
原 著

保健医療福祉へのサービスがおよびにくい人の 「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」の開発

岩 本 里 織

徳島大学大学院医歯薬学研究部地域看護学

要 旨 目的：本研究では、「サービスがおよびにくい人」の保健医療福祉専門職へのアクセスを高めるための住民ネットワーク機能を評価する測定尺度を開発することを目的とした。

方法：予備調査より作成した31項目の尺度試案について、全国の保健所、市町村、地域包括支援センターの常勤保健師へ質問紙調査を行った。

結果：有効回答者1,062名について分析した。探索的因子分析では5下位因子からなる尺度が作成され、第一因子「住民同士のつきあい」（9項目）、第二因子「ネットワークの土壌となる地域の特徴」（6項目）、第三因子「住民が集う場や機会」（3項目）、第四因子「住民と専門職とのつながり」（4項目）、第五因子「住民同士の助け合いや情報交換」（5項目）が抽出された。内的整合性を示す Cronbach's α 信頼係数は0.903であり高い信頼性が確保された。

考察：本研究の結果、信頼性および妥当性が確認された5因子からなる「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」が開発された。本尺度は、保健医療福祉サービスを必要とするものの自らはアクセスできない人々を、地域住民を通じたアクセスが高められるネットワークが構築されているかを客観的に評価する際に使用可能であることが示唆された。

キーワード：アクセス、ネットワーク、保健師、ソーシャルキャピタル

緒 言

日本国憲法25条では公衆衛生の向上及び推進義務が謳われ、すべての国民の健康・幸福の公平性が保証されている。行政で働く保健師は、地域のすべての人々の健康を護る責任を持つ者として、健康を阻害されていたり自ら健康を護れない人々を早期に把握して必要な支援を提供したり、必要なサービスにつなげていく役割を担っている。

著者らの既存研究¹⁾では、保健師による必要な支援に繋がっていない事例の発見を問うた「地域に潜在する事例を複数の経路からの情報を用いて発見する」ことがほ

ぼできる者51.8%、「自らサービスにアクセスしない・できない事例を発見する」ことがほぼできる者35.5%であった。保健師が健康上の不利益を生じている対象者を見出すことが十分には遂行できていない現状があることが考えられる。高良の研究によると、アクセスの困難は、福祉制度などの制度から排除され公共サービスの利用の疎外要因としても明らかになっており²⁾、アクセスを高めることは住民の生存権を護るうえでも重要である。

自らサービスにアクセスしない、できない事例、つまり「サービスがおよびにくい人々」を早期に発見しサービスに連結するには、保健師などの保健医療福祉専門職のアウトリーチ³⁾だけでは困難である。隈無く張りめぐらされた地域住民の「目」によるネットワークにより、適切な専門職の支援に結びつけることが不可欠であると考えられる。この住民の力を活かしたアウトリーチの方法は既存研究⁴⁾や厚生労働省による特定高齢者の把握方法⁵⁾として有用性が示されている。しかし、住民ネットワー

2016年2月18日受付

2016年7月10日受理

別刷請求先：岩本里織, 〒770-8509 徳島市蔵本町3-18-15
徳島大学大学院医歯薬学研究部地域看護学

クを活かした「サービスがおよびにくい人」の発見方法（アクセス）について具体的な方法を示すものがない。

そこで、本研究では、「サービスがおよびにくい人」の保健医療福祉専門職へのアクセスを高めるための住民ネットワーク機能を評価する測定尺度（以下、「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」とする）を開発することを目的とする。これは、住民同士や住民と専門職のネットワークの状態が査定でき、ネットワーク機能を高めるための具体的対策を講じることが可能である。

研究方法

1) 用語の定義

(1) サービスがおよびにくい人

「サービスがおよびにくい人」とは、「健康を保持したり健康問題を解決するための知識・資源にアクセスできない・しない人、不健康な生活を送る人、虐待・DVおよび病気や介護などの顕在する問題を持ちながら対策を講じない・できない人など健康上の不利益を生じている人」と定義する。

