

2021 年度聖路加国際大学大学院博士論文

住民ボランティアと保健医療福祉従事者による
地域づくり活動評価指標の開発

Development of Evaluation Indicators for Community
Development Activities by Resident Volunteers and
Health Care Providers

18dn019

山谷麻由美

目次

第1章 序論

I. 研究の背景	1
II. 研究目的	3
III. 研究の意義	3
IV. 用語の定義	3
1. 住民ボランティア	3
2. 保健医療福祉従事者	4
3. パートナーシップ	4
4. 地域	4
5. 評価指標	4

第2章 文献検討

I. 地域づくりが必要とされる背景	5
II. 地域づくりの理論的基盤と主要概念	8
1. プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーション	8
2. エンパワメント	9
3. パートナーシップ	10
4. 課題	12
III. 地域づくりの代表的な方法論	12
1. 地域づくり型保健活動 (System Oriented Joyful Operation Model : SOJO model)	12
2. 地域共同体を基盤とした参加型アクションリサーチ (Community-Based Participatory Research : CBPR)	13
IV. 地域づくりに関する研究の動向と課題	15
1. 地域づくりに関する日本の研究の動向	15
2. CBPR や地域づくりの活動プロセスに関する海外の研究の動向	17
3. 研究の課題	18

第3章 予備研究 I

研究題目：地域づくりの定義と概念構造の明確化	20
Ⅰ. 研究目的	20
Ⅱ. 研究方法	20
1. 研究デザイン	20
2. 概念分析の方法論の選定	20
3. 文献レビューの手順	20
Ⅲ. 結果	21
1. 属性	21
2. 先行因子	23
3. 帰結	24
Ⅳ. 考察	25
1. 地域保健活動における「地域づくり」概念モデルの特徴	25
2. 地域保健活動における「地域づくり」の定義	26
3. 地域づくり活動への定義の活用	26
4. 本研究への示唆	27

第4章 予備研究 II

研究題目：地域づくりの概念構造の妥当性の検討と地域づくり活動の構成概念及び 概念構造の明確化	31
Ⅰ. 研究目的	31
Ⅱ. 研究方法	31
1. 研究デザイン	31
2. 対象の選定	31
3. 研究方法	32
Ⅲ. 結果	34
1. 中核要素①：パートナーシップの形成	34
2. 中核要素②：コミュニティの強みとダイナミクスの評価	35
3. 中核要素③：優先される健康問題と課題の特定	36
4. 中核要素④：原因への介入および活動計画の設計と実施	37

5. 中核要素⑤：パートナーシップ内での結果のフィードバックと解釈	37
6. 中核要素⑥：成果の普及と転換	38
7. CBPR の中核要素に該当しない情報	39
IV. 考察	39
1. 予備研究 I で作成した地域づくりの構成概念の妥当性	39
2. 地域づくり活動の構成概念の構造化	40
3. 今後の課題	42

第 5 章 予備研究 III

研究題目：本研究の概念枠組みの作成	44
I. 研究目的	44
II. 研究方法	44
1. 研究デザイン	44
2. 文献レビューの手順	44
3. 本研究の概念枠組みの作成手順	46
III. 結果	48
1. 分析対象文献	48
2. Scoping review による地域づくり活動に言及した文献の概観	48
3. Scoping review による地域づくり活動の構成概念と下位概念の抽出	49
4. 本研究の概念枠組みの作成	50
5. 概念枠組みの各概念の定義	53
IV. 考察	56
1. 地域づくり活動の評価指標に必要となる条件と視点	56
2. 地域づくり活動の構成概念・構成要素の明確化と本研究に向けた概念枠組みの作成	57
V. 研究の限界	58
VI. 結論	58
VII. Scoping review に用いた文献リスト	59

第6章 本研究

I.	研究デザイン	66
II.	研究方法	66
1.	評価指標項目の作成	66
2.	本研究の概念と測定用具	71
3.	方法	75
III.	結果	79
1.	調査票の回収結果	79
2.	対象者・活動の特性と地域づくり活動の成果の特徴	79
3.	評価指標 Version3 の項目分析	86
4.	構成概念妥当性の検討	89
5.	確認的因子分析によるモデルの検討	95
6.	基準関連妥当性の検討	100
7.	評価指標の活用可能性の検討	106
8.	信頼性の検討	112
9.	住民ボランティアと保健医療福祉従事者の差異の検討	114
IV.	考察	125
1.	対象の代表性	125
2.	評価指標の妥当性	125
3.	評価指標の信頼性	132
4.	住民ボランティアと保健医療福祉従事者の差異	132
5.	評価指標の特徴	133
6.	評価指標の活用意義と活用方法	135
7.	研究の限界と課題	137
V.	結論	138
	謝辞	140

【参考文献】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 141

【引用文献】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 147

【資料】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 156

資料 1 研究協力依頼文書（自治体責任者用）

資料 2 研究協力依頼文書（自治体保健師や住民などへの説明用）

資料 3 研究協力意思回答用

資料 4 調査票の配布・回収依頼状

資料 5 調査対象者への研究協力依頼状

資料 6 「住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動評価指標
（原案）」

資料 7 地域づくり活動の成果に関する調査（自治体保健師・担当者用）

第1章 序論

I. 研究の背景

公衆衛生活動は感染症への対策から生活習慣病などの慢性疾患の対策へと変遷をたどっているとされる（近藤尚己, 2016, pp. 13-15）。このような変化から, アルマアタ宣言 (WHO, 1978) でプライマリ・ヘルス・ケアが, オタワ憲章 (WHO, 1986) でヘルスプロモーションが提唱され, 湯浅 (2008) は, 「保健サービス提供という矮小な領域に縛られず, 健康に影響を及ぼし得る文化, 社会, 経済および政治と言う広範囲な領域への関与を問題視し言及」していること, 「健康維持向上を決して個人への責任転嫁とせず社会的政治的責務に帰結」させていることという共通点を指摘している。さらに, 世界保健機関 (WHO) (2008) は健康の社会決定要因の重要性の高まりから世界に向けた健康格差対策の指針を明示し, 国際連合 (2015) は「2030 アジェンダ」で「持続可能な開発のための目標 (SDGs)」を明示した。そして, WHO (2018) は, アスタナ宣言で「強固な保健システムを通じて, 集団と個人の両方のレベルで人々の健康と幸福を優先・促進・保護する政府と社会[著者訳]」「質が高く, 安全で, 包括的で, 統合されていて, アクセス可能で, すべての人がすべての場所で利用でき, 手頃な価格で提供されるプライマリ・ヘルス・ケアと保健サービス[著者訳]」「個人と地域社会が健康の維持に力を与えられ従事することができるような健康を促進する環境[著者訳]」「国の保健政策・戦略・計画を効果的に支援するために連携するパートナーとステークホルダー[著者訳]」の実現によるプライマリ・ヘルス・ケアの推進を提唱し, SDGs の達成にはプライマリ・ヘルス・ケアが必要不可欠であると強調した。日本における対策は, 厚生労働省 (2016) が高齢者保健で地域包括ケアシステムの構築を示しているように, 「介護・医療・保健・福祉を担当する各組織や市民同士の組織連携を進め, 互助・共助・公助のしくみを整備する」(厚生労働省, 2016) 形で具現化が進められている。以上のように, 地域住民同士の互助や地域住民と自治体の連携によって皆が支えあう地域をつくる方向へと健康づくり戦略は動いており, 健康と地域づくりの関係は切り離せないという認識が必要である。

地域づくりを行う公衆衛生の専門職のひとつが保健師である。「地域における保健師の保健活動に関する指針」(厚生労働省, 2013) では, 「地域特性に応じた健康なまちづくりの推進」「地区活動を通じてソーシャルキャピタルの醸成を図り, それらを活用し

て住民と協働し、住民の自助及び共助を支援して主体的かつ継続的な健康づくりを推進すること」など保健師活動の方向性が明示されている。すなわち、健康な地域づくりは保健師活動が目指すものであり、保健師活動そのものである。地域づくりの方法のひとつである地区組織活動は、地域住民が自らの健康問題を明確にして健康問題の解決に取り組む活動手段であるとされ（中村, 2011）、主要概念にはコミュニティ・エンパワメントがあることが報告されている（麻原, 2000）。この地区組織活動は、地域包括ケアシステムの構築などの地域づくりにとって重要であり、保健師は地区組織活動のノウハウを経験値として有している。「現代日本のコミュニティは、地域社会の構造的変化によって従来の農村型社会での共同体意識が薄れ、町内会や青年団などの地域組織も崩壊し、人々のつながりが希薄化している」（中村, 2016）といわれる。その中において健康格差へ対応していくためには、コミュニティの再構築が重要であり保健師のもつ地域づくりのノウハウが必要とされる。しかし、保健師による「地域づくりは必ずしも共通理解がなく」「地域づくりの目的・目標、具体的な方法、評価は系統的に示されてこなかった」（CBPR 研究会, 2010, p. 3）とされる。

国内外の地域づくりに関する研究や報告は近年数多くみられている。日本の研究では、地域づくりの基盤となる考え方の提示、地域づくり活動の展開方法と評価、エンパワメント・パートナーシップ・特定の方法に関する評価尺度や指標の開発などが行われている。海外では、地域づくり活動の方法と評価、CBPR のパートナーシップに関連する概念構造の明確化や評価、CBPR のパートナーシップやCBPR の原則に基づく特定の活動に関する評価指標の開発が行われている。このように、国内外で地域づくりの実践と評価が行われ、いくつかの評価ツールが開発されているが、地域づくりの方法論と評価方法は確立されていない現状にある。日本における地域づくり活動の評価は既存の評価指標を使用したものは非常に少なく、多くの評価は活動参加者への影響や変化を質的に評価するか、独自に設定した項目を用いて行われていた。この要因は、既存の評価尺度や指標は、パートナーシップやエンパワメントという地域づくりの主要概念や特定の метод論を用いた活動の評価に限局しており、地域づくり活動を実践するうえで有用な構成概念と構成要素及び活動によって目指す地域の姿を包含する評価尺度や指標がないことが考えられる。また、住民ボランティア・保健師等専門職や活動参加者のそれぞれを評価の対象とした評価尺度や指標はあるが、住民ボランティアと保健師等専門職による協働の地域づくりが求められる中で、共に評価する評価尺度や指標がほと

んどみられないことも挙げられる。さらに、多くの業務を抱える保健師等専門職にとって調査結果の分析は時間と手間がかかり困難を伴うことが考えられる。これらのことより、地域づくり活動の概念を包括的に評価し、協働する住民ボランティアと保健師等専門職が共に使用することが可能な評価ツールが必要であるといえる。さらに、複雑な統計解析を必要とせず、効果的な活動がどの程度できているかを判断する基準としての指標が必要であると考えられる。

II. 研究目的

住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動を評価する指標（以下、評価指標とする）を開発し、妥当性と信頼性の検討を行う。

III. 研究の意義

評価指標によって地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素が明らかになることで、教育・活動・研究に貢献する可能性がある。また、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が評価指標で活動を評価することで、効果的な活動がどの程度できているかという互いの認識を確認することが可能となり、より良い関係性の構築とより質の高い地域づくり活動につながると考える。

IV. 用語の定義

1. 住民ボランティア

住民は、地方自治法 第二章 第十条では、「市町村の区域内に住所を有する者は、当該市町村及びこれを包含する都道府県の住民とする」（総務省, 2019）とされている。また、大森（2014）は「公衆衛生看護活動における社会資源の一つ」でもあり、「都道府県や市町村という地域共同体の一構成員であり、その地域の生活者として専門的な知識や技術をもっている」ものとしている。ボランティアは、「自らの意志により（公共性の高い活動へ）参加する人のこと、またはその活動のこと」（wikipedia, 2021）とされる。これらのことより、本研究では、住民ボランティアを都道府県や市町村という地域共同体の構成員で地域の生活に関する専門家であり、自らの意志によって公共性のある活動へ参加する人と定義する。

2. 保健医療福祉従事者

厚生労働省の示す地域保健従事者である、保健師・医師・歯科医師・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・精神保健福祉士(厚生労働省, 2003), 社会福祉士・介護福祉士などが該当する。本研究では, 上記の専門職の資格をもち, かつ地域づくりに従事・参加しているものと定義する。

3. パートナーシップ

鈴木ら(2009)は「異なる立場の人々・機関の対等な相互関係という地域保健活動の理念である。そしてこの理念を基盤に, 活動を支えるしくみをつくりながら, 互いに信頼し対等な関係をつくろうとし, 目的・情報・経験を共有し, 主体的に力を活かし育ちあうことを通じて, 関係をつくり共に活動を発展させていくという地域保健活動の方策でもある」と定義している。このことより, 本研究では, 異なる立場の人々や機関の対等な相互関係性という活動理念であり, 地域づくり活動の方策と定義する。

4. 地域

地域づくりは, Community building や Community development と表現される。Community とは共同体のことであり, 共同体とは「同じ地域に居住して利害を共にし, 政治・経済・風俗などにおいて深く結びついている人々の集まり(社会)のこと」(wikipedia, 2019)である。よって, 本研究では, 地域を人々が暮らす場であり, 個人・家族・集団・組織などが深く結びつく社会であるとし, 具体的な場の範囲を市区町村及びそのサブコミュニティ(中学校区, 行政の地区区分など)とする。

5. 評価指標

本研究は, 住民ボランティアと保健医療福祉従事者が地域づくり活動を評価し, 共に活動を見直し促進するための評価指標を開発しようとしていることから, ①構成する項目が示す内容自体に重きを置き, 地域づくり活動に有用な構成概念がどの程度できているかという個人の認識を質的に判断する基準として活用可能であり, ②活動メンバー間の違いや個人の経時的な変化の比較, 他自治体・他地区との情報交換や共有に活用するために得点化可能なものと定義する。

第2章 文献検討

I. 地域づくりが必要とされる背景

健康の保持増進の歴史について、湯浅, 吉田, 菅波, 中原 (2002) は, 17 世紀の感染症対策などの「医学的介入」から, 19 世紀には疾病予防のための「公衆衛生的介入」へと移行したと述べている. そして, 20 世紀半ばには「多様な健康問題と容認しがたき健康格差が存在」することに対して「保健医療を超えた分野の参集を伴った『社会的政治的介入』が必要であると認識されるようになった」と述べている (湯浅ら, 2002) . このような背景のもと, アルマアタ宣言でプライマリ・ヘルス・ケアが提唱され (WHO, 1978) , オタワ憲章でヘルスプロモーションが謳われた (WHO, 1986) . これらの「保健サービス提供という矮小な領域に縛られず, 健康に影響を及ぼし得る文化, 社会, 経済および政治と言う広範囲な領域への関与を問題視し言及している点」と「健康維持向上を決して個人への責任転嫁とせず社会的政治的責務に帰結させている点」という共通点から, プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションは「健康戦略の車の両輪である」(湯浅, 2018) とされている.

また, WHO (2008) は世界に向けた健康の社会決定要因の重要性の高まりと健康格差対策の指針を提示した. そして, 国際連合 (2015) は, 「我々の世界を変革する: 持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」において, 「国内的・国際的な不平等と戦う, 平和で構成かつ包摂的な社会をうち立てる[著者訳]」などを掲げ, 「持続可能な開発を, 経済, 社会及び環境という三つの側面においてバランスがとれ統合された形で達成することにコミット[著者訳]」した「17 の持続可能な開発のための目標 (SDGs) と 169 のターゲット」を明示した (国際連合, 2015) . 健康格差に関連することとしては, SDGs の目標 3「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し, 福祉を促進する[著者訳]」に, 「すべての人々に対する財政リスクからの保護, 質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス[著者訳]」が掲げられている (国際連合, 2015) . また, 目標 10「各国内及び各国間の不平等を是正する[著者訳]」に, 「2030 年までに, 年齢, 性別, 障害, 人種, 民族, 出自, 宗教, あるいは経済的地位その他の状況に関わりなく, すべての人々の能力強化及び社会的, 経済的及び政治的な包含を促進する[著者訳]」が掲げられている (国際連合, 2015) . WHO (2018) は, アスタナ宣言において「プライマリ・ヘルス・ケアは, ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) や健康に関する持続可能な開発目

標を達成するための、持続可能な保健システムの礎となるものである[著者訳]」と強調している。そして、「健康の経済的・社会的・環境的な決定要因に対処し、リスク要因の削減を目指す[著者訳]」ために「すべての人のための健康の達成に向けて、より多くのステークホルダーを巻き込みながら、参加型ガバナンスを実施する[著者訳]」こと、「首尾一貫した包括的なアプローチを用いて、人道的な原則に沿った継続的なケアと必須の保健サービスの提供を確保する[著者訳]」ことを確認している（WHO, 2018）。このように、全ての人の健康を達成するには、健康を個人の問題とせず経済・社会・環境の側面からも捉え、地域住民等の参加による持続可能なケアの提供体制を整えることが必要とされている。

日本では、1978年に「国民健康づくり対策」が策定され、2000年に「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が開始された。この健康日本21（第1次）では、各自治体が「食生活・栄養、身体活動・運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がん」という9分野の数値目標を決めて活動したが、目標達成は17%にとどまり15%が悪化したという結果であった（健康日本21評価作業チーム, 2011; 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会, 2012）。このように、健康日本21（第1次）は、個人の理解や知識を高めることで行動変容を促すという主体的な健康づくりを支援したが、健康づくりは個人レベルの支援では達成が難しいことが明らかになった。近藤克則（2010, pp. 112-113）は、生活習慣病の原因を生活習慣という生物学的側面だけでなく、心理的側面、社会的側面を総合して健康の全体像をとらえる「生物心理社会モデル」を提示しており、健康づくりの新たなパラダイムが重要であるといえる。

このような背景から、2013年に開始された健康日本21（第2次）は、「社会環境の質の改善・向上」という概念が加わり、「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」を目指す構造になった（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会, 2012）。また、支援方法には、「ポピュレーションアプローチ」の実施が明示された。近藤尚己（2015）は、従来の知識普及型のアプローチでは、健康に関心があり経済的な余裕のあるような人は情報を得ようとしてより健康になり、健康に関心がない人や健康づくりをする余裕をもてない人との健康格差がさらに大きくなることが考えられると述べている。このように、従来のポピュレーションアプローチはさらなる格差を生むことが考えられることから、健康日本21（第2次）では従来のハイ

リスク戦略に加え、知識の普及だけでなく社会環境の質の向上を中心とした新たなポピュレーションアプローチによる「健康寿命の延伸・健康格差の縮小」を目指している（健康日本 21 評価作業チーム, 2011）。これらの戦略は、高齢者保健では、地域包括ケアシステムの構築に向けて「介護・医療・保健・福祉を担当する各組織や市民同士の組織連携を進め、互助・共助・公助のしくみを整備する」（厚生労働省, 2016）という形で具現化されている。また、2014 年の介護保険法改正で、ポピュレーションアプローチの考え方も踏まえた「通いの場」等の取り組みを推進する一般介護予防事業が創設され、介護予防に加え、地域共生社会の実現に向けた地域づくりの推進という観点からも自治体への期待は大きくなっている（厚生労働省, 2019a）。このように、日本では自らの健康を守る自助と自治体や国の支援などの共助と公助を中心にした健康づくりが行われてきたが、地域住民同士の互助を強化して皆で支えあい健康的に暮らすことができる地域をつくるという社会環境を整備する方向へと、健康づくり戦略は変換している。

地域づくりのあり方は、地域住民等と協働し地域の特性を活かした保健と福祉の健康なまちづくりの推進（厚生労働省, 2015）が求められている。これは、行政主導の取り組みに地域住民が受動的に参加するという枠組みから、施策の計画段階から地域住民が主体的に参加するパートナーシップを重視することを意味している。さらに、地域住民や組織同士の関係性を資源、すなわちソーシャルキャピタルととらえ積極的に活用する「住民参加型の健康なまちづくりから、ソーシャルキャピタルを活用したまちづくりの結果としての健康増進という新段階へ移行しつつある」とされる（平成 28 年度地域保健総合推進事業「ソーシャルキャピタルを活用した地域保健対策の推進について」研究班, 2016）。これは、地域住民の参加による健康な地域づくりと、健康な地域に暮らすことで地域住民の健康が増進されるという双方向の戦略であり、「ヘルスから社会に向かうベクトル（保健の社会化）」であるプライマリ・ヘルス・ケア（湯浅, 2018）と「社会からヘルスに向かうベクトル（社会の保健化）」であるヘルスプロモーション（湯浅, 2018）を指している。

以上のように、現代の公衆衛生活動では、健康と地域住民が参加する地域づくりは切り離すことはできず、プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの 2 つの戦略が重要であるといえる。しかし、公衆衛生の現場では地域づくり戦略のパラダイムシフトは必ずしも十分に理解されていない現状があるため、健康と地域づくりに関する認

識を広める必要がある。

II. 地域づくりの理論的基盤と主要概念

地域づくりの理論的基盤であり戦略であるプライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーション, 主要概念であるエンパワメントとパートナーシップについて説明する。

1. プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーション

プライマリ・ヘルス・ケアは 1978 年に世界保健機関 (WHO) と国際連合児童基金 (UNICEF) の合同会議で「実用的かつ科学的に健全で, 社会的に受容可能な方法と技術に基づき, 地域社会の個人や家族が全面的に参加し, 自立と自決の精神に基づいて, その発展のあらゆる段階で地域社会や国が維持できるコストで普遍的に利用できる, 必要不可欠なヘルスケアのことである[著者訳]」と定義された (WHO, 1978)。そして, 実施上の 5 原則「①住民のニーズに基づく方策, ②地域資源の有効活用, ③住民参加, ④他のセクター (農業, 教育, 通信, 建設, 水など) との協調・統合, ⑤適正技術の使用[著者訳]」が明示された (WHO, 1978)。さらに, WHO (2018) は, アスタナ宣言で「プライマリ・ヘルス・ケアの強化が, 人々の身体的・精神的な健康を増進するための最も包括的で効果的かつ効率的なアプローチである[著者訳]」ことや SDGs 達成のために必要不可欠であることを強調した。そして, 「強固な保健システムを通じて, 集団と個人の両方のレベルで人々の健康と幸福を優先・促進・保護する政府と社会[著者訳]」「質が高く, 安全で, 包括的で, 統合されていて, アクセス可能で, すべての人がすべての場所で利用でき, 手頃な価格で提供されるプライマリ・ヘルス・ケアと保健サービス[著者訳]」「個人と地域社会が健康の維持に力を与えられ従事することができるような健康を促進する環境[著者訳]」「国の保健政策・戦略・計画を効果的に支援するために連携するパートナーとステークホルダー[著者訳]」の実現によってプライマリ・ヘルス・ケアを推進することを提唱した。このように, 「すべての人々が, 到達可能な最高水準の健康を無条件で享受するという基本的権利に対するコミットメント[著者訳]」を再確認している。

世界保健機関 (WHO) (1986) がオタワ憲章で明示したヘルスプロモーションの理念は「人々が自分の健康をよりよく管理し, 改善できるようにするプロセスである。完全な肉体的, 精神的, 社会的幸福の状態に到達するためには, 人々のニーズを満た

し、環境を変更または対処すること[著者訳]」である。そして、地域の健康の要素は「平和、住まい、教育、食、収入、安定した生態系、生活を維持できるリソース、社会的正義、公平[著者訳]」であり、ヘルスプロモーションの活動は「①健康的なライフスタイルの推進、②健康を支援する環境づくり、③地域活動の強化、④ヘルスサービスの方向展開、⑤健康的な公共政策づくりを含む[著者訳]」とした(WHO, 1986)。また、バンコク憲章(WHO, 2005)で、ヘルスプロモーション活動を成功させるためのプロセスに「①人権と連帯による健康の擁護、②投資、③能力形成、④規制と立法、⑤パートナーと同盟[著者訳]」を挙げた。このことは、様々なパートナーとの連携の関係を創造し焦点を明確にした活動を実践することによる個人・組織・地域の能力形成を目指すことが重要であることを示している。そして、Nola J. Pender (1987/1996, p. 56)は、ヘルスプロモーションの焦点に「個人やグループの健全状態のレベルの引き上げと自己実現を目指す」努力があると述べている。

湯浅ら(2002)は、プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの共通点に「保健サービス提供という矮小な領域に縛られず、健康に影響を及ぼし得る文化、社会、経済および政治と言う広範囲な領域への関与を問題視し言及している点」と「健康維持向上を決して個人への責任転嫁とせず社会的政治的責務に帰結させている点」を挙げ、「保健以外のセクターとの関連」と「住民参加」という基本理念の共通点を挙げている。また、プライマリ・ヘルス・ケアの本質は「保健医療の知識、技術、制度を社会科もしくは民衆化」する戦略であり、ヘルスプロモーションの本質は「個人及びそれを取り囲む社会の保健化もしくは健康志向化」する戦略であると述べている(湯浅ら, 2002)。さらに、プライマリ・ヘルス・ケアとは「ヘルスから社会に向かうベクトルを指し(保健の社会化)」,ヘルスプロモーションは「社会からヘルスに向かうベクトルと考えることができる(社会の保健化)」と2つの戦略の相互関係を提示している(湯浅, 2018)。このように、基本理念と戦略に関連があるプライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションは、「健康戦略の車の両輪である」(湯浅, 2018)といえる。

2. エンパワメント

エンパワメントについて、Wallerstein & Bernstein (1988)は、人々が生活するコミュニティなどにおいて人生をコントロールする力を得るために、個人・組織・コミュニティの参加を促進するような社会的行動のプロセスと説明している。ま

た, Wallerstein (1992) は, 個人・組織・コミュニティの社会活動への参加を促進することで, 個人・コミュニティの能力とコミュニティにおける生活の質の向上, 社会正義の獲得などを可能にすると説明している. そして, 中山, 岡本, 塩見 (2006) は, コミュニティ・エンパワメントの構成概念が個人・組織・地域の領域で構成されることを明らかにしている. これらのことより, エンパワメントの領域には, 個人・組織・コミュニティがあり, エンパワメントは健康や人生に関する行動や意思決定のプロセスで, 能力や生活の質の向上というゴールでもあるといえる.

さらに, 安梅ら (2005) は, コミュニティ・エンパワメントを, 「個人や組織, 地域などコミュニティの持っている力を引き出し, 発揮できる条件や環境を作っていくことにほかならない」と述べている. これは, 個人・組織・地域の力を引き出すための環境づくりが重要であることを意味しており, プライマリ・ヘルス・ケアやヘルスプロモーションの理念とも合致することから, エンパワメントはプライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの主要概念として位置づくといえる.

中山, 岡本, 塩見 (2005) は, 諸外国のエンパワメントに関する研究について触れたうえで, 「これらの研究結果は, 文化や保健システム, 生活背景の違う日本で, そのまま活用することに限界がある」と述べている. よって, 日本の地域保健活動におけるエンパワメントの研究に着目したところ, 文献から個人のエンパワメントのプロセスを抽出したもの (麻原, 2000), 住民自主組織に参加する個人のエンパワメント構造を明らかにしたもの (秋山, 2004), 住民からみたコミュニティ・エンパワメントの構成概念 (中山ら, 2005) と保健専門職による評価のためのコミュニティ・エンパワメントの構成概念 (中山, 岡本, 塩見, 2006) を明らかにしたもの, 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を開発したもの (中山, 2007) などがみられた. また, 地域住民が活動によるエンパワメントを自己評価する研究には, 「高齢者のヘルスプロモーションにおけるエンパワメント尺度の開発」 (百瀬, 2007), 「健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討」 (小山, 村山, 2011) などがみられた. このように, エンパワメントに関する研究はいくつかみられ, 日本の地域保健活動において関心の深い重要な概念であるといえる.

3. パートナーシップ

パートナーシップについて, 鈴木ら (2009) は「異なる立場の人々・機関の対等

な相互関係という地域保健活動の理念である。そしてこの理念を基盤に、活動を支えるしくみをつくりながら、互いに信頼し対等な関係をつくろうとし、目的・情報・経験を共有し、主体的に力を活かし育ちあうことを通じて、関係をつくり共に活動を発展させていくという地域保健活動の方策でもある」と定義している。また、鈴木ら（2009）が作成した概念図からは、パートナーシップは、「専門職の期待を越える個人・相互・コミュニティの成長と発展」と「コミュニティの健康指標の改善」につながるものであることがわかる。星ら（2010）は、「住民グループづくりにおいて、住民グループは保健福祉領域の施策を協働して展開するパートナーであるという認識が、住民グループへの支援の前提となる」とし、「住民グループを支援することによって、住民の活動が核となって、地域がエンパワメントされていくことを目指す」と述べている。さらに、「住民グループを支援する過程で、支援者と住民グループの両者が、共に住民の自治を進めていくパートナーの関係を築いていく」と述べている（星ら, 2010）。すなわち、パートナーシップはプライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの「保健以外のセクターとの関連」と「住民参加」という基本理念（湯浅ら, 2002）を達成する活動理念であり、共に活動を発展させる活動方策といえる。

Nola J. Pender（1987/1996, pp. 423-428）は、「より健康的な生活をすべての人々に育むことができるのは、従来の医学よりもはるかに広範囲に手が届く多セクターによるパートナーシップの力である」と述べている。そして、「どの地域にも、何が問題でありその解決には何が最も実現性が高いかということによく通じている人材がいる」とし、「パートナーシップは、地域における様々なヘルスプロモーション介入の適切な立案、実施および評価のために必要である」と述べている（Nola J. Pender, 1987/1996, pp. 423-428）。また、国際連合（2015）は、「持続的な開発のための目標(SDGs)」の目標 17「持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する[著者訳]」の「体制」の説明の中で、「様々なパートナーシップの経験や資源戦略を基にした、効果的な公的、官民、市民社会のパートナーシップを奨励・推進する[著者訳]」と提示している。このことより、今日的な健康課題に立ち向かうためには、専門職の力だけでは困難があり、地域における様々な人たちとのパートナーシップはプライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの活動において必要不可欠な概念であるといえる。

聖路加国際大学は、2003年からの文部科学省 21 世紀 COE プログラムで、「市民が主体的に自分たちの健康を自分たちで創る社会をめざし、パートナーシップを主要概念として、市民のパートナーとしての看護職のあり方である People-Centered Care（市民主導の健康生成をめざすケア：PCC）」という、新たなケア形態の取り組みを進めている（聖路加国際大学 21 世紀 COE プログラム運営事務局, 2008）。そして、高橋ら（2018）は、PCC における市民と保健医療従事者のパートナーシップに欠かせない構成要素に、「①互いを理解する, ②互いを信頼する, ③互いを尊重する, ④互いの持ち味を活かす, ⑤互いの役割を担う, ⑥共に課題を乗り越える, ⑦意思決定を共有する, ⑧共に学ぶ」を挙げている。このように、地域住民が主体的に健康づくり活動を行うためのパートナーシップのあり方が示されるなど、地域住民と保健医療福祉従事者のパートナーシップは必要不可欠であるという認識が広がっている。

以上のことより、住民ボランティアや保健医療福祉従事者が互いの特性や専門性を理解して活かしあい、課題の解決に向けて共に活動するパートナーシップが形成されることが個人・組織・地域のエンパワメントにつながり、プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの活動に大きな影響を与えられとされる。

4. 課題

健康と地域づくりは切り離して考えることはできないが、地域づくりの方法論は系統的に示されていない現状がある。また、健康日本 21 で「地方計画の策定、実施、評価のすべての場面において、住民が参加し、決定のプロセスに関与することが重要である」（健康日本 21 企画検討会・健康日本 21 計画策定検討会, 2000）と明示されているが、健康日本 21（第二次）中間評価で変化がみられない項目に「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加」が挙げられており（厚生科学審議会地域保健増進栄養部会, 2012）、住民参加が主体的に行われているとは言い難い現状にある。

したがって、地域住民が計画・実施・評価という地域づくり活動の全ての場面に関わるパートナーとして位置づく、地域づくり活動の構成概念と構成要素を明らかにすることが必要であると考えられる。

III. 地域づくりの代表的な方法論

1. 地域づくり型保健活動（System Oriented Joyful Operation Model : SOJO model）

岩永（2003, p. 201）は, SOJO モデルは, 「国外で開発されたモデルの導入ではなく, 日本の保健師や市町村の保健分野で働く人たちが, 日常活動でのさまざまな疑問に対して自分たちで答えをさがす過程で開発されたモデル」であると述べている. また, SOJO モデルは「参加的目的描写法（Participatory Goal Visualizing Method: PGVM）」による話し合いが重要な位置を占めると説明し, 第1段階の「実現すべき地域での健康な姿の検討」から, 第2段階「理想の姿を中心とした目的関連図の作成」, 第3段階「事業を出発とした目的関連図の作成」, 第4段階「実施要綱案または計画書の作成」の順に進むとしている（岩永, 2003, pp. 80-84）. そして, SOJO モデルは, 参加型目的描写法の手順やルールなどの基本的なことをマスターしてから, その場でのやりやすい形にアレンジすることを推奨する柔軟性を持ち合わせている. 岩永（2003, pp. 201-208）は, 「参加型目的描写法は, 個人, 集団, 地域, 行政, それぞれの能力の開発と仕組みの構築」という「エンパワメントを目指す」と述べている. そして, ワークショップの積み重ねによって活動後期に期待される地域の能力は, 「さまざまな身体的, 精神的, 社会的状態の住民が健康な暮らしを営むことを包含できること」であり「いろいろな背景を持つ全ての地域の人たちが安心して健康な暮らしができる地域になるという, ヘルスプロモーションが実現した姿といえる」と述べている. このように, SOJO モデルは, あるべき姿を始点とした参加する全ての人たちによる目的関連図作成の話し合いが中心に位置づく地域づくりのプロセスモデルであり, プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーション, エンパワメントとパートナーシップを理論基盤にもつ方法論であるといえる.

2. 地域共同体を基盤とした参加型アクションリサーチ（Community-Based Participatory Research: CBPR）

「すべてのプロセスにおけるコミュニティのメンバーと研究者の間の対等な協働によって生み出された知識を社会変革のためのアクションや能力向上に活用」していくアプローチに, 「参加型アクションリサーチ（Community-Based Participatory Research: CBPR）」がある（武田, 2015b, p. 8）. Barbara A. Israel, Eugenia Eng, Amy J. Schulz, and Edith A. Parker（2005/2012, pp. 8-13）は, CBPR が持つべき7つの中核要素「①パートナーシップの形成, ②コミュニティの強みとダイナミクスの評価, ③優先的健康問題と研究課題の特定, ④原因への介

入および政策・研究の設計と実施, ⑤結果の解釈とフィードバック, ⑥成果の普及と転換・変化, ⑦パートナーシップの継続・維持・評価[著者訳]」を体系化している。また, 9つの原則「原則1[地域を共通の価値観や帰属意識を持つ集団(コミュニティ)として捉える], 原則2[コミュニティの健康問題を解決するためにコミュニティの強みや資源を用いる], 原則3[活動のすべての段階において対等なパートナーシップを目指す], 原則4[それぞれの知識や技術を共有して互いに学びあい能力を高める], 原則5[活動の成果をコミュニティに還元する], 原則6[生態学的(エコロジカル)な視点でコミュニティの問題を多角的に捉える], 原則7[活動は循環し繰り返しながら発展させる], 原則8[結果を利用しやすい形でコミュニティに還元し広く社会に普及させる], 原則9[長期的で持続できる活動として取り組む][著者訳]」を説明している(Barbara A. Israel et al, 2005/2012, pp. 8-13)。そして, CBPR研究会(2010, p. 4)は, Barbara A. Israel et al. (2005/2012)を参考に, CBPRを「コミュニティの健康課題を解決し, コミュニティの健康と生活の質を向上するために, コミュニティの人々と専門職/研究者のパートナーシップによって行われる取り組み・活動」と定義している。このように, CBPRの特徴は, 活動に関係する人たちが全ての活動段階でパートナーとして関わることを必要としていることにある。

Quad Council Competencies (QCC) (2011)は公衆衛生看護師の役割に, 地域住民をパートナーとしたCBPRによる地域の問題解決を挙げ(Quad Council of Public Health Nursing Organization, 2011), Joyce, B. L., Harmon, M. J., Pilling, L. B., Johnson, R. H., Hicks, V. L., and Brown-Schott, N. (2015)は教育・実践・研究で, 公衆衛生看護の向上のためのCBPRを提案している。また, 「CBPRは, とりわけ社会的に不利な状況にあるコミュニティの状況改善や, そのための社会変革の実現を目指しており, 公衆衛生においては健康格差の是正を主目的に発展してきた特徴がある」とされる(大木, 彦, 2011; 武田, 2015b)。これらのことより, CBPRの理念と方法論は, 社会変革である健康格差対策への地域住民の参加を重要しており, プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーション, エンパワメントとパートナーシップを理論的基盤にもつ方法論であるといえる。

IV. 地域づくりに関する研究の動向と課題

1. 地域づくりに関する日本の研究の動向

日本では地域づくりに関する研究や報告は数多く行われている。WHO が健康格差対策を全世界に向けて提示した 2008 年以降の研究と報告の特徴を述べる。

1) 地域づくりのあり方と活動方法

地域づくりのスタートとして、目指す地域の姿や暮らしたい地域づくりのために何をするかを明らかにするために地域住民との話し合いの機会を設ける必要性が報告されている（河野, 2010; 稲垣, 2014; 山谷, 2016a; 中西, 2018）。また、地域づくりに欠かせないものとして、住民の声を重視することや人権を守り地域をより良くしていく意識と活動、新たなポピュレーションアプローチの報告と説明がなされている（竹島, 2010a; 竹島, 2010b; 岩室, 2012; 若子, 2020; 北出, 2020）。さらに、地域づくりにおける連携・協働の必要性として、住民同士の見守り（高田, 安留, 細川, 高林, 2008）、住民・行政・研究者などの協働による地域づくりの活動プロセスの紹介と成果の報告（米津, 2010; 藤井, 2012; 北村, 2014; 中尾, 2016; 福本, 2016; 角森, 2016; 西尾, 2017; 櫻井, 2018）がみられる。このように、ありたい地域の姿を地域づくりのスタートにすること、新たなポピュレーションアプローチの考え方をもち、住民・行政・関係機関・研究者による協働というような、地域づくりを行う上で基盤となる考え方を示すものが報告されている。

また、地域づくり活動の紹介と課題の検討（岸, 2013; 眞崎, 2016; 山谷, 2016b; 宮前, 2018）、ヘルスプロモーションや地域包括ケアの推進のための地域づくり活動の方法と保健師活動を紹介した書籍やガイド本がみられる（星, 2013; 近藤克則, 2019; 近藤尚己, 2019）。また、地域づくり活動に CBPR の原則や進め方を取り入れることへの示唆や実践・成果の紹介（CBPR 研究会, 2010; 合田, 2014; 行實, 2016）の書籍や報告がみられる。このような書籍やガイド本は地域づくりの実践者や支援者の参考になるものとして報告されていることから、地域づくりの活動経験がある程度蓄積され、住民・保健師・関係者が共に行う活動の内容・展開方法・課題が具体的な事例を通して提示されるようになってきているといえる。

2) 地域づくり活動に関する評価

地域づくり活動に関する評価はこれまでにいくつかの研究がなされている。「保健師活動の評価のための評価指標と評価マニュアル-地域保健 6 分野と産業

保健」(平野ら, 2015), 「健康推進員活動における活動満足感・負担感の尺度」(村山, 田口, 村嶋, 2006), 「地域づくり活動の参加者への影響評価尺度」(中垣内ら, 2018) は, 保健師・健康推進員・活動参加者に評価の対象が限定されているという特徴がある。また, 「コミュニティにおける人々の他者への信頼を測定する尺度」(本田, 宇座, 2010), 「地域保健活動の推進のためのソーシャル・キャピタル測定尺度」(河原田, 本田, 田仲, 進藤, 2017), 「市民と保健医療専門職の協同に着目した People-Centered Care パートナーシップ(PCCP)-16 尺度」(高橋ら, 2020), 「健康推進員のエンパワメントに関する評価尺度」(小山, 村山, 2011) が報告されている。これらは, 活動プロセスにおいて基盤となるパートナーシップとエンパワメントというような, 関係性や力を測定するものである。住民と行政や研究者が共に地域づくり活動を評価するための尺度や指標には, 岩永(2003) の評価指標があり, この指標は住民や活動に参加する人たちがそれぞれ同じ指標で自己評価し, その結果をもとに自分たちの活動の段階を確認し, 今後の活動について話し合うためのツールである。しかし, 評価の範囲が, 「参加的目標描写法(Participatory Goal Visualizing Method: PGVM)」(岩永, 2003) という提示された方法論を基盤とした活動のプロセスに限定的であるという特徴がみられる。このように, 地域づくり活動の振り返り, 意識・行動の変化, 地域住民・保健師などの能力の向上というエンパワメント, パートナーシップなど, 活動事例ごとに様々な評価がなされているが, 地域づくり活動を評価する方法は確立されていない(横林, 2017) という現状がある。

3) 保健師を対象とした研究

地域づくりの報告や研究で最も多くみられたものは, 保健師に関する内容である。特に, 活動における保健師の役割と保健師への期待について報告されたもの(山下かのう, 2008; 越田, 2009; 中西, 2010; 山本, 2011; 今西, 2011; 山下理恵子, 2012; 福本, 2013; 山下清香, 2016; 三輪, 2018; 久住, 2020; 佐藤, 2020) と, 保健師活動の紹介やあり方の検討(中島, 2008; 中山, 2008; 山田, 2010; 直嶋, 2010; 推橋, 2010; 鳥居, 2013; 杉浦, 2014; 古田, 2018; 山浦, 2018; 長屋, 2018; 塚尾, 2020) が散見される。そして, 保健師に必要な能力を明らかにしているもの(西岡, 2010; 両羽, 2010) もみられている。さらに, 地域づくり活動が保健師に与えた影響の評価(角園ら, 2014) では, 保健師自身が地域づくり活動から獲得するものがあると

