

1. コミュニティの把握と理解: Community dynamics

生理的・心理的・文化的、地理的複合体であるコミュニティは、多様な住民、歴史、風土、行政システム、自然資源、社会資源により形成され、時代とともに動的に変化する「複雑適応系 (complex adaptive system)」である。

同じ地域社会に生活し所属しているという存在感と仲間感情、構成員の一員としての意識や価値観の共有、相互依存関係や共生の役割意識と人間関係を絆としている。コミュニティの要素、あるいは小地域機能集団は、複雑なネットワークを持ち、システムの制御は高度に分散化している。組織化のレベルは多様で、住民が学習し、研究することにより進化し、適応能力を高める。開かれたシステムであればあるほど、コミュニティ自身が経験を積むに従い、新しい可能性が、そのシステムから自発的に産み出されるという「複雑系」の特徴を備えている。

イギリスのシーボーム報告では、コミュニティにおける住民の関わり的重要性を次の様に述べている。「社会的諸問題がコミュニティを支配している社会的諸条件から生まれる様に、これらの諸問題の解決もコミュニティの構成員の積極的な関わりを通じてのみ達成される。コミュニティの諸問題への住民の関心、参加、関わりを促進することが重要である。」(The Seeborn Report, 1968; The Barcley Report, 1982)。

コミュニティ研究は、まだ端緒についたばかりである。community profile, community symptomsなどを包括するcommunity dynamicsの解明には経済学、社会学、心理学、行動科学、生態学などの学際的研究が急がれる。最近注目されているダンスローのエコロジカルコミュニティパラダイムもその動きの一つであろう。そのモデルは、コミュニティは交換、分配、生産性、効率、エコロジー戦略、多様性、インパクトからなる自己制御と生産複合体であるという。コミュニティは、資源の由来(供給の回路)、内在力の集積(適応する回答)、力学的構造(開発)、投資(査定)、資源への接近(参加)、マネージメント(割当)のプロセスを経て、調和的で多様性に満ちたアメニティ複合体へと発展していく。

2. 実証的根拠と優先順位決定への貢献: Evidence-based decision making

住民が主体的に、健康、医療、福祉の一体化したコミュニティヘルスを推進するためには、コミュニティのニーズに対応した研究により住民と専門家による協働的活動を推進することが益々重要となっている。そのためには、身近な生活の場から住民自身が問題を顕在化させ研究テーマを発見すること、協働研究がコミュニティの協働的活動へ根拠ある科学的支援を行うこと、住民と「専門家市民」としての研究者、行政スタッフが日常的に人間関係を基盤とした研究活動を行い、それぞれの地域に合ったシステムをつくること、研究活動が一時的でなく継続性し、なおかつ研究の質が保障されること、コミュニティのおかれた制約条件が理解され、現実的なコミュニティヘルスの戦略的政策が確立されること、研究成果についてはその社会的責任が重視され、住民の自己意志決定のため多様な代替案や選択肢が用意されること、研究における住民の主体性と自律性が尊重され擁護される配慮や環境づくりなどが重要であろう。そのためには、謙虚な相互批判による吟味、絶えず改革される専門的知識と技能、政策化とマネージメント、住民の期待と価値、それらを統合する方法論が不可欠であろう。

その行動や政策に関する優先順位決定への貢献は、例えば行政政策Operation Research

のプロセス 1. 問題について観察し考察し条件を理解する 2. 基礎的数量的データを集める 3. データを整理分析する 4. 仮説を誘導する 5. そのための根拠を吟味する 6. 政策案について決定する 7. 政策案のもたらす結果を数量的質的に予測する 8. 政策決定を注意深く実施し仮説、政策の妥当性を住民と共に評価する 9. 住民の期待と産み出した価値についての知識、技術を蓄積する という一連の流れの中に見られる。

3. リスク及び緊急時への対応： Risk management

危機という概念は、古代ギリシャ神話のプロメテウスが神に挑戦し、火を求めて暗闇に明かりをもたらしたように、未来という存在、危機という存在を「敵」から「機会」へと変えていったダイナミクスを含んでいる。リスクという言葉は、イタリア語の *risicare* という言葉から来ており、「勇気を持って試みる」という意味を持っている。この危機という概念が持つ二面性を正しく把握することにより、人類は危機を制御する力を得ることができるのではないか。

危機管理は、感染症や災害や犯罪だけではない。コミュニティにおいて住民が自己実現を遂げることを阻む可能性の事象を包括する。例えば、住民自治、国際平和、アメニティ生活環境、万人の生存権、正しく有益な情報、破壊され汚染されることのない環境生態系、安全で快適な住居、安全で健康的な食品や飲料水、人類の生活を適正に支えるに必要なエネルギー、バランスのとれた生産と消費、喜びにつながる労働・企業活動・産業活動、公平な知的人間的発展につながる教育、住民の肌着のような健康医療福祉サービス、人間的な文化、公正な行政サービス、科学的土地管理と安全な廃棄物処理、安全な交通、憩いと楽しみとレクリエーション、生活環境空間の美観景観などがあげられよう。

効果的なリスクマネジメントに必要な要素には、communication, management leadership, continuous improvement, carrier development, employee recognition, strategic planning, human resource planning, fair play and reward, innovation, cooperation, diversity, ownership, conflict resolution, group coordination, sense of belonging, leadership style, commitment to technology, integrity, accountability, employee growth and development, valuingがあげられる。

さらに、リスクマネジメントの4つの原則として、1. リスクの容認されるレベル決定ができる原因—結果の関係についての科学的データ 2. リスクゼロによる容認 3. リスクを低減させる最善の実施策 4. リスクが同時に産み出されるむ便益の効力ないし効果が重視される。

よく用いられるリスクマネジメント・モデルには、生態系モデル、コミュニティモデル、食物連鎖モデル、遺伝モデル、疫学的モデル、文化行動的モデル、倫理モデル、人口動態モデルなどがあり、近年、費用—便益分析の一つでもある費用—リスク分析が導入されている。

