

ってきた。地域の資源を開発し維持しながら、ちょっとでもよい生活をコミュニティで作ってきた。住民自らが、自分の健康をコントロールし、コミュニティをよりよいものにすることがヘルスプロモーションだから、資金がたくさんあればいいけど、なくてもできることがある。地域での人材育成もヘルスプロモーションで大きな比重を占めている。そういった活動そのものに価値があるのであって、フランクルじゃないけど、幸福や健康を追求すればするほど逃げていく。今を真っ当に生きていくことを追求すること価値があるかと思うのです。

岩永 僕、さっきのネパールでのその姿を見ていて、もしテレビも何にもなくて、よそからの価値観が入ってこないときは、あるいはここにヘルスセンターができないときは、中で呪術師か何か何かやって、死んだら死んだで何らかの解決をしていたと思うんですよ。そうすると、夢というんだったら、そこで何か自分たちの、ほんとにこうあったらいいよねというのがさらっと出ていたんじゃないか。それに対していろんな教育が周りから入ってくるわけじゃないですか、医療がこうで、施設がこうでと。そすると結局夢というのが、もっと便利などころに住んで、お金もあってみたい。それってほんと海外支援だとか、協力だとか言いながら、文化を壊している側面ってすごくあるんだろうなと思うんです。

塩飽 どんな社会変化にもプラス面とマイナス面はあるのですよ。文化人類学者の波平恵美子さんが、無医地区に診療所ができたときの医療人類学的調査で、死亡者は減ったけれども、住民の医師依存、医療依存が増えて、セルフケア能力が下がってきたと報告されています。それから、上水道のシステムができるとそれまで大切にしていた水場が荒れるとかという副作用もある。だからテクノロジーは、社会に対して正と負の両面を持っていると思うんですよ。

岩永先生や松田先生の言われるのもよくわかるのですよ。これだけの社会経済的な南北差があるのに、生きるとは何かというQOLレベルの日本の目標と、発展途上国のどう食べていくかが課題となっているところでは、目標が全然違うじゃないですか。発展途上国の貧しさを人間として許せるか、また最近の健康政策で最も優先されている不公平の是正という課題でもある。いずれにしても、まちづくりや人材育成は基礎でしょう。どんな社会経済的な状況でも健康レベルで自立した人を育てるもの大きな目標だから。松田先生の実感とはかけ離れているかなあ。

松田 精神的にはわかるけど、ただ途上国に行くといつも言われるのが、結局日本は経済発展したからできたのでしょと、聞かれることがある。

岩永 僕もそれには思うんだけど、僕も保健所で仕事をしていたとき外国からの視察を受け入れたときそういふうに言う人と、日本でできたのは何なんだ、と、もう少し突き詰めて見る人もいたんですよ。

松田 1つ弱いのは、自分がやってきたわけではないです。結局、先達がやってきてくれたわけで、自分はその恩恵に浴しているだけだから、そんなに強く言えないというのか……

塩飽 与えられたところで、与えられた人生の中で、真っ当なことをちょっとしようよということだから。

松田 それはそうです。

塩飽 僕は大学紛争の最期の世代だったから、正しいことをちゃんとすべきだという信念が根づいていて、ガンバリズムの世代でもある。僕は、大学を卒業して10年ぐらいいは、自分の信念が正しいので、これをいかにみんなに教育するかという気持ちだったですよ。それは間違いだといういろんな経験をしたから、変えました。ソーシャルマーケティングの考え方で、自分の信念と方法を社会的商品して売る考え方で行こう。買ってくれないのは消費者である住民が悪いのではなくて、こちらの商品や売り方が悪いんだ。今日の議論は、ヘルスプロモーションなりSOJO-Modelを開発途上国に売ってみようと言う話だ。開発途上国の人たちが、買ってくれない、広がらないのは、それはSOJO-Modelの商品性がないか、売り方が悪いかというふうに整理してみる。こう考えると、燃え尽きることはありませんね。

岩永 いまおもしろいのは、僕も実は大学に入学した頃は、入って半年くらいは授業のなかった頃でした。そこで何を学んだかといったら、正解はないということです。正しいということはない。いろんなのがあるんだと思って。だから、いつもいつも自信がない、ほんとにこれでいいのかなあみたい。それはそれとして、最後のまとめを先生お願いします。

