

特集：今改めて保健師の専門性とは—ジェネラリストというスペシャリティー

<総説>

地域づくりにおける分野横断
—協働による地域づくりに求められるジェネラルな能力—

川崎千恵

国立保健医療科学院生涯健康研究部

Collaborative community building across various fields: Abilities required for public health nurses in collaborative community building

Chie Kawasaki

Department of Health Promotion, National Institute of Public Health

抄録

人口減少・超高齢化に伴い、地域社会には様々な課題がもたらされている。これらの地域課題を解決するために、多分野で「地域づくり」が行われている。本稿では、まず「地域づくり」について概観し、「協働の地域づくり」を行ううえで必要な視点と、保健師に必要なジェネラルな能力について検討した。その結果、「協働の地域づくり」に取り組む保健師には、「社会的決定要因 (Social Determinants of Health)」と「社会的包摂 (Social Inclusion)」の視点を持つこと、ジェネラルな能力として、「マネジメント能力」、「パートナーシップを形成する能力」が特に必要であることを中心に解説する。

キーワード：地域づくり，協働，保健師，能力

Abstract

A decreasing population and a “super-aged” society have created new challenges in communities. To meet these challenges, community development efforts have been carried out in many fields. This research aims to clarify the meaning of “community development” in different fields. Additionally, I identified the following points of view: social determinants of health and social inclusion, and abilities; management and developing partnerships for public health nurses who engage in collaborative community development with people in communities; and multidisciplinary groups of professionals across various fields, departments, and institutions.

keywords: community development, collaboration, public health nurses, ability

(accepted for publication, 10th September 2018)

連絡先：川崎千恵

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami, Wako, Saitama 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6232

E-mail: kawasaki.c.aa@niph.go.jp

[平成30年9月10日受理]

I. はじめに—「地域づくり」とはなにか

我が国の社会状況は、これから大きく変わろうとしている。2005年には20%を超えて超高齢社会へと突入し少子高齢化は加速し続けており、2050年には総人口が1億人を割り込む一方、65歳以上の人口が2025年には総人口の約3割を越えるとの試算がなされている。人口構造の変化が、人々の生活にもさまざまな影響を及ぼすことが考えられており、日本創成会議・人口減少問題検討分科会は、人口減少の状況下における対応策について、提言をまとめている（平成26年5月日本創成会議・人口減少問題検討分科会「ストップ少子化・地方元気戦略」）。ここでは、子どもを産み育てたい人の希望を阻害する要因の除去、子どもを産み育てやすい環境づくり、地域の実情を踏まえた多様な取り組みの支援、女性や高齢者、海外人材が活躍できる社会づくりなどの戦略が示されている。人口減少・超高齢社会を迎える時代背景に関連して、コミュニティの弱体化、人材不足と産業・経済活動への影響、公共交通の存続困難など、地域住民の生活に直結する問題が顕在化している。今後、人口減少・超高齢社会に伴い行政の財政も逼迫し、行政だけで地域課題に対応することに限界が生じているとの見方もある（平成30年3月国土交通省「今後の共助による地域づくりのあり方検討会とりまとめ」）。

このような社会や地域、コミュニティの変化に伴い、国の政策に「地域づくり」や「コミュニティづくり」、「まちづくり」などが掲げられて久しい。たとえば、厚生労働省の保健医療福祉政策では、「保健医療2035提言書」（平成27年6月）のなかで、「健康なコミュニティづくり」を行い、人々が健康になれる社会環境をつくり、健康なライフスタイルを支えると提言しているほか、「地域における保健師の保健活動に関する指針」（平成25年4月19日）においても、地域特性に応じた「健康なまちづくり」の推進を行うこととしている。他省庁の政策を概観すると、農林水産省は、農村地域の活性化や農業の持続的発展等を目指した地域づくりを課題とし、農業生産活動の体制整備、新品種・新技術の活用による産地育成、歳農村強制・対流など多くの施策を行っている。環境省では、「第二次環境基本計画」（平成12年）以降、エネルギー、水質・水循環、自然、歴史・文化など8つのテーマに、持続可能な地域づくりを課題に掲げており、「第五次環境基本計画」（平成30年4月）においても、地域資源を活用した持続可能な地域づくりを重点戦略に掲げ、地域資源等を持続可能な形で最大限活用するための施策を実施するとともに、地域づくりを担う人づくりを行うとしている。また、国土交通省は、都市再生整備計画事業（社会資本整備総合交付金）を創設し、地域資源や地域特性を生かした地域づくりの取り組みを、各地で行っており、「今後の共助による地域づくりのあり方検討会とりまとめ」（平成30年3月）を受け、「共助による地域づくり」に向けたさらなる取り組みを推進している。内

閣府は経済財政政策の一環として、「地域づくり・まちづくり」を強化策として取り組んでおり、地域の活性化や地域再生、商店街のまちづくりなどを推進している。このように、各省庁で環境・体制・設備、建物・道路などのハード面と、人・人材、文化、歴史などのソフト面に目を向けた政策を行っており、それを受けて、各地で行政、企業、民間団体、地域住民等の様々な人が、交付金事業等を活用し、「地域づくり」に協働で取り組んでいる。滋賀県の「人口減少社会における豊かな地域づくりへの提案」（平成26年10月）にみられるように、県主導で分野横断的な「地域づくり」を推進する動きや、地域づくりを総合戦略とし、「地域づくり協議会」を設置している地方自治体（例えば、静岡県伊豆市）、地域づくりを推進する条例を定め、各地区に地域づくりセンターを設置し、協働による地域の課題解決に取り組んでいる自治体（長野県松本市）などもみられ、分野横断・協働による地域づくりが進められている。

