

図1 参加型計画手法の各段階

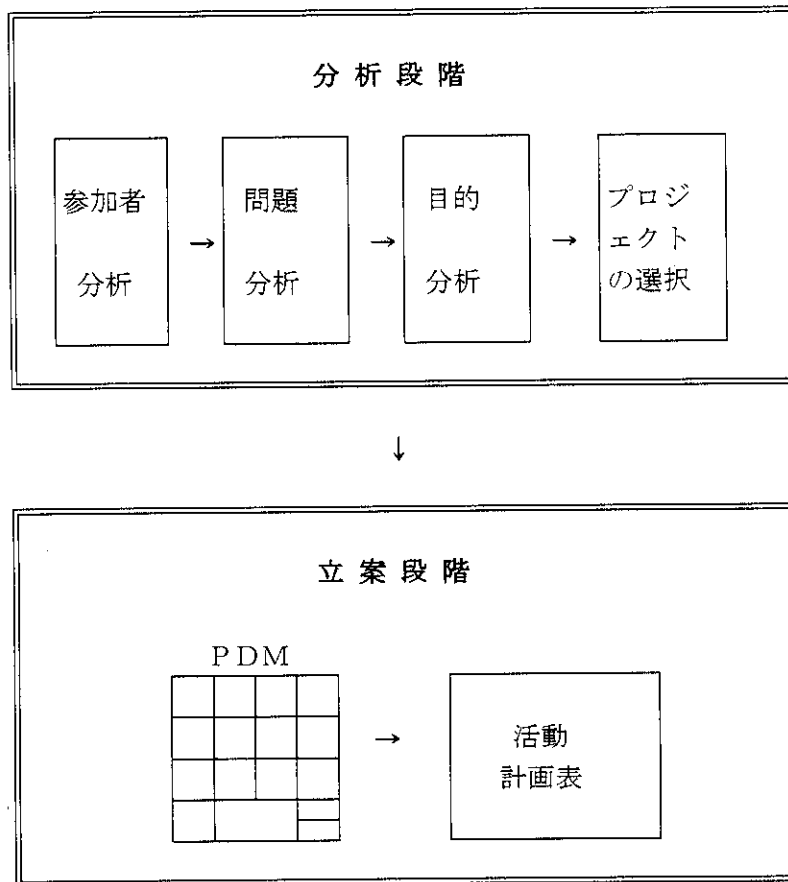


図2 問題系図と目的系図

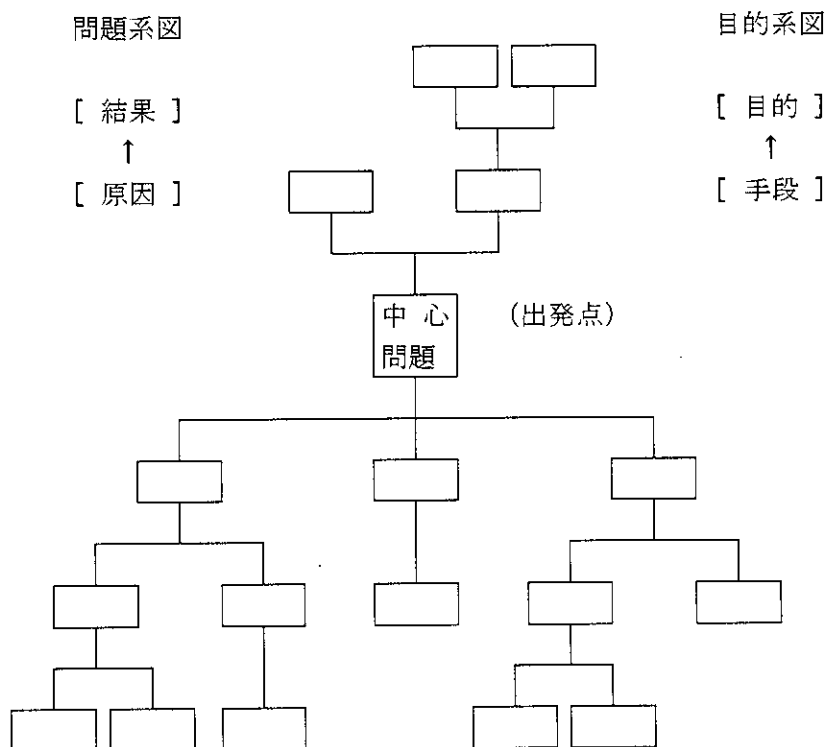


図3 プロジェクト・デザイン・マトリクス (PDM)

プロジェクト の要約	指 標	指標データ 入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクト 目標			
成 果			
活 動	投 入		
			前提条件

