

## 母子保健のための地域組織活動の活性化と強化に関する研究

### 一その2. 地域保健組織活動活性化のための要因一

研究協力者 島内憲夫\*  
共同研究者 小山修\*\*, 斉藤進\*\*, 小野田薫\*\*\*  
白髭芳子\*\*\*\*, 久保田有利恵\*\*\*\*\*

#### 要約:

本研究の目的は、地域保健組織活動の発生、成長、衰退のメカニズムを「地域保健組織活動の浮沈図記録票」を用いて明らかにし、そこから活動の活性化のための要因を析出することにある。

その結果、次のようなことが明らかになった。

「いかなる地域保健組織活動においても、その中で生起する出来事は、必ずその組織のリーダーやメンバーそしてその組織を援助する保健医療の専門家（とりわけ保健婦）の記憶の中に意味づけされており、彼らの記憶をたどれば、その出来事をめぐって生じたさまざまな喜びや悩みが思い出される。また、その喜びの共有や悩みを克服するための対処が彼らによって展開されており、その対処は、彼らのその後の健康や生活になんらかの影響を及ぼしている。」

この事実により地域住民と保健医療の専門家が気づくことによって、お互いの意志疎通が可能となり、地域保健組織活動は活性化するのである。

さらに地域保健組織は、孤立した活動をするのではなく、伝統的なものにしる近代的なものにしる、既存の他の地域組織と共同していくことが肝要である。そうすることによって、地域社会の中での役割が明らかになり、すべての地域住民に受け入れられるものになるのである。

見出し語：地域保健組織活動の構造と機能、地域保健組織活動の浮沈図記録票、  
地域保健組織活動の活性化

---

\*順天堂大学体育学部健康学科

\*\*\*\*順天堂大学大学院

\*\*社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会

\*\*\*\*\*世田谷区砧保健所

\*\*\*財団法人 東京顕微鏡院

\*\*\*\*\*埼玉県所沢市役所

## 【1. 地域保健組織活動の活性化要因】

### （1）住民の保健活動への参加の意義と方法<sup>1)</sup>

日本人は、表立った議論や討論による意志や利害の調整は、あまり得意ではない。しかし、集団内の「和」の雰囲気を重ね、一致団結や共同作業にはすぐれた成果をあげるようである。また日本人は「人は生来善である。そして悪に染まらない限り、そう悪いことをするものではない」といった性善説的な考えをもっている。さらに日本の親子関係は母子中心で甘いしつけ・感情的一体化によるしつけであり、その目的は「相互依存性の実現」にある。

ところで地域保健組織活動の要は、保健医療の専門家と地域住民の「相互依存性」にあると言われている。もしこれが事実とすれば、「相互依存性」を実現するように育てられている日本人の地域保健組織活動への参加の基礎は、すでにできていると言っても過言ではない。

このような考え方を前提として、以下「住民の地域組織活動への参加の意義と方法」を5つの戦略に分けて探ってみよう。

#### 1) 第1戦略(Why)

：なぜ参加しなければならないか

まず、第1戦略の「なぜ参加しなければならないのか」について考えてみよう。主な理由は以下の通りである。

第1は、共通の幸福に向けられた社会活動の意義が含まれること。

第2は、不健康の予防と健康の増進をめざすことができること。

第3は、最善の保健組織活動に達成するためには、地域住民の協力が不可欠であること。

第4は、保健医療の専門家と地域住民との意志疎通は、同じ土俵（活動の場）に地域住民が上がることによって可能となること。

#### 2) 第2戦略(Who, Whom)

：だれが、だれのために参加するのか

つぎに「だれが、だれのために参加するのか」であるが、この点については一般的な共通認識が存在している。我々の実施した調査においてもそのことを裏づける結果が出ている。

表1のように、子どものケガ・病気の管理責任は、まず家族でとするものが66%を占め、ついで区や保健所などの公的機関がやるべきだとするものは17.2%となっている。それに対し、おとなのケガ・病気の場合は、家族でとするものは、子どもの場合と比べ36%と半減し、区や保健所などの公的機関に依存するものが倍加し、31%となっている。<sup>2)</sup>

また表2の「健康づくりの主体」は、乳幼児・児童・生徒・老人の健康づくりは、家族を核として保健婦・栄養士・教師・医師といったさまざまな保健医療にかかわる人々の支援による組織的な活動の必要があることを示唆している。

一方、大学生・中年男性・主婦の健康づくりには、仲間や家族の支えのもとにセルフ・ケアを自ら展開していくことが必要であることが理解されよう。<sup>3)</sup>

#### 3) 第3戦略(Where)

：どこに参加するのか<sup>4)</sup>

表1 子どもと大人のケガ・病気の管理責任 (%)

項目 \ 対象	子ども	大人
①家族が中心になってやるべきだ	66.0	36.0
②すでにある町内会や隣近所の人々が中心になってやるべきだ	6.7	1.0
③その問題解決のために新しい組織・仲間をつくって、それが中心となってやるべきだ	1.7	2.4
④病院などの医者を助言者として、関心のあるものが仲間をつくってやるべきだ	3.0	11.4
⑤保健所など専門機関が中心となって、関心のあるものが仲間をつくってやるべきだ	4.4	15.2
⑥区や保健所などの公的機関がやるべきだ	17.2	31.0
⑦その他	1.0	3.0
合計 (N)	100.0 (297)	100.0 (297)

(1972 杉並区調査より)

表2 健康づくりの主体

対象 \ 順位	1位	2位	3位
弱 守 ら れ る 人 々	乳 幼 児	家族	保健婦・栄養士・ (医者)
	児童・生徒	家族	学校 (教師)
	老 人	家族	医者
強 き 人	大 学 生	自分	新しい組織 (仲間)
	中年男性	自分	家族
	主 婦	自分	家族
			区・保健所・ 保健センター 区・保健所・ 保健センター 区・保健所・ 保健センター 区・保健所・ 保健センター 大学 職場 区・保健所・ 保健センター

(1982年 世田谷調査より)

地域住民は、いったいどこに参加するのか。  
この点について検討してみよう。

じつは、地域住民はすでに自らの日常生活の場において、すでに保健活動に参加しているのである。この事実をまず知ることが大切である。

そのことを表すために我々は、図1のような模式図を作成した。この図の下側の家族・職場・学校が、地域住民の基本的な生活の場であると同時に保健活動の場でもある。しかし、地域住民はこのことに気づいていない。

一方、保健医療従事者もすでに健康増進センター、保健所、診療所や病院、リハビリテーション・センターでの保健医療活動に参加している。しかし、医師や看護婦にとって診療所や病院は、ルーティン化した仕事場の意味しか持たないがゆえに日常的にはあまり意識していない。

このように、人々と保健医療の専門家は、日常的にはまったく意識していない場で保健活動を展開しているのである。我々はこの場を「暗黙の場」と呼んでいる。

この場を前提として、地域住民が主体的に参加しなければならない場「表明の場」について、図2を手がかりとして考えてみたい。大きく分けると3つある。

まず、サービス・ケア活動を支える基底的な活動の場を提供する住民組織がある。次に、健康診査や健康相談といった具体的なサービス・ケアを提供する場があり、さらには決定（企画）／管理活動の場、すなわち意志決定の場としての保健・医療協議会などがある。また、この3つの場のうち住民組織やさまざまなサービス・ケア活動には、多数の人々の参加の可能性があ

るが、「保健・医療協議会」になると、その人数は限られる。

#### 4) 第4戦略(When)<sup>5)</sup>

：いつ参加できるのか

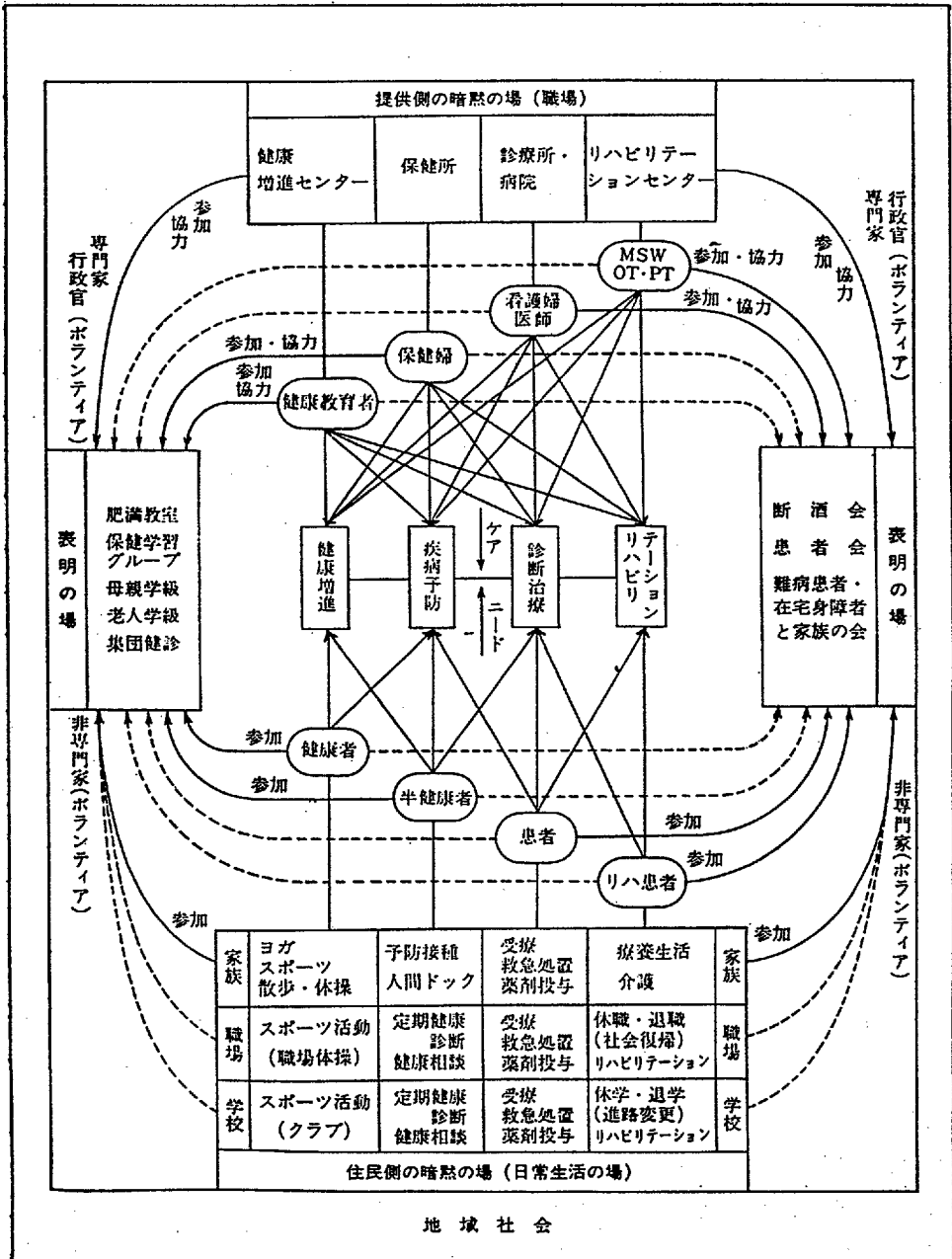
「いつ参加するのか。いつ参加できるのか。」について、その可能性を考察してみたい。

人々は、一生涯の生活史の中で生じるさまざまなヘルスニーズを充足するために、その特質に応じて図3の中央に示したような問題解決のための諸グループをもっている。これは、人間が一生のうちに、いつこのような問題を有したグループに参加するのかといった可能性を示したものである。

図4は、それを平日の1日のみみたとき、いったいいつこのようなグループに参加することができるのかといった点を示したものである。一般の労働者は、夕食後から就寝までの間しか、その可能性がないことが理解されよう。

ともあれ、ここで問題としたかったことは、地域保健組織活動への参加の必要性は十分わかっているのだが、具体的にいつ参加できるのかといった実際上の問題が大きな障害となっているということである。すなわち、保健医療の専門家と住民がいつ共に公私の会合、サービス・ケア活動あるいは地域保健組織活動に参加できるのか、といったことを考えると、なかなか見いだせないのが現実である。その数少ない可能性を見いだすために、まず「保健医療の専門家と住民が、お互いの日常生活を十分理解することが肝要である」と思われる。

図1 空間的視点からみた住民参加の場—暗黙の場と表明の場—



(N. Shimanouchi, 801101)

