

博士学位論文

地域包括支援センター保健師のコンピテンシー  
リストの開発と決定因子

2018年3月

愛知県立大学大学院  
看護学研究科看護学専攻

宮本美穂

指導教員 柳澤理子

## 目次

I. 研究の背景	1
II. 文献検討	3
1. コンピテンシー	3
1) コンピテンシー概念の生成の背景	
2) コンピテンシーの定義	
3) コンピテンシー概念の定義の混乱	
2. 公衆衛生看護領域におけるコンピテンシー研究の現状	6
1) アメリカの現状	
2) 日本の現状	
3) 国外における高齢者支援に関するコンピテンシーの研究	
3. コンピテンシー尺度の開発方法	8
1) コンピテンシー項目の収集と分析方法	
2) インタビュー調査にて収集したコンピテンシー項目の分析方法	
3) インタビュー調査の対象者の選定方法	
4. 地域包括支援センターの現状と課題	9
1) 地域包括支援センターの職員および保健師の現状	9
2) 地域包括支援センター保健師の業務と役割	10
3) 地域包括支援センター職員の職業性ストレスとその関連要因	10
4) 地域包括支援センター職員および保健師への教育体制	11
5) 地域包括支援センター保健師の課題	12
6) 地域包括支援センター保健師に必要とされる能力	13
7) 地域包括支援センターにおける業務の成果と保健師の先行要件との関連	13

III. 文献による地域包括支援センター保健師のコンピテンシー項目の抽出 . . . . .	16
1. 目的 . . . . .	16
2. 項目抽出方法 . . . . .	16
3. 結果 . . . . .	16
IV. 本研究の目的、意義、および研究デザイン . . . . .	21
1. 目的 . . . . .	21
2. 研究の意義 . . . . .	22
3. 用語の操作的定義 . . . . .	23
4. 研究デザイン . . . . .	23
V. 研究1 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念の明確化	24
1. 研究目的 . . . . .	24
2. 研究方法 . . . . .	24
1) 研究参加者	
2) データ収集方法	
3) データ分析方法	
4) 倫理的配慮	
3. 結果 . . . . .	27
1) 研究参加者の背景 . . . . .	27
2) インタビュー調査の状況 . . . . .	28
3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念 . . . . .	28
4. 考察 . . . . .	50
1) 文献検討から抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーとの比較	
2) 本研究で明らかにしたコンピテンシーの構成概念の意義と課題	

VI. 研究2 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの開発・・・	55
研究2-1 コンピテンシーリスト案の開発と専門家パネルによる検証	
1. 研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	55
2. 研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	55
1) コンピテンシーリスト案の構成	
2) 専門家パネルによる妥当性の検討	
3) 倫理的配慮	
3. 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	57
1) コンピテンシーリスト案の作成・・・・・・・・・・・・・・・・	57
2) 専門家パネルによる検証・・・・・・・・・・・・・・・・	61
研究2-2 コンピテンシーリストの信頼性および妥当性の検証	
1. 研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	76
2. 研究方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	76
1) 研究対象者	
2) データ収集方法	
3) 分析方法	
4) 倫理的配慮	
3. 結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	79
1) 対象者の属性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	79
2) 項目分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	84
3) 探索的因子分析・・・・・・・・・・・・・・・・	88
4) 探索的因子分析に基づくリスト案の修正・・・・・・・・	96
5) 信頼性・妥当性の検討・・・・・・・・・・・・・・・・	100
6) 【修正版】コンピテンシーリストの信頼性、妥当性の検証	102
4. 考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	117
1) 信頼性について	
2) 妥当性について	
3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの意義と課題	

VII. 研究3 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー項目の検討	
1. 研究目的	126
2. 研究方法	126
1) 研究対象者	
2) データ収集方法	
3) 分析方法	
4) 倫理的配慮	
3. 結果	130
1) 対象者の属性	130
2) コンピテンシーリスト項目得点	133
3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーと基本属性との関連	139
4) コンピテンシーリストの決定因子の重回帰分析	151
5) 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシーの検討	156
4. 考察	174
1) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子	
2) 特徴的な地域包括支援センター保健師のコンピテンシーに関する検討	
VIII. 本研究の限界と今後の課題	181
IX. 本研究成果の応用	182
X. 結論	183
謝辞	184
引用文献	185

## I. 研究の背景

地域包括支援センターは、平成 18 年度改正介護保険法において位置づけられた高齢者の生活を支える中核機関で、市町村が運営する直営型と民間法人に業務委託している委託型があり、全国 4,685 箇所（平成 27 年 4 月現在）に設置されている（一般財団法人厚生労働統計協会，2017）。地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の 3 職種が配置され、地域包括支援体制の実現をめざし、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援、介護予防ケアマネジメントの機能を担っている（地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会，2012）。地域包括支援センター職員として保健師が配置された背景には、保健師活動の特徴である医療的知見に基づく保健や予防の知識を生かした予防的介入の視点から個々を支援しつつ、個への対応から地域の課題を見出し、介護予防の地域づくりへ展開していくことが期待されている（辻，2006，堤，2007）。

一方、地域保健活動の核として健康課題に取り組んできた保健師は、その約 8 割は保健所・市町村などの行政保健分野に所属している。近年、対人サービスが多様化したことや新たな制度による業務の多様化に伴い、保健師の分散配置が進行している。保健師の活動基盤に関する基礎調査によると、職場に保健師が一人のみ（以下、一人配置）の状況は、行政保健分野は 10～11%であるのに対して地域包括支援センター（委託）は 55.2%で、特に委託の地域包括支援センター保健師は一人配置の割合が高いと報告されている（公益社団法人日本看護協会，2015）。一人配置であるために高い専門性が問われ、ある程度の経験年数が必要であると想定する。しかし、地域包括支援センター（委託）の保健師の年齢構成は、25～29 歳以下が 19.0%、30～34 歳以下が 16.8%、35 歳～39 歳が 14.9%、40 歳～44 歳以下が 14.4%、45 歳～49 歳以下が 11.5%、50 歳～54 歳以下が 11.5%、55 歳～59 歳以下が 6.0%であり、比較的若年層でも一人配置で業務を行っている状況である（公益社団法人日本看護協会，2015）。一人配置であった地域包括支援センター新任保健師は、地域包括支援センター保健師としての役割が見えず模索していたと報告されている（若杉，2012）。現状の教育体制は、新任研修の未受講者の割合が、行政保健分野で「市町村」22.4%、「保健所設置市」19.3%、「都道府県」25.1%に対して、地域包括支援センター（委託）は 47.2%であり、地域包括支援センター保健師が十分な教育を受けていない状況が推測される（公益社団法人日本看護協会，2015）。

先行研究において、地域包括支援センター保健師の役割として、高齢者のポジティブ・

ヘルスに注目し、その人が本来持っている力を本人とともに確認し、さらに引き出し高めていく役割（岡本，2009）や、介護予防を地域に広める役割（清田，2006）などが述べられている。介護予防の地域づくりに関しては、介護予防システムを推進する保健師の活動指標（吉田，和泉，片倉，波川 2012）が開発され、効果的な活動として、個別支援をする際に高齢者の情報が地域包括支援センターに入るように住民とつながりをつくることや、近隣住民を巻き込んだ支援体制を構築することが述べられている（川本他，2012）。このように、介護予防に向けた個への対応から地域づくりへの方法が明らかになりつつある。しかし現状は、地域の特性や住民のニーズの把握が不十分で、地域でのネットワークを広げ、有機的な仕組みを作っていくことが困難な状況にあり、業務調整や人材育成の必要性が述べられている（川原，杉田，児玉，小野，2014）。

村中、南平、橋本、中板、堀井（2014）は、保健師として経験年数の長い保健師や行政経験のある保健師が配置されている地域包括支援センターの方が、介護予防活動の成果があったとの回答が有意に高かったと報告している。これは、もともと効果的な介護予防支援を実践するための能力がある保健師が配置されているのだろうか。あるいは、経験によって蓄積されるものであろうか。本研究者が地域包括支援センター保健師であった当時、地域包括支援センターの他の2職種である社会福祉士、主任介護支援専門員の考え方を聞いたりすることで、知見を広げようとしながら業務を遂行していた。その中で地域包括支援センター保健師として、どう介護分野に携わると保健師の能力を活かせるのか、どんな要素を強化すると保健師として質の高い高齢者支援を実践できるのか、という疑問をもっていた。

地域包括支援センターは、直営・委託で設置形態や所属する組織等が異なるため活動内容や求められる役割が様々であり、求められている役割が不明確で自己研鑽に取り込みにくいと考えられる。一方で、地域包括支援センター保健師の効果的な活動（川本他，2012，川本，2011，杉田，宮崎，2008，吉田，和泉，波川，2011）や視点（大高，佐々木，田沼，森田，2012）は報告されている。しかし、効果的な介護予防活動をするために必要な“能力”に関して検討された研究は少なく、現場の地域包括支援センター保健師が実践能力向上を目指して、自分はどの要素はできていて、どの要素が不足しているのかを評価するリスト（コンピテンシーリスト）の開発は行われていない。

そこで本研究では、地域包括支援センター保健師が実践能力の向上を目指して、各自が実践に対する能力を確認し不足していることは何であるかを測定できるリストを作成し、

質の高い介護予防支援を遂行するのに関連する要因を検討することとする。

## II. 文献検討

### 1. コンピテンシー

#### 1) コンピテンシー概念の生成の背景

1970年代に、McClellandが国務省の外交官に対して、自ら開発した行動結果面接(BEI: Behavioral Event Interviews)を用いて調査した。その結果、学歴や知能は業績にあまり関係なく、達成動機の高い人が高業績をあげることを見出し、高業績者の行動特性をコンピテンシーとしたのが、コンピテンシー概念のはじまりであるといわれている(岩脇, 2007, 加藤, 2011, 太田, 2007b, Spencer & Spencer, 1998/2011, 谷内, 2001)。1980年代には、弟子のBoyatzisが米国軍監督職の適正を明らかにする研究において、「職務が求めているもの」「組織の環境」「個人のコンピテンシー」の3要素が一致することが必要であるとし、その中でも個人のコンピテンシーを重視した(加藤, 2011)。その後、彼らが生み出したコンピテンシー抽出の手法は広く使用され、抽出されたコンピテンシーは蓄積されていった(岩脇, 2007)。1990年代に入ると、Spencerらは、アメリカ国内外で用いられるコンピテンシー・モデルのデータベースと一般的なコンピテンシーを集めたコンピテンシー・ディクショナリーを作った(岩脇, 2007, Spencer & Spencer, 1998/2011)。その後、各者各様のコンピテンシー基準が作成され、現在では用いられる領域や状況によってさまざまな意味で用いられて、コンピテンシー概念は非常に捉えにくいものとなっているのが現状である(岩脇, 2007, 加藤, 2011)。

#### 2) コンピテンシーの定義

今日よく用いられている意味でのコンピテンシーは、McClellandやBoyatzisらによって概念化されたもので、両者の研究成果はSpencerらに引き継がれ、現在の代表的なモデルとして定着している(岩脇, 2007)。

Boyatzisは、「ある職務において、効果的あるいは(また同時に)優れた業績という結果を生む人の根源的な特性」と定義している(加藤, 2011)。

Spencer & Spencer, (1998/2011)は、「ある職務または状況に対し、**基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特徴**」と定義している。コンピテンシーは、目に見えて開発しやすい「スキル」「知識」から、目に見えず



開発がしにくい「特性」「自己イメージ」「動因」を含めて考えられている (Spencer & Spencer, 1998/2011)。「**根源的特徴**」とは、コンピテンシーは個人の性格のかなり深い、永続的な部分を占め、さらにはかなり広い範囲の状況や職務課題における行動を予測できるということを意味している。「**原因として関わる**」ということは、コンピテンシーはある種の行動や成果の原因となり、予測し得ることを意味している。「**基準に照らして**」は、ある特定の尺度や基準に基づいて測定する場合に、コンピテンシーは実際に誰がすぐれた成果を生み、誰がおそまつな成果に終わるのかを予測し得ることを意味する。

相原 (2002) は、「それぞれの仕事において、高いパフォーマンスに結びつく行動と定義しており、仕事において常に高い業績を上げる人に特徴的に見られる、物事の考え方や仕事に対する姿勢、こだわり、行動特性であって、明確に定義でき、観察でき、測定できるものが、コンピテンシー」だと述べている。

古川 (2002) は、「個人の行動として顕在化することから、観察によって測定できるもので、個人の成果や業績と直接的に関連するもの」と述べており、職務特性 (要件) とは異なるとしている。

### 3) コンピテンシー概念の定義の混乱

#### (1) アメリカにおけるコンピテンシー概念の定義

McClelland によるコンピテンシー概念は、「高い業績を生み出す能力は、知識や技能だけでなく、それらを用いて環境に働きかける目標を達成する動機付けをも含む動的な概念」と考えられた。しかし開発から 30 年経過し、コンピテンシーの定義は、各者が独自に位置づけているのが現状 (岩脇, 2007) で、コンピテンシーが包含する範囲が非常に捉えにくいものとなってしまったと指摘されている (加藤, 2011)。

その混乱は、コンピテンシーがすぐれた能力につながるものか、それとも基礎能力かという点である。Boyatzis は、「**基準コンピテンシー**」「**必要最低レベルのコンピテンシー**」、Spencer は、「**卓越を峻別するコンピテンシー**」「**必要最低レベルのコンピテンシー**」という異なる 2 つのレベルの能力を内包している (岩脇, 2007, 加藤, 2011, 太田, 2007a) と述べている。また、用いられる領域や場面によって意味づけがなされる点もあると、岩脇 (2007) は述べている。具体的には、ビジネス領域では、「高業績者に特有の成果を上げる行動特性」として用いられているが、教育や司法、臨床心理学などでの領域では、「**標準能力**」を表す言葉として用いられている。臨床心理学では、「日常生活における様々な活動

を自分でできることや他人の世話ができることを指す」と述べている（岩脇，2007）。

## （２）イギリスにおけるコンピテンシー概念の定義

雇用対策として、現場の仕事の職務内容を分析し、これをマッピング化して職務基準が作成され、公的資格 National vocational qualifications（以下 NVQ とする）として認定された。NVQ とは、イギリスの国家版職種別コンピテンス制度で、代表的な 11 の種類別に仕事を達成する最低基準（minimum standards）を定めたものである（郡山，新井，稲川，2002，太田，2007b）。イギリスでは、「コンピテンス（competence）」と称するのが一般的で、「職種別に必要な最低基準の能力と行動」をコンピテンスとして用いている。ただし、管理職には、アメリカ流のコンピテンシーの概念を適用するのが一般的とされている（岩脇，2007，太田，2007b）。

## （３）日本におけるコンピテンシー概念の定義

日本では、「competence」と「competency」という用語が併用されており、ともに“能力”を示す。「competence」は、あることを実行するのに必要な能力・力量、法的権限、事物管轄権、資格、「competency」は、能力をもつこと、適格性と記述されている（ジーニアス英和大辞典，2008）。

加藤（2011）は、日本においては、より根本的な部分でコンピテンシーとは「能力」を指すのか、それとも「行動」を指すのかという点で統一されていないと述べている。職員の採用の際に使用されるコンピテンシーは、動機やパーソナリティなど根源的な能力を見出すことを重視した McClelland による古典的なコンピテンシーの概念に基づいて行われている。しかし、人事処遇では、すでに作成され限定されたコンピテンシー・モデルを通して、被評価者を見ていくこととなり、見えやすい行動のみに特化されたコンピテンシー・モデルに基づいて行われている（加藤，2011）。岩脇（2007）は、近年の日本社会におけるコンピテンシーの概念は、既に職務経験をもち労働市場の中で活躍する人々に対する場合には、「卓越した業績をあげる者と他の者とを区別する特性」と用いられ、これから職業の世界へ入ろうとする若年者に対する場合には「特定の状況にある者に共通して求められる標準（最低）基準の特性」が用いられており、異なる意味で用いられていると述べている。

## 2. 公衆衛生看護領域におけるコンピテンシー研究の現状

### 1) アメリカの現状

アメリカにおける保健師のコンピテンシーの開発は、1994年から始まり、the National Association of City and County Health Officials (NACCHO) と the Centers for Disease Control (CDC)によって開発された(BracyKalb et al., 2006)。その後、2001年に主要4団体協議会(Quad Council)は、ジェネラリストとスペシャリストのレベルに分け、8つの「アセスメント分析技術」「政策開発/プログラム計画技術」「コミュニケーション技術」「地域実践技術」「公衆衛生学技術」「財政マネジメント技術」「リーダーシップとシステム開発技術」の領域でコンピテンシーが開発された(BracyKalb, et al., 2006, Quad Council of Public Health Nursing Organization, 2004)。このコンピテンシーを指標にして、各州や各専門領域の業務において、公衆衛生看護活動基準の開発や、実践活動の評価、大学における公衆衛生看護教育プログラム開発をしている(降旗, 佐々木, 2009)。

### 2) 日本の現状

日本においては、2000年頃から看護職の能力基準の開発が始められている。看護学領域においては、看護管理者のコンピテンシー・モデルの開発を目指した文献が多い(林他, 2014, 戸村, 永田, 村嶋, 鈴木, 2013, 虎の門病院看護部編, 2013b)。

公衆衛生看護学領域では、保健師の能力に関する研究が多く行われている。佐伯, 和泉, 宇座, 高崎(2003)が開発した「行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力尺度」や、地域保健従事者の資質向上に関する検討会(地域保健従事者の資質の向上に関する検討会, 2004)や、日本公衆衛生学会の公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会の報告(公衆衛生看護のあり方に関する検討会, 2005)がある。その中では保健師に求められる能力として、「地域で生活する個人や家族、集団、地域の理解と支援能力」「地域の関係機関との調整や社会資源の開発」「事業や政策の企画立案・施策化といった能力」を柱とし、わが国の保健師の能力の概要と範囲を示している(岡本, 2006)。岡本(2006)は、特に強化が必要な行政保健師の専門能力を明らかにした。その専門能力は5つで、①住民の健康・幸福の公平を護る能力、②住民の力量を高める能力、③政策や社会資源を創出する能力、④活動の必要性和成果を見せる能力、⑤専門性を確立・開発する能力、だと示している。「住民の力量を高める能力」については、力量を高める必要がある対象の把握と支援方法、力量の高い住民に働きかける方法・住民参加促進、地域づくりに関する集団・地域に対する支援を述べている。この5つの専門能力の開発の提言後、様々な活動領域の保健師活動に関する

コンピテンシー・役割遂行能力、活動指標等の尺度が開発されている。しかし、国内においては、高齢者支援に特化して検討された研究は、介護予防システムを推進する保健師の活動指標の開発（吉田他，2012）のみであり、地域包括支援センター保健師に関するコンピテンシーはまだ明らかになっていない。

保健師のコンピテンシーに関しては、2015年6月現在まで、下記の尺度が開発されている。

事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー尺度（塩見他，2009）

公衆衛生基本活動遂行尺度（岩本，岡本，塩見，2008）

保健師の専門性発展力尺度（岡本，岩本，塩見，小寺，2010）

行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度（大倉，野呂，荻田，荒井 2011）

介護予防システムを推進する保健師の活動指標（吉田他，2012）

支援システムを構築・発展させる行政保健師のコンピテンシー・モデル（杉田，2011）

市町村統括保健師の役割遂行尺度（鳩野，鈴木，真崎，2013）

行政保健師の施策化能力評価尺度（鈴木，田高，2014）

これらの尺度は、保健師活動の一部の活動領域について検討されたコンピテンシーや、行政分野に所属する保健師として、あるいは管理職レベルの保健師として求められるコンピテンシーを検討した内容である。地域包括支援センター保健師は、求められる役割や業務が幅広く、所属している施設形態が多様であるという特徴があるため、行政保健師と共通する能力のほかに、地域包括支援センター保健師独自の能力が必要とされると考えられる。したがって、地域包括支援センターの特徴を捉えたコンピテンシーを検討する必要がある。

### 3) 国外における高齢者支援に関するコンピテンシーの研究

国外における高齢者支援体制はさまざまであるが、地域で生活している高齢者に対するケアマネジメントに関するコンピテンシーについては、以下に示すような研究がなされている。

Counsell, Callahan, Buttar, Clark, Frank, (2006)は、高齢者支援における指標として、①ケアプランの促進、②健康保持、③内服管理、④歩行困難・転倒、⑤慢性疼痛、⑥尿失禁、⑦うつ、⑧栄養失調、体重減少、⑨視力低下、⑩聴力低下、⑪認知症、⑫介護負担、の12項目を示している。

Hallberg & Kristensson (2004) は、地域在住の虚弱高齢者のためのケアマネジメント

支援に関する文献レビューより、包括的な高齢者のアセスメントを基盤とし、介入には、セルフケア、リスク回避、健康不安に対する精神的な教育、コミュニティとの関わり、社会活動への強化等を用いた方法で、予防的あるいは回復的に支援すること、家族重視のアプローチやインフォーマルな支援者への教育も含むことを報告している。

Damron-Rodriguez (2008) は、家族支援における看護師とソーシャルワーカーのコンピテンシー (competence) の特徴から、家族介護者と共に活動する高齢者支援を、①態度と価値観、②コミュニケーション、③アセスメント、④計画と実践、⑤家族教育、⑥他職種連携の6つのカテゴリーで示している。

Chiou (2000) は、地域在住の高齢者にヘルスケアを提供する保健師のコンピテンシー (competence) を検討し、①介護予防に向けた支援をする能力、②健康的生活をアセスメントする基本的技術、③生活行動を改善するように支援する能力、④サービスの技術や関連した社会資源を要求する能力を示している。

### 3. コンピテンシー尺度の開発方法

先行研究より、コンピテンシー尺度開発のために用いられた研究方法について検討する。

#### 1) コンピテンシー項目の収集と分析方法

方法は、大きく2つに分けられた。一つの方法は、先行研究で検証されている国内外のコンピテンシーから、専門家によるデルファイ法にて尺度を作成する方法(岩本他, 2008, 岡本他, 2010, 佐伯他, 2003, 塩見他, 2008, 戸村他, 2013)と、もう一つの方法は、高い業績者へのインタビュー調査等より質的にコンピテンシー項目を収集し、質的記述的研究にて帰納的分析方法にて尺度を作成する方法で、インタビュー調査方法は、行動結果面接法 (BEI: behavioral event interviewing) (井上, 2014, 岩本, 内海, 細原, 孝壽, 2014) や半構成的面接調査法 (鳩野他, 2013, 林他, 2014, 大倉他, 2011, 杉田, 2011, 鈴木, 田高, 2014, 吉田他, 2011)、フォーカスグループインタビュー調査 (小山, 村山, 2011) を用いていた。

#### 2) インタビュー調査にて収集したコンピテンシー項目の分析方法

先行研究にて検証された尺度を用いて帰納的に分類する方法と意味内容にそって分類する方法に分けられた。前者は、Spencer & Spencer, (1998/2011) の考案したコンピテンシー・ディクショナリーに基づいてコード化して分類する方法 (岩本他, 2014, 林他,

2014, 虎の門病院看護部編, 2013a) や、Benner の 7 領域 (①役割関係、②指導/手ほどきの機能、③診断機能とモニタリング機能、④急速に変化する状況における効果的な管理、⑤治療的介入療法を施行しモニターする、⑥質の高いヘルスケア実践をモニターし保障する、⑦組織化仕事役割能力) に基づいて分類する方法 (岡田, 村嶋, 麻原, 1997)、検証された分析フォーマット (Schwartz-Barcott D, Kim HS) を参考に独自の分析フォーマットを作成し分類する方法 (本村, 川口, 2013) を用いていた。後者は、逐語録に落としたデータから抽出し、意味内容の類似性や相違性を検討して分類する方法 (鳩野他, 2013, 大倉他, 2011, 吉田他, 2011) や、抽出した質的データを Spencer が検討しているコンピテンシーの表面的なもの「知識・スキル」と深層的なもの「動因・特性」に分けて、意味内容の類似性に添って分類する方法 (杉田, 2011)、経験年数を 3 段階に分けて分類する方法 (岩本他, 2014) を用いていた。

### 3) インタビュー調査の対象者の選定方法

Spencer & Spencer, (1998/2011) は、卓越した業績と平均的な業績を峻別する行動特性を識別するために、両者を対象としている研究が多いと報告している。

国内の先行研究では、高業績者を選定している研究が多く、具体的な選定基準として、報告書等で活動を発表している、あるいはその活動が周辺地域の保健師から広く認められている保健師 (岡田, 村嶋, 麻原, 1997) や、経験年数 5 年以上の介護予防事業担当保健師 (岩本, 岡本, 2004)、保健師経験 17~35 年で介護予防担当歴は 1~3 年の保健師 (飯吉, 平澤, 小林, 藤川, 2011) を対象者として選定していた。

## 4. 地域包括支援センターの現状と課題

### 1) 地域包括支援センターの職員および保健師の状況

1 センター当たりの職員の配置人数は、「3 人以上 6 人未満 (45.2%)」が最も多く、次いで「6 人~9 人未満 (25.6%)」である (三菱総合研究所, 2014)。

日本看護協会の調査 (公益社団法人日本看護協会, 2015) によれば、保健師を配置している地域包括支援センターは、61.6%であり、配置していない地域包括支援センターが 31.8%、無回答 (6.6%) であった。

保健師のキャリア状況は、新卒採用 251 人 (6.1%)、新卒採用ではないが他での経験無し 47 人 (1.1%)、市区町村での勤務経験あり 2400 人 (58.4%)、医療機関での経験あり

855人(20.8%)、介護事業所での勤務経験あり316人(7.7%)、その他の経験あり241人(5.9%)である。保健師が配置できない場合は、経験のある看護師の配置が認められている。経験のある看護師のキャリア状況は、市区町村での経験あり319人(11.1%)、介護事業所での経験あり1214人(41.9%)、医療機関での経験あり1187人(40.9%)であった(公益社団法人日本看護協会, 2015)。

以上のことから、地域包括支援センター保健師は、行政での経験者が約6割である一方で、未経験者も約1割程度在籍している。また看護職として捉えると、勤務経験に関しては、医療分野や介護分野の経験者が多く、必ずしも保健分野の経験があるとは限らないことが推測される。

## 2) 地域包括支援センター保健師の業務と役割

保健師が担当している割合が高い業務は「二次予防事業(通所型予防事業74.6%・訪問型予防事業73.5%)」「一次予防事業評価事業(72.5%)」「介護予防普及事業(63.3%)」「介護予防ケアマネジメント(58.3%)」(公益社団法人日本看護協会, 2015)で、介護予防支援に関わる業務を担当している傾向がある(俵, 李, 小坂, 李, 2013)。一方、権利擁護業務や多職種協働ネットワーク構築、地域ケア会議開催、認知症高齢者の見守り等については、保健師が担当している割合は30~40%であり、これらの業務については社会福祉士や主任介護支援専門員が担当している割合が高かったと報告されている(公益社団法人日本看護協会, 2015)。

地域包括支援センター保健師の役割として、高齢者のポジティブ・ヘルスに注目し、その人が本来持っている力を本人とともに確認し、さらに引き出し高めていく役割(岡本, 2009)や、介護予防を地域に広める役割(清田, 2006)などが述べられている。介護予防の地域づくりに関しては、介護予防システムを推進する保健師の活動指標(吉田他, 2012)が開発され、地域の特徴や住民のニーズを把握し、課題解決に向けた施策化をすることや、個別支援をする際に、近隣住民を巻き込んだ支援体制を構築することが述べられている(川本他, 2012)。

## 3) 地域包括支援センター職員の職業性ストレスとその関連要因

地域包括支援センターという新たな組織体制や保健師一人配置が多いという職場環境において、活動する地域包括支援センター保健師の職業性ストレスや職務満足低下の可能

性が懸念される。首都圏都市部の地域保健で働く保健師の職務満足感に関する質問紙調査では、行政保健分野や福祉分野よりも地域包括支援センター保健師は仕事量が多いことや職場内での意思疎通が難しいと感じている割合が高く、職務満足感が低い傾向があった(渡辺, 南, 阿部, 井上, 2013)と報告している。また、地域包括支援センター保健師のインタビュー調査では、地域包括支援センター内の3職種での役割分担や連携の難しさ、地域包括支援センター内で同職種の職員を持たずに活動しているため相談する先輩・同僚がない、精神疾患や独居高齢者の増加から地域の状況の複雑さ、地域包括支援センター看護職に対する研修がない、地域包括支援センター保健師の役割が明確でないことなど看護職の役割に対しジレンマを持っていることが報告されている(杉原, 山田, 2014, 若杉, 2012)。

地域包括支援センター保健師の職業性ストレスについて、櫻井は以下のように述べている。高齢者の虐待や認知症高齢者への対応など新しい取り組みが開始され、仕事の量的質的の両方が負担になっていること、自らの専門性をどう発揮して業務を遂行すればよいかと手探りで業務を遂行していることの2点が特徴であり、この仕事量のコントロールや仕事のやりがい感が職業性ストレスに影響を及ぼしていると考えられている(櫻井他, 2011)。一方、村山は、地域包括支援センター職員のバーンアウト症状は職務満足度に関係しており、業務への満足感を得ることは重要であると述べている(村山, 2011)。蒲原は、地域包括支援センター保健師の抑うつ症状とその他の満足度の関連において、「仕事、職場、家族・私生活に満足している」人は、抑うつ症状に陥りにくい傾向があるとの報告をしている(蒲原他, 2011)。

以上のことより、地域包括支援センター保健師の職業性ストレスには、職務満足感が大きく関係しており、職務満足感を高めるためには、地域包括支援センター保健師としての専門性を深めながら、同職種・他職種からのサポートを得られ、保健師自身の心身が安定して職務に取り組めることが重要であると考えられる。

#### 4) 地域包括支援センター職員および保健師への教育体制

地域支援センターへの採用時における職員研修の機会の有無を調査した結果、「設けている(68.0%)」、「設けていない(31.4%)」であった。職員研修の機会を設けているセンターでの平成24年度の採用者実人数が3,351人に対して、研修受講実人数は、3,043人であった(三菱総合研究所, 2014)。この結果より、職員研修の機会があれば、多くの職員が研修を受けている状況が推測される。



地域包括支援センター職員への研修については、各都道府県にて研修計画が立案され、実施されている。研修内容については、新任職員対象の基礎研修と従事者対象の現任研修が、ほとんどの都道府県で計画されている。課題別の研修として、高齢者虐待対応に関する研修や、地域包括ケア地域づくりに関する研修、介護予防に関する研修、認知症に関する研修などを、各都道府県がさまざまに実施している(三菱総合研究所, 2014)。

地域包括支援センター保健師を対象とした研修に関しては、都道府県の研修計画にはなかった(三菱総合研究所, 2014)。都道府県の看護協会が保健師職能委員会にて、地域包括ケアにおける保健師の役割として、保健所保健師や市町村保健師、地域包括支援センター保健師を対象に研修会を実施していた(愛知県看護協会と神奈川県看護協会)。しかし、この研修会は、地域包括支援センター保健師のスキルアップを目指した継続的な教育・研修とは異なると推測される。

以上のことから、地域包括支援センター職員への研修体制は整備されつつあるも、地域包括支援センターの課題として研修受講の機会を設けていない施設も存在している。また、地域包括支援センター保健師のスキルアップを目指した教育・研修体制は未開発な状況であると考えられる。そのため、地域包括支援センター保健師としてどのような能力を強化すべきなのかの基礎資料を得る必要がある。

## 5) 地域包括支援センター保健師の課題

杉原は(杉原, 山田, 2014)、地域包括支援センター保健師が困難や課題と思っていることとして、「地域の現状の複雑さ」からの支援困難な事例への対応の難しさや「スキル・能力不足」、「三職種間での連携の難しさ」や、「保健師の役割とジレンマ」として部署に相談相手がない、地域包括支援センター保健師の研修会がないため、自身の役割を模索するなかで業務を遂行しているなどの状況を報告している。行政保健分野から地域包括支援センターに移動した保健師の困難として、「保健センターでの価値観を共有していた保健師との間に所属の違いによる意識の差が生じるようになった(湯本, 村上, 2005)」という言葉や、「自分の役割を見失いどうしていいかわからないことがある(千葉, 2009)」や、「疾病を切り口とした支援では限界があり、また家族機能が低下し世帯として複数の問題がでる場合も多く処遇困難時には難しい対応も多い(千葉, 2009)」、「同じ高齢者対応の部署でも窓口によって出会う市民や関係者の顔は微妙に違い、地域全体の高齢者を“みる”ことの難しさを痛感している(石川, 2011)」ことが報告されている。これらの言葉から、行政保

健分野にて保健師として経験を重ねていても、地域包括支援センター保健師として活動するためには、何か異なる要素が必要なのではないかと推察される。

地域包括支援センター保健師は、自身のスキル不足を感じたり、地域包括支援センター保健師の役割を模索したりしながらも、高齢者が高い満足を得て生活できるような支援を目指して切磋琢磨している。しかしその環境は、職場内に相談する保健師がおらず、一人で自己研鑽をしないといけないという状況下である。その上、地域包括支援センター保健師に特化した教育や研修はなく、自分に知識やスキルが不足していると認識しながらも、どういう分野を、どうやって学習すればよいかわからない場合、それを判断する指標がないという現状である。

## 6) 地域包括支援センター保健師に必要とされる能力

保健師の活動基盤に関する調査報告(公益社団法人日本看護協会, 2015)より、行政保健分野の保健師が現在の業務に必要と考える能力は、「企画立案能力(44.2%)」が最も多く、次いで「個人・家族支援能力(42.3%)」、「連携・調整・社会資源開発能力(38.0%)」、「保健事業運営能力(25.9%)」と示している。一方、福祉分野の保健師では、「連携・調整・社会資源開発能力(53.5%)」が最も多く、次いで「個人・家族支援能力(52.5%)」、「企画立案能力(37.5%)」、「情報収集・調査研究能力(35.1%)」と示している。特に、委託型の地域包括支援センター保健師が、保健師として最も身に付けたい能力として、「連携・調整・社会資源開発能力(27.1%)」が最も多く、次いで「個人・家族支援能力(19.9%)」、その後「企画立案能力(9.6%)」、「集団支援能力(8.6%)」、「情報収集・調査研究能力(8.4%)」と報告されている。

以上のことから、福祉分野である地域包括支援センター保健師に必要とされる能力として、基盤として個人・家族支援能力が考えられる。加えて、その高齢者と家族を支援するために、あるいは地域全体の介護予防を推進するために、住民や関係機関と連携し、社会資源を開発していく能力が必要とされている。

## 7) 地域包括支援センターにおける業務の成果と保健師の先行要件との関連

### (1) 介護予防事業に関する成果

地域包括支援センター保健師の活動実態調査報告書(公益社団法人日本看護協会, 2014)によると、概ね3年以内の介護予防事業において成果があったと回答した割合が高かった

ものは、「事業参加者の主観的健康観の維持・向上につながった」が 84.4%で、次いで「事業参加者の運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上が図られた」が 84.4%で、「事業参加者の閉じこもり防止や社会参加促進につながった」が 80.6%であった。一方、成果がなかったと回答した割合が高かったものは、「介護予防ボランティアや NPO 法人が新たにできた、もしくは活動回数が増えた」や「高齢者が参加できる自主活動の会が新たにできた、もしくは活動回数が増えた」といった住民の活動に関するものや「医療機関による協力が得られるようになった」という医療機関との連携であった。

「日常生活に支援が必要な方への発見・早期対応」について成果があったと回答している割合は、保健師の経験年数(以下、経験年数)10年未満は「84.0%」、20年未満は「79.7%」、20年以上は「81.1%」で、有意差は出ていないが経験年数が10年未満でも成果をあげていた。しかし、経験年数の長い保健師や行政経験のある保健師は、「事業参加者の運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上」など事業参加者個人に関する成果や「介護予防ボランティアや NPO 法人の開始/活動回数の増加」など地域住民による活動の支援において成果があった(村中他, 2014)。一方、保健師資格がない看護師は、「医療機関による協力の確保」や「日常生活に支援が必要な方への早期発見・早期対応」について、保健師よりも有意に成果があった。

## (2) 認知症高齢者を見守り体制づくりに関する成果

調査時点から1年以内とそれ以前とを比較して成果があったと回答している割合が高かったものは、「認知症高齢者に関する相談件数の増加」が 80.4%で、次いで「認知症サポーター養成講座の開始、もしくは受講者の増加」が 68.4%、「認知症疑いの高齢者のうち、医療機関の受診につながる事例の増加」が 65.1%であった。一方、成果がなかったと回答した割合が高かったものは、「訪問看護ステーションを利用する認知高齢者・家族の増加」「訪問看護ステーションとの連携強化」、「認知症を地域で支える NPO 法人や自主活動の開始、もしくは活動回数の増加」等住民の活動に関するものであった。

経験年数によって有意差がみられた成果はなかった。しかし、保健師資格のない看護師は、「医療機関の受診につながる事例の増加」や「訪問看護ステーションの連携強化」において保健師資格ありよりも有意に成果があったと回答していた。

### (3) 高齢者虐待防止に関する成果

調査時点から1年以内とそれ以前とを比較して成果があったと回答した割合が高かったものは、「関係機関からの情報が得られる事例の増加」が65.1%で、次いで「高齢者虐待に関する相談・通報件数の増加」が62.6%、「関係機関との事例検討会・地域ケア会議の開催回数の増加」が55.2%であった。一方、成果がなかったと回答した割合が高かったものは、「訪問看護ステーションと連携して対応した事例の増加」「住民による自主的な高齢者虐待の勉強会等の開始、もしくは回数の増加」、「医療機関と連携して対応した事例の増加」といった医療機関等との連携、住民の活動に関するものであった。

経験年数によって成果に有意差がみられたものはなかった。しかし、保健師資格のない看護師は、「訪問看護ステーションと連携して対応した事例の増加」「住民による自主的な高齢者虐待の勉強会等の開始、もしくは回数の増加」において保健師資格ありよりも有意に成果があったと回答していた。

(1)～(3)の結果より以下の傾向があると考えられた。経験年数20年以上の保健師や行政経験のある地域包括支援センター保健師の方が、介護予防事業に参加している高齢者の健康度を高める個別支援や地域住民による介護予防活動の支援において有意に成果がみられていた。一方、医療機関や訪問看護ステーションとの連携に関しては、経験のある看護師に有意に成果がみられた。

### Ⅲ. 文献による地域包括支援センター保健師のコンピテンシー項目の抽出

#### 1. 目的

地域包括支援センター保健師の能力に関しては、前述のとおり日本看護協会による調査（日本看護協会，2014）があるほか、保健師の課題や活動に関する文献がみられる。このため、既存文献において、保健師のコンピテンシーに該当する項目を抽出することを目的に、文献検討を行なった。

#### 2. 項目抽出方法

医学中央雑誌 Web（Ver6）版を用いて、地域包括支援センターが設置された 2006 年から 2015 年 7 月までに発表された国内文献の中から、「地域包括支援センター」、「保健師」をキーワードとし、会議録を除いた文献を探索し、143 件を抽出した（2015.8.19 アクセス）。このうち、入手できた 137 件を精読し、地域包括支援センター保健師の実践能力に関連する記述がなかった文献 13 件を除外した。対象文献 124 件の中から、地域包括支援センター保健師として効果的であった行動や、効果的な行動をする際の思考や心構えおよび態度の内容を抽出した。行政保健分野とは異なる地域包括支援センター保健師の特徴に着目してコード化し、類似のコードをまとめてサブカテゴリー、カテゴリーを生成した。サブカテゴリー、カテゴリーの命名にあたっては、成果に結びつく行動として表現した。

#### 3. 結果

287 のコードが抽出され、地域包括支援センター保健師に必要な能力として 13 のサブカテゴリー、5 つのカテゴリーが生成された。得られたカテゴリー、サブカテゴリーを表 1 に示す。以下【 】はカテゴリー、< >はサブカテゴリーを示す。

##### 1) 【高齢者本人に介護予防の取り組みを意識づける能力】

地域包括支援センター保健師が携わる業務の多くは、要支援あるいは虚弱高齢者への介護予防支援である。介護予防にあたっては、何よりも高齢者本人の主体的な取り組みが不可欠で、本人の意欲が高まるようなコミュニケーションの取り方をはじめ様々な工夫や適切な働きかけが求められる(地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会, 2012)。

地域包括支援センター保健師は、高齢者本人との関わりの中で高齢者の生活や生きるこ

と、身体に対する思いなど様々な不安やその変化を見極め、＜高齢者ゆえのあきらめ、喪失感に基づく意欲低下を乗り越え、本人の低下した意欲を高める援助力＞が必要である。また、支援対象者には複数の疾患や、若年性認知症、うつ症状などを抱えた高齢者が少なくないため、＜慢性疾患や症状を複数抱えた高齢者を医療的な見地から包括的に課題分析をし、解決につながる介護予防方法を提案できる力＞が必要とされていた。

## 2) 【高齢者とその家族の家族機能を高める支援能力】

離れた家族や複雑な家庭背景がある家族、認知症高齢者との生活で混乱している家族、キーパーソンがいない家族、虐待の恐れの高い家族など様々な家族に対して、高齢者本人の納得と家族の協力が得られるように、＜高齢者本人の意向と家族の意向が相反する状況においても両者を尊重し、家族機能が高められるような相談対応力＞が必要であった。そして、特にこのように家族機能が低下した対象者に対しては、＜支援者らがタイムリーに情報を共有し、支援者それぞれが支援方針を統一して、本人家族を支援できるようにケアマネジメントする力＞が必要であった。ケアサービスを提供する事業所は複数あり、経営方針や理念、職員体制や教育など様々であるため、個々の事業所を把握し、関係性を新たにつくりながら、利害関係にも配慮しながら交渉する力が大切であると述べられていた。

## 3) 【個別支援を基盤とした地域づくりを展開する能力】

多くの文献が、地域づくりには日常の個別支援が基盤であることを述べていた。そのために、以下の5つの能力が大切であるとされていた。すなわち、＜要支援の介護予防ケアマネジメント業務や総合相談支援業務の個別支援によって地域を把握し、地域の課題を見出す力＞、＜地域包括支援センターのことを住民に知ってもらい、高齢者とその家族、近隣住民、専門職、関係者などあらゆる人とのネットワークをつくる力＞、＜日々の活動の中で高齢者が安心して生活できる地域づくりの実現に向けて、目指すビジョンを持つ力＞、＜リーダーシップを発揮して地域住民を介護予防に導いていく力＞、＜介護予防に向けた協働活動を住民・関係者・専門職らと展開していく力＞であった。

地域包括支援センターをまず住民に知ってもらうことが始まりであり、そのために個別支援を通じて、地域包括支援センターの役割を理解してもらい、顔の見える関係性を築いていた。また、現場の地域包括支援センター保健師は、保健師の役割について介護予防の旗振り役(鈴木, 安野, 高杉, 田中, 2010) あるいは牽引役(清田, 2006)という表現で役割を

述べていた。そこから、介護予防においてリーダーシップを発揮して住民を導いていく力が大切であることが述べられていた。

#### 4)【地域包括支援センター3職種間の関係性を高める能力】

行政保健分野では、係員として複数の保健師が配置されており、近年では管理職である係長や課長にも保健師が配置されている自治体もある。一方、地域包括支援センターは、先にも述べているように、保健師と社会福祉士、主任ケアマネジャーの3つの専門職種のチームアプローチで業務を遂行することが特徴である。そのために、**<3職種がお互いの専門性を理解し合って、常に情報や活動を共有できるように、地域包括支援センター保健師として貢献する力>**が大切であった。保健師は、意見交流しやすい雰囲気づくりや保健師の専門性を発揮しつつ他の2職種の専門性を理解し、お互い高め合いながら業務遂行することが大切であることが述べられていた。

課題として、介護予防プラン作成などに追われ、3職種が話し合える時間が取れないという現状があり、日常業務内で3職種間での事例検討や会議ができるように**<3職種が業務に追われない体制をつくる力>**も重要であった。

#### 5)【地域包括支援センター保健師として、自身の専門性や実践力を発展させる能力】

このカテゴリーは、**<地域包括支援センター保健師の専門性や実践力を高めるために自己研鑽する力>**と、**<豊かな人間性を維持するためのセルフマネジメント力>**の2つのサブカテゴリーで構成された。

地域包括支援センターの特徴として、保健師の一人配置が多く、自分と異なる領域の専門職の中で業務を遂行することが求められる。そのため、保健師としての自身の役割や存在意義を見出し、自身の判断で率先した行動が大切であることや、医療や保健分野の専門家として、他職種から相談を求められることもあり、**<地域包括支援センター保健師の専門性や実践力を高めるために自己研鑽する力>**が必要であった。

一方、地域包括支援センターの業務は質的量的に負担が多いと言われている。そのためにワークバランスを考えて効率的に業務裁量をする能力や一人で抱え込まず相談すること、前向き思考でいることを心がけるなど、**<豊かな人間性を維持するためのセルフマネジメント力>**が大切であることが述べられていた。

以上のとおり、先行文献からは、5つのコンピテンシー・カテゴリーが見出された。この5つのコンピテンシー・カテゴリーと地域保健従事者の専門職としての能力として示されている項目（地域保健従事者の資質の向上に関する検討会，2004）とを対比すると、「個人・家族に対する支援能力」は【高齢者本人に介護予防の取り組みを意識づける能力】、【高齢者とその家族の家族機能を高める支援能力】、「企画・立案能力」「情報収集・調査研究能力」「集団に対する支援能力」「連携・調整・社会資源開発能力」「保健事業運営能力」「事業評価能力」は【個別支援を基盤とした地域づくりを展開する能力】に含まれると考えられる。また、行政運営に必要な能力に示されている「組織運営能力」は【地域包括支援センター3職種間の関係性を高める能力】、【地域包括支援センター保健師として、自身の専門性や実践力を発展させる能力】に含まれ、共通性がみられる。キャリアレベルの初任期と中堅期、管理期の3段階でみると、臨機応変に自立して実践できるレベルは、中堅期や管理期レベルと示されている（地域保健従事者の資質の向上に関する検討会，2004）。しかし、地域包括支援センターでは保健師が一人配置であることが多いために、より早期から高いレベルが求められると考えられる。

また、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの特徴として、次のような点が挙げられる。(1)複数の疾患および課題を抱えた高齢者を対象としているために、高齢者の特性を理解し、より医療的知見を持って支援することが必要である。(2)高齢者ゆえの長い歴史の中での家族背景を踏まえて家族機能を高める支援が必要である。(3)地域の住民や様々な専門職、関係者など幅広い人々とのネットワークを構築する必要がある。(4)地域包括支援センターに配置された他職種との間で協働していく必要がある。(5)超高齢社会に向けて刻々と制度改正が行われ、それに伴い求められる役割や業務が変化することから、臨機応変に対応できることが求められている。

これらのことより、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーには、地域包括支援センターという施設機能および業務の特徴があり、その特徴をふまえた保健師のコンピテンシーリストを開発する必要があると考えられる。

しかし、上述の文献はコンピテンシーを意識して書かれたものではなく、業務の実態調査や活動報告などから抽出された項目である。また、地域包括支援センター保健師として経験豊かな者の見解も、新人の見解も含まれており、行政保健分野の保健師と区別される、地域包括支援センター保健師としての能力を十分に網羅しているかどうかは不明である。したがって、改めて卓越した地域包括支援センター保健師が認知するコンピテンシーにつ



いて調査し、本文献検討をも参考にしながら、コンピテンシーリストを作成する必要があると思われる。

表1 文献より抽出された地域包括支援センター保健師に必要とされるコンピテンシー

カテゴリー	サブカテゴリー
高齢者本人に介護予防の取り組みを意識づける能力	高齢者ゆえのあきらめ、喪失感に基づく意欲低下を乗り越え、本人の低下した意欲を高める援助力
	慢性疾患や症状を複数抱えた高齢者を医療的な見地から包括的に課題分析をし、解決につながる介護予防方法を提案できる力
高齢者とその家族の家族機能を高める支援能力	高齢者本人の意向と家族の意向が相反する状況においても両者を尊重し、家族機能が高められるような相談対応力
	支援者らがタイムリーに情報を共有し、支援者それぞれが支援方針を統一して、本人家族を支援できるようにケアマネジメントする力
個別支援を基盤とした地域づくりを展開する能力	要支援の介護予防ケアマネジメント業務や総合相談支援業務の個別支援によって地域を把握し、地域の課題を見出す力
	地域包括支援センターのことを住民に知ってもらい、高齢者とその家族、近隣住民、専門職、関係者などあらゆる人とのネットワークをつくる力
	日々の活動の中で高齢者が安心して生活できる地域づくりの実現に向けて、目指すビジョンを持つ力
	リーダーシップを発揮して地域住民を介護予防に導いていく力
地域包括支援センター3職種間の関係性を高める能力	3職種がお互いの専門性を理解し合って、常に情報や活動を共有できるように、地域包括支援センター保健師として貢献する力
	3職種が業務に追われない体制をつくる力
地域包括支援センター保健師として、自身の専門性や実践力を発展させる能力	地域包括支援センター保健師の専門性や実践力を高めるために自己研鑽する力
	豊かな人間性を維持するためのセルフマネジメント力

## IV. 本研究の目的・意義・および研究デザイン

### 1. 本研究の目的

行政保健分野で経験のある保健師であっても、地域包括支援センターに移動した際に戸惑いや困難を抱えている状況がある。そのような戸惑いや力不足を感じるのは、行政保健分野保健師と地域包括支援センター保健師とでは、コンピテンシーが異なるからではないかと思われる。

そこで本研究では、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーを明らかにし、コンピテンシーリストを開発する。開発したリストを用いて、行政保健分野の保健師と地域包括支援センター保健師において異なるコンピテンシー項目を明らかにし、行政保健分野の経験だけでは獲得が不十分な能力を特定する。その結果をもとに、地域包括支援センター保健師の研修への提言をする。

本研究は3つの研究から構成され、それらの目的は以下のとおりである。

#### 1) 研究目的1 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念の明確化

地域包括支援センター保健師の実践から「質の高い高齢者支援を実践する卓越した地域包括支援センター保健師」として区別されるような行動特性を明らかにし、コンピテンシーの構成概念を構成する。

#### 2) 研究目的2 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの開発

明らかにした構成概念をもとに、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを開発し、信頼性と妥当性を検証する。

\*本研究で作成を目指すものは、“現場に活用しやすいもの”を主眼に考えている。そのため、どんな項目はできていて、不足している項目は何か、どんな研修をしたらよいか、という点を自己チェックできる「リスト」を想定している。

#### 3) 研究目的3 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー項目と決定因子

行政保健分野の保健師との比較において、地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー項目を明らかにするとともに、卓越した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子を明らかにする。

本研究の概念枠組みを図 1 に示す。

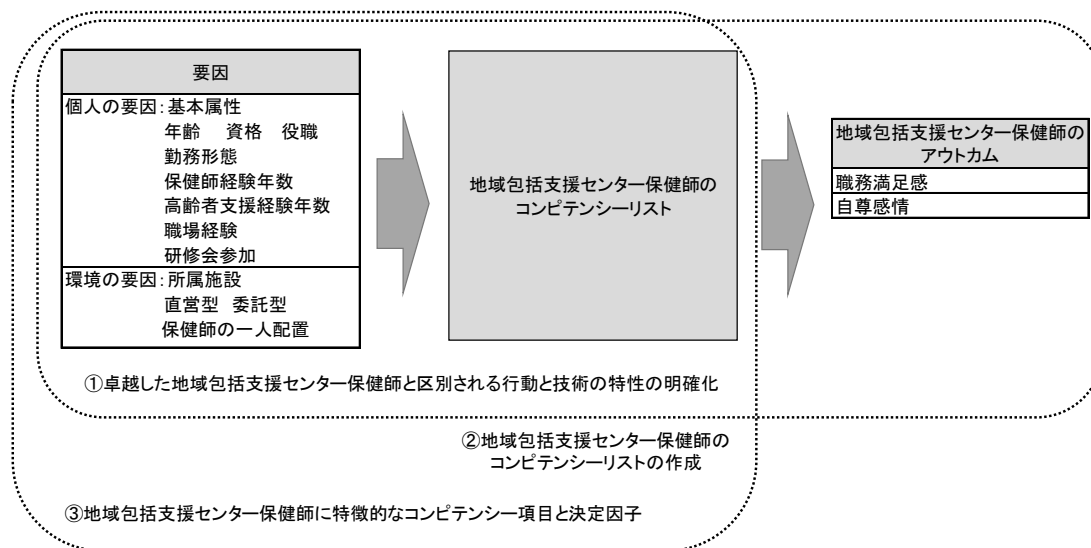


図 1 研究の概念枠組み

## 2. 本研究の意義

本研究の意義は、次の 3 点である。

第 1 に、地域包括支援センターの保健師業務は、行政保健分野の保健師業務と異なる点があり、行政から移動した保健師は戸惑うことが多い。地域包括支援センター保健師の特徴や役割を解説している文献はあるが、具体的な能力や行政保健分野との違いは明らかにされていない。本研究は、地域包括支援センター保健師に必要な能力を明らかにするとともに、その能力項目の中で、地域包括支援センター保健師に特徴的な能力と行政保健分野の保健師と共通の能力とを明らかにすることができ、今後地域包括支援センターに着任する保健師に対し、どのような準備をすればよいかの見通しを与えることができる。