図4 評価のモデル

上位目標		目標達成度	効果	計画の妥当性	自立発展性
プロジェクト目標					
成果	効率性				
投入					

図5 問題系図

X国A県リプロダクティブ・ヘルスの例

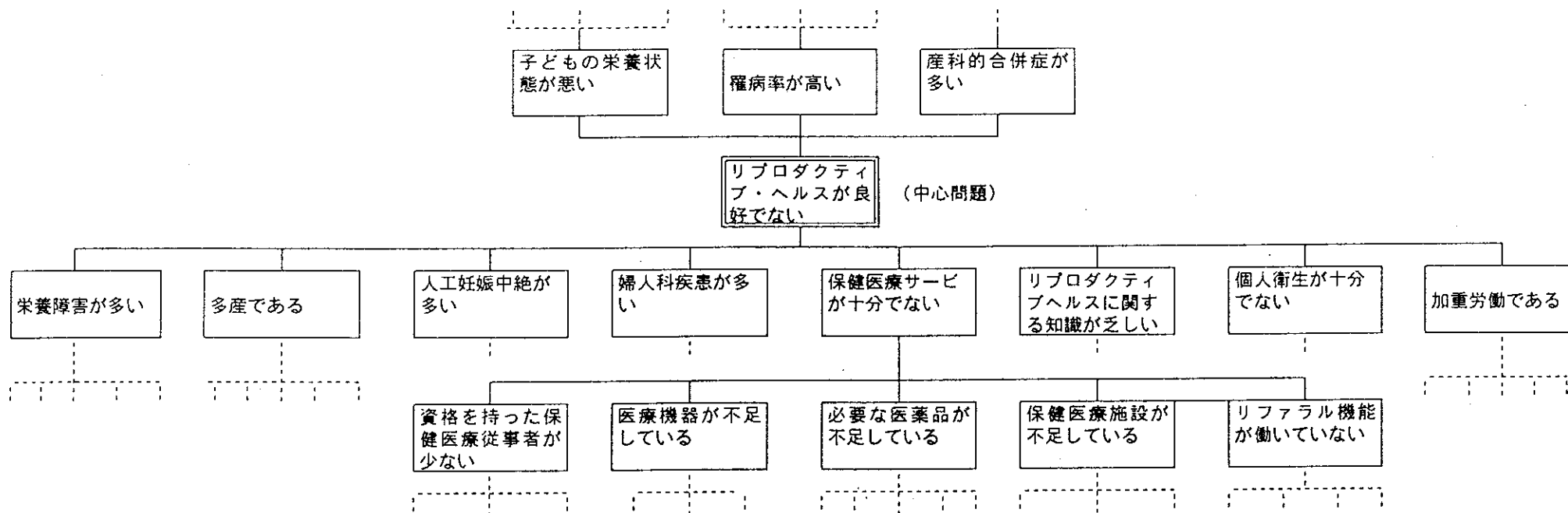


図6 目的系図

X国A県リプロダクティブ・ヘルスの例

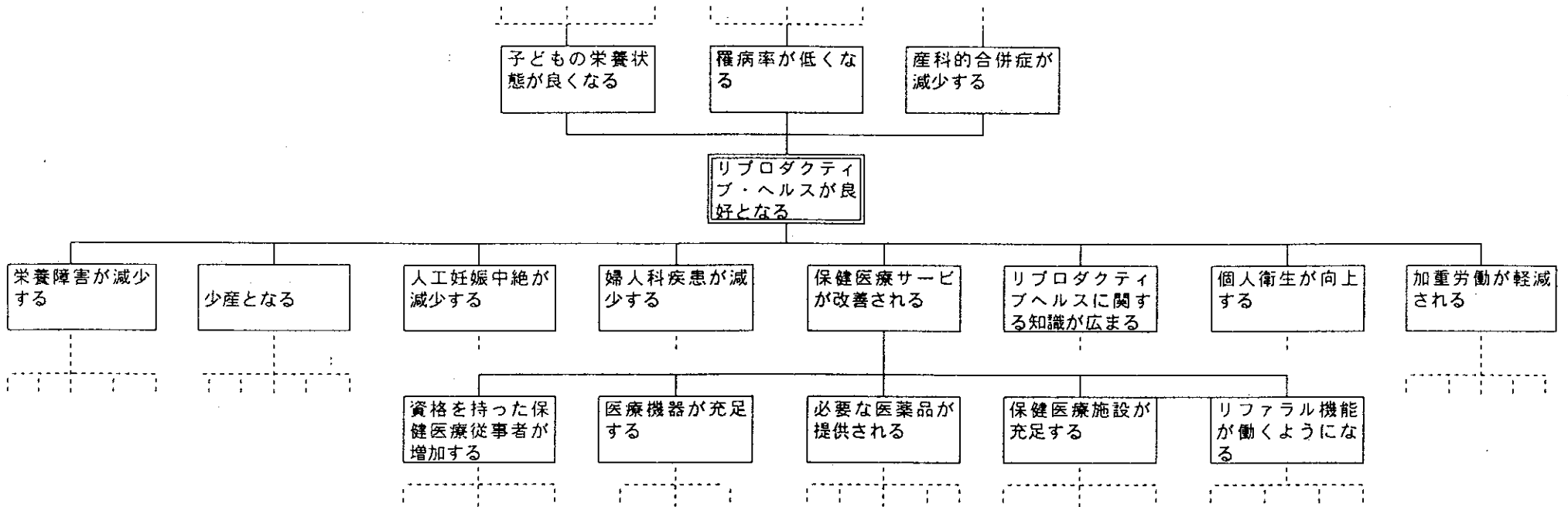


表1 プロジェクト・デザイン・マトリクス

－ X国A県におけるリプロダクティブ・ヘルス・プロジェクトの例 －

プロジェクトの要約	指 標	指標データ 入手手段	外部条件
上位目標 A県の女性の健康が向上する	プロジェクト地域女性の貧血有病率が 全国レベルまで低下する	県衛生部統計課の統 計資料、県家族計画委 員会の統計資料	・ 経済成長が継 続する ・ 関係機関の積 極的な取組みが 継続する
プロジェクト目標 A県の女性、特に農村部の再生産 年齢女性のリプロダクティブ・ヘル スが向上する	1. プロジェクト地域の妊産婦死亡率 が1995年の200/100,000より2000 年には150/100,000へ減少する 2. プロジェクト地域の産婦人科疾患 の有病率が2000年までに年間2% 減少する 3. プロジェクト地域の妊産婦検診が 2000年までに年間5%増加する (60%, 1995年) 4. プロジェクト地域の避妊実行率が 2000年までに年間3%増加する (50%, 1995年) 5.	保健所統計、郡衛生部 統計	
成果 0. プロジェクト担当組織（国、県、 郡）が設立される 1. 地域保健医療従事者の質が向上 する 2. 必要な医療機器が改善される 3. 必要な保健医療施設が改善され る 4. 移動診療チームの能力が向上す る 5. 必要な医薬品、避妊具が十分に 提供される 6. リプロダクティブ・ヘルスに関 する健康教育が改善される	. . 1.1 リプロダクティブ・ヘルスに関する 研修を受けた保健医療従事者の90% が試験に合格する 1.2 計画通りXの研修教材が作成される 1.3 研修の数Xと参加者Yが計画通り実 施される 1.4 計画通り国内外視察がX実施される 1.5 研修のフォローアップX回と対象と される研修員Y数が計画通り実施され る 1.1-1.5 各プロジェク ト担当組織からの報 告 . .	X国側の必要な医 薬品・避妊具の継 続的安定的供給 に変化がない

<p>活動</p> <p>・</p> <p>・</p> <p>1.1 訓練のニーズ調査が実施される</p> <p>1.2 保健医療従事者の訓練計画を策定する</p> <p>1.3 保健医療従事者の訓練を実施する</p> <p>1.4 訓練修了者へのモニタリング、指導監督、フォローアップを定期的に行う</p> <p>1.5 評価、報告を定期的に行う</p> <p>・</p> <p>・</p>	<p>投入</p> <p><u>X国</u></p> <p>プロジェクト事務所</p> <p>ローカルコスト (建物、水・電気等)</p> <p>カウンターパート人件費</p> <p><u>Y国</u></p> <p>専門家</p> <p>長期：180人月</p> <p>短期：30人月</p> <p>機材（現地調達重視）： US \$300,000/年</p> <p>研修：US \$50,000年</p>	<p>プロジェクト地域において予期せぬ大規模な自然災害が発生しない</p> <p>前提条件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県、郡、社会組織特に女性連合、保健医療セクター等が強く協力、関与する ・ 再生産年齢の女性がプロジェクトに反対しない
