

富山スタディにおける健康教育の方法 (分担研究：統計解析・疫学に関する研究)

勝野真吾

要約：富山スタディでは成人病の第一次予防の視点からライフスタイルの改善という手法によるインターベンションの実行可能性や有効性を探る。従って、学齢期の小児全員を対象に、学校を場とした教師とその協力者による健康教育を中心とする。また、医化学検査を中心とした健診を健康教育の一環とし、プログラム評価の指標とする。さらに、健康教育を効果的にするため、学校における健康教育をメインプログラムとし、保護者を対象とした健康教育、地域社会を対象とした広報活動、行政による保健サービスの改善などを加える。これらのプログラムはパイロットスタディによる試行、分析、評価を行ったのち総合的な地域プログラムへの普遍化を試みる。

見出し語： 富山スタディ, 成人病, 健康教育, Intervention, School-based Program

はじめに

循環器疾患、癌などの成人病に対して、これらの疾病による死亡率の高い欧米諸国では第一次予防の視点にたつ健康教育プログラムが開発され、実行されている^{1)・2)}。これらのプログラムはRisk Factorに関する広範囲で詳細な疫学調査によって得られた知見に基づき、学齢期の小児を対象にして、その発達段階を踏まえ系統的かつ包括的に構成されている。そして、かつて行われた知識を重視した禁煙教育がほとんど実効性を持たなかった³⁾ことの反省から、友人関係(Peer-pressure)や家庭、地域社会の影響を重視する新しい行動科学理論を大胆に取り入れて児童・生徒の自己認識(Self-image)、健康に関する意思決定とそのため

の技能(Health decision-making skills)、自らの健康に関する自己責任(Self-responsibility)などの変容を通じて子ども達ひとりひとりが好ましいLifestyleを確立することを目標としている。また、これらのプログラムではその実施後の効果(結果)の評価のみでなく、プログラム遂行過程(Process)の評価が重視されていることが特徴である^{4)・5)}。

このような欧米で試みられている成人病の第一次予防を目的とした健康教育は、虚血性心疾患、癌、糖尿病などが増加傾向にあるわが国にも大いに参考になるものであるが、わが国への導入にあたっては、わが国の小児における成人病のRisk

兵庫教育大学 生活・健康系教育講座 疫学・健康教育研究室
Division of Epidemiology & Health Education, Department of Health Science,
Hyogo University of Teacher Education

Factorに関する実証的な疫学調査が不可欠であり、また社会・文化的背景や学校教育制度の違いを踏まえることが必要である⁶⁾。本報告ではこの視点から「富山スタディ」における健康教育の方法について考察する。

「富山スタディ」における健康教育：総合的プログラムへの展望と学校健康教育

健康教育はその対象や内容、方法などによって種々の形態が考えられる。「富山スタディ」では内外の小児期の成人病のRisk Factorに関する疫学的知見⁷⁾・⁸⁾を健康教育の基盤とする。ことにわが国における知見を重視する。また、健康教育を健診によって見いだされたハイリスク者のみを対象とする限定されたものとしてではなく、学校の健康教育を通じてクラスの児童・生徒全員に働きかけ、ライフスタイルの改善を試みる第一次予防の立場に立つ包括的Interventionと位置づける。従って、地域の小学生以上の学齢期の小児全員を対象にし、学校を場とした教師とその協力者による健康教育(School-based, Teacher-delivered Program)を中心とする。ただし、ライフスタイルを構成する食事内容、運動との関わり、喫煙や飲酒やストレスなどの要因は、単に児童・生徒に知識を与えるだけでは改善されるものではなく、児童・生徒の生活と最も関わりの深い父母や、教師、地域住民に対する働きかけが必要であるので学校における健康教育をメインプログラムとして、その健康教育を一層効果的にするため保護者を対象とした健康教育、地域社会を対象とした広報活動、行政による保健サービスの改善などを加え、常に総合的な地域プログラムへの展望をもって実施する。

