

原 著

保健医療福祉計画の実行段階における住民との協働に関連する
要因の解明

ヨシオカ キョウコ* フジイ ヒトシ シオミ ミサ カタヤマ タカフミ
 吉岡 京子* 藤井 仁^{2*} 塩見 美抄^{3*} 片山 貴文^{4*}
 ホソヤ ノリコ^{5*} マヤマ タツシ^{6*}
 細谷 紀子^{5*} 真山 達志^{6*}

目的 本研究の目的は、保健師が策定に参画した保健医療福祉計画（以下、計画とする。）の実行段階における住民との協働に関連する要因を解明し、地域全体の健康レベルの向上に貢献できる保健活動への示唆を得ることである。

方法 研究の概念枠組みとして Plan-Do-Check-Act（以下、PDCA とする。）サイクルを用いた。本調査で焦点を当てた計画の実行段階は「Do」に相当するため、調査項目は「Plan」の段階の内容を中心に構成し、計画の実行段階における住民との協働をどの程度取り入れたか、回答者の属性、計画策定への参画状況、組織要因、計画策定の際に用いた方策を含めた。調査対象者は、地方自治体に勤務する常勤保健師のうち、保健師活動指針が発出された2013年以降に計画策定に参画した経験を有する者とした。協力意思を示した220地域（36都道府県、41保健所設置市、153市町村）に2,185人分の調査票を2019年10月～11月に郵送した。二項ロジスティック回帰分析により、住民との協働を取り入れたことと独立変数との関連について検討した。

結果 1,281人から回答を得た（回収率58.6%）。2013年以降に計画策定の経験がなかった203人と欠損値の多かった50人を除く1,028人について分析した（有効回答率47.0%）。計画の実行段階で住民との協働を「全く取り入れなかった」と回答した者は125人（12.2%）、「あまり取り入れなかった」者は293人（28.5%）、「少し取り入れた」者は482人（46.9%）、「とても取り入れた」者は128人（12.4%）だった。二項ロジスティック回帰分析の結果、係長以上の職位に就いていること、健康増進計画の策定への参画、住民へのアンケート調査やグループワークの実施、ワーキンググループや計画策定委員会の委員への住民の参加、すでに発表されている研究成果の活用、ターゲット集団の設定および計画実施の進捗管理の実施が、住民との協働を取り入れたことと有意に関連していた。

結論 保健師が、計画の実行段階における住民との協働を進めていくためには、地域の健康・生活課題解決に向けて住民の声やエビデンスに基づく計画を策定し、確実に実行されるように進捗管理を行う必要性が示唆された。

Key words : エビデンス, 住民参加, 計画策定, 保健師, 方策

日本公衆衛生雑誌 2021; 68(12): 876-887. doi:10.11236/jph.21-010

I 緒 言

地方自治体では、地域住民の健康や生活に関する

課題（以下、健康・生活課題とする。）を着実に解決することを目指して、様々な分野別の計画を策定している¹⁾。また、2013年に厚生労働省から通知された「地域における保健師の保健活動に関する指針」（以下、保健師活動指針とする。）において、保健師は保健医療福祉計画（以下、計画とする）策定に参画する必要性が指摘されている²⁾。計画策定に携わることには、保健師が健康な地域づくりを推進する上で重要な技術とされており^{3~5)}、わが国の保健師国家試験の出題基準にも盛り込まれている⁶⁾。また、

* 国立保健医療科学院生涯健康研究部

2* 目白大学看護学部

3* 京都大学大学院医学研究科

4* 兵庫県立大学看護学部

5* 千葉県立保健医療大学看護学科

6* 同志社大学政策学部

責任著者連絡先：〒351-0197 和光市南 2-3-6
 国立保健医療科学院生涯健康研究部 吉岡京子

保健師は行政職と公衆衛生看護の専門職という二つの役割を併せ持つため、日常業務において特定した地域の健康・生活課題を施策に反映しやすい立場にある^{7,8)}。つまり、保健師が地域の健康・生活課題を地方自治体の計画に反映し、その計画の実行により解決することができれば、地域全体の健康レベル向上に貢献できる可能性がある。

計画は、Plan-Do-Check-Act（以下、PDCAとする。）サイクルに基づいて策定と改善が行われている⁹⁾。すなわち、解決すべき課題の発見と明確化に向けた情報収集、評価指標の設定、課題解決に必要な施策・事業案の作成、行政内外の関係者との調整を経て策定される。そして議会の承認を得て実行され、評価結果に基づき修正・改善される¹⁰⁾。保健師は議会での承認以外の過程に参画しているが、先行研究の多くは事例報告であった^{11,12)}。また計画には首長の意向が反映されやすく¹³⁾、コンサルティング会社へ策定作業を委託している地方自治体も少なくないと言われているが¹⁴⁾、実証研究は乏しい。さらに策定した計画を絵に描いた餅に終わらせず、PDCAサイクルの「Do」の段階で着実に実行して課題解決につなげていくためには、住民との協働が不可欠である^{15~20)}。しかし、この実行段階における住民との協働についての関連要因は十分に解明されていない⁹⁾。量的研究により具体的な関連要因が解明されれば、保健師が策定した計画を住民とともに実行する際の一助となり、地域全体の健康レベル向上に貢献できる可能性がある。そこで本研究の目的は、保健師が策定に参画した計画の実行段階における住民との協働（以下、住民との協働とする。）に関連する要因を解明し、地域全体の健康レベルの向上に貢献できる保健活動への示唆を得ることとした。

II 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは横断研究で、無記名自記式質問紙郵送調査を行った。研究の概念枠組みとしてPDCAサイクルを用いた。本研究で焦点を当てた計画の実行段階は「Do」に相当するため、調査項目は「Plan」の段階の内容を中心に構成することとした。

2. 用語の定義

本研究で用いる用語を保健師活動指針²⁾と先行研究^{9~11)}を参考に、以下のように定義した。

1) 計画：健康増進計画，がん対策推進計画，医療費適正化計画，データヘルス計画，特定健康診査等実施計画，母子保健計画，障害福祉計画，地域自殺

対策計画，介護保険事業支援計画または介護保険事業計画，医療計画，食育推進計画などを指す。

2) 計画の実行段階：地域の課題解決のために、保健師が策定に参画した計画を住民と協働して実行していく段階のこと。

3. 調査対象者

調査対象者は、地方自治体に勤務する常勤保健師のうち、保健師活動指針²⁾が発出された2013年以降に計画策定に参画した経験を有する者とした。

4. 調査対象地域とデータ収集方法

調査対象地域は、47都道府県と116の保健所設置市および保健所設置市以外の1,634市町村から30%の割合で無作為抽出された545市町村の合計708地域であった。なお、今回の調査項目は独自に作成したため、事前にどの程度差がつくのかを予測し、サンプルサイズを設計することが困難だった。このため回収率を40%と仮定し、予算的な制約を勘案した上で抽出率を30%に設定した。

本調査の目的を説明し、各地域の調査協力意思と配票可能な保健師数を把握するため、本庁の統括保健師宛に往復はがきを2019年9月に送付した。428地域から回答があり、このうち協力意思を示した220地域(36都道府県，41保健所設置市，153市町村)に2,185人分の調査票を2019年10月～11月に郵送した。なお、調査協力意思を示していたが、2019年10月に発生した台風の被害が甚大であった4地域については、被災住民への支援業務を優先すべきと判断し、統括保健師と相談の上、調査票の発送を取り止めた。

