



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	健康教育プロジェクトにみるパートナーシップ形成の意義：北アイルランドの事例から
Author(s)	武田, るい子; TAKEDA, Ruiko
Citation	北海道大学大学院教育学研究科紀要, 84, 169-182
Issue Date	2001-12
DOI	https://doi.org/10.14943/b.edu.84.169
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/28837
Type	departmental bulletin paper
File Information	84_P169-182.pdf



健康教育プロジェクトにみるパートナーシップ形成の意義

— 北アイルランドの事例から —

武 田 るい子

The Meanings of Partnership Formation in the Health Promotion Project : A Case Study of Northern Ireland

Ruiko TAKEDA

目 次

1 課題設定	169
2 公衆衛生と健康教育の現代的課題	170
(1) 保健政策の変化	170
(2) 健康教育観の変化	171
3 保健・社会サービス行政の概観	172
(1) 保健・社会サービス供給システムの構造と混合経済化	172
(2) デリー市の保健事業 — 1990年代	173
4 近隣健康教育プロジェクトの展開	174
(1) ブランディウェル地区のプロフィール	175
(2) 近隣健康教育プロジェクトの概要と展開	176
5 考察	178

1 課題設定

英国では1990年代に、社会サービス供給システムの改革、即ち、公的供給者に代わって、地域・ボランティアセクター・民間事業者が供給主体となることを政策的に推し進めてきた。コミュニティケアや公衆衛生は、その最前線に位置する実践領域である。

本論の関心からは、社会サービス供給主体の多様化による諸実践者間（当事者・家族の会、地域内の非営利組織、民間事業者）の関係と役割変化に伴う問題が、本格的に議論されてきたことに注目すべきである。新自由主義的改革論理は利用者主権や選択権の保障を掲げて機構改革を断行し、内部市場化、民営化を実現してきたのであるが、その成果と課題については、ボランティアと公的セクターの協力関係構築に関する実態調査報告書が刊行されている。⁽¹⁾ その主な課題とは、第一に、失業、疾病などにより社会的関係から排除され、疎外された人間が最初から自由な選択主体たり得ないという利用者主体の課題、第二に、供給者となった地域・ボランティアの事業者たちが抱える矛盾で、利用者の必要を代弁する対等な支援者という役割の変質および行政管理による自立性の揺らぎが挙げられるほか、第三には、諸サービス（資源）の総合的提供システム構築の困難という問題である。これらは相互に関連する問題であるが、

現実の中では、どこを出発点に据えて解決の糸口を見出すのが困難となっているのである。

本稿は、英国の中で最も貧困な地域の一つであるデリー市（北アイルランド）における健康教育プロジェクトを題材として、上記課題はどのような現実的問題として現れるのか、地域における実践が取り組むべき本質的課題とは何か、対応しようとする実践はどのような内容と論理を準備し、上記諸課題克服の可能性はどこに見出しうるのかを考察する。

一言でいうと、健康教育を実施・コーディネートする地域内グループを育成するプロジェクトであるが、次のような理由から考察の対象として取り上げることとした。①その立ち上げから実施の過程をとおして、専門機関—ボランティア組織（企画実施の主体）—住民グループの協同を創り上げていく実践であったこと、②利用者主体の地域資源の提供と総合化を意識的に追求していたことである。

2 公衆衛生と健康教育の現代的課題

(1) 保健政策の変化

1980年代は、グローバルなレベルで公衆衛生の基本的パラダイムシフトに関する合意が図られた時代だった。⁽²⁾英国の新自由主義的改革は、公衆衛生と予防医学への重点化政策を次の3段階に渡って実現してきた。⁽³⁾政策的には1987年の白書『より良い健康の促進』(Promoting Better Health)が、公衆衛生と一次医療(Primary Care)重視の方針を打ち出したことに始まる。第一段階では、『国民保健サービスにおける一般診療：新しい契約』(General Practice in the National Health Service: a new contract) (1989年)に示された健康増進サービスに対する診療報酬の考え方が変わり、新しい予防に関わる産業の育成を促進することとなった。第二段階では、1993年に新システム「バンディング」(The banding system)の導入を行った。診療報酬を三段階に分けて評価するもので、予防効果のあがり難い疾患との間に格差をつけるというものであった。第三段階では、1996年に自治体ごとの健康増進委員会(Health Promotion Committee HPC)が設立され、健康づくり実践の適正化と実施要綱による管理が導入された。要約すると、医療者及び関連産業事業者へのインセンティブに始まり、外部評価の導入と地域内資源の連携を奨励するという流れになる。

新労働党政権は、1998年の緑書『私たちのより健康な国』(Our Healthier Nation)に続いて、1999年には白書『命の救済：私たちのより健康な国』(Saving Lives: Our Healthier Nation)を刊行し、健康問題における経済的、社会的要因の考慮をより一層重視すること、地域内の多様なエージェントとのパートナーシップによる広範な社会的連携の必要性を指摘した。新たな施策としては、「健康増進ゾーン」と「健康生活センター」事業によって、社会的不利益地域に向けた健康格差を解消するための特定予算を組んでいる。予防重視の方針は、保守党政権を踏襲しつつも、施策の展開において多職種、他セクターとの連携を重視した行動プランの策定を行うのが新政権の特徴となっている。それは、「健康増進プログラム」として具体化され、地方保健局や同意する関係機関(トラスト、一次医療グループ、地方自治体、ボランティア組織等)の指導原理として位置づけられていくことになる。それ以外では、健康教育局を健康開発エージェンシーに外部化し、発展的に解消する機構改革、専門職教育の改革では、新しい専門職として医学教育の枠外で公衆衛生スペシャリストの設置を打ち出した。⁽⁴⁾

