Community as Partner Modelを用いた地域看護診断実施時の課題
－加茂川町における地域看護診断を例にして－

北園明江　二宮一枝　小野ツルコ

要旨　本研究では、Community as Partner Modelを用い地域看護診断を実施した。その後、対象となった地域に関わる保健師へのインタビューを行い、診断の妥当性について検討した。さらに、県に勤務する保健師へ質問紙調査を行い、モデルを使った地域看護診断の意識や課題について調査を行った。

調査の結果、地域看護診断を行う際Community as Partner Modelを利用することにより、モデルの一部である「情報収集のガイドライン」の活用により収集された情報の精度が高まることや、看護過程を実践することにより地域の状況がより明確に理解できるという利点が示された。しかし、行政で働く保健師が地域看護診断を行う際には、地域診断を行うための環境整備、地域診断にかかる時間を短縮するような方法の検討の必要性、さらには総合的な地域診断能力の養成といった課題があることが明らかになった。

キーワード：地域看護診断，Community as Partner Model

Ⅰ．はじめに

1．背景

近年、保健活動の流れは、住民自身が健康について知り、増進に努めるといった住民の主体性を尊重するもの(ヘルスプロモーション)へと変化してきている。それに伴い、保健師は個々の住民および地域全体の健康レベルを適切に把握し、住民と共に健康増進活動を進め、さらには住民の健康増進活動において必要時に助言を与えられるといった、より専門性の高い能力が求められるようになってきている。特に、県に勤務する保健師は市町村を支援する立場を担っている。結核、難病といった特に専門性の高い分野の保健活動を実施する際においても、市町村保健計画を支援する立場からも、適切な地域診断ができる能力が求められている。

しかし、地域診断の方法論は未だ確立されているとは言い難い。Anderson,E.TとMcFarlane,J.Mが提唱したCommunity as Partner Model[1]は地域診断を行う際に有用なツールになりうると予測されるが、実践の場で使用するには、日本の社会環境に合わせたモデルの変更や、現場で使いやすい形態の工夫が必要だと考えられる。

以上のことから、本研究では、Community as Partner Modelを用いた地域看護診断を実施し、さらにモデルを使った診断の妥当性について、インタビューおよびアンケートで検討を加えたので報告する。

2．用語の操作的定義

「地域看護診断」「地域診断」

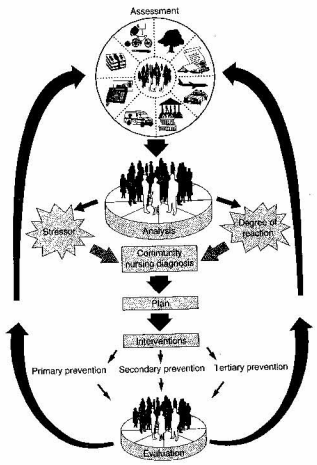
保健活動の分野では、従来「公衆衛生診断」[2]という言葉が使われていた。公衆衛生が地域保健という言葉に代わられると共に、地域診断という呼称が一般化してきた。

一方、看護学では看護過程として「情報収集－アセスメント－診断－実施」といった一連の流れが提唱され、実践されている。そして、地域看護学においても地域を対象とした看護過程の実践が望まれている。[3] Community as Partner Modelは、地域看護過程を実践するための看護理論の一つとして位置づけられている。

現在、「地域診断」「地区診断」「地域看護診断」という言葉が併用されている。本研究では「地域看護診断」はCommunity as Partner Modelを用いた診断を示し、その他のモデルは「地域診断」として表記する。

II．Community as Partner Modelを用いた地域看護診断の実施

人口約6000人、中山間地域にある岡山県加茂川町を対象に、Community as Partner Modelによる地域看護診断を実施した。



（図１．Community as Partner Model）

１．研究方法

１）調査期間

平成13年8月～11月

２）調査方法

地域看護に見識のある研究者6名により、地域看護診断に必要な情報を、以下の3つの方法により収集した。

（１）既存資料の分析

各種資料(表１)を収集し、健康問題に直接・間接に関わる項目を抽出した。

表１．参考資料

1.地図(道路地図,住宅地図,町の白地図)
2.加茂川町第二次総合振興計画 H5
3.加茂川町母子保健計画　H9
4.加茂川町第２次総合振興計画 後期基本計画 H10
5.住民意識調査結果 H10
6.地域保健福祉活動 評価事例「老人保健法による基本健診データ分析」岡山地方振興局
7.加茂川町高齢者健康指導事業実態調査報告書 H11
8.平成 11 年度業務概要報告書 岡山県岡山保健所
9.加茂川町介護保険事業計画　加茂川町高齢者保健福祉計画　H12
10.御津郡 3 町の生活習慣病予防への取り組み -健康面からみた地域特性の指標化・施策化に関する研究- 岡山地方振興局保健福祉部
11.H12 年度保健福祉活動計画 加茂川町役場
＊その他、ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ(岡山県､加茂川町)を利用した

（２）Windshield Survey(地区踏査)