(2) 保健医療福祉専門職への「アクセスを高める住民のネットワーク」

本研究における「住民ネットワーク」とは、ある一定地域の中での住民同士のつながりや交流とそれを生む基盤とする。また「保健医療福祉専門職へのアクセスを高める住民ネットワーク」とは、住民ネットワークが「サービスがおよびにくい人」に関する情報（存在の有無やその内容）を保健従事者へ伝達することを促進するような、住民と保健医療福祉専門職のつながりも含んだものをいう。

2) 項目収集と精選

(1) 項目収集と精選

保健医療福祉専門職へのアクセスを高める住民ネットワーク尺度項目の枠組みは、ソーシャルキャピタルの概念を基盤に作成した。ソーシャルキャピタルは、ネットワーク研究から発展した概念であり、「社会的な関係性を介して利用することができるリソース」である⁶⁾。ある一定組織内にネットワークが生じ、その結果生じるリソースであるソーシャルキャピタルは、ネットワークとは切り離せない関係になっている。つまりソーシャルキャピタルが高い地域ほど住民のネットワークが密であることを示すと推測できる。ソーシャルキャピタルが住

民の保健医療福祉専門職へのアクセスを高めることを述べた既存研究は見当たらない。しかし前述^{4,5)}したように地域住民のネットワークが保健医療福祉専門職へのアクセスに関連があると考えられている。そこで本研究では、ソーシャルキャピタルの概念のうちネットワークに関する要素が地域の人々の保健医療福祉専門職へのアクセスに影響があると考えた。

ソーシャルキャピタルに関連する既存研究のうち、その構成要素について記載されている論文⁷⁻¹⁴⁾から住民のネットワークとアクセスに関連する要素を抽出し文言を修正した。さらに保健医療福祉専門職とのつながりについての要素を付加した。以上の要素について類似性を基に整理し、①住民同士のつきあいの状況（11項目）、②住民間の信頼（6項目）、③住民の社会参加（互酬性）（11項目）、④ネットワークの基盤となる地域の特徴（8項目）、および⑤専門職とのアクセス（3項目）の5つの概念41項目を精選した。

(2) 予備調査

既存文献から作成した41項目の尺度案について、保健師経験がある学識経験者8名に内容の妥当性に関する意見を問うた。調査時期は2010年1月である。方法は、作成した尺度案を提示し、保健師等が担当する地区（以下担当地区）において保健医療福祉などに自らアクセスできない人々を、担当地区住民からの情報により把握するための地域住民のネットワークを示す項目として妥当か、追加が必要な内容の有無、意味の分かりにくい文言の有無等についてである。項目の妥当性はそれぞれ1-5の5段階で評価し、点数が低いほど妥当でないとした。全員の平均が3以下であった項目を妥当でないと判断し削除した。また残った項目案については、被調査者からの意見に基づき文言の修正と構成概念および項目の再検討を行った。その結果、①住民同士のつきあいの状況（10項目）、②住民間の信頼（3項目）、③住民の社会参加（互酬性）（4項目）、④ネットワークの基盤となる地域の特徴（7項目）、⑤情報伝達（7項目）の5つの概念の31項目の尺度項目案を作成した。

さらに、プレテストとして、現職の保健師4名に回答を依頼し、答えにくい箇所はないかを確認し文言を修正した。

3) 本調査

(1) 調査対象者

調査の対象施設は、全国から無作為抽出した市町村301か所(概ね1/5抽出)、県型保健所129か所(概ね1/3抽出)、地域包括支援センター785か所(概ね1/5抽出)、合計1,215か所である。調査対象は、県型保健所および市町村に勤務する経験年数が5年以上の常勤保健師を各施設6名以内、各地域包括支援センターに勤務する保健師経験年数が5年以上でかつ地域包括支援センターで1年以上勤務する保健師1名とした。抽出方法は、保健所は全国保健所長会のリストから、市町村は全国市町村リストから、地域包括支援センターは独立行政法人福祉医療機構が運営するWelfare And Medical Service NETwork System(通称WAMネット)から全国地域包括支援センターリストを作成し、無作為抽出をした。

