

# 途上国における「地域づくり型保健活動」の適用可能性に関する研究

研究協力者 神馬征峰 (JICAネパール事務所公衆衛生専門家)

## 1 はじめに

近年、日本ではさまざまな地域保健活動が実施されている。岩永によれば、それは以下の5つの方法論に分類される。すなわち、Project Cycle Management (PCM)、疫学分析、ソーシャル・マーケティング、PRECEDE-PROCEED Model、SOJO-Modelである<sup>1)</sup>。

このなかで、SOJO-Modelを除くすべての方法は、発展途上国(以下、途上国と略す)ですでに活用されている。まず、PCMは国際協力事業団(JICA)による保健医療プロジェクトの企画・管理手法として長年用いられている。次に疫学分析は例をあげるまでもなく、熱帯病やその他の感染症対策のため、ほぼすべての途上国で適用されている。かつ疫学分析の手法は住民の手の届くところにまでマニュアル化されている<sup>2)</sup>。ソーシャル・マーケティングは比較的新しい方法であるが、Culturally-Adapted Social Marketing (CASM)という方法が、インド、パプア・ニューギニア、ケニア、エクアドルなどで実践されている<sup>3)</sup>。最後にPRECEDE-PROCEED Model<sup>4)</sup>も、マレーシア<sup>5)</sup>、南アフリカ共和国<sup>6)</sup>等で試みられている。筆者もネパールにおけるヨード欠乏症対策に本モデルを用いたことがあるが、途上国の健康決定要因(health determinants)は保健以外の分野に多く存在するため、それらを環境あるいは生態学的視野にたって特定する上で、このモデルは大いにその威力を発揮した。

では最後のSOJO-Model<sup>7-9)</sup>はどうか、というとこれは途上国にはまだ導入されていない。そこで本稿では、特に援助という視点から、SOJO-Modelの途上国での適用は可能なのか、そのためにはどのような問題を解決しなくてはならないのか、検討することを目的とする。

## 2 方法

SOJO-Modelについて、1次、2次資料による文献レビューを行い、さらに筆者の

WHOとJICAにおける5年以上にわたる途上国での保健活動の経験をもとに、特にその基本理念であるヘルスプロモーションとブレイクスルー思考が途上国でどのように受け入れられているかをまず検討した。次に同様の方法により、SOJO-Modelに類似した活動例としてSARAR(Self-Esteem, Associative Strength, Resourcefulness, Action Planning, Responsibility)で用いられているStory with a Gapを紹介した<sup>9-10)</sup>。そして最後にこの両者の相違点を指摘しつつ、SOJO-Modelを援助活動の一貫として途上国で実践しようとする際、とりわけネパールを念頭におきつつ考慮すべき主要な問題点を掲げ、各々の問題点を克服する方法についても考察した。

## 3 結果・考察

### 1 SOJO-Modelの2つの理念的支柱

SOJO-Modelは日本における保健所や市町村での保健活動の中で生まれてきた<sup>7)</sup>。その活動展開をすすめるなかでヘルスプロモーションの概念が世界的に広がり、かつブレイクスルー思考<sup>11)</sup>が日本に導入されるにいたった。その結果、近年、SOJO-Modelの理念的支柱はこの2つであると主張されるようになってきている<sup>12)</sup>。

そこでこの2つの理念的な支柱が途上国でどのように受け入れられているかについて、検討してみたい。

まず第1にヘルスプロモーションである。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、Nyamwayaによれば、未だに4つの障害がその流れをくいとめているという<sup>13)</sup>。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ふことである。

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<sup>14-15)</sup>。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いふてよいであろう。

第2の支柱はブレイクスルー思考である。筆者の知る限り、この方法はまだ保健活動の方法として途上国では用いられていない。しかしながら、例えば、ユニーク「差」の原則は地域格差の大きい途上国では当然留意すべき常識事項であるし、目的に適った情報収集の原則は Participatory Rural Appraisal(PRA)の原則の一つでもある Optimistic Ignorance に通じるものがある

