

総説

Community-Based Participatory Research (CBPR) : その発展および社会疫学との関連

大木秀一¹ 彦 聖美¹

概要

Community-Based Participatory Research (CBPR) は、1990 年前後から米国公衆衛生学分野において概念が整理され始めた地域参加型研究のアプローチである。特に、米国における健康格差問題の是正に向けた対応手法の 1 つとして環境保健分野から始まり、現在では公衆衛生領域全般さらには隣接領域における多様な課題に応用されている。一方、社会疫学は、社会文化経済的な要因が健康に与える影響を追求する疫学の一領域として同時期に発展してきた。両者は独立して興隆してきたが、集団レベルでの健康という視点から、社会的決定要因に基づく健康格差を生態学的モデルでとらえる点で共通項を見出す。今回、CBPR の発展過程と疫学研究の現状を踏まえ、両者の関連について考察した。

キーワード Community-Based Participatory Research (CBPR)、社会疫学、生態学的モデル、健康の社会的決定要因 (Social determinants of health)、公衆衛生学

1. はじめに

Community-Based Participatory Research (CBPR) は、研究の開始から評価まで全てのプロセスで地域住民と研究者がパートナーシップを形成し課題に取り組む研究ないしアプローチである¹⁻¹⁷⁾。住民参加の考え方そのものは決して新しいものではないが、概念や原則、科学的合理性などが網羅的・集中的に整理され、主として米国の公衆衛生学領域で大きな関心を集めてきたのはここ 10 年のことである。その発展プロセスは人種問題、構造的な健康格差の是正、社会的公正 (social justice) などを背景としている。

集団全体へのアプローチの効果が再認識され、地域住民の力を取り入れた予防やケアの重要性が指摘される現在、CBPR は今後日本における保健医療分野でも有用なツールとなる可能性がある。

一方、疫学は公衆衛生学の基礎領域として集団レベルでの健康事象の頻度と分布を記述し、健康事象に影響を与える要因を分析し、健康増進・疾病予防へ応用する。疫学の中でも社会疫学¹⁸⁻²⁰⁾ は特に健康の社会的決定要因 (Social determinants of health: SDOH)²¹⁻²⁵⁾ に注目する新たな分野である。

著者らは、CBPR という参加型研究のアプローチと社会疫学という一見無関係な領域が、健康格

差の社会的決定要因に生態学的モデルで取り組むことに接点を見出した。今回、主として米国における CBPR 発展の歴史的経緯を文献、特に米国の主要保健医療組織の報告書^{28,10,13)} をもとに整理するとともに、社会疫学との関連について考察した。CBPR 自体の詳細は適宜文献を参考にされたい。

2. CBPR の動向

2.1 CBPR とは

CBPR が Research なのか Approach なのか、などは未だ議論的である。"CBPR approach to research" という表現も頻出する。本論では主流に従って CBPR とする。

参加型研究と呼ばれるものはこれまでに多数存在するが、特に公衆衛生領域での CBPR はコミュニティを対象に健康格差の是正を主目的に発展してきたことが特徴である。

CBPR の定義はいろいろとあるが、代表的なものをいくつか紹介しておく。CBPR の第一人者 Israel ら²⁶⁾ によれば「パートナーシップに基づくアプローチであり、例えば、コミュニティのメンバー、組織の代表者、および研究者を研究プロセスの全ての場面で公正に含む。パートナーはそれぞれの持つ強みと責任を共有し、与えられた健康事象とコミュニティの文化的・社会的なダイナ

¹ 石川県立看護大学

ミクスの理解を深める。得られた知識と実践を統合してコミュニティメンバーの健康と福祉の改善を図る」とある。

Viswanathan ら¹³⁾は「協働的な研究アプローチであり、研究課題となるコミュニティのメンバー、組織の代表者、研究者の全研究プロセスでの参加を保障し、デザインされた研究である。その目的は、社会変化を含めた行動を通じて、健康と福祉を改善することである」としている。

Green and Mercer⁴⁾は参加型研究を「研究の応用だけでなく研究の開始から結果の全てに対して、潜在的なユーザーやステークホルダーを含むことを必要とするアプローチ」と定義している。また、「関与する人々のパワーバランスに変化が生じ、研究協力者が研究対象以上の存在になる。それはまた、インフォームドコンセント以上のものを提供する」としている。

2. 2 CBPRの源流

CBPRの源流は大きく2つある²⁷⁾。一方はAction Research (AR)、他方はParticipatory Research (PR)である。CBPRはARに由来する理論と実践の相互フィードバックを中心としたグループダイナミクスの流れに沿って、PRという実践活動を通じて発生してきている²⁷⁾。社会科学や国際開発などの分野では、ARやPRは比較的その歴史が長いものの、ヘルスサービスや公衆衛生領域という視点からの研究は比較的最近のことである。

2. 3 CBPRの原則など

CBPRという呼称は主として米国で近年発展してきた。類似の概念として、Action Research, Community-Based Research, Participatory (Action) Researchなど多数のものがある^{24,16)}。それぞれ成立過程や、目的・方法などの理論体系は異なるがいくつかの共通の原則が見いだせる。

現在のCBPRの原則は、Israelら¹⁾による参加型研究の広範な文献レビューがベースになっており、これを逐次修正したもの^{6,8,15,26)}が広く普及している。この文献レビューの背景には、個人レベルでの健康リスク対策の偏重や研究による学問知と実践活動の乖離に対する反省、さらに、健康格差問題の対応手段の模索など、米国の今日的な健康課題を反映した動機がある。CBPRの原則は以下の通りである。CBPRでは、①コミュニティをアイデンティティの単位と考える。②コミュ

ニティ内部の強みと資源・資産に基づいて活動を進める。③研究の全ての局面で協力的で公正なパートナーシップを促進し、エンパワメントとパワーシェアリングの過程を含むことで社会的不平等に関心を向ける。④全てのパートナーにおけるカラーニングとキャパシティビルディングを推進する。⑤全てのパートナーの利益のために、研究と実践活動のバランスを一体化する。⑥地域の公衆衛生学的な問題を強調すると同時に、生態学的な視点を持つことで、健康と疾患に対する複合的な決定要因を認識し関心を向ける。⑦循環し繰り返すプロセスを経ることでシステムの発展を含む。⑧獲得した知見と知識を全てのパートナーに普及させ、このプロセスに全てのパートナーを含める。⑨持続可能性のためには長期のプロセスとコミットメントが必要である。

