

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 29 年 6 月 29 日現在

機関番号：32202  
 研究種目：基盤研究(C) (一般)  
 研究期間：2014～2016  
 課題番号：26463569  
 研究課題名(和文)健康格差を縮小しソーシャルキャピタルの醸成を促進する市町村保健師の地区管理  
  
 研究課題名(英文) Management of Public Health Services for the People of the responsible area by  
 Municipal Public Health Nurses to Reduce Health Disparities and Foster Social  
 Capital  
  
 研究代表者  
 春山 早苗 (Haruyama, Sanae)  
  
 自治医科大学・看護学部・教授  
  
 研究者番号：00269325  
 交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,800,000円

研究成果の概要(和文)：健康格差の縮小とソーシャルキャピタルの醸成を促進するための市町村保健師による地区管理の方法を明らかにすることを目的に、人口規模により無作為抽出した841市町村の保健師を対象に郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。

結果、保健師活動の様相は人口規模により異なっており、特に人口「1万未満」と「5万以上」の市町村で異なっていた。活動分野別では、「介護予防」と、「母子保健」及び「健康づくり」で異なっていた。人口規模別及び活動分野別各々の地区管理にかかわる保健師活動の課題と活動の工夫を明らかにした。

研究成果の概要(英文)： The purpose of this study was to identify the management method of public health services for the people of the responsible area by municipal public health nurses (MPHNs) to reduce health disparities and foster social capital. 841 municipalities were extracted by stratified group classified in eight by population size (50% sampling rate). Unsigned self-administered questionnaire was mailed to three MPHNS per municipality.

As a result, MPHNS' recognitions were different in their activities, organizational culture, and resident characteristics, depending on municipal population size, especially between "less than 10,000 people" and "50,000 people or more". In addition, they were different from "preventive long-term care" in each healthcare field in "maternal and child health / health promotion". Issues and MPHNS' creative activities to manage public health services for the people of the responsible area depending on the population size / healthcare field became clear.

研究分野：看護学

キーワード：市町村保健師 地区管理 健康格差 ソーシャルキャピタル 公衆衛生看護 公衆衛生看護管理 地区活動

1. 研究開始当初の背景

(1) 地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が平成 24 年 7 月に改正され、住民の自助及び共助に対し、ソーシャルキャピタルを活用した支援及びソーシャルキャピタルの核となる人材の育成により、多様化、高度化する住民のニーズに応えたサービスを提供する必要性が新たに示された。また、健康日本 21（第 2 次）では、健康寿命の延伸と、地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差である健康格差の縮小が、わが国において実現されるべき最終的な目標とされた。これらを受けて、平成 25 年 4 月には「地域における保健師の保健活動に関する指針」が改正され、保健師活動の基本的な方向性として、地区活動に立脚した活動の強化によりソーシャルキャピタルの醸成を図ることや地区担当制の推進が示されている。

(2) ケースワークにとどまらない地区活動は日本の保健師固有の活動であり、従来、地区特性を考慮したアプローチの創意工夫、並びに、地区組織の育成・支援等の人と人とのつながりをつくり、支え合いを促すことによって、地区間の健康格差の縮小とソーシャルキャピタル醸成の促進に成果を上げてきた。平成の大合併により、平成 15 年 4 月に 3,196 あった市町村は平成 25 年 4 月には 1,725 に減少した。市町村合併による自治体規模の変化と組織改革、並びに、複数の部門に分化された組織と業務、地区・業務の分担のあり方等の各市町村の活動体制が影響して、市町村では健康格差及びソーシャルキャピタルの醸成に着目した保健師活動の展開が困難となっている状況が見受けられる。先行研究<sup>1)2)</sup>においても、市町村合併後は保健事業に関する権限が支所になく、保健師の配置も十分でない状況が明らかになっており、広範囲の地域を対象とした住民ニーズの把握方法や市町村内の部署間及び関係機関との連携のあり方等を検討する必要性が述べられている。

(3) (2) で述べた状況を踏まえて、地区活動を推進するための目指すべき体制や、地区管理を担う保健師であるエリアマネージャーの配置等について提言されている。しかし、市町村における保健師の役割や配置はより多様になってきており、地域の特性も様々である。保健師の活動体制の変更についても、保健師にとどまらない組織としての合意を得ることが必要であり、容易とは言えない。よって、多様な活動体制の現状と地域特性を踏まえた、健康格差の縮小とソーシャルキャピタル醸成の促進を実現するための地区管理方法を考案していくことが必要であると考えられる。しかし、保健師による地区管理に関する研究は見当たらない。