<sup>16)</sup>。参画・巻き込みの原則はいうまでもなくプライマリヘルスケアの原則であり<sup>17)</sup>、継続変革の原則は、sustainabilityという一種の流行語や action research<sup>18)</sup>と類似の概念である。すなわち、ブレイクスルー思考の原則のいくつかは、その含む意味内容が完全に同一ではないものの、すでに途上国でも用いられているのである。

このようにいずれの理念も、すでに少なくともその一部は途上国に迎えられているのであり、全く新しいということはない。

## 2. SOJO-Model の適用は可能か

### a. SOJO-Model は日本だけのものか

さて、SOJO-Model は日本における保健所や市町村での保健活動の中で、生まれてきた<sup>7)</sup>。その特徴とは、岩永の初期の著書で紹介されているように、何らかの事件の発生を契機に始まる疫学やPCMなどの事象解決型保健活動とは別に、住民の健康実現のために、住民自身が「あるべき姿」を描き、現状との比較の中でそのギャップを埋めるような活動展開をはかっていくという点にある<sup>7)</sup>。この点はブレイクスルー思考においては「あるべき姿の原則」と「目的展開の原則」に集約されるといってもよい。

さて、この SOJO-Model の途上国への適用性について検討する前に、まずそれに類

似した実例が途上国にすでに存在するのかどうか、そして次にこの方法を実践しようとする際、そのまま途上国にあてはめていいのかどうか、これらの問いについて以下検討していきたい。

### b. SARAR

まず第1に SOJO-Model に類似した活動は途上国に存在するかという点である。

途上国では、近年種々の住民参加型開発手法が用いられているが<sup>10)</sup>、そのなかに SARAR という手法がある。SARAR とは方法でも示した通り、Self-Esteem, Associative Strength, Resourcefulness, Action Planning, Responsibility の頭文字をとったものである。そしてこの中で Active Planning を実施する際に Story with a Gap という技法が用いられている。この手法を要約すると以下のようなものである<sup>10)</sup>。

b-1 参加者をいくつかの小グループに分ける。

b-2 参加者に活動「前」の絵と「後」の絵をみせる。たとえば「前」の絵にはこわれた水道パイプや使われてないトイレを描いてある。後の絵にはきちんと直った水道やよく使われているトイレを描いてある。

b-3 参加者は「前」の絵について、なぜそうなっているのか議論する。

b-4 次に参加者は「後」の絵を見て、どうしたら「前」と「後」のギャップを埋められるのか、何が障害になっているのか、改善のためにどのような資源を必要とするか等について議論する。

b-5 グループを作り直し、それぞれ最初のグループで話し合った内容を紹介しあい、「前」状態を改善することの利点やその際の障害点についてさらに深く検討する。

この方法と SOJO-Model の共通点は、現実と理想を対比させ、そのギャップをうめる方法を、住民が話し合いの中で考え出していくということである。また相違点は、「後」の状態の設定の仕方にある。すなわち、SARAR ではグループ活動の主催者が予め「前」と「後」の絵を用意する。一方、SOJO-Model では、まず「後」の状態を、

「あるべき姿」として参加者に描いてもらい、その後で「前」とのギャップを埋めていこうとするのである。

### c. 途上国における SOJO-Model 実施の際の諸問題

#### c-1 「あるべき姿」をどう描くか？

SOJO-Model と SARAR の間にあるこの相違点の根拠は何なのか。そこから始めることによって、SOJO-Model を途上国に適用する際の第 1 の問題点を指摘したい。

そのような相違点の生じる主因として考えられるのは、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ということである。しかも 2 重の意味においてである。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。「富者」は高等教育を受け、各種メディアや海外渡航を通して、より広く世界について知っている。そのため、理想像を描けとなると、たとえばネパールにいながらにして、医者であれば CT、NMR などの高額医療機器がほしいという理想像を描く。その際、運営費や補修費のことなどはあまり考えない。一方「貧者」は教育も十分でなく、理想を描くという体験のないままに成長する。

