

図1 健康福祉活動における行政と市民の役割

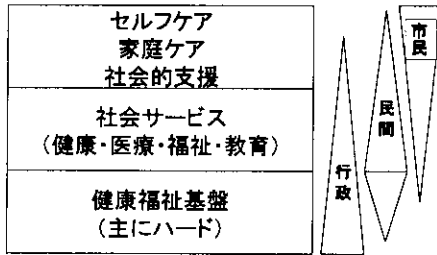


図2 個人とコミュニティの成長

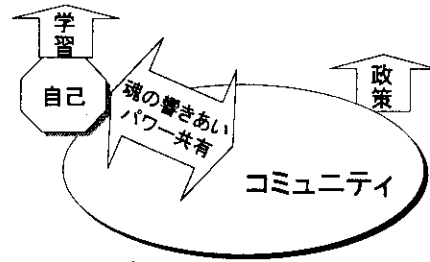


Table 1 Health promotion models and health themes

Model	Primary health theme	Focus
Global policy	All themes but health as the antithesis of disease	Macro
National policy		
Health promotion/disease prevention	Health as a balanced state	Macro/micro
Risk reduction	Health as sense of well-being	Macro/micro
Environmental approaches		
Ecological	Health as goodness of fit and wholeness	Macro
Social marketing	Health as well-being	Macro
Political economy	Health as empowerment	Macro
PRECEDE-PROCEED	Health as functionality	Macro
Social responsibility	Health as empowerment	Macro
Life cycle models		
Innovation diffusion theory	Health as growth	Macro/micro
Stages of change	Health as growth	Micro
Health attitude, belief, and behavior change approaches		
Health belief model	Health as functionality	Micro
Theory of reasoned action	Health as functionality	Micro
Prospect theory	Health as the antithesis of disease	Micro
Social learning theory	Health as functionality	Micro
Stimulus response theory	Health as functionality	Micro
Social cognitive theory	Health as functionality	Micro

(Gorin S.S., 1998)

表2 問題解決型思考と問題分析型思考

思考	問題解決	問題分析
レベル	決定	情報
目的	特定	自由
論理	方法	因果
発想	発明的、構想的	発見的、実証的
条件	複合化	単純化
合意	主観性、多面性	客観性、一般性
疑問	Who, How	What

(松下圭一:政治・行政の考え方, 1998を一部改変)

表3 SOJO Modelの位置づけ

	SOJO Model	相当する理論
目標: 個人	総合的な健康	Ecological approach
集団	地域づくり	Community development
社会的関係	社会責任	Social responsibility model
思考論理	演繹的思考	Break-through theory
優先順位付け	相互学習	Social cognitive theory
実施方法	参加型行動研究	Participatory action research
活動の変化継続	成長	Empowerment theory
	広がり	Innovation diffusion theory
活動の評価	参加型質量評価	Rapid appraisal

表4 教育方略 SPICES Model

(Harden et al. Med Educ: 18; 284-97, 1984)

- Student-centered 学生中心 Teacher-centered 教員中心
- Problem-based 問題基盤 Information-gathering 情報収集
- Integrated 統合型 Discipline-based 学科基盤
- Community-based 地域基盤 Hospital-based 病院基盤
- Elective 選択的 Uniform 画一的
- Systematic 体系的 Apprenticeship-based 徒弟的

表5 望ましい学習活動の特徴

- ・ 積極的な参加者
- ・ 学習の具体的な目標
- ・ 低くもなく、到達できないほど高くもない学習目標
- ・ 学習成果を生かして、その効用と限界を知る
- ・ 多様な学習方法、資源、学習ベース
- ・ 習得した知識や技能を自分のものにするために反復練習する
- ・ 失敗や矛盾に対処するチャンスが与えられる
- ・ 教育目標と評価法との関係を知る
- ・ 失敗よりも成功に対して報われる

表6 SOJO modelにおける学習目標

- ・ 基礎知識
 - 健康概念
 - ヘルスプロモーション
 - 住民参加
 - コミュニティダイナミズム
 - ブレイクスルー思考
- ・ 技術
 - 討議法
 - ・ フォーカスグループ討論
 - ・ ブレインストーミング
 - 概念構造化
 - ・ 概念地図法
 - 調査技法
 - ・ 疫学
 - 学習・研修方法
 - ・ 健康福祉政策科学
 - ・ 政策化
 - ・ 質量評価
- ・ 態度
 - 平等性
 - 相互学習
 - 役割モデル

表7 学習支援者に必要な態度と環境

- ・ 支援者態度
 - 学習にかける熱意を言葉や態度で示す
 - 学習者の目を見て話す
 - 馬鹿にしたり、皮肉を言わない
 - 学習者を参加させる
 - 自分の間違いや限界を認める
- ・ 学習環境
 - 学習目標と戦略にあった環境にする
 - 学習者と支援者が対等である
 - 支援者の研修計画を立てる
 - ・ 初任者、中堅、幹部要請
 - 支援者の課題と問題解決過程を明確にする

表8 SOJO modelにおける学習ステップ

- ・ 第1ステップ(準備)
 - 健康概念
 - ・ 医学モデルと社会モデル
 - ヘルスプロモーションと住民参加
 - ブレイクスルー思考
- ・ 第2ステップ(問題明確化)
 - 風船図の作成
 - ・ コミュニティにおける健康福祉課題の明確化
 - ・ コミュニティダイナミズム
 - 調査戦略
 - ・ 調査方法論
- ・ 第3ステップ(問題解決戦略)
 - 達成目標の設定
 - 達成のための戦略
 - 役割の明確化
 - 政策化(計画書作成)
- ・ 第4ステップ(資源開発と実施)
 - 資源開発
 - ・ 資金、システム、マンパワー研修
 - 協働
 - 調整
- ・ 第5ステップ(評価)
 - 参加型質量評価

図3 いきいきと子育てができるまち (八千代市を例に)

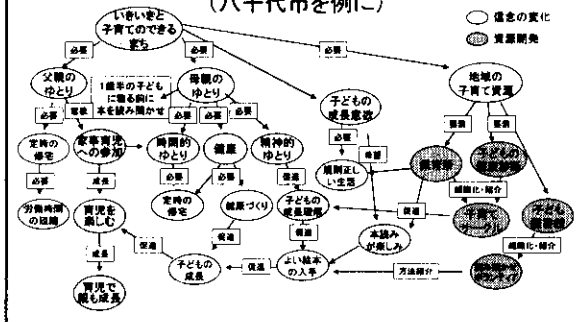


表9 構造学習理論と概念地図法

- ・ 構造学習理論
 - 既得している概念枠組みに新しい知識を取り込むことで、意味ある学習となる
 - 概念枠組みを発達させることが、批判的思考や問題解決を容易にする
- ・ 概念地図法(Joseph Novak, 1972)
 - 構造学習理論に基づき、構造概念の発展により、実際の意志決定や問題解決に役立つ枠組みモデルと能力の開発
 - 特定の課題について、重要な概念間の関係を平面図に描く
 - 概念枠組みのまとめと熟達度の評価に役立つ

