

市, 1999

25. 出雲市: 出雲北部障害者福祉施設整備計画. 出雲市, 1999

G. 研究発表 (論文)

- 1) T. Fukushima, T. Gao, A. Isobe, N. Hojo, K. Shiwaku, Y. Yamane: Effects of temperature and pH on fatty acid composition in each lipid fraction of *Spirometra erinacei* plerocercoid. J Parasitol 86, 7-11, 2000
- 2) 山根洋右: 21世紀を拓く農村医学の戦略と展望—農村医学に何が問われているのか. 日本農村医学会雑誌, 48, 790-804, 2000
- 3) 大井利夫, 塩飽邦憲: 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 日農医誌 48, 852-857, 2000
- 4) 山根洋右, 他: 給食センター機能に関する国際標準化評価について. 21世紀の生命輝く子どもたちを育む学校給食センター建設に向けて報告書, 34-36, 2000
- 5) 山根洋右: 第9回医学看護学教育学会を終えて. 医学看護学教育学会誌, 9, 1, 2000
- 6) 塩飽邦憲, 他: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌 10, 2-5, 2000
- 7) 樽井恵美子, 他: 卒後2年目看護婦の病棟における継続教育(1)—看護理論や事例検討による個別指導—. 医学看護学教育学会誌, 9, 33-35, 2000
- 8) 増原清子, 樽井恵美子, 他: 卒後2年目看護婦の病棟における継続教育(2)—チームカンファレンスを指導場面として—. 医学看護学教育学会誌, 9, 36-38, 2000
- 9) 矢田昭子, 樽井恵美子, 他: 医学生の早期医学体験実習における看護婦の役割の検討. 医学看護学教育学会誌, 9, 39-41, 2000
- 10) 芦矢京子, 濱田麗子, 伊藤智子, 田中量子, 山根洋右: 第1期介護福祉実習の教育評価. 医学看護学教育学会誌, 9, 42-44, 2000
- 11) 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲. 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌

10, 24-27, 2000

- 12) 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 28-32, 2000
- 13) 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 痴呆性高齢者を支える地域ネットワーク. 痴呆介護 1 (4), 96-102, 2000
- 14) 乃木章子, 奥野元子, A. Erdembileg, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康な労働者における肥満と β 3-アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 島根女子短期大学紀要, 37, 1-8, 2001
- 15) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 出雲市健康文化都市づくりにおける補助器具センター構想. Gerontology 13, 101-109, 2001
- 16) 山根洋右: 健康福祉の活動モデル 考え方・作り方・活かし方. 新井宏朋著アクチュアルな一歩を踏み出すために. 保健婦雑誌, 56(7), 615, 2000
- 17) 藤原秀臣, 林 雅人, 山根洋右, 折井裕: 農村における生活習慣病予防に関する保健・医療・福祉情報の統一化についての研究. 共催エグゼミネーター通信, 第7号, 12-27, 2000
- 18) 藤原秀臣, 林 雅人, 山根洋右, 折井裕: 平成11年度全共連医学研究報告: 農村における生活習慣病予防に関する保健・医療・福祉情報の統一化についての研究. 日本農村医学会雑誌, 49(4), 607-617, 2000
- 19) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 健康文化都市プロジェクトにおける推進方法と技術に関する研究. 平成11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究, 13-127, 2000
- 20) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究, 55-71, 2000
- 21) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究—農村における介護保険導入に関する費用・効果分析. 平成11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究, 47-58, 2000
- 22) 塩飽邦憲, 山根洋右, 他: 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. 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, 59-76, 2000

23) 山根洋右, 樽井恵美子, 塩飽邦憲, 他: コミュニティにおける総合的痴呆老人ケアシステムの構築に関する研究 - 痴呆性老人の障害とサービス利用行動 - 平成11年度鳥根県難病研究所研究報告, 1-20, 2000

24) 塩飽邦憲, 土谷修一郎, 石崎英一: 地域産業保健支援システムの評価に関する研究. 平成11年度産業医学振興財団研究調査報告書, 1-18, 2000

25) 塩飽邦憲: 国際的視野から見た地域高齢者健康福祉活動. 公衆衛生情報 30(4), 49-51, 2000

26) 塩飽邦憲: 健康な労働者と健康を職場をめざして. 公衆衛生情報 30(10), 48-49, 2000

27) 周藤 努, 中野志女子, 安井 奨, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市づくりと学校給食の危機管理. 公衆衛生情報 30(10), 59-60, 2000

28) 齋藤和雄, 久道 茂, 青山英康, 安達元明, 衛藤義勝, 竹本泰一郎, 多田羅浩三, 終山幸志郎, 山根洋右: 我が国の保健医療福祉計画の現状分析 5. 中小都市型(例: 鳥根県出雲市の保健医療福祉計画).

地域医学研究連絡委員会報告 我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点 - 保健医療福祉の連携をいかに構築するか -, 日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会, 23-28, 2000

29) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 地域発展支援のための地域健康福祉活動の方法と技術に関する検討. 平成11年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 8-16, 2000

30) 山根洋右, 他: 出雲市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会 生命輝いて生きる(2000年度~2004年度). 出雲市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画, 出雲市発行, 2000

31) 塩飽邦憲: 基調講演痴呆性老人を包みこむ地域ケア. ぼけても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム報告書, 出雲市, 4-6, 2000

32) 出雲医師会, 鳥根医科大学第2環境保健医学教室: 出雲医師会高齢者転倒調査

「転倒ゼロ作戦にむけて」. かかりつけ医を通じた高齢者の健康づくり事業報告書, 18-28, 2000

33) 山根洋右: 子供達の未来とダイオキシン. けんこう, 27号, 5-11, 2000

34) 山根洋右, 他: 鳥根県三隅周辺地域振興計画調査報告書(三隅地域の高齢社会に対応したまちづくり振興方策調査). 中国産業活性化センター発行, 2000

業績: 学会発表

1) K. Shiwaku, Y. Yamane, et al.: Menopausal symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors In Japanese middle-aged women. ICOH2000, Singapore, 2000

2) Y. Yamane: An overview of the Diphylobothriasis study in Japan. 第69回日本寄生虫学会大会大会長講演, 松江, 2000

3) K. Shiwaku, Y. Yamane: Development of Tutor-assisted and Self-directed Learning Method for Medical Parasitology Education. 第69回日本寄生虫学会大会ワークショップ, 松江, 2000

4) 山根洋右, 他: 農山村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究. 第49回日本農村医学会学術総会宿題報告, 津, 2000

5) 中谷久恵, 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁: パーキンソン病患者のQOL評価に関連する要因の研究. 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

6) 山根洋右, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 米山敏美: 農村における介護保険制度導入の政策科学的検討 - 健康なまちづくりの視点から - 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

7) 中尾 陽, 村上友代, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(6) - 介護保険に対応した福祉サービス - 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

8) 村上友代, 中尾 陽, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(7) - 介護保険と有償ボランティア活動 - 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

9) 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 米山敏美, 山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(2) - 生活習慣と健康指標の関連 - 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