図2 「活動の場」のタイプ

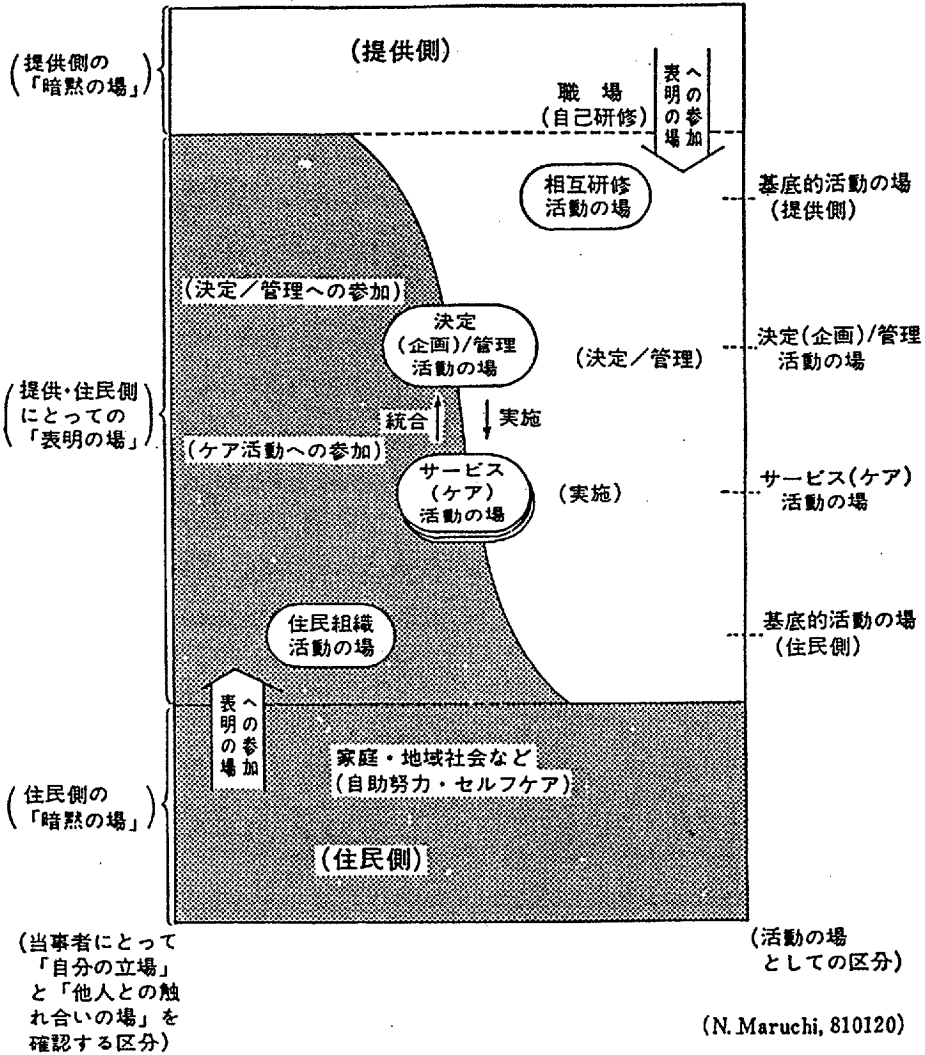
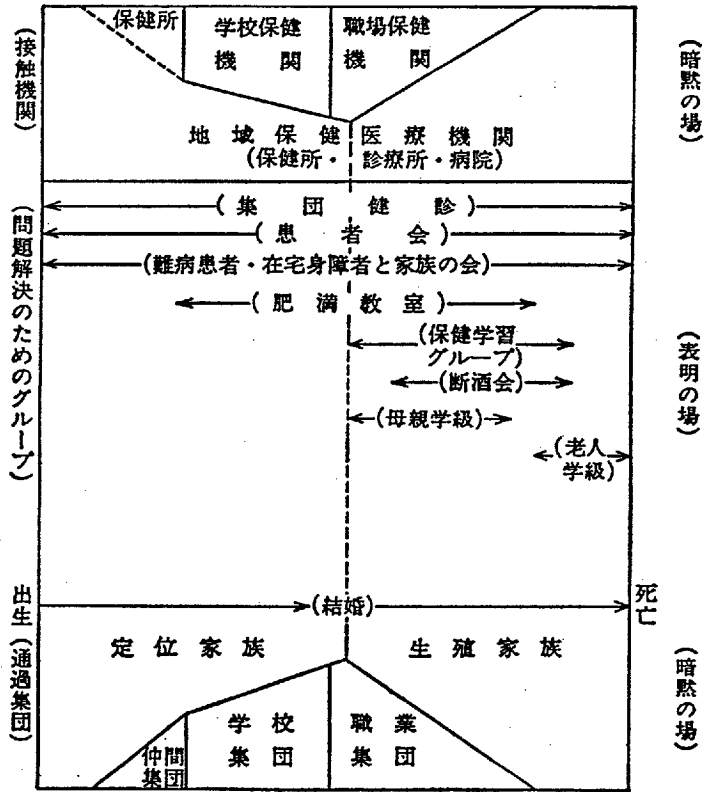
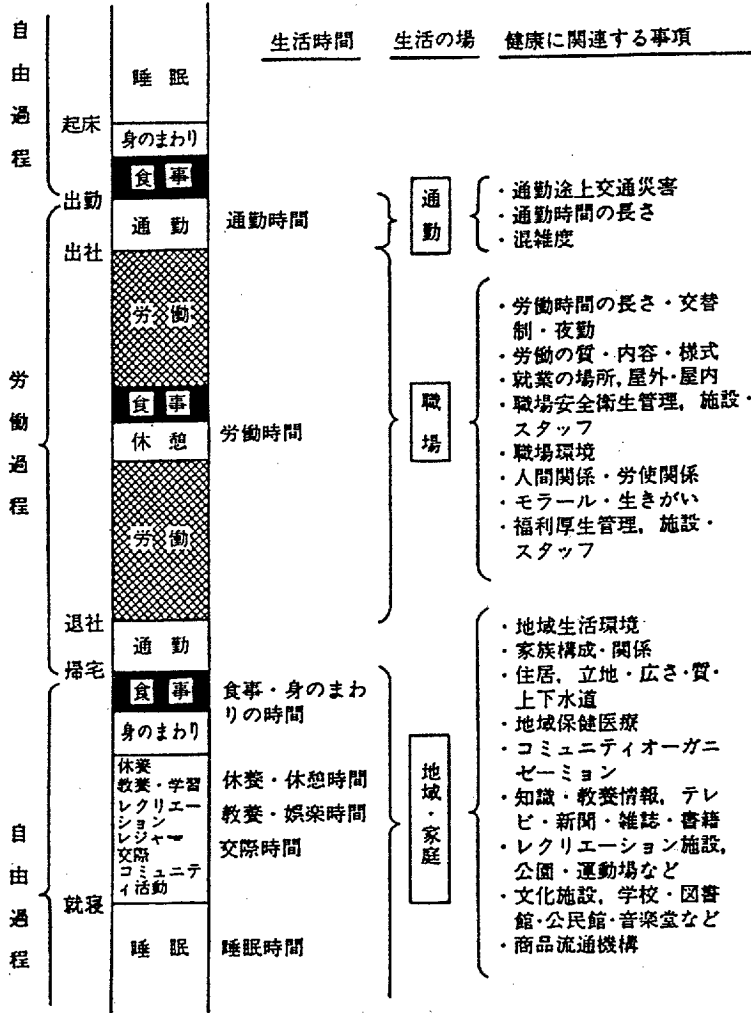


図3 時間的視点からみた住民参加の場—暗黙の場・表明の場—



(N. Shimanouchi, 810527)

図4 勤労者の1日の生活時間モデルとその健康に関する事項





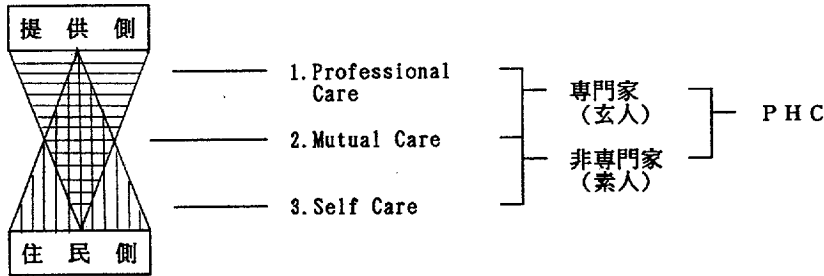
5) 第5戦略(How)

: いかに、どのように参加するのか<sup>6)</sup>

最後に第5戦略である「いかに、どのように参加するのか」について、その核となる方法を提示したい。

住民参加は、「草の根の人達が歳月を重ねて自分達で自分達の生活をつくりあげる過程であり、住民を参加させて行政の肩代りをさせようというものではない」とするならば、住民は、まず相互扶助的な Mutual Careを核として、それを Self Careに取り込み、拡大発展させていくと共に、Professional Care を刺激していくことが、大切であるように思われる(図5)。

図5 PHCのcare構造



1. Professional Care (専門的ケア)

保健・医療の専門職が人々の生命・健康・安寧を図るために、専門的な知識・技術を駆使して行う意図的かつ継続的なケア

2. Mutual Care (相互扶助的ケア)

健康追求を目標として、保健・医療専門職と住民が互いに認知・応答を繰り返しながら、対面的な相互作用を続けることによって集団的に展開される意図的かつ継続的なケア

3. Self Care (自己ケア)

人間が自分の生命・健康・安寧の維持・増進を図るために、自ら率先して行う活動の実践、つまり自分自身の健康管理のために保健・医療専門職からの最小限の援助を基に行う意図的、かつ継続的な自己ケア

なぜなら、先述したように日本人が「相互依存性を実現」するように「しつけ」されているがゆえに、地域保健組織活動への入口としては、Self Care よりも Mutual Careが最優先される必要があるように思われるからである。

それは、「人間生活は、集団生活であり、あらゆる個人は集団が備えている保護や支援なくしては生活することができない」からである。この「相互依存性」の意識こそが、地域住民が地域保健組織活動に主体的に参加する根源的なエネルギーである。

## (2) 住民の保健活動の促進法

あらゆる地域保健組織活動は、地域住民一人ひとりの保健行動の集積である。それゆえ、地域住民一人ひとりの保健行動のあり方によって、地域保健組織活動は大きく影響される。そこで、地域保健組織活動をよりよい方向に導くためには、その基礎として、望ましい保健行動を促進させなければならない。

以下に、そのための5つの促進行動を提示しよう。

### 1) 保健行動の形成

これは、一生涯続く過程において、保健行動を主体的に育てることである。すなわち、住民がその本質的に持っている可能性を十分に引き出し、素人である住民でもできる保健行動を発見させ、それを出発点として順次高次のレベルにもっていくことである。

### 2) 保健行動の教示

これは、住民が保健行動を展開する中で、保健医療の専門家とface to faceの関係において、具体的な健康情報の交換を行うことによって達成されよう。その道具は、書かれているものであったり、話であったり、身振りであったりする。

### 3) 保健行動の実演

住民は、保健医療の専門家の行動をまねることによって、その行動を習得し、成長していく。それは、ちょうど幼い子どもが母親の行動をまねることによって成長していくことに、よく似

ている。たとえば、手洗い・歯磨き・睡眠・休養・栄養などに関する日常的でかつ習慣的なものから、保健医療施設の利用の仕方、各種の保健活動への参加行動といった広範囲のものまである。

### 4) 保健行動のガイディングとフェーディング

これは、住民が行う保健行動を支えたり、その支えを除いたりすることによって、保健行動を強化することである。

### 5) 保健行動の結合

これは、住民が参加しているあらゆる活動の場における保健行動が連鎖しているということ、住民に自覚させることによって、その連鎖をより強靱なものにするということである。すなわち、保健行動における主体形成の動きが、個人レベルのセルフケアだけでなく、集団的に行われる保健行動と結合することによって、住民が相互にどのように結び直し、どのように住民自身の健康・福祉に働きかけていったのか、といったことの一連の連鎖を重視しているのである。

## (3) 地域社会における住民の健康学習の機会

近年、学習社会といわれるように人びとの学習行動は生活、文化等の領域にとどまらず、健康領域においても旺盛な活動を認めることができる。それは、時代的、社会的要請に加え、成人病や老人問題への対応、情報化、管理化社会からくるストレスからの開放等、人びとの健康意識とセルフ・ケア能力が高揚しつつある



論の応用は、結果とし今日の疾病構造の変化や高学歴化等の構造変化に対応した教育システムまでに発展しえず、むしろ知識、技術をもつ専門家優位の考え方が支配的であったといえる。教育分野においては、「教える側」から「教わる側」が主体者であるとしつつも、現実の教育問題は、理想からあまりにもかけ離れていることであろう。

## 2) 対象認識の再検討

地域保健の領域で使われてきた健康教育は、戦後紹介された学習理論の影響も受けて、理念としての学習の意味をも含めていたものの、実践の方法はもっぱら当面する健康問題の解決が目標であった。その結果、「意図的、組織的な型としての制度化された社会化の過程」<sup>14)</sup>としての健康教育の各種事業は、①内容、方法の形骸化、②参加者数の減少と固定化、③曖昧な評価等々の問題点が指摘されるにいたっている。