いう保健師にとっての意義が示されている。

2. CBPR や地域づくりの活動プロセスに関する海外の研究の動向

海外ではCBPR や地域づくりの介入研究は数多く行われ、その方法と結果が報告されている。本研究は地域づくり活動の評価指標を開発することが目的であるため、活動プロセスに関する研究の動向を述べる。

1) 活動プロセスの評価

CBPR の 9 つの原則を用いた介入プロトコルの検討 (Leopoldo J Cabassa, Benjamin Druss, Yuanjia Wang, Roberto Lewis-Fernández, 2011) , 研究に参加することによる CBPR アプローチの効果 (Loulou Kobeissi, Rima Nakkash, Zeina Ghantous, Maya Abou Saad, Nasser Yassin, 2011) が報告されている。また、パートナーとの関係に関する CBPR の促進・阻害要因の検討 (Zubaida Faridi, Jo Anne Grunbaum, Barbara Sajor Gray, Adele Franks, Eduardo Simoes, 2007) , パートナーシップの機能を強化するための評価 (Nancy VanDevanter, Simona Kwon, Shao-Chee Sim, Kay Chun, B Free CEED Coalition, Chau Trinh-Shevrin, 2011), パートナーシップが有効であった点や課題の検討 (Mark Wolfson et al, 2017; Elsa M. Orellano-Colón, 2017) がみられる。そして、コミュニティメンバーの視点によるプロジェクトの評価 (Stacy M. Rasmu, 2014) が報告されている。このように、CBPR の原則に基づいた活動評価や CBPR のパートナーシップに関連する評価が多くなされている現状がある。

2) 概念構造

パートナーシップ準備段階の主要な側面と指標が定義された「地域社会参加型研究 (CBPR) のためのパートナーシップ準備モデル」(Jeannette O. Andrews, FAAN1, Melissa J. Cox, Susan D. Newman, Otha Meadows, 2011) , コミュニティの能力向上と健康上の成果に対するパートナーシッププロセスの貢献度を理解するための「CBPR パートナーシップの概念モデル」(Lorenda Belone et al, 2016) , CBPR のパートナーシップの取り組みがどのように政策に貢献したかという CBPR のコンテキストとその関連を示す概念モデル (Lisa Cacari-Stone, Nina Wallerstein, Analilia P. Garcia, Meredith Minkler, 2014) が開発されている。また、CBPR の背景・パートナーシッププロセス・介入と研究・結果の関連の構造を示す概念モデルの開発と概念モデルの検証 (John G. Oetzel et al, 2018) が

みられる。このように、パートナーシップを中心に位置づけた概念モデルが作られている。

3) 評価尺度・指標

CBPR のパートナーシップの主要な側面を評価する「地域研究におけるパートナーシップ評価指標 (PAIR)」(Prerna G. Arora, Lauren S. Krumholz, Terry Guerra, Stephen S. Leff, 2015) , 米国国立がん研究所のコミュニティ・ネットワーク・プログラム (CNP) が CBPR の 9 原則を運用しているかを自己評価するための 27 項目の質問票 (Kathryn L. Braun et al, 2012) がみられる。このように、パートナーシップの評価指標や特定のプロジェクトに限定された CBPR の原則に基づく評価尺度が開発されている。

3. 研究の課題

国内外では近年数多くの地域づくりに関する活動報告や研究がなされていた。しかし、地域づくり活動は地域の健康課題や特性によって様々に行われ、方法論が確立しているとはいえないことが明らかになった。また、評価も様々に行われており、関わる人たちが何をもって地域づくり活動ができているかを判断することは困難な現状であると考えられた。保健師は評価に苦手意識をもつ場合もあるといわれ、計画段階で評価の内容・方法や評価結果の報告・活用が明確に組み込まれていないことがある。しかし、評価は「最終的には公衆衛生の向上に寄与すること」が目的であり (平野ら, 2004) , 評価を行うことによって、「住民あるいは関係者への説明資料」「企画や財政当局への説明の資料」「活動・事業の見直しや改善の資料」「住民、関係者の協働の促進」「従事している職員の技術の向上」ができる (平野ら, 2004) とされる。また、評価の目的は「説明責任」「優劣をつける」「仮説を検証する」「改善」(森ら, 2010) でもある。よって、評価を明確に位置付け、より良い活動のために活用することが重要である。また、協働する住民ボランティアと保健医療福祉従事者が共に評価するツールが国内外にほとんどみられないことも明らかになった。住民ボランティアや保健医療福祉従事者が、それぞれの立場で評価しその結果を話し合うことで、自分たちの活動の現状と今後の進め方を確認していく (岩永, 2003, pp. 191-197) ことができることから、活動の当事者である住民ボランティアが評価に関わる必要がある。そのため、今後は住民ボランティアと保健医療福祉従事者が地域づくり活動を共に評価する指標が必要になると考え

る。

以上のことより、地域づくり活動の方法論や評価はその必要性から活動事例の蓄積が進んでおり、活動の参考にすることが可能になっているといえる。しかし、何があれば地域づくり活動が効果的に行われていると判断できるかという地域づくり活動の構成概念と構成要素及びその構造を明らかにし、それらを包括的に評価する指標は開発されていないことが明らかになった。よって、地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素及びその構造を包含しており、住民ボランティアや保健医療福祉従事者が利用可能な評価指標を開発することが、今後の研究の課題である。

第3章 予備研究 I

研究題目：地域づくりの定義と概念構造の明確化

地域保健活動における「地域づくり」は、地域の特性や課題の違いから多様に解釈されており、定義は明確にされていない。よって、予備研究 I では、「地域づくり」の概念分析により地域づくりの概念構造と定義を明らかにした。

なお、この章の概念分析の部分はすでに発表済み（山谷, 2019）である。著作権者の許諾を得て転載し、その後の知見で一部改変した。

I. 研究目的

予備研究 I では、地域保健活動における「地域づくり」の構成概念を分析して概念間の関連を構造的に明らかにすることにより、「地域づくり」の定義を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

文献レビュー

2. 概念分析の方法論の選定

Rodgers (2000) のアプローチは、「文脈や経時的変化から概念を理解しようとするアプローチと哲学的基盤との間に一貫性があることが求められる」（濱田, 2017）。健康づくり戦略が地域づくり型へと変遷している中での「地域づくり」を定義づけるため、予備研究 I では Rodgers の概念分析の方法論を用いた。

3. 文献レビューの手順

1) データ収集

関心のある概念を、「地域づくり」と定め、データ収集する学問分野は、公衆衛生看護と公衆衛生を選択した。

2) 文献選択

文献の選択は、PRISMA 声明の 4 段階（特定, 選抜, 適格性, 採用）のフローチャート（Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG, 2009）に基づいて行った。概念の使われ方を確認するため、WHO が健康格差対策の指針の全世界への提示を

行った 2008 年及び 2012 年の日本での地域保健法改正前後の 2008 年～2018 年の文献に限定し, 英文献は, 検索システムに Pubmed を活用し, タイトル・抄録に “community development” または “community building” を含み, 土地開発・都市計画を選択しないよう “community health” または “public health nurse” を含む文献を検索した (2018 年 9 月 14 日検索) . 和文献は, 医中誌 Web 版を活用して, タイトル・抄録に「地域づくり」「まちづくり」「コミュニティづくり」のいずれかを含み, 土地開発・都市計画を選択しないよう「地域保健」または「保健師」を含む文献を検索した (2018 年 9 月 7 日検索) . 検索の結果, 入手可能な 63 文献のうち重複文献, 外国と日本では文化・歴史・社会的背景が異なり地域づくりの内容をそのまま日本の地域づくりに活用できるものでなかったことから, 日本の地域保健活動ではない文献, 英語・日本語以外の文献を除外し, 適格性が確認された約 41% の 26 文献を分析対象とした (表 1) .

3) 分析方法

Rodgers (2000) は先行因子を「その概念の発生に先立って見出される出来事や現象」, 属性を「文献ごとにその概念を構成する特性」, 帰結を「その概念が起こった後で生じる結果」と説明している. データ収集と分析は, 概念の使われ方に注目しながら, 文献ごとに Rodgers の「先行因子」「属性」「帰結」に該当すると考えられる部分の記述を生データのままで抽出した. 次にデータごとにラベルをつけ類似する項目をカテゴリー化し, カテゴリー間の関連性に配慮して統合した. そして, 分析した結果を踏まえて概念モデルを検討し概念を定義づけした. 概念分析の方法論の学習と分析・定義作成の過程は聖路加国際大学の看護研究法の教員から指導を得た.

Ⅲ. 結果

3つの属性, 5つの先行因子, 2つの帰結が抽出された (表 2) . なお, 本研究では, 山谷の論文 (2019) を引用したカテゴリーとサブカテゴリーに基づいて説明する. 以下, カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは『 』で示す.

1. 属性

【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】【関わる人々の成長の促し】
【住民・関係者・行政の協働の関係】の 3つのカテゴリーが形成された.

1) 【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】

本概念は、地域のもつ健康課題や地域住民のニーズを解決するために段階的に行われる発展的な活動であり、円環的に行われる活動プロセスであった。

『地域診断による健康課題・ニーズの明確化』²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾は、地域の課題や住民のニーズを把握し明確にすることであり、『目的・目標の明確な設定』⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾は、地域に応じた目指す姿（目的や目標）を住民や関係者で共有していた。活動では、『対象を選定した活動』³⁾⁴⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾、『地域特性に応じた活動』¹⁾¹¹⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾、『住民が主役の活動』³⁾⁸⁾⁹⁾¹¹⁾¹³⁾¹⁷⁾、『連携・協力による活動』⁴⁾¹⁷⁾などが行われていた。さらに、『評価の実施と報告』²⁾¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁸⁾は課題に対する活動の科学的評価の判定をしていた。そして、このような活動が『活動の継続・発展』¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁶⁾⁹⁾を可能にしていた。これらのプロセスの様々な場面で、健康課題やニーズに対して『関係者同士の話し合いによる活動体制の整備』¹⁾⁸⁾¹²⁾¹³⁾¹⁷⁾を行っていた。また、『住民との話し合いによる合意形成』³⁾⁵⁾⁹⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁷⁾¹⁹⁾として、地域住民とのコミュニケーションを深める話し合いの場を設けて、様々なことを民主的合意のもとで決めていた。

2) 【関わる人々の成長の促し】

本概念は、活動プロセスの様々な段階の中に示されており、活動のプロセスと相互に関係するものとして使われていた。

『人材の発掘・活用』¹⁾¹²⁾は、地域の人材やキーパーソンを発掘・活用しており、『ボランティアの育成』¹⁾⁴⁾⁶⁾⁹⁾¹⁴⁾²⁰⁾はボランティアを育成し、ボランティア同士の交流で地域住民の力を強める働きかけであった。

『住民の相談に迅速に対応する保健師（行政）の姿勢』⁹⁾¹¹⁾では、自治体としてボランティアの相談への迅速な対応や実行を心がけており、『地域づくり活動の方法や考え方の質を向上させる担当者への機会の提供』⁵⁾²¹⁾、『保健師同士の話し合い』¹²⁾、『スタッフ同士の関係づくり』¹⁾で、地域住民の活動を支える関係者や保健師が力をつける活動をしていた。

3) 【住民・関係者・行政の協働の関係】

本概念は、活動を通じた地域住民・関係者・行政のつながりと、活動の経験による互いの理解と協働の関係であった。協働の関係は、【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】と【関わる人々の成長の促し】のどの過程においても必要なものであった。

『さまざまな人のつながり』⁴⁾⁵⁾⁶⁾⁸⁾¹¹⁾¹⁹⁾²⁰⁾²²⁾²³⁾は、様々な人の交流があることで活動の中でのつながりを作り、『住民や関係者の理解と協働』²⁾⁵⁾¹⁰⁾¹²⁾¹³⁾¹⁷⁾²¹⁾²²⁾は、つながりの経験で仲間意識を育み互いを理解することで共に活動することを可能にする関係性であった。

2. 先行因子

【地域の健康課題の把握】【活動目標や方法の不備】【健康づくり戦略の変化に伴う地域の再構築の必要性】【保健師職能の問い直し】【住民との協働の必要性】の5つのカテゴリーが形成された。

1) 【地域の健康課題の把握】

本概念は、地域の顕在的・潜在的な健康課題を保健師が把握することであった。

『保健師による課題の把握』⁴⁾⁵⁾⁶⁾¹¹⁾¹²⁾¹⁵⁾²⁴⁾は、保健師が日頃の活動で捉えるものと統計分析などで健康課題を把握することであり、『地域特性に関連する健康課題の存在』⁴⁾²⁵⁾は、地域の経済・性別・年齢的問題・合併などにより生じている健康課題があることであった。

2) 【活動目標や方法の不備】

本概念は、社会的背景の不理解や目的を明確にもたずに行う既存の事業や活動がもつ問題であった。

『活動の検討や実施内容の不十分さ』⁸⁾¹³⁾²²⁾は、事業や活動の検討不足や実施の不十分さを示し、『活動の意味付けの不明瞭さ』⁷⁾⁸⁾は、概念や目的を明確にもたない活動の問題であった。それらから、『支援方法の確立の必要性』¹⁾²⁾¹⁰⁾¹⁴⁾が挙げられた。

3) 【健康づくり戦略の変化に伴う地域の再構築の必要性】

本概念は、制度や対策などの健康づくり戦略の変化に応じて地域を再構築し地域づくりを行う必要性を示すものであった。

『法制度による活動の変化』⁶⁾¹⁸⁾²⁴⁾は、『事業実施の後押し』²⁾⁴⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁴⁾になっていた。また、『目的に応じた活動の必要性』⁵⁾¹²⁾¹⁴⁾、『計画に基づく活動実施の必要性』⁷⁾⁹⁾²⁰⁾、『問題解決のための地域の再構築の必要性』¹⁹⁾、『総合的な健康づくりの必要性』¹⁷⁾という地域づくりを行う必要性が示された。

4) 【保健師職能の問い直し】

本概念は、事業や活動を企画・運営する保健師を取り巻く環境の変化と保健師

自身の力量不足の問題であった。

『保健師を取り巻く環境の変化』^{23]6]21]24]}、『保健師の役割の不明瞭さ』^{10]14]}は、保健師の役割が保健師自身と周囲にわかりにくくなっていることであり、『保健師の力量不足』^{23]12]14]21]24]}は、活動の先が見えない不安などの保健師の心理的負担や戸惑いであった。

5) 【住民との協働の必要性】

本概念は、地域住民と行政の両方から生じる協働の必要性であった。

『住民による地域で安心して暮らし続けることへの疑問』^{25]}があった。そして、『住民と共に実施する活動の必要性』^{2]11]25]}、『住民ニーズに応えるため住民と共に考え行動する必要性』^{16]}は、行政側が住民ニーズに沿うために地域住民と対策や計画を考え活動する必要性を示すものであった。

3. 帰結

【課題の解決で可能となったその人らしい生き方による QOL の向上】【住民・保健師・地域の力の獲得】の2つのカテゴリーが形成された。

1) 【課題の解決で可能となったその人らしい生き方による QOL の向上】

本概念は、健康課題の解決で可能になるその人らしい暮らしや生き方による QOL の向上であった。

『人間とその行動の理解』^{24]}の上で『健康課題の改善』^{4]16]26]}ができていた。そして、課題が改善することで、『自分らしく安心できる暮らし』^{6]14]}や『いきいきとしたその人らしい生活』^{10]11]20]}が可能になり、『QOL の向上』がみられた^{7]13]20]24]25]}。

2) 【住民・保健師・地域の力の獲得】

本概念は、自らの力により変化を生むこと、互助という地域の力の創出でコミュニティを再生していくこと、地域住民と保健師が関わりの中で相互作用的にエンパワメントされることであった。

『住民が主体的に力を発揮できる環境づくり』^{9]23]}によって生じる『住民自らの力による変化』^{4]7]11]21]}は、地域住民自身が力を発揮し自身の心身の変化や地域の問題の解決に向き合うことであった。『見守り助け合う』^{18]19]25]}は、『循環的なネットワークによるコミュニティの形成』^{22]}であった。その中で、『地域の互助機能の回復・絆の再生』^{3]10]24]}が行われて『地域への愛着』^{15]}が増幅され、『地域

力の創出と向上』¹⁵⁾¹⁹⁾が行われていた。そして、これらの過程で地域住民と保健師は『エンパワメント』²⁾¹⁰⁾¹²⁾されていた。

IV. 考察

1. 地域保健活動における「地域づくり」概念モデルの特徴

概念の関係を確認し定義を検討するために概念モデル（図 1）を作成した。本概念分析の地域づくりの先行因子には 5 つの概念がみられた。健康日本 21（第 1 次）（厚生労働省, 2011）の結果からハイリスクアプローチへの限界と、知識普及型ではない社会環境の改善を目指す地域づくり型の新たなポピュレーションアプローチの必要性（近藤尚己, 2015）が示される中で、健康格差対策のような戦略の変化が保健師に自らの活動を問い直し、地域住民との協働による活動の必要性を認識させる要因になっていると考えられる。

属性は 3 つの概念がみられ、地域住民・関係者・行政の協働による活動のプロセスを通して、関わる人々は成長し、より良い協働の関係が保たれることが示された。そして、これらの属性のカテゴリーとサブカテゴリーは、公衆衛生領域のアクションリサーチとされる CBPR（Community-based participatory research）の中核要素の要点（表 3）（Barbara A. Israel et al, 2005/2012, pp. 11-13）と類似することが明らかになった。具体的には、属性【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】の『関係者同士の話し合いによる活動体制整備』『住民との話し合いによる合意形成』と、属性【住民・関係者・行政の協働の関係】及び【関わる人々の成長の促し】は、中核要素①「パートナーシップの形成」及び中核要素⑦「パートナーシップの維持・持続・評価」と類似すると考えられた。また、属性【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】の『地域診断による健康課題・ニーズの明確化』は中核要素②「コミュニティの強みとダイナミクスの評価」及び中核要素③「優先される健康問題と課題の特定」に、『目的・目標の明確な設定』と『活動』は中核要素④「原因への介入および活動計画の設計と実施」に、『評価の実施と報告』は中核要素⑤「パートナーシップ内での結果のフィードバックと解釈」に、『活動の継続・発展』は中核要素⑥「成果の普及と転換」に類似していた。以上のことより、地域づくりの代表的な方法論であり、予備研究 I で明らかにした地域づくりの構成概念に類似している CBPR の構成概念の中核要素は、それに基づいた活動が実践で行われているか

を分析する際に活用可能であると考える。

また、公衆衛生におけるCBPRはコミュニティを対象に健康格差の是正を主目的に発展してきたことを特徴とし（武田, 2015b）、国際的にも、Quad Council Competencies（QCC）が公衆衛生看護師の役割に地域住民をパートナーとしたCBPRによる地域の問題解決を挙げている（Quad Council of Public Health Nursing Organization, 2011）。また、Joyce et al.（2015）は教育・実践・研究で公衆衛生看護の向上へのCBPRの活用を提案している。このことより、健康格差対策や社会環境の改善が求められる昨今の地域づくりの方法論として、地域住民・関係者・保健師の話し合いによる協働の関係に基づいた円環的な活動プロセスという本概念分析の属性は妥当であると考えられる。

帰結は2つの概念がみられた。課題の改善で自分らしい生活が可能になることによるQOLの向上と、地域力の創出と住民・保健師のエンパワメントであった。QOLの向上は目標であり（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会・次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会, 2012）、エンパワメントは過程（野川, 2016）であり目標でもある。健康格差対策の評価は個人と地域のレベルで評価するとあり（近藤尚己, 2016, p. 147）、QOLは個人レベル（北山, 2018）、エンパワメントは個人・集団・地域レベル（野川, 2016）に対応する概念である。よって、本概念分析の帰結であるQOLとエンパワメントは、CBPRの中核要素に提示されていない地域づくり活動の概念として位置付けられると考える。

2. 地域保健活動における「地域づくり」の定義

山谷（2019）の定義を参考にしながら「地域づくり」を定義した。地域保健活動における「地域づくり」は、「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域診断を起点とした話し合いや合意形成による課題解決とニーズに応える活動プロセスにおいて、関わる人々の成長を促し協働関係を育む。その結果、地域住民の自分らしい生き方が可能になりQOLが向上すること、住民ボランティアと保健医療福祉従事者がエンパワメントされること、地域が機能を回復・再生する力を獲得することである」と定義できた。

3. 地域づくり活動への定義の活用

「地域づくり」の定義の活用は、山谷（2019）を参考にしながら考察した。予備研究Iで定義した「地域づくり」は、先行因子にあるように健康格差対策のような健

康づくり戦略の変化に対応したものである。そして、社会環境と健康の関連を明らかにするという地域診断を起点とした活動のプロセスであり、地域住民・保健師など活動に関わる人々の成長を促し協働の関係を育むとしている。さらに、QOL とエンパワメントを帰結としていることから、予備研究 I で定義した「地域づくり」によって健康格差対策や健康増進を目指すことは、昨今の公衆衛生の考え方と一致していると考えられる。

以上のことより、予備研究 I で明らかにした「地域づくり」の定義と構成概念は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動の方法論に示唆を与えるものであり活用可能性があると考えられる。

4. 本研究への示唆

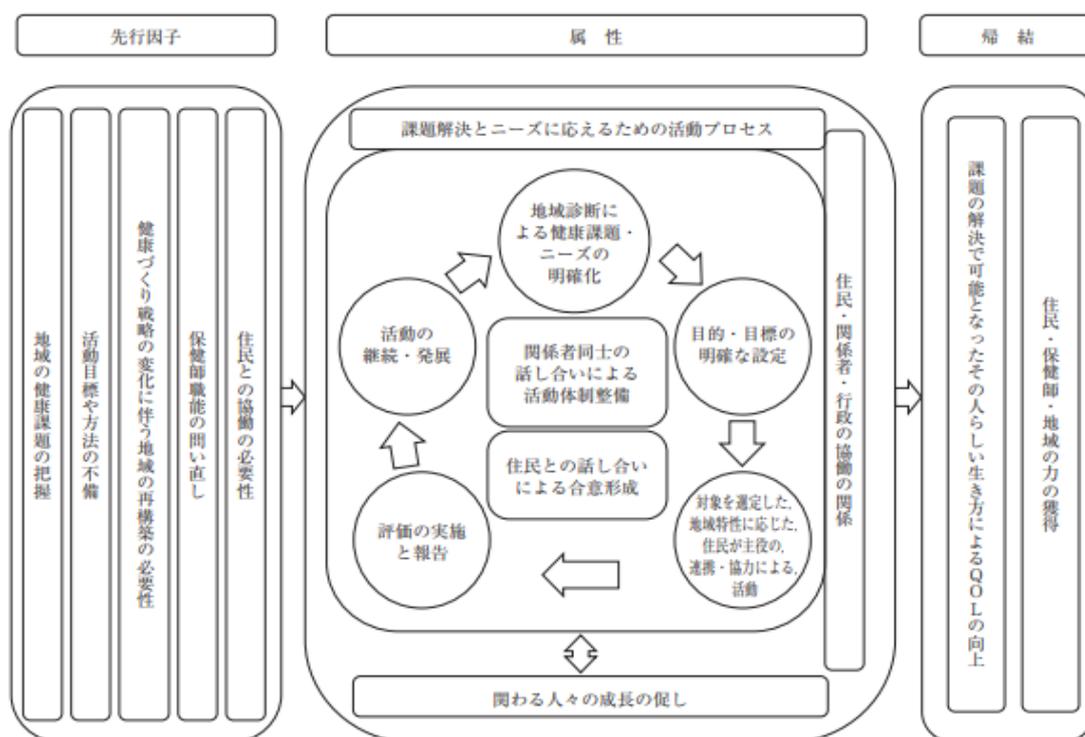
予備研究 I で定義した「地域づくり」の活動を包括的に評価する指標はみられず、本研究で明らかにした地域づくりの構成概念に類似する CBPR の評価は今後の研究課題とされている（CBPR 研究会, 2010, pp. 66-67）。よって、地域づくり活動を評価する指標を開発するために、本概念分析結果を踏まえた地域づくり活動の構成概念と概念の構造を明らかにすることが必要であると考えられる。

表 1 分析対象文献 ※著作権者の許諾を得て山谷（2019）から転載

1]	山下理恵子, 中村登志子, 洲崎好香, 松永里香, 市場正良, 有吉浩美. (2012). 急激な高齢化が進むK町における高齢者ふれあいサロン事業の評価. 日本健康医学会雑誌, 21(2), 69-77.
2]	今西浩美, 上中久美子. (2011). 「健康日本 地方計画」への支援 エンパワメントで元気な人づくり・まちづくり. 保健師ジャーナル, 67(11), 1010-1016.
3]	西岡侑. (2010). 広域連合における地域づくり 1つの町でできなかったことが 5つの町が集まってできた. 保健師ジャーナル, 66(6), 526-530.
4]	直嶋京子. (2010). 合併を契機に始まった八峰町の自殺予防対策 そして地域づくりへ. 保健師ジャーナル, 66(6), 510-517.
5]	鳥居貴子: 市町村保健師によるまちづくりの実践から 南足柄市の認知症地域支援事業と成果. 保健師ジャーナル. Vol. 69 No. 11:886-891, 2013.
6]	山下かのう. (2008). 障害者自立支援法のもとで精神障害者を支えるシステムをつくる市町村保健師としての役割. 保健師ジャーナル, 64(7), 622-628.
7]	岩室紳也. (2013). 地域保健と地域福祉の関係性を考える 一女川町がすすめる健康福祉のまちづくり一. 月刊地域医学, 27(11), 1002(60)-1006(64).
8]	岩室紳也. (2012). 地域医療が担うこれからの地域保健 (26) 東日本大震災で求められている地域保健支援活動とは⑥ 一女川町のこれからの健やかなまちづくりに欠かせないもの一. 月刊地域医学, 26(8), 756(50)-759(53).
9]	山本ゆか. (2011). 「いきいき百歳体操」の地域展開における保健師の役割. 保健師ジャーナル, 67(8), 690-693.
10]	福本久美子, 今泉直子, 石田妃加里, 門川次子, 飯法師直美, 坂口里美, 星旦二. (2013). 健康な地域づくりにおけるコミュニティ・エンパワメントと保健師の役割へ旧蘇陽町における健康むら長体験者の追跡から〜. 九州看護福祉大学紀要, 14(1), 27-37.
11]	杉浦圭輔. (2014). 住民が主役の地域づくりと保健師の関わり 「赤平市健康暮らしを考える茶話会」の活動. 保健師ジャーナル, 70(5), 400-404.
12]	米津由美. (2010). 事業のプロセスと協働の過程 「いきいき若返りまつり」の実践から. 保健師ジャーナル, 66(3), 222-226.
13]	竹島正:精神保健と地域づくりのつながり 自殺予防を糸口に. 公衆衛生, vol. 74 No. 11:950(54)-954(58), 2010.
14]	中島貞枝. (2008). 認知症になっても自分らしく安心して暮らせる地域づくりを目指して 保健師中心の活動から市全体での活動へ. 保健師ジャーナル, 64(9), 796-801.
15]	角園真枝, 山田圭子, 本田記子, 丹羽野晶美, 石田ちひろ, 小松美由希. . . 大和田江美. (2014). 「地域座談会」を通じた地域づくり その活動が保健師に与えた影響. 保健師ジャーナル, 70(6), 490-497.
16]	古賀眞澄. (2013). 温泉を活用した健康なまちづくり事業に於ける運動支援の効果・評価について〜倉吉市開金温泉での地域保健事業を元に〜. 第18回日本運動疫学会学術総会抄録集, 200.
17]	藤井琴乃, 中根みはる, 羽佐田美和子, 遠山知里, 大野梢, 山崎嘉久, 山中實紀. (2012). 碧南市生活習慣病若年化対策事業の新たな取り組み 学校保健と地域保健の協働をめざして. 保健師ジャーナル, 68(4), 318-322.
18]	高田智恵子, 安留篤子, 細川佐理, 高林実結樹. (2008). 地域で見守り助け合うコミュニティづくり 宇治市の認知症予防事業. 保健師ジャーナル, 64(9:), 790-795.
19]	岸恵美子. (2013). 虐待対応に必要な保健師の地域づくり. 保健師ジャーナル, 69(3), 180-185.
20]	中西智子, 尾田美佐子, 福井亜希子. (2010). 阿波踊り体操で温かい長寿社会を 阿南市保健センターの介護予防事業 一般高齢者施策と保健師の役割. 保健師ジャーナル, 66(6), 542-547.
21]	櫻井郁巳. (2011). 保健師の地域保健活動が介護予防に果たす役割 市町を支援する都道府県の立場から. 保健師ジャーナル, 67(8), 694-698.
22]	越田美穂子, 守田孝恵. (2009). コミュニティでのネットワーク形成過程における行政保健師の機能とその意味. リハビリテーション連携科学, 10(1), 18-26.
23]	河野あゆみ, 丸尾智実, 藤田俱子, 田高悦子, 国井由生子. (2010). 独居男性高齢者のための地域交流促進をめざしたグループワークにおけるプロセス. 日本地域看護学会誌, 12(2), 45-50.
24]	竹島正, 的場由木. (2010). 公衆衛生の精神保健活動の課題一 地域づくりに向けて. 公衆衛生, 74(12), 1034(58)-1037(61).
25]	稲垣康次. (2014). 行政キーパーソンとして考える「認知症の人が普通に暮らせる地域」とは. 日本社会精神医学会, 23, 209-213.
26]	麻原きよみ. (2010). プロフェッショナルとしての保健師活動とは 台東区の活動を考える. 保健師ジャーナル, 66(3), 236-237.

表2 カテゴリー表 ※著作権者の許諾を得て山谷（2019）から転載し文献番号の記載方法を一部改変

カテゴリー	サブカテゴリー	文献番号	
属性	地域診断による健康課題・ニーズの明確化	2]3]4]5]6]	
	目的・目標の明確な設定	7]8]9]10]11]12]	
	対象を選定した活動	3]4]12]13]14]	
	地域特性に応じた活動	1]11]14]15]16]	
	課題解決とニーズに応えるための活動プロセス	住民が主役の活動 3]8]9]11]13]17]	
	連携・協力による活動	4]17]	
	評価の実施と報告	2]12]14]15]18]	
	活動の継続・発展	1]2]3]4]6]9]	
	関係者同士の話し合いによる活動体制の整備	1]8]12]13]17]	
	住民との話し合いによる合意形成	3]5]9]11]12]17]19]	
	関わる人々の成長の促し	人材の発掘・活用	1]12]
		ボランティアの育成	1]4]6]9]14]20]
		住民の相談に迅速に対応する保健師(行政)の姿勢	9]11]
		地域づくり活動の方法や考え方の質を向上させる担当者への機会の提供	5]21]
住民・関係者・行政の協働の関係	保健師同士の話し合い	12]	
	スタッフ同士の関係づくり	1]	
地域の健康課題の把握	さまざまな人のつながり	4]5]6]8]11]19]20]22]23]	
	住民や関係者の理解と協働	2]5]10]12]13]17]21]22]	
活動目標や方法の不備	保健師による課題の把握	4]5]6]11]12]15]24]	
	地域特性に関連する健康課題の存在	4]25]	
	活動の検討や実施内容の不十分さ	8]13]22]	
先行因子	活動の意味づけの不明瞭さ	7]8]	
	支援方法の確立の必要性	1]2]10]14]	
	法制度による活動の変化	6]18]24]	
	事業実施の後押し	2]4]12]13]14]24]	
	健康づくり戦略の変化に伴う地域の再構築の必要性	目的に応じた活動の必要性 5]12]14]	
	計画に基づく活動実施の必要性	7]9]20]	
	問題解決のための地域の再構築の必要性	19]	
	総合的な健康づくりの必要性	17]	
	保健師職能の問い直し	保健師を取り巻く環境の変化	2]3]6]21]24]
		保健師の役割の不明瞭さ	10]14]
保健師の力量不足		2]3]12]14]21]24]	
住民との協働の必要性	住民による地域で安心して暮らし続けることへの疑問	25]	
	住民とともに実施する活動の必要性	2]11]25]	
	住民ニーズに応えるため住民と共に考え行動する必要性	26]	
課題の解決で可能となったその人らしい生き方によるQOLの向上	人間とその行動の理解	24]	
	健康課題の改善	4]16]26]	
	自分らしく安心できる暮らし	6]14]	
	いきいきとしたその人らしい生活	10]11]20]	
帰結	QOLの向上	7]13]20]24]25]	
	住民・保健師・地域の力の獲得	住民が主体的に力を発揮できる環境づくり	9]23]
		住民自らの力による変化	4]7]11]21]
		見守り助け合う	18]19]25]
	循環的なネットワークによるコミュニティの形成	22]	
	地域の互助機能の回復・絆の再生	3]10]24]	
	地域への愛着	15]	
	地域力の創出と向上	15]19]	
エンパワメント	2]10]12]		



※地域づくりの活動プロセスにあたる部分は具体的内容を示すためサブカテゴリーレベルまで記載

図1 地域保健活動における「地域づくり」概念図 ※著作権者の許諾を得て山谷（2019）から転載

表3 CBPRの中核要素の要点

中核要素① 「パートナーシップの形成」	1) パートナーの特定 2) コミュニティの特定 3) 信頼関係の構築 4) 運用基準の確立 5) 公平性と力の共有 6) インフラの整備
中核要素② 「コミュニティの強みとダイナミクスの評価」	1) コミュニティの強みの明確化 2) リソースの明確化 3) 文化的・歴史的側面の明確化 4) 影響力のある組織の特定 5) コミュニティの力の特定 6) コミュニティの声の把握
中核要素③ 「優先される健康問題と課題の特定」	1) 健康上の問題の特定と優先順位 2) 健康上の懸念に寄与する要因の特定 3) 課題の特定
中核要素④ 「原因への介入および活動計画の設計と実施」	1) 活動の方向性の決定 2) データ収集方法の決定 3) 活動方法と計画の決定
中核要素⑤ 「パートナーシップ内での結果のフィードバックと解釈」	1) 結果の共有 2) 全てのパートナーによる結果の理解 3) コミュニティで共有すべき結果の特定
中核要素⑥ 「成果の普及と転換」	1) 結果を広める方法の特定 2) パートナーによる結果の報告 3) 広範な介入と政策変革への結果の活用
中核要素⑦ 「パートナーシップの維持・持続・評価」	1) パートナーシップの機能の程度の評価 2) パートナーシッププロセスの改善方法の特定 3) パートナーシップの持続可能性について検討すべき側面の特定

第4章 予備研究Ⅱ

研究題目：地域づくりの概念構造の妥当性の検討と地域づくり活動の構成概念及び概念構造の明確化

予備研究Ⅰの地域づくりの構成概念と類似性を示し地域づくりの代表的な方法論であるCBPRの中核要素を用いて、それに基づいた活動が実践で行われているかを分析し、地域づくりの概念構造の妥当性を検討した。また、分析結果から概念の追加及び修正を行い、予備研究Ⅰの「地域づくり」概念図をもとに地域づくり活動の構成概念と概念の構造を明らかにした。

I. 研究目的

予備研究Ⅱでは、健康課題の改善や高齢者サロンの発展・波及という活動の成果がみられるA県B市の地域づくり型の高齢者保健活動を対象事例にし、地域づくりの代表的な方法論であるCBPRの中核要素の要点(Barbara A. Israel et al, 2005/2012, pp. 11-13)に基づいた活動が行われていたか分析することを目的とした。また、分析結果から概念の追加及び修正を行い、予備研究Ⅰの「地域づくり」概念図をもとに地域づくり活動の構成概念と概念の構造を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

活動事例に関する論文、報告書、会議録などを用いた文献レビュー。

2. 対象の選定

A県B市が2010年から2017年にかけて実施したC地区の住民らとの協働による高齢者サロン(以下、サロンと略す)の取り組みに関する論文、報告書、会議録などを分析対象とした。B市(以下、市と略す)は2006年1月1日に新設合併し、2015年の総人口は23,309人、高齢者人口は7,762人(33.3%)で少子高齢化が進んでいる。市は、第6期介護保険事業計画からの介護予防・日常生活支援総合事業の準備過程で、2010年にJapan Gerontological Evaluation Study:日本老年学的評価研究(以下、JAGESと略す)に参画し、実施主体の大学と共同研究協定を締結した。2012年に市保健師がJAGES-HEART(JAGESが開発した地域診断支援ツール)を使用した地域

診断を行い市担当課内で結果の共有を行った。そして、2013年に全7地区市民と地域ケア会議で地域診断結果の共有・意見交換、介護予防サポーター養成講座を実施した。2014年にはC地区のサロンを開設し、約10人の参加が得られ、その後約30人へと増加した（山谷、近藤克則、近藤尚己、荒木、藤原、2016b）。また、2015年には他地区サロンへの波及がみられ始めた。2016年の調査結果からは、C地区の生活・健康課題であった虚弱な人の割合・運動機能が低下している人の割合・低栄養の人の割合・閉じこもり者の割合などが全て改善するなど、健康格差の縮小の点でも効果があったことが確認された。2017年には市民へ活動の評価結果報告会を開催し、2020年1月現在、サロンは市内全地区に拡大して51ヵ所となり、参加人数は約900人となった（第8回健康寿命をのばそう！アワード（介護予防/高齢者生活支援分野）調査票、2019）。

3. 研究方法

1) 分析対象情報

B市保健師に以下の(1)～(6)の情報を用いる許諾を得て分析対象情報とした。

(1) 市の活動展開

論文「地域診断を起点とした地域住民や関係機関との協働のまちづくり-介護予防 Web アトラスを活用した松浦市の試み」（山谷、荒木、近藤、2014）、論文「長崎県松浦市における地域診断支援ツールを活用した高齢者サロンの展開：JAGES プロジェクト」（山谷、近藤克則、近藤尚己、荒木、藤原、2016b）。

(2) 地域診断結果報告後の市民の感想

地域診断における介護予防 Web システムの活用の有用性と課題。平成 25 (2013) 年厚生労働省科学研究費補助金「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発（研究代表者 近藤克則）」年次報告書（山谷、2013）。

(3) サロン参加高齢者とサポーターの変化、地区別サロンの効果

「第6期介護保険事業計画策定に関する提案」作成までの地域診断を活動した地域ケア会議の取り組みに関する研究。2014～2015年厚生労働科学研究委託費長寿科学研究開発事業「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究（研究代表者 近藤尚己）」成果報告書（山谷 2014a）、高齢者サロンの立ち上げにおける地域診断の役割と高齢者サロンの評価-長崎県松浦市の介護予防サポーターによる「お寄りませ」の活動より-。2014～2015年厚

生労働科学研究委託費長寿科学研究開発事業「データに基づき地域づくりによる介護予防対策を推進するための研究(研究代表者 近藤尚己)」成果報告書(山谷, 2014b), 論文「地域診断を起点とした地域住民や関係機関との協働のまちづくり-介護予防 Web アトラスを活用した松浦市の試み」(山谷ら, 2014), 論文「長崎県松浦市における地域診断支援ツールを活用した高齢者サロンの展開: JAGES プロジェクト」(山谷ら, 2016b)。

(4) 市保健師・サポーター・研究者の話し合いや会話の内容と様子

研究者が記述し保管するメモ。

(5) サポーター養成講座の内容と参加者の反応, サロンの内容と効果

市保健師が作成した活動報告の写しを研究者に情報提供したもの。

(6) 市全体と地区別の生活・健康課題の分析データ

2010年・2013年・2016年に JAGES が行った「健康と暮らしの調査」の市への報告書を市保健師が研究者との会議資料としたもの。

2) データの分析枠組みと分析手順

CBPR の中核要素の要点 (Barbara A. Israel et al, 2005/2012, pp. 11-13) (表 3) を使用した。CBPR は直訳すると「コミュニティを基盤とした参加型研究」であるが、地域保健活動に活用する際には地域の課題解決のために協働で行う「取り組み・活動」と表現されている (CBPR 研究会, 2010, p. 2)。本研究は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動を評価する指標の作成を目的としているため、CBPR 研究会 (2010) の訳を参考に、調査や研究ではなく活動と解釈した。なお、中核要素⑦「パートナーシップの維持・持続・評価」に該当する情報は、中核要素全体に通底する視点である (Barbara A. Israel et al, 2005/2012, pp. 11-13) ため、中核要素①～⑥の分析の中で抽出した。

分析は、収集した(1)～(6)の情報から、CBPR の中核要素の要点 (表 3) に該当すると考えられるものを抽出した。また、該当しない情報についても確認した。さらに、これらの情報から活動を効果的に進めるために有用な情報を抽出した。情報の抽出は、対象活動に関与した市保健師 2 名及び市管轄保健所保健師 1 名を含めて 3 回協議して妥当性を検討し、適宜修正した。

なお、本研究は、2017 年度長崎県立大学一般倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 314)。

Ⅲ. 結果

CBPR の中核要素の要点（表 3）ごとに、B 市の保健師とサポーターの実践・認識・意識の情報を記載する。抽出した活動における有用な情報は「」で示す。

1. 中核要素①：パートナーシップの形成

1) パートナーの特定

市保健師は日頃の業務で感じていた高齢者の生活・健康問題と地域の強みを多角的かつ根拠に基づき地域住民等に説明した。また、地域診断の方法を共に学習することで研究者との関係性を築いていた。これは「生活と健康課題および地域の強みの多角的かつ根拠に基づく説明」であった。また、市保健師は日頃の活動の中で、リーダー的な存在である地域住民を把握し、個別に声をかけてサポーター養成講座を受講してもらっていた。これは日頃から共に活動する「リーダー的存在の住民の把握」を行っていたということであった。さらに、研究者と相談し、「管轄保健所保健師の活動への参加」によって活動を継続・発展させようとしていた。

2) コミュニティの特定

市保健師は第 6 期介護保険事業計画策定に向け、少子高齢化が進み、一人暮らしで引きこもる可能性のある高齢者が多い C 地区を重点地区にした介護予防事業を行う必要があることを認識していた。これは「課題の多い地区への介入の必要性の認識」を指していた。