研究者２人１組で、町内各地区を廻り、「地区視診のガイドライン」3）に記入した。また、特徴となる景色、施設等を写真に撮り収集した。

（３）地域のキーパーソンへのインタビュー

対象は、加茂川町健康福祉委員会に所属する団体の代表者14名である。事前に依頼文と質問項目一覧（表２）を郵送した。調査当日は対象者の指定した場所に研究者２人が赴き、質問項目に沿ってインタビューを行った。その後、質問項目毎に回答を集約、分析した。

表 2. ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ項目

1.加茂川町は生まれ育ったところですか
2.加茂川町のｲﾒｰｼﾞはどのようですか
3.どんな町になったらよいですか
4.保健福祉についてどんな事に関心がありますか
5.団体組織の代表としての苦労はどんなことですか
6.活動をしていて良かったと思うことがありますか
7.今後健康福祉委員会をどのようにしたいですか
8.町内の他団体等との交流協働がありますか

３）分析方法

収集した資料を、Community as Partner Modelのアセスメント項目別に分類・整理した(表３)。

さらに、研究者間で検討を加え、加茂川町における健康課題を抽出した。

さらに、加茂川町の健康課題および施策への提言を、①全体として、②高齢者対策、③成壮年期対策、④乳幼児・学童対策に分けて提示した(表４)。

表 4. 町の健康課題および施策への提言

[全体として]
・過疎化が進むなか、ひとりひとりの健康管理が大切になってくる
・世代間の交流を重視する　子供やひとりぐらし高齢者を見守るﾈｯﾄﾜｰｸづくり
・高血圧と肥満対策を兼ねた「食」の見直しを

[高齢者対策]
・高齢者の生きがいづくりについては、福祉制度・教育制度共に整っている
・高齢者がどのような最期を理想とし、ｻｰﾋﾞｽに反映するのかは議論の余地がある。もし、「年をとっても在宅」を支援するなら、今以上のきめ細かいｼｽﾃﾑづくりが必要
・要介護高齢者の生活支援もまだ課題(ｻｰﾋﾞｽ需要に供給がおいつかない)が残っていそうである。
・今後高齢者そのものの人口も減っていくと思われるが、その時のサービスをどのように提供するのかが課題となりそうだ。

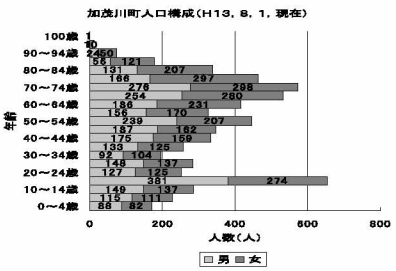
[成壮年期対策]
・健康管理・生きがいづくり共に最も対策を考えなければならない集団
・加茂川町を担っていく存在
・喫煙、飲酒の状況把握
・塩分濃度の低い食事づくり
・がん検診受診勧奨

[乳幼児・学童対策]
・母集団が少ないのでひとりひとりの健康を確実に保っていく必要性
・地域の子供達、母親達のネットワークづくりの必要性
・加茂川町の豊かな自然、少人数教育の利点を担った対策の推進

表３．　加茂川町アセスメント

内　容		
Community Core **構成する人々** 歴史　人口統計 価値・信念・宗教	**歴史** ・S30 年５ヵ村合併で加茂川町になる。　人口 12,000 人 ・大山往来の宿場町、円城寺の門前町 ・県下３大祭のひとつである加茂大祭を誇りにしている **人口統計** H13.12.1.　男性 3,002　女性 3,133　計　6,135 人 ・S60 年頃から自然増加はずっとマイナス 　出生－死亡＝約△ 60 人/年 　平成 13 年　出生 32　死亡 99　自然減 67 人	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ② p8 ② p8 ③ ⑪

	H7 国勢調査	H12	H13
人口	6,529 人	6,403 人	6,135
年少人口	797 人 (12.2%)	694 人 (10.8%)	
生産年齢人口	3,726 人 (57.1%)	3,539 人 (55.3%)	
老年人口	2,006 人 (30.7 %)	2,170 人 (33.9%)	
世帯数	2,054 世帯	2,550 世帯	
一世帯当たり人数	3.2 人	2.5 人	



・高齢化、人口減少御津３町の中では緩やか
　→吉備高原都市の影響か 15 ～ 19 歳の年齢構成が高い
・１世帯あたりの人数が減っている
　→高齢者の独居が増えている（約 260 件）せいか？確認が必要

加茂川町役場より

町民の生活

［母子］
・出生率は県や全国の半分。
・子供を生む母親は 2,3 人産むが、産む母親層が少ない
・町全体に子供が少ない／子供の姿を見ない　③

［小児］　③
・幼稚園－小学校－中学校　ほとんど同じ顔ぶれで過ごす　保健婦談
・高校は近隣市町村の高校へ

［青壮年］　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
・岡山に出て働く／加茂川で農業／加茂川の工場などで／主婦　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ

