

うのはわかりづらいかもしれませんが、保健サービスの場合で言ったら、たとえば、保健サービスをどういう場所で展開するかということです。医師会の委託でやるか、それとも保健センターでやるかとか、そういうようなイメージでとらえてくださいーそれからのプライスはどうかとか、そういうのを組み合わせで戦略を立ててやっていくのがマーケティングということになります。

次に、マーケティングの概念について歴史的な背景を簡単に見ていきますが、「マーケティング概念の変遷」という2番のところを見てください。“戦後直後”のところから入っていきますが、そのころは物が無い時代だったので、物をつくれば売れたんです。何もないので、何か食べ物があれば少しぐらいまずくても買って食べる、着るものがあれば買って着るといふふうなことで、最初はあんまりニーズをとらえるといことは考えられていませんでした。

それから、“高度経済成長時代”になって、企業はたくさん物をつくれるようになりました。消費者も、給料が上がってきて、いろんなものを買えるようになってきました。それでたくさんつくってたくさん売れる、いわゆる大量生産、大量消費が可能になってきて、そのために、たくさん売るにはどうしたらいいかということでマーケティングというのが始まってきました。このころは、流通をどうしたらいいかとか、広告をどうしたらいいかとか、そういうことが中心でした。ですから、もともとは流通とかがマーケティングのもとなんです。その後、時代が進むにつれて受ける側、つまり顧客のほうに欲しいものをつくらなきゃ売れないんだということになってきて、どうしたらお客さんが欲しいと思ってるものをつくることできるかということを考えるようになってきました。顧客のニーズにのっとり、お客さんの満足

ができるような製品をたくさんつくって売っていこうというふうにだんだん流れが変わってきたわけです。

そしてさらに進んでいくと、今度はお客さまが欲しがっているニーズを満足させる製品そのものをアピールするだけじゃなくて、企業そのものをアピールする。たとえば、われわれの場所だったら、保健所そのものとか、公衆衛生院をアピールするとかですね。よく会社のアピールがコマーシャルで最近されていますよね、ああいうことが、企業のイメージアップとなり、この企業がつくったものだから買うとか、保健所でやっているのだから、フィットネスクラブでやっているようなサービスよりはきちっとしたものでやっているだろう、というので来てもらえるとか、そういう組織そのもの、会社そのもののイメージをアップさせるようにだんだん時代とともに流れが変わってきます。

さらに時代が進んでいくと、環境問題とか消費者問題とかが出てきて、次のページのところですが、企業なんかの社会的責任が問題になってきます。つまり、売るだけ売って、公害をまき散らして何だ、というようなことになってきました。そういうようなところから、企業はただもうければいいんじゃない、社会的な貢献や社会的な責任を果たさなきゃいけないんだというような話になってきます。この辺からソーシャル・マーケティングという話が始まってくるわけです。

3の「ソーシャル・マーケティングのパラダイムシフト」というところを見てください。いまお話ししたように、企業が売ってもうければいいんじゃない、社会の一員として責任を果たしていこう、社会貢献していこうというような文脈になってきます。たとえばアメリカのフィリップモリスはカーネギーホールに資金的援助をして文化に貢献するとか、それから PL 法の、つ

くったものについては製造者が責任を持つとか、缶ジュースの栓が、ぼいと捨てられなくて、くっついていようになるとか、そういうような製品をつくるようになってきます。

その“フェーズ1”というところを見てください。ここでは、ソーシャル・マーケティングは大体4段階で考えられています。一番初めの段階は、そういう企業が社会の一員として責任を持ったり、社会的な貢献をしていくという、そういうのを宣伝してアピールしていくというところからソーシャル・マーケティングというのが使われ始めてきたというのがフェーズ1です。

それから第2段階の“フェーズ2”としてどんなことがあるかという、NPO（非営利組織）の話が出てきます。非営利組織で、たとえばここで言う、われわれにかかわってくるところへ入っていきますが、大学、病院、警察、自治体、政府、そういったところの活動がどうもこれまであんまり効率的にできてなかったんじゃないか、有効にできてなかったんじゃないかというようなことが言われてきます。サービスはしているにもかかわらず、あまり効果的にアプローチができてないので、これまでの方法を改めていかなきゃいけないんじゃないかという、そういう発想がだんだん出てきます。で、効果的で効率的な活動をするためにマーケティングの手法を使ったというのがこのフェーズ2で、NPOのマーケティングということが言われてきたというのが第2段階のところでは。

“フェーズ3”のところになると、これが非常に有名なところなんです。社会変革のキャンペーンとして用いられてきました。たとえばアメリカでは、飲酒をして運転すると交通事故が多いので、飲酒をして運転するのはやめようというキャンペーンを張るとか、発展途上国で人口爆発しちゃうと困るので、家族計画をしっかりと

ましようとか、そういうような社会キャンペーンですね。だからここではいろんなアイデアとか、それから考え方とか、生活習慣とか、価値観とか、そういうものを受け入れる側・・・住民とかそういう人たちにアピールしていった受け入れさせるという、社会変革のキャンペーンとして使われてきているというのがソーシャル・マーケティングの第3段階にあります。

ここが有名でありまして、P・コトラーの『ソーシャル・マーケティング』という本で紹介されているのもこの辺の話です。マーケティングの本をちょっといろいろ読んでみたんですが、その中でソーシャル・マーケティングの紹介が少しされているんですが、そこに書かれているのも、大体この辺までなんです。

ところで、われわれが地域保健でやりたいソーシャル・マーケティングは何かという、次のフェーズ4のところをやりたいんです。それは、たとえばいまフェーズ3の部分というのは、どっちかという、これを実施しなさいよというのを訴えかけて生活様式を変えていくわけですね。そうすると、悪く言えばマインドコントロールのところもあるわけですよ。そうじゃなくて、フェーズ4では、最後のページの図2の「マーケティングの新しい考え方」というところがあると思いますが、マーケティングというのは、そこに

Market + ing
いち(市) づくり

と書いてありますように、異なる立場にある者同士が出会う場だという発想です。つまり、生産者・・・つくり手・・・とか販売者・・・売り手・・・とか、消費者や購買者と出会う場だと。われわれの世界だったら、自治体とか保健所とか保健センターが市民と出会う場、折衝する場としての、そういう意味でのマーケティング、が大事になってく

るということですが。

それはどういうことかということ、企業なんかでも、いままで物を自分たちの論理でつくったものをいかにうまく買う人に合わせて売るかという発想でした。だから、行動主体の論理は自分たちの中にあっただけです。それがそうじゃなくて、今度は製品をつくる時にも、相手の消費者の人と一緒にあって製品をつくっていくという、開発していくという、そういう文脈になってきます。そうなってくると、最初に企業の側でこういうふうにつくろうと思ったとか、こういうふうにしようと思っていた原理そのものが変わっていくわけですね。そうじゃなくて私たちはこうだと、消費者のほうから出てきたものに対して受け入れていくと、行動原理が変わってきます。ですから主体そのものが変わってきて、つまり、関係づくりというところが大切になってきます。それがフェーズ4という最後のところに出てくるソーシャル・マーケティングです。異なる立場の者同士が、簡単に言えば、キャッチボールをするわけです。