塩飽 バングラデシュなど発展途上国で出される意見に対して、2つの課題があるように思います。1つは、開発途上国特湯の課題ではなくて、日本にもある課題でヘルスプロモーション自体を理解し、発展させることで越えられない課題です。もう一つは、ファシリテータのトレーニングコースの中で地域文化を踏まえた夢の明らかにするとか、コミュニティの成功事例を検討してSOJO-Modelのローカルバージョンを開発しなければ越えられない課題です。社会モデルで考えるSOJO-Modelだからこそ、医学モデルよりも地域適応性が非常に重要だろうというのが結論です。そうは言いながら、南北間の格差が人間として許せるのかという松田先生の主張は大変重くて、わかったような結論を出さないほうがいいのかなとも思いますが。

松田 日本のいま援助政策は一応保健・医療、プライマリ・ヘルスケアとなっている。ヘルスプロモーションが入ってない。だけど、いろいろ話を伺うと、途上国のニーズは既にヘルスプロモーションに移っていると。だとすると、援助政策としてはやはりヘルスプロモーションに取り組むべきであり、プライマリ・ヘルスケアもやりながらね。ただ、日本は与えるものがいままでもなかったからやってこなかったんで、それなら例えばSOJO的なものをやったらどうですか、そういう政策提案みたいなのは言えるのかな。

塩飽 僕が、びっくりしてがっかりしたのは、人間性もよくよい研究をなさっておられる公衆衛生学の教授が、公衆衛生学会で中国大学院生が「中国のヘルスプロモーション」というタイトルで発表したときに、“日本はヘルスプロモーションだけど、中国はプリベンションだ。ヘルスプロモーションには早い”と言われたことですね。モンゴルでもヘルスプロモーションを健康政策として実施しています。モンゴルは肝がんが世界で一番多いんですね。C型肝炎、B型肝炎のウイルスを持っている人が3割ぐらい成人にいます。その原因はいろいろあるのですが、ディスポーザブルの注射器などを使ってこなかった医療や予防のシステム、注射好きの国民性、大量飲酒の習慣などが関与しています。だから、肝炎のハイリスク行動を制御するという意味でも、医療機関を整備すればうまくいくということではない。だから、モンゴルでもヘルスプロモーションを機軸に健康政策を展開することは大事です。ユニセフ以外に、女性開発の国際機関もモンゴルにあつて、野菜を食べる習慣のないモンゴル人の食行動を返る活動をNGOと一緒に始めています。開発途上国でも、ヘルスプロモーションの政策の展開は重要だと思って帰ってきたんでけどね。

だから、厚生科学研究として日本の海外医療技術協力を政策提言するとしたら、ヘルスプロモーションは非常に大事だということです。その目標や条件、方策などの課題はいろいろありますが、もっとヘルスプロモーションで開発途上国と。

松田 プライマリ・ヘルスケアに入ったきっかけは、丸地先生たちと研究していたころに、外務省関係の人とか来て、説明したりすることがあつた。で、かなり積極的に取り入れて、厚生省、外務省で援助政策を入れた。その後20年たっているから、そこを見直すべきかなあと思う。感染症も大事だし、それもやりながらですけど。

岩永 ただ、その感染症なんかにしても、社会が変わっていかないと変わらないわけだからね。

塩飽 国際協力事業団は、北九州と広島でやっていた高齢者関係のトレーニングコースを今年度で終了します。政府開発援助の2割削減との関係もあつて、5年の期間終了時に、更新しないという話です。開発途上国のヘルスプロモーションの展開、健康と福祉の統合の面では貴重なトレーニングコースでした。橋本イニシアチブで感染症対策への比重が大きいんですね。しかし、感染症対策はどちらかというと専門家中心の医学モデルで進められているので、社会モデルで感染症対策を進める部分も検討した方がよいと思います。

岩永 最終的な感じとしては、先ほどの松田モデル、松田フレームワークというか、ああいうのがどんなレベルにあつても、プライマリ・ヘルスケアからヘルスプロモーションという流れの中での、あるいはヘルシーコミュニティみたいな流れが非常に重要なんだろうということですね。

塩飽 それが一番大切で、その上にSOJO-Modelの改良と適応を付け加えたいかがでしょう。

岩永 そうすると、SOJO-Modelの利点として、参加的で、その中には教育的なところも入っているし、可能性として、政策もあるから、もう少しそのところを特化していくには……