［高齢者］
・高齢者数 2187 人（除要介護）、在宅要介護者 163 人、施設等 91 人（H10）　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
・住居は９割が持ち家
・年金収入に依存　⑨ p4
・８割がかかりつけ医をもつ、６割通院　「町の老人は病院好き」　⑨ p10
・生き甲斐：働く・近所づきあい、子孫の成長　⑨ p10
・元気なうちは自宅にいる　保健婦談
　農業、ｸﾞﾗﾝﾄﾞｺﾞﾙﾌ　ｹﾞｰﾄﾎﾞｰﾙ　老人ｸﾗﾌﾞ　⑨ p10 ～
・介護が必要になると、岡山市近辺に住む子のそばへ行く　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
　または、岡山市近辺の施設や病院へ行く
・介護は在宅を希望。福祉ｻｰﾋﾞｽは「おかげを受けている」と感じる　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
　→福祉ｻｰﾋﾞｽ「いたれり、つくせり」　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ（社協）

主要死因　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ

	１　位	２位	３位	４　位	５　位
町平成 11 年	悪性新生物	肺炎	老衰	脳血管障害	心疾患
町平成 10 年	悪性新生物	肺炎	心疾患	老衰	脳血管
町平成 9 年	悪性新生物	肺炎	心疾患	脳血管障害	不慮の事故
国　11 年	悪性新生物	心疾患	脳血管疾患	肺炎	不慮の事故

⑪

国保医療統計

	１　位	２位	３　位	４　位	５　位	６位	７位
町平成 11 年	高血圧	骨	循環器	歯	内分泌	視	胃
町平成 10 年	高血圧	骨	歯	循環器	内分泌	視	胃
町平成 9 年	高血圧	歯	循環器	骨	内分泌	視	胃

⑪

	男性	女性
町民の平均寿命	76.79 歳	84.18 歳
国　(2000 年)	77.64 歳	84.62 歳
町民の健康寿命	74.90 歳	80.04 歳
国	71.9 歳	77.2 歳

保健所ﾃﾞｰﾀ資料

・生活保護　37 世帯（H12）　⑪

Physical Environment **自然環境** 気候・自然環境 地域の雰囲気 地域の構成・ 社会システム状況 生活状況	・標高 200 ～ 400 m の高原地帯 ・瀬戸内気候区だがやや内陸性気候、県南と比べ冷涼 　年平均気温 13.3 ℃　年間平均降水量 1,488 mm ・総面積 141.15km² 　山林 74.1 %、田畑 10.0 %、河川水路道路 5.0 %、宅地 1.0% ・人口密度　46.3 人/km²　ちなみに県は 247.3 人/km²　県下で最低 ・景観美観満足　65.74%	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ② p6 ④ p93
Health and Social Services **保健及び社会サービス** サービスの種類（地域内外） サービス内容 資源 利用者の特徴 サービスの評価	・町保健婦４　看護婦１　栄養士１　ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ５ 　訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ２　在宅介護支援ｾﾝﾀｰ１　特別養護老人ﾎｰﾑ１ ・診療所９　歯科診療所３、町内で毎日開いているのは数カ所　⑨ p84 ～ ・吉備高原ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院 ・医療施設整備ﾆｰｽﾞ３位、福祉施設整備ﾆｰｽﾞ４位　④ p97 ・医療健診満足　54.33%　福祉満足 55.91 %　④ p96 ［母子］ ・町内に小児科医なし　③ ・乳幼児：就学前まで医療全額負担制度あり　他資料 ・乳幼児健診率７割程度、母子の訪問指導多い ・町外で結婚して帰ってくる。加茂川出身ではなく県外から来た母親も結構多い／外国人の母親数人いる　保健婦談 ・小児歯科課題あり	⑪ ④ p97 ④ p96

