

わかる、できる

# 保健師のための ポピュレーションアプローチ 必携



平成30年3月



公益社団法人 **日本看護協会**  
Japanese Nursing Association

わかる、できる

**保健師のための  
ポピュレーションアプローチ  
必携**

# はじめに

現在、健康格差を縮小し、誰もが健やかで心豊かに自分らしく生活ができ、魅力と活力ある社会をめざすために「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」が、国民とともに取り組む健康づくり施策として進められています。

その中では、生活習慣病の発症や重症化を予防し、要介護状態となる時期を遅らせて、健康寿命の延伸を図ることが掲げられています。また、地域全体での食生活の改善や個々の状態にあった運動習慣の定着等、疾病予防、すなわち「一次予防」も一層推進する方向も示されています。

一次予防活動にとって、ポピュレーションアプローチは重要な手法の一つであり、健康意識の底上げとヘルスリテラシーの向上をもたらし、あらゆる人々の活力と魅力を高める健康な“まちづくり”の手段となります。

これまで以上に、行政と企業、あるいは行政と学校教育等が連携して、食生活習慣や運動習慣を導く等、健康課題の解決手法にポピュレーションアプローチを加える自治体も少しずつ増えています。

本書は、平成 29 年度の厚生労働省の先駆的保健活動交流推進事業報告書「ポピュレーションアプローチにおけるプロセスとアセスメントの実際～効果的なポピュレーションアプローチに向けて～」を基に作成をしております。本報告には、取り組み事例から導いた、PDCA サイクルの Plan の段階では、実態把握から指標の設定までを含めることの重要性に着目し、そのプロセスを辿るように記載しています。併せてご活用いただき、地域住民の暮らしに迫り、地域の特徴を踏まえた健康づくりを牽引していただけることを期待します。

平成 30 年 3 月  
公益社団法人 日本看護協会  
会長 福井トシ子

<b>第1章 ポピュレーションアプローチの基本的な知識</b> .....	7
1. 「ポピュレーションアプローチ」とは .....	8
1) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ .....	8
2) 両輪の活動としてのハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ .....	9
2. 保健活動の現状 .....	9
1) 保健活動をめぐる3つの課題.....	9
(1) 十分とはいえないデータ分析・活用 .....	9
(2) 求められる健康格差への対応.....	10
(3) 重要性を増す予防活動.....	10
2) ポピュレーションアプローチの意義.....	11
(1) 社会規範が変わる .....	11
(2) 人々の関係性が変わる .....	11
(3) 個人の選択が変わる .....	11
3. 保健師とポピュレーションアプローチ.....	14
1) 保健師の切り札としてのポピュレーションアプローチ .....	14
(1) 保健師のフィールド「地域」とは .....	14
(2) 保健師と地域づくり .....	14
(3) 保健師活動の基盤となる地域診断 .....	14
(4) 「地域診断」なくして「地域活動」なし.....	15
(5) あらためて、ポピュレーションアプローチ .....	15
(6) 「みる」「つなぐ」「うごかす」ー計画段階から住民と共に .....	15
<b>第2章 ポピュレーションアプローチにおけるプロセスとアセスメントの実際</b> .....	19
1. 効果的なポピュレーションアプローチの共通点 .....	20
1) 重要なのはPDCA サイクルのプラン(Plan)と包括的なアセスメント .....	20
(1) PDCA サイクルのプラン (Plan) のプロセス .....	20
(2) 包括的なアセスメント .....	20
2) プラン (Plan) のプロセスが重要な理由.....	21
(1) 課題解決と評価の見える化 .....	21
3) 包括的なアセスメントが重要な理由 .....	22
4) プラン (Plan) のプロセス.....	25
(1) 事業の振り返り/国の制度・政策 .....	25
(2) 現状の把握 .....	26
(3) 健康課題の抽出.....	27

(4) 背景や要因の分析	28
(5) 健康課題・対象の明確化	29
(6) 優先課題・順位の決定	30
(7) 目的と方法決定(実施計画、評価指標、評価計画の設定)	31
5) 決め手は包括的なアセスメント	33

### 第3章 紙上モデル事例を用いた事業展開の例

### 第4章 ポピュレーションアプローチに関連する 様々な理論

1. 地域看護モデルとしての「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」	52
2. 計画モデルとしてのプリシード・プロシードモデル	52
3. ポピュレーションアプローチの方法論(枠組みとしての「介入のはしご」)	53
1) 介入のはしご	53
2) 社会環境づくりの実現のためのアドボカシー活動	54
4. 制度や政策の展開とポピュレーションアプローチ	55
1) 制度や政策としてのポピュレーションアプローチの例	55
(1) 関係者を巻き込み、動かす：ステークホルダー分析	56
(2) 賛同を得る：アドボカシー	56
(3) 優先順位の高い問題にする：アジェンダ	56
(4) 制度・政策を策定する	56
5. 健康格差の状態にある人々への支援とポピュレーションアプローチ	57
1) ハイリスクアプローチの限界	57
2) ポピュレーションアプローチの可能性と見落としがちな課題	58
3) 配慮ある普遍的対策	59
6. ポピュレーションアプローチの評価	60
1) 評価に必要な基本的な考え方	61
(1) 政策・施策・事業のレベル	61
(2) マネジメントサイクルと評価	61
(3) プログラム理論	62
2) 政策・プログラム評価の枠組み	63
3) カバレッジという評価視点	64
4) 量的質的な評価方法	64
(1) 量的な評価方法	65
(2) 質的な評価方法	65
5) 評価計画をたてることから	65
あとがき	70

「ふと、流れの速い川の岸に立っていると、溺れている人の叫び声が聞こえてきました。

そこで、私は川に飛び込み、彼に手を差し伸べ、岸まであげて、人工呼吸を施しました。溺れた人が息を吹き返すと、また助けを求める叫び声が聞こえてきました。再び、私は川に飛び込み、彼に手を差し伸べ、岸まであげて、人工呼吸を施しました。溺れた人が息を吹き返すと、また助けを求める叫び声が聞こえてきました。もちろん選択肢はありません。私は川に飛び込み、この繰り返しは果てしなく続けました。私は、川に飛び込み、彼らを岸にあげて、人工呼吸を施すだけで、精一杯でした。

わかってください。

私には、上流に分け入って、何が起きているのかを確認する時間なんてなかったのです。」

(MaKinlay, j. (1979). A case for refocusing upstream; the poolitical economy of health . In *ポピュレーションアプローチ tients, physicians and illness* (ed. E, Jaco), pp. 9-25. Basingstoke, Macmillan.)



# 第1章

## ポピュレーションアプローチの 基本的な知識



# 1. 「ポピュレーションアプローチ」とは

## 1) ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

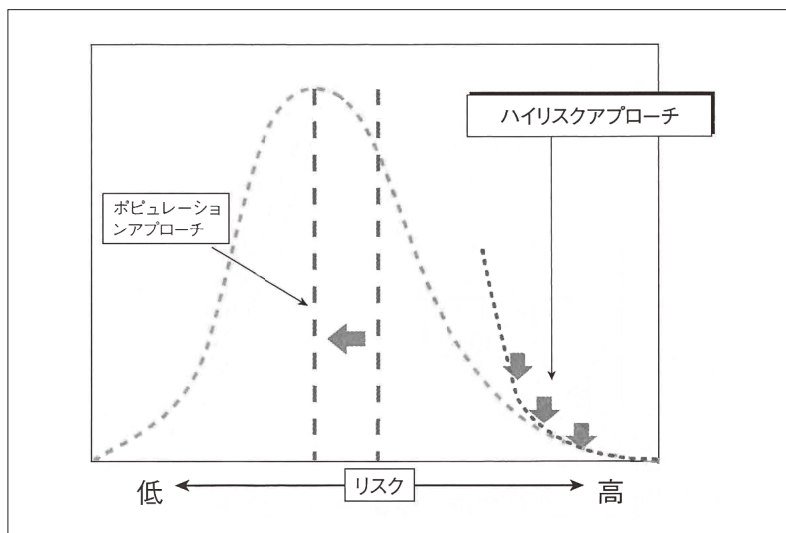
疾病予防もしくは悪化を防ぐ取組みとしてハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチがあります。一般的にハイリスクアプローチは健康リスクの高い人を対象とするのに対し、ポピュレーションアプローチは集団全体を対象にする取組みとされています。

高血圧対策を例にすると、ハイリスクアプローチは健診で高血圧と判定された人に、医療機関での血圧管理（降圧剤での治療）が受けられるように支援したり、個別もしくは集団での栄養指導や生活指導を行うのに対し、ポピュレーションアプローチは地域等の集団全体で減塩に取組めるよう支援すること等が当てはまります。

予防活動や公衆衛生活動が主にポピュレーションアプローチを利用し、治療はハイリスクアプローチを主に利用することが多いといわれていますが、どちらも大切な取組みであり、健康課題とその解決に向けて、組み合わせて実践できることが求められます。

一般的に、健康リスクの分布は図表 1<sup>1)</sup> に示したような形、いわゆる山型になります。ポピュレーションアプローチは、この山全体をリスクの低い方に移動させることを目的とします。いわゆる“山を動かす”取組みがポピュレーションアプローチです。

一方、ハイリスクアプローチはリスクの高い部分に働きかけます。山を動かすのに対して、“山の一部を削る”ような取組みが、ハイリスクアプローチといえます。



引用：社団法人 日本看護協会 (2007)：やってみよう!! ポピュレーションアプローチ P.3

図1

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの関係

## 2) 両輪の活動としてのハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは、比較してどちらかが優れているかということではありません。対象となる健康問題や集団によって、いずれかを選択、あるいは組み合わせて実践・展開できることが必要です。

一般的には、ハイリスクアプローチがあることでポピュレーションアプローチがより効果的になり、ポピュレーションアプローチがあることでハイリスクアプローチがより効果的になります。すなわち、健康問題を解決するための両輪としてハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは相乗的に働きます。

二つのアプローチのそれぞれの特性を活かして集団全体に効果的に働きかけるためには、教育的な手段だけにとどまらず、環境整備（制度化、法的規制、経済誘導、物理的な環境整備等）を行う必要があります。

ポピュレーションアプローチの概念を提唱したローズ (Rose) は、教育にとどまるポピュレーションアプローチを「表層的」と呼び、その効果の限界を指摘しました<sup>2)</sup>。

一部では、ハイリスクアプローチの対象は個人、ポピュレーションアプローチの対象は集団と捉え、集団への教育啓発をポピュレーションアプローチと捉えがちではありますが、これはポピュレーションアプローチの取組みの一部に過ぎません。ポピュレーションアプローチは健康を支援する環境づくり等、健康の社会決定要因に作用することによって集団全体の健康向上に寄与するとされており、主たる戦略は環境整備であることを再認識したいところです。

## 2. 保健活動の現状

リスクの低い人からリスクの高い人まで、より多くの人たちのリスクを低下させることが集団全体における予防効果を高めることにつながります。しかし、現在の保健活動ではどのような状況でしょうか。

市町村では、100 を越える保健事業が行われています。地域包括ケアの推進等様々なニーズが高まる中で、市町村ではポピュレーションアプローチを行う余裕がますますなくなっていることも推測できます。今、原点に戻り、予防・公衆衛生を担う人たちはポピュレーションアプローチの重要性と必要性を再認識し、必要な取組みを展開することが必要です。

### 1) 保健活動をめぐる3つの課題

#### (1) 十分とはいえないデータ分析・活用

データヘルス計画等、“ビッグデータ”の活用が進められています。例えば、多くのデータヘルス

計画では、レセプトや特定健診等のデータが詳細に分析され、健康課題やその優先順位の同定に活用されています。データ分析に不慣れな担当者の場合、膨大なデータとその分析結果を目の前にしても、健康課題の抽出や要因の分析を十分に深められないまま画一的な取組みに終始すれば、せっかくのデータヘルス計画の目的が達成されることは困難です。

個々の健康問題であっても、その解決には、地域に特有の問題、健康課題の背景となる社会環境的な要因が考慮され、検討されることが大切です。

一方で、レセプトや健診データだけでは、地域に特有の健康課題を引き起こしている要因に関する情報を得ることは困難です。地域に特有の問題や背景を理解するためには、ビッグデータ等の量的データのみならず、その地域の特性を示す質的データを用いて分析し、背景や要因に働きかけることが必要です。

## (2) 求められる健康格差への対応

健康日本 21 では、第 2 次から「健康格差の縮小」が目標として加われました。ポピュレーションアプローチは集団全体を対象とすることから、ハイリスクアプローチよりも健康格差の縮小に寄与すると考えがちです。しかし、健康格差の視点からは、ポピュレーションアプローチによって健康格差を拡大しうると指摘する意見もあります<sup>3)</sup>。もともと健康リスクが高く、不健康であったり、不健康な行動をとりやすい人は、健康への関心も低く、保健師の発信する情報や活動に対しても関心が低いと推測されます。一方、もともと健康リスクも低く、健康である人ほど、より積極的に健康を高めようとし保健師の発信する健康情報に敏感で、実践する可能性が高く、より健康になると考えられます。その結果、健康の格差が拡大してしまうことになるという指摘です。ポピュレーションアプローチを展開する場合には、このような格差をもたらさない対策が求められています。

## (3) 重要性を増す予防活動

多くの保健師の日常業務は多忙で、目の前にある保健事業や住民からの相談に対処することで精一杯かも知れません。もちろん、それらも大切な仕事であることは言うまでもありません。

しかし、例えば、がんや循環器疾患のリスクファクターである喫煙について、一人ひとりの喫煙者への支援は重要です。一方で、タバコを吸う行動につながる社会環境も考え、変えていく必要があります。

どのようにして喫煙が開始されるのか、禁煙した人が再び喫煙を開始してしまうのはどのような時なのか、受動喫煙への配慮はどのように形成されていくのか、受動喫煙を容認するのはどのような場合なのか、その原因を考え（要因分析）、タバコに手が伸びないような社会環境や受動喫煙に配慮ができる地域づくりを行うことも大切なことです。それがポピュレーションアプローチであり、地域づくりです。

## 2) ポピュレーションアプローチの意義

ポピュレーションアプローチは、どのように人々の健康リスクの低減をもたらすのでしょうか。大きくは、次の3点に要約できると考えます。

### (1) 社会規範が変わる

社会の規範を変えることで、間接的に行動を変えることが期待できます。例えば、受動喫煙による健康問題が社会に広く知られることで、喫煙者はより「喫煙がよくない」と認識するようになると共に、非喫煙者にタバコの煙を吸わせることを避ける必要があると認識できるようになるでしょう。喫煙をめぐる社会規範が変化することで、周囲も喫煙者や事務所等の管理者に対して「(非喫煙者が)煙を吸わなくてもすむようにしてほしい」と意思表示ができたり、禁煙を勧めることにもつながるでしょう。こうしたことの積み重ねが、やがて、個々の禁煙を推進したり、新たに喫煙を開始する人の数を抑制することが期待できます。

メディアキャンペーン等も、同様の効果があると考えられます。メディアに取り上げられることによって、知識の普及と共に、社会規範も変化すると期待できます。

ポピュレーションアプローチは制度や政策にも結びつきます。ポピュレーションアプローチによって社会規範が変化したり、問題が社会的に認知されることで、改善に向けて制度や政策を変えていく動きにつながっていくのです。

### (2) 人々の関係性が変わる

ポピュレーションアプローチの一つとして、住民参加型の取り組みがあります。サービスの受け手である住民やその組織を巻き込み、いわゆるエンパワメントすることで、自らの健康問題を解決することに導きます。ポピュレーションアプローチでは、多くの場面で複数の対象者が様々な形で関係を築くことができ、まちづくりの結果として健康づくりを通して、ソーシャルキャピタルを醸成することも可能となります。

### (3) 個人の選択が変わる

生活習慣等、個人の選択は、個人の意思によって決定されているようで、実は環境にも大きく依拠していると言えます。例えば「喫煙は自身の健康障害を引き起こすだけでなく、周囲の健康被害の要因にもなる」という情報提供があれば、個々が「タバコは健康によくない」と認識し、自身や周囲の健康に注意を払い、「禁煙したり、他者に煙を吸わせないための行動」ができるようになると期待できます。また、近年の喫煙率の低下に見るように、そもそも「喫煙しない」人を増やすことにも寄与し得ると考えられます。

個人の日常の生活習慣が、循環器疾患等の生活習慣病の要因のひとつではありますが、個人の生活習慣のすべてが、その個人の責任であるとは言い難い側面を含んでいます。個人の努力のみで行動変容を図るのではなく、社会全体として変化することの必要性があるのです。

オタワ憲章（1986年）でも、「健康は個人をめぐる要因（生活習慣や体質等）だけでなく、個人を取り巻く環境に影響を受けており、健康そしてQOLの向上には、健康を支援する環境が必要である」としています。

近年では、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）という言葉が広く使われるようになりました。これは、健康が、遺伝や個人の生活習慣に加えて、家庭、職場、地域、さらに、職業、学歴、所得等の社会経済的地位（Social Economics Status: SES）、そして、自然環境や人工的に作られた環境、社会制度まで広く影響を受けることを意味しています。ポピュレーションアプローチは、この健康の社会決定要因を変化させることを通して、個人と集団の健康を高める取り組みともいえます。

## コラム

## 各地のポピュレーションアプローチの事例を通じ、保健師として思うこと

藤本亜由美（大津市保健所健康推進課）

## ○PDCA サイクルで効果的なポピュレーションアプローチを

「保健師活動指針」の「保健師の保健活動の基本的な方向性」において、「(1) 地域診断に基づく PDCA サイクルの実施」「(2) 個別課題から地域課題への視点及び活動の展開」へと続きます。PDCA サイクルの P は保健師活動の本質で、ポピュレーションアプローチは正にこの 2 つの実践です。

ところで、皆さんは PDCA サイクルの P をどのようにとらえていますか。私がまだ経験の浅かった頃を思い出してみると、P は計画を考えるとところからスタートしていたかもしれません。例えば、背景や要因は横に置いたまま「どんな健康教育をすればいいのか？」という、小手先の工夫を必死に考えていたような気がします。P は健康課題に対して立てる計画ですが、健康課題は量的なデータと、日頃の保健活動の中で地域に向いて住民から見て聞いた質的なデータから背景・要因分析した結果として出てくるもので、これらの過程は P の中にあるということが今なら理解できます。

では、実際の保健活動の中で、PDCA サイクルで効果的なポピュレーションアプローチを展開するには、どうすれば上手くいくのでしょうか。その答えが、今回の「健康寿命の延伸に資する保健活動検討委員会」の活動で、インタビュー協力自治体等の保健活動から見えてきました。

## ○ポピュレーションアプローチの成功するカギ

自分たちの保健活動が上手くいかない理由を、「もっと人口が少ない自治体だと上手くいったかもしれない」と、人口規模を言い訳する声を耳にしたことはありません。しかし、今回私が伺った自治体は政令指定都市から人口約 1 万人と自治体規模に差があり、上手くいくかどうかは人口規模の多い少ないではありませんでした。ポピュレーションアプローチが上手くいく理由として、

- ①量的なデータは、組織横断的にデータの活用ができています。
- ②質的なデータは、地域に入り込む保健活動から住民の生活を知り、見て聞いて感じ取ることができています。
- ③データを要因分析して、住民に見えるデータとして可視化することができています。

これらの作業を丁寧に行うことにより、住民が自分たちの問題として考え参加する計画になっていました。住民が動き出す P とは、PDCA サイクルとしてしっかり動き出すということ、ポピュレーションアプローチの実践から見せていただきました。

もう一つの実践は、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを組み合わせることで、効果的な保健活動ができるということです。

市町村の保健師は日々の業務はハイリスクアプローチに追われ、ポピュレーションアプローチまでできないと思っている保健師も多いと思います。しかし、一つの健康課題を解決するために、二つのアプローチを両輪で実施すれば効果的なハイリスクアプローチにつながっているということ、改めて教えていただきました。

## ○住民と協働で進める健康的なまちづくりへ

保健師活動の醍醐味は、住民と一緒に考え、協働で進めるまちづくりです。しかし保健師の仕事は分散配置や業務分担制、保健・保険・福祉を取り巻く法律の改正等により業務は複雑化しています。地域に入り込む保健活動はとても負担の大きい活動のように思えるかもしれませんが、地域の様々な場面に住民が動き出すきっかけの PDCA サイクルを回し、それらが大きな PDCA サイクルにつながることは、まちづくりの近道だといえます。地域が健康になることは、住民が健康になることです。保健師だけで地域を変えることは難しいけれど、関係部署や関係機関と連携し、そして巻き込み、住民と対話しながら協働で取り組むポピュレーションアプローチはみんなの力で進む保健活動です。一緒に一歩踏み出しましょう。

