

2番目の問題提起は、Evidence-based decision makingと言われておりますが、「実証的な根拠の意志決定」、これを公衆衛生でも、科学的根拠をきちっとするという事です。たとえば肺がん検診なんかもずうっとやられてきていましたけれども、ずいぶん前から諸外国ではああいうやり方はやってないわけで、それがずっとやられてきていたのが、やっと見直されてきた。

3番目の問題提起は、「リスクへの対応」でございます。リスクは、たとえばイタリア語のリスカーレ (risicare) ということばに依拠しており、「勇気を持って試みる」という語源であります。恐れおののくだけではなくて、チャレンジというふうにとらえる視点がリスク・マネジメントには必要であります。私自身はリスク・マネジメントの対象問題を広くとらえております。

4番目の提起は、「コミュニティ参加」の問題であります。いま地方主権の時代に向けて、住民による問題解決、住民の自治責任、自律性、そしてそれがやがて保健民主主義といえますか、住民の自治能力の成立につながっていく。コミュニティで住民と一緒に政策をつくったりアクションを起こしていくということ、このことが大変重要であることは論を待たないわけです。

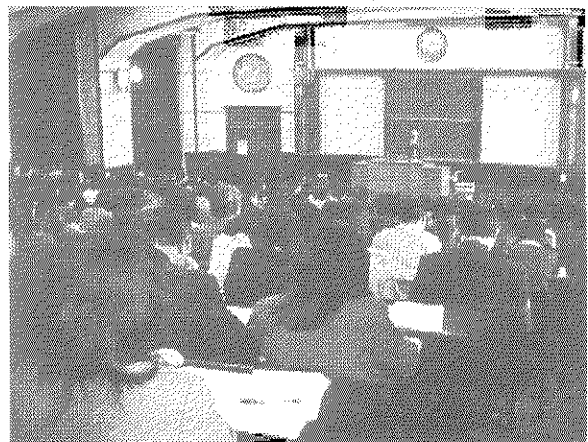
5番目は、「多様な分野との協働：Multi-sectoral corporatism」であります。この中で特に相互学習と問題解決のための協働活動ということ、私どもは住民と研究者の間で大変重視しております。同時に、その成果を総合的政策樹立に向けていくこと。そしてその共生の考え方と、住民自身が相互支援のネットワーキング、そういうものを紡いでいく。そしてそれらがひとつのエンパワーメント、地域の自律的自治能力の向上につながる。こういうふうなことをこの協働の中に入れております。もっともっとリングを広げて、保健だけやっていけばいい、あるいは福祉に

手を出すと保健が倒れるなどという狭い考え方ではもう大衆から見捨てられてしまいますから、ウイングをずっと広げながら、住民の幸せのためにどのセクションやグループと手をつないでいかなきゃならないのか、このことが大変重要な時代になっております。

それから「エンパワーメント」、これは力をつけるという意味で、まだいい略語がないので、そのまま使っています。それぞれ個人レベルから国家レベルまで、どれだけほんとうの力量をつけていくのか。従来の、住民は無知な人、私たちは専門家、だから知識を少し分けて、この運動に立ち上がらせよう、こういうふうな視点はもう過去のものだということです。

それから、いろんな「システムづくり」が重要になってまいります。お手元の資料にこれは載っておりますが、最近には特に費用-効果分析等も強調されております。終極的には市民の擁護、問題解決力の成熟となって初めていいシステムができるということです。

8番目の問題提起は、「参加型行動研究」であります。それをいかに政策に結びつけていくのか。これは市民自身が問題にかかわり、参入をし、そして研究も市民と一緒にやっていく。そして行政スタッフと討議しながら、研究戦略と研究ネットワークを持ち、そして政策に結びつけていく。もうそういう時代に入っているということです。



最後の問題提起ですが、「コミュニティ

「活動の評価とさらなる発展」をどう
いうふうに保障していくか。

Community action evaluation あるいは
development、地域社会がよりよい方向
に発展し、自治行政の力量をつけてい
く。産業発展、経済問題等の協調、協
働の問題など、政府、国民、NGO、NPO、
またこういう新たな社会協働主義とい
うものがコミュニティの発展に不可欠
の時代に入ってきました。いま専門
医の技術の半減期が3年と言われて
います。専門医が3年たったら自分の
持っている技術の半分がもう使いもの
にならないという時代です。公衆衛生
でも例外ではありません。

以上で問題提起を終わります。

岩永 どうもありがとうございました。
た。

それでは、早速「方法論」の話に入
っていきたく思います。

まず最初、「プリシード・プロシード
・モデル」ということで、大分県佐伯
保健所所長の藤内さんをお願いいたし
ます。

プリシード・プロシード
・モデル

藤内 修二

私に課せられた役割として、「プリシ
ード・プロシード・モデル」の紹介と、
それを実際に応用する場合の問題点に
ついて少し述べたいと思います。別添
の資料がありますから、それをごらん
になっていただきたいと思います。

プリシード・プロシード・モデルが
日本に紹介されてもう7年目になりま
す。しかし、いつまでたっても、それ
こそヘルスプロモーションではありま
せんが、翻訳されずにずっと
PRECEDE-PROCEED Model とアルファ
ベットでつづられたり、あるいは片仮
名で書かれたりします。私のレジメの

1 ページ目の一番下のほうに
PRECEDE-PROCEED Model のそれぞれの
頭文字が、ちゃんと綴ったものが書
いてあります。日本語に直しますと「教
育・環境の診断と評価のための準備・
強化・実現因子」、これが実は
PRECEDE の翻訳でありまして、
PROCEED を訳しますと「教育・環境
の開発における政策的・法規的・組織
的要因」ということになります。日本
語にするとかえって複雑で、とても一
口では言えない状況になってしまいま
すので、九州のほうでは最近 PP モデ
ルというふうに簡単にしております。
では、紹介をしたいと思います。

PP モデルの歴史的な背景を少し紹介



したいと思います。'50年代の
KABModel という非常に基本的な、技
術的などいいますか、ここから始まり、
1970年代まで、保健信念モデル等がず
っと保健を説明するモデル理論として
使われてきたわけですが、どうもこれ
だけでは十分ではない。それで Green
は1974年にプリシード・フレームワ
ークとしてプリシード・プロシード・モ
デルの前半部分をモデルで発表するん
ですが、それは保健信念モデルや社会
学習理論か、自己効力感、セルフ・エ
フィカシーを盛り込んで、さらに健康
教育の最終的な目標を QOL に置いて
いました。このプリシード・フレーム
ワークそのものもかなり先進的なもの
だったと思われます。その後、オタワ

宣言でヘルスプロモーションが明確に打ち出され、そのヘルスプロモーションの理論をさらに展開し、評価部分を盛り込んだのがこのプリシード・プロシード・モデルということになります。1991年に発表になっています。

では、この第1段階から順を追って紹介したいと思います。第1段階の「社会診断」です(図1)。Green自身が、別に几帳面にこの第1段階からやらなくてもいいというふうには言っていないけれども、きょうは第1段階から順に説明させていただきます。ここでは、住民が地域の中でどう暮らしているか、そのQOLは一体どうなっているのかということを見るのが社会診断です。実際何をするかといいますと、これから取り組もうとするプロジェクトとか、そういう事業の対象集団や課題などのターゲットを明確にします。そしてそれについての既存の情報からおおよその現状を確認いたします。そして当事者や関係者(家族であったり、または住民組織とか)からヒアリングを行います。“どんな困り事がありますか?”そして“それがどうなったらいいと考えていますか?”ということを確認します。この際、いろいろなものが出てまいりますので、KJ法等を応用しましてこれを整理します。その中からQOLに関するものを抽出します。多くは1つじゃなくて複数のものが出てまいりますので、複数の場合にはその優先順位をつけるといった作業が必要になります。

第2段階の「疫学診断」(図2)ですけれども、第1段階で地域住民にこういうQOLについての課題がある、あるいはこうなったらいいと住民が考えている、そういう住民の目指す暮らしといいますか、解決したいという問題に影響を及ぼしている健康問題を抽出します。ですから、実際出てきた困り事に関連のある健康問題は何か、その健康問題についての疫学調査を始めま