	［成人］ ・健診対象者多い（自営や農業が多い） ・健診、健康教室、相談の利用は多い ・基本健診　高血圧者多い　ちなみに一日の平均塩分摂取量 14.2 g 　女性より男性の方が辛い物を好んで食べている 　県南に比べ塩辛い味付けをする。薄味を好まない ・基本健診 　男性の肥満が改善しない、HDL 低い　男性の６割毎日飲酒 ・糖尿病未受診者（御津３町で）34 % ・生活習慣では「運動なし」「体重管理なし」「受診なし」 ・がん検診受診率低い、子宮 14.7%、乳 29 % ・胃ガンの発症率高くないが、胃・肺がんによる女性の死亡が多い ・気管・気管支および肺のがんは多い ・呼吸器系の疾患、老衰での死亡が多い ・関節症、腰痛、骨折が多い 　→ﾃﾞｲｹｱにかかるための疾病名としてこれらの疾患があがっている 　可能性あり ・飲酒・喫煙は基本健診で聞き取っているが、今後ﾃﾞｰﾀ整理が必要 ［高齢者］ ・在宅要介護者 226 人　有効回答 167 人で男性 53 人、女性 114 人 ・同居世帯 55.1 %（全国平均とほぼ同じ） ・H10 高齢者対象の調査 　活力ある地域に必要なことは年金・老人医療・福祉制度の充実 ・介護福祉ｻｰﾋﾞｽ：ふれあいﾊﾟｽ、ﾃﾞｲｹｱ　ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ　利用 　１軒１軒が離れているためﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟなどの民間ｻｰﾋﾞｽが入らない 　ｻｰﾋﾞｽ提供する人材に合わせてｻｰﾋﾞｽ提供の上限が決まる 　・ｻｰﾋﾞｽ利用しない理由→必要ない、知らない ・介護保険関心あるが、内容知らない ・介護保険自己負担あっても利用したい４割	 ⑩ p13 ⑩ p4 ～ 7 ⑩ p3 ⑩ p8 ⑥ ⑥ p16 ～ 17 ⑥ p16 ～ 17 ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ ⑤ p10 ～ 47 ⑤ p10 ～ 47
Economics **経済** 経済的特性（所得） 労働力の特性 （雇用状況）	・産業別就労状況　１次 38.6 %＞２次 34.8 %＞３次 26.6% ・消費生活満足　41.14% ・町民ﾆｰｽﾞ強「働く場所の確保」若い人の働く場がない ・主要農産物　水稲、葉たばこ、桃、花き（ｶｰﾈｰｼｮﾝ、ﾊﾞﾗ）、生乳 　生椎茸、松茸 　そのほか　白菜、ｷﾑﾁ、ﾏｽｶｯﾄ、まいたけ、酒、など 　・花は岡山空港より空輸にて販売 　・白菜からｷﾑﾁへ、加工工場をつくる ・商業　商店数 65　従事者 170 人　年間商品販売額 28 億（H9） ・JR 岡山駅西口泰還町商店街「加茂川町ふるさと交流プラザ」と 　道の駅かもがわ円城　にて特産品販売 　→農業の特産品を商業まで発展させる流れ ・工業　工業用ゴム製品製造工場、吉備松下など 　４人以上の事業所 27 従業者 594 人　製造品出荷額 133 億（H8） ・吉備高原都市構想、空港に関連した企業誘致をすすめている	② p5 ④ p95 ④ p99 以下ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ
Safety and Transpotation **安全と交通** 消防、警察、衛生 大気汚染 交通手段・ｼｽﾃﾑ 一般道路状況	［交通］ ・南北に 429 号、東西に 484 号線　町内隅々まで道路整備されている ・下加茂から JR 津山線金川駅まで 19 km　中鉄ﾊﾞｽで 30 分 ・岡山市街地まで約 41km　車で約 50 分 ・岡山空港から 約 18km　車で約 20 分 ・交通網ﾆｰｽﾞ６位／都市との連絡道ﾆｰｽﾞ７位 ・交通の便満足 41.33 %／生活道路満足　51.77 % ・ﾊﾞｽ路線　本／日 ・JR は福渡・金川・足守まで近いところを利用 ［消防］ ・消防救急満足　60.82%　消防団組織のためか？ ［警察］ ・駐在所　御津警察署（御津町） ［衛生］ ・ｺﾞﾐ処理満足　55.31 %　・上下水道整備ﾆｰｽﾞ２位 ・1990 年代まで全町に上水道無かった→乳児の感染症あり	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ④ p93 、94 ④ p95 ④ p99 役場ﾓﾆｭﾒﾝﾄ
Politics and Government **政治と行政** 行政機構 政策決定とｷｰﾊﾟｰｿﾝ、市民団体など	・県の中央の誇り・岡山県を代表する真心あふれる中心地 　「日本一格調高い町づくり」 ・介護保険事業計画 　「住み慣れた地域で生きがいを持って暮らせる地域社会の形成」	④あいさつ
Communication ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ 新聞・ﾗｼﾞｵ・TV 郵便・電話 広報・ﾎﾟｽﾀｰ ｲﾝﾌｫｰﾏﾙｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ	・人間関係に満足（81%）　ｲﾝﾀﾋﾞｭｰでも近所づきあいは密であると ・郵便局　津賀、円城、下土井、新山の４か所 ・ｺﾐｭﾆﾃｨ施設活動満足　55.7 % ・老人ｸﾗﾌﾞ活動盛んである。 ・高齢者の 1/4 にあたる 400 人が「人生大学（高齢者学級）」に通っている ・50 ～ 60 歳代のｻｰﾋﾞｽ（公民館活動など）が少ない 　「早く年取ってｻｰﾋﾞｽを利用する立場になりたい」 ・社協がﾎﾞﾗﾝﾃｨｱを養成している 　その他　特養の高齢者とと中学生の交流など ・民生委員、福祉協議会のﾒﾝﾊﾞｰが老人宅へ訪問している ・加茂大祭：県内にいる親戚が祭りを見に帰ってくる 　「祭りは面白い」世代を越えて伝えていく必要がある	④ p98 ① ④ p88 以下ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ
Education **教育** 教育資源状況 学歴	・保育園１　幼稚園４ 　ほとんどが３～５歳　町に３つある幼稚園に行く ・小学校３　児童数 358（1998）　１学級 10 人程度 ・中学校１　生徒数 184（1998） 　中学校はﾊﾞｽ通学、自転車通学 　ｽｸｰﾙﾊﾞｽで通う　道草できる環境がない　親の送り迎えも多い ・不登校は無いこともない ・高校は年 30 ～ 50 人は吉備北陵高校へ、岡山一宮なども ・教育施設活動満足　62.6 % ・子供向けの施設（図書館、公園）がほしいと希望あり	ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ ④ p97 ③
Recreation ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ ｻｰﾋﾞｽや施設の状況 （公園、ｹﾞｰﾄﾎﾞｰﾙ場　美術館など）	・加茂川町運動公園　ｸﾞﾗﾝﾄﾞｺﾞﾙﾌ場 ・ｷｬﾝﾌﾟ場（学甘渓、小森、ｻﾛﾘﾝ村、長丸台ヶ峰、湯の瀬温泉郷） ・吉備小学校自然の家 ・温泉　小森温泉、湯の瀬温泉　ﾃｰﾊﾞﾆｽﾄ小森の里 ・ｽﾄｯｸﾌｧｰﾑ、のこのこくりく ・円城ふるさと村　片山邸 ・文化施設満足 49.21%・ﾆｰｽﾞ９位 ・ｽﾎﾟｰﾂ施設活動満足　60.63 % ・観光施設整備ﾆｰｽﾞ　10 位 　→町外の人対象にした観光施設が比較的多い 　→住民　特に町内子供を対象としたﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ施設の必要性 　　「プールも町外へ」 　　「（大人だと）パチンコに町外へ」	① ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ④ p97 ④ p98 ④ p99 ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ

