

平成11年度厚生科学研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法と
その発展途上国での適応に関する研究

平成11年度 報 告 書

平成12年3月

主任研究者 岩永 俊博
(国立公衆衛生院公衆衛生行政学部)

平成11年度厚生科学研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法と その発展途上国での適応に関する研究

平成11年度 報 告 書

平成12年3月

主任研究者 岩永 俊博
(国立公衆衛生院公衆衛生行政学部)

目 次

総括研究報告	1
分担研究報告	
日本型ヘルスプロモーション活動の考え方と実際	6
プライマリー・ヘルス・ケアの視点から見た 日本型ヘルス・プロモーション活動とその展開方法	24
ヘルスプロモーションの概念から見た 日本型ヘルスプロモーション活動の分析と発展途上国への適応の検討	27
ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動と その途上国における適応	47
発展途上国における SOJO-Model 適応の可能性と課題	49

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力研究事業）
総括研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法と
その発展途上国での適応に関する研究

総括研究者 岩永俊博（国立公衆衛生院公衆衛生行政学部長）

研究の概要：ヘルスプロモーションは、1986年、WHOのオタワ憲章で示された概念であるが、人々を取り巻く条件をよりよいものに整え、安全で満足できる生活を支える環境を作り出し、その結果として地域の健康を実現することを目的としている。しかもそれは、優先順位の決定や戦略立案、実行、評価などの地域での具体的で効果的な活動を通して実現されるものであり、すでに先進各国においては、健康づくり活動の中心的戦略として取り組みが行われている。発展途上国においても、今後そのような取り組みは重要な位置を占めることが予測される。

一方、日本においては、欧米で開発された方法の移入ではなく、日本でのコミュニティを基盤として、ヘルスプロモーションの概念を基盤においた保健活動の展開モデルが開発され、行政や住民を交えた取り組みや、住民が中心となった地域での取り組みの例が報告されている。この日本で開発されているヘルスプロモーションの展開モデルは、発展途上国への応用の可能性があると考えられる。

そこで、現在日本で開発されているヘルスプロモーションの展開モデルについて、実際のフィールド活動も含めて、日本的な行政システムや政策形成モデルの視点から分析するとともに、異なる文化的、政治的、経済的背景を持つバングラディッシュなどいくつかの国での行政システムや政策形成モデルの視点からもあわせて分析することにより、日本でのモデルの発展と発展途上国での応用の可能性や海外での適応に際して、国際協力の効果的な進め方を検討した。

その結果、発展途上国においてヘルスプロモーション活動を進める条件として、国民生活の安定、既存の保健活動の実践的経験、地方分権や住民参加に対する政策決定者の理解などがあげられ、実践にはさまざまな課題があることが示唆された。しかし、ヘルスプロモーションの実践を目指すことは時代的にも潮流であり、小さなコミュニティからでも試み、課題解決の方法を実践的に検討することの必要性も提示された。

分担研究者

松田正己 静岡県立大学教授
塩飽邦憲 島根医科大学助教授
仲間秀典 信州大学助教授

ややもすれば、日本での展開方法をそのまま移入しようとする過ちを起こす危険性をはらんでいる。

そこで、今回の研究では、現在日本で試みられている、地域を基盤とした住民参加型目的志向型のヘルスプロモーションモデルに対して、発展途上国への適応という視点から分析し、その展開の核となる要素を抽出し、国際協力としての適応の可能性を検討することを目的とした。

A 研究目的

近年、国際協力の動きとして地方自治体からも専門家が発展途上国などへ派遣されるようになりつつある。しかし、施設、設備などハード面での支援ではなく、地域での保健活動の戦略モデルや展開方法の移入となると、日本型モデルの展開に対する、プライマリー・ヘルス・ケアやヘルスプロモーションなどの視点からの分析が十分ではなく、

B 研究方法

1. 日本型ヘルスプロモーションの展開モデルとして、地域づくり型保健活動（SOJO-Model）について、発展途上国へ

の適応を前提として、展開方法や特徴を検討した。

2. 発展途上国におけるヘルスプロモーション活動の必要性について検討した。
3. これまで、SOJO-Model を適応してきた福島県大越町、奈良県十津川村、高知県日高村などで住民を交えたワークショップに参加し、展開方法を検討分析した。
4. 対象となった地域において、専門家や住民を対象として、住民と専門家との関係性や展開方法の困難さなどについて聞き取り調査を行った。
5. 以上の検討結果を踏まえ、各分担研究者それぞれの視点、各分担研究者のもとに発展途上国から留学している外国人研究者、さらに日本から海外でのプロジェクトにかかわっている実践者などを含めて、発展途上国において適応する場合の問題点やその改善策について検討した。

C 結果

1. SOJO-Model に関する検討結果

1) 日本型ヘルスプロモーション

SOJO-Model は、健康な地域の実現のために、関係者が、到達目標を理想とする健康な地域について、イメージとして具体化、確認し、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。

このSOJO-Modelを日本型ヘルスプロモーション活動モデルとして今回検討の対象とした背景は、SOJO-Modelが国外で開発されたモデルの移入ではなく、日本国内の保健所、市町村の保健分野で働く人たちが、日常活動でのさまざまな疑問に対して自答する過程で開発されてきたモデルということである⁷⁾。そのことはこのモデルが、①欧米型民主主義の発達した地域ではなく旧来型むら社会の人間関係の存在するコミュニティ、②地方分権とはいいつつも中央集権的色彩の強い行政組織、③住民からの行政依存性、政治依存性の傾向が強い地方公共団体と住民との関係などを背景としていると考えられる。そのような社会的背景をもつプロセスモデルであることが、国により多少の違いはあるものの同様な背景を持つ発展途上国での適応の可能性を検討するに際して、このモデルを「日本型」として検

討の対象とした理由である。

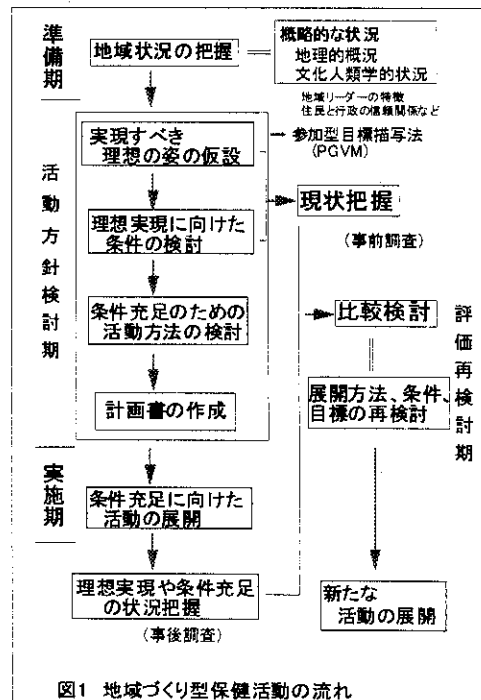
2) SOJO-Model とは

保健活動の目的を、地域住民の健康な暮らしの具体的な姿として描き、その目的の実現を統合的に志向し、そのための方法を住民や多分野の人たちで一緒に考え決めていくという話し合いの方法と、そのような経過をたどって出来た計画書に基づいて活動を始め、途中経過を検討しながら進めていくという活動方法である。

