

Responses:

In our various international activities with SOJO model, we faced many questions aiming the validity of implementing SOJO model in foreign countries specially in developing countries. Although questions varied from country to country, there were a number of questions that every participated country shared. Answers of those common questions are discussed here focusing the main point of the question.

1. How SOJO process model contributes in primary health care?

A. It is recognized that participatory development –involving users and communities in all stages of the development process is critical for optimum primary health care. However, to achieve sustained primary health care benefits, the participation must not be limited to only physical participation. It should be such a participation where community people get a scope to share and exercise their own views and have an access in planning and decision making about their own issue. In SOJO model, participants get an empowerment to make plan and decision of their own issue. Therefore, it is logical to suggest that SOJO model is an effective way to get real participation in order to realize the goal of primary health care.

2. How far the action plan is valid which is developed in SOJO model's workshop with a dominant role by community people?

A. In SOJO model's workshop, participants are helped and encouraged by professionals as how to set goal, exchange views and make the master plan based on three factors: 1. opinion and interest created through daily life interactions, 2. experiences gained through services as professional, administrative and volunteer workers, and 3. knowledge accumulated through research and continuing education during professional training etc. Although initially it seems difficult, but after making some efforts, gradually it becomes easy for the participants to understand the process. The role of the community people in making a master plan under SOJO model resembles making a community center by the community people. The center is in fact built through the joint collaboration of many experts of different disciplines like soil science, environment, architecture, water, electricity, city office administration and so on. The community people are initiator, care taker and owner of the center. The same principle applies in making the action plan by the community people in SOJO model workshop. Community people initiate and own the action plan. But the plan is, in fact, developed, implemented and evaluated through a teamwork of professionals, administrations and community people. Thus the mechanism of developing the action plan in SOJO model's workshop duly validate the plan even though the plan is dominated by ordinary community people.

3. SOJO model is developed and being practiced in Japan where people are literate, have a high economic status and lead a quality life. So, how this model could be implemented in developing countries where the picture is negatively different?

A. Its true that SOJO model is developed and being practiced in Japan where people are literate, have a high income (compared to developing country) and lead a quality life. But if you look carefully to the concept, procedure and over all objectives of the model, you will notice that education and economic background are not so important in order to be successful with this model. In Japan where this model is now being implemented, the participatory community people are not at same level with respect to education, income and work. But this difference is not hampering their activities. As I mentioned, SOJO model aims to develop empowerment, participation and skill at personal and community

level which ultimately results in successful accomplishment of community issue, health for example. Working with SOJO model is a teamwork through sharing views with each other. Lack of funding resources and traditional education does not become barrier to work with SOJO model.

4. In SOJO model's procedures no specific health issue is addressed. So, how it is justified to designate SOJO as health promotion model?

A. According to WHO, health is not just to remain free from disease and infirmity. Health is a state of complete physical, mental and social well-being. Also, people can not achieve their fullest health unless they are able to take control of those things which determine health. SOJO model aims to promote health through developing empowerment and participation at personal and community level. The model is in fact a process or systematic approach used to set an ideal goal and subsequently reach a concrete action plan to a public health issue. The users of the model eventually become capable to cope with their health problems through the activities of realizing the set goal directed by the process of the model. People working through SOJO model, regardless of age, education and economic background, and with a nominal cooperation from the professional and administration, learned how to make a role in planning, decision making and implementation of their own issue, health for example. Considering all these potentialities, it is reasonably justified to credit SOJO as Health promotion process model.

5. In SOJO model, a goal setting and realization system is adopted which is time consuming. However, people in developing countries are not used to think and progress through goal setting and realization system. Considering these factors, where is the justification to use SOJO model for community health promotion in developing countries?

A. Its true that in developing countries, community people mostly believe health as to remain disease free. So, they consider medicine as the key of health. In case of SOJO model, even in Japan, it is not introduced in relation to the remedy of curative health. Rather, it is introduced as a process or system which enables community people to conceive an ideal goal of life and make a plan to realize the goal. Community people may have different attitudes towards health and its remedy but every one in the community has a common interest to quality life. SOJO model tries to get people to work with this model through utilizing this common interest of quality life. Participants ultimately become capable to cope with their health problems as the outcomes of the activities of realizing the set goal directed by the process of the model. Thus the ultimate outcomes of the model qualifies it to use for community health promotion in developing countries.

6. Financial resource is required to operate any community health promotion program. In developing countries, community health promotion activities are usually executed by either government or NGO. SOJO is a community initiated and community based process model. So, it is assumed that the community can not work with SOJO model unless local government or NGO sponsor them. What is your comment?

A. Its true that financial resource is a pre-requisite to any community program. But when it comes about SOJO model, it is important to understand that SOJO is a process model which aims to develop people's empowerment and personal skills i.e. ability to plan, making a decision, perceiving a goal, accomplishing ideas collectively etc. Such

skills naturally make enable the community to attract financial resource required to realize the set goal. Many communities in Japan, where SOJO model is being implemented, community people have had no idea about financial resource at the beginning. But once they started working guided by the process of the model, they eventually became able to solve the financial factor in many cases by themselves and in some cases with the cooperation of the administration. So, to work with SOJO model, financial factor is not a big issue, the most important thing is to start working following the process of the model.

Feedback from implementation aspects:

Many of the international participants sent us reports appraising SOJO model after going back to their own countries. Although, each of them appraised SOJO model in different ways, all of them were in consensus that SOJO was a suitable and necessary process model for their own country. Until now, two countries, Brazil and Bangladesh, have reported based on the experiences of implementation of SOJO model in their own communities. Their experiences are described here separately.

In Brazil:

The place chosen was called Piraquara, a small town in Curitiba province, Brazil. The selection was made based upon the community characteristics (population, level of organization, socio-economic status, and so forth), the extent to which health and social workers were involved within the community, and the accessibility to the area. The team was composed of medical doctors, public health nurses, social scientists, environmental health engineers and education studies professionals. Several meetings were organized in order to join the people together in Piraquara. The inhabitants of the area who first showed interest were people from organized groups. After the gatherings became familiar to the people, other members of the community showed up. The participants were mostly composed of adults, although children are sometimes present as they come with their parents. They have different backgrounds, occupation, social status and lifestyle. As it is a poor area, there is not much variation in terms of income per family. In the beginning the talks concentrated in complaints and claims from the community's people. Its members were used to health local council's meetings where focus is addressed towards problems in the clinic area. The team decided then to have some talks on health promotion. Speeches were organized in order to show health promotion concepts and how SOJO model would be developed. Thus through this interaction issues were taken into consideration. Health and quality of life are things to be conceptualized from the community view point, rather than using health professional's concepts. Having saying that goals on what health would mean to be community should be build and reinforced on local people's perspective. SOJO model was the process to be part of the whole project.

The meetings took place at the health clinics and community center. In the beginning, people's goals on future were focusing individual perspective or localized problems such as the street holes or solid waste collection. We could not ignore that, so suggestions based on problems were taken into consideration and forwarded to the authorities, but that could not be the main focus. The emphasis had to be stressed on the goal construction. That started to occur, in practical ways, when SOJO model trees were drawn helping people to build up on a collective basis. This stage took most time in the whole context due to the literacy differences, cultural background and time availability. Different groups gathered and most people had difficulties in disconnect from the same

claims that were common previously. As mentioned before, these points were taken into consideration, but not in this context, as a goal should be built up. Eventually, the majority of the participants absorbed the spirit, although it was not the totality. Even today, claiming questions are part of the discussions. We had to deal with this issue along the process construction, as community participation in our society never took into consideration goal construction previously, but problem-based matters.

The process is still incipient to show main results, but some outcomes can be pointed out. The first one, is the process itself. Apart from that the community understood that the elderly in that area, some of them suffering from hypertension, had limited ways of interacting to each other and also insufficient leisure activities in the community region. The proposed action was that of finding dynamics that could foster physical and social practice. From that, emerged an activity that encompassed walks, ballroom dance and collective snacks. Another notable activity was that of having a clean environment. Thus, volunteers of the area decided to aggregate physical exercising to waste collection. This action consisted in making the collection on foot and selecting the waste in order to recycle them. Different age groups participated of this as a pilot project that is going to function on a regular basis now.

In Bangladesh:

In Bangladesh, almost all community based programs are executed either by local Government or by NGO or by joint collaboration of both of them. In most cases of community based health projects, donors and professionals determine the needs and make the plan for the community depending on their (donors and professionals) own intellectuality, text book information and survey data. In most cases, the objective of the action plan is not clear to community people, and no link with the objective of community people's daily life. As a result, community people think that the action plan and its implementation are the job of the donor and professionals. We community people are helping them in exchange of some benefits (money, medicine, food etc). So, when the donor and professionals go back, community people also go back from the project causing failure of the program. This scenario has motivated public health researchers and practitioners to think that top-bottom system ultimately becomes failure to mobilize community people and to get them ready to compliance. Professionals are now seeking a process model in order to work more productively.

In January, 2001, a team from National Institute of Public Health visited Institute of Child and Mother Health(ICMH), a Government owned research and educational organization near Dhaka city, and conducted a seminar among participants consisting of community public health practitioners. In the seminar, the basic concepts and procedures and impacts of SOJO model were explained to the audience of the seminar. Participants were impressed with the structure and working procedure of SOJO model and motivated to implement the model in their own working community. The name of their working community was Zhalkuri, a sub-urban area near Dhaka metropolitan city. The population of the community were about 3000. A team from Institute of Child and Mother health (ICMH), was working at that community with a joint collaboration of a foreign health service NGO. The joint team was working on mothers and children of the community aiming reducing infant mortality and increasing breast feeding and overall health of mothers and children.

The implementation is still in its preliminary stage. So, there were still no visible outcomes. People in the community were not so literate. Also, they were not used to work collectively. However, the goal setting and realization approach of SOJO mode attracted them to work together with a vision. Although, they were not clear about SOJO model, but its goal setting approach has got them interested to work with the professionals. Another out come was that the professional team realized that SOJO model might be an ideal alternate of top down system.

