

研究報告

半島地域における保健師活動の特徴

石垣和子¹^{*}, 金子紀子¹, 大湾明美², 曾根志穂¹, 塚田久恵¹,
宮崎美砂子³, 山本春江⁴, 織田初江¹, 阿部智恵子¹, 川島和代¹,
浅見 洋¹, 角地孝洋⁵

概 要

半島地域における保健師活動の特徴を把握する目的で、半島地域にある市町村に働く保健師に対して往復ハガキを用いた自記式アンケート調査を行った。回収率は58.3%であった。把握された保健師活動の特徴は、地域に出向く活動や訪問活動を活発に行い、キーパーソンを活用し、住民から地域の歴史や風習、詳細な生活ぶり、行事などを学びながら行う活動であった。日本全体としては地域に密着した活動スタイルをとることに困難性が指摘される今日、半島地域ではそのような活動スタイルが継続していることが明らかにされ、さらにこの活動は、島嶼での活動に類似した点があることが示唆された。地域性を見極め、住民のニーズに見合った保健師活動を行うことがこのような保健師活動につながっているものと考えられた。

キーワード 保健師活動, 半島地域, 島嶼看護, 保健師の活動スタイル, キーパーソン

I. はじめに

日本では、行政保健師による地域社会で暮らす人々への疾病予防活動や健康づくり活動が評価されてきた^{1,3)}。しかし近年は、その活動に様々な課題が生じていることが示されている^{4,6)}。日本社会に行き渡った経済発展は、全国的に地域住民のライフスタイルや価値観の多様化をもたらした。奥田は高度経済成長期の農村的な地域社会（ムラの地域社会）の変化について、「右肩上がりのアーバンゼーション（都市化）過程にあつて、地域社会の崩壊・解体化を免れ得なかった」と述べ、保健師活動については「農村的な地域社会を基盤とした保健師活動を、都市の機能的システムと結んだ保健師活動へとスイッチすることが強調された」と述べている⁷⁾。また、行政組織の合理化は、分散配置による保健師のまとまりの減少や保健師の事務量の増加をもたらした。このような住民や地域社会側の社会経済的な変化と、保健師側の労働環境の変化は、保健師の活動スタイルに影響を与えているものと考えられる。それに対し厚生労働省は、家庭訪問に代表される住民生活に密着した活動スタイルを取り戻すべく、新たな指針を発

表して保健師活動を活性化する方針を示している⁸⁾。この指針が今日の地域社会のすべての保健師活動の新たな推進につながるかどうかは、今後の保健師の努力と工夫が必要であり、その推移を見守る必要があると考えている。たとえば、駅前の一等地に建った高層マンションの住民や定年後に移住してきた団地住民等のように地縁関係とは一線を画し、保健師にも心を開かないタイプの住民⁹⁾に対してどのように活動したらよいかなどである。保健師活動の「知」がベテランから新人に引き継がれない現実を指摘する声がありそのことも解決すべき課題である一方、このような住民にあった新たな実践の「知」を創造する必要もあるのではないかと考える。「地域を丸ごと」という表現で保健師活動のあり方が説明される¹⁰⁻¹¹⁾が、地域をもっと詳細に診る視点での説明や研究も求められている。

石垣や大湾らは、1984年から2008年に発表された島嶼看護に関する文献をメタ統合することによって、島嶼地域では保健師がその地域のスペシャリストとなって、住民とともに暮らし、住民と同じ高さの目線で活動を展開していることを詳しく示した¹²⁾。その活動スタイルは、農村的な地域社会が大部分を占めていた時代の日本の保健師

¹ 石川県立看護大学 ² 沖縄県立看護大学 ³ 千葉大学

⁴ 青森中央学院大学 ⁵ 石川県小松市

活動を想起させるものであった。その一方で、本研究チームの半数以上が所属する石川県立看護大学は、能登半島近くに位置し、教育研究活動や地域貢献活動に伴って経験する能登半島地域の生活は、昔ながらの人間関係が維持され、産業構造においても島嶼との類似性が感じられ、そのことから類推して保健師活動も島嶼看護で見出されたような活動、すなわち農村的な地域社会が大部分を占めていた時代の活動を想起させるような保健師活動が行われているのではないかという仮説を描いた。

半島は、「海に向かって長く突き出た陸地、小さなものは岬、崎、鼻などという」とされている¹³⁾。一般的に半島というと大小さまざまであり、非常に大きなものは大陸・亜大陸と呼ばれる（ヨーロッパ全体やインドなど）が、ここでは日本地図に示された半島を指す。半島にある自治体においても、行政組織の合理化の影響など全国と同様の課題を抱えていることも想定され、また住民の価値観の変貌が家庭訪問の減少等につながっている可能性も否定できず、仮説通りの活動が行われているか否かの実態を調査することは、地域性と保健師活動との関連を確認する上で意義があると考えた。

野口は、島嶼の特徴を狭小性、環海性、遠隔性にあると述べている¹⁴⁾。半島は他の地域と陸続きであるため環海性があるとは言えないが、人々は海に面した所で暮らし、後ろは山で隣の地域と仕切られていて海沿いに他地域とつながっている村や町もあるという意味では環海性に類する性格を有する自治体も含まれている。また、地図上で見ると大都市は半島部には少なく、遠隔性という点においても社会的機能の集中した都市から遠いという意味で類似性を持つ自治体が含まれている。さらに、近年は合併が行われたため（平成の大合併）市町の人口規模が大きくなっているが、半島地域では10～15年前までは小さな村という形態で多数の自治体が存在しており、狭小性という意味でも類似した性格が残存していると思われる¹⁵⁾。このように地域性において、島嶼と全く同じではないが共通点が見出される半島地域では、保健師活動が都市部の活動よりも島嶼の活動に寄っているという見方が成立すると考えた。

そこでこの研究は、上記のような仮説を想定しながら全国の半島地域における地域看護活動の概要を把握し、その特徴を見出すことを目的とする。この研究は、中山間地域や都市内部に局在する地