その話し合いの方法を参加型目的描写法 (Participatory Goal Visualizing Method, PGVM) とし、全体の進め方を地域づくり型保健活動 (System Oriented Joyful Operation, SOJO-Model) という。また、目的を確認し、役割を実行する過程で得られる参加者個人の能力や、創造される必要なしくみ、そしてそれらの相互作用は、健康な地域実現の促進を図るための重要な要素として捉えられ、それらを獲得することもこの展開方法の目的の持つ目的である。方法の説明で使われる表現の定義や必要な人的資源、具体的な進め方などの詳細は分担研究で明らかにされる。

3) SOJO-Model の実際

SOJO-Model は、図1に示すように、準備期、活動方針検討期、実施期、評価再検討期の4期で構成される。そのうち活動方



針検討期での計画書作成の段階においてPGVMを用いたワークショップが行われる。その経過は息の長いものになる。目的とする地域での住民の健康な姿が実現するまで、実行と評価再検討が繰り返される。

(1) 準備期 launching phase

準備期では次のような作業が行われる。

- ①意義や目的の確認
- ②ファシリテータの育成
- ③コミュニティに関する概略的な状況把握
- ④コミュニティリーダーの把握

(2) 活動方針検討期 planing phase

この段階では、参加者は実現すべき健康の姿を目的として確認するために、地域での健康な暮らしを、それぞれの具体的なイメージとして話し合う。そこで確認したいいくつかのイメージについて、その目的としての健康な暮らしを実現するための条件を検討し、さらに条件を満たすための具体的な活動を考える。そのようにして描いた自分たちの実現目的と、それを満たすための条件群、さらに条件を満たすための活動などを計画書にするために文章化する。この一連のワークショップは、PGVMを用いたグループワークで行われる。

検討結果に基づいて、介入前の基礎調査として理想の姿や条件に関する現状把握の作業もこの段階に行く。調査方法は、自記式調査票による郵送調査やインタビュー調査、グループ法、実地踏査などが用いられる。

(3) 実施期 implementation phase

この段階は活動方針検討期に検討され策定された基本計画や事業計画、行動計画に基づいて、それぞれが活動を実行する。

(4) 評価・再検討期 evaluation phase

目的として設定した状況や条件の充足状況について、事後調査を行い達成度を測定する。その結果を基に次の優先事項を決定する。調査結果によっては、条件や活動方法、あるいは役割分担などの再確認が必要になる場合もある。

4) SOJO-Model の特徴

- (1) ヘルスプロモーションとブレイクスルー思考の融合したプロセスモデルである
- (2) 参加者が自分たちで決定し役割を果

たす能力を助長するモデルである

- (3) コミュニティの再構築が計られるモデルである
- (4) その地域で調達可能な資源の再配分を目指したモデルである
- (5) 住民自身が、自分たちの将来像を考え、決定する力をつけるモデルである
- (6) ヘルスプロモーションに示された重要な点を取り入れたモデルである

5) SOJO-Model の適応

SOJO-Mode の特徴を踏まえて、このモデルの適応が有効な例は、

- (1) 地域で住民と行政とが一緒になって健康づくりの計画を考える場合
- (2) 現在進めている事業や活動について、今の進め方でいいのだろうか、もっといい方法や進め方があるのではないかなどという見なおしの場合

6) SOJO-Model を適応した場合の課題

- 国内での適応を困難にする要因として、
- (1) モデルを適応することが目的になることによる戸惑い
 - (2) モデルの持つ基本的な概念に対するスタッフの理解不足
 - (3) 住民参加の考え方の違い
 - (4) 行政のスタッフの結論を急ぎたがり、正解を求める体質などが考えられた。

2 SOJO-Model の国内での適応に関する検討結果

SOJO-Model を適応している地域の行政スタッフや住民に対する訪問聞き取り調査の結果、保健婦をはじめとするスタッフ側にも住民の側にもとまどいがあることが明らかになった。特に、スタッフは①話し合いが今ひとつ盛り上がらない、②住民に「話が難しすぎる」、「理想ばかり言っていて何になるんだ」と言われる、③成果が出るまでに時間がかかりすぎて、続けていくことに困難を感じる、④話し合いが進む過程で住民や上司などから実行に移すことを急かされるなど、多くの問題に悩まされていた。

1) 各段階ごとの展開と課題

a 準備期

スタッフは PGVM でのワークショップの進め方に慣れておく必要がある。スタッ

フにとってワークショップがうまく進められるだろうかという不安は大きい。また、職場内のバックアップ体制を整えることと、地域の人的資源や人間関係の状況を把握、整理することも重要なことである。適応する地域を選定する際、人的資源などの情報を集めたうえで、もっともやりやすい、成功しやすいと思われる地域を選ぶことが重要である。

b 活動方針検討期

SOJO-Model では、最初に地域のあるべき姿、理想像を具体的に話し合うことから始まる。その際、映像のように表現することが求められる。スタッフがいくつかの例を挙げることで、そのコツは容易につかむことが出来たようだ。

それまでの活動と区別するため、「地域づくり型」という言葉を使って説明すると「保健活動」よりも「地域起こし」や「村おこし」を連想し、「保健活動」との関連に住民が戸惑っていることがあった。その状態のまま進んでいくと、「私のやりたかったことと違う」という失望感を生むことになるので、早めの対策が必要だと思われる。こうしたことを防ぐには、最初に住民に参加を呼びかけるときの工夫が求められるとともに、「健康な暮らしの出来る地域」を考えていく際にも、スタッフ側の留意が必要である。

あるべき地域の姿を描くことからスタートする「地域づくり型」だが、その地域像に住民が受け入れられるかどうかは、活動の成否を左右する最初の分岐点となる。

c 計画書づくりまで

計画書づくりまでの一連の活動は、参加型目標描写法 (PGVM) といわれるが、この過程を通して住民は活動の目標を共有し、そのための条件を抽出し、行動を決定していく。この過程を経て作られた計画書は、参加者の合意と共感の結晶である。PGVM を用いることで自然に、本当に必要な条件が見出され、それをもとに行動を決定できる。その過程には個人の利害関係や感情のもつれ、イデオロギーさえ入り込みようがない。合意形成に向けて、ことさら努力するという過程ではないのだから、

妥協も根回しもない。ごく自然に妥当なところへ全員が導かれていく。そこが、この方法の最大の特長であろう。だから、SOJO-Model では計画書づくりまで到達しなければ、参加者が自らの行動を決定することにならない。しかし、住民は往々にして計画書を作成する前に、実際の行動を起こしたくなるようである。これをどう調整していくのが、スタッフにとって最大の山場だと言えるだろう。

3. 発展途上国への適応に関する検討結果

SOJO-Modelは、他のマネジメント手法と同様に、保健・医療に関わる諸技術の、統合的な手法である。このため、統合の前提として、幾つかの条件がある。

1)住民の生活がある程度安定し、健康に関して、住民が積極的に関与できる状況にある。

2)近代的な保健活動がある程度歴史を有し、諸技術が教育され、実践されていること。

3) 発展途上国では、地方分権が進んでおらず、中央政府の縦割り行政が地方自治体においても貫かれているところが多い。このため、地方自治体において住民やスタッフの自由な発想により保健福祉活動を行うことは困難が多い。このため、政策化を視野に入れたヘルスプロモーション活動は、中央政府や地方自治体住民参加型の保健活動を推進することという政治的イニシアティブが確立した地域で展開することが必須条件であろう。

