

地域住民の健康エンパワメント

—介護予防意識と協働のあり方—

高野 美代子

目的 少子高齢社会が進む中で、地域では、様々な高齢者の支援が行われているが、ひとり暮らし高齢者の増加等、急速な社会変化により、多様な地域の生活課題に対し、一人ひとりが、主体的に協働支援を行うことが重要となっている。そこで、協働の意識状況について、把握し、地域住民の内にある生きる力が引き出されるような、エンパワメントとしての協働の方策を考察する。

方法 愛知県T市主催でS大学が講座を担当した健康講座に継続的に受講している参加者98名（回収率60.9%）及び愛知県C市の食生活改善推進員52名（回収率80.0%）に、アンケート調査を行った。また、行政等と協働して活動している愛知県K市O町内の保健連絡員3人に、活動についてインタビュー調査を実施した。両調査から、エンパワメントや介護予防支援意識と協働状況について検討した。

結果 協働して活動を行っているか、いないかの違いにより、年齢、仕事の有無、家族や近隣からの支援や、人間関係性に関連するエンパワメント、介護予防活動への協力意識との関連が認められた。また協働して活動している役員は、主体的、自立的に行動を行い、さらにエンパワメントされる頻度が多かった。

結論 協働には、家族や近隣の精神的な支援が必要である。そして健康づくり・介護予防に地域の連携や科学的な情報が得られる等の実利を感じることができると協働が必要である。このような協働により個人のみならずコミュニティのエンパワメントが高まることが考えられる。

キーワード：協働，エンパワメント，介護予防意識

I 緒言

2009年には65歳以上が、全人口の22.7%で過去最高であったが、2023年には30.0%になると予測されるなど、急速に高齢化が進行している。特に75歳以上の後期高齢者の増加が進み、老人人口全体の4割以上を占めることになると予測されている。世帯構造も変化し、2030年には全世帯に占める単独世帯が37.4%に上昇し、急速に核家族化が進むと予測されている¹⁾。2006年に、少子高齢社会で、国民の健康寿命の延伸に向け、国民それぞれの立場に応じ、予防を重視した健康づくりを国民運動として展開し、充実した人生を送ることが出来るよう支援するとされた、新健康フロンティア戦略が策定された。子どもや女性の健康力向上や介護予防力向上として、介護予防に関する意識向上や身体機能活動低下防止、認知症・うつ予防の心の健康などが示された。この新健康フロンティア戦略では、国民の健康寿命の

延伸に向けて、健康課題などに、自己の選択に基づいて行動し、活動性を保ちながら自己実現できることを支援する戦略である。同時に孤立を防ぎ、地域参加を促す新たな支援が求められている²⁾。コミュニティの動きとして、総務省コミュニティ研究会『中間とりまとめ』(2007年6月)では、「地域コミュニティ活動にあたっては、それぞれ異なる目的や機能を持った各種団体がバラバラに活動するのではなく、地域コミュニティの持っている総合力を活性化するという観点から、意見調整・合意形成を行いながら連携することが有益で、連携の場を『プラットホーム』として整備する」と位置付け、連携の場が地域参加を促進する支援の一つとなった。厚生労働省も、2008年3月「地域における新たな支えあい」を求めて「住民と行政の協働による新しい福祉」を公表した。必要な条件として、成功事例、地域の生活課題の発見、情報の共有、ネットワーク、拠点の場所、資金、人材、既存施策の見直し等が打ち出された。「地域における新たな支え合い」からは、住民と行政の協働による新しい福祉の概念も報告され、地域福祉の小圏域の地区コーディネーターの配置など重層的な支援がイメージされている³⁾。報告書で見られるように少子高齢社会に向かっている現状で、地域に求められることは安心、安全のみではない。健康寿命の延伸に向け、自己実現を図りながら、高齢期をどのように過ごすか、心身の健康と関連を持ちながら、できる限り、社会の役に立ちたいと考える住民が多くなっている。

安心・安全なまちづくり等で、行政と協働して活動している福祉団体やNPOの報告は、多くなっている。健康づくりにおいても、協働の視点は重要になっている。しかし、健康づくりを「協働」の視点で、検証した研究は、ほとんど見当たらない。