なお、1998年の論文¹⁾において、Israel自身はCBPRという用語を一度も用いておらず、Community-Based Researchと表現している。つまり、この段階では概念の整理はできていたが、CBPRという用語は必ずしも定着していない。その後、Participatoryを追加したことについて、「知の創出から社会変化のプロセスにおける、大学人でない一般住民の参加(participation)や影響に力点を置くことを基本的な特徴」としており、「コミュニティの中で住民の限局的な関与のもとに行われた研究であれば単にcommunity-placed researchであって、コミュニティの社会・文化的総体とともに行うのがcommunity-based researchである」^{2,26)}と強調している。

Minkler and Wallerstein¹⁶⁾は、ジェンダー、人種、社会階級、そして文化という概念もCBPRの中核をなすという。Cultural humility (文化的謙虚さ)、Cultural Safety (文化的安全性)など、文化に配慮した行動を重視するのも、米国の人種問題などを反映したCBPRの特徴と言える。

ただし、以上の定義や原則は必ずしも全てのCBPRに含まれるわけではなく、またゴールドスタンダードとする必要も無く、コミュニティという現場の個別性に応じた目的に力点を置いて自由度を持って活用すればよいとされる^{15,16)}。

CBPRを促進する要因としては、①互いの信頼感、②プロセスの重視(意思決定や仕事への取り組みに対して参加者全てが心地よく満足感を持つようにする)、③資源の公正な分配(特に、資金の配分が重要で、その他、トレーニング、技術補助、データの所有権、様々な会議への参加や公表)、

などがあげられる²⁾。

Viswanathanら¹³⁾は、パートナーシップ構築の障壁を除く戦略としてワークショップの開催や勉強会なども有効であるとしている。

CBPRの実施に当たっては、①パートナーシップの形成と維持、②コミュニティとそのダイナミクスのアセスメント、③健康課題と研究課題の同定、④課題に対する行動、⑤パートナーシップおよび目的に対する評価、の5つのステップを取る^{15,16)}が今回はその詳細には触れない。

コミュニティメンバーが年に数回、委員会などに参加し研究計画やフィードバックの意見交換を行ってもCBPRとは言わない。そこには、全ての研究プロセスでのパワーシェアリングや決定権のコントロールがないからである。

2. 4 CBPRの興隆

CBPRのテキストとしては現在Minkler and Wallerstein^{7,16)}によるものとIsraelら¹⁵⁾によるものがある。

また、連邦政府の代表的な報告書としてはNational Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS: 米国立環境衛生科学研究所, NIH (National Institute of Health: 米国立衛生研究所) の1つ)²⁾, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ: 米医療研究・品質調査機構)¹³⁾, Institute of Medicine (IOM: 米医学研究所)¹⁰⁾がある。注目したいのは、公衆衛生領域でのCBPRが必ずしも、住民活動に端を発したアプローチ、あるいは地域づくりのツールとして発展してきたものではなく、時代の要請を受けて国の組織を巻き込んで発展した点である。

(1) NIEHSの取り組み

最初にCBPRの名称を用いて組織的に取り組んできたのはNIEHSである。Environmental justice (環境正義) という理念のもと1995年からCBPRプログラムを開始し環境問題に取り組んでいる^{2,3,5,9,28)}。ただし、当初はトランスレーショナルリサーチとしての意味合いが強い。

2000年3月にNIEHS主催の会議が開催され、80ページにわたる報告書²⁾にまとめられている。伝統的なpopulation-based医生物学的研究における住民の限局的な参加への疑問や住民参加の様々な効果に対する期待などを背景に、CBPRのモデルを示す必要があったのである。

NIEHSは、広範な社会物理的環境、健康影響、

介入戦略にかかわる新たなCBPRプログラムの発展と実施に中心的な役割を果たしており、その普及と利用を目指してきた。この会議には研究者以外に、公衆衛生大学院の代表、国や地方の健康当局、公私の資金提供団体など50人以上が一堂に会している。

会議の目的は、「CBPRの成功モデルを提供することと、その利用と支援を促進すること」であり、会議内容はCBPRの方法論と利用に大別される。方法論としては、①パートナーシップの構築、②CBPRのプロセス、③CBPRの評価、利用としては①研究と実際の介入、②ヘルスケアの提供とサービス、③社会資本と政策、についてプレゼンと討論を行い、CBPRの持つ有益さと推奨事項、課題が整理された。

CBPRの理論的根拠²⁶⁾として以下の9点が挙げられている。CBPRにより、①研究データは全てのパートナーに関係し、利用される機会が増える。②複雑な問題に取り組む際のパートナーが多様なスキル、知識、経験、感性を伴って参加できる。③地域住民の経験に基づくローカルな理論を取り入れることで研究の定義と質と妥当性が改善される。④得られた知識は直接の資源として関係者全員に利用され、また政策に影響を与える。⑤地域住民の研究に対する不信感を払拭する。⑥参加者相互に存在するであろう文化的なギャップを埋める可能性がある。⑦専門特化したアプローチでは、個人が文化や社会的コンテキストから分離され断片化されがちであるが、このような状況を打開する。⑧参加する地域住民に資源(資金やトレーニングなど)と就業機会の可能性を提供する。⑨コミュニティの健康と福祉を直接的・間接的に改善することを研究目的とできる。

CBPRの課題としては、①大学とコミュニティのパートナーシップの開始と維持、②特に大学というシステムにおける組織的なコミットメント、③研究者、プロバイダー、コミュニティのトレーニング、④プログラムやプロジェクトの評価方法の開発、があげられた。

(2) AHRQの取り組み

1) Community-Based Participatory Research Conference

2001年11月にAHRQ主催の大規模な会議が開催されている。2002年に公表された報告書⁸⁾の要約には「この会議の目的は、CBPRを通じて健康弱者の問題を改善することである。CBPRとは研究者とコミュニティの代表を含む協働的な研