われわれの地域でよく見かける会話ですが、“子育てしていてどうですか？”“うーん、大変ですねえ”“じゃ、どういうところが大変？”“いつも子育てに追われていて何もできないわ”“じゃ、どういうふうになったらいい？”“うん、そうしたら、そうですねえ、どこか子ども預かってくれるところがあったらいいなあ”“預かってくれればそれでいいの？”“うーん、預かってもらうことも大事だけど、うーん”というような会話が続いていて、預かってもらう場所が欲しいというようなことが出てきたとしても、そこまででは、ほんとのニーズかどうかというのはわかりませんよね。そういうキャッチボールをしながら、住民のほんとのニーズを探り当てていくというのがわれわれの目指しているソーシャル・マーケティングで

す。

いま言った、たとえばこの子を預かってもらう場所をつくってほしいというような要望が対話の中から生まれてきたとします。でも、よく聞いてみると、本当のところはお子さんを預かってもらうことによって、ちょっと買い物に出かけられるとか、ときには息抜きができるとか、映画館に行けるとか、それからときには病院に行くこともできるとか、そういうふうな、何かができるという、ゆとりを持った子育てができるというような、潜在的なニーズが本当はあり、それを満たすために子どもを預かる場所が欲しいということだったのがよくわかりました。よく考えてみたら、そういうニーズに対し、じゃ、そういうゆとりを持った子育てができるように地域でバックアップしよう、家族でバックアップしよう、支援していこう、そういうような体制をつくり上げていこうというようなことが見えてくるわけですね。これにより、そういうニーズに沿った地域づくりを目指して活動していくというふうに変わっていく、というのがわれわれの目指しているソーシャル・マーケティングの方法なんです。

ですから、キャッチボールという対話を進めながら、こういうふうに行行政側から住民に投げかけると、住民の側から返事が返ってきて、その返事を受けとめてまた投げかけて、また受けとめてという、それがスパイラルになってくるので、“スパイラルにどんどん進んでいく過程”というふうに呼んでいるんですが、そんなものがわれわれの考えているソーシャル・マーケティングです。

そうすると、じゃ実際にどういう手順でやっていったらよいかということになります。4番目の「ソーシャル・マーケティングの分析の進め方」というところに書いてありますが、あくまでもこれは暫定的なものです。という

のは、フェーズ4のわれわれがやりたいソーシャル・マーケティングの手順というものは、正式には現在まだ存在しないからです。

いままでいろんな方がご発言なさいましたように、たとえばプリシード・プロシード・モデルだったら、社会診断や疫学診断とか、準備因子とか、強化因子とかを出していくというふうに、プロセスが決まっていますし、地域づくり型だったら、あるべき姿を出して、条件を出していくというふうに決まっています。けれども、われわれが考えているのは、そういうふうな決まった形でいまは何を話すときとか、いまは何を出すときとかを規定するんじゃないなくて、自由な対話—相手の言ったことを受けとめて、それを投げ返していくという—自由な発言の場を確保していくということを大切に、あんまりきつい枠組みをつくりすぎないほうがいいんじゃないかと、昨日も電話で同じ研究班の人と話をしていたんです。ただ、全く何もないと話がどこか変なところに飛んでいっちゃうので、緩やかなフレームワークとして、“キャッチボールをしていく中で、どういう地域になっていったらいいかとか、またどういうところに到達していったらよいか”というようなことを考えておきます。それが達成されたら、さらにキャッチボールを繰り返していくことによって、より優れた地域の姿みたいなものを描いていくというふうに考えています。いずれ、もうちょっと明文化したものをつくって報告したいと思っています。

この中でちょっと注目しておいていただきたいのは、(ステップ3)というところを見てください。「マーケティング・ミックスの計画(4P+3P)」と書いてあります。4Pというのはさっき出てきましたね、マーケティングではProduct、Price、Place、Promotionという4つのPが大事だと。ソーシャル

・マーケティングでは、この4つの戦略のほかに、さらに3つの戦略が必要だとされています。

3つというのは、最初はPersonnel、人員ということで人です。人というのはどういうことかという、ここに住民の方がいて、ここに管理者がいます、中間管理職がいて、現場のスタッフがいます、保健婦さんとかいろいろいます。そうすると、住民と一番接するのはここ(スタッフ)なんです。ここが大事。この人たちが住民と接しながら、キャッチボールをしながら、スパイラルな関係を持っていくということになるので、この育成ということが非常に大切になってきます。

次のPresentationというのは、“こんなサービスがありますよ、どうですか”、というふうに提示し、そうすることによってお互いに相手に受け入れてもらえる、保健サービスを受け入れてくれるという、そういうPresentationが大切だと言われています。実際に見たり、提示して、一緒に体験し合うことですね。

それから最後のProcessというのは、どういう地域にしたらいいかとか、どういうニーズがあって、どんなふうになってほしいのかということと一緒に考えていくことです。最初こちら側がつくったものを“これでいいですね”と言って、“はい、わかりました”“じゃそうしましょう”というんじゃないなくて、一緒に考えて、一緒に採用していくプロセスを通じることによって、その一緒に考えたものを受け入れてもらえるということです。一緒に考えて、一緒にやっていったそのプロセスを経ているからこそ受け入れてもらえるし、一緒に継続的にその活動ができていくという、そういう意味でProcessというのが大切なのです。ソーシャル・マーケティングではこれら7つのPというのが大切だと言われているということを知っておいていただきたい

いと思います。

次は、「特徴」ということについてお話ししたいと思います。まず(1)では、“相互関係”、相互作用ですね。こういうキャッチボールという相互作用をしていく、そういう場づくりになるということが特徴だと言えます。

(2)は、“対等な関係”ということです。われわれが話しているソーシャル・マーケティングは、さっき言いましたように、世間でよく言われている社会変革キャンペーンとはちよつと違った、対等な関係、住民とスタッフの間でも対等な立場でのキャッチボールがしたいということなので、対等な関係が結べるというのか特徴です。

(3)は、“スパイラルなプロセス”で、さっき言ったようにキャッチボールをしていくことによって、どんどんどんどんニーズが高まっていって、どんどんどんどん高い地域を目指すようになっていくというのが、スパイラルなプロセスだということです。

(4)の“どの段階でも始められる”というのは、たとえば保健婦さんの担当地区でもできるし、保健所の管轄地区という大きな地域でもできますし、そういうどんな段階でも、どういう場所でもできるという意味です。

(5)の“個別のサービスでもできる”ということは、それはたとえば保健計画をつくるというような大きなところでもできますし、個別の、たとえばさっき言ったような、地域での子育て支援とか、母親学級とか、そういう個別のサービスについても適用できるということがあります。

(6)として、そういう住民と行政側がキャッチボールしていきますから、その中で、いままでになかった“新しい価値・サービスをつくり出していく可能性”を秘めているということが言えます。対話の中から生まれてくるという可能性があるわけです。

