

原 著

自治体保健師のための地区活動に関する評価尺度の開発：
地区活動の内容，保健師の認識，組織環境に着目して

ナガイ 永井	トモコ 智子*	ヨネクラ 米倉	ユウキ 佑貴 ^{2*}	ウメダ 梅田	マキ 麻希 ^{3*}	アサハラ 麻原きよみ ^{2*}
カワサキ 川崎	チエ 千恵 ^{4*}	コバヤシ 小林	マアサ 真朝 ^{2*}	シマツ 嶋津多恵子 ^{5*}	タエ 遠藤	ナオコ 直子 ^{6*}
オオモリ 大森	ジュンコ 純子 ^{7*}	ミツモリ 三森	ヤスコ 寧子 ^{8*}	エガワ 江川優子 ^{9*}	ユウコ 永田	サトコ 智子 ^{10*}
サエキ 佐伯	カズコ 和子 ^{11*}	サガワ 佐川きよみ ^{12*}		コニシ 小西美香子 ^{13*}		

目的 市区町村の自治体保健師における地区活動の実施状況および地区活動に伴う保健師の認識を評価する尺度を探索的に開発することを目的とした。

方法 文献検討，自治体保健師へのインタビュー調査に基づき，尺度案を作成し，全国の自治体保健師を対象に質問紙調査を実施した。自治体の多様性を確保するために人口規模別にリクルートを行い，52自治体2,074人に質問紙を配布した。探索的因子分析により因子数を検討し，候補の因子構造に対して，確認的因子分析を行い，因子構造を確定させた。尺度の信頼性は，クロンバック α 係数を算出し，妥当性は，既存の尺度である保健師の道徳的能力尺度，行政保健師の職業的アイデンティティ尺度，保健師経験年数との相関により検証した。

結果 721人（有効回答率34.8%）の回答が得られ，分析対象とした。保健師の地区活動の実践の指標となる【地区活動を構成する活動内容（3因子9項目）】【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識（3因子10項目）】【地区活動を支える組織環境（2因子11項目）】の3種類の尺度を開発した。クロンバック α 係数は，順に0.896，0.913，0.868であった。それぞれの下位因子と既存尺度との相関については，仮説通り正の相関がみられた。経験年数との相関では，一部仮説が支持されなかった。

結論 本研究で開発した3つの尺度について，それぞれ信頼性と妥当性を検討した。これらの尺度は，保健師が目的に応じて選択し，単独あるいは組み合わせで使用することが可能である。今まであいまいであった地区活動を評価するための指標が具体的に示されたことが大きな特徴である。尺度項目を参考に日々の保健活動を行うことで，組織レベル，個人レベルでの地区活動の評価の指標として活用できると考える。

Key words : 保健師，地区活動，地域づくり，尺度開発

日本公衆衛生雑誌 2023; 70(11): 759-774. doi:10.11236/jph.22-067

* 目白大学看護学部

2* 聖路加国際大学大学院看護学研究科

3* 兵庫県立大学地域ケア開発研究所

4* 長野保健医療大学看護学部

5* 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科

6* 国立看護大学校看護学部

7* 東北大学大学院医学系研究科

8* 千葉大学教育学部

9* 東京工科大学医療保健学部

10* 慶應義塾大学看護医療学部

11* 富山県立大学看護学部

12* 公益社団法人東京都看護協会

13* 横浜市瀬谷区福祉保健センター

責任著者連絡先：〒339-8501 さいたま市岩槻区浮谷320 目白大学看護学部看護学科 永井智子

I 緒 言

保健師は，地域に出向き，住民の暮らしの中から健康課題を把握し，解決に向けた活動を行ってきた。保健師は地区活動を通して，住民と信頼関係のもとに保健活動を行いながら，その時代やその地域の課題に向き合ってきた歴史がある^{1,2)}。近年の国の方向性としても地区活動の重要性があげられ，地域における保健師の保健活動に関する指針（以下，保健師の活動指針³⁾）に基づく健康な地域づくりの推進が求められている。

しかしながら、地域保健法の施行後より、多くの市区町村保健師の活動体制が地区担当制から業務担当制に移行し、個人に対する保健予防サービスが充実・強化される一方で、地域全体に対する保健師の関わりが希薄化し、地区活動が弱体化したことがあげられている⁴⁾。また、保健師の活動体制や業務内容の偏りによる地区活動・予防活動の質と量の低下があげられ、地域のニーズに応じた保健活動を提供する上での課題となっている⁵⁾。業務担当制は、専門性を高める、効率がよい等の利点がある一方で、保健師の地域全体をみる視点や住民の生活をみる視点を培うことが難しいことが推察される。

保健師の地区活動を行う能力の向上は重要な課題であり、保健師自身の認識としても、地域アセスメント能力は、獲得したい能力の上位にあがっている⁶⁾。

一方で、保健師が行う地域診断の方法や実践例についての文献は多数存在しているが^{7~11)}、地区活動を体系的に説明したものは少ない。また、地域診断については、多角的かつ網羅的に地域を診断し保健計画を策定する際に用いる手法について多数の文献^{12~17)}があるが、保健師が多忙な日常業務と並行して、手法に定められた項目内容に基づいた地域診断を頻繁に行うことは難しい。保健師が、日頃の活動を通して把握した住民の健康状態や生活環境の実態から地域診断を行い、地区活動につなげていくことが現実的である。保健師の地区活動は、今まで主に経験知として語り継がれており、それらを可視化し、具体的な内容や指標を示していくことは重要な課題である。しかし、このような保健師の地区活動を具体的に表した指標はほとんどなく、保健師本人を対象とした尺度においても、保健師の能力^{18~21)}や職業的アイデンティティ²²⁾を示した尺度の下位因子や項目の一部に、保健師と住民との関係性や地域のアセスメントに関する内容が含まれる程度である。一方で、保健師は住民とともに活動した経験を自身の知識や能力とすることで職業に対するアイデンティティを高めていることが推測されており²²⁾、地区活動が保健師の認識に何らかの影響を及ぼしている可能性がある。さらに、職業的アイデンティティの確立が質の高い業務の遂行につながるとされている²³⁾。

よって、本研究の目的は、市区町村の自治体保健師における地区活動の実施状況および地区活動に伴う保健師の認識を評価する尺度を探索的に開発することである。また、この尺度は、保健師個人や組織として日頃の活動を振り返り、保健師の地区活動の実践に資するよう開発を行う。

II 研究方法

1. 尺度の作成過程について

本研究は、保健師が個人または組織として日頃の地区活動の評価を行うツールとしての尺度開発を目指している。実践に則した内容とするため、自治体保健師へのグループインタビューを行い、その内容から抽出された概念を検討することにより尺度項目を作成した。インタビューガイドは文献検討^{7~11)}をもとに研究メンバーで検討し作成した。インタビューデータは逐語録を作成し、質的記述的に分析を行った。抽出されたコードに含まれる意味内容の抽象度をあげ、含まれる概念を抽出し、文献検討の結果を踏まえて、尺度項目の原案とした。その後、全国の市区町村自治体に所属する保健師を対象に、これらの尺度項目の原案を含んだ自記式質問紙による横断的調査を行い、分析結果から尺度項目を検討した。

なお、本研究は、保健師の地区活動の実態調査として、基礎自治体の活動体制の実際、地区活動の実態、地区活動の関連要因およびその効果を明らかにすることを目的として実施した研究の一部である²⁴⁾。

1) 自治体保健師へのフォーカスグループインタビュー調査

1自治体6人の保健師を対象にフォーカスグループインタビューを行った。インタビューガイドについては文献^{7~11)}における実践例から、実施している地区活動、地区活動による自身の行動・意識の変化、地域・住民の変化、活動の楽しさ、困難に感じること等とし、半構造的インタビューを実施した。

調査対象の自治体は、3年前に保健師の活動体制を地区担当制に変更し、地区活動を意識的に行っている人口10万人台の市である。インタビュー対象者は、課長の推薦を受けた地区担当制以前より当該自治体に勤務している保健師であり、経験年数の平均は14.5年(範囲9-23)であった。インタビュー時間は75分であった。

逐語録に基づき、保健師が地区活動にあたって実際に取り組んでいる内容や思いに焦点をあててコードを抽出したところ、地区活動の内容に関する項目、地区活動に伴う保健師の認識、組織体制に関する項目に分類された(表1)。さらに3つの分類ごとに、コードの意味内容に基づき抽象度をあげて、含まれる概念を確認した。

地区活動の内容に関する項目は、地区活動の具体的な活動内容であり、含まれる概念は〈住民と意識してつながろうとしている〉〈住民から情報や意見を集めながら活動をする〉〈地域/地区の特性を确实