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

討 議

塩 飽 邦 憲

松 田 正 己

岩 永 俊 博

A. M. M ostafa K amal

(敬称略)

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
討 議

塩飽 ヘルスプロモーションを進め方は、各国の社会システム、保健・医療システムの発展段階、住民の民度などによって違いがあると考えます。発展途上国でどのような類型でヘルスプロモーションが展開されつつあるのかを、松田さんから問題提起をしていただければと考えます。そして、どのような差か、日本の位置と発展途上国への技術移転で配慮すべきでしょうか。

岩永さんが開発した SOJO-Model を中心にヘルスプロモーション展開技法の特徴と課題を整理するが 2 番目の課題です。3 番目に、学習、資源開発、政策化の 3 側面から国際的なヘルスプロモーションモデルとして SOJO-Model を発展させる議論をし、最後に発展途上国のヘルスプロモーション類型化と SOJO-Model の技術移転方法の整理をしたいと思います。

岩永 それでは、最初に松田さんから、最初の年に出したモデルについて、少し紹介してください。

松田 まず、ヘルスプロモーションやプライマリ・ヘルスケアなどを、人の平等とか最低限の健康状態とか、そういうのを保障するという理念ととらえて、それが国によって、建前としてはどの国も受け入れているんだけど、実際上どの程度受け入れられているけれども、政治的、経済的に、その実施が難しいところとやさしいところがあるだろうと思います。それを一応大きく総論賛成型と総論未定型というふうに分けたのです。

先進国の多くは一応総論賛成型で、これは人権擁護とか、健康の確保というのは国の基本的な機能の 1 つであるということが根づいていると考えられます。途上国の多くは総論未定型ということで、実際に例えば日本が伝統的にやってきた結核とか、母子とか、そういう分野でも、まだ国の制度も十分でない、現実にはほとんど対策もとられてない。国の為政者はあまりそんなことは考えてないという国々も多い。

ただ、そういう非常におおざっぱな区分けをしてみると、その中もさらにもう少し細かく分けられるようなのです。総論賛成型と言われる先進国でも、日本は一応私は簡略型としてみました。要するに、総論には本来価値というものが含まれていて、いろんな考え方があるはずだから、そこには必ずどういうことを優先するべきかとか、何をすべきかという対立があるんだけど、欧米に比べると日本はその議論が弱い。非常にあいまいな中で政策が打ち立てられている。それはいいところでも悪いところでもあるのだと思います。

途上国の場合は、これは 1 年目には私ははっきりわからなかったのですが、去年バングラに行っていて、そうだなと思って、さらに今日塩飽さんの学習論の、知識、態度、技術という話で整理をしてみると、3 つに分けられるかなと今感じています。例えばタイは途上国の中でも理念は知識として入っている。つまり、プライマリ・ヘルスケアとかヘルスプロモーションは大事だということは為政者や保健・医療者の中になかなか教育され、受け入れられている。態度としても、それがいいということがよく身につけてきている。だけど、それを実現する手段、方法、技術がまだちょっと不十分である。かなり身につけてはいるのだけれども、先進国に比べるとまだ部分的に不十分な部分があるよというのを、先進途上国型というふうに考えました。私のイメージの中にはタイがあると思うのですが、そういう国では、個別の問題がたくさんあって、例えばエイズならエイズ。栄養問題とか感染症が終わったら今度はエイズが出てきてしまった。その問題に対す新しい方法、技術を習得することにここ 10 年 20 年追われていて、それで問題から入るのではなくて夢から入るという・・・彼らはストラテジックなアプローチと言っていましたけど・・・もあるよと言ったら、やっぱりそれは非常に重要だと言っていました。だから、そういう国でも夢から入るというアプローチは、資源がなかったり技術を習得しても必ずしもそれを実現できない国では重要だと感じています。

もう 1 つのタイプは、プライマリ・ヘルスケアとかヘルスプロモーションは知識としてあり、態度としても受け入れられているけれども、技術的な面が非常に弱い。そういう国がかなり途上国の中にある。そういう国々では基本的な技術、例えば結核で患者さんにどう治療するかとか、エイズにどう治療をするとか、そういう医学的な技術や訪問の技術、あるいは地区診断や疫学の技術など、技術が十分でない。そういう国も非常にたくさんある。

それから、バングラデシュでは、知識総論型と書いたのですがけれども、知識としては知っているのですが、残念ながら受け入れてない。態度として必ずしも受け入れられないか思います。

いろいろ本音を語っていくと、議論に出てくるのは、いままでいろいろな先進国が我が国にやってきて、来るたびに新しい援助理念を持ってくる。もういいかげんにしてくれという雰囲気、どちらかという先進国に対する反感が先に出て、いいものでもなかなか態度が形成できてない。そういう国に対しては何か違うアプローチを持っていかないと難しいなと感じます。

もしかするとバングラデシュはそういう難しい国に入るかもしれない。その辺はよくわからないんですけど、ネパールはまたちょっと違うところがあって、これは保健・医療の問題というよりも、歴史と経済の問題で、経済の人に聞くと、残念だけどバングラデシュは難しいといわれます。要するに、植民地支配であらゆる資源を収奪されているから、発展の可能性がもうないと、経済の人ははっきり言うのですね。要するに、手工業から何かあらゆるものを全部つぶしていったから、まるでないと言うのです。だから、何を乗せても残念だけど発展で

きない、それがいまのバングラの現状だと言うのです。これは経済の人の見方で、われわれはそうじゃないと思いたいけれど、インフラがないところでは医療も保健も十分できないのだと言う印象は確かに持ちました。

そんなタイプ分けができるのではないかなと思いました。

塩飽 松田さんからヘルスプロモーション展開モデルの受け入れの態度を規定するものとして、歴史性と社会基盤をあげていただきました。総論賛成型の日本と北欧を比較して、歴史性と社会基盤に加えて、歴史性の中に入るかもしれませんが、政治への信頼性や民度も考慮したらと思います。また、日本と北欧との違いでは、政府などのお上は常に正しくて誤謬がないと言い通してきた日本と、社会実験を繰り返しながら新しいシステムを開発した北欧の差もあると思います。

つまり総論賛成の中で従来の日本と北欧とを分ければ、その歴史性の中で民度や政治への信頼性、社会実験的な挑戦が関連しているのでしょうか。また、総論未定の発展途上国においても政治への信頼性や民度の差があるのではないのでしょうか。

事業予算ありきではなく、夢をかなえるために国または地域にとって何が必要かを住民と一緒に考え、地域でできることから着手しようという考え方がヘルスプロモーションの基礎にあります。全く資源のないといわれるバングラデシュでも、みんなが知恵を出し合って可能なことがある。タイのように、教育、知識、経済基盤がもっと発展した国では、住民参加でさらにできることが広がるわけです。しかし、現地に適した技術開発、その技術を受け入れる社会システムがないと、なかなか安定したものにならない。言いかえれば、その国に根づいた健康政策にするために、住民の願いを中心にその国にあった社会システムや技術開発をしなければならないとも言えるでしょう。

日本は、知識、技術、社会システムもできているが、転換期に差し掛かって変革が必要になっている。少子・高齢化により、人口構成の変化や急性疾患から慢性疾患への移行、高齢者の増加による医療福祉経費の増大、一方で経済成長の停滞があり、健康福祉分野で資源の再配分、政策の優先順位付けなどの転換が必要なのです。従来の行政手法で事業予算枠を死守し、これまでのシステムを一部改善しようとしても、住民ニーズと合わないのです。みんなが一番望んでいるところに重点的に投資するために、ブレイクスルー思考で、住民の願いから発想して優先順位をつける分野と方策を住民と一緒に決めてしまう。ラピッド・アプレイザル Rapid appraisal の考え方ですね。そういう意味で、日本でも住民と一緒に活動をつくり、政策をつくることに重要な課題があると考えるのです。

それから、どのヘルスプロモーション展開モデルも、住民参加で、みんなで資源を開発し、相互研修をし、その地域に合った保健福祉活動をつくろうとしていますね。さらに、コミュニティの発展につなげることも一致しているが、重点のおき方や展開方法が少し違っている。その国の社会システムや重点政策は、松田さんに整理していただいた類型の中で、変わっていると感じました。

岩永 例えば同じヘルスプロモーションといっても非常に幅がありますよね。予防のためのヘルスプロモーションみたいに考えているところもあるわけじゃないですか。この前ネパールの人と話していたら、いろんな感染症が多く、それに対してヘルスプロモーション的な考え方でどう進めていくかと言う。これはずっと前に、まだエイズが出始めたころに、エイズに対してのヘルスプロモーション活動はどう考えたらいいかと質問したら、ロビー活動みたいなことを言う。要するに、いままでは患者をどうするかというところだけでやっていたけれども、感染者を取り巻く仕組みをつくるためのロビー活動をヘルスプロモーションと言った人がいたんだけど。

つまりヘルスプロモーションということ自体の考え方もいろいろあるわけで、そうすると、いま松田先生が言ったいろんなタイプ分けの中でも、感染症的なところをどう戦略を立てていくかという国もあるし。だから、ターゲットとその手段と分けるのかな。同じように、結核だからどうするかと言ったって、結核をターゲットにしても、どうコミュニティベースでやっていくか。いま塩飽先生が言ったように、参加だとか、相互研修みたいなことを踏まえた戦略を立てていくかということなんですかね。その辺で共通性があるのかな。

塩飽 カナダでラロンド・レポートが出て、オタワ宣言が出されたころは、発展途上国はヘルスプロテクションで、先進国はヘルスプロモーションだという感じで議論されていました。自分の健康は自分がコントロールし、みんなが参加しながら効果・効率的に、コミュニティの発展と自分の健康の発展を考えながら、意義ある人生を送っていこうというのがヘルスプロモーションのコアですね。そうすると、ヘルスプロモーションからの感染症対策があっという、糖尿病対策があってもいいしと、僕自身は整理をしているのですが。

岩永 その辺はプライマリ・ヘルスケアとの違いはどう考えますか？ プライマリ・ヘルスケアも結局はそういうところだと思うのですが。地域ベースで。

松田 アプローチは同じなのだけど、ヘルスプロモーションでは環境や政策が強調されていることと、プライマリ・ヘルスケアはやはり疾病が発端ですね。そこは抜けないですね。