我々は、「リスク情報学習サイクル」として市民情報、生活モニタリング、情報の蓄積、リスク学習、「リスクアセスメントサイクル」として、リスク同定、モニタリング、疫学的解析、リスク評価、「リスクマネジメントサイクル」としてリスク管理の実施、リスクと利益のバランス解析、管理方策の検討、管理の意志決定を重視し、三つのサイクルのリンケージを健康文化のまちづくりの中に形成している。

4. コミュニティ参加：Community participation

「複雑系」とも言えるコミュニティに対する外部からの介入的外挿的調査研究の限界も指摘されよう。コミュニティのことは、そこに生活する住民自身が最も良く知っている。また、健康科学、政策科学、地域環境科学などの勃興と行動科学、文化人類学、人類生態学、民族誌学、社会心理学、社会病理学、マーケットリサーチなどの研究方法が急激に発展しコミュニティ科学へ影響を与えている。住民の意識、思想、技術など総合的な力量の向上も住民自治能力の強いインパクトとなっている。

日本が驚異的なまでの科学技術革新を遂げ、社会の情報化が進展し、国民各層の生活レベル、意識構造、教育レベル、専門的知識や技術などが平準化、均質化、高度化し、「住民の専門職化」をもたらしている。健康福祉面でいえば、「無知なる住民」を指導・管理するという父権主義パターナリズムは、通用しなくなっている。

住民による住民のための活動が、ネットワークを通じて住民の知性と感性と生活感覚に依拠しながら発展している。「地方主権の時代」とは、住民による問題把握・分析・解決行動・評価の過程を通じて住民が経験を蓄積し、自らの生活の質や能力を高め、コミュニティにおける住民自治の責任性、自律性を自覚し、自己実現を志向する行動の一環としてとらえることもできる。

このことにより、住民参加型健康福祉政策のモニタリングや政策評価も推進され、市の政策の意思決定も効果的に行われている。また、民間企業や農協などの社会資源の開発、従来の福祉健康行政システムのより有効な転換や修正、多元的な健康福祉情報への住民のアクセスも円滑に行われる点など、従来のトップダウン型コミュニティ活動よりもその意義は深い。

イギリスにおけるコミュニティを基盤とする活動の中で、lay epidemiology, popular epidemiology, patch work actionなどと呼ぶ住民参加行動が取り上げられている。この中で、住民が主体的に行動に参加することにより、その結果、あるいは限界を住民自身が知り、健康福祉問題の予知、予見に有効であること、倫理面での伸展に住民参加が重要な意義を持つことなどを指摘している。産業職場のヘルスケアへの労働者の積極的参加、コミュニティや地域社会の「健康文化都市づくりHealthy Cities」、コミュニティにおける健康的ライフスタイル、タバコ、アルコール、麻薬などの防圧キャンペーンと政策提言、エイズや障害者などに対する社会的偏見克服のネットワークづくりなどに成果をあげている。コミュニティ・アクションへの参加こそ、コミュニティの発展のための相互学習的プロセスでもあり、市民と行政関係者、研究者の協働的行動規範と考えられる。

5. 多様な分野との協働：Multi-sectoral corporatism

住民自身が主体的に、あるいは専門家と協働して、地域に集積された知識、情報、経験、資源を研究の基礎として活用すること、地域コミュニティに焦点をあて、その共生能力、自治能力を高めるエンパワーメント（Empowerment）、多職種間、あるいは行政機構内部の部門間を越えた共同活動展開が協働により形成される。住民の主体的参加による問題解決、政策形成、住民の希望するコミュニティづくりなどに発展する住民行動と一体化した活動や研究の基盤ともなっている。

枠組みとして重視すべき点は、第1に住民主体の、あるいは住民と専門スタッフとの「相互学習と問題解決のための協働活動」である。最近強調されている「UniversityからMultiversityへ」という大学など研究機関のリンケージ、科学技術の成果の通訳機能、翻訳機能もこれに包括される。第2に、学習、研究、活動を政策形成に結実させる「総合的政策樹立」である。第3に、自分たちの暮らしているまちの住民同士の「相互支援ネットワーク」、情報へのアクセス、地域住民の意志決定に基づくシステムの変革と住民の生活の向上である。第4に、個人、グループ、地域の自律的自治能力の向上である「エンパワーメント」である。コミュニケーション理論、人間相互関係理論など協働の理論化の課題は多い。

6. エンパワーメント : Empowerment

エンパワーメント (Empowerment) とは、コミュニティの組織化、政治的行動、個人的な自己実現、住民の生活の質の向上、グループ発展、コミュニティの倫理性の向上、協働の発展などを内容とし、住民の社会参加を促進する社会的行動のプロセスと解釈されている。「Empowerment is a social-action process that promotes participation of people, organizations, and communities towards the goals of increased efficacy, improved quality of community life, and social justice (Wallerstein, N., 1992)】

最近のエンパワーメントに関する研究テーマを集約してみると、福祉看護サービス、医師患者関係、高血圧症管理、ライフスタイル改善、リプロダクティブヘルス、タバコ・アルコール・麻薬、エイズ、老人ケア、育児、精神ケア、教育訓練、企業のヘルスケア、マネージメントとリーダーシップ育成、性的虐待や暴力、看護理論、移民問題など多様な問題の解決に向けて使用されている概念である。問題の解決や政策形成を通じて、住民個人のセルフ・エンパワーメントや地域社会のコミュニティ・エンパワーメントがもたらされ、コミュニティの発展に寄与することができる。例えば、健康文化都市づくりにおける住民の自立・参加の促進、健康福祉文化環境づくりへの支援、住民のQOLを高めるサービス支援、住民・行政・研究者の協働と政策形成、住民加型政策決定のメカニズムとプロセスなどに成果をあげている。