究プロセスである。参加者はCBPRを支持し推進する戦略を発展させた。また、CBPRに対する障壁にも言及した。」とある。

コミュニティ、研究者、助成金提供者がCBPRに次第に関心を示すものの、十分に活用されていない背景を受けて、AHRQが研究者、コミュニティ代表、公私の助成金提供者など90名近くを一堂に会した会議を開催した。具体的には、①CBPRの支援体制を促進し、②CBPRを推進させるための戦略を発展させ、③政策プログラムを検討する際の資源としてCBPRの利用を検討した。

会議では、次のステップに移行するために以下の13の推奨事項が提出されている。①CBPRでは、コミュニティ内の適切な橋渡し役を介してコミュニティに入る。②研究領域ではCBPRを遂行するための専門家育成プログラムを発展させる。③連邦政府当局はCBPR推進と育成に向けて協働する。④助成金提供者はコミュニティ研究の能力を向上させることを目的とした助成を推進する。⑤助成金提供者はCBPRを強化し支援する助成金メカニズムを発展・拡大する。⑥助成金提供者はCBPRでの助成金申請に対してCBPRを理解できる査読者を養成する。⑦研究者とコミュニティメンバーは利益を共有するためのアドボカシー戦略を発展させる。⑧研究者は効率的にコミュニティメンバーとコミュニケーションを取れる手段を学ぶ。⑨CBPRに関心ないし経験のある国の組織はCBPR情報のネットワークを構築する。⑩CBPRのカリキュラムを発展させる。⑪CBPR実施のガイドラインと原則を発展させる。⑫Evidence-based Practical Center (EPC)では、CBPRの質評価の基準となるエビデンスを総合する。なお、EPCとはAHRQから委託を受けた、広範な文献レビューを実施し、エビデンスレポートを作成する大学等である²⁹⁾。⑬資金提供者は助成範囲を拡大する(トランスレーショナルリサーチなど)。

報告書を見る限り、研究職、コミュニティ、助成金提供者がバランスよく課題点とその解決策について、フリーディスカッションを行っている。この会議がその後のCBPRの動向にもたらした影響は大きいと思われる。

2) CBPRの質評価報告書

AHRQでは上記の推奨事項⑫を踏まえて、300ページに渡る報告書をまとめあげた¹³⁾。このシステムティックレビューでは、①CBPRの定義、

②CBPRの研究方法論とコミュニティへの関与の質、③CBPRのアウトカムがもたらしたエビデンス、④CBPRの助成金申請書のレビューの基準とプロセス、を検討している。

4つの検討事項に該当する可能性がある文献1,408件のうち、実際に検討対象となったものが297件であり、185件が検討事項に該当するものとして残った。評価から除外した文献とその根拠も掲載されているので、システムティックレビューとしての質は非常に高い。

この報告書を見ると、CBPRのいくつかの重要な特徴がわかる。まず、単にCBPRなどの検索語での検索に終わっていない点である。候補文献の内容を検討した上でCBPRとしての研究に合致しているか否かという基準で選んでいる。Community-based Participatory researchの語が、MEDLINE®上で出現するのは2001年以降である(2010年9月23日現在)。このレビューで検討した文献の半数以上はそれ以前のものである。CBPRの用語は用いていないが、実質的にはCBPRの内容である研究がかなり存在していたことになる。

次に、検討事項②の結果を見ると、半数は同一のプロジェクトが時期を変えて2度以上報告されたものである。これはCBPRという取り組みが長期になることを反映している。

論文数は2000年以降に急増傾向にあるが、その理由として1998年の国による"Eliminate Racial and Ethnic Disparities in Health by the Year 2010"構想が影響しているとしている。これに伴い、Healthy People 2010(米国健康政策)の目的に呼応するべく、公衆衛生領域で革新的な研究や実践のアプローチに対する関心が加速したのである。そのため、レビューの結果を見てもethnic minorityを対象とした研究が3分の1を超えている。また、NIEHS, CDC (Centers for Disease Control and Prevention), AHRQといった連邦政府を代表する保健医療の公的資金提供組織がCBPRを支援している。さらに、次第に質の高い研究報告が増えている理由は、助成金獲得を照準にした研究の増加と専門学術誌のCBPR特集号への掲載も反映したのであろう。

資金提供当局に対しては、CBPRを適切に評価するガイドラインが必要であり「多くのCBPR研究はコミュニティと組織の強い協働で実施されているが、こうした協働を確固たる研究方法に結びつけている研究は比較的少ない。今回の文献レ

ビューでCBPRの質と助成金提供方法の改善のためのガイドラインを作りうる」と結論している。

現在のところ、これを超えるシステムティックレビューは見当たらないが、既に報告から6年が経過しており、その間の文献的蓄積が急増していることから新たなレビューが待たれる。

(3) IOMの取り組み

2003年にIOM主導の21世紀の公衆衛生専門家教育委員会が報告書を公表している¹⁰⁾。その背景には、AIDSの脅威や肥満の汎流行などに対処すべく、多領域に通じた公衆衛生専門家の教育と養成が急務であることがあげられる。

その際、強調されているのが集団レベルでの健康と健康の生態学的モデルである。公衆衛生専門教育には、疫学を含む伝統的な5つのコア要素だけでなく、8つの重要な新領域をも網羅すべきであるとしている。CBPRはその1つであり、「研究の新たなアプローチであり、健康の多様で複合的な決定要因の重要性を認識した場合に、研究者と実践家、コミュニティメンバーの協働によりコミュニティの健康状態を改善するための必須項目になりつつある」としている。

また、CDCが当時で25のCBPR研究を助成している一方で、様々な課題も浮上している。課題を大別すると、①CBPRを語る共通言語の不足、②倫理委員会や審議会の無理解、認識の差である。

CBPRの意義として、「CBPRを用いることで最も扱いにくい健康や社会上の問題に対して、伝統的な研究スタイルと異なりコミュニティにとって本当に重要な問題を扱える。コミュニティメンバーや他のステークホルダーを研究プロセス全体を通じて含み、教育や社会変化のための行動を含む。そして、互いの尊敬、カラーニング、個人と組織の能力構築、システムの変化、研究と実践のバランスを強調するアプローチである」とまとめている。こうした連邦政府報告が、公衆衛生専門教育に与える影響は決して少なくない。