## 3. 保健師とポピュレーションアプローチ

### 1) 保健師の切り札としてのポピュレーションアプローチ

#### (1) 保健師のフィールド「地域」とは

地域という言葉は、区切られた「土地、場所 (place)」としての地理的環境の共有である生活の場としての地域と、共通の関心事や帰属意識、規範や制度等の共有という「共同体としての地域 (community)」があります。

保健師の対象は「共同体としての地域 (community)」であり、場所だけや人々だけではなく、人々が暮らす環境（地理的環境、社会資源、文化等）を含めた地域が対象であることを、改めて認識することが重要です。だからこそ、地域に出向き、人々と関わり、地域の様々な質的な情報を捉える必要があるのです。

#### (2) 保健師と地域づくり

保健師は、対象者一人ひとりに向き合い寄り添い、必要な支援を実践しながら、公衆衛生看護職として、集団に共通する健康課題を捉え、その集団と取り巻く環境である地域全体に働きかけ、地域の健康課題を解決する役割を担っています。

例えば、健康診査を通して多くの地域住民に対して、健康に関する相談や保健指導を行うとともに、継続的な支援として、家庭訪問、電話・面接等を通じた保健指導・健康相談を実施し、集団を対象に健康教育を実施しています。さらに保健師は、地域の組織と連携して、地域住民の力を引き出し、組織化することで新たな活動を創出し、社会資源を充実させる等、地域環境を整備します。そのことによって、住民がその地域に住み生活することで健康の維持・増進、QOLにつながるようなクリエイティブでダイナミックな活動をしています。

#### (3) 保健師活動の基盤となる地域診断

1960年の厚生省（当時）の課長通知において「保健婦活動は、地区診断及びこれを基にして行う衛生教育、家庭訪問、健康相談等の地区活動にその重点を置くこと」と示され、地域診断は保健師活動の基盤とされてきました。2013年改正の「地域における保健師の保健師活動指針」（以下、保健師活動指針）においても、保健師の保健活動の基本的な方向性として掲げられた10項目の第1番目に「地域診断に基づくPDCAサイクルの実施」があげられています。保健師は、家庭訪問や健康診査等の保健活動や、地域を歩き五感を通して得られた地域住民とその生活の場から地域を把握し、アセスメントしながら保健活動を展開しています。日々の活動を通して、常に新たな情報を得ながらアセスメントし、実践している保健師は、いわば常に小さなPDCAを回しながら進んでいるのです。

#### (4) 「地域診断」なくして「地域活動」なし

目的をもってポピュレーションアプローチを展開するためには、地域診断を行うことが前提となります。なぜなら、地域診断によって、健康状態を評価し、健康上の課題を導くだけでなく、その健康課題をどのように解決すればよいのか、具体的方策を導くことが可能になるからです。地域を動かすために、なぜ・どのように動かしたいのか、地域住民にわが町の健康課題を明確に示す必要があります。地域診断をせずに、地域活動を行うということは、「診断もせずに医師が治療を開始するようなもの」と考えれば、地域診断の大切さを理解できるでしょう。

#### (5) あらためて、ポピュレーションアプローチ

個人か集団か、すなわち、ハイリスクアプローチかポピュレーションアプローチかという選択ではありません。健康を支える活動は、個人から集団、社会、制度まで多岐にわたり、これらはお互いに独立するものではなく、連動されるべきものです。個人の問題であっても、その解決には、個人から、集団、社会、制度まで、あらゆるレベルでの取組みが必要とされることがしばしば生じます。人々の声を聴き、それをさまざまなレベルに反映させ、さまざまなレベルの取組みを住民と共に考え、取組むことが大切です。

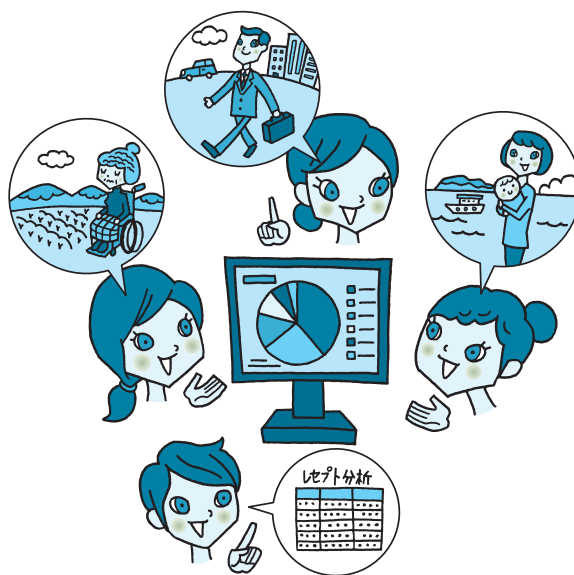
保健師の中にも、個人へのアプローチが得意な人もいれば、集団へのアプローチが得意な人もいます。しかし、得手不得手はあっても、いずれのアプローチも必要に応じて活用し、適切な保健活動を展開できることが公衆衛生看護の専門家です。

#### (6) 「みる」「つなぐ」「うごかす」－計画段階から住民と共に

ポピュレーションアプローチはその地域住民の健康状態、生活状況、社会資源、地域特性を捉えて実践される活動です。地域の特性に合わせ、住民と共に取組んでいるポピュレーションアプローチの好事例には、保健師が住民にしっかり向き合い、住民の健康に責任を持ち、その責任を果たすために取組む姿があります。

そうした取組みにおいては、ポピュレーションアプローチの計画段階から、保健師がそれまでにコツコツと積み上げてきた活動を真摯に振り返り、まだ改善できていない地域の健康課題をしっかりと見据えていました。その上で、まだ解決できていない健康課題を住民に伝え、共に解決するための方策も考えていました。

ポピュレーションアプローチは、地域住民全体の健康とQOLの向上を目指した活動であり、住民、関係組織・行政職員や保健師自身も人々とつながりを感じながら、共有・共感しあえるような取組みです。だからこそ、地域が動きだすのです。





## 地域診断とは

保健師が行う地域診断は、地域で生活している人々の健康や QOL の向上を目指し、地域（コミュニティ）を対象とし、コミュニティメンバーに共通する健康上の問題とその背景を明らかにし解決するプロセスであり、技術です。

ここで言うプロセスとは、「観察・情報収集→情報の整理・分析→健康課題の明確化→計画立案→実践→評価」であり、繰り返し展開しています。まさに PDCA サイクルの展開であり、看護過程のプロセスと同じです。

看護過程は、看護において人々の健康に関わる個別の問題を解決するために用いられる系統的な問題解決技法と定義づけられ、「アセスメント→問題の明確化（診断）→計画→実践→評価」という一連のサイクルを目標に到達するまで繰り返します。

臨床看護の対象が個人であるのに対し、地域では集団や地域そのものも対象であることから、収集する情報の規模もアセスメントの視点も幅広く、分析の過程では、保健師としての専門的スキルが求められます。

コミュニティを対象とする看護過程の展開方法として、アンダーソン（Anderson E.T.）とマクファーレン（McFarlane J.）が提唱した「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」<sup>4)</sup> があります。最近の看護教育では、ポピュラーな理論です。

## 町民の底力に背中を押されて ～「げんげん運動」で誰もが健康に～

VOICE

山本英子（福井県美浜町健康づくり課）

### 人びとの暮らしに寄りそふ保健師らの語る言葉にわれ学びけり

平成 30 年皇室行事歌会始 秋篠宮紀子妃殿下の御歌より<sup>5)</sup>

#### ○住民の生活を知ることから始めよう

この御歌を拝見した時に脳裏に浮かんだのは、わが町の住民と共に適正な塩分摂取（減塩）と適切なエネルギー摂取（減量）を 2 本柱として取り組んでいる健康づくり、「げんげん運動」でした。

福井県美浜町は、人口 1 万人足らずの美味しい食べ物、美しい自然に囲まれた町です。「へしこ」というサバの糠漬けや地酒が美味しく、昔から町民に好まれています。健康課題として、高血圧や国保医療費が高い等が何年も続いていました。町は平成 23 年度に「健康増進対策」を重点施策として掲げ、新たに「健康づくり課」を設けることとなりました。

この体制整備、健康づくり計画改定を機に、町民と協働で動き出そうと、課員一丸となり原因追究をしました。「どんな生活が健康課題につながっているのか」保健師や栄養士が保健指導で地域を歩き、町民から聞き取った情報と、食生活アンケートの結果を学識経験者の協力を得て詳しく分析しました。その結果、甘辛い味付けを好むことや、間食や揚げ物の摂取や、漬物の消費が多いこと等、日常の食生活が健康課題に大きく影響していることが明らかになりました。「町の食文化、町の慣習、町民性が町の健康を作っている！」当たり前なのですが、この気づきがポピュレーションアプローチという方向性を決定づけました。

#### ○町民が理解・行動できる実行計画から「げんげん運動」へ

計画策定のプロセスでは、今までの取組みに関する厳しい意見もありました。町民の代表者で組織する健康づくり推進協議会やワーキング部会の委員との意見交換を重ねる中で、「自分たちは何をしたら良いのかわからない！」そんな声が胸に刺さるような感じられました。委員からは、具体的なものを示すことや、5 か年の全体像と進捗管理のできる計画表、何より目的目標が明確な計画作りを求められました。3 歩進んで 2 歩下がる、行方を見失いかけたこともありました。

しかし、くじけそうになる私たちを叱りつつも支えてくれたのも町民でした。いつも町民は真剣に課題に向き合い、意見やアイデアも次々と出してくれました。毎回グループワークを行い、一人一人の意見を確認し、それをまとめたものをまた次の会議で確認

しまとめていく。同じ方向を向いて進むための時間を共有する中で、「自分たちの健康づくりは自分たちが主体となって担っていく」町民からはそんな意気込みが感じられ、私たちも町民の力に背中を押されました。その結果、「町民自らが健康行動をとることを目標にしたい、町はその目標達成を支援する」という方向性を町民とともに決定しました。そして、「町民が理解できる、町民が行動できる実行計画」にこだわった「健康みはま 21 後期計画」が策定されました。計画の柱は食と健診とし、食生活では減塩と減量で生活習慣病予防をはかる「げんげん運動」が始まりました。

計画策定の意気込みはそのまま計画推進につながり、私たちとともに町民自らが、地域や職域、学校等に出向き町の健康づくりの啓発推進部隊として活動しました。

いま、町のあちこちで、「げんげん運動」という言葉が飛び交うようになり、認知度は9割を超えるまでとなっています。そして、子どもから大人まで多くの方が、日常生活と自分の身体の関係性を認識し、「地域ぐるみで健康になりたい」そんな言葉もそこそこで聞かれるようになりました。町民にとって、健康づくりが他人事ではなくなったのです。

こうして、町オリジナルの健康づくりへの取組み「げんげん運動」は、「町民と意見を交わし、町民とともに作り、町民とともに取組む協働の健康づくり」として育ってきました。これからも、「げんげん運動」を健康づくりの中核として位置づけ、様々な活動へと展開していく予定です。

今回この取組みを改めて振り返り、その原点が秋篠宮紀子妃殿下の御歌に通じていると確信しました。町民の傍らに寄り添い、町民の声を聴く、そこにわが町の強みである町民自身が行動する力をこれからも発揮できるよう、私たちが考え行動する保健師でありたい。そんな思いを強くしました。

## 第2章

ポピュレーションアプローチにおける  
プロセスとアセスメントの実際

# 1. 効果的なポピュレーションアプローチの共通点

本会では、平成 29 年度厚生労働省の先駆的保健活動交流推進事業として「ポピュレーションアプローチにおけるプロセスとアセスメントの実際～効果的なポピュレーションアプローチに向けて～」において、効果的なポピュレーションアプローチを展開している自治体等に対するインタビュー調査等を実施し、ポピュレーションアプローチについて取組みの実態や、プロセス、アセスメントや評価のコツ、特筆すべきポイント等をまとめました。

その結果、効果的なポピュレーションアプローチの実践事例に共通する点として、PDCA サイクルに沿って取組んでいることが解りました。その中でも特にプラン（Plan）の段階で、十分な検討を行っており、その検討においては一定のプロセスをたどっていること、またプランの段階で量的データと質的データの双方を重視した包括的にアセスメントを行った上で、優先課題の設定や実施の目的、実施方法の決定をしていることが明らかになりました。

## 1) 重要なのは PDCA サイクルのプラン（Plan）と包括的なアセスメント

効果的なポピュレーションアプローチを展開するためのポイントとして、プランの段階で大切にしたいプロセスは次の①～⑦と考えられました。

### (1) PDCA サイクルのプラン（Plan）のプロセス（図 2 参照）

- ①事業の振り返り / 国や都道府県等の制度・政策
- ②現状の把握
- ③健康課題の抽出
- ④背景や要因の分析
- ⑤健康課題・対象の明確化
- ⑥優先課題・順位の決定
- ⑦目的と方法の決定（実施計画、評価指標、評価計画の設定）

※上記、①～⑦のそれぞれのポイントは、25 ページ以降に詳述しています。詳しくはそちらもご一読ください。

### (2) 包括的なアセスメント

前項の PDCA サイクルのプラン（Plan）のプロセスのうち、①から⑤、すなわち「①事業の振り返り / 国や都道府県等の制度・政策」「②現状の把握」「③健康課題の抽出」「④背景や要因の分析」「⑤健康課題・対象の明確化」の中で行うアセスメントを「包括的なアセスメント」と位置づけました。

## 2) プラン (Plan) のプロセスが重要な理由

### (1) 課題解決と評価の見える化

なぜ、プランの段階で①～⑦を検討することが必要なのでしょうか。  
つぎの2つの理由があります。

#### ◆課題解決につなげる

糖尿病対策を例に考えてみましょう。国・都道府県からは、全国・全県レベルでの糖尿病の現状や動き、課題・取組み、取組みのエビデンスや評価、好事例も解りやすく示されています。市町村でも「糖尿病対策が必要だから、何かしなくては」と考えたとします。しかし、人員体制や予算等、様々な制約も手伝って、地域の現状を詳しく分析しないまま「健康への意識が高い人だけが参加できるような糖尿病教室」や「専門的で難しいチラシの作成」といった取組みになってしまったとしたらどうでしょう。もちろん糖尿病教室やチラシが効果的でないということではありません。地域の健康課題に沿っているとは言い難い内容の事業 (Do) になってしまえば、評価 (Check) につなげることが難しいということの例えです。

今、地域で本当は何が健康課題なのか、糖尿病対策も重要だけれども、むしろ、肺がんや乳がんが突出して多く、その対策が優先するということはないのか、その課題は地区や性別、年齢、職業等による違いはないのか、その健康課題をもたらしている背景は何か、優先的に取組むべきことは何か、課題解決のためにはどのような方法 (取組み) が効果的と考えられるのか、実現可能性はどうか、誰とどのように連携・協働していけばよいのか、評価の指標には何を設定し、どのように評価すればよいのか、といったことを、地域の人々としっかり考えることが、実は成果につながっていたということであり、①～⑦をたどることで、それが可能になるということです。

#### ◆評価の見える化につなげる

保健活動の評価、見える化は難しいといわれています。一方で、近年のデータベース化で、これまでは難しいとされてきた評価ができるようになってきています。これからもその動きは加速し、今後、更に活用可能なデータが増えてくると推測できます。そうしたデータを活用し、保健活動の見える化、評価につなげる上でも、プラン (P) の段階から、しっかり指標を見据え、取組みを検討することで、難しいとされてきた保健活動の評価を数字で示すことができるようになるのです。

例えば、健 (検) 診データとレセプトデータを突合することで、「早期のがんの人は、健 (検) 診受診者は早期に発見されている人が多いこと」『早期に発見された人は、5年生存率も高く、医療費の適正化にもつながっている』といった分析結果が見えるようになれば、がん検診の効果として評価し、「健 (検) 診につながっていない人は、どこにいる人で、どういう人たちなのか」を明らかにし、その人たちが受けやすい健 (検) 診のあり方や支援等の対策につなげることが可能になっていきます。そして、これらのことはプラン (P) の段階でしっかりと検討し、指標に織り込んでいくことで、ポピュレーションアプローチの評価として、示すことにもつながっていくのです。

### 3) 包括的なアセスメントが重要な理由

前述の調査から「量的データ」と「質的データ」双方を重視したアセスメントが重要であることが解ってきたと記しました。では、何をもって「包括的」というのでしょうか。

一つには「量的データ」と「質的データ」の双方を重視し「包括的」にアセスメントすること、そして二つ目には、何度もくり返しアセスメントするといった点で、包括的としています。

では、なぜ、「量的データ」と「質的データ」双方を重視することが必要なのでしょう。

例えば、量的データで「特定健診保健指導の結果、A地区の男性は50代以降、高血圧になる人が多い」「女性はBMIの基準値を超える人が多い」という結果が出たとします。

けれど、その量的結果だけでは、その健康課題をもたらす要因や背景は見えてきません。しかし、その地域の生活を知り、「地域の食習慣・風習から塩分・糖分の摂取が多いこと」「近年の機械化によって、仕事の作業強度は低くなったのに、食べる量は変わらず多いこと」「地域の集まりが多く、特に女性はその集まりに茶菓を持ち寄る地域性があること」等を理解しているのと、そうでないのとでは、優先課題や解決策に大きな違いが出る可能性があります。質的データとして、地域の状況が解っているから、誰にどのように、いつ働きかけるのがよいのかも含めて、解決に向けた方策を話し合っていくことができます。このように、プラン(P)のプロセスにおいて質的・量的データを用いて、健康課題が生じる要因を捉え、取り組むべき課題と対象を明らかにするのが包括的なアセスメントです。

また、包括的なアセスメントは、①～⑤の間を、幾度も行きつ、戻りつすることがあります。最初の「②現状把握」で捉えていた課題とは別に、あるいはもっと詳しく「④背景や要因の分析」によって追加の情報が見つかることで、アセスメントが深まったり、取り組むべき優先度が変化する可能性があるからです。

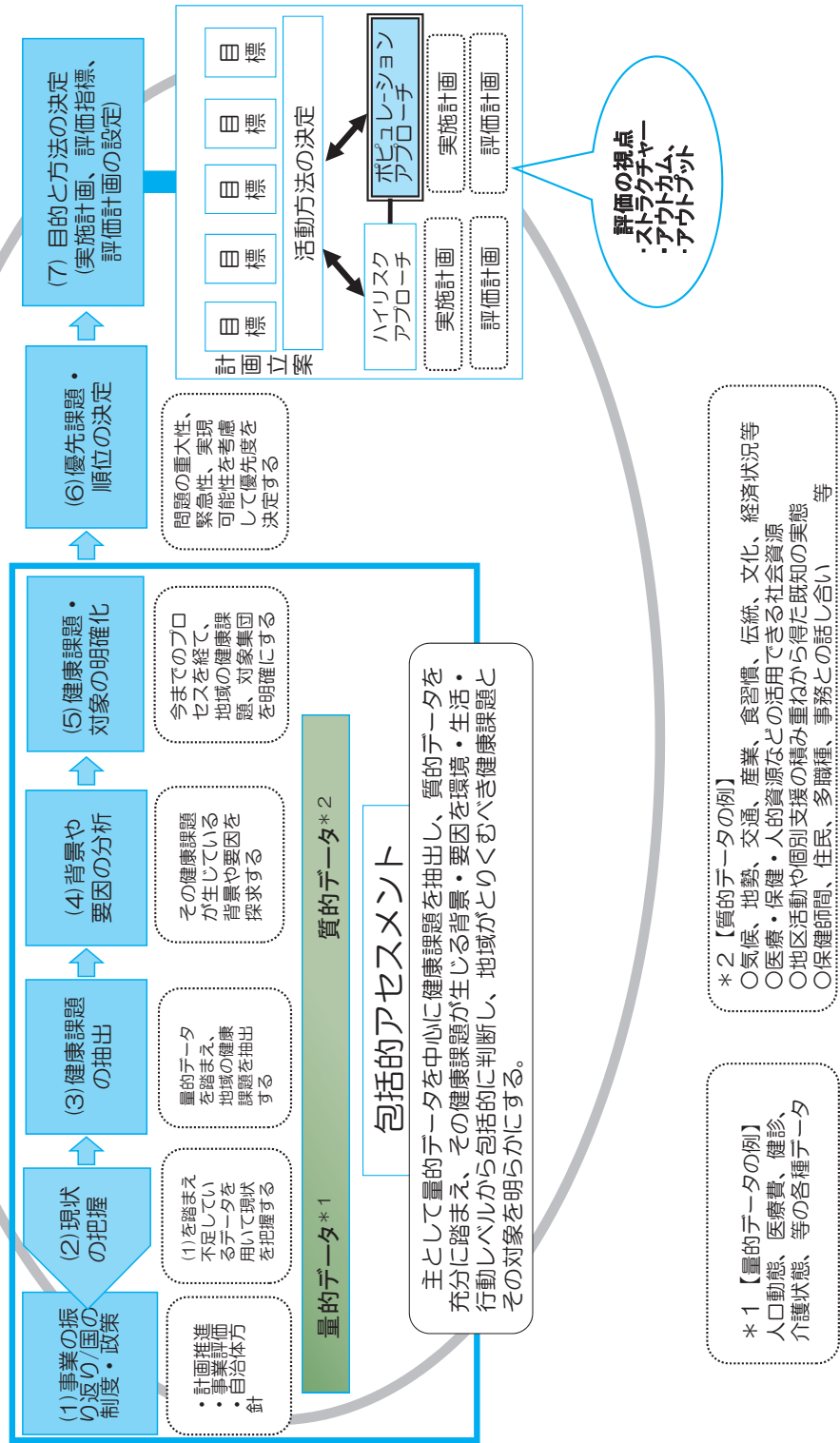
包括的なアセスメントにおいては、普遍的に正しいアセスメントを追い求めるというよりも、今、解決が必要な課題を、今、解る範囲で最大限、くり返し洗い出し、関係者間で共有し、地域住民と共に考えるという姿勢が大切といえます。