そこで「あるべき姿」を描くとなると、「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。援助国が活動対象とするのはまさにその「貧者」であるので、そのような場面を克服するために、SARAR のように予め、「前」と「後」の絵を用意し、「現実」と「あるべき姿」を対比させるといった体験を積んでもらう、という過程が必要になってくるのではないだろうか。

ただし、コミュニティによっては、過去の援助団体との関係のなかでそのような体験をしている場合もあるので、SOJO-Model を開始する前段階として「前」と「後」の比較体験や「あるべき姿描写」体験の有無について事前調査をした方がいいであろう。そしてその体験が少ない場合は SARAR における Story with a Gap などによる体験学習を続けるべきであろう。その

際、はじめからコミュニティ全体の保健計画にとりかかるといふより、まずは「水道」、「トイレ」などといったように小さめのテーマについて「前」「後」を比べ、比較的わずかの努力で「前」「後」のギャップをうめられるような成功体験を積み重ねる。そしてそのあとで、より大きな課題に臨むよう、段階的な方法をとるのが有効である。

#### c-2 「健康実現への思い」はあるか？

事象解決型保健活動開始の契機が「事件の発生」であるのに対し、SOJO-Model においては、「住民の健康実現への思い」が契機となる<sup>7)</sup>。

確かに先進国では「健康実現への思い」が強いことがあたりまえのようにとらえられている。世論調査でも、健康こそが人生で最も重要と答える人が多い。ところが先進国における、このある種の健康至上主義は、途上国でも同様であるとされ、援助の際も途上国の保健医療分野を優先項目としてとらえられがちである。しかし途上国にきてみると、住民が健康をそれほど重要と思っていないことに気づかされる。例えば、ネパールにおいて日本医師会と JICA の協力下を実施している学校地域保健プロジェクト (SCHP) による調査では、対象地域の約 50% の住民が健康の優先順位を 4 番目以降としていた<sup>10)</sup>。そのため「健康実現への思い」を活動のきっかけとする限り、住民の参画なしには成立しえない SOJO-Model は「開始」されにくい。活動開始のきっかけをどこか他のところに見いださなくてはならないのである。

それを見いだすためには PRA などによって住民参加型ニーズアセスメントを綿密に行い、ニーズに答える中で、住民とのラポールを形成し、当初は自分は保健活動の専門家であることをふせるくらいの方がいい。そして、ラポール形成ができてきたところで、「保健の問題についてはどうか」ときりだしていくのが、途上国で、SOJO-Model を成功させる 1 つの鍵ではあるまいか。

SCHP の PRA では、最大の優先項目とされたのは教育・学校であった。さらに、学校は村の中で最も重要な組織としてとらえられていた。そこで、SCHP では学校建築、学

校トイレ建築や学校における健康教育をおこない、学校関連の事業を展開することで住民とのラポール形成を行い、より幅広い保健活動へと活動を広げること成功している。

途上国で SOJO-Model をする際は、このように、「住民の健康実現への思い」とは別のきっかけづくりが必要な場合もあるのである。

### c-3 時間、人、言葉

上記の2点は SOJO-Model 展開の精髓にかかわる問題点である。次にこの2つの問題が解決されたとして、具体的な活動を進めていく際に考慮すべきことがいくつかある。第1に時間、第2に人（推進者）、第3に用語の問題である。

まずは時間について、鳩野によれば、SOJO-Model 展開のためには準備期に数ヶ月、活動方針検討期に数ヶ月から数年、展開期に数年、そして最後の評価・再検討期に数ヶ月かかるとある(12)。最短でも1サイクル5年はかかりそうである。そしてこの5年間でどれだけの対象人口をカバーできるであろうか。この時間の問題を解決しないことには援助プロジェクトの企画が極めて困難となる。

そこで時間を短縮するための何らかの工夫が必要になる。例えば、現地スタッフの積極的な採用と対象コミュニティの中のキーパーソンの確保である。途上国においては比較的コミュニティ内におけるキーパーソンを見つけやすいので、その過程は日本よりも比較的簡単に済むであろう。