また、地域看護診断を実施した結果について、内容の妥当性を高めるため、平成14年2月14日に開かれた健康福祉委員会にて資料として示し、意見を求めた。

最終的に、これらの調査内容は冊子４）にまとめられた。

Ⅲ．一次調査

１．研究方法

１）対象

加茂川町保健師4名、平成14年4月1日時点で加茂川町を担当している県保健所保健師4名、計8名。

２）調査期間

平成14年4月17日～4月22日

３）調査方法

はじめに、調査の依頼文、Ⅱで作成した冊子[5]と、冊子の内容に関する質問紙を対象者に送付した。質問紙の内容は、①町の実態との相違およびその理由、②Community as Partner Modelの理解、③モデルを活用する際の課題、④診断からどのように実践を展開していくか、であった。対象者は、冊子を読んだ上で質問紙に記入した。

次に、質問紙回収時、質問紙の回答で不明確な点をより詳細に知るため、対象者の指定した場所で1人につき30分程度のインタビューを実施した。インタビューの内容は対象者の許可を得て、テープに録音した。

４）分析方法

インタビュー内容は逐語録をとった。その後、質問紙の回答およびインタビューの逐語録について、保健師の臨地経験のある研究者3名が質的分析を加えた。

５）倫理的配慮

研究を依頼する際には、依頼文、研究計画書を添付し了承を得た。さらにインタビューの際には、再度研究の目的、内容、倫理的配慮について口頭での説明を行い、許可を得た上でテープに録音した。

２．結果

対象となった保健師は全員女性であった。

町保健師の保健師平均経験年数は8.8±11.2年であり、保健師として働いた経験は全員が加茂川町のみであった。

県保健師の保健師平均経験年数は15.0±10.3年であり、加茂川町に関わっている平均期間は1.5±0.9年であった。

１）町の実態との相違およびその理由

モデルを使って収集された情報の妥当性を確認したところ、全員が普段地域保健活動に従事している実感にあてはまっていると答えた。また、6名の保健師は住民の気質や性格、住民が利用する交通手段、母子や障害者に関する住民の状況等に情報の追加が必要だと指摘した。

診断結果の妥当性についても、全員が妥当であると回答した。「漠然と感じていた課題が明確に示された」という感想もみられた。

２）Community as Partner Modelの理解

地域看護診断の一連の流れ「情報収集－アセスメント－診断－実践」が今回提示された資料より理解できるか尋ねたところ、全員が理解できると答えた。

また、モデルの利点として「データ収集の分野があらかじめ提示されているので、今まで見落としがちだった情報が収集できるようになる」「健康問題を抱えた対象だけではなく健康な対象の状況が把握できる」という指摘があった。

３）モデルを活用する際の課題

モデルを活用する際の課題は、以下の3点に集約された。

モデルの使い方がわからない　具体的方法、資料収集、情報の取捨選択、診断過程の具体的方法がわかりにくい。

地域看護診断を行う環境が整わない　作業時間の確保が難しい、保健師同士でディスカッションをする機会が少ない

『モデルを使う』という言葉に抵抗を感じる　言葉の響きより、何か大変な事をしなければならないように思ってしまう。

４）診断からどのように実践を展開していくか

資料を基にどのような実践を展開していくかについて尋ねたところ、「情報不足の項目について住民の話を聞いてみる」という情報の追加や「新規事業を立ち上げる」まで様々な段階において、全ての保健師が実践活動を深める方策について回答した。

Ⅳ．二次調査

1．研究方法

1）対象

県保健所に勤務する保健師で、課長級以上の役職についていない者79名。

2）調査期間

平成14年5月22日～6月17日

3）調査方法

一次調査を参考に、無記名の自己記述式質問紙「Community as Partner Modelを用いた地域看護診断の有用性に関する調査」(表5)を作成した。その際、一次調査で得られた結果を検討した上、項目のうち1、2、4は同じ形式で設問項目を再掲した。また、5は一次調査で得られた内容より具体的な項目を挙げ、選択して回答する形式とした。さらに、3、6、7、8は新たに項目を追加した。特に6、7、8を問うことにより、地域診断実施の現状について把握するようにした。