第 2 に、本研究にて開発された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを自己評価ツールとして活用することで、自身の専門性において獲得できている能力と不十分な能力に気づくことができ、自己研鑽に向けて研修受講等の計画を立てるときに役立てることができる。

第 3 に、行政保健分野保健師の経験だけでは獲得が困難な地域包括支援センター保健師特有の能力項目が明らかになることで、地域包括支援センター保健師を対象とした教育や研修の企画に役立てることができる。

### 3. 用語の操作的定義

本研究において用いる用語を、以下のとおり定義する。

1) 「コンピテンシー」とは、“質の高い高齢者支援を実践する卓越した地域包括支援センター保健師”として区別されるような行動特性とする。

先行研究では、コンピテンシーは必ず意図が含まれており、個人の動因や価値観および態度に関わるコンピテンシーが行動の引き金となる(Spencer. Lile M et al., 1998/2011)と述べられている。本研究では、卓越した保健師が動因、価値観、態度からどのような『意図』を持って、スキル、知識を活用して実践を行なっているかという『行動』に着目する。したがって、開発するコンピテンシーリストは行動レベルで記述する。コンピテンシーの内容を「コンピテンシー項目」とし、コンピテンシー項目の一覧を「コンピテンシーリスト」とする。

2) 「行政保健分野保健師」とは、市区町村の自治体に所属し、高齢者保健分野の部署で活動をしている保健師とする。

3) 「質の高い高齢者支援」とは、高齢者あるいは虚弱高齢者が、家族、近隣住民、専門職の支援や見守りを得ながら、自立的に、前向きに生活できるように支援すること、およびその個別支援を基盤として、高齢者を含む地域住民が、高齢になっても安心して生活できる有機的な仕組みをつくることとする。

### 4. 研究デザイン

コンピテンシーリスト開発および関連探索研究

## V 研究1 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念の明確化

### 1. 研究目的

本研究の目的は、地域包括支援センター保健師の実践から「質の高い高齢者支援を実践する卓越した地域包括支援センター保健師」として区別されるような行動特性を明らかにし、コンピテンシーの構成概念を構成することである。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究参加者

本研究の参加者は、愛知県内の地域包括支援センターに所属している卓越した保健師で、かつ行政保健分野での勤務経験がある者とした。卓越した保健師の条件として、以下の①②のいずれかを満たした常勤の保健師とし、直営型と委託型の選出割合を、1:4とした。選定割合を上記のとおりにした理由は、全国平均は直営型と委託型の割合は3:7とされている(一般財団法人厚生労働統計協会, 2014/2015)。しかし、愛知県は平成28年4月の時点で、直営型は7施設に対して委託型は203施設と全国平均よりも直営型の割合が極端に低かったことと、所属施設による意見の偏りを最小限にするために、直営型に所属している保健師を2名以上にするのが妥当であると考え、選定割合を1:4とした。

- ① 行政保健分野での勤務経験が3年以上でかつ地域包括支援センターでの勤務経験が5年以上の保健師。
- ② 研究2の専門家パネルの構成員から優れた地域包括支援センター保健師として推薦を受けた者。推薦してもらう条件は、成果のある業績に関して中心的に関ってきた経験をもっている保健師とする。成果のある業績とは、例として、地域で介護予防教室を立ち上げた、地域に介護予防サポーターを育成した、処遇困難な事例への支援ネットワークを構築した、介護予防の自主グループを育成している、などである。

地域包括支援センター勤務年数を5年以上とした理由は、地域包括支援センターは2006年4月の介護保険法改正より設置が開始されており、地域包括支援センターの経験年数の最高年数は9から10年であるためであった。特に直営型は、行政の他の部門への移動があるため、5年以上継続して勤務している保健師が少ない可能性が考えられた。

## 2) データ収集方法

調査は、半構成的面接調査によって行った。面接は、研究参加者が希望される場所で、プライバシーが保護される状況で実施した。研究参加者が、自分が勤務している施設での面接を希望された場合は、プライバシーが保たれる施設の一室を借用し実施した。インタビュー内容は、参加者の承諾を得て IC レコーダーに記録し、データは厳重に管理した。

インタビューでは、郵送にて返送された事前調査票に記載された保健師の属性（年齢、性別、地域包括支援センターの設置形態と施設の概要、現在の役職、保健師経験年数、地域包括支援センター勤務年数、地域包括支援センター以外の勤務経験施設と勤務年数、業務内容）を確認しながら、高齢者とその家族への個別支援、地域づくり、職種間連携などを効果的に進めるために、実践していること、必要な能力、行政保健分野保健師との違いについて尋ねた。実践していることについては、その実践をする意図（理由）も尋ねた。文献から予測されるコンピテンシー群として抽出された【高齢者本人に介護予防の取り組みを意識づける能力】、【高齢者とその家族の家族機能を高める支援能力】、【個別支援を基盤とした地域づくりを展開する能力】、【地域包括支援センター3職種間の関係性を高める能力】、【地域包括支援センター保健師として、自身の専門性や実践力を発展させる能力】については、これを漏らさないようにインタビューガイドのプロンプトとして加えたが、これらのコンピテンシーに限定せず、参加者が自由に語れるように留意した。

## 3) データ分析方法

インタビュー内容は逐語録に起こし、一人一人の発言内容を繰り返し読んだ。「質の高い高齢者支援を実践する卓越した地域包括支援センター保健師」の行動特性について研究参加者の語った内容を抽出し、その意味するところを最も表現している言葉を活かして要約した。類似した要約の内容を集めて、行動レベルで小カテゴリーを生成した。生成した小カテゴリーをまとめて、小カテゴリーの行動を実践するために必要な能力を表現する表記で中カテゴリーを生成し、中カテゴリーをまとめて大カテゴリーを生成した。カテゴリーをもって、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念とした。

結果の厳密性を確保するために、次のように実施した。研究参加者に、個人の分析結果を提示し確認を得ることで確実性を確保した。全分析過程における決定プロセスを記述し、結果の反復が可能になるようにすることで一貫性を確保し、分析結果については地域看護学分野の大学教員のスーパーバイズを得て確証性を確保した。

#### 4) 倫理的配慮

研究の倫理的配慮として、研究参加者および地域包括支援センター管理者に本研究の主旨と研究目的および以下の内容を明記し、口頭と文書で説明し同意を得た後に実施をした。

- ・研究協力は自由であり、途中で参加を取り消すことも可能であること
- ・研究協力の取り消しの期限は、分析が進行してから辞退を申し出られると分析をやり直さなければならないこと、また、インタビュー内容を振り返って辞退を申し出られるのは、インタビューの記憶が新しいうちであることが多いと考えられることの理由から、インタビュー調査後 2 週間以内にお知らせいただきたいこと。
- ・研究の参加を拒否した場合も個人の不利益は被らないこと
- ・インタビュー内容は個人や施設が特定されないように匿名化すること
- ・インタビュー内容は録音させていただきたいこと
- ・録音内容やデータはパスワードを付与した USB メモリで施錠された保管所で管理すること
- ・データは、本大学院生が課程を修了して後 5 年が経過するまで保存されること。その後、研究が終了した時点で、録音されたデータは消去し、逐語録はシュレッダーにて破棄すること
- ・結果は学会発表や投稿論文として公表するが、研究目的以外で使用しないこと。

また、研究参加者がインタビューを受ける内容を事前に把握していただけるようにインタビューガイドを、また研究者が事前に属性や業務内容を把握しインタビュー時間を短縮できるように事前調査票をインタビュー調査の 2 週間前に郵送し、事前調査票はインタビュー調査前までに返送いただいた。

なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（28 愛県大学情第 6-5 号）。

### 3. 結果

#### 1) 研究参加者の背景

設定した2つの条件、①地域包括支援センターの勤務経験が5年以上かつ行政保健分野での勤務経験が3年以上の保健師、②成果のある業績に関して中心にかかわった経験を持ち、研修会等にて実践報告の実績をもっている保健師、のいずれかを満たした愛知県内の地域包括支援センターに所属している常勤の保健師10名にインタビュー調査をした。研究参加者の属性を表2に示した。性別は、全員女性であった。所属施設は、直営型2名、委託型8名であった。年齢は、30歳代が1名、40歳代が5名、50歳代が4名であった。行政保健分野における平均経験年数は、 $9.93 \pm 6.39$ 年で、最小値は3年、最大値は19年であった。また、地域包括支援センターにおける平均経験年数は、 $8.01 \pm 1.75$ 年で、最小値は5年3か月、最大値は10年であった。

項目		人数
性別	男性	0
	女性	10
所属施設	直営型	2
	委託型	8
年齢	30～39歳	1
	40～49歳	5
	50～59歳	4
	60歳～	0
行政保健分野における経験年数	3年以上5年未満	3
	5年以上10年未満	2
	10年以上15年未満	2
	15年以上20年未満	3
	20年以上	0
	平均値±標準偏差	$9.93 \pm 6.39$
最大値	19年	
最小値	3年	
地域包括支援センターにおける経験年数	5年以上6年未満	2
	6年以上7年未満	1
	7年以上8年未満	2
	8年以上	5
	平均値±標準偏差	$8.01 \pm 1.75$
	最大値	10年
最小値	5年3か月	



## 2) インタビュー調査の状況

インタビュー調査は、平成 28 年 8 月～9 月に実施した。研究参加者 1 名につき平均 80.7±27.1 分の半構成的面接を 1 回行った。半構成的面接後の内容確認等の聞き取りはなかった。インタビューガイドを用いて、自由に語ってもらった。面接場所は研究参加者の希望を取り入れ、参加者の職場とし、静かに話すことに影響を与えず、インタビュー内容が外に漏れることのない個室を確保して行った。

## 3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの構成概念

地域包括支援センターの施設の特徴および機能に着目し、得られたデータを分析した結果、6つの大カテゴリー、21の中カテゴリー、77の小カテゴリーが抽出された。

以下、大カテゴリーは【 】, 中カテゴリーは《 》、小カテゴリーは< >を用いて説明する。

### (1) 【個別支援】

【個別支援】は、高齢者本人への支援を実践するための能力である。詳細は表 3 に示した。中カテゴリーとして、《高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力》、《高齢者に本心を話してもらえる様な関係性を構築していく力》、《高齢者の取り組み意欲が高まるような提案力》、《個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力》、《個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力》の 5 つが抽出された。各中カテゴリーおよび小カテゴリーごとに、抽出されたインタビュー内容の要約を表 3～7 に示した。また、大カテゴリー【個別支援】の構成された中カテゴリー、小カテゴリーを表 8 に示した。

《高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力》については、保健師は、家庭訪問などをおして<高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする>ことや、<高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する>こと、<高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする>こと、<高齢者の不可解な状況に対して、客観的な情報を統合しながら、保健師が納得するまで、出向いて実際の生活状況を確認する>こと、<高齢者の表情、声の調子などささいな変化に気づく>こと、<高齢者を介護予防の観点からアセスメントする>こと、

<高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く>という行動を意識して実践していた。

表3 《高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約(一部)	○: 研究参加者No.
高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする	家に飾ってあるものをきっかけにして、家族のこと、昔のこと、好きなこと、得意なことを把握する⑦ 偏った視点、自分の視点にならないように、高齢者に共感し、医療職の視点以外の視点からもアセスメントし、問題を引き出していく⑩ 高齢者にあった支援を複数提案できるように、雑談も含めて高齢者を見極める⑤ 高齢者には問題のない人はいないので、日頃の会い対面したときの話や雰囲気、生活状況から問題はないか、何を望んでいるのかを知っておく② 高齢者により健康的な取り組みを受け入れてもらうために、生活歴、価値観、家族関係、地域での暮らし方などを理解する⑩ 健康や病気、障害、生活と言う多面的に高齢者をアセスメントする① 介護保険は、お金が関係しているので、尋ねる理由を説明して、対象者の世帯の経済状況に関しても、きちんと情報収集しておく④	
	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する	高齢者の状況から、今後の予測やリスクを生活の視点でアセスメントする⑨ 実際にどう生活しているかを理解するために、具体的に生活の様子を聞いて把握していく⑧ 生活に根ざした聞き取りをする⑥ 生活を理解する能力、私生活ということがきちんと理解できる① 対象者が高齢者なので、個人の健康だけでなく生活の視点に重きを置く⑦ 病気は生活の一部という視点でみる⑦ 生活を見る⑥	
	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする	本人が気づいていないことが原因となっていることがあるため、高齢者の話している内容をなぜそのようなことを言っているのかを分析しながら、根本の問題をアセスメントする⑥ 高齢者本人の心配などを見抜く⑤ 本人や家族のただの要求とニーズを混同しない① 優先順位をつけながら少しずつ状況を明らかにしていく①	
	高齢者の不可解な状況に対して、客観的な情報を統合しながら、保健師が納得するまで、出向いて実際の生活状況を確認する	高齢者の不可解な状況に気づく視点を大切に、どうしてなのかなという疑問を持ち必ず聞く① できるだけ確実な内容をききと把握し見極めて、自分も納得でき、相手も納得できるような判断をする⑨ 相談面接時には、利用者のニーズや課題に関わる気になること、疑問なことがあったことを掘り下げて明確にする① 直接対象者と接して、自分の目で確かめる② 話を伺う理由を高齢者に伝えて、こちらが納得してわかるまで聞く① 対象者の状況に対して、疑問や不可解な点に対してつじつまが合うまで、裏付ける客観的な証拠を確認する。①	
	高齢者の表情、声の調子などささいな変化に気づく	対象者の反応や表情を見る⑤ 対象者の表情、声の調子、変化に気づくように感受性を大事にする① 対象の特性をきちんと捉えられる① 自分の目で見て感じるその変化を大事にする②	
	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする	本人が気づく前からこちらから働きかけていくことで、予防につなげる②	
	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く	高齢者が満足し、良好な状態で終末期を迎えることができるように支援する⑩ 高齢者本人がどうしたいか、どういうふうに生きたいか、何が幸せと思えるのかを本人に必ず聞く① 高齢者本人が活かせる部分はないか、という意識で支援する⑦ 個々に方法やゴール、価値観が違うので、高齢者と一緒に考えていく② どうい生活を送りたいか、どういう風に最後を迎えたいか、どういう風に生きていきたいかを大切に支援する⑦ 高齢者本人が人生最後の終末期をどう過ごしていくかという姿勢で相手の価値観に合わせて支援する②	

《高齢者に本心話を話してもらえらる様な関係性を構築していく力》については、保健師は、高齢者の特徴を念頭に<諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者に、本心を話してもらえらるように、話しやすい雰囲気をづくり、じっくり時間をかけて聞き取る>ことや、<高齢者に保健師として信頼してもらえらるように、的確な健康情報を提供する>こと、<高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる>という行動を実践することで信頼を構築することを重要としていた。

表 4 《高齢者に本心を話してもらえそうな関係性を構築していく力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約(一部)	○: 研究参加者No.
高齢者に本心を話してもらえそうな関係性を構築していく力	諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者に、本心を話してもらえようように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る	本人に合った支援、本人も家族も満足する支援を実践するために、本音を言ってもらえようような関わりをする⑤ 違う事は違うって言ってもらえようような関係性をつくる⑤ 本人の本心を聞けるように、寄り添った関わりをする⑨ 相づちなど、聞く姿勢に配慮する③ 話しやすい雰囲気をつくり、本人の訴えを十分に聞く⑨ 高齢者が抱えている諦めの気持ち、要望の発言を抑える傾向があるので、本心を話してもらえように関わる⑨ 聞き出すために、じっくり時間をかける③	
	高齢者に保健師として信頼してもらえようように、的確な健康情報を提供する	保健所の保健師は直接訪問できるが、地域包括支援センター保健師は健康上の支援をするために家庭訪問するのにも、同意を得て訪問をしないといけないという風潮がある⑥ 医療的な面のことはきちんと発言して、保健師の存在を認めてもらうということにつなげる④ 信頼を得るために、本などから情報を得て、的確な情報を的確な時期に提供する⑤	
	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる	高齢者の話をよく聞き、価値観やレベルを合わせる⑩ 高齢者の生活背景を聞いて、対象者との関係づくりをする③ 自分より目上の方に接するので、その人の生き方に対して尊重する⑩	

《高齢者の取組み意欲が高まるような提案力》については、保健師は、高齢者自身が主体的に取り組めることを目指しており、＜高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する＞こと、＜高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらおう＞こと、＜高齢者の思いを受け止めつつ介入を継続し、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける＞ということ意識して行動していた。

表 5 《高齢者の取組み意欲が高まるような提案力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約(一部)	○: 研究参加者No.
高齢者の取組み意欲が高まるような提案力	高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する	何を高齢者が今望んでいるのか、その人の常日頃を知るために、日頃から住民と会って話をする② 高齢者のいいところを見つける⑩ 魅力的なことや興味のあることにつなげて支援の糸口をつかむ② 高齢者が蓄積されてきたものを変えることは困難なので、高齢者がこれまで蓄積されてきたものを強みにしてその人が望む生活ができるように支援する⑨	
	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらおう	高齢者の要望(思い)を聞き、高齢者本人が選択決定してもらえようように、ニーズに合った支援を複数提案する⑤ 高齢者本人に新しい気づきや取組みへの意欲が高まるよう関わりをするために、高齢者自身が選択できるような複数の提案をする⑤	
	高齢者の思いを受け止めつつ介入を継続し、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける	高齢者の思いを受け止めつつ、本人がやる気になるまで待ち続けて、その間もかかわりを持ち続ける⑥ アプローチしても取組みへの受け入れが出来ない事例については、やる気になるまで待つ⑩ 高齢者本人の意向と保健師の思うニーズが合わない場合は、本人の意向を尊重し、リスクを最小限に調整し、本人の意向の変化を待つ⑦	

《個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力》については、保健師は、高齢者を支援する関係者を巻き込むことを視野にいれて、高齢者支援を実践しているため、＜総合相談の個別事例に対して、すぐに対応しようとする姿勢を、住民や関係者に見せる＞こと、＜丁寧な対応が地域包括支援センターの信頼となり、地域づくりに波及するという意識を持って総合相談に対応する＞こと、＜地域のお祭りや自治会などの集まりに参加して、直接住民と接する時間を持つ＞という行動をすることで、高齢者を支援する関係者や地域住民との信頼関係づくりを重要としていた。

表 6 《個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約(一部)	○: 研究参加者No.
個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力	総合相談の個別事例に 対して、すぐに対応しよう とする姿勢を、住民や関 係者に見せる	住民からの信頼を得て今後もすぐに相談してもらえるように、相談に対して保健師が対応した行動や今後の予定を相談者に伝えて、すぐに対応しようとしている姿勢を見せる⑥ 他機関との連携をよくするために、他機関から連絡があった場合はすぐ対応する① 地域包括支援センターは相談しても力になってもらえると、住民に信頼してもらうために、一つ一つの総合相談事例を丁寧に、真摯に対応する様子を住民に知ってもらう⑥	
	丁寧な対応が地域包括 支援センターの信頼とな り、地域づくりに波及す るという意識を持って総 合相談に対応する	1つことをきちんと返すとそれがまた波及するので、他の事業もおなじように繋がる⑥ 相手に信頼してもらうために、日頃から相談にきちんと対応して返すその繰り返しをして、コミュニケーションを図る④ 地域包括支援センターは、住民と一緒に活動していくことが重要になるから、地域住民に溶け込むために、個の支援を通してかかわりを持ってもらって、そのつながりから、地域住民に溶け込んでいく⑩ 地域包括支援センターは何をしてくれるということを知っていただくことからの関わりを取り組んでいく⑥ 他機関との連携をよくするために、自分たちを理解してもらうために、他機関と一緒に動く①	
	地域のお祭りや自治会 などの集まりに参加し て、直接住民と接する時 間を持つ	他のサービス事業所とうまく連携していくために、相談があったらすぐ対応することや、事業所の集まりに参加して顔を売っておく⑩ 出向いて、直接住民と会える時間を持つ② 身近な存在に思ってもらえる様に、民生委員の会や、自治会、地域のお祭りなど、仕事だけでなくつながりや交流を持つ⑨ サロンなどの地域の集まりに、顔を出して、お話しをしたり、個別事例の相談を受けたりして関わる⑨ 問題があるから話をする、相談があるから話をするという対応でなく、会った時に必ず話をする事で普段から話をしていく②	

《個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力》については、保健師は、高齢者を支援している関係者をチームメンバーと捉え、普段から顔の見える関係性を持って、情報交換をして支援方針を検討し支援が滞らないように、支援体制をコーディネートすることを意識して行動していた。具体的な行動として、〈個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションを取っている〉こと、〈個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動を褒める〉こと、〈保健師の同職種のつながりを生かして、行政分野の保健師に個別支援の方法を相談する〉こと、〈個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていることを共有する〉こと、〈高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける〉こと、〈自分（保健師）がいなくても個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談しておく〉こと、〈個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する〉こと、〈高齢者の状態が悪化した場合を想定し、うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通しを立てて調整をする〉こと、〈緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れや施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく〉という行動を実践していた。

表7 《個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約(一部)	○: 研究参加者No.
個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションを取っている	報告されたら必ず返事を出す④ 良好な連携をはかるために、こまめに連絡を取る⑦ 多職種と協働する際は、コミュニケーションを大切に④ 個人情報に配慮しながら、情報を共有して、関係者と連絡を取る⑦ 民生委員に、地域の高齢者の状況や今対応している高齢者の情報を共有する⑧ 日頃から事例の状況報告も含めて民生委員や理学療法士などの支援関係者と、コミュニケーションを取る④ 他機関との連携をよくするために、他機関へ動いてくれなくても相談する①	
	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動を褒める	地域包括支援センターに相談しても力になってもらえるという信頼してもらうために、住民と事例のことを一緒に振り返って、やってきたことを評価する⑥ 相談しても力になってもらえるという信頼してもらうために、相談者に、支援の状況や経過を伝えて、連絡してくれたことを感謝する姿勢をみせる⑥	
	保健師の同職種のつながりを生かして、行政分野の保健師に個別支援の方法を相談する	結核の事例に関しては保健所の保健師と一緒に訪問する③ 保健所の保健師や市保健師に相談する⑥ 相談できる先輩はいないため、自分の判断基準がどうか一つ言う不安になるので、保健師への相談は、市内の他の地域包括支援センターの保健師に電話で相談したり、保健師会議で相談している⑨ 市と情報共有していれば、困難事例になりそうな家族に関してもっと早く対応できていたのではないかと振り返るため、市役所の保健師が関わっていたら連携したい③	
	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていることを共有する	職種で関わると壁ができるので、同じチームメンバーとして同じ目的に向かっていることを共有する④	
	高齢者の支えになつてくれそうな人を根気よく探し結びつける	高齢者の周りにいる人で、支えになつてくれそうな人を探して結びつける⑦ 根気強く探していくと、本人のこの力になってくれる人が、どこかで出てくる⑦	
	自分(保健師)がいなくても個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談しておく	チームをコーディネートするために、自分がいなくても支援が滞らないように、関係機関、関係者、地域住民、近隣住民と会って話をして関係性を持つておく② サービス事業所に出かけた時は、事例の経過を確認するために声をかけていたり、施設の職員に高齢者を見守ってもらって視点を伝えておく②	
	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する	関係者に協力してもらえようように、関係者・関係機関の役割や動き、職務などを理解し、相手の動きを想定しながら意図的に戦略的に連携する⑥ 多職種と協働するためには、お互いの理解を深められるように分かってもらえるような態度を示す④ 他機関との連携をよくするために、他機関がなにができるかを知っておく① 良好な連携をはかるために、自分ができること知ってもらい、相手ができること話し合って調整する⑦ 個別支援では、どの人とどの人をつなげていか、コーディネート配慮している⑩ 住民の個人にとっても人間関係が広がっていくので、その広がりも狙いながら支援する② フォーマルなサービスだけでなく、家族、友人や地域などのインフォーマルなサービスも含めた社会資源をうまく活用する① 多くの機関、関係者が関わっている場合が多いので必ず関係機関につなぐ② 多職種の力をうまく借りる⑦ どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームをコーディネートする②	
	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、うまくいった場合といかなかった場合との両方の見直しを立てて調整をする	高齢者は多くの病気や障害を持っていたり、症状が現れにくく病状が急激に悪化したり、ADLが低下したりすると、すぐ介護が必要になるため、状況がうまく進む場合とそうでない場合の両方の見直しを立てて支援をする① 常に先の状況を予測しながら対応法の見直しを立てておく①	
	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れや施設の利用状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく	緊急時に活用してスムーズな支援が実践できるようにするために、サービス事業所や入所施設のサービス利用までの流れや施設の利用状況を普段から情報収集する① 様々な制度や社会資源が活用できるように情報収集をする⑩ 個別支援における緊急対応の時のために、緊急対応が可能な施設・サービスを把握しておく① 新しい介護保険サービス事業所が開設されたら、見学に足を運んで情報収集しておく① どこにどういう人がいるか、どういときにどういう人が頼めるかということを把握しておく②	

表 8 大カテゴリー【個別支援】の中カテゴリーおよび小カテゴリー

中カテゴリー	小カテゴリー
高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。
	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。
	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。
	高齢者の不可解な状況に対して、客観的な情報を統合しながら、保健師が納得するまで、出向いて実際の生活状況を確認する。
	高齢者の表情、声の調子などささいな変化に気づく。 高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。 高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く。
高齢者に本心を話してもらえる様な関係性を構築していく力	諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者に、本心を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。
	高齢者に保健師として信頼してもらえるように、的確な健康情報を提供する。
高齢者の取組み意欲が高まるような提案力	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。
	高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。
	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。 高齢者の思いを受け止めつつ介入を継続し、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。
個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応しようとする姿勢を、住民や関係者に見せる。
	丁寧な対応が地域包括支援センターの信頼となり、地域づくりに波及するという意識を持って総合相談に対応する。
	地域のお祭りや自治会などの集まりに参加して、直接住民と接する時間を持つ。
個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションを取っている。
	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動を褒める。
	保健師の同職種のつながりを生かして、行政分野の保健師に個別支援の方法を相談する。
	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する。
	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。
	自分(保健師)がいなくても個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談しておく。
	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。
	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通しを立てて調整をする。
	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れや施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。

## (2) 【家族支援】

【家族支援】は、高齢者とその家族を一単位として捉えて支援するための能力である。詳細は表 9 に示した。中カテゴリーは、《家族機能を高める支援力》とし、小カテゴリーは、〈家族の生活や思い、立場を尊重する〉、〈高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする〉、〈家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える〉、〈家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、その相談にも対応する〉の4つが抽出された。

保健師は、高齢者本人を支援するとともに、その高齢者の生活機能を維持するためには、家族を巻き込んで支援していくことが重要と考えていた。そのために、《家族機能を高める支援力》として、家族構成員の生活も破たんしないように、〈家族の生活や思い、立場を尊重する〉ことに重きを置いて家族一単位と捉えて支援をしていた。そのため、高齢者と家族との意見が異なる時には、〈高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする〉ことをして家族機能を高めることを意識して介入をしていた。また、家族も高齢者の支援に参加していただけるように、〈家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える〉ことも意識して行動していた。場合によっては、〈家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、その相談にも対応する〉ことで、家族全体の健康度が高められるように支援をしていた。

表 9 大カテゴリー【家族支援】の中および小カテゴリー、インタビュー内容の要約

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約	○：研究参加者No.
【家族機能を高める支援力】	家族の生活や思い、立場を尊重する	家族の生活が破綻してしまうようなことにならないように、家族の生活も尊重する⑦ 高齢者だけ、という視点でなく、世帯、家族が支援対象と考える②	
	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする	家族の折り合いをつけるためには、自分の引き出しが多い方がよい。その引き出しを多く持つために、相手が望んでいることに気持ちが動いてくれることを知っておく② 家庭の状況、家族と本人が望むサポート等、ミクロの視点を持って関わる⑧ 本人と家族の要望がずれる場合は、間に立って調整する② 本人や家族からいかに折り合えるところを引き出していか、提案を発想できるかを配慮する② 本人の本音と家族の本音を聞き出して、本人も家族も満足する支援をする⑤	
	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	本人を尊重しつつ、家族も巻き込んで支援をする⑤ 後々のその世帯の関係性や家族の機能をよくするために、高齢者の家族との関係性を大切に⑦	
	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、その相談にも対応する	訪問に行ったとき、子どもの相談があれば対応をする。母子、成人、高齢者など領域は関係なく、住民を支援すると思っている② 問題が高齢者でなく家族の問題を解決することで、高齢者の問題が解決することがあるから、家族まるごとで支援する①	

## (3) 【地域づくり】

【地域づくり】は、介護予防に向けたまちづくりを促進させるための能力である。中カテゴリーとして、《個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の

課題を捉える力》、《地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力》、《地域住民へ説明する力》、《地域づくりに向けて住民を動かす先導力》、《国・県・市町村の政策や制度を活用する力》、《他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力》、《ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力》の7つが抽出された。各中カテゴリおよび小カテゴリごとに、抽出されたインタビュー内容の要約を表10～16に示した。また、大カテゴリ【地域づくり】に構成された中カテゴリ、小カテゴリを表17に示した。

《個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力》については、保健師が日常業務として実践している個別支援や介護予防教室などの地域住民と接する機会をとおして、様々な状況を把握し蓄積してきたことを統合して課題を見出そうとしていた。具体的な行動として、＜総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている＞ことや、＜総合相談や介護予防の健康教育などで住民と会い接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決方法を見当する＞こと、＜保健師が課題と見当したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する＞こと、＜支援する対象者を、高齢者のみでなく、地域住民全体を捉えて介護予防を考えている＞ことが、小カテゴリとして抽出された。



表 10 《個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約	○：研究参加者No.
個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている	地域の方、地域の高齢者の特徴を把握する⑧ 地域の住民さんの傾向、特性を把握する⑤ 地域の状況を把握するために、地区のイベント等に参加し、そのイベントに参加している住民の様子（年齢層、会議の進め方、人の動き、雰囲気など）を見ながら、経験した別の地域の状況と比較しながら、担当地区の状況を把握する⑩ 地域の情報を整理（分析）して、地域の特徴をとらえる⑨ 地域の特徴を理解している② 地域の特徴を、公民館などに飾ってある賞状等をきっかけにして把握する⑦ 自治会長さんの年齢や家族背景から、介護の問題が身近に感じられるようになってきた状況など、地域住民の状況を把握する⑧	
	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と会い接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決方法を見当する	個別支援で関わった高齢者の状況や、地域での健康教育参加されるメンバーがいつも同じであることから、地域の課題に気づく⑦ 施策に反映させるために、日頃の業務の中から問題点、地域の課題を考えている② 住民の要望を聞き、心にとめておき、地域の課題、解決方法に生かす⑥ 個別支援（総合相談）で関わる高齢者の話から、地域の方の介護に対する考え方や地域の方の高齢者支援に対する考え方を感じつつ自分の担当地区・圏域で何が不足しているか・課題を感じ取る⑨ 住民の声は確実に聞き逃さず記憶し、蓄積しておく⑨ 個別支援で関わった高齢者の言葉から、地域の高齢者の思いや要望を把握している。蓄積してきた高齢者の言葉や要望から、地域の課題を感じる⑦ その組織・部会の一員として今、地域づくりのために何が求められ何が課題なのかを見出し、かつその課題を遂行するために何を必要があるのかを考える① より良い個別支援が実践できるように普段の業務から、地域や専門職連携の課題を感じ取る①	
保健師が課題と見出したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する	保健師が課題と見出したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する	普段の業務から課題と感じていることに対して、関係者と共有する① 普段の業務から課題と思っていることを、住民はどう思っているのかを確認する② 普段の総合相談や地域に向かい行う健康教育の状況をみて、地域の現状を分析し、課題を見当している⑥	
	支援する対象者を、高齢者のみでなく、地域住民全体を捉えて介護予防を考えている	高齢者からでは遅く、母子成人から介護予防、健康づくりの視点を大切にする③ 対象者を要支援認定者だけでなく、元気高齢者を含め高齢者全体を対象者と捉える② 地域を見て、必要な予防の事業につなげていくを意識する③ 予防の視点を常にもっている⑦	

《地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力》については、保健師は、上記で述べた行動にて地域の課題を捉え、その地域が目指していくとよいと考えられる方向性を描いており、その方向性に向かうために、段階的に目標を想定し、地域住民が取り組めそうな方法を具体的に描いていた。具体的な行動として、〈描いているビジョンの達成に向けて段階的な目標設定をして、具体的な取り組みイメージをもっている〉、〈ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定している〉の2つの小カテゴリーが抽出された。

表 11 《地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力	描いているビジョンの達成に向けて段階的な目標を設定して、具体的な取り組みイメージを持っている	描いているビジョンの達成に向けて、いくつかの段階的な目標を設定して、最終目標に向けて段階的な取り組みイメージをもつ⑩ 課題解決のビジョンの実現のための、到達目標とそこに行きつくための段取りを想定する⑥ 実現するためにどういったデータが必要か、どういうことがあれば実現に向けていけるのかということをもとに考える② こういう地域になったらというビジョンを持つ⑧ 今後未来将来を見据えてどうなっていくか、どうしていきたいかを考えている。②	
	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定している	地域の課題に対する対策案として、その地域で、できそうなこと・できる範囲を理解する⑤ B地区でも開催するきっかけが、離れた農村地域の一人暮らし高齢者のボランティアの派遣が困難であることの課題から、B地区でボランティアを育成した⑧ 住民の方が顔を合わせて話ができる場づくりをすることで、地域の人と人が交流できる場をつくらうと想定している⑧ 地域の方々の取り組んでいる力を、地域住民の方に知っていただいて、その取り組みの力を、地域に活かす・還元する場、地域の方々がつながれる場を作ろうとしていることを他者に語る⑧ どのような事業にしたいか、その事業を実施して住民にどのようなようになっていただきたいか、のねらい・目標設定を持つ⑨ 地域の特徴、地域住民の意識の現状を考えて、課題解決に向けた方法を模索する⑧ 地域づくりの活動を活性化させるために地区の住民の状況を把握し、どのように運んだら住民に受け入れられるかを考える⑩ どういった手法なら住民が動きやすいかを感じ覚的につかんでいる② 地域でできそうな方法を予測している⑥	

《地域住民へ説明する力》については、保健師は、介護予防に向けたまちづくりを地域住民が主体的に取り組んでもらえるようにするには、住民自身が課題意識をもつことが重要と考えており、住民と地域の課題を共有できるような取り組みが重要としていた。具体的な行動として、〈住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する〉こと、〈あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする〉ことの2つが小カテゴリとして抽出された。

表 12 《地域住民へ説明する力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
地域住民へ説明する力	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する	予防の必要性やということが予防にあたるのかについて、保健師がきちんと説明する⑧ 機会があれば、地域の課題を住民に伝える⑨ 基本チェックリストの結果から、お元気な方や二次予防の該当者の割合、運動器機能向上、口腔機能などのそれぞれ機能低下している項目の割合等を示して、介護予防の必要性、地域包括支援センターの支援の用意があることを地域住民に呼びかける⑧ 高齢者および地域住民のさまざまな要望をみんなで共有できるようにまとめ、地域住民が納得できるような方向づけをする⑤ 根拠データをもって、他の市町村の状況や、地域の課題を地域住民に示す⑩ 説明するための話術を工夫する⑩ 人を巻き込むために、何のためにそれをするのかを分らわたりやすく説明する⑥ 地域の方に納得してもらうために、根拠のあるデータ・地域の課題を、わかりやすく伝える⑨ 地域の高齢者に、介護予防の必要性を理解してもらうのに、言い方を工夫する⑧ 基本的な医療的な知識の理解や医療体制の理解をきちんと説明する④ 行政の考え方を住民に説明する④	
	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする	あらゆる機会を活用して、いつでも住民に伝えられるように伝えるものを準備する⑨ 様々な地域住民が関わるような会議の場で問題提起をする② 機会があれば、住民にフィードバックする⑨ できるだけ地域に投げかけることで、地域住民の声を聞いて、意見を共有する取り組みをする⑧ 年に1回くらいは老人会に投げかけたいと思っている⑧ 地域住民のロコミによる波及効果を狙って、他の地域の住民の意識変容はかる⑥ 地域住民が思っていることを集約して言葉にしてまとめて発信する⑤ 来年度以降の取組みを見越して、少しずつ住民に取組みの情報を流して、住民の意識づけをする⑩	

《地域づくりに向けて住民を動かす先導力》については、保健師は、住民の主体的な活動が進むように、＜住民の地域づくりに向けた意識の準備状況を感じ取り、事業をすすめるタイミングを計る＞ことで、住民が主体的に取り組める意識が高まった状況で進めようとしていた。また、＜地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、事前に打診をして地域づくりを進める＞ことや、＜地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を働きかける＞ことや、＜住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることをやってもらえるように進める＞ように配慮していた。

表 13 《地域づくりに向けて住民を動かす先導力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
地域づくりに向けて住民を動かす先導力	住民の地域づくりに向けた意識の準備状況を感じ取り、事業をすすめるタイミングを計る	住民の意識の準備状況を感じ取り、活動を開始する時期を考える⑥ 住民の主体性を高めるために 住民がやる気になるのを待つ⑥	
	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、事前に打診をして地域づくりを進める	地域づくりのための自主グループ育成のために、リーダー核になる方を見極め、根回しをする③ 地域との関係性を作っていくために、地域とつないでくれるあるいは人と人をつないでいけるようなキーパーソンを見つける⑨ 住民を導いていくために、話が分かる人、視野の広い人、周りの方に説得できるような人、ターゲットになりそうな方を見つける⑩ 普段の業務から関わりがあった方に相談して、講師になってもらったり、普段の業務で把握した地域で活動されている取り組みを紹介したり、教えてもらいながら実施する⑨ リーダーシップを取りそうな人を巻き込み、自主グループを軌道に乗せる③	
	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に向いて積極的に相談を働きかける	やってみようという周りに働きかける⑥ 言い出しっぺになる⑥ 地域に積極的に関わる⑨ 常に地域に出かけている⑨ 関係機関や住民とのコンタクトを取るルートを聞いて、積極的にコンタクトを取る① 一緒に地域の課題解決に取り組んでいただけるように働きかける⑧ 圏域の方に相談して、事業の講師になってくれそうな方の紹介をいただく⑧ 改善策を人と一緒にやってみる、あるいは取り組みが始まるように仕掛けていく⑥ 自分意見をはっきり発言し、一緒に取り組むことを周りに積極的に働きかける⑩ 立ち上げた事業への参加者を呼び込むために、自治会、小中学校、広報などあらゆるところへPRチラシの配付の依頼にまわる⑧ 一人一人回って、ご協力いただけるかを相談してまわる⑧ リーダーシップをとる⑦	
	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることをやっもらえるように進める	住民の主体性を高めるために、やれることを住民にやってもらい、できないことを無理にさせない。高齢者にできることを企画する⑥ 地域住民の主体的な動きとなるように強制はせずに、地域の状況・課題を発信しながら、住民の動きをみる⑧ 住民主体でやれるように、活動の方向性を示し、方向性が違ってきた場合は修正をする⑤	

《国・県・市町村の政策や制度を活用する力》については、保健師は、国や県の方針を捉えた事業展開を提案した方が、行政や自治会、所属施設からの後押しが得られやすいと認識しており、国、県、市町村の方針に沿って、補助金や制度をうまく活用しようとしていた。具体的な行動として、＜国や自治体の方向性、社会の情勢・政策・制度改正の動きを見て、そのベクトルに合わせて事業を展開する＞こと、＜国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う＞ことの2つが、小カテゴリとして抽出された。

表 14 《国・県・市町村の政策や制度を活用する力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
国・県・市町村の政策や制度を活用する力	国や自治体の方向性、社会の情勢・政策・制度改正の動きを見て、そのベクトルに合わせて事業を展開する	個別支援(総合相談)での活動から、地域住民の介護に対する考え方や住民の高齢者支援に対する考え方を感じつつ、今後の国・市の状況から、自分の担当地区・圏域で何が不足しているか・課題を感じ取る⑨ 町として目指しているビジョンに合わせて、自分達の地域包括支援センターが目指すビジョンをつなげて活動する② 民生委員からの言葉から、地域への愛情がわかないと地域の活動は生まれないと気づき、まず自分達の圏域では、地域を知ってもらう、地域に愛着を持ってもらうことから始めていく方針を決める⑧ 課題解決の方法を、国の方針、県、市の方針に沿ったものになるように検討して地域づくりを進める⑥ きちんと根拠法令を理解しながら、国の政策に乗って動く④ 国が目指している方向性も考慮しながら、自分達の地域が目指す方向性は何であるかを明確にしている⑩ 国の動き、政策、制度が変わるため、常にアンテナをはって、政策・制度に合った活動をする⑥ 周りの動きを見て、そのベクトルに合わせて動く①	
国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う	国の補助金の事業と地域の課題、地域がこうなったらというビジョンとを擦り合して、地域で展開する事業を考える⑧ 国や市町村の補助金を活用して事業を展開する⑧ 所属施設の指針や重点課題にかぶせて地域づくりを進める⑥ 制度改正などの機会をうまく活用する② 制度改正の機会を活用してニーズ把握をしている② 補助金事業を受ける① 補助金を活用する⑥	

《他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力》については、保健師は、他の市町村や地域包括支援センターと取り組みについて情報交換することで、自施設の取り組みの参考にしたり、保健師の専門的な視点から情報を得るために他の保健師と情報交換をしたりしていた。具体的な行動として、〈他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする〉、〈地域づくりの取組みについて、保健師職と情報交換をする〉ことの2つが、小カテゴリとして抽出された。

表 15 《他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
他市町村、他地域包括支援センターと情報交換をする力	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする	近隣の市町村と情報交換をする① 現状、今の活動に満足せずに、よりよい仕組みにするための方法を、他の市町村のやり方も参考にしながら、自分の市(地域)でできることを考える⑩ 市内の他の地域包括支援センター保健師職と連携をして、介護予防の教室を実施する⑦ 他の地域包括支援センターからの助言や取り組みを参考に、自分たちの事業を内容や方法を見直す⑧ 他の地域包括支援センターの取り組みを把握し意識ながら、自施設の取り組みを進める⑨ 研修会に参加して、研修参加者から取り組んでいる活動を聞いて、他の市町村との交流をつくる⑩	
	地域づくりの取組みについて、保健師職と情報交換をする	それぞれの担当地域の状況・取組みを保健師の視点で情報交換をするために、保健師職と連携をする⑧ 実際の現状を掘り下げるために、市内他の地域包括支援センターの保健師とも高齢者の状況や取り組みの情報交換をして実態把握をする⑧	

《ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力》については、保健師が描いたビジョン、住民とともに進められる介護予防に向けた取り組みが事業として実践できるように、企画書作成などの行政的な事務を進めていく必要があるため、〈事業立案・進め方や企画、内容の立案、企画書・予算などの作成方法を知っている〉ことを重要視していた。また、企画書を進めていくためには、〈行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る〉ことを行っていた。事業を進めていくために、〈行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用

する>ことを意識して、行政と連携していた。保健師は、<現在実施している業務を、地域の課題解決の取り組みに生かせないかと模索する>ことをしており、実施している業務を地域づくりに波及できないかを考えながら日々の業務を実践していた。事業評価として、<実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる>ことで、事業のブラッシュアップをはかっていた。また、保健師は、取り組みの効果を住民に知ってもらうことで、より地域づくりを促進させていきたいという意図を持ち、<実施している事業効果を、住民に伝える>ことを意識的に行っていた。

表 16 《ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力	事業立案・進め方や企画、内容の立案、企画書・予算などの作成方法を知っている	事業を立ち上げられたのは、行政とのパイプがあること、講師を依頼するような人脈があること、進め方や企画、内容の立案もそのノウハウがあることが影響している⑨ 事業企画に必要なことや進め方を知っている⑩ 組織化するために必要なことや進め方を知っている⑩ 地域住民の生活は社会資源で大きく変わらなると思っているため、施策的な面も考えて整えていく② 企画書をつくることや予算計上等、わからないことであってもまず手探りで始めてみる⑥	
	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る	所属施設のセンター長や上司などそれぞれの立場・役割を生かして、周りの力を活用する⑥ 上司への説明は、根拠にもとづく起案の理由、実現の可能性、到達目標までの段取りをわかりやすく説明できる⑥ スタッフ側も一貫した姿勢で目指せるように、を根回しする⑥ ビジョンに向けて、コーディネートをして組織化していく実行力がある⑩ 地域づくりに向けた取り組みへの業務がうまく進まない原因を考える⑦	
行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用する	行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用する	地市全体の高齢者の課題を提起し、地域の協力を得て解決したり、必要であれば、行政に対して新しい政策、新しいサービスを提言していくことも視野に入れて活動する① 市の体制や、関係者の状況を把握する① 市の保健事業や保健師のことを知る③ 市への要望など、聞いてくれる人を見つけて要望していく③ 市の様々な組織・部会がどのような役割で定められているのかを理解する① 行政(市)の協力を得る⑧	
	現在実施している業務を、地域の課題解決の取り組みに生かせないかと模索する	以前に行った実態調査のデータを活用する③ 支援や業務など取り組んでいることが、他に生かせないか、他の業務、社会資源の発掘や地域課題解決も一緒にやれないかどうか、問題となっていることへの取り組みに生かせないだろうか、と考える② 実施している事業から、次の展開につながらないかを模索する⑧	
実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる	実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる	何らかの成果をだすために、事業の見直しやよいものは取り入れて変化をさせていく⑧ 事業の評価をする。実践した事業の効果として地域住民の健康状態がどうなったのか、というようなやっていることの事業の評価やエビデンスを出す⑥ 前年の講座の内容を反省する⑨ 個別の課題と地域の課題を持って行ってそれを政策に反映させて、それをまた個別に返して行って、その反応を見ながらそれはどうだったかなどそのサイクルで必ず見て評価まで見ていく② 1つの事例を振り返り事業の評価をする⑧ 立ち上げた事業について、次の課題を見つけ、課題解決に向けた方法を模索する⑧	
	実施している事業の効果を、住民に伝える	実施している事業が、どのような効果をもたらしているかなど効果が、事業と一緒にやっている方、講師の方、協力者等に知ってもらえるように、伝える⑧ 地域にフィードバックする⑤ 目に見える形にして政策や住民の啓発活動にフィードバックする②	

表 17 大カテゴリー【地域づくり】の中カテゴリーおよび小カテゴリー

中カテゴリー	小カテゴリー
個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。
	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と会い接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決方法を見当する。
	保健師が課題と見当したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する。
	支援する対象者を、高齢者のみでなく、地域住民全体を捉えて介護予防を考えている。
地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力	描いているビジョンの達成に向けて段階的な目標設定をして、具体的な取り組みイメージをもっている。
	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定している。
地域住民へ説明する力	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。
	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。
地域づくりに向けて住民を動かす先導力	住民の地域づくりに向けた意識の準備状況を感じ取り、事業をすすめるタイミングを計る。
	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、事前に打診をして地域づくりを進める。
	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を働きかける。
	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることをやってもらえるように進める。
国・県・市町村の政策や制度を活用する力	国や自治体の方向性、社会の情勢・政策・制度改正の動きを見て、そのベクトルに合わせて事業を展開する。
	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。
他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。
	地域づくりの取組みについて、保健師職と情報交換をする。
	事業立案・進め方や企画、内容の立案、企画書・予算などの作成方法を知っている。
	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。
ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力	行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用する。
	現在実施している業務を、地域の課題解決の取り組みに生かせないかと模索する。
	実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる。
	実施している事業の効果を、住民に伝える。

#### (4) 【地域包括支援センター3職種チームワーク】

地域包括支援センターには、保健師の他に社会福祉士、主任ケアマネジャーの専門職とチームアプローチをもって、業務を遂行することが求められている。【地域包括支援センター3職種のチームワーク】は、3職種のチームワークを促進させるための能力である。中カテゴリーとして、《業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力》、

《他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力》、《介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力》、《地域包括支援センターの保健師としての自立する力》の4つが抽出された。中カテゴリーおよび小カテゴリーごとに、抽出されたインタビュー内容の要約を表18～21に示した。また、大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】に構成された中カテゴリー、小カテゴリーを表22に示した。

《業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力》については、保健師は、3職種のいずれかが何らかの負担感や不平等感を持っているとチームワークが乱れるため、＜業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する＞ように、積極的に仕事を引き受けるなどの協力する姿勢を意識していた。また、担当者がいなくても業務を引き継げるように、ミーティングや支援記録を入力しておくなど＜3職種間で情報が共有できる方法をつくる＞ことを行っていた。

表18 《業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力》

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
業務の負担感が3職種平等になるように業務を共有し協力して遂行する力	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する	業務の負担感が平等になるように協力しあう⑧ センター内で協働・分け合って、業務をする⑧ 3職種でうまくやっていくために、協力できることは積極的に協力する⑥ センター内で業務を共有している⑨ 地域包括支援センター職員が、心に余裕をもって仕事ができるように、自分ができる仕事は引き受けて実施したり、分担したりする⑩ 一人で突っ走ってしまうと浮いてしまう。地域包括支援センター全体のバランスを見ながら前進できるように自身の活動を実践する⑩ 地域包括支援センターのメンバーの仕事量のバランスを考える⑩ 効率的に業務を遂行するために、やれていないところを気づいて積極的に行動する⑦ 声をかけたり、手伝ったりして、メンバー間で分担ができるように調整する⑩	
	3職種間で情報が共有できる方法をつくる	担当者がいなくても支援ができるように、センター内の情報共有のために記録をきちんと入力する③ 週1回のセンター内のミーティングをして情報共有する③ 地域の社会資源の情報を共有する⑦ センター内で社会資源を共有するために、マップづくりをする⑨	

《他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力》については、保健師は、3職種が気持ちよく仕事ができるように、＜3職種間で話がしやすい関係をつくるために、声を掛ける＞ことを意識して行っていた。また、保健師は、他の2職種のそれぞれの専門的な視点を得ることで、お互いが高め合えるような関係づくりを目指して、＜自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く＞ことや、＜社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重し、教え合いながらお互いを高め合う＞ことを行っていた。時には、医療分野など＜保健師が得意な分野は、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言をする＞ことを行っていた。



表 19 《他の 2 職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○：研究参加者No.
他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力	3職種間で話がしやすい関係をつくるために、声を掛ける	他の2職種に声をかける⑧ 相手が気持ちよく仕事ができるように配慮する⑧ 職場の仲間を読み取る⑨ メンバーで分担もしやすい話がしやすい仕事ができる⑥	
	自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く	地域包括支援センターメンバーに、自分の意見を押し付けないように相手の意見も聞く⑩ 聞きながら活動する③ 自分の考えだけに固執せずにいろんな職種の意見を聞く⑦	
	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重し、教え合いながらお互いを高め合う	介護保険は、お金が関係しているので、できるだけ職員にも聞きとるように言う① 他の職種を専門家として尊敬する⑧ みんなが業務を同じレベルで実践できるようにお互い教えあひながら協働する④ 相談できる先輩はいないため、センター内では他の職種に相談する⑨ 業務遂行のモチベーションを維持するために、メンバーが同じ価値観で刺激し合い、高め合う⑩ 医療・保健・福祉・介護など様々な職種がいて、専門性や質・レベルが個々に異なっていることを理解した上で、異なった視点を教えてもらうために、他の職種の良いところや役割を認める⑦ 福祉職の良さを理解する⑥ センター内の他の職種から、対応方法やケアマネジメントの視点を学ぶ⑨	
	保健師が得意な分野は、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言をする	3職種でうまくやっていくために、新しい制度をセンター内で共有できるように、概要をわかりやすいようにまとめる⑥ 新しい制度を整理し、他の職種に教える⑤ 健康面や医療的な側面は、主となって、他の2職種に助言や一緒に訪問する⑨ 健康や病気について、地域包括支援センター内の他職種からの質問に答える⑦ 疾病のこと、医療的な知識を、地域包括支援センターセンター内のメンバーに助言する⑤ 他の職種でもわかるような言葉で伝える⑥ 3職種でやっているの、医療職として色々な人を支援するのに、医療の視点で見る③ 保健師として医療をふまえて福祉を考えることができ、医師などの医療職者と話ができるメリットを生かす⑥ 他の職種よりも、病気の事は理解している。病気や認知症等の病気の特徴や症状、予後をふまえた支援方法を提案する⑦ 他のメンバーが医療的なところで相談してきたら説明して答える④ 他の職種の人は医療的な面の質問を受けるので、一緒に考えてわかる言葉説明しながら一緒に動く③	

《介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力》については、介護予防事業である二次予防事業や介護予防教室を、保健師だけで実施するのではなく、他の 2 職種の協力を得て、地域包括支援センター全体で取り組んでいけるようにすることであった。そのための具体的な行動として、＜保健師の業務や介護予防について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに理解を得るためにわかりやすく説明し、協力してもらえらるように働きかける＞ことや、＜地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する＞ことで、介護予防活動の必要性の理解をはかっていた。