3) 信頼関係の構築

C 地区でのサロンが開設されると、市保健師はサロンに頻繁に顔を出してサポーターの困りごとにすぐに対応し、全力で支える約束をすることで、サポーターが市を信頼して安心して活動が続けられるようにしていた。これは地域住民との「信頼関係」を形成する働きかけを指していた。

4) 運用基準の確立

市保健師は市には医療・保健・福祉の資源が少ないため、住民同士の互助を強化する地域づくり活動が重要であるという「目指すことの設定」を行っていた。そして、市保健師は研究者から JAGES-HEART による地域診断結果を提示されたことで、日頃の活動で感じていたことを根拠のある情報から確認できていた。この経験によって地域診断を行ってから活動を始めるという「地域診断を起点とした

活動の決定」を行っていた。

5) 公平性と力の共有

市保健師はサポーター養成講座の中で、講座参加者に C 地区の生活・健康課題を情報提供した後、地区の高齢者との座談会で困りごとやニーズを聞いてもらった。この「住民の声による課題の把握」によって、講座参加者は高齢者の生活・健康課題を理解し課題の改善に向けたサロンの内容を自分たちで検討することができた。

6) インフラの整備

市保健師は移動手段がない高齢者がサロンに参加しやすいように地区の社会福祉施設から車いすと送迎車の借用の協力を得、サロンの帰りに買い物ができるように近隣地区の商店から移動販売の協力を得た。また、サポーターは食事の提供を続けるにあたってサロンの近隣医院に食事のアドバイスや緊急時対応の協力を依頼した。このように、様々な人の「協力による活動」を行っていた。

2. 中核要素②：コミュニティの強みとダイナミクスの評価

1) コミュニティの強みの明確化

市保健師は JAGES-HEART を活用して、高齢者の生活・健康課題の地区別の比較分析を行い、生活・健康課題と強みを検討した。その結果、課題は他地区と比較して最も多いが前期高齢者が多く高齢者同士の支えあい期待できるという C 地区の「地域の強みの検討」ができた。

2) リソースの明確化

市保健師は、主体的に動くことができ、周りの人も活動に誘ってくれる可能性がある地域住民を知っていた。よって、特に課題が多い C 地区のリーダー的存在の市民に声をかけ、高齢者の生活・健康課題を共に改善するサポーターの養成講座への参加を促すことができた。これは日頃の活動の中でこれから共に活動する「リーダー的存在の住民の把握」を行っていたということであった。

3) 文化的・歴史的側面の明確化

B 市は少子高齢化が進み、一人暮らし高齢者が増加していた。また、市保健師は、C 地区では高齢者が集う場や商店が閉鎖され、生活に不便を感じている高齢者が多くいることを活動の中で市民から聞くなどして把握していた。このように、保健活動の中で「課題の要因の特定」を行っていた。

4) 影響力のある組織の特定

市保健師は市民の代表者と関係者がメンバーとして参加する地域ケア会議を活用した。会では、市全体とC地区の地域診断結果と市民のニーズの共有・検討を行い、「メンバーの合意による重点地区の決定」という手続きを踏んでいた。

5) コミュニティの力の特定

市保健師はC地区の地域診断で、課題は多いが前期高齢者も多く高齢者同士の支えあいが期待できる可能性があるという「地域の強みの検討」を行った。そして、市保健師は課内で市全体と地区別の生活・健康課題と強みの情報を共有し、C地区から活動を開始するという「活動方針の確認」を行っていた。

6) コミュニティの声の把握

市保健師は地域診断結果を市民に伝えて意見を聞くために、市内全7地区に頻繁に出向いて地域診断結果の説明を行った。そして、市民に地域診断結果を見た感想と地区の問題について尋ねる「住民の声による課題の把握」を行っていた。そして、C地区では地域診断結果を基に、希望する地区の将来像とそこに向けて何ができるかを地区民生員や地区長らと「意見の交換」した。

3. 中核要素③：優先される健康問題と課題の特定

1) 健康上の問題の特定と優先順位

市保健師は介護保険関連のデータから、市の要介護認定者と利用者が年々増加しており、介護保険料の増額が進むことを試算した。また、配偶者を無くした高齢者が引きこもる傾向になることなどを日頃の活動の中で認識していた。市保健師は、これらの問題を解決するためには要介護リスクを減らすための対策を行わなければならないという「対策の検討」を行っていた。

2) 健康上の懸念に寄与する要因の特定

市保健師はC地区の地域診断で、低栄養・買い物困難・食事の準備の困難・一人暮らし高齢者が多いことを要介護状態や在宅生活困難者のリスク要因として挙げ、「課題の要因の特定」を行った。

3) 課題の特定

市保健師は地域診断や介護保険関連のデータから、要介護状態になる高齢者を少なくし、高齢者が暮らし続けられるB市になるという「目指すことの設定」を行った。そして、一般介護予防事業の一環として地域住民が主体となっていく高

齢者サロンを開設することを目指した。

4. 中核要素④：原因への介入および活動計画の設計と実施

1) 活動の方向性の決定

市保健師と研究者は、高齢者サロンの活動によって、参加高齢者の変化と C 地区の高齢者の生活・健康課題がどのように変化したかを、活動の進度にあわせて調査し把握するという「活動による変化の把握方法の決定」を行った。

2) データ収集方法の決定

市保健師は、3年ごとに実施される JAGES の健康と暮らしの調査に継続的に参加し、地区ごとの生活・健康課題の変化を確認した。また、市保健師は研究者による参加高齢者とサポーターへの聞き取り調査に協力し、高齢者サロンの効果を確認した。これらは、「評価のためのデータ収集方法の決定」を行い、効果の有無や程度を評価することであった。

3) 活動方法と計画の決定

市保健師は、C地区でサロンを開設するためには地区の代表者の理解と協力を得る必要があると認識していた。よって、サポーターと共にC地区の自治会長らに地区の生活・健康課題とサロンの内容を説明し、開設の了解と周知の協力を得た。これは、活動を地域で行うためには「住民の理解」が不可欠であることを意味していた。

サポーターは、地区高齢者の生活・健康課題から、サロンでは共食と対話を行うことを計画した。サポーターはサロン初回到地区の食材を使った昔ながらの料理を作ってふるまった。参加高齢者は地区に伝わる昔ながらの食事の懐かしさを感じ、誰かと食事をする嬉しさに涙する人も見られた。市保健師は、サポーターがこのような参加高齢者の反応を見ることで「活動の意義の実感」を得られたようだと観察していた。また、サロン開設から1年で参加高齢者数が2倍以上に増加しており、ニーズに応えるためにサロンの開催回数を増やす「活動の増加」をしていた。

5. 中核要素⑤：パートナーシップ内での結果のフィードバックと解釈

1) 結果の共有

市保健師と管轄保健所保健師は、研究者による CBPR の中核要素と原則を用いたサロン活動の意味づけと JAGES の健康と暮らしの調査による C 地区の生活・健

康課題の変化を共有した。また、市民に向けた評価報告会で、C 地区のサポーターに対して地区高齢者の生活・健康課題が全て改善していることを報告する「活動による変化の報告」を行った。

サポーターは、参加者が片づけを手伝うようになった、他の参加者を気にかけるようになった、サロンに来るのが楽しいと言って表情が明るくなったというような参加高齢者の変化から「活動の効果の実感」を得ていた。

2) 全てのパートナーによる結果の理解

市保健師と管轄保健所保健師は、研究者が CBPR の中核要素と原則を用いてサロンの活動を意味づけしたこと、JAGES の健康と暮らしの調査により C 地区の生活・健康課題が全て改善したことで市の高齢者保健の活動が系統立てて効果的に行われたことを客観的に評価した。また、市民に向けた評価報告会で、C 地区のサポーターが、地区高齢者の生活・健康課題が全て改善していることを把握し、活動に効果があったと実感したことで、サポーターの活動への意欲が増したと評価していた。これは活動の実施と継続において「活動の効果の実感」が重要であることを意味していた。

6. 中核要素⑥：成果の普及と転換

1) コミュニティで共有すべき結果の特定

市保健師・管轄保健所保健師・研究者は、高齢者サロンの効果について、C 地区を好事例としてサポーターや市民に報告することを決定した。そして、C 地区の生活・健康課題が高齢者サロン開始時から改善していることを他地区との比較によってわかりやすく示すという「活動による変化の把握方法の決定」をしていた。

2) 結果を広める方法の特定

市保健師はサロンの効果を市民に還元するため、サポーターや市民に向けた評価報告会を開催するという「活動による変化の把握方法の決定」をしていた。

3) パートナーによる結果の報告

サポーターや市民に向けた評価報告会を開催したことで、報告会に参加したサポーターや市民は高齢者サロンの効果を知ることができたと答え「活動の効果の実感」を得ていた。また、市保健師は様々な自治体の視察を受け入れ、求めに応じて県内外の学会などで活動報告を行った。さらに、市保健師は研究者による学会や学会誌の発表に共同研究者として参加し、JAGES のホームページなどで活動内

容や成果を報告するなどの「活動や成果の紹介」を行っていた。

4) 広範な介入と政策変革への結果の活用

C地区サロンでは他地区や他自治体からの視察やサロン同士の交流が活発になっていった。この視察や交流によって活動の回数が増え、市内で新たなサロンの開設が進むなどの「活動の増加」がみられた。

7. CBPR の中核要素に該当しない情報

1) やりがいの実感

市保健師はサポーターと共に会場の清掃や飾りつけを行った。市保健師は地域住民が自分たちで考え主体的に行動する場面を目の当たりにし、このことを地域住民と協働するということを実感した幸せな経験だったと感じていた。これは作業を通して得られた地域住民との「協働の実感」であった。

サポーターは、自分たちにとってもサロンは楽しみであり介護予防になっているというように「活動の意義の実感」を得ており、参加高齢者を支えるとともに将来的に自分たちも参加できるように地区のサロンが続いてほしいと願っていた。このことは、「住民同士の支えあい」の必要性を感じているとともに「自分たちのための活動でもあるという思い」であった。

2) 継続的な活動姿勢

サポーターは、サロンの活動を続けられるのは何でも言い合える関係があるからであると述べ、活動が負担になるようなことはしないようにしていた。このことは、活動を継続するために工夫や配慮をしているということであり、「継続的な活動姿勢」をもっているといえた。また、継続した活動のためには、新しいメンバーが必要であると感じており、新たなメンバーを募る「活動を継続するための新たなメンバーの受け入れ」を始めていた。これも、活動を将来にわたって続けていきたいという「継続的な活動姿勢」であった。

IV. 考察

1. 予備研究 I で作成した地域づくりの構成概念の妥当性

活動成果が出ている B 市の地域づくり活動は、CBPR の全ての中核要素の要点に該当する実践・認識・意識がみられることが明らかになった。予備研究 I の地域づくりの構成概念と CBPR の中核要素は類似性があることから、予備研究 I で明確にした

地域づくりの構成概念は妥当であると判断された。

2. 地域づくり活動の構成概念の構造化

予備研究Ⅰで抽出した地域保健活動における「地域づくり」の 카테고리 (表 2) の情報と予備研究Ⅱで明らかにした活動上の有用な情報を加えて構成概念の統合を行った。そして、予備研究Ⅰで作成した「地域づくり」概念図 (図 1) を基に概念の構造化を行い、「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み (Version1) (図 2) を作成した。以下、【】を構成概念、《》を下位概念、「」を構成要素とする。

1) 【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】

《地域の健康課題とニーズの明確化》《活動目標の設定と方法の決定》《活動の実施》《活動の評価と報告》《活動の継続と増加》が円環的に行われていることから、【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】とした。

(1) 《地域の健康課題とニーズの明確化》

予備研究Ⅰの「地域診断による健康課題・ニーズの明確化」は、予備研究Ⅱの「地域診断を起点とした活動の決定」「生活と健康課題および地域の強みの多角的かつ根拠に基づく説明」「課題の要因の特定」と類似していた。また、予備研究Ⅰの「人材の発掘・活用」は、予備研究Ⅱの「地域の強みの検討」「リーダー的存在の住民の把握」と類似していた。さらに、予備研究Ⅱから「住民の声による課題の把握」「課題の多い地区への介入の必要性の認識」が追加された。

(2) 《活動目標の設定と方法の決定》

予備研究Ⅰの「目的と目標の明確な設定」は、予備研究Ⅱの「目指すことの設定」「活動方針の確認」「対策の検討」と類似していた。また、予備研究Ⅱから「活動による変化の把握方法の決定」「評価のためのデータ収集方法の決定」が追加された。

(3) 《活動の実施》

予備研究Ⅰの「対象を選定した活動」「地域特性に応じた活動」「連携と協力による活動」が挙げられた。予備研究Ⅱからは「協力による活動」が挙げられ予備研究Ⅰと類似していた。

(4) 《活動の評価と報告》

予備研究Ⅰの「評価の実施と報告」は、予備研究Ⅱの「活動による変化の報告」

と類似していた。また、予備研究Ⅱの「活動と成果の紹介」が追加された。

(5) 《活動の継続と増加》

予備研究Ⅰの「活動の継続」と、予備研究Ⅱの「活動の増加」が挙げられた。

2) 【パートナーシップの形成】

《活動姿勢によるパートナーシップの形成》《関係性によるパートナーシップの形成》により【パートナーシップの形成】がなされると考えられた。

(1) 《活動姿勢によるパートナーシップの形成》

予備研究Ⅰの「関係者同士の話し合いによる活動体制の整備」と「保健師同士の話し合い」が挙げられた。また、予備研究Ⅰの「住民が主役の活動」が挙げられた。さらに、予備研究Ⅰの「住民との話し合いによる合意形成」は、予備研究Ⅱの「メンバーの合意による重点地区の決定」と合意という部分で類似していた。加えて、予備研究Ⅱから「意見の交換」が追加された。これらの構成要素にみられる話し合い、住民を主役とする考え方、合意形成、意見の交換は活動を行ううえでの姿勢であると考えられるため、《活動姿勢によるパートナーシップの形成》とした。

(2) 《関係性によるパートナーシップ》

予備研究Ⅰの「住民の相談に迅速に対応する保健師（行政）の姿勢」「スタッフ同士の関係づくり」は、予備研究Ⅱの「信頼関係」と類似していた。また、予備研究Ⅰの「住民や関係者の理解と協働」は、予備研究Ⅱの「住民の理解」「管轄保健所保健師の活動への参加」と類似していた。これらの構成要素にみられる信頼関係、理解と協働は共に活動する者同士の関係性であると考えられるため、《関係性によるパートナーシップ》とした。

3) 【地域づくり活動を駆動する要件】

《コミュニティの特性》《継続的な活動姿勢》《活動の効果と意義の実感》が活動プロセスを円滑にすると考えられるため、【地域づくり活動を駆動する要件】とした。

(1) 《コミュニティの特性》

予備研究Ⅰの「さまざまな人のつながり」が挙げられた。

(2) 《継続的な活動姿勢》

予備研究Ⅱから「継続的な活動姿勢」「活動を継続するための新たなメンバー

の受け入れ」が挙げられた。

(3) 《活動の効果と意義の実感》

予備研究Ⅱから「活動の効果の実感」「活動の意義の実感」「協働の実感」が挙げられた。

4) 【暮らし続けたい地域という認識】

《互助》《生活の質の保障》により、将来を見据えた住民同士の支えあいによる安心して暮らし続けられる地域を目指していると考えられるため、【暮らし続けたい地域という認識】とした。

(1) 《互助》

予備研究Ⅱから「住民同士の支えあい」が挙げられた。

(2) 《生活の質の保障》

予備研究Ⅱから「自分たちのための活動でもあるという思い」が挙げられた。

5) 概念枠組みの構造

予備研究Ⅰで作成した「地域づくり」概念図（図1）を基に概念枠組みを作成した。【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】は円環的に行われるものであり、そのためには、【パートナーシップの形成】と【地域づくり活動を駆動する要件】が必要不可欠であると考えられた。そして、これらによって目指すのは、活動メンバーの【暮らし続けたい地域という認識】であると考えられた。

3. 今後の課題

予備研究Ⅲでは、地域づくり活動と評価に関する幅広い文献のレビューによって、「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組みの追加・修正を行う必要がある。

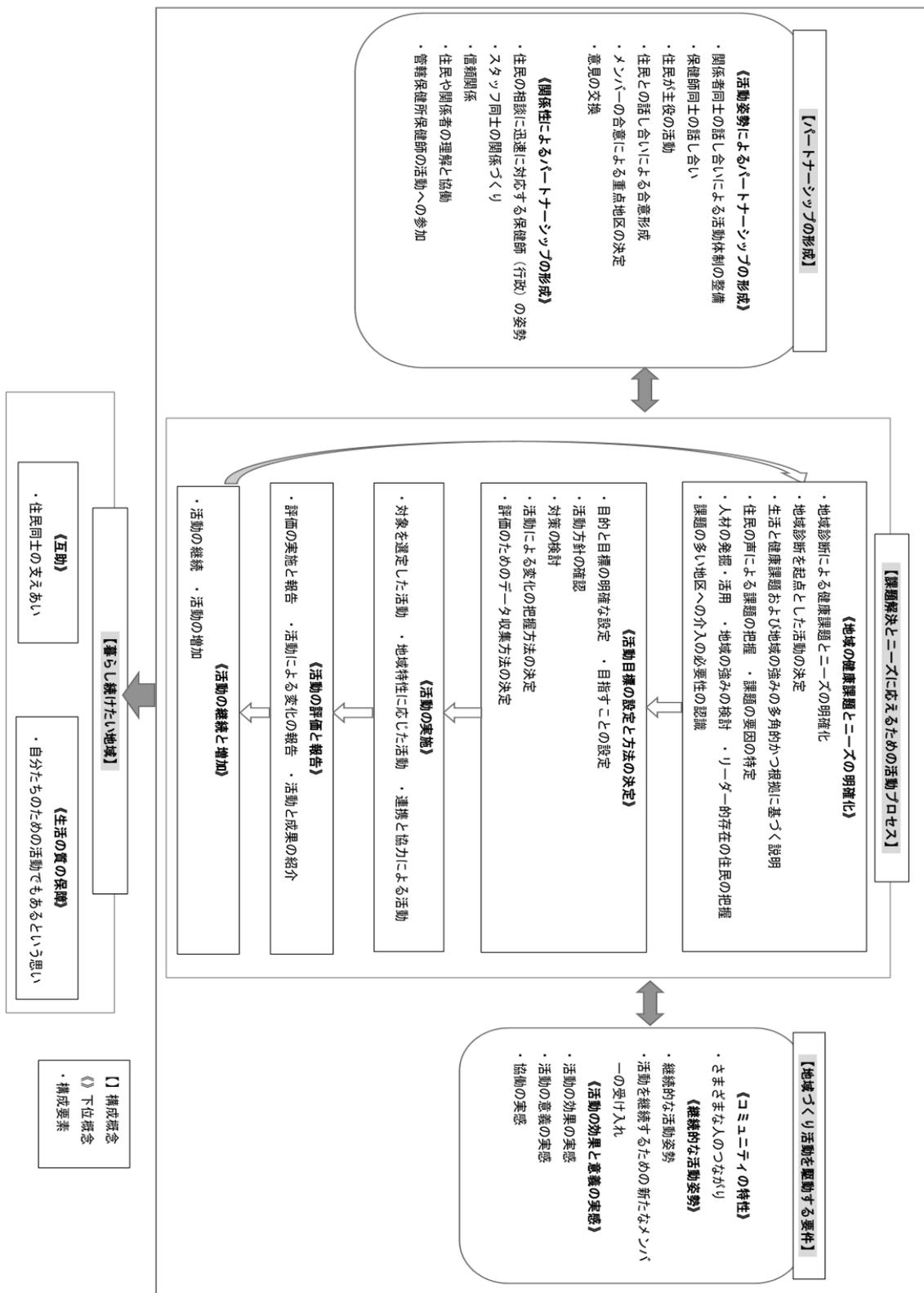


図 2 「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み (Version1)

第5章 予備研究Ⅲ

研究題目：本研究の概念枠組みの作成

地域づくり活動の評価指標に必要な条件・視点を明らかにするとともに、地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素を明らかにして本研究の概念枠組みを作成した。

I. 研究目的

地域づくりに関する文献の Scoping review を行い、地域づくり活動の評価指標に必要な条件・視点を明らかにすることを目的とした。また、地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素を明らかにして予備研究Ⅰと予備研究Ⅱに基づいて作成した概念枠組み (Version 1) の追加・修正を行い、本研究の概念枠組みを作成することを目的とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

文献レビュー。住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動の構成概念と概念の構造は、全容がつかめていない研究課題である。Scoping review は、「多くの異なる研究デザインが適用できる幅広いトピックに取り組み、研究活動の程度・範囲・性質について調べて概観する」こと、「実践家への示唆を視野に入れた既存研究を要約する」こと、「リサーチクエスションの枠組みを作成することなどの方法である」(Arksey Hilary, O' Malley Lisa, 2005)とされる。よって、Scoping review の研究疑問は、地域づくり活動に言及した内容を検討して、地域づくり活動を評価する指標になりうる実践・認識・意識を抽出することを設定した。文献レビューは、PRISMA のスコーピングレビュー報告のガイドライン (PRISMA-ScR) (Andrea C. Tricco et al, 2018) に準じて行った。

2. 文献レビューの手順

文献の選択は PRISMA 声明の 4 段階 (特定, 選抜, 適格性, 採用) のフローチャート (Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG, 2009) に基づいて単独で行い、図 3 のようにフロー図を作成した。

1) 文献の収集

英文献は、検索システムに Pubmed, CINAHAL Plus With full text, Chocrane Library を用い、和文献は医中誌 Web, CiNii を用いた。キーワードを CBPR, 地域社会参加型研究, 評価, evaluation, 地域づくり, まちづくり, コミュニティづくり, コミュニティ開発, community development, 住民, public health nurse とし, WHO が健康格差対策の指針の全世界への提示を行った 2008 年及び 2012 年の日本での地域保健法改正前後の 2008 年度～2019 年度内 (②b:2018 年 9 月 7 日, ②a③a④a:2019 年 2 月 16 日, ①ab②c:2019 年 3 月 21 日, ⑤a:2019 年 7 月 29 日検索)の文献を検索した。

2) 除外基準による文献の選定

除外基準は, CBPR について述べていないもの, CBPR の評価研究ではないもの, 地域保健活動以外の特定の条件 (景観評価など) に内容が限局しているもの, 人を対象としていないもの, 重複文献とし, タイトルと抄録を読んで除外基準に該当する文献を除外した。さらに, WHO が健康格差対策の指針の全世界への提示を行った 2008 年以降の 2008 年～2019 年以外のもの, 英語と日本語以外のものを除外した。

3) 採用基準による該当文献の抽出

採用基準は, 「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み (Version1) (図 2) の構成概念【パートナーシップの形成】【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】【地域づくりを駆動する要件】【暮らし続けたい地域という認識】に関する内容が具体的に記載されているもの, 地域保健活動における地域づくりと CBPR の評価に関する具体的な内容を記載しているもの, 出典が明確なもの, 地域づくりは文化・歴史・社会的背景や価値観が関係するため日本人を対象とした活動について記載したものとした。また, CBPR は日本での実証研究は未だ少ないため日本人を対象とした活動以外も含むとした。そして, 抄録の読み取りと本文精読を行い該当文献の絞り込みをした。

4) 分析手順

初めに, 地域づくりに言及した文献の概観をレビューし, 地域づくり活動の評価指標に必要となる条件と視点を明らかにした。次に, 「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み (Version1) (図 2) の構成

概念【パートナーシップの形成】【課題解決とニーズに応えるための活動プロセス】
【地域づくりを駆動する要件】【暮らし続けたい地域という認識】をデータ抽出項目に設定し、63 文献から住民ボランティアと保健医療福祉従事者の実践・認識・意識に関する記述部分を抽出した。その後、類似事象を統合し、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動に有用な下位概念とした。さらに、内容の抽象度を上げて統合し、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動に有用な構成概念とした。

3. 本研究の概念枠組みの作成手順

予備研究Ⅰと予備研究Ⅱで作成した「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み (Version1) (図 2) の構成要素と文献レビューで明らかにした地域づくり活動に有用な構成要素を統合して下位概念・構成概念を検討した。そして、本研究の概念枠組みを作成し、各概念の定義づけを行った。

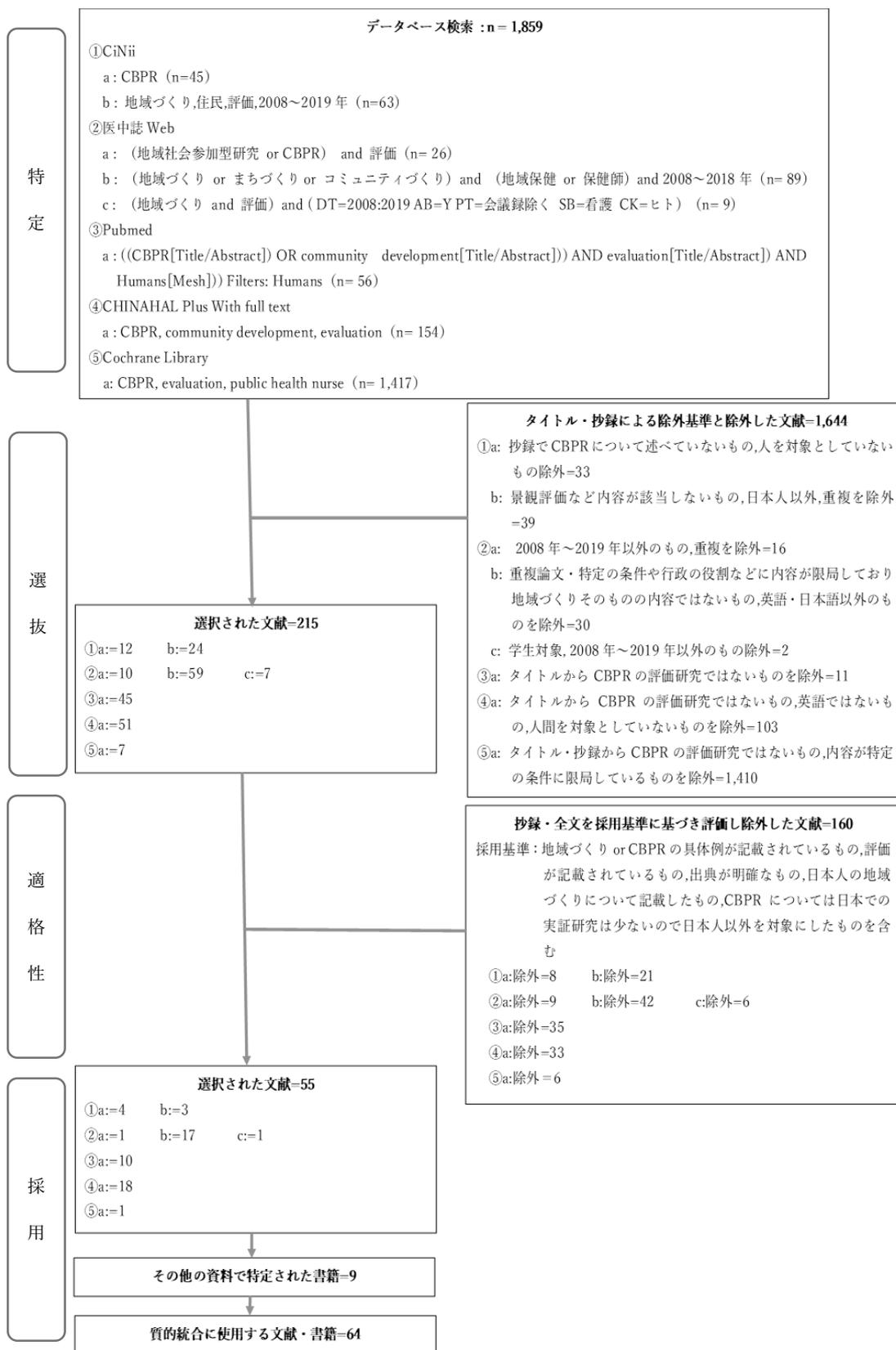


図3 文献検索フロー図

III. 結果

1. 分析対象文献

英文献と和文献をキーワード検索した結果、1,859件が抽出された。次に、除外基準にしたがって1,644件を除外し215件を選定した。また、採用基準にしたがって採用した55件の文献を分析対象として抽出し、さらに、ハンドサーチで地域づくり活動の具体例を記述した書籍と報告書9件を加えた64件（英文献29件、和文献35件）を分析の対象とした。

2. Scoping reviewによる地域づくり活動に言及した文献の概観

文献レビューの結果、地域づくり活動の実践や成果の報告がほとんどであり、5事例のCBPRの実践の成功要因と障壁を整理した文献はCochrane Libraryで検索した1件であった。また、地域づくり活動の評価は、住民ボランティアと保健師それぞれを対象にした報告はみられるが、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の両者が共に使用することができる評価尺度や指標はみられなかった。

1) 地域づくり活動の評価方法と評価の内容

既存の評価指標による評価は、中山（2007）の「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」を用いた評価がみられた。CBPRの原則を用いた評価は、パートナーシップ評価・社会的身体的特性評価・助成金申請項目の評価がみられた。独自の評価項目で実施した評価は、保健師活動の目的や方法の評価がみられた。調査による前後比較は、活動回数や活動参加者数・活動参加者の健康状態や発達・自殺者の減少など地域の健康課題・要介護認定率や一人当たり後期高齢者医療費などのアウトカム評価がみられた。インタビューによる評価は、ソーシャルキャピタルの評価・ニーズ評価・活動評価・会議の有効性などの評価がみられた。

2) 地域づくり活動の成果

活動メンバーが獲得する成果は参加型の取り組み・共に活動する他者への理解の深まりというパートナーシップ、能動性・活動への自信・能力の向上という力の実感、主体性の向上・前向きな活動・意欲・モチベーションの向上という活動意欲、活動参加者の増加・成果の実感・楽しさの実感・他者からの評価という活動成果の実感、目指す地域の姿の共通認識・達成感・満足感・価値の実感・感動という活動価値の実感がみられた。活動参加者の変化は、健康状態の改善・健康へ

の関心の向上・行動の変化・他者との交流の増加という健康度の改善, 地域生活への満足度の向上・社会参加への希望の高まり・未来への希望という QOL の向上がみられた. 地域の変化は, 活動の改善と充実・活動の発展という活動の充実と発展の実感, 地域の文化や風習を大事にするという地域への愛着・一体感や助け合いという地域の雰囲気改善・地域の問題を自らの問題と考える態度・活動への地域住民の理解という地域の力の向上がみられた.

3. Scoping review による地域づくり活動の構成概念と下位概念の抽出

Scoping review によって, 地域づくり活動に有用な実践・認識・意識である 1, 431 のコードを抽出し, 表 4 に示す 7 つの構成概念と 27 の下位概念に要約した. 【】は構成概念, 《》は下位概念として以下に説明する.

【パートナーシップの形成】は, 7 つの下位概念が抽出された. 《話す機会の確保》《合意形成》はパートナーシップにおける姿勢であり, 《相互尊重》《対等な関係》《信頼関係》《情緒的結びつき》《協働の関係》はパートナーの関係性であった.

【活動プロセス】は, 12 の下位概念が抽出された. 《多角的な課題とニーズの把握》と《強みと力の評価》によって《活動する地域を特定》し, 《地域住民の意見の尊重》をしながら《明確な目標の設定》と《活動方針の設計》をしていた. そして, 《対象を選定した活動》《地域特性に応じた活動》《住民が主役の活動》を行っていた. さらに, 《活動評価の実施》と《活動評価の報告》を行い《活動の発展》を図っていた.

【アイデンティティの単位としてのコミュニティ】は, 2 つの下位概念が抽出された. 《文化・伝統の尊重》をし, 《地域への愛着》を活動のベースにしていた.

【循環的かつ反復的な活動】は, 2 つの下位概念が抽出された. 《循環的かつ反復的な活動》を行いながら, 《円滑な活動への工夫》をしていた.

【互助精神の高まり】は, 1 つの下位概念が抽出された. 活動を通して《住民同士の支えあいの姿勢》が育まれていた.

【生活の質を保ち暮らし続けられる地域】は, 1 つの下位概念が抽出された. 《いきいきと暮らし続けられる地域》をつくることを目指すことが活動において重要であると考えられていた.

表4 Scoping reviewによる地域づくり活動の構成概念・下位概念

構成概念	下位概念
パートナーシップの形成	話す機会の確保
	合意形成
	相互尊重
	対等な関係
	信頼関係
	情緒的結びつき
活動プロセス	協働の関係
	多角的な課題とニーズの把握
	強みと力の評価
	活動する地域の特定
	地域住民の意見の尊重
	明確な目標設定
	活動方法の設計
	対象を選定した活動
	地域特性に応じた活動
	住民が主役の活動
	活動評価の実施
	活動評価の報告
	活動の発展
アイデンティティの単位としてのコミュニティ	文化・伝統の尊重
	地域への愛着
循環的かつ反復的な活動	循環的かつ反復的な活動
	円滑な活動への工夫
活動成果と価値の実感	活動成果の実感
	活動価値の実感
互助精神の高まり	住民同士の支えあいの姿勢
生活の質を保ち暮らし続けられる地域	いきいきと暮らし続けられる地域

4. 本研究の概念枠組みの作成

予備研究Ⅰと予備研究Ⅱで作成した「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」の概念枠組み（Version1）（図2）の構成要素・下位概念・構成概念と予備研究Ⅲの文献レビューで明らかにした地域づくり活動に有用な構成要素・下位概念・構成概念（表4）を統合して、本研究の概念枠組み「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」（図4）を作成した。また、構成要素から、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動の項目一覧を作成した。

概念枠組み「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」（図4）の概念は、構成概念【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】【PDCAサイクルによる地域づくり活動】【地域づくり活動を駆動する要件】【住民が暮らし続けたいと思える地域】に分類された。これらの構成概念は、【PDCAサイクルによる地域づくり活動】が地域づくり活動であり、この活動を通して常に【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】がなされるという構造であった。

そして、【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】は地域づくりの必要条件であるとともに、活動を通して強化されるものと考えられた。また、【地域づくり活動を駆動する要件】によって【PDCA サイクルによる地域づくり活動】が円滑に行われていた。この【地域づくり活動を駆動する要件】も、活動を通してさらに個人や組織が獲得するものであると考えられた。そして、この地域づくり活動の結果として、【住民が暮らし続けたいと思える地域】になっていくと考えられた。

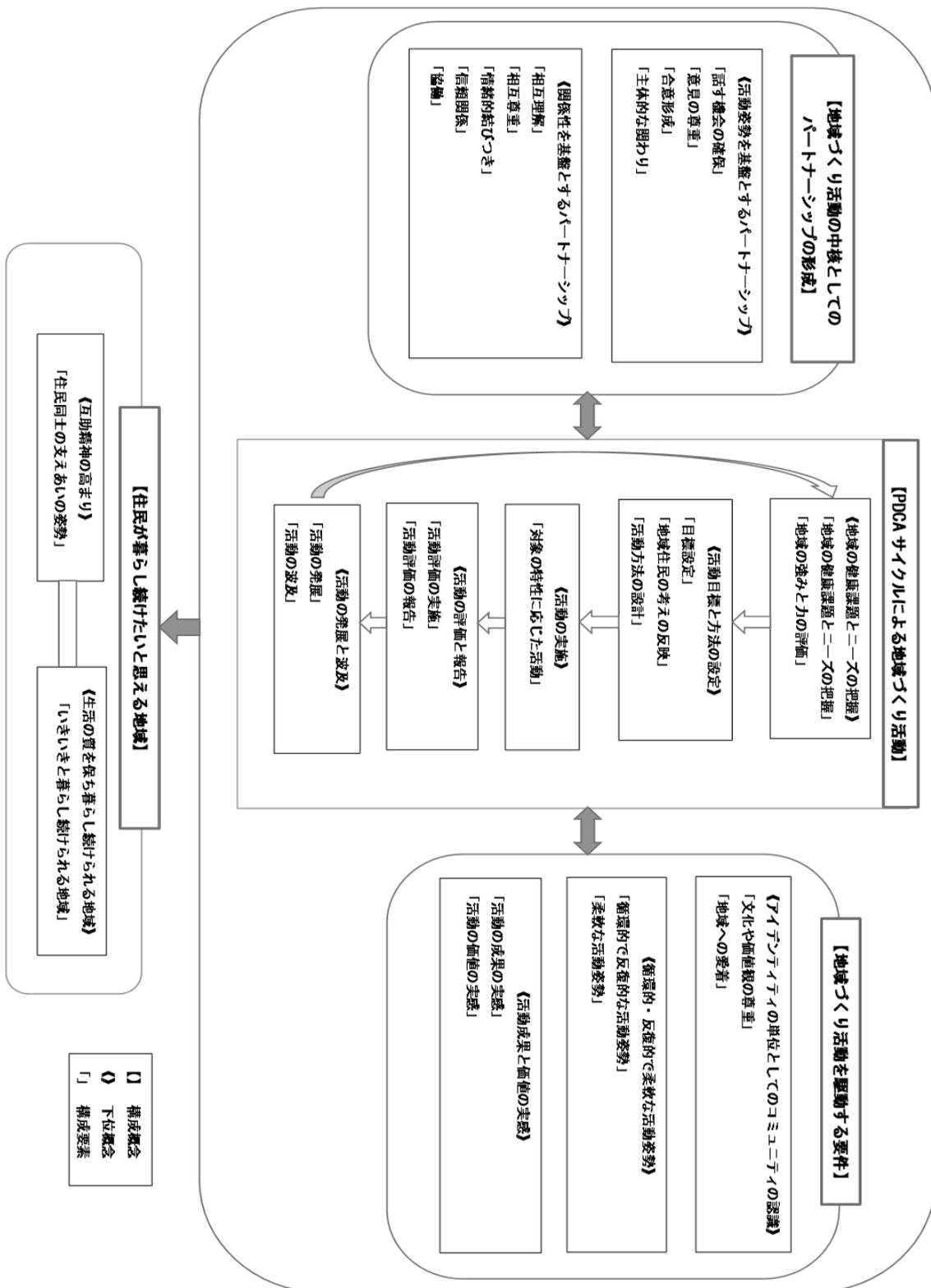


図 4 本研究における概念枠組み

「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」

5. 概念枠組みの各概念の定義

図4に沿って各概念の定義を説明した。【】は構成概念，《》は下位概念，「」は構成要素とした。なお，以下に記す“活動メンバー”は活動の企画と運営に関わる住民ボランティア，保健医療福祉従事者，研究者を指す。

1) 構成概念【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】

【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】は，《活動姿勢を基盤とするパートナーシップの形成》と《関係性を基盤とするパートナーシップ》に分類された。これらは，【PDCA サイクルによる地域づくり活動】を展開するうえで，パートナー同士が共に活動するために必要な活動姿勢と関係づくりであり，【PDCA サイクルによる地域づくり活動】の必要条件であるとともに，これらの地域づくり活動の過程で獲得し促進されるものであった。

(1) 《活動姿勢を基盤とするパートナーシップ》

「話す機会の確保」：活動メンバー同士，活動メンバーと地域の住民が活動について話す機会をもつことを指す。

「意見の尊重」：活動において活動メンバー一人ひとりの意見が大切にされることを指す。

「合意形成」：活動に関することを活動メンバー同士，活動メンバーと地域住民が合意して決めることを指す。

「主体的な関わり」：活動の内容や評価などに活動メンバーが自ら関わろうとすることを指す。

(2) 《関係性を基盤とするパートナーシップ》

「相互理解」：活動メンバー同士が互いの役割，特徴，活動に対する考え方を理解していることを指す。

「相互尊重」：活動メンバー同士が対等な立場であり，活動において互いに納得して認めあっていることを指す。また，活動メンバーが地域住民と活動を行ううえで対等な立場であろうとすることを指す。

「情緒的結びつき」：活動メンバー同士の仲間意識，本音で話すことができる雰囲気，共感して力をあわせることという活動内外を通して育まれる心の結びつきを指す。

「信頼関係」：活動メンバー同士，活動メンバーと地域住民が信じて頼りあえる

関係であることを指す。

「協働」:活動メンバーは地域住民,住民組織など共に活動するものを受け入れ,彼らと目標を共有し協力して活動することを指す.また,共に活動するものは互いのもつ力を与え合い成長することを指す.

2) 構成概念【PDCA サイクルによる地域づくり活動】

【PDCA サイクルによる地域づくり活動】は,《地域の健康課題とニーズの把握》《活動目標と方法の設定》《活動の実施》《活動の評価と報告》《活動の発展と波及》に分類された.これらは,《地域の課題とニーズの把握》を起点として,住民ボランティアと保健医療福祉従事者が共に行う循環型の地域づくり活動の展開であった.

(1) 《地域の健康課題とニーズの把握》

「地域の健康課題とニーズの把握」:活動メンバーが住民ボランティアの生活や健康の課題やニーズを把握し互いに共有し自分事に置き換えて考えられるようにすることを指す.

「地域の強みと力の評価」:活動を行ううえで地域住民の理解や地域の代表者の協力を得ることを指す.また,活動メンバーが活動のために必要な力をもつこと,地域に活動を支援してくれる人や組織があると知ることを指す.

(2) 《活動目標と方法の設定》

「目標設定」:活動メンバーがどういう活動を目指すか明確にして共有していることを指す.

「地域住民の考えの反映」:地域住民が生活や健康に関してどのような望みをもっているかを知り,活動内容に組み込むことを指す.

「活動方法の設計」:地域住民の生活や健康の課題に関する情報を活用して活動内容を検討することと,活動メンバーがやりたいと思うことを大事にしながら活動内容を考えることを指す.

(3) 《活動の実施》

「対象の特性に応じた活動」:地域住民の要望や状況にあわせた活動,活動に関わる全ての人が無理なく参加でき,楽しみを感じられる居心地の良い活動を指す.

