

健康日本 2 1 地方計画

「歯の健康」  
策定のガイドライン

北海道保健所 2 1 世紀の会  
北海道健康づくり財団助成研究事業  
(2001 年 3 月)

# 健康日本21 地方計画「歯の健康」策定のガイドライン 目次

<b>序章 本書の目的と使い方</b> .....	1
1. 本書の目的と使い方 .....	1
2. 本書のねらいと活用法 .....	1
<b>第1章 計画策定に向けての基本的な理念や考え方</b> .....	2
1. 計画（Planning）とは？ .....	2
2. なぜ、計画が必要か？ .....	2
3. 計画に求められるもの .....	2
4. 健康日本21の特徴 .....	3
5. 計画の策定、実施、評価を容易にするための理論モデルの活用 .....	6
6. MIDORIモデルおよびモデルに基づく健康政策や事業の策定手順の概略 .....	7
<b>第2章 MIDORIモデルに基づく計画の具体的な策定手順</b> .....	11
1. 第1段階（相）/社会診断 .....	12
2. 第2段階（相）/疫学診断 .....	20
3. 第3段階（相）/行動・環境診断 .....	24
4. 第4段階（相）/教育・組織診断 .....	30
5. 第5段階（相）/運営・政策診断 .....	36
6. 第6段階（相）/実施 .....	44
7. 第7段階（相）/プロセス評価 .....	45
8. 第8段階（相）/影響評価 .....	47
9. 第9段階（相）/結果評価 .....	47
<b>第3章 目標達成に向けての歯科保健政策・事業のあり方</b> .....	51
1. 健康教育 .....	51
2. 予防サービス .....	68
3. 健康を守るための活動 .....	71
4. 積極的な健康づくり .....	72
5. 積極的に健康を守る .....	72
<b>第4章 おわりに</b> .....	76
<b>巻末資料集</b> .....	77
第1編/フォーカス・グループ解説 .....	79
第2編/実践事例を中心とした図表編 .....	83
第3編/8020「健闘」資料編 .....	94

(2000年5月に「フォーラム8020」から発行された8020「健闘」資料の一部を抜粋)

## 序章 本書の目的と使い方

### 1. 本書の性格

本書は、道内各市町村行政の歯科保健実務担当者を主なターゲットとして想定し、これから健康日本21地方計画の各論「歯の健康づくり」計画を策定する参考となるように、計画や事業を策定、実施、評価していくために踏まえておくべき考え方、展開手順及びそれらの裏付けとなる理論やモデル、さらには実践事例についての情報を整理したものである。ただし、本書は、記載のとおりに進めると自ずと計画が出来上がるというマニュアル的な性格ではない。また、そもそも計画づくりにおいては、出来上がった計画書よりも計画づくりのプロセス（過程）が重要であると言われるように、マニュアル的、画一的に進めるべきではない。策定の目的や地域の実情に応じて、また住民や関係者で知恵を出し合いながら創意工夫のある計画をつくりあげていただきたい。その際に、本書がテキスト（道具）となり、ガイド役や参考資料として機能すれば幸いである。

### 2. 本書のねらいと活用法

#### （1）歯の健康づくり政策・事業におけるマネジメントサイクルの確立

「歯の健康づくり」計画策定を契機に、地域における歯の健康づくり（口腔保健）政策・事業が、「計画 実施 評価」すなわち「Plan-Do-See」というきちんとしたマネジメントサイクルで展開することをねらっている。

#### （2）歯の健康づくりを特別視しない

必ずしも歯科専門家でない各自治体の実務担当者の方でも、保健所や歯科医師会などの支援や協力を得ながら計画を策定し、さらには、策定された計画に基づく具体的なプログラムを推進していくことができるように考慮した。すなわち、「歯の健康づくり」は全人的な健康づくりのひとつに位置づけられ、健康づくり全体あるいは他の領域や分野と進め方や考え方は共通であり、特別視する必要がないという前提で作成してある。

#### （3）関連情報を検索していくときの窓口としての役目

現実に計画を策定、実施、評価していくためには、本書だけを利用すれば事が足りるものでもないと思われる。健康づくりに関する理論、モデル、参考図書、調査研究論文、実践事例などを参照したり、学習しながら進めていくことが不可欠と考えられるが、本書はそのような関連情報を検索していくときの窓口機能を果たすよう配慮したつもりである。

#### （4）個別の歯科保健事業の企画、見直しにも活用できる

計画づくりだけでなく、個別の具体的な歯科保健事業の企画や見直しなどにも活用できる内容となっているので、必要なところだけを見るというような使い方も可能である。

例えば、

歯科健康教育プログラムの企画や見直しを行いたい	30～43, 51～68 ページ
歯科保健事業の優先順位を検討したり、見直したい	68～71, 94～99 ページ
既存の歯科保健事業の評価	45～48 ページ
住民から意見を聞くときのやり方を学びたい	14～16, 79～81 ページ
実践事例を知りたい	第2章および86～92 ページ

## 第1章 計画策定に向けての基本的な理念や考え方

### 1. 計画 (Planning) とは？

根源的な問題として、そもそも計画 (Planning) とは何であろうか。

計画とは本来、どのような哲学を持って政策や事業を行い、しかも実施する上での問題を列記し、その解決方法を事前に設定し、対象者のニーズなどを把握し、さらに到達目標を定めて年度ごとに配分すべき施策を策定し、それぞれの段階で管理して全体として実施していくものである<sup>1)</sup>。また、Green L. W. は、その著書<sup>2)・3)・4)</sup>の中で、計画について、「ニーズを確認し、問題とその原因を明確化すること、優先順位を決め、資源を見極め、配分し、施行、モニタリング、評価方法を決定する一連の過程」と定義している。

### 2. なぜ、計画が必要か？

「歯の健康づくり」に取り組む上で、なぜ、計画が必要となるのであろうか。おそらくそれは、地域の「歯の健康づくり」が、ある特定の個人の活動のみでは実現できないからであろう。特定の個人の活動のみで十分ならば、その人個人がわかっているだけで計画などつくることは不要かも知れない。しかし、地域で「歯の健康づくり」に取り組むためには、住民をはじめとする多くの関係者の参画による協働が不可欠と考えられるので、例えば、行政機関に勤務する歯科保健担当者の頭の中で実行計画を描いているだけでは不十分であり、文章にした計画が必要になってくる。文章化された計画は、自動車の運転手にとっての道路地図やナビゲーター、家を新築する人にとっての設計図のような役割を果たす有用な道具 (ツール) となる。さらには、計画は、すべてのプログラム関係者に何をすべきかを理解してもらい指針となる。また、文字に書かれた計画書を見れば、どこまでその計画を達成できているかを容易に知ることが可能となる。同様に重要なのは、計画を策定することや計画書そのものが、住民をはじめとする関係者に対しプログラムへの参画を促したり、活動資金を調達したりする教育的働きかけの手段となり得る点である<sup>5)</sup>。

### 3. 計画に求められるもの

「歯の健康づくり」計画を策定すること自体の目的は、地域住民が、歯を含めた口腔の健康づくりをできるようにする最適システムをつくることであろう。一般的には、最終的に紙の上に印刷された完成物 (plan, project) と、それを作成する行為 (planning) の両方を計画と呼ぶことが多いので、混同しない注意が必要である<sup>6)</sup>。

計画の策定は、通常、ニーズ調査、方法論的調査を経て、実現可能性を常に検討しながら、関係者の合意を積み上げていくというプロセスを辿る。計画を作成し実施するからには、現実の行政に役立ち、住民生活の質の向上に資するものでなければならない<sup>6)</sup>。したがって、住民を含む地域の関係者と、達成目標や課題を共有し、それらを効果的に解決していく検討プロセスを重視すると共に、地域の健康に関連した資源を明確にして、それらの資源を有効に活用し、同時に資源を開発していくことが求められる。しかしながら、福永からは、これまでは多くの計画が、事務局案の作文作業に多くの時間が費やされており、本来の計画と言えるものになっていないという問題提起がなされている<sup>7)</sup>。さらに、健康日本 21 地方計画策定の際に予測される、好ましくないがよく見られるであろう状況をあ

げ、計画策定のプロセスの重要性を訴えている（表 1-1）。

表 1-1 健康日本 21 地方計画策定 / 予測される最悪パターン

（福永，2000）

- 1．計画書や資料を集める
- 2．お題目を作る
- 3．担当者に適当に振り分ける（作文コンクール開始）
- 4．先進地事例や国の示したヒナ形をあてはめる
- 5．分量を適当に調節する（みんな同じくらいの分量に）
- 6．危ない表現を削除し、曖昧にする
- 7．事務局案完成
- 8．偉い人と呼んだ会議で事務局案を了承させる（しゃんしゃん）
- 9．計画書完成「おめでとうございます」
- 10．あとは「首長室」の棚に飾っておしまい

国などから示された雛形や先進地の計画書を入手して数値だけを入れ替えたり、単に行政がつくった原案を承認してもらおうといった進め方をするくらいなら、計画はつukらない方がよい。計画を立案する当初から、住民、地域組織活動グループ、関係機関などが対等の立場で話し合う参加の仕組みを整え、主体的に関与してもらいながら、各々の役割を明らかにしていくことが大切になる。そのようなプロセスを確保しつつ、計画には、どこで、何を、どのような方法で、いつまでに、どのように変えていこうとするのか、その結果予測される成果はどの程度かをあらかじめ設定しておく必要がある。

#### 4．健康日本 21 の特徴

健康日本 21 は過去に展開された健康づくり運動と比べさまざまな特徴がある。ここでは、その特徴を、

理論的基盤として WHO（世界保健機関）が 1986 年に示した健康づくりの理念「ヘルスプロモーション」<sup>8・9・10</sup>）が意識されている

過去の経験や隣接自治体横並びに基づく政策・事業ではなく、科学的根拠に基づく政策・事業の展開が求められている

政策や事業により達成すべき具体的な目標を定めて推進と評価をするの 3 点と捉え、以下、簡単に解説する。

##### （1）ヘルスプロモーション

健康日本 21 の理論的ベースになっている「ヘルスプロモーション」（表 1-2）という理念を、従来の健康づくりと比較してみると、次に示す点が特徴といえる。

表 1-2 ヘルスプロモーションの定義

WHO / オタワ憲章 (1986)

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。

Green.L.W.& Kreuter.M.W (1991)

個人や集団、地域の人々が健康になるための行動や生活状態がとれるように教育的かつ環境的なサポートを組み合わせること。

(ア) 最終目標は QOL の向上 / 健康は日常生活の資源

健康は誰にとっても共通の願いではあるが、健康づくりというと、とかく「病気や障害にならないこと」というように考えがちである<sup>注 1-1)</sup>。しかし、人によっては、身体的には病気や障害がなくても必ずしも元気ではない場合がある。反対に、身体的には障害や病気があっても、活力にあふれ、社会的活動も活発に行っている人も多くみられる。結局、身体的な健康もその人の生活の充実を支える手段に過ぎないのである。身体は健康そのものが人生の目的でもなければ、身体が健康でなければ生活の充実ができないものでもないことを大前提として捉えておく必要がある。価値観の多様化に伴い人生の目的は人それぞれであり、身体的健康が何にも増して優先されるとは限らない。「健康には生きていたい、健康のために生きるのは、ちょっと息苦しい」<sup>11)</sup>に象徴されるように、健康は目的ではなく、日常生活のための資源と位置づけることが必要である。

(イ) 社会の責任による健康づくりに資する環境整備の促進

わが国をはじめ先進諸国では、1970 年代以降、個人の生活習慣が疾病予防や健康づくりへ影響を及ぼすことから、ある時期において、疾病予防や健康づくりは個人の自己責任で対応すべきとの論調が多くみられた。しかし、人の行動や生活習慣は環境と相互に影響し合っていることが明らかとなり、健康づくりには組織や地域のあり方まで含めた環境への

注 1-1) 本来、健康づくりは、「病気や障害にならないこと」という消極的な意味だけではなく、もっと積極的な意味を持つものなのである。この点について、日本にヘルスプロモーションを紹介した島内は、「健康社会学的創造力・健康社会学研究 1 巻 1 号, 5-11, 2000 .」において非常に理解しやすい例をあげているので紹介しておく。

人々に「病気の時どうするの?」と尋ねれば、多くの人々は「医者にかかる」「病院に行く」「家で寝ている」などと回答する。(中略) では、人々に「元気(健康)な時どうするの?」と尋ねれば、どのような回答をするのであろうか。人々は、しばらく考えた後に、「仕事に行く」「学校に行く」「公園に行く」「図書館に行く」「喫茶点に行く」「レストランに行く」「カラオケに行く」「カルチャー・センターに行く」「デパートに行く」「世界一周に行く」「山登りに行く」「ボランティアをする」「散歩をする」「ゴルフをする」「テニスをする」などと回答する。この回答にみられるように「健康」な時の人々の行動範囲と内容は、「病気」の時とは比べものにならないほど大きく多様である。我々はこの事実には注意深い目を向けなければならないのである。そうすることによって、病院や施設を中心とした従来の「病気を治す」という医療戦略を越えその範囲を拡大し、家庭・学校・職場・街・自然などのあらゆる生活の場を中心とした「健康をつくる」という全く新しい健康戦略(ヘルスプロモーション)への転換が可能となるのである。

働きかけが重要であることが訴えられてきている。これからの健康づくりでは、健康づくりへの取り組みを社会の責任として捉え、人々の行動・生活習慣を健康的なものにするよう社会全体でサポートしていくための環境整備を重要視していく必要がある。

#### (ウ) 病気の予防にとどまらない積極的な健康づくり

「健康は日常生活の資源」と捉えると、必ずしも生活習慣病の予防のみにとらわれるべきではなく<sup>12・13</sup>、また、従来のような「してはいけない」という禁止事項を並べた近視眼的問題解決型で堅苦しく面倒な健康づくりでは QOL は高まらない<sup>14</sup>。行動変容の過程やその結果を通じて、楽しく、いきいき、充実して、満足感を得ることができるよう、個人の努力を社会全体が支援していくことが必要となっている。健康づくりを通して、一人ひとりが主体的に社会参加していくことが充実した人生を築いていくことになり、このことがめざすべき積極的な健康といえる。これを社会全体が支えていくことが、活力ある地域をつくっていくことにもなると考える。

#### (エ) 住民の主体的参画(参加)

健康というものは住民自らのものであり、健康を日常生活のための資源と位置づけ、政治、経済、組織、さらには地域のあり方まで含めた環境への働きかけも行うとなると、医師や看護婦などの専門家や行政機関などから、保健医療福祉サービスや情報を一方的に提供することで健康づくりが成り立つものではない。健康づくりへ住民やコミュニティの参加を促し、保健医療福祉サービスの利用、地域の組織・グループ活動への参加、行政など公的機関の保健部門および健康に関連する生活諸部門の企画への参画をなどを通して、住民自身が地域政策決定と社会活動に関わっていくことが必要となってくる。

### (2) 科学的根拠に基づく政策・事業

歯の健康づくり政策や事業に限ったことではないが、実際に政策や事業を展開していくに際し、利用できる資源は限られている。より確実に成果があがる政策や事業を選択していくためには、これまでに得られた外国や日本での歯の健康づくりの成果も利用しつつ、目標に優先順位をつけ、資源を投入する対象を重点化する必要がある。また投入する資源に対して最大の効果をあげるには、政策や事業の戦略と手段が科学的根拠に基づいたものであり、かつ効率的であることが求められる。

### (3) 目標達成度による評価(経営管理の手法の導入)

健康づくりといっても、それが漠然としたものでは実行しにくく、また効果判定もできない。健康日本21では、欧米などで計画推進の管理運営の方法としてよく用いられている、「事前に数値目標を定め、目標の達成度で政策や事業を評価する」という手法が提唱されている。すなわち、数値による目標管理の手法である。目標による管理は、運営を効果的、効率的に行うための代表的な技法のひとつであり、目標を設定することで、全体が何をめざしているのかがすべての人に明瞭になるという利点がある。また、自らの能力、外部環境などを分析・判断することが目標設定に欠かせないが、これによって最大限の成果を達成する戦略の策定を行うことができる。さらには、実施後の評価を、目標と比較して行うことを通じて、さらに次なる成果の向上につなげることができる。行政を含むいろいろな主体(セクター)が、このような一連の流れに沿って実践することによって、全体で

は大きな成果が期待できる<sup>15)</sup>。ただし、計画策定に際しては、何のための数値目標であるか、どのような考え方でその数値を設定したのか、また、設定した数値が的確に事業計画の達成度を見る指標になっているかなどを十分に見極める必要がある。さらに、目標達成のために取るべき介入方策や施策が説得力を持ったものとなっているかが重要である。こうしたことを軽視して、数値目標を設定しても砂上の楼閣に帰する恐れがある<sup>1)</sup>。

