

地域保健活動手法の活用実態と課題

—地域保健活動手法の活用実態と課題—

平澤 則子, 斎藤 智子, 小林 恵子, 佐々木美佐子, 熊倉みつ子, 飯吉 令枝

新潟県立看護短期大学

Utilization, Issues, and Methods in Community-based Health Promotion

Noriko HIRASAWA, Tomoko SAITOH, Keiko KOBAYASI,
Misako SASAKI, Mitsuko KUMAKURA, Yoshie IIYOSHI

Niigata College of Nursing

Summary The purpose of this study is to clarify the different methods and activities in community-based health promotion in N prefecture, and to seek a better educational environment for public health nurses. The survey was performed by questionnaire in 85 municipalities in N prefecture.

The results were as follows;

1. Major types of methods used and their percentages:
“Problem Solving Type” accounted for 50%; “SOJO Model Type” for 20%; “Community Meeting” for 10%; and “PRECEDE-PROCEED Model Type” for 10%.
2. Over 60% of municipalities reported awareness of the problems in practice.
3. The “Problem Solving type” is evaluated, as it clarifies the health problems and the priority decision making in practice.
The “Community development type” and the “Community Meeting Type” are effective in promoting residents’ participation and empowerment of health care.
4. 90% of municipalities wish to study and utilize some of the methods for the community-based health promotion.

要約 市町村における地域保健活動手法の活用実態を明らかにし、今後、各手法を活用していくために必要な教育環境を検討することを目的として、N県内市町村の保健婦代表者に質問紙による調査を実施した。主な結果は以下のとおりである。

1. 現在活用している手法は、『問題解決型』が5割、『地域づくり型』が2割、『コミュニティ・ミーティング』と『プリシード・プロシード・モデル』が1割であった。
2. 手法を活用している市町村では、6割以上が問題を感じていた。
3. 『問題解決型』は健康問題の明確化と優先順位決定の評価が高く、『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』は、住民の参加、住民のエンパワメントの評価が高かった。
4. 9割の市町村が今後手法を活用したいと考え、実践者や専門家による指導、手法の研修会を希望していた。

Key words 市町村 municipalities
地域保健活動 community-based health promotion
保健婦(士) public health nurse
住民参加 community participation
エンパワメント empowerment

I はじめに

1977年の第30回世界保健機構(WHO)の総会において、「西暦2000年までにすべての人々に健康を」が基本目標として採択され、その推進のための戦略としてアルマ・アタ宣言¹⁾が提唱された。以後、地域保健活動には住民参加が不可欠の要素として認識されるようになった。1986年にはヘルスプロモーションに関するオタワ憲章²⁾が採択され、健康づくりには個人の対処技術だけでなく、住民参加による地域活動の強化と関係機関との共同による健康的な公共政策づくりの重要性が強調された。

わが国でも、サービスの受け手である生活者の立場を重視した地域保健法が平成6年に制定され、住民参加型の地域保健活動が求められてきた³⁾。そして、ヘルスプロモーションの推進や地域保健法の理念の実現をめざして、地域保健活動の展開方法として様々な方法論が提示されてきた。しかし、それぞれの手法には有効性や限界などがあるはずであるが整理されておらず、そのために保健所や市町村の現場ではこれらの手法を有効に活用できていないという現状がある⁴⁾。また、理論や手法を使いこなすためには、地域を担当している保健婦の力量や適用条件の見極めの必要性がある⁵⁾。

N県内においても行政や看護協会によりヘルスプロモーション及び手法の研修会が開催され、いくつかの手法が市町村で実践されているが、その活用実

態は把握されていない。

そこで本研究では、N県内の市町村における地域保健活動手法の活用実態と活用上の問題点を明らかにし、今後、各手法を活用するために必要な教育環境を検討することを目的として調査を行った。

II 研究方法

1 調査対象者および方法

調査対象者は、N県内111市町村の保健婦代表者である。平成13年5月に郵送による自記式質問紙調査を実施した。

2 調査内容

本研究では地域保健活動手法として、現在使われている様々な手法のうち表1のような6つの手法を選定した。その6つの手法とは、①保健婦教育に広くとり入れられている、地区診断を基に、住民ニーズを明確にして進めていく公衆衛生的な視点の活動である『問題解決型』⁶⁾、②岩永が開発したブレークスルー思考に基づき、その地域のあるべき姿の実現のために必要な仕組みを作っていく『地域づくり型』^{4) 7)}、③L. W. Greenが開発した保健行動やヘルスプロモーションの展開モデルと言われる『プリシード・プロシード・モデル』^{4) 8)}、④住民集会を開き、現状分析を基本として住民の思いを施策化していく『コミュニティ・ミーティング』^{9) 10)}、⑤松下らにより実践され、学習理論を用いて実態把握をする中