4) 行政から独立した研究・学習組織が、問題点を分析し、解決のための提言を行うと共に、住民やスタッフの人づくりに貢献することが重要である

また、SOJO-Model 適応の課題として次の点が考えられた。

1) 日本における「地域づくり型保健活動」はその成り立ちから保健婦を中心とした公衆衛生従事者によるファシリテーションを暗黙の前提とし、住民と行政とのパートナーシップを主要な戦略としているように思われるが、発展途上国では「公衆衛生従事者」「地方自治体」にとらわれることなく、柔軟に活動を展開していくことが必要にな

と思われる。

2) SOJO-Modelでは、「問題の分析」に先行して「あるべき姿の共有」を図ることを重要視しているが、発展途上国では、住民の生活様式や価値観の多様化が急速に進んでいる国もあり、ヘルスワーカーが地域の健康問題の全体像とその関連諸要因を的確に把握することは容易でない。このような条件のもとで、「あるべき姿の共有」を先行させることが有効に機能するとは限らない。

3) 途上国の住民にとって、「あるべき姿」を描くと言うことは、先進国の住民以上に難しい。多くの途上国の特徴の一つは「富者」と「貧者」の格差が大きい、ということである。そこで「あるべき姿」を描くとすると、「富者」は現実無視の理想を描きがちになる。「貧者」は「あるべき姿描写」体験が乏しいため、それをどう描いていいのかわからない、という現実に直面する。

4. 発展途上国へのヘルスプロモーションの適応における課題

ヘルスプロモーションの概念は世界的潮流となって途上国にも広がりつつあるが、未だに4つの障害がその流れをくいとめているという報告がある。第1に、公衆衛生専門職、医師、看護婦など専門家たちによる保健開発事業の一種のなわばり争いがあり、もうこれ以上、ヘルスプロモーションの専門家などという競争相手に登場してほしくはないこと。第2にヘルスプロモーションは未だに新しい概念であり、多くの政策決定者によく理解されていないこと。第3にヘルスプロモーションの実践家が十分に育っていないこと。そして最後にヘルスプロモーションの介入後、成果が見られるまで時間がかかりすぎるということである。

このような障害があるにもかかわらず、途上国におけるヘルスプロモーション活動の成果は徐々にではあるがWHO等によって示されてきている。こうしてヘルスプロモーションの概念は途上国に根を下ろして

きているとあってよいであろう。

SOJO-Modelはまだ途上国に導入されていない。しかしその理念的支柱であるヘルスプロモーションやブレイクスルー思考のいくつかの原則の類似概念はすでに途上国に根を下ろしてきている。このことからわかるように、地域づくり型保健活動が実施できる基盤は途上国にすでに存在すると判断してよいであろう。

しかしながら、地域づくり型保健活動を途上国で実践する際には、いくつかの問題点に直面する可能性があり、おそらく予め予想しえない新たな問題が実践過程のなかでは生じるであろう。

これらの問題解決の方法として、途上国ですでになじみのある地域開発手法をリンクさせることも必要であろう。

地域保健プロジェクトの対象地域において、SOJO-Modelを小規模でもいいから取り込み、途上国での実践体験の中で、問題点を特定し、かつそれを克服する手段を見いだしていくことであろう。

一方、先進諸国のように、SOJO-Modelの教育・研修を組織だてで行うことも効果的である。上級コースや初級コース、研究者コースなどのプログラム化が必要と考えられる。さらに、日本人を対象とした指導者の育成も場合によっては必要となる。

5. まとめ

ヘルスプロモーションの概念は途上国においてもプライマリ・ヘルスケアをより発展させた理念として、保健活動に取り入れられるべきであり、その試みも進められている。とりわけ、発展途上国で課題となっているコミュニティの発展や民主主義の成熟という観点から、SOJO-Modelは途上国におけるヘルスプロモーションの展開に有益な戦略を提示している。実践的に展開するには多くの課題が提示されたが、今後具体的な実践事例を通して、それらの課題への対応策を検討し、その有用性を確認すべきであろう。

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
分担研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究

日本型ヘルスプロモーション活動の考え方と実際

分担研究者 岩永俊博（国立公衆衛生院公衆衛生行政学部）

今回日本型ヘルスプロモーション活動モデルとして、地域づくり型保健活動（SOJO-Model）を取り上げ、国際協力におけるヘルスプロモーション展開の可能性と課題について検討した。SOJO-Model を日本型ヘルスプロモーション活動モデルと位置づけた理由は、日本国内の保健所、市町村の保健分野で働く人たちが、日常活動でのさまざまな疑問に対して自答する過程で開発されてきたモデルであり、このモデルの背景として、(1)欧米型民主主義の発達した地域ではなく、旧来型むら社会の人間関係の存在するコミュニティ、(2)地方分権とはいいつつも中央集権的色彩の強い行政組織、(3)住民からの行政依存性、政治依存性の傾向が強い地方公共団体と住民との関係などが特徴として考えられるためである。そのような社会的背景をもつプロセスモデルであることが、国により多少の違いはあるものの同様な背景を持つ発展途上国での適応の可能性を検討するに際して、このモデルを「日本型」として検討の対象とした理由である。

国内での適応を困難にする要因として、①モデルを適応することが目的になることによる戸惑い、②モデルの持つ基本的な概念に対するスタッフの理解不足、③住民参加の考え方の違い、④行政のスタッフの結論を急ぎすぎ、正解を求める体質などが考えられた。

研究協力者

鳩野洋子（公衆衛生看護学部）
渡部育子（大越町健康管理センター）
鈴木優子

1. はじめに

ある地域での保健活動がヘルスプロモーションの理念に基づいた進め方であるというためには、具体的に展開する際に、いくつかの要素が意識されていることが重要である。それらは、①健康を最終目的としてではなくよりよい生活の資源として捉えること、②住民参加もしくは地域の参加、③多分野の協働、③暮らしを取り巻くしくみづくり、④関係者が自らのもしくは自分たちの地域での健康を自らで決定し役割を果たす能力を助長すること、⑤地域での組織化、⑥公衆衛生専門家の唱道などが考えられる。近年、住民とともにその地域のニーズアセスメントを行うPRA¹⁾や、プロジェクトのマネジメントに有用な

ZOPP やPCM²⁺⁾、さらに科学的根拠に基づいた優先性の決定や評価のためのPRECEED-PROCED-model³⁺⁾など、さまざまなモデルが、事例への適応も含めて紹介されている。我々は、ヘルスプロモーションに示された要素を基盤においた地域での保健活動の展開モデルを、地域づくり型保健活動（SOJO-Model）として開発し適応を試みている。今回日本型ヘルスプロモーション活動モデルとして、そのSOJO-Model を取り上げ、国際協力におけるヘルスプロモーション展開の可能性と課題について検討した。

2. 日本型ヘルスプロモーション活動モデル

SOJO-Model を日本型ヘルスプロモーション活動モデルとして今回検討の対象とした。それは、SOJO-Model が国外で開発されたモデルの移入ではなく、日本国内の保健所、市町村の保健分野で働く人たちが、日常活動でのさまざまな疑問に対

