

開発途上国における学校保健協力のあり方 ～日本の学校保健の経験と途上国における応用～

JICA LIBRARY



1226269 [7]

平成19年8月 2007

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

総研

JR

05-20

開発途上国における学校保健協力のあり方 ～日本の学校保健の経験と途上国における応用～

大澤 清二

大妻女子大学人間生活科学研究所教授

平成19年8月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所



1226269 [7]

目 次

要約

はじめに

1. 研究の目的	1
2. 研究の範囲	1
3. 学校保健の両義性	1

第1章 学校保健とは

1-1 教育における保健思想	3
1-1-1 近代における教育保健思想	3
1-1-2 欧州における学校保健の形成	5
1-1-3 アメリカの学校保健の形成	6
1-1-4 教育におけるライフスタイル思想	7
1-1-5 衛生教育から健康教育への転換	8
1-1-6 アジア、欧米などの保健教育	9
(1) アメリカ合衆国の保健教育	10
(2) イギリスの保健教育	10
(3) フランスの保健教育	10
(4) ドイツの保健教育	11
(5) 中国の保健教育	11
(6) 韓国の保健教育	11
(7) シンガポールの保健教育	11
(8) 台湾の保健教育	11
1-2 学校保健のフレームワーク	12
1-2-1 学校保健の目的	12
1-2-2 学校保健の特性と開発	13
1-3 学校保健の領域構造	15
1-3-1 目的からみた領域	15
1-3-2 児童生徒の視点からみた領域	15
1-3-3 児童生徒の行動からみた領域	16
1-3-4 学校保健の運営からみた領域	16
1-3-5 最も一般的な領域分類	16
1-3-6 学校保健学からみた領域	17
1-3-7 国際協力と学校保健の領域	17
1-4 学校保健の組織と活動	18
1-4-1 学校保健の行政と法律	18
(1) 学校保健の行政組織	18
(2) 学校保健の法令	19

(3) 学校保健の対象人口	20
1-4-2 学校保健活動と人的資源	20
(1) 常勤の担当職種	21
(2) 非常勤の担当職種	22
1-4-3 学校保健組織活動	24
(1) 学校保健の組織・体制	24

第2章 わが国の学校保健の経験と教訓

2-1 わが国の学校保健の歴史	25
2-1-1 明治期の学校衛生	25
2-1-2 大正期の学校衛生	25
2-1-3 昭和戦前期の学校衛生	26
2-1-4 昭和戦後期の学校保健	26
2-1-5 昭和40年代から現代までの学校保健	27
2-2 わが国の経験を踏まえた開発途上国への示唆	27
2-2-1 学校保健統計	28
2-2-2 定期学校健康診断	28
2-2-3 学校伝染病	29
(1) 学校伝染病の予防	30
2-2-4 寄生虫の予防	32
2-2-5 トラホーム	33
2-2-6 近視	33
2-2-7 虫歯	34
2-2-8 学校安全計画	35
2-2-9 学校環境衛生の管理	35
2-2-10 学校建築	36
2-2-11 保健室の設置	37

第3章 開発途上国における課題と支援の取り組み

3-1 タイ・ミャンマーにおける学校保健の現状と課題	39
3-1-1 タイにおける学校保健	39
(1) タイの保健教育	40
(2) 学校保健統計情報	42
(3) 学校健康診断	45
3-1-2 ミャンマーにおける学校保健	51
(1) 学校保健行政	51
(2) 教育研修制度	52
(3) 学校保健委員会	53
(4) 学校保健優良学校制度	54
(5) 保健室、学校医、学校保健師の整備状況	54

(6)	ライフスキル教育	55
(7)	JICA作成の「Teachers Guide」	56
(8)	学校健康診断	57
(9)	学校環境衛生	58
(10)	学校給食制度	59
(11)	学校管理・保健管理	59
(12)	学校ならびに周辺地域における保健活動の実態	60
(13)	ミャンマーの学校保健統計	60
3-2	国際機関等による支援の取り組み	61
3-2-1	WHO	61
(1)	健康と教育の関係	61
(2)	学校保健の役割	61
(3)	ヘルス・プロモーティング・スクールが生み出すと想定されるメリット	62
(4)	ヘルスプロモーションの計画、実施、評価のプロセス	63
3-2-2	ユネスコ	64
(1)	FRESH イニシアティブ	66
3-2-3	ユニセフ	68
(1)	ミャンマーにおけるUNICEFの活動	69
3-2-4	WFP	70
(1)	学校給食	70
3-2-5	IUHPE	73
3-3	日本の経験を活かした支援のあり方(HQC)	76
3-3-1	HQCとはどんな手法か	76
3-3-2	HQC手法は問題解決の方法	76
3-3-3	HQCの順序	78
コラム		
HQCによる健康状態改善例 (OD)		80
朝起き不良の改善		81
3-3-4	タイにおけるHQCによる改善事例	84
コラム	その他の様々な教育スキルプログラム	88

第4章 提言：開発援助のための学校保健協力のありかたについての提案

4-1	行政・制度レベルの課題と取り組み（学校保健法の制定）	91
4-1-1	学校保健制度・体制の整備	91
4-1-2	省庁横断の連絡システムとエヴィデンスに基づく行政システムの構築	91
4-2	学校を取り巻く組織・地域社会レベルの取り組み課題と取り組み	92
(学校保健委員会の役割、特に地域における学校と保健所の協力関係)		
4-2-1	学校保健委員会と地域との連携ネットワーク	92
(1)	教員養成・研修における学校保健の必修	92
(2)	自ら工夫する問題解決思考	92

4-3 学校保健のための個別の活動レベルの課題と取り組み（学校健診制度）	93
4-3-1 定期学校健診制度の導入	93
4-3-2 学校保健を考慮した学校建設	93

参考資料：

1. 我が国の経験としてのコミュニティーアプローチと学校保健診断の方法
2. 地域における健康教育調査質問文例
3. 保健室の備品一覧
4. ミャンマー連邦の学校保健マニュアル

参考文献

図表目次

図1-1 衛生教育の視点から健康教育の視点へ	8
図3-1 ヘルスプロモーション計画作成・評価のための プリシード・プロシードモデル	64
図3-2 健康問題をどうやって解くか、特性要因図の例	83
図3-3 朝起き不良の特性要因図の一例	83
図3 記録用紙	84
表3-1 タイにおける標準的な学校健康診断記録票	47
表1 ライフスキル教育のカリキュラム	56
表3-3 世界各国の学校保健に関する国際協力活動一覧表	74
Box タイのエイズ予防について	31

要 約

本報告書は4章からなる。第1章では学校保健の定義、フレームワークの説明を行い、第2章でわが国の学校保健の歴史を概観し、第3章で開発途上国における課題と支援の取り組みを押さえた上で、第4章で学校保健協力のあり方について提言をまとめた。以下、「はじめに」及び、各章の内容について要約する。

まず「はじめに」ではこの研究の主要目的について述べた。それはわが国において100余年をかけて蓄積された学校保健の方法と成果を開発途上国の学校保健諸問題の解決に役立てるべく提案を行うことであり、そのために1) 学校保健の基本概念の整理、2) わが国の学校保健の蓄積とそのノウハウの要約、3) 途上国の事例（タイとミャンマーにおける調査知見）の問題点と要約、4) 学校保健の国際協力に関する有用な提案をすること、である。

次に、この研究で取り扱う範囲と限界について解説した。学校保健の範囲は非常に広汎であって多くの問題を扱うことはかえって焦点が曖昧になってしまうので、従来取り扱ってこなかった分野を含めて特に重要な領域を対象とした。また「はじめに」では、学校保健における「教育のための保健」と「保健のための教育」の両義性について論じ、両者の関係を論じた。

本論第1章「学校保健とは」では、近代教育における保健思想の系譜を、大衆のための学校教育が成立した近代ヨーロッパと、19世紀以降の日本における学校保健の問題から論を起こし解説した。1-1「教育における保健思想」の1-1-1「近代における教育保健思想」ではルネッサンス期に活躍したMontaigne Mdの「Essais」、16世紀の教育学者Komensky J.A.の「大教授学」、Milton J. (1608-0674) の「教育論」、Locke J. (1622-1704) の「教育論」などの古典から、身体と精神の発達を促進させるための教育の意義について触れ、Rousseau JJ. Salzman C.G. Mill J. (1773-1836) をはじめとして教育史の上で学校保健に関連した教育思想を枚挙して簡潔に紹介した。1-1-2「欧州における学校保健の形成」と1-1-3「アメリカの学校保健の形成」では日本がもっぱら範としたドイツの学校における衛生教育そしてイギリス、フランス、ロシア、アメリカの萌芽的な学校保健について触れた。1-1-4「教育におけるライフスタイル思想」では、一般に伝染病や事故もライフスタイルにおいても根底には安全習慣や健康習慣が存在しており、この改善なくしては持続的な開発は困難であるという立場から、ライフスタイル概念の起源と学校保健における生活習慣の意義、開発途上国におけるライフスタイル教育の重要性について論じた。1-1-5「衛生教育から健康教育への転換」では、現代的な学校保健の立場では、かつて伝染病対策を念頭にしていた衛生教育の視点から健康教育の視点へ視点を移動することの重要性について指摘した。1-1-6「アジア、欧米などの保健教育」ではアジア、欧米の学校における保健教育について①「保健」を独立して扱っている場合、②「保健体育」としている場合、③保健の内容を関連教科や特別活動の中で実施している場合、④ライフスキル教育としている場合について国別に紹介した。

続く1-2「学校保健のフレームワーク」では、学校保健の目的と児童生徒を対象とすることによる学校保健の特性と開発について論じた。

また1-3「学校保健の領域構造」では学校保健の領域と構造について従来から提案されて

きた、以下の立場からみた内容領域の立て方と概略を紹介した：1-3-1「目的から見た領域」、1-3-2「児童生徒の視点からみた領域」、1-3-3「児童生徒の行動からみた領域」、1-3-4「学校保健の運営からみた領域」。また1-3-5「最も一般的な領域分類」では、現在一般的とされている領域分類を紹介した。すなわち保健管理：対人保健管理と環境保健管理、保健教育：保健学習と保健指導、および学校保健組織活動に分けられる。さらに保健管理は大別して対人管理と環境管理に、前者は心身の健康管理と生活管理とに分けられる。保健教育は、教科教育（保健科教育）として行われる保健学習と教科以外の時間に展開される保健指導とに大別される。保健組織活動は学校における保健管理や保健教育のすべての活動を効果的に展開するための機能を意味すると考えられる。1-3-6「学校保健学からみた領域」では、学問的な立場からの分類を示し、1-3-7「国際協力と学校保健の領域」では国際協力において学校保健のどの領域を展開するかについて考察した。学校保健は多様な広い分野を含んでおり、すべてをあるときに同時に国際協力に取り込むのは無理である。基礎的で重要なもの、即効性のあるもの、緊急なもの、財政上実施可能なものなどの条件下でどの立場を優先するかによって取り扱う問題が異なり、受け入れ体制や相手の状況によっても影響される。そこで識者30人にデルファイ調査を行い、いかなる分野を優先して短期プロジェクト（数ヵ月）を実施すべきかを検討した。仮にタイとミャンマーを対象としたときには生活習慣の改善、学校環境衛生の改善、学校安全管理・指導の3領域を選択した。これに沿ってプロジェクトを実施したところ、明確な成果が得られたという経験を紹介した。なお、この報告書にはその成果の一部を収録した。

1-4「学校保健の組織と活動」では、以下の項目を解説した。1-4-1「学校保健の行政と法律」学校保健の行政組織（1）中央行政組織、（2）地方行政組織、（3）学校保健の法令、および学校保健の対象人口について。1-4-2「学校保健活動と人的資源」では学校保健活動と人的資源として学校保健に関係する職種の職務内容について解説した。わが国の場合、常勤と非常勤の職種があり、常勤の担当職種には校長、保健主事、養護教諭および学級担任・保健教科担当教師がおり、非常勤として学校医、学校歯科医、学校薬剤師、などがある。また関連の職種として栄養教諭、スクールカウンセラーもある。ここでは職務内容について解説した。これらの人的な資源を基にして、学校保健の組織・体制の必要性を論じ、学校保健組織活動を充実させるためには、「校務分掌組織およびそれとの連携」「校内研修の充実」「保護者との連絡、協力」「学校保健委員会の組織化」「地域社会・関係組織との連携」について論じた。

第2章「わが国の学校保健の経験と教訓」の2-1「わが国の学校保健の歴史」ではわが国の学校保健の歴史を明治期の学校衛生、大正期の学校衛生、昭和戦前期、昭和戦後期、昭和40年代から現代までに分けて記述している。また2-2「わが国の経験を踏まえた開発途上国への示唆」では、学校保健統計、健康診断、寄生虫予防、虫歯、環境衛生管理、学校建築、保健室など、学校保健に関わる個別の活動について具体的に取り上げ、日本の経験を紹介すると共に、途上国の現状に照らして示唆となるところを述べている。

第3章「開発途上国における課題と支援の取り組み」の3-1「タイ・ミャンマーにおける学校保健の現状と課題」では、学校保健の国際的な動向と開発途上国（タイとミャンマーを事例にして）を紹介し論じた。3-1-1「タイにおける学校保健」では文献研究と現地調査の結果を基にして、まずタイの小中学校における保健教育の枠組・カリキュラムについて解

説した。中でも特にエイズ教育を事例としてその特徴と問題点を挙げた。続いて、タイにおける学校保健統計情報の収集システムと現状、問題点を論じた。最後に現地調査を通じてタイ国チェンマイ県の都市と農村の大、中、小規模別の学校健康診断の現状と問題点について論じた。続いて3-1-2「ミャンマーにおける学校保健」では、概要を解説し、問題点を示した。最初に同国の学校保健行政組織の現状と、学校保健の重要事項とされている項目について述べた。すなわち、保健教育、学校周辺の衛生、子供の栄養状態、学校での健康状態（子供の体調、身長、視力、歯の検診）、病気の予防、メンタルヘルスケア、学校から親に対する教育（子供を通じた親の教育）、教育（訓練）と研究、学校での体育、スポーツである。次いで、教育研修制度、学校保健委員会、学校保健優良学校制度、保健室、学校医などの整備、ライフスキル教育、学校健康診断、学校環境衛生、学校給食制度、学校管理・保健管理、学校ならびに周辺地域における保健活動の実態である。現実には目標として掲げている水準と現実との間には極めて大きな乖離があるのが実態である。

3-2「国際機関などによる支援の取り組み」ではWHO、ユネスコ、ユニセフ、WFP、IUHPEなどについて紹介した。

3-3「日本の経験を活かした支援のあり方（HQC）」では、学校保健改善手法としてのHQCについて解説した。学校保健の諸問題を客観的に認識し、問題解決をはかるための活動をするために、わが国の産業界で大きな成果を上げているQC活動を取り入れることが期待される。既に筆者らはわが国やタイにおいてこの手法の有効性を確認している。現在ミャンマーでは政府が公認してここで提案しているHQC手法を普及しようとしている。今後他の開発途上国においてもこの方法が大きな有効性をもつと期待している。ここでは「HQCとはどんな手法か」「HQCの手順」「タイにおけるHQCによる改善事例」である。

以上の議論を踏まえ、第4章では、わが国が経験した学校保健の改善経験からみた開発途上国の学校保健改善のための提言を行っている。わが国の学校保健の歴史は130年に及び、経験してきた問題、克服した課題は少なくない。そのまま開発途上国の問題に適用できるかどうかは状況によって異なるが、参考としうる場合が多い。ここでは、提案の内容を4-1「行政・制度レベルの課題と取り組み」、4-2「学校を取り巻く組織・地域社会レベルの取り組み課題と取り組み」、4-3「学校保健のための個別の活動レベルの課題と取り組み」の3層に分ち、行政を含む学校保健制度・体制整備の必要性や、学校保健委員会と地域との連携の重要性、定期健康診断の効果や学校建築上の留意点などを含め、わが国の学校保健が成果を上げてきた点を中心に提案をまとめた。開発途上国において活用するための参考とした。

はじめに

1. 研究の目的

この研究の主要な目的は、開発途上国とそれを取り巻く国際環境の中で、わが国の学校保健の成果を総括し、その経験を開発途上国の学校保健諸問題の解決に役立てるべく提案を行うことである。主要な研究目的をあげると以下の様である。

①学校保健の基本概念を整理すること。②わが国がこれまでに蓄積してきた学校保健システムの長所とノウハウをレビューすること。③また、この目的を達するために、タイとミャンマーで行った調査知見をレビューすること。④わが国が今後学校保健の国際協力をするに際してわが国の経験を活かした方法の提案をすること。

2. 研究の範囲

学校保健についてそのすべての領域にわたって、詳細に論ずることは不可能であるから、主要な論点に絞り、重点的に検討する。事例研究の対象もタイ、ミャンマーなどに限定した¹。対象とする学校種別は小中学校の普通学級とし、幼稚園、高等学校、大学、特殊教育などについては論及していない。この限りにおいて、この研究の意義と応用範囲は限定されたものである。また得られた知見や論じた対策についても当然、世界のどの地域、どの民族、どの問題にもそのまま適用できるものではない。この研究によって示した知識、技術がどんな役に立つかはかかって利用者の応用力や工夫、熱意によっている。この研究で取り組んだ国、学校保健の問題は限定されたものである。しかし、できるだけ一般性を持つように工夫し、わが国の学校保健の先行事例をモデルとして活用しうるように配慮したつもりである。

また、ここでは学校保健を扱っているのであってその性格上、あきらかに地域保健や、医療分野で扱うべき課題についてはこれを学校保健の範囲を超えた領域とし、扱っていないことをお断りしておく。

3. 学校保健の両義性

まず、教育と保健とはいかなる関係にあるかから考えてみよう。学校保健は学校教育制度の下に行われる教育・保健活動である。教員や児童生徒が健康を害しては教育の機能が十分に果せない。また、学校で用いる飲料水が細菌で汚染されているとか、教室が暗すぎて視力に障害を起こさせるのでは、教育環境としては望ましくない。学校教育を受ける主体である児童生徒と教授する側の教職員がともに健康であることが望ましいことは論を俟たない。このような立場から、学校保健は「教育のための保健」を目指している。

一方、学校保健は教育活動でもある。そこでは現在から将来にかけての児童生徒の保健

¹ 特にこの研究のために2005年12月に行われたタイ、ミャンマーにおける現地調査では両国ともに中央、地方の学校保健に関係する行政機関、保健所、小中学校を訪問し面談するとともに必要情報（教育行政、学校保健行政、保健管理・教育・指導に関する情報）を収集した。

に関する知識、態度、行動に関する能力を養わねばならない。これは「保健のための教育」といわれる側面である。教育のための保健としては保健管理が、保健のための教育には保健教育が対応する。そして、これらの両者を支援するのが保健組織活動である。学校保健は洋の東西、南北を問わず、この二面性をもっている。これを学校保健の両義性と呼ぶ。

1. 学校保健とは

1-1 教育における保健思想

1-1-1 近代における教育保健思想

教育において学校保健がどのように認識され、育ってきたのか、について大略を紹介しておく。大衆のための教育というものが、ヨーロッパで誕生したのが18世紀であるから、このなかで保健と教育の両者の出会いが生まれたと考えるのが自然である。日本では19世紀に時の明治政府が寺子屋から洋式の学校に変更した際に、まず子ども達が床座から椅子にすわることで、姿勢が著しく悪くなり、猫背になったことや、大勢の子ども達が集まる場を介しての疾患、今で言う学校病が起こったことに、学校における集団的な健康の問題が発見されたといってもよからう。このように、制度としての学校教育が、学校における保健問題を見出す以前に、教育思想家のなかでは既に健康と教育の相互関係、あるいは健康を実現する教育はしばしば論じられていたのである。何人かの著名な教育思想の中から、簡単に抜粋してみよう。

教育史において身体あるいは健康の教育に関する思想はその淵源をルネッサンス期の思想家に遡ることができる。モンテーニュは「Essais」の第26章「子どもの教育について」で教育が人間を対象とした学問の中で最も困難で重要な問題であるとし、教育的な人間像として、有能な人間の条件としての身体的な健康の実現をおいている。16世紀の教育学者Komensky J.A.はその著「大教授学」(Didaction Magna)で集団教育、学校の必要性をあげ、健康教育の必要と改善を推奨している。おなじ頃Milton J. (1608-0674)は「教育論」(On Education)で身体教育と学習・食事の必要性を数学や農学、語学、論理学、文学などと並べて論じている。17世紀において健康を教育の中で最も体系的に論じたのはLocke J. (1622-1704)であった。「教育論」(Some Thoughts Concerning Education)には、健全な身体に健全な精神が宿る、とし、教育によって誰もがこの状態に到達可能であるとして、新しい時代には身分や血統よりも教育が人間の評価の主軸となることを示した。そして戸外に出て十分に空気を吸い、運動し、きちんと睡眠をとり、節度ある食事をし、緩やかな衣服を着るべきとした。18世紀になるとRousseau J.J.が出て「エミール」(Emile on de l'education)で知育、徳育、体育のそして体力の充足を促すことの重要性が説かれた。教育の実践家であったSalzmann C.G.は牧師であったが民衆の窮状を教育によって救済するために自分で学校を作り、運営したが、この学校で教育の目標を「健康で快活で、理性的な人間」においた。その著「蟹の本」の35章では、子どもの健康と生命が奪われる道筋を書いて親達に対して日常生活のしつけの啓蒙を行っている。やがて19世紀になると公教育が普及して国家や社会全体における教育理論が現れるようになる。Mill J. (1773-1836)はブリタニカ百科辞典のための論文として「Education」項を書き教育の構成と内容として、教育の目標は個人の幸福と他人の幸福のための手段を与えることとし、身体に関するものと精神に関するものとが有るとした。Spencer H. (1820-1903)は「教育論」(Education, Intellectual, Moral, and Physical)において、身体教育が発育と発達の特徴が生理学的に検討されて食事や衣服の改善が説かれた。フランスの生理学者であったSeguin E.はアヴェロンの野生児の研究で名高いイタールの弟子であったが後に精神遅滞児の研究で大きな業績を残す。彼は

生理学の研究方法を教育に活かす様々な原理と方法を研究し、運動能力、把握力、手の訓練、諸感覚の教育などについても精神薄弱児教育に関連して先駆的な著作を残した。ロシアのウシンスキーK.D. (1823-1870) は彼の主著「教育的人間学」で生理学と心理学の二つの流域からなる体系的な教育の科学論を展開した。そこでは神経系、感覚器に始まり本能、習慣、想像、感情、意思との関係を論じ、教育技術の基礎としての心理学と生理学から科学的な裏づけのある「広い意味での教育学」「人間学」を目指した。この著作は人の身体と精神の発達にもとづく教育学、教育科学を試行した19世紀の教育遺産であった。時はやや遅れてドイツのMeumann E. (1862-1915) はそれまでの思弁的な教育学に対して経験科学的な基礎を重んじる立場から児童の心身の発達を視点にして教師と児童の関係分析などにも大きな影響力を残した。中でも「実験教育学入門講義」では児童を大人とは違った独自の存在として捉え、疲労の問題などを精神医学や生理学の観点から捉えて発達の問題、個性の問題、知能の問題、学校における作業と児童の行動などに関連付け、ヴントの児童中心主義やピネーの知能研究に道を拓いた。特に、教育学研究の実証的な成果を統計処理を施して理論化したことは今日に至る大きな功績である。Montessori M. (1870-0952) 「モンテッソーリメソッド」で名高い彼女の著書と功績は生理学、心理学に裏打ちされた科学主義的なものであった。この著書では新しい教育施設としてローマの貧民街に建てた「子どもの家」という施設で行われた実験的な知見にもとづいていた。このなかで特に給食の重要性、給食内容、調理方法について述べられている。ドイツのLietz H. (1868-1919) は実際の田園教育舎という施設で13年間の経験を活かして「自己の生命の肉体的法則」をよく知らしめねばならないことを、他の教育、目標にあわせて強調した。Kerschensteiner G. (1854-1932) はBegriff der Arbeitsschule (労働学校) という概念を提出し、「ペスタロッチの精神による未来の学校」を志向した。つまり書物に依存した学校から労働に主軸を移した学校という意味である。これは必然的に職業教育に発展してゆくのであるが、この中では後出のデューイの「問題解決思考の理論」からの影響が大きく反映して、「即事性」つまり目標を主観や欲望などを考慮することなく、妥当な価値の実現のために実現する態度、を養成することである「労働」を教える必要性を説いた。ここでは、目標を明確に意識し、そのための客観的な法則に従い、完成した事柄を自己点検するということが最も重視される。この考え方にもとづいた人格を形成し、学校教育として、共同体参加への形式で実現すべし、と説いたのである。

そして健康教育にとって重要な教育思想の一つが20世紀になってデューイDewey J (1859-1952) によって説かれた。シカゴ大学の教育学大学院に彼は教育心理学と並んで健康教育を教育の科学的研究の基礎として位置づけた。彼は実験教育によってエヴィデンスをもった教育を目指した。これはやがて一つの潮流progressive educationとなつてわが国の戦後教育の主軸ともなった。しかしながら、そうした実験教育学校であるべき大学の大方の付属学校は受験教育を象徴するようないわゆる名門校に変質してしまったのは周知のところである。さらに彼は、生活習慣論を体系化して論じ、教育の社会的な機能としての社会化に伴う子どもの発達に伴う生活習慣の獲得の教育学的な意義を強調した。キルパトリックKilpatrick WH (1871-1965) は「プロジェクト法」の中で教育とは生活が基本理念であるとし、生活過程すなわち教育課程であり、教育目標とは価値ある生活を営む生活方法の発見・工夫に求められると考えた。もともとプロジェクト法というのは工作教育で用いられ

たのであったが、彼はこれを農業教育、工作教育、そして家庭科教育の方法として位置づけていた。アドラーAdler A. (1870-1937)、はドイツの精神分析家であったが「子どもの劣等感」という著作で性教育に関する論述をしており、ここで性に関する生理学を子どもに学ばせることに對して否定的な立場を立て、恋愛と結婚に対する適切な態度と準備が目標であるとした。ピネーBinet A. (1857-1911)、は知能検査で知られる心理学者である。その著「新しい児童観」では子どもの身体と健康の状態に関して発達状態の評価が重要であるとして、その上に全ての教育がなされるべきであるとした。

これらの諸説のほかにも多くの教育学者が同様の主張を繰り返して展開している。ワロンWallon H.、ブルナーBruner J.S. そしてロートRoth H. などは発達という最も教育の根幹に関わる概念めぐって所説を残しているが、いずれも子どもの発達をもって教育の目的としていることは間違いないことであって、学校教育がここから離れて存在意義を持ち得ないことは自明のことである。ロートがいうように「発達が学習過程に依存し、学習過程が教授過程に依存し、しかもこの教授過程は制御可能なもの」という、発達の必須要因としての教育の可能性がこの問題の本質である。そして、この問題の根底に身体があり、健康があり、生活があり、これを守り育てるために学校保健が存在している。

1-1-2 欧州における学校保健の形成

近代社会において学校衛生制度が成立したのはドイツにおいてであった。

Frank JPの「完全な医事行政体系、System Einer Vollständigen Medicinischen Polizey」(1779～1821)の第2巻3部の「若い学生の管理および教育機関における不可欠な行政的監視」の第2章に「学校衛生および体罰」の項が見られ学校衛生概念がはじめて登場したとされる。1794年、プロイセンにおいて学校は国家管理下に置かれ、財政的に地方政府が負担するところとなり、この学校衛生においても然りであった。19世紀中葉以降になるとドイツにおいては学校衛生に関する報告や著書がしばしば刊行されるようになる。1877年には、Baginsky A. によって「学校衛生ハンドブック、Handbuch der Schul-Hygiene」が著され、それまでの諸研究、諸文献が体系的に記述された。同書の内容は概論部分のほか4章に分かれ、学校建築とその整備、教授衛生、学校病、学校の衛生管理体制について総括的に論じられた。学校衛生の発祥国ともいえるドイツでは、1908年にドイツ公衆衛生協会の組織化が、1919年には各州に公衆衛生教育委員会が創設された。1920年には公衆衛生教育委員会が設置された。20世紀に入ると、ドイツ衛生学会では、衛生教育(Gesundheitsziehung)の概念が重要視されるようになった。こうした学校における衛生または保健への配慮は臨床医学の分野でもしばしばみられ、ことにドイツ医学を範としたわが国の学校衛生に大きな影響を与えた。

19世紀半ばのイギリスではNightingale F.の影響により、それまでの慈恵的な意味合いの強い修道院における看護から公衆衛生看護へと変貌し、さらにその対象は、貧困や健康上の問題によって登校できない子どもたちへと拡大していった。当初は家庭への訪問看護が主であったがやがて学校へ出向く看護となり、治療のみではなく保健指導へと広がって行ったらしい。この事業はやがて巡回型の学校看護婦制度として、欧米において一般化していく。

フランスでは1833年に教育委員会が児童生徒の健康と学校建築に関する法律が成立して

いる。1842年には、同法はすべての学校において医師が定期的に健康診断を行うことへと拡張された。1833年に学校健康診断が行われるようになったことに始まって、1924年に国立社会衛生事務所が設置され、さらに1935年には同事務所が解体され、衛生教育・人口動態統計教育・社会教育全国センターに発展し、健康教育の研究と普及が行われた。

学校医制度は、1868年にスウェーデン、1869年にドイツ、1871年には帝政ロシア、1873年にはオーストリアで、公立学校に学校医が置かれるようになった。1874年には、ベルギーのブリュッセルで、初めて制度としての学校健康診断が組織的に実施されるようになった。

イギリスでは16世紀のエリザベス救貧法以来、保健政策は社会保障政策の一環として展開してきた。1848年のPublic Health Law以来公衆衛生政策は、イギリスの社会保障政策体系の中で重要な位置を占めたが、健康教育については十分な体系が準備されていなかった。1927年になって、ようやく中央衛生教育審議会が設置され、以後の健康教育に貢献した。

ロシアにおいては、1893年には、Pirogoff N.によって衛生知識拡大委員会が設置され、1911年にドレスデンの万国衛生博覧会において公衆衛生教育解説展に出展した。ロシア革命後の1917年以降、Semashko N.A.の指導によって衛生教育の組織化が図られ、中央衛生教育研究所および衛生教育館が設置されている。このようにヨーロッパでは国の管理的行政的な学校衛生と福祉的観点からの学校看護が併行して近代学校衛生の基礎を形成した。

1-1-3 アメリカの学校保健の形成

アメリカは、近代学校保健と健康教育のいわば先進国であった。

1837年にMann H.の『第1年報』における衛生プログラムに端を発し、1850年には「シャタックリポート」Shattuck R.によるマサチューセッツ州の衛生委員会報告における公衆衛生改革とそれに伴う健康教育が主張された。1872年にはアメリカ公衆衛生協会が設立され、1901年にはWood T.D.がコロンビア大学において健康増進の専門家のための養成課程をスタートさせ、健康教育が一つの専門職となる契機となった。1911年に学校保健に大きな影響を及ぼすNational Education Association (NEA) とAmerican Medical Association (AMA) による教育上の健康問題に関する合同委員会が設置された。1921年には歴史上初めて健康教育の重要性を明らかにしたTurner C.E.によって指導されたサマーヒル・スタディ「Summerhill Study」とモルデン・スタディ「Morden Study」が開始された。以後、1931年のGrout R.による「Cattaraugus Study」、1936年のNyswander D.による「Astoria Study」、1944年の公立学校における健康教育の効果を評価することを目的として計画された「New York Study」、1945年のカリキュラム開発を目的としたニード評価を主体とする「Denver Study」などが実施されて実験的なプログラムが検討された。

さらに1961年には、教育内容の現代化を目指して「School Health Education Study: SHES」が全国規模で、ほぼ100万人の学生を調査し、カリキュラムのガイド作成を始めた。これ以降、アメリカの認知科学、行動科学の成果を応用した健康教育のカリキュラム研究が盛んに行われた。1975年には国立健康教育センターが設けられ、健康教育が予防医学の必要な手段として認識されるようになった。1978年には「健康教育法」が公布された。

以上で示したように、アメリカの学校保健は、理論的な論議に偏らないプラグマティズムおよび実験主義にもとづくものであった。

1-1-4 教育におけるライフスタイル思想

最近の学校保健ではライフスタイルというコトバが頻繁に使われるようになった。わが国の学校行政でも生活習慣という言い方で、これを保健指導や生活指導に組み入れている。公衆衛生の分野では成人病を生活習慣病と言いかえて、その危険因子として運動不足・飲酒・不適切な食事、睡眠不足などをあげ、日常生活習慣に伏在している因子を取り除くためのさまざまな指導を行っている。

最近では成人のみでなく、子どもにも生活習慣病とも呼べる状態が認められるようになってきたのである。一方、開発途上国においてもライフスタイルに関連して様々な疾患や障害が起こっている。実は伝染病や事故もライフスタイルに無関係なものではなく、根底には安全習慣や健康習慣が存在しているのであって、この問題は単に先進諸国のみの関心事ではないのである。

ライフスタイル (Life Style) とは、元来はドイツの社会学者マックス・ウェーバー (Weber M.) が用いた *Lebens Führung* に由来するが、やがてこのコトバはアメリカにおいて、新たな意味を付与されるようになり、1970年代になるとさらに公衆衛生分野で多用されるようになった。つまり健康もライフスタイルによって支配されていると考えるようになるのである。そこで、筆者は内外の所説をまとめて、健康に関連したライフスタイルを以下のように定義している。

- ① 集団的現象として理解される。
- ② 多くの生活行動の基底をなす行動パターンで長期的な連続性を持っている (したがって予測可能である)。
- ③ 健康に関連した価値観を含んだ選好パターンの系である。
- ④ 年齢、性、収入、学歴、家族、人種、宗教、地域などの変数によっても影響される。
- ⑤ 選好パターンは有限個の変数、たとえば喫煙、運動、食事、清潔習慣、睡眠などの組み合わせとして把握することが可能である。

ライフスタイルは個人によって千差万別であり、比較的長期間の時間とともに緩やかに変化する。むろん1人として全く同じ生活をしている人間はいないが、ここでは社会的集団を理解する集合的な概念として扱われる。ライフスタイルとはある1つだけの生活の仕方、たとえばタバコをたくさん吸うということだけで、それを理解するのではなく、複数の要素の組み合わせによるパターンで理解される。

ブレスロウ (Breslow, E) らのプロジェクトでは、疾病を説明する変数として飲酒、喫煙、運動、肥満、毎日の朝食の摂取、間食、睡眠時間などの変数を最も重要なものとしているが、これらの変数を1つのセットとして、一群の人々の健康状態を評価してみると、明らかに飲酒や喫煙の習慣を持ち、運動はせず、生活の不規則なグループの有病率は相対的に高いのである。

このことはある意味で、古くて新しい健康観を提供している。従来の細菌やウイルス、外傷、中毒などという生物・化学的なモノに根拠をおいている近代医学のものの見方に対して、人間の価値観や選好に基礎をおいた健康観を示している。在来の生物学や化学に基礎をおいた医学は、人間を理解するのにまず細胞や器官・臓器に分け、疾病の原因をモノに求める要素還元主義的な立場に立っていた。これに対してライフスタイルに力点を置く健康学は、人間を生きて行動する全体としてとらえようとする立場、いわば行動システム

論的な医学観に立つものだと言ってもよい。

筆者は感染症や栄養障害、エイズや薬物の乱用による健康障害はライフスタイルとの関連において理解し、予防することが可能だとも考えており、開発途上国における学校保健の改善の鍵が此処にもあると考えている。この立場から3-3-4に紹介したHQCによる生活習慣の改善プロジェクトを考えている。

1-1-5 衛生教育から健康教育への転換

かつての衛生教育はコレラ、チフス、回虫症などといった伝染病や寄生虫症を標的にしたものであった。わが国では抗生物質や駆虫剤などの登場にも助けられたが、徹底した衛生教育を展開しそれによってこれらの疾病の根絶に概ね成功したことはよく知られているところである

図1-1 衛生教育の視点から健康教育の視点へ

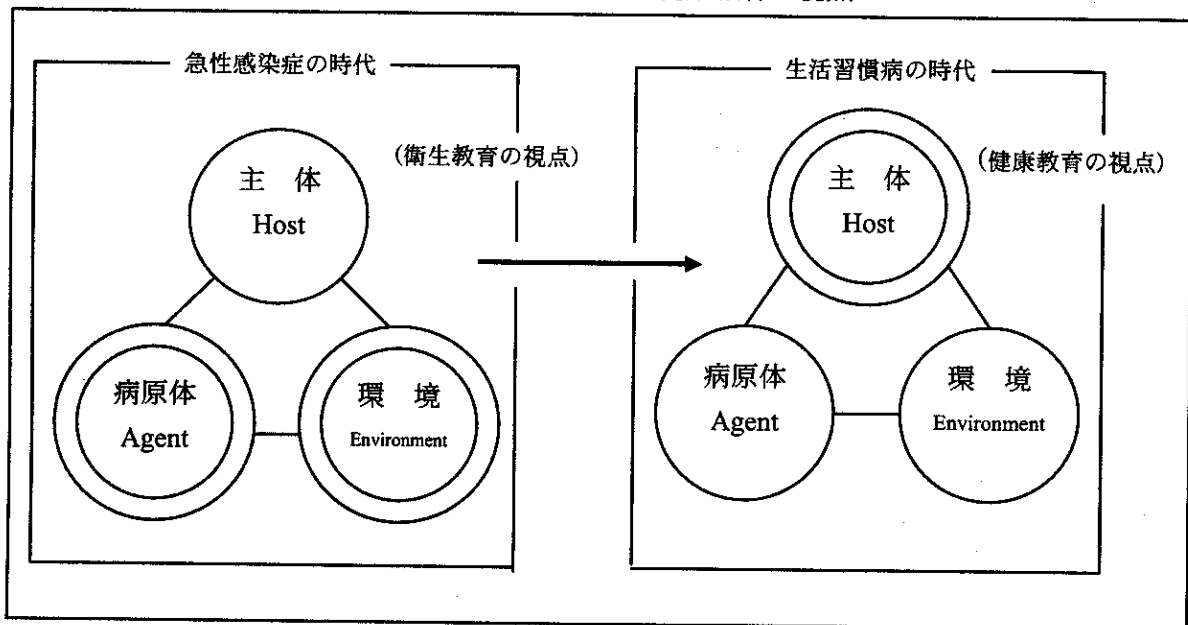


図1-1は疫学の三要因として知られるシェーマである。日本では、かつて伝染病が主要疾患であった時代には（衛生教育の時代には）このうちのAgent（病原体・病因）を単純で明瞭な形でとらえることができたし、AgentがEnvironment（環境）のもとでどのような経路で感染力を持つかを明確に予測できたから、対抗する手段も効率よく選択できたと言ってよかろう。ところが現代社会における疾病は、長期的で多様な要因の組み合わせによる複合的条件のもとで疾病や健康異常が発現しているのです。何が主要因なのかが特定しにくく、原因が曖昧なままで、対策をとらなければならない状況にある。ここで、Agent（原因）が曖昧多種であるために予防対策の戦略も複雑である。かつての衛生教育のように単純明瞭な原因除去の戦略は有効性を持ち得ないのである。一転して、健康教育は、まずはHost（主体）をコントロールする教育に主軸をおく。これに対して衛生教育は、「主体」を無視したわけではないが、病因と環境のコントロールに軸足を置いていたのである。

栄養や休養の必要性はいつの時代でも説かれていた。しかし、衛生教育の文脈の中では

第一が病因の除去、第二が環境対策で、主体のコントロールはどちらかというと軽く扱われていたのである。

健康教育は主体のコントロールを第一としたものである。複雑な要因の組み合わせで発現する現代の疾病や健康異常に対して、多様な疑わしい要因を全て除去し、避けることは、現実には不可能である。このような文脈の中から、健康教育の主目標を「主体」に置き、それをライフスタイルの中で回復するという立場が認識される。健康教育の立場は複合的な疾病構造をもつ現代には開発途上国においても、先進諸国でも現実的で合理的である。

1-1-6 アジア、欧米などの保健教育

学校における保健教育は世界中の学校で何がしかの枠組みによって行われている。それがどの学年を対象として、どのような教科や単元で扱われるか、どのように教えられているかは国により、大きな差異がある。健康問題が人により、地域により、国により、民族により、多様であることからそれぞれに異なるのは当然であるから、普遍教材や普遍カリキュラムのようなものを目指してもなかなか事態は単純にはすまない。従って、個別特殊的な問題に対する接近が多く、多くの国で見られる所以である。むしろ保健はその性格からして、数学や科学のような一般的な内容よりは現実的な問題に焦点を当てた教科となる傾向にある。また、数学や科学のように長期間にわたって定立しうる命題や原理を内容に含むと言うよりは、日進月歩の医学的な事実にもとづく学科であり、時代による知識の変化が激しい。たとえば、10年程前には「マスクは不要である」とわが国の保健教育で一般に宣伝されたが、SARS問題などでその誤りが誰しも知るところとなったなどという例は少なくない。近年では一部の国で薬物乱用が大きく取り上げられたが、他の国では全く問題になっていない、という具合である。

こうした傾向を基礎として、以下簡略に各国の保健教育について紹介しておく。

以下の記述は「教科等の構成と開発に関する調査研究」（2004）国立教育政策研究所を参考として一部加筆したものである。

世界中の国で保健、保健体育科あるいは関連教科等と教科形態は異なっても、何らかの形で健康に関する教育がなされていると考えてよい。そこで、以下のように教科のあり方を分類することが行われている。

- ①「保健」を独立して扱っている国、地域
アメリカ合衆国（カルフォルニア州、ミシガン州など）
シンガポール
- ②「保健体育」としている国（ただし、保健は内容として体育とは独立）
アメリカ合衆国（メイン州）「保健体育」
韓国「体育」（3-10年）、「体育と健康」（11-12年）
台湾「健康と体育」（1-12年）
中国「体育」、「体育と健康」
タイ「保健体育」
- ③保健の内容を関連教科や特別活動の中で実施している国
ドイツ（事実教授、自然科学—生物・物理・化学、スポーツ、被服等）

