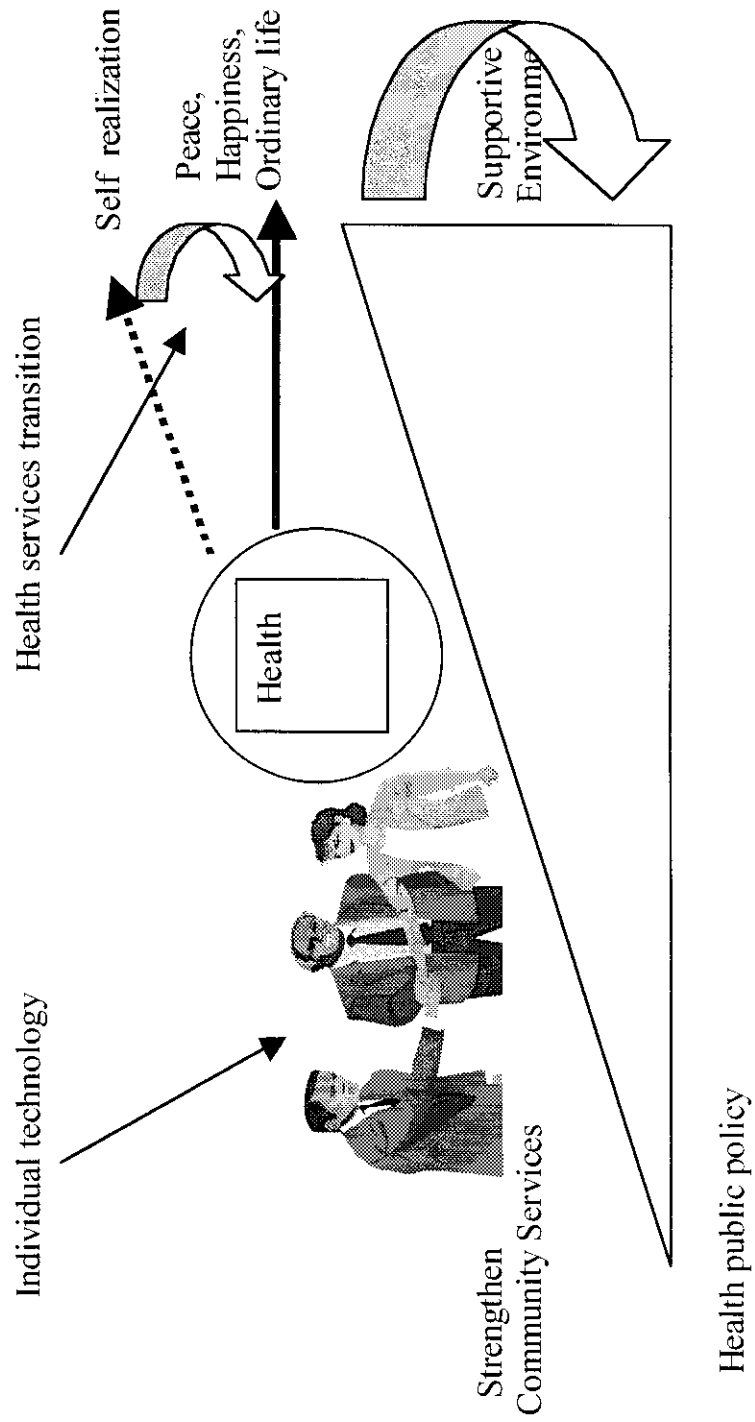


# Health Promotion and healthy slope model

(Shimanouchi, Yoshida, Tounai, & Matsuda)



# **SOJO model empower people towards Health Promotion**

- Health as a means of QOL not as a goal of life to avoid healthism
- Induction & deduction (Bottom-up vs top-down)
- Behavioral change (People come for night Sakura walking not for healthy walking)
- ethical aspects (Beneficence, Non-maleficence, Autonomy, Justice)

## **Underlying philosophy of SOJO model in relation to PHC & Health Promotion**

- to evaluate services based on not as value free but as value commitment ; QOL not for self realization but for ordinary life, peace and happiness
- Cultural norm; towards interrelated self away from isolated self; mutual help, mutual care, interrelated self reliance

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

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  
分担研究報告書

—ヘルスプロモーション理論と SOJO Model—

分担研究者：塩飽邦憲 島根医科大学環境保健医学

概要

ヘルスプロモーション理論の中で、SOJO model の特徴を整理するために、時系列的なモデル適応面から枠組みを明らかにした。1) Conceptualizing health need, 2) Community involvement in policy-making, 3) Power, knowledge and health policy, 4) Whose priorities? 5) Data collection and analysis, 6) Change and continuity, 7) Evaluating rapid appraisal のような時系列的枠組みから、SOJO Model を 1) 目標（個人と集団）、2) 社会的関係、3) 思考論理、4) 実行の優先順位付け、5) 実施方法、6) 活動の変化・継続、7) 活動の評価の枠組みで、Social ecological approach, Community development, Social responsibility model, Break-through theory, Participatory action research, Empowerment theory, Innovation diffusion theory と比較分析した。

これらのヘルスプロモーション理論や社会発展理論は、長年にわたって世界中で使われてきた。SOJO Model という革新的な考え方は、WHO のアルマアタ宣言にあるように住民参加と地域資源の活用を通じて、混沌とした 21 世紀の健康福祉活動理論として登場した。SOJO Model の特徴は、コミュニティのことを良く知る住民による調査、意志決定、評価が演繹的な思考法と手法で整理されている点で、健康に関与する要因が身体的と精神的要因を越えて、社会文化的要因が濃厚に関与する時代の効果効率的なヘルスプロモーション理論の一角を占めるに値している。Innovation diffusion theory にあるように SOJO Model が、開発途上国の環境で行政スタッフや住民によって適応化され、使われていくことを期待してやまない。

協力研究者：

山根洋右

A. Erdembileg

北島桂子

加のヘルスプロモーション活動モデルとして、地域づくり型保健活動 SOJO Model が開発された<sup>1,3)</sup>。昨年度の研究では、地域づくり型保健活動の発展途上国での適応条件として、1) 中央政府や地方政府が、住民参加型保健活動推進の政治的イニシアティブを確立した地域であること、2) ヘルスプロモーションに熟練したコーディネータ、現地ヘルスワーカー、地域リーダーおよび住民のパートナーシップが熟成可能な草の根民主主義の成立が重要であることを明らかにした<sup>4)</sup>。