Wainwrightは、社会階層と「健康の格差問題」は実証的研究によって盛んに指摘されたが、

80年代には施策化には至らなかったと言う。90年代に入りいわば「選択肢の無い」現代的政治・経済状況の下で、「自己責任」と「地域の共同性回復」を強調する新保守主義的政策アジェンダとして注目されるようになり、ブレア政権によって、施策化が図られていったと分析する。⁽⁵⁾

概括的に政策変化の動向とその影響を整理すると、一つには、世界的なレベルでの目指すべき新しい健康観の普及があり、それが先進各国の医療・保健政策に多大な影響を与えてきたということである。それは、治療から予防さらには、積極的に人生をより良く、健康に生きるために個人が健康に配慮した生活スタイルを創造し、主体的に自らの健康と生活環境をコントロールすべきであるという考え方の普及と、健康ブームや健康学習の普及・拡大をもたらした。二つ目には、健康格差や前提条件の不公平是正の強調である。こうした中で、物的社会的条件の整備と社会的支援システムの構築としてコミュニティ活動の強化、住民参加が課題となってきたことが挙げられる。

これらは、「健康都市プロジェクト」の共通テーマとして掲げられていたことでもある。欧米を中心とした「健康都市プロジェクト」は、国家のプロジェクトとして具体的戦略目標を示した上で、世界的なネットワークの中で実践が展開するものである。医療の枠を越えて、公共政策全般で健康の視点を含めることの重要性を主張するその運動の影響は、北アイルランドの事例にも見ることができる。⁽⁶⁾

(2) 健康教育観の変化

新しい健康観の普及は、教育観の変化にも及んでいく。ここでは、住民の主体性への注目が、教育のあり方と専門家の役割観に変更を迫っているという点だけを確認しておきたい。それ以前の考え方においては、専門家である保健・医療従事者は、住民を指導、教育するという立場に立つのに対して、アンチテーゼとしての健康学習にあっては、共感的理解と対話による住民主体の学習観が重視され、専門家は傾聴と発問を基礎的な技術とした主体たる住民の学習支援者あるいは帆走者となることが求められてくる。このことは同時に、住民自身の経験に即して学びが開始され、発展させられていくこと、そして学びの集団の中で相互交流が起ることで、意識化が深まっていくという相互学習の意義を主張している。欧米ではフレイレの意識化の対話学習を基本にしたエンパワーメントの教育論が、心理学的アプローチに統合された実践モデルとして、健康教育および地域社会発展の領域で試行されている。

日本で言われる健康学習と欧米のエンパワーメント論の概念的類似性と相違については、吉田亨(1996)が、強調点の違い、即ち前者は健康の個別性に、後者は「社会変革に重点が置かれているように思われる」とする見解を示しているが、検討の余地があるところであろう。この点は、先行研究の検討をつうじて詳細に検討すべきことであるが、それは別稿に譲ることにする。

以上のような変化の総体は、発展途上国、先進国の別なく、例えば“住民主体の開発”や“コミュニティ・ヘルス”のスローガンとともに、多様な実践を導出することに貢献してきたと考えられる。特にヨーロッパでは、WHOヨーロッパ地域事務局が推進した「健康増進計画」(1986年)において、予防的健康教育を地域で展開する上で、セルフヘルプグループや地域の集団・組織との連携や支援の重要性が示されていたことが、地域内の非営利・ボランティア組織の独自の役割と地位を高めてきたものと思われる。

一方、こうした動きに対しては、いわば国家プログラム化された「地域住民主体の保健活動」

(Community-based health program CBHP) であり、社会的不公平是正という根源的問題を看過し、脱政治的な保健サービス提供へと変質させられてしまったという批判がある (Werner and Sanders 2000)。本稿も基本的には同様の立場に立っており、狭義の保健活動に特化することでは「健康の格差問題」は解決し得ないと考えるが、更に批判的視点を敷衍し、狭義の保健活動の意義と課題を明らかにすることが、社会構造の問題を考える上でも必要である。

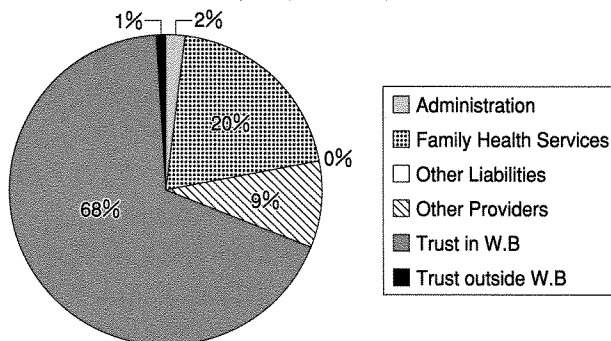
3 保健・社会サービス行政の概観

(1) 保健・社会サービス供給システムの構造と混合経済化

初めに、北アイルランドの医療・保健・社会サービスの供給構造と財政支出の概要を見ていく。まず、行政機構が英国とは異なっている (付図1)。それは、財政権限をもつ医療・保健・社会サービスが一つの省庁であるということと、予算計画と配分及び執行権限は省庁下にある4つの地方委員会にあり、自治体にはないということである。各広域4地方委員会の内部は、9つのサービス領域部局—救急サービス、母子保健、健康増進、家族・児童ケア、精神保健、学習障害者、身体及び感覚障害者、高齢者ケア、一次医療—に分かれている。現在の保健・社会サービス局は、1999年北アイルランド法の改正に伴って、消防、食品衛生、防災計画の各業務が統合されてきたものである。2000/2001年度の年間総予算額は21億ポンドとなっている。