フランス（世界の発見、体育・スポーツ、科学技術、性教育の時間等）

イギリス「人格、社会性と保健の教育」

④ ライフスキル教育としている国

ミャンマー

以下、国別に特徴を整理した文献から引用する。

(1) アメリカ合衆国の保健教育

アメリカ合衆国における保健教育（Health Education）は、単独で保健教育として実施されているか、あるいは保健体育として実施されている。ただし後者の場合でも、保健は内容として体育とは独立しているのが一般的である。8割以上の州において、保健教育は小学校、中学校、高校のいずれかの学校種においても必修となっている。また配当時間については、半数以上の小学校で保健教育の50分授業を毎学年9回以上実施することになっており、中学校、高校での配当時間はさらに多い。保健教育における児童生徒の学習目標は、全国保健基準（National Health Education Standards：NHES）において、幼稚園から11学年までの発達段階に応じて示されている。NHESは特定の州や学区を対象としたものではなく全米の学校を対象としている。6割以上の州はNHESに準拠しつつ、州の状況や課題に応じて、州独自に学習目標や内容を決定している。その上で学区、学校がカリキュラムを作成している。NHESでは、児童生徒の健康リテラシー（health literacy）の形成を目的として基準（Standards）が設定されている。

(2) イギリスの保健教育

保健教育は、人格、社会性、保健の教育：PSHE（Personal Social and Health Education）、体育ならびに保健に関連する内容を含む各教科で行われる。PSHEには、①薬物とたばこ、アルコール、②栄養と体育、③個人財政、④市民教育、⑤安全、⑥精神保健、⑦性と人間関係という7つの内容領域が示されており、そのうち①、②、⑤、⑥、⑦は特に保健に関係する。そして、4つの学年段階ごとに、児童・生徒が学ぶべき内容が示されている。体力（フィットネス）と健康に関わる保健教育の内容については、必修教科である体育で取り扱われる。イギリスは公衆衛生に歴史を持つ国であり、健康問題は、これまで公衆衛生の分野を中心に扱われてきたが、PSHEとして保健教育を行ったり、「健康的な学校の基準」を設けたりすることによって、学校教育の分野においても、健康問題が積極的に扱われるようになってきた。

(3) フランスの保健教育

独立した教科とは位置付けられておらず、初等教育及び前期中等教育段階において、各教科等の内容を総合して、教科外の活動と併せて「保健教育」として国が示している。教科教育だけでなく、横断的な活動を通して、全教員、学校保健関係者（学校医、学校看護婦等）が取り組むこととされている。また、外部の関係者（専門家等）の参画が奨励されている。性教育（エイズ予防教育）及び薬物乱用防止教育については、特に取り組むこととされている。オタワ憲章で提唱された「健康増進」の考えに基づいて、幅広く保健教育

を捉えて指導を行うこととされている。

(4) ドイツの保健教育

教科名は「保健」として独立していないが、教科横断的課題領域として、関連教科の中で、基礎学校1年からギムナジウム13年（高校段階）まで継続的に指導されている。教科間で指導上の関連を図るための記述がされている。内容面で、日本では教科外の保健指導の内容とされている栄養、安全、性などが教科内容として学習されており、授業の中で知識から実際までを学習している。学校は「学習の場」であるとともに「生活の場」であるという考え方のカリキュラム構成の中で、保健教育の重要性は高まっている。

(5) 中国の保健教育

保健教育は、「体育（小学校）」「体育と健康（初等中学、高級中学）」に位置づけられている。従来「生理衛生」という授業科目であったが、現在、新しい教育課程「課程標準」の実験段階で改革がすすんでいる。小学校（1-6級）、初等中学（7-9級）は必修で、高級中学は10-12級で実施。保健教育の内容は、小学校1級（1年生）から「体育と健康の基礎常識」という理論領域等で示されている。2002年9月よりエイズに関する指導が小学校から大学まで必須となった。

(6) 韓国の保健教育

保健教育は初等学校から高等学校まで「体育」および「教練」の中で扱われている。

初等学校（1-2年）では、「楽しい生活」という一種のコア・カリキュラムの一領域に体育が配置され、その中で保健教育が扱われている。現行の第7次教育課程では裁量活動が新設・拡大され、学校の教育課程の編成・運営の自律性が見られる。学校長の裁量で人生教育、民主市民教育、進路教育、Mass media教育に加え、性教育、環境教育、安全教育が行われている。

(7) シンガポールの保健教育

初等1年生から6年生まで保健（Health Education）が単独・必修教科として配置されている。各学年で週当たり1コマ（30分）、年間約40コマ、初等学校での総コマ数は約240コマ（7200分）である。中等教育以降では保健教科はない。日本の小学校から高等学校において保健領域授業に配当される総時間数とほぼ同時間数が初等に配当されていることになるが、内容は初等教育に応じ、基礎的生活習慣の学習が大半を占めている。教育省はシラバス（学習指導要領）の作成、教科書の検定・認定を行っている。保健の内容は9項目を設定し、項目別に各学年に応じた生活習慣の具体的事項を取り扱っている。保健教科の学習過程では学年に応じた意志決定スキルの習得が重視されている。

(8) 台湾の保健教育

保健教育は小学校1年から毎学年において系統的に実施するよう教育課程に位置づけられている。保健教育は、旧課程（「国民小学校課程標準」1993年および「国民中学校課程標準」1994年）では小学校1年から中学校1年まで、新課程（「国民中小学校九年一貫課程要綱」

2001年)では小学校1年から中学校3年まで、毎学年において系統的に実施するよう位置付けられている。なお、高級中学校(日本の高等学校にあたる)については、新課程において計画中である。

台湾は保健教育の時間が多い。例えば、旧課程における中学校の「健康教育」は1年生に位置付けられているが、その配当時間は80単位時間(1単位時間45分)である。また、小学校1-3年の「道徳と健康」は各学年80単位時間(1単位時間40分)、4-6年の「健康」は各学年40単位時間(1単位時間40分)である。

また新課程の「健康と体育」では保健教育と体育の配当時間について授業時数または割合などが明示されていないが、学校の判断によって配当されることになっている。保健教育の目標、内容、評価指数などについて、教育課程に明示されている。

目標については小学校と中学校の保健教育全体の目標が示されている。内容や評価指標については小学校1-3年、小学校4-6年、中学校1-3年の3学年ごとに示されている。また内容については「発育と発達」、「人間と食物」、「運動技能」、「運動参与」、「安全な生活」、「健全な精神」、「集団の健康」の7項目を基準に、3学年ごと配列されている。担当教師については、新課程の小学校4年からは「健康と体育」を保健教育と体育に分けて、それぞれ別の教師が担当する。教科書は、新課程の下に小学校1年から中学校3年まで、民間会社によって作成されている。

なお、タイとミャンマーについては3-1-1と3-1-2で触れている。

1-2 学校保健のフレームワーク

学校保健とは、学校という教育の場における保健活動を意味している。ここで、学校とは単に物理的な場にとどまらず、健康の主体たる児童生徒、教職員、関係する非常勤を含んだ人々という人的な要件を主軸として成立しており、この人々によって展開される教育活動を含んだ総合的概念である。このことは開発教育というフィールドにおいても認識しておくべきである。途上国の多くで学校保健を語るときに、ともすれば学校という場だけが強調されてしまい、学校が単に医療保健活動の場所としてだけに利用され、それを学校保健と誤解する場合もあり得るからである。また、学校保健を人的な要素のみを取り上げてこれを理解するのも間違っている。それでは児童保健とか、成人保健とかいうのと大差はない。学校保健は学校教育の中にあって機能することをもって初めて学校保健となるのである。

1-2-1 学校保健の目的

学校保健の目的は、次の3点にまとめることが出来る。

- ①児童生徒等および教職員自身の健康を保持しさらに増進をはかること
- ②教育としての学校教育活動に必要な保健安全的配慮を行うこと
- ③児童生徒、教職員自らが現在から未来にわたって、健康の保持推進を図ることができ、これをさらに地域や家庭に波及しうるような能力を育成すること、なのである。

ここでは、まず学校保健の直接の対象が学校であり、学校に所属する児童生徒と教職員が保健活動の対象であるということであるが、地域の保健活動の母子保健、小児保健、成

人保健などとも無関係ではないが、場が学校であることを一つのシステム境界とするのである。むしろ学校は保健所や病院とは異なる機能を本来持っているわけである。②は、学校は教育を目的とした機能的な社会集団であって、多数の人間の集合する集団教育の場ゆえに、安全や健康の上での特有な配慮が必要である。そのためには児童生徒が安全に教育を受けられるよう適切な教育環境の整備が必要であり、保健的な配慮が不可欠である。③は、健康は決して受動的で人から与えられるものではなく自律して自ら保持すべきである。そのために、自分自身の健康状態を把握し、日常の生活をコントロールし、環境を合理的に改善していけるような能力を養わなければならない。正しい健康行動をとれるようにするためには、正しい知識、態度、習慣を養わなければならない。これは学校保健において最も重要な機能であり目的である。児童生徒が将来の生活のなかで健康を優先して行動することのできるように育成することが課せられた重要な使命である。このような立場から、国際協力における学校保健においても、①から③にいたる観点は共通な目的概念である。ただし、基礎的な教育条件、社会経済的な条件が国や地域によって異なるということである。近年、開発途上国でとみに増加している健康問題の多くはほとんどが健康行動に起因したものであることを見るときに、学校保健の責任と役割の大きさを感じるのである。

1-2-2 学校保健の特性と開発

学校保健には他の保健活動と異なる諸点がある。まず、我々は学校保健の主たる対象である児童生徒の形態的、生理学的な特性、特に心身の発育・発達に配慮しなければならない。学校保健の対象はわが国の学制で言えば幼稚園児から、小学校児童、中学校生徒、高等学校生徒、大学や専門学校などの学生に至るまで、年齢的に広い層に及んでいる。ここでタイであれば中学校と高校が一貫制になっており、ミャンマーであれば5歳から小学校に、16歳では大学に進学するが、いずれも幼児期から青年期までを含んだ広い年齢層が学校保健の対象である。この時期は、それぞれの年齢における形態的、生理学的特性が大きく変化するのでその実状を適切に知ることが学校保健の基礎となる。わが国の場合、この点は明治期の活力検査に始まる今日の健康診断や体力テストによって世界に稀なほどの体系的な基礎データの収集が行われ、活用されてきた。日本では学校制度の開始に僅かに遅れて健康診断が登場するのであるが、開発途上国では未だにこの点は整備されていない。いわば、子どもの体と健康の実像に関する実態を明確に知ることなく、エビデンスを欠いたまま体づくり健康づくりが語られ、学校保健が論じられてきたようである。同様にこの時期は、発育・発達上の生理学的特性の個人差が極めて大きく拡大する時である。とりわけ、思春期の急激な変化がみられる小学校高学年児童や中学の生徒を対象とする教育と指導で配慮が必要である。たとえば、女子の初経や生理にどれくらいの配慮が開発途上国でなされているだろうか。教師は性の発達状況をどれくらい理解し、把握し、性教育や指導に反映しているのだろうか。たとえば、まだ第2次性徴に至らない小学生に性交やコンドームの使用を指導し、性病のおぞましい実態を印象付けている教材は少なくないであろう。標的になった疾病の宣伝にあせる余り、極端な指導や教育が行われていないだろうか。筆者の経験では、残念ながら開発途上国では初経年齢や精通年齢はあまり配慮されておらず、基礎データも全く存在しないようである。さすがに中国では1980年代にこの全国的な調査が行われている。このように学校保健は教育の科学 (educational science) としての性格を

濃厚に持つのである。

第2は、学校のもつ多数の個体が集合する場としての学校保健の特性である。学校では単に個々の小児の健康問題のみではなく、集団において生ずる特有な健康上の問題が重要となる。学校保健活動が活動の一分野として重視される理由はここにある。わが国で感染症が激減したとはいえ、学校伝染病対策が重視されるのも、以上のような理由によるものであり、また、教室内の照明や騒音対策など適切な教育環境の維持は、集団教育の特性として特に重視されなければならない。さらに、健康の増進に関する教育活動も個別指導だけでなく、むしろ集団教育に大きなウエイトがおかれているという点に、学校保健としての特性を求めることができる。現在、開発途上国において学校で保健活動がなされるときにこのような学校保健の性質が強調され活用されている、と見てよいであろう。

第3の特性は、当然のことながら、学校が教育の場であるという点にある。学校保健の目的の一つとして健康の保持増進を図る能力の育成をあげることができるが、学校で展開される学校保健活動には全て教育的機能と性格を備えている。直接的には児童生徒等の健康管理に属する行事であっても、それが、教育的配慮のもとに展開されるのでなければ学校保健活動としての意義は著しく希薄になってしまう。

たとえば、日本における毎年春に実施される定期学校健康診断を考えてみよう。これは元来、児童生徒の健康状態を評価し、潜在的な健康障害の早期発見を目的とした健康管理的な活動である。しかし管理的な機能と同時に健康診断の事前指導や事後措置を通じて十分な教育的機能を果たすように現在では要求されているのである。この意味で我々は教育的健康管理という用語をもちいることさえあるのである。まして教育活動のなかで占める健康問題の重要性は非常に大きいのである。学校保健活動の基礎となる基礎科学として教育衛生学や教育生理学あるいは教育保健学などの確立が望まれている理由も、このような点にあるといえよう。開発途上国で学校保健が展開される時代になった場合にわが国の学校保健が掲げる教育的な機能が強調されることは非常に意義深いものがあると思うのである。

地球上に住むほとんどの人々は多分、病気ではない状態を望んでいる。人々は病気ではない状態が幸福な生活にとって重要であることを経験的に知っており、病気ではない状態を多くの人々は健康な状態として理解している。タイ語では健康と幸福にはいずれもスックという言葉が用いられる。両者は表裏一体なのである。ところが、「健康」ということの価値を開発途上国の人々がきちんと理解しているかどうかは多くの議論があり、「病気」でさえもどの程度の理解がなされているか不明である。この点でもデータは不足している。学校保健は健康を守り、教え、指導する科学なのであるからこのことをまず捉えていなくてはならない。これを学校で教えようというのが学校保健なのである。しかし、健康についての実感は、年齢段階や現実の健康状態によってかなり異なる。日常、健康上の問題で悩むことの多い高年齢層の人びとにとって、健康は常に身近な関心事であるが、発育の途上にいる元気な子どもたちにとっては、健康を実感としてとらえることがなかなかむずかしい。また、現実には病気や怪我の障害で苦痛を味わっている場合と、元気に遊びまわっている子どもでは、健康についての実感が異なるのは当然である。ここに、学校保健活動として健康問題を学校教育の中で定着させることのむずかしさがあるとわが国ではしばしば指摘される。しかし、開発途上国ではむしろ日常的に事故や病気で苦しむ人々が見られて

おり、健康でない状態がいたるところで認識できるということに着眼すれば、むしろ教育上の動機付けや、児童生徒の実感とは日本や欧米先進国で学校保健活動、教育を展開するよりはやりやすい側面さえある。日本ではこのところが観念的にしか理解できないという弱点があるが、開発途上国ではかえって好条件となるということである。人の死を見たことがない子どもと、人の死をしばしば見聞きする子どもとでは健康や病気に関する心理的な距離が異なるということである。ともすれば先進国の健康教育関係者はこの点で教育を控えめに評価しがちである。つまり、先進諸国での機能と同じに開発途上国のそれを考えがちである。日本では、生活能力を失った子どもたちに対してわざわざ新しい学校教育のキーワードとして「生きる力」などという開発途上国ならばかなり意味の違う解釈を与えそうな言い方がなされる。しかし開発途上国ではこの概念には健康という意味合いを付与して実感のある概念となりうる。そこで我々は、発達段階によってその具体的内容は異なるとしても、健康が幸福な生活にとってどれほど重要なものかを理解させ、健康推進に積極的にとりくむことのできる能力を育成するために日本よりは良い条件で活動を行うことができる、といったら失言になるだろうか。いうまでもなく、わが国においても、開発途上国においても、健康という状態が学校教育を円滑に推進するためにだけ求められる条件ではなく、学校教育の目的の一つとして健康の保持増進があげられるのであれば、学校保健の真の意義は成立し得ないと考えられるのである。

1-3 学校保健の領域構造

ここでは従来から提案されてきた、幾つかの内容領域構造の考え方につき概略を紹介し、ついで現在、一般的に用いられている内容領域構造について説明する。

1-3-1 目的からみた領域

学校保健の意義について記述したが、学校保健はその主体である児童生徒と教職員、活動の場所的条件としての施設・設備とその機能である教育活動を包括した概念である。このような視点から学校保健の内容を分類すると、次のようである。

主体（児童生徒、教職員）；主体の管理
場（学校環境）；環境の管理
機能（教育内容）；保健の教育

1-3-2 児童生徒の視点からみた領域

学校保健の最も重要な機能と使命は、児童生徒等の健康と安全の管理と指導、教育である。そこで、まず、児童生徒自身が自ら健康と安全の諸問題にどのようにかわるかという点から考えた時の内容構造論がある。

健康診断や健康相談の内容などは、児童生徒等の立場からすれば医師や保健担当者、養護教諭（日本独自の制度）などからサービスを受け取るという意味で、他律的な保健的アプローチである。これに対して、児童生徒が保健に関する学習によって、自らの健康の保持増進について知り、行動するような能力の育成に関することは自律的な保健的アプローチであるとされる。このような立場から学校保健の内容を捉える立場がある。

児童生徒等の他律的アプローチ；保健の管理
児童生徒等の自律的アプローチ；保健の教育

1-3-3 児童生徒の行動からみた領域

児童生徒の生活行動範囲を考えると、学校、家庭とこれを取りまく地域がある。児童生徒等の生活行動の範囲や地域環境との関わりからみた学校保健の内容を次のように捉えることもある。

学校内の事項；校内保健活動
家庭との関連事項；家庭保健的な活動
地域との関連事項；地域保健的な活動

1-3-4 学校保健の運営からみた領域

現実の学校保健を運営する人の側面から理解することがある。常勤の人的資源と非常勤の専門的職員がある。自ずから職種により、そのかかわり方には相異があり、また、児童生徒の組織やPTAおよび地域代表などのかかわりもある。人的な資源としては以下の様である。

保健主事、養護教諭、学級担任、学校医、学校歯科医、学校薬剤師など；保健管理的機能と活動を行う人的資源

学級担任、保健科教師、養護教諭など；保健教育的活動を行う人的資源

学校保健関連職員、PTA代表、児童生徒、地域代表など；保健組織的活動を行う人的資源

上記のとおり、立場の違いによって様々な捉え方がある。学校保健の内容、範囲、分類は一樣ではない。現実の保健問題は複合的であって、相互の要素が関連し、依存的に働いて解決に向かうことが出来る。

たとえば、登校や下校のとき以外に生じた児童生徒の交通事故は学校保健の関知しない問題かといえそうではないし、また、学校に影響する大気汚染や騒音による多くの問題は、地域保健との関連なしには論じられない。ここに学校保健といっても学校にのみ限局した縄張りの構造を考えるべきではない。

1-3-5 最も一般的な領域分類

学校保健の領域は、保健管理および保健教育の2分野から成り立っていると考えるのが最も一般的である。ここでは、まず、基本的な領域構造について説明し、それらの内容について略述しよう。次の表は、従来よく用いられてきたものである。

	保健管理：対人保健管理と環境保健管理
学校保健	保健教育：保健学習と保健指導
	学校保健組織活動

保健管理は大別して対人管理と環境管理にわけることができ、前者はさらに、心身の健康管理と生活管理とにわけられる。

保健教育は、教科教育（保健科教育）として行われる保健学習と教科以外の時間に展開

される保健指導とに大別される。

なお、保健管理と保健教育の2つの領域に保健組織活動を加え3領域に分類することもあるが、保健組織活動は学校における保健管理や保健教育のすべての活動を効果的に展開するための機能を意味すると考えられる。

ここでは、これら各領域分類のおもな内容、それらの運営と担当者について考えてみよう。

上に示すとおり、環境管理および健康管理は、その具体的な運営としては保健管理的色彩の強い、児童生徒の立場からみれば他律的に運営が進められる内容であり、担当者は学校医、学校歯科医、学校薬剤師などの専門非常勤職員や養護教諭が中心となる。

一方、対人管理のなかでも、生活管理は、学校内の生活や校外生活のなかでの、いわば生活指導の色彩が強いので、この部分は、保健教育のなかの保健指導と類似した性格を持っている。学級内で学級担任によって行われる個別指導、保健室で養護教諭によりなされる個別指導、また、学校行事や学級指導として展開される集団指導などは、いわゆる保健指導として展開される内容は運営上は指導的ともいうべき性格をもっている。

一方教科としての保健学習がある。これは健康についての知識体系の教授学習活動である。保健教科担当教師が担当するが、国により免許制度があったり、なかったりする。タイでは他教科の教師が簡単な研修を受けることで担当できる。多くの国において保健科教師は体育科の授業を併せ持つ場合が多いが、この点はその国の制度に深く関係しているので一概にはいえない。これについてはカリキュラムのところで述べる。

1-3-6 学校保健学からみた領域

学校保健を研究する目的で日本学校保健学会は1954（昭和29）年に創立された。以来50年間、わが国の学校保健を教育学、保健学の立場から指導してきた。この学会では学校保健の諸領域を23に分類してきたが、近年の発行になる「日本学校保健学会50年史」によれば以下のようなものである。

学校保健の原理・歴史・方法、発育発達、健康評価、健康診断、疾病予防・健康管理、学校環境衛生、歯科保健、健康行動、保健学習、保健指導、健康増進・体力、喫煙・飲酒、薬物乱用防止教育、性教育、エイズ教育、学校安全、健康相談（活動）、心の健康、学校保健組織活動、学校保健関係職員、心身障害、国際学校保健である。これらは便宜的な分類であって、固定的でなく、もしある分野の研究蓄積が増えてくればその分野が細分化されたり独立して一つの領域になったりする。学校保健の原理・歴史・方法は元来一つに分類されるべきものではないが研究者が少なく蓄積も乏しいので一塊になっているに過ぎない。国際学校保健は分野として独立の栄を保っているが、極めて手薄な領域であって、研究者は多くない。その蓄積にしてもアジア、オセアニア、アフリカに関連した論文は創立以来53編しかない。それも国際協力の研究というよりは、単に外国の論文の紹介や、大澤らの東南アジアの学校保健の研究に限定されている。学校保健学会の研究成果で国際協力に利用できるものは乏しいといってもよい。

1-3-7 国際協力と学校保健の領域

学校保健といっても非常に多様な広い分野を含んでおり、全てをあるときに同時に国際協力に取り込むのは無理である。このような諸領域、諸問題の中から特に国際協力という

立場からしてどのような領域を取り上げるかと言うことになると優先順位を設けて、基礎的で重要なもの、効果的なもの、緊急なもの、財政上実施可能なものなど、どの立場を優先するかによって取り扱う問題が異なる。受け入れ体制や相手の状況によっても一概に決定出来ない。2003（平成15）年に文部科学省で国際教育協力拠点事業が企画され学校保健が研究対象となった時にもこの問題が起こった。そこで、筆者は東南アジアに限定して識者30人にデルファイ調査を行い、いかなる分野を優先して短期プロジェクト（数ヵ月）を実施すべきかを検討したところ、文献「文部科学省国際教育協力拠点システム形成事業報告書」15、16、17年度、大妻女子大学人間生活科学研究所、に示したように、いくつかの優先すべき領域が明らかになった。この中からさらにプロジェクト地であるタイの東北地区と北部の山岳地域でフィージビリティスタディーを行い、生活習慣の改善、学校環境衛生の改善、学校安全管理・指導の3領域を選択し、プロジェクトを実施したところ、明確な成果が得られたという経験がある。なお、この報告書の3-3-4に事例の一部を収録した。

1-4 学校保健の組織と活動

1-4-1 学校保健の行政と法律

わが国の学校保健制度はその法体系、行政体系が明治以来で整備され、それに従って予算措置が講じられてきた。開発途上国の学校保健を考えると、筆者はまずこの点を早急に整備すべきであると考えている。以下、わが国の学校保健制度について簡単に整理しておく。

学校保健活動は学校教育の一環として展開されるので、学校保健に関する制度上の問題は学校教育行政全般との関連を持っている。学校保健に関する行政は、国から都道府県教育委員会、そして市（区）町村教育委員会さらに学校という流れで行われる。

（1）学校保健の行政組織

わが国の学校保健行政を、1）中央行政組織と2）地方行政組織とに分けて説明する。

1）中央行政組織

国の学校保健行政は、文部科学省の所管となっている。学校保健は学校教育法に定められている学校、小学校、中学校、高等学校、大学、高等専門学校、盲学校、聾学校、養護学校および幼稚園のすべての保健および安全の問題を取扱う。これらのうち幼稚園、小学校、中学校および高等学校の学校保健についてはスポーツ・青少年局が担当している。なお、これらの学校における保健教育については、その内容など初等中等教育局の関連各課が密接な関連をもつ。大学、短期大学、高等専門学校については高等教育局が担当し、盲学校、聾学校および養護学校については初等中等教育局（特別支援教育課）が担当している。

スポーツ・青少年局には、企画・体育課（企画および学校体育に関すること）、生涯スポーツ課（生涯スポーツに関すること）、競技スポーツ課（競技スポーツに関すること）、学校健康教育課（学校保健、学校安全および学校給食に関すること）および青少年課（青少年問題に関すること）がある。これらのうち学校健康教育課が、学校保健行政につい

ては最も密接な関連をもっている。

なお、以上のほか、高等教育局においては大学生等の問題、研究振興局においては研究関係、大臣官房文教施設部においては、学校における施設の基準、学校環境の整備などに関連した業務が行われており、学校保健行政は広く文部科学省の各局と関連性をもっている。

また、重要施策に対する文部科学大臣の諮問機関としては、中央教育審議会のなかに、スポーツ・青少年関連や教育課程関連などの部会が設置されている。

2) 地方行政組織

地方行政組織としては、都道府県教育委員会と市（区）町村教育委員会が、それぞれの行政レベルで学校保健に関する行政を行っている。小学校、中学校は市（区）町村立の学校が多いので市（区）町村教育委員と密接に関連し、公立の高等学校は直接、都道府県教育委員会と関連する。また、私立学校については都道府県知事部局の私学担当課が関連している。

都道府県により、学校保健課、保健体育課、体育保健課、保健厚生課、保健課など、学校保健を主管する課の名称は異なっているので留意する必要がある。また、市（区）町村教育委員会においても、それぞれの名称で学校保健を主管する課または係りがおかれている。

(2) 学校保健の法令

わが国の学校保健に関連する法令はきわめて多いので名称を記すにとどめる。

- ①法 律：学校保健法、学校教育法など
- ②政 令：学校保健法施行令、学校教育法施行令
- ③省 令：学校保健法施行規則、学校教育法施行規則

このほか、大臣あるいは局長が、所轄の事項について指示する「通達」、公示する「告示」がある。また、地方自治体法規のなかには、地方公共団体がその議会の議決により制定する「条例」、地方公共団体の長や行政機関が制定する「規則」がある。

学校保健に関連するおもな法令

- ①学校保健法（1958年）：学校保健にとっては最も重要な法律である。学校における保健管理についての必要事項を規定したもので、学校保健管理法ともいうべき内容である。
- ②学校保健法施行令（1958年）：学校保健法の内容につき、重要事項をさらに詳細に規定したものである。
- ③学校保健法施行規則（1958年）：上記施行令とともに、学校保健法の内容につき、重要事項をさらに詳細に技術的内容にわたって規定したものである。この内容に関しては、健康診断、疾病予防、学校医等の職務内容（前述）など関連性が深い。
- ④日本体育・学校健康センター法（1985年）：学校安全・学校給食普及充実事業、災害共済普及事業、学校給食用物資供給事業などを行う日本体育・学校健康センター（従前の日本学校健康会と国立競技場とを統合したもの）に関し規定したものである。
- ⑤交通安全対策基本法（1970年）：交通安全対策の基本的な施策を規定したもので、学校安全に関して重要な法的基盤となっている。

⑥スポーツ振興法（1961年）：スポーツ振興の基本的施策を明示したもので、児童生徒等の心身の健全な発達につき重要な関連をもっている。

⑦学校給食法（1954年）：学校給食の実施に関し、必要な事項を定めたもので、学校保健法より4年も早く制定されたことは当時の事情を考えると大変意義深いものがある。

以上のほか、いわゆる文部科学省関係以外のもので、公衆衛生関連法令その他の法令として、感染症法、予防接種法、結核予防法、環境基本法、道路交通法、労働安全衛生法などがあげられる。

開発途上国の場合、多くがこのような学校保健に関連する法体系の整備が遅れているので、この点は改善が急がれる。

(3) 学校保健の対象人口

以上のような行政・法制度のなかで学校保健活動は展開されている。次いで、行政上の学校保健の対象について述べよう。

わが国の場合では、学校保健の対象は幼稚園から高等学校にいたる年齢の就学児童生徒である。総数は約2,400万人に達し、わが国総人口の約4分の1弱となる。

タイの場合は1,410万人で全国民の22.5%が、ミャンマーでは698万人、19%が学校保健の対象となる。その影響する規模の大きさが知られる。

1-4-2 学校保健活動と人的資源

ここでは現実に学校保健活動を展開する場合の運営にたずさわる担当者と組織について触れる。学校保健活動の運営は、これに関係する担当者と組織の形式や働きとの関係から変わってくる。多くの職種の人々が関係する学校保健活動を円滑に進めていくためには、合理的な組織化と担当者相互間のチームワーク、共通理解が十分でなければならない。

学校保健活動の範囲は学校にかかわる活動の全般に及ぶので、運営は学校が学校教育の実践のために用意する学校全体の年間計画のなかで位置付けられ、運営される。一部の職員だけが知り、保健計画を実行しようとしても上手く事業は運ばない。全教職員が共通理解をもって、その運営にあたらなければ期待される効果は得られない。この意味で、全校を指揮する校長の役割と責任は大きい。校長が学校保健にリーダーシップを発揮しない場合には運営は円滑には行かない。これは日本のみならず、上意下達の風潮が根強いアジアでも校長は学校保事業の鍵を握っていると言ってもよい。次いで、学校保健に関係した専門職員が重要な役割を果たすことが多く、さらに、校外の社会施設あるいは諸組織との連携が重要である。

タイではアナマイ（保健所）の職員は地域と学校を結ぶ重要なキーパーソンであるし、乏しい人的資源の中での保健の専門職員である。

学校保健の運営には、まず、学校内における学校保健組織づくりが基礎の条件であり、次いで校外の人々をもまじえた保健活動の運営に関する組織の存在があることが望ましい。むろん地域によって様々な形があろうが、タイの農村であれば、学校の保健組織に加えて、地域にはアナマイとその下部組織としての村の薬委員会などがあり、村の保健ボランティア制度がある。またオーポーターと呼ばれる内務省の出先機関が人的にも財政的にも大きな支援組織となろう。カムナン（村長）のリーダーシップは村組織を動かすことが出来る。

そして、村には必ずある寺院とこれに連なる人的な組織がある。このほかにも様々な地域組織が認められるので、いかにこれらの組織と連携して学校保健活動を進めて行くかが鍵となろう。実際に地域との連携を行うには後述するような地域における保健教育に関連した基礎データを収集しておくのが良い。

これに対して、ミャンマーでは、軍の敷くいわば上部機関から下部機関にいたる整然とした行政組織があって、学校保健委員会は都市、農村をとわず設置が義務づけられている。ここには行政的な恒久性、画一性、一般性が見られる。これは融通のきくタイの行政とは大きく異なる点である。従って、ミャンマーでは学校保健の組織化が国のレベルで上手くなされ、条件的にこれを活かせばタイよりは画一的に保健組織活動を行いうる。この点は重要なポイントである。しかし、任意のNGO活動などはタイでは行いやすく、一方ミャンマーでは行いにくい傾向にある。

学校保健に係る職種は少なくない。これは、他の保健医療関係の分野と異なり、学校教育と健康医療との関係で運営されているから当然であろう。わが国の場合を例にとって整理してみると、タイやミャンマーにおいても大よそ類似した職種がある。わが国の場合、常勤と非常勤の職種がある。常勤の担当職種には校長、保健主事、養護教諭および学級担任・保健教科担当教師がいる。

以下の職員はわが国のそれであるが、タイ、ミャンマーにおいてこれらの職種は類似したものがあるが、特に養護教諭・スクールナースは例外的に都市の学校にある場合を除いてはこれを欠いていることが大きな欠要素である。

(1) 常勤の担当職種

1) 校長

責任者として、学校の学校保健を統括する立場にある。職務のおもな内容は教職員の学校保健に関する理解を深め、職務分担を明らかにするとともに、協力的な組織活動を支援する。教育委員会などと連絡して、学校保健にかかわる施設・設備を充実し経費を確保するとともに、保健関係機関・団体やPTA、地域社会との連絡を密にする。

2) 保健主事

わが国の学校保健史上に初めて現れたのは1949（昭和24）年であるが、1958（昭和33）年の学校保健法制定の機会に、学校教育法施行規則にその設置が示された。1995（平成7）年の制度改革により教諭のみでなく養護教諭も任命されうることになった。

職務のおもな内容は学校保健と学校教育全体との調整をする。学校保健安全計画を立案し、その実施の推進を行う。この場合、養護教諭、スクールナースと十分な連絡・協調を行わねばならない。職務は主として以下のようである。

- ①保健管理と保健教育の調整を図るとともに、健康に関する現代的課題について、校内研修等の企画や家庭・地域社会との連携を図る。
- ②学校保健委員会など保健組織活動の円滑な展開を推進する。

3) スクールナース・養護教諭

わが国で養護教諭が小学校における教育職員（当時は養護訓導）として制度化された

のは1941（昭和16）年であり、学校教育法にその設置が明記されている。小中学校において養護教諭は必置制であるが、高等学校の場合は、「養護教諭を置くことができる」と規定されており、表現上も必置制ではない。養護教諭の職務については、従来、学校教育法第28条の⑦に「養護教諭は児童の養護をつかさどる」という表現があるほか法的な規定はないが、保健体育審議会は次のように言う。「養護教諭は、専門的立場からすべての児童・生徒の保健および環境衛生の実態を的確に把握して、疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等心身の健康に問題を持つ児童・生徒の個別指導にあたり、また、健康な児童・生徒についても健康の増進に関する指導にあたるのみならず、一般教員の行う日常の教育活動にも積極的に協力する役割を持つものである」。

タイでは都市の一部の学校にスクールナースがいるが農村部にはほとんど配置されていない。ミャンマーでは筆者が見た限りでは配置はなかった。今後の大きな課題である。

スクールナース・養護教諭の仕事は次のようにまとめることが出来る。

- ①学校保健安全計画の立案および学校保健活動の運営に積極的に参画する。
- ②学校保健情報の把握のもとに、健康診断、健康相談の実施計画を立案し、運営を行い、さらに、環境衛生および環境安全などの諸活動に参画する。
- ③保健室の運営を行い、ヘルス・カウンセリングや救急看護にたずさわる。
- ④一般教員の保健教育活動に協力し、自らも保健指導にたずさわる。
- ⑤兼務発令により、保健主事あるいは保健科教師として活動する。

（日本の養護教諭は歴史的にみてトラコーマに対応するための緊急的な措置から誕生した制度であった。今後はいかに専門職として他の専門職と棲み分け、協働し、その存在理由を十全なものとしていくかが課題になっていることも付記しておく。）

4) 一般教員（学級担任・保健体育教科担当教師）

学校保健は全教職員の協力により行われるべきである。一般教員・学級担任は自分の学級の児童生徒の健康状態を把握して指導するとともに、学級内はもとより学校全体の環境衛生・安全についても日常点検を実施するなど保健管理の推進のうえで重要な役割をもつ。

(2) 非常勤の担当職種

学校医、学校歯科医および学校薬剤師がある。わが国ではこれらは非常勤の職員という形をとっており、多くは学校の所在する地域に開業または開局している者が担当する。タイとミャンマーでは一部の学校はこれに類したサービスを受けているが、地域格差、学校格差が大きく、一概には論じられない。いずれにせよ、これらの制度化が不可欠である。わが国ではこれらの職務は以下のようなものである。

1) 学校医

学校医の職務は以下の様である。

- ①学校保健安全計画の立案に参加すること。
- ②学校環境衛生の維持及び改善に関し、学校薬剤師と協力して、必要な指導と助言を行うこと。

- ③健康診断に従事すること。
 - ④疾病の予防処置に従事し、及び保健指導を行うこと。
 - ⑤健康相談に従事すること。
 - ⑥伝染病の予防に関し必要な指導と助言を行い、並びに学校における伝染病及び食中毒の予防処置に従事すること。
 - ⑦校長の求めにより、救急処置に従事すること。
 - ⑧市町村の教育委員会又は学校の設置者の求めにより、健康診断に従事すること。
 - ⑨必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導に従事すること。
- 学校医は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校医執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

2) 学校歯科医

学校歯科医の職務は以下の様である。

- ①学校保健安全計画の立案に参加すること。
 - ②健康診断のうち歯の検査に従事すること。
 - ③疾病の予防処置のうち齲蝕^{うそく}その他の歯疾の予防処置に従事し、及び保健指導を行うこと。
 - ④健康相談のうち歯に関する健康相談に従事すること。
 - ⑤市町村の教育委員会の求めにより、健康診断のうち歯の検査に従事すること。
 - ⑥必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導に従事すること。
- 学校歯科医は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校歯科医執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

3) 学校薬剤師

学校薬剤師の職務は以下の様である。

- ①学校保健安全計画の立案に参加すること。
- ②環境衛生検査に従事すること。
- ③学校環境衛生の維持及び改善に関し、必要な指導と助言を行うこと。
- ④学校において使用する医薬品、毒物、劇物並びに保健管理に必要な用具及び材料の管理に関し必要な指導と助言を行い、及びこれらのものについて必要に応じ試験、検査又は鑑定を行うこと。
- ⑤必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する技術及び指導に従事すること。

学校薬剤師は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校薬剤師執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

4) 学校栄養職員

学校栄養職員は栄養士の免許のほか、学校給食の実施に必要な知識または経験が必要である。また、単に栄養面のみでなく、教育の一環として実施されている学校給食の教育的側面すなわち食生活指導についての見識が求められ、さらに給食実施上の管理的側

面についても知識と経験が要求される。学校栄養職員の職務内容については、学校給食に関する基本計画への参画、栄養管理、衛生管理、検食等、物資管理、調査研究等に関する11項目がある。なお、1998（平成10）年の制度改正により、食教育を中心とした保健教育に積極的に参画することができるとされている。タイには栄養士資格はあるが学校には配置されていない。給食は学校により多様があり、あっても弁当持参でもよい学校が多い。ミャンマーでも給食は行われていない。

1-4-3 学校保健組織活動

学校保健活動を行うには学校保健組織を編成して諸問題の解決に取り組むことが不可欠である。

（1）学校保健の組織・体制

全教職員が学校保健に関する問題意識を共通して持ち、それぞれの責任を明確にし、互いに綿密な連携を保ちつつ、校長と教頭のリーダーシップの元に保健の主任、スクールナース、教職員、学校医をはじめとする地域の関係者と連絡・調整をして行い、学校保健委員会を開催し、学校・家庭・地域社会との連携を密にして活動する必要がある。

学校保健組織活動を充実させるためには、「校務分掌組織およびそれとの連携」「校内研修の充実」「保護者との連絡、協力」「学校保健委員会の組織化」「地域社会・関係組織との連携」が重要である。

「校務分掌組織との連携」では、学校保健活動の推進が、各学年、各クラスでどのように実践されるかが重要である。校務分掌組織との連携を図りながら、その推進に努める。

「校内研修の充実」では、学校保健活動に関する研修を保健関係教員、特に養護教諭と協力して計画し、実施する。学校医、学校歯科医、学校薬剤師が参加する研修会の意義は大きい。

「保護者との連携」では、児童生徒の健康生活を実践する態度や習慣の形成が、家庭に期待するところが大きいので、保護者の啓発の仕方を工夫し、その効果を高めるように努める必要がある。

「地域社会・関係団体との連携」とは、学校における保健教育や健康診断の実施と事後指導、学校環境衛生検査の実施と事後措置を円滑に推進するために、地域の関係機関や関係団体と連携を密にし、適切な協力が得られるように努める必要がある。

学校保健組織活動は、多くの人々によって活動が展開される。そのため、広い視野で観察し、計画的な見通しと実効性が必要となる。特に、保健主事を中心とした企画実行力とリーダーシップの必要性が大きい。児童生徒の実態や家庭・地域の実態から学校の課題を明らかにし、活動の焦点を絞り、明確な計画性を持たせることが、充実した活動につながると考えられる。

そして、必ず実施したいのが学校保健委員会の開催である。学校保健委員会とは、学校における健康課題を研究・協議し、健康づくりを推進する組織である。そのため、様々な健康課題に対応するために、家庭・地域社会等の教育力を充実する観点から、学校と家庭、地域社会を結び組織として学校保健委員会を機能させることにより、学校保健活動に関する組織活動の推進力を高めることになる。

2. わが国の学校保健の経験と教訓

2-1 わが国の学校保健の歴史

わが国の学校保健システムは遠く明治期にまで遡り、急性感染症の時代から今日の生活習慣病の時代にまで多くの問題に直面し、これに取り組んで成果を挙げてきた。学校が日本の近代化に果たした役割は極めて大きかったが、学校保健が広く保健衛生や国民の健康づくりに及ぼした影響も大きかった。一方、教育の質を保証するというのが近代化の一つのモメントであったが、そのためには教育に内在する健康問題を学校保健によって解決していくということも重要な国家的国民的な要請であった。教育と保健が学校において出会い、両者が相俟って相補的、相互作用的にお互いを質的に高める状況を意図的に活用してきた歴史がわが国の学校保健なのである。

学校保健の沿革については、『学校保健百年史』（文部省、学校保健会監修、1973）に詳細な記載があるが、ここでの記述は明治期から今日にいたる変遷の概要に触れ、第11章に分野別に学校保健史のうちやや詳しくその解決に至った経緯と対策を記述した。なお、戦前は学校衛生とよばれており、学校保健とよばれるようになったのは戦後である。