す。実際にその健康問題の現状をあらゆる指標は何か、その指標を当該地域について調べます。その当該地域だけ調べても、これだけでは評価できませんので、全国の平均はどうかとか、近隣の自治体はどうかというのを比較して評価をすることになります。もちろんこのQOLに関する健康問題は複数の場合もありますので、複数の健康問題が関連する場合には、どれが一番重要な問題かということを決することも必要です。

こうしてこの地域において取り組むべき健康の課題が抽出されます。でも、多くの公衆衛生の現場では、先に糖尿病とか、歯科保健とか、最初にこの健康問題からスタートするので、実際はここからスタートするということが多いと思います。そしてその健康問題に影響を及ぼしている生活習慣や保健行動について分析するのが第3段階の「行動診断」です(図3)。第2段階で出た健康問題の原因となる行動や生活習慣を列挙し、これら生活習慣、行動についての情報を集めます。ただ、日本ではこの情報は乏しいのが現状です。次に、列挙された行動や生活習慣について優先順位を検討します。

先ほど来何度か“優先順位を検討する”ということばを使いましたが、どういう形で優先順位を決定するかといいますと、まず重要性、つまり、この地域においてこの生活習慣がどれくらい重要かを検討します。実際には、その健康問題にどれくらい因果関係が強いのか、そして実際この当該集団においてその問題となる保健行動や生活習慣はどれくらいの頻度であるのか、この2つの掛け合わせたもので重要性が決まります。そして実際に介入により改善できるのかどうか、この重要性と改善可能性に基づいて優先順位を決定します。できれば、既存の研究成果の科学的な根拠に基づいて、重要性が高く、改善可能性のものを優先すること

になります。

第3段階のもう1つの「環境診断」ですけれども（図4）、これも同じように、健康問題に関連のある環境因子を列挙し、同じように情報を集めます。そして同じように、複数の環境因子が抽出された場合には、その優先順位を検討します。

環境因子への介入というのは困難な場合が少なくありませんけれども、これらの環境条件を考慮に入れて対策の優先順位を考えることも重要になります。

次は第4段階の「教育・組織診断」と呼ばれる部分です（図5）。“準備因子”は第3段階で明らかにされたその健康度や生活習慣を実践するのにまず必要となる準備因子、つまり、その保健行動を実際にしようという気になるために必要な知識とか、態度や信念を指します。

それから“強化因子”は、いざやった場合にそれが長続きする、実践や継続を支援するための必要な因子として、周りの反応とか行動後に得られる心地よさとか、報酬を指します。

そしていざやろうと思っても、それができるかどうかという、実際に技術とか資源とか、そういったものが利用できるか。これが“実現因子”なんです。

第3段階で出された保健行動についてこれら3つの因子を抽出いたします。そしてプラスに作用するものもあれば、マイナスに作用するものもありますが、これらの因子について情報を集めます。実際これらの因子の情報が集まれば、先ほどの保健行動と同じように、重要性や改善可能性について検討して、優先順位を考えることになります。そして優先順位の高い各因子を満たすために必要な教育内容、つまり、この一番左側にある健康教育や、政策とか法規とか組織というのは、優先順位の高い、しかも不足している3つの因子をどう

満たしていくか、そのためにこれを検討することになります。場合によっては住民組織や関係機関や団体への介入も考えることになります。

第5段階の「運営・政策診断」です（図6）。“運営診断”は、実際にどういった健康教育が必要かということがこの第4段階でわかりますので、必要な健康教育のプログラムを実施するために必要な予算とか人的な資源を検討いたします。あるいは現時点で利用可能な資源、この中には既存の事業もあれば、住民組織とか関係団体もあります。そういったものがどれくらい使えるかという査定であるとか、あるいはそのプログラムを実行する際に解決が必要な障害について検討します。

“政策診断”は健康教育だけではなく改善ができない部分に関わります。いくら健康教育をしても、いざやるために必要な社会資源であるとか、そういったものを整備するのが、この政策とか法規という役割になります。そういったものはどんなものが必要かということを検討し、必要な予算とか人的資源、利用可能な資源の査定を行います。同時に、実際に健康教育をやる上で阻害要因となるような政策とか、あるいは組織の方針等もありますので、こういったものもあわせて診断するのが政策診断ということになります。

第6段階の「実施」です（図7）。いままでずっと右のほうから左のほうにきまして、ここで実施することになります。つまり、健康教育を実施したり、いろんな制度・施策を実施します。実施する際には、各段階での目標値を定めておりますので、その目標値の達成を目指して健康教育や施策を展開することになります。それから、次のプロセス評価を紹介しますが、そのプロセス評価をするための情報を集めながら実施するということがポイントになります。

第7段階の「経過評価」ですけれど

も(図8)、まず“事業の実施経過による評価”です。実際に事業をやってみて、事業の実施経過についての評価になります。事業の実施をやりながら、たとえば進捗状況とか、資源の活用状況とか、スタッフの仕事ぶりとか、プログラムへの参加状況や、サービスの利用状況、受益者や協力関係者の反応など、そういったものを集めていく。もし、問題がある場合には早期に軌道修正を行うということが必要になります。これが経過評価です。

次は、もう1つ右側へ移りまして、第8段階の「影響評価」です(図9)。健康教育やこれらの制度によって、第3段階、第4段階で決めた目標値、つまり住民の考え方であるとか、あるいは住民の行動とか、環境がどう変わったかということを検証します。

これが最後になりますけれども、第9段階の「結果評価」です(図10)。結果評価は、こういう展開により実際に住民の健康問題がどれくらい改善したか、あるいはQOLがどれくらい改善したのかというのを、設定された目標値が達成されたかどうかで検証いたします。

このモデルの特徴を簡単に紹介します。このモデルそのものはこの後紹介されるほかの手法と同様に、目的設定型アプローチと言えらると思います。ほかの手法と大きく異なるのは、優先順位の決定という部分が特徴的ではないかなと思います。その他の主な特徴を資料に10個ほど列挙しております。分析とアプローチが一体化しているとか、行動科学を応用したアプローチであるとか、あるいは、政策科学とマッチし、複数の要因が絡んだような問題の整理分析に応用できるとか、それから6番目の、最新のほかの理論との併用もできるとか、7番目の、フレキシブルでモデルの一部やその考え方のみ、さっき、どこから始めてもいいですよというお話を簡単にしましたが、部分

的な応用も可能である、ということがこの特徴に挙げられると思います。それから8番目の、実践の過程で住民参加によるビジョン形成の段階があるとか、あるいはその経過評価とかの段階でフィードバックをもとに改良を加えられやすい、とかということが特徴に挙げられます。

これらの特徴によって4つほどこういうヘルスプロモーションを展開する上でのメリットがあると思います。

1つは、“ヘルスプロモーションの理念を余すところなく発揮できる”という点です。これについては詳しくは触れません。2番目として、“確実に結果に結びつく施策と対象を明確にできる”。特に、優先順位を決定していきますので、この中でどれを重点的にやるかということ絞りとめると思っています。それから経過評価という部分があり、“早期に事業の軌道修正ができる”というのもメリットだと思います。そして、“参加者のエンパワーメントが図られる”。一連のプロセスの中で巻き込まれた住民を初めとする関係者の色々な「気づき」とか、学びのプロセスがあります。そうした中で住民の役割、関係機関の役割、そういったものが明確になって、それがまたこの評価をしていく段階で1つずつ達成感といいますか、そういったものを味わうことによって、1人1人がエンパワーメントされるということが特徴だろうかと思います。

4番目ですが、これを日本で展開しようとした場合の課題があります。先ほど来、優先順位を決定するというふうに何度も申し上げましたが、実は各段階で優先順位を決定する際に必要な、実際にその当該地域における各因子の頻度であったり、あるいは健康とQOLとの因果関係の強さであったり、あるいは介入による改善可能性についての情報が不足しているというのが現状であります。実際にはその都度その都度必要な情報を住民や関係者から集める

