

# 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

コヤマ ユタコ\*、ムラヤマ ノブコ\*  
小山 歌子\*、2\* 村山 伸子\*、2\*

**目的** 本研究では、地区組織活動の重要な担い手である健康推進員を対象として、質的研究および量的研究を基に健康推進員のエンパワメント評価尺度を作成することを目的とする。

**方法** N県S保健所管内の類似したA市およびB市の健康推進員4グループに、フォーカス・グループ・インタビュー（以下「FGI」とする）を実施し、当事者からみたエンパワメント項目を抽出し、32項目からなる尺度原案を作成した。尺度原案について、郵送による質問紙調査を実施した。調査対象は、FGIを実施した2市の平成21年度健康推進員全員660人とした。調査票の回答者数（率）は、401人（60.8%）、有効回答者数（率）は356人（53.9%）であり、これらを解析に用いた。

**結果** ①項目分析として、項目一全体相関（I-T相関）、各項目を除外した場合のクロンバック $\alpha$ 係数、上位一下位分析（G-P分析）より、尺度の内的一貫性が確認された。項目間の相関分析の結果、32項目中、相関が0.7以上であった4項目を削除し、28項目が選択された。

②28項目についての因子分析の結果、「健康なまちづくり活動」（10項目）、「地域の健康課題解決への志向性」（10項目）、「民主的な組織活動」（4項目）、「健康推進員の個人としての成長」（4項目）の4つの下位尺度からなる28項目の「健康推進員のエンパワメント評価尺度」が作成された。

③「健康推進員のエンパワメント評価尺度」と4つの下位尺度のクロンバックの $\alpha$ 係数は、それぞれ0.93、0.88、0.89、0.84、0.79であった。各項目と尺度全体のI-T相関係数は0.33～0.69の範囲であり、内的一貫性が示された。

④「健康推進員のエンパワメント評価尺度」は、健康推進員以外の地域活動をしている人は、していない人より、尺度全体と全ての下位尺度の得点が有意に高かった。60歳以上、活動歴が長い、主婦は、因子4「健康推進員の個人としての成長」の得点が有意に高かった。

**結論** 4因子28項目からなる評価尺度が得られた。各因子および評価尺度全体において、信頼性・妥当性が確認された。本研究で得られた評価尺度は、今後、健康推進員および彼らを支援する保健師が健康推進員のエンパワメント評価尺度として利用可能である。

**Key words** : 健康推進員, エンパワメント, 健康なまちづくり, 尺度開発

## I 緒 言

急速な高齢社会の進展に伴い、生活習慣病による疾病割合の増加や要介護者の増加などが、深刻な社会問題になっている。健康の実現は、本来個人が主体的に取り組む課題である。しかし、WHOの「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章（1986年）」において、その展開には社会全体で支援していくことが必要であり、欠かせない手段として、地域活動

の強化<sup>1)</sup>が提示されている。

地域活動の強化のためには、健康問題に取り組む住民組織が不可欠である。住民主体の地区組織活動を通して、住民が主体的に健康づくりに取り組むことが可能になる。また、住民が地区組織活動に参加することで、地区組織が活性化され、健康な地域への変革や組織づくりが行われる。その過程において、構成員や組織がエンパワメントされる<sup>2)</sup>、と考えられている。

エンパワメントの概念には、2つある。一つ目は、貧困者や女性など、差別を受けるパワーレス（無力な状態）な人々が奪われた力を取り戻し、より良い生活ができる社会へ変革することである。すなわち、個人が、個人、組織、コミュニティに対す

\* 新潟県三条地域振興局健康福祉環境部

\* 新潟医療福祉大学医療福祉研究科  
連絡先：〒950-3198 新潟県新潟市北区島見町1398番地  
新潟医療福祉大学医療福祉研究科 村山伸子

るコントロールを獲得するプロセスである<sup>3)</sup>。二つ目は、個人、組織、コミュニティが、参加を促進し、自分たちのコミュニティやより大きな社会に対するコントロールを獲得する社会的活動のプロセスである<sup>4-6)</sup>。すなわち、個人、組織、コミュニティの3つのレベルにおいて、各々がコントロールを獲得するプロセスである。本論文では、一つ目のプロセスとする。

本研究においては、用語を以下のように定義する。

健康推進員：行政からの委嘱を受けて活動し、活動内容が行政施策と密接に結びついていること、地域から推薦されていることおよび活動期間が限定されている（再任は妨げない）地域組織の一つである「委員組織<sup>8)</sup>」の構成員である個人とする（市町村によっては保健推進委員などの名称もあるが、以下「健康推進員」とする）。

健康推進員のエンパワメント：健康推進員が、健康推進員活動を通し、自分・家族の健康問題や地域の健康問題について、関心を持ち意欲的に行動する過程とその状態<sup>7)</sup>とする。

個人のエンパワメントの測定に関しては、個人的・心理的エンパワメントをローカスオブコントロール<sup>5)</sup>や個人の統御感尺度によって測定する研究<sup>9)</sup>などがある。しかし、これらは、海外で研究されたものであり、風土・文化や保健システムなどの生活背景の異なる日本でそのまま結果を応用することに限界がある<sup>10)</sup>。日本の文献では、住民の力量形成過程を示したもの<sup>11,12)</sup>、文献を基に個人のエンパワメント・プロセスを示したもの<sup>13)</sup>、コミュニティ・エンパワメント構成概念を示したもの<sup>14,15)</sup>などがある。また地区組織に関連する先行研究では、住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造を明らかにした研究<sup>16)</sup>、食生活改善推進員のような地区組織活動における個人の自己変革要素を明らかにした研究<sup>17)</sup>、健康推進員の主体化評価指標を開発した研究<sup>7,18)</sup>などがある。日本の先行研究に示されている評価尺度は、地区組織の活動を支援する保健専門職が、判断する視点を持つ必要があるという観点から作成されたものである。地区組織の構成員が自らのエンパワメントを測定する尺度はない。地区組織の構成員が、活動を通じたエンパワメントの状況、すなわち個人・組織・コミュニティに対するコントロール感について現状や変化を自己評価するためのエンパワメント評価尺度の開発が必要である。

