

〈原 著〉

地域健康教育の展開の仕方について
その1—千葉県S町の3年間における保健事業の
マネジメントサイクルに基づく評価—

吉川菜穂子*・大津 一義*

A Study on the Development of Community Health Education
Part 1—Evaluation based on the Management Cycle about Community Health
Education's Implementation for Three Years in a Town in Chiba—

Naoko YOSHIKAWA* and Kazuyoshi OHTSU*

Abstract

The purpose of this study was to examine the development of community health education by focusing on the management cycle (Plan- Do-See).

The results were as follows:

- 1) In the "Plan" of community health education, it will be important in the future to plan health education which is tailored to the needs of the individual. This also means that health education should be implemented not only for people who are in bad health, but also for people who are healthy.
- 2) In the "Do" of community health education, it was important to meet three needs of general public, social and administration, and health science in selecting the learning subjects of health education. It was essential for a successful practice to build up a closer connection with health educators, experts, administrators and local residents. Regarding the place for health education, it was important to let people acknowledge efforts of health education through local activity groups which are held regularly in the community. The effective timing for carrying out health education would be on occasions when people are most likely to consider their health, such as before and after undergoing a basic health examination. In order to let people achieve the level of behavior change, it was necessary to plan more than three times of learning occasions so as to complete one subject of learning. In the teaching and learning process, the actual improvement of individual lifestyle should be emphasized more than mere instruction and explanation of knowledge.
- 3) In the "See" of community health education, the evaluation of health education should be done at the three stages in the management cycle (Plan- Do-See).

I 緒 言

健康教育は古くから公衆衛生活動の要として実施されてきたが、1982年8月の老人保健法以降は

地域での健康教育はますます盛んになってきている³⁶⁾³⁷⁾⁴³⁾。

老人保健法のねらいは、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人保健の増

* 健康教育学研究室
Seminar of Health Education

進を図ること」にある。その目的を達成するための保健事業として、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤医療等、⑥機能訓練、⑦訪問指導が取り上げられている。

このうちの健康教育については、その第14条において、「健康教育は、心身の健康についての自覚を高め、かつ、心身の健康に関する知識を普及啓発するために行われる指導及び教育とする」と記されている⁷⁾。

健康教育の対象は40歳以上とされている。これは老人(高齢者)になってはじめて健康教育を行っても効果が上がらないからである。

この健康教育を含む保健事業を着実に推進するため、第1次5ヵ年計画(昭和57~61年度)、第2次5ヵ年計画(昭和62~平成3年度)、第3次8ヵ年計画(平成4~11年度)を経て、現在第4次5ヵ年計画(平成12~16年度)が実施されている²⁶⁾⁵⁰⁾。

これらのうちの、第3次8ヵ年計画が進行中の平成6年に、人口の高齢化、価値観の多様化、ライフスタイルに合わせたきめ細やかなサービスの要求など社会の変化に伴い、市町村を中心とする保健・医療・福祉の連携が必要となり、地域保健法が制定された⁴²⁾⁴⁷⁾。

この市町村が実施主体となることに関しては、織奥も、「市町村には、地域住民への健康の保持増進のためにつくす義務がある」と指摘している。無論、「健康の保持増進は基本的には個人、家族が自ら自覚し努力して実行すべきものであり、他に依存したり、他から強要されたりするものではない」ことはいうまでもない³⁵⁾。

武村らの全国調査によると、老人保健事業における健康教育を実施している市町村の割合は99.8%であり、ほとんどの市町村で健康教育が行われている⁴⁶⁾。

一方、県別・政令都市別の健康教育の実施状況については、厚生労働省の地域保健・老人保健事業報告書に示されているが、健康教育の種類と回数、参加延べ人数が記載されているだけであり、健康教育の内容、実施者、実施場所、実施時期・回数、学習指導過程、評価等については具体的に

記述されていない。このことは上述した市町村での健康教育においても同様であり、住民にふさわしい健康教育がなされているかどうかが不明である。著者ら⁵¹⁾は平成11年に今回の調査対象のS町に隣接するI市の住民を対象に、生活状況と健康意識についての実態把握を行った。その結果、肩こり・腰痛といった日常的にみられる愁訴に対する不安を考慮しての健康教育プログラムの作成と実施の必要性などが示唆された。すなわち、現在展開している保健事業の内容(健康教育を含む)と、住民のニーズが必ずしも一致したものではないことがわかった。その際に、今後の課題としてI市以外の地域においても、住民の健康意識を向上させるためのアプローチ(健康教育)について検討することの必要性を指摘した。そのアプローチ(健康教育)を検討するにあたっては市レベルより町レベルの方が住民のニーズが反映されやすいことから今回S町を調査対象地域とした次第である。

住民にふさわしい健康教育を効果的に行うにあたっては、plan-do-seeのマネジメントサイクルを経る必要がある²²⁾³³⁾。このマネジメントサイクルは健康教育の展開(過程)に視点をあてたものである。この各段階を実際に運営する際には、その要件として5W1H(When, Where, Who, What, Whom, How)の面からの検討が不可欠である。

本研究のねらいは、千葉県S町で行われている健康教育プログラムをplan-do-seeのマネジメントサイクルに基づいて、中でもdoを中心に5W1Hの面から分析を行い、住民にふさわしい地域健康教育の展開の仕方について検討することにある。

II 研究方法

1) 調査方法

(1) 調査対象地域及びその背景

S町は千葉県の北部、北総台地に位置している。人口は20,054人(平成13年4月1日現在)で、面積は19.02平方キロメートルである。S町は、首都圏近郊整備地帯に属し、自然的土地利用と都市的土地利用の調和を基本に、早くから計画的な