塩飽 ヘルスプロモーションのコンセプトマップをつくってみます。1回ではできないから、議論を重ねつつ。

岩永 最初にそれぞれがつくってみて、それを載せるのもおもしろい。最初3人それぞれこうだったのが、後でこうなつた。

塩飽 交じり合わないかもしれない。

松田 こういうことはすごく大事だと思っていますね。結論として、ヘルスプロモーションを日本の援助政策に位置づけるということ、「健康日本」で国内政策を変えたのだから、やはりやるべきだなあと思っているのです。多分そういうアクションはまだないですね。

塩飽 でも、「健康日本」はヘルスプロモーションの視点で作られていることになっていますよね。

松田 内実はともかく……

岩永 総論は一応……。いま医療協力部長かな、前ここにいた藤崎さんが。

ということで、どうもありがとうございました。

出雲市健康文化都市プロジェクトにおけるヘルスプロモーションの定義

1. 病気は変わる

戦後50年の間に、主な病気は結核から脳血管疾患へと変わり、最近では生活習慣病（心疾患、がん、糖尿病）や精神障害（うつ、自殺、痴呆）が問題となってきました。これらの病気には、遺伝-生活-社会-自然が関係しています。

2. 輝きながら生きるために

「健康」とは、ただ病気がないだけではありません。まこと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って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」というのです。

多くの病気には、現在のところ特効薬はありません。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』と考えています。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」ことが大切です。

3. 健康診断中心の予防から、地域の健康づくりへ

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した。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) 健康なく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、が必要です。

「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、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す。

4. 健康づくりの主役

「健康」づくりは特別なことではなく、皆さんの家庭やまちでの生活一つ一つが「健康」づくりです。日頃、まちで学習、ボランティア、スポーツ、趣味などの活動をなさっておられるあなたこそが「健康」づくりの主役なのです。

5. 健康なくらし方

健康には、1) 個人の遺伝や行動タイプ、2) 生活習慣である食、運動、休養、住、遊び、働き、3) 社会習慣であるストレス解消法、対人関係などが複雑にからみあっています。くらし方は幼児期に身につくものが多いので、赤ちゃんからお年寄りまで家族ぐるみで健康によいくらし方を身につけることが大切です。また、様々なサービスをうまく利用することも重要です。

6. 健康文化と快適なくらしのまちとは

まちには、1) 医院やデイケアセンターなどの医療・福祉施設、2) 健康について学び、楽しく運動のできる学校、体育館、公民館、集会所、公園など保健・遊び・教育施設があります。3) 昔からの遊びや食べ物を知っているお年寄り、また農業者、大工、看護婦、栄養士、調理師、教師などの専門家、ボランティアを求めている人とやりたい人、趣味やスポーツなどを楽しんでいるグループなど多くの人々がおられます。

健康で快適なくらしには、一人一人の努力と共に豊かで安全な環境が必要です。市民と行政が一緒に汗を流して「健康で快適なまち」を作りましょう。

7. 『健康文化と快適なくらしのまちづくり委員会』の役割

公民館毎に十名程度の委員が、中心になってまちづくり計画を建てます。

1) 健康とくらしのみんなの願いを考え、健康によいくらし方にしましょう。

2) 健康で快適なくらしに役立つ自然、施設、ひとがわかる健康・福祉マップを作りましょう。

出雲市全体としては、『健康文化と快適なくらしのまちづくり委員会』と名付けますが、「健康を守る会」、「健康文化まちづくり委員会」など各地区で実状にあった名前を考えて下さい。

8. 『健康文化と快適なくらしのまちづくり委員会』の発展

「委員会」は、健康分野から「施設づくり」「人づくり」によってまちの発展に貢献します。

多くのまちで「委員会」が活躍を始めたら、委員会の代表が集まって『出雲市健康文化と快適なくらしのまちづくり委員会』を作ります。みんなが『健康で快適なくらし』の出雲市に住めるように一緒に汗を流しましょう。

文献

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 佐藤隆博. 構造学習法の入門. 東京, 明治図書, 1996