(4) 筆者らは地域看護職の判断過程を枠組み

に保健師活動を調べ、へき地とそれ以外の地域との比較により、離島・過疎地域における保健師活動のプライオリティに関わる判断に影響した因子と判断の視点を明らかにした<sup>3)</sup>。この結果から、地区管理方法の示唆が得られ、次に、平成の大合併により、へき地とそれ以外の地域という地域特性の相違性が大きい地域が内在する 5 市町 18 名の保健師活動を詳細に調べて、保健師活動における地区管理の問題とそれを捉える視点、並びに、地区管理の観点から活動方法を選択・決定する視点を明らかにした<sup>4)~6)</sup>。その結果、健康格差につながる離島及び山村過疎地域が内在する市町に共通する地区管理の問題が明らかになった。また、地区管理の問題を捉える視点には、健康格差の発生にかかわる視点、ソーシャルキャピタルの醸成にかかわる視点、保健師の活動体制にかかわる視点があり、加えて保健師の経験や姿勢、組織内コミュニケーションにかかわる視点もあった。活動方法を選択・決定する視点には、「担当地区の人口・一人当たりの担当人口」「住民の保健事業へのアクセス」が共通してあり、その他には「担当地区内の社会資源の有無」「地区組織や住民の主体性」等があった。また、これらの視点は山村過疎地域等類似した地域特性であっても、集中又は分散といった保健師の配置形態によって異なる面がみられた。

(5) 筆者らは、へき地を有する市町村の保健師活動に着目して研究してきたが、へき地を有しない市町村においても、住民の多様性の増大や都市部における空洞化現象による少子高齢化の進行、医療資源の不足等が生じており、保健師の活動のあり方も変容しており、一様ではない。以上のことから、へき地を有しない市町村も対象とした保健師の地区管理方法を明らかにしていくことが必要であると考えられた。

2. 研究の目的

本研究では、ヘルスサービスの調査とケアの質評価のための枠組みである Donabedian モデルを参考に、健康格差の縮小とソーシャルキャピタル醸成の促進を実現する市町村保健師の地区管理の側面を図のように考え、以下の点を明らかにし、それらの結果から地域特性及び活動体制等に応じた市町村保健師の地区管理方法を明らかにする。なお、本研究では地区管理を、地区活動の過程を繰り返しながら、地域全体の健康状態をより良い状態に変化させ

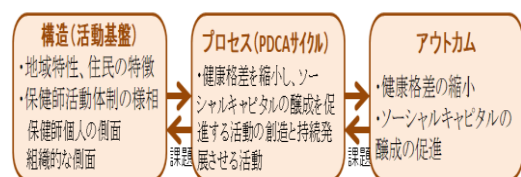


図1 健康格差の縮小とソーシャルキャピタル醸成の促進を実現する市町村保健師の地区管理の側面

ていく管理機能とする。

- (1) 保健師活動体制の類型
- (2) 市町村の地域特性及び(1)の活動体制の類型別の、健康格差とソーシャルキャピタルの醸成に関する、地区管理の観点からの成果と課題についての保健師の認識
- (3) (2)の課題と保健師活動体制の様相(組織的な側面及び保健師個人の側面)との関連
- (4) (2)の成果と課題を踏まえた健康格差を縮小し、ソーシャルキャピタルの醸成を促進する又は持続発展させる保健師の活動方法

### 3. 研究の方法

(1) 保健師活動体制の様相、並びに、健康格差の縮小とソーシャルキャピタルの醸成に関する地区管理の観点からの課題と活動方法に関する調査

① 研究対象：人口規模(5千未満、5千～1万未満、1～2万未満、2～3万未満、3～5万未満、5～10万未満、10～30万未満、30万以上)により層化無作為抽出した(抽出率50%)841市町村の母子保健、健康づくり、介護予防、各分野の保健師活動全体を把握できる立場にある保健師各1名、計2532名。