調査票は統括保健師または指定された部署へ送付し、調査対象者の保健師向けの調査説明文書と調査票、返信用封筒のセットを各保健師に配布してもらった。保健師向けの調査説明文書には、調査は個人の自由意思に基づくもので、他者から強制されないことを明記した。各保健師は、調査票の回答前に調査協力への同意を記入した上で、回答済の調査票を返信用封筒にて返送した。

5. 調査項目

調査項目は、PDCAサイクルの「Plan」の段階の内容を中心に構成した。すなわち、解決すべき課題の発見と明確化に向けた情報収集、評価指標の設定、課題解決に必要な施策・事業案の作成、行政内外の関係者との調整に関する内容を含めた^{9,10)}。また先行研究で影響が指摘されていた首長の意向¹³⁾やコンサルティング会社への策定作業の委託¹⁴⁾についても、組織要因として含めた。これらの内容について、文献レビュー⁹⁾および先行研究^{12,15~24)}を参考に、行政学の専門家と計画策定に参画した経験を有

する複数の共同研究者の助言に基づき、5つに集約した。すなわち、1) 属性、2) 保健師による計画策定への参画状況、3) 組織要因、4) 計画策定の際に保健師が用いた方策、5) 住民との協働である。また計画策定に参画した経験を有する16人の保健師の協力を得てプレテストを行い、調査項目の過不足の確認と調査票の文言の修正を行った。

1) 属性

回答者の性別、保健師経験年数、教育背景、所属自治体の種別、職位についてたずねた。また計画策定に関する学びの経験として基礎教育で計画策定について学んだ経験と、就職後に計画策定に関する研修への参加の有無についてたずねた。さらに2013年以降に計画策定に参画した経験の有無をたずねた。計画策定に複数回参画した経験を有する者が含まれていることを考慮し、「経験あり」と回答した者に対して、策定に参画した計画と策定時に最も困難を感じた計画の種類についてたずねた。

2) 保健師による計画策定への参画状況

最も困難を感じた計画策定の経験を想起してもらい、回答を求めた。計画策定における保健師の参画状況として「ワーキンググループや策定委員会の正式なメンバーとして参画」、「ワーキンググループや策定委員会のオブザーバーとして参画」、「他課の計画策定に保健部門の専門職として参画」、「事務局として取りまとめを担当」¹¹⁾のいずれに該当するかを複数回答でたずねた。また住民の声を計画に反映する方法として、「住民にパブリックコメントを求めた」、「住民にアンケート調査を行った」、「住民にグループワークを実施した」、「住民がワーキンググループや策定委員会の委員として参加した」^{11,15~24)}のいずれの方法を用いたかを複数回答でたずねた。さらに、手本となる先事例に関する情報収集^{11,25)}について「実施しなかった」、「保健所管内で実施した」、「都道府県内で実施した」、「全国レベルで実施した」のいずれに該当するかを複数回答でたずねた。またすでに発表されている研究成果の活用状況²⁶⁾について「全く活用しなかった」、「あまり活用しなかった」、「少し活用した」、「とても活用した」の4件法でたずねた。計画策定時の評価尺度¹¹⁾についても「作成しなかった」、「国や都道府県の計画の評価指標を参考にした」、「地域の独自の評価指標を作成した」のいずれに該当するかを複数回答でたずねた。

3) 組織要因

計画策定の際にモデルとなる先輩・同僚について、「保健師の先輩から計画策定について教わった経験の有無」と「計画策定に意欲的に取り組む同僚

の有無」をたずねた²⁷⁾。また外部のコンサルティング会社への計画策定の作業の委託状況¹⁴⁾について、「委託しなかった」、「アンケート調査を委託した」、「計画策定に必要な基礎資料作りを委託した」、「ほぼすべての作業を委託した」のいずれに該当したかを複数回答でたずねた。さらに計画策定への首長の意向の影響¹³⁾について「全く影響しなかった」、「あまり影響しなかった」、「少し影響した」、「とても影響した」の4件法でたずねた。また都道府県(本庁・保健所)保健師の関与¹¹⁾について「関連するデータを管内市町村保健師に提供した」、「管内市町村保健師に計画策定について助言した」、「管内市町村の策定委員会に参加した」、「計画策定を中心的に主導した」のいずれに該当したかを複数回答でたずねた。

4) 計画策定の際に保健師が用いた方策

文献レビュー¹¹⁾に基づき、計画策定の際に保健師が用いた23の方策について、その実施の有無をたずねた。

5) 計画の実行段階における住民との協働

計画の実行段階における住民との協働^{15~24)}について、「全く取り入れなかった」、「あまり取り入れなかった」、「少し取り入れた」、「とても取り入れた」の4件法でたずねた。

6. 分析方法

属性、保健師による計画策定への参画状況、組織要因、計画策定の際に保健師が用いた方策と、住民との協働との関連について、2群に分けられる場合はMann-WhitneyのU検定で、4件法の場合はスピアマンの順位相関係数を算出し確認した。

次に、二項ロジスティック回帰分析を行うために、4件法で回答を求めた従属変数を2値に区分した。住民との協働について「全く取り入れなかった」と「あまり取り入れなかった」と回答したものを「協働しなかった」とし、「少し取り入れた」と「とても取り入れた」と回答したものを「協働した」と区分した。なお、4件法で回答を求めた独立変数(すでに発表されている研究成果の活用状況、計画策定への首長の意向の影響)は、そのまま分析に用いた。

単変量解析において有意な関連を示した独立変数について、多重共線性の有無をスピアマンの順位相関係数($p < 0.3$)にて確認後、住民との協働を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析によりオッズ比(Odds Ratio: OR)と95%信頼区間(95% Confidence Interval: 95%CI)を算出した。なお、独立変数の選択は変数増加法(尤度比)を用いた。統計的有意水準は両側5%とした。モデルの適合性はHosmer-Lemeshow検定にて評価し、Nagelkerkeの決定係数が最も高くなった結果を採用した。分析