デリー市のある西保健・社会サービス委員会 (Western Health and Social Services Board WHSSB) の1999/2000年度年間報告書によると、年間支出総額は約2億6千5百万ポンドである。その主な支出先から、西保健・社会サービス行政区域における民間・ボランタリー事業者からのサービス購入割合がおおよそ把握できる。西地域において68%のサービス提供を行うのは3つのトラストであることがわかる。1つの病院経営専門トラストと2つの総合社会サービス事業経営体とに分かれている。デリー郡、リマバディ郡とストラバーン郡を担当するのはフォイル・トラストで、1996年4月に北部地方精神保健ユニットとフォイル・コミュニティ・ユニットの合併により設立された (付図1参照)。病院、施設、デイセンター、ヘルスセンター、

図1 西保健・社会サービス委員会 支出割合
(1999/2000年)



出典：Western Health and Social Services Board Annual Report 1999-2000 p7
支出内訳表を参考に作成

クリニック、簡易宿泊所、福祉事務所の運営のほか、在宅サービスを提供している。日本に例えると、大きな医療法人、社会福祉法人の総合的経営体とみることができる。

このようなトラストは、北アイルランドでは「People first: Community Care in Northern Ireland for the 1990s」(コミュニティ・ケア法と同様の骨格をもつ)を根拠に設立された。1992/1993年の『社会的ケア・レビュー』(WHSSB)によると、当時の政府主導による改革の厳しい様子がうかがわれる。一例では、ケア・マネジメントの結果、公立病院や老人ホームに入所中の人たちが民間のホームや在宅に移されているほか、精神病院のベッド数が減らされ、民間と非営利セクターの施設や在宅サービス数が増加している等、医療・福祉の混合経済化の進展していく様子が読みとれる。(pp 45-53)

また、分離独立直後のフォイル・トラストの主な購入者はWHSSBで全収入の94%を占めていたが、近年ではおよそ8割にまで減ってきている。混合化が徐々に進展していると言えそうである。しかし、WHSSBの購入先で「その他の提供者」(ボランティア組織が含まれる)が全体のわずか9%であるという事実からは、トラストの優位が依然明らかで、潜在力に大きな違いのあることが伺える。尚、現在北アイルランド全土のトラスト数は19であるが、来年度以降、3つに再編される計画がある。さらに踏み込んだ民営化と混合化を促進しようとする北アイルランド自治政府の狙いがあるものと思われる。⁽⁷⁾全体として西地域で民営化及び混合化がどの程度進展しているのかを確定するには、更に、主要なトラストの支出内訳から民間、非営利組織へどれだけの資金が還流しているのかを見る必要があるだろう。

(2) デリー市の保健事業——1990年代

ここでは、聞き取り調査から得た資料とデータを基にして⁽⁸⁾、健康教育プロジェクトが立ち上がる以前に、デリー市内で先行的に実施された保健関連事業を整理しておきたい。まず、1992年から1994年にかけて、先述した健康都市キャンペーンがデリー市(Derry Healty City DHC)でも実施された。その一環で、地域活動経験のあった貧困地域の住民たちを募集、数グループごとに分かれて、アメリカやアイルランド共和国の市民団体を訪問して、地域の健康問題にどう対応しているのか視察交流を行っている。この時に、調査対象であるB地区住民ボランティアたちも3名が参加し、1人はアメリカを訪問するという経験をしている。健康都市プロジェクトチームは、それ以外に、デリー市の主要な保健関係機関の専門家たちによる政策研究会を組織し、2000年にデリー市独自の保健政策文書「健康プランフレームワーク」を刊行するという成果を生み出した。

1993年から1994年にかけて、デリー・ウェルウーマン(女性の健康問題専門の市民団体)と家族計画協会は、WHSSBの健康増進担当者と協議し、貧困な地域の住民たちが健康問題に関心を持つような新しい住民参加活動づくりのプロジェクトを実施した。Community Health Information Volunteer Pilot Scheme(CHIVPS)と呼ばれる健康情報ボランティア育成事業である。ベルファーストの先行例を参考に、情報ボランティアたちが健康に関する知識を学んで、地域に持ち帰り、日常生活の中で他の住民達に伝えていくことで、地域全体の健康に対する意識が向上するという仮説を検証しようという調査プロジェクトであった。こちらにも、B地区住民の4名が参加しており、このプロジェクトをつうじて、デリー・ウェルウーマンの健康教育プロジェクトワーカーと出会い、近隣健康教育プロジェクトに繋がっていった。

ここで重要なことは、90年代前半にデリー市内で、公的資金を得て実施された2つの異なる

パイロット事業を通じてつながった人たちが、それを発展させて独自の健康プロジェクトを創ったことである。対象事例プロジェクトの立ち上げには、こうした体験の蓄積があり、そこには参加者間及びプロジェクトワーカーとの信頼関係が育っていたと考えるべきである。