2-1-1 明治期の学校衛生

わが国の学校の歴史は1872（明治5）年の学制発布によって始まる。当時の小学校の保健問題は頭シラミ、急性感染症の学校における広がり、いすの使用による児童の姿勢の悪化、などなどそれまでに経験することのなかった学校という集団故の問題が山積していた。教科には個人衛生の方法としての「養生法」が含まれていた。現代のいうところのpersonal health skills である。また、今日の健康診断のルーツともいえる活力検査が制度として定められたのは1888（明治21）年であった。この検査は学校で行う体育や体操の効果を評価するという意味合いがあった。今よりも積極的な位置づけが検査にあったのである。これはお雇いの外国人医師の進言であったらしい。この時期に、三島通良が1891（明治24）年文部省の学校衛生取調囑託となり科学的なエヴィデンスにもとづく学校保健行政を開始した。彼の功績には大きなものがあった。現在の学校保健行政の根幹はこの時にすでに敷かれている。1900（明治33）年には文部省に学校衛生課が創設され、学校清潔法や学校身体検査規定が制定され、さらに、学校医令により学校医が制度化され、多くの成果を上げ始める。この時の画期的な行政施策は今に及んでも世界的にみて輝かしいものがある。まさに今日health promoting schoolといわれているものが遠く明治期に始まっているのである。

しかし、残念ながら、1903（明治36）年には、日露戦争の影響により行政整理の対象となって学校衛生課は廃止され、1921（大正10）年に復活するまで、10数年間は学校衛生の発展にとって空白の時代となった。

2-1-2 大正期の学校衛生

1916（大正5）年には学校衛生官がおかれた。1921（大正10）年には再び学校衛生課が復活した。この時期における学校衛生で特筆すべきことは学校看護婦の登場と活躍である。今でも中国では最も大きな問題であるトラコーマ対策に取り組んだのであった。彼女たち

は、主としてトラコーマ患者の洗眼・点眼や救急処置に従事した。1924（大正13）年の文部省調査では、その数はすでに316名におよんでおり、当時の報告書のなかに次のような表現で文部省の学校看護婦に対する方針が述べられているのは今日の開発途上国の学校保健問題を考えるうえで興味深い。

「……学校看護婦ハ学校衛生ノ実務者ニシテ、学校医ヲ介ケ、且学校教員ト協力シテ学校衛生ノ全般ニ亘リ実地ノ仕事ヲナス者ニシテ、コノ設置ガ普及スルニ至ラバ学校衛生ノ面目ハ一新シ著々良効果を挙ルコト疑ヲ容レズ……」。いまでもこの職種は養護教諭と名前を変えて学校保健の中核を担っている。実は、開発途上国の多くは人的資源としてのschool nurseを欠いているところに致命的な弱点があると言ってもよいであろう。

2-1-3 昭和戦前期の学校衛生

昭和初期の学校衛生で成功した点は、従来、学校医および学校看護婦の仕事と理解されていた学校衛生のなかで、教育としての学校保健の重要性が認識されたことであった。学校をあげて、全教員が学校保健に関わりを持つという現代のスタイルに変わってきたのであった。こうして「教育的学校衛生」という表現も次第に普及するようになった。これはアメリカのhealth educationの紹介に負うところが大きく、1936（昭和11）年にアメリカの健康教育学者C.E.ターナーが来日したことは、この傾向に大きな拍車をかけた。（筆者が学生時代（昭和40年代）に受けた学校保健学の勉強はまず、ターナーの著書を読むことから始まったのである。）

なお、1928（昭和3）年に体育課が設置されて、学校衛生課は廃止されたが、1941（昭和16）年に体育課が体育局に昇格した際、再び衛生課として復活した。1943（昭和18）年には衛生課から保健課に改称された。一方、1941（昭和16）年の国民学校令により、学校看護婦は養護訓導という名称で教育職員としての身分職務が確立された。

その後、戦争の影響によりすべてが戦時体制に移行した。

2-1-4 昭和戦後期の学校保健

戦後、わが国の学校教育制度は大きく変わり、学校保健もアメリカの影響を受けつつも学校保健関係者の努力によって、保健管理が中心の学校衛生から、保健教育を重視した新しい学校保健へと変わっていた。これは保健管理が既に失ってしまった、あるいは失いつつある健康を回復するという後ろ向きの機能であるのに対して、保健教育が児童生徒の将来を見据えた前向きの教育活動であるということに対する大きな期待が込められた結果でもある。これは学校教育の性格を理解すれば当然のことであった。

1947（昭和22）年の学校教育法制定の際、養護訓導は養護教諭に改められ、1949（昭和24）年に保健主事という名称の職種がみられるようになった。この年に文部省には初等中等教育局保健課ができ、その後、1958（昭和33）年に体育局に再び移管され、学校保健課と改称された。

戦後の学校保健の特徴は、まず保健教育の強化であり、教科としての保健学習が始まったことである。さらに保健管理面の充実施策として、1954（昭和29）年に学校給食法、1958（昭和33）年に学校保健法、1959（昭和34）年に日本学校安全会法が制定された。このうち、とりわけ学校保健法の制定は学校保健活動に法的に基盤が整備された意味で画期的

なことであった。現在、開発途上国において、学校保健を充実させる施策のうちどれか一つを挙げよと言われれば、躊躇なく法律の整備を挙げるであろう。

なお、さらに付記すべきことに、日本学校保健学会の設立がある。医学的ニュアンスの強かった学校衛生から、教育的ニュアンスをも包括した学校保健へ発展するために新しい視野に立った研究者の組織の必要が叫ばれ、1954（昭和29）年に日本学校保健学会が発足した。会員は大学、研究所、中高校、行政機関、民間医療機関などの専門家が2200名参加している。機関紙としては「学校保健研究」が刊行され、今日におよんでいる。もし可能ならば、開発途上国の専門家がこのような専門的集団としてのまとまりを持ち、開発や行政に協力することができれば、非常に大きな力となろう。実際日本の学校保健行政や活動はこれら専門家の強力な支援によって成り立ち、発展して来たといってもよいのである。これは、地域保健や公衆衛生とかなり違うところであるので注目していただきたい。

2-1-5 昭和40年代から現代までの学校保健

1972（昭和47）年学校保健施行令および同法施行規則が改正され、健康診断の方式があらためられた。また、日本学校保健会のなかで学校保健センター的事業が推進され今日にいたっている。これは行政機関と連携して医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健主事会、養護教諭会、関連する学会、などがひとつのまとまりを持ったセンター的な学校保健活動を全国に渡って啓蒙してゆく機能を持っている。さらに各都道府県には同様の下部組織が存在して地方における学校保健活動を主導している。1978（昭和53）年には、学校保健法の一部が改正され、安全管理に関する事項が強化された。この事業を行う組織として日本学校安全会があり、学校給食には日本学校給食会が対応している。この二つの組織は現在、スポーツ振興センターとして仕事を行っている。

時代の変化にともなって、保健問題は少しずつ変化しているので、保健学習の内容も対応して学習指導要領の改正は約10年ごとに行われている。1996（平成8）年に中央教育審議会では「生きる力」と「ゆとり」という二つのキーワードが新しい教育の指針とされ、教育全般に影響力をもった。しかし現在の新しい学習指導要領が再び示されて、特に、総合学習が取り入れられて、健康問題を学習する機会が増えている。2001（平成13）年から全面的な省庁改変に伴い、従来の文部省は科学技術省と合併し文部科学省となり、学校保健はスポーツ・青少年局学校健康教育課の所管となった。以上極めて簡単に学校保健の歴史を見てきたが、この間に国民全体の疾病構造も急性感染症から慢性の感染症、そして生活習慣病と大きく変化してきた。これに伴って、子どもの健康像も少しずつ変容し、学校保健の重要問題も変化してきた。ここで、わが国の経験からみて国際協力に有効な学校保健改善モデルになりうる項目について検討してみることは、学校保健の開発協力にとって意義のあることであろう。これについては最終章12章に提言をまとめた。¹

2-2 わが国の経験を踏まえた開発途上国への示唆

わが国の学校保健の歴史は130年に及び、経験してきた問題、克服した課題は少なくない。

¹ 文部省、学校保健会監修（1973）

そのまま開発途上国の問題に適応できるかどうかは状況によって異なるが、参考にしうる場合が多い。ここでは、学校保健統計、保健管理領域で、対人管理として定期学校健康診断、学校伝染病の予防、寄生虫、トラホーム、近視の予防、虫歯の予防、対物管理として、学校環境調査、保健指導領域として発育発達の標準値の作成とそれにもとづく指導、学校安全点検と安全指導、組織活動領域として学校保健委員会・児童生徒保健委員会、保健教育領域として学習指導要領とその実施、というわが国の学校保健が成果を上げてきた問題について簡単にその骨子を述べ、開発途上国において活用するための参考としたい。

2-2-1 学校保健統計

学校保健統計は1900（明治33）年より行われ、以来毎年児童生徒の定期健診成績から統計をつくり、これによって国、県、地区、学校にいたる学校保健の統計が報告、評価され、対策が行われてきた。科学的学校保健行政の基礎としてこの統計が存在している。開発途上国においては殆ど例外なくこのような統計が整備されていないところに大きな問題がある。タイでもせっかくいくつかのデータが収集されているのにこれを集計し統計にする制度が存在しないために、問題点を明らかにする手立てを失っている。統計がないところでは、あてずっぽうの学校保健政策が行われがちである²。学校保健統計調査報告書、文部科学省刊、毎年発行、これ以外に各都道府県で独自に刊行している。

2-2-2 定期学校健康診断

これは明治期の活力検査に始まり、今日の定期学校健康診断に至っている。しばしば時代の変化に合わせて項目、方法が改訂され直近の改正は平成17年度になされている。近年では生活習慣病に多くの関心が集中しているので、むしろ開発途上国の支援のためには、戦前や昭和30年代などの経験が有効であろう。すなわち、この後で扱う学校伝染病、近視、むし歯、結核などの問題ごとの対策である。さらに、わが国の健診で有効だった点としては、地域の医療資源が上手く活用されたことである。既に明治33年には学校医が制度化され、地域の医師たちが積極的に関わってきた。学校健診は実施に当たって、学校と地域の連携が早くから行われてきた。また戦後は民間の検査機関がこれをフォローする形をとり、財政的な支援は地方交付税もこれに使われてきた。この医師会、歯科医師会、検査団体と学校の連携、これを法的に担保する諸制度、国の予算措置などが効率的に運用されることによって、毎年6月にはデータを学校から区市町村、都道府県、国と収集して学校保健統計が報告されてきた。このことによって、もっとも新しい児童生徒の健康状態が評価されてきたのである。むろん、個人ごとには学校から児童生徒の一人一人に健康状態の評価と治療の勧告がなされ、保健指導としても大きな成果を上げてきたのであった。これらのシステムは実はわが国が未だ貧しく、保険制度も未整備で、急性感染症に苦しんだ明治期から形成してきたものであった。開発途上国においては、こうした一連の体系的な健診、保健指導、教育、統計、評価、学校保健計画といういわば学校保健のシステムが整備されていないことが多く、タイのようにこれらは個々ばらばらでそれぞれの分野が連携していない場合や、ミャンマーのように形式はあっても実質的な人的資源、財源、設備や集計システ

² 日本学校保健会（2006）

ムが著しく乏しいために機能していない場合が多いようである。とはいえ、わが国においては明治期という非常に貧しい状況の中でもこうしたシステムを作り上げ、実施してきたことを考えると、決して開発途上国であっても不可能ではないと考えるのである。

2-2-3 学校伝染病

学校における疾病の予防として、学校伝染病の予防は極めて重要な問題であった。明治期には児童は種痘あるいは天然痘を経験した者のみが入学を許されていた。伝染病に罹ったものは学校に出入りできなかった。これは1879（明治12）年の教育令による。1898（明治31）年には学校伝染病予防及消毒法が制定されている。消毒方法も定式化されている。時代はずっと下って、1958（昭和33）年に学校保健法が制定されて、出席停止、臨時休業などの措置が決められた。現在は、学校において予防すべき伝染病は3種に分かれたれ、第1種には、エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、マールブルク病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、コレアラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフスが含まれている。これらの伝染病は、感染症法に規定された1、2類感染症である。これは、旧規則においては法定伝染病が学校伝染病の第1類とされていたことを踏襲するものである。第2種には、インフルエンザ、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜炎、結核が含まれており、学校という集団で児童生徒の罹患が多く、学校保健上重要と考えられる伝染病が第2種とされ、飛沫感染ないし空気感染（飛沫核感染）をする伝染病という視点で分類がなされている。これは腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、などとなっており、経口感染をするものと眼感染になっている。これに対する学校保健システムの対策は出席停止、臨時休業、保健所との連携などがある。

学校保健法における出席停止の考え方の基本は、①患者本人が感染症から回復するまで治療し休養をとらせること ②他の子どもたちに容易に感染させそうな間は集団生活に戻ることを遠慮して貰うところにある。出席停止や学級閉鎖をしても即座に効果が見られないこともあるが、法律での規定の有無とは別に、感染源となりやすい期間は学校などを休むというのが現実的である。一方学校内における伝染病の罹患状況の情報を広く情報提供する時や出席停止の措置などをする時には、それが差別やいじめなどの原因とならないように十分配慮をする必要が学校・医療関係者側にあるというのが一般常識である。

学校などの集団の場で流行を起こしやすい疾患の感染経路の多くは飛沫感染・飛沫核感染（第2種）であり、感染源としての病原体が盛んに増殖し気道などから大量に排泄されている時期がもっとも注意を要する期間となる。微量あるいは病原体の一部の遺伝子などが存在している程度での感染力は低く、これを根拠に長期間にわたって法律のもとで出席停止を強いることは現実的ではない。また糞便中に病原体が排泄されるような疾患では、食品や飲料水などの汚染を別にすれば、病原体の排泄量が低下してくる頃には学校においては日常の基本的な衛生指導（石鹸と流水による手洗いの励行など）を行うことによって、直接的感染はかなり防止し得る。

このような考え方から、感染が成立しやすい程度に病原体が排泄されている期間が出席停止期間として定められた。すなわち医学的に病原体の排泄が全くなくなるまでが出席停止期間となるわけではなく、他に感染する可能性が少ない程度であれば法律により出席停止をかける必要性がないものとしてその期間が規定されたものである。ただし年少の保育

園児などについては、おむつなどの取り扱いについて、保育をする側の者が十分な理解と注意を払う必要がある。

第1種：ここに含まれる疾患は感染症法の1、2類感染症であり、原則として患者は入院となり病原体の消失が確認されてから治癒退院となる。そこで出席停止期間はすべて「治癒するまで」と統一された。

第2種：第2種の出席停止期間については個々の疾患について規定されている。

腸管出血性大腸菌感染症（第3種）および結核（第2種）：従来からの眼疾患および腸管出血性大腸菌感染症に結核を加え、病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで、と統一された。

さらに、学校や診療の現場でもっとも身近な問題となるものが、いわゆる「その他の伝染病」である。その他の伝染病とは、通常の発生状態にあるときにすべて一律に出席停止とするわけではなく、法律で明記された疾患の他に学校の中で何かしらの伝染病の流行がおきた時に、その流行を防ぐために「必要があれば学校長が学校医と相談して第3種の伝染病として出席停止などの措置をとることが出来るもの」とされている。すなわち「その他」と見なされることの多い疾患については、学校長が「出席停止」を求める疾患では通常ない。出席停止の指示をするかどうかの判断は、医学的根拠はもとより教育的配慮の必要性（児童・生徒やその家族の不安の程度、欠席者数など）などが考慮されて学校医と相談の上行われる必要がある。

（1）学校伝染病の予防

感染症対策の基本は、すでに述べたが、①感染源の隔離、消毒、滅菌などの感染源対策、②直接、間接を問わず感染経路を遮断する感染経路対策、③感染に対して感受性のある宿主に対してあらかじめ抵抗力をつけさせる感受性対策（予防接種）にある。感染者に学校を休んでもらうことは、患者本人が回復するまで治療し休養をとらせることとともに、上述の①②に相当する予防対策である。その他の感染症の対策として、環境条件や宿主条件の改善、社会全体としての衛生教育、手を洗うこと、簡単な日常の汚物処理、家庭での調理などにおける注意などの基本的な個人衛生の向上をはかることなども重要である。ことに学校においては、集団生活の中での衛生ということに関する、しつけ、マナーをきちんと教育として伝えるべきである。また予防するということは直接関係がないが、感染症というものが教職員や保護者を含んだ患者周辺の人々の認識不足や誤解から生じる差別やいじめなどの原因とならないように十分配慮をすることも、学校という教育の場において重要なことである。

予防接種は、個人の体調の良い時を選び、接種前の予診の徹底によって行われるなどのため、学校などにおける集団接種からかかりつけ医による個別接種へと移行した。しかし、このことは学校などにおいて予防接種に関心を持たなくてよいとなったわけではない。個人的にも、集団にとっても予防接種による感染予防は基本的に重要である。学校・幼稚園などの集団生活が始まる前には、入学（園）児検診を利用して必要とされているワクチンの接種歴の有無について確認をし、未接種者には特別の理由がない限りはワクチン接種を済ませておくことを勧めるべきである。

また教職員がこれらの免疫がないため感染を受けた場合、休職することになり、個人の

損失のみならず、社会的にも損失となる。さらに、子どもたちへの感染源ともなり得ることも考えるべきである。教職員自身が感染源とならないよう、日頃の健康管理を行っておくことも学校という集団における感染症予防のために重要であることを併せて強調しておきたい。小児に接することの多い職業に従事する者は、自らが感染を受け患者になることを防ぐだけでなく、感染を受けることによって小児への感染症の伝達者にならぬよう、十分な自覚が必要であり、学校等としてその環境の整備が必要である。

上記のように、出席の停止などについて、学校長に判断と責任が委ねられている。学校保健の責任者は学校長であり、強いリーダーシップが求められる。臨時休業、保健所との連携は設置者の責任とされている。しかし、この点で開発途上国のこれらの対策は多くが曖昧である。タイ、ミャンマーともに一応の規定はあるようであるが、現実には伝染病などの発生に関する情報が乏しく、遅いこと、対応する学校の権限が必ずしも明確ではないこと、が挙げられよう。学校内における伝染の可能性は少なくないことから、今後の課題である。³

BOX：タイのエイズ予防について

現在開発途上国で猛威を奮っているエイズ予防に対して、学校保健の立場から貢献することには大きな期待が寄せられている。教育はエイズワクチンであるという言い方がされるゆえんである。ここに、タイにおけるコンドームの使用率統計（家族計画における避妊法としてのコンドーム使用率である）があるのでこれを参照する。エイズ教育は主としてコンドームの普及にかかっているが、それは学校における保健教育の任務でもある。

タイでは1980年代にはエイズ爆発といわれる猛烈な感染流行が起り、国を挙げて莫大な費用と労力が投下された。国連諸機関をはじめ多くのNGOがこのためにタイを支援した。しかし、1980年代から1999年までは保健省の統計はコンドーム使用率0%台を示していた。こうしたなかでリスクの高いCSW達の使用率が改善しただけであった。筆者の北タイにおける調査でも二つの村で村人はコンドームの存在と有効性を知っていても、使用者はいなかったのである。しかしこの時には既に感染は家庭に入り込み、HIV陽性の新生児が1万人を毎年越えていたのであった。しかし2000年から不思議なことにコンドーム使用率が急速に改善し始めたのである。前年の0.9%から3.6%、2001年の7.0%へと改善を見たのであるが、背景には1993年から実施された義務教育となった中学校でエイズ教育を受けた人々がこの統計の客体になり始めたことも重要なファクターであったと思われる。そして、流行の最も著しい県のひとつである北タイのチェンマイ県では2004年は使用率が13%までに達したのである。こうした普及の背景には学校教育によるエイズ教育が少なからず貢献していたと思われるのであるが、ところが、最近になってエイズ教育は急速に低調になってしまった。

学校では鳥インフルエンザの予防ポスターが目立つようになり、エイズに関するものはほとんど姿を消してしまった。地域においても同様である。エイズは克服したとか、薬による治療が進んだなどの認識が一般化している。一方現在、急速にコンドーム使用率は低下しているのである。この点は大いに憂慮されるところであり、保健教

³ 日本学校保健会（1999）

育の継続性が求められるところである。

参考文献

- 1) 大澤清二 (1999) 『エイズ教育と伝統的価値体系』 健学社、pp.1-171
- 2) 『SEAMIC Health Statistics』 DATABASE.G (1980-2002)

2-2-4 寄生虫の予防

この問題が本格的にわが国において取り組まれるのは大正期になってからである。まず三重県で初めて検査が行われた。結果は4,048名のうちで、保有率は63%であった。これ以降つぎつぎと各県にいて検査が行われるようになる。1918 (大正7) 年の群馬県では98%という驚くべき高率を示した。1925 (大正13) 年内務省が全国値を発表したがこの時は71%の陽性であった。この時代では農村と都市では格差が大きく、農村では81%、都市は53%であった。最も多いのが回虫で48%つづいて鞭虫5.5%、十二指腸虫3.5%、ぎょう虫0.4%、条虫0.4%という記録が金沢大学の調査記録として残っている。こうした事態に対して学校保健関係者のうち三田谷啓という方が「学童保健」中文館刊、1924 (大正12) 年、という本を書き、寄生虫の進入経路を知ること、糞便検査を徹底すること、駆除法を実施すること、その場合は校医が指導すること、回虫にはサントニンを用いること、中毒症状を起こす場合には海人草 (せんじ薬) を用いること、という極めて明解で適切な指摘をした。また、1929 (昭和4) 年には全国連合学校衛生総会では寄生虫駆除のための建議がおこなわれて、全国津々浦々で検便と駆虫運動が展開された。やがて寄生虫予防法が1931 (昭和6) 年に成立し、小学校児童を対象として全国で駆虫事業が行われた。これは検査機関が少ないので検査を省略して回虫の駆虫が行われ、副作用のない海人草を用いた。凄いいおいが学校中に立ち込めたという。翌日の糞便に排出された回虫の数を調べて終わりとなった。かくして保有率は徐々に低下し始め、1937 (昭和12) 年には30%台になった。そして、戦後はふたたび上昇したが、検便と駆虫対策が徹底したので、高率の年齢層である小学生でも、1958 (昭和33) 年代には10年間で38%から4%へと急激に改善した。この背景には学校保健法に寄生虫卵の保有の有無が加わり、症状の有無に関わらず、保有者に対して目を向け、毎年検査をし、駆虫を行ったことに帰着する。これは「学校保健百年史」でも「世界に例を見ない画期的なこと」と評価されている。この驚異的な改善は今も学校保健の一大成果としてしばしば語られることである。

開発途上国におけるこの問題への対応は、わが国のとった方策をいかに現地に応用するかということに尽きると思われる⁴。

⁴ 2004年にJICAでまとめられた『日本の保健医療の経験』では、日本における寄生虫対策の中で学校の果たした役割について下記のとおり説明されている。「(学校保健における寄生虫予防は) 学校、行政、寄生虫予防会、寄生虫研究者の4者が協力して実施した。学校は、担任教師や看護教諭を中心に検便容器の配布・回収並びに駆虫薬の配布を、行政は学校保健と寄生虫予防に基づく予算措置を、日本寄生虫予防会は駆虫対策の策定並びに検便(手段検診)・治療を、寄生虫研究者は前三者をサポートする立場で参加した。また、児童生徒に対する健康教育も定期的に行い、環境改善の指導も行っている。これらの寄生虫対策としてとられた活動の特徴は、単に寄生虫の駆除にとどまらず、学校保健の衛生教育の一環として実施された点である。」『日本の保健医療の経験』(2004) JICA p.171

またJICAでは、これらの日本の経験を生かし、タイに寄生虫対策に関する人材育成及び情報交換の拠点を構築すべく、「国際寄生虫対策アジアセンター (Asian Center of International Parasite Control: ACIPAC) プロジェクト」を2000年3月から5年間実施した。同プロジェクトでは、駆虫のみならず、学校における児童への保健教育を通して、寄生虫の再感染予防を推進すること、さらには、その成果を学校からコミュニティへ波及させることを重視した。具体的には、タイ国内でのモデル活動の実施、モデル活動を教材として活用してのカンボジア、ラオス、ミャンマー、ベトナムの教育省や保健省のプログラムマネージャー等を対象とした研修の実施、同研修の参加者が自国で実施するパイロットプロジェクトの支援等を行った。また、同様のプロジェクトを、ケニア及びガーナでも実施している。

2-2-5 トラホーム

トラホームは現在わが国の学校保健の問題ではなくなっている。しかし、戦前、大正、明治と遡ると、いかに先人達がこの問題に苦心してきたかが知られる。これは東洋医学では瞼生風粟症といい、俗に「ぼろ目」と呼ばれて江戸期から一部の地方では報告があった。明治期、日清戦争前にベルリン大学のヒシュンベルク教授が日本で罹患率を調べたときには14%であったらしい。そのときにはすでに中国では40%であったという。やがて日清戦争直後に大流行を起こす。山形の児童では罹患した者75%であったという。時の文部大臣久保田譲が地方巡視の時の体験談があるが、これによるとある地方の学校で、トラホームに罹っていてひどいものには赤色の名札を、それ以外の罹患者には黄色を、正常者には名札なしとしたのを見たが、三者はほぼ同数であったと言って、危機感を表明している。このときにわが国ではトラホーム統計なるものをつくり、県別に罹患率を公表している。明治期後半ではこの疾患に対する検査と治療、予防は学校保健のもっとも重要な問題であった。それぞれの地域で様々な対策が採られた。新潟では東大の川本教授が先陣を切って、各学校に治療所を設け無料で治療し、この時に医師が不足しているので看護婦をあて、教員をもって点眼、洗顔を行い、公費で器具薬品を買った。県の規則や対策が次々と打ち出された。この看護婦がやがて学校看護婦、養護教諭となってきたのである。

1924（大正13）年に諮問された予防法は次のような項目からなっている。枚挙すると、「目の健康教育の必要性、予備的な治療、就学一年前の検査・治療、校舎の改良、毎学期位階の検査、入学時の検査と注意、児童の衣服の清潔、とくに手の清潔、手ぬぐい布巾の常時携帯、発病者の処置法、病児の治療・取り扱い、消毒」となっている。

1919（大正8）年のトラホーム予防法によって強制的に市町村は治療の義務を課せられ、国庫補助も始まった。大正8年には、15%程度であった罹患率は1936（昭和11）年には10%程度に減少し、戦後は一時的に流行したが、スルファミンからオーレオマイシン・テラマイシンなどの抗生物質が開発されたお陰で急激に改善し、1948（昭和23）年には5%程度から、1958（昭和33）年には4%、1971（昭和46）年には0.6%となり、ついに学校保健の課題から消えて行ったのであった。この取り組みの成果は、寄生虫の場合と同じく学校と地域の強力な連携、法律による断固とした対策と公費の補助、そして人的な資源の新たな開発の賜物であった。省みて未だ中国ではこの問題が解決できず、開発途上国の多くが抱える問題の一つであることを思う時に、わが国の経験を活かすとすれば、上記したように国を挙げて中長期的にシステムを作り、粘りつよく遂行するしかないであろう。かならず達成できる課題であることを関係者が認識すべきである。

2-2-6 近視

近視は明治期においてはヨーロッパでも学校によって起こされる、とさえ言われた問題であった。その原因として考えられたのが学校建築、教室、校具の不適切が挙げられたのである。こうした知識は当時の日本の学校保健関係者にも大きな影響を与えた。1885（明治18）年大日本教育会において東大眼科教授の梅は東京高等師範学校生徒の男子38%が近視と報告した。この経験から毎年の検査と検査法が提案された。1888（明治21）年の活力検査によってこれが実現する。また、近視の予防としては、教員が学校保健に知識を持つべきこと、医師が監督としてあたること、定期的な検査と適正な照度の確保、机や椅子の

形態と構造と着座位置に配慮すること、照明方法について父兄に教えること、午後はなるべく戸外での運動すること、自宅における学習時間を制限すること、などなどである。これらはドイツのゲッティンゲン大学眼科教授のリムブレルの学説を援用した。

三島通良はこの時期に身体検査心得を発行し、さらに多くの県では細則を作って視力検査を精緻なものしていった。と同時に近視、遠視に関する統計が1900（明治33）年には公表されている。

予防に関連して、教科書の文字の大きさがまず決められた1898（明治31）年、しかし、1912（明治45）年身体検査統計の方法が改訂されて、近視の総数が把握できるようになると、年々増加する近視に憂慮する人々が増えてきた。しかも中学生であっても増加が顕著であることが分かってきた。文部省は訓令を出してこの憂うべき現象を、学校教育が原因ともなっているとした。そこで近視の予防教育が必要であるとして「近視予防に関する注意」1919（大正8）年を発し、採光、机と腰掛、黒板、図表、服装、目の疲労、近視眼者に対する注意、眼鏡、座席、近視に関する知識を授けること、遺伝的素質に関すること、そして読書、書写、図画、手工、裁縫などに関する注意を行った。さらに1939（昭和14）年には、「近視予防思想に関する件」が厚生省と文部省から出されて、身体を強健にして近視を予防する。目の疲労を防止する。勉学の際は姿勢を正しく保持する。適当な採光に注意する。印刷物を選択する。視力検査を度々受ける。現在は非常に細かな、きめの細かい学校環境検査を実施している。

近年では、コンピューターの教育利用に伴って急速に視環境が悪化している。これに対してきめの細かな学習環境基準が設定され、生活指導がマニュアルにもとづいてなされ始めている。開発途上国ではこの点で、大きく立ち遅れており、不自然な姿勢や、暗すぎる教室、どんよりとよどんだ空気、風とおしの悪い教室で行われての健全を期する。歯牙と歯根の清潔保持。6才臼歯の保護。乳歯と永久歯の交代時期に注意して歯列不正の予防を行う。う歯の早期予防と処置を行う。また保健教育の一環として予防教育を早くから行った。歯の清掃は最も熱心に取り組まれた学校保健の課題の一つである。近年では国が虫歯予防のための3年間プロジェクトを学校レベルで展開しており、大きな成果を上げている。

2-2-7 虫歯

学校保健統計によって児童生徒の歯・口の状態を見ると、歯科衛生の指標となるDMFT指数（12歳児の平均う蝕数）は、1984年当時では、4.75であったが、1995年に3.72と4以下になり、1999年には2.29、2000年には、2.65と減少している。さらに、2005年では、1.82と2以下に減少した。これらの要因としては、国民の歯・口についての健康や審美についての関心の高まりや、予防歯科医療の普及、学校における徹底した歯磨き運動などの歯科保健活動の充実、家庭への啓発などの運動が効果があったと言われる。

また保健指導の指針としての「歯の保健指導の手引き」の刊行とともに、「むし歯予防推進指定校」の設置も大いに貢献した。この制度は、学校歯科保健のモデル校として、1年間の準備期間と2年間の教育・研究期間を設け、学校歯科保健計画（歯科保健教育、歯科保健指導、歯科保健組織活動）を立案し、教育・管理の両側面から、意図的・計画的・継続的に行ってきた。さらに、その評価の観点、児童生徒の口腔保健行動（清掃行動、摂食行動、歯科受療行動）の変容とDMFT指数やGO（Gingivitis Observation:歯肉の要観察者）の

割合の変容などEvidenceに接近した評価を含んでいたことが挙げられる。このような総合的な歯科保健改善事業は途上国においても効果を期待することができる。

2-2-8 学校安全計画

わが国では、学校管理下の事故に対する災害共済給付の経年的な統計によって、児童生徒の障害や死亡の状況を把握することができる。その特徴は、特に障害では、1998（平成10）年には、769件であった障害見舞金は、2004（平成16）年には、201件減少し、568件となっている。この減少には、学校における安全教育と安全管理の充実が考えられるが、その基本計画となるのが学校安全計画である。

学校安全計画は、「安全教育と安全管理、安全に関する組織活動の年間計画を見通した総合的な基本計画」とされていて、すべての学校においてその作成が義務付けられている計画である。この学校安全計画は、学校における安全教育（教科における安全についての学習や特別活動における個別的な学習）と安全管理（心身の安全管理、生活の安全管理、学校環境の安全管理）及び安全に関する組織活動（PTAや地域・専門機関との連携）から構成されている。

この学校安全計画の作成にあたっては、単に計画が一人歩きをしないように、その学校における学校教育目標、学校安全の課題、学校安全の目標、本年年度の重点目標などについての議論を経て、計画が立案される。さらに、その作成過程に注目すると、学校安全活動の評価や計画の問題点、幼児・児童生徒の安全意識や行動実践、けがの発生状況、学年、学科、学校医の意見や保護者及び地域の意見を集約し、吟味することに始まり、原案の作成、教職員による協議を経て、学校長が決定することになる。以上が学校安全計画の概要であるが、諸外国への応用を考えると、学校安全計画の作成までには、作成を義務付ける法的なインフラの整備や学校教育における「安全」の優先性を高めるなど、まずは、その作成の条件整備の過程が応用可能であり、重要である。さらに、学校における教育活動全体を通して、さらには、家庭や地域を巻き込んだ展開を計画することも応用の効果を期待できるものである。以下に、その基本的な様式について例示した。

区分 月	月の重点	安全管理		安全教育							道徳の時間	総合的な学習の時間	安全に関する組織活動	
		対人管理	対物管理	安全学習				安全指導						
				生活	理科		体育・保健体育	学活・H活	級動・R動	主な学校行事				児童会活動・生徒会活動

2-2-9 学校環境衛生の管理

学校環境衛生の管理は明治期から今日に至る学校保健の歴史において一貫して行われて

きた。明治期における学校保健ではこの問題がもっとも重要であった、と言っても良い。学校医が任命されたと言っても今日のように個人の健康評価や指導を目的としたものではなく、むしろ学校環境衛生の管理と改善の指導が主であった。まずは学校保健のインフラからはじめようということと、この問題がもっとも効果を確かめやすいと言うことでもあったろう。照度、照明、騒音、空気、粉塵、校具、飲料水、水のみ・洗口・手洗い場、足洗い場、便所の管理、ごみ処理、ねずみ・衛生害虫、学校の清潔、給食施設、水泳プール、排水の管理、学校周辺の環境管理などが指し当たって重要な項目であった。1948（昭和23）年の学校清潔法では、児童生徒の健康と学習能率の向上のために、清掃時にマスク、帽子をつけ、便所の排尿口などを毎日水で洗浄する、食堂・炊事場、浴室には防ハエ用に金網を設置、下水みぞには蚊の発生を防止、定期清潔法では学期1回は行うこと、が定められた。以来、しばしば環境衛生基準は改定を繰り返し、近年ではアスベストの問題やごみの焼却の問題を取り込んできわめて詳細な管理方式が学校薬剤師によって行われている。開発途上国においては一応の環境衛生基準が定められ、対応がとられているがタイ、ミャンマーともに検査機材、検査技術、対応する処置能力において大きな限界があるようである。そこで、まずはこうした現状において最低限必要な検査機材の供与とその使用法を記したマニュアルと研修が至急必要であり、改善するためのノウハウをあわせて教授してゆくことが望まれる。筆者らがタイにおいて行った環境衛生改善プロジェクトの経験では、まず飲料水検査キット、照度計、騒音計、塵埃計、温湿度計による測定と環境評価によってでもかなりの改善を指摘できるのである。

2-2-10 学校建築

わが国では特筆することとして、学校建築についての研究とそれによる衛生環境の整備が行われたことである。1877（明治10）年には早くもその萌芽ともいえる兵庫県公立学校建築法が現れ、立地の条件について、学区の中央であること、人家に接近していないこと、眺望が良いこと、新鮮な空気を通すこと、西北に樹木のあること、などの条件を顧慮すべき事が示されている。児童数との関係で1坪当たり4人とすることなどの教室計画論が述べられている。また光線との関係で逆光線にならないこと、南を教室の正面ととすること、床高、天井高、窓の大きさ、運動遊具についても規定している。つづいて、1887（明治16）年の宮城県小学校建築心得が文献として残っている。1895（明治28）年には設計の詳細を規定した設計大要が出ているが、「校舎衛生上の利害調査」が著されて三島通良が衛生学的な視点から、論文を官報5325号に掲載した。項目だけを見ると、天然照光（全身に及ぼす影響、視器に及ぼす影響、精神に及ぼす影響、浄気作用、滅菌作用）、採光の方向として欧米の研究を引用して、精密に論じ北側廊下説を証明した。これより学校建築は全国的に類型化されてゆく。明治後期にはわが国では、学校建築についてはほぼ衛生学的な検証を終えて、標準化がなされたといってもよい。しかもこの間に多くの研究者が廊下一つをとっても南側がいいのか、北側かを巡って論争をし、ついにエヴィデンスをもって、北側廊下説が優勢となり以降この形式が踏襲されたのであった。この後、幾たびの建築に関する改定が行われるのであるが、特に室戸台風による被害を受けて、1934（昭和9）年に学校建築改善要綱が制定された。学校建築と防災構造の関係が規定されたのである。この中で筆者には特に興味深いものとして、明視論という研究テーマを挙げたい。1939（昭和14）年、校

舎の構造と衛生との観点から机の面の照度の適当な明るさの研究である。

これは近視の増加と学習能率を問題とし、特に夜間の学習時の明るさが基準化された。同時に座高三角形の理論というのが提出されて体格にあった形状、寸法をもつ机と椅子の規格が提案された。

戦後は学制改革に伴って学校設備の整備が急ピッチで行われた。戦後の混乱の中で校舎は質よりは量を優先された。しかしやがて鉄筋コンクリート造りの校舎が標準設計となり、「日本建築規格、小学校建物JES建築1301」など校地、校舎、教室、工法、が決められた。これらの基準の策定に当たって、科学的な調査、計算がなされて建築面積や構造の基準化がなされたのであった。これは『日本学校建築史』⁵に詳細が示されている。

現在、アジア、アフリカの開発途上国で様々な援助団体、機関による学校建築が行われているが、気候、風土、疾病の構造、児童生徒の体格、衛生習慣、などを吟味した建築になっているとはいいがたいものも少なくない。わが国の学校建築の歴史は単にわが国の経験に止まるものではなく、これらの経験を活かした学校建築が増えてゆくことを願い、また関係者は気候風土にあった適正な学校建築基準を研究するべきであろう。

2-2-11 保健室の設置

学校保健活動の中心としては保健室が挙げられる。学校教育法施行規則第1条では校舎、校具、運動場、図書室に並んで保健室の設置が義務付けられており、学校保健法にはその機能が明記されている。保健室経営という用語もあり、上記の学校保健活動の全般に亘って活動の拠点となっている。保健室の設置基準は小学校では18から37㎡、中学校で18から45㎡で学級数によっている。国が定める整備指針では日照、採光、通風、運動施設のアクセス、救急車駐車場との近接、職員室、便所との連絡、児童生徒の来やすさ、を考慮しなければならない、とされている。また設備としてはガス、水道、電気コンセント、電話、冷蔵庫、エアコン、パソコン、などの設置が望ましく、その他細かな物品が局長通達などによって指定されている。

⁵ 菅野 (1973) pp.1-876

3. 開発途上国における課題と支援の取り組み

3-1 タイ・ミャンマーにおける学校保健の現状と課題

3-1-1 タイにおける学校保健

タイの近代教育制度は1887年にはじまる。1909年に文部省が設立されたが、この頃は仏教僧団、寺院との関係が深く、学校は寺院の中にあり、教師には僧侶があたっていた。タイの教育制度はこの1世紀の間にめまぐるしく変わり、今なお大きな変革がしばしば行われており、現在もお幼稚園の義務教育化が検討されている。

度重なる学制改革によって現在は6-3-3制が確立し、学費は無償、教科書は一部地域（約25%）を除き自己負担となっている。また初等・中等教育内容では、従来タイ語、英語、数学などの教科のみに力点が置かれ、他の教科が軽視されがちであったが、1970年代後半になって保健教育がようやく独自の位置をもつようになった。初等教育カリキュラムでは、総合学習的な方針が取られており、基礎的技能、生活経験、性格形成、勤労体験学習の4分野に大別して総合科目が構成されている。初等教育カリキュラムの主たる目的は、教育内容を生活と連結させて興味をもたせ理解しやすくする、知識の暗記よりも実践経験を重視する、問題解決能力を養い、積極性、自主性を培うこと等である。中等教育内容は各教科に分けられてはいるほかに、必修単位として勤労体験学習、選択単位として職業準備学習が設けられている。

タイの中等教育は6年の課程である。前期（中学校）3年間の義務教育化が1990年に閣議決定され、第7次経済開発計画（1992-1996）に盛り込まれた。1991年に憲法第66条で、教育は国家開発の礎として位置付けられ、教育と教育制度の充実が国家の責務であることが明記されている。

保健教育がタイの教育に始めて登場するのは、1895年に文部省が最初のカリキュラムに「自分の身体についての興味ある話」という単元を採用した時であるが「保健に関係した科目」が必修となったのは1935年である。中学校で「保健」が必須科目となるのは1960年、高等学校では1975年であった。

ここでは、タイにおける学校保健の実情について概略を述べその問題点を明らかにしたい。

タイにおける学校保健は主管を教育省体育局教育指導主事部が行ってきた。しかし近年のめまぐるしく変わる教育行政の中で弱小な分野である学校保健は具体的に担当部署が明確でないままに現在に至っている。（これは中央政府から現場の学校に至るまでのすべての学校保健関係者にとって非常に憂鬱で大きな問題となっている。）

数年前までは保健管理と保健教育については上記の部局が担当し、マニュアルを出している。しかし急激な教育制度改革が進行していて、実質的な担当部署について明確な理解をすることが出来なくなっている。相対的には隅に追いやられてしまっている印象を受ける。以下体育局時代に書かれたマニュアルがあるので、これを参考までに紹介しておく。これにはあるべき目標としての学校保健に関する項目が列挙され、解説が加えられている。タイから日本への留学生は少なくなかったもので、内容的にはわが国の影響を受けたと思われる内容も少なくない。しかし、現実にはタイでは学校保健に関しては、きわめて大きな

地域差、学校差、が存在していることも事実である。つまり、行政的な恒久性や一般性、一貫性が学校保健に関しては保障されない現実がある。従って、わが国のような同等の学校保健行政の徹底した一般性、一貫性は存在しない。従って、ある地域のある学校の健康診断が医師によってなされたといっても、おなじ学区の別の学校が同じように医師によって健康診断をしているわけではない。全く異なった方式の、健診システムをとっている場合も少なくない。いわば、平均像というものをイメージすることが出来ないのが、この国の学校保健である。以下のマニュアルは現実はこの通り実施されているものではなく、あくまでも文書として公表されているものである。

(1) タイの保健教育

1) 仏暦2521（西暦1978）年の小学校における保健教育カリキュラム

タイでは1970年代後半になって保健教育が独立した位置をもつようになった。1978年の新カリキュラム公布によって明文化された初等教育カリキュラムは、5つの総合科目によって構成された。