本研究では、地区組織活動の重要な担い手である健康推進員を対象とする。健康推進員は、行政から委嘱されるため、活動が主体的になりにくいと言われている。しかし一方で、活動を通し、エンパワメ

ントされた健康推進員が、行政からの委託事業のみでなく、自分・家族の健康づくりから、地域に目を向け取り組んでいる事例も報告されている<sup>19)</sup>。

そこで、本研究では、「健康推進員のエンパワメント」の定義を基に、質的研究および量的研究により健康推進員が自己評価のために活用できるエンパワメント評価尺度を作成することを目的とする。すなわち、健康推進員を対象に質的研究で、フォーカス・グループ・インタビュー（以下「FGI」とする）により当事者からみたエンパワメント項目を抽出し、量的調査で、信頼性と妥当性を検証する。

## II 研究方法

### 1. FGI 調査および先行研究からの項目収集と尺度原案の作成

#### 1) 調査対象

調査対象は、N県S保健所管内の人口規模や健康推進員の人数等が類似したA市およびB市の健康推進員の内、地域において人々が交流する場を企画・運営するなど積極的に活動している者として2市の保健師が推薦した者とした。

なお、積極的に活動している者としたのは、健康づくりが個人の中に留まるのみでなく、組織や地域全体へ視野の広がりのある尺度を作成したいと考えたからである。協力依頼は、推薦者から説明後、研究者から直接本人に行った。対象地域は、平地農業地域である。

#### 2) 調査方法と内容

1グループ6人構成とし、①A市新任健康推進員（50歳代3人、60歳代3人）、②A市再任健康推進員（50歳代3人、60歳代3人）、③B市新任健康推進員（50歳代3人、60歳代3人）、④B市再任健康推進員（50歳代3人、60歳代3人）の合計4グループにFGIを実施した。新任健康推進員とは、平成20年度から新しく健康推進員となった者、再任健康推進員とは、過去に健康推進員としての活動経験がある者である。

インタビューガイドの作成に際しては、先行研究<sup>10,14,15)</sup>等を参考にした。調査対象者には、調査依頼の面接時に、FGIの目的と方法について説明した。調査は、平成21年2月から3月に行い、各グループ約120分であった。インタビューの焦点は、「健康推進員活動への思い」、「活動による自分の生活や意識の変化」、「行政や関係団体との関係」等であった。当日のFGIの進行方法は、司会者が問いの投げかけを行い、その後、調査対象者による自由討議とした。データは、録音と観察者の筆記録により収集した。

倫理的配慮に関しては、調査対象者に研究の趣旨、研究への協力を中断することによる不利益を被らないことを保証すること、匿名性を確保することおよびデータ管理方法を説明した。その上で、研究協力に同意する場合は、承諾を書面で得た。また、調査の実施に際しては、新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得た（承認年月日：平成21年1月7日、承認番号：17046-090107）。

### 3) 分析方法

分析は、以下の手順で行った。

①データは、逐語録を作成し、健康推進員のエンパワメントの望ましい状態を示すと思われる文章または段落を取り出した。②①で抽出したデータは、その意味内容を検討し、コード名をつけた。③②から導き出されたコードは、人々の、何の、どのような状態を示しているかの視点から、その共通の意味内容を持つもの同士を集め、そのまとまりを中カテゴリーとした。その際、中カテゴリーを構成するコードを小カテゴリーとした。④中カテゴリーは、共通の意味内容を持つものを集め、その意味を表す大カテゴリーを命名した。

### 4) 分析結果

FGIの分析の結果、31項目を選定した。その項目を類似する意味内容で整理したところ、「健康なまちづくり活動」、「地域の健康課題解決への志向性」、「民主的な組織活動」、「健康推進員の個人としての成長」に分類された。

FGIの分析は、県保健所に所属する保健師経験年数25年以上で、ヘルスプロモーションの研修を受講し、保健師現任教育の指導的立場の2人と研究者1人の3人で行った。3人がそれぞれ分析した結果を持ち寄り、照合を行い、3人の分析結果が一致するまで分析を繰り返すことで分析結果の内容的妥当性を確保した。

### 5) 先行研究からの項目収集と評価尺度原案の作成

国内の先行研究<sup>7,14,15)</sup>等を参考に、FGIの分析結果、抽出された31項目に1項目追加して32項目の尺度原案を作成した。尺度原案の名称は、健康推進員のエンパワメント評価尺度（以下「評価尺度」とする）原案とした。評価尺度原案の内容的妥当性については、研究者と研究共著者で項目内容や文言の検討を行い確認した。

### 6) 質問紙の作成

設問では、対象となる健康推進員の経験年数や居住地に関わらず回答できるように配慮し、調査時点の健康推進員の個人・組織・地域に関する認識について問うた。選択肢は、①全くあてはまらない、②

あまりあてはまらない、③どちらともいえない、④だいたいあてはまる、⑤非常にあてはまる、の5段階とした。

作成した質問紙は、質問紙調査対象の2市の保健師経験年数20年以上の保健師5人に検討してもらい、質問項目の表現を修正した。評価尺度原案の内容的妥当性については、研究者と研究共著者で項目内容や文言の検討により確認した。

## 2. 質問紙調査

### 1) 調査対象

調査対象は、N県S保健所管内のA市・B市を選定し、2市の平成21年度健康推進員全員とした。内訳は、A市349人、B市311人で合計660人、全員女性、平均年齢は未確認である。

### 2) 調査方法と内容

調査方法は、郵送による無記名自記式の質問紙調査とした。調査票は、健康推進員協議会長から各健康推進員宛の協力依頼文書、調査実施者から各推進員宛協力依頼と倫理的配慮の説明文書および回収・返信用封筒とともに、各健康推進員宛に郵送した。郵送する際は、一式同封した後、市役所職員に渡し、個人情報保護のため、市役所職員が宛名シールを貼り投函した。調査票は、平成21年12月4日に郵送し、平成21年12月31日までに回収を行った。調査内容は、作成した評価尺度原案として、①健康推進員の個人としての成長に関する内容が4問、②民主的な組織活動に関する内容が8問、③地域の健康課題解決への志向性に関する内容が4問、④健康なまちづくり活動に関する内容が16問、合計32問、および対象者の基本情報として、年齢、健康推進員経験年数、健康推進協議会の役員歴、健康推進員活動以外の地域活動および職業の5問とした。