調査の依頼は、施設の保健師代表もしくは地域包括支援センター長へ調査依頼文および調査用紙を送付し、所属部署内の条件に該当する保健師へ説明文と調査用紙の配布を依頼した。

(2) 調査内容

調査内容は、基本属性(所属機関の種別、経験年数、年齢、性別等)、尺度項目試案、保健師の担当地域から選定した一つの地域状況(以下、担当地域)について担当年数、人口などの基本情報、筒井らの連携活動尺度¹⁵⁾、公衆衛生基本活動尺度の下位尺度「アクセスと公平性」¹⁾、保健師が担当地域について「住民を通じた対象把握の程度」「住民同士のネットワークの程度」,「保健師と住民との関係構築の程度」「保健師の地区把握の程度」であり、いずれも10段階リッカートで回答を求めた。

(3) 調査期間

調査期間は、2010年2月～3月である。

(4) 分析方法

尺度案の項目分析においては、平均値と標準偏差および度数分布より天井効果・床効果について確認し、Item-Total 相関分析(以下IT分析)、各項目を削除した場合のCronbach's α 信頼係数の算出、項目間の相関分析を行い、採用する項目について検討した。

尺度の信頼性の検討には、尺度全体と下位尺度のCronbach's α 信頼係数により確認した。

妥当性の検討については、尺度の構成概念妥当性、基準関連妥当性をみた。構成概念妥当性は探索的因子分析により、基準関連妥当性は併存妥当性を検討し、外的基準として筒井らの連携活動尺度、公衆衛生基本活動尺度

の下位尺度である「アクセスと公平性」,「住民を通じた対象把握の程度」「住民同士のネットワークの程度」「保健師と住民との関係構築の程度」「保健師の地区把握の程度」について相関を確認した。解析にはSPSS Statistics 21を用いた。

(5) 倫理的配慮

本研究は、研究協力者の調査への協力は自由意思によること、調査に協力しない場合も不利益は生じないこと、調査協力者が特定されないこと、調査データは本研究目的以外には使用しないこと、個人・施設のプライバシーに関する内容や名称は公表しないこと等を明記した調査依頼文を施設代表者および各調査対象へ配布し、調査への回答を以て同意が得られたものとした。

なお、本研究の調査は、神戸市看護大学倫理委員会の承認を得て行った。

結 果

1) 回答状況

アンケートの回収数は1,150(回収率36.1%)であった。なお、回収率は、調査用紙を配布した保健師数が最大3,365名であるが、保健所、市町村に依頼した最大の数である6名の保健師が所属するとは限らないため、大凡の算出数である。回答数1,150のうち、尺度案について無回答があったもの、尺度案すべてに同一回答をしていたもの、すべての質問項目についても5つ以上に無回答があったものを無効回答とし、有効回答数は1,062(有効回答率92.3%)であった。

2) 対象者の属性(表1)

対象者は、平均年齢は40.6歳(標準偏差10.3歳)で、保健所・保健センター保健師が39.1歳(SD10.06)、地域包括支援センター保健師が43.5歳(SD10.15)であった。保健師経験年数は、保健所・保健センター保健師が平均15.4年(SD9.98)であり、地域包括支援センター保健師が、平均14.3年(SD10.45)であった。

3) 尺度の作成

(1) 項目分析

「アクセスを高める住民のネットワーク尺度」案31項目について、項目分析をしたところ、相関係数が0.7を超える項目はなかった。天井効果、床効果をみたところ、1項目に天井効果がみられたため削除した。さらに

