

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

タイにおける参加型目的描写法（PGVM）の試み
PWA/PWH グループとともに

分担研究者 岩永俊博（国立公衆衛生院公衆衛生行政学部）

要約

タイ北部において、PWH/PWA を対象に、その地域での専門家の協力を得て SOJO-Model に基づいたワークショップを試み、その促進要因、阻害要因、スーパーバイザーの役割などを分析し、発展途上国における適応の可能性を検討した。

ワークショップは約5時間行われ、全てのプロセスをたどることはできなかったが、中心的な部分は参加者が体験した。スーパーバイザーも参加者も初めての体験であったにもかかわらず、ワークショップ自体は円滑に進み、また、終了後の感想としても自分たちの未来像の決定方法や問題への対処方法の理解など、このモデルをたどることによって獲得が期待される内容の感想を出した参加者もあった。

タイ北部という地域性もありエイズに関する問題は、エイズ孤児や結核の蔓延、感染者の生活基盤など深刻な問題が多くあるにもかかわらず、参加者は自分たちの実現したい姿を生活に身近な姿として表すことができた。参加者の感想からもこのような進め方の継続を望む声が聞かれ、適用の可能性が示唆された。

研究協力者

石田 裕

JICA タイエイズ予防/地域ケアネット
ワークプロジェクトチームリーダー

藤田雅美

JICA タイエイズ予防/地域ケアネット
ワークプロジェクト長期専門家

Aree Tambonjong

パヤオ県保健部次長

組織（Community Based Organization:CBO）の活動が活発に行われている。行政や大学なども、そのような活動への支援のため、さまざまな試みが行われている。

このような背景を持つタイ北部の Phayao 県において、参加型目標描写法（PGVM）によるワークショップを試み、発展途上国での適用の可能性を検討した。

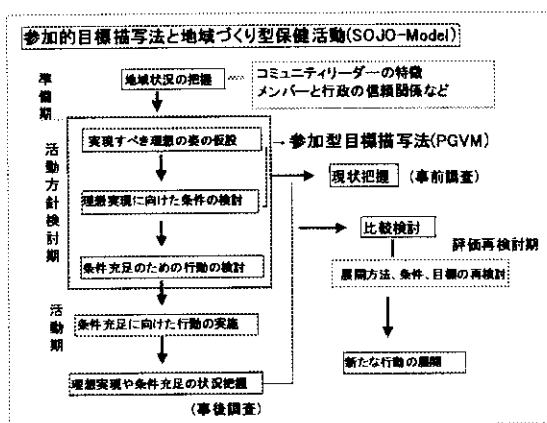
2. 地域づくり型保健活動（SOJO-Model）と参加型目的描写法（PGVM）の概要

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的な地域についてイメージし、それを具体化・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。

1. はじめに

タイ北部は PWH/PWA の多い地域として知られ、また、彼ら自身によるセルフ・ヘルプ・グループ(SHG)やそれらを支援する NGO、あるいは地域を基盤としたエイズ対策の住民

このモデルでは、自分たちの活動の目的や実現のための方法などを、参加者が共有する過程を重視し、グループワークを中心としたワークショップによってそれらの共有が図られる。ワークショップでは、参加者が1グループ5～7名程度に分かれ、健康な住民の暮らしの姿を描き、実現のための条件や方法などについて、各グループでの話し合いを行い、それに基づいて計画書を作成する。この話し合いの方法をPGVMと言い、具体的な流れを図に示した。



ワークショップにおいて各グループの中で参加者が意見を出しやすいような雰囲気を作り、発言を活発にさせるような役割を担う者をファシリテータという。また、SOJO-Modelの進行にあたり全体の進み方について、先々どのようになるかを見通しながら話し合いの進展状況をふまえ、進め方へのアドバイスや方向性を提示する役割を担う者をスーパーバイザーという。

3. 今回のワークショップの概要

1) 参加者

ワークショップに参加したPWA/PWHは男性11名、女性20名の31名であった。全員がPhayao県内居住者で1人がプーカムヤオ郡、それ以外は全員ドッカムタイであった。また、今回のワークショップ参加者は、この地域にあるPWAグループの委員会メンバーで、体力的に問題がなく、しかも病院からあまり遠くに住んでいない人たちであった。年齢の詳

細は不明であるが、20歳代後半から30歳代前半が多いように思われた。最高齢が40歳代後半、最若年が20歳代前半のように思われた。今回のワークショップに当たって、このワークショップのために特別に「日本人の専門家が活動見学とインタビューのために来る」という理由で集められた。

2) ワorkshopの場所及びスタッフ

場所をドッカムタイ病院にある、PWH/PWAに対するデイケアのための部屋で行われた。県衛生局のコミュニティ活動を担当する医師がスーパーバイザーになり、病院のデイケア担当の看護婦が助手としての役割を果たした。グループワークのファシリテータは特にトレーニングなどはしなかったが、それぞれのグループの中で、スーパーバイザーの指示に従って進める人が現れた。