区等の多様な地域に対応する地域看護活動を導く次なる研究の導入ともなり得ると考える。この研究の結果を基にして、今後さらなる研究を行い、市街地化した地域の内部構造に着目するなど、地域性を中心に据えた地域看護学の確立に生かすことを考えている。

Ⅱ．方法

この調査は、前項に述べたように、全国の半島地域の地域看護活動の概要を把握する目的で行うものである。そのため、調査項目数は制限されても回収率を高めたいと考え、協力者の負担が少ないと思われる往復ハガキによるアンケート調査方法を採用した。さらに簡便性を重視してハガキには保護シールは貼らずに返却してもらうこととしたが、設問は回答が第3者に見られても差し障りのないものになるように配慮した。

日本地図から半島と判断した127市町村を選び、地域に出向く保健師活動を行ってきた健康づくり関連部署と介護保険法を機に保健師の所属が定着してきた介護保険関連部署の保健師宛てに自記式無記名のアンケート票を印刷した往復ハガキを送付した。活動に精通した保健師からの回答を得るため、いずれの部署に対しても経験5年以上の保健師各1名に回答を依頼した。対象市町村は、日本地図の目視によって半島部に所在するかどうかを判断の上選定した。本研究では、行政保健師の活動に着目しているため、①その全部あるいは大半の部分が日本地図上の半島と命名された地域にある市町村（岬も含む）、②半島と半島でない部分との境界に位置する市町村（例：能登半島の根元にある市町村）、③その一部に岬を含む市町村を選択した。従って大きめの半島（例：房総半島や紀伊半島など）の内陸部に位置し、海に面していない市町村も選択した。選択したすべての市町村を調査対象とした。

調査項目は、以下のように考えて設けた。島嶼における看護展開方法の研究で示された「地域のスペシャリストとなる」と命名されたカテゴリに相当する活動が、農村的な地域社会が大部分を占めていた時代の日本の保健師活動を想起させる核心であると考えられるため、それに関連すると思われる設問を設けた。ちなみにこのカテゴリは、保健師が仕事においては足しげく地域に出向き私人としては地域の中で1住民として生活することを通じて、住民の声から学び、住民に育てられて住民と同レベルまで地域のことをよく知って活動す

ることを意味する¹²⁾と思われた。そのため保健師と地域住民がどのような関係を持っているかを探索する目的で“住民からの学び”と“キーパーソンの活用”を自由回答として設問した。また、それに関係すると思われる地区分担制の採否、家庭訪問の状況を示す平成 25 年 1 月の家庭訪問対象や訪問頻度を設問した。さらに、保健師が地区と近い存在かどうかを判断するための住民の価値観の把握、地域の課題を掴んでいるかを判断するための行政の重要課題の認知、さらには勤務地の出身であるかどうかを設問した。また、半島にあるというだけで網羅的に選択した対象自治体をその特徴別に分析することを想定し、自治体の地域性を選択肢を用いて設問した。設問に挙げた地域特性は、自然環境や住民の生活状況などであり、住民の生活状況については参考文献を手がかりに研究班で考えた項目を挙げたものである¹⁶⁾。その他に市町村の属性、回答者の属性等を調査項目とし、調査票では回答しやすいと思われる項目を先に配置した。調査票は資料 1 に示した。

数値データの集計・分析は、SPSSver.21 を用い、健康づくり関連部署と介護保険関連部署との差異の有無を χ^2 乗検定にて行なった。キーパーソンや地区からの学びについての自由記載の分析は、まず設問に対して何を回答しているかを記述された原文から忠実に拾い出して小項目とし、次に類似した小項目をまとめて示す大項目を導いた。住民からの学びは、学びを得た場と、学びの内容に分けて分析を行った。説明文中においては、大項目は【 】をつけて示した。

研究代表者の所属する機関の倫理審査を受け、承認後に調査を開始した。調査への同意は回答の返送をもって得られたものとした。調査票の最後に、事後に訪問調査を受ける意向のある場合には記名してもらった。調査時期は平成 25 年 1 月～2 月であった。

Ⅲ．結果

1. 回答の状況

配布数、回収数、回収率、有効回答数、有効回答率、人口規模別回答数を表 1 に示す。回収率は、健康づくりに関連する部署が 66.1%（以降は健康づくり又は健康づくり部署と称する）、介護保険に関連する部署が 45.7%であった（以降は介護保険又は介護保険部署と称する）。その他の部署から 6 通の回答があった。人口規模 5 万人未満の市町村からの回答は 117 通で全回答の 79.1%であっ

た。なお、調査後の訪問調査を承諾するとして記名された回答は健康づくり部署、介護保険部署を合わせて 25 通であった。

2. 回答者の属性

回答者の属性を表 2 に示す。活動に精通している保健師の基準として経験 5 年以上のものに回答を依頼したが、健康づくり及び介護保険両部署合計して 8 名（全回答者の 5.4%）が経験 5 年未満であった。その他の部署からは経験 5 年未満の回答はなかった。これを受け、地区特性に関する項目の分析においては 5 年未満の保健師からの回答を含めたが、その他の保健師活動に関する項目の分析には含めなかった。回答の約 50%は経験が 20 年以上の保健師からのものであった。

職位はスタッフが最も多く（42.6%）、次いで多かったのは主任以上（29.7%）であった。出身市町村は、現勤務地、近隣市町村合わせて 76.4%と大多数を占めた。

3. 地区特性について

7 種類の地区特性について得た結果を市町村の人口規模別、回答保健師の所属部署別に表 3 に示す。その他の部署からの回答はこの表には含めなかった。

海岸部があると回答した市町村は介護保険部署では 48 か所（82.8%）、健康づくり部署では 74 か所（88.1%）あった。昔の風習が残っている地区があると回答した市町村はそれぞれ 42 か所（72.4%）、48 か所（57.1%）であった。

両部署併せた各地区特性の出現率を図 1 に示した。自然豊かな地区があると回答した市町村は両部署併せて 127 か所（89.4%）、交通不便な地区があるとしたのは 118 か所（83.1%）、人口移動が少ない地区があるとしたのは 31 か所（21.8%）、生活変化の著しい地区があるとしたのは 4 か所（2.8%）であった。