一方、行政関係者や保健医療の専門家が政策や事業の評価のために設定した目標は、住民にとっては少し違った意味を持つ。住民一人ひとりにとっては、各自、重要な目標もあれば、ほとんど意味のない目標もあることであろう。また、足りないカテゴリーもあれば、細かすぎるカテゴリーもあるだろうし、甘い目標値や厳しすぎる目標値もあるであろう。行政などが健康づくり計画で示す目標は、一人ひとりの生活をもれなく考慮したものではない。むしろ、一つの目標値からこれまでの生活をふり返ったり、今後の生活考えたりしていくことが重要で、そうした過程の中から一人ひとりが個々に自らの目標を立てていくことが大切となってくる<sup>16)</sup>。

## 5 . 計画の策定、実施、評価を容易にするための理論モデルの活用

前述したように、計画には、どこで、何を、どのような方法で、いつまでに、どのように変えていこうとするのか、その結果予測される成果はどの程度かをあらかじめ設定しておく必要がある。さらには、予想しない状況変化にも対応でき、透明性やアカウンタビリティ（説明責任）を保つためにも、理論モデルを利用することが望ましいと考える。もちろん、理論モデルは、構築したときの開発者の判断や、それを利用する立場の人が利用するに当たっての判断も入るので、不確実性もあり万能ツールではないことには留意しなくてはならない。また、時間やデータ収集費用の制約のために、適切なモデルを選定しない<sup>17)</sup>で、単純化モデルや担当者の独断と偏見に基づく解釈モデルを構築してしまうことは戒めなくてはならない。時に、経験と勘、あるいは国、道、近隣自治体のマネなど、妥当性の検証がなされていない理論モデルを、理論モデルという意識なく利用してしまうことが少なくないので注意が必要である。

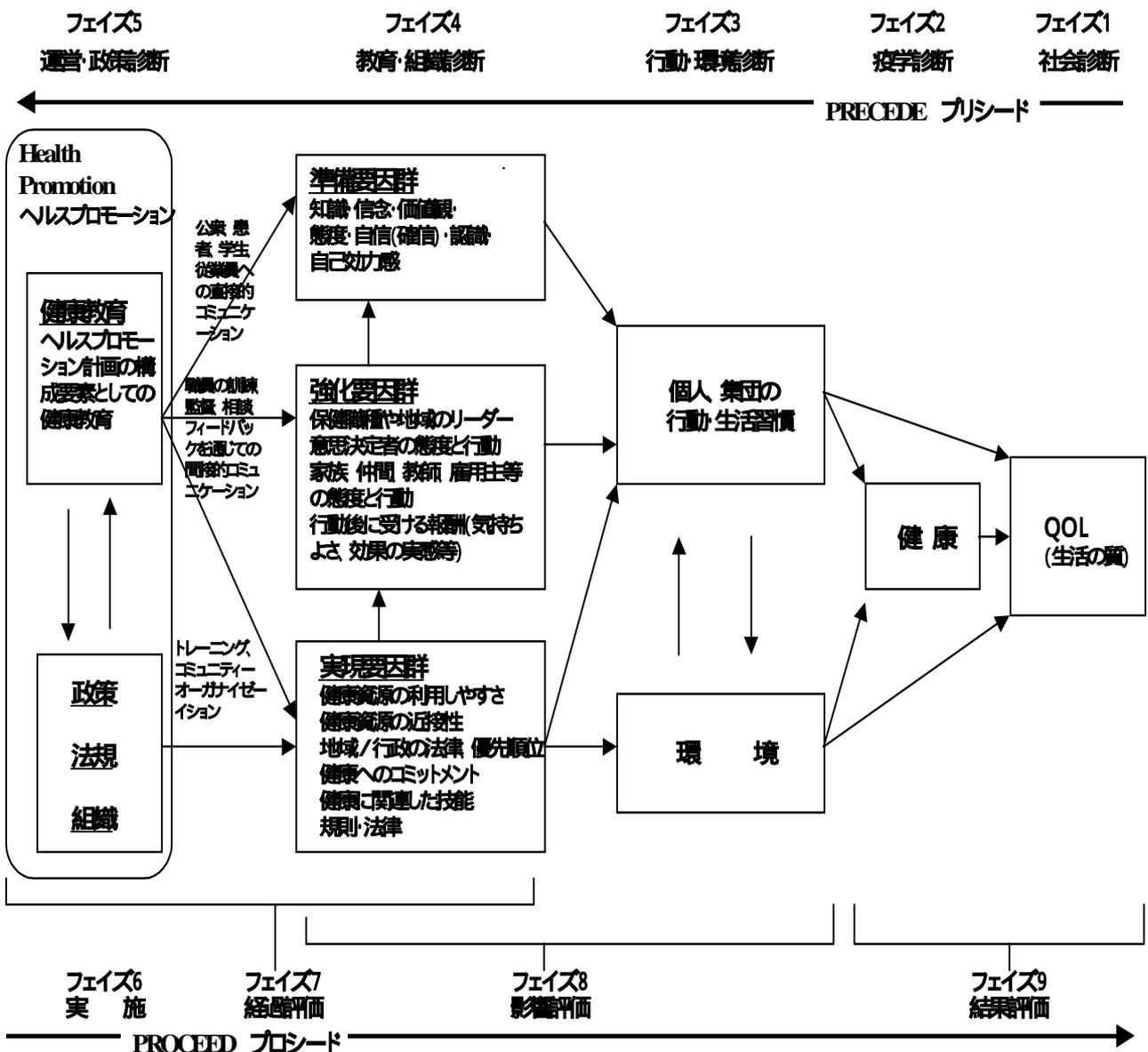
もっとも、ヘルスプロモーションを基盤にした健康づくりにおいて、計画づくりの理論モデルがわが国で盛んに活用されるようになったのは、たかだか最近5年程度である。「プリシード・プロシードモデル（日本名 MIDORI モデル）」、「地域づくり型保健活動」「プロジェクト・サイクル・マネジメント」「ソーシャルマーケティング」などが理論モデルの代表格といえよう。これらの理論モデルを活用することで、健康づくりの取り組みを段階的に整理して、包括的かつ系統的に組み立てることが容易になる。国内の歯科保健医療の領域では、MIDORI モデルの活用<sup>18, 19, 20, 21)</sup>が群を抜いている。モデルの詳細についての説明は成書等<sup>2, 3, 4, 21, 22)</sup>に譲るが、本書では、以下、この MIDORI モデルの枠組み（図 1-1）に基づき、健康日本 21 地方計画の構成要素のひとつとなる「歯の健康づくり」計画策定手順の例を示していく。ただし、若干繰り返しになるが、このモデルもあくまでツール（道具）に過ぎないと認識しておくことである。このモデルを使わないと計画が策定できないわけではなく、モデルを使いさえすれば自動的に計画が策定できるわけでもない。あくまでもヘルスプロモーションを基盤とした「歯の健康づくり」計画を企画、実行、評価（Plan-Do-See）するに当たり、関係者の作業を支援するための道具としてモデルがあ

るという位置づけで利用してもらいたい。モデルの適用に振り回されて、住民参加や住民を含む関係者との協働などが形骸化することのないように注意しながら計画を策定、実施、評価していくことが肝要である。

## 6 . MIDORI モデルおよびモデルに基づく健康政策や事業の策定手順の概略

MIDORI モデルは、正式名を PRECEDE-PROCEED Model といい、ヘルスプロモーションの企画・実施・評価の展開手順を示したものである。大きく分けて、ニーズアセスメント（診断）に関わる PRECEDE の部分と、実施・評価に関わる PROCEED 部分からなっている。PRECEDE は、Predisposing、Reinforcing、and Enabling Constructs in Educational / environmental Diagnosis and Evaluation(教育・環境の診断と評価のための準備・強化・実現要因)の頭文字で、「実施に先立って行われる」という意味もある。

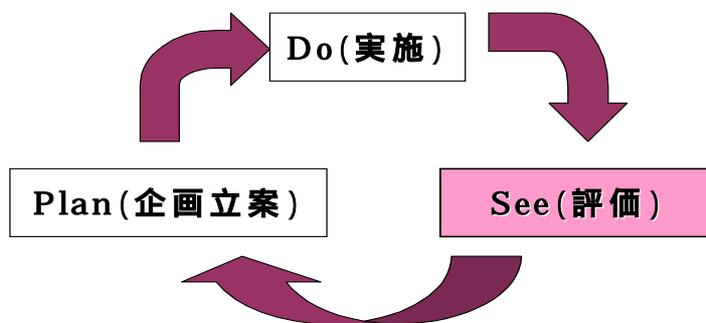
図-1 プリシード・プロシードモデル (PRECEDE-PROCEED Model / MIDORIモデル) .Green L. W. et al.,1991



PROCEED は、Policy、Regulatory、and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development（教育・環境の開発における政策的・法規的・組織的要因）の頭文字で、「続いて行われる」という意味もある。日本では、このモデルを積極的に活用している九州の関係者が 1999 年 1 月にモデルの開発者である Green 氏と懇談した際に、親しみやすい日本名として「MIDORI モデル」の名称が提案され Green 氏の承諾を得た。MIDORI は、Mutually Involved Development and Organization of Research for Intervention の頭文字を連ねたものであり、「相互の参画による展開と組織化を可能にする介入方法」といった意味を持っている。以下、本書では「MIDORI モデル」の名称を用いる。

MIDORI モデルにおいて、ニーズアセスメント（診断）に関わる PRECEDE の部分である第 1～第 5 段階は、実際には診断に基づく問題解決のための介入計画やプログラム策定のプロセスも含んでいることから「(事前評価に基づく) Plan」と呼ぶに相応しい。一方、PROCEED 部分のうち、第 6 段階の実施は「Do」、第 7～第 9 段階の評価は「See」に相当する。したがって、PRECEDE-PROCEED の枠組みに沿って、第 1～第 9 段階と順次に進めることにより、容易に「Plan Do See」(図 1-2)のマネジメントサイクルを確立することができる。

## 図 1-2 Plan Do See のサイクル



以下に、策定の手順の概略を「Plan Do See」のサイクルに沿って簡単に解説する。

### (1) Plan

このモデルは、計画に先立つ診断/事前評価(アセスメント)を重視していることが大きな特徴のひとつである。一般に診断・査定の過程がそうであるように、本モデルも最終目標を見据えた社会診断から始まる。ただし、最終目標とされるのは、保健行動・生活習慣や健康問題の解決ではなく QOL の改善や向上、あるいは社会的問題の解決である。地域の理解を広げ深める情報収集を多面的に行うが、これは対象となる人々の QOL に係わる事項を把握するためである。そして政策や活動の有効性も、最終的には QOL の改善度をもって検討される。健康を生活の資源と考え、QOL が最終目標(第 1 段階/社会診断)となり、それに健康が影響し(第 2 段階/疫学診断)、健康には保健行動・生活習慣と環境

が影響している（第3段階／行動・環境診断）となっている。さらに保健行動・生活習慣と環境に影響する教育・組織診断（第4段階）、教育・組織を規定する運営・政策診断（第5段階）と進めていく。言い換えると地域の健康に関する課題やニーズを5つの相（フェイズ）に分け、段階的に整理、把握していくことになる。

これまでの公衆衛生活動では、疫学による量的な診断が中心で、QOL や環境などの質的診断が弱かったように思われる。また、教育・組織や運営・政策の診断も不十分であったと考えられるので、慣れないうちは少し取っ付きにくいかも知れない。

しかしながら、このモデルでは段階を追って診断することで、有効な介入計画やプログラムを簡単に作成（Plan）できるようになっている。Plan のために地域の健康に関する課題やニーズを段階的に整理、把握していく一連の流れの中で、第4段階の教育・組織診断で明らかとなる対象集団自身に関連した目標は、教育的働きかけにより達成されるので学習目標と呼ばれる。一方、対象集団を取り巻く周囲の人間および社会に関連した目標は組織・資源目標と呼ばれ、政策的働きかけにより達成されるという位置づけになる。これら明らかになった目標に対し、誰の（who）、何を（what）、いつ（when）、どの程度（how much）というポイントを押さえながら働きかけの Plan を立てると、それが介入計画やプログラムに他ならないのである。さらには、「いつ」という時期に、「誰の」「何を」についての達成状況を観察・測定し、「どの程度」という基準に照らせば、介入の正否が判断できることになる。Plan に先立って行われる診断の時点で、評価を常に意識することとなり、結果的に介入計画やプログラム実施後の評価が容易となるよう考慮されている。

## （2）Do

上記の Plan（すなわち PRECEDE 部分）のプロセスを経ることで、介入計画やプログラムとして行う教育的働きかけと政策的働きかけをどう展開するのか、それぞれの関係者や機関の役割は何か、必要なマンパワー・器材・費用、めざす目標（評価指標）が明確になり、これらに基づいて政策および事業などを通じて働きかけを実施することになる。

実行段階における成功の鍵は、よい計画、適切な予算、所属機関からの支持、スタッフの訓練監督、実施状況の監視である。この他、豊富な経験、住民のニーズに敏感で状況の変化に柔軟に対応できること、実施前に示した長期目標を見失わないことであり、ユーモアのセンスも大切である。他者の経験から学ぶことも重要な意味を持つ。ヘルスプロモーションにおいては、活動継続が特に重要だが、行き過ぎたパターン化も戒める必要がある。

## （3）See

実は、評価を最終段階に持ってくるのは誤りと言える。Plan のところで、「このモデルは、計画に先立つ診断／事前評価を重視している」あるいは「事前評価に基づく Plan」と記載したことからわかるように、評価は計画の最初の段階から不可欠でかつ継続的に必要なものである。事前評価は Plan のところで記述したので、ここでは主に計画がスタートしてからの行う評価について述べる。計画開始後の評価には、教育的働きかけと政策的働きかけを実施したプロセスの評価、学習目標／組織・資源目標並びに行動や環境への影響（インパクト）の評価、そして健康並びに QOL という結果への評価という3つの相がある。Plan（企画）のために体系的診断情報をきちんと入手し、計画の中で達成すべき目標が定義されていれば、そこからプロセス評価、影響評価、結果評価に必要な評価指標と評価基準（＝達成すべき基準）の大部分は自ずと導かれることになろう。言い方を換えると、

Plan (企画) に先立ち、きちんと診断を行うことにより、評価指標と評価基準を、評価を始めてからでなく、それ以前に明確にしておくことができるのである<sup>注1-2)</sup>。

## 引用文献

- 1) 河原和夫：保健医療福祉の基盤整備計画 - その理論と実際．公衆衛生，62(10)；715-719．1998．
- 2) Green LW，Kreuter MW：Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach．Mayfield Publishing Company，2nd ed．，1991．
- 3) グリーン，クロイター（訳；神馬征峰 他）：ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開．医学書院，1997． 2) の日本語訳
- 4) Green LW，Kreuter MW：Health Promotion Planning An Educational and Ecological Approach．Mayfield Publishing Company，3rd ed．，1999．
- 5) アリス・ホロウィッツ：口腔の健康教育とヘルスプロモーション．歯科衛生士，17(8)，11-18，1993．
- 6) 宮城島一明，中原俊隆：計画づくりの概念と役割．公衆衛生，62(10)；684-690，1998．
- 7) 福永一郎：地方計画づくりで陥りやすい失敗をどう克服するか．保健婦雑誌，56(5)；371-377．2000．
- 8) 藤内修二：オタワ宣言とヘルスプロモーション．公衆衛生，61(9)；636-641，1997．
- 9) 藤崎清道：ヘルスプロモーションの概念と今日的意義．公衆衛生研究，48(3)；178-186，1999．
- 10) 石井敏弘：ヘルスプロモーションの新しさと公衆衛生従事者の教育研修．公衆衛生研究，48(3)；199-209，1999．
- 11) 日本経済新聞：「春秋」．2000年10月27日
- 12) 高橋和己：心地よさの発見．三五館．1993．
- 13) 米山公啓：「健康」という病．集英社新書，2000．
- 14) 「健康って何だろう」．公衆衛生情報 1999年8月号；6-13．
- 15) 宮本哲也：健康日本21の推進について．公衆衛生情報 2000年7月号；44-45．
- 16) 守山正樹：住民参加と地方自治体の役割．公衆衛生，64(6)；427-434，2000．
- 17) 信川益明：政策科学の理論と保健計画づくり．公衆衛生，62(10)；691-696，1998．
- 18) 藤内修二 編集：平成10年度厚生科学研究費補助金 総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究報告書 保健所の地域診断機能の強化を中心とするモデル事業 - PRECEDE-PROCEED Model によるヘルスプロモーション活動の実践 - ．1999．
- 19) 筒井昭仁：口腔保健におけるヘルスプロモーションと新たな健康教育(2) わが国の口腔保健の評価、診断と今後の進め方 - プリシードプロシードモデルをもとに - ．歯界展望，87；1425-1437，1996．
- 20) 堀口逸子，筒井昭仁，中村譲治，西方寿和，神崎昌二：ワークサイトヘルスプロモーション(WHP)の観点にたった産業歯科保健の取り組み - プリシードプロシードモデルに基づいた質問紙調査．口腔衛生学会雑誌，48(1)；60-68．1998．
- 21) 藤内修二 編集：平成11年度厚生科学研究費補助金 総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究報告書 - PRECEDE-PROCEED Model (MIDORI モデル) の理論と実践 - ．2000．
- 22) <http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED>

