

## 米国の Whole School, Whole community, Whole child (WSCC) モデルについて考える

いとう たけひこ  
伊藤 武彦

岡山大学教育学研究科

【背景】米国では 2014 年から ASCD (旧 Association for Supervision and Curriculum Development) と CDC (Centers for Disease Control and Prevention) の協働による Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) モデルが提唱されている。1987 年以来米国の学校保健活動の指針であった CSH (Coordinated School Health) を発展させるかたちで、教育系の ASCD と公衆衛生系の CDC の両者が話し合い、また公衆衛生分野、教育、学校保健のような多分野のリーダーが協力して、これまでの CSH の 8 領域を取り込み、基盤にしつつも、Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) モデルを提唱するに至ったとされている。WSCC の特徴は、子どもを中心にして、全学校、全コミュニティを包含する大きな設計になっている。特に基盤となる領域の数が、CSH の 8 領域に加えて、2 領域増えて 10 領域になっている。Whole Child アプローチとは、ASCD によれば、「狭義の学習達成度という目標から、すべての子どもの長期的発達と成功を促進するという目標へ移り変わるためのアプローチである」とされ、こどもの健康と学習の両方の達成が有機的に結合した形で目標に掲げられている。

【目的】このラウンドテーブルでは、米国で実施されてきた米国健康教育基準 (National Health Education Standards; NHES) と、それに準拠した健康教育カリキュラムの分析ツールである HECAT (Health Education Analysis Tool) をも包含する 10 の要素から構成される WSCC について、どのような理念のもとに構成さ

れているのかを調べて、検討したい。

【方法】WSCC について資料を閲覧することが可能である CDC と ASCD の公式サイト、及び現在得られる最新の解説書である *Birch DA and Videto, DM, Promoting health and academic success: the whole school, whole community, whole child approach, Human Kinetics, 2015* を参照する。さらに演者らが 2017 年 3 月に米国ロードアイランド州の関係者から聞き取った結果や、その結果をまとめた「健康教育の理論と実践—わが国と外国の事例をもとに—」を参考資料として提示する予定である。

【結果】WSCC は CSH における健康教育を含む 8 の構成要素を 10 の構成要素に拡充し、地域と学校が連携して、子どもを中心とした健康教育と健康保持増進および学習達成度向上のプログラムとして設計され、現在米国では実施に移されていることがわかった。また州レベルでは実情に合わせた修正も行われているようである。

【検討課題】WSCC について、その概要を参加者と共有し、WSCC が目指すものを理解したい。また、このモデルがどのような形で、わが国の健康教育や関連領域の取組みに活かせるかを考察したい。

(E-mail ; takehiko@cc.okayama-u.ac.jp)

## 認知に困難な状態の人々と共に生きる家族・学校・社会をつくる 健康教育者の役割

かまたひさこ  
○鎌田尚子（女子栄養大学）、共同発表者：やなぎたよしこ えぎきかずこ えんどうけいこ かわぐち たけし  
柳田美子、江寄和子、遠藤圭子、川口 毅、

しみずようこ の だともこ みやぎしげじ もとそこた えこ かわたち えこ  
清水洋子、野田智子、宮城重二、本底多恵子、川田智恵子(NPO 日本健康教育士養成機構)

【背景】2017年8月、NPO 法人日本健康教育士養成機構は、「認知に困難な状態の人々」と共に生きる家族・学校・社会をテーマにセミナー：基調講演、シンポジウム、ワークショップを実施、38名の参加者と活発なディスカッションをした。その成果も踏まえ、高齢社会に向けて健康教育士の役割を明らかにする。

健康教育者が、認知や障害に困る人々を支えるために市民や子供の「心と知」を育て、高齢者と共に生きていく子供を育てる社会づくりに貢献し、2030年問題の解決に市民と次世代のヘルスリテラシーを高める社会づくりに挑戦していきたい。

【目的】現在の学習指導要領では、生活習慣病予防や個人の健康管理に留まっている。しかも、バラバラの知識や学術用語の組み立て、箇条書きでは、生涯の健康に役立つだろうか。そこで、家族や地域社会の健康長寿のために児童生徒が、参加し、社会に役立つことから自らの生き方を学ぶ機会とする。健康教育の新しいアプローチを家族や地域の人々と共に考える健康教育のプランをラウンドテーブルにてアクティブラーニングしたいと考える。

目的は、人生百歳を健康長寿に生きるための健康教育のあり方：健康教育のプラン、及び健康教育者の養成である。

【目標と方法】① 認知や障害に困る人々の理解ができるか。(市民のリテラシー、高校2年生までの保健教育と指導法等)

② 寄り添い、支える心が育っているか。(人間理解と表現力：コミュニケーション力、

人間力の育て方、場・時・タイミング・方法等)