表1 尺度案の質問項目、度数分布

N=721

地区活動の内容に関する項目			あてはまらない	どちらかというとはまらない	どちらかというとはまる	あてはまる	無回答
項目に含まれる概念	項目番号	項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
住民と意識してつながろうとしている	A1	住民とつながるきっかけを意識してつくっている	18(2.5%)	75(10.4%)	395(54.8%)	223(30.9%)	10(1.4%)
	A2	あらゆる機会を通して地域/地区に向かうことを意識して行っている	28(3.9%)	84(11.7%)	356(49.4%)	245(34.0%)	8(1.1%)
住民から情報や意見を集めながら活動をする	A3	住民と話し合いながら保健活動を進めている	46(6.4%)	172(23.9%)	356(49.4%)	139(19.3%)	8(1.1%)
	A4	あらゆる機会を通して住民の声を聞く努力をしている	11(1.5%)	45(6.2%)	406(56.3%)	250(34.7%)	9(1.2%)
	A5	住民から地域の情報を得ている	16(2.2%)	82(11.4%)	391(54.2%)	222(30.8%)	10(1.4%)
	A6	住民と一緒に地域/地区の課題を考えている	46(6.4%)	270(37.4%)	300(41.6%)	96(13.3%)	9(1.2%)
地域/地区の特性を確実に捉えて活動する	A7	地域/地区の住民を集団として捉えている	22(3.1%)	91(12.6%)	412(57.1%)	187(25.9%)	9(1.2%)
	A8	地域/地区の特性(暮らし, 文化, 風習)を考えて活動している	22(3.1%)	81(11.2%)	437(60.6%)	173(24.0%)	8(1.1%)
	A9	地域/地区の特性(自然環境, 地域資源)を考えて活動している	22(3.1%)	70(9.7%)	437(60.6%)	184(25.5%)	8(1.1%)
地域/地区と個人をつなげてみている	A10	個人の課題から地域/地区の課題をみつけている	23(3.2%)	109(15.1%)	452(62.7%)	129(17.9%)	8(1.1%)
	A11	個人と地域/地区の両面からみている	27(3.7%)	93(12.9%)	432(59.9%)	160(22.2%)	9(1.2%)
	A12	個人への支援を地域/地区活動に発展させている	40(5.5%)	228(31.6%)	365(50.6%)	79(11.0%)	9(1.2%)
住民とともに活動する	A13	住民や関係者と同じ目的を持っている	31(4.3%)	190(26.4%)	407(56.4%)	84(11.7%)	9(1.2%)
	A14	住民と一緒に活動している	48(6.7%)	226(31.3%)	341(47.3%)	97(13.5%)	9(1.2%)
地域/地区全体を捉えてマネジメントする	A15	地域/地区の将来の姿を考えて活動している	36(5.0%)	175(24.3%)	393(54.5%)	109(15.1%)	8(1.1%)
	A16	地区診断に基づいて, 重点課題や活動方法の検討を行っている	48(6.7%)	229(31.8%)	335(46.5%)	101(14.0%)	8(1.1%)
保健師の存在を地域住民にアピールしている	A17	保健師の存在や活動を地域住民に対して知らせる努力をしている	36(5.0%)	163(22.6%)	391(54.2%)	123(17.1%)	8(1.1%)
	A18	保健師の地域/地区活動の成果を地域住民に知らせる努力をしている	47(6.5%)	280(38.8%)	313(43.4%)	73(10.1%)	8(1.1%)
地区活動に伴う保健師の認識			あてはまらない	どちらかというとはまらない	どちらかというとはまる	あてはまる	無回答
項目に含まれる概念	項目番号	項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
保健師の活動が楽しい, 達成感がある	B1	私は保健師の活動が楽しい	28(3.9%)	116(16.1%)	402(55.8%)	171(23.7%)	4(0.6%)
	B2	私は保健師の仕事から達成感を得られる	28(3.9%)	140(19.4%)	391(54.2%)	158(21.9%)	4(0.6%)
	B3	私は保健師の仕事に満足している	37(5.1%)	192(26.6%)	366(50.8%)	119(16.5%)	7(1.0%)
活動に自信を持つことができる	B4	私は住民と一緒に活動すれば, 難しいことでも取り組む自信がある	37(5.1%)	255(35.4%)	336(46.6%)	88(12.2%)	5(0.7%)
地域/地区への愛着を持ち, 住民と活動することに喜びを感じる	B5	私は地域/地区への愛着がある	21(2.9%)	113(15.7%)	388(53.8%)	195(27.0%)	4(0.6%)
	B6	私は地域/地区を知ることができる喜びを感じる	16(2.2%)	106(14.7%)	396(54.9%)	199(27.6%)	4(0.6%)
	B7	私は地域/地区の住民に対して何ができるか, 常に考えている	17(2.4%)	146(20.2%)	411(57.0%)	141(19.6%)	6(0.8%)
	B8	私は住民とつながることができてうれしい	14(1.9%)	73(10.1%)	390(54.1%)	240(33.3%)	4(0.6%)
住民を信じていることができる	B9	私は住民の力を信じていることができる	14(1.9%)	108(15.0%)	424(58.8%)	171(23.7%)	4(0.6%)
	B10	私は住民から頼りにされる	55(7.6%)	267(37.0%)	361(50.1%)	33(4.6%)	5(0.7%)
住民と信頼しあえる関係性である	B11	私は住民と相談し合える関係である	32(4.4%)	200(27.7%)	411(57.0%)	74(10.3%)	4(0.6%)
	B12	私はいつでも住民とともにある存在である	48(6.7%)	267(37.0%)	340(47.2%)	62(8.6%)	4(0.6%)
	B13	地域/地区の住民の間につながりができていると思う	29(4.0%)	228(31.6%)	389(54.0%)	66(9.2%)	9(1.2%)
	B14	住民の活動が活発であると思う	28(3.9%)	238(33.0%)	348(48.3%)	102(14.1%)	5(0.7%)

表1 尺度案の質問項目, 度数分布 (つづき)

N=721

組織体制に関する項目		あてはまらない	どちらかというとはまらない	どちらかというとはまる	あてはまる	無回答	
項目に含まれる概念	項目番号	項目	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	
地区活動を推進する組織の方針がある	C1	所属する自治体全体として、保健活動と連携する地域/地区づくりの方針・体制がある	32(4.4%)	106(14.7%)	331(45.9%)	247(34.3%)	5(0.7%)
	C2	上司や統括的立場にある保健師に、保健活動についての明確な考えがある	35(4.9%)	136(18.9%)	350(48.5%)	196(27.2%)	4(0.6%)
	C3	保健師が、地域/地区を集団と捉えて保健活動を行うための研修を受ける機会がある	27(3.7%)	113(15.7%)	318(44.1%)	257(35.6%)	6(0.8%)
地区活動に専念できる体制が整っている	C4	保健師が、地域/地区づくり活動に専念することができる体制がある	88(12.2%)	314(43.6%)	253(35.1%)	64(8.9%)	2(0.3%)
	C5	保健師の活動の拠点は、住民が来所する場所にある	24(3.3%)	114(15.8%)	324(44.9%)	253(35.1%)	6(0.8%)
保健師間、多職種、住民等との情報交換の機会やそのための支援体制がある	C6	保健師が、地域/地区の課題を他の保健師と共有する機会がある	26(3.6%)	118(16.4%)	385(53.4%)	190(26.4%)	2(0.3%)
	C7	保健師が、地域/地区の課題を他職種や関係機関と共有する機会がある	28(3.9%)	168(23.3%)	380(52.7%)	141(19.6%)	4(0.6%)
	C8	地区活動担当者の情報共有・相談の場として定期的なミーティングがある	65(9.0%)	178(24.7%)	282(39.1%)	189(26.2%)	7(1.0%)
	C9	保健師の定例会や研修会が行われている(部内会議、保健センター連絡会、エリア連絡会、事業ごとの連絡会議、支所構成職員との会議など)	25(3.5%)	56(7.8%)	232(32.2%)	405(56.2%)	3(0.4%)
	C10	保健師が、地域/地区活動について、上司や統括的/管理的立場の保健師と話し合える環境がある	53(7.4%)	163(22.6%)	327(45.4%)	175(24.3%)	3(0.4%)
	C11	保健師の活動が、所属機関の他職種から理解されている	42(5.8%)	216(30.0%)	375(52.0%)	86(11.9%)	2(0.3%)
	C12	日常的に保健師相互の情報共有・相談支援の機会がある	23(3.2%)	138(19.1%)	349(48.4%)	209(29.0%)	2(0.3%)
	C13	1つの地域/地区を主担当・副担当のように複数人で担当する体制がある	281(39.0%)	185(25.7%)	173(24.0%)	78(10.8%)	4(0.6%)
	C14	保健師は、自分の地域/地区の活動計画を立案している	127(17.6%)	243(33.7%)	244(33.8%)	102(14.1%)	5(0.7%)
	C15	保健師の地域/地区活動について、地域住民に対して広報、知らせる機会がある	93(12.9%)	208(28.8%)	321(44.5%)	96(13.3%)	3(0.4%)