プロセスが必要になります。

それから逆に、これは両刃の剣的な部分ですが、優先順位を決定する際に非常に論理的な展開をするのがメリットなのですが、逆にこれがデメリットにもなります。つまり、専門家主導になってしまい、住民参加がえられにくくなります。しかし、これは日本での展開というよりも、Green自身が指摘していますが、モデルそのものの課題であると言っていると思います。

これらを解決するための工夫として、いま実際の事例で適用しているのは、実態調査とか、あるいは優先順位を検討するのに、住民と一緒にやろうということ。特に住民や関係者からのヒアリングをもとに、さっき紹介したような社会診断とか、行動・環境診断、教育・組織診断に必要な調査項目を抽出し、その調査票づくりを住民や関係者と一緒に行う。そして実態調査を行うことによって、住民もその調査結果を共有できる、あるいはそれをもとに優先順位を決定できる。特に改善可能性については、既存の論文が少ないので、実際は住民たちが、この因子は改善できるのか、こういう保健行動はほんとに改善、実施できるのかといったような、改善可能性を住民自身の声を聞きながら決定することで、日本で展開する際のデメリットを補えるんじゃないかなというふうに考えております。

岩永 ありがとうございます。

次は、「プロジェクト・サイクル・マネージメント」ということで、公衆衛生院の兵井さんお願いいたします。

プロジェクト・サイクル・
マネージメント
兵井 伸行

「プロジェクト・サイクル・マネージメント」について、その概略、方法

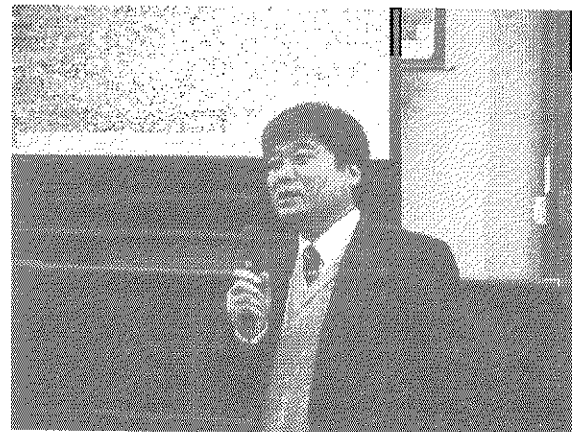
論について紹介いたします。

ここで使いますプロジェクトの定義というのは、“一定の期間に、一定の予算をもって、一定の目的を達成するために行う事業”というふうに考えていただければと思います。サイクル・マネージメントというの、簡単に言いますと、“事業の運営管理手法”というふうに考えていただければ一番なじみやすいのではないかと思います。

きょうお集まりの方は皆さん公衆衛生、あるいは保健・医療・福祉の分野の方だと思いますけれども、これはもうそのものがこの分野に特化した形で発展してきたものではありませんので、きょうは、基本的な方法論の紹介という点でお話ししたいと思います。

まず、「PCM手法」ということですが（図11）、これは先ほど申し上げました“事業の計画、実施、評価という一連の過程を、あるマトリックスを使って運営管理する手法”というふうに定義づけることができます。この話を図式化いたしますと、いわゆる計画、実施、評価、そしてフィードバックというこのサイクル、各段階をある特定のマトリックス（Project Design Matrix : PDM）を使って運営管理する手法ということになります。

「基礎となる方法論（PDM）ーログ



・フレーム」（図12）。この手法には、もう少し詳しく申し上げますと、計画を参加型で立案する段階、そしてモニタリング・エバリュエーションする段

階と、幾つかの段階に分けて、各個別の手法から成り立っております。

「PCM手法の特長」(図13)。今回、主に参加型で行う計画・立案のところについてお話ししようと思っておりますけれども、この手法の特徴は、まず“一貫性”を持っているということです。つまり、ある特定のマトリックスをもって事業の計画、実施、そして評価。フィードバックのすべての段階を運営管理するという意味で、一貫性を持っている。

それから“論理性”ということですが、計画・立案、そういった段階でさまざまな分析を用いますけれども、その分析が因果関係ですとか、目的・手段の関係ですとか、そういった論理的な関係で組み立てられるという点で、非常に論理的であるということです。

それから、“参加型”というのは、単にその分野の専門家だけじゃなくて、一般住民ですとか、いろんな関係者が積極的に参画して行うということで、参加というよりも“参画型”であるということが言えると思います。

次の「参画型計画手法の主な構成要素」ですけれども(図14)、3つございます。まず第1に、“事業の立案のために段階的な分析作業を行う”。その時点におきまして、さまざまな保健・医療情報、あるいはその他の情報、それから皆さんが持っているらっしゃる、あるいはその他の人が持っている専門知識ですとか、経験をもとに応用していくわけです。

それから、参画型ですから当然“チームによる作業”ですけれども、このチーム作業というのがブレインストーミング、あるいはコンセンサスを重視した作業であるということです。

それから“視覚による発想と思考”。KJ法で皆さんおなじみだと思いますけれども、この方法においてはすべての段階でカードを使います。ですから、カードを使うことによって視覚的に発想

することができる。また、だれが書いたかというようなことを問いませんので、たとえ偉い上司が横にいても考えることを書くことができる、そういった民主的といいますか、そういったメリットもあると思います。

「PDM(ログ・フレーム)とは」。先ほど来、企画・立案、そして実施、評価、各段階を一定のマトリックスをもって運営管理する方法というふうに申し上げておりましたけれども、そのマトリックスとは何かということですが、またこれも横文字で恐縮ですが、Logal Framework・・ログ・フレームと略して呼んでおります。簡単に申しますと、その事業に必要な活動ですとか、投入、あるいは外部条件、指標、そういった要素と、その要素の間の相互的な、論理的な関係を簡単に示した事業の概要というふうに考えていただければと思います。

「プロジェクト・デザイン・マトリックス(PDM)」(図15)。実際にこれがそのロジカル・フレームワークのマトリックスと呼ばれる4×4表です。こちらに事業の要約として、まず事業の目標、上位目標、成果、活動、外部条件、指標、指標のデータ入手手段、投入、前提条件、こういったものが書き込まれるということです。

「PCM手法の背景」(図16)。歴史的にこのPCMの手法がどのように発展してきたかということですが、これは冒頭申し上げましたように、保健・医療分野に特化した形には出てきてない。逆に言いますと、システム工学ですとか、開発援助とか、そういった関係で出てきているという背景があります。

まず、1960年代の後半にアメリカが、事業の要約を示すそういったマトリックス・・ロジカル・フレームワークというのを開発しました。この背景には、当時月に人間を送るというアポロ計画というのがあります。それが徐々に国

際援助機関、国連機関に導入されるようになってきました。'80年代に入りますと、その事業の要約表をもう少し詳しく、発展的に作成する手法(ZOPP)をドイツのある団体が考案しました。その手法がヨーロッパの各国の機関に導入されるようになってきております。いま日本でもこの手法が若干導入されつつあるということですが、いま現在、たとえばWHOですとか、ユニセフですとか、国連人口基金ですとか、世界銀行、ほとんどのそういった機関が自分たちの事業の計画・立案並びに評価、そういったものをこのPCMあるいはロジカル・フレームワークにのっかって行っております。

「プロジェクト・デザインの論理」(図17)。この事業を計画する論理性の点ですが、まずここで事業の目標があるわけですが、ある活動を行うことによって一定の成果が達成され、さらに事業の目標が達成されることによって上位の目標に至る、こういった論理的な縦の構造を持っているということです。

それとともに、単に事業内部の活動、成果、事業の目標といった縦の論理だけではなくて、当然、活動を行い、なおかつ外部の条件を満たすことによって成果に至ることができる。成果を達成することプラス、ある外部の条件を満たすことによって事業目標が達成される。自分たちの事業ではコントロールできないけれども、事業達成、事業の成功のために非常に大切な外部条件を計画・立案の段階から明記しておく、あるいは検討するということです。たとえば、保健・医療従事者をたくさん養成する、あるいは訓練すると、その人たちが果たして元の職場にとどまってくれるか、そういったことが外部の条件になるかもしれません。