こうしたPDCAサイクルは、地域診断のプロセスと共通しており、プラン(P)の段階でいかに着実にプロセスを踏めるかが鍵になります。プラン(P)のプロセスにおいて、目的から活動方法、その後の評価指標や計画等が、綿密に立案されているということが重要です。だからこそ、評価、修正を繰り返しつつ、優れた実践が可能になり、アウトカムを出すことにつながります。このような段階を経た取り組みが効果的なポピュレーションアプローチになるのです。

また、プラン(P)のプロセスやPDCAサイクルに添った取り組みは、保健師だけが行うのではなく、職場、住民、関係者にわかりやすく示し、共に検討する等、住民自身が理解し、協働できることが重要です。

図2 PDCAサイクルのPlanにおけるプロセス  
：健康課題の見立てから計画立案まで

# Plan







## 戦略的にポピュレーションアプローチを行うコツ①

### PDCA サイクルをまわそう

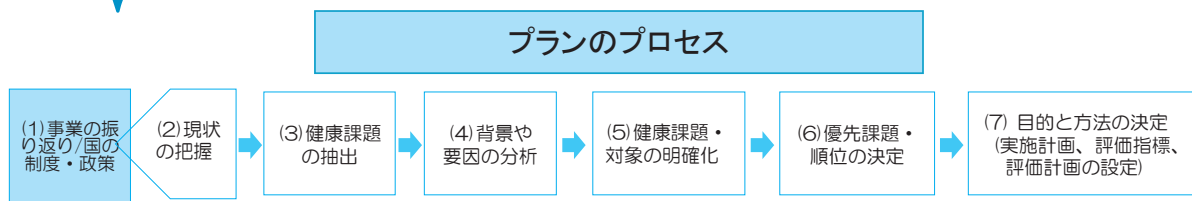
効果的なポピュレーションアプローチは、活動を進めながら、実態把握し、得られた新たな情報をアセスメントしながら、活動方法を微調整・修正しながら進んでいくものとなります。いわゆる小さなPDCAを回していると言えるでしょう。

例えば、入院医療費が高いがその要因を確信できるまで動き出せない、というのではなく、住民と実態を共有することから動き出してみましよう。地域に出向いていく、住民と共に考えるというように動き出していけば、健康課題の要因や解決できる方向性もみえてきます。

そうして進んでいくことで、活動の方向性を評価しながら進めていくことができます。医療費は直ぐに変化しないかもしれませんが、地域の変化は感じ取ることができます。ダイナミックに地域が動いていくことで、医療費等の健康指標にも成果が表れていきます。地域の山が動き出せば、好循環のPDCAがぐるぐると回り、さらにダイナミックに地域を動かしていきます。まちづくりの結果として、健康づくりが展開されることもありますが、健康課題の山を動かすポピュレーションアプローチでは、健康課題の分析、共有の段階から、地域住民や関係組織を巻き込み、健康意識を高めながら、人々の行動変容を促し、やがてはまちづくりにまで至ることも可能です。

地域住民の健康指標が改善するまでには、その段階的な地域の住民の変化のプロセスを捉えながら進む。そのためにも現状を把握し、地域の実態を表現することが大切です。

## 4) プラン (Plan) におけるプロセス



### (1) 事業の振り返り／国の制度・政策

保健師は、日頃の保健事業や事業振り返り、計画推進等の機会を通じて把握した課題意識、住民の健康課題等から、地域特性を踏まえた様々な「思い」や「気づき」を感じています。

この「思い」や「気づき」をより明確にし、地域や人々の健康状態を客観的に把握するために、地域にある人口動態統計、医療費、健診、介護状態等、量的データを中心に分析を行います。近年、整備が進んでいるビッグデータの利活用が後押しとなり、以前よりさらに客観的、多角的に地域の健康状態を把握することが可能になってきています。

このような保健師の「思い」や「気づき」を行動化するには、きっかけ（国、都道府県、自治体、首長の動きや方針、議会の動向、庁内各課の動きや取組み等）が見受けられました。また、その庁内の連携を促進するための調整を、統括的な役割を担う保健師が実施していました。保健師は、社会の流れを敏感に捉え、そのきっかけを生かして日頃の活動を政策に乗せ、生活基盤の安定につなげるよう、取組みを進めます。

なお、(1)の事業の振り返り／国の制度・政策と(2)現状の把握は不可分であり、双方を平行して行うことになります。

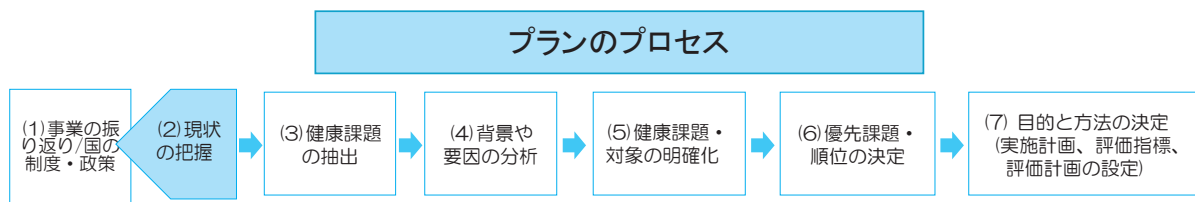


計画策定は、日頃の課題に取り組むチャンス！根拠に基づく計画を作って、進む方向性を明確に。市町村全体の施策を理解して、つなげていきます。

#### 【量的データの例】

当該地域における健康状態を示すデータ

平均寿命、健康寿命、死因別年齢調整死亡率、医療（疾患別入院・外来受療率、医療費）、特定健診・特定保健指導（実施率、効果）、健診（受診率）、食事、身体活動、介護の状況（介護給付費、認定者数）等の既存のデータや必要に応じて地域で実施した調査結果等



## (2) 現状の把握

先の(1)で使用したデータだけでなく、不足しているデータを追加したり、既存の市町村のデータを駆使して、小学校区、中学校区等の必要に応じた小区域ごとに再分析を行う等して、詳細な地域の現状把握に努めます。ここまでは、地域の客観的な健康課題を抽出することに重点をおくため、主に量的データを中心に活用を行っていきます。さらに、ある程度の見立てを立て、膨大なデータの中から、日頃の保健活動から感じている地域の実情を示すデータを見出したり、日頃の実感をデータで確認する等、データと日頃の活動のバランスが重要です。

データ分析は、家庭訪問や地区活動の情報を生かし、効果的にするための1つの方法です。



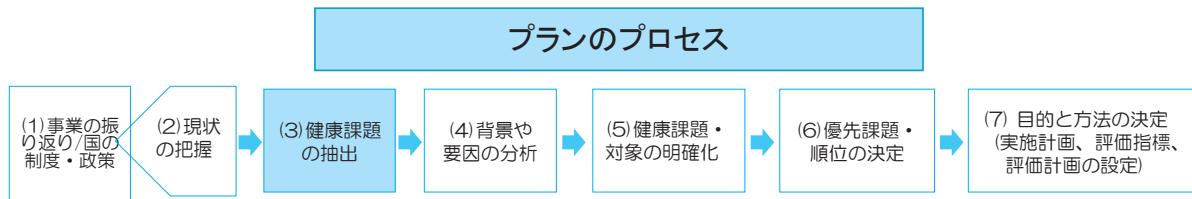
データ分析は、日頃の活動からある程度の見立て、仮説を持って行います。地域を知る保健師が、アセスメントをすることは、強みです。

## 戦略的にポピュレーションアプローチを行うコツ②

量的データを確認しましょう！

地域全体の健康状態の結果として、死因、標準化死亡比 (SMR)、平均寿命、健康寿命等の健康指標、医療費、健診結果を分析し、健康状態の評価を行います。量的データの分析の結果、例えば、「高血圧や脳血管疾患・心臓病による死亡割合が全国と比較して高い」、「国保医療費において、生活習慣病にかかる医療費割合が県平均と比べて高く、そのうち2割が高血圧」等といった健康課題が導かれるとします。しかし、それがゴールではありません。

その段階で導かれた分析結果は、それまでの健康状態を示すものであり、得られた健康状態の原因や背景を分析するために、さらに地域に出向いて実態把握を行います。その健康状態に至った原因となる健康行動、その行動に至る思い、生活、習慣、文化を把握します。



### (3) 健康課題の抽出

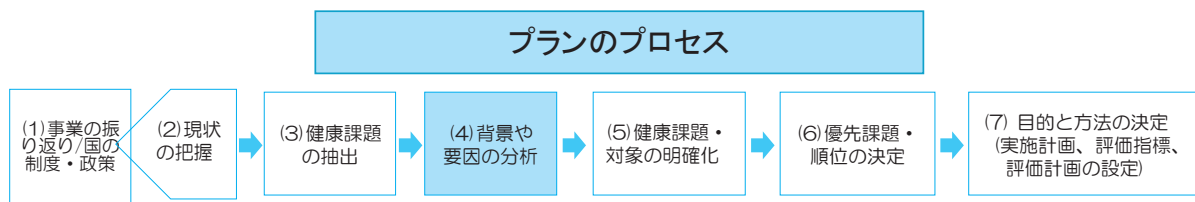
(1) から (2) のプロセスを通じ、主に量的データを用いて、地域における健康課題を抽出します。

ここでは、異なる種類、性別、年齢層ごとの健康課題が並列した状態で複数抽出されるので、その健康課題ごとの関係性や構造が不明確であり、どの年代の、どの健康課題にターゲットを絞るのか、悩みを抱えることがよくあります。疾患、リスク因子、生活習慣等に関する様々な量的データから、健康問題を読み解くには、それぞれの因果関係（原因～結果）も認識しながら抽出することが重要です。

この段階では、健康課題はいくつあってもかまいません。課題と思われるものをいくつか出してみます。



健康課題を抽出したら、わかりやすく住民に提示して、生の声を聞いてみることも大切です。



#### (4) 背景や要因の分析

地域の現状を示すデータから抽出した健康課題について、「なぜ、その健康課題が生じるのか」という、健康課題の発生に至る地域特有の背景や要因の分析を行います。

健康課題の発生要因として考えられるものは、複数ある場合が多いため、対応するデータや統計資料間の関連性の分析等の客観的なデータ結果を用いて、リスク因子の背景にある生活習慣等の状況を確認することが重要です。

さらに、地域特有の背景や要因の分析に重要な役割を果たすのが質的なデータです。この質的データは、主に家庭訪問や特定健診・特定保健指導等のハイリスクアプローチ、または、健康教育や地区組織活動等の保健師活動の実施によって、地域や住民のもとに出向き、対話を通して個人や地域の生活様式や生活実態から得た、地域の特性を示しています。それを地域や年代ごと等にデータ化し、健康課題を生み出す要因の分析に用いることで、さらに包括的なアセスメントの深まりに繋がります。

この質的データを入手する際には、保健活動に参加できない、参加しにくい人々、さらには健康無関心層等や健康格差の状態にある住民も含めて多くの立場の住民と対話を行うことが重要です。

また、時には地域の文化や伝統に関わる習慣が、健康にとって好ましい習慣ばかりではないこともあります。個人の変化を通じて地域の変化を目指すためにも、地域文化に共感し、望ましい生活習慣と現在の矛盾に対する個人の葛藤を受け止め、帰属感を保障し、安心感を支える<sup>6)</sup>等、地域の「住民の暮らし」そのものを受けとめ、文化、歴史、伝統を尊重する姿勢が重要です。

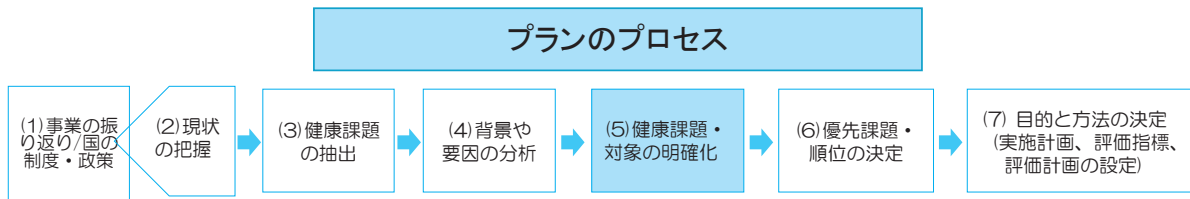
#### 【質的データの例】

- 気候、地勢、交通、産業、食習慣、伝統、文化、経済状況等
- 医療・保健・人的資源等の活用できる社会資源
- 地区活動や個別支援の積み重ねから得た既知の実態
- 保健師間、住民、多職種、事務との話し合い
- 住民自身がどのような“街”を望むのか、等

“なぜだろう”という視点はとても大事です。その答えは、住民や地域の生活の中に隠れています！

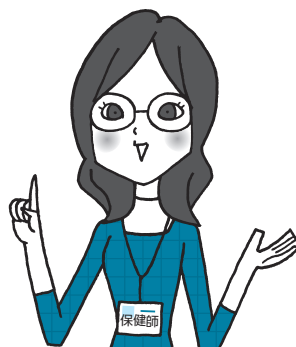


一人ひとりの生活様式は異なるから、私達の日頃の地区活動の積み重ねから、その答えがわかることもあります。



### (5) 健康課題・対象の明確化

抽出した健康課題の中から、背景要因も絡めて検討した地域の実情としての健康状態とリスクを踏まえ、理想の状態と現実との差を意識しながら、問題を捉えていきます。そして、この地域で取り組むべき健康課題及び対象を明確にします。



健康課題が明確になったら、課題を改善するためにどうしたらいいのか、ターゲットを絞りこんでいきます。

## 戦略的にポピュレーションアプローチを行うコツ③

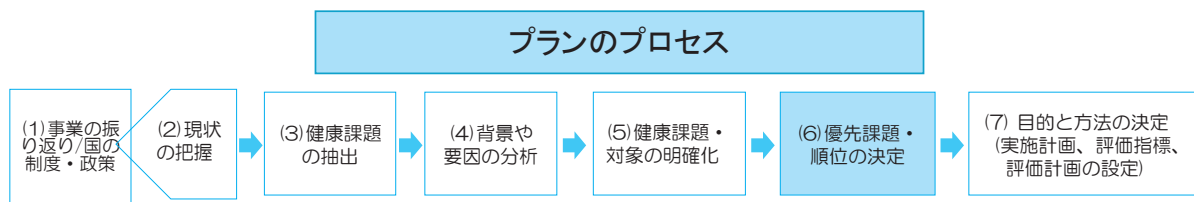
### 地域の生活環境を踏まえ、健康課題が生じる要因の分析する

保健師は、日頃の保健活動から、例えば住民の高血圧と肥満の背景にある生活習慣として、塩分の過剰摂取や過食があるのではないかと感じとっていたりします。その印象を大切に地域に出向き、住民の話を聞いていくと、例えば、同じ海岸沿いでも、集落によって、塩分や糖分の摂り方の習慣が異なる、山間部では農作物を漬物で保存することが多く、塩分摂取量が多いこと等に気づいていきます。また、高齢者が皆で集まる機会も多く、おやつを持ち寄る習慣がある等の生活実態を把握することができます。それらの地域住民の生活実態を踏まえ、さらに集落単位の健康指標、健診結果、医療費等のデータ分析を行い、人々の健康と食事の取り方等の生活習慣、地域の社会資源、文化等を丁寧につなげてアセスメントしていくと、健康習慣の改善が必要な対象集団と具体的な健康課題が導き出されていくのです。

地域を動かすためのポピュレーションアプローチは、単に「高血圧が多いです = 塩分を減らしましょう」「肥満が多いです = 運動しましょう」という一般的な根拠づけだけの健康プログラムでは不十分です。

地域住民が自分の健康状態を生活習慣や地域環境と結びつけて理解し、自分たちの取り組むべき健康課題として実感できることが大切です。

地域で暮らしている住民の健康状態の根底にある生活習慣や思いを保健師が知ることは、地域文化や住民の価値観に寄り添い、大切にすることにつながります。保健師は、そのような姿勢を持って、住民が自らの健康や生活習慣を振り返り、実行可能である健康行動が何かを、共に考えていくことが重要です。



### (6) 優先課題・順位の決定

(5) において見出した健康課題の中から、優先的に取り組むべき課題を検討し、取り組むべき優先課題や順位を決定します。

優先度の決定にあたっては、問題の重大さや可変性、緊急性、実現可能性、取り組みやすさ、社会・住民・関係機関の関心の高さ、予算等を考慮して決定します。

住民や関係者と検討したり、自治体内の方針との整合性も踏まえて、健康部門以外の部署と検討してみることもよいでしょう。



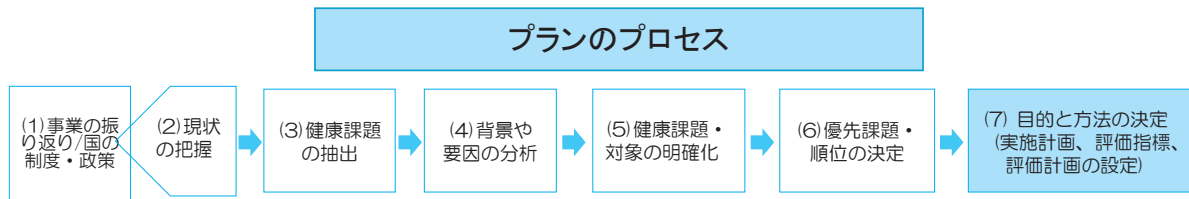
## 戦略的にポピュレーションアプローチを行うコツ④

### 目的と現状との差としての健康課題

健康課題とは、目的となる地域住民のありたい姿と現状との差です。どのような目的を描くのか、現在どのような現状であるか把握できていないと健康課題を導くことはできません。

目的（ゴール）を具体的に描いていない場合として、例えば、単に健康診断対象者が受診をゴールとするのか、地域住民全体が自らの健康状態に関心を持ち、健康診断を活用しながら、生活習慣を振り返り、健康行動をとることをゴールとして描くのかによって、地域住民へのアプローチは全く違ってきます。

さらに現状が把握できていない場合、国から示された目標を単に健康課題として掲げるだけとなってしまう、自らの地域住民の健康状態に影響を及ぼす要因を見据えた健康課題ではないために、一般的なアプローチやこれまでのアプローチの繰り返しとなってしまう。現状把握ができていなければ、現状と活動後の変化が測定できないため、評価もできないという事態に陥りかねません。



### (7) 目的と方法決定（実施計画、評価指標、評価計画の設定）

(1) から (6) までのプロセスにおいて、データの分析結果や要因分析から検討したことを根拠として、目標を決定、地域で解決すべき健康課題の解決のために有効な手立てや対策は何かを考えます。そして、地域の健康水準の向上を目指した具体的な活動方法として、個別に支援することが有効な場合はハイリスクアプローチを、社会全体の底上げを期待する場合はポピュレーションアプローチを選択します。

健康課題が生じる生活背景や要因分析を踏まえた計画立案がなされれば、「高血圧が多い」＝「減塩対策」というような、画一の対策ではなく、住民の生活実態に即した保健活動の展開が期待できます。