表1 地域保健活動手法

手 法	特 徴	開発者(提唱者) (和雑誌等掲載開始)
1 問題解決型	既存資料や実態調査などから健康問題を明確にし、地域住民や関係機関との協同活動により問題解決を図っていくという、公衆衛生的な視点を基にした活動	従来より保健婦(士)教育に取り入れられている
2 地域づくり型	ブレークスルー思考に基づき、その地域のあるべき姿の実現のために必要な仕組みを作っていくという、課題解決型あるいは目標設定型の活動	岩永俊博 (1990年～)
3 プリシード・プロシード・モデル	1974年に保健行動の診断モデルとして開発されたPRECEDE frameworkをもとにヘルスプロモーションの理念をより明確にし、評価までを含む展開モデル	Green LW, Kreuter NW (藤内修二ら)(1993年～)
4 コミュニティ・ミーティング	地域開発(community development)をめざす手法の一つで、住民集会を開き、現状分析を基本として住民の思いを施策化し、共に評価していく活動	ブリテッシュ・コロニア州看護協会(日本看護協会) (1995年～)
5 組織化	学習理論を用いた健康学習技法の一つで、個の実態把握をする中で見えてきた問題を地域の問題に広げて、住民の組織化と力量形成をめざす活動	松下拓 (1981年～)
6 健康学習技法	行動科学を基にした健康学習技法の一つで、豊かな人生をめざした総合的な健康づくりを進める活動	石川雄一 (1987年～)

で見えてきた問題を地域の問題に広げて、住民の組織化と力量形成をめざす『組織化』^{11) 12)}、⑥石川が行動科学を基に実践している、豊かな人生をめざした総合的な健康づくりを進める『健康学習技法』¹³⁾、その他の手法を加えた7つの手法について、それぞれ、①活用実態②今後の活用意志③希望する学習・研修に関する施設整備の3点を把握するために、以下の調査項目を設定した。

- ・基本属性：対象市町村の人口、保健婦数、所轄保健所名の3項目
- ・活用実態：過去10年以内における各手法の活用の有無、活用時の問題点、活用による効果の3項目。活用効果は、岩永らがあげているヘルスプロモーション推進における地域保健活動発展に向けて視野に収めるべき主要なコンセプト⁴⁾を参考に、①地域や業務の把握と理解②健康問題の明確化と優先順位の決定③リスクや緊急時への対応④住民の参加⑤関係機関との共同⑥住民のエンパワメント⑦システムの構築と仕組みづくり⑧施策化⑨地域保健活動の評価と発展の9項目を設定した。それぞれの項目に対して、「非常に効果的である」「やや効果的である」「あまり効果的でない」「まったく効果的でない」の4段階で評価する回答を求めた。手法活用上の問題点は自由回答で求めた。
- ・手法の活用意思：6つの手法について今後の活用意志の有無と、その他に活用したい手法。
- ・「手法の選択理由」：『プリシード・プロシード・モデル』の第4段階（教育・組織診断）の考え方を参考に、地域保健活動に影響を及ぼす要因として準備要因3項目（知識があった、関心・意欲があった、適切であると考えた）、強化要因3項目（やれる自信があった、その手法を経験したことがあった、地域性にあっていた）、実現要因3項目（周囲が協力的であった、教えてくれる人がいた、課としての合意があった）、その他の計10項目を設定した。
- ・「手法の学習状況」：中央や県の研修会への参加、保健所管内研修会、職場の学習会や個人の学習など7項目。
- ・手法活用上希望する学習・研修に関する施設整備等の体制：看護関係の図書や教育機関、実践者や専門家の指導など7項目。

3 分析方法

回答が得られた85市町村（回収率74.8%）につ

いて分析を行った。

人口規模や保健婦数と手法の活用数、今後の活用意志について関連性を分析した。手法活用による効果は、「非常に効果的である」「やや効果的である」を合わせて「効果がある」とし、「あまり効果的でない」「まったく効果的でない」を合わせて「効果がない」と分類した。

手法選択理由はそれぞれの項目を1点とし、各要因の合計得点を算出した。

自由記載で得られた手法活用上の問題点は、「手法上の問題」と「活用する側の問題」に分類し、それぞれ当てはまる内容をすべて抽出して、その内容を類型化した。質的データは χ^2 検定を、点数化したものは一元配置の分散分析を用いた。有意水準は5%未満とした。分析には統計ソフトSTATISTICAを使用した。

III 結果

1 対象の概要

市町村の人口規模は、10万人以上と5万～10万人が各3市（3.5%）、1万～5万人が41市町（48.2%）、1万人未満が37町村（43.5%）、無回答不明1（1.2%）であった。地域別では、下越が36市町村（42.4%）、中越が29市町村（34.1%）、上越が20市町村（23.5%）であった。人口規模別にみた保健婦数は、10万人以上の市町村では平均35（SD21.2）人、5万～10万人の市町村で平均22（SD10.1）人、1万～5万人の市町村で6.6（SD2.9）人、1万人未満の市町村では平均3.0（SD1.2）人であり、中央値は4人であった。

2 地域保健活動手法の活用実態

1) 手法の活用状況

地域保健活動手法の活用については、75市町村（89.2%）が調査した手法のいずれかを活用したことがあると回答していたが、どの手法も活用したことがないと回答したところが10市町村（11.8%）あった。活用したことのある手法の種類については、1種類が24市町村（28.2%）、2種類が21市町村（24.7%）、3種類が16市町村（18.8%）、4種類が10市町村（11.8%）、5種類が4市町村（4.7%）であった。手法を活用したことのある市町村では、平均2種類の手法を活用していた。人口規模を5万人以上と1万～5万人、1万人未満の群に分けて活用手法数について分散分析を行った結果、群の効果は