Ⅱで作成した冊子[6]と質問紙を、県保健福祉部より各施設に送付した。施設毎に回収した調査用紙は、いったん県保健福祉部に集められ、その後研究者へ送付された。

表5．調査内容

1.属性
（保健師経験年数、K町に保健師として関わった年数）
2.Community as Partner Model の理解・評価および課題
3.アセスメントと地域看護診断の結びつきについて
4.地域看護診断より具体的な活動計画および不足している情報の提示
5.Community as Partner Model の利点および課題
6.地域診断モデルの知識と活用の実際
7.地域診断にモデルを使うことについて
8.地域診断に関する認識と課題

4）倫理的配慮

調査の際は、依頼文に調査内容によって個人が特定されないことを明記した。また、回収の際には対象者個々に封筒を用意し、封をした上で施設毎にとりまとめるようにした。

2．結果

回収されたアンケートは53名、回収率は67.7％であった。

1）対象者の属性

保健師経験年数は18.8±8.1年であった。そのうち加茂川町に保健師として関わった経験のある者は6名で、経験年数は2.1±1.4年であった。

2）Community as Partner Modelの理解・評価

「アセスメント項目」「町の健康課題および政策への提言」より、町の様子がどのくらいイメージできるかについて「たいへんイメージできる」を5とし、「全くイメージできない」を1とした5段階尺度にて評価してもらったところ、以下の結果が得られた(表6，表7)。

表6．アセスメントの理解度(N=53)

項　　目	理解度(平均±標準偏差)
アセスメント全体	3.90 ± 0.65
構成する人々	3.96 ± 0.66
自然環境	3.49 ± 0.85
保健および社会サービス	3.85 ± 0.66
経済	3.55 ± 0.75
安全と交通	3.55 ± 0.80
政治と行政	2.91 ± 0.84
コミュニケーション	3.67 ± 0.71
教育	3.57 ± 0.75
レクリエーション	3.55 ± 0.75

表7．「町の健康課題および施策への提言」の理解度(N=53)

項　　目	理解度(平均±標準偏差)
診断全体	3.48 ± 0.67
高齢者対策	3.63 ± 0.71
成壮年期対策	3.56 ± 0.67
乳幼児・学童対策	3.23 ± 0.78

3）アセスメントと町の健康課題および政策への提言の結びつきについて

次に、アセスメントの各項目と、関連する町の健康課題および政策への提言を結びつけてもらったところ、次の結果が得られた。

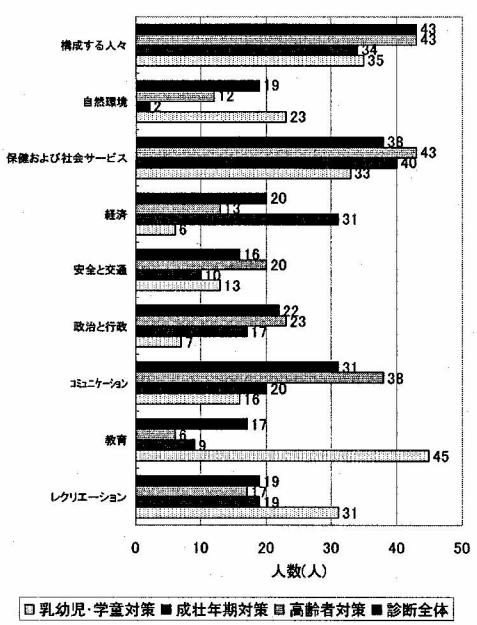


図2．アセスメントと関連する町の健康課題および施策への提言との関連

4）地域看護診断より具体的な活動計画および不足している情報の提示

実際の活動計画をたてるとしたらどのようなことをするのか、またそのために不足している情報が何かについて自由記載欄を設けたをところ、31名(58.5%)から回答が得られた。

具体的な活動計画は、9名から回答があり、16活動が提案された。内容は世代交流、高齢者のネットワーク作り、地元野菜を活かした料理教室、住民が楽しめるレクリエーション施設づくり、等であった。

不足している情報は、9名から回答があり、内容は42項目であった。複数の保健師があげた項目は、子育て中の親の状況、食生活習慣、住民の価値観であった。

5）Community as Partner Modelの利点および課題

Community as Partner Modelを使った地域診断を実施したいかを尋ねたところ、使ってみたい24名(45.3%)、どちらともいえない16名（30.2%)、使ってみたいとは思わない13名(24.5%)であった。

Community as Partner Modelを使った地域看護診断について良い点だと思った項目について表8に示す。自由記載欄には3名(5.7%)の回答があり、「具体的で細かな表現が良い」「初心者向け」等のコメントがあった。

表 8. Community as Partner Model の利点(N=53)

項　　目	回答(%)
情報収集に必要な領域があらかじめ提示されている	32(60.4)
実際に住民のインタビューを実施している	32(60.4)
地区視診のガイドラインが提示されている	31(58.5)
地区診断の流れがあらかじめ具体的に提示されている	30(56.6)
実際に地区視診をしている	1(1.9)
実際に資料収集・分析を行っている	0(0.0)