さらに、健康課題に対する目標や活動方法等については住民や関係者にわかりやすく提示し、意見を話し合う等の協働の姿勢が重要です。見出した健康課題のネガティブな面ばかりを捉えず、住民の強みを生かした表現や取組みとして活動内容や計画の立案を行うことも重要です。

### 【計画の段階における評価】

活動方法の計画と合わせて、評価指標を含めた評価方法をプラン（P）の段階で検討しておくことも重要です。評価計画は、その計画を実行した場合に予想される効果や実際の効果を示す評価の指標（ストラクチャー、アウトカム、アウトプット等）も検討します。ポピュレーションアプローチのアウトカムは、数年単位での評価が妥当なこともあります。そのため、短期的な評価として年度内の事業評価等の小さなアウトカムを設定しておくこともよいでしょう。

また、計画の立案にあたっては、現在生じている課題を踏まえ、次世代や将来を見据えた予防として、また、健康無関心層を取り残さない対策としての「環境を変えていく」という視点が大切です。

### ●評価計画の重要性

評価をするためには、どのデータをどのように収集し、いつ、誰が、どの予算を使って分析評価し、どのような形で誰に報告するのかという評価計画が必要となります。効果を評価するためには、導入後データだけでなく導入前のデータも集めて前後比較をし、変化を捉えること、介入群と対照群との比較をして、介入群でより変化が大きいことを確認する必要があります。事前データと対照群のデータは、政策や事業開始前から評価計画を立てて、評価を意図して収集をしなければ手に入りません。

活動によっては、長期的に見なければ把握できないアウトカム指標もあるでしょう。しかし、その場合、アンケート等で一端、アウトプット評価をする等の工夫をするにせよ、評価の計画そのものがなければ、評価することは難しくなります。せっかくの取組みの成果が出たとしても、比較検討できなくなることはないよう、予めの評価計画は忘れずに行うことが大切です。



### ●数値目標の重要性

量的な手法による評価をするためには、プログラム理論において、成否の鍵を握るポイントを見定め、指標を設定する必要がある、それを重要指標（Key Performance Indicator：KPI）と呼びます。前後の変化を捉えるためには、導入前のKPI算出が必要で、さらにプログラム導入の成否を評価するには、目標を設定した時期までに、導入前の指標値からどれくらい増やす（減らす）のかを数値目標として明示しておくことが望ましく、それがあってはじめて、目標が達成できたかどうかは明白になります。このように、基本的な考え方を踏まえると、業務データ以外にも多くのデータ収集が望まれます。しかし、手当たり次第集めると、使われない無駄なデータ収集をすることになります。それを避けるには、どのような要素やデータ・評価が必要なのか、政策・プログラム評価の枠組みを理解する必要があります。



業務は縦割でなく、関連付けて計画を考えて。子どもを通して大人への支援を考えたり、地域の特性に応じた取組みも可能です。評価計画も忘れずに

## 5) 決め手は包括的なアセスメント

ポピュレーションアプローチのプロセスにおけるアセスメントとは、量的および質的データから健康状態を明確化する際に、その背景や要因を環境・生活・行動レベルから包括的に判断し、地域特有の健康課題を包括的に見立てるものであり、「包括的なアセスメント」です。

包括的なアセスメントのプロセスは、一方通行ではなく、新たな情報を発見したり、必要な情報の不足が明らかになったところで「行きつ、戻りつ」しながら、アセスメントを深めることが大切です。

### 戦略的に地域診断を行うコツ⑤

#### 量的データと質的データによる包括的なアセスメント

地域診断で用いる量的データは、健康指標、健診データ等は、地域住民の現在の健康状態を示しています。量的データで示されたリスク因子、生活習慣等に関する健康状態に影響を及ぼす環境や行動を探るために、質的データを活用してみましょう。質的データは、住民の行動、生活の仕方を言語化したものであり、人々の生活や意識を示します。また、地域の人々の行動の意味や地域の風習や文化、人々の思いや考え、行動等を把握するためにも必要です。日頃の保健師活動で保健師が観察したり、感じ取っている住民の生活実態を見える化することによって、地域の実態を質的に明らかにすることができ、しかし、保健師だけで健康課題を分析しようとするのではなく、保健師が分析した量的データと合わせて、保健師が感じ取った印象を質的データとして他職種や住民に投げかけてみると、地域住民自らの健康と生活を振り返る機会となり、自らの健康状態と生活習慣を結び付けて考えられていきます。その住民の考えをしっかりと聞き出していくことで、確かな質的データとなっていきます。

また、健康に影響を与える要因は、多くの場合単独ではなく、複雑に作用しあっています。それらの因子は、単に良い・悪いと判断するものではなく、強みでもあり、弱みにもなりうる因子であり、様々な因子が包括されて地域の文化・産業・風習等として成立しています。住民の生活する地域を大切にすることとは、それらを理解し、共に話し合いながらより良い方向へ活用していくことではないでしょうか。

例えば、医療費についても、地域住民の実態を把握していなければ、その判断は違うものとなります。例えば、外来医療費が高い・増加しているデータであっても、地域住民の健康意識が高まり、早期に外来治療する患者が増えた実態が把握できれば、予防活動の成果としてアセスメントできます。一方、外来医療費が低くても、入院医療費が高い場合は、重症化してから入院加療が多という実態が隠れているかもしれません。

量的データの判断も、質的データとして表される地域の実態を把握しなければ意味のないアセスメントとなってしまいます。そういう意味では、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの手法に優劣の関係がないのと同様に、量的データと質的データにも優劣の関係はありません。両者を統合して包括的なアセスメントを行っていくことが重要です。

## 病気の原因は「社会病」

70 数年前、京都西陣にある白峯診療所（現：堀川病院）でのエピソードです。

戦後間もなく、敗戦国の日本は、力尽き果てて、食べ物がなく飢えていた「一億総難民」の時代。子どもに至っては、配給されるミルクを、我々医療人も家族と一緒に並んで分け与えて、子どもの栄養を何とか満たすように努力していた時代だった。

子どもが熱を出して、風邪をひく、痰が出ると、肺炎だと思い、家に診に行く。その時に、その家のお勝手に行き、「今晚の夕飯はなんや？」とたずねながら、鍋のふたを開ける。

「今晚はこれかぁ、わしも腹が減ってなあ」と冗談交じりに言って、ちょこっと食べる。そこから、僕の目は、この一家、どういう食事を分け合っているか、絵に描いたようにみえてくる。その生活の中から出てきた、肺炎、風邪、感染症、伝染病、下痢だと、観る目が大事なんだと思うような医療をやってきた。

「家で患者さんを診る」というのは、家における一家の、路地の中の、地域の、衣食住、暮らしを知らない医療が出来なくなってきた。

一つ例をあげると、その家の生活配水も気になった。この水はどこを流れ、どのように処理されているのかをみないと、下痢一つも、この原因は、汲置き水だったのか、排水が途中で切れて、路地の土の中に吸い込まれているようであれば、その水が再度、井戸や汲置き水に交じり、飲み水となって口に入るという悪循環を来していることにも気がついた。従って、私たちの医療は、路地から表通りの排水溝につなげて欲しい、水道を引いて欲しい、井戸水が共同井戸であるし、非常に危険であることを教わり訴えていきました。これがそもそもの疫学の始まりではなかったかと思う。

もちろん、便を調べて、赤痢菌がないか、疫病菌がないか、腸チフスはどうかと、保健所や大学の力を借りて調べた。が、その病気の一番の根源はその家の衣食住の状態、生活の仕組み、排水にあると考え、便所の位置も気になった。便所が共同便所かどうか、便所の排水と飲料水がどうなっているのか、排せつ物の溜まる所に網や敷居があるのかもみるのも医療の一つであったと考えている。

次に大事なものは、それを路地の人や住民の方に分かりやすく話をする事だった。夜、住民の方の仕事が終わった後に、家の一間を借りて勉強会をした。これが路地における住民疫学の始まりだった。

僕は今でも、病気の原因は「社会病」だという考えは変わらない。それを治すためには、単なる医者の方の指示を守っていたらいいのではなく、自ら排水溝を確認、この水がどこに流れるかを知って対策をとることがまさに公衆衛生であり、西陣の織職人に分かるように話をする事が僕達、病院スタッフの仕事の一つになった。

病気を治す主人公は住民、治す主体も住民、責任を持つのも住民、この考え方はこれからの時代も通用すると信じています。  
(医師：早川一光)

# 第3章

## 紙上モデル事例を用いた 事業展開の例

## モデル事例

ここでは、モデルとして架空の事例を紹介します。

A市は、「健康なまちづくり」を総合政策の一環に掲げ推進しています。ハイリスクアプローチとして、特定健診・保健指導をはじめとした個別支援の取組みに力を注ぎ展開してきました。

「健康寿命の延伸」に向けて、何をどのようにすればよいのか、検討することになりました。

A市の保健師になって、検討のプロセスを体験してみましょう。

### A市の概況

人口 約9万人 高齢者人口25.0% (75歳以上12.5%)

年間出生数 950人 (前年度)

産業構造 第1次産業(約15%) ・ 第2次産業55% ・ 第3次産業約40%

小学校区 15校区 (150自治会)

### (保健師の配置・活動体制)

保健師数 30人 地区担当制と業務担当制の併用型 / 保健衛生部門が地区を担当  
(保健衛生部門25人、高齢・介護保険2人、障害1人、国保1人、基幹となる直営の地域包括支援センター1人)

統括配置 保健衛生部門の保健師(課長職) 1名 事務分掌に明記

※子育て包括支援センター / 30年度に開設予定(現在準備中)

### (地区組織)

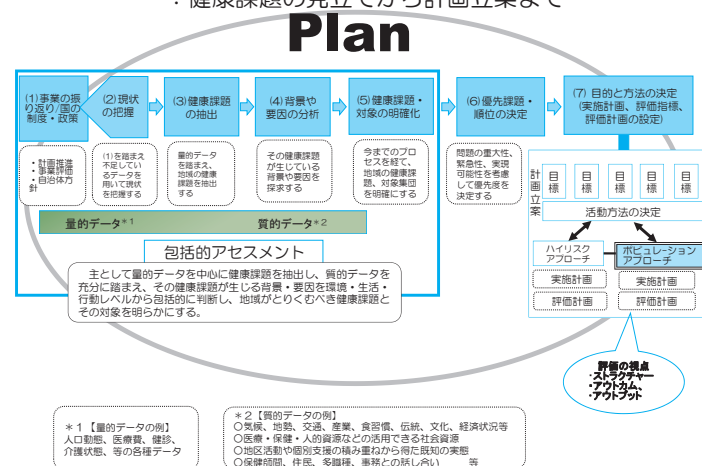
健康づくり推進員 300人 / 健康づくり食生活改善推進員 170名

健康運動サポーター 50名

### (医療資源)

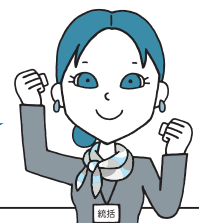
一般病院4施設 診療所20施設 歯科診療所15施設、訪問看護ステーション3箇所

### PDCAサイクルのPlanにおけるプロセス ：健康課題の見立てから計画立案まで



PDCA サイクル Plan のプロセスに沿って進めていきましょう。

統括保健師です。保健師全員で、  
私たちの保健活動を見直そう！



## ① 国の制度・政策事業の振り返り

「去年と同じ事業を繰り返す」ことじゃないってことですね。「誰がどうなったらよいのか」「そのために、今の事業のままではよいのか」も考えて、振り返る…ってことで、了解です。



## 【背景】

- ・ 特定健診・保健指導も、個別指導を中心に熱心に展開してきたが、目標に達していない。
- ・ 糖尿病有病者や予備群が多い。がんの標準化死亡比では、乳がんが高い。
- ・ 国の大きな政策の流れとして、健康寿命の延伸、生活習慣病対策が打ち出されている。
- ・ 市総合計画の大きな柱に、「健康」が打ち出され、主要な政策となった。
- ・ 健康 A 市 21 第二次計画、国保データヘルス計画も策定した。

## 【事業見直しの必要性】

- ・ あれもこれもと、事業に追われてばかりいる。本当に必要な人に、必要な保健活動が届いているのか見直すことが必要。
- ・ 人工透析になった人や脳血管疾患の発症が続いている。このままの保健活動でよいのか。
- ・ 地区組織とは関係ができてはいるけれど、必要な活動につながっているのか疑問がある。

## 【活用資料・データ】

## 量的データ

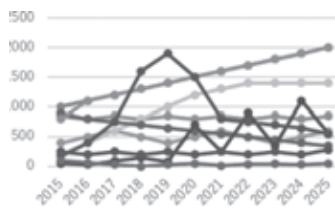
- 市の総合計画（政策体系・施策別計画・取組み別指標等）
- 健康 A 市 21 第二次（目標値、実態、アンケート結果等）
- 市国保特定健診等実施計画（直近のもの）
- KDB・NDB（医療費分析）
- 市の国保データヘルス計画
- 県・国の資料 等

## 質的データ

- 気候、地勢、交通、産業、食習慣、伝統、文化、経済状況
- 医療・保健、福祉、人的資源等の社会資源
- 地区活動や個別支援から得られた実態
- 保健師間、住民、多職種との話し合いから得られた情報 等

## 現状把握（例）

- ・ 初めて特定健診を受診した人の、肥満やメタボリックシンドローム該当者の割合が県・市平均よりも高い。
- ・ HbA1c 高値の割合が県内で一番多い。
- ・ 医療費分析結果（H25 年度）では、1 人あたりの平均（28.6 万円）で、県平均（30.2 万円）よりも約 1.6 万円下回っている
- ・ 糖尿病、高血圧性疾患、脳内出血の医療費は県の平均を上回っている。がん、精神及び行動の障害、筋・骨格系の医療費は、県平均を下回っている。
- ・ 過去 2 年間に、新規の身体障害者手帳 1 級（腎障害）を申請した人の 52% が糖尿病性腎症、10% が高血圧症。60 代が多い。
- ・ 身体障害者手帳 1 級（腎障害）の 4 割が国保加入者。糖尿病や生活習慣病関連疾病の医療費割合が高い（特に男性）。等



最初から全てのデータを揃えなくても大丈夫！  
PDCA を回す中で、必要なデータを、その都度、集めて確認しながら進めれば大丈夫！

保健所や県国保連合会、看護大学からも協力してもらえよう、調整をしました!!



## ② 現状の把握

- ① 生活習慣病の中で、SMR（標準化死亡比）は、男性で脳梗塞 118.5、女性の脳梗塞も 117.2。女性は、虚血性心疾患は 117.9。胃がんは男女共に 98 台。
- ② 男女共に、糖尿病、高血圧性疾患、脳内出血、心疾患が県の平均の医療費を上回っている。
- ③ 乳がんの治療費が増えているが、乳がん検診受診者が伸び悩んでいる。
- ④ 新規で人工透析になる人の 5 割が糖尿病性腎症である。また男性は糖尿病性腎症の人は 60 代で透析になる人が多い。それぞれの健診履歴を遡って詳しくみると、40 代から血糖が上昇し始めている人が多く、同時に体重も増え始めている。
- ⑤ レセプトを見直すと人工透析の人は男女共に、高血圧を合併している人が多い（男性 52%、女性 48%）。人工透析を開始してからも心疾患の合併を発生しているもいる。

#### 【A 地区の課題】

- 血糖値が高い人は、市全域と比較し A 地区に多い（54.1%）。
- BMI が基準値を超えている人も多い（24.3%）。
- 喫煙習慣のある住民が多い（男性が 51.5%、女性は 10.5%）で、COPD の発症も多い。
- 男性の肝機能も正常値を超えている割合が高い。
- 健康日本 21 第二次のアンケート調査結果では、A 地区「寝酒」として毎日飲酒している人の割合が、男女共に全国平均を超えていた。
- 食習慣においては、野菜の摂取が少ない（男女とも目標摂取量の半分）、また運動習慣も全国平均を下回っている。
- 市全体と比較し、糖尿病、脳血管疾患の人が多く、透析になっている割合も高い。

#### A 地区の生活実態

次のような特性が A 地区の健康課題と関連があるのでは？

- 果樹と畑作農家が多い。特産みかんは糖度が高く高級品。所得の高い農家が多い。
- 糖度の高いみかんを、毎日、何個も食べる習慣がある。野菜を食べなくても、果物を食べていればビタミン C が採れるので健康に良いと考えている。
- 温暖な気候で温和な人が多い反面、危機感がなく、高齢になってからの健康維持について、関心のある人が少ない。
- 高齢化率は 35%。3 世代同居の世帯が多く、祖父母の食習慣が孫世代に影響を与えている（甘辛い濃い味付け）
- 農閑期に運動強度が下がるにも関わらず、農繁期と同じ量を食べている。
- 農繁期は朝食にアンパンと甘い缶コーヒー、昼はインスタントラーメンとおにぎり、夜は焼肉と味噌漬けといった糖質・脂質中心で塩分の多い食事が多い。
- 「味噌は身体にいい」という考え方が強い。
- 朝は子どもだけで、パンやスナック菓子を食べて登校している（大人は農作業）。
- 農閑期になると、夜遅くまでは組合の会合が多くあり、飲酒の機会も多い。
- 会合では、一人にひとつ灰皿があり喫煙しながらの会議が当たり前になっている。
- 市民アンケートでは「悪くなったら病院へ行って治療すればよい」という考え方の回答が市全体では 35% なのに対し A 地区では 65.8% と高く、がん検診の受診者も少ない。
- お互いに声を掛け合って健診を受診する傾向がある。特定健診受診率は高いが、特定保健指導には参加しない。一度参加しても農作業が忙しいという理由で、来なくなる。
- ウォーキングを推奨しても、歩いていると「仕事もしないでブラブラしている」と言われるので、歩きにくいという。A 地区には、公園や遊歩道もない。
- 大企業の下請けをしている小規模事業所が多いが、産業医も選任されていない。そこで働く人々には、健康への支援が届いていない。

とにかく、住民の声を聴き、そして、一緒に考えるプロセスを大切に・・・か。なるほど。



データを調べ直したり、追加の検討をするから、行きつ戻りつするね。苦しいけど、楽しい!!