7. システムの構築と仕組みづくり : Community and administration engineering

健康・福祉・教育・行政などのシステム疲労の点検、社会ニーズにあったシステム構築、科学的手法を用いたシステムの刷新は、コミュニティの発展を進展させ、システムの動脈硬化や行政官僚主義を防ぐ意味で重要である。現在、我々がシステムづくりのモデル化、理論化に重要と考えている課題は、次の様な問題である。

・研究、教育、行動、政策、主体の連鎖性 ・コミュニティ活動のノウハウ ・資源の発見と活用 ・研究優先順位の倫理的判断 ・新たな知識技術の全面的適用 ・費用一効果分析視点の重視 ・研究レベル、研究機構、研究展開、研究応用の評価重視 ・研究調査・コミュニティ参加 ・政治的活動の包括化 ・リアルタイムの政策形成とソーシャルワークのための情報収集と分析 ・市民と行政関係者、研究者の協働活動と効果 ・コミュニティ、市民のリーダーシップ ・生活の質と倫理の維持 ・結果、成果のシェアリング ・市民の力量形成、自立の成熟に向けての準備 ・市民の擁護のための問題解決と行政の

義務の成就

8. 参加型行動研究と科学的根拠に基づく政策形成: Participatory Action Research & Evidence-based policy making

専門機関やスタッフが行う従来の研究戦略に対し、1990年代初めからパラダイムチェンジが起こっている。その主要なものに「参加型行動研究(PAR: Participatory Action Research)」がある。参加型行動研究は、健康福祉政策研究をはじめ、地域や企業、あるいは医療・看護・福祉現場で多く用いられ、その有効性が注目されている。特に、健康福祉領域では、住民、あるいは住民と専門家の協力により、コミュニティにおける健康福祉問題の調査研究、政策形成と展開及びその評価、情報の集積と解析などコミュニティにその焦点を当てて調査研究が問題解決や政策策定の行動と一体となって展開されている。

「専門家依存型研究」にかわり、「参加型行動研究」が登場してきた背景には、第1に日本の戦後50年にわたる公衆衛生のパラダイムチェンジがあげられる。従来の社会防衛的公衆衛生は、その使命を終わり、個人のセルフケアやコミュニティを中心としたヘルスプロモーションへと変化している。健康問題も、感染症など急性疾患から、慢性疾患、老人病、ライフスタイル疾患、社会病理的諸現象へとその標的を変えている。従来、縦割りで行われてきた保健、医療、福祉の領域も融合して一体化し、保健所活動中心から、住民、市町村が主体となり、それぞれの地域特性やニーズに対応した自律的な活動、生活の質(Quality of Life)を高めるウェルネスへと時代の要求が推移している。

参加型行動研究と科学的根拠に基づく政策形成の重要な要素は次のようなものであろう。

- ・問題への住民の関わりと参入
- ・住民、行政スタッフとの討議
- ・問題に対する探索とその構造の理解
- ・個別あるいは協働調査(資料、資源、コミュニティ、政策分析)
- ・研究情報公開と住民参加
- ・研究戦略と戦術の記録化、計画化
- ・研究行動と研究ネットワーク
- ・研究資源開発と再開発
- ・問題解決の意識化と政策形成
- ・行動と政策推進
- ・問題への積極的介入とエンパワーメント

さらに、研究成果を政策形成につないでいくモデルとして、Drorの政策決定モデルのプロセスが効果的と考えられる。すなわち、1. 問題の認識(価値、現実、問題、資源調査、資源開発、政策決定システムの設計) 2. 政策決定のための資源の配分(問題、価値及び資源の配分、戦略決定) 3. 政策選択と政策決定(資源再配分、目標順位、他の価値、順位付け、代替え案、費用効果比較) 4. 実施とPostpolicy Making(動機付け、実行、評価) 5. フィードバック(相互的複合的コミュニケーション) 6. 関連状況の変化 7. 問題の再定式化

根拠ある政策形成やヘルスケアを展開するには、

- ・提起された問題の吟味
- ・問題解決のための代替え案の提起
- ・予想されるインパクトの抽出
- ・インパクトの内容の吟味と評価
- ・意志決定者、研究推進者の決定
- ・利害、結果の影響分析
- ・外的、内的要因の分析
- ・根拠となる研究成果、政策成果の慎重な吟味
- ・結論と勧告
- ・住民と政策推進者と研究者の満足の一致などが必要となる。

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

コミュニティ活動の大きな評価枠に、日本社会の成熟、民主主義の進展、地方自治の熟

練がある。住民の政策形成や政策評価（PPA: Participatory Policy Analysis）への参加度は強まっている。地方分権の時代的潮流の中で、住民自身の地方自治に対する関心の深まりと能力の向上とともに、市町村自治体に働く職員も自治行政の専門職集団として成長している。深刻化する高齢社会問題に対し、全国の市町村が独自に「高齢者健康福祉計画」を策定した過程で、各市町村がみせたバランスのとれた高度の専門職技能集団機能がそれを如実に示している。21世紀の日本の持続的発展のためには、政府と国民、NGO、NPOなどとの新たな社会協働主義（new corporatism）がコミュニティレベルでも重要になっている。さらに、社会的ニーズは、専門家集団にも多くの影響を与え、「専門家市民」という視点から、住民との新たな協働的研究を展開する動きを強めている。住民自らが主体的に、自分の住むコミュニティの発展の政策を形成し、コミュニティ自身の自律的力量を高め、責任を負う時代となった。

コミュニティ発展の要素として、・ヘルピングのプロセス・自己と他の価値を高めるパートナーシップ・相互の意志決定・自己選択の自由と責任・教育、学習、研究・ヘルスプロモーション・計画、実践、政策介入・コミュニティの発展・住民の主体的自助活動の推進・多様なネットワーキング・コミュニケーションと組織の協働などがあげられる。