近年、政策立案者の側に、住民たちの能動性に期待をし、自ら地域問題を解決する主体（グループ）に育ちあうという視点の重視が見られるが、より一般的には地域住民のエンパワメントという課題として、北アイルランドでは80年代には地域経済振興と地域づくりの関連であらゆる政策領域において追求されていたことであった。しかし、健康問題の視点から貧困や地域環境を見るという事業が企画されるようになったのは、ここ数年のことである。こうした点に、世界的な動向や地域ケア重視の保健政策の影響を見ることは可能であろう。こうした政策変化の下、地域で保健活動やケアサービスが展開するにつれて、住民の側からは、住民の意見に耳を傾けることの少ない専門職たちの態度に対する不満が表明されるようになり、改善要求が高まっていたというのがプロジェクト立案の根拠であった。

4 近隣健康教育プロジェクトの展開

近隣健康教育プロジェクト（Neighbourhood Health Project NHP）は、1996年11月から2000年3月まで、デリー・ウェルウーマン（Derry Well Woman DWW）が国際アイルランド基金から資金を得て、企画実施した独自のプロジェクトである。しかしながら、上述したように、その前身にはデリー市内で先行的な保健プロジェクトが実施されており、複数の関係者がそれに関わっていた。本プロジェクトは、直接的にはCHIVPS（1993-94）の内容を踏襲したものと考えられる。しかし、CHIVPSは指摘したように1年間の調査プロジェクトの意味合いが強く、住民情報がどのように伝わっていくのかを把握することが目的であった。そこでNHPでは、目的においてCHIVPSの限界を乗り越えること、期間的にも3年間という長期間にわたって、住民自身の活動力量の形成が企図されたのであった。

表1 ブランディウェル地区の貧困指標

指標	ブランディウェル地区	(a)デリー市/(b)西保健・社会サービス行政区								
人口（世帯） （※）	2,296人（773世帯） 年齢層別 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>0-14</td><td>29.3%</td></tr> <tr><td>15-34</td><td>27.7</td></tr> <tr><td>35-54</td><td>19.2</td></tr> <tr><td>55+</td><td>21.8</td></tr> </table>	0-14	29.3%	15-34	27.7	35-54	19.2	55+	21.8	(a) 95,371人（28,026世帯） (b) 265,820人
0-14	29.3%									
15-34	27.7									
35-54	19.2									
55+	21.8									
失業率	50.3%	(a) 23.6% (b) 19%								
学校給食費免除世帯の割合	75%	(a) 42.3% (b) 34.7%（27% 北アイルランド）								

参考文献 The Long Tower Centre Project Appraisal, 1998 Jan, What's the chances? The Bogside, Brandywell and Creggan Area 2001, Western Health and Social Services Board, Social Care Review 1992-1993

（※） 国勢調査が10年に一度のため、数値が古いことを断っておく。最近の統計データによると、ILO定義に基づく北アイルランドの失業率は7%、デリー郡は8.7%と、過去5年で最も低くなっている。しかし、長期失業者の占める割合は32.8%と、英国全体の約2倍である。（<http://www.dfn.gov.uk/>参照）

(1) ブランディウェル地区のプロフィール

ブランディウェル地区はデリー市の中でも、最も貧困な地区の一つである。1972年の「血の日曜日事件」(英国軍が市民の行進中に発砲し、市民が死亡した事件)以来、紛争の中心地として最前線にあり、多くの政治犯を出した地域の一つである。表1に基礎的統計に類出する代表的貧困指標を示しておく。

隣接するボグサイド地区とブランディウェル地区は、1960年代には、住宅環境の劣悪さに抗議するデモ行進や陳情が繰り返し行われ、平和行進、人権運動発祥の地でもあり、現在でも住民活動の盛んな地区として有名である。1972年に設立された、ボグサイド・コミュニティ協会は、情報誌を発行して、住民生活に関わる必要情報や知識を普及する等の教育的機能を果たしていた。その後1976年には、Dove house(鳩の家)が地域の情報資源センターとして開設され、現在も活動を続けている。一説によると、住民グループの数は300とも言われるが、正確な統計はない。1990年代前半からは、ガスヤード開発トラストが地域の空き地を再利用するために、地域懇談会を開催する中心的役割を担うなど、新たな地域企業の組織体が誕生しており、現在も新たな地区センター建設が進行中である。90年代に増加した地域内の課題別グループのネットワーク組織体も誕生している。ボグサイド・ブランディウェル・イニシアティブ(Bogside Brandywell Initiative BBI)は、現在では地域の総合的調整役を担っている。数々の地域行動が展開した地域だが、近年は政治的行動は減り、企業体として地域開発や地域経済の育成支援が主たる活動になってきている。⁽⁹⁾

表2 参加者と教育コーディネーターの属性

B地区住民	年齢(代)	職歴	地域活動歴
①	24歳	ハウスキーパー	3年(NHP)
②	36歳	工場, 商店, スーパー	3年(NHP)
③	40歳	なし	3年(NHP) 他1つ
④	40代後	なし	4年(NHP) 他10年, 3年
⑤	50代前	縫製工場	4年(NHP) 他あり
⑥	50歳	なし	不明
⑦	51歳	なし	4年(NHP) 他6年, 3年
⑧	53歳	なし	4年(NHP) 他3つ

