

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 —その3. 地域組織活動の強化方法の開発—

研究協力者 島内 憲夫*

共同研究者 小山 修**, 斉藤 進**

小野田 薫***, 市村久美子*

【要約】本研究の目的は、地域保健組織の構造と機能を明らかにし、母子の健康を支援する新しい住民組織をつくる際の一つの指針（特に強化方法について）を策定するところにある。この目的を達成するために、次の二つの内容について調査を実施した。

(1)母子保健活動にかかわる住民組織の構造と機能

この点を明らかにするために以下の調査項目を選定した。①名称 ②活動の目的 ③結成の動機 ④主な活動 ⑤会員数 ⑥役員数 ⑦役員任期 ⑧役員選出法 ⑨会員の有無 ⑩機関誌の有無 ⑪活動の充実度 ⑫理想の住民組織像

(2)愛育班におけるリーダーシップ状況

Chelladuraiのリーダーシップ多次元モデルを援用し、SO式LSHPを作成した。項目は ①トレーニングと指導：TI (Training and Instruction) ②民主的行動：DB (Democratic Behavior) ③権威的行動：AB (Autocratic Behavior) ④社会的援助：SS (Social Support) ⑤フィードバック：PF (Positive Feedback)

調査の結果、次のことが明らかとなった。①地域には健康を支援する住民組織が必ず存在する。②母子保健のための住民組織には地域差がある。特に大都市（東京、大阪）は、住民からのニーズの高まりで生じた会「育児グループ、子育て井戸端会議、児童館自主グループ、子どもの遊び会」など多種多様な名称であるのに対し、地方は母子保健推進員、食生活改善推進員、愛育会」など画一的な名称の住民組織となっている。③活動の中心テーマは「母と子の健康づくり、栄養改善、育児、仲間づくり」などである。中には個別の問題（例えばダウン症児の会、発達に遅れのある児の会）の解決を目指した住民組織・グループもある。④理想の住民組織として「父親、祖父母をも含めた当事者組織としての育児グループ」「母子を含めた全住民の健康づくり」を理想としてあげているものが多い。⑤愛育班に求められているリーダーシップは、民主的で社会的援助がよくでき、フィードバック（人をよくほめる）を備え、かつ専門的知識・技術を適切に指導できる人材である。権威的行動をとるリーダーは、決して求められていない。

以上の諸点を踏まえ、地域組織活動の強化方法の開発の中心は、「健康にかかわるリーダーシップの強化」にあると結論づけたい。そのリーダーシップには「人々の“健康状態の改善”という明確な目標達成機能とお互いの健康を思いやることによって人々の間にあたたかな“心の共有”を起こし、集団を安定させる集団維持機能が備わっていること」が不可欠である。このようなリーダーシップを発揮させるには、その活動の「場」としての地域住民組織が存在しなければならないことは言うまでもない。しかしそのような住民組織が存在しないところでも、我々の主張するリーダーシップが発揮できる人材が出現（育成を含め）すれば、必然的に健康を支援する住民組織が地域に醸成されるのである。

【見出し語】 地域住民組織の構造と機能 地域健康づくり 活動の場
健康にかかわるリーダーシップ SO式LSHP

1. 母子保健活動に参加する住民組織の実態

(1) 目的

都道府県・政令市・特別区の地域母子保健活動に参加する住民組織の実態と、それら組織の構造と機能を明らかにし、その強化方法の開発について研究する。

(2) 対象

都道府県・政令市・特別区の母子保健担当係長(102人)

内訳：都道府県 47(46.1%)

政令市 32(31.4%)

特別区 23(22.5%)

2) 内訳：

①行政区分別

都道府県 35(43.8%)

政令市28(35.0%)

特別区 17(21.3%)

計 88(100.0%)

②職種別回答者

保健婦 41(51.3%)

事務職 26(32.5%)

栄養士 1(1.3%)

その他 7(8.8%)

NA 5(6.3%)

3) 有効標本数：66(64.7%)

(3) 調査内容および方法

全国の母子保健担当係長あてに、1)母子の健康をまもり高めるために役立っていると思われる住民組織、2)役立っていると思われる上位2つの住民組織およびその構造と機能、3)理想と思われる住民組織についての意見について郵送法により実施した。

(4) 調査期間

1992年1月4日から1月25日まで

(5) 回答状況

1) 回答率：88(78.4%)

①回答あり 66(64.7%)

②該当なしと回答 14(13.7%)

③未回答 22(21.6%)

(6) 調査結果

1) 役立っている住民組織

住民組織の定義をしないうで、地域母子保健活動にかかわっていると考えられる20の組織をあげ、複数回答により母子保健活動に役立っている住民組織をあげてもらった。

もっとも多かった住民組織は、民生委員・児童委員(53.0%)、母子保健推進員(51.5%)、食生活改善推進員(43.9%)などの委員組織があげられ、次いで愛育班・会(42.4%)、婦人会(31.8%)、PTA(31.8%)など福祉、教育分野の住民組織もみられた(表1)。

表1 役立っている住民組織（複数回答）(N=66)

住民組織	実数 (%)
1 民生委員・児童委員	35 (53.0)
2 母子保健推進員	34 (51.5)
3 食生活改善推進員	29 (43.9)
4 愛育班・会	28 (42.4)
5 婦人会	21 (31.8)
6 PTA	21 (31.8)
7 その他	19 (28.8)
8 母親クラブ	18 (27.3)
9 親の会	17 (25.8)
10 町内会・自治会	13 (19.7)
11 保健委員	8 (12.1)
12 保健補導員	5 (7.6)
13 農協婦人部	4 (6.1)
14 結核予防婦人会	3 (4.5)
15 患者会	3 (4.5)
16 若妻会	3 (4.5)
17 日赤奉仕団	2 (3.0)
18 運動普及推進員	2 (3.0)
19 青年団	1 (1.5)
20 環境衛生委員	0 (0.0)
21 老人クラブ	0 (0.0)

2) もっとも役立っている組織-第1位

役立っている住民組織のうち、一番役立っている組織としてあげられた組織は、母子保健推進員(36.4%)、愛育班・会(15.2%)、その他(12.1%)が上位を占めた(表2-1)。

表2-1 最も役立っている住民組織-1位- (N=66)

住民組織名	実数 (%)
母子保健推進員	24 (36.4)
愛育班・会	10 (15.2)
その他	8 (12.1)
親の会	5 (7.6)
婦人会	3 (4.5)
民生委員・児童委員	3 (4.5)
町内会・自治会	2 (3.0)
母親クラブ	2 (3.0)
食生活改善推進員	2 (3.0)
保健補導員	1 (1.5)
NA	6 (9.1)

表2-2 最も役立っている住民組織-2位 (N=57)

住民組織名	実数 (%)
愛育班・会	13 (22.8)
食生活改善推進員	9 (15.8)
母親クラブ	6 (10.5)
その他	6 (10.5)
母子保健推進員	5 (8.8)
親の会	4 (7.0)
婦人会	2 (3.5)
PTA	1 (1.8)
民生委員・児童委員	1 (1.8)
保健補導員	1 (1.8)
NA	9 (15.8)

3) もっとも役立っている組織-第2位- れた(表2-2)。

二番目に役立っている住民組織として、愛育班・会(22.8%),食生活改善推進員(15.8%),母親クラブとその他が各々同数(10.5%) づつあげら

表4 都道府県・政令市・特別区別住民組織の形態 (N=60)

	住民組織名	都道府県	政令市	特別区	合計
委員 組織	保健協力員・保健補導員 保健指導員	1(1.7)	1(1.7)	0(0.0)	2(3.3)
	健康普及員・推進員	2(3.3)	2(3.3)	0(0.0)	4(6.7)
	健康づくり推進員等				
	母子保健推進員	13(21.7)	2(3.3)	0(0.0)	15(25.0)
	食生活改善推進員	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	民生委員・児童委員	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	1(1.7)
	小 計	16(26.7)	6(10.0)	0(0.0)	22(36.7)
地 縁 組 織	愛育班・会	4(6.7)	2(3.3)	0(0.0)	6(10.0)
	町内会・自治会	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	1(1.7)
	婦人会、健康を守る婦人 の会	0(0.0)	1(1.7)	1(1.7)	2(3.3)
	小 計	4(6.7)	4(6.7)	1(1.7)	9(15.0)
ライフ ステー ジ組織	母親クラブ、幼児クラブ	0(0.0)	1(1.7)	6(10.0)	7(11.7)
	育児グループ、自主グループ				
	P T A、保護者会	0(0.0)	0(0.0)	1(1.7)	1(1.7)
	小 計	0(0.0)	1(1.7)	7(11.7)	8(13.4)

セルフヘルプ組織	親の会・患者会	0(0.0)	3(5.0)	2(3.3)	5(8.3)
	小計	0(0.0)	3(5.0)	2(3.3)	5(8.3)
協議団体組織	保健推進員等代表者協議会	1(1.7)	0(0.0)	0(0.0)	1(1.7)
	食生活改善推進員団体連絡協議会	1(1.7)	2(3.3)	0(0.0)	3(5.0)
	母子保健推進員連絡協議会	2(3.3)	1(1.7)	0(0.0)	3(5.0)
	愛育会連合会・支部	4(6.8)	0(0.0)	0(0.0)	4(6.8)
	母親クラブ連絡協議会	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	母と子の健康づくり運動協議会	1(1.7)	1(1.7)	0(0.0)	2(3.3)
	民生・児童委員連合会	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	1(1.7)
	健康推進協議会	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	1(1.7)
	自治連絡協議会	0(0.0)	1(1.7)	0(0.0)	1(1.7)
	健康推進協議会	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	小計	9(15.3)	7(11.9)	0(0.0)	16(26.7)
	合計	29(49.2)	21(33.9)	10(17.0)	60(100.0)

4) 母子保健にかかわる住民組織の構造と機能

① 組織の名称と目的

母子保健の向上に第1位に役立っている組織の活動目的は、地域全体の健康づくり(29.6%)、母子保健の向上(27.8%)などが多く、他に当事

者・健全育成を含めた親子交流・学習(18.5%)、行政施策の浸透・推進(16.7%)など地域保健活動の全体を目的とするもの、当事者同志の交流や学習等を目的とするものなど様々である(表3)。