「従来の計画における目標のあらわし方」(図18)というのは、ともすればある特定の活動を行うことによって

“上位目標に達する”という表現が多かったと思います。たとえば“健康教育を充実することによって地域住民の健康改善に資する”といった表現です。こういった場合には、この活動と上位目標の間には非常に大きな距離がある。ですから、じゃこの計画を実施するにはどうすればいいか、あるいは、この計画したものを、事業そのものを評価するときどうすればいいか、非常に大きな問題に直面するということになります。そういったことをこの手法を使うことによって若干補うことができるということになります。

「PCM手法の利点と留意点」(図19)。ここに幾つかの代表的な利点と留意点というものを挙げましたけれども、この手法を用いることによって、事業の運営管理を効率的、効果的に行うことができる。先ほど申し上げましたように、一貫して運営管理するという利点がそこにあります。それから、参画型で行いますので、地域住民ですとか、そういったニーズに応じた事業の立案ができる。それから事業の透明性、これは事業の実施者もそうですけれども、事業の利益をこうむるほうも、その中に参加することによって透明性を確保することができる。それから、統一された、一貫したロジカル・フレーム、先ほどのマトリックスを使ったり、同じ手法を使うことによって、その経験が蓄積されるということと、相互にその経験を共有することができる。そういったことを後続の事業に生かすことができる。それから、参加型で行うこのワークショップあるいはこの手法を通じてコミュニケーションが促進されるということで、これは先ほど来話されておりますエンパワーメント、あるいは最近のはやりことばで言うオーナーシップだとか、アカウンタビリティということに通じていくと思います。

ただ、幾つか留意する点といたしまして、この方法そのものは政治的に中

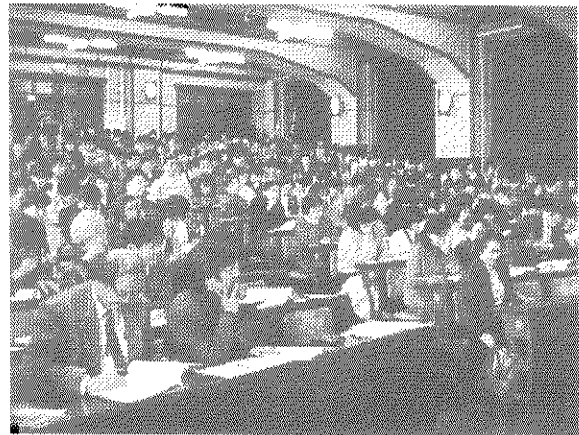
立でありますので、地域間、分野間の優先順位には適していない。ただ、同じセクター、たとえば公衆衛生ですとか、保健・医療分野でどのプロジェクトを優先すべきかという点では、これは対応可能です。それから、参画型のワークショップということで、このワークショップに参加する人たちの人選というのがかなり重要な意味を持ってきます。それから、この手法はオールマイティというわけではありませんので、他の手法との相互補完的利用が望まれるということで、たとえばコスト・ベネフィットの分析ですとか、あるいは環境アセスメントですとか、場合によっては参加型の迅速評価法、フォーカスグループとか、そういった他の手法との相互補完的利用が望まれるということになります。

それでは、細かいところは省略しますが、それでも、「PCMの計画・立案の段階における各段階」についてお話し申し上げます(図20)。

まず、この手法を“分析段階”と“計画の立案段階”という2つに大別することができます。そして分析段階におきましては、4つの分析から成り立っております。最初から申し上げますと、“参加者分析”ということで、この場合、その事業に関連するいろんな関係者を洗い出して、その特徴とか、ニーズとか、その社会的・文化的な背景を探るということです。たとえば保健所の事業を考えますと、当然、保健所、保健婦さん、市町村の保健センターですとか、民生委員とか、お母さんとか、子どもとか、先ほどの例ですとコンビニだとか、いろんなものがあるだろう。そういった参加者を最初に洗い出して、その特徴を分析する。その上で、その人たちの視点を十分取り入れながら、因果関係で問題を整理していく。そして系図をつくっていく。その“問題分析”に基づいて、こういったさまざまな問題が解決されたよい状態とは一体

どういう状態なのか、そういった将来よくなった状態を考えていく“目的分析”。山に登るにはさまざまなルートがあるわけですがけれども、その中で現実の皆さんの持っているリソース、人的、それから経済的、物理的、さまざまな制約の中で、一体どの部分を皆さんの事業として選択していくのかという“プロジェクトの選択”を行います。その選択された部分について、最終的に計画を立案して、このロジカル・フレームワークというマトリックスをつくり上げる。要約表ですね。さらに、それに細かい活動につきまして活動計画案をつくる。これが一連のPCMの作業ということになります。

時間の関係で、それぞれの細かい分析ですとか、立案段階の説明は省略させていただきますけれども、皆さんほとんどの方が計画・立案の具体的な手法について非常に興味を持っておられると同時に、どのように評価するのか、どのようにモニタリングするかということについても興味を持っておられますので、最後に1、2分でそれをつけ加えて終わりにしたいと思います。



「評価、モニタリングについてもPCMに基づいて行う」(図21)。まず、ロジカル・フレームワーク1枚の要約表ででき上がっているその計画に基づいて評価を行うわけですがけれども、そういう成果、事業の目標、上位目標、こういったものがすでに計画の段階ででき上がっています。それについて、投入

が成果にいかにか効率的に置きかわったのか。目標達成度については、成果と目標の部分。事業がもたらしたプラス・マイナス、直接・間接のインパクトについては、事業の目標、上位目標の部分。果たしてその事業の計画そのものが妥当であったのかという評価に対しては、成果、目標、上位目標の部分。そして事業が終わった後もそれが定着して自立的に発展しているのかというのを見る場合には、投入、成果、このすべての部分について評価するということになります。

ですから、こういった形で事業の評価を、つくり上げたロジカル・フレームワークという要約表に基づいて行うことができるということになります(図 22)

そのほか、こちらに位置しています横断的な問題、たとえば組織とか運営管理的な側面ですとか財政的な問題、そういったものも同時に考慮して評価を行います(図 23)。

それからモニタリングについては、こちらでつくり上げております個別の活動計画表に基づいてモニタリングを実施するということになります(図 24)。

どうもありがとうございました。(拍手)

岩永 どうもありがとうございました。

次は、「地域づくり型保健活動」ということで、公衆衛生院の客員研究員の和田さんお願いいたします。

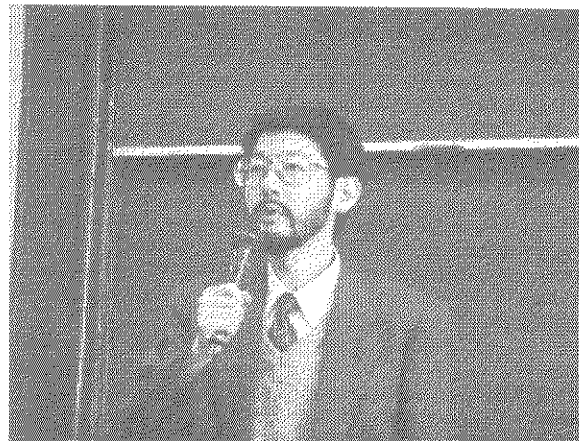
地域づくり型保健活動

和田 耕太郎

保健所や市町村に勤務されて活動されている方々自身が大なり小なり思っていることは、地域の人々の健康問題をどうとらえて、どう解決していこう

かということだと思えます。

健康問題といえどもいろんなパターンがあると思います。たとえば、健康障害が地域の中で出現したときに、何が原因だろうかとまず探すこと自体が活動の1つでもあると思います。それと、その原因がわかったときに、それを取り除くという活動もあると思います。たとえば、食中毒であれば、その食中毒になる原因を取り除いていこうという活動が出てきます。感染症であれば、それに対しての対策とか、予防とか、啓蒙普及という形での活動が出てくると思います。そういう健康問題だけであれば、どうすればいいかというのが割とおわかりになることだと思います。しかし、最近になってくると、原因がなかなかわからない、原因がわかったとしても、それが1つではなくて複雑に絡み合っているの、なかなかとるべき対策、活動が見えないということも数多く出てきていると思います。そういうところから、公衆衛生活動の中で従来多くあった分析型、課題解決型の発想では、なかなか公衆衛生の現場で働いている方の中では解決するのが難しいという状況が生まれてきているということがあると思います。そういった中で、この地域づくり型保健活動というものが出てきました。