表 千葉県S町における地域健康教育の実施概要

	スコープ	具体的内容・展開の順序	運 営 の 仕 方								
			場 所	担当者	実施時期・回数・延人数						
					平成10年度		平成11年度		平成12年度		
老 人 保 健 事 業	重点 健康 教育	乳がん予防 大腸がん予防	1. 検診の流れを話す	検診場所	保健師	検診の前に健康教育を行う					
			2. 予防の話をする	検診場所	保健師	6回	620人	6回	660人	5回	632人
			3. 生活習慣病について	検診場所	保健師	7	44	8	53	8	37
	重点 健康 教育	骨粗しょう症予防	検診の結果の見方など	検診場所	保健師	検診の結果必要に応じて行う					
						18	712	9	471	6	292
	重点 健康 教育	糖尿病予防	1. 糖尿病の概要(治療等)について 2. 食事について, 献立をつくる 3. 食事記録を作成し, 自分で評価する	健康管理センター	医 師	年1回(1ケ月中に3回)					
				健康管理センター	栄養士	3	54	5	202	3	156
	一般 健康 教育	病態別健康教育	コレステロールなど	健康管理センター	保健師	3	16	16	1,552	16	825
				寝たきり予防	健康かるた, 健康体操, 健康相談, 保健福祉サービス等の活用方法, 健康管理など	特別養護老人ホーム	保健師	於: 居宅介護支援センター			
	業 育	一般 健康 教育	1. 検診の流れを話す 2. 予防の話をする 3. 生活習慣病について	検診場所	保健師	検診の前に健康教育を行う					
検診場所				保健師	30	2,091	35	2,895	41	2,525	
検診場所				保健師							
生活習慣病予防における運動の効果	運動と動脈硬化, 運動と高血圧, 運動と生活習慣病等について 運動することにより, 効果があがるなど	健康管理センター	保健師								
	健診の事後指導	健診結果の見方など	健康管理センター	保健師							

土地利用が進められている。社会的背景として、産業構造は平成7年10月1日の国勢調査によると、第三次産業就労者が72.4%と多く、次いで第二次産業就労者22.5%、第一次産業就労者4.5%である。健康教育は健康課の地域保健係が「母子保健・栄養改善・健康相談・健康教育・保健指導」という5つの柱の一つとして実施しており、一般健康教育と重点健康教育が行われている。

(2) 調査期日

平成13年4月から6月にかけて、千葉県S町の平成10年度、11年度、12年度の各事業報告書を収集する。

(3) 調査内容(事業報告書の内容)

各年度の報告書に記載されている成人・老人保健事業の一つである健康教育について、その種類及び内容、実施回数、参加延べ人数である。

2) 聞き取り調査

健康教育プログラムの立案と展開及び事業報告書の作成に中心的な役割を果たした保健師2名に対し、平成13年6月に2回にわたり、聞き取り調査を行った⁴⁾。

保健師2名に対して行った聞き取り調査の内容は、事業報告書に記載されていることについての確認や記載されていないことについての質問であ

る。記載されていないことについては、plan-do-see のマネジメントサイクルを念頭にして各段階での5W1Hについて聞いた。具体的には、「どのような理由から健康課題をとりあげたのですか?」といった健康教育の内容についての選定の仕方や、「その健康教育プログラムの実施者は誰ですか?」、「実施場所はどこでしたか?」、「実施時期はいつでしたか?」、「回数は何回でしたか?」、「健康教育の具体的な内容はどのようなものでしたか?」、「説明の仕方はどうしましたか?」、「健康教育の受講者の反応はどうでしたか?」などである。

Ⅲ 結 果

S町の地域健康教育について、3年間の事業報告書をplan-do-seeのマネジメントサイクルに基づいて、中でもdoを中心に5W1Hの面から分析を行った結果と、担当者への聞き取り調査の結果を示すと表の如くである。

1. 実施計画について

健康教育の計画(Plan)にあたり、5W1HのWhat, すなわち健康教育の種類について検討を行った。

事業報告書の分析によると、健康教育の種類については重点健康教育と一般健康教育とに分けられていた。

聞き取り調査の結果、重点健康教育の場合、主として国から指定された課題が取り上げられており、一般健康教育では、主として地域の実状に応じたものが取り上げられているとのことであった。

一般健康教育での地域の実状を把握するにあたっては住民や健康推進員、老人会などの住民グループに対する口答でのニーズの把握と、住民健診の結果などを用いたとのことであった。

なお、老人保健法の第4次5ヵ年計画において、平成12年度より個別健康教育の導入がなされることになっているが、S町の場合は、平成12年度の事業報告書の分析をした際、個別健康教育に対する記載はされていなかった。聞き取り調査の結果、S町では平成13年度より個別健康教育を導入する予定とのことであった。

2. 実施方法について

1) 健康教育の内容: What

健康教育の実施(Do)にあたり、5W1HのWhat, すなわち健康教育の内容について検討を行った。

事業報告書の分析を行った結果、重点健康教育としては、乳がん予防、大腸がん予防、骨粗しょう症予防、糖尿病予防、病態別、寝たきり予防、歯の健康が取り扱われていた。一般健康教育は、胃がんおよび子宮がん予防、生活習慣病予防における運動の効果、健診の事後指導があげられていた。

2) 住民への周知方法: Whom

健康教育の実施についての住民への周知方法は、聞き取り調査の結果、1. 広報への掲載、2. チラシの配布、3. 基本健康診査結果の判定が要指導・要医療者への個別通知であった。

3) 実施者: Who

聞き取り調査によると、重点健康教育の糖尿病予防の実施者は医師と栄養士であった。歯の健康については、歯科衛生士であった。それ以外の乳がん予防、大腸がん予防、骨粗しょう症予防、病態別健康、寝たきり予防、胃がんおよび子宮がん予防、生活習慣病予防における運動の効果、健診の事後指導については、いずれも保健師が実施していた。

