

地方自治体における健康教育計画の考察

栗原 保*・石原 俊一**

A Study about Health Education Planning in a Local Self Governing Body

Tamotsu KURIBARA, Shunichi ISHIHARA

1 序 論

わが国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、健康の増進を図ることの重要性が著しく増大している。活力ある真に豊かな長寿社会とするためには、単に平均寿命を延ばすだけではなく、健康で自立して暮らすことのできることを、すなわち「健康な寿命」を実現することが求められている。

国では、2000年から国民健康づくり運動「健康日本21」をスタートさせた。そして、「健康増進法」が2003年5月1日に施行され、この運動を法制面から支援している。「健康日本21」は、健康寿命の延伸を目指し、2008年に中間評価を行い、2012年を目途に国をあげての運動を展開している。領域として、「栄養・食生活」、「運動・身体運動」、「休養・こころの健康づくり」、「たばこ」、「アルコール」、「歯の健康」、「糖尿病」、「循環器病」、「がん」の9つを設け、70項目の具体的目標を示している。

また、都道府県や市町村などの地方自治体においても、国民運動を展開するための健康教育計画を策定している。例えば、埼玉県では「すこやか彩の国21プラン」を2001年10月に策定、2010年を目途に、「食生活」、「身体活動」、「休養」、「歯科保健」、「アルコール」、「たばこ」の6つの領域で、行動目標を示し健康づくりについて推進している。さらに、2008年に国の基本方針の改定にそって、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の概念を導入した上で、2012年までの計画として延長している。

こうした健康教育プログラムを、総合的かつ効率的に企画・実行・評価するモデルの一つとして、プリシード・プロシードモデルが知られている。

* くりばら たもつ 文教大学大学院人間科学研究科

** いしはら しゅんいち 文教大学人間科学部

2 プリシード・プロシードモデルを用いた健康教育のプランニング

(1) プリシード・プロシードモデルの概要

プリシード・プロシードモデルはヘルスプロモーション、健康教育両者のニーズを取り込んだ総合的なプログラムである。QOLの改善、向上を目的とし、ヘルスプロモーションの実践に先立って行われるものであり、企画、実行、評価という一連の段階を踏んでいる。このモデルは、様々な状況におけるヘルスプロモーション活動に適用できる強固な理論をもち、アメリカでは健康教育のプランニングを行う際に不可欠なモデルとなっている。

図1のイメージ図のとおり、プリシード・プロシードモデルは2つの要素から成り立っている。第一に、プリシードは診断（ニーズアセスメント）の段階であり、第二に、プロシードはヘルスプロモーション計画の発達段階に相当し、診断にしたがって実践と評価を行う段階である。プリシードの概念図では、健康状況を構成する複数の要因が検討対象とされており、介入の目標として企画者が最も注目すべき要因にたどりつくように配慮している。

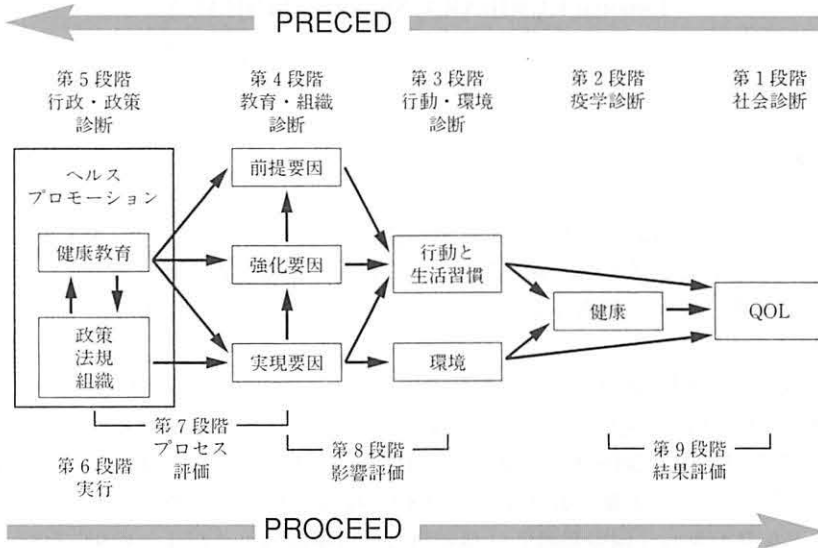


図1 プリシード・プロシードモデルのイメージ図（引用文献1）より転記）

(2) プリシード・プロシードモデルの実際の手順

第1段階の「社会診断」では、取り組みにより改善・向上を目指すQOLは何かについて、当事者や関係者からヒヤリングを行う。ヒヤリングした内容をカード方式で整理し、さらに、複数の項目の中から優先順位（重要なもの、実現しやすいものを優先する）をつける。