地域づくり型健康活動では、健康をどうとらえていくかということがまず第1番目の特徴になってきます。ただ単に病気がある、ない、障害を持って

いる、持ってないではなく、また年齢に関係なく、いろんな健康のとらえ方、生き方というのがあると思います。そういう中で、個人個人のというだけでなく、地域としての健康の姿をどうとらえていくか、それに対してここがかかわってくる一般住民の方、当事者、専門家、行政担当者等がそれぞれのかかわりの中で具体的な健康な地域の実現を目指していこうということをねらいとしています。

活動方法の分類で、課題解決型と目的指向型という分類があります。目的指向型というのは、これはどのような内容のものでも一般的な要素です。従って、目的指向型イコール地域づくり型保健活動ではなくて、地域づくり型保健活動の要素として一般的に言われている目的指向型という形を使っています。住民参加型も、地域づくり型保健活動だけの話ではなくて、いろいろな方法でもとられています。よって、要素としては、地域づくり型保健活動としての目的指向型と住民参加型を取り入れた活動をしているわけです。

その中で大事になってくるのは当事者です。問題を抱えている人、一般の地域の住民の中で特に対象となる人、という形で当事者というとらえ方もしますし、またそこに住む地域の人々、一般住民の方、それと専門家、市町村であれば保健所であったり、大学、研究所の人であったりということと、あと行政の担当者、これは保健衛生部門だけではなくて、ほかの部門の方も含めてとらえております。ですから、社会教育であったり、福祉であったり、ときには産業部門の担当や、土木関係、企画調整や財政、そういった方も含まれるということです。そういう人たちがかかわってくるというのが地域づくり型保健活動の特徴となります。

地域づくり型保健活動の展開と特徴をこれから説明していきますが、大きく分けまして、地域づくり型保健活動

の展開は、「準備期」と「活動方針検討期」、それと活動の「展開期」と、活動後の「評価・再検討期」と、この4つの段階で分けております。これは資料の3ページ、4ページ、5ページと、図2と図3のところでそのイメージがとらえていただけるかと思っておりますので、それについてこれから見ていきたいと思っております。

地域づくり型保健活動を始めるに当たって大事なことは、その準備期も非常に重要になってくるわけですが、どんな方法でもそうですが、だれかがやはり何かしなくてはいけない、どの方法を使うだろうか、この方法でいこう、それでそう思った人がいろいろなところに呼びかけると思っています。そのときにどの方法をとるか、自分の置かれた職場、地域がどういう状況にあるか、そういうことが「地域状況の把握」というところに含まれてきます。

住民参加ということではありますが、よく聞かれるのは、「じゃ、だれを入れたらいいか、だれを選んだらいいか」ということです。これはそういうことをやろうとしている人の置かれた地域の人たちの状況によって変わってきます。そういうことも最初の地域状況の把握に含まれています。ですから、地域づくり型保健活動をいかにうまく展開していくかというときに、この地域状況の把握の仕方によって大分変わってくるというのが、これまでのいろいろな展開されているところの報告で見られます。従って、やはりこの辺も重要なポイントではないかなと思っております。

次の「活動方針検討期」ですが、ここが地域づくり型保健活動の特徴ということで、その説明や研修会では重点が置かれます。まず最初に、目的を設定していきます。このときの目的というのは、疾病の原因をなくすとか、問題を解決するというのではなくて、よりよいものを目指していく。ここで

よりよいものというのは、「地域の人たちがよりよい健康な暮らしができること」、「安心して健康な暮らしのできる地域」を目指していこうということで、それを参加者の中で具体的に表現していくということが、第1段階に出てきます。

それから、その目指すものを具体的に表現していきます。それを実際にどうしたら実現できるか、そのための必要な条件というのを参加者の中で話し合っていきます。それが第2段階の「条件と行動の検討」ということになります。参加者の中でいろいろ討議をしていって、その目的関連図を作成していきます。目的関連図というの、これも一般的な要素です。企業経営などでも目的関連図は出てきますし、ほかのところでも目的関連図というのは出てきます。地域づくり型保健活動では、ただの話し合いですとなかなか実現するのに具体的な行動に移れないということで、目的関連図を作成していくという手法を取り入れています。

それで理想的な健康の暮らしのできる地域を目指すための諸条件を話し合っていくって、そのためにどういうことをしていっていいかということが出てきます。それからそれぞれの参加者の役割を考えていきます。たとえば行政であれば行政の役割があるだろうし、住民であれば、住民ができることというのもあると思います。いろいろな関係機関、社会教育とか福祉の人、学校などであれば、そこのできることをやっていく役割というの、明確になってくると思われま。そういうことを参加者の中でそれぞれ検討して「再確認」をしていきます。

それを最終的に文章としてまとめていくというのが「計画書の作成」で、保健のテーマであれば「保健計画」が作成されるわけだし、母子保健の分野では「母子保健計画」が作成されていくという形になります。

ただ、自分たちがその集まったメンバーで話し合ったときに、それがほんとに正しいかどうかという疑問や意見が出てきます。そのときにどうするかというと、それは自分たちの設定した仮説ということと、位置づけています。それを地域で実際に調査をしていきます。それが「現状把握」で、活動する前の基礎的な調査という位置づけが出てきます。その調査結果に基づいて「目標値の設定」をして、それに対して活動展開していくというプロセスを踏んでいきます。

いま言った流れが「活動方針検討時期」に当たるわけですが、この時期が1回や2回の話し合いでできるということではなくて、数カ月から1年ぐらいの期間でやっていくということです。ただの話し合いを毎日するというのではなくて、住民の方や保健衛生部門以外の担当の人が含まれる場合は、1か月に1回とかあるいは2回での回数で、6か月から1年間はかかっています。ここで具体的にといったときに、資料の図5から6、7、8、9が、これが集まったメンバーの中でいま言った目指す姿、それからそれを実現するための条件、それとそれを実現するための条件、それと、そのためにどうしたらいいかという行動事業の見本です。

地域づくり型保健活動の特徴として、この目的関連図を書くことが目的ではなくて、これを達成する過程においてのプロセスを非常に重視しています。と言うのは、ヘルスプロモーションにもありますように、プロセスを重視していくという考え方があります。健康を目的にするのではなく、あくまでも健康が手段であるということ。地域づくり型の保健活動で、住民の方と担当者（保健婦、栄養士、あるいは保健衛生部門の専門職）の方が話し合いするときに、一方的な知識伝達型の健康教育ではなくて、一緒に自分たちの目指す健康な姿を描いていき、それに対し

てどういうことをしていけばそれが実現できるかというのを、グループワークをすることによって、それぞれの役割を明確にしていこうということもねらいの1つになるわけです。ですから、行政の内部であれば、それがほかの福祉の人、社会教育の人、財政の人などとなれば、行政自体が仕事の中で何を何のためにしているかということが、「健康」というキーワードで、それが自分たちの仕事とどう関連するかということを、実際に具体的に結びつけていけるということが特徴としてあります。

いろいろな方に、よく言われるのは、そんな半年も1年もかかって、そんなことはできないと言われます。しかし、そうすることが目的ですので、計画を作成するのが目的ではなく、それだけ時間をかけることによって、そこにかかわっていく人たちの健康観を変えていく、再確認をする。そこで自分たちのできることを確認する、あるいは検討していくということが目的になりますので、それだけ時間をかける必要があるということです。そういうことを特徴としております。