見やすいグラフやデータで、関係者や住民に、地域の状況を伝えることが、共に考え、行動することにつながるね。

### ⑤ 健康課題・対象の明確化

- ① 地区によって健康課題が異なる。地域の課題を見極め、地域に合わせた取組みが必要では。
- ② A 地区は医療費の伸びが高い → A 地区の生活習慣病対策が必要ではないか。
- ③ A 地区は特に 60 代からの生活習慣病、高齢期のフレイルや認知症が多い → 壮年期からの予防が必要では
- ④ 市全体で乳がん健診受診率が低く精検受診率も低い → 検診受診率対策とがんに対する知識の普及が必要ではないか
- ⑤ A 地区は自治会、婦人部が活発で、地区の小学校、庁内企画課、農協の協力が得られる可能性がある。地区の健康課題について話し合うのはどうか。

### ⑥ 優先課題・順位の決定

○見出した課題を図表化して、A 地区の自治会役員会や婦人部に説明すると次のような反応が得られた。

#### 自治会役員・婦人部の反応 ↓

働き盛りの健康を守らないと、地域の産業（特産みかん）も守れないし、生活もできない。子どもたちのためにも、まずは働き盛りの健康を改善することじゃないかな。

「不健康な地区だといわれたくない」「他の地域と A 地区では、何がどう違うのか知りたい」。

何かできることがあるなら、みんなで取組みたい。

○ A 地区住民の声を元に、保健師全員で検討。

次年度、重点事業として A 地区の健康課題改善の取組みを行うことにする。



優先的に取組むこと → A 地区の 40 代の健康課題の改善支援

- ・ A 地区「40 代からの糖尿病予防と重症化予防の推進」
- ・ A 地区の乳がんの早期発見・早期治療の推進

○既存事業の検討及び保健師の活動時間の確保

通常業務の中で、A 地区支援を重点的に取組むために、既存事業の見直しを実施。

「健康づくり運動教室」を実施していたが、スポーツ振興課と社会福祉協議会がタイアップして、同じような事業を次年度に企画していることが判明。その事業に協力することで、保健師の稼働の削減を図る方向で調整。

普段は、つつい事業中心になってしまいうけど、「解決が必要な課題は何か」を保健師全員で話し合うのが大事だね。





ここまでのプロセスを踏まえて、目的と方法を決定しよう！



### 【目的】

1. 糖尿病予防ができる地域をつくる
2. お互いに声をかけあい「がん予防（乳がん）」を推進できる地域をつくる

### 【目標】（主語は「A 地区住民」）

1. 糖尿病予防に関する健康情報に触れる機会を増やす
2. 血糖値（糖尿病予防）をきっかけに、自分や家族の健康に関心を持つ
3. 糖尿病予防や生活習慣病予防に必要な生活習慣を取り入れることができる
4. 健診（特定健診・保健指導、乳がん検診）を健康づくりに役立てることができる

### 【活動方法】

#### ●ハイリスクアプローチ

- 保健師・栄養士が中心となって実施する
- ・ 特定健診・保健指導の個別支援の強化
  - ・ がん検診受診率向上策及び精検未受診者への個別訪問
  - ・ 糖尿病患者への訪問による実態把握と生活支援
  - ・ 糖尿病連絡協議会における個別事例の検討 等

#### ●ポピュレーションアプローチ

A 地区自治会、健康づくり推進員、学校保健委員会、JA、商工会、社会福祉協議会、庁内教育委員会、企画課、都市整備課と健康課が協働し、次の取組みを行う

##### ○JA とタイアップした取組み

- ・ JA 直営店・販売店への協力依頼（野菜中心メニュー・野菜サラダの提供）
- ・ JA の健康づくり活動とコラボした健康講座を開催（全 5 回）
- ・ 「農家発」ヘルシーメニュー市（「道の駅」での野菜料理販売と料理教室）

##### ○A 地区小学校とタイアップした取組み

- ・ A 地区の小学校での公開授業の実施（「大人の健康、子どもの健康」）
- ・ A 地区小学校保健委員会、PTA で、生活習慣病に関する講座の開催

##### ○関係機関とタイアップした事業所の健康経営支援

- ・ 県保健所、健保組合、庁内商工課と連携し、商工会議所と共に A 地区の事業所への健康経営支援の開始（事業主に主旨説明し、働く人とその家族の健康づくり支援）

##### ○A 地区自治会とタイアップした取組み

- ・ 住民懇談会の開催（健康づくり）
- ・ 遊歩道の設置と毎朝ウォーキング活動の開始（キックオフは、市長も参加）
- ・ A 地区の取組みを現す愛称を募集・決定する

※上記については、地域医療連携会議（保健所主催）で医師会や関係団体にも報告し、理解と協力を依頼する。

※がん検診の精度管理等については、別の会議の議題として提案していく。

※全市的な取組みとして、例えば健康マイレージ等の取組みも、今後、検討していく。

気になる健康課題は、他にも様々あるけど、何もかも全部、いっぺんにはできない。  
だから、地域の資源や実現可能性等を踏まえて、話し合い、決定していくことが必要なんですね。



## 【ストラクチャー評価（プロセス評価も含む）】

- ・解決したい課題が明確になっているか
- ・解決したい課題と目標、実施内容があっているか
- ・自治会や学校等、関係者の理解が得られているか
- ・実施体制や連携協力体制が整っているか
- ・目的にあった計画になっているか
- ・各段階ごとに、PDCA サイクルを回して進めているか

## 【アウトプット評価】

- ・特定健診受診率の増加（H35 年度までに 60% に）
- ・保健指導実施率の増加（H35 年度までに 40% に）
- ・がん検診精検未受診者への個別訪問と相談対応で精検受診率 100% の達成（次年度）
- ・今年度新規で把握された糖尿病患者への全数訪問（今年度）
- ・糖尿病連絡協議会における個別事例の検討と対策を行う（年度内 6 回）
- ・健康経営支援のために、地区内の 5 割以上の事業所を訪問する（年度内）
- ・地区の取組みの愛称が決定する（年度内に）

## 【アウトカム評価】

- ・メタボリックシンドローム基準該当者または予備群を 10% 減らす（H35 年度）
- ・壮年期の乳がん・肺がん死亡の減少（5 年後までに全国平均を下回る）
- ・生活習慣に関心を持つ人の割合の増加（平成 35 年市民アンケート調査）
- ・取組みの愛称を知っている人の割合が 7 割（平成 35 年市民アンケート調査）
- ・健康経営に取り組む事業所割合の増加（3 年後までに 7 割を達成）

## 取組み

A 地区では、前述のような活動プランを策定し開始し、1 年が経過しようとしている。

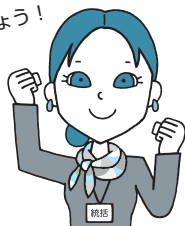
地区担当の保健師が事前に根回しをしていたことや、もともと地域のお祭りや行事が盛んで地域の結束力があつたこともあり、当初から地域の理解と協力はスムーズに得られた。

小学校の公開授業（子どもと大人への授業）は当初、春に 1 回の開催を予定していた。1 回目は「私たちの身体は何からできているか～健康と生活習慣の関係～」について行った。講座終了後、好評につき、秋にも追加で開催することとなった。その際、併せてネーミングを募集したところ、小学校の 1 クラスにつき、1 応募や、町会ごとの応募等、思わぬ反響が得られた。結果、三年生のクラスからは愛称だけでなく、キャラクターの絵も寄せられ、市長賞を獲得した。

健康経営支援としては、商工会議所や健保組合と連携し、保健所保健師と共に、地域の事業所も回った。県と市がタイアップして、事業所への「健康経営の支援（健康講座・健診案内等）」を行うことを説明し、登録を呼びかけた。半数以上の事業所が「健康経営を目指す事業所」として登録し、従業員の健康づくりに取り組むことになった。市のがん検診受診にもつながり、年度途中だが、新規の受診者が倍増している。

こうした取組みが、地元紙に取り上げられるようになってきたことで、住民の意識も少し変化している印象がある。「他地区に、（成果を）見せたい」という声も聞こえている。

続けましょう！



ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチは保健活動の両輪です。保健師には、課題が見える化し、地域の住民と共に考え、住民が自ら健康な行動が取れるように、保健活動の PDCA をまわしていく大切な責任がある！

## ポピュレーションアプローチと住民参加

北出順子（国立大学法人福井大学）

### ○ポピュレーションアプローチへの誤解

「日本で胃がんが減った理由を知っていますか。冷蔵庫の普及です。冷蔵庫の登場が人々の価値観・行動（食材の塩蔵保存から冷蔵保存へ）と、疾病の動向まで変えたのです」。ある医師の言葉でした。環境を変えることで、一気に進む予防策がある。そんな瞬間に立ち会ってみたい！私と、ポピュレーションアプローチの衝撃的な出会いでした。

ポピュレーションとは、いわば「住民ひとりひとり」の複数形です。「集団」と訳された瞬間に、本来の目的を見失い、単に集団に対する健康教育と勘違いされてしまいがちです。ローズ（Rose）（1992）は集団全体に対する健康戦略に関して、健康問題の根底にある原因を同定し、可能ならば取り除くことである<sup>2)</sup>としています。これを実践することがポピュレーションアプローチです。

### ○地域の特徴や文化背景を大切に

筆者は、現在、ポピュレーションアプローチに関する研究を実施しており、A町のB地区と、筆者がかつて担当していたある自治体内のある地区と比較分析してみました。一概には述べられませんが、最も違いがあるのは、「地域の特徴や文化背景等が、人々の健康に影響しているのではないか」という仮説を保健師が持っているか否か、ということと考えられました。

筆者は歴史や文化に関心があり、担当地区の歴史的背景も調べていました。しかし、趣味として調べていただけで、住民の中の「愛育村であったことへの誇り」が「健康づくりや子育て支援に関する高い意識につながっている」とまでは気づいていませんでした。

一方で、A町B地区にも伝承文化があります。旧来の風習ともいえる区の自治を推進する上の決め事や古来からの「踊り」を絶やしてはいけない、伝承料理を伝える、等について、保健師はよく理解し、活用し地域全体の取組みにつなげていたのです。

### ○住民参加とは、住民自身と専門職が力を出し合うこと

保健師が保健活動を行う先にあるものは、地域住民が自らの力で自己の健康をコントロールする力を持つようになることです。専門職のサポートも時には必要ですが、最終的には住民自身の力と専門職が対等な関係で力を出し合うことです。そして、その住民参加とは、直接的に自治体行政に住民が関わる方式を指し、制度化された方式で住民が地域行政に関与する場合に使われます<sup>7)</sup>。

ポピュレーションアプローチとは住民の個々の日常生活を変化させるだけのものではなく、住民と保健師等が互いに関与しつつ、従来の当たり前から脱却し、地域全体が変わるプロセスを共有するものではないでしょうか。このプロセスを経なければ、保健師等の専門職だけの力が、住民の「当たり前を覆す」ことは到底、無理でしょう。

### ○変わるT市

こんな中、「市民と力を合わせて健康づくりをやっていきたい」というまちから筆者に連絡がありました。T市は人口66,000人、古くからの港町で、基幹産業のひとつに原子力発電所があります。地区組織が育っていない状況ではありますが、医師会・歯科医師会・助産師会等の専門職団体とのつながりは深い中で活動しています。

このT市が、ポピュレーションアプローチを学び直し、取組みたいと言ってくれました。筆者と共に、これまでポピュレーションアプローチに取り組んできた事例から得られたことを実践しはじめています。

当初は「適正体重」をテーマにポピュレーションアプローチを展開していこうと考えていました。ところが市民を意識してみると、適正体重とはいったい何であろうかという疑問に当たりました。日々の事業で出会う一人ひとりに目を向けると、人々の体型は様々であり、急に太りだした人、もっと痩せたいと願う痩せ型の人、様々な人がいることに気づきました。

今まで当たり前に使っていた「適性体重」という言葉。あらためて「適正体重とは何か」という保健師間のディスカッションは白熱しました。そして、その中で、大きな気づきもありました。

*自分たちが説明できないことは、人には伝わらない。  
イメージできることしか、人は理解できない。  
住民に届けるためには、共に健康づくりに向けて活動するためには、  
私たちがもっと相手を知ることから。*

この気づきはT市の保健師たちを動かしています。

保健師たちは、今後さらに、市民の生活実態や価値観、これらの背景となる土地の文化との構造を読み解き、市民に届くように具体化したものを発見していける、と考えています。

### ○改めてポピュレーションアプローチと住民参加

我々保健師が何のために存在するか、と問われると、住民のため、と即答する保健師が多いことでしょう。しかし、具体的に住民の目指すものは何でしょう。住民と保健師との関係を問われた時、即答できるでしょうか。筆者が若い頃からバイブルのように愛読してきた本に「健診結果からの出発<sup>8)</sup>」があります。この冒頭に保健師や栄養士の本領とは住民自身が自己の健康管理能力を形成する過程である、と述べられています。さらに、従来は保健師が、健診結果からその人の健康状態を判断し対応してきたが、果たしてそれが我々の目指す姿なのであるか、と疑問を投げかけています。

ポピュレーションアプローチとは、従来の文化を踏まえた新しい融合文化を、住民と共に創るプロセスなのではないでしょうか。それゆえに、多くの人々に当てはまり、多くの人々がイメージできるものが効果的であり、地域文化に呼応した戦略と継続性が必要であると考えます。そして我々に不可欠なのは、素晴らしい活動を共に展開してくれる住民への敬意と畏敬の念なのです。

## 実践事例

実際の事例を紹介します。本テキストで紹介しているモデルを使った取組みではありませんが、とても参考になる取組みです。

北海道美唄市では、日本で初の受動喫煙防止条例制定を実現しました。未成年及び妊産婦を始め、市民がタバコの煙による健康被害を受けることなく、より一層の健康となることを目指した取組みは、6年以上という長い年月を要しました。取組みのPDCAのプラン（P）を、最初からすべて決定してから、開始したわけではありません。しかし、その考え方、取組みのプロセス、思考の流れはとても貴重です。ここでは参考として、そのプラン（P）を要約してご紹介します。

### 美唄市の概況

- ・人口約 2 万 2 千人 高齢化率 39.4% 年間出生約 100 人
- ・保健センター長は医師、保健師は合計 9 人（うち 1 名非常勤）、管理栄養士・看護師（各 1 人）
- ・小学校 5 校、第 3 次産業が就業人数の 62.5%
- ・保健推進員・食生活改善推進員、運動推進員の活動あり

### ① 国の制度・政策 事業の振り返り

#### 【背景】

- ・採炭地であったが、閉山に伴い人口減少・少子高齢化の進展、経済・健康格差等が懸念される。健康寿命の延伸に向け、市民の健康状態に合わせた健康情報提供の必要性が高まった。
- ・喫煙率が高く肺がんも多い。対策について、医師会より熱心な提案が寄せられ市議会からの意見も提出された。保健師も同様の問題意識を持っており、連携・協働した取組みが始まった。
- ・市の総合計画に「誰もが健康でいきいき暮らせるまちづくり」が示された。
- ・国の健康日本 21 等に、受動喫煙防止対策が示されていた。

#### 【事業見直しの必要性】

- ・第 1 期健康増進計画では、健康づくりの動機付けを行っても継続が難しかったことから、身近な地域で取組む環境づくりに取組む。理念的な目標は評価が難しいことを踏まえ、第 2 期計画では、数値として評価できる指標も考慮した。

### ② 現状の把握

#### 【量的データ】（抜粋）

- ・平均寿命：男性 77.8 歳、女性 86.4 歳（平成 22 年市区町村別生命表）
- ・SMR（標準化死亡比）は、腎不全(132.2)、肺炎(127.8)、脳血管疾患(119.1)、心疾患(115.9)が全国と比較して有意に多い（北海道健康づくり財団資料；H18～H27 参照）。
- ・悪性新生物が死因の約 3 割を占め全国比で多い。脳血管疾患も約 11% と、全国・全道より多い（H22 空知地域保健情報年報）。
- ・国保被保険者の総医療費の約半分が生活習慣病関連の疾患であり、男性では肺がん、女性では乳がんが最も高い（H26 市 KDB）。・要介護認定者は年々増加している。
- ・喫煙率は、平成 22 年度特定健診受診者の 40 歳～50 歳代の喫煙率が 41%～48%、平成 25 年度母子健康手帳交付時、妊産婦の喫煙率が 7.9%、その夫の喫煙率が 53%、4 カ月健診受診の母親の喫煙率が 16.1%、父親は 60.9% と高い。
- ・胃がん、肺がん、乳がん等、すべての検診受診者が年々、減少してきている。
- ・女性は運動習慣のある割合が全国平均を上回っているが、若い世代や、男性は低い。

#### 【質的データ】（抜粋）

- ・室内、車内での喫煙が日常であり、子どもが受動喫煙の害を受ける。
- ・公的会館を禁煙にしても、灰皿が出される等、徹底されにくい現状がある。

### ③ 健康課題の抽出

- ・男性の総医療費では「肺がん」が高い。
- ・悪性新生物が死因の 3 割を占め、喫煙と関連する健康課題が多い。
- ・20 歳～50 歳代の喫煙率が高く、妊婦や子育て中の喫煙率も高い。
- ・これまでも妊娠期からの禁煙支援と健康教育を実施してきた。妊娠中は禁煙しても、産後に喫煙を再開する人がいる。（単純には比較できないが、母子健康手帳交付時の約 2 倍の喫煙率）

## ④ 背景や要因分析

- ・喫煙者が多く、タバコによる健康課題が大きいのではないか。
- ・タバコと健康に関する知識を得る機会が少なく、知識が行きわたっていないのではないか。
- ・禁煙の取組みを支援する環境づくりも、十分とはいえない。
- ・受動喫煙対策についての取組みが十分でないため、「煙は嫌だが話題にしづらい」と感じている市民がいるのではないか。
- ・寒冷地で冬季期間が長く、車内や室内での喫煙が許容されている傾向がある。
- ・直接的な「喫煙対策」ではなく、「吸わない人」の健康を守るという視点が必要ではないか。
- ・排除や否定的なものでない取組みにすれば、広がるのではないか。

## ⑤ 健康課題・対象の明確

- ・男女共に 40 歳を境に生活習慣病の有病者が増えはじめ、65 歳では 50% 以上となっている。
- ・男性の肺がん、脳血管疾患等、「喫煙」をめぐる健康課題の解決が必要。
- ・未成年（子ども）、妊産婦をタバコの煙から守る。
- ・受動喫煙対策を通して、市民の健康を守ることができる取組みにつなげていく。

## ⑥ 優先課題・順位の決定

- ・市民、特に未成年（子ども）、妊産婦をタバコの煙から守る環境をつくる。  
（否定、喫煙者の排除ではない取組みにして行く）
  - ・喫煙と健康に関する知識の普及を図る。
- ※生活習慣病対策等とも連動し、展開する。

## ⑦ 目的と方法の決定

- ・健康増進計画第 2 期に「受動喫煙の影響を受ける市民の減少」を重点目標として掲げ取組む
- ・受動喫煙防止の環境づくりとして、郡市医師会・郡市歯科医師会をはじめ関係団体、民生児童委員会、消費者協会、老人クラブ連合会、PTA 連合会、幼稚園連合会、保育所父母の会、各地区組織、商工会議所、青年会議所等と連携し、全市的に取組む。
- ・市民と行政、それぞれが実行するアクションプランを策定し、計画的に取組む。
- ・子どもへの喫煙防止教育により普及を図る。禁煙支援マニュアルを整備し、禁煙支援を行う。
- ・大学、保健所からアドバイスを得て、必要性や成果についてエビデンスを持って取組む。
- ・受動喫煙防止条例の制定（市町村で日本初）を目指す。

## 評価の指標

- ※紙面の都合上、評価の指標は要約しています。
- ・実施できる体制は確保できているか、アクションプランの実施状況、市民の意識や反応等の評価（市民意識や事業所の対策実施状況については、アンケートで把握）。
  - ・特定健診受診者の「喫煙率」の推移の把握、事業協力施設数の把握。
  - ・受動喫煙の認知度の変化、受動喫煙防止対策を理解している市民の増加（アンケート）。
  - ・長期的な評価指標としては、「肺がん」等、喫煙関連疾患の減少（経年的に評価）。

## 取組み

庁内外との連携の元、検討委員会や健康づくり推進委員会を設置し、ガイドライン策定や学校・地域での禁煙防止教育、イベント等、様々な場面で市民と協働し、粘り強く取組んだ。その結果、パブリックコメント等も経て日本で市町村で初の「受動喫煙防止条例」を制定、平成 28 年 7 月の施行に至った。

市民と共に地域の社会環境を変えた取組みは全国の注目を集める取組みとなっている。「自分たちの市は、全国の市町村で初の条例を制定した」という市民の誇りにもつながり、受動喫煙に関する認知度は 91.2% にも上っている。

## 人口規模の大きな自治体でポピュレーションアプローチを実践することの意義

小宮山恵美（東京都北区健康福祉部）

### ○ポピュレーションアプローチは難しい？

好事例は、人口規模の小さい市町村だからできたのではないかと、保健師の中でよく聞かれる話です。実際に、人口規模の大きい自治体においても、自分の担当している地域住民は、地域診断等でわかる範囲で特性をつかんでいます。一人一人の生活やプロフィールは、業務を通じて知り合った住民にしかわからない。地域の健康課題を解決しなければと思いつつ、健康づくりの計画と照らし合わせながら、どんな事業をすると効果があるかと予測しますが、上司にうまく説明できない等考えていくと、段取りを進めることが困難に思えて、ポピュレーションアプローチを展開しての保健活動等到底無理ではないかとあきらめムードなるのではないのでしょうか。

### ○人口規模の大きな自治体でのポピュレーションアプローチの好事例

私は、日本看護協会における平成 29 年度 健康寿命の延伸等に資する保健活動検討委員会に委員として参加しました。人口規模の大きな自治体に勤務する保健師として、先に述べたような保健活動の展開のための段取りに困難さを感じながら、この委員会に参加してみて、どのような人口規模の自治体でもポピュレーションアプローチの基本は変わらず展開できるのではないかと確信しました。

どの自治体でも、組織の中に健康課題を共有化する会議体を持っており、そこに至るまでには、住民のために必要な保健活動はどのようなことであるかという保健師の見立てがあったに違いありません。例えば、ある程度の地域単位で捉えていること、PDCA サイクルを上手に回していること、健康課題を見える化（明確化）する工夫をしており、住民にフィードバックしていること等です。

また、共通して庁内外の関係機関との連携や、広がりがうまくいっていません。住民向けに様々な機会を捉えての周知活動は、重要であるとわかっているにもかかわらず、業務量が増えることもあり簡単ではないと想像できるのですが、事例の自治体では工夫をし、実行していました。新しい関係機関との連携は、関係機関の特徴を把握し信頼関係を構築するのも時間がかかりますが、健康課題の解決に向けて活用できる関係づくりを行っているのが印象的でした。