表1 対象者の属性

	(n=1,062)			
	地域包括支援センター n=338		保健所・市町村 n=724	
	人	%	人	%
性				
男性	9	(2.7)	11	(1.5)
女性	328	(97.1)	713	(98.5)
平均年齢	43.5	(SD10.15)	39.1	(SD10.06)
経験年数	14.4	(SD10.45)	15.4	(SD9.98)
資格(保健師・看護師以外)				
助産師	15	(4.4)	67	(9.3)
ケアマネジャー	191	(56.5)	173	(23.9)
社会福祉士	13	(3.8)	49	(6.8)
養護教諭	77	(22.8)	219	(30.2)
役職	(n=334)		(n=714)	
スタッフ	201	(59.5)	303	(42.3)
主査	38	(11.2)	120	(16.7)
主任	28	(8.3)	135	(18.8)
係長	23	(6.8)	83	(11.6)
課長補佐	19	(5.6)	42	(5.9)
課長	8	(2.4)	8	(1.1)
その他	17	(5.0)	26	(3.6)
保健教育機関	(n=336)		(n=722)	
専門学校	216	(63.9)	482	(66.8)
短期大学専攻科	35	(10.4)	76	(10.5)
4年制大学	54	(16.0)	163	(22.6)
その他	8	(2.4)	1	(0.1)
保健師免許なし	23	(6.8)	0	(0.0)
最終学歴	(n=334)		(n=720)	
専門学校	203	(60.1)	422	(58.6)
短期大学専攻科	50	(14.8)	111	(15.4)
4年制大学	67	(19.8)	162	(22.5)
修士課程	7	(2.1)	17	(2.4)
博士課程	1	(0.3)	1	(0.1)
その他	6	(1.8)	7	(1.0)

IT分析により1項目に相関係数0.35とやや低い値がみられたが、尺度構成上重要な項目であったため残した。

(2) 因子の妥当性(表2)

項目分析の結果、残る30項目について探索的因子分析を行った。30項目に関して、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性測度0.926、Bartlettの球面性検定11690.40 ($P < 0.001$)であり、本データにおける因子分析の実施が妥当であることが確認された。因子分析はプロマックス回転による主因子法により、概念枠組みおよびスクリープロット基準を考慮しながら、各項目の因子負可量が0.35以上かつ他の因子に0.35以上を示す値がないことを基準に繰り返したところ最適解が得られ、27項目5つの下位因子からなる尺度が作成された。5つの下位因子は、第一因子「住民同士のつきあい」(9項目)、第二因子「ネッ

トワークの土壌となる地域の特徴」(6項目)、第三因子「住民が集う場や機会」(3項目)、第四因子「住民と専門職とのつながり」(4項目)、第五因子「住民同士の助け合いや情報交換」(5項目)と命名した。

(3) 信頼性

内的整合性を確認するために、Cronbach's α 信頼係数を検討したところ、0.903であり高い信頼性が確保された。下位因子のCronbach's α 信頼係数は、第一因子から順に、0.88, 0.72, 0.74, 0.74, 0.70, 0.73であり、いずれも整合性が確保された。

(4) 併存的妥当性(表3)

本尺度合計点と、Pearsonの相関係数0.300以上を示したものは、「住民を通じた対象把握の程度」 $r=0.376$ 、「住民同士のネットワーク構築の程度」 $r=0.577$ 、「保健師と住民との関係構築の程度」 $r=0.430$ 、「保健師の地区把握の程度」 $r=0.420$ であった。連携尺度との相関 $r=0.250$ 、BAPH「アクセスと公平性」 $r=0.280$ とは、弱い関係性であった。

また5つの下位尺度において、相関がみられたものは、第一因子とは「住民を通じた対象把握の程度」 $r=0.312$ 、「住民同士のネットワーク構築の程度」 $r=0.476$ 、「保健師と住民との関係構築の程度」 $r=0.324$ 、「保健師の地区把握の程度」 $r=0.315$ であった($P < 0.001$)。第二因子、第三因子とは、「住民同士のネットワーク構築の程度」 $r=0.397$ 、 $r=0.336$ のみに相関がみられた。第四因子とは、全ての外的基準において相関がみられた。第五因子とは、「住民同士のネットワーク構築の程度」 $r=0.430$ 、「保健師と住民との関係構築の程度」 $r=0.321$ に相関がみられた。