表10 概念地図法 Concept mapping

- 概念
 - ラベルを付けた出来事や対象(まるで困む)の規則性が視覚的に表現されたもの
- 概念リンク
 - 説明付きの矢印で別の概念との関係を示される
 - 関連した一連の概念リンクを知識領域という
- 階層
 - 概念間の階層性は上下で示し、一般的な概念を最上位に、個別的な概念を下位に配置する
- クロスリンク
 - 知識領域間を結ぶリンクで、複雑性の重要な指標
- 具体例
 - 最下層に配置される

Fig. 4 Example concept map

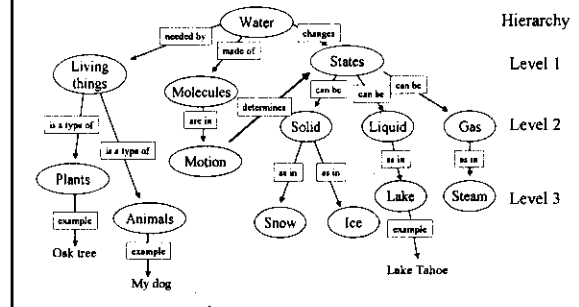


Table 11 Questions from participants in first workshop (2002)

- Pension system
- Livelihood protection
- Job
- Volunteer activity & organization
- Develop the national system and law
- Data management system
- Long-term care insurance
 - Premium, Benefits
 - In-home care
 - Institutional care
- Community care
- Care management & coordination
- Information
- Service utilization
- Palliative care
- Dementia care
- Training
 - Volunteer
 - Home-helper
- Lifestyle changes

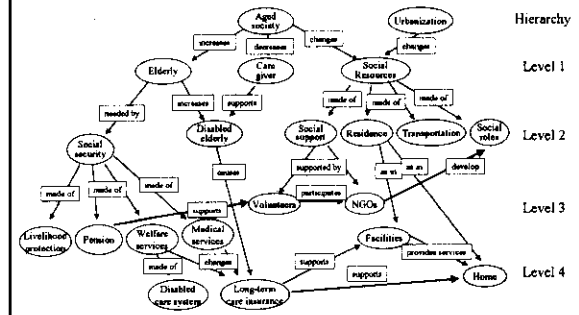
Table 12-1 Categorized learning objectives

- Law regulation for elderly
 - Social security system
 - Pension system
 - Disabled people
 - Livelihood protection
 - Social resources
 - Transportation
 - Roles of elderly
 - Work
 - Social support
 - Volunteer activity & organization
- Decentralization
 - Health & welfare
- Welfare policy research
 - Needs assessment
 - Establish the strategy
 - Trial in a model municipality
 - Develop the national system and law
 - Monitor the system

Table 12-2 Categorized learning objectives

- Elderly care system
 - Community care
 - Care management & coordination
 - Information
 - Service utilization
 - Long-term care insurance
 - Premium, Benefits
 - In-home care
 - Institutional care
 - Service suppliers, Private Financial Initiative (PFI)
 - Palliative care
 - Dementia care
 - Medical care, nursing care
 - Peer supporting
- Quality assurance
 - Data management system
- Training
 - Volunteer
 - Home-helper
 - Care manager
- Health promotion
 - Lifestyle-related diseases
 - Lifestyle changes

Fig. 5 Concept map of LTC



厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力研究事業）
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への適応に関する研究

PHC（プライマリ・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

分担研究者 松田正己（静岡県立大学看護学部教授、地域看護学・国際保健学）

要約

従来、開発途上国に対する援助活動には、欧米の住民参加の手法が数多く取り入れられ、一定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、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。

そこで、本研究は、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、先進国と途上国社会システムの差、日本と他の先進国における、従来の国際保健協力の差などをふまえた上で、バングラディッシュの地域保健活動関係者と、予備的な検討を行った。

その結果、途上国での適応の可能性について、途上国の状況により、国民の生活の安定や保健衛生に関する基本的な技術の普及、住民組織の育成などが優先される場合など、実施困難が予想される国も見られたが、人材育成方法の工夫などにより適応の可能性が示唆された。

またききとり調査では、強い関心と前向きな質問が寄せられ、国立医学教育院においてはセミナー実施の可能性が示唆された。今後はこれらをふまえた研修会等の開催、企画が望まれる。

研究協力者

A. M. Mostafa Kamal
(国立公衆衛生院外国人研究員)

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。

A 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、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

具体的には、開発途上国側は、援助を与え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、まず、先進国と途上国社会システムの差、日本と他の先進国における、従来の国際保健協力の差などを検討した後、バングラディッシュの地域保健活動関係者と、予備的な検討を行った。

B 方法及び対象

1. 文献等からの検討

文献等から以下の4点について検討した。

- 1) 先進国と途上国の社会システムの差
- 2) 日本と他の先進国における、従来の国際保健協力の差
- 3) 地域づくり型保健活動の途上国（総論未定型）での展開可能性

4) 途上国での展開を支援する人材育成

2. バングラディッシュの予備的聞き取り調査からの検討

1) 調査期間

平成12年1月27日より2月3日

2) 調査方法

バングラディッシュにおいて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。

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JICWELS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。

C 結果

1.先進国と途上国の社会システムの差（総論賛成型と、総論未定型）

多くの先進国は、総論において、人権を擁護し、健康分野では、ヘルス・フォー・オール、即ち、PHC（住民参加を基本とした包括的な地域保健ケア）を認めている。人々が健康でありたいという思いは、納得できるものとして、社会に容認されている。このため、先進国におけるヘルス・プロモーション