わが国の学校における健康教育の現状と「富山スタディ」の戦略(Strategy)

健康教育はわが国の学校教育の重要な柱として位置づけられており、各種教育関連法令や学習指導要領の“表現上”では十分な領域が確保されている⁹⁾(表1)。しかし、学校における健康教育の教科である保健体育の現状は「雨降り単元(体育理論)」、「雨降り保健」と呼ばれるように、知的な学習を基礎に自分自身の身体を動かすことを通じて人間の身体や健康、運動文化を学ぶ教科としてではなく、ただ単に子ども達に運動をさせる教科、あるいは子ども達の運動技能を高める教科として扱われることが少なくなく、全体として周辺的教科としての地位しか与えられていない。成人病に関して保健体育の教科内容をみると、成人病に触れた項目はあるものの「成人病予防」を主テーマにした健康教育は現在の学校教育では行われていない。ただ、健康一般に関わる学習内容はいくつかの教科や領域にわたり学習されることになっており(表2)、また地域の特性や学校の実状に応じて健康に関わる講演会などの特別プログラムが学校独自の判断により実施されている。しかし、わが国では欧米で行われているような系統的な総合健康教育プログラムはみられない。

わが国の教育システムでは現在の学校教育内容(教育課程)を直ちに全面的に編成しなおすことは困難であり、また欧米の健康教育プログラムを直接持ち込むような急激な変革はこれまで均質で質の高い教育を提供してきたわが国の初等、中等教育の利点をかえって損なう危険がある。従って、「富山スタディ」の健康教育では、最も現実的な方法として学校の既存教科、既存領域の内容を尊重し、成人病予防という視点を加えながら充実をはかり、包括的なプログラムを構築することを基

本的戦略とする。「富山スタディ」の健康教育では、ライフスタイルと成人病発症の関わりについての正確な情報を児童・生徒に発達段階を考慮して系統的に理解させるとともに、健康に関する意思決定とそのための技能 (Health decision-making skills) の習得法などの新しい行動科学理論にもとづく学習を積極的に組み込んで知識が日常生活の中の具体的な行動の変容に結びつくようなカリキュラムの作成を試みる。すなわち、自己認識 (Self-esteem) と自らの健康に関する自己責任 (Self-responsibility) 確立によるライフスタイルの改善を目標とする。

健康教育の指導体制と人的、物的バックアップ体制

「富山スタディ」における健康教育は、スタート時点は別として対象地域全体の学校で実施されることが望ましい。そしてその効果が実証されれば富山以外の地域にも富山方式の健康教育が波及することが期待される。そのためには、ここで行われる健康教育が特別な時間や費用をかけたものではなく、また特別な専門的知識をもった指導者によるものでなく、ごく普通の学校で、普通の児童・生徒を対象に、普通の先生が、特別な労力なく継続的に指導できる普遍性を持つ必要がある。従って、小学校では学級担任または理科、家庭科などの専科教員、中学校、高校では教科担任 (指導内容によっては学級担任) が指導 (授業) にあたることを原則とし、養護教員、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、地域の保健婦、給食関係栄養職員、栄養士などが資料や専門的知識の提供、必要な部分、可能な部分についての指導 (授業) の分担などの支援を行う体制を作ることが最も現実

的である。しかし、成人病予防を目標にしたライフスタイル教育が一般化していない日本の現状では、単に教育内容を示しただけでは教育経験が豊かな教師であったとしても系統的な指導は難しい。また、専門的知識は十分であると思われる医師や栄養士などは児童・生徒の発達段階や特性に応じて授業を進めるための教育技術という点では未熟であることが推測される。そこで、まず健康教育の実施に先立っての (1)カリキュラムの作成、(2)教材の開発、(3)教師と専門家に対するトレーニング (研修) 体制の確立が不可欠である (表3)。これらの過程は異分野のもの共同作業とするのが望ましく、一方的に教育内容や方法を決定し、学校に示すというやり方は、プログラムの実施に好ましくない影響を与える。

