

テム確立は、地方自治体主導で実施されつつある²⁾。日本でも、厚生省は1990年より老人福祉法と老人保健法の改正を行い、地方自治体における老人保健福祉計画などのヘルスケア政策確立を促進している。市町村を基礎にヘルスケア・システムの再構築を進めることは、社会ニーズの反映、住民参加、医療機関や福祉施設などの社会資源の有効活用など多くの利点を有している³⁾。現在、進められている病院・施設ケアから在宅・地域ケアへの移行には、サービス提供側の変革とともに、サービス利用者の受診行動やライフスタイル変容が重要である。一方、社会ニーズに対応したシステム構築には、住民への広報や情報公開とともに、住民自身のニーズ自覚が改革の引き金として重要であることが知られている⁴⁻⁵⁾。このため、市町村におけるヘルスケア・システム確立には、住民参加によるヘルスプロモーション活動の推進とともに科学的なヘルスケア政策を確立・実施することが課題と考えられる⁶⁾。

これまで、公衆衛生学では疾病の原因究明に多くの成果をあげたが、住民参加によるヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策確立への関与は少なかった⁶⁾。公衆衛生学専門家が、ヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策の確立プロセスにおいて、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。その研究手法として、参加型行動研究が提起され^{6, 7)}、住民参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が提起されている⁸⁻¹⁰⁾。

第一年度の研究では、出雲市における住民参加型ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策の確立と実施プロセスについて、地域づくり型保健活動と参加型行動研究手法の成果と課題を明らかにし、開発途上国での効果的な適応条件を検討した。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⁴⁾。

第二年度は、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おり、住民参加のヘルスプロモーション活動モデルである地域づくり型保健活動SOJO Modelのヘルスプロモーション理論Health promotion theoryとの関係性を明らかにした。

第三年度は、住民による調査、意志決定、評価に関する演繹的思考法(Break-through theory)とSOJO Modelのコミュニティ活動手法(参加型目的描写法PGVM)に着目して、住民と公衆衛生専門家の学習プロセスを評価した。特に、参加型目的描写法の認知心理学的な検討、演繹的思考法と学習方法、参加型目的描写法と構造学習理論、概念地図法¹¹⁾導入による参加型目的描写法の改善について検討を行った。

B. 対象と方法

出雲市が設置したヘルスケア政策樹立のための各種協議会（高齢者保健福祉計画策定委員会、介護保険計画策定委員会、バリアフリーまちづくり検討委員会、健康文化都市いずもプラン21策定委員会）および実施のための協議会（高齢者保健福祉助言者会議、バリアフリーまちづくり推進協議会、健康文化都市推進ネットワーク会議）に委員として参加または聞き取り調査を行い、ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策樹立・実行過程を評価した。また、E型デイサービス設立、身体障害者共同作業所設置、乙立里家センター運営、有償ボランティアである里家制度や呆け老人をかかえる家族の会島根支部などのボランティア組織活動への助言・参加などによって、住民参加型保健福祉活動の実態調査を行った^{12,13)}。

ついで、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、On gのRapid Appraisal理論¹⁴⁾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^{15,16)}に基づく特徴整理を行った。住民による調査、意志決定、評価に関する演繹的思考法(Break-through theory)とSOJO Modelのコミュニティ活動手法（参加型目的描写法PGVM）に着目して、住民と公衆衛生専門家の学習プロセスを評価した。特に、参加型目的描写法の認知心理学的な検討、演繹的思考法と学習方法、参加型目的描写法と構造学習理論Constructivist theory of learning、概念地図法Concept mapping¹¹⁾導入による参加型目的描写法

の改善について検討を行った。

さらに、地域づくり型保健活動SOJO Modelの開発途上国におけるヘルスプロモーション活動への応用については、国際協力事業団「包括的高齢者ケア」研修事業において発展途上国の高齢者ケアに従事する第一線医師、ソーシャルワーカー、看護婦とブレインストーミングを行い、問題点を整理した。また、中国およびモンゴルにおいてのヘルスプロモーション政策の政策科学的検討を行った^{17,18)}。

C. 結果と考察

1. ヘルスプロモーション

1) ヘルスプロモーションの歴史

生活習慣病に対する健康福祉政策の動向を、WHOを中心に検討した。1974年に、カナダ保健大臣Lalondeの提起した「カナダ人のための保健政策」は、カナダ国内ではあまり注目されなかったが、WHOのアルマアタ宣言(1978)、ヘルスプロモーションに関するオタワ宣言(1986)にいかされている。オタワ宣言では、人々は自らの健康を自らコントロールする能力を身につけ、個人を取り巻く環境を健康に資するように改善することを重視している。その実現のために、健康的な公共政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動への住民参加の促進、個人の生活技術（健康な暮らし方）の開発、ヘルスサービスの方向転換が進められるべきだとしている²⁾。

オタワ宣言の中で唱われた健康支援環境Health-supportive environment実現の活動として、ヘルシーシティズ(1986)¹⁹⁾がWHO欧州事務局から提起された。また、1991年のサンドバール宣言では、健康支援環境は保健医療という狭

