

Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage

声、主体性、エンパワメント

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための社会参加に関する
ハンドブック



第1章

参加：人々の声、主体性、エンパワメントの核となる手段として

Participation: a core instrument for voice, agency and empowerment

ディーパ ラジャン DHEEPA RAJAN

キラ コッチ KIRA KOCH

カチャ ローレル ヘロルド KATJA ROHRER-HEROLD

UHCのための社会参加に関するハンドブック

Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage

1.1 社会参加の理論的根拠

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）とは、すべての人が経済的な困難を伴うことなく、必要な保健サービスを受けられることです[1]。そしてこの尊い目標を達成するにあたり、適切な保健サービスを届ける保健システムの強化が求められています。この10年間、グローバルに、また各国レベルで、UHCの取り組みは保健財政と医療サービスの提供に力が注がれてきました。これらは不可欠ではあるものの、UHC改革の成否は優れた統治体制の有無によっても左右されます。したがって、グローバルヘルスの関係者は、UHCの下、人々、コミュニティ、市民社会が主体的に関わる保健システムを構築するために、各国が保健に関する統治体制の強化に注目すること、平行して保健システムに関係のある他の分野を巻き込んでいくことに資源を投入することがいかに重要かを認識する必要があります。

統治体制を強化する上で極めて重要で困難なのは、人々の声を政策や意思決定に体系的に取り入れることです。実際、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）のまん延が長引くなか、その対応の成功のカギを握るものとして、政府や公的機関に対する信頼醸成の土台[2]となる社会参加の必要性が改めて注目されてきました[3、4]。信頼とは、政府と人々間の対話がこれまで以上にしっかりと定期的に、制度化された枠組みの下で行われ、人々が政府は自分たちの関心事に耳を傾け、自分たちの視点を考慮してくれると感じたときに育まれるものです[5]。人々が思いを伝え、それを受け止めてもらうためには、まず自分たちが声を出す力を持っていると感じられる環境が必要であり、そうすることで、人々は自分たちの健康や生活に対して主体的になります。これこそ健康に対する人権を実現する重要な一歩となるのです。

COVID-19 危機下における社会参加のずれ

COVID-19の発生により、生活の実態に沿った対応力のある保健政策の必要性が高まりました。そうでなければ、政府の対策は遵守されず、実施は困難になるでしょう[6]。社会参加の仕組みを構築する目的は、まさにこの政策立案者の視点とコミュニティの経験およびニーズのずれを埋めることにあります[7]—このずれは、COVID弱者の保護、家計への影響、そして人々が基本的に持つ自由との間でのどのようにバランスをとるのか社会的合意がない中、拡大しているのです[8]。

このずれを埋めるには、政府の専門家集団の間で支配的になっている生物医学的・技術的な視点を超え、

健康に対する人々の視点を取り入れる必要があります[9]。つまり「技術的知見による運用理論をコミュニティの価値観や機能の仕方と調和させる」ことであり、政府の従来の方法や専門家のパラダイムこそ転換すべきなのです[10]。そうしなければ、ウイルスの封じ込め対策について住民の理解が得られず、緊急対応策や情報発信も住民の生活環境とかけ離れたものになってしまうでしょう。

このハンドブックは、政策を作る人とその対象となる人が意思疎通をはかり、対応力を向上させることが決して単なる労力を要する作業ではなく、実現可能で、かつ必要であると政策立案者に示すことを目的としています。この治療は、社会参加の仕組みを構築し、強化し、制度化するための投資です。このハンドブックでは、その仕組みを「参加スペース」と呼ぶことにします。その例をまとめたリストは、説明とともにセクション 1.5 で提供します。

1.2 このハンドブックの基本理念及び概要

WHO 市民社会参画特別作業チーム（The Ad Hoc Task Team on WHO-Civil Society Engagement）はそのレポート（2018年12月版）の中で、WHO 加盟国がそれぞれの市民社会組織から、今以上に定期的かつ幅広く効果的に意見を聞くことができるよう、WHO の政策、ガイダンスまた活動方法を改善する必要があるとしています。[11]また、「UHC 政治宣言 2019」が 192 の国連加盟国により調印されましたが、その内の一部条項で一般参加型の政策運営の必要性が強調されています。例えば、以下のような内容が記載されています。「人々の参画...そしてすべての利害関係者を巻き込むことは、保健システム統治の重要な構成要素の一つであり、ひいてはそれが UHC 活動を通して多くの人々に貢献していくものとする」。[12]

しかし保健政策や意思決定過程に市民の声を反映させることは、理論上では簡単に見えても、現実には複雑な問題がからんできます。このハンドブックは、特に政府などの政策立案者の視点に着目しつつ、理論と実践を統合した最新の成功事例を提供します。私たちがターゲットにする読者は、(1) 加盟国主導の組織としての WHO の任務、および (2) このハンドブックの外部諮問機関である「社会参加に関する専門ネットワーク¹ (Social Participation Technical Network)」の提案を考慮して選択しました。その提案とは、政策立案者を対象にした社会参加能力強化活動こそ、社会参加の必要性や理論と実践のずれが生じる場であるとするものです[13]。ハンドブック 4 章では、社会参加能力について扱い、社会のあらゆる立場や階層の人たちを有意義かつ政策に関連した対話へと組み入れていくための特別なスキルを示すことで、基本的には医療技術の面で訓練を受けた政府幹部職員が直面する課題を取り上げています。[14-18]

このハンドブックは、政策立案者が参加型プロセスの実用性について学べるようにしていますが、そのなかで、多少理論的ではあるものの、調査やデータ分析のための基本的枠組みとなる 3 つの主な方法に焦点を当てています。まず市民による直接参加のためのプラットフォーム、次にコミュニティーレベルでの参画の仕組み、そして市民社会組織 (CSOs) との活動です。この 3 つの方法は互いに関連性があり、事実、かなり重複しています。人々の役割はある種流動的かつ多角的なものです。例えばインドでは、国家農村保健計画 (Box1,4 参照) の主軸「コミュニティ化」のなかで公認社会保健活動家 (ASHA) という専門職が設置され、コミュニティと保健システムをつなぐ役割を果たしています。市民社会組織の活動が軌道に乗ったコミュニティでは、ASHA の人たちの役割をさらに強化し、コミュニティの声をより強調することで効果が上がりました。[19]これは、図 1 でそれぞれの方法に重複部分があることを示したように、コミュニティと市民社会活動の仕組みが相互依存の関係にあることを示しています。

図 1 の隣の部分では、政策立案者が何らかの目的や政策課題を見据えた上で人々と関わってこうとする際の背景の問題が示されています。このハンドブックは、ある例外を除いて主に国家レベルで実施される議論や政策決定など、UHC に対応した保健システムを構築する際の政策立案の背景に焦点をあて

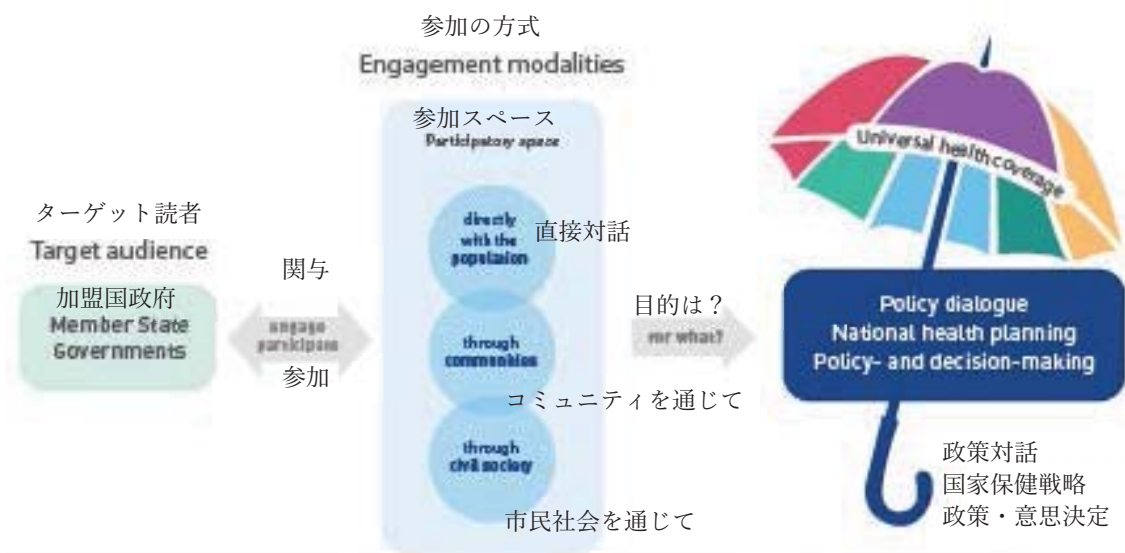
¹ 社会技術ネットワークは市民社会の人々や加盟国政府幹部職員また学术界／国際機関の間で平等に振り分けられた約 40 名のメンバーからなる外部諮問団体です