---	---	--

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究

分担研究 地域づくり型保健活動の概要とその特徴

分担研究者 鳩野 洋子（国立公衆衛生院）

地域づくり型保健活動は、日本の保健所や市町村での日々の活動の中から、どういう形が望ましいかという模索の中からまとめられてきた考え方や展開方法である。健康な地域の実現のために、関係者が、理想とする健康な地域の具体的なイメージとして到達目標を共有し、その実現に向けてそれぞれの役割を果たす展開方法であり、共有と役割実行の過程において、参加者個人の能力を向上させ、必要なしくみを創造し、その相互作用を得ることによって、健康な地域実現の促進が図られる。課題への対応型ではなく、創造的目的実現型と表現でき、基本的な計画や構想作成には有効であるが、緊急時への対応は出来ない。

その理念的な支柱は、WHOが1986年に提示したヘルスプロモーションと、ナドラーらが提唱している、ブレイク・スルー思考である。

研究協力者

和田耕太郎（国立公衆衛生院）

藤田雅美（国立国際医療センター）

1. はじめに

地域づくり型保健活動は、日本の保健所や市町村での日々の活動の中から、どういう形が望ましいかという模索の中からまとめられてきた考え方や展開方法であるといえる。健康な地域の実現のために、関係者が、理想とする健康な地域の具体的なイメージとして到達目標を共有し、その実現に向けてそれぞれの役割を果たす展開方法であり、共有と役割実行の過程において、参加

者個人の能力を向上させ、必要なしくみを創造し、その相互作用を得ることによって、健康な地域実現の促進が図られる。その理念的な支柱は、WHOが1986年に提示したヘルスプロモーションと、ナドラーらが提唱している、ブレイク・スルー思考である。

地域づくり型保健活動配下のように定義される。「健康な地域の実現のために、関係者が、理想とする健康な地域の具体的なイメージとして到達目標を共有し、その実現に向けてそれぞれの役割を果たす展開方法である。その共有と役割実行の過程において、参加者個人の能力を向上させ、必要なしくみを創

造し、その相互作用を得ることによって、健康な地域実現の促進が図られる」。ここで、それぞれの言葉の意味を以下のように考える。「健康な地域」とは、「ヘルスプロモーションの理念に基づき、その地域に生活するさまざまな身体的、精神的、社会的状態の住民が、各々の状況に応じた質の高い生活を営むことのできる地域」という意味である。「関係者」については「当事者、一般住民、専門家、行政職員など」とする。「理想とする健康な地域の具体的なイメージ」とは「そこで話題となっている人たちの健康な生活像を、映画の1シーンや一枚の写真を見るように具体例で表現すること」である。また、「健康な地域の姿を到達目標として共有する」とは「参加者がそれぞれの立場から地域の健康のあるべき姿をともに考え、行動に結びつくような共通の目的として合意が形成され、それが継続すること」をいい、「参加者」「目的共有のための話し合いに参加している人たち」という意味であり、当事者、一般住民、専門家、行政職員などのすべてを含んでいる。さらに「参加者個人の能力」とは、「参加者が自分自身、もしくは自分たちの到達目標を自分たち自身で描き、それを実現するための自らの行動や、他者の役割への期待を決定し行動を起こす力」である。「必要なしくみの創造」とは、「健康な地域を実現するためのすべての条件を整えること」を意味し、行政的な制度や施設だけで