考 察

1) 「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」の信頼性と妥当性

本調査は無作為抽出した保健所、市町村および地域包括支援センターで勤務する常勤保健師1,062人から回答を得ており、概ね、地域を担当する保健師の一定割合を網羅した調査対象である。全国調査によると保健師の平均年齢は41.9歳であり¹⁶⁾、本調査結果では40.6歳(保健所市町村保健師39.14歳、地域包括支援センター保健師43.49歳)であった。本調査は全国の保健師を代表する概ね偏りのない集団である。

本研究では、地域の住民からの情報から保健医療福祉

表2 アクセスを高める住民のネットワーク尺度

項目番号	項目内容	第一因子	第二因子	第三因子	第四因子	第五因子	
第一因子：住民同士のつきあい							
1	地域では、住民同士が挨拶したり立ち話している	.646	.046	-.012	.084	-.007	
2	住民は、隣近所にどのような人が住んでいるかを知っている	.780	.128	-.140	-.033	-.010	
3	住民は、地縁的組織（自治会・婦人会・子ども会・老人会など）に加入している	.784	.073	.112	-.038	-.128	
4	地域では、地縁的組織（自治会・婦人会・子ども会・老人会など）が定期的に地域の行事（祭りや運動会など）を開催している	.724	-.129	.197	-.033	.038	
5	地域では、地縁的組織（自治会・婦人会・子ども会・老人会など）やその他の組織・グループ同士が、定期的に交流を持っている	.593	-.076	.303	-.027	-.017	
6	住民は、地域の行事や催し物（祭りや運動会など）に参加している	.764	-.012	.250	-.034	-.116	
12	住民は、お互いに隣近所の人を気遣ったり気に掛けている	.490	.098	.015	.035	.176	
21	地域では、情報が、住民同士の口コミを通じてすぐに広がる	.492	.061	-.084	.192	.056	
25	地域には、地縁血縁のある住民（古くから住み続けている住民）が住んでいる	.514	.092	-.164	.063	.070	
第二因子：ネットワークの土壌となる地域の特徴							
26	地域には、住所不定者や在日外国人など一時的に居住する人がいない	.101	.539	-.143	-.097	-.053	
27	地域は、大きな犯罪がなく、治安がよい	.208	.531	-.148	-.062	.040	
28	住民は、地域外から転出したり転入する人の割合が少ない	.266	.544	-.162	-.179	-.007	
29	住民は、地域の将来に関心を持っている	-.131	.512	.212	.173	.045	
30	住民は、地域に愛着を持ち、住み続けたいと思っている	-.029	.643	.164	.120	-.046	
31	住民は、地域での生活に満足している	-.116	.470	.323	-.018	.000	
第三因子：住民が集う場や機会							
7	地域には、住民が楽しめる場（レクリエーションや憩いの場）がある	.149	-.002	.620	-.018	.020	
9	公園では、子ども達が遊んでいたり、高齢者などの住民が集っている	.041	-.096	.538	-.013	.092	
10	地域には、高齢者と子どもなど異世代との交流を持つ場や機会がある	.158	-.013	.484	.008	.120	
第四因子：住民と専門職とのつながり							
22	住民（民生委員やキーパーソンなど）から保健師等に、支援を要する方に関する相談や連絡がある	.100	-.113	-.127	.751	.033	
23	住民から、保健師等に、会議の参加や講話などを要請がある	.075	-.072	.022	.763	-.089	
24	住民に、保健師等の専門職に連絡することが必要な対象（虐待を受けている、介護や育児で悩んでいるなど）を伝えている	-.081	-.007	.021	.651	-.022	
15	保健師等が、住民を対象とする集まり（会議や講演会・研修会など）を催す時には、集まりがよい	.083	.118	.157	.379	.002	
第五因子：住民同士の助け合いや情報交換							
14	地域では、子育てや高齢者を支援するようなボランティア活動やNPOなどの市民活動がある	-.210	-.022	.328	-.031	.415	
16	地域には、健康を志向したグループ（ウォーキング会、体操会や高齢者の集いなど）がある	-.078	.014	.236	.034	.472	
17	住民は、子ども達の見守り活動や火の用心などの防災活動などを実施している	.054	-.070	.155	-.141	.728	
18	住民に、情報の拠点となるような存在（民生委員やその他のキーパーソン）がいる	.079	.043	-.049	.109	.586	
19	地域では、回覧板などで地域の行事・連絡事項などの情報が住民間に共有されている	.302	.036	-.059	.097	.361	
		因子寄与率	6.719	4.051	4.715	5.071	4.745
		因子間相関	第一因子	.317	.585	.502	.503
			第二因子		.204	.539	.424
			第三因子			.455	.445
			第四因子				.578