ています²。国の保健財政や保健政策立案などの UHC 関連の議題についての政策協議では、常に人々やコミュニティまた市民社会の声を反映すべきであり、またそうでなければ、見当違いが起きたり（あるいは）実施不能という結果になりかねないのです。[20]

このハンドブックが特に重視しているのは、人々の声を直接、またはコミュニティや市民社会組織を通して保健政策に反映させることです。民間セクターやその利益と関わっている政府が持つ特有の複雑な事項は取り扱っていません。ただし、民間セクターが特定の市民社会組織を構成して参加スペースに入り込むこともあり得ます。こうしたスペースにおいて特別な利害関係やより強力な利益団体を相手にする際に考慮すべき問題も、このハンドブックの一部で議論されます。

図 1.1 ハンドブック概要

Figure 1.1: the Handbook concept



² 保健部門の意思決定が、主に地方レベルで行われる国もあります。（ナイジェリアやインドなど）

1.3 保健システム統治と意思決定過程に社会参加を据える

保健システム統治の副次的機能は、利害関係者からの声[21]、つまり利害関係者の見解、経験、要望などが、意思決定過程においてしっかりと聞き入れられ、考慮されるという機能にあります。これは社会の様々な集団同士および意思決定機関と相互に連携し、意義のある政策を提案していく事の重要性を示しています。このような交流は世界開発報告 2004 で示された「統治の三角形」[22]の根幹を占めるもので(図 1.2 参照)、特に政策立案者、人々、保健従事者という 3 者の利害関係集団に焦点が当てられています。

このハンドブックは、政策立案者との交流について記述していますが、特にこの三角形のうちの二者、人々と政策立案者間の交流が主要な部分となります。三番目の保健従事者に関しては、他の二つとは異なる意味で、重要かつ強力な利害関係集団の一つと言えます。社会参加の枠組みの中で保健従事者と政策立案者の連携の背景には、保健従事者がいなければ保健システムは機能しないという現実があります。そこで政策立案者は保健従事者側の利益や視点を認め尊重する必要があります。同時に、人々の保健に対する権利の擁護者として、他の集団の声や利益も十分考慮に入れなければいけません。そのためには、微妙なバランス操作が必要で、特別なスキルとそれに見合う制度を準備する必要があります。このハンドブックでは真正面からこの問題に取り組んでいます。

人々と保健従事者との交流は、主に医療サービスの提供時に保健システム内で発生します。少なくとも理論上は、人々は保健従事者を選択できる立場にあり、自分の好みを通してマーケットパワーを行使できます。もちろん、保健従事者の選択肢があまり無い所では、力関係は保健従事者側により有利になります。5章でさらに詳しく記述しているとおり、保健の参加型プロセスの目的は多岐に渡りますが、ここ(セクション 1.2)では、政策が及ぼす影響と、保健政策の意思決定過程において人々の声を反映させることを目的にしています。したがって、人々と政策決定者の力関係をうまく調整した成功事例を明示することで、三角形のうち二者に視点を合わせています。保健従事者と人々という側面は、垂直型の保健プログラムにおける患者サイドの権限強化に関する問題であることが多く、このハンドブックでは明示的には取り扱っていません。

図 1.2 保健システム統治の三角形



1.4 参加: ハンドブックの基本テーマ、力の不均衡是正

このハンドブックは、一次および二次的データ分析結果から分かるように、参加スペースが本質的に力関係により形成されるということを前提にしています。

参加スペースは、社会から隔絶された空間に存在しているわけではありません。文化的かつ社会的に支えられてきた階級意識や既成勢力の影響が、望む望まないにかかわらず参加スペースに持ち込まれます。こうしたことは、参加型プロセスの目的達成という範囲内で、しっかりと認識、分析して均衡を保つための対策を取らなければなりません。政策立案者側は、それによって実社会で受け入れられ、かつ実施可能な意義のある政策を実現するという目標に向かって大きく歩みを進めることができます。したがって、参加スペースにおける力の均衡対策は、結果的にすべての参加者にとって良い結果をもたらすものとなります。力の分析や参加にとっての意味は2章で詳しく述べます。

参加スペースの運営の要は、率直で価値ある議論を妨げないよう、どのような方法や設計で可能なかぎり力の不均衡をうまく是正していくかということにつきます。参加スペースの設計上の重要課題の一つ、代表者の選択方法とその正当性については、3章で詳しく述べています。また参加型プロセスの設計、運営、活動に必要な能力に関しては4章で述べていますが、ここでは、政府幹部個人に要求される能力分析だけではなく、人々、コミュニティ、市民社会の能力が確実に構築されサポートされるために、政府幹部に何ができるのか、という事も考えます。

4章では、権力のある人たち（通常、政府職員や力のある利益団体）に、多様な意見に謙虚に耳を傾けることが長続きする政策上の解決策につながることを、共感をもって理解してもらいつつ、権限や影響力が小さい人たち（通常、一般の人や市民社会）の力をどのように高めていけるかを中心テーマにしています。

権力と影響力の不均衡是正までには至らなくとも、その存在や集団での議論への影響を認めることは、本質的にすべての参加者が従来と違った役割や、場合によっては参加スペースの外よりも不快な役割を担う可能性を意味しています。短期的な結果は出ないかもしれませんが長い目で見れば実を結ぶもので、すべての人たちにとっての学びの過程であり、またそうでなければなりません。保健システム関連組織への信頼と、互いに議論しながら有効な解決策を見出していく文化を醸成することがそうした結果を可能にします。[24-26]参加型で得られた結果を効果的に政策に繋げていきつつ解決に至る方法に関しては、5章にて検証しています。

権力と影響力の不均衡是正は、保健における参加型活動の法的基盤となる枠組みのなかの中心的テーマです。6章では、権力の均衡対策意識を伴った枠組み作りが、いかにすべての利害関係者のより有意義な活動に重要かを議論します。最後に7章では、長期間にわたって参加意欲を維持するための課題を論じ、保健部門の定石として確実に制度化していけるようにします。

1.5 ハンドブック用語解説

英語による保健関連の文献 (Box 1.1 参照) で、中心のかつ最も広く使用されている参加関連用語を図 3 に示します。この図の中では、英語で使われることが幾分少ない「社会参加」という言葉は除いています⁴。しかしこのハンドブックの目的として、また私たちが得ている一次データの分析から、「社会参加」という用語は、あらゆる形態の「参加」を最も包括的に表す用語と言えます。そこで私たちは、あえてこの言葉をハンドブックのタイトルとし、また図 3 も参加スペースの輪の中で起こることがまさに「社会参加」であることを示しています。「社会」という接頭語は、個人、集団、コミュニティを示唆しますが、市民社会と関連づけることもできます。「社会」と「参加」を一緒にすることで、「参加」という言葉だけでは不足していた参加の性質が具体的にになります。図 3 で動作名詞を示す言葉として出ている「関与させること」と「参加すること」は、政府や市民社会のアクターが何をしているかを表しています。「参加」は、人々が積極的に参加するという意味合いを持っています。一方で政府は、人々が確実に活動に「参加」できるよう、積極的に「関与」させています。

図 3 (社会参加の概念図) では、中心的な考え方のひとつに「市民社会」があります。通常、市民社会とは民主的な価値や原則の推進を目的として、共通の社会的利益を目指して活動するととらえられています。市民社会が組織化され、実体となったものが市民社会組織 (CSO) です。このハンドブックでは、一般市民やコミュニティが必ずしも CSO として成り立っていない場合 (明示的に組織化されていない場合) も市民社会の一部と見なします。したがって、すべての人が市民社会の一員であり、政府として行動していない人は、組織化されているかいないかに関わらず、またアイデンティティや所属に関係なく、「人々」という呼称に属するものとして描かれています。保健セクターにおいて、CSO は特に保健上の課題を多く抱える人々に奉仕し、代表することによって、参加の原則、人権、社会正義への信念を表明する、あらゆる種類の組織や団体を包含しています。