して自答する過程で開発されてきたモデルということによる⁷⁾。そのことはこのモデルの背景として、①欧米型民主主義の発達した地域ではなく、旧来型むら社会の人間関係の存在するコミュニティ、②地方分権とはいいつつも中央集権的色彩の強い行政組織、③住民からの行政依存性、政治依存性の傾向が強い地方公共団体と住民との関係などが特徴として考えられる。そのような社会的背景をもつプロセスモデルであることが、国により多少の違いはあるものの同様な背景を持つ発展途上国での適応の可能性を検討するに際して、このモデルを「日本型」として検討の対象とした理由である。

3. SOJO-Model とは

SOJO-Model とは、健康な地域の実現のために、関係者が、到達目標を、理想とする健康な地域について、イメージとして具体化、確認し、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。

目的を確認し、役割を実行する過程で得られる参加者個人の能力や、創造される必要なしくみ、そしてそれらの相互作用は、健康な地域実現の促進を図るための重要な要素として捉えられ、それらを獲得することもこの展開方法の目的である。

言い換えると、保健活動の目的を、地域住民の健康な暮らしの具体的な姿として描き、その目的の実現を統合的に志向し、そのための方法を住民や多分野の人たちと一緒に考え決めていくという話し合いの方法と、そのような経過をたどって出来た計画書に基づいて活動を始め、途中経過を検討しながら進めていくという活動方法である。その話し合いの方法を参加型目的描写法 (Participatory Goal Visualizing Method, PGVM) とし、全体の進め方を地域づくり型保健活動 (System Oriented Joyful Operation, SOJO-Model) という。さらに、その中に含まれる言葉の意味を次のように定義する。

○**健康な地域**：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

- 関係者**：当事者、一般住民、専門家、行政職員など
- 理想とする健康な地域**：そこで話題となっている人たちが、健康な生活を送ることの出来る地域
- 到達目標を、イメージとして具体化、確認する**：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、関係者が共通のイメージで語ることが出来るように、映画の1シーンや一枚の写真を見るような具体例で描写し、それが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ること
- 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。
- 参加者個人の能力**：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**：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。

4. 地域づくり型保健活動 (SOJO-Model) のための主な人的資源

1) スーパーバイザー

SOJO-Model をうまく進めるためには、全体の進め方について、先々どうなるのかを見通しながら現在の状況をふまえ、今後どうすべきかを示す役割が必要である。この役割をする人をスーパーバイザーという。この役割は、全体の流れを把握し、現在の進み方がどのような位置づけにあるのかをつかみ、統合的視点から全体を見通す立場といえる。それを可能にするためには、話し合いの進め方やメモの取り方を知らうとするのではなく、常に全体の構成を視野に入れておくことが必要である。

初期の段階では、特にスーパーバイザーの役割が重要であるが、参加者が全体の流れを掴んで動き出せば、役割はそれほどな

なくなってしまう、スーパーバイザーは自分の役割がなくなることを目指すべきである。

2) グループワークのファシリテータ

PGVM では、話し合いを中心としたワークショップが行われる。そこで、話し合いを進めるためのグループリーダーの役割が重要である。参加者が意見が出しやすいような雰囲気を作り、参加者に発言の勇気を与え、発言者に発言したことの喜びを与える役割であり、この役割をファシリテータと呼ぶ。

話し合いに詰まったときでも、参加者と共に、詰まった状態から抜け出す要領のよさが求められる。しかし、うまく進めるためには、最初は練習が必要である。PGVMでの話し合いの進め方には、一定のルールがありファシリテータとしてのトレーニングも必要である。

3) コミュニティ・リーダー

一緒に進めようとするコミュニティのリーダーも、大きな人的資源になる。地域、組織、団体、職域など、その表面的なリーダーと実質的なリーダーとがいるが、いずれにしても、進めようとするとき、リーダーと進め方などを相談することは重要である。逆に言えば、相談できるリーダーのいるようなコミュニティで進めることが得策ともいえる。

4) ワークショップ参加者

ワークショップの参加者は、「自分たちのコミュニティで、どのような健康な暮らしを実現すべきなのか」ということを話し合っていく主体であり主役である。人ごとではない、よその話ではない、自分たち自身が目指す健康な暮らしの姿を話し合っていくことになり、多くの場合、当初はこのような話し合いの進め方になかなか慣れず、進め方も受け身的な参加になる場合もある。しかし、話し合いに慣れてくると、参加の仕方も主体的になってくる。ワークショップの主催者は、参加者が受け身的な場合もそのことで批判的になるのではなく、進め方やその意義についての理解を深めるよう働きかけたり、慣れてくれば大丈夫であることを説明して勇気づけることも必要である。そのためにはワークショップ

後、数日以内に参加者に個別に接触を図るなど、十分なフォローが重要である。

5. 地域づくり型保健活動 (SOJO-Model) の実際

SOJO-Model は、図1に示すように、準備期、活動方針検討期、実施期、評価再検討期の4期で構成される。そのうち活動方針検討期での計画書作成の段階においてPGVMを用いたワークショップが行われる。その経過は図1、図2に示すように、

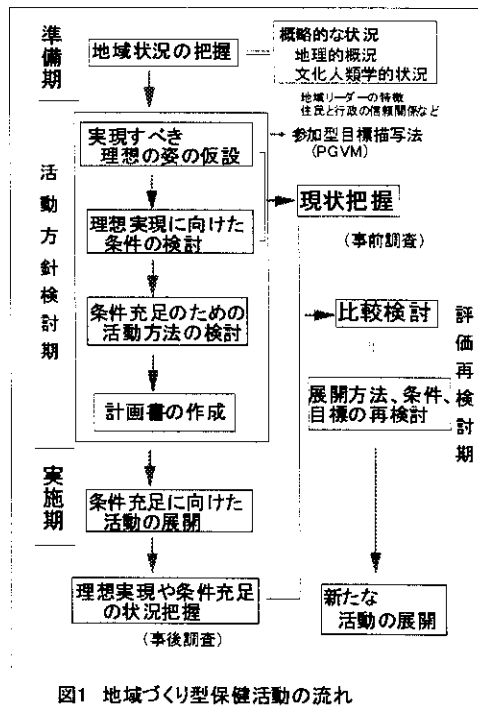


図1 地域づくり型保健活動の流れ

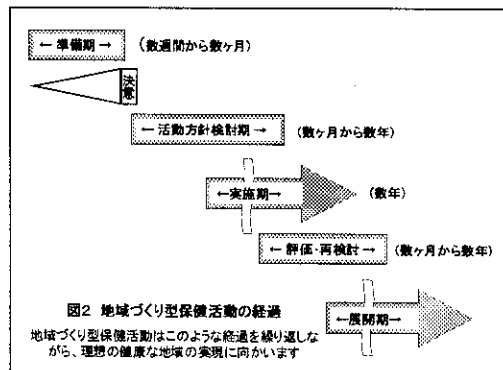


図2 地域づくり型保健活動の経過
地域づくり型保健活動はこのような経過を繰り返しながら、理想の健康な地域の実現に向かいます

息の長いものになる。目的とする地域での住民の健康な姿が実現するまで、実行と評価再検討が繰り返される。

(1) 準備期 launching phase (数週間～数か月)