そこで、協働に着目し、健康づくり・介護予防の観点から、どのような事ながら協働に関連しているか、どのような支援方策が効果的か、アンケート調査とインタビュー調査の結果から明らかにすることが、今後の地域における支援の方策策定に役立つと考えた。そしてエンパワメントや家族の支援等状況を検討することで、その人自らの内にある生きる力が引き出されるような、健康づくりの協働に役立つと考えた。

1. 協働の概念

協働は、アメリカのインディアナ大学の政治学教授ヴィンセント・オストロム (Vincent Ostrom) が、1977年著作『*Comparing Urban Service Delivery Systems*』の中で、主要概念として、Coproductioという用語を用いたことで協働の概念が生まれた。そして協働と訳されたことで、日本語として定着した。「複数の主体が、何らかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動すること」をいい⁴⁾、コラボレーション (collaboration)、パートナーシップ (partnership) ともいう。近年、この協働の概念は日本の地方自治の分野で、まちづくりの取り組みに不可欠なものとして唱えられている概念のひとつになっている。

日本における協働の定義例は、行政と市民・NPOと一緒に活動することとされている。例えば、『仙台協働本』では「組織と組織が、特定の特定課題の解決のために、目的を共有して、互いに資源を持ち寄って、相乗効果をあげながら、協力して取り組むこと」と定義されている⁵⁾。その他の各市町村で協働の定義が記載されたものに、杉並区の自治基本条例、

箕面市の市民参加条例，大和市の市民協働支援条例，かながわボランティア活動指針，あいち協働ルールブック等がある。松下⁵⁾は「行政と市民の両方が主体となり，自主的に活動し，お互いが対等である」と概念化し，自主的，対等を重視した定義をしている。そして，パートナーシップとの違いについて，「協働」は行動に比重が移った表現であり，「パートナーシップ」は関係に重点を置いた表現である。協働のキーワードは主体，対等，自立（自律），責任，信頼であると述べている。船橋市の行政パートナーと市民協働についての資料抜粋（2009年4月20日）で，「市民協働」について，「あらゆる主体が，それぞれの社会的役割と責務を認識し，互いの持つ特性を尊重しつつ，補完し合い，協力・連携し合いながら，市民福祉の増進に向けた地域交流の活性化や地域における課題解決という共通の目的のために，創造的かつ持続的に取り組むこと」と定義している⁶⁾。これらの市町村の例から，近年では，行政とNPOや市民などとの間での協働により，まちづくりをしていこうという取り組みが盛んであり，今後，地方自治の分野において「協働」は核をなす価値観のひとつとなると思われる。

本論稿では，協働の概念は，地域の住民相互の支援活動を支えるための行政や地域組織との協働をとらえていることから，「複数の主体が，何らかの目標を共有し，ともに力を合わせて活動すること」とした。

2. エンパワメントの定義

WHOのオタワ憲章ではエンパワメントを「人々や組織，コミュニティが自分達の生活への統御を獲得する過程である」と定義している⁷⁾。Wallerstein⁸⁾は「個人やコミュニティの統御の増加や社会的効力，コミュニティの生活の質の向上と社会正義を目標とした人々や組織，コミュニティの参加を促進するソーシャルアクションの過程」と定義している。本論稿では，エンパワメントを，「個人または家族，地域が相互に関連しながら，各々の目標を達成するために，もともと備えている力を発揮した（している）状態である」と定義した。

3. 介護予防の定義

要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと，そして要介護状態であっても，状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）」と定義されている⁹⁾。要介護状態を発生するリスクの高い者に対する，運動機能の向上，栄養改善，口腔機能の向上等があり，一般高齢者には，介護予防の基本的知識の講座や教室が開催されている。

II 対象と方法

それぞれの対象に，異なる二つの方法で行った。第一方法はアンケート調査結果から検討を行った。第二方法は，保健連絡員へのインタビュー結果から，協働して活躍している内容を抽出して検討を行った。倫理的配慮として，豊橋創造大学倫理委員会の審査を受けた後，対象者に文書で研究の要旨・倫理的配慮について説明し，回答をもって同意を得た。