このように、さまざまな分野で推進されている「地域づくり」とは、どのようなものをいうのだろうか。「地域づくり」の定義を概観してみた。数田[1]によると、「地域づくり」という用語が普及するのは1980年代以降であり、時代背景に伴い、目的や内容が変化していったという。2000年以降、「地域社会の総合的な充実を図ること」を目的とされるようになり、地域経済の活性化を目的とした「地域振興型」から、「テーマ型」を経て、地域環境と個人の生活の質の向上を目指した「統合デザイン型」に移行し、現在の総合的な地域づくりへと、内容が変化していったことが報告されている。一方、看護や福祉の分野では、「地域づくり」には、いくつかの異なる定義づけがされているが、時代の変化を表すような違いはみられない(表1)[2-6]。看護学の分野では、「地域づくり」に近い概念として、他にも、人々が健康になる環境をつくるなどの意味を表す「健康なコミュニティづくり」、「健康なまちづくり」などの用語が用いられている。研究論文に至っては、「地域づくり」の定義はさらに広がり、「地域に存在するあらゆる人的資源や物的資源を活用し、地域のニーズに対応するサービスを開発・提供し、住民同士の交流や支え合いを促し、その意識や価値観を育みながら、誰でもが安心して暮らせる住みよい地域の生活基盤を形成すること」[7]のように、目的により多くの要素を包含するものがある一方、「地域住民が描いている健康な生活を住民と保健師が共有し、両者の共同による活動プロセスをとって地域住民一人ひとりが役割をもち、地域ぐるみで健康な生活が営める町をつくっていくこと」[8]のように、「健康な生活の営み」にその目的を限定したものなどさまざまだ。保健師がおこなってきた「地域組織支援（地域組織化活動）」も、地域組織の支援を通してコミュニティをエンパワメントし、地域の健康課題の解決を図ることを目的としており、「地域づくり」の一部と考えられる。社会福祉学の分野では、「まちづくり」や「福祉コミュニティづくり（コミュニティ

表1 「地域づくり」及び関連用語の定義

用語	目的	定義	分野	出典
地域づくり	住民の生活と健康の質の向上	地域住民の生活と健康の質の向上を目的として、そのための課題を把握し、計画立案、実施、評価、及びそのフィードバックという一連の過程とその成果を示す	看護	看護学事典第2版(2003)
	地域の課題解決	地域に住み暮らしている住民や地域にかかわる人々が、地域の各種機関、大学などの教育機関、企業、行政などさまざまな組織とともに社会の形成に主体的に参画し、互いに協力し合うという互惠の精神に基づき、地域の課題を解決する活動	看護	看護大事典第2版(2010)
	地域の課題解決	地域で暮らしている住民や地域にかかわっている様々な組織が、互いに協力し合いながら社会形成に主体的に参画し、地域の課題を解決する活動である。地域の課題に関する情報を共有するところから始まり、計画立案、実施、評価という一連の過程及びその成果である	看護	看護学大辞典第6版(2013)
まちづくり	住みやすいまちをつくる	建物や道路といったハード面や、歴史文化、福祉などのソフト面を、保護・改善することによって、更に住みやすいまちとする活動全般を示す。また、多くの場合、まちづくりは住民が主体となって、あるいは行政と住民とによる協働によって取り組まれる	福祉	社会福祉学事典(2014)
コミュニティづくり	同一性の感情にもとづく「コミュニティ集団」に発展する	環境改善やサービスの実施が、地域にとって必要であるかどうかを、地域住民自ら発見し、方針を決定し、そしてその実現について必要な集団的活動に参加することによって体験せられる「同一性の感情」を共有すること。地域集団が、同一性の感情にもとづく「コミュニティ集団」に発展するように援助する過程	福祉	岡村重夫.地域福祉論(2009)

の開発/community development)」[6]などの用語が、広く用いられている。社会福祉学における解釈の特徴は、「人が、共同の関心や関心の追及に基づき、共通の行動を生み出す帰属意識をもち、メンバーが相互扶助（支え合い）の意識が機能している集団」[9]と定義される。「コミュニティ」の形成を目的としている点である。人々の互助を発展させ、コミュニティの形成を図るとともに、地域の問題を住民と協働で行うという点で、看護学における「地域づくり」と親和性が高いといえよう。看護や福祉以外の分野では、「地域づくり」の定義について、「集落社会を活性化するための地域資源の有効的な活用方法を求めること」[10]「地域の仕組みを革新しながら、内発的に新たな地域をつくりあげていくこと」[11]などがみられる。「地域づくり」の目的や内容は時代とともに変化しており[1]、さらに多分野で行われていることから、「地域づくり」を共通言語として用いて、様々な人々とともに、分野横断的に「協働の地域づくり」に取り組むためには、まず互いが抱くイメージや目的を共有するとともに、地域住民の主体性を引き出し、地域住民を中心とした協働のチームをつくる必要があるだろう。協働のメンバーには「地域づくり」について、自分の専門分野での解釈に留まらず、広い視野で考えることが求められる。このような「協働の地域づくり」に分野横断的に取り組むうえで、保健師に求められる視点やジェネラルな能力とは何だろうか。

II. 「地域づくり」に欠かせない視点

地域保健・福祉の課題解決を目指す保健師が「地域づくり」に取り組むうえで、欠かせない視点として、本稿では、健康の社会的決定要因（Social determinant of Health）と社会的包摂を取りあげる。