#### ② 調査項目

- ・各市町村の地域特性及び保健師活動体制の様相：地域特性及び保健師活動体制の様相には様々な要素が含まれることから、ものごとを統合的・包括的にとらえるための枠組みを示すインテグラル理論<sup>7)</sup>に基づき保健師個人、市町村・行政組織(集団)、内面(目に見えない)、外面(目に見える)を切り口に4視点の、表1のような調査項目の枠組みを作成し、筆者らの先行研究<sup>4)～6)</sup>の結果に基づき、調査項目を決定した。
- ・地区管理(地区活動)に関わる課題：筆者らの先行研究<sup>4)～6)</sup>結果を参考に保健師個々のレベルでの課題4項目、所属部署の保健師全体の課題8項目、地区の特徴に関連する課題4項目。各項目は「そう思う」～「そう思わない」の4件法。
- ・健康格差とソーシャルキャピタルの醸成に関する地区管理の方法：活動方法や内容を変えている地区や集団の特性、地区管理にかかわる保健師活動の課題、健康格差とソーシャルキャピタルの醸成等地区や集団の健康課題を改善するための保健師活動の工夫

③ 調査方法：郵送無記名自記式質問紙調査

④ 調査期間：平成26年10月31日～同年12

月1日。回収数が少なかったため、調査協力依頼文書を送付再送し、翌年1月16日まで延長。

⑤ 分析方法：量的データはIBM SPSS Statistics Ver.21を用い、単純集計した。また、各市町村の地域特性及び保健師活動体制の様相、並びに、地区管理(地区活動)に関わる課題の4件法で尋ねた項目については、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」に4点～1点を割り当て、人口規模別(1万未満、1～3万未満、3～5万未満、5～10万未満、10万以上の5区分)に平均値を出し、最大値と最小値について対応のない平均値の差の検定(t検定、有意水準5%未満)を行った。活動分野別(母子保健、健康づくり、介護予防)も同様にした。地区や集団の特性、地区管理にかかわる保健師活動の課題、地区や集団の健康課題を改善するための保健師活動の工夫についての記述データは、人口規模別又は活動分野別に整理し、各々内容の共通性からカテゴリー化した。

(2) (1)の調査データについて健康格差とソーシャルキャピタルの醸成に関する地区管理の方法の分析を深めるためのインタビュー

① 研究対象：(1)の調査でインタビューへの協力の意向を示した18名の保健師の内、改めて文書により説明、文書により同意が得られた15名。

② インタビュー内容：健康格差及びソーシャルキャピタルの醸成について働きかけた対象、働きかけた目的、働きかけた行為とその結果。

③ インタビュー方法：半構成的インタビュー。閲覧可能な保健師活動に関わる実績の記録物も参考にして、原則1回1時間半程度。

④ 実施期間：平成27年2月～平成29年3月。

⑤ インタビュー内容の整理：働きかけた対象・目的・行為・結果に分け整理した。

(3) (1)から、(2)も参考にして、保健師活動の課題及び活動の工夫について、人口規模又は活動分野の共通性と相違性について検討した。

(4) 倫理的配慮：質問紙調査への協力依頼文書に調査の趣旨、自由意思の保証、無記名であり個人は特定されないこと、調査票への回答・返送をもって協力への同意を得たとみなすこと等を明記し、調査票と共に送付した。インタビューについては、調査の趣旨・方法、自由意思の保証、個人情報保護等を文書及び口頭により説明し、文書で同意を得た。

なお、本研究は自治医科大学の疫学研究倫理審査委員会にて、「疫学研究に関する倫理指針」及び「臨床研究に関する倫理指針」等に照らし合わせて、倫理審査委員会の承認を得なくても実施できる研究と判定された(平成26年10月15日、受付番号：疫14-69)。