探索的因子分析：主因子法，プロマックス回転

表3 尺度と関連指標との相関

	住民を通じた対象把握の程度	住民同士のネットワーク構築の程度	保健師と住民との関係構築の程度	保健師の地区把握の程度	連携尺度（筒井）	BAPH「アクセスと公平性」
尺度総計	.376**	.577**	.430**	.420**	.250**	.280**
(下位尺度)						
第一因子 住民同士のつきあい	.312**	.476**	.324**	.315**	.130**	.193**
第二因子 ネットワークの土壌となる地域の特徴	.246**	.397**	.262**	.276**	.154**	.159**
第三因子 住民が集う場や機会	.202**	.336**	.227**	.221**	.147**	.149**
第四因子 住民と専門職とのつながり	.427**	.463**	.462**	.450**	.317**	.327**
第五因子 住民同士の助け合いや情報交換	.211**	.430**	.321**	.289**	.197**	.218**

Pearsonの相関係数 **P<0.05

主観的な対象把握状況 n=1,057, 主観的なネットワーク構築 n=1,053, 主観的な地域との関係構築 n=1,055, 地域の把握状況 n=1,058
ネットワーク尺度 n=948, アクセスと公平性 n=1,050

専門職へのアクセスを高めるネットワークを評価する尺度として使用可能である「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」を作成した。これは、第一因子は「住民同士のつきあい」（9項目）、第二因子は「ネットワークの土壌となる地域の特徴」（6項目）、第三因子は「住民が集う場や機会」（3項目）、第四因子「住民と専門職とのつながり」（4項目）は、第五因子は「住民同士の助け合いや情報交換」（5項目）で構成された。

本尺度の信頼性はCronbach's α 信頼係数により検討した。 α 信頼係数は一般に0.7以上あれば望ましいとされており、本尺度全体は0.9以上、下位尺度も0.7以上の値を示しており、内的整合性を有するものであることが確認された。

併存妥当性の検討には、関連する外的基準との相関を検討した。本尺度と類似する内容を測定する既存尺度がなかったため、担当地域住民からの支援を要する対象を把握する程度や住民同士のネットワーク構築の程度についての保健師の主観的認識を10段階のリッカート尺度にて回答を求め、作成した「アクセスを高める住民ネットワーク尺度」との相関をみた。その結果、尺度総得点と「住民同士のネットワークの構築の状況」および「保健師と住民との関係構築の程度」とは中等度の相関がみられ、概ね支援を要する住民のアクセスを高めるための地域住民同士のネットワーク構築の状況や住民と保健師との関係構築の状況を把握する尺度として有用であることが考えられた。

また尺度総得点と「住民を通じた対象把握の程度」は相関係数 $r=0.376$ と中等度の相関がみられており概ね住民からのアクセスを高める指標としても有用であることが示唆された。特に下位尺度である第四因子「住民と専門職とのつながり」については、外的指標のすべてに相関係数0.400以上の相関がみられ、下位尺度の中でも重要な要素と考えられた。