なく、地域の価値観など文化的側面などであり、しくみを創造するための話し合いの場の確保や参加することに対する周囲の支援なども含まれる。

2. 活動の目的

活動の目的は個々の「問題」の発見・解決を超えて「地域でのよりよい健康な暮らし」「健康な暮らしのできる地域」の実現をめざすことにある。強調されるのは、地域にある問題を直接解決するというよりも、よりよい健康や幸せが実現できるような、あるいはそのような問題が生じないような、「地域のしくみ」を創り上げることである。

3. 基本的な考え方

地域づくり型保健活動の理念的な支柱は、WHOが1986年に述べたヘルスプロモーションと、ナドラーらが提唱している、ブレイク・スルー思考である(図1)。

ヘルスプロモーションは「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」であり、個人が健康を増進する能力を備えることができるようにすることと、個人をとりまく環境を健康に資するように改善してゆくことが大きな2本の柱として示されている。それとともに健康は個人が幸福に生きるための資源であって、それ自体が目的ではないことも合わせて述べられている。

地域づくり型保健活動では、目的か

らもわかるように、個人がよりよく生きるためのソフト・ハード両面を視野に入れた「人づくり、環境づくり」を主眼に行って行こうとするものである。

また、このヘルスプロモーションの理念が述べられるにあたっては、従来の公衆衛生活動の展開論でのいきづまりと、現状打破のための新しい公衆衛生活動展開のための理念の必要性を背景としていた。地域づくり型保健活動が現状打破の思考パターンとしているのがブレイクスルー思考である。従来の保健活動の主流は、健康問題の原因や要因を分析的に明らかにし、その原因や要因を取り除くべくアプローチする方法である。すなわち、分析的な思考を基盤とした方法論といえる。その方法論の第一段階は、問題点や課題を明確にすることである。一方、ブレイクスルー思考を基盤とする地域づくり型保健活動は、どのような状況を理想的なあるべき姿とするのか、すなわち活動の最終目的を明確にすることを入り口にする。ナドラーらが提唱するブレイクスルー思考では、物事の分析から出発するのではなく、展開・統合思考によって全体から、すなわち目的からスタートし、その目的に合わせて解決策を展開しようとするものである。

一方、このような公衆衛生展開論を適応することが必要な解決すべき健康問題には以下の3つのパターンが考えられる。

1.問題が生じた原因を探ることが必

要な場合

2.原因が分かれば、それを取り除くことができる場合（原因が割合明確—例えば感染症が発生したような場合）

3.原因が分かっても、取り除くことが困難な場合（原因が複雑に絡んでいる場合や、原因が分からない場合もある）

上記の1,2の場合であれば、分析的なアプローチが有効となろう。しかし、3の場合、分析的なアプローチでは対応が困難である。この例としては、寝たきり老人のQOLの高い生活という課題が考えられよう。このような、要因が複雑な問題は、要因ひとつずつを排除することは困難である。現状はそれとして認識しつつ、その状況での理想の姿（目的）から入り具体的な対処方法を検討しなければ、行き詰まりが生じると考えられる。

もちろん、双方の考え方とも、解決の方向性として「より良い健康な暮らしの実現」や「安心して健康な暮らしのできる地域」の実現を目指す必要があることはいうまでもない。

4. 進め方の概略

進め方の概略は、図2に示したとおりである。展開は大きく4期（準備期、活動方針検討期、展開期、評価・再検討期）に分けられる。

また各々期の内容を具体的に示したものが図3である。

1) 準備期 launching phase（～数ヶ月）

準備期では、この展開方法論をとることに対する関係者間の意志を確認したり、地域の状況や活動の影響を与えると考えられる地域リーダーの特徴などを検討したうえで、実施に向けて調整を行う。

当該方法論では、効率性以上に合意形成の過程が重視されるため、相対的にみれば他の展開方法論よりもたとえば計画書といった形態になるまでに時間がかかる。そのため、特に効率性を重視する行政内部において、当方法論をとることに対してある程度の理解がない場合、その進行過程管理に困難が生じることが考えられる。

グループワークリーダーの役割をとることになる人のトレーニングもこの時期に行う。当該方法論では、グループワークリーダーは、ヘルスプロモーションの理念や目指すべき健康の概念などについて理解し、それをもとにした価値観を基盤としてグループ内での話し合いをリードしていくため、グループワークリーダーのトレーニングは重要な意味をもつ。リーダーには、少なくとも一度、行政内部で以下に示す第2段階のステップを模擬的に踏んでおくことが求められる。

2) 活動方針検討期 *planing phase* (数ヶ月～数年)

この時期は、実現すべき健康の姿を、活動の目的として共有し、それを実現するために必要な条件や行動を検討し、

計画書として作成する段階である。また、検討結果に基づいて、理想の姿や条件に関する現状を把握する作業もこの段階に入り、それは介入前の基礎調査の意味をもつ。その過程では、参加型目標描写法(PGVM)を用い、それは次の4つの段階と現状の調査、分析からなる。