### 3) 調査票の回収結果

調査票の回答者数（率）は、A市206人（59.0%）、B市195人（62.7%）、計401人（60.8%）であった。回答者のうち、尺度原案項目に未回答があるものや尺度原案項目の全てについて同一回答をしているものを除外し、有効回答者数（率）は356人（53.9%）となった。A市とB市間で全項目において有意差がみられなかったため、2市の調査票は、合わせて解析した。

### 4) 倫理的配慮

対象者には、調査票郵送時に倫理的配慮を示す説明文書を同封した。倫理的配慮の説明文書には、調査への協力・拒否の自由、匿名性の保証、データの管理と活用および返送をもって同意されたものとする旨を記載した。調査の実施に際しては、新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得た（承認年月日：平

成21年12月2日, 承認番号: 17062-091202)。

### 3. 分析

調査データの分析は, 先行研究である塩見らの「事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー評価尺度の開発 信頼性・妥当性の検討」<sup>20)</sup>と同様の方法を用い, 以下の1)から4)の手順で行った。統計処理には, SPSS17.0J for Windowsを用いた。

#### 1) 項目分析

評価尺度項目の5つの選択肢は, 1点から5点に点数化し, P-Pプロットにより正規性を確認した。その後, 評価尺度項目精選のため項目分析として項目-全体相関(以下「I-T相関」とする)と, 各項目を除外した場合のクロンバック $\alpha$ 係数, 上位-下位分析(以下「G-P分析」とする)および項目間相関係数を算出した<sup>20)</sup>。

#### 2) 妥当性の検討

評価尺度の構成概念妥当性を検討するため, 因子分析を行った<sup>20)</sup>。なお, 外的基準が無いため, 基準関連妥当性の検証は行っていない。

#### 3) 信頼性の検討

評価尺度の信頼性を検討するため, 因子ごとと評価尺度全体についてクロンバック $\alpha$ 係数を算出した。また, 項目ごとにI-T相関係数を算出した<sup>20)</sup>。

#### 4) 評価尺度の活用可能性の検討

評価尺度の活用可能性を検討するため, 対象の属性との関連を確認した。関連の確認には, t検定または, 一元配置の分散分析とTukey法による多重比較を行った<sup>20)</sup>。

## III 研究結果

### 1. 回答者の属性

回答者の属性を, 表1に示す。年齢の平均は57.2歳で, 標準偏差は8.3歳であった。健康推進員としての経験年数の平均は5.1年で, 標準偏差は5.3年であった。健康推進員協議会の役員歴は, ありが81人(22.8%), なしが275人(77.2%)であった。健康推進員以外の地域活動は, ありが188人(52.8%), なしが168人(47.2%)であった。職業は, 主婦が163人(45.8%), 会社員が52人(14.6%), 自営業が57人(16.0%), 農業が24人(6.7%), パートが34人(9.6%), その他が26人(7.3%)であった。

### 2. 評価尺度原案の基礎統計量

評価尺度原案の各項目に関する度数分布, 平均値, 標準偏差, 回答率を表2に示す。各項目の平均値は2.78点~4.17点, 標準偏差は0.70点~1.23点であった。各項目の平均値に標準偏差を加えても, また, 各項目の平均値から標準偏差を引いても, 1点

表1 回答者の基本情報

		n = 356
項目		人数(%)
健康推進員の年齢	39歳以下	7( 2.0)
	40~49歳	59(16.6)
	50~59歳	141(39.6)
	60~69歳	131(36.8)
	70歳以上	18( 5.0)
	平均	57.2±8.3
健康推進員の経験年数	0~2年未満	176(49.4)
	2~4年未満	53(14.9)
	4~10年未満	86(24.2)
	10年以上	41(11.5)
	平均	5.1±5.3
健康推進員協議会の役員歴	現在役員をしている	58(16.3)
	今までに役員の経験がある	23( 6.5)
	役員をしたことがない	275(77.2)
健康推進員の居住地	A市	183(51.4)
	B市	173(48.6)
健康推進員以外の地域活動の有無	ある	188(52.8)
	ない	168(47.2)
健康推進員の職業	主婦	163(45.8)
	会社員	52(14.6)
	自営業	57(16.0)
	農業	24( 6.7)
	パート	34( 9.6)
	その他	26( 7.3)

から5点の範囲であり, 天井効果, 床効果は認められなかった。また度数分布やP-Pプロットから見て, 得られたデータの正規性が認められた。各項目の回答率は, いずれの項目も97.8%以上であった。

### 3. 項目分析の結果

項目分析として, I-T相関, 各項目を除外した場合のクロンバック $\alpha$ 係数, G-P分析, 項目間相関を確認した。その結果, 各項目のI-T相関係数は0.38~0.67の範囲であった。各項目を除外した場合のクロンバック $\alpha$ 係数は, いずれの項目も0.93以上であり, 内的一貫性を脅かす項目はなかった。G-P分析として, 32項目の合計得点の中央値(110.5点)で分け, 得点の高い上位群(177人, 111点以上)と得点の低い下位群(179人, 110点以下)に分けた。各項目の得点の群間差についてt検定を行った結果, 有意水準1%未満で有意差を認め, いずれの項目も上位群が下位群より得点が高いであった。項目間相関係数を算出した結果, 1と2, 3と4, 5と