1. 健康の社会的決定要因

(Social Determinants of Health)

「地域づくり」に取り組むうえで重要な視点の1つは、「健康の社会的決定要因」であると考えられる。個人の健康が外的要因の影響を受け、決定づけられるとして、「健康の社会的決定要因（以下、SDH）」への働きかけと健康格差の縮小が、公衆衛生の課題とされている（WHO, 1998）。社会的決定要因には、社会経済環境（収入、社会的地位、教育レベル等）、物理的環境（住居、居住地域の環境等）、個人の特性・行動（サポート、ネットワーク、文化、個人のヘルスリテラシー等）が掲げられており、健康格差を縮小するために、SDHに対処する必要があるとしている[12]。公衆衛生で用いられてきた「社会環境アプローチ」は、個人の健康に影響する環境要因、すなわちSDHに働きかける手段と考えられる。したがって、SDHへの対処は全く新しい取り組みではなく、これまでも保健師や公衆衛生従事者は行ってきたといえる。「WHO健康の社会的決定要因に関する委員会による最終報告書」[13]が発表され、2009年の第62回WHO総会

において、健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じて、健康の不公平性の解消の提言に関する決議が採択されたことによって、本格的に対策が講じられている。「地域づくり」は、環境やヒト、モノなど、様々な社会的決定要因に働きかけ、資源や地域の価値を新たに生み出し、個人の行動を規定する文化などに変革をもたらし、「新たな地域をつくりあげていくこと」[11]である。それぞれの地域で、地理的環境、地域の人々が共有してきた歴史や文化、暮らしを成り立たせる産業や経済活動、地域資源などは異なり、一つとして同じところはない。SDHが人々の健康行動を規定するため、同じ「地域づくり」の取り組みをおこなっても、地域によって人々の反応や変化は異なると考えられる。「ある特定の集団や地域社会の人間関係の中で構築された歴史、文化（慣習、規範、行動様式等）、制度、集団や地域社会の構成員の認識」（社会的文脈）を理解することは、地域づくりの取り組みを行ううえで重要である[14]。公衆衛生看護は、「対象を取り巻く環境の改善を支援することにより、健康の保持増進、健康障害の予防と回復を促進し、もって人々の生命の延伸、社会の安寧に寄与すること」と定義される（日本公衆衛生看護学会）。保健師が「地域づくり」に取り組み、健康課題の解決をはかるためには、それぞれの地域で、そこに暮らす人々の健康に影響するSDHをアセスメントし、どこに働きかける必要があるのか検討したうえで、「地域づくり」を始めることが重要と考える。

2. 社会的包摂（Social Inclusion）

「地域づくり」に取り組むうえで重要な視点として、もう1つは、社会的包摂（Social Inclusion）であると考えられる。社会的包摂という用語は、1960年代にフランスの貧困問題における「社会的排除」という社会的問題を論じるなかで使われるようになったとされ[15]、「社会的排除」と対を成す概念である。日本では、「社会的に排除されてきた人々について、単に保護の対象とするのではなく、その自立を促進し他の人々との相互的な関係を形成していく」[16,17]などと定義づけられ、2000年頃から社会福祉の理念として関心が寄せられ、議論されてきた。欧州連合（EU）では、既に社会的包摂を主要な目標に掲げて政策を推進している。日本でも、雇用の不安定化や不利な就業状況、経済的困窮と教育・学習機会の不足など、社会関係の欠乏や制度からの排除などの社会的排除をもたらすリスクと課題への対策として、2010年前後より「社会的包摂」を基本概念とした政策提言がなされ、内閣府、厚生労働省、復興庁などが検討し始めたが、社会的包摂を理念とした具体的な社会政策の実行は、まだこれからである。「社会的排除」は状態ではなく、制度や人とのつながりから個人や家族が排除されていくプロセスであり[18]、これまで特に、孤立死や自殺、子どもの孤立・貧困などの問題に対する政策の理念として持ち出されてきた。社会的排除によってもたらされる「社会的孤立」は、「地域や地域の人々、他者との相互のつ

ながりが希薄で、頼りにする相手がいない状態」[19]であると解釈され、「社会的交流の欠如」「社会的サポートの欠如」「社会参加の欠如」の3つで説明されている[20]。これらが意味する、ネットワークやサポート、身近な地域活動への参加や社会参加、地域の人々に気軽に声をかけてもらえ、自分が地域の一員と感ぜられること（地域との一体感）などと健康の関連は、既に数多く報告されている。また、孤立の問題はもはや家族（配偶者・子ども）の有無にかかわらず存在しており、家族外の他者とのつながりの結合度やつながりの性質が変化していることが、問題の背景にあるとされているように[21]、「社会的孤立」の状態が社会によって生み出されることが、しばしば指摘されている。「地域づくり」の取り組みにより、社会的排除の問題への対処と、人々を社会に取り込んでいく「社会的包摂」が期待でき、「社会的孤立」を解消することで、健康にも効果をもたらす可能性が考えられる。「社会的包摂」を意識して、地域に暮らすさまざまな世代、生活状況の人々を取り込みながら行う、「地域づくり」の取り組みは、地域・社会とのつながりが乏しい人々に、社会との接点をもたらす、地域・社会の相互的な関係の中に引き入れ、排除のプロセスに歯止めをかける、1つの方策となるだろう。