また、Community as Partner Modelを利用した地域診断を行う際、課題となると推測される点について表9に示す。自由記載欄には9名(17.0%)の回答があり、「アセスメントー地域診断ー施策の実施が結びつけにくい」「診断を導く際、診断を行っている個人の見解に偏ってしまうのではないのか」といった意見がみられた。

表 9. モデル使用時の課題(N=53)

項　　目	回答(%)
＜情報収集の方法＞	
情報収集に時間がかかりそうだ	27(50.9)
たくさんの資料から必要な項目を抜き出す方法がわからない	13(24.5)
どのような住民から話(ｲﾝﾀﾋﾞｭｰ)を聞けばよいのかわからない	12(22.6)
どのような資料(書類)を集めてよいのかわからない	7(13.2)
＜情報整理＞	
集めた情報をどのようにつなぎ合わせて診断につなげればよいのかわからない	23(43.4)
集めた情報をどのように9領域に分類すればよいのかがわからない	9(17.0)
＜全体で＞	
自分ひとりで実施するには作業量が多すぎる	28(52.8)
同じ職場の同僚と実施したいが、この作業をするために話し合う時間がとれそうにない	18(34.0)
どのような対象にこのﾓﾃﾞﾙを適用できるのかどうかがわからない	13(24.5)

6）地域診断モデルの知識と活用の実際

地域診断に関するモデル[7)-10)]の認知度と使用度を表10に示す。

表 10. 地域診断に関するモデルの認知度と使用度(N=53)

モデル名	回答（%）
Preceed-Proceed Model	
知っている	45(84.9)
使ったことがある	22(44.5)
地域づくり型	
知っている	37(69.8)
使ったことがある	16(30.2)
PHC	
知っている	21(39.6)
使ったことがある	9(17.0)
Community as Partner Model	
知っている	7(13.2)
使ったことがある	0(0.0)

7）地域診断にモデルを使うことについて

地域診断にモデルが必要かどうかについては、モデルを利用したい37名(69.8%)、どちらともいえない14名(26.4%)、利用する必要はない2名(3.8%)であった。

利用したいという理由について21名(39.6%)が自由回答に記入しており、理由として、「必要な情報を収集し、系統立てて分析ができる」「科学的根拠に基づく」「他職種や住民との共通認識を測るために有効である」等の意見がみられた。

モデルの利用についてどちらともいえない、利用する必要がないと答えた者のうち自由記載欄には7名(13.2%)が回答し、「モデルの理解が十分ではな

い」「資料を集めるのに時間がかかる」「今までの方法で十分である」といった意見があった。

8）地域診断に関する認識と課題

地域診断に関する認識と課題について、自由記載欄を設けたところ26名(49.1%)から回答が得られた。内容を分析したところ、次のような項目があげられた。

（1）「保健活動の基礎としての地域診断」

保健師達は事業の企画、評価は地域診断なしには行えないと考えている。地域診断の必要性・重要性を痛感しており、もっと日常的に行われるべきだと感じている。

（2）「地域診断を資料にとりまとめる意義」

保健師は日常の活動の中で、住民に接したり、保健活動に関わるデータを収集・整理しているにもかかわらず、それらのデータを整理したり分析する機会は少ない。今回提示した資料を読んで、客観的なデータや住民の生の声などをまとめて、日頃から情報整理をしておくことが大事であると感じたり、普段データのない分野や出しにくい分野もインタビューによって情報収集できることに気づいた。

（3）「保健関係職や住民と共通に使用できる地域診断の実施」

地域診断は地域に関わる全ての人々が共通に理解できるものであり、保健師職のみが地域診断をするわけではない。そのため、地域診断は関連職種や住民などの関わる全ての人が納得できる内容であってほしいし、共通に使用・評価できるものにしたい。

（4）「地域診断を実施するための環境整備の必要性」

正確で詳細な地域診断を実施するためには、作業時間の確保や保健師や地域保健活動に関わる人々とのディスカッションを行う機会、さらには判断に迷う時のアドバイスや診断が適切かどうか評価をしてくれるスーパーバイザーの存在など、時間や人員に関する環境を整える必要がある。

（5）「総合的な地域診断能力の向上への希望」

地域診断を実施するには、膨大な情報を分析し、地域の特徴を抽出し、とりまとめる能力が必要である。それだけではなく、生の声を客観的に分析し、施策に反映させる能力があって初めて保健活動に活かすことができる。これらの能力を身につけることにより保健活動も向上していくのではないかと考えられる。

V．考察

Community as Partner Modelは、情報収集のための領域や、対象地域や対象方法の特徴を把握する方法・手段があらかじめ提示されている。そのため、地域における健康づくりについて、統合された情報を手にいれることができる利点が、対象者からのアセスメントの理解度、町の健康課題および政策への提言の理解度(表6、表7)より明らかになった。

しかしながら、アセスメントと評価との関連(図2)では各項目間でばらつきがみられ、全体として一貫した関連性を示してはいなかった。さらに、アセスメントと評価の関連には、つながりによって強い関係、弱い関係が存在するのだが、それがモデルの活用によるものなのか、または保健師特有の思考過程によるものなのかは、今回の調査では明らかにできなかった。今後検討していく必要があると考えられる。