- 10) 原 俊雄, 坂本 巖, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(7)ー漁業者の立場から見た中海本庄工区干拓事業ー 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 11) 坂本 巖, 原 俊雄, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(8)ー生態学者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業検討委員会報告ー 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 12) 米山敏美, A. Erdembileg, 塩飽邦憲, 山根洋右: 日本における人体寄生裂頭条虫症の実態と対策. 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 13) 山根洋右: 少子化社会における地域医療活動の課題. 第74回小児科学会島根地方会特別講演, 出雲, 2000
- 14) 山根洋右: 21世紀のライフスタイルと健康文化のまちづくりー農村と都市の新たな融合にむけて. 第28回日本有機農業研究会・しまね大会特別講演, 松江, 2000
- 15) 小林 昭, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 白石裕美, 山根洋右: アメリカの公衆衛生学教育の特徴と課題. 第10回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 16) 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 白石裕美, 小林 昭, 山根洋右, 乃木章子: 学生の学習特性と問題解決型教育. 第10回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 17) 川村知裕, 遠藤 充, 相見正史, 牧野芳子, 水野美幸, 山本福子, 小林 昭, 塩飽邦憲, 山根洋右: 臓器移植に対する医系学生の意識と教育課題. 第10回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 18) 河野通快, 池田喬哉, 小林 昭, 塩飽邦憲, 山根洋右: 痴呆性老人へのE型デイサービスセンターの役割. 第10回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 19) アヌーラド・エルデムビレグ, 塩飽邦憲, 小林 昭, 白石裕美, 山根洋右: LDLコレステロールへの遺伝子多型と生活習慣の影響(1). 第73回日本産業衛生学会, 北九州, 2000
- 20) 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 小林 昭, 白石裕美, 山根洋右: 地域共同産業保健システムの評価に関する研究(1). 第73回日本産業衛生学会, 北九州, 2000
- 21) 塩飽邦憲: 地方の時代と健康文化都市づくり. 第4回日本健康福祉政策学会ワークショップ, 旭川, 2000
- 22) 塩飽邦憲, 山根洋右, 佐野美紀子, 渡部英二: 健康政策学からみた喫煙対策. 第4回日本健康福祉政策学会学術大会, 旭川, 2000
- 23) 白石裕美: 医療看護福祉の現場における倫理教育の課題. 医学看護学教育学会第5回学術セミナーパネルディスカッション, 出雲, 2000
- 24) 塩飽邦憲, 乃木章子, アヌーラド・エルデムビレグ, エンヘマー・ビヤムバ, 白石裕美, 北島桂子, 山根洋右: 肥満と $\beta 3$ アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 第44回中国四国合同産業衛生学会, 徳山, 2000
- 25) 松浦茂乃, 中林軍二郎, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(34)喫煙への政策的アプローチ. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 26) 中林軍二郎, 松浦茂乃, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(35)禁煙サポートの発展. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 27) 山根俊夫, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康21(WHO)と中山間地域における保健医療福祉サービスの課題. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 28) 岩永俊博, 兵井伸行, 鳩野洋子, 尾崎米厚, 中俣和幸, 橋本栄里子, 山根洋右: 地域保健現場でのモデル適応の課題. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 29) 石橋正伸, 和田悦子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(7)町民参加の介護保険事業計画策定. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 30) 和田悦子, 石橋正伸, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(8)高齢者地域健康福祉活動の活性化. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 31) 塩飽邦憲, A. エルデムビレグ, 山根洋右. 出雲市健康文化都市プロジェクト(36)住民参加の健康福祉活動. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 32) 金築 宏, 金築真志, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(38)介護保険と高齢者健康福祉. 第59回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 33) 齋藤茂子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(39)介護保険と高齢者支援ネットワーク. 第59回日本公

衆衛生学会総会，群馬，2000

34) 周藤 努，中野志女子，山根洋右，塩飽邦憲：出雲市健康文化都市プロジェクト(37)学校給食センターにおけるHACCPシステムの導入。第59回日本公衆衛生学会総会，群馬，2000

35) 高井美紀子，塩飽邦憲，山根洋右：出雲市健康文化都市プロジェクト(40)子育て支援の展開。第59回日本公衆衛生学会総会，群馬，2000

36) 乃木章子，塩飽邦憲，山根洋右：β3アドレナリン受容体遺伝子多型と内臓脂肪。第59回日本公衆衛生学会総会，群馬，2000

37) A. エルデムビレグ，塩飽邦憲，山根洋右：LDLコレステロールへの遺伝子多型と生活習慣の影響(2)。第59回日本公衆衛生学会総会，群馬，2000.10.18-20

38) 山根洋右：心の健康とまちづくり。長浜公民館健康大学，出雲市長浜町，2000

39) 山根洋右：土と健康に生きる。佐田町土と健康に生きる会，佐田町，2000

40) 塩飽邦憲：心が動き、人が変わる－健康なまちづくりのための5つの技－岡山県保健婦・士職能研修会，岡山，2000

41) 山根洋右：地域社会を支えるボランティア活動のあり方。社会参加活動を考えるフォーラム司会，大田，2000

42) 山根洋右：健康づくりの実践から計画反映へ。第14回佐田町健康福祉大会フォーラム司会，佐田町，2000

43) 塩飽邦憲：シンポジウム地域産業保健センター活動の展開と課題。島根県医師会産業医部会リフレッシャー研修会，松江，2000

44) 塩飽邦憲：痴呆性老人を包みこむ地域ケア。ボケても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム特別講演，出雲，2000

45) 塩飽邦憲：出雲市の高齢社会に向けての市民・行政・専門家の協働的取り組み。JICA研修「高齢者介護」コース，出雲，2000

46) 塩飽邦憲：中小零細事業所への産業保健支援活動－共同健診からヘルスプロモーションへ－島根県医師会産業医部会研修会，出雲，2000

47) 塩飽邦憲：農村地域の高齢者支えあい活動。JAいずもやすらぎ会第8回総会特別講演，2000

48) 塩飽邦憲：産業看護活動評価のための調査研究。島根県産業看護研究会総会，松江，2000

49) 塩飽邦憲：理学療法士の予防活動。理学療法士協会島根県士会総会特別講演，出雲，2000

50) 塩飽邦憲：生活習慣病の個別的予防の推進。島根県医師会産業医部会研修会，益田，2000

51) 塩飽邦憲：調査研究の進め方。医学看護学教育学会研修会，出雲，2000

52) 塩飽邦憲：健康に生きる5つの技。出雲市すこやかライフ健康講座，出雲，2000

分担研究報告書

プロジェクト・サイクル・マネジメント(PCM)の特徴づけに関する総括的考察

国立公衆衛生院 兵井伸行

概要

PCM（プロジェクト・サイクル・マネジメント）に関して文献や実際の適用事例を基にその特徴を明らかにした。

PCMの主な利点として、目標や成果、指標などを計画策定時に設定するための確で効率的なプロジェクトのマネジメントが可能となる、参加型計画手法を用いるためよりニーズに対応した計画の立案が可能となる、プロジェクトの全体像が関係者に明らかになり、事業の透明性が高まる、プロジェクトのマネジメントを標準化された形で行うので、その経験を蓄積し共有化でき、将来のプロジェクトへ活かすことが可能となる、関係者の意志疎通が図られるとともに、エンパワーされる、などがあげられた。

留意点として、PCMでは、その成否は基本的にワークショップに由来し、ワークショップがうまく機能することが非常に重要であり、そのため参加者の自発的積極的な協力が不可欠で、参加者の適切な人選と参加者への基本的な情報の提供が重要である、PCM手法は現存する問題解決のために何をすべきか検討して行く「目的指向型」の手法であるため、問題が解決された望ましい状況が設定しにくい場合や、現存する問題が存在しない状況での立案には適しない、プロジェクト概要表（PDM）に示される策定された計画も必要に応じて変更されるためにプロジェクトの進捗状況や取り巻く環境の変化を継続的にモニタリングが必要である、質的情報を把握するには迅速・参加型調査手法などの補完的な活用が望まれ、また必要に応じて経済分析や環境アセスメントなども利用されることなどがあげられた。

外部の計画者・実施者がメニューを押しつけるのではなくステークホルダー自ら意見を述べ、主体的に事業に取り組むことが可能となる、そのようなプロセスにPCM手法は手法（道具）としての役割を果たせるものと考えられる。

研究協力者

国吉秀樹 沖縄県宮古保健所

小島光洋 宮城県仙南保健所

明確にすることを目的とした。

方法

目的

地域保健活動の計画策定のためにさまざまな活動モデルが示されている。これらのモデルをツールとして活用するためには、各モデルの特徴を知る必要があり、PCM（プロジェクト・サイクル・マネジメント）について、文献や実際の適用事例を基にその特徴を