病気や失業、配偶者との離別・死別など、さまざまなライフイベントを機に、誰もが「社会的排除」に陥る可能性がある。社会的公正を活動の規範に置き、健康障害の予防を促進し、社会の安寧に寄与する保健師（日本公衆衛生看護学会）は、高齢者、子育て世代、生活困窮者など、施策のターゲットとされる特定集団だけを対象とするのではなく、地域に暮らすすべての人々、つまり、すべての年代の、単身者から子どものいない夫婦など、あらゆる世帯の、支援やサービスの狭間にいる人々まで、対象として考慮しなければならない。分野ごとの「地域づくり」の取り組みが、却って地域の人々を、年代や対象特性で分断してしまう危険性がある。日頃から、地域に暮らすすべての人に責任を持つ保健師こそ、個人と社会の両方に目を向け、分野横断的に「地域づくり」に取り組む必要があるだろう。

また、「地域づくり」によって人々を地域に取り込む（社会的包摂を成し遂げる）には、地域や地域の人々と関わりを持てるようになるための、情報や知識の獲得、コミュニティへの参加行動の意思やスキル、自尊感情や自己効力感など、ヘルスリテラシーへの対処が必要である。ヘルスリテラシーは、個人的な要因と社会的・環境的な要因、相互作用的な要因により形成される[22]ことから、個人と社会の両方の側の要因に働きかける必要がある。個人や家族が地域・社会の大多数に開かれる機会をつくること（場とアクセシビリティの確保）、孤立させない仕組みをつくること、排除されないような開かれた社会をつくっていくことが、日本の「包摂的社会政策」の課題であり、公衆衛生の専門家である保健師の役割と考える。

III. 保健師に求められるジェネラルな能力

ここまで、「地域づくり」が近年多くの分野で取り組まれていること、その目的や内容はそれぞれ異なるため、「地域づくり」に取り組む目的や「地域づくり」の内容について、広い視野を持って考える必要があること、社会的決定要因（SDH）や社会的包摂の視点を持ち取り組む必要があることを述べた。では、地域住民や他分野の人々と協働でおこなう、分野横断的な「地域づくり」の実践のために、保健師に必要な「能力」とはどのようなものだろうか。

「地域づくり」の進め方について、参考となる方法はいくつか示されており、地域住民と地域の支え合いマップを作成し、取組みの課題を抽出し、必要な取組みなどを明らかにしながら「地域づくり」を進めるもの[23]や、地域住民の参加により地域の理想の姿を描き出し、話し合いで実現のための条件や活動を明らかにしながら「地域づくり」を進めるもの[24]、地域の課題（プロジェクトイシュー）を抽出したあと、コアメンバーや地域住民とともに、課題について意見・アイデアを出し合い、アイデアを統合・検証しながら「地域づくり」（ソーシャルデザイン）を行うもの[25]などがある。これらの共通点は、初期の段階で、住民をはじめとする協働する人々と地域の現状や課題について情報交換や情報共有を行うこと、将来の地域の姿（地域のビジョン、理想の姿）を共に描くこと、地域づくりのイメージや地域づくりの目的を共有することだろう。次いで、地域住民や他分野の専門家など、協働する人々と「地域づくり」の中身を具体的に考え、計画を立て、役割分担し、実施・評価を行っていく。

文献[23-35]に共通する「地域づくり」のプロセスに沿って、保健師に必要な能力を取りあげてみると、以下が考えられた。それは、地域住民や協働する人々とのコミュニケーション能力、地域診断能力（情報収集力、情報の統合力、分析力、思考力、思索力、課題抽出力など）、プレゼンテーション能力、「協働の地域づくり」の目的達成・地域のビジョンの実現に向かうためのマネジメントとリーダーシップの能力、協働するメンバー間のパートナーシップを形成する能力である。「地域づくり」に求められるジェネラルな能力は多岐にわたり、「地域ケアシステム構築」などと共通する能力もあるだろう。本稿では、「協働の地域づくり」に必要な保健師の能力のうち、特に重要と考える2つの能力を取りあげる。

1. 地域のビジョン実現に向かうためのマネジメント能力

「地域づくり」を行うことで地域の健康・福祉の課題の解決を図るためには、戦略的に進める必要がある。そのために重要となる能力の1つが、マネジメント能力であろう。「地域づくり」における保健師のマネジメントの特徴として、しくみを活用し意図的・効果的・効率的

に成果を生み出しながら、保健福祉サービスを提供し、地域の目指す姿へ導くとされ、保健師は「地域づくり」のプロセスで、必要な仕組みをつくり、活用しながら、マネジメントサイクルを展開していると報告されている[8]。「地域づくり」におけるマネジメントは、「協働する人々とともに、『地域づくり』の目的の達成や地域のビジョンの実現を効率的・効果的に達成するために行うこと」と定義づけられており、マネジメントサイクルを実施することが、「地域づくり」に必要な保健師のマネジメント能力の開発・発展につながる[26]とされている。保健師が「地域づくり」で行っていたマネジメント[26]は、コッター [27,28]のマネジメント機能に包含された。そこで、文献[26-28]を基に、「協働の地域づくり」において求められる、具体的なマネジメントについて、マネジメントサイクルに沿って検討し、表に整理した（表2）。