次に、現地スタッフやキーパーソンをどう活かすか、ということが、SOJO-Model の質を高めるための不可欠の課題となる。

この課題解決には日本の江ノ島で行われているようなセミナーの経験が大いにいかされるであろう。この種のセミナーを例えばネパールで実施する場合、対象となる推進者は高校卒業レベル、かつ、推進者が向き合うコミュニティの住民は必ずしも識字能力があるとは限らない。これらを念頭に入れた上で、使用するテキストや用語などにも留意していくべきであろう。

最後にその用語の問題である。例えば、SOJO-Model ではよく風船図という用語が

用いられる。ところがネパールの田舎では、家族計画のために無料で配布されるコンドームを風船がわりにして遊んでるのを見ることがあるくらいで、日本でよくみるような風船にはめったにおめにかかれぬ。そこで風船図というイメージはつかみにくく、ネパール人にわかりやすい表現に変える必要がある。これは風船図に限ったことではない。ユニーク「差」とか「あるべき姿」とか、解説付きで説明する必要がある。こうして広い意味での文化の違いを十分に考慮した上で、SOJO-Model 展開のためのキーワードの翻訳もまた不可欠な作業となってくるであろう。

## 4 結論

SOJO-Model はまだ途上国に導入されてはいない。しかし、結果に示したように、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、SOJO-Model 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。

SOJO-Model 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る。本稿では「あるべき姿」を描く際の問題点、「健康実現への思い」を活動のきっかけとすることの問題点、さらに時間、人、用語にまつわる問題点を示したが、実践過程のなかでは、おそらく予め予想しえない新たな問題が生じるであろう。

これらの問題解決の方法として、本稿では、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べきであることを提言した。例えばPRAによる住民参加型ニーズアセスメントやSARARの中のStory with a Gapの手法である。

このようなリンクに加えて、このSOJO-Model と、その他の地域保健活動の方法をリンクさせることもまた今後の検討課題となるであろう。途上国には、今、解決しなくてはならない問題が山ほどある。このSOJO-Model によって期待できる成果が、それらの問題解決に何らかの形で役立たないことには、この方法は容易には受け入れられないであろう。そのためには、短期問題解決型の手法をも取り込み、目に見

えるような成果を示しながら、同時に長期的視野にたった SOJO-Model を続けるといった工夫が、企画の際に必要とされるのではあるまいか。

以上、SOJO-Model を途上国に導入する際の留意点について検討してきた。次にとるべきステップは、途上国で現在実施中の地域保健プロジェクトの対象地域において、この 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。

#### 文献

- 1) 岩永俊博：地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究。平成10年度厚生科学研究費補助金科学総合研究事業研究報告書：1-14, 1999.
- 2) Kroeger A, Montoya-Aguilar C, Bichmann W, Gorgen R, Diaz SJ: The Use of Epidemiology in Local Health Planning: A Training Manual, Zed Books, London, 1997.
- 3) Epstein TS: A Manual for Culturally Adapted Social Marketing: Health and Population. Sage Publications, New Delhi, 1999.
- 4) Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, Mayfield Publishing Company, Mountain View, 1999.
- 5) Bohari H: A Pour-Flush Latrine Programme in a Rural Community in Malaysia: An Early Evaluation. HYGIE Vol.8: 15-19: 1989.
- 6) Taylor M, Coovadia HM, Kvalsvig JD, Jinabhai CC, Reddy P: Helminth Control as an Entry Point for Health-Promoting Schools in Kwazulu-Natal. South African Medical Journal Vol. 89 (3):273-279, 1999.
- 7) 岩永俊博：地域づくり型保健活動のすすめ、医学書院、東京、1995.
- 8) 岩永俊博、黒田裕子、和田耕太郎：地域づくり型保健活動のてびき、医学書院、東京、1996.
- 9) Narayan D, Srinivasan L: Participatory Development Tool Kit: Training Materials for Agencies and Communities. The World Bank, Washington D.C., 1994.
- 10) Rietbergen-McCracken J and Narayan D: Participation and Social Assessment: Tools and Techniques, The World Bank, Washington DC, 1998.
- 11) ナドラー G、日比野省三著 佐々木元訳：ブレイクスルー思考：ニューパラダイムを創造する7原則 ダイアモンド社、東京、1991.
- 12) 鳩野洋子：地域づくり型保健活動の概要とその特徴。地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究。平成10年度厚生科学研究費補助金科学総合研究事業研究報告書：44-62, 1999.
- 13) Nyamwaya, D: Impediments to Health Promotion in Developing Countries: The way Forward, Health Promotion International Vol.3 (3): 175-6, 1996
- 14) WHO: Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries. WHO, Geneva, 1994.
- 15) Haglund BJA, Pettersson B, Finer D, Tillgren P: Creating Supportive Environments for Health: Stories from the Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden. WHO, Geneva, 1996.
- 16) Mukherjee N: Participatory Rural Appraisal: Methodology and Applications, Concept Publishing Company, New Delhi, 1993.
- 17) WHO/Unicef: Alma Ata 1978: Primary Health Care. Health for All Series, 1, WHO, Geneva, 1978.
- 18) Greenwood DJ, Levin M: Introduction to Action Research: Social Research for Social Change. Sage Publications, Thousand Oaks, 1998.
- 19) 神馬征峰：地域看護と国際化：国際社会からわが国への学び。島内 節、久常節子、中島紀恵子編 地域看護学講座 I：地域看護学総論。224-239, 医学書院、1999