図 1.3 : 本ハンドブックで使用している「社会参加」に関連する言葉 (概念図)



⁴ このリストは完全なものではありません。より多くの用語と定義は、「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための社会的参加に関するハンドブック」の背景文書、「社会的参加に関する用語の定義：記述的概要」で見ることができます。

ボックス 1.1

保健分野でよく使われる「参加」に関する用語

ここでは、文献で見られる一般的な参加に関連する用語の概要を、保健セクターでの様々な使用状況に照らして説明します。目的は、社会参加に関連する用語の一般的な定義を示すことではなく、むしろ、これらの用語が保健分野の文献でどのように使用されているかを理解し、本ハンドブックで適宜対応できるようにすることです。言い換えれば、私たちは世界、国、地域の保健政策立案者、保健に関わる提言活動や政策立案に積極的な市民社会の間で最も一般的な言葉や専門用語を使いたいと考えています。また、読者が共通の理解を持つことも目的としています。

以下のページで、各用語の主な特徴を説明し、その多面性と多様な使い方を明らかにします。

組織された集団に関する用語

市民社会

文献では、市民社会という言葉は共通の利益、目標、ニーズ、機能に基づいて連携している個人またはその集団のこととして使われています[28-31]。文献に見られるような、これらの目標や機能の包括的なテーマは、市民の権利の保護、自由な結社の奨励、そして政府が国民のニーズに応えるという考え方など、主に民主主義の価値や原理などがあげられます[32]。

これまで見てきた文書では、市民社会は一般的に家庭の領域の外側に位置すると定義され、家庭と国家の間の自律的空間として言及されています[28~30、33、34]。また、非営利で市場から独立したものとされており、この点で、市民社会は第3セクターと呼ばれることも多く、国家と市場の両方から切り離された存在になっています。この視点から市民社会は公共領域および民間の営利セクターから独立していることを強調するものになっています[35、36]。

加えて、文献では一般的に市民社会という言葉は、非公式から正式な団体に至るまで[37、38]、「組織的」「有機的」なネットワークやグループ、さらには「自発的」[34、39-41]という言葉と結びつけています。

しかしながら、市民社会の特徴や社会的役割は、活動の背景や活動している国家・地域の市民社会に対する一般的な傾向など、文脈的要因によって決まります。国家の機能に応じて、政府の開発努力を補完する、政府の悪政を糾すなど、国家を支援する活動をしたり、あるいは国家が失策した場合のギャップを埋める活動を行ったりすることができます[41]。また国家は、市民社会を法的に保護された信頼できる存在として扱うことができる一方、疑惑の目で対応することもあります。また極端だが全く稀ではないケースとして、信頼に値しない脅威だと見なすこともあります[42]。

市民社会組織

市民社会組織（CSO）は、実際に市民社会を代表する存在であり、「市民社会の居場所であり、物事が起きている現場」であると定義できます[34]。

文献に見られる CSO の特徴としては、非国家、非営利、自発的、強制されない、自治的などがあります[30, 33, 34, 36]。CSO の包括的な目標は、民主主義の原則を推進することであり、多くの場合、人権や社会正義に重点を置いています[43, 44]。

文献上では、様々な異なるグループや集団が CSO と表記されていて、非政府国際組織 (INGO)、非政府組織 (NGO)、地域や国の提言団体、サービス提供組織、コミュニティ基盤型組織 (CBO) などが該当します。団体や組織の例としては、若者が主導する連合体、専門家団体、信仰に基づくグループやサービス提供者、先住民グループ、慈善団体、研究・学術機関、商業・専門家団体などが挙げられます[44-47]。

Shanklin らは、CSO が果たしうる様々な役割として、知識の創出、優先課題に関する提言、公共サービスのモニタリング、政策へのインプットやガイダンス、事業の実施、脆弱で支援が難しい人々への支援などがあると述べています[11, 37]。また CSO は政府に対抗することもあります。こうしたことは明示的または暗示的な政府との関係性と結びついている場合もあれば、そうでない場合もあります[48]。CSO の役割を説明する際によくあげられる「説明責任」については、CSO が住民に対する政府の説明責任を問うことを目的や目標にする場合が多いためです。

CSO が誰を代表しているのか、また誰が資金を提供し、影響を及ぼす可能性があるのかについての議論は、学界および実践者の間で今もなお続いています。CSO は少なくとも自律的で自治的であるべきだというのが一般的な理解であるように思われます。しかし、ある種の文脈においては、CSO が本来奉仕すべき人々よりも、むしろ資金提供者の利益を主に代表しているのではないかと疑問を呈する報告もあります[49]。

市民社会組織、国家、営利目的の民間セクター、そして家庭の間には、グレーゾーンが重なっているように思われます。Pollard と Court は、これらのセクター間の明確な境界線を特定することの難しさを強調しています[50]。多くの CSO は、他の様々なセクターと複雑かつ多面的な関係を持ち、財政的な後ろ盾だけでなく、政治的立場やセクター自身の目的を果たすために必要な様々な資源についても、他のセクターに依存している可能性があるからです。したがって、CSO の共通の定義や理解を見出そうとする場合、その CSO の使命と目的だけでなく、その CSO が「どのように」「誰によって」資金が供給され、統治されているのかも極めて重要と言えるでしょう[51]。

非政府組織

非政府組織 (NGO) という言葉は、CSO と互換的に使われたり[34, 52]、CSO のサブグループとして使われたり[37, 39, 46]しており、明確なものではありません。また、非営利組織と同じように使われているようですが、Paul は NGO と NPO とを明確に区別することを要求しており、それは博物館や大学のようなアドボカシー活動の少ない非営利組織と、常にアドボカシー活動を使命とする NGO との明確な区別であるとしています[53]。

Yachkaschi と Kanyinga は、CSO と NGO という言葉の違いを、少なくともアフリカの文脈では、後者

がより公式化されているという事実で捉えているようです[39, 42]。加えて、NGO は国際的なあるいは外国のドナーから資金を受け取っており、ドナーの活動目標に依存させられているという理解がいくつかの低所得国の文脈にあるようです[54]。中国では、NGO の設立は国家の統制下で行われます。これは形式的な意味合いを与えるだけでなく、その NGO のミッション、構造、活動、そして資金調達にも影響を与えています。これらの「政府が組織した非政府組織」は外国の財政支援を受けることはありません[55]。

コミュニティ

「コミュニティ」という言葉は単に住んでいる場所の場合もありますが、人種や民族、年齢、職業、共通の関心事や親近感（宗教、信仰など）、あるいは健康上の必要性や不利な条件などの共通点を示している場合もあります[56-59]。これらの異なる特性は、個人が選択によって、つまり自発的に団体に加入したり、または年齢、民族性、居住地などの特性によって会員になることができることを示しています[60]。コミュニティという言葉に結びついた意味合いには、絆、信頼、社会的結束、人間関係などが含まれます[61]。

コミュニティ基盤型組織、コミュニティ組織

Greer ら[34]は、さまざまなタイプのコミュニティ組織（この言葉を「コミュニティ基盤型組織」と互換的に使用している）を挙げています。

信仰に基づくコミュニティ組織、アイデンティティに基づくコミュニティ組織、地域コミュニティ組織、社会コミュニティ組織、健康状態に関連するコミュニティ組織（患者グループ、支援グループ）。コミュニティ基盤型の組織は、より草の根的で地域的な活動をしているため、活動資金の調達や維持に必要な高度な構造やネットワークを持っていない場合があります。全体として、コミュニティ基盤型組織は、集団的な市民行動を起こし、活気ある市民社会の発展に影響を与える重要な役割を担っています[54]。

参画のモダリティ（方法）に関する用語

市民参加

「市民参加」という用語は、特に民主主義を強化しようとしている国々で使われているようで、市民参加は市民運動の次のステップであり、市民参加の目的は主に現状に異議を唱え、改革のための道を開くことにあります[48, 62]。また、対立という意味合いも若干含まれており[63]、それによってコミュニティ参加と区別されます（後述）。