(4) 《活動の評価と報告》

「活動評価の実施」：活動メンバーが評価に関わることを指す。また、評価は活動目標の達成、地域住民の生活や健康の課題の変化、地域住民の幸せの観点、今後の活動への活用という観点から行うことを指す。

「活動評価の報告」：活動の評価結果を活動メンバーと地域住民が知ることを指す。

(5) 《活動の発展と波及》

「活動の発展」：現在の活動が発展することを指す。

「活動の波及」：新たな活動につながることで、活動により地域住民同士の交流が広がることを指す。

3) 構成概念【地域づくり活動を駆動する要件】

【地域づくり活動を駆動する要件】は、《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》《循環的・反復的で柔軟な活動姿勢》《活動成果と価値の実感》に分類された。これらは、【PDCA サイクルによる地域づくり活動】を展開するために加えられる力であると考えられ、【PDCA サイクルによる地域づくり活動】を円滑にするとともに、これらの地域づくりの活動過程を通して獲得し強化されるものであった。

(1) 《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》

「文化や価値観の尊重」：活動において地域に根差す文化や伝統を大切にすることを指す。

「地域への愛着」：地域の良いところを知っていること、地域の生活や健康の問題を自分事として考えていること、地域住民同士のつながりを強めたいという気持ちをもつことを指す。

(2) 《循環的・反復的で柔軟な活動姿勢》

「循環的で反復的な活動姿勢」：繰り返し活動をして活動をよくしようとする姿勢、行きつ戻りつしながら活動を継続させること、成果が得られた活動から学び活動を継続しようとする姿勢を指す。

「柔軟な活動姿勢」：活動は試行錯誤し時間をかけて行うという姿勢を指す。

(3) 《活動成果と価値の実感》

「活動の成果の実感」：活動メンバーの考える力や問題解決能力の向上、地域住

民の生活や健康の課題が改善し、活動が地域に拡がりをみせているといった、活動を通して得られる個人・組織・地域のエンパワメントを指す。

「活動の価値の実感」：活動が地域住民にとって必要であり地域住民や外部の組織に認められることにより、活動メンバー自身が活動からやりがい・感動・意欲を感じ、活動を自分たちの活動であると自信をもつことができるといった、活動を通して得られる個人・組織のエンパワメントを指す。

4) 構成概念【住民が暮らし続けたいと思える地域】

【住民が暮らし続けたいと思える地域】は、《互助精神の高まり》と《生活の質を保ち暮らし続けられる地域》に分類された。これらは、活動を通して獲得された、地域づくり活動の成果としてのコミュニティ・エンパワメントと生活の質の向上であると考えられた。

(1) 《互助精神の高まり》

「住民同士の支えあいの姿勢」：住民同士が互いに関心をもち幸せに暮らすことができるように何かしたいと思う気持ちが地域住民の中に高まっていることを指す。

(2) 《生活の質を保ち暮らし続けられる地域》

「いきいきと暮らし続けられる地域」：地域住民が安心して自分らしいいきいきとした暮らしができる生活の質を保障された地域であり、このまま暮らし続けたいと願う地域であることを指す。

IV. 考察

1. 地域づくり活動の評価指標に必要な条件と視点

地域づくり活動を評価するために有用な構成概念や構成要素の整理はほとんどなされておらず、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の両者が共に使用することができる尺度や指標はみられないことが明らかになった。また、地域づくりに関する既存の評価尺度や指標を用いた評価の報告は、中山（2007）の評価指標を用いた評価とCBPRの原則を基に作成・実施された評価であり、既存の評価尺度や指標はほとんど使用されていないことが明らかになった。この要因は、地域づくり活動に有用な構成概念及び構成要素と活動が目指す地域の姿を示す包括的な評価尺度や指標がないこと、住民ボランティアと保健師等専門職が共に評価する評価尺度や指

標がほとんどみられないこと、保健師等専門職にとって評価が負担になっていることであると考えられる。これらのことより、地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素が含まれ、活動メンバーが共に使用することができ、保健師等専門職にとって大きな負担とならない評価指標が必要であると考ええる。

また、地域づくり活動の成果は、活動メンバーが獲得する成果、参加者の変化、地域の変化で確認されていた。このことより、地域づくり活動の評価は個人・集団・地域の視点を包含することが必要であると考ええる。

2. 地域づくり活動の構成概念・構成要素の明確化と本研究に向けた概念枠組みの作成

予備研究Ⅰ、予備研究Ⅱに基づいて作成した概念（Version 1）と予備研究Ⅲで明らかにした概念の類似性、予備研究Ⅲで新たに抽出された概念と構成要素について述べる。

概念枠組み「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」（図 4）は、予備研究Ⅰ、予備研究Ⅱに基づいて作成した構成概念（Version1）と同じく 4 つの構成概念で構成された。これらの構成概念は、【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】【PDCA サイクルによる地域づくり活動】【地域づくり活動を駆動する要件】【住民が暮らし続けたいと思える地域】であり、構成概念の構造は大きな違いはないが、活動は円環的に行われることから【PDCA サイクルによる地域づくり活動】のように、PDCA サイクルを伴うという文言をつけた。

【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】では、予備研究Ⅲの《活動姿勢を基盤とするパートナーシップ》の中の「主体的な関わり」という構成要素を、活動に関わる全ての人々が主体でありパートナーであるという考えから追加した。また、《関係性を基盤とするパートナーシップ》の中の「相互理解」「相互尊重」「情緒的結びつき」が新たな構成要素として追加された。「相互理解」は、活動するメンバーが“互いの役割を理解している”“互いの特徴を理解している”“互いの長所を理解している”などであった。「相互尊重」は、活動するメンバーが“互いに納得することを大切にしている”“互いに敬意をはらっている”などであった。また、「情緒的結びつき」は、メンバー同士が“互いに活動を楽しむことができている”“よい雰囲気大切にしている”“互いに協力し合うことを大切にしている”“互いの思いに共感できている”などを指していた。これらは、高橋ら（2018）が、PCC に

おける市民と保健医療従事者とのパートナーシップに欠かせない構成要素として示した、「互いを理解する」「互いを尊重する」に類似した概念であると考えられた。

【地域づくり活動を駆動する要件】では、《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》の中の「文化や価値観の尊重」「地域への愛着」が新たな構成要素として追加された。「文化や価値観の尊重」は、“地域の文化や伝統を大切に考えて活動をしている”“地域住民の価値観を大切に考えて活動している”などであった。「地域への愛着」は、“地域に愛着をもっている”“地域住民同士のつながりは強いと思う”“地域住民同士を結びつけたいと思う”などを指していた。

V. 研究の限界

予備研究Ⅲでは、WHO が健康格差対策の指針の全世界への提示を行った 2008 年以降の文献に限定して分析を行った。しかし、WHO が指針を提示する以前より、健康格差やその対策に関連する研究はすでになされていたことが考えられる。よって、予備研究Ⅲの分析対象文献は、関連する全ての文献を網羅しているとはいえず、研究結果には限界があると考えられる。

VI. 結論

地域づくり活動に有用な構成概念と構成要素の整理はほとんどなされていないこと、地域づくり活動のパートナーである住民ボランティアと保健医療福祉従事者の両者が共に使用することができる地域づくり活動の評価尺度や指標はみられないこと、地域づくり活動の評価に既存の評価尺度や指標はほとんど使用されていないことが明らかになった。また、評価は個人・集団・地域の視点で行われていることが明らかになった。これらのことより、地域づくり活動を効果的に実践するためには、活動に有用な構成概念と構成要素が個人・集団・地域の視点から整理され、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が容易に使用できる評価指標を作成することが必要であると考えられた。

また、予備研究Ⅰ、予備研究Ⅱ、予備研究Ⅲを統合することによって得られた構成要素と構成概念によって地域づくり活動の概念枠組みを作成することができた。本研究では、これらを基盤に、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が評価に使用することができる指標を作成したいと考える。

VII. Scoping review に用いた文献リスト

Aanand D Naik, Briana Lawrence, Lea Kiefer, Katherine Ramos, Anne Utech, Nicholas Masozera. . . Jeffrey A Cully. (2015). Building a primary care/research partnership. lessons learned from a telehealth intervention for diabetes and depression. *Family Practice*, 32(2), 216-223.

Alice Munro, Julaine Allan, Anthony Shakeshaft, Courtney Breen. (2017). “I just feel comfortable out here, there’ s something about the place” .staff and client perceptions of a remote Australian Aboriginal drug and alcohol rehabilitation service. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12, 49.”

Angelia M. Paschal, Julie Oler-Manske, Kathy Kroupa, Edie Snethen. (2008). Using a Community-Based Participatory Research Approach to Improve the Performance Capacity of Local Health Departments. The Kansas Immunization Technology Project. *J Community Health*, 33, 407-416.

Anne E. Kraemer Diaz, Chaya R. Spears Johnson, Thomas A. Arcury. (2013). Variation in the interpretation of scientific integrity in community-based participatory health research. *Social Science & Medicine*, 97, 134-142.

Barbara A. Israel, Chris M. Coombe, Rebecca R. Cheezum, Amy J. Schulz, Robert J. McGranaghan, Richard Lichtenstein. . . Akosua Burris. (2010). Community-Based Participatory Research. A Capacity-Building Approach for Policy Advocacy Aimed at Eliminating Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2094-2102.

Elsa M. Orellano-Colón, OTR/L, Yolanda González-Laboy, Amarelis De Jesús-Rosario. (2017). Creation of the Quebrada Arriba Community and Academic Partnership. An Effective Coalition for Addressing Health Disparities in Older Puerto Ricans *PRHSJ*, 36(2), 107-112.

Enid J. García-Rivera, Princess Pacheco, Marielis Colón, Mary Helen Mays, Maricruz Rivera, Verónica Munet-Díaz. . . Astrid Morales. (2017). Building Bridges to Address Health Disparities in Puerto

- Rico. the “Salud para Piñones” Project PRHSJ, 36(2), 92-100.
- Erin N. Haynes, Caroline Beidler, Richard Wittberg, Lisa Meloncon, Megan Parin, Elizabeth J. Kopras. . .Kim N. Dietrich. (2011). Developing a Bidirectional Academic-Community Partnership with an Appalachian-American Community for Environmental Health Research and Risk Communication .Environmental Health Perspectives, 119(10), 1364-1372.
- Georgia S. Mueller-Luckey, Whitney E. Zahnd, Kyle Garner, Ruth Heitkamp, Wiley D. Jenkins, Michael D. Boehler, David E. Steward. (2017). The Mini Report. a Practical Tool to Address Lung Cancer Disparities in Rural Communities J Canc Educ, 32, 293-300.
- JAN SHOULTZ, MARY FRANCES ONEHA, LOIS MAGNUSSEN, MYA MOE HLA, ZAVI BREES-SAUNDERS, MARISSA DELA CRUZ, MARGARE TDOUGLAS. (2006). Finding solutions to challenges faced in community-based participatory research between academic and community organizations. Journal of Interprofessional Care, 20(2), 133-144.
- KARA C. HAMILTON, RANDI J. HENDERSON MITCHELL, RASHEDA WORKMAN, ERIKA A. PEOPLES, JOHN C. HIGGINBOTHAM. (2017). Using a Community-based Participatory Research Approach to Implement a Health Fair for Children. Journal of Health Communication, 22, 319-326.
- Kathryn L. Braun, Tung T. Nguyen, Sora Park Tanjasir, Janis Campbel, Sue P. Heiney, Heather M. Brandt. . .James R. Heber. (2012). Operationalization of Community-Based Participatory Research Principles. Assessment of the National Cancer Institute’ s Community Network Programs. American Journal of Public Health, 102(6), 1195-1203.
- Kim M Unertl , Chris L Schaeffbauer , Terrance R Campbell , Charles Senteio , Katie A Siek , Suzanne Bakken , Tiffany C Veinot. (2016). Integrating community-based participatory research and informatics approaches to improve the engagement and health of underserved populations. Research and Applications , 23 , 60-73.
- KL Amico, ML Wieland, JA Weis, SM Sullivan, JA Nigon, IG Sia. (2011). Capacity

- Building through Focus Group Training in Communitybased Participatory Research. *Educ Health (Abingdon)* ,24(3), 638.
- Leopoldo J Cabassa, Benjamin Druss, Yuanjia Wang, Roberto Lewis-Fernández. (2011). Collaborative planning approach to inform the implementation of a healthcare manager intervention for hispanics with serious mental illness: a study protocol. *Implementation Science*, 6, 80.
- Levi Ross, Jarrett Johnson, Stacy W. Smallwood, John S. Luque, Stuart H. Tedders, Collins O. Airhihenbuwa, Terry Alford. . . Willie Underwood III. (2016). Using CBPR to Extend Prostate Cancer Education, Counseling, and Screening Opportunities to Urban-Dwelling African-Americans. *J Canc Educ*, 31, 702-708.
- Lisa Cacari-Stone, Nina Wallerstein, Analilia P. Garcia, Meredith Minkler. (2014). The Promise of Community-Based Participatory Research for Health. *Equity: A Conceptual Model for Bridging Evidence With Policy. American Journal of Public Health*, 104(9), 1615-1623.
- Lori Brand Bateman, Mona N. Fouad, Bianca Haw, Tiffany Osborne, Sejong Bae, Sequoya Eady. . . Yu-Mei M. (2017). EXAMINING NEIGHBORHOOD SOCIAL COHESION IN THE CONTEXT OF COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY RESEARCH. DESCRIPTIVE FINDINGS FROM AN ACADEMIC-COMMUNITY PARTNERSHIP *Ethnicity & Disease*, 27, 329-336.
- Loulou Kobeissi, Rima Nakkash, Zeina Ghantous, Maya Abou Saad, Nasser Yassin. (2011). Evaluating a Community Based Participatory Approach to Research with Disadvantaged Women in the Southern Suburbs of Beirut. *J Community Health*, 36, 741-747.
- Luz Claudio, Jalisa Gilmore, Mohana Roy, Barbara Brenne. (2018). Communicating environmental exposure results and health information in a community-based participatory research study. *BMC Public Health*, 18, 84.
- Malcolm Bevel, Oluwole A. Babatunde, Sue P. Heiney, Heather M. Brandt, Michael D. Wirth, Thomas G. Hurley. . . Swann Arp Adams. (2018). Sistas Inspiring Sistas Through Activity and Support (SISTAS). *Study Design and Demographics of*

- Participants. *Ethnicity & Disease*, 28(2), 75-84.
- Marie-Claude Tremblay, Debbie H. Martin, Alex M. McComber, Amelia McGregor, Ann C. Macaulay. (2018). Understanding community-based participatory research through a social movement framework. a case study of the Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project . *BMC Public Health*, 18, 487.
- Mary Grace Amendola, Noelia Nazario, Veronica Sanchez. (2015). Using CBPR to Assess Client Needs at a Social Service Agency. *Public Health Nursing*, 33(2), 167-175.
- Michael F Dulin, Hazel Tapp, Heather A Smith, Brisa Urquieta de Hernandez, Maren J Coffman, Tom Ludden. . .Owen J Furuseth. (2012). A trans-disciplinary approach to the evaluation of social determinants of health in a hispanic population, *BMC Public Health*, 12, 769.
- Nancy VanDevanter, Simona Kwon, Shao-Chee Sim, Kay Chun, B Free CEED Coalition, Chau Trinh-Shevrin. (2011). Evaluation of Community-Academic Partnership Functioning. Center for the Elimination of Hepatitis B Health Disparities. *Prog Community Health Partnersh*, 5(3), 223-233.
- Paris Ponder-Brookins, Joyce Witt, John Steward, Douglas Greenwell, Ginger L. Chew, Yvette Samuel. . .Mary Jean Brown. (2014). Incorporating Community-Based Participatory Research Principles Into Environmental Health Research. Challenges and Lessons Learned From a Housing Pilot Study. *Journal of Environmental Health*, 76(10), 8-17.
- Pearl Anna McElfish, Christopher R, Brett Rowland, Sarah Moore, Ralph Wilmoth, Britni Ayers. (2017). Improving Culturally Appropriate Care Using a Community-Based Participatory Research Approach. Evaluation of a Multicomponent Cultural Competency Training Program, Arkansas, 2015-2016. *PREVENTING CHRONIC DISEASE PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY*, 14(E62), 1-11.
- Prerna G. Arora, Lauren S. Krumholz, Terry Guerra, MS5, 6, Stephen S. Lef. (2015). Measuring Community-Based Participatory Research Partnerships. The Initial Development of an Assessment Instrument. *The Johns*

- Hopkins University Press. DoI:10.1353/cpr.
- Stacy M. Rasmus. (2014). Indigenizing CBPR: Evaluation of a Community-Based and Participatory Research Process Implementation of the Ellum
- 合田加代子. (2014)住民主体の孤立予防型コミュニティづくりー大学・行政・住民による協働の記録ー. ふくろう出版.
- 麻原きよみ. (2010). プロフェッショナルとしての保健師活動とは 台東区の活動を考える. 保健師ジャーナル, 66(3), 236-237.
- 稲垣康次. (2014). 行政キーパーソンとして考える「認知症の人が普通に暮らせる地域」とは. 日本社会精神医学会, 23, 209-213.
- 今西浩美, 上中久美子. (2011). 「健康日本 地方計画」への支援 エンパワメントで元気な人づくり・まちづくり. 保健師ジャーナル, 67(11), 1010-1016.
- 岩室紳也: 地域医療が担うこれからの地域保健 (26) 東日本大震災で求められている地域保健支援活動とは⑥ 一女川町のこれからの健やかなまちづくりに欠かせないものー. 月刊地域医学 Vol. 26 No. 8:756(50)-759(53), 2012.
- 角園真枝, 山田圭子, 本田記子, 丹羽野晶美, 石田ちひろ, 小松美由希. . . 大和田江美. (2014). 地域座談会」を通じた地域づくり その活動が保健師に与えた影響. 保健師ジャーナル, 70(6), 490-497.
- 亀井智子, 梶井文子, 山田艶子他. (2007). 都市部に居住する高齢者のための転倒骨折予防アウトリーチプログラムの実践ー市民主導型介護予防を目指したプログラム開発と評価ー. 聖路加看護大学紀要, 33, 74-84.
- 草郷孝好. (2015). 市民主導の地域社会構築とアクション・リサーチーながくて幸せのモノサシづくりの実践ー. 人間福祉学研究, 8(1), 27-40.
- 越田美穂子, 守田孝恵. (2009). コミュニティでのネットワーク形成過程における行政保健師の機能とその意味. リハビリテーション連携科学, 10(1), 18-26.
- 近藤克則, 相田潤, 荒木典子, 太田崇, 大田康博, 岡田栄作. . . 近藤尚己. (2019). 住民主体の楽しい「通いの場」づくり 「地域づくりによる介護予防」進め方ガイド. 日本看護協会出版会.
- 近藤尚己, 長谷田真帆, 相田潤, 安保育子, 池田真幸, 市田行信. . . 山谷麻由美. (2019). 地域包括ケアシステムの推進に向けたまちづくり支援ガイド. 日本医療研究開発機構「地域包括ケア推進に向けた地域診断ツールの活用による地域マネジメント

- 支援に関する研究」班. 2019.
- 棚井郁夫. (2018). 【函南町の取り組み】「寄り合いワークショップ」活用による意識の変化と連携・協働のポイント. 保健師ジャーナル, 74(5), 381-385.
- 佐藤義一, 藤田麻子. (2020). 「せんぼく元気はつらつ隊」で人から人へ 仙北市の取り組み. 保健師ジャーナル, 74(5), 44-49.
- 行實志都子. (2016). 精神障害者ピアサポートを使った地域づくりの一考察. 神奈川県立保健福祉大学誌, 13(1), 45-52.
- 杉浦圭輔. (2014). 住民が主役の地域づくりと保健師の関わり「赤平市健康暮らしを考える茶話会」の活動. 保健師ジャーナル, 70(5), 400-404.
- 鳥居貴子. (2013). 市町村保健師によるまちづくりの実践から 南足柄市の認知症地域支援事業と成果. 保健師ジャーナル, 69(11), 886-891.
- 高田智恵子, 安留篤子, 細川佐理, 高林実結樹. (2008). 地域で見守り助け合うコミュニティづくり 宇治市の認知症予防事業. 保健師ジャーナル, 64(9), 790-795.
- 直嶋京子. (2010). 合併を契機に始まった八峰町の自殺予防対策 そして地域づくりへ. 保健師ジャーナル, 66(6), 510-517.
- 中尾理恵子, 井口茂, 田中浩二, 川崎涼子, 中根秀之. (2016). 福島県川内村における「健康サポーター」育成が 帰村後の地域活動に与えた影響. 長崎大学紀要「保健学研究」, 28, 21-28.
- 中島貞枝. (2008). 認知症になっても自分らしく安心して暮らせる地域づくりを目指して 保健師中心の活動から市全体での活動へ. 保健師ジャーナル, 64(9), 796-801.
- 中西一宏, 井賀尚哉. (2018). 和歌山県における「寄りあいワークショップ」による地域づくりの取り組み 農業・農村むら機能活性化支援事業. 保健師ジャーナル, 74(5), 392-398.
- 西尾大祐, 岡持利亘, 高橋一史, 石森隆, 平野恵健, 皆川知也. . . 細井俊希. (2017). 飯能市の「地域づくりによる介護予防推進支援事業」における当院理学療法士の活動. 理学療法-臨床・研究・教育, 24(1), 110-115.
- 福本久美子, 今泉直子, 石田妃加里, 門川次子, 飯法師直美, 坂口里美, 星旦二. (2013). 健康な地域づくりにおけるコミュニティ・エンパワメントと保健師の役割～旧蘇陽町における健康むら長体験者の追跡から～. 九州看護福祉大学紀

- 要, 14(1), 27-37.
- 福本久美子, 田中英恵, 佐藤林正, 中川武子, 川俣幹雄, 浅海靖恵. . . 玉名市. (2016).
高齢者の元気づくりネットワークの構築過程とその成果. 九州看護福祉大学紀
要, 16(1), 51-61.
- 藤井琴弓・中根みはる・羽佐田美和子他：碧南市生活習慣病若年化対策事業の新た
な取り組み 学校保健と地域保健の協働をめざして. 保健師ジャーナル, Vol. 68
No. 04:318-322, 2012.
- 星旦二, 福本久美子. (2013). 蘇陽風とくらしと健康. 熊本日日新聞社.
- 眞崎直子, 松原みゆき, 林真二, 福泉麻衣子, 森本千代子, 森マツエ. (2016). 都市型準
限界集落の地域づくりを目指した取り組み：阿品台いきいきプロジェクトの経緯
と今後の課題. 日本公衆衛生雑誌, 63(12), 750-757.
- 宮本匠. (2015). アクションリサーチの主体形成について —新潟県中越地震の復興
過程から—. 人間福祉学研究, 8(1), 41-54.
- 山浦晴男. (2018). 「寄り合いワークショップ：の理論と方法. 保健師ジャーナ
ル, 74(5), 365-372.
- 山下かのう. (2008). 障害者自立支援法のもとで精神障害者を支えるシステムをつく
る市町村保健師としての役割. 保健師ジャーナル, 64(7), 622-628.
- 山下理恵子, 中村登志子, 洲崎好香, 松永里香, 市場正良, 有吉浩美. (2012). 急激な高
齢化が進む K 町における高齢者ふれあいサロン事業の評価. 日本健康医学会雑
誌, 21(2):69-77.
- 山本ゆか. (2011). 「いきいき百歳体操」の地域展開における保健師の役割. 保健師ジ
ャーナル, 67(8), 690-693.
- 吉川悦子. (2013). 参加型アプローチを用いた職場環境改善が職場・労働者にもたら
すアウトカムに関する記述的研究. 労働科学, 89(2), 40-55.
- 米津由美. (2010). 事業のプロセスと協働の過程 「いきいき若返りまつり」の実践か
ら. 保健師ジャーナル, 66(3), 222-226.
- 若子寛子. (2020). 地域の「やりたい」の声から始める地域づくり 第2 育秀苑地域包
括支援センターの取り組み. 保健師ジャーナル, 76(1), 52-58.

第6章 本研究

I. 研究デザイン

一般介護予防事業における高齢者サロンや教室などを実施する住民ボランティアと保健医療福祉従事者を対象に、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動を評価する指標（以下、評価指標とする）を開発し、妥当性と信頼性を検討する探索的量的研究である。

II. 研究方法

1. 評価指標項目の作成

1) 評価指標項目一覧表の作成

予備研究Ⅰ・Ⅱ・Ⅲから作成した、概念枠組み「住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動」（図4）の構成概念、下位概念に基づき、概念を構成する283項目を作成した。

2) 評価指標 Version1 の作成

初めに、1)の項目から、概念枠組みの網羅性・意味内容の重複・住民ボランティアと保健医療福祉従事者という異なる集団の回答可能性を検討して項目を厳選した。その後、プライマリ・ヘルス・ケアとヘルスプロモーションの主要概念であるパートナーシップ・エンパワメント及び予備研究Ⅰで地域づくりの帰結として明確にされたQOLの項目を充足させるために、先行研究の「People-Centered Careにおけるパートナーシップに基づくケアの構成要素」（高橋ら, 2018）、「コミュニティ・エンパワメントの構成概念」（中山ら, 2006）、「健康推進員のエンパワメント評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検討」（小山, 村山, 2011）から項目の補足を行った。その結果、4つの構成概念、12の下位概念、139項目の評価指標Version1を作成した。

3) 評価指標 Version2 と Version3 の作成

以下、【】は構成概念、「」は項目とする。

評価指標Version1の内容妥当性の検討は、地域看護学領域・老年看護学領域等の教員・研究者6名に実施を依頼した。各項目が概念の定義に該当するか否かを回答してもらい、回答者が該当しないと答えた項目は内容を概念の定義に照らして

削除するか否かを検討し、95 項目の評価指標 Version2 を作成した。評価指標 Version2 の表面妥当性の検討は、A 県内の一市の高齢者サロンボランティア 7 名、市保健師 2 名、市職員 1 名及び A 県内の一町の保健師 2 名に回答してもらい、回答率・回答の傾向・住民ボランティアと保健医療福祉従事者の回答可能性・文言がわかりにくい項目を確認した。その結果、質問項目は、全員が「十分～ある程度理解できた」と回答した。しかし、構成概念【住民が暮らし続けたいと思える地域】の住民・組織・地域の力の向上の項目において、力という表現は人によって解釈が異なり正確な回答が得られにくいという指摘を受けた。そこで、予備研究Ⅲの文献レビューで抽出した力に該当する内容を参考に、「私は活動が自分たちの力を高めることにつながっていると感じている」を「活動を通して活動メンバーの問題に対する解決能力が高まっていると思う」に修正した。また、「私は活動が地域の医療・保健・福祉の関係者の力を高めることにつながっていると感じている」は「活動や交流によって協力して活動する人々や関係機関が広がっていると思う」「活動や交流によって地域住民の要望に応える新しい取り組みが増えていると思う」の 2 つの項目に修正した。そして、「私は活動が地域住民の力を高めることにつながっていると感じている」を「活動や交流によって地域住民が他人とのつながりをもつようになっていると思う」に修正した。このように内容妥当性と表面妥当性の検討を行い、4 構成概念、12 下位概念、96 項目の評価指標 Version3 (表 5) を作成した。

表5 評価指標 Version3 :

構成概念①【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】

下位概念	構成要素・項目
活動姿勢を基盤とするパートナーシップ	話す機会の確保
	A01 活動メンバーはメンバー同士で活動について話す機会をもつようになっている
	A02 活動メンバーは地域住民と活動について話す機会をもつようになっている
	意見の尊重
	A03 私は活動について活動メンバーに自由に意見をいうことができる
	A04 活動メンバーは活動するときに活動メンバーの意見を大切にしている
	A05 活動メンバーは活動するときに地域住民の意見を大切にしている
	合意形成
	A06 活動メンバーは活動に関することを活動メンバー同士で合意して決めている
	A07 活動メンバーは活動に関することを地域住民と合意して決めている
関係性を基盤とするパートナーシップ	主体的な関わり
	A08 活動メンバーは活動内容を決めることに関わっている
	A09 活動メンバーは活動の評価計画（目的・時期・回数・対象者・内容など）を決めることに関わっている
	A10 活動メンバーは活動の評価結果（他地区・他自治体・学会などへの）の報告に関わっている
	相互理解
	A11 私は活動での活動メンバー各自の役割を理解している
	A12 私は活動についての活動メンバー各自の考え方を理解している
	A13 活動メンバーは各自の特徴（個性・長所など）を知って活動に活かしている
	相互尊重
	A14 活動メンバーは対等な関係で活動している
A15 活動メンバーは地域住民に活動の必要性を説明して活動している	
A16 活動メンバーは互いの活動に敬意をはらっている	
A17 活動メンバーは互いの頑張りを認め合っている	
A18 活動メンバーは互いの活動への考え方に違いがあることを認め合っている	
関係性を基盤とするパートナーシップ	情緒的結びつき
	A19 活動メンバーは活動を通して仲間意識をもつことができている
	A20 活動メンバーはよい雰囲気の中で活動することを大切にしている
	A21 活動メンバーは本音で話せる雰囲気をもっている
	A22 活動メンバーは互いの活動への思いに共感して活動している
	信頼関係
	A23 活動メンバーは活動を通して互いを信じて頼り合うことができている
	A24 活動メンバーは活動を通して地域住民からの信頼を得ている
	協働
	A25 活動メンバーは目指す活動に向けて協力している
A26 活動メンバーは目指す活動に向けて地域住民や住民による組織（健康づくり推進員・母子保健推進員・食生活改善推進員・ボランティア・その他）の協力を得ている	
A27 活動メンバーは一緒に活動したい人を新たなメンバーとして受け入れて活動している	
A28 活動メンバーは互いをパートナーとして力を与え合い成長している	

表5 評価指標 Version3：構成概念②【PDCAサイクルによる地域づくり活動】

下位概念	構成要素・項目
地域の健康課題とニーズの把握	地域の健康課題とニーズの把握
	B29 私は地域住民の生活・健康の問題について日頃から関心をもっている
	B30 私は行政機関の保健師等の説明によって地域住民の生活・健康の問題を知っている
	B31 私は生活・健康の問題に関して地域住民がどのような要望をもっているか知っている
	B32 活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を自分たちのこととして考えられるように情報を共有している
	地域の強みと力の評価
	B33 活動メンバーは地域の代表者（自治会長・民生委員など）から活動への協力を得ている
	B34 活動メンバーは活動するための必要な力をもっている
	B35 活動メンバーは地域には活動を支援してくれる人・組織・団体があると知っている
	活動目標と方法の設定
B36 活動メンバーは活動によって何を目指すか共有している	
B37 活動メンバーは地域住民の生活・健康を良くする活動を目指している	
B38 活動メンバーは活動によって何を目指すかを時々確認するようにしている	
地域住民の考えの反映	
B39 活動メンバーは活動内容に地域住民の要望をふまえている	
B40 活動メンバーは活動が地域住民に受け入れられるように努力している	
活動方法の設計	
B41 活動メンバーは活動に関わる全ての人にとって得るものがある活動にしたいと考えている	
B42 活動メンバーは他地区や他自治体の活動を参考にしている	
B43 活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を改善する活動の内容を考えている	
B44 活動メンバーは自分たちのやりたいと思うことを大事にして活動の内容を考えている	
B45 活動メンバーは地域住民の要望に応える活動の内容を考えている	
活動の実施	対象の特性に応じた活動
	B46 活動メンバーは活動に関わる人が楽しむことができる活動の工夫をしている
	B47 活動メンバーは気になる地域住民に活動への参加を働きかけている
	B48 活動メンバーは地域住民が気軽に参加できるような環境をつくる配慮をしている
	B49 活動メンバーは活動参加者が居心地よいと感じることができる活動の工夫をしている
	B50 活動メンバーは活動参加者が続けて参加するための工夫をしている
	B51 活動メンバーは活動参加者同士が交流できるような工夫をしている
活動の評価と報告	活動評価の実施
	B52 活動メンバーは目指している活動ができているかを評価している
	B53 活動メンバーは活動によって地域住民の生活・健康の問題が改善したかを評価している
	B54 活動メンバーは活動が地域住民の幸せにつながっているかを評価している
	B55 活動メンバーは活動が今後の活動に活かせるかを評価している
	活動評価の報告
	B56 私は活動の評価結果を知っている
B57 私は活動の成果を地域住民が知ることの意味があると思う	
B58 活動メンバーは活動の評価結果を知る必要がある	
B59 活動メンバーは活動の評価結果を地域住民にもわかりやすいように広報や発表会などで伝えている	
活動の発展と波及	活動の発展
	B60 私は活動を評価することによってより良い活動ができると思う
	B61 私は活動を地域住民が知ることによって活動への協力が得られやすくなると思う
活動の波及	
B62 私は活動を評価することによって新たな活動につなげることができると思う	
B63 私は活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う	

表5 評価指標 Version3：構成概念③【地域づくり活動を駆動する要件】

下位概念	構成要素・項目
シア てイ のデ コン ミテ ユイ ニテ テイ イの の単 認位 識と	文化や価値観の尊重
	C64 私は地域の文化や伝統をふまえて活動することが大切だと思う
	C65 私は地域住民の価値観をふまえて活動することが大切だと思う
	地域への愛着
	C66 私は活動する地域に愛着をもっている
	C67 私は地域の生活・健康の問題を自分のこととして考えている
	C68 私は活動する地域の良いところに気づくことができる
	C69 私は地域住民同士のつながりを強めたいと思う
	循環 的・ 反復 的で 柔軟 な活 動姿 勢
C70 私は活動の成果がでることが活動を続けることにつながると思う	
C71 私は活動で学んだことを次の活動に活かすことができると思う	
C72 私は行きつ戻りつしながらも活動を続けることが大事だと思う	
C73 私は繰り返し活動することが活動をより良くすると思う	
柔軟な活動姿勢	
C74 私は試行錯誤しながら活動することが活動をより良くすると思う	
C75 私は活動が軌道にのるまでには時間が必要だと思う	
C76 活動メンバーは必要に応じて活動内容を変更している	
活動 成果 と価 値の 実感	活動の実感
	C77 私は活動を通して自分が元気になったと感じている
	C78 私は活動を通して考える力がついたと思う
	C79 活動メンバーは活動を通して問題を解決する能力が高まっていると感じている
	C80 活動メンバーは活動を通して地域住民の生活・健康の問題が改善していると感じている
	C81 私は活動が地域内外の人々の意識や行動に影響を与えていると思う
	C82 私は地域に地域住民の生活・健康・交流のための活動が増えていると思う
	C83 私は地域の中に協力して活動する人々や関係機関が増えていると思う
	活動の価値の実感
	C84 私は活動は地域住民にとって必要だと思う
	C85 私は活動に対してやりがいを感じている
	C86 私は活動の中で感動を覚えることがある
C87 私は活動を通して活動への意欲がより高まっていると感じている	
C88 活動メンバーは活動を自分たちの活動だと感じることができている	
C89 活動メンバーは活動が外部の組織などから認められていると感じている	
C90 活動メンバーは活動が地域住民に受け入れられていると感じている	

表 5 評価指標 Version3：構成概念④【住民が暮らし続けたいと思える地域】

下位概念	構成要素・項目
互 高 助 ま 精 り 神 の	住民同士の支えあいの姿勢
	D91 私は地域住民同士が幸せで健康に暮らすことを支えあうことは当たり前だと思う
	D92 私は地域住民が幸せで健康に暮らすことができるように何かしたいと思う
	D93 私は地域住民同士が互に関心をもち助け合うようになってきていると思う
ち 生 ら 暮 れ る 地 域 の 質 を 保	いきいきと暮らし続けられる地域
	D94 私は自分の住む地域は安心して暮らすことができるところだと思う
	D95 私は自分の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができるところだと思う
	D96 私は自分の住む地域で暮らし続けたいと思う

2. 本研究の概念と測定用具

本研究で測定する項目は、以下のように構成された（図 5）。

1) 基本属性

(1) 対象者の特性

住民ボランティアと保健医療福祉従事者の特性は、年齢・性別・地域の役割（地区長・民生委員児童委員・健康づくり推進員・食生活改善推進員・母子保健推進員）の有無・実施している介護予防活動と先述した地域の役割以外のボランティアや地域活動への参加の経験の有無（以下、ボランティアや地域活動への参加の有無とする）の 4 項目を設定した。

(2) 活動の特性

活動の特性は、活動での役割（住民ボランティア・保健医療福祉従事者）・活動歴・活動形態（集い型・運動型・集いと運動の混合型）・活動段階の 4 項目を設定した。なお、本研究の活動段階は、近藤克則ら（2019）の活動段階と Barbara A. Israel et al.（2005/2012）の CBPR の中核要素を参考に、4 段階（第一段階「活動に関わる人たちが、活動で何を指すかやこれからの活動のイメージを共有している」、第二段階「活動しようという人たちが集まり、知恵を出し合い、計画をつくり、役割分担をして、活動している」、第三段階「活動に参加する人の数や活動の効果などの評価を行っている」、第四段階「自分たちの活動が発展するとともに、同じような活動が他の地域（地区）に広がっている」）を設定した。回答形式は、丸をつけるか数値を記載する形式にし、そ

の他の項目には具体的な内容を記述する形式にした。

2) 評価指標 Version3

評価指標 Version3 は、4 構成概念、12 下位概念、96 項目で構成された。

(1) 【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】

【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】は、《活動姿勢を基盤とするパートナーシップ》10 項目（「話す機会の確保」2 項目、「意見の尊重」3 項目、「合意形成」2 項目、「主体的な関わり」3 項目）、《関係性を基盤とするパートナーシップ》18 項目（「相互理解」3 項目、「相互尊重」5 項目、「情緒的結びつき」4 項目、「信頼関係」2 項目、「協働」4 項目）であった。

(2) 【PDCA サイクルによる地域づくり活動】

【PDCA サイクルによる地域づくり活動】は《地域の健康課題とニーズの把握》7 項目（「地域の健康課題とニーズの把握」4 項目、「地域の強みと力の評価」3 項目）、《活動目標と方法の設定》10 項目（「目標設定」3 項目、「地域住民の考えの反映」2 項目、「活動方法の設計」5 項目）、《活動の実施》6 項目（「対象の特性に応じた活動」6 項目）、《活動の評価と報告》8 項目（「活動評価の実施」4 項目、「活動評価の報告」4 項目）、《活動の発展と波及》4 項目（「活動の発展」2 項目、「活動の波及」2 項目）であった。

(3) 【地域づくり活動を駆動する要件】

【地域づくり活動を駆動する要件】は《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》6 項目（「文化や価値観の尊重」2 項目、「地域への愛着」4 項目）、《循環的・反復的で柔軟な活動姿勢》7 項目（「循環的で反復的な活動姿勢」4 項目、「柔軟な活動姿勢」3 項目）、《活動成果と価値の実感》14 項目（「活動の成果の実感」7 項目、「活動の価値の実感」7 項目）であった。

(4) 【住民が暮らし続けたいと思える地域】

【住民が暮らし続けたいと思える地域】は《互助精神の高まり》3 項目（「住民同士の支え合いの姿勢」3 項目）、《生活の質を保ち暮らし続けられる地域》3 項目（「いきいきと暮らし続けられる地域」3 項目）であった。

なお、(1)～(4)の回答形式には 5 段階リッカートスケールを用いた。認識や意識に関する項目の選択肢は、①とてもそう思う、②そう思う、③どちらでもない、

④そう思わない, ⑤全くそう思わないとした。また, 実施に関する項目の選択肢は, 実施頻度の認識を尋ねるために, ①毎回している, ②おおむねしている, ③時々している, ④めったにしていない, ⑤全くしていないとした。

3) 地域づくり活動の成果

住民ボランティアと保健医療福祉従事者が共に地域づくり活動を評価する既存の評価尺度や指標はみられなかったため, 基準関連妥当性は地域づくり活動の成果に該当する項目を用いて検討した。

予備研究 I で明らかにした地域保健活動における「地域づくり」の帰結は, 【課題の解決で可能となったその人らしい生き方による QOL の向上】と【住民・保健師・地域の力の獲得】であったことから, QOL の向上と力の獲得の視点を踏まえた項目を地域づくり活動の成果に設定した。

活動メンバー(住民ボランティア・保健医療福祉従事者)に与える成果には QOL と能動性を設定した。QOL は「広く使用されている健康関連 QOL (HRQOL: Health Related Quality of Life) 尺度 SF-36v2 と同様に, 健康の 8 領域を測定することができる尺度」の SF-8 (福原, 鈴鴨, 2005) を用いた。評価指標得点と SF-8 は正の相関を仮定した。

新型コロナウイルス感染拡大により活動が困難な状況の中で, 地域づくり活動が実施できている自治体の住民ボランティアや保健医療福祉従事者は, 地域住民の生活と健康に危機的な状況の中でも形を変えた活動を考え実行に移している可能性が考えられた。よって, 「まちづくりの主体である住民個人の能動性の尺度」(色田, 加藤, 2015) を参考に, コロナ禍における活動の能動性について尋ねる 1 項目 (①活動について考えているが何もしていない, ②活動について行政等に要望を出している, ③具体的な活動内容を行政等に提案している, ④行政等の指示を受けて活動している, ⑤自分たちで工夫して活動している) を設定した。能動性の程度は, 色田, 加藤 (2015) に基づき, ①は低度, ②③は発言することで中程度, ④⑤は行動に移すことで高度に設定した。評価指標得点とコロナ禍の活動の能動性は正の相関を仮定した。

「社会からヘルスに向かうベクトル (社会の保健化)」(湯浅, 2018) であるヘルスプロモーションの視点から, 地域づくり活動が地域住民の健康に与える成果に, 65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5

年間の差及び 65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の変動（上昇自治体・下降自治体）の 4 項目を設定し、2015 年度から 2019 年度の 5 年間分の人数・割合・金額を一般介護予防事業の担当保健師等に尋ねた。評価指標得点とこれらの成果は負の相関を仮定した。

構成 概念	地域づくりの中核としてのパートナーシップの形成	PDAスタイルを伴う地域づくりの方法	地域づくりを駆動する要件	住民が暮らし続けたいと思える地域	地域づくり活動の成果	下位概念	活動姿勢を基盤とするパートナーシップ	関係性を基盤とするパートナーシップ	地域の課題とニーズの把握	活動目標の設定	活動の実施	活動の評価と報告	活動の発展と波及	アライアンスの単位としてのコミュニティ	循環的・反復的で柔軟な活動姿勢	活動成果と価値感	互助精神の高まり	生活の質を高められる地域	活動メンバー（住民ボランティア・保健医療福祉従事者）による成果	地域住民の健康に与える成果
							「基本属性」 〈対象者特性〉 ・年齢 ・性別 ・地域の役割 ・ボランティアや地域活動への参加の経緯の有無 〈活動特性〉 ・活動での役割 ・活動歴 ・活動形態 ・活動段階	「住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動評価指標 (Version3)」	SF-8	コロナ禍における活動の能動性	・65歳以上高齢者の新規要介護認定率の5年間の差 ・65歳以上高齢者の新規要介護認定率の5年間の差 ・介護保険料基準額の5年間の差 ・65歳以上高齢者の要介護認定率の5年間の変動（上昇自治体・下降自治体）									
尺度	8項目		10項目	13項目	7項目	10項目	6項目	8項目	4項目	6項目	7項目	14項目	3項目	3項目	8項目	1項目	4項目	間隔尺度	順序尺度	名義尺度・比例尺度

図 5 本研究の概念と測定用具

3. 方法

1) 対象者の選定

調査は、4 県下の 15 自治体（A 県 a 市・b 町・c 市・d 市・e 町・f 市・g 町・h 町・i 町・j 市・k 市・l 市, B 県 m 町, C 県 n 町, D 県 o 町）で実施した。なお、住民ボランティアと保健医療福祉従事者は、一般介護予防事業（厚生労働省, 2019a）に関わっている人々を調査対象者にした。住民ボランティアの選出では自治体ごとの偏りがでないよう、サロンの活動ごとに 10 名程度を選出してもらうことを目指したが、コロナ禍で通常の活動が困難な状況であったため、可能な範囲での協力を依頼した。

柳井ら（2012）によれば、探索的因子分析に必要とされるサンプルサイズは質問項目の 3～5 倍とされる。また、松尾, 中村（2002）は、観測変数の 5～10 倍程度を目安とするとしている。本研究の質問項目は 96 項目であることから、必要とされるサンプルサイズは 288～960 人であった。小山, 村山（2011）の健康推進員への調査では有効回答率が 53.9%であり、本調査の対象者もボランティアをしている意識の高い住民と保健医療福祉従事者が調査対象のため協力が得られやすいと考え、有効回答率を 50%と仮定し、576～1,960 人に協力を依頼する必要があると考えた。しかし、コロナ禍で 576～1,960 人に協力を依頼することは困難と考えられたため、柳井ら（2012）のサンプルサイズは質問項目の 3 倍という基準を採用し、有効回答率を 50%と仮定した質問項目の 6 倍である 576 人に到達するまで協力を依頼した。

2) 調査期間

聖路加国際大学研究倫理審査委員会承認後の 2020 年 8 月 14 日～2021 年 2 月 28 日。

3) 調査方法

(1) 協力依頼

一般介護予防事業の担当保健師等に電話・JAGES の研究会とホームページで研究の概要を説明した。その後、協力の検討が可能であると回答した自治体に対して自治体責任者宛に研究の主旨, 実施手順を説明した文書（資料 1）を送付した。また、担当保健師などが住民ボランティアと保健医療福祉従事者に説明する際に使用する, わかりやすい言葉や図などを用いた文書（資料 2）も要

望に応じて送付し研究への協力を得た。調査への協力に対する諾否は、同封の用紙（資料 3）に記載し、研究の協力が得られる場合は、調査票の送付先、対象となる住民ボランティアと保健医療福祉従事者の人数、配布・回収方法の希望を記載してメールで返信してもらった。

(2) 調査票の配布

調査の承諾が得られた自治体の窓口となる保健師宛に、「住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動評価指標（原案）」の配布・回収依頼状（資料 4）、調査対象者への依頼状（資料 5）、対象人数分の「住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動評価指標（原案）」（資料 6）、SF-8 質問紙、「地域づくり活動の成果（自治体保健師様用）」（資料 7）と返信用封筒を送付した。住民ボランティアと保健医療福祉従事者への調査票の配布は、自治体の窓口の保健師等に依頼するか、自治体の要望により対象者の了解を得て直接郵送した。調査票の回収は、自治体の要望によって、各自が封筒に厳封して窓口となっている保健師が回収するか、回答者が各自で投函する方法を選択してもらった。また、調査対象者への依頼状（資料 5）には、調査票への回答及び返送は任意によるものであることを明記した。

4) 分析方法

回収した「住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動評価指標（原案）」は、SPSS27.0 (Statistical Product and Service Solution) と AMOS27.0 (Analysis of Moment Structures) を使用して統計解析を行い、以下の項目について確認及び検討を行った。なお、住民ボランティアと保健医療福祉従事者は地域保健活動に関する知識・経験・立場が異なり、回答を同一に扱うことに問題がある可能性があるため、2つの集団の違いに関する解析を行った。

(1) 項目分析

評価指標 96 項目の平均値と標準偏差を算出し、天井効果及び床効果を確認した。また、項目-全体得点相関（以下、I-T 相関）と上位-下位分析（以下、G-P 相関）及び項目間相関係数を検討し項目を精選した。

(2) 探索的因子分析による構成概念妥当性の検討

最尤法・Promax 回転による因子分析を行った。固有値 1 以上の因子数を採用し、因子負荷量は、中山（2018, p. 252）が、主な目安は、4 程度であり、分散を

説明できる割合が 50%を超えるのは.7であると述べているが,.7を採用することで概念の内容から重要であると考えられる項目が多く削除されるため,本研究では,因子負荷量.6を基準に採用した.