1. 第一方法の状況

1) 調査方法

- (1) 調査対象者：健康づくり参加に意欲が高い人で、かつ協働活動の有無で二つの対象群に分け、介護予防・健康づくりへの支援等の差を検討した。A群として、愛知県T市主催でS大学が講座を担当した健康講座に継続的に受講していると想定した者を、健康づくりに参加意欲が高いが、協働で活動していない群とした。B群は、愛知県C市の食生活改善推進員として組織的に活動をしている人々を、健康づくりに参加意欲が高くかつ、行政等と協働で活動している群とした。
- (2) 方法：2009年12月上旬から中旬に、無記名自記式の郵送法による質問用紙調査を実施した。
- (3) 内容（調査項目）（A群・B群）：地域住民の日常生活として、家族及び近隣からの支援状況をソーシャルサポートに関する質問JMS-SSSの尺度（以下jms-sssと略す）を使用し各10項目、エンパワメントには、一般的セルフエフィカシーとの関連、援助成果との関連、コーピングとの関連を包含したとして開発されたエンパワメント尺度12項目、介護予防事業の理解、利用状況、介護予防活動への意識・関心、介護予防活動への支援意識を高めるために必要な内容、基本属性（性別、居住歴、仕事の有無）等を調査した。
- (4) 分析方法：家族及び地域からの支援は、各項目ごとに、まったくない、たまにあるを「なし」、ときどきある、よくあるを「ある」と2区分で、エンパワメンは、各項目に「非常にあてはまる」、「ややあてはまる」を「はい」、「どちらともいえない」、「あまりあてはまらない」、「全くあてはまらない」を「いいえ」と2区分で分析した。介護予防支援の理解について、「はい」、「いいえ」の2区分で分析した。協働の有無別に分けて χ^2 で分析した。年齢の平均得点の差をT検定で分析した。介護予防活動等の内容は3項目を選択してもらった。分析には統計ソフトSPSSVer16.0 for Windowsを使用した。

2. 第二方法

1) 調査方法

- (1) 調査対象者・方法：愛知県K市O町内の保健連絡員3人に、地域関係者の活動力や協働状況の把握のため、2010年8月上旬に半構造的面接法でインタビュー調査を実施した。
- (2) 内容（調査項目）：最近の活動内容、活動での思い、困難性などをインタビューした。
- (3) 分析方法：インタビュー内容を逐語録におこし、熟読したのちに、文節ごとに区切った。そこから、協働の基礎となるエンパワメントの関連要因と考えられている、「ソーシャルワークにおけるエンパワメント」を著した和気試案を参考にして、「人」と「環境」、「資源の動員・活用」、「対処」、「認知・評価」にカテゴリー化し、該当する内容を収集した。

III 結果

1. 第一方法

A群は、「協働なし群」とした。40歳以上の161人に、アンケート調査を行ない、98人の回答

者（回収率60.9%）を対象とした。B群は、行政等と協働で活動している群「協働あり群」とした。65人に、同様なアンケート調査を行い、回答を得た52人を対象とした（回答率80.0%）。

1) 対象者の特性：「協働なし群」と、「協働あり群」で2群比較した。「協働なし群」の平均年齢は66.4歳，男性38.9%，未就業52.6%，であった。「協働あり群」の平均年齢は62.9歳，全員が女性，未就業71.2%であった。協働なし群に65歳以上の率が高く，未就業者が多かった（表1）。

表1 基礎情報・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群（協働なし）N=98 B群（協働あり）N=52		P
	協働なし	協働あり	
性別：男性	37 (38.9%)	0 (0%)	**
年取ってから現在地へ移住	21 (22.8%)	13 (25%)	
賃貸住宅に住んでいる	2 (2.1%)	1 (1.9%)	
仕事をしていない	50 (52.6%)	37 (71.2%)	*
年齢・平均値	66.4	62.9	*
家族の人数・平均値	2.98	3.40	

χ^2 検定・t検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01

2) 家族からの支援：情動的サポート2項目，手段的サポート4項目，情緒的サポート4項目の計10項目を調査した。各項目を，まったくない，たまにあるを「なし」，ときどきある，よくあるを「ある」と2区分にし分析した。協働なし群が「病気で寝込んだとき身の回り世話をしてくれない」，「家事を手伝ってくれない」，「一緒に喜んでくれない」の3項目以外に，家族の支援が小さかった。「情動的サポート」および一緒に喜んでくれない以外の「情緒的サポート」に差が認められた（表2）。

