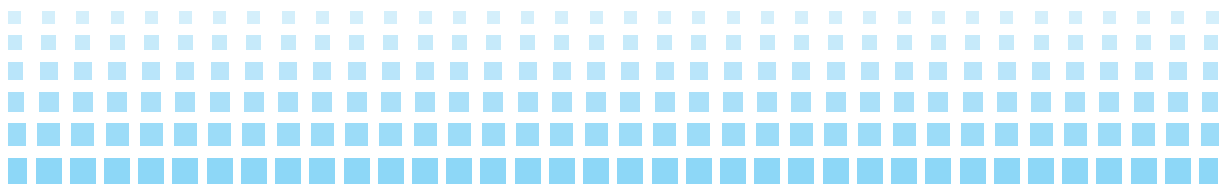


平成 25 年度地域保健総合推進事業

「ソーシャルキャピタルの醸成や活用にかかる
保健活動のあり方に関する研究」 報告書



平成 26 年 3 月

(一財)日本公衆衛生協会

分担事業者 松 本 珠 実 (大阪市保健所)

■ 要 旨 ■ ■ ■

厚生労働省健康局長通知として出された平成 24 年 7 月の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正」¹⁾ 及び平成 25 年 4 月の「地域における保健師の保健活動に関する指針」²⁾ では、保健師はライフサイクルを通じた健康づくりを支援するため、ソーシャルキャピタルを醸成し、学校や企業等と連携を図ることが求められている。

しかしながら、ソーシャルキャピタルの醸成や活用が各自治体においてどの程度行われているのか、保健師はソーシャルキャピタルの概念をどのように捉えているのか、ソーシャルキャピタルの醸成を日常の公衆衛生看護活動の中で行っていくためにはどのような要件や条件が必要なのか、どのようなスキルが必要なのかについては、十分明らかになってはいない。

本研究では、これらの実態、要件や条件及びスキルについて明らかにすることを目的とした。

また、保健師が学校保健や産業保健と連携し協働を図ろうとした時に、現状の公衆衛生看護活動上にどのような課題があるのか、実際に連携を促進するために各自治体が工夫して行っている方策を明らかにすることにより、今後、各自治体が学校保健や産業保健との連携を促進するための解決の糸口を示した。

本研究により、各自治体においてソーシャルキャピタルの醸成を図るための公衆衛生看護活動が活性化され、地域住民・学校・企業等との連携と協働が具体的に図られ、指針に基づく保健師の保健活動が定着することを期待している。

■ 分担事業者・事業協力者・オブザーバー ■ ■ ■

分担事業者	松本 珠実	(大阪市保健所感染症対策課)
事業協力者	黒橋真奈美	(滋賀県健康福祉部健康長寿課)
	朽木 悦子	(大阪市健康局)
	小西美香子	(横浜市保土ヶ谷区役所高齢・障害支援課)
	馬場 順子	(福岡県保健医療介護部医療指導課)
	福原 円	(栃木県小山市保健福祉部健康増進課)
	西畠 知子	(三重県名張市健康福祉部健康支援室)
オブザーバー	中板 育美	(公益社団法人 日本看護協会)
	半澤 節子	(自治医科大学)
	横山 美江	(大阪市立大学)

目 次

I 緒 言	1
II 目 的	1
III 方 法	2
1. 自治体に所属する保健師を対象とした調査	2
2. 保健所・市町村の統括的な役割を担う保健師を対象とした調査	3
IV 結 果	4
1. 自治体に所属する保健師を対象とした調査	4
1) 調査対象者の特徴について	5
2) 保健師がソーシャルキャピタルを醸成する目的	9
3) ソーシャルキャピタルの醸成を図るために必要な要件	11
4) ソーシャルキャピタルの醸成を図るためのスキル	18
5) 都道府県・保健所設置市・特別区、市町村の区分による相違	21
2. 保健所・市町村の統括的な役割を担う保健師を対象とした調査	24
1) 学校保健と地域保健の連携	24
2) 産業保健と地域保健の連携	30
V 考 察	36
1. 本研究における調査対象者の特徴	36
2. ソーシャルキャピタルの醸成に対する認識	36
3. ソーシャルキャピタルの醸成の実態、促進要因、必要条件、必要なスキル	37
1) 組織体制について	37
2) 人材育成について	38
3) 公衆衛生看護活動のあり方について	38
4) 公衆衛生看護活動の経験、必要とされるスキル	39
5) 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の区分による相違	40
4. 学校保健や産業保健との協働を図るための公衆衛生看護における課題と方策	41
1) 学校保健との連携について	41
2) 産業保健との連携について	43
VI 結 語	45
VII 参考文献・参考文献	46
VIII 質問紙	48

I 緒 言 ■ ■ ■

アメリカの政治学者であるロバート・パットナムは、ソーシャルキャピタルを「人々の信頼、規範、ネットワークなどの社会組織の特徴で、互いの利益のために調整や協力を促進するもの」と説明している³⁾。近年、米国ハーバード大学のカワチ教授らが、米国の50州について人々の信頼が高い州では年齢調整死亡率が低いことを明らかにした⁴⁾ことに始まり、種々の研究でソーシャルキャピタルと健康の関係を明らかにした⁵⁾。それ以来、公衆衛生の分野でソーシャルキャピタルが注目されるようになり、日本でも尾島が行った調査では、行政及び社会福祉協議会の担当者からみて、住民相互のつながりが強いと感じている市町村では、平均寿命が長く、悪性新生物の標準化死亡比（SMR）が低いなどの結果が出ている⁶⁾。さらに、ソーシャルキャピタルが高い地域では、犯罪が少ないことや災害対応力が強いことなど⁷⁾、直接的ではないものの人々の心身の健康に関与する社会的な要因として注目されてきた。

こうした動きを受けて保健師活動においても、ここ数年の間に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成24年7月）」及び「地域における保健師の保健活動について（平成25年4月）」が厚生労働省から示され、自治体の保健師活動においてソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の展開が益々求められている。

しかしながら、ソーシャルキャピタルの定義には統一されたものではなく、議論のあるところであるともいわれており、その概念整理は明確にはされていない。また、笹井らが平成24年度に保健所職員を対象に調査した結果によると、「これまで育成した住民組織がある」と回答した保健所の割合は84.6%であったという報告⁸⁾があるものの、地域の人脈や人的資源を把握し活用することは従来から保健師活動として実践し続けてきたにも関わらず、保健師活動に着目したソーシャルキャピタルを醸成あるいは活用してきた経験については未だ明らかになっていない。

本研究をとおして、自治体保健師が行うソーシャルキャピタルの醸成の実態、ソーシャルキャピタルの醸成を行う上での促進要因や必要条件、必要な保健師としてのスキルを明らかにし、今後、ソーシャルキャピタルの醸成を日常の公衆衛生看護活動として行うための条件を整え、必要な力量形成を図るための示唆を得ることができると考えられる。

また、就学児童を対象とした学校保健活動や就労人口を対象とした産業保健活動と公衆衛生看護活動との連携、連続性という課題や、産業保健については地域・職域連携会議が保健所に設置されているが、各種の保健事業は市町村が担うなど、保健所と市町村の役割の違いがひとつの阻害要因となっている。今後、公衆衛生看護活動と学校保健活動や産業保健活動との協働を図り推進していくためには、どのような課題があるのか、進捗を図っている自治体では連携を促進するためにどのような工夫を行っているのかについて明らかにする必要があると考えた。

II 目 的 ■ ■ ■

本研究は、自治体に所属する保健師を対象とした調査により、ソーシャルキャピタルの醸成の実態、ソーシャルキャピタルの醸成を行う上での促進要因や必要条件、必要な保健師としてのスキルを明らかにする。また、保健所・市町村の統括的な役割を担う保健師を対象とした調査により、学校保健活動や産業保健活動との協働を図るためには、どのような課題が存在しているのか、推進している自治体では連携を促進するためにどのような工夫を行っているのかについて明らかにすることを目的とする。

Ⅲ 方 法 ■ ■ ■

1. 自治体に所属する保健師を対象とした調査

1) 調査対象者

全国の都道府県及び市町村に勤務する常勤の保健師のうち、およそ1割の保健師を、新任期（採用後5年目まで）・中堅期前期（採用後6年～10年目まで）・中堅期後期（採用後11年～）・管理期ができるだけ同数になるよう各自治体内で無作為に抽出し、対象とした。

なお、協力依頼については、全国保健師長会の都道府県・政令市・特別区支部長及び厚生労働省保健指導室を通じて各都道府県・政令市・特別区の保健師業務を統括する者あてメールで行った。

2) 調査期間

平成25年10月29日～平成25年12月5日

3) データの収集方法

調査票はExcelデータで作成した自記式質問紙をメールで送り、メールで回収した。

4) 調査内容

調査内容は、①経験年数、所属、所属人数、上司の職種、統括保健師の配置の有無、人材育成の状況、地区分担制か業務分担制か、所属自治体における活動指針の作成状況等の背景、②訪問件数・コーディネート件数、保健師活動単位等の活動状況、③ソーシャルキャピタルの醸成や活用の経験、ソーシャルキャピタルに関する考え方や醸成にかかるスキル、④自己研鑽、業務遂行能力等とした。

③のソーシャルキャピタルに関する考え方や醸成にかかるスキルについては、平成25年8月に横浜市・大阪市・福岡県の3か所で各自治体に所属しソーシャルキャピタルの醸成を図った経験を有する保健師、6名～8名を対象にグループフォーカスインタビューを実施し、その結果を研究者間で分析して作成した。

5) データの分析方法

分析にはSPSS for Windows 18.0を用いて統計的に有意差を検定した。

6) 倫理的配慮

研究対象となる自治体の保健師を統括する所属長あて研究協力依頼書を送付し、所属長が研究趣旨を理解した上で、対象者を選定することで、同意を得たこととした。

研究対象者には、研究趣旨を理解し、研究への協力は、研究対象者の自由意思で決定して良いこと、研究協力に対する疑問や質問が生じた場合はいつでも質問に応じられることを説明した。研究協力への同意は、調査の回答をもって得られたこととした。

また、個人名及び自治体名が研究者にわからないよう、回収は一般財団法人日本公衆衛生協会で行い、研究者は個人名や自治体名を除いたデータを取り扱った。

2. 保健所・市町村の統括的な役割を担う保健師を対象とした調査

1) 調査対象者

全国の保健所・市町村を単位として統括的な役割を担う保健師を対象とした。

2) 調査期間

平成 25 年 10 月 29 日～平成 25 年 12 月 28 日

3) データの収集方法

調査方法は、各自治体において学校保健あるいは産業保健との連携が推進できている理由、連携するための課題、さらなる推進を図るための方策について複数名での意見交換の場を設けるよう介入し、その結果については統括的な役割を担う保健師が記述した用紙をメールもしくは F A X で回収した。

4) 調査内容

前提となる意見交換に選んだテーマ（学校保健あるいは産業保健の別）、分野（母子保健、精神保健、生活習慣病予防、その他）、意見交換した人数及び職種。自分の所属においてテーマとした分野との連携が十分図れていると思うかを問うた上で、①連携が十分図れていると思う場合はその促進要因、②連携が十分図れていると思わないもしくはどちらとも言えない場合はさらに連携を促進するために存在する課題、③今後さらなる推進のための方策、について優先順位を付けて各々 5 項目まで尋ねた。

5) データの分析方法

記載内容について、複数の研究者で意味を変えないよう配慮しながら K J 法により分類し、カテゴリーにラベルを付け、内容について分析した。

6) 倫理的配慮

調査結果は自治体名及び個人が特定できないよう分析した。

また、知り得たデータは、研究目的以外では使用しないこと、得られたデータは他に漏れることのないよう処理し、適切に保管し、研究終了後破棄すること、研究協力は自由意思によるものであり、研究に協力しなくても不利益を被ることがないことを文書で説明した。

研究協力への同意は、調査の回答をもって得られたこととした。

IV 結 果 ■ ■ ■

1. 自治体に所属する保健師を対象とした調査

有効回答数は1,135件で、平成25年10月に厚生労働省が公表した平成25年度保健師活動領域調査（以下、領域調査という）における全国の都道府県・保健所設置市・特別区・市町村に所属する常勤保健師数32,516人の3.5%であった。「都道府県」は235人で領域調査4,929人の4.8%、「保健所設置市及び特別区」は266人で領域調査8,261人の3.2%、「市町村」は622人で領域調査19,326人の3.2%であった。

経験年数は平均17.4 ± 11.2年で、新任期（5年目まで）が246人（21.7%）、中堅期前期（10年目まで）が132人（11.6%）、中堅期後期・管理職（11年目以降）744人（65.6%）であった（図1）。

職位は「係員」385人（33.8%）と「主務・主任」163人（14.4%）とを合わせると48.2%であった。（領域調査では62.9%）、「主査」159人（14.0%）と「係長」222人（19.5%）とを合わせると33.5%であった。（領域調査では23.5%）、「課長代理」は117人（10.2%）であった。（領域調査では10.2%）、「課長」は69人（6.1%）（領域調査では3.2%）、「部長以上」4人（0.4%）（領域調査では0.3%）、「無回答」16人（1.6%）であった（図2）。

活動分野は「保健分野」988人（87.1%）、「福祉分野」39人（3.4%）、「介護保険分野」48人（4.2%）、「その他」46人（4.1%）、「無回答」14人（1.2%）であった（図3）。

学歴は「専門学校」614人（54.1%）、「短期大学専攻科」144人（12.7%）、「大学」341人（30.1%）、「大学院」23人（2.0%）、「無回答」13人（1.1%）であった（図4）。

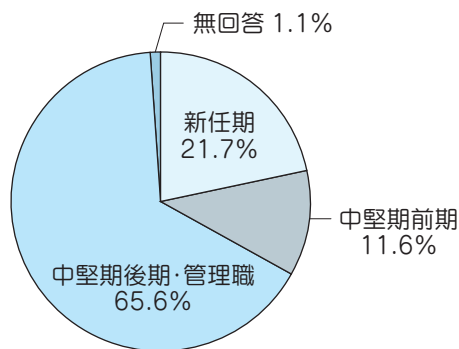


図1. 経験年数

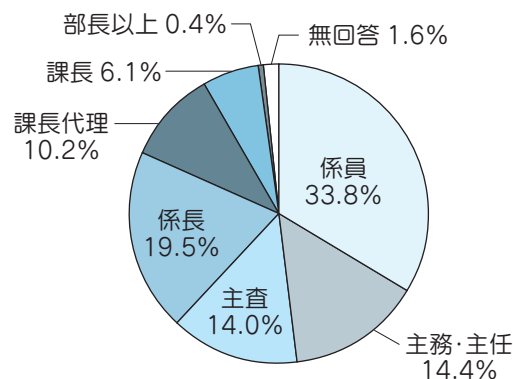


図2. 職位

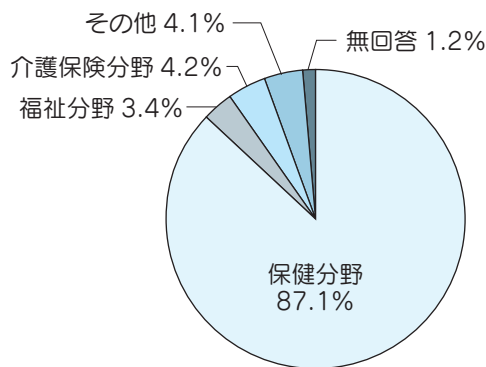


図3. 活動分野

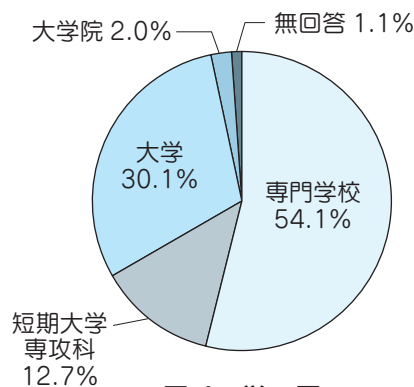


図4. 学歴

1) 調査対象者の特徴について

(1) 概要

自治体に所属する保健師の同じ職場の上司は、「事務職」が552人(48.6%)、「保健師」が415人(36.6%)、「医師・歯科医師」が111人(9.8%)、「獣医師・薬剤師」が9人(0.8%)、「栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士」が6人(0.5%)、「その他」が27人(2.4%)、「無回答」が15人(1.3%)であった。業務体系をみると、地区分担と業務分担の「重層型」が一番多く467人(41.0%)で、「地区分担制」をとっている自治体が171人(15.1%)、「業務分担制」が386人(33.9%)、無回答が111人(10.0%)であった(図5)。「自治体独自の『保健師の活動指針』」については「有る」が276人(24.3%)で、「無い」が680人(59.9%)、「わからない」が170人(15.0%)、「無回答」が9人(0.8%)であった(図6)。

職場内で、「定期的に連絡会を実施している」のは940人(82.8%)で、「連絡会があるが定例化していない」は106人(9.3%)、「連絡会が無い」は81人(7.1%)であった。「課や係を超えた保健師同士のつながり」については、「有る」が992人(87.4%)、「無い」が75人(6.6%)、「わからない」が57人(5.0%)であった。

人材育成について、「保健師の人材育成マニュアル」は「有る」が568人(50.0%)、「無い」が467人(41.1%)「わからない」が92人(8.1%)であった。「新採用者に対するプリセプター等の教育制度」は「有る」が868人(76.5%)で、「無い」が226人(19.9%)、「わからない」が31人(2.7%)であった。また、「経験年数別の研修会の開催」は「有る」が674人(59.4%)、「無い」が419人(36.9%)、「わからない」が29人(2.6%)であった。

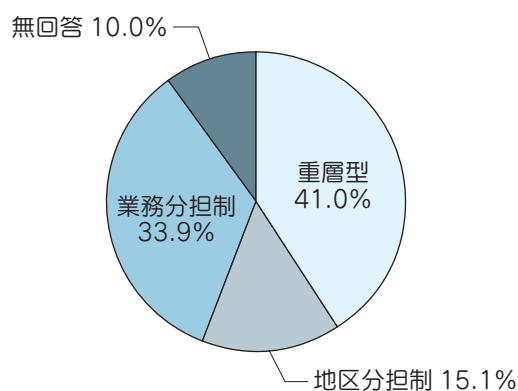


図5. 業務体系

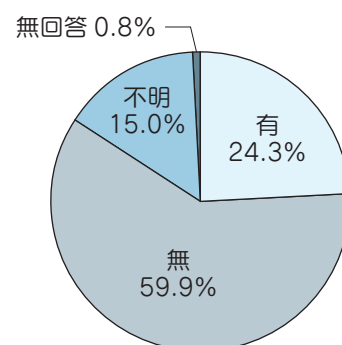


図6. 活動指針の有無

「統括的な役割を担う保健師」について「有る」が793人(69.9%)、「無い」が234人(20.6%)、「わからない」が98人(8.6%)であった。「悩んだときに相談できる人」は「有る」が1,083人(95.4%)、「無い」が44人(3.9%)であった。

「管轄地域、担当業務に関する地域診断」については、「実施している」が640人(56.4%)で、「実施していない」が480人(42.3%)であった。

「関係機関や関係者の名簿」については、「作成している」が607人(53.5%)で、「作成していない」が513人(45.2%)であった。また、「管轄地域の自治会長との関係性」については、「面識が無い」が450人(39.6%)、「名前がわかる程度」が219人(19.3%)、「一方向の情報収集や報告をする程度」が119人(10.5%)、「事業を協働する程度」が116人(10.2%)、「挨拶をする程度」が84人(7.4%)であった。

「民生児童委員とどのように連携しているか」については、「事業の実施」が513人（45.2%）で一番多く、「事業の企画」が179人（15.8%）、「事業の評価」が100人（8.8%）であり、「連携していない」が315人（27.8%）であった。

「協働した地域住民や住民組織」は「ある」が777人（68.5%）で、「ない」が332人（29.3%）であった。

訪問実件数は829人から回答があり、平均6.3件/月、標準偏差7.4件であった。訪問延べ件数は817人から回答があり、平均7.9件/月、標準偏差11.4件であった。コーディネート個別件数は731人から回答があり、9.3件/月、標準偏差21.2件であった。