注1-2) PRECEDE-PROCEED Model (MIDORI モデル) の前身である PRECEDE フレームワークは、当初評価モデルとして発達したが、後に計画づくりの枠組みとされるようになった。

## 第2章 MIDORI モデルに基づく計画の具体的な策定手順

MIDORI モデルは、生活の質（Quality of Life）をヘルスプロモーションの最終的な目標とし、後述（52 ページ）する保健信念モデル（Health Belief Model）で説明しきれない要因として、強化要因、実現要因を加え、さらに従来健康教育では働きかけが困難であった環境要因を加えるなど包括的なモデルとなっているのが特徴である。原則的には第1段階から始めるが、部分的な応用も可能であり、途中の段階から始めてもよい。例えば、「むし歯予防」「歯周病予防」「糖尿病予防」など、特定の疾病対策に用いる場合には第2段階、「禁煙対策」など特定の行動改善対策に用いる場合には第3段階から入ることもある。そのような場合でも、第1段階の社会診断へと遡って、対象者のQOLを確認することは、住民および行政内部等への説明に有用である。また、既存健康教室の見直しをする際には第4第5段階を利用したり、第7段階以降を評価モデルとして利用することも可能である。また、モデルは基本形であるため、応用に当たり国や地域の状況に合わせて多少の工夫を加味しても差し支えないことを開発者である Green 自身も述べている。

また、どの段階から入る場合でも、当該地域の状況分析が重要となる（表2-1）。

表2-1 状況分析

1. プログラムの結果に最も強い関心を抱いている人物や組織
  - (1) 彼らは誰か。
  - (2) 彼らはプログラムを知っているか。
  - (3) 彼らはこのプログラムに対して理解や支援をしてくれるのか。
2. 地域における潜在的な協力者や情報提供者
  - (1) 彼らは誰か。
  - (2) 彼らは今までのプログラムに参加する機会を与えられていたか。
  - (3) 彼らはこのプログラムに対して理解や支援をしてくれるのか。
3. 人的・技術的な資源
  - (1) プログラムづくりに経験を積んだ専門職を確保できるか。
  - (2) プログラムづくりのためにスタッフに特別な研修が必要か。
  - (3) プログラムづくりのために既存のデータやプログラムが利用できるか。
4. 予算
  - (1) プログラムづくりのために予算が見積もられているか。
  - (2) プログラムを実施するために必要な施設が利用できるか。
  - (3) スタッフや器材などに必要な経費に充てられる補助金を申請できるか。
  - (4) プログラムづくりの締切はいつか。

状況分析は、プログラムの企画・立案を行う上で鍵を握る人が誰なのか、有用な情報を提供してくれる人は誰かなどを把握することにより、プログラムを運営する組織に参画してもらいべき人物の選定や、社会診断で行う意見聴取の対象者の選定を行おうというものである。また、プログラムの予算的な制約などをあらかじめ把握することも重要である。

## 1. 第1段階（相） / 社会診断

### （1）社会診断の目的

ヘルスプロモーションのめざすゴールは Quality of Life（以下、QOL）の向上にある。そのためには、地域住民の目を通した真のニーズとしての QOL を明確化することが不可欠であり、明確になった QOL に影響を与えている健康状態をよりよい方向へと改善しコントロールできるようにすることが住民と関係者の役割であるといえる。

一般的には、行政や専門家からみて、地域で取り組むべき健康課題が明確となっている場合が多々ある。しかしながら、このような場合でも、住民自身にとってその健康課題がどのように日常生活へ影響を与えているかを、今一度振り返ってアセスメントすることはヘルスプロモーションを展開する上では重要である。

したがって、ヘルスプロモーションを基盤とする健康日本21地方計画の「歯の健康づくり」計画策定に当たっても、地域住民が求めている QOL や健康観がどんなものなのかを探っていく社会診断（ある意味ではマーケティング）からスタートすることが不可欠である。

### （2）社会診断の定義

社会診断について、Green は、「コミュニティについて広く精通するため、広範囲に及ぶ住民参加と多方面からの情報収集活動を通して、住民が自らのニーズあるいは QOL をどう認識しているのかを知り、また公共福利として何を欲しているかを確定していくプロセスである。」と定義している。さらに、「社会診断を効果的に行うには、参加の原則を適用し、プログラムの影響を受けるであろう人々と積極的に関わっていくことである。」と述べ、プログラムの対象となる人々との関わり合いのプロセスの重要性を強調している。

### （3）社会診断の進め方

住民の参画を得ながら社会診断を行う代表的な方法については Green<sup>1,2,3)</sup>の著書にもいくつか紹介されているが、最も基本となるのは住民から直接聞くこと、すなわちヒアリングである。歯科医師、歯科衛生士、保健婦などは、病気についての専門家だが、生活の専門家は住民であり、行政や保健医療職には住民から学ぶという謙虚な姿勢が求められる。住民が毎日の生活の中で何を問題と感じ何に困っているのか、そしてどんな生活を望んでいるのかを尋ねることにより、住民が捉えているニーズ、問題点、QOL への願望などを確かめ、コミュニティの社会的問題としてリストアップするのが社会診断に該当する。どんな生活というのは、例えば、快適さ、便利さ、安心、感動、生きがいなどの視点であろう。直接意見や話を聞くと、住民のニーズは狭義の健康問題（むし歯の有無や血圧が高い低いなどの生物医学的健康）に限らないこと、住民のニーズと行政や保健医療の専門職の考えたニーズがしばしば乖離することを体験することにもなろうと思われる。筆者の経験も踏まえて誤解を恐れずに指摘すると、その背景には、行政や保健医療の専門職の健康観が、地域住民の考える健康観よりも狭いことがあげられよう<sup>4)</sup>。保健医療の専門職は、概して、健康を生物医学モデルで捉えている。実際、多くの保健医療の専門職は、健康教育の場面で、病気の因果関係を説明するため、対象疾病の疫学や病態生理に基づく知識などを提供する生物医学モデルを使う傾向にある。しかし、全ての人々が、健康をこのように考えているわけではない。個人の健康観は、生物医学的な観点だけでなく、個人の信条、価値観、生活習慣等により影響を受けるのである。歯や口腔の健康について、専門家は健

診等で得られる臨床所見で判断する傾向にあるが、人々は、「きちんと使えて、痛みを感じることがなく、かつ見栄えも問題ない」という機能の面から捉えており、このような観点から不快感を感じたり、障害を自覚した時にはじめて、人々は歯や口腔の健康に問題があると考えようだ。

なお、ヒアリングなどのプロセスを通じてリストアップされた社会的問題が複数ある場合には、優先順位をつけることが必要になる。

次に、リストアップされた社会的問題の解決に結びつく健康問題を決定する作業が必要となる。「歯の健康づくり」計画を策定していく立場としては、リストアップされた優先すべき社会的問題の解決に歯科保健の問題が寄与しうるかどうかを明らかにすることが求められる。なぜなら、一般の人々にとっては、自覚症状、むし歯、歯周病などがあつたり、歯が欠損していることが直ちに問題になるのではなく、それにより通常の社会生活が妨げられているかどうかを最も大きな問題となるからである。

社会的問題と歯科保健の問題の関連を明らかにするために洞察・分析することはもちろん、こうした観点に立った上で、専門的立場から科学的な根拠に基づき調査研究で得られた知見を情報提供しつつ説明や助言をすることにより、歯科保健と QOL の結びつきを地域住民に提言・主張していかなくてはならない。住民へのヒアリングにより取り組むべき社会的問題は多数確認されることもあると考えられるので、優先順位の高い社会的問題と歯科保健の結びつきが弱かったり、社会的問題の解決に結びつく健康問題の中で歯科保健の優先順位が思いのほか高くないことも起こり得る。しかし、そのような状況下で、歯科保健対策を無理に進めようとするのは必ずしも得策でない。住民からの支持を得られず、労多くして実が少ないことにもなりかねない。むしろ、このようなケースでは、優先度が高いとされる課題の解決に協力を惜しまず、その課題の解決に見通しが立つなどにより歯科保健の優先度が上がってから取り組むという融通性のある対応が求められる。

いずれにせよ、計画推進に先立ち、地域の健康課題の設定、取り組むべき優先順位の決定などのプロセスに住民が参加していることがその後の展開に大きな力となることは言うまでもない。

#### (4) 社会診断の実際

では、「歯の健康づくり」計画における社会診断にはどのように取り組んだらよいか、以下にひとつの考え方を示してみたい。

「歯の健康づくり」計画における社会診断は、その計画に影響を受ける対象者は誰なのか、計画の目的は何なのかを確認することから始まる。言い換えれば、計画によって達成しようとしているめざす姿とは、誰のどんな QOL なのかを行政や専門職だけでなく、当事者やその家族、さらには広く関係者と議論することが必要となる。計画で取りあげるべき主要な課題とその対象者を確認し、誰から意見を聴取すべきかターゲットを想定しなくてはならない。例えば、乳幼児のむし歯予防が課題であれば、乳幼児の母親、父親、祖父母、地域の歯科医師や歯科衛生士、行政関係者、保育園の関係者などがターゲットとなる可能性が考えられる。

当事者やその家族をはじめ関係者からの意見を聴取するには多くの方法が提案されており、課題や対象者の特性によって選択することが望ましい(表 2-2)。「歯の健康づくり」計画というように、課題がある程度絞り込まれている場合には、フォーカス・グループの応用

は検討に値すると思われる。

表 2-2 社会診断のための主要な方法

	進め方の実際（概要）	長 所	短 所
フォーカス・グループ (Focus Groups)	6～10人の同じような背景を有する参加者からなるグループを4つ以上つくり、「 」について、気になること、困っていることがありますか？」といった問いかけを行う。発言内容を録音等で記録し、後で内容について分析を行う。	グループ内の他者の発言に触発され、個別のインタビューよりも意見が得られやすい。社会診断以外の要因についての情報も得られる。短時間で結果が集まる。	司会者の熟練が求められる（話しやすい雰囲気作りと話題のコントロール等）。データが定量的ではなく、優先順位の決定が困難である。
デルファイ法 (Delphi Method)	主催者が指定した15～30名の住民代表や専門家等に「地域のQOL向上に最も大きな課題を書いて下さい」といった調査票を郵送。回答内容をカテゴリーに分類した後、カテゴリーのリストを郵送し、優先順位とコメントを付けてもらう。この結果を郵送し、最終投票を返送してもらい、集計を行う。	一度にさまざまな集団の代表や関係者に働きかけることができる。郵送調査のため、集団における同調性や相互感化が起らず、政治的力関係にも影響されない。優先順位の決定が確実にできる。	郵送調査を3回以上行うため、最終的な集計までに時間がかかる。
ノミナルグループ プロセス (Nominal Group Process)	7人以内の6～7グループを構成し、「最近直面している問題をあげて下さい」といった投げかけを行う。15分間考えてもらった後、一人一人意見を言ってもらい。意見を黒板などに記録し、意見のリストの中から、参加者が重要と思う項目を5～9個選び、順位を付けてもらう。一人一人の参加者の順位（得点）を合計して、優先順位を決定する。	グループのメンバーが対等に参加して、アイデアを出し合い、優先順位を決定することができる。集団における同調性や相互感化が起りにくい。	誰がどの意見に高い優先順位を付けたのかわからないように配慮することが必要（カードを用いた投票を行う等）。
社会踏査法 (Social Reconnaissance)	プログラムづくりを担当する組織で当該の課題についての既存の情報を収集し、地域住民の代表からのインタビューにおける設問を検討する。インタビューの対象となる住民代表（地域の有力者、専門家住民組織や少数派集団の代表）を50～125名程度選定し、インタビューを実施する。インタビューの結果を集計・分析し、優先順位を決定する。	地域のリーダー（組織代表や専門家）を情報提供者また回答者とする方法で、地域の社会構造、プロセス、ニーズのどの部分が問題となるのかを決定するのに、迅速かつ有効なアプローチである。	インタビューに用いる調査項目の決定までのプロセスを担当する組織が、十分な情報収集と住民参加を得ることが不可欠であり、このプロセスが成否を大きく左右する。

### (5) フォーカス・グループ(グループインタビュー法)の活用

フォーカス・グループ(表 2-3)は質的データを収集する調査方法のひとつで、通常インタビューの形式で行われるため、別名グループインタビュー法とも呼ばれている。類似した属性や背景を持つ6~10名の人々が集められ、司会者(モデレーター)が提供する特定の話題やプロジェクトについて自由に話し合ってもらう。その議論の中で述べられた人々の生の声、すなわち、意見や疑問や提案などが貴重な資料となる。設定したテーマに対する参加者の理解、感情、受け止め方、考えを深く理解するには大変優れた方法である。

フォーカス・グループでは、ターゲットをその属性や背景などにより複数のグループに分け、グループごとに場所や時間を設定してセッションを持つ。率直な意見を活発に出せる雰囲気をつくるのが大切である。簡単なゲームなどをしてリラックスしてもらおうなどの工夫もよいと思われる。

司会者は始めに話し合うテーマを明確にして参加者に伝える。次に、司会者は参加者に対して問いかけを行っていく。「歯の健康づくり」計画策定に向けての社会診断として行う場合は、「歯のことやお口のことによって過去に困ったこと、現在困っていることがありますか?」といった問いかけが有効と考えられる。ただし実際には、最初から歯科のことだけに限定してしまうのではなく、日常生活における食事や会話といったような関連領域を切り口として問いかけていく方が、より話し合いが活発に進むようである。仮に最初から歯のことに限定して問いかけていくとしても、話し合いの中で食事、会話、審美など関連領域まで幅広く聞き出そうとする姿勢が求められる。話し合いの最中に司会者は、参加者からの発言に対して否定的な反論をしたり、言い訳せず、時々合いの手を入れたりして、発言者にこちらが傾聴している姿勢を伝え積極的な発言を促すよう展開していく。特定の参加者が多くしゃべりすぎるような場合には、発言のない参加者に水を向けるといった配慮もするなど、参加者全員からもれなく意見を出してもらおうように努める。

発言が抽象的な表現の場合には、「もう少し具体的に言うと、どういうことですか?」といった問いかけを行い、より具体的な意見を引き出すことが必要になる。例えば「歯科医院に子供を連れていくのが大変だった」という発言に対しては、何が大変だったのかを具体的に引き出すことが重要になる。

また、出された困りごとに対しては、「では、それがどうなったらいいのでしょうか?」と言った問いかけも重要となる。例えば「子供が歯科医院に行くのを嫌がって困る」という発言は、子供が歯科医院に行く必要がなくなればよいということを望んでいるのか、それとも子供が歯科医院の受診に慣れることを望んでいるのか、発言者の真意を確認することが必要となる。なぜなら、社会診断で明らかにしようと試みている「歯の健康づくり」計画により改善すべき住民のQOLの指標は、対象者のめざす暮らしが明確になっていなければ設定も評価も困難であるが、困りごとの裏返しの表現が必ずしもめざす暮らしを表現したものとは限らないからである。こうした点を念頭に置きつつ、当事者のめざす暮らしを具体的に浮かび上がらせることができるかが社会診断の成否のポイントとなる。

フォーカス・グループの最中に出た発言は、司会者とは別に記録担当を用意して記録していくことが必要である。記録者は、発言内容を模造紙やホワイトボードなどに記録するが、要約して書くのではなく、なるべく参加者の発言そのままに記録することが肝要である。模造紙などに記録することで、どんな意見が出されているかが参加者にも視覚的にわ

かり、深い洞察が得られ、より踏み込んだ発言が期待できる。

表 2-3 フォーカス・グループの実際

1)メンバー：司会者（モデレーター）1名，対象者約6人～10人．

わが国では，経験的に対象者6名程度が最もよいといわれている．

2)インタビュー方法：インタビューガイドを事前に作成し，これに沿って司会者がわかりやすい表現で質問しながら自由な雰囲気の中で討論を進める．司会者は中立的存在であり，司会者と参加者の間の問答よりも参加者同士の話し合いが円滑に進行するように促す役目を果たす．参加者全員が合意をしたり，何か特定の結論に至ることをめざすわけではないことに留意．

3)インタビュー時間：1時間半程度から2時間（グループの特性による）

4)分析

音声録音，ビデオ撮影，記録，ワンウェイミラーを用いた観察による記録等により情報を把握し，分析する．発言内容だけでなく，参加者それぞれの思考の方法，感情，態度，そして受け止め方などを手掛かりに，個人個人の反応よりもグループ全体としての反応をまとめる．