さらに、回答された組織を名称と目的から形

態別に表4のように分類すると、母子保健推進員のような「委員組織」(36.7%)が多くあげられ、次いで委員組織や地縁組織等の「協議体組織」(26.7%)があげられた。これらの組織を地域的にみると都道府県、政令市には委員組織が多く、特別区には育児グループなどのようなライフステージ組織が多い。

表3 活動目的 (N = 57)

活動目的	実数 (%)
健康づくり	16(29.6)
母子保健の向上	15(27.8)
親子の交流・学習、健全育成	10(18.5)
行政施策の浸透・推進	9(16.7)
地域保健・公衆衛生の向上	4(7.4)
他機関・組織間の連絡・調整	4(7.4)
患者関係者の情報交換・仲間づくり	4(7.4)
食生活改善	2(3.7)
親睦・教養	1(1.9)
その他	3(5.6)

② 結成動機

当該組織が結成された動機は、母子保健の向上を目的とするもの(26.1%)のほか、国の施策(17.4%)によるもの、保健衛生の向上、事業や研修終了者のOB組織が動機になったものなど、組織の名称や目的、性格が示すように様々な動機があげられた(表5)。

表5 結成動機(N = 50)

動機	実数 (%)
母子保健の向上	12(26.1)
国の施策	8(17.4)
事業・研修終了者のOB会	4(8.7)
保健衛生の向上	4(8.7)
健康づくり	3(6.5)
社会環境の変化に対応	3(6.5)
県の施策	2(4.3)
モデル事業	2(4.3)
育児不安・母親教室	2(4.3)
住民参加と地域活動	1(2.2)
民生委員活動	1(2.2)
資質向上	1(2.2)
その他・連絡調整等	7(15.2)

③ 結成年代

結成された組織は昭和5年がもっとも古く、昭和64年がもっとも新しい。戦前に結成されたものは2件、昭和20年代5件、30年代4件、40年代が14件、60年代9件である(表6)。

④ 主な活動

活動目的を達成するための具体的な活動は、保健行政事業への協力が半数以上を占め(52.9%)、次いで研修・講演会などの開催(35.3%)、普及・啓発事業(31.4%)、訪問活動など愛育班活動(25.5%)となっており、母子保健のみを活動目的とするものは5.9%と少ない(表7)。

表6 結成年代 (N=47)

結成年代	組織数
0年代	1(2.1)
10年代	1(2.1)
20年代	5(10.6)
30年代	4(8.5)
40年代	14(29.8)
50年代	13(27.7)
60年代	9(19.1)

表8 運営費 (N=48) (N=49)

	会費	補助金・助成金
あり	24(25.0)	30(61.2)
なし	24(25.0)	19(38.8)

表7 主な活動(複数回答) (N=51)

主な活動	実数 (%)
保健行政事業への協力	27 (52.9)
研修・講習会等の開催	18 (35.3)
普及・啓発事業	16 (31.4)
訪問活動等愛育班活動	13 (25.5)
行事/レクリエーション・遠足等	6 (11.8)
母子保健	3 (5.9)
食生活改善(料理講習)	3 (5.9)
その他・グループ育成等	6 (11.8)

⑤ 組織の運営費

集団維持に必要な運営費は、会費を徴収している組織と、徴収していない組織が各々半数づつあり、6割以上の組織は行政から補助金・助成金を支出していると回答している(表8)。

⑥ 役員任期と選出法

リーダーなどの役員交代任期は7割近くが2年任期(66.7%)で全体として1年から2年の任期が多い(表9)。

また役員選出方法は、表10のとおり順番、選挙などの混合形態、あるいは地域によって選出方法が異なるため一概にはいえないとして「その他」と回答したものが多く(67.4%)、次いで互選を含めた選挙による方法(23.3%)があげられた。

表9 役員任期(N=36)

任期	実数 (%)
1年	9(25.0)
2年	24(66.7)
3年	3(8.3)

表10 役員を選出方法(N=43)

方法	実数 (%)
選挙	10(23.3)
順番	4(9.3)
その他	29(67.4)

⑦ 会員数

多様な住民組織があげられたため、その会員数も最大が730,000人(愛育班・会の連合・協議体組織)から、最小の5人(親の会)までと大きな開きがあり、組織の性格が特色づけられた。

⑧ 機関紙の有無

メンバーの帰属意識を高め、集団の社会性を高めるためにも広報活動は重要である。機関紙を発行している組織は、回答のあった50組織中23の組織(46.0%)が発行していると回答し、そのうち、年1回のみと毎月発行が各々30.0%づつで、平均すると年5回程度機関紙を発行している(表11)。

⑨ 活動の充実度

もっとも役立っている住民組織を、母子保健係長はどのように評価しているかを尋ねた結果、活発(49.0%)と普通(24/47.1%)で9割以上を占め、不活発と回答したものは3.9%と少ない(表12)。

表11 機関紙年間発行回数(N=20)

回数	実数 (%)
1回	6(30.0)
2回	4(20.0)
3回	2(10.0)
4回	1(5.0)
6回	1(5.0)
12回	6(30.0)

表12 活動の充実度(N=36)

充実度	実数 (%)
活発	25(49.0)
普通	24(47.1)
不活発	2(3.9)

5) 理想の住民組織(複数回答)

理想の住民組織に対する意見について全国18都道府県、16政令市、9特別区、合計43の母子保健担当係長が回答した。その結果を表13のように分類すると、①父親、祖父母も含めた当事者組織としての育児グループ、②母子を含めた全住民の健康づくりを理想としてあげているものが多く、他に③既存組織の育成・強化・拡充や、④ボランティアなど地域の子育て支援体制組織の必要性をあげているものが多い。

表13 理想の住民組織についての意見（複数回答）

理想の住民組織とその意見	計	回答数
①母子を含めた全体の住民組織	13	*****
②当事者同志の育児グループ（父親、 祖父母も含めた）	13	*****
③既存組織の強化	8	*****
④ボランティア、地域のネットワーク を生かした子育て支援組織	8	*****
⑤ライフステージごとの組織	4	****
⑥育児学級・母親学級のOB会の組織化	3	***
⑦母子を含めた食生活改善推進員の強化	3	**
⑧母子保健推進員の強化	3	**
⑨人口が多くて組織化が困難	3	**
⑩当事者及びその関係者による自助組織 （セルフヘルプグループ）	2	**
⑪母子保健推進会議、子育て推進会議	2	**
⑫愛育班など住民主体組織の育成・強化	2	**
⑬愛育班活動	2	**
⑭自由参加型組織	1	*
⑮行政とのパイプ役	1	*

*都道府県、☆政令市、★特別区

(7) 考察

1) 母子保健活動に参加する住民組織の状況
 回答のあった66(64.7%)の都道府県・政令市・特別区には、母子保健活動に参加する何らかの住民組織が存在し、このうち上位の組織には民生委員・児童委員、母子保健推進員、食生活

改善推進員などの行政の末端協力的な委員組織が占めた。しかし、母子保健活動に「もっとも役立っている組織」としては、1位が母子保健推進員と愛育班・会が、2位には愛育班・会と食生活改善推進員が各々あげられ、住民の主体的な組織活動についての評価もされている。

2) 住民組織の地域的特色

母子保健のための住民組織には、地域差がみられた。都道府県には、母子保健推進員や健康普及員などの委員組織が多く、特別区では育児グループ、幼児グループなどのライフステージ別の課題学習グループが多くあげられ、委員組織や地縁組織が少ない。大都市型の地域保健活動のあり方を検討する際の、アプローチの「やりやすさ」と「やりにくさ」の分析が今後の課題であると考えられる。特に、ライフステージが変わる際の学習課題やニーズを、他のステージ組織に如何にリンクさせていくかが重要である。

3) 住民組織の構造と機能

組織の民主性や自主性をみる際の尺度として役員の任期、選出方法、運営費をみると、役員の任期は1年から2年が多く、選出方法は互選を含めた選挙、順番の混合型が多い。

役員任期は、一般に任期が長いほど役員の固定化・ボス化を助長し、組織の形骸化を招くことが多いと指摘されている。地域の権力構造や安易な妥協・打算が働き、誰のための組織か不明瞭になることがある。また任期がただ単に短ければ良いというのではなく、選出に至るまでの民主的な合意と、選出されたリーダーを支えられる組織のあり方がむしろ重要である。

組織の運営に必要な運営費は、会費を徴収していない組織が5割、補助金・助成金を受けていない組織が4割近くあり、組織の継続性の視点からみると問題が少なくない。運営費、活動費の助成は委員組織を除いてその判断は住民組

織そのものが検討し、決定すべき課題であろう。

活動の中心テーマは、①母子や地域全体の健康づくりなど他者を対象とした活動や、②子育ての学習・仲間づくりなど当事者同志の学習・交流活動、また、③個別の健康・生活問題の解決のための活動を目指したものなど、多様性に富んだ住民組織があげられた。

地域網羅型の組織には、一般に町内会・自治会などの伝統的地縁組織があげられる。しかし、その活動範囲が広範かつ行政末端機能を担っているためその多くは役割を分化させている。婦人会、愛育班、結核予防婦人会などのように健康問題別に組織化された組織がそれで、今日では、これらの組織の多くは家族の健康管理を活動基盤においた地域住民の健康づくりの活動を行っている。そして、その活動の中心となっているのは、子育てを終えた40才代後半から50才代以上の主婦層である。

学習欲求やニーズが明確なライフステージ別の組織やセルフヘルプ組織は、それだけに援助や活動がし易く効果も見え易い。その点、地縁組織はどこか個人の主体性重視というより、ある種の拘束感、重さを感じさせられる。それが故に活動の楽しさを含めた「やり甲斐」と一般化された「活動方法」が必要といえよう。

4) 理想の住民組織

理想の住民組織は、現実の住民組織の目的と関連して、①母子を含めた全体の住民組織、②育児グループなどの当事者同志の組織、③既存組織の強化や、地域全体の子育て支援組織などを理想としてあげているものが多かった。