Intervensionを主な目的にした健康教育プログラムは、人的にも、物的にも、総合的なシステム構築を目指す必要がある。異分野のもの力が結集できるようなカリキュラム、教科書、ワークブック、指導資料の作成、トレーニングプログラム作成のための組織づくり (表4) を早急に開始する必要がある。

プログラムの展開と見直し (プロセスの評価)

教育の目標、内容、方法などプログラムについての十分な共通理解が欠けたまま予定された時間の消化のみが進む危険を避けるため、「富山スタディ」における健康教育では、以下の手順を踏む。

(1)校種別、地域別に学校群を作り、各群に健康教育実施校と対照校を設定する。健康教育実施校群にはモデル校を設ける。なお、健康教育実施校と対照校の設定はランダムサンプリングによるのが

望ましいが、各地域の実状を考慮する。

(2)全体あるいは学校群別に指導者を対象とした研修会を開き、成人病予防を目的とした健康教育の意義、内容、指導方法などについて学習する。

(3)学校群ごとにモデル校でモデル授業を実施する。この場合のモデル授業はその学校の教員に限定するのではなく、学校医などさまざまな分野の者が試行する。

(4)健康教育実施校全校で健康教育を実施する。

(5)モデル授業および全校での健康教育実施後、プログラム内容や指導体制の評価を行う。

評価法は①知識テスト、②授業を受けた子ども達の感想、③授業実施者の教材等に関する意見、④保護者の意見の集約による。

(6)健康教育の前後で実施校と対照校において成人病のRisk Factor(血圧、肥満度、血清コレステロールなど)に関する健診と日常生活習慣についての調査を行い、健康教育の効果の客観的評価指標を得る。

(7)上記(5)、(6)の評価に基づいてプログラムと指導体制の再検討・改善を行う。プログラム遂行過程や指導体制の見直しなどのプロセス評価は健康教育プログラムの重要な要素として最初からプログラムに組み込む。

まとめ：他地域の健康教育との連携、比較研究

成人病予防を目的とした広範囲の健康教育プログラムは欧米を中心にすでに世界のいくつかの地域で実施されており、また、わが国でも規模は小さいが試行的に行われている^{10)、11)}。「富山スタディ」ではそれらのプログラムの実施団体、研究者と積極的に交流を持ち、比較研究を行う。そして、成人病の第一次予防を目的とする健康教育を

Globalな視点でとらえ、その意義を明らかにすることを目標とする。

文献

1)Walter,H.J., and Wynder E.L. The Development, implementation, evaluation, and future directions of a chronic disease prevention program for children : "Know Your Body" studies. Preventive Medicine 18, 59-71(1989)

2)Maynard,E.J.,Coonan,W.E.,Worsley, A., Dwyer T. and Baghurst,P.A. The development of the lifestyle education program in Australia. 123-149 in cardiovascular risk factors in children;Epidemiology and Prevention ,Hetzel B, and Berenson eds. Elsevier Science Publishers (1987)

3)Eng,A.,Carter,B.J.,and Williams,C. L. Personalizing primary cancer prevention education for students. Health Values 3, 304-309(1979)

4)北山敏和,勝野真吾.ライフスタイル教育の発展と保健体育改革への期待 (I) ライフスタイル教育:学校保健体育への新たな視点. 学校保健研究33,393-397 (1991)

5)北山敏和,勝野真吾.ライフスタイル教育の発展と保健体育改革への期待 (II) 代表的ライフスタイル教育の試みと教師の役割. 学校保健研究34,89-94(1992)

6)北山敏和,勝野真吾.ライフスタイル教育の発展と保健体育改革への期待 (III) ライフスタイル教育の問題点と日本での実施の可能性. 学校保健研究 34,135-138(1992)