2.5 学術専門誌のCBPR特集号から見た動向

以上の動向に呼応するように2001年から2003年を中心に公衆衛生領域などの多くの雑誌が一斉にCBPRの特集号を組んでおり、当時の関心の高さを伺わせる。主要なものはAmerican Journal of Public Health (91 (12), 2001), Journal of Urban Health (78 (3), 2001), Health Education & Behavior (29 (3), 2002),

Environmental Health Perspective (110, Supple 2, 2002), Journal of General Internal Medicine (18, 2003), Ethnicity & Disease (16, 2006) などである。その全てを紹介することはできないが、CBPRに対する概念整理と理解が確実に進んでいたことは間違いない。

このうち、JGIMの特集号は2001年のAHRQの会議で決定した企画であり、内容的にも充実している。81本の投稿の中で11本が掲載されたものであり、その内容は対象も地域も手法も多岐にわたっている。一方、CBPRというアプローチがあまりにも幅広く利用されているため、その定義付けが困難であるとコメントしている³⁰⁾。

2.6 連邦政府からの資金提供

参加型研究に対する資金提供は何もCBPRに始まったものではない。しかし、その力点は、研究者主導のプログラムへの住民参加から、その後は、住民のプログラム作成への参加、さらには、研究成果を還元すること自体への住民参加へとシフトしている¹³⁾。いずれにしても助成金全体が減少しつつある中で参加型研究に特化した資金の公募の増加は注目に値する³¹⁾。NIH, CDC, AHRQが独自にあるいは協同して資金提供をしている。前述した、会議等の開催や報告書の作成などもその一環である。

しかし、CBPRへの助成の推進に対する課題がないわけではない¹¹⁾。例えば、①地域の自主性を支援する助成金の管理と選抜を中央集権化した連邦政府の機関が行うという明らかな矛盾、②助成金の該当項目そのものの制限、③一般住民の関与の程度に対する国、研究者、実践家の間での意見の不一致、④明らかに健康状態を改善するというエビデンスの不足、などである³¹⁾。国としての説明責任を果たすためには、特に、効果のエビデンス、CBPR概念の明確化、コア要素（キャパシティビルディング、エンパワメント、持続可能性など）の一貫した測定道具が要求される。

2.7 その後の動向

2004～2005年以降CBPRに関する情報は、学術論文だけではなく、実際のスキルアップのための実践プログラム、CBPRに積極的に取り組む組織のサイト情報など飛躍的に増加していく。その全てを網羅することはもはや困難を極めるが、いくつかの動きを述べておく。

例えば、Community-Campus Partnership for

Health (CCPH) という NPO では CBPR を支援するサイト情報を膨大に掲載している³²⁾。

2007 年には CBPR に関する専門誌 Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action が発行されている。その創刊号には、CBPR の特徴を反映した多様な研究領域（例えば、プログラム開発、教育やトレーニング、実践的ツールやスキル、コミュニティメンバーからの展望）の概説³³⁾と具体的な執筆ガイドライン³⁴⁾が掲載されている。

Minkler and Wallerstein^{7,16)} のテキストは 2002 年の初版から 6 年経過して 2008 年に第 2 版を出しているが、その内容が初版と大きく変化している。既に CBPR の原理・原則を論じる段階から、外的妥当性（一般化可能性）、実践に基づくエビデンス、実施の背景、そしてプロセスからアウトプットへ、特に政策レベルでのアウトカムに関する課題に重点がシフトしてきている。

AHRQ では今までの CBPR に対する取り組みの経緯を踏まえて 2009 年に最新のプログラム報告を出している¹⁷⁾。掲載されているサイト情報などをもとに、CBPR の最新動向が把握できる。

3. 疫学の現状と課題

3. 1 新公衆衛生運動と健康の社会的決定要因の流れ

1850 年代にロンドンでコレラが蔓延した際に、現在疫学の創始者の一人とされるジョンズノウが取った行動は住民に対する健康教育（個人へのアプローチ）ではない。汚染源と考えられる井戸のポンプのハンドルを外し使えなくすること（集団へのアプローチ）であった。感染症から生活習慣病・慢性疾患へと疾病構造が変遷した 20 世紀後半の先進国では、減塩指導・禁煙指導に代表される、疾病発生のリスク因子に対する、個人への介入が主として行われてきた。しかし、健康教育には長期的効果が意外と少ないことが明らかになっている。従来の個人への行動変容を求めるアプローチの限界に対する反動として、登場したのが新公衆衛生運動である³⁵⁻³⁷⁾。

健康の社会的決定要因 (SDOH) の考え方は、新公衆衛生運動やヘルスプロモーションの理念と密接に関係している。1976 年のマキューンの「医療の役割」、1974 年のカナダのラロンド報告、1978 年の WHO と UNISEF によるアルマアタ宣言（プライマリヘルスケア）、1986 年のキクブッシュによる「健康都市 (Healthy Cities)」の提案、

同年の WHO によるオタワ憲章（ヘルスプロモーション）、という流れを経て、先進国、途上国を問わず、個人の努力だけで健康の増進を図るのではなく、ライフスタイルを支える社会規範、文化的価値観、経済状況などの環境にも注目することとなる。さらに、狭義の保健医療のみではなく環境、食料、交通などを含めた公共政策を念頭に入れている³⁵⁻³⁷⁾。

1997 年の、21 世紀に向けた指導的健康促進のジャカルタ宣言 (WHO) で SDOH の重要性が強調され、1998 年には WHO による The solid fact²¹⁾ として健康と社会とを結びつける現実的かつ政策的な概念として成熟した。その後、内容を補充した第 2 版²³⁾が 2003 年に公表されている。この領域の科学的知見は英国の疫学・公衆衛生研究者に端を発し、欧米へと広がっている。2008 年には、WHO の健康の社会的決定要因委員会が、その最終報告書²⁵⁾を発刊している。