表 20 《介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○：研究参加者No.
介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力	保健師の業務や介護予防について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに理解を得るためにわかりやすく説明し、協力してもらえるように働きかける	地域の高齢者の方が介護予防への要望がないので、二次予防対象者への訪問の意味がないと考える2職種に対して、その理解を得ながら、介護予防について他の2職種からの協働を働きかける⑧ 自分がするのではなく、ここにもいけそうだなと思うところがあれば、その職員に次を渡せるようにその先を見越し業務を分担する② 3職種で介護予防事業を協働するために、最初は保健師が多く分担し流れができたなら他職種にも分担してもらえようように働きかける⑥ 他の職種もやれるように説明しながら、一緒に業務を遂行する④ 上司が同じ職種でないため、保健師が感じていること伝えるために、丁寧に説明して伝える⑥	
	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する	3職種で、課題を共有し、課題解決方法をみんなで決断する⑥ 地域の高齢者の状況を地域包括支援センター内で共有する⑧ センター内で地域の課題を検討するために、3職種がそれぞれ関わった個別事例や困難事例等の情報を共有し、その情報を分析して地域課題の把握につなげる⑨ 地域の特徴的な課題を把握するために、収集した情報を、蓄積して、整理して、3職種で共有し、分析する⑨ 地域包括支援センターのメンバーが同じようなビジョンが描けるように、話し合う⑩ その年度の包括で取り組む目標や計画を立てている⑨	

《地域包括支援センターの保健師としての自立する力》については、保健師の活躍が期待されている介護予防の促進を実践するために、また、異なる専門性を持った3職種の一員として職務を遂行するために重要であると意識をしていた。具体的な行動として、＜保健師としての意見をしっかりと持つ＞ことや、＜地域包括支援センターの保健師として何ができるかを考え模索する＞ことをしていた。

表 21 《地域包括支援センターの保健師としての自立する力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○：研究参加者No.
地域包括支援センターの保健師としての自立する力	保健師としての自分の意見をしっかりと持つ	自分の考えを持って、みんなで打ち合わせをして動く⑦ 自分の役割を持って動く⑦ 会話の中で保健師を理解してもらえるように発言する④ 自分の意見を持って、人の意見を聞く⑦	
	地域包括支援センター保健師として何ができるかを考え模索する	保健師としての活動(介護予防事業・二次予防事業)を他の2職種から求められるため、何かやろうと模索する⑥ 高齢者の保健・医療・福祉の全体を見て、目指すビジョンを持ち、その実現を目指して、必要とされる事業を企画・実践したりして、自身で考えて実践活動する⑩ 仕事に対して、こういうことをしていきたいという考えを持って活動する⑦ 保健師として何ができるかを模索する⑥ 保健師の専門性を生かして業務ができているかを確認する⑥	

表 22 大カテゴリー【地域包括支援センター3 職種のチームワーク】の中カテゴリーおよび小カテゴリー

中カテゴリー	小カテゴリー
業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。 3職種間で情報が共有できる方法をつくる。
他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力	3職種間で話がしやすい関係をつくるために、声を掛ける。 自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。 社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重し、教え合いながらお互いを高め合う。 保健師が得意な分野は、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言をする。
介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力	保健師の業務や介護予防について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに理解を得るためにわかりやすく説明し、協力してもらえるように働きかける。 地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。
地域包括支援センターの保健師としての自立する力	保健師としての自分の意見をしっかり持つ。 地域包括支援センター保健師として何ができるかを考え模索する。

#### (5) 【自己研鑽】

【自己研鑽】は、地域包括支援センターに所属する保健師として、質の高い実践をするための知識や技術、行動力を向上させるための能力である。中カテゴリーとして、「業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力」、「業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力」、「地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力」の3つに抽出された。中カテゴリーおよび小カテゴリーごとに、抽出されたインタビュー内容の要約を表 23～25 に示した。また、大カテゴリー【自己研鑽】に構成された中カテゴリー、小カテゴリーを表 26 に示した。

《業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力》を高めるために、保健師は、＜他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする＞ことや、＜上司や同僚、関係者に相談する＞ことをしていた。また、介護保険法や制度が改正されるため、常に＜国の政策・制度、施策化、事業評価などの学習をする＞ことや、＜積極的に研修に参加する＞ことをして新しい情報を取り入れていた。＜地域の保健師の集まりに参加する＞ことで、圏域で業務をしている保健師との関係性をつくり、地域の保健活動の情報を得ていた。

表 23 《業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	O: 研究参加者No.
業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする	他の人の援助方法を学んで、自分で判断する力を高める⑩ 訪問件数が多く、相談の依頼があつたらすぐ対応が迫られるため、自分で判断して訪問する⑨ 他の職員の動きを見て、他の職員の担当事例の援助を知って、様々な支援方法を勉強する⑩ 他の人が担当している事例の検討会に参加して、いろんな人の支援や処遇を勉強したり、研修等に参加して、多面的な視野、支援方法を勉強する⑩ 認知症と高齢者やその家族の話聞いて、対応策の工夫を学び、その学びを次の支援に生かす⑥ 他の人の支援方法を勉強して、アセスメント力を高める⑩	
	上司や同僚、関係者に相談する	上司に相談する⑥ 不足しているところもあるのでそういう時は、行政の指示だとか助言を仰いで学んでいく④ 自分の考えに固執しないようにするために、よく他職種の意見を聞く⑦	
	国の政策・制度、施策化、事業評価などの学習をする	施策化をして事業を実践するまでの手順をしらなかつたため、独学で勉強する⑥ 福祉制度、介護保険制度など様々な制度を学ぶ⑦ 自分のやってきた事業の評価のために、文献を読んだり研修に参加するなど、自己研鑽をする⑥ 法律や制度改正をきちんと整理する① 地域全体の健康や生活課題をアセスメントするために、高齢者の特性や病気、介護保険の制度改正、新規介護保険事業所の情報、社会資源や関係機関の情報を常に新しくしておく① 保健・医療に関する考え方など、勉強する⑧ 制度に基づいて活動しているため、常に法律や制度を学習する⑦	
	積極的に研修に参加する	研修会等に参加して、他の市町の情報を得る⑥ 研修会に参加したり、本を読んで勉強する⑩ 研修に参加して、他の市町の取組みの情報を得たり、研修会のグループワークでファシリテータカ、グループワークを引っ張っていく練習をする⑤ 研修に積極的に参加して自己研鑽を続ける⑤	
	地域の保健師の集まりに参加する	圏域で業務をしている保健師の関係性をつくるために、地域の同職種、保健師の集まりに参加する⑥	

《業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力》については、保健師は、新しい取り組みや地域づくりを進めるためには、粘り強く取り組む行動力も重要であると感じており、＜常に課題を念頭に置きながら、諦めずに粘り強く取り組む＞ことや、＜思い立ったら、やれそうなことから、すぐ実践する＞こと、＜失敗をおそれず、実践する＞ことを意識して行動しており、その意欲を持ち続けることを基として＜保健師としての使命感や責任感を持ち続ける＞ことや、＜仕事の中に楽しさを見出している＞こと、同僚や実践活動で関わっている関係者ら＜周りへの感謝を持っている＞ことを継続の糧にしていた。

表 24 《業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに粘り強く取り組む	あきらめない② 最初は手探り状態でも、少しずつ実現に向けて取り組んでいく⑧ 失敗を繰り返し、常に実践する⑨ 成功事例を糧にする⑧ 普段の業務から感じている課題に対して、すぐ変わらなくても、常に念頭に置きながら諦めずに言い続ける① 課題をいつも投げかけて、地道に続け、また声をあげ続ける① 普段から課題意識を持っているのと、諦めずに何回でも出していく① 失敗をしても、常に挑んでいく⑨	
	思い立ったら、やれそうなことから、すぐ実践する	思い立ったことをすぐ実践する⑨ 思いついたらやってみる① 課題解決のために、やれそうなところからやってみる① いいなと思ったことはすぐ取り入れる⑧	
	失敗をおそれず、実践する	新しいことをやるのは、怖いけれど、それを乗り越えてやってみる⑥ 研修会での実践報告を、できなことでも挑戦してやってみる⑥ 実践している業務の中で、自身の課題を見出し、その取り組みに対して自身の楽しみとして捉えて、新しい学び、新しいことに挑戦する⑥ 実践報告などの報告会を依頼されても、嫌と言わず引き受ける⑩ 失敗も含めて経験を積み重ねて、成功した実績を積み上げていく⑤ 人の悪口は気にしない⑩ 失敗を恐れず行動する② 失敗を恐れない、成功体験を積む。自らを開拓していく②	
	保健師としての使命感や責任感を持ち続ける	事業の成果を何とか出さなければ、という意識を持つ⑧ 地域に対する使命感、担当者としての使命感 責任感を持つ⑩ やるからにはきちんとやる① 決断したことを実行する責任感を持つ⑩ 地域包括支援センターの職員として、入られたくないところまで関わらせていただいているという使命感、責任感を持つ⑨ 住民に対する責任感を感じ取りながら日頃の業務をする②	
	仕事の中に楽しさを見出している	仕事を楽しいと思う⑦ 自分の作った事業の行く末を自分も楽しみながら仕事をする⑧ 新しいことをやるのは、怖いけれど、やってみると楽しい⑥	
	周りへの感謝の気持ちを持っている	自由にいろんな業務を展開させてもらっているという、周りへの感謝の気持ちを持つ⑥	

《地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力》として、保健師は、  
 <自分の今までの業務成果を振り返る>ことや、<日々の実践活動が、目指すビジョンに  
 どうつながっているのかを考えながら、活動をする>ことで、自身の実践活動を評価し、  
 次への課題をもって日々の業務に取り組んでいた。

表 25 《地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力》

中カテゴリ	小カテゴリ	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力	自分の今までの業務成果を振り返る	自分が実施したことが良かったのか、どうよかったのかを確認する⑥	
	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら、活動する	日々の実践活動がどこにつながっているのかを考えながら、目指すビジョンにつながっているのかを考えながら活動をする⑩ 地域の課題に気づき、その課題に向けた自分が行うべき活動を見出し、できることから取り組みを始める⑦	

表 26 大カテゴリ【自己研鑽】の中カテゴリおよび小カテゴリ

中カテゴリ	小カテゴリ
業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする。
	上司や同僚、関係者に相談する。
	国の政策・制度、施策化、事業評価などの学習をする。
	積極的に研修に参加する。
業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力	地域の保健師の集まりに参加する。
	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに粘り強く取り組む。
	思い立ったら、やれそうなことから、すぐ実践する。
	失敗をおそれず、実践する。
地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力	保健師としての使命感や責任感を持ち続ける。
	仕事の中に楽しさを見出している。
	周りへの感謝の気持ちを持っている。
	自分のこれまでの業務成果を振り返る。
	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら、活動する。

#### (6) 【業務マネジメント】

【業務マネジメント】は、地域における高齢者ケアの中核的な機能をもつ地域包括支援センターであるため、業務が多岐にわたることや緊急時には早急な対応が求められる特徴をふまえて、業務を遂行するための能力である。詳細は表 27 に示した。

中カテゴリとして、「効果的な支援が常に実践できるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力」が抽出された。効果的な支援を実践するための具体的な行動として、保健師は、「ワークバランスを考えてメリハリのある仕事をする」ことや「計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする」ことを意識して業務に取り組んでいた。経験年数が積み重なることで、「複数の事例・多数の業務を抱えても混乱せず優先順位を考えて遂行する」ことができるようになってきたことを意識していた。

表 27 大カテゴリー【業務マネジメント】の中および小カテゴリー、インタビュー内容の要約

中カテゴリー	小カテゴリー	インタビュー内容の要約	○: 研究参加者No.
効果的な支援が常に実践できるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力	ワークライフバランスを考慮してメリハリのある仕事を考える	抱え込みすぎない⑧ 休むときは休む、メリハリのある仕事の仕方をする⑧	
	自分の生活・家庭を読み取る	自分の生活・家庭を読み取る⑨	
複数の事例・多数の業務を抱えても混乱せず優先順位を考えて遂行する	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする	業務で手を抜けるところは手を抜く⑧ 業務内でやれる方法を検討する① 計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理、業務管理ができる⑤ 自分がきちんと業務ができるように、業務を整理する⑥ 地域包括支援センター職員の業務がしやすくなるような方法を考えて、職員で取り組めるように進める① より質の高い支援ができるように、効率よく業務が遂行できるように、業務改善を念頭に置きながら、良いことは実践する① 業務効率化のために、給付管理の時は課長に依頼し、給付管理を他の部署の職員が来てやってもらっている③	
	緊急時に素早い対応がもたえられることや、事例が複数抱えることがある。抱えている事例が複数となっても、決断がブレずにさっと決めて動けるようになってきた⑥	緊急時に素早い対応がもたえられることや、事例が複数抱えることがある。抱えている事例が複数となっても、決断がブレずにさっと決めて動けるようになってきた⑥	
		個別支援、地域づくりなど幅広い業務を遂行するために、仕事の優先度を考えて業務を遂行する⑩ 仕事の優先順位を考えて、個別支援と地域づくりの業務を遂行する⑩	

#### 4. 考察

研究1では、地域包括支援センターにて5年以上の勤務経験を持ち、かつ過去に行政保健分野での経験が3年以上ある経験豊かな保健師より、実践活動から必要と語られた質的データを用いて、地域包括支援センター保健師に必要とされるコンピテンシーの構成概念を明らかにした。本構成概念は、大カテゴリーとして【個別支援】、【家族支援】、【地域づくり】、【地域包括支援センター3職種のチームワーク】、【自己研鑽】、【業務マネジメント】の6カテゴリー、21の中カテゴリー、77の小カテゴリーから構成された。

##### 1) 文献検討から抽出されたカテゴリー、サブカテゴリーとの比較

前述した文献検討から抽出された5つのカテゴリー、13のサブカテゴリーと、本研究で構成されたカテゴリーを比較すると、本研究では、文献検討で抽出された5カテゴリーと同様のカテゴリーが抽出されるとともに、新たに【業務マネジメント】が追加された構造となった。中カテゴリー、小カテゴリーに関しては、文献より抽出されたサブカテゴリーよりも、より詳細により具体的に項目が構成されたと考えられた。

文献検討から抽出されたカテゴリーの、【高齢者本人に介護予防の取り組みを意識づける能力】は、本研究の大カテゴリーとして、高齢者への個別支援を実践するために必要とされるコンピテンシーとして抽出された【個別支援】の一部であると考えられた。文献から抽出された2つのサブカテゴリー<高齢者ゆえのあきらめ、喪失感に基づく意欲低下を乗り越え、本人の低下した意欲を高める援助力>、<慢性疾患や症状を複数抱えた高齢者を医療的な見地から包括的に課題分析をし、解決につながる介護予防方法を提案できる力

>は、高齢者のあきらめや喪失感に配慮し意欲を高める援助力と高齢者の課題を包括的に分析し介護予防方法を提案できる力を意味するものであったが、前者は本研究の中カテゴリーの、《高齢者に本心話を話してもらえる様な関係性を構築していく力》と《高齢者の取り組み意欲が高まるような提案力》に含まれ、諦めなど高齢者の心理への配慮と意欲を高める働きかけとがそれぞれ独立した中カテゴリーとなった。また後者は、《高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力》と《高齢者の取り組み意欲が高まるような提案力》の一部を構成し、こちらも分析力と提案力とを区別する構成となった。さらに、文献検討では抽出されなかった、個別支援のための民生委員等関係者との信頼関係構築やケアチームのコーディネート力が新たに抽出された。

文献における【高齢者とその家族の家族機能を高める支援能力】については、本研究でも【家族支援】として抽出され、文献検討と共通していた。文献検討で見出されたサブカテゴリーは、高齢者とその家族の意向が相反する場合の相談能力と、支援者が情報共有し方針を統一して家族を支援することを意味する2つであったが、前者は本研究の<高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする>という小カテゴリーとして抽出された。後者の他職種との連携については、本研究では家族支援に限定されず、高齢者自身の支援の一部と捉えられていたため、【個別支援】の中カテゴリー《個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力》に含まれる形になった。

文献検討における【個別支援を基盤とした地域づくりを展開する能力】については、本研究でも【地域づくり】として抽出され、文献検討で見出されたカテゴリーと共通していた。文献検討のサブカテゴリー<要支援の介護予防ケアマネジメント業務や総合相談支援業務の個別支援によって地域を把握し、地域の課題を見出す力>は、本研究では、中カテゴリー《個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力》として抽出された。また、文献検討で見出されたサブカテゴリー<日々の活動の中で高齢者が安心して生活できる地域づくりの実現に向けて、目指すビジョンを持つ力>および<リーダーシップを発揮して地域住民を介護予防に導いていく力>は、本研究では、前者は中カテゴリー《地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ》として抽出され、後者は《地域づくりに向けて住民を動かす先導力》として抽出された。文献検討からは見出されず、本研究で構成された中カテゴリーとして、《国・県・市町村の政策や制度を活用する力》、《ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力》



が追加された。この項目が追加された背景として、平成 18 年度より新設された地域包括支援センターであるが、現在までの 10 年間で、介護保険法の改正や国の方針の変化に従って地域包括支援センターの活動や事業も拡大してきており、その変化に対応した実践力が求められていると考えられる。

文献検討における【地域包括支援センター3 職種間の関係性を高める能力】は、本研究においても【地域包括支援センター3 職種のチームワーク】として抽出された。文献検討から見出されたサブカテゴリー〈3 職種が業務に追われない体制をつくる力〉は、本研究では、中カテゴリーとして《業務の負担感が 3 職種平等になるように業務を協力して遂行する力》に含まれると考えられた。3 職種が業務に追われない体制をつくるための具体的な行動として、本研究の中カテゴリーとして抽出された 3 職種の誰かに過度な業務負担が生じ不平等感をきたさないように、他の職種ができる業務を行い助け合うことをしていた。また、本研究では、中カテゴリーとして《介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力》が抽出されており、抽出された背景には、本研究におけるインタビュー調査に参加協力いただいた保健師の語りの中で、介護予防事業を他の 2 職種にも協力してもらえるように相談する際に、介護予防の必要性から理解をしてもらえるように働きかけて協力を得るための努力をした背景があった。

以上のことから、文献検討から見出されたサブカテゴリー〈3 職種が業務に追われない体制をつくる力〉は、本研究で抽出された中カテゴリー《業務の負担感が 3 職種平等になるように業務を協力して遂行する力》と《介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力》が含まれると考えられた。文献検討から見出された 2 つ目のサブカテゴリー〈3 職種がお互いの専門性を理解し合って、常に情報や活動を共有できるように、地域包括支援センター保健師として貢献する力〉の 3 職種がお互いに専門性を理解し合うことを意味するものには、本研究では、中カテゴリー《他の 2 職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力》に含まれていた。また、文献検討から見出された後半部分の、常に情報や活動を共有し地域包括支援センター保健師として貢献する力を意味するものには、本研究では中カテゴリーとして抽出された《地域包括支援センター保健師としての自立する力》が含まれていると考えられた。

文献検討における【地域包括支援センターで働く保健師として、自身の専門性や実践力を発展させる能力】は、本研究では【自己研鑽】として抽出された。文献検討から見出されたサブカテゴリー〈地域包括支援センター保健師の専門性や実践力を高めるために自己

研鑽する力>および<豊かな人間性を維持するためのセルフマネジメント力>は、本研究では、前者は《業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力》と共通しており、後者は《業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力》に対応していると考えられた。文献検討からは抽出されず、本研究で構成された中カテゴリとして《地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力》が追加された。この項目が追加された状況として、本研究におけるインタビュー調査に参加協力いただいた保健師の語りの中で、今までの自分の活動を振り返ることや、日々の実践活動が目指すビジョンにどうつながっているのかを評価して、次の活動に活かそうと努力している状況が話されていた。この状況は、実践力を高める行動であるが、前述した学習や研修に参加するなどの自己研鑽する行動とは異なると考えられ、追加項目として抽出する形となった。

本研究において抽出された【業務マネジメント】は、上記で述べた文献から見出された自己研鑽や自身の業務量や精神面をセルフマネジメントすることを意味する力とは異なるものと考えられたため、本研究で新たに見出されたカテゴリとして構成された。地域包括支援センターという施設の特徴として、緊急時には早急な対応が求められることがある。そのため、本研究において小カテゴリとして抽出された<複数の事例・多数の業務を抱えても混乱せず優先順位を考えて遂行する>が重要であると、保健師は認識していたのだと思われる。また、平成 23 年の介護保険制度の見直しとして地域包括ケアシステムの実現に向けて地域包括支援センターの活躍が期待される中で、個別支援だけでなく地域づくりも推進していくことが求められており、自身が抱えている個別支援と地域包括支援センターで構築していく地域づくりの業務を両立するためには、<計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする>ことを意識しており、地域包括支援センターとして質の高い高齢者支援を実践するために必要な力として明らかとなり、本研究で新たに見出されたカテゴリとして抽出された。

## 2) 本研究で明らかにしたコンピテンシーの構成概念の意義と課題

本研究は、地域包括支援センターに所属する保健師のコンピテンシーの構成概念を明らかにした初めての研究である。文献検討では 5 カテゴリ、13 サブカテゴリから構成されるコンピテンシーが抽出されたが、本研究では、6 つの大カテゴリ、21 の中カテゴリ、77 の小カテゴリが抽出された。検討の結果、6 つの大カテゴリは、文献で抽出された 5 カテゴリの内容を全て包含しており、さらに文献では述べられていない能力、あ

るいは他の能力と共に述べられ曖昧であった能力が、本研究では独立した能力として明確化された。

文献検討では抽出されなかったコンピテンシーが新たに追加されたことは、前述のとおり経験の豊かな保健師に対する直接のインタビューであったことに加え、文献は過去の状況を分析したものであり、その後の制度改革を必ずしも反映していないことが考えられる。地域包括支援センターが創設されてから約 10 年経過しており、その間に介護保険法の改正も複数回行われ、地域包括支援センターの担う役割が変化してきている(一般財団法人厚生労働統計協会, 2017)。本研究は、それらの変化を含んだ、現在の地域包括支援センター保健師に必要とされる能力を反映している。

このことから、本研究で明らかにした地域包括支援センター保健師に必要とされるコンピテンシーの構成概念は、文献検討の内容に比べより包括的なものであり、これをもとにコンピテンシーリスト案を作成していくこととするが、具体的な質問項目作成にあたっては、文献検討で示されたサブカテゴリーも参照していくことで、より適切な表現を選択できると考える。

ただし、本研究参加者のほとんどは、1 か所の地域包括支援センター経験のみであり、必ずしも俯瞰的な立場で地域包括支援センター保健師のコンピテンシーを見ていないかもしれない。今後は、より経験年数が長く、地域包括支援センターに関連する研究や講義を行っている卓越した保健師による専門家パネルを構成し、コンピテンシーリスト案の妥当性を検討するとともに、コンピテンシーリストを用いた質問紙調査を実施し、信頼性と妥当性を検討することが課題である。

## VI 研究2 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの開発

研究1において構成した構成概念をもとに、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを開発し、信頼性と妥当性を検証することを目的とする。

研究2は、①コンピテンシーリスト案の構成と専門家パネルによる検証、②コンピテンシーリストの信頼性・妥当性検証のための地域包括支援センター保健師を対象とした質問紙調査の2段階で構成される。

### 研究2-1. コンピテンシーリスト案の開発と専門家パネルによる検証

#### 1. 研究目的

地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト案を開発する。

#### 2. 研究方法

##### 1) コンピテンシーリスト案の構成

研究1において構成した構成概念と文献検討により抽出されたカテゴリー、サブカテゴリー（既述）を比較し、研究1において参加者からは語られなかったが文献に記述された概念はなかったため、構成概念は研究1で明らかになった、【個別支援】【家族支援】【地域づくり】【地域包括支援センター3 職種のチームワーク】【自己研鑽】【業務マネジメント】の6概念で構成した。各構成概念に含まれる中カテゴリーの能力に対応する行動である小カテゴリーをもとに、コンピテンシーリスト案を作成した。また、行動に関する意図、目的が確認できるよう、コンピテンシーリストには中カテゴリーを残した。リスト項目の表記様式は、「何をどうする」という具体的な行動レベルで表記した。

##### 2) 専門家パネルによる妥当性の検討

###### (1) 専門家パネルの構成員

コンピテンシーリストの内容妥当性を検討するために、専門家パネルを構成し、作成したリスト案について、構成概念と項目が地域包括支援センター保健師の能力を包括的に表現しているかを検討した。専門家パネルの構成員として、地域包括支援センター経験6年以上の保健師、および地域・在宅看護分野の専門誌に掲載された論文がある保健師の3名で構成した。上記の項目に該当する専門家候補者を研究者が地域看護学分野の大学教員と

協議の上選定し、研究協力を依頼し同意が得られた者を専門家パネル構成員とした。

## (2) 専門家パネルの意見集約方法

専門家に、研究 2-1 で作成したコンピテンシーリスト案を郵送し、リスト案について構成概念と項目が地域包括支援センター保健師に必要な能力として妥当であるかに関する意見を、専門家パネル開催の 1 週間前までに返送いただけるように依頼した。意見聴取の内容は、コンピテンシーリスト項目ごとに、適切性および重要度を評価してもらった。適切性については、“適切である”、“適切でない”、“どちらでもない”、の 3 択とした。重要度については、“重要である”、“まあまあ重要である”、“あまり重要でない”、“重要でない”、の 4 択とした。また、各コンピテンシー項目について、意見や修正案を自由記載してもらった。また、本リスト案に不足している項目があれば、記述していただいた。研究者が、それらの意見を集約してまとめた結果を用いて、後日専門家パネルの会議を開催し、意見の集約および合意を得た。

## (3) 専門家パネル開催

専門家パネルは、平成 29 年 3 月に、所要時間は約 2 時間の話し合いを行った。参加者は、地域包括支援センターに関する研究をされており地域・在宅看護分野の専門誌に掲載された論文がある公衆衛生看護学教員 1 名、地域包括支援センターに 10 年以上勤務されている保健師 2 名（直営型 1 名、委託型 1 名）の計 3 名であった。

専門家パネル当日は、適切性および重要度についての回答を集約した結果と、各コンピテンシーに対する意見や修正案を参考に作成した修正版コンピテンシーリストの 2 点を資料とした。話し合いでは、3 名のいずれかが、適切性について“どちらでもない”、“適切でない”と評価した項目、あるいは重要度について“あまり重要でない”と評価した項目と、研究者が判断つきにくい項目について検討を行った。

## 3) 倫理的配慮

専門家パネルの実施に際して、専門家パネルの構成員に本研究の主旨と研究目的および以下の内容を明記し、口頭と文書で説明し同意を得た後に実施をした。

- ・研究協力は自由であり、途中で参加を取り消すことも可能であること
- ・研究協力の取り消しの期限は、分析が進行してから辞退を申し出られると分析をやり直

さなければならないこと、また、会議内容を振り返って辞退を申し出られるのは、会議の記憶が新しいうちであることが多いと考えられること理由から、会議の実施後 2 週間以内にお知らせいただきたいこと。

- ・ 研究の参加を拒否した場合も個人の不利益は被らないこと
  - ・ 匿名性の保持を厳守し、インタビュー内容は個人や施設が特定されないようにデータ化すること
  - ・ 会議の内容は録音させていただきたいこと
  - ・ 録音内容やデータはパスワードを付与した USB メモリで施錠された保管所で管理すること
  - ・ データは、本大学院生が課程を修了して後 5 年が経過するまで保存されること。その後、研究が終了した時点で、録音されたデータは消去し、逐語録はシュレッダーにて破棄すること
  - ・ 結果は学会発表や投稿論文として公表するが、研究目的以外で使用しないこと
- なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（28 愛県大学情第 6-5 号）。

### 3. 結果

#### 1) コンピテンシーリスト案の作成

上記で述べた方法にてコンピテンシーリスト案を作成した。詳細は表 28 に示した。

表 28 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト案

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(21)	小カテゴリー「コンピテンシーリスト案」(77)	
個別支援	高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力	1	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。
		2	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。
		3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。
		4	高齢者の不可解な状況に対して、客観的な情報を統合しながら、保健師が納得するまで、出向いて実際の生活状況を確認する。
		5	高齢者の表情、声の調子などささいな変化に気づく。
		6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。
		7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く。
	高齢者に本心話を話してもらえる様な関係性を構築していく力	8	諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者に、本心話を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。
		9	高齢者に保健師として信頼してもらえるように、的確な健康情報を提供する。
		10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。
	高齢者の取組み意欲が高まるような提案力	11	高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。
		12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。
		13	高齢者の思いを受け止めつつ介入を継続し、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。
	個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力	14	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応しようとする姿勢を、住民や関係者に見せる。
		15	丁寧な対応が地域包括支援センターの信頼となり、地域づくりに波及するという意識を持って総合相談に対応する。
		16	地域のお祭りや自治会などの集まりに参加して、直接住民と接する時間を持つ。
	個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力	17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションを取っている。
		18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動を褒める。
		19	保健師の同職種とのつながりを生かして、行政分野の保健師に個別支援の方法を相談する。
		20	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていることを共有する。
		21	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。
		22	自分(保健師)がいなくても個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談しておく。
		23	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。

		24	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通しを立てて調整をする。
		25	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れや施設の状態、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。
家族支援	家族機能を高める支援力	26	家族の生活や思い、立場を尊重する。
		27	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。
		28	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える
		29	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、その相談にも対応する。
地域づくり	個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力	30	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。
		31	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と会い接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決方法を見当する。
		32	保健師が課題と見当したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する。
		33	支援する対象者を、高齢者のみでなく、地域住民全体を捉えて介護予防を考えている。
	地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力	34	描いているビジョンの達成に向けて段階的な目標設定をして、具体的な取り組みイメージをもっている。
		35	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定している。
	地域住民へ説明する力	36	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。
		37	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。
	地域づくりに向けて住民を動かす先導力	38	住民の地域づくりに向けた意識の準備状況を感じ取り、事業をすすめるタイミングを計る。
		39	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、事前に打診をして地域づくりを進める。
		40	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を働きかける。
		41	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることをやってもらえるように進める。
	国・県・市町村の政策や制度を活用する力	42	国や自治体の方向性、社会の情勢・政策・制度改正の動きを見て、そのベクトルに合わせて事業を展開する。
		43	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。
	他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力	44	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。
		45	地域づくりの取組みについて、保健師職と情報交換をする。
	ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力	46	事業立案・進め方や企画、内容の立案、企画書・予算などの作成方法を知っている。
		47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。
		48	行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用する。



		49	現在実施している業務を、地域の課題解決の取り組みに生かせないかと模索する。
		50	実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる。
		51	実施している事業の効果を、住民に伝える。
地域包括支援センター3職種のチームワーク	業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力	52	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。
		53	3職種間で情報が共有できる方法をつくる。
	他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力	54	3職種間で話がしやすい関係をつくるために、声を掛ける。
		55	自分の意見を押し付けしないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。
		56	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重し、教え合いながらお互いを高め合う。
		57	保健師が得意な分野は、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言をする。
	介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力	58	保健師の業務や介護予防について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに理解を得るためにわかりやすく説明し、協力してもらえるように働きかける。
		59	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。
	地域包括支援センターの保健師としての自立する力	60	保健師としての自分の意見をしっかり持つ。
		61	地域包括支援センター保健師として何ができるかを考え模索する。
自己研鑽	業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力	62	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする。
		63	上司や同僚、関係者に相談する。
		64	国の政策・制度、施策化、事業評価などの学習をする。
		65	積極的に研修に参加する。
		66	地域の保健師の集まりに参加する。
	業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力	67	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに粘り強く取り組む。
		68	思い立ったら、やれそうなことから、すぐ実践する。
		69	失敗をおそれず、実践する。
		70	保健師としての使命感や責任感を持ち続ける。
		71	仕事の中に楽しさを見出している。
		72	周りへの感謝の気持ちを持っている。
	地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力	73	自分の今までの業務成果を振り返る。
		74	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら、活動をする。
	業務マネジメント	効果的な支援が常に実践できるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力	75
76			計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。
77			複数の事例・多数の業務を抱えても混乱せず優先順位を考えて遂行する。

## 2) 専門家パネルによる検証

### (1) 専門家パネル実施前の参加者の意見集約

専門家パネル実施前までに集約した、専門家 3 人の意見を表 29 に示した。適切性については、地域包括支援センター保健師に必要とされる能力として「適切である」と 3 人が判断した項目は空白、3 人のうちいずれかが「どちらでもない」と判断した項目は△、3 人のいずれかが「適切でない」と判断した項目は×と示した。また、重要度については、地域包括支援センター保健師に必要とされる能力として「重要である」、「やや重要である」のいずれかを 3 人が判断した項目は空白、3 人のうちいずれかが「あまり重要でない」と判断した項目は×と示した。3 人が「重要でない」と判断した項目はなかった。意見や小カテゴリ項目の修正案については、右側の列に示した。

表 29 専門家パネル参加者の事前意見のまとめ

大カテゴリ(6)	中カテゴリ(21)	No.	小カテゴリ=「コンピテンシーリスト案」(77)	適切性	重要度	ご意見・修正案など
個別支援	【高齢者の生活の場に向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力】	1	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする			
		2	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する			
		3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする			
		4	高齢者の不可解な状況に対して、客観的な情報を統合しながら、保健師が納得するまで、出向いて実際の生活状況を確認する	△		①「保健師が納得するまで」→22と同様に「自分(保健師)が納得できるまで」してはどうか。 ②「納得するまで、出向く」だけの時間が確保できるかどうかという視点から、「どちらでもない」を選択した。 ③「…保健師が納得いくまで…」との表現が曖昧である。修正案「合理的な説明ができるまで」あるいは「つじつまが合う説明ができるまで」に変更してはどうか。 ④「…」現場」に出向いて」と現場を追加してはどうか。
		5	高齢者の表情、声の調子などささいな変化に気づく			「…声の調子一抑揚など」とした方がよいのではないか。
		6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする			
		7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く			「…人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る」とした方がよいのではないか。
		8	【高齢者に本心話を話してもらえり様な関係性を構築していく力】 諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者に、本心話を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る			「諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向がある高齢者…」と記載されているため、諦めの気持ちを抑える高齢者のみに対する行動のように捉えられる。「高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心話を話してもらえるように…」と修正してはどうか。
		9	高齢者に保健師として信頼してもらえるように、的確な健康情報を提供する		△	的確な健康情報が必要なときに提供できるよう準備しておくことは重要。高齢者の個別性を踏まえ、押しつけにならない情報提供を心がけたい。
		10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる			
		11	【高齢者の取組み意欲が高まるような提案力】 高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する			高齢者の興味のみしか挙げられていないが、インタビューデータでは、高齢者の強みも挙げられている。高齢者の興味と強みは異なるため、興味で集約してよいのか。強みを別立てしたほうがよいのではないか。「高齢者の興味につなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する」を追加するか。
		12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう			
		13	高齢者の思いを受け止めつつ介入を継続し、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける			

表 29 専門家パネル参加者の事前意見のまとめ (つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(21)	No.	小カテゴリー=「コンピテンシーリスト案」(77)	適切性	重要度	ご意見・修正案など
【個別支援を通して新しくかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力】		14	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応しようとする姿勢を、住民や関係者に見せる	△		すぐに対応できないケースもあるため、経過報告をこまめに行い、継続的に関わっている姿勢を見せることが重要。
		15	丁寧な対応が地域包括支援センターの信頼となり、地域づくりに波及するという意識を持って総合相談に対応する	△		データから、31と表裏になる項目のように感じた。地域づくりの能力として強調された方が良いかと思い、適切性を評価した。
		16	地域のお祭りや自治会などの集まりに参加して、直接住民と接する時間を持つ	△		①15と16の項目のデータから、「住民の集まる場に出向き、仕事だけではないつながりや交流を持つ」「個別支援を通して住民や関係機関と一緒に活動できる関係を構築する」「地域包括支援センターを理解してもらうために住民に会う機会を作って周知する」等の内容が含まれているように思う。  ②「地域のお祭りや自治会などの集まりに参加して、直接住民と接する時間を作り顔馴染みになる」としてはどうか。
【個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力】		17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションを取っている			
		18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動を褒める			「…やってきた活動を褒める→確認し合う」にしてはどうか。
		19	保健師の同職種のつながりを生かして、行政分野の保健師に個別支援の方法を相談する	△	×	必要ならば相談してもよいと思うが、行政分野の保健師に限らなくても良いと思う。
		20	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する			20や23の項目は、「担当者ケア会議などを設定し顔の見える場で関係者が検討する機会を作る」ことも必要かと思いますが、インタビューではこのような内容はなかったのか。
		21	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける			
		22	自分(保健師)がいなくても個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談しておく			「自分(保健師)がいなくても一不在時でも…」としてどうか。
		23	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する			
		24	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通しを立てて調整をする			「うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通し」の表現からはイメージがつかみにくかったため、「対応方法の見通しを立てて調整する」としてはどうか。
		25	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れや施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく			
		家族支援 【家族機能を高める支援力】		26	家族の生活や思い、立場を尊重する	
27	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする					
28	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える					
29	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、その相談にも対応する			×	×	適切な相談機関を家族に紹介し、支援者一人で抱え込まないようにする。本人と家族の支援は別のものとして検討する。

表 29 専門家パネル参加者の事前意見のまとめ (つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(21)	No.	小カテゴリー＝「コンピテンシーリスト案」(77)	適切性	重要度	ご意見・修正案など
地域づくり	【個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力】	30	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている			
		31	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と会い接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決方法を見当する			
		32	保健師が課題と見当したことを、住民や関係者と意見交換して、見当した課題を明確化する			①「見当」という言葉は、「予測」または「予想」の方が分かりやすいように思う。 ②見当→検討、とした方がよいのではないか。
		33	支援する対象者を、高齢者のみでなく、地域住民全体を捉えて介護予防を考えている			①「高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考えている。」 ②「…介護予防を考えている→考えていく」とした方がよいのではないか。
	【地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力】	34	描いているビジョンの達成に向けて段階的な目標設定をして、具体的な取り組みイメージをもっている			<地域アセスメントをもとにした実現可能な具体的なビジョンを持つ>の文言にこのカテゴリーのみ「力」が入っていない。 力を追加し、<地域アセスメントをもとにした実現可能な具体的なビジョンを持つ力>と修正する。 リスト34、35の区別がわかりにくい。 リスト34では、「地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを持っている」としてはどうか。
		35	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定している			
	【地域住民へ説明する力】	36	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する			
		37	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする			
	【地域づくりに向けて住民を動かす先導力】	38	住民の地域づくりに向けた意識の準備状況を感じ取り、事業をすすめるタイミングを計る			「…事業をすすめるタイミングを計る→仕掛けをしていく」とした方がよいのではないか。
		39	地域とつながりやすいようなキーパーソンを見極め、事前に打診をして地域づくりを進める	△		キーパーソンを見極めは重要。キーパーソンとなり得る方個人の方に負担をかけない配慮が必要。
		40	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を働きかける			相談は「持ちかける」ではないか。
		41	住民の主体性を高めるために、強制はせず住民ができることをやってもらえるように進める			「…住民ができることに力を貸してもらおう」とした方がよいのではないか。
	【国・県・市町村の政策や制度を活用する力】	42	国や自治体の方向性、社会の情勢・政策・制度改正の動きを見て、そのベクトルに合わせて事業を展開する			①「方向性」と「ベクトル」は同じ意味のため統一してはどうか。 ②「…動きを知り、その方向性に合わせて事業を展開する」とした方がよいのではないか。
		43	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う	△		国・自治体の方向性と補助金には共通性があると考えられるため、42と類似すると思う。
	【他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換をする力】	44	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする			
		45	地域づくりの取組みについて、保健師職と情報交換をする	△	×	①「保健師職」→「行政分野の保健師」でも良いと思う。 ②情報交換をするのは、保健師職でなくても良いと考える。
	【ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力】	46	事業立案・進め方や企画、内容の立案、企画書・予算などの作成方法を知っている	×		「作成方法を知っている」だけでは自己研鑽で学習する内容と類似すると思う。「作成を実践できる」あるいは「実行できる」ではないか。
		47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る			
		48	行政の組織や体制を理解し、行政の機能をうまく活用する			②「行政の機能やNPOなどをうまく活用する」としてはどうか
		49	現在実施している業務を、地域の課題解決の取り組みに生かせないかと模索する			「生かせないかと模索→仕掛けをする」としてはどうか。
		50	実施した事業の見直しを行い、改善点をすぐに取り入れる			
		51	実施している事業の効果を、住民に伝える			

表 29 専門家パネル参加者の事前意見のまとめ (つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(21)	No.	小カテゴリー＝「コンピテンシーリスト案」(77)	適切性	重要度	ご意見・修正案など
地域包括支援センター3職種チームワーク	【業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力】	52	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する			
		53	3職種間で情報が共有できる方法をつくる	×		①「何らかの方法(記録、ミーティングなどで3職種間で情報を共有する)」というように情報共有に重きを置くことも可能かと思う。 ②「報告・連絡・相談を実施し、常に3職種間で情報共有をする」としてはどうか。
		54	3職種間で話しやすい関係をつくるために、声を掛ける			「3職種間で話しやすい関係をつくるために声を掛ける」の声を掛ける行動は、挨拶程度と捉えられる。「3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる」と修正するのはどうか。
		55	自分の意見を押し付けしないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。			
		56	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重し、教え合いながらお互いを高め合う			
		57	保健師が得意な分野は、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言をする	△	×	①求められたら説明する程度で良いと考える。 ②リスト57の保健師が得意な分野がわかりにくい。「保健師が得意な医療分野などは、社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明し助言する」とするのはどうか。
		58	保健師の業務や介護予防について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに理解を得るためにわかりやすく説明し、協力してもらえよう働きかける			リスト57、58の区別がわかりにくい。「わかりやすく説明…」の文言が同じであるために同じように捉えられる可能性がある。 リスト58は、「保健師の業務や介護予防業務について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえよう働きかける」とするのはどうか。
		59	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する			
		60	保健師としての自分の意見をしっかり持つ			
		61	地域包括支援センター保健師として何が出来るかを考え模索する			
自己研鑽	【業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力】	62	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする			「他者の支援方法を見て、自身の判断力を高める手法を学ぶ」
		63	上司や同僚、関係者に相談する			「相談する」は「助言を受ける」でも良いと思う。
		64	国の政策・制度、施策化、事業評価などの学習をする	△		国の政策、制度の改正に関する知識と、施策化・事業化、事業評価などの方法は内容としてレベルが違うように感じました。「法律や国の政策・制度の知識をアップデートする。」と「事業等の評価方法について学習する」のように分けてどうか。
		65	積極的に研修に参加する			①研修に参加するだけで良いのだろうか、継続することが重要ではないだろうか。 「積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける」と修正するのはどうか。 ②「研修に参加し、地域包括支援センターの動向を知る」としてはどうか。
		66	地域の保健師の集まりに参加する			
		67	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに粘り強く取り組む			「諦めずに最後まで粘り強く取り組む」としてはどうか。
		68	思い立ったら、やれそうなことから、すぐ実践する			「失敗をおそれずに思い立ったら…」
69	失敗をおそれず、実践する	△	×	①失敗すると、どのような問題が発生するのかを予測した上で行動したほうが良いと考える。 ②「迷い・不安には、他職種の協力や応援を求める」という視点も大切であると思う。		
70	保健師としての使命感や責任感を持ち続ける	△	×	使命感や責任感が強すぎると、燃え尽きてしまうと思う。		
71	仕事の中に楽しさを見出している			楽しみを見出す工夫をしないと、燃え尽きてしまうと思う。		
72	周りへの感謝の気持ちを持つている	×		何に対する感謝なのかの分かりにくい。		
地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力】	【	73	自分の今までの業務成果を振り返る			
		74	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら、活動をしている			
		75	ワークライフバランスを考えてメリハリのある仕事をする			①「メリハリのある」という表現は省いてもよいのではないか。 ②ワークバランスは当たり前に必要であるか疑問である。むしろ、インタビュー内容に挙げられている、「緊急時における素早い対応ができるため」にどうするか、「個別支援と地域づくりの両者ともに業務が遂行する」ことが重要ではないか。 リスト75は削除するか。追加リストとして、「緊急な事例に対応できるように、現在抱えている業務をどうするか素早く判断できる」、「個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えてメリハリのある仕事をする」を追加してはどうか。
76	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする					
77	複数の事例・多数の業務を抱えても混乱せず優先順位を考えて遂行する			「混乱せず」という言葉はなくても「複数の事例・多数の業務に優先順位を付けて遂行する」という文章でよいのではないか。		

## (2) 修正された項目

専門家パネルでの討議を経て、修正された項目は以下のとおりであった。討議の内容と修正内容を以下に説明する。

**項目 4**については、本項目は、個別支援の経過のなかでは重要なことであることが確認された。「保健師が納得するまで」の文言について、自分自身が納得するというのは、相手のことを考えていない状況が強調されているように感じられるとの意見があった。実際の支援では、不可解な状況に対して、多角的な視点を持って客観的な情報を統合しながら、仮説を立ててその仮説を確認していくように目的をもって訪問しているため、「高齢者の不可解な状況に対して、合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に出向き、実際の生活状況を確認する」と修正した。

**項目 5**について、原案の「声の調子」という文言を、「声の抑揚」とした方がよいとの意見が出され、提案どおりに修正した。

**項目 7**について、原案の「どのような生活・人生を送りたいかについて直接聞く」という文言に対して、「どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る」という意見が出され、提案どおりに修正した。

**項目 9**は、適切性について、的確な健康情報を必要な時に提供できるよう準備することは重要であるが、高齢者の個別性を踏まえ、押し付けにならない情報提供を心掛けることが大切であるため、“どちらでもない”との意見があった。この意見をもとに、「的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる」と修正した。

**項目 14**について、すぐに対応できないケースもあるため、経過報告をこまめに行い、継続的に関わっている姿勢を見せることが重要であるため、適切性は“どちらでもない”との意見があった。このため、原案の内容に「・・・すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的に関わっている姿勢を見せる」の文言を追記修正した。

**項目 15**については、中カテゴリーの住民の信頼を高めるというのは、項目 14、15 の行動の結果であるという点に関しては、参加者の間で確認された。実践では、すぐ相談に対応するという項目 15 は、項目 14 よりも先の行動である。それができない時には、項目 14 にあるように対応している姿勢を見せる、とした方がよいのではないかとの議論となった。結果として、項目 14 は、「住民や関係者からの総合相談や依頼に対して、すぐ対応する。」として、項目 15 は、「総合相談の個別事例に対して、すぐ対応できない場合は、経過報告

をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を見せる」と修正した。

**項目 16** は、原案の「地域のお祭り」を、「地域の行事」として幅広く捉えられる表現の方がよいとの意見が出された。また、原案の「参加したり」という表現は、一緒になって活動すると捉えられる可能性があるため、参加という強い表現ではなく、顔を出して顔なじみになる、つながりを持つということであれば「出向いて」という文言に変更した方がよいのではないかと議論となった。その結果、「地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民との交流を持ち顔なじみになる」と修正した。

**項目 18** は、文言の語尾について議論となった。原案の「褒める」という表現は、上から目線と捉えられる表現であるため、「成果を確認し合う」と修正することを確認した。

**項目 19** については、相談の必要があれば、相談する内容によって職種を選んで相談すると思うので、あえて挙げなくてもよいのではないかと、また、相談する相手は行政保健師に限らなくてもよいのではないかと視点から、適切性は“どちらでもない”、重要度は“あまり重要でない”との意見があり、リストとして挙げるか否かの議論となった。参加者より、地域包括支援センターの若い保健師の調査の中で、先輩がいない、行政の保健師経験がないまま地域包括支援センターに入職したため、行政保健分野の保健師に会う機会があまりない状況から、保健師として自身を確立することが難しいとの報告があることが紹介された。保健師同士で学び合う機会がある場合はよいが、その機会がない場合は自分から保健師に相談に行くことは重要ではないかと議論となった。行政分野に限定しなくてもよいのではないかと意見が出され、その結果、「個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する」と修正した。

**項目 20** について、適切性および重要度に関する意見はなかった。項目 20 および 23 の内容は、地域ケア会議などを設定し、顔の見える場で関係者が検討する機会をつくることも必要である、との意見が出された。インタビューの中でも、関係者や行政と地域ケア会議の場で、情報共有や事例検討をする機会を持っていることが語られていた。意見をもとに、新たな項目として、**新項目 20**「個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる」を追加した。

**項目 22** について、原案「自分（保健師）がいなくても」の文言に対して、「自分（保健師）の不在時でも」という文言のほうが良いという意見があり、提案どおり修正した。

**項目 24** については、原案の「うまくいった場合といかなかった場合との両方の見通し」の文言からはイメージがつかみにくいため、「対応方法の見通しを立てて調整する」として

はどうかとの意見が出された。提案どおりに、「高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見通しを立てて調整する」と修正した。

**項目 29** については、家族に課題があれば、適切な相談機関に家族を紹介し、支援者一人で抱え込まないようにするため、適切性は“適切でない”、重要度は“重要でない”との意見をいただいた。家族の課題を適切な相談機関につなぎ、高齢者の支援をするとともに家族の機能も高まるように対応する、という趣旨が伝わるような修正が適切であると確認をした。その結果、「家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族の機能を高める」と修正した。

**項目 32** は、2名より、原案の「見当」という文言は「予測」または「予想」、あるいは「検討」の方がよいとの意見が出された。項目 32 で表現したかった文言に近い言葉は「予測」と考えられたため、「保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換して、予測した課題を明確化する。」と修正した。この意見を踏まえて、**項目 31** についても、原案の「見当」を「予測」に修正し、「総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積し、地域の課題や課題解決の方法を予測する」と修正した。

**項目 33** は、原案の「地域住民全体を捉えて」を「地域住民全体を支援する対象者と捉えて」とした方がよい、との意見と、原案の「考えている」の語尾を「考えていく」とした方がよいとの意見が出された。前者の意見は、提案どおり修正した。後者の意見については、質問紙とした時に、現在実践している行動レベルで評価できる文言がよいと考えられるため、語尾を「考える」と修正した。その結果、「支援する対象者を、高齢者のみではなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える」と修正した。

**項目 38** は、原案の「タイミングを計る」の文言について、「仕掛けていく」という修正案の意見があり、「タイミングを計る」と「仕掛けていく」との言葉から捉えられる行動の範囲が異なるのではないかとの議論となった。参加者より「仕掛けていく」という行動は、この人に言ったら動くとか、この人に話を通しておこうなどの根回しが該当すること、この内容は、項目 39 にも挙がっている内容であることを確認した。中カテゴリーの〈地域づくりに向けて住民を動かす先導力〉に向けた行動として、最初はタイミングを計り、キーパーソンを見極めて打診をして、住民に少し積極的に働きかけて、できることを実践してもらい、という順番にリストが上がっているので、原案どおりの表記することを確認した。

**項目 39** については、適切性が“どちらでもない”、との意見であった。キーパーソンの見



極めは重要であるが、キーパーソンとなる方個人のみには負担をかけない配慮が必要である、との意見であった。これらの意見を踏まえて、原案に対して「一人のみに負担がかからないように配慮をしながら」を追加した。その結果、「地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める」と修正した。

**項目 40** について、原案の「相談を働きかける」に対して、「相談を持ちかける」の方がよいとの意見が出され、提案どおり「地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける」と修正した。

**項目 41** について、原案の「住民ができることをやってもらう」に対して、住民主体の目線の表現がよいとの意見が出され、「住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める」と修正した。

**項目 42** は、原案に、「ベクトル」と「方向性」と同義語が重なるので統一した方がよいとの意見より、ベクトルの文言は削除することとなった。

**項目 42 と 43** について、国は進めたい方向性に補助金をつけるため、項目 42 と 43 は共通しており、適切性は“どちらでもない”との意見が出され、項目 42 と 43 の違いについて議論となった。その結果、項目 42 は、地域の目指すビジョンを考える上で国の方向性も見ることが重要であるという趣旨で、項目 43 は、ビジョンを事業として実行するための実行力につなげるために補助金や重点課題を利用するという趣旨を表現する、という結論となった。項目 42 は、インタビューデータより、地域がこうなったらと描いているビジョンと国の動きや補助金の事業とを擦り合わせる、という表現が分かり易いと確認された。その結果、項目 42 は、「国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる」と修正した。項目 43 は、「国や自治体の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う」と原案どおりとした。

**項目 45** は、適切性は“適切でない”、重要度は“あまり重要でない”との意見であった。情報交換するのは保健師職でなくてもよいのではないか、との意見があり、この項目が必要か否かについて議論となった。参加者より、現場では、所属施設によって介護予防事業を担当している職種が必ずしも保健師ではないところもあり、施設によってやり方は様々であるとの発言があった。そのため、地域づくりの取り組みを保健師に聞くとは限らないと考えると、このリストには、施設によってできる・できない、の回答に差が出る可能性があるため、コンピテンシーとしてはどうかとの結論となった。また、項目 45 に保健師と限