い枠内にとどまらず、社会的、政治的、経済的、文化的環境が重視され、健康学習の活性化と健康政策の樹立が注目された。また、地方レベルでの健康支援環境づくりが強調されている。健康支援環境は、教育、食物、住居、ソーシャルサポート、ケア、労働、運輸など生活諸部門と結びついており、健康活動へのコミュニティの影響と自己管理を強めることが期待されている。健康支援環境づくりは、人々の能力を拡大し、自己信頼を発展させ、コミュニティの発展をもたらすことが、人々とコミュニティの参加を強めることが、民主的なヘルスプロモーション・アプローチの真髄であること、教育が基本的人権であること、全人類の健康に必要な政治的、経済的、社会的変革が重要であることが強調されている²⁰⁾。

ヨーロッパでは、1980年頃より多要因性の生活習慣病やストレス関連疾患が多くなり、自立的な健康活動の重要性が強くなり認識された。障害者のノーマライゼーション、ILOの「職業病対策」から「作業関連疾患に対応したヘルスプロモーション」への転換などとも相まって、住民や患者の主体的なヘルスケアが強調された。WHO欧州事務局は、これらを受けて、1980年に新しいヘルスケア政策を採用した。すなわち、ニーズ対応・公平な政策やケアシステムの確立、学習や情報提供を中心とした生活習慣対策、ヘルスケアにおける住民参加の促進、資源の有効活用、政策やサービスの強調や統合、健康を支援する環境づくりなどである²¹⁾。

欧州各国では、WHO欧州事務局のヘルスケア政策と連動したヘルスプロモーション政策が各国の事情を加味しな

が策定され、実行されつつある。また、アメリカでも包括的健康計画であるHealthy People 2000 (1990)が住民団体や学会の参加により策定され、領域ごとの大目的、目達成のための具体的目標が定量的に定められている²²⁾。厚生省も公衆衛生審議会などの答申を受けて、「健康日本21」を国および地方自治体ごとに政策化し、実行しようとしている。

2) 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)。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²³⁾。

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が役割と考えられる。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

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。

3) 高齢者ケアとヘルスプロモーション

今年のJICA高齢者介護研修で、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ト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²⁴⁾。

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²⁵⁾。

社会資源や財源の配分については、W

HO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²⁶⁾。

2. コミュニティ発展と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

エンパワメントが意識的に促進された。エンパワ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²⁷⁾。

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)。個人の自己確立には学習によるエンパワ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. 地域づくり型保健活動の発展途上国での適応条件

1) 地方自治体

発展途上国では、地方分権が進んでおらず、中央政府の縦割り行政が地方自治体においても貫かれているところが多い。このため、地方自治体において住民やスタッフの自由な発想により保健福祉活動を行うことは困難が多い。このため、政策化を視野に入れたヘルスプロモーション活動は、中央政府や地方自治体が住民参加型の保健活動を推進することという政治的イニシアティブが確立した地域で展開することが必須条件であろう。

さらに、出雲在宅ケア研究会やポリシネット島根のような行政から独立した研究・学習組織が、問題点を分析し、解決のための提言を行うと共に、住民やスタッフの人づくりに貢献することが重要である。また、ヘルスプロモーション活動では、高齢者の病院・施設ケアと在宅ケアの資源配分などの生命倫理的に意志決定する課題に多く遭遇する。里家制度でボランティア活動を有償にするか、無償するかが市民自身の協議によって決定されたように、政策の意志決定過程への住民参加の強化、評価についての情報公開が必要と考えられる。

ヘルスプロモーション活動における社会システムの課題として、財源と権限の問題があげられる。エイズや喫煙対策などでは、中央政府の省庁枠を越えた健

康問題が多くなっている。この問題解決には、市民と学際的専門家、省庁横断的行政スタッフの協力と予算配分が必要である。地方分権の進展は、地方自治体における財源と権限の強化をはかり、保健・医療・福祉分野でのヘルスプロモーション活動の基盤を広げつつあると考えられる。

2) 小地域

開発途上国の小地域を選択し、ヘルスプロモーション活動について熟練したコーディネータ、現地ヘルスワーカーと地域リーダーが活動展開することはヘルスプロモーション活動のモデルを育成する方法として、意義深い。地域づくり型保健活動の進め方としては、メディアとしての計画書作成過程を開発途上国の教育レベルを考慮して調整する必要があると考える。出雲市で行われているような草の根の先駆的モデル活動の認知と拡大が重要と考えられる。

3) まとめ

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) 地方自治体でのヘルスプロモーション活動では、発展途上国では、地方分権が進んでおらず、中央政府の縦割り行政が地方自治体においても貫かれているところが多い。このため、地方自治体において住民やスタッフの自由な発想により保健福祉活動を行うことは困難が多い。このため、政策化を視野に入れたヘルスプロモーション活動は、中央政府や地方自治体が住民参加型の保健活動を推進することという政治的イニシアティブが確立した地域で展開することが必須条件であろう。さらに、行政から独立した研究・学習組織が、問題点を分析し、解決のための提言を行うと