筆者はタイ語・英語の通訳と共に参加し、ワークショップの経過中に必要に応じてスーパーバイザーと進め方などについて意見を交換した。

3) スーパーバイザーの背景とワークショップに向けての準備

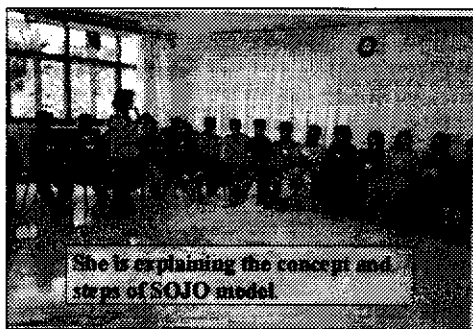
スーパーバイザーの役割を担った医師は、以前から、現状をアセスメント後将来像と比較するPRAや将来像を描き現状を見るAICなどの活動モデルに対して知識を持っていた。さらに、プロジェクトのカウンターパートを通じてSOJO-Modelに関する情報を得て、それに対して関心を持っていた。その意味では、今回のワークショップはスーパーバイザーの役割を担った医師としてもこのモデルを試みる機会として位置づけられていた。

今回の試みにあたり、筆者は事前に地域づくり型保健活動(SOJO-Model)および、PGVMの基本的な考え方と進め方について説明し、日本での活動事例を、スライドを用いて紹介した。説明と事例紹介の時間は合わせて約1時間であった。

その後さらに、参加者に対する最初の問いかけ方について打ち合わせを行ったが、その内容や手順について深く決めることはせず、現在デイケア、あるいはそれぞれが所属するSHGで困っていることや悩みなどを聞いて、それから将来像を描くという進め方の大枠だけを確認した。

4. ワークショップの進行

1) 準備段階



まず、スーパーバイザーは、今回のワークショップの主旨として、話し合いの進め方について一つの試みをしようとしていることを説明し、集まってくれたことに謝辞を述べた。さらに、このワークショップの進め方として、今抱えている問題からその原因を話し合うのではなく、私たちの地域で実現したい自分たちの生活の姿を話し合うのであること、それを話し合った後で、そこで目指すべき姿を実現するための条件を話し合う予定であることなどを説明した。

その説明が終わると、ワークショップの参加者には、各自にA4サイズの記録用の紙と筆記具が渡され以下のことをそれぞれが自分で書くように指示された。

- a このSHGに何を期待しているか
- b その期待を満たすために何をしているか
- c その期待は満たされたか
- d 現在の活動の問題点は何か

スーパーバイザーはこのステップを、参加

者が人の考えの影響を受ける前に自分の考えを整理する段階と位置づけ、参加者に対して、各自の思うことを書き、回りに座っている人と話しあわないように指示した。



2) 第1段階

各自の作業が終わった段階で参加者は出身地区ごとに約6～7人のグループにわけられた。まず、個人作業での段階において各自が記録した用紙を見ながら、グループで意見を交わした。意見交換にあたっては、自然にグループをリードする人(以後リーダーという)が現れ、その人が記録係を兼ねるか、グループによってはリーダーが記録係を指名し、出された意見を広い紙にフェルトペンで箇条書した。



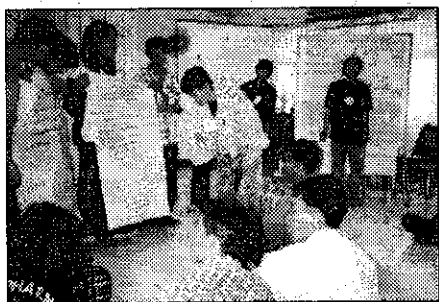
その間スーパーバイザーは、各グループの進捗状況を見ながら話し合いが具体的になるよう問いかけるなどの介入した。

(1) グループワークの集約

スーパーバイザーは、各グループごとにはほ

ば意見が出尽くした雰囲気を感じ、全体の作業を止めさせ、各グループでの意見を発表するよう指示した。

各グループのメンバーはそれぞれ前を出て、2人で紙を持ち一人が説明をした。各グループからの説明をスーパーバイザーが整理し、それを助手が1枚の模造紙に書いていった。



各グループから出された共通の意見の概要として以下のとおりに集約された。

1. このSHGに何を期待しているか

自分たちがもっと社会に受け入れられるようになりたい。

自分たちももっと社会に貢献したい。

エイズの症候が即座に消える薬が欲しい

もっとファン드가欲しい。

2. その期待を満たすために何をしているか

家庭訪問や就業訓練

共同取り入れ作業

3. その期待は満たされたか

満たされたものもあるがそうでないものもある

4. 現在の活動の問題点は何か

グループの参加者がグループの状況によって参加したりしなかったりする

経済的な基盤がない

就業訓練がうまく進まない

エイズ孤児の問題

このワークショップでは、自分たちの活動の行き先としてのあるべき生活像を描くこと

を目的としており、この段階の目的が生活像を具体的に表現するという点であったため、スーパーバイザーも課題1の参加者の期待に整理の重点を置いた。

(2)第1段階の整理



そこで、スーパーバイザーは課題1の4項目について、コメントをした。まず、「エイズの症候が即座に消える薬が欲しい」ということについて、「これは私たちではコントロールできる問題ではありませんよね」、また、「もっとファン드가欲しい」ということについては「今日はせっかく PWA/PWH だけが集まった機会なので自分たちのことを語りましょう」ということで、今回は取り上げないことにした。そして、「自分たちがもっと社会に受け入れられるようになりたい」「自分たちももっと社会に貢献したい」ということについて、「これは表現が抽象的だから私にはどんなことを言いたいのかよく分からない。例えばどんなことなのか誰か説明してください」と参加者に呼びかけた。