保健は「生活経験科目」の一部として社会や理科などとともに扱われており、単独では独立していなかった。小学校1-2年生では身体衛生管理や安全などが教授され、これらは、寄生虫症や感染症に対する配慮及び伝統的文化や生活様式への注意の必要性がカリキュラムに反映されている。小学校3-4年生では栄養、疾病予防や薬の使用が扱われたが、現実には中学校に進学しない子どもを想定して学習内容を設定する事情が多かったために、知的発達水準からして高度すぎるとも思われる内容をカリキュラムに取り込む状況が生じていたと考えられる。小学校5-6年の内容は、栄養や疾病予防等に加えて思春期における心身の変化が扱われた。エイズ教育は小学校5-6年の「疾病予防」で行われるのが一般的であった。

各学年の年間学習時間は、1週につき25時間以上の学習時間を40週以上実施とされており、その合計は200日、1,000時間以上になる。カリキュラムは基準を示しているものであるため、学校の特性やニーズに応じて適宜変更することは可能である。低学年での各教科の授業は学級担任教師が行うが、高学年では学校に専門教師がいる場合はその教師が授業を行っていた。

2) 中学校における保健教育カリキュラム

中等教育は合計6年間であるが、義務教育としての中等教育は3年間であった。この3年間の中等教育のカリキュラムは必須科目と選択科目で構成され、必須科目はタイ語、理科、数学、社会、個性開発科目（保健体育、美術）、職業教育及び特別活動であり、保健が独立していた。エイズは、1-3年生を対象にした自由選択単元の「現代の重大感染症」にて取り扱われることになっていた。

中学校のカリキュラムでは、1学年は通常2学期に分けられ、1学期は20週とされる。1校時を50分として、1日に7校時以上、1週間に5日以上、合計で1週間に35校時の学習をする。また、2校時を1単位として、必須科目と選択科目の合計で90単位を取得しなければならない。保健に関しては1週間に1校時の学習が規定されているので40校時の学習にて、1年に合計20単位を取得することとされる。中学校の場合には、小学校のように学習時間

に融通がきくわけではなく、決められた規準に準拠しようとする制度がみられ、また教師はそうした態度をとっていた。

3) 仏暦2544 (西暦2001) 年基礎教育カリキュラム (以下、2001年基礎教育カリキュラム)

1997年に憲法において、最低12年間の無償による基礎教育を受ける権利が制定され、1999年8月には新国家教育法が制定・施行されるに至った。2001年基礎教育カリキュラムは2003年度から導入が始まり、2005年度から全学年にて実施されている。

2001年基礎教育カリキュラムは、小中12年間一貫の教育課程であり、3年ごとに1段階として分割され、第1段階から第4段階までの構成になっている。初等教育第1学年から中等教育第3学年までの9年間は義務教育であり、初等教育第1学年から中等教育第6学年までの12年間の無償による基礎教育と制定されている。カリキュラムは、8学習内容グループ (タイ語、数学、理科、社会・宗教・文化、保健体育、芸術、職業および技術教育、外国語 (英語)) および学習者発達活動にて構成されている。

4) 保健体育学習の重点事項

初等教育第1学年から中等教育第3学年までの9年間の義務教育に関する「保健体育」の重要点は次の通りである。重要点1: 人間の発育と発達、重要点2: 生活と家族、重要点3: 動作、運動、ゲーム、タイのスポーツ、世界のスポーツ (体育に関連する内容)、重要点4: 健康と健康のための能力の増進および病気の予防、重要点5: 生活の安全。

5) エイズ教育

病名そのものについてカリキュラムに記載はないが、小学校4-6年の重要点2: 「生活と家族」の第2段階学習規準5「性に関する問題への適切な判断と解決」にて、中学校では1-3年生の重要点2: 「生活と家族」の第3段階学習規準5「生命の危険を伴う性交渉に関連した感染症」にて行われるのが一般的である。

6) 初等・中等教育におけるエイズ教育

1993年に急遽発行された教育省学術局による小学5年生及び6年生のエイズ教育指導書には、小学校5年生及び6年生に対するエイズ教育は、学術局が提案した各学年10項目のエイズについての教育を行うように記載された。さらに各1項目につき3校時を当てる、即ちエイズ教育に関して30校時を当てるのが一般的であると明記されている。さらに、1978年カリキュラムの生活経験及び性格形成科目に含まれている道徳教育や仏法原則の中にもエイズ教育を挿入することは可能であり、教師は最適なエイズ教育ができるように他の項目の学習時間との調節を柔軟に行わなければならないと謳われた。従って、教育省は何よりも優先してエイズ教育に時間を充てることを推奨した。我々の調査からも、学校現場では、実際に深刻な事態を鑑みて、様々な機会を通してエイズ教育を推進していた。しかし、標語を掲げたり、啓蒙宣伝活動的な行事も多く、系統立てて知識を習得し、行動変容を促すといった教育に努めてはいるが不十分であるとも見受けられた。

ここでタイの保健教育及びエイズ教育の特徴と問題点を挙げてみよう。

①柔軟で自由裁量にまかされた教育制度

タイでは義務教育制がとられているとはいえ、現実には小学校に15歳の少年が在学しているような就学年齢や就学期間に関する例外も多々認められる。山岳地や農村部などでは厳格な教育制度では対処が難しいため、現状に応じた多様な方法がとられている

②エイズの流行に追いつかなかった保健教育とエイズ教育

エイズの急速な拡散にもかかわらず、複雑な教育行政システムの影響もあり、北タイや東北タイ地方で始まったのは1993年になってからであった。この時期は、タイにおけるエイズ流行の第5波つまり家庭内にエイズが侵入した時期であり、今日のエイズの拡散に無関係とは言えないかもしれない。

③理論的理解に弱い児童生徒のエイズ知識

我々の調査地では、保健所の職員は、あくまでも予防実践法を重視したエイズ教育を行っていた。一方、教師の専門的知識は一般に乏しく、理解不十分な状態なままで教育を行っている場合が多い。従って、児童生徒のエイズ知識も理論的理解が弱く、確実な知識を基盤においた予防行動となっていない状態が生じている。

④実際にはカリキュラムに則して行なわれていない教育

北タイの山岳部の場合、村の伝統行事、両親の仕事の手伝い、年少者の世話などで、学校自体の休校や児童の欠席、退学等の問題もしばしば起こり、授業がカリキュラムに則して実際には行なわれていないことが多く、またそうならざるを得ない現実がある。それがひいては生徒の基礎学力に大きく影響している。

7) まとめ

①タイの2001年基礎教育カリキュラムの公布によって、初等教育から教科としての保健が教授されている。②現在、エイズ教育に関してはカリキュラムに直接の記載はないが、カリキュラム上では小学校高学年の「性に関する問題」、中学校の「性感染症」等にて行われるのが一般的である。③学校保健の内容構成は実践的であり、エイズ教育に関しても行動の変容に重点がおかれている一方、理論的な理解が不十分という弱点をもっている。④中学教育が義務教育ではあっても実際には中学への進学率が100%に達せず、多くの生徒がそのまま生業につき、女子は結婚する者もいるので、小学校からのエイズ教育が必要となっている。⑤都市と農村における教育の機会不均衡が依然として重大な問題である。⑥一般に、教育制度が弾力的で教育方法や単元も学校によって自由に選択されている傾向があり、そのことが児童生徒の性・エイズに関する知識習得程度に影響している。⁶

(2) 学校保健統計情報

タイの統計は20年前には人口登録が70-80%という程度の水準であったが、その後、次第に改善され、統計システムも整備されてきた。また、近年では内務省が中心になって進めている2001年を一つの完成目標としたコンピューターネットワーク化を契機にして、統計情報の開示も進んでいる。現在では、タイ国外からもインターネットを介して統計情報を

⁶ タイ教育省学術局、仏暦2544（西暦2001）なおこの項は笠井直美、大澤清二が2005年現在の状況を現地にて調査した情報をまとめたものである。

知ることができるようになってきた。しかし、このような進歩と並んで、未だにいくつかの点で改善がもたれる問題も残っている。ここでは、以下の諸点を紹介する。また、特に統計データの重複とデータ間の矛盾について最近報告された統計から指摘する。

統計の重複と信頼性について：

タイ国は建国以来、強力な中央集権的行政制度を維持している。統計についても中央政府が強い権限と予算、人材を独占しており、対する地方統計や民間統計は貧弱である。国家統計局（National Statistics Office）を中心とした機能集中型の統計組織に加えて、各省庁が行政課題別に並列的に統計システムを運営する形態をとっている。この並存的システムは、他の先進諸国でも直面しているように、行政と統計の規模が拡大するにつれて次第に矛盾をも生み出してゆく傾向にある。これはタイ国でも同じであって、同じ標識の統計を複数の組織が重複して作成するということが起きている。そこには類似統計の競合のみならず統計的定義の違い、分類の相違が起り、相互の比較可能性を混乱させ、被調査者の調査負担を増し、統計業務全体としての予算配分の不均衡化や人的、物的資源の利用の非効率化を招来することとなり易い。

保健統計に関連した標識と主務官庁について、最近公表されたものから紹介する。

ここでは、次の省略記号を用いる。

MOI (ministry of interior), NSO (national statistics office), MOPH (ministry of public health)

●婚姻と離婚、家屋・世帯調査（地域別）、離婚率、婚姻期間；Registration division, local administration department, MOI

●13歳以上の婚姻状況調査（平均初婚年齢、僧侶の率を含む）；Report, the survey of population change, NSO：このデータと上のデータは類似する。

●薬物；Treatment and rehabilitation division, Office of the narcotics control board, Office of prime minister, NSO

●交通事故；The royal Thai police department, Department of highways, the express way and rapid transit authority of Thailand, and the state railway of Thailand, MOI, これはMOPHの vital statisticsと重複する。

●外来、入院患者、医療従事者、医療施設；Bureau of health policy and plan, Office of permanent secretary, MOPH, ここでMaternal mortality ratesやICD10による死因統計も扱う。

●障害者（原因別、性別年齢別、疾患別、診断者別、地域別）；Report of the health and welfare survey (RHWS), NSO

●健康意識調査、（年齢、性、症状器官別、地域別、職業別、病気日数、初診そして最終医療機関別、事故障害調査を含む、慢性疾患別、診断者別、地域別、慢性疾患の治療手段別、治療に使った健康保険の種類別地域別有病率など）Report of the health and welfare survey (RHWS), NSO

●栄養、低栄養児童調査；Nutrition division, MOPH

●喫煙調査（年齢、性、地域別、頻度、経験、止めたきっかけ別、吸ったきっかけ別、その性別年齢別、地域別、タバコの種類、日消費量の年齢地域別、妊娠中のタバコ消費調査；RHWS, NSO

●喫煙調査、The survey of cigarette smoking behavior, NSO、1998年、1993年、1999年に公

表。

この調査はほぼ下記の飲酒調査のRHWSと同じ。

- 飲酒調査（年齢、性、地域別、頻度、経験、飲んだきっかけ別、その性別年齢別、地域別、妊娠中の酒消費調査）；RHWS
- 自動車などの利用調査と薬物の利用調査（年齢、性、頻度、ヘルメット着用）；RHWS、NSO
- 乳児死亡；家族計画・避妊方法；Report, the survey of population change, NSO
- 母子保健（栄養調査を含む）；Family health project evaluation for the 7th national economic and social development plan (1992-1996) ,Family health division, Department of health, MOPH.
- 乳児死亡率；Report, the survey of population change,NSO（地域別）、類似統計を Office of the permanent secretary, MOPHも公表。
- 高齢者の性別の疾患、治療機関；Report of the survey of elderly in Thailand, NSO, 前掲の健康意識調査と類似。
- 識字率；（年齢、性、地域別、職業） Report of the literacy survey , NSO
- 就学率・数については教育省の業務統計として報告がなされているほかに、10年に一度行われる人口センサスにも報告されている。
- 以上のように項目別に見てきたが、統計調査別に見ると、NSOによって行われている保健と教育関係の調査は「Time use survey」「Children and youth survey」「The sport played and sport watching behavior survey」「Health and Welfare survey」「Survey of cigarette smoking and alcoholic drinking」「Reading behavior of population survey」「survey of fertility in Thailand」「Disability survey」「Survey of elderly in Thailand」である。また、教育省が公表している調査統計は「Educational statistics in Thailand academic year 1999-2003」「Education statistics in brief」「Report of higher education of public university 1999-2002」、保健省では「Public health statistics」「Report of health resource and survey data」、法務省の「Drug addict treatment」に関する報告などがあり、比較的充実した統計情報がある。

1) 進むコンピュータ・ネットワーク化と現場の問題

タイではNSOによる中央集中の統計制度を持つ一方で保健省による機能分散も同時に行っている。保健統計の地方分権は進んでいないが、他の部門の統計と比べると保健所等による地区統計はそれなりに一定の形式と利用性を持ち、また一部ではあるが地区担当者による当該の地区データの利用も可能である。しかし、現在進行中のコンピューター・システムの導入は当然中央におけるデータの集中管理を促進することになるので、かえって地区統計の利用性が低下する事態も現われる。また、急速なコンピューター化によって現場事務でしばしば、システムの故障で報告事務に支障を来す事態も起きており、電話も未敷設の地区ではコンピューター・システムの導入への対応に苦慮している。

タイ国の保健統計には現場レベルでのデータ収集において、未だに信頼性に欠ける点と、集計段階における間違いが混在している。例えば、高齢者の人口数が死亡に伴って

抹消されず（現場レベルの問題）、さらにこの数字をそのまま集計して不当に高い高齢者生存数を集計し公表している（中央レベルの問題）とか、実質的にはほとんど登校していない児童生徒が就学率計算にくわえられているとかである。

2) 計画手法と統計

タイ国の行政をみるに、実際の行政に統計が有効に活かされていない。むしろ学校保健にあっては基礎となる統計が欠けているのでなおさらである。統計は行政を科学的、客観的に行うための基礎を与えるものである。統計利用があってはじめてデータを収集した意義が生まれる。他の東南アジア諸国とおなじくタイ国には教育統計や学校保健に関連した統計はあっても計画手法との関係が希薄であるのでこの点を今後研修などを通じて強化することは重要な課題である。

3) 山地民と統計

タイに限らずミャンマーにおいても、正確な保健医療統計の生成を妨げている問題として国境付近に居住する少数民族の問題がある。国境を越えてたえず流入する山地民の実態を正確に統計に反映させることはなかなか困難な問題である。その上、彼らの健康問題にまで及んでその実態を把握しようとする場合には事態はかなり難しい。筆者の長年の課題である子どもの発育や栄養データについても従来全くデータが存在せず、その指導上のガイドラインも存在しなかった。タイ政府をはじめ多くの国では、一般的には代替的に国際的な標準データを用いている。大澤らはこの点について現在カレン族、メオ族、ラオ族、そしてビルマ、モン、シャンなどについての標準値を作製中である。⁷

(3) 学校健康診断

ここでは健康診断の方法と項目を明らかにし、ついで北タイのチェンマイ県を例にとつて、都市大規模校、都市中規模校、都市小規模校、郡部大規模校、郡部小規模校、そして福祉学校のうちから代表的な学校を選び、健康診断の実態を紹介する。実際には健康診断項目は学校の裁量に依存して非常に融通に富んだ弾力的な運用がなされている。健康診断を行う人、金、場所、方法、項目、データの扱い方のいずれもが学校によって大きく異なっている。いわば状況対応型の健診システムであり、また受益者負担を原則とするシステムも一部の都市大規模校ではみられる。一貫性、一般性を旨とするわが国の健康診断システムとは制度的に大きく異なるものである。

タイは欧米に比較して多くの健康診断項目が日本のそれに類似している。欧米の健康診断が直接学習活動に関連する項目に限定されているのに対して、タイは細かな項目にまで配慮を払い、これを評価しようとしている。その点では中国と並んで学校保健制度下における健康診断を比較する上で興味深い。

近年学校保健分野における国際交流や比較研究が徐々に重要性を増しつつある。これまでは教育における途上国援助は保健以外の分野に限られていたものが、近年に至って学校保健にも関心が向いてきている。学校をひとつの地域の情報や文化のセンターとしてみる

⁷ 大澤清二（2000）126-127

と、発展途上国では地域における学校の役割は非常に大きい。健康診断という点から見ても産業が近代化されていない地域では学校はもっとも大きなチャンネルである。そのような意味からも当該国の健康診断の実状を理解しておくことは有意義である。

ここで報告するデータの収集法について述べておく。

- ①全国一律に用いるべくタイ国教育省が制定している健康診断項目について。
- ②タイ北部に位置するタイ第二位の都市を抱えるチェンマイ県を典型例として取り上げ、上記の健康診断がどう実施されているかを紹介する。

- ③同県の公立primary schoolとsecondary schoolから大規模校、中規模校、小規模校を都市と農村・山村を考慮して選び、これらの学校の健康診断の実態を紹介する。

調査対象校の選定にあたっては、都市大規模、都市中規模、都市小規模、郡部大規模、郡部小規模、福祉学校の各層からその代表としうる学校を選んだ。

- ①チェンマイ県チェンマイ市（正しくはアンプームアンというがここではこの表記を用いておく）旧市街に位置するY中高等学校、生徒数3,200人、教員140人の大規模校。ラーマ6世によって設立された歴史100年を超える、県第一の名門校といわれる。健康診断をはじめとしてこの学校より充実している学校は同県には無い。
- ②チェンマイ市より約20km北にあるメーリム市郊外にあるMW中高等学校、生徒数1,400人の中規模校。（タイでは500-1,499人の学校を中規模と分類する）この学校はY校に比べて農村と都市部の中間にある。タイ地方小都市の典型的な平均的な中等教育機関であるといえる。
- ③チェンマイ市郊外にある都市近郊の小規模校、WD小中学校。機会拡大教育制度の普及によって近年中学校も併設されている。少数民族児童生徒、アカ、モン、リスも在学しており、そのために寮施設もある。この地方では有名なWD寺院に併設しているために寄付に頼った運営が行われている。タイにあってはかつてはほとんどの学校がこのような形態であったが、現在では農村部やわずかの都市に見られる程度である。児童生徒数200人余り。
- ④チェンマイ県サムーン郡バンドン地区にある、SP中高等学校。郡部の中心に位置し生徒数2,000人、教員数50人の田舎の大規模校である。同郡では高等学校はここのみで、中学以上の進学はここに集中する。健康診断も郡部ではここ以上に充実していることは他の学校ではありえない。
- ⑤同郡のさらに山間部に入ったB小中学校。児童生徒約500人、教員30人の山の小規模校。タイ族の他にカレン族が多い。
- ⑥特殊な学校としてチェンマイ市内にある福祉学校（ロンリエン・スックサー・チョンクロー）。

学校健康診断として国が実施すべきとしている項目について

タイ政府は表3-1のような項目を立てて、学校が健康診断を定期的実施すべきであるとしている。

表3-1 タイにおける標準的な学校健康診断記録票
(公衆衛生職員による学年第1回目の児童生徒健康診断記録カード)

年月日						
学年						
年齢 年 月【〇歳〇ヶ月】						
身体および衣服の清潔						
肥満						
髪および頭						
目						
耳						
鼻						
口、舌						
歯						
歯肉						
のど						
扁桃腺						
甲状腺						
リンパ腺【特記】						
肺						
心臓						
肝臓						
脾臓						
胃、腸						
神経						
皮膚						
骨						
話し						
その他特記事項						
検査者署名						

(記録)

判定検査および説明記載がある各事項の付加記号

正常：0(0)

異常：タイ語による疾病名を特記

非検査：-(-)

身体および衣服の清潔は 清潔、まあまあ、不潔を1、2、3、の順序で特記

肥満 標準体重

標準以下体重

標準20%以上体重

児童生徒健康記録カード

この児童生徒健康記録カードは、転校先にその都度委譲しなければならない

(経歴)

登録記載期日〔年月日〕

学校名

所在地

氏名

性

女性

男性

誕生日

月

仏歴年

住所

村

区

郡

県

国籍

宗教

母親氏名

生存

死亡

離婚

職業

父親氏名

生存

死亡

離婚

職業

保護者氏名

住所

職業

(転校)

年月日	学校名	所在地

(既往歴)

(病歴がある場合は枠の中にVを入れること)

麻疹		頻繁な風邪		貧血症	
水痘		喘息		甲状腺腫	
流行性耳下腺炎		肺炎		特記する他の疾病	
ジフテリア		結核		アレルギー (症状)	
百日咳		出血熱		手術 (手術名、期日)	
腸チフス		てんかん		大事故 (事故名、期日)	

家族内既往歴

患者の有無

結核

てんかん

特記する他の疾病

(成長記録)

(年2回 : 第1回8月1日、及び第2回2月1日)

年月日						
年齢、年/月、〔〇歳〇ヶ月〕						
体重〔kg〕						
身長〔cm〕						
発育状態						

(普通 : p、標準以下 : t、標準以上 : o)

(視力及び聴力検査記録)

年月日				
裸眼視力測定	右	左	右	左
眼鏡装着視力測定	右	左	右	左
PIN HOLEによる視力測定	右	左	右	左
聴力	右	左	右	左

(6月および12月の2回における健康診断カード)

学年	回	年月日	歯肉炎				う歯	連絡	有処理
			上	下	要約	段階			
			右・前・左	右・前・左					
	1								
	2								
	1								
	2								

(記録解説)

歯肉炎	段階	う歯	連絡および有処理
(口腔内を6区分する)	(要約枠の結果より)	0=う歯なし (教員が実施終了の際には v 印を記入)	
(上)	(下)	1=う歯	
右 前 左	右 前 左	0= a	要約
0=正常歯肉	1-2= b		歯肉炎枠の結果[6枠]からの総合結果は、
1=歯肉炎	3-4= c		もしどの枠でも1つ、もしくは数多くの7が
7=早急要治療	5-6= d		記載されている場合は、要約 = 7 となる
口腔内状態	7= e.		

(免疫促進〔予防接種〕)

回数	BCG	ジフテリア +百日咳 +破傷風	ポリオ	麻疹	ジフテリア +破傷風	腸チフス	風疹	破傷風	その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									

就学前児 (年月日もしくは v 印を太線上に記録)

就学児 (年月日を太線上に記録)

(健康、性格、異常行動、治療、連絡あるいは援助等に関する児童生徒
の異常知見による小学校教員および中高等学校あるいは公衆衛生青少年
指導員による指導事の記録)

年月日	事項	年月日	事項

しかし、これは飽くまでも理想的なものであってこれを実施しうるだけの人的、財政的
資源を持っている学校は実査を行ったチェンマイ県ではきわめて僅かであり、ほとんどの
学校では代替的な方法をとっていた。こうした行政がタイにおける一般的な傾向であると

言ってよい。

実際大都市の主要校では医師が診断を行い、看護婦と助手がこれらのデータを一人づつコンピューターに入力しており、ほぼ完璧なデータ管理が成されていた。しかし大部分の学校ではデータも取られず、管理もなされず、また報告もなされていない。したがって統計もまとまりを持ったものはつくられていない。

1) 調査結果の概要

- ①都市大規模校、人、モノ、金、いずれも潤沢にあるので充実した健診を行い、表3-1の項目を医師が有料で担当。独自の健康診断統計を発行して保健指導や教育にも活用している。看護婦が常駐する他に職員を一人雇用して補助作業をしている。受益者負担の学校保健サービスをしている。傷害保険も有料。発育評価と肥満評価は個別に健康診断データをパソコン処理して判定している。標準値は保健省標準値を用いている。
- ②都市中規模校、看護婦はおらず、トレーニングを受けた一般教師が担当する。健康診断は地区保健所職員が訪問して行う。急患や健康診断の異常者はナコンピン病院に任せている。歯科も同様である。傷害保険、薬代は有料。発育評価と肥満評価は個別に行い標準値はマヒドン大学のものを使っている。眼科の健診を眼鏡会社のサービスにまかせている。眼鏡を作る場合はこの会社に任せる。歯科検診は保健所から歯科治療士が来て行う。
- ③都市小規模校、看護婦はおらず、トレーニングを受けた一般教師が担当する。健康診断は地区保健所職員が訪問して行う。急患や健康診断の異常者はチェンマイ市内の病院や郡の病院に任せている。歯科も同様である。傷害保険には入っていない、薬代は無料で政府からの配給を受けている。発育評価と肥満評価の標準値は保健省のものを使っている。眼科の健診はナコンバトムのボランティア団体に任せている。眼鏡を作る場合は無料である。歯科検診は保健所から歯科治療士が来て行う。
- ④郡部大規模校、看護婦はおらず、一般教師と生徒の2人が担当する。健康診断は保健所職員が訪問して行う。急患や健康診断の異常者は村の保健所に任せている。歯科検診は保健所から歯科治療士が来て行い、治療は保健所内で毎週金曜日に行っている。
傷害保険には入っていない、薬代は無料で政府からの配給を受けている。発育評価と肥満評価は標準値は保健省のものを使っている。眼鏡を作る場合は無料である。
- ⑤郡部小規模校、④とほぼ同様だが、病院から遠く保健所に依存している。
- ⑥福祉学校、看護婦が一人常駐する。保健室は独立した建物がある。健康診断は地区保健所職員が訪問して行う。急患や健康診断の異常者は公立の大病院に任せている。歯科も同様である。傷害保険、薬代は無料。発育評価と肥満評価は個別に行い標準値は保健省のものを使っている。眼科の健診を眼鏡会社のサービスにまかせている。眼鏡を作る場合はこの会社に任せる。歯科検診は保健所から歯科治療士が来て行う。山地民が多く寮生活をしている。簡単な保健統計を作成し、校長に届け出ている。

2) まとめ

学校健康診断は、学校の裁量に依存して非常に融通に富んだ弾力的な運用がなされている。健康診断を行う人、金、場所、方法、項目、データの扱い方のいずれもが学校に

よって大きく異なり、状況対応的であり、また受益者負担を原則とするシステムもみられ、一律性、恒常性を旨とするわが国の健康診断システムとは制度的に大きく異なっていた。さらに、個人ごとに家庭に持ち帰るように設計された健康ノートがタイ全土で配布されている。これは、小学校5年生から高校3年まで縦断的に健康状態を記入し、発育状態を観察できるように設計されたノートであって、わが国の母子健康手帳のようなものである。もし、これが十分に利用できたなら健康診断とその事後の措置、指導に多大の効果をもたらすに違いない。しかし、残念ながら調査した範囲では一校もこれを利用しておらず、保健室にほこりを被っていただけであった。これなどはしばしば見られる計画性と持続性のない事業そのものといってよく、アイデア倒れの好例である。

このほかにも、10年ほど前にJJASAテストと呼ばれたわが国のスポーツ少年団の発案になるスポーツテスト（運動能力、体力テスト）の事例がある。タイにはこの種の標準化されたテストがないために日本のテストを模して簡易版のテストを行った。この為に日本留学経験のある大学教官が講師となって各地をまわり、テストが行われた。全土で膨大な数のデータが収集され、教育委員会には山のようなデータが蓄積された。しかし、このデータは全く整理も集計もされず、唯の紙屑となってしまった。後任の行政責任者はこのテストを無視し、そのまま今日に至っている。むろん標準値は依然として欠けたままである。

一方、タイは流行に大変敏感な国柄である、かつてプライマリー・ヘルス・ケアがWHOによって唱導されわが国がこれを後押しして、この活動を推進したときには世界に先駆けていち早く、PHCトレーニングセンターをバンコク郊外のサラヤに誘致し、PHCのリーダー的な国となった。また、近年になってヘルスプロモーティング・スクールが注目されるとこれまた早速に飛びついてこの事業を始めつつある。これはタイ人の進取の気性とも言うべき美質であろうが、持続的に少しずつでも良いから改善を重ねて成果を上げるまで粘り強く活動することがもっと大事なことであるということに気づいて欲しいものである。⁸

3-1-2 ミャンマーにおける学校保健

(1) 学校保健行政

ミャンマーにおいて、学校保健は教育省と保健省の両方が所管している。保健省では子どもの健康管理、教育省では健康教育をそれぞれ分担している。学校保健マニュアルでは保健省の組織構成は明記されているが、教育省の組織は不明確であり、純粋な学校保健担当者はいない。学校保健に関する法律はないが規則はある。規則には主に健康診断について書かれている。学校保健の内容は学校保健マニュアルの学校保健活動計画（綱領）にも示されている以下に示す9項目で行っている。

- ①保健教育
- ②学校周辺の衛生
- ③子どもの栄養状態
- ④学校での健康、子どもの体調、身長、視力、歯の検診

⁸ 大澤清二（2002）pp.242-245

- ⑤病気の予防
- ⑥メンタルヘルスケア
- ⑦学校から親に対する教育（子どもを通じた親の教育）
- ⑧教育（訓練）と研究
- ⑨学校での体育、スポーツ

ミャンマーの教育行政は主に郡（Township）ごとに運営されている。学校保健の領域でも同様である。郡において学校保健行政に関わる組織は教育事務所、医療事務所、内務事務所が相互の連携を図りつつ担当することとなっている。教育事務所は主に保健教育を、医療事務所は主に学校環境衛生の管理、ならびに健康管理の仕事を分担している。

我々の訪問したマンダレー県チャウクパダン郡（Mandalay Division, Kyaukpadaung Township）教育事務所では、郡内に小学校255校、中学校11校、高校4校の合計270校を管理していた。教育事務所の組織は事務官の下に4人の副事務官がおり、そのほか経理担当者など総勢13名である。副事務官4人はいずれも教育省に所属しているが、ほとんどが地元の人である。郡を4分割して、副事務官は1つの地区を担当し、地区内の学校に対して責任を持っている。副事務官の1名が郡全域の学校保健を担当することとなっている。前任者は転勤し、現在の学校保健の担当者は2年目であった。学校保健の担当者は専門的な教育を必ずしも受けていない。この教育地区では、担当者の地区に学校保健の優秀候補学校があり、そのため学校保健担当者に任命されていた。また、郡の医療事務所の学校保健担当者は医者であり、さらに看護師が1名いることが明らかとなった。この医師と看護師で、学校の健康診断棟などに従事している。

（2）教育研修制度

専門官、もしくは教員に対しては、階層的な教育研修制度を有している。教育省や保健省は郡の担当専門官に対して研修を行い、郡は校長を中心に学校保健担当者の研修を行っている。

厚生省の方針で、学校保健健康状態を向上させるために、トレーニングコースを1年に1回（2日）、各郡の学校保健担当者2名（Township Education Officer, Township Medical Officer）を対象に行っている。また、その際、UNICEF担当者が、ライフスキル教育に関わる内容を補足的にサポートしている。また、教育省によると、学校保健に関わる教育研修会は年間7日を行っている。

学校における学校保健担当者の研修は郡で行っている。郡の保健省の学校保健担当者の医師が教えるのが一般的である。カリキュラムは保健省が作製したテキストに沿って行われる。このテキストは1-2年ごとに変更されている。このテキストに加えて、ライフスキル教育のテキストも各学校に配布されている。しかし、我々の調査では学校に必ずしも行き渡っていない。地方の学校の先生によると、郡のほうから年間何回かコースがある。子どもの怪我、頭の怪我などの研修を行っている。研修は郡において1日で行う場合もある。新年度が始まる前の事前研修ではつぎのようなことが指導されている。

- ・子ども50人に対して1個のトイレをつくる。
- ・歯が悪い子どもが見つければ、1週間以内に歯医者につれていく。
- ・学校保健委員会の作り方、構成メンバーの選び方。

- ・毎日、毎週、毎月の内容や予定を作ること

最近行われた研修は、デング熱を防止するためにぼうふらの発生を防止する方法について行われたようである。

その他、ヤンゴン市内の学校の先生によると、ライフスキル教育のためのトレーニングコースは別途準備されており、HIV、蚊の病気などそれぞれの内容が1週間程度でコースが準備されているそうである。

これらの情報を総括すると、保健省と教育省は郡の学校保健担当者に対して、定期的に研修会を実施しており、また、郡では、医療事務所が中心となって学校の先生を対象に研修を実施している。しかし、地域差があり、ヤンゴン市やその他の熱心な地区では様々な研修プログラムが準備されているが、地方では校長先生の短期的な研修が行われており、この段階で情報の損失が生じていると思われる。

(3) 学校保健委員会

学校保健委員会は学校保健マニュアルでは国家レベルでの学校保健中央委員会、州・管区学校保健委員会、県学校保健委員会、郡学校保健委員会ならびに校内学校保健委員会が階層的に構成されている。我々の調査では、特に、郡の学校保健委員会と校内学校保健委員会に焦点を絞り、その組織と活動実態について触れる。

郡の学校保健委員会の構成は、教育事務所、医療事務所、市役所の3者より構成されている。マンドレー県キャウクパンダング郡の委員会の活動状況は、一月に1回、会議を行っている。議題は子どもの身長、体重についてであり、年齢と体格が合わない子どもの栄養問題について検討している。その他、学校の周辺環境の衛生、学校内のトイレをきれいに使うこと（トイレの使い方）、飲料水の指導も行っている。

学校の保健委員会は全ての学校で組織されている。郡から作るように指導がある。学校保健マニュアルでは構成員は校長（議長）、PTA会長（副議長）、学校保健担当者教師を含めた10名で構成することと定められている。さらに、学校保健担当医を顧問として招聘できることになっている。

我々の調査結果では全ての学校で学校保健委員会が組織されており、その構成員も学校保健マニュアルに規定されたとおりほぼ構成されている。人数は合計で6名のところもあり、学校によってその規模に差がある。日常の学校保健活動については校長先生に責任がある。また、活動の実態は学校により大きな差があり、我々の調査した学校のパターンを類別すると、実施頻度については、

- ・なにか起こったときには活動し、それ以外は何もしない。
- ・学校保健委員会の頻度は月に1回実施している。
- ・学校保健委員会は年3回開催、新学期前、10月、12月に行っている。

学校保健委員会としておこなった活動として、

- ・郡の担当者と一緒に校内の食堂の食品衛生のチェック
- ・学校の職員の家の衛生状態
- ・蚊の発生予防（蚊の発生源対策）
- ・ごみの捨て方、処理の方法
- ・清潔なトイレ使用方法

・学校周辺の環境整備

を実施していた。学校の活動水準も学校による格差が著しいといえる。

以上のように、国より直接郡に指導・研修が行われており、州・管区学校県委員会ならびに県学校保健委員会の職務の一部が学校保健に割り当てられている。

(4) 学校保健優良学校制度

学校保健活動の充実を図るため、郡の教育事務所と医療事務所が協力して学校保健コンテストを実施し学校保健優良学校を選出している。我々の調査では以下に示す観点で評価している。

栄養 学校の栄養摂取記録を見る

時々食事を見に行き、食事内容の評価を行う

トイレ ハエが入れないようにしているか

におい

外から見えない、壊れていない

便器にはふたがあるかどうか

水があるかどうか

(トイレの方式は染み出し式)

飲料水 砂を用いたろ過を行っているか

水のタンクに強い光が当たらないか

水を入れる陶器にふたがあるか

コップに取っ手がついているか (ついていないと手が水につかる)

学校周辺環境

ごみの捨て方 教室のゴミ箱にふたがあるか

構内に穴を掘ってうめる、あるいは燃やしているか

郡の清掃会社にごみをもっていさせるか

ヤンゴン市内でのデモンストレーションスクールでは、学校保健やそれに関わる活動は目覚ましい成果を達成している。これらの優良校は10年以上にわたり表彰を受けており、その活動の継続性が窺える。また、マンダレー県キャウクパンダング郡では、学校保健優良校の制度があり、その学区を担当する副局員が学校保健の担当を行っている。残念ながら、その学校の活動、取り組みの実態は不明である。その他の学校では、学校保健の活動について、非常に乏しいといわざるをえない。デモンストレーションスクールのような学校保健活動を継続して行っている学校があるが、それが他の学校に伝播するシステムが不在であり、地方に普及していかないことが指摘できる。

(5) 保健室、学校医、学校保健師の整備状況

基本的に学校に保健室は整備されていない。また、医薬品も未整備の状態であるといえる。学校によっては非常に効果的な保健システムを確立しているが、国の制度ではなく、学校の教師や保護者が積極的にシステム作りを行っている。

積極的な学校では、保護者のボランティアによって、医師が時々学校に待機し、子どもの病気やケガに対処している。またスクールナースのような仕事を行う者がいる学校もある。

る。

しかし、多くの学校では、保健室の施設はなく、医薬品もほとんどない状態である。子どもが学校内で怪我をした場合には、郡の医療事務所に連れて行かざるを得ない状況である。しかし、医療事務所より遠く離れた学校では全く対処の方法がない。

(6) ライフスキル教育

ミャンマー政府はライフスキル教育に非常に熱心に取り組んでおり、そのカリキュラムを整備している。ライフスキル教育で扱う内容は、表1（ライフスキルカリキュラム）に示すように、環境衛生、伝染性疾患、社会スキル、精神保健、環境教育など、包括的に構成され、児童生徒の発育発達状況を鑑みつつ、指導計画が作成されている。ライフスキル教育は、学校保健マニュアルで、小学校のテキストに20%、中学校テキストに10%、高校テキストに5%含めることとなっている。また、ライフスキル教育はUNICEFが主体となってミャンマー全土で展開している。これらの指導者用のテキストは地方の教育事務所までは配布されている。

教育省での情報をまとめると以下のようなになる。

学校保健をLife Skill Educationとして、1年生から3年生まで、1週間3回30分実施している。4年から5年までは週2回35分教えている。6-9年生は授業は1週間1回45分ある。10-11年生は2週間で1回45分行っている。ライフスキルの授業は、担任の先生が教えることもあるし、担当がいる場合もある。授業の少ない先生が教えることもある。担当者は各学校に必ずいる。ライフスキルの担当者には、特別な資格はないが、文部省から6-9日（6日+3日）のトレーニングコースを受けている。内容は文部省と厚生省がメニューをつくっている。国が教科書を作っている。ライフスキルの教科書は11種類、ティーチャーズ・ガイドが他にあり。小学校の先生は保健の担当の教員も持っている。ライフスキルと保健の内容はほとんど同じなので、その2つの教科書を使って教えている。ライフスキルは全ての先生が教えている。教える内容は決まっており、教科書は学年別に分かれている。

我々の調べた範囲では、子どもたちが保健の教科書、あるいはライフスキル教育の教科書を利用しておらず、この教科書は先生の指導のための教科書であると思われる。

これらの教科書について、積極的にライフスキル教育を実施している学校の先生は以下のように評価している。ライフスキルの教科書は絵を使ったり、説明を簡単に短くしたりなど、子どもにわかりやすく書かれている。厚生省は知識が中心であり、病気の原因や治療方法など正確に書いている。子どもの教材としてはむずかしい。学校の先生にとって厚生省の教科書は詳しいので便利である。その内容を総合して教えている。厚生省の教科書は医学的な所見から書かれている。大人にとって必要な知識が見える。保健省のテキストは日本で言う補助教材、参考書となっている。

学校の校長先生の水準ではライフスキル教育に関する知識、情報は不十分ながらも保有している。しかし、学校の一般教師レベルではほとんど普及しておらず、先生によってはライフスキル教育という言葉すら知らない場合がある。また、学校の実情もさまざまで、デモンストレーションスクールのように非常に熱心に教育に取り組む学校もあれば、周辺宗教の信仰とライフスキル教育を取り入れて指導している学校もあるようである。

我々の得た情報を統括すると、中央政府や地方教育事務所ではライフスキル教育の情報

を得ているが、地方学校の一般教師レベルでは、情報が行き届いてない状況にあり、その結果、まったく取り組めていない学校が大多数である。これから地方や学校の末端部にまでどのように普及させていくかといったシステム作りが課題といえる。

表1 ライフスキル教育のカリキュラム

番号	領域	内容	学年										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	健康的な生活とからだの理解	個人衛生	○	○	○	○	○	○					
		食品群		○	○	○	○	○	○				
		水の衛生管理		○			○		○	○			
		学校の清掃					○						
		トイレの利用					○	○	○	○			
		ライフスタイル	○	○	○	○	○						
		身体的発達							○				○
		心の発達						○	○	○	○		
		家族愛									○		
		Birth Spacing										○	○
		環境的危険					○						
		事故					○	○	○	○			
		蛇咬傷の予防									○		
		狂犬病の予防									○		
2	手工芸	手工芸		○	○	○							
3	疾病	健康と疾病	○	○	○								
	疾病	疾病			○	○	○	○	○	○	○	○	
	薬物	薬物				○	○	○	○	○	○	○	○
4	HIV/AIDS	HIV/AIDS				○	○	○	○	○	○	○	○
	社会スキル	意思決定			○	○	○	○	○	○	○	○	○
		コミュニケーション	○	○	○	○			○		○		
		人間関係				○	○		○				
		協力					○	○					
		参加									○		
		自己認識						○	○	○	○		
5	精神保健	規則			○	○	○	○	○	○			
		感情の対処					○	○	○	○	○	○	○
		カウンセリング					○	○	○	○	○	○	○
		注意						○	○	○	○	○	○
6	環境教育	人生の精神保健					○	○	○	○	○	○	○
		ゴミ						○					
		空気汚染							○				
		適切な排水								○			
		環境問題								○			
		森林保護									○		

(7) JICA作成の「Teachers Guide」

JICAでは、ミャンマーを対象として、Teachers Guide を作成している。このガイドは、全国に普及しているわけではなく、JICAのプロジェクトを実施している郡で使用されている。JICAの援助は郡単位でおこなっている。JICAのマニュアルはUNICEFを基本としている。JICAプロジェクトは現在9郡で行っているが、今後、27まで拡張する予定である。

(8) 学校健康診断

学校関係者にインタビュー調査の結果、健康診断について以下に示すことが明らかとなった。

健康診断は次に示す項目を実施している。

- ・子どもの皮膚の状態、内臓のチェック（内科検診）、体重、身長
- ・歯の検診（抜ける場合にはその場で抜く）
- ・視力検査（検査している学校もあれば、していない学校もある）

聴力検査はおこなっておらず、教員が気づいたときに対処している。結核検査はしていない。子どもの体重変化をチェックし、体重増加のない子どもをチェックする。首周りのできものについてチェックする（注：甲状腺か？おそらくヨウ素欠乏症か？内容不明）。異常があれば保健省が対応する。子どものチェックシートで行う。