### ○住民の声を聞くのも工夫次第

一方で、住民の声を聞いて反映させることを大切にしています。どの自治体でも様々

な機会を捉えて住民の声を聞いています。

人口規模の大きな自治体においても、このプロセスと照らし合わせながら、住民の声を聞いてみることを勧めます。例えば「〇△計画の公聴会」や「モニター」、参加者のつぶやき、住民を交えた会議や講演会等が終わった後の相談からも、関心のある住民の声を聞くことができます。

しかし、健康課題に関心のない住民の声を聞く機会がないのは、どの自治体にも共通しているように感じます。保健師は、そのような住民の声を拾えるよう、アンテナを高くすることも大切です。家庭訪問や地域でのイベント、関係団体との連携等も活用しながら「健康課題に関心のないこと」はどのような理由なのかを尋ねることはできます。私は、そこにこそ、価値がある、と思っています。

現在、地域の中では貧困や孤立等の課題解決が優先されがちですが、地区を担当している保健師は、地域住民の健康課題は何であるのか、「健康課題の見立て」が正しいか確認して保健活動を行う必要があるように思います。

#### ○あらためて、ポピュレーションアプローチ！

人口規模の大きな自治体には、多くの社会資源があります。保健師は、ポピュレーションアプローチを展開するために、誰と連携すると効果的に発展するのか見極めて、その団体の人に相談してみるのもよいでしょう。まずは、名刺交換からはじめ、保健師を知っていただくことで、身近な情報や力を貸してくれる住民や団体が出てくる可能性があると思います。

現在、自治体で構築している「地域包括ケアシステム」には、地域の課題を持ち寄って共有化する「地域ケア会議」があります。地域の困りごとの中に、健康課題を住民や関係団体と共有するところから始めてみても、ポピュレーションアプローチのきっかけとなるように思っています。

また、何となくポピュレーションアプローチの手法を使いながら保健活動をはじめていることもあります。自分自身の担当している事業をみながら、保健活動の展開を少し見直し、意識して丁寧に取り扱っていくことで、「あ！ポピュレーションアプローチかもしれない」と保健師自身が自覚することがあります。地区担当している地域の中での小さな気付きや活動の積み重ねが、まずは、保健師の中で共有化しながら、いずれ全体化していくように思います。

気負いせずに、取組んでみてはどうでしょうか。



## 実践事例

実際の事例を紹介します。本テキストで紹介しているモデルを使った取り組みではありませんが、とても参考になる取り組みです。

福井県美浜町では、「げんげん運動」を平成 25 年度から開始した。高血圧・心臓病・脳血管疾患等の循環器病に対する予防・重症化予防を図るため、「適正な塩分摂取をすること（減塩）」と、「生活スタイルや身体状況に応じた適切なエネルギー摂取をすること（減量）」を 2 つの柱とする町民総ぐるみの活動である。

活動の積み重ねによって、生活習慣病にかかる医療費が 15 パーセント削減したほか、がん検診の受診率向上に伴い、がん発見率が向上する等の成果につながっている。「げんげん運動」の評価指標を定め実行し、成果に至るまでのプロセスを紹介します。

### 福井県美浜町の概況

- ・人口約 9 千 8 百人 高齢化率は 35%（平成 29 年度）、75 歳以上は約 19%。第 3 次産業従事者は約 71%。保健師 7 名（地域包括支援センター 1 名、子育て支援センター 1 名含）、管理栄養士・栄養士各 1 名、看護師 1 名。住民の生活の場に出向くことを基本に、地区担当と業務担当の併用型で活動。統括保健師あり。

### ① 国の制度・政策 事業の振り返り

- 平成 20 年 3 月に健康美浜 21 を策定した。
- 平成 24 年に評価と次年度計画の準備を開始したが、総論的で横断的な計画であり、結果および評価が不明確だったため、内容の絞込みと統一の必要性を感じていた。
- 国保医療費県内ワースト 1 が 10 年近く継続し対策を迫られたことから、平成 24 年度医療費適正化事業の一環として、医療費分析を行った。
- 医療費の適正化も視野に、住民が生活の中での取組めるものを探すこととしていた。
- 平成 28 年 3 月には「町への愛着を高め、多くの町民がまちづくりに参画できる」ことを将来像に総合計画が策定され、健康づくりも政策として大きく掲げられた。

### ② 現状の把握

#### 【量的データ】

- ・SMR（標準化死亡比）：男性は循環器疾患、女性はがんによる死亡が全国と比較して高い。
- ・胃がん検診受診者を比較分析すると、検診を受けていない人は、医療費が 10 倍かかっている。
- ・高血圧や脳血管疾患・心臓病による死亡割合が高い。
- ・生活習慣病にかかる国民健康保険医療費の割合が県平均と比べて高く、その 2 割が高血圧で占められている。
- ・平成 24 年度医療費適正化事業では、県国保連合会から医療費が高い地域として指摘を受けた。
- ・県国保連合会の保健師の支援で、特定健診の受診者を対象とした食事調査や尿中塩分事業を開始した。
- ・大学の支援もあり、町の抱える問題として生活背景とのつながりの整理を進めた。  
→簡易式自記式質問紙調査の結果（対象：平成 24 年特定健診受診者 550 名程度）

#### 【質的データ】

- ・保健師、栄養士は、高血圧と肥満の背景には、塩分の過剰摂取、過食があるのではないかと考えていた。栄養士が各集落の健康と生活習慣、特に食事とのつながりを詳細に記録し、それを裏付けると共に、地域の食生活の傾向、身体状況のデータを整理すると、地域によって差があった。
- ※健康づくり推進協議会、ワーキング部会、地域の健康づくり推進員、食生活改善推進員、母子保健推進員等、地区の中で活動している住民とも一緒に実態を共有できる関係にあった。

### ③ 健康課題の抽出

- ・健康美浜 21 において、生活習慣アンケートや医療費分析を実施し、次の課題が見えた。
- ・（国民健康保険医療費において）は、脳血管疾患等、生活習慣病にかかる医療費割合が県平均と比べて高く、そのうち 2 割が高血圧性疾患によるものであった。
- ・健診結果でも、高血圧や高コレステロール者が多かった。
- ・男女共に胃がんの SMR（標準化死亡比）が全国と比較高い。

## ④ 背景や要因分析

- ・ 高血圧や胃がんの増加は、生活習慣（塩分・タバコ）との因果関係が否めないのではないか。
- ・ 地域の会合等で、菓子を食べる機会が多く、また 10 時や 15 時にも甘いものを食べる習慣がある。全体に「食べすぎ」の傾向がある一方、運動不足の状況にある。
- ・ 地域によって食習慣に違いがあり、同じ塩分摂取でも、山側は漬物による塩分摂取が多いが、海側は「塩」そのものを摂取しやすい傾向にある。
- ・ 鯖の塩蔵品が塩分摂取につながっているが、地域の大切な文化であり特産品である。塩分は多いが健康に欠かせない成分も含まれている。
- ・ 地域のつながりが強い。住民全体で変化しないと、個人だけでは解決が難しい面もある。

## ⑤ 健康課題・対象の明確化

- 町全体として、改善すべき健康課題として「塩分・カロリーの摂取過剰と運動不足（体重増加）」がある。しかし、要因となる生活習慣は、地域により異なる。地域に見合った取組が必要。
- 「減塩」と「減量」に取組むことが必要。
- 町民自身が、日常生活の中で実践出来る取組みであることが必要。
- 将来的な介護予防も念頭に、ターゲットは青壮年世代とする。
- 間接的に小中学生からのアプローチや集落の青壮年や女性団体等への働きかけを強化する。

## ⑥ 優先課題・順位の決定

- 適正な塩分摂取をすること（減塩）と、生活習慣や身体状況に応じた適切なエネルギー摂取をすること（減量）を優先的に取組む。
- 循環器疾患対策とがん対策との一体的な取組を行う
- 住民の生活を基盤に、住民と共に取組む活動を基本とする



## ⑦ 目的と方法の決定

- ・ 町民が生活習慣病（特に循環器疾患・がん）を予防し、健やかに暮らせることを目指す（健康美浜 21 後期計画、データヘルス計画の目標値等の達成）
- ・ 医療費の適正化を図る  
具体的取組み→【げんげん運動の推進】（塩分とカロリーの摂り過ぎを防ぐ）
- ・ 7 つの実行目標（住民と共に決定）の達成を推進する
- ・ 健康づくり協議会を母体に、ワーキング部会や健康づくり推進員の地区組織と共に、地域ごとの健康課題をデータで示し、その改善に向けて地域ごとに取組むこととする（地域ごとに企業や小中学校と連携） 他

## 評価の指標

- 最終目標は「住民が共に支えあいながら健やかで温もりのあるふれあい豊かなまち」。
- ※紙面の都合上、評価の指標は要約しています。
- ・ 地域の理解と協力、納得が得られているか
  - ・ 実施体制や連携協力体制は十分か
  - ・ アウトカム評価として、げんげん運動の認知度及び実践者割合の増加、1 日の塩分摂取量が国の摂取基準を超えている人の割合の低下、健診受診率の向上、朝食を食べる子どもの割合・バランスのとれた食事をしている人の割合・1 日の野菜の摂取量等の増加 等
  - ・ アウトプットの 1 つとして、生活習慣病関連の医療費の低下が図れたか
- 高血圧者の減少、生活習慣病関連の医療費の適正化、糖尿病疑いやメタボリックシンドローム該当者の減少 等

## 取組み

平成 24 年度の医療費分析では県国保連合会や大学等からの支援があり、これを契機に住民の健康度の見直しを行うことができた。住民自らが行動できるような取組みとしてモデル地区での取組み、町民による啓発 PR、地域ごとの成果報告会等、様々な取組みを行った。その結果、取組みの認知度は 90% を達成し、生活習慣病関連の医療費適正化（高血圧の医療費 32% 減少）やがん発見率の向上につながった。



# 第4章

## ポピュレーションアプローチに 関連する様々な理論

この章では、ポピュレーションアプローチに関連する理論を紹介します。ポピュレーションアプローチについては、様々な角度から論じられています。

活動を深めたり、広めたりする上でご一読ください。更に詳しく学びたい方は、資料も紹介していますので併せてご参照ください。

# 1. 地域看護モデルとしての「コミュニティ・アズ・パートナーモデル」

コミュニティ・アズ・パートナーモデル<sup>4)</sup>は、アンダーソン（Anderson E.T.）とマクファーレン（McFarlane J.）が、地域を把握する枠組みと活動をプロセスとして示した地域看護モデルです。

理論的基礎として、疫学と人口統計、地域保健活動における予防段階、健康の分析尺度、因果関係を判定する基準や分析等の看護診断等と共に、地域とのパートナーシップ形成や文化的理解等について紹介しています。地域をパートナーとして健康問題に取り組んでいくときの基本姿勢や、理論、実践の方法論が丁寧に紹介されています。

地域の人々全員を視野に入れた活動を効果的に進めるためには、まず地域全体のアセスメントと分析、問題の明確化や地域看護診断、地域の保健プログラムの立案・実践・評価等の手順や体系化が必要であるとするコミュニティ・アズ・パートナーモデルの考え方は、今回、本テキストで紹介しているポピュレーションアプローチのプラン（P）のプロセスを丁寧に展開することと通底するものがあり、地域診断をする上で参考になるものです。

詳しくは「コミュニティ・アズ・パートナーモデル第2版」（医学書院）をご参照ください。

# 2. 計画モデルとしてのプリシード・プロシードモデル

ポピュレーションアプローチに役立つ代表的な理論・モデルとして、プリシード・プロシードモデルや、イノベーション普及理論、コミュニティ・オーガニゼーション理論、コミュニケーション理論、組織変革に関するモデル等があります。

プリシード・プロシードモデル<sup>9)</sup>は、理論というよりもヘルスプロモーション活動展開に役立つ計画モデルです。本モデルでは、企画の段階を①社会診断、②疫学診断、③教育・エコロジカル診断、④運営・政策診断と介入調整の4段階（頭文字をとってプリシードと呼ぶ）、実施・評価の段階を⑤実施、⑥プロセス評価、⑦影響評価、⑧結果評価の4段階（プロシードと呼ぶ）に分類しています。

プリシード・プロシードモデルの特徴は、生活の質という目標に向かって、健康をその資源の一つと位置付け、その達成のために必要な個人の生活習慣と個人を取り巻く社会環境（政策や法整備、生活習慣改善を容易にする支援環境等）について、ヘルスプロモーションの視点で現状の分析と取組みを検討することができることにあります。取組みの評価においても一連のプロセスを辿ることにより、具体的かつ適切な評価指標が設定できます。

詳しくは「実践ヘルスプロモーション」（医学書院）等をご参照ください。

### 3. ポピュレーションアプローチの方法論（枠組みとしての「介入のはしご」）

ポピュレーションアプローチには種々の方法がありますが、方法論を整理する枠組みとしてイギリス政府が示した「介入のはしご」<sup>10,11)</sup>があります。これは、ポピュレーションアプローチを介入内容や効果のレベル別に8つに分類・整理したものです（図3）。

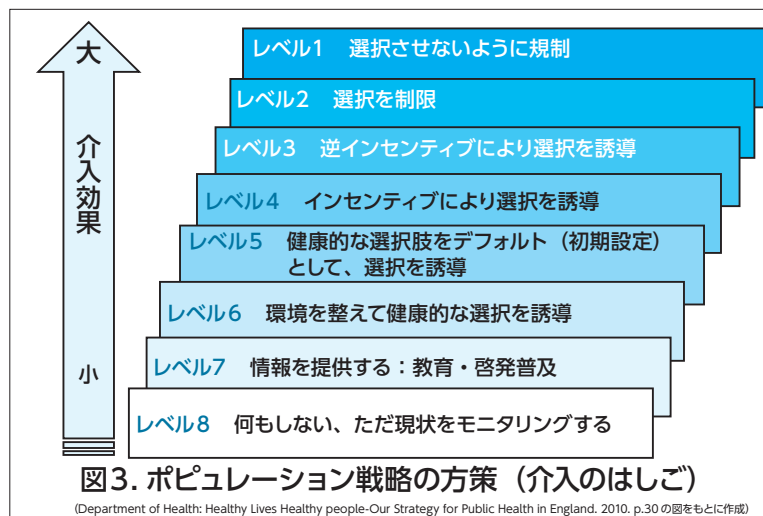


図3 ポピュレーション戦略の方策（介入のはしご）

#### 1) 介入のはしご

レベル1と2は法的規制によるものであり、法律による違法性薬物の禁止や公共場所の喫煙の禁止、タバコやアルコールの広告規制や年齢制限が具体例としてあげられます。レベル3と4は、経済的措置による誘導であり、レベル3の具体例として、国際的に広く用いられているタバコやアルコールの税率の引き上げ、肥満対策としてのソーダ課税やファーストフード課税があります。一方、レベル4の具体例としては、禁煙またはタバコを吸わない社員への禁煙手当があります。最近自治体や職場で導入されている「健康マイレージ」もレベル4に該当しますが、インセンティブの内容によって誘導効果は大きく異なります。レベル5と6は、行動経済学の立場から提唱されているナッジ(Nudge)という考え方を導入したものです。ナッジとは、人々を強制することなく、自ら意思決定して望ましい行動に誘導するような仕組みのことであり<sup>12)</sup>、欧米での健康政策に導入されています。わが国でも試みが始まっている具体例として、レベル5では社員食堂での定食に野菜料理を必ずセッ

トする、レベル6では食品や外食に栄養成分表示をする、食品産業の協力を得て加工食品中の塩分を減らす、町の中の歩道や自転車道を整備する、タバコの箱に受動喫煙を含む喫煙の害を訴える写真付きの警告表示を入れる、がん検診や禁煙治療の無料クーポンを配布する等があります。ローズ(Rose)が表層的ポピュレーションアプローチと呼んだ教育啓発は、レベル7に該当し、一般に介入の効果は上位のレベルほど大きいとされていますが、今後、地域の健康づくりの中で、教育啓発だけのポピュレーションアプローチにとどまらず、より上位の健康政策、つまり環境整備に該当する取り組みの検討と導入が求められます。

1986年に定められたWHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章において、ヘルスプロモーションの活動方法として、①健康的な公共政策の確立、②支援的な環境の創造、③コミュニティの活動強化、④個人的な(健康上)スキルの向上、⑤ヘルスサービスの方向転換、があげられています。これらの活動方法の中で、④以外はいずれも上述の「介入のはしご」のレベル1から6の環境整備に該当する取り組みです。環境整備のためには、地域活動の強化によるソーシャルキャピタルの醸成に加えて、政策や事業化が必要となることが多くなっています。これらの実現のためには、アドボカシー活動や対策の必要性や意義について、あらゆる場で、課題に気づいた人々(専門職も含めた個人、グループ)が先頭に立って唱え、人々の気付きを促すこと、エンパワメント教育等の活動が必要です。

注釈)

アドボカシー活動	取り組みの必要性や意義について政策決定者や組織内の関係者、地域住民、メディア等に働きかけて政策実現につなげること
エンパワメント教育	対話や参加を重視した手法を用いて、個人や組織やコミュニティを活性化し、自立的に健康問題に取り組むよう支援すること

## 2) 社会環境づくりの実現のためのアドボカシー活動

社会環境づくりの方法として、健康を支援する公共政策づくりや法的規制、経済的措置等がありますが、これらの実現のためには、アドボカシー活動が必要になります。アドボカシーを「組織や社会の変化を目指したアクション」と定義すると<sup>13)</sup>、組織や社会の変化には、世論形成、事業や制度、政策の実現等を含めて考えることができます。アドボカシーは個人でもグループでも組織でも社会のいずれのレベルでも実施可能です。具体的には、ヘルスプロモーション対策の必要性や意義について、あらゆる場で、課題に気づいた人々(専門職も含めた個人、グループ)が先頭に立って唱え、人々の気付きを促すこと、対話や参加を重視した手法を用いて、個人や組織やコミュニティを活性化し、自立的に健康問題に取り組むよう支援すること、政党や議員や官僚、さらには世論に働きかけて政治的決定を促すこと等の活動があります。アメリカ公衆衛生学会が発行したアドボカシー・ハンドブック<sup>14)</sup>は、アドボカシーの勝利の方程式は「教育+アクション=アドボカシー」とし、教育が成否の鍵を握っていると述べています。教育対象には、政治家のほか、行政関係者、協働する組織や団体の

関係者、メディア等が含まれ、それは、丁寧な説明や教育によって問題の本質を理解してもらうことが行動を起こす力となるからです。課題解決に向けて多様な関係者の関与を促すためには、対話を重視した教育から始めることがアドボカシーの第一歩であり、大切なステップです。その意味では、ウインスロウ (C.E.A. Winslow) の公衆衛生の定義として「公衆衛生はサイエンスであり、アートである」<sup>15)</sup> とされるところの、「サイエンス」の成果であるエビデンスを解釈し、他人を納得させるのに十分な説得力のある言葉へとつなげていく能力、すなわち「アート」に関わるコンピテンシーが求められます<sup>13)</sup>。

## 4. 制度や政策の展開とポピュレーションアプローチ

前述のポピュレーションアプローチの「介入のはしご」のレベル1に示されている、制度や政策を動かすことは、社会全体へ影響を大きくすることに期待ができます。制度や政策を変化させることは容易ではありませんし、そのための知識、技術、立場等が必要となりますが、制度や政策へのアプローチが行政に勤務する保健師、公衆衛生の醍醐味であるとも言えます。

### 1) 制度や政策としてのポピュレーションアプローチの例

ポピュレーションアプローチとしての制度や政策とは具体的にどのようなことを指すのでしょうか。多数ありますので、いくつか典型的な例を示します。

例として、しばしば示されるのが交通事故予防のためのシートベルトやヘルメットの着用です。法律で義務化することにより、交通事故による死亡を減少させることにつながりました。警察関連部署の管轄ではありますが、健康と命を守るという点で、公衆衛生の制度・政策と考えてよいでしょう。

感染症、食品衛生、環境保健、産業保健、学校保健等、公衆衛生の各分野で法規や制度が整うことで、国民の健康が守られていることは説明するまでもないでしょう。今では当たり前のことになっていることが、当時は決してそうではなく、制度や政策ができることで、当たり前になったのです。