準備期ではつぎのようなことが作業が行われる。

①意義や目的の確認

この展開方法を働きかけようとする関係者間で、このような進め方の意義や目的を確認する。自分だけが関わっているような小さなコミュニティ、例えばセルフ・ヘルプ・グループのように、自分とコミュニティメンバーとで進めていくことが出来るような場合は、相談相手を作っておくことで進めることが可能である。しかしある程度の地域を対象に始めるときなどでは、特に最初の段階では行政から働きかける場合が多いので、行政スタッフ間での確認が重要である。

また、一緒にやっっていこうとする参加者、特にコミュニティのリーダーとの確認も重要である。

②ファシリテータの育成

PGVM のグループワークでは、理想の姿を描いたり、条件を検討していくため、その進め方を理解した人が、話し合いを進行する必要がある。特に、このような話し合いになれていない参加者が多い場合、発言しやすい雰囲気づくりや勇気づけが必要で、そのためのファシリテータを育成することは非常に重要である。ワークショップの場や目的にもよるが、参加者の多くが慣れていない場合、行政や保健婦、栄養士などの専門家がその役割をとる場合が多い。

③コミュニティに関する概略的な状況把握

これから働きかけようとする場で関係するグループや組織、あるいは地域（このようなものを総称してコミュニティという）に関して概略的に状況を把握する。その目的は、ワークショップで健康な姿をイメージするとき、ファシリテータが方向を誤らないためである。概略的の把握ということは情報源として数値的な資料を集めるのではなく、大まかな概要を知っている人たちの経験的知識の交換で状況を把握するという意味である。数値データは、それが必要になった時に集めればよいという考え方に立つ。

④コミュニティリーダーの把握

そのコミュニティのリーダーについて知る必要があります。それは、SOJO-Model や PGVM を始める段階で、なるべく良いリーダーシップ機能が期待されるコミュニ

ティを選択した方が、その後の展開が効率的に進むからである。また、進める過程で遭遇するさまざまな困難に際して、コミュニティの中の誰と相談すべきかを把握しておくことは非常に重要なことである。その意味で、リーダーのキャラクターを知る必要がある。極端に言えば、何でも周囲の人や関係する人と相談して決めるようなリーダーなのか、自分に任せてくれれば何でも大丈夫というようなリーダーなのかということである。また、そのリーダーに対して何でも言える人やサブリーダーを探しておくことも重要である。時には、本当のリーダーを探すことが必要な場合もある。例えば、行政から委嘱を受けてリーダー役をやっている人がいても、話し合いの場などで、別な人が先のことを考えた発言をして周囲の人もその人の意見を重視しているというように見受けられる。あるいは方向性を示す場面でのリーダーと実際の活動場面では違う場合もある。また、意見を言ったり行動したりという場面では目立たなくても、話し合いに参加できない人をうまくフォローしていたり、不満そうな人を見つけるのが上手な人もいる。とにかく、コミュニティのなかでの、メンバーの特徴をつかんで、場面に応じて、その場面に合った人に相談することは非常に重要なことである。効率的に進むコミュニティの選択という意味では、行政、専門家とコミュニティ・メンバーとの関係も重要で、適度な信頼や依存という関係性を把握して戦略を練ることも重要である。

(2) 活動方針検討期 planing phase (数か月～数年)

この段階では、まず、参加者は実現すべき健康の姿を目的として確認するために、地域での健康な暮らしを、それぞれの具体的なイメージとして話し合う。そこで確認したいくつかのイメージについて、その目的としての健康な暮らしを実現するための条件を検討し、さらに条件を満たすための具体的な活動を考える。そのようにして描いた自分たちの実現目的と、それを満たすための条件群、さらに条件を満たすための活動などを計画書にするために文章化する。この一連のワークショップは、PGVM

を用いたグループワークで行われる。

検討結果に基づいて、理想の姿や条件に関する現状把握の作業もこの段階に行く。それは介入前の基礎調査としての意味をもつ。調査方法としては、把握すべき項目によって自記式調査票による郵送調査やインタビュー調査、グループ法、実地踏査などの方法が用いられる。その方法も、参加者である住民と専門職などが一緒に検討し、各々の役割を分担して実施することが望まれる。可能なら把握された現状に基づいて、参加者は目標値とその達成期限を話し合い決定する。この段階での調査結果については詳しい分析は行われない。

(3) 実施期 (数年) implementation phase

この段階は活動方針検討期に検討され策定された基本計画や事業計画、行動計画に基づいて、それぞれが活動を実行する。

(4) 評価・再検討期 (数週間～数か月) evaluation phase

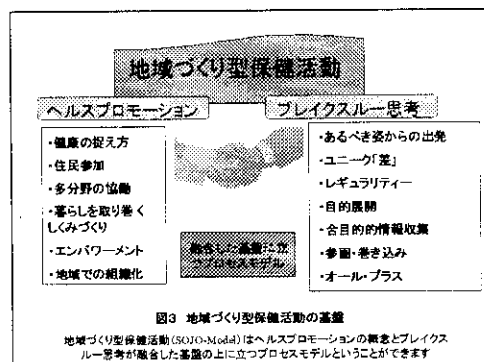
目的として設定した状況や条件の充足状況について、事前調査と同じ調査を行い達成度を測定する。いわゆる事後調査である。達成目標の測定時機は、実施期の始まりからだいたい5年ぐらいが適当と思われるが、時に応じて調査をすることは可能である。この段階では、分析的に次の優先事項を決定する。ある状況が事前と事後との比較で飛躍的に改善が見られたとしても、その改善が考えられる全てのグループで起こっているのかを分析的に検討し、改善の起こっていないグループが見られたら、それが次のターゲットグループになる。また調査結果によっては、条件や活動方法、あるいは役割分担などの再確認が必要になる場合もある。

6. 地域づくり型保健活動 (SOJO-Model) の特徴

1. ヘルスプロモーションとブレイクスルー思考の融合したプロセスモデルである

近年の公衆衛生分野では、その概念的基盤として1986年WHOからヘルスプロモーションという概念が示され、住民、専門家、行政のパートナーシップ、住民能力や地域能力の助長、健康を支援する環境整備

などが強調されている。



ブレイクスルー思考は、統合的思考による問題解決の考え方といえ、7つの原則として、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、合目的情報収集、参画・巻き込み、オール・プラスなどが示されている。

SOJO-Model は、この2つの考え方の枠組みが融合した形で概念基盤を形成している。さらにその概念基盤をもとにした活動プロセスを概念化したということが大きな特徴といえる。つまり、概念の枠組みに関する構造的な提示だけでなく、それに時間的経過と具体的方法論とを含めた、実際的な進め方を示したプロセスモデルといえることができる。

2. 参加者が自分たちで決定し役割を果たす能力を助長するモデルである

PGVM は、個人、集団、地域、行政、それぞれの能力の開発と仕組みの構築を目指している。住民自身が自分たちの地域の実現目的やそのために必要な条件などを話し合い、決定する力をつけることで、自分たちの地域に内在するさまざまな問題に対してその解決への道を自分たちで考える力をつける、いわゆるエンパワーメントを目指している。ここで個人とは、住民や専門家、行政担当者などの一人一人であり、集団とはそのような人たちが集まった状態とする。また、行政とは、行政職員個人の場合と行政組織とを含め、地域とは、それらの個人、集団、行政などを含めて考える。

3. コミュニティの再構築が計られるモデルである

SOJO-Model は、国家的規模や日本でいえば県などの大きなコミュニティでの活動モデルではなく、市町村、もしくはさらに

小規模の住民自身が「自分たちのコミュニティである」と認識する程度の規模のコミュニティでの活動モデルということも特徴だと思われる。いわゆるヘルシー・コミュニティを目指した活動といえる。