項目番号に下線があるものが、最終的に尺度の項目として採用されたものである

に捉えて活動する) <地域/地区と個人をつなげてみている) <住民とともに活動する) <地域/地区全体を捉えてマネジメントする) <保健師の存在を地域住民にアピールしている) であった。

地区活動に伴う保健師の認識は、地区活動を行うことにより保健師自身が持つ地域や住民に対する心の動きであり、含まれる概念は <保健師の活動が楽しい、達成感がある) <活動に自信を持つことができる) <地域/地区への愛着を持ち、住民と活動することに喜びを感じる) <住民を信じている) <住民と信頼しあえる関係性である) であった。

組織体制に関する項目は、地区活動を行う環境に関する内容であり、含まれる概念は <地区活動を推進する組織の方針がある) <地区活動に専念できる体制が整っている) <保健師間、多職種、住民等との情報交換の機会やそのための支援体制がある) であった。

尺度の原案となる項目は、逐語録から抽出されたコードの内容をもとに、文献検討^{7~17)}の結果を合わせて項目の追加・修正を検討し、表現がわかりやすいか、1つの項目に複数の意味が含まれていないか等について確認した。以上のプロセスから、地区活動の内容に関する項目(18項目)、地区活動に伴う保健師の認識(14項目)、組織体制に関する項目(15項目)を作成した。

質問項目は、「あてはまる」「どちらかというとはまる」「あてはまらない」「どちらかというとはまらない」の4段階のリッカートスケールで尋ねた。

2) 構成概念妥当性を検討するための指標

保健師本人を対象とした保健師の能力を測る既存の尺度は複数あるが、保健師の能力に加え、地区活動や住民との関係性、保健師の認識についても関連する尺度として、保健師の道徳的能力尺度¹⁸⁾、行政

保健師の職業的アイデンティティ尺度²²⁾の2つを選定し、本尺度の項目と関連があると仮説を立てた。また、経験年数と保健師の能力を測定した尺度の間では先行研究で正の関連が示されている^{25,26)}。よって、保健師の道徳的能力尺度「住民の価値観に基づいた判断」、行政保健師の職業的アイデンティティ尺度「保健師としての自信」「職業への適応と確信」、経験年数を構成概念妥当性を検討するための指標とした。

(1) 保健師の道徳的能力尺度 (MCQ-PHN)

保健師の道徳的能力尺度 (以下, MCQ-PHN) は、3因子15項目で構成される尺度である。「住民の価値観に基づいた判断 ($\alpha=0.89$)」「困難な状況に立ち向かう強い意志 ($\alpha=0.91$)」「関係者・関係機関との協働 ($\alpha=0.85$)」で構成される。今回は「住民の価値観に基づいた判断」を構成概念妥当性を測る指標とした。「住民の価値観に基づいた判断」は、住民の考えや価値を中心におき、保健師自身のケアの適切性を判断する能力を示したものである¹⁸⁾。

(2) 行政保健師の職業的アイデンティティ尺度 (PISP)

行政保健師の職業的アイデンティティ尺度(以下, PISP) は、5因子37項目で構成される尺度である。「保健師としての自信 ($\alpha=0.93$)」「職業と自己の生活の同一化 ($\alpha=0.82$)」「他者からの評価と自己尊重 ($\alpha=0.80$)」「職業への適応と確信 ($\alpha=0.88$)」「職業と人生の一体化 ($\alpha=0.80$)」で構成されるが、今回は「保健師としての自信」「職業への適応と確信」を、構成概念妥当性を測る指標とした。「保健師としての自信」は、常に自己の能力を信じ自分の職業を意識しながら自信を持って仕事をしていることを表した内容である。「職業への適応と確信」は、保健師の職業に対して自身を適応させていこうという意識と職業に対する揺るがない確信があることを表した内容である²²⁾。

2. 調査対象

調査対象は、全国基礎自治体(市区町村の本庁、保健所、保健センターおよび類似施設)に勤務する常勤保健師である。全国の保健師数の分布を反映したサンプルを確保するために、人口規模別(50万以上、20万以上50万未満、5万以上20万未満、5万未満)に、自治体数と対象者数を設定した。自治体規模の多様性を確保するために、まず、最も人口の多い大規模自治体(50万以上)から複数自治体確保することとした。抽出した自治体の代表性を確保するためには、4自治体以上確保することが望ましいと考え、大規模自治体の平均保健師数(112.3人)から抽出する目標サンプル数を算出した(449人)²⁷⁾。

次に、人口規模別自治体の人口が全人口に占める割合を求め、50万以上の自治体28.6%、20万以上50万未満の自治体24.2%、5万以上20万未満の自治体31.6%、5万未満の自治体15.6%とした。最後に、大規模自治体の目標サンプル数(449人)を基準値として、各自治体の人口割合に応じたサンプル数を割り当てた。

その結果、50万以上の自治体449(28.6%)、20万以上50万未満の自治体380(24.2%)、5万以上20万未満の自治体496(31.6%)、5万未満の自治体245(15.6%)が目標サンプル数と定められた。乱数を発生させてランダムに並べ替えた対象自治体リストを人口規模別に階層化し、各階層の一番上から、以下の手順で順次研究協力を依頼した。統括的立場にある保健師に研究協力の可否を尋ね、研究協力が得られる場合は、常勤保健師の人数を尋ねて調査票を一括して送付した。各階層の目標サンプル数に達するように、上記の手順を繰り返した。調査期間は、2018年2~6月であった。

3. 倫理的配慮

聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認日:2018年1月26日。承認番号17-A094)。

自治体への調査票は一括して送付したが、調査票の回収にあたっては、同封した返信用封筒を用いて回答者が個別に返送する方法をとった。また、個々の保健師に対しては、調査票の返信をもって同意とみなした。

4. 解析方法

地区活動の内容に関する項目(18項目)、地区活動に伴う保健師の認識(14項目)、組織体制に関する項目(15項目)について統計的分析を行った。まず記述統計により、項目ごとに分散の程度を確認した。天井効果、フロア効果により一様に項目を削除することには課題があるとされているため²⁸⁾、データの極端な分散の偏りが無いことを確認し、すべての質問項目を分析に用いた。

その後、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行い、固有値1基準、スクリー基準を参考に因子数の候補を決定した。それぞれの因子数の候補に基づき探索的因子分析を繰り返し実施し、下記の基準を参考に因子の解釈のしやすさや他の項目との整合性等を含めて研究メンバーで検討し、因子数や項目を検討した。項目内容の適切性および共通性や多重負荷等の数値とともに削除の可否を検討した。

- ・不適解(因子負荷量の絶対値が1より大きい)
- ・共通性が低い(0.3未満を目安)
- ・複数因子にまたがって因子負荷量が高い(各0.3

以上を目安)

・項目内容の適切性（因子の解釈のしやすさ、他の項目との整合性等）

その後、候補の因子構造について確認的因子分析を行い、適合度を確認した。パス係数、因子の解釈のしやすさ等から候補となるモデルを複数選定し、研究メンバーで話し合いながら最終モデルを選定した。

また、自治体種別ごとに地区活動の実施状況が異なることが予想されたため、自治体別の特徴をみるために、市町村、中核市、指定都市・特別区の3種別に分けて、それぞれについて確認的因子分析を行い、適合度を確認した。

適合度の指標は、GFI (Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) とした。GFI, CFI は、1.00に近い値ほど望ましいとされ、0.90以上が適合のよいモデルとされる。RMSEA は、値が小さいほど望ましく、0.05以下であれば適合がよく、0.10以上であれば不適とされる²⁹⁾。

信頼性の検討には、内部一貫性の信頼性を確認するために、クロンバック α 係数を算出した。また、構成概念妥当性の検討では、既存の尺度である MCQ-PHN 「住民の価値観に基づいた判断」¹⁸⁾、PISP 「保健師としての自信」「職業への適応と確信」²²⁾、保健師経験年数との Pearson の積率相関係数（以下 r ）を算出した。

質問紙の回答に漏れのあるものについては、項目ごとに欠損値とし、除外して集計した。

分析は SPSS ver.25, Amos ver25 を用いた。

Ⅲ 研究結果

研究対象者2,074人に質問紙を配布した。自治体の規模では、50万以上986人（6自治体）、20万以上50万未満421人（9自治体）、5万以上20万未満513人（20自治体）、5万未満154人（17自治体）であった。5万未満の自治体のみ目標のリクルート数に達しなかったが、調査期間内で協力が得られた人数を対象とした。このうち、721人（50万以上282、20万以上50万未満150、5万以上20万未満220、5万未満69）の回答が得られ、すべての回答を分析対象とした（有効回答率34.8%）。