今後の研究課題として、行政課題の発見分析法、関係者との調整、政策目標の策定法、問題の構造分析、必然性・緊急性と優先順位、解決策と代替え案、問題解決手法、制度設計、組織管理、マネジメント、組織内力学、組織間力学、リーダーシップと合意形成、交渉、計画管理目標、perception gap（専門家の判断と市民の判断のギャップ）、危機管理、情報管理、数量的質的分析と見通し、議会対策、関係者調整、ヘルスエコノミクス、サービスの品質管理、技術評価、ソーシャルマーケティング、予知予見医学の開発応用などがあげられよう。

参考文献

1. Flynn, BC., Ray, DW. & Rider MS.: Empowering communities: action research through healthy cities. Health Education Quarterly 21, 395-405, 1994
2. Smith, SE. et al.: Participatory action-research for healthy cities, World Health Forum 14, 319-324, 1993
4. 新井宏朋他編：健康の政策科学、医学書院、1997
5. Ong. BN.: Rapid Appraisal and Health Policy, Chapman & Hall, London, 1996
6. Green, LW. & Kreuter, MW.: Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, Mayfield Publishing Company, London, 1991
7. Committee on Risk Perception and Communication, National Research Council: Improving Risk Communication, National Academy Press, 1997
8. Kotler, P. & Roberto, EL.: Social Marketing, The Free Press, New York, 1989
9. Gray, JAM.: Evidence-Based Healthcare, Churchill Livingstone, New York, 1998
10. Sackett, DI. et al.: Evidence-based Medicine, Churchill Livingstone, New York, 1997

プリシード・プロシード・モデル

大分県佐伯保健所

藤内 修二

PRECEDE - PROCEED Model の理論と実際

大分県佐伯保健所 藤内修二

1. 歴史的な背景

1980年に保健行動の診断モデルとして、L.W. Green が開発したPRECEDE framework をもとにヘルスプロモーションの理念をより明確にし、評価までを含む一連の展開モデルとして、1991年に彼自身が発展させたものがPRECEDE - PROCEED Model である。

PRECEDE frameworkは1970年代に普及していたHealth Belief Model で説明しきれない要因として、強化因子、実現因子、環境因子を加え、更にQOLを健康教育の究極の目標に据えるなど先見的なものであった。これらの理念はヘルスプロモーションの理念とも共通するものであり、1986年のオタワ憲章を受けて、より一層こうした考え方を進め、更に、実施から評価に至るプロセスを追加してPRECEDE - PROCEED Model が完成されたのである。現在、このモデルはGreen 自身の手により更に進化を続けている。

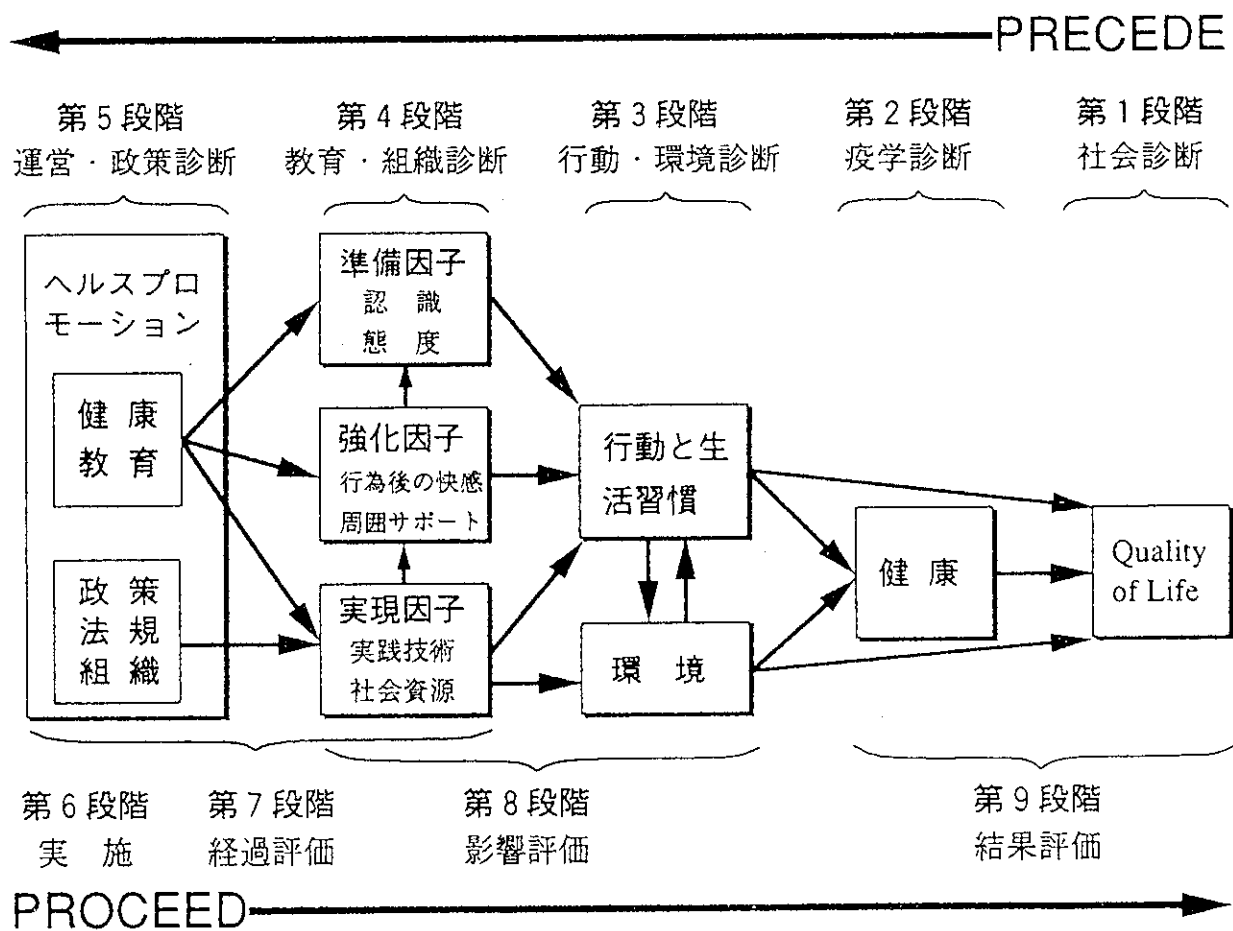


図 1 PRECEDE - PROCEED Model

Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational / environmental Diagnosis and Evaluation 教育・環境の診断と評価のための準備・強化・実現因子
 Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development 教育・環境の開発における政策的・法規的・組織的要因