4. その地域で調達可能な資源の再配分を目指したモデルである

SOJO-Model は、問題解決の指向性として、他と比較して足りないものを充足するという考え方ではなく、自分たちの地域での理想の健康な姿を描いて、その実現に向けて自分たちの地域での必要な条件を検討し、その条件を整えていくためには誰が何をすべきかということをはっきりと明かにして、それぞれが行動するという考え方で進む。このことは、それぞれの地域で調達可能な資源の再配分ということができる。

5. 住民自身が、自分たちの将来像を考え、決定する力をつけるモデルである

長期的な視野に立てば、住民自身が自分たちの地域の実現目的やそのために必要な条件などを話し合い、決定する力をつけることで、自分たちの地域に内在するさまざまな問題に対してその解決への道を自分たちで考える力をつける、いわゆるエンパワーメントを目指している。

6. ヘルスプロモーションに示された重要な点を採り入れたモデルである

ある活動がヘルスプロモーションの概念を踏まえているというためには、①健康状態を最終目的としてではなくよりよい生活の資源として捉えること、②住民参加もしくは地域の参加、③多分野の協働、④暮らしを取り巻くしくみづくり、④関係者が自らのもしくは自分たちの地域での健康を自らで決定し役割を果たす能力を助長すること、⑤地域組織活動の強化、⑥公衆衛生専門家の唱道など、ヘルスプロモーションに示された枠組みを含んでいるかということが重要な視点になる。

1)健康を最終目的としてではなくよりよい生活の資源として捉えること

このモデルでは、健康ということ、疾病の対比概念としてだけでなく「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」として捉えることが強調される。

2)住民参加もしくは地域の参加

PGVM 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。この方法での話し合いの場は「参加者の意見を聞く」とか「参加者を巻き込む」「意見を吸い上げる」などの場ではなく、さまざまな立場や専門家が一緒に自分たちの行き先を考える場として捉えられる。つまり、参加した住民の立場はともに考え決定するパートナーとしての参加ということができる。

3)多分野の協働

このモデルでは、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は目的を達成することはできない。そのため、住民も含めて、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することが望まれる。当然 PGVM で描く目的実現のための条件には、さまざまな分野の関係する事柄が盛り込まれるため、この段階で共有できれば、同じ目的に向かってそれぞれの分野が役割を果たすことが容易になる。

4)関係者が自分たちで決定し役割を果たす能力を助長すること

このモデルでは、個人レベル、集団レベル、地域レベル、行政レベル、それぞれの能力の開発と仕組みの構築を目指している。ここで個人とは、住民や専門家、行政担当者などの一人一人である。また、行政とは、行政職員個人の場合と行政組織とを含め、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期待される。

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。

住民個人、集団レベルの能力は、活動方針を検討したり、具体的に活動を展開する過程で助長され、向上が期待される。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、活動方針検討期や展開期において「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、各個人の健康観や行動、活動に対する思考枠組みの再構築を生じさせる。地域づくり型保健活動では、この再構築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」というルールが、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。

5)暮らしを取り巻くしくみづくり、地域での組織化

このモデルでは、system oriented と表現されるように、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。

6)公衆衛生専門家の唱道

政策形成の段階では、専門家は健康を最終目的として捉えるのではなくよりよく生きるための資源として捉えることの重要性や、それを実現するためにはさまざまな分野の共働が必要であること、それを一緒に考える手段として PGVM を行うことなどを、行政内や住民、専門家などに呼びかけることが求められる。そのことによって、地域の中で、自分たちの地域での目指すべき健康に関することを自分たちで考え、それを実現するための行動を自分たちで決定することが可能になる。

さらに、一旦政策となった場合は、すべての参加者はその実行過程において、周囲に対して、ヘルスプロモーションの考え方を基盤とした公衆衛生活動の重要性を伝えることにより、健康な暮らしの出来る地域の実現を目指す。

7. SOJO-Model の適応

SOJO-Model の特徴を踏まえて、このモデルの適応が有効な例を考えてみる。まず、地域で住民と行政とが一緒になって健康づくりの計画を考える場合である。この場合、何か問題があるから考えなくてはならないという場合は、疫学分析やプロジェクトのマネジメントのための方法を選択すべきであろう。

むしろ、「これからどのような健康づくりを進めたらいいのかを考えてみる」とか、「糖尿病をもった人たちのこれからの健康づくりを考えてみる」あるいは、「子育て中の母親の健康な子育ての姿について考える」「今後の高齢者対策のあり方」などのように、「これからどうしよう」という設定形の問題解決の場合に有効である。

次に、現在進めている事業や、地域組織活動、あるいは自分が参加しているサークル活動など、今の進め方でいいのだろうか、もっといい方法や進め方があるのではないかなどという場合の見なおしの場合に有効である。つまり探索形の問題の解決方法として活用が可能である。

8. SOJO-Model を適応した場合の課題

ヘルスプロモーションの概念枠組みを重視した進め方を国内で展開するにあたっての課題を適応事例から考察する。

1)モデルを適応することが目的になっている

関わった保健婦などから、「実行するには難しい」「よくわからない」などの声を聞くことがある。その要因の1つには、住民との話し合いやスタッフとの話し合いにおいて、このモデルを適応することが目的となってしまう場合がある。ヘルスプロモーションを基盤とした活動であるからには、参加者と共に実現すべき健康を確認するために話し合い、それを実現するためにどのような条件を整える必要があるのか、さらにその条件を整えるためには何をすべきかということ話し合っているはずである。ところが、モデルの手順としてのワークショップをうまく運営することが目的となり、話し合いの進め方に注意が集中するため、話し合いが行き詰まってしまうことがある。

このモデルの場合、まず求められることは分析的にはなく統合的にものを考え、それをもとに筋道を立てて議論するということである。しかも、考える筋道のモデルではあっても実施方法のモデルではない。つまり、なんらかの目的があり、それを達成する道具としてモデルを適応することが重要である。

2)基本的な概念への理解

なんらかの答えが用意された話し合いではなく、答えが全く予測がつかない話し合いを実施するためには、話し合いの進め方にこだわるのではなく、話し合いの目的を大切にすることが必要である。ワークショップの話し合いでは、プライマリー・ヘルス・ケアにも示されている平等や公正、あるいはもっと基本的な人権や政策決定の主体、地方自治など、基本的な概念を基盤に置くことが重要である。それがふまえていなければ、単なる要求と真の必要性との区別が付かないことや、独善的に自分たちが今行っていることを良しと判断することなどが起こるかもしれない。このような幅広い基盤を保健分野だけで考えようとするこ

自体が無理なことである。幅広い基盤を踏まえるためにも、計画段階においてさまざまな専門分野が協働することが不可欠といえるだろう。

公衆衛生活動は人の生き方に介入する活動である。だからこそ、特に専門家には自分たちが今行おうとしている行動や活動方法が、人が生きることについての基本的に大事なことを踏まえているかを確かめようとする努力が求められる。