(3) 確認的因子分析によるモデルの検討

探索的因子分析の結果をもとに,共分散構造分析を用いた確認的因子分析を行った.初めに,理論的構成概念妥当性を確認するため,構成概念ごとのモデルの適合度を確認し,次に,評価指標全体の2次因子モデルの適合度を確認した.適合度指標(小塩,2020,p.284)は, χ^2 値,GFI(Goodness of Fit Index),AGFI(Adjusted Good of Fit Index),CFI(Comparative Fit Index),RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)とした.また,モデルの評価の基準は小塩(2020,p.284)を参考に,GFIは.9を目安,AGFIはGFI \geq AGFI,CFIは1に近い値で.9を目安とし,RMSEAは0.05以下であればあてはまりがよいと判断した.

(4) 基準関連妥当性の検討

活動が活動メンバーに与える成果(SF-8・コロナ禍の活動の能動性),活動が地域住民の健康に与える成果(65歳以上要介護認定率・65歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の5年間の差,65歳以上高齢者の要介護認定率の5年間の変動(上昇自治体・下降自治体))と評価指標得点との相関をPearsonの積率相関係数の算出により検討した.

(5) 評価指標の活用可能性の検討

t 検定及び一元配置分散分析とTukey法による多重比較を行い,対象者特性・活動特性と既存文献との整合性を検討した.

(6) 信頼性の検討

探索的因子分析の結果をもとに,評価指標全体・構成概念・下位概念(因子)と項目間のCronbach α を算出し,内的整合性を評価した.

(7) 住民ボランティアと保健医療福祉従事者の差異の検討

多母集団同時分析で構造モデルの2集団の配置不変性を検討した.そして,パラメータの対比較の数値が「絶対値1.96以上であれば,5%水準でパス係数に差がある」と判断される(小塩,2014,p.143)ことから,検定統計量の絶対値1.96以上について確認し,制約なしモデルと潜在変数間のパスと共分散

に制約を置いたモデルを設定して比較した。適合度（小塩, 2020, p. 284）は、 χ^2 値, GFI (Goodness of Fit Index) , AGFI (Adjusted Good of Fit Index) , CFI (Comparative Fit Index) , RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) , AIC (Akaike Information Criterion) とした。モデルの評価の基準は小塩（2020, p. 284）を参考に, GFI は.9 を目安, AGFI は $GFI \geq AGFI$, CFI は 1 に近い値で.9 を目安とした。また, RMSEA は 0.05 以下であればあてはまりがよいと判断し, AIC は複数のモデルのうちどれがよいかを選択する際には最も低い値のモデルを選択した。

5) 倫理的配慮

実施にあたり, 調査対象者に対して以下のような倫理的配慮を行った。

- (1) 本研究の主旨について, 自治体保健師による口頭もしくは, 文書で説明を行い, 十分な理解を得たのちに協力を依頼した。
- (2) 口頭もしくは文書で承諾が得られた場合においても, 文書(資料1)(資料5)により, 本研究参加が自由意志に基づくものであること, 回答は任意によって行うものであることを保証した。
- (3) 回答は無記名であり, 封筒に厳封したのち保健師が回収するか郵送法による回収を行うため回答者個人が特定できないことを保証した(資料4)(資料5)。
- (4) 回答に要する時間的拘束による軽度な負担が生じる可能性があったため, 対象者が研究協力の途中で負担を感じたり, 時間的余裕がない場合においても, 協力を拒否したり, 中断できることを保証することを依頼状(資料4)(資料5)に記載した。
- (5) 研究協力への同意は, 回答された調査票の回収及び返送をもって研究協力の承諾とすることを依頼状(資料5)に記載した。
- (6) 調査結果は, 研究以外の目的で使用しないことを依頼状(資料4)(資料5)に記載した。また, 博士論文研究以外に, 将来的に研究者が実施する研究に本研究で得たデータを2次利用する可能性があることを記載した。
- (7) 調査は, 対象協力者を批判したり, 評価したりするものではないことを依頼状(資料4)(資料5)に記載した。
- (8) 調査に対する不明な点などへの回答や相談に応じることを依頼状(資料4)

(資料 5) に記載した。

(9) 研究結果を博士論文としてまとめ、学会や学術誌において公表する可能性があること、その場合も匿名性は保持されることを依頼状(資料 4)(資料 5)に記載した。

(10) 調査データは自治体や個人が特定されないように記号に置き換えて管理した。

(11) 回収した調査票、調査データを保存した電子記録媒体は、鍵のかかる場所に保管し、不用意に持ち歩かず、情報漏洩や紛失がないように厳重に注意して取り扱った。

(12) 日本学術会議(2015)の規定に則り、資料(文書、数値データ、画像など)の保存期間は、原則として、論文等の発表後 10 年間とした。その後は、回収した調査票は裁断して破棄し、Google ドライブ内に保管したデータは復元不可能な状態に消去することとした。

(13) 研究倫理審査委員会の継続審査や調査を受けるために、原則として年 1 回もしくは研究倫理審査委員会の求めに応じて、本研究の現状の概要を研究機関の長に報告した。

6) 利益相反

本研究は私費によって実施し、開示すべき利益相反はなかった。

III. 結果

1. 調査票の回収結果

4 県 15 自治体の一般介護予防事業に関わる住民ボランティアと保健医療福祉従事者の合計 866 人に調査票を配布した。回収数は 749 人(85.5%)であり、評価指標項目全てに無回答のものを分析対象から除外した有効回答数は 735 人(99.3%)であった。よって、柳井ら(2012)のサンプル数は質問項目の 3 倍という基準を採用し、有効回答率を 50%と仮定した質問項目の 6 倍である 576 名以上を確保することができたと判断した。

2. 対象者・活動の特性と地域づくり活動の成果の特徴

1) 対象者の特性

対象者の特性を表 6 に示した。サロン・教室での役割は住民ボランティアが

574人(78.1%)、保健医療福祉従事者が147人(20.0%)で、住民ボランティアの人数は保健医療福祉従事者の約4倍であった。所属(居住)自治体は九州地方のA県12市町、中部地方のB県・東海地方のC県・東北地方のD県の各1町の15か所であった。自治体別人数は7人~114人であり、A県f市を除いて住民ボランティアの回答が多かった。年齢の平均(±標準偏差)は67.1歳(±13.9)であり、70歳以上が429人(58.4%)、60~70歳未満が139人(18.9%)、40~50歳未満が55人(7.5%)、40歳未満が59人(6.8%)、50~60歳未満が46人(6.3%)と、60歳以上が77.3%をしめていた。また、住民ボランティアの年齢の平均(±標準偏差)は72.8歳(±7.1)、保健医療福祉従事者は44.5歳(±10.9)であった。性別は女性が546人(74.3%)、男性が171人(23.3%)であり、住民ボランティアは女性が423人(74.2%)、男性が147人(25.8%)で、保健医療福祉従事者は女性が122人(83.0%)、男性が24人(16.3%)とどちらも女性が多かった。職業は無職が374人(50.9%)、保健医療従事者が103人(14.0%)、その他が101人(13.7%)、社会福祉専門職業従事者が59人(8.0%)、農林漁業従事者が23人(3.1%)、事務従事者が12人(1.6%)、サービス職業従事者が9人(1.2%)、販売業従事者が7人(1.0%)、教員が1人(0.1%)であり、無職・その他・保健医療福祉従事者が86.6%をしめていた。地域で役割があるものは423人(57.6%)、ないものは252人(34.3%)であり、ボランティアや地域活動への参加経験があるものは533人(72.5%)、ないものは151人(20.5%)であった。このように、調査対象者は地域での役割を6割弱が、ボランティアや地域活動への参加経験を7割強がもっていた。

2)活動の特性

活動の特性を表6に示した。サロン・教室での活動年数の平均(±標準偏差)は5.6年(±5.1)であり、4~10年未満が262人(35.6%)、2~4年未満が228人(31.0%)、10年以上が113人(15.4%)、0~2年未満が74人(10.1%)と、2~10年未満が66.6%であった。また、住民ボランティアの活動年数の平均(±標準偏差)は5.8年(±5.2)、保健医療福祉従事者は4.8年(±4.8)であった。サロン・教室の形態は集いと運動の混合型が243人(33.1%)、運動型が237人(32.4%)、集いの場(共食・対話等)型が194人(26.4%)であり(重複回答あり)、混合型が最も多かった。サロン・教室の段階は第二段階(計画を作り役割

分担をした活動)が307人(41.8%),第一段階(目指すものやイメージの共有)が146人(19.9%),第四段階(活動の発展と波及)が129人(17.6%),第三段階(参加人数や活動効果の評価)が87人(11.8%)であり,第一段階と第二段階の活動が61.7%であった.

表6 対象者と活動の特性

n=735人

属 性	合計 (%)	ボラ ^{※1} (%)	保健 ^{※2} (%)
サロン・教室での役割 (保健医療従事者・社会福祉専門職業従事者などが住民ボランティアとして参加している場合あり)			
住民ボランティア	574(78.1)		
保健医療福祉従事者	147(20.0)		
所属(居住)自治体		(%) =自治体ごとの2グループの割合	
A県a市	78(10.6)	67(87.0)	10(13.0)
A県b町	60(8.2)	45(75.0)	15(25.0)
A県c市	114(15.5)	83(72.8)	31(27.2)
A県d市	91(12.4)	81(89.0)	10(11.0)
A県e町	77(10.5)	74(96.1)	3(3.9)
A県f市	9(1.2)	4(44.4)	5(55.6)
A県g町	66(9.0)	57(86.4)	9(13.6)
A県h町	7(1.0)	6(85.7)	1(14.3)
A県i町	23(3.1)	18(78.3)	5(21.7)
A県j市	78(10.6)	49(62.8)	29(37.2)
A県k市	30(4.1)	21(70.0)	9(30.0)
A県l市	19(2.6)	14(73.7)	5(26.3)
B県m町	24(3.3)	21(87.5)	3(12.5)
C県n町	25(3.4)	19(76.0)	6(24.0)
D県o町	15(2.0)	11(73.3)	4(26.7)
年齢 (全体平均67.1歳 標準偏差13.9, ボラ平均72.8歳 標準偏差7.1, 保健平均44.5歳 標準偏差10.9)		(%) =2グループ別の割合	
40歳未満	50(6.8)	2(0.4)	48(32.7)
40~50歳未満	55(7.5)	5(0.9)	50(34.0)
50~60歳未満	46(6.3)	13(2.3)	33(22.4)
60~70歳未満	139(18.9)	126(22.1)	13(8.8)
70歳以上	429(58.4)	425(74.4)	3(2.0)
性別		(%) =2グループ別の割合	
男性	171(23.3)	147(25.8)	24(16.3)
女性	546(74.3)	423(74.2)	122(83.0)

職業（現在及び過去の職業への回答あり）		（％）=2グループ別の割合	
事務従事者	12(1.6)	7(1.3)	5(3.4)
販売業従事者	7(1.0)	7(1.3)	0(0.0)
サービス職業従事者	9(1.2)	9(1.7)	0(0.0)
農林漁業従事者	23(3.1)	23(4.2)	0(0.0)
教員	1(0.1)	1(0.2)	0(0.0)
保健医療従事者	103(14.0)	7(1.3)	96(66.2)
社会福祉専門職業従事者	59(8.0)	19(3.5)	40(27.6)
特になし	374(50.9)	372(68.5)	1(0.7)
その他	101(13.7)	98(18.0)	3(2.1)
地域で持つ役割の有無		（％）=2グループ別の割合	
あり	423(57.6)	376(69.9)	46(34.3)
なし	252(34.3)	164(30.4)	88(65.7)
ボランティアや地域活動への参加の経験		（％）=2グループ別の割合	
あり	533(72.5)	447(82.5)	86(60.6)
なし	151(20.5)	95(17.5)	56(39.4)
サロン・教室の活動年数 <small>（全体平均5.6年 標準偏差5.1、ボラ平均5.8年 標準偏差5.2、保健平均4.8年 標準偏差4.8）</small>		（％）=2グループ別の割合	
0～2年未満	74(10.1)	43(7.9)	31(23.3)
2～4年未満	228(31.0)	183(33.7)	45(33.8)
4～10年未満	262(35.6)	222(40.9)	39(29.3)
10年以上	113(15.4)	95(17.5)	18(13.5)
サロン・教室の形態（重複回答あり）		（％）=2グループ別の割合	
集いの場（共食・対話等）型	194(26.4)	162(30.1)	30(22.6)
運動型	237(32.4)	191(35.4)	46(34.6)
集いと運動の混合型	243(33.1)	186(34.5)	57(42.9)
サロン・教室の段階		（％）=2グループ別の割合	
第一段階：活動に関わる人による何を指すかや 活動のイメージの共有	146(19.9)	123(23.1)	23(17.2)
第二段階：知恵を出し合い計画をつくり役割分担をした活動	307(41.8)	248(46.5)	58(43.3)
第三段階：活動に参加する人の数や活動の効果などの評価	87(11.8)	64(12.0)	22(16.4)
第四段階：活動の発展と他地域（地区）への波及	129(17.6)	98(18.4)	31(23.1)

※1ボラ：住民ボランティア、 ※2保健：保健医療福祉従事者、 ※1と※2の人数は再掲

3) 地域づくり活動の成果の特徴

SF-8の「全体的健康感」「身体機能」「日常役割機能（身体）」「体の痛み」「活力」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能（精神）」という「8つの健康状態」（福原，鈴鴨，2019，pp. 20-21）の特徴を表7に示した。「全体的健康感」は、良い～最高に良いが595人(81.0%)であった。「身体機能」は、わずかに妨げられた～ぜんぜん妨げられなかったが546人(74.3%)、「日常役割機能（身体）」

は、わずかに妨げられた～ぜんぜん妨げられなかったが 579 人(78.7%),「体の痛み」は、軽い痛み～ぜんぜんなかったが 604 人(82.2%)であった。このように、身体的な理由で生活や活動が妨げられていない人が 7 割以上であった。「活力」は、かなり元気だった～非常に元気だったが 484 人(65.9%),「社会生活機能」は、わずかに妨げられた～ぜんぜん妨げられなかったが 552 人(75.1%)であった。また、「心の健康」は、わずかに悩まされた～ぜんぜん悩まされなかったが 505 人(68.7%),「日常役割機能(精神)」は、わずかに妨げられた～ぜんぜん妨げられなかったが 548 人(74.6%)であった。このように、元気に感じ心理的に良い状況で人とのつきあいができていた人が 65%以上であった。

コロナ禍における活動の能動性の特徴を表 8 に示した。自分たちで工夫して活動しているもの(行動:高度の能動性)が 292 人(39.7%),行政等の指示を受けて活動しているもの(行動:高度の能動性)が 250 人(34.0%)であった。また、活動について考えているが何もしていないもの(低度の能動性)が 67 人(9.1%),具体的な活動内容を行政等に提案しているもの(発言:中程度の能動性)が 21 人(2.9%),活動について行政等に要望を出しているもの(発言:中程度の能動性)が 15 人(2.0%)であった。これらより、コロナ禍の活動について何らかの行動を起こすという(高度の能動性)の人は対象者の 73.7%であった。また、住民ボランティアは「自分たちで工夫して活動している(行動:高度の能動性)」が 48.5%と最も多く、保健医療福祉従事者は「行政等の指示を受けて活動している(行動:高度の能動性)」が 48.4%と最も多かった。

65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 2015 年と 2019 年の差を表 9 に示した。15 自治体の 65 歳以上要介護認定率の差は -1.9%~0.9%で下降は 9 自治体,上昇は 6 自治体であった。65 歳以上新規要介護認定率の差は -1.2%~0.6%で下降は 4 自治体,上昇は 8 自治体,変化なしは 2 自治体,無回答は 1 自治体であった。また,介護保険料基準額の差は -261 円~883 円で減少は 2 自治体,増加は 12 自治体,変化なしは 1 自治体であった。

表7 SF-8の特徴

n=735人

	n	%
1. 「全体的健康感」		
最高に良い	36	4.9
とても良い	186	25.3
良い	373	50.8
あまり良くない	81	11.0
良くない	12	1.6
ぜんぜん良くない	3	0.4
無回答	44	6.0
2. 「身体機能」		
ぜんぜん妨げられなかった	382	52.0
わずかに妨げられた	164	22.3
少し妨げられた	111	15.1
かなり妨げられた	29	3.9
体を使う日常活動ができなかった	6	0.8
無回答	43	5.9
3. 「日常役割機能（身体）」		
ぜんぜん妨げられなかった	395	53.7
わずかに妨げられた	184	25.0
少し妨げられた	83	11.3
かなり妨げられた	27	3.7
いつもの仕事ができなかった	3	0.4
無回答	43	5.9
4. 「体の痛み」		
ぜんぜんなかった	177	24.1
かすかな痛み	227	30.9
軽い痛み	200	27.2
中くらいの痛み	75	10.2
強い痛み	11	1.5
非常に激しい痛み	2	0.3
無回答	43	5.9

5. 「活力」		
非常に元気だった	104	14.1
かなり元気だった	380	51.8
少し元気だった	181	24.8
わずかに元気だった	20	2.7
ぜんぜん元気でなかった	7	0.9
無回答	43	5.9

6. 「社会生活機能」		
ぜんぜん妨げられなかった	418	56.9
わずかに妨げられた	134	18.2
少し妨げられた	98	13.3
かなり妨げられた	39	5.3
つきあいができなかった	1	0.1
無回答	45	6.1

7. 「心の健康」		
ぜんぜん悩まされなかった	239	32.5
わずかに悩まされた	266	36.2
少し悩まされた	139	18.9
かなり悩まされた	43	5.8
非常に悩まされた	5	0.7
無回答	43	5.9

8. 「日常役割機能（精神）」		
ぜんぜん妨げられなかった	344	46.8
わずかに妨げられた	204	27.8
少し妨げられた	118	16.0
かなり妨げられた	24	3.3
日常行う活動ができなかった	1	0.1
無回答	44	6.0

表8 コロナ禍における活動の能動性の特徴

n=735人

属 性	合計 (%)	ボラ ^{※1} (%)	保健 ^{※2} (%)
コロナ禍におけるサロン・教室の活動に対する行動			
(%) =2グループ別の割合			
活動について考えているが何もしていない	67(9.1)	58(11.2)	8(6.5)
活動について行政等に要望を出している	15(2.0)	10(1.9)	5(4.0)
具体的な活動内容等を行政等に提案している	21(2.9)	10(1.9)	11(8.9)
行政等の指示を受けて活動している	250(34.0)	190(36.5)	60(48.4)
自分たちで工夫して活動している	292(39.7)	252(48.5)	40(32.3)

※1ボラ：住民ボランティア， ※2保健：保健医療福祉従事者， ※1と※2の人数は再掲

表9 65歳以上要介護認定率・65歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の5年間（2015年と2019年）の差

	65歳以上要介護認定率(%)	65歳以上新規要介護認定率(%)	介護保険料基準額(円)
A県a市	-1.9	0.1	72
A県b町	0.3	0.0	-261
A県c市	-1.0	-0.1	100
A県d市	-1.0	0.1	595
A県e町	-0.7	-0.2	650
A県f市	0.6	-	708
A県g町	-0.4	0.1	-150
A県h町	-0.4	0.0	0
A県i町	1.1	0.2	200
A県j市	-0.3	0.1	717
A県k市	0.8	0.3	883
A県l市	0.9	0.6	600
B県m町	0.6	-1.2	700
C県n町	-0.8	-0.3	110
D県o町	-1.4	0.3	400

3. 評価指標 Version3 の項目分析

項目分析の結果を表10に示した。評価指標 Version3 の96項目への回答は、平均（±標準偏差）が、3.11（±1.10）から4.27（±0.67）の間であり、平均値±標準偏差が最大値または最小値を超える項目はなく天井効果と床効果はみられないと判断した。I-T相関において、各項目と評価指標全体の相関係数は、0.42～0.83で全て正の相関であった。G-P分析では、評価指標得点の中央値372.00で2群にわけ、各項目の平均値を比較したところ、全ての項目で上位群の得点が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。以上のことより、天井・床効果、I-T相関、G-P相関を根拠に除外する項目はなく、96項目で因子分析を実施した。

表 10 評価指標 Version3 の項目分析（各項目の平均値・標準偏差・I-T 相関）

項目番号	項目	平均値	標準偏差	IT相関
A01	活動メンバーはメンバー同士で活動について話す機会をもつようにしている	3.78	0.84	.636 ***
A02	活動メンバーは地域住民と活動について話す機会をもつようにしている	3.15	1.00	.602 ***
A03	私は活動について活動メンバーに自由に意見をいうことができていると思う	4.06	0.72	.473 ***
A04	活動メンバーは活動するときに活動メンバーの意見を大切にしている	4.02	0.67	.720 ***
A05	活動メンバーは活動するときに地域住民の意見を大切にしている	3.53	0.99	.592 ***
A06	活動メンバーは活動に関する活動を活動メンバー同士で合意して決めている	4.02	0.75	.617 ***
A07	活動メンバーは活動に関する活動を地域住民と合意して決めている	3.11	1.10	.528 ***
A08	活動メンバーは活動内容を決めることに関わっている	3.94	0.77	.609 ***
A09	活動メンバーは活動の評価計画（目的・時期・回数・対象者・内容など）を決めることに関わっている	3.82	0.86	.598 ***
A10	活動メンバーは活動の評価結果（他地区・他自治体・学会などへの）の報告に関わっている	3.31	0.97	.586 ***
A11	私は活動での活動メンバー各自の役割を理解している	4.10	0.63	.496 ***
A12	私は活動についての活動メンバー各自の考え方を理解している	3.84	0.72	.543 ***
A13	活動メンバーは各自の特徴（個性・長所など）を知って活動に活かしている	3.72	0.77	.676 ***
A14	活動メンバーは対等な関係で活動している	4.06	0.73	.661 ***
A15	活動メンバーは地域住民に活動の必要性を説明して活動している	3.65	0.80	.650 ***
A16	活動メンバーは互いの活動に敬意をはらっている	4.07	0.73	.679 ***
A17	活動メンバーは互いの頑張り認め合っている	4.11	0.71	.725 ***
A18	活動メンバーは互いの活動への考え方に違いがあることを認め合っている	3.83	0.81	.632 ***
A19	活動メンバーは活動を通して仲間意識をもつことができている	4.16	0.62	.664 ***
A20	活動メンバーはよい雰囲気の中で活動することを大切にしている	4.27	0.67	.635 ***
A21	活動メンバーは本音で話せる雰囲気をもっている	3.87	0.74	.672 ***
A22	活動メンバーは互いの活動への思いに共感して活動している	4.15	0.69	.664 ***
A23	活動メンバーは活動を通して互いを信じて頼り合うことができている	3.93	0.70	.723 ***
A24	活動メンバーは活動を通して地域住民からの信頼を得ている	3.73	0.72	.681 ***
A25	活動メンバーは目指す活動に向けて協力している	4.18	0.67	.656 ***
A26	活動メンバーは目指す活動に向けて地域住民や住民による組織（健康づくり推進員・母子保健推進員・食生活改善推進員・ボランティア・その他）の協力を得ている	3.75	0.83	.591 ***
A27	活動メンバーは一緒に活動したい人を新たなメンバーとして受け入れて活動している	3.86	0.78	.615 ***
A28	活動メンバーは互いをパートナーとして力を与え合い成長している	3.85	0.73	.717 ***
B29	私は地域住民の生活・健康の問題について日頃から関心をもっている	4.10	0.67	.523 ***
B30	私は行政機関の保健師等の説明によって地域住民の生活・健康の問題を知っている	3.64	0.80	.467 ***
B31	私は生活・健康の問題に関して地域住民がどのような要望をもっているか知っている	3.30	0.79	.504 ***
B32	活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を自分たちのこととして考えられるように情報を共有している	3.77	0.72	.682 ***
B33	活動メンバーは地域の代表者（自治会長・民生委員など）から活動への協力を得ている	3.85	0.86	.682 ***
B34	活動メンバーは活動するための必要な力をもっている	3.87	0.74	.655 ***
B35	活動メンバーは地域には活動を支援してくれる人・組織・団体があると知っている	3.90	0.74	.604 ***
B36	活動メンバーは活動によって何を指すか共有している	3.93	0.77	.618 ***
B37	活動メンバーは地域住民の生活・健康を良くする活動を目指している	4.09	0.65	.679 ***
B38	活動メンバーは活動によって何を指すかを時々確認するようにしている	3.70	0.76	.666 ***
B39	活動メンバーは活動内容に地域住民の要望をふまえている	3.63	0.76	.706 ***
B40	活動メンバーは活動が地域住民に受け入れられるように努力している	3.87	0.70	.700 ***
B41	活動メンバーは活動に関わる全ての人にとって得るものがある活動にしたいと考えている	3.97	0.67	.707 ***
B42	活動メンバーは他地区や他自治体の活動を参考にしている	3.67	0.80	.626 ***
B43	活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を改善する活動の内容を考えている	3.78	0.74	.716 ***
B44	活動メンバーは自分たちのやりたいと思うことを大事にして活動の内容を考えている	3.95	0.68	.643 ***
B45	活動メンバーは地域住民の要望に応える活動の内容を考えている	3.67	0.77	.729 ***

B46	活動メンバーは活動に関わる人が楽しむことができる活動の工夫をしている	4.17	0.69	.627 ***
B47	活動メンバーは気になる地域住民に活動への参加を働きかけている	3.85	0.73	.639 ***
B48	活動メンバーは地域住民が気軽に参加できるような環境をつくる配慮をしている	4.07	0.77	.620 ***
B49	活動メンバーは活動参加者が居心地よいと感じることができる活動の工夫をしている	4.19	0.71	.568 ***
B50	活動メンバーは活動参加者が続けて参加するための工夫をしている	4.16	0.67	.556 ***
B51	活動メンバーは活動参加者同士が交流できるような工夫をしている	4.15	0.71	.568 ***
B52	活動メンバーは目指している活動ができているかを評価している	3.48	0.78	.700 ***
B53	活動メンバーは活動によって地域住民の生活・健康の問題が改善したかを評価している	3.40	0.78	.693 ***
B54	活動メンバーは活動が地域住民の幸せにつながっているかを評価している	3.43	0.80	.697 ***
B55	活動メンバーは活動が今後の活動に活かせるかを評価している	3.58	0.80	.723 ***
B56	私は活動の評価結果を知っている	3.31	0.92	.460 ***
B57	私は活動の成果を地域住民が知ることの意味があると思う	4.14	0.68	.537 ***
B58	活動メンバーは活動の評価結果を知る必要がある	3.89	0.78	.618 ***
B59	活動メンバーは活動の評価結果を地域住民にもわかりやすいように広報や発表会などで伝えている	3.15	0.96	.630 ***
B60	私は活動の評価することによってより良い活動ができると思う	4.13	0.68	.549 ***
B61	私は活動を地域住民が知ることによって活動への協力が得られやすくなると思う	4.17	0.67	.502 ***
B62	私は活動の評価することによって新たな活動につなげることができると思う	4.07	0.69	.559 ***
B63	私は活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う	4.19	0.66	.552 ***
B64	私は地域の文化や伝統をふまえて活動することが大切だと思う	3.99	0.71	.533 ***
B65	私は地域住民の価値観をふまえて活動することが大切だと思う	4.06	0.66	.549 ***
B66	私は活動する地域に愛着をもっている	4.23	0.65	.612 ***
B67	私は地域の生活・健康の問題を自分のこととして考えている	3.94	0.71	.637 ***
B68	私は活動する地域の良いところに気づくことができている	3.81	0.66	.651 ***
B69	私は地域住民同士のつながりを強めたいと思う	4.27	0.61	.624 ***
C70	私は活動の成果がでることが活動を続けることにつながると思う	4.20	0.63	.608 ***
C71	私は活動で学んだことを次の活動に活かすことができると思う	4.11	0.59	.683 ***
C72	私は行きつ戻りつしながらも活動を続けることが大事だと思う	4.30	0.56	.631 ***
C73	私は繰り返し活動することが活動をより良くすると思う	4.27	0.60	.638 ***
C74	私は試行錯誤しながら活動することが活動をより良くすると思う	4.23	0.61	.614 ***
C75	私は活動が軌道にのるまでには時間が必要だと思う	4.13	0.69	.418 ***
C76	活動メンバーは必要に応じて活動内容を変更している	3.74	0.77	.513 ***
C77	私は活動を通して自分が元気になったと感じている	4.06	0.72	.605 ***
C78	私は活動を通して考える力がついたと思う	3.91	0.69	.690 ***
C79	活動メンバーは活動を通して問題を解決する能力が高まっていると感じている	3.48	0.77	.671 ***
C80	活動メンバーは活動を通して地域住民の生活・健康の問題が改善していると感じている	3.53	0.75	.637 ***
C81	私は活動が地域内外の人々の意識や行動に影響を与えていると思う	3.68	0.77	.636 ***
C82	私は地域に地域住民の生活・健康・交流のための活動が増えていると思う	3.71	0.77	.644 ***
C83	私は地域の中に協力して活動する人々や関係機関が増えていると思う	3.64	0.80	.627 ***
C84	私は活動は地域住民にとって必要だと思う	4.27	0.61	.623 ***
C85	私は活動に対してやりがいを感じている	4.08	0.68	.722 ***
C86	私は活動の中で感動を覚えることがある	3.98	0.72	.700 ***
C87	私は活動を通して活動への意欲がより高まっていると感じている	3.84	0.71	.765 ***
C88	活動メンバーは活動を自分たちの活動だと感じることができる	3.93	0.67	.604 ***
C89	活動メンバーは活動が外部の組織などから認められていると感じている	3.64	0.79	.607 ***
C90	活動メンバーは活動が地域住民に受け入れられていると感じている	3.74	0.72	.654 ***
D91	私は地域住民同士が幸せで健康に暮らすことを支えあうことは当たり前だと思う	4.19	0.65	.652 ***
D92	私は地域住民が幸せで健康に暮らすことができるように何かしたいと思う	4.12	0.62	.604 ***
D93	私は地域住民同士が互いに関心をもち助け合うようになってきていると思う	3.66	0.73	.699 ***
D94	私は自分の住む地域は安心して暮らすことができる場所だと思う	3.96	0.69	.787 ***
D95	私は自分の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができる場所だと思う	3.76	0.74	.827 ***
D96	私は自分の住む地域で暮らし続けたいと思う	4.14	0.74	.745 ***

4. 構成概念妥当性の検討

96項目を用いて最尤法・Promax回転による探索的因子分析を行った。因子数の決定は、相関行列の固有値1以上を因子数とするカイザーガットマン基準と、相関行列の固有値を順に並べ固有値の減少が止まる手前までの固有値番号を因子数とするスクリープロットを参考に検討した。初期解から固有値の変化は、固有値1以上が16.43, 3.23, 2.93, 2.20, 1.58, 1.47, 1.27, 1.21, 1.07, 1.04と10因子になり、スクリープロットでは8因子と10因子で固有値の減衰がみられた。そこで、10因子を仮定して最尤法, Promax回転による因子分析を行った。因子負荷量.6未満の62項目を除外した34項目について、再度、最尤法, Promax回転による因子分析を行った結果、初期解から固有値の変化は、固有値1以上が11.81, 2.75, 2.43, 2.05, 1.38, 1.23, 1.06, 1.02と8つの因子が見出され、累積寄与率は69.76%であった。Promax回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表11に示した。

以下、構成概念を【】、下位概念・因子を《》、項目を「」で記載する。

1) 因子の命名

探索的因子分析の結果、因子数は評価指標Version3(図5)(以下、Ver.3とする)で設定した12下位概念(因子)から8因子に変更された。評価指標は個人の認識を問うという特徴がある。よって、因子名はVer.3の下位概念をもとに以下のように検討した。

第1因子は《相互尊重の態度》因子と命名した。《相互尊重の態度》因子は8項目で、Ver.3の下位概念《活動姿勢を基盤とするパーとナーシップ》から1項目「活動メンバーは活動に関することを活動メンバー同士で合意して決めている」、《関係性を基盤とするパートナーシップ》から7項目「活動メンバーは互いの頑張り認め合っている」「活動メンバーは互いの活動に敬意をはらっている」「活動メンバーは対等な関係で活動している」「活動メンバーは互いの活動への考え方に違いがあることを認め合っている」「活動メンバーは互いの活動への思いに共感して活動している」「活動メンバーはよい雰囲気の中で活動することを大切にしている」「活動メンバーは目指す活動に向けて協力している」で構成された。これらは、良い雰囲気の中で協力しながら活動しようとし、活動メンバーの考えや思いを共感と認め合いで尊重しようとする態度であった。

第2因子は《相互理解の意識》因子と命名した。《相互理解の意識》因子は3

項目で, Ver. 3 の下位概念《活動姿勢を基盤とするパートナーシップ》から 1 項目「私は活動について活動メンバーに自由に意見をいうことができる」, 《関係性を基盤とするパートナーシップ》から 2 項目「私は活動での活動メンバー各自の役割を理解している」「私は活動についての活動メンバー各自の考え方を理解している」で構成された. これらは, 活動を共に実施するメンバーを気にかけて理解しようとする活動メンバー各自の状態を示していた.

第 3 因子は《地域住民の思いを尊重する態度》因子と命名した. 《地域住民の思いを尊重する態度》因子は 2 項目で, Ver. 3 の下位概念《活動姿勢を基盤とするパートナーシップ》から 2 項目「活動メンバーは活動するとき地域住民の意見を大切にしている」「活動メンバーは活動に関することを地域住民と合意して決めている」で構成された. これらは, 活動メンバーが地域住民の思いを聞いてどのような活動をするかなどを合意のもとで決定しようとする, 地域住民の思いを尊重する態度であった.

第 4 因子は《目標設定と企画・運営への参加意識》因子と命名した. 《目標設定と企画・運営への参加意識》因子は 7 項目で, Ver. 3 の下位概念《活動目標と方法の設定》から 7 項目「活動メンバーは地域住民の生活・健康を良くする活動を目指している」「活動メンバーは活動に関わる全ての人にとって得るものがある活動にしたいと考えている」「活動メンバーは活動によって何を指すかを時々確認するようにしている」「活動メンバーは他地区や他自治体の活動を参考にしている」「活動メンバーは地域住民の生活・健康問題を改善する活動の内容を考えている」「活動メンバーは地域住民の要望に応える活動の内容を考えている」「活動メンバーは活動内容に地域住民の要望をふまえている」で構成された. これらは, 地域住民の要望や課題をふまえた課題解決のための活動を考え, 自分たちが目指す活動に向けて計画・実施することに参加しようとする活動メンバー各自の状態を示していた.