3. 2 疫学研究の現状と課題

疫学研究のパラダイムは時代とともに衛生活動、感染症疫学、慢性疾患疫学と変遷を遂げてきた^{38,39)}。しかし、特に近年の疫学研究では集団というよりはむしろ個人レベルの健康上のリスクの同定と、ライフスタイルの変容などのアプローチに偏り過ぎていることが度々指摘されている⁴⁰⁻⁴³⁾。このことは必然的に、人間を取り巻く社会、文化、経済といったより大きな枠組みに対する取り組みを低下させることになる。現代の疫学は高度な統計解析手法、あるいは分子レベルでの実験手法を中心とした要素還元主義に進む一方で、公衆衛生あるいは現実社会と乖離している危険性が度々指摘されている。

個人に対する疫学調査、リスクファクター発見重視の疫学研究は「ブラックボックス疫学」と言われる^{38,39)}。そこでは、個人と環境（曝露）の因果関係を統計的に、そして詳細な機序はブラックボックスに入れたまま、説明することが中心となり、ともすれば社会的要因や全体的なコンテクストを重視してこなかった。かつての衛生運動で行われたように、健康の社会的ダイナミクスに迫るためには、社会的文脈を踏まえた集団レベルの研究が必要である。

3. 3 社会疫学

健康に社会的要因が関与しているという考え方が科学的に実証されてきたのは比較的最近のこと

である^{21,22)}。この流れを受けてSDOHとそのメカニズムを広く研究する社会疫学が誕生し、発展してきた。社会疫学の主要なテキストをもとに社会疫学の定義を考える。

2000年のBerkman and Kawachi¹⁸⁾では、「健康状態の社会における分布と社会的決定要因を研究する疫学の一分野」という比較的、限局した定義を基本としている。Weed and McKeown⁴²⁾はこの定義には、実際の公衆衛生活動に向けた提言が含まれていないことを指摘する。

2006年のOakes and Kaufman¹⁹⁾では、「疫学の一分野であり、社会的な相互作用と全体的な人間の行動がどのように健康に影響するかを検討する」、言い換えれば「過去から現在における、社会の無数の状況設定が、どのように集団を構成する人間に異なる曝露と健康影響をもたらすかを探索する」とある。研究手法としても質的研究の意義に触れると同時に、実践的アプローチとしてCBPRについても頁を割いている。

同じく2006年のCwikel²⁰⁾では「健康、社会状態と社会問題、疾患およびその決定要因を系統的、包括的に研究するもので、疫学および、社会科学を利用する。介入、プログラム、政策、組織を発展させる。そして、健康問題や社会問題の程度や悪影響、発生率を減じ健康を増進する」と、かなり広範な定義をしている。方法論としては、やはり質的研究やParticipatory Action Researchなどに触れている。

以上の流れは、社会疫学そのものが本質的に持つ学際性と、参加型研究あるいは実践までを視野に入れた研究への時代的要請を反映したものであろう。社会疫学では、集団アプローチ（集団全体のリスク軽減による健康増進）や生態学的モデルを理論的ベースとする。生態学的モデルでは、個人の生物学的条件、個人の社会学的環境に加えてこれらを取り巻く、集団全体の社会環境を重層的に視野に入れる。その一方で、自然科学の側面として、社会的環境の心理的な影響の生物学的メカニズムの解明までもを視野に入れている（Biopsychosocial paradigm）。社会疫学もいまだ発展途上であるが、その統計解析方法や理論は急速に発展してきた。その一方で従来の疫学的アプローチのみでは解決しないテーマも多い。隣接領域の理論や研究方法を不用意に導入することを懸念する指摘⁴⁴⁾もある。しかし、全体的な流れとしては、学際性を重視する方向にあると言える。

4. CBPRと社会疫学の関連

4.1 CBPRと社会疫学の共通項

ここまで、CBPRと社会疫学について時代的な流れを追って解説してきた。両者にはいくつかのテーマがオーバーラップする。要点を整理すると、①健康の社会的決定要因（SDOH）ないし健康格差を重要課題にしている、②基本的なモデルとして生態学的モデルを採用する、③集団レベルでの健康改善を視野に入れている、ことがあげられる。

先述のIOMの報告書¹⁰⁾ではコミュニティに関与するもので、CBPRと明確に区別しうるアプローチとして、SDOH研究とsocial protective factors（SPF）研究をあげている。このうちSDOH研究の起源が社会疫学であることを明確に位置付け、集団という視点から個人の行動を社会的な文脈の中で理解する点、社会の重層的な構造に焦点を当てる点で、報告書の強調する公衆衛生の社会生態学的原則と符合する。また、SDOH研究、SPF研究ともに知見の蓄積はまだ予備的であるが、CBPRが公衆衛生領域で認められる際に、重要な論拠となるであろうと指摘する。CBPRという文脈の中で社会疫学が論じられたのは初めてのことであると思われる。

これまでに、CBPRをSDOHに適用してきた論文は比較的多い^{45,46)}。しかし、その多くは質的な研究に属するものである。逆に、疫学領域で参加型研究を論じたものとしては、Susser^{38,39)}を受けてSmith⁴⁷⁾がCommunity-based Epidemiologyの必要性を論じている。また、Loewenson⁴⁸⁾もグローバル化に基づく所得格差などを背景とする、従来の疫学では接近し難い対象に対する参加型アプローチの重要性を論じている。環境保健の分野ではpopular epidemiology⁴⁹⁾に代表されるように、比較的古くから住民参加を意識した活動がみられる。疫学領域にCBPRを適用する可能性について直接論じた論文はLeungら⁵⁰⁾およびLantzら⁵¹⁾であり、いずれもCBPRの専門家からの提言である。これらの論文をもとに以下ではCBPRと社会疫学の関連について整理する。

4.2 CBPRの導入によるメリット

疫学の現状と課題を考えた場合に、CBPRの導入は1つのブレイクスルーになる可能性を秘めている。コミュニティという現実的な場でデータを収集・分析していく方法論と、コミュニティと協働していくための戦略を発展させることで、疫学に対して新たな理論的枠組みを提供しうる。