(7)として、“市(マーケット)の

中で公共的な問題についての価値観をつくっていく”という特徴があります。

(8)として、“ものを提供することを科学的に組み立てていく”ということです。7つのPによってどういう保健サービスを、どんな場所で、どういうふうにして宣伝して、どんなふうな人材を育ててというように、保健サービスを科学的に組み立て提供していくということが可能だということになってきます。

それらがわれわれが目指しているソーシャル・マーケティングの特徴だということが言えます。

最後に「課題」ですが、まず、“優先度”と1番目に書いてありますが、優先度をしっかりしておかないと、ちょっとしたことで、話が何か脇道にそれちゃうことがあるんですね。キャッチボールをしていきながら、本当はこっちの方向に進んで地域の姿を考えていきたいのに、こっちの方向にいつて、何か枝葉末節なことを話してきちゃうようなことがあるので、きちんと優先度を考えて対話を進めていかないといけないというようなことがあります。

2番目には、評価を段階的にしておくことが必要だということです。ニーズがどんどん高まり、それが満足されると次の段階にへというように次から次へと高い段階になっていきます。人間の欲望というのはきりがありませんから、最初は何をめざしていたのかというのをちゃんととらえておき、その後も段階的に評価をしていかないと、後から考えて、“こんな高いところにニーズがあつてこんな低いところの活動を評価しても、全然できてないんじゃないか”ということになっちゃうわけです。要するに、住民の求めるものが高くなるに従って、できたことに対する保健活動の評価が相対的に低くなりがちです。だから、きちつとその段階その段階での評価というのをしていかなきゃいけないということが、課題とい

えるでしょう。

この続きは、いずれ、何らかの形で皆さんのところにお示しすることになると思いますので、よろしく願います。

以上です。(拍手)

岩永 ありがとうございます。

質 疑 ・ 討 論
司 会 田 畑 好 基
岩 永 俊 博

岩永 それではディスカッションに入っていきたいと思います。この後の司会を、三重県松阪保健所所長の田畑さんをお願いしたいと思います。田畑さんはそれぞれの方法論について詳しくと言っているかどうかわかりませんが、おしなべてご存じですし、保健所でいろいろ仕事をなさっていますので、参加者代表みたいな形で司会を進めていただけたらと思いますので、よろしく願います。



田畑 三重県から参りました田畑と申します。よろしく願います。私はどれの方法にも詳しくはないんですけど、現場の一人間としてここに座らせていただいております。ですので、私をあてたということは、難しい話はきょうはちょっとやめようということだろうと思います。時間的にディスカッションまでは難しいと思いますので、できるだけ現実とか現場でのご質問と

か疑問点をいただくという方法で進めたいと思います。

それではご質問を受けたいと思いますが、いま一番なじみがなかったプロジェクト・サイクル・マネージメントなんですけど、兵井先生、プロジェクト・サイクル・マネージメントというのはいまよく課題解決型と目標設定型というような分け方をされていますけど、387ページの図で、PCMの場合は“中心問題”というのを設定するという点が出ていますよね。ですので、私はPCMというのは、そういう課題解決型の手法なのかなというふうに思っていたんですけど、そういうことを含めて、この点をちょっと補足していただけないかなと思うんですが。

兵井 PCMについては、関係者も積極的にその手法について紹介してこなかったという反省も若干あるんですけども、それはどちらかというところ、保健・医療分野に特化しなくて、その他のたとえば農業ですとか、いろんな分野でもうすでにこれは当たり前という形で使われている。また、国際機関でも、先ほど紹介しましたように、ほとんど統一された形で使われているという背景があります。ただ、日本においては、諸般の事情でまだまだなじみが薄いということでもあります。

それで、問題解決型という分類をされているんですけども、この手法はどちらかといいますと、問題解決型ではなくて、目的指向型です。ですから、問題解決型という分類は間違っています。

それから、質問として出ました387ページにあります「問題系図」ですけども、これはたとえばの例で、リプロダクティブ・ヘルスに関係した分析を行っている1つの例ですけども、中心問題というものは、何もこの場合のリプロ・ヘルスに関して一番大切な問題とか、一番重要な問題だとか、将来事業をこれを目標として行うという

内容ではありません。ただ単に、さまざまな問題がありまして、その問題を拾いだして系統的に原因・結果の関係でもって因果関係を検証していく、そのときの開始点といいますか。ですからこれは絶対的なものではありません。いろいろ動かしてもらって結構です。ですから、“中心”ということばが多少語弊があるといいますか、中心的というと、非常に大切なという印象を与えるかもしれませんが、先ほど申し上げましたように、ただ単にこれは関係する問題をより包括的に、総合的に分析する出発点、ピラミッドの頂上だというふうに考えていただければいいと思います。

田畑 PCM はいままでわれわれの分野では特にそうなじみがなかった手法ですので、まだまだ難しいかもわかりませんが、ゆっくり過程を追って読んでいただきたいと思います。

フロアの方からのご質問を中心にお話を進めていきたいと思っておりますので、それでは何かお聞きしたいこととか、お話ししたいことがある方はお願いします。

田中（埼玉県北福祉保健所）

保健活動の方法論にはいろんなやり方があって、きょうここに出ておられる話題提供の方々が全部ではないんだと思うんですけども、それぞれの方法論の中で、ここの部分が違う方法をやっているとかいうのもあるかと思うんです。たとえば、1つの方法論の中で KJ 法を使っているというお話がありましたけれども、尾崎先生が疫学的な手法はいろんなやり方の中でも使われているというお話がありましたけれども、きょう発表された方々の中でほかの方々の発表を聞いて、ここの部分だったら自分の方法論に使えるとか、そういうのがありましたらお話ししたいと思います。

田畑 では藤内先生からお願いいたします。

藤内 PP モデルを紹介させていただきましたが、個人的には、私自身も地域づくり型保健活動を平成5年ぐらいからやっていますので、先に地域づくり型保健活動をやって、後で PP モデルでやったという経緯があります。最初にフォーカスグループと一緒に話を聞くという場面があるんですが、そこで“どんなことに困ってます？”とか、“じゃ、それどうなったらいいんですか？”と聞くんですけど、そのときの“どうなったらいい？”という聞き方は、地域の中でどんな暮らしができたらいとか、目指すものは何ですかというのと非常に似ているんですね。だから、私自身は何か地域づくり型の導入の部分の、目指す姿を描く部分というのは、PP モデルの展開の第1段階の「社会診断」というところにもそのまま使えるんじゃないのかなという印象を持っています。

それから、PP モデルで言うと、第4段階の「教育・組織診断」のところでは、いままでの行動科学の色々な心理分析というか、分析的な手法がかなり入ってきています。その辺は、疫学に近いものがあるのかなと思います。私自身も、行動科学とか疫学とか、公衆衛生で学んだものが、教育・組織診断をやっていくうえで、当然ベースとして生かされているんじゃないのかなと感じています。