(1) 第1段階:「実現すべき地域での健康な姿の検討」

この段階での目的は、当事者間で、住民がどのような健康な暮らしのできる地域を実現すべきかを確認共有することである。ここでいう「当事者」とは地域住民、専門職、行政担当職員、その他関係団体職員など、そのテーマに関わりのあるすべての人を指す。実現すべき状況とは、専門職が日常の保健活動の中で得たものや専門知識、住民の生活者としての実体験に基づく意見や願いが合わさった「めざすべき地域の姿」「実現すべき仮説の理想の姿」である。「共有」とは参加者がそれぞれの立場から地域の健康のめざすべき姿をともに考え、行動に結びつくような合意が形成された場合をいう。具体的には話し合いの参加者が、各々の思う「理想の姿」を述べあうことから始められる。この場合、重視されるのが、まるで映画の1シーンが浮かびあがってくるような具体的な表現で述べることである。たとえば「公園で」といった言葉を使う場合、その地域の中での

具体的な〇〇公園といった固有名詞を用いて、各参加者の概念に差違を生じないような形で表現される。参加者によって述べられたいくつかの理想の姿は、参加者を含めた地域の人々の多くに共感が得られやすいと考えられると思われるもどが、まず1つ地域の理想の姿の仮説として、参加者によって選択される。

前に当事者について述べたが、実際の場面では、全関係者が共有化のための話しあいに参加できることは困難であるため、可能な範囲での参加者間の共有となる。

(2) 第2段階「条件と行動の検討」

第2段階では、第1段階で提示され、共有された実現すべき地域での健康な姿（最終目的）を実現するための条件やその条件を満たすために必要な行動を検討する段階である。

具体的には、第1段階で共有した「実現すべき地域の健康な姿」を達成するためには、どのような条件が必要かを、参加者で話し合い、図5～7のような目的関連図に示していく。

目的として設定した状況を達成するためには、提示された項目相互も複雑に関係しているであろうことは想像に難くなく、またこれ以外の要素の存在も考えられ、単純さに疑問を感じるむきもあると思われる。しかし、この目的関連図は、達成するための条件が網羅されることよりも、住民の生活実感の中から生まれた意見と、専門家の専

門職としての知識や体験とをひとつの図の中に反映させ、共有した目的の達成のための条件について、両者の共通認識を形成することを主眼としている。

この段階においても、第1段階と同様、具体的な表現で、誰が何を行うのか、それには、誰が何を知れば可能になるのかを明確に記述することが求められる。

この段階では、「条件の検討」段階で提示された条件を満たすためには、どのようなことを実施すればよいか、そのことは具体的には誰が行うかなど、行動方法の検討と、役割の確認が参加者の合意のもとに行われる。

この作業は第1段階で具体的に例示されたその地域での健康な暮らしの姿のいくつかについて、それぞれの目的関連図が作られる。

(3) 第3段階「事業、行動を中心とした目的の再確認」

第2段階で作成された複数の目的関連図から、具体的な行動方法について図8,9に示すような、事業や行動を中心とした目的関連図を作成し、それらの直接的な目的や上位の目的を再確認する。

(4) 第4段階「計画書（ドキュメント）の作成」

第3段階で作成された事業を中心とした目的関連図をもとに、一定のルールにしたがって事業、行動ごとの計画書を作成する。

さらに、事業ごとの計画書をベース

に総合的な基本計画書を作成する。

(5) 第5段階 現状の調査、分析「現状の把握、分析、目標値の設定」

第1段階で提示され、共有された実現すべき地域での健康な姿(最終目的)や第2段階で提示された条件がコミュニティにおいてどの程度満たされているか、現在の状況の把握を行う。そこで、自分たちの考える理想の状況と把握された現実とのギャップが、「満たされていないニーズ」として捉えられる。

現状の把握は、郵送調査やインタビュー調査、グループ方、実地踏査などの方法によって行われる。

把握の方法も、参加者である住民と専門職などが一緒になって検討し、各々の役割を分担して実施することが望ましい。

すべての条件の現状を、同時に把握することは物理的にも心理的にも困難を伴う場合が多いため、制約に応じて話し合いの上で優先順位を決定し、その項目について現状調査を行う。把握された現状に基づいて、参加者間で目標値と期限について決定する。

なお、この段階は、第2段階終了後は、第3、第4段階と平行して実施することが可能である。

3) 展開期(数年) implimentation phase

策定された行動計画、事業計画、基本計画に基づいて、それぞれが活動を展開する。

4) 評価・再検討期(～数ヶ月)

「達成目標の設定」の時点で設定した時期に、目標や条件の充足状況について再度把握し、それらの達成度を測定する。また、分析的に次の優先事項を決定する。この結果に基づき、再度、条件の検討あるいは行動方法の検討と役割の確認の段階に戻り、活動を再検討する。

5. 特徴

1) Community profile and community symptoms コミュニティの把握と理解

地域づくり型保健活動においてコミュニティを把握する段階は2段階がある。まず準備段階において専門職は、検討する事象に関して専門職として当然知っておくべき地域の概況について、レビューを行う。これに加え、地域の風土、地域独特の慣習といった文化人類学的な状況についても、認識しておくことは、計画段階で住民と話し合いを実施する際に、専門職としての立場で意見を述べる時に必須の事項である。ただし、これに関しては、どの方法論に関しても共通の事項であると思われる、当方法論だけに特徴的な事項ではない。

地域づくり型保健活動に特徴的なコミュニティの把握は、活動方針検討期の第5段階である。コミュニティの把握は、設定された目的を達成するための、地域づくり型保健活動の条件の充足度の観点から実施される。