CBPRの原則は、住民とともに健康増進や疾病予防を推進することを望む疫学者にも有益であろう。地域の健康課題を真に理解することで疫学領域自体の質や幅も向上し、社会的意義を積極的に強調できる。貧困層では健康度が低いというデータを集積しても、それだけで何も変化しない。いずれは健康に良い社会づくりあるいは社会変化への応用が期待されるであろう。そうした要請に応えるための1つの有力なアプローチがCBPRである。具体的には、次の通り整理することが出来る。

(1) 地域住民の研究者に対する信頼感の向上

地域住民は研究者が考えているほどに、研究者に対して信頼感を寄せているわけではない。その理由には、様々な人権を無視した研究の歴史などがある。また、研究結果が地域あるいは対象者に還元されないことも大きいであろう。当事者と単なるデータ提供者以上の関係を結ぶCBPRは、研究への不信感を軽減しうる。

(2) 当事者のニーズに基づく疫学研究の推進

研究者が考える住民のニーズと当事者が考えるニーズとはしばしば異なる。従って、複雑な健康課題に対しては、研究者主導の従来の疫学的接近だけでは真のニーズに応える結果を出せない。CBPRでは、従来の疫学では用いることがない質的研究（フォーカスグループインタビュー・参加観察など）を多用する。こうした研究を併用して量的なデータを収集すれば、その質は確実に向上する。

(3) データの量と質の向上

コミュニティの理解を得ることで、質問紙調査を行った場合の回収率の向上や、追跡調査による捕捉率の向上（脱落の低下）が期待できる。また、該当する対象者のデータが少なく、カテゴリー併合などで対応せざるを得なかった項目を独立させて分析できるので、統計的なパワー（検定力）の向上にもつながる。特に、これまでデータを収集しにくかった集団の協力が得られれば、選択バイアスが減少し研究の妥当性が向上する。

(4) 新たな研究課題の出現

研究を推進して行く上で当初の研究課題以外にも副次的な研究課題が発生する可能性がある。こうした研究課題を解くことで、個人レベルに加えて生態学的でコンテクストを含めたより複雑なリスク像を描き出せる。その結果はケアの質や公衆衛生サービスの改善など、ヘルスサービス研究の質の向上に貢献しうる。

(5) 研究成果のコミュニティ固有の政策への移行
公衆衛生の実践や集団の健康を増進する政策との関係性が強まる。全てのデータの収集・分析を待たずとも、研究途上で明らかな有病割合の差やリスクが見いだせれば、健康教育に移行し、新たなデータ収集の一部となり得る。

(6) 疫学研究の本質の再評価

CBPRを研究に利用することで、疫学研究自体が内包するバイアスや、コミュニティの健康を改善するためのより大きな構造的変化との関連で、今後の研究デザインをより精緻なものへと概念化し、実施しうる。また、妥当性概念などにおいてもこれまでの疫学的な見方をさらに発展させる可能性がある。

4. 3 CBPRを適用できる社会疫学研究

(1) 健康の社会的決定要因を同定し明らかにするための記述研究

特に、入手困難なデータを新たに集める場合に、CBPRを用いれば大幅に情報量が増え、計画が改良される可能性がある。効果的なデータの集め方、コミュニティメンバーの経験と洞察に基づく測定項目や測定方法などは有用である。

(2) 健康格差や健康関連危険因子をより深く理解し明らかにする研究

CBPRを通じて当事者がもつ固有の知識や考えがリスク因子に及ぼす影響を理解するのに役立つ。記述疫学研究であっても、CBPRは研究課題を新たな枠組みで再考し、焦点化する一助となる。特に研究者は自分の研究領域の価値観でコミュニティを見がちである。健康格差の研究にCBPRを用いることで、こうした危険を回避しうる。

(3) コミュニティにおけるニーズ、課題、有用な資源を同定し定義づける研究

ここでいう有用な資源（assets）とはCBPRにおける基本的な概念であり、狭義の社会資源にとどまらず、健康課題に対してコミュニティメンバーが独自にもつ考え方、対処方法、スキルを含む幅広い資源・財産である。コミュニティを外部から見ていてもわからない、メンバーの持つ資産や健康課題への対処スキルをCBPRでより深く同定しうる。

(4) 実際の介入や政策をデザイン・実施・評価する研究

どのような介入が最も実行可能で有効であるかを一番わかっているのは当事者である。また、これまでに行われてきた介入の可否に対する知識も

ある。専門家主導の介入よりも、CBPRを用いればコミュニティ独自の文化に適切に対応し、受け入れられるものがわかるので、より住民に密接で現実的、効果的な方法を決定し評価できる。

4. 4 CBPRを適用する必要があるかの判断

もちろん、全ての疫学研究にCBPRを用いる必要はないが、以下を参考に検討できる。

(1) キー・インフォーマント・インタビュー

特定のコミュニティにおけるニーズアセスメントや資源・資産の同定を含む研究では、研究プロセスに豊富な情報を持つ住民が関与すると研究の質が向上する場合がある。研究者は通常は研究対象とするコミュニティの住民ではないため、コミュニティの持つニーズや情報を十分には知らない。対象となる社会、文化の一員であり研究者が知りたい事柄に精通し、概念や言語、世界観、具体的事例などに関して的確な表現ができるコミュニティ内部の情報提供者（キー・インフォーマント）に対する聞き取りやコミュニティ内部における暗黙知の収集は、コミュニティのダイナミクスをより深く理解する上で不可欠である。

(2) プロセス評価と介入効果

プロセスや介入効果を評価する研究でも当事者の参加は有効である。これは、単にコミュニティ内部でのダイナミクスの理解だけではなく、より広い社会的文脈の中でローカルな地域を理解する際にも有用である。社会疫学研究では、コミュニティメンバーが発言権を持ったり、パワーを共有できなければ、入り込むことが出来ないような状況がありうる。

(3) 実践を踏まえた研究目的

研究のための研究を行うことは倫理的に問題となろう。研究のより大きな目的を知識の生産と、その知識からの具体的な行動、状況改善による健康格差の是正とした場合に、CBPRは検討に値する。