4. 地区分担制の採否、家庭訪問の対象について

表 4 に地区分担制の採否、平成 25 年 1 月における家庭訪問の有無、その間の家庭訪問の対象について示す。地区分担制は、介護保険部署では 19 か所（34.5%）、健康づくり部署では 60 か所（75.9%）が採用しており、両者間には差が見られた（ $P<0.001$ ）。

1 か月間に家庭訪問を行ったと回答があった市町村は、介護保険部署が 54 か所（98.2%）、健康

表1 回答の状況

		配 布 数	回収数とその 割合（％）		有効回答数 とその割合 （％）		回答のあった市町村の人口規模とその割合（％）							
							1 万未満		5 万未満		10 万未満		10 万以上	
			数	％	数	％	数	％	数	％	数	％	数	％
部 署	健康づくり関連	127	84	66.1	84	66.1	31	36.9	37	44.0	12	14.3	4	4.8
	介護保険関連	127	58	45.7	58	45.7	13	22.4	31	53.4	8	13.8	6	10.3
	その他の部署	0	6	-	6	-	4	66.7	1	16.7	0	0.0	1	16.7
合計数		254	148	58.3	148	58.3	48	32.4	69	46.6	20	13.5	11	7.4

表2 回答者の属性

		所属部署						合計 n=148	
		介護保険 n=58		健康づくり n=84		他部署 n=6		人数	割合
		人数	割合	人数	割合	人数	割合		
職 位	スタッフ	28	48.3	34	40.5	1	16.7	63	42.6
	主任	12	20.7	21	25.0	4	66.7	37	25.0
	主任以上	16	27.6	27	32.1	1	16.7	44	29.7
	無記入	2	3.4	2	2.4	0	0.0	5	3.4
出 身 地	現勤務地	21	36.2	32	38.1	1	16.7	54	36.5
	近隣市町村	25	43.1	33	39.3	1	16.7	59	39.9
	その他	12	20.7	19	22.6	4	66.7	35	23.6
経 験 年 数	5 年未満	3	5.2	5	6.0	0	0.0	8	5.4
	10 年未満	7	12.1	14	16.7	1	16.7	22	14.9
	20 年未満	19	32.8	25	30.0	3	50.0	47	31.8
	20 年以上	29	50.0	40	47.6	2	33.3	71	48.0

表3 回答市町村の地域特性

		自治体数	各市町村に含まれる地区特性　＜自治体数＞													
			海岸部		山間部		昔風習の 残存地区		自然豊かな地区		交通不便な地区		人口移動の少ない地区		生活変化 著しい地区	
介護保険	1万人未満	13	10	76.9	10	76.9	8	61.5	13	100.0	12	92.3	4	30.8	0	0.0
	5万人未満	31	27	87.1	23	74.2	23	74.2	27	87.1	26	83.9	5	16.1	1	3.2
	10万人未満	8	5	62.5	6	75.0	7	87.5	7	87.5	7	87.5	2	25.0	1	12.5
	10万人以上	6	6	100.0	3	50.0	4	66.7	4	66.7	4	66.7	3	50.0	2	33.3
	合計	58	48	82.8	42	72.4	42	72.4	51	87.9	49	84.5	14	24.1	4	6.9
健康づくり	1万人未満	31	27	87.1	23	74.2	16	51.6	28	90.3	28	90.3	9	29.0	0	0.0
	5万人未満	37	33	89.2	26	70.3	23	62.2	33	89.2	29	78.4	6	16.2	2	5.4
	10万人未満	12	10	83.3	9	75.0	7	58.3	11	91.7	10	83.3	1	8.3	0	0.0
	10万人以上	4	4	100.0	3	75.0	2	50.0	4	100.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0
	合計	84	74	88.1	61	72.6	48	57.1	76	90.5	69	82.1	17	20.2	2	2.4

表4 地区分担制の採否と家庭訪問の状況

		地区分担制とっているか***				1ヵ月間の家庭訪問の有無（H25年1月）							
						件数		家庭訪問の対象					
所属部署		いる	いない	その他	無回答	家庭訪問あり	家庭訪問なし	高齢者***	母子***	精神	虐待	その他	合計
介護保険	回答数	19	35	0	1	54	1	49	0	14	13	5	55
	割合	34.5	63.6	0.0	1.8	98.2	1.8	89.1	0.0	25.5	23.6	9.1	100.0
健康づくり	回答数	60	14	1	4	68	11	28	49	29	11	27	79
	割合	75.9	17.7	1.3	5.1	86.1	13.9	35.4	62.0	36.7	13.9	34.2	100.0
その他	回答数	2	3	0	1	5	1	5	1	0	1	0	6
	割合	33.3	50.0	0.0	16.7	83.3	16.7	83.3	16.7	0.0	16.7	0.0	100.0
合計	回答数	81	52	1	6	127	13	82	50	43	25	32	140
	割合	57.9	37.1	0.7	4.3	90.7	9.3	58.6	35.7	30.7	17.9	22.9	100.0