### 4. 研究成果

(1) 質問紙調査の回収数(率)は809(32.1%)、

表1 調査項目の枠組み—市町村の地域特性及び活動体制の様相—

	内面	外面
保健師個人	研究対象者が把握している 当該市町村保健師の ・住民との距離感 ・仕事への満足感 ・仕事に関する悩みや葛藤 ・市町村保健師としての役割認識 ・行政職員としての役割認識 ・モチベーション 以上6項目(4件法)	研究対象者からみた ・保健師の経験と地区活動の質との関連について ・当該市町村保健師の認識 ・当該市町村保健師の地区活動に対する積極性 ・当該市町村保健師のコミュニケーション力 以上3項目(4件法)
市町村行政組織・住民	研究対象者が感じる ・組織風土(新しいことへの取り組みやすさ) ・当該市町村内のコミュニケーションの状況 ・保健福祉活動に協力してもらえる住民の多さ ・当該市町村行政組織と住民代表者とのコミュニケーションの状況 ・当該市町村行政組織と関係機関とのコミュニケーションの状況 以上5項目(4件法)	客観的情報 ・自然環境(離島、山村、豪雪地帯等) ・人口、高齢化率、年少人口割合 ・人口の変動、将来推計人口結果 ・合併の有無と合併後年数 ・保健師の配置部署、配置形態 ・部署毎の地区/業務の分担状況

有効回答数（率）は 788（31.2%）で、人口規模別では 1 万未満 179（25.8%）、1～3 万未満 209（32.4%）、3～5 万未満 110（32.2%）、5～10 万未満 163（40.2%）、10 万以上 127（29.0%）であった。活動分野別の回収数（全体に占める割合）は、母子保健 261（33.1%）、健康づくり 284（36.0%）、介護予防 243（30.8%）であった。

### (2) 市町村の地域特性及び保健師活動体制の様相

地域特性は（複数選択可）、離島及び離島を含む地域 92（11.7%）、半島 47（6.0%）、山村指定地域 182（23.1%）、豪雪地帯 66（8.4%）、その他 485（61.5%）。人口変動は「流出が多い」373（47.3%）、「変わらない」310（39.3%）。平成の大合併の経験有り 333（42.3%）。保健師の配置「各支所配置」191（24.2%）、「集中配置」495（62.8%）。活動体制は「地区分担制と業務分担制」636（80.7%）、「業務分担制」125（15.9%）。

所属部署の保健師全体の傾向（内面）及び同（外面）並びに所属行政組織・住民の傾向について、各項目（一部略）の人口規模別平均値の最小値と最大値を表 2-1～2-3 に示す。全項目の最大値は人口規模「1 万未満」で、最小値は「5～10 万未満」又は「10 万以上」であった。最大値と最小値であった人口規模の平均値は全項目で有意差があった（ $p<0.01$ ）。つまり、保健師活動体制の様相、具体的には保健師全体の内的・外的傾向及び行政組織・住民の傾向は、人口規模によって異なることが示唆された。

活動分野別では、行政組織・住民の傾向について、1 項目の介護予防と健康づくりの平均値に有意差があり（ $p<0.01$ ）、別の 1 項目の介護予防と母子保健の平均値に有意差があった（ $p<0.01$ ）。いずれも介護予防の平均値が高かった。保健師活動の様相は、介護予防とそれ以外で異なる面があることが示唆された。

### (3) 地区管理（地区活動）に関わる課題

保健師個々のレベルで多い課題、所属部署の保健師全体として多い課題、地区の特徴に関連して多い課題について、各項目（一部略）の人口規模別平均値の最小値と最大値を表 3-1～3-3 に示す。保健師個々のレベル及び所属部署の保健師全体として多い課題の全項

表2-1 所属部署の保健師全体の傾向（内面）－人口規模別最小値と最大値の比較－

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
住民との距離が近い保健師が多い	10万以上	2.62±0.62	1万未満	3.32±0.67 ***
仕事への満足感が高い保健師が多い	5～10万	2.42±0.67	1万未満	2.83±0.71 ***
市町村保健師としての役割を認識して活動している保健師が多い	10万以上	2.92±0.61	1万未満	3.31±0.55 ***
モチベーションの高い保健師が多い	5～10万	2.68±0.69	1万未満	3.02±0.65 ***

\*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

表2-2 所属部署の保健師全体の傾向（外面）－人口規模別最小値と最大値の比較－

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
保健師の経験と地区活動の質は関連すると考えている保健師が多い	5～10万	2.56±0.68	1万未満	2.83±0.67 **
地区活動に積極的な保健師が多い	5～10万	2.43±0.66	1万未満	2.84±0.75 ***
コミュニケーション力が高い保健師が多い	5～10万	2.96±0.66	1万未満	3.20±0.63 **