定しないのであれば、項目 44 と同じではないか、との話し合いとなった。その結果、項目 45 は削除することとなった。

項目 45 が削除となったことで、中カテゴリーである〈他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換する力〉が、小カテゴリー 1 つとなった。そのため、他の市町村や他の施設と情報交換をする目的は、国の方向性や制度改革に対して具体的にどのように活動しているのかを把握することであると考えるとすれば、中カテゴリー〈国・県・市町村の政策や制度を活用する力〉に含まれるのではないかと話し合いとなり、参加者間で確認した。その結果、原案の〈他市町村、他の地域包括支援センターと情報交換する力〉は削除し、項目 44 は、〈国・県・市町村の政策や制度を活用する力〉に含めていくこととなった。

項目 46 については、適切性が“適切でない”との意見であった。事業の企画書等については、作成方法を知っているだけでは自己研鑽で学習する内容と類似するため、作成を実践できる、あるいは実行できる、とした方がよいとの意見が出された。その結果、「事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる」と修正した。

項目 48 は、修正案として、原案の「行政」に「NPO」を追加する意見が出された。地域包括支援センターの保健師の見方として、行政として 1 項目、それ以外の社会資源として 1 項目として挙げた方が捉えやすいか否か、について議論となった。参加者より、委託型の地域包括支援センターの職員として、行政に意見は述べるが、うまく活用することは委託機関という立場上難しいと話された。インタビューデータの「提言していく」、「要求していく」との文言をふまえて、根気強く提言する、と修正することを確認した。

また参加者から、直営型では、本庁の事務職や保健師、保健センターの保健師など部署は異なるが、同じ行政職員という立場で仕事をしているとの意見より、直営型と委託型とで回答に差が出る可能性が予測された。その結果、項目 48 は、「行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する」と修正し、新項目 49 として「地域の社会資源（NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など）の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する」を追加した。

項目 49 について、原案の「模索する」という文言は、行動ではなく、コンピテンシーとして適切だろうかとの議論となった。その結果、「現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取り組みに生かす」となった。

項目 53 については、適切性が“適切でない”との意見であった。何らかの方法（記録、ミーティングなど）を用いて 3 職種間で情報を共有する、というように情報共有に重きを置

くことがよいのではないかと、との意見と、「報告・連絡・相談を実施し、常に3職種で情報共有をする」と修正してはどうか、との意見が出された。2つの意見に共通していることは、3職種間で情報を共有することに重きを置くことであると考えられた。2つの修正案を踏まえて、「日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する」と修正した。

**項目 56** については、“社会福祉士や主任ケアマネジャーと専門家として尊重”することと、“教えながらお互いを高め合う”ことの2つの意味が含まれるため、2つに分けることとした。

**項目 57** については、適切性が“どちらでもない”、重要度が“重要でない”、との意見があり、求められたら説明する程度でよい、との意見であった。出された意見を踏まえて、「保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する」と修正した。

**項目 61** については、項目 49 と同様に、原案の「考え模索する」という文言を、「考え、できることを実践する」という文言に修正した。

**項目 62** は、原案の「他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める努力をする」に対して、「他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める」と、提案を参考に修正した。

**項目 63** は、原案の「上司や同僚、関係者に相談する」に対して、「上司や同僚、関係者に助言を受ける」との修正案が出され、提案どおりに修正した。

**項目 64** については、適切性が“どちらでもない”との意見であった。国の政策、制度の改正に関する知識と、施策化・事業化、事業評価などの方法は、内容としてレベルが異なるため項目を分けてはどうか、との意見であった。出された意見を踏まえて、国の政策、制度の改正に関する知識に関しては「法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る」と修正した。事業評価に関しては、項目 50 に「実施した事業の見直しを行い、改善点に取り入れる」の内容があるため、そこに含めていくこととした。また、項目 50 について事業評価を行い、修正が必要な場合は修正する行動が表現できた方がよい、との意見が出され「実施した事業評価を行い、改善が必要な場合は修正する」と修正した。

**項目 65** は、修正案として、研修に参加して「地域包括支援センターの動向を知る」との意見が出された。インタビューでは、研修参加の目的は、その時の状況や保健師の状況によっても様々であったことを説明し、研修参加の目的は様々で、自身の課題意識をもつ

て参加している状況は共通であることを確認した。その結果、「積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける」と修正することとなった。

**項目 67** は、原案の文言に、「最後まで」という文言を追加してはどうかとの意見が出された。その結果、「常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む」と修正した。

**項目 68** は、原案に「失敗をおそれずに」という追加の文言を入れる意見が出され、**項目 69** は、適切性が“適切でない”、重要度が“あまり重要でない”との意見が出されたため、内容が類似している両項目を検討した。項目 68 の内容について、必要と判断したら新しいこともすぐ実践に取り入れるという趣旨を表記したことを説明した。話し合いの中で、失敗とは何をしたら失敗となるのか、人によって失敗という捉え方が異なるのではないかとの意見が出された。また、項目 69 の、失敗も含めて経験を積み重ねて成功した実績を積み重ねる、という視点はコンピテンシーとして適切か、との議論となった。その結果、項目 68 は、「必要だと思ったら、できそうなところから迅速に実践する」と修正することとなった。項目 69 は、削除することとなった。

**項目 70** については、使命感や責任感が強すぎると燃え尽きてしまう、との意見が出され、適切性は“どちらでもない”、重要度は“あまり重要でない”、との意見であった。地域包括支援センター職員は支援者であり、最終的に決めるのは対象者で、自分たちはそれを援助すること、そこをきちんとわかっていることが大切である、と参加者間で確認した。

研究 1 で構成した 77 項目の追加案として、できないことをできないと周りに発信すること、という意見が出された。実践の中で、上司や対象者、関係者などに対して、業務量や責任の範囲の視点から、責任をもって遂行できない場面があり、できない理由を説明して理解を得ていくことが大切である、との意見であった。また、参加者より、保健師は仕事内の負担量のバランスを看護職の中でも一番重視しているという研究報告があり、専門職として一人の生活者としてバランスを取ることやバランスが取れない時の判断は大切ではないか、との議論となった。その結果、追加案と項目 70 について、責任感と仕事内の負担量のバランスを考慮して文言を修正することとなった。

その結果、項目 70 を「関わる個人や地域に対して責任感を持つ」と修正し、項目 70 の追加項目として「業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する」と追加修正をした。

**項目 72** は、適切性が“適切でない”との意見であった。何に対する感謝なのかがわかりに

くい文章になっているとの意見であった。インタビューでは、職場の上司や同僚に対して感謝をしている内容であった。感謝の対象を具体的に追記し、「職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ」と修正した。

項目 75 は、ワークバランスの内容よりも、インタビュー内容に上げられている、緊急時における素早い対応ができることや個別支援と地域づくりの両者をバランスよく業務遂行できることが重要ではないか、との意見が出された。その結果、項目 75 は削除し、新たに「緊急対応が必要になった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる」、「個別支援と地域づくりの業務バランスを考えて仕事をする」の項目を追加した。

項目 77 は、提案のとおり「複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する」と修正した。

構成概念については、研究 1 で構成した大カテゴリー【個別支援】、【家族支援】、【地域づくり】、【地域包括支援センター3 職種のチームワーク】、【自己研鑽】、【業務マネジメント】の 6 つに対して、不足している項目の意見はなかった。

【業務マネジメント】で挙げられている内容は、仕事の仕方であり、仕事の仕方も含めて自己能力の向上として捉えると、【自己研鑽】と同じではないか、との意見より、自己能力の向上として、【自己研鑽】と【業務マネジメント】を合わせてはどうか、と提案された。その意見に対して、自己研鑽とは知識や経験を磨く、意欲を持ち続けるなど自身が持っているものと捉えるが、業務マネジメントは、頭の中で考え組み立てて調整するもの捉えられるため、内容が異なるのではないか、との意見が出された。

以上の結果を踏まえて、最終的に構成されたコンピテンシーリストは、表 30 のとおりであった。

表 30 専門家パネルにて構成された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	旧 NO.	新 NO.	小カテゴリー＝「コンピテンシーリスト案」(80)
個別支援	【高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力】	1	1	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。
		2	2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。
		3	3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。
		4	4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に出向き、実際の状況を確認する。
		5	5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。
		6	6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。
		7	7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて意思・主張をありのまま聞き取る。
	【高齢者に本心話を話してもらえる様な関係性を構築していく力】	8	8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心話を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。
		9	9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。
		10	10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。
	【高齢者の取組み意欲が高まるような提案力】	11	11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。
		12	12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。
		13	13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待つ。
	【個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力】	14	14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。
		15	15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。
		16	16	地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民との交流を持ち顔なじみになる。
	【個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力】	17	17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。
		18	18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。
		19	19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。
		20	20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。
		20	21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する。
		21	22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。
		22	23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。
		23	24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。
		24	25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。
	25	26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	

表 30 専門家パネルにて構成された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト  
(つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	旧 NO.	新 NO.	小カテゴリー＝「コンピテンシーリスト案」(80)
家族支援	【家族機能を高める支援力】	26	27	家族の生活や思い、立場を尊重する。
		27	28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。
		28	29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える。
		29	30	家族に母子・成人・精神領域などの別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。
地域づくり	【個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力】	30	31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉える。
		31	32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決の方法を予測する。
		32	33	保健師が課題だと予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。
		33	34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。
	【地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力】	34	35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。
		35	36	ビジョンの達成のために、担当地域できそうな方法を想定する。
	【地域住民へ説明する力】	36	37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。
		37	38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。
	【地域づくりに向けて住民を動かす先導力】	38	39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。
		39	40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。
		40	41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。
		41	42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。
		42	43	国・自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。
	【国・県・市町村の政策や制度を活用する力】	43	44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。
		44	45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。
		46	46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。
	【ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力】	47	47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司・同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。
		48	48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。
		49	49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。
		49	50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取り組みに生かす。
		50	51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。
51		52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	

表 30 専門家パネルにて構成された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト  
(つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	旧 NO.	新 NO.	小カテゴリー=「コンピテンシーリスト案」(80)
地域包括支援センター3職種チームワーク	【業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力】	52	53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。
		53	54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。
	【他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力】	54	55	3職種間で話しやすい関係をつくるために、積極的なコミュニケーションをとる。
		55	56	自分の意見を押し付けず、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。
		56	57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。
		56	58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。
		57	59	保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する。
	【介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力】	58	60	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。
		59	61	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。
	【地域包括支援センターの保健師としての自立する力】	60	62	保健師としての自分の意見を持つ。
		61	63	地域包括支援センター保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。
自己研鑽	【業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力】	62	64	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。
		63	65	上司や同僚、関係者に助言を受ける。
		64	66	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。
		65	67	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。
		66	68	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。
	【業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力】	67	69	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。
		68	70	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に実践する。
		70	71	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。
			72	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。
		71	73	仕事の中に楽しさを見出す。
	【地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力】	72	74	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。
73		75	自分の今までの業務成果を評価する。	
	74	76	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら活動する。	
業務マネジメント	【効果的な支援が常に行えるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力】	76	77	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。
		77	78	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。
			79	緊急対応が必要になった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる。
		80	80	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする。



## 研究 2-2 コンピテンシーリストの信頼性および妥当性の検証

### 1. 研究目的

研究 2-1 で開発したコンピテンシーリスト案について、地域包括支援センター保健師に質問紙調査を実施し、信頼性と妥当性を検討する。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究対象者

全国の地域包括支援センターの設置数 4,944 箇所（平成 29 年 4 月末現在）から 50% の割合で無作為抽出した地域包括支援センター 2,495 か所に研究を依頼した。依頼した施設の内訳は、直営型は 621 施設で 24.9%、委託型は 1874 施設で 75.1%であった。一施設あたりの看護職の配置人数は 1.4 人であるが、うち保健師の配置率は 61.6%との調査結果（公益社団法人日本看護協会，2014）を参考に、一施設あたりの保健師の配置人数を 0.85 人と算出し、所属する保健師は約 2,120 人と推定した。本研究では、構成概念妥当性を検証するために因子分析を行う。因子分析に必要な標本数は、項目の 5~10 倍程度が必要とされている（松尾，中村，2002）。作成するリスト項目が 80 項目であるため、400~800 程度の回答が必要である。先行研究を参考に、地域包括支援センターへの質問紙調査の回収率を 30%と想定すると、対象者約 1300~2700 人が必要である。

本調査対象者は保健師としているため、地域包括支援センターの管理者に所属している保健師の人数をあらかじめ文書等で確認した後、人数分の調査票等を郵送した。

#### 2) データ収集方法

郵送による自記式質問紙調査を行った。調査期間は、平成 29 年 8 月~10 月まで行った。本分析に用いる項目は、次のとおりである。対象者の基本属性（年齢、性別、勤務形態（常勤/非常勤）、保健師経験年数、現在の勤務場所、地域包括支援センターの設置形態、現在の役職、地域包括支援センター勤務年数、地域包括支援センター以外の勤務経験施設と勤務年数）、研修の参加状況、開発したコンピテンシーリスト。また、コンピテンシーのアウトカムとして、職務満足度、自尊感情を測定した。

再テストへの協力の可否についても質問し、協力に同意した者には、調査対象者自身が作成した数字と記号を合わせた認証コードを質問紙に記載してもらい、再テストの際にも

同じ認証コードを記載してもらい回答の同定をした。再テストのための調査票の発送先については、同封のはがきに発送先の施設名と施設住所を記入し返送してもらった。再テストに協力した者には、1回目の調査票発送後3週間の期間を置いて2回目の調査票を送付し、1回目の調査から約4週間の期間をあけて2回目の調査票の回答を依頼した。

コンピテンシーリストの設問は「コンピテンシーリストで示す内容の行動を求められた際、実行できるか否か」を自己評価していただくこととし、選択肢として「5: 非常によくできる」から「4: だいたいできる」「3: どちらともいえない」「2: あまりできない」「1: 全くできない」の5件法のリッカートスケールとした。点数化については、「5: 非常によくできる」は5点、「4: だいたいできる」は4点、「3: どちらともいえない」は3点、「2: あまりできない」は2点、「1: 全くできない」は1点として加算をした。

職務満足度の測定には、保健師の職務満足感を測定する適切な尺度がなかったため、「私は現在の仕事に満足している」という一項目を、「5: 全くそう思う」、「4: だいたいそう思う」、「3: どちらともいえない」、「2: あまりそう思わない」、「1: 全くそう思わない」の5件法のリッカートスケールで測定した。点数化については、「5: 全くそう思う」は5点、「4: だいたいそう思う」は4点、「3: どちらともいえない」は3点、「2: あまりそう思わない」は2点、「1: 全くそう思わない」は1点とした。

自尊感情の測定には、ローゼンバーグが開発した自尊感情尺度の日本語版(山本他, 1982)を用いた。ローゼンバーグの自尊感情尺度は、他者との比較により生じる優越感ではなく、自身で自己への尊重や価値を評価する程度を測定するための10項目からなる尺度である。「あてはまる」、「ややあてはまる」、「どちらともいえない」、「ややあてはまらない」、「あてはまらない」の5件法のリッカートスケールで測定した。採点方法は、「あてはまる」は5点、「ややあてはまる」は4点、「どちらでもない」は3点、「ややあてはまらない」は2点、「あてはまらない」は1点として10項目の評点を加算した。ただし、逆転項目の項目3、5、8、9、10の項目は5点を1点に、4点を2点に、3点はそのままに換算してから加算した。

### 3) 分析方法

SPSS ver.24.0 for Windows および Amos ver.24.0 を使用し、以下の方法で分析した。

#### (1) 記述統計

コンピテンシーリスト項目ごとに記述統計を行い、各項目の得点分布を確認した。本研

究で開発するリストは、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーのチェックリストとしての性格をもつものであるため、分布に偏りがあっても除外対象とはしないが、多くの保健師が獲得している項目、不十分な項目を識別するために得点分布を確認した。

### (2) コンピテンシーリストの信頼性の検証

コンピテンシーリストの信頼性を確認するために、内的整合性として、後述の因子分析の結果抽出された各因子およびリスト全体の Cronbach's  $\alpha$  係数を算出した。時間的な安定性を確認するために、再テスト法を用いた。再テストは4週間後に実施し、リスト80項目の総得点および6つの因子ごとの合計得点、各リスト項目について、ピアソンの積率相関係数を算出して安定性を検証した。

再テスト法は、一定の期間(2週間から4週間)をおいて実施されると示されている(小笠原, 松木, 2007)。実践評価尺度を開発した先行研究では、4週間の期間を置いて再テストを実施し、尺度の信頼性を検証していた(杉本, 亀井, 2011, 吉岡他, 2009,)。本研究の調査期間については、開発するリストは短い期間で、できる気持ちになったり、できなると悲観したりするようなものではなく、個人の行動特性として認知するコンピテンシーを捉えるものであるため、4週間と設定した。

### (3) コンピテンシーリストの妥当性の検証

コンピテンシーリストの妥当性を以下の方法で検討した。

コンピテンシーリストに回答いただく保健師が、各項目に対して構成した概念で解釈し回答されるかを確認するために、探索的因子分析を行い構成した概念が抽出されるかを検討した後、二次因子モデルによる検証的因子分析を実施し、構成概念妥当性を検討した。

基準関連妥当性として、職務満足感および自尊感情尺度の日本語版(山本, 松井, 山成, 1982)の総得点と、リストの総得点および各因子の得点とのピアソンの積率相関を算出し検討した。

## 4) 倫理的配慮

質問紙調査の実施に際して、個人が特定されないように無記名とし、研究依頼文書には、以下の内容を明記した。

- ・ 研究協力は任意であり、拒否した場合にも個人の不利益は被らないこと
- ・ 質問紙は無記名であり、個人や施設が特定されないこと
- ・ 質問紙への記入・返却をもって研究への同意が得られたものと解釈すること

- ・ 再テストの実施に際しても、個人が特定されないことがないように、数字と記号を合わせた認証コードを用いて回答を同定する。再調査票の発送先の聴取に関しては、1回目の調査票発送時にはがきを同封し、再テストにご協力いただける方に再テスト用調査票の発送先を記入いただき返送してもらう。
- ・ 結果は学会発表および投稿論文として公表するが、研究目的以外で使用しないこと
- ・ データは、パスワードを付与した USB メモリで施錠された保管所で管理すること
- ・ データは、本大学院生が課程を修了して後 5 年が経過するまで保存される。研究終了後質問紙はシュレッターにて情報が特定されない状態にして破棄し、質問紙をスキャンしたデータは、消去すること

なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（29 愛県大学情第 6-15 号）。

### 3. 結果

#### 1) 対象者の属性

816 施設から、所属している保健師の人数の回答があった。回答率は、32.7%であった。回答の内容は表 31 に示す。

816 施設のうち 301 施設（36.9%）は保健師の配置がなかった。1 人以上の保健師の配置があった 515 施設のうち、調査協力を得られたのは 513 施設で、所属する保健師 831 人を調査対象者とした。

831 人のうち 505 人から質問紙を回収した。回収率は 60.8%であった。この内、リストの 80 項目に欠損値があった 57 人、属性の質問項目で取得している資格について保健師にチェックがなく看護師のみにチェックがある者 9 人、併存妥当性で用いる自尊感情尺度、職務満足感に欠損値があった 20 人を除外し、419 人を分析対象とした。有効回答率は、83.0%であった。

表 32 に対象の属性を示した。また、保健師の経験年数および地域包括支援センターの勤務経験年数は、表 33 に示した。

再テスト法の調査に同意したのは 151 人で、103 人から 2 回目の質問紙を回収した。2 回目の質問紙を送付した質問紙数に対する回収率は、68.2%であった。この内、1 回目調

査票の分析対象者 419 人、かつ 2 回目調査票にも欠損値がなかった 82 人を分析対象とした。再テスト調査の参加者の属性を表 34、35 に示した。

表 31 調査依頼書発送施設数および回答された施設数と協力を得た保健師数

			直営型			委託型		
	施設数	保健師人数	施設数	%	協力が得られた保健師人数	施設数	%	協力が得られた保健師人数
調査依頼書発送施設数	2495		621	24.9		1874	75.1	
回答施設数	816		200	24.5		616	75.5	
回答の回収率	32.7%							
保健師0人と回答した施設	301	0	11	3.7	0	290	96.3	0
保健師1人と回答した施設	329	327	78	23.7	77	251	76.3	250
保健師2人と回答した施設	117	234	55	47.0	110	62	53.0	124
保健師3人と回答した施設	40	120	31	77.5	93	9	22.5	27
保健師4人と回答した施設	14	56	10	71.4	40	4	28.6	16
保健師5人と回答した施設	6	30	6	100.0	30	0	0.0	0
保健師6人と回答した施設	2	12	2	100.0	12	0	0.0	0
保健師7人と回答した施設	5	35	5	100.0	35	0	0.0	0
保健師8人と回答した施設	1	8	1	100.0	8	0	0.0	0
保健師9人と回答した施設	1	9	1	100.0	9	0	0.0	0
保健師1人以上と回答した施設数	515		189	36.7		326	63.3	
協力が得られた保健師の人数	513	831	188		414	325		417

表 32 対象者の属性 (性別、年齢、勤務形態、所属形態、役職など)

		n=419	
項目		人	(%)
性別	男性	18	4.3
	女性	401	95.7
	無回答	0	0.0
年齢	20歳代	67	16.0
	30歳代	135	32.2
	40歳代	137	32.7
	50歳代	68	16.2
	60歳代	12	2.9
	無回答	0	0.0
	勤務形態	常勤	398
非常勤		21	5.0
無回答		0	0.0
所属形態	直営型	207	49.4
	委託型	207	49.4
	無回答	5	1.2
役職	センター長	33	7.9
	主査(主任)	102	24.3
	スタッフ	251	59.9
	その他	30	7.2
	無回答	3	0.7
過去に経験した職場 (複数回答)	地域包括支援センター以外に経験した職場はない	20	
	保健所・市町村	257	
	病院・診療所	189	
	訪問看護ステーション	15	
	居宅介護支援事業所	19	
	居宅サービス事業所	10	
	介護福祉施設	19	
	健(検)診センター	21	
	企業・事業所	25	
	その他	31	
	研修会参加の有無	参加した	359
参加しなかった		55	13.1
無回答		5	1.2

表 33 対象者の属性（保健師経験年数および地域包括支援センターの勤務経験年数）

項目	n=419	
	年	(%)
<b>保健師経験年数</b>		
2年未満	63	15.0
2年以上5年未満	60	14.3
5年以上10年未満	80	19.1
10年以上15年未満	55	13.1
15年以上20年未満	53	12.6
20年以上25年未満	50	11.9
25年以上30年未満	26	6.2
30年以上35年未満	18	4.3
35年以上	14	3.3
無回答	0	0.0
-----		
平均値±標準偏差	12.73±10.06	
最大値	40	
最小値	0.1	
<b>地域包括支援センターの勤務経験年数</b>		
2年未満	145	34.6
2年以上5年未満	128	30.5
5年以上10年未満	99	23.6
10年以上13年未満	41	9.8
13年以上（記入ミスと推定される）	6	1.4
無回答	0	0.0
-----		
平均値±標準偏差（13年以上は除外）	4.39±4.22	
最大値	12.5	
最小値	0.1	

表 34 再テスト調査参加者の属性（性別、年齢、勤務形態、所属形態、役職など）

		n=82		
項目		人	(%)	
性別	男性	4	4.9	
	女性	78	95.1	
	無回答	0	0.0	
年齢	20歳代	16	19.5	
	30歳代	32	39.0	
	40歳代	25	30.5	
	50歳代	8	9.8	
	60歳代	1	1.2	
	無回答	0	0.0	
	勤務形態	常勤	80	97.6
	非常勤	2	2.4	
	無回答	0	0.0	
所属形態	直営型	31	37.8	
	委託型	51	62.2	
	無回答	0	0.0	
役職	センター長	5	6.1	
	主査(主任)	14	17.1	
	スタッフ	57	69.5	
	その他	6	7.3	
	無回答	0	0.0	
過去に経験した職場 (複数回答)	地域包括支援センター以外に経験した職場はない	4		
	保健所・市町村	48		
	病院・診療所	45		
	訪問看護ステーション	3		
	居宅介護支援事業所	2		
	居宅サービス事業所	3		
	介護福祉施設	4		
	健(検)診センター	3		
	企業・事業所	9		
	その他	4		
	研修会参加の有無	参加した	72	87.8
		参加しなかった	9	11.0
無回答		1	1.2	



表 35 再テスト参加者の属性（保健師経験年数および地域包括支援センターの勤務経験年数）

項目	n=82	
	年	(%)
<b>保健師経験年数</b>		
2年未満	15	18.3
2年以上5年未満	17	20.7
5年以上10年未満	17	20.7
10年以上15年未満	10	12.2
15年以上20年未満	13	15.9
20年以上25年未満	6	7.3
25年以上30年未満	3	3.7
30年以上35年未満	1	1.2
35年以上	0	0.0
無回答	0	0.0
-----		
平均値±標準偏差	9.71±7.79	
最大値	31.4	
最小値	0.3	
<b>地域包括支援センターの勤務経験年数</b>		
2年未満	30	36.6
2年以上5年未満	22	26.8
5年以上10年未満	25	30.5
10年以上13年未満	5	6.1
13年以上（記入ミスと推定される）	0	0.0
無回答	0	0.0
-----		
平均値±標準偏差（13年以上は除外）	4.05±3.14	
最大値	11.5	
最小値	0.2	

## 2) 項目分析

地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト 80 項目の項目分析を表 36 に示した。まず、ヒストグラムを描き分布を検討し、多峰性など正規性を仮定できない大きなひずみがないことを確認した。

次に、各項目の記述統計を行い、平均値および標準偏差を算出した。各項目の平均値は、2.65～4.29であった。天井効果、すなわち平均値と標準偏差の和が項目の最大得点（5点）を超える項目はなかった。また、床効果、すなわち平均値と標準偏差の差が最小得点（1点）を下回る項目もなかった。

I-T 相関（Item-Total correlation：項目 - 合計得点相関）については、Pearson の積率相関を用いて検討した。最低の値を示したものは、項目 57 で  $r=0.27$ 、および項目 74 で  $r=0.28$  であった。残りの全ての項目は、0.30 を超え、中程度以上の有意な相関が認められた。I-T 相関が低かった項目 57 および項目 74 については、次の探索的因子分析の結果と合わせて除外するかを検討することとした。

GP 分析については、コンピテンシーリスト 80 項目の総得点で上位群 25%、下位群 25%に分け、その群ごとの各リスト項目の平均値の比較を行った。有意水準を 1%として検討したところ、すべての項目について 0.01 未満の有意差が認められた。

80 項目の各項目間の相関については、最も相関係数が高かった項目は、項目 38 と項目 39 との相関が 0.76 で、0.8 以上の相関係数があった項目は見られなかった。また、80 項目の各項目間の多重共線性の指標である VIF はすべての項目が 5 未満であり、多重共線性がないことを確認した。

表 36 天井効果・床効果・I-T 相関・GP 分析

		n=419							
No.		最小値	最大値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+SD)	床効果 (M-SD)	I-T相関 pearson	GP分析 (p値)
1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	2	5	3.76	0.59	4.35	3.17	0.52	<0.01
2	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	2	5	3.82	0.53	4.35	3.29	0.55	<0.01
3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	1	5	3.49	0.68	4.17	2.81	0.56	<0.01
4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	1	5	3.48	0.69	4.17	2.79	0.51	<0.01
5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	2	5	3.84	0.64	4.48	3.20	0.46	<0.01
6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	2	5	3.86	0.57	4.43	3.29	0.53	<0.01
7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	2	5	3.89	0.62	4.51	3.27	0.34	<0.01
8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	2	5	3.82	0.71	4.53	3.11	0.51	<0.01
9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	1	5	3.62	0.71	4.33	2.91	0.59	<0.01
10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	2	5	3.89	0.58	4.47	3.31	0.51	<0.01
11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	1	5	3.44	0.71	4.15	2.73	0.63	<0.01
12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	1	5	3.66	0.73	4.39	2.94	0.52	<0.01
13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	1	5	3.47	0.71	4.18	2.76	0.44	<0.01
14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	1	5	3.94	0.73	4.67	3.21	0.49	<0.01
15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	1	5	3.64	0.75	4.39	2.89	0.49	<0.01
16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	1	5	3.42	1.05	4.47	2.37	0.49	<0.01
17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	1	5	3.88	0.77	4.65	3.11	0.59	<0.01
18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	1	5	3.14	0.83	3.97	2.31	0.59	<0.01
19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	1	5	3.27	1.01	4.28	2.26	0.49	<0.01
20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	1	5	3.27	0.91	4.18	2.36	0.60	<0.01
21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。	1	5	3.55	0.75	4.30	2.80	0.54	<0.01
22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	1	5	2.98	0.86	3.84	2.13	0.61	<0.01
23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	1	5	3.17	0.86	4.03	2.31	0.61	<0.01
24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	1	5	3.24	0.84	4.08	2.41	0.70	<0.01
25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	1	5	3.38	0.78	4.16	2.60	0.70	<0.01
26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	1	5	3.24	0.85	4.09	2.39	0.59	<0.01
27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	1	5	3.98	0.60	4.58	3.38	0.52	<0.01
28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	1	5	3.63	0.71	4.34	2.92	0.60	<0.01
29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	1	5	3.83	0.67	4.50	3.16	0.58	<0.01
30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	1	5	3.69	0.81	4.50	2.88	0.61	<0.01
31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	1	5	3.55	0.73	4.28	2.82	0.63	<0.01
32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	1	5	3.34	0.81	4.15	2.53	0.67	<0.01
33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	1	5	2.96	0.84	3.80	2.12	0.66	<0.01
34	高齢者だけでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	1	5	3.26	0.91	4.17	2.35	0.60	<0.01
35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	1	5	3.14	0.93	4.07	2.22	0.67	<0.01
36	ビジョンの達成のために、担当地域できそうな方法を想定する。	1	5	2.92	0.88	3.80	2.04	0.72	<0.01
37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	1	5	2.86	0.99	3.85	1.87	0.66	<0.01
38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	1	5	2.82	0.94	3.76	1.88	0.71	<0.01
39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	1	5	2.74	0.96	3.70	1.78	0.73	<0.01
40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	1	5	2.89	0.93	3.82	1.96	0.72	<0.01

網かけ: 0.3未満

表 36 天井効果・床効果・I-T 相関・GP 分析 (つづき)

n=419									
No.		最小値	最大値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+SD)	床効果 (M-SD)	I-T相関 pearson	GP分析 (p値)
41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に向いて積極的に相談を持ちかける。	1	5	2.87	0.99	3.86	1.88	0.69	<0.01
42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	1	5	3.27	0.90	4.17	2.37	0.63	<0.01
43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	1	5	2.89	0.92	3.81	1.97	0.69	<0.01
44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	1	5	2.65	0.97	3.62	1.69	0.62	<0.01
45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	1	5	3.04	1.04	4.08	2.00	0.59	<0.01
46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	1	5	3.01	1.13	4.14	1.89	0.61	<0.01
47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	1	5	3.02	1.13	4.15	1.89	0.66	<0.01
48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	1	5	2.75	1.02	3.77	1.73	0.64	<0.01
49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	1	5	2.99	0.95	3.94	2.04	0.66	<0.01
50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	1	5	3.06	0.87	3.93	2.19	0.71	<0.01
51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	1	5	3.28	0.92	4.20	2.36	0.66	<0.01
52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	1	5	2.94	0.92	3.86	2.02	0.53	<0.01
53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	1	5	3.27	0.88	4.15	2.39	0.51	<0.01
54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	1	5	3.82	0.85	4.67	2.98	0.46	<0.01
55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	1	5	3.95	0.76	4.71	3.19	0.51	<0.01
56	自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	1	5	4.10	0.68	4.78	3.42	0.36	<0.01
57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	1	5	4.29	0.65	4.94	3.64	0.27	<0.01
58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	1	5	4.00	0.76	4.76	3.24	0.49	<0.01
59	保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する。	1	5	3.83	0.76	4.59	3.07	0.59	<0.01
60	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえよう働きかける。	1	5	3.74	0.86	4.60	2.88	0.64	<0.01
61	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	1	5	3.77	0.86	4.63	2.91	0.63	<0.01
62	保健師としての自分の意見を持つ。	1	5	3.88	0.78	4.66	3.10	0.62	<0.01
63	地域包括支援センター保健師として何ができるかを考え、できることを実践する。	1	5	3.68	0.82	4.50	2.86	0.69	<0.01
64	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	1	5	3.94	0.63	4.57	3.31	0.53	<0.01
65	上司や同僚、関係者に助言を受ける。	2	5	4.21	0.56	4.77	3.65	0.40	<0.01
66	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	1	5	3.50	0.75	4.25	2.75	0.58	<0.01
67	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	1	5	3.63	0.80	4.43	2.83	0.49	<0.01
68	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	1	5	3.29	0.98	4.27	2.31	0.45	<0.01
69	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	1	5	3.49	0.76	4.25	2.73	0.61	<0.01
70	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に実践する。	1	5	3.78	0.70	4.48	3.08	0.56	<0.01
71	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	2	5	4.02	0.56	4.58	3.46	0.48	<0.01
72	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	1	5	3.69	0.71	4.40	2.99	0.42	<0.01
73	仕事の中に楽しさを見出す。	1	5	3.51	0.94	4.45	2.57	0.43	<0.01
74	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	1	5	4.16	0.67	4.83	3.49	0.28	<0.01
75	自分の今までの業務成果を評価する。	1	5	3.33	0.76	4.09	2.57	0.49	<0.01
76	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら活動する。	1	5	3.16	0.79	3.95	2.37	0.61	<0.01
77	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	1	5	3.63	0.74	4.37	2.89	0.39	<0.01
78	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	2	5	3.83	0.68	4.51	3.15	0.45	<0.01
79	緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	1	5	3.62	0.77	4.39	2.85	0.56	<0.01
80	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする	1	5	3.21	0.83	4.04	2.38	0.66	<0.01

網かけ: 0.3未満

### 3) 探索的因子分析

リスト 80 項目を用いて最尤法、プロマックス回転を使用し、探索的因子分析を行った。その結果、固有値 1 以上かつ累積寄与率が 50%を超えたところが、因子 6 であった。

図 2 スクリーン・プロットの傾斜については、第 3 因子と第 4 因子の間と、第 7 因子と第 8 因子の間の傾きが大きく、スクリー・プロットの基準で検討し因子数 7 とした。

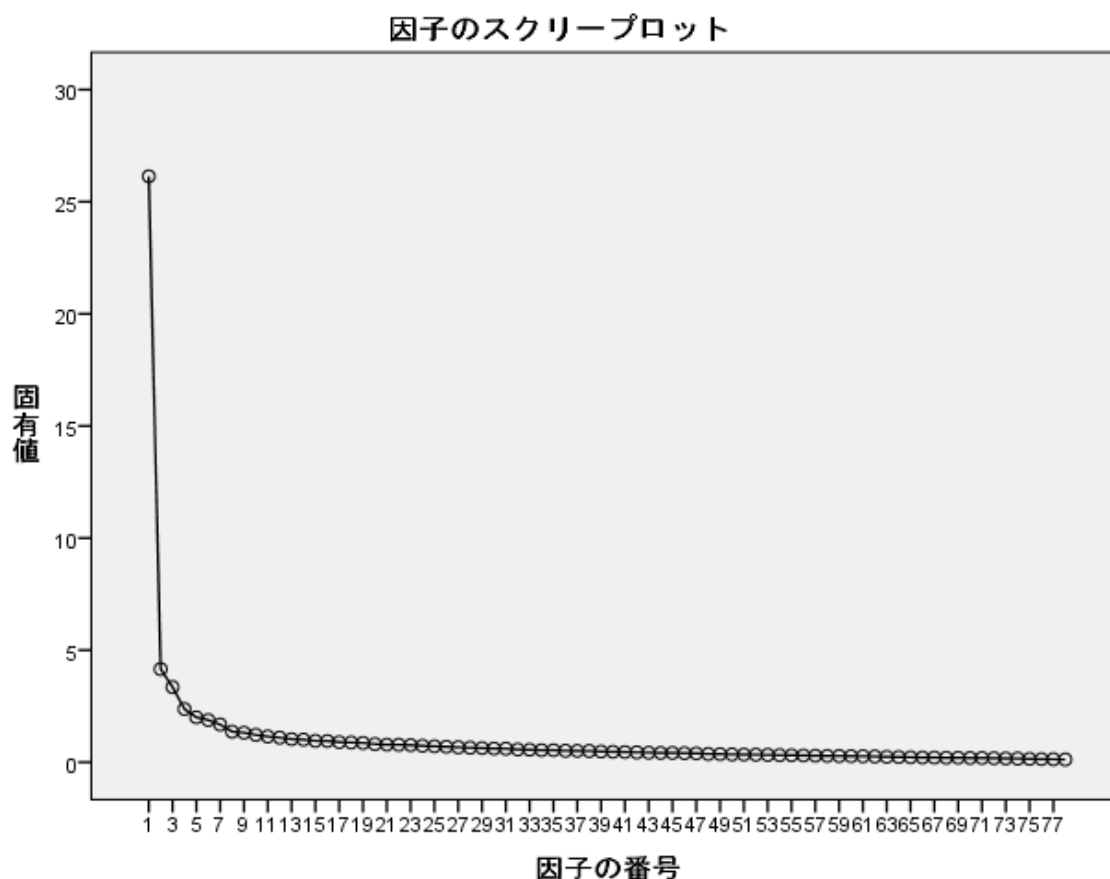


図2 スクリーン・プロット

リスト 80 項目の因子分析の結果を、表 37 に示した。因子負荷が高いものを枠で囲み、因子負荷量が 0.35 未満のものを \* で示した。

第 1 因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【個別支援】の中カテゴリー《高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力》、《高齢者に本心を話してもらえる様な関係性を構築していく力》、《高齢者の取組み意欲が高まるような提案力》の項目と大カテゴリー【家族支援】の 4 項目で構成された。因子負荷量が 0.35 未満の項目は、

項目30「家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める」の1項目であった。この項目は、第1因子と第2因子の因子負荷量がともに0.35未満で近い値であった。

第2因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【個別支援】の《個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力》および《個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力》の項目で構成された。因子負荷量が0.35未満の項目は、項目14、15、16、17の4項目であった。

第3因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域づくり】の項目で構成された。因子負荷量が0.35未満の項目は、項目31および項目32の2項目であった。

第4因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】の11項目の中の9項目で構成された。因子負荷量が0.35未満の項目は、項目53、59の2項目であった。項目59「保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する」は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】であったが、第1因子の因子負荷量が0.39と高く、また専門家パネルにて、適切性は「どちらでもない」、重要度では「あまり重要でない」と意見であった項目であるため、コンピテンシーとするのは適切でないと考え、項目59を除外することとした。

第5因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【自己研鑽】の13項目に、大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】の2項目が構成された。因子負荷量が0.35未満の項目は、項目66、70、72、75、76の5項目であった。

第6因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【業務マネジメント】の4項目で構成された。因子負荷量が0.35未満の項目はなかった。

第7因子は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域づくり】の項目で構成された項目46「事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる」、項目47「行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る」、項目48「行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する」の3項目で抽出された。しかし、この3項目は、第7因子および第3因子で因子負荷量が4.0を超えており、2つの因子に重なって因子負荷量が高い値であった。

表37 コンピテンシーリスト80項目の因子分析結果

n=419

		1	2	3	4	5	6	7
<b>第1因子</b>								
【個別支援】8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえよう、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	0.72	-0.18	0.15	0.11	-0.04	-0.13	0.03
【家族支援】27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	0.68	0.02	0.00	0.17	0.07	-0.02	-0.27
【個別支援】10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	0.68	-0.02	0.00	0.00	-0.01	-0.06	0.06
【個別支援】7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	0.66	-0.01	0.00	0.04	-0.08	-0.06	-0.15
【家族支援】29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	0.64	0.17	0.03	0.09	-0.08	-0.10	-0.01
【家族支援】28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	0.62	0.25	-0.05	0.01	0.07	-0.11	-0.05
【個別支援】11	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	0.60	-0.03	-0.02	-0.01	-0.11	0.06	0.27
【個別支援】19	的確な健康情報を適切な時期に個性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	0.60	0.11	0.03	-0.15	0.05	-0.05	0.14
【個別支援】12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	0.54	0.11	0.02	0.10	-0.11	0.06	-0.03
【個別支援】6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	0.53	-0.20	0.11	-0.04	0.16	0.09	0.03
【個別支援】11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	0.53	0.14	0.15	-0.05	0.03	-0.07	0.03
【個別支援】3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	0.52	0.12	-0.06	-0.07	-0.13	0.12	0.29
【個別支援】5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	0.49	-0.06	0.01	-0.09	0.10	0.11	0.01
【個別支援】12	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	0.46	0.10	-0.03	-0.02	-0.08	0.15	0.18
【個別支援】13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	0.45	-0.02	0.16	-0.06	-0.02	0.14	-0.15
【個別支援】14	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	0.38	0.22	-0.12	-0.15	0.11	0.05	0.16
【家族支援】30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	*0.30	0.34	0.01	0.06	0.05	-0.19	0.22
<b>第2因子</b>								
【個別支援】23	自分（保健師）の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	0.04	0.73	0.01	-0.03	-0.09	0.07	0.00
【個別支援】20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	-0.02	0.68	0.02	0.04	0.07	-0.08	-0.01
【個別支援】18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	0.09	0.64	0.07	-0.09	0.04	0.04	-0.15
【個別支援】24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	0.19	0.63	0.05	-0.05	-0.09	0.09	0.05
【個別支援】22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	0.15	0.60	0.20	0.02	-0.18	-0.02	-0.08
【個別支援】21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する。	0.18	0.59	-0.07	0.09	-0.02	-0.10	0.00
【個別支援】26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	0.32	0.44	0.02	0.05	-0.11	0.05	-0.02
【個別支援】25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	0.26	0.43	0.09	0.00	-0.06	0.17	0.02
【個別支援】19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	-0.15	0.39	0.19	0.03	0.16	-0.16	0.11
【個別支援】17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	0.08	*0.31	0.01	0.01	0.35	-0.03	0.00
【個別支援】14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	0.24	*0.30	-0.17	-0.03	0.08	0.20	0.01
【個別支援】16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	-0.14	*0.29	0.27	-0.03	0.24	0.12	-0.23
【個別支援】15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	0.29	*0.28	-0.15	0.04	0.09	0.17	-0.10

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量が0.35未満

表37 コンピテンシーリスト80項目の因子分析結果 (つづき)

		n=419						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>第3因子</b>								
【地域づくり】39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	0.09	0.04	0.80	0.03	-0.09	-0.01	0.01
【地域づくり】38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	0.01	0.10	0.78	0.05	-0.06	0.05	-0.09
【地域づくり】37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	0.02	-0.09	0.76	0.01	0.03	0.07	0.00
【地域づくり】42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	0.05	-0.07	0.76	0.04	-0.02	-0.04	0.05
【地域づくり】43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	0.11	-0.07	0.75	-0.03	-0.11	-0.02	0.27
【地域づくり】40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	0.04	0.11	0.73	0.06	-0.15	0.05	0.06
【地域づくり】36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	0.19	-0.01	0.68	-0.08	0.11	-0.04	-0.02
【地域づくり】41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。	-0.05	0.15	0.68	-0.02	0.01	0.07	-0.04
【地域づくり】44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	0.01	-0.10	0.65	-0.04	-0.06	0.04	0.30
【地域づくり】46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	0.00	-0.18	0.64	0.03	-0.05	-0.08	0.50
【地域づくり】45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	-0.05	-0.16	0.64	0.08	0.09	-0.07	0.24
【地域づくり】52	実施している事業の効果をも、住民に伝える。	-0.08	-0.01	0.59	0.01	0.05	0.03	0.02
【地域づくり】47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	-0.03	-0.14	0.58	0.01	0.02	-0.08	0.58
【地域づくり】33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	-0.01	0.29	0.55	-0.11	0.14	-0.08	-0.10
【地域づくり】50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	0.09	0.04	0.53	0.02	0.03	0.00	0.23
【地域づくり】35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	0.20	-0.06	0.51	-0.03	0.18	-0.03	0.03
【地域づくり】48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	-0.14	0.13	0.50	-0.08	-0.02	-0.06	0.53
【地域づくり】34	高齢者だけでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	-0.03	0.12	0.44	-0.08	0.31	-0.12	0.04
【地域づくり】49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	-0.08	0.18	0.44	0.01	-0.07	0.23	0.16
【地域づくり】51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	0.06	-0.04	0.42	-0.03	0.11	0.04	0.32
【地域づくり】31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	0.18	0.15	*0.25	-0.04	0.23	-0.02	0.00
【地域づくり】32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	0.09	0.26	*0.28	-0.03	0.24	-0.04	-0.01
<b>第4因子</b>								
【センター3職種】57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	0.10	-0.16	-0.09	0.79	0.03	0.08	-0.12
【センター3職種】56	自分の意見を押し付けずに、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	0.27	-0.29	0.02	0.78	0.01	0.10	-0.15
【センター3職種】58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	0.08	0.07	0.04	0.76	-0.03	-0.03	0.00
【センター3職種】54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	-0.20	0.19	0.06	0.72	-0.13	0.12	0.13
【センター3職種】55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	-0.07	0.08	0.01	0.74	0.03	0.05	0.15
【センター3職種】61	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	0.02	0.24	0.10	0.51	0.15	-0.16	0.14
【センター3職種】60	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。	0.02	0.13	0.09	0.41	0.20	-0.10	0.24
【センター3職種】53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	-0.26	0.18	0.26	*0.31	-0.03	0.10	0.25
【センター3職種】59	保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する。	0.39	-0.04	-0.08	*0.27	0.18	0.01	0.19

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量が0.35未満



表37 コンピテンシーリスト80項目の因子分析結果（つづき）

		n=419						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>第5因子</b>								
【自己研鑽】64	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	0.19	-0.23	0.05	0.03	0.61	0.05	0.01
【センター3職種】63	地域包括支援センター保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。	-0.04	-0.01	0.10	-0.01	0.60	0.06	0.25
【センター3職種】62	保健師としての自分の意見を持つ。	0.17	-0.10	-0.07	-0.01	0.57	0.00	0.36
【自己研鑽】65	上司や同僚、関係者に助言を受ける。	-0.04	0.03	-0.10	0.33	0.56	-0.02	-0.20
【自己研鑽】68	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	-0.18	0.08	0.22	-0.02	0.53	-0.09	-0.06
【自己研鑽】67	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	-0.04	0.03	0.09	-0.01	0.52	-0.02	0.02
【自己研鑽】74	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	-0.18	0.06	-0.10	0.41	0.42	-0.01	-0.15
【自己研鑽】71	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	0.09	-0.15	0.05	0.00	0.41	0.26	0.00
【自己研鑽】73	仕事の中に楽しさを見出す。	-0.15	0.04	-0.08	0.05	0.40	0.31	0.05
【自己研鑽】69	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	0.06	-0.10	0.29	-0.02	0.36	0.16	0.04
【自己研鑽】66	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	0.22	0.02	0.09	0.01	*0.33	-0.02	0.12
【自己研鑽】75	自分の今までの業務成果を評価する。	0.00	-0.03	-0.01	0.03	*0.32	0.31	0.08
【自己研鑽】72	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	-0.02	0.04	-0.03	0.10	*0.24	0.27	0.02
【自己研鑽】76	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら活動する。	-0.05	0.02	0.29	-0.04	*0.23	0.27	0.07
【自己研鑽】70	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に実践する。	0.09	0.05	0.13	-0.01	*0.18	0.33	-0.02
<b>第6因子</b>								
【業務マネジメント】77	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	-0.08	-0.05	0.11	0.14	-0.07	0.71	-0.14
【業務マネジメント】78	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	0.03	-0.04	-0.06	0.04	0.06	0.78	-0.09
【業務マネジメント】79	緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	0.15	0.04	-0.06	-0.05	0.06	0.57	0.14
【業務マネジメント】80	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする	-0.01	0.10	0.37	0.01	0.03	0.35	0.03

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量が0.35未満

項目59を除外した79項目について、改めて最尤法、プロマックス回転を使用し、探索的因子分析を行った。その結果を表38に示す。

第1因子は、17項目で構成された。項目1から項目13は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリーでは【個別支援】でサブカテゴリー<高齢者の生活の場に出向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力>、<高齢者に本心を話してもらえ様な関係性を構築していく力>、<高齢者の取組み意欲が高まるような提案力>に構成された項目であった。項目27から項目29および項目30は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリーでは【家族支援】に構成された項目であった。高齢者とその家族の状況を幅広くアセスメントし、高齢者とその家族の生活実態に沿った支援を提案し実践していく力であったことから、「高齢者と家族への個別支援」と命名した。

第2因子は、13項目で構成された。項目14から項目26は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【個別支援】のサブカテゴリー<個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力>および<個別支援のためのケアチームの連携が高ま

るようにコーディネートする力>に構成された項目が含まれていた。個別支援のためのケアチームメンバーの信頼関係を築き、ケアチームをコーディネートする力であったことから、「ケアチームのコーディネーション」と命名した。

第3因子は、項目31から項目52の22項目で構成された。これらは、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域づくり】とした項目であった。地域の課題を捉え、住民と課題およびビジョンを共有し、住民とともに地域づくりを実行していく力であったことから、「地域づくり」と命名した。

第4因子は、項目53から項目58および項目60～63の10項目で構成された。これらの項目は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】に該当した。第4因子は、地域包括支援センターの3職種がチームアプローチ高めるための行動であったことから、「地域包括支援センター3職種のチームワーク」と命名した。

第5因子は、項目64から項目76の13項目で構成された。項目64から項目76は、コンピテンシーリスト案では、大カテゴリー【自己研鑽】で構成された項目であった。また、因子負荷量が0.3未満であった項目は、項目70「必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に実践する」、項目72「業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する」、項目76「日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを考えながら活動する」であった。第5因子は、自身の実践力を高めるための自己研鑽に向けた行動であったため、「自己研鑽」と命名した。

第6因子は、項目77から項目80の4項目で構成された。これらの項目は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリー【業務マネジメント】と共通していたため、「業務マネジメント」と命名した。

第7因子は、因子負荷量が0.4以上の高いものが2つに因子に重なっている項目で、項目46「事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる」、項目47「行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司・同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る」、項目48「行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する」で構成された。項目46、47、48の内容は、コンピテンシーリスト案の大カテゴリーの【地域づくり】でサブカテゴリー<ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力>に含まれており、ビジョンを事業として実践するための行政的な施策力、実行力について説明している内容であった。項目46、47、48は、前に述べた第3因子に含まれている内容であるため、第7因子は設けず第3因子に統一していくこととした。

表38 コンピテンシーリスト79項目の因子分析結果

n=419

		1	2	3	4	5	6	7
<b>第1因子: 高齢者と家族への個別支援</b>								
【個別支援】8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	0.72	-0.19	0.14	0.12	-0.03	-0.14	0.05
【家族支援】27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	0.67	0.02	0.01	0.17	0.07	-0.03	-0.26
【個別支援】10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	0.67	-0.01	-0.01	0.00	0.00	-0.06	0.06
【個別支援】7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	0.65	-0.02	0.00	0.04	-0.08	-0.06	-0.14
【家族支援】29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	0.64	0.17	0.02	0.10	-0.07	-0.10	0.00
【家族支援】28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	0.61	0.26	-0.05	0.02	0.07	-0.11	-0.06
【個別支援】1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	0.60	-0.02	-0.03	0.00	-0.10	0.06	0.27
【個別支援】9	的確な健康情報を適切な時期に個性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	0.58	0.12	0.03	-0.15	0.05	-0.05	0.13
【個別支援】6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	0.54	-0.20	0.11	-0.03	0.17	0.08	0.04
【個別支援】12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	0.53	0.11	0.02	0.10	-0.10	0.06	-0.03
【個別支援】11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	0.52	0.14	0.15	-0.05	0.03	-0.07	0.03
【個別支援】3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	0.52	0.12	-0.07	-0.07	-0.12	0.12	0.28
【個別支援】5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	0.49	-0.07	0.01	-0.08	0.10	0.10	0.02
【個別支援】2	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	0.47	0.10	-0.05	-0.01	-0.07	0.15	0.18
【個別支援】13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	0.44	-0.02	0.16	-0.06	-0.02	0.14	-0.15
【個別支援】4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	0.37	0.23	-0.12	-0.14	0.11	0.05	0.14
【家族支援】30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	*0.30	0.35	0.00	0.07	0.06	-0.19	0.22
<b>第2因子: ケアチームのコーディネーション</b>								
【個別支援】23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	0.03	0.73	0.02	-0.04	-0.09	0.07	-0.01
【個別支援】20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	-0.02	0.68	0.02	0.04	0.07	-0.09	0.00
【個別支援】18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	0.08	0.64	0.07	-0.10	0.04	0.03	-0.15
【個別支援】24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	0.18	0.63	0.05	-0.04	-0.10	0.10	0.04
【個別支援】22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探し結びつける。	0.14	0.61	0.21	0.02	-0.18	-0.02	-0.08
【個別支援】21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する。	0.18	0.59	-0.08	0.09	-0.02	-0.10	0.01
【個別支援】26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	0.31	0.45	0.02	0.05	-0.12	0.05	-0.03
【個別支援】25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	0.25	0.44	0.09	0.00	-0.07	0.17	0.01
【個別支援】19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	-0.15	0.40	0.19	0.03	0.16	-0.16	0.11
【個別支援】17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	0.08	*0.31	0.01	0.01	0.35	-0.03	0.00
【個別支援】14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	0.24	*0.30	-0.17	-0.03	0.08	0.20	0.01
【個別支援】16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	-0.15	*0.29	0.28	-0.03	0.23	0.12	-0.23
【個別支援】15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	0.29	*0.28	-0.14	0.05	0.10	0.17	-0.11