第2段階の「疫学診断」では、第1段階で出されたQOLに影響を及ぼしている指標に関連のある健康指標を列举し、全国平均や近隣自治体との比較のために疫学データを集める。さらに、複数の項目の中から優先順位をつける。

第3段階の「行動・環境診断」では、住民のQOLや健康指標に影響を及ぼしている行動指標や生活習慣の実態について情報を集める。既存の論文や調査結果を参考にし、重要性和改善の可

能性の2つの面から優先順位をつける。

第4段階の「教育・組織診断」では、第3段階で出た保健行動を規定する各因子を、保健行動をする気になるために必要な知識・態度・信念・価値観・認識である「準備因子」、当該保健行動の実践・継続を支援する家族、友人、仲間などの反応や行動後に得られるそう快感や報酬である「強化因子」、保健行動の実践を支援する技術や施設、個人、コミュニティの資源の利用しやすさなど望ましい行動や環境変化を可能にするすべての要因である「実現因子」に分類する。次に、重要性・改善可能性について検討し、優先順位を決める。そして、優先順位の高い各因子を満たすために必要な教育内容やプログラム、住民組織や関係機関、各種団体への介入方法を考える。

第5段階の「運営・政策診断」では、運営診断として、第4段階で選択された準備因子や強化因子を満たすための健康教育プログラムに、必要な予算や人的資源の検討を行う。また、現時点での利用可能な資源の査定、プログラムを実行する際に解決しなければならない障害についての検討を行う。政策診断では、健康教育の阻害要因になっている政策や法規、組織の方針などについて検討を行う。健康教育のみでは、改善が期待できない実現因子への介入を検討し、施策に必要な予算や人的資源、利用可能な資源の査定を行う。

第6段階の「実施」では、プロセス評価のモニタリングに必要な情報を集めながら、各段階での目標値の達成を目指して必要な健康教育や施策を展開する。

第7段階の「経過評価」では、事業の実施経過による評価を行う。問題がある場合には早期に軌道修正を行う。

第8段階の「影響評価」では、プログラムの実施により第3段階や第4段階で設定した目標値が達成されたかを検証する。

第9段階の「結果評価」では、健康教育やQOLが改善・向上されたかを評価する。

3 地方自治体における健康教育計画例—埼玉県越谷市の場合—

ここでは、地方自治体の取り組み例を紹介したい。ここに紹介する埼玉県越谷市は、筆者が、大学院での健康教育演習の調査研究を進める中で、様々な情報提供を得るとともに、市民対象の健康づくり事業である「市民健康大学」の講座の講師として関わった経験がある。また、筆者が市内の中学校に勤務し、学校教育における健康教育の実施状況や地域における健康教育の実態を把握している自治体でもあることから、特に紹介するものである。一つは、健康づくり行動計画の策定時における取り組み状況を、「越谷市健康づくり行動計画—いきいき越谷21—」²⁾から紹介する。そして、計画の中間見直し時の状況として、「資料3 計画の基本的な考え方」³⁾を取り上げる。

(1)「越谷市健康づくり行動計画—いきいき越谷21—」の概要

越谷市健康づくり行動計画「いきいき越谷21」は、第1章から第3章で構成され、計画の策定経過、健康状況調査票等が参考資料として盛り込まれている。計画の期間は、2003年～2010年までの8年間の計画で、2007年に中間評価を行っている。

第1章「計画の基本的な考え方」では、①計画策定の趣旨、②社会的背景、③越谷市の健康指標、④計画の性格と期間、⑤目標領域の設定から構成されている。第2章「計画の具体的展開」では、①食生活、②運動、③たばこ、④歯科保健、⑤心の健康（アルコールを含む）の5つの領

域における具体的行動目標を掲げている。第3章「計画の推進」では、①市民一人ひとりが『主役』の健康づくり、②家庭での健康づくり、③健康づくりに関連する団体や機関からの支援、④推進体制と評価からなっている。

計画策定については、15人からなる策定検討委員会を中心に、各領域について検討する5つの部会を設けている。部会は、健康づくり団体及び機関代表者、公募の市民、市内大学関係者と職員から構成されている。健康づくり関係団体は、食生活改善推進員協議会や自治会連合会、体育協会、医師会、商工会、社会福祉協議会、PTA連合会、老人クラブ連合会、コミュニティ推進協議会など20団体に及んでいる。市政世論調査や各団体への活動内容調査を基に、3回の策定検討委員会と部会毎に各3回開催し、健康づくり行動計画の策定に至っている。