2. 実際の手順

第1段階 社会診断

- 住民が地域の中でどう暮らしているか？
 - 1) 対象集団や課題などのターゲットを設定する
 - 2) 既存の情報から現状を確認する
 - 3) 当事者や関係者（フォーカスグループ）からヒアリングを行う
 - どんな困り事があるか？
 - それがどうなったらいいと考えているか？
 - 4) ヒアリング内容をKJ法で整理する
 - 5) 複数の項目の中から優先順位をつける

第2段階 疫学診断

- 住民のQOLに影響及ぼしている健康問題の現状の把握
 - 1) 第1段階で出されたQOLに関連のある健康問題を列挙する
 - 2) その健康問題についての疫学データを集める
 - その健康問題の現状を示す指標は？
 - 全国平均や近隣の自治体との比較
 - 3) 複数の健康問題が関連する場合には優先順位を付ける

第3段階 行動・環境診断

- 住民の健康問題に影響及ぼしている行動や生活習慣
 - 1) 第2段階で出た健康問題に原因となる行動や生活習慣を列挙する
 - 2) これらの生活習慣や行動の実態について情報を集める
 - 3) 列挙された行動や生活習慣について優先順位を検討する
 - 重要性（因果関係の強さと頻度）と改善可能性の2つの視点
 - 因果関係は既存の論文や実態調査結果等の根拠により評価
 - 頻度は実態調査の結果から評価する
 - 改善可能性は既存の論文がなければ、関係者との協議で評価
- 住民の健康問題や生活習慣に影響及ぼしている環境因子
 - 1) 第2段階で出た健康問題に関連のある環境因子を列挙する
 - 2) これらの環境因子の実態について情報を集める
 - 3) 行動や生活習慣と同様に優先順位を検討する
 - 環境因子への介入は困難な場合も少なくないが、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が重要

第4段階
教育・組織診断

- 準備因子
当該の保健行動をする気になるために必要な知識・態度・信念
- 強化因子
当該の保健行動の実践・継続を支援する周囲の反応や行動後に得られる心地よさや報酬
- 実現因子
当該の保健行動の実践を支援する技術や資源の利用しやすさ
 - 1) 第3段階で出た保健行動を規定する各因子を列挙する
 - 2) プラスに作用するかマイナスに作用するか分ける
 - 3) これらの因子の実態について情報を集める
 - 4) 重要性・改善可能性について検討し、優先順位を考える
 - 5) 優先順位の高い各因子を満たすために必要な教育内容やプログラム、住民組織や関係機関や団体への介入方法を考える

第5段階
運営・政策診断

- 運営診断
 - 1) 第4段階で選択された準備因子や強化因子を満たすための健康教育プログラムに必要な予算や人的資源の検討を行う
 - 2) 現時点での利用可能な資源（既存の健康教室等や住民組織や関係団体）の査定、プログラムを実行する際に解決しなければならない障害についての検討を行う
- 政策診断
 - 1) 健康教育の阻害要因となっている政策や法規、組織の方針などについての検討を行う
 - 2) 健康教育のみでは改善が期待できない実現因子への介入を検討し、施策に必要な予算や人的資源、利用可能な資源の査定を行う

第6段階
実施

- 実施
 - 1) 各段階での目標値の達成をめざして必要な健康教育や施策を展開
 - 2) プロセス評価のモニタリングに必要な情報を集めながら実施する

第7段階
経過評価

- 事業の実施経過による評価
 - 1) プログラムの進行状況、資源（コスト、マンパワー等）の活用状況、スタッフの仕事ぶり、参加状況、受益者や協力組織の反応等を確認
 - 2) 問題がある場合には早期に軌道修正を行う

第8段階 影響評価

●準備・強化・実現因子、保健行動、環境因子の推移による評価

- 1) プログラムの実施により第3段階（行動・環境診断）や第4段階（教育・組織診断）で設定した目標値が達成されたかを検証する

第9段階 結果評価

●健康状態やQOLが改善されたのかを評価

- 1) 疫学診断や社会診断で設定された目標値が達成されたのかどうかを検証する

3. モデルの特徴

PPモデルは地域づくり型保健活動やPCMと同様に目的設定型アプローチと言える。他の手法と異なるのは優先順位の決定を既存の根拠をもとに論理的に行っている点と言えよう。その他の主な特徴を以下に列挙する。

- 1) 分析とアプローチが一体化している
- 2) 行動科学を応用した社会心理学的なアプローチである
- 3) 政策科学とマッチし、複数の要因がからんだ問題の整理分析に応用できる
- 4) 保健計画づくりの枠組みとして活用できる
- 5) あらゆる領域に応用できる
- 6) 最新の各理論との併用も可能である
- 7) フレキシブルでモデルの一部や考え方のみでも応用が可能
- 8) 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
- 9) 現場の実践からフィードバックをもとに改良が加えられている
- 10) 企画や地域づくりの担当者に受け入れられやすい