活動単位については767人から回答があり、1か月の活動時間を100とした場合に、家庭訪問が占める割合は平均 10.9 ± 12.3 、地区組織活動が占める割合は平均 2.6 ± 5.4 、個別コーディネートが占める割合は平均 4.6 ± 6.9 、地域コーディネートが占める割合は平均 5.1 ± 7.9 であった。

（2）ソーシャルキャピタルの醸成を図った経験

ソーシャルキャピタルの醸成を図った経験については、「有」が675人（59.5%）、「無」が326人（28.7%）、「図ろうとしたがうまくいかなかった」が83人（7.3%）であった（図7）。

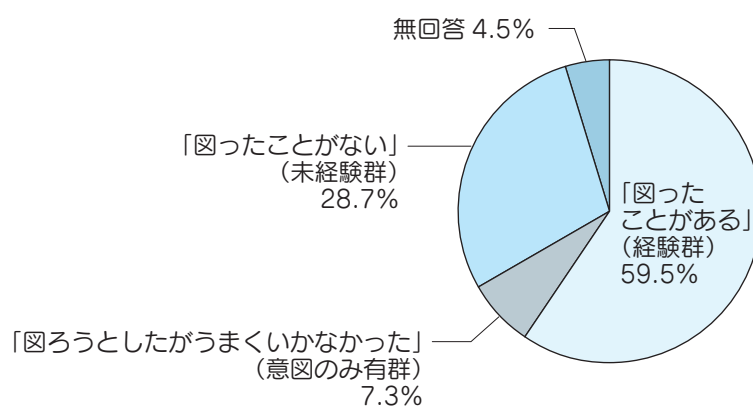


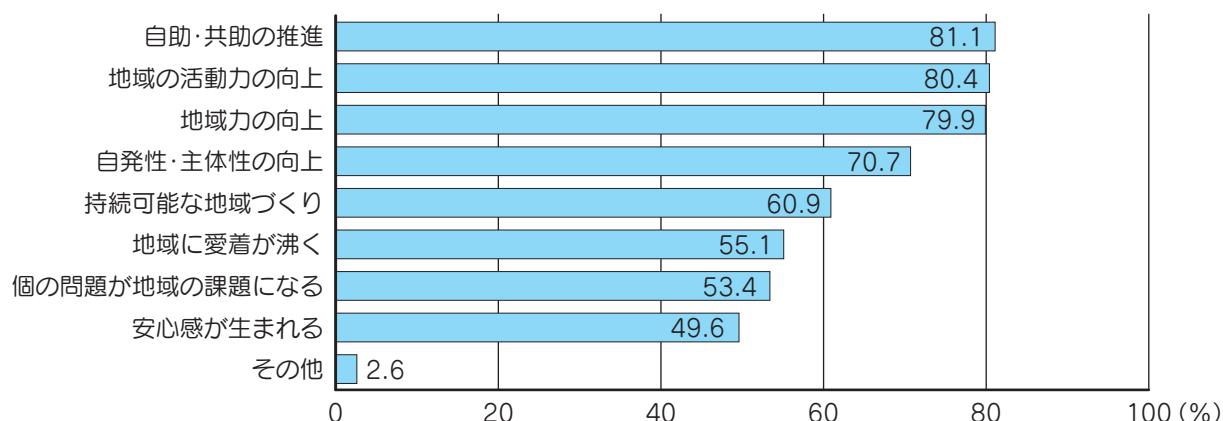
図7. ソーシャルキャピタルの醸成経験

ソーシャルキャピタルの醸成を図った経験がない理由については、「自分にスキルがなかった」が219人（19.3%）、「方法がわからなかった」が180人（15.9%）、ついで「時間がなかった」126人（11.1%）「業務ではなかった」67人（5.9%）「職場で前例がなかった」56人（4.9%）の順で「必要性を感じなかった」は24人（2.1%）であった。（複数回答）

（3）ソーシャルキャピタルの醸成がもたらす効果

保健師としてソーシャルキャピタルが醸成されることによって、地域にどのような効果があるかを考えるかについて図8に示した。「自助・共助の推進」が920人（81.1%）、「地域の活動力が向上する」が912人（80.4%）、「地域力が向上する」が907人（79.9%）、「自発性・主体性の向上」が803人（70.7%）、「持続可能な地域づくり」が691人（60.9%）、「地域に愛着がわく」が625人（55.1%）、「個の問題が地域の課題になる」が606人（53.4%）の順に多かった。

図 8. ソーシャルキャピタルが醸成されることによって地域にもたらされる効果



「ソーシャルキャピタルが醸成された」ということは「地域が動いた」という表現で適切かどうかでは、「そう思う」が199人(17.5%)、「ややそう思う」が532人(46.9%)で、合わせて731人(64.4%)であり、「どちらともいえない」が276人(24.3%)であった。

「これまでに行ってきた保健師活動の中で『地域が動いた』と感じる経験」について「あった」が633人(55.8%)であり、「なかった」が469人(41.3%)であった。

「地域が主体的あるいは自律的に動く」ことについての認識について表1に示した。

表 1-1. 「地域が主体的あるいは自律的に動く」ことについての認識

	「地域が動いた」 感覚有群	「地域が動いた」 感覚無群	U 検定 P 値
1 私の担当する地域には、地域が動かなければ解決できない課題がある			
そう思う	300 (47.9%)	122 (26.7%)	<0.01
ややそう思う	178 (28.4%)	124 (27.1%)	
どちらとも言えない	130 (20.8%)	178 (38.9%)	
あまりそう思わない	16 (2.6%)	26 (5.7%)	
そう思わない	2 (0.3%)	7 (1.5%)	
2 「地域が動く」 きっかけとして、明確な例が挙げられる			
そう思う	161 (25.7%)	35 (7.6%)	<0.01
ややそう思う	170 (27.2%)	102 (22.2%)	
どちらとも言えない	229 (36.6%)	188 (41.0%)	
あまりそう思わない	49 (7.8%)	82 (17.9%)	
そう思わない	17 (2.7%)	52 (11.3%)	
3 「地域が動く」 ためには、キーパーソンが必要である			
そう思う	488 (77.3%)	303 (65.4%)	<0.01
ややそう思う	121 (19.2%)	132 (28.5%)	
どちらとも言えない	17 (2.7%)	24 (5.2%)	
あまりそう思わない	4 (0.6%)	3 (0.6%)	
そう思わない	1 (0.2%)	1 (0.2%)	

表 1-2. 「地域が主体的あるいは自律的に動く」ことについての認識

	「地域が動いた」 感覚有群	「地域が動いた」 感覚無群	U 検定 P 値
4 「地域が動く」ためには、住民の主体的参加が不可欠である			
そう思う	487 （77.3%）	327 （70.3%）	0.01
ややそう思う	120 （19.0%）	119 （25.6%）	
どちらとも言えない	18 （2.9%）	14 （3.0%）	
あまりそう思わない	4 （0.6%）	2 （0.4%）	
そう思わない	1 （0.2%）	3 （0.6%）	
5 「地域が動く」ためには、住民の思いを引き出すことが重要である			
そう思う	484 （76.8%）	320 （69.1%）	<0.01
ややそう思う	133 （21.1%）	119 （25.7%）	
どちらとも言えない	12 （1.9%）	18 （3.9%）	
あまりそう思わない	0 （0.0%）	4 （0.9%）	
そう思わない	1 （0.2%）	2 （0.4%）	
6 「地域が動く」ためには、保健師による方向付けが重要である			
そう思う	116 （18.4%）	58 （12.5%）	0.04
ややそう思う	245 （39.0%）	195 （42.1%）	
どちらとも言えない	206 （32.8%）	148 （32.0%）	
あまりそう思わない	52 （8.3%）	49 （10.6%）	
そう思わない	10 （1.6%）	13 （2.8%）	
7 「地域が動く」ためには、保健師による継続的な働きかけが重要である			
そう思う	185 （29.5%）	101 （21.8%）	<0.01
ややそう思う	260 （41.4%）	176 （38.0%）	
どちらとも言えない	135 （21.5%）	120 （25.9%）	
あまりそう思わない	42 （6.7%）	57 （12.3%）	
そう思わない	6 （1.0%）	9 （1.9%）	
8 「地域が動く」ためには、地域としての活動を他者から認められることが不可欠である			
そう思う	235 （37.5%）	149 （32.2%）	<0.01
ややそう思う	260 （41.5%）	170 （36.7%）	
どちらとも言えない	110 （17.5%）	112 （24.2%）	
あまりそう思わない	19 （3.0%）	22 （4.8%）	
そう思わない	3 （0.5%）	10 （2.2%）	

※ Mann-Whitney 法による順位和検定

「地域が主体的あるいは自律的に動く」ような活動をした経験がある者に対して、その時にどのように感じたかについては表 2 に示した。

表 2. 「地域が主体的あるいは自律的に動く」ような活動がもたらした保健師の変化

項 目	そう思う 人数 N (%)	やや そう思う 人数 N (%)	どちらとも 言えない 人数 N (%)	あまりそう 思わない 人数 N (%)	そう 思わない 人数 N (%)
キャリアアップしたと感じた	99 (15.8)	172 (27.5)	205 (32.8)	118 (18.9)	31 (5.0)
保健師活動への意欲が増した	314 (50.0)	245 (39.0)	52 (8.3)	13 (2.1)	4 (0.6)
保健師の仕事に自信が持てた	202 (32.2)	267 (42.6)	128 (20.4)	18 (2.9)	12 (1.9)
保健師の仕事が面白いと感じた	370 (58.9)	206 (32.8)	43 (6.8)	6 (1.0)	3 (0.5)
保健師活動の醍醐味であると 感じた	268 (42.7)	239 (38.1)	101 (16.1)	13 (2.1)	6 (1.0)
地区活動で目標としていること に近づいた	135 (21.6)	374 (59.8)	113 (18.1)	2 (0.3)	1 (0.2)

2) 保健師がソーシャルキャピタルを醸成する目的

ソーシャルキャピタルの醸成を図ったことがあると回答した者に醸成の目的を尋ねたところ、「健康なまちづくり」が 313 人 (46.4%)、「地域のリーダー育成」が 301 人 (44.6%)、「当事者のグループ化」が 277 人 (41.0%)、「見守り等地域でのネットワークづくり」が 264 人 (39.1%)、「障がい者・母子等の居場所づくり」が 251 人 (37.2%)、「運動・禁煙等良い保健行動の継続」が 150 人 (22.2%)、「地域保健福祉計画等の策定」が 137 人 (20.3%)、「その他」が 41 人 (6.1%) であった。(複数回答)

ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じるのは地域にどのような変化があった時だと思うかについては、中山貴美子らが住民組織の活動範囲や活動内容の拡がり、メンバー間の仲間意識やつながりの強さ等を評価するために作成した「住民組織のコミュニティ・エンパワメント評価指標」14 項目⁹⁾を参考とし、これに独自の項目 3 つを加えた 17 項目により、ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じる地域の変化について評価した。「そう思う」、「ややそう思う」、「どちらとも言えない」、「あまりそう思わない」、「思わない」という回答の分布を表 3 に示した。

表 3-1. ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じる地域の変化

番号	項 目	そう思う 人数 N (%)	やや そう思う 人数 N (%)	どちらとも 言えない 人数 N (%)	あまりそう 思わない 人数 N (%)	思わない 人数 N (%)	無回答 人数 N (%)
A. 民主的な住民組織としての成長							
1	地域が、組織運営や活動に関する意思決定を構成員の合意で行うようになった時	657 (57.9)	326 (28.7)	94 (8.3)	22 (1.9)	5 (0.4)	31 (2.7)
2	地域が、活動の企画運営を行うようになった時	774 (68.2)	266 (23.4)	54 (4.8)	7 (0.6)	4 (0.4)	30 (2.6)

表 3-2. ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じる地域の変化

番号	項 目	そう思う 人数 N(%)	やや そう思う 人数 N(%)	どちらとも 言えない 人数 N(%)	あまりそう 思わない 人数 N(%)	思わない 人数 N(%)	無回答 人数 N(%)
3	地域が、地域全体として役割分担をするなど 協力し合える関係ができた時	793 (69.9)	259 (22.8)	47 (4.1)	3 (0.3)	3 (0.3)	30 (2.6)
4	地域が、各構成員の意見を尊重する雰囲気 ができた時	538 (47.4)	429 (37.8)	118 (10.4)	16 (1.4)	4 (0.4)	30 (2.6)
5	地域住民が、自分たちの活動のやりがいや喜 びを語り合うようになった時	755 (66.5)	282 (24.8)	63 (5.6)	4 (0.4)	1 (0.1)	30 (2.6)
B. 住民組織の地域の健康課題解決への志向性							
6	地域が、地域の健康づくりを実現するための 活動目的を持つようになった時	747 (65.8)	296 (26.1)	54 (4.8)	5 (0.4)	4 (0.4)	29 (2.6)
7	地域住民が、地域の人々に共通する健康課題 について共有するようになった時	635 (55.9)	380 (33.5)	73 (6.4)	12 (1.1)	4 (0.4)	31 (2.7)
8	地域が、地域の人々に共通する健康課題解決 のために役割を果たすようになった時	785 (69.2)	258 (22.7)	53 (4.7)	5 (0.4)	4 (0.4)	30 (2.6)
C. 地域の社会資源としての住民組織の活動							
9	地域が、地域の人々が参加できるような活動 を行うようになった時	630 (55.5)	363 (32.0)	97 (8.5)	10 (0.9)	5 (0.4)	30 (2.6)
10	地域が、健康づくりについて地域の人々が参 加できるような学習会を行うようになった時	527 (46.4)	401 (35.3)	146 (12.9)	24 (2.1)	6 (0.5)	31 (2.7)
11	地域が、自分たちの活動とその成果を地域の 人々や関係者に発表するようになった時	573 (50.5)	348 (30.7)	146 (12.9)	33 (2.9)	5 (0.4)	30 (2.6)
12	地域が、保健計画などの立案・推進過程に参 画するようになった時	571 (50.3)	354 (31.2)	160 (14.1)	13 (1.1)	6 (0.5)	31 (2.7)
13	地域が、他の地域等と協働活動をするように なった時	577 (50.8)	360 (31.7)	147 (13.0)	17 (1.5)	4 (0.4)	30 (2.6)
14	地域が、行政や専門家と協働活動するようにな った時	502 (44.2)	400 (35.2)	166 (14.6)	31 (2.7)	5 (0.4)	31 (2.7)
D. その他							
15	地域住民の中でリーダーが育成された時	577 (50.8)	394 (34.7)	119 (10.5)	13 (1.1)	2 (0.2)	30 (2.6)
16	地域住民の保健行動や仕組みが継続できて いる時	698 (61.5)	303 (26.7)	89 (7.8)	12 (1.1)	3 (0.3)	30 (2.6)
17	地域から要望が出されるなど保健師に対す る期待に変化があった時	354 (31.2)	409 (36.0)	266 (23.4)	45 (4.0)	16 (1.4)	45 (4.0)

3) ソーシャルキャピタルの醸成を図るために必要な要件

ソーシャルキャピタルの醸成を「図ったことがある」群（以下、【経験群】とした）、「図ろうとしたがうまくいかなかった」群（以下、【意図のみあり群】とした）、「図ったことがない」群（以下、【未経験群】とした）の3群に分けて比較した。経験年数は【経験群】が平均 20.1 ± 12.3 年、【意図のみあり群】が平均 17.5 ± 10.0 年、【未経験群】が平均 10.4 ± 9.5 年であった。

(1) 組織体制・人材育成状況との関連

ソーシャルキャピタル醸成経験と組織体制・人材育成状況との関連を表 4 に示した。

組織体制については、3 群間で「所属自治体」、「上司の職種」、「統括的な役割を担う保健師の存在」、「保健師同士の課係を超えた横のつながり」、「自治体独自の『保健師活動指針』の存在」に差があった。人材育成状況については、3 群間で「保健師の人材育成マニュアルの存在」、「新採用者に対する教育制度」、「仕事のことで相談ができる人の存在」に差があった。

各群の特徴として、【経験群】では、所属については「保健所設置市・特別区」が多く、上司については「医師・管理栄養士等の専門職」が多く、組織体制については、「朝礼や連絡会が定例化している」が多く、「統括的な役割を担う保健師の存在がわからない」が少なく、「保健師同士の課係を超えた横のつながりがある」が多く、「自治体独自の『保健師活動指針』の存在がある」が多かった。人材育成状況については、「保健師の人材育成マニュアルがある」が多く、「経験年齢別の研修会がある」が多く、「新採用者に対する教育制度の存在がわからない」が少なかった。【意図のみあり群】では、上司については「事務職」が多く、人材育成状況については、「新採用者に対する教育制度の存在がわからない」が多く、「仕事の事で相談できる人の存在がいない」が多かった。【未経験群】では、所属については「市町村」が多く、上司については「医師・管理栄養士等の専門職」が少なく、組織体制については、「統括的役割を担う保健師の存在がわからない」が多く、「保健師同士の課係を超えた横のつながりがないもしくはわからない」が多く、「自治体独自の『保健師活動指針』の存在がわからない」が多かった。人材育成状況については、「保健師の人材育成マニュアルがある」が少なく、「保健師の人材育成マニュアルがあるかどうかわからない」が多かった。

表 4-1. ソーシャルキャピタル醸成経験と組織体制・人材育成状況との関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数(割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数(割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数(割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
(1) 組織体制					
①所属自治体	都道府県	142 (21.1%) 0.3	16 (19.3%) -0.4	67 (20.7%) -0.1	0.02
	保健所設置市・特別区	184 (27.3%) 3.1	18 (21.7%) -0.5	59 (18.2%) -3.0	
	市町村	348 (51.6%) -2.9	49 (59.0%) 0.8	198 (61.1%) 2.6	

表 4-2. ソーシャルキャピタル醸成経験と組織体制・人材育成状況との関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数(割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数(割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数(割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
(1) 組織体制					
②上司の職種	事務職	316 (47.2%) -1.8	53 (63.9%) 2.9	162 (50.0%) 0.2	<0.01
	医師・管理栄養士 等の専門職	96 (14.7%) 4.1	4 (5.0%) -1.9	21 (6.6%) -3.3	
	保健師	242 (36.1%) -0.9	23 (27.7%) -1.9	135 (41.7%) 1.9	
③朝礼や連絡会の 定例化	定例化している	575 (85.3%) 2.1	63 (75.9%) -1.9	266 (81.6%) -1.1	0.06
	定例化していない	51 (7.6%) -2.3	14 (16.9%) 2.5	34 (10.4%) -1.0	
	朝礼や連絡会が ない	48 (7.1%) -0.4	6 (7.2%) 0.5	26 (8.0%) -0.1	
④統括的な役割を 担う保健師の存在	いる	478 (70.9%) 0.7	58 (70.7%) 0.1	223 (68.6%) -0.8	<0.01
	いない	152 (22.6%) 1.4	18 (22.0%) 0.2	59 (18.2%) -1.6	
	わからない	44 (6.5%) -3.1	6 (7.3%) -0.4	43 (13.2%) 3.6	
⑤保健師同士の 課系を超えた 横のつながり	ある	613 (91.4%) 4.3	71 (85.5%) -0.7	267 (81.9%) -0.7	<0.01
	ない・わからない	58 (8.6%) -4.3	12 (14.5%) 0.7	59 (18.1%) 4.1	
⑥自治体独自の 「保健師の活動指針」 の存在	ある	187 (27.7%) 3.2	19 (22.9%) -0.4	59 (18.2%) -3.1	<0.01
	ない	423 (62.7%) 1.7	53 (63.9%) 0.6	181 (55.9%) -2.1	
	わからない	65 (9.6%) -6.2	11 (13.3%) -0.4	84 (25.9%) 6.7	
(2) 人材育成状況					
①保健師の人材育成 マニュアル	ある	368 (54.5%) 3.4	39 (47.0%) -0.7	140 (43.1%) -3.2	<0.01
	ない	271 (40.1%) -1.0	39 (47.0%) 1.1	137 (42.2%) 0.4	
	わからない	36 (5.3%) -4.4	5 (6.0%) -0.8	48 (14.8%) 5.1	