2) Evidence-based decision making

実証的根拠と優先順位の設定への貢献

地域づくり型保健活動では、取り組むべき課題の選定や、参加型目的描写法での目的や条件の検討、および決定などは、住民と専門職、行政との共同作業で行われる。その際、それぞれの立場から意見を出すため、専門職としての知識、つまり、現在までに実証されているデータ等を基盤とすることはいうまでもない。そのため行政や専門家が緊急性が高いと考えることが検討課題として取り上げられない場合もある。

3) Risk management system リスク及び緊急時への対応

この展開方法論は、基本的に緊急時への対応には不適である。手順でわかるように、展開方法の中で重視されるものが、話しあいとそれに基づく合意形成であるため、刻々と変化する緊急事態対応の場合には適応できない。

4) Community participation

この展開では、常にコミュニティメンバーとの共同作業が求められ、専門家や行政だけの展開は考えられない。もちろん、この展開をマネージする立場の人やコミュニティメンバーがこの進め方に慣れていない場合の準備段階や運営に関する会議などでは専門家や行政だけの話し合いがもたれるが、その場合も可能ならなるべくコミュニティでのリーダーの役割のとれる人を入れておくことが望まれる。

一つのコミュニティで実施する場合、すべてのコミュニティメンバーが展開の過程に加わることは不可能であり、何らかの方法で代表者が選ばれることになる。重要なことは、代表者での話し合いの結果をコミュニティ全体に伝えたり、話し合いに加わりたい人に対していつでも入れるようなしくみを用意するなど、オープンな姿勢を保つことである。

5) Multi-sectoral corporatism

多様な分野との協働

当該方法論は、健康ということ、「地域での健康な生き方」として捉え、健康づくりを「健康な生き方のできる地域づくり」として捉えるため、保健医療分野の職員の活動だけで目的は達成できない。そのため、できるだけ多くの分野の人々が、準備期や活動方針検討期の早い段階から、メンバーとして参加していることが望まれる。

6) Empowerment エンパワーメント (図4)

エンパワーメントには個人レベル、集団レベル、地域レベル、行政の4つの状況が考えられる。地域づくり型保健活動では、個人、集団、行政、地域、それぞれの能力の開発と仕組みの構築を目指している。ここでいう個人とは、住民や専門家の一人一人であり、行政とは、行政職員個人の場合と行政組織とを含めて考える。地域とは、それらの個人、集団、行政などを含めて考える。

初期の段階では、それぞれに次のような能力の開発が求められる。

①行政能力としては、住民とともに地域の理想の姿を考えるために、住民に対して真剣に問いかけ、議論することができるようになる。

②個人・集団能力としては、問いかけられた地域での理想とする健康な姿について、自分の考えや言葉で考え、討議することができるようになる。

③地域能力としては、さまざまな住民が意見を出すことが認知され、行政と住民との自由な討議が特別なことでなくなる。

後期の段階では、

①行政能力としては、住民とともに、地域での実現すべき健康な姿や、そのための条件、条件充足のために必要な施策を検討することができる。さらに、検討結果をもとに、施策の実行や評価のための予算を確保する。

②個人・集団能力としては、それぞれが持っている知識や経験を生かして、健康な地域の実現に向けての討議に参加し、行動をすることができる。

③地域能力としては、さまざまな身体的、精神的、社会的状態の住民が健康な暮らしを営むことを包含できる。

地域レベルでのエンパワーメントの姿は、当該方法論の場合、具体的には、活動方針検討期に設定された、「地域の理想の姿」の達成状況が向上している状況をいう。

住民個人、集団レベルのエンパワー

メントは、活動方針を検討したり、具体的に活動を展開する中で行われる。地域づくり型保健活動の展開では、活動に参加した住民は、活動方針検討期・展開期において「自分」の範囲を超えた地域の健康を考えることがファシリテートされるが、その思考過程は、各個人の中では地域の枠の中での自らの健康や行動、活動に対する再考を生じさせる。地域づくり型保健活動では、この再考の過程においておこる健康に対する認識の変化、および活動展開の「どうすれば目標が達成できるか、行動に結びつけて考える」というルールにより、エンパワーメントの中心概念である、自らが主体であるとする「コントロール感」の醸成に寄与するものと考えられる。そのため、個人・集団のレベルのエンパワーメントとして最も高いレベルと考えられる状況は、個人（集団）が健康目標を自ら設定し、その目標を認識した上で、具体的な行動がとれることである。その行動の中には、それが自分の努力のみでは達成できない状況であると判断した場合、それに変化を生じさせることができるような行動をとることも含まれる。

7) Community and administrative system engineering システムの構築、仕組みづくり

地域づくり型保健活動では、前述の能力の開発と並行的に、仕組みが構築されることも目指している。つまり、

初期の段階では、「住民と行政、住民間の討議の場が保障される」ことであり、後期には、「さまざまな身体的、精神的、社会的状態の住民が健康な暮らしを営むことのできるようなハード面、ソフト面を含む環境が整備される」ことである。前期では、どのような話し合いが行われているかを確認することで、後期の段階は、第2段階で設定した健康に暮らすための条件が、地域でどの程度変じたかを把握することにより評価が可能である。

8) Evidence-based policy making 参加型行動研究と科学的根拠に基づく政策形成

地域づくり型保健活動は、展開の中に参加型行動研究のための手順が組み込まれている。PGVの過程では、参加者によって実現すべき目的や目的実現のための条件が検討され、それに基づいた現状把握のための調査が検討される。すなわち地域づくり型保健活動では、得られるべき資料が参加者によって検討され新たに調査が必要な場合は、その調査の目的、方法、必要な調査項目、分析方法までを検討することができ、さらに分析や分析結果の解釈、目標設定においても住民や、多様な分野、専門家や行政がともに行うことが可能である。