田畑 おそらくいろんな方法がいろんなところで使えるというのが、きょうのどの方の手法もそうだと思うんですけど、そういうのを特にそれぞれの観点から教えてもらいたいと思います。

兵井 それでは PCM に関して、その他の手法との共通点について気がついたことを申し上げます。

まず、全体的流れとしましては PP モデルと非常によく似ております。地域づくり型とは、どちらかという住民のエンパワーメントと、あるいはその事業の内容そのものとの比重のかけ

方、軸足の置き方の違いかなという気がします。

それから、ちょっと細かくなりますけれども、疫学的な分析という手法との関連ですけれども、PCMのなかで指標を設定します。その指標の設定というのは、計画・立案の段階で指標を設定しますけれども、たとえば乳児死亡率とか、妊産婦死亡率とか、そういった指標の項目だけではなくて、どの地域の、事業を行う地域のたとえば乳児死亡率なら乳児死亡率を将来5年なら5年の間にどのレベルまでもっていかうとするのか、そういったときに、質ですとか量ですとか、そういったものを含めた指標の設定をすることによって、疫学的な情報分析は不可欠です。

それからソーシャル・マーケティングのときに、コンバーティブ・ソーシャル・マーケティングについてのお話がありましたけれども、そのキャッチボールを行うという話がありました。まず、PCMの一番初めの参加者分析ということで、関係者のいろんな方々に集まってもらって話を聞く。その中で、たとえばお母さんがいらっしゃるかもしれませんし、患者だけいらっしゃるかもしれません。そういったところで、先ほど出てきたソーシャル・マーケティングに近いような話、あるいは藤内さんからの話しあったフォーカスグループ的なことは当然編入される。それから、各作業の内容においてもそういったさまざまな人たちが、さまざまな利益を持った人たちが参加しているので、当然そういった理論に基づいた分析作業になります。

それから、細かくご紹介する時間がなかったんですけども、PCMの場合、参加者分析、問題分析、そして目的分析。で、目的分析を行った中で、たとえば健康をよくするためにいろんなアプローチが考えられます。たとえば健康診断をもう少し何とかしようというようなアプローチ、あるいは健康教育

から攻めるアプローチ、職場に関するようなアプローチですとか、学校に迫るようなアプローチ。同じ母子なら母子、たばこならたばこでも、いろんなアプローチが考えられます。そのアプローチをじゃ実際に事業としてどのアプローチを選択するのかという、そのときにさまざまな基準を使って、予算ですとか、あるいは技術的な難しさとか、いろんな基準を使って判定するわけです。そのアプローチそのものが、一体だれが、どのように責任を持って、どうやっていくのか、そういった共通イメージを持たすことで、さっきソーシャル・マーケティングでご紹介になった、今後あるべきという、まさに同じようなことを行っているというのが実態です。ですから、非常に共通点をいろんなところで持っていると言えます。以上です。

和田 地域づくり型保健活動というものを要素に分けて考えていけば、目的指向型、住民参加、目的関連図の作成など、いろんな要素に分けることができると思います。それらの要素ごとに取り上げて考えてみると、どの方法でも共通しているものだと思います。これは保健衛生分野に限らず、企業やほかの産業でもその要素についてはみんな共通な部分だと思いますので、だから特別にこれという形で取り組んでいるものというのは少ないと思います。ただ、全体でそのピースを組み立てていったときに、結局どこに重点を置くかによって、それぞれの活動の方法が変わってくるのではないかなと考えております。

それと、地域づくり型保健活動では、住民と企画、実施、評価の各段階を、ともにしていくということもしておりますが、企画の段階で方法としては目的関連図をつくって、地域把握をして、いわゆる現状把握をしてから目的の指標をつくっていきます。そして、活動した後に町の評価をするということ

いま進んでいます。それ自体は、活動の目的達成度の指標としての評価ですので、地域づくり型保健活動そのものの評価とは違います。従って、疫学的分析も組み合わせていかないと、地域づくり型保健活動そのものの評価というのはされないと思います。それもあわせて評価していかないと、なぜこの方法を選んで、なぜこの方法をやっていくのかというところの裏づけがないと、財政確保のための説得力とか、ほかの方を説得するときの材料が少なくなるのではないかと思います。地域づくり型保健活動であっても、やっぱり疫学というのは大変重要な部分だと思っております。

尾崎 疫学は、先ほど申しましたように、手段ですので、皆さんにいいように使っていただければと思います。いろいろ話を聞いていて思ったのは、先ほど最初に山根先生がおっしゃったような、地域の潜在能力、そういったものをもっと見直すべきじゃないかという話なんかを考えると、疫学的な手法も、住民参加で一緒にできるようになるかもなというような感じもしております。

田中 ソーシャル・マーケティングに関してなんですが、さっき最後のところでお話ししましたように、私たちが考えているものというのは、立場の異なるもの同士のかかわり合い方の作法と申しますか、かかわり合い方なんです。それが非常に大切にしているところで、そのかかわり合いを大切にしながら、キャッチボールをうまくしていきながら、どういう地域にしていっていいかとか、どういう保健サービスをしていったらいいかとか、そういうふうに進んでいくので、かかわり合い方が非常に大切で、ソーシャル・マーケティング自体でそういう保健計画をつくったり、保健サービスをつくったりすることも、1つ完結してつくることができるとわれわれは考えています。

それ以外にも、私も藤内先生と一緒になんですが、最初に入ったのは地域づくり型保健活動で、その後 PP モデルとか、PCM とか、そういうのにかかわって、少し勉強させていただいたんですが、やっぱり地域づくり型保健活動の一番初めの、住民とあるべき姿を話すようなところとか、そういうところにソーシャル・マーケティングのかかわり方を生かすことができると思いますし、プリシード・プロシード・モデルのフォーカスグループとの対話のところにソーシャル・マーケティング的な対話を組み込んでいくということもできると思います。

疫学については、疫学そのものというのは、どっちかという分析自体は客観的なデータですから、専門家主導になりますが、その出てきたものを、何でだろうねと、そういうふうに対話しながら、じゃどういふふうにしていったらいいんだらうというふうには、住民と考えていくようなこともできると思います。

そういうようなところにも生かせると思いますし、PCM の場合は、どっちかという、いろんな立場の人たちが集まってつくられるので、住民とやるというよりは、いろんな立場のスタッフがやるということなので、ちょっと使いづらいかもしれませんが、その違う立場の人たちがまじり合いながらディスカッションしていくというところのかかわり合い方ということで、生かせるんじゃないかなと思います。

山根 いまの論議なんですけど、私ども地域でやっていますと、たとえば1つのこういう研究的なやり方というのは、スーツを着るような形で、まず自分の好きな上下そろいのスーツを住民と相談しながら、この問題ではどのスーツが一番いいのかなという形でスーツを着こなします。そうしますとだんだん窮屈な点が見えてきますから、ゆったりとしたいなと思えば、今度は

替え上着とか、組み合わせを考えてきますよね。地域の中では私はそういう多極的モデルのステップをお踏みになって、この地域の住民にとって一番いいモデル探しを、モザイクのように組み合わせさせてやっていけばいいじゃないだろうかと思います。そうしますと、やがて住民自身が、自分たちで自分の町をデザインする力を必ず持ってきます。