上記のような特徴からPPモデルを用いた展開により、以下のメリットが発揮される

- 1) 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

ゴールをQOLにおいていることはヘルスプロモーションの理念と一致するものである。また、準備因子、強化因子、実現因子、環境因子を明かにし、不足している因子を充足する取り組みを検討することにより、ヘルスプロモーションの5つの戦術（健康的な公共政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動の強化、個人技術の開発、ヘルスサービスの方向転換）のすべてを網羅できる。

2) 確実に結果に結びつく施策と対象を明確にできる

社会生態学的なアプローチにより、直接的、間接的な要因を連鎖的なつながりとして捉え、健康問題の全体像を一望し、一連のプロセスの中で問題解決の優先順位を付け、目標値を設定するので、無駄のない事業の展開が可能になる。

3) 早期に事業の軌道修正ができる

事業の評価指標が最初から明確になっていることで、経過評価や影響評価で所定の効果が上がらない場合には、再度、運営・政策診断を行うことにより早期に対応することが可能である。

4) 参加者のエンパワーメントが図られる

一連のプロセスで巻き込まれた関係者の「気づき」や学びがあり、自分の役割が明確となり、一人一人がエンパワーメントされる。

4. 日本での活動に適用する場合の課題

1) 優先順位を決定するための既存のデータが不足している

各段階で優先順位を決定する際に必要な各因子と健康やQOLとの因果関係の強さや地域における各因子の頻度、改善可能性についての既存の情報が不足しているために、実際の展開において、必要な情報を住民や関係者を対象としたアンケート調査やヒアリングを行い、情報を収集することが必要である。

2) 論理的な展開を厳密に行うと住民参加が得られにくい

各段階の論理的な展開を厳密に行おうとすると、専門家主導になってしまい、住民参加が得られにくい。この弱点は Dr. Green 自身も指摘しており、日本における展開の課題というよりもこのモデルの課題とも言えよう。

この2つの課題を解決するために、次のような工夫が有効と考えられる。

1) 実態調査と優先順位の検討を住民と一緒にを行う

住民や関係者からのヒアリングをもとに、社会診断、行動・環境診断、教育・組織診断に必要な調査項目を抽出し、調査票づくりを住民や関係者と一緒に行うことにより、実態調査が専門家まかせになることを防ぐことが可能である。

また、優先順位の決定においても、改善可能性の検討を住民と一緒に行うことにより、優先順位を専門家のみによって決定するのではなく、住民を含む関係者で行うことが可能である。

プロジェクト・サイクル・マネジメント
(PCM)

国立公衆衛生院

兵井 伸行

シンポジウム 地域保健活動の方法論

1999年1月9日

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 保健統計人口学部 兵井伸行

プロジェクト・サイクル・マネージメント (PCM) の概要

- ◇ 特徴

- ◇ 歴史的発展

- ◇ 方法論—参加型計画立案手法
モニタリング、評価

資料

1. 「プロジェクトのマネージメント」、兵井伸行、健康教育大要、石井敏弘 編、377-389、ライフサイエンス・センター、1998.

2. 「地域保健活動とPCM手法 ～地域保健活動の現地専門家である町村の保健婦や栄養士がPCM手法をどのように受け止めたか～」、小島光洋、宮城県栗原保健所

プロジェクトのマネージメント

§ 要 約 §

公衆衛生、保健医療分野で「計画」「評価」という言葉を使用する機会が多いが、その具体的手法の研究や議論はあまり行われてこなかったように思われる。

ここでは、主に開発援助の分野で利用されているプロジェクト・マネージメント、特にプロジェクト形成のあり方を中心に検討を加えた。ここで紹介するPCM手法のような考え方や方法論は、保健所などが実施する地域の公衆衛生活動の計画立案、実施、評価にも十分応用でき、また、役立つものであると考えられる。

キーワード プロジェクト・マネージメント、PCM、計画、評価

i. はじめに

公衆衛生、保健医療分野で「計画」「評価」という言葉を使用する機会是非常に多い。保健所の様々な業務や各種報告書をはじめ、「地域保健計画」「保健計画学」などと、その使用範囲は幅広いものとなっている。しかしながら、保健計画に関する書物を紐解いてみても、地域住民のニーズを反映した適切な「目標」の設定が肝要であり、そのためには各種保健医療、社会経済指標を十分活用し云々、などという表現を目にするすることはあっても、実際に計画を立案するための手法をわれわれが十分使いこなせる形で説明していることは非常に稀である。

評価についても、従来はともすればモニタリングの対象であるべき「活動」を評価対象としたり、実施効率性を示す人・予算などの「投入」や「成果」が中心であり、いわゆる評価の5項目（①実施効率性、②効果、③目標達成度、④妥当性、⑤自立発展性）をすべて網羅した評価は極めて少ないといえる。そして、「計画」と同様、「評価」についてもその具体的な手法が示されていることも極めて稀である。

このように多くの人々が「計画」「評価」という言葉を使用する割には、果たして「どのように計画を立てるのか (Plan)」「どのように計画を実施するのか (Do)」「どのように評価を行うのか (See)」、これら全体を「どのように運営管理するのか (Management)」について、具体的な手法の研究や議論は余り行われてこなかったように思われる。

その理由については、いろいろと考えられるが、やはり、「公衆衛生」「保健医療」の分野は、学際的であるべきという「建前」を述べつつも、経営管理、システム工学など関連分野における問題解決のための手法を検討したり導入にすることに積極的ではなかったといえよう。

ii. プロジェクト・マネージメント

プロジェクトとは一定の予算と期間内に定められた目標を達成する事業のことであり、一方、時にはプロジェクトと同意語として用いられるプログラムは、複数のプロジェクトを包括するもので政策的意味合いが強いといえよう。

プロジェクトは、計画・立案、実施、モニタリング、評価という段階から成り立ち、このサイクルが新たなプロジェクトの計画・立案に結びついて行くように、サイクルの発展を伴う。このサイクルをいかに効率効果的に運営管理するかがプロジェクト・マネージメントといえよう。プロジェクト・マネージメントは恒久的な組織や機関などのマネージメントと異なり、まず一定の期間内の事業を対象とし、様々な関連資源の活用が必要となる点が特徴である。