(2) 計画の中間見直し時の概要

健康指標を中心に中間評価の結果を踏まえ、2007年に健康づくり推進審議会（計画の評価機関として設置）に諮問し、越谷市が「一次予防」として取り組むべき課題を5領域ごとに、健康指標に焦点をあてて見直しを図っている。例えば、「食生活」では、「糖尿病」や「がん」などの疾病の増加に対応するため、総エネルギーや動物性脂肪の摂取過多、食物繊維やビタミン・ミネラルなどの摂取不足を指摘している。また、「運動」では、糖尿病の疑いがある人の割合が2.5倍に増加していることから、身体活動の少なさを指摘し、運動の重要性をあげている。「たばこ」では、気管・気管支及び肺のがんが増加しており、未成年者や妊婦を含めた禁煙教育・分煙教育が重要と指摘している。「歯科保健」では、歯の磨きかたなどの啓発の必要性を指摘している。「心の健康（アルコールを含む）」では、ストレスへの対応や飲酒については、適正飲酒者と多量飲酒者に二極化している傾向を指摘している。この中間評価は、プリシード・プロシードモデルの第7段階から第9段階にあたり、策定時から4年間で経過して、第3段階や第4段階で設定した目標値が達成されたかを中心に検証している。

(3) 中間見直しの評価の実際

中間見直しの評価の実際について、ここでは、計画の目標領域の一つである「心の健康（アルコールを含む）」領域についてふれる。計画策定時の「心の健康（アルコールを含む）」では、次の6つの具体的目標が設定されている。①「ボランティア活動をとらして社会参加をしよう」、②「うちこめる趣味をもとう」、③「お酒はほどほどに楽しく飲もう」、④「毎日を気持ちよく過ごそう」、⑤「コミュニケーションの場や機会をつとめてつくろう」、⑥「いやしの方法を見つけよう」である。①では、関連指標が、「ボランティア登録者数」と「ボランティア活動参加率」の2つである。中間見直しにおいて、ボランティアの「登録者数」とあるのは、「活動者数」のことで最初の策定時での整合性が取れていないことが判明したため修正することとしている。また、「活動参加率」に該当する数値は算出されていないという指摘から、2項目とも評価指標の見直しが必要としている。また、ボランティア活動だけが生きがいであると捉え難いという指摘もあり、この目標を変更する議論もなされている。次に、②では、関連指標が、「趣味を持っている人の割合」で、埼玉県と越谷市では異なることから、採用するデータを参考値として変更するとしている。③では、関連指標が、「毎日飲酒する人の割合」で、埼玉県のデータから越谷市のデータに修正をするとしている。また、アルコール自体が心の健康だけに影響するものでないことから、領域を「心の健康（アルコールを含む）」から「心の健康」ということで統一するという議論がされている。次に、④では、関連指標が、「朝気持ちよく起きられる人の割合」、「心の健康状態が悪い人の割合」の2つである。前者の指標では、現状値・中間評価ともにデータが

ないために、残すべき指標であるかを検討するとしている。⑤では、関連指標が、「身近に相談できる人が一人以上いる人の割合」、「一家団欒、単身者では友人との語らいが、1時間以上ある人の割合」である。後者において、現状値・中間評価ともにデータがないために、残すべき指標であるかを検討するとしている。⑥では、関連指標が、「心身の疲労回復方法を持っている人の割合」で、当初の埼玉県のデータから、越谷市のデータを使うこととし、最終年での比較をすることに関連指標を変更するとしている。

一領域の中間評価時の状況を紹介したが、関連指標において、採用したデータが、県と市町村により異なることや基になるデータの設定の相違などから必ずしも適切な関連指標になっていないという議論に及んでいる。「心の健康」における指標は、実際の場面では、心理面と具体的な行動面とを結びつける指標の開発の難しさとなって表れているものと理解できるが、この結果からは、健康教育計画の策定時における関連指標が不十分であるといわざるを得ない。市民の健康意識や行動面の実態が把握できずに、国・県のデータを使わざるを得ないという状況や、急速、市町村において策定するという事情もあったことが伺える。しかし、今回の中間評価を受けて、市民が日常の行動にどう生かすのかという観点から、さらに、次の計画策定に活かすことを指摘したい。