\*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

表2-3 所属行政組織・住民の傾向－人口規模別最小値と最大値の比較－

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
新しいことに取り組みやすい環境である	5～10万	2.53±0.78	1万未満	2.89±0.82 ***
市区町村行政組織内のコミュニケーションは取りやすい	5～10万	2.66±0.65	1万未満	3.15±0.68 ***
保健福祉活動に協力を得られる住民が多い	5～10万	2.66±0.58	1万未満	2.89±0.66 **
市区町村行政組織と住民代表者とのコミュニケーションは取れている	5～10万	2.56±0.63	1万未満	2.92±0.62 ***
市区町村行政組織と関係機関とのコミュニケーションは取れている	10万以上	2.71±0.57	1万未満	3.00±0.59 ***

\*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

表3-1 保健師個々のレベルで多い課題－人口規模別最小値と最大値の比較－

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
地区診断に必要な力をより高める必要がある	1万未満	3.34±0.74	10万以上	3.62±0.56 **
地区特有の健康課題に対する支援ができていない	1万未満	2.70±0.79	10万以上	3.13±0.77 ***
地区の状況や特徴に即した活動ができていない	1万未満	2.56±0.75	10万以上	2.98±0.82 ***
地区活動に対する意識や意欲が低い	1万未満	2.04±0.77	5～10万	2.41±0.90 ***

\*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

表3-2 所属部署の保健師全体として多い課題－人口規模別最小値と最大値の比較－

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
地区診断ができていない	1万未満	2.52±0.75	5～10万	2.95±0.76 ***
担当業務の課題が明らかになっていない	1万未満	2.14±0.68	5～10万	2.34±0.80 *
地区の状況や特徴に即した活動ができていない	1万未満	2.43±0.68	5～10万	2.80±0.76 ***
地区活動の意識や意欲が低い	1万未満	2.06±0.79	5～10万	2.36±0.84 **
市区町村としての方向性を保健師間で共通理解できていない	1万未満	2.02±0.79	5～10万	2.59±0.87 ***
地区単位の活動やケース支援に差が生じている	1万未満	2.20±0.86	10万以上	2.76±0.76 ***
一人で地区を担当する活動には限界がある	1万未満	2.60±0.94	5～10万	3.04±0.82 ***

\* $p<0.05$  \*\* $p<0.01$  \*\*\* $p<0.001$

目の最小値は人口規模「1 万未満」で、最大値は「5～10 万未満」又は「10 万以上」であった。地区の特徴に関連して多い課題は、4 項目中 3 項目の最小値は「10 万以上」であり、最大値は 5 万未満のいずれかの人口規模であった。最大値と最小値であった人口規模の平均値は全項目で有意差があった（ $p<0.05$ ）。



表3-3 地区の特徴に関連して多い課題—人口規模別最小値と最大値の比較—

項目	人口規模別平均最小値		人口規模別平均最大値	
	人口規模	平均値±SD	人口規模	平均値±SD
地区内の関係者から情報や協力が得られにくい地区がある	1万未満	3.34±0.74	1~3万	3.62±0.56 ***
保健福祉事業へのアクセスが著しく悪い地区がある	10万以上	2.70±0.79	3~5万	3.13±0.77 *
対象数が少なく事業の効率が悪い地区がある	10万以上	2.56±0.75	1万未満	2.98±0.82 ***
保健福祉活動の住民側協力の育成に限界がある地区がある	10万以上	2.04±0.77	1万未満	2.41±0.90 ***

\*p<0.05 \*\*\*p<0.001

表4-1 活動分野別活動方法を変えている地区や集団の特性

活動分野	母子保健	健康づくり	介護予防
記述数(%)	N=81(31.0)	N=113(39.8)	N=94(38.7)
共通カテゴリ	【人口の流出入が激しい】【へき地である】【交通の便が悪い】 【住民主体の活動が活発でない】		
活動分野別カテゴリ	【出生率が低い】 【核家族世帯が多い】 【発達障害児をもつ家族のサポート資源が少ない】	【第一次産業従事者が多い(漁業等)】	【高齢化率が高い】 【農業従事者が多い】 【独居世帯および高齢者世帯が多い】 【住民主体の活動の担い手が少ない】 【高齢者が集まる場が少ない】