表1 回答者の属性

n = 1,028

項目	変数	計画の実行段階における住民との協働								Total	P値	
		全く取り入れなかった (n=125)		あまり取り入れなかった (n=293)		少し取り入れた (n=482)		とても取り入れた (n=128)				
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
属性	性別	男性	5	(19.2)	7	(26.9)	13	(50.0)	1	(3.8)	26	.246
		女性	119	(11.9)	286	(28.7)	465	(46.6)	127	(12.7)	997	
	保健師経験年数†	平均 (SD)	23.2 (9.2)	23.7 (9.2)	26.6 (8.6)	25.4 (8.1)	—	<.001				
	教育背景	専門学校卒	69	(11.6)	167	(28.1)	292	(49.2)	66	(11.1)	594	.072
短大専攻科卒		13	(10.2)	27	(21.1)	67	(52.3)	21	(16.4)	128		
大卒		32	(13.2)	82	(33.9)	98	(40.5)	30	(12.4)	242		
大学院卒		11	(19.0)	14	(24.1)	22	(37.9)	11	(19.0)	58		
	所属	都道府県	79	(14.1)	179	(34.2)	346	(41.2)	92	(10.5)	696	.003
市区町村		44	(11.4)	107	(25.7)	129	(49.7)	33	(13.2)	313		
	職位	係長級未満	68	(17.3)	123	(31.2)	170	(43.1)	33	(8.4)	394	<.001
係長級以上		57	(9.0)	168	(26.6)	312	(49.4)	95	(15.0)	632		
計画策定に関する学びの経験	基礎教育で計画策定について学んだ経験	なかった	105	(13.2)	223	(28.1)	363	(45.7)	104	(13.1)	795	.627
		あった	19	(8.6)	68	(30.8)	110	(49.8)	24	(10.9)	221	
	就職後に計画策定に関する研修への参加	なかった	78	(14.5)	162	(30.2)	236	(43.9)	61	(11.4)	537	.004
あった		47	(9.6)	131	(26.8)	244	(49.9)	67	(13.7)	489		
策定に参画した計画(複数回答)	健康増進計画	該当	44	(8.2)	128	(23.7)	281	(52.1)	86	(16.0)	539	<.001
		非該当	81	(16.6)	165	(33.8)	200	(41.0)	42	(8.6)	488	
	がん対策基本計画	該当	4	(7.0)	13	(22.8)	29	(50.9)	11	(19.3)	57	.039
非該当		121	(12.5)	280	(28.9)	452	(46.6)	117	(12.1)	970		
	医療費適正化計画	該当	9	(16.7)	17	(31.5)	20	(37.0)	8	(14.8)	54	.395
非該当		116	(11.9)	276	(28.4)	461	(47.4)	120	(12.3)	973		
	データヘルス計画	該当	34	(12.5)	87	(32.0)	113	(41.5)	38	(14.0)	272	.449
非該当		91	(12.1)	206	(27.3)	368	(48.7)	90	(11.9)	755		
	特定健康診査等実施計画	該当	23	(16.2)	32	(22.5)	65	(45.8)	22	(15.5)	142	.700
非該当		102	(11.5)	261	(29.5)	416	(47.0)	106	(12.0)	885		
	母子保健計画	該当	21	(11.1)	44	(23.3)	95	(50.3)	29	(15.3)	189	.052
非該当		104	(12.4)	249	(29.7)	386	(46.1)	99	(11.8)	838		
	障害福祉計画	該当	16	(11.3)	38	(26.8)	74	(52.1)	14	(9.9)	142	.847
非該当		109	(12.3)	255	(28.8)	407	(46.0)	114	(12.9)	885		
	地域自殺対策計画	該当	26	(8.0)	88	(26.9)	170	(52.0)	43	(13.1)	327	.008
非該当		99	(14.1)	205	(29.3)	311	(44.4)	85	(12.1)	700		
	介護保険事業支援計画	該当	3	(5.9)	15	(29.4)	23	(45.1)	10	(19.6)	51	.140
非該当		122	(12.5)	278	(28.5)	458	(46.9)	118	(12.1)	976		
	介護保険事業計画	該当	16	(8.6)	46	(24.9)	90	(48.6)	33	(17.8)	185	.005
非該当		109	(12.9)	247	(29.3)	391	(46.4)	95	(11.3)	842		
	医療計画	該当	42	(18.6)	71	(31.4)	95	(42.0)	18	(8.0)	226	<.001
非該当		83	(10.4)	222	(27.7)	386	(48.2)	110	(13.7)	801		
	食育推進計画	該当	12	(7.5)	29	(18.0)	90	(55.9)	30	(18.6)	161	<.001
非該当		113	(13.0)	264	(30.5)	391	(45.2)	98	(11.3)	866		
最も困難を感じた計画	健康増進計画	該当	11	(3.8)	50	(17.4)	171	(59.4)	56	(19.4)	288	<.001
		非該当	110	(16.0)	230	(33.5)	279	(40.6)	68	(9.9)	687	
	がん対策基本計画	該当	2	(15.4)	2	(15.4)	6	(46.2)	3	(23.1)	13	.397
非該当		119	(12.4)	278	(28.9)	444	(46.2)	121	(12.6)	962		
	医療費適正化計画	該当	3	(33.3)	3	(33.3)	1	(11.1)	2	(22.2)	9	.216
非該当		118	(12.2)	277	(28.7)	449	(46.5)	122	(12.6)	966		
	データヘルス計画	該当	28	(24.3)	49	(42.6)	29	(25.2)	9	(7.8)	115	<.001
非該当		93	(10.8)	231	(26.9)	421	(49.0)	115	(13.4)	860		
	特定健康診査等実施計画	該当	0	(0.0)	4	(50.0)	4	(50.0)	0	(0.0)	8	.633
非該当		121	(12.5)	276	(28.5)	446	(46.1)	124	(12.8)	967		
	母子保健計画	該当	7	(17.9)	16	(41.0)	11	(28.2)	5	(12.8)	39	.065
非該当		114	(12.2)	264	(28.2)	439	(46.9)	119	(12.7)	936		
	障害福祉計画	該当	4	(12.1)	5	(15.2)	23	(69.7)	1	(3.0)	33	.606
非該当		117	(12.4)	275	(29.2)	427	(45.3)	123	(13.1)	942		
	地域自殺対策計画	該当	10	(7.4)	47	(34.6)	66	(48.5)	13	(9.6)	136	.926
非該当		111	(13.2)	233	(27.8)	384	(45.8)	111	(13.2)	839		
	介護保険事業支援計画	該当	1	(5.0)	6	(30.0)	9	(45.0)	4	(20.0)	20	.320
非該当		120	(12.6)	274	(28.7)	441	(46.2)	120	(12.6)	955		
	介護保険事業計画	該当	6	(8.0)	16	(21.3)	39	(52.0)	14	(18.7)	75	.018
非該当		115	(12.8)	264	(29.3)	411	(45.7)	110	(12.2)	900		
	医療計画	該当	37	(25.9)	53	(37.1)	49	(34.3)	4	(2.8)	143	<.001
非該当		84	(10.1)	227	(27.3)	401	(48.2)	120	(14.4)	832		
	食育推進計画	該当	1	(4.5)	7	(31.8)	13	(59.1)	1	(4.5)	22	.864
非該当		120	(12.6)	273	(28.6)	437	(45.9)	123	(12.9)	953		