同じような対象認識の過ちは、伝染病を始め母子保健、環境衛生、栄養改善対策等に効果を発揮した地域保健組織活動にもみることができ

る。戦後アメリカから導入された Community Organization の導入形態は、社会福祉領域が住民の主体性に基づく問題発見、問題解決の「過程」を重視したのに対して、公衆衛生領域は健康問題の解決の「結果」が第一義にとりあげられた<sup>15)</sup>。このため組織化や援助のあり方が住民の主体性を尊重するといいつつも、内実は行政の末端協力機動的な役割が多く期待された。その結果①リーダーの不在、②活動の形骸化、③役

員の固定化、④主体性の欠如等々の問題を抱える地域保健組織が多くみられている。

以上にみた対象認識の過ちは何故起こるのであろうか。一つは、伝染病などの急性疾患時代に身についた、健康問題の解決を第一義とする「問題性」からくる認識の過ち。二つは、専門家は知識の具現者であるから、知識技術を持たない者に対して指導(Guidance)をするという、「従来の専門性」からくる認識の過ち。三つ目は、その結果として住民間の相互扶助(Mutual care)能力、相互学習や対象者との相互作用(Interaction)を重視しなかった「関係性」からくる認識の過ちである<sup>16)17)</sup>。

## 3) 地域社会における健康学習の機会と特性

地域社会における健康学習は、様々な機会が用意されている。母親学級、育児学級、婚前学級、婦人教室、老人健康大学などライフ・サイクルに応じたもの。糖尿病教室、肥満教室、成人病教室等々の名称で呼ばれる健康問題別のもの。自治会、婦人会、ボランティアグループ、老人クラブなどの住民組織が主催するもの。カルチャーセンター、スポーツクラブ等の主催する各種学習活動の機会をあげることができる。

これらの健康学習の機会を、主催形態と参加形態から類型化すると、以下にあげる1)制度的学習の場<sup>18)</sup>、2)非制度的学習の場、3)半制度的学習の場の3つの機会に分類することができる。

### 1) 制度的学習の場

制度的学習とは、「行政や保健・医療施設などの専門機関が、ヘルスサービスの一環として、

対象者を限定して意図的、組織的に教育する場」をさす。

健康大学、栄養教室、母親学級、育児学級、〇〇講座などの名称で開催される各種健康教育事業である。

これらの学習内容の多くは、保健・医療の提供側の政策、指導上の目的を中心に教育内容が組まれることが特徴である。

### 2) 非制度的学習の場

この場は「民間の企業、機関・団体などが営利的または非営利的な目的で主催し、かつ学習者の参加規定がゆるやかで、選択・自由性が比較的ひろい場」をさす。

具体的には、〇〇フォーラム、公開講座、各種文化サークルやスポーツクラブ、カルチャーセンターなどの多様な学習集団がこれに該当し、地域的範囲も広域化することも多くみられる。その多くは自己学習の強化や補完のためにされ、制度的な学習の場と比較して「個性」が強い。

### 3) 半制度的学習の場

この場は、「住民組織など非営利的な組織が活動の一環として、メンバーの共通課題を解決するための学習と、一般住民に対して啓蒙的に行なう場」である。

ひと口に住民組織といっても、保健・医療分野から社会教育、社会福祉、消費者問題、環境問題等々さまざまなものがあげられる。

その形態も、町内会・自治会、婦人会等の伝統的な地縁集団から、愛育班、保健指導員会、結核予防婦人会等の地縁関係をベースに組織化

された、いわゆる地域保健組織が主催するもの。また、患者会、家族・親の会のように健康問題によって患者個人またはその家族によって組織化されるセルフ・ヘルプ・グループ。そして保健・医療・福祉にかかわる各種ボランティア組織等があげられる。

### 4) 地域社会における健康学習の特性

以上にみた健康学習の場の特性を、目的、対象、方法別に大別すると表3のようになる。勿論、それぞれの場は類似した目的、対象、方法をもつ場合もある。特に方法については、各々の学習の場は、その目的によって問題解決を主とする小集団学習の方法がとられることが多くみられる。

表3 健康学習の特性

学習の場	目的	対象	方法
制度的学習	政策的	限定的	集団的
非制度的学習	個人的	開放的	個人・集団的
半制度的学習	社会参加的 共存的	限定的	集団的

### 4) 半制度的学習の場の位置づけ

生涯健康学習は、上にあげた3つの学習の場

の有機的な統合がなければならぬ。なぜならば、今日の社会状況は、自己完結的に健康を維持・増進することが極めて困難な時代だからである。それは、学習の「発達課題の時間的連続性(タテ系)と、空間的連続性(ヨコ系)の切断が著しい」<sup>19)</sup>からである。

タテ系は世代間の断絶であり、ヨコ系は家庭や地域社会、学校、職場等の集団相互の断絶である。この断絶は世代間の健康観の伝承や相互学習を含めて、地域社会における健康教育活動そのものを困難なものにしている。核家族化、勤労婦人の増加、教育の学力・知識偏重主義、職場の管理化、都市化など、地域保健活動をすすめるうえで、大きな課題になっている。

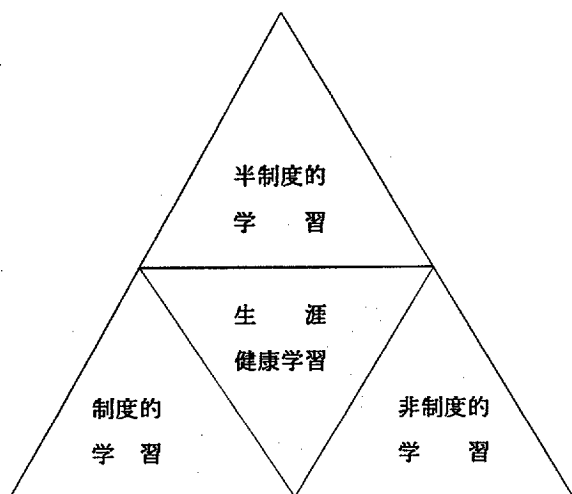
生涯健康学習を実現するためには、まず、切断されつつあるタテ系とヨコ系を連鎖し、それをひとつのシステムとして用意し、運営してい

かなければならぬ。そして、そのシステムづくりに際しては、「すべての人に開かれていて(民主的)、上から強制されず(自主的)、永続性を持ち(生涯化)、それは個人的にも社会的にも必要であること(個人的要請と社会的要請の統一)」<sup>20)</sup>と、これのもとに、「だれでも」、「どこでも」、「いつでも」健康学習が可能であることが、条件である。

地域社会における健康学習は、図6のように3つの学習の場が相互に連鎖してシステム化されることが理想である。

しかし現実の地域社会における健康学習機会は、いずれかひとつの学習の場、ないし二つの場で成り立っていることが多い。仮に三つの場があったとしても個々に検証していくとかわり方に落差がみられる。

図6 健康学習の構図



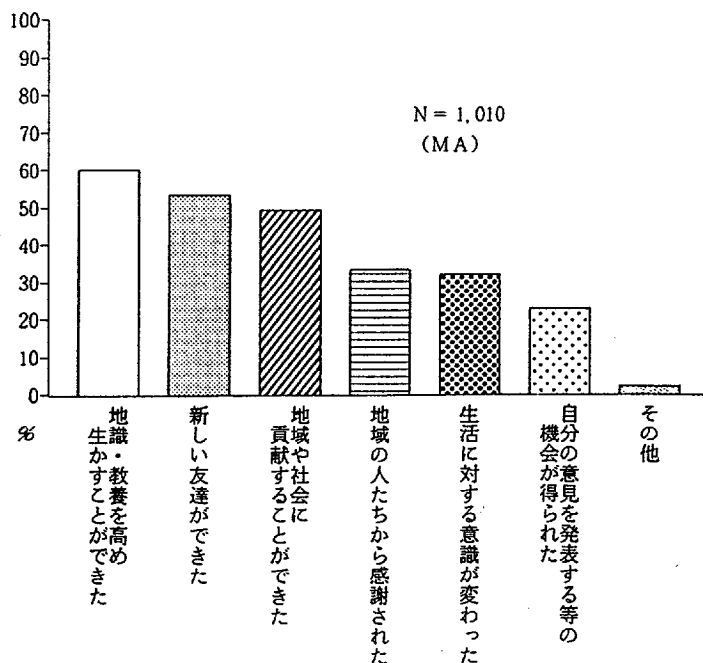
また、学習者の「学習ニーズ」と「適時性」という面では、各種学級活動のように制度的学習が、ある程度の効果を納めているものもあるが、学習の「蓄積性」という面では発達課題に充分応えているとはいいいにくい。

また、半制度的な地域保健組織が存在していても、行政の下部組織的であったりすることが多くみられる。一方、非制度的な場に参加する人びとが増えてきていることは、将来に大きな期待を寄せられるものであるが、個性が強いが故に、他の学習場面への主体的参加が直線的に結びつきにくい。即ち、三つの学習場面をシステムの視点でかかわらなければ、片手落ちであるといえよう。

具体的なシステムの視点としての注目点は、個人的要請（非制度的学習）と社会的要請（制度的学習）を結ぶものとして、半制度的学習の場の役割があげられる。

地域社会のなかで特にかかわりの深い地域保健組織やボランティア活動は、参加形態や活動形態が多少異なるものの、原則として個人の主体性、自主性にもとずき、自己を含めて健康問題の発見と解決、または自己実現的な社会参加に基づくものであるということが共通している。そしてこの場合は、制度的学習と非制度的学習の場を連鎖させ、地域社会における健康学習を実現させえる、最も重要な場となりえる。なぜならば、受動的であろうと、能動的であろうとその場に参加している人々は、自身の発達課題を含めて、他者とのあたたかい触れ合いを求め、健康に関する学習とその成果を何らかの形でわがもの（内面化）とし、またそれを他者に「還元」していくことによって、自己を高めていこうとしていることが認められるからである（図7）<sup>21)</sup>。

図7 愛育班活動をおこなって良かったこと



このように、半制度的学習組織において重要なことは、個人レベルにおいては、参加し学習することのみではなく、その成果を何らかの役割をもちながら地域社会へ還元できるということが重要であり、学習組織のレベルでは、その活動のしくみの中に問題発見の方法と問題解決にかかわる活動方法と学習方法を持ち合わせていることが必要である。

すなわち、半制度的な学習組織に参加する個人の「活動のしがい」と、その学習成果の還元として、地域社会の人々に「資源」として認知され、これが相互にフィード・バックされながら連続的に活動されなければならないといえる<sup>22)</sup>。例えば、半制度的学習組織に参加する個人のレベルでは、表4のような促進要件が考えられる。

また健康学習組織のレベルでは、表5のような促進要件が必要であろう。

以上のようなことがらなどが相互学習場面に

表4 個人の学習意欲を促進させる要件

- 
- ①当該学習組織に参加してない他者からの、問題提起を受容し、共に考えることができること。
  - ②問題ではないかと考えたことや、自己の解決策を他者の前で発表できること。
  - ③自己学習の内容を、おしみなく他者に伝えられること。
  - ④学習成果を活用して他者のために役立つこと。
- 

において具現化されれば、半制度的な学習場面の活性化や健康学習のシステム的な実現が可能であるといえよう。

「教えることは学ぶこと」といわれるように、最大の学習は、自己の学習成果のみならず、それを他者のために生かすことなのである。

#### 5) 健康学習を可能とする社会的ネット・ワークづくり

##### 1) 社会的ネット・ワーク

社会的存在としての我々は、他者との「関係性」においてのみ自己を確認し、知ることができる。一回限りの人生において、自分という人間の存在を認めてくれるのは、家族においては夫・妻・子どもでもあり、親である。学校では級

表5 健康学習組織の促進要件

- 
- ①メンバー個々人の体験や経験を含め、学習成果や実践方法を発表できるような場を用意していること。
  - ②それを全体のものとしてメンバー全員が共有し、課題解決のための相互学習の場が用意されていること。
  - ③学習した内容を他者に教えたり、他者のために役立たせることができる活動方法を持っていること。
  - ④さらに、その相互学習場面に専門家も参加でき、かつ科学的、客観的な助言が得られ、その学習成果をより確実なものとして認知されるしくみを持っていること。
-



友・教師であり、先輩・後輩である。職場では同僚、部下・上司であったり、職業を通じた様々な人々である。

地域社会においても、近隣を含めて構成される町内会・自治会、婦人会等の様々な地域集団の人々、PTAや保護者会など子どもを通じて知り合った人々である。このようなさまざま諸集団を通過しながら我々は対面的なコミュニケーションによって「自己と他者」の関係性において、自分とは何かについて知っていくのである。

このように、個人が通過する諸集団における関係性のなかで保健的社会的化(Health Socialization)や、健康に関する「適応」(Adaptation)<sup>23)</sup>方法を内在化し、人生上に起こる健康をめぐるさまざまな出来事や体験に対処(Coping)し、自らの健康行動を変容していくのである。すなわち、自己及び自己の周囲に起こる健康問題に対して主体的、自覚的に健康問題の解決に向けて発達(Development)しつづけるのである。