***部署間で有意差あり (P<0.001)

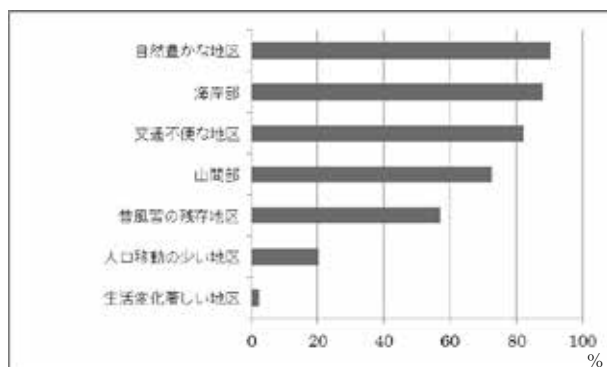


図1 地区特性の出現率

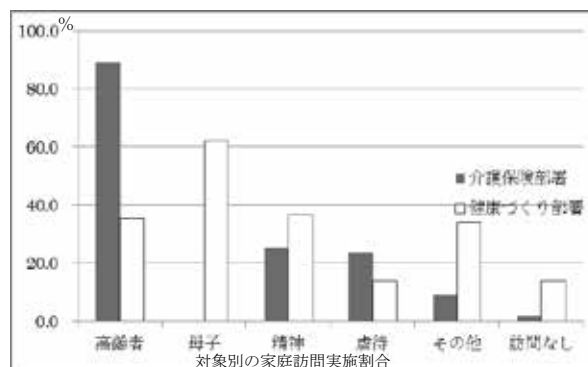


図2 部署別の家庭訪問の対象

づくり部署が68か所(86.1%)であった。介護保険部署では1市町村以外はすべて訪問活動を行っていた。

家庭訪問の対象を介護保険部署と健康づくり部署に分け、図2に示す。

表4で示したように家庭訪問の対象は介護保険部署は高齢者が最も多く49か所(89.1%)であり、他の対象は20%台あるいはそれ以下と大きな開きがあった。一方健康づくり部署は母子が最も多く49か所(62.0%)であり、他の対象へも35%前後が訪問しており、訪問対象が多様であった。高齢者への家庭訪問、母子への家庭訪問は介護保

険部署と健康づくり部署の間には差が見られた(P<0.001)。

5. 地区の課題や価値観の把握

地区の重要課題を把握しているか、住民の価値観を把握しているかという設問に対する回答を表5に示す。重要課題については、「十分に把握」は両部署とも10%台であったが、「まあ把握」も含めると90%を越えていた。住民の価値観についても同様に、「十分に把握」は両部署とも5~6%であったが、「まあ把握」も含めると介護保険部署は100%、健康づくり部署でも90%を越

えていた。

6. 活用しているキーパーソン

日頃活用しているキーパーソンについての自由記載を求めたところ、記入があったのは101通(経験5年未満の保健師を除く回収数の72.1%)であった。表6にその結果を健康づくり部署と介護保険部署に分けて示す。

キーパーソンの名称はさまざまであったが、分析にあたっては小項目として挙がってきたキーパーソン名から性格が類似していると考えられたものを併せてキーパーソンの大項目を導いた。導かれた大項目は人材のタイプの違いを表していたため、キーパーソンの種類と称した。

表6に示すように件数の最も多かった種類は、介護保険部署では【民生委員／児童委員】であった。記載率は97.8%と介護保険部署の回答のほぼ全数において挙げられていた。健康づくり部署では保健師がかかわって育成した人材を示すと考えられる【保健推進員】が最も多かった。記載率は67.9%であった。民生委員と児童委員は兼務していることが多いため、種類名として民生委員／児童委員とした。【保健推進員】は、小項目では“保健協力員”や“健康づくり推進員”など、自治体によって呼称は様々であった。

介護保険部署で次に多かったのは【福祉系・高齢者系のリーダーや関連機関の職員】であった。キーパーソン名としては“介護予防活動リー

表5 地区の重要課題や住民の価値観の把握の状況

所属 部署	重要課題の把握 回答数及び割合（％）								住民の考えや価値観の把握 回答数及び割合（％）						合計	
	十分把握		まあ把握		把握して ない		無回答		十分把握		まあ把握		把握して ない			
	数	％	数	％	数	％	数	％	数	％	数	％	数	％		
介護 保険	6	10.9	47	85.5	2	3.6	0	0.0	3	5.5	52	94.5	0	0.0	55	100.0
健康 づくり	15	19.0	59	74.7	4	5.1	1	1.3	5	6.3	68	86.1	6	7.6	79	100.0
その 他	1	16.7	5	83.3	0	0.0	0	0.0	1	16.7	5	83.3	0	0.0	6	100.0
合計	22	15.7	111	79.3	6	4.3	1	0.7	9	6.4	125	89.3	6	4.3	140	100.0

表6 活用しているキーパーソン

キーパーソンの種類	キーパーソンの名称	キーパーソンの種類別 回答件数		回答数全体 (n) に 対する割合%	
		健康づく り	介護保険	健康づく り n=56	介護保険 n=45
民生委員/児童委員	民生委員, 児童委員	31	44	55.4	97.8
保健推進員	保健協力員, 健康づくり推進員等	38	9	67.9	20.0
自治会の会長・役員	自治会, 町内会等	18	15	32.1	33.3
福祉系・高齢者系の リーダーや関連機 関の職員	介護予防活動リーダー, 福祉推進 員, 福祉アドバイザー等	7	21	12.5	46.7
食生活改善推進員	食生活改善推進員, 食改	18	1	32.1	2.2
団体の長	婦人会長, 老人会長等	9	5	16.1	11.1
ボランティア	ボランティア, 子育てボランティ ア, 健康づくりボランティア等	6	7	10.7	15.6
地域住民の中の適 任者	人柄がよく, フットワークもよ く, 地区をよく把握している人, 近所の人, 店員, サロン参加者	1	5	1.8	11.1
その他	医師会, 公民館主事, 元役場職員, 学校の先生等	9	3	16.1	6.7

ダー”, “福祉推進員”, “福祉アドバイザー”などであった。健康づくり部署で2番目に多かったのは【民生委員／児童委員】であった。

両部署とも3番目に多かったのは【自治会の会長・役員】と命名した種類で“自治会長”, “町内会長”, “区長”等の名称で呼ばれていた。なお, “婦人会長”や“老人会長”は【団体の長】としてまとめ, 【自治会長・役員】とは別の種類として扱った。健康づくり部署では【食生活改善推進員】も【自治会の会長・役員】と同率で3位であった。

“健康づくりボランティア”などの【保健推進員】との判別の困難な名称は, 【ボランティア】として一括してまとめた。“人柄がよく, フットワークもよく, 地区をよく理解している人”と表現した回答もあった。これは“近所の人”と併せて【地域住民の中の適任者】という種類にした。委員や長である人と地域住民の中の適任者とが重なっていることも想定されるが, ボランティアも含めてこの調査の方法からは弁別不可能であるため別に扱った。

7. 地区についての住民からの学び

「住民から地区についての学びを得たという経験」の記載を求めたところ, 57通（介護保険部署25通, 健康づくり29通, その他部署3通：保健師5年未満を除く回答数の40.7%）から記載