住民組織の理想型は、地域保健活動の中に住民組織の役割・機能をどう位置づけるかによって異なつてこよう。行政サービスの浸透・管理の面からは、行政事業の伝達・協力型の委員組織が重宝されやすいし、ライフステージごとの組織は、対象のニーズに合わせたサービスが組めて、評価もし易く、目標集団として事業が進め易い利点を持つ。またセルフヘルプ組織も障害児ケアを保健・福祉・教育の統合の視点から進められる点で重要な組織である。従つて何れの住民組織が良いかの是非論ではなく、これら多くの住民組織の特質を押さえ、そして地域母子保健活動の全体の中に位置づけたうえで具体的な援助や協調、連携（リンク）を計ることが行政・専門家に期待される。

(8) まとめ

地域保健活動をすすめる上で、住民組織の果たす役割は決して少なくない。とりわけ母子保健活動のようにサービスのきめ細かさを要求される活動は、行政や専門家のみですべての課題を達成できるものではない。

本調査は、都道府県・政令市・特別区レベル

の母子保健活動に参加する住民組織の実態を明らかにするために行つたものであるが、今後の母子保健を考えると、本報告の中に触れなかったが、青少年による母子保健活動や、老人による地域活動、そして男性による地域活動などについても今後検討が必要になると考えられる。このためには、さらに保健所ないし市町村レベルにまで対象を広げた研究が必要である。

【文献】

- 1)「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.
- 2)島内憲夫編「健康ライフワーク論－生涯学習のすすめ－」，垣内出版，1989.
- 3)小山 修「結核に対する住民の健康行動・住民参加－社会学的研究－結核予防婦人会と愛育班の比較研究（Ⅰ）」『結核に関するプライマリ・ヘルス・ケアの研究（石川班）』，平成2年度 厚生省国際医療協力委託研究事業報告，1991.

2. 愛育班におけるリーダーシップに関する調査

(1) 調査目的

愛育班活動をはじめとする住民組織活動の強化には、リーダーシップ機能が密接な関係を持つと考えられる。愛育班においては、組織内リーダー（素人リーダー）である愛育班長および外部リーダー（専門家リーダー）である育成担当保健婦のリーダーシップ状況が活動強化の鍵を握っていると言える。

そこで、このリーダーシップ状況をメンバー側の期待像と現実像から評価・分析する方法（SO式LSHP）で分析し、愛育班におけるリーダー像を明らかにする。

※ SO式LSHP：ChelladuraiのLS S：Leadership Scale for Sports（スポーツ集団においてメンバー側からリーダーシップを評価し分析するために開発された方法で、リーダーシップ多次元モデルと翻訳されている）をもとに住民組織のリーダーシップ分析用に改訂したものである。SO式とは島内・斉藤の頭文字Sと小山・小野田の頭文字Oを取って名付けた。LSPHはLeadership Scale for Health Promotionの略である。

(2) 調査対象

今回の調査は、昭和12年から活動をはじめ恩賜財団母子愛育会から模範愛育班に指定されている山梨県S町とヘルスプロモーションプランを展開している山梨県M村の2町村を対象地区とした。調査対象者は、愛育班の役員（班員、

分班長、正副班長、書記、会計）のなかで保健婦、班長と接触する機会の多い分班長とした。

(3) 調査時期

平成4年2月24日から3月23日の1ヶ月間

(4) 調査事項

1) 対象者の社会的属性

2) リーダーシップ分析

LSHPの5つの次元（トレーニングと指導・民主的行動・権威的行動・社会的援助・フィードバック）について、分班長の保健婦に対する期待・現実像、および愛育班長に対する期待・現実像

<5次元の内容>

①トレーニングと指導 Training and Instruction (TI)：受動的な活動を積極的な活動へ導くために、その活動方法や技術を学習させ、また指導すること。役員間のつながりを明確にし、組織内の調整をし、円滑な運営をすることで活動の効率化を目的としたリーダー行動

②民主的行動 Democratic Behavior (DB)：組織活動の目標、活動方法、運営方針等についての意志決定に関し、多くの役員（分班長や班員等）に広く意見を認めるリーダー行動

③権威的行動 Autocratic Behavior (AB)：意志決定に際し独断的で、リーダー個人の権威を強調するリーダー行動

④社会的援助 Social Support (SS)：役員一人一人の悩みや組織の雰囲気について積極的に注意を払い、役員と打ち解けた関係を持つように努めるリーダー行動

⑤フィードバック Positive Feedback (PF)：一人一人の役員のよい活動や努力を認め、役員に対してその功績を認め誉めることによって、役員の動機づけ（やる気）を強化するリーダー行動

3) 調査票の構成

1. フェースシート
2. 質問A：保健婦に対する期待像
3. 質問B：保健婦の現実像
4. 質問C：班長に対する期待像（ブルー）

5. 質問D：班長の現実像（ブルー）

6. 質問E：健康観および健康法
ただし、班長用には4および5を除く。

(5) 調査方法等

調査票を用いた配票調査法で実施。調査票は各愛育班の担当保健婦に配布を依頼し、回収は記入後添付の封筒で直接調査者あて返送を依頼した。調査対象者は2町村あわせた分班長113名（その内班長を兼務するもの9名を含む）で、3月10日現在の回収状況は77.9%（有効回答67.3%）、表1のとおりである。統計処理はHALBAUにより行った。

表1 回答状況

地域	対象（分班長）数	回答数／%	有効票数／%
S町	104 / 8班長を含む	78 / 75.0%	67 / 64.4%
M村	10 / 1 "	10 / 100.0%	9 / 90.0%
合計	114 / 9 "	88 / 77.2%	76 / 66.7%

(6) 結果および考察

1) 対象者の背景（フェースシート）

① 役員経験年数

対象者の役員経験年数は表2のとおり、3年未満が全体の約8割であった。なお、詳細にみると2年以上3年未満は任期2年0ヶ月と回答したものであった。従って役員経験2年以内の

者が約8割である。

② 年齢

分班長の年齢は表3のとおり、50歳代が約5割を占め、40-60歳が全体の8割であった。

③ 婚姻状況

婚姻状況は既婚のものが90%であった。

④ 家族構成

家族構成は表5のとおり、核家族が約40%、ついで3世代同居が約30%、夫婦のみ17%の順であった。

⑤ 職業

対象者の職業は、専業主婦を含む無職は約15%で、他は何らかの職業をもっていた。中でも農業が約37%、次に自営業が約11%であった。時間のやりくりは別としても仕事を持た

ない主婦の活動ではないことがわかる。

⑥ 学歴

表7のとおり、中等教育修了者が約5割、大学・短期大学等の高等教育修了者が約3割であった。

⑦ 居住歴

居住歴は表8のとおり、20-30年が31%で最も多く、結婚後現町村に居住したことがわかる。

表2 役員通算経験年数

階級	度数(%)
1 -	34(45.3)
2 -	28(37.3)
3 -	3(4.0)
4 -	5(6.7)
5 -	2(2.7)
6 -	1(1.3)
10 -	2(2.7)
合 計	72(100.0)

表3 年齢

階 級	度数 (%)	累積度数 (%)
20.00 -	1(1.4)	1(1.4)
30.00 -	7(10.0)	8(11.4)
40.00 -	20(28.6)	28(40.0)
50.00 -	37(52.9)	65(92.9)
60.00 -	4(5.7)	69(98.6)
70.00 -	1(1.4)	70(100.0)
合 計	70(100.0)	-----

表4 婚姻状況 N=76

1.既婚	70(92.1)
2.未婚	2(2.6)
9.N.A.	4(5.3)

表5 家族構成 N=76

1.夫婦のみ	13(17.1)
2.夫婦と未婚の子ども/核家族	30(39.5)
3.親夫婦と子ども夫婦と未婚の子ども/3世代同居	24(31.6)
4.一人暮らし	2(2.6)
5.その他	5(6.6)
9. N.A.	2(2.6)

表6 職業 N=76

1. 農業	28(36.8)
3. 会社員 (事務職)	3(3.9)
4. 会社員 (技能職)	2(2.6)
5. 会社員 (販売・サービス業)	4(5.3)
7. 自営業	8(10.5)
8. 専門職 (教員・弁護士・看護婦等)	3(3.9)
10. 公務員 (事務職)	2(2.6)
11. 公務員 (技能職)	1(1.3)
13. パート	10(13.2)
14. 無職 (主婦を含む)	11(14.5)
15. その他	2(2.6)
19. N.A.	2(2.6)

表7 学歴 N=72

1. 初等教育 (中学校等の卒業者)	11(14.5)
2. 中等教育 (高等学校等の卒業者)	41(53.9)
3. 高等教育 (大学・短大・高等専門学校等)	24(31.6)

表8 居住歴

階 級	度数 (%)	累積度数 (%)
10年未満	11(15.5)	11(15.5)
10 -	18(25.4)	29(40.8)
20 -	22(31.0)	51(71.8)
30 -	13(18.3)	64(90.1)
40 -	0(0.0)	64(90.1)
50 -	6(8.5)	70(98.6)
60 -	0(0.0)	70(98.6)
70 -	1(1.4)	71(100.0)
合 計	71(100.0)	-----

2) 健康観および健康法

① 健康観

健康観の第1位の回答は「心身ともに健やかなこと」約41%、次に「心も身体も人間関係もうまくいっていること」約23%、以下「仕事ができること」「快食・快眠・快便」の10%が続いていた。

第2位は、「心身ともに健やかなこと」および「心も身体も人間関係もうまくいっていること」が約19%、「身体が丈夫で元気がよく調子がよいこと」11%、「家庭円満であること」11%、以下「規則正しい生活ができること」「人を愛することができること」「快食・快眠

・快便」「仕事ができること」「生きがいの条件」「幸福なこと」が続いていた。

② 健康法

健康づくりの方法としては、第1位に「栄養のバランスなど食生活に気を配っている」約30%、「くよくよしなないように心の持ち方に気をつけている」26%であった。以下は表10のとおりである。