表2 健康推進員のエンパワメント評価尺度原案の回答率と平均値および回答

	回答率 (n=401) (%)	全くあて はまらない (1点) 人 (%)	あまりあて はまらない (2点) 人 (%)	どちらとも 言えない (3点) 人 (%)	だいたい あてはまる (4点) 人 (%)	非常に あてはまる (5点) 人 (%)	平均値± 標準偏差
1 健康について学びたいと思っている	99.0	0( 0.0)	5( 1.4)	61(17.1)	198(55.6)	92(25.8)	4.06±0.70
2 健康づくりへの意識が高まっている	99.8	0( 0.0)	7( 2.0)	41(11.5)	192(53.9)	116(32.6)	4.17±0.70
3 活動や研修会で学んだことを実践している	98.8	6( 1.7)	30( 8.4)	135(37.9)	163(45.8)	22( 6.2)	3.46±0.80
4 活動や研修会で学んだことを家族のために役立てている	99.0	6( 1.7)	37(10.4)	146(41.0)	150(42.1)	17( 4.8)	3.38±0.80
5 活動や交流をとおして、元気になっている	99.8	5( 1.4)	25( 7.0)	107(30.1)	146(41.0)	73(20.5)	3.72±0.92
6 活動にやりがいや喜びを感じている	100.0	13( 3.7)	29( 8.1)	157(44.1)	109(30.6)	48(13.5)	3.42±0.95
7 活動のやりがいや喜びを仲間同士で語り合っている	100.0	26( 7.3)	54(15.2)	143(40.2)	106(29.8)	27( 7.6)	3.15±1.01
8 活動を通して地域への愛着や関心が深まっている	99.8	14( 3.9)	32( 9.0)	126(35.4)	149(41.9)	35( 9.8)	3.45±0.93
9 組織の運営や活動に関する意思決定は構成員の合意のもとで行っている	99.3	2( 0.6)	15( 4.2)	70(19.7)	171(48.0)	98(27.5)	3.98±0.83
10 構成員同士が思いや困っていることを話し合える関係が出来ている	98.8	13( 3.7)	48(13.5)	145(40.7)	127(35.7)	23( 6.5)	3.28±0.91
11 構成員同士協力し合える関係が出来ている	98.0	10( 2.8)	40(11.2)	120(33.7)	150(42.1)	36(10.1)	3.46±0.92
12 構成員の意見や気持ちを尊重し一人ひとりの構成員を大切にしている	99.3	4( 1.1)	22( 6.2)	99(27.8)	173(48.6)	58(16.3)	3.73±0.85
13 地域の人々の健康づくりを活動目標にしている	99.3	4( 1.1)	16( 4.5)	82(23.0)	184(51.7)	70(19.7)	3.84±0.83
14 研修会や活動を通じて地域の人々に共通する「健康課題」を把握している	99.3	7( 2.0)	36(10.1)	161(45.2)	125(35.1)	27( 7.6)	3.36±0.84
15 地域の人々に共通する「健康課題」への取組の必要性を認識している	99.0	5( 1.4)	11( 3.1)	114(32.0)	168(47.2)	58(16.3)	3.74±0.82
16 地域の人々に共通する「健康課題」を解決するため活動の企画・運営をしている	98.5	12( 3.4)	26( 7.3)	153(43.0)	139(39.0)	26( 7.3)	3.40±0.86
17 活動は地域の人々に理解されている	100.0	14( 3.9)	67(18.8)	185(52.0)	81(22.8)	9( 2.5)	3.01±0.82
18 地域の人々と健康づくり活動について話し合っている	99.3	19( 5.3)	84(23.6)	171(48.0)	73(20.5)	9( 2.5)	2.91±0.87
19 地域の人々に健康づくり活動への参加を働きかけている	99.8	6( 1.7)	32( 9.9)	75(21.1)	206(57.9)	37(10.4)	3.66±0.85
20 自治会長や民生委員などの地域のリーダーから活動への協力を得ている	99.5	23( 6.5)	52(14.6)	122(34.3)	116(32.6)	43(12.1)	3.29±1.06
21 一人暮らしの高齢者など地域の人々の見守りを行っている	99.0	55(15.4)	75(21.1)	130(36.5)	86(24.2)	10( 2.8)	2.78±1.07
22 地域の人々に健康づくりの必要性を話している	99.3	23( 6.5)	60(16.9)	138(38.8)	118(33.1)	17( 4.8)	3.13±0.97
23 地域の人々が参加できる健康づくりのための学習の場を定期的・継続的に開催している	99.3	21( 5.9)	36(10.1)	89(25.0)	158(44.4)	52(14.6)	3.52±1.05
24 地域の人々が交流できる場を定期的・継続的に開催している	99.5	30( 8.4)	56(15.7)	96(27.0)	125(35.1)	49(13.8)	3.30±1.14
25 課題に応じた新たな活動を生み出している	98.5	62(17.4)	75(21.1)	104(29.2)	81(22.8)	34( 9.6)	2.86±1.23
26 活動への参加者や地域の人々の変化など活動の成果を確認している	98.0	31( 8.7)	71(19.9)	175(49.2)	66(18.5)	13( 3.7)	2.88±0.93
27 地域の人々や他の組織に活動やその成果を理解してもらうため発表会や広報などで発信している	98.5	35( 9.8)	61(17.1)	141(39.6)	103(28.9)	16( 4.5)	3.01±1.02
28 健康推進協議会の代表者は市町村健康増進計画などの作成や推進の会議に参画している	97.8	11( 3.1)	20( 5.6)	97(27.2)	151(42.4)	77(21.6)	3.74±0.96
29 市町村健康増進計画を推進するための活動を行っている	98.5	7( 2.0)	21( 5.9)	98(27.5)	176(49.4)	54(15.2)	3.70±0.87
30 民生委員協議会や食生活改善推進協議会などの他組織と協力して活動している	98.5	25( 7.0)	41(11.5)	137(38.5)	117(32.9)	36(10.1)	3.28±1.03
31 市役所など行政と協力して活動を発展させている	98.8	11( 3.1)	19( 5.3)	102(28.7)	167(46.9)	57(16.0)	3.67±0.91
32 保健関連の専門家から活動への協力を得ている	98.0	15( 4.2)	29( 8.1)	111(31.2)	149(41.9)	52(14.6)	3.54±0.98