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量0.35未満

表38 コンピテンシーリスト79項目の因子分析結果（つづき）

n=419

		1	2	3	4	5	6	7
<b>第3因子：地域づくり</b>								
【地域づくり】39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	0.08	0.04	0.81	0.03	-0.10	0.00	0.01
【地域づくり】38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	0.00	0.10	0.80	0.04	-0.07	0.06	-0.09
【地域づくり】37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	0.01	-0.09	0.77	0.00	0.02	0.08	0.00
【地域づくり】42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	0.05	-0.08	0.75	0.04	-0.02	-0.04	0.07
【地域づくり】43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	0.10	-0.07	0.74	-0.03	-0.11	-0.02	0.27
【地域づくり】40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	0.03	0.11	0.73	0.06	-0.15	0.05	0.06
【地域づくり】41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。	-0.05	0.15	0.69	-0.02	0.00	0.07	-0.04
【地域づくり】36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	0.18	-0.01	0.68	-0.08	0.10	-0.04	-0.01
【地域づくり】44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	0.01	-0.10	0.64	-0.04	-0.06	0.03	0.31
【地域づくり】45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	-0.04	-0.16	0.63	0.08	0.09	-0.07	0.25
【地域づくり】46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	0.01	-0.18	0.62	0.03	-0.04	-0.08	0.52
【地域づくり】52	実施している事業の効果をも、住民に伝える。	-0.08	-0.01	0.60	0.01	0.05	0.02	0.03
【地域づくり】33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	-0.02	0.29	0.56	-0.11	0.13	-0.08	-0.10
【地域づくり】47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	-0.02	-0.14	0.56	0.02	0.03	-0.09	0.60
【地域づくり】50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	0.09	0.04	0.52	0.02	0.03	-0.01	0.24
【地域づくり】35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	0.20	-0.06	0.51	-0.03	0.18	-0.03	0.04
【地域づくり】48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	-0.13	0.14	0.48	-0.08	-0.01	-0.07	0.53
【地域づくり】34	高齢者だけでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	-0.04	0.12	0.45	-0.08	0.31	-0.11	0.03
【地域づくり】49	地域の社会資源（NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など）の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	-0.07	0.17	0.43	0.01	-0.06	0.23	0.17
【地域づくり】51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	0.07	-0.04	0.40	-0.02	0.12	0.03	0.33
【地域づくり】31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	0.18	0.16	*0.24	-0.04	0.23	-0.02	0.00
【地域づくり】32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	0.09	0.26	*0.28	-0.03	0.24	-0.04	-0.01
<b>第4因子：地域包括支援センター3職種チームワーク</b>								
【センター3職種】56	自分の意見を押し付けず、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	0.28	-0.30	0.01	0.78	0.02	0.10	-0.14
【センター3職種】57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	0.11	-0.17	-0.09	0.78	0.04	0.08	-0.11
【センター3職種】58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	0.08	0.08	0.04	0.75	-0.02	-0.03	0.00
【センター3職種】55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	-0.07	0.08	0.00	0.73	0.03	0.05	0.15
【センター3職種】54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	-0.19	0.19	0.06	0.71	-0.12	0.12	0.13
【センター3職種】61	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	0.02	0.24	0.10	0.51	0.15	-0.15	0.13
【センター3職種】60	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。	0.02	0.15	0.09	0.41	0.20	-0.09	0.23
【センター3職種】53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	-0.25	0.17	0.24	*0.30	-0.02	0.10	0.26
【センター3職種】63	地域包括支援センター保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。	-0.03	0.00	0.10	0.00	0.59	0.07	0.24
【センター3職種】62	保健師としての自分の意見を持つ。	0.17	-0.08	-0.08	0.01	0.56	0.01	0.35

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量0.35未満

表38 コンピテンシーリスト79項目の因子分析結果（つづき）

n=419

	1	2	3	4	5	6	7
<b>第5因子: 自己研鑽</b>							
【自己研鑽】64	0.19	-0.22	0.04	0.03	0.61	0.05	0.01
【自己研鑽】65	-0.03	0.03	-0.10	0.32	0.57	-0.03	-0.19
【自己研鑽】68	-0.17	0.08	0.22	-0.02	0.53	-0.09	-0.06
【自己研鑽】67	-0.04	0.04	0.09	-0.01	0.52	-0.02	0.02
【自己研鑽】74	-0.16	0.05	-0.11	0.41	0.43	-0.02	-0.14
【自己研鑽】71	0.10	-0.15	0.04	0.01	0.41	0.26	0.00
【自己研鑽】73	-0.14	0.03	-0.09	0.05	0.40	0.31	0.05
【自己研鑽】69	0.06	-0.10	0.29	-0.02	0.36	0.16	0.04
【自己研鑽】66	0.22	0.03	0.08	0.01	* 0.33	-0.02	0.12
【自己研鑽】75	0.00	-0.03	-0.01	0.03	* 0.32	0.32	0.07
【自己研鑽】72	-0.02	0.04	-0.03	0.10	* 0.24	0.27	0.01
【自己研鑽】76	-0.05	0.03	0.30	-0.04	* 0.23	0.28	0.07
【自己研鑽】70	0.09	0.04	0.13	-0.01	* 0.18	0.33	-0.02
<b>第6因子: 業務マネジメント</b>							
【業務マネジメント】78	0.02	-0.04	-0.06	0.04	0.05	0.79	-0.10
【業務マネジメント】77	-0.09	-0.06	0.12	0.13	-0.07	0.71	-0.14
【業務マネジメント】79	0.15	0.04	-0.06	-0.05	0.05	0.58	0.12
【業務マネジメント】80	-0.01	0.10	0.36	0.01	0.02	0.36	0.03

因子抽出法: 最尤法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

\* 因子負荷量0.35未満

#### 4) 探索的因子分析に基づくリスト案の修正

探索的因子分析を基に検討した結果、いくつかの項目の文言に修正が必要なことが伺われた。

まず、前述のとおり、探索的因子分析の結果、項目59は【地域包括支援センター3職種のチームワーク】であったが、回答者はむしろ「高齢者と家族への個別支援」項目として捉える傾向にあること、また専門家パネルにて、適切性および重要度が低かったことから、項目59を削除した。

項目62「保健師としての自分の意見を持つ」および項目63「地域包括支援センター保健師として何ができるかを考え、できることを実践する」は、コンピテンシーリスト案では大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】のサブカテゴリー＜地域包括支援センター保健師としての自立する力＞として構成された項目であった。しかし、回答者は、「自己研鑽」項目として回答している傾向がみられた。これは、場面設定が捉えられず回答しているためではないかと考えられた。そのため、項目62および項目63の冒頭に“地域包括支援センター3職種の中で”の文言を追加して、項目62は、「地域包括支援センタ

一3職種の中で保健師として自分の意見を持つ」、項目63は「地域包括支援センター3職種の中で保健師として何ができるかを考え実践することを実践する」と変更することとした。

項目70「必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に実践する」は、設定した「自己研鑽」項目の因子負荷量は低く、「業務マネジメント」項目の因子負荷量が高かった。

「自己研鑽」項目であることを明確にするために、文末を“迅速に取り組む努力をする”という表現に修正し、「必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする」とした。

項目75「自分の今までの業務成果を評価する」と項目76「日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているかを考えながら活動する」は、設定したとおり「自己研鑽」項目であったが、同時に「業務マネジメント」項目にも因子負荷量が高かった。保健師の能力向上ではなく、地域包括支援センター全体の業務管理として捉えて回答している可能性が考えられた。「自己研鑽」項目であることをより明確にするため、項目75は、“不足していることを研修する”の文言を文末に追加して、「自分の今までの活動成果を評価し、不足していることを研修する」、項目76は文末を“振り返りながら活動する”という表現に修正し、「自身の実践活動が、目指すビジョンにつながっているか振り返りながら活動する」とした。

以上のとおり、設定したコンピテンシーリスト80項目のうち、1項目の削除および5項目の文言修正を行ったため、修正版コンピテンシーリストについて、改めて信頼性、妥当性の検証を行うこととした。【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストは表39に示す。

表39【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	N0.	小カテゴリー「コンピテンシーリスト案」(79)
個別支援	【高齢者の生活の場に向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力】	1	高齢者の医療面、生活面・経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。
		2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。
		3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。
		4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の状況を確認する。
		5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。
		6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。
		7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいかについて意思・主張をありのまま聞き取る。
	【高齢者に本心話を話してもらえる様な関係性を構築していく力】	8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心話を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。
		9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。
		10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。
	【高齢者の取組み意欲が高まるような提案力】	11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。
		12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。
		13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待つ。
	【個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力】	14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。
		15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。
		16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民との交流を持ち顔なじみになる。
	【個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力】	17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。
		18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。
		19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。
		20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。
		21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。
		22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。
		23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。
		24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。
		25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。
		26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。

表39【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト (つづき)

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	N0.	小カテゴリー「コンピテンシーリスト案」(79)
家族支援	【家族機能を高める支援力】	27	家族の生活や思い、立場を尊重する。
		28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。
		29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える。
		30	家族に母子・成人・精神領域などの別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。
地域づくり	【個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力】	31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉える。
		32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決の方法を予測する。
		33	保健師が課題だと予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。
		34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。
	【地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力】	35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。
		36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。
	【地域住民へ説明する力】	37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。
		38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。
	【地域づくりに向けて住民を動かす先導力】	39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。
		40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。
		41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。
		42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。
	【国・県・市町村の政策や制度を活用する力】	43	国・自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。
		44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。
		45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。
	【ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力】	46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。
		47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司・同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。
		48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。
		49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。
		50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取り組みに生かす。
51		実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	
52		実施している事業の効果を、住民に伝える。	



表39【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト（つづき）

大カテゴリー(6)	中カテゴリー(20)	N0.	小カテゴリー「コンピテンシーリスト案」(79)
地域包括支援センター3職種のチームワーク	【業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力】 【他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力】	53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。
		54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。
		55	3職種間で話しやすい関係をつくるために、積極的なコミュニケーションをとる。
		56	自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。
		57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。
		58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。
		59	保健師が得意な医療分野などは、助言を求められたら社会福祉士や主任ケアマネジャーにわかりやすく説明する。
	【介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力】 【地域包括支援センターの保健師としての自立する力】	60	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。
		61	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。
		62	地域包括支援センター3職種の中で保健師として自分の意見を持つ
自己研鑽	【業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力】	63	地域包括支援センター3職種の中で保健師として何ができるかを考え実践することを実践する
		64	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。
		65	上司や同僚、関係者に助言を受ける。
		66	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。
	【業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力】	67	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。
		68	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。
		69	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。
		70	必要だと思ったら、できそうなところから迅速に取り組む努力をする。
		71	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。
		72	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。
【地域包括支援センター保健師としての自分の活動を振り返る力】	73	仕事の中に楽しさを見出す。	
	74	自分の今までの活動成果を評価し、足りないことを研修する。	
	75	自身の実践活動が、目指すビジョンにつながっているかを振り返りながら活動する。	
業務マネジメント	【効果的な支援が常に実践できるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力】	76	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。
		77	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。
		78	緊急対応が必要になった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる。
		79	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする。

## 5) 信頼性・妥当性の検討

上述のとおり、コンピテンシーリストの文言の修正を行ったため、信頼性、妥当性の検証については、修正版において詳しく記述する。しかし、修正する前のコンピテンシーリストについても、信頼性、妥当性の検証を行っており、再テストに回答していただいた保健師の方々があるため、ここでは簡略に概要を示す。

## (1) 併存妥当性

基準関連妥当性の1つである併存妥当性を検討するために、卓越した保健師は優れた実践ができるために職務満足感や自尊感情が高いという仮説のもとで、自尊感情として自尊感情尺度(山本他, 1982)、職務満足感を測定し、相関を検討した。コンピテンシーリストは項目 59 を除外した 79 項目のリストを用いた。

自尊感情尺度の合計得点は、13 点～50 点の範囲にあり、平均値が 33.94 点 (SD±7.00) であった。職務満足感は、「私は現在の仕事に満足している」という一項目を 5 件法のリッカートスケールで測定し、平均値が 3.39 点 (SD±0.84) であった。

地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの総得点および 6 下位因子の平均得点と、自尊感情尺度、職務満足感との相関を表 40 に示した。自尊感情尺度との相関は、コンピテンシーリスト総得点で  $r=0.36$  と弱い相関がみられ、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」、第 5 因子「自己研鑽」、第 6 因子「業務マネジメント」との間でも  $r>0.3$  の有意な弱い正の相関がみられた。第 3 因子「地域づくり」、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」との間では相関がみられなかった。

職務満足感との相関は、コンピテンシーリスト総得点で、0.31 と弱い正の相関がみられた。また、第 5 因子「自己研鑽」との間でも 0.39 と有意な弱い正の相関がみられた。

表 40 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストと自尊感情尺度、職務満足感との相関

コンピテンシーリスト79項目	合計得点のM±SD	項目得点のM±SD	「自尊感情尺度」総得点	「職務満足感」得点
第1因子	63.17±7.33	3.72±0.66	.33**	.16**
第2因子	44.11±7.26	3.58±0.74	.31**	.27**
第3因子	66.26±14.97	3.01±0.93	.27**	.24**
第4因子	38.50±5.62	3.85±0.79	.24**	.30**
第5因子	47.70±5.81	3.67±0.74	.39**	.39**
第6因子	14.28±2.34	3.57±0.76	.36**	.25**
総得点	274.03±36.27	3.47±0.80	.36**	.31**

\*\*p<0.01

## (2) 内的整合性の検討

地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト 79 項目について Cronbach's  $\alpha$  を計算した。コンピテンシーリスト全体は、0.972 であった。また、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」は 0.913、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」は 0.891、第 3 因子「地域づくり」は 0.956、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」は 0.889、第 5 因子「自己研鑽」は 0.849、第 6 因子「業務マネジメント」は 0.774 であり、いずれも高い内的整合性を示した。

79 項目のうちいずれも、項目が削除された場合の Cronbach's  $\alpha$  は、0.973~0.972 で 0.01 以上大きくなる項目はなかった。

## (3) 時間的安定性の検討

再テスト法の結果、総得点間の相関係数は 0.89 と高い相関を示した。各因子の相関係数は、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」は 0.87、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」は 0.77、第 3 因子「地域づくり」は 0.89、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」は 0.62、第 5 因子「自己研鑽」は 0.77、第 6 因子「業務マネジメント」は 0.72 であり、いずれも中程度から高い相関を示した。各項目の相関係数を算出したところ、0.37~0.81 の範囲にあり、0.3 以下の項目はなかった。また、保健師各人の一致度を検討するためにカッパ係数を算出した。こちらでも 0.37~0.81 と中等度から高い一致度を示した。

## 6) 【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの信頼性、妥当性の検証

【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト信頼性、妥当性の検証は、後述する研究 3「地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー項目の検討」で収集したデータを用いた。

### (1) 研究方法

研究対象者は地域包括支援センターに所属している保健師で、最初の調査で対象とした施設を除く全国の地域包括支援センター（サブセンター・ブランチを除き）から 50%の割合で無作為抽出した 2,448 か所の地域包括支援センターに所属する保健師約 2,080 人であ

った。直営型と委託型を層化して無作為抽出した。前述したVI-研究 2-2 と同様に、自尊感情の測定にはローゼンバーグの自尊感情尺度日本語版（山本他，1982）を、また職務満足感は、「私は現在の仕事に満足している」という一項目を 5 件法のリッカートスケールで測定した。

再テストに協力を承諾した者に対して 4 週間の期間を置いて 2 回調査を実施した。

研究対象者、データ収集方法の詳細は研究 3 で示し、ここでは信頼性、妥当性検証の結果について述べる。

## （2）項目分析

【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト 79 項目の項目分析を表 41 に示した。まず、各項目の記述統計を行い、平均値および標準偏差値を算出した。各項目の平均値は、2.70~4.32 であった。天井効果、すなわち平均値と標準偏差値の和が項目の最大得点（5 点）を超える項目はなかったが、項目 57 は、4.97 と高い値であった。また、床効果、すなわち平均値と標準偏差値の差が最小得点（1 点）を超える項目もなかった。

I-T 相関（Item-Total correlation：項目－合計得点相関）については、Pearson の積率相関を用いて検討した。最低の値を示したものは、項目 57 で  $r=0.23$  のみであった。残りの全ての項目は、0.30 を超え、中程度以上の有意な相関が認められた。

G-P 分析（Good-Poor analysis：上位－下位分析）については、修正版コンピテンシーリスト 79 項目の総得点で上位群 25%、下位群 25%に分け、その群ごとの各リスト項目の平均値の比較を行った。有意水準を 1%として検討したところ、すべての項目について 0.01 未満の有意差が認められた。

79 項目の各項目間の相関については、最も高かった項目は、項目 35「地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる」と項目 36「ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する」との相関で 0.83 であった。項目間相関係数が 0.7 以上であった項目ペアは、項目 37 と項目 38 ( $r=0.74$ )、項目 38 と項目 39 ( $r=0.77$ )、項目 39 と項目 40 ( $r=0.78$ )、項目 40 と項目 41 ( $r=0.75$ )、項目 46 と項目 47 ( $r=0.72$ )、項目 47 と項目 48 ( $r=0.73$ )、項目 54 と項目 55 ( $r=0.78$ ) の 7 つであった。項目 35 から項目 47 の内容は、地域づくりのための介入手法を示しているが、内容はそれぞれ異なるため、削除しないこととした。項目 54 と項目 55 は、地域包括支援セン

ター3 職種間の情報共有やコミュニケーションのことを示した内容であるが、それぞれの行為の目的が異なるため、内容は異なると判断した。それ以外の項目間の相関係数は 0.6 以下であった。また、79 項目の各項目間の多重共線性の指標である VIF はすべての項目が 5 未満であり、多重共線性がないことを確認した。

表 41 天井効果・床効果・I-T 相関・G-P 分析の結果

n=473									
No.		最小値	最大値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+SD)	床効果 (M-SD)	I-T相関 pearson	GP分析 (p値)
1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	2	5	3.83	0.53	4.36	3.30	0.46	<0.01
2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	2	5	3.85	0.51	4.36	3.34	0.50	<0.01
3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	2	5	3.58	0.62	4.20	2.96	0.54	<0.01
4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向かい、実際の生活状況を確認する。	2	5	3.59	0.67	4.26	2.92	0.55	<0.01
5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	2	5	3.85	0.62	4.47	3.24	0.49	<0.01
6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	2	5	3.87	0.56	4.43	3.32	0.51	<0.01
7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	2	5	3.90	0.60	4.50	3.30	0.42	<0.01
8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	2	5	3.84	0.66	4.50	3.18	0.46	<0.01
9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	1	5	3.66	0.70	4.36	2.96	0.57	<0.01
10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	2	5	3.87	0.52	4.39	3.35	0.56	<0.01
11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	1	5	3.53	0.70	4.23	2.83	0.59	<0.01
12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	1	5	3.73	0.67	4.40	3.06	0.48	<0.01
13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	1	5	3.53	0.69	4.22	2.85	0.44	<0.01
14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	1	5	4.01	0.67	4.68	3.34	0.45	<0.01
15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	2	5	3.73	0.66	4.39	3.07	0.48	<0.01
16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	1	5	3.36	1.01	4.37	2.35	0.48	<0.01
17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	1	5	3.91	0.68	4.59	3.23	0.59	<0.01
18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	1	5	3.18	0.84	4.02	2.34	0.59	<0.01
19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	1	5	3.21	1.00	4.21	2.21	0.46	<0.01
20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	1	5	3.34	0.90	4.24	2.45	0.61	<0.01
21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。	1	5	3.59	0.76	4.35	2.84	0.58	<0.01
22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	1	5	3.03	0.89	3.92	2.14	0.63	<0.01
23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	1	5	3.21	0.84	4.05	2.37	0.59	<0.01
24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	1	5	3.28	0.82	4.10	2.46	0.70	<0.01
25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	1	5	3.44	0.77	4.21	2.67	0.58	<0.01
26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状態、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	1	5	3.32	0.86	4.18	2.47	0.57	<0.01
27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	3	5	4.03	0.47	4.50	3.56	0.47	<0.01
28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	1	5	3.75	0.61	4.36	3.14	0.60	<0.01
29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	2	5	3.83	0.58	4.41	3.25	0.52	<0.01
30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	1	5	3.75	0.75	4.50	3.00	0.57	<0.01
31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	1	5	3.53	0.73	4.26	2.80	0.66	<0.01
32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	1	5	3.37	0.73	4.10	2.64	0.66	<0.01
33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	1	5	3.02	0.86	3.88	2.16	0.67	<0.01
34	高齢者だけでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	1	5	3.28	0.85	4.13	2.43	0.66	<0.01
35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	1	5	3.09	0.92	4.01	2.17	0.67	<0.01
36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	1	5	2.96	0.90	3.86	2.07	0.68	<0.01
37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	1	5	2.91	1.00	3.91	1.91	0.64	<0.01
38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	1	5	2.82	0.97	3.79	1.85	0.68	<0.01
39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	1	5	2.79	0.98	3.77	1.81	0.70	<0.01
40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮しながら事前に打診をして地域づくりを進める。	1	5	2.91	0.98	3.89	1.93	0.70	<0.01

網かけ: 0.3未満

表 41 天井効果・床効果・I-T 相関・G-P 分析の結果 (つづき)

									n=473
No.	最小値	最大値	平均値 (M)	標準偏差 (SD)	天井効果 (M+SD)	床効果 (M-SD)	I-T相関 pearson	GP分析 (p値)	
41	1	5	2.83	0.97	3.80	1.86	0.71	<0.01	
42	1	5	3.23	0.98	4.21	2.25	0.64	<0.01	
43	1	5	2.93	0.95	3.88	1.98	0.65	<0.01	
44	1	5	2.70	0.99	3.69	1.71	0.60	<0.01	
45	1	5	3.10	1.01	4.11	2.09	0.58	<0.01	
46	1	5	2.99	1.12	4.11	1.87	0.59	<0.01	
47	1	5	2.96	1.09	4.05	1.87	0.65	<0.01	
48	1	5	2.73	1.01	3.74	1.72	0.64	<0.01	
49	1	5	2.96	0.90	3.86	2.06	0.66	<0.01	
50	1	5	3.06	0.88	3.94	2.18	0.72	<0.01	
51	1	5	3.20	0.90	4.10	2.30	0.63	<0.01	
52	1	5	2.88	0.93	3.81	1.95	0.68	<0.01	
53	1	5	3.54	0.87	4.41	2.67	0.43	<0.01	
54	1	5	3.96	0.82	4.78	3.15	0.42	<0.01	
55	1	5	4.02	0.79	4.81	3.23	0.46	<0.01	
56	1	5	4.16	0.63	4.79	3.53	0.31	<0.01	
57	1	5	4.32	0.65	4.97	3.67	0.23	<0.01	
58	1	5	4.07	0.77	4.84	3.30	0.42	<0.01	
59	1	5	3.86	0.86	4.72	3.01	0.51	<0.01	
60	1	5	3.88	0.85	4.73	3.04	0.55	<0.01	
61	1	5	3.84	0.81	4.65	3.03	0.67	<0.01	
62	1	5	3.76	0.85	4.61	2.92	0.70	<0.01	
63	2	5	3.98	0.49	4.47	3.49	0.46	<0.01	
64	2	5	4.17	0.54	4.71	3.63	0.32	<0.01	
65	1	5	3.48	0.72	4.20	2.76	0.54	<0.01	
66	1	5	3.64	0.78	4.42	2.86	0.50	<0.01	
67	1	5	3.18	1.01	4.19	2.17	0.48	<0.01	
68	1	5	3.45	0.73	4.18	2.72	0.60	<0.01	
69	2	5	3.79	0.65	4.44	3.14	0.49	<0.01	
70	1	5	4.01	0.56	4.57	3.45	0.45	<0.01	
71	1	5	3.63	0.77	4.40	2.87	0.38	<0.01	
72	1	5	3.51	0.94	4.45	2.58	0.42	<0.01	
73	1	5	4.12	0.64	4.76	3.48	0.32	<0.01	
74	1	5	3.40	0.82	4.22	2.58	0.53	<0.01	
75	1	5	3.25	0.85	4.10	2.40	0.66	<0.01	
76	1	5	3.71	0.74	4.45	2.97	0.41	<0.01	
77	2	5	3.92	0.67	4.59	3.25	0.43	<0.01	
78	2	5	3.72	0.73	4.45	2.99	0.54	<0.01	
79	1	5	3.23	0.84	4.07	2.39	0.62	<0.01	

網かけ:0.3未満

### (3) 探索的因子分析

最尤法、プロマックス回転を用いて、因子分析を行った。その結果、固有値 1 以上かつ累積寄与率が 50%を超えたところが、因子 5 であった。

スクリー・プロット (図 3) では、第 4 因子と第 5 因子の間、および第 5 因子と第 6 因子の間の傾斜の傾きが大きいことを確認し、因子数を 5 として 2 回目の因子分析を行った。

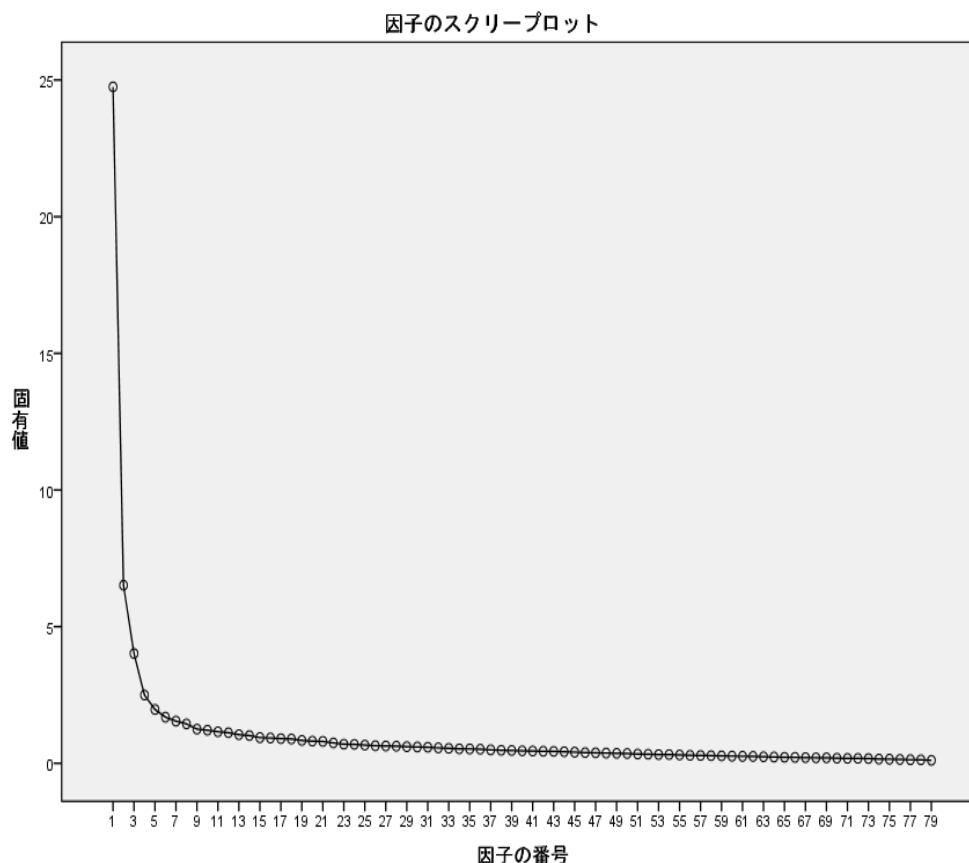


図 3 スクリー・プロット

【修正版】コンピテンシーリスト 79 項目をすべて指定し、因子数を 5 で設定し、最尤法、斜交回転 (プロマックス回転) での分析を行い、パターン行列で因子負荷量を確認した。結果を表 42 に示す。表内のアルファベットは、研究 2 で検討した因子名で、A「高齢者と家族への個別支援」、B「ケアチームのコーディネーション」、C「地域づくり」、D「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」、E「自己研鑽」、F「業務マネジメント」を示し、項目番号を数字で示している。



第1因子は、研究2のA「高齢者と家族への個別支援」に該当し、【個別支援】の項目一部と【家族支援】の4項目で構成されるかたちとなった。研究2ではB「ケアチームのコーディネーション」に分類された項目14「住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する」と項目15「総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる」は、本研究では第1因子に含まれた。因子負荷量が0.35を下回る項目は、項目15(.23)であった。第1因子は、研究2と同様にA「高齢者と家族への個別支援」と命名した。

第2因子は、研究2においてB「ケアチームのコーディネーション」とした項目で構成された。因子負荷量が0.35を下回る項目は、項目17「個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる」(.30)であった。第2因子も、研究2と同様にB「ケアチームのコーディネーション」と命名した。

第3因子は、研究2でC「地域づくり」とした22項目に加え、項目16「地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる」、項目79「個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする」で構成された。項目16および項目79は、研究2においてもC「地域づくり」と設定した因子に対しても因子負荷量が高い項目であった。因子負荷量が0.35を下回る項目は、項目16(.28)であった。第3因子においても、研究2と同様にC「地域づくり」と命名した。

第4因子は、研究2でD「地域包括支援センター3職種のチームワーク」とした10項目に加えて、研究2ではE「自己研鑽」とした項目73「職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ」で構成された。本研究では、項目73の因子負荷量は、第4因子では.37、第5因子では.34と近い値であった。第4因子では、因子負荷量が0.35を下回る項目はなかった。第4因子も、研究2と同様にD「地域包括支援センター3職種のチームワーク」と命名した。

第5因子は、研究2においてE「自己研鑽」とした項目とF「業務マネジメント」とした項目とが、一緒になったかたちで構成された。第5因子は、業務を達成するために計画的に進めるためのマネジメントと、質の高い実践をこなすための知識や技術の獲得に向けた努力や高い職業意識など自己管理能力を説明していると考えられた。第5因子はE「業務・セルフマネジメント」と命名した。第5因子では、因子負荷量が0.35を下回る項目はなかった。

表 42 【修正版】コンピテンシーリストの因子分析結果

n=473

No.		1	2	3	4	5
A-2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	0.81	0.01	-0.04	-0.06	-0.08
A-1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	0.79	-0.01	-0.01	-0.12	-0.08
A-12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	0.66	0.08	-0.11	-0.03	0.02
A-6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	0.65	-0.14	0.09	0.07	-0.01
A-4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	0.63	0.10	0.04	-0.07	-0.01
A-3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	0.60	0.06	0.10	-0.04	-0.06
A-10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	0.59	0.03	0.01	0.04	0.06
A-9	的確な健康情報を適切な時期に個性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	0.57	0.07	0.07	-0.02	0.04
A-11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	0.56	0.07	0.07	-0.10	0.14
A-7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	0.55	-0.01	-0.06	0.10	0.00
A-28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	0.53	0.17	0.00	-0.07	0.14
A-13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	0.53	0.02	-0.09	-0.06	0.16
A-5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	0.53	0.05	-0.02	-0.02	0.08
A-8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	0.49	0.11	0.00	0.03	-0.03
A-27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	0.48	0.00	-0.07	-0.01	0.22
A-29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	0.42	0.23	-0.06	0.06	0.06
B-14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	0.42	0.05	-0.05	0.04	0.13
A-30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	0.37	0.26	0.17	0.02	-0.11
B-15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	*0.23	0.18	-0.03	0.03	0.22
B-18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	0.08	0.50	0.16	0.00	0.00
B-19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	-0.04	0.38	0.26	-0.05	-0.03
B-20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	0.01	0.59	0.21	0.03	-0.07
B-21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する。	0.16	0.52	-0.02	0.17	-0.03
B-22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探し結びつける。	0.14	0.49	0.24	-0.04	-0.05
B-23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	0.07	0.68	0.08	0.07	-0.12
B-24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	0.14	0.71	0.06	0.05	-0.04
B-25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	0.23	0.67	-0.10	-0.04	-0.01
B-26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	0.30	0.54	-0.02	0.01	-0.08
B-17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	0.22	*0.30	0.12	0.03	0.08

A: 高齢者と家族への個別支援 B: ケアチームのコーディネーション C: 地域づくり

D: 地域包括支援センター3職種のチームワーク E: 自己研鑽 F: 業務マネジメント

\*: 因子負荷量0.35未満の項目

表 42 【修正版】コンピテンシーリストの因子分析結果（つづき）

n=473

No.		1	2	3	4	5
C-35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	0.26	-0.26	0.92	0.06	-0.24
C-36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	0.21	-0.18	0.90	0.03	-0.20
C-43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	-0.02	-0.12	0.81	-0.06	0.09
C-37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	0.12	-0.01	0.80	-0.05	-0.17
C-39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	-0.05	0.11	0.79	-0.13	0.05
C-38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	-0.05	0.10	0.78	-0.06	-0.03
C-40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	-0.10	0.16	0.75	-0.07	0.05
C-50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	-0.05	0.04	0.73	0.08	0.03
C-47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	-0.08	0.03	0.73	0.02	0.03
C-46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	-0.05	-0.05	0.73	0.01	0.00
C-42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	-0.13	0.02	0.73	0.01	0.08
C-34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	0.16	-0.06	0.72	0.05	-0.12
C-48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	-0.08	0.12	0.71	-0.05	0.01
C-44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	-0.16	0.08	0.70	-0.11	0.13
C-41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。	-0.09	0.18	0.69	-0.06	0.10
C-51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	-0.04	-0.10	0.69	0.10	0.08
C-32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	0.18	-0.11	0.68	0.03	-0.03
C-33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	0.10	0.10	0.66	-0.01	-0.08
C-52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	-0.07	0.08	0.63	0.06	0.11
C-45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	-0.06	-0.03	0.62	0.03	0.09
C-31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	0.29	-0.12	0.56	0.02	0.03
C-49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	-0.10	0.27	0.53	0.02	0.06
F-79	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする	-0.02	0.06	0.36	0.07	0.31
B-16	地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	0.02	0.11	* 0.28	-0.03	0.18
D-54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	-0.15	0.10	0.02	0.86	-0.05
D-55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	-0.05	0.08	-0.02	0.87	-0.05
D-58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	-0.05	0.09	-0.07	0.83	-0.02
D-57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	0.01	-0.14	-0.13	0.76	0.03
D-59	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。	-0.07	0.05	0.10	0.73	0.03
D-60	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	0.01	0.02	0.21	0.68	-0.06
D-56	自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	0.11	-0.08	-0.15	0.67	0.06
D-53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	-0.06	0.20	0.02	0.53	0.02
D-62	地域包括支援センター3職種の中の保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。	0.12	0.04	0.30	0.37	0.15
E-73	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	-0.03	-0.07	-0.10	0.37	0.34
D-61	地域包括支援センター3職種の中で保健師としての自分の意見を持つ。	0.22	-0.02	0.26	0.35	0.12

A: 高齢者と家族への個別支援 B: ケアチームのコーディネーション C: 地域づくり

D: 地域包括支援センター3職種のチームワーク E: 自己研鑽 F: 業務マネジメント

\*: 因子負荷量0.35未満の項目

表 42 【修正版】コンピテンシーリストの因子分析結果（つづき）

n=473

No.	1	2	3	4	5
F-76 計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	0.09	-0.07	-0.08	-0.05	0.66
E-74 自分の今までの業務成果を評価し、不足していることを研修する。	-0.04	-0.05	0.19	-0.08	0.64
F-77 複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	0.21	-0.09	-0.14	0.03	0.58
E-69 必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取組む努力をする。	-0.05	0.05	0.08	0.01	0.57
E-66 積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	-0.10	0.03	0.18	-0.05	0.57
E-68 常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取組む。	0.06	-0.03	0.19	-0.02	0.56
E-75 日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを振り返りながら活動する。	-0.04	-0.08	0.43	-0.05	0.54
E-63 他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	0.20	-0.15	-0.05	0.11	0.54
E-71 業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	-0.07	0.02	-0.02	0.07	0.53
E-70 関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	0.16	-0.11	-0.02	0.07	0.53
E-64 上司や同僚、関係者に助言を受ける。	0.07	-0.13	-0.23	0.33	0.50
F-78 緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	0.31	0.10	-0.09	-0.04	0.43
E-65 法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	0.01	0.15	0.14	-0.05	0.42
E-67 保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	-0.16	0.03	0.33	-0.01	0.38
E-72 仕事の中に楽しさを見出す。	0.14	-0.08	0.08	0.05	0.35

A:高齢者と家族への個別支援 B:ケアチームのコーディネーション C:地域づくり

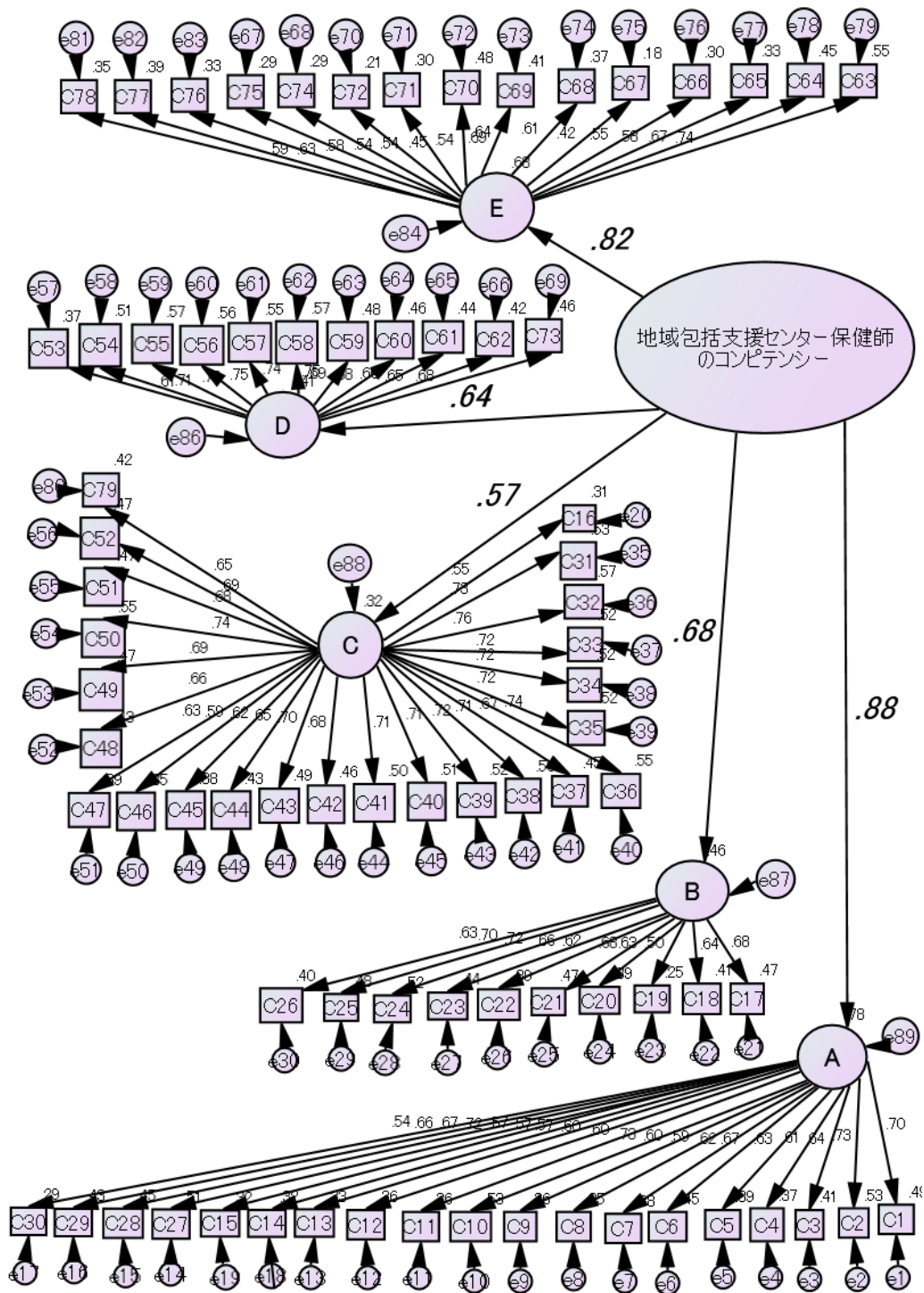
D:地域包括支援センター3職種のチームワーク E:自己研鑽 F:業務マネジメント

\*:因子負荷量0.35未満の項目

#### (4) 検証的因子分析

共分散構造分析を用いて、検証的因子分析を行った。探索的因子分析で抽出された5因子を潜在変数とし、因子負荷量で分類された各項目を観測変数として設定し、さらに高次に「地域包括支援センター保健師のコンピテンシー」という概念を仮定する二次モデルとした。共分散構造分析の結果を図4に示す。

パス係数は、「地域包括支援センター保健師のコンピテンシー」から第1因子へは0.88、第2因子へは0.68、第3因子へは0.57、第4因子へは0.64、第5因子へは0.82でいずれも高い値を示した。各項目については0.42～0.76と中等度から高い値を示していた。適合度指標はGFI .61、AGFI .60、NFI .64、CFI .73、RMSEA .07であった。



A: 高齢者と家族への個別支援 B: ケアチームのコーディネーション C: 地域づくり  
D: 地域包括支援センター3職種の仕事 E: 業務・セルフマネジメント

図4 検証的因子分析結果

### (5) 併存妥当性の検討

併存妥当性を検討するために、自尊感情尺度（山本他，1982）と職務満足感を測定し、相関を検討した（表 43）。

自尊感情尺度との相関では、【修正版】コンピテンシーリスト総得点との間で  $r=0.32$ 、また第 5 因子「業務・セルフマネジメント」との間で  $r=0.37$  といずれも弱い正の相関がみられた。

職務満足感との関係も同様に、総得点との間で  $r=0.34$ 、第 5 因子との間で  $0.39$  と弱い正の相関がみられた。

表 43 【修正版】コンピテンシーリストと自尊感情尺度および職務満足感との相関

【修正版】コンピテンシーリスト	合計得点のM±SD	項目得点のM±SD	「自尊感情尺度」総得点	「職務満足感」得点
第1因子(19項目)	71.72±7.53	3.77±.40	.28**	.21**
第2因子(10項目)	33.51±6.01	3.35±.60	.20**	.19**
第3因子(24項目)	72.82±16.39	3.034±.68	.22**	.28**
第4因子(11項目)	43.52±6.19	3.96±.56	.23**	.27**
第5因子(15項目)	54.85±6.83	3.66±.46	.37**	.39**
総得点	276.38±34.79	3.50±.44	.32**	.34**

\*\*p<0.01

## (6) 内的整合性の検討

【修正版】コンピテンシーリストについて、5 因子構造で信頼性の分析をした。リスト全体の Cronbach's  $\alpha$  は、0.970 であった。79 項目のうちいずれも、項目が削除された場合の Cronbach's  $\alpha$  は、0.970 で値が変化する項目はなかった。

各因子の Cronbach's  $\alpha$  を確認した。第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」の 19 項目（項目 1-15 と項目 27-30）は、0.918 であった。第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」の 10 項目（項目 17-26）は、0.894、第 3 因子「地域づくり」の 24 項目（項目 16 と項目 31-52、項目 79）は、0.961 であった。項目 16 を削除された場合の Cronbach's  $\alpha$  は 0.962 であり、項目 79 を削除された場合の Cronbach's  $\alpha$  は変わらなかったため、項目 16 と項目 79 は第 3 因子にとどめることとした。また、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」の 11 項目（項目 53-62 と項目 73）は 0.908 で、項目 73 を削除しても値は変わらなかった。第 5 因子「業務・セルフマネジメント」の 15 項目（項目 63-72 と項目 74-78）は 0.879 であった。項目が削除された場合の Cronbach's  $\alpha$  が .01 以上大きくなる項目はなかった。

## (7) 時間的安定性の検討

再テスト法の調査に同意したのは 147 人で、115 人から 2 回目の質問紙を回収した。2 回目の質問紙を送付した質問紙数に対する回収率は、78.2%であった。この内、1 回目調査票の分析対象者 473 件に含まれ、かつ 2 回目調査票にも欠損値がなかった 92 人を分析対象とした。

再テストの結果は、総得点間の相関係数は、0.88 と高い相関を示した。各因子の相関係数は、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」は 0.70、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」は 0.75、第 3 因子「地域づくり」は 0.86、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」は 0.84、第 5 因子「業務・セルフマネジメント」は 0.85 であり、いずれも中等度から高い相関を示した。詳細を表 44 示す。各項目の相関係数を算出したところ、0.30~0.81 の範囲にあり、0.3 以下の項目はなかった。また、保健師各人の一致度を検討するためにカッパ係数を算出した。こちらは、0.3 以下の項目が 1 つあり、項目 12「高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう」が 0.29 であった。その他の項目は 0.36~0.81 と中等度から高い一致度を示した。

表 44 【修正版】コンピテンシーリスト調査 1 回目と 2 回目との相関

n=92				
	1回目M±SD	2回目M±SD	Pearsonの 積率相関係数	カッパ係数 2次重み付け
<b>第1因子: 高齢者と家族への個別支援(19項目)</b>	<b>72.02±7.81</b>	<b>72.86±6.81</b>	<b>0.70</b>	<b>0.69</b>
1 高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	3.82±.50	3.84±.45	0.53	0.53
2 高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	3.85±.53	3.88±.44	0.48	0.47
3 高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	3.65±.64	3.65±.56	0.52	0.51
4 高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	3.55±.77	3.66±.62	0.53	0.51
5 高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	3.90±.59	3.88±.62	0.65	0.65
6 高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	3.87±.54	3.97±.48	0.62	0.61
7 高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	3.87±.71	3.86±.60	0.44	0.44
8 高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	3.71±.80	3.77±.77	0.65	0.65
9 的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	3.51±.75	3.74±.61	0.42	0.39
10 高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	3.93±.57	3.83±.58	0.59	0.58
11 高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	3.54±.77	3.67±.61	0.45	0.43
12 高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	3.82±.66	3.90±.51	0.30	0.29
13 高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	3.61±.74	3.79±.60	0.53	0.50
14 住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	4.17±.62	4.12±.61	0.53	0.52
15 総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	3.92±.68	3.89±.64	0.61	0.61
27 家族の生活や思い、立場を尊重する。	4.03±.50	4.05±.56	0.46	0.46
28 高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	3.77±.59	3.76±.62	0.57	0.57
29 家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える。	3.76±.58	3.82±.68	0.36	0.36
30 家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	3.73±.88	3.77±.73	0.54	0.53
<b>第2因子: ケアチームのコーディネート(10項目)</b>	<b>33.59±6.65</b>	<b>34.16±5.91</b>	<b>0.75</b>	<b>0.74</b>
17 個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	3.92±.80	3.93±.74	0.72	0.71
18 個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	3.13±.90	3.20±.84	0.59	0.58
19 個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	3.11±1.12	3.11±1.12	0.76	0.76
20 個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	3.36±.91	3.42±.84	0.56	0.56
21 個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。	3.67±.74	3.68±.74	0.43	0.43
22 高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	3.05±1.00	3.18±.91	0.58	0.57
23 自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	3.24±.96	3.37±.87	0.57	0.56
24 個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	3.32±.90	3.33±.77	0.48	0.48
25 高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	3.48±.856	3.54±.72	0.56	0.55
26 緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	3.30±.901	3.39±.81	0.71	0.71



表 44 【修正版】コンピテンシーリスト調査 1 回目と 2 回目との相関 (つづき)

				n=92	
		1回目M±SD	2回目M±SD	Pearsonの 相関係数	カッパ係数 2次重み付け
<b>第3因子: 地域づくり(24項目)</b>		<b>72.02±17.67</b>	<b>74.65±16.43</b>	<b>0.86</b>	<b>0.84</b>
16	地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	3.57±1.03	3.42±.98	0.81	0.80
31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	3.48±.80	3.57±.76	0.61	0.61
32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	3.35±.79	3.51±.83	0.68	0.67
33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	2.89±.92	3.02±.86	0.70	0.69
34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	3.21±.94	3.33±.91	0.55	0.54
35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	2.98±1.00	3.16±.88	0.54	0.52
36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	2.83±.97	3.05±.80	0.56	0.54
37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	2.85±1.10	2.95±.96	0.68	0.67
38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	2.78±1.01	2.99±.95	0.64	0.63
39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	2.87±1.04	2.98±.99	0.69	0.68
40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	2.84±1.00	3.00±.94	0.65	0.64
41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。	2.78±.98	2.90±.95	0.63	0.62
42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	3.09±1.04	3.17±.97	0.64	0.63
43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	2.89±1.04	3.03±.89	0.59	0.58
44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	2.61±1.09	2.76±.93	0.59	0.58
45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	3.08±1.09	3.21±1.06	0.65	0.64
46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	3.00±1.16	3.03±1.08	0.77	0.77
47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	2.98±1.16	3.05±1.02	0.63	0.62
48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	2.61±1.06	2.77±.99	0.79	0.78
49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	2.98±.87	2.98±.84	0.58	0.58
50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	3.11±.88	3.13±.83	0.61	0.61
51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	3.24±.89	3.22±.86	0.67	0.67
52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	2.79±.93	3.01±.99	0.65	0.63
79	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする	3.24±.87	3.40±.89	0.70	0.69
<b>第4因子: 地域包括支援センター3職種にチームワーク(11項目)</b>		<b>44.33±6.39</b>	<b>43.72±6.58</b>	<b>0.84</b>	<b>0.84</b>
53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	3.54±.95	3.52±.91	0.63	0.63
54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	4.01±.87	3.91±.91	0.71	0.70
55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	4.13±.84	4.01±.87	0.73	0.73
56	自分の意見を押し付けず、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	4.26±.68	4.27±.70	0.64	0.64
57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	4.37±.74	4.36±.70	0.61	0.61
58	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	4.10±.82	4.05±.79	0.70	0.70
59	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。	3.87±.91	3.87±.87	0.66	0.66
60	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	3.90±.91	3.82±.93	0.65	0.64
61	地域包括支援センター3職種の中で保健師としての自分の意見を持つ。	3.99±.78	3.96±.78	0.67	0.67
62	地域包括支援センター3職種の中の保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。	3.87±.81	3.75±.82	0.74	0.73
73	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	4.28±.63	4.20±.65	0.64	0.63

表 44 【修正版】コンピテンシーリスト調査 1 回目と 2 回目との相関 (つづき)

	n=92			
	1回目M±SD	2回目M±SD	Pearsonの 積率相関係数	カッパ係数 2次重み付け
<b>第5因子:業務・セルフマネジメント(15項目)</b>	<b>55.87±7.05</b>	<b>56.14±7.24</b>	<b>0.85</b>	<b>0.85</b>
63 他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	4.01±.52	3.96±.55	0.53	0.53
64 上司や同僚、関係者に助言を受ける。	4.25±.58	4.21±.56	0.57	0.57
65 法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	3.52±.70	3.50±.82	0.63	0.62
66 積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	3.74±.77	3.66±.83	0.65	0.65
67 保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	3.08±1.12	3.15±1.07	0.72	0.71
68 常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	3.49±.83	3.58±.73	0.71	0.70
69 必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする。	3.84±.70	3.79±.70	0.71	0.71
70 関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	4.08±.58	4.07±.55	0.64	0.64
71 業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	3.73±.83	3.78±.75	0.66	0.66
72 仕事の中に楽しさを見出す。	3.72±.96	3.72±.96	0.69	0.69
74 自分の今までの業務成果を評価し、不足していることを研修する。	3.45±.90	3.49±.87	0.75	0.75
75 日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを振り返りながら活動する。	3.27±.88	3.38±.79	0.72	0.71
76 計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	3.83±.78	3.90±.73	0.59	0.59
77 複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	4.02±.71	4.03±.60	0.64	0.63
78 緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	3.86±.69	3.92±.68	0.68	0.68
<b>79項目の総得点</b>	<b>277.79±36.27</b>	<b>281.53±34.73</b>	<b>0.88</b>	

#### 4. 考察

研究 1 で開発された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを、研究 2 において、信頼性と妥当性を検討した結果、概ね信頼性と妥当性の検証ができた。しかしながら、探索的因子分析の結果、回答者が構成した概念に従って解釈し回答されていないと思われる項目があったため文言を一部修正し、「【修正版】地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト」(以後、【修正版】コンピテンシーリスト)を作成し、その信頼性と妥当性を検証した。【修正版】コンピテンシーリストは、修正前の 6 つの因子のうち、「高齢者と家族への個別支援」、「ケアチームのコーディネーション」、「地域づくり」、「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」の 4 つの因子は同様に確認され、「自己研鑽」と「業務マネジメント」が 1 つの因子「業務・セルフマネジメント」として構成されることが確認された。また、【修正版】コンピテンシーリストの信頼性および妥当性が確認できた。