はじめに

公衆衛生学専門家は、ヘルスプロモーション活動において、健康問題の分析、解決の方向を明示するのみならず、住民や現場スタッフと学習・分析、調査研究および行動を協働的に実施することが期待されている。住民参

今年度は、岩永、松田のタイおよびバング

ラデシユでの SOJO Model を用いた研修成果について、ヘルスプロモーションの視点から日本での健康福祉活動の経験を加えて考察する。

## 方法

ヘルスプロモーション理論の中で、SOJO model の特徴を整理するために、時系列的なモデル適応面から枠組みを明らかにした。すなわち、Ong の Rapid Appraisal 理論<sup>5)</sup>を元にしたヘルスプロモーション活動の時系列枠組み、国際的なヘルスプロモーション理論<sup>6,7)</sup>に基づく特徴整理を行った。

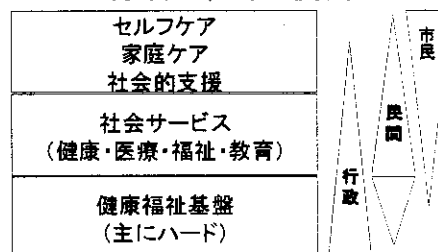
また、2000 年度国際協力事業団「高齢者介護」研修事業において、アジア（中国、インドネシア、マレーシア、タイ）、中南米（ボリビア、チリ、ウルグアイ、パラグアイ）の政府や州の高齢者ケアの政策・管理にたずさわる医師、ソーシャルワーカー、行政官の10名とブレインストーミングを行い、地域づくり型保健活動 SOJO Model についての政策科学的検討を行った。研修は、1) 出雲市での健康福祉のまちづくり：島根医大でのオリエンテーション、出雲市役所での政策決定者（市長および市民福祉部長）による高齢者介護サービスの導入・運用状況、2) 介護保険サービス：JAの運営する総合福祉センター、痴呆性老人の福祉施設（グループホーム、E型デイサービス）、開業医による在宅ケア活動、3) 介護保険外福祉サービス：知的障害者共同作業所による配食サービス、JAによる生きがいデイサービスと家事援助サービス、4) 相互支援型支援ネットワーク：老人クラブ活動の自助・公助活動、公民館・地区社協活動による高齢者相互支援型ミニデイサービスと高齢者支援ボランティア、農業と結合した青空デイサービス視察、5) 住民も参加したラウンド・テーブルディスカッションでの総括的な討論から構成した<sup>8,9)</sup>。

## 結果と考察

### 1. 地方分権とヘルスプロモーション

日本では地方分権や住民の社会参加の進展によって、健康福祉活動における行政と市民の役割は大きく変化しつつある（図1）。

図1 健康福祉活動における行政と市民の役割



従来は、健康福祉サービス施設やサービスはもっぱら公的セクターが独占してきた。しかし、介護保険サービスに見られるように行政は政策樹立や監査を行い、医療福祉法人やJAなどの民間が施設設立やサービス展開を図るようになってきた。出雲市では、介護者などの住民がエンパワーメントしてE型デイサービスを供給している。このため、サービス面でも住民の参加が進みつつある<sup>10)</sup>。

地方分権下での地方政府は、安全や公平のための直接サービスを除き、政策の目標決定、資源やサービスの開発計画、住民の参加システム、政策やシステムの情報公開と説明責任、システムの質的量的評価などに専念すべきと考えられる。もちろん、防災、救急医療、警察、教育などのサービスについては、行政が行うことは基本であるが、過疎地域など民間サービスの進出しにくい地域を除いて、健康福祉サービスは民間や住民の参加を進めることにより効果的効率的なサービス展開が必要と考えられる。タイや中国のように積極的に地方分権を推進しつつある開発途上国も増加しつつあり、健康福祉活動を公的セクターが独占する時代は過ぎ去りつつある。

今年のJICA高齢者介護研修では、以下の点为主に討議された。

### (1) 地方分権と市町村による高齢者ケア

全国均一な介護保険制度と市町村で異なる制度運用および追加的なサービスとの関連性、住民参加型の政策形成、行政と住民のパートナーシップ、住民や専門家、行政スタッフのエンパワーメント、医科大学の高齢者政策立案・運用への関与（シンクタンク機能）、介護保険制度での国と自治体および住民による量的質的監査

### (2) コミュニティケア

地域特性を重視した中学校区ごとの福祉拠点整備、高い費用対効果のコミュニティケア、高齢者相互支援活動、多様なボランティア活動、有償・無償ボランティア、ボランティア活性化での市町村の役割

### (3) 障害高齢者ケア

個別性重視の痴呆ケア、かかりつけ医の役割、介護保険制度の成果と課題、過疎地域での福祉サービス基盤整備と市町村の役割、J Aの福祉サービスへの参入

研修員が何よりも感銘を受けたのは、コップも持ち挙げられないほど筋力の低下した筋ジストロフィー患者が、25年間の施設暮らしから自宅に帰り、在宅でコンピューターとインターネットを用いて点字翻訳業務で活躍していることであった。また、痴呆の母親を看取った71歳の高齢女性が、呆け老人を抱える家族の会支部長としてピアサポーターや政策提言の活動の先頭に立ち、市民の支援を受けてE型デイサービスを完成させたことであった。この2事例は、「エンパワーメント」モデルであると同時に、図1に示した健康福祉活動における行政と市民の役割の変化を示している。

マレーシアなどアジア諸国では、地方は大家族制度が維持されており、高齢者は子守などの役割を果たし、痴呆や寝たきりになって

も家族のだれかが介護可能である。ところが、人口集中の激しい都市では、核家族化しているために家族が痴呆や寝たきりの高齢者を介護することが困難となっている。また、障害者は施設に収容され、社会から隔離されている。中南米では、各国で高齢化が進んでいるにもかかわらず、農村地域は過疎で貧しいために、高齢者よりも貧困者や子どもの健康福祉が最優先課題となっている。また、高齢者介護を担うマンパワー育成が進んでおらず、大学も治療を志向し、リハビリテーションや高齢者の社会心理的ケアには関心が低い。