有意であった ($F(2,81)=3.49, p<0.05$)。LSD法を用いた多重比較によると、手法の活用数は人口5万人以上の群は平均 3.3、1万~5万人の群は平均 2.0、1万人未満の群は平均 1.44 と人口5万人以上の群が他に比較して有意に多かった ($p<0.05$)。

保健婦(士)数と活用手法数との関連でみると、保健婦数5人以上の群は平均 2.3、中央値4人以下の群は平均 1.8 であり、保健婦数5人以上の群で有意傾向であった ($t(82)=-1.88, 0.05<p<0.1$)。

現在活用している地域保健活動手法は、『問題解決型』が41市町村(48.2%)と最も多く、次いで『地域づくり型』19市町村(22.4%)、『コミュニティ・ミーティング』12市町村(14.1%)であった(図1)。その他の手法として、『SPA法(Statistical Pattern Analysis 統計的パターン研究法)]を実施しているところが2町村あった。

2) 手法活用による効果(表2)

活用した手法の中で「効果がある」という回答割合が8割以上の項目が最も多かった手法は、『プリシード・プロシード・モデル』で、リスクや緊急時への対応の1項目を除き8項目だった。次に多かった手法は『組織化』であり、健康問題の明確化と優先順位

の決定、住民の参加、住民のエンパワメントの3項目であった。『問題解決型』では地域や業務の把握と理解、健康問題の明確化と優先順位の決定の2項目、『地域づくり型』では住民参加促進の1項目、『健康学習技法』では住民のエンパワメントの1項目であった。『コミュニティ・ミーティング』では、他の手法のように8割を超えた項目はなかった。『プリシード・プロシード・モデル』では、特に住民のエンパワメント、システムの構築と仕組みづくり、施策化、活動の評価の4項目は9割を超えており、これらの項目においては『プリシード・プロシード・モデル』は非常に「効果がある」と考えられていた。

3) 活用上の問題点と今後の活用意思

手法を「現在または過去に活用した」と回答した市町村で、「手法を活用して問題があった」と回答した割合とその主な理由は図2と表3に示した。『問題解決型』『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』の手法を活用した市町村では、8割以上が「活用上問題あり」と回答していた。「活用上問題あり」の割合が最も少ない『健康学習技法』にあっても、活用した市町村の6割が問題ありと回答しており、各種手法を活用した市町村では、どの手法に関しても活用する上で問題点が多いと考えていた。

手法活用上の問題点は、『問題解決型』『コミュニティ・ミーティング』

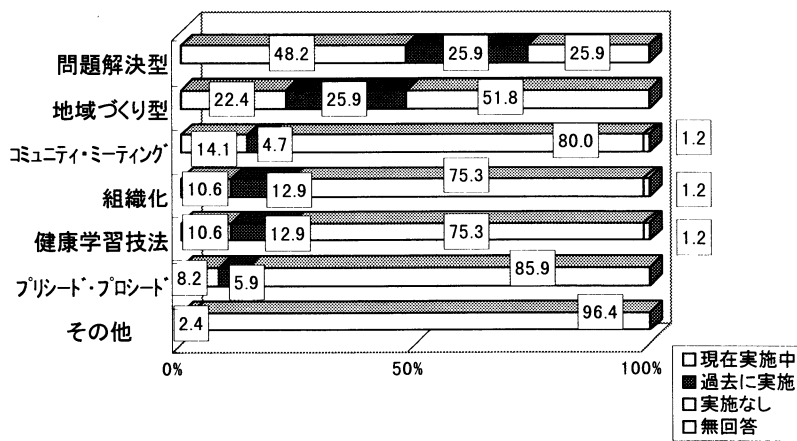


図1 手法の活用状況

表2 手法活用による効果

	問題解決型 n=63	地域づくり型 n=41	プリシード・ プロシード n=12	コミュニティ・ ミーティング n=16	組織化 n=20	健康学習技法 n=20	その他 n=2
地域把握	62(98.4)	23(56.1)	10(83.3)	10(62.6)	12(60.0)	7(35.0)	100.0
健康問題	58(92.1)	25(61.0)	10(83.3)	11(68.8)	17(85.0)	9(45.0)	100.0
リスク	38(60.3)	10(24.3)	2(16.7)	4(25.0)	10(50.0)	2(10.0)	50.0
住民参加	17(27.0)	34(82.9)	10(83.3)	11(68.8)	16(80.0)	15(75.0)	50.0
関係機関	41(65.1)	31(75.6)	10(83.3)	11(68.8)	10(50.0)	10(50.0)	0.0
エンパワメント	15(23.8)	30(73.2)	11(91.7)	12(75.1)	17(85.0)	16(80.0)	0.0
システム構築	28(44.4)	27(65.8)	11(91.7)	12(75.1)	9(45.0)	9(45.0)	100.0
施策化	49(77.8)	30(73.2)	11(91.7)	12(75.1)	10(50.0)	10(50.0)	100.0
評価	45(71.4)	23(56.1)	11(91.7)	12(75.1)	14(70.0)	10(55.0)	100.0