最終的に作成した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを表 45 に示す。

表 45 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト

因子名	番号	項目
高齢者と家族 への個別支援	1	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。
	2	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。
	3	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。
	4	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。
	5	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に出向き、実際の生活状況を確認する。
	6	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。
	7	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。
	8	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。
	9	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。
	10	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。
	11	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。
	12	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。
	13	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。
	14	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえるように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。
	15	家族の生活や思い、立場を尊重する。
	16	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える
	ケアチームの コーディネーション	17
18		家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。
19		総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。
20		個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。
21		個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。
22		個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。
23		個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていることを共有する。
24		高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探し結びつける。
25		自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。
26		個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。
27		高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見通しを立てて関係機関の調整をする。
28		緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。
29		個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。

表 45 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト（つづき）

因子名	番号	項目
地域づくり	30	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。
	31	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。
	32	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。
	33	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。
	34	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。
	35	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。
	36	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。
	37	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。
	38	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。
	39	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。
	40	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。
	41	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。
	42	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。
	43	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。
	44	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける。
	45	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。
	46	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。
	47	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。
	48	実施している事業の効果を、住民に伝える。
	49	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。
	50	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。
	51	地域の社会資源（NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など）の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。
	52	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする
53	地域の行事や自治会などの集まりに出向いて、住民と交流を持ち顔なじみになる。	

表 45 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト（つづき）

因子名	番号	項目	
地域包括支援センター 3職種のチームワーク	54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間で情報を共有する。	
	55	3職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	
	56	社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う。	
	57	社会福祉士や主任ケアマネジャーを専門家として尊重する。	
	58	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャーに協力してもらえるように働きかける。	
	59	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャーと共有する。	
	60	自分の意見を押し付けずに、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く。	
	61	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	
	62	地域包括支援センター3職種の中の保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する。	
	63	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	
	64	地域包括支援センター3職種の中で保健師としての自分の意見を持つ。	
	業務・セルフマネジメント	65	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。
		66	自分の今までの業務成果を評価し、不足していることを研修する。
		67	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。
68		必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする。	
69		積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	
70		常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	
71		日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを振り返りながら活動する。	
72		他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	
73		業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	
74		関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	
75		上司や同僚、関係者に助言を受ける。	
76		緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	
77		法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	
78		保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	
79		仕事の中に楽しさを見出す。	

## 1) 信頼性について

信頼性は、内定整合性を Cronbach's  $\alpha$  で、また時間的安定性を再テスト法で検討した。

Cronbach's  $\alpha$  は、リストの総得点では 0.970 であり、下位因子についても 0.879~0.961 であった。Cronbach's  $\alpha$  は、0.7~0.8 以上であれば内的安定性が高いと言われている（松尾，2002）ため、内的整合性は十分に確認できたと考える。

再テスト法の結果、リスト総得点の相関は 0.88 であり、下位因子についても 0.70~0.86 であった。一般的に相関係数が 0.7 以上は強い相関があると言われている（小塩，2004）ため、時間的安定性についても確認できたと考える。

## 2) 妥当性について

【修正版】コンピテンシーリストの妥当性については、専門家パネルによる内容妥当性、因子分析による構成概念妥当性、および自尊感情尺度の日本語版（山本他，1982）、職務満足感との基準関連妥当性で検討した。

内容妥当性として、卓越した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーを測定する項目として過不足なく項目が設定されているかどうかを、専門家パネルを構成して検討した。また、専門家パネルではリスト項目の文言についても詳細に検討した。地域包括支援センターは、2006年の介護保険法改正で創設されているため、まだ10年程度しか経過していない。また、職員の異動も多いため、継続して勤務している保健師は少ないと思われる。そのような中、本研究では地域包括支援センター経験6年以上の保健師および地域・在宅看護分野の専門誌に掲載された論文がある保健師を全国から選定しパネルを構成しており、また直営型と委託型の両方の専門家を含んでいたため、作成されたコンピテンシーリストの内容妥当性および汎用性は高いと思われる。

構成概念妥当性については、因子分析の結果、最終的に5因子で構成された。文献検討と質的研究から導かれたコンピテンシーリスト案は、【個別支援】【家族支援】【地域づくり】【地域包括支援センター3職種ของทีมワーク】【自己研鑽】【業務マネジメント】の6概念で構成されていたが、因子分析の結果、高齢者本人の【個別支援】と介護者等の【家族支援】は一つのカテゴリー「高齢者と家族への個別支援」としてまとめ、代わって【個別支援】の中の「個別支援のためのケアチームの連携が高めるようにコーディネートする力」サブカテゴリーが独立して「ケアチームのコーディネーション」となった。また、【地域づくり】【地域包括支援センター3職種ของทีมワーク】はほぼそのままの下位概念となっ

たが、【自己研鑽】【業務マネジメント】はまとまって「業務・セルフマネジメント」となった。

【個別支援】と【家族支援】が「高齢者と家族への個別支援」として一つにまとまったことについては、保健師の行う援助活動が、原則として家族を単位として捉えて活動する（宮崎，北山，春山，田村，2006）ことが背景にあると考えられる。高齢者が対象である地域包括支援センターの保健師は、家庭内の虚弱高齢者の世話しながらの生活が、その家庭全体の生活となっているため、家族構成員全体の営みを支えることが重要である。そのため、現場の地域包括支援センター保健師は、高齢者本人の支援と家族への支援とを一つの単位として捉えて支援しているため、「高齢者と家族への個別支援」としてまとまったと考えられる。

【個別支援】の中のサブカテゴリーが「ケアチームのコーディネーション」として一つの下位概念として抽出されたことについては、個別支援を通してつくられた支援者らとの関係性は、別の事例の支援で生かされることがあったり、地域づくりで活用される関係性となったりと、ある事例の個別支援をするケアチーム内での関係性から、他の活動に波及して広がることが推測される。ケアチームのコーディネーションで構築された関係性が、事例を支援することに留まらないために、一人の対象者に対して行う【個別支援】の中から「ケアチームのコーディネーション」は一つの下位概念として抽出されたのではないかと考える。

【自己研鑽】と【業務マネジメント】は、比較的内的整合性が低く、探索的因子分析でも独立した場合と別れた場合とがあったが、最終的に両者をも一つとして高い内的性整合性を得た。これは、現場の地域包括支援センター保健師は、業務を計画的に進めることや緊急対応が必要になった際の行動について、自身の判断力を高めるために、他者の行動を見て学んだり、上司に助言を受けたり、研修会の参加したりなど、自身の知識や技術などを高める努力をしている背景が推察される。つまり、【業務マネジメント】の項目にあるような行動をするために、【自己研鑽】に含まれる行動をして自己の能力を高めようとしていると考えられる。

因子分析では、当初設定した概念とほぼ同様の概念が抽出されたため、一定の構成概念妥当性は検証できたと考えるが、そのまとまり方が当初の設定とは異なる概念もあった。上述のとおり、個別支援と家族支援、自己研鑽と業務マネジメントの一体化は、地域包括支援センター保健師の業務と思考を考えると納得できるものであり、またケアチームのコ

ーディネーションが重要な概念として独立したことも納得できる。したがって、因子分析の結果抽出された概念を、より適切な概念枠組みとして採用することとした。

探索的因子分析で検討された5因子の検証的因子分析の結果については、AGFIは0.60、GFIは0.61であり、AGFIはGFIに比べて著しい低下はみられなかった。また、RMSEAは0.07であり、一般的に0.05以下であれば当てはまりがよく、0.1以上であれば当てはまりが悪いとされている（小塩，2004）が、0.1以上ではなかったことから、総合的に一定の当てはまりをもつモデルであったと考える。

モデルの適合度が低くなったのは、因子負荷量が低い項目を残していることが関連していると思われる。探索的因子分析では因子負荷量が低い項目もあったが、本研究はコンピテンシーリスト作成を目的としており、因子分析は設定した概念が妥当かどうか、保健師の方々に概念構成が理解され各項目に適切に反応するかどうかを検討するために実施したものである。したがって、因子負荷量が低い項目も削除せずリストに残した。

基準関連妥当性については、職務満足感および自尊感情尺度ともに、【修正版】コンピテンシーリスト総得点および第5因子「業務・セルフマネジメント」と弱い正の相関が見られた。コンピテンシーリスト総得点との関連が証明されたことで、基準関連妥当性は検証されたと考える。第5因子のみが両指標と相関があったことについては、マネジメントは高齢者や家族へのケア提供、地域支援や職種間連携などの地域包括支援センターの保健師に課せられた多くの業務を行うための総合的な能力であり、これらの項目ができていていると感じている保健師は、熟練度の高い保健師と思われる。つまり、地域包括支援センター保健師は、高齢者や家族への個別ケアや事例ごとのケアチームのコーディネーションなどができるだけでは職務満足感や自尊感情が高まらず、より高次の業務マネジメントができ、自らの業務を計画的に取り組み、達成させるために必要な知識や技術を習得しながら業務を遂行できる保健師が、仕事にも満足感が高く、自尊感情も高いと考えられる。

### 3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの意義と課題

研究1、2をとおして開発された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストは、実践経験が豊富な地域包括支援センター保健師の行動特性を項目化し、自身の実践の中で行動できているかをチェックするものである。

79項目からなるチェックリストは、自身の実践を振り返るリフレクションツールとして用いることができる。また、5つの下位因子が明らかになったことで、実践できている



領域とまだ実践が不十分である領域を明らかにすることができる。本コンピテンシーリスト項目は行動レベルで表記しているため、実践が不十分である領域のリスト項目を再確認することで、自身の実践活動における課題が明確になり改善に向けた取り組みの方向性の示唆を得ることができると考えられる。

先行研究で明らかにされている地域保健従事者に求められる能力（地域保健従事者の資質向上に関する検討会，2005）と保健師の必須能力（公衆衛生看護のあり方に関する検討会，2005）と本研究で開発した「地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト」の構成概念とを比較してみた（表 46）。地域保健従事者に求められる能力と保健師の必須能力の分類は、先行研究（岡本，2006）を引用した。本研究で開発した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストは、保健師に必要な中核的なコンピテンシーは網羅されていると考えられる。岡本（2006）は、どこの部門に配属されようと保健師であれば果たすべき役割・機能のコアとなるコンピテンシーと職域によって必要なコンピテンシーがあることを報告している。本研究で開発したコンピテンシーリストも、コアとなるコンピテンシーの構成概念が網羅されていることが確認できる。

今後の課題として、本研究で開発された地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの中で、地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシーが何であるかを明らかにする必要がある。

表 46 保健師に求められるコンピテンシー大項目・中項目の比較表

地域保健従事者の資質の向上に関する検討会報告書による地域保健従事者に求められる能力(地域保健従事者の資質の向上に関する検討会, 2005)	公衆衛生看護のあり方に関する検討委員会による保健師の必須能力(公衆衛生看護のあり方に関する検討会, 2005)	地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト 大カテゴリー／中カテゴリー
◎情報収集・活用能力	◇情報収集能力	◇／高齢者の生活の場に向いての実態に基づいた幅広いアセスメント力
●情報収集・調査研究能力	□地域の情報収集力	●／個別支援や介護予防教室から得た住民の要望や地域の状況から地域の課題を捉える力
●企画・立案能力	◇情報分析能力	●／地域アセスメントをもとにした実現可能な、具体的なビジョンを持つ力
◎企画・計画能力	□地域の情報分析・活用能力	●／国・県・市町村の政策や制度を活用する力
◎意思決定能力	■政策施策化能力	●／ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力
●個人・家族に対する支援能力	○組織的・管理的能力／行政能力	
	○意思決定能力	
	○倫理性	
●集団に対する支援能力	◇◇ケア提供能力	◇／高齢者に本心を話してもらえる様な関係性を構築していく力
	◇◇ケア提供能力	◇／高齢者の取組み意欲が高まるような提案力
●保健事業運営能力	■組織化能力	◆／家族機能を高める支援力
	□□地域へのケア提供能力	●／地域づくりに向けて住民を動かす先導力
◎組織運営能力	■健康危機管理能力	
●健康危機管理能力	○コミュニケーション能力・対人関係能力	□／業務の負担感が3職種平等になるように業務を協力して遂行する力
○協調性	■調整能力	◇／個別支援を通して新しくかかわりを持った関係者や民生委員等との信頼を築く力
●連携・調整・社会資源開発能力		◇／個別支援のためのケアチームの連携が高まるようにコーディネートする力
◎説明・調整能力		●／地域住民へ説明する力
◎交渉・折衝能力		□／介護予防事業の理解を得るために、社会福祉士や主任ケアマネジャーに働きかける力
●事業評価能力	○研究・分析能力	●／(一部)ビジョンを事業として実践するための行政的な実行力
◎育成・指導能力	○自己管理(教育)能力	□／他の2職種を専門家として尊重し、お互いを高め合う力
○理解力	○洞察力／予測推察力・予防的能力	□／地域包括支援センターの保健師としての自立する力
○判断力	○統合力	○／業務遂行に必要な知識や経験を自己研鑽する力
○効率性		○／効果的な支援が常に実践できるように、業務スケジュールや優先度を考えて業務を遂行する力
○積極性		
○責任感	○独創的・発信力	○／業務を遂行するために最後まで関わる意欲を持ち続ける力
	○柔軟性	

※) 表中の記号は以下を示す

○基本的な能力

◎行政職員としての能力

●専門職員としての能力

○: 基本的な能力

○: 基本能力

○: 専門基本能力

◇: 地域で生活する人々(個人・家族)の理解と支援能力

◇: 分析・判断能力

◇◇: 実践能力

□: 地域の理解と支援能力

□: 分析・判断能力

□□: 実践能力

■: 地域健康開発・変革・改善能力

■: 実践能力

◇: 大カテゴリー【個別支援】

◆: 大カテゴリー【家族支援】

●: 大カテゴリー【地域づくり】

□: 大カテゴリー【地域包括支援センター3職種のチームワーク】

○: 大カテゴリー【自己研鑽】【業務マネジメント】

## Ⅶ 研究 3 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー項目の検討

### 1. 研究目的

行政保健分野の保健師との比較において、地域包括支援センター保健師の特徴的なコンピテンシーを明らかにするとともに、卓越した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子を明らかにする。

### 2. 研究方法

#### 1) 研究対象者

地域包括支援センターに所属している保健師および行政保健福祉分野の高齢者支援担当課に所属している保健師（以下、行政高齢者支援分野保健師）とした。

地域包括支援センター保健師は、Ⅵ-研究 2-2 で対象とした施設を除く全国の地域包括支援センター（サブセンター・ブランチを除き）から 50%の割合で無作為抽出した地域包括支援センターに所属する保健師とした。無作為抽出方法は、直営型と委託型に層化して抽出した。

一方、行政高齢者支援分野保健師については、全国の人口 2 万人以上の市区町村に所属している行政保健分野保健師で、保健師経験が 5 年以上かつ高齢者分野を 2 年以上担当している者を対象とした。ただし、地域包括支援センター勤務経験のある者を除いた。

具体的な対象者の把握方法は、地域包括支援センター管理者に、所属している保健師の人数をあらかじめ文書等で確認した。確認後、人数分の調査票等を郵送した。行政高齢者支援分野保健師については、条件に該当する保健師 1~2 名に回答してもらうものであるため、人数は照会せず、行政高齢者支援担当課の課長に研究協力を依頼し、担当課長より該当する保健師に調査票をお渡しいただいた。

対象となった地域包括支援センターは 2,448 施設で、直営型 600 施設（24.5%）、委託型 1,848 施設（75.1%）であった。そのうち 958 施設から回答があった（回答率 39.1%）。

回答の内容は表 47 に示す。保健師が 0 人と回答した施設は 395 施設で、回答があった 958 施設に対して 41.2%の割合で保健師を配置していない状況であった。保健師 1 人と回答した施設は 382 施設、保健師 2 人と回答した施設は 110 施設、保健師 3 人と回答した施設は 38 施設、保健師 4 人と回答した施設は 18 施設、保健師 5 人と回答した施設は 8 施設、保健師 6 人と回答した施設は 3 施設、保健師 7 人、8 人、9 人、10 人と回答した施設

は各 1 施設であった。1 人以上の保健師の配置があった 563 施設のうち、調査協力を得られたのは 559 施設で、所属する保健師 876 人へ質問紙調査票を送付した。

行政高齢者支援分野については、全国人口 2 万人から 5 万人未満の委託型で地域包括支援センターを設置している市町村 189 か所、人口 5 万人以上の市町村 378 か所、政令指定都市 176 か所、特別区 17 か所で、あわせて 760 か所の市区町村高齢者支援担当課へ、1 施設あたり対象者 2 名と推定して質問紙調査票 2 枚を送付した。

表 47 地域包括支援センターへの調査依頼書発送施設数および回答された施設数と協力が得られた保健師数

	施設数	保健師人数	直営型施設数	%	直営型保健師人数	委託型施設数	%	委託型保健師人数
調査依頼書発送施設数	2448		600	24.5		1848	75.1	
回答施設数	958		207	21.6		751	78.4	
回答の回収率	39.1%							
保健師0人と回答した施設	395	0	12	3.0	0	383	97.0	0
保健師1人と回答した施設	382	378	86	22.5	85	296	77.5	293
保健師2人と回答した施設	110	220	51	46.4	102	59	53.6	118
保健師3人と回答した施設	38	114	29	76.3	87	9	23.7	27
保健師4人と回答した施設	18	72	14	77.8	56	4	22.2	16
保健師5人と回答した施設	8	40	8	100.0	40	0	0.0	0
保健師6人と回答した施設	3	18	3	100.0	18	0	0.0	0
保健師7人と回答した施設	1	7	1	100.0	7	0	0.0	0
保健師8人と回答した施設	1	8	1	100.0	8	0	0.0	0
保健師9人と回答した施設	1	9	1	100.0	9	0	0.0	0
保健師10人と回答した施設	1	10	1	100.0	10	0	0.0	0
保健師1人以上と回答した施設数	563		195	34.6		368	65.4	
協力が得られた保健師の人数	559	876			422			454

## 2) データ収集方法

郵送による自記式質問紙調査を行った。調査期間は、平成 29 年 10 月～12 月であった。本分析では、作成したコンピテンシーリストを従属変数として用いる。独立変数は、保健師の基本属性（年齢、性別、勤務形態（常勤／非常勤）、勤務地（都道府県）、現在の役職、保健師経験年数、地域包括支援センター／行政高齢者支援分野勤務年数、部署内（センター内）における自分以外の保健師の有無、経験した勤務施設、資格（社会福祉士／介護支援専門員／精神保健福祉士／その他）、地域包括支援センターの設置形態（地域包括支援センターのみ）とした。

コンピテンシーリストの設問は「コンピテンシーリストで示す内容の行動を求められた際、実行できるか否か」を自己評価していただくこととし、選択肢として「5：非常によく

できる」から「4：だいたいできる」「3：どちらともいえない」「2：あまりできない」「1：全くできない」の5件法のリッカートスケールとした。なお、行政高齢者支援分野保健師と地域包括支援センター保健師とは、業務や役割が異なるため、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーには、行政高齢者支援分野保健師の業務ではない項目や全く実施する機会のない項目が含まれる可能性がある。そのため、行政高齢者支援分野保健師の質問紙には、「ここ1年間の業務の中で、コンピテンシーリストで示す行動について実践する機会があったか否か」についても合わせて質問をする項目を追加し、選択肢として「5：非常によくできる」から「4：だいたいできる」「3：どちらともいえない」「2：あまりできない」「1：全くできない」に、「0：実践する機会がない」を追加した。なお、点数化については、「5：非常によくできる」は5点、「4：だいたいできる」は4点、「3：どちらともいえない」は3点、「2：あまりできない」は2点、「1：全くできない」は1点として単純加算をした。「0：実践する機会がない」の回答については、「1：全くできない」として得点化をした。

### 3) 分析方法

初めに分析対象者である地域包括支援センターと行政高齢者支援分野保健師のコンピテンシー得点の分布を Shapiro-Wilk 検定で確認したところ正規分布に従わなかったため、以下の分析を行った。

(1) 地域包括支援センターおよび行政保健分野の保健師の獲得できているコンピテンシー項目、十分獲得できていないコンピテンシーリスト項目を明らかにするために、総得点および下位概念ごとの平均値を求め、能力獲得が低い領域を検討した。

(2) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子の分析では、保健師の基本属性および地域包括支援センター設置形態を独立変数とし、従属変数をコンピテンシーリスト総得点および下位概念ごとの得点とした。検定には、Mann-Whitney の U 検定を用い、有意であった変数を用いて重回帰分析を行った。

(3) 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシーを明らかにするため、回答者を以下の3群に分けて検討した。a 行政高齢者支援分野保健師、b 経験年数が高い地域包括支援センター保健師（地域包括支援センター経験年数5年以上：ベテラン）、c 新人地域包括支援センター保健師（地域包括支援センター経験年数2年以下：新人）の3群を一元配置分散分析で比較した。

3群の比較は、次のように考えた。(図5)

①：aの得点は低いが、b、cの得点が高いコンピテンシー項目：地域包括支援センター保健師に特徴的な項目であり、着任後、早期に獲得可能なコンピテンシー。

②：a、cの得点は低いが、bの得点が高い項目：地域包括支援センター保健師に特徴的な項目であり、一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー。

③：aもbも得点が高い項目：行政および地域包括支援センターのどちらの保健師にも共通するコンピテンシー。

④：bもcも得点が低い項目：地域包括支援センター保健師に必要なだが、ベテランであってもまだ十分に獲得できておらず、今後研修等で獲得していくことが必要なコンピテンシー。

上記①～④のほかに、新人研修に必要な項目を抽出するため、

⑤：cの得点が低い項目：特に新任期の地域包括支援センター保健師が獲得できていないコンピテンシーについても検討した。

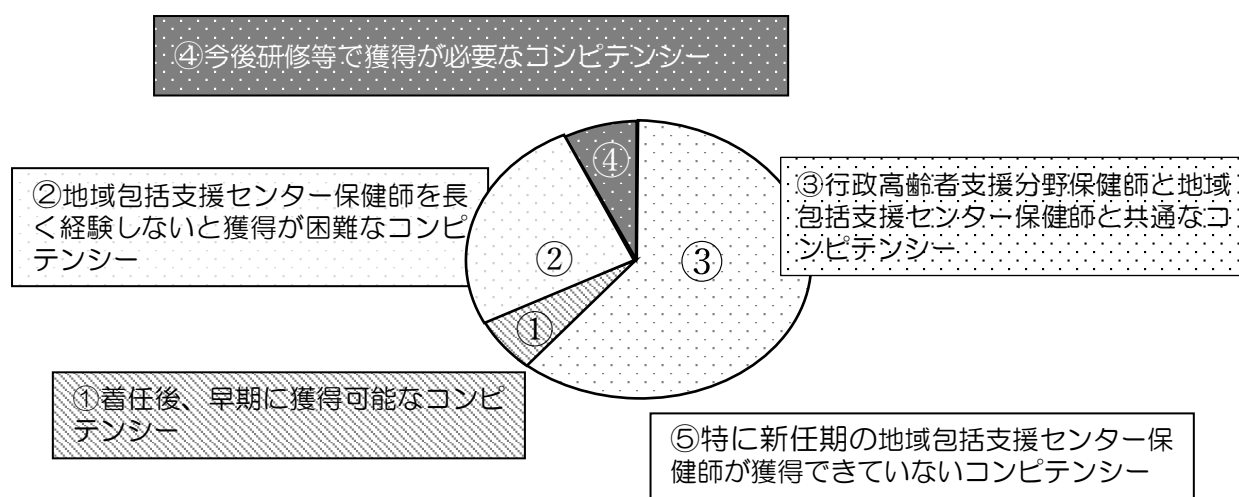


図5 特徴的なコンピテンシーの分析結果のイメージ

これらの結果をもとに、地域包括支援センター保健師の研修のあり方を検討した。データ解析はSPSS ver.24.0 for Windowsを用い、有意水準は5%未満とした。

#### 4) 倫理的配慮

調査の実施に際して、質問紙は個人が特定されないように無記名とし、研究依頼文書に

は、以下の内容を明記した。

- ・研究協力は任意であり、拒否した場合にも個人の不利益は被らないこと
- ・質問紙は無記名であり、個人や施設が特定されないこと
- ・質問紙への記入・返却をもって研究への同意が得られたものと解釈すること
- ・結果は学会発表および投稿論文として公表するが、研究目的以外で使用しないこと
- ・データは、パスワードを付与した USB メモリで施錠された保管所で管理すること
- ・データは、本大学院生が課程を修了して後 5 年が経過するまで保存される。研究終了後質問紙はシュレッダーにて情報が特定されない状態にして破棄し、質問紙をスキャンしたデータは、消去すること

なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（29 愛県大学情第 11-5 号）。

### 3. 結果

#### 1) 対象者の属性

##### (1) 地域包括支援センター保健師

559 施設の 876 人の保健師へ質問紙調査票を送付し、567 人から質問紙を回収した。送付した質問紙数に対する回収率は、64.7%であった。この内、コンピテンシーリスト 79 項目に欠損値があった者 53 人、取得している資格について保健師にチェックがなく看護師のみにチェックがある者 7 人、属性項目に欠損値があった者 13 人、併存妥当性で用いる自尊感情尺度、職務満足感に欠損値があった 21 人を除外し、473 人を分析対象とした。有効回答率は、83.4%であった。

##### (2) 行政保健分野高齢者支援担当の保健師

行政高齢者支援分野保健師については、760 か所の市区町村高齢者支援担当課へ 1 施設あたり対象者 2 名と推定し 1,520 人を対象として、217 人から質問紙を回収した。送付した質問紙数に対する回収率は、14.3%であった。この内、コンピテンシーリスト 79 項目に欠損値があった者 25 人、属性項目に欠損値があった者 14 人、行政高齢者担当課経験が未記入でかつ経験した施設に保健所・市区町村の項目が未記入であった者 4 人を除外し、174 人を分析対象とした。有効回答率は、80.2%であった。

### (3) 両施設対象者の属性

地域包括支援センターおよび行政保健分野保健師の属性を表 48 に示した。また、保健師の経験年数および地域包括支援センター／行政高齢者支援担当課の勤務経験年数を、表 49 に示した。

地域包括支援センター保健師 473 人の平均年齢および標準偏差は 42.7±9.8 歳、行政高齢者支援分野保健師 174 人は 44.6±7.6 歳であった。保健師以外に取得している資格は、地域包括支援センター保健師は、介護支援専門員 226 人(47.8%)、社会福祉士 16 人(3.4%)、精神保健福祉士 16 人(3.4%)であり、行政高齢者支援分野保健師は、介護支援専門員 77 人(44.3%)、社会福祉士 2 人(1.1%)、精神保健福祉士 14 人(8.0%)であった。勤務形態は、地域包括支援センター保健師は、常勤 452 人(95.6%)、非常勤 21 人(4.4%)であり、行政高齢者支援分野保健師は、常勤 172 人(98.9%)、非常勤 2 人(1.1%)であった。役職は、地域包括支援センター保健師は、課長級 12 人(2.5%)、センター長 46 人(9.7%)、係長級 66 人(14.0%)、主査(主任) 74 人(15.6%)、スタッフ 275 人(58.1%)であり、行政高齢者支援分野保健師は、課長級 9 人(5.2%)、センター長 6 人(3.4%)、係長級 51 人(29.3%)、主査(主任) 53 人(30.5%)、スタッフ 55 人(31.6%)であった。

保健師の経験年数の平均値および標準偏差は、地域包括支援センター保健師 14.4±11.0 年、行政高齢者支援分野保健師 19.9±8.3 年であった。地域包括支援センターまたは行政高齢者支援担当課の勤務経験年数の平均値および標準偏差は、地域包括支援センター保健師 4.6±3.6 年、行政高齢者支援分野保健師 7.1±6.4 年であった。

自分以外の保健師配置の有無では、地域包括支援センターは、配置されている 275 人(58.1%)、配置されていない 198 人(41.9%)であり、行政高齢者支援分野保健師は、配置されている 146 人(83.9%)、配置されていない 28 人(16.1%)で地域包括支援センターの方が、保健師の一人配置が多かった。

過去 1 年間の研修会参加の有無では、地域包括支援センター保健師は、参加した 427 人(90.3%)で、行政高齢者支援分野保健師は 151 人(86.8%)であった。

地域包括支援センター保健師と行政高齢者支援分野の保健師の属性の比較をしたところ、年齢、役職、資格の「精神保健福祉士」、勤務形態、保健師の一人配置、過去に経験した職場の「保健所・市区町村」、「病院・診療所」、「介護福祉施設」、「健(検)診センター」、「企業・事業所」、保健師の経験年数、地域包括支援センター／行政高齢者支援分野での勤務経験年数に有意な差が認められた。一方、性別、資格の「介護支援専門員」、「社会福祉



士」、過去に経験した職場の「訪問看護ステーション」、「居宅介護支援事業所」、「居宅サービス事業所」、研修会の参加の有無では両者に有意な差は認められなかった。

表 48 対象者の属性（性別、年齢、勤務形態、所属形態など）

項目	地域包括支援センター n=473		行政高齢者分野 n=174		Mann-Whitneyの U検定 p	
	人	(%)	人	(%)		
性別	男性	19	4	8	0.74	
	女性	454	96.0	166		95.4
年齢	20歳代	49	10.4	3	1.7	0.01
	30歳代	141	29.8	43	24.7	
	40歳代	160	33.8	76	43.7	
	50歳代	102	21.6	48	27.6	
	60歳代	20	4.2	4	2.3	
	70歳代	1	0.2	0	0.0	
	平均値±標準偏差	42.66±9.83		44.63±7.63		
中央値	42		45			
資格(複数回答)	保健師	473	100.0	174	100.0	0.43
	介護支援専門員	226	47.8	77	44.3	
	社会福祉士	16	3.4	2	1.1	
	精神保健福祉士	16	3.4	14	8.0	
	その他	53	11.2	13	7.5	
勤務形態	常勤	452	95.6	172	98.9	0.05
	非常勤	21	4.4	2	1.1	
所属形態	直営型	215	45.5			
	委託型	258	54.5			
役職	課長級	12	2.5	9	5.2	<0.01
	センター長	46	9.7	6	3.4	
	係長級	66	14.0	51	29.3	
	主査(主任)	74	15.6	53	30.5	
	スタッフ	275	58.1	55	31.6	
自分以外の保健師配置	配置されている	275	58.1	146	83.9	<0.01
	配置されていない	198	41.9	28	16.1	
過去に経験した職場 (複数回答)	地域包括支援センター以外に経験した職場はない	14	3.0	0	0.0	<0.01
	保健所・市町村	301	63.6	174	100.0	
	病院・診療所	251	53.1	45	25.9	
	訪問看護ステーション	20	4.2	5	2.9	
	居宅介護支援事業所	28	5.9	5	2.9	
	居宅サービス事業所	18	3.8	2	1.1	
	介護福祉施設	38	8.0	4	2.3	
	健(検)診センター	40	8.5	2	1.1	
	企業・事業所	41	8.7	3	1.7	
	その他	53	11.2	7	4.0	
研修会参加の有無	参加した	427	90.3	151	86.8	0.20
	参加しなかった	46	9.7	23	13.2	

表 49 対象者の属性（保健師経験年数および地域包括支援センター／行政高齢者支援担当課の勤務経験年数）

項目	地域包括支援センター n=473		行政高齢者支援分野 n=174		Mann-Whitneyの U検定 p
	年	(%)	年	(%)	
<b>保健師経験年数</b>					
2年未満	68	14.4	1	0.6	<0.01
2年以上5年未満	50	10.6	2	1.1	
5年以上10年未満	74	15.6	23	13.2	
10年以上15年未満	75	15.9	24	13.8	
15年以上20年未満	54	11.4	36	20.7	
20年以上25年未満	61	12.9	39	22.4	
25年以上30年未満	42	8.9	27	15.5	
30年以上35年未満	24	5.1	15	8.6	
35年以上	25	5.3	7	4.0	
平均値±標準偏差	14.36±10.97		19.85±8.26		
中央値	11.67		20.00		
最大値	46.7		39.6		
最小値	0.1		1.7		
<b>地域包括支援センター／行政高齢者支援担当課の勤務経験年数</b>					
2年未満	160	33.8	13	7.4	<0.01
2年以上5年未満	128	27.1	71	40.3	
5年以上10年未満	125	26.4	57	32.4	
10年以上15年未満	60	12.7	15	8.5	
15年以上20年未満	0	0.0	9	5.1	
20年以上25年未満	0	0.0	4	2.3	
25年以上30年未満	0	0.0	2	1.1	
30年以上	0	0.0	3	1.7	
平均値±標準偏差	4.56±3.59		7.06±6.39		
中央値	3.58		5.00		
最大値	15.7		38.6		
最小値	0.1		0.7		

## 2) コンピテンシーリスト項目得点

分析対象者のコンピテンシーリスト項目得点分布を表 50 に示す。

コンピテンシーリスト総得点の平均値および標準偏差は、地域包括支援センター保健師 276.38±34.79、行政高齢者支援分野保健師 275.63±46.75 であった。項目得点の平均値および標準偏差は、地域包括支援センター保健師 3.50±0.44、行政高齢者支援分野保健師 3.49±0.59 であった。

各下位概念の項目得点の平均値および標準偏差は、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」は、地域包括支援センター保健師 3.77±0.40、行政高齢者支援分野保健師 3.58±0.83、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」は、地域包括支援センター保健師 3.35±

0.60、行政高齢者支援分野保健師  $3.22 \pm 0.94$ 、第 3 因子「地域づくり」は、地域包括支援センター保健師  $3.03 \pm 0.68$ 、行政高齢者支援分野保健師  $3.20 \pm 0.80$ 、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」は、地域包括支援センター保健師  $3.96 \pm 0.56$ 、行政高齢者支援分野保健師  $3.90 \pm 0.55$ 、第 5 因子「業務・セルフマネジメント」は、地域包括支援センター保健師  $3.66 \pm 0.46$ 、行政高齢者支援分野保健師  $3.71 \pm 0.53$  であった。

地域包括支援センター保健師と行政高齢者支援分野保健師の 2 群を比較した。Mann-Whitney の U 検定の結果、有意差があったものは、第 3 因子「地域づくり」で、行政高齢者支援分野保健師の方が地域包括支援センター保健師より有意に得点が高かった。その他の下位概念は有意差が見られなかった。5 つの下位概念の項目得点の平均値をレーダーチャートに示す (図 6)。

コンピテンシーリスト各項目についての結果を説明する。平均値が 4.0 以上で、多くの地域包括支援センター保健師が獲得していた項目は、項目 14「住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する」、項目 27「家族の生活や思い、立場を尊重する」、項目 55「3 職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる」、項目 56「自分の意見を押し付けないで、社会福祉士や主任ケアマネジャーの意見を聞く」、項目 57「社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種を専門家として尊重する」、項目 58「社会福祉士や主任ケアマネジャーとお互いに教え合いながら高め合う」、項目 64「上司や同僚、関係者に助言を受ける」、項目 70「職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ」、項目 73「職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ」の 9 項目であった。

一方、行政高齢者支援分野保健師が多く獲得していた項目は、項目 56、57、58、64、73 であり、それらの 5 項目は地域包括支援センター保健師と共通していた。

平均値が 3.0 未満で、地域包括支援センター保健師が獲得不十分であった項目は、項目 36「ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する」、項目 37「住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する」、項目 38「あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする」、項目 39「住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る」、項目 40「地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める」、項目 41「地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける」、項目 43「国や自治体の方向

性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる」、項目 44「国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う」、項目 46「事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる」、項目 47「行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る」、項目 48「行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する」、項目 49「地域の社会資源（NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など）の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する」、項目 52「実施している事業の効果を、住民に伝える」の 13 項目であった。これら 13 項目は、第 3 因子「地域づくり」に構成される項目であった。

行政高齢者支援分野保健師が獲得不十分であった項目は、項目 22「高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける」、項目 23「自分（保健師）の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する」、項目 38「あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする」、項目 39「住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る」、項目 40「地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める」、項目 41「地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける」の 6 項目であり、項目 38、39、40、41 は地域包括支援センターと共通していた。

行政高齢者支援分野保健師が、実践する機会がないと回答した項目が、79 項目中 65 項目あった。実践する機会がないと回答した者は 1 人から 34 人の範囲で、最も多く実践する機会がない回答した項目は、項目 23「自分（保健師）の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する」で 34 人（19.5%）であった。

表 50 コンピテンシーリスト項目の得点分布

No.	項目	地域包括支援センター n=473		行政高齢者支援分野 n=174		Mann-Whitneyの U検定		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	実施する機会 がない(人)	実施する機会 がない(%)	p
<b>高齢者と家族への個別支援</b>		<b>3.77</b>	<b>0.40</b>	<b>3.58</b>	<b>0.83</b>			<b>0.23</b>
1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	3.83	0.53	3.72	0.91	12	6.9	
2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	3.85	0.51	3.68	0.93	14	8.0	
3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	3.58	0.62	3.52	0.94	13	7.5	
4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	3.59	0.67	3.36	1.07	20	11.5	
5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	3.85	0.62	3.65	0.98	14	8.0	
6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	3.87	0.56	3.68	0.91	12	6.9	
7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	3.90	0.60	3.63	1.04	17	9.8	
8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえよう、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	3.84	0.66	3.63	1.03	15	8.6	
9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	3.66	0.70	3.53	1.04	17	9.8	
10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	3.87	0.52	3.63	1.00	15	8.6	
11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	3.53	0.70	3.41	1.03	17	9.8	
12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	3.73	0.67	3.41	1.07	19	10.9	
13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	3.53	0.69	3.16	1.09	19	10.9	
14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	4.01	0.67	3.74	0.99	12	6.9	
15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	3.73	0.66	3.45	1.04	15	8.6	
27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	4.03	0.47	3.82	0.93	12	6.9	
28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	3.75	0.61	3.57	1.06	18	10.3	
29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える	3.83	0.58	3.70	1.03	16	9.2	
30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	3.75	0.75	3.78	0.99	14	8.0	
<b>ケアチームのコーディネーション</b>		<b>3.35</b>	<b>0.60</b>	<b>3.22</b>	<b>0.94</b>			<b>0.95</b>
17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	3.91	0.68	3.60	1.10	21	12.1	
18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	3.18	0.84	3.02	1.14	25	14.4	
19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	3.21	1.00	3.38	1.15	17	9.8	
20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	3.21	0.90	3.22	1.18	24	13.8	
21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。	3.59	0.76	3.45	1.09	21	12.1	
22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	3.03	0.89	2.95	1.14	25	14.4	
23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	3.21	0.84	2.89	1.21	34	19.5	
24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	3.28	0.82	3.19	1.13	22	12.6	
25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	3.44	0.77	3.39	1.13	22	12.6	
26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の利用状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	3.32	0.86	3.12	1.18	26	14.9	

表 50 コンピテンシーリスト項目の得点分布 (つづき)

No.	項目	地域包括支援センター n=473		行政高齢者支援分野 n=174		Mann-Whitneyの U検定		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	実施する機会 がない(人)	実施する機会 がない(%)	p
	<b>地域づくり</b>	<b>3.03</b>	<b>0.68</b>	<b>3.20</b>	<b>0.80</b>			<b>&lt;0.01</b>
16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち親しみになる。	3.36	1.01	3.05	1.25	29	16.7	
31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	3.53	0.73	3.45	1.00	14	8.0	
32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	3.37	0.73	3.37	1.01	14	8.0	
33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	3.02	0.86	3.07	1.08	18	10.3	
34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	3.28	0.85	3.36	1.08	15	8.6	
35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	3.09	0.92	3.34	1.00	8	4.6	
36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	2.96	0.90	3.15	1.05	14	8.0	
37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	2.91	1.00	3.18	1.08	18	10.3	
38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	2.82	0.97	2.93	1.20	27	15.5	
39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	2.79	0.98	2.89	1.17	28	16.1	
40	地域とついでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める。	2.91	0.98	2.97	1.18	30	17.2	
41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に向いて積極的に相談を持ちかける。	2.83	0.97	2.80	1.15	29	16.7	
42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	3.23	0.98	3.26	1.11	18	10.3	
43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	2.93	0.95	3.24	1.00	13	7.5	
44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	2.70	0.99	3.10	1.11	17	9.8	
45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	3.10	1.01	3.31	1.12	17	9.8	
46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	2.99	1.12	3.49	1.00	11	6.3	
47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	2.96	1.09	3.44	1.04	16	9.2	
48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	2.73	1.01	3.11	1.10	21	12.1	
49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	2.96	0.90	3.20	0.94	11	6.3	
50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	3.06	0.88	3.33	0.99	10	5.7	
51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	3.20	0.90	3.41	0.93	9	5.2	
52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	2.88	0.93	3.03	1.09	16	9.2	
79	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をする	3.23	0.84	3.36	0.97	1	0.6	
	<b>地域包括支援センター3職種のチームワーク</b>	<b>3.96</b>	<b>0.56</b>	<b>3.90</b>	<b>0.55</b>			<b>0.20</b>
53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	3.54	0.87	3.56	0.78	1	0.6	
54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間/同僚や他職種間で情報を共有する。	3.96	0.82	3.94	0.65	1	0.6	
55	3職種/同僚や他職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	4.02	0.79	3.93	0.71	1	0.6	
56	自分の意見を押し付けず、社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種の意見を聞く。	4.02	0.63	4.01	0.60	1	0.6	
57	社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種を専門家として尊重する。	4.02	0.65	4.11	0.62	1	0.6	
58	社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種とお互いに教え合いながら高め合う。	4.07	0.77	4.03	0.66	1	0.6	
59	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種に協力してもらえるように働きかける。	3.86	0.86	3.75	0.75	3	1.7	
60	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャー/同僚や他職種と共有する。	3.88	0.85	3.70	0.90	7	4.0	
61	地域包括支援センター3職種/同僚や他職種の中で保健師としての自分の意見を持つ。	3.84	0.81	3.89	0.73	1	0.6	
62	地域包括支援センター3職種/同僚や他職種の中で保健師として何ができるかを考え、できることを実践する。	3.76	0.85	3.83	0.76	1	0.6	
73	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	4.12	0.64	4.10	0.69	0	0.0	

表 50 コンピテンシーリスト項目の得点分布 (つづき)

No.	項目	地域包括支援センター n=473		行政高齢者支援分野 n=174		Mann-Whitneyの U検定		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	実施する機会 がない(人)	実施する機会 がない(%)	p
	<b>業務・セルフマネジメント</b>							
	<b>項目得点</b>	<b>3.66</b>	<b>0.46</b>	<b>3.71</b>	<b>0.53</b>			<b>0.11</b>
63	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	3.98	0.49	3.94	0.64	3	1.7	
64	上司や同僚、関係者に助言を受ける。	4.17	0.54	4.12	0.54	0	0.0	
65	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	3.48	0.72	3.66	0.74	0	0.0	
66	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	3.64	0.78	3.64	0.85	0	0.0	
67	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	3.18	1.01	3.40	0.92	0	0.0	
68	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	3.45	0.73	3.56	0.79	0	0.0	
69	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする。	3.79	0.65	3.83	0.68	0	0.0	
70	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	4.01	0.56	3.97	0.57	0	0.0	
71	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	3.63	0.77	3.70	0.75	1	0.6	
72	仕事の中に楽しさを見出す。	3.51	0.94	3.64	0.85	0	0.0	
74	自分の今までの業務成果を評価し、不足していることを研修する。	3.40	0.82	3.47	0.87	0	0.0	
75	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを振り返りながら活動する。	3.25	0.85	3.47	0.84	0	0.0	
76	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	3.71	0.74	3.64	0.71	0	0.0	
77	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	3.92	0.67	3.84	0.64	0	0.0	
78	緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる	3.72	0.73	3.77	0.68	0	0.0	
	<b>項目得点平均</b>	<b>3.50</b>	<b>0.44</b>	<b>3.49</b>	<b>0.59</b>			<b>0.77</b>
	<b>総得点平均</b>	<b>276.38</b>	<b>34.79</b>	<b>275.63</b>	<b>46.75</b>			<b>0.76</b>

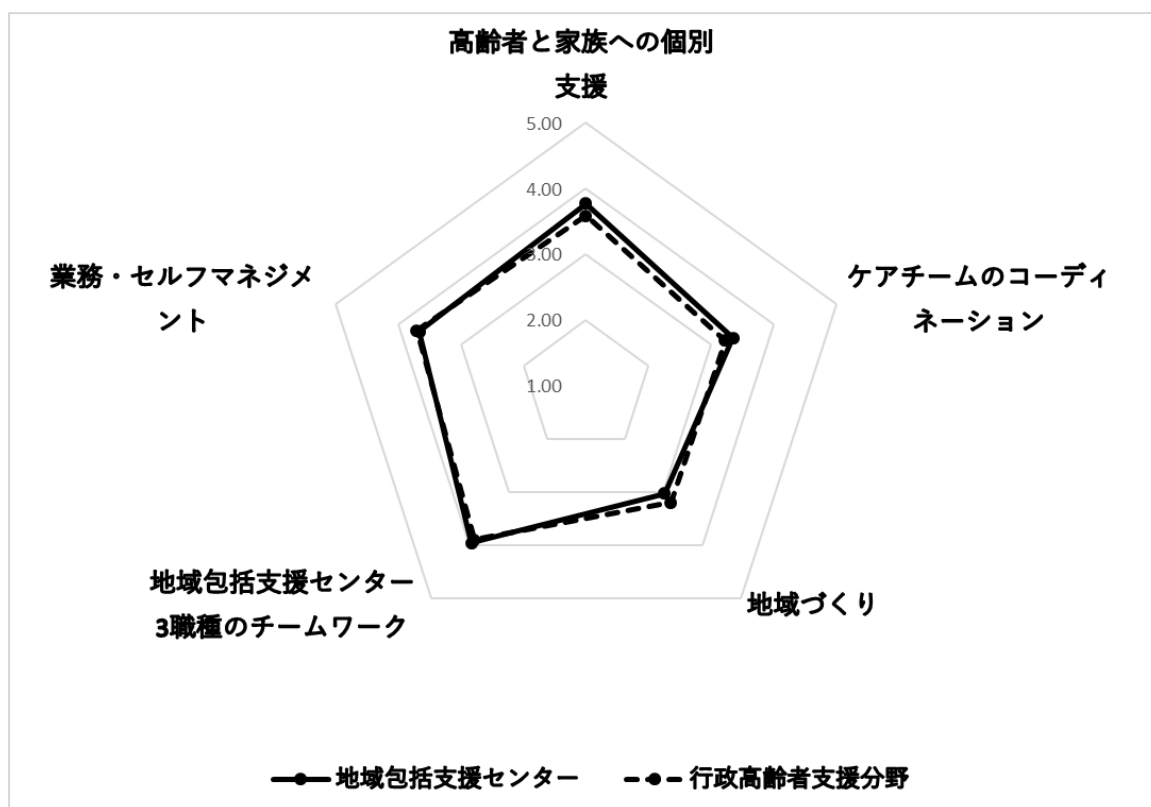


図 6 下位概念の項目得点平均値のレーダーチャート

### 3) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーと基本属性との関連

地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト総得点および5つの下位因子と保健師の属性との関連を検討した。スケール変数は中央値で2分した。すなわち年齢は42歳以上とそれ未満、保健師経験年数は11年8か月以上とそれ未満、地域包括支援センター経験年数は3年7か月以上とそれ未満で2群に分け検定した。

#### (1) コンピテンシーリスト総得点と地域包括支援センター保健師の基本属性との関連

コンピテンシーリスト総得点と関連があった属性は、年齢、資格：介護支援専門員の有無、勤務形態：常勤・非常勤、役職：役職の有無、所属形態：直営型・委託型、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、職場経験：保健所・市区町村の勤務経験の有無、職場経験：病院・診療所の勤務経験の有無、研修会参加の有無の10項目であった(表51)。

42歳以上の者(M±SD: 281.17±32.15)は、42歳未満の者(M±SD: 271.27±36.79)より( $p=0.01$ )、介護支援専門員の資格を持っている者(M±SD: 281.19±33.47)は、資格を持っていない者(M±SD: 271.97±35.45)より( $p<0.01$ )、常勤の者(M±SD: 276.98±34.53)は、非常勤の者(M±SD: 263.48±38.56)より( $p=0.02$ )、課長、センター長、係長、主査(主任)の役職がある者(M±SD: 286.84±29.02)は、役職のない者(M±SD: 268.84±36.65)より( $p<0.01$ )、それぞれ有意にコンピテンシーリストの総得点が高かった。

保健師の経験年数では、11年8か月以上の者(M±SD: 284.60±31.67)は、11年8か月未満の者(M±SD: 267.91±35.88)より( $p<0.01$ )、地域包括支援センターにおける経験年数では、3年7か月以上の経験のある者(M±SD: 283.76±31.46)は、それ未満の者(M±SD: 267.96±36.53)より( $p<0.01$ )、それぞれ有意に総得点が高かった。

過去に経験した職場については、保健所・市区町村での経験がある者(M±SD: 279.65±33.74)は、経験がない者(M±SD: 270.65±35.93)より( $p=0.01$ )、病院・診療所経験については、経験がない者(M±SD: 281.66±32.19)が、経験がある者(M±SD: 271.71±36.36)より( $p<0.01$ )、有意に総得点が高く、また研修会参加では、参加している者(M±SD: 278.24±34.58)は、参加していない者(M±SD: 259.09±32.23)より有意に総得点が高かった( $p<0.01$ )。

環境要因である所属形態においては、直営型(M±SD: 282.37±30.53)は、委託型(M±SD: 271.39±37.31)より有意に高かった( $p<0.01$ )。



表 51 コンピテンシーリスト総得点と基本属性との関連

		n n=473	%	リスト総得点		Mann-Whitneyの U検定 p	
				平均	標準偏差		
性別	男	19	4.0	274.32	43.55	0.92	
	女	454	96.0	276.46	34.43		
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	271.27	36.79	0.01	
	42歳以上	244	51.6	281.17	32.15		
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	281.19	33.47	<0.01	
	介護支援専門員なし	247	52.2	271.97	35.45		
	社会福祉士あり	16	3.4	283.50	31.44	0.26	
	社会福祉士なし	457	96.6	276.13	34.91		
	精神保健福祉士あり	16	3.4	292.06	27.70	0.07	
	精神保健福祉士なし	457	96.6	275.83	34.91		
勤務形態	常勤	452	95.6	276.98	34.53	0.02	
	非常勤	21	4.4	263.48	38.56		
役職	役職あり*	198	41.9	286.84	29.02	<0.01	
	役職なし	275	58.1	268.84	36.65		
所属形態	直営型	215	45.5	282.37	30.53	<0.01	
	委託型	258	54.5	271.39	37.31		
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	267.91	35.88	<0.01	
	11.67年以上	240	50.7	284.60	31.67		
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	267.96	36.53	<0.01	
	3.58年以上	252	53.3	283.76	31.46		
保健師の配置	複数配置	275	58.1	277.22	34.44	0.57	
	一人配置	198	41.9	275.21	35.33		
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	273.21	46.82	0.80	
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	276.47	34.42		
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	279.65	33.74	0.01	
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	270.65	35.93		
	病院・診療所経験があり	251	53.1	271.71	36.36	<0.01	
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	281.66	32.19		
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	271.45	42.52	0.87	
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	276.60	34.45		
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	279.93	40.39	0.69	
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	276.16	34.45		
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	274.17	36.21	0.95	
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	276.47	34.77		
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	269.16	40.06	0.33	
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	277.01	34.27		
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	275.75	33.76	0.64	
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	276.44	34.92		
	企業・事業所経験あり	41	8.7	287.37	41.36	0.07	
	企業・事業所経験なし	432	91.3	275.34	33.97		
	研修参加の有無	参加あり	427	90.3	278.24	34.58	<0.01
		参加なし	46	9.7	259.09	32.23	

\*役職あり:課長級、センター長、係長級、主査(主任)

(2) 第1因子「高齢者と家族への個別支援」と基本属性との関連

コンピテンシーリストの第1因子「高齢者と家族への個別支援」との関連があった地域包括支援センター保健師の属性は、年齢、資格：介護支援専門員の有無、役職：役職の有無、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、職場経験：企業・事業所の経験の有無、研修会参加の有無の7項目であった(表52)。

年齢が高い者(M±SD:73.04±6.67)は、低い者(M±SD:70.31±8.13)より( $p<0.01$ )、介護支援専門員の資格を持っている者(M±SD:72.86±6.91)は、持っていない者(M±SD:70.67±7.93)より( $p<0.01$ )、役職ありの者(M±SD:73.09±6.63)は、役職なしの者(M±SD:70.73±7.99)より( $p<0.01$ )、有意に第1因子の得点が高かった。

保健師経験年数が長い者(M±SD:73.20±6.46)は、短い者(M±SD:70.19±8.24)より( $p<0.01$ )、地域包括支援センター経験年数が長い者(M±SD:73.37±6.65)は、短い者(M±SD:69.83±8.04)より( $p<0.01$ )、また、過去に企業・事業所での経験がある者(M±SD:74.73±8.62)は、経験がない者(M±SD:71.43±7.37)より( $p=0.03$ )、研修会に参加している者(M±SD:71.97±7.43)は、参加していない者(M±SD:69.41±8.17)より( $p=0.03$ )、有意に第1因子の得点が高かった。