活動は、総論（ヘルス・フォー・オール等）を前提としつつ、具体的な各論の進め方が中心となる。

これに比べ、途上国では、国によっては、社会・経済条件が整わず、健康分野まで社会の合意形成が計られていないことがある。例えば、我が国の公衆衛生では、戦後当たり前である結核、母子保健（全ての国民が健康であるために結核対策、母子保健を進める）と言う基本的な活動でも、未だ十分に政策合意がなされていない国が少なくない。例えば、インドネシアの場合、結核は死因の2位、3位を占めながら、結核対策に十分な優先順位は与えられていない。また、母子保健も、これまでは人口対策が中心であり、母子という概念すら保健・医療従事者に十分に浸透していないのが実状である。先進国がヘルス・フォー・オールの総論賛成型とすれば、途上国は総論未定型と分類できる。

2.日本と他の先進国における、従来の国際保健協力の差（総論簡略型と総論詳述型）

先進国から途上国への協力がうまくいくためには、まずこのような総論的な考え方が社会に容認されているかをチェックしていく必要がある。このため、多くの先進国では、自国で容認されているヘルス・フォー・オール、PHCのような総論を、まず詳述する。ところが、我が国の場合、「大切なことは、言葉でなく心で伝える」と言う東洋的な伝統もある（高水準の技術の継承には有効とされる）。また、他の先進国に比べ、国内での言語・民族格差が少ないため、総論形成が比較的スムーズに達成されてきた。このため、ヘルス・フォー・オール等の総論の記述が簡略化されてしまう傾向にある。

先進国は同じ総論賛成型でも、日本のような総論簡略型と、他の先進国のような総論詳述型（米国の人権や英国の社会格差がその代表例）に分かれる。

我が国の総論簡略型の代表は、JICA が採用している PCM (プロジェクト・マネジメント・サイクル) にある。PCM では、論理的に意見を集約することにすぐれ、プレーン・ストーミングの効果も現れ、柔軟な計画が立案できるが、その討論の過程に、価値が含まれてはいけないと言うルールが設定されている。価値は、参加者の対立の根幹に触れ、合意形成が困難なためという理由による。しかし、この価値こそが、健康分野では、すべての人々を健康に、というヘルス・フォー・オールであり、PHC そのものを指すことがある。PCM は、従来の日本における国際協力の論理性不足を補うために、導入されたものであり、その限りでは効果がある。しかし、PCM は価値を含まないため、日本の国際保健協力従事者に価値を補完する能力を十分に育成していない場合、先進国との対話や、先進国で教育を受

けた開発途上国の専門家との対話の際に、十分な信頼関係を築けないという重大なピット・フォールがある。PCM に頼りすぎると、途上国における総論未定型と言う現実に引っぱられ、目標を見失う危険性がある。また、基本的理念の理解が不足している先進国のスタッフが過剰な市場原理主義を主張すると、安易に迎合する危険性がある。このような価値欠落症、あるいは、倫理観の欠如の場合は、それらを補うことが必要となる。価値という大きな穴の空いた国際保健協力では、国際的な世論の中で、我が国の存在感を示すことはできないであろう。

以上を整理すると以下のようになる。
(表 1)

総論未定型			総論賛成型	
途上国			先進国	
知識 総論型	知識・態度 総論型	知識・態度・技術 総論型	総論簡略型 (価値曖昧性、 あるいは欠落)	総論詳述型 (価値の明示)
最貧途上国 (例 バング ラディッシュ)	中程度途上国 (例 インドネ シア)	先進途上国 (例 タイ)	従来の日本	他の先進国
知識として、 理念を知って いるが、充分 に受け入れて いない。	理念は、知識と しても、態度し ても、ほぼ受け 入れているが、 実現する人的資 源・技術が不十 分。	理念は、知識とし ても、態度とし ても受け入れてお り、実現する手段 ・方法・技術もあ る程度、修得して いる。	価値の対立を 避け、理念は 簡略化する。	価値の対立を 含め、理念を 詳しく述べる。

例

結核対策 HFA
母子保健 PHC
地域づくり型保健活動

3.地域づくり型保健活動の途上国（総論未定型）での展開可能性

1)前提条件

地域づくり型保健活動は、他のマネジメント手法（図1参照）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。例えば、戦争状態にあつたり、極端な食糧不足の状態では、各人の生存が優先され、集団としての相互扶助が、発動しがたい。（例えば、現在のアフガニスタン）

(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。国によっては、概念的・理論的な教育にとどまり、基本的な医療器具の消毒、カルテの記載、住民参加等がほとんど実施されていないところもある。このような国では、まず、基本的な技術の習得や、住民組織の育成が優先される。（例えば、ホンデュラスのような中米諸国）

2)発展段階別の展開可能性

以上のような前提条件を考慮に入れ、具体的に、地域づくり型保健活動を途上国で展開するための条件を、発展段階別に3つに分け、述べよう。なお、ここで取り上げた国は、いずれもこれまでに、我が国の国際保健協力が実施された実績を有する国である。

(1)イエメン（最貧途上国） 知識総論型（知識として、理念を知っているが、十分に受け入れていない。）

地域づくり型保健活動の手順の初めにある、地域状況の把握（地理的・文化人類学的）が極めて困難である。部族の対立があり、自由に地域内を調査することは許されない。従って、まず、初めの段階で、手順に時間が掛かる。このような困難さは、

地域づくり型保健活動のみならず、他の手法も同様である。このため、欧米のプロジェクトでは、活動のかなりの部分がこの手法の準備期間・アセスメント・基礎調査に割かれ、実質的な活動が少ないという批判が強い。しかし、この段階を簡略化すると、いかに良い活動を展開しても、事後の評価が困難となる。このようなジレンマに陥る。

（この隘路を打破するために、様々な簡便法が開発されている。例えば、世界銀行からは Rapid appraisal methods という本も出されている。）

また、住民組織等も未発達のため、どのような手法も困難である。

但し、従来、困難とされていた結核対策等でDOTS（直接監視下の短期化学療法）が投入され、パイロット的に小地域なら活動が可能であるとの報告もある。このような、地域状況がある程度、把握されている地域においては、地域づくり型保健活動の次の段階に進めることが可能である。活動方針検討期では、基本的な機材の供給や、通信方法の確保等が大きな課題となる。ロジスティクスの面から地域づくり型保健を検討する必要がある。

(2)ホンデュラス（中程度途上国）知識・態度総論型（理念は、知識としても、態度としても受け入れているが、実現する技術が不十分。）

準備期、活動方針検討期とも実施可能。地域の状況は、まとまってはいないが、ある程度、把握可能。また、理論的に、あるべき姿を論ずることは比較的容易。但し、条件充足のための行動方法の検討で、具体的に考えることが困難と予想される。行動方法も理想的に考える傾向にあり、現実との遊離が心配される。その後の段階も、現実的な選択が可能となる範囲を明確に設定しておく必要がある。