第 5 因子は《成果の把握による活動発展の認識》因子と命名した. 《成果の把握による活動発展の認識》因子は 4 項目で, Ver. 3 の下位概念《活動の評価と報告》から 1 項目「私は活動の成果を地域住民が知ることに意味があると思う」, 《活動の発展と波及》から 3 項目「私は活動を地域住民が知ることで活動への協力が得られやすくなると思う」「私は活動を評価することで新たな活動につな

げることができると思う」「私は活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う」で構成された。これらは、活動メンバーが評価の結果を地域住民と共有し成果を実感することが活動を発展させ、地域に波及することにつながるかと認識していることを示していた。

第6因子は《やりがいの実感》因子と命名した。《やりがいの実感》因子は4項目で、Ver. 3の下位概念《活動成果と価値の実感》から4項目「私は活動の中で感動を覚えることがある」「私は活動に対してやりがいを感じている」「私は活動を通して活動への意欲がより高まっていると感じている」「私は活動を通して自分が元気になったと感じている」で構成された。これらは、活動を通して感動・やりがい・意欲の高まりと自らが元気になったという、手応えや張り合いを実感していることを示していた。

第7因子は《活動継続の意欲》因子と命名した。《活動継続の意欲》因子は3項目で、Ver. 3の下位概念《循環的・反復的で柔軟な活動姿勢》から3項目「私は繰り返し活動することが活動をより良くすると思う」「私は行きつ戻りつしながらも活動を続けることが大事だと思う」「私は試行錯誤しながら活動することが活動をより良くすると思う」で構成された。これらは、活動を良くするためには繰り返し実施することや試行錯誤しながら活動を継続させることが必要であるという活動を継続させることへの前向きな気持ちの高まりややる気を示していた。

第8因子は《暮らし続けたい地域という認識》因子と命名した。《暮らし続けたい地域という認識》因子は3項目で、Ver. 3の下位概念《生活の質を保ち暮らし続けられる地域》から3項目「私は自身の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができる場所だと思う」「私は自分の住む地域は安心して暮らすところができる場所だと思う」「私は自分の住む地域で暮らし続けたいと思う」で構成された。これらは、活動メンバー各自が自らの暮らす地域が、安心して自分らしくあることができ、暮らし続けたいと思うことができる地域であると認識していることを示していた。

Ver. 3で設定した下位概念から、《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》《互助精神の高まり》が除外された。《アイデンティティの単位としてのコミュニティの認識》因子は「文化や価値の実感」「地域への愛着」とい

う構成要素を含んでおり、これらは、自らが生活する地域の価値を認識し地域に対して愛着を持つ内容であることから、第8因子《暮らし続けたい地域という認識》に包含される内容であった。《互助精神の高まり》因子は「住民同士の支えあいの姿勢」という構成要素を含んでおり、住民同士が互いに関心をもち幸せな暮らしのために何かしたいという気持ちをもつことができるという内容であることから、「私は活動を地域住民が知ることで活動への協力が得られやすくなると思う」「活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う」という項目を含む第5因子《成果の把握による活動発展の認識》に包含される内容であった。

2) 構成概念の命名

Ver. 3の構成概念をもとに、探索的因子分析で抽出した因子から構成概念名を検討した結果、構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【PDCAサイクルの活動実施の認識】【活動に対するやりがいの実感】【暮らし続けたい地域という認識】が見い出された。

Ver. 3では構成概念【地域づくり活動の中核としてのパートナーシップの形成】を設定していた。しかし、活動するメンバー間のパートナーシップを形成するための《相互尊重の態度》と《相互理解の意識》という他の活動メンバーを理解しようとする状態を確認していることから、概念名を【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】に変更した。

Ver. 3では構成概念【PDCAサイクルによる地域づくり活動】を設定していた。探索的因子分析で《地域住民の思いを尊重する態度》《目標設定と企画・運営への参加意識》《成果の把握による活動発展の認識》が抽出された。これらは、Ver. 3の【PDCAサイクルを伴う地域づくりの方法】の下位概念《地域の健康課題とニーズの把握》《活動目標と方法の設定》《活動の実施》《活動の評価と報告》《活動の発展と波及》と意味内容が一致していたが、地域づくりという広い概念ではなく、PDCAサイクルの活動に関する認識を確認していることから、概念名を【PDCAサイクルの活動実施の認識】に変更した。

Ver. 3では構成概念【地域づくり活動を駆動する要件】を設定していた。探索的因子分析で《やりがいの実感》《活動継続の意欲》が抽出された。《活動継続の意欲》という前向きな気持ちの高まりが活動へのやる気につながり、元気にな

るなどの手応えや張り合いである《やりがいの実感》を得ていたことから、概念名を【活動に対するやりがいの実感】に変更した。

Ver. 3 では構成概念【住民が暮らし続けたいと思える地域】を設定していた。探索的因子分析で《暮らし続けたい地域という認識》が抽出され、この因子の項目では活動するメンバー各自が、地域が安心して自分らしくあることができる場所であり、暮らし続けたいと思うことができる地域であると認識しているかを確認していた。また、Ver. 3 の構成概念名は地域住民が暮らし続けたいと思える地域であるかという表現であったが、暮らし続けたい地域であると思う対象は活動を実施している住民ボランティアや保健医療福祉従事者であるため、住民を削除し【暮らし続けたい地域という認識】に変更した。

以上のように、地域づくりの因子と構成概念は、Ver. 3 で設定した下位概念と構成概念を示すものであり、名称の変更はあったが概念自体の意味内容の変更はなかった。

表 11 探索的因子分析結果 (Promax 回転後の因子パターン)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
A22 活動メンバーは互いの活動への思いに共感して活動している	.88	-.02	-.02	.16	.00	-.11	-.06	-.12
A20 活動メンバーはよい雰囲気の中で活動することを大切にしている	.88	-.03	-.01	.04	-.01	-.09	.01	-.08
A17 活動メンバーは互いの頑張りを認め合っている	.82	-.05	-.05	-.03	.05	.02	.08	.06
A16 活動メンバーは互いの活動に敬意をはらっている	.78	.01	.03	-.04	-.10	.02	.00	.10
A25 活動メンバーは目指す活動に向けて協力している	.69	.12	.04	.11	.08	-.07	-.04	-.19
A14 活動メンバーは対等な関係で活動している	.67	.00	.02	-.14	.03	.15	.02	.07
A18 活動メンバーは互いの活動への考え方に違いがあることを認め合っている	.63	.08	-.05	-.12	-.09	.13	.03	.15
A06 活動メンバーは活動に関する活動を活動メンバー同士で合意して決めている	.62	-.08	.04	-.02	.04	.08	-.04	.11
B37 活動メンバーは地域住民の生活・健康を良くする活動を目指している	.00	.85	.03	-.08	.04	.02	-.01	-.14
B43 活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を改善する活動の内容を考えている	.00	.83	-.01	-.03	-.06	-.01	.02	.00
B38 活動メンバーは活動によって何を旨すかを時々確認するようにしている	-.01	.76	-.02	.14	-.06	.02	-.08	-.03
B45 活動メンバーは地域住民の要望に応える活動の内容を考えている	-.04	.74	-.03	-.02	.05	-.02	.03	.15
B41 活動メンバーは活動に関わる全ての人にとって得るものがある活動にしたいと考えている	.10	.70	.03	-.03	.06	.02	.04	-.14
B42 活動メンバーは他地区や他自治体の活動を参考にしている	-.04	.65	-.01	-.02	-.03	-.01	.04	.06
B39 活動メンバーは活動内容に地域住民の要望をふまえている	-.02	.64	.03	.02	.02	-.01	-.03	.21
B61 私は活動を地域住民が知ることによって活動への協力が得られやすくなると思う	.00	-.05	.88	-.01	.06	-.06	-.05	-.01
B62 私は活動を評価することによって新たな活動につなげることができると思う	-.02	-.04	.83	-.02	.04	-.01	.04	.05
B63 私は活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う	.00	.09	.65	.00	-.04	.09	.00	.02
B57 私は活動の成果を地域住民が知ることによって意味があると思う	.02	.07	.60	.07	-.12	.02	.06	-.02
C86 私は活動の中で感動を覚えることがある	-.02	-.02	-.01	.83	-.07	.07	-.02	.03
C85 私は活動に対してやりがいを感じている	.00	.02	-.03	.79	.03	-.03	.08	.02
C87 私は活動を通して活動への意欲がより高まっていると感じている	-.02	.02	.06	.77	.02	.01	.02	.06
C77 私は活動を通して自分が元気になったと感じている	.03	-.03	.02	.60	.08	.10	-.03	-.04
D94 私は自分の住む地域は安心して暮らすことができるところだと思う	-.01	-.01	.04	-.10	.92	.03	-.02	.01
D95 私は自分の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができるところだと思う	.00	.03	-.04	.03	.82	-.03	.01	.04
D96 私は自分の住む地域で暮らしたいと思う	-.02	-.02	-.01	.15	.61	.02	.04	-.02
A11 私は活動での活動メンバー各自の役割を理解している	.04	-.03	.06	-.04	.02	.80	.03	-.10
A12 私は活動についての活動メンバー各自の考え方を理解している	.00	.01	-.04	.09	.10	.70	-.08	.06
A03 私は活動について活動メンバーに自由に意見をいうことができていると思う	.01	.02	-.02	.11	-.09	.62	.04	.00
C73 私は繰り返し活動することが活動をより良くすると思う	-.01	.05	-.08	-.01	.05	.08	.79	-.01
C74 私は試行錯誤しながら活動することが活動をより良くすると思う	.06	-.04	.09	.00	.02	-.13	.77	.05
C72 私は行きつ戻りつしながらも活動を続けることが大事だと思う	-.04	.01	.05	.07	-.05	.05	.75	-.06
A07 活動メンバーは活動に関する活動を地域住民と合意して決めている	.01	.03	.03	.01	.01	.02	.00	.78
A05 活動メンバーは活動するときに地域住民の意見を大切にしている	.11	.20	-.02	.10	.04	-.11	-.02	.60
固有値	11.81	2.75	2.43	2.05	1.38	1.23	1.06	1.02
累積寄与率	34.72	42.82	49.96	55.98	60.03	63.65	66.76	69.76
因子間相関								
I	-	.40	.42	.53	.34	.43	.37	.33
II	.40	-	.17	.30	.35	.48	.36	.37
III	.42	.17	-	.56	.27	.30	.25	.23
IV	.53	.30	.56	-	.42	.47	.42	.39
V	.34	.35	.27	.42	-	.43	.52	.21
VI	.43	.48	.30	.47	.43	-	.56	.50
VII	.37	.36	.25	.42	.52	.56	-	.36
VIII	.33	.37	.23	.39	.21	.50	.36	-

5. 確認的因子分析によるモデルの検討

探索的因子分析によって得られた評価指標の8因子34項目の理論的構造を確認するために、各項目を観測変数、各因子を潜在変数としたモデルを仮定し、各構成概念と構成概念全体の確認的因子分析によるモデルの検討を行った。モデルの評価の基準は小塩（2020, p. 284）を参考に、GFI は.9 を目安、AGFI は $GFI \geq AGFI$ 、CFI は1に近い値で.9を目安とした。また、RMSEAは0.05以下であればあてはまりがよいと判断した。

図6に示す構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の因子から項目へのパス係数と共分散はいずれも統計学的に有意であった ($p < .001$)。モデルの適合度は、 $\chi^2 = 121.152$, $df = 39$, $p < .001$, $GFI = .966$, $AGFI = .943$, $CFI = .979$, $RMSEA = .057$ であり、統計的に許容できる範囲であった。

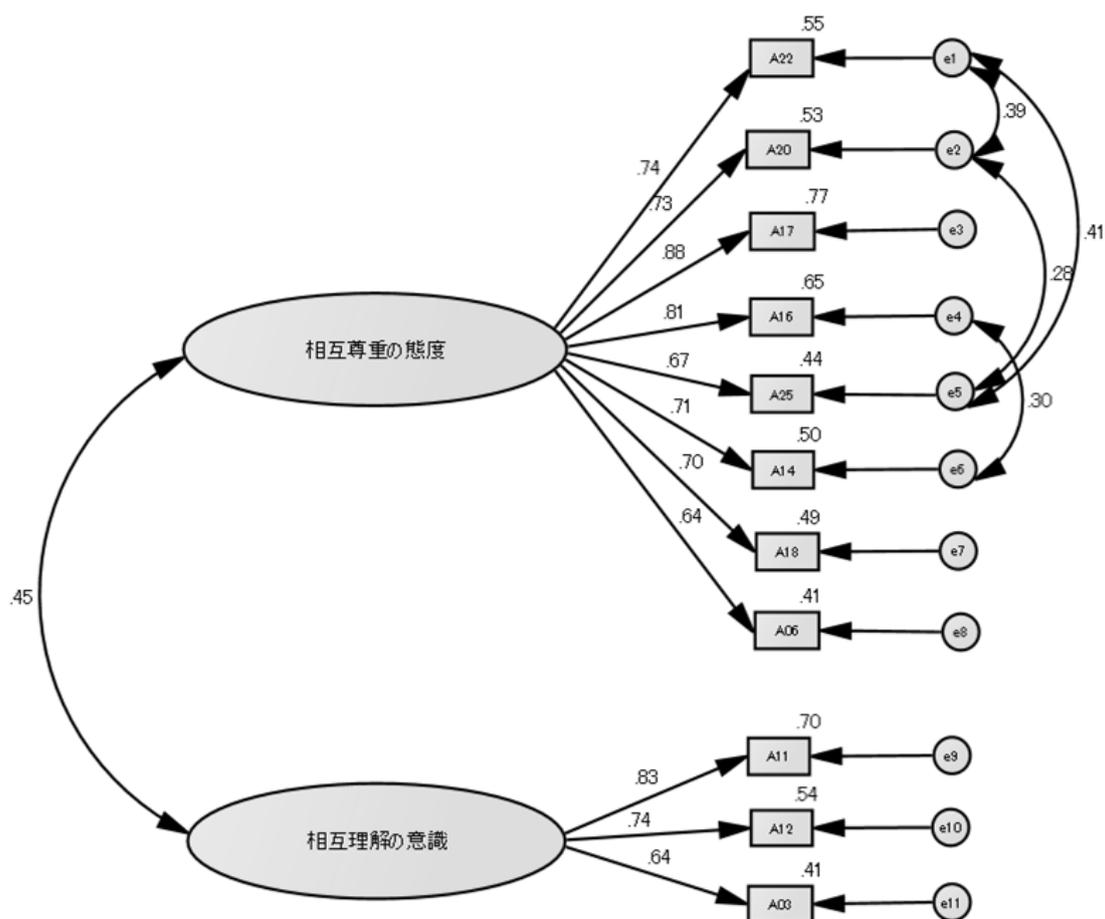


図6 確認的因子分析：構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】

図7に示す構成概念【PDCAサイクルの活動実施の認識】の因子から項目へのパス係数と共分散はいずれも統計学的に有意であった ($p < .001$)。モデルの適合度は、 $\chi^2 = 187.545$, $df = 62$, $p < .001$, $GFI = .956$, $AGFI = .935$, $CFI = .969$, $RMSEA = .056$ であり、統計的に許容できる範囲であった。

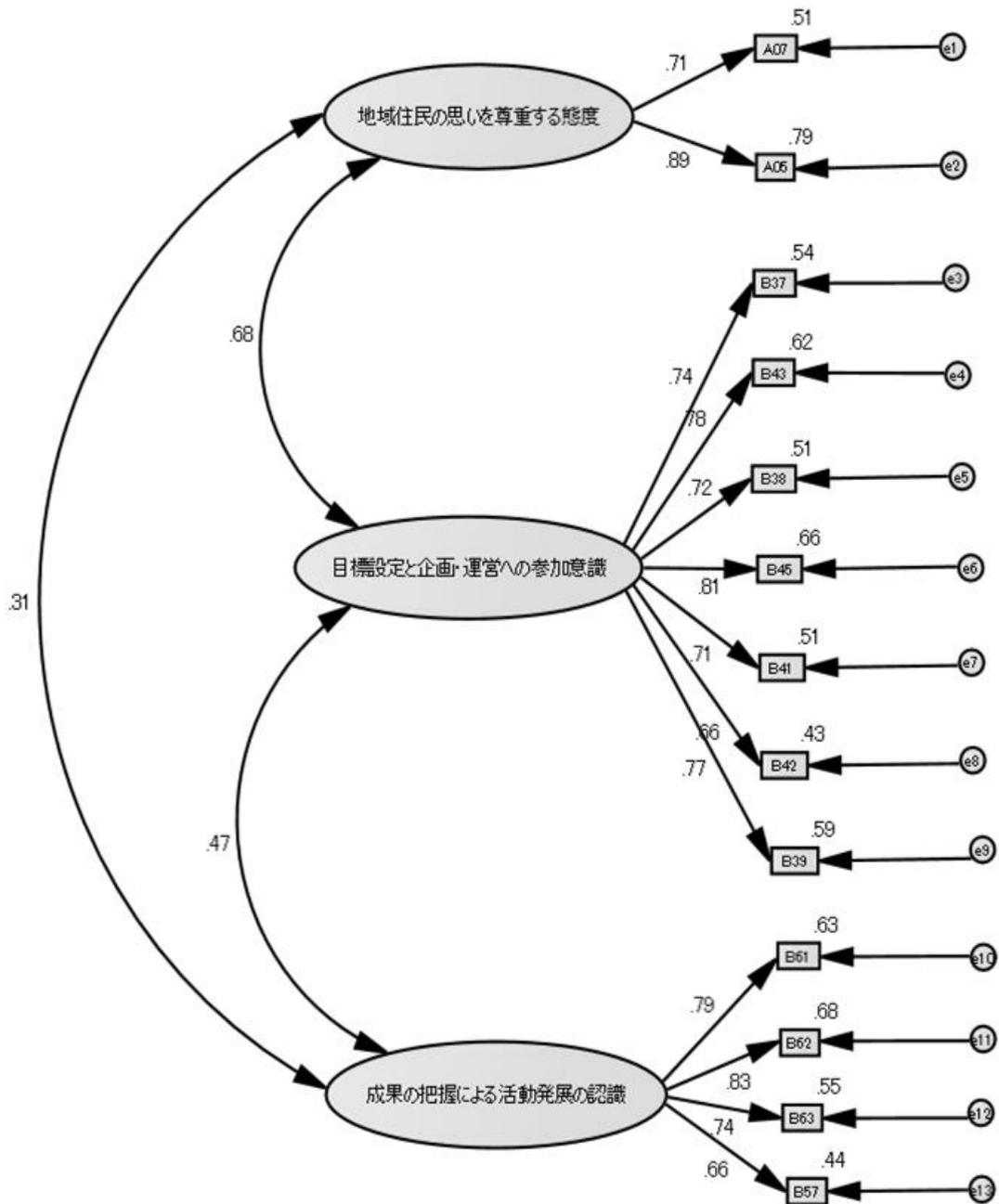


図7 確認的因子分析：構成概念【PDCAサイクルの活動実施の認識】

図 8 に示す構成概念【活動に対するやりがいの実感】の因子から項目へのパス係数と共分散はいずれも統計学的に有意であった ($p < .001$)。モデルの適合度は、 $\chi^2 = 17.792$ $df = 13$, $p = .166$, GFI = .993, AGFI = .984, CFI = .998, RMSEA = .023 であり, 統計的に許容できる範囲であった。

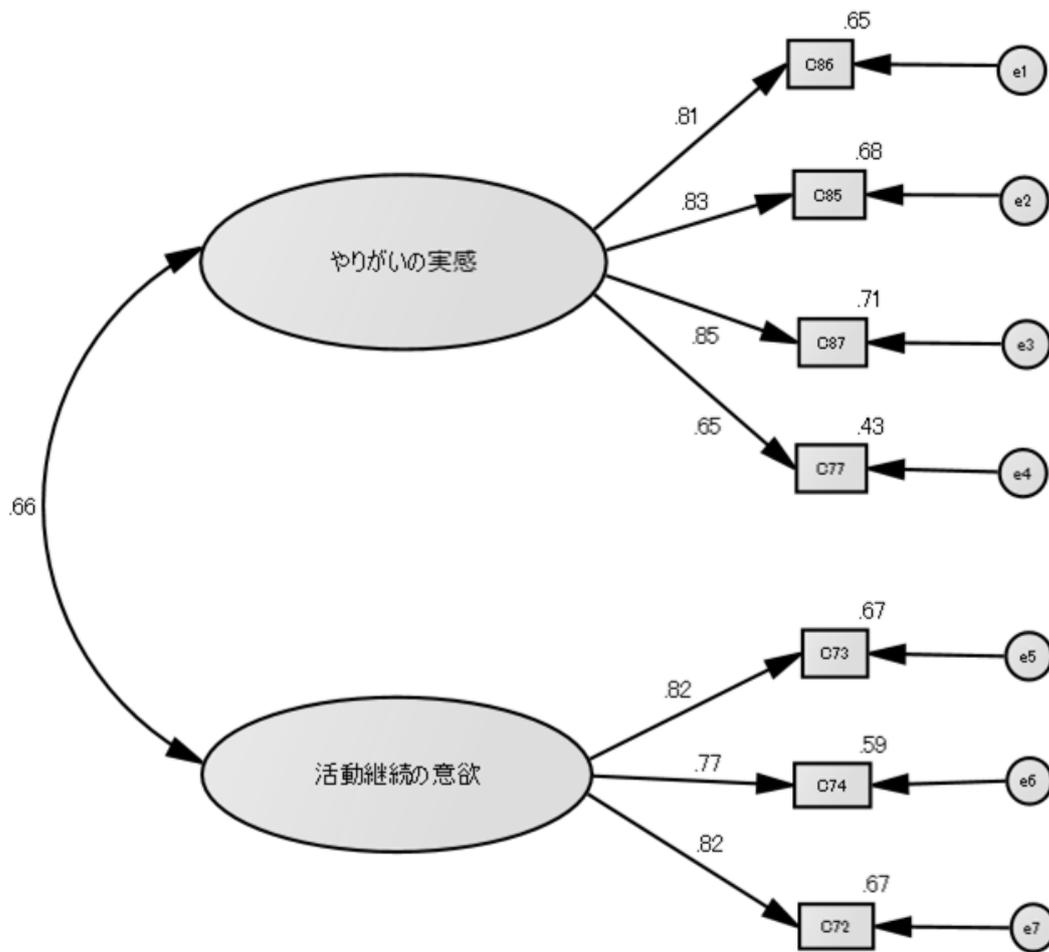


図 8 確認的因子分析：構成概念【活動に対するやりがいの実感】

図 9 に示す構成概念【暮らし続けたい地域という認識】の因子から項目へのパス係数はいずれも統計学的に有意であった ($p < .001$)。モデルの適合度は、 $\chi^2 = 2.657$, $df = 1$, $p = .103$, $GFI = .998$, $AGFI = .985$, $CFI = .998$, $RMSEA = .048$ であり、統計的に許容できる範囲であった。

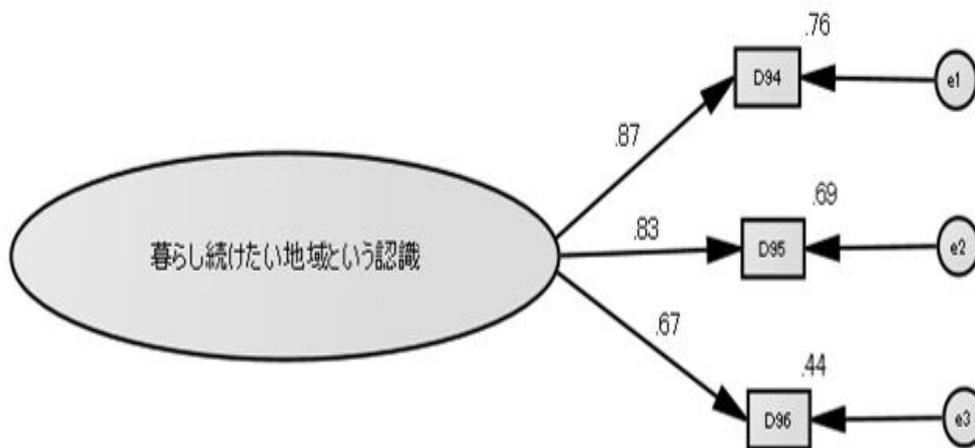


図 9 確認的因子分析：構成概念【暮らし続けたい地域という認識】

次に、確認的因子分析によって妥当性が確認された構成概念を用いて、共分散構造分析によりモデルの構成概念全体の妥当性の検討を行った (図 10)。構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】と【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【活動に対するやりがいの実感】の間に高い相関 (順に $r=0.90$, $r=0.88$) がみられ、図 4 の概念枠組みと同様の構造が確認された。さらに、図 4 で設定していなかった構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】と【活動に対するやりがいの実感】間にも高い相関 ($r=0.87$) がみられた。構成概念全体の適合度は、 $\chi^2 = 1494.605$, $df = 517$, $p < .001$, $GFI = .864$, $AGFI = .844$, $CFI = .916$, $RMSEA = .056$ であり、統計的に許容できる範囲であった。

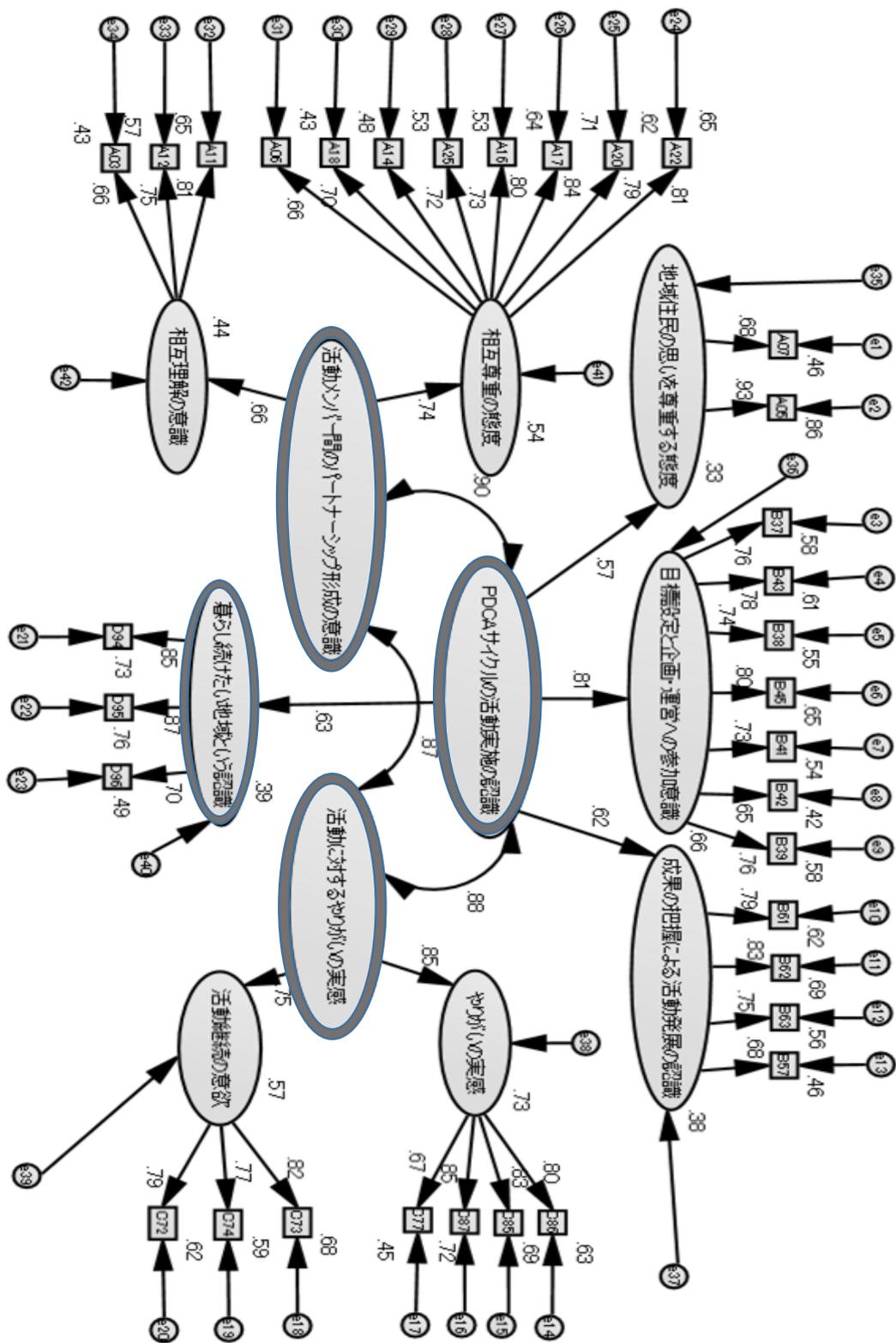


図 10 構成概念全体の妥当性の検討

6. 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性は、SF-8 得点、コロナ禍の活動の能動性、65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5 年間の差、65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の変動（上昇自治体・下降自治体）と評価指標得点の関連を検討した。なお、評価指標得点と SF-8 得点・コロナ禍の活動の能動性の関連は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の年齢差や活動に対する立場の違いから、2 つの集団をあわせた全ての対象者と、住民ボランティアと保健医療福祉従事者のそれぞれについて検討した。

1) 評価指標得点と SF-8 得点の関連

全ての対象者の評価指標得点と SF-8 得点の関連を表 12、住民ボランティアの関連を表 13、保健医療福祉従事者の関連を表 14 に示した。

(1) 全ての対象者

評価指標得点と SF-8 得点に正の相関を仮定した。評価指標総合点と「全体的健康感」・「身体機能」・「日常役割機能（身体）」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」で、相関係数は 0.15～0.29 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意 ($p < 0.001$) であった。

【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】得点と「全体的健康感」・「日常役割機能（身体）」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」で、相関係数は 0.15～0.23 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意 ($p < 0.001$) であった。

【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点と「全体的健康感」得点・「身体的サマリースコア」で、相関係数は順に 0.18, 0.15 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意 ($p < 0.001$) であった。

【活動に対するやりがいの実感】得点と「全体的健康感」・「日常役割機能（身体）」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」で、相関係数は 0.15～0.27 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意 ($p < 0.001$) であった。

【暮らし続けたい地域という認識】得点と「全体的健康感」・「活力」・「社会生活機能」・「心の健康」・「日常役割機能（精神）」得点及び「精神的サマリースコア」で、相関係数は 0.16～0.30 であり弱い正の関連が認められ統計

学的有意 ($p < 0.001$) であった。

以上のことより, 全ての対象者では概ね仮説を支持する結果であった。

表 12 評価指標得点と SF-8 得点の関連 (全ての対象者)

	全体的健康感 n=694	身体機能 n=695	日常役割 機能 (身体) n=695	体の痛み n=695	活力 n=695	社会生活機能 n=693	心の健康 n=695	日常役割 機能 (精神) n=695	身体的サマ リースコア n=692	精神的サマ リースコア n=692
評価指標総合点	0.29 ***	0.16 ***	0.15 ***	0.15 ***	0.16 ***	0.11 **	0.19 ***	0.12 **	0.18 ***	0.12 **
構成概念	活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識	0.23 ***	0.14 ***	0.15 ***	0.12 **	0.12 **	0.09 *	0.16 ***	0.12 **	0.15 ***
	PDCAサイクルの活動実施の認識	0.18 ***	0.13 **	0.10 *	0.11 **	0.08	0.08	0.07	0.04	0.15 ***
	活動に対するやりがいの実感	0.27 ***	0.12 **	0.15 ***	0.15 ***	0.20 ***	0.09 *	0.16 ***	0.12 **	0.18 ***
	暮らし続けたい地域という認識	0.29 ***	0.05	0.13 **	0.11 **	0.18 ***	0.16 ***	0.30 ***	0.21 ***	0.07

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

(2) 住民ボランティア

評価指標得点と SF-8 得点に正の相関を仮定した。評価指標総合点と「全体的健康感」・「身体機能」・「日常役割機能 (身体)」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」で, 相関係数は 0.15~0.31 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意(「日常役割機能 (身体)」は $p=0.002$, その他は $p < 0.001$) であった。

【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】得点と「全体的健康感」・「身体機能」・「日常役割機能 (身体)」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」で, 相関係数は 0.15~0.24 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意(「体の痛み」・「活力」は $p=0.001$, その他は $p < 0.001$) であった。

【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点と「全体的健康感」得点で相関係数は 0.22 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意 ($p < 0.001$) であった。

【活動に対するやりがいの実感】得点と「全体的健康感」・「身体機能」・「日常役割機能 (身体)」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的

サマリースコア」で、相関係数は 0.15～0.31 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（「身体機能」・「日常役割機能（身体）」は $p=0.001$, その他は $p < 0.001$ ）であった。

【暮らし続けたい地域という認識】得点と「全体的健康感」・「社会生活機能」・「心の健康」・「日常役割機能（精神）」得点及び「精神的サマリースコア」で、相関係数は 0.15～0.27 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（ $p < 0.001$ ）であった。

以上のことより、住民ボランティアでは概ね仮説を支持する結果であった。

表 13 評価指標得点と SF-8 得点の関連（住民ボランティア）

	全体的健康感 n=540	身体機能 n=541	日常役割 機能（身体） n=541	体の痛み n=541	活力 n=541	社会生活機能 n=539	心の健康 n=541	日常役割 機能（精神） n=541	身体的サマ リースコア n=538	精神的サマ リースコア n=538
評価指標総合点	0.31 ***	0.17 ***	0.15 **	0.17 ***	0.19 ***	0.14 **	0.22 ***	0.12 *	0.19 ***	0.14 ***
構成概念										
活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識	0.24 ***	0.18 ***	0.18 ***	0.15 **	0.15 **	0.14 **	0.18 ***	0.14 **	0.18 ***	0.12 *
PDCAサイクルの活動実施の認識	0.22 ***	0.11 *	0.07	0.10 *	0.10 *	0.08	0.10 *	0.05	0.12 **	0.06
活動に対するやりがいの実感	0.31 ***	0.15 **	0.15 **	0.17 ***	0.24 ***	0.11 *	0.20 ***	0.11 *	0.19 ***	0.13 **
暮らし続けたい地域という認識	0.27 ***	0.08	0.14 **	0.14 **	0.14 **	0.15 ***	0.26 ***	0.16 ***	0.11 *	0.21 ***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

(3) 保健医療福祉従事者

評価指標得点と SF-8 得点に正の相関を仮定した。評価指標総合点と「全体的健康感」得点で相関係数は 0.22 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（ $p=0.009$ ）であった。

【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】得点と「全体的健康感」得点の相関係数は 0.17 であり弱い正の関連が認められたが統計学的有意ではなかった。また、「身体機能」・「日常役割機能（身体）」・「体の痛み」・「活力」・「社会生活機能」・「心の健康」・「日常役割機能（精神）」得点及び「身体的サマリースコア」・「精神的サマリースコア」で、相関係数は-0.11～0.06

であり関連が認められなかった。

【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点と「全体的健康感」得点の相関係数は0.15であり弱い正の関連が認められたが統計学的有意ではなかった。また、「身体機能」・「日常役割機能（身体）」得点及び「身体的サマリースコア」で相関係数は順に0.18, 0.18, 0.17であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（順に $p=0.034, 0.033, 0.043$ ）であった。

【活動に対するやりがいの実感】得点と「全体的健康感」得点で相関係数は0.18であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（ $p=0.036$ ）であった。

【暮らし続けたい地域という認識】得点と「全体的健康感」・「活力」・「心の健康」・「日常役割機能（精神）」得点及び「精神的サマリースコア」で、相関係数は0.18～0.27であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（ $p=0.001\sim 0.038$ ）であった。

以上のことより、保健医療福祉従事者では評価指標得点は一部のSF-8の下位尺度得点と弱い正の関連を認めるにとどまり、仮説を支持する結果ではなかった。

表 14 評価指標得点と SF-8 得点の関連（保健医療福祉従事者）

	全体的健康感 n=142	身体機能 n=142	日常役割 機能（身体） n=142	体の痛み n=142	活力 n=142	社会生活機能 n=142	心の健康 n=142	日常役割 機能（精神） n=142	身体的サマ リースコア n=142	精神的サマ リースコア n=142
評価指標総合点	0.22**	0.10	0.13	0.10	0.08	0.03	0.12	0.11	0.14	0.08
活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識	0.17	0.01	0.02	0.02	-0.01	-0.11	0.02	0.02	0.06	-0.03
PDCAサイクルの活動実施の認識	0.15	0.18*	0.18*	0.11	0.09	0.12	0.14	0.08	0.17*	0.08
活動に対するやりがいの実感	0.18*	0.02	0.11	0.09	0.05	-0.01	0.04	0.10	0.12	0.03
暮らし続けたい地域という認識	0.27**	0.05	0.13	0.07	0.18*	0.11	0.26**	0.24**	0.05	0.24**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

2) 評価指標得点とコロナ禍の活動の能動性の関連

評価指標得点とコロナ禍の活動の能動性の関連を表 15 に示した。

評価指標得点とコロナ禍の活動の能動性に正の相関を仮定した。評価指標総

合点とコロナ禍の活動の能動性で、全ての対象者・住民ボランティア・保健医療福祉従事者の相関係数は順に 0.08, 0.08, 0.10 であり関連が認められなかった。

【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点とコロナ禍の活動の能動性では、全ての対象者と住民ボランティアの相関係数は順に 0.15, 0.16 であり弱い正の関連が認められ統計学的有意（順に $p < 0.001$, $p = 0.001$ ）であった。

【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】得点とコロナ禍の活動の能動性で、全ての対象者・住民ボランティア・保健医療福祉従事者の相関係数は順に 0.05, 0.06, 0.07 であり関連が認められなかった。また、【活動に対するやりがいの実感】得点とコロナ禍の活動の能動性で、全ての対象者・住民ボランティア・保健医療福祉従事者の相関係数は順に -0.01, -0.01, 0.02, 【暮らし続けたい地域という認識】得点とコロナ禍の活動の能動で、全ての対象者・住民ボランティア・保健医療福祉従事者の相関係数は順に -0.03, -0.04, -0.02 であり関連が認められなかった。

以上のことより、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】で全ての対象者と住民ボランティアが弱い正の関連を認めるにとどまり、仮説を支持する結果ではなかった。

表 15 評価指標得点とコロナ禍の活動の能動性の関連

	全ての対象者 n=645	住民ボラン ティア n=520	保健医療福祉 従事者 n=124	
評価指標総合点	0.08	0.08	0.10	
構成概念	活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識	0.05	0.06	0.07
	PDCAサイクルの活動実施の認識	0.15 ***	0.16 **	0.16
	活動に対するやりがいの実感	-0.01	-0.01	0.02
	暮らし続けたい地域という認識	-0.03	-0.04	-0.02

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

- 3) 評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5 年間の差及び 65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の

変動（上昇自治体・下降自治体）の関連

評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5 年間の差及び 65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の変動（上昇自治体・下降自治体）の関連を表 16 に示した。

評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率の 5 年間の差及び 65 歳以上要介護認定率の 5 年間の変動に負の相関を仮定した。評価指標総合点・4 つの構成概念得点と 65 歳以上要介護認定率の 5 年間の差の相関係数は-0.06~0.03 であり関連が認められなかった。評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率の 5 年間の変動の相関係数は順に-0.08~-0.02 であり関連がみとめられなかった。以上のことより、仮説を支持する結果ではなかった。

評価指標得点と 65 歳以上新規要介護認定率の 5 年間の差に負の相関を仮定した。評価指標総合点・4 つの構成概念得点と 65 歳以上新規要介護認定率の 5 年間の差の相関係数は-0.00~0.00 であり関連が認められなかった。以上のことより、仮説を支持する結果ではなかった。

評価指標得点と介護保険料基準額の 5 年間の差に負の相関を仮定した。評価指標総合点・4 つの構成概念得点と介護保険料基準額の 5 年間の差の相関係数は-0.02~0.04 であり関連が認められなかった。以上のことより、仮説を支持する結果ではなかった。

表 16 評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5 年間の差及び 65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の変動（上昇自治体・下降自治体）の関連

		n=735			
		65歳以上 要介護認定率 の5年間の差	65歳以上 要介護認定率 変動（下降 群・上昇群）	65歳以上新規 要介護認定率 の5年間の差	介護保険料 基準額の5年 間の差
評価指標総合点		-0.02	-0.03	0.00	-0.01
構成概念	活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識	0.03	0.04	-0.01	-0.01
	PDCAサイクルの活動実施の認識	-0.06	-0.08 *	0.00	-0.04
	活動に対するやりがいの実感	-0.02	-0.03	0.00	0.04
	暮らし続けたい地域という認識	-0.01	-0.02	0.00	-0.02

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

65歳以上要介護認定率上昇群はA県b町・A県f市・A県i町・B県m町・A県k市・A県l市、下降群はA県a市・A県c市・A県d市・A県e町・A県g町・A県g町・A県j市・C県n町・D県o町

7. 評価指標の活用可能性の検討

評価指標の活用可能性を検討するため、評価指標全体・構成概念・因子と、対象者の年代・性別・ボランティアや地域活動への参加の有無・地域の役割の有無・活動での役割・活動歴・活動の形態・活動段階との関連を t 検定及び一元配置分散分析と Tukey 法による多重比較で確認した。有意な差がみられた結果は以下のとおりであった。

1) 評価指標全体及び構成概念と基本属性の関連

評価指標全体及び構成概念と基本属性の関連を表 17 に示した。年代を 5 群に分けて比較した結果、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点は 40 歳未満が 70 歳以上より有意に高く、年齢が低いほうに得点が高い傾向が示された。また、構成概念【暮らし続けたい地域という認識】得点は 70 歳以上が他の年代より有意に高く、年齢が高いほうに得点が高い傾向が示された。ボランティアや地域活動への参加の有無と地域の役割の有無の比較では、ボランティアや地域活動へ参加した経験がある人と地域の役割を持っている人の得点は、参加経験がない人と役割を持っていない人よりも評価指標全体と構成概念全てで有意に高かった。

活動での役割の比較では、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点は、保健医療福祉従事者が住民ボランティアより有意に高かった。また、構成概念【暮らし続けたい地域という認識】得点は住民ボランティアが保健医療福祉従事者より有意に高かった。活動歴を 3 群に分けて比較した結果、構成概念【活動に対するやりがいの実感】得点は 10 年以上が 0～2 年未満、2～4 年未満、4～10 年未満より有意に高く、活動を 10 年以上と長く継続した人に得点が高い傾向がみられた。活動段階では、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点は、第 4 段階が第 1 段階と第 2 段階より有意に高かった。また、構成概念【暮らし続けたい地域という認識】得点は第 4 段階が第 3 段階より有意に高く、評価指標得点は第 4 段階が第 1 段階より有意に高かった。このように、活動の段階が進んでいるほうに得点が高い傾向がみられた。

2) 構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の因子と基本属性の関連

構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の因子と基本属性

の関連を表 18 に示した。年代では、《相互理解の意識》因子得点は、70 歳以上の人が 40 歳未満、40～50 歳未満、50～60 歳未満の人より有意に高かった。また、60～70 歳未満の人が 40 歳未満の人より有意に高かった。このように、60 歳以上の人は 60 歳未満の人より相互理解できている傾向がみられた。性別では、《相互尊重の態度》因子得点は、女性が男性より有意に高かった。ボランティアや地域活動への参加の有無では、《相互理解の意識》因子得点は、参加している人が参加していない人より有意に高かった。地域の役割の有無では、《相互理解の意識》因子得点は、役割をもっている人が持っていない人より有意に高かった。このように、ボランティア活動や地域の役割をもった経験のある人がない人より相互理解できている傾向がみられた。

活動での役割では、《相互理解の意識》因子得点は、住民ボランティアが保健医療福祉従事者より有意に高かった。活動歴では、《相互理解の意識》因子得点は、2～4 年未満、4～10 年未満、10 年以上が 0～2 年未満より有意に高く、2 年以上活動を継続している人が 2 年未満の人より相互理解できている傾向がみられた。