これらは、健康に関する個人の関係性の深さや生き方、過去の体験、価値の序列化といった学習のあり方に大きく規定される。そしてその学習は「しばしば気まぐれで一貫せず、またせまい範囲に限定されがちで利己主義的性格をおびている」<sup>24)</sup>。それ故に、地域社会における健康学習は個人と家族を越えたレベルでの健康学習であることが必要であり、それを実現可能とする「社会的ネット・ワーク」づくりが不可欠なのである。なぜならば、我々は「関係性」の所産としてのそのネット・ワークの中に組み込まれながら、自己を補強・強化し、悩んだり、悲しんだり、喜んだり、楽しんだりしながら「

いま」という現実のなかに、自己を認識できるからである。

社会的ネット・ワークとは、「自己と他者」とり結ぶ関係性の総体」<sup>25)</sup>であるといわれる。自己存在は、主体的、自発的な側面と、他者依存的、受動的な自己との両面を「個性」として持っている。

地域社会における健康学習を実現するためには、こうした個人に内在する心理的、社会的(関係性)背景をふまえ、それを相互に補強・強化するために、個人と家族を越えたレベルでの健康学習が必要である。それが故に社会的ネット・ワークづくりとしてのコミュニティーの連帯が不可欠なのである。ここに、半制度的学習の場としての地域保健組織の存在意義があるのである。

自主的、主体的な社会的ネット・ワークづくりを可能とするためには、face to faceの関係で行なわれる人々の「求心的な側面」と、その健康活動の広がり、影響力としての「遠心的な側面」の二つの方向を重視する必要がある。この二つの方向は、個人々の健康に関する学習ニーズに支えられ、健康学習に必要な「情報収集」と、学習成果としての健康問題の発見とその「解決策の提供」のあり方が重要である。換言するならば、学習場面における住民相互のダイナミックな収斂と拡張であり、その学習成果に至る過程と結果の広がり、すなわちネット・ワーキングが重要なのである。

## 2) 半制度的学習組織の課題

地域社会における自主的、主体的な社会的ネット・ワークづくりを可能とするものとして、

半制度的学習組織のあり方が重要であると指摘した。この学習の場を活性化し、機能を高めるためには内部的問題と外部的問題の二つを注目する必要がある。

#### ①内部的問題

内部的問題とは、当該学習組織の構成メンバーの広がりとしての組織上の問題である。

さらにこれには次の二つの型がみられる。一つは、各種サークルやグループ活動のように、構成員のメンバーそのものが学習し、直接その利益を受けるもの。他は、多くの地域保健組織にみられるような、構成員が役員といわれる人々を中心となって学習し、地域の一般の人々はその地域組織の活動の受益者、即ち活動の対象者であって、間接的な参加しか期待されないものの二つがある。

#### ②外部的問題

外部的問題とは、学習資源としての機能上の問題である。

機能上の問題とは、当該学習組織の参加形態及び学習形態の内容、方法、成果にかかわる柔軟性、開放性の問題と置き換えことができる。集団は、メンバー間の結合が強調されるあまり、ややもすると閉鎖的、排他的な傾向がみられることがあるからである。

以上の半制度的学習の場の二つ課題を解決し、活性化へ導ぶく方法の第一は、当該学習組織におけるメンバー・シップとリーダー・シップのあり方の問題が考えられる。これまでリーダー・シップについての研究は多く見られるが、メンバー・シップについての研究は余りみられない。今後、地域保健組織の活動対象である、地

域の一般の人々をも含めた参加のあり方と組織構成のあり方に関する実証的な研究が必要であることを提起しておきたい。

活性化のための第二の方法は、先にも触れた当該学習組織の開放性、柔軟性にかかわる情報の収集と提供の方法である。

個々の人々が持つ発達課題の「統合化・一般化」としての情報収集と、学習結果としての健康問題解決策の「個別化」としての情報提供のあり方が極めて重要である。特に半制度的な学習組織においては、その組織目的、組織形態に応じて学習の内容、方法、成果がだれでも、いつでも、どこでも、学習が可能な形で体系的かつ継続的に情報が収集され、提供されなければならない。

生涯健康学習は、人々がその生涯において相互に健康を高め合う機能概念である。従来の半制度的な学習の場における専門家のかかわり方は、ややもすると健康問題の原因と予防を中心とした学校型、知育型の健康教育が中心であったり、また保健領域にかかわらない学習組織であるとして多くの関心を示さなかった場合もあった。

生涯健康学習の実現のためには、多くの保健・医療機関や専門家による公的援助によって達成されるものであるが、それは、住民との協同活動によって達成されなければならない。

健康問題は因果論としての「治癒」が評価基準となるが、健康学習においては学習の積み重ねとしての体積論、すなわち「可能性」がより大きな意味を持つのである。

## 【2. 愛育班組織の構造と機能】

### (1) 愛育班とは<sup>26)</sup>

共同体意識のある地域において（小学校区程度）、住民共通の健康問題を（母子保健を中心に健康全般）住民自らが（家庭の主婦が中心）、自主的活動と民主的運営によって（家庭訪問・話し合い）、組織的な活動で問題の発見とその解決を図り、豊かな地域社会をつくらうとする民間の婦人組織である。

その活動の目的は

\*すべての人間の基礎をつくる母子の保健と福祉の向上

\*生活の基盤である家庭を中心にした地域全体の健康づくり

\*地域住民の自立と連帯意識を高め、あわせて地域の民主化を図る

ところにある。

愛育班は、1989.4.1現在32道県の521市町村に1,293の単位愛育班があり、地域によってその組織機構や活動内容は多様である。

母子愛育会本部が指導する愛育班の組織は、次のとおりである。

\*会員：地域に住むすべての人々を会員とする（便宜上、会員は世帯とする）

\*受持世帯：隣り近所の会員、すなわち10世帯程度の中から選ばれた主婦を愛育班員とよび、隣り近所の会員をその愛育班員の受持世帯とする－受持制－

\*分班：町内会や字（あざ）の範囲で形成し、愛育班員（5-6人）の中から分班長1人を選ぶ－分班制－

\*単位愛育班：小学校区、合併前の旧町村の範囲で、世帯数1,500戸（人口5,000人）程度で形成し、分班長（10-20人）の中から班長1人を選ぶ。

\*協力機関（社会資源）：市町村または保健所の地域担当保健婦が窓口となり支援する。

\*市町村愛育会：市町村内の単位愛育班の連合体で、単位愛育班の班長から会長を選ぶ。

具体的な愛育班の活動には、班員会議（分班内の愛育班員の学習・連絡・協議の場）と分班長中心の分班長会議（単位愛育班の分班長の学習・連絡・協議の場）があり、これらと連続して愛育班員の受持ち世帯への家庭訪問に集約される。これらが連続的に毎月繰り返されることで、自ら健康問題を発見し、学習し、解決策を見つけ、日常生活の中で実践し、また実践化を促している。

### (2) 愛育班の歴史<sup>27)28)29)30)</sup>

愛育班のルーツは恩賜財団愛育会が、全国的に指導した「愛育村事業」にある。

「愛育班」は愛育村事業の中心的存在として位置づけられ、村、町レベルで事業が展開されていた。

昭和20年代から、徐々に現在のようないくつかの愛育班単独の地域保健組織活動へ変革していった。この変化の過程は地域によって異なるが、以下に述べる愛育村の構想と先述したC・O（Community Organization）理論の影響をうけながら、現在のようないくつかの愛育班活動の性格が形づくられた。

## 1) 愛育村事業のスタート

愛育村事業から愛育班活動への変化を見てみよう。

愛育班の活動は、昭和11年(1936年)恩賜財団愛育会の第一回指定による「愛育村」の開始とともにスタートした。

この愛育村事業開始前後の日本の状況は、大正7年の米騒動を契機として慢性的な不況に陥り、貧富の差は激しく、社会底辺の人々の生活は悲惨なものがあつた。昭和に入り、2年の金融恐慌、4年の世界大恐慌で経済界は不況のどん底に陥り、失業者は巷にあふれ、農村も泥沼の貧困状態にあつた。また、5・15事件、満州事変が相次いで起こり、国民の不安は強まっていた。9年に東北地方の大冷害があり、全国的にも経済基盤が貧弱だった当時の農山村地域は子殺し、娘の身売りといった事件が多く悲惨な状況であつた。

このため政府をはじめ各種団体は積極的に農村社会事業を開始した。この農村社会事業の指導理念は「自力更生」と「隣保共助」で、方法としては生産関係の変革ではなく生活改善による生産力の向上であつた。この時期活発な活動を展開したものに東北六県を対象にした「東北更新会」がある。

同様に、昭和9年創立された恩賜財団愛育会も「母子愛育」をテーマとして、乳幼児、妊産婦死亡率の改善を眼前の目標とした、農山漁村の生活改善運動をはじめることになる。その精神として「隣人愛、郷土愛の発露である隣保相扶」をもって、婦人たちが「愛育班」を組織し、この組織活動と村ぐるみの取り組みによって母

子保健を中心とした保健問題から生活を改善し、地域福祉の向上を図った。これは母子保健をアプローチとした農村社会事業とも見ることができる。この点について、戦後(1958年)広瀬興<sup>31)</sup>は「母子衛生を主とする地域組織(愛育村)について」の中で「・・・この運動の最後の目標は単に母子衛生のみでなく、その地域の福祉の向上にあるのは云うまでもない」と記述している。

東北更新会と愛育村事業との共通点は、ともに「指定村」という同じ名称でモデル地区を指定した点と、農村の生活改善を図りながら地域福祉の向上を目指した点である。さらに、東北更新会の指定村(乳幼児保護対策指定村)が存在した関係から愛育村とはせず、「愛育班」の設置を奨励し、乳幼児保護対策事業を補強する形で指導した。

昭和11年第1回の指定愛育村、愛育班設置村の指定を実施したが、この指定地区の選定方針(昭和11年)は次のとおりであつた。

1. 成るべく中位の民度にある農山漁村たること
  2. 村当局、学校教職員、警察官、医師、助産婦、社会事業家、神職、宗教家、各種団体長、婦人団体及び女子青年団体幹部等の相互協力を得て本施設の有効適切に運用せらるること
  3. 当該村当局其の他有力者が本施設に対し理解と熱意とを有すること
  4. 成るべく乳幼児死亡率の高き村たること
- そして、具体的に下記の事項を調査し指定先を決定した。

1. 過去5年間の乳幼児死亡の主たる死亡原因

2. 妊産婦取扱上に於ける従来の習慣

イ. 産婆の有無

ロ. 産前、産後の休養状況

ハ. 出産時の弊風の有無

3. 一般衛生

イ. 一般医療利用状況

ロ. 家庭衛生の普及（万年床の有無、春秋二季大掃除の徹底如何等）

4. 季節並びに常設保育所の実施状況

5. 教養

イ. 学校教育普及程度

6. 本事業に対する村当局の関心度

イ. 村当局の財政的補助

ロ. 村当局の本事業に対する積極的意志

ハ. 各種協力団体との連絡状況

指定された地域は「愛育村設置手順」に従って発足したが、その愛育村事業はそれぞれ事業主体が次のように決められ実施された。

\* 神奈川県高部屋村：高部屋村振興委員会

\* 千葉県富崎村：富崎村愛育会

\* 埼玉県日勝村：日勝村愛育会

\* 福井県社村：社村社会課

\* 石川県金丸村：金丸村愛育婦人会

このように実施主体を民間の団体としたことや、名称から想定しても、母子保健を活動の入口とした総合的村づくりといったものと見ることがができる。

## 2) 愛育村事業3年計画

愛育事業の具体的な進め方については、昭和15年恩賜財団愛育会発行の「愛育村の組織と事

業」に次のように記載されている。

愛育村事業の中心は愛育班活動による家庭訪問看護の徹底にあるが、それと聯繫し平行して次の諸施設を、諸事業が実施されねば所期の目的には達し難い。

- ・ 保育所
- ・ 母性相談（健康相談を含む）
- ・ 乳幼児相談（健康相談を含む）
- ・ 母子栄養の指導（共同炊事その他）
- ・ 衛生施設の拡充
- ・ 講習会、講演会、講座、座談会、乳幼児審査会、展覧会等の開催
- ・ 母の会の設立
- ・ その他愛育事業振興上必要なる施設

この諸事業の具体的な内容については「愛育村事業3年実施要項」として一試案を掲載している。そして3年とは愛育会からの補助期間が3年であることと、3年を持って一応愛育村としての基礎を固め、その後は自力の経営をしていくようにとの考えによるものであることと、着手順位、実施事項、実施方法も村の実情に即応して適宜変更する事は必要であるとも書かれている。実施要項の主な項目は、

1. 班員訓練

<イ. 講習会（発会式に伴う） ロ. 家庭訪問

ハ. 小講習会（毎月1回） ニ. 研究座談会

ホ. 家庭看護法の実習 ヘ. 班員の見学（先進愛育村その他）>

2. 妊産婦並びに乳幼児保護

3. 母性教化

4. 健康診断並びに相談

5. 栄養指導

#### 6. 季節保育所経営

#### 7. 「愛育センター」の設置

#### 8. 出産扶助組合の設置

#### 9. 愛育用度品の兼備提供等

である。

### 3) 戦時体制下と戦後の混乱期の愛育村

このようにスタートした愛育村事業は、昭和16年(1941年)人口政策確立対策が閣議決定されるなど、人口増強政策の一環として母子保健対策が推進された。この時期厚生省社会局からの補助もあり、全国一斉の普及が図られた。