共に、住民やスタッフの人づくりに貢献することが重要である。また、ヘルスプロモーション活動では、高齢者の病院・施設ケアと在宅ケアの資源配分などの生命倫理的に意志決定する課題に多く遭遇する。そして、政策の意志決定過程への住民参加の強化、評価についての情報公開が必要と考えられる。ヘルスプロモーション活動における社会システムの課題として、財源と権限の問題があげられる。エイズや喫煙対策などでは、中央政府の省庁枠を越えた健康問題が多くなっている。この問題解決には、市民と学際的専門家、省庁横断的行政スタッフの協力と予算配分が必要である。地方分権の進展は、地方自治体における財源と権限の強化をはかり、保健・医療・福祉分野でのヘルスプロモーション活動の基盤を広げつつあると考えられる。

2) 小地域での活動では、ヘルスプロモーション活動について熟練したコーディネータ、現地ヘルスワーカーと地域リーダーが活動展開することはヘルスプロモーション活動のモデルを育成する方法として、意義深い。地域づくり型保健活動の進め方としては、メディアとしての計画書作成過程を開発途上国の教育レベルを考慮して調整する必要があると考える。出雲市で行われているような草の根の先駆的モデル活動の拡大が重要と考えられる

4. ヘルスプロモーション理論とSOJO model

1) 世界のヘルスプロモーション理論

OngのRapid Appraisal理論¹⁴⁾では、

1) Conceptualizing health need, 2) Community involvement in policy-m

aking, 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)¹⁵⁾。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(表1)。また、Social ecological approach, Community development, Social responsibility model, Break-through theory, Participatory action research^{28,29)}, 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 Mod

elを、開発途上国の環境で行政スタッフや住民が適応化することが課題である。

2) 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を目的とし、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、個人には異なって受けとめられることを前提としている³⁰⁾。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、老いの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³¹⁾。

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 model³²⁾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。

3) 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³⁾。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たっては、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当たっても、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²⁴⁾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²⁹⁾。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)³⁴⁾。

4) 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³⁰⁾。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(表3)。

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³⁵⁾。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 theory³⁶⁾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。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。

5) 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¹⁴⁾。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²⁴⁾。

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。

5. 学習理論とSOJO model

1) 学習の目的と方法

学習の目的は、一人ひとりが持っている多様な先天的あるいは後天的な資質を生かして発展させ、社会において実り多い幸福な人生を送ることのできる自立した人間として成長することである。ジョン・デューイ（シカゴ大学）は、学習を実り多いものとするためには、学習者の家庭的、地域的、経済的諸条件に制約されることなく、平等な学習が保障されることが重要と考え、アメリカにおいて公的初等学校教育システムを整備した。そして、平等な学校教育により、社会的、政治的、文化的な役割を果たすこ

とのできる人間的な成長である社会的統合、個人の精神的、倫理的な発達を促す人格的発達を目標とした^{37,38)}。

しかし1960年以降、ゲイリー・ベッカーやミルトン・フリードマンらは、新古典経済学の立場からヒューマン・キャピタルの考え方が、中高等教育に導入された。各人がどのような所得、地位を得るかは個々人の持つ知的、身体的、その他の能力によって決定されるとの立場から、学校教育では専門技術＝能力の育成に重点が置かれることになった³⁹⁾。そして、細分化された専門教育が推進され、能力主義や教育投資が市民権を得るに至った。日本においても、1980年代以降、専門教育や能力主義が重視されてきたが、2000年頃より初等教育においては「生きる力」を獲得するための総合教育やボランティア教育が強調されてきた。

教育方法では、ジョン・デューイは子どもの動機づけやレディネスを配慮して、日常生活で興味を持ったことから出発する問題解決型教育を推奨し、アメリカの学校教育では問題解決型教育方法が広く採用されている。しかし、日本の学校教育では、ドイツ式の知識伝授型教育が採用され、生涯教育でも講師による講義を中心とした教育方法が採られることが多い。しかし、社会の急速な変化は、知識の陳腐化を促進し、講義中心の知識伝授型教育の有効性を減じている。このため、知識の詰め込み型教育から問題解決能力の育成をはかるコミュニティを基盤とした実践的な教育方法が広く採用されている^{40,41)}。本研究の主要テーマである住民の健康福祉分野での生涯教育でも、知識伝授型教育方法からコミュニティでの経験に基づく問題解決型学習方法が注目されつつある(表4)。

教授過程論としての問題解決学習理論では、学習過程を ①問題意識の自覚段階、②問題の所在とその性質の明確化の段階、③問題解決のための仮説設定の段階、④推理による仮説検証の段階、⑤実験的行動による仮説検証の段階の5段階をふまえることの重要性を指摘している⁴²⁾。問題設定は漠然と作られた問題ではなく、学習者の内的要求と関連させ、学習者の生活から出てくる問題でなければならないことから、学生自身の経験やコミュニティから問題を明確化する努力が必要である(表5)。