塩飽 プライマリ・ヘルスケアも地域資源の活用とか住民参加とは言っているけれども、疾病中心で、健康を自分がコントロールするとか、健康至上主義ではだめでQOLが優位だよとは言っていないわけですよね。

松田 どちらかという、プライマリ・ヘルスケアは、権利とか、公的責任をはっきり言っているし、それか

らある種の夢があるんですね。つまりみんなが健康になるという。だけどヘルスプロモーションは自立を・・プライマリ・ヘルスケアも自立を言ってるのだけど、下手をすると自己責任論になる危険性があるし、先進国型のライフスタイルを、いま途上国に浸透しているのですが、それを前提にしているような印象はやはりあるのですね。

岩永 プライマリ・ヘルスケアの場合には、あの表現だと地域完結型になる危険性はありますね。地域の中でプライマリ・ヘルスワーカーみたいなのが育って、いつでもどこでも、誰にでもという、あの理念的な部分は、公的責任はあったとしても、グローバルな見方にならないようなイメージがある。

松田 ヘルスプロモーションだと文化となるわけですね。だから、地域というよりも、文化というほうが多分強調されている。

岩永 ヘルスプロモーションのほうが文化にまでいきそうな感じがあるんじゃないかな。いわゆるサポーターブ・エンバインメントというのがある。あれはただの環境じゃなくて、社会的な環境も含めて言っているわけでしょう。

塩飽 昨夏訪問したモンゴル保健省は、1990年からWHOの支援で政策展開している影響でしょうか、ヘルスプロモーションで健康政策を展開している印象を受けました。どこを強調するのかは、国の歴史や研究者によって少し違いがあるように思います。

岩永 1つ整理すると、予防なり疾病対策に重点が置かれる国もあるし、それを越えて、いわゆるヘルスプロモーションがターゲットになる場合もあるけれども、問題は戦略ですよ、その戦略としてのヘルスプロモーションということで進めていかないと理論だけになってしまう。

さっき塩飽先生が言ったことと一緒にかもしれないけれども、民主主義の未発達さというのがあると思う。特に日本のような、形は民主主義だけど、意識として民主主義になってないというようなこともかなり影響しているような気がするんだけど、どうですか。自分たちが政治を決めていくということの意識の薄さとか……

松田 社会制度として、政治は民主主義は確かに途上国は日本よりは根づいてないけれども、その分ほかに文化的な、宗教的なシステムがある。そうすると、その両方セットで見たときに、例えばバングラデシュを補完しているのはイスラムであり。昔は仏教が入っていたらしいのですが、確かに政治は未発達なのだけれど、だからまるっきりだめかという、相互補助的な、イスラム的なものがある、それが何か支えている。期待するのはそっちかなと思います。日本の場合は、そういう宗教的なものを壊して民主主義的なものを入れたけど、西欧ほどは十分発達しなくてもがいているという印象もあるのです。

岩永 選挙のときの大騒ぎの仕方とか、選挙で選ばれたその地区の有力者が地域にいろんな力を持っていたりするというのは、日本はいまアジアなんかの地域とそっくりだと思うんですね。

塩飽 政治学者に言わせると、日本の中でも投票が個人化して流動化している地域と、かなり固い票読みができる地域があるそうです。島根県でも、県都の松江市では投票行動などが都市化しています。一方、出雲市は完全には都市化せず、市民派が市議に当選できないですね。だから、日本の中でもかなり投票行動に示されるような民主主義や社会参加は異なっています。

これに関連したことで昨日、出雲市のあるコミュニティで議論しました。出雲市のなかで最も農村地域で、地区で健康目標を決めて、健康を守る会活動をやっていた地区での健康活動の進め方についてです。みんなでがん検診や基本健診を受けることを会の活動として重点的に取り組んできたが、検診にも報告会にも人が集まらなくなった。そこで、地域の60-70歳代のリーダーが困っているのです。一方、その地区の学校では、プライバシーや個性の問題があって、体を鍛えるために乾布摩擦を一斉にするやり方をしていません。農村の学校でも、個別ケアの方向で健康活動に取り組んでいる。つまり、集団的な取り組みから、子どもが学習と研修を通して自分の個別健康目標を決め、取り組みやすいように学校や地域が健康支援環境としての役割を果たすちょうど移行期にあるわけです。世代による考え方の相違は大きいのですが、コミュニティ全体から見ると自立した個人をめざし、学習と研修によって育てる方向への移行期ですね。

岩永 確かに私もそうだと思うんですよ。さっき、アジアと似ているんじゃないかと言ったのは、だからSOJO-Modelのなかで、住民が自分たちで話し合っただけで決定するということの重要性がそういう国に通じるんじゃないかと思ったんです。ほんとに民主主義が発達していて、自分たちが決めるのは当たり前だったら、別にあんなことをしなくても、ふだんのことなわけですね。

いま塩飽先生言われたような、自分たちで考えて、自分たちが決めるんだよねとか、それぞれ中にいろんな価値観を持っている人がいて、それぞれ認めなくちゃいけないだよ、というような風潮を促進する話し合いの進め方だと思っただけですね。

塩飽 それはちょっとすとんと落ちないところがあるのです。農耕文化の国と、牧畜文化の国で差があるのではないのでしょうか。いま岩永先生の言われたことは、農耕文化の国の場合によく当てはまるのではないのでしょうか。2つの文化で、SOJO-Modelで、夢を掲げながら問題整理をし、活動を育てる過程のどこに焦点を置くかが

違うんじゃないか。みんなが仲よく夢を語り、コミュニティづくりにつなげようと言うのは、農耕民族に適していると言えるんじゃないかな。遊牧民族で SOJO-Model が適用できない訳ではないが、相互研修と政策化に重点を置くことが大切ではないかと思いますね。牧畜文化の国では、相互扶助的などところは弱いの、すぐにまち・むらづくりにはならないかもしれない。だから、ヘルスプロモーション展開モデルとして SOJO-Model の和気あいあいとした感じは農耕文化の国に適しているように思うのですが、ちょっと強調点を変えれば別の文化でも役立つような気がしますね。

岩永 どこに強調点を置くかという意味ですか？

塩飽 戦略的にまちづくりや健康事業を考えよう、住民と一緒に活動しよう、政策を考え調査する過程そのものが学習だよ、自分たちでも資源をつくろうなどのヘルスプロモーションで重視されている要素を、牧畜文化では SOJO-Model の展開で強調すればよいのではないかと思うのです。

岩永 その見方はすごくおもしろいと思ったんですよ。いままであまりそういう整理の仕方をしてなかった。例えば政策形成という視点から見たらこのプロセスというのはどういう意味を持つのかとか、エンパワーメントという視点から見たらどこのところが強調されてどういう意味を持つのか。その視点はおもしろいと思います。

塩飽 日本で発展した SOJO-Model を発展途上国で研修してそのまま適用しようという考え方も大事だけれども、その国の条件に適応して現地化することも重要でしょうね。その中で、ユニバーサルモデルができるように思います。

岩永 それはおもしろいと思います。また一つブレイクスルーするかもしれない。

松田 国による固有性がかなりあるかなと思って、確かにタイは上院・日本で言う参議院が勅命だったらしいんですよ。それでやっとな選挙になって、県知事も内務大臣の任命だし、そういう意味で選挙という制度が根付いていない国ですよ。でも、仏教が非常に強いから自立心もある。タイはプライマリ・ヘルスケアの洗礼を受けて、20 年前に社会正義だということが一応根づいたから、いまエイズでもヘルスプロモーションでも受け入れられるけど、例えばフィリピンを見ると、建前はそうでも、現実には地主が支配しているような国だから、なかなかうまくいっていないですね。地方分権すると医療に全然お金を落とさないとか。インドネシアも同じで。だから、同じアジアの中でも政治・経済の仕組みで、タイはかなりミリタリーだったけれども、でも周りに共産圏があったおかげで、対抗措置で民主的な制度を取り入れざるを得なかったという、そういう国際政治のダイナミクスがあって。

塩飽 アフリカのケニアみたいにアメリカ文化のショーウインドとして支援された国もありますからね。

岩永 僕はタイに去年とおとし行って、行政があまり積極的な介入をしないから、その分 NGO が動いているという感じを受けた。だから、いろんなモデルとか手法なんかさがらっと取り入れられて、しかも NGO は行政ほどその地域に責任を持つなんてないから、やれる人たちとちょこちょこやってしまうというような感じがしていたんですね。

松田 そういうところはうまいですよ。同化能力みたいなところはタイは非常に強いですね。

岩永 そう意味ではタイはやりやすいのかしら。

塩飽 民度、社会システムなどの社会文化的な違いはあるけれども、日本の高度経済成長期や途上国でも援助が湯水のように流れ込む時代から、経済の安定成長あるいは横ばいに共通して変わりましたね。予算や活動も増やす方向から、調整し優先順位を変える仕組みにどう変えるかが大きな命題になっているわけです。その方法として、ヘルスプロモーションの考え方は、政策決定や活動の優先順位づけに、民主的で効果的な進める方法として脚光を浴びているんじゃないかと思うんです。

だから、発展途上国で適用するとき、いままで議論されたような民度、社会システム、文化的な問題、価値観や社会規範に対する配慮は必要だけれども、ヘルスプロモーション方法の適応性はいまの時代に高まっていると感ずるのです。

松田 そうすると、例えば SOJO 的なアプローチを、いま求められている技術とか方法として、こういうのがあるよと提示するのも 1 つだろうと思うのだけど、現実には、いま日本からだれかが行くと、それはやはり日本から来たということで、日本の政治、経済的なバックで来ていると彼らは受け取るわけです。だけど日本に戦略はない。アメリカやヨーロッパは明らかに国益でターゲットを絞ってアプローチをしてきている。だけど日本は、ぼやっとして、何となく平等にとか、共有ということでやるものだから、かえって途上国は戸惑うのですね、一体何しに来るのと。

