $r=0.93$ 、下位尺度でも各々 $r=0.75$ 以上であり、再現性が確保できたと考えられる。

妥当性の検討では、尺度原案作成の段階において、行政保健師の意見聴取・評価を得ることによって、各項目の適切性を確保することができたと考えられる。さらに、本尺度の合計得点および下位尺度の得点と佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目との相関係数から、基準関連妥当性が確保されていると判断できた。

家族支援実践力尺度と行政保健師としての経験年数、業務経験部署数との関連性を検討したところ、保健師経験年数が長くなるにつれて、また業務経験部署数が多いほど、尺度全体の得点は高くなってい

た。現場での経験を積み重ねることによって、行政保健師の能力向上につながるという先行研究（塩見，岡本，岩本，2009；佐伯，和泉，宇座他，2004）の結果と同様に，家族支援実践力も経験とともに高まると考えられる。また，行政保健師として経験年数が長くなれば，業務経験部署も多くなると推察され，本尺度得点が高くなるという結果につながったと思われる。

家族支援実践力に関する学習経験の有無による検定結果では，学習経験がある者がいない者に比べて，尺度得点が高い傾向にあった。これは学習会参加が，保健師の能力に関連するという既存の調査結果（塩見他，2009；宮崎県保健婦（士）連絡協議会市町村部会，2001）と合致する。以上の結果から尺度の妥当性が確認された。したがって，今回作成した尺度は，行政保健師の家族支援実践力を評価するための信頼性，妥当性を十分に有する尺度であると考えられる。

Cronbach's α 係数は尺度において質問項目が多いほど高い数値を示すと言われている（松尾，中村，2002）。本尺度のCronbach's α 係数は0.88であり，高い信頼性が認められたが項目数が多いため，簡便に家族支援実践力を測定できるとは言いがたい。多忙な行政保健師が容易に能力を測定するためには，項目の精選等の検討が必要である。しかし，尺度の項目を鑑みると，行政保健師が家族を支援する際に求められる具体的な内容であると考えられる。支援にあたって，不足している情報や必要とされる支援の確認，家族に対する支援の振り返りができ，実践力を測定するためのツールとして用いることが可能だろう。現場で活用しやすいチェックリストとして整理・検討していくことが実用的でないかと考える。

2. 行政保健師の家族支援プロセスと支援内容

家族支援実践力尺度を構成する項目は，尺度原案作成の過程では，支援プロセスの観点から4段階に整理した。そのうえで因子分析を行い，因子的妥当性を検討した。その結果，因子は7つに分かれた。

支援プロセスの「アセスメント・計画立案」は，因子分析の結果から2ステップを踏むことが明らかになった。それは，対象家族を捉えるための基本的な「第4因子：家族理解のための情報収集」後に，「第2因子：アセスメントと目標設定」に集約された内容に基づき，支援計画を具体化していくものであり，原案の段階に比べて，より詳細なプロセスが示されたといえる。一般的に家族支援にあたっては，ニーズを判断した後，その背景を構造化し全体像を明確化していくことが重要である（鈴木，渡辺，2012）と言われるが，本調査結果から行政保健師の家族支援においても，そのプロセスが確認された。

一方，医療機関での看護とは異なり，行政保健師は「第5因子：支援の必要な家族の発見」からアプローチを開始し，長期的に経過をマネジメントする能力が求められる。さらに「第6因子：地区活動をベースにした家族支援」は，行政保健師ならではの活動であり，対象家族に対する直接的支援はもちろんのこと，日々の業務を通して個人・家族への支援と地域全体を捉える双方の視点を持ち，関係機関および地域住民と連携・協働をはかり，家族への支援体制の整備や不足しているサービスの開発を念頭におき，「第7因子：家族支援チームを形成」していると推察される。保健師は個人的なアプローチを切り口として地域で生活するすべての人々の健康を高める活動を展開している（平野，2006）。また，保健師の専門能力形成には，「地域活動体験から個の対応→家族→地域社会を捉える」ことを基盤にするという研究結果もある（高尾，2013）。本結果で明らかになった家族への直接的支援と地域の支援体制づくりを連動させる支援のあり方は，行政保健師の支援の特徴であると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