n = 356

平均値は、「全くあてはまらない」1点、「あまりあてはまらない」2点、「どちらともいえない」3点、「だいたいあてはまる」4点、「非常に当てはまる」5点として算出

表3 健康推進員のエンパワメント評価尺度28項目の因子分析の結果

尺 度 項 目	因子1	因子2	因子3	因子4
因子1：健康なまちづくり活動				
25 課題に応じて新たな活動を生み出している	<b>0.71</b>	-0.09	-0.12	0.04
31 市役所など行政と協力して活動を発展させている	<b>0.68</b>	-0.11	0.12	0.19
28 健康推進協議会の代表者は市健康増進計画などの作成や推進の会議に参画している	<b>0.65</b>	-0.20	0.22	-0.05
27 地域の人々や他の組織に活動やその成果を理解してもらうため広報や発表会で発信している	<b>0.64</b>	0.07	0.04	-0.13
30 民生委員協議会や食生活改善推進協議会などの他組織と協力して活動している	<b>0.64</b>	0.11	-0.01	-0.04
29 市の健康づくり計画を推進するための活動を行っている	<b>0.62</b>	0.06	0.11	0.07
32 保健関連の専門家から活動への協力を得ている	<b>0.62</b>	-0.07	0.13	0.04
24 地域の人々が交流できる場を定期的・継続的に開催している	<b>0.62</b>	0.15	-0.25	0.09
26 活動への参加者や地域の人々の変化など活動の成果を確認している	<b>0.52</b>	0.35	-0.11	-0.05
23 地域の人々が参加できる健康づくりのための学習の場を定期的・継続的に開催している	<b>0.42</b>	0.32	-0.03	0.00
因子2：地域の健康課題解決への志向性				
14 研修会や活動を通じて地域の人々に共通する「健康課題」について把握している	-0.07	<b>0.77</b>	0.04	0.03
17 活動は地域の人々に理解されている	-0.08	<b>0.76</b>	-0.02	0.00
18 地域の人々と健康づくり活動について話し合っている	0.02	<b>0.75</b>	-0.05	-0.05
19 地域の人々に健康づくり活動への参加を働きかけている	-0.05	<b>0.67</b>	0.14	0.03
16 地域の人々に共通する「健康課題」を解決するため活動の企画・運営をしている	0.09	<b>0.62</b>	0.07	0.05
22 地域の人々に健康づくりの必要性を話している	0.34	<b>0.54</b>	-0.09	-0.02
13 地域の人々の健康づくりを活動目標にしている	0.09	<b>0.53</b>	0.10	0.13
20 自治会長や民生委員などの地域のリーダーから活動への協力を得ている	0.18	<b>0.48</b>	0.11	-0.09
15 地域の人々に共通する「健康課題」への取組の必要性を認識している	0.03	<b>0.41</b>	-0.01	0.29
21 一人暮らしの高齢者など地域の人々の見守りを行っている	0.29	<b>0.41</b>	-0.02	-0.21
因子3：民主的な組織活動				
12 構成員の意見や気持ちを尊重し一人ひとりの構成員を大切にしている	0.05	-0.11	<b>0.89</b>	-0.06
11 構成員同士に協力し合える関係が出来ている	-0.01	0.07	<b>0.81</b>	-0.04
10 構成員同士が思いや困っていることを話し合える関係が出来ている	-0.10	0.22	<b>0.65</b>	-0.01
9 組織の運営や活動に関する意思決定は構成員の合意のもとで行っている	0.04	0.01	<b>0.57</b>	0.09
因子4：健康推進員の個人としての成長				
2 健康づくりへの意識が高まっている	0.04	-0.06	-0.09	<b>0.71</b>
5 活動や交流をとおして、元気になっている	0.00	-0.04	0.10	<b>0.71</b>
8 活動を通して地域への愛着や関心が深まっている	-0.12	0.14	0.10	<b>0.69</b>
3 活動や研修会で学んだことを実践している	0.04	-0.03	-0.09	<b>0.68</b>
固有値	10.21	2.73	1.56	1.40
累積寄与率	36.46	46.21	51.79	56.80
因子間相関				
因子1	1.00	0.70	0.40	0.31
因子2	0.70	1.00	0.52	0.50
因子3	0.40	0.52	1.00	0.54
因子4	0.31	0.50	0.54	1.00

主因子法，プロマックス回転

因子負荷量0.4以上を太字で表記

項目は、尺度案32項目のうち採用した28項目

表4 健康推進員のエンパワメント評価尺度と属性との関連

項目	人数	因子1		因子2		因子3		因子4		尺度全体 平均値± 標準偏差
		健康なまちづくり 活動	健康なまちづくり 活動	地域の健康課題 解決への志向性	地域の健康課題 解決への志向性	民主的な組織活動	民主的な組織活動	健康推進員の個人 としての成長	健康推進員の個人 としての成長	
	356	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差		
年齢	59歳以下	207	33.9±6.6	33.1±6.0	14.6±2.7	14.4±2.7	14.4±2.7	14.4±2.7	96.0±14.3	
	60歳以上	149	33.3±8.2	33.1±6.9	14.3±3.2	15.4±2.5***	15.4±2.5***	15.4±2.5***	96.1±17.3	
健康推進員の経験 年数	2年未満	176	33.4±7.6	32.8±6.4	14.3±3.0	14.3±2.8	14.3±2.8	14.3±2.8	94.9±15.8	
	2年以上	180	33.8±6.9	33.5±6.4	14.6±2.7	15.3±2.4**	15.3±2.4**	15.3±2.4**	97.1±15.3	
健康推進員協議会 の役員歴有無	ある	81	33.2±7.2	32.6±6.2	14.1±2.9	14.5±2.4	14.5±2.4	14.5±2.4	94.4±15.3	
	ない	275	33.7±7.3	33.3±6.5	14.6±2.9	14.9±2.7	14.9±2.7	14.9±2.7	96.5±15.6	
健康推進員以外の 地域活動の有無	ある	188	34.4±6.7*	34.0±6.3*	14.9±2.7**	15.5±2.4***	15.5±2.4***	15.5±2.4***	98.7±14.6***	
	ない	168	32.8±7.8	32.2±6.4	14.2±3.0	14.0±2.7	14.0±2.7	14.0±2.7	93.0±16.1	
居住地	A市	183	33.5±7.4	32.8±6.4	14.5±2.8	14.6±2.7	14.6±2.7	14.6±2.7	95.4±15.8	
	B市	173	33.8±7.1	33.5±6.3	14.4±3.0	15.1±2.6	15.1±2.6	15.1±2.6	96.7±15.3	
職業	主婦	163	34.5±7.4	33.5±6.4	14.5±3.0	15.4±2.4**	15.4±2.4**	15.4±2.4**	97.8±15.4	
	会社員	52	32.7±6.8	32.3±6.8	14.3±2.7	13.7±3.2	13.7±3.2	13.7±3.2	93.0±15.7	
	自営業	57	32.4±7.5	32.4±6.3	14.6±3.1	14.6±2.6	14.6±2.6	14.6±2.6	94.0±15.9	
	農業	24	31.8±8.8	32.0±7.1	14.1±3.1	14.6±2.9	14.6±2.9	14.6±2.9	92.5±18.6	
	パート	34	33.5±6.4	33.6±5.6	14.1±2.4	14.4±2.4	14.4±2.4	14.4±2.4	95.6±14.1	
	その他	26	33.6±7.3	33.1±6.4	14.5±2.9	14.8±2.6	14.8±2.6	14.8±2.6	96.2±15.6	