PCM手法の手順とその理論は大きく参加型計画手法、モニタリング・評価手法の2つに分かれており、初年度は、主に参加型計画手法の手順や理論について分析検討を行った。具体的には、参加型計画手法を構成する参加者分析、問題分析、目的分析、事業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ついて詳細な分析

検討を行った。

次年度には、この分析検討を踏まえた上で、PCM手法を保健所および市町村の地域保健業務に実際に適用した事例として、「障害者福祉計画」「う蝕予防計画」を取り上げ、その実際の展開について検討を行った。

3年次には、これまでに得られた各モデルの理論とその特徴を整理するため、特に活用上の重点項目に焦点をあて、総合的に相互比較検討を行った。各モデルの相互比較の枠組みとして、1) 住民と行政、専門職の関係性、2) 参加者のエンパワーメント、3) ワークショップの特徴、4) モデルをマネジメントする際の専門家の役割、5) このモデルの強みと弱み、6) 運用上の注意事項、7) 総合的な特徴、の7項目を用いた。

結果および考察

1. 住民と行政、専門職の関係性（住民参加、パートナーシップなど）

PCMワークショップの開催自体は、行政側の決定によることがほとんどでしょうが、PCM手法においては、住民と行政、専門職が等しくワークショップの参加者として積極的に協力することが不可欠です。プロジェクトの計画策定を行うのはあくまでワークショップの参加者自身です。もちろん行政側、専門職が必要に応じて情報を提供して討議の参考としますが、対象分野についての基本的な統計や関連する調査報告書、地域特性に関する基本的情報はワークショップの参加者にあらかじめ配布しておくことが望まれます。

実際の適用事例である「障害者福祉計画」の事例においては、直接住民の意見が反映されることを経験した住民に自信が付き、また、行政側にも問題の構造的な理解を通じて、業務の目的が整理された、などの利点が示されました。

また、「う蝕予防計画」の事例では、専門職グループと母親グループの視点の違いが明確になり、ニーズを把握するという点で非常

に有意義であったことが報告されています。これにより、専門職側の一方的な予測、時として独善に基づいた実施計画ではなく、母親グループの主体性に基づいた実施計画を作成することができました。

このようにPCM手法を実際に活用することにより、住民との健康問題を共有化する可能性に一步近づくことが出来ると思われま。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が大きな特徴といえます。

2. 参加者のエンパワーメント

PCMワークショップを通じて、関係者のプロジェクトに関する理解が深まり意志の疎通が促進される特徴があることはすでに述べました。この経験を基に関係者自らがエンパワーしたりされたり、プロジェクトやその活動に対して責任能力（accountability）や所有権（ownership）を自ら形成する目的を合わせ持っているといえます。「障害者福祉計画」の事例のように、多くの場合、直接住民の意見が反映されることを経験した住民に自信がつくことが指摘されています。

3. ワークショップの特徴

PCMワークショップは参加型であるため、参加者が積極的に協力し知恵を出し合いコンセンサスを得ながら計画を練り上げて行くことが不可欠です。ワークショップの期間や回数はプロジェクトの規模や内容、複雑さによって異なりますが、関係機関や公式・非公式グループの代表の参加が求められます。したがって、ワークショップの参加者の適切な人選が重要です。

ワークショップは、モデレーターと呼ばれる進行役によって進められますが、このモデレーターは手法に精通し、中立の立場から議論を整理し進展させます。したがって、内容について自分の意見を述べることはなく、担

当課題の専門家や関係者である必要はありません。

参加者は自分の意見をカードに書き、カードをボードに貼って意見を視覚化し議論を発展させ、参加者全員のチームアプローチで分析を進めます。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利点として上げられます。

参加型計画手法を構成する参加者分析、問題分析、目的分析、事業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ついては各々詳細ではあるが簡潔な手順とその様式が定められています。この過程でさまざまなグループワークが行われます。

ワークショップは計画策定時に通常複数回開催されます。もちろん、計画策定後のワークショップや事業の中間・終了時評価のためのワークショップなどもあります。

4. モデルをマネジメントする際の専門家の役割

計画策定時

ニーズ把握や問題の分析検討において、「専門家」には専門家としての経験や知識の提供とその活用が期待されますが、専門家は時として専門家的予断に陥りがちになります。その意味でも参加型計画手法で、ニーズを明らかにし、コンセンサスを得ながら計画を立案できる手法は「専門家」を専門家たらしめるうえで有効です。

実施時

プロジェクトの規模や内容によって異なりますが、モニタリングに専門家が必要です。一般的には経過とともに委譲可能となります。また、プロジェクト活動に応じた専門家は必要ですが、一般的に経過とともに委譲可能となるようプロジェクトは計画されます。評価時：専門家の経験・知識・判断が必要です。

5. このモデルの強みと弱み

基本的にワークショップに由来し、ワークショップがうまく機能することが非常に重要です（手法自体よりもワークショップの結果に左右されます）。

このようなPCM手法の主な利点として、1) 目標や成果、指標などを計画策定時に設定するための確で効率的なプロジェクトのマネジメントが可能となる、2) 参加型計画手法を用いるためよりニーズに対応した計画の立案が可能となる、3) プロジェクトの全体像が関係者に明らかになり、事業の透明性が高まる、4) プロジェクトのマネジメントを標準化された形で行うので、その経験を蓄積し共有化でき、将来のプロジェクトへ活かすことが可能となる、5) 関係者の意志疎通が図られるとともに、エンパワーされる、などがあげられます。

留意点として、1) プロジェクト概要表(PDM)に示される策定された計画も必要に応じて変更されます。そのためにプロジェクトの進捗状況や取り巻く環境の変化を継続的にモニタリングします。2) 広く社会経済文化的状況を定性的に分析できるPCM手法は、プロジェクトの主要な枠組みを明らかにする上で有効であると考えられますが、地域住民の健康観、疾病観、健康行動や受療行動、意志決定などの特に質的情報を把握するには迅速・参加型調査手法などの補完的な活用が望まれ、また必要に応じて経済分析や環境アセスメントなども利用されます。3) ワorkshopでは、参加者の自発的積極的な協力によりコンセンサスを得て行くので、参加者の適切な人選と参加者への基本的な情報の提供が重要です。4) PCM手法は現存する問題を解決するために何をすべきか検討して行く「目的指向型」の手法であるため、問題が解決された望ましい状況が設定しにくい場合や、現存する問題が存在しない状況での立案には適しません。例えば、実際の適用事例である

「障害者福祉計画」や「う蝕予防計画」の事例、環境保健などは現存する問題が比較的捉えやすく、「健康文化都市」などは比較的捉えにくいかもしれません。

6. 運用上の注意事項

いずれの手法も同様だと考えられますが、PCMはプロジェクトの立案・評価手法であるため、そのプロジェクトの実施レベル（国・県・郡市町村・コミュニティ）とも関連して、まずその立案・評価をどのレベルで誰のために実施するかが明確でないと、手法を使うこと自体が目的化されたり、プロジェクトの管理的側面が協調された結果になるので注意が必要です。また、他の手法も同様ですが、適切な指標設定が特に保健医療分野では難しいことが多く、例えば、住民の個別事業やサービスへの満足度、人材養成の成果、健康教育の効果などに対する指標設定に考慮が必要になります。この点で特に質的情報を把握し分析する迅速・参加型法の活用が望まれます。

その他、参加者の人選やワークショップに欠かせないコミュニケーション・スキルを備えたモデレーターの確保についても事前に十分検討する必要があります。

いずれにしてもPCM手法は、現存する問題の分析を通じて望ましい将来の状況に至る方策を体系的に立案する「目的指向型」手法であるため、あらかじめ特定の成果物が期待されているような場合には発想や思考の自由度・柔軟性が失われ、手法の特性が十分発揮できなくなります。また、このような場合にはワークショップもうまく機能しないことが多いといえます。そして、この手法には、立案時に利用し計画を立てたら後は知らないというのではなく、常にモニタリングを行い必要な修正、改善を織り込んで行く手順も組み込まれているものです。