第2位は「定期的に総合健診を受けている」約28%で以下は第1位と同様な方法があげられていた。

表9 健康観

項目	1 番目 N=70	2 番目 N=70
1. 幸福なこと	5(7.1)	2(2.9)
2. 心身ともに健やかなこと	29(41.4)	13(18.6)
3. 仕事ができること	7(10.0)	3(4.3)
4. 生きがいの条件		3(4.3)
5. 健康を意識しないこと		1(1.4)
6. 病気でないこと	1(1.4)	1(1.4)
7. 快食・快眠・快便	7(10.0)	5(7.1)
8. 身体が丈夫で元気がよく調子がよいこと	2(2.9)	8(11.4)
9. 心も身体も人間関係もうまくいっていること	16(22.9)	13(18.6)
10. 家庭円満であること	3(4.3)	7(10.6)
11. 規則正しい生活ができること		6(8.6)
12. 長生きできること		2(2.9)
13. 人を愛することができること		5(7.1)

表10 健康法

項目	1 番目 N=70	2 番目 N=68
1. くよくよしないように心の持ち方に気をつけている	18(25.7)	7(10.3)
2. 家族や友人と楽しい時を過ごすようにしている	4(5.7)	9(13.2)
3. 趣味を楽しんでいる	6(8.6)	4(5.9)
4. 仕事に精を出している	6(8.6)	4(5.9)
5. 身の回りや住まいを清潔にしている	3(4.3)	1(1.5)
6. 栄養のバランスなど食生活に気を配っている	20(28.6)	9(13.2)
7. スポーツや運動をしている	2(2.9)	1(1.5)
8. 睡眠や休養を十分とっている	4(5.7)	8(11.8)
10. テレビ・ラジオ・雑誌・家庭の医学書等から 健康知識を入手している		3(4.4)
12. 保健薬・栄養剤・薬草等を飲んでいる		2(2.9)
13. 定期的に総合健診を受けている	6(8.6)	19(27.9)
14. その他		1(1.5)
15. なにもしていない	1(1.4)	

3) リーダーシップの期待像と現実像(全体)

① 組織内リーダー(素人リーダー) -- 愛育班長

愛育班長に対するリーダーシップの5次元の平均値は表11のとおりで、期待像と現実像の有意差はみられなかった。LSHPの5次元値は図1のような傾向がみられ、ABのきわだった低さが目立つ。

5次元の評価順位は表12のとおりである。期待像はPF、DB、TI、SS、ABの順位となっており、現実像はDB、PF、TI、SS、ABの順であった。期待像と現実像におおきな評価順位の差はみられない。どちらも第2

位までにPF、DBが入っており、第3位以下の順位は同じでTI、SS、ABの順となっているのが特徴である。検定の結果、期待像・現実像ともにこのTIとSS、SSとABの間に有意差がみられた。

以上の結果から次のことが指摘できる。

(1)愛育班の役員は班長に対してPF(フィードバック)、DB(民主的行動)、TI(トレーニングと指導)、SS(社会的援助)の4次元についてバランスのよいリーダー行動を期待している。ただし、SSについては他の3次元より少し期待値は低い。

表11 愛育班長に対する期待像と現実像

	平均値	標準偏差	t 値	有意確立
TI 期待像	4.324	1.063	1.4381	
現実像	4.132	1.271		
DB	4.397	1.017	0.6856	
	4.309	1.102		
AB	0.912	1.011	0.4754	
	0.971	1.150		
SS	3.882	1.170	0.9799	
	3.779	1.423		
PF	4.412	0.974	0.9166	
	4.294	1.261		

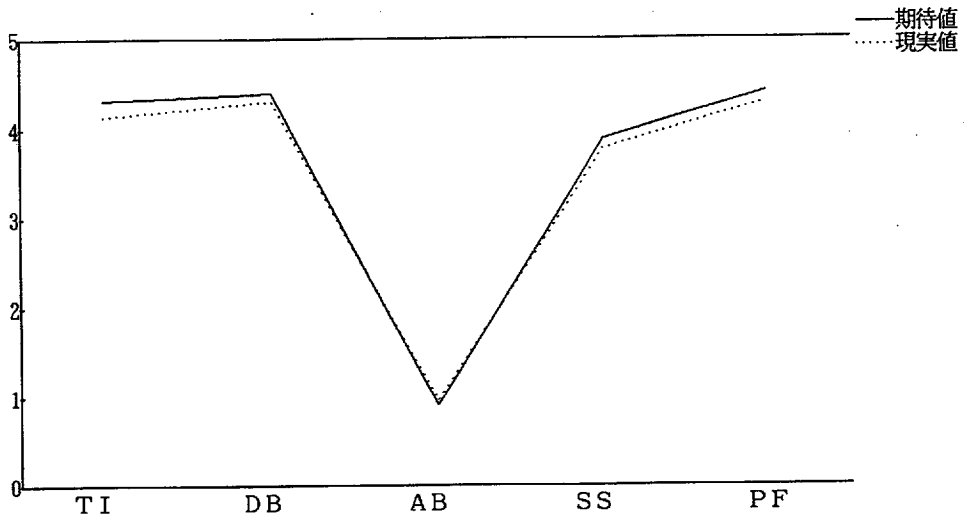


図1 愛育班長に対する期待像・現実像

表12 班長に対する5次元評価順位 **P<0.01 ***P<0.001

	**	***
期待像	PF>DB>TI>SS>AB	
	**	***
現実像	DB>PF>TI>SS>AB	

(2)現実像でもPF、DB、TIの高く同程度のバランスと、それらより若干低めのSS、低いABという傾向がみられ、愛育班長は役員の期待によく応えていると評価できる。

(3)期待、現実ともにABの平均値は1以下で、他の4次元の平均値に比べて極端に低い。このことから班長の権威的行動は好まれず、現実も

権威的行動はしていない。

(4)以上の3点から従来のリーダーシップ研究でいわれている「民主的リーダー」の妥当性が確認できた。

(5)そして、愛育班長に対する役員の期待と現実とのギャップは、すべての面において全くみられないことから、班長と役員とのリーダーシ

ップ、メンバーシップは良好な状態であることが伺われる。

② 外部リーダー（専門家リーダー）ー保健婦

保健婦に対するリーダーシップの5次元の平均値は表13のとおりである。LSHPの5次元値は図2のような傾向で、ABの平均値の低さが目立った。検定の結果、期待像と現実像の有意差はDBとPFでみられた。

5次元の評価順位は表14のとおりである。期待像はTI、PF、SS、DB、ABの順で現実像はPF、TI、DB、SS、ABであった。第2位までにTI、PFがあげられていた。第3位、4位にSSとDBがあげられており、最後がABであることが共通している。TIとPF、SSとDBの順位が、期待値と現実値で逆転していた。検定の結果、期待像でのDBとAB、現実像でのPFとTIおよびSSとABの間に有意差がみられた。

以上のことから次の点が指摘できる。

(1)愛育班の役員は保健婦に対してPF（フィードバック）、DB（民主的行動）、TI（トレーニングと指導）、SS（社会的援助）の4次元についてバランスのよいリーダー行動を期待している。

(2)期待、現実ともにAB（権威的行動）の平均値は1以下で、他の4次元の平均値に比べて極端に低い。このことから保健婦の権威的行動は好まれず、現実も権威的行動はしていない。

(3)以上の2点から従来のリーダーシップ研究でいわれている「民主的リーダー」の妥当性が

専門家リーダー（外部リーダー）においても同様であることが確認できた。

(4)保健婦に対するPF（フィードバック）は期待値より現実値の方が高く、愛育班役員の期待以上に保健婦は役員の行動をほめるフィードバック機能を発揮している。

(5)有意差はみられなかったもののTIが期待像の評価順位第1位で、現実像第2位であることは、保健婦は専門家リーダーであることでTI（トレーニングと指導）面でのリーダー行動の必要が示唆される。

③ 愛育班長と保健婦に対する期待像の比較

愛育班長と保健婦に対する期待値を比較すると表15、5次元の傾向は図3のとおりである。検定の結果、DBだけ有意差がみられた。

5次元の評価順位は表16のとおりである。ABが著しく低いことは同じである。評価順位で第1位が保健婦ではTI、班長ではPFとなっている。

以上から次のことが指摘できる。

(1)DB（民主的行動）は保健婦より班長に対する期待度が高い。

(2)評価順位から専門家リーダーである保健婦と素人リーダーである班長では期待するリーダー行動に若干の相違がみられる。つまり、専門家である保健婦に対しては民主的行動、社会的援助、フィードバックよりトレーニングと指導のポイントに考えている傾向が考えられる。

表13 保健婦に対する期待像と現実像

	平均値	標準偏差	t 値	有意確立
TI 期待像	4.368	0.840	0.5631	
TI 現実像	4.316	0.935		
DB	3.934	1.134	2.7997	0.0065
DB	4.276	0.935		
AB	0.908	0.846	0.4241	
AB	0.855	1.132		
SS	3.961	0.979	1.4369	
SS	4.132	1.162		
PF	4.184	0.914	3.8158	0.0003
PF	4.539	0.658		