†: スピアマンの順位相関係数。他は Mann-Whitney U 検定。

表2 保健師による計画策定への参画状況と組織要因

n = 1,028

項目	変数	計画の実行段階における住民との協働								Total	P値		
		全く取り入れなかった (n=125)		あまり取り入れなかった (n=293)		少し取り入れた (n=482)		とても取り入れた (n=128)					
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
計画策定への参画状況 (複数回答)	ワーキンググループや策定委員会の正式なメンバーとして参画	非該当	87	(12.3)	216	(30.5)	311	(43.9)	95	(13.4)	709	.305	
		該当	37	(11.7)	76	(24.1)	170	(53.8)	33	(10.4)	316		
		非該当	115	(12.2)	270	(28.8)	435	(46.3)	119	(12.7)	939		.604
		該当	9	(10.5)	22	(25.6)	46	(53.5)	9	(10.5)	86		
	他課の計画策定に保健部門の専門職として参画	非該当	109	(12.5)	246	(28.2)	407	(46.6)	111	(12.7)	873	.906	
		該当	15	(9.9)	46	(30.3)	74	(48.7)	17	(11.2)	152		
		非該当	51	(12.7)	123	(30.6)	193	(48.0)	35	(8.7)	402		.031
		該当	73	(11.7)	169	(27.1)	288	(46.2)	93	(14.9)	623		
	住民の声を反映する方法 (複数回答)	住民にパブリックコメントを求めた	非該当	47	(15.9)	95	(32.2)	118	(40.0)	35	(11.9)	295	<.001
			該当	69	(9.6)	194	(27.1)	362	(50.5)	92	(12.8)	717	
		住民にアンケート調査を行った	非該当	95	(17.5)	192	(35.4)	210	(38.7)	45	(8.3)	542	<.001
			該当	21	(4.5)	97	(20.6)	270	(57.4)	82	(17.4)	470	
住民にグループワークを実施した		非該当	114	(12.7)	280	(31.1)	419	(46.6)	86	(9.6)	899	<.001	
		該当	2	(1.8)	9	(8.0)	61	(54.0)	41	(36.3)	113		
住民がワーキンググループや策定委員会の委員として参加した	非該当	104	(16.7)	205	(32.9)	267	(42.9)	47	(7.5)	623	<.001		
	該当	12	(3.1)	84	(21.6)	213	(54.8)	80	(20.6)	389			
手本となる先行事例に関する情報収集 (複数回答)	実施しなかった	非該当	109	(11.2)	281	(28.9)	458	(47.0)	126	(12.9)	974	.003	
		該当	15	(32.6)	10	(21.7)	19	(41.3)	2	(4.3)	46		
	保健所管内で実施した	非該当	115	(12.2)	265	(28.0)	448	(47.4)	118	(12.5)	946	.465	
		該当	9	(12.2)	26	(35.1)	29	(39.2)	10	(13.5)	74		
	都道府県内で実施した	非該当	89	(11.5)	217	(28.0)	361	(46.6)	108	(13.9)	775	.035	
		該当	35	(14.3)	74	(30.2)	116	(47.3)	20	(8.2)	245		
全国レベルで実施した	非該当	74	(15.2)	155	(31.9)	215	(44.2)	42	(8.6)	486	<.001		
	該当	50	(9.4)	136	(25.5)	262	(49.1)	86	(16.1)	534			
計画策定時の評価尺度の作成 (複数回答)	作成しなかった	非該当	120	(11.9)	287	(28.4)	478	(47.2)	127	(12.5)	1012	.001	
		該当	5	(38.5)	6	(46.2)	2	(15.4)	0	(0.0)	13		
	国や都道府県の計画の評価指標を参考にした	非該当	26	(16.5)	52	(32.9)	61	(38.6)	19	(12.0)	158	.033	
		該当	99	(11.4)	241	(27.8)	419	(48.3)	108	(12.5)	867		
	地域の独自の評価指標を作成した	非該当	93	(13.7)	202	(29.8)	323	(47.7)	59	(8.7)	677	<.001	
		該当	32	(9.2)	91	(26.1)	157	(45.1)	68	(19.5)	348		
組織要因	計画策定の際にモデルとなる先輩・同僚	なかった	79	(14.3)	172	(31.2)	234	(42.5)	66	(12.0)	551	.002	
		あった	46	(9.7)	120	(25.4)	245	(51.8)	62	(13.1)	473		
		いなかった	61	(17.4)	110	(31.3)	139	(39.6)	41	(11.7)	351		<.001
		いた	63	(9.4)	180	(26.9)	341	(50.9)	86	(12.8)	670		
	外部のコンサルティング会社への計画策定の作業の委託状況 (複数回答)	委託しなかった	非該当	23	(5.9)	96	(24.8)	208	(53.7)	60	(15.5)	387	<.001
			該当	102	(16.0)	196	(30.7)	272	(42.6)	68	(10.7)	638	
		アンケート調査を委託した	非該当	116	(13.6)	257	(30.2)	384	(45.1)	95	(11.2)	852	<.001
			該当	9	(5.2)	35	(20.2)	96	(55.5)	33	(19.1)	173	
		計画策定に必要な基礎資料作りを委託した	非該当	114	(13.0)	251	(28.7)	404	(46.1)	107	(12.2)	876	.075
			該当	11	(7.4)	41	(27.5)	76	(51.0)	21	(14.1)	149	
	ほぼすべての作業を委託した	非該当	125	(13.2)	270	(28.5)	435	(45.9)	117	(12.4)	947	.009	
		該当	0	(0.0)	22	(28.2)	45	(57.7)	11	(14.1)	78		
都道府県(本庁・保健所)保健師の関与 (複数回答)	関連するデータを管内市町村保健師に提供した	非該当	102	(13.9)	217	(29.5)	326	(44.3)	91	(12.4)	736	.002	
		該当	15	(6.4)	60	(25.6)	126	(53.8)	33	(14.1)	234		
	管内市町村保健師に計画策定について助言した	非該当	99	(13.2)	216	(28.8)	342	(45.6)	93	(12.4)	750	.065	
		該当	18	(8.2)	61	(27.7)	110	(50.0)	31	(14.1)	220		
	管内市町村の策定委員会に参加した	非該当	99	(14.0)	221	(31.3)	303	(43.0)	82	(11.6)	705	<.001	
		該当	18	(6.8)	56	(21.1)	149	(56.2)	42	(15.8)	265		
計画策定を中心的に主導した	非該当	111	(12.0)	254	(27.5)	437	(47.3)	121	(13.1)	923	.009		
	該当	6	(12.8)	23	(48.9)	15	(31.9)	3	(6.4)	47			

Mann-Whitney U検定。

には IBM SPSS Statistics 25.0 for Windows を使用した。

7. 倫理的配慮

本研究は所属組織の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：NIPH-IRBA#12252, 2019年9月27日承認）。

III 研究結果

配布した2,185人のうち、1,281人から回答があった（回収率58.6%）。このうち2013年以後に計画策定の経験がなかった203人と欠損値の多かった50人を除く1,028人について分析した（有効回答率47.0%）。調査の結果、住民との協働を「全く取り入れなかった」と回答した者は125人（12.2%）、「あまり取り入れなかった」者は293人（28.5%）、「少し取り入れた」者は482人（46.9%）、「とても取り入れた」者は128人（12.4%）だった。

1. 回答者の属性（表1）

住民との協働を「少し取り入れた」または「とても取り入れた」と回答したことには、保健師経験年数が長いこと、係長級以上の職位に就いていること、就職後に計画策定に関する研修への参加したことが有意な関連を示した。一方、住民との協働を取り入れなかったと回答したことには、所属が都道府県であることが関連していた。

策定に参画した計画のうち、健康増進計画、がん対策基本計画、地域自殺対策計画、介護保険事業計画、医療計画、食育推進計画において、住民との協働を「少し取り入れた」または「とても取り入れた」と回答した者の割合が有意に高かった。最も困難を感じた計画が健康増進計画や介護保険事業計画であったことは、住民との協働を「少し取り入れた」と回答したことと有意な関連を示していた。一方、最も困難を感じた計画がデータヘルス計画や医療計画であったことは、住民との協働を「あまり取り入れなかった」と回答したことと有意な関連を示していた。