環境の要因である所属形態および保健師の配置状況については、有意差はなかった。

表 52 第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」得点と基本属性との関連

		n n=473	%	第1因子得点		Mann-Whitneyの U検定	
				平均	標準偏差	p	
性別	男	19	4.0	70.89	9.41	0.87	
	女	454	96.0	71.75	7.46		
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	70.31	8.13	<0.01	
	42歳以上	244	51.6	73.04	6.67		
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	72.86	6.91	<0.01	
	介護支援専門員なし	247	52.2	70.67	7.93		
	社会福祉士あり	16	3.4	72.19	4.46		0.95
	社会福祉士なし	457	96.6	71.70	7.62		
	精神保健福祉士あり	16	3.4	73.75	6.13		0.52
	精神保健福祉士なし	457	96.6	71.65	7.57		
勤務形態	常勤	452	95.6	71.78	7.55	0.28	
	非常勤	21	4.4	70.43	7.32		
役職	役職あり*	198	41.9	73.09	6.63	<0.01	
	役職なし	275	58.1	70.73	7.99		
所属形態	直営型	215	45.5	71.78	6.89	0.50	
	委託型	258	54.5	71.67	8.05		
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	70.19	8.24	<0.01	
	11.67年以上	240	50.7	73.20	6.46		
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	69.83	8.04	<0.01	
	3.58年以上	252	53.3	73.37	6.65		
保健師の配置	複数配置	275	58.1	71.71	7.38	0.84	
	一人配置	198	41.9	71.73	7.77		
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	69.79	11.25	0.81	
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	71.78	7.40		
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	72.28	7.18	0.07	
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	70.74	8.04		
	病院・診療所経験があり	251	53.1	71.19	7.50	0.15	
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	72.32	7.54		
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	71.90	8.60	0.66	
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	71.71	7.49		
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	74.43	8.66	0.08	
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	71.55	7.43		
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	70.39	8.67	0.89	
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	71.77	7.49		
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	71.95	7.78	0.62	
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	71.70	7.52		
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	72.60	7.11	0.50	
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	71.64	7.57		
	企業・事業所経験あり	41	8.7	74.73	8.62	0.03	
	企業・事業所経験なし	432	91.3	71.43	7.37		
	研修参加の有無	参加あり	427	90.3	71.97	7.43	0.03
		参加なし	46	9.7	69.41	8.17	

\*役職あり: 課長級、センター長、係長級、主査(主任)

### (3) 第2因子「ケアチームのコーディネーション」得点と基本属性との関連

コンピテンシーリストの第2因子「ケアチームのコーディネーション」との関連があった地域包括支援センター保健師の属性は、年齢、資格：介護支援専門員の有無、勤務形態：常勤・非常勤、役職：役職の有無、所属形態：直営型・委託型、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、職場経験：保健所・市区町村の勤務経験の有無、職場経験：病院・診療所の勤務経験の有無、研修会参加の有無の10項目であった(表53)。

年齢が高い者(M±SD: 34.66±5.51)は低い者(M±SD: 32.28±6.28)より( $p<0.01$ )、介護支援専門員の資格を持っている者(M±SD: 34.58±5.67)は取得していない者(M±SD: 32.53±6.16)より( $p<0.01$ )、常勤の者(M±SD: 33.62±6.01)は非常勤の者(M±SD: 31.05±5.68)より( $p=0.03$ )、役職ありの者(M±SD: 35.59±5.00)は、役職なしの者(M±SD: 32.01±6.23)より( $p<0.01$ )、有意に第2因子の得点が高かった。

保健師の経験年数が長い者(M±SD: 35.31±5.33)は短い者(M±SD: 31.66±6.12)より( $p<0.01$ )、地域包括支援センター経験年数が長い者(M±SD: 35.02±5.13)は、短い者(M±SD: 31.78±6.47)より( $p<0.01$ )、保健所・市区町村での勤務経験がある者(M±SD: 34.43±5.63)の方が、ない者(M±SD: 31.90±6.32)より( $p<0.01$ )、また、病院・診療所での勤務経験がない者(M±SD: 34.59±5.63)は勤務経験がある者(M±SD: 32.55±6.18)よりも有意に第2因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。研修会参加をしている者(M±SD: 33.81±6.03)は参加していない者(M±SD: 30.70±5.06)より有意に得点が高かった( $p<0.01$ )。

環境の要因については、直営型に所属している者(M±SD: 34.59±5.58)の方が、委託型に所属している者(M±SD: 32.61±6.21)よりも有意に第2因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。

表 53 第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」得点と基本属性との関連

		n n=473	%	第2因子得点		Mann-Whitneyの U検定 p	
				平均	標準偏差		
性別	男	19	4.0	32.37	7.62	0.78	
	女	454	96.0	33.56	5.94		
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	32.28	6.28	<0.01	
	42歳以上	244	51.6	34.66	5.51		
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	34.58	5.67	<0.01	
	介護支援専門員なし	247	52.2	32.53	6.16		
	社会福祉士あり	16	3.4	35.69	5.29		0.11
	社会福祉士なし	457	96.6	33.43	6.02		
	精神保健福祉士あり	16	3.4	35.69	3.32		0.12
	精神保健福祉士なし	457	96.6	33.43	6.07		
勤務形態	常勤	452	95.6	33.62	6.01	0.03	
	非常勤	21	4.4	31.05	5.68		
役職	役職あり*	198	41.9	35.59	5.00	<0.01	
	役職なし	275	58.1	32.01	6.23		
所属形態	直営型	215	45.5	34.59	5.58	<0.01	
	委託型	258	54.5	32.61	6.21		
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	31.66	6.12	<0.01	
	11.67年以上	240	50.7	35.31	5.33		
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	31.78	6.47	<0.01	
	3.58年以上	252	53.3	35.02	5.13		
保健師の配置	複数配置	275	58.1	33.68	5.83	0.41	
	一人配置	198	41.9	33.27	6.26		
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	31.50	8.99	0.56	
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	33.57	5.90		
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	34.43	5.63	<0.01	
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	31.90	6.32		
	病院・診療所経験があり	251	53.1	32.55	6.18	<0.01	
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	34.59	5.63		
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	33.75	7.43	0.49	
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	33.50	5.95		
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	34.39	7.34	0.58	
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	33.45	5.92		
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	33.94	7.12	0.39	
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	33.49	5.97		
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	32.03	6.75	0.19	
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	33.64	5.93		
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	33.30	6.37	0.63	
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	33.53	5.98		
	企業・事業所経験あり	41	8.7	35.05	6.79	0.08	
	企業・事業所経験なし	432	91.3	33.36	5.92		
	研修参加の有無	参加あり	427	90.3	33.81	6.03	<0.01
		参加なし	46	9.7	30.70	5.06	

\*役職あり:課長級、センター長、係長級、主査(主任)

#### (4) 第3因子「地域づくり」得点と基本属性との関連

第3因子「地域づくり」との関連があった地域包括支援センター保健師の属性は、年齢、資格：介護支援専門員の有無、資格：精神保健福祉士の有無、役職：役職の有無、所属形態：直営型・委託型、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、職場経験：保健所・市区町村の勤務経験の有無、職場経験：病院・診療所の勤務経験の有無、介護福祉施設の勤務経験の有無、研修会参加の有無の11項目であった(表54)。

年齢が高い者(M±SD:75.63±15.06)は低い者(M±SD:69.83±17.24)より( $p<0.01$ )、介護支援専門員の資格を持っている者(M±SD:75.38±15.65)は資格を持っていない者(M±SD:70.47±16.74)より( $p<0.01$ )、精神保健福祉士の資格を取得している者(M±SD:81.31±13.58)は取得していない者(M±SD:72.52±16.42)より、有意に第3因子の得点が高かった( $p=0.04$ )。役職については、役職がある者(M±SD:79.16±12.80)はない者(M±SD:68.25±17.18)より( $p<0.01$ )、保健師の経験年数が長い者(M±SD:77.70±14.55)は短い者(M±SD:67.79±16.70)より( $p<0.01$ )、地域包括支援センター経験年数が長い者(M±SD:76.22±15.35)は短い者(M±SD:68.94±16.72)より、有意に第3因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。過去に経験した職場については、保健所・市区町村での経験がある者(M±SD:75.17±15.71)はない者(M±SD:68.71±16.81)より( $p<0.01$ )、病院・診療所経験がない者(M±SD:76.23±14.34)はある者(M±SD:69.80±17.49)より( $p<0.01$ )、介護福祉施設経験がない者(M±SD:73.49±15.99)はある者(M±SD:65.11±19.05)より( $p=0.01$ )、研修会に参加している者(M±SD:73.66±16.09)は参加していない者(M±SD:65.07±17.32)より、有意に第3因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。

環境要因については、直営型(M±SD:77.76±13.74)は委託型(M±SD:68.70±17.29)より、有意に第3因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。

表 54 第 3 因子「地域づくり」得点と基本属性との関連

		n n=473	%	第3因子得点		Mann-Whitneyの U検定
				平均	標準偏差	p
性別	男	19	4.0	72.89	16.41	0.92
	女	454	96.0	72.82	16.41	
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	69.83	17.24	<0.01
	42歳以上	244	51.6	75.63	15.06	
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	75.38	15.65	<0.01
	介護支援専門員なし	247	52.2	70.47	16.74	
	社会福祉士あり	16	3.4	76.13	16.92	0.29
	社会福祉士なし	457	96.6	72.70	16.38	
	精神保健福祉士あり	16	3.4	81.31	13.58	0.04
	精神保健福祉士なし	457	96.6	72.52	16.42	
勤務形態	常勤	452	95.6	73.12	16.17	0.09
	非常勤	21	4.4	66.48	20.13	
役職	役職あり*	198	41.9	79.16	12.80	<0.01
	役職なし	275	58.1	68.25	17.18	
所属形態	直営型	215	45.5	77.76	13.74	<0.01
	委託型	258	54.5	68.70	17.29	
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	67.79	16.70	<0.01
	11.67年以上	240	50.7	77.70	14.55	
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	68.94	16.72	<0.01
	3.58年以上	252	53.3	76.22	15.35	
保健師の配置	複数配置	275	58.1	73.53	16.97	0.15
	一人配置	198	41.9	71.83	15.55	
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	73.14	17.53	0.89
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	72.81	16.38	
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	75.17	15.71	<0.01
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	68.71	16.81	
	病院・診療所経験があり	251	53.1	69.80	17.49	<0.01
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	76.23	14.34	
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	69.15	17.15	0.35
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	72.98	16.36	
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	71.82	17.30	0.85
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	72.88	16.35	
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	70.89	15.53	0.58
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	72.90	16.44	
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	65.11	19.05	0.01
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	73.49	15.99	
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	71.05	14.81	0.20
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	72.98	16.54	
	企業・事業所経験あり	41	8.7	75.56	18.48	0.36
	企業・事業所経験なし	432	91.3	72.56	16.18	
研修参加の有無	参加あり	427	90.3	73.66	16.09	<0.01
	参加なし	46	9.7	65.07	17.32	

\*役職あり:課長級、センター長、係長級、主査(主任)

(5) 第4因子「地域包括支援センター3職種のチームワーク」と基本属性との関連

コンピテンシーリストの第4因子「地域包括支援センター3職種のチームワーク」と有意差が見られる地域包括支援センター保健師の属性はなかった(表55)。



表 55 第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」得点と基本属性との関連

		n n=473	%	第4因子得点		Mann-Whitneyの U検定	
				平均	標準偏差	p	
性別	男	19	4.0	43.58	5.92	0.67	
	女	454	96.0	43.52	6.20		
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	43.72	6.64	0.41	
	42歳以上	244	51.6	43.33	5.73		
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	43.39	6.29	0.74	
	介護支援専門員なし	247	52.2	43.64	6.10		
	社会福祉士あり	16	3.4	43.81	6.35	0.94	
	社会福祉士なし	457	96.6	43.51	6.19		
	精神保健福祉士あり	16	3.4	45.50	5.38	0.20	
	精神保健福祉士なし	457	96.6	43.45	6.21		
勤務形態	常勤	452	95.6	43.58	6.18	0.22	
	非常勤	21	4.4	42.24	6.45		
役職	役職あり*	198	41.9	43.96	5.87	0.07	
	役職なし	275	58.1	43.20	6.40		
所属形態	直営型	215	45.5	43.34	5.81	0.56	
	委託型	258	54.5	43.67	6.49		
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	43.65	6.30	0.91	
	11.67年以上	240	50.7	43.39	6.08		
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	43.08	6.61	0.11	
	3.58年以上	252	53.3	43.91	5.78		
保健師の配置	複数配置	275	58.1	43.53	5.55	0.57	
	一人配置	198	41.9	43.51	6.99		
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	43.07	7.64	0.94	
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	43.53	6.15		
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	43.12	6.25	0.09	
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	44.22	6.03		
	病院・診療所経験があり	251	53.1	43.63	6.23	0.57	
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	43.40	6.15		
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	42.80	7.39	0.61	
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	43.55	6.14		
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	43.86	6.42	0.62	
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	43.50	6.18		
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	44.44	5.24	0.68	
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	43.48	6.22		
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	45.05	7.18	0.09	
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	43.39	6.08		
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	43.93	5.66	0.84	
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	43.48	6.24		
	企業・事業所経験あり	41	8.7	44.44	7.16	0.67	
	企業・事業所経験なし	432	91.3	43.43	6.09		
	研修参加の有無	参加あり	427	90.3	43.66	6.11	0.23
		参加なし	46	9.7	42.22	6.79	

\*役職あり: 課長級、センター長、係長級、主査(主任)

(6) 第5因子「業務・セルフマネジメント」と基本属性との関連

第5因子「業務・セルフマネジメント」と関連があった地域包括支援センター保健師の属性は、職場経験：企業・事業所の勤務経験の有無、研修会参加の有無の2項目であった(表56)。

過去に経験した職場として企業・事業所での勤務経験がある者(M±SD: 57.59±7.51)はない者(M±SD: 54.59±6.71)より( $p=0.02$ )、研修会に参加をしている者(M±SD: 55.19±6.74)が、参加していない者(M±SD: 51.72±6.92)より、有意に第5因子の得点が高かった( $p<0.01$ )。

環境要因については、所属形態と保健師の配置状況ともに有意差はなかった。

表 56 第 5 因子「業務・セルフマネジメント」得点と基本属性との関連

		n n=473	%	第5因子得点		Mann-Whitneyの U検定 p	
				平均	標準偏差		
性別	男	19	4.0	54.58	8.50	0.97	
	女	454	96.0	54.86	6.76		
年齢	42歳(中央値)未満	229	48.4	55.14	7.29	0.47	
	42歳以上	244	51.6	54.58	6.36		
資格	介護支援専門員あり	226	47.8	55.04	6.68	0.52	
	介護支援専門員なし	247	52.2	54.67	6.96		
	社会福祉士あり	16	3.4	55.94	5.77		0.56
	社会福祉士なし	457	96.6	54.81	6.86		
	精神保健福祉士あり	16	3.4	56.00	4.55		0.42
	精神保健福祉士なし	457	96.6	54.81	6.89		
勤務形態	常勤	452	95.6	54.92	6.84	0.12	
	非常勤	21	4.4	53.33	6.56		
役職	役職あり*	198	41.9	55.12	6.55	0.21	
	役職なし	275	58.1	54.65	7.02		
所属形態	直営型	215	45.5	54.96	7.01	0.57	
	委託型	258	54.5	54.76	6.68		
保健師の経験年数	11.67年(中央値)未満	233	49.3	54.63	6.98	0.38	
	11.67年以上	240	50.7	55.06	6.67		
地域包括支援センターの経験年数	3.58年(中央値)未満	221	46.7	54.34	6.98	0.14	
	3.58年以上	252	53.3	55.29	6.67		
保健師の配置	複数配置	275	58.1	54.83	6.90	0.88	
	一人配置	198	41.9	54.87	6.74		
過去に経験した職場	地域包括支援センター以外に経験がない	14	3.0	55.71	10.08	0.27	
	地域包括支援センター以外に経験があり	459	97.0	54.82	6.72		
	保健所・市区町村経験があり	301	63.6	54.71	6.68	0.50	
	保健所・市区町村経験がなし	172	36.4	55.09	7.08		
	病院・診療所経験があり	251	53.1	54.58	6.77	0.40	
	病院・診療所経験がなし	222	46.9	55.15	6.88		
	訪問看護ステーション経験があり	20	4.2	53.85	7.23	0.61	
	訪問看護ステーション経験がなし	453	95.8	54.89	6.81		
	居宅介護支援事業所経験があり	28	5.9	55.57	7.13	0.68	
	居宅介護支援事業所経験がなし	445	94.1	54.80	6.81		
	居宅サービス事業所経験あり	18	3.8	54.50	7.23	0.80	
	居宅サービス事業所経験なし	455	96.2	54.86	6.82		
	介護福祉施設経験あり	38	8.0	55.03	7.94	0.96	
	介護福祉施設経験なし	435	92.0	54.83	6.73		
	健(検)診センター経験あり	40	8.5	54.88	6.82	0.91	
	健(検)診センター経験なし	433	91.5	54.85	6.83		
	企業・事業所経験あり	41	8.7	57.59	7.51	0.02	
	企業・事業所経験なし	432	91.3	54.59	6.71		
	研修参加の有無	参加あり	427	90.3	55.19	6.74	<0.01
		参加なし	46	9.7	51.72	6.92	

\*役職あり: 課長級、センター長、係長級、主査(主任)

#### 4) コンピテンシーリストの決定因子の重回帰分析

##### (1) 重回帰分析に使った変数

二変量解析においてコンピテンシーリスト総得点または5つの下位因子との関連が有意であった13の要因を独立変数とし、コンピテンシーリスト総得点と5つの下位因子の得点を従属変数として、ステップワイズ法を用いた重回帰分析を行った。

13 要因とは、①年齢、②介護支援専門員資格（有無）、③精神保健福祉士資格（有無）、④勤務形態（常勤、非常勤）、⑤役職（有無）⑥施設形態（直営型、委託型）、⑦保健師経験年数、⑧地域包括支援センター経験年数、⑨保健所・市区町村経験（有無）、⑩病院・診療所経験（有無）、⑪介護福祉施設経験（有無）、⑫企業・事業所経験（有無）、⑬研修会への参加（有無）であった。

##### (2) コンピテンシーリスト総得点の決定因子

重回帰分析の結果、コンピテンシーリスト総得点に有意に関連した変数は、年齢（ $B=0.67$ 、 $\beta=0.19$ 、 $p=0.01$ ）、保健師経験年数（ $B=0.90$ 、 $\beta=0.28$ 、 $p<0.01$ ）、地域包括支援センターでの経験年数（ $B=1.31$ 、 $\beta=0.14$ 、 $p=0.01$ ）、役職（ $B=10.78$ 、 $\beta=0.15$ 、 $p<0.01$ ）、企業・事業所の勤務経験（ $B=15.62$ 、 $\beta=0.13$ 、 $p<0.01$ ）、研修会への参加（ $B=17.06$ 、 $\beta=0.15$ 、 $p<0.01$ ）の6要因であった。結果を表57に示す。

重相関係数  $R=0.39$ 、自由度調整済み  $R^2=0.14$  であった。また、VIF は 1.00~3.09 で多重共線性は見られなかった。

表 57 コンピテンシーリスト総得点の決定因子（重回帰分析：ステップワイズ法）

		n=473				
		B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
個人の要因	年齢	0.67	0.25	0.19	0.01	2.75
	保健師経験年数	0.90	0.24	0.28	<0.01	3.09
	地域包括支援センター経験年数	1.31	0.46	0.14	0.01	1.24
	役職	10.78	3.52	0.15	<0.01	1.37
	経験した職場(企業・事業所の勤務経験)	15.62	5.34	0.13	<0.01	1.03
	研修会への参加	17.06	5.02	0.15	<0.01	1.00
決定係数 R <sup>2</sup> 乗					0.15	
重相関係数 R					0.39	
自由度調整済み決定係数					0.14	

(3) 第1因子「高齢者と家族への個別支援」の決定因子

重回帰分析の結果、「高齢者と家族への個別支援」に有意に関連した変数は、保健師経験年数 ( $B=0.11$ 、 $\beta=0.16$ 、 $p<0.01$ )、地域包括支援センターでの経験年数 ( $B=0.34$ 、 $\beta=0.16$ 、 $p<0.01$ )、企業・事業所の勤務経験 ( $B=3.33$ 、 $\beta=0.12$ 、 $p=0.01$ )、研修会への参加 ( $B=2.32$ 、 $\beta=0.09$ 、 $p=0.04$ ) の4要因であった。結果を表58に示す。

重相関係数  $R=0.31$ 、自由度調整済み  $R^2=0.09$  であった。また、VIFは1.00~1.19で多重共線性は見られなかった。

表58 第1因子「高齢者と家族への個別支援」の決定因子（重回帰分析：ステップワイズ法）

		n=473				
		B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
個人の要因	保健師経験年数	0.11	0.03	0.16	<0.01	1.19
	地域包括支援センター経験年数	0.34	0.10	0.16	<0.01	1.19
	経験した職場(企業・事業所)	3.33	1.18	0.12	0.01	1.00
	研修会参加	2.32	1.12	0.09	0.04	1.00
決定係数 R <sup>2</sup> 乗				0.10		
重相関係数 R				0.31		
調整済み決定係数				0.09		

(4) 第2因子「ケアチームのコーディネーション」の決定因子

重回帰分析の結果、「ケアチームのコーディネーション」に有意に関連した変数は、保健師経験年数 ( $B=0.10$ 、 $\beta=0.18$ 、 $p<0.01$ )、地域包括支援センターでの経験年数 ( $B=0.23$ 、 $\beta=0.14$ 、 $p<0.01$ )、勤務形態 ( $B=2.75$ 、 $\beta=0.09$ 、 $p=0.04$ )、役職 ( $B=1.87$ 、 $\beta=0.15$ 、 $p<0.01$ )、企業・事業所の勤務経験 ( $B=2.29$ 、 $\beta=0.11$ 、 $p=0.01$ )、研修会への参加 ( $B=2.53$ 、 $\beta=0.13$ 、 $p<0.01$ ) の6要因であった。結果を表59に示す。

重相関係数  $R=0.41$ 、自由度調整済み  $R^2=0.16$  であった。また、VIFは1.02~1.60で多重共線性は見られなかった。

表 59 第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」の決定因子（重回帰分析：ステップワイズ法）

		n=473				
		B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
個人の要因	保健師経験年数	0.10	0.03	0.18	<0.01	1.60
	地域包括支援センター経験年数	0.23	0.08	0.14	<0.01	1.21
	勤務形態	2.75	1.32	0.09	0.04	1.15
	役職	1.87	0.63	0.15	<0.01	1.48
	経験した職場(企業・事業所)	2.29	0.91	0.11	0.01	1.02
	研修会参加	2.53	0.86	0.13	<0.01	1.02
	決定係数 R <sup>2</sup> 乗			0.17		
重相関係数 R			0.41			
調整済み決定係数			0.16			

(5) 第 3 因子「地域づくり」の決定因子

重回帰分析の結果、「地域づくり」に有意に関連した変数は、年齢 ( $B=0.25$ 、 $\beta=0.15$ 、 $p=0.04$ )、保健師経験年数 ( $B=0.40$ 、 $\beta=0.27$ 、 $p<0.01$ )、地域包括支援センターでの経験年数 ( $B=0.55$ 、 $\beta=0.12$ 、 $p=0.01$ )、勤務形態 ( $B=3.67$ 、 $\beta=0.11$ 、 $p=0.03$ )、役職 ( $B=5.39$ 、 $\beta=0.16$ 、 $p=0.01$ )、企業・事業所の勤務経験 ( $B=5.71$ 、 $\beta=0.10$ 、 $p=0.02$ )、研修会への参加 ( $B=7.64$ 、 $\beta=0.14$ 、 $p<0.01$ ) の 7 要因であった。結果を表 60 に示す。

重相関係数  $R=0.45$ 、自由度調整済み  $R^2=0.19$  であった。また、VIF は 1.01~3.49 で多重共線性は見られなかった。

表 60 第 3 因子「地域づくり」の決定因子（重回帰分析：ステップワイズ法）

n=473					
	B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
年齢	0.25	0.12	0.15	0.04	3.00
保健師経験年数	0.40	0.12	0.27	<0.01	3.49
地域包括支援センター経験年数	0.55	0.21	0.12	0.01	1.24
個人の要因 勤務形態	3.67	1.70	0.11	0.03	1.55
役職	5.39	1.76	0.16	<0.01	1.63
経験した職場（企業・事業所）	5.71	2.46	0.10	0.02	1.04
研修会参加	7.64	2.31	0.14	<0.01	1.01
決定係数 R <sup>2</sup> 乗			0.20		
重相関係数 R			0.45		
調整済み決定係数			0.19		

（6）第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」の決定因子

第 4 因子は、いずれの属性にも有意差が見られる要因はなく、ステップワイズ法を用いて重回帰分析でも関連する要因は見出されなかった。そのため、強制投入法にて重回帰分析を行った。

重回帰分析の結果、「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」に有意に関連した変数は、年齢（ $B=0.19$ 、 $\beta=0.30$ 、 $p<0.01$ ）、保健師経験年数（ $B=0.16$ 、 $\beta=0.29$ 、 $p<0.01$ ）、介護福祉施設の勤務経験（ $B=2.24$ 、 $\beta=0.10$ 、 $p=0.04$ ）の 3 要因であった。結果を表 61 に示す。

重相関係数  $R=0.26$ 、自由度調整済み  $R^2=0.04$  であった。また、VIF は 1.05～1.57 で多重共線性は見られなかった。

表 61 第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」の決定因子（重回帰分析：強制投入法）

		n=473				
		B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
個人の要因	年齢	0.19	0.05	0.30	<0.01	1.51
	保健師経験年数	0.16	0.05	0.29	<0.01	1.57
	経験した職場(介護福祉施設)	2.24	1.08	0.10	0.04	1.05
決定係数 R <sup>2</sup> 乗				0.07		
重相関係数 R				0.26		
調整済み決定係数				0.04		
強制投入法 ANOVA p<.001						

(7) 第 5 因子「業務・セルフマネジメント」の決定因子

重回帰分析の結果、「業務・セルフマネジメント」に有意に関連した変数は、企業・事業所の勤務経験 (B=3.00、 $\beta = 0.12$ 、 $p=0.01$ )、研修会への参加 (B=3.47、 $\beta = 0.15$ 、 $p<0.01$ ) の 2 要因であった。結果を表 62 に示す。

重相関係数は R=0.20、自由度調整済み R<sup>2</sup>=0.03 であった。また、VIF 値は 1.00 で多重共線性は見られなかった。

表 62 第 5 因子「業務・セルフマネジメント」の決定因子（重回帰分析：ステップワイズ法）

		n=473				
		B	SE	$\beta$	有意確率	VIF
個人の要因	経験した職場(企業・事業所)	3.00	1.10	0.12	0.01	1.00
	研修会参加	3.47	1.04	0.15	<0.01	1.00
決定係数 R <sup>2</sup> 乗				0.04		
重相関係数 R				0.20		
調整済み決定係数				0.03		



## 5) 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシーの検討

地域包括支援センター保健師 473 人および行政保健分野保健師 174 人の 647 人のうち、行政高齢者支援分野保健師で保健師経験年数が 2 年未満であった 1 人を除外し、a：行政高齢者支援分野保健師 173 人、b：ベテラン地域包括支援センター保健師として地域包括支援センター経験年数 5 年以上の者 185 人、c：新人地域包括支援センター保健師として地域包括支援センター経験年数 2 年以下の者 165 人の 3 群の差の検定を行った。対象者 3 群の基本属性を表 63 に示す。

Shapiro-Wilk 検定により正規性を確認したところ、3 群のすべてで  $p<.001$  であったため、Kruskal-Wallis 検定を用いて、有意差があったものについて Tukey の方法を用いて多重比較を行った。判定は以下のとおりに行った。

①：a の得点は低いが、b、c の得点が高いコンピテンシー項目：地域包括支援センター保健師に特徴的な項目であり、着任後、早期に獲得可能なコンピテンシー。

$$a < b \quad \text{かつ} \quad a < c$$

②：a、c の得点は低いが、b の得点が高い項目：地域包括支援センター保健師に特徴的な項目であり、一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー。

$$a < b \quad \text{かつ} \quad c < b$$

③：a も b も得点が高い項目：行政および地域包括支援センターのどちらの保健師にも共通するコンピテンシー。

$$a > 3.8 \quad \text{かつ} \quad b > 3.8$$

コンピテンシー項目得点の平均±SD は、行政保健師  $3.49 \pm 0.59$ 、地域包括支援センターベテラン保健師  $3.63 \pm 0.38$ 、同新人保健師  $3.36 \pm 0.49$  であったため、行政保健師、地域包括支援センターベテラン保健師の平均を超え、かつ新人保健師の 1SD 付近として、3.8 点を設定した。

④：b も c も得点が低い項目：地域包括支援センター保健師に必要なだが、ベテランであってもまだ十分に獲得できておらず、今後研修等で獲得していくことが必要なコンピテンシー。

$$b < 3.0 \quad \text{かつ} \quad c < 3.0$$

⑤：c の得点が低い項目：地域包括支援センター新人保健師に不足しているコンピテンシー

$$c < 3.0$$

表 63 a：行政高齢者支援分野保健師、b：ベテラン地域包括支援センター保健師、c：新人地域包括支援センター保健師の基本属性

		a 行政保健分野 高齢者支援担当保健師 n=173		b 地域包括支援センター ベテラン保健師 (勤務経験5年以上) n=185		c 地域包括支援センター 新人保健師 (勤務経験2年以下) n=165	
項目		人	(%)	人	(%)	人	(%)
性別	男性	8	4.6	5	2.7	6	3.6
	女性	165	95.4	180	97.3	159	96.4
年齢	20歳代	3	1.7	2	1.1	36	21.8
	30歳代	42	24.3	41	22.2	63	38.2
	40歳代	76	43.9	70	37.8	39	23.6
	50歳代	48	27.7	60	32.4	22	13.3
	60歳代	4	2.3	12	6.5	5	3.0
	70歳代	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	平均値±標準偏差		44.68±7.63		46.71±8.42		38.41±9.74
資格(複数回答)	介護支援専門員	77	44.5	131	70.8	44	26.7
	社会福祉士	2	1.2	10	5.4	2	1.2
	精神保健福祉士	14	8.1	9	4.9	5	3.0
勤務形態	常勤	171	98.8	176	95.1	159	96.4
	非常勤	2	1.2	9	4.9	6	3.6
所属形態	直営型			100	54.1	62	37.6
	委託型			85	45.9	103	62.4
保健師経験年数	2年未満	0	0.0	0	0.0	66	40.0
	2年以上5年未満	2	1.2	0	0.0	14	8.5
	5年以上10年未満	23	13.3	35	18.9	25	15.2
	10年以上15年未満	24	13.9	37	20.0	15	9.1
	15年以上20年未満	36	20.8	27	14.6	14	8.5
	20年以上25年未満	39	22.5	31	16.8	15	9.1
	25年以上30年未満	27	15.6	27	14.6	6	3.6
	30年以上35年未満	15	8.7	14	7.6	5	3.0
	35年以上	7	4.0	14	7.6	5	3.0
平均値±標準偏差		19.95±8.17		19.13±9.65		9.358±10.32	
役職	課長級	9	5.2	10	5.4	1	0.6
	センター長	6	3.5	29	15.7	6	3.6
	係長級	51	29.5	39	21.1	14	8.5
	主査(主任)	53	30.6	30	16.2	19	11.5
	スタッフ	54	31.2	77	41.6	125	75.8
自分以外の保健師配置	配置されている	146	84.4	108	58.4	91	55.2
	配置されていない	27	15.6	77	41.6	74	44.8
過去に経験した職場 (複数回答)	地域包括支援センター以外に経験した職場はない	0	0.0	7	3.8	6	3.6
	保健所・市町村	173	100.0	131	70.8	85	51.5
	病院・診療所	45	26.0	85	45.9	95	57.6
	訪問看護ステーション	4	2.3	8	4.3	9	5.5
	居宅介護支援事業所	5	2.9	15	8.1	7	4.2
	居宅サービス事業所	2	1.2	8	4.3	5	3.0
	介護福祉施設	4	2.3	15	8.1	15	9.1
	健(検)診センター	2	1.2	15	8.1	19	11.5
	企業・事業所	3	1.7	16	8.6	14	8.5
研修会参加の有無	参加した	150	86.7	171	92.4	150	90.9
	参加しなかった	23	13.3	14	7.6	15	9.1

(1) 行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のコンピテンシーリスト得点

行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のコンピテンシーリスト得点を表 64 に、コンピテンシーリスト項目平均得点を図 7 に示す。

Kruskal-Wallis 検定の結果、有意差があったのは、総得点、第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」、第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」、第 3 因子「地域づくり」、第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」であった。有意差があったものについて Tukey の方法を用いて多重比較を行った。総得点、第 1 因子、第 2 因子においては地域包括支援センターベテラン保健師の得点が他の 2 群よりも高かった。一方、第 3 因子では、地域包括支援センター新人保健師の得点が他の 2 群よりも低かった。第 4 因子については、いずれの組み合わせも有意な差はみられなかった。

表 64 行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のコンピテンシーリスト得点

	行政高齢者支援分野	地域包括支援センター	地域包括支援センター	p 値
	保健師	ベテラン	新人	
	平均±標準偏差	平均±標準偏差	平均±標準偏差	
総得点	275.46±46.84	286.35±30.06	265.54±38.51	<0.01
第 1 因子	68.02±15.85	73.82±6.44	69.07±8.47	<0.01
第 2 因子	32.17±9.41	35.31±5.09	31.33±6.63	<0.01
第 3 因子	76.85±19.26	77.48±14.52	68.01±17.05	<0.01
第 4 因子	42.84±6.05	44.11±6.00	42.81±6.87	0.03
第 5 因子	55.58±7.85	55.70±6.64	54.34±7.49	0.10

第 1 因子：高齢者と家族への個別支援

第 2 因子：ケアチームのコーディネーション

第 3 因子：地域づくり

第 4 因子：地域包括支援センター3 職種のチームワーク

第 5 因子：業務・セルフマネジメント

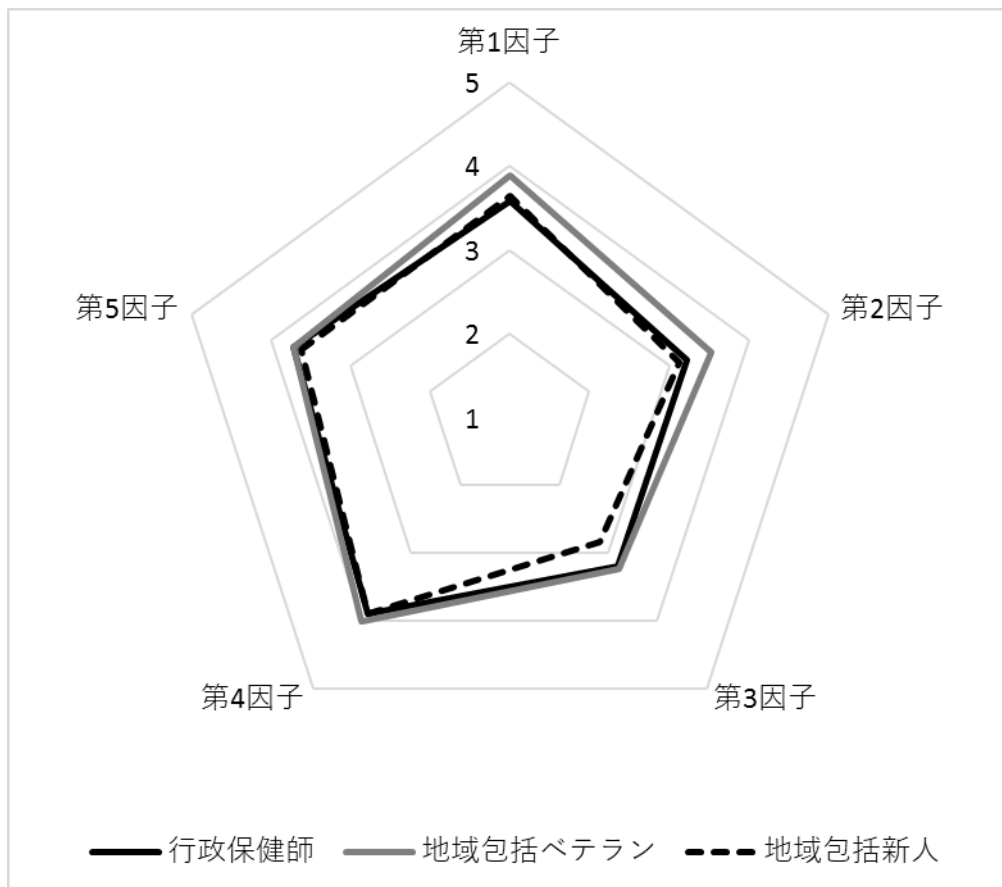


図7 行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のコンピテンシーリスト項目平均得点

コンピテンシーリスト項目ごとの結果を5つに下位因子に分けて示す。

## (2) 第1因子「高齢者と家族への個別支援」

「高齢者と家族への個別支援」の19項目のうち、①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目は、項目13「高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける」のみであった。

②地域包括支援センター保健師に特徴的な項目で、一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目は、項目1「高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする」、項目2「高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する」、項目3「高

高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする」、項目 4「高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に出向き、実際の生活状況を確認する」、項目 6「高齢者を介護予防の観点からアセスメントする」、項目 9「的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる」、項目 10「高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる」、項目 11「高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する」、項目 12「高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらおう」、項目 14「住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する」、項目 28「高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする」の 11 項目であった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師とに共通するコンピテンシー項目は、項目 27「家族の生活や思い、立場を尊重する」であった。

④今後獲得していくことが必要な課題となるコンピテンシー項目はなかった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目はなかった。

第 1 因子の分類結果を表 65 に示す。

表 65 第 1 因子「高齢者と家族への個別支援」のコンピテンシー項目の分類結果

n=523

No.		n	平均値	標準偏差	p	分類
<b>コンピテンシーリスト総項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野 173</b>	<b>3.49</b>	<b>0.59</b>	<b>a-b 0.02</b>	
		<b>b: 地域包括ベテラン 185</b>	<b>3.63</b>	<b>0.38</b>	<b>a-c 0.05</b>	
		<b>c: 地域包括新人 165</b>	<b>3.36</b>	<b>0.49</b>	<b>b-c &lt;0.01</b>	
<b>「高齢者と家族への個別支援」項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野 173</b>	<b>3.58</b>	<b>0.83</b>	<b>a-b &lt;0.01 a&lt;b</b>	
		<b>b: 地域包括ベテラン 185</b>	<b>3.89</b>	<b>0.34</b>	<b>a-c 0.65</b>	
		<b>c: 地域包括新人 165</b>	<b>3.64</b>	<b>0.45</b>	<b>b-c &lt;0.01 c&lt;b</b>	
1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする。	a: 行政保健分野 173	3.72	0.91	a-b 0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.95	0.45	a-c 0.63	②
		c: 地域包括新人 165	3.65	0.61	b-c 0.01	c<b
2	高齢者の生活行動を具体的に聞き取り、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する。	a: 行政保健分野 173	3.68	0.93	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.98	0.38	a-c 1.00	②
		c: 地域包括新人 165	3.68	0.59	b-c <0.01	c<b
3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする。	a: 行政保健分野 173	3.52	0.94	a-b 0.02	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.74	0.56	a-c 0.19	②
		c: 地域包括新人 165	3.38	0.64	b-c <0.01	c<b
4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に向き、実際の生活状況を確認する。	a: 行政保健分野 173	3.36	1.07	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.77	0.57	a-c 0.94	②
		c: 地域包括新人 165	3.33	0.73	b-c <0.01	c<b
5	高齢者の表情、声の抑揚などささいな変化に気づく。	a: 行政保健分野 173	3.64	0.98	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.95	0.58	a-c 0.21	
		c: 地域包括新人 165	3.78	0.66	b-c 0.11	
6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする。	a: 行政保健分野 173	3.68	0.91	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	4.00	0.49	a-c 0.93	②
		c: 地域包括新人 165	3.71	0.62	b-c <0.01	c<b
7	高齢者本人に、どのような生活・人生を送りたいか意思・主張をありのまま聞き取る。	a: 行政保健分野 173	3.62	1.04	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.96	0.58	a-c 0.08	
		c: 地域包括新人 165	3.81	0.63	b-c 0.15	
8	高齢者には、諦めの気持ちや要望の発言を抑える傾向があることを念頭に、高齢者に本心を話してもらえように、話しやすい雰囲気をつくり、じっくり時間をかけて聞き取る。	a: 行政保健分野 173	3.62	1.03	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.95	0.57	a-c 0.24	
		c: 地域包括新人 165	3.76	0.72	b-c 0.07	
9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる。	a: 行政保健分野 173	3.53	1.04	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.81	0.58	a-c 0.74	②
		c: 地域包括新人 165	3.46	0.77	b-c <0.01	c<b
10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる。	a: 行政保健分野 173	3.63	1.00	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.97	0.45	a-c 0.23	②
		c: 地域包括新人 165	3.76	0.60	b-c 0.01	c<b
11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する。	a: 行政保健分野 173	3.41	1.03	a-b 0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.66	0.66	a-c 0.95	②
		c: 地域包括新人 165	3.38	0.76	b-c <0.01	c<b
12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう。	a: 行政保健分野 173	3.42	1.07	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.90	0.57	a-c 0.60	②
		c: 地域包括新人 165	3.50	0.77	b-c <0.01	c<b
13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける。	a: 行政保健分野 173	3.16	1.09	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.61	0.65	a-c <0.01	a<c
		c: 地域包括新人 165	3.45	0.71	b-c 0.19	①
14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する。	a: 行政保健分野 173	3.73	0.98	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	4.12	0.62	a-c 0.18	②
		c: 地域包括新人 165	3.88	0.71	b-c 0.01	c<b
15	総合相談の個別事例に対して、すぐに対応できない場合は、経過報告をこまめに行い、継続的にかかわっている姿勢を住民や関係者に見せる。	a: 行政保健分野 173	3.45	1.04	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.79	0.62	a-c 0.05	
		c: 地域包括新人 165	3.65	0.70	b-c 0.26	
27	家族の生活や思い、立場を尊重する。	a: 行政保健分野 173	3.82	0.93	a-b <0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	4.05	0.45	a-c 0.12	③
		c: 地域包括新人 165	3.96	0.51	b-c 0.40	
28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする。	a: 行政保健分野 173	3.57	1.06	a-b 0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン 185	3.83	0.55	a-c 0.97	②
		c: 地域包括新人 165	3.59	0.70	b-c 0.01	c<b
29	家族も巻き込んで、高齢者を支援する方法を考える。	a: 行政保健分野 173	3.69	1.03	a-b 0.08	
		b: 地域包括ベテラン 185	3.86	0.58	a-c 0.76	
		c: 地域包括新人 165	3.75	0.58	b-c 0.34	
30	家族に、母子・成人・精神領域など別の課題があれば、適切な相談機関につなぐことで、家族機能を高める。	a: 行政保健分野 173	3.77	0.98	a-b 0.23	
		b: 地域包括ベテラン 185	3.92	0.61	a-c 0.07	
		c: 地域包括新人 165	3.58	0.86	b-c <0.01	c<b

### (3) 第2因子「ケアチームのコーディネーション」

「ケアチームのコーディネーション」10項目のうち、①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目はなかった。

②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目は、項目17「個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員など会った時に普段からコミュニケーションをとる」、項目18「個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う」、項目20「個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる」、項目21「個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する」、項目23「自分（保健師）の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する」、項目24「個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する」、項目25「高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見通しを立てて関係機関の調整をする」、項目26「緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく」の8項目であった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師との共通のコンピテンシーに分類されたのはなかった。

④ベテランの地域包括支援センター保健師でも獲得できておらず、今後獲得が必要な項目はなかった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目は、項目22「高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける」、項目26「緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく」の2項目であった。

第2因子の分類の結果を表66に示す。

表 66 第 2 因子「ケアチームのコーディネーション」のコンピテンシー項目の分類結果

						n=523			
No.		n	平均値	標準偏差	p	分類			
<b>コンピテンシーリスト総項目得点</b>									
	a: 行政保健分野	173	3.49	0.59	a-b	0.02			
	b: 地域包括ベテラン	185	3.63	0.38	a-c	0.05			
	c: 地域包括新人	165	3.36	0.49	b-c	<0.01			
<b>ケアチームのコーディネーション項目得点</b>									
	a: 行政保健分野	173	3.22	0.94	a-b	<0.01 a<b			
	b: 地域包括ベテラン	185	3.53	0.51	a-c	0.54			
	c: 地域包括新人	165	3.13	0.66	b-c	<0.01 c<b			
17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.61 4.07 3.76	1.10 0.58 0.79	a-b a-c b-c	<0.01 0.21 <0.01	a<b  c<b	②
18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.01 3.31 3.06	1.14 0.78 0.87	a-b a-c b-c	0.01 0.88 0.03	a<b  c<b	②
19	個別支援の方法について、行政分野をはじめとする他分野の保健師に相談する。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.38 3.39 3.05	1.15 0.92 1.05	a-b a-c b-c	0.99 0.01 0.01	a<b c<a c<b	
20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.21 3.51 3.02	1.18 0.80 0.95	a-b a-c b-c	0.01 0.18 <0.01	a<b  c<b	②
21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かってることを共有する。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.45 3.72 3.38	1.09 0.67 0.84	a-b a-c b-c	0.01 0.79 <0.01	a<b  c<b	②
22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	2.95 3.19 2.87	1.14 0.82 0.93	a-b a-c b-c	0.06 0.72 0.01	a<b  c<b	⑤
23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	2.89 3.42 3.00	1.21 0.76 0.86	a-b a-c b-c	<0.01 0.55 <0.01	a<b  c<b	②
24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.18 3.50 3.04	1.13 0.72 0.88	a-b a-c b-c	<0.01 0.30 <0.01	a<b  c<b	②
25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見直しを立てて関係機関の調整をする。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.38 3.62 3.19	1.12 0.67 0.85	a-b a-c b-c	0.03 0.13 <0.01	a<b  c<b	②
26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状態、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく。	a: 行政保健分野 b: 地域包括ベテラン c: 地域包括新人	173 185 165	3.11 3.57 2.96	1.18 0.74 0.93	a-b a-c b-c	<0.01 0.31 <0.01	a<b  c<b	②  ⑤



#### (4) 第3因子「地域づくり」

「地域づくり」24項目のうち、①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目はなかった。

②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目は、項目31「総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている」であった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師との共通のコンピテンシーに分類された項目はなかった。

④ベテランの地域包括支援センター保健師でも獲得ができておらず、今後獲得が必要な課題のコンピテンシーに分類される項目は、項目39「住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る」、項目44「国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う」、項目52「実施している事業の効果を、住民に伝える」の3項目であった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目は、項目33「保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする」、項目35「地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる」、項目36「ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する」、項目37「住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する」、項目38「あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする」、項目40「地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める」、項目41「地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける」、項目43「国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる」、項目46「事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる」、項目47「行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る」、項目48「行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する」、項目49「地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する」、項目50「現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす」の13項目と、

上述のとおり新人だけでなくベテラン地域包括支援センター保健師にも不足している項目 39、44、52 の 3 項目を含めた 16 項目であった。

第 3 因子の結果を表 67 に示す。

表 67 第 3 因子「地域づくり」のコンピテンシー項目の分類結果

							n=523	
No.		n	平均値	標準偏差	p	分類		
<b>コンピテンシーリスト総項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野</b>	<b>173</b>	<b>3.49</b>	<b>0.59</b>	<b>a-b</b>	<b>0.02</b>	
		<b>b: 地域包括ベテラン</b>	<b>185</b>	<b>3.63</b>	<b>0.38</b>	<b>a-c</b>	<b>0.05</b>	
		<b>c: 地域包括新人</b>	<b>165</b>	<b>3.36</b>	<b>0.49</b>	<b>b-c</b>	<b>&lt;0.01</b>	
<b>地域づくり項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野</b>	<b>173</b>	<b>3.20</b>	<b>0.80</b>	<b>a-b</b>	<b>0.94</b>	
		<b>b: 地域包括ベテラン</b>	<b>185</b>	<b>3.23</b>	<b>0.60</b>	<b>a-c</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>c&lt;a</b>
		<b>c: 地域包括新人</b>	<b>165</b>	<b>2.83</b>	<b>0.71</b>	<b>b-c</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>c&lt;b</b>
16	地域の行事や自治会などの集まりに向いて、住民と交流を持ち願うようになる。	a: 行政保健分野	173	3.05	1.25	a-b	<0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン	185	3.50	0.96	a-c	0.05	
		c: 地域包括新人	165	3.33	1.03	b-c	0.31	
31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている。	a: 行政保健分野	173	3.45	1.00	a-b	0.01	a<b
		b: 地域包括ベテラン	185	3.71	0.63	a-c	0.46	②
		c: 地域包括新人	165	3.35	0.76	b-c	<0.01	c<b
32	総合相談や介護予防の健康教育などで住民と接して得た住民の声や情報を蓄積することで、地域の課題や課題解決方法を予測する。	a: 行政保健分野	173	3.36	1.01	a-b	0.22	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.51	0.64	a-c	0.32	
		c: 地域包括新人	165	3.24	0.75	b-c	0.01	c<b
33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする。	a: 行政保健分野	173	3.08	1.08	a-b	0.18	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.25	0.75	a-c	0.04	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.83	0.94	b-c	<0.01	c<b ⑤
34	高齢者のみでなく、地域住民全体を支援する対象者と捉えて介護予防を考える。	a: 行政保健分野	173	3.35	1.08	a-b	0.42	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.48	0.77	a-c	0.02	c<a
		c: 地域包括新人	165	3.08	0.90	b-c	<0.01	c<b
35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる。	a: 行政保健分野	173	3.35	1.00	a-b	0.94	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.31	0.84	a-c	<0.01	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.81	0.98	b-c	<0.01	c<b ⑤
36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する。	a: 行政保健分野	173	3.15	1.05	a-b	0.87	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.20	0.85	a-c	<0.01	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.69	0.87	b-c	<0.01	c<b ⑤
37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する。	a: 行政保健分野	173	3.19	1.08	a-b	0.97	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.17	0.93	a-c	<0.01	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.61	0.98	b-c	<0.01	c<b ⑤
38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする。	a: 行政保健分野	173	2.93	1.20	a-b	0.55	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.04	0.92	a-c	<0.01	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.58	0.92	b-c	<0.01	c<b ⑤
39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。	a: 行政保健分野	173	2.88	1.17	a-b	0.60	
		b: 地域包括ベテラン	185	2.99	0.92	a-c	0.01	c<a ④
		c: 地域包括新人	165	2.55	0.98	b-c	<0.01	c<b ⑤
40	地域とつながりやすいようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮しながら事前に打診をして地域づくりを進める。	a: 行政保健分野	173	2.97	1.18	a-b	0.10	
		b: 地域包括ベテラン	185	3.18	0.90	a-c	<0.01	c<a
		c: 地域包括新人	165	2.60	0.94	b-c	<0.01	c<b ⑤
41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に向いて積極的に相談を持ちかける。	a: 行政保健分野	173	2.80	1.15	a-b	0.04	a<b
		b: 地域包括ベテラン	185	3.06	0.89	a-c	0.24	
		c: 地域包括新人	165	2.62	1.00	b-c	<0.01	c<b ⑤