そうすると、次に考えなきゃいけないのは、むしろ日本の戦略的な、何のためにやるのか、我々の夢は何なのかとよくことをはっきりさせていくことも、一方で、外務省なり厚生省なりが考えておく必要があることなのでしょう。

塩飽 技術移転や技術協力の際に、日本側の主体性や夢をはっきりさせることですよ。何のためにというやるのかという。

松田 国益でないのなら何なのかという、そこをわかるように、それからはっきりとさせるということがあったほうがいいなというのと、でも、それもできないのであれば、プライマリ・ヘルスケア、ヘルスプロモーション

ンときて、さらにその第3ステップで夢を語るというアプローチが実はあるのだというぐらいの理念を打ち出す。何かそういう方向性を……

岩永 例えば、タイでのエイズ対策のプロジェクトで、SOJO-Model に関心を持った人がいて、最初に説明するとき、なぜ我々はこういうプログラムをつくったか、できてきたかということに重点を置きました。日本で糖尿病や高血圧などに対していろんなことをやってみるんだけどなかなかうまくいかない。そして結局人はなにかの病気になっていたりするというなかで感じた自分の疑問から説明するわけです。自分がその辺で戸惑っていて、それでいろんなことを考えていたら、「健康」という概念が明確じゃなかったと気づいて、それでこういう話し合いをして……という。そうすると、結構そこところで共通の問題意識がでてくる。自分たちもいまエイズに対していろんなことをやっているけど、失敗したりしている。で、私たちは問題解決のための進め方について問題提起をしたいんだと、こういうふうに本来の目的からやってみたらどう？ という話をすると、結構納得するんですね。

いま松田先生が言っていた、じゃ、何か夢というか、何かミッションがあるのかと言われると、こういうふうに考えてみたら？ ということなんだよ、というぐらいだね。

松田 プラクティカルなのですよね。実際にやってみたらうまくいったからやってみない？ ということですよ。

岩永 そういふことですね。我々もそんな感じだったですね。

この前バングラデシュの人が、公衆衛生院に来たとき、いままで自分たちはドナーから受け入れるばかりで、あとは予算や資源の分捕り合戦だったりすると言います。支援がなくなったらどうなるのかと考えると、やっぱり自分たちでここに何が必要なのかということを決められる方法、力みたいなものが必要なんだ、という言い方をしていましたよね。

塩飽 日本の開発援助や技術移転にも国益が反映されていますよね。しかし、その国益がどちらかというと経済的な国益で、必ずしも我々の思想とか考え方をねじ込もう、それによって世界が安定するんだとは考えてないと思うんですよ。不平等性の是正とか、我々はこんな苦労をしながら少しずつ変えてきた。より近い文化を持つ国や貿易で緊密な国に、日本の経験をこんな風に生かしながらやってみたらどうだろうか。まだ社会実験のできてない日本が、開発途上国で社会実験しているのは、倫理的には問題があるかもしれないけど。そういう考え方で、医療や保健の専門家は海外に出ているのじゃないかなと思うんです。

岩永 その態度というのは欧米人との比較で、アングロサクソンの、私たちが一番正しいんだと、日本はその辺そんなはっきり言えない人種だと思う。迷いながら、一緒にやってみない？ みたいな。その辺がなあなあになってしまうのかもしれないけど。

この前のタイの、我々がプロジェクトで行っていたところに欧米人の10人ぐらいの人たちが勉強したいと言って視察に来たんですよ。僕はそこは出席しなかったんだけど、日本チームのリーダーが後で、彼らはいま世界にどのぐらいのエイズの患者がいるかということから話を始めた、と言って怒っていたんですけどね。活動を学びに来たと言いながら、意識の中ではちゃんと教えに来ている。あの辺の自信というか……。その辺が日本から出ていくときとの違いのような気がするな、いま塩飽先生の話聞いて。

松田 欧米人もいろいろいるけれど、なれてくるとそうやらなくなるのだけれども。ただ、日本人はあまりにもミッションが弱すぎて、長い目ではいいのだけれど、信頼が築けるのだけれども、自分の反省としても、ミッションが弱いというのは効率が悪いというのか……

岩永 それさがさっきの総論未定型なのか、総論から入っていくかという……

松田 総論から入らなくてもいいのだけれど、聞かれたら答えられるようにはしておくべきだなというのは感じるので。

岩永 持っているかどうかですね。

松田 そういふことですね。

【SOJO-Model に関連した手法】

岩永 夢から描いていく方法と言うことで、SOJO-Model の考え方や進め方をタイで説明したときに彼らがこれまでやってきていたAIC (A ttribute I nfluence C ontrol) とどう違うのかと言われた。将来実現したい姿を絵に描いて、それを実現するにはどうしたらいい？ という進め方です。ただ、その5日間ワークショップに参加したんですが、いままで全然一緒にやったことのない人たちが集まって、シンボルづくりにはすごくいいと思いました。シンボルが出てくるんですよ。例えばエイズの問題を考えると、お日さまが輝いて、周りでみんなエイズの患者と手をつないでという絵を描くグループがあったりするんです。そこでそれをお互いに説明し合うわけですが、自分がかいた絵はどういうことなのかと、自分たちのグループで描いた絵は、これが何を意味して、これが何を意味してと。それで共通認識をつくっていくという方法らしいんですね。それを参加者が共有した上で、じゃそのために何をしたらいいかということを確認し合うという進め方をやっていたんだけど、教育的ではあるけど、あまり政策的ではない。先を見て、そこにどう行くかというよりも、そういうことを積み重ねていくことによってみんなが気づき合い、そこから何か生まれるだろうというようなイメージだったとおもいます。

松田 能力形成とか、エンパワーメントとか、そういう……

岩永 そっちのほうにどうも重点があるという感じでした。そのことを僕そこでスーパーバイズしていた人と議論したかったんだけど、何しろ向こうは俺のような英語でくらし、こっちはあまり言えないから議論が深まらなかったのが残念だった。

塩飽 目的をみんなで共有しよう。その目的をシンボライズし、絵や言語にして、みんなで認知できるようにしよう。それ活動を通してコミュニティの課題、フォーカス・グループの課題をはっきりさせて、研修的するのですね。

生活のことばで医療や福祉の問題を語る。その側面は、WHOで言われている疾病や障害の医学モデルと社会モデルの関係を考えさせられます。医学モデルの発端から、生活のことばで社会モデルとして疾病とか障害を語ることが生きてきます。しかし、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はなかなか結びつかない弱点も持っていますね。

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での活動として例に取りますと、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ます。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。そのために、図書館がどうあったらよいか、保育所は子どもに読み聞かせのおもしろさを教育して欲しい。それから、親の子育ての信念も問題であるなど、総合的に子育て課題を捉えています。初期モデルなので、親が自分たちで何をやるかはしないんだけど、専門家が何をすべきかが書かれています。その面では、親のエンパワメントが少し弱いような感じを受けます。しかし、AICのように絵を描いて、シンボライズする研修よりは、次に何をしないと行けないのが明確になる点にSOJO-Modelの特徴の一つがある気がしますね(図1)。

岩永 いま例に出されたのは、八千代としては非常に不本意だと思うんですよ。最初のころに、あまりよくわかってないときに自分たちでやったという……

塩飽 それでも、子育てを社会モデルで捉えた生活の広がりはずいぶん広がっていますよね。

岩永 おもしろかったのは、自分たちでやっつくでしょう、そうすると、例えば子育てでずうっとやっていると、条件を満たすために何しなくちゃいけない？ というのが出てくるんだけど、そのときに、いかに自分たちがやらなくちゃいけないことが少ないか。ほとんど図書館とか公民館でとか、そういうのが出てくるんですよ。じゃ私たち何なのかという話になったんですね。

松田 この前も住民の方と、学会の関係、難病で、やはり先生言われた花見に行きたいというのが出てきたのですよ。それで実際に自分たちで難病患者を花見に連れていった。花見というのはすごくわかりやすい例で、そういう夢といっても共通項が我々の中にはあるから、話をしてもわかりやすい。だから、単に夢といっても、その中身は随分いろいろあるのだけど、例えばというときに、いろいろ出されるでしょう。それはある方向をも指し示しているような感じがするのです。

それが、文化的なことも関係するのだけれども、朝日の調査だったか、日本人が失ったものの中に夢が一番初めに出てくるのです。で、得たものは豊かさなのだけれど。だから、こういう社会は、欧米化した社会の問題点なのかもしれないのだけれど、夢が失われているから、こういうアプローチが分析的なものを補完するものとして必要になっているのだろうし、もう一方で、何か東洋的な、アジア的な、禅的とかそういう思考パターンもこの中に組み込まれているような気もするのです。それはAICとも違うとしたら、その辺は出そうと思えば出せるのではないかという印象を持つのです。

岩永 雰囲気的に例えばどういうの？ 禅的とか、東洋的とかいうか……

松田 まず出発点はその問題から入らないでというのは飛躍があるわけですね。つまり、いま抱えている苦しみを取りあえず置いて、夢にというのは、もうそこにぼんと飛んでいるわけだから、それはその思考パターンそのものに訓練が必要で、バングラでそうやっても、いや、そうは言っても毒物があったとか、出てきちゃうわけですよ。その飛躍ができる人とできない人というのは、個人差はあるにしても、何か文化的なものは……

岩永 『ブレイクスルー思考』という本の中にナドラーと日比野さんが書いているんだけど、20%の人は言われなくてもそういう発想をするんですね。で、60%は言われるとするんだけど、あとの20%は言われてもできないと。

いま先生言ったようなことはよく起こるんですよ、“そんなこと言っても、こんなにいっぱい問題があるじゃないですか”というのは。それは家を建てるときに、いま設計図をかこうとしているときに、“そんなこと言っても、雨漏りもするし、窓ガラスも割れているし”と、それはいまの家のことでしょ。それを分けて考えればそういう考えはでないんだけど。