## タイにおける PHC の課題と「地域づくり型保健活動」の可能性

研究協力者 藤田雅美

(国立国際医療センター国際協力局、  
JICA タイ エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト専門家)

「タイのコミュニティにおいて、住民が自分たちのコミュニティの健康づくりについて話し合い、それをもとにして、行政と住民とがそれぞれの役割を分担しながら実際に健康づくりを実施することが可能かどうか」について検討することになった。しかし、この疑問に答えることは容易ではない。もしこれをタイの公衆衛生従事者に問いかけたなら、多くの人は「そんなことは 20 年以上も前からやっている」と答えるだろう。なぜなら、タイのプライマリ・ヘルスケア (PHC) は、1970 年代から全国規模で村のヘルスボランティアを育成して多くの保健問題を解決してきた実績があり、ある意味では日本の PHC よりも世界的に有名だからである。その一方で、中にはこう答える人もいるかも知れない。「それは容易ではない。タイの PHC は官主導でトップダウンで進められてきたので、住民が自分たちで自分たち自身の健康問題を有効に解決できるかどうかは疑問だし、末端レベルのヘルスワーカーは中央が策定した方針どおりにサービスを供給することに精一杯で、住民と深い意味でパートナーシップを組めるほど地域のことをわかっているとは言えない。まして住民による健康づくり活動をファシリテートすることは一部の例外を除いて難しいのではないかと」。

そこで本稿では、タイの PHC の発展過程と住民参加に関する課題について概括しながら、住民自身による健康づくり活動を進める上での SOJO-Model のようなアプローチの意義と、それを導入する上での課題について私見を述べたい。

タイ公衆衛生省は、1970 年代より人口 3000 ～ 8000 程度のタンボンと呼ばれる行政単位ごとにヘルスセンターを整備して数人のヘルススタッフを配置し、約 10 軒に 1 人の割合で村のヘルスボランティア (VHV) を育成した。その結果、家族計

画、母子保健、感染症対策、環境衛生などの分野で目覚ましい成果を挙げた。このように大々的に PHC が推進された背景には、当時の国策であった「共産ゲリラ対策」の一部として「村落開発」が重視されたことがあり、村における職業訓練の促進や、様々な地域組織の育成など、多分野間の連携に基づく総合的な貧困対策の一環として保健医療が位置付けられたのであった。その一方で、このような背景があったが故に、タイの PHC における「住民参加」はトップダウンなものになりがちであり、VHV は公衆衛生行政の手足として使われる傾向があったことは否めない。