昭和19年(1944年)には各都道府県に支部が設置され、支部によるモデル的な愛育村の指定も行なわれた。

終戦を迎え、愛育村は次のように分類され、活動が進められた。

1. 指定愛育村：総合的に事業を実施する
2. 一般愛育村：指定愛育村のように整っていないが、愛育村事業を第一義に考えて実施する
3. 研究愛育村：母子保健対策の基礎となる調査研究をし、同時に女子生活の向上を図るために、各県2カ所指定
4. 特別愛育村：事業について本会が直接指導し、研究するために東京近県に設置
5. 組合愛育村：指定愛育村を中心に共同普及を図るために隣接する町村を結び合わせて構成する

当時、1,173市町村で愛育村事業が展開され

たが、国・恩賜財団母子愛育会からの補助金の打ち切りで、自立的経営にゆだねられていった。22年(1947年)児童福祉法が公布され、母子保健行政も戦前の人口増強政策によるものから児童の保護・育成を中心としたものに変化した。また、同年保健所法が改正され、保健所網が整備され、母子愛育会本部の愛育村事業や愛育班活動の指導は漸次低下し、保健所の力に期待することとなった。

### 4) 愛育村事業から愛育班活動へ

昭和29年(1954年)、厚生省の児童局長は「愛育村活動は現在のわが国にもっとも適した母子保健向上の方法である」とし、「母子衛生を主とした地域組織の育成について」を通達した。これが愛育村事業から愛育班活動へと転換してゆく、一つの分岐点であった。本通達は、母子衛生を主とする地域組織とあるように、その中心的推進母体は「愛育班」をモデルに見いだしている点である。

当時の「愛育村方式による愛育地域組織の在り方(未定稿)」によれば、「要するに、村全体が生産の向上をはかり、楽しい住みよい社会を作ろうとするには何と云っても、健康が第一です。それにはその地域の子どもたちが心身共に丈夫に育つような土地ならば自然にそうやってきます。こういう考えから、そして、この方法がわが国の現状では最も適当と思って、この運動を続けてきている」と述べ、さらに「どの村でも、その村の産業や経済を考えて色々な方策を立てるのと同様に村民の生活、特に家庭生活の向上について考え、色々工夫をして住み

よい村を作ろうとする努力を持つならば、その村は自ら愛育村となる」と指摘し、愛育村事業を村・町づくり、あるいは社会開発運動と同様に位置づけ、愛育班をその推進母体としてモデル化していた。

昭和30年（1955年）、日本は国際連合児童基金（ユニセフ）から脱脂粉乳を贈与されたが、この配布に関する協定の中で支給先として「母子衛生地域組織」が指定され、また「愛育村として知られている母子衛生地域組織の拡充を奨励すること」が決められ、多くの地域で愛育班が結成された。そして、愛育村事業という運動形態から、従来から徐々に進みつつあった母子保健（狭い意味での乳幼児、妊産婦保健）へと個別化が図られていった。

30年代後半になると、福祉領域（保健領域も含む）を中心に、C. O（コミュニティ・オーガニゼーション）理論が導入され、専門家主導から住民主導の組織づくりが着目された。網羅的・問題指向的地域組織活動から個別的・生活指向的地域組織活動が注目された。さらに、組織育成者としての保健婦の活動範囲（人口5,000人に対して1人）の規定、行政による健康問題別施策化の推進等によって、活動が展開された。このような流れは、わが国の多くの地域組織に大きな影響を与え、愛育班もまた、人々の生活の場を単位とした、最も活動しやすい組織（単位愛育班）へと変化した。

##### 5) 健康づくり時代の愛育班

昭和40年（1965年）母子保健法が公布され、母と子に対する一貫した母子保健サービスが積

極的に施策化され、きめ細かなサービスを提供するために愛育班活動へ一層期待がよせられた。

この時期、愛育会も日本船舶振興会の補助を受け（昭和43年；1968年）、愛育班の普及拡充に努めた。これ以後の育成方針は、

- ① 単位愛育班の組織化と再編成
- ② 母子保健推進員との差別化、連携化
- ③ 保健婦に対する研修

等、戦後停滞し、形骸化しつつあった愛育班の“活性・拡充化”を計ることに力点がおかれた。

しかし、昭和50年代に入ると、わが国の地域保健活動は新しい局面を迎えた。すなわち、従来の感染症、伝染病中心の疾病対策から、成人病、健康づくり対策へと対象が変化し、加えて人口構造の変化に伴う高齢化社会の到来は、産業構造の変化と相まって新しい社会システムの構築を要請するようになってきた。人々もまた自らのライフスタイルのあり方が、深く健康に影響を及ぼすことに気づき、「生活の質」の向上を求めた多様なセルフケアを指向するようになってきた。

一方、行政も国民の健康づくり地方推進事業（昭和53年；1978年）、老人保健法（昭和57年；1982年）、第2次国民健康づくり対策—アクティブ80ヘルスプラン—（昭和63年；1988年）等、従来の政策を大きく転換した施策をすすめるようになった。こうした変化は、愛育班活動にも影響を与えている。村・町ぐるみの生活改善運動として出発した愛育村事業は、母子保健問題による個別化、単位愛育班化の時代を経て、今またヘルスプロモーション時代を迎え、大きく転換が求められている。総合的なそして、行

政側と住民側の真のパートナーシップにもとずく、新たな活動へと転換してゆかねばならない。

### (3) 愛育班の機能<sup>32)</sup>

愛育班の組織が他の地域組織と大きく異なっているのは、民主性を生かすための分班制と、住民全部を対象とし小数の隣近所を受け持つ受持ち制である。これらはすべて次の機能を発揮させるために必要とされる。つまり、受持ち世帯への家庭訪問と少人数の話し合い学習、そして民主的運営である。これらが機能を持つためには分班制と受持ち制は必須である。

愛育班活動は、①情報の収集（地域の実態を知る）②話題、問題点の発見、抽出（身近なものや、やさしいものを選ぶ）③話題、解決策の検討（どのような活動を展開するか）④学習⑤実践への刺激 といった機能を持っており、これらが関連している。班員の家庭訪問は①と⑤、話し合い（班員会議、分班長会議）は②、③、④等の機能を持っている（図8）。

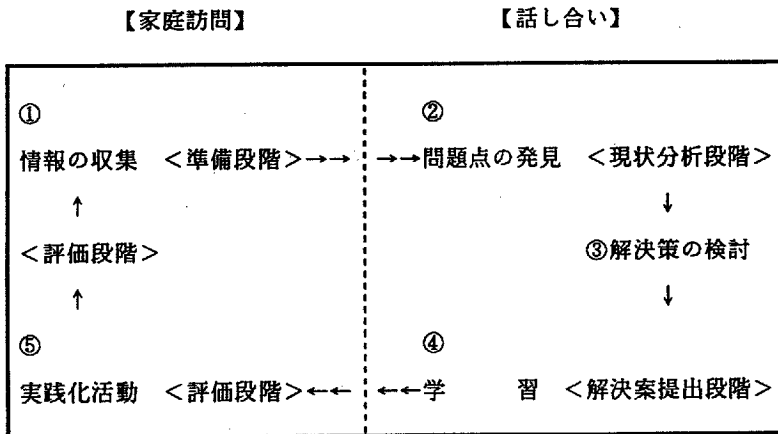
この活動は柏熊岬二や山本幹夫の保健活動のプロセスに合致しており、問題発見、問題改善、評価そしてフィードバックの一連の経過を実施している。つまり愛育班の活動によって地域保健活動が成立するといえるだろう。

ここで愛育班の機能を顕在的機能と潜在的機能に分けてみれば、上記の「健康問題の発見」「健康学習」「健康問題の解決」「健康づくりの実践」は顕在的な機能である。潜在的機能としては、

1. 地域集団への帰属意識の高揚
2. 地域社会での役割付与
3. 井戸端会議（話す場の確保・情報交換・コミュニケーション）
4. 自己発見と自己成長への満足感

がある。なかでも井戸端会議の機能は重要である。これがまさにコミュニティ形成の醸成の場なのである。

図8 愛育班活動の機能





#### (4) 愛育班活動の特徴

活動の特徴については、昭和53年4月発行の雑誌「愛育」の中の「保健婦活動と愛育班の協調」で、澤口進<sup>33)</sup>は“地区組織としての愛育班の性格”を次のように述べている。

##### \*組織活動の現状

1. 活動目標—住民による保健活動
2. 構成主体—住民（主婦は家族の健康管理者との考えで婦人の場合が多い）
3. 組織の規模—運営に参画する役員（分班長）が20名程度で地域の範囲が小学校区内
4. 活動内容—生活の中から保健問題を発見する。対人保健を主軸とする。

##### 5. 活動方法—

- 1) 班員による家庭訪問（井戸端会議的問題発見）
- 2) 班員会議、分班長会議での話題提供（学習による人間ドッグ的診断）
- 3) 問題のふるい分け（優先順位のための診断）
- 4) 保健婦に指導助言を求める（専門家を混じえた学習）
- 5) 班員による家庭訪問（伝達、住民による班員への評価）

附) 解決を要する課題については保健婦を通じて他の専門家との接触の方法が検討され実施される（専門家による治療・指導、愛育班組織全体に対する評価）

##### \*組織内人間関係

1. 帰属意識—きわめて高い
2. 組織の持続性—長期に及ぶ

3. 課題解決—結論が出るのは必ずしも早くないが、その内容が班員に正確に衆知徹底する（集団による問題解決学習の効果が判定できる）

4. リーダー—役員や一般班員に熱心な人が多い

##### \*他の組織との関係

1. 行政との関係—保健婦に熱心な人が多い（・・保健婦は愛育班に対して外部リーダーの役割を果たす）
2. 他の地域集団との関係—婦人会や町内会から独立、分離の方向で組織活動がされる傾向がある
3. 政治との関係—等距離にあり、組織が政争に巻き込まれないように留意している

また、昭和57年（1982年）の「現代の愛育班活動」<sup>34)</sup>の中には、愛育班の特徴として

\*主婦が中心になって活動する

\*身近な日常生活の中で実践する活動である

\*保健、福祉に対しては素人の立場で活動する

\*病気対策ではなく、健康づくり、健康の確認を中心とした活動である

\*地域を包括した活動である

\*費用（お金）をかけないで活動する

\*家庭訪問と話し合いの連続性を積み重ねた活動方法をもっている

\*保健婦との協調による活動

の八つをあげている。

これらのことで共通している点は、1. 活動内容が健康問題であること 2. 活動方法が話し合い学習と家庭訪問であること 3. 行政（保健婦）

との協調 である。そこでこれらの特徴と組織機構を中心に愛育班の現状について、昭和62年度（1987年度）愛育班全国調査<sup>35)</sup>の結果を中心に検討した。

### 1. 活動内容

活動内容について表6、7のとおり、約7割の愛育班が地域住民全員を対象に活動しており、母子、成人、老人といった年齢等の区分では考えていないことがわかる。また、約6割の愛育班長は「母子、老人と対象を限定せずに、ひろく地域住民の健康に関する活動」が地域の人たちから求められていると考えている。そして、

表6 活動の対象者(N=1010)

地域の人たち全員	701/69.4%
乳幼児や妊産婦のいる家庭	165/16.3
乳幼児をもつ母親	44/ 4.4
地域の婦人たち	78/ 7.7
入会を希望した家庭	10/ 1.0
その他・不明	12/ 1.2

表7 地域住民から要請されている活動

母子保健活動	70/ 6.9
老人保健や福祉活動	273/27.0
住民の健康活動	617/61.1
その他	26/ 2.6
不明	24/ 2.4

「母子保健だけでなく老人の福祉や保健に関する活動」を母子保健にこだわらない活動を期待していると解釈すれば、9割の愛育班長が母子保健にこだわらない住民の健康づくり活動が愛育班に求められていると考えていることになる。そして、その期待に応えるべく、約半数の愛育班で「地域の人たち全員」を対象に家庭訪問が実施されている。訪問以外の事業についてはわからないが、それらもかなり、幅広くなされていると推察できる。

### 2. 活動方法

活動方法の特徴として、訪問活動と話し合い学習をみると表8、9のとおりである。

愛育班活動の特徴となっている家庭訪問は、7-8割の者が「必要」と回答している。また、実際に訪問活動をしている愛育班も同じくらいである。

表8 訪問活動の有無と必要性

訪問している	840/83.2%
していない	166/16.4
不明	4/ 0.4
訪問は必要である	720/71.3%
あまり必要ない	95/ 9.4
どちらでもない	181/17.9
不明	14/ 1.4