さらに、このような手法を用いた事業展開と日本の単年度会計制度に基づく業務の進め

方との軋轢も避けて通れない課題かもしれません。

7. 総合的な特徴

PCM手法について、特に活用上の重点項目に焦点をあて、総合的に検討を行った結果について述べてきましたが、数多くの利点をもつこの手法にも、参加型であるため参加者の構成や資質に影響される点、十分な分析や検討を怠り単に機械的にプロジェクト計画を作成する危険性（手法利用の自己目的化）、またモニタリングを軽視するとプロジェクトの柔軟性を欠く危険性などいくつかの制約も存在します。また、PCM手法を利用することによる作業量・負担の増加や責任所在の明確化に対する違和感なども存在します。

今後、さまざまな事例への適用を通じて、手法としてのさらなる検討、議論が必要ですが、PCM手法そのものの利用が自己目的化するのではなく、手法（道具）を使って誰が何のために何を誰に対してどのように行うのかを明らかにして行くこと、そしてその結果を評価することが一番大切な課題であると考えられます。

公共的な事業である以上、「住民のために」実施することが条件ですが、外部の人間が情報を収集して計画を立案しただけではうまく行かないことから、「住民とともに」という考えが生まれ、さらに積極的に住民が主体として参加共働するという「住民による」計画立案、そして実施、評価という考えが広まって来ました。

外部の計画者・実施者がメニューを押しつけるのではなくステークホルダー自ら意見を述べ、主体的に事業に取り組むことが可能となる、そのようなプロセスにPCM手法は手法（道具）としての役割を果たせるものと考えられます。

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究
分担研究報告書

地域づくり型保健活動の特徴づけに関する総括的考察

分担研究者 鳩野 洋子（国立公衆衛生院公衆衛生看護学部）

概要

他のモデルと7つの観点から比較するなかで、地域づくり型保健活動には特に以下の特徴があることが明らかになった。

- 1) モデルの全過程をつうじた住民参加が強調されるモデルであること。
- 2) 計画作成自体が一義的な目的ではなく、過程での参加者のエンパワーメントを第一の目的としたモデルであること。
- 3) 住民参加型のワークショップを基本に据えたモデルであるため、コミュニティレベルで活用に適しており、社会計画としての性格が求められる場合には、全体性、網羅性、科学性、効率性の観点から弱点を有すること。
- 4) 災害等の緊急事態への対応、因果関係が明確な健康問題への対応、あらかじめ内容が定められている事業の展開方法の検討には適さず、地域でのより望ましい状況を検討してゆく場合に力を発揮すること。

本モデルを適応する場合、上記の特徴を理解し、それに応じた場面への適応が必要であるとともに、モデルを展開する専門職の資質が重要であることが考えられた。

研究協力者

岩永俊博

国立公衆衛生院公衆衛生行政学部

ムスタファ・カマル

国立公衆衛生院公衆衛生行政学部

I 目的

地域保健活動の計画、実践のためのいくつかのモデルが示されるようになってきた。すべての場面に有効なモデルは理論上あり得ないと思われるにもかかわらず、現場では、その状況に応じたモデルの使い分けが行われているとは言い難い現状がある。

本研究班では地域づくり型保健活動（SOJO-Model）の特徴について、文献や現場活動のなかでの適応事例をもとにその特徴を明確にすることを目的とした。

II 方法

本研究班では、1年目には文献的な観点からの特徴づけを実施し、また2年目には実際に地域で実践している事例をもとに同様の検討を実施した。本年度は、実際にモデルを展開する際の留意事項について7つの観点から各モデルと相互の比較をするなかで、地域づくり型保健活動の特徴づけを試みた。7つの観点は 1.住民と行政、専門職の関係性 2.参加者のエンパワーメント 3.ワークショップの特徴 4.モデルをマネジメントする際の専門家の役割 5.このモデルの強みと弱み 6.運営上の注意事項 7.総合的な特徴である。

III 結果および考察

1. 住民と行政、専門職の関係性（住民参加、

パートナーシップなど)

本モデルでは、達成目的の決定段階から課題認識、目的達成の方法の決定、目的達成度の測定段階に至るすべての過程において住民が参加することが想定されている。この特徴を有するのは、PCMと本モデルのみであり、住民参加が全過程に含まれていることがまず本モデルの特徴であるといえるだろう。

2. 参加者のエンパワーメント

エンパワーメントとはWHOのヘルスプロモーションのなかでは「人々が自分たちの健康に影響を及ぼす意思決定や行動をより強くコントロールできるようになるプロセスである」と定義されている。また Seigel らの定義によれば「パワーレスな人々が自分たちの生活をコントロールし、自分たちが生活する範囲内での組織的・社会的構造に影響を与えるプロセスである」としている。

このほかにも立場によってエンパワーメントにはさまざまな定義がなされているが、上記2つの定義から考えると、人々が自らの健康に対して自らコントロールする過程である、という点はほぼ一致しているものと考えられる。

この観点からモデルを比較すると、「過程」の概念が含まれるものは、プロジェクト・サイクル・マネージメント(以下PCMとする)、プリシード・プロシードモデル(以下P-Pとする)、そして本モデルであると思われる。疫学、ソーシャル・マーケティング(以下SMとする)ではおのおの科学的方法論の理解、あるいは住民の価値観の変化、スタッフの調査技法の習熟等が得られるとされるが、時間軸は横断的であり、過程の概念は含まれていないように思われる。

加えて強調したい点は、地域づくり型保健活動は、計画作成自体よりも、ワークショップで、参加者間で目的や目的達成の手段を考え、それを計画書にしていく過程や、その計画を基に実施する課程において、参加者がエン

パワーメントされることに第一義的な重点が置かれている。例えばPCMも参加者のエンパワーメントは非常に強調されるモデルであるが、プロジェクトを行うことが前提にあり、住民参加がなければ魂のないモデルの活用になるとはいえ、プロジェクトのサイクルをいかに効率的効果的に運営するかを第一の目的としていると思われる。しかし地域づくり型保健活動は、極端に言えば計画書ができなかったとしても、参加者のエンパワーメントが図られたならば第一義の目的は達成されたと考える。すなわち本手法はエンパワーメントのための道具としても位置づけることができる。

3. ワークショップの特徴

ワークショップのモデルのなかでの重みづけの観点から比較を試みると、ワークショップが機能することがモデル活用の成果に大きく影響を与えると考えられるものは、PCM、本モデルである。P-Pも日本での適用の際にはワークショップで住民の意見を聴取することが非常に重視されているが、PCMや地域づくり型保健活動に比較して整理枠が明確であるため、それらのモデルよりもワークショップの出来如何によってモデル活用の成果が左右されるというある意味でのリスクは若干は少ないと言えるだろう。

一方学としての論が確立している疫学はワークショップというプロセスがなくても成立する。またSMのなかで、ワークショップは一つの方策の位置づけであり、マーケティングの中心的な概念ではないとされている。

SOJO model では、目的の確認から計画書の作成までの活動方針検討期においてワークショップが行われる。進行役であるファシリテータも自由に話し合いに参加し自分の意見を述べるが、ワークショップの流れなどを理解していれば専門家である必要はない。話し合いで得られる相互作用的な気づき合いが重視されるためカードは使わず広めの記録用紙

に参加者の誰かが、発言を記録する。計画作成以上に参加者自身による決定の過程が重視されるため、ワークショップには十分時間をかけることになる。

4. モデルをマネジメントする際の専門家の役割

専門家の中立性の観点からモデルをみると、PCM、SMは、モデル活用の際には中立であることが重視されている。そのために、「専門家」はモデルの活用に関する専門家であり、必ずしも公衆衛生分野の専門家であることは求められていない。疫学は、そもそも学の基本的な考え方として価値観を排除している。

その一方、本モデル、そしてP-Pは公衆衛生分野の専門家であることが必要なモデルであろう。本モデルではプロセスの展開のなかで、ノーマライゼーションやプライマリ・ヘルスケア、ヘルスプロモーション、あるいは地方自治などの概念的基盤が求められる。そのため、展開をスーパーバイズする専門家には、そのような概念的基盤が求められる。これらの概念基盤がなければ、その構造をなぞることはできるだろうが、モデルの適用はモデルとしての意味を失わせる危険性を持つと考えられる。