表2 家族との関係・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群（協働なし）N=98 B群（協働あり）N=52		P
	協働なし	協働あり	
困った時に助けてくれない	12 (12.2%)	4 (7.7%)	*
話し合っ一緒に取組まない	20 (20.6%)	10 (19.2%)	*
困った時経済的に頼れない	11 (11.3%)	6 (11.5%)	*
寝込んだ時に世話をしてくれない	29 (29.6%)	2 (3.8%)	
引越しを手伝ってくれない	11 (11.2%)	0 (0.0%)	*
家事を手伝ってくれない	7 (7.1%)	2 (3.8%)	
気持ちが通じ合わない	1 (1.0%)	1 (1.9%)	**
一緒に喜んでくれない	7 (7.2%)	5 (9.6%)	
考えや将来を話し合わない	44 (44.9%)	23 (44.2%)	*
孤独である	36 (36.7%)	13 (25.0%)	+

χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01

3) 近隣からの支援：近隣との関係10項目中で、協働なし群では「困った時に助けてくれない」67.0%、「孤独である」67.7%に差が認められた。「気持ちが通じ合わない」61.1%、「一緒に喜んでくれない」67.8%、「考えや将来を話し合わない」75.6%にその傾向が認められ「情報のサポートの項目で近隣からの支援が小さかった（表3）。

表3 近隣との関係・協働の有無別 人数 (%)
A群（協働なし）N=98 B群（協働あり）N=52

設 問	協働なし	協働あり	P
困った時に助けてくれない	61 (67.0%)	20 (40.8%)	**
話し合っ一緒に取組まない	61 (66.3%)	27 (55.1%)	
困った時経済的に頼れない	78 (90.7%)	39 (88.6%)	
寝込んだ時に世話してくれない	78 (88.6%)	42 (91.3%)	
引越しを手伝ってくれない	71 (83.5%)	33 (76.7%)	
家事を手伝ってくれない	78 (88.6%)	42 (91.3%)	
気持ちが通じ合わない	55 (61.1%)	20 (43.5%)	+
一緒に喜んでくれない	61 (67.8%)	24 (52.2%)	+
考えや将来を話し合わない	68 (75.6%)	28 (59.6%)	+
孤独である	63 (67.7%)	21 (45.7%)	*

χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01

4) 普段の行動（エンパワメント）：協働なし群が、「話せる場がない」31.6%「地区の人とつながりがない」43.8%、「みんなと一緒になら何でもできると思わない」38.9%、「健康づくりの情報を発信したくない」50.0%など、人間関係性の項目のエンパワメントが低かった（表4）。

表4 普段の行動（エンパワメント）・協働の有無別 人数 (%)
A群（協働なし）N=98 B群（協働あり）N=52

設 問	協働なし	協働あり	P
新しい自分の発見がない	47 (49.0%)	30 (60.0%)	
新しいことを学びたいと思わない	13 (13.5%)	12 (24.5%)	
趣味がない	16 (16.8%)	6 (12.0%)	
努力で今以上の能力を得られない	29 (30.2%)	17 (34.0%)	
原因を確かめる努力をしない	25 (26.0%)	17 (34.0%)	
人に喜んでもらえると感じない	17 (17.9%)	3 (6.0%)	+
話を聞いてくれる人がいない	28 (29.5%)	8 (16.0%)	
話せる場がない	30 (31.6%)	5 (10.0%)	**
地区の人とつながりがない	42 (43.8%)	7 (14.0%)	**
みんな一緒になら何でもできると思わない	37 (38.9%)	8 (16.0%)	**
健康づくり情報を発信したいと思わない	47 (50.0%)	12 (24.0%)	**
仲間に囲まれる安心感がない	51 (53.7%)	22 (44.9%)	

χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01

- 5) 介護保険制度の理解や利用：協働なし群は、「介護保険制度を知らない」25.0%で介護保険制度の理解が低かった（表5）。
- 6) 介護予防講座：協働なし群は、介護予防講座の理解で「理解ない」が21.1%、「参加経験ない」が52.6%であった。しかし有意な差は、認められなかった（表6）。

表5 介護保険・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群（協働なし）N=98		B群（協働あり）N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
介護保険を知らない	24 (25.0%)	2 (3.8%)			**
介護保険を利用したことがない	90 (94.7%)	47 (90.4%)			
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01					