「基本的な考え方」で示しているように、地域づくり型保健活動の考え方、進め方の基盤として、ヘルスプロモーションとブルーイクスルー思考があります。

また、地域づくり型保健活動の「特徴」としては、住民の方と一緒にやることによって、自分たちの住んでいるところ、町、地域で、自分たちが将来どうあったらいいか、健康な暮らしができるためにはどうしたらいいかということと一緒に考えていく。そして、かかわった住民の方と一緒に現状を把握する。それによって自分たちの町の状況がいま現在目指すものと遠い距離にあるのか、近い距離にあるのかというのを確認していく。それと、実際の活動展開期ではそれぞれの役割を担っ

てもらおう。それと、活動を展開した後には評価の段階でも同じような形でかかわってもらおう。それが私が言う住民参加型ということです。

評価・再検討期ということが、活動の展開期ということで、資料では簡単に示していますが、これが実際に「活動方針検討期」の中で住民の方や他部門の職員の方とが非常にうまく、ユニークな話し合いをしたり、目的関連図の作成を通しての結果がうまくいった場合は、この展開期がいままで以上に住民の方が生き生きして活動する。職員の方も生き生きして活動をしていくということが実際の例として挙げられています。

今後の課題としましては、地域づくり型保健活動の中では、そこに集まってきたメンバーの中での話し合いになりますので、それは確かに地域何十万、大きな市町村であれば、人口が多いところでも、集まるにはある程度の限界があります。ですから、1回限りではなかなかすべてをカバーすることは難しいです。ですから、実際に地域づくり型保健活動を展開されているところは、この「活動方針検討期」のところでは、1回目はテーマを絞っていく、老人保健といっても幅が広いですから、その中でのある程度のところを絞っていく。それを検討して活動に入っていく、また次に違ったテーマで、違ったメンバーでしていくという、いろんな繰り返しをしています。従って、最初の何をしようか、この方法を選ぼうといったときから、全体をカバーするには数年はかかるということがあります。ですから、この辺がある人にとってはそんな悠長なことを言ってもと言われる場合もあるし、やっぱり自分が定年になっても市町村は続くわけですから、そういうことを考えれば、そのぐらいの期限をかけてもということ取り組まれる方もいるということが、ある意味での特徴でもあります。

具体的な方法論については今回の発表では省略ということで、全体的な流れとして資料をもとに説明させていただきました。

岩永 どうもありがとうございます。
た。

それでは次は、方法論としてはかなり古くから充実されてきております疫学について、「公衆衛生活動に役立つ手段としての疫学」ということで、公衆衛生院疫学部の尾崎さんをお願いいたします。

公衆衛生活動に役立つ手段としての疫学 尾崎 米厚

こんにちは。公衆衛生院の尾崎です。

いままでは保健活動論の話が3つ続きましたけれども、これから話すことは、使えれば役に立つ道具としての疫学ということをお話したいと思います。ですからちょっと違うのかもしれませんが、いままでの話では結構目新しい、初めて聞くような話があるなあと聞いて聞かれた方もあるかと思いますが、この疫学だけは、ほとんどの皆さんが、覚えているとか使えるとかいうのは別として、少しは習ったことがあると思います。



何となくいままでの流れからすると、いままでの3つの方法論すべて目的設定型の保健活動だということになると、

疫学というのは、課題解決型の保健活動の代表として登場したというふう考える考え方もあるかもしれませんが、いままでの話でも多少はご理解いただけたかと思うんですが、どの中にも具体的に疫学という単語が出てきたのがありますし、どの活動論でも疫学という道具を使う場面は必ず出てくるということで、決して課題解決型というのがもう過去のもので、その代表としての疫学は今ふうじゃないということはないんだろうと思います。

疫学という学問は、随分昔からあって、その関係の教科書もたくさんあって、ある意味でもう方法論が確立している、やり方が確立しているにもかかわらず、知っていて、使えれば便利だとわかっているにもかかわらず、案外現場では上手に使えてないというのが実情なんじゃないかと思います。そういったこともありまして、国立公衆衛生院でも毎年長期課程でも学ぶし、短期コースでも疫学とか統計学のコースをずっとやっておりますし、今年はインターネットを介した遠隔教育ですね、どんなところに住んでいても、インターネットを使えば、公衆衛生院のやさしい先生たちが疫学とか統計のことについて教えてくれる、というようなコースが開催されることに決まりましたし、それから保健所とか衛生研究所、県のほうでこういった研修も進むようになってきておりますし、大学のほうでもこの地域保健に熱心にかかわっていらっしゃる教室で疫学の勉強をするチャンスもあると思います。そういったことで勉強して使えるようになれば、結構いけてるというようなものだと思います。

「疫学の定義」というのも教科書を見るといっぱい書いてありますけれども、私なりに簡単に言うと、数字を使って健康に関する頻度とか分布を明らかにして、その原因を明らかにして、対策のための情報を提供するというよ

うな学問、公衆衛生現場で使えれば便利な道具、そういうふうに考えています。

それで、どんな場面に疫学を使うかということで、考えられる場面を想定して、その使い方を簡単に説明したいと思います。

資料の1ページ目の下半分あたりですが、実際のどのようなときに使っているかということですが、自分の地域にどんな問題があって、それがどのような原因で起こっているのかというのが全然わからないんだけど、それを明らかにしたいというときに使います。これはおそらくは、従来の地区診断で地域の問題を明らかにして、その原因を見つけて、対策を考えていくというプロセスの一部であろうと思いますが、そこで具体的に使われる疫学的手法としては、記述疫学という方法があります。とりあえず手元にある既存の資料でよそと比較して、相対比較で自分のところの様子を知る。そして時間的な変化を見る。そして地理的な分布を見る。あるいは、どのような問題がどのような人に起こっているかという、人の特性で見る。というようなことを分析していく中で、どこにどのような問題があるのかということが明らかになるということです。このような使い方が1つあります。

たとえば、昨年ある厚生省の研究班で鳥取市の母子保健計画の策定プロセスを調査しに訪問したことがあるんですが、基本的には鳥取市は地域づくり型の保健活動の方法にのっとった計画づくりをしておったんですが、同時に、古典的かもしれないけど、従来の母子保健資料の記述疫学的な分析もなさっていて、その中で鳥取市の10代だけの妊娠中絶が、県とか全国レベルは同じぐらいでしたが、その1.5倍くらい、しかも20年来高いということがわかって、命を大切にして、望まない妊娠をいかに減らすかという取り組みを思春

期保健のなかに位置づけようとしたというプロセスがあることがわかりました。

住民参加型というのはすごく大事なんですが、そういう中で、小さいお子さんを持つお母さんを集めて、どのような地域にしたらいいかという話し合いをする場合が母子保健計画の例だと思えると思うんですけども、そうなるのと、無事に子どもを産めたお母さんですから、産めなかったお母さんはそういう場に入らないんですが、どうしてもそういった例は抜け落ちる傾向もあり得るということで、母子保健指標を丁寧に分析するということが、だれも気づかなかったその町の問題点が見えてくるということもあるんだということがわかったという事例があります。

資料の2ページ目ですが、スタッフが何かこれが問題じゃないかなと感じているとき、あるいは、住民のほうから何か訴えがある、といった場面があると思います。自分が何となく問題なんじゃないかなと思っていることが、客観的に本当にそうかということ、それから、住民から訴えがあった事柄が本当で、公衆衛生的な観点で問題にすべきようなことであるかどうかということも判断するために、疫学的な手法が使われる場面があると思います。これもとりあえず手始めにやることは、既存の資料を用いた記述疫学的な手法での分析になります。具体的な例としては、ごみ焼却場周辺の住民がダイオキシンによって、うちの町ではごろごろがんで死ぬ人がおるけれども、調べてくれというふうに保健所に問い合わせがあって、それがほんとうにそうか調べることになるというような場面だと思います。このような場合は、まずは具体的には死亡統計を分析して、その地域がほかの地域に比べて有意にダイオキシン関連というか、がんで死ぬ人が多いのかどうかということも判断するということになるわけです。