2. 保健師による計画策定への参画状況と組織要因（表2、表3）

住民との協働を「少し取り入れた」または「とても取り入れた」と回答したことには、事務局として取りまとめを担当したこと、住民にパブリックコメントを求めたり、アンケート調査やグループワークを実施したこと、住民がワーキンググループや策定委員会の委員として参加したこと、手本となる先行事例に関する情報収集を都道府県内および全国レベルで実施したことが有意な関連を示した。また、すでに発表されている研究成果を活用したこと、計画

表3 保健師による計画策定への参画状況と組織要因

項目	変数	n	Spearmanの順位相関係数	P値
計画策定への参画状況	すでに発表されている研究成果の活用状況	939	.218	<.001
組織要因	計画策定への首長の意向の影響	906	.154	<.001

P値：無相関検定。

策定時に国や都道府県の計画の評価指標を参考にしたことや地域の独自の評価指標を作成したことも、住民との協働を「とても取り入れた」と回答したことと有意な関連を示した。

組織要因では、保健師の先輩から計画策定について教わった経験を有すること、計画策定に意欲的に取り組む同僚がいたこと、外部のコンサルティング会社にアンケート調査やほぼすべての作業を委託したこと、計画策定への首長の意向が影響したこと、都道府県保健師が関連するデータを管内市町村保健師に提供したり、管内市町村の策定委員会に参加したことおよび計画策定を中心的に主導したことが、住民との協働を「少し取り入れた」または「とても取り入れた」と回答したことと有意な関連を示した。

3. 計画策定の際に保健師が用いた方策（表4）

優先課題の選定を除く22の方策について実施したことが、住民との協働を「少し取り入れた」または「とても取り入れた」と回答したことと有意な関連を示した。

4. 計画の実行段階における住民との協働についての関連要因（表5）

単変量解析において有意な関係性を示した独立変数について多重共線性を検討した結果、平均保健師経験年数と職位の間に多重共線性を認めたため、先行研究²⁷⁾を参考に職位を選択した。また時制上、計画策定に参画した経験がないと困難を感じられないため、「策定に参画した計画」を選択し、最も該当者の多かった健康増進計画の策定に参画したことがある者=1、参画したことがない者=0として投入した。他の独立変数は、多重共線性が認められなかったため、すべて分析に用いた。

計画の実行段階における住民との協働についての関連要因を二項ロジスティック回帰分析により検討した結果を表5に示す。モデルの χ^2 検定の結果は $P < 0.05$ で有意であり、Hosmer-Lemeshow検定結果は $P \geq 0.05$ であった。分析の結果、係長級以上の職位に就いていること（OR = 1.25, 95% CI = 1.11-1.39）、健康増進計画の策定に参画したことがある

表4 計画策定の際に保健師が用いた方策

n = 1,028

方 策		計画の実行段階における住民との協働				Total	P 値				
		全く取り入れなかった (n=125)		あまり取り入れなかった (n=293)				少し取り入れた (n=482)		とても取り入れた (n=128)	
		n	(%)	n	(%)			n	(%)	n	(%)
1 計画策定に向けた会議体の設置	実施しなかった	36	(24.3)	58	(39.2)	43	(29.1)	11	(7.4)	148	<.001
	実施した	82	(10.0)	218	(26.5)	416	(50.5)	108	(13.1)	824	
2 庁内の関連部局との連携・調整	実施しなかった	11	(15.7)	31	(44.3)	24	(34.3)	4	(5.7)	70	.001
	実施した	110	(12.0)	248	(27.0)	443	(48.2)	118	(12.8)	919	
3 庁外の関係機関・住民との連携・調整	実施しなかった	29	(22.3)	59	(45.4)	40	(30.8)	2	(1.5)	130	<.001
	実施した	92	(10.7)	220	(25.6)	427	(49.7)	120	(14.0)	859	
4 庁内外の関係者との目的・課題の共有化	実施しなかった	17	(20.5)	36	(43.4)	27	(32.5)	3	(3.6)	83	<.001
	実施した	104	(11.5)	243	(26.8)	440	(48.6)	119	(13.1)	906	
5 大学等からの専門的助言・協力の獲得	実施しなかった	63	(15.8)	133	(33.3)	171	(42.9)	32	(8.0)	399	<.001
	実施した	58	(9.8)	146	(24.7)	296	(50.2)	90	(15.3)	590	
6 既存データを活用した課題分析	実施しなかった	9	(26.5)	10	(29.4)	13	(38.2)	2	(5.9)	34	.019
	実施した	112	(11.7)	269	(28.2)	454	(47.5)	120	(12.6)	955	
7 管内の地域（または地区）間格差の特定	実施しなかった	27	(10.3)	94	(36.0)	117	(44.8)	23	(8.8)	261	.047
	実施した	94	(12.9)	185	(25.4)	350	(48.1)	99	(13.6)	728	
8 既存事業と担当課の一覧表作成	実施しなかった	40	(19.1)	82	(39.2)	72	(34.4)	15	(7.2)	209	<.001
	実施した	81	(10.4)	197	(25.3)	395	(50.6)	107	(13.7)	780	
9 課題把握のためのアンケート・ヒアリング調査の実施	実施しなかった	58	(24.4)	97	(40.8)	73	(30.7)	10	(4.2)	238	<.001
	実施した	63	(8.4)	182	(24.2)	394	(52.5)	112	(14.9)	751	
10 現場で把握した課題の計画への反映	実施しなかった	15	(22.4)	27	(40.3)	20	(29.9)	5	(7.5)	67	<.001
	実施した	106	(11.5)	252	(27.3)	447	(48.5)	117	(12.7)	922	
11 優先課題の選定	実施しなかった	8	(17.4)	17	(37.0)	16	(34.8)	5	(10.9)	46	.082
	実施した	113	(12.0)	262	(27.8)	451	(47.8)	117	(12.4)	943	
12 ターゲット集団の設定	実施しなかった	40	(19.0)	79	(37.4)	79	(37.4)	13	(6.2)	211	<.001
	実施した	81	(10.4)	200	(25.7)	388	(49.9)	109	(14.0)	778	
13 地域の目指す姿を描く作業	実施しなかった	22	(22.7)	39	(40.2)	30	(30.9)	6	(6.2)	97	<.001
	実施した	99	(11.1)	240	(26.9)	437	(49.0)	116	(13.0)	892	
14 具体的介入方法の検討	実施しなかった	20	(19.0)	40	(38.1)	36	(34.3)	9	(8.6)	105	<.001
	実施した	101	(11.4)	239	(27.0)	431	(48.8)	113	(12.8)	884	
15 関連計画との整合性の検討	実施しなかった	9	(16.4)	22	(40.0)	20	(36.4)	4	(7.3)	55	.018
	実施した	112	(12.0)	257	(27.5)	447	(47.9)	118	(12.6)	934	
16 政策・施策・事業の体系化	実施しなかった	10	(15.6)	28	(43.8)	21	(32.8)	5	(7.8)	64	.005
	実施した	111	(12.0)	251	(27.1)	446	(48.2)	117	(12.6)	925	
17 計画策定全体スケジュールを考慮した作業	実施しなかった	6	(10.7)	26	(46.4)	19	(33.9)	5	(8.9)	56	.044
	実施した	115	(12.3)	253	(27.1)	448	(48.0)	117	(12.5)	933	
18 各施策・事業の評価指標の目標値の設定	実施しなかった	9	(29.0)	10	(32.3)	9	(29.0)	3	(9.7)	31	.011
	実施した	112	(11.7)	269	(28.1)	458	(47.8)	119	(12.4)	958	
19 各施策・事業の評価指標の作成・評価方法の決定	実施しなかった	9	(25.7)	12	(34.3)	11	(31.4)	3	(8.6)	35	.012
	実施した	112	(11.7)	267	(28.0)	456	(47.8)	119	(12.5)	954	
20 計画実施の進捗管理	実施しなかった	16	(19.3)	35	(42.2)	28	(33.7)	4	(4.8)	83	<.001
	実施した	105	(11.6)	244	(26.9)	439	(48.5)	118	(13.0)	906	
21 予算確保	実施しなかった	30	(20.0)	62	(41.3)	50	(33.3)	8	(5.3)	150	<.001
	実施した	91	(10.8)	217	(25.9)	417	(49.7)	114	(13.6)	839	
22 前任者からの資料やデータの引継ぎ	実施しなかった	30	(18.9)	50	(31.4)	64	(40.3)	15	(9.4)	159	.002
	実施した	91	(11.0)	229	(27.6)	403	(48.6)	107	(12.9)	830	
23 困った時に相談できる計画策定経験者の確保	実施しなかった	23	(16.2)	48	(33.8)	56	(39.4)	15	(10.6)	142	.017
	実施した	98	(11.6)	231	(27.2)	411	(48.5)	108	(12.7)	848	