表6 介護予防講座について・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群（協働なし）N=98		B群（協働あり）N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
介護予防教室を知らない	20 (21.1%)	11 (21.2%)			
介護予防教室の参加経験なし	50 (52.6%)	21 (41.2%)			
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01					

- 7) 介護予防活動への意識・関心：介護予防活動への意識・関心について、7項目から三つを選び記載してもらった。協働なし群は、「公的機関・地域と連携活動に関心あり」39.5%で、関心が低かった。その他では、協働なし群と協働あり群の差が認められなかった。しかし両群とも60～80%に、介護予防活動への関心が認められた（表7）。

また協働なし群は、「健康づくり・介護予防支援活動に協力したくない」34.5%で、意識・関心が低かった（表7-2）。

- 8) 介護予防への協力支援意識を高めるために必要と考える方策：必要と考える方策について、10項目から三つを選び記載してもらった。協働なし群は、「家族の理解」11.8%で、低かった。その他の項目で、協働との有意な差が認められなかった（表8）。

表7 介護予防活動への意識・関心・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群（協働なし）N=98		B群（協働あり）N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
情報習得の機会に関心	65 (75.6%)	28 (60.9%)			
活動交流等の場に関心	45 (52.3%)	24 (52.2%)			
自主グループ参加に関心	42 (48.8%)	26 (56.5%)			
まちづくり・行政へ提言に関心	24 (27.9%)	18 (39.1%)			
公的機関・地域と連携活動に関心	34 (39.5%)	27 (58.7%)			*
その他に関心	3 (3.5%)	1 (2.2%)			
意識関心はない	3 (3.5%)	1 (2.2%)			
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01 %=各項目条件数/回答数					

表7-2 介護予防活動への支援意識・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群 (協働なし) N=98		B群 (協働あり) N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
支援活動に協力したくない	29 (34.5%)	6 (11.5%)			**
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01					

表8 介護予防活動への支援意識を高めるため必要な内容・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群 (協働なし) N=98		B群 (協働あり) N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
必要性を感じる情報が必要	49 (57.6%)	27 (57.4%)			
ボランティアが必要	19 (22.4%)	16 (34.0%)			
自身の意識が必要	38 (44.7%)	19 (40.4%)			
地区の理解・協力体制が必要	24 (28.2%)	15 (31.9%)			
家族の理解が必要	10 (11.8%)	13 (27.7%)			*
老人クラブ等とともに行動が必要	16 (18.8%)	12 (25.5%)			
支援知識・技術の学習機会が必要	39 (45.9%)	20 (42.6%)			
自身の健康が必要	42 (49.4%)	17 (36.2%)			
その他必要	1 (1.2%)	0 (0.0%)			
特になし	0 (0.0%)	0 (0.0%)			
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01 %=各項目件数/回答件数					

9) 介護経験 (介護提供・介護受領)

協働なし群は「介護を提供した経験あり」49.0%で、差がなかったが、「介護を受領した経験あり」3.3%で、低い傾向であった (表9)。

表9 介護経験について・協働の有無別 人数 (%)

設 問	A群 (協働なし) N=98		B群 (協働あり) N=52		P
	協働なし	協働あり	協働なし	協働あり	
介護をした経験あり	47 (49.0%)	32 (61.5%)			
介護された経験あり	3 (33%)	6 (12.2%)			+
χ^2 検定 +P<0.1 *P<0.05 **P<0.01					

2. 第二方法

愛知県K市O町内の保健連絡員 (以下は役員という) 3人による、インタビューの発言数は293件であった。その意見の内容を、協働におけるエンパワメントとして分析した。そして、保健連絡員の役割をソーシャルワークの働きかけと類似と考え、ソーシャルワークにおけるエンパワメント関連要因と考えられている和気の「ソーシャルワークにおけるエンパワメント」試案¹⁰⁾を参考に「人と環境」を1、「資源の動員・活用」を2、「対処」を3、「認知・評価」を4にカテゴリー化した。重複する意見を除き、カテゴリー化できたインタビュー内容抜粋 (以下

内容とする)を、表10に示した。「人と環境」では、「関係機関」、「対象者」、「関係者」の内容で相互作用を図っていた。「資源の動員・活用」では、「関係機関」、「関係事業」、「地域組織」、「知識獲得」の内容を活用していた。「対処」では、工夫や努力して課題に働きかけ問題の解決に取り組むと言われる「問題対処型」や、自らの価値観を事態に調整して取り組むと言われる「自己統制対処型」の内容で対処していた。「認知・評価」では、「肯定的評価」を行っていた。そして「やれることはやる」、「家族支援を頼む」といったさらなる力を出し活動していた。