寄生虫の検査を年に2回実施する。薬品はUNICEFより提供を受けている。昨年までは選ばれたタウンシップだったが、今年から全国区に展開している。寄生虫が見つかった子どもについては厚生省に報告するとともに、本人には薬を飲ましている。

健康診断は保健省からの郡の担当者が行っている。全国的に200以上のグループが必要であるが、実際は80郡ぐらいしかなく、全国で十分に行えているとはいえない。

マンダレー県キャウクパンダング郡の健康診断の実施状況は次のように回答した。健康診断はその医師が行う。診断には学校担当者と町の病院の医師が協力して一緒に行く。1年間で270校ほとんどの学校に行くことができる。健康診断は1年間を通じて行っている。しかし、1担当者がこれだけの学校を巡回するのは非現実的である。

健康推進校で表彰されている学校では、身長の測定など1年間で3回行っている学校もある。しかし、一般的には1年間に1回実施され、学校によっては全数調査が不可能なために学年をいくつか選択して実施するところもある。検査項目は身長、体重、歯の検査は行われているが、内臓や皮膚、歯の検診は必ずしも実施されていない。聴力については、学校の先生が注意を払って、教室での行動で判断している。

また、ある学校の健康診断では、身長、体重、目、歯に加えて、予防注射を行っていない人のリストを提示される。小学校入学までに3回行う。おそらく3種混合ワクチンであろう。また、フィリアの予防薬も飲ませている学校もある。このように、予防接種の取り組みについては学校格差が存在する可能性がある。

1) 発育診断評価

資料はあるが、そのデータの出所が不明、おそらく、WHOもしくはUNICEFなどの資料を基に作成されている。学校保健マニュアルでは基準表に照らして、70%未満であれば医師に相談するよう定められている。身長、体重の標準値の妥当性は低く今後新たに作成する必要がある。

子どもひとり一人の個人票があり、クラスでまとめている。継続的に比較できるようにしているというが現実にはどの程度記入され管理されているか疑問である。モデル校を訪問した際には身長、体重、血液型を記入したノートが保健室に保管してあった。どのように使っているかは不明である。

(9) 学校環境衛生

1) 飲料水

飲料水の確保については、比較的良好である。それぞれの学校で、地域の事情に応じて飲料水の確保を行っており、その水質も飲料できるように工夫している学校も見られる。たとえば、マンダレー地区の山間部の学校では、近隣の山よりパイプラインによって湧き水を引いて飲料水としている。また、マグエ地区の小学校では井戸水に対して、塩素注入を行い飲料水として利用している。これは、タウンシップの医療事務所の指導によるもので、利用する薬剤も250チャットで生徒250人1週間分の飲料水に添加することが可能となる。また、飲料水の保管場所として水がめを利用している学校があるが、衛生環境基準のひとつとして、取っ手のついたコップで飲料水を汲むことが推奨されており、これは、手の汚れや雑菌による飲料水の汚染を防止することが狙いである。

しかし、水質の検査は一つの学校でpHの検査を行っているのみで、その他の検査は全く行われていない。特に、大腸菌が発生しているとコレラなどの水系伝染病の病原体に汚染されていることが多い。大腸菌は汚れていることの代表であるので、汚れていることはほかの生物学的な汚染が起こっていることを指している。そんなに高いものではないので、できるだけ検査をしたほうがよい。大腸菌の検査をすることで、これらの伝染病の大発生を防ぐことが可能である。製造会社の協力を得られる可能性もある。また、飲料水の水質汚濁に関しては、取水している井戸水自体が汚れていることはまれであり、貯水タンクが汚れていることが原因である場合が多いので貯水タンクを清掃するなどして清潔に保持することが重要であると思われる。

また、教育省のある局長は次の様な意見を述べている。「学校環境衛生に関しては、色々なチェック項目ならびにその計測方法があることがわかっているが、残念ながらミャンマーにテストする用具はない。たとえば、飲料水に関しては水を沸かして飲む、あるいは石灰をいれるあるいは不純物をろ過して飲むことをすすめている。今のところ、飲料水は衛生局のテストがOKなら飲んでいい。

飲み水の検査をした場合、飲んではいけぬという場合、サポートをどうするかが問題であるたとえば、

- ・少し悪い場合にはお年寄りや体調の悪い人には飲ませない
- ・トイレの位置を改善するなどかなり対応できる
- ・井戸を深く掘ると水質の改善が可能である
- ・学校の近くで農業を使っている場合、学校から使わないでほしいとお願いをしている場合もある
- ・都会では工場、工事現場などから汚水が流出している場合が多い。そのような場合にはストップさせることもできる

2) トイレ

学校格差が大きいように思われる。ミャンマーの学校保健の規定では、75人の生徒に対して1つのトイレを設置すること、トイレの設置は蝇が発生しないよう工夫する（つまり水洗化する）ことを原則とし、水洗式が難しい場合には、校舎や水源より30m以上はなしてトイレを設置することが規定されている。水洗式のトイレが設置されている場合

でも、男女の区別がされていなかったり、内部が非常に暗い場合があり、改善が求められる。また、学校によっては十分なトイレが確保されず、住民よりの寄付を募っているが、未だ改善されていない学校もある。筆者の観察では都会であっても便器のないただ囲いをつけただけの空間がトイレとして使われている場合もあった。

3) 教室環境

学校保健の規定では、40～50人の生徒に対して教室の大きさは9m×7.2mの大きさが規定されている。農村部の学校では、教室は内部の仕切りが簡易なもので、学年によって独立した教室とはいいいにくい。それぞれの学年の学習活動が隣の学年にも筒抜けしているので、良好な教室環境とはいいいにくい。

教室内の明るさについても先日の教室の構造上、十分な窓の開放面積が得られていないことに加えて、窓が黒板の隣にある教室もあり、黒板が見にくくなっている場合もある。照度の規定については、あるという意見とないという意見があり、現在のところ、文書での確認はできていない。しかし、照度計が普及しておらず、照度の検査は実施されていないことは確かである。

机やいすの状況は後部の机、および座面が高くなり、黒板が見やすくなるなどの工夫が見られる。しかし、身体の発育状況を考慮した規格となっておらず、学習時の姿勢が不適切な児童生徒もいるようである。今後、発育の資料を国家水準で確認していく必要のほか、このような環境整備に関する基準も整備する必要があると思われる。

(10) 学校給食制度

学校給食の規定に関しては、学校保健のマニュアルに学校給食を行う場合、飲食店を構内で開く場合、弁当を持参する場合などに類別して詳しく記述されている。我々の知る範囲では多くの子どもが弁当を持ってきており、学校給食制度は未整備の状態といっていよい。また、学校の内外で飲食店があるが、年に1回あるいはそれ以上の回数の衛生状況のチェックを実施している。これは、保健省ならびに郡の医療事務所の指導によるものである。

(11) 学校管理・保健管理

1) 学校の建設、修繕：学校の修繕費用は国よりの予算配分が少ないために、多くは保護者や周辺住民などからの寄付により行われている。保護者や先生の学校環境改善に対して意識の高い地域・学校では寄付活動を日常的に行っており、校舎を寄付で建て替えるなど、成果が見られる学校がある反面、トイレなどの修繕に関わっても寄付が十分に集まらず、計画の段階より進展しない学校も見られる。

2) 蚊の対策：WHOやUNESCOの教育活動として、蚊が発生する水溜りの排除活動を行っている。一般に、毎週金曜日に生徒が校内を巡回して、蚊の発生を促す（ボウフラのわく可能性のある）水たまりを除去するものである。これは、タイ国とも共通した方法である。

3) 個人の健康管理：個人衛生、体格発育、伝染性疾患、栄養不良（ビタミン欠乏）、皮膚病について、毎日管理する必要性を述べている。校長先生の話より、皮膚病に関する問題の指摘はあるが、その他の内容については十分に管理されているといえない。

4) ごみの処分：形式的なマニュアルがあるが、学校に穴をほって焼却したり、埋めたりしており、十分な管理ができているとは言えない。

5) 喫煙、薬物対策：1998年のNon-Smoking Projectを全国で実施している。その成果として、学校前の看板などにその表記が見られる

(12) 学校ならびに周辺地域における保健活動の実態

我々の調査した範囲では、学校においてコレラが発生した事例は聞き取れなかったが、学校の周辺地域でコレラ（下痢）が流行し、学校を閉鎖した事例が報告された。その際、村人の死亡はあったが、幸いなことに子どもの死者はいなかった。このときの対応は郡の保健関係者がすぐに駆けつけ、薬をまいたり、治療したりして、1週間ぐらいで収まった。

マラリア、デング熱も高頻度ではないが子どもに発症者がある。デング熱が発生した情報が入った場合には保健省の担当者と連携して子どもの治療、殺虫等を行う。

学校の校長に学校保健委員会の権限があるが、伝染性疾患が発生した場合でも、学校保健委員会あるいは校長権限ですぐに学校閉鎖はできない。学校閉鎖の権限は郡にあり、従って、事実を郡に報告して、閉鎖してもよいはずになる。学校閉鎖の基準はなく、できる限り学校を開放しようというのが郡の方針である。

(13) ミャンマーの学校保健統計

ミャンマーに関する統計情報は極めて乏しく、教育統計に関しては、本省の幹部クラスであっても、自国の統計に関する情報について、ごく基本的な項目以外は利用し得ない程度である。統計システムが整備されていないことの原因として、財政状況が劣悪で統計要員の不足、設備機器の不足と老朽化、統計に対する意識の低さ、などがある。ミャンマーでは保健統計に関しても水準は非常に低く、インドネシア以下であり、タイには遠く及ばない。WHOの公表データについても、乳児死亡率、出生率、死産率、年齢別死亡率、粗死亡率（数）、平均余命（0歳時の平均余命ではない？）、HIV/AIDS感染率など数項目の項目に限定されている。国内には僅かに病院統計が年によっては存在するので、こうした一部ではあるが、ある程度は信用性の高い情報を利用するのが現実的であろう。近年ではHIV／エイズに関するデータが比較的頻繁に収集されてきたが、近時のグローバルファンドの引き上げによって、あるいはこれさえも途絶える心配がある。まして、学校保健統計は全く未知であって、全ては今後にかかっている。筆者の経験であるが、責任者から提供された統計で、ヤンゴン管区の交通事故死者が子どもで数人とあったのは、明らかにこうした情報の欠如故であろう。⁹

⁹ 1. ミャンマー連邦保健省：学校保健マニュアル（kyaung kyan marye swe）（ミャンマー語）および2005年12月に行われた現地調査による

2. Department of educational planning and training, Ministry of education the union of Myanmar, Teacher's guide for general studies, 2003

3-2 国際機関等による支援の取り組み

3-2-1 WHO

WHOは近年、学校保健に関しては熱心にヘルス・プロモーティング・スクール（Health Promoting Schools）という概念を推奨している。WHOが1997年に発刊した“Promoting Health Through Schools”（WHO Technical Report Series 870）に詳しい解説がある。教育機関や保健機関に、学校を通して健康を推進するための努力を求めるために、WHOは1995年9月18日から22日まで、ジュネーブで包括的学校健康教育とヘルスプロモーションの専門家会議を開いた。会議の目的は、学校が子どもや若者、教職員、家族、地域社会の人々の健康を改善する上でもっとも大きな可能性を持っていることを利用するために国連機関、国・政府、NGOなどが使える政策基準や行動に照準を合わせた提言をすることであった。以下、いくつかの要点について紹介する。

（1）健康と教育の関係

古く1950年に行われた学校保健サービスについての専門家会議では“効率的に学ぶには、子どもたちは健康状態であることが必要である”という点に注目している。会議では開発途上国では栄養失調や健康状態の優れない子どもたちが多く、就学率を低くし、欠席を増やし、退学率を上げ、授業の質を悪くする重要な原因であるとし、さらに、子どもたちに基礎学力や健康に関する知識・行動・技術を身に付けさせる教育は、彼等の身体的、精神的、そして社会的に良好な健康状態のためにも不可欠であるとした。子どもの健康状態は、学習に大きな影響を及ぼすが、その要因には、栄養失調（蛋白質、鉄分、ビタミンA、ヨウ素の不足）、寄生虫の感染（特に住血吸虫病、線虫、その他の寄生虫感染）、その他の伝染病、肉体的・精神的障害、性的問題（少女の妊娠、性的暴力、性病）などが挙げられている。

子どもたちの教育と健康には密接な関係があり、毎日学校に通うことも、健康の改善にとって重要である。学校そのものは一組織、経営、建物と社会環境、カリキュラムと教授法・学習法、そして子どもの評価方法によって—子どものセルフエスティームと教育目標の達成、そして子どもや教職員の健康状態にも大きな影響を与える。従って、学校が組織として健全である限り、それは健康を増進する環境として適切である。

特に女子が、健康教育によって受ける利益は大きい。彼女たち自身とその子ども、そして社会にとっても、教育がもたらす利点は大きい。生まれてくる子どもの健康状態を決定するものは、母親の教育のレベルによると言ってもよい。

しかし、学校でカリキュラムと教育環境を変えただけでは、健康の増進を実現することは出来ない。学校が提供出来るサービス—身体的・精神的保健医療サービス、予防の知識、栄養学や安全な食物に関する授業、社会奉仕、体育、その他—は、健康と教育を促進させる上で非常に重要である。このために包括的に学校保健を強化し、家庭、その他の機関、そして地域の住民の協力を得なければならないのである。

（2）学校保健の役割

就学年齢は、ちょうど子どもの発育期にあたる。そのため学校教育の目的は、子どもた

ちの健康増進やセルフエスティームを向上させ、生活するのに必要な事柄（自分の意志で決定する、コミュニケーション力をつける、人の気持ちを理解する、自分の考えを持つ、ストレスの解消法）やしつけを身につけさせることにある。学校は効果的に病気を治療出来る場所を提供するほかに、健康に関する情報や技術を地域社会に提供しヘルスプロモーションを促進して地域社会を導いていくことも出来る。「ヘルス・プロモーティング・スクール」によって学校保健プログラムが実行されれば、世界中の大きな健康問題の改善に寄与することができる。すなわち、HIV/AIDS、性病、暴力とけが、不本意な妊娠と出産することが出来ない健康状態、寄生虫感染症、栄養失調、食事の安全性、良くない衛生状態と水の規制、免疫の欠乏、口内の病気、マラリア、呼吸器の伝染病、精神疾患、運動不足による病気、酒、タバコ、不法薬物を使うことなどである。学校保健プログラムは、世界中の人々を幸福にすることの出来るもっとも効果的な方法のひとつになり得るだろう。従って、このようなプログラムは世界的に人々の状況を改善する重要な手段にもなり得る。しかし、学校保健プログラムは実際には、どの国においてもまだ十分に開発されていないのである。

ここで学校保健プログラムとヘルス・プロモーティング・スクールについて触れておく。

1980年後半、学校の責任や役割の変革と共に、学校保健プログラムの内容も念入りに作り替えられた。以下に学校保健プログラムの重要な要素を挙げる。

学校保健サービス、学校健康教育、学校の健全な環境（身体的・心理社会的）、学校職員の健康づくり、学校と地域社会の共同プロジェクトと奉仕活動、栄養と食物の安全性、体育とレクリエーション、メンタルヘルス カウンセリングと社会的サポート

上記の内容は、学校保健の実現のための基礎となる。健康と教育の専門家達は、上記の要素を個々に実現しても、学校を通じてのヘルスプロモーションを成功させることが出来ないということが分かった。それは、組織立てられ一貫した健康上の問題へのアプローチを包括的で総合的な戦略を通して実行される。この方法でヘルスプロモーションを行う学校が「ヘルス・プロモーティング・スクール」と呼ばれる。

(3) ヘルス・プロモーティング・スクールが生み出すと想定されるメリット

学校保健プログラムは効果的に、子どもの健康を改善しうるので、資金を投入する価値は十分あり、学校を通じてのヘルスプロモーションは経済的、教育的、社会的、政治的にも望まれる。

アメリカでの例をあげれば、学校保健への支出として、喫煙防止教育に1ドルを使うと、タバコによって引き起こされる健康上や健康以外の被害を人々に呼びかける費用が18ドル節約できるという。また、酒やドラッグの乱用防止するために使われた1ドルは、5.69ドルの節約に、さらに、早期で無防備な性行為を防止するための教育に使われた1ドルは、5.51ドルの節約になるという。平均すると、健康教育に使われた1ドルは、約14ドルの節約になることなのである。

従ってWHOの専門家会議は、以下に挙げることを行うべきであると提言している。

- ①学校への投資を増やす。
- ②女子の教育への参加をもっと高める。
- ③全ての学校は子どもたちにとって安全な学習環境、教職員にとって安全な職場でなけ

ればならない。

- ④全ての学校であらゆる段階の子どもたちに非常に重要な健康とライフスキルを教える。
- ⑤全ての学校が、ヘルスプロモーションの窓口として、健康教育介入の場としての役割を果たす。
- ⑥学校保健プログラムをサポートするために、地方、国家、国際的の全てのレベルにおいて、資源の割り当て、運用、調整をするために、政策、法律、ガイドラインを開発する。
- ⑦教師と教育職員は、尊重され、健康を増進することができるように必要なサポートを受ける。
- ⑧地域社会と学校は、健康と教育を支えるために協力し合う。
- ⑨学校保健プログラムを成功させ、良い結果を出すために、きちんと計画され、監督され、評価される。
- ⑩健康と教育を促進するために、国際的な支援が必要である。

ヘルス・プロモーティング・スクール概念はヘルスプロモーション (health promotion, 日本語では健康促進、推進、増進でいずれも大同小異) という概念と密接に連なっている。これは1976年のアルマアタ宣言の「プライマリヘルスケア」とも無関係ではない。PHCは健康促進の主体者が市民や子どもであることを示し、大きな期待の元に様々な取り組みがなされた(成果に関する評価は未だに曖昧であるが)。下って1986年のオタワ憲章(ヘルスプロモーション憲章)でヘルスプロモーションが唱導された。

ヘルスプロモーション憲章では、人々がより良い健康状態を望み、自ら健康を管理改善できるようにするためのプロセスをヘルスプロモーションと定義した。また、健康はそれ自体が目的となるのではなく、環境をも変化させていくための個人的、社会的な機能をもつとも把握されている。また、健康を支える基礎的条件としては平和、庇護、教育、食糧、所得、安定した環境生態システム (stable eco-system)、持続可能な資源 (sustainable resources)、社会正義と公正 (social justice and equity) などの概念を考え、これらが健康実現の基盤となるとしている。つまりこのように普遍的で総合的な政治、経済・社会生態系の条件の上にヘルスプロモーションの概念を実現することを理想として目指していると言うことであろう。

(4) ヘルスプロモーションの計画、実施、評価のプロセス

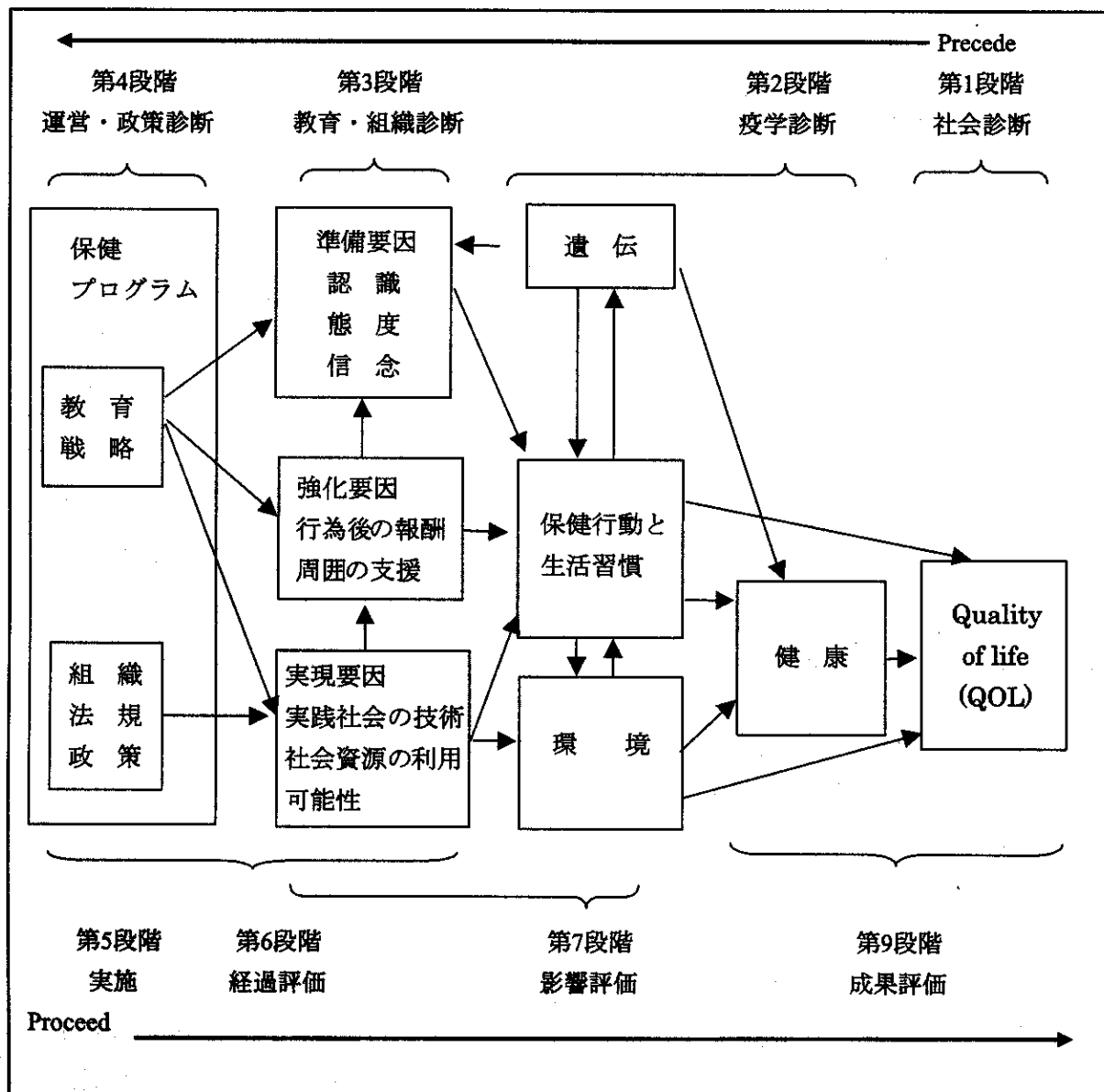
この憲章の理念に基づいて事業を具体化するプロセスを示したグリーンのモデルが図3-1である。これは学校、地域、行政の施策プロジェクトやグループや個人にも適用されるという。

ここでは、プリシード (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational Environmental Diagnosis and Evaluation, PERCEDE) モデルとプロシード (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational Environmental Development : PROCEEDモデルという二つのモデルが提案されている。

ここでは教育、環境の開発における政策的・法規的・組織的要因は、学校保健目標の実現に向かって、実践が行われる過程であり、その影響や効果についてモニターや評価を繰り返し、目標値の達成度や年度末の全体評価などをプロジェクトの成果としてまとめて、次の計画に活かすとしている。

ヘルスプロモーションは、子ども、教職員、家族、地域社会、産業、保健・医療・福祉の専門職等を巻き込む総合的概念であるが、国際協力ではさらに多くの乗り越えてゆかねばならない課題が山積している。筆者はこうした包括的で概念的な議論も必要ではあると思うが、実際に個別具体的な戦略や実践にどう繋がり、成果が上がるかには遥かに大きな現実問題があるように思うのである。¹⁰

図3-1 ヘルスプロモーション計画作成・評価のためのプリシード・プロシードモデル



(Grenn LW, Kreuter NWより)

3-2-2 ユネスコ

近年ユネスコ (UNESCO) は、教育が万民の基本的人権であること、教育によって人間

¹⁰ WHO: "Promoting Health Through Schools" (WHO Technical Report Series 870), Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, pp.1-93, WHO, Geneva, 1997

の能力を開発することで貧困をなくし、社会発展をはかり、地球的な問題としての人口爆発を抑制し、環境破壊を阻止し、民主主義と平和を実現するために教育が役割を担わねばならないとしている。2000年に開催されたUNESCO、UNICEF、国連人口基金（UNFPA）、世界銀行の共催の「万人のための教育」（World Education Forum）では、「全ての人々に基礎教育を」と言うテーマと、「すべての人々に生涯教育を」を最優先課題に掲げて基礎教育を広げ、万民に学習の機会を保障するとしている。ここでは教育によって獲得された能力が人々にあって持続することが重視される。こうした課題を達成するために①～⑦の事業を中心に加盟国を支援している。

- ①初等教育の拡充と効率の改善
- ②乳幼児ケアを含む就学前教育の普及
- ③若者や成人の識字教育、識字後教育（Post-Literacy）、成人基礎教育の拡充
- ④生活技能訓練や科学的識字（scientific Literacy）の促進
- ⑤異なる学習者グループの能力や生活パターンに応じた学習参加型の教授－学習プロセスの重視
- ⑥学習到達度の改善と教育浪費（educational wastage）、すなわち留年や中途退学を減じ
るための教育システムのモニタリング
- ⑦教育システムの地方分権化の促進

また、上記の様々な国際機関との協働によって採択された「ダカール行動枠組み」によれば幼児教育、障害児教育などと並んで健康教育・学校保健・学校給食などが総合的な就学前教育・教育や困難な環境にある子ども達の質の高い義務教育へのアクセスの確保と、修学の完了と言う目標に関連づけられている。村田は「開発と教育」（pp.114-115、新評論、2004）でユネスコについては「教育協力に関しては実質的な活動はほとんど見られない」、と評価している。その理由として自己資金の欠乏、活動の対象が複数国にまたがるので一国におけるプレゼンスが低くなるとしている。学校保健に関連する事業としてFRESH（focusing resources on effective school health）があるが、ここではFRESHの事業のうちで、学校保健の援助に関する部分について紹介する。学校保健の協力事業を行うことに関する理論的根拠としては次のようである。

1990年にタイで開催された「World Conference on Education For All」では、「Education for All：EFA」実現のための努力を、今後継続的に行うことを確認した。この時点では既に、不健康や栄養不良の状態は、低い就学率、高い長期欠席率、低学力などをもたらすことが証明されている。しかし、採択および合意された「Framework for Action to Meet Basic Learning Needs（ジョムティエン行動枠組み）」には、1990年から2000年までの10年間に達成を目指す学校保健と栄養に関する目標が含まれてはいなかった。その後、さらなる研究と経験から、健康、認識、学校活動への参加、学業成績の間の関係がより明確になってきた。たとえば、栄養不良状態や寄生虫症は身体や認知の発達の両方を低下させ、就学率、長期欠席率や学習能力の低下を引き起こす原因となることが明らかになった。精神的健康に由来する暴力、外傷、自殺や、薬物やアルコールの乱用のような行動には、学校に行かないか、あるいは行っても勉強をしない若者の存在が一般的に認められている。性行動、特にHIV感染や性感染症、望まない妊娠を引き起こす無防備な性交渉は、教育への参加に対して生徒と教師の両方へ影響を及ぼしている。一方では、マラリアの感染が疾病による

長期欠席の原因となっている国もある。

UNESCOは、EFAを達成するためには学校保健へ着目することが非常に効果的であることを、2000年にセネガル共和国ダカールで開催された「World Education Forum（世界教育フォーラム）」にて提唱した。世界教育フォーラムでは「ダカール行動枠組み—万人のための教育—」が採択され、以下の6つの目標を立てている。

- ①就学前教育の拡大・改善
- ②2015年までに、初等教育完全就学・修了達成
- ③青年及び成人の学習ニーズの充足
- ④2015年までに成人識字水準（特に女性）50%改善
- ⑤2005年までの初等中等教育における男女格差解消、2015年までの教育における男女平等の達成
- ⑥基礎教育の質の向上

UNESCOは、EFA運動の国際的な調整、共同における中心的役割を担っている。UNESCOが学校保健へ着目する理論的根拠として、EFA評価のために用意された「Thematic Study on School Health and Nutrition（学校保健と栄養に関する主題研究）」によって、包括的な学校を基盤とした健康、衛生、栄養プログラムは、児童生徒の健康、教育的成果の改善ために有効な方法であるという研究結果が確認されたからである。さらには、このようなプログラムが学校周辺のコミュニティによって支援された時には、児童生徒のみならず学校の教職員、家庭やコミュニティ全体に対しても利点があることが報告されている。

このような教育と保健の相互補完性を踏まえ、「Focusing Resources on Effective School Health: FRESH（効果的な学校保健の援助へ焦点を合わせる）」は、EFAの達成をその上位目標として、ダカールフォーラムからUNESCO、UNICEF、WHO、The World Bank（WB）、Education Internationalが連携して推進している。FRESHはまた、EFA達成を目標としている9つのEFAフラッグシッププログラムの一つに位置付けられている。

(1) FRESH イニシアティブ

FRESHは、以下の4つの基本的中心要素を含んでいる。学校保健に関わる問題を診断し、その問題を解決するための包括的な学校保健の枠組みを示している。

1) 健康に関連した学校の方針

健康で安全な学校環境を与え、平等な権利と機会を保証し、健康教育と健康に関するサービスの供給を規定する学校の方針は、教育的成果の改善や、「健康」がもつ潜在的能力を利用するための活動計画を示すことになる。例えば、身体的、精神的なハンディキャップに関わらず、教育に等しい機会を与えることが考えられる。また、薬物、アルコール、たばこのない学校にするためにも、先ず学校の方針をたてることが重要であると考えられている。さらには、児童生徒同士や教職員によるセクシャルハラスメントや虐待を防ぎ、このような行為を行った者に対する懲戒処分を取る方針も含まれる。

2) 安全な水と衛生設備の供給：健康な学習環境への第一段階

安全な水や衛生的な環境を供給する施設の建設に関しては、施設が常に適切な使用と

管理を行うことを保証するような維持についても取り組まなければならない。すなわち、学校で供給する水が微生物や有害物質で汚染されていると、子どもたちの健康は損なわれる。トイレが無かったり、非衛生的な環境であったりすると、寄生虫の発生原因ともなり、子どもだけでなく、地域住民全体の健康をも脅かす。また、ジェンダーやプライバシーの権利についても重要に対処するべきである。男女別のトイレが無かったりすることから、女子の学業放棄や退学が、特に初経発来の時期に起こることは、環境要因が児童生徒の教育への参加に影響を与える一つの例である。

3) スキルを基盤とした健康教育

健康は行動要因によって影響を受ける。予防接種や治療、疾病に関する教育などは、健康の維持と回復にとって重要な意味を持ち続けているが、それだけでは不十分である。このような方法は、喫煙、薬物乱用、暴力行為、無防備な性行動やその他の危険行動を行なったり、強制されたりするような行為の有害な影響から、我々を保護することはできない。身体面や感情面での健康を守る手段のために、知識を持つよりもさらに、個人で積極的な役割を担う必要がある。

スキルを基盤とした健康教育は、若者に対してコミュニケーション、交渉、拒否するスキルを獲得させ、批評力のある思考をし、問題解決や自立した決定をするように支援する。スキルを基盤とした健康教育によって、HIV/STD感染、望まない妊娠、薬物やアルコールの乱用、暴力などに関連した行動を減らすことや、健康的な食事をするようなヘルスプロモーション習慣を行うようになる。

衛生的な行動に関してスキルを主体に教えるのであれば、手洗い、歯磨き、食品の洗浄について知識のみを与えるのではなく、実際の技術も指導する。教師用であれば、水や廃棄物の衛生的な管理について具体的な処理方法を学ぶことも含まれる。

4) 学校を基盤とした健康と栄養のサービス

効果的な学校保健プログラムは、実在しているインフラ、すなわち学校において、健康、教育、栄養、衛生などの分野の資源と連携がなされている。学校保健プログラムを実施するにあたっては、コミュニティにて重要性が認識されている問題に的を絞った取り組みがなされ、教師や管理者の技術力を利用している。学校を基盤とした健康のサービスによって、児童生徒がより健康になるにつれて、教育の機会をより多く受けることにもなり、コミュニティは学校や学校の教職員をより肯定的に見るようになるという望ましい反応が報告されている。特に、マラリア対策、微量栄養素補給、寄生虫対策、学校給食プログラムなどは、教育へ実質的な利点があるものとして理解されており、学校への入学や出席状況が改善されている。

「FRESHに対する支援活動」FRESHは4つの基本的中心要素の他に、以下の3つの支援活動が提唱されている。

1) 教師とヘルスワーカー、教育と健康分野との効果的連携

学校保健プログラムの成功には、教育と健康に関わる省庁や、教師とヘルスワーカーとの効果的な連携が要求されている。健康に関わる部門は、子どもの健康に対する責任

を持っており、一方教育に関わる部門では、学校を基盤としたプログラムの実行と資金提供の責任をもっている。これらの二つの部門は、子どもの健康と学習の成果の改善に対する責任を確認したり、相互に配分された活動計画を改善や発展させる必要がある。

2) 地域との効果的連携

学校と地域社会の積極的な相互作用は、学校を基盤としたプログラムの成功と持続可能性にとって不可欠である。地域社会と効果的に連携することで、学校が焦点を絞るべき健康問題に関する大筋での基本的な一致や、計画に従った適切な反応をするための計画や維持ができる。幅広いコミュニティ（民間部門、自治体組織、女性団体など）を巻き込むことも、学校保健プロモーション活動を増進させる。

3) 児童生徒自身の自覚及び参加

子どもたちは、学校保健プロモーション活動の単なる受益者ではなく、重要な参加者でもある。子どもたちも、健康政策開発や、安全で衛生的な環境作り、健康増進などの活動に参加して実施する。これは若者にとって、健康を増進するライフスタイルに関する必要な知識、態度、価値観、スキルの効果的な獲得方法になる。

FRESHでは、方針、環境、スキル基盤の健康教育、サービスの4つの要素が揃うことによって学校保健システムが非常に円滑な動きをすると考えられている。FRESHは新しいプログラムでもなければ、全体的な一つのプログラムでもない。実質を重んじた効果的な学校保健プログラムを計画して実行するための枠組みである。また、国家的規模の教育活動計画やプログラムがあったとしても、そこに学校保健に関連したプログラムを含めなければ、活動計画やプログラムが進行し難いと看做されている。FRESHの影響によって、最終的には教育活動計画やプログラムの中に、効果的な学校保健プログラムが取り入れられることを目指している。

さらに、FRESHという包括的な学校保健の枠組みは、デリケートな問題への着手にも効果的であると考えられる。たとえば、HIV/AIDS対策という直接的な取り組みに対して、難色を示す開発途上国政府も存在する。HIV/AIDSに関わる問題は、国や地域の文化、宗教、人々の習慣などと密接に関わっているからである。しかし、問題を総合的に取り扱うことから、このような認め難い問題への対処があからさまではなくなり、受け入れやすくなると考えられる。

教育や学習の妨げになる健康問題の解決なくしては、EFAの達成は不可能である。従って、質の高い教育を供給するために、特にHIV/AIDSや他の重要な健康問題に対する活動は、EFA活動のなかでも鍵となる要素なのである。¹¹

3-2-3 ユニセフ

ユニセフ（UNICEF）が1946年に国連国際児童緊急基金として創立された時代では、食料や医薬品の供与を通じて第二次世界大戦の犠牲になった（戦勝国）の子どもの健康を守

¹¹ FRESH a comprehensive school health approach to prevent HIV/AIDS and improve learning outcomes, UNESCO, UNICEF, WHO, The World Bank and Education International Inter-agency flagship programme in EFA, 2002

ることをその主な内容としていた。1950年代になるとヨーロッパ諸国の復興は一段落しとユニセフの存在意義が議論されるようになった。1953年の国連総会において名称の変更（「国連児童基金」）とともに、その役割も「戦争の犠牲になっている子どものための緊急救援活動を行う暫定的な機関」から「貧困の犠牲になっている開発途上国の子どものための援助機関」へとシフトした。かくしてユニセフの活動の中心は開発途上国へと移ることとなった。やがて1960年代に入ると、開発の分野では「人的資本論」が注目されるようになって、子どもは社会開発のための不可欠な源であるとの理解から、教育分野への援助が開始されるようになった。プログラムとしては初等教育の拡充を目指した教育計画策定への支援、教員や教育行政官のトレーニング、カリキュラムの作成、教材・教具の供与、生活技能の習得、科学教育の普及などであった。1970年代には、開発のコンセプトが人的資本論からベーシック・ヒューマン・ニーズ（Basic Human Needs：BHN）へと移るに従い、「最も恵まれない人々のための基礎教育」という基本理念を採用するようになった。とくに抑圧された子どもや若者を対象とした初等教育やノンフォーマルなどの基礎教育に重点が置かれた。とくにノンフォーマル教育への支援においては、子ども自身が生計を立て、地域社会の開発に参加できるようになるための基礎的な教育を行うべきであるとしていた。

1980年代のユニセフの優先課題は子どもの生存と健全な発育を担保するプライマリ・ヘルス・ケア（Primary Health Care：PHC）（中でも予防接種や下痢対策としての経口補水療法などをはじめとする初次的な病気予防策及び救急処置などの総称）となり、これに関連の深い女性の教育が重視されるようになった。また、公教育とノンフォーマル教育のアプローチによって子どもの教育ニーズに見合った取り組みを続けるべきであり、保健・衛生・栄養・および飲料水の確保といった活動に関連した教育的要素をより積極的に組み入れるようになってきた。

（1）ミャンマーにおけるUNICEFの活動

UNICEFはミャンマーの教育分野において全国的レベルで活動している唯一の国際機関である。1990年のEFA会議以来、EFA実現にむけた様々な支援を実施してきた。過去に実施された主なプロジェクト、プログラムは以下である。

○All Children In School Project (ACIS)：1994-2000

貧困家庭の児童が5年間の初等教育を受けられるよう支援するプロジェクトであった。

○Continuous Assessment and Progression System Project (CAPS)：

高い留年率・退学率の原因となっていた学年末の進級試験制度を廃止し、チャプター毎の小テストや、普段の授業参加具合によって児童を評価する継続的評価制度をミャンマーの基礎教育に導入した。

○Minimum Learning Competencies (MLC)：1990年のEFA会議において各国作成が義務づけられたMLCの作成支援を行った。これは初等教育の各レベルにおいて何を学習するかという一つの指標として利用され2002年に終了した。2001年から2005年までのUNICEFのミャンマーに対する援助については、同国のMaster Planにおいて計画されている。（2001年から2005年）

○Early Childhood Development (ECD)

2000年から実施されており、ヤンゴン周辺の0～5才の就学前児童を保育園に入れるプロジェクト。コミュニティを支援してDay-care Centerを整備したり、安全な水、衛生的なトイレの確保、栄養食の供給、親やPTAの教育等を通し、児童の十分な発育と小学校入学に備えた十分な精神的発達の促進を目的とする。

○Child-friendly Schools

- ・ sub-project1では学校で児童中心の教育を実施できるよう、教員の訓練（ワークショップの開催）、教員用指導書の作成（国語、算数、生活科）、PTAの学校活動への参加の促進、指導者・管理者（校長・地方教育局）のための指導等を行う。
- ・ sub-project2では、複式学級のための教員訓練、特にドロップアウトした児童のための補修授業用マニュアル、また少数民族を多く抱える地域のための教材教具の開発及びワークショップを行い、特殊ニーズの教育を支援する。
- ・ sub-project3では、これまでよりUNICEFの指導のもと2～9年生の必修科目として取り入れられてきたSHAPEプログラム（保健衛生教育）を引き続き実施し、未導入の学校にも更に広げていく予定。これらCFSのプロジェクトは2001年においては全て19の決められたタウンシップを対象にしたが、2005年までに105のタウンシップに拡大する予定である。

○Children in Need of Special Protection

子どもの権利条約に基づき、児童労働、ストリートチルドレン、児童虐待、孤児等から守るため、情報の収集、国内の各レベルでのアドボカシー活動を行う。¹²

3-2-4 WFP

国際連合世界食糧計画（The United Nations World Food Programme：WFP）は世界から飢餓と貧困を撲滅し、人びとの自立と生活向上の実現を目指すために食糧援助を通じて、発展途上国の社会経済発展および緊急援助を行う国連唯一の食糧援助機関である。1961年に国連総会で設立され、1963年に食糧援助活動を開始した。WFPの食糧援助活動には、大別して、緊急援助及び経済社会開発援助の二種類がある。緊急援助は通常6ヶ月、経済社会開発援助は5ヶ年を目処に実施されている。従来その援助食糧の3分の2は経済社会開発援助に、残りの3分の1を難民支援などの緊急援助に使用していたが、近年、世界的に難民発生が増加したために配分が逆転している。以下、学校保健と関連する部分について紹介する。

(1) 学校給食

現在、世界では慢性的な飢えに苦しんでいる約3億人の子どもたちがいる。1億3,000万人の子どもたちは学校に通うことができず、そのうちの約60%は女子が占めている。教育を十分に受けられない子どもたちのほとんどは、貧困と飢餓の悪循環から抜け出すことができない状況下に置かれている。

学校給食は食糧の支給だけで効果を上げるのではなく、既存の他機関・組織との連携を

¹² JICAミャンマー事務所、2002、ミャンマー教育分野概況1-63
江原裕美、『開発と教育』pp.107-120、新評論

活かして、さらに強化しながら新たな協力関係を構築することによって効果を発揮することができる。様々な機関や組織が利用可能な資源を持ち寄り、それぞれの分野を担当することによって生まれる相乗効果が期待できる。このような効果が、「全ての人に教育を(Education for All : EFA)」という目標達成に貢献できると考えられている。

初等教育は経済を改善し、識字率の高い、自立した、健全な社会を形成するために最も効果的な投資であると考えられている。従ってWFPは、援助受入国政府と協力して、教育を国家の最優先課題と位置付け、持続可能な教育システム作りのためのインフラ、管理システムや政策を構築する。この活動の中には、援助受入国政府が、教育システムを最終的には全面的に運営する責任を引き受けるために実行可能な計画を提示することが求められている。これは、「支援受入れ国の卒業誘導策」とも言うべきものである。

World Bankが13カ国を対象に実施した調査では、最低4年間の初等教育を受けた農民の生産性は、8.7%から10%の向上をすることが明らかになっている。また、UNESCO(国際連合教育科学文化機関)による調査では、成人の識字率が40%程度の国では、国民一人あたりのGNPが210ドルであるのに対して、80%以上の識字率の国では1,000ドル以上であることが示されている。