社会資源や財源の配分については、WHOも推進しているように高齢者介護でもコミュニティケア・システムを思考すべきであることで合意に達した。また、政策担当者は住民の声に耳を傾けること、住民や民間の資源を有効に活用したPFI (Private Financial Initiative) など効果的効率的な政策導入が課題であることを議論した。日本では、地方分権が健康福祉分野でも進められ、市町村単位での介護保険の導入が図られる一方、健康福祉分野での市町村格差が問題となっている。研修生は中央政府で高齢者対策の企画に当たっている人が多いために、これらの市町村格差に中央政府はどのように対応しているかを問題にしていた。中央政府はミニマム・スタンダード確保のために法律的財政的な対応をし、地方政府が地域にあったシステムを作るという地方分権の仕組み（市町村介護保険計画策定委員会への住民参加と情報公開、インフォーマルな高齢者ケアへのボランティア参加など）を議論した。出雲市の行政担当者は、長期的な視点で地方分権や健康福祉活動の民主化を理解し、住民の声に耳を傾け、共感する姿勢の重要性を強調した。介護保険導入過程では、不十分な面も多くあるが、民主主義の原則の上で、中央と地方が意見交換をし、それぞれの責任を果たしながらシステム運用している。1999年に改正された地方分権法案の

中心である「地方自治法」を基礎とした地方分権化での民主主義の成熟、ヘルスプロモーションの発展が期待される。

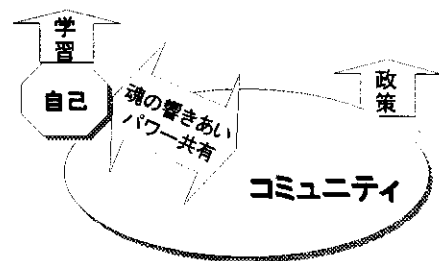
## 2. 個人とコミュニティのコミュニケーション

出雲市と佐田町では、住民・スタッフの学習と政策樹立参加によるエンパワーメントが意識的に促進された。エンパワーメントを保証するために以下の点が考慮された。1) 政策立案や実施段階で、関係する市民やスタッフのエンパワーメントを考慮した行動計画が実施された。2) 住民や専門家がボランティアとして参加するネットワークを健康福祉分野毎に組織し、自由な発想による活動を支援した。3) 住民参加による調査研究や健康福祉学習深化のために、学会・研修会などの研究活動への住民参加を促進した。住民は、日本公衆衛生学会や日本健康福祉政策学会などのシンポジストや学会発表者として学術プログラムに参加する質を獲得した<sup>10)</sup>。

多くの住民や専門家が長年にわたって健康福祉活動に関わるためには、羅針盤として目標や夢が重要であった。こうした夢や目標をまとめた健康福祉の総合政策として、出雲市では「健康文化都市いずも プラン21」を住民専門家の協働の結果として策定した。佐田町では、「介護サービス計画」「健康さだ21」を策定している。したがって、地方分権化の健康福祉課題の解決には、住民とともに考え行動する柔軟な発想の行政スタッフと研究者を育成することが何よりも重要である。

このような個人とコミュニティの相互成長過程をモデル化した(図2)。

図2 個人とコミュニティの成長



個人の自己確立には学習によるエンパワーメントが基礎となる。コミュニティには特有の文化、価値、生活習慣があるが、新しいニーズに対応したコミュニティ発展Community developmentには、コミュニティ成員の変革への一致した目標とそのための手順(政策)が必要である。すぐれた政策を持つことによって、コミュニティのエンパワーメントが達成できる。さらに、個人とコミュニティが相互に信頼し、成長するためには、「響き合う魂」と「パワーの共有」の2面でコミュニケーションが重要と考える。

## 3. ヘルスプロモーションモデルと SOJO Model

Ong の Rapid Appraisal 理論<sup>11)</sup>では、1) Conceptualizing health need, 2) Community involvement in policy-making, 3) Power, knowledge and health policy, 4) Whose priorities? 5) Data collection and analysis, 6) Change and continuity, 7) Evaluating rapid appraisal のような時系列的枠組みを提案している。また、Gorin は、Health Promotion models を Global policy, National policy, Environmental approaches, Life cycle models, Health attitude, belief and behavior change approaches, Spirituality as a construct に分類している(表1)<sup>12)</sup>。

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	Micro
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 attitudes, 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

(Golin S.S., 1998)

このため、SOJO Model を 1) 目標 (個人と集団)、2) 社会的関係、3) 思考論理、4) 実行の優先順位付け、5) 実施方法、6) 活動の変化・継続、7) 活動の評価の枠組みで整理した (図 3)。

図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

#### 4. SOJO Model の目標

SOJO Model の目標では、個人については総合的な健康となっているように考えられ、ヘルスプロモーションモデルでは、多くの要因の相互関係を重視する Ecological approach に近いと考えられる。Moos は、Social ecological approach を提唱し、個人と環境間の社会的、文化的相互関係を重視し、環境は常に変動するもので、個々人には異なって受けとめられることを前提としている<sup>11)</sup>。このため、健康についても各状況によって変化する健康さや安寧さを仮定している。それ故、家族や隣人などからの良好な Social support、コミュニティの環境改善によって個人の健康を増進できると提唱している。

集団の健康については、SOJO Model では

地域づくりを志向している。WHO や世界銀行などの国際機関では古くから Community development を重視してきた。高齢者健康福祉を例にとると、世界的に例を見ない急速な日本の高齢化とコストの増加、社会的入院の多さ、サービス利用の不公平などの課題を抱えている。急速な高齢社会や現状システムに対する国民の不満足感の解決をめざして、介護保険の導入が計画された。国レベルで公平なサービスを達成するために介護保険では、要介護時間を指標にした介護認定制度が採用された。このため、社会環境のために介護サービスを必要としながら、介護サービスを受けてこなかった老人が、介護認定されることによって必要なサービスを受けやすくなる。また、介護に関する社会資源の開発やケアマネジメントによるサービスの質的向上が期待できる。しかし、介護保険は、家庭の介護力などは考慮していないので、これまで医療福祉サービスを受けていた独居・高齢者世帯の老人の中には、「要支援・介護」と認定されず、介護保険ではサービスを受けられないことが予想された。市町村は、公的介護保険の運営に責任を持つことになった。すなわち、高齢化に対応した Community development が重要となったわけである。