フォーカス・グループのプロセスの中で生まれる傾聴と対話から起こる自主的な会話を通じて、「健康づくり」が自分たち自身の問題であるとの認識が高まるとともに、依存的でない主体的な参加意識が生まれてくることも期待できる。

フォーカス・グループでは、通常、QOLに関わる発言のみならず、健康問題、保健行動や生活習慣、環境、さらには準備・強化・実現要因など、後の段階の診断に必要な要因についての情報も得られる。したがって、出された意見を逐語的に分解化し、1項目1枚になるようにカードまたはポストイットに記入し MIDORI モデルの各ボックスの中に張り付けていく。次に、各ボックス内のカードを似通ったもの同士を重ね合わせその上に重ねたカードを代表するような文言を考え、表札として一番上に張り付けていく。このように整理すると社会診断ができるだけでなく、それぞれの項目が連鎖的に関連しているのがよく理解でき、社会診断以降の作業の貴重な情報源として利用することができる。

巻末資料集 83 ページ / 図 5-1 は、知的障害児通園施設に通う児の保護者に対し「児のむし歯予防」をテーマにインタビューを行った結果<sup>5)</sup>をまとめた記録である。同様に、巻末資料集 84 ページ / 図 5-2 は現在の喫煙者と禁煙成功者に対して「喫煙」をテーマにインタビューを行った結果であり、さらに巻末資料集 85 ページ / 図 5-3 は、喫煙についてのインタビュー結果をもとに、喫煙対策の事前と事後の評価に有用と考えられる指標をリストアップした例である。なお、喫煙は歯周病のリスクファクター（危険因子）としてよく知られている。（なお、フォーカス・グループの詳細については、巻末資料集 ～ ページに若干解説を加えているので、参考にされたい。）

こうした方法により、改善すべき QOL について複数の項目があげられた場合には、どれを最優先するか、優先順位を決めることが必要となる<sup>注 2-1)</sup>。デルファイ法やノミナル・グループ・プロセスでは、優先順位を投票で決める手順が示されているが、フォーカス・グループや社会踏査法では、プログラムの企画・立案に関わる組織での協議などを経て決定されることになる。この場合、択一的な選択でなく、QOL それぞれの項目間の整理をすることで、1つまたは2つの QOL 指標にまとめることも可能と考えられる。

本来、この段階で選定された QOL 指標の現状と数年後の目標値を決定することになるが、表 2-2 に示した社会診断の手法のうち、社会踏査法を除けば、直ちに定量的な情報を得ることは困難である。例えば「最近 1 年間に子供の歯のことで困ったことのある母親の割合」といった QOL 指標（乳幼児むし歯予防が課題）の現状について、定量的な情報を得る必要があれば、地域住民を対象とした実態調査（多数調査）が必要になる。こうした実態調査では、QOL 指標だけでなく、後述する疫学診断、行動・環境診断、教育・組織診断に必要な各要因の実態も併せて調査するのが効率的である。実態調査のための調査票づくりや調査方法についても当事者や関係者との協議で決定するとよい。なお、質問紙を用いた調査の企画や分析の方法論を学ぶための参考書<sup>6,7)</sup>も出版されているので、参考にされたい。

## （ 6 ）社会診断の実践例

### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】（巻末資料集 86 ページ / 図 5-4）

福岡県杷木町は、1993 年度に 3 歳児のむし歯の本数が福岡県内で最も多い 1 人平均 5.6 本であった。そこで、1994 年度には、乳幼児の歯科保健を課題として設定し、現状の確認として、町内の歯科医院で把握している子どもたちのむし歯の状況や学校における歯科保健の取り組みなどについて情報を集めた後、食生活改善推進員、消防団員、保育園関係者、歯科保健関係者など、幅広い層の地域住民に対してヒアリングを行った。その結果、「乳幼児の歯についての困りごとの有無」が QOL の指標とされた。1995 年度には、3 歳児歯科健診の機会を活用し、質問紙により「子供の歯のことで困った経験」について実態把握を行ったところ、「少しある」30%、「何度もある」8%であった。

---

注 2-1) 健康づくりの分野に限らず、社会生活の中のさまざまな場面で合意形成が必要になることは多い。特に行政では、日頃の報告や打ち合わせのレベルも含め、ごく日常的に「会議」が開催され運営されている。しかし、そこでの合意形成はきちんした、誰もが納得できる手続きで行われているだろうか。そんな中、会議におけるアイデアに引き出し方や合意形成の方法として、中公新書から出版されている「会議の技法」(吉田新一郎著)の第 5 章「情報<アイデア>を共有する」は示唆に富んでいる。問題の設定、問題の分析、解決策を考え出す、解決策を選び出す、などについて実践的な方法が具体的に紹介されていて有用である。また、この本自体が、「私たちは効果的、効率的な会議の運営方法をどこかで学んだことがあるのだろうか。学校のホームルームや生徒会、大学時代の研究会やサークル、あるいは大人になってからの職場やさまざまな団体における会議の持ち方を疑問をもたずに継承している場合がほとんどである。」という問題意識から執筆されており、効果的、効率的な会議の運営方法と会議に必要なスキルの磨き方についてのわかりやすいガイドブックとなっている。著者はこの中で、今後の会議に求められることとして「一人ないし数人の人に独占される会議から、みんなで一緒につくり出す会議」という点を強調しており、大いに共感できる。

### 【山形県大蔵村：乳幼児むし歯予防】（巻末資料集 88 ページ / 図 5-6）

山形県大蔵村では、乳歯むし歯予防対策を検討するにあたり「大蔵村歯科保健推進協議会（以下、協議会）を 1999 年 6 月に設置した。メンバー構成は、住民代表として母親代表（若妻会 2 名）祖父母代表（3 名）母子保健推進員（1 名）食生活改善推進員（1 名）その他（1 名）となっている。また、医療関係者として村立歯科診療所スタッフ、教育関係者として保育所スタッフ、小中学校養護教諭、村教育委員会が加わっている。事務局には村住民保健課と管轄保健所のスタッフ、そして県庁歯科保健担当課があたった。

社会診断としては、質問紙調査（3～5 歳児 138 人を対象とし、1999 年 6 月実施）により「この 1 年間に、お子さんの歯で困ったこと」について調査し、その結果を福岡市と比較したところ、以下のとおりの結果であった

1)むし歯が原因でごはんが食べられなかった	大蔵村： 4%	福岡市： 0%
2)むし歯が原因で夜眠れなかった	大蔵村： 1%	福岡市： 1%
3)むし歯が原因で園を休んだ	大蔵村： 8%	福岡市： 1%
4)むし歯の治療に時間がかかった	大蔵村： 17%	福岡市： 9%
5)むし歯の治療にお金がかかった	大蔵村： 13%	福岡市： 11%
6)治療に連れていくのが大変だった	大蔵村： 22%	福岡市： 14%

このうち、「ごはんが食べられなかった」「園を休んだ」「治療に時間がかかった」「治療に連れていくのが大変だった」の 4 項目には両地域間で統計学的な有意差が認められた。

### 【広島県安浦町：成人の歯周病予防】（巻末資料集 90 ページ / 図 5-8）

この事例では、30 歳代から 50 歳代の女性を対象に、先行事例を参考にした質問紙を用いて調査（1999 年）し、次のとおりの結果を得た。なお、詳細については次の疫学診断のところで述べる。

- 1)この一年間に歯や歯ぐきのことが原因で家族に迷惑をかけたことがある  
30 歳代女性：11%、40 歳代女性：12%、50 歳代女性：12%
- 2)この一年間に歯や歯ぐきのことが原因で仕事や家事が手につかなかったことがある  
30 歳代女性：10%、40 歳代女性：14%、50 歳代女性：17%
- 3)この一年間に歯や歯ぐきのことが原因でよく眠れなかったことがある  
30 歳代女性：10%、40 歳代女性：13%、50 歳代女性：21%
- 4)この一年間に歯や歯ぐきのことが原因でおいしく食事ができなかったことがある  
30 歳代女性：21%、40 歳代女性：36%、50 歳代女性：40%

### （7）社会診断のまとめ

市町村が策定する「歯の健康づくり」計画により改善すべき地域住民の QOL を明確にし、その指標を設定する。そのためには、計画の対象者は誰なのか、目的は何なのかを確認することが必要となる。計画の目的、言い換えれば「計画によって達成しようとしているめざす姿とはどんな状況なのか」を行政や専門職だけでなく、当事者やその家族、さらには広く関係者と議論する。複数の項目がリストアップされた場合には、どれを優先するのか優先順位を決めることも必要となる。こうしたプロセスにはフォーカス・グループ、ノミナル・グループ・プロセス、デルファイ法などの調査法が有用と考えられる。

「歯の健康づくり」計画というように、課題がある程度絞り込まれている場合にはフォーカス・グループの応用は検討に値すると思われる。

#### フォーカス・グループの手順

インタビュー対象者の選定方法の検討

司会者の選定

インタビュー内容の決定

インタビューガイドの作成

インタビュー対象者の選定

インタビューの実施（録音と模造紙等への記録を併用）

データの分析

データ分析方法の手順

- 1) 模造紙やテープに記録された発言をポストイット等のカードに転記する。この時、1枚のカードに1つの内容とすることがコツ。
- 2) これらのカードをまず、MIDORIモデルの要因ごとに分類する。
- 3) 同じ要因内で同じような内容のカードをまとめる（KJ法の要領）。
- 4) 否定的な表現を肯定的な表現にしたり、主語を明確にするなどして表現の整理をする。  
例：家族が することに協力してくれない  
家族が することに協力してくれる
- 5) 専門職として必要と思われる要因があれば追加する。
- 6) 各要因間のつながりを吟味しながら分類を確認し、必要なら適宜修正する。  
他とうまくつながらないような要因が見つかった場合には、分類する場所の変更を検討したり、必要に応じて要因を追加・削除する。

#### （８）社会診断におけるポイント

既存の情報から現状を確認し、誰からヒアリングを行うべきなのかを検討する。

当事者などの住民や関係者等からインタビューなどによりヒアリングを行う。

通常、ヒアリングでは、QOLだけでなく、後述する疫学診断、行動・環境診断、教育・組織診断に関係する発言も出てくるので、発言内容をカードやポストイットに転記して各要因に分類しておく。

複数の項目の中からの優先順位付けは、当事者や関係者に専門家を加えた協議会や検討会などを設け、協議により決定することが望ましい。

自治体の総合計画等との整合性も確認しておく。

目標年次までに達成すべき QOL 指標の目標値を設定する。この目標値の設定も、多くの住民参加を得て決定するようにする。

## 2. 第2段階（相） / 疫学診断

### （1）疫学診断の進め方

歯の健康づくりにおける健康問題を評価する指標としてどんなものがあるかを検討する。候補となる指標を検討することになるが、既存の資料からデータが得られる指標と新たに実態調査を行うなどして情報収集をしないとデータが得られない指標に大別されるであろう。ここで気をつけなくてはならないことは、収集しやすさを優先して指標を決めてしまわないことである。ここで設定する指標は、前段階である社会診断でリストアップしたQOLの改善に関連の強いものを優先するのが原則である。なぜなら、前述したとおりヘルスプロモーションのめざすゴールはQOLの向上にあるからである。

次には、当該地域のデータが得られるだけでなく、全国、全道、近隣地域のデータが得られるかどうかも重要であり確認が必要である。歯の健康の問題は、あくまでいろいろな健康問題のひとつであるから、他の健康問題との優先順位を考える場面に少なからず遭遇するものと考えられる。その際には、絶対的な数値だけでは判断が難しく、相対的に多いかどうか優先順位決定の参考として重要視されることが多いからである。

具体的には乳幼児健康診査におけるむし歯有病率や平均むし歯数は比較的入手が容易な健康指標データと考えられる。

学童期については、学校における定期健康診断の結果がまとめられている学校保健統計を用いることが可能である。計画策定の初期の段階から学校保健関係者と一緒に協議し、子ども達にとって何が大切なのかを確認（社会診断）した上で、健康指標のための情報収集を行うことが重要である。

成人期については、乳幼児期や学童期と比較すると、集団としてのデータ収集が困難という現実がある。成人を対象とした各種の歯科保健事業を通じてデータ収集することは可能であるが、通常この種の事業への参加者は限られているので、バイアスがかかった情報である可能性は否定できず、地域の代表値として用いるには統計学的にみて若干問題が残るようだ。また、健康指標は客観的な指標のみならず、自覚症状や健康状態の自己評価などの主観的な指標も有用であることが実証されている。一般の人々において歯科の問題が顕在化する場合の症状としては、歯、歯肉、口腔粘膜等の痛みや口臭、歯の一部が欠けたものから、急性の痛みまで様々であり、これらの症状を、専門家でなく本人自身がどの程度問題とするかがポイントになるから、主観に基づくデータも貴重な情報源となる。また、前述した社会診断という視点からは、それらの症状により通常の生活が妨げられているかどうか本人自身にとっては何よりの問題となる。

したがって、疫学診断では、どうしても専門家の診断や検査値により得られたデータが必要とは限らない。成人歯科保健領域では、質問紙を用いた自覚症状の自己評価により歯科的健康度の診断を試みる方法<sup>8,9,10)</sup>が開発されており、このような手法を用いることも検討に値する。

こうして選定された健康指標を、いつまでにどの程度改善させるのかという目標を設定することになる。これらの協議は専門職だけでなく、当事者を含む関係者との協議により決定することが重要である。

目標の設定では、「誰の」「どんな健康指標が」「いつまでに」「どの程度まで」改善するのかを明示することになる。例えば、「2010年までに3歳児の平均むし歯数を2本以下に

する」といった具合である。「3歳児健診における歯科健診」のように、その指標の評価方法を明記することも重要である。目標値設定の方法の考え方については、尾崎がわかりやすくまとめているので参考にされたい<sup>11)</sup>。

## (2) 疫学診断と社会診断の順序と関連性

従来、「歯の健康づくり」計画策定や歯科保健事業の企画、見直しでは、1人平均むし歯数や歯周病有病率など、ここで言う「健康指標」を糸口として取りかかることが多かったと考えられる。MIDORIモデルでは、第1段階として「社会診断」から入るのが理想的な手順であるが、ターゲットとなる疾病や健康課題が明確な場合には第2段階である疫学診断から入ることもあってよい。ただし、このようなアプローチをとるときも、歯科保健の問題とQOLとの関連を十分に吟味すること、例えば、むし歯や歯周病の改善が何をめざすのか、対象となる地域住民のどんなQOLを改善させようとしているのかを確認することが不可欠である。行政や専門家が重要であると考えている健康問題であっても、地域住民にとって自分達のQOLにあまり影響を及ぼしていないと考えられていたら、その対策に住民が積極的に参画することは期待できない。こうした意味で、対策を検討する早期の段階で、歯科保健の問題が住民のQOLにとって、どんな位置づけなのかを確認する社会診断のプロセスを入れることが望ましいのである。

## (3) 疫学診断のみによるニーズ把握の限界

これまで、1人平均むし歯数が多い、歯周病有病率が高い、1人平均現在歯数が少ない、などをはじめとする健康問題の内容およびその程度や広がりをもって、そのまま歯科保健医療ニーズと考えていなかったらうか。しかし、健康問題の内容およびその程度や広がりがわかっただけでは、解決策として何をなすべきか、すなわち、どのような保健医療プログラムを提供すべきかについては不明な点が大きな問題となる<sup>12)</sup>。同様に、保健医療プログラムの評価項目としても、健康障害や健康状態をあげることがほとんどであったと思われる。しかし、現実的には、甘味摂取、フッ化物応用、禁煙などの保健行動・生活習慣に焦点を当てて保健医療プログラムを実施していることが多く、そうした取り組みが長期の年数を経てようやく健康障害や健康状態へ影響するわけである。健康障害や健康状態のみを評価指標として設定してしまうと、短期的には改善がみられずに評価に苦慮しているのではないだろうか。そこで、このモデルにおいては疫学診断以降、行動・環境診断、教育・組織診断、運営・政策診断と進むことにより、健康に影響を与える真の条件や要因を探りつつ、方策としてどのような保健医療プログラムが必要かを検討していくことになる。

## (4) 疫学診断の実践例

### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】(巻末資料集 86 ページ / 図 5-4)

3～6歳までのむし歯の有病者率、1人平均むし歯数、処置歯率、さらに小中学校各学年における永久歯1人平均むし歯数(DMFT指数)について健診データが集められ、福岡市のそれぞれの値と比較することによって診断を行っている。比較により杷木町の1人平均むし歯数が福岡市を3～5本上回っており、乳歯の処置歯率も福岡市の1/3でしかないことが明らかとなった。関係者と協議の結果、「3歳児のむし歯を3年後に3本にする」という目標が設定された。