表4-2 人口規模別の地区管理にかかわる保健師活動の課題

人口規模	1万未満	1~3万	3~5万	5~10万	10万以上
記述数	72	102	55	93	87
%	40.2	48.8	50.0	57.1	68.5
健康課題の明確化	・地区ごとの分析ができていない		・ケア対応に追われる(緊急性の高いケアの増加)		
健康課題対応方法			・優先順位をつけられていない ・PDCAサイクルを回せていない ・地区に向く活動が課題		
連携			・委託先との連携・協働		
住民との協働			・住民との健康課題の共有と協働 ・地区組織活動や保健活動の担い手となる住民の育成・活性化		
保健師スキル	・保健師のスキルアップ(PDCAサイクルによる事業展開や地域づくり等)				
活動基盤			・地区活動の理解が組織内で得られない		

地区管理に関わる課題についても、人口規模によって異なることが示唆された。

活動分野別では、保健師全体の課題について、1項目の介護予防と母子保健の平均値に有意差があり(p<0.05)、地区の課題について、2項目の介護予防と健康づくりの平均値に有意差があった(p<0.05)。いずれも介護予防の平均値が高かった。地区管理に関わる課題も、介護予防とそれ以外で異なる面があることが示唆された。

表4-3 地区や集団の健康課題改善のための人口規模別保健師活動の工夫

人口規模	記述数(%)	活動の工夫
1万未満	87(48.6)	・問題の有無にかかわらず、住民や集団全体、全地区に働きかける ・何でも保健師全体で共有 ・関係者と最初から動く ・母子保健サービスの充実を図る ・他の自治体の資源を紹介する ・住民の生活歴やコミュニティの歴史を活かした予防的アプローチ
1~3万	101(48.3)	・地域差が出ないようにアクセスに関する工夫をする ・問題の有無にかかわらず、住民や集団全体、全地区に働きかける ・母子保健サービスの充実を図る
3~5万	56(50.9)	・地域差が出ないようにアクセスに関する工夫をする ・連携のために関係機関の事業に参加し顔つなぎ
5~10万	90(55.2)	・保健師の資質向上のための研修会企画
10万以上	82(64.6)	・広報の工夫 ・活動の重点化、ターゲットの設定 ・委託事業の工夫、連携 ・モデル地区設定による事業展開 ・定例会等保健師同士の連携の仕組みづくり ・関係機関の連携の仕組みづくり ・保健師の資質向上のための研修会企画

表4-4 活動分野別の地区管理にかかわる保健師活動の課題

活動分野	母子保健	健康づくり	介護予防
記述数(%)	N=127(48.7)	N=155(54.6)	N=127(52.3)
地域診断	・住民に関わる機会の減少		
健康課題対応方法	・住民との健康課題の共有と協働 ・生産年齢層への働きかけ		
住民特性	・地区による積極性の相違や地区組織減退傾向を踏まえた活動		
連携	・保健部署保健師との連携		
保健師スキル	・保健師の地域診断力、データ分析力 ・保健師の地域づくりスキル		

表4-5 地区や集団の健康課題改善のための活動分野別保健師活動の工夫

活動分野	記述数(%)	活動の工夫
母子保健	127(48.7)	・就学前から就学後を見通して活動する ・転入者との信頼関係や住民とのつながりをつくる ・個別アプローチを重視した活動や家族を重視した活動をする
健康づくり	164(57.7)	・データを見る化する ・健診結果に基づいて優先順位を決定する ・地域特性に応じた住民へのフィードバック ・地区役員を巻き込む ・地区(の生活習慣)に応じた健康教育をする
介護予防	125(51.4)	・地域に向いて活動する(人口規模小の市町村) ・地区の実力者等地域への影響力の強い人を巻き込む(人口規模大の市町村) ・小売店、宅配業者と協力する

(2)及び(3)の結果から、保健師活動体制の類型化には人口規模及び活動分野の視点の必要性が示唆された。

(4)健康格差とソーシャルキャピタルの醸成に関する地区管理の方法

①活動方法を変えている地区や集団の特性を表4-1に示す。これらの特性は、健康格差が生じる可能性がある環境的要因を示唆しており、地区管理において必要となるアセス

メントの視点になる。

②地区管理にかかわる保健師活動の課題、また、地区や集団の健康課題を改善するための保健師活動の工夫は、市町村の人口規模によって特徴があった。それらを表 4-2、4-3 に各々示す。また、活動分野によって特徴があった。それらを表 4-4、4-5 に各々示す。

以上、地区管理において人口規模と活動分野の視点は重要であり、本研究で明らかになった保健師活動の課題と工夫は人口規模と活動分野に応じた保健師の地区管理に役立つと考えられる。

<引用文献>

1) 榎本妙子、都筑千景、他(2009):市町村合併が保健(師)活動に及ぼす影響の評価と今後の課題 合併有無別の分析から、厚生指標、56(7)、17-23.