活動形態では、《相互尊重の態度》因子得点は、混合型のほうが運動型より有意に高かった。

表 17 評価指標全体及び構成概念と基本属性の関連

項目	人数	構成概念1：活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識				構成概念2：PDCAサイクルの活動実施の認識		構成概念3：活動に対するやりがいの実感		構成概念4：暮らし続けた地域という認識		指標全体
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差			
		735										
年代 ^{a)}	40歳未満	50	4.00 ± 0.41	4.00 ± 0.41	4.05 ± 0.42	3.72 ± 0.44	3.99 ± 0.34					
	40～50歳未満	55	3.98 ± 0.47	3.96 ± 0.38	4.11 ± 0.52	3.78 ± 0.62	3.98 ± 0.35					
	50～60歳未満	46	4.02 ± 0.51	3.95 ± 0.56	* 4.17 ± 0.50	3.73 ± 0.63	4.00 ± 0.45					
	60～70歳未満	139	4.11 ± 0.45	3.78 ± 0.51	4.04 ± 0.50	3.79 ± 0.67	3.94 ± 0.41					
	70歳以上	429	4.08 ± 0.51	3.78 ± 0.51	4.13 ± 0.50	4.09 ± 0.59	4.00 ± 0.44					
性別 ^{b)}	男性	171	4.01 ± 0.49	3.83 ± 0.53	4.08 ± 0.55	3.90 ± 0.59	3.96 ± 0.45					
	女性	546	4.09 ± 0.49	3.83 ± 0.49	4.12 ± 0.48	3.98 ± 0.63	3.99 ± 0.41					
ボランティアや地域活動への参加の有無 ^{b)}	なし	151	3.98 ± 0.49	3.73 ± 0.54	4.00 ± 0.48	3.85 ± 0.68	3.87 ± 0.42					
	あり	533	4.11 ± 0.49 **	3.86 ± 0.49 **	4.15 ± 0.51 **	4.00 ± 0.60 **	4.02 ± 0.42 ***					
地域の役割の有無 ^{b)}	なし	252	4.02 ± 0.50	3.77 ± 0.50	4.04 ± 0.48	3.89 ± 0.63	3.92 ± 0.41					
	あり	423	4.10 ± 0.48 *	3.86 ± 0.50 *	4.15 ± 0.51 **	4.00 ± 0.61 *	4.02 ± 0.42 **					
活動での役割 ^{b)}	ボランティア	574	4.09 ± 0.50 *	3.79 ± 0.52	4.11 ± 0.51	4.02 ± 0.62 ***	3.99 ± 0.43					
	保健医療福祉従事者	147	3.99 ± 0.44	3.96 ± 0.43 ***	4.09 ± 0.46	3.70 ± 0.56	3.97 ± 0.36					
活動歴 ^{a)}	0～2年未満	74	3.95 ± 0.51	3.83 ± 0.51	3.92 ± 0.55	3.85 ± 0.68	3.89 ± 0.46					
	2～4年未満	228	4.10 ± 0.45	3.85 ± 0.49	4.10 ± 0.50 *	3.94 ± 0.60	4.00 ± 0.38					
	4～10年未満	262	4.11 ± 0.49	3.81 ± 0.51	4.14 ± 0.51 **	3.97 ± 0.62	4.00 ± 0.42					
	10年以上	113	4.09 ± 0.50	3.84 ± 0.51	4.19 ± 0.44 **	4.07 ± 0.60	4.03 ± 0.41					
活動の形態 ^{a)}	集い型	194	4.07 ± 0.52	3.88 ± 0.47	4.11 ± 0.49	3.98 ± 0.67	4.02 ± 0.40					
	運動型	237	4.05 ± 0.48	3.76 ± 0.51	4.08 ± 0.48	3.91 ± 0.65	3.93 ± 0.42					
	集いと運動の混合型	243	4.13 ± 0.46	3.84 ± 0.52	4.15 ± 0.53	3.99 ± 0.60	4.02 ± 0.42					
活動段階 ^{a)}	第一段階：活動に関わる人による何を指すかや活動のイメージの共有	146	4.01 ± 0.52	3.74 ± 0.49	4.04 ± 0.47	3.93 ± 0.63	3.91 ± 0.42					
	第二段階：知恵を出し合い計画をつくり役割分担をした活動	307	4.10 ± 0.45	3.80 ± 0.50	4.10 ± 0.51	3.94 ± 0.60	3.98 ± 0.41					
	第三段階：活動に参加する人の数や活動の効果などの評価	87	4.10 ± 0.51	3.90 ± 0.49	** 4.14 ± 0.52	3.86 ± 0.69	4.02 ± 0.41					
	第四段階：活動の発展と他地域（地区）への波及	129	4.14 ± 0.51	3.99 ± 0.52	4.19 ± 0.50	4.11 ± 0.63	4.10 ± 0.43					

a)一元配置分散分析,多重比較 (Tukeyの方法) b) t検定 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 18 構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の因子と基本属性の関連

項目	人数	因子1：相互尊重の態度	因子2：相互理解の意識
	735	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差
年代 ^{a)}	40歳未満	50 4.14 ± 0.46	3.67 ± 0.58
	40～50歳未満	55 4.06 ± 0.52	3.78 ± 0.59
	50～60歳未満	46 4.10 ± 0.58	3.77 ± 0.60
	60～70歳未満	139 4.14 ± 0.50	4.01 ± 0.56
	70歳以上	429 4.07 ± 0.60	4.10 ± 0.53
性別 ^{b)}	男性	171 4.01 ± 0.57	4.02 ± 0.55
	女性	546 4.12 ± 0.56 *	4.00 ± 0.57
ボランティアや地域活動への参加の有無 ^{b)}	なし	151 4.04 ± 0.58	3.84 ± 0.58
	あり	533 4.11 ± 0.57	4.06 ± 0.55 ***
地域の役割の有無 ^{b)}	なし	252 4.06 ± 0.57	3.93 ± 0.60
	あり	423 4.11 ± 0.57	4.05 ± 0.53 *
活動での役割 ^{b)}	ボランティア	574 4.09 ± 0.58	4.08 ± 0.53 ***
	保健医療福祉従事者	147 4.09 ± 0.50	3.71 ± 0.61
活動歴 ^{a)}	0～2年未満	74 4.05 ± 0.58	3.69 ± 0.64
	2～4年未満	228 4.10 ± 0.53	4.06 ± 0.51
	4～10年未満	262 4.12 ± 0.56	4.04 ± 0.54
	10年以上	113 4.10 ± 0.58	4.10 ± 0.54
活動の形態 ^{a)}	集い型	194 4.10 ± 0.61	3.99 ± 0.56
	運動型	237 4.04 ± 0.57	4.04 ± 0.51
	集いと運動の混合型	243 4.17 ± 0.49 *	4.02 ± 0.59
活動段階 ^{a)}	第一段階：活動に関わる人による何を指すかや活動のイメージの共有	146 4.03 ± 0.61	3.95 ± 0.54
	第二段階：知恵を出し合い計画をつくり役割分担をした活動	307 4.13 ± 0.51	4.01 ± 0.57
	第三段階：活動に参加する人の数や活動の効果などの評価	87 4.13 ± 0.59	4.03 ± 0.58
	第四段階：活動の発展と他地域（地区）への波及	129 4.14 ± 0.60	4.11 ± 0.54

a)一元配置分散分析,多重比較 (Tukeyの方法) b) t検定
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3) 構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】の因子と基本属性の関連

構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】の因子と基本属性の関連を表 19 に示した。年代では、《成果の把握による活動発展の認識》因子得点は、40 歳未満の人が 70 歳以上の人より有意に高かった。また、40～50 歳未満の人が 60～70 歳未満、70 歳以上の人より有意に高かった。このように、50 歳未満の人が 60 歳以上の人より得点が高い傾向がみられた。ボランティアや地域活動への参加の有無と地域の役割の有無では、《目標設定と企画・運営への参加意識》因子得点は、ボランティアや地域活動へ参加した経験がある人と地域の役割を持っている人の得点は、参加経験や役割を持っていない人よりも有意に高かった。活動での役割では、《地域住民の思いを尊重する態度》因子得点と《目標設定と企画・運営への参加意識》因子得点は、保健医療福祉従事者のほうが住民ボランティアより有意に高かった。

活動形態では、《目標設定と企画・運営への参加意識》因子得点は、集い型のほうが運動型より高かった。活動段階では、《目標設定と企画・運営への参加意識》因子得点は、第 4 段階が第 1 段階・第 2 段階より有意に高かった。また、《成果の把握による活動発展の認識》因子得点は、第 4 段階が第 1 段階・第 2 段階より有意に高く、第 3 段階が第 2 段階・第 1 段階より有意に高かった。このように、第 3 段階・第 4 段階と活動の段階が進んでいるほうに得点が高い傾向がみられた。

4) 構成概念【活動に対するやりがいの実感】の因子と基本属性の関連

構成概念【活動に対するやりがいの実感】の因子と基本属性の関連を表 20 に示した。ボランティアや地域活動への参加の有無と地域の役割の有無では、《やりがいの実感》因子得点は、ボランティアや地域活動へ参加した経験がある人と地域の役割を持っている人の得点は、参加経験や役割を持っていない人よりも有意に高かった。

活動歴では、《やりがいの実感》因子得点は、10 年以上が 2～4 年未満と 0～2 年未満より有意に高かった。また、4～10 年未満が 0～2 年未満より有意に高く、2～4 年未満が 0～2 年未満より有意に高かった。このように、2 年以上活動を継続している人が 2 年未満の人よりやりがいを実感している傾向がみられた。

表 19 構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】の因子と基本属性の関連

項目	人数	因子3：地域住民の思いを尊重する態度		因子4：目標設定と企画・運営への参加意識		因子5：成果の把握による活動発展の認識	
		平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差	平均値±標準偏差		
	735						
年代 ^{a)}	40～50歳未満	50	3.58 ± 0.76	3.91 ± 0.51	4.37 ± 0.46	***	
	50～60歳未満	55	3.48 ± 0.75	3.84 ± 0.44	4.41 ± 0.47		
	60～70歳未満	46	3.53 ± 0.97	3.93 ± 0.60	4.19 ± 0.71		
	70歳以上	139	3.30 ± 0.98	3.74 ± 0.56	4.11 ± 0.59		
性別 ^{b)}	男性	429	3.23 ± 0.97	3.76 ± 0.60	4.08 ± 0.52		
	女性	171	3.30 ± 0.95	3.76 ± 0.58	4.19 ± 0.57		
ボランティアや地域活動への参加の有無 ^{b)}	なし	546	3.31 ± 0.95	3.79 ± 0.58	4.12 ± 0.55		
	あり	151	3.26 ± 0.98	3.66 ± 0.61	4.07 ± 0.57		
地域の役割の有無 ^{b)}	なし	533	3.33 ± 0.94	3.83 ± 0.57	4.17 ± 0.55	**	
	あり	252	3.27 ± 0.96	3.71 ± 0.63	4.11 ± 0.54		
活動での役割 ^{b)}	ボランティア	423	3.33 ± 0.94	3.83 ± 0.54	4.15 ± 0.56	*	
	保健医療福祉従事者	147	3.56 ± 0.80	3.85 ± 0.50	4.35 ± 0.48	***	
活動歴 ^{a)}	0～2年未満	574	3.24 ± 0.97	3.77 ± 0.60	4.08 ± 0.56		
	2～4年未満	147	3.56 ± 0.80	3.85 ± 0.50	4.35 ± 0.48	***	
	4～10年未満	74	3.41 ± 0.94	3.80 ± 0.58	4.13 ± 0.50		
	10年以上	228	3.40 ± 0.92	3.77 ± 0.60	4.16 ± 0.54		
活動の形態 ^{a)}	集い型	262	3.23 ± 0.97	3.79 ± 0.56	4.13 ± 0.60		
	運動型	113	3.27 ± 0.96	3.83 ± 0.59	4.12 ± 0.54		
	集いと運動の混合型	194	3.31 ± 0.90	3.89 ± 0.57	4.13 ± 0.55	**	
活動段階 ^{a)}	第一段階：活動に関わる人による何を指すかや活動のイメージの共有	237	3.25 ± 1.01	3.71 ± 0.57	4.10 ± 0.55	**	
	第二段階：知恵を出し合い計画をつくり役割分担をした活動	243	3.37 ± 0.92	3.78 ± 0.59	4.16 ± 0.58		
	第三段階：活動に参加する人の数や活動の効果などの評価	146	3.24 ± 1.04	3.72 ± 0.51	4.02 ± 0.56	**	
	第四段階：活動の発展と他地域（地区）への波及	307	3.28 ± 0.95	3.76 ± 0.59	4.10 ± 0.53	***	
		87	3.40 ± 0.88	3.83 ± 0.55	4.28 ± 0.56	*	
		129	3.43 ± 0.90	3.94 ± 0.63	4.29 ± 0.55	***	

a)一元配置分散分析,多重比較 (Tukeyの方法) b) t検定
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表 20 構成概念【活動に対するやりがいの実感】の因子と基本属性の関連

項目		人数	因子6：やりがいの実感		因子7：活動継続の意欲		
		735	平均値±標準偏差		平均値±標準偏差		
年代 ^{a)}	40歳未満	50	3.86	± 0.51	4.32	± 0.44	
	40～50歳未満	55	3.95	± 0.60	4.32	± 0.53	
	50～60歳未満	46	3.96	± 0.62	4.46	± 0.49	
	60～70歳未満	139	3.90	± 0.60	4.22	± 0.53	
	70歳以上	429	4.04	± 0.60	4.24	± 0.52	
性別 ^{b)}	男性	171	3.93	± 0.65	4.27	± 0.54	
	女性	546	4.01	± 0.57	4.26	± 0.50	
ボランティアや地域活動への参加の有無 ^{b)}	なし	151	3.83	± 0.56	4.24	± 0.51	
	あり	533	4.04	± 0.60	***	4.28 ± 0.52	
地域の役割の有無 ^{b)}	なし	252	3.91	± 0.58		4.22 ± 0.49	
	あり	423	4.03	± 0.60	*	4.29 ± 0.53	
活動での役割 ^{b)}	ボランティア	574	4.01	± 0.60		4.24 ± 0.52	
	保健医療福祉従事者	147	3.91	± 0.56		4.34 ± 0.50	
活動歴 ^{a)}	0～2年未満	74	3.72	± 0.63		4.18 ± 0.58	
	2～4年未満	228	3.96	± 0.58		4.28 ± 0.52	
	4～10年未満	262	4.02	± 0.60		***	4.28 ± 0.52
	10年以上	113	4.16	± 0.53		*	4.23 ± 0.47
活動の形態 ^{a)}	集い型	194	4.00	± 0.59		4.26 ± 0.51	
	運動型	237	3.94	± 0.57		4.26 ± 0.49	
	集いと運動の混合型	243	4.03	± 0.64		4.28 ± 0.55	
活動段階 ^{a)}	第一段階：活動に関わる人による何を指すかや活動のイメージの共有	146	3.91	± 0.57		4.21 ± 0.46	
	第二段階：知恵を出し合い計画をつくり役割分担をした活動	307	3.98	± 0.62		4.25 ± 0.53	
	第三段階：活動に参加する人の数や活動の効果などの評価	87	*4.01	± 0.61		4.32 ± 0.53	
	第四段階：活動の発展と他地域（地区）への波及	129	4.08	± 0.58		4.35 ± 0.54	

a) 一元配置分散分析, 多重比較 (Tukeyの方法) b) t検定
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

8. 信頼性の検討

探索的因子分析後の評価指標全体・構成概念・因子と項目間の内的整合性を表 21 に示した。Cronbach α は, 評価指標全体が.94, 構成概念が.83～.89, 因子が.77～.91 であった。

表 21 探索的因子分析後の評価指標と信頼性係数

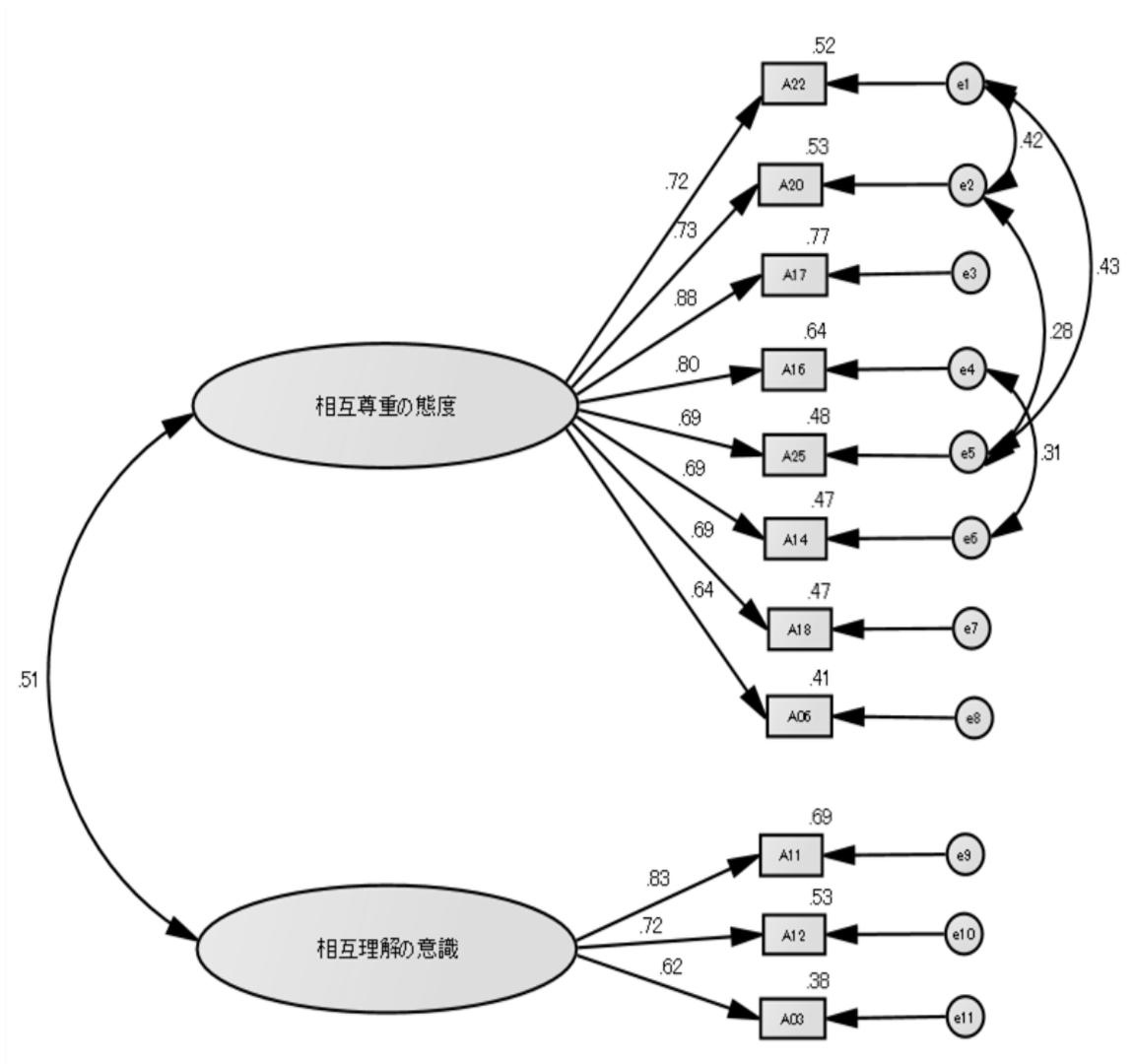
住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくりの実態評価指標 (34項目)	活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識 (11項目)	相互尊重の態度 (8項目) $\alpha = .910$ $M = 4.09$ $SD = 0.56$		
		1. 活動メンバーは互いの活動への思いに共感して活動している		
		2. 活動メンバーはよい雰囲気の中で活動することを大切にしている		
		3. 活動メンバーは互いの頑張りを認め合っている		
		4. 活動メンバーは互いの活動に敬意をはらっている		
		5. 活動メンバーは目指す活動に向けて協力している		
		6. 活動メンバーは対等な関係で活動している		
		7. 活動メンバーは互いの活動への考え方に違いがあることを認め合っている		
		8. 活動メンバーは活動に関する活動を活動メンバー同士で合意して決めている		
		相互理解の意識 (3項目) $\alpha = .768$ $M = 4.00$ $SD = 0.57$		
		9. 私は活動での活動メンバー各自の役割を理解している		
10. 私は活動についての活動メンバー各自の考え方を理解している				
11. 私は活動について活動メンバーに自由に意見をいうことができている				
PDCAサイクルの活動実施の認識 (13項目)	地域住民の思いを尊重する態度 (2項目) $\alpha = .776$ $M = 3.32$ $SD = 0.94$			
	12. 活動メンバーは活動するときに地域住民の意見を大切にしている			
	13. 活動メンバーは活動に関する活動を地域住民と合意して決めている			
	目標設定と企画・運営への参加意識 (7項目) $\alpha = .893$ $M = 3.80$ $SD = 0.58$			
	14. 活動メンバーは地域住民の生活・健康を良くする活動を目指している			
	15. 活動メンバーは活動に関わる全ての人にとって得るものがある活動にしたいと考えている			
	16. 活動メンバーは地域住民の生活・健康の問題を改善する活動の内容を考えている			
	17. 活動メンバーは地域住民の要望に応える活動の内容を考えている			
	18. 活動メンバーは活動によって何をめざすかを時々確認するようにしている			
	19. 活動メンバーは他地区や他自治体の活動を参考にしている			
	20. 活動メンバーは活動内容に地域住民の要望をふまえている			
成果の把握による活動発展の認識 (4項目) $\alpha = .840$ $M = 4.14$ $SD = 0.55$				
21. 私は活動の成果を地域住民が知ることに意味があると思う				
22. 私は活動を地域住民が知ることで活動への協力が得られやすくなると思う				
23. 私は活動を評価することによって新たな活動につなげることができると思う				
24. 私は活動に成果がみられることで地域住民同士の交流が広がると思う				
活動に対するやりがいの実感 (7項目)	やりがいの実感 (4項目) $\alpha = .861$ $M = 3.99$ $SD = 0.60$			
	25. 私は活動の中で感動を覚えることがある			
	26. 私は活動に対してやりがいを感じている			
	27. 私は活動を通して活動への意欲がより高まっていると感じている			
	28. 私は活動を通して自分が元気になったと感じている			
	活動継続の意欲 (3項目) $\alpha = .841$ $M = 4.27$ $SD = 0.52$			
	29. 私は繰り返し活動することが活動をより良くすると思う			
	30. 私は試行錯誤しながら活動することが活動をより良くすると思う			
	31. 私は行きつ戻りつしながらも活動を続けることが大事だと思う			
	暮らし続けたい地域という認識 (3項目)	暮らし続けたい地域という認識 (3項目) $\alpha = .829$ $M = 3.95$ $SD = 0.62$		
		32. 私は自分の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができるところだと思う		
33. 私は自分の住む地域は安心して暮らすことができるところだと思う				
34. 私は自分の住む地域で暮らし続けたいと思う				

9. 住民ボランティアと保健医療福祉従事者の差異の検討

住民ボランティアと保健医療福祉従事者は地域保健活動に関する知識・経験・立場が異なると考えられた。よって、異なる集団間の回答傾向の差を確認するために、各構成概念と構成概念全体の多母集団同時分析を行った。

図 11 に示す構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の全てのパス係数と共分散は有意で、モデルの適合度は、 $\chi^2 = 171.784$, $df = 78$, $p < .001$, GFI = .952, AGFI = .919, CFI = .975, RMSEA = .043 であり、統計的に許容できる範囲であった。

住民ボランティア



保健医療福祉従事者

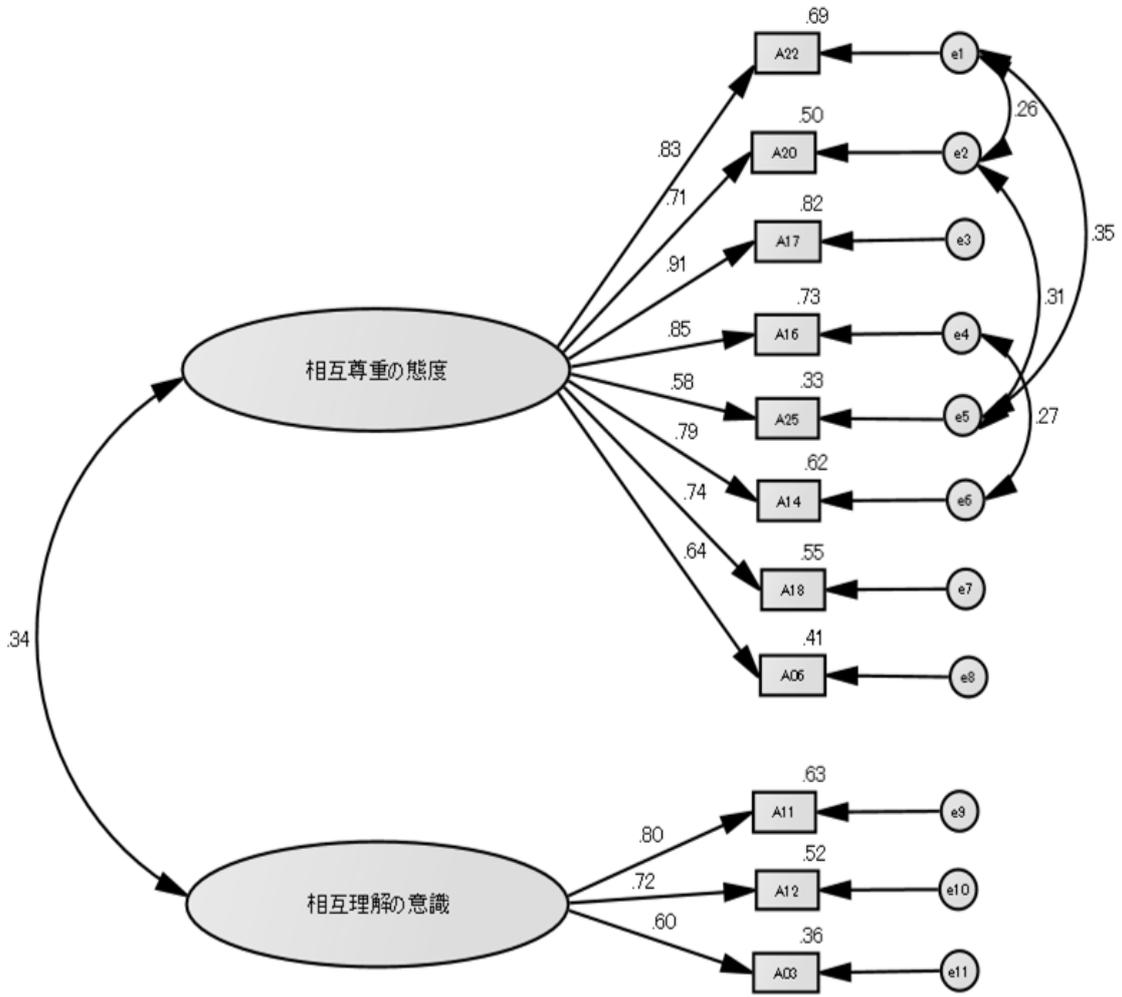
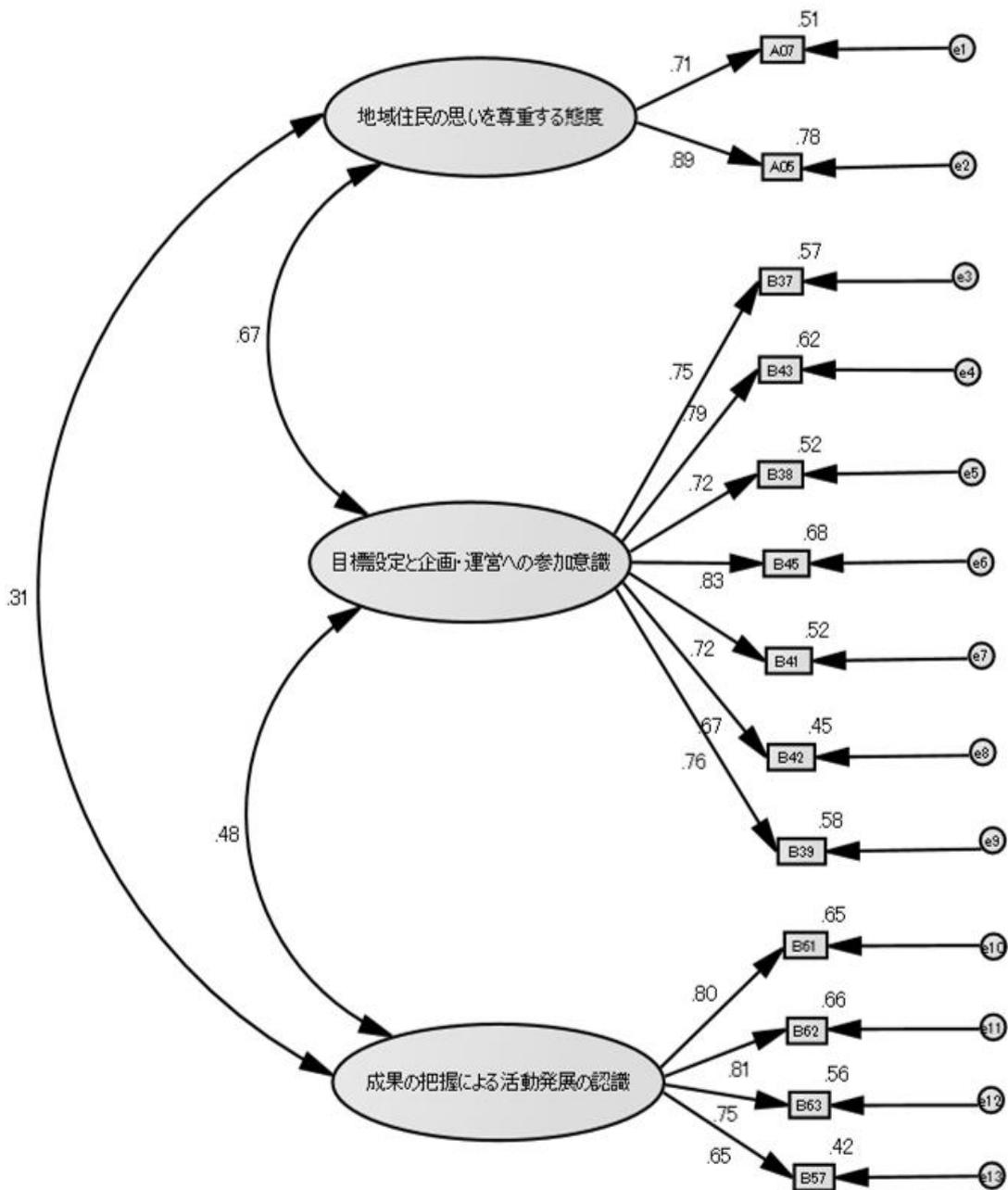


図 11 多母集団同時分析:構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】

図 12 に示す構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】の全てのパス係数と共分散は有意で、モデルの適合度は、 $\chi^2 = 298.476$, $df = 124$, $p < .001$, GFI = .933, AGFI = .902, CFI = .956, RMSEA = .047 であり、統計的に許容できる範囲であった。

住民ボランティア



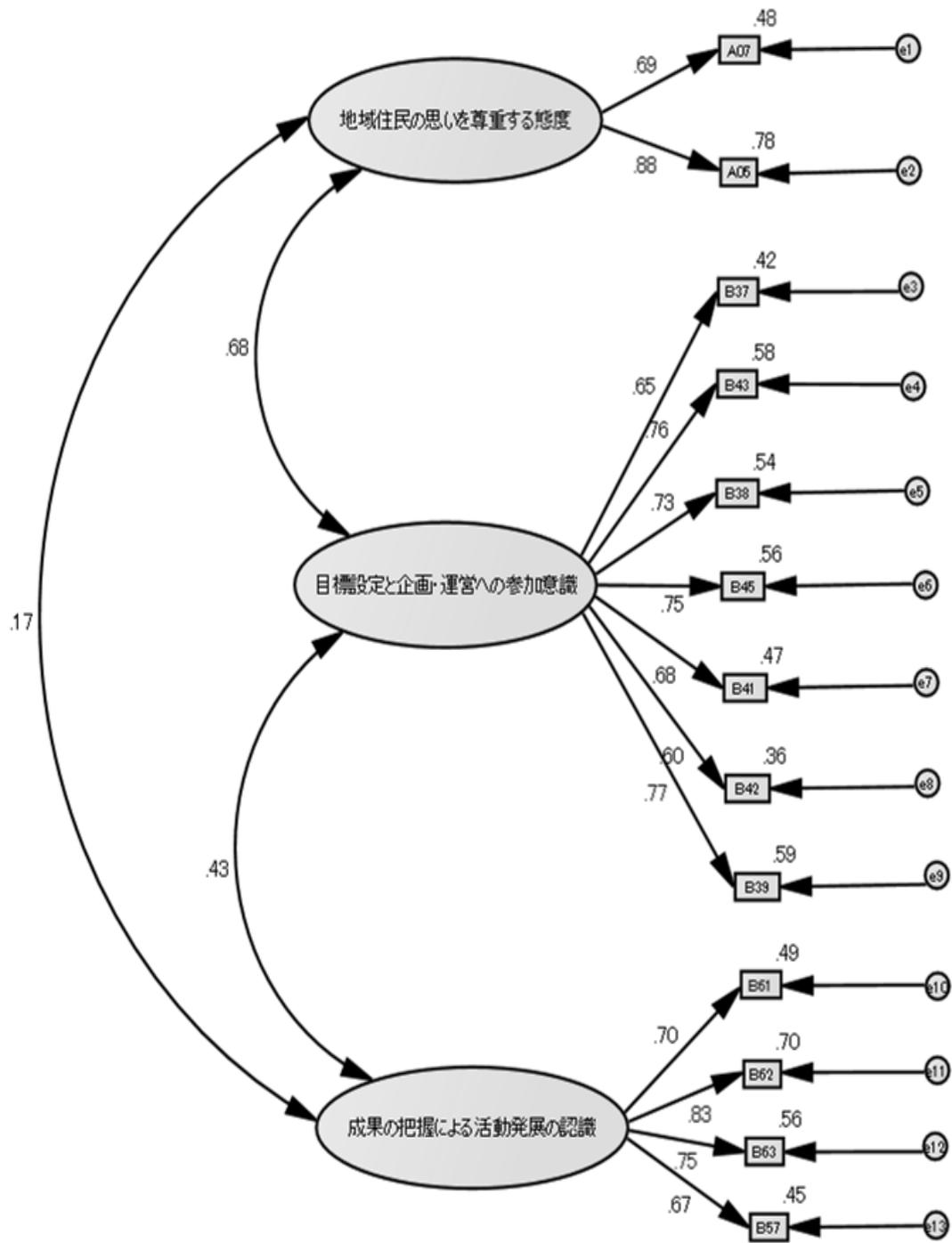
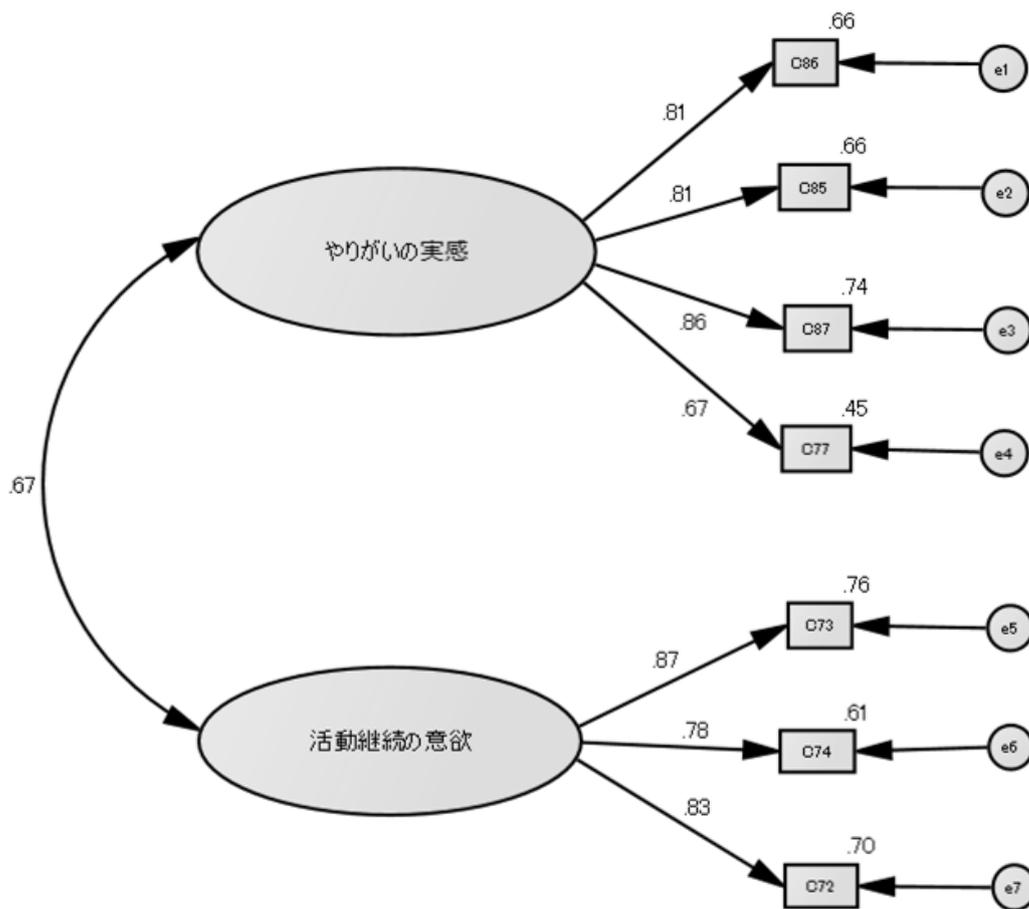


図 12 多母集団同時分析：構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】

図 13 に示す構成概念【活動に対するやりがいの実感】の全てのパス係数と共分散は有意で, モデルの適合度は, $\chi^2 = 32.938$, $df = 164$, $p = .164$, GFI = .986, AGFI = .971, CFI = .997, RMSEA = .020 であり, 統計的に許容できる範囲であった.