### 【山形県大蔵村：乳幼児むし歯予防】(巻末資料集 88 ページ / 図 5-6)

各年齢における 1 人平均むし歯数を社会診断と同様に福岡市のデータと比較したところ、大蔵村は福岡市の 2 ~ 4 倍むし歯が多い状態であり、社会診断の結果と合わせると、大蔵村は福岡市と比較して、乳幼児のむし歯に関連してより多くの生活上の困りごとを抱え、QOL に悪影響を与えていることが明らかとなった。

こうした結果をもとに、村の協議会において「3 年間で 3 歳児の乳歯のむし歯を 5.6 本から 2 本にする」という目標が設定された。

### 【広島県安浦町：成人の歯周病予防】

この事例は、社会診断と疫学診断を同時並行で進めている。予め、NPO 法人ウェルビーイング(旧福岡予防歯科研究会)が開発した MIDORI モデルをベースにした質問紙(FSPD34 型)を用い、30 歳代から 50 歳代の女性を対象とした調査を 1999 年に行っている。調査結果(巻末資料集 90 ページ / 図 5-8)を 30 歳代、40 歳代、50 歳代の世代別で検討したところ、疫学診断としては、年齢が上がるにつれ歯周病の自覚症状を持つ人の割合が 82%、87%、89%と増加していることが明らかとなった。また、社会診断の結果では、30 歳代の女性において、歯に関する困りごとを有している割合が 41%と高い値を示していた。このような調査結果を参考に、住民も含めた関係者でグループワークを行い、対象とすべき世代と目標値の設定を行った。その結果、健康教育による効果も考慮し、歯周病対策のターゲットを 30 歳代女性とすることが決定された。30 歳代の女性では、疫学診断において自覚症状のない者の割合が 18%であったことから、「2001 年 9 月までに歯周病の自覚症状がない者の割合を、現在の 18%から 55%にする」という目標値が設定された。

### 【健康日本 2 1 および北海道健康づくり基本指針の例】

標記計画では、以下のような目標が疫学診断に相当する。

#### 1. 歯の喪失防止の目標

・80 歳における 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合および 60 歳における 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加

目標値: 80 歳における 20 歯以上の自分の歯を有する者の割合 20%以上(全国 / 北海道)

60 歳における 24 歯以上の自分の歯を有する者の割合 50%以上(全国 / 北海道)

現 状: 20 歯以上の自分の歯を有する者 75 ~ 84 歳 全国 11.5% 北海道 3.3%

24 歯以上の自分の歯を有する者 55 ~ 64 歳 全国 44.1% 北海道 33.5%

現状: 平成 5 年歯科疾患実態調査

#### 2. 幼児期のむし歯予防の目標

・3 歳児におけるむし歯のない者の割合の増加

目標値: むし歯のない者の割合 80%以上(全国 / 北海道)

現 状: むし歯のない者の割合 全国 59.5% 北海道 57.3%

現状: 平成 10 年度 3 歳児歯科健康診査結果

### 3. 学齢期のむし歯予防等の目標

- ・12歳児における1人平均むし歯数(DMF歯数)の減少

目標値:1人平均むし歯数 1歯以下(全国/北海道)

現 状:1人平均むし歯数 全 国 2.9 歯(平成11年文部省学校保健統計調査)

北海道 3.1 歯(平成5年北海道歯科疾患実態調査)

### 4. 成人期の歯周病予防の目標

- ・40、50歳における進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合の減少

目標値:進行した歯周炎に罹患している者(4mm以上の歯周ポケットを有する者)の割合

3割以上の減少(全国/北海道)

現 状:進行した歯周炎を有する者(CPIコード3以上) 北海道 35～44歳 39.8%

北海道 45～54歳 46.0%

参考値:進行した歯周炎を有する者(CPIコード3以上)

40歳 32.0% 50歳 46.9%

現 状:平成5年北海道歯科疾患実態調査

参考値:富士宮市モデル事業 平成9～10年

### (5) 疫学診断におけるポイント

QOLに関連のある健康問題をリストアップし、指標となる情報を集める。

相対的な評価ができるように、全国平均や近隣自治体のデータも集めることが望ましい。

複数の健康問題が関連する場合には優先順位を付ける。

QOLへの影響度の強さ、健康問題を有する者の地域における頻度、改善可能性という3つの視点から検討して健康指標を決定する。

目標年次までに達成すべき健康指標の目標値を設定する。

### 3 . 第3段階（相） / 行動・環境診断

#### (1) 行動・環境診断の進め方

QOL 並びに健康や疾病と密接な関係があるのは住民の保健行動と生活習慣であり、さらには、物理的・社会的環境である。これは歯科保健にも当てはまる。

行動・環境診断では、第1段階で選定された QOL や第2段階で選定された健康問題に影響及ぼしている保健行動や生活習慣、環境要因について事前評価する（表 2-4）。

QOL 並びに健康や疾病に影響を及ぼすと考えられる保健行動や生活習慣、環境要因としては、通常、複数の要因がリストアップされることが少なくない。多くの要因がリストアップされた場合には、どの保健行動や生活習慣、あるいはどの環境要因に取り組むべきか優先順位を検討する。

表 2-4 行動・環境要因のリストアップ

要 因	重 要 性 ~ +++ をつける	変えやすさ ~ +++ をつける
行動要因 1 . 2 . 3 . 4 .		
環境要因 1 . 2 . 3 . 4 .		

優先順位は QOL や健康問題への重要性（関連性や因果関係の強さ）と改善可能性（実現可能性）という2つの軸で評価する（図 2-1）。さらには、対象集団における頻度（プラスの要因の場合には頻度が低いほど問題であり、マイナスの要因の場合には頻度が高いほど問題）も考慮する。重要性は、上位項目（行動・環境診断の時は、QOL や健康問題）との関連性の強さと、働きかけるべき対象者の頻度の積で捉えられる。こうした、関連性の強さ、対象集団における頻度、改善可能性については、いずれも実証研究に基づく科学的根拠、いわゆる evidence（エビデンス）から評価することが基本となる。関連性の強さは複数のコホート研究の結果を分析（meta-analysis、メタアナリシス）することにより、対象集団における頻度については当該地域だけでなく全国平均、全道平均、近隣自治体との比較により、改善可能性については適切にデザインされた（設計のよい）介入研究の結果により検討することとなる。これらの根拠となる情報を揃えることは困難なことも少なくないが、歯科保健は他の領域に比べると、こうした根拠となる情報が比較的多い分野であるといえる。

図2-1 行動・環境診断の2×2表

		重 要 性(Importance)	
		より大	より小
変 わ り や す い 性 (Changeability)	より大	最優先プログラム	政治目的以外 優先度は小
	より小	新プログラムでの 優先度大 評価が不可欠	プログラムから除外

### (2) 行動・環境診断における専門家の役割と住民の参画のあり方

Green は、「社会診断 疫学診断 行動・環境診断 教育・組織診断」の4つの段階において当事者を含めた住民の参画の重要性を強調しているが、疫学診断以降の段階になると、専門スタッフによる健康・行動・環境問題や障壁の原因を分析するために科学的文献の検討がより重要になるなど、専門的な判断の占める比重が高くなり、住民の参画が困難になることを指摘している。しかし、科学的な根拠を住民へ提示して一緒に協議することは重要である。実態調査のための調査票づくりから場合によっては配布と回収まで住民と一緒に進めていながら、その解釈と判断は専門家任せというのでは、参加意識やエンパワーメントも中途半端になりかねない。自分たちの問題について、自分たちで判断できるように支援することこそ重要と考える<sup>13)</sup>。

### (3) 行動診断の実際

保健行動・生活習慣に関わる行動要因を決定する際に、次の5つの手順を踏む。

選ばれた健康目標が、対象とすべき行動により、どの程度左右されているのかを知る。

行動目標の候補となる行動要因をリストアップし一覧表を作成する。

図2-1のようなテーブルを利用するなどして、リストアップした行動要因の優先順位を検討し、行動目標を決定する。なお、優先順位の検討は、場合によっては、次に行う環境診断で検討される環境要因も考慮することが必要となる。この際、より影響が強く、より変わりやすい要因を行動目標とすることが基本である。いったん行動目標が決定されたなら、これを正確に記述する。その際、Who (誰の行動を変えるのか)、What (達成されるべき行動の変化とは何か)、How much (どの程度の変化を期待するのか)、When (いつ変化が起きることを期待するのか)の4点を明確にする。

### (4) 環境診断の実際

物理的・社会的環境要因についても、QOL や健康問題および行動要因と相互に影響し合っている要因をリストアップし優先順位を検討する。これまでの経験では、概して環境要

因のリストアップは、行動要因のリストアップよりも少々難解であるようだ。環境要因にはさまざまなものがあるが、Greenの著書では、取り上げるべき環境要因についての指針が次のとおり示されている。

主に社会環境に注目すること（例えば、組織的、経済的環境）

行動との相互作用により健康に影響を及ぼすもの

社会活動や健康政策などの介入によって変更可能なもの

歯科保健の場合、例えば、乳幼児のむし歯予防に関しては「祖父母同居」「兄弟数」「フッ素塗布サービス提供可能な歯科医院数」「子供の目や手の届きやすいところに甘味製品を配置しているスーパーや小売り店数」、学童のむし歯予防に関しては「集団フッ素洗口を実施している学校数」「家庭におけるフッ素洗口実施のための洗口液の処方可能な歯科医院数」などが環境要因として考えられる。さらには、歯科保健行動にはしばしば道具が必要であることから、「フッ素入り歯磨剤を購入しやすい場所に配置しているスーパーや小売り店数」「歯間部清掃用具（歯間ブラシやデンタルフロス）の購入可能なスーパーや小売り店数」なども環境要因の候補となろう。

環境要因は、行動要因の優先順位を考える際の制約条件としても重要である。例えば、祖父母同居や兄弟数などの家族構成は介入により変更することは困難であるが、祖父母同居が多いといった条件下で、どの行動要因への取り組みが効果的であり、実現可能性が高いのかを検討することが重要になってくるからである。これらの環境要因についても、既存の情報が得られていなければ、実態調査を行うことがある。

#### （５）目標の設定

こうして介入すべき行動要因並びに環境要因を選定した後、介入によりどこまで改善させるのかという「行動目標」や「環境目標」を決定する。誰のどんな行動要因や環境要因を、いつまでにどの程度改善させるのかを決め、達成すべき目標値と達成年次を明記する。

なお、「むし歯」もしくは「歯周病」の予防が絡んだ課題の場合には、次章となる「第３章 目標達成に向けての歯科保健政策・事業のあり方」や巻末資料集の94～99ページなどが、優先順位の検討の際にも参考になると考えられる。

#### （６）行動・環境診断の実践例

##### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】

乳歯のむし歯の発生に影響する行動要因と環境要因を、既存の文献（過去10年分）から抽出している。さらに、各要因とむし歯の発生との因果関係の強さについて重回帰分析を用いて検討した25の論文から、メタアナリシス（meta-analysis）の方法に準じ、それぞれの要因の標準偏回帰係数を調べることにより、むし歯の発生との因果関係の強弱を評価している。その結果は表2-5のとおりである。さらに、これらの要因について、地域における頻度を実態調査（巻末資料集86ページ/図5-4）から明らかにすることにより、各要因の重み（重要性）を評価している。

改善可能性（変えやすさ）については、各行動に関連する準備・強化・実現要因（これらについては、本章における4.第4段階/教育・組織診断で述べる）の実態調査結果（巻末資料集86ページ/図5-4）や「兄弟数」「祖父母との同居率」等の環境にも考慮して検討された。

表 2-5 文献の分析から抽出された乳歯むし歯発生の要因

1位	授乳方法とその期間（長いとむし歯が多い）
2位	甘味食&飲料の摂取回数と量（多いとむし歯多い）
3位	哺乳ビン使用状況とその期間（長いとむし歯が多い）
4位	保育者（祖父母であるとむし歯が多い）
5位	歯磨き（をするとむし歯が少ない） フッ素塗布経験回数（多いとむし歯が少ない） 出生順位（後ほどむし歯が多い）

このような検討結果をもとに、解決すべき行動の優先順位と目標値を関係者で協議した結果、「3歳児のむし歯を3年後に3本にする」という目標達成のために、「50%の母親が1歳までに断乳を完了させる（現状22%）」、「1～3歳までの幼児の80%が継続してフッ素塗布を受ける（現状0%）」という2つが具体的目標とされた。さらに「50%の母親が1歳までに断乳を完了させる」ためには「10か月で断乳が可能な状況をつくる」ということになった。

#### 【山形県大蔵村：乳幼児むし歯予防】

社会診断と同時にに行った質問紙調査により福岡市の結果と比較したところ（巻末資料集88ページ/図5-6）「帰宅後、夕食までに甘いものを食べる」「夕食後、就寝までに甘いものを食べる」「おやつを手の届かないところに置く」「年2回以上の定期歯科健診」「フッ素入り歯磨剤を選ぶようにしている」の5項目に統計学的な有意差が認められた。特に「夕食後就寝までに甘いものを食べる」「年2回以上の定期歯科健診」は福岡市との差が大きく、一方、「仕上げ磨き」「1歳6か月までの断乳未完了」「1歳6か月以降の哺乳ビン使用」は福岡市との間に差がなかった。

そのため、村の協議会では、「3年間で3歳児の乳歯むし歯を5.6本から2本にする」という目標達成のために、「夕食後におやつ食べる子どもたちを45%から20%にする」「1歳から3歳まで年3回以上フッ素塗布を受ける子どもたちの割合を80%にする」という行動目標が設定された。

#### 【広島県安浦町：成人の歯周病予防】（巻末資料集90ページ/図5-8）

住民も含めた関係者が集まり、調査結果、自己の経験などをもとにグループワーク形式で話し合った。その結果、次のとおり2つの保健行動が選択され、2001年9月までに達成すべき目標値も決定した。

- ・ 歯間部清掃（歯間ブラシやフロス）用具の使用  
32%（現在） 55%（2001年9月の達成目標）
- ・ 定期歯科健診（年1回以上）の受診  
14%（現在） 30%（2001年9月の達成目標）

## 【健康日本 21 および北海道健康づくり基本指針の例】

標記計画では、以下のような目標が行動診断に相当する。

### 1. 歯の喪失防止の目標

・定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている者の割合の増加

目標値:定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている者の割合 30%以上(全国/北海道)

参考値:過去1年間に歯石除去等を受けた者 55～64歳 15.9%

参考値:平成4年寝屋川市調査

・定期的に歯科健診を受けている者の割合の増加

目標値:定期的に歯科健診を受けている者の割合 30%以上(全国/北海道)

現 状:過去1年間に歯科健診を受けた者 全 国 55～64歳 16.4%

北海道 55～64歳 10.4%

現 状:平成5年保健福祉動向調査(全国)

平成11年歯科疾患実態調査北海道アンケート(北海道)

### 2. 幼児期のむし歯予防の目標

・3歳までにフッ化物塗布を受けたことのある者の割合の増加

目標値:3歳までにフッ化物塗布を受けたことのある者の割合 全国 50%以上

3歳までにフッ化物塗布を3回以上受けたことのある者の割合 北海道 40%以上

現 状:フッ化物塗布経験のある者 全国 3歳児 39.6%

3歳までにフッ化物塗布を3回以上受けたことのある者の割合 北海道 3歳児 32.4%

現 状:平成5年歯科疾患実態調査(全国)

平成5年北海道環境保健部調査(北海道)

・間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ者の割合の減少

目標値:間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ1歳6か月児 北海道 38.1%以下

現 状:間食として甘味食品・飲料を1日3回以上飲食する習慣を持つ1歳6か月児 北海道 38.1%

参考値:1日3回以上の間食をする者 1歳6か月児 29.9%

現 状:北海道環境保健部独自集計

参考値:久保田らによる調査、平成3年

### 3. 学齢期のむし歯予防等の目標

・学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合の増加

目標値:学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合 90%以上(全国/北海道)

現 状:学齢期におけるフッ化物配合歯磨剤使用者の割合 北海道 54.9%

参考値:児童のフッ化物配合歯磨剤使用率 45.6%

現 状:北海道環境保健部独自集計

参考値:荒川らによる調査、平成3年

・学齢期において過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合の増加

目標値:過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者の割合

全国 30%以上 北海道 40%以上

現 状:過去1年間に個別的歯口清掃指導を受けたことのある者 北海道 29.5%

参考値:過去1年間に歯磨き指導を受けたことのある者 15～24歳 12.8%

現 状:北海道環境保健部独自集計

参考値：平成5年保健福祉動向調査

#### 4. 成人期の歯周病予防の目標

・40、50歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合の増加

目標値：40、50歳における歯間部清掃用器具を使用している者の割合 それぞれ50%以上(全国/北海道)

現 状：歯間部清掃用器具を使用している者の割合 35～44歳 全国 19.3% 北海道 19.0%

45～54歳 全国 17.8% 北海道 16.7%

現 状：平成5年保健福祉動向調査(全国)

北海道環境保健部独自集計(北海道)