2)都筑千景、榎本妙子、他(2010):市町村合併が保健(師)活動に及ぼした影響 人口規模別の比較検討、厚生指標、57(7)、1-7.

3)Kumiko Suzuki, Sanae Haruyama, etc.(2009):Study on the Judgment of the Priority of Healthcare Services in which Municipal Public Health Nurses were engaged in the Remote Area, The 4<sup>th</sup> international conference on community health nursing research CONFERENCE HANDBOOK, 365.

4)Sanae Haruyama, etc.(2013):The practical issues of municipal public health nurse activities in areas that include rural and urban communities, The 5<sup>th</sup> international conference on community health nursing research, Poster Presentation Abstracts, 2.

5)鈴木久美子、春山早苗、他(2012):山間過疎地域が内在する合併市町の保健師活動における地区管理の視点(その1)、日本公衆衛生雑誌、59(10)、524.

6)中尾八重子、春山早苗、他(2012):離島(地域)を有する合併市町の保健師活動における地区管理の視点、日本公衆衛生雑誌、59(10)、525.

7)青木聡、他(2010):インテグラル理論入門 I -ウィルバーの意識論、春秋社、16-37.

## 5. 主な発表論文等

[雑誌論文] (計 1 件)

①春山早苗、地域特性に応じた看護のマネジメントとリーダーシップ、日本地域看護学会誌、査読なし、19 巻 3 号、2016、79-87

[学会発表] (計 2 件)

①Sanae Haruyama, Tomoko Sekiyama, Tomoko Tsukamoto, Shingo Esumi, Sagiri Aoki, Hiroko Shimada, Kumiko Suzuki, Sugako Tamura, Yaeko Nakao, Kieko Yasuda, Yoko Yamazaki, Characteristic of the district to have to devise the public health nurses practice to reduce health disparities in Japan, The 6<sup>th</sup> International Conference on Community Health Nursing Research, 21 August 2015, Seoul. Korea

②春山早苗、地域特性に応じた看護のマネジ

メントとリーダーシップ、日本地域看護学会第 19 回学術集会、2016 年 8 月 26 日、栃木・下野

[図書] (計 0 件)

[産業財産権]

○出願状況 (計 0 件)

○取得状況 (計 0 件)

[その他]

なし

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

春山 早苗 (HARUYAMA, Sanae)

自治医科大学・看護学部・教授

研究者番号：00269325

### (2) 研究分担者

鈴木 久美子 (SUZUKI, Kumiko)

自治医科大学・看護学部・准教授

研究者番号：80341783

塚本 友栄 (TSUKAMOTO, Tomoe)

自治医科大学・看護学部・准教授

研究者番号：00275778

島田 裕子 (SHIMADA, Hiroko)

自治医科大学・看護学部・講師

研究者番号：40556180

関山友子 (SEKIYAMA, Tomoko)

自治医科大学・看護学部・講師

研究者番号：20614192

青木 さぎ里 (AOKI, Sagiri)

自治医科大学・看護学部・助教

研究者番号：90438614

江角 伸吾 (EUMI, Singo)

自治医科大学・看護学部・助教

研究者番号：10713810

### (3) 連携研究者

安田 喜恵子 (YASUDA, Kieko)

長野県看護大学・看護学部・教授

研究者番号：20220147

田村 須賀子 (TAMURA, Sugako)

富山大学大学院・医学薬学研究部・教授

研究者番号：50262514

山崎 洋子 (YAMAZAKI, Yoko)

山梨大学大学院・医学工学総合研究部・教授

研究者番号：10248867

中尾 八重子 (NAKAO, Yaeko)

長崎県立大学・看護栄養学部・教授

研究者番号：00198029