職業は一元配置分散分析及び Tukey 法による多重比較, 職業以外は t 検定 \*  $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$  \*\*\*  $P < 0.001$

6, 5 と 7, 6 と 7, 6 と 8, 7 と 8, 8 項目 7 組で, 相関係数 0.7 以上の相関が認められた。これらの項目の意味内容を吟味し, 他の項目に同様の意味内容が含まれていると判断した項目 1, 4, 6, 7, を除外した。

以上より, 評価尺度原案 32 項目中 4 項目を除外し, 28 項目をその後の分析対象とした。

#### 4. 妥当性の検討結果

構成概念妥当性を検討するため, 28 項目について, 因子分析を行った。主因子法, 固有値 1 では, 5 因子に分かれたが, スクリーンプロットの下がり具合により 4 因子で分析した。主因子法, プロマックス回転で因子分析したところ, 4 因子で固有値が 1.40, 累積寄与率 56.8%, また, 全ての項目の因子負荷量が 0.4 以上あり, 各因子に含まれる項目の意味内容に矛盾のない最適解を得た (表 3)。各因子名は, 想定していたものとはほぼ一致していたため, 因子 1 を「健康なまちづくり活動」, 因子 2 を「地域の健康課題解決への志向性」, 因子 3 を「民主的な組織活動」, 因子 4 を「健康推進員の個人としての成長」, とした。

#### 5. 信頼性の検討結果

因子分析で得られた 4 因子 28 項目について, 各因子および評価尺度全体のクロンバック  $\alpha$  係数は, 因子 1 が 0.88, 因子 2 が 0.89, 因子 3 が 0.84, 因子 4 が 0.79, 評価尺度全体が 0.93 であった。各因子と

評価尺度全体に高い信頼性が認められた。

因子分析後の 28 項目について, 各項目の除外前の因子と各項目を除外した場合および各項目の除外前の評価尺度全体と各項目を除外した場合のクロンバック  $\alpha$  係数を比較した結果, いずれの項目も除外前の因子や評価尺度全体の  $\alpha$  係数を越えなかった。さらに, 各項目と尺度全体について, I-T 相関係数を算出した結果, 相関係数は 0.33~0.69 の範囲であり, 内的一貫性が示された。

#### 6. 評価尺度と回答者の属性との関連

評価尺度と回答者の属性との関連を検討するため, 因子ごとと評価尺度全体について, 回答者の年齢, 健康推進員の経験年数, 健康推進員協議会の役員歴, 健康推進員以外の地域活動, 居住地別, 職業との関連を確認した結果を表 4 に示す。

年齢を 2 群に分けて比較した結果, 因子 4 において, 60 歳以上群が 60 歳未満群よりも得点が高く, 有意水準 1% 未満で有意差が認められた。

健康推進員の経験年数を 2 群に分けて比較した結果, 因子 4 において, 2 年以上群が 2 年未満群よりも得点が高く, 有意水準 1% 未満で有意差が認められた。

健康推進員協議会の役員歴を 2 群に分けて比較した結果, 各因子と尺度全体において有意差が認められなかった。

健康推進員以外の地域活動を 2 群に分けて比較し

た結果、全ての因子と尺度全体において、あり群がなし群よりも得点が高く、有意水準5%未満で有意差が認められた。

居住地を2群に分けて比較した結果、各因子と尺度全体において、有意差が認められなかった。

職業を6群に分けて検討した結果、因子4において、有意水準1%未満で有意差が認められた。多重比較の結果、主婦が会社員より得点が高く、有意水準1%未満で有意差が認められた。

## IV 考 察

### 1. 評価尺度の信頼性・妥当性

評価尺度項目については、回答率からは、回答困難な項目はなかったと考える。

評価尺度全体の信頼性については、クロンバック $\alpha$ 係数が、高い値を示しており、概ね信頼性が確認されたと考える。因子ごとのクロンバック $\alpha$ 係数から内的一貫性が確認されたと考える。

評価尺度の妥当性については、因子分析の結果は適切に解釈できるものであり、かつ固有値、累積寄与率、因子負荷量も十分な値を示していたことから、構成概念妥当性が認められた。

### 2. 評価尺度の特徴と理論的整合性

本研究により開発された評価尺度の特徴は、健康推進員のエンパワメントを評価するための4因子28項目の枠組みで構成されている。ここでは、評価尺度の内容を既存文献による知見と比較検討し、因子ごとにその内容について考察する。

因子1「健康なまちづくり活動」は、10項目で構成された。本因子は、健康推進員の活動の場の広がり、協働する機関の広がり、政策・制度づくりへの参画などコミュニティに対するコントロール感を獲得するプロセスを評価する内容であると考えられる。