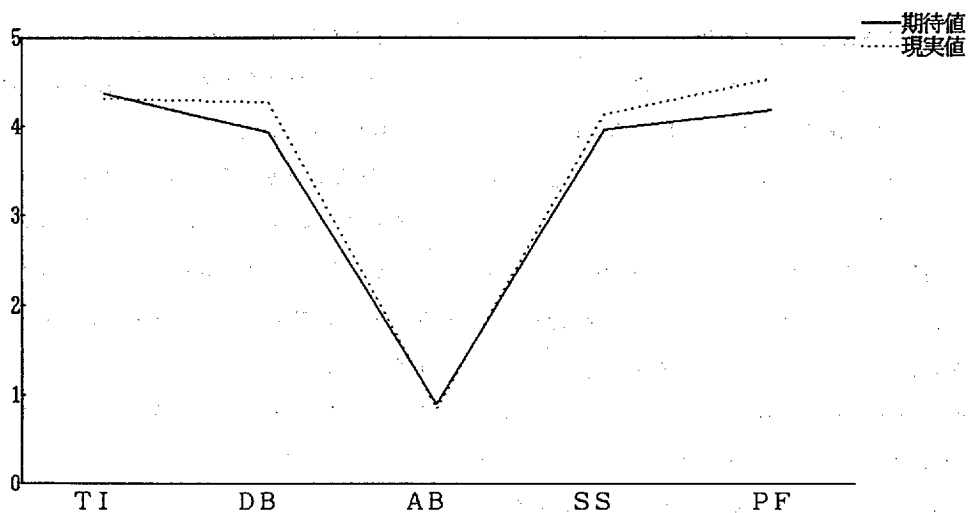


図2 保健婦に対する期待像・現実像

表14 保健婦に対する5次元評価順位 *P=0.05 ***P<0.001

期待像 T I > P F > S S > D B > A B

* ***

現実像 P F > T I > D B > S S > A B

表15 保健婦と愛育班長に対する期待像 N=68

変数名	平均値	不偏標準偏差	t 値	有意確率
保健婦 T I	4.309	0.8683	0.1251	
班 長 T I	4.324	1.0712		
保健婦 D B	3.897	1.1608	3.5379	0.0007
班 長 D B	4.397	1.0242		
保健婦 A B	0.971	0.8634	0.4391	
班 長 A B	0.912	1.0183		
保健婦 S S	3.897	0.9946	1.1064	
班 長 S S	3.882	1.1785		
保健婦 P F	4.176	0.9454	1.8687	
班 長 P F	4.412	0.9809		

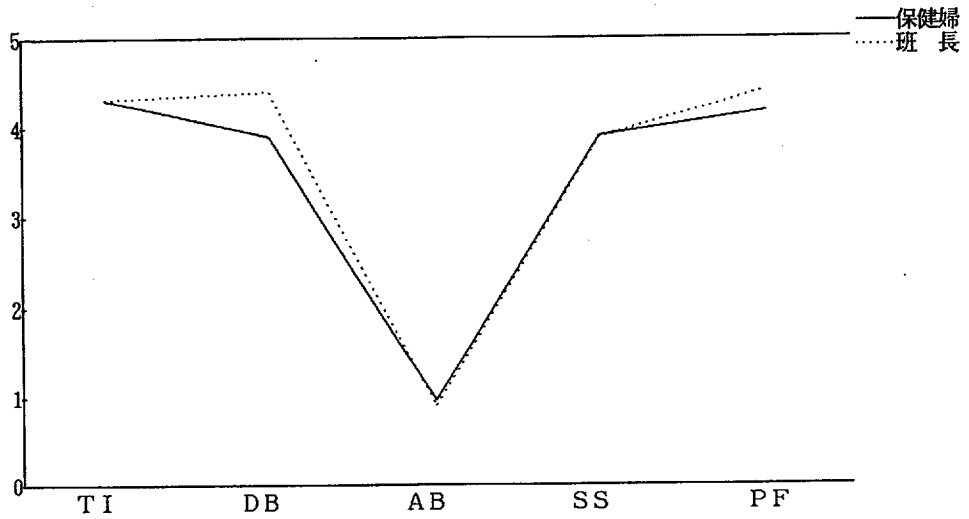


図3 保健婦と班長に対する期待像

表16 保健婦と班長に対する期待像の5次元評価順位

P<0.01 *P<0.001

保健婦 TI > PF > SS > DB > AB

** ***

班 長 PF > DB > TI > SS > AB

4) 外部リーダー別リーダーシップの期待像・現実像

担当保健婦別に期待像、現実像の平均値を記載したものが表17である。5次元の傾向は図4、5、6、7、8のとおりである。また5次元の評価順位を担当保健婦別にみたものが表18である。それぞれ少しずつ微妙に順位が変化している。

ABが各保健婦とも著しく低いということとPFが期待より現実値が高いという点以外、一般化はみられない。ただし、保健婦によっては期待像と現実像にギャップがみられるものがあるので、このギャップを埋めるリーダー行動が望まれるのではないだろうか。

表17

担当保健婦	TI	DB	AB	SS	PF
A 期待	4.714	4.143	1.000	4.286	4.000
	現実	4.714	4.286	0.429	4.143
B	4.357	3.750	0.929	3.964	4.321
	4.250	4.214	0.893	4.214	4.536
C	4.429	4.071	0.643	4.000	4.214
	4.429	4.714	0.500	4.429	4.857
D	4.222	3.944	0.611	3.778	4.222
	4.056	3.944	0.833	3.722	4.500
E	4.333	4.111	1.778	4.000	3.778
	4.556	4.444	1.667	4.222	4.111
全体	4.368	3.934	0.908	3.961	4.184
	4.316	4.276	0.855	4.132	4.539