③ 生きる・生命、社会・世界・自然の「健康とは」：医師、看護師、保健師、教師、養護教諭、管理栄養士・栄養士、臨床心理士、歯科衛生士、社会福祉士、理学療法士、介護士、健康運動指導士、労務担当者、学生、家族、一般社会人、その他からアプローチ。④その他

ラウンドテーブルでは、中学校区のヘルスプロモーションから健康教育のプログラムを考えてみたい。自問する、子供からの質問に子供の目線で答える。健康問題、課題発見、データ、実態調査・・・誰が、どのようにすれば、子供から、PTA、管理職、教諭、学校保健委員会、地域包括医療センター・・・等々場と役割、展開などを話し合う。

健康教育者の役割：① 健康教育カリキュラムのスコープ・ アンド・ シークェンス、学習指導要領との比較検討、児童生徒の発達段階と達成課題の適時性等、② 教え方、学び方/スキル(WHO10のスキル) ③ 指導者のスキル/力量形成の養成教育、研究・研修。

【結果】アクティブな意見交換ができたか。

【考察】目的は妥当であったか。引き続き、次のステップとなるであろうか。

【結論】④ 厚労省、文科省、法務省、等々へのアドボカシー、政策への提言等。話し合いたいが残された課題は、NPOの課題とさせていただきます。

(E-mail ; chako856@ybb.ne.jp)

## 参加型学習教材の開発～あいうえお料理～

かなもりゆうき  
○金森祐樹 1)、宇佐見美佳 2)

1) 印西総合病院、2) 羽衣国際大学

【背景】近年、外食・中食の利用が増加し、国民の料理離れが進行している。料理を行うことは生きる上で重要な行為であり、家庭や地域において次世代へ食文化を継承する役割を果たしたり、料理したものを人に食べてもらうことで自己効力感や自己有能感を養うことにつながると思われる。

【目的】そこで、料理する意欲を高め、料理について楽しく学ぶ参加型学習教材の開発を試みた。

### 【方法】

◆教材の作成：「あいうえお料理」という教材を作成した。手順は、数十人のグループで、くじ引きなどで各自ランダムに五十音の1文字を割り振り、その文字から始まる食材名を考える。それを順に発表してカードに書いて貼り出し、全体を眺める。その食材をいくつか組合せて料理を考える。留意点は、1つの食材は1度だけ使用する、挙げられた食材を全て使う、とした。

◆実施：対象は管理栄養士課程の大学3年生64名(男子2名、女子62名)、授業の一部として行った。実施前に料理することに関するアンケート、実施後にゲームに関するアンケートを行った。

【結果】事前アンケートの結果、料理することが好きと答えた人が48.4%、まあまあ好きが39.1%、あまり好きではないが12.5%、きらいが0%であった。初めて料理を経験した年齢は3～5歳19%、6～8歳28%、9～11歳30%、12～14歳16%、15歳以上4%であった。料理するスキルを持つ必要があると思うかについて、強く思う56%、思う39%、少し思う3%、全く思わない0%であった。作ることができる料理

を自由回答で聞くと、カレーライス38人、ハンバーグ32人、オムライス31人、味噌汁28人などであった。

事後アンケートの結果、ゲームが楽しかったと答えた人が97%であった。なにが楽しかったかについて自由回答で聞くと、「食材を組合せて料理を考えること」など《料理を考えること》が49人、「みんなで協力して料理を考えること」など《全員参加》が33人、「自分が思いつかなかった料理が出てくるところ」など《他者からの学び》が9人であった。このゲームを通して日常的に料理をしようと思うかについて、強く思う27%、思う55%、少し思う15%、全く思わない3%であった。このゲームをクリアするのに必要なことは何かについて自由回答で聞くと、「料理の食材を知っておく」など《料理の知識》が35人、「普段から料理をすること」など《料理の経験》が24人、《発想力》が22人、「全員の協力」「チームワーク」など《協力》が12人、「積極的に答えること」など《自主性》が2人であった。

アンケート結果から、本学習教材は人と関わりながら料理を考えることを楽しめる教材となりうること、料理の知識を探求して料理する意欲を喚起する教材となりうる事が確認された。

### 【検討課題】

- ・適応可能な対象者について
- ・この教材の活用可能な場について
- ・ゲーム構成上の改善点について

(E-mail ; kanamori.yuuki@hmw.gr.jp)