4) 実施場所: Where

聞き取り調査の結果、重点健康教育の乳がん予防、大腸がん予防、骨粗しょう症予防はいずれも検診場所で、糖尿病予防、病態別健康教育、歯の健康は健康管理センターで、寝たきり予防は特別養護老人ホームで行われていた。

一方、一般健康教育については、胃がんおよび子宮がん予防は検診場所で、生活習慣病予防における運動の効果と、健診の事後指導については健康管理センターで行われていた。

5) 実施時期・回数: When

重点健康教育の乳がん予防および大腸がん予防は、検診の前に行い、骨粗しょう症予防はすぐに結果が出るため、検診終了後、必要に応じて行われていた。

実施回数は、乳がん予防が平成10年度に6回行われ、参加人数は延べ620人であった。平成11年度も同様に6回実施されたが、参加人数は延べ660人と前回より増加した。そして、平成12年度は5回実施され、参加人数は延べ632人であった。

大腸がん予防は、平成10年度に7回行われ、参加人数は延べ44人であった。平成11年度は8回実施され、参加人数は延べ53人であった。平成12年度も8回実施されたが、参加人数は延べ37人と前年度に比べ減少した。

骨粗しょう症予防は平成10年度に18回行われ、参加人数は延べ712人であった。平成11年度は9回実施され、参加人数は延べ471人であった。そして、平成12年度は6回実施され、参加人数は延べ292人であった。

糖尿病予防、病態別健康教育、寝たきり予防、歯の健康については、単独で健康教育を行っていた。

糖尿病予防は、平成10年度3回行われ、参加人数は延べ54人であった。平成11年度は5回実施され、参加人数は延べ202人であった。平成12年度は3回実施され、参加人数は延べ156人であった。

病態別健康教育は平成10年度3回行われ、参加人数は延べ16人であった。平成11年度は16回実施され、参加人数は延べ1552人であった。平成12年も同様に16回実施されたが、参加人数は延べ前回より減少し825人であった。

寝たきり予防は平成11年度のみ実施され、2回行われ、参加人数は延べ51人であった。

歯の健康については、平成10年度1回行われ、参加人数は延べ11人であった。平成11年度も1回実施され、参加人数は延べ9人であった。平成12年度も1回実施され、参加人数は延べ13人であった。

一般健康教育は、胃がんおよび子宮がん予防、生活習慣病予防における運動の効果、健診の事後指導、これら全てあわせて平成10年度30回行われ、参加人数は延べ2091人であった。平成11年度は35回実施され、参加人数は延べ2895人であった。そして、平成12年度は41回実施され、参加人数は延べ2525人であった。

6) 学習指導過程：How

聞き取り調査の結果、重点健康教育の乳がん予防、大腸がん予防、一般健康教育の胃がんおよび子宮がん予防では検診前になされ、1. 検診の流れを話す、2. 予防の話をする、3. 生活習慣病についての順に講義が行われた。

重点健康教育の骨粗しょう症予防教育は、検診後に行われ、結果の見方などの説明がなされていた。

なお、糖尿病予防については、3回シリーズで開催されていた。まず、1回目に医師が糖尿病の概要（治療等）について講義を行う。2回目は受講者が各々食事についての献立をつくり、栄養士がチェックする。そして、ここで学習したいことをふまえ、次回開催時まで食事記録を作成する。最後に、3回目では、健康管理センター内にある調理場を用いて、実際に食事をつくり、受講者は、その日つくった食事を含め、それまで記録してきた食事記録を栄養士がフォローしながら受講者が自ら評価し、その結果を最終的に栄養士がアドバイスするということであった。

病態別健康教育では、コレステロールなどについての説明がなされ、寝たきり予防教育では健康かるた、健康体操、健康相談、保健福祉サービス等の活用方法、健康管理などの説明がなされていた。

一般健康教育の生活習慣病予防における運動の効果については、運動と動脈硬化、運動と高血圧、運動と生活習慣病等について、すなわち運動をすることにより、効果が上がるという説明を行った。

健診の事後指導では、聞き取り調査の結果、健診の結果の見方などを健康教育受講者に対して、個々に行っていた。

3. 実施評価について

健康教育を実施し、目的が達成されたかどうか評価（See）を行うにあたり、5W1Hの中のHowとWhatの面から聞き取り調査を行った。

健康教育のプログラムの成果について、どのような評価をしたかは事業報告書には記載されていなかった。聞き取り調査をしたところ、評価がな

されていたのは重点健康教育の中の糖尿病予防のみで、他のものは残念ながらなされていなかった。

糖尿病予防での評価の仕方は、終了直後に簡単なアンケート調査を行っていた。

その内容は「健康教育を受けてどうでしたか?」「自分でこれからどんなことをがんばろうと思われましたか?」「今後どんなことを生活の面で活かしていきますか?」「説明不足はありますか?」「他に聞きたいことはありますか?」といったことであった。しかし、その結果については分析されておらず、聞き放しに終わっていた。保健師の感想としては、だいたいいいことが書かれていたとのことであった。

なぜ、これら健康教育の評価が糖尿病だけにとどまったのか、聞き取り調査を行ったところ、評価の仕方が難しく、担当者自身も困っているとのことであった。

ただし、聞き取り調査の結果、健康教育を実施するにあたって、企画・立案の際に、老人クラブからの要請などに耳をかたむけていたという。

IV 考 察

住民にふさわしい地域健康教育の展開の仕方について、3年間の事業報告書の分析、及び聞き取り調査の結果を plan-do-see のマネジメントサイクルに基づいて、中でも do を中心に 5W1H の面から考察する。