表 4-3. ソーシャルキャピタル醸成経験と組織体制・人材育成状況との関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数(割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数(割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数(割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
(2) 人材育成状況					
②経験年齢別の 研修会	ある	418 (62.3%) 2.3	44 (53.0%) -1.3	181 (55.9%) -1.7	0.07
	ない・わからない	253 (37.7%) -2.3	39 (47.0%) 1.3	143 (40.4%) 1.7	
③新採用者に対する 教育制度の存在	ある	528 (78.6%) 1.2	58 (69.9%) -1.7	250 (76.7%) -0.3	0.04
	ない	132 (19.6%) -0.6	19 (22.9%) 0.7	66 (20.2%) 0.1	
	わからない	12 (1.8%) -2.1	6 (7.2%) 2.8	10 (3.1%) 0.6	
④仕事の事で相談が できる人の存在	いる	650 (96.4%) 0.3	76 (91.6%) -2.4	317 (97.2%) 1.1	<0.05
	いない	24 (3.6%) -0.3	7 (8.4%) 2.4	9 (2.8%) -1.1	

(2) 自己研鑽との関連

ソーシャルキャピタルの醸成経験と自己研鑽との関連を表5に示した。自己研鑽については、3群間で「本を読む」、「雑誌を読む」、「文献を読む」、「研究をする」、「研究発表をする」、「雑誌に投稿する」、「ケアマネジャー・精神保健福祉士等の資格を取得する」の経験に有意な差があった。

表 5-1. ソーシャルキャピタルの醸成経験と自己研鑽との関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数 N (%)	(イ) 意図のみあり群 人数 N (%)	(ウ) 未経験群 人数 N (%)	χ^2 検定 P 値
(1) 本を読む	経験あり	637 (94.4)	76 (91.6)	287 (88.0)	<0.01
	経験なし	38 (5.6)	7 (8.4)	39 (12.0)	
(2) 雑誌を読む	経験あり	630 (93.3)	71 (85.5)	274 (84.0)	<0.01
	経験なし	45 (6.7)	12 (14.5)	52 (16.0)	
(3) 文献を読む	経験あり	498 (73.8)	62 (74.7)	180 (55.2)	<0.01
	経験なし	177 (26.2)	21 (25.3)	146 (44.8)	
(4) 研究をする	経験あり	283 (41.9)	37 (44.6)	60 (18.4)	<0.01
	経験なし	392 (58.1)	46 (55.4)	266 (81.6)	
(5) 研究発表をする	経験あり	355 (52.6)	38 (45.8)	72 (22.1)	<0.01
	経験なし	320 (47.4)	45 (54.2)	254 (77.9)	

表 5-2. ソーシャルキャピタルの醸成経験と自己研鑽との関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数 N (%)	(イ) 意図のみあり群 人数 N (%)	(ウ) 未経験群 人数 N (%)	χ^2 検定 P 値
(6) 論文を書く	経験あり	62 (9.2)	8 (9.6)	17 (5.2)	0.08
	経験なし	613 (90.8)	75 (90.4)	309 (94.8)	
(7) 雑誌に投稿する	経験あり	82 (12.1)	8 (9.6)	10 (3.1)	<0.01
	経験なし	593 (87.9)	75 (90.4)	316 (96.9)	
(8) セミナーに参加する	経験あり	539 (79.9)	66 (79.5)	218 (66.9)	<0.01
	経験なし	136 (20.1)	17 (20.5)	108 (33.1)	
(9) ケアマネジャー・精神保健福祉士等の資格を取得する	経験あり	376 (55.7)	45 (54.2)	84 (25.8)	<0.01
	経験なし	299 (44.3)	38 (45.8)	242 (74.2)	

(3) 活動状況との関連

ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動状況との関連を表 6 に示した。3 群間で「業務形態」に特に差はなく、「地域診断の実施」、「関係機関や関係者の名簿の作成」、「管轄地域の自治会長との関係性」に有意な差があった。

各群の特徴として、【経験群】では、「地域診断を行っている」が多く、「関係機関や関係者の名簿の作成を行っている」が多く、「管轄地域の自治会長との関係性について面識がない」が少なく、「管轄地域の自治会長との関係性について一方向の情報収集や報告をする程度」が多く、「管轄地域の自治会長との関係性について双方向の意見交換をする程度」が多く、「管轄地域の自治会長との関係性について事業を協働する程度」が多かった。【未経験】群では、「地域診断を行っている」が少なく、「関係機関や関係者の名簿の作成を行っている」が少なく、「管轄地域の自治会長との関係性について面識がない」が多く、「管轄地域の自治会長との関係性について一方向の情報収集や報告をする程度」、「管轄地域の自治会長との関係性について双方向の意見交換をする程度」、「管轄地域の自治会長との関係性について事業を協働する程度」が少なかった。

表 6-1. ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動状況の関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数 (割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数 (割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数 (割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
(1) 業務形態	地区分担制	99 (15.0%) -0.8	11 (13.4%) -0.6	57 (17.6%) 1.2	0.58
	業務分担制	226 (34.1%) -0.7	32 (39.0%) 0.8	115 (35.6%) 0.3	
	重層型	281 (42.4%) 0.6	36 (43.9%) 0.4	128 (39.6%) -0.9	
	その他	56 (8.5%) 1.2	3 (3.7%) -1.4	23 (7.1%) -0.6	

表 6-2. ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動状況の関連

項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数 (割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数 (割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数 (割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
(2) 地域診断の 実施	行っている	437 (65.1%) 6.6	46 (56.1%) -0.2	134 (41.5%) -6.9	<0.01
	行っていない	234 (34.9%) -6.6	36 (43.9%) 0.2	189 (58.5%) 6.9	
(3) 関係機関や 関係者の名簿の 作成	行っている	426 (63.6%) 7.8	43 (52.4%) -0.4	116 (35.8%) -8.0	<0.01
	行っていない	244 (36.4%) -7.8	39 (47.6%) 0.4	208 (64.2%) 8.0	
(4) 管轄地域の 自治会長との 関係性	面識がない	232 (36.0%) -4.6	26 (31.7%) -1.7	173 (53.7%) 6.8	<0.01
	名前がわかる程度	127 (19.2%) -0.3	18 (22.0%) 0.6	63 (19.6%) 0.0	
	顔がわかる程度	38 (6.7%) 0.4	4 (4.9%) -0.3	17 (5.3%) -0.2	
	挨拶をする程度	49 (7.4%) -0.2	10 (12.2%) 1.7	21 (6.5%) -0.8	
	一方向の情報収集や 報告をする程度	83 (12.6%) 2.2	12 (14.6%) 1.1	21 (6.5%) -3.0	
	双方向の意見交換を する程度	49 (7.4%) 3.2	5 (6.1%) 0.2	6 (1.9%) -3.5	
	事業を協働する程度	84 (12.7%) 3.0	7 (8.5%) -0.6	21 (6.5%) -2.8	

(4) 活動時間等との関連

ソーシャルキャピタルの醸成経験と訪問・コーディネート件数との関連を表 7 に示した。

【経験群】は【未経験群】に比べ、「コーディネート件数」が有意に多かった。3 群の間で「訪問実件数」、「訪問延件数」には有意な差はなかった。

ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動時間との関連を表 8 に示した。【未経験群】は【経験群】に比べ、「活動時間における訪問の占める割合」が有意に高く、「活動時間における地域コーディネート」の占める割合」が有意に低く、「活動時間における地区組織活動の占める割合」が有意に低かった。【意図のみあり群】は【経験群】に比べ、「活動時間における地区組織活動の占める割合」が有意に低かった。【意図のみ群】は【未経験群】に比べ、「活動時間における訪問・個別コーディネート・地域コーディネート・地区組織活動の占める割合」に差はなかった。

表 7. ソーシャルキャピタルの醸成経験と訪問・コーディネート件数との関連

項目	(ア) 経験群	(イ) 意図のみ あり群	(ウ) 未経験群	P 値		
				アイ間	アウ間	イウ間
(1) 訪問実件数	N=511 5.9 ± 7.1 件	N=68 8.1 ± 9.9 件	N=233 6.4 ± 6.8 件	0.08	0.35	0.19
(2) 訪問延件数	N=504 7.7 ± 12.5 件	N=65 9.8 ± 11.7 件	N=231 8.0 ± 8.6 件	0.18	0.71	0.25
(3) 個別コーディネート 件数	N=466 10.0 ± 23.4 件	N=62 12.8 ± 24.4 件	N=193 6.6 ± 13.2 件	0.40	0.02	0.60

表 8. ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動時間等との関連

項目	(ア) 経験群	(イ) 意図のみ あり群	(ウ) 未経験群	P 値		
				アイ間	アウ間	イウ間
(1) 活動時間における 訪問の占める割合	N=482 9.3 ± 10.6	N=64 11.5 ± 13.6	N=209 14.2 ± 14.7	0.22	<0.01	0.18
(2) 活動時間における 個別コーディネートの占める割合	N=364 6.4 ± 7.6	N=52 5.8 ± 7.3	N=144 5.6 ± 6.8	0.42	0.27	0.94
(3) 活動時間における 地域コーディネートの占める割合	N=481 6.1 ± 8.3	N=64 5.2 ± 11.0	N=209 2.8 ± 5.1	0.55	<0.01	0.10
(4) 活動時間における 地区組織活動の占める割合	N=479 3.1 ± 6.2	N=64 1.3 ± 2.6	N=209 1.7 ± 3.9	<0.01	<0.01	0.43

(5) 組織における必要な条件と阻害する条件との関連

ソーシャルキャピタルの醸成経験と組織における必要な条件との関連を表 9 に示した。

組織における条件については、3 群間で「上司の理解」、「同僚の理解」、「組織の理解・合意」、「人事異動時の引継ぎ」、「直接住民に関わる業務」、「時間的余裕」、「活動場所」に有意な差があった。「協力者の存在」、「助言者・相談者の存在」、「活動方針がある」、「地域役員・関係団体の理解」、「地域住民の理解」については 3 群間に有意な差はなかった。

各群の特徴については、ソーシャルキャピタルの醸成を図る上で必要な組織における条件として、【経験群】は「上司の理解」、「同僚の理解」、「組織の理解・合意」、「人事異動時の引継ぎ」、「直接住民に関わる業務」、「活動場所」を選択した人が多く、「時間的余裕」を選択した人が少なかった。【未経験群】は「上司の理解」、「同僚の理解」、「組織の理解・合意」、「活動方針」、「人事異動時の引継ぎ」、「地域役員・関係団体の理解」、「活動場所」を選択した人が少なく、「時間的余裕」を選択した人が多かった。

表 9. ソーシャルキャピタルの醸成経験と必要な組織における条件との関連

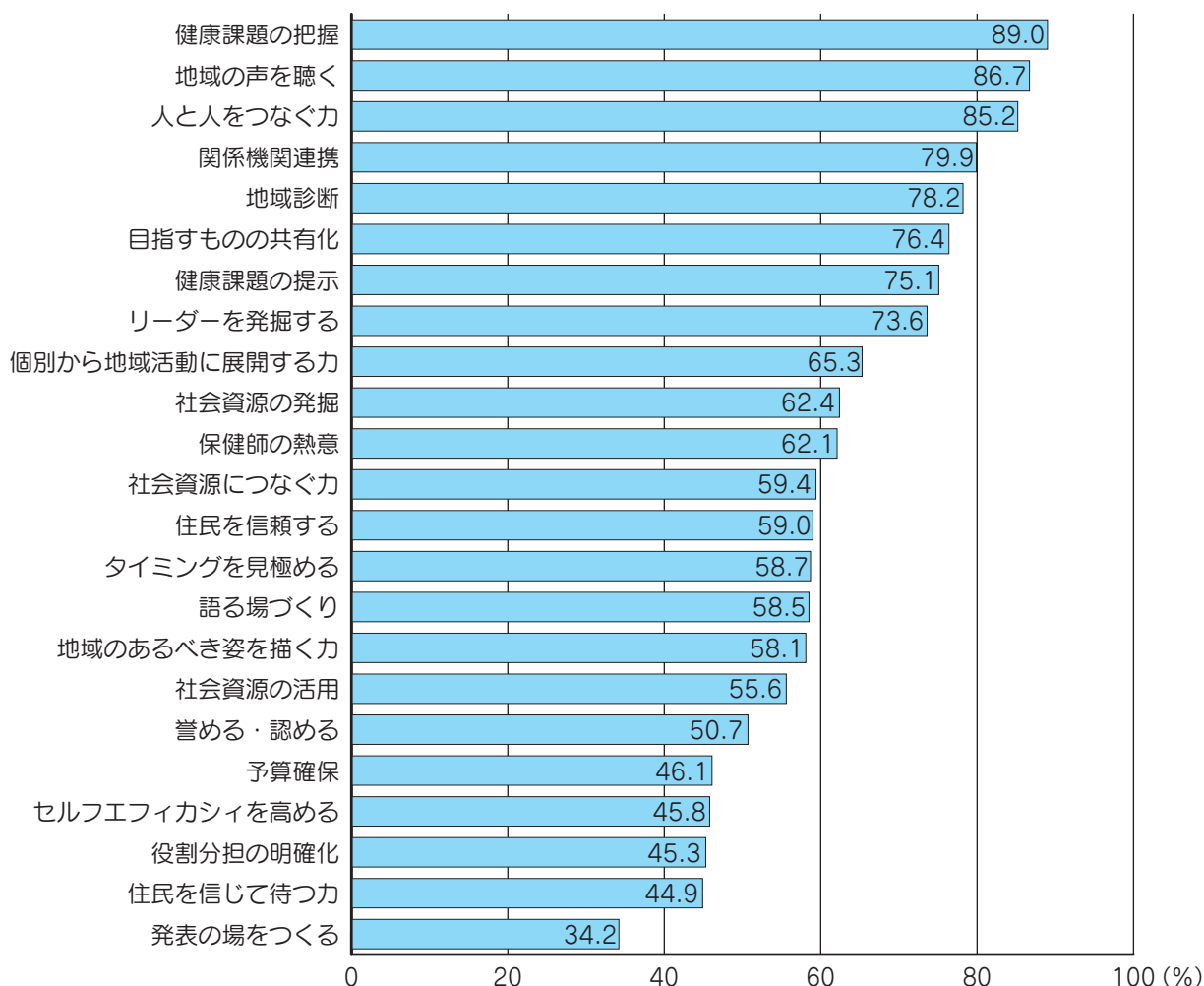
項 目	選択肢	(ア) 経験群 人数 (割合) 調整済み残差	(イ) 意図のみあり群 人数 (割合) 調整済み残差	(ウ) 未経験群 人数 (割合) 調整済み残差	χ^2 検定 P 値
上司の理解	あり	455 (67.4%) 3.6	49 (59.0%) -0.8	182 (55.8%) -3.3	0.01
	なし	220 (32.6%) -3.6	34 (41.0%) 0.8	144 (44.2%) 3.3	
同僚の理解	あり	417 (61.8%) 5.4	46 (55.4%) 0.0	138 (42.3%) -5.7	0.01
	なし	258 (38.2%) -5.4	37 (44.6%) 0.0	188 (57.7%) 5.7	
組織の理解・合意	あり	542 (80.3%) 2.9	61 (73.5%) -0.9	236 (72.4%) -2.6	0.01
	なし	133 (19.7%) -2.9	22 (26.5%) 0.9	90 (27.6%) 2.6	
協力者の存在	あり	558 (87.2%) -0.2	74 (89.2%) 1.6	226 (81.6%) -0.7	0.26
	なし	117 (17.3%) 0.2	9 (10.8%) -1.6	60 (18.4%) 0.7	
助言者・相談者の存在	あり	470 (69.6%) -0.3	60 (72.3%) 0.5	228 (69.9%) 0.0	0.88
	なし	205 (30.4%) 0.3	23 (27.7%) -0.5	98 (30.1%) 0.0	
活動方針がある	あり	388 (57.5%) 1.5	50 (60.2%) 0.9	166 (50.9%) -2.1	0.1
	なし	287 (42.5%) -1.5	33 (39.8%) -0.9	160 (49.1%) 2.1	
人事異動時の引継ぎ	あり	306 (45.3%) 3.8	40 (48.2%) 1.4	908 (30.1%) -4.8	<0.01
	なし	369 (54.7%) -3.8	43 (51.8%) -1.4	228 (69.9%) 4.8	
直接住民に関わる業務	あり	444 (65.8%) 6.1	51 (61.4%) 0.5	141 (43.3%) -6.8	<0.01
	なし	231 (34.2%) -6.1	32 (38.6%) -0.5	185 (56.7%) 6.8	
時間的余裕	あり	312 (46.2%) -2.8	46 (55.4%) 1.1	179 (54.9%) 2.3	0.02
	なし	363 (53.8%) 2.8	37 (44.6%) -1.1	147 (45.1%) -2.3	
地域役員・関係団体の理解	あり	482 (71.4%) 1.3	63 (75.9%) 1.2	214 (65.6%) -2.1	0.08
	なし	193 (28.6%) -1.3	20 (24.1%) -1.2	112 (34.4%) 2.1	
地域住民の理解	あり	495 (73.3%) 1.6	59 (71.1%) -0.1	222 (68.1%) -1.7	0.23
	なし	180 (26.7%) -1.6	24 (28.9%) 0.1	104 (31.9%) 1.7	
活動場所	あり	285 (42.2%) 5.2	26 (31.3%) -1.0	83 (25.5%) -4.9	<0.01
	なし	390 (57.8%) -5.2	57 (68.7%) 1.0	243 (74.5%) 4.9	

4) ソーシャルキャピタルの醸成を図るためのスキル

ソーシャルキャピタルの醸成について、【経験群】(n=675)が「ソーシャルキャピタルの醸成を図るために必要なスキルである」と回答した各項目の割合を図9に示した。

「健康課題の把握」89.0%、「地域の声を聴く」86.7%、「人と人をつなぐ力」85.2%の順に多かった。

図9. ソーシャルキャピタルの醸成を図るためのスキル

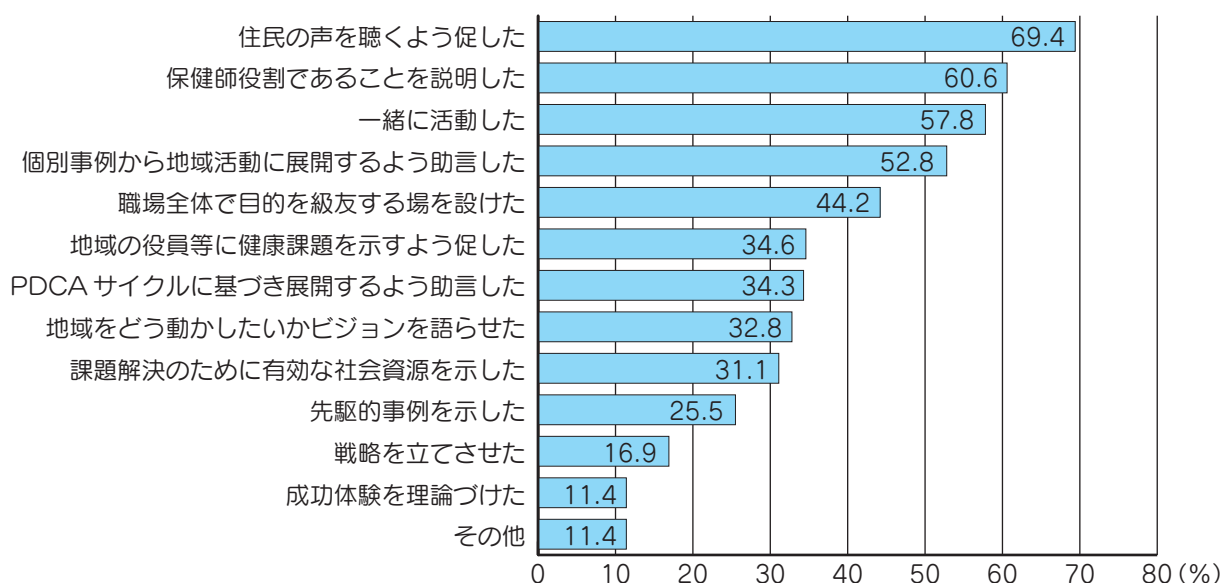


(1) ソーシャルキャピタルの醸成についての理念や技術の伝承

ソーシャルキャピタルの醸成を同僚や後輩に「伝えたことがある」のは396人(34.9%)であり、「伝えたことがない」が717人(63.2%)、「無回答」22人(1.9%)であった。