貧しい女性たちにとって、教育は特に重要な意味を持っていると考えられている。国連の調査研究によれば、識字できない女性は、早い場合に11歳で結婚し、18歳になるまでに子どもを最高で7人生む人もいる。学校教育を受けた女性は受けなかった女性と比較して、婚期・初妊娠時期がともに遅くなり、また出産する間隔もより長くとるために、出産する子どもの数は平均して2.9人と言われている。また、HIV/AIDSなど健康上の問題に関する知識も得ているため、自分自身を守ることが可能になる。母親の教育を受けた期間が1年増えるごとに、子どもの死亡率は5%から10%減少するとの調査報告もある。

貧しい国の子どもたちは、生活のために家族を助けなければならない理由から、学校へ通う経済的・時間的・体力的な余裕のない場合が多い。WFPでは、親が子どもたちを学校へ通わせたり、子どもたちが休まずに通学できるように、政府や地方自治体、国際・国内援助グループと協力して、食料をインセンティブ(動機付け)として用いている。WFPが学校給食プログラムの実施対象とする地域は、就学率が非常に低く、援助による効果への期待が高い地域である。こうした貧しい地域の学校では、WFPが食堂を建設し、通学して来た子どもたちが温かい食事や栄養豊富な軽食を受け取っている。

空腹な子どもたちは注意散漫になりやすく、集中して学習することが出来ないため、学習能力の向上が妨げられる。しかし、学校で食事が提供されると、集中力、学習能力ともに著しく改善される。学校給食が実施されたことにより、1年で就学率は2倍になり、2年で最高40%の学業成績の向上が認められたケースもある。学校給食がなくなれば子どもたちは登校しなくなり、食事が提供されるようになると戻ってくることも、多くの国で明らかになっているように、出席率にも相当な改善がみられるようになる。

学校給食によって、少なくとも一日に一度は栄養のある食事をとることが可能になる。一日平均19セント、あるいは年間34ドルで、1人の子どもが1年間学校で給食を受け取ることができる。子どもたちが学校で栄養のある食事を取ることができれば、家族の食費もそれだけ軽減されるため、親もまた学校給食の恩恵を認識しやすい。

WFPは学校を中心に、保護者、教師及び地域の役人とも連携して食糧援助を行っている。

さらに、地域住民の参加を促進して、簡単な学校食堂の建設、物資の配達や在庫管理、現金あるいは食糧の現物の寄付等に協力を得る場合もある。

一方、学校給食による支援だけでは、教育におけるジェンダー間の差異をなくすためには不十分であることが明らかとなってきたことから、WFPは食糧を用いて女の子への教育を支援する革新的な方法を考案した。これは、家庭への「持ち帰り食糧」プログラムであり、親に対するインセンティブとなっている。女の子は家に居るものとされる伝統的社会では、学校給食ならびに「持ち帰り食糧」は、娘を登校させるように親を説得するために有効な手段となることが多いためである。「持ち帰り食糧」は、娘たちを登校させる家族に対して、米1袋あるいは調理油1缶といった現地で必需品とされる食糧をWFPが提供するものである。娘が担う労働力の損失を親に補償すると同時に、女の子たちが教育を受けられることを目的としている。

この結果には目覚ましいものがある。例えば、パキスタンでは1994年に「持ち帰り食糧」プログラムが開始された。この支援を受けた北西フロンティア州の学校では、1994年から1998年の間に女の子の就学率が247%も向上した。バルチスタンでも、女の子の就学率は200%近く上昇した。このようなプログラムは現在、発展途上にある世界各地の16の国で実施または実施が計画されている。

HIV/AIDSは発展途上国、特にアフリカのサハラ以南地域で猛威を振るっている。HIV/AIDSが貧しい社会に与える様々な影響の中でも特に激しいものは、両親がAIDSの犠牲となった場合である。これまでに、世界中で1,300万人の子どもたちが孤児となっている。多くの場合、AIDS孤児たちは自力で生活していかなければならない。戦争による孤児と同様、家族のために稼がなければならない場合も多い。都会では、ストリート・チルドレンとなる者もあり、犯罪や売春を強いられることも少なくない。

戦争孤児やAIDS孤児のために、WFPは学校給食プログラム及び「持ち帰り食糧」プログラムの成果を活かした特別な学校給食も提供している。すでに、ウガンダ、ザンビア、ケニアならびにカンボジアで実施しており、他の国での事業の拡大も計画している。これらのプログラムでは、WFPが学校給食を提供してストリート・チルドレンに関心を持たせ、学校に通わせるように促すこと、またストリート・チルドレンや孤児に食糧を与え、就職に役立つ職業訓練を受けさせること等が行われている。このような活動は、孤児たちの学校への出席率を高めるのと同様に、彼等に居場所を提供し、彼等の世話をしている家庭や組織をも支援することに繋がっている。

2001年に、世界の貧しい数百万人の子どもたちに対して、健康で、飢えのない生活と、効果的な教育環境及び教育の機会を授ける為の世界的な取り組みである学校給食キャンペーンを開始した。この学校給食キャンペーンに対して、UNESCOやWHO、World Bankの他、多数のNGOとパートナーシップを組んで活動している。また、学校給食の効果を最大限に引き出せることを目的として、現在UNICEFやFAOなどとも協力関係を構築するために協議を進めている。¹³

¹³ 1) report of the Sub-regional Workshop (2003) 『UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education, Comprehensive School Health and Nutrition』

2) 国際連合世界食糧計画 (WFP) 日本事務所、(2001) 『学校給食一概要』

3) 国際連合世界食糧計画 (WFP) 日本事務所、(2001) 『世界の学校給食キャンペーン』

3-2-5 IUHPE

世界健康教育連合 (International Union for Health Promotion and Education : IUHPE) はパリに本部を置く健康教育とヘルスプロモーションに関する国際的学術団体であって、学校保健という概念とはそのまま一致はしないが極めて接近した領域ではある。近年は3年に1回の割合で国際会議を開催している。2001年は第17回健康教育世界会議 (17th World Conference on Health Promotion and Health Education) がパリで開催された。ここでは4つのテーマ、Ethics (倫理)、Evidence (根拠)、Advocacy (唱道、主張)、Partnership (協同) を掲げ、ヘルスプロモーションと健康教育の理念について討議がなされた。倫理セッションでは、ヘルスプロモーションの推進にあたって遭遇する人権問題、生命倫理の問題などが取り上げられた。根拠のセッションでは、健康教育やヘルスプロモーションにおける科学的根拠に基づくデータ、調査活動等により導かれた成果をどのように社会活動や公衆衛生活動に行かすかなどについて討議された。アドボカシーセッションではどのようにして対象集団が納得した上で行動するようになり、健康政策が実現されるかが論じられた。パートナーシップセッションでは、概念的課題の達成に向かって専門家と行政・政策担当者、民間、NGOなど相互が連携して行動をとることが不可欠であることなどが論じられた。そこでの発表や討論は、どちらかという公衆衛生行政・活動のヘルスプロモーションの理念に沿った実際の適用が論じられることが多く、またこれらの議論が日本やアジアの国々における学校保健の取り組みに効果的なものかどうかは疑わしく、しかも概念的な議論が多く、欧米先進国の話題がほとんどである。JICAが行う事業との関連は乏しい。¹⁴

¹⁴ 日本学校保健会 (2001) 『学校保健の動向』 202

表3-3 世界各国の学校保健に関する国際協力活動一覧表

PANAMA	School Feeding Programme - Social Investment Fund Project (report number: 16614)	11 selected under-served (poorest) districts with a high concentration of indigenous population.	Targeted at the poor, 100,000 primary school children	1997-2000,	Panamanian Social Emergency Fund (FES), Ministry of Education, the Controller-General Office, Ministry of Agricultural Marketing.	World Bank	US\$ 2 M per year, for a total cost of the school nutrition component of US\$ 8.6 million. (Fiscal year: 1997).
	Health and Nutrition Model Project - Food supplements	6 regions		1994 - 2000		World Bank	0.3 M US\$
PERU	Narcotics Education	High-risk areas (near cocoa growing regions)	Up to 1800 schools	1992 - 1996	IAEA working with Government CEDRO, Street Children Program, Ministry of Education, National Institute for Family Welfare	IAEA	
	Food assistance to pre-school and primary school children in rural areas (WFP: Peru 4808)	Rural areas, the poorest districts of three departments of the Sierra.	224,000 persons	Four years, due to end in 2000		World Food Program	

URUGUAY	Health Promoting Schools Programme	Capital Department	7			Introduced in 1997 on an experimental basis	The Ministries of Education and Health		
中東諸国・ヨーロッパ諸国の学校保健プログラム									
Country	Programme	Area	No. of Schools	Target Population	Project Period	Implementation	Funding/Donor Agencies	Cost	
IRAQ	School Health						DFID		
OMAN	Deworming						WHO		
PALESTINIAN AUTHORITY	SHN component of the West Bank/Gaza Community Services Project	West Bank/Gaza		5 12 year old children	Since 2000/2001	Palestinian National Authority Ministry of Education; local NGO partners	The Palestinian Authority		
TURKEY	Deworming Program	Sanliurfa	12 primary schools	Approximately 5000 pupils	Five months, 2000.	Harran University in Sanliurfa	Harran University		
YEMEN	Support to Education (WFP: Yemen 4695.01)	Nationwide		75,000 persons (86% female),	Three years, due to end August 2001	Ministry of Planning and Development, Ministry of Education	World Food Program	Total cost to WFP: US\$13,700,000	
TAJIKISTAN	Health Education Project	8 districts in the Gorno-Badakhshan region		School age children, teachers and carers.	Five years	Aga Khan Development Network, Government of Gorno-Badakhshan.	Aga Khan Foundation		

3-3 日本の経験を活かした支援のあり方 (HQC)

学校保健の諸問題を客観的に認識し、問題解決をはかるための活動をするに当たっては、わが国の産業界で極めて大きな成果を上げたQC活動を取り入れることが期待される。既に筆者らはわが国においてこの手法の有効性を確認し、タイにおいて実験的に試行した結果目覚ましい成果を見ることが出来た。上記のタイ、ミャンマーにおける学校保健の課題をみるといずれもわが国の経験を活用できかつHQCによって比較的簡単に解決できるものが少なくない。従って、タイに限らず他の開発途上国においてもこの方法が大きな有効性をもつと期待している。

3-3-1 HQCとはどんな手法か

QCとはQuality Control (品質管理) の略である。QCは製品、サービス、行動、経営など様々分野の品質を向上させることを目的にした手法の総称である。

QCは第2次大戦前からアメリカで、1950 (昭和25) 年以降から盛んに日本でも導入され、日本は世界で最もQCが盛んな国になった。日本では製造業を始め多くの産業分野で利用され、その有用性は既に十分に証明済みである。わが国はQCの活用によって世界をリードする工業国家となったといってもよい。現在、わが国の企業の多くがこの方法やその変形した手法を応用している。ところが、健康や医療、教育などといった分野では、QC手法は不思議なことにほとんど利用されてこなかった。故障しにくい電気製品、顧客が便利で快適と感じるサービス。QCは社会のどんなところでも手軽に使い、役に立ってきた。ところが教育現場や、医療現場などではこれが不思議なくらいに無視されてきた。病院で2時間待って3分の診察、十分な説明もない治療、学生や生徒にサービスを考えていない旧態依然とした学校教育、誰もチェックすらできない教室経営や教授方法、こんな不合理を修正できない病院や学校は未だに少なくない。こんなことに疑問を持った筆者は約25年前にある出版社が主催する夏季学校保健セミナーで「学校保健にQCを応用する」話をした。すると会場にいた養護教諭7人の方が楽屋に來られて「是非学校でやってみたい」という。かくして、この手法の応用が始まった。今ではかなりの学校でこの方法を取り入れ成果を上げている。¹⁵

大澤らはQCを健康 (Health) つくりを利用する、という趣旨からHQC (Health Quality Control) と呼んで、工夫し、実践を重ねてきた。わが国で実験的に多くの学校でその有効性を確かめ、特に改善が難しいといわれた生活習慣などの行動面の改善にも成果が得られた。そして近年ではタイの山地民の小学校や農村の学校で環境衛生、学校安全、生活習慣の改善などで有効性を見出したのである。HQCは健康問題の解決に直結した分かりやすく、科学的な方法である。HQCが標的にしているのは健康問題である。開発途上国の健康づくりに関わるすべての人が、この方法を勉強して健康づくりに役立ててもらいたい。

3-3-2 HQC手法は問題解決の方法

望ましい保健行動を教育するために、学習理論や行動理論などを保健行動に適用した方

¹⁵ 大澤清二 (1990) 479-480

法がいくつか推奨されている。例えば「ライブ・モデル」という身近な他社をモデルとして設定することによって教育効果を得る方法や「セルフ・ウォッチング」手法、自分自身への報酬によって自分の行動を強める手法としての「自己強化」などがある。さらに近年ではWHOやUNICEFが関心を示し、既にミャンマーなどでは広く実施されている「ライフ・スキル」に着目した教育方法もある。こうした中でも、特に効果的かつ有意義であるのは自己管理技術の学習である。健康に対して望ましくない日常的、習慣的な行動を正しい保健行動へと導きコントロールするには、そのために必要な技術を身につける必要がある。知識として理解していてもなかなか改善できない問題の行動を改善し、それを維持し続けるためには自己管理技術が不可欠である。

HQCはおおよそ次のようなものである。

医療、保健、ヘルスプロモーション、体力づくり、健康管理、健康指導、様々なことが使われる。これらは全て健康問題を解決することを最終目的にしている。HQC手法は健康問題の解決そのものを扱う手法である。では、健康問題の問題とは何か？これを簡単に書けば、

望ましい状態と現実とのギャップ、これが問題である。

「問題」の定義＝「望ましい状態」－「現実の状態」

この「問題」を追いかけ、解決することがHQCの目的である。

いま仮に、「部屋が乱雑である」が問題なら「整頓された状態」が望ましい状態で、この間の「差」が問題の大きさである。

あるいはまた、「学校管理下の怪我の発生率10%」を「8%に」したいなら、その差の2%が解くべき問題である。このように、出来るだけ問題を具体的にしこれに果敢に取り組むのがHQCである。HQCでは問題を具体的にイメージすることから始まる。

タイのプロジェクトでのことであるが、研修会の中で、「学校内の危険な箇所を改善しましょう。皆さん協力してください」というと、タイの先生達は「お金がないから、直せません」「教育委員会の責任者が関心ありません」「すぐに壊れてしまうから直しても無駄ですよ」などといって、積極的に取り組もうとはしなかった。問題を具体的にイメージしよう、解決しようとはしていなかった。しかし、徐々に研修が進み、問題は解決できる、工夫次第で面白いように解ける。ということが分かってくると、俄然問題が具体的にイメージされ、意欲がわいてきた。観念的に問題を捉えていたのでは人の意欲は湧いてこない。問題を具体的に意識しなければ、問題ははっきりと見えてこない。見えない問題は解決されない。ただ、漠然と「困った」「不満だ」「問題だ」「不振だ」ということになる。何でもかんでも他人頼み、援助してください、では学校保健はどうにもならない。問題とは何か？を突き止めてそれを改善するための手立てをHQCで実践しうるのである。

HQCの手順は、準備、実施、見直し（評価）の三段階に大別される。①準備段階ではまず問題意識して参加する子どもに対してHQCの説明をし、健康づくりと生活改善への動機付けを行う。必要な場合には家庭への連絡や協力依頼を行う。②実施段階では親や教師がアドバイザーとなって生活習慣、保健行動、心身状態などの事実の把握し問題解決のための実践活動を行う。③見直し段階では実践活動の成果を評価してさらに改善するための計画

を立案するのである。そこでHQCを行うに当たり、まずは問題を発見して、その原因を考え合い、特性要因を作成する。図3-2のように解決すべき問題を立て、グループでその原因となる（と子どもたちが考える）原因を次々と発言していき、枝（矢印）を加えていく。このプロセスはその問題の原因を考え、抽出していく過程であって集団や個人の保健認識及び学習の過程でもあると同時に、児童生徒が自分自身の生活や習慣、行動を客観的に観察・把握し、分析するプロセスでもある。これはHQCの最も重要な局面である。

もう少しこの段階を手順をおって説明しよう。

一般に、HQCには必要なツールと順序がある。下記のODの例では以下の全てを使ったわけではなく、簡略化している。現実には問題にあわせていくつかを組み合わせて工夫をしながら解決してゆく。

3-3-3 HQCの順序

- 1) 困ったことをあげてみる：問題の発見
- 2) 問題を分析する：ブレインストームにより特性要因図や要因間の連関図を作製する
- 3) パレート図を作る
- 4) チェックシートを作る
- 5) 定期的にチェックする
- 6) 改善を確認する
- 7) PDCA (plan, do, check, action) サイクルを繰り返す。

HQC手法には様々なバリエーションがある。高度な計算や、分析もある。特別の調査をしなければならないこともある。しかし、問題の大半は上の1から7で解決してしまう。

これを簡単に解説しよう。

- 1) 困ったことをあげてみる：問題の発見

例；あなたが（あなたの担任のクラスが）今健康上でもっとも困っていることをあげてみよう。

A君は「朝起きられない子がいる・・・」、B君は「疲れやすい子がいる・・・」、C君は「太りすぎの子がいる」、「頭にしらみがいて痒いという子が多い」「立ちくらみがする子が多い」「近頃の子は小さな傷がすぐに膿んでしまう」「教室が暗くて黒板の字が見えないらしい」「変な臭いがする子がいる」・・・色んな困ったことがある。次々と出てくる困った事がある。一つ一つがそれぞれ問題である。そんな中から、今すぐに取り組みたい、そして重要だと思う問題を具体的に選んでみる。

もし、あなたが先生なら、クラスの生徒たちの困ったことをアンケートしたり、挙手を求めても良い。いくつか選んだ項目はすべてHQCの標的になる。どれを問題として取り組むか、は統計的に決めるのが客観的で良い。しかし、専門家が重要度によって決めても良い。そして、問題の中身を深く考えてみる。普通の子どもは、いや成人でさえ健康な者は自分の健康や集団の健康について、今までに自分自身で考えたことはまず、ないのである。

- 2) 問題を分析する：ブレインストームにより特性要因図、連関図を作る。

その問題について関心のある児童生徒同士が集まって、（何人でも良いが5人から10人くらいがやりやすい）皆で問題の原因について話し合ってみる。多くの意見を出し合う。

これを絵に描いてみる。通称KJ法といっている方法である。これには若干のスキルがいるがすぐに慣れてくる。タイ人の先生達も多くの意見を自由に言うようになる。実はここで人間関係も大切である。

「わいわい意見を出し合おう。」という雰囲気を作り出すのである。もちろん、人の意見を批判してはいけない、どこに問題を解く鍵があるか分からないのだから、意外なところに手掛かりが有るかもしてないのだから、できるだけ多くの意見を出してもらうのである。こうしてチームは共感し合い、仲間意識が芽生えてくる。人の意見に関係する自分の感想や連想をどんどん言ってもらう。それを黒板でも、模造紙でもいいからメモする。誰かリーダーになって司会をする。数十分で切り上げ、(20分くらいが良い)次いでこれらの意見、問題を構成しているとメンバーが考えた要因を類似した項目同士で纏めてみる。親和図である。いくつかのクラスターに分けられてくるであろう。これを、さらに構造化してみよう。

それらの意見を特性要因図に書いてみよう。魚の形に似ているから、魚の骨(フィッシュボーン図)とも言っている。こういう経験のないほとんどの先生と子どもにとって、健康について自分自身で考え、問題の所在に気づくことはおおきな発見になる。また、連関図といって原因間の関連を線や矢印で結んだグラフを作っても良い。

3) パレート図を作る

これらの原因についてアンケートの集計結果でも挙手の数でも、集計してパレート図を書いてみる。データが揃ったら、これをグラフにしてみる。グラフを見て一番の高い項目(原因)から順にこれに取り組むということを確認めよう。累積度数分布図(曲線)である。もし、こんなことが出来なければ、直ぐに取り組めるとするもの項目について取り組みやすさで順番をつけてよい。

要は原因とし上げられたものを全てにわたって標的にするのではなく、重点的に取り組むべき項目を扱うということである。優等生的に満点をとる必要など無いのである。パレート図とはそのような考え方を数量化したものであって、その意識が出来れば、必ずしも数量化できなくとも良い場合が有るのである。

問題はほとんどの場合、上位の数個の原因を解決すると、問題そのものが解決している、あるいはその方向に向かって動き出したことがはっきりと分かるようになる。タイのウボン県のパランチャイ小学校でゴミ処理プロジェクトを行ったケースでは、(統計は取っていなかったが)少し効果が出てきたところで、それまでは協力してくれなかった校長や職員急に協力的になって、一気に解決してしまったという。全ての原因に取り組む必要など無いのである。連関図に示したとおり、原因は一つ解決すると次々とドミノ倒し式に簡単に解決できるものが多いのである。後出の「朝起き不良」の事例では、パレート図を作らず、チェックしやすさや対応のとれるもの解決しやすいもの、重要なもの、と言う観点から優先順位をつけている。また、2005年に行われた後述のタイのプロジェクトでは取り組みやすさに点で優先順位をつけている。要は優先順位をつけるということである。

4) チェックシートを作る

特性要因図や親和図、連関図などの中で、取り組みやすい項目、重要な項目について、自分たちでできる範囲で直ぐにとりくむチェック項目を表にする。(下記ODの項参照)

チェックシートはクラス単位、グループ単位、個人単位、いろんなものがある。工夫してみよう。そして、チェックシートごとに「よくできた」とか「○、×」「11時30分」「気分悪い」「目標達成」とか「改善した」などの観察した事実や評価を書き入れる欄、マスを作っておく。

チェックシートには少しずつチェックする項目を、自分たちでできる範囲で足し加えていくのがよい。

5) 定期的にチェックする

それぞれの項目について、規則正しく、毎日、毎週、毎月などの日を決めてチェックしてみよう。「×」や「○」などの記号や「7時30分」「文章」でもよい。こうして、きちんと記録していくことがとても大事である。体重を毎日記録するだけでも一定の効果が出てくる。個人の健康問題改善であれば、年齢の低い子どもの場合には、簡単な項目で、場合によっては家族が代わりにチェックしても良い。集団で行うなら皆で相談してもいいし、リーダーを作ってその人がチェックしても良い。状況に応じて少しずつ項目を増やして行く。いきなり最初から複雑な作業をしてはいけない。チェックして自らその変容を実感して行く過程そのものが自己コントロール・フィードバックの過程で、健康問題解決の過程である。

6) 改善を確認する

チェックシートをきちんとつけ、記録していくと次第に問題が少しずつ改善していくことが確認できる。改善したことが分かると、さらにもっと多くの項目（原因）についても取り組めるようになる。改善しない項目については、諦めずに根気よく続けてチェックしていきたい。どうしてもなかなか改善できない項目については、方向を変えて別の項目に取り組んで見る。意外と簡単に前には改善できなかった項目までもが、新たに加えた項目と一緒に改善しているかもしれない。

7) PDCAサイクルをまわす

上記のプロセスを順番に行おう。まずは目標を持って問題を改善すべく計画を立てる。そして、実際の改善のための行動を起こす。毎日、毎週、毎月の生活の中でその行動とその結果についてチェックシートにチェックしていく。もちろん改善したかどうかを評価する。これらのサイクルを繰り返していくのである。

コラム：HQCによる健康状態改善例（OD）

HQCは肥満、起立性調節障害（OD）、腰痛、近視などの子どもの健康問題や、日常生活の改善をはじめとして、心身のコンディション及びライフスタイルの変容を導くことが出来る。

ここで具体例として、起立性調節障害（OD）を考えてみよう。ODは自律神経の調節が乱れることによっておこる、循環調節障害である。1965年にドイツで報告されて以来、わが国でもたくさんの研究がなされてきた。特に思春期の発育発達に伴って小学校の高学年から中学生、高校生に多く見られるとされてきた。主要な症状は「朝なかなか起きられない」「午前中は体調が悪い」「立ちくらみやめまい」「顔色が悪い」「立っていると気持ちが悪くなる」「動悸や息切れ」「食欲不振」「腹痛」「疲れやすい」「頭痛」「乗り物酔い」などがしばしば訴えられる。いずれも自律神経系に関連している不

定愁訴といってよい。こうした症状を複数訴える場合に心電図や血圧などの検査を課して最終的にODが診断される。日本学校保健会の全国調査では、中学生男子12%、女子16%、高校生男子13.6%、女子18.6%がODと判定されている。筆者の研究ではタイでも約50%の陽性をみるごくありふれた症候群である。

近年日本スポーツ振興センターが実施した調査によると母親にも22%のODが見られる。つまり、ODはかつてのように思春期にのみ特異的にあらわれる症状ではなく、成人になってからも存続している異常のようである。しかも、ODの母親と子どものODの同時出現確率が非常に高く、これには同一家庭で生活を共にすることの影響が考えられる。というのは、ODは夜更かし、夜食、運動不足、睡眠不足、朝食の欠食などというライフスタイルが強く関与している症状であるから、同じ家庭で起居を共にする母親とその子どもは共通した生活習慣の反映で、共にODになり易い。ODを改善するにはまず生活を注意深く観察して、夜更かしや夜食、朝ねぼうなどの原因となる生活行動や生活習慣に気づき、自分自身の生活をはっきりと自覚し、コトバとして認識することが出発点となる。そして、それを改善することで最終的にはOD児のほとんどが改善されてしまう。

本人は生活を改善すれば症状も改善するなどとは考えずに、すぐに薬などに頼りたがるが、HQCでは自分が「昨夜、何時に就寝し」「何をどれくらい食べ」「どの程度運動し」などと生活の一コマずつを取り上げて、それらの項目についてを自分なりに「もっと早く寝た方がよい」とか「テレビを見すぎた」「ゲームを1時間やりすぎた」などと評価しチェックする。すると従来、経験したこともない程、自らのライフスタイルの中身が見えてくる。HQCとはこういう生活と健康の観察からはじめて、不健康の原因を認識し、日常を自分自身でコントロールしていく。かくして、10名のOD症状を持つ児童は1ヵ月余りですっかり改善してしまったのであった。次にあげる例はこのODに関連して寝起きの悪い状態を改善することを目指した事例である。

コラム：朝起き不良の改善

図3-3は「朝起き不良」をなおすためにみんなで作った特性要因図である。まず原因として「前の日に遅く寝た」「ビデオ・テレビを見ていた」「友達と電話をしていた」を、この参加者は考えたようである。さらにそれらの原因の原因として、さまざまなものを考え出し、次々と枝葉がついていき、20分ぐらいのうちに子どもたちは「朝起きられない」ことの原因とさらにそれらの原因を図のように25の要素に分解していく。もちろんもっとさらに細かく分析することもできるだろう。

子どもたちは特性要因図を描き、考え、お互いに共感し合う。この体験は彼らにとって多分生まれて初めてのものである。先生やリーダーは子どもたちの発言をうまく引き出し、発言が多いほど子どもの健康や生活に対する認識が広がり、深まっていく。この方法では正解とか誤答はない。不健康だと思うことの原因、そしてそのまた原因だと子どもが考えるものをコトバとして表現することによって、自分でも気付かなかった生活や物事あるいは状態が1つひとつ客観的になっていくのである。子どもが自分

の生活をこうして反省し、生活の1コマずつがそれぞれに相関し合いながら不健康の源を解き明かしていく体験をもつことは大きな喜びを与える。HQCのこうした自己発見的な特徴はやがて、特性要因図に枚挙された項目を改善していく時の心のエネルギー（やる気）に直接つながっていく。特性要因図づくりにいやいや参加している子どもは、やはり生活を改善することはできないだろう。特性要因図はHQCの最も大事な局面であるが、クラスやグループ、あるいは個人で作成しても良い。「ODについて」「肥満について」「近視について」「遅刻について」など何についても原因は必ず存在し、その中には生活を改善したり、自分自身の行動を修正したりすることによって改善するものがたくさんある。

ぜひ守ってほしい「オズボーンの四原則」と言われるルールがある。①発言を批判しない ②どんな発言でも取り上げる ③発言は多いほどよい ④他人の発言に便乗する。

続いて次の3点をみんなで話し合ってみる。①この中ですぐに対応のとれるものは？ ②解決しやすいものは？ ③重要なものは？

これらの項目（原因）に◎をつけ、◎のついたものを毎日チェックするためのチェックシートを作成する。たとえば図3のようなものをつくる。こうして毎日、自分自身で立てた目標をチェックしながら一定期間（一週間など）たったら、アドバイザー役の人と一緒にこのリストを評価する。このような行動を何回か重ねるとほとんどの目標は達成されてしまうのである。

この見直し（評価）段階では生活習慣や行動の変容を確認すること、さらにその成功要因や失敗要因をまとめて、次のステップのHQC手法による改善に発達させることが大切である。

これらの段階を何度か繰り返すことによって子どもたちは自己の保健行動を自発的に変容させていくことができるようになる。一般には生活習慣の自己観察からはじまって、健康の自己管理能力が形成されていくことになるのである。

個々で次のような点を心がける。

①自主的に行う、少しぐらい誤っていても気にしない ②続ける ③段々改良していく（やさしい→むずかしい） ④仲間と共に行うと効果的 ⑤ムリ、ムダ、ムラを少なくする ⑥できもしない計画を立てない ⑦創作と工夫

逆にしてはいけないことは、

①おしつけ（個別性の尊重） ②焦った早急な評価（評価過剰はマイナス） ③あきらめること（今日できなくても明日行うという目的意識） ④責任転嫁（自分でできることを精一杯する、学校や先生、親、社会の悪いところに責任をなすりつけない）

以上がHQCのアウトラインである。

図3-2 健康問題をどうやって解くか、特性要因図の例

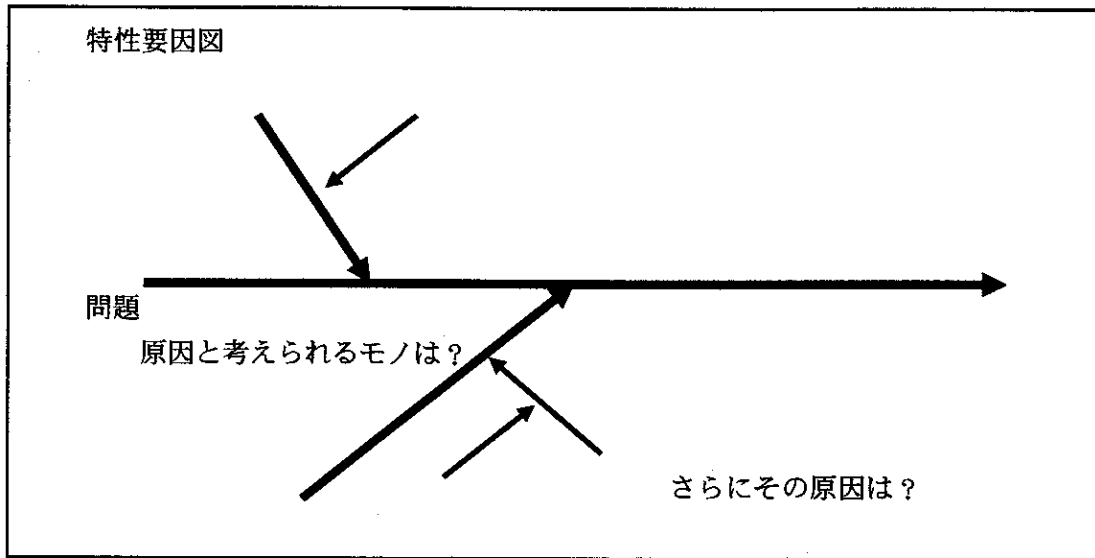


図3-3 朝起き不良の特性要因図の一例

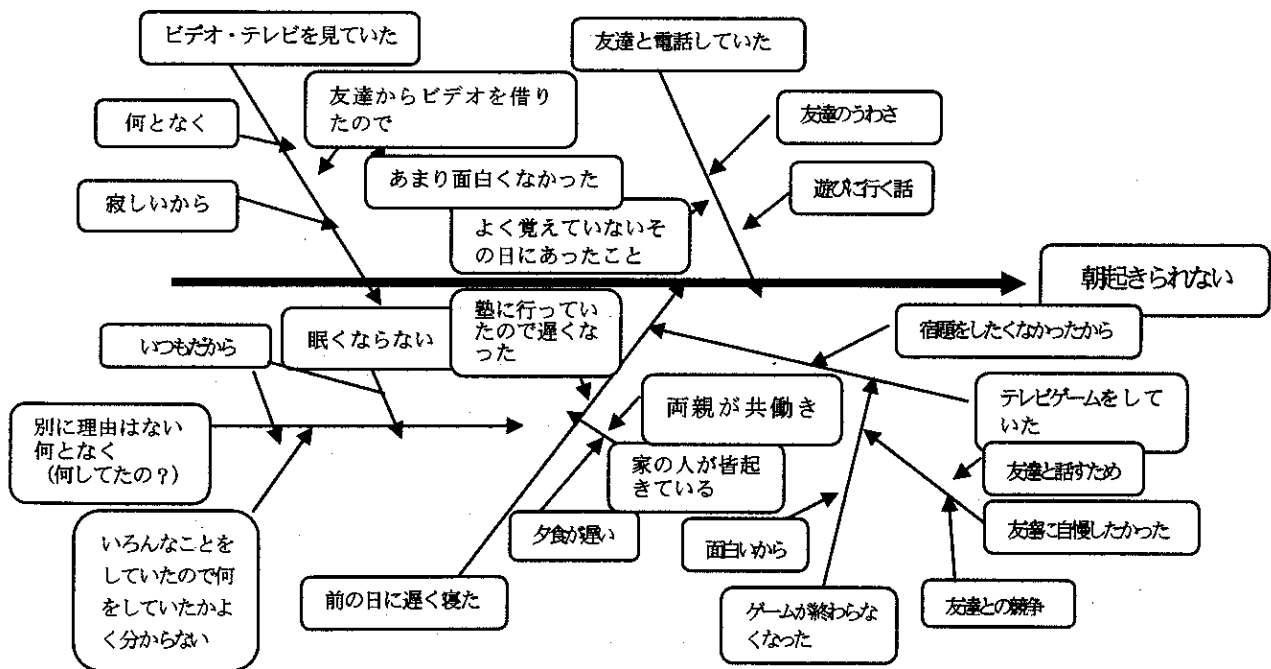


図3 記録用紙¹⁶

ライフスタイルのQC		名前		年齢		性別	
項目	曜 月/日	月 /	火 /	水 /	木 /	金 /	土 / 日 /
1) ゆうべの就寝時刻	22:00						
2) ゆうべのねつき	わるかった						
3) けさの起床時間	7:00						
4) すいみん時間	9:00						
5) めざめ方	おこされた						
6) めざめ (ねむたさ)	ねむかった						
7) 朝食の時刻	7:00						
8) 朝食時の食欲	なかった						
9) 午前中の「体」の調子	2						
10) 午前中の「心」の調子	3						
11) 排便の時刻	17:30						
12) 外あそび (運動)	しなかった						
13) 帰宅時刻	16:20						
14) 夕食の時刻	18:15						
15) 夕食時の食欲	あった						
16) テレビの時刻 (最後)	21:00						
17) 個人毎の必要項目							
18)							
19)							

3-3-4 タイにおけるHQCによる改善事例

このプロジェクトにおいては、HQCを実施するに際して、多岐にわたる学校保健領域の中から、有識者を対象としたデルファイ調査、及び現地におけるフィージビリティスタディの結果を参考にして、1) 児童生徒の生活習慣の改善、2) 学習環境・生活環境衛生の改善、3) 学校内危険箇所の改善と事故、障害を防止するための学校安全を取り上げた。2003年度より2005年度の3年間、ラオスとの国境に近い農村地帯であるウボンラチャタニー県と、ミャンマーとの国境に近く、数多くの山地民が居住するチェンマイ県の合計5つの学校で、HQC手法によるプロジェクトを実施した。外国においてHQC手法が紹介されたのは、このときが初めてである。その後、タイにおけるHQC手法による学校保健改善プロジェクトは、3年間の実績を経て、初めに期待したこと以上の成果をみる事ができた。

1) 主体の教育・指導—生活習慣の改善

近年、タイでは、都市化が急激に進み、就寝時刻の遅延化が問題となっている。感染

¹⁶ 1) 西嶋ほか (1990)、「児童生徒の健康管理のためのHQC手法の開発—基本的生活習慣の改善による起立性調節障害—」『学校保健研究』32-4

2) 西嶋ほか (1990)、「学童のライフスタイルと起立性調節障害との関係」『学校保健研究』32-7

症や寄生虫病といい、また、生活習慣病といっても基本的には生活習慣に基礎をおく疾患であり、健康の異常である。遍く生活習慣の問題を差し置いて、健康づくり、疾病教育、健康管理は成り立たず、この改善が学校保健のすべてにわたる基礎的な課題であるとの認識から、これを目標とした。

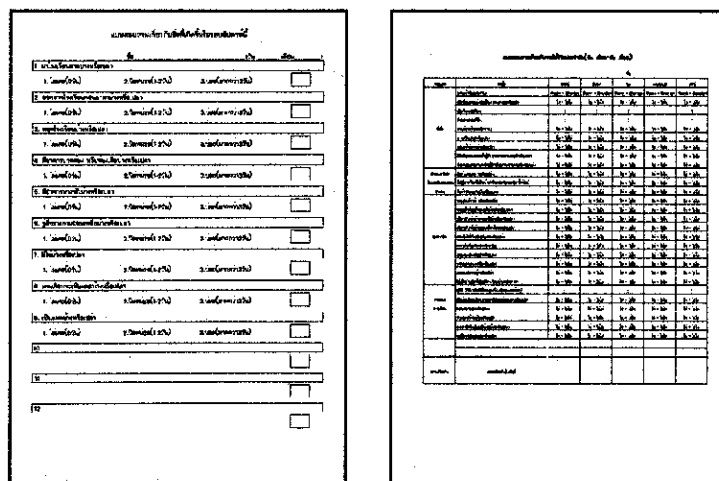
そこで、まず、このプロジェクトでは、タイにおける教職員らを対象としたワークショップを通じて、HQCに関する指導方法、評価方法についての伝達と研修を行った。

研修会では、教職員を4名づつのグループに分け、児童生徒を取り巻く生活状況を、児童生徒の立場になって考えてもらい、改善すべき問題点をブレインストームした。さらに、枚挙された生活習慣に関する問題点を分析するために、問題の原因、原因の原因・・・を追究し、特性要因図（フィッシュボーンダイアグラム）を作製した。

次の左写真は、教職員らが作製したフィッシュボーンダイアグラムである。これらの図は後日それぞれの学校の教室や保健室に掲示して活用している。

教職員らは、HQC手法の取り組み方と指導・評価の仕方を研修会で習得した後、各学校において、校長をはじめ、他の教職員らと協議し、学校全体が一丸となってこのプロジェクトを実施する体制を整えた。

児童生徒にとってHQC手法の実施は、初めての試みであるため、児童生徒全員が共通して抱える生活習慣の問題を取り上げて、まずは、学校単位でHQCに取り組むこととなった。はじめに、児童生徒らを対象として、作製した特性要因図から選ばれた様々な原因について、どの原因から取り組むべきか、などに関する調査、アンケートを行った。得られたデータを集計して、累積度数グラフを描いた。値が高い項目（原因）が直ぐに取り組むべき項目であるとして、改善していく順番に原因を並べて、定期的にチェックするためのチェックシートを作製した。

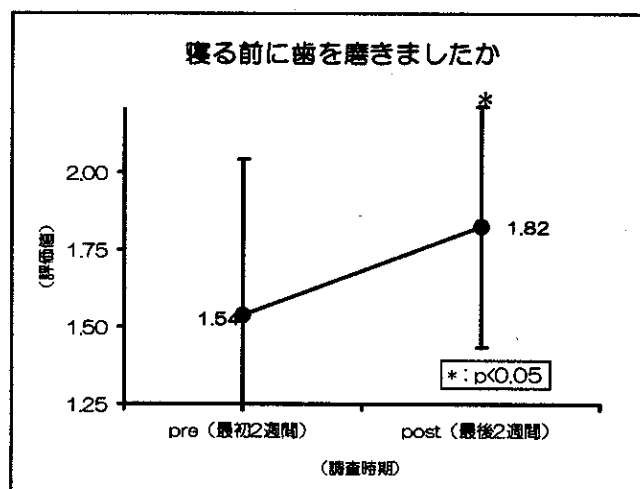


ウボンラチャタニー県ノンメックブンタリック小中学校では、食後の歯磨き習慣を身に付けるための改善活動を優先的に実施した。チェックシートに従い、学校では昼食後に歯を磨く時間を設けて、全員で歯を磨くことにした。2週間に1度は市販されているブラークテスターを用いて磨き残しがないかについて確認し合った。かくして、チェック

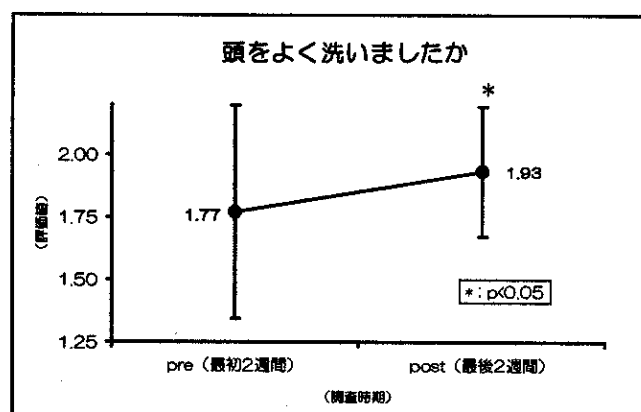
シートに歯磨きに関する項目を設け、児童生徒はそれぞれ毎日、3ヵ月間この習慣をチェックしながら生活した。その結果、歯磨き習慣は定着した。

このような改善プログラムは3ヵ月に及んだため、全生徒が記入したチェックシートは膨大な量となったが、教職員らは自らの工夫により、ブック式に改良してこれを整理し、指導に役立てた。写真は、教職員らが、児童生徒らが記入したチェックシートを回収して、評価するための準備作業をしているところである。

得られた3ヵ月間のデータを開始2週間と、終了前2週間とで比較し、解析したところ、次のようであった。歯磨き習慣については、学校だけではなく、家庭においても、改善されたことが窺える。