1. 計画の仕方について

地域での保健事業の計画は4次にわたって行われてきている。その第1次計画においては、健康教育(一般健康教育)として、高血圧教室などの保健学級や講演会などを開催することとされている。

その5年後の第2次計画では、これまでの健康教育、すなわち一般健康教育はそのまま存続されたが、新たに重点健康教育の制度が取り入れられた。その理由としては、一般健康教育のテーマ及び内容については市町村にまかされていたが、その結果、全ての地域に共通の重要な健康課題を実施しない地域が出る等のばらつきが生じてきたからである。これを解消するために全ての地域で行

うべき今日的課題及び基本健康診査等が新しく取り入れられ、今後の急速な普及を図るべき事項に関して重点的に実施するようになった。

重点健康教育という名称は、その後の第3次計画にも用いられた。

千葉県S町の3年間の事業報告を分析した結果、健康教育の種類は、重点健康教育と一般健康教育とに大別されていた。聞き取り調査の結果、重点健康教育の場合、主として国から指定された課題が取り上げられており、一般健康教育では、主として地域の実状に応じたものが取り上げられていた。

したがって、S町でこの2種類の健康教育が取り上げられたのは健康教育がどんな実施計画をたてているかどうかについては、S町独自の立場からではなく、国レベルである保健事業計画の第2次及び第3次計画での健康教育の種類が反映され、導入されたものであるといえよう。

平成12年度からの第4次計画では、重点健康教育と一般健康教育という名称が用いられなくなり、変わって集団健康教育、介護家族健康教育、個別健康教育という3種類になった⁴⁾。

集団健康教育については、厚生労働省の「医療等以外の保健事業の実施の基準」によると、40歳以上の者を対象とし、「保健学級の開催等個別健康教育以外の方法により、生活習慣病等高齢期に罹患しやすい疾病の予防等のための指導及び教育を実施する。」とされている¹¹⁾。

介護家族健康教育についても、その「実施の基準」の中で40歳以上を対象にしているが、そのうちの「家族の介護を行う対象者に対し、その者の健康の保持及び増進のための指導及び教育を実施する」とされている¹¹⁾。

個別健康教育とは、基本健康診査で要指導と判定された者に対し、疾病の特性や、生活状況等をふまえて生活習慣病を予防するための指導及び教育である。その指導及び教育は、半年間程度継続して行う⁹⁾²⁰⁾³⁹⁾。

S町の場合、聞き取り調査の結果、平成13年度からは個別健康教育を導入する予定とのことであった。ところが、その他の市町村の中にはすでに

平成12年度からスタートしているところもみられる²⁾⁸⁾³⁸⁾。

S町での基本健康診査では、異常なし・経過観察・要医療・治療中にふるいわけられている⁴¹⁾。これらのうち、経過観察・要医療・治療中の3者に対しては、要指導と判定され、その者に対する個別健康教育としては、とすれば、結果がこうであったとか、もっとこうしたらよいなどといった一方的な指導がなされる傾向にある¹⁰⁾¹⁴⁾⁴⁹⁾。しかし、個別健康教育では単なる保健指導でなく、住民が主体的にライフスタイルを改善できるように方向づけをすることが望まれる。

要指導者に対する個別健康教育は、ふるい分けられた個人に対応するという意味で、個に応じた健康教育であるといえよう。

一方、異常なしという人々も、より一層健康の保持・増進をしていかなければならず、個々の特性に応じた健康教育が必要不可欠である。特に今日のように生活習慣病が叫ばれている時代には、この生活習慣病の危険因子であるライフスタイルの改善に視点をあて、住民が主体的に自らのライフスタイルを改善していくようサポートすることが重要である。

したがって、地域健康教育の計画にあたっては、これまで一般健康教育と重点健康教育に対する計画がなされてきているが、今後は個別健康教育などを導入し、個に応じた健康教育の計画の充実強化がのぞまれる。

2. 実施の仕方について

1) 健康教育の内容：Whatについて

第1次5ヵ年計画においては、健康教育の内容として、成人病予防のための日常生活上の心得、食生活のあり方、健康増進の方法、かかりやすい病気とその予防、医師にかかる時の心得、家庭における看護などが取り入れられた。

その5年後の第2次計画で、重点健康教育が取り入れられた。その内容としては、肺がん予防、乳がん予防、寝たきり予防、及び歯の健康の4項目が挙げられ、平成2年度には、骨粗しょう症予防及び病態別予防の2項目が追加され、計6項目となった。

第3次計画においても重点健康教育が行われ、内容として新たに糖尿病予防、大腸がん予防が加えられた。

したがって、第2次及び第3次計画を経て、重点的健康教育の内容は、肺がん予防、乳がん予防、大腸がん予防、骨粗しょう症予防、糖尿病予防、病健康教育、寝たきり予防、歯の健康の8項目となった。

S町の場合はこれらのうち、肺がん予防を除く、他の7項目が取り上げられていた。S町を含む千葉県全体でも、厚生労働省構成統計部の「平成11年地域保健・老人保健事業報告」をみても肺がん予防の実施回数是最も少ない¹⁶⁾。千葉市では全く取り上げられていない。しかし、第4次計画では健康教育の内容として喫煙が取り上げられ、喫煙と肺がんは深く関係していることから、第4次計画の始まる平成13年度からは肺がん予防がとりあげられるのではないかと考える。

なお、第2次及び第3次計画においては、一般健康教育については特に定められてはいないが、S町の場合は、その内容として胃がんおよび子宮がん予防、生活習慣病予防における運動の効果、健診の事後指導が取り上げられていた。