「伝えたことがある」と回答した者の、伝承した方法については図10に示した。「住民の声を聴くよう促した」が69.4%、「保健師役割であることを説明した」が60.6%、「一緒に活動した」が57.8%の順で多く、「先駆的事例を示した」が25.5%、「戦略を立てさせた」が16.9%、「成功体験を理論づけた」が11.4%と少なかった。

図 10. 伝承した方法



(2) 公衆衛生基本活動遂行能力との関連

ソーシャルキャピタルの醸成経験と岩本らによる「公衆衛生基本活動遂行尺度(BAPH 尺度)」における遂行能力¹⁰⁾との関連について表 10 に示した。

【経験群】と【未経験群】間では、全ての項目に有意な差があった。【経験群】と【意図のみあり群】間では、「アクセスと公平性の促進」因子の②「私は、地域に潜在する事例を住民・関係者・保健事業など複数経路からの情報を用いて発見する」、③「私は、民間サービスでは対応が難しい複雑・多問題をもつ事例の問題に関わりつづける」、「サービスの質と量の評価」因子の⑥「私は、健康課題の解決のために活動内容や方法が適正か否かを定期的に評価する」に有意な差があった。【意図のみあり群】と【未経験群】は、「アクセスと公平性の促進」因子の④「私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす」、⑤「私は、住民それぞれが健康保持・増進の行動を主体的に選択・決定できる情報・機会を与える」、「サービスの質と量の評価」因子の⑦「私は、健康課題とサービスの均衡を地区診断などの根拠のある方法で査定する」、「健康危機への予防的対応」因子の⑫「私は、健康危機の発生にそなえ所属の指針に基づいて予防的対応を行う」に有意な差があった。

3 群のデータ分布は正規分布であるとは言えなかったため、Kruskal-Wallis 検定を「アクセスと公平性の促進」、「サービスの質と量の評価」、「健康危機への予防的対応」の各因子及び総得点で行ったところ、全てに有意な差があった。

アクセスと公平性の促進については、【経験群】と【未経験群】との間に有意な差があった。サービスの質と量の評価については、【経験群】と【未経験群】との間に有意な差があった。危機管理への予防的対応については【経験群】と【未経験群】との間に有意な差があった。尺度全体については、【経験群】と【未経験群】との間に有意な差があった。

表 10. 公衆衛生基本活動遂行能力との関連

項 目	(ア) 経験群	(イ) 意図のみあり群	(ウ) 未経験群	P 値 アイ間 アウ間 イウ間
1. アクセスと公平性の促進	N=660 12.90 ± 5.02 点	N=82 11.59 ± 4.67 点	N = 314 10.36 ± 4.58 点	多重比較 ^{注1)} P 値 0.05 <0.01 0.10
①私は、自分からサービスにアクセスしない・できない事例を発見する	N=662 1.94 ± 1.27 点	N=82 1.66 ± 1.29 点	N = 317 1.56 ± 1.17 点	0.06 <0.01 0.52
②私は、地域に潜在する事例を住民・関係者・保健事業など複数経路からの情報を用いて発見する	N=663 3.02 ± 1.36 点	N=82 2.70 ± 1.29 点	N=318 2.49 ± 1.32 点	0.04 <0.01 0.21
③私は、民間サービスでは対応が難しい複雑・多問題をもつ事例の問題に関わりつづける	N=665 2.80 ± 1.52 点	N=82 2.43 ± 1.50 点	N=318 2.30 ± 1.40 点	0.04 <0.01 0.46
④私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす	N=663 2.06 ± 1.36 点	N=82 1.92 ± 1.24 点	N=319 1.42 ± 1.19 点	0.32 <0.01 <0.01
⑤私は、住民それぞれが健康保持・増進の行動を主体的に選択・決定できる情報・機会を与える	N=663 3.08 ± 1.31 点	N=82 2.89 ± 1.28 点	N=319 2.61 ± 1.35 点	0.21 <0.01 0.08
2. サービスの質と量の評価	N=662 8.88 ± 4.56 点	N=82 7.91 ± 5.18 点	N=319 6.70 ± 3.88 点	多重比較 ^{注1)} P 値 0.25 <0.01 0.13
⑥私は、健康課題の解決のために活動内容や方法が適正か否かを定期的に評価する	N=663 2.49 ± 1.38 点	N=82 2.06 ± 1.44 点	N=320 1.96 ± 1.25 点	0.01 <0.01 0.56
⑦私は、健康課題とサービスの均衡を地区診断などの根拠のある方法で査定する	N=663 2.15 ± 1.34 点	N=82 2.01 ± 1.44 点	N=319 1.57 ± 1.21 点	0.43 <0.01 0.01
⑧私は、活動目標の達成状況を評価指標にしたがって毎年評価する	N=663 2.74 ± 1.66 点	N=82 2.46 ± 1.64 点	N=321 2.10 ± 1.57 点	0.16 <0.01 0.07
⑨私は、多くの住民の健康を阻害している・する可能性がある問題を疫学統計学的視点で早期に発見する	N=663 1.47 ± 1.28 点	N=82 1.38 ± 1.43 点	N=320 1.08 ± 1.12 点	0.48 <0.01 0.08
3. 健康危機への予防的対応	N=661 8.14 ± 3.40 点	N=82 7.33 ± 3.87 点	N=319 6.73 ± 3.22 点	多重比較 ^{注1)} P 値 0.18 <0.01 0.41
⑩私は、健康危機の発生時に生じる健康課題の把握・解決方法を熟知する	N=662 2.40 ± 1.44 点	N=82 2.13 ± 1.55 点	N=319 1.99 ± 1.44 点	0.14 <0.01 0.45
⑪私は、多くの問題の中から公共性・緊急性が高いものの優先順位を決定する	N=664 3.39 ± 1.33 点	N=82 3.07 ± 1.51 点	N=320 2.98 ± 1.39 点	0.08 <0.01 0.56
⑫私は、健康危機の発生にそなえ所属の指針に基づいて予防的対応を行う	N=662 2.34 ± 1.29 点	N=82 2.12 ± 1.44 点	N=319 1.76 ± 1.21 点	0.19 <0.01 0.04
4. 公衆衛生基本活動遂行尺度全体	N=659 29.92 ± 11.03 点	N=82 26.83 ± 12.06 点	N=313 23.78 ± 9.74 点	多重比較 ^{注1)} P 値 0.08 <0.01 0.10

注1) Games-Howell 法による多重比較

5) 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の区分による相違

本研究において、都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の違いによって、保健師がソーシャルキャピタルの醸成を図る上で異なる課題があるのではないかと考え、所属する自治体の区分による分析を行った。

都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の区分による、組織体制・人材育成状況や活動状況の違いについて特に差があった項目を表 11 に、自己研鑽について表 12 に示した。

都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の組織体制については業務体系、朝礼や連絡会の定例化、新採用者に対する教育制度の存在、統括的な役割を担う保健師の存在、保健師同士の課係を超えた横のつながり、自治体独自の「保健師の活動指針」の存在に差があった。人材育成状況については、3 者に保健師の人材育成マニュアルの存在、経験年齢別の研修会に差があったが仕事のことで相談ができる人の存在に差は無かった。

活動状況については、3 者に地域診断の実施、関係機関や関係者の名簿の作成に差があった。

ソーシャルキャピタルの醸成の目的については、3 者に健康なまちづくり、障がい者や母子等の居場所づくり、見守り等地域でのネットワークづくり、当事者のグループ化、運動・禁煙等良い保健行動の継続に差があった。

表 11-1. 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村による公衆衛生看護活動の相違

設 問	都道府県 人数 N (%)	保健所設置市・ 特別区 人数 N (%)	市町村 人数 N (%)	χ^2 検定 P 値
1. 業務体系				
地区分担制	7 (3.0)	8 (32.7)	78 (12.7)	<0.01
業務分担制	163 (70.3)	6 (24.6)	157 (25.6)	
重層型	44 (19.0)	88 (33.8)	333 (54.2)	
その他	18 (7.8)	23 (8.8)	46 (7.9)	
2. 朝礼や連絡会の定例化				
定例化している	168 (71.5)	238 (89.5)	530 (85.3)	<0.01
定例化していない	34 (14.5)	15 (5.6)	56 (9.0)	
朝礼や連絡会が無い	33 (14.0)	13 (4.9)	35 (5.6)	
3. 新採用者に対する教育制度の存在				
ある	208 (88.9)	239 (90.5)	418 (67.2)	<0.01
ない	18 (7.7)	22 (8.3)	184 (29.6)	
わからない	8 (3.4)	3 (1.1)	20 (3.2)	
4. 仕事の事で相談ができる人の存在				
いる	224 (95.3)	253 (95.1)	601 (96.8)	0.41
いない	11 (4.7)	13 (4.9)	20 (3.2)	
5. 統括的な役割を担う保健師の存在				
いる	183 (78.2)	207 (78.1)	399 (64.3)	<0.01
いない	32 (13.7)	44 (16.6)	157 (25.3)	
わからない	19 (8.1)	14 (5.3)	65 (10.5)	

表 11-2. 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村による公衆衛生看護活動の相違

設 問	都道府県 人数 N (%)	保健所設置市・ 特別区 人数 N (%)	市町村 人数 N (%)	χ ² 検定 P 値
6. 保健師同士の課係を超えた横のつながり				
ある	214 (91.5)	243 (92.0)	530 (85.3)	<0.01
ない	8 (3.4)	8 (3.0)	59 (9.5)	
わからない	12 (5.1)	13 (4.9)	32 (5.2)	
7. 自治体独自の「保健師の活動指針」の存在				
ある	88 (37.6)	134 (50.6)	54 (8.7)	<0.01
ない	112 (47.9)	91 (34.3)	472 (75.9)	
わからない	34 (14.5)	40 (15.1)	96 (15.4)	
8. 保健師の人材育成マニュアル				
ある	186 (79.1)	212 (80.0)	167 (26.8)	<0.01
ない	39 (16.6)	38 (14.3)	388 (62.4)	
わからない	10 (4.3)	15 (5.7)	67 (10.8)	
9. 経験年齢別の研修会				
ある	208 (88.9)	196 (74.0)	266 (43.0)	<0.01
ない	22 (9.4)	62 (23.4)	334 (54.0)	
わからない	4 (1.7)	7 (2.6)	18 (2.9)	
10. 地域診断の実施				
行っている	145 (62.0)	184 (70.2)	307 (49.6)	<0.01
行っていない	89 (38.0)	78 (29.8)	312 (50.4)	
11. 関係機関や関係者の名簿の作成				
行っている	164 (70.1)	165 (62.7)	276 (44.7)	<0.01
行っていない	70 (29.9)	98 (37.3)	342 (55.3)	
12. ソーシャルキャピタル醸成の目的（複数回答）				
地域保健福祉計画等の策定	25 (10.6)	32 (12.0)	79 (12.7)	0.72
健康なまちづくり	41 (17.4)	99 (37.2)	172 (27.7)	<0.01
地域のリーダー育成	61 (26.0)	79 (29.7)	160 (25.7)	0.46
障がい者・母子等の居場所づくり	67 (28.5)	86 (32.3)	97 (15.6)	<0.01
見守り等地域でのネットワークづくり	49 (20.9)	83 (31.2)	131 (21.1)	<0.01
当事者のグループ化	91 (38.7)	67 (25.2)	119 (19.1)	<0.01
運動・禁煙等良い保健行動の継続	17 (7.2)	62 (23.3)	70 (11.3)	<0.01

表 12. 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村による自己研鑽の相違

項 目	選択肢	都道府県 人数 N (%)	保健所設置市・ 特別区 人数 N (%)	市町村 人数 N (%)	χ^2 検定 P 値
本を読む	経験あり	217 (92.3)	250 (94.0)	570 (91.6)	0.49
	経験なし	18 (7.7)	16 (6.0)	52 (8.4)	
雑誌を読む	経験あり	215 (91.5)	245 (92.1)	550 (88.4)	0.17
	経験なし	20 (8.5)	21 (7.9)	72 (11.6)	
文献を読む	経験あり	189 (80.4)	204 (76.7)	380 (61.1)	<0.01
	経験なし	46 (19.6)	62 (23.3)	242 (38.9)	
研究をする	経験あり	109 (46.4)	120 (45.1)	166 (26.7)	<0.01
	経験なし	126 (53.6)	146 (54.9)	456 (73.3)	
研究発表をする	経験あり	143 (60.9)	133 (50.0)	207 (33.3)	<0.01
	経験なし	92 (39.1)	133 (50.0)	415 (66.7)	
論文を書く	経験あり	29 (12.3)	34 (12.8)	28 (4.5)	<0.01
	経験なし	206 (87.7)	232 (87.2)	594 (95.5)	
雑誌に投稿する	経験あり	41 (17.4)	31 (11.7)	33 (5.3)	<0.01
	経験なし	194 (82.6)	235 (88.3)	589 (94.7)	
セミナーに参加する	経験あり	175 (74.5)	214 (80.5)	463 (74.4)	0.14
	経験なし	60 (25.5)	52 (19.5)	159 (25.6)	
ケアマネジャー・精神保健 福祉士等の資格を取得する	経験あり	87 (37.0)	120 (45.1)	320 (51.4)	<0.01
	経験なし	148 (63.0)	146 (54.9)	302 (48.6)	

2. 保健所・市町村の統括的な役割を担う保健師を対象とした調査

回答数は267自治体、うち保健所(県・保健所設置市・特別区・保健所設置市を含む)が94か所、市町村が173か所であった。テーマとして学校保健を選んだ自治体は202か所、産業保健を選んだ自治体は64か所であった。

1) 学校保健と地域保健の連携

学校保健との連携について意見交換したのは保健所が61か所(30.2%)、市町村が141か所(69.8%)であった。意見交換した人数は平均5.4人(標準偏差5.47人)、保健師以外には「栄養士」が51か所(25.2%)、「医師」が10か所(5.0%)、「歯科医師・歯科衛生士」が19か所(9.4%)、「その他」として教育関係者が34か所(16.8%)にあった他、民生児童委員や臨床心理士と意見交換していた自治体もあった。学校保健との連携において話し合われた分野は「母子保健」が90か所(44.6%)、「生活習慣病」が31か所(15.3%)、「精神保健」が6か所(3.0%)「その他」歯科保健や感染症対策が50か所(24.8%)、複数回答もしくは未記入が25か所(12.3%)あった。

連携については「十分図れていると思う」が67か所(33.2%)、「思わない」が37か所(18.3%)、「どちらとも言えない」が97か所(48.0%)であった。

(1) 学校保健活動との連携を促進するための課題

学校保健との連携に関する課題としては、【連携が不十分】、【学校側の課題】、【行政側の課題】、【保護者との連携】の4つのカテゴリーに分類した(表13)。

【連携が不十分】については、「学校保健との定期的な意見交換の場がない」、「課題の共有が図れていない」のサブカテゴリーを抽出した。【学校側の課題】については、「連携の必要性が理解されていない」、「健康課題に対する優先度が低い」、「学習指導要領や組織・体制の壁」のサブカテゴリーを抽出した。【行政側の課題】については、「組織的・統一的な取り組みができていない」、「地域保健分野からの積極的な働きかけや活動が不十分」、「現状把握や地域診断に基づく課題の明確化が図れていない」、「保健所の役割や保健所と市町村との連携が不十分」、「地域保健を取り巻く環境・人材不足」のサブカテゴリーを抽出した。【保護者との連携】については「保護者を含めた活動が必要」のサブカテゴリーを抽出した。

表 13-1. 学校保健活動との連携を促進するための課題

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 連携が不十分	① 学校保健との定期的な意見交換の場がない	定期的な連携・意見交換の場がない
		顔の見える関係づくりができていない
		養護教諭と話す機会がない
		養護教諭との顔合わせが不十分でお互いに情報交換するまでに至っていない
		学校側と教育委員会と行政が集まって話をする機会がない
		仕組みや体制がない

表 13-2. 学校保健活動との連携を促進するための課題

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 連携が不十分	②課題の共有が図れていない	情報共有ができていない・情報共有のツールがない
		課題・目的の共有ができていない
		学校保健と地域保健のデータの共有が出来ていない
		地域診断（地域の健康課題）が共有されていない
		お互いの業務内容の理解が出来ていない
		学校保健での取り組みが判らない
		学校側の意識が把握できていない
		保健所の事業を学校側に認識されていない
		保健センターにある備品などの情報提供が必要
(2) 学校側の課題	①連携の必要性が理解されていない	地域との連携の必要性を理解していない
		緊急性以外は連携をとれない
		連携に積極的な校長や養護教諭が少ない
	②健康課題に対する優先度が低い	ずれ・認識の違い・温度差がある
		ニーズや優先度が異なる
		課題が一致しない
		公衆衛生の視点が不十分
		健康課題に対する優先順位が低い
		性教育の後退
		思春期保健の必要性の理解が必要
		養護教諭と担任の意識が異なる
		学校側の担当者の認識が低い
		養護教諭の課題の認識の欠如
	③学習指導要領や組織・体制の壁	学習指導要領での規制があり伝えたいことが十分にできていない
		閉鎖的で入りにくい 情報を出したからない
		個人情報取り扱いなどの認識が共有できない
		窓口が不明確
		学校により校内の体制に違いがある
		法律や組織が異なるため意識が異なる
		学校内における養護教諭の立場や発言権が弱い
		人事異動で事業の主旨の徹底や継続が困難
		職員同士のつながりが希薄
(3) 行政側の課題	①組織的・統一的な取り組みができていない	学校単位の連携にとどまり市全体の連携に至っていない
		市全体としての調整が困難
		組織的取り組みがない 統一的な取り組みがない
		学校保健に関して市町・教育委員会との連携が不十分
		管内市町村数・学校が多くターゲットが絞れていない
		私学について、市町村教育委員会以外にも働きかけが必要

表 13-3. 学校保健活動との連携を促進するための課題

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(3) 行政側の課題	① 組織的・統一的な取り組みができていない	学校ごとの問題・課題の認識はあるが具体的な対応が難しい
		教育委員会との縦割り
		担当部局が異なり連携が取りにくい
	② 地域保健分野からの積極的な働きかけや活動が不十分	生活習慣病のテーマがバラバラで目的が絞れていない
		健康増進計画を策定・普及しているが一方通行となっている
		市の健康増進計画に基づく活動が不十分
		親世代の健康づくり施策が手薄
		市として子供の成長発達に合わせた命の教育等健康教育体制
		乳幼児期から一貫した健康教育が必要
		小さい頃からの積み重ねが成人の健康状況を左右することを認識する必要
		性教育・若年妊婦や望まない妊娠等思春期からの取り組みが必要
		健康づくりの分野で学齢期の子供に直接介入する事業の検討が必要
		生活習慣病・禁煙教育は小・中学校からの取り組みが必要
		個別ケース対応で終わっている
		感染症対応や健康教育の関わりが中心で深まることがない
		情報提供の方法が週報・ホームページ・麻しん対策に限定されている
		学校歯科医師任せとなっている
		職種の研修にとどまっている
		小・中学と比べ高校・大学との連携が希薄
	③ 現状把握や地域診断に基づく課題の明確化が図れていない	現状把握が不十分
		学校保健委員会の状況・成果が判らない
		地域診断ができていない。地域診断を行い課題を明確にすること
		両者が協働する根拠データが出せていない
	④ 保健所の役割や保健所と市町村との連携が不十分	発展のための PDCA チェックが行えていない
		保健所として市町村支援の役割があるが不十分
		保健所は母子保健に直接対応していないため学校保健との連携の場が少ない
	⑤ 地域保健を取り巻く環境・人材不足	担当ごとに動いており保健所として統一的な動きが少ない
		他の業務が優先となり、最少限の連携となっている
		目先の事業に追われ連携が不十分
		マンパワー不足
		連携のための人材と時間がない
		連携の力量育成
(4) 保護者との連携	① 保護者を含めた活動が必要	ソーシャルキャピタルに対する保健師の経験不足や現場教育の不足
		保護者の予防意識の醸成の必要性
		保護者は学校に言わないでほしいし、学校は児童の情報は出さない
		保護者の相談ニーズがなくフォローを終了せざるを得ない