出雲市健康なまちづくりでは、まず高齢者の能力に着目し、それを実現するためのコミュニティのあり方を検討した。多様な能力をもつ高齢者の人間性と人権を尊重するため、テーマを「人生の達人として生きる」とした。高齢者が老いを楽しむゆとりをもち、輝いて生きているまちは、すべての人々にとっても心豊かなまちをめざすことになった。この基本理念に立ち、1) 自律的に生きること。高齢者が激しい社会変化 (経済窮乏期、高度経済成長期、経済成熟期) を生きぬいた経験と知恵から、老年期を自律的に生きる能力と方法を明らかにすることが重要である。高齢者の自律的な生き方を支えるために、バリアフ



リー環境の整備、災害・緊急時危機管理の強化が必要である。2) 健康に暮らすこと。老年期にいくつかの疾病や障害を有しながらも、健康に暮らすためには、まず老いを受容することが重要と考えられる。さらに、老年期に適した健康な暮らし方を身につけ、肌着のような保健・医療・福祉サービスを上手に活用することが、老年期を健康に暮らす秘訣と考えられる。このため、老いを受容や老年期に適した生活習慣の学習活動を開発するとともに、介護保険導入時まで、かかりつけ医制度や中学校区ごとの福祉サービス拠点やケアマネージメントシステムを確立することが課題でとなった。3) 社会性を持ち続けること。高齢者は、社会的に孤立しなくても、精神的には「孤立感」は避けることができない。生きがいを支える生産活動、世代間交流を含む地域社会への参加、文化の伝承と創造を重視する必要がある。4) 希望をもち成長すること。高齢者の自発性と創意に基づいた学習や交流活動により、「老い」を成熟過程と考え、自己の価値に気づき、自己実現をめざすことが可能となる。このため、老人クラブとの協働による学習プログラムやボランティア活動の開発が課題である<sup>12,13)</sup>。

このように、人間の尊厳と人権尊重を基本とし、市民一人ひとりが生命を輝かせて生きることのできる Community development のために、1994年に市民参加方式で高齢者保健福祉計画を策定した。その後、市民・専門家から構成される高齢者保健福祉計画専門助言者会議（その後、介護保険制度導入をにらんだ新たな高齢者保健福祉計画策定委員会に発展的に吸収）で計画のフォローアップや健康福祉事業の検討を行い、介護保険制度の準備を含む高齢者健康福祉施策を推進している。

SOJO Modelでは健康福祉に関する社会的関係を住民とコミュニティが社会責任を分かち合う、Social responsibility model<sup>14)</sup>が採用されている。Social responsibility modelで

は、健康そのものよりも健康に関する信念や健康の人生における価値に比重がおかれている。出雲市健康なまちづくりでの健康観は、以下のように定義されており<sup>15)</sup>、SOJO Modelを用いてタイやバングラデシュで議論された健康の目標に近いと考えられる。

「健康」とは、ただ病気がないだけではない。まちに緑や自然が豊かで、人々との楽しい語らいがあり、たとえ障害や病気をもついても心豊かに充実した毎日が送れる、そんな状態を「健康」というのである。多くの病気には、現在のところ特効薬はない。また、これらの病気の多くは、老化の一面でもあり、世界で最も早く高齢社会となる島根県では、7割以上の人が病気とつきあいながら『普通』にくらし、健康状態も『普通』と考えている。病気とつきあいながらも『元気』に生活するためには、自らの持てる力を発揮し（自立）、必要な保健・医療・福祉サービスを自分の生活にうまく生かして「輝きながら生きる」ことが大切である。これまでの健康づくりは、健康診断を受け、食事を考えることによって、病気にならないための生活を考えることであった。現在の病気には、健康診断による早期発見・治療とともに、健康づくりとして 1) 健康な暮らし方を身につける、2) 「輝きながら生きる」ことを支える家庭・職場・まちづくりが必要である。「輝きながら生きる」ためには、市民、市役所、民間が手をつなぐこと、「自分の健康づくり」から「みんなが共に生きる健康づくり」に広げていくことが必要である。赤ちゃん、お年寄り、障害者のだれもが「輝きながら生きる」ことのできるまちにすることが大切である。

## 5. SOJO Modelの思考論理

SOJO Modelの思考論理は演繹的思考で、Break-through theoryが採用されており、部分を統合し、全体から部分を見て解析することが強調されている<sup>16)</sup>。健康福祉課題の解決

にあたっては、コミュニティの文化、価値、生活習慣などの多くの要因が複雑に関係している。さらに、その対策実施に当たっても行政、サービス提供機関、住民、サービス利用者など多様な関係者が関係する。このような課題解決にあつては、客観的な単純化した因果モデルを想定し、情報を実証的に分析し、一般的な解決方法を研究する問題分析型思考には限界のあることが報告されている。解決すべき問題を特定し、複雑化したカオスモデルとして発明的構想的発想で誰がどうするかを明確にし、主体的、多面的に合意を得る問題解決型思考が適していると考えられる。出雲市や佐田町での健康なまちづくりを進めるにあつても、行政スタッフや専門家が問題分析型思考を取っていた初期段階には、できあがった計画は立派であっても行政や住民によるアクションは起こらなかった。1995年頃から、参加型行動研究手法<sup>16)</sup>を採用し、発明的構想的発想で、主体的、多面的に合意を得る問題解決型思考が主流となって市民参加型の活動が活性化した<sup>12,13)</sup>。こうした意味で、効果効率的な健康福祉活動・サービスをつくるために、開発途上国であっても政策企画・決定者は、問題分析型思考から問題解決型思考への転換が図られるべきであろう(表2)<sup>17)</sup>。

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年一刷改定)

## 6. SOJO Model の実行手法

SOJO Model の実行手法のなかで、活動の優先順位付けは、KJ法などのブレインストーミング手法が用いられ、相互学習を重視して

いる。Social cognitive theoryでは、健康福祉を認知・行動・環境のつながりで捉え、行動を通じての情報獲得と蓄積、自己制御を重視する<sup>18)</sup>。ヘルスプロモーションに関するSocial cognitive theoryでは、自己効力感に最大のフォーカスがおかれている。また、学習プロセスでは、試行錯誤よりもモデリングを採用することもSOJO Modelに近いと考えられる。そして、Social cognitive theoryでは、行動変容のための動機づけと関心、行動変容のためのスキルス訓練、行動変容を維持するための社会的ネットワーク形成、再強化による行動の維持、家族からコミュニティまでの相互作用による全体化のプロセスが採用されている。SOJO Modelでは、もちろん限定された行動に焦点があるわけではないが、行動をCommunity developmentのための活動に置き換えれば、かなり近似したプロセスと考えられる。