第4次計画においては、集団健康教育、介護家族健康教育、個別健康教育という名称が用いられるようになった。

集団健康教育の領域は、歯周疾患・骨粗しょう症（転倒予防）・病態別・業・一般の5つに分けられている。

介護家族健康教育の内容は、介護を行う者に発生しやすい健康上の問題に関する一般的な知識や留意事項である¹¹⁾。なぜ新たに介護家族健康教育が設けられたかという点、介護保険制度の実施を背景として、寝たきり、痴呆などにより介護を要する状態になることを予防することがますます強調され、介護に携わる家族等の健康管理を支援する取組みを重視したからである¹⁵⁾。

すなわち、介護家族健康教育の導入にあたっては、社会からのニーズに応えようとしたのである。健康教育の内容の選定は、社会のニーズ、住民のニーズ、健康科学のニーズの3つを同時に満

足ることが望ましいといわれている。森らは、地域組織を対象として教育を実施していく際に、配慮すべき点として住民のニーズに即した教育の課題の設定をあげている²¹⁾。

個別健康教育の領域(内容)は、高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙者の4つに分けられている。

これらの内容は、国から指定されたものであり、言わば社会的ニーズや健康科学のニーズが反映されたものである。このように、全国の住民に共通して身につけさせようとする時には、一般にTop Down方式(行政主導型)と呼ばれる内容の選定が行われる。しかし、地域によっては、住民のニーズや疾病構造などが異なることから、地域の特性を考慮して健康教育の内容の選定を行う必要がある。本来、望ましい健康教育の選定にあたっては、住民のニーズに対応すべきであり、一般に言われているBottom Up方式(住民主導型)を用いることが肝要である。

従って、地域健康教育の実施内容の選定にあたっては、社会からのニーズ、健康科学からのニーズ、住民からのニーズの3者を同時に満足するものを選定すると共に、Top Down方式(行政主導型)やBottom Up方式(住民主導型)を適宜、適用する必要がある。

2) 住民への周知方法: Whom について

健康教育の実施にあたっての、住民への周知の仕方については、S町においては、個別通知、広報への掲載、チラシの配布、老人クラブや自治会といった組織への直接のはたらきかけがなされているとのことであった。

西によると、「効果的に保健活動を行うには、住民個々に働きかけるだけでなく、町内会、自治会などの地域組織の協力をあおぎ、その組織を活用することが肝要である」と指摘している²⁹⁾。また、公衆衛生情報部によると、某保健所においては、老人クラブ、婦人会、地域医師会、PTAなどに呼びかけ、健康づくりの核となる組織を発足させることによって、健診受診率の向上や各種の健康教育の活性化を図ったという事例が報告されている¹⁷⁾。

このように、住民への周知にあたっては、町内

会や、婦人会、地域医師会、PTAといった既存の組織を活用することが望まれる。

3) 実施者: Who について

S町では、健康教育の種類は、重点健康教育と一般健康教育とに分けられていた。しかし、重点健康教育であれ、一般健康教育であれ、取り上げるテーマは住民側からみると、いずれもライフスタイルに関わっているため、以下の5W1Hに関わる項目については、両者を区別しないで考察することとする。

S町の場合、糖尿病予防教育の実施者は、医師と栄養士であった。医師が糖尿病について講義し、栄養士は、健康管理センター内の調理場において、受講者に献立づくりや調理実習をさせていた。受講者は、事前にとった食事記録を自ら評価し、栄養士からアドバイスをうけていた。この学習の流れは、藤沢らの言う、「受講者自ら体験し学習する」³⁾ことに匹敵しているといえる。

受講者自ら体験し学習することを支援するための実施者について、村田は「健康教育が、なかなか実施できないのは、この面の専門家の著しい不足にもある」という²³⁾。現在、老人保健法は40歳からを対象としている。それは、現在の健康管理、健康増進は当然のこととし、80代に目標を置き、心豊かに、生き生きとした老後を迎えるための健康づくり、健康教育を徹底して実施することの重要性を意味していると考えられる。したがって、今後は、健康教育の専門家の充実が望まれる。

なお、アメリカにおいては健康教育の専門家としてHealth Educatorの職種が確立され、活躍している。今後、日本においても健康教育専門士の養成が着手された⁶⁾。

織奥は、健康の保持増進を扱う場合の実施者について、医療専門の医師ばかりでなく、保健、運動(スポーツ)、栄養等、いろいろな領域の専門家や、住民、行政の三者の協力によって健康の保持増進に取り組むことが重要であると指摘している³⁵⁾。

S町の場合も運動(スポーツ)の専門家として、近接するスポーツ系大学の教員を中心に、保健事業の一環として住民を対象とした運動教室を開催

している。

従って、実施者としては健康教育の専門家（健康教育専門士）、健康・医療・福祉の専門家、行政や住民との連携が必要である。

4) 実施場所：Where について

地域における健康教育に関して、今まで市町村レベルにおける研究が数多くなされてきている¹⁾⁵⁾²⁵⁾⁴⁴⁾⁴⁸⁾⁵³⁾。

S町では、乳がん予防教育などは検診場所で、糖尿病予防教育などは健康管理センターで、寝たきり予防教育は特別養護老人ホームで行われていた。健康課題にふさわしい場所で行われていることがうかがえる。

茨城県日立市では、健康教育の実施場所は公民館が最も多く、次いで市町村保健センター、コミュニティセンター、市民会館、老人福祉センター等で行われている²³⁾。これらに加え、松丸は¹⁹⁾健康教育の場を広げるために、住民が集まる機会をとらえて積極的に健康教育を行う必要があるとしている。例えば、医師会主催の「市民のつどい」で、更年期についての健康劇が上映されたとのことである。

このように、健康教育の実施場所は、取り上げる健康課題や住民の特性、便利さを考慮して、できるだけ多くの既存の施設を活用すると共に、住民が集まる機会をとらえて行う事が大切である。