表 67 第 3 因子「地域づくり」のコンピテンシー項目の分類結果 (つづき)

n=523							
No.		n	平均値	標準偏差	p	分類	
42	住民の主体性を高めるために、強制はせずに住民ができることから始める。	a: 行政保健分野	173	3.27	1.11	a-b	0.39
		b: 地域包括ベテラン	185	3.41	0.90	a-c	0.05
		c: 地域包括新人	165	3.01	1.03	b-c	<0.01 c<b
43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる。	a: 行政保健分野	173	3.25	1.00	a-b	0.36
		b: 地域包括ベテラン	185	3.11	0.93	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.78	0.98	b-c	<0.01 c<b ⑤
44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う。	a: 行政保健分野	173	3.10	1.11	a-b	0.06
		b: 地域包括ベテラン	185	2.86	0.95	a-c	<0.01 c<a ④
		c: 地域包括新人	165	2.59	0.97	b-c	0.04 c<b ⑤
45	他市町村や他の地域包括支援センターと地域づくりに向けた事業内容や方法について情報交換をする。	a: 行政保健分野	173	3.31	1.12	a-b	0.63
		b: 地域包括ベテラン	185	3.21	0.98	a-c	0.02 c<a
		c: 地域包括新人	165	3.01	1.03	b-c	0.18
46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる。	a: 行政保健分野	173	3.50	0.99	a-b	0.09
		b: 地域包括ベテラン	185	3.26	1.06	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.70	1.16	b-c	<0.01 c<b ⑤
47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る。	a: 行政保健分野	173	3.43	1.04	a-b	0.12
		b: 地域包括ベテラン	185	3.21	1.04	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.67	1.10	b-c	<0.01 c<b ⑤
48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する。	a: 行政保健分野	173	3.10	1.10	a-b	0.60
		b: 地域包括ベテラン	185	3.00	0.89	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.42	1.04	b-c	<0.01 c<b ⑤
49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する。	a: 行政保健分野	173	3.20	0.94	a-b	0.76
		b: 地域包括ベテラン	185	3.13	0.84	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.76	0.92	b-c	<0.01 c<b ⑤
50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす。	a: 行政保健分野	173	3.33	1.00	a-b	0.41
		b: 地域包括ベテラン	185	3.21	0.82	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	2.93	0.96	b-c	0.02 c<b ⑤
51	実施した事業の評価を行い、改善が必要な場合は修正する。	a: 行政保健分野	173	3.40	0.93	a-b	0.61
		b: 地域包括ベテラン	185	3.31	0.80	a-c	<0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	3.02	0.97	b-c	0.01 c<b
52	実施している事業の効果を、住民に伝える。	a: 行政保健分野	173	3.03	1.09	a-b	0.85
		b: 地域包括ベテラン	185	2.98	0.85	a-c	0.03 c<a ④
		c: 地域包括新人	165	2.77	0.97	b-c	0.11 c<b ⑤
79	個別支援と地域づくりの業務のバランスを考えて仕事をす	a: 行政保健分野	173	3.36	0.98	a-b	0.92
		b: 地域包括ベテラン	185	3.39	0.77	a-c	0.01 c<a
		c: 地域包括新人	165	3.08	0.85	b-c	<0.01 c<b

(5) 第4因子「地域包括支援センター3職種のチームワーク」

「地域包括支援センター3職種のチームワーク」11項目のうち、①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目はなかった。

②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目はなかった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師との共通のコンピテンシーに分類されたのは、項目54「日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間／同僚や他職種間で情報を共有する」、項目55「3職種／同僚や他職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる」、項目56「自分の意見を押し付けずに、社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種の意見を聞く」、項目57「社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種を専門家として尊重する」、項目58「社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種とお互いに教え合いながら高め合う」、項目61「地域包括支援センター3職種／同僚や他職種の中で保健師としての自分の意見を持つ」、項目62「地域包括支援センター3職種／同僚や他職種の中で保健師として何ができるかを考え、できることを実践する」、項目73「職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ」の8項目であった。

④ベテランの地域包括支援センター保健師でも獲得ができておらず、今後獲得が必要な課題のコンピテンシー項目はなかった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目はなかった。

第4因子の結果を表68に示す。

表 68 第 4 因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」のコンピテンシー項目の分類結果

n=523							
No.		n	平均値	標準偏差	p	分類	
<b>コンピテンシーリスト総項目得点</b>							
	a: 行政保健分野	173	3.49	0.59	a-b	0.02	
	b: 地域包括ベテラン	185	3.63	0.38	a-c	0.05	
	c: 地域包括新人	165	3.36	0.49	b-c	<0.01	
<b>地域包括支援センター3職種のチームワーク項目得点</b>							
	a: 行政保健分野	173	3.89	0.55	a-b	0.14	
	b: 地域包括ベテラン	185	4.01	0.55	a-c	1.00	
	c: 地域包括新人	165	3.89	0.62	b-c	0.13	
53	業務の負担感が平等になるように業務を共有し協力して遂行する。	a: 行政保健分野	173	3.56	0.78	a-b	0.62
	b: 地域包括ベテラン	185	3.64	0.88	a-c	0.33	
	c: 地域包括新人	165	3.43	0.84	b-c	0.05	
54	日常的に報告・連絡・相談をごまめに行い、常に3職種間/同僚や他職種間で情報を共有する。	a: 行政保健分野	173	3.94	0.65	a-b	0.56
	b: 地域包括ベテラン	185	4.03	0.81	a-c	0.78	
	c: 地域包括新人	165	3.88	0.87	b-c	0.21	
55	3職種/同僚や他職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる。	a: 行政保健分野	173	3.93	0.71	a-b	0.30
	b: 地域包括ベテラン	185	4.05	0.80	a-c	0.89	
	c: 地域包括新人	165	3.97	0.85	b-c	0.58	
56	自分の意見を押し付けずに、社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種の意見を聞く。	a: 行政保健分野	173	4.01	0.60	a-b	0.44
	b: 地域包括ベテラン	185	4.09	0.66	a-c	0.01 a<c	
	c: 地域包括新人	165	4.21	0.60	b-c	0.17	
57	社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種を専門家として尊重する。	a: 行政保健分野	173	4.12	0.62	a-b	0.40
	b: 地域包括ベテラン	185	4.21	0.70	a-c	<0.01 a<c	
	c: 地域包括新人	165	4.39	0.64	b-c	0.02 b<c	
58	社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種とお互いに教え合いながら高め合う。	a: 行政保健分野	173	4.03	0.66	a-b	0.71
	b: 地域包括ベテラン	185	4.09	0.74	a-c	0.99	
	c: 地域包括新人	165	4.02	0.85	b-c	0.63	
59	保健師の業務や介護予防事業について、社会福祉士や主任ケアマネジャー/同僚や他職種に協力してもらえるように働きかける。	a: 行政保健分野	173	3.75	0.75	a-b	0.17
	b: 地域包括ベテラン	185	3.90	0.79	a-c	0.53	
	c: 地域包括新人	165	3.84	0.93	b-c	0.77	
60	地域の課題を社会福祉士および主任ケアマネジャー/同僚や他職種と共有する。	a: 行政保健分野	173	3.69	0.90	a-b	0.01 a<b
	b: 地域包括ベテラン	185	3.97	0.75	a-c	0.81	
	c: 地域包括新人	165	3.75	0.95	b-c	0.05	
61	地域包括支援センター3職種/同僚や他職種の中で保健師としての自分の意見を持つ。	a: 行政保健分野	173	3.89	0.73	a-b	0.17
	b: 地域包括ベテラン	185	4.04	0.69	a-c	0.01 c<a	
	c: 地域包括新人	165	3.65	0.89	b-c	<0.01 c<b	
62	地域包括支援センター3職種/同僚や他職種の中で保健師として何ができるかを考え、できることを実践する。	a: 行政保健分野	173	3.83	0.77	a-b	0.11
	b: 地域包括ベテラン	185	4.00	0.75	a-c	<0.01 c<a	
	c: 地域包括新人	165	3.50	0.94	b-c	<0.01 c<b	
73	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ。	a: 行政保健分野	173	4.10	0.69	a-b	0.99
	b: 地域包括ベテラン	185	4.09	0.65	a-c	0.70	
	c: 地域包括新人	165	4.16	0.69	b-c	0.59	

(6) 第5因子「業務・セルフマネジメント」

「業務・セルフマネジメント」15項目のうち、①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目はなかった。

②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目は、項目77「複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する」の1項目であった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師との共通のコンピテンシー項目は、項目63「他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める」、項目64「上司や同僚、関係者に助言を受ける」、項目69「必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする」、項目70「関わる個人や地域に対して責任感を持つ」、項目77「複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する」の5項目であった。項目77は、②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシーにも判定された項目であった。

④ベテランの地域包括支援センター保健師でも獲得ができておらず、今後獲得が必要なコンピテンシー項目はなかった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目はなかった。

第5因子の結果を表69に示す。

表 69 第 5 因子「業務・セルフマネジメント」のコンピテンシー項目の分類結果

n=523

No.		n	平均値	標準偏差	p	分類
<b>コンピテンシーリスト総項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野</b>	<b>173</b>	<b>3.49</b>	<b>0.59</b>	<b>a-b 0.02</b>
		<b>b: 地域包括ベテラン</b>	<b>185</b>	<b>3.63</b>	<b>0.38</b>	<b>a-c 0.05</b>
		<b>c: 地域包括新人</b>	<b>165</b>	<b>3.36</b>	<b>0.49</b>	<b>b-c &lt;0.01</b>
<b>業務・セルフマネジメント項目得点</b>		<b>a: 行政保健分野</b>	<b>173</b>	<b>3.71</b>	<b>0.52</b>	<b>a-b 0.99</b>
		<b>b: 地域包括ベテラン</b>	<b>185</b>	<b>3.71</b>	<b>0.44</b>	<b>a-c 0.26</b>
		<b>c: 地域包括新人</b>	<b>165</b>	<b>3.62</b>	<b>0.50</b>	<b>b-c 0.20</b>
63	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める。	a: 行政保健分野	173	3.93	0.63	a-b 0.31
		b: 地域包括ベテラン	185	4.02	0.47	a-c 0.99
		c: 地域包括新人	165	3.92	0.55	b-c 0.25
						③
64	上司や同僚、関係者に助言を受ける。	a: 行政保健分野	173	4.12	0.54	a-b 0.99
		b: 地域包括ベテラン	185	4.11	0.51	a-c 0.03
		c: 地域包括新人	165	4.27	0.61	b-c 0.02
						a<c ③
						b<c
65	法律や政策・制度の改正の情報に気を配り、常に最新の知識を得る。	a: 行政保健分野	173	3.65	0.74	a-b 0.99
		b: 地域包括ベテラン	185	3.64	0.71	a-c <0.01
		c: 地域包括新人	165	3.33	0.74	b-c <0.01
						c<a
						c<b
66	積極的に研修に参加し、継続的に自己研鑽を続ける。	a: 行政保健分野	173	3.65	0.85	a-b 0.72
		b: 地域包括ベテラン	185	3.71	0.77	a-c 0.96
		c: 地域包括新人	165	3.62	0.81	b-c 0.56
67	保健師の研修会に参加し、地域の保健師活動の知識を広げる。	a: 行政保健分野	173	3.40	0.92	a-b 0.05
		b: 地域包括ベテラン	185	3.16	1.03	a-c 0.34
		c: 地域包括新人	165	3.25	0.99	b-c 0.66
68	常に課題を念頭に置きながら、諦めずに最後まで粘り強く取り組む。	a: 行政保健分野	173	3.55	0.79	a-b 0.90
		b: 地域包括ベテラン	185	3.52	0.76	a-c 0.33
		c: 地域包括新人	165	3.44	0.75	b-c 0.57
69	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする。	a: 行政保健分野	173	3.83	0.68	a-b 0.99
		b: 地域包括ベテラン	185	3.82	0.60	a-c 0.99
		c: 地域包括新人	165	3.82	0.70	b-c 1.00
						③
70	関わる個人や地域に対して責任感を持つ。	a: 行政保健分野	173	3.96	0.56	a-b 0.33
		b: 地域包括ベテラン	185	4.05	0.56	a-c 0.86
		c: 地域包括新人	165	3.99	0.65	b-c 0.66
						③
71	業務量や役割・立場から、責任を持って遂行できないと判断した時には、できないことを伝え説明する。	a: 行政保健分野	173	3.69	0.75	a-b 0.93
		b: 地域包括ベテラン	185	3.66	0.75	a-c 0.77
		c: 地域包括新人	165	3.64	0.79	b-c 0.94
72	仕事の中に楽しさを見出す。	a: 行政保健分野	173	3.63	0.85	a-b 0.98
		b: 地域包括ベテラン	185	3.61	0.91	a-c 0.04
		c: 地域包括新人	165	3.39	0.97	b-c 0.06
						c<a
74	自分のこれまでの業務成果を評価し、不足していることを研修する。	a: 行政保健分野	173	3.46	0.87	a-b 0.73
		b: 地域包括ベテラン	185	3.39	0.84	a-c 0.94
		c: 地域包括新人	165	3.43	0.83	b-c 0.92
75	日々の実践活動が、目指すビジョンにどうつながっているのかを振り返りながら活動する。	a: 行政保健分野	173	3.46	0.84	a-b 0.25
		b: 地域包括ベテラン	185	3.31	0.87	a-c 0.01
		c: 地域包括新人	165	3.19	0.84	b-c 0.39
						c<a
76	計画的に業務を遂行するためのスケジュール管理・業務整理をする。	a: 行政保健分野	173	3.65	0.71	a-b 0.30
		b: 地域包括ベテラン	185	3.76	0.73	a-c 0.95
		c: 地域包括新人	165	3.67	0.75	b-c 0.49
77	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する。	a: 行政保健分野	173	3.84	0.64	a-b 0.03
		b: 地域包括ベテラン	185	4.02	0.63	a-c 1.00
		c: 地域包括新人	165	3.85	0.70	b-c 0.04
						a<b ②
						③
78	緊急対応が必要となった際、現在抱えている業務をどうするか素早く決断できる。	a: 行政保健分野	173	3.76	0.67	a-b 0.12
		b: 地域包括ベテラン	185	3.91	0.64	a-c 0.01
		c: 地域包括新人	165	3.52	0.79	b-c <0.01
						c<a
						c<b

(7) 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシー

前に述べた各下位因子のコンピテンシーの分類をまとめると以下のとおりとなった。

①地域包括支援センター保健師に特徴的で着任後早期に獲得が可能なコンピテンシー項目は、第1因子「高齢者と家族への個別支援」の1項目のみであった。

②地域包括支援センター保健師に特徴的な項目で、一定の経験を経て獲得されるコンピテンシー項目は、第1因子「高齢者と家族への個別支援」の11項目、第2因子「ケアチームのコーディネーション」の8項目、第3因子「地域づくり」の1項目、第5因子「業務・セルフマネジメント」の1項目であった。第4因子の項目はなかった。

③行政高齢者支援分野保健師とベテラン地域包括支援センター保健師とに共通するコンピテンシー項目は、第1因子「高齢者と家族への個別支援」の1項目、第4因子「地域包括支援センター3職種のチームワーク」の8項目、第5因子「業務・マネジメント」の5項目であった。第2因子と第3因子の項目はなかった。

④今後獲得していくことが必要な課題となるコンピテンシー項目は、第3因子「地域づくり」の3項目で、第1因子、第2因子、第4因子、第5因子の項目はなかった。

⑤新人の地域包括支援センター保健師に不足している項目は、第2因子「ケアチームのコーディネーション」の2項目と第3因子「地域づくり」の16項目であった。第1因子、第4因子、第5因子の項目はなかった。

最終的な分類のまとめを表70に示す。



表 70-1 地域包括支援センター保健師の特徴的なコンピテンシー

コンピテンシー の分類	下位因子	No.	項目
①着任後早期に 獲得可能なコン ピテンシー	「高齢者と家族への個別支援」	13	高齢者の思いを受け止めながら取組みの提案をした後も、高齢者本人がやる気になるまで待ち続ける
②地域包括支 援センターでの 一定の経験を経 て獲得されるコ ンピテンシー	「高齢者と家族への個別支援」	1	高齢者の医療面、生活面、経済状況、価値観、生活歴、家族関係、地域生活など、幅広い視点から情報を収集しアセスメントする
		2	高齢者の生活行動を具体的に見聞きして、実際の生活を理解し、今後のリスクを予測する
		3	高齢者のデマンドとニーズを混同しないように、根本の問題をアセスメントする
		4	高齢者の不可解な状況に対して合理的な説明ができるように、客観的な情報を統合し仮説を立てて現場に出向き、実際の生活状況を確認する
		6	高齢者を介護予防の観点からアセスメントする
		9	的確な健康情報を適切な時期に個別性を踏まえて提供することで、保健師として信頼してもらえる関係性をつくる
		10	高齢者の価値観やレベルに合わせて、高齢者との関係性をつくる
		11	高齢者の強みにつなげて、取組み意欲が高まる支援方法を提案する
		12	高齢者のニーズに合った支援方法を複数提案し、高齢者本人に選択してもらう
		14	住民や関係者からの総合相談や依頼に対してすぐ対応する
		28	高齢者本人と家族の間を調整するために、お互いが折り合えるところを引き出す提案をする
	「ケアチームのコーディネーション」	17	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと会った時に普段からコミュニケーションをとる
		18	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員などと支援を振り返り、やってきた活動の成果を確認し合う
		20	個別支援をしている関係者や民生委員などが、顔の見える場で検討する機会をつくる
		21	個別支援をしているチームメンバーで、同じ目標に向かっていくことを共有する
		23	自分(保健師)の不在時でも個別支援が滞らないように、関係者や近隣住民に見守ってもらえるように、会って相談する
		24	個別支援をしているチームメンバーの関係者や民生委員、近隣住民の各々の役割や職務などを理解し、どうやったらうまく動いてもらえるかを考えながら、チームを調整する
		25	高齢者の状態が悪化した場合を想定し、対応方法の見通しを立てて関係機関の調整をする
		26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく
	「地域づくり」	31	総合相談や介護予防の健康教育での関わりの中で、地域の高齢者や住民の特徴、意識などを捉えている
	「業務・セルフマネジメント」	77	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する

表 70-2 共通するコンピテンシー

コンピテンシー の分類	下位因子	No.	項目	
③行政高齢者 支援分野と地域 包括支援セン ターと共通なコ ンピテンシー	「高齢者と家族への個別支援」	27	家族の生活や思い、立場を尊重する	
		「地域包括支援センター3職種 の チームワーク」	54	日常的に報告・連絡・相談をこまめに行い、常に3職種間／同僚や他職種間で情報を共有する
			55	3職種／同僚や他職種が話しやすい関係をつくるため、積極的なコミュニケーションをとる
	「業務・セルフマネジメント」	56	自分の意見を押し付けず、社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種の意見を聞く	
		57	社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種を専門家として尊重する	
		58	社会福祉士や主任ケアマネジャー／同僚や他職種とお互いに教え合いながら高め合う	
		61	地域包括支援センター3職種／同僚や他職種の中で保健師としての自分の意見を持つ	
		62	地域包括支援センター3職種／同僚や他職種の中で保健師として何が出来るかを考え、できることを実践する	
		73	職場の上司や同僚への感謝の気持ちを持つ	
		63	他者の支援方法を見て学び、自身の判断力を高める	
	64	上司や同僚、関係者に助言を受ける		
	69	必要だと思ったら、できそうなところから、迅速に取り組む努力をする		
	70	関わる個人や地域に対して責任感を持つ		
77	複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する			

表 70-3 今後獲得が必要な課題コンピテンシーと地域包括支援センター新人保健師に不足しているコンピテンシー

コンピテンシー の分類	下位因子	No.	項目
④今後獲得が 必要な課題コ ンピテンシー	「地域づくり」	39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る
		44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う
		52	実施している事業の効果を、住民に伝える
⑤地域包括支 援センター新人 保健師に不足 しているコンピ テンシー	「ケアチームのコーディネーション」	22	高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける
		26	緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく
	「地域づくり」	33	保健師が課題と予測したことを、住民や関係者と意見交換しながら明確にする
		35	地域の将来を見据えて、どのような地域になったら良いかというビジョンを説明できる
		36	ビジョンの達成のために、担当地域でできそうな方法を想定する
		37	住民に課題意識をもってもらえるように、根拠のあるデータを示して、地域の課題を住民に説明する
		38	あらゆる地域の集まりの機会を活用して、住民に地域の課題を説明し、住民と地域の課題を共有できるような働きかけをする
		39	住民の地域づくりに向けた意識状況をアセスメントし、事業をすすめるタイミングを計る。
		40	地域とつないでくれるようなキーパーソンを見極め、一人のみに負担がかからないように配慮をしながら事前に打診をして地域づくりを進める
		41	地域づくりに向けて住民の協力を得るために、地域に出向いて積極的に相談を持ちかける
		43	国や自治体の方向性、政策・制度改正の動きと地域で目指すビジョンとを擦り合わせる
		44	国や市町村の補助金や所属施設の重点課題を利用して事業を行う
		46	事業立案や企画、内容の立案、企画書・予算などを作成できる
		47	行政分野の関係者や所属施設の保健師職でない上司や同僚に、事業創設に向けて協力が得られるように働きかけ、内諾を得る
		48	行政の組織や体制を理解し、行政に根気強く提言する
49	地域の社会資源(NPO、社会福祉法人、医療法人、婦人会など)の各々の組織や体制を理解し、うまく活用する		
50	現在実施している日常業務を、地域の課題解決の取組みに生かす		
52	実施している事業の効果を、住民に伝える		

#### 4. 考察

本研究では、開発した「地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリスト」を用いて、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子を明らかにした。また、行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターにて5年以上経験があるベテラン地域包括支援センター保健師、地域包括支援センターにて2年以下の経験がある新人地域包括支援センター保健師の3群の得点を比較し、地域包括支援センター保健師の特徴的なコンピテンシーを見出した。

##### 1) 地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子

重回帰分析の結果、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子は、個人要因では年齢、勤務形態（常勤か非常勤か）、役職、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、介護福祉施設での勤務経験、企業・事業所での勤務経験、研修会参加の8項目であった。介護支援専門員の資格、精神保健福祉士の資格、保健所・市区町村での勤務経験、病院・診療所での勤務経験は、二変量解析では有意差がみられたが、重回帰分析では決定因子とならなかった。また、環境要因については、二変量解析では直営型と委託型の間には有意差がみられる因子もあったが、重回帰分析では有意な環境因子はみられなかった。

地域包括支援センター保健師のコンピテンシー総得点の決定因子は、年齢、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、役職、企業・事業所の勤務経験、研修会への参加であった。偏回帰係数をみると、保健師経験年数は、年齢、地域包括支援センター経験年数よりも総得点への影響が大きかった。先行研究では行政保健師経験が15年以上の保健師の方が介護予防事業に関する成果が高い（村中他，2014）と言われており、本研究においても、コンピテンシーの高さには保健師経験年数の影響力が大きいことが示された。

年齢や地域包括支援センター経験年数よりも保健師経験年数の方が、影響力が大きく示されたことについて考察する。先行研究にて、保健師であれば果たすべき役割・機能として、個人・家族に対する支援能力、集団に対する支援能力、連携・調整・社会資源開発能力、事業運営能力などが示されている（地域保健従事者の資質の向上に関する検討会，2005）。本研究で開発した地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストは、上記の能力に関する内容が網羅されていることは、前述のVI. 研究2 考察で述べているが、活動領域は異なっても保健師として実践活動した経験が、地域包括支援センター保健師のコンピテン

シーリストに含まれる因子に、総合的に影響していると考えられ、コンピテンシーリストの総得点を高めていると考えられる。下位因子では、第1因子「高齢者と家族への個別支援」や第2因子「ケアチームのコーディネーション」、第3因子「地域づくり」、第4因子「地域包括支援センター3 職種のチームワーク」に影響しており、地域包括支援センターという職場の特殊性があるとは言え、基本となる保健師の能力では共通部分が多いと考えられる。

企業・事業所の勤務経験については、本研究では、企業・事業所とは一般企業として回答されている。一般企業では、特定保健指導や労働者のメンタルヘルスなどに対応した経験が蓄積されていると考えられ、労働者に対する保健指導や労働者の健康的な生活を支援するために労働者の上司との調整し、また企業全体の健康づくりへの取り組み活動を経験していると推察する。それらの個別支援や企業内の人間関係の調整、企業全体への取り組みの経験が、コンピテンシー総得点の高さに影響していると考えられる。

研修会参加については、保健所と保健センター保健師を対象に、事業・社会資源の創出に関するコンピテンシー尺度を用いた研究で、学習会参加の有無とコンピテンシーの高さとの間に有意な関連がみられた（塩見他，2012）と報告しており、本研究の結果もこれと一致している。研修会参加には、学習の機会が与えられることでコンピテンシーの向上に役立つという側面と、自ら求めて研修会に参加しようとする自己研鑽、すなわちセルフマネジメント得点の高さがコンピテンシーの総得点を押し上げているという側面とがあると思われる。

役職も総得点と関連していたが、これは第2因子「ケアチームのコーディネーション」、第3因子「地域づくり」における各因子との関連が影響していると思われるため後述する。

第1因子「高齢者と家族への個別支援」の決定因子は、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、企業・事業所の勤務経験、研修会参加であった。第1因子では、総得点とは異なり、保健師経験年数と地域包括支援センター経験年数の偏回帰係数は近い値を示した。これは、「高齢者と家族への個別支援」は、地域包括支援センターでの実践経験において獲得が可能なコンピテンシーであることが推察される。地域包括支援センターベテラン保健師および新人保健師の3群の得点を比較した結果においても、地域包括支援センターでの経験を経て得られるコンピテンシー項目が第1因子と第2因子に多く抽出されている。高齢者の個別支援や、ケアチームのコーディネーションするコンピテンシーは行政保健師経験だけでは不十分で、地域包括支援センターでの経験を蓄積することで獲得でき

ると考えられる。企業・事業所経験も、個別支援の決定因子となっていた。これは、上述したとおり、一般企業における労働者への保健指導の経験が影響していると考えられる。

第2因子「ケアチームのコーディネーション」の決定因子は、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、勤務形態（常勤、非常勤）、役職、企業・事業所の勤務経験、研修会参加であった。第2因子においても、保健師経験年数の影響力が最も強く、次いで地域包括支援センター経験年数であった。地域包括支援センターで経験を積むことで、介護予防に関連するケアチームのコーディネーション能力が高まるとともに、保健師として培った調整能力もコンピテンシーの高さに影響を及ぼしているものと思われる。

第2因子の特徴的な決定因子の一つに勤務形態と役職がある。常勤の者は非常勤の者より得点が有意に高かった。これは、常勤と非常勤とは、勤務時間の長さや責任の範囲が異なるが、タイムリーな支援には、時間外での対応とそれに基づくチームとの調整や判断が求められることから、常勤が担当することが多く「ケアチームのコーディネーション」に影響を及ぼしているのではないかと思われる。しかし、担当した際の活動内容については、保健師経験年数などが影響するのではないかと推察する。また、役職がある者はない者よりも有意に得点が高かった。これは、介護予防に関連する支援関係者を調整する際に、地域包括支援センターの役職としてケアチームを統括する立場にいる場合は、よりコーディネーションをする役割をとりやすく、経験が多いことが考えられる。

第3因子「地域づくり」の決定因子は、年齢、保健師経験年数、地域包括支援センター経験年数、勤務形態、役職、企業・事業所の勤務経験、研修会参加であったが、特に、保健師経験年数の影響力は大きかった。行政機関に働く保健師の専門職遂行能力の発達の実態を研究した結果では、地域支援に関する教育プログラムは、保健師経験6～10年の前期中堅期に行うことが適切である（佐伯，和泉，宇座，高崎，2004）と報告されている。つまり「地域づくり」のコンピテンシーは個別支援や調整能力を蓄積したころに高められる能力であると考えられる。

地域包括支援センターの組織として地域づくりを進める際には、組織としての意識決定が不可欠である。役職のある者は決定権を有しており、責任範囲も広いと考えられるため、地域づくりを進めやすい立場にいたり、会議等を通して地域のキーパーソンとのつながりがあったりする可能性があり、地域づくりのコンピテンシーの高さに関連していたと考えられる。また、第3因子の特徴的な決定因子として、第1因子や第2因子では抽出されていなかった年齢が抽出された。地域づくりには、地域の地縁組織や関係機関の代表者との

関わりが想定される。そのような住民や関係者とともに地域の社会資源を創出する活動を進めるためには、それぞれの人の立場に立って物事を考えたり、できないことを許せたりできるような人間関係をつくっていくことが必要であると推察され、そのためにはある程度の人生経験を持った者の方が、地域の人を動かしやすいのではないかと思われた。

企業・事業所の勤務経験がコンピテンシーの高さに影響を及ぼしていることについては、一般企業において、保健師は労働者の健康づくりを普及する役割を担っており、健康づくりに対する課題意識が低い人に指導・教育して取り組みを創出する経験や、上司などキーパーソンに働きかけたりした経験が、「地域づくり」のコンピテンシーの高さに影響していると考えられる。

第4因子「地域包括支援センター3職種のチームワーク」の決定因子は、年齢、保健師経験年数、介護福祉施設の経験であった。介護福祉施設の勤務経験は、第4因子のみで決定因子となった。これは、介護福祉施設では福祉職が多く配置されており、多くの福祉職の中で医療職者として協働する経験を獲得しているため、地域包括支援センター3職種のチームワークのコンピテンシーの高さに影響していたと考えられる。

第5因子「業務・セルフマネジメント」の決定因子は、企業・事業所の勤務経験と研修会参加の2つであった。地域包括支援センターが最も悩んでいることのひとつに「業務内容が多く、優先順位が整理できない」ことが報告されている（白井，杉浦，津下，2017）。地域包括支援センターは、医療法人や社会福祉法人などを母体とする委託型が約7割を占めている。したがって、行政以外に企業や事業所の勤務経験がある者は、行政とは働き方が異なる委託型の地域包括支援センターにおける、効率を重視した業務マネジメントの仕方に慣れていることが考えられる。

## 2) 特徴的な地域包括支援センター保健師のコンピテンシーに関する検討

行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のコンピテンシー得点の比較では、地域包括支援センターベテラン保健師の得点は、第1因子「高齢者と家族への個別支援」と第2因子「ケアチームのコーディネーション」において行政高齢者支援分野保健師よりも有意に高く、この因子は特徴的なコンピテンシーであると考えられる。一方、地域包括支援センター新人保健師が特に低かったのは第3因子「地域づくり」で、行政経験を十分にもたずに地域包括支援センターに着任する保健師には、この能力が不足していると思われる。

次に、地域包括支援センター保健師に必要とされる特徴的なコンピテンシーとして、着任後早期に獲得可能なコンピテンシーと、地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシーとの2側面から検討した。

①着任後早期に獲得可能な特徴的なコンピテンシーは、「高齢者と家族への個別支援」の1項目のみで、高齢者の介護予防に取り組めない困難さを理解しながら、本人の意欲が高まることを待つ項目であった。先行研究においても、介護予防のニーズの把握は、経験5年未満の保健師の方が高かった（吉田他，2012）との報告がされているが、本研究においては、経験2年以下の地域包括支援センター保健師は、対象者である高齢者を理解することは獲得できていると考えられるが、ニーズ把握に関連する項目は高くなかったことから、ニーズを把握するところまでは2年間では至っていないと考えられる。

②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシーは、「高齢者と家族への個別支援」の11項目、「ケアチームのコーディネーション」の8項目、「地域づくり」の1項目、「業務・セルフマネジメント」の1項目であった。地域包括支援センターでの一定の経験を経ることで、高齢者と家族への個別支援とそれ実践するための支援をコーディネートするコンピテンシーは獲得されることが考えられる。

「高齢者と家族への個別支援」では、高齢者の実際の状況を介護予防の視点から批判的にアセスメントし、高齢者本人の介護予防・自立につながる取り組みの提案とその後の継続した関わりの項目であった。先行研究（白井他，2017）では、地域包括支援センター職員の達成度が低かった項目として、介護予防・自立につながるケアマネジメントが報告されていた。高齢者の介護予防・自立につながる成果のあるケアマネジメントを実践するためには、高齢者の生活の現状を把握し、それを批判的にアセスメントし、高齢者が実践できるような取り組みを提案することが重要であり、その行動は短期間では獲得が難しく、一定の地域包括支援センターでの経験が必要とされるコンピテンシーであると考えられる。

地域包括支援センター保健師の特徴的なコンピテンシーとして、高齢者が複数抱える疾患や症状や実際の生活状況、家族背景など多方面の情報を批判的にアセスメントすることが求められる。また、成果のある介護予防支援を実践するためには、高齢者自身の行動変容をサポートすることが必要であり、高齢者の介護予防に取り組む意欲を高めるための手法として、高齢者本人に選択させることややる気になるまで関わりを継続して待つことで、高齢者に近い存在で支援し続けることが特徴である。このような態度は、高齢者との関わ

りの経験を重ね、成果がすぐでなくてもあせらずに待つことが良い結果につながる体験を通して培われていくものと思われる。

「ケアチームのコーディネーション」は、個別支援をしている関係者や地域住民との連携が取れる関係性を構築するために、普段からコミュニケーションをとることである。先行研究において、“相談内容に応じて適切な関係機関につなぐ”ことは、8割くらいの地域包括支援センター職員がおおよそ達成している（白井他，2017）と報告がされている。しかし、これは経験豊富な職員を含めた調査であり、経験2年以下の新人保健師では、獲得できていないのだと思われる。

「ケアチームのコーディネーション」で獲得に時間を要する項目には、高齢者の状態が悪化した場合の対応や、事例の緊急事態に備えて普段から地域の社会資源に関する情報収集をする項目が含まれていた。一方、地域包括支援センター新人保健師に不足している項目として、「高齢者の支えになってくれそうな人を根気よく探して結びつける」、「緊急対応ができるように、サービス事業所や入所施設の利用の流れ、施設の状況、緊急対応が可能か否かを情報収集しておく」の2項目が見出された。これは、状態が急変する恐れが高い高齢者や認知症の事例など、支援が困難な事例に対応する行動であると考えられる。このような緊急な事例や支援が困難な事例に対しては、一定の知識の蓄積や経験をもとに先を見越した行動が必要で、獲得には時間がかかると考えられる。

「地域づくり」は、行政高齢者支援分野保健師、地域包括支援センターベテラン保健師、地域包括支援センター新人保健師のいずれも最も得点が低かったコンピテンシーであるが、特に新人保健師で得点が低いことが明らかになった。

ベテランの地域包括支援センター保健師であってもまだ十分に獲得できておらず、今後研修等で獲得していくことが必要なコンピテンシーもまた、第3因子「地域づくり」の3つの項目であり、その内容は、地域づくりを住民も巻き込んで実践するために取り組み方法を示した項目であった。先行研究（白井他，2017）でも、地域づくりの必要性は理解しつつも具体的な手法や到達点が見いだせない、具体的な取り組みに至っていないことを報告されており、本研究の結果と共通している。一定の経験年数を経ることである程度獲得可能であるとは言え、十分獲得されていない状況であり、早急な「地域づくり」に向けた研修プログラムの開発が必要であることが示唆された。

③行政高齢者支援分野保健師と地域包括支援センターベテラン保健師ともに共通するコンピテンシーは、「地域包括支援センター3職種のチームワーク」および「業務・セルフ



マネジメント」からの項目などであった。同僚や他職種と協働することや業務を効果的に進められるようマネジメントすること、必要な知識や技術を研修することは、保健師にとって共通するコンピテンシーであると考えられる。その中で、「業務・セルフマネジメント」の項目 77「複数の事例・多数の業務を抱えても、優先順位を考えて遂行する」は、③両者ともに得点が高く共通のコンピテンシーとして分類された項目で、かつ②地域包括支援センターでの一定の経験を経て獲得されるコンピテンシーとしても分類された項目であった。これは、ベテランの地域包括支援センター保健師も行政高齢者支援分野保健師も共に、優先順位を考えて業務を遂行することは獲得できているコンピテンシーと考えられる。しかしながら、行政高齢者支援分野保健師よりも優位に高い結果であったことから、地域包括支援センターでは、複数の事例や多数の業務を抱えても優先順位を考えて業務に支障なく遂行することはさらに重要なコンピテンシーであると示唆された。

## VIII 本研究の限界と今後の課題

今回開発したコンピテンシーリストは、地域包括支援センターに所属している保健師を対象として開発したものである。全国を対象に無作為抽出によって調査した。回収率は約40%であったが、一般的な郵送調査としては、比較的良い回収率であったと思われる。直営型、委託型を含んでおり、また専門家の意見を取り込んでいるため、幅広い地域包括支援センター保健師に利用いただけるコンピテンシーリストだと考える。しかしながら、全国の地域包括支援センターでは保健師が在籍しておらず、経験のある看護師が保健師職として業務を遂行している施設も多い。看護師とは、コンピテンシーリスト項目内容や獲得される年数など、本研究結果と異なる可能性があるため、本リストを看護師に応用するには限界がある。今後は、これらの対象者への調査をとおして、地域包括支援センターの看護職として使用可能なリストにしていく必要がある。

本研究では、特徴的な地域包括支援センター保健師のコンピテンシーを見出すために、比較対照として行政高齢者支援分野保健師に、現在の業務における実践活動に基づいて地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストへの回答を依頼した。行政保健分野の高齢者支援担当に所属している保健師の業務内容として、地域包括支援センターの主管的役割を担う業務であったり、介護保険担当課で事務的な業務が多かったりと、地域包括支援センターと同じような活動ではないために、リスト項目の回答として「実践する機会がない」との回答となり項目得点が低くなった可能性がある。しかしながら、本研究は、地域包括支援センターという職域における特徴的なコンピテンシーを明らかにすることが目的であり、行政高齢者支援分野ではあまり実践されていない活動と地域包括支援センターで実践されている活動を把握することを優先とした。その活動の違いから、地域包括支援センター保健師が担っている活動の特徴を捉えることができたと考える。

本研究では重回帰分析を実施したが、その調整済決定係数は高くはなかった。これは、今回関連を検討した個人属性や環境要因以外に、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーにとって重要な決定因子があることを示唆する。今後は、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子について、さらに研究を進める必要がある。また、リスト項目には、経験を経ることで獲得できるものとできないものがあり、コンピテンシー獲得には段階があるのではないかと推測されるため、この点に関しても、今後研究をすすめていく必要がある。

## IX 本研究成果の応用

本研究では、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストの開発において、コンピテンシーを行動レベルで表現した。本リストを用いて、以下の4点について応用が可能だと考える。

1. 地域包括支援センター保健師に特徴的なコンピテンシーと行政高齢者支援担当分野保健師と共通のコンピテンシーが明らかとなったことで、今後地域包括支援センターに着任する際に、どのような準備をすればよいかの見通しを立てることができると思う。

2. 地域包括支援センター保健師の自己評価ツールとして用いることができると思う。実際の運用については、コンピテンシーリストを回答した後、自身の達成度をどのように判断するか、チェックした保健師が自己研鑽できるようにフィードバックをどのようにするのか、という点については、リスト項目ごとに獲得できる段階を行動レベルで細目化していくことがさらに必要であると思う。

3. 本研究にて不足しているコンピテンシーとして「地域づくり」が明らかとなったことから、研修計画モデルの開発に向けてどのような内容を盛り込んだら良いかの基礎データとすることができると思う。

4. コンピテンシーの関連要因の検討や、コンピテンシーによる保健師のアウトカムとの関連についての研究に応用できると思う。これらを検討することにより、コンピテンシーを向上させるためには、何に働きかければよいか具体的にすることができ、焦点を絞ったアプローチができると思う。

## X. 結論

本研究において、地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストを開発した。地域包括支援センター保健師のコンピテンシーリストは、「高齢者と家族への個別支援」19項目、「ケアチームのコーディネーション」10項目、「地域づくり」24項目、「地域包括支援センター3職種のチームワーク」11項目、「業務・セルフマネジメント」15項目の5因子から構成され、その妥当性と信頼性が検証された。地域包括支援センター保健師のコンピテンシーの決定因子は、年齢、勤務形態（常勤か非常勤か）、役職、保健師経験年数、地域包括支援センターの経験年数、介護福祉施設での勤務経験、企業・事業所での勤務経験、研修会参加の8項目であった。

また、行政高齢者支援分野保健師との比較において、地域包括支援センター保健師の特徴的なコンピテンシーが見出され、着任後早期に獲得可能なコンピテンシーと一定の経験にて獲得できるコンピテンシーが明確になった。特に不足しているコンピテンシーとして、「地域づくり」が明らかになり、能力向上に向けた研修プログラムの開発が求められる。

## 謝辞

インタビュー調査に快く協力くださいました愛知県内の地域包括支援センターの保健師のみなさま、質問紙調査に回答いただきました全国の地域包括支援センターおよび行政保健福祉分野の高齢者支援担当課の保健師のみなさまに心より感謝を申し上げます。

本研究の計画から学位論文をまとめるにあたり、いつも温かく、ていねいにご指導くださいました愛知県立大学大学院看護学研究科 柳澤理子教授に深く感謝申し上げます。愛知県立大学大学院看護学研究科 深田順子教授、岡本和士教授には、計画の段階から貴重な助言をいただきました。また論文をご精読くださり、ていねいにご指導いただきましたことに謹んで御礼申し上げます。

また、コンピテンシーリスト案の検討にあたり、ご協力いただき貴重なご示唆をいただきました甲南女子大学看護リハビリテーション学部 俵志江准教授に心から御礼申し上げます。ありがとうございました。

## 引用文献

- 相原孝夫. (2002). コンピテンシー活用の実際 (pp. 12-54). 東京：日本経済新聞社.
- BracyKalb,K., Cherry, N. M., Kauzloric, J., Brender, A., Green, K., Miyagawa, L.A., Mettler, A.S. (2006). A Competency-Based Approach to Public Health Nursing Performance Appraisal.pdf. *Public Health Nursing*, 23(2), 115-138.
- 千葉昌子(2009). 【地域包括支援センターと保健部門の連携 地域包括ケアの実現へ向けて】  
連携事例 保健・医療・福祉が一体となった地域づくり 涌谷町の取り組み. *保健師ジャーナル*, 65(1), 14-19.
- 地域保健従事者の資質の向上に関する検討会(2004). *地域保健を支える人材の育成 実態調査と事例から見た将来像* (pp. 69-75). 東京：中央法規.
- 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会 (2012). *地域包括支援センター運営マニュアル 2012*. (37-25) (157-166). 東京：一般財団法人長寿社会開発センター.
- Chiou,C.J.(2000). Competence of the Health Care for the Elderly of the Public Health Nurses. *Chang Gung Nursing*, 11(2), 1-9.
- Counsell, S.R.,Callahan, C.M., Buttar, A.B., Clark, D.O., Frank, K.L. (2006). Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): a new model of primary care for low-income seniors. *J Am Geriatr Soc*, 54(7), 1136-1141.
- Damron-Rodriguez,J.(2008). Developing competence for nurses and social workers. *Am J Nurs*, 108(9), 40-46.
- 古川久敬(2002). コンピテンシーラーニング (pp. 13-18). 東京：日本能率協会マネジメントセンター.
- Hallberg,I.R., & Kristensson,J.(2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *J Clin Nurs*, 13(6b), 112-120.
- 鳩野洋子, 鈴木浩子, 真崎直子(2013). 市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 60(5), 275-284.
- 林千冬, 益加代子, 小林由香, 平尾明美, 山口亜希子, 山本和代, ... 鯉坂由紀(2014). 師長・同僚の視点からみた急性期一般病棟におけるジェネラリスト看護師のコンピテンシー. *神戸市看護大学紀要*, 18, 11-18.
- 飯吉令枝, 平澤則子, 小林恵子, 藤川あや(2011). 保健師の介護予防マネジメントにおける支援意図と課題. *日本看護学会論文集 地域看護*, (41), 227-230.

- 井上仁美(2014). 看護中間管理者のコンピテンシー. *高知女子大学看護学会誌*, 40(1), 109-116.
- 一般財団法人厚生労働統計協会(2017/2018). *国民衛生の動向・厚生指標*. 増刊・第64巻第9号, (pp. 254-261). 東京: 一般財団法人厚生労働統計協会.
- 石川貴美子(2011). 【保健師はどこまで入れるか 役割と権限とためらいの間で】 保健師は高齢者に何ができるか 保健師活動における手段と目的. *保健師ジャーナル*, 67(4), 287-293.
- 岩本真紀, 内海知子, 細原正子, 孝壽香織(2014). リスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化. *香川県立保健医療大学雑誌*, 5, 15-22.
- 岩本里織, 岡本玲子(2004). 保健師の対象発見方法に関する研究 介護予防活動の対象発見に焦点を当てて. *日本地域看護学会誌*, 7(1), 81-87.
- 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄(2008). 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証 保健師の全国調査結果から. *日本公衆衛生雑誌*, 55(9), 629-639.
- 岩脇千裕(2007). 日本企業の大学新卒者採用におけるコンピテンシー概念の文脈 自己理解支援ツール開発にむけての探索的アプローチ. *JILPT Discussion Paper Series*, 07-041.
- 蒲原龍, 高橋由美子, 櫻井繭子, 佐伯和子, 大友芳恵, 長井卷子, ... 三宅浩次(2011). 北海道内の地域包括支援センターに勤務する3職種の抑うつ症状とその関連要因. *北海道公衆衛生学雑誌*, 24(2), 117-124.
- 加藤恭子(2011). 第1章日本におけるコンピテンシー概念の生成と混乱. *産業経営プロジェクト報告書*, 34 (2), 1-23.
- 川原瑞代, 杉田加代子, 児玉智恵子, 小野美奈子 (2014). 地域包括支援センターの機能強化に関わる保健師の活動実態と課題. *宮崎県立看護大学看護研究・研修センター事業年報*, (3), 33-42.
- 川本晃子, 田口敦子, 桑原雄樹, 松永篤志, 岩崎りほ, 村嶋幸代(2012). 地域包括支援センター保健師が地域住民と協力して行った個別支援の内容. *日本地域看護学会誌*, 15(1), 109-118.
- 川本奈美子(2011). 山口県から発信する地域力を高められる保健師活動 山口県保健所・市町保健師研究協議会の2年間の取り組み. *保健師ジャーナル*, 67(8), 706-713.
- 清田啓子(2006). 【動きだした「介護予防」戦略の現在】 直営式の地域包括支援センターと

- 介護予防活動の現在 福岡県北九州市の取り組み. *保健師ジャーナル*, 62(11), 922-929.
- 郡山力郎, 新井吾朗, 稲川文夫, Marsden, D., 西澤弘, 谷口雄治(2002). 諸外国における職業能力評価制度の比較調査、研究-イギリス - (概要). 資料シリーズ No.127 (1-13). 日本労働研究機構.
- 公益社団法人日本看護協会(2014). 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査報告書.
- 公益社団法人日本看護協会(2015). 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書.
- 降旗幹子, 佐々木美佐子(2009). アメリカの公衆衛生看護活動基準の動向に関する研究. *独協医科大学看護学部紀要*, Vol.3, 43-50.
- 公衆衛生看護のあり方に関する検討会(2005). 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*, 52(8), 758-764.
- 小山歌子, 村山伸子(2011). 健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 58(8), 617-627.
- Spencer, L. M., Spencer, S. M.(2011). (梅津裕良, 成田攻, 横山哲夫, 翻訳). *コンピテンシーマネジメントの展開 [完訳版]* (pp. 3-30). 東京: 生産性出版.
- 松尾太加志, 中村知靖(2002). *誰も教えてくれなかった因子分析* (pp. 38). 京都: 北大路書房.
- 三菱総合研究所(2014). 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書. 平成 25 年度老人保健事業推進費補助金老人保健健康増進等事業.
- 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子 (2006). 最新 公衆衛生看護学第 2 版 総論 (pp102-104). 東京: 日本看護協会出版会
- 本村美和, 川口孝泰(2013). 中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発. *日本看護研究学会雑誌*, 36(1), 61-70.
- 村中峯子, 南平直宏, 橋本結花, 中板育美, 堀井とよみ(2014). 【"地域包括ケアシステム"に保健師はどうかかわるか】 地域包括支援センター及び市区町村主管部門における保健師活動実態調査. *看護*, 66(7), 44-55.
- 村山洋史(2011). 地域包括支援センター職員のバーンアウトへの関連要因 インフォーマル組織とのネットワーク構築業務に焦点を当てて. *日本地域看護学会誌*, 13(2), 125-132.
- 永田靖(2003). *サンプルサイズの決め方* (pp. 147-158). 東京: 朝倉書店.



- 小笠原知枝, 松木光子(2007). *これからの看護研究—基礎と応用— [第2版]* (pp. 66). 東京: ニューヴェルヒロカワ.
- 大高のぶえ, 佐々木明子, 田沼寮子, 森田久美子(2012). 介護予防における地域包括支援センター保健師の地域活動の視点. *お茶の水看護学領域*, 6(1), 70-80.
- 大倉美佳, 野呂千鶴子, 荻田美穂子, 荒井秀典(2011). 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. *日本公衆衛生雑誌*, 58(12), 1026-1039.
- 太田隆次(2007a). コンピテンシーによる構造化面接の留意点. *人事試験研究*, No204, 2-12.
- 太田隆次(2007b). 日本企業の大学新卒者採用におけるコンピテンシー概念の文脈 自己理解支援ツール開発にむけての探索的アプローチ. *JILPT Discussion Paper Series*, 07-041.
- 岡田麻理, 村嶋幸代, 麻原きよみ(1997). 地域ケアシステムを構築した際に保健師がもちいた能力. *日本公衆衛生雑誌*, 44(4), 309-321.
- 岡本玲子(2006). これからの行政保健師に求められるコンピテンシー. *からだの科学増刊*, 170-175.
- 岡本玲子(2009). 地域包括支援センターに関わる保健師の役割 保健師の専門性から読み解く. *保健師ジャーナル*, 65(1), 26-30.
- 岡本玲子, 岩本里織, 塩見美抄, 小寺さやか(2010). 保健師の専門性発展力尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. *日本公衆衛生雑誌*, 57(5), 355-365.
- 小塩真司 (2004). *SPSS と Amos による心理・調査データ解析【第2版】*. 東京: 東京図書株式会社.
- Quad Council of Public Health Nursing Organization.(2004). Public Health Nursing Competencies. *Public Health Nursing*, 21(5), 443-452.
- 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵(2003). 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.
- 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 高崎郁恵(2004). 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.
- 櫻井繭子, 佐伯和子, 高橋由美子, 志渡晃一, 蒲原龍, 大友芳恵, ... 三宅浩次(2011). 北海道の地域包括支援センターに勤務する保健師の職業性ストレスと職務満足度. *北海道公衆衛生学雑誌*, 24(2), 49-56.

- 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織, 松田宣子(2008). 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー尺度開発のための尺度項目精選. *神戸大学医学部保健学科紀要*, 23, 79-88.
- 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織(2009). 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー尺度開発 信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 56(6), 391-401.
- 白井和美, 杉浦加代子, 津下一代(2017). 地域包括支援センターの機能強化に繋がる都道府県支援の在り方の考察. *日本公衆衛生雑誌*, 64(10), 630-637.
- 杉原百合子, 山田裕子(2014). 地域包括支援センターにおける看護職の課題～インタビュー内容のテキストマイニング分析より～. *京府医大誌*, 123 (7), 487-490.
- 杉本知子, 亀井智子(2011). 高齢者ケア施設における学際的チームアプローチ実践評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌*, 31(4), 14-23.
- 杉田由加里(2011). 支援システムを構築・発展させる行政保健師のコンピテンシー・モデルの開発. *日本地域看護学会誌*, 13(2), 77-85.
- 杉田由加里, 宮崎美砂子(2008). 行政保健師が認識する介護予防の効果と効果につながる実践 地域包括支援センターにおけるケアマネジメントの実践をとおして. *千葉看護学会誌*, 14(2), 37-45.
- 鈴木木の美, 安野怜子, 高杉春代, 田中甲子(2010). 介護予防・地域包括ケア・保健師への期待 効果的な介護予防を進めるためには何をしたらよいか. *介護保険情報*, 10(12), 6-15.
- 鈴木由里子, 田高悦子(2014). 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*, 61(6), 275-285.
- 谷内篤博(2001). 新しい能力主義としてのコンピテンシーモデルの妥当性と信頼性. *経営論集*, 第11巻第1号, 49-62.
- 俵志江, 李錦純, 小坂裕佳子, 李洋子(2013). 地域包括支援センター看護職がとらえる二次予防事業対象者の特徴と支援の現状. *近大姫路大学看護学部紀要*, (5), 11-19.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美(2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 33(3), 3-13.
- 虎の門病院看護部編(2013). 看護管理者のコンピテンシー・モデル—開発から運用まで. 東京: 医学書院.
- 辻一郎(2006). 【これからの保健師】地域保健と保健師 地域包括支援センターでの保健師

- の役割. *からだの科学. 増刊*, 50-53.
- 堤修三(2007). 介護保険制度創設の原点に立ち返る 何を期待して制度はできたか. *全国老人保健施設協会機関誌*, 17(11), 32-35.
- 若杉里美(2012). 新任保健師 1年目の体験—保健センターと地域包括支援センター保健師の比較—. *岐阜看護研究会誌*, No.4, 13-19.
- 渡辺羊子, 南幸子, 阿部紀男, 井上善行(2013). 地域保健で働く保健師の職務満足度に関する研究 首都圏都市部の場合. *自立支援介護学*, 6(2), 136-145.
- 山本真理子, 松井豊, 山成由紀子(1982). 認知された自己の諸側面の構造. *教育心理学研究*, 30, 64-68.
- 湯本貴子, 村上訓義(2005). 【地域包括支援センターが動き出す!】現場レポート 保健師は「地域包括ケア」にどう向き合うか 所属を越えた学習会・検討会の取り組みから. *保健師ジャーナル*, 61(12), 1190-1194.
- 吉田礼維子, 和泉比佐子, 波川京子(2011). 介護予防システムを推進する活動 保健師と住民との協働に焦点をあてて. *社会医学研究*, 28(1), 65-73.
- 吉田礼維子, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子(2011). 介護予防システムを推進する保健師の活動 指標開発に向けた項目作成過程. *老年社会科学*, 32(4), 443-452.
- 吉田礼維子, 和泉比佐子, 片倉洋子, 波川京子(2012). 介護予防システムを推進する保健師の活動指標の開発. *日本地域看護学会誌*, 14(2), 5-13.
- 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文(2009). 終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 29(2), 11-20.