表18 5次元の評価順位

A保健婦 期待 $TI > SS > DB > PF > AB$
 現実 $TI > PF > DB > SS > AB$

B保健婦 $TI > PF > SS > DB > AB$
 $PF > TI > DB = SS > AB$

C保健婦 $TI > PF > DB > SS > AB$
 $PF > DB > TI = SS > AB$

D保健婦 $TI = PF > DB > SS > AB$
 $PF > TI = DB > SS > AB$

E保健婦 $TI > DB > SS > PF > AB$
 $TI > DB > SS > PF > AB$

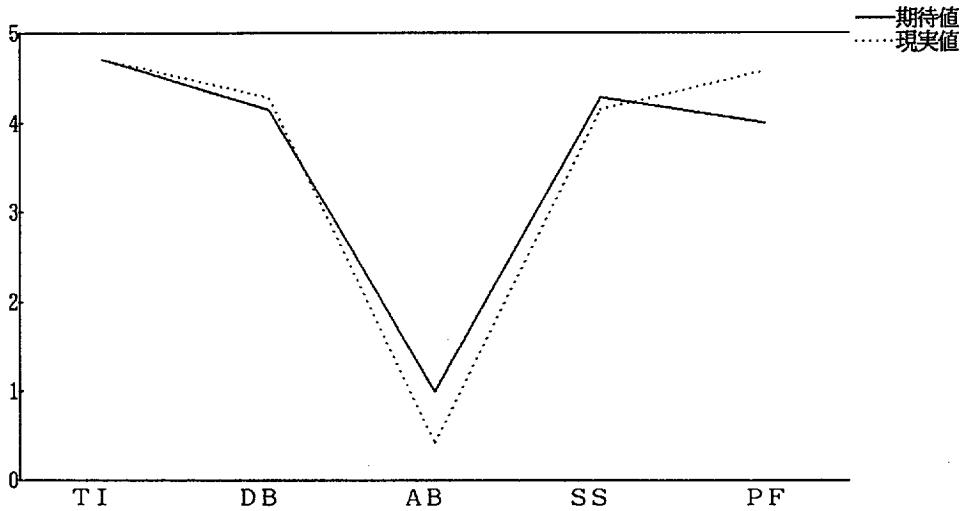


図4 A保健婦に対する期待値・現実値

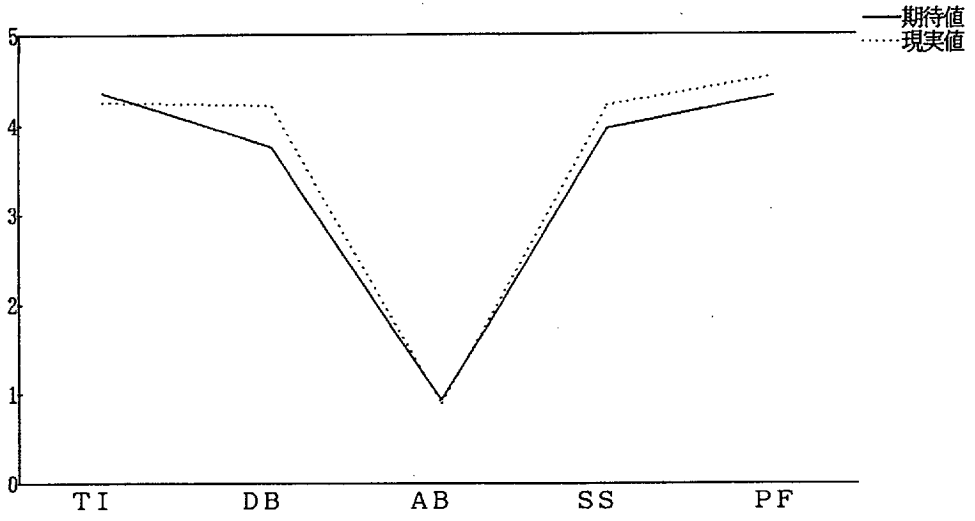


図5 B保健婦に対する期待像・現実像

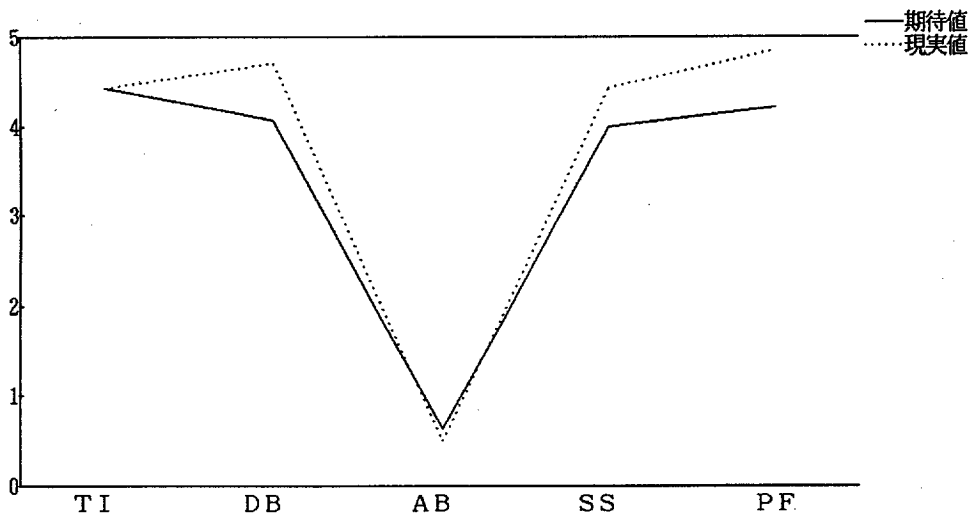


図6 C保健婦に対する期待像・現実像

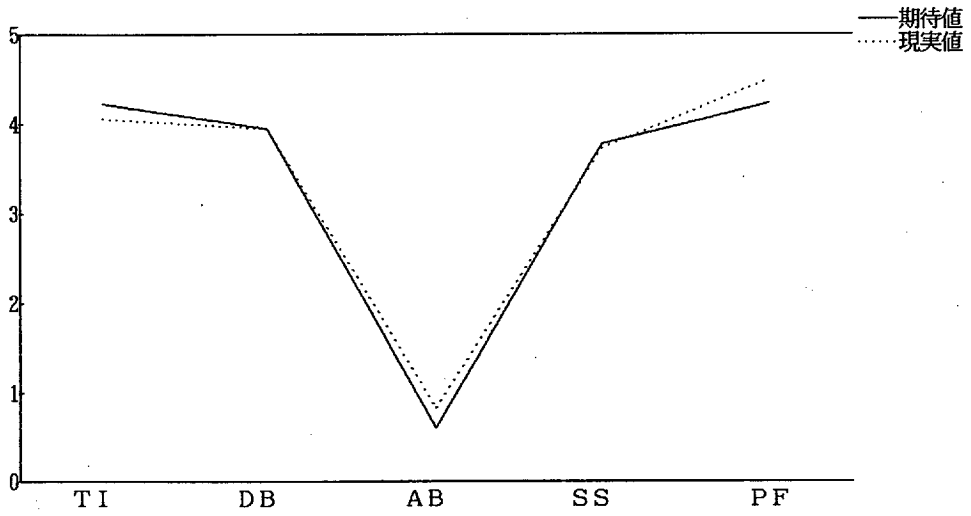


図7 D保健婦に対する期待像・現実像

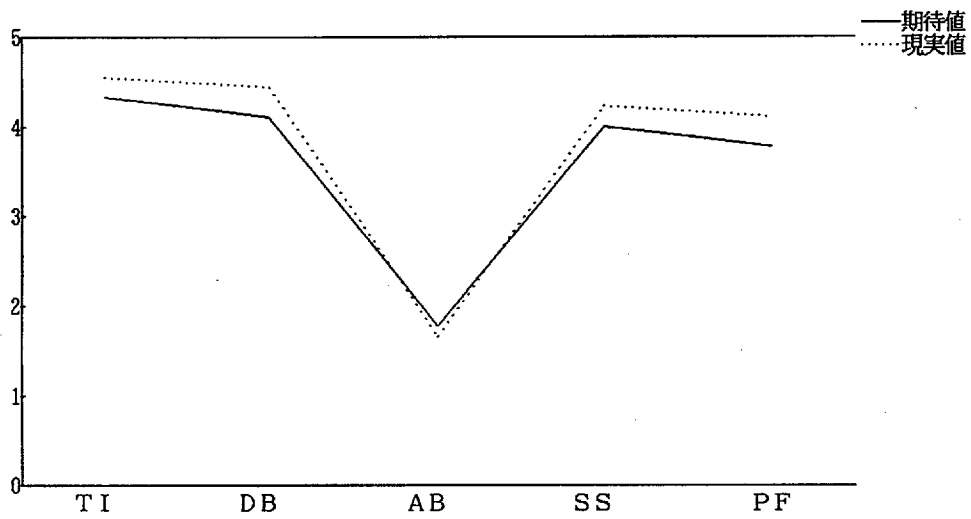


図8 E保健婦に対する期待像・現実像

(7) まとめ

調査結果から、調査対象地区の愛育班活動の活発度から勘案して、より愛育班活動を強化するためのリーダーが取るべき行動は、次のようにまとめることができる。

(1)保健婦、愛育班長ともに権威的行動がなく、民主的で社会的援助がよくでき、人をよくほめるフィードバック行動ができること。

(2)保健婦は人をよくほめること(PF)を期待以上に十分すること。

(3)班長は民主的で人をよくほめることが大切である。

(4)保健婦は専門家リーダーとして組織の運営等についての専門的知識や技術をもち、組織の役員をリードしていく力量が必要である。

(5)短期間の役員任期でも適切なリーダーシップで活動を強化活性化することは可能である。

以上の調査から、この5次元のスケールによるリーダーシップ分析は、リーダーの性格やリーダーに対する期待と現実とのギャップを測定する具体的な指標として用いることで、リーダーシップ状況の分析だけでなく、活動を強化するための具体的な指標として使用できよう。つまり、育成者である保健婦や愛育班長自らが、彼女達自身のリーダーシップのパターンを知ることにより、彼女達自身のリーダーシップ行動の修正が可能となり、愛育班活動の強化がはかれるということである。また、この方法は、他の住民組織活動においても応用可能である。

3. 小集団力学から考えた「組織づくり」の概念

1. はじめに

小論は、「組織づくり」という概念に「小集団力学」からアプローチする。本論に入る前にまず確認しておきたいことがある。それは、これからの健康にかかわるあらゆる活動はWHOの提唱する「ヘルスプロモーション」の概念・考え方を理解した上で展開しなければならないということである。

WHOは、「2000年までに」そして、それ以降も「すべての人々に健康を」達成するための活動に寄与すべく、1986年にカナダのオタワにおいて「第一回ヘルスプロモーションに関する国際会議」¹⁾を開催した。

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである(定義)。

このプロセスを可能とするためには、(1)健康的な公共政策づくり、(2)健康を支援する環境づくり、(3)地域活動の強化、(4)個人技術の開発、(5)ヘルス・サービスの方向転換の5つの活動が不可欠である(活動の方法)。

これらの活動がうまく展開されれば、「すべての人々があらゆる生活舞台-労働・学習・余暇そして愛の場-で健康を享受することのできる公正な社会」が創造されるのである(究極目標)。

この歴史的な出来事を意識しながら、「小集

団力学から考えた『組織づくり』の概念」という課題に取り組みたい。これは、ヘルスプロモーションの5つの活動でいえば(3)の地域活動の強化に強く関連した課題である。

2. 小集団力学のねらい

レビン(Lewin, K)²⁾によって体系化されたグループダイナミックスは、集団現象の法則という理論的な側面と現実場面での集団運営の応用的・実践的な側面との二つの側面を有している。

小集団力学から考えた「組織づくり」の概念は、「理論的に解明された小集団の重要性を積極的に認め、そのダイナミックな力を現実の生活場面に役立てることをねらい」³⁾としている。それ故、組織づくりの範囲は、①教育関係 ②社会福祉関係 ③保健医療関係 ④産業関係 ⑤市民関係など多岐にわたっている。最近では、これらの分野内はもちろんのこと分野間の連携のために小集団を媒介としたネットワーキングも行われている。またケースマネジメントのための組織づくりも展開されている。

ともあれ小論では、③の「保健医療関係」に限定して「小集団力学から考えた『組織づくり』の概念」について私見を述べることにしたい。

3. 小集団

まず、小集団についての基本的な理解から始めよう。

(1) 小集団の定義

小集団とは、「一定の期間にわたって対面的 (face to face) な相互作用をつづけ、全員が認知・応答しうる程度の集団」⁴⁾である。

(2) 小集団の特性と活用

つぎに小集団の特性とその活用場面について考えてみよう。

青井和夫⁵⁾は「(1)小集団は人間生活のギリギリの線を支えるものであること、(2)小集団は社会生活の単位であること、(3)小集団はわれわれのパーソナリティ形成の基盤であること、(4)小集団はもっとも古く、かつ将来とも残存する集団であること、(5)したがって、社会構成の原理を体現するものであること」とし、さらに「小集団には①対面的 (face to face) な関係にあること、②成員の間に相互作用 (interaction)、③成員相互の間に個人的な (as a individual person) 印象や知覚を有することという三つの条件が必要である」としている。

その他、諸氏によって見解は異なるが、まとめると小集団は、つぎのような4つの特性を備えているように思われる。⁶⁾

①対面的 (face to face) な密接的な交流のある集団である。②共通の目標をもつ相互関連的な集団である。③ある一定の期間継続可能な

集団である。④相互に受容的關係が成り立っている集団である。

小集団のこのような特性は、家族における子供の社会化・大人のパーソナリティの安定・仲間集団における連帯の醸成・企業における人間関係・再教育・再適応・創造性訓練・チームビルディング、また地域におけるさまざまな課題の解決をめざした活動におけるリーダーシップなどに意図的に生かされている。

(3) 小集団が危ない

ところで「なぜ小集団なのか?」と疑問がまず生じる方が多いのではないと思われる。この疑問に対する答えは簡単である。「小集団がなぜ必要なのか」と言えば、「人間生活は、すべて集団生活である。あらゆる個人は集団が備えている保護や支援なくして生活することは不可能である」⁷⁾からである。すなわち、われわれは「日常、家庭・職場集団・仲間集団など、数多くの小集団との関わりあいを持ちながら生活している。ところが、そうした小集団がどのような機能と特質をもち、自分たちの態度や行動に影響をあたえているかをよく知らない。考えなおしてみると、いかに自己が小集団によって啓発される存在であるかに気づくはずである。」⁸⁾

しかしながら、このような小集団の本来の機能、すなわち「相互信頼の力」の存在を否定するかのよう、現在は「相互不信の力」が蔓延しつつあるように思われる。奇妙なことにこの力が逆に集団を安定-不安定の安定-させているのである。その理由は、多くの人々が対面的

な関係の煩わしさから逃れたい、否逃れようとしているからである。不幸なことと言わなければならぬ。この「不安定の安定」は、常に不安という心の動揺を伴っているので、本来の姿ではないだけに長続きしない。なぜなら人々が真に求めているのは、安定の中での幸せだからである。それゆえ安定の方向への大きな力が働き、人々は究極的に対面的な関係のない「個人化」ではなく、対面的な関係のある「連帯化」を求めているのである。