が得られた。

回答例としては, 「訪問や会合の場での会話から生活様式や食習慣, 行事などデータからは見えないたくさんさんのことを学びます。」「たくさんありすぎてまとまりません。住民から地区を愛する気持ちを感じた時。保健師から地区住民にあるケースの見守り等を願ったところよく応じ情報をくれた時。（後略）」「有 多数」など, さまざまな内容や表現が含まれていた。大多数の回答は, 学びを得た場面と学びの内容が記載されていたが, どちらか一方のものもあった。一方のみが書かれていた回答もそれぞれの分析の対象にした。分析は部署ごとに分けずに一括して行った。

学んだ場面の分析結果は表7に示す。大項目として保健師活動の代表的場面である3つの場面, すなわち A. 【集団に対する事業関連場面】, B. 【地区組織づくりに関連した活動場面】, C. 【個別の訪問事業場面】及びそれにまとめることのできない D. 【その他の場面】が得られた。表中にはそれぞれの小項目と小項目ごとの出現件数も示した。A.B.C.の場面は, 主に保健師が地域へ出向いて行なう活動の機会と一致していると思われる。D.には“住民との接触機会”, “住民との何気ない会話”, “保健師自ら住民活動に参加し, 地区住民と話し合い”, “住民からの働きかけ”など, 必ずしも仕事の場面には限定せず, むしろ仕事以外の場面も含めて学んでいることを示して

表7 学びを得た場面

学びを得た場面 (大項目)	小項目 番号	学びを得た場面 (小項目)	件数
A. 集団に対する事業関連場面	A-1.	地区単位, 団体単位の健康教室	6
	A-2.	出張健康相談	4
	A-3.	老人会, 老人クラブ	3
	A-4.	健診及び結果説明	2
	A-5.	所内健康相談	1
	A-6.	運動教室	1
B. 地区組織づくりに関連した活動場面	B-1.	地区組織づくり活動	6
	B-2.	地区住民と会う会合(意見交換, 打ち合わせなど)	3
	B-3.	保健推進員や区長と会う機会	1
C. 個別の訪問事業の場面	C-1.	家庭訪問	7
D. その他の場面	D-1.	住民との接触機会	4
	D-2.	日々	3
	D-3.	住民との何気ない会話	2
	D-4.	地区に出向く活動	1
	D-5.	保健師自ら住民活動に参加し, 地区住民と話し合い	1
	D-6.	住民からの働きかけ	1

いると考えられうる回答も含まれた。また“日々”という回答も複数件あり、特定の場面として表現できない様々な場面を指していると考えてD-2としてまとめた。

小項目としての件数が最も多かったのは7件のC-1.“家庭訪問”，次に多かったのは6件のB-1.“地区組織づくり活動”とA-1.“地区単位，団体単位の健康教室”であった。なお，“地区組織づくり活動”には，地区座談会，会合の場，保健推進員や区長と会う機会などがあり，“地区単位，団体単位の健康教室”には，町会単位の教室・相談活動，老人会，運動教室，公民館における健康教育などがあった。大項目としての総件数をみると，A.の場面において合計件数が最も多かった。

次に，学んだ内容については大項目，およびそれぞれに含まれた小項目，小項目の出現件数を表8に示す。大項目として7つが得られた。

A.【住民間のつながり】には，自治体内に存在する小さな地区ごとの住民どうしの支え合いや近所づきあい，血縁関係，地区で力を発揮できるキーパーソンが誰であるかなどの7つの小項目が含まれ，合計12件の内容が挙げられていた。

B.【住民の考え方・思いや特徴，住民の力】には，健康を守る住民の力や自主性，健康感・価値観，地元への思いなどの7つの小項目が含まれ，合計10件の内容が挙げられていた。

C.【住民の風習や行事，暮らしぶり】には，小さな地区ごとの風習等，地区の歴史や行事，地区ごとの暮らしぶりなどの6つの小項目が含まれ，合計22件の内容が挙げられていた。

D.【住民の生活習慣】には，住民の生活様式や食習慣，郷土料理などの4つの小項目が含まれ，合計9件の内容が挙げられていた。

E.【保健師と住民との関係】には，保健師が住民に支えられ，元気をもらっていること，住民と協働している実感を得ることなどの5つの小項目が含まれ，合計7件の内容が挙げられていた。

F.【住民の労働の特徴】には，住民の仕事が生活時間にどのような関わりを持っているかなどの3つの小項目が含まれ，合計3件の内容が挙げられていた。

G.【その他】には，行政が行うことへの住民の思いや目線，保健師活動へのヒントなどの6つの小項目が含まれ，合計8件の内容が挙げられていた。

小項目に注目すると，C-1.の“地区の現在・昔の風習や習慣”が最も多かった。次に多かった

は，A-1.の“住民どうしのつながりの地域差など”，C-2.の“自治体内の地区ごとの特徴や雰囲気の違い”，D-1.の“住民の生活様式”，C-3.の“地区の歴史”，C-4.の“祭りなどの地区や寺の行事”であった。

Ⅳ．考察

1. 人口規模から見た本調査の対象となった市町村の特徴

表1に示したように，回答のあった市町村の人口規模は5万人未満が117自治体でその割合は79.1%であった。この数字は，平成25年の全国の市町村に占める5万人未満の市町村割合が68.4%であったことと比較し，調査対象とした半島地域においては人口規模の小さな自治体が多いことを反映しているものと考えられた。

一方で人口5万人以上の市町村が31含まれていた。この点を離島の人口と比べると，日本の離島の統計によれば人口10万以上の離島は1島（淡路島）に過ぎず，5万人以上10万人未満であっても3島（天草下島，佐渡島，奄美大島）である¹⁷⁾。しかも佐渡島を除きそれぞれの島が3から6の市町村を内包していることから，市町村単位の人口規模はさらに小さなものとなる。それらから今回の調査対象の市町村は，全国平均よりは小さく離島よりも大きな人口規模を有する集団であったと考えられる。