このすべての過程に、社会調査や疫学、統計などの専門家、あるいはそこで話題になっていること、たとえば高

齢者福祉や母子保健、精神保健などの専門家が入ることによって、それまでに得られている専門的知見とコミュニティメンバーの生活者としての視点の双方が活かされた政策が作られる。

9) Community action evaluation and development コミュニティ活動の評価とさらなる発展

地域づくり型保健活動のアウトプットの評価は、設定された理想の姿や条件の充足状況が、活動によってどのように変化したかによって行われる。これは「評価・再検討」の時期に実施される。そして、その結果は参加者により分析され、新たな展開にむけての検討が行われる。

10) 全体を通しての特徴

・地域づくり型保健活動は、計画作成や計画に基づく行動を目的にするのではなく、計画作成段階における参加者のエンパワーメントや地域社会でのしくみの構築による健康な暮らしのできる地域の実現に重点がおかれる。

そのために、幅広い分野やコミュニティメンバーの参加、共感が重視され、結果的に時間がかかることになる。

・PGVMでは、現状にとらわれず、将来的に実現すべき健康な姿やそのために必要な条件を見いだしていく。そのために、将来を視野に入れた自分の

地域やケースの見え方が必要である。参加者がそのような視野の枠組みをもっていない場合、問題探し、原因探しの話し合いになってしまい、PGVM本来の話し合いがスムーズに進まない場合がある。

- ・PGVMでの話し合いの過程では、目的と条件との関連性の正確さや科学的根拠も重要であるが、それ以上にその地域での論理性や地域住民の価値観、生活観が重視される。

- ・PGVMでは、話し合いの過程において、参加者の価値観が全面に出される。そのため、リーダーはヘルスプロモーションやノーマライゼーションの概念を踏まえ、地域での弱者や、社会参加を苦手とする人たちへの配慮などを視野に入れながら話し合いをリードすることが非常に重要となる。