住民組織もあり、地域づくり型保健活動は実施可能である。但し、その全国展開

には、交通や通信の問題から困難が予想される。従って、小・中地域であれば可能可能である。政治的に不安定な地域であり、短期決戦型が望まれる。(自然災害等の予期できないアクシデントも多い)

(3)タイ(先進途上国)知識・態度・技術総論型(理念は、知識としても、態度としても受け入れており、実現する手段・方法・技術も修得している。)

準備期、活動方針検討期、新たな行動展開等、いずれも可能。但し、行動が開始された後の、継続性に、難がある。特に、人的繋がりが大きな影響力を持つ、アジア的社会であり、行政においても、公平なリーダーが組織の上にはいない部署では、合理的な判断が採用されにくい。2-3年間は、継続しても、それ以上の継続性のためには、行政の経常予算の中に組み入れられる等の、公的な認知が必要である。

あらゆる住民組織の経験あり、地域づくり型保健活動は全国展開も可能である。但し、未だ警察組織も強固であり、上層部との関係づくりが不可欠である。NGO等の先進的な実験活動としては、どこの地域でも実施可能である。

4.途上国での展開を支援する人材育成

地域づくり型保健活動を途上国で展開するには、その核となる人材育成について、以下のような方策が必要とされる。

1) 途上国を対象とした教育プログラムの必要性

先進諸国のように、地域づくり型保健活動の教育・研修を組織だっで行うことが効果的である。

1ヶ月程度の上級コース、3ヶ月程度の初級コース、1年間の研究者コースなど、プログラム化が必要とされる。

2) 日本人を対象とした指導者の育成

地域づくり型保健活動及び、途上国の状況を交差できる人材を、リーサーチ・

レジテントの制度を通じて、少数精鋭で育成すると共に、集団教育で大規模展開する事も、場合によっては必要となる。

5. バングラディッシュの予備的聞きとり調査から

1) セミナーの実施内容

カマー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。松田の配付資料を添付する。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)参加者以下のような質問が出された。

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、以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

うに適應できるか。(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。(カマルから回答。)

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性がある。)

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。(カマル

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。(カマルから回答。)

⑧住民は薬をくれと言うがどうするか。(薬ももちろん必要である。)

⑨バングラディッ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。

⑩社会経済的背景の異なるバングラディッシュにおいて、地域づくり型保健活動が注意することは何か。

⑪ドナーが次ぎ次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、バングラディッシュは援助依存国であり、その意識は抜け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か。(カマルから回答。)

⑬バングラディッシュにおいて地域活動は、これまで永つつきしていないが、地域づくり型保健活動は長続きするか。(カマ

ルから回答。)

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、英文テキストは作れる。)

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

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、岩永と、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。

文献

岩永俊博他、我が国におけるヘルス・プロモーション活動の展開と課題、公衆衛生研究、48.3.187-193.1999

岩永俊博、地域づくり型保健活動の進め、医学書院、1995

日比野省三他、保健活動のブレイクスルー、医学書院、1999

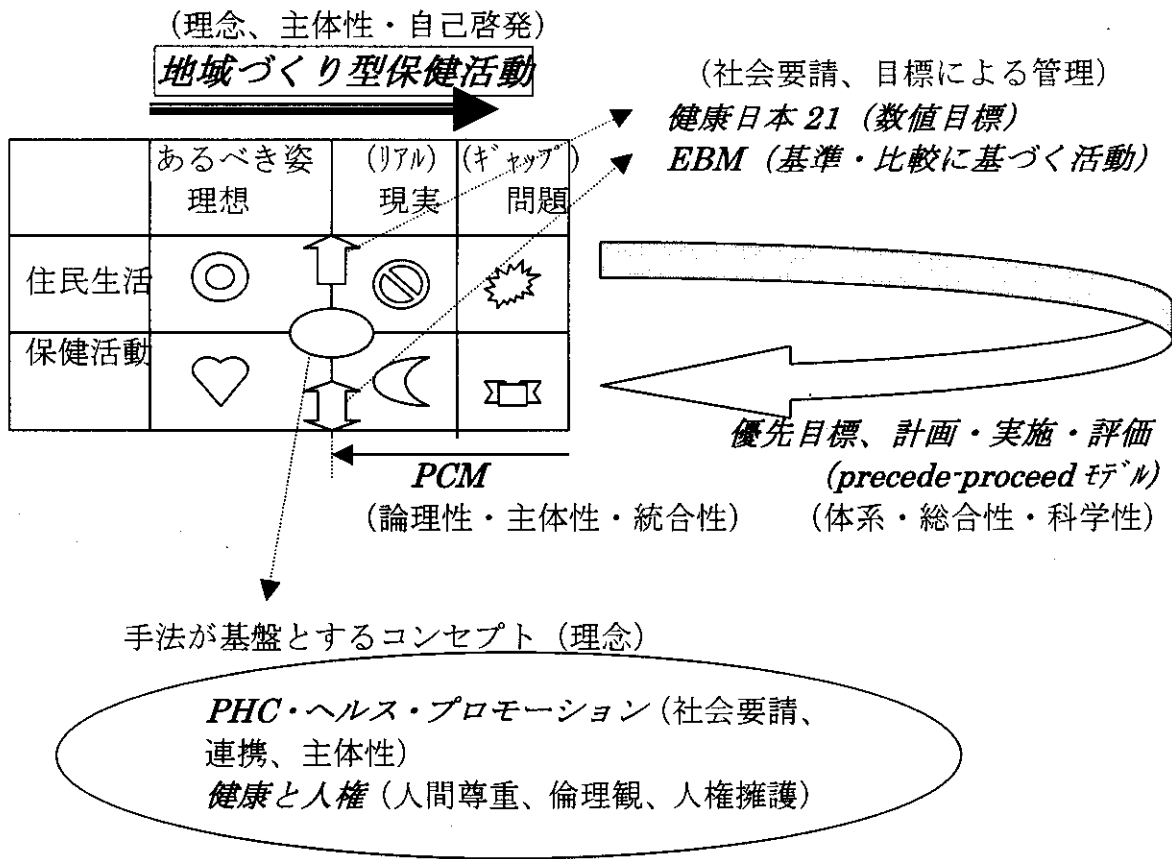


図1： 統合的な保健・医療のマネジメント手法における
地域づくり型保健活動の位置 (松田)