5. このモデルの強みと弱み

強みも弱みも、本モデルの中核が参加型のワークショップであることに関連する部分が大いと思われる。

強みは、モデル展開のどの過程においても住民参加のしくみが考慮されているため、モデル適応の理由がコミュニティレベルにおいて住民参加型の活動をつうじた住民のエンパワーメントをはかる場合には、それを可能にしやすいモデルであるということである。また住民と専門家、あるいは保健医療以外の職種も自らの立場で参加が出来るやすいモデルである、すなわちヘルスプロモーション活動の要素の一つである分野間の協調がしやすい

ことも利点であろう。

その一方、過去の日本型の活動展開においては住民も専門職も「住民と協働して決定する」という形態に慣れていないため、違和感や不全感を感じることも少なくない。またこれに加えて、例えばP-Pのような明確な整理枠があるモデルではないため、特にワークショップの初期段階においては、ファシリテーターの習熟レベルにもよるがワークショップの意味づけが住民に伝わりにくい場合もある。

保健行政の観点からの弱みとしては、ワークショップ参加者の発想をもとに組み立ててゆくモデルであるため、自然科学的な科学的根拠に欠けること、時間がかかり行政施策に求められる効率性の概念とは相容れない部分があること、代表性、網羅性に欠ける、という指摘を受けるであろうことなどがあげられる。

6. 運営上の注意事項

地域づくり型保健活動以外の全モデルに共通する事項でもあると考えられるが、モデルを使う意味を明確にしておくことがまず基本的に必要な点である。特に本モデルは住民参加をつうじた参加者のエンパワーメントを目的としたモデルである。このモデルを活用することの目的がこの目的と合致していない場合、例えば町の母子保健計画といった計画策定を行うことが第一義の目的の場合、あるいは制度の変化を目指すといったソーシャルアクション的な活動を目的としているような場合などは、往々にしてこの手法をなぞることが目的となったり、起こしたいアクションに結びつけようとするために、自然な論理の流れを大切にす本モデルの特徴と離れたものになったりする場合が生じる。もちろん計画策定等に活用できないわけではないが、このモデルの持つ本質的な目的を理解した上で活用することが必要となろう。

スーパーバイザー、ファシリテーターの資

質も重要である。本モデルはワークショップの成果に大きく左右されるモデルであるため、それを動かす人材によって影響される点は否定できない。ただし、求められる資質は例えばカリスマ的な資質ということでは決してない。第一には前述したように、なぜこのモデルを使って活動を行おうとするのか、その意義を自分のなかで明確にしていること。次に、その理由や自分の考えを自分の言葉で住民、あるいは関係者とコミュニケートできることである。モデルの展開過程への理解はこの2点が備わったうえで三番目に必要とされる資質といえよう。

次に物理的な条件について述べる。モデルを活用する場合の実施のレベル（国・県・市町村・コミュニティ）の問題がある。ワークショップをつうじた参加者の話し合いを通じてのエンパワーメントを重視する本モデルの特徴を最大限に活かすとすれば、本モデルを実施する範囲はコミュニティレベルが望ましいレベルであると考えられる。また関与する人材の資質について述べたが、コミュニティレベルで実施しようとする場合、その資質を備えた人が1名だけいても、本モデルの実施は現実的には困難である。経験則ではあるが3名の賛同者がいることが望ましい。かける時間についてはワークショップは人がおこなうことであるため、ある程度、進行の目安はついたとしてもそのとおりに動かすことは難しい場合がある。時間が非常に制限されている場合の適用は、住民よりもむしろ専門職の心理的負担になる。このことは単年度会計で運営される日本の行政組織のなかでの展開のなかで考慮すべき点である。ただし、本モデルを適応する場合、実施計画に基づいた事業の展開には予算が必要であろうが、実施計画

策定までの段階に必要なものは、模造紙とペン、話し合う場所であり、資金はあまり必要としない。

7. 総合的な特徴

本モデルは目的志向的な活動モデルであり、特にコミュニティレベルにおいてよりよい状況を構築したいとする状況に適したモデルである。

明確な健康問題の解決や効率的な活動の運営方法の検討、計画策定は第一義的な目的としておらず、モデルの適応過程をつうじた参加者のエンパワーメントをはかることを中心に据えたモデルである。

災害の発生時等の緊急事態への対応、食中毒の発生といった因果関係が明確な健康問題への対応、あらかじめ課題や内容が定められている事業の展開方法を検討する場合、例えば脳卒中半減計画を実施しなければならない、老人保健事業のなかでの健康診査の持ち方等の場合は、参加者で目的を決めることにより生じる協働意識や、柔軟で生活実感に即した自然な発想といったモデルの利点が失われることになり、本モデルの活用は適さない。

本モデルの特徴をふまえた適応が今後望まれるところである。

引用・参考文献

- 1) 久木田純、渡辺文夫（編）：エンパワーメント、人間尊重社会の新しいパラダイム、現代のエスプリ、376号、至文堂、1998.
- 2) 清水準一、山崎喜比古：アメリカ地域保健分野のエンパワーメント理論と実践に傾倒した意味と期待、日本健康教育学会誌、4（11）：11-18、1997.

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究

分担研究報告書

疫学的アプローチの特徴づけに関する総括的考察

尾崎米厚 鳥取大学医学部衛生学

概要

疫学的アプローチについて、その特徴を明確にすることを目的として特に活用上の重点項目に焦点をあて、文献的、実践的に検討を行った。

近年では、疫学の定義は従来の「特定の集団における健康に関連する状況あるいは事象の分布あるいは規定因子に関する研究」から「健康問題を制御するために疫学を応用すること」も含む方向へと広がってきた。つまり、「研究」としての疫学と「公衆衛生活動への応用」としての疫学の2つの面として考えることができる。

主な利点として、方法論が確立しており、方法やその結果の客観性、普遍性があげられる。特に健康課題がはっきりしている場合や緊急の対処が必要な場合には必ず用いなければならない方法論である。また、この疫学方法に関するの書籍やコンピュータソフトなど多く、どの地域にも専門家が存在する。

弱点あるいは留意点として、参加型の疫学調査について、理想通り住民を含めた調査活動ができるかの経験や実績が少ないこと、分析に基づいた対策の考案が今までの方法を踏襲しがちで、提言が現状の改良にとどまりブレイクスルーしにくいことなどがあげられる。さらに、厳密さを重視すると住民参加の道が閉ざされる。

今後は住民と行政と専門家が協働により疫学的手法を用いて公衆衛生活動を展開していく時代といえる。

目的

地域保健活動のための活動モデルとしての疫学的アプローチについて、その特徴を明確にすることを目的として文献的、実践的に検討を行った。

方法

初年度に疫学的アプローチについてその用途や考え方を整理し、次年度において実践的な適応を試みた。それらの結果を踏まえて特に活用上の重点項目に焦点をあて総合的に検討した。

結果

1. 住民と行政、専門職の関係性

既存統計の分析、健康関連ニーズ調査や活動の成果の評価など住民と共に取り組むことが可能な課題に対しては、住民と行政、専門職との協働が可能である。

既存統計の分析では、行政の専門職等が分析して、図表にまとめたデータを住民とともに解釈する検討会をもつスタイルが現実的であろう。標準化された値を相対比較すること（時代間比較、地域間比較等）、年次推移をみること等により健康課題を抽出するのは住民参加で可能である。健康関連ニーズ調査等では、住民へのグループインタビューや住民同志の話し合い等といった機会を通して住民が

日頃感じているニーズやこうありたい姿などを抽出し、それらをもとに地域特性がでるような調査内容を検討する場合に住民参加が可能である。調査票の配布、回収、あるいは面接調査の調査員、調査結果の解析や解釈を住民主体で行うことも可能である。活動の評価については、評価指標の提案、目標値の設定、評価のための調査の企画、調査の実施、調査結果の解釈などいずれのステップにも住民参加が可能である。