2. 地域性から見た本調査の対象となった市町村の特徴

調査対象市町村は，日本地図を目視して選んだ。長崎市の例のように県庁所在地である市を選ぶことが適当であるか等の議論の余地はあるが，本研究では市のもつ機能は考慮せず地図上の位置だけを選択基準にした。そのことによって，狭小性，環海性，遠隔性という島嶼の持つ地域性との類似性から外れる性格を持つ地域性の市や町も含まれることが考えられたが，それが半島地域の実の姿であり，この研究の意義は半島地域全体の概略を掴むことにあり，たとえ都市と言えるような市が含まれたとしても今回の調査の対象とすることにした。

回答市町村を概観すると，表3，図1に見られるように「海や山があり，自然が豊かで，多くが交通不便な地区を内在し，生活変化の著しい地区はほとんど含まれていない」という地域性を持つ自治体であった。このことは，結果的には半島地

表8 住民から得た学びの内容

学びの内容 (大項目)	小項目 番号	学びの内容(小項目)	件 数
A. 住民間のつながり	A-1.	住民どうしのつながりの地域差など(昔ながら地区は横つながりが強く、支え合いがある)、転入者はなじみにくい	5
	A-2.	住民の血縁関係や親せき関係など、住民の関係性	2
	A-3.	近所つき合いの現状	1
	A-4.	効果的に動いてもらえるキーパーソンの存在	1
	A-5.	自治組織の団結度、老人会活動の活発度など	1
	A-6.	要介護者に対する区費・ごみ収集所の掃除の免除等の共同体的な傾向の存在	1
	A-7.	区単位の自主的な健康への取り組み	1
B. 住民の考え方・思いの特徴、住民の力	B-1.	自分で健康を守る住民の力	3
	B-2.	健康感・価値観	2
	B-3.	町全体に比して地区に対する住民の帰属意識の高さ	1
	B-4.	不便でも住みたい地元への思い	1
	B-5.	地元愛	1
	B-6.	住民の自主性	1
	B-7.	高齢者パワーの大きさ	1
C. 住民の風習や行事、暮らしぶり	C-1.	地区の現在・昔の風習や習慣	7
	C-2.	自治体内の地区ごとの特徴や雰囲気の違いなど	5
	C-3.	地区の歴史	4
	C-4.	祭りなどの地区や寺の行事	4
	C-5.	地区住民の経済状況	1
	C-6.	地区の家族関係	1
D. 住民の生活習慣	D-1.	住民の生活様式	4
	D-2.	住民の食生活	2
	D-3.	郷土料理	2
	D-4.	仕事と生活の詳細な関係性	1
E. 保健師と住民との関係	E-1.	保健師が住民に支えられていること	2
	E-2.	住民と協働している感触	2
	E-3.	住民から元気をもらう感覚	1
	E-4.	住民から活動の方法のアドバイスをもらう	1
	E-5.	住民から叱られる	1
F. 住民の労働の特徴	F-1.	日頃の労働	1
	F-2.	労働と生計感覚や生活時間との詳細な関係性	1
	F-3.	漁業と農業との生活スタイルの違い	1
G. その他	G-1.	行政の姿勢のあり方・行政目線で展開される事業への危惧(過疎切捨て)	2
	G-2.	保健師活動へのヒントや学び	2
	G-3.	町村合併への思い	1
	G-4.	地域の課題などの地域に関する情報	1
	G-5.	住民の視点からの詳しい情報	1
	G-6.	生の意見の入手	1

域にある市町村は、地域住民の生活環境において、島嶼と類似した側面のある地域が大部分であると考えられた。ただし限界集落が都市でも生じているように、自治体の中を捜せばそのような地区が内在していることが想定されるため、交通不便な地区があるか、自然豊かな地区があるか等の設問だけでは十分には地域特性を導けなかったと考え

ている。

また、半島は地続きで最先端の医療を受けられる医療機関ともつながっている等の島嶼にはない地理的特徴があり、そのことが住民の保健行動や保健師活動にどのような影響があるかについては、今回の調査項目には含めておらず不明である。この調査の結果を受けて今後の調査が必要である

と考える。

3. 本調査の調査手段について

本研究は、往復ハガキというスペースに制限のある用紙による調査であったため、半島地域の保健師活動の概要をつかむための最低限の項目を設定しての調査であった。回収率は、全体では58.3%、健康づくり関連部署に注目すると66.1%と高率であった。加えてどの部署からの回答もすべて有効回答として扱うことができた。

調査の質からみると書き込むスペースも小さく、また載せられる項目数にも限りがあったが、回答者側からするとスペースが小さい分、気軽に思いつくままに走り書きができ、時間的な負担も少なかったのではないかと考えている。

4. 活用しているキーパーソンについて

表6に示したように、地域の住民がつとめる主だった役職はほとんどがキーパーソンとして挙げられた。回答した保健師が、地域の役職と密接に関係しながら活動をしていることが示唆された。

介護保険部署では、【民生委員／児童委員】が記入者のほぼ全数で挙げたことはいかに民生委員が重要なキーパーソンであるかを示しているものと考えられる。また20%ではあるが健康づくり部署で育成されていることの多い【保健推進員】も介護保険部署で挙がっており、保健師の地区への目線は部署ごとの縦割りではなく人材の特徴に応じた柔軟なものであることが窺われた。健康づくり部署では、筆頭の【保健推進員】は当然であるが、キーパーソンは市町村の個別事情に応じた多様性があることが示された。

この設問の目的として、役職以外にどのようなキーパーソンが挙がるかに期待があったが、【その他】に含めた“人柄がよく、フットワークもよく、地区をよく把握している人”のような表現は他になかった。これは、キーパーソンの想起を促すために調査票の中で例として民生委員を挙げたことによって、役職名で回答するように誘導してしまった可能性を否定できないと考えている。しかし、中には近所の人、店員、サロン参加者等もあり役職に限らずキーパーソンを掴んでいる一端が示されたと考える。

5. 保健師の地区活動の状況について

保健師の活動体制についての調査は、全国保健師長会が平成26年暮れから27年正月にかけて

全国規模で行っている¹⁸⁾。その結果によればすべて地区担当制で行っているとの回答は市町村保健センターの保健部門の場合は22.6%、介護保険部門では11.1%であった。本調査では健康づくり部署では75.9%、介護保険部署では34.5%が地区担当制という回答が得られており、半島地域では地区担当制が高率であることが分かった。