4. 5 方法論上の問題

(1) 基本的な問題

基本的にCBPRは非常に時間がかかる。従って、決められた時間内で一定の研究成果を求められる現状では、採用しにくい面がある。予算に関しても、パートナー間での研究費の獲得とその公正な（公平なではない）配分が大きな問題となる。これまでの論考では触れていないが、コミュニティそのものの定義付けの問題がある。疫学では集団（population-based）という考え方は馴染みや

すいが、コミュニティ（community-based）という考え方は浸透していない。多様なパートナーとの関わりは強みであると同時にリスクもある。研究途上での信頼感や研究へのコミットメントにもばらつきが生じ得る。また、内部での様々な葛藤も生じる。研究と実践活動のバランスに対して、意見の相違がみられることも多く、妥協点を見出していく必要がある。

(2) 研究プロセスの完全性・客観性

研究者がコミュニティメンバーやステークホルダーを巻き込むことで、研究の客観性が失われること、あるいは、研究内容が妥協したものとなる恐れがある。研究デザインに対照群が入らない多くのCBPRで介入効果を特定する能力があるのかを疑問視する意見もある。参加型研究では、用いた研究プロセスに特有な結果は得られても、一般化はできないという指摘もある。

ここで検討すべきは、疫学研究者の実施する研究がより客観的で事実を反映し、問題点が少ないという前提が果たして正しいのかということである。以上は、CBPRに限らず、あらゆる参加型研究・質的研究で問題となる。社会科学との接点が必然的に大きくなる社会疫学においてこの課題は検討せざるを得ないであろう。

(3) CBPRは適切に機能するか

AHRQのシステムティックレビューによれば、CBPRは研究の質を高めても研究の質を下げることはない¹³⁾という。しかし、CBPRの長期の介入効果は今のところ不明である。もちろん、研究結果のpublicationバイアスはCBPRであるか否かを問わない。健康に関する参加型疫学研究は価値を付加する。社会疫学研究のアプローチとして十分考慮に値する。

5. おわりに

国内ではCBPRの基本にある、構造的な健康格差の是正や政策提言などを通しての社会変化に迫った報告は今のところ見られない。これは日米の公衆衛生教育に対する違いも影響していると思われる。すなわち、米国では公衆衛生学の今日的課題に取り組むためには、狭義の医学に限定せず、学際的な対応が必要であるとの認識から公衆衛生大学院（School of public health）教育が発展してきた。そのため、公衆衛生大学院を基盤として精力的にCBPRを発展させる素地があったと言える。また、新たな科学技術を評価する際に、連邦政府組織や資金提供団体を巻き込んだ大規模

なディスカッションが何度となく開催される。これは、今回検討した報告書を見れば明らかである。

SDOH あるいは健康格差に、疫学的手法を駆使して大規模なデータと自然科学・社会科学の広範な理論から接近するのが社会疫学であるとするれば、当事者とともコミュニティのありのままの現状を社会的なコンテクストのもとでリアリティを持ってとらえ直し、現場から社会変化を迫るのがCBPRと言えよう。もちろん、全てがCBPRによって解決する訳ではないし、CBPRが適さない課題も多数ある。しかし、CBPRという思考装置は広い意味でのコミュニティあるいは健康弱者を対象とした社会疫学研究および実践を行う時に有用なツールとなりうると結論できる。

謝辞

本稿の作成にあたり、山梨大学の中間敏美さんには多大なご協力をいただきました。

医療人類学者でありCBPR研究の第一人者でもあるワシントン大学看護学部コミュニティヘルス分野のノエル・J・クリスマン教授のもとで著者(大木)がCBPRについて学ぶ機会を得たこと、さらに、同教授を招聘し大学院生向けにCBPRの集中講義を7回にわたり行ったことも今回の論考の大きな契機となっている。その間、同教授を交えて著者らでディスカッションを繰り返してきた。同教授からは様々なご示唆、特に文化的背景の大切さを改めてご教示頂きました。深謝いたします。

引用文献

- 1) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al.: Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*, 19, 173-202, 1998.
- 2) O'Fallon, L.R., Tyson, F.L., Dearry, A. eds.: *Successful Models of Community-Based Participatory Research. Final Report.* National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS), Research Triangle Park, NC, 2000.
- 3) O'Fallon, L.R., Tyson, F.L., Dearry, A.: Improving public health through community-based participatory research and outreach. *Environmental Epidemiology and Toxicology*, 2, 201-209, 2000.
- 4) Green, L.W., Mercer, S.L.: Can public health researchers and agencies reconcile the push from funding bodies and the pull from communities? *Am J Public Health*, 91(12), 1926-1929, 2001.
- 5) O'Fallon, L.R., Dearry, A.: Commitment of the National Institute of Environmental Health Sciences to community-based participatory research for rural health. *Environ Health Perspect*, 109(Suppl 3), 469-473, 2001.
- 6) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al.: Community-based participatory research: policy recommendations for promoting a partnership approach in health research. *Educ Health (Abingdon)*, 14(2), 182-197, 2001.
- 7) Minkler, M., Wallerstein, N. eds.: *Community-Based Participatory Research for Health.* Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2002.
- 8) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) : *Community-Based Participatory Research Conference Summary*, Rockville, 2002. <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cbpr/> cited 2010 Sep 26
- 9) O'Fallon, L.R., Dearry, A.: Community-based participatory research as a tool to advance environmental health sciences. *Environ Health Perspect*, 110(Suppl 2), 155-159, 2002.
- 10) Gebbie, K., Rosenstock, L., Hernandez, L.M. eds.: *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century.* National Academy of Sciences, 2003.
- 11) Minkler, M., Blackwell, A.G., Thompson, M., et al.: Community-based participatory research: implications for public health funding. *Am J Public Health*, 93(8), 1210-1213, 2003.
- 12) O'Fallon, L.R., Wolfle, G.M., Brown, D., et al.: Strategies for setting a national research agenda that is responsive to community needs. *Environ Health Perspect*, 111(16), 1855-1860, 2003.
- 13) Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., et al.: *Community-based Participatory Research: Assessing the Evidence, Evidence Report/Technology Assessment No.98,* Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ), Rockville, MD, 2004.
- 14) Minkler, M.: Ethical challenges for the "outside" researcher in community-based participatory research. *Health Educ Behav*, 31(6), 684-697, 2004.
- 15) Israel, B.A., Eng, E., Schulz, A.J., et al. eds.: *Methods in Community-Based Participatory*