塩飽 努力して問題が解決するのであれば、そういう思考方法は要らないわけですよ。縦割り行政の中で、この事業をちょっとよくしても全体が変わらない。大きく改革する、まさに家を建てかえないといけない場合には、私たちにどんな心地よい家をつくるかというところから発想しないと始まらない。大きな社会変化の中で、この点は世界的に共通するところだと思うんですよ。

松田 ただ、リフォームというときに、先生はよく設計図を出されるけど、意外に専門家の人はその設計図の発想は持てないのかなという気がちょっとしてるのですよ。プランニングが非常に弱いから、社会変革のグランドデザインとか、そんなこと日本人はとて弱いの。住民の人が飛びついてくるのは、どっちかという、いま

ある問題を捨てて、もうちょっと楽しくというほうかなという……

塩飽 ポジティブモデルとして……

松田 もうちょっと楽しければやれるじゃないの、発想の転換ができるじゃないのというね。

塩飽 反対に言うと、行政とか専門家がそういう願いに応えてないから、そこから発想しても全然前に進まないという市民側の知恵もあると思うんですよ。

岩永 保健婦なんかも、そういう発想ができる人はすごく楽しくやるんですね。

塩飽 少ないですね。変革の時代には、かえって専門知識と技術を持っている専門職がついていけない。むしろ、行政職や市民がとられるものが少ないので、そんな話では私たち感動しないよと言っているわけです。

岩永 相撲取りがプロレスラーになったようなものね。いままでの技は効くけどね。いままで身についた技みたいなものに縛られてね。

塩飽 住民参加のヘルスプロモーション技法である SOJO-Model がいいなと思うのは、住民参加が倫理的なことだけではなくて、効果・効率的だし、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になっている点が優れている。住民も健康や福祉に対する信念を変え、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ないと行けない。そういう意味で、夢から入るのがいまの時代に適していると考えたのです。未来永劫、この手法が良いとは言えないけれど、10-20 年は非常に適した考え方だと思うんですね。

岩永 それはブレイクスルーの日比野さんもそう言っているんですよ。その昔は神の思考だった、何でも神さまが解決してくれる。それがデカルトだとかになってきて、何か起こるには必ず原因があるから、その原因を取り除くことによって解決すると。それが行き詰まって、じゃほんとの目的は何？ というところから入っていくというのをブレイクスルー思考と言っているんだけど。でも、これもどこかでまた行き詰まって、そのときにまた違う思考パターンが出てくるだろう、ということをやっていますよね。

塩飽 歴史的に科学が分析と総合化を繰り返してきたように、この方法も時代の子だとは思っていますよね。でも、行政スタッフ、保健婦、保健所の医師などの専門家は、問題を分析的にしかみない。組織の枠組みが決まっています、予算が決まっているという頭があるから、あれが悪い、これが悪いで終わっちゃう。だれが何に挑戦するか、自分たちの信念よいかという話には全然ならない。だから、松下圭一さんが、その問題分析的な視点から、創造的にだれがどうやるかという視点に変えないといけないと言っていますね（表 1）。

松田 日比野さんとかは確かにデカルト的とか何かを言うのだけれども、ただ、デカルトの本を見ると、結構夢を語っているんですよ。だから、当時の中世の古い体質に、分析的な力で、理性の力でそれを壊して、つくってこうよという、そこにみんな共通するものを感じるんですよ。ただ、同じアプローチがいまは通用しないんだというだけであって。そうすると、夢を語る以上に、その先に方法論が必要になるのではないかなという……。それはもうちょっと計画とかそっちのほうの方法になるのかもしれないのだけれど。

岩永 方法と考え方というのは僕は車の両輪みたいなもので、理屈ばかり言っていたんじゃ理屈っぽくなるし、だからといって、やり方ばかりやったら、それは職人があなたのやり方でしょうみたいな話になってしまうわけだから、そこをどうリンクさせていったらいいかという……

塩飽 医学モデルと社会モデルは概念的には対立していますが、いまの時代は社会モデルの中に医学モデルがあると捉えるべきだと思います。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。だけど、急性疾患にも社会モデルで対応した方がよい面もある。だから、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。

松田 位置づけとしてはそのとおりなのだけど、ただ、実際には分析的な、メディカル的なほうが圧倒的に方法論も精緻になっているし、量が多いわけです。こちらは全体を見るというのは、どちらかというと理念的な位置づけであって、具体的に何をしたらいいかというのは、いろいろあるけれども、まだ体系化されてないでしょう。だから、次のステップは、SOJO-Model が含み込む新しい体系は、いままでのものを全部ひっくり返して、何があって、それをこういうふうに組み合わせたら、分析的でないやり方としてこういうふうに使えるのだということを示せるようになるころまでいくと、いろいろな人が使いやすくなるという印象は持ちます。

塩飽 そこは僕も大事だと思っています。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しようという技法をもっと発展させるために、新しい考え方、学習理論が使えないかなと思って検討してきました。概念地図法 Concept mapping という技法です。構造学習理論と Concept mapping の簡単な紹介をしているのですが、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いる、その中に新しい知識とか技術を組み込んで、応用性や適応性のあるものにしていくというのが構造学習理論なのですね（表 2）。位置づけとしては、認知行動科学ではなくて、認知心理学の分野です。Concept mapping は、カリキュラムデザインを立てるときに、人の行動枠組みの複雑化を踏まえて学習カリキュラムのデザインをすることに日本では応用されています。

また、エキスパート性の評価にも応用されています。JAMA で紹介されている論文は、小児科の卒後研修で、医師が研修前でどのようにけいれん seizure をとらえ、卒後研修によってどのように総合化されるが議論がされています。概念地図は 5 つのものから構成され、構造概念、それを結ぶ概念同士の関係性が概念リンク、その概

念の階層性、概念の塊を知識領域というんですが、知識領域を結ぶクロスリンク、具体例の5つです(表3)。

その例が、水について説明しています。まず、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違う。次に右の知識領域は、状態で、固体、液体、ガスと分け、固体には雪と氷があると書く。真ん中の知識領域は、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すね(図2)。我々のわかった感じやブレイクスルーなどの、新しいものの発見はクロスリンクに近いというわけです。熟練性が高まれば高まるほどクロスリンクがなり、階層的に考えられ、知識ドメインがはっきりするという考え方です。

松田 クロスリンクというのはこの斜めの線ですか。

塩飽 太くしてある斜めの線です。現在、この方法を国際協力事業団の高齢者介護研修の研修生に応用しつつあります。来日して最初に、高齢者介護に関する疑問と知りたい点を出してもらいました(表4)。その疑問は、ばらばらなので、研修生と一緒にカテゴリ化したのが表5です。私が、日本の介護保険について Concept map で整理をしてみたのが図3です。これの図3によって、社会システムや信念の異なる研修生が、日本の介護保険の成立過程を理解するように考えました。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係性もわかりやすいのも利点です。次には、介護保険の発展、例えばサービス体系、受診行動、他のコミュニティの活動との関連性のマップをつくらないといけないと思っています。また、研修生のファイナルレポートに各国での高齢者介護充実の戦略の概念地図に書いてもらうようにをお願いしています。このレポートによって、研修評価ができることを期待しています。

また、先ほどの八千代市の例では、知識領域として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つからなっています。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ものと、資源開発とを配置しました(図1)。住民の意見を知識領域化し、関係性を明らかにするところまでは、SOJO-Modelの風船図で描いておられますよね。日本では住民の方々が、こうしたマップをつくられる。まだ政策化までマップに描き切れていませんが、住民がまず最初に夢を語ってつくった風船図をバージョンアップして、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れば良いわけです。住民だけではできないかもしれませんが、調査や研修を積み上げる際に、この Concept mapping を使って、認知と同時に政策化への方向に発展できないかなと思っているのですが。

こうした改良によって、住民から見て政策をより具体的にイメージすることができるのではないのでしょうか。SOJO-Model に対して、住民がただ雑談しているよという悪口もないわけではないと思いますが、こういう形で、SOJO-Model に教育理論や技法を統合化することによって、国際的にもわかりやすい技法に発展できるのではないかと考えます。SOJO-Model を解説する際にも、国際的に認知された言葉でわかりやすく説明できますよね。

松田 クロスリンクというのは、個人の内面で起きているときは、禅で横超という、横に超えるというのですが、超越ではなくて、横に跳ぶのだというのです。そこに発想の転換があり、悟りにつながるというのですけれど。だから、そういう印象を、システムをぼんと飛び越えて、つながりのないところにつながりを見つけるという心理的な働きと仏教の人は言っているのだけど、すごく似ている感じがするのです。ただ、SOJOの場合は集団でそれをやるわけですよ、個人だけではなくて。それが特徴で、相互作用で全体に見えてくるわけでしょう。それと、最後のところでこれを引っ繰り返すでしょう。上下に、コンピュータの画像を引っ繰り返したみたいに、それを引っ繰り返すと計画ができると。そこのおもしろいかなと思っています。

岩永 いまおっしゃったように、計画にしていくなぎには、さっきの八千代のああいうのが3つ4つできて、それを次のステップ、次のステップで、文章化して行って、実施要項になって、それで計画をつくっていくんですね。前はそれで計画書と言っていたんだけど、いまは計画書という言い方はやめて、それはこの話し合いでの報告書みたいなもので、あとそこに例えば市が何々するとか書いてあったのを、市がどう自分の計画に取り入れるか。例えば老人会で何とかするといったら、それを老人会の計画の中にどう取り入れるかということで計画になっていくんだ、という言い方をしているんですよ。だからあれはあれで話し合っていくとある意味で政策レベルに入っていく。

塩飽 僕が、八千代市の子育てのまちづくり風船図を図1にかえるときに、問題解決とか政策化への戦略的な考え方がちょっと弱いかないかなと思いました。暮らしの関連性では、非常に豊かな発想ですが、対策は結局、全部を保健婦が背負い込む感じですね。僕は、このマップを書くときに、こども図書館は直接によい本を提供することにリンクさせなかったのです。子どもの健康診断や保育所もそうです。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。こうした仕掛けが、ヘルスプロモーションの推進の大事な点だと思っているのです。