今回の調査における分析対象は，回収率35.3%にとどまり，家族支援に対する関心が高い行政保健師による回答であると推察され，一般化には注意を要

する。しかし、全国規模の調査であり、いくつかの先行研究と同程度の回収率は得られており、前述したように行政保健師の母集団と類似した集団と捉えることができる。

ただし、本調査は対人保健サービスを担うことが多い市町村および政令市・特別区等の保健師を対象としており、県型保健所における保健師の支援内容については、今後明らかにしていく必要があるだろう。また、保健師が家族支援を実践する際に本尺度を用いて、分析を加え尺度の信頼性をより高めていくことが課題である。

本尺度は、実践能力を自己評価により測定するものであり、行政保健師としてのスキルを自身で確認し振り返りができるといった利点がある。支援能力を場面に応じて測定する等、現場で活用しやすいチェックリストとして洗練させていくことが望まれる。加えて、尺度としては項目数が多いため、多忙な保健師活動における実用化に向けて、今後、項目の精選がさらに必要である。

一方、自己評価が妥当かといった点では、他者評価等、多面的な検討が求められるべきであろう。

個人・家族への支援は行政保健師として不可欠であるが、その実践はこれまで十分に体系化されていなかった。個人・家族・集団・組織・地域を連動させて捉えることができない（厚生労働省，2010）と指摘されている中、本研究は基盤となる家族支援の内容をナースングプロセスに応じて明らかにした。その上で評価尺度を開発し、信頼性および妥当性を検証して保健活動実践への有用性を示した点で意義があると考えられる。

VII. 結 語

行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度を開発し、信頼性、妥当性を検討した結果、以下の結論を得た。

1. 因子分析の結果、「支援の必要な家族の発見」「家族理解のための情報収集」「アセスメントと目

標設定」「家族への直接的な支援」「地区活動をベースにした家族支援」「家族支援チームの形成」「家族支援の評価」の7つの下位尺度からなる78項目の尺度が開発された。

2. 尺度全体および下位尺度において、Cronbach's α 係数および再テスト法の結果より、尺度の信頼性が確認された。
3. 尺度得点と佐伯らの個人・家族を対象とする対人支援能力5項目との相関、また、尺度得点と経験年数、業務経験部署数、家族支援に関する学習経験との関連が認められたことから、本尺度の妥当性が確認された。