表10 活動におけるインタビュー内容抜粋【エンパワメントの状況】

【1 人と環境相互作用】延114件の抜粋内容

「何かあったら聞く」「ちょっとしたことを相談」→**関係機関との相互作用**、「子ども支援を聞かれた」「訪問して様子を見る」「一番不安がある時期に訪問」「心配だったら保健センターへ連絡してくださいと母親に言う」「態度で早く帰ってほしいのだと察する」「きちんと対応してもらえるので頑張ってる」「子育てするママの出会いの場について話し合う」→**母親との相互作用**、「OBの方が頑張ってくださいている」→**関係者との相互作用**

【2 資源の動員・活用】延71件の抜粋内容

「保健センター」「市役所」「子育て等の制度紹介」→**関係機関の資源**、「保健センター保健師」→**関係者の資源**、「保健センターの子育てサロン」→**関係事業の資源**、「出会いの場」「地区の会館」「資金」→**地域機関の資源**、「区長」「区の方」→**地域役員の資源**、「健康に関することの勉強会」→**知識獲得の資源**

【3 対処】延36件の抜粋

「聞く」「相談した」「訪問をお願い」「連絡した」「宣伝している」「関係者を呼んでいる」「電話入れている」「回答していただくよう依頼」「相談や身長体重測定依頼」「区へ援助することをお願いし、応援してもらっている」「区や皆さんの協力を得ている」→**問題対処行動**
「ここではどうこう出来なかった。勉強しなきゃ」「知らないといけない」「連絡している」「どっちにしようかと考える」「役目があつたとき家族もろとも巻き込んでいる」「家族に一生懸命頑張るから応援して欲しいと頼む」「楽しい気持ちで活動する」→**自己統制対処行動**

【4 認知・評価】延58件の抜粋

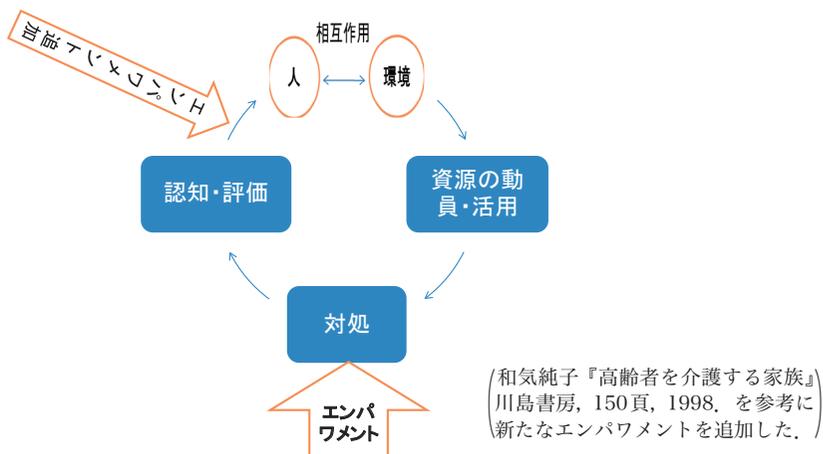
「母親から聞いてみたいと思ってもらえる」「きづいた」「結構役に立った」「うれしそうに顔される」「ある程度軌道に乗ってきた」「これで3年目になる、もっといろんなことやればたくさん来るかなって思う」「この3人だけでは出来ない」「勉強させてもらってよかった」「得ることのほうが大きい」「勉強になるので結構楽しい」「知り合いも増えた」「みなさんのやさしい気持ちとか協力とか、勉強になった」「やって悪かったって事は何も無い」「やれることをお手伝いする」「知り合いも増えた」→**肯定的評価**

* 【 】内は、エンパワメント因子を記載した。

【1 人と環境相互作用】、【2 資源の動員・活用】、【3 対処】、【4 認知・評価】

さらにこれらの行動を、「ソーシャルワークにおけるエンパワメント」和気試案¹⁰⁾を参考に図1に示した。活動を行っている役員は、主体的に関係行政機関や地区組織に相談をおこない「人と環境」の相互作用を図り、「資源の活用」を行い、学習等を定期的に積み重ね、知識の蓄積を行って「対処」していた。出来ることは努力して行いたいという「認知・評価」を行い、もともと備えているエンパワメント力を協働でも再び発揮していた。