SOJO Modelの実施方法では、参加型行動研究Participatory action researchが採用されている<sup>19-22)</sup>。佐田町の市民参加調査活動では、行政スタッフと専門家が、コミュニティで市民の行っている広義の健康福祉活動を収集し、その課題を市民が中心となって、研究者や行政職員と協力し、より良い生活の実現のために学び、活動した。こうした参加型行動研究は、1) 研究調査そのものが、立場を超えて行動する問題解決過程、2) 量的・質的分析の一体的な進行、3) 市民参加の社会システム、サービス政策、4) 協働組織などへの発展志向、5) フィードバックによる解放的研究手法、6) 参加者の創造・変革促進の特徴を有していた。

また、活動の変化・継続については、活動の拡大は、Innovation diffusion theory<sup>23)</sup>に、個々人とコミュニティの成長は Empowerment theory に近いと考えられる。エンパワーメントについてはすでに述べたので重複を避けるが、Innovation diffusion theoryでは、革新

的な考え方が適応化され、使われていく過程が重視される。そして、この過程では、革新的な考え方そのもの、環境、活用者の3要素が想定されている。つまり、革新的な考え方、活動やプログラムが環境や活用者によって適応化され、使われていく過程で、相互の影響化、複雑化、変化、衝突、協働が生ずることを前提としている。この過程で、マスメディアや唱道者などの影響を考慮し、活用することによって、新しい考え方が広がっていくと考えている。SOJO Modelでも、住民のコミュニティでの活動性を高め、住民が住民に働きかけひろがる方式がとられている。

## 7. SOJO Modelの活動評価

SOJO Modelの活動評価では住民参加による質的量的評価が採られているように考えられる。特に、活動の優先順位づけなどの過程から、コミュニティのことを良く知る住民による調査が強調されている。こうした、住民参加の調査や評価の方法として、1970年代よりRapid appraisal手法が用いられてきた<sup>5)</sup>。その調査での特徴は、あらかじめ決めた調査項目に縛られないように柔軟に情報を収集する半構造的インタビュー、社会の様々な階層から多様性のある情報を得て議論するブレインストーミングなどが採用されている。そして、参加者がその過程で新しい発見を積み重ね、理解を深め、物事の優先順位を決め、意志決定過程を描いてクロスチェックを図ることによって、行動化を容易にすることである<sup>24)</sup>。現在、健康日本21の地方版が各地で策定中であるが、住民とともにわかりやすい政策を樹立することが重要と考えられる。さらに、数値目標の設定も評価のために重要であるが、その前に達成するための方法・方策が明確化されねばならない。数値目標を達成するために、全国に共通する一般的方策しか示されなければ、数値目標は絵に描いた餅に過ぎない。目標は、住民が望んでいる夢を明らかにしな

ければならない。問題分析的な数値目標の設定は、住民の夢や目標が明確になった後に、参加型行動研究によって実施されればよいと考えられる。さらに、健全な目標設定と解決方策が樹立されつつあるか否かは、立案段階で参加した住民やその関係団体による健康福祉地域活動の活性化を評価することでも明らかになる。こうした質量を一体化した評価方法の確立が急がれる。

## 8. まとめ

SOJO Modelを裏打ちするヘルスプロモーション理論や社会発展理論を整理した。これらのヘルスプロモーション理論や社会発展理論は、長年にわたって世界中で使われてきた。SOJO Modelという革新的な考え方は、WHOのアルマアタ宣言にあるように住民参加と地域資源の活用を通じて、混沌とした21世紀の健康福祉活動理論として登場した。SOJO Modelの特徴は、コミュニティのことを良く知る住民による調査、意志決定、評価が演繹的な思考法と手法で整理されている点で、健康に関与する要因が身体的と精神的要因を越えて、社会文化的要因が濃厚に関与する時代の効果効率的なヘルスプロモーション理論の一角を占めるに値している。Innovation diffusion theory<sup>25)</sup>にあるようにSOJO Modelが、開発途上国の環境で相互影響、複雑化、変化、衝突、協働により行政スタッフや住民によって適応化され、使われていくことを期待してやまない。

## 文献

- 1.岩永俊博：地域づくり型保健活動のすすめ。医学書院，東京，1995
- 2.岩永俊博，他：地域づくり型保健活動の手引き。医学書院，東京，1996
- 3.日比野省三，岩永俊博，吉田浩二：保健活動のブレイクスルー。医学書院，東京，1999
- 4.塩飽邦憲，山根洋右，他：日本型ヘルスプロ

- モーション活動の分析と発展途上国への適応の検討. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業研究, 59-76, 2000
5. Bie Nio Ong: Rapid Appraisal and Health Policy. Chapman & Hall, London, 1996
6. Gorin S. S., Arnold J.: Health Promotion Handbook. Mosby, St. Luis, 1998
7. Moss, R.H.: Social ecology perspective on health. In Stone G.C. et al. ed., Health psychology: A handbook, Jossey-Bass, San Francisco, 1979
8. 塩飽邦憲: 日本の高齢者対策は開発途上国に役立つか. 公衆衛生情報 31(5), 印刷中, 2001
9. Shiwaku, K.: Elderly Care System in Healthy City Izumo. Proceeding of JICA Frail Elderly Care Training Course, JICA Chugoku Center, 2001
10. 塩飽邦憲, 齋藤茂子: 出雲市健康文化都市プロジェクトのあゆみ. 公衆衛生, 63, 353-357, 1999
11. Moss, R.H.: Social ecological perspectives on health. In Stone, G.C., et al. eds. Health psychology: A handbook. Jossey-Bass, San Francisco, 1979
12. 渡部英二, 山根洋右: 健康文化都市づくりの現代的意義. 公衆衛生, 63, 267-272, 1999
13. 佐野美紀子, 福間紀子: 草の根の”小地域まちづくり” ネットワーク. 公衆衛生, 63, 427-431, 1999
14. Downie, R.S., et al.: Health promotion: models and values. Oxford University Press, London, 1990
15. 出雲市: 健康文化都市・いずも プラン 2 1. 出雲市市民福祉部, 1998
16. 新井宏朋, 他編: 健康福祉の政策科学. 医学書院, 東京, 1998
17. 松下圭一: 政治・行政の考え方. 岩波新書, 東京, 1998
18. Baundra, A.: Social foundations of thoughts and actions. Englewood Cliffs, Pantice Hall, 1986
19. Tallon, D. et al.: Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet 355, 2037-40, 2000
20. Baum, F.E. et al.: Epidemiology of participation: an Australian community study, J. Epidem. Comm. Health 54, 414-23, 2000
21. Travers, K.D.: Reducing inequities through participatory research and community empowerment. Health Educ. Behav., 24, 344-56, 1997
22. Lindsey, E. & McGuinness, L.: Significant elements of community involvement in participatory action research: evidence from a community project. J. Adv. Nurs., 28, 1106-14, 1998
23. Rogers, E.: Diffusion of innovation. Free Press, New York, 1983
24. 新井宏朋編: 健康福祉の活動モデル. 医学書院, 東京, 1999
- 業績: 原著
1. 大井利夫, 塩飽邦憲: 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 日農医誌 48, 852-857, 2000
2. 塩飽邦憲, 他: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌 10, 2-5, 2000
3. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌 10, 24-27, 2000
4. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 28-32, 2000
5. 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 痴呆性高齢者を支える地域ネットワーク. 痴呆介護 1(4), 96-102,