感染する頭じらみを防止するための活動も学校全体で取り組んだ。「頭をよく洗いましたか？」についての集計結果は次のようであった。



以後、学校単位としてだけではなく、クラス、個人のレベルでも生活習慣に関して改善すべき問題点を考え、HQCを実施している。その結果については、現地における報告会で報告された。

なお、2005年9月から11月にかけて、3ヵ月間の改善プログラムに協力し、実施した学校は次のとおりであった。

ウボンラチャタニー県 ガムグンノンジック小中学校 (対象生徒数166人)
パランチャイ小中学校 (対象生徒数308人)
ノンメックブントリック小中学校 (対象生徒数282人)
チェンマイ県 フェイナムチャーン小学校 (対象生徒数91人)
メーランカム小中学校 (対象生徒数170人)

2) 学習環境・生活環境の改善－環境衛生の改善

学校環境衛生は、健康を維持する重要な要因のひとつである。この分野の対象となるのは、主としてモノであるが、管理するのは人であり、ここでは児童生徒と校長、教頭、教職員である。ここでは飲料水、トイレ、ゴミ、教室の明るさ、黒板、机と椅子の適正な高さ、といった最も学校教育の基本となるモノを取り上げた。それらの環境要因に関する問題点を改善するための手法として、ここでもHQCを用いている。

まず、日本側のメンバーと現地教員による協働チームをつくり、それぞれの環境要因を考慮した測定器具を検討し、準備した。できるだけ、現地で調達できるものを利用できるように心がけた。測定器具を用いた環境要因の測定、観察は、あらかじめマニュアルを作製して実施した。

測定場所は、教室、教員室、給食室、食堂、校庭、トイレ、水のみ場などである。測定項目は次のとおりである。水質 (COD・アンモニウム・亜硝酸・銅・鉄・六価クロム・亜鉛・全硬度・大腸菌)、大気 (粉塵)、温度、湿度、音 (騒音)、光 (照度)。教室については、黒板の色を測定するとともに、児童生徒の視力 (近距離・遠距離) を測定した。また、机や椅子の高さを決めるために、児童生徒の身長、座高のデータを参考とした。

まず、改善すべき箇所について、改善前の測定を行う。測定値を記録するとともに、写真撮影を行う。現状を把握した後、人員、費用、日数、期待効果を考慮して、改善できる箇所を検討し、チェック項目及びシートを作製して改善計画を立てる。項目によっては直ぐに改善できるもの、そうでないものがあるが、各々改善が済んだところで、再度、測定と写真撮影を行い、評価する。

ウボンラチャタニー県ガムグンノンジック学校における、教室の照度、通気を改善した取り組みの経緯は以下のようなものである。2003年8月、教室の窓脇に明るさや、通気を遮る貯水タンクがあった。貯水タンクは使用されていなかったために、すぐに取り壊す計画を立てた。取り壊しの結果教室は明るくなり、風通しもよくなった。しかし、教職員らは、さらに残った高さ1mほどのタンクを水槽に改修した。2005年には、児童生徒が給食のおかずにするための魚の稚魚を飼育している。

チェンマイ県メーランカム学校において実施された教室照度を改善する活動である。この学校では、屋根の一部を透明なアクリル板に取り替えて照度を上げた。アクリル板は安価で手軽に手に入れることができるために、学校の予算でも何とか補充することができた。これは教職員ら、自らの工夫による改善策であった。

また同学校におけるゴミ処理の改善活動も大きな成果を上げている。この山頂付近にある学校では、ゴミ処理はかねてからの課題であった。そこで、教職員、児童生徒らは、周辺地域の村々とも協働して、ゴミの分別処理、リサイクルシステムを作り、改善活動を実施した。

3) 学校内危険箇所の改善と事故、障害の防止－学校安全の改善

統計によると子どもの事故は、いずれの国においても、主要因死因となっている。タイの全人口における死亡率では事故・中毒は出血熱の96倍、腸管感染症の26倍である。ところが不思議なことにこの問題には多くの国際協力のプロジェクトが無関心である。安全教育・指導はもっとも緊急性の高い、取り組んで有効性のある課題である。そこで、まず、このプロジェクトでは、安全意識の向上、潜在危険因子の除去を目指して学校内から活動を始めた。

まず、学校全体の見取り図を作製し、学校内の危険箇所を教職員、児童生徒がチームを組んで点検して地図に書き込むことから作業を始めた。この地図を「ひやりマップ」、タイ語では「ペンティーアンタラーイ」と呼ぶことにした。

実際にこの活動を行ったところでは、危険な箇所については、教職員よりも児童生徒の方がはるかによく知っていることが多かったことから、児童生徒がこのチームに加わることが効果的であった。むしろ参加することは彼ら自身の安全意識あるいは潜在危険意識をトレーニングする意味からも有意義である。次いで作製した危険地図を校内のみんなの見えるところに張り出し、共通の意識、参加への意欲を図った。さらに、危険箇所の一つひとつに対して、HQCに基づく改善計画を立て、いつ、だれがどのように改善するかを計画して継続的に改善活動を行っていった。同時に、学校のどこで、いつ、誰が、どのように怪我をし、事故を起こしたかについて、記録簿を付け、統計をとり、この数字を少しずつ改善していった。

コラム：その他の様々な教育スキルプログラム

近年、欧米や日本では伝統的な保健教育の方法に加えてeducational products-system (EPS) と呼ばれる教材をカリキュラムに内包させた保健教育の方法が提案され、実験的に行われている。このうちlife skill 教育と称されるものは既にタイでは一部の学校で、ミャンマーでは全国的にUNICEFの唱導で、一部の学校ではJICAのプロジェクトで行われている。以下に挙げるEPSに共通しているのは、保健に関するそれぞれの分野の専門家と現場の実践家、研究者が共同してカリキュラムと教材を開発し、実際に教育現場で実験してその有効性を評価するということを重視していることである。一般にEPSではこのシステムの普及活動やデモンストレーション、教師の訓練、実践的な手順、カリキュラムガイド、教材、教育活動、父母や地域を巻き込んだ活動などがパッケージになっている。多くのEPSがあるが、いずれも実験的な試行段階にありその成果が注目されている。いずれにしても、健康現象はそこに生きる人々の衣食住の生活、習慣、文化、気候風土、年齢、教育水準などなど非常に多くの条件によって影響されている。その意味でアメリカで開発された教材や教育システムがそのまま開発途上国で当てはまるわけではなく、盲目的に適用する愚は犯すべきではない。生活習慣病のリスクファクターを除去することを目的に開発された一連のEPSを生活習慣の全く違う地域で適用しても効果は期待できないと考える専門家は少なくないのである。もし、応用するならばEPSの持つカリキュラムの構造化や包括的な教育システム、実践的、実証的なエヴィデンスに基づく保健教育という考え方であろう。

EPSの例

- The primary grades health curriculum project (US center for health promotion and education) (1980) And School health curriculum project (1977)
- Know Your Body (William, Carter, and Eng1979)
- Quest;Skill for living (Quest, note 15)
- Action for health (health services research center, note 16)
- Feeling fit (biological sciences curriculum study, note 17)
- An early start to good health (American cancer center society, note 18) and health networks (American cancer center society, note 19)
- Teenage health teaching modules (education development center, 1981)
- Chicago heart health curriculum project (Sunseri, et al.1980, 1983)
- Health education curriculum guide (Brooks et al.1981)
- Putting your heart into the curriculum (American heart association, 1982)

これらの他に多くの保健カリキュラムの提案がある。幾つかの例を掲載する。以下はcomprehensive health education management modelと呼ばれるグループであって、地域や学校以外の組織との包括的な連携を求めるモデルである。

- Maine school health education project (Walker et al.)
- Florida managerial model (Florida department of education)
- Genessee regional health education program (Sorenson and Sinacore, 1979)
- Youth Gives a Damn(Loya, 1974)

また、personal trainingや教師の訓練を目指したモデルも種々提案されて来た。たとえば

- social interaction model,
- information processing models
- personal model
- behavioral modification

などがそれである。これらの提案はアメリカという風土で開発されたが、部分的には他の地域にも有用ではある。

4. 提言：開発援助のための学校保健協力のありかたについての提案

4-1 行政・制度レベルの課題と取り組み（学校保健法の制定）

4-1-1 学校保健制度・体制の整備

従来行われてきた、保健管理的な支援は多くが即応的な疾病対策であった。ここでは当該の支援に関わる関係者が現場を離れるとそこで持続的な開発は中断してしまいがちであった。学校保健の開発にあつては、こうした緊急的な援助だけでなく、より持続的な開発を優先したい。

具体的には、学校保健を制度として確立するべきである。日本の経験を振り返っても、1958年の学校保健法制定が学校保健充実に大きく寄与したことが自明である。学校保健を推進するための法的な整備をはかり、行政制度を敷く。短期的、中長期的に計画を策定しこれに従って段階的に制度を整備してゆく。これに併せて財政的な裏付けを行う。中央から地方へ、そして学校へと学校保健に関する情報、人、モノが効率的に流れてゆくシステムを構築することが学校保健の普及に欠くことが出来ない。

こうしたシステムの構築を支援するという視点から、JICAが開発協力を行うに際しては人材の養成、制度の構築、学校保健の諸施策の立案と優先順位付け、財政的な支援、学校保健に関する情報やモノの提供、などが支援の内容として挙げられる。開発支援の初期にあつては短期的に専門家の派遣や財政的な支援、学校保健に関する情報やモノの提供、などが行われようが、中長期的には当該国の人材が育ち、自立しうることが望ましい。その為にも、長期的な戦略に基づいた計画づくり、人づくり、制度づくりが要される。短期的な即効性のある緊急援助も必要であるが、学校保健は中長期的な展望をもった時により有効性を発揮する分野であるから、支援事業の実施において短期的な効果ばかりを期待するような姿勢はかえって本来の目的を見失うこととなる。学校保健の課題は極めて多岐にわたり、複雑であることによく留意する必要がある。

4-1-2 省庁横断の連絡システムとエヴィデンスに基づく行政システムの構築

学校保健の問題は多岐にわたるので、教育省にとどまらず、保健省、内務省など関連の省庁との連携が不可欠である。このための連絡事務などを行う担当者などを明確にしておくべきである。できれば、学校保健の指導者養成講習会を定期的で開催し、一定期間の訓練を行う組織・機関などがあればよい。場合によっては目的別に省庁横断の委員会を設けることも必要である。すでにエイズ対策などでこうした委員会が設けられている国も少なくない。

学校保健に関する統計・情報を収集し、分析し、科学的な行政を行うためのシステムづくりと人材の養成が必要である。このための統計制度が必要である。まず業務統計作成の可能性とその実態を調査し、問題があればこれを改良し、整備する。さらに必要な統計を新たに調査する必要がある場合はサンプリング調査を行う体制を整備する。このように学校保健の実態の把握につとめ、問題となる課題を明確に把握しなければならない。例えば、学校での集団検診の結果を地域ごとに分析して、地域の保健行政に生かすなど、エヴィデンスにもとづいた科学的な行政、開発協力を目指したい。

4-2 学校を取り巻く組織・地域社会レベルの取り組み課題と取り組み (学校保健委員会の役割、特に地域における学校と保健所の協力関係)

4-2-1 学校保健委員会と地域との連携ネットワーク

学校保健は常に地域との関係において開発が進められるべきである。地域の医療資源といっても多くは期待できないが、保健所やこれに類した組織と、また内務省などの県、郡、村の地方事務所、ボランティア組織などの人材、情報、モノ、金を学校保健に結びつけて一つの運動として組織化し、事業を展開してゆけば大きな効果を生むことができる分野である。その為にも、学校内には是非とも学校保健委員会の設置が不可欠である。委員会は校長、教頭、そして保健担当教員、スクールナース、地域の保健医療従事者、保健ボランティア、一般教員、児童生徒、父母代表、村のオピニオンリーダー達により構成される。そして地域の上記の人々が一つの問題についてコンセンサスをもって取り組めば、大半の課題は解決できるのである。例えば、保健管理に欠かせない健康診断などを支える医療保健の人材も、保健所などから出向いている職員が補うなどの連携が可能となる。

またHQCなどの問題解決手法を使って、学校保健における課題を解決するべく、すぐに取り組める課題から実践的な取り組みを行うことも重要である。その際、第3章の「タイにおけるHQCによる改善事例」でも触れたように、HQCに取り組む学校校長など、柔軟に施策の優先順位付けを行い、臨機応変に問題に対応できる体制、中心となることの出来るリーダーが必要である。またこれらの知識とスキルを伝達するリーダーのための研修が必要である。

(1) 教員養成・研修における学校保健の必修

保健教育は学校保健の全ての事業における基礎となるものである。教材はすでに開発されたものがあり、問題はいかに要員を確保し、訓練し、保健指導と教育を実施していくにかかっている。そのためには大学における教員養成課程や研修過程の中にしっかりと学校保健を位置つけるべきである。

(2) 自ら工夫する問題解決思考

栄養改善はほとんどの開発途上国の問題である。これを克服する具体案として「学校給食」の導入が考えられる。仮に教育予算などの関係で、学校独自では給食システムを支えられない場合でも、地域との協働など、工夫次第で食料の調達が可能となる。農村などでは、自らの手で食料を確保することの出来る地域も少なくない。タイでは学校において幼魚、ひよこ、子豚などを育て蛋白源とし、バナナなどの果樹の苗木を子ども達が育てている活動もある。また学校において稲を栽培し、収穫から脱穀までに行っている場合もある。この場合初期の費用だけをNGOが負担している。全てを援助に頼るのではなく、工夫して問題を解決するというHQCの問題解決思考が重要であるし、教育の目指すところである。

4-3 学校保健のための個別の活動レベルの課題と取り組み（学校健診制度）

4-3-1 定期学校健診制度の導入

日本の学校健診制度の経験に鑑みても、学校健診制度は、地域全体の保健状況向上に資する重要な活動である。地域の保健医療従事者（医師等）が生徒の健康状態をチェックすることで、生徒の健康改善に役立つ（ひいては出席率向上に役立つ）とともに、地域の保健状況の把握にも役立つといえる。

4-3-2 学校保健を考慮した学校建設

現在多くの開発途上国に対してわが国から多くの学校建設支援が行われている。これらの設計に学校保健を配慮した設計を取りいれたい。水のみ場、給食調理室、便所、手洗い場、足洗い場、教室の通風、採光、机・椅子、黒板、そして保健室などの基本的な事項について配慮が必要である。学校建設に際しては、保健室をはじめとして学校保健を整備する良い機会であるので、十分に専門家と協議し設計すべきである。

参考資料

参考資料1 我が国の経験としてのコミュニティアプローチと学校保健診断の方法

我が国は戦後の疲弊した時代にあつて国民の健康水準を向上するべく、公衆衛生における地区活動を盛んに行った。我が国ではこうした方法は既に過去のものとして忘れられているが、そうした中には、今なお開発途上国で応用するに適切なものも少なくない。ここでは、その中から当時の学校保健学、公衆衛生学、社会学の専門家が共同して作り上げた技法で、実際に大きな成果を上げた活動として評価されるノウハウを紹介する。底本は「コミュニティアプローチの理論と技法」青井和男、小倉学他、續文社、1963である。

1. 学校と地区診断のプロセス

診断の基礎として、考えられた基本プロセスは次のようである。

- (1) 何が一番大切であるか、重点となる問題を見出す。
ターゲットにした地区にどんな問題があるかをしらべ、重点的にとりあげるべき問題を選ぶ。
 - (2) 問題解決のために必要な事実をつかむ。
その問題の発生条件をしらべ、有効な対策を見出す。
 - (3) 事実にもとづいて計画を立てる。
その対策を実施するための計画を立てる。
 - (4) 立てられた計画を実施にうつす。
 - (5) 計画どおりに成果があったかどうかを知るために、実施結果をチェックする。
- 実施後、当初の目標がどの程度達成されたか、事業の進め方は能率的だったかなどについて調査する。それによって計画を修正し、あるいは次の計画に反映させる資料とする。
- このような(1)～(5)の過程のなかで、(2)の段階を診断とよび、(1)はその前段階として、問題発見の段階とよぶ。

ともかく、まず学校、地区にどんな問題があるかを見つけることから保健活動は始まる。取り組むべき問題は多く、限られた人手と予算では、どれから手をつけてよいかわからないと思われるであろう。そこで、どの問題を優先的にとりあげるかという選定がなされる。ついで診断が行われ、有効と考えられる対策が見出され、計画・実施・評価の過程が進められる。診断がつねに適切なものであるとは限らないから、実施途中、計画・実施が調整されることもある。

問題発見の方法と資料 計画的な活動においては、診断は問題発見について行われるアプローチの1つであり、課題解決ないし改善のための実践的アプローチの重要な1段階である。

問題を発見しようとする場合に用いられる方法、資料は、多様であり、また、おおよその傾向をつかむことしかできないものから、より精度の高いものまである。全面にわたってとらえようとするれば表面的となり、深層まで追求しようとするれば、狭い範囲に限定されるという制約が伴う。そこで、実際に方法・資料を選択するには、問題発見に投入できる期間・人手・経費などによって、実用可能な方法・資料を選ぶ。また1回ですべての問題発見を完結することが望めないときは、第1段階は全般にわたる簡略な方法を用い、第2段階以後、一部の領域・対象にしばって精密な方法を用いていく。

問題発見の方法として次の方法がとられる。1) 観察、2) ききとり、3) 事業記録および資料の検討、4) 統計による分析、5) 調査、6) 検査・測定・集団健診である。

1) 観察

観察という方法は対象集団・環境・行動のそれぞれに対して用いる。

対象(集団)に対する観察は、この地区の人にはトラコーマが多いとか、貧血が多いのではないかと、いう直感が問題発見の糸口となりうる。そこで次に正確な把握をするためには、統計や、調査測定を行うことが必要となる。

環境衛生では、観察がよく用いられる。例えば、便所や台所の衛生状態、あるいは改善状況、井戸、住居、ゴミ処理、河川へのゴミ投棄の状態などは、地区内の観察によってリアルに把握できる。蚊の発生源なども観察によって確め、地図上に明示していけば、どこが問題の個所かわかる。

もちろん、まん然と見てまわると主観的になりやすく、ムラを生じやすいので、観察項目やそれぞれの判定基準、さらには表記方法などをあらかじめリストをつくり、それをチェックしていく。

人々の行動面の観察では、衛生に関する地区の生活様式・慣習・行動の観察があげられる。観察者が地区の人々の集団に加わり、あるいは民家などに泊まりこんで、起居をともして行う参加観察ができれば理想的である。

2) ききとり

地区や学校での問題発見は、まず観察とききとりにはじまる。ことに事業記録や統計などが乏しくてあまり利用できない場合、あるいは新しい地区で活動を始めようとするときには、このききとりと観察という手段以外には頼れるものがない。また、記録や統計がある場合でも、問題の所在について見当をつけるのに欠かせないものである。

地区の事情に詳しい人々から、思いがけない問題発見のてがかりがえられることもある。

この場合、地区の団体や組織の役員・リーダーの他に別な角度、ないし立場からの意見に接し、事実をより正しく把握する助けとなることもある。ききとりの対象に選ぶ一般の人々は、なるべく各階層、特に下層にわたるようにすることが必要となる。

どんなことをききとるべきかという内容は、場合によって一定できないが、どんなことは誰にというように、あらかじめ事項ごとにそのことにふさわしいききとりの相手を決め、計画的に情報を集めるのがよい。

ききとりの場合には、相手が専門家でないことが多いので、意見は、必ずしも信頼してよいものばかりではない。ときにその人その人の立場によって正反対の意見に接することもある。ききとりはそれを絶対視して全面的に依存するということがなければ、相当の効用を発揮する。

3) 業務記録および資料の検討

もしこれにあたるものがある場合には、これまでの業務記録を見ることによって、概括的に、重点事業としてどんなことがとりあげられてきたか、それはどんな問題点に対し、どのような目標を立てて進められたものであるかなどを明らかにすることができる。しかし、特別な問題点も意識されず、したがって、重点事業もなく、到達目標もあいまいなまま、上級官庁や上役に示されたことを消化するために言うというような態度で進められてきたような場合には、この間の情報がほとんど入手できないこともある。

業務記録からは、例えば、診断や治療記録の場合のように、受検率・有病率などが得られるものがある。それによって家庭訪問指導を必要とする件数などをつかむこともできる。学校には様々の記録が保存してあるのでどんな記録があるかを一覧表にしておくのがよい。

母子衛生面では、乳児クリニック・妊娠届・妊婦検診、あるいは健康診断などの記録から、妊婦の健康状態、乳児の発育状況、その他に関する資料を把握できることもある。

農業、林業、環境衛生事業などの記録によって、薬剤散布・昆虫駆除などの実施状況、地区組織活動の現状と問題点が示唆されるかもしれない。また、教員や保健婦などの家庭訪問指導の記録によって、前途の学校保健問題はもとより、母子衛生・成人病、さらには栄養改善面の問題がうかんでくることもある。

各種の事業における参加率(受検率)などによって、地区の人々のその事業に対する関心や態度を推測できることもある。このような記録やその他の資料には、学校、保健所、役場の衛生関係の係からだけでなく、その他の関係機関で入手できる。

4) 統計による分析

事象を数量的に示す統計による分析は、基礎活動である。統計は問題発見・診断の段階はもとより、実施後の評価の段階でも用いられる。まず、有病率や問題となる物事の出現率などを知り、それをほかの地区や学校と比較するとによって、問題点がとらえられる。

さらに、より細かい統計をつくることによって、問題の診断に入ることも可能となる。

各種統計がすでにそろっているときは、それを利用すればすむが、現実には各学校、地区に統計がそろっていることは、むしろまれだといってよい。こんな場合は、新しく統計をつくることになる。

統計は普段から資料が準備されてないと、必要なときに役立てられないので系統的な資料整理が必要である。それぞれのケースが発生したつど、1件を1枚のカードに記入しておくとか、月計、年計などの整理表をつくっておけば、適時に比較的少ない労力で統計がえられるのである。

一方、人口の小さい地域では、死亡が1件ふえると率がなん十もあがるというように統計値の変動が大きく、信頼度が低くなる。このような場合、統計期間を長くにとって通算して統計を作るということを考える。

5) 調査

調査方法としてはアンケート調査・質問紙面接調査がよく用いられる。対象の数や範囲は調査事項により、また、調査に投入できる労力・経費などによってさまざまである。また、我が国の学校では、保健調査とよばれるアンケート形式の自覚症状、既往歴などの調査の蓄積があるので、これらは、開発途上国において参考となろう。

次に調査によって把握を試みてよい内容は、保健衛生に関する態度・行動・知識である。例えば、健康習慣や健康意識たとえば環境衛生面でははえ・蚊などについて、どのように考え、あるいは感じているかや、それに対する態度は調査でなければとらえられない。また行動の面で、栄養摂取状況、はえ・蚊の駆除のために実行している事項、妊娠中の労働・休養・栄養に関する実態に関して面接調査、あるいはアンケートにより知ることができる。

さらに地区における活動に対する態度、意識、習慣なども知ることができる。例えば、地区の人々がどんな事業を望んでいるか、どんなことに不満や不便を感じているか、これまでの事業に対してどう評価しているか、ということなどはその例である。これは把握された問題のうち、まずどれからとりあげていくかを決める場合の重要な参考資料となる。

6) 検査・測定など

例えば、観察によってある世帯に〇〇病らしい人を見かけたといっても、果たしてその観察が当たっているかどうかはわからない。まして、ほかにも未登録の〇〇患者が多いのかどうかは知るよしもない。ききとりで〇〇の人が多いらしいといわれても全面的に信用はできない。ことに非専門家の意見は然りである。

そこで、統計で確かめることになるが、〇〇罹患率は届出のあったケースだけをもとにしているという限界を伴う。やはり、地区の人々にどの程度の〇〇有病率があるかは、どうしても〇〇の発見を目的とする測定や集団検診をしなければ正確につかむことはできない。もちろん、検診をやっても受検率が低ければ信頼度は低くなる。大多数の人が受検した検診結果によって、はじめて〇〇有病率が明らかになるのである。

寄生虫保率率は検便という検査によってはじめてとらえられる。高血圧症の有症率はまず血圧測定を試みないことにはつかめない。飲料水に関する問題は、水が濁っているとか、味がまずいというような地区の人々の主観的な意見が手がかりとなる。しかし、最近や有機物あるいは有毒物・含窒素成分などをしらべる水質検査の結果をまたなければ問題を客観的には確定できない。

保健問題とりわけ宿主集団の有病率のような問題を客観的に把握するためには、検査・測定・集団検診が有力な方法となる。しかしそれには経費・労力などはもとより、なによりも施設や技術が必要であり、容易に実施するというわけにはいかない。問題は宿主集団の検診結果や環境因子の測定検査結果だけに限らないのである。

例えば、結核の有病率は検診によらなければわからないが、それをつかめなくしているのは住民検診の受検率が低いということである。この受検率の低いこと自体がコミュニティの問題とされてよいことである。そして、なぜ受検率が低いのか、それを高くするにはどんな対策をとればよいか、という面に診断が加えられることになる。その診断にもとづく計画・実施によって、結核住民検診受検率が高率化した後に、地区の結核有病率や要医療者の医療状況に問題があれば、それらがさらに次の段階の問題となるわけである。

さらに、地区におけるプロジェクトを推進していく上で、以下のような諸点を考慮すべきである。

1) 問題の重要度と緊急性

問題選定の際に考えねばならないことは、第1には問題の重要度であり、緊急性であろう。その問題が放置された場合には、地区の人々の健康に大きな被害をもたらすような、いわば重症な問題だと考えられるならば、早急に原因を究明して対策を講じなければならない。疾病についていえば、重要度は死亡の危険性、後遺症、作業傷害などによって決定されるといわれる。いいかえると致命率が高く、後遺症をかくことが多く、労働力の損失の大きい疾病が重要度が高いことになる。この場合、質と量双方をかけ合わせて検討することも必要となる。流行のひろがり、あるいは有病率の高さというような量の面と死亡の危険性などの質の面とを考慮しなければならないということである。緊急性はいいかえると進行性の問題ということにもなる。例えば急性伝染病や食中毒の発生などはその極端な例である。ふつうの場合は、このような緊急な問題が発生していることは少ないのだが、その場合でも、専門職としての重要度の判断によって問題の選定することは第1の原則といえよう。

しかし、問題の重要度という観点はいつの場合でも、絶対に優先されなければならないものとはいえない。活動は地区の人々の積極的な参加・指示がなければ、なに1つ成果があげられないといってよ

いくらいである。行政は、地区の人々の要求にそうサービスを第1とするのが基本だが、活動ではとりわけそのことが重要である。そこで、地区の人々のもっている要求に即して問題を選定するということ、いま1つの重要な観点になるわけである。

2) 効果のあがりやすい問題と地区

どんな問題を選定するかという点で、この観点を忘れると、例えば診断にとりかかっても実行可能な対策が見つからなかったり、実施しても不成功に終わることになったりする。特に、はじめにどの問題からとりあげるかということを決める場合には、効果のあがりやすいものからということが重要である。その点では学校・地区組織活動におけるテーマの選び方が参考となるので、以下にその主な観点をかかげてみよう。1部のものは効果という枠からそれるが、ついでに付け加えておく。

○わりあい簡単に実行できて、しかも効果が早く現れやすいもの一つ、最小限のエネルギーで効果のあがるもの

○その解決による効果が目立ちやすいもの（可視性）

○できるだけ多くの人に共通で、大多数の人が参加できるもの

○人々になるべく金銭的負担がかからないもので、しかも、その解決によって多くの人に経済的なはねかえりがあるもの

○地区の児童生徒や人々に不安や脅威を与えないもの

○解決方法が科学的に明らかで、地域社会のなかの資源にたよれるもの

○健康教育が最小限ですむもの

問題の選定と同時に、地区内のどここの部落や町内で手がけるかということも、診断に先だって選定できればよい。同じようなエネルギーを投下して、大きな成果をあげられる地区と、ほとんど効果のあがらない地区とがある。その点ではフォスター（GM.Foster）の示す次のような地区選定の観点が参考となろう。すなわち、過去にどんな成果をあげた地区か、人々は一般に進歩的か保主的か、改善に意欲的かどうかというようなことである。このほか仕事を始めるのに好都合な地区は、社会階層に断層がなく、経済的にも安定していて、政治的な対立が少ないところということもあげられている。

少ない予算と人手で活動を進めなければならない制約があるので、地区診断をやり、実際活動を奨励推進する地区は、いまのところ、やはりモデルケースとしての意義をおびている。その意味でも、ニードがなく意欲的でない地区を手がけて、大きなエネルギーを空費するより、最小限のエネルギーで成功しそうな地区を選定することが考えられねばならない。もちろん、それは他の地区に重要度や緊急性からいって、放置できない問題がないときのことである。

3) 問題となる不健康の診断

●疫学的分析—疫学的な流行要因の追求は、必ずしも伝染病に限定されない。宿主・病因・環境の諸要因にわたる分析は、非伝染性疾患や傷害・交通事故に対しても用いられている。

そこで伝染性、非伝染性を問わず、その疾患に得意な宿主・病因・環境それぞれにおける要因が検討されることになる。どんな宿主集団に多いかという面で、性・年齢・階層・職業別に罹患状況をみたり、どんな環境に多いかという面で、部落別などで見当すると、その疾病の発生条件が明らかになることが少なくない。例えば、赤痢の罹患率が高い場合は、届出患者の資料にもとづいて、さらには患者家族や近隣の人々に対する保菌者検索を行って、感染源（宿主）を追求し、一方、感染経路（環境）を明らかにすることが必要となる。地図上に患者発生地点を表示することによって多発部落がわかったり、流行の経路がわかったりすることも少なくない。このような疫学的な追求方法の詳細については、疫学の専門書があるのでそれにゆづりたい。

●問題疾患をめぐる住民の行動・態度・疫学的分析によって問題疾患が流行ないし多発する自然科学的条件がわかったら、それに関連のある社会的・教育的な条件としての住民の行動・態度などが把握されなければならない。例えば、地区の人々の栄養条件に問題があれば、生活水準や階層構成、地区の食生活についての慣行、つまり、食習慣などを知ることが必要になる。

一方、地区の人々がその疾患についてどのように考えているか、その原因について正しい知識をもっているか・あるいは医療機関の利用状況はどうなっているかなどをしらべなければならないことも生ずる。その場合の方法には、すでにのべているような観察・ききとり・面接調査などがある。

参考資料2 地域における健康教育調査質問文例

（以下の文例はあくまでもサンプルです、利用する時は事前にパイロットスタディーをしてください）

1. 家族構成など

Q1 家族構成

続柄 性別 年齢 職業 同地位 学歴 健康度

Q2 世帯構成

続柄 性別 年齢 職業（仕事の内容）（副、兼業、内職を含む）
同地位 勤務地 勤務先の規模 学歴

Q3 お宅では次の仕事はおもにどなたがなさっていますか

（世帯主との続柄で記入し、できるだけ1人にしぼる、該当しない場合は「-」とする）

家で主に担当する者の名前

子どものしつけ

PTA出席

副食の選定（おかず）

日常の金出し入れ

主な働き手

経済の実権

税金関係書類の作成

村の会議への出席

農仕事などのわりふり

2. 移住関係

Q1 お宅はいつごろからこの町にお住まいですか。

SQその前は、どこにお住まいでしたか

Q2 もしも事情が許したなら、他の土地に移りたいという希望がありますか。

1. ある 2. ない 3. DK・NA

SQ. 何故でしょうか。

Q3 できたらこの土地に長く住みたいとお考えですか。

1. 考える 2. 考えない 3. DK・NA

Q4 みなさんの村を健康にするためにはこの町にあるどの集団が中心となったらよいと思いますか。

Q5 町会や婦人会で衛生の仕事をしていますが、どんな仕事をしているかご存知ですか。

1. はえと蚊 2. ねずみとり 3. 母子衛生 4. 栄養
5. 受胎調節 6. その他 () 7. DK・NK

SQ1 その活動によってお宅で何か有益な点がありましたか。

1. あった 2. なかった 3. どちらともいえない 4. DK・NA

Q6 それでは男の人たちがしている保健衛生の仕事を知っていますか？(環境衛生については内容をきく)

1. 知っている 2. DK・NA

SQ1 ではその仕事はどんな事をしているのですか。

1. 蚊とはえの駆除 2. 清掃 3. 伝染病予防

SQ2 その仕事によって効果があがったと思いますか。

1. あがった 2. あがらない 3. DK・NA

Q7 あなたは婦人会が保健衛生の仕事を行っていますか。

1. 知っている 2. 知らない 3. NA

SQ1 ではそのやっている仕事や催しにお宅で参加したことがありますか。

1. ある 2. ない 3. NA

SQ2 婦人会が保健衛生の活動を始めてからお宅で何か有益な点はありましたか。

1. あった 2. なかった 3. どちらともいえない 4. DK・NA

SQ3 それはどんな点でしょうか

1. 妊産婦 2. 乳幼児 3. 栄養 4. 受胎調節 5. 人間関係
6. 環境衛生 7. その他 () 8. DK・NA

Q8 お宅ではいままでに村の役員になられた方(又は、いまなっている方)がおられますか。

Q9 もしもあなたが選ばれたら(もう一度選ばれたら)役員になってもいいと思っておられますか。

3. 健康上の問題

Q1 あなたがもしなったとしたら、一番いやな病気は何でしょうか。その次は何でしょうか。

Q2 ご家族の健康や衛生上のことがらで、何かご心配だったり、お困りになったり注意していらっしゃることはございませんか。

SQ1 それはどんなことですか。

Q3 これから、みなさんの村を健康にするためには、先ず何をやってほしいと思いますか。

その次は何ですか。

[項目を示した表を使って…◎と○をつけるでもよい例としては、以下のようである]

1. 寄生虫 2. 神経痛 3. 栄養 4. 育児 5. 水道 6. 蚊とはえの駆除
7. 高血圧 8. 妊産婦の指導 9. 受胎調節 10. 伝染病予防 11. 結核予防

Q4 この地区は、寄生虫が多いと思いますか。それとも少ないと思いますか。

SQ1 たとえば、どんな寄生虫が多いと思いますか。

1. 蛔虫 2. 鉤虫(十二指腸虫) 3. その他 ()

4. 環境衛生関係

Q1 お宅では年々ねずみが少なくなっていると思いますか。

1. 非常に減っている 2. 減っている 3. 少し減っている
4. 変わらない 5. ふえている 6. その他

でははえは

1. " 2. " 3. "
4. " 5. " 6. "

では蚊は

1. " 2. " 3. "
4. " 5. " 6. "

Q2 それではねずみはどうでしょうか出たことがありますか。

1. 出たことがある 2. 現在出る 3. 出たことがない

SQ1 それについて何かなさいましたか

Q3 でははえをなくするにはどうしたらよいと思いますか。

1. 薬品 2. 清掃 3. サナギ取り 4. 便所 5. 道具・器具
6. DK・NA 7. 非該当(はえのいないもの)

Q4 それでは蚊が発生しやすいと思われる場所はどんな場所でしょうか。3つだけあげてみて下さい。

1. 下水 2. 水たまり(たまり水) 3. みぞ、どぶ 4. 竹やぶ
5. やぶ 6. 墓場 7. 池 8. 用水 9. 流れ水 10. 空き缶などの水
11. 田んぼ 12. その他 ()

Q5 お宅では、今年になってからはえをなくすために何かしていますか。

1. している 2. していない 3. はえがいない 4. その他

SQ1 それはどんなことですか、全部いって下さい

1. 薬剤を便所やごみためにまく
2. さなぎとりをする
3. ごみため、畜舎などをきれいにする
4. 便所に金網をはったり、便溜にふたをしたりする
5. はえたきやはえとり器を使う
6. その他 ()
7. DK・NA

SQ2 それはどなたが主になさいますか。(C-1)

1. 主人 2. 主婦 3. 姑 4. 舅 5. 息子
6. 嫁 7. その他 () 8. その他

- SQ3 それは近所と共同でなさいですか。
 1. している 2. していない 3. その他
- Q6 次にはえや蚊をなくするためには皆で共同でやるのがよいと思いますか、それともめいめいでやってよいですか。
 1. 共同 2. 単独 3. どちらともいえない
- SQ その場合どの範囲でやったらよいでしょうか。
 1. 隣近所だけ 2. 地区だけ 3. 村全体 4. 郡全体など 5. その他 ()
- Q7 はえやゴキブリの駆除はこの表の中でどれが主体となって実施したらよいと思いますか。(ひとつにしぼる)
 1. 各家庭 2. 自治会 3. 市役所 4. 保健所 5. 公団
 6. その他 ()
- Q8 お宅では今年になってから、町内清掃に参加したことがありますか。
 1. ある 2. ない 3. その他
- SQ1 毎回出ておられますか。
 1. 毎回 2. ときどき 3. その他
- SQ2 (ときどきしか) 参加できなかったのはどういう理由からですか。(なるべく1つに理由をしぼる)
 1. やりたくない 2. 知らなかった 3. 忙しい 4. 不在
 5. 病気 6. その他 ()
- Q9 ではこの町内清掃は、予め曜日や時間などを決めておくのと必要に応じてやるのと、どちらがよいと思いますか。
 1. 決めておくのがよい 2. 必要に応じて 3. どちらでもよい 4. その他
- SQ1 どのようにきめたらよいでしょうか。
 a 月始 月中 月末 その他
 b () 曜日 その他
 c () 時 ~ () 時 その他
- Q10 お宅には、今年の夏、次の害虫がいましたか。
 イ はえ 1. いた 2. いなかった
 ロ 蚊 1. いた 2. いなかった
 ハ ゴキブリ 1. いた 2. いなかった
 ニ 毛虫 1. いた 2. いなかった
- SQ1 [前問で下の該当事項に「いた」と答えた人だけにきく]
 そのためにお宅ではどんなことをなさいましたか。
 イ はえ : 1. はえとり紙 2. 殺虫剤 3. あみ戸 4. その他 ()
 5. 放置 6. 非該当 (いなかった)
 ロ 蚊 : 1. かとり線香 2. 殺虫剤 3. あみ戸 4. かや
 5. その他 6. 放置 7. 非該当
 ハ ゴキブリ : 1. トラップ 2. 殺虫剤 3. その他 () 4. 放置 5. 非該当
 ニ 毛虫 : 1. 捕殺 2. 殺虫剤 3. その他 () 4. 放置 5. 非該当
- SQ2 [全問Qで2つ以上「いた」と答えた人にきく]
 お宅では、このうちの虫で一番困りましたか。(ひとつにしぼる)
 1. はえ 2. 蚊 3. ゴキブリ 4. 毛虫 5. 困らなかった 6. どれともいえない
 7. 非該当 (「いなかった」と答えた人とひとつだけ「いた」と答えた人)
- Q11 ところでお宅ではゴミの処理はどんなにされていますか。(2つ答えてよい)
 1. 自家処理 2. 清掃事務所 3. その他
- SQ1 それはどんなにしていますか。(なるべく1つにしぼる)
 1. 埋没 2. 投棄 3. 焼却 4. その他
- SQ2 回数は今のままでよいでしょうか。
 1. よい 2. もっとしてほしい 3. その他
- SQ3 清掃夫のあと始末はいいでしょうか。
 1. よい 2. わるい 3. その他
- Q12 台所とか便所、畜舎など、お宅でどこか改善したいと思っているところがありますか。(具体的に聞くこと、例えば「台所の流し」)
 1. ある ()
 2. ない
 3. その他
- Q13 お宅では多少金がかかっても水洗便所にしたいとお考えになっていますか。
 1. 考えている 2. 考えていない 3. その他
- Q14 お宅では台所の改善を計画した事がありますか。
 1. ある 2. ない
- SQ1 ではそれを計画通り実行なさいましたか。
 1. 計画通り実行した 2. 少しした 3. しない
- SQ2 どうして出来なかったのですか。
 1. 金がない 2. 暇がない 3. やり方が分からない
 4. 近所との釣合 5. 家族の無理解 6. その他 ()
- Q15 次のお宅の便所やゴミ箱についてお尋ねしたいのですが
 便所— 1. 専用 2. 共同
 金網の有無— 1. ある 2. ない
 手洗器の種類— 1. 流水式 2. 汲置 3. なし
 便所の様式— 1. 汲取式 2. 浄化槽
 ゴミ箱— 1. ある 2. 共同 3. なし
 ゴミ箱のフタ— 1. ある 2. なし
- Q16 では次の場所に水道の蛇口がありますか。
 1. 風呂場 あり なし SQ 風呂 あり なし
 2. 台所 あり なし