5) 実施時期・回数：When について

S町の場合、聞き取り調査の結果、乳がん予防教育や大腸がん予防教育は、検診の前に行われていた。このことは、事前に乳がん予防や大腸がん予防に対する知識を学んでいた方が検診時に役立ち、検診そのものが体験学習として有効だからである。

検診の前や後に健康教育を行うことは、その健康教育の内容が検診時に具体化され、現実化され、発展でき、検証できるからである。すなわち、検診の場面（検診データを含む）は住民にとって健康教育の生きた良い教材となっている。

ちなみに、大津は、良い教材の条件として、健康教育を実施する際の望ましい教材のあり方につ

いて、具体性・現実性・発展関連性・検証可能性をあげている³⁴⁾。検診終了後、すぐに結果が出るのは「現実性」が高いことを示唆しており、また検診データをすぐ用いることができるのは「具体性」を示唆しているからである。

これらの事前および事後指導としての健康教育以外に、岡山は要指導者に対し、保健師・管理栄養士等の保健指導者が定期的な面接により健康教育することで検査値が有意に改善する³⁰⁾と述べ、定期的な面接による健康教育の必要性をも指摘している。

従って、望ましい健康教育を実施する時期としては、健康診査の事前、事後および定期的に行うことが必要であろう。

なお、実施回数については、S町の場合、糖尿病予防教育は3回シリーズであったが、これ以外の健康教育は各々1回であった。

村田によると、糖尿病予防教育は5～6回シリーズとして実施され、グループワークなどを通じて参加者同士の交流を図ることで終了後も自主グループとして地域で継続して活動できるよう働きかけながら行われていることが多いという²⁴⁾。

また、磯らは、高血圧予防教育を全8回開催し、効果的であったことを報告している¹³⁾。同様に石井も、健康教育事業の一つである高脂血症教室を全8回開催し、効果があったと報告している¹²⁾。

さらに、藤沢らは、従来、健康教育として医師等による単発的な講演会が多かったことに反省を加え、「市民自ら体験し学習する」やり方に転換をはかり、また、単発的な健康教育ではなく、比較的長期にわたる健康教育を行ったところ、受講者を行動変容にまで至らしめる上で一定の効果を上げることができたという³⁾。

このように、健康教育の実施回数については、受講者が行動変容に至らしめるのに十分なように、1回のみでなく、少なくとも健康教育の目標領域である知識・認識形成、情意の形成、行動(習慣)形成が図られるよう3回以上は必要である。

6) 学習指導過程：How について

S町では、乳がん予防教育などは健康診査前に検診の流れを話す→予防の話をする→生活習慣病

の話をする, の順に行われていた. 健診の事後指導では, 要指導・要医療者にのみに個別の案内を出し, 健診の結果について, 健康教育が行われていた.

指導について, 真田は猪名川町での健診の事後指導としての健康教育について, 結果が正常以外の受診者へは結果票と同時に, 個々のデータに基づいた指導を行うべき期日を決め, 説明会の会場へ来所を促す通知書を同封しているという⁴⁰⁾.

説明会では10人ずつの集団に対し, 1) 検査データの見方と検査項目の意義について, 2) 日常生活の中での注意点, 3) 町全体の結果状況が説明される. これと併せて, 生活習慣病予防は日頃の生活の見直しから始めることの必要性等を年齢別集計, 図を提示しながら説明し, その後個別指導で個々のデータに基づき, 今日までの生活をどこまで変えられるかをライフ・プログラムと共に考えながら助言する方法がとられたという.

説明会での1)から3)までは, S町とほぼ同様である. しかし, ライフスタイルの改善を住民と共に考えようとする点はS町にはみられない. 健康教育というからには, 猪名川町のように住民が主体的にライフスタイルを改善できるようサポートすることが大切である.

従って, 学習指導過程については, 知識の伝達に終始するのではなく, 住民が主体的にライフスタイルを改善してゆけるようにする必要がある.

3. 評価の仕方について

S町では, 聞き取り調査の結果, 糖尿病予防教育のみいくつかの観点から評価が行われていたが, 他の健康教育に関してはなされていなかった. しかし, 糖尿病予防教育の評価とて, その評価観点はバラバラで統一性がなく, その上, 記録されていないなど, 評価はきわめて不十分であると言わざるを得ない.

厚生労働省の保健事業実施要領(1992)では, 「市町村は, 保健学級, 講演会等に参加した者に対してアンケート調査を行い, 実施の方法や内容が適切なものであったかどうかを検討」することと述べられており, 評価をすべきことが指摘されている⁷⁾. これを受けて, 厚生労働省厚生統計部

では地域保健・老人保健事業報告において, 県, 政令都市別にその事業実績を公表しているが, 健康教育の種類, 実施回数, 延べ人数だけで方法や内容などが適切であったか否かまで踏み込んだ評価はなされていない.

S町の場合の, 事業報告書においても同様であったが, 聞き取り調査の結果, 糖尿病予防教育でのみいくつかの観点から評価が行われていた. しかし, その評価の観点はバラバラで統一性がなく, その上記録もフィードバックもなされておらず, きわめて不十分であるといわざるを得ない. 従って, 全体的には評価はほとんど行われておらず, 健康教育のし放しの状況にあることがうかがえた.

なぜ評価が行われないのかについて, 聞き取りを行ったところ, 評価の仕方が難しく, 担当者自身も困っているとのことであった.

健康教育の評価に関しては今まで研究が数多くなされている²⁸⁾⁴⁵⁾. 町村は健康教育に関わる専門職が現在抱えている課題として, 評価の仕方がわからないなど, 評価の難しさをあげている¹⁸⁾.