(2) 学校保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

学校保健との連携における今後の推進のための方策として、【現状を分析し、課題と目標、役割を共有することで連携を図る】、【共同事業を一緒にすることで連携を図る】、【個別事例をつなぎ、支援が継続するしくみをつくる】、【会議等の情報交換の場を持つ】、【教職員に疾病等についての知識普及を行う】、【組織のトップから連携体制をつくる】の6つのカテゴリーに分類した(表14)。

【現状を分析し、課題と目標・役割を共有することで連携を図る】では、「現状分析を行う」、「情報を共有する」、「課題を共有する」、「共通目標を持つ」、「各機関の役割を共有」のサブカテゴリーを抽出した。【共同事業を一緒にすることで連携を図る】では、「一緒に事業に取り組む」、「モデル事業を行う」のサブカテゴリーを抽出した。【個別事例をつなぎ、支援が継続するしくみをつくる】では、「事例をつなぐ」、「個別支援のしくみづくり」のサブカテゴリーを抽出した。【会議等の情報交換の場を持つ】では、「学校保健委員会への参加」、「管内の養護教諭部会への参加」、「情報交換の機会を持つ」のサブカテゴリーを抽出した。【教職員に疾病等についての知識普及を行う】では、「教職員等への研修」、「情報発信」のサブカテゴリーを抽出した。【組織のトップから連携体制をつくる】では、「教育委員会と連携する」、「通知や要領の通知による」、「健康増進計画を進める」のサブカテゴリーを抽出した。

表 14-1. 学校保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 現状を分析し、課題と目標・役割を共有することで連携を図る	①現状分析を行う	思春期の現状把握ができていない。現状の分析を行う
		現状分析を行う。業務の必要性を検討する
	②情報を共有する	学校関係者への資料提供を重点に置く
		活動の情報共有し、刺激しあう
		データ集計、統計資料から互いの事業の評価が見えるようにする
	③課題を共有する	学校側と課題を共有し、目標設定および事業評価に努める
		共通の課題を見つけることで、関わりを図る
		思春期保健の課題を互いに出し合い共通認識を持つ
	④共通目標を持つ	学校保健と地域母子保健の共通目標を定める
		現状の課題認識と共通認識・目標の共有を行うことが重要
(2) 共同事業を一緒にすることで連携を図る	⑤各機関の役割を共有	引き続き役割分担を明確にしながら協働を進める
		他部門の役割を各々が理解したうえで共有していくことが連携のコツ
		地区担当保健師が実態把握し、保健所の役割を明らかにする
	①一緒に事業に取り組む	共有化が図られたら、何に取り組んでいくのか、進め方、協働体制について検討する
		取り組みを一緒にする
(3) 個別事例をつなぎ、支援が継続するしくみをつくる	②モデル事業を行う	モデル地区を選ぶ
		良好事例となるようなモデル事業の拡大
	①事例をつなぐ	個別支援の中で気になる事例を教育委員会から要対協へつなぐしくみ
		個人情報に配慮しつつ、支援を行う
		就学前児の要支援ケースの情報共有の場を活用する

表 14-2. 学校保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(3) 個別事例をつなぎ、支援が継続するしくみをつくる	②個別支援のしくみづくり	事例を積み上げ、その事例に終わらない体制作り
		個別ケアの推進による学校との連携
		連携がとれた良好事例をまとめて周知に活用する
		教育委員会と学校と事例検討を行い、両方で取り組めるようにする
		早い段階で協力できるケースもある。役割分担。
(4) 会議等の情報交換の場を持つ	①学校保健委員会への参加	
	②管内の養護教諭部会への参加	
	③情報交換の機会を持つ	日々の地区活動で顔の見える関係を築く
		定期的な会議の開催と役割分担の明確化
		学校と行政側が話し合う機会（場）を持つ
		事業の報告や情報交換を会議等で行う
(5) 教職員に疾病等についての知識普及を行う	①教職員等への研修	感染症
		思春期
		メンタルヘルス
		肥満予防
		生活習慣病予防
		エイズ
		薬物乱用
		歯科
	②情報発信	ネットワーク通信による情報発信
(6) 組織のトップから連携体制をつくる	①教育委員会と連携する	各市町の教育委員会と連携する
		教育委員会や校長へのアプローチ
		庁内での教育担当、学校担当との連携
	②通知や要領の通知による	学校保健との連携が国から指針がだされるとやりやすい
		根拠となる正式な通知・指示
		学校指導要領の見直し
	③健康増進計画を進める	健康増進計画を周知する
		中間評価で再検討

(3) 学校保健活動との連携が図れている要因

学校保健との連携が図れている要因については、【健康課題の明確化と共有】、【事業の共同開催による相互理解】、【個別支援を通じた連携】、【学校関係者との良い関係性】、【会議等の場の活用】、【学校側への専門的支援】の6つのカテゴリーに分類した（表 15）。

【健康課題の明確化と共有】については、「地域の健康課題を分析し、明確にしている」、「目指すべき姿を共有している」のサブカテゴリーを抽出した。【事業の共同開催による相互理解】では、「事業を一緒に実施している」、「事業を通して課題の共有や相互の役割の理解が深まる」のサブカテゴリーを抽出した。【個別支援を通じた連携】では、「個別ケースについて情報を共

有している」、「個別ケースの支援方法について一緒に検討している」のサブカテゴリーを抽出した。【会議等の場の活用】では、「学校保健委員会に参加している」、「就学指導委員会に参加している」、「校長会に参加している」、「定例的に会議を開催している」、「行政の会議へ学校関係者が参加している」のサブカテゴリーを抽出した。【学校側への専門的支援】では、「学校保健関係者との合同研修会を開催している」、「学校側へ資源の提供をしている」「専門的なニーズへの対応をしている」のサブカテゴリーを抽出した。

表 15-1. 学校保健活動との連携が図れている要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 健康課題の明確化と共有	①地域の健康課題を分析し、明確にしている	地域の健康課題を情報提供している
		地域の健康課題を共有している
	②目指すべき姿を共有している	課題解決に向けた取り組み方針を共有している
		学校と地域が健康課題を共有し、相互に解決に向けて話し合い事業を実施している
(2) 事業の共同開催による相互理解	①事業を一緒に実施している	日頃から、健康教育等を連携して実施している
		フッ素洗口事業を全小学校と協力して行っている
	②事業を通して課題の共有や相互の役割の理解が深まる	思春期保健対策事業を共催で実施し、問題意識を共有している
		事業を通し、相互の役割理解が深まっている
(3) 個別支援を通じた連携	①個別ケースについて情報を共有している	支援が必要な個々のケースについて一緒に対応している
		要支援家庭についての情報交換をしている
	②個別ケースの支援方法について一緒に検討している	一緒に事例検討やケア会議を行う体制がある
		要支援ケースの相談を通じて、連携の大切さを互いに認識できている
(4) 学校関係者との良い関係性	①様々な事業や会議を通して、養護教諭と連携している	生活習慣病予防検診などの事業を養護教諭と連携して実施している
		養護教諭連絡会議に出向いて、事業説明を実施している
		できるだけ、養護教諭と連絡を取り合うようにしている
	②学校カウンセラーとの連携	学校カウンセラーと連携している
(5) 会議等の場の活用	①学校保健委員会に参加している	学校保健委員会に保健師が参加している
		学校保健委員会に参加することで情報の共有化が図られている
		学校保健委員会に参加することで健康課題の共有化が図られている
	②就学指導委員会に参加している	就学指導委員会に出席している
		就学指導委員会の情報共有等、連携ができている
	③校長会に参加している	校長会に出向き、保健所ができることをPRしている
		校長会で事業の説明をしている
	④定例的に会議を開催している	定期的に学校と話し合いの場を持っている
		区内小中学校・高校との定例会議を持っている
		連携した事業について定期的に打合せをしている
	⑤行政の会議へ学校関係者が参加している	定例会議で年度の保健指導計画について情報交換を実施している
		地域保健に関する委員会のメンバーになっている
		健康づくり市民会議のメンバーになっている
		養護教諭が健康増進計画の策定メンバーになっている
		食育推進連絡会に学校主事が委員として参加している

表 15-2. 学校保健活動との連携が図れている要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(6) 学校側への専門的支援	① 学校保健関係者との合同研修会を開催している	教諭対象の発達支援に関する研修会を開催している
		学校保健に関わる職員との合同研修会を実施している
		定期的に学校保健・地域保健合同研修会を実施している
	② 学校側へ資源の提供をしている	小中学生へのがん教育についての教育資材を提供している
		学校に対し、講師料や健康教育媒体の提供等を行っている
	③ 専門的なニーズへの対応をしている	学校から発達障がい児等の支援依頼がある
		学校から栄養士へ派遣依頼がある
		学校から性教育・エイズ教育などの依頼がある

2) 産業保健と地域保健の連携

産業保健との連携について意見交換したのは保健所が 34 か所 (53.1%)、市町村が 30 か所 (46.9%) であった。意見交換した人数は平均 4.3 人 (標準偏差 3.8 人)、保健師以外には「栄養士」が 17 か所 (26.6%)、「医師」が 6 か所 (9.4%)、「歯科医師・歯科衛生士」が 3 か所 (4.7%)、「その他」として商工会議所等産業関係者が 5 か所 (7.8%) あった。産業保健との連携において話し合われた分野は「生活習慣病」が 42 か所 (65.6%)、「精神保健」が 13 か所 (20.3%)、「その他」が 6 か所 (9.4%)、複数回答もしくは未記入が 3 か所 (4.7%) あった。連携については「十分図れていると思う」が 9 か所 (14.1%)、「思わない」が 23 か所 (35.9%)、「どちらとも言えない」が 32 か所 (50.0%) であった。

(1) 産業保健活動との連携を促進するための課題

連携促進のための課題では、【連携が不十分】、【企業側の課題】、【行政側の課題】の 3 つのカテゴリーに分類した (表 16)。

【連携が不十分】では、「産業保健との連携の場がない」、「産業保健分野の課題やニーズがつかめていない」「健診結果等データを共有する仕組みがない」のサブカテゴリーを抽出した。【企業側の課題】では、「健康課題に対する優先度が低い」、「共通認識が図り難い」、「連携窓口の不在」、「企業としての取り組みの遅れ」、「精神疾患に対する偏見」のサブカテゴリーを抽出した。【行政側の課題】では、「行政側から積極的な働きかけができていない」、「産業保健分野への取り組みの優先度が低くなっている」、「保健所や市町村の役割が不明確」、「人的資源の不足」、「担当者のスキルの不足」のサブカテゴリーを抽出した。

表 16-1. 産業保健活動との連携を促進するための要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 連携が不十分	① 産業保健との連携の場がない	地域・職域連携推進会議が開催されていない
		年 1 回の会議では連携が十分図られているとは言えない。顔つなぎ程度
		地域・職域推進会議では目的を設定しにくい
		地域・職域連携会議が充分機能していない メンバーの偏りがある
		産業保健分野との接点が少ない・関わりがない 情報交換の場がない
		日常業務を通しての接点ほとんどない。顔の見える関係が不足
		事業所の健康管理担当者が地域単位で話し合う機会がない

表 16-2. 産業保健活動との連携を促進するための要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 連携が不十分	①産業保健との連携の場がない	地域保健と職域保健との連携体制が整っていない
		産業保健の保健師との連携体制が確立されていない 連携方法がわからない
		一部の企業とは事業で連携しても組織的には広がらない
		産業保健分野と連携するためのパイプがない
		協働した取り組みができていない
		それぞれの役割が明確ではない
	②産業保健分野の課題やニーズがつかめていない	産業保健について把握していない
		実態がわからない
		課題が明確でない 職域の課題の実態把握が困難 企業側の健康課題が不明確
		現状分析ができておらず何から手をつけていいかわからない
		管内の産業保健分野の課題等ニーズがつかめない
		健康課題の共有がなく職域に情報提供できる情報や資源がない
		どこにターゲットを絞ったらいいかわからない
		管内の職域の健康課題が把握できていない 産業保健の仕組みや現状を知らない
	③健診結果等データを共有する仕組みがない	健診データの連携システムがない
		特定健診の結果が把握できない
		地域と職域の健診結果の統合等地域実態が明確に共有されていない
		特定保健指導の対象者が把握できない
		企業の健康課題が把握できる情報（健診データ）が提供されていない
(2) 企業側の課題	①健康課題に対する優先度が低い	中小企業や商工会は健康課題より利益優先で健康課題の共有が難しい
		中小企業の健康管理充実が必要
		事業所の健康づくりに対する意識は低く、取り組む余裕もない
		中小零細企業では健康管理の必要性に対する認識が低い
		経営へのメリットがなければ取り組まない
		健康問題は個人の問題という認識
		企業側の健康部門の後退 上層部に保健の重要性の認識がなくハードルが高い
		従業員の健康づくりへの意識の向上
	②共通認識が図り難い	連携についての認識の違いがあり難しい 合意形成がもちにくい
		企業側の姿勢
		ニーズの不一致 問題とするポイントが違う
		課題の共通認識ができていない 共通課題の設定がしづらい
	③連携窓口の不在	企業の個別特性が高く連携・介入が難しい
		企業内の健康管理者が不明確で保健師などの専門職の配置が少ない
		職域には健康づくり担当者がほとんどいない
		組織的に健康管理部門が不明確で連携しにくい

表 16-3. 産業保健活動との連携を促進するための要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(2) 企業側の課題	④企業としての取り組みの遅れ	職種や勤務形態に応じたメンタルヘルス対策がない
		各事業所における分煙対策が徹底していない
		事業主が健康課題の改善のために地域・職域連携事業を利用することや地域産業センターに協力を求める事が出来ることを知らない
		企業で働く看護職の企業での位置づけや法的位置づけが必要
		商工会や産業保健センターがこころの健康づくりに踏み込めていない
		産業保健への保健所の精神保健業務についての周知が不十分
	⑤精神疾患に対する偏見	精神疾患への偏見があり理解が得にくい
		メンタルヘルス対策について事業所の理解が得にくい・タブー視
(3) 行政側の問題	①行政側から積極的な働きかけができていない	行政で行っている事業の周知不足・PR 不足
		がん検診受診率の向上
		精密検査受診率・ハイリスク者の把握
		重層化防止・合併症のチェック
		治療中断防止体制の構築
		自殺防止対策（ゲートキーパー養成）の実施
		健康教育など保健事業利用者を増加させる
		働く世代が参加できる健康教育の実施
		単発の出前講座依頼への対応で終わっている
		協賛事業や提携企業を事業の推進に活かせていない
	②産業保健分野への取り組みの優先度が低くなっている	住民対象の保健事業が優先され、連携への働きかけをしていない
		産業保健に係る事業の優先度が低い
		産業保健は法的根拠がなく後回しになる
		産業保健について具体的な事業計画がない
	③保健所や市町村の役割が不明確	地域全体の健康づくり・疾病予防の気運を高める仕組みづくり
		保健所と市町村との役割分担が不明確
		保健所は企業の健康づくりに間接的な関わりしかできない
		職域との連携を取る際、管内市町村の健康増進計画に反映されるよう考慮しているが市町村の活動につながらない
		町としてどこまでやるべきなのかわからない
	④人的資源の不足	町として介入できない部分との意識がある
		業務多忙で産業保健と協働で取り組む余力がない
		職員の削減による事務の増加と保健師活動の減少
		事業を組み立てる時間の設定が困難
		職員の資質を反映した人材配置
	⑤担当者のスキルの不足	予算やマンパワー不足
		経験不足
		地域・職域連携推進事業を担当している行政担当者の資質の向上

(2) 産業保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

今後の推進のための方策では、【実態を把握し健康課題を共有し具体的戦略を検討する】、【地域保健事業の周知、産業保健への研修等により意識の向上を図る】、【個別事例を通じて連携するしくみを作る】、【会議等の情報交換の場を持ち相互理解を図る】、【市町・保健所が産業保健と連携する意識と体制を持つ】、【地域全体へ働きかける】の6つのカテゴリーに分類した。(表 17)

【実態を把握し健康課題を共有し具体的戦略を検討する】では、「健康課題の分析」、「課題の共有化を図る」、「産業保健の実態把握」、「PDCA サイクルに基づき戦略を立てる」のサブカテゴリーを抽出した。【地域保健事業の周知、産業保健への研修等により意識の向上を図る】では、「具体的な事業実施」、「企業内の人材育成」、「地域保健分野からの提示（意義・目的）」のサブカテゴリーを抽出した。【個別事例を通じて連携するしくみを作る】では、「個別事例の展開 つながりシステムづくり」のカテゴリーを抽出した。【会議等の情報交換の場を持ち相互理解を図る】では、「情報交換の場の設定」、「産業保健センター等関係機関との連携推進」、「地域・職域連携推進会議の活性化」、「相互の理解を図る」のサブカテゴリーを抽出した。【市町・保健所が産業保健と連携する意識と体制を持つ】では、「職員の意識変容」、「保健所の役割強化」、「マンパワーの確保」のサブカテゴリーを抽出した。【地域全体へ働きかける】では、「住民サイドへの働きかけ」のサブカテゴリーを抽出した。

表 17-1. 産業保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 実態を把握し健康課題を共有し具体的戦略を検討する	①健康課題の分析	アンケートの依頼等により把握に努める
		健診データの共有化
		若い世代(40～50歳代)の健康状態を知るため、協会健保等と連携して情報を収集する予定
		できる範囲で労働者の健診結果や意識等を把握、分析して共有に活用する
	②課題の共有化を図る	顔の見える関係づくりから始めて、課題を共有する
		関係機関が一堂に会して課題を共有し、見えた課題を十分協議する
	③産業保健の実態把握	現状についてのアンケート聴取
		情報収集、産業保健の現状を知る
		課題の再抽出
		数少ない業務上の接点を通じ、現状・課題の把握に努める
	④PDCAサイクルに基づき戦略を立てる	連携して健康づくり計画を立てる
		地域の健康度を高める方策を検討する
		目的目標具体策の検討
		産業保健の課題を政策の優先課題と一致または関連付ける
(2) 地域保健事業の周知、産業保健への研修等により意識の向上を図る	①具体的な事業実施	出前講座、企業から依頼された健康教育に行く
		産業分野で健康意識が向上する取り組みを行う
		給食施設調査時や保健所からのメール配信による情報提供により企業の健康課題に応じて相談対応を行う。
		事業を活用して行政側から積極的に直接出向いて行って働きかけを行う
	②企業内の人材育成	地域保健事業の活用により職域の自主的な活動を促進する
		メンタルヘルス疾患に関する職員研修を繰り返す
		事業所内の産業保健スタッフによる活動の充実と強化