これら住民参加が可能な疫学的調査プロセスに住民が関与すると、調査や評価といった従来専門家に任せていた仕事も住民が十分関与可能であることが認識してもらえ、分析結果や集計結果の解釈を住民と専門職が共有化することができる。これが住民主体の事業の実施や、住民参加型評価活動への動機につながってくる。

2. 参加者のエンパワーメント

疫学的調査に住民が参加した場合、客観的な調査結果が出てくるプロセスから関わっているのが健康課題や地域の現状あるいは活動の成果を客観的に納得しやすい。データの解釈など科学的なものの見方を身につけてもらうことも可能である。地域住民が持っている様々な能力が調査活動に生きることも体験してもらえ、行政の活動への参加意識が高まり、自分たちができることは多いという自信にもつながる。行政は住民参加の調査活動を経験することにより、調査活動が住民へ受け入れられやすくなり、また効果的な情報公開をもたらすことを経験できる。専門家は住民の新鮮な、生活に根ざした発想から学ぶことができる。健康課題の優先順位付け、それぞれが協力した対策の実施など協働作業による疫学調査は協働作業による活動につながる。

3. ワークショップの特徴

住民参加型の疫学調査活動が可能になる場合、ワークショップ開催もあり得る。その場合、科学的な調査方法について専門家がわかりやすく、実際の例をあげながら説明するこ

とになる。また、調査内容を決定するためのワークショップとして住民主体のグループワークを行い調査内容を検討することもあるし、調査結果や既存統計の解釈もグループワークで検討してもよい。これらのワークショップは住民を行政の行う調査の実施の手足と位置づけての説明会になってはならない。

4. モデルマネージメントでの専門家の役割

疫学的手法はもともと専門家が身につけているものなので、まず専門家が研修その他でこの手法を身につけておく必要がある。それを行政内の専門職に伝えたり、行政内専門職対象の研修で専門職が自ら身につけたりする。これを住民向けの研修会や実際の疫学調査活動の中で住民へ伝えていく。

疫学調査活動を住民と協働で行う場合にも、専門職がリードして、住民が参加して活動するための方向付けは行う必要がある。あくまでも行政が行う調査活動であるため予算、マンパワーの多くは行政が責任をもって出すので、完全に住民だけが住民主体で調査活動することはない。NPO等が自分たちの活動のために独自調査を行うのとは別物である。

5. このモデルの強みと弱み

このモデルの強みは方法論の世界標準が確立していることである。適切な方法が採用されていれば誰が行っても同じ結論に達するという客観性、普遍性も大切である。健康課題がはっきりしている場合や緊急の対処が必要な健康危機管理の場合には必ず用いなければならない活動方法論である。

得られる結果も客観的で、科学的であるため調査活動に参加しなかった人にも説得力のある情報が提出できる。また、この方法の利用を手助けする書籍やコンピュータソフト(統計など)も数多く出回っている。大学などの地域資源を活用すればどの地域にもこの方法論を教える専門家が存在する。

弱みは、住民参加型の疫学調査活動の経験があまりないので、理想通り住民と調査活動ができるかの実績がない。分析による対策の

考案は今までの方法論を踏襲しがちで、提言は現状の改良にとどまり対策がブレイクスルーしにくいという欠点もある。

さらに、厳密な方法をとると予算やマンパワーがかかること、疫学的方法論が使いこなせるには一定程度以上のトレーニングが必要であること、個人情報保護の観点から住民参加による情報の漏洩が問題になりうること、特に環境問題など地域住民が情勢に対峙しているような場合協働の疫学調査は難しく、特に結果の解釈に先入観が張り込み客観的な判断がしづらいこと等の問題点もある。

6. 運用上の注意事項

厳密さを追い続けると住民参加の道が閉ざされるので、これからは、行政の活動に必要なレベルの調査研究にとどめて住民参加の道を探るべきであろう。この際行政内の専門職が研修を積んで、様々な疫学的調査に対応できるような柔軟性を獲得している必要があり、現状では都道府県レベルの研修でこのような人材を意識的に育成する必要がある。

7. 総合的な特徴

近年では、疫学の定義は広がってきている。従来の「特定の集団における健康に関連する状況あるいは事象の分布あるいは規定因子に関する研究」から「健康問題を制御するために疫学を応用すること」も含むようになった（疫学事典第3版、日本公衆衛生協会）。「研究」にはサーベイランスも含んでいる。

従って、健康を増進し、疾病を予防し、発生した現象を制御することなどを目的とした学問で、公衆衛生活動を含んでいるとすらいえよう。そこで、これらを大きく2つに分け、「研究」としての疫学と「公衆衛生活動への応用」としての疫学について考えていく。

疫学研究には様々な方法論、レベルがあるが、基本的に疫学研究は専門家のみで行われてきた。従来は住民は被調査者であり、一方的に様々な健康関連情報を提供するのみであった。特に根拠に基づいた医療（EBM）における根拠の質からみて、質の高い研究であ

る実験疫学や分析疫学に関する研究には住民の参加はまだ難しいといえよう。しかし、昨今の個人情報保護法制化の流れを受け、質の高い疫学研究ほど研究の対象者である住民のインフォームドコンセント（説明の上の同意）を得て実施することが求められ、従って対象者（住民）がその疫学研究の目的、方法、予想される成果と活用方法等について説明を受ける機会も増えていくと考えられる。これが、住民の疫学研究への理解に結びつき、一部理解が十分できる住民の発生により、この住民が疫学研究に参加していくこともあり得る。

特に、研究が公正明大に実施されているかを監視したり、結果を解釈したり等の役割を演じる可能性がある。疫学研究の倫理規定に将来、研究対象者の代表や第三者の住民を研究実施者グループに入れるべきであるといった項目ができるかもしれない。近くない将来にならないと実現されないであろうが、このような可能性を認識しておく必要はあろう。

また、比較的研究方法が一般住民にも理解しやすい断面調査、前後比較調査等は住民参加が可能な研究であろう。特に、その研究の目的が地域の健康課題に関するニーズ調査や公衆衛生活動の成果を評価する場合などは比較的簡単な研究デザインでもあり、住民参加を推進していくべきかもしれない。というのも、計画づくりにもとづく保健活動や行政の行う活動の評価等が重視されており、それらを住民参加により推進することが重要になってきたからである。これは、ヘルスプロモーションの考え方、行政の説明責任・情報公開、住民の行政不信、住民の社会活動参加の促進などの背景によるものである。計画づくりに基づく活動のあらゆるサイクル、すなわち計画の策定、計画に基づく事業の実施、成果の評価に住民参加が促進されるのがますます重要になってきている。従って、今後は住民と行政と専門家が協働により疫学的手法を用いて公衆衛生活動を展開していく時代といえる。

疫学研究の実際と応用についてたばこ対策

を例に考えてみる。

1) 疫学的研究

(1) 喫煙の健康影響を明らかにするステップ

このステップは疫学者を中心とした専門家主導で行われてきた。

① たばこと健康障害 (能動喫煙)

数十年にわたる疫学研究の成果により、喫煙は様々な疾患の危険因子になっていることが明らかになった。

研究方法はそれぞれの疾患に罹った患者と対照群の喫煙歴を比較するケース・コントロール研究と喫煙のある群とない群を追跡するコホート研究である。たばこは肺がんのみならず喉頭がん、食道がん等多くの部位のがんの死亡リスクを増加させる。さらに、虚血性心疾患、大動脈瘤、脳血管疾患、クモ膜下出血といった循環器疾患の死亡リスクも増加させるほか、慢性気管支炎・肺気腫や気管支喘息といった呼吸器疾患の死亡リスク増加させる。その他白内障、骨粗鬆症、早期閉経なども関連があることが指摘されている。さらに、妊婦の喫煙は胎児に甚大な影響を及ぼすことが明らかになっている。すなわち、不妊、自然流産、早産、周産期死亡、低体重児、先天異常、妊娠合併症などである。近年、歯科疾患とたばこの関係も注目されている。