図1

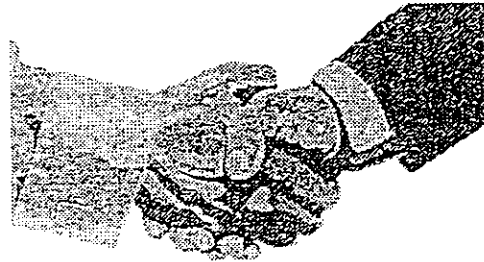
地域づくり型保健活動の位置づけ

地域づくり型保健活動

ヘルスプロモーション

ブレイクスルー思考

- ・健康の捉え方
- ・住民参加
- ・多分野の協働
- ・暮らしを取り巻くしくみづくり
- ・エンパワーメント
- ・地域での組織化



融合した部分
での方法論

- ・あるべき姿からの出発
- ・ユニーク「差」
- ・レギュラリティー
- ・目的展開
- ・合目的的情報収集
- ・参画・巻き込み
- ・オール・プラス

図2

地域づくり型保健活動全体の流れ

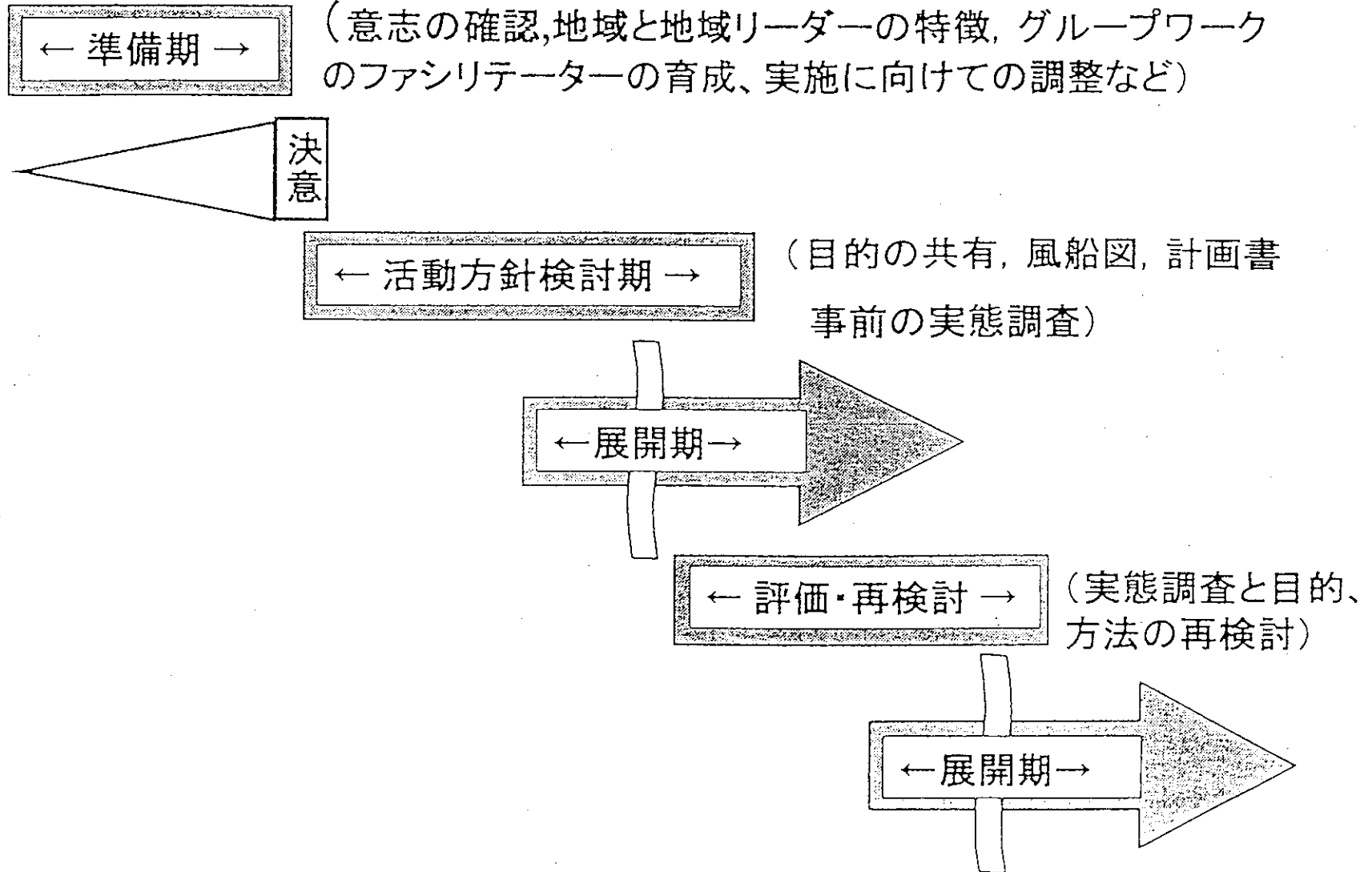


図3

地域づくり型保健活動の手順

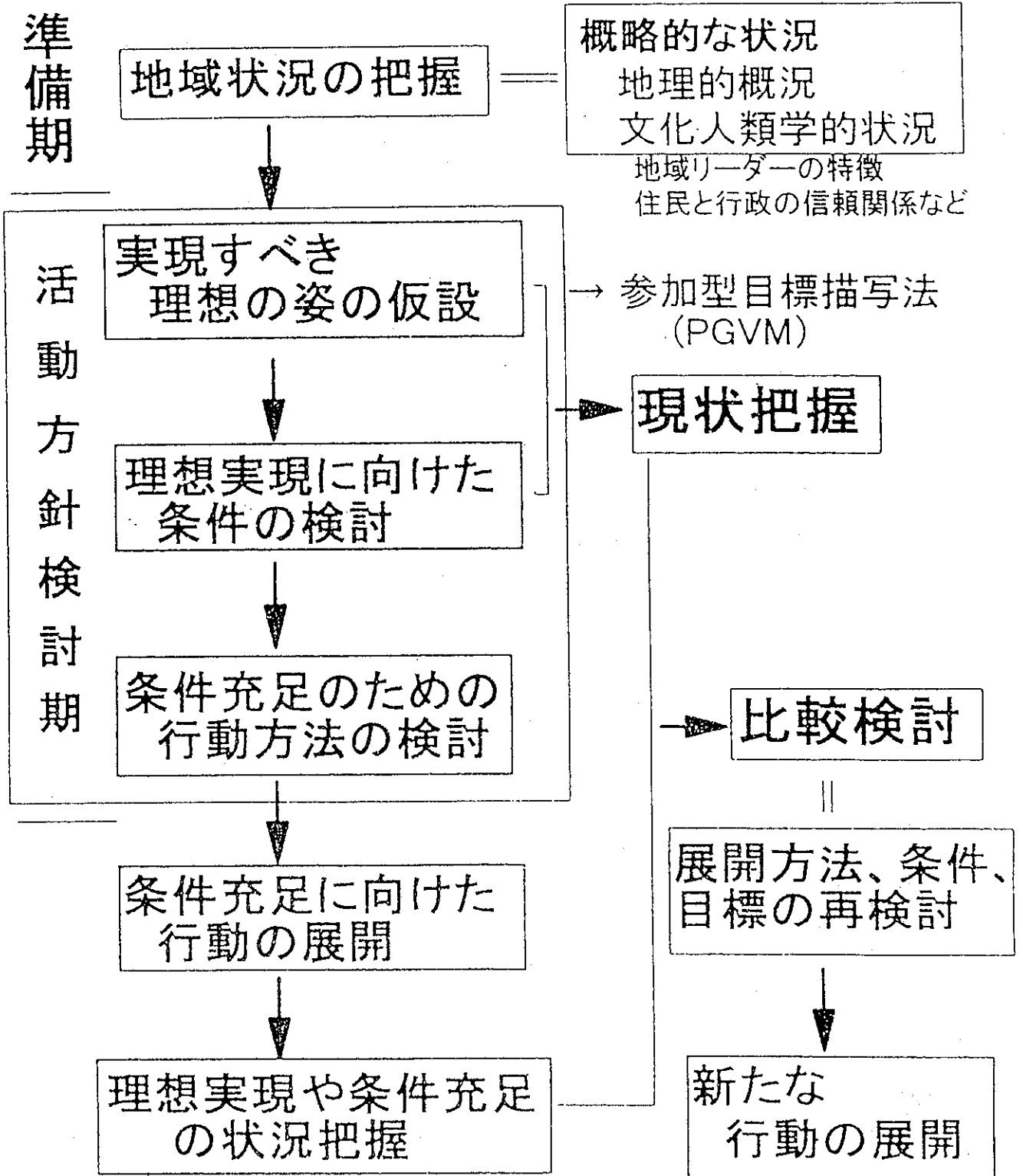


図4

健康な暮らしの実現