地域住民や他分野の専門家など、全く異なる背景を持つ人々との「協働の地域づくり」では、地域住民の主体性を引き出すことを意識しながら、①～③（表2）のプロセスに沿って、『必要なマネジメント』を行う能力が求められる。①は主に、地域住民のニーズを確認し、地域住民と協働のメンバーの理解を得ながら、「地域づくり」の目的達成のために計画し、秩序を築くことで、取組みを具体化していく段階である。②は、「地域づくり」の目的達成のための組織構造や人材配置、組織・チームの方針や規則を築き、地域住民の主体的な取り組みの基盤をつくる段階である。③は、確実な目的達成に向けて、モニタリングや評価を行い進捗管理し、必要に応じて再計画化・再組織化を行う段階である。分野横断的に、地域住民を中心とした協働のチームで「地域づくり」を行うためには、①～③のプロセスを通して、対話により共通理解・共通認識、合意形成を重ね、人々を動機づけ、人心を統合し導いていく、リーダーシップ能力も不可欠である。協働するメンバーの様々な意見をまとめ、共通の目的の達成に向かっていくよう導きながら、人々を支え、力を引出し、人心を統合することのほか、一人ひとりが取組みを通して自己実現できるようにするなどの、サーバントリーダー的なリーダーシップが求められると考えられる。また、マネジメントの全過程を通して、自分のマネジメントの省察（リフレクション）を行う能力や、協働のメンバーに説明する能力が求められるであろう。「協働の地域づくり」を成功に導くために、マネジメントを行う者には、ファシリテーションやチーム・ビルディングなどの技術も求められると考える。地域住民を中心とした協働のチームとするために、地域住民の自立度や力量に応じて、地域住民のマネジメントを支援することが求められる場合もあり、そこでは、コーチングなどの技術（スキル）も必要となる。

「協働の地域づくり」では、信頼関係を築くために、忍耐強く時間をかけて、協働のメンバーと向き合うことが求められる。信念をもって地域について語り、共に地域の未来や課題について考え、議論が長引いたとしても、

試行錯誤しながら地域の課題を解決し、「協働の地域づくり」の目的や地域のビジョンを実現していくほかない。そこで、もう1つ重要な能力として、「パートナーシップの形成」の能力を取り挙げる。

2. パートナーシップの形成能力

住民や様々な立場の人々と「協働の地域づくり」に取

り組む過程で、パートナーシップを形成する能力が重要と考える。協働が、「異なる主体が地域や社会の課題を解決するために、それぞれの特性を生かしながら対等の立場で協力し、協力して働くこと」[29]と定義されているのに対し、パートナーシップは、共通の認識・目的を達成するためにつくられた組織の活動を通して形成される、「異なる立場の人々・機関の対等な相互関係」[30]、

表2 「地域づくり」におけるマネジメントサイクルと必要なマネジメント

マネジメントサイクル	①計画立案と予算設定	②組織化と人材配置	③コントロールと問題解決
『必要なマネジメント』	<ul style="list-style-type: none"> 「地域づくり」の根拠を明らかにする 「地域づくり」の方向性を決定する 「地域づくり」の目的・目標を明確にし、計画を立てる 必要な資源を割りつける（既存の保健事業や住民グループの集まり等を含む） 住民主体の活動を阻害する問題とその解決法を考え、対処する 「地域づくり」に必要な情報を収集し、メンバーで共有・活用する 	<ul style="list-style-type: none"> 目的を達成するための協働の組織・チームをつくる 適切な人材配置を行い、責任と権限を割り付ける 組織・チームの方針や規則をつくる モニタリングする方法としくみをつくる 主体性を高めながら、住民を支える 必要な資源の活用・創造（人材育成を含む） 	<ul style="list-style-type: none"> 計画に対する実績のモニタリング 目的・計画から逸脱していないか確認する 「地域づくり」の目的に照らし、取り組みの成果を評価する 「地域づくり」活動の方向性を修正し、具体的な計画にフィードバックする

※文献 [26-28] に基づき著者が作成

表3 「パートナーシップ形成」に関連する要素と能力

	「パートナーシップ形成」に関連する要素	必要とされる能力（例）
メンバーシップ	<ul style="list-style-type: none"> メンバーが互いについて知り、協働の関係をつくるための機会をつくる メンバーの相互関係を維持できるように支援する 	<ul style="list-style-type: none"> マネジメント能力（組織化） リーダーシップ能力（メンバーを勇気づける、動機付ける、人心の統合）
対等な参加とオープンなコミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> 小グループで話ができるようにするなどして、メンバーが対等に参加できるようにする メンバーが自由に、ディスカッションや地域づくりの活動に参加できるようにする プレッシャーを与えないようにしたり、くぎづけになるようにして（ファシリテーション）、地域づくりの取り組みへの参加を勧める 	<ul style="list-style-type: none"> マネジメント能力（組織化、人材配置） リーダーシップ能力（メンバーを勇気づける、動機付ける、人心の統合） 他者に共感する能力 他者を尊重できる能力 コミュニケーション能力
規範（ルール）の決定	<ul style="list-style-type: none"> 協働のメンバー間のコミュニケーション、意思決定のプロセス・方法、衝突への対処方法などについて、メンバーで話し合い、規範をつくる 	<ul style="list-style-type: none"> マネジメント能力（組織・チームの方針や規則をつくる）
信頼関係の構築	<ul style="list-style-type: none"> 協働のメンバー間で約束したことを最後まで遂行する 互いの秘密を守ることを尊重する 協働のメンバーの貢献を知り、一緒に成功を祝うなどして、関係づくりやチーム・ビルディングをしながら協働の取り組みを進める 	<ul style="list-style-type: none"> コミュニケーション能力 他者に共感する能力 他者を尊重できる能力 マネジメント能力（組織化、人材配置、進捗管理）
「地域づくり」の目的や優先順位を決める	<ul style="list-style-type: none"> ディスカッションを行い、メンバーが共感・共有できるゴールを設定する 	<ul style="list-style-type: none"> リーダーシップ能力（方向性の設定、理解・共有を図る、人心の統合）
地域の強みや地域特性を明らかにする	<ul style="list-style-type: none"> 地域の強味や活用できる資源を明らかにし、地域のメンバーに伝えて、自分たちの地域に価値があり尊重されていると感じられるようにする” 	<ul style="list-style-type: none"> 地域診断能力 プレゼンテーション能力 コミュニケーション能力
力（Power）と影響力のバランスをとる	<ul style="list-style-type: none"> メンバー間のパワーバランスを保つ（パワーシェアリング） 	<ul style="list-style-type: none"> マネジメント能力（情報収集・共有、組織化、人材配置）
パートナーシップのアセスメント（評価）	<ul style="list-style-type: none"> メンバー全員が参加し、パートナーシップを評価する 	<ul style="list-style-type: none"> 省察する能力 適切にフィードバックする能力