『健康学習技法』については、「手法上の問題」が「活用する側の問題」よりも多く、『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『組織化』については、「活用する側の問題」が多かった。

「手法上の問題」として、従来から保健婦教育の中で広く実施されている『問題解決型』では「住民とニーズが一致しない、住民参加が促進されにくい」21市町村(34.4%)、「実態把握、問題の明確化など分析が難しい」11市町村(17.5%)であった。『コミュニティ・ミーティング』では「参加者が偏りがち、人集めに苦勞」6市町村(37.5%)、「住民の思いと行政施策の違いに悩む」4市町村(25.0%)であった。『健康学習技法』では「行動変容につながりにくく、問題解決型との併用が必要」「住民に新しい考えを受け入れてもらうことが困難」が各3市町村(15.0%)であった。

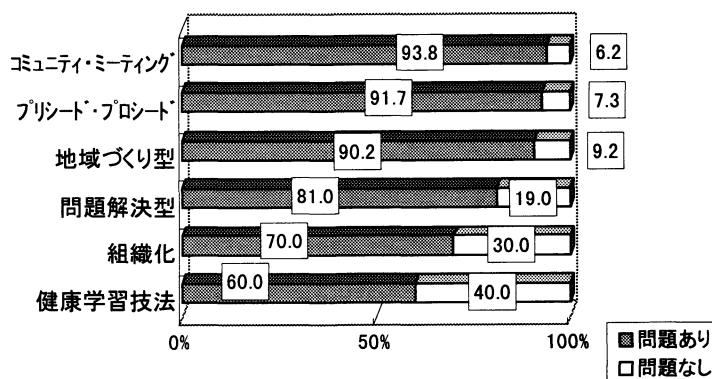


図2 手法活用上の問題の有無

「活用する側の問題」では、「手法の理解が不十分でうまく展開できない」という理由が、比較的新しい手法として取り入れられ始めている『地域づくり型』で33市町村(80.5%)、『プリシード・プロシード・モデル』で8市町村(66.7%)と多かった。『組織化』では、「実践に相当の力量とエネルギーを要する」が9市町村(45.0%)、「住民と共有していくこ

表3 手法活用上の問題

	活用上の問題	
	手法上の問題	活用する側の問題
1 問題解決型 (n=63)	<ul style="list-style-type: none"> ・住民ニーズと一致しない、住民参加が促進されにくい(21) ・時間がかかる(10) ・実態把握、問題の明確化など分析が難しい(11) ・関係者との共同活動が進みにくい(5) ・課題が上がっても解決策は見つからない(3) ・目的が曖昧になりやすい(2) ・評価が難しい(3) ・活動の継続・発展性に乏しい(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手法についての基礎的な理解が不十分(2)
2 地域づくり型 (n=41)	<ul style="list-style-type: none"> ・時間がかかる(6) ・問題が明確化しにくい(3) ・評価が難しい(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手法の理解が不十分でうまく展開できない(33)
3 プリシード・プロシード (n=12)	<ul style="list-style-type: none"> ・健康指標がはっきりしにくいものは難しい(1) ・評価が難しい(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手法の理解が不十分でうまく展開できない(8) ・住民の声を引き出す力量がない(2)
4 コミュニティ・ミーティング (n=16)	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者が偏りがち・人集めに苦勞(6) ・住民の思いと行政政策の違いに悩む(4) ・住民が手法に乗れない(3) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手法の理解不足(3)
5 組織化 (n=20)	<ul style="list-style-type: none"> ・評価が難しい(1) 	<ul style="list-style-type: none"> ・実践に相当の力量とエネルギーを要する(9) ・住民と共有していくことが難しい(4) ・参加者・地域の実態をよくつかむ必要がある(3) ・マンパワーが必要(1)
6 健康学習技法 (n=20)	<ul style="list-style-type: none"> ・行動変容につながりにくく、問題解決法との併用が必要(3) ・住民に考え方を受け入れてもらうことが困難(3) ・評価が難しい(3) ・システム化が難しい(2) 	<ul style="list-style-type: none"> ・手法の理解が不十分(1) ・指導者がいないと継続できない(2)

とが難しい」が4市町村(20.0%)であった。

今後の手法活用については、80市町村(94.1%)が活用したいと考えており、活用したい手法はないと回答したところは5市町村(6.9%)であった。手法を活用しない理由としては、「いくつかの手法を組み入れた方法で住民の暮らしを見、公衆衛生的な視点で活動している」が2町村、「問題解決型・地域づくり型の形を土台とした公衆衛生的な視点を大切に市民の生活を守る活動が定着している」「文献学習程度しか行っておらず、活用するには勉強不足」「どの手法にも一長一短があり、絞り込んでの導入は考えられない」「現場ではこの手法で実施するというより、実施した結果を見ると手法に近い考え方であったということが多い」がそれぞれ1市町村であった。

最も活用意思が高かった手法は『プリシード・プロシード・モデル』38市町村(44.7%)、次いで『地域づくり型』32市町村(37.6%)、『コミュニティ・ミーティング』31市町村(36.5%)であり、いずれも比較的新しい手法として1980年代以降に取り入れられている手法であった(図3)。