それに対して参加者の中から、「買い物に行って品物を選んでいたら、あなたはエイズだろうと言われ自分の触っていた品物を投げ捨てられた。自分は普通に買い物をしたい」「近所の葬式で、食事の後の皿洗いを手伝おうとしたがエイズだからといってさせてもらえなかった」などの意見がでた。

スーパーバイザーはそれらの発言を一通り促した後、例を示しながら、第2段階の説明をはじめたが、ここまでで開始後約3時間を

経過し、昼食時間になっていたため約1時間の休憩をとった。

2) 第2段階(目的実現のための条件の話合い)

(1)グループごとの話し合い



第2段階に移る時点で、スーパーバイザーは目的を実現するためにはさまざまな条件が必要であることを、「近所の葬式で、血洗いを手伝う」ということを例にあげて説明した。その後各グループに、それぞれ「安心して買物ができる」「近所の葬式で、食事の後の血洗いを手伝う」「葬式でみんなと一緒に飲み食いができる」などの課題をそれぞれ与え、そのための条件を考えるようにスーパーバイザーは指示した。そこで、グループに戻って条件を話し合ったが、目的関連図を示さなかったため箇条書きで書きはじめた。

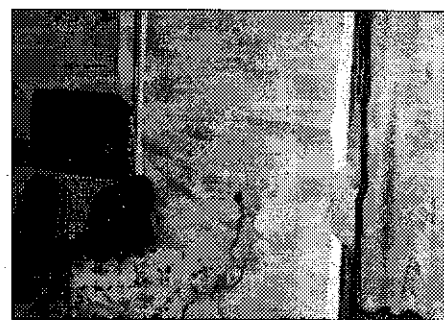
この時点で、筆者はスーパーバイザーに対して、箇条書きでは、条件間の関連性や条件と目的との関係が見えないことや、最下位の条件を実現するための活動、行動が導きにくいことを説明した。それに対してスーパーバイザーは、その方法と意図は理解できるが、参加者がはじめての体験であるのでこの段階で修正せず、この段階の最後に説明することにした。

(2)目的関連図としての整理

グループごとの条件に関する話し合いがある程度進んだ段階で、スーパーバイザーは、全体に対して作業を止めて、各グループでの進捗状況を発表するよう指示した。



各グループのメンバーは第1段階での発表と同じく、それぞれ前に出て、2人で紙を持ち一人が説明をした。そこで説明される内容について、スーパーバイザーは目的と条件との関連を示しながら目的関連図として説明していった。それを受けて各グループではそれぞれに考えた条件を目的関連図に整理した。



今回のワークショップでは、時間的な制約もあり出された条件は抽象的なままであったが、参加者は目的と条件の関連についての認識ができた。

5 参加者の反応

参加者に対してワークショップ終了後、白紙を渡し質問への回答を記載するようお願いした。質問は「このワークショップで何を感じたか」ということと「このワークショップで何が得られたか」という、2つの問いに分けたが回答の内容を明確に区別することはできなかった。まず感想として得たことは以下の通りである。

「友人と会え、意見を交えるいい機会だった」
「自分の考えを言いあらわして楽しかった」
「医師達に親しみを感じこれからもこのような活動が頻繁にあればいい」
「とても自信がついた」
「この話は終わっていないので、もっと話す機会が欲しい」
「どの課題も非常に重要であり、今日の私たちの話し合いは、今後の地域のエネルギーの刺激になった」
「自分達のようなPWAに関心をもってサポートしてくれる人がいてうれしい」
「とっても多くのことを学んだが少し頭痛がした」
「たくさんの友人達と内面に隠れたことを出し合う言い機会になった」

次に、得られたこととして次のような回答が寄せられた。

「この活動は自分たちの次の計画や実行のにとって有用な知識だろう」
「グループやコミュニティでのミーティングの進め方を学んだ」
「自分の考えを仲間に表現する機会を得た」
「コミュニティーリーダー達と話すの自信を持った」
「仲間と話すことで新しい知識が得られた」

「エイズ問題に対する対処の方法を学んだ」
「自分の人生をどうしていくかが分かった」
「今日の話了他の人にもしよう」

複数あげられた回答としては、自分の意見や「自分の考えを言えた」「仲間の話を聞くことができた」など、自分を表現したり、他の人の話を聞くことができたことがあげられていた。また、ミーティングの進め方や今後の進め方のヒントとして受け止めた参加者もあった。これからもこのような話し合いを続けたいという意見も複数出されていた。

考察

ワークショップの運営

参加型目的描写法は、日本では高齢者保健や地域での育児支援などに関して利用された報告がある。

今回タイの1地域におけるPWA/PWHグループにおいて参加型目的描写法を試みた。

タイ東北部では、バンコクやチェンマイなどへの出稼ぎなどによって一時期男性感染者が増加し、次に家族内感染によって女性感染者が増加した時期がある。そのような状況に対してコンドーム教育などが強力に進められ、近年では新規の感染者は減少の傾向が見られている。しかし一方では、エイズの発症抑制に効果的な薬剤は経済的な理由でほとんど使用されず、皮膚症状や結核などさまざまな症候を示しながら生活している人も多く、そのような人たちへ就業や差別、両親が子どもを残して死亡するエイズ孤児など、個人的にも地域社会としてもさまざまな現実的で厳しい問題を抱えている。そのような地域で理想像を語ることの可否について疑問であった。