※ 引用文献[27, 28, 34]に基づき著者が作成

「互いに信頼し育ちあう関係性」[31]とされ、「信頼関係」や「育ちあう平等・公平な関係」の要素が加わる。パートナーシップは、「対等」、「信頼」、「尊重」、「平等・公平」な関係性が形成された状態であり、協働の地域づくりの活動を発展させ、その目的の達成につなげていくために、重要と考えられる。樋口[32]によると、「地域におけるパートナーシップは、社会的排除に対する有効な処方箋」であり、「排除された人々のエンパワメントにより、社会的排除の抑制に貢献する」とされ、社会問題の解消に有効と考えられている。

「パートナーシップ形成」には、6つの課題：パートナーシップのメンバー間の相互理解、メンバー間の情報共有と合意形成、多くの時間と労力を必要とすること、パートナー間の公平性・パワーシェアリング、財源の確保・資源の平等な分配、評価・継続的なモニタリング、があるとされる[33]。これらの課題を解決し、パートナーシップ形成を遂げる手段として、「パートナーシップの形成」に関連する要素[34]を協働のチームに培うことで、これらの課題を解決し、パートナーシップ形成を成し遂げられると考えられる。そこで、文献[27,28,34]に基づき、パートナーシップを形成するうえで保健師に必要な「ジェネラルな能力」を検討し、「パートナーシップ形成」に関連するそれぞれの要素ごとに、表に整理した(表3)。この中には、マネジメントやリーダーシップの能力も含まれる。パートナーシップの形成で最も重要な要素は「信頼関係の構築」であり、時間をかけて築き上げていく必要があるとされるが、これには、コミュニケーション能力のほか、他者を思いやる、他者の気持ちに気づいて共感するといった、「他者に共感する能力」、「他者を尊重できる能力」などが関連すると考えられた。パートナーシップを形成する過程で、「信頼・尊重・対等な関係性」を構築することにより、協働する地域住民の自主性(主体性)が引き出される。保健師は、地域づくりにおいて住民の主体性を引き出す支援を行い、住民のペースを尊重しながら、住民に寄り添い、信頼関係を築くよう努めながらも活動しており、保健師の住民と協働の地域づくりの活動は「コミュニティ・エンパワメントの過程」である[35]との報告がみられる。このことから、パートナーシップを形成することによって、個人や地域のエンパワメントをもたらす、「地域に場の力が活性化された状態を生む」[36]ことも期待される。

IV. さいごに

「地域づくり」の主体は、そこに暮らす人々である。地域には様々な経験や能力、資質を備えた人々がいる。本稿で概観したように、既に政策に基づく「地域づくり」の取り組みが、数多く行われている。地域住民を主体に、行政組織、企業、多様な分野の専門家が、分野横断的に「協働の地域づくり」に取り組むことによって、地域の活性化や地域再生、経済活動の活性化、健康増進、孤立防止

など、複数の地域課題を同時に、効果的・効率的に解決できると考えられる。保健師は、日頃から地域で生活する住民や地域・社会と関わりながら、「社会的決定要因」に目を向け、それらに介入する専門職である。保健活動を通して、幅広い視野で地域や個人を捉えていることで、協働の相手となる様々な立場にある人々が認識している地域の課題や、イメージする「地域づくり」の目的や地域のビジョンを理解することができ、「協働の地域づくり」を推進するキーパーソンになると考える。

保健師には、地域保健における課題とその解決策としての「地域づくり」という限定的な視点に留まらず、「社会的決定要因」、「社会的包摂」などの視点を持ち、地域の人々や協働するその他の人々の視点で広く「地域づくり」を捉え、分野横断的な「協働の地域づくり」により地域と人々に貢献できる、ジェネラルな能力を培うことが求められる。その能力を携え、組織内外で分野横断的な「協働の地域づくり」に取り組み、地域の課題解決とビジョンの実現に取り組むことが期待される。