それから、まず問題が明らかに仮になったときに、その問題の原因を明らかにしたいときが次に考えられる場面であると思います。それで分析疫学というものを使って、特に有名なのは、患者対照研究とか、コホート研究という追跡研究でもって、その問題を起こしている容疑要因、あるいは危険因子、そういったものを探し出します。容疑要因というのは、環境要因だろうが、ライフスタイルだろうが、いろいろあると思いますが、そういったものを探し出して、それに対する対策というのが、とりあえずメニューができ上がっておれば、それを適用してその問題を解決しようとするというプロセスです。

具体的に、患者対照研究やコホート研究の特徴だとか手順というのは、どの教科書にも載っていますので、省かせていただきます。ただ、実際に地域でそれをやっていく場合というのは、教科書的な研究ができれば良いのですが、自分なりに何かその地域で問題というのを感じて、その原因を知りたいという気持ちはあるんだけど、それを明らかにするためにはこんな研究までしなくちゃいけないのかと思って、実際できないという場合も多いと思います。ですから、理想的には教科書に書いてあるとおりになんだけれども、現場ではなかなかそうもいかないということは多々あると思います。

たとえば、死亡統計をいろいろ分析してみたら、自分の地域の肺がんの死亡率がどうも高いようだ。しかも、SMRの検定とかをして、偶然ではなくて、本当にどうも高いようだということが判定できたとして、なぜうちでは肺がんの死亡率が高いんだろうかというときに、そこでまた1から自分の地域で新たに発生した肺がん患者と対照群を見つけてきて、患者・対照研究を企画してというようなことは、気が遠くなるようなというか、非常に労力も要りますので、現実的ではないじゃないか

ということが考えられます。そのため、なかなか原因究明のプロセスの最初がそもそも踏み出せないということがあるんじゃないかというふうに考えます。

私自身が考えるのは、世界中の研究成果を利用して（というのは、日本での地域保健に役立つ疫学研究というのは残念ながらあんまり多くないので）、肺がんの危険因子というのはどんなのが大体確定要因であって、どんなのが疑い要因であって、どんなのがほぼ関係ないと判断が下されているかというのを調べてきて、うちの地域の肺がんにはたばこが関係あるかどうかというのを調べる研究をするんじゃないくて、とりあえず世界的に肺がんの原因の1つはたばこだろうということで、まず自分の地域の喫煙率を調べてみて、周りの地域と差があるかどうか見る、というようなことから始めていくというようなのが現実的なのかなというふうに思います。それで大きな差があればいいですけども、差がないことも多々あると思うので、そういったときには、ある種のたとえば職業性暴露が関係しているんじゃないかとか、ほかの要因を調べてみるというようなことになろうかと思います。

それでも何か不思議なくらい、こうした喫煙率だけでは説明できないような、非常に大きな違いがあるというような、あまりにも特徴的な状況が出てくれば、これはどうもおかしいぞということで、大学だとか保健所だとか、衛生研究所とかの支援をいただいて、本格的に、この地域だけこの病気が何でこんなに高いのかということ調べていくプロジェクトをスタートするというようなことになってくるんだろうと思います。

それから、患者対照研究はあくまでも後ろ向き研究ですね。ある病気が起こってから、その容疑要因を過去に振り返って調べるというのが基本になりますので、非常に健康政策で重要なこ

と、特に国民全体の健康、あるいは医療費とかの影響が非常に大きなものというの、コホート研究などで因果関係を確定するというのも、特に国レベルの政策決定では非常に重要になってくると思うんですけども、そういった意味で、お金も、人手も、労力も、時間もかかるので、実際の地域保健の現場ではコホート研究というのはなじまないというような雰囲気もあるのかもしれない。コホート研究というのは、10万人とか、それを超えるような多くの人を何年もかけて、例えば、軽症高血圧を治療するのがその後の心筋梗塞の発生を防ぐのに役に立つのかどうか判定するというような、すごく大がかりなイメージがあるんですけども、追跡している間に帰結が非常に頻繁に起こるような事柄であれば、地域レベルの少数の人数の追跡でも可能だと思います。

たとえば、老人関係のコホートだとか、歯科保健関係のコホートなどは地域レベルでも取り組める可能性がありますし、過去に地域の多くの方の健康情報を調べて、その貴重な資料が倉庫に眠っているような場合は、後ろ向きコホートとって、そのコホート研究の一亜型の研究方法で実施することも可能です。

それから4ページですけども、次に、計画づくりをするときに、その中におけるニーズ調査段階で疫学調査を利用するということがあります。それは先ほどいろいろ説明された疫学手法の中にもすでにあつたところだと思います。個別事例の分析とか、少数者の意見をインタビューで聞く方法以外の、ある程度の一定指標を集団でとって、それを数値で表現していくような部分というのが疫学に対応する部分になるかと思えます。このあたりが先ほど出た目的設定型の保健活動でも疫学を使っている場面だろうというふうに思えます。

それから4ページの真ん中辺から下ですが、最近、重視されています。「事業の評価」ですね。そういった事業の評価をするときに疫学を使うことがあります。

疫学的に評価するためには、目的が明確になっていて、到達したい目標とか到達したい状況、そういったものが客観的に示されている場合が必要ですから、こういった状況においては、その事業の評価を疫学的に評価することができるということです。帰結を評価する場合とか、進行状況を評価する場合に使うことができます。

それから5ページですけども、一個一個の事業が本当に役に立ったかどうかを判定するための、疫学的デザインの理想的なスタイルが書いてあります。これはなかなか大変で、このとおりたとえばあるエイズ予防教育がこの集団のエイズ予防に結びついたかどうかということ客観的に判定するというの、読んでいただければわかるんですけども、すごく大変なことなんです。新しい薬を開発したときに、従来の薬よりも新しい薬のほうが本当に役に立つかどうかということ判定するのに近いようなことを、地域レベルでやらないといけないので、疫学的な手法で、目指している具体的な目標状態を数値でもって評価していこうとすると、結構大変な作業が必要です。

ですから、健康教育を例に取れば、たとえばその効果が本当だったかどうか、そしてそれがたまたま偶然その介入のときに同時にあつた外的要因じゃなくて、健康教育によってもたらされたかどうかを明らかにするためには、コントロール群を設定しないといけないとか、その評価を行うための対象集団を無作為にその介入群とコントロール群にくじ引きで割りつけないといけないとか、それから、たまたまその集団だけにその成果があらわれたのではなくて、その健康教育を国じゅうとか

県じゅうとか保健所の管内じゅうに広げてもいいというような、普遍性があるかどうかということを保証するするために対象者をまず無作為抽出しないといけなとか、非常に難しいプロセスがあります。日本の現状ではなかなかこういったことが難しい。コントロール群を置くことすら難しい。多くは、ある教育をやって、前後に何かアンケートをして、効果があったと言っている場合が多いんです。そういったのは非常に厳密な意味で言えば、その事業そのものが役に立ったかどうかというのを疫学的に判定するのは難しいということが言えます。

それから6ページですけれども、危機管理ですね。たとえば食中毒における場合、あるいは大震災とか水害とか、そういう災害の場合、緊急の状況において、食中毒であれば原因究明をする。いまはだれかが故意に入れた毒物かどうかということも考えないといけないんですが、そういったこととか、災害でどのような人がどのような問題を持っていて、どのようなニーズを持っているとか、そういったものを初動のうちからすぐに動きだして、食中毒であれば原因を究明して、その対策を打つというようなことのために使う。この例だと流行調査ですが、そういったときに疫学的な手法を用います。

以上のようなものが実際現場で疫学的な手法で情報を集めたり、分析したりするプロセスが発生し得る場面と、簡単に使っている状況のようなことを紹介いたしました。

以上のことをまとめてみますと、疫学的な手法の利点というか、特徴ですが、どの保健活動方法論でもどこかで採用されるべき手段である。そしてそのやり方というのが定型的な方法論、手順が確立している。そのため、食中毒が起こったら、こういったところこういう調査をして、こういう分析の仕方をして、こうマスターテーブルを