4. 地域をベースにした「組織づくり」

組織づくりの範囲は先述したように幅広いものである。ここでは、地域に限定して「組織づくり」について考えてみたい。

(1) 地域組織

地域組織とは一体どのようなものであろうか。この点については、つぎのような理解が妥当であろう。

地域組織とは「地域社会において複数の人間が（意識的または無意識的に）共通の目的をもって結合したもので、同時にその結合体が（意識的または無意識的に）成員に対して、その共同目的達成のために、なんらかの統制力をもっているものである。」⁹¹

(2) 地域組織づくりは普遍

一般的に地域組織づくりは「都市では不可能だ」と言う声が多いが、これは果して当たって

いるのであろうか。疑問が残る。

過去を振り返ってみれば、農村では人々が特に若者が連帯を嫌い個人化を求めて都市へ流出していった。その結果、農村は年老いた老人のみとなり、世代の連続と連帯は薄れ村は崩壊の危機に類している。否すでに崩壊した村もある。一方、都市へ住みついた若い人々の間にも時間の経過と共に行き過ぎた個人化の結果孤独に耐られなくなり不安をつのらせ新しい連帯と世代の連続を求め始めている。

人間が個人化への願望をどれだけ抱こうが相互依存的存在である限り、この現象は時代の変化と共に都市と農村という舞台の上で繰り返されよう。

いずれにしても、人々にとって連帯と世代連続は普遍なのである。現に農村では村の解体を食い止めようとさまざまな「村おこし」が展開され、都市でも新たな連帯を求めてさまざまな「町づくり」が企画され実施されている。

(3) 地域組織づくりの活性化

前項で述べたように農村でも都市でも連帯を求めてさまざまな「地域組織づくり」が展開されている。そこで、地域組織づくりの活性化のための基本原則について考えてみた結果、つぎの6つの基本原則が思い浮かんだ。^{10) 11)}

1) 共同性をつくる活動を展開すること：コミュニティはそこに住む人々が共に重荷を担いあう諸活動の中から醸成されるからである。

2) 自発性を重んじること：コミュニティの醸成活動は、義理ではなく、喜びをもって行う

活動であるからである。

3) 自前主義に徹すること：ややもすると人々は活動のための資金を他から求めがちだからである。主体的に参加することの意義をより確かなものにするためにも、身銭を切って集めることが大切である。

4) 心触れ合う付き合いの場をつくること：コミュニティの形成活動が、家族・親戚という血縁で結ばれた人間関係を越えて地域での活動となるためには、心触れ合う付き合いの場が地域のあらゆるところに存在しなければならない。

5) 不思議な鍵（コミュニティ）をみつけること：人々は、地域でのさまざまな活動を通して不思議な鍵（コミュニティの連帯）を手に入れることができるからである。この鍵は、地域の人々の「心の窓」を開いてくれるものであり、換言すれば地域の人々の生命を維持・発展させてゆくためのエネルギーを与えてくれる「心の泉」なのである。

6) 根回しと念押しを習得すること：この二つの技術は問題を抱える人々のために必要だからである。前者は「環境形成」のための技術であり、後者は「自己形成」のための技術である。

小集団力学が働くのは、この原則の中の特に4)「心触れ合う付き合いの場をつくること」、5)「不思議な鍵（コミュニティの連帯）をみつけること」においてである。

5. 地域保健組織づくりにおける問題点

地域をベースにしたさまざまな「組織づくり」は、従来「地域組織活動」「地区組織活動」「地域保健組織活動」「地区衛生組織活動」等と呼ばれていた。しかし時代と共にこれらの活動は「地域組織づくり」「地域保健組織づくり」と呼ばれるようになった。呼び方は変わっても、行政・専門家側（特に保健婦）をとりまく基本的な問題点はあまり変化することはなかった。この点の理解には、兵庫県保健環境部医務課によって提出された「地域組織づくりにおける保健婦をとりまく問題点」¹²⁾が今でも役に立つと思う。

この資料では、「保健婦の地域組織づくりを阻んでいる要因」を(1)保健婦の意識の欠如と能力不足、(2)地域における既存組織の問題点、(3)住民の意識、(4)保健婦の職場環境の4つに分けてそれぞれについて説明している。

ここでは、(1)(2)(3)をとりあげ説明しよう。

(1) 保健婦の意識の欠如と能力不足

1) 組織づくりの目的・必然性の無理解

地域組織づくりの目的・必然性等の基本的問題がわかっていない。例えば、グループからの意見であるが、「住民を保健婦の活動に巻き込むことは、手伝ってもらっているようで心苦しい」といった意見がでた。これは組織に対する間違った考え方を示しているといえないだろうか。

2) 地域組織づくりの技術不足

これは意見の量が多かった。その内容としてつぎの5点が挙げられた。

①グループづくりのきっかけがつかめない、②会議の持ち方が下手、③プログラムの組み方や活用が下手、④キーパーソンのつかみ方を知らない、⑤住民へのPRの方法が下手。

このように技術に対する自信を持ってないことが、地域組織づくりにおける保健婦の意欲を大きく減退させている一因といえよう。

(2) 地域における既存組織の問題点

1) リーダーをめぐる問題点

既存組織のリーダーをめぐる問題としてつぎの5点が挙げられたが、①と⑤のように相反する意見もあった。

①リーダーが固定化している、②役員だけの行事になりがち、③行政依存の行事が多い、④つぎのリーダーが育たない、⑤リーダーが変わりがちでリーダーが育たない。

2) 既存組織の質の差

①インテリ層が多い、②会合が形式的、③参加する人が一部の人である、④参加者が固定化しており義理で参加している。

(3) 住民の意識

1) 住民は豊富な情報をもっているが、健康に対する誤った知識を持っている場合がある。

2) 連帯の欠如

①自分のことで精一杯、②人の世話をしたくない、③近所付き合いがなく近隣との連帯に

かける、④お金につながらないことは気が進まない といった住民意識が挙げられた。

この説明の中にも「小集団の力学」をみることができる。例えば、(1)保健婦の意識づくりの欠如と能力不足の中の2)地域組織づくりの技術の不足の内容や、(2)地域における既存組織の問題点、(3)住民の意識の中の2)連帯の欠如などの内容である。

6. 地域保健組織活動の基本的なねらい

久常節子の地域保健組織活動に対する考え方の中には「小集団力学」に対する価値指向とそれへの気づきが色濃くみられる。¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾以下にその点を要約的に説明しよう。

久常の地域保健組織活動の基本的なねらいは、住民一人一人が自分たちの健康問題に気づき、仲間との学習の中で解決していく力を自らのものとする事と、地域保健組織活動の中核的存在である保健婦が、自ら仕事を“学び”の対象に変えてゆくこと、すなわち保健婦の活動にとって必要な力量を形成し、自らの活動の幅を内側から拡大し、職場の力関係を変えてゆくところにある。

要するに、住民はもちろんのこと保健婦自身も自らの意識変革をしてゆくこと、換言すれば健康問題への“気づき”の構造化が大切であるということである。

その“気づき”の構造化をめざし、久常はつぎのような評価(判断)の方法を提案している。

評価（判断）の方法には、（１）量でみる（多い、少ない、どのような変化をしたか等）、（２）内容や形でみる（自分たちで人集めをしている、住民の方から申し出があつて活動が始まった等）、（３）活動のすすめ方でみる、の３つが考えられる。

これらは、それぞれに意味があり重要な評価の方法であるが、「住民一人一人が自分の健康問題を解決していく力をつける」ことをねらいとし、「力をつけていくことを可能にしているか否か」の評価は、“量”の評価だけではみえない。“形”では、内側から発展を生み出していく力やその過程がみえにくい。このように見えにくい“質”に迫る評価のあり方とは、“それがどのようにすすめられているか”を見ることである。

また、活動のすすめ方にかかわる活動の活性化・発展の鍵として久常は、“楽しさ”が必須であるとし、その“楽しさ”をつぎの３つの要素に分けて述べている。

- （１）気楽で雰囲気楽しい
- （２）自分の発言に関心が持たれ、大事に受け止められる喜び
- （３）いままで見えてこなかったことが見えて来る、ワクワクする楽しさ

この（１）（２）は、感性のレベルを重視した“楽しさ”であるので健康な生活に対する科学的な思考や、取り組みの立体性はみえてこない。だから、日常生活や地域保健活動での感性的な見方を理性的なものにしてゆくためには、（３）の“楽しさ”が必要となる。

要約すると、久常の「評価できる活動のすす

め方とは、一人一人の住民が、自分の健康問題に対する認識を意図した、あるいは促すすすめ方なのである。」

7. 地域健康づくりを支える「活動の場」

筆者は、久常節子の考えを支持する一人であるが、「地域組織活動」という概念ではなく「地域健康づくり」という概念の中に久常と同じような考え方を内包させている。また筆者は「小集団力学」を中心に据えた「地域健康づくり活動」（従来の概念で言えばく地域保健組織活動）を強調したい。¹⁶⁾

（１） 地域健康づくり活動とは

筆者は、地域健康づくり活動をつぎのように概念規定した。

「地域健康づくり活動とは、地域に住む人々が自らの責任と能力を自覚し、家族・近隣・専門家そして行政にかかわる全ての人々を共通の「活動の場（心的共有空間）」に巻き込み、そこで展開する共同的努力によって健康な意識、健康なライフスタイルそして健康な環境を創造していく過程である。」

（２） 地域健康づくり活動を支える「活動の場」の意義

前項の定義の中で特に強調したいのは、「活動の場」である。「活動の場」とは、従来のコミュニティの概念をより具体的にするために編み出した操作的な概念である。すなわち、この

概念は「住民や家族が提示したニーズに指向した対応をするために、提供側と住民側が協調してその解決に当たろうという合意を得たときに形成される『心的共有空間』を指す総称である。」¹⁷⁾