公聴会

公聴会は、このハンドブックの文脈では政策立案者によって開始される、一般市民からの情報収集のプロセスです[45, 64]。公聴会の主な目的は、収集するアクターが政府の場合は政策目的であることを示唆しつつ、情報を集めることです。国民の声や懸念に耳を傾け、それに応えることは民主主義の理想のなかでも中心的であることから、民主主義の主軸とされています [45, 65]。

参加、市民の参加保障

参加は、エンパワメントと同時に、民主主義の理想と関連して用いられることが多い言葉です[63]。政策（保健分野）への市民参加とは、政府がある決定に関して市民の意見や情報を積極的に求めるプロセス、あるいは市民社会が政治課題に影響を与える方法として捉えられています[66]。エイベルソン（Abelson）とアイルズ（Eyles）、エイベルソン（Abelson）とガウヴィン（Gauvin）によれば、「参加」には意見や情報を求める受動的なものから、意思決定に市民がより積極的に関与するものまであります[66, 67]。市民社会にとっての参加の主な目的は、政府に対して、住民に対する義務である「(政府の)説明責任」を果たさせることであり、政府にとっての目的は、利害関係者のオーナーシップを高め、政策への反応と取り込みを上げることにあると考えられます[45, 64, 67]。文献でも強調されているように、参加のもう一つの重要な側面は、政治的プロセスから排除されてきた少数者の人々を、保健セクターにおける計画、調査、行動に参加できるようにすることです[63]。したがって、参加は、一般市民からのインプットと専門家からのインプットを同等に扱うため、往々にしてエンパワメントの要素も持っています[63]。

市民の参画関与保障

ロウエ（Rowe）らは、政府が市民社会を政策決定に関与させるあらゆる方法を包括する言葉として、市民の参画関与保障を用いています。これは、政府から国民に情報を伝える一方通行の「告知」であったり、国民から情報を集めることだけを目的とした「公聴会」の場合、そして政策決定への関与が意思決定へのより積極的な参加を含む場合があったりします（詳細は各用語の項を参照してください。)[64]。したがって情報の流れ方（方向性）により「告知」形態と「公聴会」や市民参加とを区別できるといえます。キャット（Catt）とマーフィー（Murphy）は、ある政策決定に関して誰（一般市民か特定のコミュニティか）と協議されるべきか、誰が各特定グループの視点と利益を代表するのか、そしてどのように代表者が選ばれるべきかという問題を提起しています[65]。この課題は、市民社会からの意見や提案が求められるすべてのプロセスに当てはまります。

コミュニティの参画関与保障、コミュニティの参加

文献によると、コミュニティの関与とは、広義には意思決定や計画にコミュニティを参加させることと説明されています[59, 68]。具体例としては、ニーズ調査やコミュニティの形成、計画、設計、開発、実施、評価などがあります[58]。文献の中にはさらに一歩進んで、協働、連携、権限の分散と共有という言葉が使われることもあります[60, 69]。ウィリアムズ（Williams）[68]によれば、コミュニティの関与は正当な統治と同義としています。WHO はコミュニティ関与とコミュニティ動員の間には明確な違いを設けており、コミュニティ関与を、コミュニティとの協働を可能にする関係を構築するプロセスであるとみなしています[57]。多くの文献でこの二つの言葉を同義のものとして扱う一方、ポール（Paul）[47]のような、政府または政策立案者によって始められるものを「コミュニティ関与」とし、受益者または対象者グループが彼ら自身の生活向上に寄与するという観点から始められるものを「コミュニティ参加」と区別している表現もあります。同様に、ロバートソン（Robertson）とミンクラー（Minkler）[70]は、コミュニティ参加とは、対象コミュニティのグループが自分たちのニーズを特定し、そのニーズを満たすためのメカニズムを確立することであると述べています。

全体として、コミュニティの関与は、公共サービスの改善をもたらす強力なツールであると前向きにと

らえられています[60]。

協議と協議プロセス

参加と協議の間には密接な関係があると考えられ、協議とは、バランスのとれた、事実に基づく情報の提供、あるいはブラックシャー (Blacksher) が言うように、誰もが正当とみなす公共的な決定をもたらす公正なプロセスを目指した「民主的話し合い」のことを指すとされています[63]。保健分野における参加の目的とは多くの場合、計画や研究段階に異なるグループ集団を関与させることにあります。一方で、協議を行う際の各プロセスの目的は、理性的な対話をするための条件を整えることです。すなわち、このプロセスの参加者はそれぞれの視点を持って参加するかもしれませんが、話し合うことでその見方が修正される可能性を持ちます。実現性や他のグループからの反対意見などを考慮し、すべての人にとっての最善の解決策が自分たちにとっての最善の解決策ではないかもしれないことを理解するからです。前提になっているのは、こうした対話こそが保健課題では慎重な判断につながるという考えです[63]。エイベルソン (Abelson) らは、提供される情報に多様な視点が含まれることで、理にかなっているが相容れない様々な主張を乗り越え、幅広い視点で議論する機会を提供できると指摘しています[71]。

協議や協議プロセス、あるいは公開協議などの表現は、同分野に関わる研究者の文書の中ではより頻繁に使用されています[71]。

ヘルスケア領域では、「協議」という言葉が、政策指針や勧告の作成、優先順位の設定、倫理的または価値に基づくジレンマに関する指針の提供、リスクの評価、意思決定権を持つべき人の決定過程などで用いられてきました[72]。

社会参加

社会参加は、あらゆる参加の形態を最も包括する言葉であるものの、これまで見てきた文献ではあまり使われていないようです。チャン (Chan) [55]によれば、社会参加とは、あるグループの中心的な担い手がグループの利益を達成するために、集団の潜在能力を集約することだとしています。これに対して、ボジェ (Boje) はこの用語を、労働市場への参加や家族の問題、地域コミュニティのネットワークから、民主的権利の擁護に至るまで、日常生活における社会的活動に対してより広く使用しており、公式組織における積極的あるいは消極的なメンバーシップだけでなく、非公式な関係も指すことがあるとしています[73]。

1.6 参加スペース：概要

参加スペースとは、人々が物理的もしくは仮想的に集まり、互いに交流する場のことです。様々な様式、技術、道具や方法—このハンドブックでは、「仕組み」という用語に含まれる場合が多い—が場の主催者によって、空間内でのコミュニケーションと議論を促進するために用いられます。[64, 66, 74-76]「広く知られているように、それぞれの状況、参加者のタイプ、条件、目的は多種多様で、関わり方にもさまざまな形態がある。効果を最大化するためにはそれぞれの仕組みが必要だろう」とロウエ（Rowe）とフレウエ（Frewe）は述べています。[64]

このセクションの参加スペースの概要は、すべて網羅されているわけではありませんが、ハンドブックの読者にとって最も一般的な参加の構成要素を確実に理解できるようにしています。参加者間もしくは参加者と主催者の間のやり取りがなく、単に情報を伝えたり、集団から感想をもらうためだけに使われる方法（調査、投票、インタビュー、ラジオ・テレビ放送など）は含みません。

このハンドブックは、政府主導もしくは政府が企画運営する参加スペースに焦点を充てています。目的は、政治的問題や課題に関して協議し、最終的に国の保健計画や政策プロセスに反映させるために人々に集まってもらうことです。そのため、政策立案者および主催者は、どのような仕組みが参加スペースで有意義かつ持続可能な対話を適切に促進し、表明された政策目標に到達できるのかを慎重に検討しなければなりません。

特に強調すべき留意点は、唯一にして最良の参加の仕組みはないということです。すべての仕組みに背景や内容に応じた長所と短所があり、仕組み自体に内在する長所・短所もあります。そして常に、政策課題のニーズと想定される参加者のプロフィールに十分な配慮をしなければなりません。したがって、それぞれの短所を補うため複数の仕組みを採用することでよりバランスの取れた結果が得られます。また、さまざまな結果を折衷し妥当性を持たせることで、適切な代表性を確保することができます。（第3章参照）実際、本書で扱う国の事例の多くは、長期的なプロセスの中で複数の仕組みを採用しています。例えば、タイの全国保健会議（National Health Assembly）、チュニジアの健康に関する社会的対話（Societal Dialogue for Health）、フランスの生物倫理全国国民会議（Etats généraux de la Bioéthique）がそれらに当たります。