## 健康デザインハンドブックができるまで～健康経営企業における職域ヘルスプロモーションのプロセス評価

ふくだひろし  
○福田洋（順天堂大学医学部総合診療科）

坂本侑香・諏訪佳世・森田理江・岸美代子（株式会社日建設計）

【目的】健康な職場の推進のため、労働安全衛生（Occupational Health and Safety: OHS）と職域ヘルスプロモーション（Workplace Health Promotion: WHP）は両輪のように機能すべきである。WHP と OHS の統合は進んでおり、日本でも 2014 年度から経済産業省による健康経営銘柄の選定、2017 年から健康経営優良法人（ホワイト 500）の顕彰が始まった。しかし WHP のプロセス評価はまだ少ない。演者らはホワイト 500 を取得した設計コンサルタント事務所において、従業員のヘルスリテラシーを高めるために、経営層、人事部、労働組合と連携して「健康デザインハンドブック」を作成した。この作成プロセスを振り返り、関係者へのインタビューから、15 年以上にわたり WHP を実践してきた当該企業における実践の成功要因を検討する。

【方法】設計コンサルタント事務所 A 社で「健康デザインハンドブック」が作成された目的、概要、スタッフ、予算、経過を経時的に記述した。次に、作成スタッフ（人事部 2 名、労働組合 2 名、保健師 2 名）に対し、20 分程度の半構造化面接を実施し、2 名の分析者（嘱託産業医と作成に関わっていない保健師）により、インタビューをコード化して内容分析を行った。

【結果】1, 作成の目的、概要

「健康デザインハンドブック」は A 社の健康施策の社員への周知、ヘルスリテラシーの向上を目的に作成された A5 版、カラー 50p、日本語・英語版有のブックレットである。3400 部印刷され、全社員に配布された。健康デザインのための 10 のキャッチコピーとコンテンツからなり、経営層のメッセージや座談会コラムを含む。

2, 発案から完成までの経過

2014 年 社長より時間デザインの方針表明  
2015 年 組合が時間デザインハンドブック作成  
2016 年 副社長より健康のブックレット提案  
2017 年 4 月 kickoff ミーティング  
同年 6-10 月 人事部、労組、専門職の約 10 回の会議・経営層メッセージの収集や座談会開催  
2017 年 12 月完成、全社集会以て周知

3, インタビューの質的分析

1) なぜ作成できたか？（成功要因）

大カテゴリーとして会社側の要因（非上場、理解ある経営層、オープンな企業風土、気運の高まり等）、組合側の要因（高い組織率、時間デザインハンドブックの経験等）、産業保健スタッフ側の要因（身近な保健師の存在、15 年の活動蓄積、熱心な産業医等）があげられた。

2) 困難だった点は？（阻害要因）

特になかった、コンテンツの取捨選択、魅力的なキャッチコピーづくり、納期等があげられた。

3) 今後どう活用したいか？

階層別職員教育、健康教育、個別面談、労組内の種々の行事、採用活動、卓上にあるだけで良い等があげられた。

【考察】すでに WHP が浸透した企業でのプロセス評価であり一般化は難しいが、トップから社員まで多くの参画が望まれる WHP において、その成功要因の一端を明らかにすることができた。産業保健スタッフだけでなく、企業風土や労働組合側の要因も大きく関係しており、経営層、労働組合、会社広報等を巻き込んだ活動の浸透には時間も必要である。今後は、作成された健康デザインハンドブックの使用感、インパクトについても評価・検討が必要である。

(E-mail ; hiro@juntendo. ac. jp)

## 市町村国保の特定健診受診者における食塩摂取源の把握： 見える塩・見えない塩に着目した分析から地域の対策へ

こいわいかり  
○小岩井 馨 1)、松本彩香 2)、嶋田雅子 3)、

川畑輝子 3)、林芙美 4)、武見ゆかり 5)、中村正和 3)

- 1) 女子栄養大学大学院博士後期課程、2) 女子栄養大学大学院修士課程  
3) 公益社団法人地域医療振興協会、4) 女子栄養大学、5) 女子栄養大学大学院

【背景】食塩の過剰摂取は、高血圧や循環器疾患のリスク因子である。効果的な減塩対策を行うためには、どのような食品や料理から食塩をとっているか、すなわち、食塩の摂取源を明らかにする必要がある。Asakura ら (2016) による福祉施設で勤務する者を対象とした先行研究では、食塩摂取量のうち、自宅で調理した料理からの摂取が4-5割であり、寄与率の高い食品は1番目が調味料、2番目が魚介類、3番目が男性はめん類、女性はパン類と報告されている。しかし、一般地域住民を対象に、さらに詳細に、どのような加工度の食品・料理が寄与しているかといった加工度別の食塩摂取源は明らかになっていない。今回、脳血管疾患死亡率が高い神奈川県A町において、効果的な減塩対策を検討するために、特定健康診査受診者を対象に食事調査を実施し、食塩摂取量とその摂取源をはじめ、食・栄養の課題を検討した。