このプロジェクト・マネージメントの概念や原則は、1960年代初めのアメリカの宇宙計画より始まったされる。その後、米国国際開発庁（United States Agency for International Development : USAID）は、従来の海外援助プロジェクト形成上の問題点を改善するため、特に目的に沿った効果的なプロジェクト評価を行うため、1960年代後期に論理的枠組み（Logical Framework）という画期的な方法を開発し、1971年より実際の利用を始めた。この手法は、プロジェクト実行の妨げとなる立案、モニタリング、評価の段階における欠陥を動的に補い、プロジェクト運営管理上の責任の所在を明確にする点で優れている。その後、この論理的枠組みは、米国国際開発庁だけでなく、カナダ、ノルウェー、西独、英国などの援助機関や世界銀行、アジア開発銀行、ユニセフなどの国際機関で日常的に利用されるようになったが、残念ながらわが国では利用されてこなかった。

この論理的枠組みの主な特徴は、プロジェクトに関わるさまざまな関係者の考えや意見を組織化できる点、プロジェクトの具体的な活動と投入すべき資源、期待される結果を論理的かつ総合的に関係づけることができる点、また、具体的な到達目標や評価のためにモニタリングすべき指標を設定できる点、プロジェクトの成否にとってきわめて重要であるがプロジェクト自体影響を及ぼすことのできない外部因子を事前に明らかにできる点、責任の所在を明確にできる点、関係者のプロジェクトに関する理解や意志の疎通が明確かつ正確になる点などである。つまり、過去の経験や実績を踏まえ、科学的論理的な方法に基づいた運営管理によって、プロジェクトがこれから成し遂げる内容（結果）と期待される重要な結果（目的）を明示できる原則的方法であるといえる。

この論理的枠組みにいくつかの分析段階および活動計画表を付け加え、参加型手法に発

展させたのが、ドイツ技術協力公社（GTZ）が1980年代前半に開発した目的指向型プロジェクト立案手法（Ziel Orientierte Projekt Planung : ZOPP）である。

ZOPP手法は、①プロジェクト対象地域の把握、②プロジェクト関係者分析、③問題点の明確化と根源的問題の特定、④問題点の相互関係の分析と問題系統図の作成、⑤問題点をプロジェクトの方針項目へ変換するとともに方針項目系統図の作成、⑥プロジェクト構想表の作成および評価方法の設定、⑦具体的活動内容計画の設定、の7段階でプロジェクト形成を行うものである。その過程はすべて相手国側も含むプロジェクト関係者のチームで実施され、討論の過程もすべて視覚的に確認される。

この目的指向型プロジェクト立案手法 ZOPP は、1980年代後半にヨーロッパ各国の援助機関やユニセフなど国際機関に取り入れられている。

日本では、この ZOPP 手法をさらに発展させ、立案のみならず審査、実施、モニタリング、評価というプロジェクト・サイクルにおいて利用できるプロジェクト・サイクル・マネージメント（Project Cycle Management : PCM）手法を国際開発高等教育機構が1990年代前半に開発し、現在、保健医療を含む開発援助のプロジェクト・マネージメントに活用されつつある。

iii. Project Cycle Management (PCM) 手法

この手法は、「一貫性」「論理性」「参加型」「透明性」「責任の明確化」という特徴を持っている。「一貫性」とは、プロジェクトの計画・立案、実施、評価の各段階が、この手法に沿って作成されるプロジェクトの主要な要素を示すプロジェクト・デザイン・マトリクス（Project Design Matrix : PDM）と呼ばれる論理的枠組みに基づいて行われるからである。つまりプロジェクトの計画・立案、実施、評価のすべての過程で同一 PDM を用いることにより、プロジェクトを「一貫性」を持って運営管理することが可能となる。

「論理性」とは、PDM を作成するための分析段階で「原因－結果」「手段－目的」という論理的な視点で事象を捉え分析し、また、一定の論理構成で PDM を作成することによる。PDM が論理的枠組み（Logical Framework）と呼ばれる所以でもある。

「参加型」とは、想定するプロジェクトに関係する様々な組織、団体、個人がプロジェクトの計画段階からプロジェクトの立案に参画することにより、利害や立場の違いを計画に反映させることが可能となる。また、立案のためのワークショップにおいては、これら参加者が、手法の論理的なルールに沿って、自らの意見をカードに記入し、ボードに貼り、そして議論することによりコンセンサスを得るという方法を採用。カードを活用することにより視覚的に論理関係を把握できること、民主的、主体的な意見の汲み上げが可能となることなどもこの利点として上げられよう。

「透明性」とは、PCM 手法を用いることにより、プロジェクト・サイクルの全体像が明らかになり、プロジェクトの透明性が増すことである。

「責任の明確化」とは、プロジェクトの内容が論理的具体的に示されることにより、責任所在が明らかになるとともに、立案段階での責任所在の確認が取れることでもある。

このPCM手法は、大別して参加型計画手法、モニタリング・評価手法の2つに分かれるが、ここでは主に参加型計画手法について述べてみたい。

参加型計画手法は、さらに、参加者分析、問題分析、目的分析、プロジェクトの選択からなる分析段階とPDM作成、活動計画表作成からなる立案段階に分かれる（図88）。各段階における作業の内容は以下の通りである。