下記の参加スペースの名称は、専門家や実践者によって異なる参加スペース利用方法の違いをわかりにくくしています。類似した用語の機能的同一性を分類することは難しく、また不確かだったり、矛盾した命名が行われ、異なる意味の言葉に同じ用語が使われたり、本質的に類似している内容が異なる用語で記述されたりしています。さらに、これらの仕組みのすべてが独立しているわけではありません。参加を可能にするための独立したプロセスである場合や、他の仕組みを完全にあるいは部分的に含んでいる場合があります[64]。

また、国によって歴史や文化が違います。フランス語圏で広く使われている états généraux de la santé という用語は大規模な集団サンプルでの集団対話と訳されます。一方でフランス語圏アフリカでは、同じ用語が協議のためのワークショップや会議の招集に使われています。この例は、その用語が異なる言

語で使用されていることを認識する重要性をさらに浮き彫りにしています。

このセクションでは、様々な用語から、保健分野でよく使われている異なるタイプの参加スペースの概要を簡潔にまとめています。少なくとも、この概要によって、ハンドブックの読者がこの本で使われている用語を同じ意味で理解できるようになればと願っています。

対面、公開フォーラム

第一の広範な仕組みは、**対面**で可能な限り多くの一般大衆へ届くよう設定された**公開フォーラム**です。これらの参加スペースは「**市民集会**」、「**市民フォーラム**」、「**公聴会**」、「**オープンマイク・イベント**」、「**タウン（ホール）ミーティング**」などとも呼ばれています。フランス語圏では、「**états généraux de la santé**」（EGS）という用語が一般的に使用されています。上記の用語は、社会的な情報を得るための参加型アプローチ全般を指したり、1つのアプローチの中で使われる特定の仕組みを指したりします。

本質的に、このような仕組みはそのときどきの大多数の意見、ニーズや期待をとらえることを目的としています。集団の異なる層から多種多様な意見をとらえるため、人数が多いことを重視します。通常、誰でも参加することができ、関心のある参加者は会議場、ホテル、教室などの物理的な場所に集まります。対面式のため、同じ地域に住む人々に限られてしまいます。公開イベントの情報は専門用語ではなくシンプルな用語で可能な限り広く伝えられ、出席率は人々に参加の意欲を起すことができるか否かにかかっています。[74]

このハンドブックで詳しく説明されているように、ある参加の仕組みが有意義な相互作用と対話をどこまで促進するかは、最終的にはその形式や設計、また参加スペースの準備や強化に振り向けられる全般的な能力開発の有無など、多くの要因によって決まります。

対面式の対話の場とは別に、参加スペースの主催者は、ウェブサイトやソーシャルメディアプラットフォームなど、デジタル技術を活用することもできます。デジタル媒体は、情報を広く多くの人に伝達すると同時に、異なるユーザーの交流を促進します。主な利点は物理的な対面式のイベントよりも多くの人々に情報が届き、ユーザーは自宅やスマートフォンから個人のスケジュールに合わせて手軽に利用できることです。一方、ソーシャルメディアの欠点は、低所得者層や高齢者層のデジタル技術へのアクセスが限られていること、また匿名での投稿であることが挙げられます。[75]デジタルメディアだけでは、包括的で意味のある参加アプローチとしては通常不十分ですが、よく考えられた仕組みを持つ参加スペースと組み合わせれば、若者や時間のない社会人に情報を届けるうえで貴重な役割を果たすことができます。

招待制の意見聴取手法

第二の仕組みは、意見聴取のための会合、政策対話、利害関係者からの意見聴取会議、フォーカス・グループなどの**意見聴取手法**です。大規模な参加のしくみとは異なり、たいいてい住民グループの代表や専門家を招待した小規模で限定的な意見交換のためのフォーラムを指します。目的は、意思決定の過程で情報を提供してもらい、カギを握る利害関係者の参加と賛同を促進することにあります。

意見聴取のための会合、政策対話、利害関係者との会議では、特定の分野の経験や専門知識を持っている様々な利害関係者を招集します。招待された参加者は、特定の政策課題に関する意見や評価を述べるよう求められます。参加者は、専門家団体、患者団体、市民社会、地方保健当局、利益団体などの異なるグループから適正な代表性を確保するため慎重に選ばれるべきです。援助に依存する環境下では、政府の専門家に加えて開発パートナーも意見を述べるために参加することがよくあります。大勢の住民を横断的に網羅する大規模グループに比べ、集団の規模が小さいため、技術的課題について深く議論ができます。

フォーカス・グループは、質的調査において確立された手法です。ここでは、6～12人の似た背景や経験をもつ比較的均質なグループが集められます。様々な意見、専門知識、経験をもつ多様なタイプの人々が参加する一般的な利害関係者との会議とは異なります。フォーカス・グループは、あるトピックについて、類似の立場の人が集う場でなければ話しにくいことも、自由に議論をする機会を提供します。そのため多様な視点や判断、行動に関する洞察や信念について深い議論や探求ができるようになります。また、何らかのイニシアチブの結果としての有形無形の変化について、情報を引き出すのにも非常に有効です。進行役は、一般的な指針や実施要領を使って話し合いを促進し、記録係はフォーカス・グループ・セッションの後に見直すコメントや観察を記録します。通常、同じトピックについて数回のセッションが行われます。[64, 74, 75]

協議型参画関与手法

意見聴取手法のほか、**協議型参画関与手法**とよばれる方法もあります。慎重に選ばれた少人数の参加者から構成され、選ばれた参加者へ情報と資料を用意し、当該課題について考え「熟考」するための十分な時間を提供することに重点を置いています。例として、市民委員会、市民陪審、プランニングセル、合意形成会議、協議型世論調査、シナリオ・ワークショップなどがあります。

市民委員会（例えば、保健委員会）では、進行役のもとで約12～20人からなるグループが設定されます。市民委員は、数か月または1年という長い任期を与えられ、様々なトピックについて、異なるタイミングで協議します。多くの委員会が平行して運営され、それぞれが異なるトピックについて検討し、多くの人々が参加する機会を得られるようメンバーを交代する場合があります。市民委員会は、長期的な関係を構築しつつ、重要な政府課題に関する行政当局の「相談役」として機能します。[64, 66, 75, 77]

市民陪審も無作為に選ばれた12～20人程度の同規模の集団で構成されます。陪審員は、詳細な事前情報を受け取り、専門家や当事者の話を聞き、そのうえで陪審員同士がじっくり協議し提言を出します。この仕組みがうまく機能するのは、あらゆる視点を代表する包括的な情報を提供するという目的のもと、適切なファシリテーションと真摯に取り組む主催者が準備した場合です。

また、健康に対する社会的な目的に関する合意形成と「公共の利益」の観点を促進し、個人の意見を補完する集合的な意見の策定を可能にします[64, 66, 75, 78]。フランスとチュニジアでは、市民陪審がオープン・マイク・ヒアリングを補完する仕組みとして活用されました。同様の仕組みとして、デンマークで開発された**合意形成会議**があります。これは、10～16人の市民委員が質問を作成し、会議形式で専門家委員に回答してもらうというものです。この専門家と市民の間の対話は、一般市民やメディアに公開されます。同じような設計に**プランニングセル**があります。これは、ドイツで開発された方法で、25

人が5人ずつのグループに分かれて協議を行います。5人ずつの異なるグループでは、進行役のもと、専門家と市民の間で議論します[64, 66, 75]。

協議型世論調査は、従来の世論調査の手法に協議的要素が含まれたもので、あるトピックについてしっかりと検討の機会を与えられた場合、人々はどう考えるかをモデル化しようとするものです。世論調査のサンプルは、50～500人以上の市民まで様々です。選ばれた参加者は、協議の前と後の2回、世論調査を受けます。その間、参加者には協議の機会が与えられ、専門家は資料を提示し、質問に答えるために待機します。これは、2つの異なる時点での参加者の意見を集約するよう組み立てられた方法です[64, 66, 75]。

もう一つの方法はシナリオ・ワークショップです。ワークショップの参加者は、事前に様々なシナリオ、つまり起こりうる行動や出来事の端的な概要を入手して、ワークショップ内で一緒に議論します。前に示した仕組みとは異なり、30人ほどの参加者グループは政策立案者、専門家、市民からなり、一堂に会して討論します。うまく定期的に実施されれば、将来の保健政策立案のための対話、協働や活動計画を促進する可能性があります[66, 75]。

こうした方法はすべて、特定の保健課題について一般の人々やその他の人々から情報に基づいた意見を引き出すために、討論という性質を重視しています。討論型の参加手法は、安全で威圧感のない環境でテーマを深く検討する機会を提供するため、既成の習慣（例えば、生命倫理上の問題に対する社会的見解）に挑戦しながら、新しい視点と革新的な解決策を導入することができます。