#### (7) 行動・環境診断のポイント

健康指標に関する行動要因・環境要因をリストアップし、それらの実態について情報を集める。

- ・情報が不足している場合には、対象者や関係者等に実態調査を行う。
- ・実態調査では行動・環境診断に必要な情報のみならず、社会診断、疫学診断、教育・組織診断に必要な情報を収集することも可能。

リストアップされた行動要因や環境要因について優先順位を検討する。

- ・QOLや健康指標への影響度の強さ(因果関係)、地域における頻度、改善可能性の3つを考慮して決定する。

- ・因果関係は、既存の論文や実態調査結果等により評価する。
- ・改善可能性は、既存の論文がなければ、関係者との協議で評価する。

決定された各要因の目標年次における目標値を設定する。

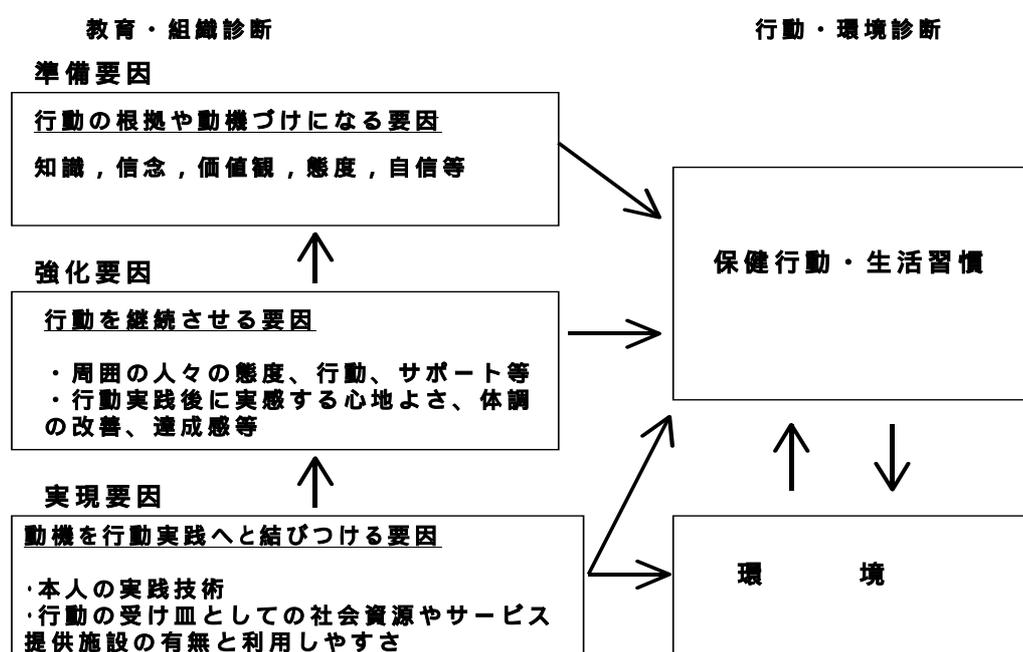
#### 4 . 第4段階（相） / 教育・組織診断

##### （1）教育・組織診断の進め方

住民が健康や疾病、並びに保健行動や生活習慣に対し、どの程度の知識、態度、信念、価値観、自信を持っているのか、保健医療福祉資源の有無あるいはそれらへのアクセス、利用法をどの程度知り、かつ利用しやすいか、健康のためにプラスになる行動を実践する技術がどれほどあるか、さらには、家族・仲間・教師・雇用主・保健医療の専門職等の健康問題への態度や行動はどうかなどを把握するフェイズ（相）である。

第3段階でリストアップされた行動要因・環境要因に影響を及ぼす準備要因、強化要因、実現要因を検討し、それぞれの要因について事前評価する。

図2-2 教育・組織診断における準備・強化・実現要因



##### （2）準備・強化・実現要因（図2-2）

準備要因は、本人が当該の保健行動や生活習慣を実践してみようという気になる根拠や動機となる条件で、健康問題についての情報、知識、態度、信念、価値観、自信等、が含まれる。その保健行動や生活習慣を実践によって得られる効果についての認識や、しなかった場合の不利益についての認識、その保健行動や生活習慣の実践を支援する制度や手段についての知識も準備要因である。

実現要因は、当該の保健行動や生活習慣を実践しようという気になったときに、実際に実践へと結びつけるために必要な条件で、実践に必要な技術的、人的、経済的条件等をいう。具体的には、当該の保健行動や生活習慣の実践に必要な技術、実践を支援する保健医療福祉サービスそのものや提供施設への近接性（アクセスビリティ）、実践に伴う経済的な負担を軽減するための制度などが該当する。環境要因の改善を促進する資源の利用しやすさも実現要因に含まれる。

強化要因は、当該の保健行動や生活習慣を継続していくための条件で、実践後に本人が実感する心地よさ、体調の改善、達成感等および周囲の人々の態度や行動、理解、協力、

サポート等が該当する。友人の誘いのようにその行動をしてみようと思わせるきっかけや、行動実践後に周囲の人や保健婦など専門職から褒められたり、表彰されるのも強化要因である。

### (3) 教育・組織診断の実際

教育組織・診断では、まず、行動・環境診断で選定された行動要因と環境要因に影響を及ぼしている3要因を明確にするところから始めることになる。これらの要因をリストアップするためには、次章である「第3章 目標達成に向けての歯科保健政策・事業のあり方」の「1. 健康教育」のところで解説する保健行動や行動科学の理論やモデルを参考にしたり、成書<sup>14, 15, 16)</sup>で学ぶことも必要と思われる。また、社会診断のところで紹介したフォーカス・グループもこれら3要因をリストアップするのに大変優れた方法である。なぜなら、理論だけで要因を考えると、全国一律あるいは世界共通で要因がリストアップされることになるが、実際には、このフェイズ以降、課題解決に向けて介入策を検討していく場面では、必然的に地域特性や対象者の背景を踏まえた要因のリストアップが不可欠となるからである。

当該の行動要因、あるいは環境要因に影響する準備・強化・実現の3つの要因を明確にしたならば、それらについて現状の充足状況を把握し、行動要因および環境要因との因果関係の強さや改善可能性から介入すべき優先度の高い要因を検討し(表2-6) 介入により到達すべき目標を決定する。準備要因と実現要因の技術に関連する目標は、健康教育による働きかけにより達成される目標であり「学習目標」と呼ばれる。また、周囲のサポートなどの強化要因や個人の技術以外の実現要因に関連する目標は、概して政策的働きかけにより達成される目標であり「組織・資源目標」と呼ばれる。

表 2-6 教育・組織診断に関する要因のリストアップと優先順位の検討

要 因	重 要 性 ~ +++ をつける	変えやすさ ~ +++ をつける
準備要因群 1 . 2 . 3 . 4 .		
強化要因群 1 . 2 . 3 . 4 .		
実現要因群 1 . 2 . 3 . 4 .		

#### (4) 教育・組織診断の実践例

##### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】

実態調査（巻末資料集 86 ページ / 図 5-4）から、具体的目標とされた2つの行動に関する内容について福岡市の結果と比較し、さらに、保育所保育や母親に対して実施したヒアリングの内容を参考に当該の保健行動についての準備・強化・実現要因を抽出している。

母親が1歳までに断乳を完了させる（10か月で断乳が可能な状況をつくる）

##### 準備要因

- ・スムーズな離乳食の導入と断乳の知識を持つ
- ・断乳の遅れとむし歯の関係を知る
- ・自分の子供はむし歯をつくらないと決意し自信を持つ

##### 強化要因

- ・個人にあった健康教育に保護者が満足する
- ・家族や周りの人が理解し支援する

##### 実現要因

- ・離乳食を調理する技術をもつ
- ・断乳の技術をもつ
- ・離乳食と断乳の指導を受ける機会がある

1～3歳まで幼児が継続してフッ素塗布を受ける

##### 準備要因

- ・フッ素の有効性を知る

##### 強化要因

- ・家族や周りの人が理解し支援する

##### 実現要因

- ・フッ素塗布を受ける機会がある

##### 【山形県大蔵村：乳幼児むし歯予防】

行動・環境診断で選定された「夕食後のおやつ」と「フッ素塗布を受ける」という2つの保健行動を改善していくための準備・強化・実現要因について、質問紙調査の結果と協議会における意見交換を通じて以下のとおりの要因が抽出された。

夕食後におやつは食べない

##### 準備要因

- ・ジュースは与えないようにする（態度や信念）
- ・おやつの時間を決める（態度や信念）

##### 強化要因

- ・食生活改善推進員や祖父母の協力がある

##### 実現要因

- ・手づくりおやつをつくる技術を学ぶ機会がある

フッ素塗布を1歳～3歳の間に年3回以上受ける

**準備要因**

フッ素塗布事業があることを知る

フッ素塗布に関する知識を持つ

**強化要因**

フッ素塗布を続けて受けるとご褒美が受けられる

**実現要因**

村の診療所でフッ素塗布が受けられる

**【広島県安浦町：成人の歯周病予防】**

町民である30歳代女性21名を対象に実施したフォーカス・グループの結果を参考資料として専門家を含めた関係者で検討し、選定された2つの保健行動それぞれの準備・強化・実現要因を抽出した。

歯間部清掃用具(歯間ブラシやフロス)を使用する 巻末資料集 91 ページ / 図

5-9

**準備要因**

- ・どこで購入できるかを知る
- ・歯間清掃具を使用すれば歯周病が予防できる(信念)

**強化要因**

- ・歯間清掃具の使用で口の中がさわやかになることを実感する

**実現要因**

- ・手軽に購入できる店や歯科医院がある
- ・歯間清掃具を使う技術をもつ
- ・親子で勉強できる場がある

定期歯科健診を受診する 巻末資料集 92 ページ / 図 5-10

**準備要因**

- ・生涯自分の歯でおいしく食べたい(信念)

**強化要因**

- ・子供を預かってくれる人がいる(家族・知人)
- ・歯科医院に子供の保育がある

**実現要因**

- ・歯科医院に定期歯科健診できる体制がある
- ・かかりつけ歯科医がいる

**【大分県鶴見町：高齢者の「食」改善】**

大分県鶴見町で取り組みまれた高齢者の「食」の課題では、教育・組織診断における要因の優先順位決定を実態調査結果に基づき実施したので、ここで紹介しておく。この課題では、QOL指標として「食事の楽しさ」が抽出され(社会診断)、QOLに影響を及ぼす保健行動・生活習慣としては、住民へのヒアリング内容および検討会における協議を通じて

リストアップされた要因から、実態調査結果も参考に「魚や野菜を毎日摂取できる」、「定期的に歯科受診ができる」の2つが優先されることとなった(行動・環境診断)。教育・組織診断では、これら2つの行動それぞれに影響する要因について、統計学的な検討も含めて表2-7および表2-8に示す総括を行った。この結果を検討会に報告し、検討会でのグループワークで各要因の改善可能性について検討し、優先順位を決定した。

表2-7 教育・組織診断の総括(魚や野菜を毎日摂取できる条件)

要因	項目	頻度 (%)	魚の摂取との関連*	野菜摂取との関連*	頻度	因果関係	改善可能性	優先順位
準備	食事のことで他人の世話にあることをいとわない	36%	3.65	2.10		+	+	
強化	魚や野菜のおすそ分け	63%	11.33	5.53		++	++	3
強化	おかずのおすそ分け	38%	5.97	7.43		++	++	2
実現	食べやすいように調理を工夫している	47%	2.84	5.77		++	+	
実現	魚や野菜を購入しなくても入手できる	37%	7.03	3.00		++	++	1
実現	5種類以上の野菜栽培	50%	-	6.44		++		

\* 魚や野菜の摂取との関連は年齢を説明変数に加えた二元配置分散分析のF値

表2-8 教育・組織診断の総括(定期的に歯科受診ができる条件)

要因	項目	頻度 (%)	二元配置分散分析 F 値	頻度	因果関係	改善可能性	優先順位
準備	入れ歯でも、定期的な歯科受診が必要だと思う	8%	11.18		++	++	1
強化	入れ歯の調整をして、かみやすくなったという経験がある	60%	10.67		++	++	2
強化	歯科医院に一緒に行ってくれる人がいる	40%	2.95		+	+	
実現	かかりつけ歯科医がいる	70%	128.24		++	+	3
実現	巡回歯科診療等により、身近で歯科診療が受けられる	0%			++	++	1

### (5) 教育・組織診断のポイント

各要因の実態について情報を集める。必要に応じて実態調査等を活用する。

重要性(因果関係と頻度)と改善可能性について検討し、優先順位を考える。

優先順位の高い各要因について、目標年次までに達成すべき目標値を設定する。

次の運営・政策診断の段階で、ここで決定した目標を達成するために、健康教育プログラムを計画するほか、住民組織、関係機関等の団体への介入方法を考えることになる。

以上、第1段階から第4段階までの各フェイズ(相)をひとことで述べるとすると、計画を策定しようとする地域の社会的・疫学的・行動的・環境的・教育的・組織的特徴や住民の要望、問題、あるいはニーズを明らかにすることであるといえよう。

ただし、紹介した実践事例からわかるように、第1~4段階は段階的に進めていくこともあれば、複数の段階を同時並行的に進めていくこともある。また、第1段階の社会診断で紹介したフォーカス・グループ、ノミナル・グループ・プロセス、デルファイ法などの

方法は、第2～4段階においても目的や場面に応じて応用することが可能である。さらに、第2段階の疫学診断では、口腔内診査によって把握したデータが必要になることも多いであろうし、第1～4段階の各段階でニーズをある程度定量化するために質問紙調査が必要になる場面も少なくないであろう。

これらニーズアセスメントに有用な方法の特性を比較したものを表2-9に示す。ここで比較検討した5つの方法は対立するものではなく相互補完的な関係にあると思われる。それぞれの方法には強みと弱みがあるので、組み合わせるなど工夫をしながら的確なニーズアセスメントを行い、計画に反映していくことが期待される。

表2-9 各種ニーズアセスメントの方法の特性比較

ニーズアセスメントの方法	量的 ニーズ	質的 ニーズ	合意 形成	対象者同士の 相互作用
質問紙による調査		～×		×
口腔内診査による調査		×	×	×
フォーカス・グループ	×		×	
ノミナル・グループ・プロセス	×			
デルファイ法	×			×

○：可                      ○：やり方によっては可                      ×：不可

注) フォーカス・グループ、ノミナル・グループ・プロセスおよびデルファイ法は、質的ニーズを把握できるところが利点であり、ニーズアセスメントのみならず、協議会の運営などにも応用可能と考えられる。

そして、以下からは、明らかになった地域の特徴や住民ニーズに基づき、健康課題解決へ向けて計画を立て実行に移すフェイズ(相)となる。実行に移したら、実行直後、中間過程、最終結果の評価を行い、計画策定により立てた目標が、目標達成に向けた介入方策(手段)の実施により達成されるなど、計画策定時に期待された結果が得られたか否かをチェックしていく。もし不十分ならば、理論モデルやそれに基づく仮説、介入方策を修正し、再び実行を繰り返して成果の水準をあげるよう努力する。すなわち、「計画 実施 評価 計画 実施 評価」の繰り返しが大切である。

## 5 . 第5段階（相） / 運営・政策診断

### （1）運営・政策診断の概要

第4段階までの作業により得られたデータ、資料等により、QOL 指標、健康指標、行動指標、環境指標、学習目標、組織・資源目標などが整理される。言い換えると、第4段階までの作業により、多面的で体系的な現状の分析と優先順位付けによって、「展望」「理念」「目的」が明確になるとともに、何を優先すべきかが絞られることになる。「展望」「理念」「目的」を現わす目標はできるだけ具体的に評価しやすいものにしておくことよい。関係者と協議の上、それらの目標について現状の値と将来の目標値を記載する。（もちろん一部には数値化困難な目標も出てくるかも知れない。）それらの目標値達成のために必要なプログラムを示し、予算、資源の配分、役割の分担、進行スケジュールをまとめると、それが歯の健康づくり計画に他ならない。まとめる際には、プログラムの対象者、マンパワー、予算、地域の参加状況によって、総合的に取り組むか、個別テーマから始めるかを定める。個別テーマならば優先順位をどうするかも決定していかねばならない。特に具体的な健康教育プログラムやフッ化物塗布や洗口などの予防サービスプログラムを展開するならば、対象は誰にするのかを決定する。課題やプログラムの特性に考慮し、対象が住民全体か特定の集団かなどを検討しながら、ターゲットとすべき住民の年齢、性別、職業等を決定していく。目標と対象が決まれば、だれが、どのような方法で、どれだけの期間と頻度で実施するか、予測される効果はどの程度かを決定しておく。

なお、ここで言う健康教育プログラムとは、政策的な次元で展開されるものを含んだ広い概念のものを指す。すなわち、個々人のレベルで健康づくりに役立つための知識や技術等を提供する狭義の健康教育だけでなく、社会的レベルで健康づくりに好ましい環境を形成する政策をいかにうまくしたら推進できるかという視点に立ち、政策的な働きかけを行う健康教育を含む。