表 17-2. 産業保健活動と連携し地域保健活動を推進するための今後の方策

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(2) 地域保健事業の周知、産業保健への研修等により意識の向上を図る	③地域保健分野からの提示（意義・目的）	事業主や衛生管理者、事業所給食施設の栄養士等に従業員が健康であることが事業所運営に有益であることの理解を深める
		健康情報を伝える
		地域の中小企業に向けた訪問活動
		保健所はメンタルヘルス対策や感染症予防等で事業所に出向いている。それを利用し事業所の実態を把握し、生活習慣病対策についても実態に即した具体的提案をする
		行政で実施している事業 PR
		大きな企業を訪問し、がん検診や健康づくり事業をアピールしてみる
(3) 個別事例を通じて連携するしくみを作る	①個別事例の展開つなぐシステムづくり	ケースを通じて産業保健と繋がる
		退職時の地域へのつなぎのしくみ
		重症化予防のための合併症チェック体制のしくみを活用して市町が中断事例への受診勧奨を行うしくみづくり
(4) 会議等の情報交換の場を持ち相互理解を図る	①情報交換の場の設定	必要に応じて意見交換の機会を設け、現状の共有・課題の分析等を行う
		保健所単位、市町村単位、商工会単位で話し合いを持つ
		Face to Face 話し合いの場を持つ
	②産業保健センター等関係機関との連携推進	健保との連携
		産業保健センターへの連携
		協会健保や産業保健センターとネットワークをつくる
		労働基準監督署や労働安全協会との連携を図る
		産業医研修会において健康づくりを話す
	③地域・職域連携推進会議の活性化	小規模事業所の国保加入者と市町国保との連携推進
		地域・職域連携推進会議の活性化
		地域・職域連携推進会議の部会員に入れる
		地域・職域連携協議会での研修会、またはイベントの実施
		地域・職域会議、ワーキングで顔の見える関係づくり
	④相互の理解を図る	課題に合った協議会メンバーの選出
		職域が開催する研修会等へ参加し、相互の組織理解を試みる
		産業保健の対象者のいる分野へまめに足を運ぶ
(5) 市町・保健所が産業保健と連携する意識と体制を持つ	①職員の意識変容	意識の転換、産業の人も住民
		日ごろから互いの現状や課題を共有できる機会を意識する
	②保健所の役割強化	広域的な連携は県の役割であり、地域・職域会議を活用して、指標データや管内の取り組みをまとめて情報提供する
		市町と職域をつなげていく役割を保健所が積極的に行う
	③マンパワーの確保	直接的な連携は市町が行えるよう市町支援を行う
		保健師だけではなく臨床心理士等専門の複数相談体制
		マンパワーの充実
(6) 地域全体へ働きかける	①住民サイドへの働きかけ	人員不足、仕事内容の見直しの検討
		住民を対象とした研修会を開催し偏見の除去に努める
		事務局だけでなく地域の人材を活用し、働きかけ活動につなぐ

(3) 産業保健活動との連携が図れている要因

産業保健との連携については、【共通の健康課題を明確にし、一緒に取り組む】、【連携強化の仕組みがある】、【情報発信】の3つのカテゴリーに分類した（表18）。

【共通の健康課題を明確にし、一緒に取り組む】については、「企業と地域が互いの健康課題を共有している」、「共通の健康課題解決のための事業を一緒に開催している」のサブカテゴリーを抽出した。【連携強化の仕組みがある】については、「予算の確保が出来ている」、「協力体制づくりができて」、「地域保健でも役割を担ってもらっている」、「学習会活動を展開している」のサブカテゴリーを抽出した。【情報発信】については、「事業所向けに情報提供している」のサブカテゴリーを抽出した。

表 18. 産業保健活動との連携が図れている要因

カテゴリー	サブカテゴリー	主な意見の概要
(1) 共通の健康課題を明確にし、一緒に取り組む	①企業と地域が互いの健康課題を共有している	企業と地域の健康課題が合致している
		企業と地域がお互いメリットのある取り組みを実施している
	②共通の健康課題解決のための事業を一緒に開催している	事業対象にセミナーを実施している
		労働基準監督署と共催でメンタルヘルス講演会を実施している
		地域・職域健康づくり事業推進連絡会と共催で講演会を実施している
(2) 連携強化の仕組みがある	①予算の確保が出来ている	予算やマンパワーなど財政的な基盤がある
		予算が確保されている
	②協力体制づくりができて	健康づくり計画に基づく「健康づくり協賛企業」登録の仕組みがある
		市民運動を企業がサポートする体制ができて
		組織レベルの関係がとれている
	③地域保健でも役割を担ってもらっている	労基関係者が自殺対策の会議のメンバーである
		労基関係者が精神保健の会議のメンバーである
	④学習会活動を展開している	ヘルスプロモーションの理念を学習している
		学識経験者を相談しながら事業を展開している
(3) 情報発信	①事業所向けに情報提供している	事業所向けのリーフレットを作成・配布している
		協賛企業に対し、定期的に情報提供している

1. 本研究における調査対象者の特徴

平成 25 年度保健師活動領域調査（以下、領域調査とした）結果と比較すると調査対象者では、都道府県の保健師の占める割合が保健所設置市・特別区、市町村の 1.5 倍であった。

職位別常勤保健師の割合は、領域調査では係員が 62.9%、係長級が 23.5%、課長補佐級が 10.2%、課長級が 3.2%、次長級が 0.2%、部局長級が 0.1% であり、調査対象者では係員と主務・主任を併せた割合は 48.2%、主査と係長割合を併せた割合は 33.5%、課長級の割合は 6.1% と職位区分については、本研究の対象は全国調査の結果と比べて、係員が少なく、係長級、課長級の割合が高く、従って経験年数も多い集団であったと考えられる。

活動分野は保健分野が 87.1% と大部分を占めていた。

2. ソーシャルキャピタルの醸成に対する認識

地域にもたらされる効果については、「自助・共助の推進」、「地域の活動力の向上」、「地域力の向上」が約 8 割の保健師に認識されており、「地域に愛着が沸く」、「安心感が生まれる」といった地域住民にもたらされる個人の効果より、地域全体の効果をより強く捉えていると考えられた。

ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じる地域の変化の捉え方としては、地域組織の活動範囲や活動内容の拡がり、メンバー間の仲間意識やつながりの強さ等を評価するために作成された「住民組織のコミュニティ・エンパワメント評価指標（以下、「CE 評価指標」とした）」14 項目に準じて尋ねたところ、「地域から要望が出されるなど保健師に対する期待に変化があった時」が 67.2% であった以外は、全ての項目で 8 割以上が「思う」としており、「CE 評価指標」をソーシャルキャピタルの醸成が図られたかどうかを見る指標として活用できる可能性が示唆された。本来は「CE 評価指標」は、段階的に地域組織の活動範囲や活動内容の拡がりやメンバーシップを評価するために開発された尺度であり、今回は地域の変化を尺度化しておらず、地区組織活動における評価指標¹¹⁾等との関連を検討しつつ、ソーシャルキャピタルの醸成が図れたかどうかを評価する指標の開発が必要である。

保健師活動のコアは「みる」・「つなぐ」・「動かす」で良く表されるが¹²⁾、「ソーシャルキャピタルが醸成されたことは『地域が動いた』という表現で適切か」については、64.4% が「思う」としており、近い概念で認識されているものと考えられた。

これまでの活動で地域が動いたと感じた経験があった群（以下、感覚有群とした）は、感じた経験がない群（以下、感覚無群とした）に比べて「私が担当する地域には、地域が動かなければ解決できない課題がある」という思いを強く感じており、地域が動いたと感じた経験は、その後の活動においても、「地域を動かす」ように働きかけようとするモチベーションにつながっていることが示唆された。また、感覚有群は感覚無群に比べて「地域が動く」ためには「キーパーソンの存在」、「住民の主体的参加」、「住民の思いを引き出すこと」が重要であると認識しており、「地域を動かす」ためには必要な視点であると考えられた。感覚有群は感覚無群に比べて「保健師による方向付けが重要である」、「保健師による継続的な働きかけが重要である」、「地域としての活動を他者から認められることが不可欠である」と認識しており、これらは「地域を動かす」ための重要な保健師役割であると考えられた。

ソーシャルキャピタルの醸成という文言を「地域が主体的あるいは自律的に動くような活動」

と言い換え、保健師自身にどのような変化があったかを尋ねたところ、「保健師活動への意欲が増した」、「保健師の仕事が面白いと感じた」の2項目で約9割が、「思う」としていた。ソーシャルキャピタルの醸成は地域側にプラス効果をもたらすだけでなく、醸成側である保健師側にもプラスの効果をもたらすものであると考えられた。行政保健師のキャリア志向に「組織づくりの立ち上げの経験の有無」が影響を与えていることが明らかにされており¹³⁾、人材育成の側面からも、このような経験を保健師が持つことは重要なことであると考えられた。

3. ソーシャルキャピタルの醸成の実態、促進要因、必要条件、必要なスキル

1) 組織体制について

本研究では、自治体組織としては、保健所設置市・特別区でソーシャルキャピタルの醸成経験が高く、市町村で低い結果であった。上司の職種としては、醸成経験は、医師・管理栄養士等の専門職である場合に高く、醸成を図ろうとしたが「うまくいかなかった」は事務職である場合に高かった。これは、課や係の中で他職種連携が図られる経験をしていること、専門職としての多面的な助言指導、等がソーシャルキャピタルの醸成に活かされている可能性がある。

ソーシャルキャピタルの醸成を促進する要因として、統括的な役割を担う保健師の存在を明確にすること、朝礼や連絡会を定例化すること、保健師同士の課係を超えた横のつながりを持つこと、自治体独自の「保健師活動指針」を作ることが示唆された。

先行研究では、統括保健師が担う役割としては、保健師の人材育成、地域全体の健康課題を明確にして活動を推進する、保健師を技術的に指導・調整する役割があるとされ¹⁴⁾、自治体における統括的な役割を担う保健師が明確に位置付けられており、これらの役割が果たされることにより、ソーシャルキャピタルの醸成が促されると考えられた。

また、保健・福祉事業が細分化し、行政組織も縦割りの傾向にある中、保健師の活動分野は拡大し、分散配置も進んでいる。保健・医療・福祉等の各施策やサービスを総合的、一体的、組織的に推進するためには、横断的な組織体制を整備し、各部署が有機的に連携・協働する仕組みを構築することが重要である¹⁵⁾と言われており、朝礼や連絡会を定例化したり、保健師同士の課係を超えた横のつながりを持つことはその具体策として有効であると考えられた。

さらに、自治体独自の「保健師活動指針」を作る際は、厚生労働省健康局長通知を踏まえた上で自治体内の強みや弱みを分析して策定することが多いと考えられるが、自分達の言葉で作られた活動指針はソーシャルキャピタルの醸成や活用を日常的な保健活動の中で意識的に行っていく原動力となる。所属職員全員で共通の活動目的を持つこと、策定の過程を通じた意見交換の場があることなども自治体独自の「保健師活動指針」策定のプロセスに含まれており、それらの要因を反映した結果である可能性がある。

また、ソーシャルキャピタルの醸成経験にとって、直接住民に関わる業務を行うこと、上司や同僚の理解や組織の理解・合意、人事異動時の引継ぎ、活動場所を確保することは必要な条件であると考えられた。時間的余裕の必要性については未経験群が経験群に比べて多く挙げており、時間的余裕がないことをソーシャルキャピタルの醸成が図れない理由にせず、日常の活動の延長線上にソーシャルキャピタルの醸成があることを未経験者に伝える必要があると考えられる。未経験者は半数以上が、自分にスキルがないこと、方法がわからないことを理由としており、人材育成と、ソーシャルキャピタルを醸成する方法を学ぶ機会を与える必要がある。

2) 人材育成について

本研究の結果、ソーシャルキャピタルの醸成経験には、保健師の人材育成マニュアルがあること、経験年齢別の研修会があること、新採用者に対する教育制度を明確に持つことがプラスに働いていることが示唆された。また、ソーシャルキャピタルの醸成を意図したものの、うまくいかなかった要因には、新採用者に対する教育制度の存在がわからないこと、仕事の事で相談できる人の存在がないことがマイナスに働いていることが示唆された。

自己研鑽については、「本を読む」、「雑誌を読む」、「文献を読む」、「研究をする」、「研究発表をする」、「雑誌に投稿する」経験がプラスに働くと考えられた。これまで能力について自己研鑽は関連があるとされており⁹⁾、同様の結果であったと考えられる。特に「研究をする」、「研究発表をする」について、【経験群】は【未経験群】の2倍以上の経験があった。ソーシャルキャピタルの醸成にかかる力量形成プログラムとして、日常の業務で得られた実践知を研究としてまとめ、発表に結び付けるような課題を課すことが重要であると考えられる。

3) 公衆衛生看護活動のあり方について

本研究の対象者で、ソーシャルキャピタルの醸成を「図ったことがある」保健師は約6割で「図ったことがない」保健師の概ね2倍であった。

「地域診断の実施」や「関係機関や関係者の名簿の作成」については【経験群】は【未経験群】に比べて行っており、ソーシャルキャピタルの醸成に地域診断や関係機関や関係者の名簿作成は有効であると考えられた。「管轄地域の自治会長との関係性」では【未経験群】は面識がなく、面識を持つことがまず必要であると考えられた。【経験群】は、情報収集や報告、意見交換、事業の協働といった、より深い関係性を自治会長との間に持っていると考えられた。

ソーシャルキャピタルの醸成経験と活動時間等との関連で【経験群】は【未経験群】に比べ、活動時間における訪問の占める割合が低かった。このことは、未経験群は所属における市町村の割合が高く、例えば新生児訪問等訪問自体を業務としている保健師が多かった、あるいは職位における係員の占める割合が高かったことが理由として考えられた。

一方、【経験群】は「個別コーディネート件数」や「活動時間における地域コーディネート」の占める割合が高かった。このことは、公衆衛生看護活動における「つなぐ」役割を担うことがソーシャルキャピタルの醸成に重要であると考えられた。つまり、多くの時間を訪問に費やすことが重要なのではなく、個別の事例を適切にコーディネートすること、多機関とつなぐ、あるいは時間をかけて丁寧につなぐことが重要であると考えられた。

【経験群】は【意図のみあり群】と【未経験群】に比べ、「活動時間における地区組織活動の占める割合」が高かった。これは、ソーシャルキャピタルの醸成は地区組織活動と近い概念である¹⁵⁾ことから、妥当性のある結果と考えられた。

本研究では、ソーシャルキャピタルの醸成を経験した時期については問うていない。そのため、ソーシャルキャピタルの醸成経験がある者がコーディネートや地区組織活動を積極的に実施している可能性もあるが、この点については、今後の検討課題と考えられた。

地区分担制・業務分担制・重層型・その他別の業務形態については、ソーシャルキャピタルの醸成経験別の3群で有意な差は無かった。これは管理職が多かったことから分類できなかったことも一因であると考えられるが、1割程度の無回答があり、業務形態の文言に不慣れであり適切に回答できなかった可能性がある。地区分担制とは、単に係の保健師が地域を分けて担当するというのではなく、地区に責任を持ち、地域のあらゆる年齢層や健康段階にある全ての住

民を対象として、地域の健康レベルそのものを向上させる総合的な活動である¹⁶⁾。地区分担制に不可欠な活動としての「地域診断」や「関係機関や関係者の名簿の作成」、「コーディネーター件数」等に【経験群】と【未経験群】に差があったことから、文言を定義した上で、再度関連性を検討する必要がある。

4) 公衆衛生看護活動の経験、必要とされるスキル

ソーシャルキャピタルを醸成する力量については、全ての能力の開発が必要であることがわかった。今回使用した指標は、経験年数と関連がある⁹⁾とされており、今回の調査でも経験年数と正の相関があったことから、保健師としての経験を積むことはソーシャルキャピタル醸成に重要であると考えられた。

【経験群】と【意図のみあり群】では、「アクセスと公平性の促進」因子の「②私は、地域に潜在する事例を住民・関係者・保健事業など複数経路からの情報を用いて発見する」に差があったが、管轄する自治会長との関係性にも差があったことと併せて考えると、情報を得る手段を複数経路持つこと、単に面識を持つだけでなく潜在する事例について誰に聞けば良いかを理解した上で、保健師から問い合わせる技術を持つことが必要であると考えられた。「③私は、民間サービスでは対応が難しい複雑・多問題をもつ事例の問題に関わりつづける」は、公衆衛生看護活動を担う保健師が、対象を地区の生活者として捉え、生活環境・社会環境を含め継続的な支援を展開するという専門性を呈している。「サービスの質と量の評価」因子の「⑥私は、健康課題の解決のために活動内容や方法が適正か否かを定期的に評価する」に差があったことは、目的に照らして活動を評価し、アクションを検討するいわゆる PDCA サイクルを回せていないことが意図していても実行できない理由の一つであると考えられる。

【意図のみあり群】と【未経験群】では、「アクセスと公平性の促進」因子の「④私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす」、「⑤私は、住民それぞれが健康保持・増進の行動を主体的に選択・決定できる情報・機会を与える」に差があったことから、保健師としての行動力や地域住民の主体性を尊重する態度の形成がソーシャルキャピタルを醸成しようという意図を持つために重要であると考えられた。「サービスの質と量の評価」因子の「⑦私は、健康課題とサービスの均衡を地区診断などの根拠のある方法で査定する」に差があったが、地域診断の経験にも差があったことと併せて考えると、地域診断を実施することがソーシャルキャピタルを醸成しようという意図を持つために重要であると考えられた。「健康危機への予防的対応」因子の「⑫私は、健康危機の発生にそなえ所属の指針に基づいて予防的対応を行う」に差があったが、活動指針があるかどうか分からないということに差があったことと併せて考えると、予防的対応を行うこと以前に「所属の指針に基づくもの」がわからなかった可能性もあると考えられた。

ソーシャルキャピタルの醸成を図るためのスキルとしては、「健康課題の把握」、「地域の声を聴く」、「人と人をつなぐ力」を 85% 以上の経験者が挙げており、保健師活動のコアである「みる」、「つなぐ」力量形成が重要であると考えられた。

ソーシャルキャピタルの醸成を同僚や後輩に伝えたことがあったのは 34.9% で、伝承が十分図られていないことが明らかになった。伝承の方法については、「住民の声を聴くよう促した」、「保健師役割であることを説明した」、「一緒に活動した」が半数以上であり、「先駆的事例を示した」、「戦略を立てさせた」、「成功体験を理論づけた」といった理論的な介入をした割合は少なかった。保健師が専門能力を高めるには「実践経験の質を高める方法」を導入するこ

とが必須である¹⁷⁾と言われており、実践を踏まえた指導を行う指導者としてのスキルについても身につける必要があると考えられた。

5) 都道府県、保健所設置市・特別区、市町村の区分による相違

地区分担制、業務分担制、重層型等の業務体系には違いがあり、都道府県では地区分担制が3%と極端に少ないことがわかった。朝礼や連絡会の定例化にも違いがあり、都道府県で少なく保健所設置市・特別区で多い傾向であった。新採用者に対する教育制度や統括的な役割を担う保健師の存在、保健師同士の課係を超えた横のつながりには違いがあり、都道府県、保健所設置市・特別区には「ある」、市町村には「ない」傾向であった。

自治体独自の「保健師の活動指針」は自治体の区分による違いがあり、保健所設置市・特別区では約半数と多くあり、市町村では8.7%と少なかった。

保健師の人材育成マニュアル、経験年齢別の研修会は自治体の区分による違いがあり、都道府県、保健所設置市・特別区には「ある」、市町村には「ない」傾向であった。市町村では人数が少なく、人材育成マニュアルや経験年齢別の研修会を企画することは難しいと思われ、新人看護職員研修ガイドラインでは、人材育成の中核となる保健所の設置が望ましいとされている¹⁸⁾が、都道府県や保健所が管轄の市町村を交えた人材育成に取り組むことが必要であると考えられる。

地区活動としては、地域診断の実施、関係機関や関係者の名簿の作成に自治体の区分による違いがあり、都道府県、保健所設置市・特別区には「ある」、市町村には「ない」傾向であった。特に、公衆衛生看護活動の基本である地域診断は市町村で半数以下の実施率であった。保健活動をPDCAサイクルによって評価するためには、地域全体の健康課題を明確にするための地域診断が重要であり、また、ソーシャルキャピタルを醸成しようという際にどのような関係機関と連携を図る必要があるか把握するためには関係機関を把握することは非常に重要である。通常業務として、地域診断や関係機関の名簿作成を行う時間を見出し、保健師活動の一環であることを意識づける必要性から、市町村における地域診断への取り組みが求められる¹⁹⁾。