このような重要な事実を明らかにした数々の疫学研究の成果により、「たばこは体に悪い」という一般常識も形成されてきたといえる。これは、喫煙と健康に関する疫学研究の結果が極めて妥当性が高いことに寄る。研究結果の一貫性、関連性の強さ(リスク指標の値の高さ(相対危険度、オッズ比))、量反応関係の存在、禁煙後のリスクの減少など多くの因果関係を立証するための科学的根拠が提出されているからである。なお、能動喫煙の健康障害も年々新しい問題が見つかっている。

② 受動喫煙の健康影響

近年の喫煙問題関係の最も重要な発見は受動喫煙の害を明らかにしたことである。もちろん能動喫煙より関連の強さは弱いし、まだ

たばこ会社等の側からの批判はあるが、既に米国環境保護庁(EPA)では、環境中のタバコ煙(ETS)は人体に発がん性のある「A級発がん性物質」として分類している。すなわち、家庭や職場での受動喫煙により様々な疾病のリスクが増加することが既に立証されているという見解であるということである。これらも受動喫煙があるものかないものを比較した疫学研究の成果が根拠となっている。

受動喫煙は成人(肺がん、鼻腔がん、心疾患死亡、虚血性心疾患罹患)のみならず、小児(乳幼児突然死症候群、気管支炎、呼吸器症状、中耳炎、さらには、胎児(低体重児)にも影響があるといわれている。近年では、受動喫煙の曝露を尿中コチニン(ニコチンの代謝産物)や血中マーカー、さらには遺伝子異常などで測定する研究も進められている。

受動喫煙の健康影響の存在は極めて重要で、喫煙者の周囲の非喫煙者を保護するための様々な対策を推進する科学的根拠となっている。特に様々な場所の禁煙・分煙の根拠、胎児や子どもたちの健康を守るうえで大変重要である。疫学研究がここでも公衆衛生対策の重要な根拠を提出している。

③ たばこの依存性

たばこを依存性物質として認識し、社会的対策を考える大切さが強調されている。たばこにはニコチンという依存性薬物が含まれているが、様々な臨床研究や動物実験などにより、その性質や生体影響が明らかになってきた。

これらの知見が青少年者が吸い始めないことの重要性、禁煙を希望する喫煙者をサポートする方法を発展させてきた。疫学研究は、喫煙者におけるニコチン依存の頻度、ニコチン依存者の特徴、一般住民の喫煙問題の認識に関する世論調査、よりよい禁煙指導方法の評価、禁煙指導の効果判定などに取り組んでいる。

この研究分野は禁煙をいかに推進するかという対策を進展させるのに直接深く関わって

おり、今後、益々疫学的研究が活発に行われることが期待される分野である。

(2)喫煙の社会的影響を研究するステップ

このステップは研究者主導であるが、医学研究者のみならず社会科学研究者、企業のシンクタンク等の研究者など幅広い専門家が関わることができるテーマである。

①喫煙関連疾患による社会的負荷・損失

上述のたばこと健康障害に関する研究成果と様々な集団への喫煙率調査の結果を用いて、たばこが社会にどのくらいの負荷を与えているのかを分析する研究も進んできた。たばこ関連疾患による超過死亡、ADLやQOLの低下に関する研究などである。さらに、これに医療経済学の手法を加えて、医療費のみならず様々な分野での喫煙関連疾患の罹患や死亡による社会的コストを計算して喫煙対策の経済的有効性を示す研究もあり、喫煙対策を推進する根拠を提出している。

特に、一般社会や企業に対してもコストという観点で喫煙対策を推進する動機を醸成するのに一役買っている研究分野といえよう。

②喫煙を取り巻く社会環境に関する調査

たばこは健康に悪いと30年以上前からわかっているがわが国の喫煙対策は欧米のみならずアジアの国々より極めて遅れているといわれている。ヘルスプロモーションの理念やたばこ対策先進国の経験をいかした喫煙対策の推進にはたばこを取り巻く社会環境を変えていく必要があり、その方法や根拠を示すための疫学研究が重要であるが、わが国ではまだあまり取り組まれていない。科学的な事実を実際の社会に生かすための研究が重要であるということである。具体的にはたばこ広告が青少年の喫煙開始に影響を及ぼしている

ことを明らかにし、たばこ広告の社会的規制の根拠にする等である。これらには医学界以外との学際的共同研究や市民団体やNPO等との連携が重要である。

今後は、喫煙防止教育や禁煙教育だけではなく様々な社会的な取り組み（広告の規制、自動販売機の規制、コンビニ等での未成年への販売禁止、たばこ税の値上げ、家庭でたばこについて話す取り組み等）を介入方法とした地域介入研究の推進も望まれる。このたばこを取り巻く社会環境の調査に用いる方法論は決して難しくないので調査活動、調査結果の解釈等に住民参加が可能である。特に、たばこや青少年の健全育成等関連した市民グループ、NGO、NPO等との協働が今後推進されるべき分野であろう。

③リスク管理に関する研究

健康に対して有害である、依存性がある合法薬物と社会がどのようにつきあうかを議論していかないといけない時代になっている。

具体的には、国民参加の上でどの程度までこのリスクを受け入れるのか、逆にどの程度の規制を加えるべきかをその他の健康リスク問題との整合性を考えながら検討する必要がある。これらのプロセスにも疫学研究は威力を発揮する。すなわち、ニーズ調査、世論調査、介入研究などである。この分野は今後早急に発展させるべき研究であり、社会科学研究者、行政関係者、住民などと協働して取り組むべき課題である。たとえば合法薬物であるたばこを青少年から遠ざけるためのたばこ自動販売機の撤廃問題を地域でどのようにして合意形成をしていくのかを、疫学調査等を通して、客観的（感情的ではなく）に検討すること等である。

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究

分担研究報告書

PRECEDE-PROCEEDモデルの特徴づけに関する総括的考察

分担研究者 中俣 和幸（鹿児島県徳之島保健所）

概要

PRECEDE-PROCEED モデルを通して、モデルの適用事例の検討、モデルを使用する際に必要な研修の検討、育成すべきスーパーバイザー等の検討を行った。その結果、特記すべき主なものとして、以下の4点が明らかになった。

1) 健康教育の企画・実施・評価のモデルとして誕生した本モデルを基にしているため、いつ、どこで、誰が、等の項目からなる教育プログラムを策定する際の様式ができており、漏れのない効果的なアクションプログラムが作成できる。

しかし一方で、これらの具体的な項目について議論する場合に、偏った意見しか出てこない集団で検討すると、その集団に関係する教育プログラムしか作成されず、地域・住民全体で考えるといういわゆる「社会計画」としての性格を有しない活動計画になってしまうという危険性がある。

2) 本モデルではワークショップ等で出された意見等を整理し、分析しながら進める場合が多いが、事前にテーマ等がある程度の方向性をもって示される場合はこの意見収集作業は概ね的を射たものとなるが、あまりにも大きなテーマとして示される場合には、本モデルの適用には難しさがある。

3) QOL、健康課題、生活習慣や保健行動、知識や態度、技術等の修得、賞罰や本人の満足等の各要因間の関連が明らかでないものがテーマとなる場合は本モデルを利用して計画策定することは、理論上出来ないことになる。

4) さらに、モデルを使う人の手に負えない環境要因が健康状態に大きな影響を与える場合には、このモデルを使うことは出来ない。

本モデルを利用して保健活動を展開する場合、これらの特徴、特に短所・適用の限界等を理解して臨む必要がある、と考えられた。

なお、今回の検討材料とした研修・演習・実践例等は、L.W.Green らの提唱する P P モデルそのものというよりは、むしろ、日本で活用可能なモデルとして修正、加工したと言えるもの（MIDORIモデル）であることにも留意しておく必要があると考えられた。