H. 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: こころ豊かにすこせるまちづくり. 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)乃木章子, 他: 健康な労働者における肥満と β 3-アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 島根女子短期大学紀要, 37, 1-8, 2001
- 4)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
- 5)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
- 6)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
- 7)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
- 8)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 1 11(12), 74-77, 2001
- 9)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
- 10)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
- 11)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
- 12)塩飽邦憲: 産業保健と手を結ぶコツ. 保健婦雑誌 57, 936-939, 2001
- 13)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
- 14)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
- 15)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
- 16)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
- 17)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
- 18)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
- 19)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
- 20)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
- 21)村田幸治, 他: 島根県大社町周辺で発生した小児日本紅斑熱の3例. 小児科臨床, 54, 1652-1656, 2001
- 22)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
- 23)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)Erdembileg Anuurad, 他: Multiple Risk Factor Syndrome における小型高比重LDLの検査法. 第74回日本産業衛生学会, 高知, 2001
- 7)塩飽邦憲, 他: Multiple Risk Factor Syndrome における small, dense low-density lipoprotein の意義. 第33回日本動脈硬化学会総会, 東京, 2001
- 8)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
- 9)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
- 10)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
- 11)中尾 陽, 他: J A 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
- 12)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
- 13)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
- 14)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
- 15)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

16) 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

17) 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

18) 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

19) 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

20) 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

21) 塩飽邦憲, 他: 健康学習による内臓脂肪型肥満予防プログラム (1) 研究デザイン. 第60回日本公衆衛生学会総会, 高松, 2001

22) 乃木章子, 他: 健康学習による内臓脂肪型肥満予防プログラム (2) 栄養評価. 第60回日本公衆衛生学会総会, 高松, 2001

23) Erdembileg Anuurad, 他: 健康学習による内臓脂肪型肥満予防プログラム (3) 小径高比重 LDL の変化. 第60回日本公衆衛生学会総会, 高松, 2001

24) 北島桂子, 他: 健康学習による内臓脂肪型肥満予防プログラム (4) LDL 分画における脂肪酸構成. 第60回日本公衆衛生学会総会, 高松, 2001

25) 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

26) 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

27) 塩飽邦憲: 健康を支える食. 第8回鳥取大学・島根大学合同シンポジウム, 島根大学, 松江, 2002

28) 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

29) 塩飽邦憲: 生活習慣病による過労死防止と産業医の役割. 島根県医師会産業医部会研修会, 出雲市, 2001

30) 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

31) 塩飽邦憲: 食と健康. 島根酒・食文化アカデミー設立記念講演会, 松江市, 2001

32) 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

33) 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

34) 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

35) 塩飽邦憲: ワーキングライフスタイルと生活習慣病. 出雲労働基準監督署健康研修会, 出雲市, 2002

36) 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

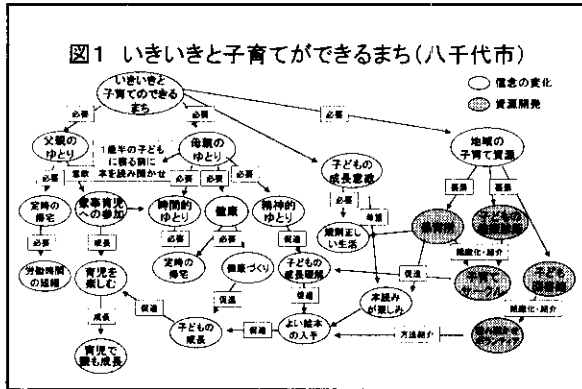


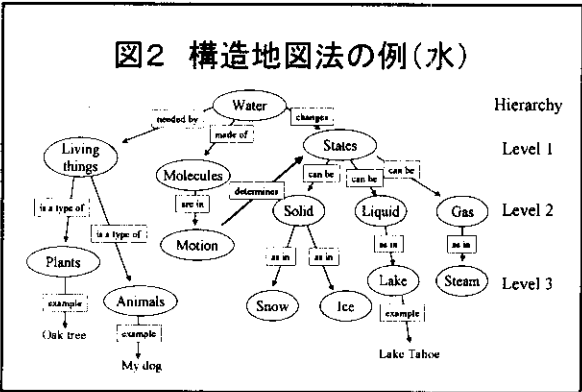
表1 問題解決型思考と問題分析型思考

思考	問題解決 (演繹的)	問題分析 (帰納的)
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を一部改変)