2) SOJO-Modelの学習目標と学習方法

SOJO-Modelでは、住民参加型教育の方法として、参加型目的描写法(PGM)によるワークショップを採用している。ワークショップは、第1段階の「実現すべき地域での健康な姿の検討」、第2段階「条件と行動の検討」、第3段階「事業、行動を中心とした目的の再確認」、第4段階「計画書(ドキュメント)の作成」の順に進行する。第1段階では、理想の姿の箇条書きから第2段階の理想の姿を中心にした目的関連図作成に進む。参加者の考えた「実現すべき地域での健康な姿」の上位目的やその状況を実現するための条件、その条件を実現するための下位の条件、それらの条件を実現するための具体的な行動や事業などを明確にする。ついで、第3段階では、事業や行動を中心にした目的関連図を作成し、事業を中心として整理を行う。こうしたプロセスを学習面から検討すると、ジョン・デューイが考案した学習参加者の動機やレディネスを配慮し、日常生活で興味を持ったことから出発する問題解決型教

育方法を採用していることがわかる³⁷⁾。

SOJO-Modelにおける学習目標を表6に示した。ファシリテータの基礎知識として健康概念、医学モデルと社会モデル、ヘルスプロモーション、住民参加、コミュニティ・ダイナミズム、ブレイクスルーが必要である。また、ファシリテータの態度としては、平等性、相互学習性、役割モデルが必要である(表7)。役割モデルとは、ファシリテータやスーパーバイザーが、能動的な参加者として役割を果たすことが期待されている。ファシリテータの技術としては、討議法としてフォーカスグループ討議やブレインストーミングが重要と考えられる。さらに調査方法として、疫学や参加型行動研究、学習・研修方法、健康福祉政策科学理論が必要である。これらを身につけたファシリテータによって、参加者のエンパワーメントが図れる。

さらに、SOJO-Modelによって参加者は表8のような内容を学んでいる。SOJO-Modelでの学習ステップでは、第1ステップ(準備)で健康概念として医学モデルと社会モデル、ヘルスプロモーションと住民参加、ブレイクスルー思考を学習し、第2ステップ(問題明確化)は目的描写図の作成、コミュニティにおける健康福祉課題の明確化、コミュニティ・ダイナミズム、調査戦略、調査方法論をみんなで議論する。第3ステップ(問題解決戦略)で、達成目標の設定、達成のための戦略、役割の明確化、政策化(計画書作成)を風船図に盛り込むことが必要になっている。そして、第4ステップ(資源開発と実施)で、資源開発、資金、システム、マンパワー研修、協働、調整を計画し、実行する。第5ステップ(評価)では、住民参加で参加型質量評価を

行う。

3) 参加型目的描写法の認知心理学的検討

SOJO-Modelでは、目的をみんなで共有し、その目的を絵や言語にシンボライズして、参加者ばかりでなくコミュニティ・メンバーみんなが認知できるように表現されている。さらに、生活のことばで医療や福祉の課題を語り、表現するところにも特徴がある。WHOの提唱する疾病や障害の社会モデルに適応した用語とコミュニケーション方法が採用されている。

このため、住民参加のヘルスプロモーション技法であるSOJO-Modelは、選択の多くある現代社会で住民参加による問題解決が倫理的であるだけでなく、効果・効率的な意志決定を可能にする点も特記されるべきであろう。すなわち、現在の疾病・障害の社会モデルを反映し、専門家が中心ではなく住民が中心でヘルスプロモーションの展開を容易にすることに利点がある。社会変動が激しく価値観が多様化する現代社会では、住民も、健康や福祉の資源開発を行政に依存するのではなく、社会参加しながら、自らの信念を変え、どう生きるか、なぜ生きるかというスピリチュアルな問いに堪えることが必要になっている。そうした観点から、夢を語ること、生活のことばで社会モデルとしての疾病とか障害を語ることから論議を出発することが、現代社会に適していると考えられる。

医学モデルと社会モデルは概念的には対立しているが、現代社会では、社会モデルの中に医学モデルがあると捉えることができる。救急医療での病態には医学モデルが対応するし、慢性疾患や障

害は社会モデルが対応する。しかし、急性疾患の場合にも、急性疾患の病因を治療する医学モデルだけでなく、費用対効果を考慮した急性疾患の治療方法の選択、急性期患者の社会心理的ケアなど社会モデルで対応した方がよい面もあるため、社会モデルの中に医学モデルが含まれていると考えれば、二つの概念は対立しない。したがって、演繹的な考え方の中に分析的な考え方を位置づければよい。現代は変革の時代であるので、ある事業をどう改善するかという発想では変化する健康福祉ニーズへの適応性が低い。全体からものを考えること、住民の願いや夢から発想する健康福祉の発想や態度が重要である。