引用文献

References

- [1] 敷田麻実. 地域づくりにおける専門家にかんする研究「ゆるやかな専門性」と「有限責任の専門家」の提案. 国際広報メディア・観光学ジャーナル. 2010;11:35-60.
Shikida A. [The transformation of experts in Japanese community development: the role of flexible expertise and limited liability experts. The Journal of International Media, Communication, and Tourism Studies.] 2010;11:35-60. (in Japanese)
- [2] 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子, 総編集. 看護学事典. 東京: 日本看護協会出版会; 2003. p.446.
Mito T, Kodama K, Hishinuma N. [Kangogaku jiten.] Tokyo: Nihon Kango Kyokai Shuppankai; 2003. P.446. (in Japanese)
- [3] 和田攻, 南裕子, 小峰光博, 総編集. 看護大事典第2版. 東京: 医学書院; 2010. p.1964.
Wada O, Minami H, Omine M, edited. [Kango daijiten. Dai2han.] Tokyo: Igaku Shoin; 2010. p.1964. (in Japanese)
- [4] 永井良三, 田村やよひ, 監修. 看護学大辞典第6版. 東京: メヂカルフレンド社; 2013. p.1442.
Nagai R, Tamura Y, kanshu. [Kangogaku dai jiten. Dai-6han.] Tokyo: Mejikaru Friend sha; 2013. p.1442. (in Japanese)
- [5] 日本社会福祉学会. 社会福祉学事典. 東京: 丸善出版; 2014. p.552.
Japanese Society for the Study of Social Welfare. [Shakai fukushigaku jiten.] Tokyo: Maruzen Shuppan; 2014. p.552. (in Japanese)

- [6] 岡村重夫. 地域福祉論第2版. 東京: 光生館; 2011. p.23-24.
Okamura S. [Chiiki fukushiron. Dai2han.] Tokyo: Koseikan; 2011. p.23-24. (in Japanese)
- [7] 山田洋子. 住民のもつ力を判断し地域づくりに向けて活用する看護援助方法. 千葉看護学会誌. 2007;13(2):63-71.
Yamada Y. [Nursing care to assess and maximize potential abilities of community residents for community based practice.] Journal of Chiba Academy of Nursing Science. 2007;13(2):63-71. (in Japanese)
- [8] 両羽美穂子. 地域づくりにおける保健師のマネジメント活動の特徴. 千葉看護学会誌. 2007;13(1):69-76.
Ryoha M. [The process of creating and developing of the management skills public health nurse needed for community development.] Journal of Chiba Academy of Nursing Science. 2007;13(1):69-76. (in Japanese)
- [9] 広井良典. コミュニティを問いなおす. 東京: 筑摩書房; 2009. p.10-11.
Hiroi Y. [Community wo toinaosu.] Tokyo: Chikuma Shobo; 2009. p.10-11. (in Japanese)
- [10] 山田和臣, 藍澤宏, 斎藤亮司. 地域づくりに対する能動的な参画態度の形成に関する計画的研究. 農村計画学会誌. 2001;3:259-264
Yamada K, Aizawa H, Saito R. [A study on the formation of attitude toward participation in the community development. Journal of Rural Planning Association.] 2001;3:259-264. (in Japanese)
- [11] 小田切徳美. 地域づくりと地域サポート人材. 農村計画学会誌. 2013;32(3):384-387.
Odagiri T. [Rural innovation theory and supporters for rural regeneration.] 2013;32(3):384-387. (in Japanese)
- [12] Wilkinson RG, Marmot MG, eds. [Social determinants of health; the solid facts.] Geneva: World Health Organization; 1998.
- [13] WHO. Closing the gap in a generation. 2008.
- [14] 川崎千恵. 高齢者にとって地域活動に参加すること—離島の地域におけるエスノグラフィー—. 日本公衆衛生看護学会誌. 2018;7(3). (in print)
Kawasaki C. [Koreisha ni totte chiiki katsudo ni sankasuru to iukoto: Rito no chiiki ni okeru ethnography.] Japanese Journal of Public Health Nursing. 2018;7(3). (in print) (in Japanese)
- [15] 福原宏幸. 社会的排除/包摂論の現在と展望. 福原宏幸, 編. 社会的排除/包摂と社会政策. 京都: 法律文化社; 2007. p.11-39.
Fukuhara H. [Shakaiteki haijo / hosetsu no genzai to tenbo. Fukuhara H, edited. Shakaiteki haijo / hosetsu to shakai seisaku.] Kyoto: Horitsu Bunkasha; 2007. p.11-39. (in Japanese)
- [16] 靱山崇, 松島格也, 小林潔司, 鄭蝦榮. 社会的包摂の実現のためのコミュニティビジネスの役割に関する定量的評価. 都市計画論文集. 2013;48(3):597-602.
Momiya T, Matsushima K, Kobayashi K, Jeoung H. [A quantitative assessment about the role of community business for social inclusion.] Journal of the City Planning Institute of Japan. 2013;48(3):597-602. (in Japanese)
- [17] Evans J. Employment, social inclusion and mental health. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2000;7:15-24.
- [18] 岩田正美. 社会的排除—参加の欠如・不確かな帰属—. 東京: 有斐閣; 2008. p.26-28.
Iwata M. [Social exclusion : lack of participation, uncertain belongingness.] Tokyo: Yuhikaku; 2008. p.26-28. (in Japanese)
- [19] 石田光規. 孤立の社会学: 無縁社会の処方箋. 東京: 勁草書房; 2011. p.73.
Ishida M. [Koritsu no shakaigaku: muen shakai no shohosen.] Tokyo: Keiso Shobo; 2011. p.73. (in Japanese)
- [20] 阿部彩. 包摂社会の中の社会的孤立: 他県からの移住者に注目して. 社会科学研究. 2014;65(1):13-30.
Abe A. [Social isolation in the inclusive society : Isolation of those who moved from other prefectures.] Journal of social science. 2014;65(1):13-30. (in Japanese)
- [21] エリザベス・ボット. 都市の家族-夫婦役割と社会的ネットワーク. 野沢慎司, 編・監訳. リーディングスネットワーク論 家族・コミュニティ・社会関係資本. 東京: 勁草書房; 2006. p.73-88.
Bott E. [Toshi no kazoku - fufu yakuwari to shakaiteki network.] Nozawa S, edited and translated. [Readings in social networks : family, community, and social capital.] Tokyo: Keiso Shobo; 2006. p.73-88. (in Japanese)
- [22] 中山和弘. ヘルスリテラシーとは. 福田洋, 江口泰正, 編. ヘルスリテラシー: 健康教育の新しいキーワード. 東京: 大修館書店; 2016. p.2-22.
Nakayama K. Health literacy toha. Fukuda H, Eguchi Y, edited. [Health literacy: Kenko kyoiku no atarashii keyword.] Tokyo: Taishukan Shoten; 2016. p.2-22. (in Japanese)
- [23] 木原孝久. 支え合いMAP作成マニュアル. 東京: 筒井書房; 2011.
Kihara T. [Sasaeai MAP sakusei manual.] Tokyo: Tsutsui Shobo; 2011. (in Japanese)
- [24] 岩永俊博. 地域づくり型保健活動の考え方と進め方. 東京: 医学書院; 2003.
Iwanaga T. [Chiiki zukurigata hoken katsudo no kangakata to susumekata.] Tokyo: Igaku Shoin; 2003. (in Japanese)
- [25] 寛裕介. ソーシャルデザイン実践ガイド. 東京: 英治出版; 2013.