- 表2 構造学習理論と概念地図法
- 構造学習理論
 - 既得している概念枠組みに新しい知識を取り込むことで、意味ある学習となる
 - 概念枠組みを発達させることが、批判的思考や問題解決を容易にする
 - 概念地図法(Joseph Novak, 1972)
 - 構造学習理論に基づき、構造概念の発展により、実際の意志決定や問題解決に役立つ枠組みモデルと能力の開発
 - 特定の課題について、重要な概念間の関係を平面図に描く
 - 概念枠組みのまとめと熟達度の評価に役立つ

- 表3 概念地図法 Concept mapping
- 概念
 - ラベルを付けた出来事や対象(まるで囲む)の規則性が視覚的に表現されたもの
 - 階層
 - 概念間の階層性は上下で示し、一般的な概念を最上位に、個別的な概念を下位に配置する
 - 概念リンク
 - 説明付きの矢印で別の概念との関係を示される
 - 関連した一連の概念リンクを知識領域という
 - クロスリンク
 - 知識領域間を結ぶリンクで、複雑性の重要な指標
 - 具体例
 - 最下層に配置される



- Table 4 Questions from participants in first workshop (2002)
- Pension system
 - Livelihood protection
 - Job
 - Volunteer activity & organization
 - Develop the national system and law
 - Data management system
 - Long-term care insurance
 - Premium, Benefits
 - In-home care
 - Institutional care
 - Community care
 - Care management & coordination
 - Information
 - Service utilization
 - Palliative care
 - Dementia care
 - Training
 - Volunteer
 - Home-helper
 - Lifestyle changes

Table 5-1 Categorized learning objectives (1)

- Law regulation for elderly
 - Social security system
 - Pension system
 - Disabled people
 - Livelihood protection
- Social resources
 - Transportation
 - Roles of elderly
 - Work
 - Social support
 - Volunteer activity & organization
- Decentralization
 - Health & welfare
- Welfare policy research
 - Needs assessment
 - Establish the strategy
 - Trial in a model municipality
 - Develop the national system and law
 - Monitor the system

Table 5-2 Categorized learning objectives (2)

- Elderly care system
 - Community care
 - Care management & coordination
 - Information
 - Service utilization
 - Long-term care insurance
 - Premium, Benefits
 - In-home care
 - Institutional care
 - Service suppliers, Private Financial Initiative (PFI)
 - Palliative care
- Dementia care
 - Medical care, nursing care
 - Peer supporting
- Quality assurance
 - Data management system
- Training
 - Volunteer
 - Home-helper
 - Care manager
- Health promotion
 - Lifestyle-related diseases
 - Lifestyle changes

Fig. 3 Concept map of learning objectives

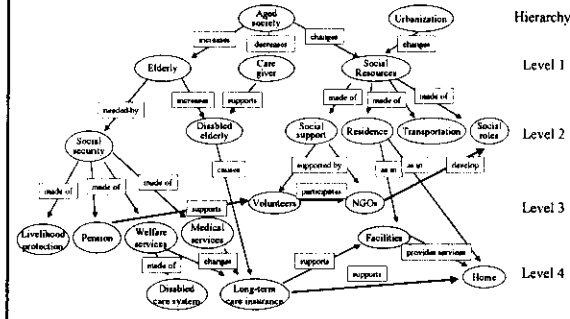


表6 SOJO modelにおける学習目標

- 基礎知識
 - 健康概念
 - 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
 - ブレイクスルー思考
- 技術
 - 討議法
 - フォーカスグループ討論
 - プレインストーミング
 - 概念構造化
 - 概念地図法
 - 調査技法
 - 疫学
 - 学習・研修方法
 - 健康福祉政策科学
 - 政策化
 - 質量評価
- 態度
 - 平等性
 - 相互学習
 - 役割モデル

表7 SOJO modelにおける学習ステップ

- 第1ステップ(準備)
 - 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と住民参加
 - ブレイクスルー思考
- 第2ステップ(問題明確化)
 - 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
- 第3ステップ(問題解決戦略)
 - 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)
- 第4ステップ(資源開発と実施)
 - 資源開発
 - 資金、システム、マンパワー研修
 - 協働
 - 調整
- 第5ステップ(評価)
 - 参加型質量評価