1980 年代以降、疾病構造の転換、エイズの流行、行政の肥大化、都市への人口移動等が問題となる中で、PHC も方向転換を迫られてきており、とくに住民による主体的な活動の促進がますます重要な課題となってきた。また、目覚ましい経済発展の裏で貧富の格差はむしろ拡大しており、住民の生活様式や価値観の多様化が急速に進む中、地域ごとに健康問題の全体像とそれにかかわる諸要因を丁寧に把握し、木目細かく対応する必要性が高まっている。こうした時代の要請に対応する形で、以下のような取り組みが進められている。

一つは、公衆衛生行政と住民との関係を見直す動きであり、従来の官主導を改め、地域住民の主体性を尊重して潜在力を引き出すことが試みられている。そのための方策として、PRA (Participatory Rural Appraisal)、AIC (Appreciation, Influence, Control) 等、住民自身がコミュニティの問題を発見し解決していくプロセスを支援するアプローチが広く導入されつつある。SOJO-Model はこれら既存のアプローチを補完しつつ、関係者により広い視点と「元氣」を与えるものとして役割を果たし得るものと思われる。しかし現実には、単発の

ワークショップあるいはそれに基づく短期間の活動で終わってしまう例が多いことも指摘されている。その原因の一つとして、行政など外部からの働きかけで話し合いや活動が開始されるものの、ヘルスワーカーの力量不足や人事異動などにより継続的なファシリテーションが行われなかったために、コミュニティに根付く前に途切れてしまうことがある。

もう一つの動きとして、地方分権化の推進、とくにタンボン・レベルでの自治体の強化があげられる。ここ数年の間に、全国で「タンボン行政組織」(Tampon Administrative Organization; TAO)の設置が進み、それぞれのタンボンの優先順位に応じて社会・経済開発の諸分野への予算配分が行われるようになった。当然、TAOが公衆衛生や教育に相応の関心を持ってリーダーシップを発揮することが期待されており、SOJO-Modelのようなアプローチはその有力な後押しになるであろう。しかし、現状では道路や建物の建設などに重点を置いているTAOが多く、公衆衛生関係者の間では、TAOが適切な役割を果たすようになるためにはまだまだ時間が必要との見方も強い。

一方、地域住民が積極的に健康を始めとする様々な社会の問題に取り組んでいる事例を見てみると、公衆衛生従事者や行政の担当者よりも、学校教師、僧侶、あるいはNGOなどがファシリテーターの役割を果たしている場合が少なくない。

上述のようなタイの状況を考えると、SOJO-Modelを導入するにはいくつかの点を考慮する必要があると思われる。

1) 日本におけるSOJO-Model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、タイにおいては、「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ると思われる。

2) SOJO-Model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、タイにおいては住民の生活様式や価値観の多様化が急速に進んでおり、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。まして、外部者とくに外国人が関わって活動を進めるのであれば、問題の把握、ないしは分析のプロセスをないがしろにすることはできないと思われる。「問題の分析」と「あるべき姿の共有」は並行させながら、あるいは行きつ戻りつしながら進めていかざるを得ないのではないか。

3) 「あるべき姿の共有」すなわち「ビジョンの形成」は、タイにおける村落開発および公衆衛生活動において、特別目新しいことではない。いろいろな場面で「ビジョン」についての話し合いはもたれている。ただ、筆者の知る限り、現実の具体的問題から一步距離を置いて、一緒に「ビジョン」を語りあうことの意義やその進め方が十分検討されているとは言えず、これまでの「問題の発見と分析」と何ら変わらない展開となってしまう場合も少なくない。タイにおいて「あるべき姿」について話し合いをファシリテートする際には、既に導入されているアプローチにおける類似ステップに関する経験を吟味した上で、「地域づくり型」における「あるべき姿の共有」の方法を明示する必要があると考える。

## Feasibility of setting a SOJO-model in Brazil

研究協力者 Paulo Henrique Battaglin MACHADO

(Professor, Federal University of Parana)

Brazil is the world's fifth largest country in the world after Russia, Canada, China and the USA. It borders every country in South America, except Chile and Ecuador, and its 8,5 million sq. Km occupy almost half the continent. It spans four time zones and much of the country is scarcely populated; 36% of the nation's territory is in the Amazon Basin which, along with the enormous Mato Grosso to its south, has large regions with population densities of less than one person per sq. Km. Most of its land was not thoroughly explored by Europeans until this century.