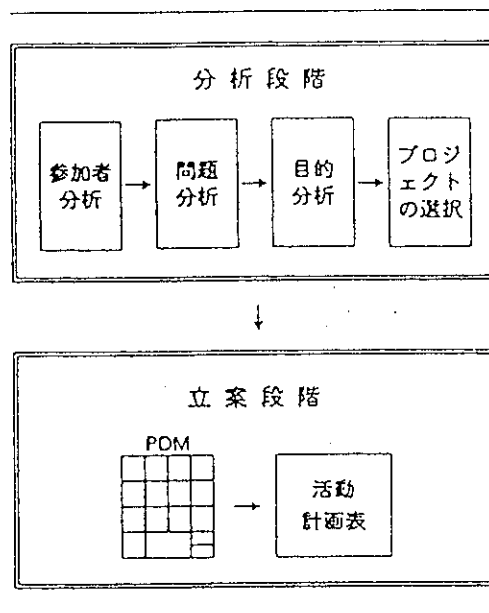


図88. 参加型計画手法の各段階

【分析段階】

1) 参加者分析

プロジェクト関係者分析においては、想定したプロジェクトに関与すると考えられるすべての関係者や組織を列挙し、それぞれの特徴や利害関係、関与の程度、プロジェクトにおける位置づけや役割を考慮して分類する。この作業により、受益者、実行者、協力者、潜在的妨害者などを特定でき、また、その相互関係が明確になる。さらに特定グループについてその問題や特徴、ニーズなどに詳細な分析を加え、誰のためのプロジェクトを立案するのかを確認し、対象となるターゲット・グループを決定する。例えば、ある地域の母子保健の問題を分析すると仮定すると、「保健所」「保健婦」「医師会」「市町村保健婦」「母親」「夫」など関連する参加者があげられる。また、ここでターゲット・グループを母子とするか、母親とするか、乳幼児のいる家族とするかなどの議論が分析を踏まえて行われる。

2) 問題分析

ターゲット・グループが抱えている問題を解決するためにプロジェクトを行う訳であるから、ここではプロジェクトに関連する状況より、現存する問題点を洗い出し、さらにこれら問題点の相互関係や因果関係に論理的な検討を加え、その関係を系図に示し明らかにする。

まず、分析の出発点となるすべての問題点（原因）が集約されるような根源的な問題点を特定する。この中心問題点を基に、その直接原因と直接結果を検討し、さらにそれぞれの問題を「原因－結果」の因果関係で分析する。そして、図 89 のような形に問題点の相

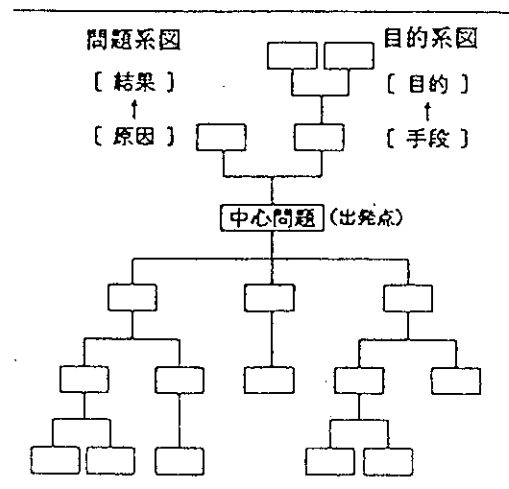


図89. 問題系図と目的系図

互関係を分析整理し、根源的問題を中心とした系図を作成する（図 92）。これより、プロジェクトが関わろうとする問題点を総合的、視覚的に捉えることが可能となる。この中心問題は、想定されるプロジェクトの対象地域、分野の諸問題をできるだけ包括的に取り込むことのできる十分な広がりを持つレベルでないと、分析を行う問題の範囲が狭まってしまふ恐れがある。したがって、中心問題は必ずしもプロジェクトの目標である必要もなく、また、最も優先度の高い問題である必要もない。問題分析で取り上げられない問題については、その解決のための方策を検討しないので、重要な問題の取りこぼしがないよう注意が必要である。

3) 目的分析

問題分析で作成した問題系図の各項目に対し、それが改善された将来の望ましい状態を表す「プロジェクト方針項目」へ変換する。たとえば、「乳児死亡率が高い」という項目が、「乳児死亡率が低くなる」という方針項目へ変換されることになる。つまり、問題系図の「原因－結果」の関係が、目的系図においては「手段－目的」の関係に置き換えられ

る（図 89）。もちろん、すべての「原因－結果」が自動的に変換される訳でなく、必要に応じて、新たなカードを追加したり削除する。できあがった目的系図には、問題を解決するためのいくつかの内容の異なるアプローチが含まれる（図 93）。

4) プロジェクトの選択

目的系図の中には内容の異なるアプローチが系図の中心に向かってグループを作っている。例えば、地域住民の健康問題を想定した系図においては、健康教育アプローチ、人材育成アプローチ、健診アプローチなどが地域住民の健康問題を解決するための異なるアプローチとして認められるであろう。このように系図において活動の実施が不可能なものを除外した後、これらアプローチをそれぞれ線で囲み名前をつける。これらのアプローチは、「問題が改善された望ましい状況」を実現するための複数のプロジェクト候補として捉えることができる。もちろん、これらすべてのアプローチを実行することが問題の解決を図る上では理想的かもしれないが、現実には、さまざま制約が存在する。そこで、これらプロジェクトの候補であるアプローチを互いに比較検討する。この比較検討には、ターゲット・グループの規模、ターゲット・グループへのインパクト、費用・便益分析、技術の適正度、政策上の優先度、社会文化的影響、環境リスクなどの項目が、選択基準として用いられる。これら選択基準による相互比較を行い、最終的にプロジェクトとして特定のアプローチを決定する。

【立案段階】

5) プロジェクト・デザイン・マトリクス (PDM) 作成

PDM は、すでに述べたように論理的枠組みとほぼ同じ形式であり、プロジェクト目標、成果、活動、投入、外部条件、指標などプロジェクトの重要な要素を誰もが簡単に理解できるようにすべてをまとめあげた一覧表といえる（図 90、表 44）。

プロジェクトの要約	指標	指標アータ入手手段	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90. プロジェクト・デザイン・マトリクス (PDM)