表9 話し合い学習（分班長会議の状況）

1— 5回/年	343/34.0%
6--12	525/51.9
13--	20/ 2.0
なし	86/ 8.5
不明	36/ 3.6

ついで、分班長会議についてみると6--12回が半数、一回以上実施とあわせると85%が2カ月一回以上開いていることになる。上記にはないが報告書の統計表によれば、12回が23%で一番多かった。

つまり、愛育班を特徴づける活動として「家庭訪問」と「分班長会議（話し合い学習）は重要であることがわかる。

### 3. 行政（保健婦）との協調

保健婦との連携に関しては、指導や助言を受ける専門家として保健婦(97.5%)、栄養士(50.0%)、医師(35.0%)と回答した者が多く、最も多く受ける人では保健婦(96.8%)と答えたものが圧倒的であった。これは保健婦との協調による活動を裏付けている。この点については、澤口進も「保健婦は愛育班の外部リーダー」と位置づけている。

また、補助金の有無をみると あり(766/75.8%)、なし(240/23.8%)、不明(4/ 4.0%)となっている。つまり7~8割の愛育班は補助を受けている。つまり、行政とは事業協力、運営費等の経費面での協力関係にあることがわかる。

表10 組織形態

単 独	727/72.5%
他組織に編成	278/27.5
不 明	5/ 0.5

表11 分班制の有無

あり	782/77.4%
なし	215/21.3
不明	13/ 1.3

### 4. 組織の構造と運営

分班制についてはも約8割がありと回答しており、やはり愛育班の組織特徴といえる。組織形態については他団体等との関係を含め詳細な検討が必要と思えるが、昭和52年(1977年)調査では65.8%が単独であったので、若干増加傾向がみられる(表10、11)。

### 5. 潜在的機能

「活動して良かったこと」については、前掲の図7のとおりである。約5割以上の者が、自己成長への満足感や地域社会での役割付与といった事項をあげている。

このように、この調査から、潜在的機能が確かに存在し、役だっている事がわかった。

### 【3. 愛育班組織の活性化要因の析出】

— 愛育班会長と保健婦のケースストーリーの視点から —

#### (1) 活性化要因析出の基準

ここで、地域保健組織活動の発生、成長、衰退の実際を「地域保健組織活動の浮沈図記録票」を用いて明らかにし、そこから活動の活性化のための要因を探ってみよう。

なお、この要因析出のために用いた基準は、以下の6項目である。

- ① 地域保健組織活動の浮沈図記録票
- ② 出来事（不調・順調）の時期と内容
- ③ 出来事（不調・順調）の困難性と良効性
- ④ 出来事（不調・順調）の原因の認知  
(当時と現在)
- ⑤ 出来事（不調・順調）への対処の方法
- ⑥ 出来事（不調・順調）の影響

これらの基準は、以下の考え方による。

「いかなる地域保健組織活動においても、その中で生起する出来事は、必ずその組織のリーダーやメンバー、そしてその組織を支援する保健医療の専門家（とりわけ保健婦）の記憶の中に意味づけされており、彼らの記憶をたどれば、その出来事をめぐって生じたさまざまな喜びや悩みが思い出される。また、その喜びの共有や悩みを克服するために、なんらかの対処が彼らによって展開されたはずである。さらに、このような一連の活動は、彼らのその後の健康や生活になんらかの影響を及ぼしてきた」からである。

以下、愛育班の前会長のA氏、現会長のB氏、

C保健婦とD保健婦の事例分析を展開する。

#### (2) ケース・スタディ

##### 1) 前会長 A 氏

\* 社会的特性

M村居住歴43年。現在76歳、夫と子供夫婦と孫の3世代同居である。愛育班活動は昭和31年から。

\* 最も不調だった出来事

「愛育会活動の崩壊と会長就任」

① 時期と内容

昭和56年4月から10月までの7カ月間。66歳の時。当時のX保健婦と愛育会会長の仕事や態度に対する不信が、愛育会運営に対する不信につながり、X保健婦を退職に追いやる。この際、それまでの組織活動の記録がすべて燃やされ、まったくのゼロの状態となり、組織全体がどん底に落ち込んでいた。

その時、代わって会長に就任することとなった。

② 困難性

まったくのゼロの状態、愛育会活動の立て直しができるのかどうか不安だった。このような状態で会長を引き受けるのは負担が大きかった。

③ 原因の認知（当時と現在）

上層部だけの組織活動で下部浸透をしていなかったこと、X保健婦のマンネリ化した活動が原因であると、当時も現在も考えている。

④ 対処の仕方

保健所長、保健所保健婦、村長、民生課長に相談した。そしてやるからには「本当の組織を勉強したい」と思い、保健所長のすすめで愛育会本部の研修に、1週間参加した。

#### ⑤ 影響

協力の大切さ、人間関係のありがたさを痛感した。他のメンバーも協力の大切さを学んだと思う。

\*最も順調だった出来事

「愛育会活動の立て直し」

#### ① 時期と内容

昭和57年から会長を終えるまでの2年間。1週間の研修に参加して、感激し、素晴らしい活動であることを再認識した。そして同じく研修を受けたC保健婦とともに、活動の立て直しができた。

#### ② 特にうれしかった点（良効性）

気が張っていたので、メンバーや保健婦から「あなたがやってくれたから会がよくなった」と言われた時はうれしかった。C保健婦と共に仕事ができてよかった。

#### ③ 原因の認知（当時と現在）

当時も現在も、メンバーが協力してくれたからと考えている。以上に加えて現在は、それまでの記録が燃やされたことにより、かえて白紙の状態で見直しできたこと、さらに研修に参加し学んだことが原因と考えている。

#### ④ 対処の仕方

保健所長、保健所保健婦、C保健婦に相談。

#### ⑤ 影響

「愛育会組織は素晴らしい。女性にとって一

番よい活動であり、続けたい」と思った。他のメンバーも愛育会活動を通して、自分達が他の人に何かができる喜びを学んだと思う。

#### \*まとめ

地域組織活動の活性化要因として2点あげられる。

ひとつは保健婦との信頼関係、協力体制。もうひとつは研修である。

保健婦は、地域保健組織活動に対して、大きなプラス・マイナスの影響を与える存在であるといえる。

前保健婦のトップダウン的態度・考えは、組織をまとめる上で、会の主旨が下部浸透せず、お互いの共通の理解が欠けてしまう。そして、一方的な指示になってしまい、お互いの交流、対話は生まれにくい。このような中で、不信・非難がでてくるのは当然である。

C保健婦がA氏と同じ立場に立って一緒に行動したことで、お互いの喜びを共感し、強い信頼関係のなかで活動の立て直しができた。このように、C保健婦との信頼関係は、活性化要因として大きな位置を占めている。従って保健婦自身いつも磨かれたセンスを身につけ、地域保健組織活動における重要さをいつも自らに問いつける必要があるのではないかと。

もうひとつの活性化要因として、研修があげられる。A氏は落ち込んだ時の1週間の研修で感激した。愛育会活動のすばらしさを再認識し、「絶対このままのことをM村で実現させる」という気持ちで意欲的に立て直しをした。

研修で勉強したとおりのことを、村に反映さ

せ、活動を発展させている。このような意味で、研修の学びの大きさを考え、実践と結ぶ研修の充実が必要であると思われる。

## 2) 現会長のB氏

### \*社会的特性

M村居住歴21年。以前は中学校の教員。現在59歳、子供も独立し、夫婦2人暮らしである。

### \*最も不調だった出来事

「会長就任」

#### ①時期と内容

平成2年4月から5月。新しく会長に就任。

#### ②困難性

愛育班には代々立派な会長がでており、その責任の重さを感じた。役員全員が新しいため、会を運営していく上で人間関係ができておらず不安であった。また役員は学歴・職業・年齢などがばらばらなため、どう対応していったらよいか悩んだ。自分は前会長の時、分班長として会に参加しており流れは把握していたが、実際どのように会を運営していったらよいかわからなかった。

#### ③原因の認知(当時と現在)

当時は会の運営方法がわからなかったこと、役員同士の人間関係が確立していなかったためと考えていた。しかし現在はそれに加え、自分自身の愛育会についての理解度が低かったためと考えている。

#### ④対処の仕方

自分の考えとしては、人と人とのふれあいのなかで生まれる愛が大切であり、愛がなければ

会はずまくいかないと思った。誰もが遠慮なく発言できる会にしたいと思った。そのような会をつくっていくために、まず自分自身を振り返ってみた。以前教師をしていたので、常に指導的立場にいたが、それは長所でもあり短所でもある。そこで上から見下ろすのではなく、役員と同じレベルにたち、一人一人の意見を大事にする努力をした。また、家族(夫・娘)や、婦人会会長、栄養推進委員のメンバー、愛育会前会長に相談し、助言を受けた。その他、担当保健婦、保健所の保健婦が毎回参加し、講評してくれた。

#### ⑤影響

どこにいても愛育会を忘れられず、とても気をつかっていたように思う。そのためか体重が減少した。また、高血圧で心臓も悪く、医者にかかり健康管理に心がけた。訪問看護、助産婦の仕事をしている娘とは共通することが多く、よく話をするようになった。

このことを通して、人とのふれあいの難しさを学んだ。特に婦人層は難しいと思った。会全体としては、初めはみんな不安だったと思う。

### \*最も順調だった出来事

「役員の協力体制の確立」

#### ①時期と内容

平成2年8月から平成3年3月。役員の協力体制ができあがり、熱意が感じられる。そして訪問カードのあがってくる枚数も増えてきた。

#### ②特にうれしかった点(良効性)

役員から「会長さんが一生懸命やっているのだから、私達も一生懸命やります」と言われた

こと。そして役員の人達がもりたててくれるので、会が明るく楽しい雰囲気になった。その他、訪問カードがたくさんあがってくるのがうれしい。

### ③原因の認知（当時と現在）

役員との協力体制、活動への意欲があったからであると思う。現在では以上に加え、M村における愛育班の歴史と伝統があったためと思う。

### ④対処の仕方

家族や役員との協力、その他保健婦からの助言や歴代の会長から苦労話を聞いた。

### ⑤影響

会長を行うことにより、個人として人間として、自分が磨かれたように思う。会長を引き受けるときは2年は長いと思ったが、いざやってみると1年では短く、ゆとりがでるのは2年目からだと思った。そして人間関係、特に女性同士の人間関係の難しさを学んだ。またどうすれば、どの人にも気持ちよく協力してもらえるか、活発に活動してくれるかなど、団体の長のあり方についても考えさせられた。会全体としては、活動を通して愛育班が理解できたのではないかと思う。

### \*まとめ

地域保健組織活動の活性化要因として、会員同士の人間関係が重要であると思われる。このことは「会長は会のまとめ役、会長だけが力んでもだめ」という発言からもうかがえる。人間関係が良好で、会全体が明るい雰囲気だと、訪問カードの枚数が増えたことから、活発に活動していることがわかる。そのためには、保健

婦や会長をしたことのある人の助言は、欠かすことのできないものであると考える。

## 3) C 保健婦

### \*社会的特性

M村近隣に居住歴31年。昭和56年より保健婦として就任。現在35歳、両親と夫、子供の3世代同居である。

### \*最も不調だった出来事1

「独善的リーダーによる会の運営」

### ①時期と内容

昭和59年から2年間。M村母子愛育会の立て直しを共に進めてきたA会長から、新しい会長に交代。この会長の独善的行動により、次期交代までの2年間、保健婦との連携プレーに支障をきたした。

### ②困難性

愛育班活動を理解していないリーダーであり、住民や愛育班員の方をまったくみていなかったこと。

### ③原因の認知（当時と現在）

当時の役員選出方法、特に「次期会長は副会長が就任する」ことになっていたことが原因だと考えていた。しかし現在は、住民サイドには口ははさまないと妥協してしまった保健婦の、アドバイス等の関わり不足と考えている。

### ④対処の仕方

副会長ならば大丈夫と考えていたことを反省し、A前会長と相談して活動を維持した。

### ⑤影響

住民と班員、班員と分班長、分班長と班長、

各々のつながりが以外に弱いことが、よくわかった。また、リーダーには愛育班活動のことをよくわかる人をさがすようになった。

\*最も順調だった出来事

「愛育班活動の活発化」

#### ①時期と内容

昭和61年から2年間、役員改選により新しい会長に交代、新会長は熱意にあふれ、保健婦との連携も密で、班員の声や訪問カードが集まってくるなど、活発な活動が展開された。

#### ②特にうれしかった点(良効性)

リーダーの成長が著しかったこと。

#### ③原因の認知(当時と現在)

当時は、新会長が分班長経験者であったこと、保健所でのリーダー研修の成果、そして保健婦として関わり方がわかってきたためだと考えていた。しかし現在は、地道な日頃の関わりや活動の積み重ねがあったから実現したと考えている。