Brazil's population is now almost 160 million, making it the world's sixth most populous country, although it is one of the least densely populated nations in the world. The population has been rising rapidly in the past 45 years, although in the last 10 years it seems to have slowed a little. Brazil also has a young population: half its people are less 20 years old, 27% under 10. Brazil has now an estimated 64 million working people and a third are women, 17% of people work in the agriculture and 12% work in the industry. The majority of the rest are forced to sell their labour in jobs economically unproductive for society and dead end for the individual.

Since World War II, Brazil has seen tremendous growth and modernisation. Brazil's economy is the 10<sup>th</sup> largest in the world. However, it is still a developing country. The military government, during their time in power from 1964 to 1985, had visions of a very industrialized country by the year 2000. One can say that it was not possible, but no one denies that some development has occurred. Regarding development, the military government emphasised it in terms of macro-economy growth, but this policy brought mostly social losses. The richest 10% of Brazilians control a whopping 54% of the nation's wealth; the poorest 10% have just 0,6% - making seven out ten Brazilians live in poverty. Sixty million live in squalor without proper sanitation, 40 million are malnourished, 25 million live in shantytowns, and 7 million children do not attend school.

During the military government, limited advances have been reached in terms of community participation, as the policy on community involvement was that of top-down approach. In late 80's, when the civilian government took post, a new process started. However, the population's feeling regarding this issue was very uncertain. People did not feel comfortable to



expose their thoughts because they feared that their words could be used against them. Little by little community movements gained momentum. In early nineties, the population was already organized that they could even impeach a president, as it happened in 1992. However, the power to generate such initiatives was concentrated on the macro level. Most experiences have been developed at the local community levels, but they were usually jeopardized by politician influences that, having connections with community leaders, influenced them according to their needs. Thus, most processes were compromised by other interests rather than the community members themselves.

Having said that still, genuine experiences on community empowerment have taken place in the country, but few of them were related to health promotion. This branch of health concept have only been fully recognized in the country in the mid nineties through the "*Healthy City Network*". This movement, which was born in Canada in 1984, emphasized health promotion at the city or local level. The movement spread throughout the world quickly, but took some time to reach Latin America. That is the case for Brazil as the section on health promotion in the Brazilian Ministry of Health was only created in 1998. Even from that time on, the concept has not been completely disseminated. The population, municipalities and the academic environment are incipiently involved in the health promotion issue.

These considerations are crucial for the understanding of the dimension of the need for new processes to be consolidated in the country. Processes that encourage communities in their decision-making actions, that may trigger the employment of the health promotion concept in local areas and that may bring changes at the local level, either for the individual or for the collective.

That is the empowerment of the community, which has been so vaguely dealt in Brazil, as well as it has in Curitiba. Thus, more advanced approaches are required with a distinct paradigm, in a bottom-up direction where the community feels part of the society by participating, deciding, planning, evaluating, and defining their own future. That's is when they have their chance of making their dreams come true through their own concept of health.

Taking that into account, the SOJO model is a process that may restore the idea of health promotion on a reality as the above mentioned. The SOJO concept has some ingredients that shape the basis for community development, particularly in Brazil. This is a model that emphasizes the process construction throughout its development. That empowers the community through a mechanism of goal consolidation. One important issue is that of the definition of a common goal, and this depends on the community

capacity of gathering and reaching consensus, debating and understanding their reality. Those steps are not easy, so the community members have to go through hard steps of learning and deciding about their own priorities. In some respects, this performance is an exercise of citizenship, what happens when communities reach a top level of development backed by their own decisions.