因子2「地域の健康課題解決への志向性」は、10項目で構成された。本因子は、地区組織に所属する個人エンパワメントの構造から、組織の影響を受けた個人が変化し、視野の広がりなどを評価する内容であると考えられる。

因子3「民主的な組織活動」は、4項目で構成された。本因子は、健康推進員同士が、「対話」を通し、相互理解を深めることにより構成員一人ひとりを大切に、合意のもとで意思決定を行うなど個人が、他者との相互作用によって生じるプロセスを評価する内容であると考えられる。

因子4「健康推進員の個人としての成長」は、4項目で構成された。本因子は、個人が自分自身に対するコントロール感の獲得など、個人のエンパワメントの視点を含んでおり、健康推進員の変化を評価

する内容であると考えられる。

麻原は、個人のエンパワメント・プロセスは、他者との相互作用によって生じるプロセスであり、個人が他者との相互作用により、個人が自身の問題だけでなく、集団および地域の共通の問題に気づき、認識した課題解決のための方略も、他者との相互作用の中で学ぶ<sup>13)</sup>、としている。今回の因子4「健康推進員の個人としての成長」、因子3「民主的な組織活動」、因子2「地域の健康課題解決への志向性」の結果は麻原の個人エンパワメント・プロセスと合致していると考えられる。また秋山は、住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造として、個人がエンパワメントされると、活動の場の広がりなどの変化がみられる<sup>16)</sup>、としている。このことは因子1「健康なまちづくり活動」と整合性があると考えられる。

以上より、本研究で明らかになった評価尺度は、健康推進員の個人、組織、地域への統御感に関する個人的認識を全て網羅するものではないが、健康推進員が、エンパワメントしていく上で重要な項目で構成されている、と考える。

### 3. 評価尺度の得点と属性との関連

評価尺度の得点と対象の属性との関連を以下に考察する。

健康推進員以外の地域活動を2群に分けて比較した結果、全ての因子と尺度全体において、健康推進員以外の地域活動あり群がなし群よりも得点が高く、有意水準5%未満で有意差が認められた。

秋山らの研究では、個人のエンパワメントにおいて、所属組織のみに固執せず、所属組織以外の活動にも主体的に活動の場を広げ、視野や活動の場を広げることで、コミュニティの問題を捉える期待もできる<sup>12)</sup>、としている。本研究で、健康推進員以外の地域活動あり群が全ての因子と尺度全体において、得点が高かったことは秋山らの研究とも一致しており、健康推進員以外の地域活動が、個人エンパワメントに及ぼす影響が大きいことが示唆された。

年齢を2群に分けて比較した結果、因子4において、60歳以上群が60歳未満群よりも得点が高く、有意水準1%未満で有意差が認められた。

職業を6群に分けて検討した結果、因子4において、有意水準1%未満で有意差が認められた。多重比較の結果、会社員と主婦の間に有意水準1%未満で有意差が認められた。

年齢が60歳以上の人や職業が主婦の人は、自分自身に対するコントロール感を獲得するための時間を比較的確保しやすいと考える。

健康推進員の経験年数を2群に分けて比較した結果、因子4において、2年以上群が2年未満群より

も得点が高く、有意水準1%未満で有意差が認められた。

河野らは、健康推進員の経験がある人は、事業実施など、中心的な役割を担ってきたことで、健康推進員の活動に喜びや、やりがいを感じ、活動が継続されるのではないかと<sup>17)</sup>、としている。因子4において、健康推進員の経験年数2年以上群の得点が高いのは、妥当な結果であると考えられる。

健康推進員協議会の役員歴および居住地を2群に分けて比較した結果、各因子と尺度全体において、有意差が認められなかった。

因子1、因子2、因子3と属性（健康推進員以外の地域活動を除く）との関連は、認められなかった。因子1、因子2、因子3については、個人の年齢、経験年数、職業などの属性に影響されない項目であると考えられる。

#### 4. 活用の可能性と限界

本研究の結果、評価尺度の妥当性・信頼性を確認できた。これまでは、健康推進員などの地区組織のエンパワメント評価尺度には、当事者が自らのエンパワメントを測定する尺度はなかった。開発した評価尺度は、健康推進員が活動を通じたエンパワメントの状況、すなわち個人・組織・コミュニティに対するコントロール感について現状や変化を自己評価することに活用できると考える。また、健康推進員を支援し、協働する保健師等行政職員は、この評価尺度を活用し、健康推進員の認識を評価することで、健康なまちづくりのパートナーとして、段階的支援など効果的な支援内容・方法のあり方などを検討することが可能と考える。また今後健康推進員に評価尺度を活用してもらう中で、データを集積し、精度を高めていく必要がある。

本評価尺度の限界として、この評価尺度は、健康推進員の個人の認識を評価しており、他者による客観的な評価との差異は明確ではない。今後は、自他相互評価の活用に向け、比較検討が必要である。また組織内の個人エンパワメントの変化をみる評価尺度としては適しているが、他の組織間の評価を行う際には注意を要する。さらに、個人・組織・コミュニティの3つのレベルのエンパワメントの内、組織レベル、コミュニティレベルのエンパワメントについては残された課題である。

対象は、緊密に連帯性の強い地域で活動する健康推進員であり、農業地域の状況は反映しているが、都市部の状況は反映していないと推察される。また回収率は、約6割であり活動に比較的熱心な健康推進員が回答した可能性があり、結論に影響を及ぼす可能性がある。しかし、活動に消極的な健康推進員