中心人物たちは番号を網掛け

※その他活動では、高齢者宅訪問活動のボランティアで共通

支援者	年代	職歴	職位, 雇用形態
DWW ①C氏	40代前半	コミュニティワーカー歴長い 非常勤講師(アルスター大学, オープンカレッジなど)	プロジェクトコーディネーター, プロジェクト雇用 (1996.11-2001.9)
②K氏	40代後半	助産婦 DWW マネージャー歴12年	DWW コーディネーター
③S氏	50代前半	ユースワーカー歴17年 DWW 発起人	DWW マネージャー
FoyleTrust A氏	50代後半	看護婦歴25年	パート保健婦 プロジェクト雇用

(2) 近隣健康教育プロジェクトの概要と展開

参加者の募集は、CHIVPSに参加していた人たちを中心に声がけをした結果、B地区から既知の4人と地域活動経験のなかった4人を加えた8人が集まった。教育・訓練プロジェクトとしてNHPは、1年目には17回の講座を開催、2年目には地域内で健康情報イベントを開催する実習を行い、3年目はフォイル・トラストの保健婦による保健知識の学習と地域ワークショップが追加された。NHPの参加者と教育コーディネーターの属性は、表2のようになっている。⁽¹⁰⁾

講座内容(トレーニングプログラム)は、表3のとおりである。健康問題に関する知識といった医学的内容ではなく、地域の中で「いかにして他の住民たちに知らせるのか」を参加者たちの獲得目標としていた。そのために必要とされる対人関係に関する知識や技術、更には継続的活動を担うための組織づくりが学習内容となっている。それというのも、前身であるCHIVPSやDHCに参加していた人たちから、知りえた知識や情報をうまく伝えることができなかったという課題があがっていたからであった。こうして、NHPの目標は、住民たちが地域内で情報伝達を効果的に行えるような力量の形成を獲得することに重点が置かれていった。

コーディネーターC氏によると、1年間の講座の中では組織づくりの基礎となる信頼関係構築が目指されていたほか、共通認識として地域の課題を探ることが目標であった。地域内に健康情報発信の拠点となる組織を立ち上げることは、自分達自らが地域の必要を知り、その必要を地域内の専門的資源と結びつけることを主な活動とすることである。従って、多くの人との交渉力やコミュニケーション力が不可欠の力量となってくる。セッションの中では、自分達に欠けている能力や獲得したい力量は何か、地域の必要と現実に提供されているサービスとのギャップは何か等、対話と討論、ワークショップ形式による相互学習がコミュニケーション力の向上を目指して積み重ねられていった。

表3 講座の内容

セッション1：傾聴の技術，集団の強さと弱さ
セッション2：コミュニティワークとは何か，近隣とは何か
セッション3：どのような資質が必要か，コミュニティワーカーは何をするか
セッション4：コミュニティグループとは何をするか，どのような課題が持ち上がるか
セッション5：理事会とは何か，どのような役割を果たすのか
セッション6：誰が理事になるべきか，意思決定過程
セッション7：身近な地域を考える，近隣住民にコンタクトをとる
セッション8：参加とネットワーキング
セッション9：地域参加の障碍，持ち上がった課題にどう対処するか，課題を探す
セッション10：ボランティアセクターにおけるマネジメント，理事会の運営
セッション11：チームワークと参加，会議の運営
セッション12：コミュニケーションと報告の対応，方針の開発，計画過程の管理
セッション13：モニタリングと評価，変化の対応
セッション14：時間の管理，契約文化の時代の管理
セッション15：資金管理，事務管理と事務処理
セッション16：人材マネジメント，違いと対立
セッション17：維持～どのようにして継続するか，行動計画，資金調達

出典：Derry Well Woman Neighbourhood Health Project, Training Programme を翻訳

2年目に入り、地域での実際のイベントづくりに向けた準備が始まる。健康情報デイでは、「Planning for Real」と呼ばれる方法を使って、地域住民と地域内の専門サービス機関が共に集い、住民の必要と実際に提供されているサービスのギャップを確認するためのワークショップを実施することで合意が図られた。

PfRは、地域住民の参加を高め、自己信頼を向上させるために、地域計画策定などの合意形成の場面における、利用者本位の手法として発展させられてきたものである。特徴としては、参加者たちの多様な相互作用、協働作業を促進し、地域の情報を全ての参加者が共通認識とすることを目指すことにある。そのために、実施される活動の典型的なものとしては、①三次元地域地図の作成、これによって参加者の関心を引き、地域に不足しているものを明らかにする一方、参加者が自分達の地域について他の参加者と話を始めることが意図されている。次いで、②各サービス提供機関の提供可能な資源情報とコスト情報が参加者の前で開示され、③参加者たちが必要と思われる資源を掲示されているボードにシールなどを使って投票していくという流れになる。PfRは不足しているもの、望むものを何でもリストアップするというものではなく、現にあるものの中で多くの人にとっての必要を明らかにし、合理的に提供していくことと、利用者たる住民が公正な手続きの下で選択することを実現するものである。誰の目にもわかりやすい形で、地域資源の情報を明らかにして、地域住民の交流を促進しながら選択と合意形成を行うことが可能であるとの判断から、プロジェクトの中で試行することになったのである。