1. 回答者の属性

回答者の所属自治体は、市町村が42.9%で最も多く、指定都市29.0%、中核市24.7%、特別区3.5%であった。所属自治体の人口規模は、50万以上の自治体39.1%、20万以上50万未満の自治体20.8%、5万以上20万未満の自治体30.5%、5万未満の自治体

表2 対象の基本属性 $N=721$

		度数 (%)	
年代	20代	132(18.3%)	
	30代	178(24.7%)	
	40代	214(29.7%)	
	50代	184(25.5%)	
	60代	11(1.5%)	
	無回答	2(0.3%)	
	性別	女性	694(96.3%)
男性		19(2.6%)	
無回答		8(1.1%)	
経験年数	平均 (標準偏差)	16.2(10.6)	
職位	次長級	3(0.4%)	
	課長級	19(2.6%)	
	課長補佐級	50(6.9%)	
	係長級	154(21.4%)	
	係員	485(67.3%)	
	その他	7(1.0%)	
	無回答	3(0.4%)	
保健師の基礎教育課程	保健師養成所	315(43.7%)	
	短期大学専攻科	84(11.7%)	
	大学保健師課程	302(41.9%)	
	大学院保健師課程	2(0.3%)	
	その他	13(1.8%)	
	無回答・重複回答	5(0.7%)	
最終学歴	専門学校	272(37.7%)	
	短期大学	99(13.7%)	
	大学	321(44.5%)	
	修士課程	19(2.6%)	
	その他	9(1.2%)	
	無回答	1(0.1%)	
	所属自治体	市町村	309(42.9%)
中核市	178(24.7%)		
指定都市	209(29.0%)		
特別区	25(3.5%)		
所属自治体の人口規模	5万未満	69(9.6%)	
	5万以上20万未満	220(30.5%)	
	20万以上50万未満	150(20.8%)	
	50万以上	282(39.1%)	
所属機関	本庁	147(20.4%)	
	保健所	69(9.6%)	
	保健センター・類似施設	466(64.6%)	
	その他	38(5.3%)	
	無回答	1(0.1%)	
	所属部門 ※複数回答可	企画調整	18(2.5%)
		保健	351(48.7%)
保健福祉		275(38.1%)	
福祉		50(6.9%)	
医療		8(1.1%)	
介護保険		59(8.2%)	
国民健康保険		7(1.0%)	
職員健康管理		8(1.1%)	
学校教育		4(0.6%)	
その他		10(1.4%)	
保健活動の体制		地区担当制のみ	52(7.2%)
		地区担当制と業務担当制の併用	405(56.2%)
		業務担当制のみ（地区割あり）	127(17.6%)
	業務担当制のみ（地区割なし）	118(16.4%)	
	その他	16(2.2%)	
	無回答	3(0.4%)	

所属機関は複数回答で尋ねたため、割合の合計が100%を超える

9.6%であった。所属機関は、保健センター・類似施設が64.6%で最も多く、本庁20.4%、保健所9.6%の順であった。職位は、係員67.3%が多く、係長級21.4%、課長補佐級6.9%、課長級2.6%、次長級0.4%であった。

保健師の基礎教育課程は、保健師養成所43.7%、大学保健師課程41.9%が多数を占めた（表2）。

2. 因子構造の検討

地区活動の内容に関する項目（18項目）、地区活動に伴う保健師の認識（14項目）、組織体制に関する項目（15項目）を検討し、適合度を参考に因子構造を確定させた（図1）。

1) 地区活動の内容に関する項目の因子構造の検討

地区活動の内容に関する項目（18項目）について探索的因子分析を実施した。因子数は固有値1基準によれば3因子、スクリー基準によれば1因子と考えられた。3因子モデルの場合はA14が複数因子で負荷量が高かったため、削除した。A14の削除後の因子分析では、A6は2重負荷より削除を検討したが、意味内容から残し、確認的因子分析によって検討することとした。1因子モデル、3因子モデル（17項目：A14削除）を確認的因子分析の候補とした（表3）。

確認的因子分析では、1因子モデルについては、適合度が低かった（GFI = 0.753, CFI = 0.813, RMSEA = 0.131）。3因子モデルにおいても、17項目では、十分な値を達成することができず（GFI = 0.858, CFI = 0.901, RMSEA = 0.099）、内容の重複、異質な項目等を削除し、9項目（GFI = 0.978, CFI = 0.985, RMSEA = 0.055）において適合が得られた。内容の解釈のしやすさ等も踏まえ、3因子（9項目）のモデルを採用した。

下位因子は「住民とのつながりを求める活動」、「地域/地区の特性を考えた活動」、「地域/地区という単位を意識した活動」、尺度全体は【地区活動を構成する活動内容】と命名した。

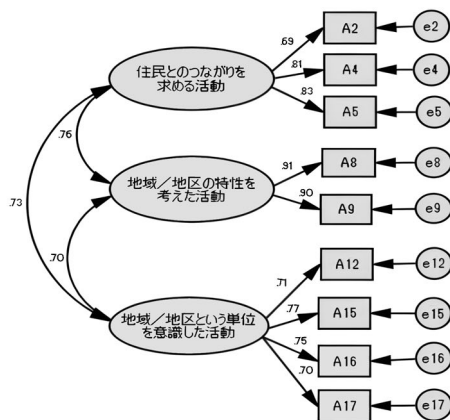
クロンバックα係数は、「住民とのつながりを求める活動」0.814、「地域/地区の特性を考えた活動」0.899、「地域/地区という単位を意識した活動」0.821、であった。尺度全体は0.896であった。

自治体種別による適合度は、市町村 GFI = 0.951, CFI = 0.960, RMSEA = 0.081であった。中核市 GFI = 0.957, CFI = 0.988, RMSEA = 0.053, 指定都市・特別区 GFI = 0.959, CFI = 0.980, RMSEA = 0.065であった。

2) 地区活動に伴う保健師の認識の因子構造の検討

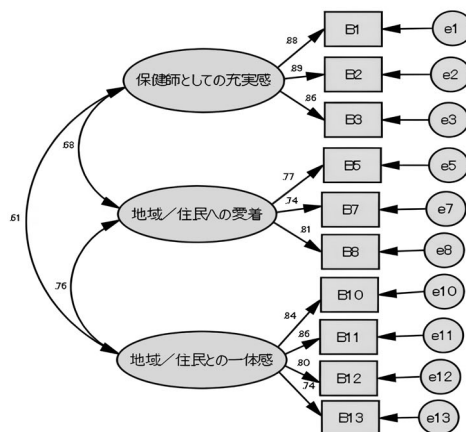
地区活動に伴う保健師の認識（14項目）について探索的因子分析を実施した。固有値1基準では3因

図1 各尺度の因子構造



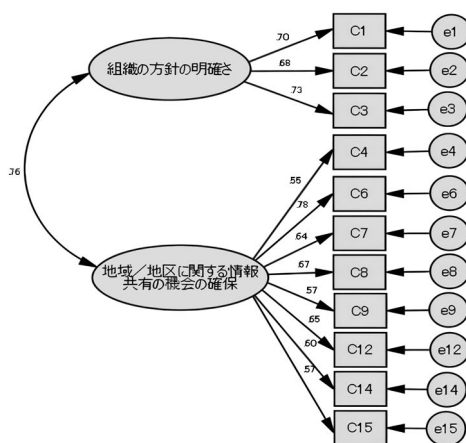
GFI=0.978, CFI=0.985, RMSEA=0.055 クロンバックα=0.896

地区活動を構成する活動内容(3因子9項目)



GFI=0.972, CFI=0.985, RMSEA=0.055 クロンバックα=0.913

地区活動による地域/住民に対する保健師の認識(3因子10項目)



GFI=0.957, CFI=0.95, RMSEA=0.065 クロンバックα=0.868

地区活動を支える組織環境(2因子11項目)