また、地域看護の特徴として、対象である人の身体面のみならず、地理、社会、経済などを含む多種多様な情報を、診断まで展開していく困難さが課題として示された。これらの課題に対する対策として、二次調査の結果8)-(4)「地域診断を実施するための環境整備の必要性」では、作業時間の確保や専門職間のディスカッションによる検討、さらにスーパーバイズの必要性などの対策が挙げられていた。このような具体的な環境を整えることも解決のための一つの方法だと考えられる。

また、Community as Partner Modelを使った地域看護診断は、国内でも様々な研究者によって試みられているが、どの研究者もアセスメントから診断に至るまでの難しさを指摘している。実際にアセスメントから診断に至る際、金川ら[11]はエスノグラフィー、佐伯ら[12]はOMAHAシステム、クラークのディメンションモデルを参考にしている。今後、研究者の側からアセスメントから診断に至るためのツールを作成することも必要となるだろう。

しかしながら、地域看護診断の最終目的は、保健師自身の実践能力の向上にある。今回対象となった行政に働く保健師は、地域診断の意義や有用性については十分に理解しており、何らかのモデルを使って地域診断を実施している者も多かった。これらのことから、保健師は、地域診断の必要性を理解し、モデルの理解力もあると考えられる。保健師が地域看護診断を自分たちで実践できるような能力を身に

つけるようになることが、抜本的な解決となると考えられる。

地域保健法施行により、保健所の機能は広域的、専門的、技術的支援と定義された[13]。それらを実施する保健活動をするためには、的確な地域診断の裏付けがなければならない。地域診断を地域を知る情報として活用するだけにとどまらず、地域保健福祉計画の策定に利用できるよう質を高めていくことがこれからの課題となるだろう。

今後、地域看護診断の研究をさらにすすめ、加茂川町のヘルスプロモーションについて積極的に関わると同時に、保健師を中心とした県内看護職を対象とした研修など、実践への活用も積極的にすすめていきたい。

Ⅵ．結論

1．Community as Partner Modelは、地域診断において統合された情報を手に入れることができる有用なツールである

2．保健師は地域診断を保健師活動の基礎だと考えており、モデルを使った地域看護診断についても積極的に取り組みたいと望んでいる。しかし、モデルを使った地域看護診断を実施する条件として、総合的な地域診断能力の養成や、具体的な作業時間の確保の必要性がある。

[付記]

調査に関してご協力をいただいた皆様、岡山県保健福祉部保健福祉班、加茂川町民生課の方々に心よりお礼申し上げます。

[参考文献]

1）Anderson,E.T,　McFarlane,J.M(2000) Community as Partner　Theory and Practice in Nursing, Lippincott

2）西正美(1985)　地域の公衆衛生診断　日本公衆衛生協会

3）金川克子編(2000)　地域看護診断－技法と実際－　東京大学出版会

4）岡山県立大学保健福祉学部看護学科 地域看護学講座・老年看護学講座(2002) 地域看護診断-Community as Partner Model in KAMOGAWA-，岡山県立大学平成13年度特別研究報告書

5）前掲書4）

6）前掲書4）

7）Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter(1991) HEALTH PROMOTION PLANNING: An Educational and Environmental Approach, Mayfield
(ローレンス W. グリーン，マーシャル W. グロイター著　新馬征峰他訳(1997) ヘルスプロモーション PRECEED-PROCEEDモデルによる活動の展開)

8）岩永俊博(1995)　地域づくり型保健活動のすすめ，医学書院

9）岩永俊博，黒田裕子，和田耕太郎(1996)　地域づくり型保健活動のてびき，医学書院

10）新井宏朋，丸地信弘，山根洋右他(1997)　健康の政策科学－市町村・保健所活動からの政策づくり，医学書院

11）前掲書3）

12）佐伯和子、和泉比佐子、平野憲子他(2002) 地域の看護アセスメントのための教育用モデルの開発、日本地域看護学会誌、Vol.5, No.1, 28-35

13）厚生統計協会(2001)　国民衛生の動向 Vol48, No9

14）岡山県立大学保健福祉学部看護学科 地域看護学講座・老年看護学講座(2002) みんなで創る健康・加茂川21-ﾍﾙｽﾌﾟﾛﾓｰｼｮﾝの実践-

15）二宮一枝、小野ツルコ他(2002)　高齢者の生き甲斐を支援する地域保健活動に関する基礎調査、平成13年度特別研究報告書、22-26

Model-Based Nursing Diagnosis for Community

AKIE KITAZONO, KAZUE NINOMIYA, TSURUKO ONO

Department of Nursing, Faculity of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan

Key words: Community Health Nursing diagnosis, Community as Partner Model

Abstract: Model-based community health nursing diagnosis was carried out using the Community-as-Partner Model. In order to evaluate the diagnosis, interviews were then conducted with the public health nurses working in partnership with Kamogawa town. Lastly, questionnaires were sent out to public health nurses working in the prefecture to investigate their awareness of the model-based community nursing diagnosis and their perceived tasks in practice. Findings indicated that the Community-as-Partner Model was a useful tool which had the advantage of making a complete collection of data related to community health nursing diagnosis. However, public health nurses identified the need for guidance by the specialist in using this model, and also for a less time-consuming mode of community health nursing diagnosis.