以上の検討は、当然のことながら、健康教育プログラムを展開する上で必要な予算、資源（マンパワー、施設）の有無やプログラムそのものの妥当性を考慮しながら行うことになる。

### （2）運営診断の進め方

運営診断は、第4段階で提案され、プログラムの直接の目標となる学習目標、組織・資源目標を達成するために必要な健康教育プログラムなど具体的な事業（活動）に係る、

時間、人員、予算等、必要な資源を明らかにし、

現時点で利用可能な資源の査定を行って、

実施の障害となる事項を確認する。

現時点で利用可能な資源については、既存の健康教育プログラムや住民組織、関係団体の査定を行う（表 2-10）。

既存の健康教育プログラムの査定は、そのプログラムによって、準備・強化・実現要因を改善するために、誰（どの専門職）が、誰（どの対象集団）に、いつ（時期）、どんな場（外来や健診、各種教室）で、どんな内容を、どんな教育媒体と教育技法を用いて働きかけたり援助しているかを点検する（表 2-11）。

表 2-10 プログラムの実施に必要な資源、(マンパワー、予算、設備等)のリストアップ

必要な資源	現在利用可能なもの	必要だが利用できないもの

必要な資源をリストアップし、現在すぐに利用可能か、必要だが利用できないかを査定し、該当する方に をつける

表 2-11 既存の健康教育プログラムの査定(健康教育診断シート)

項目	誰が (職種)	誰に	どんな 場で	何を	どう伝えているか

住民組織や関係団体の査定は、その組織を通じて働きかける対象は誰か、誰が組織のリーダーシップをとっているか、組織の活性度、集会などの頻度、行政への協力度などについて点検する（表 2-12）。こうした作業を通じて、目標とした準備・強化・実現要因を改善するために健康教育プログラムをどう見直すか関係者と協議して健康教育実施計画を作成することになる（表 2-13）。また、どの組織にどのような手順で働きかけていくのかも整理する。

実施の障害となる事項の確認については、スタッフのプログラムに対する合意と取り組み姿勢、今までの計画における目標や目的との矛盾の有無、求める変化の程度（変化が急激なほど障害は大きい）、実行の手順や方法についてのスタッフの慣れなどを確認する。これらに障害があると考えられる場合には、次の政策診断が重要になってくる。

表 2-12 住民組織や関係団体への働きかけの検討  
（強化要因や実現要因を満たすための組織への働きかけ）

充足すべき要因	働きかける組織	働きかけ

表 2-13 新たな健康教育計画シート

項目	誰が (職種)	誰に	どんな 場で	何を	どう伝えるか

### (3) 政策診断の進め方

政策診断は、政策・法規・組織の事前評価と政治力の事前評価からなる。すなわち、既存の政策・法規・組織において、運営診断で明らかになった障害を取り除くことが可能かどうかを検討する。現状の制度や組織では困難と考えた場合には、それを可能にするように制度や組織へ働きかけることを検討する(表 2-14)。行政職員や関係者に対する研修会を開催したり、協議の場を設けたりすることも、こうした働きかけの一方法となり得る。

表 2-14 実現要因や環境要因充足のために必要な政策、法規、組織の検討

充足すべき要因	必要な政策、法規、組織等	必要な資源やコスト

こうした働きかけが無効と考えられた場合は、当該のプログラムを政策の観点から見直すことが必要になる。すなわち、プログラムの実行と現行の政策・法規・組織との間に矛盾がないかを確認する。矛盾がなければ、プログラムへの支援が得られるように政策・法規・組織へ働きかけを行う。一方、矛盾があると考えられる場合には、どの程度融通が効くかを検討する。特定の地位や権限をもつ関係者の裁量で融通が効くかが決まってくる場合も少なくない。この鍵を握る関係者との交渉が必要になる場合もある。

政治力の事前評価では、プログラム遂行のために政策の責任者(首長、部長、課長)がどの程度影響を及ぼせるのかを評価する。こうした政治力は組織内の影響と外部組織への影響に大きく分けられる。組織内の統率といった組織内の影響力の重要性は言うまでもないことだが、ヘルスプロモーションの実践においては、外部組織への影響力が問われるのである。健康政策部局以外のセクションとの連携や幅広い関係者との協働が不可欠だからある。時に他の部局との連携においては、限られた予算やマンパワーを獲得するために「ゼロ・サム・ゲーム」の関係になっていることも少なくない。こうした場合には、システム論的<sup>注 2-2)</sup>なアプローチを導入することにより、行政組織が1つのシステムとして機能するよう目的が共有され、重複を避けた効率的な資源配分ができるようになるはずである。

以上で述べた運営・政策診断のプロセスは、行政運営や政策についての事前評価を通して、既存の健康教育を見直したり、住民組織や関係団体へ働きかけを行い、必要に応じて、行政スタッフや専門職の研修を行う「教育的な」プロセスであることに注目してもらいた

注 2-2) システムとは、複数の構成要素から成り、それらの相互の関係性で全体の挙動が決められる系のこと。

い。政治力についても、最終的には首長を選ぶ有権者の教育が必要になるとモデルの開発者である Green は指摘している。

#### (4) 運営・政策診断の実践例

##### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】

1) 「50%の母親が1歳までに断乳を完了させる」という目標の達成に向けて、教育・組織診断で明確にした要因を改善すべく健康教育による働きかけを行うこととなった。

##### ア)断乳の遅れを改善する健康教育プログラム開発と問診票の改良

従前、乳幼児健診の場で実施してきた断乳に関する教育内容について、健康教育診断という独自のシートを利用して振り返りながら見直し評価を行い、健康教育チャート(巻末資料集 87 ページ/図 5-5)を作成した。このチャートに基づき乳幼児の月齢に応じた健康教育担当スタッフ毎の指導内容一覧表を作成した。併せて、乳幼児健診に用いる問診票を改良する必要性が生じ、各月齢(4か月、7か月、10か月、12か月、1歳6か月、2歳、2歳6か月、3歳児)毎に、健康教育チャートに沿った問診票が作成された。

##### イ)離乳食カレンダーの作成

健康教育チャート作成段階で、教育媒体として離乳食カレンダーの必要性があると判断された。内容は、乳歯の萌出時期、断乳スケジュール例、健康教育と同時に実施することとなったフッ素塗布事業やその他保健事業の予定などからなる。

##### ウ)離乳食教室の開催

離乳食教室を予算化し、食生活改善委員会の協力を求め計画的に開催することとなった。

2) 「1～3歳までの幼児の80%が継続してフッ素塗布を受ける」という目標の達成に向けて、フッ素塗布事業の実施が検討された。満1歳となる誕生月にフッ素塗布券を発行し、初回のフッ素塗布を町内の各歯科医療機関で受け、その後は毎月の乳幼児健診の機会を利用し、3歳まで3～4か月毎に塗布が受けられる態勢を整備した。

3)断乳の遅れを改善する教育的サポートとフッ素塗布事業の実施という環境的サポートを効果的に継続していくために、関係者による2か月に1回の定例の打ち合わせ会議が開催され、フッ素塗布事業や健康教育の実施上の問題について協議し、改善に努めた。

##### 【山形県大蔵村：乳幼児むし歯予防】(巻末資料集 89 ページ/図 5-7)

住民を含めた協議会において、「村の歯科診療所で定期的にフッ素塗布を受けることができるようにしてほしい」という方向性が提案されたことを受けて、フッ素塗布事業の具体的な実施計画が協議された。その結果、当初 2000 年度から開始予定だった事業を前倒しして開始すること、また、フッ素塗布パンフレットと歯の健康手帳の作成が決定された。フッ素塗布は、村立歯科診療所で1歳から3歳児に対し3か月毎に塗布する態勢をつくり 2000 年 1 月から開始された(2000 年 6 月時点で受診率は 87.3%)。

「おやつ」についての取り組みは、「夕食後のおやつ」に的を絞った健康教育の実践の必要性について確認し、アプローチ方法については食生活改善推進員の協力を得ながら「手づくりおやつ教室」などが検討されている。

## 【広島県安浦町：成人の歯周病予防】

保健行動のうち「歯間部清掃具の使用」については、技術教育を内容に入れた1時間程度のロングプログラム（出張教育）と歯の大切さや歯周病についての知識普及を主とし5～10分でできるショートプログラムの2種類の健康教育プログラムが立てられた。健康教育プログラムづくりには、教育担当者だけでなく、歯科医師、歯科衛生士、大学、行政（県・町）、町民代表（30歳代女性）も加わった。住民からも教育を受ける側の視点から専門家にアドバイスしてもらうかたちでプログラムづくりに参画してもらい、実効性のあるプログラムを作成する努力がなされている。

ロングプログラムは3回シリーズとし、1回目は歯科医師による健診、歯科衛生士および保健婦による健康教育、2回目にはフロスの使い方を集団に対して、3回目には個別に教育している。プログラムは、話の組み立てとそれを話す担当者（専門職種）やその時間が決められており、シナリオのようになっている。プログラム作成の過程で、教育媒体についても検討され、歯科衛生士らが中心となり教育に必要なパネルやグラフを作成した。また、健康教育を実施する前には関係者が集まりを持ち、テープに録音し合いながらリハーサルを行い、話し方やパネルの使い方の確認をしていった。フロスの技術教育の場面設定に関しては、親子での遊びの時間を十分に取し、リラックスした状態で親子を完全に離し、母親が集中して話を聞けるように工夫している。また、2回目、3回目に続けて参加してもらえそうな工夫もしている。フロスの技術教育の場面では、フロスが使えるようにどのような工夫したかを参加者相互に話し合ったり、自分の歯に関する悩みなどを話すような場面もプログラムに組み込まれている。出張教育の場としては、町が従前から実施していた2歳5～7か月児とその母親を対象とする「ひよこ歯科健診」の機会を捉え、それまで1回の受診だけであったものを3回シリーズとして設定することとなった。

ショートプログラムは、保育所・幼稚園の保護者会や参観日などを利用して実施することとなった。

もう一方の「定期健診の受診」という保健行動については、きっかけづくりのひとつとして広報を充実させることとした。一方、受け皿となる健診実施機関の整備も必要となるため、それを具体的にどうしていけばよいのかを、町内歯科医師および住民も含めた関係者で検討している。そこでは、歯科医師、歯科衛生士を中心に月1回の勉強会を開き、パンフレットを作成していくことが決まった。何人かの母親から定期健診の内容や歯科医院での子供の保育について照会があったため、定期健診の内容をパンフレットに記載しようという提案が出されたが、このことをきっかけに、町内各歯科医院の事情が異なることが顕在化した。現在、各歯科医院の個別の事情を考慮しながら「定期歯科健診の態勢」を整備していく取り組みが続いている。

## （5）運営・政策診断のポイント

この診断の目的は、プログラムを実行するために必要な予算や人的資源についての評価、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、そのために変更可能な政策の検討を行うことにより、政策の優先順位、目的、数値目標を明確にし、資源と責任の割り当てを行い、予算計画を作成することである。

## 運営診断

### ステップ1（必要な資源の評価）

- ・提案された教育方法や戦略に必要な資源を評価する。
- ・目標達成のためのタイムスケジュールやプログラムを実行するのに必要な職種および人数、予算を検討する。

### ステップ2（利用可能な資源の評価）

- ・教育媒体をつくる場合に既存のものを利用できないか？
- ・人的資源は他の部署や地域社会の他の機関から応援協力が得られないか？
- ・住民からボランティアは募れないか？
- ・補助金や協力団体からの資金援助は期待できないか？
- ・受益者負担が可能かどうか？
- ・資源の臨界レベル

効果が現れるためには、必要なレベルの事業量が提供されることが条件であり、この臨界レベルを検討することが重要となる。臨界レベルより上でないと事業を行うために資源を注ぎ込む意味がなくなる。

例：何割の人がこういう認識を持てば、地域の行動が変わるか？

逆にこれ以上投資しても無駄になる事業の量を考えることも必要。

- ・目標を達成するために必要不可欠な要素はないか？  
予算などの制約で、この必要不可欠な要素が犠牲になっては意味がない。
- ・期待される効果の重要性

住民にとってのプログラムの成果がどういう意味を持つのか。

- ・時期とお金の流れ

経費の一部を先送りすることで初年度の予算を軽減する工夫。

- ・対象者選択の重要性

プログラム対象者の優先順位を考える。

### ステップ3（実施に伴う障害の評価）

・公式の計画書の中には書けないメンバーの心構えの問題、政治的な問題、力関係の問題など、資源以外にもいろいろな問題がある可能性がある。

- ・スタッフのプログラムに対する熱意と姿勢。

会議の場を設け意見交換を行うことが有効。

- ・従来計画と新たな計画の目的に矛盾がある場合には優先順位を再考する。
- ・急激な変化よりも、緩やかな変化の方が実行に移しやすい。
- ・親しみやすい方法であることが重要。
- ・複雑よりもシンプルな方がベター。
- ・事務所など活動の場を確保することが組織を運営するには非常に重要である。
- ・地域社会自体の障害。

地域社会がこのプログラムを理解できていることが重要である。また、関係団体を巻き込むことにより、敵にしないことがポイントである。

## 政策診断

政策診断では、目的実現のために必要な支援、法規、組織、環境要因をもたらす政策について、政策決定者やその力関係がどう鍵を握っているかを判断する。

### ステップ1（政策、法規、組織の評価）

- ・首尾一貫性

現行の政策、法規、組織に矛盾はないか？

矛盾があれば、実行しようとしている計画を、現行の政策、法規、組織に合うように変更できるか？ 変更できなければ、政策、法規、組織の変化を待つことが可能か？

- ・融通性

計画が政策にそぐわない時、どの程度融通がきくか？

- ・運営上、専門家としての裁量があるか？

- ・現在の組織の中で変革が不可能なら、組織を去ることも必要。

### ステップ2（政治力の評価）

- ・政治的環境を組織のレベルと組織間の関連レベルに分けて分析する。

- ・ゼロ・サム・ゲームを避けること。

- ・システム論的なアプローチ。

目的、資源、活動を巡って組織間の分捕り合戦になるのではなく、システム論的なアプローチを考えることが重要。

- ・交換の理論

個人の目的の追求を認め支援することで、人は協力的になる。

- ・エンパワーメント教育（Empowerment Education）によるアプローチ

地域のリーダーへの教育が必要。

- ・対抗的アプローチ

教育的アプローチが失敗したときに、最後の手段は対決（首長選挙）であり、唱道と選挙民に対する教育を行う

## 6. 第6段階（相） / 実施

### （1）実施において重要な事項

上記の第1から第5段階の PRECEDE 部分のプロセスを経ることで、プログラムをどう展開するのか、それぞれの専門職の役割は何か、必要なマンパワー（専門職だけでなく、ボランティアを含む）や器材、コスト（行政の負担と受益者負担）、プログラムによってめざす目標（評価指標）が何か明確となり、これらに基づいてプログラムを実施する。

効率的なプログラムの実施のためには、考え尽くされた実施計画、十分な予算、強固な組織と政治的な支援、スタッフの資質向上と事業の監督、経過評価のためのモニタリングが重要となる。経過評価のためのモニタリングを行うことにより、必要に応じた早期の軌道修正が可能となる。

この他、実行段階における成功の鍵として、豊富な経験、住民のニーズを敏感に察知する能力、状況の変化に対する柔軟性、ユーモアのセンス、長期的な目標を見失わないことなどがあげられる。また、経験不足を補うためには、他の先行研究や事例、事業報告書を参考にすることも必要になってくる。行政実施主体のプログラムとして実施する場合でも、地域組織の協力を得て、住民とのコミュニケーションを図らなければうまくいかないことは言うまでもない。

### （2）事後評価に向けての準備

さらに、実施してからというより、実施前あるいは第5段階までに検討しておくべきこととして評価計画がある。プログラムの進行途中や終了した後では、評価しようとしても評価デザイン（評価のための設計や枠組み）が不明確であったり、評価に必要なデータを収集する機会をすでに失っていたりして十分な評価ができないことが多いからである。そこで、プログラム開始前の計画策定の段階から評価計画の予定を立てておくことが大切になってくる。評価については、次の第7段階以降のところでも詳しく述べるが、「プロセス評価」「影響評価」「結果評価」と3段階に分かれ<sup>注2-3)</sup>、「評価する基準」と「評価のためのデータを収集する情報システム」が極めて重要となる。特に実施の段階で留意すべきは、プログラムが当初の予定どおりに実行されているかを検証する目的で行われ、政策や事業（活動）の内容、資源など、プログラムの実行程度を実施の途上で査定する「プロセス評価」の方法である。プログラムが実施された後は自動的に事が進んでいくと考えてしまいがちであるが、常に地域の状況を把握するとともに、プロセス評価によりプログラムを修正し質的向上を図っていく必要がある。そうしないと、プログラムは制度化が進むにつれ硬直化し時代遅れのものになり停滞してしまう危険性が生じてくる。プログラムを策定する際に、この経過評価がしやすいように、評価項目、評価に必要なデータや情報の収集時期や方法についてあらかじめ定めておくことが肝要となる。