子、スクリー基準では1因子と考えられた。3因子モデルの場合はB6は不適解、B14は共通性が低く2重負荷となること、B4が複数因子で負荷量が高

表3 地区活動の内容 確認的因子分析候補

	3因子モデル (A14削除)			1因子モデル
	第1因子	第2因子	第3因子	
A16 地区診断に基づいて、重点課題や活動方法の検討を行っている	0.812	-0.025	-0.073	0.663
A12 個人への支援を地域/地区活動に発展させている	0.793	-0.040	0.024	0.719
A18 保健師の地域/地区活動の成果を地域住民に知らせる努力をしている	0.748	0.036	-0.098	0.637
A15 地域/地区の将来の姿を考えて活動している	0.708	0.040	-0.004	0.692
A17 保健師の存在や活動を地域住民に対して知らせる努力をしている	0.608	0.140	-0.025	0.665
A10 個人の課題から地域/地区の課題をみつけている	0.583	-0.023	0.295	0.769
A11 個人と地域/地区の両面からみている	0.575	-0.063	0.352	0.775
A13 住民や関係者と同じ目的を持っている	0.462	0.185	0.067	0.664
A2 地域/地区に出向くことを意識して行っている	-0.076	0.840	-0.011	0.669
A1 住民とつながるきっかけを意識してつくっている	0.081	0.772	-0.040	0.725
A3 住民と話し合いながら保健活動を進めている	0.215	0.710	-0.126	0.732
A4 住民の声を聞く努力をしている	-0.028	0.704	0.130	0.718
A5 住民から地域の情報を得ている	-0.063	0.614	0.277	0.736
A6 住民と一緒に地域/地区の課題を考えている	0.355	0.392	0.056	0.741
A9 地域/地区の特性（自然環境，地域資源）を考えて活動している	-0.100	0.014	0.977	0.746
A8 地域/地区の特性（暮らし，文化，風習）を考えて活動している	0.040	-0.005	0.859	0.759
A7 地域/地区の住民を集団として捉えている	0.124	0.238	0.466	0.737
A14 住民と一緒に活動している	—	—	—	0.720

項目番号に下線があるものが、最終的に尺度の項目として採用されたものである

表4 地区活動に伴う保健師の認識 確認的因子分析候補

	3因子モデル (B4, B6, B14削除)			1因子モデル
	第1因子	第2因子	第3因子	
B11 私は住民と相談し合える関係である	0.884	-0.004	-0.021	0.732
B10 私は住民から頼りにされる	0.837	0.119	-0.085	0.728
B12 私はいつでも住民とともにある存在である	0.695	0.003	0.125	0.718
B13 地域/地区の住民の間につながりができていると思う	0.686	-0.095	0.152	0.658
B2 私は保健師の仕事から達成感を得られる	0.013	0.910	-0.027	0.693
B3 私は保健師の仕事に満足している	0.029	0.854	-0.015	0.684
B1 私は保健師の活動が楽しい	-0.035	0.818	0.116	0.718
B8 私は住民とつながることができてうれしい	-0.012	0.005	0.838	0.768
B5 私は地域/地区への愛着がある	-0.020	0.072	0.724	0.738
B7 私は地域/地区の住民に対して何ができるか、常に考えている	0.086	0.000	0.670	0.702
B9 私は住民の力を信じることができる	0.192	0.026	0.616	0.769
B6 私は地域/地区を知ることができる喜びを感じる	—	—	—	0.764
B4 私は住民と一緒に活動すれば、難しいことでも取り組む自信がある	—	—	—	0.716
B14 住民の活動が活発であると思う	—	—	—	0.502

項目番号に下線があるものが、最終的に尺度の項目として採用されたものである

表5 組織体制 確認的因子分析候補

	2 因子モデル (C5, C13削除)		1 因子 モデル
	第1 因子	第2 因子	
C6 保健師が、地域/地区の課題を他の保健師と共有する機会がある	0.804	-0.031	0.737
C7 保健師が、地域/地区の課題を他職種や関係機関と共有する機会がある	0.677	-0.040	0.615
C8 地区活動担当者の情報共有・相談の場として定期的なミーティングがある	0.664	0.022	0.658
C14 保健師は、自分の地域/地区の活動計画を立案している	0.596	-0.002	0.574
C15 保健師の地域/地区活動について、地域住民に対して広報、知らせる機会がある	0.584	-0.027	0.541
C12 日常的に保健師相互の情報共有・相談支援の機会がある	0.513	0.212	0.681
C9 保健師の定例会や研修会が行われている（部内会議、保健センター連絡会、エリア連絡会、事業ごとの連絡会議、支所構成職員との会議など）	0.474	0.141	0.582
C4 保健師が、地域/地区づくり活動に専念することができる体制がある	0.422	0.179	0.570
C2 上司や統括的立場にある保健師に、保健活動についての明確な考えがある	-0.220	0.976	0.584
C1 所属する自治体全体として、保健活動と連携する地域/地区づくりの方針・体制がある	0.162	0.521	0.594
C3 保健師が、地域/地区を集団と捉えて保健活動を行うための研修を受ける機会がある	0.232	0.472	0.619
C10 保健師が、地域/地区活動について、上司や統括的/管理的立場の保健師と話し合える環境がある	0.347	0.417	0.690
C11 保健師の活動が、所属機関の他職種から理解されている	0.266	0.334	0.551
C5 保健師の活動の拠点は、住民が来所する場所にある	—	—	0.348
C13 1つの地域/地区を主担当・副担当のように複数人で担当する体制がある	—	—	0.239

項目番号に下線があるものが、最終的に尺度の項目として採用されたものである

いたため、順次意味内容も考慮し削除した。1 因子モデル（14項目）、3 因子モデル（11項目：B4, B6, B14を削除）を確認的因子分析の候補とした（表4）。確認的因子分析では、1 因子モデルについては、適合度が低かった（GFI = 0.704, CFI = 0.761, RMSEA = 0.171）。3 因子モデルは、さらに B9 を削除した10項目の適合度がよく、3 因子（10項目）のモデルを採用した。適合度は、GFI = 0.972, CFI = 0.985, RMSEA = 0.055であった。

下位因子は、「保健師としての充実感」、「地域/住民への愛着」、「地域/住民との一体感」、尺度全体は【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】と命名した。

クロンバック α 係数は、「保健師としての充実感」0.909、「地域/住民への愛着」0.816、「地域/住民との一体感」0.883であった。尺度全体は0.913であった。

自治体種別による適合度は、市町村 GFI = 0.947, CFI = 0.971, RMSEA = 0.076であった。中核市 GFI = 0.963, CFI = 0.997, RMSEA = 0.023, 指定都市・特別区 GFI = 0.961, CFI = 0.991, RMSEA

= 0.041であった。

3) 組織体制に関する項目の因子構造の検討

組織体制に関する項目（15項目）について探索的因子分析を実施した。固有値1基準では2因子、スクリー基準では1因子と考えられた。2 因子モデルの場合は、C5 と C13の共通性が低く削除した。1 因子モデル、2 因子モデル（13項目：C5, C13を削除）を確認的因子分析の候補とした（表5）。確認的因子分析では、1 因子モデルについては、適合度が低かった（GFI = 0.898, CFI = 0.865, RMSEA = 0.086）。2 因子モデル（13項目）の適合度も十分ではなく（GFI = 0.924, CFI = 0.900, RMSEA = 0.085）、パス係数の低い項目を削除した11項目（C10, C11を削除）のモデルで適合度があがった（GFI = 0.957, CFI = 0.950, RMSEA = 0.065）。よって、2 因子（11項目）のモデルを採用した。

下位因子は、「組織の方針の明確さ」、「地域/地区に関する情報共有の機会の確保」、尺度全体は【地区活動を支える組織環境】と命名した。

クロンバック α 係数は、「組織の方針の明確さ」0.748、「地域/地区に関する情報共有の機会の確保」

表6 各尺度の下位因子の相関

尺度	因子名	地区活動を構成する活動内容			地区活動による地域/住民に対する保健師の認識			地区活動を支える組織環境	
		住民とのつながりを求める活動	地域/地区の特性を考えた活動	地域/地区という単位を意識した活動	保健師としての充実感	地域/住民への愛着	地域/住民との一体感	組織の方針の明確さ	地域/地区に関する情報共有の機会の確保
地区活動を構成する活動内容	住民とのつながりを求める活動	1.00							
	地域/地区の特性を考えた活動	.645**	1.00						
	地域/地区という単位を意識した活動	.599**	.600**	1.00					
地区活動による地域/住民に対する保健師の認識	保健師としての充実感	.359**	.287**	.401**	1.00				
	地域/住民への愛着	.512**	.494**	.540**	.584**	1.00			
	地域/住民との一体感	.552**	.516**	.626**	.534**	.648**	1.00		
地区活動を支える組織環境	組織の方針の明確さ	.258**	.256**	.333**	.214**	.229**	.290**	1.00	
	地域/地区に関する情報共有の機会の確保	.310**	.306**	.439**	.293**	.296**	.369**	.606**	1.00