出雲市では、高齢者が痴呆になっても人間らしく暮らせるというのがみんなの願いであり、健康福祉まちづくりの目標の一つになっている。子どもに関しては、不登校とか引きこもりが多くなっているため、生きている実感を感じ、学校や職場だけでなく様々な形で地域社会に参加ができることが課題である。こうした個人の願いが、コミュニティの願いに発展するために、世代を越えた長期間で考える必要がある。また、共生という価値観もSOJO-Modelの目標では重要となっている。SOJO-Modelの参加型目的描写法(PGVM)を行う際に取り上げるべき目標に、その国の歴史的文化的な、そして人間尊厳の夢をどう引き出すかが非常に重要となっている。そのために、地域の価値観や歴史性をファシリテータが理解し、参加型目的描写法(PGVM)において反映する力量養成が重要である。

3) 参加型目的描写法と構造学習理論

千葉県八千代市での「いきいきと子育てができるまち」づくりをSOJO-Modelでの活動例として取り上げる(図3)⁹⁾。この事例では、1歳半の子どもを持つお母さんが、寝る前に本を子どもに読んであげてことを夢として考えている。そのために、お母さんも身体的、精神的な余裕を持たないといけないし、子どもも読み聞かせを期待してくれないといけない。そして、お母さんは、図書館や保育所に子どもに読み聞かせのおもしろさを教育して欲しいと願っている。「母親のゆとり」と表現するか、「1歳半の子どもに寝る前に本の読み聞かせをする」と書くかが重要である。住民は生活感のある具体的なことばで夢や課題を語るため、ヘルスプロモーションの考え方を身につけた専門家がうまく受けとめることが必要である。親の子育て信念なども子育て課題として、総合的に捉えている。参加型目的描写法での初期例であるため、親が自分たちで何をするかは整理されておらず、専門家が何をすべきかが書かれている。この面では、親のエンパワメントに課題があるが、AICのように絵を描いてシンボライズする研修方法より、次の課題と活動が明確になる点が、SOJO-Modelの特徴である(図3)。

SOJO-Modelの持つ夢から語って、戦略的にみんなが語り合い、問題解決や夢を実現する方法をみんなで実行するという技法をさらに発展させるために、学習理論の適用を検討した。構造学習理論では、我々は既得している概念枠組みを持っており、その中に新しい知識とか技術を組み込むことによって、応用性や適応性のあるものにする(表9)。学習により概念枠組みを発達させることが、批判的思考や問題解決の能力を獲得する

ことができる。参加型目的描写法においては、活動の優先順位づけ、問題解決技法、新しい行動変容の学習、それから政策樹立に結合しにくいという弱点を有している。このため、構造学習理論に基づき、住民の願いや生活連関をまとめた知識領域にし、構造概念化し、それぞれの関連を線として描き、具体的な例を記載する。階層性やクロスリンクなどを意識化することによって議論をわかりやすく整理するとともに、資源開発や政策化への発展課題を明らかにすることが可能となる。

4) 概念地図法 Concept mapping 導入

概念地図法は、日本では、学習者の行動枠組みの複雑化を踏まえて学習カリキュラム・デザインの立案、教材開発などに応用されている⁴³⁾。アメリカでは、熟達性の拒育評価への応用として、医師の小児科卒後研修評価が報告されている¹¹⁾。

概念地図は5つのアイテムから構成されている。構造概念、それを結ぶ概念同士の関係性が概念リンク、構造概念の階層性、概念のクラスターである知識領域を結ぶクロスリンク、具体例である(表10)。水について概念地図では、水は生物にとって必要で、植物の必要の仕方と動物の必要の仕方は異なる。水の状態は、固体、液体、ガスと分けられ、固体には雪と氷がある。3つ目の知識領域は、分子で、動きがある。動きによって状態が決まるというのがクロスリンクである(図4)¹¹⁾。学習者のわかった感じやブレイクスルーなどの新知見は、クロスリンクに近いと考えられる。熟練性が高まれば高まるほどクロスリンクが多くなり、階層的に考えられ、知識領

域が明確になる。

八千代市の例では、知識領域としては、母親のゆとりを中心に、父親のゆとり、子どもの成長意欲、地域の子育て資源の4つからなる。その相互の関連性をつけて、当事者が変わらないといけないドメインと、資源開発ドメインを配置した(図3)。住民の意見を知識領域化し、関係性を明らかにすることは、SOJO-Modelの風船図を改良して、クロスリンクでブレイクスルーを明らかにし、問題解決のための方策や資源開発を明記できる方法を開発することが課題である。住民とファシリテータとが一緒になって調査や研修を行う際に、概念地図法を使って問題解決と政策課題の認知を進めることが可能となる。

5) 発展途上国での適用性検討

発展途上国での適用性を検討するために、国際協力事業団高齢者介護研修の研修生に応用した。外国から来た国際協力事業団の研修生が、社会システムや信念の違いから高齢者介護についての議論において、考え方が異なる。日本では、高齢者介護を社会モデルとして考え、コミュニティケアで解決しようとしている。しかし、多くの開発途上国では、要介護高齢者数が少ないために老人医療専門チームの育成や老人専門病院の増設で対応しようと考えている。このため、社会モデルとしての高齢者介護やコミュニティケアを前提にした研修では議論が食い違う。世代を超え、専門性を超えて話し合う方法としてすごく概念地図法は有効と考えられる。