住民、コミュニティ、または市民社会が一定の席を持つ形式的な仕組み

以下の参加の仕組みは、より制度化されており、その背景に法的枠組みがある場合もあります。**保健協議会、保健委員会、地区委員会、市民諮問委員会、運営グループ**（例えば、保健セクター調整委員会、グローバルファンドの国別調整メカニズム）**代表会議、審査委員会**などがあります。

患者保健協議会、保健委員会、病院理事会、運営委員会などの形式化や制度化された仕組みは、住民、地域社会、市民社会の代表者に一定の席が確保されているという共通点があります。

ブラジルとポルトガルで特に利用されている**保健協議会**は、その国の行政制度に関連した政治的・制度的な常設機関です。様々な行政レベルに設置され、保健分野のような政策に関与することができます。協議会は法的根拠に基づいて設置され、その性質、メンバー構成、目的、組織体制、機能が決められています。[75]例えば、ポルトガルの保健協議会は、政府の諮問機関であり、国民保健サービスにおける「市民の力」を強化することを目的としています。30席のうち、6席は、市民社会と患者団体のために確保されています。

保健委員会、または地区保健委員会は、通常地域社会と地区保健当局、医療施設の間の仲介役として考えられています。構成は、地域住民、保健担当者、地域保健ワーカー、地域政府の代表者など様々です。エンパワメントの程度やその機能についても同様に様々です。通常、委員会は保健医療サービスの提供において、その地域に適した解決策の決定に関わります。[74, 75]

1.7 ハンドブック事例集

※（訳注）この翻訳版ではアフリカ諸国の事例のみ抜粋しています

このハンドブックの作成過程では、SPTN（社会参加に関する専門ネットワーク）の指導のもと、9カ国で一次データを収集しました。9カ国の社会参加の事例は、ハンドブックを通して他の国の事例よりも繰り返し言及されています。そのため、ハンドブックの読者が参照しやすいように、各国の取り組みの重点分野と主な調査結果について簡単にまとめたものを以下のボックスに記載します。

これらの事例からは、国ごとの、あるいは個々の文脈やニーズから形成された多様な経験について有益な洞察が得られます。どのような参加スペースもうまくいく万能な方法が存在しないことは明らかですが、このハンドブックを通じた詳細な分析によっていくつかの明確なテーマが浮かび上がっており、以降の章に反映されています。

Box 1.2

ブルキナファソ [17]

調査対象の参加スペース

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための国家保健財政戦略策定に向けた市民社会政府間会議（フランス語の頭文字をとって SNFS-CSU）は、SNFS-CSU 起草委員会と SNFS-CSU 保健財政テーマ別委員会、そして全体の運営委員会で成り立っていました。

起草委員会とテーマ別委員会は市民社会グループと協議会を開催し、運営委員会には市民社会の代表が中心メンバーとして入っていました。

政府、市民社会、その他のセクター、外部の開発の担い手との間で複数の対話オプションが戦略策定プロセスに組み込まれており、保健財政戦略に対する国民の主体としての意識を高め、戦略に基づいた活動の実施を目的としていました。多様な利害関係者が関わる運営委員会は保健省が議長を務め、市民社会や民間セクター、他省庁、そして国際連携機関の代表で構成されていました。任務は、さまざまな利害関係者との開発プロセスを調整し、戦略の質を確保することでした。

調査の目的

国家政策、すなわち SNFS-CSU の策定過程における市民社会組織の役割について理解し、教訓を得ること、およびその貢献度を評価することでした。具体的には、市民社会が利用できる参加スペースが、SNFS-CSU における市民社会の声を増幅する上でどの程度効果的であったかを評価することでした。

主な調査結果

ブルキナファソでは、医療への公平なアクセスが大きな課題です。したがって、SNFS-CSU の採択は、UHC に向けた重要なステップと見なされました。戦略策定プロセスは、2015年2月に戦略オリエンテーションワークショップの開催を以って開始され、その後、起草委員会と保健財政テーマ別委員会の会合が数回行われました。SNFS-CSU の草案は2017年5月に運営委員会に提出され、2018年11月に最終決定されました。

主な事例分析結果は以下の通りです。

- SNFS-CSU の発展は、CSO による国の政治的変革への関与を後押しした国全体の政治的民主化とタイミングが重なっていました。このような背景から、政策決定プロセスにおける CSO の役割は、より高く評価されるようになりました。
- CSO の役割は、保健セクターではこれまでサービス提供活動に限られていましたが、こうした高い評

価を受けて、最も弱い立場の人々のための支払い免除制度を含む、国民皆保険などの社会保障制度の改善をより強く主張するようになりました。

- しかし、市民社会組織は、SNFS-CSU に有意義な貢献をする上で、戦略的かつ実際上の複数の課題に直面しました。
 - ・戦略策定プロセスは、政治的な仕事というより、専門性の高い技術的側面に焦点を当てたもので、技術系の閣僚専門家の手に委ねられていました。
 - ・そのため、そうした専門的な技術的知識や能力を持たない一般の市民社会の代表たちは、技術的な議論に有意義に関与することができませんでした。
 - ・関係者へのインタビューでは、市民社会側の専門知識や（技術的）能力が不足していると思われていました。
 - ・保健省は SNFS-CSU の議論に参加する市民社会の代表を選ぶ際の主な基準として、技術的スキルに加えて、様々な社会階層下における適切なコミュニケーション能力を指摘しました。
- この会を通して、市民社会は戦略の設計段階よりもむしろ、実施段階でより活動的に貢献することが適切であると見なされていることが全体的に感じられました。
- 市民社会にとって、会議に参加するための事務手続き上の課題が数多くありました。会議は国内の様々な場所で開催され、市民社会の代表にとっては手続きなどが煩雑で、高額の旅費がかかりました。また会議が直前に招集されたため、招待状およびその他の関連文書が時間的に余裕をもって共有されませんでした。対話および協議の場は、人数や役職、発言時間などのあらゆる面で政府関係者が優位になりました。
- しかし、ブルキナファソの市民社会は発達してきており、国内の非政府組織をまとめる事務局を担う（SPONG）や全国 CSO 協議会（CNOSC）といったネットワーク組織が設立され、市民社会の関与を調整・強化し、政策立案者と市民社会との意思疎通のパイプを増やす役割を担っています。

マダガスカル[81]

調査対象の参加スペース

地区保健当局、保健専門家、コミュニティ・ヘルス・ワーカーを含む地区保健委員会、コミュニティ・ヘルス・ワーカーの幹部はコミュニティと地区保健当局の重要な仲介役とされていました。

国際 NGO の支援による地区レベルのワークショップで、地区保健当局、地域保健ワーカー、地域住民が集まりました。

調査の目的

コミュニティの有意義な参画のための課題や障壁となるものを含め、コミュニティが地区レベルおよび国の政策決定にどのように、どの程度影響を与えることができたかを評価します。

本調査では、2016 年から 2019 年にかけて、国際 NGO Action Contre La Faim (ACF) がマルジェシュ (Malgèsh) の 2 地区で実施したコミュニティ保健システム強化に焦点を当てました。この方法は、地区保健委員会の組織を基盤に、研修プログラム、ワークショップ型検討会、地域保健ワーカーへの技術支援によって、その能力を強化しようとするものでした。

主な調査結果

地域住民の社会的・文化的背景が活動にどの程度関与できるかの決定要因でした。

以下のように、コミュニティとの有意義な関わりを阻む主な障害は、社会文化的な力の不均衡に大きく関係していました。

- ・歴史的格差に根を下ろす偏った力関係（例えば、社会的・伝統的階層など）とコミュニティの能力（例えば、言語能力、専門知識など）が不足している（とみなされている）ことは、コミュニティが政策立案者と対話できるかどうかに関与する強い影響を与えました。
- ・地域社会の人々が技術的な事柄について意見を述べることを制限するような慣習が確立されていま