人口規模と手法の活用の関連は、5万人以上の市町村がその他に比較して、『プリシード・プロシード・モデル』($\chi^2_{(1)}=5.07, p<0.01$)『コミュニティ・ミーティング』($\chi^2_{(1)}=3.59, p<0.05$)において、その活用意思ありの割合が高かった。また、保健婦数と手法活用の関連は、5人以上の市町村が4人以下の市町村より、『地域づくり型』($\chi^2_{(1)}=4.74, p<0.05$)『健康学習技法』($\chi^2_{(1)}=4.72, p<0.05$)において、その活用意思の割合が高かった。

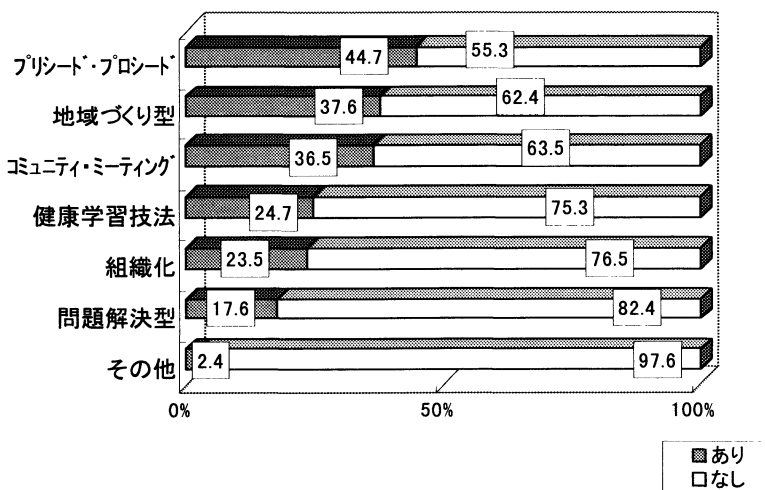


図3 手法の活用意思

4) 手法を選択した理由

手法の選択理由では、どの手法においても選択理由の得点が高かったのは準備要因(知識があった、関心・意欲があった、適切であると考えた)であった。『問題解決型』を除き、次に得点が高かったのは実現要因(周囲が協力的であった、教えてくれる人がいた、課としての合意があった)であった。最も得点が低かったのは強化要因(自信があった、経験があった、地域性にあった)であり、『プリシード・プロシード・モデル』においてはこの要因を選択した市町村はなかった(図4)。

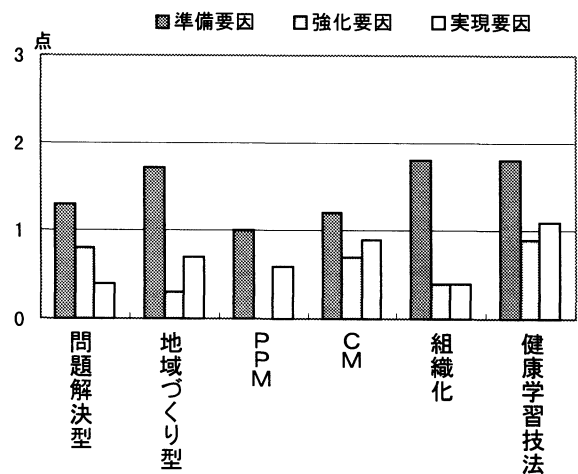


図4 手法選択に関する要因

注) CM: コミュニティ・ミーティング
PPM: プリシード・プロシード・モデル

『問題解決型』の場合は、最も多いのが「知識があった」40市町村(65.6%)、次いで「実施した経験があった」33市町村(54.1%)であった。他の手法では、「関心・意欲がある」が6割以上で、特に、『地域づくり型』では33市町村(82.5%)と多かった。「指導者がいた」の割合が高い手法は、『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』『健康学習技法』であり、約4割だった。選択理由の低かった項目は、「やれる自信があった」で『健康学習技法』を除くすべての手法で1割以下であった。(表4)。

5) 活動手法の学習状況(表5)

活用する手法の学習状況を見ると、学習したという回答割合が5割を超え

表4 手法を選択した理由

		問題解決型 n=63	地域づくり型 n=41	プリシード・ プロシートモデル n=12	コミュニティ・ ミーティング n=16	組織化 n=20	健康学習技法 n=20
準備要因	知識あり	40(65.6)	10(25.0)	1(8.3)	2(12.5)	7(36.8)	10(52.6)
	関心・意欲	8(13.1)	33(82.5)	8(66.7)	9(56.3)	12(63.2)	13(68.4)
	自信あり	6(9.8)	1(2.5)	0(0.0)	2(12.5)	0(0.0)	3(15.8)
強化要因	手法が適切	29(47.5)	22(55.0)	3(25.0)	8(50.0)	15(78.9)	10(52.6)
	指導者あり	12(17.9)	15(37.5)	5(41.7)	7(43.8)	4(21.1)	7(36.8)
	周囲の合意	11(18.0)	5(12.5)	1(8.3)	2(12.5)	1(5.3)	6(31.6)
実現要因	周囲の協力	3(4.9)	7(17.5)	1(8.3)	6(37.5)	1(5.3)	7(36.8)
	地域性に合致	11(18.0)	6(15.0)	0(0.0)	5(31.3)	5(26.3)	4(21.1)
	経験あり	33(54.1)	6(15.0)	0(0.0)	4(25.0)	3(15.8)	9(47.4)
	その他	5(8.2)	2(5.0)	2(16.7)	2(12.5)	1(5.3)	1(5.3)