岩永 この conceptmap ははすごくショッキングだし、確かに目的関連図を経験する住民からほんとにいろんな条件が出てくるんですよ。もう1つポイントは、以前は住民が話し合っていると、これが足りないとか、この辺をもう少しというのがすごく気になっていたんですよ。でも、もういいやと、そんなの自分たちでやっていて、3、4年たつてできないときにはまたそれなりに変えていく。さっきの塩飽先生のことばで言うと、自分た

ちで考えて、自分たちで検証して、さらにつくりかえていくという、その能力が重要なんじゃないかということに気付いて、そこで話し合っていることになり介入しなくなった。

そういう意味で、この進め方のエンパワーメント的側面と、もっとちゃんとしたものをつくれよという側面と、それから教育研修的側面というのが多分あって。ただ、気づきとか何かいうことを重視していく側面から言うと、こういうのはすごく重要なんだろうと思う。エンパワーメント的側面から言うと、自分たちでやっていけばいいやみたいだね。

僕が思うのは、あんまり1つのモデルにいろんな意味をつけたくないんですよ。だから、政策にきっちりやりたいたったら PRECEED-PROCED でやりなさいと。住民と一緒に考えて、みんなで決めてということを経験したいたたらこのモデルが合っているよ、という言い方をします。

塩飽 PRECEED-PROCED-model では、確かに教育を重視しているし、政策も重視している。こうした枠組みはいいけれども、発想の転換は PRECEED-PROCED-model に表現されてないと思いますね。発想の転換という意味では、行政をお願いするのではなくて、住民自らもエンパワーメントし、変えていこうという活動につながるの、SOJO-Model でしょうね。

松田 PRECEED で発想の転換をされたものがあれば、先生言うように、こっちに任せてと言えるけれど、あれだと従来のものをただまとめていけばいいので、大丈夫かなという……

岩永 忘れ物のないように全部ちゃんと網羅している？ というチェックのね。

松田 あれはひっくり返してほしけれど、そこはなかなかできていないですね。なるほど、おもしろいですね。

塩飽 風船図を政策モデルにするには、住民参加で議論して1年ぐらいかかるかもしれません。研修モデルとして、自分たちの議論はここまで到達している、次はここだよと発展性を持たず意味では、Concept mapping は優れています。

松田 でも、これに何か資源とか、実現性をデシジョンツリーみたいな感じがします。だから、乗せていいたら多分、欧米の政策論につながるのかなという印象を持ちます。

岩永 非常に乱暴なんだけれども、一番上を実現したいものがあって、そのための条件はと、階層的に書いていきますよね。そうすると、これはいわゆる三角形モデルにもなっていくわけですよ。そうすると、この前産能大の先生とちょっと話していたら、この一番上のあたりが生活レベルで、この中間あたりが政策レベルで、ここが事業レベル。これが明確に見えていると、政策評価だとか何かいうのができるわけだけれどと言われて、それで決めたら、これ結局 PRECEED-PROCED-model でしょう。PRECEED-PROCED-model との違いというのは、向こうはこれを専門家中心で枠組みを入れていだけで、それはそれでいいと。僕は非常に大事なことだと思うんですね。これを参加者、住民と一緒にやって、ああでもない、こうでもないと言ってつくっていくのがこっちのほうで。

塩飽 生活からの発想ですね。専門家が発想するのは事業からの場合が多いですね。コミュニティに大きな資源があるというのがヘルスプロモーションの考え方です。だから、コミュニティでの生活から発想して、専門家による事業は少しの手助けや支援、補助ものだという発想の転換がないと、いろんな政策モデルを開発してもだめです。

塩飽 Concept map の課題もあります。JAMA の論文で研修2-3年の小児科医の書いたけいれんの Concept map 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ます。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出せると思います。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、コミュニティのナレイティブな変化を踏まえて政策は樹立しないと行けない。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る必要があるし、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しょうね。

Concept map を公衆衛生のコース評価に使った論文もありますので、コミュニティ・ダイナミクスの概念化や緻密化を進めていけば、個人の願いだけではなくて、コミュニティの願いやまちづくりにも活用可能でしょう。

岩永 それをコミュニティでもしやっていくとすれば、住民自身のことばで語られるものと、専門家が語るべきことが混在してきますよね。そこが PRECEED-PROCED-model とまた違うんじゃないかなと思うな。

塩飽 その概念の書き方や関連性の持たせ方が課題ですね。僕が思ったのは、「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」と書くかということだと思います。住民は生活感のある具体的なことばを語るの、まずは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です。次に、住民の願いや生活連関をまとめた知識領域にし、構造概念化していく。さらに余裕があれば、それぞれの関連を線として描き、具体的な例を書けばよい。

岩永 具体的に表現するところが一番特徴だとも思います。何とかマッピングと言ったほうがいかもしれないですね、コンディション・マッピングとか。要するに、そこを話し合うときには極力具体的なことばで話そうと。何とか公園のあの桜の木の下で、みたいな。そうするとみんながイメージを共有できるんですね。それで文章化していくときにそこを抽象化していくわけですよ。これは例えばそういうゆとりなんだみたいなね。その条件として出たほうもひとつくるめにしたりする作業は、最後の文章にしていくなさるんですね。

塩飽 KJ法もそうですね。住民からで体験をカテゴリー化して、それをよくあらわした構造概念にする。構造概念の関連性は表すのですが、構造学習理論のように、階層性やクロスリンクを含めて学習への応用がKJ法では弱いのではないのでしょうか。

岩永 SOJO-model を適応する際に途上国と日本とでベースが違うところは、日本だと、ほとんどのコミュニティのメンバーは、自分の置かれている状況を認識しているといえる。健康課題にしても、地域の状況にしても。これも国によるんだろうけど、そういう認識のない国でどうするかといったときに、PRAとか現状評価に強い方法で現状を認識してからやるといいと思う。

これも僕はそういう意味で、自分たちの置かれている状況に対しての認識の幅が狭い人の場合とか、そういうときにすごくいい方法だと思うんですね、前段階で。

塩飽 僕はJICAで何でこういう作業をしたかという、バックグラウンドの違う人たちが集まって、というのは、ファシリテーターということばをスペイン圏の人たちは、ファシリテーターというような、豊かにするような概念で考えて、インスティテューションと違うんですね。そういうことから始めないといけないので、まず質問をだーっと出してもらって、カテゴライズして、位置づけを決めて、これでいいねという話をして、じゃ次に関係性を見ていこうと。研修できょうの講義はこの話だよとかというのを常に整理しないと、認識の発展が、レディネスが一緒じゃない場合は特になんかという感じがします。

・岩永 それは日本人……

塩飽 いえ、外国から来たJICAの研修生の場合です。日本人でも、お年寄り、壮年期、若者で、社会変化の中で同じ事象を話していても随分受け取り方が違うのではないのでしょうか。こういう手法は世代を超え、専門性を超えて話し合う方法としてすごく有効だなと考えます。医学生

岩永 おもしろい話だと思うなあ。

松田 クロスリンクって、タイ人はショートカットが好きだとよく言うのです。だから、発想がずうっといくのが嫌で、ぼんと飛ぶ。そういう文化的なものもあるかもしれない。背後に仏教があるせいかもしれない。

塩飽 我々が、何かわかったという感じは、たとえば水分子の運動とその状態がリンクする瞬間ではないのでしょうか。

松田 SOJOの場合はクロスリンク的なことはどうやって、それはまとめるという作業になるのですか。

岩永 あれば条件、そのためには何？ って、PCMと一緒に、関連性で考えていくんですね。KJ法みたいにブレインストーミングじゃなくて、関連性でいくから、あれ、これとこれって関係あるよねというような形で出てくるんですね。

松田 そもそもクロスリンク的に発想しているわけですね。

岩永 だから現状認識だとか理想像などの概念幅が狭かったらクロスにいかない。もう一つのところだけで考えていく。だから、下手な目的関連図の場合は、とにかく1つに1つ、1つというふうになっていく。それ僕たちもファシリテーターと言っているんですが、みんなを勇気づけて楽しくやろうと。そのファシリテーターが優秀なときはわーっと広がっていくんですよ。

この前あるところで、片方はわいわいやっているのに片方はしーんとやっているから、何が違うんだろうと思って見にいったら、楽しくやっているほうは、“それは例えばどうなの”とか、どこかに行くと言ったら、“例えばだれと？”とか、すごく具体的にどんとどんと聞いていくと広がっていくんです。言われたのだけ書いていると広がらない。

松田 テクニカルに言うと、具体的に聞く、関連性をつけるというのと、分析的にというのの微妙な差ですね。そこが身につくとファシリテーターがうまくいくと思う。

塩飽 SOJO-Model のなかでもファシリテーターの役割、スーパーバイザーの役割はすごく重要ですよ。SOJO-Model における学習目標を整理したのですが、ファシリテーターの基礎知識として健康概念、医学モデルと社会モデル、それから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、ブレイクスルーという基礎知識が必要だろと思います。態度としては、平等性、相互学習性、役割モデルが身につけてないと対応できません。役割モデルはファシリテーターとかスーパーバイザーと、能動的な参加者というような意味ですけども。技術としては、討議法としてフォーカスグループでの議論やブレインストーミングですね。それから構造概念化ですね。その方法として概念地図法を意識すると発展性が出てくる。調査方法としては、疫学や参加型行動研究、学習・研修方法それから科学的な政策科学理論ですね。ファシリテーターは勉強するとエンパワーメントが図れるのは。

SOJO-Model を学習理論から眺めてみると表6のように表現できるのではないかと考えています。また、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）は風船図の作成、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考える。この風船図を Concept mapping を使って次のステップにバージョンアップすることはできないだろうかと考えています。すなわち、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のです。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と言ったプロセスです（表7）。

松田 そのマッピングというのは大学院レベルですよ。

塩飽 いや、中学校でも使っています。水の例は中学校レベルですね。

岩永 何でもいいわけでしょう、例えば夫婦関係みたいなものだって……

松田 では、学部でも可能だということですね。

岩永 自分がそれをどうとらえているかということを実感していけばいいわけですね。それが関連しているかどうかということ。

塩飽 SOJO-Model の風船図のバージョンアップとしてこれを取り組んでもいいし、学習評価法とかでこれ取り組んでも、おもしろい課題だと思うんですね

岩永 例えば、地域づくり型の話し合いをどう認識しているかということを実践しておいて、その研修した後にもう1回やってみると、例えば住民参加なんかでもいいですね、住民参加に括弧をどうつけるか、どういうふうにイメージを持っているかということを実践して、それがまた……