** 相関係数 1%水準で有意 (両側)
 * 相関係数 5%水準で有意 (両側)

表7 各尺度の下位因子と MCQ-PHN, PISP との相関

尺度	因子名	MCQ-PHN	PISP		経験年数
		住民の価値観に基づいた判断	保健師としての自信	職業への適応と確信	経験年数
地区活動を構成する活動内容	住民とのつながりを求める活動	.463**	.360**	.308**	-.047
	地域/地区の特性を考えた活動	.430**	.339**	.274**	.090*
	地域/地区という単位を意識した活動	.419**	.509**	.383**	.178**
地区活動による地域/住民に対する保健師の認識	保健師としての充実感	.371**	.645**	.621**	.127**
	地域/住民への愛着	.486**	.579**	.564**	.079*
	地域/住民との一体感	.452**	.679**	.528**	.171**
地区活動を支える組織環境	組織の方針の明確さ	.138**	.197**	.144**	-.126**
	地域/地区に関する情報共有の機会の確保	.195**	.313**	.257**	.036

** 相関係数 1%水準で有意 (両側)
 * 相関係数 5%水準で有意 (両側)

0.837であった。尺度全体は0.868であった。

自治体種別による適合度は、市町村 GFI=0.945, CFI = 0.949, RMSEA = 0.062であった。中核市 GFI = 0.911, CFI = 0.933, RMSEA = 0.088, 指定都市・特別区 GFI = 0.916, CFI = 0.903, RMSEA = 0.082であった。

3. 各尺度の下位因子の相関

【地区活動を構成する活動内容】【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】【地区活動を支える

る組織環境】の下位因子得点は、有意な正の相関であった ($r=0.214\sim0.648, P<0.01$) (表6)。

4. 構成概念妥当性の検討

【地区活動を構成する活動内容】【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】【地区活動を支える組織環境】の3つの尺度の下位因子得点と既存尺度 (MCQ-PHN「住民の価値観に基づいた判断」、PISP「保健師としての自信」「職業への適応と確信」) 下位因子得点は、有意な正の相関であった ($r=$

0.138~0.679, $P < 0.01$)。経験年数との相関については、【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】では、有意な正の相関がみられたのに対して、【地区活動を支える組織環境】では、関連がないまたは負の相関であった(表7)。

Ⅳ 考 察

本研究は、市区町村の自治体保健師の地区活動の内容を評価する【地区活動を構成する活動内容(3因子9項目)】、地区活動を実施したことによる保健師自身の認識を評価する【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識(3因子10項目)】、地区活動を実施するのに必要な職場の組織環境を評価する【地区活動を支える組織環境(2因子11項目)】の3つの尺度を作成した。

尺度の適合度であるGFI, CFI, RMSEAの値は、いずれも良好な適合を示した。

本尺度は、地区活動を実践した保健師へのインタビュー分析を尺度原案に用いており、保健師の地区活動に関する視点が反映されているところに特徴がある。さらに保健師が捉えていた【地区活動を構成する活動内容】、【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】、【地区活動を支える組織環境】の3つの観点は、それぞれの下位因子間に正の相関関係があることが示され、尺度原案で抽出されたこの3つの観点を保健師の地区活動を評価する指標として用いることは適切であると考えられる。また、いずれの下位因子に含まれる意味内容も、尺度の原案の作成に用いたインタビューから抽出した概念とおおむね連動しており、解釈可能な内容であった。

1. 尺度の原案の作成

先行文献による地域診断の方法^{12~17)}については、地域を多角的かつ網羅的にアセスメントし、保健計画を策定する際に用いる手法としては有効である。しかし、保健師が多忙な日常業務と並行して、手法に定められた地域診断を頻繁に実施し、地区活動につなげていくことは難しいと考える。保健師は、住民の健康状態や生活環境の実態を日頃の地区活動から把握していると推察し、地区担当制により地区活動を行っている保健師に対するグループインタビューから地区活動の評価軸を検討することとした。この自治体は3年前に保健師の活動体制を地区担当制に変更し、地区活動を強化した経緯があり、変更後一定期間は経過して、一定程度経験の蓄積がある。さらにこの6人は、経験年数の平均が14.5年(範囲9~23)であり、いずれも地区担当制になる前からこの自治体に保健師として勤務していた者であった。地区担当制への移行前後の違いを把握して

おり、地区活動の実態に関するインタビュー対象者としては適切であったと考える。

本尺度は、インタビューの結果を質的記述的に分析し、保健師の地区活動について抽出された概念を文献検討の結果と合わせて検討しており、実践者の視点が反映されていることに特徴がある。各概念に含まれる項目においても、地区に愛着がある、住民と相談できる関係である等、実際に地区を担当している保健師ならではの項目が得られたことも尺度の原案の作成において重要であったと考える。

2. 対象者の属性

本研究対象者は市区町村の自治体の常勤保健師とし、全国の保健師数の分布を反映したサンプルを確保するために自治体の人口規模別に自治体数と対象者数を設定した。しかし、本研究と2018年度の保健師活動領域調査結果³⁰⁾における所属部門別常勤保健師数の割合を比較すると、本研究では、保健所設置市(指定都市・中核市)所属の割合が26ポイント高く、市町村の割合が25ポイント低い結果であった。このことは当初設定した人口規模別自治体のリクルートにおいて、50万以上の自治体が設定より2自治体多く協力が得られたこと、5万未満の自治体に所属する常勤保健師の人数が少なく、期間内に目標数に達しなかったことが要因であると考えられる。しかしながら、自治体種別ごとの地区活動の実施状況が異なることを予想し、市町村、中核市、指定都市・特別区の3種類のモデルの適合度を確認し、すべてのモデルでGFI, CFIの値は0.90を超え、RMSEAの値は0.10を超えるモデルはなかった。よって、本尺度は、保健師の所属する自治体の規模に関わらず、使用することができる尺度であると考えられる。

また、本研究対象者の年齢、性別の構成割合は、2019年度の保健師の活動領域調査³¹⁾と比較すると、30代が5ポイント程度少なく、50代が5ポイント程度高いが、ほぼ類似した分布となっている。幅広い年代からの回答が得られており、本研究の対象者は、限定された範囲ではなく、全国の市区町村の自治体保健師を幅広く網羅できていたと考える。

よって、本尺度は、特定の集団のみに対応するものではなく、市区町村の自治体に勤務する保健師に、幅広く適用することができる尺度であると考えられる。

3. 尺度の特徴

1) 地区活動を構成する活動内容

【地区活動を構成する活動内容】は、3つの下位因子「住民とのつながりを求める活動」「地域/地区の特性を考えた活動」「地域/地区という単位を意識した活動」で構成された。

尺度の原案作成時の質的分析においては7つの概念が抽出されたが、〈住民と意識してつながろうとしている〉〈住民から情報や意見を集めながら活動をする〉が統合され「住民とのつながりを求める活動」、〈地域/地区と個人をつなげてみる〉〈地域/地区全体を捉えてマネジメントする〉〈保健師の存在を地域住民にアピールしている〉が統合され「地域/地区という単位を意識した活動」となった。また、〈住民とともに活動する〉は含まれなかった。

項目レベルでは9項目が削除されたが、複数の下位因子にまたがり解釈が難しいもの、意味内容の重なる類似項目が削除されており、モデルの適合度が改善されていることから、研究メンバーの話し合いにおいて解釈の妥当性を確認し、3因子(9項目)を最終モデルとした。

保健師の活動指針では、地域に立脚した活動の強化が示されており、保健師は積極的に地域に出向き、地区活動により、住民の生活の実態や健康問題の背景にある要因を把握すること、住民の自助および共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進することがあげられている³⁾。

地区活動を構成する活動内容として、常に地域を単位として考えること、地域/地区の特性を考えること、住民とのつながりを自ら求めること等の保健師の姿勢も地区活動の重要な内容として含まれた。基礎教育や現任教育において、地域診断の指標やその分析方法等の教育がなされているが、それらに加えて、意識的に保健師が住民や地域とつながろうと活動することの重要性を伝えていく必要があると考える。

地区活動の具体的な内容である尺度項目を参考に保健活動を行うことで、地区活動の視点を日々の活動に取り入れることができると考える。

2) 地区活動による地域/住民に対する保健師の認識

【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】は、3つの下位因子「保健師としての充実感」「地域/住民への愛着」「地域/住民との一体感」により構成された。

尺度の原案の質的分析においては5つの概念が抽出されたが、〈活動に自信を持つことができる〉〈住民を信じることができる〉の2つは含まれなかった。

項目レベルでは4項目が削除されたが、モデルの適合度が改善されていることや、研究メンバーの話し合いにおいて解釈の妥当性を確認し、3因子(10項目)を最終モデルとした。