国際的には、モデリングは積み重ね方式、モザイク方式、ブリッジ方式など多様な組み合わせで展開する方向に向かっています。



藤内 実は3日後に大分でPPモデルの提唱者のDr.Greenを呼んで講演会を予定しています。彼自身も自分のPPモデルをどんどんバージョンアップしていて、きょう紹介したのは'91年のモデルであり、それから8年もたっているのだから、かなり違ったものになっている可能性もあります。それをぜひお聞きしたいなと思っています。さっき私の発表でも少し触れましたが、日本で展開すると無理がありますので、ちょうど岩永先生の地域づくり型保健活動と同じように、途中で実態調査をやって、その実態調査をもとに、もう一回優先順位を再検討するという、Greenの考えたPPモデルとちょっと違う、修飾したやり方でやっているけどいいか、といった議論もしたいと楽しみにしています。そういう議論の結果はまた機会があれば皆さんのところに報告で

きるようにしたいと思っています。

田畑 方法論としては、日進月歩であるし、われわれがいろんな方法を、地域に合った方法を使いこなせるようにならないといけないということだろうと思うんですけども、今回の目的の1つに、それぞれの方法がある程度どういう特性をもっていて、どういう場面で使いやすいということがあるわけです。しかし、その応用をその場でいろいろ組み合わせるといっただけではなかなかわかり辛いので、たとえば、PPモデルとPCMがいまのところ少しなじみが薄いようなので、藤内さんのところはPPモデルをいま実際やられていますので、どういうふうに課題とか目標とかが設定されていて、それでこれとこれはいまうまくいくようだとか、そういう性格の課題に向いているとか、そういう感触というのはいですか。

藤内 実際に日本の中でわれわれが把握し得た展開例としては、歯科保健の事例が一番多いようです。きょうも福岡予防歯科研究会の方が来られていますので、お話ししていただければ幸いなのですが。歯科保健領域では、とう歯や歯周病対策、地域でも、あるいは職場でも、色々な状況設定でも、かなり有効性で、使えそうだという感触を得ております。

それから、生活習慣病、たとえば糖尿病対策等にも、当然使えると思います。もう1ついまうちの管内で、高齢者食の生活、これは食生活で高血圧を予防するとかそんな話じゃなくて、お年寄りがちゃんと自分食べられて、かつ食材の調達から調理に至る食生活全体をどう確保していくか、こういう福祉とも非常につながりのあるような、そういう高齢者の「食」をターゲットに、このモデルで展開しています。非常におもしろい展開になっていますので、どちらかという生活習慣病のような、論理的に、生活習慣とか、行動

因子を分析しやすいような領域だけでなく、案外福祉に近い領域についても使えるんじゃないかなと思っています。

それから、HIV 教育の効果を PP モデルを使って評価しているという事例もあります。

田畑 PCM でも、どのような問題にも応用できるんだろうと思いますけど、特にとというのは、たとえば……

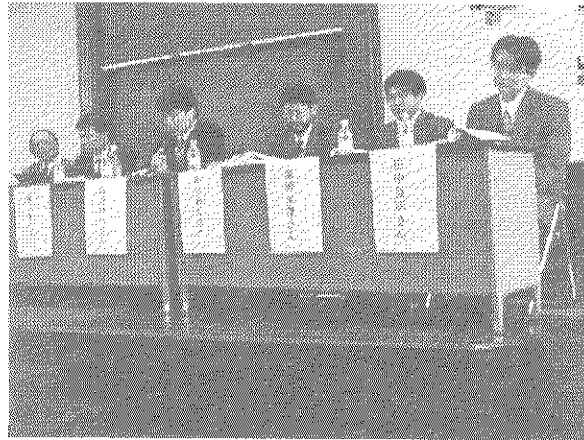
兵井 マイナスの点から入りますと、非常に適用しにくいというか、ちょっと難しいのが、地域の保健問題全般にわたってという、そういったときになりますと、母子も入ってくる、精神も入ってくる、そういったすべての問題をこの手法を使って分析していくとなると、あるいは計画をつくっていくとなると、非常に作業が煩雑になったり、時間がかかったり、そういった嫌いはあると思います。ですから、ある程度分野を絞り込んだ中で適用するというのが方法論的にはやりやすいということです。

それから、少しいまの議論から外れるかもしれませんが、この手法を使うに当たっては、その手法の方法論そのものを理解していく進行役が必要になってくるということで、残念ながらそういった進行役がいままだそんなに数多くないということは、1つの使う上での制約としていま挙げられると思います。

宮城県の栗原保健所の小島先生、実際に保健所の現場で使われていますが、何か補足していただくことございますか。

小島 (宮城県栗原保健所) たまたま PCM 手法をほかの方々より先に知って、先に使っているというだけの話なんですけれども、実はまず PCM はプロジェクト・サイクル・マネージメントということは、これは固有名詞ではないということなんです。要するに、プロジェクト・サイクルという、皆さんよくご存じの Plan、Do、See と

いう、そのサイクルが次々と回っていきますよね、それをマネージするための手法ということで、基本的には世の中に現在あるいろんな手法を集めてきて、そのプロジェクト・サイクル・マネージメントということをやろうとする手法群だというふうに私は理解しているんです。



したがって、日常の保健活動の場面で使うときは、計画づくりのところを使うこともあるし、いま実際にスタートしちゃった事業の評価のところを使うということもやりますし、またもっと単純に、住民の声を吸い上げようという場合も使ったりもします。それは PCM 手法自身は手法群なので、その中のそれぞれのパーツを外してくればそれぞれのところで使える。また逆に、それぞれのパーツでほかのいい手法というものがあれば、それで補うことによって使えるということで、私は使いづらさというのはいまのところあまり感じてはいません。

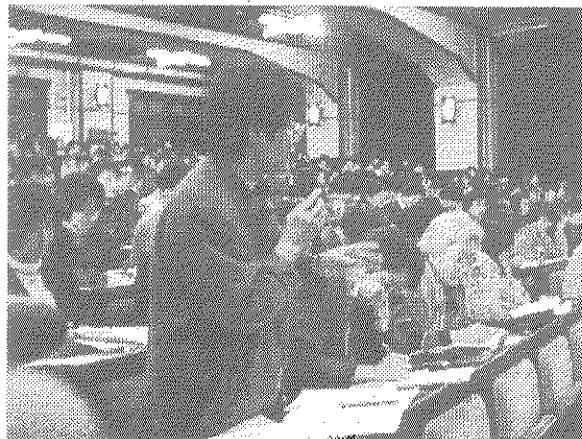
どちらかという、使いづらいときというのは、そこに集まってくる人たちが思い込みが強すぎるとか、みんなが原因・結果がわかっているつもりになってしまっているようなときというのは、基本的にはこういうときは分析が進まないことになっていくというような印象を持っております。