研究協力者

藤内修二（大分県佐伯保健所）

若松千鶴美（鹿児島県鹿屋保健所）

久保倫子（鹿児島県立保健看護学校）

（以下、「P P モデル」と言う）の特徴について、文献や現場活動等を基に明確にした。

I 目的

保健活動分野では、最近様々な活動モデルが示されているが、それらのモデルを適材適所に現場で活用するためには、それぞれのモデルの特徴を知る必要がある。

本研究班では、PRECEDE-PROCEED モデル

II 方法

1年目の文献的特徴づけ、2年目の実践的検討による特徴付けを踏まえて、3年目はさらにワークショップや実践を踏まえて相互に比較しながら、P P モデルについて総括的に特徴づけた。

Ⅲ 結果

1. これまでの本研究の経緯概要

1)平成10年度の研究概要

平成10年度は、「PRECEDE-PROCEED モデルの概要と特徴」として、歴史的な背景、実際の手順、モデルの特徴が整理されて紹介された。

そして本研究の初年度段階での「モデルの適用」についての検討結果としては、科学的な根拠に基づいて優先順位を決めるといふ本モデルのメリットがあること、そのメリットを発揮するには、因果関係を示す既存のデータ、地域における発生／出現頻度のデータ、改善可能性を裏付ける介入試験のデータなどが不足しているのが、日本の現状であること等が、明らかにされた。

さらに、このことを今後克服していくことが必要であるが、モデル適用を試みている事例等において、データ集積を行っていく体制等の検討を行っていきながら、さらにモデル適用について研究すべきであると結論づけられている（分担研究者：市野浩司、熊本県八代保健所、研究協力者：藤内修二、大分県佐伯保健所、中俣和幸、鹿児島県鹿屋保健所）。

2)平成11年度の概要

平成11年度は、「PRECEDE-PROCEED モデルに基づく展開」と題して、「高齢者の食についての地域診断」「給食サービス」の事例をとおした検討が行われた。

その結果、本モデルの保健福祉活動の展開モデルとして、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、②確実に結果に結びつく施策と対象を明確にできる、③早期に事業の軌道修正ができる、④参加者のエンパワーメントが図られる、という利点が整理された。

一方、このモデルがこれらの有用性を真に発揮するには、展開の枠組みについての理解だけでなく、健康教育の理論の習得、グループインタビュー、社会調査法、統計処理能力などの習得が必要であるとの考えに至った。

さらに、スーパーバイザーの養成、適用事例の知見の集積が急務であると結ばれている（分担研究者：中俣和幸、鹿児島県鹿屋保健所、研究協力者：藤内修二、大分県

佐伯保健所）。

2. 今年度の研究

今年度は、①モデルの適用事例の検討、②モデルを使用する際に必要な研修の検討、③育成すべきスーパーバイザー等の検討を主な課題として取り組んだ。

なお、検討は全国各地で展開されている「PRECEDE-PROCEED モデルの活用に関する研修・演習」等を通じた検討、並びにそれに従事した者たちからの聞き取り調査を基に行った。

1)モデルの適用事例の検討

非政府組織や地域住民組織などの活動において、自分たちの活動を見直す際にも、組織の活動にヘルスプロモーションの視点を取り入れることを前提としている場合には、このモデルは適用できるが、逆にそのような前提をしていない場合には、当然、本モデルは適用できないことになる。

次に、このモデルが非常に力を発揮するのは、本モデルが「教育プログラムを含むヘルスプロモーションの活動を企画・実施・評価するためのモデル」として開発された経緯からも予想されるとおり、「検討すべき対象（集団、問題）がある程度具体的にわかっており、どのように周知するか、学習する場を作るか、研修を企画するかといった教育プログラムの開発が主たる施策になることが予想される場合」であることになる。

また、「健康状態が『還ることのできる環境要因（物理的、科学的、生物学的、社会的、文化的等）』に大きな影響を受けている場合」に、最もよく適合するモデルであると考えられる（例えば、大気汚染と気管支喘息、過酷な労働条件（文化）と過労死、等）。

一方、本モデルではワークショップ等が出された意見等を整理し、分析しながら進めるが、この意見の収集作業は、事前にテーマ等がある程度の方向性をもって示される場合は、この意見収集作業は概ね的を射たものとなるが、あまりにも大きなテーマとして示される場合等には、進行役の力量にもよるが、基本的には本モデルの適用には困難さが生じる。

また、「QOL、健康課題、生活習慣や保健行動、知識や態度、技術等の修得、賞罰や本人の満足等の各要因間の関連が明らかでないものがテーマとなる場合」は、本モデルの進め方等から考えると、理論上、出来ないことになる。

さらに、要因間の関連が明らかな場合でも、「『モデルを使う人の手に負えない環境要因』が健康状態に大きな影響を与える場合」には、このモデルを使うことは出来ない（例えば、低所得と高死亡率、オゾンホールの拡大と皮膚がんの増加、等）。

もちろん、「明確な環境要因が無い健康問題を取り上げる場合」には、本モデルを活用することは出来ない（環境要因を除いた健康教育の企画・実施・評価のモデルとして使うことは可能）。

2)モデルを使用する際に必要な研修の検討

住民やスタッフによるフリーディスカッション、テーマを決めたグループワークなど、グループインタビューにおける各種手法を用いたワークショップを開催し、モデルを利用した分析・効率的な教育プログラムの開発（計画）をするための情報の収集を行うことが、このモデル活用の第一歩である。

また、複数のグループに分かれてワークショップを行う場合は、全体として首尾一貫した進め方を行う場合と、それぞれのグループで出た情報を後で一緒に分析・整理する場合の両者が考えられる。（したがって、一概に全体の進行役、モデレーターが必ず必要ということはない。）

先に述べたとおり、ワークショップはモデルを利用した現状分析・教育プログラムの開発（計画）の際に必要な「情報の収集をするための手段」にすぎず、したがって、「ワークショップを何の目的のために行うか」を意識してワークショップに臨む姿勢が、先ず要求されるものである。

したがって、ワークショップの進め方の関与についてのみ言えば、本モデルと直結しない要因として、グループインタビューについての専門的な知識・経験が要求されることとなる。

一方、モデルを基に進める手順に、ワークショップの成果としての行動計画（アク

シヨンプラン）作成のフォーマットが、教育プログラム等の策定様式として示されている。さらに、モデル全体についての研修は、1泊2日の日程（研修時間としては、概ね10時間）で演習、体験、理論の理解がなされるカリキュラムが、NPO法人Well-Being（旧 福岡予防歯科研究会）により策定されている。

3)育成すべきスーパーバイザー等の検討

複数のグループに分かれて話し合いをする場合などでも、指導者と司会者との打ち合わせは10分程度の事前ミーティングでも、対応は可能なことが多い（但し、司会者の経験等については、前述）。

さらに、NPO法人Well-Being（旧福岡予防歯科研究会）が関与して、九州ヘルスプロモーションネットワーク主催の研修会等を通じて、スーパーバイザー養成講座等を行っており、演習用プログラムも開発されている。

IV 考察

ここまでの研究結果から、①住民と行政、専門職の関係性（住民参加、パートナーシップなど）、②参加者のエンパワーメント、③ワークショップの特徴、④モデルをマネージメントする際の専門家の役割、⑤このモデルの強みと弱み、⑥運用上の注意事項、⑦総合的な特徴（考察）に整理して、以下のとおり考察した。

1)住民と行政、専門職の関係性（住民参加、パートナーシップなど）

最初のワークショップで住民から出される意見の中には、課題認識に関連するものも少なくない。

したがって、それらを含めた情報を、本モデルを利用して整理したり分析する場合には、当然、現状の認識段階に住民参加が必要となる。

しかしながら、必ずしも住民の参加の基で「この分析・整理の結果を公表すること」までは、このモデルでは理論上は求められていない（実践的に本モデルを使って現状認識や施策の企画等を行う場合には、住民を交えてする場合が少なくない。）

次に、教育プログラムを中心として活動