研修開始時に、研修生が高齢者介護に関する疑問と学習目標を列記した(表11)。その疑問を、研修生とファシリテ

ータが、議論しながら知識領域毎に分類した(表12)。それを、日本での介護保険成立過程について概念地図で構造化を行った(図5)。知識領域の関連性を明らかにすることにより、社会システムや信念の異なる発展途上国の研修生が、日本の介護保険の成立過程を理解しやすくなった。また、高齢者のコミュニティケアの立場から、介護保険や医療福祉サービスだけでなく、近隣のソーシャルサポートや住宅・運輸などの知識領域との関連性が理解しやすい点も特徴である。

参加型目的描写法に概念地図法を導入することにより、住民から政策をより具体的にイメージすることが可能となる。SOJO-Modelに教育理論や技法を統合することにより、国際的にもわかりやすい技法に発展できるとともに、SOJO-Modelの解説時にも、国際的に認知された言葉でわかりやすい説明が可能となる。

八千代市の子育てのまちづくりを概念地図法で整理した(図4)。問題解決や政策化への戦略を強化するために、こども図書館とよい絵本の提供とをリンクさせなかった。子どもの健康診断や保育所の役割も直接、住民ニーズの解決に関連させていない。例えば、子育てサークルに、読み聞かせボランティアを関係させることによって、専門サービス機関がすべてを担うのではなくて、住民や親のエンパワーメントを誘発できる可能性がある。こうした考え方が、ヘルスプロモーションの推進において重要である。

概念地図法の開発課題もある。前述の小児科医の書いたけいれんの概念地図法では、けいれんの原因疾患の一つであ

る頭部外傷、その大きな原因である交通事故の予防として、法律でヘルメットとシートベルトの着用を述べている¹¹⁾。1つの徴候から、個人レベルの予防や社会的な規制目標は記載できる。しかし、その規制や行動変容を促すコミュニティ・ダイナミクスやコミュニティの価値観を踏まえた政策樹立の戦略を記載する必要がある。このためには、SOJO-Modelのように生活から発想した目標を高く掲げ、コミュニティ・ダイナミクスや価値観などを描くための概念整理や技法が必要である。概念地図法を公衆衛生のコース評価に使った報告もあるので⁴⁴⁻⁴⁶⁾、コミュニティ・ダイナミクスの概念化や緻密化を進めることにより、個人の願いだけではなくて、コミュニティ発展やまちづくりへの活用も可能となる。

D. 文献

- 1) 厚生省：厚生白書平成7年版。ぎょうせい，東京，1995
- 2) WHO, Regional Office for Europe: Health in Europe. WHO Regional Publications, Copenhagen, European Series, No. 56, 1994
- 3) Oakley P.: Community involvement in health development. WHO, Geneva, 1989
- 4) 荒木昭次郎：参加と協働。ぎょうせい，東京，1990
- 5) 小木和孝：産業保健の国際動向。産業衛生学雑誌，37(増)，S2-3，1995
- 6) 新井宏朋，藤田雅美：政策科学としての公衆衛生学。日本公衆衛生学雑誌，43，517-519，1996
- 7) Whyte W.F., et al.: Participatory action research: Through practi

- ce to science in social research. Participatory action research. Whyte W.F. ed., p19-55, Sage Publication, Newbury Park, 1991
- 8) 岩永俊博, 鳩野洋子, 渡部郁子: 我が国におけるヘルスプロモーション活動の展開と課題. 48, 187-193, 1999
- 9) 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
- 10) 岩永俊博, 黒田裕子, 和田耕太郎: 地域づくり型保健活動のてびき. 医学書院, 東京, 1996
- 11) West DC, Pomery JR, Park JK, et al.: Critical thinking in graduate medical education. A role for concept mapping assessment. JAMA 2000; 284, 1105-1111
- 12) 出雲市環境福祉部編: バリアフリーまちづくり検討委員会報告書. 出雲市, 1995
- 13) 島根医科大学環境保健医学教室編: 保健・医療・福祉連携システムに関する調査研究報告書. 島根医科大学環境保健医学教室, 出雲, 1995
- 14) Bie Nio Ong: Rapid Appraisal and Health Policy. Chapman & Hall, London, 1996
- 15) Gorin S. S., Arnold J.: Health Promotion Handbook. Mosby, St. Luis, 1998
- 16) Moss, R.H.: Social ecology perspective on health. In Stone G.C. et al. ed., Health psychology: A handbook, Jossey-Bass, San Francisco, 1979
- 17) 高 同強, 塩飽邦憲, 北條宣政, アヌーラド・エルデムビルグ, 山根洋右: 中国におけるプライマリ・ヘルスケアの現状と課題. 日本公衆衛生雑誌, 46, 320-327, 1999
- 18) 塩飽邦憲: 市場経済に揺れるモンゴルの保健医療福祉. 公衆衛生情報 32(11), 44-47, 2001
- 19) Ashton J, Grey P, Barnard K: Healthy cities - WHO's new public health initiative. Health Promotion 1: 319-324, 1986
- 20) 塩飽邦憲, 他: サンドバール宣言と環境変革の思想. 公衆衛生, 61(9), 624-627, 1997
- 21) Kaprio L.A.: Forty years of WHO in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40)
- 22) McGinnis JM, Lee PR: Healthy People 2000 at mid decade. JAMA 273: 1123-9, 1995
- 23) 渡部英二: 市町村での政策づくり. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 132-139, 1997
- 24) 塩飽邦憲, 他: 出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究. 日本公衛誌44: 464-473, 1997
- 25) 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(6), 46-48, 2001
- 26) 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 高齢者ケアと介護保険制度. 公衆衛生, 66, 196-199, 2002
- 27) 塩飽邦憲, 山根洋右: 市町村の保健と福祉を支える人たち—マンパワーの課題. 公衆衛生, 65, 564-568, 2001
- 28) Smith S.E., Pynch T., Lizardi A.O.: Participatory action research