より身近なところでは、自治体の条例や各種計画があります。受動喫煙防止等もその一例といえます。さまざま障壁に当たり、制定に至っていないこともあります。受動喫煙の被害の予防、あるいは禁煙の推進に大きな影響を持ちます。条例の制定にあたっては、公衆衛生の専門家の役割は大変、大きいものとなります。

健康増進、がん対策、特定健診・保健指導、データヘルス等、各種の計画が自治体等で策定・実施されています。これらの計画では、独自の事業を含むさまざまなポピュレーションアプローチが含まれています。個別の事業としてポピュレーションアプローチを実践するだけでなく、事業全体を統括したり、PDCA サイクルを回したり、部署内外をはじめ、多機関、関係者との調整等を行うことは、ポピュレーションアプローチの実践そのものと言えます。



### (1) 関係者を巻き込み、動かす：ステークホルダー分析

公衆衛生の活動、特に、ポピュレーションアプローチには多くの人や団体が関わりますし、多くを巻き込まなければ成功は導くことはできません。その場合、ステークホルダー分析、すなわち、関係者を同定し、分析することが必要となります。

ステークホルダー分析は、まず、関係者や関係団体をできるだけ多く挙げることから始まります。次に、その事業に対する「影響力」「立場」（あるいは「関心の程度」）により、2次元で位置関係や関係性のポジショニングを分析します。影響力や立場の判断は容易ではありませんが、自身の判断だけではなく、関係する人々と一緒に考えるとよいでしょう。また、関係者でも、賛成の立場の人もあれば、反対の立場の人もいます。事業を成功させるための利害関係者ごとの対策を検討します。影響力が大きく、立場が反対の関係者に注目し、賛成の立場になったもらうための方策を考えることが重要です。

### (2) 賛同を得る：アドボカシー

政策や制度まで高める上で重要なのがアドボカシーです。アドボカシーとは一般に、「擁護」「支持」「唱道」、あるいは「政策提言」のような意味を持ちます。政策や制度では、意思決定者、上司、住民等に対して、その政策や事業の必要性の理解、支持、立案や実践につなげたりすることやその過程と解釈されます。そのため、「多くの人から支持され、政治家・行政官からの支援を得て、事業の実現をめざす諸活動」とも言われています<sup>16)</sup>。

アドボカシーの方法はさまざまですが、アドボカシーの実践理論として Shilton のモデルがあります<sup>17)</sup>。アドボカシー戦略の中に、政治的なアドボカシー、メディア・アドボカシー、専門家の動員、コミュニティの動員、組織内部からのアドボカシーが含まれます。例えば、廊下での立ち話から、会議でのプレゼンテーション、予算取りのための事業説明等、日常の多くでアドボカシーのチャンスがあります。

#### Shilton のモデル

アクション 1 = エビデンスの提示

アクション 2 = 関連施策の提示

アクション 3 = 解決策の提示

アクション 4 = パートナーシップと

協力先の動員

アクション 5 = アドボカシー戦略

アクション 6 = メッセージ作り

### (3) 優先順位の高い問題にする：アジェンダ

アジェンダという言葉も多義的です。一般には会議の議題を指すことが多いのですが、政策の分野では「政策の重要課題」を指します。アジェンダになるかどうかは、問題の大きさ（例えば、死亡数や有病者数が多い、医療費が高い）だけでなく、問題の解決方法があるかどうか、政治的意思決定者や住民が関心を持つかどうか、ニュースで話題になった等複数の要因で決まります。

意図的にアジェンダにすることは容易ではありませんが、情報発信したり、住民と協働したりすることで、優先順位の高い問題として取り上げられる機会も増えるでしょう。

### (4) 制度・政策を策定する

最後の段階として、制度や政策を実際では、条例の策定のようなレベルの高いものもあれば、事業計画を文書化したり、規程を作ったり、議会答弁のための資料を準備したりと、さまざまなレベルで

の関わりが考えられます。

これらへの関わりは、行政内等での立場や職位にもよりますが、公衆衛生は社会の仕組み、つまり制度や政策を変化させることにあることを常に念頭に置き、制度や政策を作成するための知識や技術を身につける努力をしましょう。

「介入のはしご」のより高いレベルで示されているように、制度や政策はポピュレーションアプローチの方法のひとつです。また、ハイリスクアプローチを含めて、保健活動を包括的に、そして、効果的に進めるためには、その裏付けとなる制度や政策の理解が必要であり、時にそのための制度や政策を自ら作り出すことも求められます。

## 5. 健康格差の状態にある人々への支援とポピュレーションアプローチ

リスクと対象者を特定して行うハイリスクアプローチと異なり、ポピュレーションアプローチは集団全体を対象に介入するアプローチですが、「健康に関心がある層」は関心を示し、その成果や恩恵を享受しても、「健康に関心を持てない状況にない、もしくは持たない層」を置き去りにしてしまえば、健康格差を拡大してしまう恐れがあります。社会経済的な問題を抱えている人々や、要援護者等、社会的弱者の人々の場合、様々な事情からポピュレーションアプローチに関心を寄せたり、取り組みにアクセスできないことも考えられ、結果としてポピュレーションアプローチの恩恵にあずかれなければ、「関心のある層」との健康格差は、より大きくなることが予想されます。そのため、こうした事態にならないような介入策を設計し、運営する必要があります。

社会的に不利な人たちにも情報が届き、より参加しやすくなるような、手厚い配慮をしつつ、すべての人を対象にする「配慮ある普遍的対策」が重要といえます。

本章では、健康格差の状態にある人々への支援を念頭においた「配慮ある普遍的対策」について説明します。

### 1) ハイリスクアプローチの限界

ハイリスク者を対象とした取り組みを行えば、ハイリスク者の健康状態の「底上げ」が達成され、健康水準は向上すると考えられてきました。しかし、健康格差の実態がわかるにつれ、生活習慣病等においてはハイリスクアプローチに限界があることが明らかになってきています。ハイリスク者は、社会経済的な問題等を抱える社会的弱者層に多いが、そのような人たちは、日々の生活に追われ、明日の健康よりも差し迫った心配事がある人が多くなっています。調べてみると、健診等を受診しているのは、生活に余裕があり健康に関心を持てる層ほど多く、社会的弱者に多いハイリスク集団ほど、健診を利用していない実態がありました<sup>18)</sup>。これでは、ハイリスクアプローチの第一歩であるハイリ

スク者の把握がうまくできません。

例として、「子ども食堂」を取り上げてみます。

家庭では十分な食事すらできないほどの「子どもの貧困」の実態が知られるにつれ、貧困児童を対象に食事を無料や低額で提供する「子ども食堂」の取組みが全国に広がってきています。しかし、主催者が期待するほど、参加者が集まらなかったという声もあります。これはハイリスク者を限定したアプローチの場合の限界として、次の3つの課題がある<sup>19)</sup>ことを示しています。

第1に、低栄養をはじめとする健康リスクや貧困等社会経済状態には、ある線を境に、急激に悪化する「閾値」があるわけではありません。最も有利な立場から最も不利な立場にかけて徐々に増えている場合が多いのです。そのため、ある水準以下の集団だけを対象とした取組みでは、その水準のすぐ上の人たちが対象外とされてしまうので、全体の健康状態をあげることはできないのです。

第2に、対象となる集団への差別やスティグマを助長してしまうことが挙げられます。例えば仮に「貧困児童のための子ども食堂を開きます」と宣伝されてしまえば、子ども食堂を利用していることが友達に知られると、「いじめられるのではないか」と不安に思う子どもがいても不思議ではありません。これでは、安心して子ども食堂には行けません。

第3に、ある水準が決められている場合、その水準を満たしているかどうかの審査に時間や手間をとられることが多く、状況の変化に柔軟に対応できないことです。

子ども食堂の例とは離れますが、所得が低いために生活保護や税控除等の恩恵を受けている人の場合、その恩恵を受けられなくなることへの懸念から、「所得を増やす」ことを避け、今の（不利な）社会経済状況を維持し続けるという逆の動機（インセンティブ）を与えてしまう可能性もあり得るでしょう。

## 2) ポピュレーションアプローチの可能性と見落としがちな課題

前項の3つの課題は、ハイリスク者や社会的弱者に対象者を絞らずに、人口集団全体を対象とするポピュレーションアプローチであれば克服できると考えられます。

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの関係を示す図のように、人口集団全体を、左にずらすことができれば、ハイリスク者の割合を下げるすることができます。例えば、学校でフッ化物洗口をする虫歯予防対策であれば、家庭で十分なケアを受けられない子どもにも恩恵が及びます。タバコ代の値上げは、低所得層ほど値上げによる経済負担感が大きいため禁煙行動をとるようになると期待できます。これらが環境を変えることで、そのもとで暮らす、すべての人の行動に影響を及ぼすポピュレーションアプローチの可能性になのです。

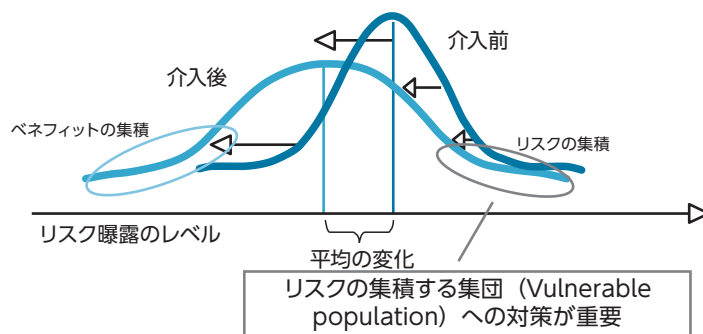
しかし、よく考えないバラマキ型のポピュレーションアプローチには見落としがちな課題もあります。すべてのポピュレーションアプローチが、常にすべての人に同じように届くとは限りません。

例えば、よく行われているポピュレーションアプローチとして、誰でも参加できる健康教室があります。しかし、その参加者を調べてみると、健康に関心があり、日中に参加する時間を取れる生活に

余裕がある人たちが多く、社会的に不利とされる人々ほど、参加できずにいる傾向が見られます。その結果、健康格差の常態にある人は置き去りにされ、健康に良い情報を受け取るのは、社会的に恵まれたハイリスクでない人たちだけになってしまうことも考えられます。この点を見落としたまま、保健活動の評価をしてしまつては、本当に必要な活動、支援にいたらず、むしろ健康格差を拡大させてしまいかねません。この点を見落とさないようにする工夫、配慮が必要です（図4）<sup>20)</sup>。

### ポピュレーションアプローチが格差を拡大させる？

もともとリスクの低い（＝健康な）集団のリスクがさらに低下し、リスクの高い（＝不健康な）集団は不変



Frohlich KL, et al. Am J Public Health 2008; 98: 216-221; 福田、日本衛生学会誌 2008; 63: 735-738

#### 図4

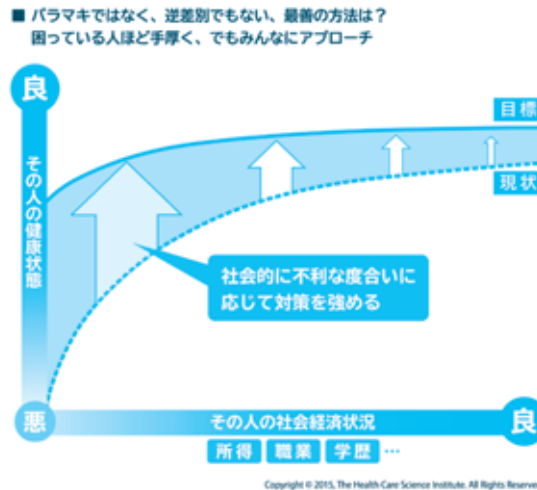
#### ポピュレーションアプローチが健康格差を広げてしまう場合

### 3) 配慮ある普遍的対策

健康に関心の高い人が対象となりがちな知識啓発型のポピュレーションアプローチによる見落としを避け、ハイリスクアプローチの限界を避ける方法はどのようなアプローチでしょうか。それは、困っている社会的弱者である人たちほど手厚くなるように配慮しつつ、同時にすべての人を対象にする「配慮ある普遍的対策」（図5）です<sup>19)</sup>。

例えば、子どもなら誰でも使える子ども食堂として宣伝しつつ、心配な子に個別に声をかける。高齢者のサロンを、1回の参加費を100円に抑え、徒歩圏内に開設することで、経済的に余裕がなく車がない人でも参加しやすくする等があげられます。このようなすべての人を対象とする取組みを進める一方で、健康格差の状態にある人々でも集団が参加しやすいような環境づくりに配慮した対策をすることで、実際に健康格差の状態にある人々の低所得層ほど、参加割合が高いことが確認された事例も出てきています<sup>20)</sup>。

## 社会的に不利な人々にほど配慮を強めつつ、 すべての人を対象にした普遍的な取り組み



引用：公益財団法人医療科学研究所（2015年）自主研究プロジェクト:第1版

### 図5 配慮ある普遍的対策

ポピュレーションアプローチは、健康水準の底上げにも健康格差の縮小にもつながる可能性を持っていますが、一方で、健康格差の状態にある人々により手厚くなるように配慮しなければ、健康格差を拡大してしまう恐れもあります。取組もうとしている施策ごとに、配慮すべき対象は異なります。どのような人たちにどのような配慮をすべきなのかを、介入策の設計段階で考え、導入後もモニタリングし、配慮すべき人たちに、対策が届いているかどうか、事後評価で検証する必要があります。

## 6. ポピュレーションアプローチの評価

ポピュレーションアプローチの中にも、効果が大きなものから効果が乏しいもの、さらには意図に反して逆効果のものまであります。ポピュレーションアプローチを行う時には、効果が大きくなるように注意深く設計・計画（Plan）し、運営（Do）し、さらに評価（Check）して、より効果を高めるように見直し（Action）するPDCAサイクルを回す必要があります。

一方で、評価とそれに基づく見直しについてはなおざりにされがちで「やりっぱなし」のことが少なくありません。評価をするには、評価計画に基づき必要なデータを収集することが必要であるにも関わらず、データ収集計画すら立てられていないということはないでしょうか。

ポピュレーションアプローチの評価には、どのような視点が必要で、そのためにどのような量的・質的データを、どのように集めるのか、基本的な考え方や枠組みを理解しておくことが必要です。

ポピュレーションアプローチの評価計画に必要な「プログラム評価」<sup>21)</sup>の基本的な考え方と枠組み、および量的・質的評価方法には次のようなものがあります。

## 1) 評価に必要な基本的な考え方

評価を行うために必要となる基本的な考え方には以下のようなものがあります。

### (1) 政策・施策・事業のレベル

広義の政策は、3つ位のレベルに分けて考えられます。10年単位の「健康日本21」のような長期の国レベルの「狭義の政策（ポリシー）」から、3～5年単位で見直しがされる母子保健や成人の生活習慣病対策、高齢者における介護予防等の中期の「施策・プログラム」レベル、各年度等短期の各種の健診・教室等の「事業・プロジェクト」等です。（図6）。レベルは3つと決まっているわけではなく、さらに細かく分けることもできます。

また施策やプログラム、事業等の名称は、必ずしもレベルに対応していない相対的なもので、重要なのは、評価をするときに、影響を受ける上位や下位レベルも視野に入れつつ、評価の主な対象とするレベルを定義することです。

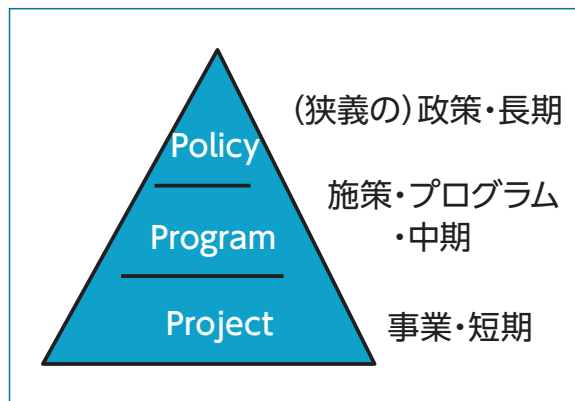


図6

(広義の) 政策の3つのレベル

### (2) マネジメントサイクルと評価

PDCAの各ステップからなるサイクルを回すプロセスでは、評価が何度も必要になります。例えば計画を立てるためのニーズや資源の把握等を目的とする事前評価からプロセス評価、進捗管理のためのモニタリングや効果評価等事後評価があります。（図7）。

### (3) プログラム理論

政策・プログラムには、「〇〇すれば▲になり、それによって■がもたらされる」というような一連の期待される流れがあります。実施に移してみても、想定通り行かないこともあるので、いわば「理論・仮説」です。

介入から成果までの一連のプログラム理論（仮説）を示したのが、ロジックモデル（図8）です。施策・プログラムの立案時に、ロジックモデルまで示すことは、日本では少ないですが、評価をする前提として重要なものです。なぜならば、評価にはデータや分析が必要になりますが、どうしても必要なものに絞り込まないと、膨大な作業量となってしまいます。

最低限必要なものに絞り込むには、導入後にどのようなプロセス（過程）を経てどのようなアウトカム（成果・効果）が得られると期待できるのか、その理論・仮説を記述しておく必要があります。その理論・仮説に沿ってどの規模・程度で変化が起きているのかを評価していきます。アウトカム評価では、当初に想定したアウトカムがどの程度得られているかを事後評価します。

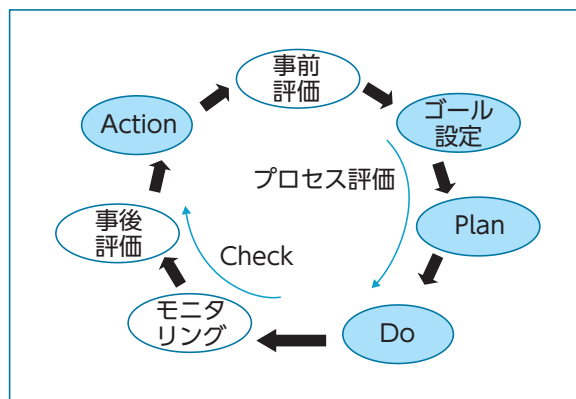
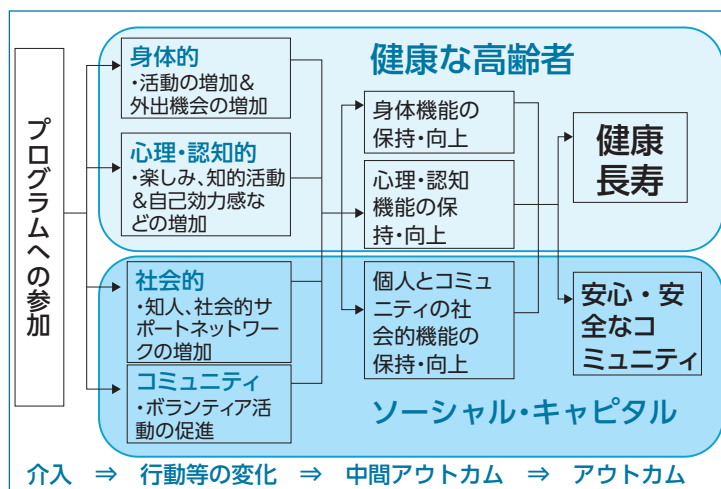


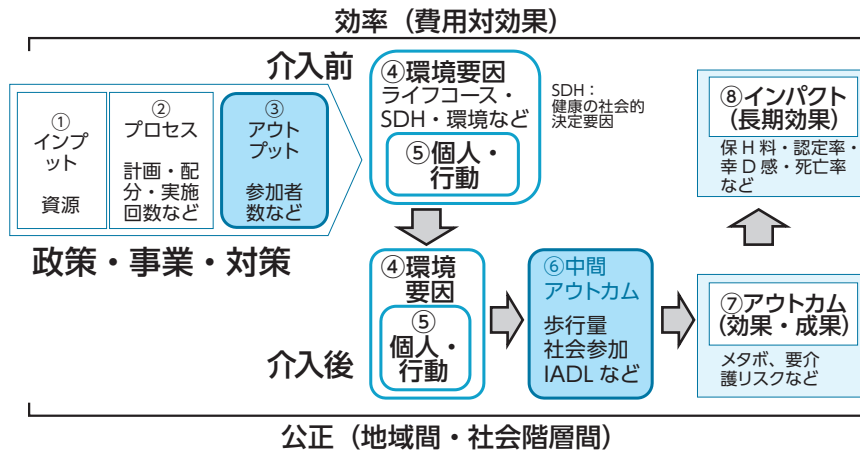
図7 マネジメントサイクルと評価



引用：近藤克則、健康格差社会への処方箋、医学書院、2017 P197 図 14-2 一部加筆

図8 ロジックモデルの例

## 2) 政策・プログラム評価の枠組み



### 図9

#### 政策・プログラム評価指標群の枠組み

政策・プログラム評価の枠組みを図9に示します。その内容は、①インプットから、⑧インパクトまでの要素に分けて考えられ、評価には、効果、効率、公正の三つの側面があります。