Besides, other points are as important as those above, for any country, particularly in Brazil:

- Community aggregation - regardless of the whole process developed in a certain community, the SOJO model itself is an argument for the people to gather, no matter how progress can be achieved afterwards. In Brazil, this is extremely important, as most communities have lost interest in getting together and organized.

- Power to conceive a goal - This is the paradigm transformation on health promotion. Being subject of their own future, the stakeholders may experience ways of redirecting their own future. In Brazil, after 21 years of dictatorship, community meetings have been transformed into claiming discussions, as people concentrate in their local demands rather than constructing history through their dreams. This is the focus point that may bring change to our reality, not only in terms of health but also in terms of community empowerment as they build their dreams together.

- Ability to plan - The planning role in this country has always been played by those who are not part the reality. Community members thinking of their goals and, more than that, planning ways of reaching targets, are constructing their own future through their own concepts and instruments. This is how citizenship is gained.

- Chance to accomplish the idea built collectively - Some countries have shown that reconstruction is intensely powered by a collective effort. Communities in Brazil are not only disaggregated but they are also disconnected of their own reality, sometimes living an external culture because of lack of reference.

- Responsibility to implement - A collective decision implies in a group responsibility of their acts. This will reflect on their moment of implementation, as the action is a result of discussions, debate and decisions developed along the process.

- Maturity to evaluate - The whole experience gained along the process gives to the community members a maturity to check whether the direction of the plan is compatible to what they had planned before and to what has been decided as a consensus. This is important to evaluate if the final objective is related to the constructed goal or if this is not clear to most members.

The considerations raised above are crucial for a community development, as those points represent the basis for the community enrollment on a more advanced health scenario. However, there are some issues that have to be taken into account as there are different realities within or between countries.

The points discussed below can be regarded as barriers, but they are only part of a paradigm change, as most questions are related to the change of mentality, such as the top-down approach, inherent to the *way of thinking* of a certain society. This transformation, not only for a bottom-up approach respect, but a change in terms of health concept that might be achieved, is usually a hard step in such a process. That is due to a cultural background, but it has been mostly reflected, in the case of Brazil, by the country political system. Thus, the society, not used to debate questions related to their lives, habitually makes use of community meetings for a claiming forum, where the *demand for facilities* is a common place.

That is also, more often than not, a result of the health practice in the country, as most *health professionals* have learned in school and applied in their professional life, an authoritarian way of relating to people, *customarily preaching ways of good health*. That is the traditional way of health education, where people's feeling about health is disregarded. On the other hand, this question is experienced in most places, so this kind of barrier is a natural hindrance to be faced. That is why *timing* can be an issue. What may flow easily in some countries in terms of process accomplishment, due to their community aggregation tradition, may take more time in other contexts. That might be the case of Brazil, particularly in Curitiba, where such initiatives were considerably limited over time. Another point to be addressed is that of *community leaders*. An inexperienced country lacking of democratic discussions, suffered from politicians influences upon local leaders, as they did sometimes manipulate them in order to get personal benefits. That, associated to *illiteracy*, is a crucial point, what led most communities to dependency in terms of decision-making.

Those points are crucial to be addressed as they may play a significant role in the process development. However, they are not, by far, obstacles to start a health promotion process in any local community. These matters have to be seen as challenges to be overcome, rather than obstructions.

In order to set off such a process, some actions may be fundamental for its development. The natural involvement of the stakeholders, i.e. community leaders, community members and health professionals is the basis for the process effectiveness. Besides, it is necessary that some institutions act as supporters of the whole context. The Municipality of the related communities are of great importance as they may spread the system throughout its

boundaries. Without them, the legitimacy of the community involvement might be compromised. Also, the academy plays, besides the important scientific aspect, the role of keeping the process inherent to the community interests, regardless of the politicians and Municipality trends.

Taking all that into account, the SOJO model is very suitable for process initialization and development in the Brazilian context, as it encompasses issues regarding health promotion associated to community empowerment. The difficulties of some issues, typical to those scenarios, can be properly faced if the process is well understood by its stakeholders. That will certainly reflect in advances, not only in health, but also for the quality of life of these communities.