- Keikei Y. [Social design jissen guide.] Tokyo: Eiji Shuppan; 2013. (in Japanese)
- [26] 両羽美穂子. 地域づくりにおける保健師のマネジメント能力の開発・発展過程. 千葉看護学会誌. 2010;16(1):45-52.
- Rhoha M. [The process of creating and developing of the management skills public health nurse needed for community development : collaborative approach by researcher and practitioner.] Journal of Chiba Academy of Nursing Science. 2010;16(1):45-52. (in Japanese)
- [27] 中村綾子. リーダーシップとは何か. 井部俊子, 編著. 実践家のリーダーシップ. 東京: ライフサポート社; 2009. p.190.
- Nakamura A. [Leadership toha nanika.] Ibe T, edited. [Leadership for nurses : essentials for change.] Tokyo: Life Support sha; 2009. p.190. (in Japanese)
- [28] コッター JP 梅津祐良, 訳. 変革するリーダーシップ—競争勝利の推進者たち. 東京: ダイヤモンド社; 1991. p.8.
- Kotter JP. Umezumi H, translated. [A force for change.] Tokyo: Diamond sha; 1991. p.8. (in Japanese)
- [29] 栗山美帆, 奥山みき子. 市町の母子保健活動における保健師と多職種との連携およびネットワーク. 三重県立看護大学紀要. 2012;16:35-43.
- Kurihara M, Okuyama M. [The cooperation with the many types of job of public health nurses in maternal and child health activities in cities and towns.] Journal of Mie Prefectural College of Nursing. 2012;16:35-43. (in Japanese)
- [30] 鈴木良美, 大森純子, 酒井昌子, 安齋ひとみ, 小林真朝, 宮崎紀枝, 他. 日本の「地域保健活動におけるパートナーシップ」: 概念分析. 日本地域看護学会誌. 2009;12(1):44-49.
- Suzuki Y, Omori J, Sakai M, Anzai H, Kobayashi M, Miyazaki T, et al. ["Partnership in community health activities" in Japan : Concept analysis.] Journal of Japan Academy of Community Health Nursing. 2009;12(1):44-49. (in Japanese)
- [31] CBPR研究会. 地域保健に活かすCBPR. 東京: 医歯薬出版; 2010.
- CBPR Kenkyukai. [Community-based participatory research for community health in Japan : theory and practice.] Tokyo: Ishiyaku Shuppan; 2010. (in Japanese)
- [32] 樋口明彦. 現代社会における社会的排除のメカニズム. 社会学評論. 2004;55(1):2-18.
- Higuchi A. [The Mechanism of social exclusion in modern society.] Japanese Sociological Review. 2004;55(1):2-18. (in Japanese)
- [33] 酒井昌子, 宮崎紀枝, 麻原きよみ, 鈴木良美, 安齋ひとみ, 加藤典子, 他. Community-Based Participatory Research に関する文献レビュー. 看護研究. 2006;39(2):41-53.
- Sakai M, Miyazaki T, Asahara K, Suzuki Y, Anzai H, Kato N, et al. [Community-based participatory research ni kansuru bunken review.] Japanese Journal of Nursing Research. 2006;39(2):41-53. (in Japanese)
- [34] Becker AB, Israel BA, Gustat J, Reyes AG, Allen III AJ. Chapter3 Strategies and techniques for effective group process in CBPR partnerships. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ, Parker EA, eds. Methods for community-based participatory research for health 2nd ed. CA: A Wiley Imprint; 2015. p.71-93.
- [35] 福本久美子, 今泉直子, 石田妃加里, 門川次子, 飯法師直美, 他. 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. 九州看護福祉大学紀要. 2013;14(1):27-37.
- Fukumoto K, Imaizumi N, Ishida H, Kadokawa T, Iihoshi N, et al. [Community empowerment in the health community improvement process and the role of public health nurses.] The Journal of Kyushu University of Nursing and Social Welfare. 2013;14(1):27-37. (in Japanese)
- [36] 中山貴美子. 住民組織活動が地域づくりに発展するための保健師の支援内容の特徴. 地域看護学会誌. 2009;11(2):7-14.
- Nakayama K. [Public health nurses support of resident's organizations efforts toward encouragement of community activity.] Journal of Japan Academy of Community Health Nursing. 2009;11(2):7-14. (in Japanese)