塩飽 評価だけではなくて、自分が認知しているところをはっきりさせていって、学習課題を明確にする。

松田 自分でアセスするということですね、到達する……

塩飽 そっちのほうが意味が伝わってきますね。

（ 休 憩 ）

岩永 いままでのをベースにカマルさんまず感想なりを。

塩飽 問題提起をしてもらって、それを受けて再度……

カマル 私はいろいろな国の人と話して、例えばバングラデシュの場合、チャイナ、ほとんどは発展途上国の人ですね。ですから、国によって考え方は違うんですが、発展途上国の中でユニバーサリーな考え方もあります。それは何かというと、とてもマテリアリスティックな考え方ですね。

このSOJO-M odelの説明をしてから、質問ありますかと言ったら、最初に出る質問が国によって同じです。それはちょっと私びっくりしたというか、ああそうかということを感じたんですね。その同じ質問は何かというと、SOJO-M odelのゴールがインマテリアリスティックとか、アブストラクティブですね。デベロップングの国の人々はそれをアブストラクティブウェイで考えるのにはなれてない。ゴールというと、例えば最初はSOJOをヘルスプロモーションモデルと考えると、トラディショナルヘルスプロモーションは何ですか。例えばフィットネスクラブもヘルスプロモーション。アメリカだとヘルスプロモーションで言うと、80%がフィットネスクラブがヘルスプロモーションの中に入っているんです。デベロップングの国はアメリカやイギリスから勉強するので、彼たちのヘルスプロモーションというフィットネスクラブとか、あとはダイエティングとか、ニュートリションとか、そういうことで考えるんですね。ですから、SOJOがヘルスプロモーション、ああなるほどねと。ということは、自分らの頭の中にあるヘルスプロモーションとそういうものとまざるんですよ。まぜてゴールをつくりたいです。でも、ヘルスプロモーションのSOJO-M odelのゴールはちょっと違うんですよ。そこがみんなちょっと違っちゃうんです。それは何で違うんですかとか言う。これは国によって同じ質問です。もう1つは、日本でSOJO-M odelができましたので、日本人というのはデベロップングの国の人々はとてもアッパーレベルな考え方ですね。例えば日本人はお金持ちで、ライフスタイルが高いので、そういう人々のためにSOJO-M odelがつくられているので、逆に私たちの国の状態は全然違いますので、多分それがうまく進まないなところですね。

3つ目は予算のことです。デベロップングの国だと、予算といえば政府。自分たちで予算をつくるというのは考えられないです。つくる力はあるんですが、なれてないです。いつも予算といえばNGO、政府、そういうふうを考えちゃうですよ。ですからそれをもとでやると、だれが予算をくれるんですかという質問が出るんですね。

それから、いまデベロップングの国でいろいろな問題がありますよね、例えば感染症など、彼らはそういうことにSOJO-M odelはどういうふうに関与するかと、そういう質問です。

ですから、SOJO-M odelのインターナショナルバージョンをつくりたい人はこのポイントを考えてアジャストメントしたほうがいいかなと思うんです。

松田 最初のところで、この議論のヘルスプロモーションで一応いくということだったけれど、やはりヘルスプロモーションといっても、そういうフィットネス的なものから、プライマリ・ヘルスケアを踏まえたヘルスプロモーションという本来の筋、人権とか公正とか、それは両極端があると思う。そこが実は価値を含んでいて、つまり、公正とか、より多くの人々がある程度健康水準にというような、思想的な部分が入らないヘルスプロモーションだと、個人のフィットネスで、個人が努力すればいいという意味のホリスティックな考え方になってしまうから、そこがこのモデルの出発点に影響していると思います。

岩永 我々はある意味では便宜的にヘルスプロモーションということばを使っているじゃないですか。いま先生言ったようなプライマリ・ヘルスケアを踏まえた上でのそういういろんな概念が入っているから、我々は非常に便利に使っているんだけど、いま言ったようなことを考えると、もう少し違うことばを使ったほうがいいかもしれない。

塩飽 JICA の研修生を受け入れていて思うのは、カマルさん言われた言葉のイメージや定義が違うという問題、それから経済発展している日本と開発途上国は違うという2つのことが必ず出きます。言葉の定義は、WHOが出しているヘルスプロモーションの定義集と Concept map を使って意思統一することが必要ですね。

たとえば、ヘルスプロモーションといっても、アメリカ流のヘルスプロモーションはフィットネスとかアメニティだし、ドイツのヘルスプロモーションはスパと森林浴。しかし、主流の考え方は、カナダで提唱され、WHOヨーロッパ事務局が主導しているプライマリ・ヘルスケア、ヘルスプロモーション、ヘルシーシティという流れですね。だから、ヘルスプロモーションを語るときには、WHOの用語を用いないと、混乱が大きくなります。僕は基本的に、ユニバーサルなモデルをつくるときには、既存の学習理論やWHOの用語や概念で表現することが重要でしょう。

岩永 定義を共有するということだね。

松田 ヘルスプロモーションのマッピングもあるのですか。

塩飽 よいマップはないです。だから、我々がWHOの定義を踏まえてつくりたいといけないうえでしょうね。

岩永 それも例えばトレーニングならトレーニングのところでやってみると、最初のフィットネスみたいなものからどう環境とかに広がっていくあたりを……。

松田 例の認知モデルがああいう形だけで出すと誤解を受けるから、やはりマッピングみたいなものがないといけないうえでしょうね。だからこれだけ覚えてもエキスパートにならないのですね。

岩永 あれは説明するのはいいけどね。

塩飽 イメージですよ。だから具体例なのですよ。

岩永 僕はあのイメージは使っていないんだけど、あれ坂道を押してどうするのって、修士コースのギリシア神話みたいなイメージだね。

塩飽 常に努力しないとイケない。

岩永 石を持ち上げるとごろごろと落ちてきて、また持ち上げてみたい。そんなんじゃないんじゃないの。もっと楽しげに……

塩飽 マップのもとになる知識領域はあるけれど、その知識領域の関連性をマッピングしないとみんなの共通認識にならない。丸地信弘先生の共通認識の方法もあるけど。

カマル もう1つ、岩永先生がSOJO-Modelのセミナーをやるとき、最初にSOJO-Modelの意義付けとして話すんですね。それはとてもハイレベルなので、というような考え。これがデベロップメントの国の人々にとってはよくわからない。最初がよくわからないと興味はどんどん下がっちゃうんですね。ですから、最初から興味はどんどん上がるような、マッピングとかインストラクションとか、そういうのをつくれればどうかなと思うんです。

塩飽 カマルさんが来られる前に議論していた発展途上国の社会経済的問題と関連しているのでしょうか。疾病や障害について、医学モデルと社会モデルがありますよね。SOJO-Modelでは社会モデルを基調に考えているわけです。医学モデルを否定しているわけじゃないけど、社会モデルは医学モデルを含んでいるという考え方をしています。だからSOJO-Modelでは、社会モデルで夢とか目標ゴールを語っているわけです。

SOJO-Modelの発展途上国での適応モデルとも関係するけど、発展途上国の専門家は疾病予防のために、専門家を養成して医学モデルで解決したいと考えている。しかし、ヘルスプロモーションの考え方は、健康課題を医学モデルよりは社会モデルで考え、みんなで研修し、疾病や社会資源に関する考え方を変えて、健康なまちづくりCommunity developmentを図ろうとしている。SOJO-Modelで議論するためには、医学モデルから社会モデルにパラダイムチェンジするような学習準備状況Readinessなり、事前学習が必要でしょう。それとも、SOJO-Modelを研修する過程で社会モデルに気づくのでしょうかね。

カマル 私もこの前先生に言ったのは、ソーシャルプロモーションモデルといえるのか。ただ病気か、健康かという考えだけではなくて、ソーシャルプロモーション、ソーシャルプロモーションのなかで健康プロモーションが1つ、そういうモデルだと思います。そのことは何か言っていましたよね。でも、向こうの人々はメディカルモデルのことをすぐ考えてなれているんですよ。ですから、最初はメディカルの話から始まって、どんどんソーシャルプロモーションじゃないとメディカルプロモーションはできないと、それからだんだんソーシャルに入ったほうがいいと思うんです。

岩永 多くの国でいろいろそういう疾病をターゲットにして何かやろうとして、うまくいってないじゃないですか。エイズなんかにしても。タイの人たちがAICとか我々の進め方にさらっと入ってくるのは、メディカルモデルでどうしようもないわけですよ、患者が治るわけないわけだから。どう家族のある方だとか、出かせぎとか、そういうところを考えていかないと解決できないところにきているわけだから。いま問題になっているのはエイズ孤児ですよ。みんなで団結しなくちゃどうしようもないところまでいっているわけだから。そこに気づけばいいけど、まだ自分たちの努力が足りないからとか、システムがないからとか、そういう自分たちになんかところを充足すれば解決するんじゃないかと思うんでしょね。

塩飽 それはある程度、レディネスの問題でもあるけれども、こういう取り組みをする中でしか克服できない問題でもありますよね。全部レクチャーすれば済むという話でもないですね。

松田 そのアッパーレベルというのが抽象的な思考を指すのであれば、花見に相当するような具体例を出せれば解決するかなという感じがする。つまり、その地域や国の人の夢という、お金のかからない、しかもみんながハッピーだと思えるような具体的な夢を見つけることができれば、これはアブストラクトではない。具体性のある夢を考える……。だからそれが例えばドイツはスパであり、森林浴であり、アメリカはフィットネスであるというのは、それはみんなが手軽にできるわけで、それがなかなか見つからないのか……