2) 本尺度の活用に向けて

保健師の活動については地区担当制が推進されており¹⁷⁾、保健師が担当地域の状況を十分に把握することとともに、担当地域の地域組織活動を推進し地域住民同士のネットワーク構築を図ることが重要である。住民間のネットワーク構築の重要性について多くの文献^{18,19)}で述べられながら、住民同士のネットワークの状態を客観的に示すものはなかった。地域の中から保健師ら保健医療福祉専門職が支援する対象をアウトリーチする³⁾ことが

重要である。本尺度は、このような保健師の担当地域における住民のネットワーク構築と住民を通じた支援を要する対象を把握することができる地域か否かを評価することができる指標となりうる。

本尺度は、単なる住民同士のネットワークのみでなく、下位尺度「住民と専門職とのつながり」が示すように住民と専門職との関係についても把握できるものである。したがって、保健所や市町村および地域包括支援センター等において、保健師等が担当地域の住民のネットワークの状況と保健師らとの住民との双方の関係について客観的に評価する指標として活用可能であると考え。特に本尺度を用い、支援が必要であるが自らはアクセスできない人々が保健医療福祉専門職へのアクセスできる地域環境であるか否かを客観的に評価できる。そして評価が低い地域については、対象者が潜在している可能性があるために積極的な介入を行い住民間や住民と専門職間の関係構築を支援するといった方策に用いることが可能と考える。また、住民同士や住民と専門職のネットワーク構築に向けて介入前後の地域の状態の変化を量的に示すことが可能であると考え。

3) 本研究の限界と今後の課題

本尺度は保健師が主観的に考えた地域の状況を示したものであり、それが地域の事実に基づくか否かを検証できていない点が限界である。本尺度の実用性について、今後実際の使用により実証していくことが必要である。さらに本尺度の基準値は明確に示されていない点も今後の課題である。

本尺度の使用の限界は、保健師らが担当地域を十分に把握できていない場合には、実際の地域のネットワークが構築できていても、点数が低くなる傾向がある点である。

結 論

本結果では、5つの下位因子は、第一因子「住民同士のつきあい」（9項目）、第二因子「ネットワークの土壌となる地域の特徴」（6項目）、第三因子「住民が集う場や機会」（3項目）、第四因子「住民と専門職とのつながり」（4項目）、第五因子「住民同士の助け合いや情報交換」（5項目）が作成された。内的整合性を示すCronbach's α 信頼係数は0.903であり高い信頼性が確保された。本尺度は、保健医療福祉サービスを必要とする

が自らはそれにアクセスできない人々を、保健医療福祉専門職が地域住民から把握できる地域住民のネットワークが構築できているかを客観的に評価する際に使用可能であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました全国の保健所、市町村、地域包括支援センターの保健師の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、文部科学省科学研究費（若手B）（平成19年度～平成21年度）課題番号19791778：課題「サービスがおよびにくい人のアクセスを高める住民ネットワーク機能の評価指標の開発」の助成を受けて実施した。