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

地域づくり型保健活動の観点からみた
沖縄・宮古群島におけるフィラリア対策活動の総合評価

分担研究者 仲間秀典（前信州大学医学部公衆衛生学教室）

要約

本研究は1965年から13年間沖縄（現在の発展途上国と社会環境状況が類似）において実施されたフィラリア対策活動を、感染症対策という枠組みを越えて、地域づくり型保健活動の観点から見直し、その発展途上国における適応の可能性について見直し検討した。

その結果、地域づくり型保健活動の主要原則が本対策活動に生かされていることが評価された。すなわち長年、地域の健康問題となっていたフィラリアを征圧したという住民および行政の希求（ニーズ指向性）実働要因として主体的に活動を展開した住民組織や、高受〇率にみられる地域住民の参加をや協力（住民の主体的参加）や住民からの補助専門委員の確保や各市町村の行政組織、教育機関、民間組織などの人的、物的資源の効率的活用（資源の有効活用）、推進協議会による対策活動の調整と統合（強調と統合）など、地域づくり型保健活動が奏功するための組織化や住民参加が実現されていることが理解できた。

A 目的

フィラリア症は世界の三大風土病の一つであり、今日アジア、アフリカ、太平洋地域を中心に広く蔓延している熱帯性寄生虫性疾患である。本症の世界的な患者数は明らかでないが、WHOでは世界に7500万人以上の感染者がいると推定している。沖縄はその気候的特性からフィラリア症の媒介主（中間宿主）となる蚊の発生が多く、第二次世界大戦前より多くの住民が本症に罹患していたが、その対策は戦後まで等閑視の状態にあった。

このフィラリア症の撲滅を掲げて1965年にスタートした沖縄フィラリア防圧事業は、宮古群島を皮切りに全県的に広がり、わずか13年という短期間で所期の目的を達成した。これは国際的にも類をみない早

さであり、風土病（感染症）対策として世界の公衆衛生史上特筆すべき活動である。そのため、この防圧事業はWHOでも高く評価され、東南アジアを始め世界の多くの地域のフィラリア対策でも、沖縄で展開された防圧方法が標準方式（沖縄・宮古方式）として採用されている。

一方、岩永らの提唱した地域づくり型保健活動が昨今注目を浴びている。この考えは健康づくりの一環として捉えており、いわば日本型ヘルスプロモーションとみなすことができる。換言すると、地域づくり型保健活動は地域における健康づくりを推進する際、健康づくりの主体であり、多様な健康観を持つ住民と、健康づくり政策を実践する行政関係者や専門家が、対話を通じてその目的や戦略を共有することを重視し

ており、ヘルスプロモーションを展開するための具体的な方法と考えられる。同時に今日ヘルスプロモーションは「住民、行政、専門家が健康のための政策を推進するための協同的活動」と考えられており、プライマリー・ヘルスケアを継承発展させた理念として今後途上国においても取り入れられるべきである。

本研究は現在の途上国と状況の類似した当時の沖縄において実施されたフィラリア対策活動を、感染症対策という枠組みを越えた地域づくり型保健活動の観点から見直し、発展途上国における地域づくり型保健活動の適応に関して考察するものである。

B 方法

本研究は、地域づくり型保健活動の評価に関する理論仮説に基づき、保健活動を質量両面から総合評価すること、換言すると組織活動と成果の2側面の評価を行なうことを目指している。

1. 宮古群島におけるフィラリア防圧活動の保健組織活動としての評価(経緯の評価)

1965年から1980年にかけて、沖縄・宮古群島において実施されたフィラリア防圧事業の活動経緯を実証的に検討し、対策活動の組織化や住民参加の観点から保健組織活動の質的評価を行なった。この検討にあたっては、沖縄フィラリア対策関係者との話し合いに基づく聞き取り調査のほか、対策活動に関する報告書や文献などを参考にした。

2. 宮古群島におけるフィラリア防圧活動の成果の評価(マイクロフィラリア保有率の推移の検討)

まず、本症の流行状態を把握するため、対策活動の開始前に実施した宮古群島の2地区におけるフィラリア症の有症率(有病率)や、その症状に関する予備調査の検討を行なった。

次いで、宮古群島において1965年から1972年にかけて実施されたマイクロフィラリア保有率調査(血液検査)の受検率、マイクロフィラリア保有率を検討した。すなわち、マイクロフィラリア保有率を本防圧活動の成果を直接示す指標と捉え、その7年間の推移の検討を通して本活動の効果判定を行なった。

C 成績

宮古群島におけるフィラリア防圧活動の経緯を記載する前に、沖縄全域のフィラリア防圧活動の概要を述べ、その後に宮古群島の活動経緯に言及する。沖縄フィラリア防圧活動は1952年から1964年までの予備的調査段階を経て、1965年本格的に始動し、当時の琉球政府厚生局、保健所、衛生研究所、地域のフィラリア防圧協議会による組織化と住民の積極的参加により、全県的な活動が展開された。フィラリア防圧活動は、マイクロフィラリアの浸淫率が20%と最も高率であった宮古群島を皮切りに、八重山群島、沖縄本島へと広がっており、沖縄全域の活動展開にあたっては宮古地域で用いられた方法(宮古方式)をモデルとしている。対策活動が全県的に普及するにつれ、住民のマイクロフィラリア保有率は減少し、あらたに患者を発見できなくなった

1978年から2年後の1980年、この事業は終了している。

1. 宮古群島におけるフィラリア防圧活動の保健組織活動としての評価(経緯の評価)

1965年、宮古群島におけるフィラリア防圧事業の対策本部が宮古保健所内に設置され、同時に宮古地方庁長(現在の宮古支庁長に相当)を会長とするフィラリア防圧推進協議会も発足した。このフィラリア対策本部には本部長である保健所長を含めた総計60人の職員が勤務し、そのうち2

0人は民間から募集された臨時要員であった。

また、推進協議会には各市町村長、医師会長、教育長、商工会議所会頭など群島内の主要組織の代表者が評議員として加わり、フィラリア防圧事業全般について支援体制を確立させた。さらに、各市町村には協議会支部が設けられ、部落役員を始め地域住民が実働部隊として機能した。このように、宮古群島における取り組みは防圧事業推進のために徹底した組織化を図ったことと、民間から採用された技術員や活動末端における住民の実働部隊など住民参加ができたことの2点が特筆される。

2. フィラリア防圧対策の事業内容

防圧本部の事業内容は、主として対策活動の前期に展開された1)媒介蚊対策と対策活動全期間を通して実施された2)マイクロフィラリア保有者対策に大別され、前者はa)媒介蚊の実態調査とb)蚊の駆除活動、後者はa)血液検査による診断とb)薬物治療から構成されていた。

1) 媒介蚊対策

a. 媒介蚊の実態調査

まず、蚊の幼虫(ポーブラ)の生息場所調査として、杓による掬いとり法を用いて民家およびその周辺の貯留水中の幼虫の生息調査が実施された。その結果、生活用水として天水を用いていた関係からタンクやカメにおける発生が多く、種別ではネッタイエカの頻度が最も高かった(T a b l e X)。

また、成虫蚊の調査のため各市町村に数カ所ライトトラップが設置され、燈火法による成虫蚊の採取が行なわれた。採取された成虫蚊2,070匹の内訳は、ネッタイエカが1,298匹、62.7%を占めて最も多く、ついでオオクロヤブカ563匹、27.2%、キンイロヤブカ72匹、3.