た。コミュニティ内では、保健システムに関する個人的な経験は、計画や意思決定のプロセスで提起され検討されることは適切であるとみなされませんでした。

・エリートに対する一般的な不信感や、意思決定権を有する人々からの反発を恐れて、住民は汚職などの難しいトピックを提起することができませんでした。

公式な保健関連の委員会を通じた代表という概念は参加者に十分に受け入れられておらず、そのためコミュニティと意思決定レベルの仲介役としての役割は限定的でした。

参加能力を強化するための国際 NGO の取り組みは、力の不均衡を改善させることが可能であることを明確に示していました。その成果は以下の通りです。

・このプロセスを通じた国家計画に対するコミュニティの意見の重要性に関する認識の高まり

・形式や設計の調整による、利害関係者間の条件が公平な場の創出

(例えば、現地語の使用、地域住民にとって便利な会場、階層の影響を受けないための配慮など)

チュニジア [18,83]

調査対象の参加スペース

健康のための社会対話 (SDH) プログラムでは、住民、コミュニティ、市民社会、保健専門家、政府間の交流のために以下のような参加スペースを設けました。

保健に関する市民会議

通常、地域レベルで開催されるこれらの会議は招待制で、特定の保健に関するトピックについて「社会的」な意見を求めるものでした。専門家や技術委員会により、あらかじめ準備資料がまとめられました。特に、より専門的な質問については、市民社会からの意見や見解が求められました。

オープンマイク・セッション

社会のあらゆる層から意見を聞くことを目的とし、将来の保健システムがどのようにあるべきか、といったような、より一般的で包括的な保健に関するトピックに触れることができました。

フォーカス・グループ

ほかの参加スペースに参加していないコミュニティを対象に設定されました。社会から疎外された弱い立場の人々を対象とし、同じコミュニティの人で構成された少人数のセッションを行いました。

市民審査委員会

各州から抽選で選ばれた約 100 人が、特定のテーマに対する質問について評決をする「市民審査委員会」を構成しました。

国民保健会議

市民審査委員、協会、NGO、労働組合、国会議員など、多くの参加者が集まり、政策や決議の妥当性を検証します。

調査目的

健康のための社会対話の仕組みを通じて、どの程度住民、コミュニティ、市民社会の声が保健政策案に反映されたのか評価すること

何がうまくいき、うまくいかなかったのか理解し、今後の SDH への教訓を得ること

主な調査結果

2011 年の「アラブの春」革命と民衆の大きな圧力により、保健セクターの根本的な方向転換が必要にな

りました。2012年に開始された「健康のための社会対話」は、社会の当事者全体が保健システムの在り方について発言権を持つべきであることを強調するため「社会」という言葉を重要視しています。[70]それ自体は政府の機関ではなく、市民社会によって運営されていますが、保健省の市民参加ユニットと連携しています。

SDHは市民社会と政府高官を含む運営委員によって運営されています。複数の作業部会が、技術委員会によって調整されており、技術委員会は、市民社会だけでなく、保健省の中堅技術幹部やWHOで構成されています。目的は、SDHイベントを企画、準備することです。

この事例で得られた主な知見は以下の通りです。

主な成功要因は、ハイレベルな政治的支援だけでなく、ボランティアとして時間や知識を提供してくれる意欲的で有能な市民と専門家の中心的グループが存在したことです。

開発パートナーからの柔軟な技術支援は、触媒となる資金だけでなく、様々なイベントを運営するための専門知識も提供しました。

主な課題は、保健省の関心度と主要な政府専門幹部の参加にばらつきがあったことです。この問題は、念入りな粘り強いアドボカシー活動を展開し、チャンスが訪れたときに、政府関係者への的を絞って働きかけを行うことで克服されました。

また、市民の参加意欲を維持することも課題でした。SDHの内容だけでなく、プロセス自体について定期的に協議することが市民の関心を維持することに役立ったようです。

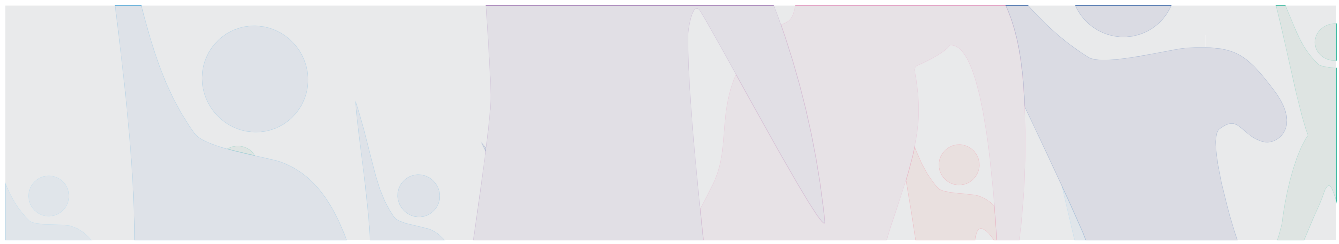
市民と保健従事者との間の緊迫した関係は当初から難しいものでした。両者が別々に議論することは有効でしたが、グループ間でも意見交換を行うため、さらなる対話手法の検討と改良が必要です。

健康のための社会対話の次のフェーズでは、チュニジア社会のより広い範囲の代表を確保すること、法的枠組みにSDHプロセスを定着させることを検討すること、意思決定や政策決定との制度的つながりを築くこと、市民やコミュニティのSDHへの関与を継続させるための戦略を開発することに焦点をあてるべきです。

References

- 1 World Health Organization (WHO). The World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010.
- 2 Cook FL, Jacobs LR, Kim D. Trusting what you know: Information, knowledge, and confidence in Social Security. *The Journal of Politics*. 2010;72(2):397-412.
- 3 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Transparency, communication and trust: the role of public communication in responding to the wave of disinformation about the new coronavirus: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2020 [Available from: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/transparency-communication-and-trust-bef7ad6e/>].
- 4 Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *The Lancet*. 2020;395(10238):1676-8.
- 5 Bispo Júnior JP, Morais MB. Community participation in the fight against COVID-19: between utilitarianism and social justice. *Cadernos de Saude Publica*. 2020;36:e00151620.
- 6 Ryan NE, El Ayadi AM. A call for a gender-responsive, intersectional approach to address COVID-19. *Global Public Health*. 2020;15(9):1404-12.
- 7 Cornwall A, Gaventa J. Bridging the gap: citizenship, participation and accountability. *Participation and Governance*. 2002;8(23):1.
- 8 Irfan A, Arora A, Jackson C, Valencia C. Inclusive policy-making tools: a COVID-19 pandemic case study. *Journal of Science Policy & Governance*. 2020;17(1).
- 9 World Health Organization (WHO). Multisectoral preparedness coordination framework: best practices, case studies and key elements of advancing multisectoral coordination for health emergency preparedness and health security. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020. Report No.: 9240006230.
- 10 Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C, Varela A. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy and Planning*. 2001;16(suppl_2):52-60.
- 11 Ad Hoc Task Team on WHO-Civil Society Engagement. Together for the triple billion: a new era of partnership between WHO and civil society. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018.
- 12 United Nations (UN). Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage: "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". United Nations (UN); 2019.
- 13 World Health Organization (WHO). Face-to-Face Meeting to support the development of the Handbook on Social Participation for UHC: meeting report. Geneva: World Health Organization (WHO); 2019.
- 14 World Health Organization (WHO), SciencesPo. France case study report: La démocratie de santé en France. Unpublished work. French.
- 15 Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de Courcelles S, et al. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016). World Health Organization (WHO); 2017.
- 16 Alves I. The Portuguese Health Council Case Study - A mechanism for Civil Society Organizations' engagement in national health planning and policy-making in Portugal. Unpublished work.
- 17 Zongo S. Burkina Faso case study report: L'engagement de la société civile dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de la santé en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle au Burkina Faso. Unpublished work. French.
- 18 World Health Organization (WHO). 'Tunisia case study' dataset. In: World Health Organization (WHO), editor. Year of data collection: 2018-2019. French.
- 19 Swasti Health Catalyst. Community Participation in the National Rural Health Mission (NRHM). Unpublished work.
- 20 Schmets G, Rajan D, Kadandale S, eds. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016.
- 21 World Health Organization (WHO), European Observatory on Health Systems and Policy. Health system performance assessment: working towards a common understanding. World Health Organization (WHO), European Observatory on Health Systems and Policy; 2021 (forthcoming).
- 22 The World Bank. World development report 2004: making services work for poor people. Washington DC: The World Bank; 2003.
- 23 Bigdeli M, Rouffy B, Lane BD, Schmets G, Soucat A. Health systems governance: the missing links. *BMJ Global Health*. 2020;5(8):e002533.
- 24 Gregory J, Hartz-Karp J, Watson R. Using deliberative techniques to engage the community in policy development. *Australia and New Zealand Health Policy*. 2008;5:16-.
- 25 Pagatpatan CP, Ward PR. Understanding the factors that make public participation effective in health policy and planning: a realist synthesis. *Australian Journal of Primary Health*. 2018;23(6):516-30.
- 26 van de Bovenkamp HM, Trappenburg MJ. Reconsidering patient participation in guideline development. *Health Care Analysis*. 2009;17(3):198-216.
- 27 Petit D, Zanamwe M, Rajan D. Background paper for Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage: Definitions of terms related to social participation: a descriptive overview. Geneva: World Health Organization (WHO); Forthcoming.
- 28 Department for International Development. Government of the United Kingdom; [Available from: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-international-development/>].
- 29 World Health Organization (WHO). Social determinants: Civil society: World Health Organization (WHO); [Available from: https://www.who.int/social_determinants/themes/civilsociety/en/].
- 30 United Nations Children's Fund (UNICEF). [Available from: <https://www.unicef.org/>].
- 31 Overseas Development Institute (ODI). [Available from: <https://www.odi.org/>].
- 32 Liverani A. Civil society and social capital in North Africa. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 33 Kickbusch I. Citizens' rights and community mobilization. In: Figueras J, McKee M, Cain J, Lessof S, editors. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
- 34 Greer SL, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M. Civil society and health: contributions and potential. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
- 35 Hein W, Bartsch S, Kohlmoegen L, Wogart JP. Conclusion: global health governance and the fight against HIV/AIDS in a post-Westphalian world. *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*: Springer; 2007. p. 226-40.
- 36 United Nations (UN). Civil Society: United Nations (UN); [Available from: <https://www.un.org/en/sections/resources-different-audiences/civil-society/>].
- 37 Shanklin D, Tan J. A literature review: civil society engagement to strengthen national health systems to end preventable child and maternal death. *Maternal and Child Survival Program*. 2016.
- 38 VanDyck CK. Concept and definition of civil society sustainability. Washington: Center for Strategic & International Studies (CSIS); 2017.
- 39 Kanyinga K. Civil society and social capital in East Africa. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 40 Milani Filho MAF, Ribeiro Viana MS. Civil society and social capital in Brazil. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 41 Lyons M, Nowland-Foreman G. Civil society and social capital in Australia and New Zealand. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.