- Research for Health. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2005.
- 16) Minkler, M., Wallerstein, N. eds.: Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes. Second Edition, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2008.
 - 17) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): AHRQ Activities Using Community-Based Participatory Research to Address Health Care Disparities, Rockville, 2009. <http://www.ahrq.gov/research/cbprbrief.htm> cited 2010 Sep 26
 - 18) Berkman, L.F., Kawachi, I.: Social Epidemiology Oxford, 2000.
 - 19) Oakes, J.M., Kaufman, J.S. eds.: Methods in Social Epidemiology (Public Health/Epidemiology and Biostatistics). Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2006.
 - 20) Cwikel, J.G.: Social epidemiology: Strategies for Public Health. Columbia, 2006.
 - 21) Wilkinson, R., Marmot, M. eds.: The solid facts. World Health Organization, Copenhagen, 1998.
 - 22) Marmot, M., Wilkinson, R.G. eds.: Social Determinants of Health, Oxford University Press, 1999.
 - 23) Wilkinson, R., Marmot, M. eds.: The solid facts 2nd ed. World Health Organization, Copenhagen, 2003.
 - 24) Marmot, M., Wilkinson, R.G. eds.: Social Determinants of Health 2nd ed. Oxford University Press, 2006.
 - 25) WHO: Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health, World Health Organization, 2008.
 - 26) Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., et al. : Critical issues in developing and following CBPR principles. cited from 16) , 47-66, 2008.
 - 27) Wallwerstein, N., Durran, B.: The theoretical, historical, and practice roots of CBPR. cited from 16) , 25-46, 2008.
 - 28) NIEHS: Environmental Justice & Community-Based Participatory Research, <http://www.niehs.nih.gov/research/supported/programs/justice/> cited 2010 Sep 26
 - 29) <http://www.ahrq.gov/clinic/epc/> cited 2010 Sep 26
 - 30) O'Toole, T.P., Aaron, K.F., Chin, M.H., et al.: Community-based participatory research: opportunities, challenges, and the need for a common language. J Gen Intern Med, 18(7), 592-594, 2003.
 - 31) Mercer, S.L., Green, L.W.: Federal funding and support for reserch in public health and health care. cited from 16), 399-406, 2008.
 - 32) <http://www.ccph.info/> cited 2010 Sep 26
 - 33) Bordeaux, B.C., Wiley, C., Tandon, S.D., et al.: Guidelines for writing manuscripts about community-based participatory research for peer-reviewed journals. Prog Community Health Partnersh, 1(3), 281-288, 2007.
 - 34) Tandon, S.D., Phillips, K., Bordeaux, B.C., et al.: A vision for progress in community health partnerships. Prog Community Health Partnersh, 1(1), 11-30, 2007.
 - 35) 近藤克則：健康格差社会。医学書院，2005。
 - 36) 川上憲人，橋本英樹，小林廉毅編：社会格差と健康。東京大学出版会，2006。
 - 37) 田中平三：これからの公衆衛生学。南江堂，2010。
 - 38) Susser, M., Susser, E.: Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. Am J Public Health, 86(5), 668-673, 1996.
 - 39) Susser, M., Susser, E.: Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health, 86(5), 674-677, 1996.
 - 40) Wing, S.: Whose epidemiology, whose health? Int J Health Serv, 28(2), 241-252, 1998.
 - 41) Pearce, N.: Traditional epidemiology, modern epidemiology, and public health. Am J Public Health, 86(5), 678-683, 1996.
 - 42) Weed, D.L., McKeown, R.E.: Science and social responsibility in public health. Environ Health Perspect, 111(14), 1804-1808, 2003.
 - 43) Kaplan, G.A.: What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? Epidemiol Rev, 26, 124-135, 2004.
 - 44) Zielhuis, G.A., Kiemeny, L.A.: Social epidemiology? No way. Int J Epidemiol, 30(1), 43-44, 2001.
 - 45) Schulz, A.J., Krieger, J., Galea, S.: Addressing social determinants of health: community-based participatory approaches to research and practice. Health Educ Behav, 29(3), 287-295, 2002.
 - 46) Krieger, J., Allen, C., Cheadle, A., et al.: Using community-based participatory research to address

- social determinants of health: lessons learned from Seattle Partners for Healthy Communities. *Health Educ Behav*, 29(3), 361-382, 2002.
- 47) Smith, M.H.: Community-based epidemiology: community involvement in defining social risk. *J Health Soc Policy*, 9(4), 51-65, 1998.
- 48) Loewenson, R.: Epidemiology in the era of globalization: skills transfer or new skills? *Int J Epidemiol*, 33(5), 1144-1150, 2004.
- 49) Brown, P.: Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *J Health Soc Behav*, 33(3), 267-281, 1992.
- 50) Leung, M.W., Yen, I.H., Minkler, M.: Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *Int J Epidemiol*, 33(3), 499-506, 2004.
- 51) Lantz, P.M., Israel, B.A., Schulz, A.J., et al.: Community-based participatory research: rationale and relevance for social epidemiology, In Oakes, J.M., Kaufman, J.S. eds. *Methods in Social Epidemiology*, Hoboken, NJ, 239-266, 2006.

Community-Based Participatory Research (CBPR): The Development and Relevance for Social Epidemiology

Syuichi OOKI, Kiyomi HIKO

Abstract

The concept of Community-Based Participatory Research (CBPR), one approach to research in the field of public health was discussed intensively after around the year 2000 with the background of health disparities and their solution in US. CBPR was emerged in environmental health and expanding many other field of public health and related field with variety of health problems. On the other hand, social epidemiology, a branch of epidemiology targeting especially to the multiple social determinants of health, was emerged and developed nearly the same period. Both domain developed independently but, share several key concepts, namely, solving health disparities based on the social determinants using population level approach and ecological model. We studied the development of CBPR in US using many academic papers and official reports, and considered the relevance for social epidemiology.

Key words Community-Based Participatory Research (CBPR), social epidemiology, ecological model, social determinants of health, public health