5%、コガクアカイイエカ70匹、3.4%の順であった。

さらに、ネッタイエカのヒト攻撃時間調査として、午後18時から翌朝6時までの連続12時間、Human-biting collection法(両上下肢を露出した状態で腰掛け、吸血のため皮膚に静止している蚊を吸血管で吸引採取する方法)で実施された。その結果、吸血活動は午後8時から午前2時にかけて最も盛んになることも判明した。

b. 蚊の駆除活動

媒介蚊の駆除活動として、蚊の発生源の除去のため下水溝の整備改善や屋敷内の水溜まりの除去が督励され、幼虫の駆除としては幼虫発生源に対する殺虫剤の散布が行なわれた。同じく、成虫の駆除のため夜間煙霧および必要に応じ屋内残留散布も実施された。なお、これらの蚊の駆除作業は保健所が主管となり、これに各市町村の保健衛生の関係課が協力する体制を採った。

2) ミグ回フィラリア保有者対策

a. 血液検査による診断

マイクロフィラリア保有者を診断する血液検査の前に、まず住民がフィラリア症に対する正しい知識を持って防圧活動に積極的に参加するために、パンフレット、ポスター、ビラ、映画、幻灯、新聞その他の報道機関を通じた広報活動が強力に展開された。

ついで、各市町村の住民台帳をもとに受検者名簿(原則として満1歳以上の全住民)を作成した。マイクロフィラリア保有者の同定のための血液検査は、宮古保健所(防圧本部)の検血班が中心となり、各市町村や部落の揚力を得て実施した。検査はフィラリア症の特性(マイクロフィラリアの夜間出現性)を考慮して夜9時以降とし、採血は耳朶から行なった。

具体的には、耳朶をメスで穿刺後0.0

3mlの血液を採取してスライドグラスに0.01mlずつ3条に塗抹し、乾燥させた後精製水5%ギムザ液で1時間染色した。その後0.1%の氷酢酸液に30秒浸けて標本を作成した。鏡検は染色標本の十分な乾燥を待って行なわれ、血液標本の塗抹部分ごとにマイクロフィラリア数が算定、記録された。この過程を経て、検査で陽性を示した者、およびフィラリア症の既往歴または現症を有する者の名簿が要加療者として作成された。

b. 薬物治療

以上の要加療者に対して、医師の指示のもとに Diethylcarbamazine (以下DECと略) が投与された。1歳～4歳は0.05g (1錠)、5歳～6歳は0.1g、7歳～12歳は0.15g、13歳～15歳は0.25g、16歳以上は0.3gを6日間服用し、2ヶ月後さらに6日間の服用が追加された。従って、成人1クルールの投与量は3.6gとなった。投薬終了後3～6ヶ月の期間において再度検血を行い、陽性者に対しては繰り返し投薬を行った。同時に、DEC投与後の副作用の発現についても留意し、その把握および対策に努めた。また、本対策活動の効果を判定するため、6年間継続して経過観察を行なった。

3. 宮古群島におけるフィラリア防圧活動の成果の評価 (マイクロフィラリア保有率の推移の検討)

対策活動の開始前に、フィラリア症の蔓延状況を把握するために群島内の2地区で本症の有症率 (有病率) を調査した。

その調査成績によると、Y地区では調査対象254人中79人、31.1%にフィラリア症の症状がみられた。同じく、K地区では調査対象370人中134人、36.2%にフィラリア症の症状がみられた。い

ずれの地区でも熱発作が最も多く、40%前後の有症率であった。年齢分布では20歳代から増加し、40歳から50歳代にピークがあった

以上の検討を踏まえ、マイクロフィラリア保有率を指標としてその推移を検討し、本防圧活動の成果を評価した。

血液検査の受診率とミグ回フィラリア保有率

第1回の血液検査 (1965年1月～9月) では、該当者67,020人中66,333人が受検し受検率は99.0%であった。このうち12,607人、19.2%が陽性と判定された (Table)。

第2回の血液検査 (1966年4月～11月) では、該当者63,702人中66,333人が受検し受検率は99.0%であった。このうち3,105人、4.9%が陽性と判定された (Table)。

第3回の血液検査 (1967年1月～10月) では、該当者60,469人中60,453人が受検し受検率は99.9%であった。このうち1,282人、2.1%が陽性と判定された (Table)。

第4回の血液検査 (1969年3月～12月) では、該当者12,915人中12,691人が受検し受検率は98.3%であった。このうち174人、1.4%が陽性と判定された (Table)。

第5回の血液検査 (1970年3月～1971年12月) では、該当者26,605人中26,238人が受検し受検率は98.6%であった。このうち136人、0.5%が陽性と判定された (Table)。

第6回の血液検査 (1972年3月～12月) では、該当者1,594人中1,047人が受検し受検率は65.7%であった。このうち1人、0.1%が陽性と判定された (Table)。

D 考察

亜熱帯地域に属する沖縄群島は、かつてフィラリア症の濃厚な浸淫地であった。この沖縄諸島の一部を占める宮古群島は東経125度、北緯24度付近に位置し、8つの島々と平良市、城辺町、下地町、伊良部村（現伊良部町）、上野村、多良間村の6つの市町村から構成されている。総面積227, 23 km²、年平均気温23. 1℃、年間降雨量2, 196. 5 mmと、年間を通して温暖で、降雨量も沖縄県の平均を上回っており、蚊の発生や増殖にとっては天然の恩恵地といえる。従って、蚊を中間宿主とするフィラリア症の多発条件を備えており、明治時代から長年にわたって本症に悩まされる住民が少なくなかった。