#### ④対処の仕方

保健所保健婦に相談した。愛育会の役員、特に会長(リーダー)との信頼関係が力となった。

#### ⑤影響

リーダーは、班員の苦労や立場がわかる人であることが大切だと認識した。そして役員はそれぞれのレベルで、互選が一番よいことを知った。

\*最も不調だった出来事2

「愛育班事務局担当の交代」

#### ①時期と内容

平成元年4月。D保健婦と愛育班事務局担当を交代した。

#### ②困難性

「愛育班活動は地域の保健活動に重要な役割を持つ」という認識の上になって、自分一人だけ担当してはよくないし、腰を据え育成できる環境にするために交代したのだが、窓口は一つであり、すべて担当が行っている。このことからC保健婦は、愛育班役員との関わりが薄れたため一抹の寂しさを感じている。

#### ③原因の認知(当時と現在)

担当を交代した方が、今後の愛育班育成の体制にプラスになると考え、交代したことであると考えている。

#### ④対処の仕方

愛育班活動が本質に近いものになってきたし、班員の声があがり、かえるという活動ができてきたので、自分の行動を納得している。

#### ⑤影響

交代したことで、同僚のD保健婦の認識も深まり、自分も愛育班育成が保健婦活動や自分自身の成長にプラスになっていることを再認識できた。

\*まとめ

#### 1. リーダーの選出

組織の再編成を含む発展過程の時期には、リーダーの資質が大きく組織を左右していることが、「住民の方に気持ちが向いていない」会長はだめだという発言に現れている。また、「愛育会にかける情熱がこちらからわかるリーダー」が必要であると言っている。以上から、愛育班



活動の発展には、役員の選出・交代が大きな鍵を握っていることがわかった。

## 2. 研修の重要性

「よいリーダーの素地を持った人」が選出されてきたことが、活動を活性化させる大きな力となっている。そして、この選出された人をリーダーに育て上げることが重要であることから、その後の育成や研修が、リーダー養成を大きく左右すると考えられる。そこで、班員研修をはじめ、保健所主催の会長研修、役員研修などが重要な役割を担っていると思われる。

## 3. 保健婦活動イコール組織育成

愛育班の育成を保健婦活動や保健事業展開のなかで重要に位置づけていることは、「腰を据えて育成しないといけない」という発言からも考察される。また、愛育班役員との関係についても「年上の婦人とのつきあいから、自分自身が学ぶことが多い」という自己成長の面もみられ、地域を対象に活動を展開する保健婦にとって、単なる業務を越えた重要な活動だと位置づけられよう。

## 4. 保健所のバックアップ

C保健婦は愛育班活動をよく知っている人で、共感してくれるだけではなく、適切な助言がもらえる保健所保健婦がいると、育成がしやすいと話している。このことは保健婦数の少ない町村においては、保健所等の保健婦（スーパーバイザー）によるアドバイスが重要であることを物語っている。「何もしてもらえなかったが、話だけは保健所保健婦にした」という発言からも、最低限、困難や障害についての共感もてる仲間が、育成者側に、特に違った立場にいる

ことが必要であることが示唆される。

## 4) D 保健婦

### \* 社会的特性

昭和57年にM村の保健婦として就任、昭和63年秋よりC保健婦に代わって愛育班事務局担当となる。A村居住歴6年10カ月、現在31歳、夫の両親と子供の3世代同居である。

### \* 最も不調だった出来事1

「愛育班事務局担当となる」

### ① 時期と内容

昭和63年10月頃から平成元年4月頃まで。それまで愛育班立て直しを行ってきたC保健婦に代わって、愛育班事務局担当となる。

### ② 困難性

それまでは間接的にしか関わってこなかったため、愛育班というものがよくわかっていなかったもので、不安になった。また会自体も雰囲気が悪く、話し合いというものが持てない状態であった。特に、会議が打ち合せ通りにいかないことが多く、「育成者として、このままではいけないと思いつつも、どうしたらいいのかわからない自分に憤りを感じた」。

### ③ 原因の認知（当時と現在）

当時は育成者自身先が見えていなかったことと、会のもち方自体に問題があると考えていた。

現在は以上に加え、会長のパーソナリティ（指示的であった）と、会長と分班長の組み合わせ（感情的になってしまい、本音ばかりがでていた）も原因ではなかったかと考えている。

### ④ 対処の仕方

保健所の保健婦から会の主旨、方向性、具体的な会議のやり方についてアドバイスをもらった。自分でどうにかするしかないし、話してもわからないと思ったので家族には相談しなかった。

#### ⑤影響

地区組織活動が難しいことが、実感としてよくわかった。自分がどうやって育成者として関わればよいのか悩んだが、愛育会について勉強できたので、かえってよかったのかも知れない。

班のメンバーには、「愛育会は難しい、面倒くさい」という印象を与えてしまったかも知れない。

#### \*最も不調だった出来事2

##### 「規約変更と会長選出」

#### ①時期と内容

平成2年1月から3月まで。「役員の任期は2年」という規約が、平成3年度から「1年」に変更されることとなった。また、会長の選出でもめた。

#### ②困難性

育成者としては、役員の任期1年では、愛育班のことをよく理解できないし、余裕を持って運営できるのは2年目であると考えていたが、そのことがメンバーには伝わらなかった。とにかく2年は長すぎるという声が大きくて収拾がつかず、結局「任期1年」と決定するしかなかった。このような状況の中、会長のなり手がなくて困った。

#### ③原因の認知（当時と現在）

既に、昭和63年12月の分班長会議の時か

ら、火種はあった。1地区からの要望が本会にまであがってきたのを、結論を出さずに納めていたものが、この時期に蒸し返されてきたのだと、当時も現在も考えている。

#### ④対処の方法

課長、保健所の保健婦、同僚、歴代会長に相談した。また、会長が変わったことで、会の雰囲気が変わり、事態が好転した。この問題については別に会を設けていたので、分班長会議、愛育班活動は通常通り行われていた。

#### ⑤影響

女性だけの会は人間関係（感情的になること、権力争い）が難しいことを実感した。メンバーも嫌な思いをしたと思う。しかし、D保健婦自身にとっては規約や人選について勉強する機会になり、メンバーにとっては規約の存在の発見になった。これを機に、年度初めに分班長以上だけでも、規約を確認することになった。

#### \*最も順調だった出来事

##### 「会の順調な運営」

#### ①時期と内容

平成2年4月から現在まで。会がうまく動いてきたこと。

#### ②特にうれしかった点（良効性）

声かけテーマを紙に書いて班員にわたすことにしたことによって、定期的に訪問カードがあるようになったこと。また、打ち合せ以上に会が盛り上がること。

#### ③原因の認知（当時と現在）

会長のパーソナリティの影響、育成者として自分が適切なアドバイスをできるようになった

ことが原因であると当時は考えていた。現在は以上に加え、会長のみならずメンバーの質もよかったこと（感情的でなく、前向きに意見を述べる人が多い）、声かけテーマを班員に伝える工夫をしたことにより、以前よりも分班長が班員に声をかけるようになったことで、上下のつながりがでてきたためであると考えている。

#### ④ 対処の仕方

分班長会議に出席している保健所の保健婦に、講評をもらった。また、班長研修会において、会長が活動状況を報告したところ、他の地区の人達からほめられた。

#### ⑤ 影響

「会議の資料づくりが楽しくなった」「会に出席することがおっくうでなくなった」など、以前よりも熱心に取り組むようになった。またメンバーのなかにも、役員として成長したと感じられる人がでてきた。

#### \* まとめ

地域保健組織活動活性化の要因として、以下の8点が指摘されよう。

##### 1. 会のあり方

###### ① 会長の選出・力量形成（研修）

様々なバックグラウンドを持つ班員で構成されている会においては、会長の存在は重要であり、またそのリーダーシップのとり方は、会の活動に大きな影響を与えている。従って、会長の選出・力量形成（研修）は、組織活動活性化の重要な一要因である。

###### ② 分班長の自覚

分班長は班員であると同時に、地区のリーダ

ーでもある。

会が話し合いを持っていないような状態であったことの原因は、分班長同士の間関係とともに、分班長の地区のリーダーとしての自覚の欠如も原因と考えられる。このことは、「班員に声をかけていない人ほど個人的な意見になりがちだ」「分班長として成長したと感じられる人は、個人の意見よりも地区の意見として発言している」という言葉からもうかがえる。

###### ③ 楽しさ

参加している人が主観的に「楽しい」と感じられなければ、積極的かつ持続的に活動することは難しいと考えられる。このことは、班員のみならず育成者としての保健婦にも当てはまる。

役員任期の問題も、根本的にはここに原因があると考えられる。

これは、「活動が楽しいという感情が持てれば、あまり苦もなく2年間やれるが、いやだと思いつながらやるのなら1年でたくさんだと言われた」「実際、役員を勧めあげた人は2年の方がいいと言っている」という発言からもうかがえる。

##### 2. 育成者としての保健婦の関わり方

###### ① 育成者としての力量形成

育成者としての保健婦は、上記の①、②、③、すべてに対し、重要な責任を持っている。なぜなら、会長をはじめ班員はすべて、愛育班活動には素人であり、一方保健婦はそれを育成していく役割を持つ専門職だからである。この役割は「育成者は、会長と協力して会を盛り立てていくこと、会のあるべき姿を指示していくことが必要である」という発言からも明らかである。

しかしながら、班員との信頼関係を築き、あ

くまでもサポートするという立場を維持しながら、その主旨に沿った形で会を運営していくためには、保健婦の熱意のみならず、そのための力量形成は必要不可欠である。

### 3. 活性化要因の基本として

#### ①活動の目的・主旨の共通理解

集う目的を明確に理解することによって初めて、その役割に応じた客観的な意見を述べることができると考えられる。

そしてそこから、感情的にならない前向きな話し合い、適切なアドバイスも生まれるのである。

#### ②「学びの場」の認識

班員、保健婦、いずれにとっても、この認識は重要であると考えられる。なぜなら、この認識があれば、会にとっての危機も各々が「学びの場」として、会にとっても個人にとっても成長の機会とすることができるからである。

### 4. 力量形成を実現するものとして

#### ①研修

②身近に、相談できる、もしくはアドバイスを受けられる人の存在の有無

### (3) 総括

以上、会長（2人）と保健婦（2人）に対するインタビューによって得られた結果を、各々まとめてきた。ここで、この4人のケース・スタディから析出された愛育班活動の活性化要因を、総括的にまとめると、以下の10項目になろう。

#### 1. リーダーの高い資質（力量）

（メンバーに対する活動の説明、会議の運営など）

2. リーダーの育成・研修システムの確立  
（母子愛育会や保健所主催の研修など）

3. リーダーとメンバーのよい人間関係  
（楽しさ、信頼など）

4. 育成者（保健婦）の高い資質（力量）  
（キーマンのつかみ方、会議のサポートの仕方、役員の選出・交代、新しい健康情報の提供）

5. 育成者（保健婦）の研修システムの確立  
（母子愛育会や国立公衆衛生院などでの研修）

6. 育成者とリーダー及びメンバーのよい人間関係  
（楽しさ、信頼など）

7. 目標の確認  
（活動の指針となる目標をみんなで確認すること）

8. 活動の成果を確認するための明確な指標づくり  
（訪問カードの量と質、会議の回数と内容）

9. リーダー・メンバーそして育成者が共に愛育班組織を「自己成長の場」として位置づける

10. 愛育班組織の活動を通して生ずる心の共有意識を自覚する。

（モータリゼーションのために有効）

#### 【4. 今後の課題】

我々は、「母子保健のための地域組織活動の活性化と強化に関する研究」という課題に対し、まず「その1. 文献考証から導かれた研究課題（1989年度）」について報告した。

次に今回、「その2. 地域保健組織活動活性化のための要因」（1990年度）について報告した。

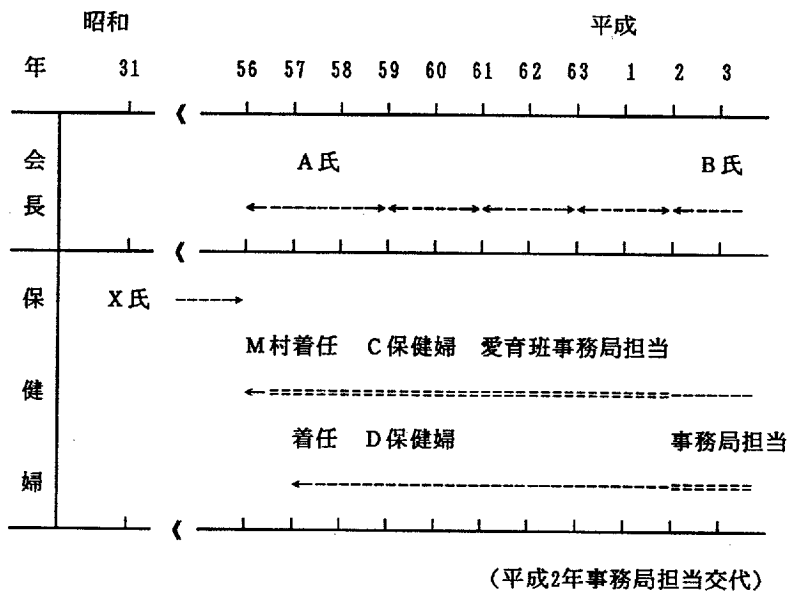
残された課題は、「その3. 地域組織活動の強化方法の開発」（1991年度）である。