文 献

- 1) 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, 55 (9), 629-639, 2008.
- 2) 高良麻子: 社福祉政策にもとづく制度から排除された人々への支援 独立型社会福祉士の実践を通して, 一般社団法人日本社会福祉学会, 51(1), 3-17, 2010.
- 3) 津村智恵子, 上野昌江 (編): 第3部公衆衛生看護活動の展開, 第2章技術・技法, 公衆衛生看護学, 222, 中央法規, 2012.
- 4) 岩本里織, 岡本玲子: 保健師の対象発見方法に関する研究—介護予防活動の対象発見に焦点を当てて—, 日本地域看護学会誌, 7 (1), 81-87, 2004.
- 5) 厚生労働省: 総合的介護予防システムについての研究班: 総合的介護予防システムについてのマニュアル, 34-48, 1006.
- 6) イチロー・カワチ, SV スプラマニアン. ラニエル・キ (編): ソーシャルキャピタルと健康, 日本評論社, 2008.
- 7) 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活動の好循環を求めて (内閣府国民生活局編), <https://www.npo-homepage.go.jp/toukei/2009izen-chousa/2009izen-sonota/2002social-capital> (2016. 2. 14アクセス可)
- 8) Putnam, Rober D. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community, NewYork: Simon and Schuster, 2000
- 9) Harper, Rosalyn: “The Measurement of Social Capital in the United Kingdom”, Country Paper prepared for OECD-ONS International Conference on Social Capital Measurement, London, 2002
- 10) 草野篤子, 森山千賀子, 瀧口眞央, 他: 地域ネットワークに関する調査研究—小平のソーシャルキャピタルを考える—, 白梅学園短期大学教育・福祉研究センター研究年報, 13, 46-60, 2008.
- 11) 藤澤由和, 濱野強, NAM Eun-Woo, 他: ソーシャルキャピタルと健康の関連性に関する予備的研究, 新潟医福誌, 4 (2), 82-89, 2005.
- 12) 脇田祥尚, 黒谷靖雄, 若原数磨, 他: 市民まちづくりを支えるソーシャルキャピタルの形成に関する研究, 松江まちづくり塾を事例として—, 日本建築学会中国支部研究報告集, 26, 769-772, 2003.
- 13) 永富聡, 藤澤由和: ソーシャルキャピタルの地域的特性—近畿圏における住民参加のポテンシャルと地域政策—経営と情報: 静岡県立大学・経営情報学部/学報, 21 (2), 1-13, 2009.
- 14) 近藤克則 (編): 検証「健康格差社会」, 医学書院, 東京, 2007.
- 15) 筒井孝子: 地域保健サービスの担当職員における連携評価指標開発に関する統計的研究, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金 (がん予防等健康科学総合研究事業) 報告書, 2004.
- 16) 公益社団法人日本看護協: 平成26年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業保健師の活動基盤に関する基礎調査, 2015.
- 17) 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」, 平成25年4月19日付け健発0419第1号, 2013.
- 18) 所めぐみ: 地域保健福祉を推進する基盤としてのネットワークについての研究—地域保健福祉を推進する基盤としてのネットワークについての研究. 佛教大学社会福祉学部論集, 9, 123-135, 2013.
- 19) 若狭重克: 地域包括ケアにおけるネットワーク構築—地域包括支援センターの調査から. 藤女子大学QOL 研究所紀要, 6 (1), 81-89, 2011.

Development of the Resident Network Scales to improve access to healthcare and welfare services for underserved populations

Saori Iwamoto

Institute of Biomedical Science, Tokushima University Graduate Schools, Tokushima, Japan

Abstract Objective : This study aimed to develop a measurement scale for evaluating resident network function in the hopes of increasing underserved populations' access to healthcare practitioners.

Methods : A questionnaire survey using the drafted scale, consisting of 31 items that were developed based on previous research, was conducted with full-time public health nurses working at a total of 1215 facilities (public health centers, municipal health centers, and regional comprehensive support centers) throughout Japan.

Results : The responses of 1062 effective respondents were analyzed. Exploratory factor analysis resulted in a scale composed of 5 sub-factors : Factor 1 *Connection with residents* (9 items), Factor 2 *Network foundations* (6 items), Factor 3 *Place and opportunity for residents to gather* (3 items), Factor 4 *Connection with specialists* (4 items), and Factor 5 *Aiding each other and information exchange among local residents* (5 items). Cronbach's α reliability coefficient, which indicates internal consistency, was 0.903, indicating high reliability.

Discussion : The result of this study led to the development of the Resident Network Function Evaluation Scales for Improving Access, comprising 5 sub-factors whose reliability and validity were confirmed. It was suggested that this scale could be used to objectively evaluate whether a local resident network has been established for healthcare and welfare service providers to identify through local residents those people who require such services but are unable to access them on their own.

Key words : Access, Network, Pubic Health Nurse, Social Capital