Mann-Whitney U 検定。

表5 計画の実行段階における住民との協働についての関連要因

n = 859

項目	変数	Odds Ratio	95%信頼区間		P値	
			下限	上限		
属性	職位（係長級未満=0）	係長級以上	1.25	1.11	1.39	<.001
	策定に参画した計画（健康増進計画以外=0）	健康増進計画	1.57	1.12	2.20	0.009
保健師による計画策定への参画状況（住民の声を反映する方法）	住民にアンケート調査を行った（非該当=0）	該当	2.26	1.59	3.21	<.001
	住民にグループワークを実施した（非該当=0）	該当	5.20	2.34	11.56	<.001
	住民がワーキンググループや策定委員会の委員として参加した（非該当=0）	該当	2.01	1.40	2.88	<.001
	すでに発表されている研究成果の活用状況（非該当=0）	該当	1.59	1.31	1.94	<.001
計画策定の際に保健師が用いた方策	ターゲット集団の設定（実施しなかった=0）	実施した	1.81	1.17	2.81	0.008
	計画実施の進捗管理（実施しなかった=0）	実施した	5.77	3.91	8.49	<.001

Nagelkerke $R^2=0.391$, Hosmer-Lemeshow 検定： $P=0.525$ ($\chi^2=7.107$, $df=8$)

こと（OR = 1.57, 95%CI = 1.12-2.20）、住民へのアンケート調査（OR = 2.26, 95%CI = 1.59-3.21）およびグループワークの実施（OR = 5.20, 95%CI = 2.34-11.56）、ワーキンググループや計画策定委員会の委員として住民が参加したこと（OR = 2.01, 95%CI = 1.40-2.88）、すでに発表されている研究成果を活用したこと（OR = 1.59, 95%CI = 1.31-1.94）、ターゲット集団の設定（OR = 1.81, 95%CI = 1.17-2.81）および計画実施の進捗管理の実施（OR = 5.77, 95%CI = 3.91-8.49）が、住民との協働を取り入れたことと有意な関連を示した。

IV 考 察

1. 保健師が策定に参画した計画の実行段階における住民との協働の関連要因について

本調査では、保健師が策定に参画した計画の実行段階における住民との協働についての関連要因を説明することを目的とし、全国調査を行った。その結果、住民との協働を「少し取り入れた」、「とても取り入れた」と回答した者を合わせると6割弱にとどまっていた。施策化において住民との協働を取り入れる重要性は、先行研究でも指摘されていたが^{2,7,12,15~19,24,28,29}、中には行政主導型で策定・実行される計画があり¹³、データヘルス計画や医療計画はこれに相当していたと考えられる。また計画の策定作業は本庁の企画調整部門を中心に進められるが、その実行は各部署に委ねられている^{11,13}。このため、すべての計画において住民との協働を取り入れることは難しかった可能性が考えられる。より多くの保健師が計画の実行段階において住民との協働を取り入れられるようになるためには、住民と協働して計画を策定・実行している好事例を収集し、実

践知の共有化を図る必要があると考えられる。

また、保健師の職位が係長級以上であることや、住民の意見をアンケート調査やグループワークおよび計画策定委員会への参加により把握していたことが、計画の実行段階において住民との協働を取り入れたことと関連を示していた。先行研究では保健師がキャリアを積むことが、施策化能力の向上に寄与すると指摘されており^{30,31}、これを実証する知見と考えられる。また、これまで培った保健活動の経験を活かし、管理職の立場で計画策定に参画することによって、住民との協働に関する具体的な意見を具申しやすかった可能性が考えられる。さらに先行研究では、行政は住民からの意見を施策や仕組みづくりに反映させるべきであり^{32,33}、現在だけでなく将来の健康・生活課題の改善や地域間格差の是正を見越して計画策定を行う必要性が示唆されている¹¹。このため保健師は、策定された計画が地域の中長期的な健康・生活課題の解決の一助となるように、計画の策定段階から住民と協働してその声を反映していくことが求められていると考えられる。

本結果では、健康増進計画の策定に参画したこととターゲット集団を設定したことが、計画の実行段階において住民との協働を取り入れたことと関連を示していた。健康増進計画は糖尿病、がん、心血管疾患の予防、生活習慣や栄養の改善といった幅広い分野の健康課題を網羅しており、住民との協働により策定・実行されている³⁴。また、効果的な施策や事業を立案し、成果を上げるためには、対象となるターゲット集団の絞り込みが不可欠である³⁵。つまり、本結果は先行研究の知見を実証するものと考えられる。厳しい財政状況の中で地域全体の健康レベルを向上させていくためには、保健師は健康課題ご

とにターゲットとする住民を絞り込み、各々の特性に合わせた具体的な改善策を計画案に盛り込む必要があると考えられる。

また本結果では、すでに発表されている研究成果の活用と、計画実施の進捗管理を行っていることも、計画の実行段階における住民との協働と関連を示していた。エビデンスに基づく政策形成の重要性が指摘されて久しい²⁶⁾が、既存の研究成果の活用によって、計画に盛り込まれる各施策・事業の意義や必要性が明確化される一助となっていた可能性が考えられる。また計画策定はPDCAサイクルに基づいて行われているため、計画策定時に設定した目標値は、その達成状況を定期的に評価され、計画自体の修正や住民に提供される事業の改善に用いられる^{9,10)}。このため計画が予定通りに進んでいるかを管理することは、計画策定における重要な方策の一つとされている¹¹⁾。保健師はエビデンスに基づき策定した計画が確実に成果を上げるように進捗管理を行うとともに、住民にとって最適な計画となるように修正・改善を図っていることを折に触れて住民に説明し、理解と協力を得る必要があると考えられる。