表5 手法の学習状況

	問題解決型 n=63	地域づくり型 n=41	プリシード・ プロシート n=12	コミュニティ・ ミーティング n=16	組織化 n=20	健康学習技法 n=20
特になし	27(42.9)	3(7.3)	0(0.0)	3(18.8)	1(5.3)	0(0.0)
中央研修	3(4.8)	15(36.6)	0(0.0)	1(6.3)	4(21.1)	8(42.1)
管内研修	9(14.3)	24(58.3)	10(83.3)	6(37.5)	5(26.3)	9(47.4)
市町村研修	2(3.2)	8(19.5)	3(25.0)	2(12.5)	3(15.8)	6(31.6)
独自の学習会	20(31.7)	26(63.4)	4(33.3)	6(37.5)	11(57.9)	8(42.1)
個人学習	15(23.8)	16(39.0)	4(33.3)	8(50.0)	9(47.4)	8(42.1)
その他	16(25.4)	7(17.1)	1(8.3)	3(18.8)	3(15.8)	2(10.5)

た学習方法『地域づくり型』のうち、「独自の学習会」26市町村(63.4%)、「管内研修」24市町村(58.3%)、『プリシード・プリシード・モデル』では「管内研修」10市町村(83.3%)、『コミュニティ・ミーティング』では「個人学習」8市町村(50.0%)、『組織化』では「独自の学習会」11市町村(57.9%)であった。『問題解決型』以外の手法では、いずれも上位3位は、「保健所管内での研修会」「独自の学習会」「個人学習」が占めていた。『問題解決型』では27市町村(42.9%)が「特になし」と回答しており、他の手法に比べて学習していないという割合が高かった。

6) 教育環境

手法を活用する上で必要とする教育環境について、「ぜひ必要」と答えた割合が高かった項目は、「実践者(市町村や保健所職員等)による指導」が54市町村

(67.5%)、「専門家による指導」が53市町村(66.3%)、「各種手法の研修会」が44市町村(55.0%)の3項目であった。「実践事例の資料化」の割合は4割、「情報へのアクセス整備」「看護関係の図書館」は3割以下と低く、情報や施設整備より研修会など学習の機会を希望するところが多かった(図5)。

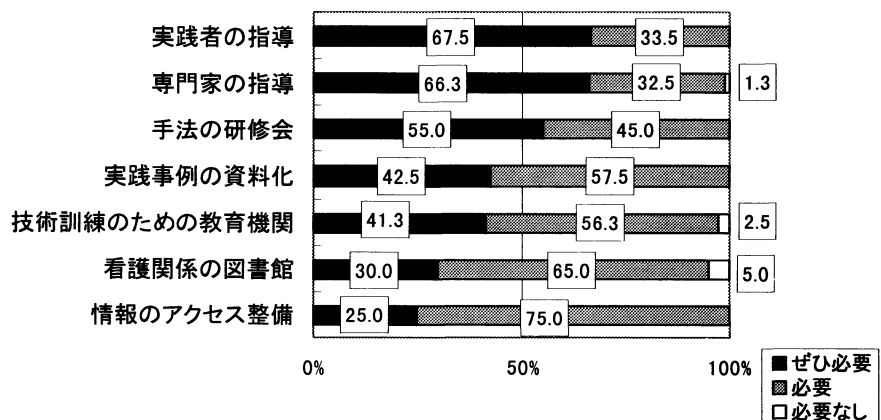


図5 手法の学習環境

IV 考察

1 手法の活用実態と有効性の評価

保健婦（士）教育においては、地域で生活している人々のニーズに沿った看護活動を実践していけるように、地区診断をして活動計画を作っていく一連のプロセス（地区活動の展開過程）を重視して教育を行ってきた^{6) 14)}。これは、既存の資料や実態調査などから健康問題を明確にし、地域住民や関係機関との協同活動により問題解決を図っていくという、公衆衛生的な視点を基にした『問題解決型』の方法でもある。しかし、今回の調査結果では、地域保健活動において『問題解決型』の手法を活用していると回答した市町村は41市町村（48.2%）と半数であり、また、どのような手法も活用していないという10市町村（11.8%）を合わせると、『問題解決型』を実施していないという市町村が6割にのぼった。このことは、保健婦（士）独自の地区診断などの地域把握方法については、個々の看護職の技量や経験に任されてきた部分が多く、個人のレベルでは生かされているものの、より広範な活動には至っていないという現状ではないかと考えられている¹⁵⁾。県内の市町村においても、地区活動や事業展開においては『問題解決型』の手法を実施していても、地域保健活動としての広がりという視点で見ると「活用している」と言いきれない現状にあるのではないかと考える。