#### <引用文献>

- 1) 島内憲夫「素人のPHCへの参画の可能性－保健社会学的戦略－」 第6回日本プライマリ・ケア学会 1983
- 2) 島内憲夫「家族周期と健康管理」 森岡清美編『現代家族のライフサイクル』 培風館 P.91-125 1977
- 3) 世田谷区衛生部『世田谷区健康づくり実態調査概要』 1984
- 4) 丸地信弘編「保健活動<見直し>の理論と実際」 医学書院 1981
- 5) 島内憲夫「保健社会学の理論構成」 若狭 衛・小山 修・島内憲夫編『保健社会学－理論と現実－』 垣内出版 P.11-45 1983
- 6) 島内憲夫「家族ストレスに対する保健的介入－健康危機の予防を求めて－」 石原邦雄編『家族生活とストレス』 培風館 P.276-301 1985
- 7) 島内憲夫編「健康ライフワーク論－生涯健康学習の機会－」 垣内出版 P.9 1989
- 8) 石川雄一 「健康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－」 地域医療振興協会 1987
- 9) 麻生誠 「生涯教育論」 放送大学教育振興会 P.19 1985
- 10) 麻生誠 「前掲書」 P.18-19
- 11) 島内憲夫編 「前掲書」 P.11
- 12) 森隆夫 「生涯教育」 日本経済新聞社 P.55-57 1973
- 13) 麻生誠 「前掲書」 P.18-19
- 14) 若狭衛 小山修 島内憲夫編 「保健社会学－理論と現実－」 垣内出版 P.20 1983

- 15) 宮坂忠夫・小田智恵子編 「健康教育論」 メヂカルフレンド社 P.156-179 1985
- 16) 丸地信弘・松田正己・小山修 「保健ワーカーの《問題意識》を見直す―場的視点による対象認識の理解を深めるために―」 保健婦雑誌 第39巻第3号 P.63-70 医学書院 1983
- 17) 小山修・江藤幹子・松田正己・丸地信弘「保健活動に参加する住民組織の捕え方―場的視点による三者関係モデルの提案とその適用―」 保健婦雑誌 第40巻第1号 P.46-55 医学書院 1984
- 18) 福武直・日高六郎・高橋徹編 「社会学辞典」有斐閣 P.534-535 1972
- 19) 佐藤守 「生涯教育論とその系譜」 社会教育 第38巻第5号 P.47 全日本社会教育連合会 1983
- 20) 森隆夫 「前掲書」 P.18-19
- 21) 「愛育班全国調査報告書―全国の愛育班活動の状況―」 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 1988
- 22) 若狭衛・小山修・島内憲夫編 「前掲書」 垣内出版 P.151-167
- 23) 島内憲夫編 「前掲書」 垣内出版 P.13 1989
- 24) 麻生誠 「前掲書」 P.18-19
- 25) 森岡清美 「社会的ネット・ワーク論―関係性の構造化と対自性―」 社会学評論 第30巻第1号 P.19 有斐閣 1979
- 26) 「愛育班育成者必携」 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 1979
- 27) 恩賜財団母子愛育会五十年史編纂委員会編 「母子愛育会五十年史」 1988
- 28) 毛利子来 「現代日本小児保健史」 ドメス出版 1972
- 29) 「昭和15年版 愛育村の組織と事業」 恩賜財団愛育会 1940
- 30) 広瀬興・杉本良夫 「愛育村方式による愛育地域組織の在り方（未定稿）」 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 1954
- 31) 広瀬興 「母子衛生を主とする地域組織（愛育村）について」 公衆衛生 第22巻第3号 医学書院 1958
- 32) 母子愛育推進本部編 愛育班活動7「どうする訪問活動―家庭訪問を進めるために―」 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 1983
- 33) 澤口進 「保健婦活動と愛育班の協調」 愛育 第43巻第4号 1978
- 34) 斉藤進 「現代の愛育班活動」 愛育 第47巻第4号 1982
- 35) 「愛育班全国調査報告書―全国の愛育班活動の状況―」 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 1988

付図1 M村の愛育班関係者の動き

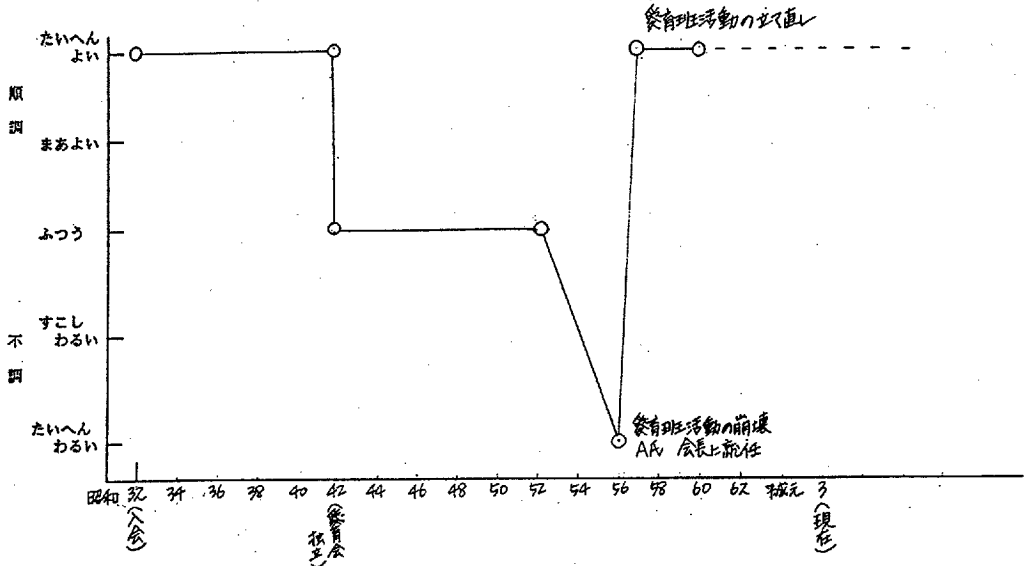


B-2 地域保健組織活動の浮沈図記録票（記入用）

地域保健組織NO. \_\_\_\_\_

記録年月日 H3年3月4日

氏名 前会長 ARV

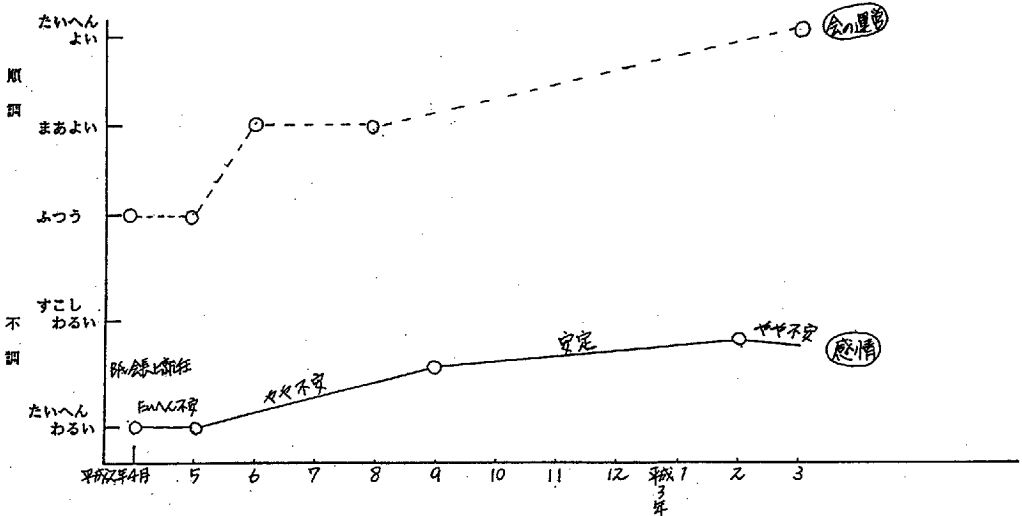


B-2 地域保健組織活動の浮沈図記録票（記入用）

地域保健組織NO. \_\_\_\_\_

記録年月日 H3年3月4日

氏名 現会長 BRV



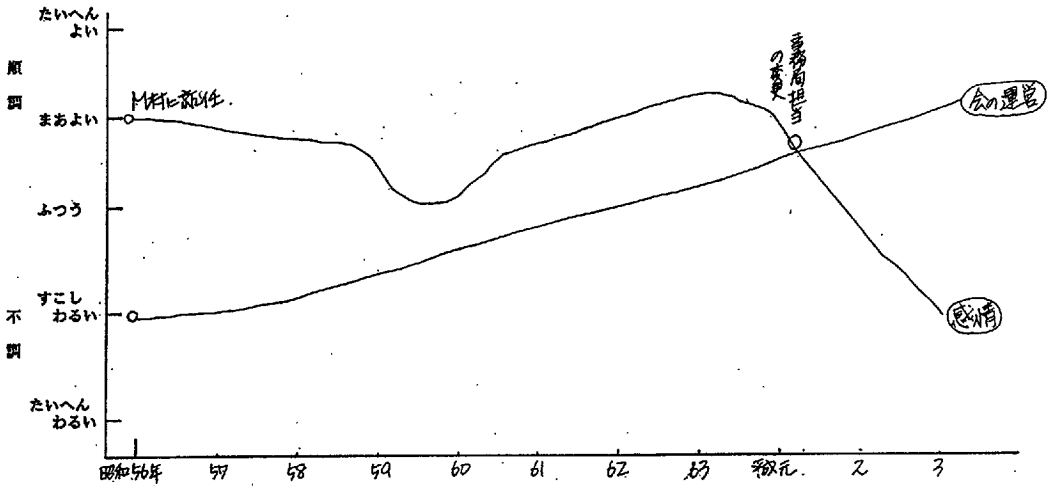


B-2 地域保健組織活動の浮沈図記録票（記入用）

地域保健組織NO. \_\_\_\_\_

記録年月日 H3年3月4日

氏名 C 保健婦

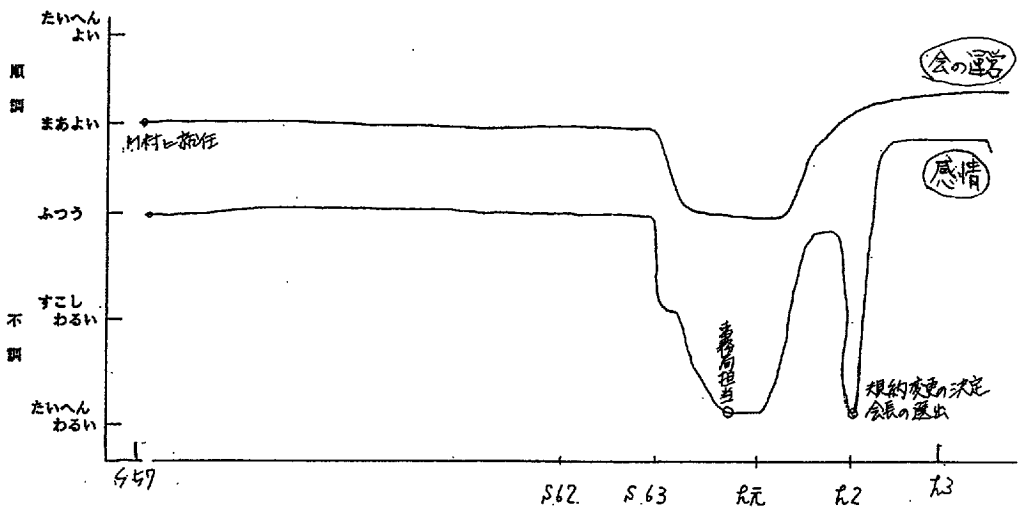


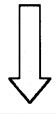
B-2 地域保健組織活動の浮沈図記録票（記入用）

地域保健組織NO. \_\_\_\_\_

記録年月日 H3年3月4日

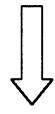
氏名 D 保健婦





## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:

本研究の目的は、地域保健組織活動の発生、成長、衰退のメカニズムを「地域保健組織活動の浮沈図記録票」を用いて明らかにし、そこから活動の活性化のための要因を析出することにある。

その結果、次のようなことが明らかになった。

「いかなる地域保健組織活動においても、その中で生起する出来事は、必ずその組織のリーダーやメンバーそしてその組織を援助する保健医療の専門家(とりわけ保健婦)の記憶の中に意味づけされており、彼らの記憶をたどれば、その出来事をめぐって生じたさまざまな喜びや悩みが思い出される。また、その喜びの共有や悩みを克服するための対処が彼らによって展開されており、その対処は、彼らのその後の健康や生活になんらかの影響を及ぼしている。」

この事実に地域住民と保健医療の専門家が気づくことによって、お互いの意志疎通が可能となり、地域保健組織活動は活性化するのである。

さらに地域保健組織は、孤立した活動をするのではなく、伝統的なものにしる近代的なものにしる、既存の他の地域組織と共同していくことが肝要である。そうすることによって、地域社会の中での役割が明らかになり、すべての地域住民に受け入れられるものになるのである。