なお、単変量解析では計画の実行段階における住民との協働と有意な関連を認めた保健師の所属、計画策定に関する研修へ参加、手本となる先行事例に関する情報収集、評価指標の作成および組織要因については、二項ロジスティック回帰分析では関連が認められなかった。計画策定は保健師にとって重要な技術^{3,4)}のため、所属組織の違いによる影響は限定的であったと考えられる。また、本結果では職位が高かったことが住民との協働と有意な関連を示していたが、計画策定に関する研修への参加との関連は認められなかった。背景要因として、より高い職位に就いている者の方が、計画策定に関する現任教育を受ける機会に恵まれていた可能性が考えられる。このため、こうした背景要因の影響により、現任教育の効果が確認しにくかった可能性が考えられる。さらに、手本となる先行事例に関する情報の収集と活用は「相互参照」と呼ばれ²⁵⁾、政策形成において重要な役割を果たしている。また評価指標の作成は、地域の実情に合った計画策定を行う上で重要とされていたが、全国的にはほぼ同時期に同様の計画策定の作業が行われていることを考慮する^{34,36)}と、これらの変数の影響は限定的であった可能性が考えられる。また先行研究では組織要因の重要性が示唆されていたものの、本結果では属性、計画策定への参画状況および計画策定の際に用いた方策に関する独立変数の方が直接的な影響を示していた。本調査では組織要因の変数そのものが少なかったことと、

保健師が行政の第一線職員として政策形成に直接携わっている³⁷⁾ことが影響していた可能性が考えられる。

2. 本研究の限界と今後の課題

本調査の限界として、横断研究であり因果関係は特定できないことと、回収率や有効回答率がやや低く、計画策定に関心を持つ保健師のみが回答しているという偏りがあるため、本結果の一般化可能性は低い。また調査期間中に台風の被害が発生し、全国から保健師が応援派遣された時期と重なったことも回収率に影響した可能性が否定できない。さらに本調査では2013年以後の計画策定について想起して回答するように求めたため、結果は想起バイアスを受けている可能性がある。くわえて、計画策定には様々な関係者が関与し、政治的な要因も含めた様々な組織要因が影響すると言われている¹⁹⁾が、そのすべてを独立変数として十分に網羅できなかった。

このような限界はあるものの、今回の全国調査により、これまでほとんど解明されていなかった計画策定への保健師の参画の実態と、計画の実行段階における住民との協働についての関連要因として、係長級以上の職位に就いていることと、計画策定段階における住民の参画や既存の研究成果の活用などが明らかとなった。本知見は、今後計画策定を中心的に担う新任期や中堅期の保健師にとって一助になると考えられる。

また、計画の実行段階における住民との協働を十分に取り入れていなかったと回答した保健師が約4割を占めていたが、計画の種類や保健師の所属部署および事業内容によっては、必ずしも住民との協働が必要でない場合があると考えられる。しかし、地方分権のねらいは地域の実態や住民の声なき声を踏まえて、時宜を得た計画を策定することであり、現場で住民の声を聴いている職員の経験を政策情報として活用する重要性が指摘されている³⁸⁾。このため、所属部署や所掌業務に関わらず、住民との協働の視点を持つことは、保健師として不可欠であり、その知識や技術を体系的に学ぶ機会が必要と考えられる。さらに、地方分権を推進する主体が住民と地方自治体である³⁸⁾ことを考慮すると、保健師は住民参加の梯子に示されている住民自治³⁹⁾を念頭に置いて、計画策定に参画する必要があると考えられる。

V 結 語

本研究は、保健師が策定に参画した計画の実行段階における住民との協働についての関連要因を解明するために、全国調査を行った。その結果、6割弱の保健師が計画の実行段階において住民との協働を

取り入れていたことが明らかとなった。また二項ロジスティック回帰分析の結果、係長級以上の職位に就いていることや、健康増進計画の策定に参画したことがあること、計画策定段階における住民の参画、既存の研究成果の活用やターゲット集団の設定および計画の進捗管理の実施が、計画の実行段階における住民との協働と関連していることが解明された。保健師が、計画の実行段階における住民との協働を進めていくためには、地域の健康・生活課題解決に向けて住民の声やエビデンスに基づく計画を策定し、確実に実行されるように進捗管理を行う必要性が示唆された。

ご多忙にもかかわらず本調査の実施にご協力を賜りましたすべての保健師の皆様および関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。本研究はJSPS 科研費（課題番号19H03972）を受けて実施した。本結果の一部は American Public Health Association Annual Meeting 2019および第79回日本公衆衛生学会総会にて発表した。開示すべきCOI状態はない。

{	受付	2021. 2.24
	採用	2021. 7.28
	J-STAGE早期公開	2021.10.22

文 献

- 1) 西尾 勝. 行政学 (新版). 東京: 有斐閣. 2001; 209-298.
- 2) 厚生労働省健康局長. 地域における保健師の保健活動について 別紙「地域における保健師の保健活動に関する指針」. 2013. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId = 00tb9310&dataType = 1&pageNo = 1 (2021年1月18日アクセス可能).
- 3) American Public Health Association, Public Health Nursing Section. The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section. 2013. <https://www.apha.org/~media/files/pdf/memborgroups/phn/nursingdefinition.ashx> (2021年1月18日アクセス可能).
- 4) Quad Council Coalition Competency Review Task Force. Community/public health nursing competencies. 2018. <http://www.quadcouncilphn.org/documents-3/2018-qcc-competencies/> (2021年1月18日アクセス可能).
- 5) 全国保健師教育機関協議会・保健師教育検討委員会. 保健師教育におけるミニマム・リクワイアメンツ 全国保健師教育機関協議会: 一保健師教育の質保証と評価に向けて—. 2014. <http://www.zenhokyo.jp/work/doc/h26-iinkai-hokenshi-mr-houkoku.pdf> (2021年1月18日アクセス可能).
- 6) 厚生労働省医政局看護課. 「保健師助産師看護師国家試験出題基準 平成30年版」について. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000158962.pdf> (2021年1月18日アクセス可能).
- 7) 真山達志. 自治体の政策形成における第一線職員の役割: 保健師を例として. 同志社政策科学研究 2020; 21: 53-65.
- 8) Yoshioka-Maeda K. Promoting needs-oriented health program planning through public health nurses in Japan. *Journal of Advanced Nursing* 2020; 76: 1496-1497. doi: 10.1111/jan.14337
- 9) 小森岳史. 第1章「武蔵野方式」の継承と発展—第五期計画にみる. 神原 勝, 大矢野修, 編. 総合計画の理論と実務: 行財政縮小時代の自治体戦略. 東京: 公人の友社. 2015; 50-56.
- 10) 佐々木信夫. 日本行政学. 東京: 学陽書房. 2013; 176-192.
- 11) 吉岡京子. 保健医療福祉計画策定における日本の保健師の用いている方策に関する文献レビュー—2013-2018年に発表された論文に焦点を当てて—. *日本地域看護学会誌* 2020; 23: 59-65.
- 12) 佐伯和子, 大野昌美, 織田初江, 他. 保健福祉計画策定における保健師が認識する困難. *北陸公衆衛生学会誌* 2006; 33: 42-46.
- 13) 磯崎初仁, 金井利之, 伊藤正次. ホーンブック地方自治 [新版]. 東京: 北樹出版. 2020; 94-108.
- 14) 坂本 誠. 計画策定業務の外部委託をめぐる諸課題. *都市問題* 2019; 110: 79-91.
- 15) Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One* 2019; 14: e0216112. doi: 10.1371/journal.pone.0216112
- 16) Fadlallah R, El-Jardali F, Nomier M, et al. Using narratives to impact health policy-making: a systematic review. *Health Research Policy Systems* 2019; 17: 26. doi: 10.1186/s12961-019-0423-4
- 17) Brunton G, Thomas J, O'Mara-Eves A, et al. Narratives of community engagement: a systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health* 2017; 17: 944. doi: 10.1186/s12889-017-4958-4
- 18) 星野明子, 桂 敏樹, 臼井香苗, 他. 住民参画による健康政策策定のプロセス. 京都大学大学院医学系研究科人間健康科学系専攻紀要: 健康科学 2014; 9: 62-65.
- 19) 田口誠也. 地域福祉計画策定プロセスにおける住民参加: 市町村行政職員の認識に注目して. *山口県立大学学術情報* 2010; 3: 103-109.
- 20) 曾根智史. 平成30年度地域保健総合推進事業「地方公共団体における効率的・効果的な保健活動の展開及び計画的な保健師の育成・確保について」総合報告書. 2019. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_h30_01.pdf (2021年1月18日アクセス可能).
- 21) 藤内修二, 尾崎米厚, 福永一郎, 他. 市町村の母子保健計画の策定プロセスと策定後の変化. *日本公衆衛*