2000

6. 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 出雲市健康文化都市づくりにおける補助器具センター構想. *Gerontology* 13, 101-109, 2001
7. 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 健康文化都市プロジェクトにおける推進方法と技術に関する研究. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究, 13-127, 2000
8. 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究, 55-71, 2000
9. 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究—農村における介護保険導入に関する費用・効果分析. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究, 47-58, 2000
10. 塩飽邦憲, 山根洋右, 他: 日本型ヘルスプロモーション活動の分析と発展途上国への適応の検討. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業研究, 59-76, 2000
11. 山根洋右, 樽井恵美子, 塩飽邦憲, 他: コミュニティにおける総合的痴呆老人ケアシステムの構築に関する研究—痴呆性老人の障害とサービス利用行動—平成 11 年度島根県難病研究所研究報告, 1-20, 2000
12. 塩飽邦憲: 国際的視野から見た地域高齢者健康福祉活動. *公衆衛生情報* 30(4), 49-51, 2000
13. 塩飽邦憲: 健康な労働者と健康な職場をめざして. *公衆衛生情報* 30(10), 48-49, 2000
14. 周藤 努, 中野志女子, 安井 奨, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市づくりと学校給食の危機管理. *公衆衛生情報* 30(10), 59-60,

2000

15. 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 地域発展支援のための地域健康福祉活動の方法と技術に関する検討. 平成 11 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 8-16, 2000
16. 塩飽邦憲: 基調講演痴呆性老人を包みこむ地域ケア. ぼけても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム報告書, 出雲市, 4-6, 2000
17. K. Shiwaku: Elderly Care System in Healthy City Izumo. *Proceeding of JICA Frail Elderly Care Training Course*, JICA Chugoku Center, 2001
18. 塩飽邦憲: 日本の高齢者対策は開発途上国に役立つか. *公衆衛生情報* 31(5), 印刷中, 2001
19. 塩飽邦憲, 渡部英二: 高齢社会での痴呆ケアの質を問う. おはよう 21 印刷中, 2001
20. 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 異食行動を持つ痴呆性高齢者の介護. *痴呆介護*, 1(4), 印刷中, 2001

#### 業績 : 学会発表

- 1) K. Shiwaku, Y. Yamane, et al.: Menopausal symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors In Japanese middle-aged women. *ICOH2000*, Singapore, 2000
- 3) K. Shiwaku, Y. Yamane: Development of Tutor-assisted and Self-directed Learning Method for Medical Parasitology Education. 第 69 回日本寄生虫学会大会ワークショップ, 松江, 2000
- 5) 中谷久恵, 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁: パーキンソン病患者の QOL 評価に関連する要因の研究. 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 6) 山根洋右, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 米山敏美: 農村における介護保険制度導入の政策科学

- 的検討—健康なまちづくりの視点から—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 7) 中尾 陽, 村上友代, 塩飽邦憲, 山根洋右: JA いずもの健康福祉戦略(6)—介護保険に対応した福祉サービス—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 8) 村上友代, 中尾 陽, 塩飽邦憲, 山根洋右: JA いずもの健康福祉戦略(7)—介護保険と有償ボランティア活動—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 9) 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 米山敏美, 山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(2)—生活習慣と健康指標の関連—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 10) 原 俊雄, 坂本 巖, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(7)—漁業者の立場から見た中海本庄工区干拓事業—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 11) 坂本 巖, 原 俊雄, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(8)—生態学者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業検討委員会報告—第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 15) 小林 昭, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 白石裕美, 山根洋右: アメリカの公衆衛生学教育の特徴と課題. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 18) 河野通快, 池田喬哉, 小林 昭, 塩飽邦憲, 山根洋右: 痴呆性老人への E 型デイサービスセンターの役割. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 21) 塩飽邦憲: 地方の時代と健康文化都市づくり. 第 4 回日本健康福祉政策学会ワークショップ, 旭川, 2000
- 22) 塩飽邦憲, 山根洋右, 佐野美紀子, 渡部英二: 健康政策学からみた喫煙対策. 第 4 回日本健康福祉政策学会学術大会, 旭川, 2000
- 23) 白石裕美: 医療看護福祉の現場における倫理教育の課題. 医学看護学教育学会第 5 回学術セミナーパネルディスカッション, 出雲, 2000
- 24) 塩飽邦憲, 乃木章子, アヌーラド・エルデムビレグ, エンヘマー・ビヤムバ, 白石裕美, 北島桂子, 山根洋右: 肥満と  $\beta$  3 アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 第 44 回中国四国合同産業衛生学会, 徳山, 2000
- 25) 松浦茂乃, 中林軍二郎, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(34)喫煙への政策的アプローチ. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 26) 中林軍二郎, 松浦茂乃, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(35)禁煙サポートの発展. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 27) 山根俊夫, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康 21 (WHO) と中山間地域における保健医療福祉サービスの課題. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 29) 石橋正伸, 和田悦子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(7)町民参加の介護保険事業計画策定. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 30) 和田悦子, 石橋正伸, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(8)高齢者地域健康福祉活動の活性化. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 31) 塩飽邦憲, A. エルデムビレグ, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(36)住民参加の健康福祉活動. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 32) 金築 宏, 金築真志, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(38)介護保険と高齢者健康福祉. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 33) 齋藤茂子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(39)介護保険と高齢者支援ネットワーク. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000