- 7) 鏡森定信 監訳. 小児期からの循環器病予防
(WHO専門委員会報告) 日本公衆衛生協会(1991)
- 8) 勝野真吾, 松浦尊鷹他. 五色町児童・生徒健康
実態調査結果報告書: 昭和59年度～平成3年度
(1985-1991)
- 9) 文部省. 学習指導要領(小学校, 中学校, 高等
学校)(1989)
- 10) 五色町教育委員会. 子供のための成人病予防
読本(1990)
- 11) 磐周学校保健会. 小児成人病予防-磐田市の取
り組み-(1991)

表 1 学習指導要領の記述 小学校体育には保健も含まれる

小学校学習指導要領

第1章総則 第1教育課程編成の一般方針

3、学校における体育に関する指導は、学校教育活動全体を通じて適切に行うものとする。特に、体力の向上及び健康の保持増進に関する指導については、体育科はもとより特別活動などにおいても十分行うように努めることとし、・・・生涯を通じて健康で安全な生活をおくるための基礎が培われるよう配慮しなければならない。

表 2 既存の健康教育に関連する教科と領域

校種		小 学 校						中 学 校		
		1	2	3	4	5	6	1	2	3
保健指導	学級指導 手洗い、はみがき カゼの季節の諸注意 性教育、等	○	○	○	○	○	○	△ ↔ (小と同じ)		
	保健教育 体育（保健領域） 体の成長 病気やけがの予防					○	○			
	保健 健康関連科学 性教育							○	○	○
他教科	理科 体の構造や機能 等	○	○	○	○	○	○	↔ (教科担任)		
	家庭科 食事、栄養 等					○	○	↔ (教科担任)		
その他	特別時間割 講演、映画、ビデオ 性教育、禁煙教育、 交通安全教育等	△ ↔ (学外の専門家 等)						△ ↔ (小に同じ)		

- ・ 1992年度より小学校に新しく保健の教科書が登場
- ・ 学習指導要領に示されたものでも、各教科、領域にわたり、健康関連の情報量は多い。
- ・ 6年生の保健には成人病予防に関する項目がある。体育全体を通じて運動と健康の関連はあまり強調されていない。

表 3 健康教育スタッフの一般的な特性とトレーニング

	学校内スタッフ			学校外スタッフ		
	学級担任	教科担任	養護教諭	医 師	栄 養 士	他
授業技術	+++	+++	+	-	-	
専門知識	-	+	+	+++	+++	
子供把握	+++	++	++	-	-	
地域把握	-	-	-	++	++	
日 常 性	++	++	+	--	-	