しかし、今日ではフィラリア症は宮古群島からその姿をまったく消している。ただし、この風土病の消滅は自然経過で起こったのではなく、組織的な防圧活動の結果として達成されたものである。換言すると、本症の根絶は住民と行政と専門家が一体となった保健活動の結果、短期間で実現したもので、そこでは今日注目されている地域づくり型保健活動の基本原則が生かされたと考える。

今日、宮古群島で展開された防圧活動はフィラリア症の世界的な対策モデルとなっており、本研究はこの宮古群島で展開された防圧活動はフィラリア症の世界的な対策モデルとなっており、本研究はこの宮古群島におけるフィラリア防圧活動の経緯と成果を評価することを目的として行った。

1、沖縄におけるフィラリア症調査研究の歴史と本研究の意義

沖縄県のフィラリア症に関する最初の記載は、1911年峯直次郎による「沖縄県におけるフィラリア伝播の状況報告」にまで遡る。この報告によれば、当時すでに沖縄はフィラリア症の感染率が高く、かなり

の数の住民が症状を呈したいたものと思われる。その後、第二次世界大戦まで沖縄地域におけるフィラリア症の報告はほぼ毎年行われており、明治期7編、大正期17編、昭和前期（戦前）23編を数えている。

第二次世界大戦のため中断されていたフィラリア症の調査活動は、1949年4月当時の衛生研究所によって再開されている。その後は琉球大学、長崎大学等によって全県にまたがる系統的な調査が展開され、フィラリア症が沖縄全域に浸淫し、とりわけ宮古群島では20%以上の高浸淫率であることが確認された。このような調査活動や研究の進展に伴い、沖縄のフィラリア症に関する昭和後期（戦後）の報告は131編に上っている。

これらの疫学的、臨床的、実験的研究の多くが、沖縄におけるフィラリア症の実態を明らかにするとともに、フィラリア症一般に関する有意義な知見を提供したことはいうまでもない。しかし、その一方でこれまで現実の対策事業の実践に基づいて、その活動経緯や成果を学術的に評価した報告はほとんどみられない。

2、宮古群島におけるフィラリア防圧活動の経緯の評価（保健組織活動の質的評価における地域の組織化と住民参加の意義）

昨今、望ましい保健活動のあり方を検討する指標として、プライマリ・ヘルスケアの四原則（ニーズ指向性、住民の主体的参加、資源の有効活用、強調と統合）が活用されており、著者らはその具体的な評価方法を提唱している。また、近年保健活動における住民参加が注目されており、Rifkinらは住民参加の指標として Needs Assessment(住民ニーズ評価)、Leadership(統帥力)、Organization(組織化)、Resource Mobilisation(資源活用度)、Management(管理運営能力)をあげ、現実に展開された保健活動をこの指標を用いて評価している。

同じく中村らはこの提案を受けインドネシアの地域保健対策プロジェクトモデル村において実施した乳幼児保健改善活動の評価を試み、単に乳児死亡率減少という量的な評価に留まらない住民参加の評価視点の重要性を指摘している。

これらの評価はいずれも活動の成果（効果）以外にその経緯（過程）に注目しており、活動の質的評価とみなせる。本対策のような保健活動の総合評価においては、このような活動の質的側面を重視する視座が不可欠であろう。

以上の観点から、宮古群島におけるフィラリア防圧活動を実証的に検討すると、長年地域の健康問題となっていたフィラリアを征圧したいという住民および行政の希求（ニーズの指向性）、末端の実働部隊として積極的に各種活動を展開した住民組織や、高受検率にみられる地域住民の参加や協力（住民の主体的参加）、住民からの補助技術要員の確保や各市町村の行政組織、教育機関、民間組織などの人的、物的資源の効率的活用（資源の有効活用）、推進協議会による対策活動の調整と統合（協調と統合）など、保健活動が功を奏するために必要な組織化や住民参加が実現されていることが理解できる。このような本対策活動の質的評価に関わる点について、さらにいくつか個別に考察を加えたい。

まず第一に指摘すべき点は、公衆衛生学の基本的方法を駆使することにより地域の健康問題が解決できることを立証したことである。この方法とは、成績で示した健康問題の解決に向けた社会活動の組織化であり、感染症対策としての病原体や感染経路への対応である。あるいは、公衆衛生上取り組むべき課題の優先性や実施可能性という行政的観点からは、本症の撲滅に活動の優先性を認め、その実現可能性の方策を詳細に検討したうえで、公衆衛生の基本原則を活用して事業を展開したことが確認でき

る。すなわち、当時宮古群島にはフィラリア症防圧を含め解決すべき公衆衛生上の課題は数多く存在したが、フィラリア症を群島から撲滅したいという住民の強いニーズを踏まえ、行政が防圧事業の実施可能性を人的・物的資源、技術、資金の観点から検討し、必要な諸条件を整備したことが特記されよう。

第二に重要な点は、該当者6万人以上の住民の受検率がほぼ100%に近かったことである。すなわち、住民のほとんどが本事業の意義を理解して積極的に検査を受けたことは、保健活動への住民参加の象徴として高く評価される。この理由として、対策活動の組織化と衛生教育に支えられた住民の主体化が上述のとおりである。今日、成人病対策や健康づくりの総合的、効率的な推進を目的として、老人保健法に基づく保健事業を始めとした各種健康関連事業が全国の市町村で実施されている。対象疾患や時代背景が異なるとはいえ、このような事業の受診率の実情と比較すると、このフィラリア対策活動への住民参加度が高いことが理解できよう。

さらに第三点として、本防圧事業のため特別採用された臨時要員の働きを指摘できる。この補助技術要員はフィラリア撲滅キャンペーン、住民の集団血液検査、血液標本の作成、マイクロフィラリアの同定、駆虫剤の調査や噴霧、検査結果の整理など本事業における重要な役割を担い、それらを確実に遂行している。しかも、要員のほとんどが民間から募集された青年男女であり、上記の技術は比較的短期間の研修で取得可能であったことは注目に値する。これは、保健活動への住民参加の一形態であると同時に、今日地域保健活動で重要な位置を占める保健補導員の役割にも相当し、わが国の保健活動のあり方を考えるうえできわめて重要な示唆を与えている。

この臨時要員が重要な機能を果たした背

景には、医師の絶対的不足という長年の状況から生まれた沖縄独自の医療システムがある。すなわち、戦後まもなく保健医療の第一線を担当する施設として県内の主要地区に7保健所が設置され、そこに公衆衛生看護婦（保健婦）が常在し主戦力として機能したこと、とりわけ離島地区では医師免許を持たない医介補が独自の判断で医療行為を施したことなどである。その意味では、人的資源としての保健医療専門家が不足しがちな途上国における保健活動のモデルとなりうるものであり、国内外の公衆衛生活動の望ましい姿を掲示した点で価値の高い取り組みであったといえる。