図1 協働におけるエンパワメント概念図



IV 考察

アンケート調査とインタビュー調査の結果から、協働の関連を健康づくり・介護予防の観点から、考察する。

1. 協働の関連要因について

健康づくり・介護予防の協働は、家族の支援の関連で家事の手伝いなどの手段的支援に比較し、話を聞くなどの精神的な支援が影響していた。近隣からの支援においても、困った時の助けの手段的支援のみでなく、精神的な支援が協働に関連していた。家族や近隣の支援が協働にとって重要であることが示唆された。普段の行動（エンパワメント）においては、人とのつながりが大きく影響していた。また、介護予防活動への協力意識で、「協働なし群」に介護予防の支援活動に参加したくない率が高かったことから、主体的に支援行動する意識の違いが、協働に影響を及ぼしていると考えられる。介護経験では、介護された経験があることが、協働意識に関連している傾向があったが、対象数も少ないことから明らかな関連は認められないと考える。

協働に対する意識要因の研究で、松下⁵⁾は「協働」は行動に比重が移った表現であると述べている。しかし健康づくり・介護予防の協働の具体的関連要因の文献はほとんど見当たらないことから、協働について既存の活動（研究）例から関連要因を検討した。

協働の概念が日本で定着されだす1995年頃以前から、協働と想定される多くの活動事例がある。例えば、本研究で対象とした、K市の保健連絡員の一つの活動がある。様々な健康問題を抱える家庭と保健センターとの橋渡し、安心して子育てができるよう地域で支援、保健センター各種行事の紹介、地区の状況に応じ、健康づくり行事の企画、運営等を行っている。最近では、住民と行政の政策決定に向けた協働例として、東京都狛江市¹¹⁾での、地域福祉推進委員会を設置し、各種計画へ意見を述べ、計画に反映された。また、宝塚市¹²⁾では、自

治会とボランティアグループなどが一体的組織となりコミュニティ協議会を設立し、相互扶助と住民自治によるまちづくりをめざし活動している。協働の活動の意義を、船橋市の活動(研究)例でみると、多様で複雑化する市民ニーズに効果的な対応ができるようになる。地域活動への主体的な区民参画の促進につながる。自治意識が高まるとともに一人ひとりの自己実現の機会が増える。さまざまな団体が力を出し合う、地域の力が向上する等が挙げられている⁶⁾。

これらの活動例や活動の意義から、協働に関連する意識要因は、「相互扶助」、「自治意識向上」、「自己実現」であるとする。これらは、本研究において明らかになった「精神的な支援」、「人とのつながり」、「主体的に行動する意識」が基盤であると考えることが出来る。健康づくり・介護予防の協働においては、これらの協働の果たしている役割を考慮し、家族、近隣や地域の人々とのつながり、介護予防の連携を意識することが協働を高めると考える。

2. 協働の関連—エンパワメント—

日ごろ地域の人々とつながっている役員のインタビュー内容を、「協働におけるエンパワメント概念」として分析した。家庭訪問などの個別的援助においては、保健センター保健師や組織と「相互作用」のなかで活動を行っていた。そして子育てサロン等の集団的支援では、「地域の人材や制度を活用」して「対処」し、さらに自らの保健活動を公の場で発表し、地区の活動内容を共有化し、多くの知識の獲得につなげ、「肯定的評価」を自ら認め、次もがんばるといったエンパワメント意識行動につなげていた。これらの行動は、従来から備えているエンパワメント行動に、さらにあらたなエンパワメントが加わり、ともに力をあわせて「循環しながら昇華した」と考えられる。