- 生雑誌 2003; 50: 897-907.
- 22) 東京市町村自治調査会. 市町村の総合計画のマネジメントに関する調査研究報告書. 2013. <http://www.tama-100.or.jp/cmsfiles/contents/0000000/275/h25sou-goukeikakuzennpezi.pdf> <http://www.tama-100.or.jp/cmsfiles/contents/0000000/275/h25sou-goukeikakuzennpezi.pdf> (2021年1月18日アクセス可能).
- 23) 秋吉貴雄, 伊藤修一郎, 北山俊哉. 公共政策の基礎 [新版]. 東京: 有斐閣ブックス. 2015; 209-229.
- 24) 細谷紀子. 「住民参加」による保健福祉計画策定における住民の力を活かすための要因. 千葉看護学会誌 2006; 12: 7-13.
- 25) 伊藤修一郎. 自治体政策過程の動態—政策イノベーションと波及. 東京: 慶應義塾大学出版会. 2002; 11-36.
- 26) Murray CJL, Lopez AD. Evidence-based health policy—Lessons from the global burden of disease study. *Science* 1996; 274: 740-743.
- 27) 吉岡京子, 村嶋幸代. 保健師が事業化する際の困難およびその解決策と事業提供経験との関連: 保健師経験年数群別の比較. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60: 21-29.
- 28) 新川達郎. 地方自治体における協働政策の課題. 同志社政策科学研究 2017; 19: 221-231.
- 29) 杉山秀紀. 自治体政策における総合計画とフューチャーデザイン. 福知山公立大学研究紀要 2017; 1: 75-89.
- 30) Saeki K, Hirano M, Honda H, et al. Developing a comprehensive career development scale for public health nurses in Japan. *Public Health Nursing* 2019; 37: 135-143. doi: 10.1111/phn.12673
- 31) Shariff N. Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing* 2014; 13: 20. doi: 10.1186/1472-6955-13-20
- 32) Farmer J, Carlisle K, Dickson-Swift V, et al. Applying social innovation theory to examine how community co-designed health services develop: using a case study approach and mixed methods. *BMC Health Service Research* 2018; 18: 68. doi: 10.1186/s12913-018-2852-0
- 33) 金井茂樹. 市民の声の戦略的活用に関する一考察—自治体広聴研究の課題と展開—. 公共コミュニケーション研究 2018; 3: 14-17.
- 34) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 次期国民健康づくり運動プラン策定委員会. 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料. 2012. https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkouippon21_02.pdf (2021年1月18日アクセス可能).
- 35) McEwen M, Nies MA. Health: A community view. Nies MA, McEwen M. (ed.). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Population*. 7th ed. Missouri: Elsevier. 2019; 1-18.
- 36) 厚生労働省老健局介護保険計画課. 介護保険事業 (支援) 計画の進捗管理の手引き. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000340994.pdf> (2021年1月18日アクセス可能).
- 37) Lipsky M. *Street-Level Bureaucracy, 30th Anniversary Edition: Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation. 2010; 13-25.
- 38) 真山達志. 地方分権のあゆみとこれからの地方自治. 都市とガバナンス 2018; 29: 1-6.
- 39) Arnstein SR. A Ladder of Citizen Participation. *Journal of American Institute of Planners* 1969; 35: 216-224.
-

Factors associated with community collaboration in the implementation phase of the local health-care, medical, and welfare plan

Kyoko YOSHIOKA-MAEDA^{*}, Hitoshi FUJII^{2*}, Misa SHIOMI^{3*}, Takafumi KATAYAMA^{4*},
Noriko HOSOYA^{5*} and Tatsushi MAYAMA^{6*}

Key words : evidence, community participation, planning, public health nurse, strategy

Objective The aim of this study was to elucidate the status of health-care, medical, and welfare planning (hereafter, “planning”)—in which public health nurses (PHNs) had participated—and the factors associated with community collaboration in the implementation phase. Additionally, suggestions regarding health activities that would contribute to improving the entire community’s health level were obtained.

Methods The Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle was the conceptual framework for this study, and the focus was the implementation phase of the plan (i.e., corresponding to the “Do” phase). Survey items were part of the “Plan” phase and identified the extent to which PHNs collaborated with community-dwellers in implementation, their demographics, their participation in the planning process, organizational factors, and the strategies used in the planning phase. The participants were full-time PHNs working in local governments who had participated in the planning process since 2013 (when the guidelines for PHNs’ practices were published). A nationwide, cross-sectional survey was conducted in Japan with 2,185 PHNs from 220 regions (36 prefectures, 41 cities with public health centers, and 153 municipalities) who expressed the willingness to participate in this study. A binomial logistic regression analysis was conducted to examine the association between community collaboration and the independent variables.

Results A total of 1,281 answers (a 58.6% response rate) were received. Ultimately, 1,028 (a 47.0% valid response rate) were analyzed; exclusions were 203 for no experience in health care planning since 2013 and 50 with missing values. There were 125 (12.2%) PHNs who answered that they “did not collaborate with the community-dwellers at all,” 293 (28.5%) who answered that they “did not collaborate with them much,” 482 (46.9%) who replied that they “collaborated with them a little,” and 128 (12.4%) who responded that they “collaborated with them a lot.” The binomial logistic regression analysis showed that the following were associated with PHNs’ collaboration with the community: being in a managerial position, having experience developing a health promotion plan, conducting a questionnaire survey or group work, as well as participating in municipal health planning committees with community-dwellers, utilizing research evidence, identifying target groups, and managing the plan’s progress.

Conclusion From the planning phase, PHNs must collaborate with community residents and reflect their voices so that the formulated plan will help resolve medium to long-term issues in the community related to health and life.

^{*} Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

^{2*} School of Nursing, Mejiro University

^{3*} Graduate School of Medicine, Kyoto University

^{4*} School of Nursing, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo

^{5*} School of Nursing, Chiba Prefectural University of Health Sciences

^{6*} Faculty of Policy Studies, Doshisha University