こうした手法を採用した背景には、住民達の専門機関への不信が蓄積していたことがあった。講座参加者の話によると、1994年にフォイル・トラストが実施した地域の保健・社会サービスニーズ調査（Needs Assessment Research Project NARP）の結果が公表されていなかったのである。「バラシュート部隊のような専門家（公的、ボランティア共）が、報告書を書くために塵のような情報をかき集めて、その結果は何も住民に知らされる事がない」という不信感の表明は、いふなれば情報公開の不備と要求へのフィードバックの確証がないという2つの主張に集約される。1997年段階で、このことに気づいたC氏とB地区の住民グループは、DWWとDHC政策研究会の協力を得て、NARPの公表をフォイル・トラストに要求し、調査報告書を刊行させることになる。そして、この調査結果を見た住民からは、B地区の非常な貧困状態を知りながら、調査後に何の対応もしてこなかったことに対する専門機関への非難が上がった。⁽¹¹⁾

このような専門機関のニーズ把握と対応のまづさが明らかとなって、住民たちは自分達の地域の実態を正しく認識することは自分達の責任であること、必要は主張しなければならないことを体験的に学んでいったことになる。また、ニーズ調査の結果で明らかになった地域の健康問題を解釈し、必要なサービス提供をフォイル・トラストに求めるために、効果的な対話をいかにするかが新たな課題となったのである。更には、フォイル・トラストだけではなく、地域にあるそれ以外の提供資源との総合的な調整の必要が誰の目にも明らかであった。こうした地域資源の構造化という課題が自覚され、共有されたことで、先の地域住民参加と合意形成に基づくコンサルテーションの手法が採用されていったのである。表4は、住民グループとC氏のイベントに向けた準備過程である。

3年目には、フォイル・トラストが一次医療予算を獲得して「Partnership in Community Development」としてフォローアップ研修が実施された。住民投票によって明らかにされた高齢者と若者の上位3つまでの課題に応えるために、配属された保健婦が中心となって、専門的実技の訓練やワークショップによる学習を組織し、同時に自主運営の仕方を実地訓練で学ぶと

表4 健康情報デイ開催までの準備過程

- | |
|---|
| <p>① 1997年9月 フォイル・トラストのディレクターと会合をもつ
フォイル・トラストに健康情報デイへの参加を要請すると共に NARP の限界を指摘</p> <p>② Planning for Real の採用とフォイル・トラストの参加の仕方について書面で打診する</p> <p>③ 地域での NARP の再検討と PfR の採用を討議する</p> <p>④ 1998年3月
NARP で明らかとなった課題に焦点化し、可能な解決方法を提示する書類をフォイル・トラストに正式に提出</p> <p>⑤ 1998年4月
フォイル・トラストの保健ケアディレクターが参加に同意する。C氏がファシリテーターを務めることも決定</p> <p>⑥ フォイル・トラストがパートタイマー保健婦の配置を決定</p> <p>⑦ 保健婦への手法の説明と合意</p> <p>⑧ フォイル・トラスト以外の地域のサービス提供者に健康情報デイへの参加を正式に要請
(13団体参加に合意/地域の全17団体中)</p> <p>⑨ 地域住民に参加を呼びかけるちらしを戸別配布、地域メディア(ラジオやテレビ、新聞)を使った広報と会場設営の準備</p> <p>⑩ 1998年5月 イベント開催 約300人が参加</p> |
|---|

いうものであった。実際の内容は、高齢者の課題①関節炎、喘息、心臓疾患への対処方法、②家庭での安全確保、③介護者の休養という順番であった。これらに対しては、ワークショップ方式で実践的な知識と技術の習得や、地域資源の情報と連絡先(担当者)の紹介が行われた。若者の課題は、①精神安定剤の多用、②ストレスの対処法、③10代の妊娠であった。精神安定剤の服用者が多いという問題では、安易に処方する家庭医に自覚を促し、生活する上での副作用について認識を深めてもらうことを目的として、家庭医を対象としたワークショップを開催した。また、若者が将来に希望をもてない社会的状況の中で、薬物乱用やアルコール依存に陥っていくのを防ぐために、若者を対象とした自己信頼回復ワークショップ(セルフエスティームプログラム)を実施した。その他では、小学校に通う喘息の子どもたちが差別を受けるという問題に対して、簡単な対処方法を教師に学んでもらうことを学校に依頼し、協力を得ることに成功している。これらの対外的な活動実践をとおして、地域内資源(人的、物的)と出会っていく過程は、住民グループにとっては知識や情報の獲得にとどまらず、自己信頼の向上と社会的役割の自覚といった意識変容の過程でもあった。

5 考察

以上、NHPの展開過程から、地域課題の認識と活動内容の実際を見てきた。現実的な問題として、地域住民たちが突きつけられたのは、不利益地域であるという事実の隠蔽と専門機関の無策の実態であった。問題の解決は直接的、間接的に専門機関の資源と援助なしにはありえない。この事例においては、住民ニーズの把握方法が不適切であったこと、把握したニーズに対する責任あるサービス供給が行われなかったことを知った住民グループが支援者たちと協力して、実質的サービスの提供と自己対処能力を向上させることによって解決していくという過程を

経ている。こうした現実的解決方法を獲得することができたのは、コーディネーターの見識が大きく作用していたと理解できる。以下、C氏の合意形成に向けての行動と基本的考え方を整理することをつうじて、パートナーシップ形成の意義を本稿の課題設定のところで述べたような諸課題解決の可能性として提起する。