先行研究では、地区活動の影響は、要介護者の減少や児童虐待予防等の住民への効果から示されるこ

とが多いが^{32,33)}、本研究における下位因子の相関の分析により、地区活動を構成する活動内容と保健師自身の認識に関連があることが示され、地区活動の実施が保健師としての充実感を上げ、地域や住民への愛着・一体感を形成する可能性があることが推察された。地区活動の影響を評価する指標として、保健師自身の認識に着目することは重要な知見である。

地域保健法施行後に多くの自治体の活動体制が地区担当制から業務担当制へ移行し、地域全体や生活をみる保健師の視点が弱くなったと言われている⁴⁾。とくに新任期の保健師においては、担当地区を把握できない、住民の対応に困惑する、自分ができないと思い自信がもてない等の困難が複数あげられている³⁴⁾。これらの課題は、保健師が地区活動を通してやりがいを感じ、保健師としての充実感をもつ機会を得られていないことが要因である可能性がある。歴史的に語られる保健師の活動は、地域に出向く躍動感にあふれており^{35~37)}、それらの活動の原動力として、今回の尺度項目で示された保健活動の楽しさや満足感等が影響していたのではないだろうか。保健師は、地区活動を行うことで、地域/住民との愛着や一体感といった住民と保健師の立場を超えた関係性を築いていると考えられ、住民との関わりを通して保健師自身が成長していくことが、あらためて示されたと考える。

3) 地区活動を支える組織環境

【地区活動を支える組織環境】は、2つの下位因子「組織の方針の明確さ」「地域/地区に関する情報共有の機会の確保」で構成された。

尺度の原案の質的分析においては3つの概念が抽出されたが、〈地区活動に専念できる体制が整っている〉〈保健師間、多職種、住民等との情報交換の機会やそのための支援体制がある〉の2つは「地域/地区に関する情報共有の機会の確保」に統合された。

項目レベルでは4項目が削除されたが、モデルの適合度が改善されていることや、研究メンバーの話し合いにおいて解釈の妥当性を確認し、2因子(11項目)を最終モデルとした。

齋藤³⁸⁾は、保健師活動への組織的な取り組みが良好である環境は、統一された指針や考え方があり、自身がとるべき行動がわかりやすいこと、保健師が協働しやすいことをあげている。本研究の「組織の方針の明確さ」「地域/地区に関する情報共有の機会の確保」の因子は地区活動を構成する活動内容の因子と相関しており、地区活動において、組織全体の環境を調整していく重要性が示された。地区活動を推進するために、管理的立場にある保健師の役割は大きく、保健師間や多職種と協働しながら、環境づ

くりを進めていく必要があるだろう。

4) 各尺度の関連性

【地区活動を構成する活動内容】における3つの下位因子、【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】における3つの下位因子、【地区活動を支える組織環境】における2つの下位因子、合計8つの因子があるが、これらの得点についてはいずれも有意な相関がみられた。因果関係が示されたわけではないが、地区活動を支える組織環境があり、その上で保健師が地区活動を行い、これによって保健師が地域/住民に愛着を持ち、一体感を感じることで、保健師としての充実感を得られるという仮説が立てられる。

4. 信頼性と構成概念妥当性について

信頼性は、クロンバック α 係数がそれぞれの尺度と下位因子において比較的高い値を示し、内的整合性があることが確認された。また、構成概念妥当性は、それぞれの下位因子がMCQ-PHN「住民の価値観に基づいた判断」、PISP「保健師としての自信」「職業への適応と確信」と仮説通り正の相関があった。経験年数との相関については、一部仮説と一致しない結果であり、とくに【地区活動を支える組織環境】の2つの下位因子は、関連がないか負の相関であった。これは地区担当制や業務担当制等の活動体制は自治体により多様であり、組織の環境と経験年数は相互に影響を受けにくいことが相関しなかった理由として推測される。【地区活動を構成する活動内容】【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識】の下位因子においても、経験年数との相関は、PISPとMCQ-PHNの下位因子との相関と比較して弱く、経験年数と地区活動の経験は必ずしも相関していないことが予想される。このことから、今回作成した3つの尺度は、経験年数よりも保健師の道徳的能力やアイデンティティと相関があり、地区活動を実践することや地区活動に伴う認識の変化は、経験年数のみにとどまらない要因があることが推測された。自治体の保健師業務の実態も多様であり、経験を積めば地区活動を実践できるとは限らず、地区活動の内容や効果を意識していくことが重要であると考えられる。

5. 実践への示唆

本研究で示された3つの尺度は、それぞれの尺度ごとに信頼性と妥当性を検討しており、保健師が目的に応じて選択し、単独あるいは組み合わせて使用することが可能である。

項目数も9~11であり、短時間で回答できることに特徴がある。また、質問項目は汎用性を高く設定

しており、保健師の活動する自治体、部署等を限定しない表現となっているため、自治体に所属する保健師が幅広く活用できる尺度であると考えられる。地区活動を行うための組織体制を整備する際や、保健師個人の地区活動への取り組みを振り返る際にこれらの尺度を活用し評価することで、達成度を数値化し、あるいは課題等を見つけやすくなると考える。また、地区担当制や業務担当制等、活動体制の変化等の際にその影響を調べるため保健師の認識を指標にすることもできると考える。本尺度は、保健師が組織レベル、個人レベルで活用することができ、日々の活動に活かしていくとともに、保健師の専門性を示すことにつながると考える。

6. 研究の限界

本研究は、市区町村の自治体保健師の地区活動に関する調査の一部である。尺度の原案を作成するためのフォーカスグループインタビューは地区担当制を導入して3年経過した1自治体で実施しており、地区担当制を長期間導入している自治体等、異なる自治体で行った場合は、本研究の調査と同じ結果が得られない可能性がある。また、研究のリクルートでは、自治体の多様性を確保するために人口規模別にリクルートを行ったが、実際に協力を得られた自治体の分布は、当初の設定と多少異なる割合であった。しかし、所属する自治体の種別に関わらず、モデルの適合は支持された。

V 結 語

市区町村の自治体保健師の地区活動の実践の指標となる【地区活動を構成する活動内容(3因子9項目)】【地区活動による地域/住民に対する保健師の認識(3因子10項目)】【地区活動を支える組織環境(2因子11項目)】の3つの尺度を作成した。本尺度は、今まであいまいであった地区活動を測定するための指標が具体的に示され、保健師が組織レベル、個人レベルで活用することができ、日々の活動に活かしていくとともに、保健師の専門性を示すことにつながると考える。

本研究にご協力いただきました自治体保健師の皆様にご感謝申し上げます。また、研究メンバーであり、ご助言をいただきました滋賀県立大学教授鶴飼修先生に深く感謝いたします。

本研究は平成28-30年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「地域特性に応じた保健活動推進ガイドラインの開発(H28-健危一般-003)研究代表者麻原きよみ」を受けて実施した。開示すべきCOI関係にある企業・組織・団体等はない。