- h for health. World Health Forum, 14, 319-324, 1993
- 29) 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
- 30) Moss, R.H.: Social ecological perspectives on health. In Stone, G. C., et al. eds. Health psychology: A handbook. Jossey-Bass, San Francisco, 1979
- 31) 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 2 11(12), 74-77, 2001
- 32) Downie, R.S., et al.: Health promotion: models and values. Oxford University Press, London, 1990
- 33) 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
- 34) 松下圭一: 政治・行政の考え方. 岩波新書, 東京, 1998
- 35) Tallon, D. et al.: Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet 355, 2037-40, 2000
- 36) Baundra, A.: Social foundations of thoughts and actions. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1986
- 37) デューイ, J.: 学校と社会・子どもとカリキュラム. 講談社学術文庫, 1998
- 38) デューイ, J.: 民主主義と教育. 玉川大学出版部, 1984
- 39) 宇沢弘文: 日本の教育を考える. 岩波新書, 1998
- 40) 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁, 他: スチューデント・レクチャーによる問題解決型予防医学教育の展開. 医学教育, 23, 358-362, 1992
- 41) 塩飽邦憲, 山根洋右, 下山 誠: 早期医学体験学習の導入と教育評価. 医学教育, 27, 211-218, 1996
- 42) 金子光男, 他: 教育方法論. 酒井書店, 東京, 1990
- 43) 佐藤隆博: 構造学習法の入門. 東京, 明治図書, 1996
- 44) Markow PG, Lonning RA.: Useful of concept maps in college chemistry laboratories: students' perceptions and effects on achievement. J Res Sci Teach 1998; 35: 1015-1029.
- 45) Novak JD, Gowin DB, Johansen G.: The use of concept mapping and knowledge mapping with junior high school science students. Sci Educ 1983; 67: 625-645.
- 46) Chastonay P, Papart JP, Lapoete JD, et al.: Use of concept mapping to define learning objectives in a master of public health program. Teach Learn Med 1999; 11: 21-25.
- E. 研究発表 (論文)
- 1) K. Shiwaku, Y. Yamane, et al.: Vasomotor and other menopausal symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors in Japanese middle-aged women. J Occup Health, 43, 356-364, 2001
- 2) 塩飽邦憲: こころ豊かにすごせるま