3)住民参加の考え方

プライマリー・ヘルス・ケアやヘルスプロモーションにおいて住民参加は非常に重要な概念である。保健所や市町村での活動においても、旧来から住民参加の重要性は指摘されており、各地で住民とともに進める活動が行われている。しかし、国内の学会で保健活動への住民参加というキーワードで報告された事例を収集し、住民参加ということがさまざまな意味に捉えられていると指摘した報告⁹⁾もあり、例えば、イベントに多くの住民が集まった事例や愛育班や保健推進員などが主体的に活動をしている事例、あるいは保健所や市町村にとって好ましい活動を行う事例などが住民が参加した活動と高く評価されるとしている。

宮坂らが住民参加とは住民が決定の段階に参加することと指摘して相当年数が経過したが、実際の展開場面では行政の担当者も住民自身も、行政と住民とが共に考え決めていくということに慣れていない現実がある。ワークショップが難しいと感じる一因として、教育目的のグループワークではなく、活動の方向性を決定するというグループワークの経験が少ないこともあると思われる。

4)結論を急ぎすぎる体質

地域での健康について住民と行政、専門家とが一緒に考え、決めていくためには時間がかかり、1～2回の話し合いで結論ができるものではない。しかし、「行政だから、年度末までには結論を出さなければならない」などと理由付けをして結論を急いでしまう。本来なら、「予算が付いたから」とか、「計画を立てなければならないから」などの理由からではなく、自分たちの活動の設計図は日頃から作っておくべきことな

のである。自分たちの活動の設計図と考えれば、それは日を切って考えるべきことではなく、関係者が自分たちで考え、納得できる設計図をつくるのが目的のはずである。

さらに前述の基本的な概念部分は、十分時間をかけて討議し、納得し確認しあうところで、自分たちのものとして得ることが出来る。長い経過の活動で結果の出る健康づくりであるからこそ、参加者が重要な概念を考え自分たちのものにするプロセスを重視すべきであろう。

5) 正解を求める体質

PGVM でのトレーニングのワークショップ場面で、受け手である公衆衛生従事者は自分達で話し合った結論に対して、指導者に対してこれでいいのかを確かめようとする風潮がある。このワークショップの目的は「自分たちの地域での実現すべき健康な姿を自分たちで考え、決定すること」である。その結論に対して、第三者であり、その地域の風土や人間関係、さまざまなしきたりや風習など、よくわかっていない誰かが正しいとか正しくないとか判断できるものではない。ただし前に述べた基本的な概念の視点からみて不自然であったり不適切であるようなことについては指摘できるのだろうが、自分達の出した結論に対して、多少の不安を抱えながら、どこに不安を抱えているのかということやそれが本来はどうなのかということ自分達で確かめつつ

行動していく勇氣と決断力が専門家に求められると思われる。

文献

- 1) N, Mukharjee: Participatory Rural Appraisal, Methodology and Application: Concept Publishing Company, New Delhi, 1993
- 2) Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), ZOPP (An Introduction to the Method), Frankfurt am Main, 1987
- 3) 兵井伸行: 国際保健医療協力のプロジェクト形成について: 公衆衛生研究, 40(4), 462-467, 1991
- 4) PCM 開発援助のためのプロジェクト・サイクル・マネジメント, 国際開発高等教育機構, 東京, 1994.
- 5) L. W. Green, Marshall W. Kreuter: Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, Mayfield, Toronto, 1991
- 6) L. W. Green, Marshall W. Kreuter: Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, Mayfield, Toronto, 1999
- 7) 藤田雅美、活動モデルはどのようにして作られるか、新井宏朋編「健康福祉の活動モデル」
- 8) 和田耕太郎他: 「参加型」健康教育・保健事業における「参加」の意味と意図, 日本健康教育学会誌, 6, 156-157, 1998

地域づくり型保健活動 (SOJO-Model) 展開のための要点と課題

研究協力者 鈴木優子

1. はじめに

SOJO-Model (地域づくり型保健活動) は各地で様々に展開され、プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション等による公衆衛生活動の転換を図る上で必要となる地域の総合的な力(住民の力、行政の力)の開発に寄与する活動として期待されている。

SOJO-Model では、全体的な流れが提示され、そのワークショップの進め方として手順が示されているが、それに則って進めても、すべてが順調に進むわけではない。

そこで、SOJO-Model を繰り広げている三つの地域において、行政スタッフや参加している住民に対して訪問聞き取り調査を行い、効率的に展開するための要点を検討した。

2. 方法および対象

対象とした地域は、福島県田村郡大越町、奈良県吉野郡十津川村、高知県高岡郡日高村である。

方法は、現地を訪問し、関係者に対する面接聞き取り調査を行った。また、調査員はワークショップに参加し、その雰囲気を知ると共に、話し合いに同席している住民やスタッフから話を聞いた。聞き取りの内容は、それまでの活動の経過で直面している、問題点、悩みなどである。

調査時期は1999年6月から12月である。

3. 言葉の定義

スタッフ

ここで、「スタッフ」とはSOJO-Modelの導入を決意し、職場内の協力、合意を取り付け、住民を集め、話し合いの場面では全体の司会及びグループワークの際のファシリテータを務めるなど、いわば活動全体を見渡し調整していく役割を負った人々を指す。現在、この活動を展開している地域ではその役割は主に保健婦が担っているが、特に職種が限定されるわけではないので、「スタッフ」と表記する。

4. 結果および考察

(1)SOJO-Modelの展開上の困惑

SOJO-Modelは、特にワークショップの進め方が従来のいわゆる「健康教室」の様式とは全く異なるため、保健婦をはじめとするスタッフ側にも住民の側にもとまどいがつきまとう。特に、スタッフはSOJO-Modelをとりいれたものの、①話し合いが今ひとつ盛り上がらない、②住民に「話が難しすぎる」、「理想ばかり言っていて何になるんだ」と言われる、③成果が出るまでに時間がかかりすぎて、続けていくことに困難を感じる、④話し合いが進む過程で住民や上司などから実行に移すことを急かされるなど、多くの問題に悩まされている。

(2)各地域の概要

a 日高村

高知県日高村は、高知市の西16kmに位置し、人口6,311人(平成10年現在)の村である。そこでは、1999年7月に「ああいえば交遊会」という会を発足して住民との話し合いを始めている。

スタッフは3人の保健婦と、現在は村の教育委員会に籍を置く教師、また村の国保担当の職員などである。その他にも日高村在住の役場職員約10名が住民として会の活動に参加している。そのため、スタッフは折りにつけ役場内での協力を得ることが出来る状況にある。

テーマには子育てを取り上げ、約半年で目的関連図の浄書までを終えている。そして、2000年に入ってから子育てをテーマとした話し合いにいったん区切りをつけて、再び新しいテーマで話し合いを始めようとしている。ここで特筆すべきことは県の支援体制が比較的整っていることである。日高村を管轄する中央西保健所の保健婦は「ああいえば交遊会」のワークショップやスタッフ間のミーティングにも可能な限り出席して全体を見渡し役割を果たしている。さらに、高知県衛生研究所が保健所、

市町村の保健分野の職員に対する研修の一環として、日高村で活動を開始するきっかけを作り、その後も時期に応じて数名が会やスタッフミーティングに参加して、助言を行っている。

b 十津川村

奈良県十津川村は、奈良県南部に位置し、面積 672.35km²、人口 5,143 人（平成 9 年現在）である。村では、1995 年度から二村地区の健康づくり推進委員会で SOJO-Model を導入し、96 年には全村対象の健康づくり推進員会でも取り入れた。99 年には西中地区でも話し合いをスタートさせるなど、十津川では、複数の地域で SOJO-Model を展開している。