いま応用面ということで出ましたけど、実は昨日、ケア・コーディネーション研究所の新津ふみ子所長と、PCM

手法の流れを踏まえながら厚生省の介護サービス計画表を見て、計画表の書き方、つくり方、あるいは評価の仕方ということ、管内の専門職種の研修を兼ねながら一緒にやっていたんですけども、大変その点ではこれがなじんでいたということで、厚生省で基本的に使うようになっていくものに十分考え方を応用できるなどというふうな印象を持っております。

田畑 ありがとうございます。なかなか話が難しくなってきた、聞けば聞くほど複雑になってきたような感じなんですけど。

フロアから質問とか、おっしゃりたいことがあればお願いします。



村嶋（東大、地域看護） 3点ほど教えていただきたいと思うんですが、1つは、地域の問題っていろいろありますので、専門家の主導でやらなきゃいけない問題と、住民が主体になって取り組んだほうが解決が早い問題とあると思うんですね。問題によって随分それは本当は違うんだと思うんですが、そこら辺をまずは主催者側としてどうなのか、これはむしろ山根先生にお聞きしたほうがいいのかもしいんですが、どういうふうに整理をしたらいいんでしょう、というのがまず1点お伺いしたい点です。

例えば、介護問題なんかはわりと住民が参加しやすい問題、共通性のある問題だと思うんですが、地域の問題は必ずしも共通性が多くなくて、わりと

限局されているような問題もスピーディに対応しなければいけないものもあると思います。そこら辺をどういうふうに整理したらいいかなというのを伺いたいと思います。つまり、地域の健康問題に対して専門家として何を私たちはしなきゃいけないのかというところを、どういうふうに考えたらいいのかというのをまず教えていただきたいと思います。

2点目は、住民の成熟を促すというふうに随分話が出ていますが、住民自身が都会にいる人間と、それから農村にいる人間とと違いますか、やっぱり成熟度が違うと思うんですね、主張の仕方も随分違うと思うんですが、そういうことをどういうふうに私たちが考慮していけばいいんだろうかということで、それによってそれぞれの手法の適用度も違うんだろうかなというふうに思っております。3点目は、住民自身の持っている価値観とか、規範とかいうのが、地域活動をやる時には随分強い場合があって、たとえば福祉サービスの介護問題にしても、福祉の世話にはなりたくないという意識が随分強いんですね、世間体の意識が。それを乗り越えるときに、それはプラスの面とマイナスの面とあると思うんですが、それぞれの手法というのはどう乗り越えることに使えるのかということをお伺いしたいと思います。

田畑 国立公衆衛生院の岩永さんが全部任せろということですので、お答えいただきます。

岩永 いまはこの研究班としてこういう進め方で進めていくときのスタンスの問題だろうと思いましたが、問題にはいろいろなものがあるだろうというお話ですけども、問題の整理の仕方として、問題とはという定義がいろいろありまして、それについてもいろんなことが書いてあるんですけども、いま村嶋先生おっしゃったのは、2番目、3番目も一緒につながって

るような感じですよ。ですから、その地域特性だとか、その地域の住民のキャラクターといいますか、本質といいますか、そういうものをどう踏まえるのかというか、あるいは地域のそういう規範をどう考えてその方法論と結びつけていくかというお話だったと思うんですけども、いま私たちの研究班ではこういう形での整理の仕方と、もう一つ、“地域で皆さん方が困る場面ってどういうとき？”というのをいま集めているところです。ですから、いまお話しになった、こういう問題があるということ、もう少しこっちで整理してみたいと思っています。

問題のとらえ方としては、たとえば、“問題というのは、起こってしまった問題と、これからどうしようかという問題と、もっとよくしたいという問題と3通りあるんだ”という定義だとか、あるいは、“問題というものは、理想の姿と現状とのずれで、しかもそれが認識されて、しかもそれが解決可能なものを問題という”などというような定義があるんですけども、そういう定義をしていて、その場合どれが当たるかなんてここで言っても仕方ないんで、実際の現場で日常的にいろんな職種の人がぶつかるほんとに細かい問題にしても、こういう場合どうしたらいいんだろうと思ったときに、このときはやっぱり疫学分析からいかなくちやいけないんじゃないかとか、この場合は問題関連図をかいていく必要があるんじゃないかというふうな、後でその整理はしようと考えています。ですから、地域規範が強い場合とか弱い場合とか、どう乗り越えたらいいかということも、このままいくと3年目の報告書にそういうことが書かれることになるだろうと思います。

田畑 山根先生、多分準備をされていたと思いますので、先生のお考えをお願いいたします。

山根 問題を専門家主体で解決する

というか、あるいは目標設定の技能的問題、住民主体の問題をどう分けるかという問題ですが、たとえばこの間、厚生省が、がん検診について見直しをしました。私どもは、市役所、大学研究者などいろんなスタッフの方と相談しまして、肺がん、乳がん、大腸がん、子宮がんの検診を中心とする、いろんな問題を、サービスを受ける受け手の住民の問題、そしてそこを媒介する行政スタッフの問題、そして検診を展開していく大学や検診機関の問題、そういうふうなカテゴリーで検討してみますと、住民と行政と研究者の有効な役割分担が見えてきます。

それから、たとえば全国で一番初めにたばこ、酒、悪書の自動販売機の撤去条例をつくったのも出雲市なんですけれども、この場合も、なぜアルコールやたばこを対面販売でなくてコインで中学生や高校生買えるようなことになってるのかというようなことを、お母さんたちと話していく中で、私どもは科学的な情報を提供してきました。最終的には議会で少し骨抜きにされながらも押し切っていたのは女性たちの力でした。ですから、絶えず協働でやるという視点、その中で交流しながら役割分担を納得して持つ手法が私は一番、エンパワーメント、地域の人も力がつく、私たちも力をつけられることにつながるんじゃないかなと思っています。

それから、農村と都市の問題は、やっぱり地域特性というのがとても大事で、コミュニティ・プロフィールとか、コミュニティ・サインとか、強調されているところです。私どもは都邑連合という形で、特に環境問題は、山が荒れれば鉄砲水が出て川が荒れる。川が荒れれば私たちの飲料水の水質が荒れてくる、そして湖（宍道湖）も荒れる。そういうふうな形で、山と農山村と都市部を結合しながら、いま環境フォーラムという形で、住民参加型の環境モ

デルを展開していますけれども、特性を生かしながら、課題ごとに、やっぱりこれも協働という視点を逃さずに展開していくといいんじゃないかと思えます。

藤内 住民の価値観のことを少しお答えしたいと思うんですが、PPモデルの準備因子の中に住民の価値観、たとえば健康というのを優先するのか、あるいは古くからのその地域のしきたりとかつき合いを優先するのかとかいう価値観のことが問題になってきます。それは当然変えるべきものだから俎上に上るわけですが、変えやすさという、改善可能性を検討します。その場合に、この地域がずうっとこういう価値観を持っていて、ここはどうしても変えられないというものは、多分、ある程度取り組みなり介入の優先順位としては低くなる、言いかえれば、おそらくあのままにして、ほかの実現因子とか、強化因子をちゃんと変えようよという形になるんだろうと思うんですが、その辺のところはこういう形でPPモデルにおいてはクリアできるんじゃないのかなと思います。