大野らは, 健康教育の評価得点の総合評価表を作成し, 総合評価スコアの程度別にみた評価実施上の困難理由の検討を行っている. その結果, 市町村では, 「住民のニーズの評価が困難である」, 「健康教育の評価の専門の担当者がいない」を困難理由として回答する割合が高率となる傾向がみられるとしている³¹⁾.

S町において, 聞き取り調査の結果, 健康教育の企画・立案の際に, 老人クラブからの要請などに耳をかたむけていたという.

湯沢らは, 開催した健康教育事例のうち, 5~6割が何等かの評価を実施しているものの, 全体の8割近くが健康教育の評価実施上の困難理由として「知識・態度・行動の変化の評価が困難である」を指摘したという⁵²⁾.

このように, 健康教育の評価は困難であるが, 猫田らが指摘するように, 健康教育事業の意義・役割は大きく, その評価の充実を図ることは, 評価結果を踏まえた効果的な事業展開を図る上での必須の要件である²⁷⁾. 地域健康教育を効果的に

うには、plan (計画)—do (実施)—see (評価) といったマネジメントサイクルの各段階で評価を行うことが重要である³²⁾。

各段階での評価指標としては、島根県が地域保健特別推進事業を活用して1992年度～94年度にかけて検討した健康指標、生活改善指標、地域活動状況、健康づくり体制、活動の波及の5つが参考に値する⁸⁾。

このように、地域健康教育プログラムの評価にあたっては plan-do-see の各々の段階での評価の充実を図る必要がある。

V ま と め

千葉県S町で行われている健康教育プログラムを、plan-do-see のマネジメントサイクルに基づいて5W1Hの視点から分析した結果、住民にふさわしい地域健康教育の展開の仕方について、次の点に留意すべきことが明らかになった。

1. 地域健康教育の計画にあたっては、これまで一般健康教育と重点健康教育に対する計画がなされてきているが、今後は個別健康教育などを導入し、個に応じた健康教育の計画の充実強化が求められる。

2. 地域健康教育の実施にあたっては、その実施内容としては社会からのニーズ、健康科学からのニーズ、住民からのニーズの3者を同時に満足するものを選定すると共に、top down方式(行政主導型)やbottom up方式(住民主導型)を適宜、適用する必要がある。実施者としては健康教育の専門家(健康教育専門士)、健康・医療・福祉の専門家、行政や住民との連携が必要である。実施場所としては、住民の特性や取り上げる健康課題などを考慮してできるだけ多くの既存の施設を活用すると共に住民の集まる機会をとらえて行うようにする必要がある。実施時期としては、健康診査の事前・事後および定期的に行う必要がある。実施回数としては、行動変容を促す上から、少なくとも健康領域の目標領域である知識・認識、情意、行動の形成が図られるよう、3回以上は必要である。学習指導過程としては、知識の伝達・解説に終始するのではなく、ライフスタイルの

主体的な改善につながるようにする必要がある。

3. 地域健康教育の評価にあたっては、plan-do-see の各段階での評価の充実を図る必要がある。

謝辞

本稿を終えるにあたり、調査にご協力戴きました千葉県S町における健康管理センターの保健師の方々に心より感謝申し上げます。

参考・引用文献

- 1) 合田恵子, 武田則昭, 實成文彦, 他: 男子従業員の健康教育観等に関する一考察. 地域環境保健福祉研究, 2, (1), 75-80, (1998)
- 2) 朝倉貴子, 尾上佳代子, 高田慶子: 地域における喫煙防止教育に関する活動報告. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 11, (2), 121-128, (2001)
- 3) 藤沢謙一郎, 穂谷一男: 地域保健における健康教育活動の検討—長野市の健康教室の経験から. 公衆衛生, 54, (5), 406-410, (1990)
- 4) 行政の動き「老健第4次計画—ヘルスアセスメント導入—個別健康教育モデル事業」. 月刊地域保健, 30, (8), 91-96, (1999. 9)
- 5) 橋本勢津: 岩手県宮古保健所の健康教育を中心に(小児成人病の予防—小児成人病の地域的取り組み). 公衆衛生, 56, (11), 766-769, (1992)
- 6) Health educatorの養成と研修委員会: 健康教育士認定制度について(案). Health educatorの養成と研修委員会, 9, 1-17, (2000)
- 7) 保健事業実施要領の全部改正について: 平成4年4月13日, 老健第86号, 各都道府県知事・各指定都市市長・各保健所設置市(区)長あて. 厚生省大臣官房老人保健福祉部長(1992)
- 8) 本間直子: 健康長寿のまちづくりに個別健康教育を役立てたい(特集 個別健康教育を考える). 保健婦雑誌, 57, (3), 184-190, (2001)
- 9) 星 旦二, 長谷川明弘: 個別健康教育を次のステップの保健活動につなげよう(特集 個別健康教育を考える). 保健婦雑誌, 57, (3), 206-210, (2001)
- 10) 稲葉洋恵: 現場からの問題提起(特集 個別健康教育を考える). 保健婦雑誌, 57, (3), 164-168, (2001)