テーマは、どの地区でも「高齢者問題」を取り上げている。スタッフは十津川村保健婦、歯科衛生士、栄養士の 3 人である。十津川での活動は、どの地域でも計画書作成にはいたっておらず、したがってそれに則った活動も行われていない。

スタッフは PGVM のワークショップの過程に不全感を残しており、実際に具体的な活動を早く始めたい住民を前にして、構想書にまでスムーズに進めない焦りを抱えている。

c 大越町

大越町は、人口 6000 人強で 11 地区に分かれており、その中の一つ、白山区で活動が行われている。白山は人口 834 人、世帯数 208(1996 年現在)の地区である。

大越町では 1993 年に県の地域保健推進特別事業を活用して「高齢化社会になっても支えあえる地域を住民と行政が一緒になって作り上げていく」ことを目的とした活動を開始した。白山はそのモデル地区となった。「白山区すこやかな地域づくり推進会議」を結成し活動の母胎となっている。当初の 2 年間はグループワークを用いた学習会や健康づくりに取り組んでいる地域の視察などを行い、1995 年から SOJO-Model を導入した。その後、目的関連図を完成させアンケート調査を経て、1997 年に地区で住民が中心となって計画書を完成させている。現在はその計画書に則って地域の高齢者を招いてのお茶のみ会や一人暮らしと寝たきりの高齢者への月一回の配食などを

行っている。そのほかにも、既存の組織と協力しあって区内で開かれるイベントや集まりなどに、高齢者への配慮の視点を盛り込んでいる。たとえば、青年会と相談しながら、古くから行われてきた白山区スポーツ会という、いわば区の運動会を障害を持った人が参加しやすい形にしたり、母子愛育会で介護教室を開くといったことを押し進めている。

スタッフの役割は、大越町の保健婦で白山区を担当地区として受け持っていた保健婦をはじめとする役場職員のプロジェクトチームが担った。このプロジェクトチームには数名の保健婦の他に、総務課、企画課、教育委員会、福祉部門などから主査 1 名が代表として加わり、さらに国保担当者と栄養士も参加している。

(3)各段階ごとの展開と課題

a 準備期

スタッフは PGVM でのワークショップの進め方に慣れておく必要がある。そのために研修やスタッフ間での練習が行われる。スタッフにとって住民を含めたワークショップがうまく進められるだろうかという不安は大きく、その訓練には多くの時間が割かれる。

また、職場内のバックアップ体制を整えることと、地域の人的資源や人間関係の状況を把握、整理することも重要なことである。職場内のバックアップ体制を整えることは、その後の活動を自治体がどう支えていくのかということに関係する。スタッフは自治体職員として住民に呼びかけるわけだから、自治体のバックアップを確保しておくことは、一つの責任である。ただし、どの程度のバックアップ体制が望めるのかは、自治体ごとに異なるであろう。職場の状況によって違いがあるのは仕方のないことであるが、重要なことは SOJO-Model に取り組むことが公的に認知されることである。

公的認知とは、報告書作成のための予算の計上という流れに乗せることも重要であるが、それ以上に大切なのは、SOJO-Model を展開することによって、何をしようとしているのかを理解し押し進める手助けをしてくれる人を職場内に作ることである。し

かも、個人的な理解にとどまったバックアップではなく、行政のシステムとして、あるいは活動を行っていく会のシステムとしてのバックアップが必要である。自治体職員からのバックアップや何らかの組織としてのバックアップの動きは住民の「やる気」にも微妙に反映する。自治体のバックアップが見えなければ自治体のやる気が住民に伝わらない。行政のバックアップがあるということによって地域を、村を変えていけるんだ、この活動をすることでもっと暮らしやすくなるんだという確信が持てると思われる。村の物心両面におけるバックアップを感じる事が出来なければ、私たちのやっていることは私たちの間のことだけにとどまってしまうのではないか、という気持ちを生み出す。それでは、住民自身が自らの活動の意味を見出し深められない。SOJO-Model の初期ではワークショップでの話し合いが中心であり、住民には成果がどういう形で現れるのか実感できにくい。住民は、SOJO-Model の活動が地域や村全体に寄与するものだと思えなければ、話し合いよりも、配食サービスやミニデイケアのような実際的な活動に惹かれていってしまう。実際的な活動は、「私たちは人の役に立っている」「私たちのしていることは意味がある」と、即実感できるからだ。

地域の人的資源と人間関係を把握、整理することは活動展開の戦略上、重要な要素の一つとなる。「健康づくり推進委員会」のような既存の組織で行うのか、新しく組織を作って行うのか。活動を展開する地域はどこにするのか。「こういう活動をしたいのだが……」という相談を住民に持ちかける際に、誰を通せばいいのかといったことに関わってくるからである。「把握、整理」といっても、正確な調査が必要というわけではない。仕事上知り得た範囲の情報を整理し、足りなければ同僚などからの情報を収集すればいい。「A地区にはBさんという、地域活動に熱心な人がいるからA地区でやってみよう」「住民に話を持ちかけるのは、Cさんを通して行おう。Cさんは人望があるから」といった程度の判断でいい。そのための情報の把握と整理である。

適応する地域を選定する際、人的資源な

どの情報を集めたうえで、もっともやりやすい、成功しやすいと思われる地域を選ぶことが重要である。村や町、あるいは市の中の一つの地域でもいいから、まずは軌道に乗せることが大切なのだ。一つの地域での成功は他の地域での展開をスムーズにする。成功した地域からの波及効果もある程度は期待できる。成功地域での経験も伝達しやすい。人的資源、人間関係などに関する情報収集は、成功しやすい地域を選ぶために必要なのである。

大越町

大越町では当時、県から派遣された助役がいた。彼は大越町に来る直前まで、福島県高齢者保健福祉計画の策定に関わってきた。その際、高齢者保健福祉計画を具現化するためには、支えあいのための小地域ネットワークづくりが必要と考え、そのための県の補助事業を組んでいる。彼が助役として大越に来たのは、まさに町の保健福祉計画策定の時期で、町の保健婦と話す機会が何度かあった。小地域ネットワークづくりを町民の健康づくりに積極的な大越で推進してみようと思った彼は、その機会に「県の補助事業を利用して、支えあえるまちづくりの活動を展開してみないか」と保健婦に提案した。助役のお墨付きをもらってのスタートだから、保健婦としては心強いものがあったと思うが、それで即活動をスタートさせたわけではない。保健課（当時は町民生活課）内で話し合っただけで関係各課から代表者を一人ずつ出してもらい、プロジェクトチームを結成した。大越町役場始まって以来の横割り組織の発足だった。発足の時に、プロジェクトチームのメンバーの変更は基本的にしないこととした。以後、このプロジェクトチームは定期的に会議を開き、活動の成り行きを見守りつつ、保健婦や住民が困ったときには一緒に悩み考えてきたし、活動資金捻出や印刷物作成の手助けといった細々したことへの援助も行ってきた。この助役の提案から保健課（当時は町民生活課）内での協議、プロジェクトチーム発足に至る一連の動きを通して、白山区の活動が大越町役場内で公に承認され、システムとしてのバックアップ体制が整えられたことになる。システ