上記の3要素に加えるべき要素もあります。プロセスの中にも、「〇〇教室を3回開催する」等主催者側が計画して実施すれば実現できてしまう要素だけでなく、そこに「何人が参加したか」等主催者側だけでは決められない要素があります。これを③「アウトプット」と呼びます。また、〇〇教室に参加した人が「行動を変えよう」と意思表示(⑤)してから、メタボリック症候群が減るという⑦アウトカムが観察される前に「歩行量が増えた」等の⑥中間アウトカムが観察されるはずですが、さらにアウトカムが多くの人において継続的に見られたときにはじめて⑧インパクト(長期的効果)が観察されます。

評価にあたっては、効果だけでなく、効率、公正の側面からの評価も重要です。効果の大きさは同じでも、そのために投入される費用が大きなプログラムと小さなプログラムがあります。効果が同じなら、費用が少なく効率がよい方が良いでしょう。効率の評価をするには、効果だけでなく費用データも必要になります。

ポピュレーションアプローチの中にも、むしろ健康格差を広げ社会的弱者を排除してしまうようなものもあります。

政策による支援を必要としている社会的弱者にも、政策・プログラムが届き、効果をあげているのかという公正の視点からも評価が必要です。そのためには、社会的弱者であることを捉える、所得や学歴、ひとり親世帯かどうか等の情報が必要になります。



例えば禁煙、減塩、運動等健康に影響する行動（⑤）は、④環境の影響も受けています。例えば、政策によってタバコ代が引き上げられる度に喫煙率は下がってきました。多くの人たちの行動に影響を与えることを意図するポピュレーションアプローチの有力な手段は、環境を変えることで、その環境下に暮らす人たちの行動を変えることです。ターゲットとする行動と関連する環境を明らかにした上で、環境と行動の現状を把握し、ポピュレーションアプローチによって、④環境がどのように変化し、それに伴い⑤行動も変化しているのか等を評価します。

### 3) カバレッジという評価視点

ポピュレーションアプローチの対象は、人口集団全体です。その評価においては、ハイリスクアプローチや臨床研究等には用いられないカバレッジ（カバーされる人口）という発想や視点が重要になります。それは、人口集団のうち、どれくらいの割合の人に、そ

#### 5つのカバレッジ

種類	評価の視点
効果を期待できるカバレッジ <b>Effective Coverage</b>	ニーズのある者に効果的な介入が届いているか
利用可能な資源のカバレッジ <b>Availability Coverage</b>	ニーズに対する利用可能な資源の割合等
アクセスしやすい人のカバレッジ <b>Accessibility Coverage</b>	距離等利用・参加しやすい人の割合等
社会的受容性からみたカバレッジ <b>Acceptability Coverage</b>	文化・ジェンダー等さまざまな理由による利用の障害がない割合
接触者カバレッジ <b>Contact Coverage</b>	介入・サービス提供者への接触者割合

(Murray and Evans 2003)

の政策・プログラムが及んでいるのかを評価する視点です。カバレッジにも、表に示した5種類があるとされています。<sup>22)</sup> 効果を期待できる介入が届いている人口の割合を増やすためには、ニーズを持つすべての人に介入するために十分な資源が確保されている必要があります。その資源に、例えば10分以内にアクセスできる人の割合が高いことが望まれます。

5つのカバレッジが増えるように設計、運営、モニタリングを行い、実施方法を改善し続けたときに、より効果が大きなポピュレーションアプローチになります。

### 4) 量的質的な評価方法

ポピュレーションアプローチの評価手法にも量的指標による方法と質的な方法とがあり、一長一短があります。量的方法の長所は、客観性や一貫性、比較可能性等で、新人・後任・他部局の人でも理解し評価を共有しやすいことにありますが、一方で、データベースや評価指標が必要で、開発段階では分析スキルが必要等の短所があります。質的評価では、量的データや指標がない段階でも行えるのが長所であり、客観性等が乏しいことが弱点となります。

### (1) 量的な評価方法

効果を評価するためには、事前・事後と介入群と対照群のデータが蓄積される仕組みと、それらが個人単位で結合された縦断データとしてデータベース化されていることが必要となります。そのためには業務を通じて、どのような量的データを収集し、どのように蓄積するのかを、事前に評価計画で決めておかなければなりません。例えば「プログラムへの延参加者数」という量的データを収集しようと思えば、受付用紙を事前に用意することが必要です。数回行うプログラムの場合、延人数だけでは、対象人口当たりの参加率等のカバレッジを評価できません。参加実人数が必要となりますが、それを把握するには、参加者名簿を作成し、事後評価データと結合できるように被保険者番号等と突合できる形で管理する必要があります。

量的な評価指標については、すでにある場合とない場合があります。「健康日本 21」「特定健診・保健指導」等のように、国が数値目標を示しており、その評価指標を算出するデータが指定され標準化されて、業務の中でデータとして蓄積されている場合には、指標を算出して変化を追うことは比較的容易です。一方、データベース様式や評価指標が示されていない施策について、量的な評価を行うためには、独自調査によるデータ収集や分析スキルが必要です。現実的には、研究者や外部機関の支援等の活用が望ましいかもしれません。

### (2) 質的な評価方法

事業の初期段階では、データも指標もないことがほとんどです。数年間取組んでいる事業でも、評価計画が立てられていなければ、必要なデータ収集がなされず、量的な方法による評価はできないことになってしまいかねません。また量的指標が明示されている「健康日本 21」であっても、量的指標で捉えられるのは、政策やプログラムのごく一部の側面に過ぎません。つまり量的な評価ができない段階や側面は常にあります。

そのような時は、質的な評価が重要となります。関係者に対するグループインタビューやヒヤリング等の質的な情報による評価であれば、枠組み（図 9）に示した多くの要素・側面について、（ある程度は）評価できます。ただし、適切や対象者にタイムリーにヒヤリングするためには、やはり評価計画が必要です。また漫然と感想や意見を集めるのではなく、政策・プログラムの枠組み（図 9）やカバレッジのうち、どの要素や側面の課題と改善策を引き出すための評価なのかを意識して、質的なデータを収集し評価する必要があります。

## 5) 評価計画をたてることから

実施はしても、評価をしなければ、効果が見えない、あるいは誤った施策を繰り返している恐れもあります。自己満足でない、効果的・効率的なプログラムであるためには、事後評価が必要です。しかし、評価は、「事前」にデータを収集しておかなければできません。ここで紹介した基本的な考え方や枠組みを知り、それを踏まえた評価計画が必要です。

それには質的な評価からはじめ、やがて量的な評価も組み合わせられるように発展させていく長期

的な視点が重要です。人口集団全体を対象にし、環境を変えていくポピュレーションアプローチには、他部門と協働する必要があります。まずは質的な評価によるプロセス評価やアウトカム評価からはじめ、徐々に収集すべきデータを定型化し、業務の中でデータ蓄積する仕組みをつくります。そのデータベースを使って研究者や外部機関と協力して、量的評価指標を開発し、評価を踏まえて実施方法の改善を図り、より効果的で効率的なポピュレーションアプローチにしていく。そのための一歩として、評価計画をたてることが重要です。

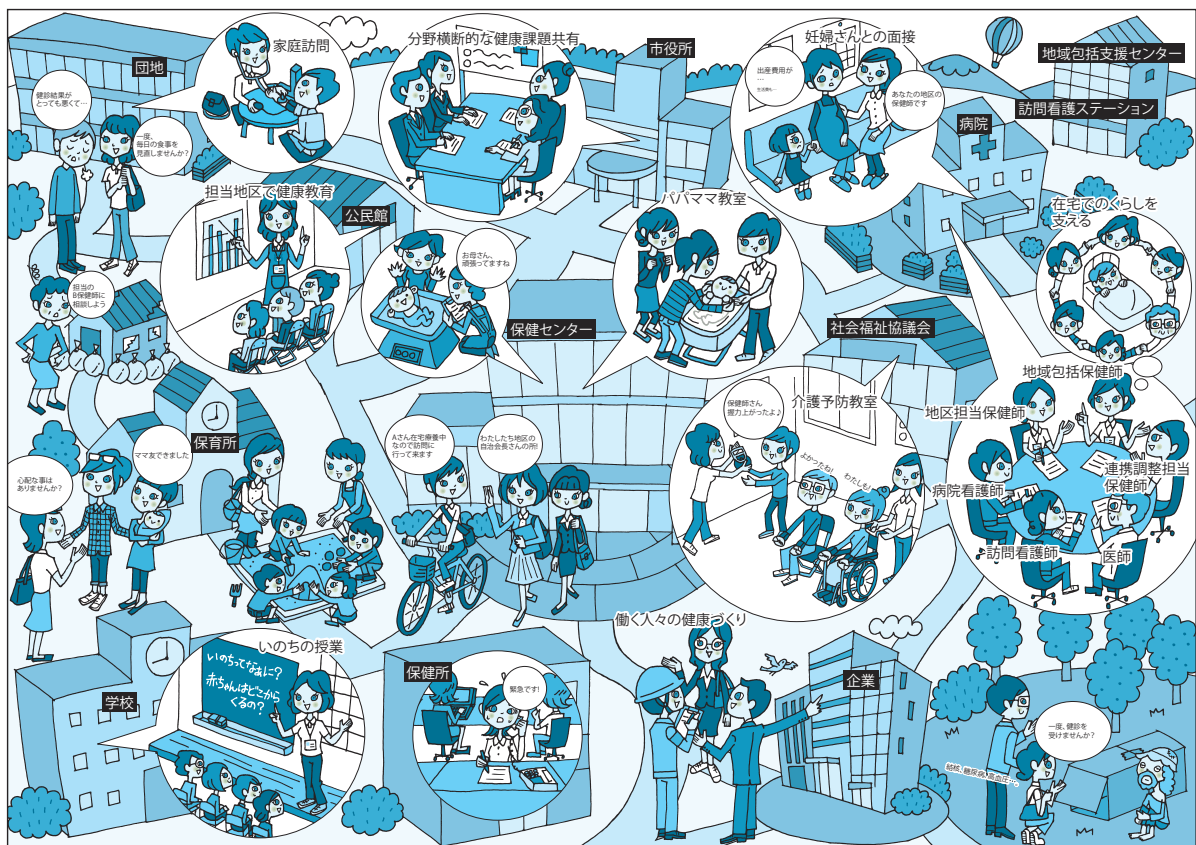
## (引用文献)

- 1) 社団法人 日本看護協会 平成 18 年度先駆的保健活動交流推進事業 やってみよう!! ポピュレーションアプローチ 2007 年
- 2) ジェフリー・ローズ. 予防医学のストラテジー—生活習慣病対策と健康増進. 医学書院. 東京. 1998
- 3) 村山洋史、高尾総司、藤原武男、近藤尚己. なぜいま社会疫学なのかイチロー・カワチ. リサ・F・バークマン、イチロー・カワチ、M・マリア・グリモール. 社会疫学 (下). 大修館書店. 東京. 337 - 351.
- 4) エリザベス T. アンダーソン コミュニティ アズ パートナー 地域看護学の理論と実際 第 2 版 医学書院 東京 2009
- 5) 宮内庁ホームページ 平成三十年歌会始御製御歌及び詠進歌  
<http://www.kunaicho.go.jp/culture/utakai/pdf/utakai-h30.pdf> (2018 年 3 月 6 日検索)
- 6) 丸谷美紀ら 農村部における地域の文化を考慮した生活習慣病予防の保健指導方法—健康を志向した地域の文化を育むことを意図して 日本地域看護学会誌 13 (7) 7-15 2011
- 7) 岩崎信彦、矢澤澄子 (監修), 地域社会の政策とガバナンス: 市川虎彦, 新しい住民参画の技法と政策決定, 東信堂, 2006
- 8) 久常節子: 健診結果からの出発 成人病予防のための集団学習 オンデマンド版, 勁草書房, 2002
- 9) ローレンス W. グリーン, マーシャル W. クロイター, 神馬征峰 (訳), 実践ヘルスプロモーション, PRECEDE-PROCEED モデルによる企画と評価, 医学書院, 2005
- 10) Department of Health: Healthy Lives Healthy people - Our Strategy for Public Health in England. 2010.
- 11) House of Lords Science and Technology Select Committee. Behaviour Change. London, The Authority of the House of Lords, 2011.
- 12) リチャード・セイラー, キャス・サンスティーン: 実践行動経済学—健康、富、幸福への聡明な選択. 遠藤真美 (訳). 日経 BP 社, 2009.
- 13) 中村正和: アドボカシー再考: セミナーを振り返って. 日本健康教育学会誌 2017;25 (2) :132-134.
- 14) American Public Health association: APha Legislative Advocacy handbook: A Guide for Effective Public Health advocacy. Washington DC: American Public Health association, 2005.
- 15) Winslow, C.-E. A. (1920). "The Untilled Fields of Public Health." Science 51:23
- 16) 神馬征峰. アドボカシー実践に必要な 2 つの成長. 日本健康教育学会誌. 25 (2). 107 - 111. 2017.
- 17) 春山 康夫. 「動かす」力を培うためのアドボカシースキルアップ. 日本健康教育学会誌. 25 (2). 104 - 106. 2017.
- 18) 平松 誠, et al.: 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因 社会経済的因子に着目して. 厚生指標 56: 1-8, 2009
- 19) 医療科学研究所 自主研究プロジェクト: 健康格差対策の 7 原則 第 1 版 (2015 年). <http://www.iken.org/project/sdh/index.html>, 2015
- 20) 福田吉治: ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approach の提言. 日本衛生学会誌 63: 735-738, 2008
- 21) Rossi PH, et al.: Evaluation: A Systematic Approach. プログラム評価の理論と方法—システムティックな対人サービス・政策評価の実践ガイド. 日本評論社. Sage Publications, California, 2005
- 22) Murray CJL, Evans DB: Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. World Health Organization, 2003

(参考文献)

- ・近藤克則：健康格差社会への処方箋。医学書院，2017
- ・近藤克則：医療・福祉マネジメントー福祉社会開発に向けて，2012
- ・Benach J, et al: A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of im ポピュレーションアプローチ ct based on Rose's population approach. J Epidemiol Community Health 67: 286-91, 2013
- ・近藤尚己，健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点。医学書院，東京，2016
- ・公益社団法人 日本看護協会 平成24年度厚生労働省保健指導支援事業 保健指導技術開発事業 「保健師活動におけるポピュレーションアプローチの評価のあり方～生活習慣病予防を中心に～」 2013
- ・中村正和：健康づくりにおけるポピュレーション戦略の重要性と国際的動向，月刊地域医学，2016

○地域で活動する保健師の姿



引用：公益社団法人日本看護協会：保健師活動指針活用ガイド (2014)

疾患には原因となる要因があり、それに感染、暴露されることで罹ることは明らかですが、その人たちの周りに、菌やウイルスに感染する、あるいは生活習慣病の危険因子に暴露するような社会背景（社会的要因）があるから病気になるとも考えられます。そう考えると、多くの病気の原因は社会病であるとも言えます。それを改善するためには、住民は、単に医療職の指示を守っていただければいいのではなく、自ら原因を確かめ、対策をとること、一方で医療職は住民に分かるように話をすることが必要ではないでしょうか。

住民と力を合わせて共に取組むのが、私たち医療職の仕事の一つであり、病気を治す主人公は住民、治す主体も住民、責任を持つのも住民、この考え方はこれからの時代も通用すると信じています。

医療職はそのプロセスを共に歩む同士なのです。

## あしがき

保健師は、人々がとる行動が、自身を取り巻く生活環境や労働環境と関連し合っていることを十分承知していますし、時にその関連が健康にも影響を与えることを知っています。ですから、病や体調不良を自覚して医療にアクセスせざるをえない状況に至ってしまう時期を遅らせ、個々が、自分らしく健康的な生活を維持できるよう導くためには、個人の行動変容への期待を含めたセルフケア能力の向上に加えて、影響を及ぼしている環境へのアプローチも必要です。

各種健診による健康データや医療受診の実態がわかるレセプト情報を活用して、個人の健康状態を見立てることができるようになっています。これにより個人に対するたとえば特定保健指導においては、これまでの生活習慣を見直し、生活という根本から改善していくことを目指して実施されています。また、大規模データベース化によって健康データから見える課題に影響を及ぼしている要因は何かを、自然的、地理的・社会的環境等その地域の特性もふくめて科学的に判断し、要因を改善あるいはとり除くことでその地域住民の健康的な生活への流れを導けるようにもなっています。

そのひとつの手法として、改めてポピュレーションアプローチのカタチを探ってきました。

本書冒頭の話は、公衆衛生を説明するいくつかあるたとえ話の一つで、子どもに置き換えて考えられたりもしています。

川で溺れ、下流に流されていく子どもがいれば、誰もが必死で救助しようとします。その子を救うために専門家（救助隊や救急や消防、高度医療等）の力も不可欠です。そして溺れる子どもが複数いるとわかれば、その子らを一人でも多く救うためにいかだを作る等して、流されてしまうのを防ぐ専門家が 필요합니다。これは疾病の重症化を防ぐプライマリーケア（医療）をたとえています。そして根本的に問題を解決するには、子どもが川に落ち溺れる理由を探り、川に落ちない対策（発生予防）を練ることが大切だという話です。ここに加えさせていただくと、耳を傾けてくれる親や子の注意を喚起したり、看板を立てる等の方策にとどまらず、川に近づくことが危険と判断できない子どもも、川に近づくことができない状況を用意する方策が重要です。関心がなくても、知識がなくても守られる環境づくりです。

本書でも随所で述べていますが、チラシを配りやすいところで配ったり、健康意識の高い集団の依頼に繰り返して健康教育を実施する等を見直し、データに基づき、必要なターゲットに向けた教育や健康格差の状態にある住民にもメッセージが届くポピュレーションアプローチにチャレンジしたいものです。

本報告書は、29年度厚生労働省 先駆的保健活動交流推進事業「ポピュレーションアプローチにおけるプロセスとアセスメントの実際～効果的なポピュレーションアプローチにむけて～」において、事業報告書に記載した効果的な実践事例を参照し、ポピュレーションアプローチを活動手法と選ぶまでのプロセスをあらためて整理したものです。データを活用し、さらに個人や家族、近隣や仲間、人々を取り巻く環境も“対象”として地域課題を導き、その地域に必要な保健活動を導いた事例は、保健

師がフィールドに立ち続ける強みをあらためて教えてください。ぜひ、報告書もあわせて活用していただき、確かな眼と熱い心とクールな頭で、あらゆる関係者の協力と手助けを得ながら、住民と共に、しなやかに今、この時代のポピュレーションアプローチを進めていきたいものです。

平成 30 年 3 月

公益財団法人 日本看護協会

常任理事 中板育美



## <執筆者>

—各 章—

- 近藤 克則** 国立大学法人 千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門／教授（併任）  
国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター／老年学評価研究部長
- 中村 正和** 公益社団法人地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター／センター長
- 早川 岳人** 立命館大学 衣笠総合研究機構地域健康社会学研究センター／教授
- 福田 吉治** 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科／教授
- 米澤 純子** 東京家政大学看護学部看護学科／准教授

—COLUM & VOICE—

- 北出 順子** 国立大学法人 福井大学医学部看護学科 地域看護学
- 小宮山恵美** 東京都北区健康福祉部／介護医療連携推進担当課長
- 藤本亜由美** 大津市健康保険部保健所健康推進課 膳所すこやか相談所／所長
- 山本 英子** 福井県美浜町健康づくり課／保健師長

(五十音順)  
(H30.3.31 現在)

## <事務局>

- 担当理事 **中板 育美** 公益社団法人 日本看護協会 常任理事
- 担当部署 **村中 峯子** 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部長
- 折見 隆広** 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課
- 佐藤 睦子** 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課

わかる、できる

# 保健師のための ポピュレーションアプローチ 必携

平成 29 年度

厚生労働省保健指導支援事業保健指導技術開発事業

---

発行日 平成 30 年 3 月 31 日  
編集 公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課  
発行 公益社団法人 日本看護協会  
〒 150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2  
TEL 03-5778-8831 (代表)  
FAX 03-5778-5601 (代表)  
URL <http://www.nurse.or.jp>

※本書からの無断転載を禁じる

わかる、できる

保健師のための  
ポピュレーションアプローチ  
必携