【目的】食塩摂取量の摂取源と寄与率を食品・料理の加工度別に明らかにすること。

【方法】平成29年8、9月の集団健診時に、質問紙・3日間の食事記録による食事調査を実施した。協力者は259名(協力率52%)であった。食塩摂取量とその摂取源となる食品・料理の加工度をより正確に把握するため、食事調査では調理方法、メーカー名や購入場所について、特に詳細に確認を行った。さらにMonteiroら(2016)により提唱される加工食品の分類と定義に基づき、食事記録に出現した食品・料理の全てを加工度別に分類した。その後、3日間の平均食塩摂取量に占める各々の食品の食塩

摂取量の割合(寄与率)を算出し、性、循環器疾患の指摘・服薬の有無等別に、各々の食品・料理からの食塩摂取割合を比較した。解析対象は食事記録日数が不足していた者などを除外した213名(男性78名、女性135名)とした。

【結果】対象者の平均年齢±標準偏差は、66.2±7.9歳、65歳以上の高齢者の割合は73.7%であった。食塩摂取量の平均±標準偏差は、男性11.2±2.7g、女性9.6±2.7gであった。食塩摂取量のうち見える塩(生鮮食品、調味料)の寄与率は男性54.6%、女性59.1%、見えない塩(加工食品、外食)が男性45.4%、女性40.9%であった。食塩摂取量の寄与率が1番高い食品・料理は調味料であった。内訳は、複合的調味料(例:マーボー豆腐の素)、しょうゆ・みそ、塩の順で高かった。2番目に高かったのは市販のすでに調理された主食の加工食品(例:コンビニのサンドイッチ)、3番目は男性は市販のすでに調理された主菜の加工食品(例:冷凍餃子)、女性は漬物やキムチといった野菜の加工食品であった。循環器疾患の指摘・服薬の有無では、食塩摂取量に有意な差はなかったが、男性では「有」の者は「無」に比べ、見えない塩からの寄与率が高かった。

### 【論点または検討課題】

食塩摂取源を、食品・料理の加工度別に分類し、見える塩・見えない塩として検討した、今回の手法は、地域での減塩活動を進める上で有用だろうか。実践に活用していくためには、どのような改善が考えられるか。

(E-mail ; kkb161@eiyo.ac.jp)

## スナッキングカード（間食指導カード）による歯科医院での間食の見える化

いまづ かおり  
今津 加央里（NPO 法人関西ウェルビーイングクラブ、文元歯科医院）

【背景】 歯科医院での間食指導が上手くいかない要因として、間食内容が正確に把握できていないことが挙げられる。う蝕予防において、「フッ素」と「間食」は重要な一因子である。しかし、問診で患者の食生活について質問することは、プライベートな部分に触れるということである。面と向かってなかなか聞きづらいと感じる医療者も多く、正直に答えづらいと感じる患者も多い。また間食について突然聞かれても、記憶が不鮮明であることが多く、内容を詳細に覚えている人は稀ではないだろうか。このように実際の間食を両者が把握できないまま間食指導が行われていることは互いに不利益である。この両者のギャップを埋めるためのツールとしてスナッキングカードを用いて、間食内容の聞き取りを試みた。

【目的】 本研究の目的は、歯科医院従来の間食指導と比較して、スナッキングカードによる間食指導の効果を検証することである。

【方法】 平成 29 年 5 月～平成 30 年 4 月に文元歯科医院へ治療または定期健診で来院した患者 149 名に実施した。対象患者が選んだスナッキングカードのデータと問診データを元に間食内容の比較検討を行った。

【結果および考察】 スナッキングカードによる聞き取りは、口頭による問診と比較して間食の数に明らかな差が見られた。間食指導後、全ての対象患者に大きな行動変容は見られなかったが、スナッキングカードは間食の実態をより正確に把握するための一因子になるといえる。以下1～4に考察を提示する。

### 1. 問診の限界

過去の食事内容は本人ですら正確に把握しづらい情報である。間食で飲食しそうな食品を視覚化し選ばせることにより、問診に比べ会話が自然と弾み、食習慣を医療者と患者と一緒に振り返ることができた。スナッキングカードは患者の口腔内の状況と照らし合わせながら行うため、う蝕の原因をより特定しやすいツールとなった。

### 2. 対話としてのツール

スナッキングカードは、飲食物のカードを選ぶだけなので気軽に答えやすい。また医療者は患者が選んだカードに対してより具体的な質問をしやすく、患者も受け答えしやすいため会話が長続きする。

### 3. 患者の食生活により沿った間食指導

患者が実際に食べているものの中から、う蝕の原因となる食品を特定するとともに、患者のライフスタイルや間食に対する捉え方も知ることができ、患者の生活背景に配慮した個別対応に近い間食指導が可能となり得る。

### 4. 本人の気づき

カードの裏面には、その食品のう蝕になりやすさ、カロリー、砂糖の量などが記載されているため、自己学習としての機能も兼ね備えている。

#### 【論点又は検討課題】

・従来の間食指導と比較したスナッキングカードによる間食指導の利点

(E-mail ; imadu@fumimotoshika.com)