の得点は、回答者より低くなると推察されるので、活動に熱心な人ほど得点が高く、活動に消極的な人ほど得点が低くなり、その差がより明確になると思われる。

## V 結 語

健康推進員を対象に FGI を実施し、健康推進員のエンパワメントを測る尺度の原案を作成し、その信頼性・妥当性を検討した結果、以下の結論を得た。

①「健康なまちづくり活動」、「地域の健康問題解決への志向性」、「民主的な組織活動」、「健康推進員の個人としての成長」の4因子28項目からなる評価尺度が得られた。

②各因子および評価尺度全体において、信頼性・妥当性が確認された。

③評価尺度得点には、健康推進員以外の地域活動への参加との関連が認められ、これは既存文献の示す知見と同様であった。

④本研究で得られた尺度は、今後、健康推進員および保健師が健康推進員のエンパワメント評価に利用可能である。

多忙な中、調査にご協力くださいました、2市の健康推進員、2市の保健師等関係職員の皆様および FGI の分析にご協力くださいました新潟県佐渡地域振興局健康福祉環境部 伊里昌子様、新潟県三条地域振興局健康福祉環境部 長沢京子様に深謝いたします。

(受付 2010. 7. 5)  
採用 2011. 6. 21)

## 文 献

- 1) WHO. ヘルスプロモーション：WHO：オタワ憲章 [Health Promotion] (島内憲夫，訳)．東京：垣内出版，1990；12-33.
- 2) Booker VK, Robinson JG, Kay BJ, et al. Changes in empowerment. Effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education & Behavior* 1997; 24: 452-464.
- 3) 久木田純. エンパワメントとは何か. 現代のエスプリ 1998; 376: 10-34.
- 4) Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 379-394.
- 5) Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992; 6: 197-205.
- 6) Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning: an Educational and Ecological Approach*. 3rd edition. California: Mayfield Pub. Co., 1999; 50-82.
- 7) 藤浪千種, 松田正巳. 健康推進員の主体化評価指標の作成と指標を用いた健康推進員の主体化の状況. 日

- 本健康教育学会誌 2008; 16: 78-93.
- 8) 小山 修. 母子保健法改正に伴う課題 民間機関の立場から. 保健の科学 1996; 38: 24-29.
  - 9) Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, et al. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 2000; 23: 739-743.
  - 10) 中山貴美子. 保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発. 日本地域看護学会誌 2007; 10: 49-58.
  - 11) 久常節子. 住民自身のリーダーシップ機能. 東京: 頸草書房, 1987.
  - 12) 井伊久美子. 当事者の力量形成を中核にした地域リハビリの検討. 国立公衆衛生院特別研究集録 1991; 15-35.
  - 13) 麻原きよみ. エンパワメントと保健活動. 保健婦雑誌 2000; 56: 1120-1126.
  - 14) 中山貴美子, 岡本玲子, 塩見美抄. コミュニティ・エンパワメントの構成概念: 保健専門職による評価のための「望ましい状態」の項目収集. 日本地看護学会誌 2006; 8: 36-42.
  - 15) 中山貴美子, 岡本玲子, 塩見美抄. 住民からみたコミュニティ・エンパワメントの構成概念: 住民による評価のための「望ましい状態」の項目収集. 神戸大学医学部保健学科紀要 2005; 21: 97-108.
  - 16) 秋山さちこ, 海老真由美, 村山正子. 住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造. 日本地域看護学会誌 2004; 7: 35-40.
  - 17) 河野敦子, 吉田 亨. 地区組織活動における個人の自己変革とその要因. 日本健康教育学会誌 2007; 15: 207-219.
  - 18) 坪川トモ子, 鳩野洋子. 地域における住民組織の主体性に関するアセスメント指標の検討. 保健婦雑誌 2000; 56: 316-322.
  - 19) 市町村保健活動の再構築に関する検討会. 市町村保健活動再構築に関する検討会報告書. 2007.
  - 20) 塩見美抄, 岡本玲子, 岩本里織. 事業・社会資源の創出に関する保健師のコンピテンシー尺度の開発: 信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2009; 56: 391-401.
-

## Development and evaluation of the reliability and validity of an empowerment scale for health promotion volunteers

Utako KOYAMA<sup>\*,2\*</sup> and Nobuko MURAYAMA<sup>2\*</sup>

**Key words** : health promotion volunteer, empowerment, healthy community, scale development

**Objectives** This qualitative and quantitative research was conducted to develop an empowerment scale for health promotion volunteers (hereinafter referred to as the ESFHPV), key persons responsible for creating healthy communities.

**Methods** A focus group interview was conducted with four groups of health promotion volunteers from two cities in S Public Health Center of N Prefecture. A qualitative analysis was employed and a 32-item draft scale was created. The reliability and validity of this scale were then evaluated using quantitative methods. A questionnaire survey was conducted in 2009 for all 660 health promotion volunteers across the 2 cities. Of 401 respondents (response rate, 60.8%), 356 (53.9%) provided valid responses and were thus included in the analysis.

**Results** 1) Internal consistency was confirmed by item-total correlation analysis (I-T analysis), assessment of Cronbach's coefficient alpha for all except one item and good-poor analysis (G-P analysis). Four items were excluded from the 32-item draft scale because of correlation coefficients more than 0.7, leaving 28 items for analysis.

2) Based on the results obtained from the factor analysis performed on the 28 provisional empowerment questions, 28 items were chosen for inclusion in the ESFHPV. These items consisted of four sub-scales, namely 'activity for healthy community' (10 items), 'intention for solving health problems of the community' (10 items), 'democratic organization activity' (four items) and 'growth as individual health promotion volunteers' (four items).

3) The Cronbach's coefficient alpha for the ESFHPV and its four sub-scales were 0.93, 0.88, 0.89, 0.84 and 0.79 respectively. The coefficients of I-T analysis were between 0.33 and 0.69.

4) The health promotion volunteers who attended other community activities demonstrated significantly high scores for the ESFHPV and the four sub-scales. Persons who were above 60 years, had a longer duration of activity as a health promotion volunteer and were housewives showed significantly high scores on the first sub-scale, 'growth as individual health promotion volunteers'

**Conclusion** To measure the empowerment levels of health promotion volunteers, a 28-item scale was developed and its reliability and validity were confirmed. Health promotion volunteers as well as the public health nurses who assist them can use this scale to assess the empowerment levels of other health promotion volunteers.

---

\* Niigata Prefectural Sanjo Regional Promotion Bureau Health, Social Welfare and Environmental Administration Department

<sup>2\*</sup> Graduate School of Health and Welfare, Niigata University of Health and Welfare