ソーシャルキャピタルの醸成の目的としては、都道府県では「当事者のグループ化」、「障がい者・母子等の居場所づくり」、「地域のリーダー育成」の順に多く、保健所設置市・特別区では「健康なまちづくり」、「障がい者・母子等の居場所づくり」、「見守り等地域でのネットワークづくり」の順に多く、市町村では「健康なまちづくり」、「地域のリーダー育成」、「見守り等地域でのネットワークづくり」の順に多かった。都道府県では難病や精神疾患を有する対象者支援を業務としており、当事者のグループ化を図っていることが多いと考えられ、市町村においても育児支援や生活習慣病対策としての当事者のグループ化に向けた取り組みを促進する必要があると考えられた。

自己研鑽において、「本を読む」、「雑誌を読む」、「セミナーに参加する」の項目については、自治体の区分による違いはなかったが、「文献を読む」、「研究をする」、「研究発表をする」、「論文を書く」、「雑誌に投稿する」の項目について自治体の区分による違いがあり、市町村に少ない傾向であった。自己研鑽がソーシャルキャピタルの醸成に関連があることから、市町村における研究活動への取り組みが必要であると考えられる。一方、「ケアマネジャー・精神保健福祉士等の資格を取得する」は市町村に多く、業務に関わる資格取得を積極的に行っている状況が伺える結果であり、より業務に埋没することがないようにする必要があると考えられた。

4. 学校保健活動や産業保健活動との協働を図るための公衆衛生看護活動における課題

1) 学校保健との連携について

(1) 組織的な連携体制の構築

今回の調査結果から、学校保健と地域保健という法的・組織的に異なった分野が連携していく上で様々な課題があることが明らかになった。

縦割り行政による組織上の課題として、担当部局が異なる、私立学校は市・町教育委員会以外への働きかけが必要で連携が取りにくい、学校単位では連携できていても市町全体として統一的な取り組みは困難、管内に学校が多くターゲットが絞れていない等、組織的統一的な取り組みが困難な状況が挙げられていた。また、教育委員会から全ての学校へ統一的な取り組みとしていくことは現状では大変難しい状況があり、これらを解決していくための方策の一つとしては、法的根拠や要綱等に「保健所」、「保健センター」等の明確な位置づけが必要であると考えられる。

実際には、平成20年1月17日に中央教育審議会の答申として「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体として取組を進めるための方策について」が出され²⁰⁾、家庭との連携、地域との連携が強く求められるものであること、国及び地方公共団体は、学校の取組に対して、各地域の優れた実践事例や最新の知見などの必要な情報の提供や助言、指導その他の援助を行うことが求められることが明記されており、学校保健委員会のメンバーとして「地域の保健関係機関の代表」という記述もある。地域保健として学校保健をめぐる答申や学習指導要領を理解することが必要である。

現在の組織的背景の中では、学校保健分野と情報交換や意見交換を行う機会は少なく、学校保健委員会等の場があるものの、実質的な関係づくりにはつながっていない状況も伺えるなど、お互いの顔が見える関係づくりが十分できていないことが課題として考えられる。

日頃の保健師活動において、地域内の養護教諭と日常的に情報交換等の連携を図っていくことは可能であるが、学校保健分野と協働して健康課題の解決に向け、地域特性に応じた取り組みをしていくためには、地域内や学校単位で地域診断に基づく課題を共有し、優先度に応じて取り組むことが有効であることが示唆された。お互いの利点を活かして協働していく連携を推進するには、更なるお互いの理解や課題を共有し合う意見交換の場が必要であると考えられる。小児の肥満状況の把握のために学校、医師会、行政、大学等の多機関が連携している先行事例では、「体格のデータを集めるということ」と「標準体重の作成、肥満判定方法の統一」のために話し合っていくこと自体がその後の協力体制と相互理解に役立った²¹⁾ことが報告されており、目的の共有と視点を揃えるような場面はそれらを深めるのに有効な手段であると考えられる。

先の答申では、「市町村レベルにおいて、教育委員会と保健部局などの行政機関や地域の学校医・学校歯科医・学校薬剤師の関連する団体などが連携し、子どもの現代的な健康課題を検討し対応する場の設置が求められる。このため、例えば市町村教育委員会に「学校地域保健連携推進協議会（仮称）」を設置し、地域内の学校の代表者（校長・教頭等や保健主事・養護教諭等）、小児医療などの専門家、母子保健や保健福祉などの行政関係者などの参画を得て、地域の実情を踏まえた課題解決に向けた計画を策定し、それに基づき具体的な取組を進めるなど、地域ぐるみで計画的に取り組むことが必要である。」と書かれており、実行される必要がある。

また、地域保健の立場からすると、学校側の健康課題に対する認識が低く、認識の違い・ずれを感じるという意見が多く出されていた。例として、窓口が明確でない、学校により体制が違う、校長や養護教諭が連携に積極的でない、養護教諭と担任の意識が異なる、養護教諭の立場が弱い等の意見があり、組織上の違いや法的根拠等の違いはあると理解しつつも、学校側の連携に対する姿勢に対して疑問を感じている状況が伺われた。生涯を通じた健康づくりにおける学校保健との連携は非常に重要であることから、学校側には地域保健と連携することのメリットが十分に認識できていない現状を踏まえ、地域保健から連携を働きかけることにより、お互いの理解を深め、認識の違いやずれを解消していくということが重要だと考えられる。また、そのためには、学校・行政という組織の壁を超えて継続的に支援する体制の構築が必要であると考えられる。

（２）健康課題の明確化と地域保健分野から学校保健分野に対する積極的な働きかけ

学校保健と連携を図っていくためには、保健師が地域診断に基づく課題を明確にし、学校保健側に提示することで、学校保健と協働で取り組み、その結果を評価して更に取り組みを進展させていくことが重要であることがわかった。

しかしながら、地域診断ができていないため健康課題が明確になっていない、両者が協働する根拠データが出せていない、また、PDCA サイクルにより業務を発展的に実施できていない等の課題を踏まえると、健康増進計画に基づく活動により、地域保健分野が積極的に取り組む必要があると考えられる。具体的には、生活習慣病予防として喫煙等に目的を絞った取り組み、乳幼児期から一貫した健康管理、学童期の健康づくり、子どもの成長発達に合わせた命の健康教育、思春期教育等の取り組みを積極的に行うなどのように、学校保健が保有するデータから、健康課題を明確にすることで地域保健との協働で実施していくことも含めて、現状分析・課題・目的の共有は欠かせないと考えられる。

一方、実際に連携が図られている分野としては、健康づくりや食育、発達障がい・性教育・歯科保健が挙げられており、先の答申では「メンタルヘルスに関する課題、アレルギー疾患の増加、性の問題行動や薬物乱用、感染症や過度のスポーツや運動による運動器疾患などの子どもの現代的な健康課題」や「食育」が記載されており、その内容は地域保健が認識している内容と概ね合致していた。しかしながら、学校によってニーズや優先度は違いがあると考えられ、学校側に求められる内容を切り口に関わりを深めることも重要であると考えられる。

連携が推進されている自治体では、発達障がいなどに対する専門的なニーズへの対応が行われていたが、学校保健として専門家の介入を求められる事例は存在しているものの、学校保健に地域保健の役割が充分理解されていないことから、多くが潜在化していると考えられる。保健師は学校に対して、連携の中から専門家としての役割を示していくことが重要であると考えられる。

また、現在の取り組みが、個別ケース対応で終わっている現状や感染症対応等、一部に限定され、関わりが深まっていないこと、また、歯科保健については学校歯科医師任せになっている、高校大学等への関わりが希薄等の課題もあった。これらについては、事例を積み重ね、新たな事業を構築し、モデル的な事業の実施あるいはシステムの構築などを図り、地区活動としての展開に結び付けていくことが考えられる。

(3) その他の要因と方策

地域保健を取り巻く環境に目を向けると、人員削減や目先の保健事業に追われ連携ができていない、または最小限の連携となっている現状がみられた。また、保健師の力量の問題やソーシャルキャピタルの醸成・活用に対する経験不足、現任教育の不足等人材育成に関する問題もあると考えられる。

保健所としては母子保健事業を直接実施していないため、学校保健との連携の場が少ないことも挙げられていた一方、保健所が学校保健と連携している事業としてはエイズ対策が最も多いと言われており⁸⁾、連携がなされていない訳ではない。例えば、エイズ対策から性教育や思春期保健対策に発展させるために、保健所から市町村に協働を求めるような場面が想定できる。今後、保健所が市町村支援の果たすための具体的な役割を明確にしていく必要があると考えられる。

また、学校保健との連携には保護者を含めた活動が必要であることはいうまでもない。保護者自身の意識に働きかけることで、予防意識を高めることが重要である。保護者が学校との調整を拒否するような場合があり、保護者に学校保健との連続性の必要性について理解を求めていく必要がある。さらに、学校保健の取り組みにおいては、特に性教育等、保護者の反応・意見に大きく左右されることもあり、保護者の理解や意識を高める活動が並行して行われなければならない。

2) 産業保健との連携について

今回、学校保健に関する話し合いをした自治体が多く、多くの具体的な意見が出されており、市町村業務である乳幼児健診等の母子保健事業と連続した学校保健の重要性は認識されており課題についても明確であったと考えられる。一方、産業保健に関しては、話し合いをした自治体が少なく、出された意見も少なく、より連携上に大きな課題があると予想された。

産業保健については、メンタルヘルスを含む精神保健分野について取り上げた自治体が65.1%で最も多かった。

(1) 健康課題の明確化と連携の必要性の相互理解

調査結果では、産業保健分野の実態が把握できておらず、課題やニーズがつかめていない、どこにターゲットを絞っているのか・何から手をつけていいのかわからない、という意見が多く挙げられていた。特に特定健診のデータについて、連携システムがないため結果が把握できず、地域と職域の健診結果を統合した地域全体の実態が明確に共有されないという意見が挙げられていた。特定健診が高齢者の医療確保法に基づき、医療保険者の責務となったことにより、市町村国保と職域の健診結果を統合することが困難となり、健康課題を明確にできなくなったことは、地域保健側の不安全感をもたらしていると推察された。医療費適正化計画の評価にあたり、国や都道府県は医療保険者や医療機関等に対して必要な資料を求めることができるとされ積極的にデータを入手し、分析や評価を行っている機関もあるが^{22) 23)}、データ還元のしくみづくりが求められる。

また、産業保健分野との接点が少なく、情報交換や意見交換の機会がない、お互いの顔が見える関係づくりができていない、健康管理者が地域単位で話し合う機会がない、一部の企業とは事業で連携しても組織的には広がらない、連携するためのパイプがない、連携方法がわからない、それぞれの役割が明確ではないという意見、さらに地域・職域連携推進会議が開催され

ていない、年1回の会議では連携が図られているとは言えない、顔つなぎ程度で終わっているという地域保健と産業保健との連携体制が整っていないという意見が多く聞かれ、地域・職域連携協議会が公衆衛生看護活動に結び付いていない現状がうかがわれた。連携推進のためには、形式的な会議の開催のみならず、関係者がさらにつながりを深めていける取り組みが必要であると考えられる。

平成17年3月に出された「地域・職域連携推進事業ガイドライン」²⁴⁾では、地域・職域連携推進協議会は都道府県及び2次医療圏を単位として設置し、事業を実施することとなっており、さらに連携を深めるような会議や事業の内容の充実が求められる。

さらに、事業所が健康づくりに対する意識が低いことや、健康問題は個人の問題とする認識であること、利益優先で取り組む余裕がない等の事業所内における課題もあり、連携が取りづらく課題の共有が図りにくいことも明らかになった。他にも、事業所における健康管理者が不明確あるいは配置が少ない等、組織の体制が整っていない現状や、メンタルヘルス対策や分煙対策への理解のなさ、地域・職域連携事業や地域産業保健センターの活用ができていない等、産業保健側の問題も多く挙げられていた。これらの課題は、小規模な事業所に顕著であると思われる、事業主の意識を高めるような国家レベルでの取り組みが必要であるとともに、地域保健分野からの一方的なアプローチだけでは困難であるため、事業所と一緒に課題に取り組む姿勢が強く求められる。そして今後、連携を推進するにあたっては、健康課題ならびに連携していく必要性などを明確にし、相互にもたらされるメリットを提示することも重要である。

(2) 地域保健分野からの産業保健担当者に対する積極的な働きかけの必要性

地域保健分野からの積極的な事業周知や働きかけができていないという意見が挙げられていた。具体的には、がん検診や精密検査の受診率向上、重症化防止、合併症の把握、治療中断防止、自殺防止対策としてゲートキーパー養成等の働きかけの必要性などである。また、働く世代が参加できる健康教育や出前講座を単発にならないよう計画的に実施すること、現状では協賛事業や提携企業が事業に活かしていないという意見も見られた。これらは、本来、地域保健の責務として積極的に働きかけ、企業や事業所を巻き込み共通の課題として認識してもらうことで、連携を図っていくべきである。

また、地域保健側の課題として、住民対象の事業を優先しており、産業保健分野との連携の働きかけはほとんどしていない、法的根拠や具体的な事業計画がないため、連携に至っていないという意見が挙げられていた。また、保健所としても企業の健康づくりには間接的な関わりしかできない、市町村支援という役割においてもどこまで関わるべきかわからない、市町村も産業保健分野には介入できないと思っているという意見があった。さらに、財源や人員不足、業務多忙による余力や保健師活動の減少、ソーシャルキャピタル活用や醸成の経験不足、地域・職域連携事業を担当している行政担当者の人材不足等が課題として考えられるが、今後地域全体の健康づくり・疾病予防という観点からも、行政側から積極的に働きかけ、地域全体の気運を高める仕組み作りが必要である。

保健所の役割については、地域・職域連携推進会議が位置づけられてことが多いことから、学校保健と比較して市町村から求めるものが明確であり、市町村における産業保健との連携促進を働きかけることが必要であると考えられた。

また、担当者のスキル不足も課題とされ、人材育成のあり方について今後検討する必要があると考えられた。

VI 結 語 ■ ■ ■

本研究では、保健師の行う保健活動に着目し、ソーシャルキャピタルの醸成や活用を図った経験のある保健師がどの程度いるのか、保健師はソーシャルキャピタルの概念をどのように捉えているのか、ソーシャルキャピタルの醸成を日常の保健活動の中で行っていくためにはどのような要件や条件やスキルが必要なのかについて明らかにした。

また、地域保健が学校保健や産業保健との連携を推進していくための課題や方策について調査し、今後、各自治体において学校保健や産業保健との連携を促進するための解決の糸口を見出した。

ソーシャルキャピタルを醸成する活動は、地域における健康課題を解決するために有効な活動であるだけでなく、保健師自身のモチベーションを向上させる活動であることが示唆された。

本研究が、各自治体におけるソーシャルキャピタルの醸成が図られ、地域活動が推進されることを期待する。

【謝辞】

本研究に際し、アンケートに御協力くださった全国の自治体に所属する保健師の皆様、調査項目の作成にあたり快く研究成果を御提供いただいた中山貴美子先生、岡本玲子先生に深く感謝申し上げます。

VII 引用文献、参考文献 ■ ■ ■

- 1) 平成 24 年 7 月 31 日付健発 0731 第 8 号厚生労働省健康局長通知「地域保健対策の推進に関する基本的な指針の一部改正について」
- 2) 平成 25 年 4 月 19 日付健発 0419 第 1 号厚生労働省健康局長通知「地域における保健師の保健活動について」
- 3) Putnam RD,Leonardi R,Nanetti R:Making democracy work:Civic tradition in modern Italy. Princeton University Press;1993
- 4) Kawachi I,Subramanian SV,Kim D.Social capital and health:A decade of progress and beyond.In:Kawachi I,Subramanian SV,Kim D,editors.Social capital and health.New York:Springer,2008;1-26
- 5) 木村美也子：ソーシャル・キャピタルー公衆衛生分野への導入と欧米における議論よりー：日本公衆衛生雑誌 .57（3）,2008;252-265
- 6) 尾島俊之：ソーシャルキャピタルと地域保健アセット・モデルとニーズ・モデルを含めて．保健師ジャーナル .67（2）,2011;96-100
- 7) 内閣府国民生活局市民活動推進課（株式会社 日本総合研究所委託）：平成 14 年度「ソーシャル・キャピタル：豊かな人間関係と市民生活の好循環を求めて」.2003
- 8) 笹井康典：平成 24 年度地域保健総合推進事業 健康づくりにおけるソーシャル・キャピタルの育成等に関する保健所の役割に関する調査研究報告書．（一財）日本公衆衛生協会,2013.3;47
- 9) 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：日本地域看護学雑誌 10（1）,2007;49-58
- 10) 岩本里織・岡本玲子・塩見美沙：「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．日本公衆衛生雑誌 55（9）,2008;629-639
- 11) 平野かよ子・尾崎米厚編：事例から学ぶ保健活動の評価．医学書院,2001
- 12) 地域における保健師の保健活動に関する検討会：平成 24 年度地域保健総合推進事業「地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書」,2013.3
- 13) 大倉美佳・野呂千鶴子・荻田美穂子ら：行政分野で働く保健師のキャリア志向尺度の開発および基本属性との関連、日本公衆衛生雑誌 58（12）,2011;1026-1039
- 14) 市町村保健活動の再構築に関する検討会：市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書，厚生労働省健康局総務課保健指導室 .H19.3
- 15) 今村晴彦・印南一路：地区組織活動についての全国調査からソーシャル・キャピタルを醸成する保健師活動へのヒント．保健師ジャーナル .67（2）,2011;119-126
- 16) 佐伯和子：地区に責任がもてる保健師の人材育成．保健師ジャーナル 67（1）,2011;8-12
- 17) 岡本玲子・谷垣静子・岩本里織ら：保健師等のコンピテンシーを高める学習成果創出型プログラムの開発．日本公衆衛生 58（9）,2011;778-791
- 18) 厚生労働省：新人看護職員研修ガイドラインー保健師編ー ,H23.2
- 19) 高橋美美・高尾俊弘：保健師の地域診断実践に影響する要因に関する研究．高知大学学術研究報告 56,2007:21-29
- 20) 中央教育審議会：「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（答申）.H20.1.17

- 21) 勢井雅子・中津忠則・横田一郎他：徳島県における多機関連携による小児の生活習慣病予防活動．日本公衆衛生雑誌 56（3）,2009;163-171
- 22) 東京都保険者協議会 特定健康診査・特定保健指導等評価検討委員会：平成 22 年度特定健診等データ分析事例と保険者支援事業報告書 .H23. 3
- 23) 健康日本 21 推進全国協議会：健やか生活習慣国民運動・取組事例 特定健診からはじめる健やかなまちづくり―福岡市―.2009
- 24) 地域・職域連携支援検討会：地域・職域連携推進事業ガイドライン―改訂版― .H19.3
- 25) 埴淵知哉・村田陽平・市田行信他：保健師によるソーシャルキャピタルの地区評価．日本公衆衛生雑誌 2008；716－723
- 26) 両羽美穂子：地域づくりにおける保健師のマネジメント能力の開発・発展過程．千葉看護学会誌 .Vol.16 No.1
- 27) 中山貴美子：コミュニティ・エンパワメントとは？：保健師ジャーナル .62（1）,2006
- 28) 村上麻貴・濱田直美・中山喜美子：健康づくりボランティア活動の広がり と評価「ヘルスアップサポーターいずみ」の 7 年間の活動より．保健師ジャーナル .68（7）, 2012
- 29) 田上豊資：ソーシャルキャピタルと地域保健．保健師ジャーナル .67（2）, 2011
- 30) 公法）地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター編：健康なくに．医療文化社 .2010;77-79
- 31) 下田智久：平成 20 年度地域保健総合推進事業 ポピュレーションアプローチ推進・評価事業報告．（財）日本公衆衛生協会 H21.3;61-66
- 32) 平成 20 年度地域保健総合推進事業 地区活動のあり方とその推進体制に関する検討会報告書：2009. 3
- 33) 平成 22 年度地域保健総合推進事業「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」 H23.3
- 34) 金藤亜希子・宮腰由紀子・小野ミツ：連携する他職種が捉える保健師像 - 保健師教育の方向性を探る -. 日本看護研究学会雑誌 32（2）,2011;109-118
- 35) 衛藤隆：学校保健とは．保健の科学 52（10）,2010;652-656
- 36) 錦戸典子：産業看護学分野における研究の現状と今後の展望．保健の科学 52（2）,2010;99-104