---

注2-3) プロセス評価のようにプログラム実施の途上で、その質的向上のために行われるものを「形成的評価」、主に実施後の結果判定のために行われる「影響評価」「結果評価」を総括的評価と呼ぶ場合がある。

## 7. 第7段階（相）/プロセス評価

第7段階から第9段階までは評価のフェイズ（相）となる。MIDORIモデルでは、評価をプロセス評価、影響評価、結果評価の3段階で捉えている。

なお、評価という言葉自体は一般的用語であり、さまざまな領域に用いられる。公衆衛生、保健医療において確立した「術語」ではない。各領域の専門家が、それぞれの立場や文脈において用いているに過ぎず、「これが正しい評価のあり方」だというものはいない<sup>17)</sup>。評価をする理由や評価の視点も、その情報を利用する人やプログラム参加者の立場により異なると言える。しかし、評価の目的が「何が有効かを知る」ということは共通している。そして、どんなプログラムでも必要最低限の評価が必要である。

ここでは、「評価とは対象項目と容認基準との比較である」(Green, 1974)という定義に基づき話を進めていくこととする。

まず、評価の「対象項目」としては、前述した第1から第5段階のPRECEDE部分に該当するQOLや健康、行動、環境要因、準備要因、実現要因、強化要因、対象者に対する介入や伝達の方法、政策の変化、法律や規則の変化、組織の変化、スタッフの経験の程度や仕事ぶり、教材の質などの項目があげられる。

次に、「容認基準」は「どの程度」を「いつまでに」達成するか、ということである。

この基準の設定は現実的かつ具体的な形で表現し、プログラムの開始当初から関係者の承認を得ておく必要がある。プログラム開始前から基準が設定されていれば、関係者に投資以上の期待をさせてしまうことはない(表2-15)。

その基準の設定方法として、「任意の基準」「科学的な基準」「歴史的な基準」「規範的な基準」「折衷案による基準」の5つがある。「任意の基準」は単純に変化の後をしてみることである。「科学的な基準」は研究など最新の科学に基づいたものから設定するものであり、「歴史的な基準」はこれまでそのプログラムが実施されてきた結果によって設定されるものである。また、類似した地域や集団を対象として行われたプログラムを参考に設定される基準を「規範的な基準」、経験豊かな行政官、研究者、実践者の意見の合意や、専門組織や団体の認定に基づいて設定されるのを「折衷案による基準」という。疾病と保健行動についての因果関係を明らかにする研究が十分に行われていない場合には「科学的な基準」を設定することは困難である。このため「折衷案による基準」が設定されることも多いと考えられる。広島県安浦町における成人の歯周病予防を目的とした取り組みでは、大学教官や行政官(保健婦)、地元歯科医(専門家)、住民の合意によって目標を設定したが、これが「折衷案による基準」の設定である。また、山形県大蔵村における乳幼児むし歯予防を目的とした取り組みでは、福岡県杷木町での事例を参考に目標値を設定しており「規範的な基準」の設定である。

評価の対象は、その目的によって決まるものである。目的は、

究極的な社会的利益(QOL)や健康状態の改善、  
中間的に位置づけられる行動(保健行動・生活習慣の変容)や環境に関すること、  
そしてより直接的な、教育・組織・法規・政策レベルに至る

までの大きく3つの階層がある。

そのため、評価もこの階層に従って次のとおり3段階があることとなる。

「プログラムの介入内容(政策や活動内容、資源、プログラムの実行程度)」の評価：直接的な教育・組織・法規・政策レベルに至るまでの目的に対する評価

「実行段階での中間効果」：保健行動・生活習慣および環境に対する評価

「最終結果(成果)」：社会的な利益(QOL)や健康状態の改善に対する評価としてである。

評価対象にとりあげる順序は、この階層性に従って「プログラムの介入内容」「実行段階での中間効果」「最終結果」となる。プリシード部分とは逆向きとなる左から右への矢印に従って進めていくこととなり、これは順に「プロセス評価」「影響評価」「結果評価」といわれる(表2-16)。

### (1) プロセス評価とは

評価の第1段階は、介入として行った諸活動のプロセス(経過)に関する情報をもとに行われるのでプロセス評価と呼ばれる。プログラムの進行状況、資源(予算、マンパワー等)の活用状況、スタッフの仕事ぶり、住民の参加状況、関係者や協力組織の反応等を確認し、問題がある場合には早期に軌道修正を行う。介入の初期に反省会等を行い、問題を発見し調整を試みること(形成的評価)が成功への鍵である。

### (2) プロセス評価の対象項目

プロセス評価の対象項目としては、「プログラムへの全入力(インプット)」「実行段階での諸活動」「関係者の反応」の大きく3つがある。「プログラムへの全入力」は、プログラムの方針、依拠した理論、最終目標と目的の現実性と具体性、資源である。「実行段階での諸活動」は、スタッフの仕事ぶり、データ収集の方法、法規や組織化に関する活動、印刷物等によるマスコミ活動、イベントである。そして「関係者の反応」は、会議でのプログラム内容の見直し、使用教材に対する受益者の反応、プログラム受益者の参加の程度、協力組織や受益者の反応である。また、プロセスの質についても提供されるサービスの数や行政内部資料の調査などから測定するものとしている。これらの項目は、量的評価と質的評価の両面であり、プロセス評価はその組み合わせによって初めて判定できるものである。

### (3) プロセス評価の実践例

#### 【福岡県杷木町：乳幼児むし歯予防】

健康教育プログラムのプロセス評価

- 1) 定例の関係者会議を持つことで問診票と健診システムが改良された。
- 2) 指導内容一覧により役割分担が明確になった。
- 3) 健診がスムーズに流れるようになり現状のマンパワーで間に合った。
- 4) 断乳状況が問診票から定期的に把握できるようになった。
- 5) 新たな教育媒体が話し合いの中で開発された。
- 6) 健診受診率が向上し母親からの質問が増えた。
- 7) 食生活改善推進員が目的を持って離乳食教室に参加し、組織も活性化した。
- 8) 断乳実施者割合が上昇してきた。

### フッ素塗布事業のプロセス評価

- 1) 3歳までの誕生年月別塗布スケジュール表を作成し連絡漏れをなくした。
- 2) フッ素塗布の啓発と塗布継続のための媒体の開発と改良が行われ、町広報紙等でフッ素塗布に関する情報が住民に提供されるようになった。
- 3) 歯科衛生士が増員、予算も獲得でき、受益者負担が軽減された。
- 4) 地元歯科医師に能動的行動が見られるようになった。
- 5) 歯科医院での満1歳児塗布受診状況がもれなく把握されている。
- 6) 受診率が事業開始当初の55%から1年後77%へと向上した。

## 8. 第8段階（相） / 影響評価

目標とした準備・強化・実現の各要因および行動要因や環境要因に、介入として行った諸活動がどのように影響を及ぼしたかを評価する。この評価は、第3段階（行動・環境診断）で設定した行動目標や環境目標、第4段階（教育・組織診断）で設定した学習目標や資源目標などの各目標を基準に、その達成状況を検討することで行われる。

## 9. 第9段階（相） / 結果評価

評価の第3段階は、疫学診断で設定された健康目標や社会診断で設定された社会的問題（QOL）の指標を用いた評価を行う。影響評価や結果評価で変化を鋭敏に検出するには、評価の基準をはっきりとさせ、測定を正確に行う必要があるほか、影響の大きさや対象者数にも注意が必要である。結果評価は総括的評価ともいわれる。

### 評価についてのまとめ

企画の段階では、予め評価計画も併せて策定しておくことが望ましい（表2-15、表2-16、表2-17）。その際、社会診断における社会的問題（QOL）の指標、疫学診断における健康目標、行動・環境診断における行動目標と環境目標、教育・組織診断における学習目標と組織・資源目標について、Who（誰の）、What（何を）、How much（どの程度）、When（いつ）、という点をおさえて設定しておくことで評価が容易に行える。設定した時期に、達成状況を観察・測定し、基準に照らして介入の成否を判断する。なお、評価には、プログラムの信頼性や妥当性についての検討、費用効果分析・費用便益分析等の経済的評価も含まれる。また、数量的評価方法と質的評価方法があり、評価デザイン<sup>2,18)</sup>の選択も視野に入れておく。

乳幼児のむし歯予防対策のように3年程度で結果評価まで可能な領域もあるが、成人を対象とした取り組みなどでは、プロセス評価や影響評価が主体となることもあると考えられる。結果評価は最も重要であるが、結果評価の評価指標のみを5年後や10年後に調べるだけでは、評価結果を政策・事業にフィードバックするのに時間がかかり過ぎ、目標達成がおぼつかない懸念が生じるからである。重要なことは、プロセス評価、影響評価、結果評価のどの段階の評価指標であっても、数年間隔の実態調査に過度に依存することなく、日頃の事業や活動を通じて経年的に情報が得られるようなモニタリングシステムを構築し、評価活動自体もなるべく負担の少ない方法で効率よく実施していくことが成功の鍵となる

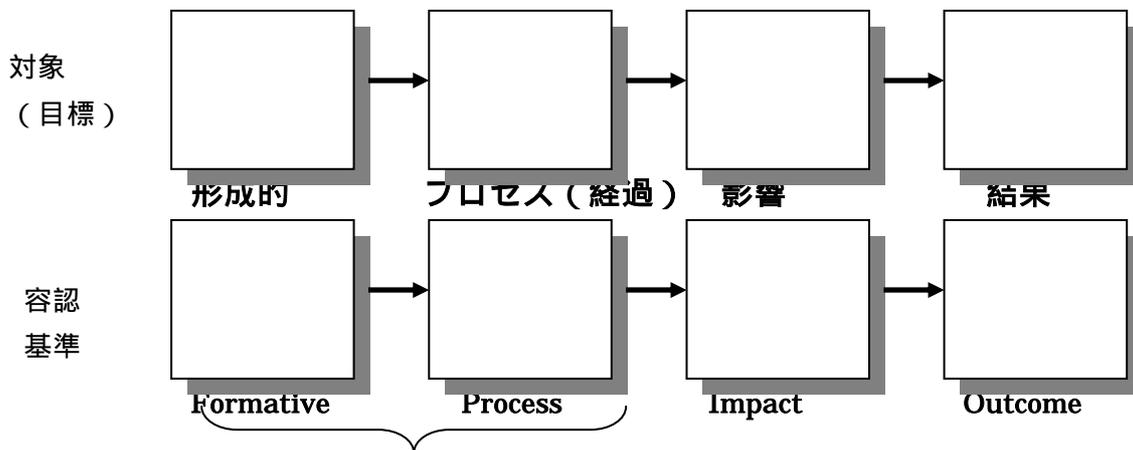
う。

表 2-15 PRECEDE の段階で設定した目標について、受け入れられる基準の設定（１）

評価の対象（目標）	容認基準（目標値等）

表 2-16 PRECEDE の段階で設定した目標について、受け入れられる基準の設定（２）

目標と受け入れられる基準を評価の３段階に応じて設定することにより、立案した計画をどのように評価するか考慮する。



### 広義のプロセス評価

ここでいう形成的評価とは、プログラム開始後の早い時期に問題を見つけ出し、必要ならプログラムに修正を加えるために行う評価で、プロセス評価に含まれる。

表 2-17 評価対象（目標）の評価方法の検討

評価の対象	データ源	データの収集方法	データの活用方法

評価の対象として特定したものについて、データ源、データの収集方法、データの活用方法につい

て記述する。

## 引用文献

- 1) Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach. Mayfield Publishing Company, 2nd ed., 1991.
- 2) グリーン, クロイター (訳; 神馬征峰 他): ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開. 医学書院, 1997. (1) の日本語訳
- 3) Green LW, Kreuter MW: Health Promotion Planning An Educational and Ecological Approach. Mayfield Publishing Company, 3rd ed., 1999.
- 4) 米山公啓: 「健康」という病. 集英社新書, 2000.
- 5) 佐々木 健, 駒井由美: フォーカス・グループ・インタビューによる歯科保健医療ニーズ把握の試み. 口腔衛生学会雑誌, 50(4); 482-483. 2000.
- 6) 渡辺久哲: 調査データにだまされない法. 創元社, 1998.
- 7) 谷岡一郎: 「社会調査」のウソ. 文春新書, 文藝春秋, 2000.
- 8) 中村譲治, 筒井昭仁, 堀口逸子, 鶴本明久: 歯周疾患の総合的診断プログラム(FSPD34型)の信頼性と妥当性の検討 歯周疾患自己評価尺度と口腔内診査結果の関連妥当性について. 口腔衛生学会雑誌, 49(3); 310-317, 1999.
- 9) 堀口逸子, 筒井昭仁, 鶴本明久, 中村譲治: 歯周疾患の総合的診断プログラム(FSPD34型)の信頼性と妥当性の検討(2) 内的整合性と再現性による信頼性の検討. 口腔衛生学会雑誌, 50(2); 254-263, 2000.
- 10) 中村譲治, 鶴本明久, 筒井昭仁, 堀口逸子: 歯周疾患の総合的診断プログラム(FSPD34型)の信頼性と妥当性の検討(3) 構成概念妥当性の検討. 口腔衛生学会雑誌, 50(3); 334-340, 2000.
- 11) 尾崎米厚: 地方計画における目標値設定の方法. 保健婦雑誌, 56(5); 400-405. 2000.
- 12) 久繁哲徳: 公衆衛生における情報 - 根拠に立脚した保健医療への転換. 公衆衛生, 61(10); 709-716, 1997.
- 13) 吉田新一郎: 会議の技法. 中公新書, 2000.
- 14) 宗像恒次: 最新 行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社, 1996.
- 15) 石井敏弘 責任編集: 健康教育大要 - 保健福祉活動の教育的側面に関する指針. ライフ・サイエンス・センター, 1998.
- 16) 中村正和 他: 個別健康教育禁煙サポートマニュアル. 法研, 2000.
- 17) 高原亮治: 保健計画における目標管理方式と評価. 保健婦雑誌, 54(2); 94-101. 1998.
- 18) 武藤孝司, 福渡 靖: 健康教育・ヘルスプロモーションの評価. 篠原出版, 1994.

## 実践例参考資料

### 【福岡県杷木町: 乳幼児むし歯予防】

- ・福岡予防歯科研究会: 杷木町における幼児の口腔保健改善のための調査報告書. 1996.
- ・第58回日本公衆衛生学会自由集会「ヘルスプロモーションを实践する会 - MIDORI 理論の实践への適用とその課題 -」資料. 別府市, 1999年10月20日
- ・藤内修二 編集: 平成10年度厚生科学研究費補助金 総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究報告書 保健所の地域診断機能の強化を中心とするモデル事業 - PRECEDE-PROCEED Model によるヘルスプロモーション活動の实践 -. 1999.
- ・PRECEDE-PROCEED Model 研修会資料. 福岡予防歯科研究会主催, 福岡市, 1999年11月6-7日.

### 【山形県大蔵村: 乳幼児むし歯予防】

- ・MIDORI 理論スーパーバイザー養成講座資料. 厚生科学研究 / 保健所の地域診断機能の

---

強化を中心とするモデル事業主催，熊本市，1999年11月27-28日．

・堀口逸子 他：MIDORI理論のプリシード部分における住民参加とその後の展開について．日本健康教育学会誌，第8巻特別号；246-247．2000．

・鍛冶山徹 他：MIDORIモデルにおける住民参加の事例 - 山形県大蔵村の乳歯う蝕予防事業「ヘルシーティース2001」 - ．口腔衛生学会雑誌，50(4)；480-481．2000．

【広島県安浦町：成人の歯周病予防】

・藤内修二 編集：平成11年度厚生科学研究費補助金 総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究報告書 - PRECEDE-PROCEED Model( MIDORIモデル)の理論と実践 - ．2000．

・藤田美由紀 他：MIDORI理論の各フェーズにおける住民参加の可能性の検討 - 住民参加のもとに社会診断から運営政策診断を行った事例 - ．日本健康教育学会誌，第8巻特別号；254-255．2000．

・森下真行 他：広島県安浦町における歯周疾患予防事業 - MIDORIモデルによる実践 - ．口腔衛生学会雑誌，50(4)；472-473．2000．

・第49回日本口腔衛生学会総会自由集会「ヘルスプロモーションをベースにした口腔保健行政の展開 - MIDORIモデルの活用 - 」資料．札幌市，2000年10月6日

【大分県鶴見町：高齢者の「食」改善】

・藤内修二：PRECEDE-PROCEEDモデルに基づく実践活動の展開 大分県鶴見町における高齢者の「食」を支える地域づくり：(新井宏朋 編集：健康福祉の活動モデル．医学書院)；71-87．1999．