活用したことのある手法数については、人口規模の大きい市町村のほうが活用数は多くなっていた。これは、活用を促進する要因として、人口規模の大きい市町村は保健婦等のスタッフも多く研修会への参加など学習機会が得やすいこと、取り組みにあたって他のスタッフの協力を得やすいためであることなどが考えられる。

地域保健活動の展開における手法活用の有効性については、従来より実施されている『問題解決型』と1980年代以降に取り入れられ始めた『地域づくり型』や『健康学習技法』、1990年代以降に取り入れられ始めた『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』とでは有効性の評価に違いが見られた。『問題解決型』は、地域や業務の把握と理解、健康問題の明確化と優先順位の決定には有効であるが、住民の参加、住民のエンパワメントに関しては評価が低くなっていた。一方、『地域づくり型』や『プリシード・プロシード・モデル』『コミ

ュニティ・ミーティング』は、『問題解決型』では評価が低かった住民の参加、住民のエンパワメントに関しては評価が高かった。近年は、地域保健活動を行う上で従来の行政主導型を改め、ヘルスプロモーションの理念に基づいて住民との協同による政策決定が要求されている^{6) 10) 16) 17)}。1980年代以降の手法はいずれも活動への住民参加を強調しており、そのことが手法の活用や住民の参加、住民のエンパワメントの評価に結びついていることが推察された。

今回の調査では、どのような保健活動にどの手法を活用したかを把握していないため一概にはいえないが、手法を活用したことのある市町村は、地域保健活動発展における効果は手法により差があると考えていることが明らかになった。岩永らの研究でも、手法の特徴を踏まえた上で地域保健の問題の性格や適応場面による選択の可能性が示唆されている⁴⁾。地域保健活動の方法は、地域住民にとって最も良い方法を選択すべきであり、国際的にはモデリングは積み重ね方式、モザイク方式、ブリッジ方式など多様な組み合わせで展開する方向に向かっている⁴⁾。これらのことから、今後は、各手法の適用条件を明らかにした上で、各手法を組み合わせる活用することの重要性が示唆された。

また、近年、地域保健活動は科学的根拠に基づいた活動が求められている。行政のスリム化に向かっている自治体においては、「活動根拠」「活動展開プロセス」「活動評価」それぞれに対するエビデンス（Evidence-based Medicine）が求められている¹⁸⁾。本調査結果からは、「活動根拠」のエビデンスとして『問題解決型』や『プリシード・プロシード・モデル』を用いた地域の健康問題の明確化、「活動展開プロセス」のエビデンスとして『地域づくり型』などの手法を用いた住民参加促進などの適応の可能性が考えられた。

2 手法活用上の問題と課題

『問題解決型』の手法活用上の問題として、「実態把握・問題の明確化など分析が難しく、時間がかかるのに住民とニーズが一致しない、住民参加が促進しない」などが認識されており、ヘルスプロモーションにおいて不可欠とされる住民参加のニーズを満たしにくい手法と受けとめられていることが推察された。また、「住民とニーズが一致しない」という問題は、住民の生活実感は既存資料とは異なることが多く、また隔たりがある^{10) 19)}ことや、住民の生の

声や要望、住民の保健・医療行動等に関する既存資料が十分でない²⁰⁾という実情を示していると考ええる。

『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』は、保健婦の関心・意欲があり選択しているが、「手法の理解が不十分でうまく展開できない」という活用する側の問題が多く出されていた。また、アメリカやカナダで開発された『コミュニティ・ミーティング』では、「住民の思いと行政政策の違いに悩む」などの問題が出されており、適用する際には、制度や文化の差もありそのままの適用は困難もある^{10) 21)}。これらの手法を展開するための課題は、今後の活用意思の割合も高いことから、モデルの基本的な考え方を踏まえて日本の文化や地域性、保健婦（士）の活動にあった手法に修正することも必要である。そして、活動の展開において効果的に手法を活用するためには、手法についての十分な理解と訓練が必要であり、そのための教育環境を整えることが大切であることが示唆された。

3 活動手法を活用するために必要とする教育環境

『問題解決型』は、学習は「特にしていない」という割合が高くなっていった。この手法は、地区活動の基本的な展開方法として保健婦（士）教育で実施されており、保健婦（士）として新たに学習するというよりは経験と学習を積み重ねていくという形が多く、他の手法に比べて研修会等の学習機会が少ないためと考える。

『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』の3つの手法は、地域保健活動における活用割合、「管内研修」や「中央研修」で学習した割合、今後の活用意志割合がいずれも高かった。これらの技法は1980年代以降に取り組み始められた比較的新しい手法である。開発者や提唱者の実践例が学会や雑誌等で提示されることや研修会で取り上げられる機会も多く、手法への関心が高まり活用に結びついている。しかし、活用する側の問題として手法の理解が不十分なために、方法を有効に活用できていない現状があり、実践者や専門家による指導を希望していると考ええる。

学習環境として、いずれの手法に関しても学習機会を多く希望していることから、今後は保健所単位等での身近な実践者からの指導と専門家の指導等を組み合わせて、より実践的な助言・指導が受けられる環境づくりが必要である。また、各手法は現在も改良を重ねている段階であり^{10) 21)}、手法やモデルを