住民ボランティア



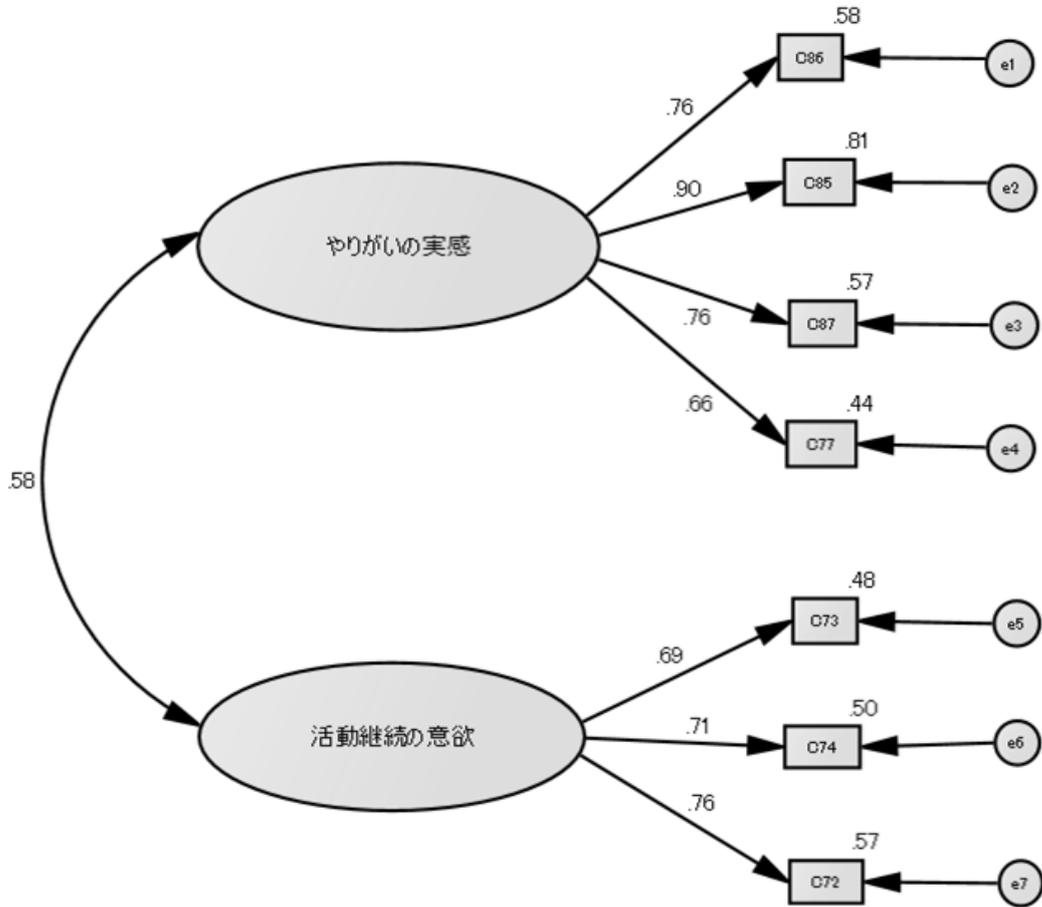
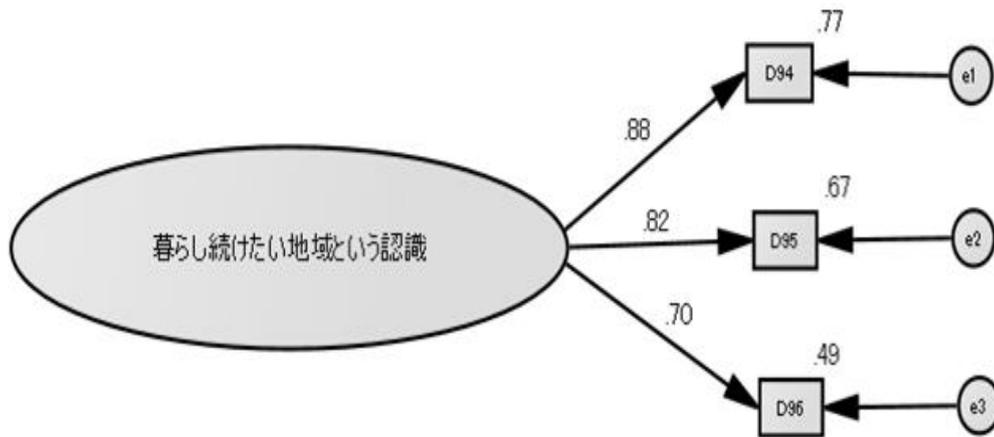


図 13 多母集団同時分析：構成概念【活動に対するやりがいの実感】

図 14 に示す構成概念【暮らし続けたい地域という認識】の全てのパス係数は有意で、モデルの適合度は、 $\chi^2 = 5.349$, $df = 2$, $p = .069$, $GFI = .995$, $AGFI = .970$, $CFI = .996$, $RMSEA = .049$ であり、統計的に許容できる範囲であった。

住民ボランティア



保健医療福祉従事者

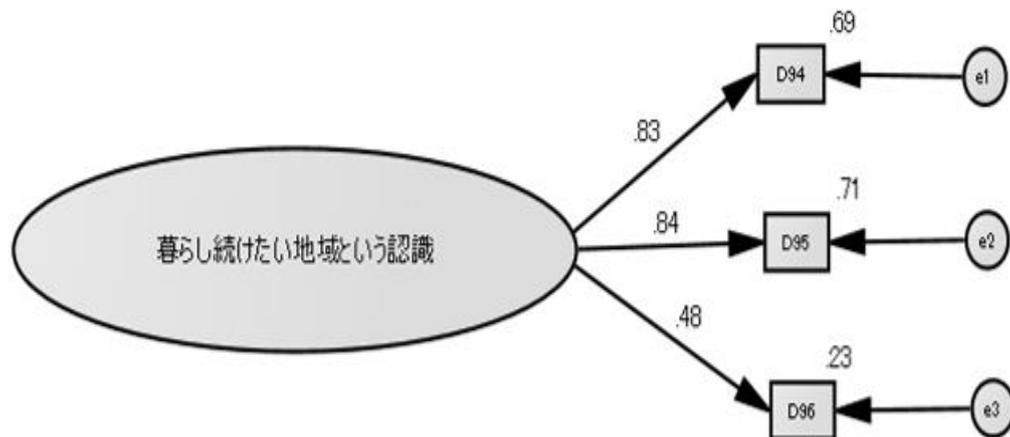


図 14 多母集団同時分析：構成概念【暮らし続けたい地域という認識】

次に、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の間の回答傾向の差を確認するために構成概念全体の多母集団同時分析を行ったのち、因子負荷量やパス係数などが、グループを通して同じ値だと設定する等値制約（中山, 2018, pp. 288-289）を置いたモデルの適合度の変化を確認した。

パラメータの一対比較の数値が「絶対値 1.96 以上であれば、5%水準でパス係数に差がある」と判断される（小塩, 2014, p. 143）ため、パス係数を確認した。その結果、全体モデルの構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】から《成果の把握による活動発展の認識》因子が-3.669、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】から構成概念【暮らし続けたい地域という認識】が-2.836、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】と構成概念【活動に対するやりがいの実感】の間が-2.135であった。よって、モデル1を制約なしとし、モデル2は先述した3つ以外の潜在変数間のパスと共分散に制約を置いて比較した。モデルを比較する場合には、適合度を確認するとされる（小塩, 2014, p. 149）ため、表 22 に示す適合度でモデル1とモデル2を比較した。等値制約を置かないモデル1の適合度は、 $\chi^2 = 2195.450$, $df = 1032$, $p < .001$, GFI = .821, AGFI = .794, CFI = .901, RMSEA = .043, AIC = 2511.450 であり、等値制約を置いたモデル2の適合度は、 $\chi^2 = 2201.838$, $df = 1040$, $p < .001$, GFI = .821, AGFI = .795, CFI = .902, RMSEA = .043, AIC = 2501.838 であった。制約のないモデル1より制約のあるモデル2のほうがAICが小さく、AGFIが大きい値であった。このように、制約のないモデル1より制約のあるモデル2のほうがモデル全体の適合度が向上していたことから、モデル2における等値制約は正しくなされたと判断した。さらに、 χ^2 の差は 6.388、自由度の差は 8、有意確率は .604 で有意な差はみられず、モデル1とモデル2に差がないという帰無仮説は棄却されなかった。よって、等値制約を置いた制約のあるモデル2（図 15）が採用された。

以上のことより、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくりの構造は同じであるという配置不変性は確認された。また、2つの集団間で構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】から《成果の把握による活動発展の認識》因子、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】から構成概念【暮らし続けたい地域という認識】、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】と構成概念【活動に対するやりがいの実感】の間の関連の強さが異なり、いずれも住民ボランティアが保

健医療福祉従事者より関連が強いことが明らかになった。

表 22 制約なし（モデル 1）・制約あり（モデル 2）の適合度検定結果

	χ^2	自由度	確率	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	AIC
モデル1	2195.450	1032	.000	.821	.794	.901	.043	2511.450
モデル2	2201.838	1040	.000	.821	.795	.902	.043	2501.838

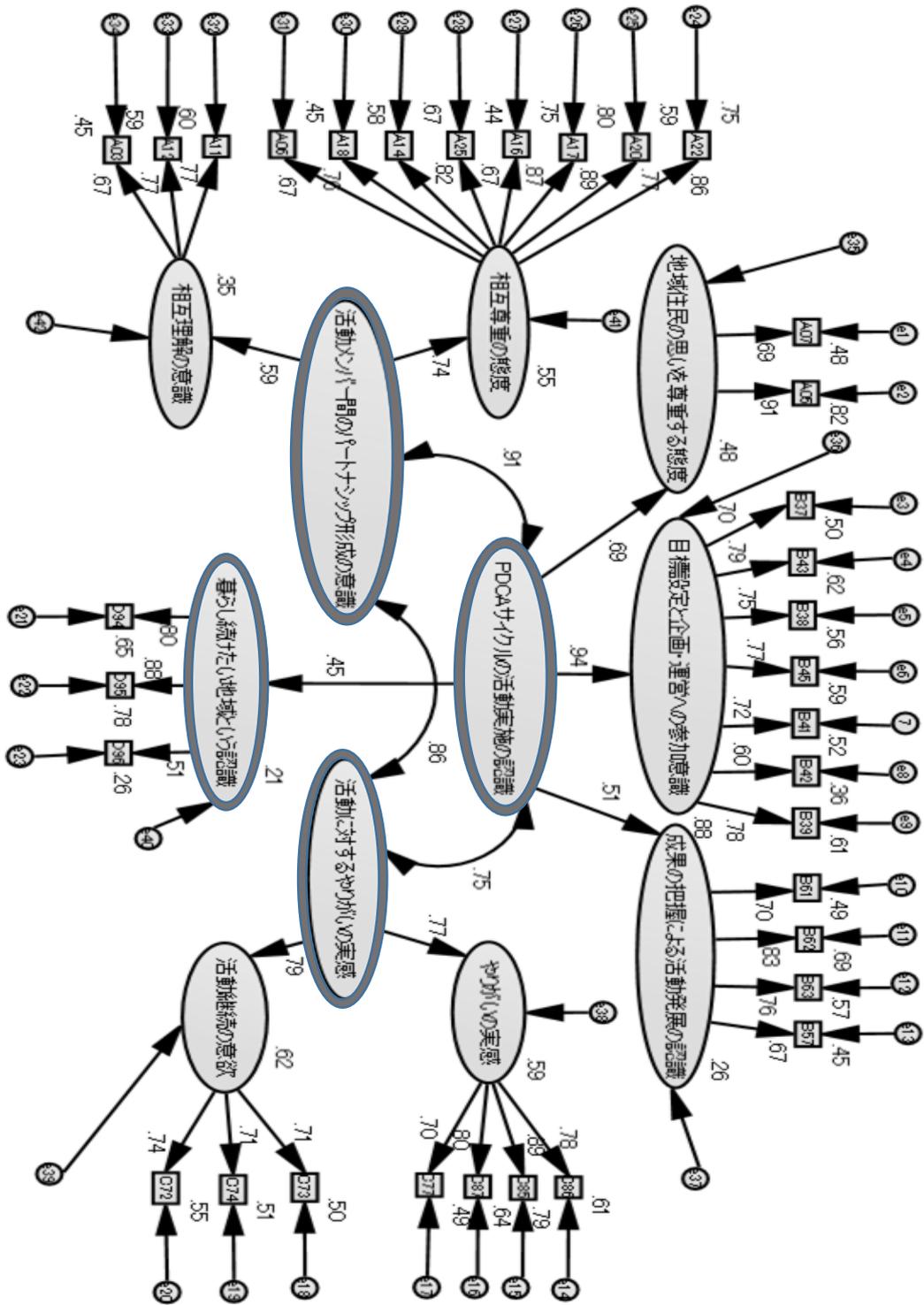


図 15 多母集団同時分析：構成概念全体（モデル 2）

IV. 考察

1. 対象の代表性

本研究の対象者である住民ボランティアと保健医療福祉従事者が所属（居住）する自治体は、高齢者サロンや教室を開催する地域環境が可能な限り偏らないように九州地方、中部地方、東海地方、東北地方の自治体を設定した。自治体規模は市と町はほぼ同数であり、人口規模による自治体の取り組み方の偏りは少ないと考えられた。しかし、回答者割合はA県の回答者が全体回答者の90%以上をしめたこと、対象地域が4県に限定されたことから地域を一般化するには限界を伴うため、今後は幅広い地域での調査が必要であると考えられる。

住民ボランティアの男女比はおおよそ男性3:女性7で、平均年齢は72.8歳であった。1996年に実施された全国ボランティア活動者実態調査（社会福祉法人全国社会福祉協議会、1996）ではボランティアの男女比はおおよそ男性2:女性8であり、2018年の全国の介護予防に関するボランティア人材育成の65歳以上の割合は52.3%であった（厚生労働省、2018）。このことより、本研究の対象である住民ボランティアは女性の高齢者が多く、実態調査のボランティアの特性と類似しているといえる。また、本研究の対象である保健医療福祉従事者の平均年齢は44.5歳であり、サロンや教室の活動経験は2年以上が8割以上をしめることから、専門職としての経験が20年程度あり、専門分野に関する知識と経験が蓄積されている世代であると考えられた。さらに、サロンと教室の活動の経験も一定期間あることから、専門職の立場からどのように活動を企画・運営していくかを考え行動する経験を有していると推察された。

以上のことより、本研究の対象である自治体は地域を一般化するうえでの限界があるが、住民ボランティアと保健医療福祉従事者は高齢者サロンや教室の活動を評価する集団として妥当であると判断された。

2. 評価指標の妥当性

1) 構成概念妥当性

探索的因子分析で4構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】
【PDCAサイクルの活動実施の認識】
【活動に対するやりがいの実感】
【暮らし続けたい地域という認識】、8因子《相互尊重の態度》《相互理解の意識》《地域住民の思いを尊重する態度》《目標設定と企画・運営への参加意識》《成果の把握による

活動発展の認識》《やりがいの実感》《活動継続の意欲》《暮らし続けたい地域という認識》, 34 項目が見い出された。先行研究では, CBPR のパートナーシップの評価 (Prerna G. Arora et al, 2015) や CBPR の原則に基づき作成された特定のプロジェクトの評価指標 (Kathryn L. Braun et al, 2012) がみられた。しかし, 本評価指標のように地域づくり活動を効果的に実施するための構成概念と構成要素を包括的に示し, 活動を特定しない指標はこれまでの研究でみられていない。Noel J. Chrisman, Kirsten Senturia, Gray Tang, Bookda Gheisar(2002)は, 地域づくりの代表的な方法論である Community-based and participatory research (CBPR) の活動プロセスの評価にコミュニティ・オーガニゼーションの特徴を採用し, 「コミュニティのニーズを満たすための行動への参加・互恵的な権利と義務をもつ社会的な結びつき・能力とスキルを高めるプロセス・コミュニティが社会の力を理解し改善に向けて力を発揮するエンパワメント・具体的な成果・政策や手続きの変更・コミュニティ活動[著者訳]」の指標を挙げている。本研究で明らかにした構成概念と因子が意味することは, 地域住民の活動への参加・活動メンバー間のパートナーシップ・地域住民のニーズに応える活動・目標設定と企画運営への参加・活動成果の把握による活動の発展と波及・やる気と意欲の実感であり, Chrisman らが挙げる CBPR における活動プロセスの評価の指標と整合性があると考えられる。このことより, 本研究で開発した評価指標は, 効果的な地域づくり活動の構成概念と構成要素を包含し, CBPR における活動プロセスの評価と整合性がみられる指標であるといえる。

また, 共分散構造分析を用いた確認的因子分析を行った結果, CFI = .916 と .90 以上, RMSEA = .056 と .05 に近い値であることから適合度は許容範囲であり, モデルの構成概念妥当性が確認された。このことより, 4 構成概念, 8 因子 34 項目の概念モデルは統計的に説明が可能であり, 【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【PDCA サイクルの活動実施の認識】【活動に対するやりがいの実感】が関連しあい【暮らし続けたい地域という認識】につながるという地域づくり活動の概念構造が明らかになった。John G. Oetzel et al. (2018) は, CBPR の概念モデルを作成し, 背景・パートナーシッププロセス・介入と研究・結果 (中期・長期) の関連を明らかにしている。また, Lorenda Belone et al. (2016) と Lisa Cacari-Stone et al. (2014) は, CBPR におけるパートナーシッププロセスの貢献

を概念モデルとして示している。このように、パートナーシップと活動の関連はこれまでのモデルでも明示されており、本研究で作成した概念モデルと整合性がみられる。また、本研究の概念モデルでは、【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【PDCA サイクルの活動実施の認識】と《やりがいの実感》《活動継続の意欲》で構成される【活動に対するやりがいの実感】との関連を示している。加えて、これらが住民の視座による【暮らし続けたい地域という認識】につながるという関連も示している。このように、他の概念モデルにはみられない概念の構造が明らかになったと考える。

2) 基準関連妥当性

地域づくり活動を活動メンバーが評価する既存の評価尺度・指標が存在しないことから、地域づくりの帰結である QOL を測定する SF-8 を採用し相関係数を算出した。その結果、全ての対象者及び住民ボランティアの評価指標総合点と SF-8 の 6 つの下位尺度得点と身体的サマリースコアに弱い正の関連が認められた。よって、評価指標の基準関連妥当性が一定程度示されたと考える。

以下に地域づくり活動の成果として設定した各項目について考察する。

(1) 地域づくり活動が活動メンバーに与える成果：SF-8 との関連

全ての対象者の評価指標総合点と SF-8 の下位尺度得点及び身体的・精神的サマリースコアにほとんど関連がない～弱い正の関連 ($r=0.11\sim.029$) が、評価指標総合点及び 4 つの構成概念と「全体的健康感」に弱い正の関連 ($r=0.18\sim0.29$) が認められた。WHO (1994) は QOL の定義を「彼らが生活する文化と価値観の文脈の中で、彼らの目標、期待、基準、関心に関連して、人生における彼らの立場に対する個人の認識」としている。そして、下妻 (2015) は、WHO の定義に基づいた QOL の構成概念について「健康や生活に直結した内容、すなわち、身体面、心理面、社会面、役割・機能面だけでなく、生存の質に関わるスピリチュアリティなどの複数の要素」が含まれると「多要素性、多次元性」を説明し、QOL 評価について「複数の要素から構成される多次元的概念であることと、主観を評価・測定することに意義がある」と述べている。中山 (2018, pp. 44-45) は、人間の生理的な状況や心理と行動などをターゲットにした場合は、無数の人間がもつ無数の特徴のうちのごく一部の変数を扱っているものであり、相関係数が .2, .3 であっても、山ほどの変数の組み合わせから

わずかな相関を発見したことになると述べている。健康関連 QOL を測定する SF-8 は、「全体的健康感」「身体機能」「日常役割機能（身体）」「体の痛み」「活力」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能（精神）」という「8つの健康状態」を得点化する尺度であり（福原，鈴嶋，2019，pp. 20-21），「多要素性・多次元性」（下妻，2015）がある人間の生理的な状況や心理と行動を測定しているといえる。このような QOL の特性から，SF-8 得点と個人の生活や健康の一側面である地域づくり活動への参加が弱いながらも関連がみられたことは意味があると考ええる。

住民ボランティアでは評価指標総合点と「全体的健康感」・「身体機能」・「日常役割機能（身体）」・「体の痛み」・「活力」・「心の健康」得点及び「身体的サマリースコア」に弱い正の関連（ $r=0.15\sim 0.31$ ）が認められた。しかし，保健医療福祉従事者では「全体的健康感」得点のみ弱い正の関連（ $r=0.22$ ）が認められた。このように，住民ボランティアのほうが保健医療福祉従事者より地域づくり活動が QOL に関連することが明らかになった。これは，住民ボランティアは高齢者サロンの運営に自らの意思で参加する人たちであり活動が健康や生活に直結しやすいこと，保健医療福祉従事者にとって高齢者サロンは業務の一環であり個人の健康や生活に必ずしも直結しないことによる違いであると考ええる。

(2) 地域づくり活動が活動メンバーに与える成果：コロナ禍の活動の能動性との関連

全ての対象者と住民ボランティアで，構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点とコロナ禍の活動の能動性に弱い正の関連（順に， $r=0.15, 0.16$ ）が認められた。Kim M Unertl et al. (2016) は，CBPR を成功に導くためには，特にプロジェクトの計画時に，活動の目的・方法論・デザインの決定にステークホルダーを参加させることがその後のプロジェクトの意思決定につながり，コミュニティとの関わりを持続するうえで重要であると述べている。このことより，高齢者サロンを運営する住民ボランティアが PDCA サイクルの活動を行うことは，コロナ禍であっても感染予防などのアイデアを出すなどして活動を改善し次の活動段階に進むことにつながる可能性があることを示唆していると考ええる。

しかし、コロナ禍の活動の能動性との関連は【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点を除いて認められなかった。また、【活動に対するやりがいの実感】得点は全ての対象者と住民ボランティアで、【暮らし続けたい地域という認識】得点は全ての対象者・住民ボランティア・保健医療福祉従事者で、コロナ禍の活動の能動性との相関係数が負の値を示していた。これは、やりがい・意欲がある人や暮らし続けたい地域になっているというような活動への充実感や満足感をもつ人がコロナ禍の活動の能動性が高いわけではないことを示していると考えられた。COVID-19 の感染状況によって自治体規模で活動が制限・休止されるなど、住民ボランティアにやる気や意欲があっても思うように活動できない状況にある。また、活動を制限・休止したほうがよいと判断することも能動的な活動となる場合があり、活動を継続するために何らかの発言や行動をすることはコロナ禍においては必ずしも能動性があると判断されないことがあると考えられる。そして、このようなことが今回の結果に影響している可能性があると考えられる。室田, 小山 (2020) は、主体性について「あらゆる市民の中にすでに存在するものであると捉えることが重要」であり「主体性には多様な形があり、地域の問題を自ら発見して解決に導くような積極的な態度もあれば、その場に寄り添うような態度もあるのだろう。それは能動的な態度ではなく、中道的な態度として改めて読み替えられ、評価されなければならない」と述べている。このことより、状況にあわせた（寄り添った）活動の仕方や関わり方を判断することも評価することができる項目によって関連を判断することが必要であったと考える。

(3) 地域づくり活動が地域住民の健康に与える成果

評価指標得点と 65 歳以上要介護認定率・65 歳以上新規要介護認定率・介護保険料基準額の 5 年間の差及び 65 歳以上高齢者の要介護認定率の 5 年間の変動（上昇自治体・下降自治体）には関連が認められなかった。Masashige Saito et al. (2018) は、趣味の会・スポーツの会・ボランティアなどへの参加者は参加していない人より調査後 11 年間の要介護期間が短く、介護にかかる費用が低くなったと述べている。また、Koryu Sato ら (2019) は、介護保険者が主催する通いの場やボランティアなどの社会参加の活動を高齢者 100 人当たり 1 回行くとフレイルの可能性を 11%減少させるとしている。そして、Taiji

Noguchi, Katsunori Kondo, Masashige Saito, Hiroko Nakagawa- Senda, Sadao Suzuki. (2019) は、豊かな社会的結束力のある地域に住むことは、高齢男性の機能障害発症率の低下と関連すると述べている。このように、高齢者の社会参加は参加高齢者の健康と要介護認定率に効果があるという「ヘルスから社会に向かうベクトル（保健の社会化）」（湯浅ら, 2018）のプライマリ・ヘルス・ケア戦略の成果と、社会的結束力のある地域づくりはそこに暮らす高齢者の要介護リスクを減少させるという「社会からヘルスに向かうベクトル（社会の保健化）」（湯浅, 2018）のヘルスプロモーション戦略の成果が報告されている。本研究で開発した評価指標は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が地域住民の健康・生活課題を改善するために取り組む地域づくり活動を評価するものであり、プライマリ・ヘルス・ケア戦略を評価する指標であるといえる。そのため、「社会の保健化」（湯浅, 2018）という「社会, 地域, 学校, 職場, 共通利害の集団, 家族そして個人のあらゆるレベルを健康へと指向させる」（湯浅, 2018）ヘルスプロモーションの成果を特定の地域づくり活動との関連のみから評価することは困難であり、活動に直接関係しない自治体単位の要介護認定率・介護保険料基準額との関連は認められなかったと判断された。また、John G. Oetzel et al. (2018) は、パートナーシップダイナミクスの中期的成果に個人や団体の能力開発・パートナーシップやプロジェクトの持続性を挙げ、長期的成果にコミュニティの変革や地域社会の健康増進を挙げている。このように、活動が地域に根付き要介護認定率や介護保険料という地域高齢者全体の健康状態が改善するには時間を要するといえる。本研究で対象とした活動は活動年数の平均（±標準偏差）が 5.6 年（±5.1）年であり必ずしも長期の活動とはいえないことから、相関がみられなかった可能性があると考えられた。よって、活動に参加している高齢者、活動を実施している地区、長期間の活動について評価指標得点と要介護認定率・介護保険料の関連を確認し、再度妥当性を検討することが今後の課題であると考えられる。

3) 評価指標の活用可能性

地域の役割・ボランティアや地域活動への参加経験による比較では、参加経験があるほうが評価指標得点と 4 つの構成概念得点が高く、特に、ボランティア・地域活動への参加経験があるほうが《相互理解の意識》《目標設定と企画・運営

への参加意識》《やりがいの実感》因子の得点が高かった。安, 芳賀, 兪 (2011) は, 精神的自立性下位尺度である, 生き方や目標の明確性の度合いを示す目的志向性が, 介護予防以外のボランティア活動に参加している人の平均得点は参加していない人より高いと述べている。また, 小山, 村山 (2011) は, 健康推進員以外の地域活動が, 個人エンパワメントに及ぼす影響が大きいと述べている。このことより, 地域の役割やボランティア等の経験をもつことが地域づくりを行ううえで有益であるという本研究結果は妥当であったと判断された。

活動段階は, 近藤克則ら (2019) の活動段階と Barbara A. Israel et al. (2005/2012) の CBPR の中核要素を参考に, 第一段階「活動に関わる人たちが, 活動で何をめざすかやこれからの活動のイメージを共有している」, 第二段階「活動しようという人たちが集まり, 知恵を出し合い, 計画をつくり, 役割分担をして, 活動している」, 第三段階「活動に参加する人の数や活動の効果などの評価を行っている」, 第四段階「自分たちの活動が発展するとともに, 同じような活動が他の地域(地区)に広がっている」を設定して比較した。評価指標得点は第一段階より第四段階が, 【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点は第一段階・第二段階より第四段階が, 【暮らし続けたい地域という認識】得点は第三段階より第四段階の得点が高かった。これらは, 活動の段階が進むと評価指標の得点が高くなること, 【暮らし続けたい地域という認識】は第四段階の活動の発展と地域への波及の段階でもつことになるという可能性を示していた。これらの結果は, 地域づくり活動の段階が進むと評価指標得点が高くなるという整合性を示しており, 本研究結果は妥当であると判断された。

活動歴による比較では, 【活動に対するやりがいの実感】で2年未満より2年以上の得点が高かった。また, 【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】の《相互理解の意識》因子においても2年未満より2年以上の得点が高かった。このことより, 活動歴が2年以上あり長くなるほど, 評価指標得点が高くなる可能性が示された。小山, 村山 (2011) は, 健康推進員の経験年数2年以上群のエンパワメント尺度得点が2年未満群より高いと述べていることから, 本研究の結果は妥当であると判断された。

以上のことより, 評価指標得点は地域の役割, ボランティアや地域活動, 活動段階, 活動歴と関連があり, 既存の文献との整合性がみられることから, 評価指標は活用

可能性があると考えられる。

3. 評価指標の信頼性

評価指標の信頼性は、内的整合性の確認により評価した。Cronbach α は、評価指標全体が .94、各構成概念が .83～.89、各因子が .77～.91 であり、 α 係数は少なくとも .7 以上でなくてはならない (David L. Streiner, Geoffrey R. Noran, John Cairney, 2015/2016) という基準を満たしていたため、いずれも十分な内的整合性を確認することができたと判断した。なお、再テスト法による安定性の確認は行っていないため、評価指標を用いた再テストを行い評価指標の安定性を確認することが今後の課題になると考える。

4. 住民ボランティアと保健医療福祉従事者の差異

多母集団同時分析と等値制約による適合度の評価の結果、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動の構造は同じであるという配置不変性が確認された。また、2つの集団間で構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】から《成果の把握による活動発展の認識》因子、【PDCA サイクルの活動実施の認識】から【暮らし続けたい地域という認識】、【PDCA サイクルの活動実施の認識】と【活動に対するやりがいの実感】の間の関連の強さが異なり、住民ボランティアのほうが強い関連がみられることが明らかになった。

住民ボランティアは保健医療福祉従事者よりも【PDCA サイクルの活動実施の認識】が《成果の把握による活動発展の認識》に強く反映されており、住民ボランティアが活動の企画・運営・評価という PDCA サイクルの活動を活発にすることは、活動の成果を把握し活動をより発展させる可能性があると考えられた。介護予防・日常生活支援総合事業の課題の一つは効果の把握の難しさである (株式会社 NTT データ経営研究所, 2020) とされるが、活動を発展させるためには活動を評価して見える化し、住民ボランティアや地域住民と評価結果を共有することが重要であると考えられる。

住民ボランティアは保健医療福祉従事者よりも【PDCA サイクルの活動実施の認識】が【暮らし続けたい地域という認識】に強く関連していた。これは、住民ボランティアは自らも高齢期にある人が多く、地域の高齢者を支える活動が、自分たちが年齢を重ねたときに暮らし続けたいと思える地域の姿につながりやすいためであると考えられた。Paul F. Basch (1999/2001, pp. 218-235) は、プライマリ・ヘル

ス・ケアの実施では、地域の構成員がオーナーシップの感覚をもつことができなければ意味がないと述べている。また、アスタナ宣言 (WHO, 2018) で、「より多くの人々がより健康的な生活を送る[著者訳]」ためには「個人とコミュニティに力を与える[著者訳]」ことが重要であるとしたうえで、「コミュニティのオーナーシップを高め[著者訳]」「官民一体となって責任を果たす[著者訳]」ことの重要性を強調している。これらのことより、地域づくり活動において、住民ボランティアが PDCA サイクルの活動に当事者意識をもって参加することが重要であると考えられる。

一方、【暮らし続けたい地域という認識】の項目が「私は自分の住む地域がいきいきとした自分らしい暮らしができるところだと思う」のように、居住地域と活動地域が同じであるという前提の質問であった。そのため、居住地域が活動地域とは別の保健医療福祉従事者は回答のしづらさがあり、これらの質問項目が該当しなかった可能性があると考えられた。よって、居住地域が活動地域と一致しない対象者にも対応する質問項目を検討することが今後の課題になると考える。

住民ボランティアは保健医療福祉従事者よりも【PDCA サイクルの活動実施の認識】と【活動に対するやりがいの実感】の関連が強かった。大橋ら (2005) は、「健康づくり推進員による住民主導を目指した活動」の促進要因は「やる気」「達成感」「やりがい」であり、「推進員自身が事業の企画・運営を実施することで自信となり、また事業に参加した住民からの反応により、推進員活動がより発展していった」と述べている。【PDCA サイクルの活動実施の認識】は《地域住民の思いを尊重する態度》《目標設定と企画・運営への参加意識》《成果の把握による活動発展の認識》因子から構成されており、地域住民のニーズに応える一連の活動の中で参加高齢者の反応を直に感じ活動が発展していく過程を経験することを示している。そして、この活動の経験が【活動に対するやりがいの実感】の《やりがいの実感》《活動継続の意欲》につながり、【活動に対するやりがいの実感】が【PDCA サイクルの活動実施の認識】を推進すると考えられた。このことより、保健医療福祉従事者は PDCA サイクルの活動ができているかを確認し、住民ボランティアが活動に対するやりがいを実感できるような働きかけを行うことが必要であると考えられる。

5. 評価指標の特徴

厚生労働省 (2019a) は、これからの一般介護予防事業は地域づくりの観点が必要としたうえで PDCA サイクルに沿った取り組みを推進している。また、麻原 (2006)

は、健康課題・介入方法・評価は地域づくりの一部であり、これを繰り返すプロセスが重要であると述べている。そして、Kim M Unertl et al. (2016) は、活動の目的・方法論・デザインの決定にステークホルダーが参加し、コミュニティのメンバーがキャリアを積む機会が増えることが、健康の社会的決定要因に影響を与える CBPR の原則のキャパシティビルディングにつながると述べている。これらのことより、PDCA サイクルの活動は地域づくりにおいて必要不可欠であり、PDCA サイクルの活動に住民ボランティアや保健医療福祉従事者が参加することが重要であるといえる。特に住民ボランティア等が活動の全ての段階に関わる経験が彼らの能力を向上させ、地域住民の健康課題を改善することに影響するといえることができ、このことは、「医師や行政官ら専門家によって発見し開発された科学としての保健医療の知見やその社会的活用方法を、彼ら専門家が独占することなくその恩恵を誰もが利用できるように加工（適正技術化）することにより、民衆自身の手に委ねる」というプライマリ・ヘルス・ケアの核心（湯浅, 2002）を意味している。本研究で開発した評価指標は、活動に参加する住民ボランティアと保健医療福祉従事者が、地域住民のニーズと健康課題の特定・活動目標の設定・活動の方法論の決定・活動評価・活動の発展と地域への波及ができてきているかという PDCA サイクルの活動実態への認識を共に評価するという特徴がある。よって、地域づくりに必要不可欠とされる PDCA サイクルの活動という概念と、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の全面的な参加というプライマリ・ヘルス・ケアの核心をなす概念を包含する指標であるといえる。

また、評価指標は、活動によって活動メンバーが年齢を重ねても安心して自分らしく暮らすことができる【暮らし続けたい地域という認識】をもつことができているかを評価するという特徴をもつ。一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会（第 5 回）（厚生労働省, 2019b）で、「本来のアウトカムは、住民の誰もが生き生きとその人らしく暮らせること」であるという意見が出されており、評価指標は本来のアウトカムとされる地域住民にとってのあるべき暮らしの視点を含んでいるといえる。また、中山, 岡本, 塩見 (2005) は、住民からみたコミュニティ・エンパワメントに安心して暮らせる地域文化があることを挙げており、評価指標と内容の整合性がみられる。このように、評価指標の【暮らし続けたい地域という認識】はコミュニティ・エンパワメントを意味する概念であるといえる。Barbara A.

Israel et al. (2005/2012, pp. 11-13) が示す CBPR の中核要素や、厚生労働省 (2019a) が提示する「集いの場に参加する高齢者の状態の変化」「集いの場をはじめとする社会参加の拡大」「住民の幸福感の向上」「要介護認定率の変化」という介護予防事業の評価には、地域住民の視座による活動が目指す地域の姿は示されていない。これらのことより、本評価指標は地域住民の視座による【暮らし続けたい地域という認識】という新たな評価の視点を含む指標であると考えられる。

以上のことより、本評価指標は、プライマリ・ヘルス・ケアの核心である住民ボランティアと保健医療福祉従事者の参加による【PDCA サイクルの活動実施の認識】と活動に影響する【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】及び【活動に対するやりがいの実感】を評価し、地域住民の視座による【暮らし続けたい地域という認識】というコミュニティ・エンパワメントを評価する構造的な特徴をもつといえる。そして、本評価指標は、このような地域づくり活動の構成概念と構成要素及びそのプロセスを包含し、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が共に使用することができる初めての評価指標であると考えられる。

6. 評価指標の活用意義と活用方法

本研究は、一般介護予防事業に参加する住民ボランティアと保健医療福祉従事者を調査対象にしたが、開発した評価指標の概念は高齢者保健活動だけでなく、成人保健活動や母子保健活動などの地域づくり活動にも対応すると考える。このような地域づくり活動での活用意義は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が、地域づくり活動が効果的に実施できているかという活動実態を個人の認識によって判断し、評価指標の結果を今後の活動に反映させることが可能になることである。

例えば、住民ボランティアは、評価指標にチェックすることで、自分たちの活動が望ましい形で実施できているかを個人の認識によって判断することができる。住民ボランティアが評価する際には、評価指標得点が高い因子を共有してモチベーションにつなげることを目指す。そして、得点が低くても活動を否定するのではなく、あくまでも効果的に活動するためのヒントとして捉え、今後の活動の参考にしてもらうことができる。保健師等専門職は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の得点から活動が望ましい形で実施できているかを確認し、活動の課題や今後の取り組み方を検討する材料にすることができる。また、住民ボランティアと保

健医療福祉従事者が同じ評価指標で活動を評価することで活動についての互いの認識を確認することができる。よって、保健師等専門職は、どの因子得点に差があり、なぜ認識や実施に差が生じているのか、差をうめるためには何をしたらよいかということ、専門職同士及び住民ボランティアと保健医療福祉従事者間の対話の材料として活用することが可能である。このように、評価指標を使用し理想とする活動の姿と現実とのギャップの程度が明らかになることで、活動をよりよい状態に修正していくためにすべきことが明確になると考える。さらに、保健師等専門職は本評価指標を使用する他地区や他自治体と評価指標得点を共有することが可能になる。この場合は、他地区や他自治体は活動を取り巻く条件が異なると考えられるため得点の比較を目的とせず、得点が高い地区や自治体の活動上の工夫などの情報を得て活動を改善するための方策を検討することに活用することが望ましいと考える。

評価の時期と評価指標得点の判断の一例として、保健師等専門職が、本研究で設定した活動段階（活動目標とイメージの共有段階、活動実施段階、活動評価段階、活動の発展と波及段階）（近藤克則ら、2019）（Barbara A. Israel et al, 2005/2012）にあわせて、構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】の《地域住民の思いを尊重する態度》《目標設定と企画・運営への参加意識》《成果の把握による活動発展の認識》因子得点の評価ができると考える。一方、構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【活動に対するやりがいの実感】【暮らし続けたい地域という認識】は全ての活動段階で測定可能であるため、活動段階ごとに得点の変化を確認することができる。そして、「そう思わない・全くそう思わない」や「めったにしていない・全くしていない」が多い因子があれば、その内容を改善するための働きかけを行い、継続的な評価によって得点が上昇しているかを確認することが可能である。Penelope Hawe, Deirdre Degling, Jane Hall (1990, p. 78) は、「プログラムが最も望ましい形で行われていないのに、その効果を検証しようとするのは愚かなことである[著者訳]」とし、活動プロセスの評価は「プログラムの実施そのものの質が、優れた実践の基準を満たしていることを確認する作業[著者訳]」と述べている。また、「プログラムが本来行われるべき方法で行われているかを確かめるために、活動プロセスの評価を続けなければならない[著者訳]」（Penelope Hawe, Deirdre Degling, Jane Hall, 1990, p. 108）と述べている。この

ことより、本評価指標は地域づくり活動の質が基準を満たしているかを確認するものであり、評価指標を用いた活動プロセスの評価を繰り返し行うことは活動の質を保つことになるといえる。

さらに、これまでの活動報告などは地域づくり活動の経験値が示されている傾向があり、なぜ活動が上手くいったのかが明確ではなかった。このことは、地域づくり活動の知識や経験が乏しい保健師等専門職が活動に困難を感じる要因のひとつであると考えられる。よって、地域づくり活動の構成概念と構成要素及びそのプロセスを系統的な方法論として提供する本評価指標は、行政保健師や保健師を目指す学生の教育や研究に活用することができ、効果的な地域づくり活動に寄与すると考える。

7. 研究の限界と課題

本研究には以下の限界と課題が考えられた。1つ目は、本研究の対象地域が4県に限定されていたことである。実際は、大都市を含む都市部と離島などを含む地方都市部、寒冷地域などの気候条件、交通アクセスの状況、高齢化率の高さという人口構成などの地域特性によって、様々な介護予防活動が展開されている。よって、評価指標を一般化するには本研究の対象地域は限界があると考えられたため、今後は幅広い地域での調査を行い、本研究と同様の8因子34項目の構造になるかを確認する必要がある。2つ目は、再テスト法を実施しておらず安定性が確認されていないことである。また、構成概念【暮らし続けたい地域という認識】の項目が活動する地域と居住地域が違う保健医療福祉従事者には回答しづらかった可能性もある。よって、今後は再テスト法などを実施することによって項目の洗練及び安定性を確認することが必要である。3つ目は、経年的な調査を行い、評価指標の変化を確認することで、反応性を確認することである。4つ目は、活動参加者・活動地区・長期間の活動の評価指標得点と要介護認定率・介護保険料の相関を確認し妥当性を再検討することである。5つ目は、住民ボランティアは高齢者が多く含まれるため、より負担が少ない評価が可能となるように評価指標の短縮版を開発することである。

V. 結論

本研究の目的は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者による地域づくり活動を評価する指標を開発し、妥当性と信頼性を検討することであった。研究の結果、以下の結論を得た。

1. 4 構成概念【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【PDCA サイクルの活動実施の認識】【活動に対するやりがいの実感】【暮らし続けたい地域という認識】、8 因子《相互尊重の態度》《相互理解の意識》《地域住民の思いを尊重する態度》《目標設定と企画・運営への参加意識》《成果の把握による活動発展の認識》《やりがいの実感》《活動継続の意欲》《暮らし続けたい地域という認識》、34 項目の評価指標を開発し、一定の妥当性と信頼性が確認された。また、【PDCA サイクルの活動実施の認識】【活動メンバー間のパートナーシップ形成の意識】【活動に対するやりがいの実感】が相互に関連し【暮らし続けたい地域という認識】というコミュニティ・エンパワメントにつながる、プライマリ・ヘルス・ケアに位置づいた地域づくり活動の概念構造が明らかになった。このことより、地域づくり活動の構成概念と構成要素及びそのプロセスを包含する初めての評価指標であるといえる。
2. 全ての対象者及び住民ボランティアの評価指標総合点と SF-8 の 6 つの下位尺度得点と身体的サマリースコアに弱い正の関連が認められたことから、地域づくり活動と住民ボランティアの QOL は関連する可能性が示唆された。また、全ての対象者及び住民ボランティアで構成概念【PDCA サイクルの活動実施の認識】得点とコロナ禍の活動の能動性に弱い正の関連が認められたことから、住民ボランティアが PDCA サイクルの活動を行うことは、コロナ禍であっても感染予防などのアイデアを出すなどして活動を改善し次の活動段階に進むことにつながる可能性があることが示唆された。
3. 評価指標得点と地域の役割・ボランティアや地域活動への参加の経験・活動段階・活動歴は関連があり、既存の文献と整合性がみられたことから、評価指標は活用可能性があると考えられた。
4. 多母集団同時分析の結果、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の地域づくり活動の構造は同じであるという配置不変性が確認され、評価指標は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者の両者が使用可能であることが明らかになった。
5. 評価指標は、住民ボランティアと保健医療福祉従事者が、個人の認識によって理

想とする活動の姿と現実とのギャップの程度を明らかにし、活動をよりよい状態に修正するためにすべきことを明確にすることができる。また、活動プロセスの評価を繰り返し行うことで活動の質を保つことができる。さらに、地域づくり活動の構成概念と構成要素及びそのプロセスを系統的な方法論として提供するため、行政保健師や保健師を目指す学生の教育や研究に活用することができ、効果的な地域づくり活動に寄与する可能性がある。

謝辞

15自治体の首長様, 介護保険担当部署の課長様, 保健師様, 事業担当者様には, コロナ禍の大変お忙しい中, 本研究に対してご理解と多大なご協力をいただきました. また, 住民ボランティアの皆様には, 調査票作成時にも貴重なご意見をいただき, 調査にも快く講じていただきました. 住民ボランティアの皆様・保健師様・事業担当者様と調査票について話し合い, 励ましと期待のお言葉をいただいたことは, 研究の過程において常に心の拠り所になっていました. 心より感謝いたします.

また, 調査票作成時には, 学内の麻原きよみ先生及び米倉佑貴先生, 大学院生の皆様, 長崎県立大学看護栄養学部看護学科の教員の皆様にご助言をいただき, 深く感謝いたします. そして, 概念分析へのご助言・ご指導をいただきました田代順子先生, 博士論文研究全般について丁寧かつ具体的にご指導くださいました, 学内の大田えりか先生と八重ゆかり先生, 京都大学大学院医学研究科教授の近藤尚己先生に深く感謝いたします.

最後に, 意見交換をするなどして励ましあった博士課程の仲間や CPN 研究会の皆様, 博士論文作成の全過程において貴重なご助言とご指導をいただきました, 麻原きよみ先生に心より感謝いたします.