エンパワメントを、個人または家族、地域が相互に関連しながら、各々の目標を達成するために、もともと備えている力を発揮した(している)状態であると定義した。結果においても、協働意識により、個人のエンパワメントが高まった。「対応する人数が多くなれば役員は3人だけでは出来ない」と限界も認識していた。しかし主体的に実施した教室は自身も役に立ったと述べていることから、主体性の有用性を認識してエンパワメントが高まったと考えることができる。介護予防活動に「情報が必要」と約8割が回答しているが、情報とエンパワメントの関連をFlynnら¹³⁾は、「政策への市民参画とアクションリサーチによる健康都市づくり」で「意思決定に必要な情報を見極める機会を与えることによってコミュニティ・エンパワメントに寄与する」と情報の必要性を述べている。安梅の研究によると情報が少ないと5年後の死亡率が5倍以上高くなる。また主体的な生活が出ない場合は、2倍高くなると報告している¹⁴⁾。エンパワメントを高めるためには科学的な情報を提供することが重要と考える。

3. 介護予防意識と協働意識

渡辺の研究で、高齢者福祉活動の必要性に関する地域住民の意識「介護予防」との間に有意な関連は、「年齢」「地域の集まり」「広報紙(市・区・自治会レベル)」等であった¹⁵⁾。本研究においても協働との関連で、「地域と連携」、「情報」そして「家族の理解」が介護予防

意識との関連で明らかになり、今後の協働のあり方を考える場合の示唆が示された。

協働の具体的概念は、「心を合わせ」、「力を合わせ」、「助け合う」と捉えている考え方もある¹⁶⁾。実施にあたって、基本となるのは、Win-Winの関係づくりであり、双方に協働のメリットがある「実利」と「展望」があることが条件である⁵⁾。また、協働の源泉は、①市民の自律性、②共同体のことをわがことのように感じられる有徳性を身につけることが必要¹⁷⁾であると言われている。本研究で家族・近隣が支援し合い、精神的な支え合いが必要であることが判明した。健康づくり・介護予防には、地域の連携を感じる活動や科学的な情報が得られる等の実利を感じる事が出来る協働が必要と考える。このような協働のあり方を考慮して行動することが、個人のみならず、コミュニティのエンパワメントも高める作用につながっていると考えられる。

研究の限界として、本調査の対象で「協働あり群」は全員が女性であった。また平均年齢に差が認められたことから、性別や年齢の偏りによる差があるのか検討していない。今後対象数を増やして検討する必要があると考える。

文献

- 1) 厚生統計協会編 (2010/2011)：国民の福祉の動向 (厚生指 導臨時増刊) 第57巻第11号, 24-26, 東京.
- 2) 厚生統計協会編 (2010/2011)：国民衛生の動向 (厚生指 導臨時増刊) 第57巻第9号, 85-86, 東京.
- 3) これからの地域福祉のあり方に関する研究会 最終まとめ (2008)：研究会報告書の構成及び概要, 1-10.
- 4) 松野弘 (2004)：地域社会形成の思想と論理 (初版), ミネルヴァ書房, 京都市.
- 5) 松下啓一 (2009)：市民協働の考え方・つくり方 (初版), 萌書房, 奈良市.
- 6) 行政パートナーと市民協働に関する資料抜粋：船橋市, www.city.funabashi.chiba.jp/.../kyoudoushishin.htm, 2010.11.22.
- 7) World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion, First international Health Promotion Conference, Ottawa, Canada, 1986.
- 8) Wallerstein N: Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992; 6 (3): 197-205.
- 9) 辻一郎ら, 「総合的介護予防システムについてのマニュアル (改訂版)」厚生労働省 分担研究班: 14-16, 2009年.
- 10) 和気純子 (1998)：高齢者を介護する家族, 川島書房, 東京.
- 11) 東京都狛江市 (2008)：住民と行政の政策決定に向けた協働, *月刊福祉* August, 32-34.
- 12) 兵庫県宝塚市 (2008)：住民と行政の政策決定に向けた協働, *月刊福祉* August, 35-37.
- 13) Flynn B C, Ray D W, Rider M S: Empowering Communities: Action Research through Health Cities, *Health Education Quarterly*, 1994; 21 (3): 395-405.
- 14) 安梅勅江 (2007)：エンパワメントのケア科学, 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 15) 渡辺裕一, 高齢者福祉活動の必要性に関する地域住民の意識, *厚生指 標* 54巻1号 pp. 1-8 (2007.01)
- 16) 荒木庄次郎 (1990)：参加と協働—新しい市民=行政関係の創造, *ぎょうせい*, 東京.
- 17) 山崎丈夫 (2009)：地域コミュニティ論3訂版—地域分権への協働の構図— (3訂版), 自治体研究所, 東京.