柔軟に取り入れ、活用してみて地域の実情に合わなければ修正したりしながら、手法を用いたことの効果を実証していくことも必要である。

地域看護の領域では、従来、優れた活動であっても言語化されず保健婦個人の業務にとどまり、他の人にその方法論が伝承されることが少なかった。学習環境として「実践事例の資料化」は希望が少なかったが、手法の理解や習得への訓練と合わせて、日々の実践例を言語化・資料化し、活動方法論を整理していくことが必要と考える。

V まとめ

N県内の市町村における地域保健活動手法の活用実態と活用における問題・課題として、以下の結果が得られた。

1. 9割の市町村は手法を活用したことがあるが、1割はどの手法も活用したことがなかった。
2. 現在実施している手法は、『問題解決型』が5割、『地域づくり型』が2割、『コミュニティ・ミーティング』が1割であった。
3. 『問題解決型』は健康問題の明確化と優先順位の決定の評価が高く、住民の参加、住民のエンパワメントの評価が低かった。
4. 『地域づくり型』『プリシード・プロシード・モデル』『コミュニティ・ミーティング』は、住民の参加、住民のエンパワメントの評価が高かった。
5. 6割以上の市町村が手法の活用に問題があるとし、『地域づくり型』は8割、『プリシード・プロシード・モデル』は7割が手法の理解が不十分としていた。
6. 今後の活用意志は9割と高く、実践者や専門家による指導、手法の研修会を希望していた。

これらのことにより、地域保健活動に手法を取り入れるためには、適用条件の見極めをし、身近な実践者からの指導と専門家の指導等を組み合わせて、より実践的な助言・指導が受けられる環境づくりの必要性が明らかになった。

引用文献

- 1) 山本幹夫監，島内憲夫編訳：ヘルス・フォー・オール—38の到達目標—，財団法人東京顕微鏡院，東京，1990。
- 2) 島内憲夫訳：ヘルスプロモーション—WHO：オタワ

- 憲章一，財団法人東京顕微鏡院，東京，1990.
- 3) 厚生省健康政策局計画化，保健医療局健康増進栄養課，児童過程局母子保健課監修：これからの地域保健，8-10，中央法規出版，東京，1994.
 - 4) 岩永俊博：地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究 平成10年度報告書，1-14，1999.
 - 5) 村嶋幸代，伊井久美子，黒田裕子：特集 地域活動の理論と保健婦の専門性「学習理論」と「地域づくり型」の展開をめぐって，p48-49，地域保健，平成10年1月号，1998.
 - 6) 金川克子監修：地域看護学 実践の理論化をめざして，147-151，日本看護協会出版会，東京，1997.
 - 7) 岩永俊博，黒田裕子，和田耕太郎：地域づくり型保健活動のてびき，医学書院，東京，1996.
 - 8) Green LW, Kreuter NW : Health promotion planning : An Educational and Environmental Approach, 2nd ed. (Mayfield Publishing Company, California, 1991) (神馬征峰，他訳：ヘルスプロモーション. PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開，医学書院，東京，1997.)
 - 9) コミュニティ・ミーティング—三浦ワークショップ報告書—，日本看護協会，10-19，1997.
 - 10) 平成11年度先駆的保健活動交流推進事業 コミュニティ・ミーティングガイド，日本看護協会，4-9，2000.
 - 11) 松下 祐：健康問題と住民の組織活動，勁草書房，東京，1981.
 - 12) 伊井久美子：リハビリ教室から作業所づくりへ発展した組織化活動，久恒節子・島内節編：地域看護学講座4グループ・組織化活動，98-114，医学書院，東京，1994.
 - 13) 石川雄一：新保健医療への行動科学的アプローチ—健康教育から健康学習へ—，日本ヘルスサイエンスセンター，東京，1990.
 - 14) 平山朝子，宮地文子，北山美津子他：公衆衛生看護学総論1，日本看護協会出版会，70-84，東京，1999.
 - 15) 斉藤恵美子：地区把握のためのエスノグラフィックアプローチ，保健の科学 第43巻第3号，200-203，2001.
 - 16) 藤岡千秋：地域保健の特徴と住民参加，地域保健と住民参加(宮坂忠夫編著)，46-62，第一出版，東京，1983.
 - 17) 宮坂忠夫編著：地域保健と住民参加，第一出版，東京，1983.
 - 18) 永井正規，麻原きよみ，久道由美他：2000年新春座談会 保健婦活動とエビデンス 活動の科学性をめざして，地域保健，平成13年1月号，4-55，2000.
 - 19) 佐伯和子，和泉比佐子，加藤欣子他：保健活動における地域の看護アセスメントの課題—保健婦の認識をとおして—，日本地域看護学会誌 Vol.3. No.1, 142-149, 2001.
 - 20) 岡野初枝，川田千恵子，二宮一枝他：住民参加型の地域保健活動への取り組みにあたっての既存資料の分析，日本公衆衛生学会誌，46・10，(特別付録)，334，1999.
 - 21) 大賀英史：活動モデルの読み方と活かし方，新井宏明編集．健康福祉の活動モデル 考え方・つくり方・活かし方，医学書院，159-164，東京，1999.