(4) プリシード・プロシードモデルとの関連から

健康教育計画全体を、プリシード・プロシードモデルに当てはめてみると、第4段階の「教育・組織診断」における健康教育内容やプログラムにおいて、住民組織や関係機関や団体への介入方法の検討ができていない。一人ひとりの意識改革と行動変容を図るためには、どう市民サイドの身近なプログラムにしていくのか、個人や家庭や団体・グループでどう取り組み、それを相互に関連させていくのか、が必要な視点である。そして、健康づくりの団体・グループや機関からの活動計画の提示を受け、市民への啓発活動へどうつなげていくのかを明確にしなければならない。例えば、2006年の市政世論調査で、「健康づくり行動計画の認知度」の問いに、「知らない人」の割合は78.6%となっている⁹⁾。市民にとって身近な健康づくりという話題に対して、市の施策への認識が低いことは、計画や各施策が市民との具体的な係わり合いにおいて、不足している表れと考えられる。また、市民対象の「市民健康大学」の例をとれば、2003年から毎年開催され30名程度の参加があるが、この講座終了後の目標として「自主グループ化」に着目すると、その実現が非常に困難な状況にある。自主グループ化とは、賛同した個人が会員となり引き続き学習を継続していくことである。グループ化できていないのであれば、次の段階の健康づくりの市民運動のリーダーやコーディネーターの養成につながらず、毎年初めの段階からの実施となり、市民活動の拠点が全く発展しない状況である。また、第5段階の「運営・政策診断」での、プログラムを実行する際に解決しなければならない課題に対する検討についても、策定した計画の第3章「計画の推進」において、個人・家庭・団体や機関の具体的な方策があげられているが、市民の行動に結びつける詳細な施策まで明記されていない。ここにも、市民による運動へ拡大するための手立てが明確となっていない。

また、評価の段階では、「健康づくり推進審議会」という機関が位置づけられ、計画の進行管理の役割がうたわれているが、市民活動と関連した計画である「地域福祉計画」や「生涯学習計画（スポーツ・レクリエーション含む）」などとの関連性の評価が不明である。健康づくりは、自治体にとって総合的な政策であり、単独の部署だけによる推進体制では実現不可能である。さらに、市民の行動変容を目指すものであることから、マンパワー計画や住民のヘルシーアップ運

動を目指す広報・啓発活動とする視点から、関連する計画との整合性を図っていくことが必要であると考えられる。

健康教育計画の「Plan－Do－Check－Act」のサイクルのうち、Checkが機能しないためにActが進まないことが問題とされている中で、実際の自治体の例を検証してみても、この点について改善がなされていない。市民に身近な市町村であるからこそ、市民運動に根ざした健康づくりのための方策に重点をおいた改善策が必要である。

4 結論

今回、自治体における健康づくりの各種事業やプログラムの実際の詳細や予算計画や執行状況の情報がない中での考察を試みたが、健康教育計画の企画・実行・評価における、プリシード・プロシードモデルとの関連性をみると、①計画策定段階の第4・第5段階、②評価時の第7・8・9段階において、改善すべき点が多く存在した。特に、評価に力点を置く必要がある。中間時点での評価もさることながら、単年度毎の評価を実施し丁寧に積み重ねることが必要である。それには、市民によるモニター調査やインタビューなどの調査活動を活かすことが必要と考える。そして、総合的かつ効率性の視点から評価する機関としての強化が重要である。そのために、構成メンバーの充実や会議の仕組みを改善することも必要である。例えば、プリシード・プロシードモデルの第1段階から第3段階においては、研究者がさらに健康指標やその実態を提供していくべきであり、第4段階から第6段階では、健康や福祉、教育部門の行政担当者と市民代表を中心とした両者の取り組み、第7段階から第9段階でさらに、研究者を加えるなど、各段階に応じて評価する組織を構築していくことも考えられる。

その際に、プリシード・プロシードモデルが、プログラム作成時点で評価までを取り込み、一連の事業サイクルとしてとらえており、健康教育の分野ばかりでなく他の領域における立案・実施・評価のモデルとして重要であり、特に、市民と行政の協働を進める上で、有効な方向性を提供するものと考えられる。今後、本モデルなど明確な理論的背景をもった官民一体となった市民活動の推進が強く望まれる。

引用文献

- 1) 日本健康心理学会編 (2005) 健康心理学基礎シリーズ4 健康教育概論、実務教育出版
- 2) 越谷市健康福祉部市民健康課 (2003)、「いきいき越谷21」 pp29-60
- 3) 越谷市健康福祉部市民健康課 (2007)、「資料3 計画の基本的な考え方」 pp24-44
- 4) 越谷市 (2006)、市政世論調査、pp42

参考文献

- 日本健康心理学会編 (2005)、健康心理学基礎シリーズ4 健康教育概論、実務教育出版
越谷市健康福祉部市民健康課 (2007)、「資料2 計画の具体的展開」

謝意 この研究のために、貴重な情報や度重なるインタビュー調査などにご対応いただいた越谷市保健センターの職員の皆様に心から感謝を申し上げるものである。