- 11) 医療等以外の保健事業の実施の基準：昭和57年11月1日，厚生省告示第185号（最終改正；平成12年3月31日厚生省告示第183号）
- 12) 石井英子：健康教育事業における評価の実際．生活教育，43，(8)，12-16，(1999)
- 13) 磯 博康，横田紀美子，嶋本 喬，他：地域における高血圧対策を目的とした健康教室の実施とその評価．日本公衆衛生学雑誌，41，(10)，1015-1026，(1994)
- 14) 岸本泰子：健康づくりの取り組みと個別健康教育—保健所の市町村支援の一環として．保健婦雑誌，57，(3)，192-197，(2001)
- 15) 厚生統計協会編：国民衛生の動向．厚生統計協会，東京，48，(9)，17-23，111-115，(2001)
- 16) 厚生労働省構成統計部：平成11年度 地域保健・老人保健事業報告．老人第2表健康教育の開催回数・参加延人員，教育内容別，(2001)
- 17) 公衆衛生情報編集部：地区組織をととしてのづくり活動の展開．公衆衛生情報，23，33-36，(1993)
- 18) 町村純子：ぐんま地域保健・健康教育学習会を実施して．月刊地域保健，32，(7)，82-85，(2001)
- 19) 松丸和枝：更年期の健康教育を実施して．月刊地域保健，32，(3)，50-58，(2001)
- 20) 水嶋春朔：予防医学のストラテジーからみた個別健康教育．保健婦雑誌，57，(3)，178-183，(2001)
- 21) 森 智代，杉澤秀博：地域組織との協力による保健所の健康教育の活性化．公衆衛生，59，(10)，699-703，1995
- 22) 森本兼曩：ライフスタイルと健康．日本衛生学雑誌，54，(4)，572-591，(2000)
- 23) 村田 明：健康教育・健康相談における連携（地域保健をどうすすめるか）．公衆衛生，57，(10)，709-713，(1993)
- 24) 村田敦子：地域・行政の糖尿病対策．臨床看護，27，(3)，368-371，(2001)
- 25) 長野光恵，佐藤里美，渡利恵理子，他：更年期の就業女性の健康教育に関する視点—専業主婦と比較して，日本看護学会論文集．地域看護，29，78-80，(1998)
- 26) 中原俊隆：老人保健事業における健康教育，健康相談．厚生指標，41，(4)，3-9，(1994)
- 27) 猫田泰敏，島田美喜，森川靖子，他：地域における健康教育評価の標準化に関する研究．厚生指標，45，(12)，14-20，(1998)
- 28) 猫田泰敏，松本弘子，湯澤布矢子：地域における健康教育の効果測定指標の使用実態．日本公衆衛生学雑誌，47，(8)，670-678，(2000)
- 29) 西 正美：保健所概論ノート，第2版，東京，日本公衆衛生協会，(1986)
- 30) 岡山 明：個別健康教育とその評価．月刊地域保健，30，(10)，66-72，(1999)
- 31) 大野絢子，猫田泰敏：地域における健康教育の評価方法の検討．厚生指標，40，(3)，9-17，(1993)
- 32) 大津一義：保健学習の評価．現代保健学習指導事典，44-53，大修館書店，東京(1984)
- 33) 大津一義：保健指導と評価．保健の科学，20，(2)，107-111，(1978)
- 34) 大津一義：保健学習の新しい取り組み．健康と体力，22，(7)，13-16，(1990)
- 35) 織奥信男：健康教育（これからの地域保健）．教育と医学，35，(6)，552-561，625，(1987)
- 36) 老人保健法：昭和57年8月17日，法律第80号（最終改正；平成4年3月31日法律第7号）
- 37) 老人保健法施行令：昭和57年11月1日，政令第293号（最終改正；平成4年6月17日法律第200号）
- 38) 佐々木峯子：足立区での取り組みの全体像（特集 個別健康教育を考える—事例：モデル事業からの展開）．保健婦雑誌，57，(3)，198-200，(2001)
- 39) 清水潤子，個別健康教育実施の経験から—禁煙を中心に，月刊地域保健，30，(10)，1999. 11，73-78
- 40) 真田紀代：地域保健情報の健康教育への活用（地域保健情報のシステム化）．公衆衛生，53，(8)，534-537，(1989)
- 41) 酒々井町：町の健康づくり（平成10. 11. 12年度保健事業まとめ）．21-30，(2000)
- 42) 高橋 司：地域保健法制定とこれからの地域保健体制．公衆衛生情報，9，4-9，(1994)
- 43) 高石昌弘：健康と教育，170，第一法規出版，(1982)
- 44) 武田則昭，合田恵子，實成文彦，他：健康教育に使用する医学関連用語の理解度に関する研究—男性従業員における検討地域．環境保健福祉研究，2，(1)，81-86，(1998)
- 45) 武田 文，野崎貞彦：老人保健事業における健康教育の評価に関する考察．日本公衆衛生学雑誌，41，(3)，201-207，(1994)

- 46) 武村真治, 大井田隆, 曾根智史, 他: 市町村における地域保健サービスの費用関数と効率性の推定. 厚生指標, 48, (3), 9-13, (2001)
- 47) 地域保健法: 昭和22年9月5日, 法律第101号 (最終改正; 平成13年3月30日法律第9号)
- 48) 近江邦子, 渡辺正子: 地域保健活動と学習理論—健康教室の実践をふりかえって. 月刊地域保健, 29, (7), 86-91, (1998)
- 49) 横町里美, 吉田喜美子, 宮崎多恵子, 他: 個別健康教育の課題と展望. 保健婦雑誌, 57, (3), 202-205, (2001)
- 50) 吉田 亨: 地域における健康教育の実際. 保健の科学, 42, (7), 549-555, (2000)
- 51) 吉川菜穂子, 土屋 基: 健康づくり事業と住民の意識に関する一考察—千葉県I市における実態調査—. 順天堂大学スポーツ健康科学研究, 5, 73-85, (2001)
- 52) 湯沢布矢子, 猫田泰敏, 延原弘章, 他: 健康教育効果の評価要素の提案と今後の課題. 日本公衆衛生学雑誌, 44, (10), 247, (1997)
- 53) 財津裕一: 子どもの健康づくり (健康教育・保健指導). 月刊地域保健, 27, (6), 62-68, (1996)

(平成13年12月11日 受付)
(平成14年2月1日 受理)