さらにこの調査では、1ヶ月間の家庭訪問について尋ねた。お正月を含む月であったが、介護保険関連部署ではほぼ100%が、健康づくり部署では85%以上が家庭訪問していた。2014年に石垣が行った全国の多様な人口規模、多様な地域性の自治体における保健師活動の様相に関する調査によれば、近年は、保健師は地区に出向く活動が減り、地区との関係が希薄化している⁹⁾。住民側も価値観が変化し住民間のつながりが減少しており、定年後の移住者が多いような地区ではそれが顕著で、家庭訪問を断る傾向も見られている⁹⁾。それに対して、本調査の対象市町村ではよく家庭訪問が行われていたことは、半島地域における地区担当制のもとでの地区活動の活発さや、住民の保健師に対する受け入れ姿勢が整っていることが示唆される。このような特徴を持つ半島地域の地区活動は、農村的地域社会が大部分を占めていた時代の日本の保健師活動のような地域に密着した活動スタイルをとっていると言えると思う。

6. 半島地域の保健師活動の特徴と島嶼における活動との類似性について

本調査結果から、半島地域の保健師は地域に出向いた場面において、表8のAからEに見られるとおり詳細な地区住民の暮らしぶりを住民から学んでいることが示された。学んだ内容の小項目として最も多く挙げたC-1.“地区の現在・昔の風習や習慣”やそれに続くA-1.“住民どうしのつながりの地域差など”等々に示されているように、そこで暮らしている人が身近な単位で相互にどのような関係を持って生活しているか、その関係性や気持ちの通い合い、風習、大事にしている行事などに関することを学びとって保健師活動に生かしていることが示唆された。また仕事の場面以外にも、表8のGに見られるとおり、住民の行政への思いや住民の視点からの様々な情報を得ていることも示唆された。キーパーソンとしても表6に示したように民生委員を始め地域の役職が軒並みあがった。これらのことと前項でも述べたように半島地域の保健師が家庭訪問をしっかり行って

いることと併せて、半島地域の保健師活動は活発に地域に出向き、住民の中に入り込み、住民の生活やつながりを細部まで熟知して活動するという特徴があることが明らかになったと考える。

さらに表2に示した出身市町村の回答においては、現勤務地出身が36.5%と3分の1を超え、大変多かった。また、現勤務地出身者と近隣市町村出身者を併せると76%を超えていたことから半島地域で働く多くの保健師は活動対象とする地域と自らが生活する地域が近接する傾向が高いことがわかった。回答市町村の人口規模をみると1万人未満が32.4%であったが、このような人口規模の市町村では、地元出身者は自ずと住民でもあり保健師でもあり、公と私を区別せずむしろ公私を重ね合わせて住民や地域を知って活動に生かしていることが推察される。すなわち保健師自身の生活そのものが自身の活動する地域の住民生活に類似しており、住民を知る手がかりを得やすいという特徴があるものと思われる。

本研究の「はじめに」や「方法」の項でも述べたように島嶼における看護活動の展開方法に関する研究から、島嶼では保健師は島嶼という社会に適した実力や思考を身につけることが導かれ、その下位カテゴリとして「地域のスペシャリスト」になることが導かれている¹²⁾。また同じ研究において、「住民であることと行政保健師であることを一体化し、住民の生活課題や気持ちを汲み取って住民主体の地域保健活動を展開する」という展開方法が導かれている。さらに、「地域のスペシャリスト」になることにおいては、保健師が民生委員の勉強会に参加して育ててもらうことや、住民から保健師に住民の細かい生活状況が提供され、具体的な健康課題が共有されることなどが挙げられていた。

本研究で示した半島地域の保健師活動も、民生委員をはじめとした地域住民から学んで地域をよく知る「地域のスペシャリスト」となっている可能性があると考えられ、また生活の場と仕事の場が同一あるいは近接していることが多く「住民であることと行政保健師であることを一体化」していることも想定される。これらから半島地域の保健師活動は島嶼での活動と類似性があると言えるのではないかと考える。

7. 保健師活動の再構築に向けて

今日の日本社会は、平成27年版の厚生労働白書に示されるように人口増加が一転して減少に転

じ、経済発展が今度は経済の縮小に向かうと指摘されている¹⁹⁾。このような社会経済的な変化の影響を受け、経済発展による都市への人の流れが今後は地方創生や地域包括ケアシステムの施策²⁰⁾の中で向きを変え、徒歩圏内での生活環境が整えられることが期待されている。これからは人の動きとそれによって影響を受ける地区の様相を詳細に見ながら保健師活動を組み立てる必要性が高まるものと考えられる。

一方、今日保健師には「地域が見えなくなった」等の現象が起きており²¹⁾、災害地での支援活動から改めて「地域のつながりの大切さを実感したこと」²²⁾等のもとに保健師の活動指針が改定され、保健師にとっての地区活動の重要性和そのシステムとしての地区担当制が奨励された²¹⁾。今後の保健師の活動が、日本の社会経済的な変化に対応した活動であるためには、本調査によって示された半島地域で活動する保健師の、多様な場面・多様な内容の住民の生活実態の学びがまさに重要視されたと言えるのではないかと考える。

半島地域の保健師の住民からの学びは、地区診断と呼ばれる保健師活動の基本的な技術の根底にあるものであり、新たな活動指針でも目指しているところであろう。事例報告ではあるが、人口8500人を地区担当するベテラン保健師の地区診断の内容を示した文献では、まさに本研究で明らかになった住民からの学びの内容が列挙されている²³⁾。島嶼や半島地域以外の地域でも保健師側の条件やその地区特性の条件が整えば、このような地区診断のもとでの住民のニーズに添った活動が展開でき、実際的にもこのような活動が多く存在していると考えられる。保健師の能力や姿勢あるいは地域住民の関係性や地域社会の均一性/多様性をどのように捉えればよいのか、今後の研究を待ちたい。