平成 25 年度地域保健総合推進事業
ソーシャルキャピタルの醸成と活用にかかる保健活動のあり方に関する調査研究
アンケート調査

分担事業者：全国保健師長会

本調査は、平成 25 年 4 月に厚生労働省健康局長通知として出された「地域における保健師の保健活動に関する指針」に示された「ソーシャルキャピタルの醸成や活用」にかかる保健師の役割や、それらの保健活動を促進するための要因を明らかにすることを目的として行うものです。回答いただいた調査用紙は、個人が特定されないようにした上で集計し、集計結果は後日保健師長会において報告させていただくとともに、学会及び学術雑誌等に発表し、今後の保健師活動のあり方を検討するための基礎資料として活用させていただきます。率直なご意見をいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、回答は、平成 25 年 12 月 5 日（木曜日）までに、（一財）日本公衆衛生協会（全国保健師長会事務局）【アドレス：〇〇】宛てに、ご返送いただきますよう、お願い申し上げます。

以下の設問について、あてはまるものを選び、☐ 枠に記号または数字を入れてください。
「その他」を選んだ時は黄色の ☐ 枠に自由に記載してください。なお、一部のセルには入力制限があります。

1. あなたの職場、所属する自治体についてお尋ねします。 【回答】
- (1) 同じ職場（課・係など同じ事業を行う単位）に自分を含め何人の保健師がいますか。 人
- (2) 同じ職場の上司（トップ）の職種は何ですか。
- | | | | |
|---------------------------|-------|----------------------|-----------|
| 1 事務職 | 2 保健師 | 3 医師・歯科医師 | 4 獣医師・薬剤師 |
| 5 管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・物理療法士 | 6 その他 | <input type="text"/> | |
- (3) あなたの業務は地区担当制ですか、業務分担制ですか。
- | | | | |
|---------|---------|-------|----------------------|
| 1 地区分担制 | 2 業務分担制 | 3 重層型 | 4 その他 |
| | | | <input type="text"/> |
- (4) あなたの職場では朝礼あるいは連絡会など（連絡会とする）が定例化されていますか。
- | | | |
|-----------|-------------------|----------|
| 1 定例化している | 2 連絡会はあるが定例化していない | 3 連絡会はない |
|-----------|-------------------|----------|
- (5) あなたの職場では、新採用者に教育担当者やプリセプターを付ける制度はありますか。
- | | | |
|------|------|---------|
| 1 ある | 2 ない | 3 わからない |
|------|------|---------|
- (6) あなたの職場には、仕事で悩んだ時に相談できる人がいますか。
- | | |
|------|-------|
| 1 いる | 2 いない |
|------|-------|
- (7) あなたが所属する自治体では統括的な役割を果たす保健師がいますか。
- | | | |
|------|-------|---------|
| 1 いる | 2 いない | 3 わからない |
|------|-------|---------|
- (8) あなたが所属する自治体では、保健師同士の課や係を超えた横のつながりがありますか。
- | | | |
|------|-------|---------|
| 1 いる | 2 いない | 3 わからない |
|------|-------|---------|
- (9) あなたが所属する自治体では、自治体独自の「保健師の活動指針」がありますか。
- | | | |
|------|------|---------|
| 1 ある | 2 ない | 3 わからない |
|------|------|---------|
- (10) あなたが所属する自治体では、保健師の人材育成マニュアルがありますか。
- | | | |
|------|------|---------|
| 1 ある | 2 ない | 3 わからない |
|------|------|---------|
- (11) あなたが所属する自治体では、経験年齢別の研修会がありますか。
- | | | |
|------|------|---------|
| 1 ある | 2 ない | 3 わからない |
|------|------|---------|

2. あなたの管轄地域もしくは担当業務における保健師活動の実際についてお尋ねします。

(1) あなたは、管轄地域もしくは担当業務において地域診断を行っていますか。 ☐

1 行っている 2 行っていない

(2) あなたは、管轄地域もしくは担当業務において関係機関や関係者の名簿を作成していますか。 ☐

1 作成している 2 作成していない

(3) あなたは、管轄地域の自治会長とどの程度、関係性がありますか。 ☐

1 面識がない 2 名前がわかる程度 3 顔がわかる程度

4 挨拶をする程度 5 一方向の情報収集や報告をする程度

6 双方向の意見交換をする程度 7 事業を協働する程度

(4) あなたは、管轄地域の民生児童委員と、どのような場面で連携していますか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 連携していない ☐ 2 事業の企画 ☐ 3 事業の実施 ☐

4 事業の評価 ☐ 5 その他 ☐ ☐

(5) あなたには、協働した地域住民あるいは住民組織がありますか。 ☐

1 ある 2 ない

(6) あなたの1か月間の活動状況を教えてください。なお、不明の場合は3に進んでください。
※平成 24 年度保健師活動領域調査（活動調査）10 月分もしくは、それ以降で 1 か月以上の期間調査した保健師活動報告があれば転記してください。単位は時間・単位・割合（％）のいずれかを選んでください。

①1か月あたりの訪問件数

実件数 件

延べ件数 件

② ③に記入する 1 か月分の活動は、何を単位として表しますか。

1 時間 2 単位 3 割合（％） 4 その他

③次の項目について、それぞれの活動時間（もしくは単位・割合他）を記入してください。

保健福祉事業										地区管理		コーディネート		教育・研修		業務管理	業務連絡・事務	研修参加	その他	合計
家庭訪問	保健指導	健康相談	健康診査	健康教育	デイケア	機能訓練	地区組織活動	予防接種	その他	調査・研究	地区管理	個別	地域	研修企画	人材育成・実習指導					

④ 1 か月あたり個別コーディネート件数 件

3. 人々との協調的な行動を促す「信頼」「互酬性の規範」「ネットワーク（絆）」をソーシャルキャピタル、日本語で社会関係資本と呼んでいます。

ソーシャルキャピタルの醸成及び活用について、あなたの考えをお尋ねします。

- (1) あなたは、保健師としてソーシャルキャピタルが醸成されることによって、地域にどのような効果があると思いますか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 地域力が向上する	☐	2 地域の活動力が向上する	☐	3 自助・共助の推進	☐
4 自発性・主体性の向上	☐	5 個の問題が地域の課題になる	☐	6 地域に愛着が沸く	☐
7 持続可能な地域づくり	☐	8 安心感が生まれる	☐	9 その他	☐

☐

- (2) あなたは、保健師としてソーシャルキャピタルの醸成を図ったことがありますか。

☐

1 図ったことがある 2 図ろうとしたがうまくいかなかった 3 図ったことがない

- (3) (2) で 1 または 2 と回答した人にお尋ねします。どのような目的でソーシャルキャピタルの醸成を図ったのですか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 地域保健福祉計画等の策定	☐	2 健康なまちづくり	☐
3 地域のリーダー育成	☐	4 障がい者・母子等の居場所づくり	☐
5 見守り等地域でのネットワークづくり	☐	6 当事者のグループ化	☐
7 運動・禁煙等良い保健行動の継続	☐	8 その他	☐

☐

- (4) (2) で 3 と回答した方にお尋ねします。ソーシャルキャピタルの醸成を図ったことがないと感じたのはなぜですか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 必要性を感じなかった	☐	2 業務ではなかった	☐	3 職場で前例がなかった	☐
4 方法がわからなかった	☐	5 時間的余裕がなかった	☐	6 自分にスキルがなかった	☐
7 その他	☐	☐			

- (5) あなたは、保健師としてソーシャルキャピタルの醸成のために必要なスキルとは何だと思いますか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 地域の健康課題を把握する	☐	2 地域診断	☐	3 地域の声を聴く	☐
4 地域の健康課題を提示する	☐	5 地域のあるべき姿を描く力	☐	6 関係機関連携	☐
7 社会資源の発掘	☐	8 社会資源につなぐ力	☐	9 人と人をつなぐ力	☐
10 目指すものの共有化	☐	11 セルフエフィカシー（自己効力感）を高める	☐	12 語る場づくり	☐
13 リーダーを発見する	☐	14 役割分担を明確にする	☐	15 予算を確保する	☐
16 住民を信頼する	☐	17 誉める・認める	☐	18 発表の場をつくる	☐
19 タイミングを見極める	☐	20 住民を信じて待つ力	☐	21 社会資源の活用	☐
22 保健師の熱意	☐	23 個別から地域活動に展開する力	☐	24 その他	☐

☐

- (6) あなたは、ソーシャルキャピタルの醸成を図る上で、必要な条件は何だと思いますか。
あてはまるもの全てに○を付けてください。

1 上司の理解	☐	2 同僚の理解	☐	3 組織の理解・合意	☐
4 協力者の存在	☐	5 助言者・相談者の存在	☐	6 活動方針がある	☐
7 人事異動時の引継ぎ	☐	8 直接住民に関わる業務	☐	9 時間的余裕	☐
10 地域役員・関係団体の理解	☐	11 地域住民の理解	☐	12 活動場所	☐
13 地域で他職種や他機関がソーシャルキャピタルの醸成を図っている	☐	14 その他	☐	☐	

☐

- (7) あなたは、「ソーシャルキャピタルの醸成」についての理念や技術を、同僚や後輩に伝えたことがありますか。

☐

1 ある 2 ない

(8) (7) で 1 あると回答した方にお尋ねします。どのような方法で指導したり伝えたりしましたか。

あてはまるもの全てに○をつけてください。

1 保健師の役割であることを説明した	☐	2 住民の声を聞くよう促した	☐
3 地域をどう動かしたいかビジョンを語らせた	☐	4 戦略を立てさせた	☐
5 PDCA サイクルに基づき展開するよう助言した	☐	6 地域の役員等に健康課題を示すよう促した	☐
7 個別事例から地域活動に展開するよう助言した	☐	8 課題解決のために有効な社会資源を示した	☐
9 先駆的事例を示した	☐	10 職場全体で目的を共有する場を設けた	☐
11 一緒に活動した	☐	12 成功体験を理論づけた	☐
13 その他			

(9) あなたが、ソーシャルキャピタルの醸成が図られたと感じるのは地域にどのような変化があった時ですか。

次の選択肢の中から最もあてはまる番号を□に入れてください。

① そう思う ② ややそう思う ③ どちらとも言えない ④ あまりそう思わない ⑤ そう思わない				
1 地域が、組織運営や活動に関する意思決定を構成員の合意で行うようになった時	☐			
2 地域が、活動の企画運営を行うようになった時	☐			
3 地域が、地域全体として役割分担をするなど協力し合える関係ができた時	☐			
4 地域が、各構成員の意見を尊重する雰囲気ができた時	☐			
5 地域住民が、自分たちの活動のやりがいや喜びを語り合うようになった時	☐			
6 地域が、地域の健康づくりを実現するための活動目的を持つようになった時	☐			
7 地域住民が、地域の人々に共通する健康課題について共有するようになった時	☐			
8 地域が、地域の人々に共通する健康課題解決のために役割を果たすようになった時	☐			
9 地域が、地域の人々が参加できるような活動を行うようになった時	☐			
10 地域が、健康づくりについて地域の人々が参加できるような学習会を行うようになった時	☐			
11 地域が、自分たちの活動とその成果を地域の人々や関係者に発表するようになった時	☐			
12 地域が、保健計画などの立案・推進過程に参画するようになった時	☐			
13 地域が、他の地域等と協働活動をするようになった時	☐			
14 地域が、行政や専門家と協働活動するようになった時	☐			
15 地域住民の中でリーダーが育成された時	☐			
16 地域住民の保健行動や仕組みが継続できている時	☐			
17 地域から要望が出されるなど保健師に対する期待に変化があった時	☐			
18 その他				

(10) あなたは「ソーシャルキャピタルが醸成された」ということは「地域が動いた」という表現で適切だと思いますか。

次の選択肢の中から最もあてはまる番号を□に入れてください。他に適切な言葉があれば黄色セルに記入してください。

1 そう思う 2 ややそう思う 3 どちらとも言えない 4 あまりそう思わない 5 そう思わない	☐
他の言葉としては	

(11) あなたが、「地域が動いた」と感じるのは地域にどのような変化があった時ですか。

次の選択肢の中から最もあてはまる番号を□に入れてください。

① そう思う ② ややそう思う ③ どちらとも言えない ④ あまりそう思わない ⑤ そう思わない				
1 地域が、組織運営や活動に関する意思決定を構成員で行うようになった時	☐			
2 地域が、活動の企画運営を行うようになった時	☐			
3 地域が、地域全体として役割分担をするなど協力し合える関係ができた時	☐			
4 地域が、各構成員の意見を尊重する雰囲気ができた時	☐			

- | | |
|---|--------------------------|
| 5 地域住民が、自分たちの活動のやりがいや喜びを語り合うようになった時 | ☐ |
| 6 地域が、地域の健康づくりを実現するための活動目的を持つようになった時 | ☐ |
| 7 地域住民が、地域の人々に共通する健康課題について共有するようになった時 | ☐ |
| 8 地域が、地域の人々に共通する健康課題解決のために役割を果たすようになった時 | ☐ |
| 9 地域が、地域の人々が参加できるような活動を行うようになった時 | ☐ |
| 10 地域が、健康づくりについて地域の人々が参加できるような学習会を行うようになった時 | ☐ |
| 11 地域が、自分たちの活動とその成果を地域の人々や関係者に発表するようになった時 | ☐ |
| 12 地域が、保健計画などの立案・推進過程に参画するようになった時 | ☐ |
| 13 地域が、他の地域と共同活動をするようになった時 | ☐ |
| 14 地域が、行政や専門家と協働して活動するようになった時 | ☐ |
| 15 地域住民の中でリーダーが育成された時 | ☐ |
| 16 地域住民の保健行動や仕組みが継続できている時 | ☐ |
| 17 地域から要望が出されるなど保健師に対する期待に変化があった時 | ☐ |
| 18 その他 <input type="text"/> | ☐ |

4.「地域が主体的あるいは自律的に動いた」という感覚について、あなたの考えをお尋ねします。

- (1) あなたは、これまでに行ってきた保健師活動の中で、「地域が動いた」と感じる経験がありましたか。 ☐

1 あった 2 なかった

- (2) あなたは、「地域が主体的あるいは自律的に動く」ことについてどのように考えますか。
次の選択肢の中から最もあてはまる番号を□に入れてください。

① そう思う ② ややそう思う ③ どちらとも言えない ④ あまりそう思わない ⑤ そう思わない

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 私の担当する地域には、地域が動かなければ解決できない課題がある。 | ☐ |
| 2 「地域が動く」きっかけとして、明確な例が挙げられる。 | ☐ |
| 3 「地域が動く」ためには、キーパーソンが必要である。 | ☐ |
| 4 「地域が動く」ためには、住民の主体的参加が不可欠である。 | ☐ |
| 5 「地域が動く」ためには、住民の思いを引き出すことが重要である。 | ☐ |
| 6 「地域が動く」ためには、保健師による方向付けが重要である。 | ☐ |
| 7 「地域が動く」ためには、保健師による継続的な働きかけが重要である。 | ☐ |
| 8 「地域が動く」ためには、地域としての活動を他者から認められることが不可欠である。 | ☐ |

- (3) あなたは「地域が主体的あるいは自律的に動く」ような活動をした時に、どのように感じましたか。
次の選択肢の中から最もあてはまる番号を□に入れてください。

① そう思う ② ややそう思う ③ どちらとも言えない ④ あまりそう思わない ⑤ そう思わない

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| 1 キャリアアップしたと感じた。 | ☐ |
| 2 保健師活動への意欲が増した。 | ☐ |
| 3 保健師の仕事に自信が持てた。 | ☐ |
| 4 保健師の仕事が面白いと感じた。 | ☐ |
| 5 保健師活動の醍醐味であると感じた。 | ☐ |

- (4) あなたは「地域が主体的あるいは自律的に動いた」と感じたことで、地区活動で目標としていることに近づきましたか。

1 近づいた	2 やや近づいた	3 どちらとも言えない	☐
4 あまり近づかなかった	5 近づかなかった		

5. 最後に、あなた自身のことをお尋ねします。

(1) あなたの自治体の保健師としての経験年数は平成 25 年 4 月 1 日時点で何年ですか？ 年

(2) あなたの所属する自治体はどれですか。

1 都道府県 2 保健所設置市・特別区 3 市町村

(3) あなたの現在の所属分野を教えてください。

1 保健分野 2 福祉分野 3 介護保険分野 4 その他

(4) あなたの現在の職位を教えてください。

1 係員 2 主務・主任 3 主査 4 係長
5 課長代理 6 課長 7 部長以上

(5) あなたの保健師としての最終学歴を教えてください。

1 専門学校 2 短大専攻科 3 大学 4 大学院

(6) あなたは後輩を指導した経験がありますか。

1 上司として 2 教育担当者・プリセプターとして 3 同僚として
4 実習指導者として 5 指導した経験はない 6 その他

(7) 自治体の保健師になってから、保健活動に関して、どのような自己学習（研鑽）や研究活動をした経験がありますか。
あてはまるもの全てに○をつけてください。

1 本を読んだ ☐ 2 雑誌を読んだ ☐ 3 文献を読んだ ☐
4 研究をした ☐ 5 研究発表をした ☐ 6 論文を書いた ☐
7 雑誌に投稿した ☐ 8 セミナーに参加した ☐ 9 ケアマネジャー・精神保健福祉士等の資格を取った ☐
10 大学院等へ編入した ☐ 11 その他 ☐

(8) 岩本らによる「公衆衛生基本活動遂行尺度」における遂行能力についてお尋ねします。
下欄から最もあてはまる番号を選び□に記入してください。

①全くそうでない ②2割ぐらいそうである ③4割ぐらいそうである
④6割ぐらいそうである ⑤8割ぐらいそうである ⑥ほとんど10割そうである

1 私は、地域に潜在する事例を住民・関係者・保健事業など複数経路からの情報を用いて発見する
2 私は、自分からサービスにアクセスしない・できない事例を発見する
3 私は、民間サービスでは対応が難しい複雑・多問題をもつ事例の問題に関わりつつける
4 私は、住民のニーズを満たす制度やサービスがない状況を解決するための行動を起こす
5 私は、住民それぞれが健康保持・増進の行動を主体的に選択・決定できる情報・機会を与える
6 私は、健康課題とサービスの均衡を地区診断などの根拠のある方法で査定する
7 私は、健康課題の解決のために活動内容や方法が適正か否かを定期的に評価する
8 私は、活動目標の達成状況を評価指標にしたがって毎年評価する
9 私は、多くの住民の健康を阻害している・する可能性がある問題を疫学統計学的視点で早期に発見する
10 私は、健康危機の発生にそなえ所属の指針に基づいて予防的対応を行う
11 私は、多くの問題の中から公共性・緊急性が高いものの優先順位を決定する
12 私は、健康危機の発生時に生じる健康課題の把握・解決方法を熟知する

ご協力くださりましてありがとうございました。

下記アドレス（日本公衆衛生協会：全国保健師長会事務局）宛てにお送りくださいますよう、よろしくお願いいたします。

アドレス〇〇

平成 25 年度 地域保健総合推進事業
「ソーシャルキャピタルの醸成や活用にかかる
保健活動のあり方に関する研究」 報告書

【発 行 日】 平成26年4月

【編集・発行】 (一財)日本公衆衛生協会

分担事業者 松本珠実(大阪市保健所感染症対策課)

〒545-0051 大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000

あべのメディックス11階

TEL. 06-6647-0951 FAX. 06-6647-1029