①本質的な問題は、専門職に根強い指導的文化の問題であるとC氏は見えていた。つまり、地域社会で保健活動を実践するということは、住民の意見に耳を傾けることに始まり、住民が主体となってセルフケアを実践していけるように社会環境を調整する役割が重要であるが、伝統的仕事観をもつ保健専門職には、住民の力への信頼もなければ、そのような実践の経験もないという問題であった。(問題認識)

②そして、そのことを住民たちが怒りをもって非難する事態は、どうしても避けなければならなかった。なぜならば、対立的な関係からは現実的問題の解決法は出てこないからである。C氏はむしろトラストとの公式な対話の中から有効な資源を引き出すことで、双方にとって現実的な利益と関係が構築されていくことを視野に入れていた。そうしてとられた戦略が、トラストのディレクターとの協議であり、正式な形での可能な解決方法の提案であった。その他にも、地域内の他のサービス提供組織に、正式な形での健康情報デイ参加の要請を行った。このように、協働を創り上げることにより、相互理解が深まるという考え方に基づいた実践方法の1つにPfRの採用があり、あらゆる参加者の合意形成に努力をしていた。(協議、協働をつうじた課題解決)

③C氏は初めから、住民グループの自立支援のあり方を模索していた。住民グループはプロジェクト終了後の2000年11月には、公式に非営利組織としてチャリティ登録を行い、小さな事務所を開設し、健康教育講座の開催や地域内で個別相談活動にとりくんでいる。このことは、地域の健康問題の解決に自ら取り組むように支援していく筋道を、支援者が獲得することでもある。現実的な課題の解決は、まずは疎外された自己の意識化に始まり、問題認識と共有、実践的力量の獲得、地域資源の総合化によって可能となっているように思われる。(主体性回復からの自立化の過程)

以上の整理は、いわばC氏の見解に立った実践過程の構成的理解にすぎない。だが、狭義の保健活動という限界をふまえても、次の点において意義が確認されよう。

自己教育あるいは主体性回復というとき、我々はどうしても疎外された弱者が力をつけるということを想起しがちである。しかし、この事例からは、それはコーディネーターの課題でもあり、専門職の課題でもあることが看取される。

コーディネーターC氏の場合、あらゆる人々の合意形成に向けて対話を重ねていく過程の中から、「合意不可能な人々のあり方や考え方にも理解を示すことができるようになっていきました」と言う。非難することではなく、相手の状況を理解して耐える力を獲得することであろうし、そうした受容的な対話的努力の中で、矛盾や対立をそれとして語りうる可能性が拓かれることを示唆するものである。また、「彼女たちの地域社会に関する知識と人脈がなければ、プロジェクトはできなかつたと思います」ということばには、住民グループのもつ潜在的可能性への気づきと尊重が感じられる。

保健婦A氏においては、「変わるべきは、むしろ専門機関のほうなのです。彼女たちについて学校に行き、校長先生と話しをした後、Eさんが「やったわ」と頬を紅潮させていた様子が忘れられません。本当に大変な努力だったのだと、その時つくづく思い知らされました。この経

験を、けしてパイロットプロジェクトで終わらせてはいけません」という発言にみられるように、住民ニーズに根ざした実践的支援という経験が、専門職と機関の問題を自覚した自己評価を述べていることに注目すべきである。以上の考察が示唆することは、例えば、自己の限界を認識することによって見えてくる異なる相手の価値の発見であり、その中に胚胎する関係性変容の可能性ではないだろうか。

社会サービス供給システムの民営化や混合経済化が叫ばれて久しい。本事例では、狭義の保健活動の次元ではあるが、専門機関とボランティア、住民組織が試行的協働を行うパイロットプロジェクトに注目してきた。現段階で、地域社会全般にとってどのような影響を及ぼしたかという評価はなされていないが、同様のプロジェクトが立ち上がり始めている段階である。このことから、今後の課題として、専門職、中間支援者、住民の三者による実践協働における相互承認の論理の検討が理論的にも求められてくると思われる。しかし、異なる他者同士の協働が予定調和的に達成されるという立場は、楽観的にすぎよう。三者のあるいは参加者間の能力差や権力の問題をふまえた、公共空間形成の論理を検討する視座が必要である。