しかし、長時間のワークショップであったにもかかわらず、参加者の参加態度には積極性が感じられ、グループでの話し合い時や発表時には笑い声も聞かれるなど、終始リラックスした雰囲気ワークショップは進んだ。その要因として、身近な話題から入ったこと、

スーパーバイザーの適切な事前の問題提起や説明と介入、スーパーバイザーの指示を理解してグループでの話し合いを促進したファシリテータの役割などが考えられる。

日本の地域保健の現場で行われる PGVM のワークショップでは、スーパーバイザーも含めた参加者が、現在の問題点にとらわれたり、現状を引き起こしている原因に目を奪われて、理想の姿や実現すべき条件という前向きの議論に行き詰まる現象が散見される。今回のワークショップでは、そのような状況も見られなかった。これは、今回スーパーバイザーの役割を果たした医師は、実現すべき目的をまず考え現状から目的への道筋を考える A I C というモデルを知っており、そのモデルと今回のモデルの違いを認識してワークショップを進めたことも要因として考えられる。また、今回出席した参加者はさまざまな自助グループに参加しているものも多く、特に積極的に自分からファシリテータの役割を果たした数人は県レベルの患者グループの集合体でもリーダー的な役割を果たしており、ファシリテータの知的レベルや意識の高さも話し合いを促進した要因と考えられた。

スーパーバイザーの役割

PGVM の進行にあたり全体の進み方について、先々どのようになるかを見通しながら話し合いの進展状況をふまえ、進め方へのアドバイスや方向性を提示する役割を担う者をスーパーバイザーというが、今回は、現地の地域組織活動を担当している医師がその役割を果たした。

スーパーバイザーは参加型目的描写法を進める際の基本的な考え方を認識した上で、その進行は、パヤオでの参加者の状況を考慮に入れ、標準的な進め方にこだわらず、自分なりに工夫しながら進めていった。例えば、今回の参加者があまり自分の考えを持っていないかもしれないし、もし持っていたとしてもそれを積極的に発言しないかもしれないということで、グループでの話し合いの前に各自が自分

の考えを自分の紙に書くという作業を追加した。また、第 2 段階において条件を検討する際において、グループでの最初の話し合いでは条件を箇条書きで各グループ内であげさせ、一度中断させて、スーパーバイザーが一つのグループであがった条件を用いて目的に条件を関連させる作業を例示し、その後各グループで目的関連図を作成した。

我が国での PGVM のワークショップにおいて、特にスーパーバイザーがその役割に慣れていない場合、話し合いが行き詰まることがある。段階的に示されたワークショップの進め方にこだわり、ワークショップ全体で何をしようとしているのかを見失う場合や、ワークショップを上手く運営することが目的になってしまう場合が見受けられる。しかし、今回の場合、スーパーバイザーは、参加者の意見を引き出すことや、話し合いの行き先として PWA/PWH の将来のあるべき姿を具体的に表現することに目的を定めた運営をし、その結果として話し合いがスムーズに行われていた。

スーパーバイザーはグループでの話し合いの中に積極的に参加し、参加者が現状の困難さにとらわれて理想像が描けなかつたりしている場合にアドバイスをしたり、参加者の積極的な会話に耳を傾けたりしたが、その姿が非常に自然な姿であった。「自分がスーパーバイザーの役割をしなければならない」という気負いではなく、真剣に一緒に考えていこうという姿勢が感じられ、その結果と言うことも考えられる。

ファシリテータの役割

今回のワークショップでは、各グループともファシリテータが自然に発生した。彼らは、事前の研修や打ち合わせもないままスーパーバイザーの指示にしたがってグループでの話し合いをリードした。

また、グループごとの話し合いの経過を発表する際も、それぞれのグループでの発表者を指名したり、指名された発表者がうまく表

現できない部分を補うなど、リーダー的な役割を自発的に果たしていた。

グループでの話し合いはスムーズで、特に第1段階から第2段階の導入まではほとんど問題なく各グループとも進んだ。

ファシリテータは各グループとも穏やかな雰囲気参加者の意見を促し、笑い声も出るなど終始和やかに話し合いは進んだ。

スーパーバイザーとグループメンバーの関係

今回、スーパーバイザーはグループでの話し合いの中に積極的に参加し、参加者の話し合いを促進させる役割をとったが、この役割は、話し合いを促進させる一方で、進め方や内容に関してスーパーバイザーに依存的になる危険性をはらんでいる。日本で行われる参加型目的描写法のワークショップでは、スーパーバイザーがグループでの話し合いに参加すると、スーパーバイザーに自分たちの進め方や話し合いの内容が間違っていないかを確かめようとする依存的な雰囲気が生まれることがよく見られる。しかし、今回の印象では、参加者が、グループの話し合いに一時的に参加するスーパーバイザーの意見を、メンバーの意見と同等に扱う態度が見られ、そのような姿勢が全体的に依存的な雰囲気を感じさせなかった要因と考えられる。日本でのワークショップに見られるような、行政と住民との相互依存的な関係が見られないことも、さらにその要因として推測できる。