- ちづくり. 岡山市政の今日と明日, 岡山市職員労働組合自治研推進委員会編集発行, 128, 31-54, 2001
- 3) 山根洋右, 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
 - 4) 山根洋右, 他: 北欧のテクニカルエイドサービスの現状と日本の課題. *Gerontology*, 13, 227-232, 2001
 - 5) 山根俊雄, 他: 生活習慣病のコミュニティケアの評価に関する研究-農村における継続受診群の検討- 島根医学, 21, 58-64, 2001
 - 6) 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(6), 46-48, 2001
 - 7) 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* 211(12), 74-77, 2001
 - 8) 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 異食行動を示す痴呆性高齢者の介護. *痴呆介護*, 2(2), 38-44, 2001
 - 9) 塩飽邦憲, 山根洋右: 市町村の保健と福祉を支える人たち-マンパワーの課題. *公衆衛生*, 65, 564-568, 2001
 - 10) 山根俊雄, 他: 健康危機管理からみた二段階法ツベルクリン反応検査の意義に関する検討. *島根医学*, 21, 149-153, 2001
 - 11) 塩飽邦憲: 産業保健と手を結ぶコツ. *保健婦雑誌* 57, 936-939, 2001
 - 12) 塩飽邦憲: 市場経済に揺れるモンゴルの保健医療福祉. *公衆衛生情報* 32(11), 44-47, 2001
 - 13) 山根俊雄, 他: 生活習慣病のコミュニティケアの評価に関する研究-山村における継続受診群の検討- 島根医学, 21, 232-238, 2001
 - 14) 河野通快, 他: 医系学生における喫煙行動と禁煙教育の展開. *日本医学看護学教育学会誌* 11, 印刷中, 2002
 - 15) 塩飽邦憲, 他: 内臓脂肪型肥満に対する自己学習と自己決定に基づく教育プログラムの開発. *日本医学看護学教育学会誌* 11, 印刷中, 2002
 - 16) 塩飽邦憲, 松田正己: 市町村からの健康福祉政策づくり. *公衆衛生情報*, 31(12), 30, 2001
 - 17) 山根洋右, 塩飽邦憲, 北島桂子: 保健医療福祉の地方分権と自治体の役割. *公衆衛生*, 66, 114-119, 2002
 - 18) 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 高齢者ケアと介護保険制度. *公衆衛生*, 66, 196-199, 2002
 - 19) 塩飽邦憲, 土谷修一郎, 石崎英一: 中小事業場への地域産業保健支援システムの評価. *産業医学ジャーナル*, 25(2) 印刷中, 2002
 - 20) 塩飽邦憲: 農村における生活習慣病とQOL. *日本農村医学会雑誌*, 50, 印刷中, 2002
 - 21) 塩飽邦憲: 健康な農村づくり・まちづくりの成果と課題-佐田町. *日本農村医学会雑誌*, 50, 印刷中, 2002
- 業績 (学会発表)
- 1) Y. Yamane, et al.: Community-based public health education in healthy city project. AMEE Conference 2001, Berlin, Germany, 2001
 - 2) 塩飽邦憲, 他: 農村型地域産業保健支援システムの評価. 日本産業衛生学会中小企業衛生問題研究会第34回全国集会, 神奈川, 2001

- 3) 塩飽邦憲：高齢者ケアと出雲市健康文化都市プロジェクト。平成12年度JICA研修「高齢者介護」コース，出雲，2001
- 4) 塩飽邦憲：出雲市の高齢者ケア活動について。平成12年度JICA研修「高齢者介護」コース，出雲，2001
- 5) 塩飽邦憲，他：中小企業における Multiple Risk Factor Syndrome の動向。第74回日本産業衛生学会，高知，2001
- 6) 山根洋右，他：コミュニティを基盤とする保健・医療・福祉の統合教育実習の現状と課題。第33回日本医学教育学会大会，東京，2001
- 7) 塩飽邦憲，山根洋右：ワークショップ コミュニティヘルスから見たがん検診の意義と問題点。第50回日本農村医学会学術総会，つくば，2001
- 8) 塩飽邦憲，他：介護保険導入によるサービス利用行動に関する研究。第50回日本農村医学会学術総会，つくば，2001
- 9) 中尾 陽，他：JAいずもの健康福祉戦略(8)－「健康農村21」への取り組み。第50回日本農村医学会学術総会，つくば，2001
- 10) 山根洋右，他：政策科学からみた介護保険制度1年目の評価と課題。第50回日本農村医学会学術総会，つくば，2001
- 11) 北島桂子，他：遺伝子組み換え食品(GMO)の現状と問題点。第50回日本農村医学会学術総会，つくば，2001
- 12) 岩井京子，他：佐田町ヘルシータウンプロジェクト(9)健康さだ21の策定。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 13) 山根洋右，他：出雲市健康文化都市(41) 地方分権から市町村主権確立への課題。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 14) 梶谷ひろみ，他：出雲市健康文化都市プロジェクト(42) がん検診の評価。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 15) 佐野美紀子，他：出雲市健康文化都市プロジェクト(43) 健康文化市民フォーラム。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 16) 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(44) 痴呆ケアの現状と課題。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 17) 山根広美，塩飽邦憲，山根洋右：出雲市健康文化都市プロジェクト(45) 介護保険制度の評価。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 18) 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(46) 健康福祉活動活性化に寄与する市民のリーダー性。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 19) 和田悦子，他：佐田町ヘルシータウンプロジェクト(10) 介護保険制度の評価。第60回日本公衆衛生学会総会，高松，2001
- 20) 矢田朱美，他：出雲市における精神保健福祉活動の成果と課題。第5回日本健康福祉政策学会学術大会，さいたま市
- 21) 塩飽邦憲：健康福祉のまちづくり。健康福祉のまちづくり研修会，高知県安芸市，2001
- 22) 塩飽邦憲：禁煙職場づくりと禁煙支援。島根県医師会産業医部会研修会，益田市，2001

- 23) 塩飽邦憲：健康文化都市と地域福祉計画．出雲市市民福祉部研修会，出雲市，2001
- 24) 塩飽邦憲：市民協働と生活習慣病対策．高知県高知市保健所，高知市，2002
- 25) 塩飽邦憲：痴呆介護と痴呆ケアシステム．出雲市第3回痴呆フォーラム，出雲市，2002
- 26) 塩飽邦憲：健康大津21と健康なまちづくり，健康大津21研修会，滋賀県大津市，2002