- 42 Yachkaschi S. Civil society and social capital in Central and Southern Africa. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 43 Park T-K, Chang-Soon H. Civil society and social capital in Korea. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 44 Advisory Group on Civil Society and Aid Effectiveness. *Civil society and aid effectiveness - synthesis of findings and recommendations*. EC/UN Partnership on Gender Equality for Development and Peace; 2008.
- 45 Rodrigo D, Amo PA. Background document on public consultation. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD); 2006.
- 46 The Commonwealth Foundation. *Civil society engagement strategy*. 2015.
- 47 Paul S. *Community participation in development projects*. Washington: World Bank; 1987.
- 48 Tsujinaka Y. Civil society and social capital in Japan. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 49 European Commission [EC]. *Civil Society: European Commission [EC]; 2016* [Available from: https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/policy/policy-highlights/civil-society_en].
- 50 Pollard A, Court J. How civil society organisations use evidence to influence policy processes: a literature review, working paper 249. 2005.
- 51 Amburn B. An NGO by any other name...: *Foreign Policy; 2009* [Available from: <https://foreignpolicy.com/2009/11/17/an-ngo-by-any-other-name/>].
- 52 Mohanty R. Civil society and NGOs. *The Indian Journal of Political Science*. 2002;213-32.
- 53 Paul JA, editor. *NGOs and global policy-making*. Global Policy Forum; 2000; New York: United Nations (UN).
- 54 Toogood-Luehrs K. Civil society and social capital in Central Asia. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 55 Chan K-M. Civil society and social capital in China. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 56 MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *American Journal of Public Health*. 2001;91(12):1929-38.
- 57 World Health Organization (WHO). 7th Global Conference on Health Promotion: Track 1: Community empowerment [Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>].
- 58 National Institute for Health Care Excellence (NICE). *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016.
- 59 O'Mara-Eves A, Brunton G, McDaid G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, et al. *Community engagement to reduce inequalities in health: a systematic review, meta-analysis and economic analysis*. *Public Health Research*. 2013;1(4).
- 60 McCloskey DJ, McDonald MA, Cook J. *Community engagement: definitions and organizing concepts from the literature*. 2013.
- 61 Mills S, Waite C. From Big Society to Shared Society? Geographies of social cohesion and encounter in the UK's National Citizen Service. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*. 2018;100(2):131-48.
- 62 Natal A, Cadena-Roa J, Gordon S. *Civil Society and Social Capital in Mexico and Central America*. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 63 Blacksher E. Participatory and deliberative practices in health: meanings, distinctions, and implications for health equity. *Journal of Public Deliberation*. 2013;9(1):6.
- 64 Rowe G, Frewer LJ. A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*. 2005;30(2):251-90.
- 65 Catt H, Murphy M. What voice for the people? *Categorising methods of public consultation*. *Australian Journal of Political Science*. 2003;38(3):407-21.
- 66 Abelson J, Gauvin F-P. *Engaging citizens: one route to health care accountability*. Citeseer; 2004.
- 67 Abelson J, Eyles J. Public participation and citizen governance in the Canadian health system. In: Forest P-G, Marchildon GP, McIntosh T, editors. *The Roman Papers: Volume II: Changing health care in Canada*. Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press; 2002.
- 68 Williams JJ. The politics of social change and the transition to democratic governance: community participation in post-apartheid South Africa. In: Pretorius J, editor. *African Politics: Beyond the Third Wave of Democratisation*. Cape Town: Juta; 2008.
- 69 Fawcett SB, Paine-Andrews A, Francisco VT, Schultz JA, Richter KP, Lewis RK, et al. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*. 1995;23(5):677-97.
- 70 Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*. 1994;21(3):295-312.
- 71 Abelson J, Blacksher EA, Li KK, Boesveld SE, Goold SD. Public deliberation in health policy and bioethics: mapping an emerging, interdisciplinary field. *Journal of Public Deliberation*. 2013;9(1).
- 72 Siegel JE, Heeringa JW, Carman KL. Public deliberation in decisions about health research. *AMA Journal of Ethics*. 2013;15(1):56-64.
- 73 Boje TP. Civil society and social capital in the European tradition. In: Anheier HK, Toepler S, editors. *International Encyclopedia of Civil Society*. London: Springer Science; 2010.
- 74 Rohrer K, Rajan D. Chapter 2: Population consultation on needs and expectations. In: Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2016.
- 75 Participedia. *Methods: Participedia*; [Available from: <https://participedia.net/search?selectedCategory=method>].
- 76 Renedo A, Marston C. Spaces for citizen involvement in healthcare: an ethnographic study. *Sociology*. 2015;49(3):488-504.
- 77 Abelson J, Eyles J, McLeod CB, Collins P, McMullan C, Forest P-G. Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting. *Health Policy*. 2003;66(1):95-106.
- 78 Street J, Duszynski K, Krawczyk S, Braunack-Mayer A. The use of citizens' juries in health policy decision-making: a systematic review. *Social Science & Medicine*. 2014;109:1-9.
- 79 Serviço Nacional de Saúde. *Conselho Nacional de Saúde* [Available from: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/conselho-nacional-de-saude/>].
- 80 Rajan D, Hadi Ayazi M, Moradi-Lakeh M, Rosami-Gooran N, Rahbari M, Damari B, et al. Chapter 4: Public voice and participatory governance in the health sector: status quo and way forward. In: Hsu J, Majdzadeh R, Harirchi I, Soucat A, editors. *Health System Transformation in the Islamic Republic of Iran: an assessment of key health financing and governance issues*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020.
- 81 Petit D. Madagascar case study report: Étude de cas sur les mécanismes d'engagement de la communauté. Unpublished work. French.
- 82 Colectivo Meta (COMETA). *Case study on civil society involvement in policy processes in Mexico*. Unpublished work.
- 83 Ben Mesmia H, editor. *The Tunisian Societal Dialogue for health policies, strategies and national plans*. WHO Information Network for Epidemics (EPI-WIN) Webinar; 2020; Online