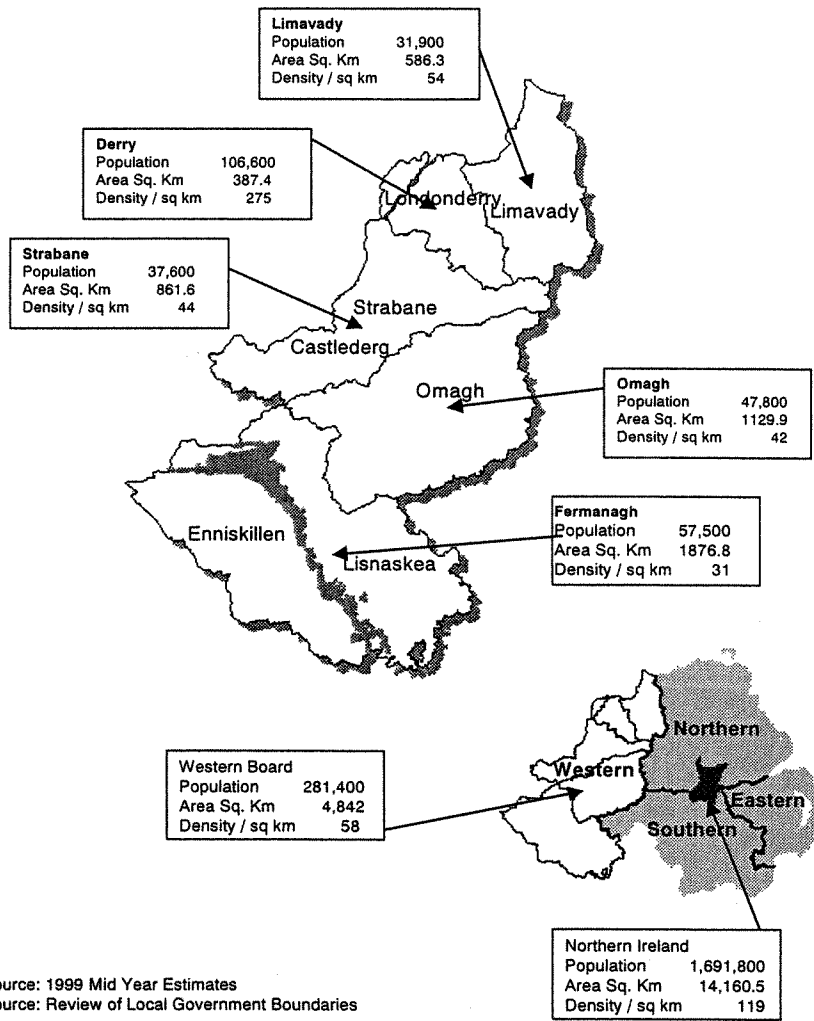
注 記

- (1) C.Bemrose and J.MacKeith, (1996) Partnerships for progress-Good practice in the relationship between local government and voluntary organizations, The Policy Press
A. Wilson and K.Charlton, (1997) Making partnerships work-A practical guide for the public, private, voluntary and community sectors, Joseph Rowntree Foundation
- (2) WHO/UNICEF 国際会議 (1978 年) アルマ・アタ宣言「すべての人に健康を」ではプライマリー・ヘルスケアを重視することが謳われた。貧困など経済、社会的要因が健康問題の主要な要因であるとの認識から、国際開発における地域保健プログラムでは母親への教育とともに、経済的自立を高めるような小規模事業の育成を含めた総合的地域開発戦略が立てられていく。英国では、*Black Report* (Black, 1980) や *The Health Divide* (Whitehead, 1987) において階層性と健康問題の関連が実証されてきた。
- (3) C.Adams, J. Baeza, M. Calnan, The new health promotion arrangements in general medical practice in England: Results from a national evaluation, *Health Education Journal* 60 (1) 2001 pp45-58
- (4) R.Baggott, (2000) *Public Health:Policy and Politics*, Macmillan Press
- (5) D.Wainwright, The political transformation of the health inequalities debate, *Critical Social Policy* 49 Vol.16 1996 pp67-82
- (6) 健康都市の概念は、都市住民の精神衛生に対する都市計画の重要性を主張する研究者 L.Duhl によって提唱されたもので、都市計画には、都市住民の健康や幸福に関する都市生活のあらゆる要素を考慮に入れるべきであるという主張である。
その後、1984 年トロント市で開催されたワークショップに始まり、86 年第一回会議がリスボンで開催されて以降毎年開催されている。(佐藤林正、「3 健康都市の展開」『健康観の転換—新しい健康理論の展開』園田恭一、川田智恵子 東京大学出版会、1996、pp 293-313)
- (7) <http://www.foyletrust.org/>
Application for Health and Social Services Trust Status, Foyle Unit of Management
Annual Report 1999-2000, Western Health and Social Services Board, p7
Acute Hospitals Review Group Report 2001 June p78
- (8) 2001 年 6 月 19 日、7 月 3 日にデリー・ウェルウーマン事務所にて、マネージャー S とコーディネーター K

に行った聞き取り調査を基にしている。資料としては、『City health plan framework』Derry Healthy City Project 2000

- (9) 2001年6月4日, BBI開発ワーカーK氏, アルスター大学研究員R氏の聞き取り調査
尚, 地区内にはこの他, Long Tower Trust (高齢者と若者を対象とする活動) 所有の Anne street Youth Club (地域センター) とデリー市所有のコミュニティ・センターがある
- (10) The Brandywell Electoral Ward- Health and Social Care Needs Assessment-Executive Summary, Foyle Community Unit
Derry Well Woman Neighbourhood Health Project Methodology Abstract
Planning for Real-An Interactive Consultation Method Leading to Community Ownership and Partnership Development between Community and Supporting Agencies
- (11) 例えば, 住民が感じる健康不安では, 抑うつ, 経済的不安, ストレス, アルコール, ドラッグ問題が上位に上げられており, 精神保健の必要性が高くなっているが, 地区 GP (家庭医) たちの対応は従来型の薬剤投与でしかないことに, 住民は不満をもっていた。

付図1 北アイルランドの保健・社会サービス行政区域と構造・機能
 Western Health and Social Services Board Population by District Council



Source: 1999 Mid Year Estimates
 Source: Review of Local Government Boundaries
 出典：Social Care Review 1999-2000 p9