塩飽 地域的・歴史的に根付いている価値観を持って夢を社会モデルで考える。バングラデシュの場合、夢は何だろう。

岩永 フィットネスとか森林浴とか言ったって、本来それは手段じゃないですか、こっちで何か得たいものがある。例えばそこで得るものがいわゆる健康だったとすれば、そのことによってどういう生活したいのという、我々が目指したいのはここなんですよ。タイの田舎で話していたときに、どんな暮らしができればいい？ という話をしたんですよ。そうすると、子どもたちが学校で受け入れられたらいいっておばあさんが言うわけ。だから、学校で受け入れられるって、例えば？ というんですよ。そうすると、友達と一緒に遊ぶと言うから、じゃ例えばそれは何して遊ぶの？ と突っ込んでいくと、タイの、足でバレーボールみたいなものがあるじゃないですか、例えばああいうのを友達と一緒にしているってどう？ と言うと、例えばそういうことかもしれないねという話までいくんですよ。だから、それが抽象的じゃなくて、具体的な……

カマル それでちょっといま思い出しましたが、ほとんどの場合私は車いすの例をつくって、それからどんどん条件をつくるんですよ。例えばバングラデシュだとこの例はあまりイメージできないです。なぜかという、年をとると必ずみんな家の中で生活するんです。家を出てどこかに行ったりというのは習慣的にはないです。ですからこの例はとてもセオリー的になっちゃうんです。

岩永 これは十津川村でもそういう話があったんだけど、うちは坂道だけだからそんな車いすなんてできない。でも、この車いすと言っているのは、車いすをどうしようかじゃなくて、体が不自由になったときにどんな暮らしができればいい？ と言うと、体の不自由さっているいろいろあるわけじゃないですか、それを、例えば、このくらいというレベルを言うために、例えば車いすに乗ったら動けるような人がと言っているのに、それで話しているといつの間にかそれが、車いすをどうするかという話になってくるんですね。そこはちょっと誤解があったりするんです。

カマル 例えばバングラデシュだと、女性だと50歳から60歳になるとひとりでは生活できないんですね。だから子どもらや若い人が手伝いしないとイケないんです。それがとても社会的なバージョンです。ですから、60歳になってもひとりでは生活すると言えば、みんな“あ、そうですか、それはうれしいな”とバングラデシュ人が言うんですよ。ですから、おじいさん、おばあさん、すべて、みんな心配です。ですから、おじいさんになってもひとりでは生活するというのは、バングラデシュにとってはとても興味があるような例です。ですから、そういう例をつくってセミナーをやれば興味があったりするんです。

岩永 もっと具体的に言うと、ひとりでは生活しているイメージ、できないからできればいいじゃなくて、ひとりでは何している？ っていう……。だからひとりでは生活しているんだけど、ただひとりでは毎日毎日何かやっているとじゃなくて、ひとり暮らししている人が例えば友達と何とかとか、もう一歩楽しいものに持っていかないと……。そこまで持っていきます。

塩飽 その目標や夢はどう生きるかということと関係していると思うんですよ。心理学の流行とも関係するけれど、『夜と霧』を書いた فرانクル は、幸福を追求すれば追求するほど遠くに幸福は行ってしまおうと言っている。だから、いまあなたの人生があなたに求めている中でなすべきことをやるのが重要で、良い人生になる。社会に対して有意義なことをできるときもあるし、美しいものをめでて自分を感じることもできる時、また、死ぬ間際に死に行く人がほかの人に配慮することによってお互いに感動し合うような喜びもある。

岩永 多分いま先生言うのは、個別ケアなんかの場合にはいまそれでこころみているんです。例えばがんの末期の人で、あと1か月とか言われたときに、どう生きる？ みたいなね。いま例えば地域でやっていくときには、私、じゃ、ひとり暮らしの人がひとりでは生きるんだけど、それはどんな生き方？ といったときに、多分それはすぐはできないことなんですよ。例えば寝たきりになっても花見に行ける町なんてすぐできるわけないんで。そうすると、ワークショップやっているとみんな焦るんですよ。そんなこと言ってもとか、いまはでもああやって、こうやってと。だから、もう1つ重要なことは、僕は表現としては、自分たちに間に合わせようと思うなど。あなたたちの孫とかひ孫あたりが、じいさんたちがいい話し合いしてくれてからいま自分たちはこの町で安心して暮らせるような仕組みができてきていると。そのくらいのスパンのことをいま考えようとしている。そうしないと、自分がどうできる、できないってやるから、そんなこと言ってもできるわけないというふうに行くんでね。自分たちの子孫のためにわが町のいい姿を残そうよ、みたいな話し合いって考えると……。

塩飽 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す。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から、生き生きとした時間を持ち、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なのですね。

いま僕がさっき言ったことは、個人の願いということだけれども、コミュニティの願いということも同じでしょうね。いま岩永先生が言われたように、世代を越えて長い期間で考える必要がある。また、共生という価値観

を SOJO-Model の研修でファシリテートできるかどうかによる。

岩永 そこが重要なんですね。

塩飽 それは日本でやる場合にも同じ問題でね。

岩永 全くそうです。いま先生言った、出雲で「痴呆の場合であっても」と言ったのは、佐呂間町で痴呆のお年寄りの話をしていたときに、いまみたいな話なんだけれども、それ例えば？ とやるわけですよ。そうすると出てきたのが、痴呆になっても町の運動会と一緒に参加できたらいいと、痴呆のお年寄りを抱えている奥さんが、1泊旅行に温泉でも行けたらいいねとか。そうするとそのための条件はということでやつていくと

塩飽 そこに価値が反映している。だから、SOJO-Model の風船図を描く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大きなポイントだ。そのためには、地域の価値観や歴史性を理解としないといけないから、ファシリテータ養成の段階で夢の持つ価値を議論しないと、すぐに現場で研修しもちよっと適応が難しい。

岩永 例えば僕たちなんかよそに行ってファシリテートするときには、話し合いをしているでしょう、そうすると“これでいいですか”と聞かれても、私に聞かれたってわかるわけない。この町のことはあなたたちしか知らないんだからと。例えばお地藏さんがいいのか、お祭りがいいのか、それはあなたたちの価値なんだからと。でも、みんな正解を求めらるんですよ、これでいいでしょうかと。

塩飽 最近、発展途上国でも、Evidence-based health care と Narrative-based health care が議論されていますよね。どちらかという SOJO-Model は Narrative-based health care ですよ。そういう違和感はないんでしょうかね。もっと科学的根拠を明確にした議論をすべきだという意見はないですか。

岩永 いままであんまりないね、そういう問題は。

塩飽 そういう指向性のある人しか集まってないのかもしれない。それは先進国のほうがうるさいかもしれないですね。

岩永 データがないからね。1つは、じゃ条件がどのくらい整ってるかということ調べて、それでいろんなアクションをやって、これかどのくらい充足していくかということ調べていくんですよというようなことをやるから、その辺で少し解決するのもかもしれないですね。

塩飽 社会資源や資金の問題ですね。日本でも同じ議論があるのですよ。議論が煮詰まってくと資金をどうするか、資金確保がない状態でできるのか、またマンパワーが少ないというような議論になるわけです。そういうところではヘルスプロモーションの展開にならない。

昨年、母子保健計画改訂作業を出雲市で議論しているときに、学校での性教育を強化しようと言う話になり、策定委員が教育委員会に予算化しろと迫る場面があった。そうすると、精神科クリニックの開業医が、“いままで、出雲市で健康文化のまちづくりを進めてきた考え方の話と違うじゃないか。資源や資金がなかったら、自分たちで苦勞しながらボランティアでやってきた。必要なのはみんなで力を合わせて頑張ろうというのが出雲市のポリシーじゃないか。それなのに教育委員会に一方的に予算づけしろという話になるんだ”と怒ってね。

だから、日本でも同じような議論はあるんですよ。しかし、精神科の開業医の言われたように、ヘルスケアシステムの改革は、お金をつけばうまくいくということではなくてパラダイムチェンジも必要なのだ。そのことは多分、バングラデシュも一緒だと思いますよ、経済的なレベルは違っても。これまでは外国からの資金援助でやっても、うまくいってない場合が多いわけです。バングラデシュの女性銀行のように、女性が内職をするのに必要な資金を女性銀行が貸す。すると、借りた女性が内職してちゃんと返すというような、ローカルで小規模なやり方が成功している。現在では、開発途上国で多額な資金援助を必要とする保健医療の展開はあまり考えられない。そうすると、少ない資金で、自分たちの資源を開発しながらどうするかが課題となる。条件の違いではあるけど、SOJO-Model など住民参加を担保する展開でなければ、よい結果に結びつかない。だから、ヘルスプロモーションの展開は日本もバングラデシュも違わない。日本では、健康福祉活動について住民参加の成功例 Good practice を紹介することができる。でも、バングラデシュにも成功例があるから、その経験を基盤にヘルスプロモーションの展開をすることが重要だ。バングラデシュのローカルバリューに基づいたナレイティブな夢の追求、展開方法としてのバングラデシュの成功例の取り込みが重要だろう。日本でもそうだと思います。成功例をもっと研究しないと、何の住民参加活動のない行政に依存している市町村では SOJO-Model の展開はない。それはヘルスプロモーションの考え方と違うから。

松田 バングラはわからないけれど、ただ、基本的に、多くの途上国はフアガンのように公務員でも給料が遅配とか、それから物品が慢性的に不足しているとか、そういう実態はあるから、予算の不足という度合いが、単に総枠が狭められる以前に、とにかくないという現実、なかなか難しいかなという感じはする。

岩永 僕がネパールで、フィールドに連れて行ってもらったとき、3時間暗い山道をずうっとのぼっていったんです。そうすると、向こうからかごに子どもを入れて下りてきている。それを2人ぐらい別な男の人がついてね。結局、この子熱があるからいま私たちが登りはじめたところまでいくんだというわけですよ。それが生活なのね。それは途中でお店に寄って、そこからまた何キロも歩いて行くわけじゃないですか。こういうところでヘルスプロモーション、夢ねえとか思うと……

塩飽 でも、日本でも、戦後貧しい時代に住民参加でハエと蚊のいない環境、寄生虫対策などを住民参加でや