謝 辞

ご多忙な中、本調査にご協力いただきました保健師の皆様および公衆衛生看護教育に携わっておられる保健師経験者の皆様に心より感謝いたします。

（受付 '16.03.17）
（採用 '16.11.14）

文 献

- 荒井葉子，安武 繁，笠置恵子他：児童虐待防止のための医療機関と地域保健機関の看護職の支援と連携，人間と科学県立広島大学保健福祉学部雑誌，8(1)：101-115，2008
- 麻原きよみ，大森純子，小林真朝他：保健師教育機関卒業時における技術項目と到達度，日本公衆衛生学会誌，57(3)：184-194，2010
- Hanson, S.: Family health care nursing: Theory, practice, and research fifth edition, F. A. Davis Company, America, 2015
- 平野かよ子：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，55(2)：128-132，2006
- 入江安子：保健師の家族アセスメントの分析，日本在宅ケア学会誌，4(3)：87-95，2001
- 入江安子：保健師の家族看護介入能力に関する研究，家族看護，2(2)：138-147，2004
- 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—，日本公衆衛生学会誌，55(9)：629-639，2008
- 厚生労働省（2014年12月20日入手）：看護教育の内容と方法に関する検討会第一次報告，<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001316e.pdf>，2010
- 公衆衛生看護のあり方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」, 日本公衆衛生学会誌, 52(8): 756-764, 2005
- 松尾太加志, 中村知靖: 誰も教えてくれなかった因子分析, 北大路書房, 京都, 2002
- 松坂由香里: 日本における行政保健師の家族支援に関する概念分析, 第3回日本公衆衛生看護学会学術集会講演集, 221, 2015
- Meiers, S. J., Tomlinson, P., PedenMcapline, C.: Development of the family nursing caring belief scale, Journal of Family Nursing 13(4): 484-502, 2007
- 宮崎県保健婦(士)連絡協議会市町村部会: 事業施策化パワーアップセミナーの取り組みから: 目標管理を中心とした保健婦研修, 地域保健, 32: 24-47, 2001
- 日本看護協会(2014年5月8日入手): 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, <http://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/22-houkoku-2.pdf>. 2011
- 大船朋美, 知見圭子, 飯島俊美他: 難病患者・家族支援において保健師保健師が果たしている役割・機能, 保健師ジャーナル63(6): 552-557, 2007
- 岡田尚美, 和泉比佐子, 松原三智子他: 発達課題のある子どもや育児不安を持つ母親を集団の場につなぐ保健師の活動, 北海道公衆衛生学雑誌, 25: 95-100, 2011
- 大倉美佳, 野呂千鶴子, 荻田美穂子他: 行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発および基本属性との関連, 日本公衆衛生学会誌, 58(12): 1026-1039, 2011
- Polit, D. F., Beck, C. T.: Nursing research, principles and methods. 7th ed. 418, 529, Lippincott Williams & Wilkins, 2004
- 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
- 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, 7(1): 16-22, 2004
- 佐藤紀子: 家族のケア力を高める看護援助に関する研究, 千葉看護学会誌, 10(1): 1-9, 2004
- 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9: 35-39, 2007
- Simpton, P., Tarrant, M.: Development of family nursing practice scale, Journal of Family Nursing 12(4): 413-425, 2006
- 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織他: 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のための尺度項目精選, 神戸大学保健紀要, 23: 79-87, 2007
- 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, 日本公衆衛生学会誌, 56(6): 391-401, 2009
- 鈴木和子, 渡辺裕子: 家族看護学—理論と実践第4版, 日本看護協会出版会, 東京, 2012
- 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, 日本公衆衛生学会誌, 61(6): 275-285, 2014
- 高橋美砂子: 熟練保健師に家庭訪問における支援技術—思考と行動の特徴—, 日本看護学会誌, 30(1): 33-41, 2010
- 高尾茂子: 地域保健行政で働く保健師の専門能力形成の要因分析—保健師の経験“語り”調査から—, ヒューマンケア研究学会誌5(1): 47-54, 2013
- 田村須賀子: 看護職の意図と行為より捉えた家庭訪問の家庭・地域生活に見合った援助の特徴, 家族看護研究, 15(1): 30-40, 2009
- 鳥居央子, 森 秀子, 杉下知子: 看護職者の家族看護についての認識—本学会員対象の調査成績から—, 家族看護学研究9(3): 113-122, 2004
- 山本則子, 岡本有子, 鈴木育子他: 高齢者訪問看護における家族支援に関する質指標の開発, 家族看護学研究, 13(1): 19-28, 2007
- Zerwekh J. V.: A family caregiving model for public health nursing, Nursing Outlook, 39(5): 213-217, 1991

Development of a Scale Facilitating the Assessment of Public Health Nurses' Practical Skills for Family Support: Analysis of Reliability and Validity

Yukari Matsuzaka¹⁾ Mikako Arakida²⁾

1) School of Nursing, Faculty of Health & Social, Kanagawa University of Human Services

2) School of Nursing and Rehabilitation Science at Odawara International University of Health and Welfare

Key words: Public health nurses, Family support, Development of a scale

Aims: To develop a scale facilitating the assessment of public health nurses' practical skills for family support, and evaluate its reliability and validity.

Methods: We developed a prototype scale based on literature reviews and interviews with public health nurses. The study subjects comprised a total of 1,500 public health nurses providing health services for women, their children, and elderly people from municipalities throughout Japan who had undergone stratified sampling according to the population size of each municipality investigated. An anonymous self-completed questionnaire was sent to the subjects by mail. The scale's reliability and validity were evaluated by calculating Cronbach's α values, and performing factor analysis and re-tests.

Results: A total of 530 completed questionnaires were collected (response rate: 35.3%), and 515 of them were analyzed (effective response rate: 97.1%). On the basis of factor analysis, the scale comprised 7 factors and 78 items. Cronbach's α value for the scale was 0.88, and those for the subscales ranged from 0.97 to 0.82. Concerning intra-class correlation coefficients calculated through re-tests, the r value was 0.75 or higher for all items.

Discussion: The results suggest that the scale is reliable and sufficiently valid to assess public health nurses' practical skills for family support.