- 40) 塩飽邦憲: 心が動き、人が変わるー健康なまちづくりのための5つの技ー岡山県保健婦・士職能研修会, 岡山, 2000
- 44) 塩飽邦憲: 痴呆性老人を包みこむ地域ケア. ボケても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム特別講演, 出雲, 2000
- 45) 塩飽邦憲: 介護保険と痴呆性高齢者ケア. 第3回出雲市痴呆フォーラム司会, 出雲, 2001
- 46) 塩飽邦憲: 出雲市の高齢社会に向けての市民・行政・専門家の協働的取り組み. JICA研修「高齢者介護」コース, 出雲, 2000
- 47) 塩飽邦憲: 出雲市健康文化都市と高齢者介護システム. JICA研修「高齢者介護」コース, 出雲, 2001

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

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  
分担研究報告書

～ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動の途上国における適応、  
および国際保健医療協力／国際保健医療学の観点からみた地域づくり型保健活動～

信州大学医学部公衆衛生学教室 仲間 秀典

要約

ヘルスプロモーションはプライマリ・ヘルスケアを継承発展させた理念であり、今後途上国の保健活動にも導入されるべきである。とりわけ、発展途上国で共通課題であるコミュニティの発展や民主主義の成熟という観点から、「住民、行政、専門家の協働により、保健活動のあるべき姿を明確化することからスタートする」地域づくり型保健活動は、途上国におけるヘルスプロモーションの展開に有益な戦略を提示している。また、地域づくり型保健活動の途上国における実践は、保健活動の質的評価に関する研究開発に貢献でき、同時に国際保健医療協力の推進や国際保健医療学の体系化に有用である。

A. ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動の途上国における適応

1. プライマリ・ヘルスケアとヘルスプロモーション

1978年、旧ソ連カザフ共和国のアルマ・アータで開催されたプライマリ・ヘルスケア国際会議は、「その国の人々に受け入れられ、かつその国のニーズと社会・経済条件にかなった保健サービス」としてプライマリ・ヘルスケアを提唱し、同時に「健康は人間の基本的権利であり、政治的・社会的・経済的な理由で格差が生じてはならない」とするアルマ・アータ宣言を採択した。

この提案は、WHOの提唱するスローガン「西暦2000年までに、すべての人々に健康を」実現のための主要施策であり、健康権の享受の不公平に異議を申し立て、その現状を是正するための具体的方策を提示した点で、世界の保健医療の歴史上特筆すべき宣言といえる。

しかし、アルマ・アータ宣言から16年経過した今日、世界各地でプライマリ・ヘルスケアの理念に立脚した取り組みが進展してきたとはいえ、健康に関する南北格差は依然として未解決のままである。

一方、ヘルスプロモーションは1986年のオタワ憲章に端を発する健康戦略であり、この背景には「アルマ・アータ宣言は途上国を念頭においた提案」という捉えが先進工業国内で根強かった事実がある。

オタワ憲章では、ヘルスプロモーションや健康を次のように捉えている。「ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールしたり、改善したりするプロセスである。健康は毎日の生活を送るための資源であり、人生の目的と考えるべきではない」。また、その具体的な行動分野として、健康を重視した公共政策の実現、支援的環境づくり、コミュニティ活動の強化、個人的能力の開発、保健サービス軌道修正の5つを提示している。



したり、改善させたりするプロセス」と規定され、途上国におけるプライマリ・ヘルスケアと先進国におけるヘルスプロモーションという形で両者が対峙された感があった。しかし、その後ヘルスプロモーションの捉え方も発展し、「地域社会、行政、専門家、そして住民が健康のための政策を実践するための社会的行動」と認識されるようになってきている。したがって、ヘルスプロモーションとプライマリ・ヘルスケアの基本概念に大きな格差はなく、今日ヘルスプロモーションは、先進国においては健康政策推進のための基本戦略として、また途上国においてはプライマリ・ヘルスケアを再生させる理念として捉えられるべきである。

## 2. ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動

ヘルスプロモーションには地域社会全体で健康を守り、育んでいく視点があり、このヘルスプロモーションの理念は、国内的には環境や社会的条件などを重視した「健康なまちづくり」という現実の動きとして結実してきている。

健康（文化）都市への取り組みが全国的に広がってきているなかで、昨今地域づくり型保健活動が注目されている。この考えは健康づくりを地域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見做すことができる。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や専門家が、対話を通し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。本来のあるべき姿の明確化からスタートする地域づくり型保健活動は、従来の問題解決型の保健活動に代わるブレイクス

ルー思考型の保健活動として、昨今全国的に実践されてきており、今後の健康づくり活動の大きな潮流となる可能性を秘めている。

## 3. 地域づくり型保健活動の途上国における適応

上述のように、ヘルスプロモーションは今日「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働的活動」と考えられており、プライマリ・ヘルスケアを継承発展させた理念として、途上国の保健活動においても取り入れられるべきである。とりわけ、発展途上国の普遍的課題とされる「コミュニティの発展」や「民主主義の成熟」という視点で捉えると、地域づくり型保健活動は途上国におけるヘルスプロモーションの展開に有益な戦略を提示しており、今後途上国における実践経験を通してその意義を実証すべきであろう。

## B. 国際保健医療協力／国際保健医療学の観点からみた地域づくり型保健活動

### 1. 国際保健医療協力の学的体系化

国際保健協力を学術的に捉え直し、その体系化を図ることは、今後の国際協力活動を展望するうえできわめて重要な課題であり、すでに「発展途上国における保健医療の問題と、その改善に必要な国際協力の方法を研究する学問」を基本概念として、国際保健医療学が提唱されている。

これは、国際協力に関する中核学会として発足した日本国際保健医療学会においてさえ、その発表内容が体験的報告や協力体制の不備の指摘に終始しがちな現実の反省に立脚している。

すなわち、単なる報告や批判を越えた改善策の提案の必要性と、その裏づけとなる学的

体系化の意義を強調しており、今後の国際保健医療協力活動の方向性を示すためにも不可欠な学問領域である。

現在、国際保健医療学には適性技術／施設／設備の研究、緊急災害対策、看護制度、看護教育手法といった臨床的研究、医療制度、医療経済資源、保険制度、病院管理に関する社会医学的研究などの主要研究テーマがある。