この「活動の場」には、①知り合いの場 ②めざめの場 ③自分(たち)の生活を見つめる場 ④自分(たち)の生き方を考える場 ⑤格好のいい場ではなく、どろどろとした場 ⑥自分(たち)の問題を自分(たち)で解決していく場 ⑦発想の転換の場といったさまざまな場がモザイク的に内包されている。この「活動の場」を媒介として、地域住民は自らの健康問題の意味に<気づき>そして人々と共に活動することに価値を見いだすと共にそれを<楽しみ>に変えてゆくのである。また、保健医療従事者は、自らの支援活動が学びの対象であることに<気づく>ことによって、それを<楽しみ>に変えてゆくのである。

8. おわりに—小集団力学は、「見えない」ところで働いている—

小論では、兵庫県保健環境部医務課と久常節子の考え方しか取りあげなかったが、もちろん他の保健医療従事者・専門家も「小集団力学」の価値には気づいていることは充分承知している。あえてこの両者の考え方を例として取りあげたのは、この両者の特に久常節子の考え方の中に「小集団力学」への情熱と思いが積極的に見られたからである。

最後に、地域健康づくり活動の二つの機能について述べ、小論を終えたい。

地域健康づくり活動の機能は、(1)顕在的(みえる)機能と(2)潜在的(みえない)機能に分かれる。

前者は、①健康問題の発見と解決 ②健康づくりの実践等に代表されるように「健康状態の改善」を目指した機能であり、後者は①自己発見と自己成長への満足 ②地域社会での役割付与 ③地域集団への帰属意識の高揚 ④井戸端会議(コミュニティ意識醸成の場)等に代表される「心の共有」を目指した機能である。重要なことは、後者の潜在的(見えない)機能に気づきそれを大切に育てることである。そのためのは、**「小集団力学」の中核を成す「リーダーシップ」**¹⁸⁾にあると言っても過言ではない。

なぜなら、「健康にかかわるリーダーシップ」には、人々の“健康状態の改善”という明確な目標達成機能とお互いの健康を思いやることによって人々の間にあたたかな“心の共有”を起こし、集団を安定させる**集団維持機能**があるからである。」¹⁹⁾

「小集団力学から考えた『組織づくり』の概念」は、以上説明したような内容の中から析出されてこよう。

最後に、一言付け加えておきたい。それは、「小集団力学を生かした『組織づくり』の理論は、出つくしている」と言うことである。必要なことは、これらの理論を**実践**に生かし、変革してゆく保健医療従事者とりわけ保健婦自身による**専門的リーダーシップ**と**住民自身によるリーダーシップ**なのである。²⁰⁾²¹⁾

<文献>

- 1) WHO (島内憲夫訳)『ヘルスプロモーション-WHO: オタワ憲章-』垣内出版、1990.
- 2) レビン、K (猪股左登留訳)『社会科学における場の理論』誠信書房、1956.
- 3) 小集団研究所編『小集団研究辞典』人間科学社、P. 137、1990.
- 4) 岩井弘融『社会学原論』弘文堂、P. 121、1973.
- 5) 青井和夫『小集団の社会学』東京大学出版会、P. i, P. 3、1980.
- 6) 小集団研究所、『前掲書』、P. 47.
- 7) Birehbaum Arnold.,:Health care and Society,47(Land Mark Studies)1981.
- 8) 上田利夫『小集団活動のダイナミックス』日本能率協会、P. 8、1985.
- 9) 副田義也『コミュニティオーガニゼーション』誠信書房、P. 184-197、1968.
- 10) 奥田道大『コミュニティ生活の創造』奥田道大他著『コミュニティの社会設計-新しいまちづくり-』有斐閣、P. 55-70.
- 11) 岡田 真『コミュニティ・ワーク論-地域づくりのノウハウ-』大明堂、1981.
- 12) 兵庫県保健環境部医務課「地域づくりにおける保健婦をとりまく問題点」地域保健12、P. 76-84.
- 13) 久常節子「保健婦の教育的役割と保健婦に対する教育訓練」保健医療社会学研究会編『プライマリー・ヘルス・ケアの戦略』垣内出版、P. 210、1981.
- 14) 久常節子「組織活動への取り組みを困難にしているもの」地域保健、14(4) P. 80-84、1983.
- 15) 久常節子「組織活動への取り組みを困難にしているもの、その2」地域保健、14(5)、P. 94-99.
- 16) 小山 修「地域社会における健康学習」健康社会学研究会代表 島内憲夫編『健康ライフワーク論-健康生涯学習のすすめ-』垣内出版、P. 208-221、1989.
- 17) 島内憲夫「地域医療とプライマリー・ヘルス・ケア」園田恭一・米林喜男編『保健医療の社会学』有斐閣、P. 193-194、1983.
- 18) 三隅二不二『リーダーシップの科学』講談社、1986.
- 19) 島内憲夫「生涯健康学習の構想」健康社会学研究会代表 島内憲夫『健康ライフワーク論-生涯健康学習のすすめ-』垣内出版、P. 22、1989.
- 20) 久常節子『住民中心のリーダーシップ』頸草書房、1987.
- 21) 斉藤恭平「健康学習を可能とするヘルス・ケア・リーダーシップ」健康社会学研究会代表 島内憲夫編『健康ライフワーク論-生涯健康学習のすすめ-』垣内出版、P. 221-133、1989.

4. おわりに - 若干の提言 -

何故、母子保健のための地域組織活動が必要なのかという点に若干言及しておきたい。家族の努力だけでは健康は守れなくなってきたその理由は、現代家族の多くが核家族だからなのである。換言すれば、核家族が孤立化しているからである。それ故、この点の問題解決は、もはや家族そして最も身近な親族に期待できなくなっているから、地域社会の支援や保健機能を強化する以外方法がないと思うからである。

この点にWHOはすでに気づき、プライマリ・ヘルス・ケアに関するアルマ・アタ宣言においても「住民の主体的参加」を強調しており、ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章においても「地域活動の強化」を位置づけている。要するに、地域社会の支援や保健機能を高めてゆかなければ、人々の健康は守り高めてゆくことができないということを主張しているわけである。

我々は、地域住民組織は健康づくりのための「コミュニティ・スクール」のようなものだと思っている。このスクールで人々は生命や健康の価値、そしてそれを守る活動の意義を学んでいるのではないかと思う。幸い日本においては、早くから無意識のうちに、おそらく日本人の民族性からそのようになっていたのだろうと思うが、行政主導型とはいえ行政、専門家、住民の協力により「愛育班や母子保健推進員」等の地域組織活動が展開されていたので、今後は三者の役割をそれぞれが再認識し、新しい視点

(ヘルスプロモーション)から地域組織活動が展開されることを期待している。

最後に、三年間にわたる本研究をとおして得られた知見から特に重要と思われる諸点を提言し、まとめとしたい。

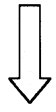
(1)コミュニティ・ヘルス・スクール：地域組織を健康づくりのためのコミュニティスクールとして位置づける。

(2)健康学習：このスクールにおいて健康に対する価値、健康なライフスタイルづくりに関する知識と技術、ならびに地域の人々とともに活動することの意義を学習する。

(3)リーダーシップ：このスクールの活性化と強化には専門的リーダーシップと素人によるリーダーシップが特に必要である。

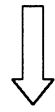
(4)リーダーの育成・研修：それ故専門家のリーダーと素人のリーダーの育成・研修システム(母子愛育会や保健所主催の研修など)の確立が不可欠である。

(5)連携システム：地域組織活動は地域社会に存在する家族・学校・企業等の他の集団や組織と連携することによって一層強化されよう。



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、地域保健組織の構造と機能を明らかにし、母子の健康を支援する新しい住民組織をつくる際の一つの指針(特に強化方法について)を策定するところにある。この目的を達成するために、次の二つの内容について調査を実施した。

(1) 母子保健活動にかかわる住民組織の構造と機能

この点を明らかにするために以下の調査項目を選定した。 名称 活動の目的 結成の動機 主な活動 会員数 役員数 役員の任期 役員の選出法 会員の有無 機関誌の有無 活動の充実度 理想の住民組織像

(2) 愛育班におけるリーダーシップ状況

Chelladurai のリーダーシップ多次元モデルを援用し、SO 式 LSHP を作成した。項目は トレーニングと指導:TI(Training and Instruction) 民主的行動:DB(Democratic Behavior) 権威的行動:AB(Autocratic Behavior) 社会的援助:SS(Social Support) フィードバック:PF(Positive Feedback)

調査の結果、次のことが明らかとなった。 地域には健康を支援する住民組織が必ず存在する。 母子保健のための住民組織には地域差がある。特に大都市(東京、大阪)は、住民からのニーズの高まりで生じた会「育児グループ、子育て井戸端会議、児童館自主グループ、子どもの遊び会」など多種多様な名称であるのに対し、地方は母子保健推進員、食生活改善推進員、愛育会」など画一的な名称の住民組織となっている。 活動の中心テーマは「母と子の健康づくり、栄養改善、育児、仲間づくり」などである。中には個別の問題(例えばダウン症児の会、発達に遅れのある児の会)の解決を目指した住民組織・グループもある。 理想の住民組織として「父親、祖父母をも含めた当事者組織としての育児グループ」「母子を含めた全住民の健康づくり」を理想としてあげているものが多い。 愛育班に求められているリーダーシップは、民主的で社会的援助がよくでき、フィードバック(人をよくほめる)を備え、かつ専門的知識・技術を適切に指導できる人材である。権威的行動をとるリーダーは、決して求められていない。

以上の諸点を踏まえ、地域組織活動の強化方法の開発の中心は、「健康にかかわるリーダーシップの強化」にあると結論づけたい。そのリーダーシップには「人々の“健康状態の改善”という明らかな目標達成機能とお互いの健康を思いやることによって人々の間にあたたかな“心の共有”を起し、集団を安定させる集団維持機能が備わっていること」が不可欠である。このようなリーダーシップを発揮させるには、その活動の「場」としての地域住民組織が存在しなければならないことは言うまでもない。しかしそのような住民組織が存在しないところでも、我々の主張するリーダーシップが発揮できる人材が出現(育成を含め)すれば、必然的に健康を支援する住民組織が地域に醸成されるのである。