参加者の感想から

タイ北部の住民性として、客に気を遣い深く知らない間はなかなか本音を出さないとい

う日本人と共通する特徴が見られる。今回書いてもらった感想でも、このワークショップを開いたことやそこに日本から来たことなどに対する謝辞が散見された。

しかし、今回のワークショップで得られたこととして、新しい知識という漠然とした表現もあったが、ミーティングの方法やエイズ問題への対処方法、人生の対処方法などをあげた参加者もあり、それは参加型目的描写法(PGVM)のワークショップによって獲得が期待される力ということができる。

参加型目的描写法(PGVM)適用の可能性

今回、参加型目的描写法(PGVM)のワークショップとしては、最初の段階だけの試みであった。しかし、スーパーバイザーの導入やファシリテータの役割など、気負うことなく円滑に話し合い入っていた。また、話し合いは終始和やかな雰囲気で行われ笑い声も聞かれた。日本で行われるワークショップでは、最初の段階にワークショップに対する参加者の戸惑いが大きく、スーパーバイザーやファシリテータもそれに対応することにエネルギーを注がざるを得ない場面によく遭遇する。

今回は、タイ北部という地域性もありエイズに関する問題は、エイズ孤児や結核の蔓延、感染者の生活基盤など深刻な問題が多くあるにもかかわらず、参加者は自分たちの実現したい姿を生活に身近な姿として表すことができた。参加者の感想からもこのような進め方の継続を望む声が聞かれ、適応の可能性が示唆された。

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
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
分担研究報告書

開発途上国における地域づくり型保健活動の展開の可能性

—バングラデシュの予備的聞き取り調査から—

分担研究者 松田正己（静岡県立大学看護学部）

概要

地域づくり型保健活動は、我が国で開発された住民参加型の計画方法であり、人々が夢を語ることにより、専門職では描き得ない住民のニーズと、共同作業の可能性を引き出す方法論である。既に幾つかの国々で試行されているが、バングラデシュのような経済的に多くの問題を抱えている国では、資源の不足を補うため、地域づくり型保健活動のような、人々の知恵を働かせる方法がより必要であると想定される。

そこで本研究では、地域づくり型保健活動を開発途上国で展開する可能性を探ることを目的とし、そのため、バングラデシュの地域保健活動関係者と、予備的な検討を行った。

方法としては、バングラデシュにおいて国立母子保健院、国立医学教育院、国立予防社会医学院の3カ所の政府機関において地域づくり型保健活動を紹介するセミナーを実施し、意見の交換を行った。

その結果、参加者からは、西洋の経験の問題点、日本でのPHCシステムの特徴、大都市での栄養問題への対応や住民が健康問題を知らない場合の対応などに関する質問が出された。

今後、これらをふまえた研修会等を開催することにより実現の可能性は高まるものと考えられた。

研究協力者

Kamal, A. M. M.

国立公衆衛生院外国人研究員

1. 目的

地域づくり型保健活動は、我が国で開発された住民参加型の計画方法であり、人々が夢を語ることにより、専門職では描き得ない住民のニーズと、共同作業の可能性を引き出す方法論である。

既に幾つかの国々で試行されているが、バングラデシュのような経済的に多くの問題を抱えている国では、資源の不足を補うため、地域づくり型保健活動のような、人々の知恵を働かせる方法がより必要であると想定される。

従来、公衆衛生分野では、欧米の住民参加の手法が数多く取り入れられているが、その成果は上がっているものの、必ずしも満足がいく段階ではない。それは、欧米諸国の理論が、援助を与える側の経験に基づき構成されており、成功体験に基づいていても、開発途

上国の現状からすれば、未だ雲の上の理論という感じが否めないことも一因である。

具体的には、開発途上国側は、援助を与えるてくれる国からの理論を受け入れなければ、援助自体が滞るかもしれないと言う、不安感から行動し、本当に当該国にとってその理論が有効であるかはあまり問われることがない。また、欧米の援助活動は、国内でのスポンサーによる活動評価が厳しい反面、資金を得るためには常に新しい方法を求め、そのため、どうしても過大な効果の報告が目立つ傾向にある。様々な援助の方法が過去20年間に渡り、開発され、投入されてきたが、いずれの手法も、当初に想定されていたような絶大な効果は生み出していない。勿論、その背景には、200年前の欧州諸国による植民地政策が、開発途上国の能力と社会システムを根絶やしにしてしまったということが根本の原因にあり、開発の進展が遅れている責任は、最近の

各手法そのものにあるだけではない。

このような背景の中で、我が国は戦後、自らが開発途上国として発展してきた経験から、理論は未発達ながら、数多くの住民参加の活動を培ってきた。そのような豊富な経験の中から、戦後 50 年間を経て、初めて自前の理論として開発されたのが岩永の開発した地域づくり型保健活動である。この理論には、我が国の公衆衛生の経験と、数多くの実践家の経験が集約されている。

そこで本研究では、地域づくり型保健活動を開発途上国で展開する可能性を探ることを目的とし、そのため、バングラデシュの地域保健活動関係者と、予備的な検討を行う。

2. 方法

平成 12 年 1 月 27 日より 2 月 3 日まで、バングラデシュにおいて、聞き取り調査を行った。

1) 実施場所

バングラデシュにおいて 3 カ所の政府機関の協力を仰ぎ、地域づくり型保健活動を紹介するセミナーを実施した。その機関は、国立子母保健院 (Institute of Child & Mother Health)、国立医学教育院 (CME: Center for Medical Education)、国立予防社会医学院 (NIPSOM: National Institute of Preventive Medicine and Social Sciences) である。