活動の評価方法に関する研究もそれらの重要研究課題の一つに挙げられている。この評価方法の確立は活動展開中方向を調整したり、活動終了後の目標達成度を把握したりすることが本来の目的であり、この活動評価法の定式化に関する研究は国際保健医療学の抱える研究課題のなかでも価値が高い。

## 2. PCM手法による開発援助プロジェクトの評価

PCM手法は開発援助プロジェクトの計画・実践・評価という一連のサイクルを、PDM(プロジェクト・デザイン・マトリックス)と呼称されるプロジェクト概要表を用いて運営管理する方式であり、PDMにはプロジェクトの構成要素である「目標」、「活動」、「投入」や、プロジェクトを取り巻く「外部条件」の論理的な相関関係が明治されている。この特徴は、問題を論理的に分析する「論理性」、全過程を一貫して運営管理する「一貫性」、住民を含めた関係者が計画策定に参加する「参加性」の3者で表現できよう。昨今途上国のプロジェクトにこのPCM手法が導入され、開発援助プロジェクトの評価に多大な貢献をもたらしたことは事実であろう。

しかし、このような活動プロジェクトの総合評価の定式化は、現在必ずしも満足のいく状態とはいえない。とりわけ、罹患率、有病率、死亡率などの評価指標で集約可能な量的評価に比べて、プロジェクトに関わった関係者の組織化や主体化を見直す質的評価は等閑

視されてきたきらいがある。質的評価が困難な理由の一つには、このような質的評価の指標となる住民参加や組織化の度合いが数量に馴染みにくいという事情があり、問題解決型の保健活動であるPCM手法に基づくプロジェクト評価の限界もこの点にある。

## 3. 地域づくり型保健活動による活動評価と国際保健医療協力の進展

本来のあるべき姿の明確化からスタートする地域づくり型保健活動は、従来の問題解決型の保健活動に代わるブレイクスルー思考型の保健活動であり、PCM手法に基づく活動においては評価されにくい組織化や主体化の評価が可能となる特性を保有している。その定式化には社会科学や人文科学の方法論の導入も必要であろうし、従来の住民対象視型の評価法を越えた参加型の地域活動評価であるPAR(Participatory Action Research)からは、より示唆に富む評価手法を学ぶ取ることができよう。

ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動の途上国における実践は、上述の質的評価や参加型評価に関する研究開発に寄与することが予想され、同時に国際保健医療協力の懐を広げたり、国際保健医療学の体系化を図るための新たな切り口となろう。

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

開発途上国における SOJO-Model の適応の可能性と課題

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

昨年度の検討によって、日本型のヘルスプロモーション展開方法としての SOJO-Model に関して、その発展途上国での適応について、いくつかの前提条件はあるものの適応の可能性があると結論づけられた。

前年度のタイやネパールでの検討によって、住民にとって健康課題の優先性がそれほど高くないこと、健康問題への認識が低いことなどから、他のモデルとの組み合わせの工夫や発展途上国での教育プログラムが必要ではあるが実践の可能性があると示唆された。

そこで、交流のある外国人研究者の協力を得て、発展途上国において適応の可能性について検討した。その結果、バングラディッシュでのセミナーでは活発な意見の交換がなされ、関係者のモデルに対する関心の高さがうかがわれた。タイやネパールにおける適応の可能性の検討においても、実践の可能性が示唆された。

研究協力者

A. M. Mostafa Kamal

国立公衆衛生院公衆衛生行政学部

Anand B. Joshi

Tribhuvan University

Dusit Duangsa

Chaig Mai University)

民主化、保健活動の歴史などが考えられ、それらの条件による違いによって、SOJO-Model 適応の可能性は国や地域によって異なることが示された。特に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が重要である。

しかし、前年度のタイやネパールでの検討によって、住民にとって健康課題の優先性がそれほど高くないこと、健康問題への認識が低いことなどから、他のモデルとの組み合わせの工夫や発展途上国での教育プログラムが必要ではあるが実践の可能性があると示唆された。

そこで、交流のある外国人研究者の協力を得て、発展途上国において適応の可能性について検討した。

はじめに

昨年度の検討によって、日本型のヘルスプロモーション展開方法としての SOJO-Model に関して、その発展途上国での適応について、いくつかの前提条件はあるものの適応の可能性があると結論づけられた。いくつかの前提条件としては、生活基盤の安定や政治の

# **Health Promotion in Bangladesh By SOJO Model**

## **A Feasibility Study**

### **Background and objective**

Research and case studies from around the world provide convincing evidences that health promotion is an effective and practical approach to achieve greater equity in health, and have an impact on social, economic and environmental conditions that determine health.

To maximize the outcomes from health promotion actions, a process model is highly recommended. Realizing this demand, a health promotion process model, SOJO (System Oriented Joyful Operation) by name is developed by Dr. Iwanaga, a senior research scientist and section chief of the department of Public Health Administration, National Institute of Public Health (NIPH), Tokyo. SOJO is a community initiated, community based participatory approach.

The model aims to build healthy community through participation, skills and empowerment at personal and community level. The model has been being implemented with positive feedback at various community settings through out Japan since more than one decade. Recently, it is being considered to evaluate SOJO model in terms of its implementation-feasibility at the community setting with different culture and context specially in developing countries. In relation to this idea, it was decided to visit Bangladesh, a south Asian developing country. The over all goal of Bangladesh trip was to share the concepts, procedures and outcomes of SOJO model among public health workers in Bangladesh through seminars and to collect their feed back in order to examine theoretically the validity of SOJO model in the context of Bangladesh.

### **Activities**

Three seminars in total were conducted in Bangladesh within the period from January 28 to February 1, 2001. The first one was held at the Institute of Child and Mother Health (ICMH), a newly established Governmental organization under the patron of World-Bank. The second seminar was conducted at the Center for Medical Education while the third one was held at the National Institute of Preventive and Social Medicine. In each seminar, two oral presentations with same contents were given under the title of SOJO model "Its concept, procedure and impacts" and " SOJO model, Primary Health Care and Health Promotion".

The summary of the presentations and the flow chart of SOJO model are described in Table 1 and Table 2 respectively. Number of participants in the seminars was quite impressive. Many participants from different institutions and background including public health nurses gathered in the seminars to hear the story of SOJO model.