受付	2022. 6.25
採用	2023. 5.25
J-STAGE早期公開	2023. 8. 4

文 献

- 1) 宮地文子, 東田吉子, 大瀧律子, 他. 佐久地域における昭和30年から60年代の保健師活動. 佐久大学看護研究雑誌 2016; 8: 71-79.
- 2) 上野昌江. 公衆衛生看護の原点から未来へつなぐ: 健康格差解消にむけ, 地域の人々と協働する新たな保健師の力. 日本公衆衛生看護学会誌 2018; 7: 42-48.
- 3) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動について. (平成25年4月19日付け健発0419第1号厚生労働省健康局長通知). 2013. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1 (2022年4月14日アクセス可能).
- 4) 田上豊資. 地域保健法の制定: 地域保健法が目指した保健所のあり方. 公衆衛生 2018; 82: 196-201.
- 5) 細谷紀子, 大光房枝, 丸谷美紀, 他. 今日の社会・制度・業務体制下における地域のニーズに応じた保健師活動の工夫の特徴. 千葉看護学会誌 2013; 19: 35-44.
- 6) 日本看護協会. 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書 (平成30年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業). 2019. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/senkuteki/2019/hokenshi_katsudokiban.pdf (2022年4月14日アクセス可能).
- 7) 中板育美, 大西基喜, 岡村芽子, 他. 地域診断から始まる見える保健活動実践推進事業報告書. 2011. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_2_10_all.pdf (2022年4月14日アクセス可能).
- 8) Yoshioka Maeda K, Murashima S, Asahara K. Tacit knowledge of public health nurses in identifying community health problems and need for new services: a case study. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 819-826.
- 9) 尾島俊之. 「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える. 保健師ジャーナル 2013; 69: 104-109.
- 10) 中板育美. 地区診断から始まる保健師の地区活動. 保健師ジャーナル 2013; 69: 96-103.
- 11) 藤谷明子. 島根県における「働き盛りの健康づくり対策」: 労働関係機関, 検診機関, 市町が協同で実施した地区診断から. 保健師ジャーナル 2013; 69: 110-116.
- 12) 平野かよ子. 地域診断. 地域特性に応じた保健活動: 地域診断から活動計画・評価への協働した取り組み. 平野かよ子, 編. 神奈川: ライフ・サイエンス・センター. 2004; 19-29.
- 13) 金川克子. 地域看護診断の有用性. 金川克子, 田高悦子, 編. 地域看護診断 第2版. 東京: 東京大学出版会. 2011; 9-20.
- 14) 臺 有桂, 斉藤恵美子, 都筑千景. 地域看護診断の方法. 金川克子, 田高悦子, 編. 地域看護診断 第2版. 東京: 東京大学出版会. 2011; 21-81.
- 15) 佐伯和子. 保健師教育における地域診断技術教育の意義と到達目標. 保健師ジャーナル 2015; 71: 278-285.
- 16) Muecke MA. *Community Health Diagnosis in Nursing*. Spradley BW, ed. *Readings in Community Health Nursing*. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. 1991; 170-186.
- 17) Muecke MA. 看護における地域診断. Spradley BW, ed. *地域看護活動の方法: 概念の明確化からアセスメント・施策化へ [Readings in Community Health Nursing]*. (村嶋幸代, 野地有子監訳). 東京: 医学書院. 1998; 84-100.
- 18) Asahara K, Kobayashi M, Ono W. Moral competence questionnaire for public health nurses in Japan: scale development and psychometric validation. *Japan Journal of Nursing Science* 2016; 12: 18-26.
- 19) 岡本玲子, 岩本里織, 塩見美抄, 他. 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 2010; 57: 355-365.
- 20) 岩本里織, 岡本玲子, 塩見美抄. 「公衆衛生基本活動遂行尺度」の開発と信頼性・妥当性の検証: 保健師の全国調査結果から. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55: 629-639.
- 21) 岡本玲子, 鳩野洋子, 小出恵子, 他. 保健活動の必要性を見せる行動尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌 2015; 62: 271-280.
- 22) 根岸 薫, 麻原きよみ, 柳井晴夫. 「行政保健師の職業的アイデンティティ尺度」の開発と関連要因の検討. 日本公衆衛生雑誌 2010; 57: 27-38.
- 23) グレック美鈴. 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. *看護研究* 2002; 35: 196-204.
- 24) 麻原きよみ, 佐伯和子, 大森純子, 他. 地域特性に応じた保健活動推進ガイドラインの開発 (平成28年度~30年度厚生労働科学研究費補助金報告書). 2019.
- 25) 渡部瑞穂, 荒木田美香子. 行政中堅保健師実践能力尺度の開発: 中小規模市町村における検討. 日本公衆衛生看護学会誌 2018; 7: 60-71.
- 26) 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達: 経験年数群別の比較. *日本地域看護学会誌* 2004; 7: 16-22.
- 27) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 平成29年度保健師活動領域調査 (領域調査) (厚生労働省). 2017. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450471&tstat=000001035128&cycle=7&tclass1=000001038887&tclass2=000001038897&tclass3val=0> (2022年4月14日アクセス可能).
- 28) 吉田寿夫, 石井秀宗, 南風原朝和. 尺度の作成・使用と妥当性の検討. *教育心理学年報* 2012; 51: 213-217.
- 29) 小塩真司. はじめての共分散構造分析: Amos によるパス解析 第2版. 東京: 東京図書. 2014; 115-116.
- 30) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 平成30年度保健師活動領域調査 (領域調査) (厚生労働省). 2018. <https://>

- www.e-stat.go.jp / stat-search / files?page = 1&layout = datalist&toukei = 00450471&tstat = 000001035128&cycle = 7&tclass1 = 000001038888&tclass2 = 000001038898&tclass3val=0 (2022年4月14日アクセス可能).
- 31) 政府統計の総合窓口 (e-Stat). 令和元年度保健師活動領域調査 (領域調査) (厚生労働省). 2019. <https://www.e-stat.go.jp / stat-search / files?page = 1&layout = datalist&toukei = 00450471&tstat = 000001035128&cycle = 7&tclass1 = 000001134023&tclass2 = 000001134024&tclass3val=0> (2022年4月14日アクセス可能).
- 32) 辻 大土, 高木大資, 近藤尚己, 他. 通いの場づくりによる介護予防は地域間の健康格差を是正するか?: 8年間のエコロジカル研究. 日本公衆衛生雑誌 2022; 69: 383-393.
- 33) 大澤絵里, 越智真奈美. 市町村における地域の児童虐待予防と対応のしくみの課題と展望: 公衆衛生学アプローチと包括ケアシステムとの融合. 保健医療科学 2021; 70: 385-393.
- 34) 川端泰子, 千田みゆき. 行政で働く新任保健師の困難に関する文献検討. 埼玉医科大学看護学科紀要 2020; 13: 41-47.
- 35) 大西若稲. さい果ての原野に生きて: 開拓保健師の記録. 東京: 日本看護協会出版会. 1985; 188-225.
- 36) JOICFP ドキュメント刊行委員会. 須坂の母ちゃん頑張る (復刻版). 長野: 長野県須坂市. 2011; 75-129.
- 37) 森下浩子. 私の生き立ち, そして考え. 寺田和子, 船越浩子, 波川京子, 他, 編. すべっところんで保健婦生きる. 埼玉: やどかり出版. 2000; 19-135.
- 38) 齋藤尚子, 山本武志, 北池 正. 市町村保健師が健康で意欲的に仕事ができる職場環境に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 2016; 63: 397-408.
-

Developing scales to evaluate community practices among municipal public health nurses: content, perceptions of public health nurses, and organizational environment

Tomoko NAGAI^{*}, Yuki YONEKURA^{2*}, Maki UMEDA^{3*}, Kiyomi ASAHARA^{2*}, Chie KAWASAKI^{4*}, Maasa KOBAYASHI^{2*}, Taeko SHIMAZU^{5*}, Naoko ENDO^{6*}, Junko OMORI^{7*}, Yasuko MITSUMORI^{8*}, Yuko EGAWA^{9*}, Satoko NAGATA^{10*}, Kazuko SAEKI^{11*}, Kiyomi SAGAWA^{12*} and Mikako KONISHI^{13*}

Key words : public health nurse, community practices, community development, scale development

Objectives This study aimed to develop scales for evaluating the level of implementation of community practices and explore the perception of public health nurses in municipalities regarding their community practices.

Methods Draft scales were developed based on a literature review and interviews with municipal public health nurses. Subsequently, a questionnaire survey was conducted with municipal public health nurses across Japan in response to these draft scales. Respondents were recruited based on the municipality population size. Questionnaires were distributed to 2,074 individuals from 52 municipalities ensuring representation from diverse municipalities. Exploratory factor analysis was performed to determine the number of factors, while confirmatory factor analysis was performed to determine the factor structure. The reliability of the scales was assessed by calculating Cronbach's alpha coefficients, and their validity was tested by examining correlations with existing scales, namely the Moral Competence Scale for Public Health Nurses and the Professional Identity Scale for Public Health Nurses, and years of experience as a public health nurse.

Results A total of 721 (34.8%) valid respondents were included in the analysis. Three scales, methods of community practices (three factors, nine items), perceptions of public health nurses toward community residents through community practices (three factors, 10 items), and organizational environment supporting community practices (two factors, 11 items) were developed as indicators of the implementation of public health nurses' community practices. Cronbach's alpha coefficients for the three scales were 0.896, 0.913, and 0.868, respectively. As hypothesized, each subfactor exhibited a positive correlation with the existing scales. However, certain subfactors did not demonstrate any correlation with years of experience.

Conclusion The three scales developed in this study were individually examined for reliability and validity. These scales can be used independently or in combination, allowing public health nurses to select the most suitable scale(s) based on their objective.

A notable contribution of this study is the establishment of concrete indicators for evaluating community practices, addressing the previously vague nature of this evaluation. By incorporating the scale items into daily health practices, we anticipate that these indicators can be employed to evaluate community practices at the organizational and individual levels.

* Faculty of Nursing, Mejiro University

2* Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

3* Research Institute of Nursing Care for People and Community, University of Hyogo

4* Faculty of Nursing, Nagano University of Health and Medicine

5* Graduate School of Health and Welfare Sciences, International University of Health and Welfare

6* Faculty of Nursing, National College of Nursing

7* Tohoku University Graduate School of Medicine

8* Graduate School of Education, Chiba University

9* School of Health Sciences, Tokyo University of Technology

10* Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

11* Faculty of Nursing, Toyama Prefectural University

12* Tokyo Nursing Association

13* Seya Ward Welfare and Health Center, Yokohama City