2) 参加者

それぞれの参加人員は国立子母保健院が 5 名 (設立者の御子息を含む幹部医師)、国立医学教育院及び国立予防社会医学研究所が各 30 名 (医科大学教員を中心とする) である。なお、国立医学教育院では医師に加え看護大学教員も参加した。

3) セミナー実施の機関とその準備状況

(1) 国立子母保健院 (ICMH)

1999 年に発足した新しい組織である。臨床部門があり、クリニカルマネジメントが中心となる。教育コースは無いが部分的に担当している。世銀のローンでできた組織である。交通は市内より車で 30 分程度である。カマル先生の友人のムーニー医師 (国際下痢

人口研究所、ORS を開発した組織) を通じて連絡を取ったが、忙しい組織であるためか、参加人員は少なかったが、重要な人物 (設立者の御子息) が参加した。研究班にとってはセミナーの初日にあたり、セミナーの練習をかねて試験的に行った。

(2) 国立医学教育院 (CME)

1980 年に設立された。医学・看護全ての教育研修のカリキュラム作成、特に、新しい教育方法の開発に取り組んでいる。従って、地域づくり型保健活動のような目新しい手法には、常に興味を持っている。日本には無い組織だが、欧米には多い組織である。例えば、結核で厚生省が新しいやり方を導入するときは、ここがその教育カリキュラムを作成し、自ら、あるいは、担当部局と協力して教育を行う。大学教員の再教育も担当している。松田がタイでお会いしたアジム医師に依頼し、また、信州大学医学部に留学されていたファッタ医師を通じて、ムーニー医師からアプローチした。所長のハク医師は来日されたこともあり、他の方 (多くは英国指向) よりも親日的である。

(3) 国立予防社会医学研究所 (NIPSOM)

1970 年代に WHO の協力で設立された。主に大学院の教育を担当し、コースを受け持ち、その関連で調査研究を行う。国立医学教育院、国際下痢人口研究所 (日本の J I C W E L S と国立国際医療協力センターが日本人向けの 3 週間コースを実施している) とは隣り合わせになる。ムーニー医師から職業環境医学講座に連絡していただいた。どちらかという、できあがった公衆衛生教育体系の実施機関であり、手法の開発よりも、その応用に興味がある。訪問した当日は、ハンセン病の大会を行っていた。環境関連では現在、大気汚染 (大都市) と井戸の水汚染 (地方) が大きな問題となっている。

3. 結果

1) セミナーでの実施内容

カマルより地域づくり型保健活動を紹介し、ついで、松田が地域づくり型保健活動と PHC・ヘルスプロモーションについて述べ、

その後、意見交換を行った。セミナーは、1時間から1時間半の時間で行い、電気の通じている機関（停電等が多いため、途中で使用不能となった機関もあり）では、パソコンによるプロジェクターを使用した。松田の配付資料は別紙の通りである。

セミナーの反応はおおむね好意的であり、特に、国立医学教育院では、参加された医師、看護教員より強い関心が示され、セミナーを組織したハク所長より、継続した研修・研究協力を強く望むとのメッセージが寄せられ、後日、具体的な話し合いの場が持たれた。また、国立予防社会医学研究所では、多少の当惑があるものの、セミナーを組織されたバルブイヤ職業・環境保健講座教授より、新しい手法として高く評価したいとのメッセージが寄せられた。更に、国立子母保健院では、具体的な課題への解決策を求められた。

2)参加者との質疑

参加者から出された質問は以下のである。次年度以降、これらをふまえた研修会等の開催を企画したい。

()内は当日の回答、もしくは今後の対応。

- ① 西洋の経験の問題はどこか。(問題指向であるところ。問題発見、問題解決と、問題ばかり見つかるが、うまくいかないと、また、問題だと指摘される。)
- ② 日本の PHC のシステムの特徴は何か。(結核と母子の対策に代表されるが、住民参加型。特に、女性の役割が大きい。これに対しては、意外であったとの反応。日本は男性優位の国とのイメージ強い。)
- ③ 例えば、大都市での栄養問題にどのように適応できるか。(特定の解決策が決まっているときは、地域づくり型保健活動は不向き。具体的な進め方は、カマル先生から回答。)
- ④ 地域づくり型保健活動での計画は、住民が健康問題を知らないときに、可能か。どう進めるか。

Q . In SOJO process model, ordinary community people play a dominant role in making a master plan for the community health issue. In Bangladeshi context,

community people are almost unaware about their own health. So, it is reasonable to assume that community people in Bangladesh will not be able to create an effective health plan under SOJO process model. Don't you think so?

A. Firstly, SOJO model never aims to transfer planning and decision making system from Professional to community people. Contrary the model aims to mobilize and empower community people in planning and decision making of their own issue. Secondly, in SOJO model, participants are helped and encouraged by professionals as how to set goal, exchange views and make the master plan. Community people are advised to set goal and exchange views based one of the three factors:

1. opinion and interest created through daily life interactions,
2. experiences gained through services as professional, administrative and volunteer workers, and
3. knowledge accumulated through research and continuing education during professional training etc. Although initially it seems difficult, but after making some efforts, gradually it becomes easy for the participants to understand the process. The role of the community people in making a master plan under SOJO model resembles making a community center by the community people. The center is in fact built through the joint collaboration of many experts of different disciplines like soil science, environment, architecture, water, electricity, city office administration and so on. The community people are initiator, care taker and owner of the center. The same principle applies in making a master plan by the community people under SOJO model. Community people initiate and own the master plan.