以上みてきたように、宮古群島のフィラリア防圧活動事業は保健活動の理想像を的確に捉えて実践しており、わが国や途上国の今後の保健活動のあり方を考えるうえできわめて貴重な情報を提供していることを確認したい。

3、宮古群島におけるフィラリア防圧活動の成果の量的評価（マイクロフィラリア保有率の推移とその要因の検討）

この防圧活動の直接的な指標となるマイクロフィラリア保有率は1965年当初は19%と高率であったが、陽性者（要加療者）へのDEC投与により以後4.9%、2.1%、1.4%、0.5%と推移し、1972年に実施された第6回の検査では0.1%に低下している。

世界的にみてもフィラリア症の完全撲滅は容易ではなく、タヒチ、マレー、インド、フィジーなど対策活動が奏功せず未だ高い感染率を保持しているのが実情であり、このような撲滅に成功した例は皆無である。その要因として、一面では上述の地域の組織化と住民参加が確立できたことが重要であるが、さらに方法論的、技術的な観点から以下の諸点も指摘できる。

第一点として、ほぼ全住民に血液検査を実施し、マイクロフィラリア陽性と判明した住民のみに薬剤を投与したことが重要である。前述の諸外国においては、一部の住民のみに血液検査を行い、その結果に応じて全員に薬剤を投与する方法を採用していた。この方法では、要加療者が不明瞭となり徹底した駆虫ができないことにつながりやすい。その意味で、要加療者を的確に把握した確実な治療を行った点が良好な結果をもたらした理由のひとつともいえる。もちろん、その背後には受検率が100%に近い住民参加があったことはいままでのまもない。

第二は、後に沖縄方式（宮古方式）と呼ばれて世界的にも標準的フィラリア対策法として評価された検査方法を採用したことである。すなわち、採決方法として耳朶から定量的に0.03 mlを採決し、0.01 mlずつの3本の川字形のスライド標本を作成したことである。これまでタヒチ、マレー、インドなどのフィラリア多発地域においてもフィラリア症の検査として血液標本が用いられていたが、すべて非定量的に1滴の血液のみで実施されていた。この非定量的方法では相互比較が困難なため診断精度が低くなり、3条の定量法により診断に関する統計的信頼性が高くなったことは重要な点である。同時に、マイクロフィラリア数の的確な把握が可能となることから、DEC投与後の発熱の程度を予測でき、適切な対策が講じられたことも指摘しておく必要がある。

第三点は、投与量を1日1回0.3 g、連続12日で総量3.6 g（成人）と明確化したことである。これは、当時の国内における実験的研究から治療効果はDECの投与総量に左右され、上記量でマイクロフィラリア保有者の約80%が完全駆虫可能なことが判明したからである。それまでは重篤な副作用の発現を恐れて、例えばインド

においては1日1回0.1g、5日間の投与であったり、マレーやタヒチでは週1回や月1回の投与であったりしたため、十分な薬物量が投与されずその治療成績は不良であった。しかし、本対策活動が始まる前の研究により、発熱がDECの副作用というよりマイクロフィラリアの死滅に起因した治療効果を示すものであること、熱発作の程度や頻度はDEC投与量が0.1gでも0.3gでも著変なく、発熱は投与後1日のみで2日以降は出現しないことが確認されたが、前記の投与方法につながって良好な駆虫成績が得られる結果となった。このように、諸外国の場合DEC投与後の発熱のメカニズムに精通せず、DECの確固とした投与が困難であったのに対して、本対策では発熱の出現やその意味について事前に住民に説明可能であった。この事実は、投薬後の発熱に対する住民の不安を和らげて住民がDECを確実に服薬することに結

びつき、結果として良好な駆虫成績となったことが理解できる。

最後に、諸外国との比較として特筆される点は事業の継続性である。しかも、あらかじめ実施期間を決め集中的に取り組んだ点は大きな違いであろう。例えば、初回の血液検査では陰性で、2回目以降に陽性を示した住民も数%確認されており、これは宮古群島のような流行地では対策展開中も新たな幹線が繰り返される可能性を示している。同時に、検査の診断精度（感度）、すなわちマイクロフィラリア数が少ない場合に偽陰性と判定される問題も関係してくる。このような問題の解決策は経年的に検査することが最も適切であり、その意味で血液検査を長期にわたり継続できた体制づくりがなによりフィラリア症の撲滅に結びついたことを喝破したい。

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

ーモデルの組み合わせの検討ー

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

プライマリー・ヘルス・ケアやヘルスプロモーションの展開においては、概念枠組みを基盤とした、活動や行動の方法を決定し展開するためのモデルが重要な意味を持つ。近年、PRAや、ZOPPやPCM、PRECEED-PROCED-model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。今回、取り上げたSOJO modelも、そのようなモデルの一つとして位置づけることができる。

そこでタイにおけるAIDS Competent Tanbon Project (ACT Project)を事例としてモデル適応の選択に関して検討した。

その結果、地域課題の解決のための住民参加型の公衆衛生活動は共通のパターンで発展していた。つまり、発展段階に応じた実践モデルを適応することが、活動の促進に結びつくと考えられた。すなわち、当初主唱者の問題提起から始まり、賛同者や同調者など初期の参加者間における現状問題の共有で始まるため、PRAやRRAなどの現状認識的なモデルが有効と考えられる。活動方法の選択段階ではPCMやZOPPなど、プロジェクト運営のための方法が有効と考えられた。さらに、活動の転換期では、AICやSOJO modelなど、将来的な目的やゴールを共有するための方法が有効と考えられる。

国際協力活動において、相手国の活動の状況を踏まえて、それに適した実践モデルの選択が重要であり、そのことの可能な専門家の育成が必要である。

研究協力者

安田 直史

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

森 千代子

宮本 英樹

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

石田 裕

元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

元 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

プライマリー・ヘルス・ケアやヘルスプロモーションに関して、WHOから出された宣言では、その目標達成のための戦略や基本的な概念枠組みが示されている。それを実際の行動に移すためには、概念枠組みを基盤において、活動や行動の方法を決定し展開することが必要であり、そのためのモデルが重要な意味を持つ。近年、公衆衛生活動においても、住民とともにその地域のニーズアセスメントを行うPRAや、プロジェクトのマネジメントのためのZOPPやPCM、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-model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