つくって、 χ^2 検定やオッズ比を出して、こういうような判定の仕方をして原因究明をするとか、といった定型的な手順というのが決まっていますので、緊急時の対応では非常に有利ですし、原因究明あるいは因果関係を確定するとか、そういったところには力を発揮するということです。その意味で、畑違いの人にも客観的な数値でもっているような情報とか根拠を提出できるという利点があるかと思えます。

それから、ある真実が1つであれば、同一の事柄を同一の状況下で複数の人が調べても、だれがやっても同じ答えになる。

それから、疫学の教科書、それから疫学に用いる生物統計とか、その統計学のソフトなどのそういった道具が非常に充実している。それから、先ほど言いました、いろんな場面で研修の機会がありまして、どの地方でも疫学のやり方とかデータの見方とか、そんなことを教えてくれる人がどこにもいる。という利点があるかと思えます。

欠点としては、先ほどの地域づくり型の保健活動のところにもありました、対策の提言が現状の改善方法になって、現状を大きく抜け出た全く発想の違うところにブレイクスルーしにくい。

それから、患者対照研究でもコホート研究でもそうですが、あるものの因果関係をはっきりさせようとか、高圧電線の下に住んでいる子どもは白血病になりやすいのかどうかを疫学手法で判定しましょうというふうなことになる、非常に多大な時間と労力とお金と人手とかがかります。そういったことで、結論を出そうとすると大変手間暇がかかります。

何か利点と裏腹ですが、一定程度のトレーニングを積んだスタッフが必要です。

それから、最近、いろんな公衆衛生あるいは環境保健に関する社会問題というのがいっぱい次々と出てきますが、

そういう、いま現在起こっている問題に、先ほど言った手間暇かかるとか、方法論的な弱点というか、問題点もありますので、即答できないという弱点がある。ですから、先ほどのダイオキシンとか、電磁波の問題だとか、いわゆる環境ホルモンの問題だとか、こういう疑問にすぐ答えが出せないということです。

あと、どうしても専門家主導になりますので、住民参加が難しいというようなことも、欠点であると思います。

いずれにせよ、確立した学問、確立した公衆衛生ツールでありながら、いろいろ現場の様子をお伺いすると、案外にまだまだ使えてないという現状があると思います。自分が疫学の教科書を読んで理解して、自分でコンピュータを使って、統計ソフトを駆使してというようなことを全部する必要は毛頭ありません。こういったときにはこういう方法である程度問題の原因が見きわめられるとか、そういった可能性をただ知っていて、いろいろ職場とか関係機関の統計とかパソコンとかにたけた人とうまく連携をとって、保健活動にうまく使っていくというのが大切なことなんだろうというふうに考えています。

以上です。(拍手)

岩永 どうもありがとうございました。尾崎さんのお話は、公衆衛生院で講義をするときは大体4時間ぐらいでやるのを20分で話していただいたので大変だったと思います。いままでお話しになった方は、みんな公衆衛生院の講義で大体見えていますので、もっと詳しく知りたい方はぜひ公衆衛生院に入学していただいて、講義を受けていただければ、もっと詳しい話が聞けるのではないかなと思います。

それでは、方法論の最後に、「ソーシャル・マーケティング」のことについて、川崎病院の田中さんからお話しをいた

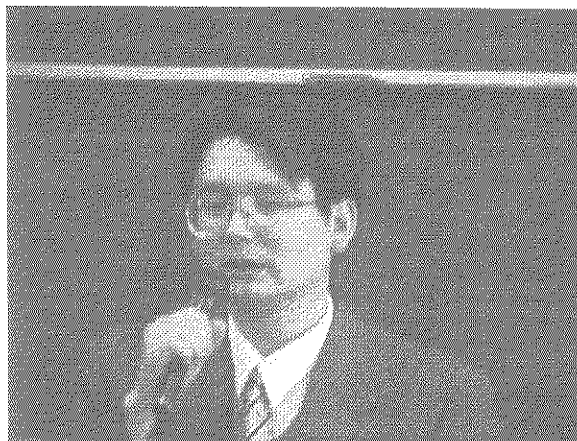
だきます。

ソーシャル・マーケティング

田中 良明

こんにちは。これから「ソーシャル・マーケティング」ということでお話しさせていただきます。

まず、ソーシャル・マーケティングということですが、お手元の資料に沿ってお話ししていきます。皆さんが先程からいろんなお話しを聞いたなかで、ふだん思っていることとか、身近に感じていることに一番近いことじゃないかなと思うんです。



ソーシャル・マーケティングってどんなことかという、一言で言って、住民の真のニーズが皆さんとらえられていますかということが考え方の基本です。住民のニーズは、とらえているつもりになっていても、果たして本当にとらえられているのかというようなことがあります。それを戦略的に体系だててやる道筋だと思ってください。

ソーシャル・マーケティングということばになじみがない方もいらっしゃると思います。最初にその背景からお話しします。ソーシャル・マーケティングの前提として、マーケティングというのがあります。マーケティングというのは、本屋さんに行くと「マーケティング」という欄が最近設けられている

ぐらい本がいっぱい並んでいますね。読んだ方もいらっしやると思いますが、世間ではいま盛んに研究され、実践されているものです。マーケティングというのは、つくった製品をたくさん売ってもうけようという、そういう方法はどうしたらいいかというのがマーケティングの考え方ですね。たくさん売ってもうけるためには消費者のニーズをとらえなければいけない。欲しいものをつくって、欲しいものを売らないといけない。そうでないと買ってくれないわけですね。ですから、そのために消費者のニーズをとらえるということが出てきます。

最初のページの「マーケティングとは」というところを見ていただきたいんですが、その(1)にありますように、まず最初に、マーケティングをやっていく上では4つのPとあって、戦略として4つあります。そのうちの1番目は、Productといいまして、製品です。消費者が欲しいと思うもの、ニーズに合ったものをつくる。そうじゃないと売れないので、そういうものをつくるということがまず1番初めの戦略として大切になってくるということになります。そのためにはニーズがわかっていないといけないので、ニーズをちゃんと調べて、お客さんのニーズをつかんで、そのニーズに合った製品をつくるというのがマーケティングのまず1点目のポイントです。

2点目のポイントとしては、あの洋服欲しいなあとか、車欲しいなあとか、そういうニーズに合ったものがあって、企業場でつくられたとしても、店に出回ってないと買えないわけです。倉庫に入ったまんまで店に出回ってないと買うことができません。ですから、そのつくった製品を卸売業者を通じてちゃんと店頭と並べるとか、通信販売で売るとか、そういうことをすることによって、お客さんの目に触れて、ちゃんと流通させて店と並べていくこと

によって、初めて買ってもらうことができます。つまり、ちゃんと買ってもらえるよう人の目に触れるような状態にしないといけないということですね。

それからもう1つ大切なのは、ニーズというのは人によって違います。世代層によっても違います。ニーズのないところ、例えば、若い人がいないところに若向けの商品、若向けの服が店と並んでいたとしても売れませんね。保健サービスも同じです。要するに、ニーズのないところに製品が多くいたり、ニーズのあるところに十分なサービスがいかない、十分な製品がいかないというようなことがないようにしなきゃいけないという、それがPlace・場所という意味で2つ目のPですね。4つPがあると言いましたが、1個目のProductの頭文字をとってP、それから場所のPlaceということで、2つ目の戦略として言われています。

3つ目には、販売を促進するためには広告をしなきゃいけない。マスコミでテレビとか使ったり、その他の広告媒体を使うなど、いろんな方法があります。コマーシャルとして宣伝して、買ってもらうのを促進するという意味で、Promotionといいまして、これが3つ目の戦略になります。

4つ目の戦略は、Priceということで、価格です。欲しいと思っても、高すぎたら買ってくれません。最近、イトーヨーカドーが安売りをやっていましたね。それからセブンイレブンも正月の間安く売るとかやっていましたけど、価格が製品のわりに安いと思えば買ってくれるということで、価格が4つ目の戦略ということです。

この4つのPというのがマーケティングの戦略として大切なものとされています。これをばらばらにやるんじゃなくて、製品はニーズをとらえているか、ちゃんとプロモーションされているかどうか、それから流通にしっかり乗せられているかどうか。一流通とい