But the plan is developed, implemented and evaluated through a teamwork of professionals, administrations and community people. So, there is no reason to be worried about the standard of the master plan made by the community people under SOJO process model.

⑤ 地域づくり型保健活動を途上国で実施している国はあるか。(ネパール、ブラジル、タイ等。訪問したときに、先方とコンタクトしたいとの希望も出た。先進地域の状況を把握したいとのこと。コンタクト先等を作っておく必要がある。)

Q. At present, has SOJO Model been being implemented in any other developing countries? If yes, what is the feed back about SOJO model in those countries?

A. Only recently we have started to study the feasibility of implementing SOJO model in developing country. We invited a number of public health researcher from Brazil, Nepal and Thailand and trained them about SOJO model. Interestingly, they all raise the same questions with respect to SOJO model which today we are facing here. After going back to their own country, each of them sent us a report appraising SOJO model. Although, each of them appraised SOJO model in different ways, all of them were in consensus that SOJO was a suitable and necessary process model for their own country. However, we do not have any report from them based on the experiences of implementation of SOJO model in their own community. So, we are just waiting to hear from them.

⑥ PHC の住民の巻き込みと地域づくり型保健活動の住民参加の関係は。

Q. A community participatory approach is adopted in SOJO model. Is this approach

is different than that of primary health care (PHC)?

A. It is recognized that participatory development -involving users and communities in all stages of the development process is critical for optimum primary health care. However, to achieve sustained primary health care benefits, the participation must not be limited to only physical participation. It should be such a participation where community people get a scope to share and exercise their own views and have an access in planning and decision making about their own issue. I have already shown you that in SOJO model, participants get an empowerment to make plan and decision of their own issue. So, we can say that SOJO model is an effective way to get real participation in order to realize the goal of primary health care.

⑦ 生活の質については、地域づくり型保健活動ではどう扱っているか。

Q. How Quality Of Life (QOL) can be achieved through the adoption of SOJO model?

A. It is really difficult to make a definite image of Quality of Life (QOL). However, it is in consensus that the less the gap between one's expectations and existed situations, the more one's life is qualitative. To reduce the gap, one must be able to develop personal skills in order to take control of those things which determine the realization of expectations. Working through SOJO model, people become able to develop their personal skills such as power to conceiving a goal, ability to plan and decision-making of own issue, and accomplish an idea etc. All of these achievements work as infrastructure to

develop personal skills with respect to quality of life.

⑧ 住民は薬をくれと言うがどうするか。
(薬もちろん必要である。)

Q. In Bangladesh, people in the community are only concerned about medicine with respect to their health. So, how it will be possible to get community people in Bangladesh to adopt SOJO model in their community to promote their health?

A. It's true that in developing country, most community people believe health as to remain disease free. So, they consider medicine as the key of health. However, in case of SOJO model, even in Japan, it is not introduced in relation to the remedy of curative health. Rather, it is introduced as a process or system which enables community people to conceive an ideal goal of life and make a plan to realize the goal. Community people may have different attitudes towards health and its remedy but every one in the community has a common interest to quality life. SOJO model tries to get people to work with this model through utilizing this common interest of quality life. Participants ultimately become capable to cope with their health problems as the outcomes of the activities of realizing the set goal directed by the process of the model. So, I think it may not difficult to get community people of Bangladesh to work with this model.

⑨ バングラデシュにおいて大きな課題である大気汚染に地域づくり型保健活動はどのように有効か。

Q. In Bangladesh, right now environmental pollution has been a serious concern for people's health. How SOJO

model can make any contribution in this respect?

A. I have already mentioned in my speech that SOJO model cannot be utilized as a tool to solve urgent health problems, environmental pollution, for example. However, if we look closely to this problem, we will see that the environment is polluted mostly by people's misbehavior. Also that the authority can never solve this problem until and unless general people consider environmental pollution as their own problem and accordingly take initiatives to solve this problem. We have already mentioned that working through SOJO model, people develop personal skills and learn how to make a role in planning, decision-making and implementation of their own issue. SOJO model may thus contribute in solving a national problem by developing quality human resources.

⑩ 社会経済的背景の異なるバングラデシュにおいて、地域づくり型保健活動が注意することは何か。(カマル先生から回答。)

Q. SOJO Model is developed and being implemented in Japanese context where people are literate, have a high economic status and lead a quality life. What is the justification to think that SOJO model can also be implemented in Bangladeshi community where the context is completely negatively different?

I think it's a very good question in relation to SOJO model. Its true that we are implementing SOJO model in Japanese context where people are literate, have a high income (compared to developing country) and lead a quality lie. But if you look carefully to the concept, procedure

and over all objectives of the model, you will notice that education and economic background are not so important in order to be successful with this model. In Japan where this model is now being implemented, the participatory community people are not at same level with respect to education, income and work. But this difference is not hampering their activities. As I mentioned, SOJO model aims to develop empowerment, participation and skill at personal and community level which ultimately results in successful accomplishment of community issue, health for example. Working with SOJO model is a teamwork through sharing views with each other. Lack of funding resources and traditional educational skills do not become barrier to work through SOJO model.