田畑 時間がもうなくなってきました、私もちょっと言わせてください。

私は現場でよく、住民の行政依存度が日本は非常に高いと思わせるような場面にぶつかるんですけれども、三重県も・・自分の県のことを言うのはあま好きではないんですが・・将来的には住民が参画と同時に自立してもらわ

ないと、行政として動かないという自覚を持っております。そのためにはある程度突き放していくという、見た目上というか、住民にとってそう感じる方が多いんだろうということで、そうなると、行政としてこういう考えで、こんな事情で、こういう施策を実施しているんだというのを、情報公開をしていかないと絶対住民が納得しないという考えています。とにかく情報公開と同時に参画と、非常に大きな問題でとらえていかないと、保健の部分だけで住民が自立してくるとか、参加してもらえるというようなことは多分ないだろうというふうに考えて、長期計画で取り組んでおります。

現実的には、いまの住民の成熟度で許される範囲内で一番住民に手伝わってもらえる事業を展開していくのが現実なのかなとうふうに考えておりました、その上でいろいろこういう方法論をわれわれは学んでいく必要があるんだろうというふうに思います。

非常にしり切れとんぼになっておりますが、最後に岩永先生にまとめていただきまして、時間の関係でこれで終了させていただくことになります。

岩永 どうも長い間ありがとうございました。こちらから見てますと、皆さん方の表情は、まだいろいろあるんじゃないかというのが見えるんですけれども、時間的に申しわけありません。

1つだけ、地域づくり型のことで言わせていただくと、実は今年やっていますエイズ対策で、エイズ教育のときに、最初にHIVの感染者がどうなったらいいか、そのイメージを出してそこから話し合いを進めようというふうにやっていったら、なかなか出ないんですね。なぜ出ないんだろうとこっちでいろいろ考えていて、やっぱりみんな感染者に関してのイメージがわからないんじゃないかという話になったんです。確かに、出会ったことのない人っていっぱいいるかもしれないんですけれど

も、でも、保健所ではエイズ対策をやっているんですね。何をイメージしながら、どこに視点を起きながら対策をやっているんですか。単に言われたもの、あるいは単なる数値をどこか頭に置いて対策をやっているんだったら、一方では、生活者の立場に立ってとか、市民に根づいたと言いながら……。たとえば高齢者対策にしても、“あなたのところで寝たきりのお年寄りがどんな暮らしができたらいい？”といったときに、なかなかイメージがわからないというのは、ふだんからそういうイメージを自分の中に描くということをしてないのかなというのがすごく気になることなんです。そのくせに、生活者といったときに、その生活者ということと、自分の地域の中でこういう人たちの暮らしがというのとがどこで結びついているのかというところへ、もう一回問い直してみたいなということも思っています。

今回ちょっと思ったのは、まず1つは、先ほどのこちらの発言にあったんですけども、いろんな方法論だといっても、その重点の置き方の違いじゃないかということ是非常に大事なことだと思います。私たちは違いを見ようとするんですよ、これとこれの違いは何だというふうによく見ようとしますけれども、どこに共通点があるんだというふうな形で見ていくということが非常に大事なことなんじゃないかなと思います。

それから、方法論は日進月歩だというお話もありました。自分で見つけ出すものじゃないかと、さっき山根先生からのお話があったんですけども、私たちもそう思っています。たとえば地域づくり型も全く日進月歩で、2、3か月前に話を聞いた方は、また変わってますので注意してください。

行き詰まったときに、こういうときどうしましよとわれわれに聞かないでください。こうすべきではないかっ

てとにかく自分で開発してみてください。そうすると何か見えてきますし、やったら失敗するかもしれませんが、でも、その失敗は、もし住民と一緒にやっていくんだったらみんな失敗するわけですから。

大事なことは、自分はどう思うかということをはっきりしていただきたい。きょうも“頭を真っ白にして来ないでほしい”とどこかに書こうかと思ったんですけども、何か教えてもらえるんだろうと思って来ると、どの先生の話聞いても、ああなるほど、ああそうかと、納得して帰るけれども、家に帰って何もできないということになるので。私はこう思う、それで対決していくということが一番大事なんじゃないかと思います。

それからもう1つは、こういう方法論を聞くときに、ほかにもあるんじゃないかとおっしゃいましたけど、確かにいろんなのがありますし、何でこの人が入ってないのという方もあるかもしれませんが。私たちはどの部分の話なのかということに分ける必要があるだろうと思うんです。たとえばサッカーの試合だとすると、サッカーの試合全体の流れを考えた戦略的な方法論なのか、あるいはシフトのとり方だとか、攻撃の仕方という戦術の話なのか、あるいはパスの通し方とか、ヘディングなどの技術的なことなのかと分けて考えないと、混乱するだろうと思います。

今回5つの方法をここに出しましたが、明らかにこれは技術だろうというのは省きました。それで、先ほどこれはツールじゃないかという意見も出ているんですけども、それは私にもわからないまま、とりあえずこの5つの方法で進めてみようと。そうしたら、ツールとして重要なものと、もっと戦略的なものというのがもう少し明らかになってくるだろう。それは2年後を楽しみにしていただきたいと思います。

それから、ここに紹介しきれなかつ

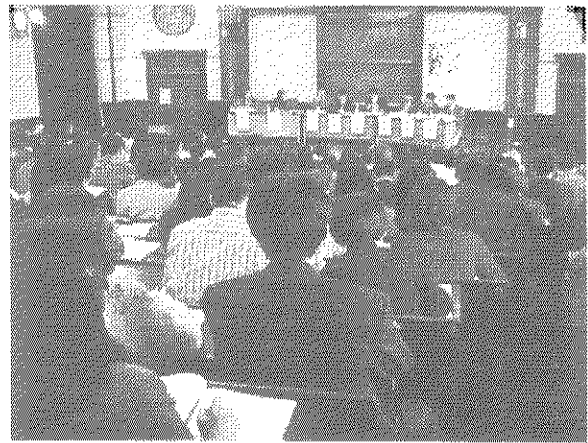
た方法で、たとえば海外援助だとかで使われている方法がありますので、それは何とかして報告書の中に、こういう方法があるよということを盛り込んでいきたいと思っています。

この研究班を申請した動機というのは、いままで保健活動の方法論というのが、人に聞いたり、勘と、経験と、度胸で選んでしまうことがあった。どこか職人わざみたいなのところがあって、あの人の背中を見て学ぶというものもあるのかもしれないが、それが大きい部分を占めていたのでは、あの人がいたからできたということになってしまいます。なぜあそこができたんだ、どういう要因でできたんだ、そこで得られた、学んだ方法論というのはどう蓄積されて、どういう形になっていくのかということのを少しでも整理したいということでした。