一方で、人口移動の激しい地域や住居形態が高層マンション型であるなどの住民の関係性が薄れている地域における活動の方法の開発や、そのような地区にありがちな保健師とのかかわりを避ける住民とのコミュニケーション技術の開発など、今後に向けた課題も山積されている。佐伯らは2001年と2013年の保健師の専門職務遂行能力を比較し、地域支援能力と管理能力は2013年の方が経験21年目以上の群で高まっているが、個別支援能力は2013年の方が経験20年目以下の群で低かったことを報告している²⁴⁾。すなわち個別支援能力は若手の保健師の間で低下してきてい

ることが示されており、なぜそのような現象が起きているのかの分析と同時に住民特性に応じた個別支援能力の開発が待たれている。

V. 結論

半島地域における保健師活動には、よく家庭訪問を行い、キーパーソンをよく活用し、それらを通じて詳細な住民の生活を把握するという特徴があることが明らかになった。詳細な住民の生活の把握という点では、島嶼における「地域のスペシャリストとなる」ことに類似している活動であると考えられた。

VI. 利益相反

なし

VII. 謝辞

本調査に協力して下さった半島地域の保健師に感謝する。

本研究は平成24年度石川県立看護大学学内研究助成から研究費を得て行った。

VIII. 引用文献

- 1) 佐々木久美子：地域保健医療行政の展開における保健師活動の効果－岩手県における保健師配置と乳児死亡率の変化に関する統計的分析－。社会学年報, No37, 105-116, 2008.
- 2) 星旦二, 福本久美子, 藤原佳典：健康な地域づくり（ヘルス・プロモーション）の活動効果と活動方法論。総合都市研究, No63, 45-60, 1997.
- 3) 今村晴彦, 園田紫乃, 金子郁容：コミュニティのちから－“遠慮がちな”ソーシャルキャピタルの発見－。慶応義塾大学出版会, 18, 2010.
- 4) 生田恵子, 田上豊資：[対談]行政保健師はなぜ成果を出せないのか。月間地域保健, 36(9), 38-55, 2005.
- 5) 日本看護協会：平成22年度先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書, 2011.
- 6) 井伊久美子：市町村合併後の業務分担制と地区分担制の問題点。公衆衛生, 70(7), 527-530, 2006.
- 7) 奥田道大：コミュニティとは何か。保健師雑誌 55(8), 642-646, 1999.
- 8) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動に関する指針, 2013.
- 9) 石垣和子, 大湾明美, 宮崎美砂子, 他8名：近年の地域保健を取り巻く環境の変化と保健師活動の様相に関する研究。第74回日本公衆衛生学会抄録集, 515, 2015.
- 10) 中板育美：今の時代に求められる「地区担当制」とは。保健師ジャーナル, 71(11), 911-916, 2015.
- 11) 柴川ゆかり：業務分担制から「重層型」への移行と成果。保健師ジャーナル, 71(11), 917-923, 2015.
- 12) 石垣和子, 野口美和子, 大湾明美, 他2名：島嶼における地域看護活動の展開方法に関する研究。日本ルーラルナース学会誌, 11(1), 27-42, 2016.
- 13) デジタル大辞泉：
<http://dictionary.goo.ne.jp/jn/181727/meaning/m0u/> (accessed 2016/7/10)
- 14) 野口美和子：島嶼に求められる看護職者の役割拡大。ルーラルナース学会誌, 9(1), 65-68, 2014.
- 15) 市町村要覧編集委員会：全国市町村要覧平成25年版。第1法規, 543-645, 2013.
- 16) 二宮哲夫, 橋本和幸, 中藤康利, 他1名編：都市・農村コミュニティ, 第4章「農村の社会構造」P79-106, 御茶ノ水書房, 1989.
- 17) 日本の島：
<http://japan-web-magazine.com/japanese/island/index.html> (accessed 2016/12/6)
- 18) 佐川きよみ, 鎌田久美子, 青柳玲子, 他3名：保健師の活動体制の現状。保健師ジャーナル, 71(11), 904-910, 2015.
- 19) 厚生労働省編：厚生労働白書 平成27年版。日経印刷, 2015.
- 20) 東京大学高齢社会総合研究機構[編]：地域包括ケアのすすめ。東京大学出版会, 2014.
- 21) 中板育美：改定された活動指針をどう活かすか。保健師ジャーナル, 69(7), 504-509, 2013.
- 22) 島田裕子, 鈴木久美子, 春山早苗：自然災害に備えるための市町村保健師の活動方法。自治医科大学看護学ジャーナル, 10, 79-86, 2012.
- 23) 俵麻紀, 北山三津子, 御子柴裕子, 他2名：ベテラン保健師が行っている地区診断のための情報収集の特徴。保健婦雑誌, 59(9), 856-863, 2003.
- 24) 佐伯和子, 平野美千代, 本田光, 他4名：行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の変化。北海道公衆衛生学雑誌, 29(2), 139-145, 2015.

Characteristics of Public Health Nurse's Activity in the Peninsula Area in Japan

Kazuko ISHIGAKI, Noriko KANEKO, Akemi OWAN, Shiho SONE, Hisae TSUKADA, Misako MIYAZAKI, Harue YAMAMOTO, Hatsue ODA, Chieko ABE, Kazuyo KAWASHIMA, Hiroshi ASAMI, Takahiro KAKUCHI

Abstract

This study aimed to explore the characteristics of public health nurse's activity in the peninsula area in Japan. Anonymous questionnaire using double postcard was sent to municipal office in the peninsula area and was asked to be completed by a public health nurse having over 5 years of experience. Recovery rate was 58.3%. The characteristics were actively interacting with the community people and visiting their homes, tapping the key person in the community, learning from the community residents about the history, custom, existence of life, and observance of the local community. The activity style such as adhering strictly to the life of the community people is said to be difficult to follow for public health nurses at present time; however, it was revealed that this style was followed in the peninsula area. This activity was suggested to be similar to that of the island area. For assessing the state of health needs of the community, and hoping to act in way that will meet these needs is considered to lead this style of activity.

Keywords public health nurse's activity, peninsula area, nursing in the island area, the style of public health nurse's activity, key person