⑪ ドナーが次々と新しい戦略を出してくるのはよいが、巨大な投資は困るが、地域づくり型保健活動ではどうなのか。
(我々はドナーとしてきたのではなく、同じ公衆衛生の専門家として対話に来た。地域づくり型保健活動は巨大な投資ではない。これについては、バングラデシュは援助依存国であり、その意識は抜けられないとのことであった。

⑫ 地域づくり型保健活動では楽しさというが、NGOでもやられているが、それらとの関係はどうなるか。

Q. Why do you name the Model SOJO (System Oriented Joyful Operation)?

A. SOJO is a process model and users of this model proceed step by step directed by the process of the model which we say System Oriented. Additionally, in this model, participants get a scope to share views of their own mind through their own language which they really enjoy and seem

very Joyful. Finally, through out this model, participants enthusiastically operate their own minds in planning, implementation and evaluation of their master plan. Hence we say the model as System Oriented Joyful Operation (SOJO).

⑬ バングラデシュにおいて地域活動は、これまで長続きしていないが、地域づくり型保健活動は長続きするか。

Q. In Bangladesh, most community health programs are operated under the patron of foreign donors with the collaboration of national and regional health professionals with top-bottom system. Initially, community people works with donor and professionals actively but when donors and professionals go back, the people stop their activities. So, most of the health programs eventually become failure. Don't you think that same thing will happen in case of SOJO model?

A. I think this problem is being occurred not only in Bangladesh but also in many other developing countries. In most cases of community based health projects, donors and professionals determine the needs and make the plan for the community depending on their (donors and professionals) own intellectuality, text book information and survey data. In most cases, the objective of the action plan is not clear to community people and no link with the objective of community people's daily life. As a result, community people think that the action plan and its implementation is the job of the donor and professionals. We community people are helping them in exchange of some benefits (money, medicine, food etc). So, when the donor and professionals go back, community people also go back from the project. This is the fact that we think causes the failure of

most community health project. Contrarily, if we look at the concept and procedure of SOJO model, we find that the community people are the initiator, owner and care-taker of the action plan. More importantly, the action plan has a link with the goal of their own daily life. Professionals and administrators work here as a guest collaborator. So, when the professionals and administrators go back, community people never stop and continue the project work independently. This is what really happening in various communities in Japan through working with SOJO model. So, I think, in SOJO model, the probability is high that community people will continue work independently even after the professionals and administrators go back.

⑭ 英文でのテキスト等の用意はあるか。
(和文はあるので、その英訳が必要。一部、英文になっている。必要性があれば、英文テキストは作ることが可能である)

⑮ 国レベルで実施可能か。
国レベルもできるが、まず地域レベルがよいと答えた。)

Q. Why SOJO model cannot be implemented nation widely?

A. As I mentioned that in SOJO model, participants first set an ideal goal as an image of healthy life through consensus and subsequently make a master plan examining the required conditions to realize the goal. Because, ideal goal as the image of healthy life will differ from community to community, it is not feasible to implement SOJO model

with one particular master plan throughout the nation. If we do so, the problem will probably be same as we discussed in

question 8. However, professionals and administrators from different parts of the nation can get together, and after being trained by SOJO model workshop, can implement the model at their own communities which is being done now in Japan.

4. 今後の展望

これらの中で、もっとも、適当と思われたのは、国立医学教育院である。ここは、全ての医学教育の中心であり、声をかけると、大学や地域で医学看護教育に携わっている方が集まることが可能である。また、参加費をとってセミナーを実施することも行いつつある。(従来は実施側が参加者に宿泊、日当費を与えていた、途上国一般と同じ)

ハク所長は、今後、日本と、直接メール等で連絡を取りたいとのことである。進め方として、英文テキストを作成すること、事前に周辺の集落で、村の住民に意識調査をして、地域づくり型の実施可能性をあらかじめ調べておきたいとのことである。これらの準備をしてから、研修等を行うのが良いとのことである。将来、モデル村を設定することは可能であり、調査については、日本側で研究費を工面していただければ、セミナーを実施するには、現地で負担することも可能である。どちらにしても、早急に、対話を始めたいとのことであった。

**Role of SOJO model for Health Promotion
and Primary Health Care in developing
countries**

- **Masami Matsuda, Dr. Health Sc. Prof.
Community health nursing and international
health, School of Nursing, University of
Shizuoka, Japan**
- **in collaboration with Dr. Iwanaga on the
research of the feasibility of SOJO model, the
ministry of health & welfare of Japan**

How to approach to people

-to share differences and uniqueness-

- **WIFY(What is important for you ?)**

(Prof.Moriyama)

- **Five important things ;**

Health ,Family, Work,Money,Time,

- **Rest, Whether (Farmer), Fishing**
(Government official), Pets (Urban people)
Husband ?

- **Friend (TB patient)**

Four Principles of Primary Health Care

(L.A.Kaprio, WHO/EURO, 1979)

- Needs oriented services
- Community participation
- Maximum use of resources
- Coordination and integration of services

SOJO model to promote community participation

- Starting from peoples' wishes and dreams not from professional assessment of health needs
- peoples' priority was not MCH services but snow in Sawauchi village
- Participation not only to listen to the peoples' needs, to ask help for service implementation but to involve in planning stage

Measures of Health Promotion

(Ottawa Charter ,WHO,1986)

- **Healthy public policy**
- **Supportive environment for health**
- **Strengthen community health services**
- **Develop individual technology**
- **Health services transition**