きょう最初にこちらのメンバーの1人から念を押されたんですけど、“あなたの案内文では、ここに来れば、どんなとき、どの方法を使うかすぐわかるというふうに読めるよ”と言われたんです。ぜひこれからが出発だと思って、ぜひこちらに皆さんのアンケートをいろいろ書いていただけたらと思います。

日本海側が雪で、こちらはこんなにいい天気で、北は北海道から南は沖縄まで、多くの方に集まっていただきまして、本当にありがとうございました。また機会があったらこういう場を持ちたいと思いますし、それから皆さん方の声が多ければ、少なくともこの5つの方法を1か月間ぐらいでみっちりやる“方法論コース”というのを、これは申請すればできると思いますので、“方法論コースが欲しい”とか書いておいて下さい。そうしたらそれを“こんなにいっぱいありました”と言って私交渉に行きたいと思いまので。

ほんとにどうもありがとうございました。(拍手)



「地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究」

中間報告会

配付資料

地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究中間報告会

日常常的な保健活動の現場では、どんな場合にどの方法を使うべきか

【主旨】

最近、地域保健活動の分野では、さまざまな方法論が紹介され、それらを利用した活動も報告されています。それらの方法は実際どのような進め方なのでしょうか。住民参加や優先性の決定、緊急性への対応など、公衆衛生活動を進める上で必要とされる要素との関係からみて、どのような特徴があり、どのような強みや弱点があるのでしょうか。

そして実際の保健や福祉の現場では、日常活動において、どのような場合に、どの方法を選んだら、効果的、効率的に活動が進むのでしょうか。

それぞれの方法について、展開方法の紹介や特徴などを示しながら、本日もご参加いただいたみなさまと一緒に、日常活動への適応を考えていきたいと思えます。

さらに、それぞれの地域において、日常的な保健活動の現場でこれらの方法を活用するに当たっては、どのようなことがネック、あるいは阻害要因になっており、それを取り除くためにはどのようなことをすべきなのか。実際の活動をしている立場から、参加者のみなさまのご意見を聞かせていただければ、それを次年度からの研究に取り入れていくことができると思えます。

12:30	オリエンテーション	国立公衆衛生院	岩永俊博
12:45	今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念	島根医科大学	山根洋右
13:05	各方法論の発表	司会	岩永俊博
13:05	プリント・プロット・モデル	大分県佐伯保健所	藤内修二
13:25	プロジェクト・サイクル・マネージメント(PCM)	国立公衆衛生院	兵井伸行
13:45	地域づくり型保健活動	国立公衆衛生院	和田耕太郎
14:05	公衆衛生活動に役立つ手段としての疫学	国立公衆衛生院	尾崎米厚
14:25	ソーシャル・マーケティング	川崎病院	田中良明
14:25 ~ 14:45	-----	休憩	-----
14:45 ~ 16:00	質疑や討論	司会	
		三重県松坂保健所	田畑好基
		国立公衆衛生院	岩永俊博
16:00 ~ 16:30	全体のまとめ	研究班代表	岩永俊博

今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念

島根医科大学

山根 洋右

地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究
 今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念

島根医科大学環境保健医学
 山根洋右

はじめに

モデリングと言うこと

「A familiar structure or mechanism used as an analogy to interpret a natural phenomenon. Scientific models are employed to develop new theories, to modify existing theories(or give them new applications), or to render theories more intelligible.(The New Encyclopaedia Britannica)」 科学の諸領域では、モデルないしモデリングが効果的に形成され応用され活動の進展に寄与している。そのためには、モデルの戦略性と戦術性、そして有効性と限界性を熟知しておく必要がある。

足下の実践から

モデルの創造は、足下の実践を集積し、結晶化し、多様な応用、修正、評価の中で生まれ、全ての現象や地域に適合するモデルはあり得ない。複雑系であるコミュニティを対象とする健康文化のまちづくりの科学的関心の一つはここにある。

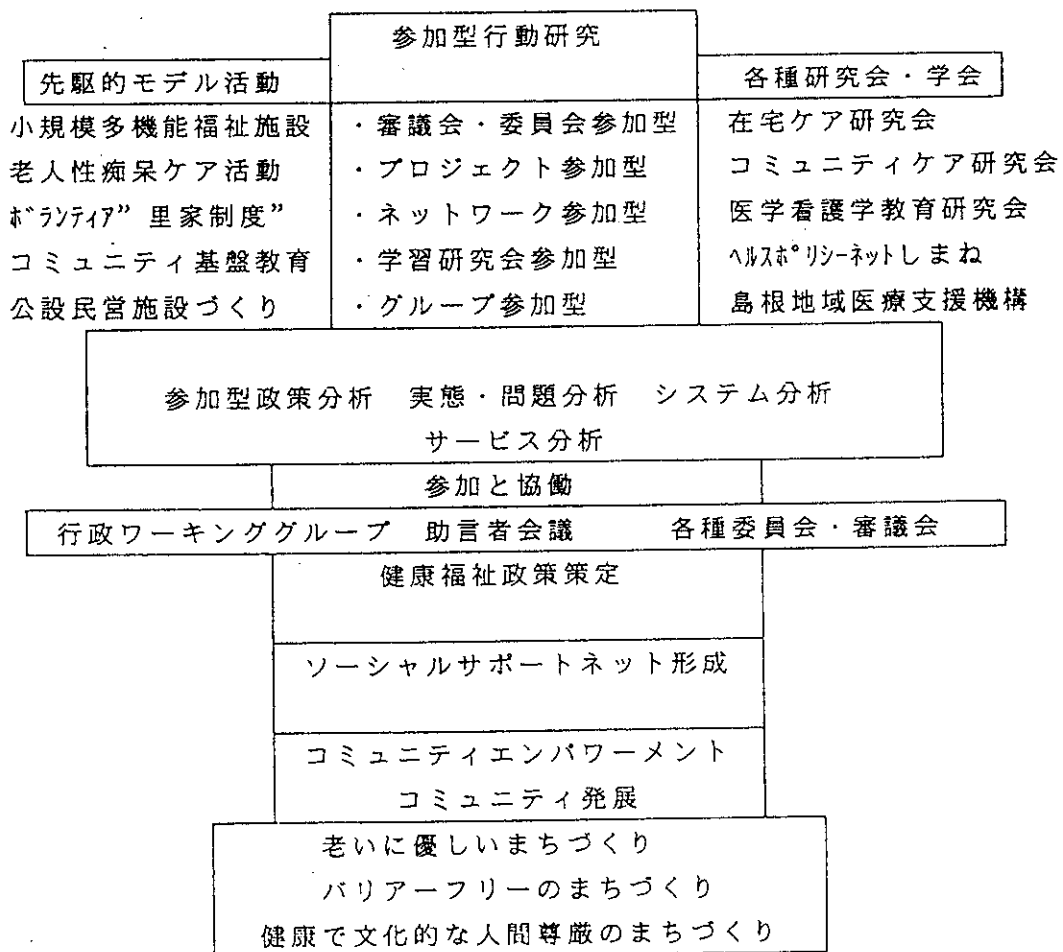


図 出雲市における健康文化都市づくり