学級担任：小学校（中学校・高校ホームルーム担任）

教科担任：中学校・高校 保健体育、理科、家庭科

養護教諭：小学校・中学校・高校

授業技術：子供のレベルにあった分かりやすい授業の仕方

専門知識：医学、栄養学、運動生理学等の知識

子供把握：学級の子供の一人一人の生活実態や特性の把握

地域把握：医療行政や、地域の保健衛生・健康実態についての把握

日 常 性：学校での健康教育への関わり易さ

トレーニングの対象と内容例

*学級担任が健康教育にあたる場合には

健康関連の専門知識と地域の保健衛生の諸問題の学習、測定技術等の学習に重点をおく

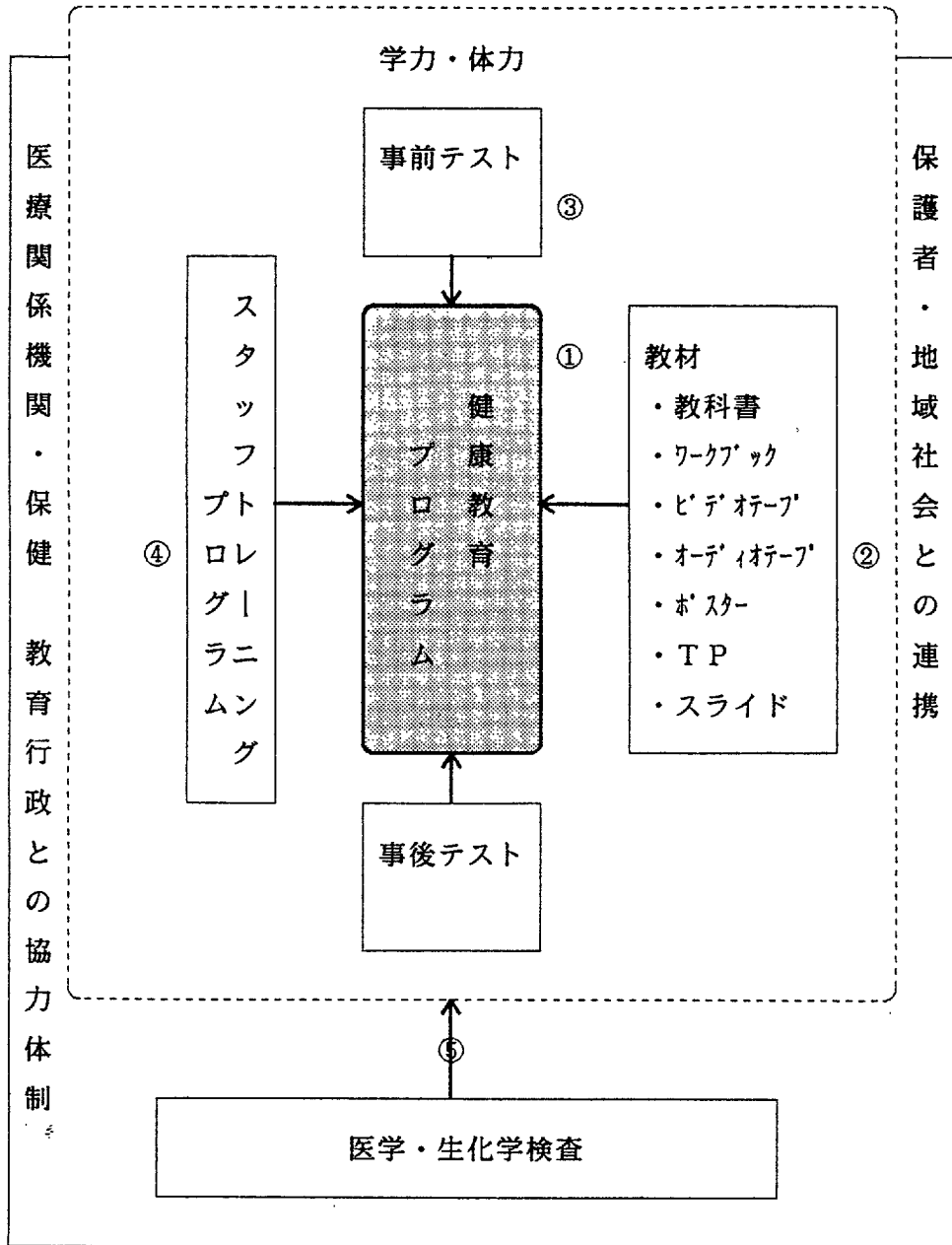
*教科担任が健康教育にあたる場合には

健康関連の専門知識と地域の保健衛生の諸問題に加えて他教科との関連性などを学習する

*医師が学校で健康教育にあたる場合には

子供の発達段階と理解力のレベルや基本的な授業技術について学習する

表 4 健康教育の全体構造





検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:富山スタディでは成人病の第一次予防の視点からライフスタイルの改善という手法によるインターベンションの実行可能性や有効性を探る。従って,学齢期の小児全員を対象に,学校を場とした教師とその協力者による健康教育を中心とする。また,医化学検査を中心とした健診を健康教育の一環とし,プログラム評価の指標とする。さらに,健康教育を効果的にするため,学校における健康教育をメインプログラムとし,保護者を対象とした健康教育,地域社会を対象とした広報活動,行政による保健サービスの改善などを加える。これらのプログラムはパイロットスタディによる試行,分析,評価を行ったのち総合的な地域プログラムへの普遍化を試みる。