3. 便所(手洗) あ り な し
4. 庭 あ り な し
5. その他 ()
- Q17 お宅には水道がありますか、簡易水道ですか、それとも自家水道ですか。
1. ある(簡易水道) 2. ある(自家水道) 3. ない 4. その他
SQ1 水道の蛇口はいくつありますか、それはどこどこですか。
1. 台所 2. 風呂場 3. 洗面所 4. 便所 5. 作業場・庭
6. その他 ()
- SQ2 水道になってからよかったことがありますか。(なるべく具体的にきく)
()
- SQ3 なにか具合のわるいことはありませんか。(なるべく具体的にきく)
()
- Q18 お宅の便所には、手洗いはありますか。
1. ある 2. ない 3. その他
SQ1 それはどんな手洗いですか。
1. 水道 2. 消毒液 3. 流水式 4. ためおき 5. その他 6. その他
SQ2 大体いつごろからそのような手洗いをおいていますか。
1. 2~3ヶ月前 2. 2~4年前(1と3の中間) 3. 4年以上前 4. その他
- Q19 田植えや刈入れの時は炊事の時間も足りないので、いつもより簡単な食事ですますことも多いようですが、お宅ではどうですか。
1. いつもより簡単にすます 2. いつもと変わらない 3. 念入りにする
4. その他 () 5. 該当しない
- Q20 農繁期の食生活を改善するには、これから先、どうしたらよいでしょうか。
()
- Q21 お宅では食事の改善については、お考えになったことがありますか。
1. 考えた 2. 考えたことがない 3. その他
SQ1 それでは実際に考えたとおりにやっていますか。
1. している 2. 少しした 3. していない
SQ2 それはどうして出来ないのですか。
1. やり方がわからない 2. 古い習慣が改められない 3. いそがしい
4. 経済的な余裕がない 5. 家族の無理解 6. 近所がしない
7. ほしいものが手に入らない 8. その他 () 9. その他
5. 結核予防
- Q1 結核を早くみつけるためには、どんな検査が一番大事だと思いますか。(2つ以上の解答可)
1. ツベルクリン 2. レントゲン 3. 血沈 4. 痰
5. その他 () 6. その他
- Q2 あなたは、ご自分が結核になるかもしれないとお思いになりますか。その他
1. 思う 2. 思わない 3. 非該当(なった者) 4. DK・NA
SQ なぜでしょうか
()
- Q3 結核を予防するためにはどんなことが一番大切だと思いますか。(なるべく1つにしぼる)
1. 早期発見・早期治療 2. レントゲン検査 3. 集団検診 4. B・C・G
5. 保健所の熱意 6. 町内会の熱意 7. 医師 8. その他 () 9.
- Q4 それではツベルクリン反応は何のためにするものだとお聞きになっていますか。
1. 予防注射 2. 結核かどうかを知る 3. 結核の治療薬
4. 殺虫剤 5. その他 () 6. その他
- Q5 あなたは、B・C・Gは何のためにするものだとお聞きになっていますか。
1. 予防注射 2. 結核かどうかを知る 3. 結核の治療薬
4. 殺虫剤 5. その他 6. その他
- Q6 今までに結核の集団検診を受けたことがありますか。
1. ある 2. ない 3. 忘れた
SQ それは誰かにすすめられたのですか、それとも自分から行ったのですか。
1. すすすめられていった 2. 自分から行った 3. その他
- Q7 レントゲン検診は、これからも毎年続け方がよいと思いますか、それともやめた方がよいと思いますか。
1. 続けた方がよい 2. やめてもらいたい 3. その他
- Q8 レントゲン検診を暇があっても受けたがらない人がいますが、あなたはどのようにしてだと思いませんか。
1. 衛生観念がたりない 2. 忙しいから 3. 丈夫だから 4. 結核だといやだから
5. 人に指図されたくない 6. 町内会の働きかけがわるい 7. その他 ()
- Q9 結核の治療方法にはどんなものがありますか。ごぞんじのものを全部あげて下さい。
1. 外科療法 ()
2. 科学療法 ()
3. 安 静 ()
4. 栄 養 ()
5. その他 ()
6. DK・NA ()
- SQ それはどこから、どのようにして知りましたか。
1. 新聞 2. 雑誌 3. ラジオ 4. テレビ 5. 友人
6. 近隣 7. 親類 8. その他 () 9. その他
- Q10 万一あなたが結核になったとしたら、治療に必要なお金は、どこからどのくらいでるかごぞんじですか。
6. 衛生上の注意、予防接種、高血圧など
- Q1 あなたは、ふだん自分の体のことでとくに気をつけていることがありますか。
1. ある 2. ない

- SQ1 それはどんなことですか。
 SQ2 どうしてそういうことに気をつけるようになったのですか。
- Q2 一日の仕事の疲れをとるのに、あなたはどんな点に気をつけておられますか。
 1. なにもしていない 2. ()
- Q3 ところであなたは夜歯をみがいていますか、それは毎日ですか、では朝はどうですか。
 朝 1. 毎日みがく { 2. 時々みがく { 3. みがかない
- Q4 [入学前の乳幼児のいる家にだけきく]
 お宅のお子様は次の予防接種をなさいましたか。
 1. ジフテリア 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 2. 百日咳 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 3. 種痘 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 4. 小児マヒ 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 5. インフルエンザ 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 6. 腸パラ 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 7. B・C・G 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 8. 日本脳炎 1. した 2. したもしない子もいる 3. しない 4. 非該当
 9. 該当する子どもがいない
- Q5 あなたは、今年になって、この町で開かれた次のような事業に参加されましたか。それから、そういうことはした方が、いいと思いますか、それおとしないでもいいと思いますか。
 1. レントゲン検査 1. ある 2. ない
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい 4. その他]
 2. 寄生虫検査 1. ある 2. ない
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
 3. 栄養料理講習会 1. ある 2. ない
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
 4. 環境衛生指導 1. ある 2. ない
 (はえや蚊の駆除の講習会など)
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
 5. 血圧の検査 1. ある 2. ない
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
 6. 乳幼児の健康相談 1. ある 2. ない
 (乳幼児のある場合のみ)
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
 7. 予防注射 1. ある 2. ない
 (乳幼児のある場合のみ)
 [1. する方がよい 2. しないでもよい 3. どちらでもよい]
7. 保健所事業・市町村関係
- Q1 こんどは保健所についてお尋ねしたいのですが、お宅では今年になって保健所に行ったことがありますか。
 1. ある 2. ない 3. その他
 SQ1 それはどなたですか。(世帯主との続柄で)
 SQ2 それはどんな用件で行かれたのですか。(2つ以上答えてよい)
 1. 母子衛生 2. 栄養 3. 予防接種 4. 結核 5. 歯科 6. 一般健康診断
 7. 健康相談 8. 犬のこ 9. 営業 10. 環境衛生 11. その他 ()
 12. その他
- Q2 今年になって保健所からお宅に誰か来たことがありますか。
 1. ある 2. ない 3. その他
 SQ1 それはどんな用件で来たのですか。
- Q3 保健所はどんな仕事をしているか知っていますか。
 1. 知っている 2. 知らない
- Q4 保健所に対してご希望がありましたらおっしゃって下さい。どんなことでも結構です。
 1. ある 2. ない 3. その他
 1. 煤煙対策 2. 結核 3. 受胎調節 4. 栄養 5. 環境衛生 6. 食品衛生
 7. 母子衛生 8. 受付態度 9. 待合時間 10. 事務能率 11. その他 ()
8. 衛生教育の方法、媒体
- Q1 新聞は近くにありますか。
 Q2 新聞は毎日読みますか。
 1. 毎日ていねいに読む 2. 毎日ザット目を通す程度 3. 時々読む程度
 4. ほとんど読まない 5. 全くよまない 6. その他
 SQ それは主としてどんな内容のものですか。
- Q3 お宅にはラジオ・テレビはありますか。
 1. ある 2. ない
 SQ 毎日お聞きになる番組はどんなものですか。
 1. () 2. 時々聞く 3. 殆ど聞かない
 4. 全く聞かない 5. その他
- Q4 あなたは平均して一日に何分ぐらい新聞を読まれますか。
 1. 分 2. 読まない 3. 新聞なし
 SQ 主としてどんな記事に関心をもってお読みになっておられますか。
 1. 国内、国際政治 2. 社会概説 3. 経済 4. 社会面
 5. スポーツ、まんが、娯楽小説等 6. 家庭教養 7. 読者の声
 8. 広告 9. 地方版 10. その他

- Q5 こんどはラジオ・テレビについてですが、一日のうち何分ぐらいお聞きになっていますか。
 1. 分 2. 聞かぬ 3. ラジオなし
- SQ 主としてどんな番組に興味をもって聞かれていますか。
 1. ニュース、ニュース概説(天気予報を含む)
 2. 娯楽番組(歌謡曲、浪曲・落語、ドラマ etc)
 3. 政治社会的番組(街録、録音構成、インタビュー、放送討論会、etc)
 4. 家庭教養番組(語学、学校放送、婦人番組、クラシック音楽、健康問題、etc)
 5. その他
- Q6 あなたはテレビやラジオで健康や衛生に関する番組をどの程度おききになっていますか。
 1. 必ずきく 2. ときどききく 3. 全くきかない 4. ラジオなし 5. その他
- Q7-1 あなたは1日のうちに何時間ぐらい、テレビを見たり、ラジオをおききになったりしますか。
 1. 時間 2. 見・ききしない 3. テレビ、ラジオともになし 4. その他
- Q7-2 新聞や雑誌はどのくらいごらんになりますか。
 1. 時間 2. よまない 3. 新聞・雑誌ともになし 4. その他
- Q7-3 そのほか、ひまな時間はどんなふうにお過ごしですか。
 1. すること()
 2. 時間 3. 別になし 4. その他
- Q8 次の事柄についての知識や情報は主としてどこからえていますか、このカードを順に並べてみて下さい。(情報カードを見せる)
- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------|
| A. 子どもの育て方 | { () 新聞・ラジオ・雑誌
() 保健所・役場・学校・農協 | () 近所の人・親戚
() その他 |
| B. 生活改善 | { () 新聞・ラジオ・雑誌
() 保健所・役場・学校・農協 | () 近所の人・親戚
() その他 |
| C. 農業の合理化
品種改良機械化等 | { () 新聞・ラジオ・雑誌
() 保健所・役場・学校・農協 | () 近所の人・親戚
() その他 |
| D. 蚊・はえの駆除 | { () 新聞・ラジオ・雑誌
() 保健所・役場・学校・農協 | () 近所の人・親戚
() その他 |
- Q9 ではこの表の中、衛生に関するいろいろの知識を知るのに最もよいと思うものは何ですか、その次は何でしょうか。
 1. 講演・座談会 2. 保健婦の巡回 3. 映画 4. 印刷物 5. チラシ
 6. 村の役員からの伝達 7. 母親学級及父親学級 8. 学校から 9. その他()
- Q10 あなたは病気についての知識をおもにどこから得ておられますか。
 1. テレビ 2. ラジオ 3. 新聞 4. 雑誌 5. その他の印刷物
 6. 自治会関係 7. 友人・知人 8. かかりつけの医師 9. 保健所 10. 学校
 11. その他()
- Q11 今までにこの村で行われた衛生の講演会や座談会、映画会などの催しにお宅でどなたか出られたことがありますか。
 1. ある 2. な い
- Q12 ○○○運動のために、いろいろなことをできますが、一番効果があるのはこの中でどれだと思いますか。
 1. ちらし 2. ステッカー 3. ポスター 4. 立て看板 5. 回覧版 6. 映画
 7. 話しあい 8. 保健所職員をまじえた話しあい 9. 街頭放送 10. さそいあい
 11. さいそく状 12. 個人的説得(呼びだし) 13. 学校の先生の話 14. その他
- Q13 回覧板をつかいますか。
 1. は い 2. いいえ 3. 忘れた
- Q14 お宅では誰かの調子がおかしいとき、家族以外の方ではまずどなたに相談なさいますか。
 1. 近所の人 2. 学校の先生 3. 衛生委員 4. 助産婦や看護婦 5. 保健所の人
 6. 親類 7. 薬屋 8. 医者 9. その他() 10. 相談しない
 11. その他

参考資料3. 保健室の備品一覧

昭和61年に改訂された保健室の設備の基準（改正）には、最低、下記の備品を備えることが適当とされている。

●一般設備品として；

1. 机（救急処置用・事務用）
2. いす（救急処置用・事務用）
3. ベッド
4. 寝具類及び寝具入れ
5. 救急処置用寝台及びまくら
6. 脱衣かご
7. 長いす
8. 機械戸棚
9. 機械卓子
10. 万能つば
11. 洗面器及び洗面器スタンド
12. 薬品戸棚
13. 書類戸棚
14. 健康診断票格納庫
15. ついたて
16. 湯沸器具
17. ストップウォッチ
18. 黒板
19. 懐中電灯
20. 温室時計
21. 冷蔵庫
22. 各種保険教育資料

●健康診断・健康相談用として；

1. 身長計
2. 体重計
3. 巻尺
4. 座高計
5. 国際標準式視力表及び照明装置
6. 遮眼器
7. 視力検査用指示棒
8. 色覚異常検査表
9. オーディオメーター
10. 額帯鏡
11. 捲綿子
12. 消息子
13. 耳鏡
14. 耳鼻科用ピンセット
15. 鼻鏡
16. 咽頭捲綿子
17. 舌圧子
18. 歯鏡
19. 歯科用深針
20. 歯科ピンセット
21. ツベルクリン反応測定板
22. 聴診器
23. 打診器
24. 肺活量計
25. 握力計
26. 背筋力計
27. 圧力計
28. 照明灯

●救急処置・疾病の予防処置用として；

1. 体温計
2. ピンセット
3. ピンセット立て
4. 剪刀
5. 膿盆
6. ガーゼ缶
7. 消毒盤
8. 毛抜き
9. 副木、副子
10. 携帯用救急器具
11. 担架
12. マウス・トゥ・マウス用マスク
13. 松葉杖
14. 救急処置用踏み台
15. 洗顔瓶
16. 洗顔受水器
17. 滅菌器
18. 汚物投入器
19. 氷のう、氷まくら
20. 電気あんか

●環境衛生検査用として；

1. アスマン通風乾湿計
2. カタ温度計
3. 黒球温度計
4. 照度計
5. ガス検知器
6. 塵埃計
7. 騒音計
8. 黒板検査用色票
9. 水質検査用器具
10. プール用水温計
11. プール水質検査用器具（文部省体育局長通達1958.1986.4.1改正）

また、携帯用救急カバンに必要な物としては、次のものが考えられる。

はさみ、ピンセット、毛抜き、爪きり、綿棒、三角巾、包帯、体温計、ガーゼ、副子、絆創膏、キズ絆創膏、ネット包帯、脱脂綿、眼帯、消毒薬、湿布薬、胃腸薬、鎮痛剤、車酔い止め、目薬、虫さされ用かゆみ止め、生理用品、メモ用紙、ボールペン、ペンライト、日本体育学校健康センター用紙 ビニール（黒、透明）

●常備薬と衛生材料など

(1) 常備薬

- ①医薬品は、児童・生徒・職員の疾病予防、救急処置のために使用されるものであり、医師、薬剤師と相談の上、購入することが望ましい。
- ②薬品は、紫外線・温度・湿度に注意して保管する。（変質を防ぎ、使用濃度に希釈したもの以外は、施錠しておく。）このためには冷蔵庫の設置が望ましい。
- ③うがい薬、消毒薬等は希釈パーセントを正確にし、紫外線・温度・湿度に注意して保管する。
- ④ラベルには購入年月日を記入し、変質したものや有効期限の過ぎたものは使用しない。
- ⑤薬品棚に必ず施錠して保管する。
- ⑥薬品は、誤って使用することのないよう必ず表示を明確にし、外用薬と内服薬を分けておく。

(2) 衛生材料

- ・衛生材料は、保管場所に清潔に保存し、使いやすい状態に準備しておく。
- ・一ヶ月に1回くらい点検整備して、使用後は補充しておく。
- ・衛生材料は、防水された袋に入れておくことと便利である。
- ・衛生材料として、ガーゼ、包帯、油紙、眼帯、脱脂綿、酒精綿、副子、絆創膏等がある。
- ・その他 タオル、バスタオル、懐中電灯（ペンライト）、氷のう、アイスノン、シート（暖房、断熱）があるとよい。

●諸帳簿の整理、保健情報の収集

学校保健関係のノートを記入するように努める。これを整理保管し、全職員に所在を明らかにしておく。これを分析して対策を立てる。

児童生徒健康診断票、歯の検査票などを含む。

①作成の留意点

- ア わかりやすく、記入しやすい形式とする。
- イ 累積簿は、毎年同じ見出しと、配列も同じにして比較検討しやすいようにする。
- ウ 各種の検査結果等は、項目別に分冊し、年次順、月別にラベルをつける。各冊には、過去の推移が個々にいつでも分かるようにする。
- エ 一冊で学校全体の必要事項がすべて把握できる方法とする。

②分類と保存

- ア 年次別、項目別に分類し、各帳簿に背表紙をつけて配列する。
- イ ラベルを使って分類する。
- ウ 治療勧告、指導プリント、家庭連絡、保健だより、公簿、帳簿等の用紙は、乱雑にならないように整理保管する。
- エ 揭示資料は、学習や指導にも使用できるように保管する。

③活用

- ア 集団状況や個人状況を把握し、保健指導や継続観察に利用する。
- イ 健康診断、健康相談等の際、資料として活用する。
- ウ 担任教師の行う保健管理や指導、生活指導、教室の学習環境整備、連絡の際の資料とする。
- エ 児童生徒自身が自己の健康歴を理解し、将来の健康保持と増進のため自主的に健康管理ができるように活用する。
- オ 学校長、医師、保健関係職員、設置者、保健所等との連絡の際の資料とする。
- カ 学校保健委員会、児童、生徒保健委員会に資料として活用する。
- キ 学校保健安全年間計画の資料とする。
- ク 保護者や地域での保健指導、家庭訪問時の資料として活用する。

●統計資料

学校保健の事業実績を評価して、次年度の活動を成功させる基礎資料としての諸記録は、保健室経営上必要かつ欠くことのできないものである。特に保健統計に関する資料は整理しておく必要がある。

参考タイトル（我が国の場合を参考にする）

- | | |
|------------------|--------------------------|
| ・健康診断結果より | ・救急処置状況より |
| 体位の平均値（国、県、市、他校） | けがの状況 |
| 肥満とやせの割合 | ・疾病異常の被患率別状況 |
| ・主な疾病異常の推移 | う歯の処置完了状況等の推移 |
| ・欠席、かぜの状況 | 裸眼視力1.0未満の者の推移 |
| | 12歳の永久歯一人当たりの平均う歯数（DMF）等 |

以上が保健室の概略であるが、開発途上国においては保健室の重要性が認識されているにも拘らず、その整備状況はきわめて劣悪である。タイの場合は殆どの学校に設置されているが、ごく一部を除いて、上記の基本的な条件を満たす学校は殆どない。ミャンマーでは都市部の学校においても我が国でいう保健室機能を持つ学校は見られない。最も基本的なベッド、薬品の類いさえ用意されていない。また筆者の調査によれば病院が近くにあるから不必要であるという誤った認識が一般的であって学校におけるプライマリケア的な考え方は見られない。保健室を中心として教職員が協力して学校保健の問題を解決してゆく組織づくりは最も優先すべき課題でもある。今後の協力にあつてはこの点の協力が大きな課題になろう。現地のニーズに合わせた保健室の設計、設置、運営のあり方を考えなければならない。

参考資料4. ミャンマー連邦の学校保健マニュアル

ミャンマー連邦の保健省が発行し、学校保健関係者が指針とすべきとされている「学校保健マニュアル」が存在する。ここではその概要（ミャンマー語から日本語へ翻訳したものを大澤が日本人に理解し易いように若干の修正を加えたもので、一部原文とは項目の並び、表現等多少異なる。）を以下に記述する。これらの指針は筆者の知りえた範囲では実態とはかなり乖離があり、言わば目標という方が適当である。

このマニュアルは以下の項目からなっている。

学校保健活動目標

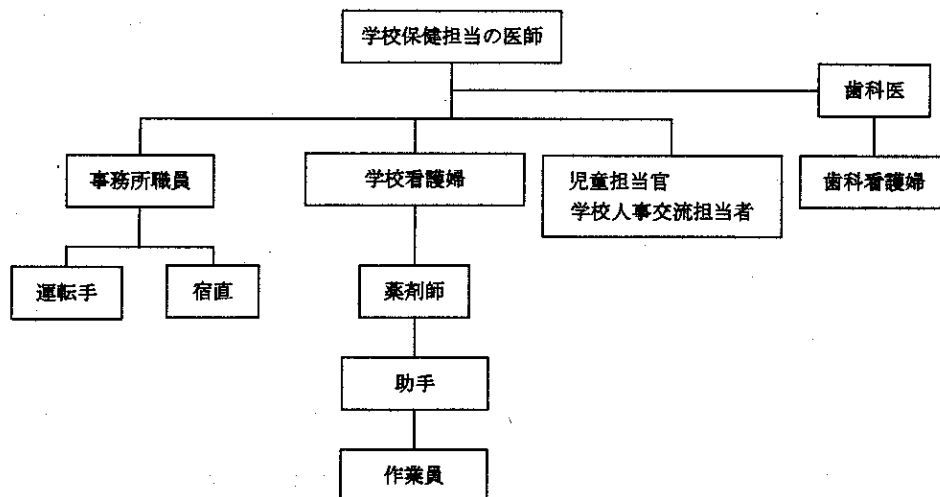
- (1) 学校保健活動のアウトライン
- (2) 学校保健管理の組織
- (3) 学校保健職員の任務
- (4) 教育職員の任務
- (5) 学校保健委員会の組織と任務
- (6) 学校保健活動事業計画
 - (a) 学校保健教育活動
 - (b) 学校周辺での衛生活動
 - (c) 病気の予防活動
 - (d) 校内における栄養と食品安全活動
 - (e) 学校保健管理活動
 - (f) 体育と運動
- (7) 学校保健模範学校
- (8) 学校保健に関する他の事業計画
 - (a) 全ての学校を禁煙にする計画
 - (b) 蚊のない学校の設立計画
- (9) 毎年郡が行う学校保健事業計画
- (10) 学校保健活動調査
- (11) 児童生徒は、将来国の重任を負う国の宝であると考え、正しく良好な学校保健活動によって、子ども達の健康を保持増進することは国にとって最も重要である。先進国の人々の健康状態の改善は規則正しく有効な学校保健計画事業を行うことによって行っている。ミャンマーでは1921年から学校保健の活動を始めた。1996年にWHOがGlobal School Health Initiativeプログラムで全世界の学校保健活動の促進を促したが、これに従い、ミャンマーも1996年から学校保健の良好な学校をつくる計画を立て、これを実施し、この運動を2003年-2004年の間に全国の285郡に広げてきた。（ミャンマーには324の郡がある。）

(1) 学校保健活動のアウトライン

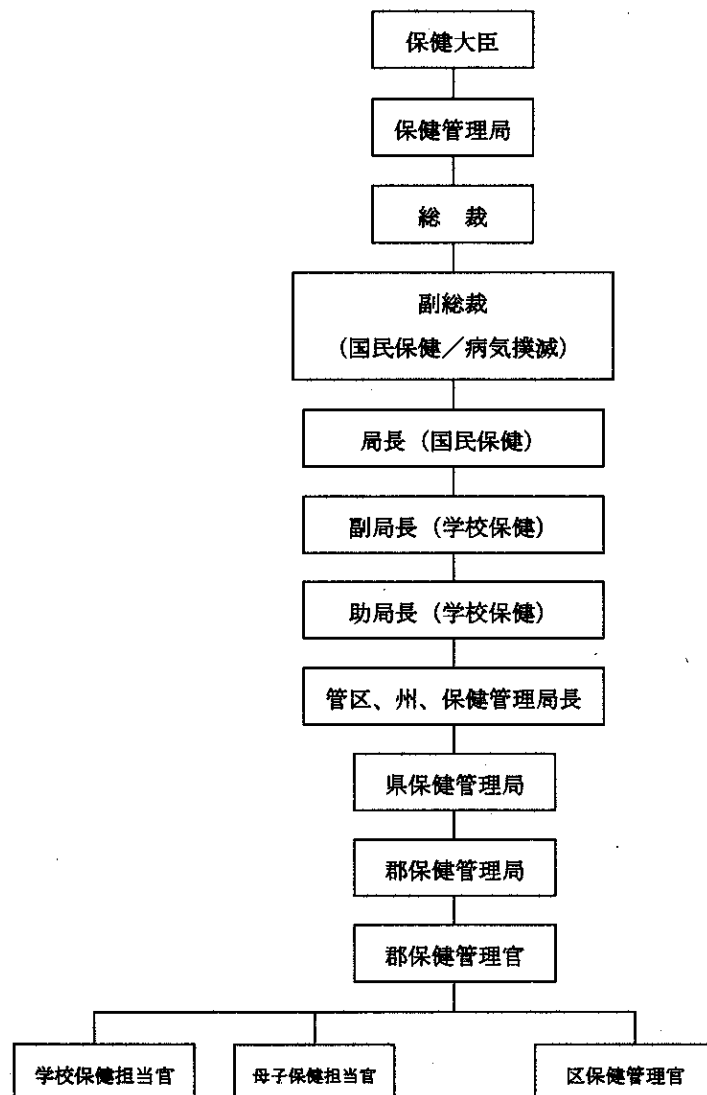
学校保健活動の目標は以下のようである。

- (a) 児童生徒の健康を増進すること
 - (b) 児童生徒に正しい知識を健康教育によって施し、いかに行動すべきかを理解させ、自らそれを行うことができるようにし、生涯にわたる健康と幸福を獲得できるようにすること。
 - (c) 児童生徒が現在遭遇している病気を早期に発見し治療すること。
 - (d) 清潔で衛生的で快適な学校と環境を作ること。
 - (e) 栄養良好で、心身とも健康で、品行方正の新生代の生徒たちを育成すること。
 - (f) 学校保健活動の成功により、子ども、家族、村落、郡と国民が健康であること。
- (2) 学校保健の組織構成は以下の様である。

学校保健組織図の例



国の学校保健の行政組織図



(4) 学校保健職員の任務と義務

郡保健管理局の長は郡学校保健活動の主要な責任者である。職員管理と学校保健活動の事業計画を円滑に施行する事が出来る様に任務を行う。

学校保健の担当医師は学校保健活動に郡保健管理局、父兄教師会、教育省が協力して行うためのリーダーである。

学校看護婦は訓練を終了した看護婦である。児童担当官、学校人事交流担当者がいない場合、彼らの仕事を兼ねて行う。

児童担当官、学校人事交流担当者は生徒達に関する社会問題を解決すること。また、学校保健組織と教育省及び他の政府機関の間に掛け橋として責任を持たなければならない。さらに学校における栄養改善活動、学校保健活動組織の担当者としても任務を行わなければならない。

(4) 教育職員の学校保健の任務

●校長の職務

(a) 毎日の職務

一日最低、一回は学校を巡視しなければならない。生徒達の服装の清潔さ、個人衛生、トイレを使った後の手洗い習慣を観察し、必要なことを指導しなければならない。教室内外の環境衛生、ゴミ処理、飲用水が清潔かを観察し指示する。毎日小学校のクラスでチェックする。

(d) 臨時に行う職務

生徒達の個人衛生について眼病、コレラ、インフルエンザなどの伝染病の報告があった場合は、父母を同行して地方健康管理局へ連絡する。また周囲に伝染病が発生したらすぐに保健管理局に報告する。また児童生徒が病気予防に関する保健指導を事前に受けられるように手配し、児童生徒も参加して病気予防と学校環境衛生活動を行えるようにしなければならない。

●教師の職務

(a) 毎日の職務

授業前に教室内外が清潔か、担当の児童生徒と清掃労働者が清掃したかどうかを検査し、結果を報告する。授業中、生徒達の個人衛生（耳、目、歯、鼻、手と足の爪等の衛生と服装の清潔さ）を検査し、

指導する。必要な場合には父母と相談して行う。唾、痰、大小便を正しく処理すること、手洗いから出たら手を洗うこと、および体育をさせること。

(b) 毎日の職務

歯、目、耳と鼻を清潔にしなければいけないことを衛生指導講演会などで指導する。環境衛生が大切であることを“Life Skill Education”の授業時に教えること。

(c) 毎月の職務

月例会議、学校保健会議で発見したことを校長に報告する。一ヶ月以内に病気にかかった生徒達のリストを保健管理局に報告する

(d) 時に応じて行う職務

学校保健管理委員会の指示した活動に参加して行うこと、生徒の中で眼病、咳が続いたり下痢等の伝染病が見られたら校長に報告する。

● 郡教育管理担当官の職務

郡保健委員会の副委員長である。郡保健管理局長と相談して3ヶ月に一回学校保健委員会の会議を開催して必要なことを支援する。

(5) 学校保健委員会組織と任務（前掲の図を参照のこと）

教育省と保健省が協力して学校保健委員会を組織する。

(a) 学校保健中央委員会は以下のように構成される。

①保健大臣（議長）、

②教育大臣

③社会福祉救済、再建管理局

1. 総裁（保健管理局）局長

2. 総裁（教育計画と訓練管理局）局長 合計32名で構成する。

その他に以下の学校保健委員会をおく。

(b) 州／管区学校保健委員会

(c) 県学校保健委員会

(d) 郡学校保健委員会

(e) 校内学校保健委員会、校長（議長）、保護者教師会会長（副議長）、

学校保健担当教師（書記）など合計10名である

学校保健担当医師を顧問として招聘して協議することもできる。

(6) 学校保健活動事業計画

(a) 学校保健教育活動

学校保健教育は心身また社会的に健康になるために子どもの時から知識と習慣を科学的に正しく学習し、改善できるようにさせる。

現在ミャンマーの学校保健教育の状況はまだ充分な状態にはない。教師も習得した保健理論と実践をあわせて実践したことが余りなく、児童生徒も保健衛生の授業、講演会と見学による知識だけを得ているだけで、実際に活動することは少ない。

したがって、学校保健を一層重視し、教師たちが習得した保健衛生スキルを保健職員、教育職員と協力して教育するために保健の課程を小学校のテキストに20%、中学校のテキストに10%、高校のテキストに5%加えて、Life Skill Education と一緒にカリキュラムとおりに教えることが必要である。

保健教育活動には

・見せる[美術、漫画、図表、映画]

・聞かせる[保健関係物語の講演]

・見習う[良い衛生習性を見習わせる]

・相談

・見学旅行で教授する

・直接経験させる

・親に保健指導する

・奨励相談等、がある。

(b) 学校周辺での衛生活動

学校環境について

学校の建物の建設について； 校舎所在地は水が充分あるという所でなければならない。突き当たっている所、水の溜まっている低地と崖には建設しない。河川と半マイル離れており、喧しい市場と工場のある所は避けたほうが良い。校舎の形もE形または3形、H形、L形、T計で、屋根も燃えにくいトタン板、瓦で葺いたほうがよい。

教室に児童生徒40人から50人収容するためには、長さ30フィート×幅24フィート×高さ12フィートでなければならない。窓とドアの面積も床の20%なければならない。

自然光線と風通しのため窓を整備しなければならない。

学校の運動場は乾燥しており、平坦で塀をめぐらす。

学校の設備について、黒板は黒又は緑でなければならない。黒板の高さは小学校の場合は24インチ、中学校の場合は28インチ、高校の場合は32インチで、サイズは最小6フィート×4フィートから8フィート×4フィートでなければならない。机と椅子も子ども達が座ったら足が床につくのが標準である。

飲用水とその他の使用水を別に用意したほうがよい。

学校内の飲食店は衛生的な条件に合うように学校が検査して認定し、健康な人物だけに営業させる。また、ゴミを秩序正しく捨てる習慣を養成するように教えるだけではなく、実際にも行うように監督して訓練しなければならない。

各学校で衛生的で蝇のいない便所を建てる、75人の児童生徒に1の割合で設置する。便所は校舎より100フィート離れて風下に建てたほうがよい。

(c) 病気の予防活動

伝染病の予防活動

伝染病は一人の患者の病原菌が空気、水、食べ物によって他の人の体内へ入って伝染する病気であり、以下の4種類に分類する。

・急性伝染病（例えば、ペスト、コレラ、SARS）

・小児の伝染病（例えば、肺炎、下痢、破傷風、デング出血熱）

・慢性的伝染病（マラリア、らい病、象皮病）

・他の伝染病（インフルエンザ、皮膚病、肝炎、黄熱病など）

校内に伝染病に罹患した生徒がいたらすぐに診療所及び保健（管理局）職員に知らせなければならない。児童生徒を帰宅させ、保健（管理局）職員に報告する。

伝染病以外の予防活動

人間の生活と食生活や栄養による高血圧、糖尿病、血糖病、癌などの非感染症を予防するために、年齢にあった食物を適量にとり、癌の誘因になる煙草、酒とキンマの使用を避ける、毎日最低20分ぐらい運動をする。

傷害の危険

これには主に3種類ある。家庭内の傷害危険（階段から落ちる、感電、火傷など）、交通事故の傷害危険（自動車、汽車、船と飛行機の事故など）、職場の傷害危険（高所より墜落、傷害など）。WHOの推測によると、毎年地球上で267万人が傷害事故で死亡している。身体障害者になる人数はさらにそれより多い。

(d) 校内における栄養と食品安全運動

食中毒予防活動

空気、水、土地と食物は子ども達にいろいろな食中毒を起こしやすい要因となる。これを防ぐために風通しのよい台所で、屋内が空気汚染しない燃料を使うこと。

校舎と運動場を交通頻繁の所、下水の流れ込む河川のそばに建てない。

できるだけ殺虫剤の使用量を減少させる。薬剤をはじめ家庭用化学製品（洗剤、蚊取り線香、シャンプー）などを安全な所に置く。

食前には両手を清潔に洗うよう指導する。

栄養発育指導と食品安全活動

ミャンマー連邦の白書によると、現在の児童生徒の栄養状況はよくない。

ミャンマー連邦国医薬研究所の1979年のヤンゴン管内にある小学生（5-9歳）の栄養発育検査報告によると「比較的栄養不良の生徒のパーセント」男子 45.64%、女 44.25%、「非常に栄養不良」男子 2.73%、女子 5.16%、である。この栄養不良の状況を改善できるように保健管理局が学校保健綱領で毎年主に小学校の校内栄養発育開発活動を行うようにしている。

学校における食事では一日に必要な栄養の3分の1を生徒達が十分に得るように学校で食べさせる。

校内で栄養を補給する方法

・保護者、教師会による方法

・校内飲食店による方法（教師と父兄が栄養あるお菓子和果物を売る）

・校内飲食店の監督方法（売っている者の健康と衛生、売っている物が栄養良好で安価である。）

・寄付による方法

・お弁当の方法

(e) 学校保健管理活動

学校保健組織のある地域では学校保健組織を構成する医師、組織が健診を行う。学校保健組織のない地域では郡保健管理局長と医師、看護婦、保健管理担当者が行う。1年に最多2回の健診を行う。毎日児童生徒たちに接する教師は健康状態の不良を調査して判断する必要がある。もし医療を受ける必要のある児童生徒がいれば保健管理局診療室へ行かせて診療を受けるように手配しなければならない。

また、教職員が毎日実行する基本的な健康観察として（1）個人衛生 （2）体格発育 （3）季節によって発生する病気 （4）ビタミン欠乏症 （5）皮膚病がある。

活動	検査方法	施行
1. 個人衛生	体に垢がないか検査する。衣服とシャンプラグが綺麗か検査する。手足の爪、歯の衛生、耳垂れがないか検査する。	垢を落とす。手足の爪を切り、歯を正しく磨くことを勧める。

受け持ち教師は毎日授業の前に上述の項目を検査しなければならない。

異常児に対する対応、精神遅滞児、難聴児、吃音、（左利き、右利き）、精神疾患、慢性疾患などの病気にかかった児童が入学したら、どうしたらよいのか。

最初に入学期に行う基本健康検査

1. 検眼（主に視力を検査する）

視力検査表は長さ25インチ、幅15インチでなければならない。子どもを表から20フィート離れて読ませなければならない。普通の子どもの1分間に字のサイズライン6/6行を読めなければならない。この方法で近視を検査する。

2. 聴力検査

3. 歯と口腔の検査

4. 体格の発育状況の調査

これらの検査は学校健康診断を行う時に、保健管理局職員は必ず行わなければならない。子どもの現在の身長にあった体重がはっきり分かるように子どもの身長を測る必要がある。子どもの身長が120cm、体重は19.0kgであれば、評価表の身長欄の上から下まで探して「120cm」があるなら、第2欄に「22.9kg」が見当たる。これは120cm身長のある健康な子どもの体重である。子どもが19.0kgあって、第4欄の基準の80%である「18.3kg」以上が見える。よって、この子どもは体格の発育が良好と評価する。子どもの体重基準の70%、60%なら、教師及び保護者は注意すべきで、すぐ医師のところへ送って他の病気があるかどうか検査する必要がある。（しかし実際には此処で用いている発育標準値は実際のミャンマーの子どもの測定し、構成された値ではないので適切とは言えない。そこで、この標準値を求めておく必要がある。現在、大澤は4年計画でこの調査を行っており、2010年には完成する予定である。）

(f) 体育と運動

児童生徒が健康であるために体育省と協力して学校で体育と運動を秩序正しくやるようにするために運動会を行う。

(g) 学校保健模範学校

1995年から1997年まで保健省が学校保健活動として煙草の害と危険に関する講演会などを基礎教育学校で行った。1998年に285郡で施行している学校保健良好高級校の指定計画に禁煙校の指定事業を加えている。2002年から教育省と保健省が協力して「Life Skill Education Co-curriculum」のプログラムを

行い、3年級と7年級の禁煙指導を行っている。

そのうえ、赤十字会と地方行政当局、父兄教師会の協力で学校へ煙草を持ってこないこと、学校の近所で煙草を売らないこと、煙草の広告をするのを禁止すること、それらを犯したものを処罰するという規定を掲示している。

(8) 学校保健に関する他の事業計画

(a) 全ての学校を禁煙にする計画

世界中の国々は喫煙の害や危険がないようにと努力している。ミャンマーでも各学校で禁煙校になるよう計画を立て実施している。

基礎教育学校では煙草の害と危険に関する展示会、講演会、作文コンテスト、音楽会を開催している。

(b) 蚊のいない学校の設設計画

蚊のいない学校をつくるプログラム (Aedes Free School Program)

デング出血熱はAedes蚊に刺されて伝染する病気である。15歳以下の子どもの中で3歳～8歳の間にいる子どもが一番多く感染している。雨季である6月、7月と8月に一番多く発生し、罹った10人に1人ぐらゐが治療に間に合わないで死んでしまう。これはチン州を除く他の地方ではよく流行している。2001年にデング出血熱に罹った1567人の中で199人が死亡した。2002年には16047人が罹って170人が死亡した。1970年以來では2001年と2002年には発病率が高くなっている。蚊になるボウフラを撲滅することを教師と生徒達が協力して1年中行う。地方行政当局、赤十字会、保健管理局職員と協力して下記を施行する。

1. 蚊が生じないように水桶、水瓶に蓋をする。
2. 学校の水桶、水瓶をしばしば掃除して水を交換する。
3. 教室の中で蚊に刺されないように光線と風通しをよくしなければならない
4. 学校構内にある藪を一掃する、水溜りに土をかぶせる。以上である。

参考文献

※絶版となっているものは、(＃)で表示

- 青井和夫、小倉学ら編 (1963#) 『コミュニティ・アプローチの理論と技法』 續文堂
安藤志ま (1992#) 『学校保健50年の軌跡』 東海学校保健研究所
井上栄 (2000) 『感染症の時代』 講談社現代新書
江原裕美 (2004) 『開発と教育 (国際協力と子どもたちの未来)』 新評論
大澤清二 (1990#) 『基本的生活習慣とヘルス・クォーリティー・コントロール』 『健康教室』 479,480
大澤清二 (1999) 『学校保健学概論』 家政教育社
大澤清二 (2000) 『健康教育の哲学と方法を求めて』 東山書房
大澤清二 (2000) 『開発途上国の保健医療情報システムの整備に関する研究』 厚生労働省国際協力研究委託費研究報告集
大澤清二 (2002) 『平成13年度思春期保健対策展開に関わる学校保健制度に関する研究』 厚生科学研究費補助金分担研究報告書
大澤清二ほか (1999) 『エイズ教育と伝統的価値体系』 健学社
岡田道一 (1936#) 『学校衛生概論』 中和會事務所
岡部信彦 (1999) 『学校保健法の改正』 小児科 40, 1493-1501
大妻女子大学人間生活科学研究所 (2004,2005) 『文部科学省 国際教育協力拠点システム形成事業報告書』 15,16年度版
大妻女子大学人間生活科学研究所 (2006) 『ヘルス・クォーリティー・コントロールによる学校保健開発プロジェクトの実践』
榎谷紅美子訳、JICAミャンマー事務所 (2002) 『ミャンマー教育分野の概況』
国崎弘編著 (2004) 『新学校保健実務必携 (第7次改訂版)』 第一法規
菅野誠 (1973#) 『日本学校建築史』 文教ニュース社
国際連合世界食糧計画 (WFP) 日本事務所 (2001) 『WFP: 学校給食一概要』
国際連合世界食糧計画 (WFP) 日本事務所 (2001) 『世界の学校給食キャンペーン』
国立教育政策研究所 (2004) 『教科等の構成と開発に関する調査研究』 研究成果報告書 (17)
タイ教育省学術局 (仏暦2544 (西暦2001) #)、基礎教育カリキュラム (タイ語)
タイ国教育省体育研究所 (＃) 『学校健康教育業務解説マニュアル』 (タイ語)
高石昌弘 (2001) 『学校保健概説』 同文書院
東京都医師会 (2005) 『学校医の手引き』 - 第6改訂版 -
西嶋ほか (1990#) 『児童生徒の健康管理のためのHQC手法の開発 - 基本的生活習慣の改善による起立性調節障害』 『学校保健研究』 32-4
西嶋ほか (1990#) 『学童のライフスタイルと起立性調節障害との関係』 『学校保健研究』 32-7
日本学校保健会 (2000) 『新しい保健学習のモデル』
日本学校保健会 (2003) 『学校保健活動推進マニュアル』
日本学校保健会 (2005) 『ゆたかな体と心を育むための望ましい生活習慣づくり』 改訂版
日本学校保健会 (2005#) 『日本学校保健会八十年史』
日本学校保健会 (2006) 『健康診断マニュアル』
日本学校保健会編 (毎年刊) 『学校保健の動向』
日本学校保健学会編 (2004) 『学校保健研究総索引』
日本学校保健学会編 (2004) 『学校保健学会50年史』
荷見秋次郎 (1967#) 『学校保健のあゆみと展望』 東山書房
平山宗宏、岡部信彦 (1999) 『感染症』 少年写真新聞社
ミャンマー連邦保健省 (＃) 『学校保健マニュアル』 (ミャンマー語)
村上賢三 (1974#) 『日本学校保健学会二十年史』 橋本確文堂
文部科学省 (2004) 『学校環境衛生マニュアル』
文部省、学校保健会監修 (1973#) 『学校保健百年史』 第一法規出版
文部省体育局 (1999) 『学校において予防すべき伝染病の解説 (医療関係者用)』
文部省体育局 (1999) 『学校において予防すべき伝染病の解説 (学校関係者用)』
養護教諭制度50周年記念誌編集委員会編 (1991#) 『養護教諭制度50周年記念誌』 ぎょうせい

吉田肇一郎、武田壤寿 (1982#) 『現代学校保健全集 (第16巻) 学校保健組織活動』 ぎょうせい
 『Encyclopedia of AIDS』 Raymond A.S.Fitzoy Dearborn Publishers, Chicago and London, 1998
 『Promoting Health Through Schools』 (WHO Technical Report Series 870) , Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, WHO, Geneva, 1997
 『FRESH a comprehensive school health approach to prevent HIV/AIDS and improve learning outcomes』 UNESCO, UNICEF, WHO, The World Bank and Education International Inter-agency flagship programme in EFA, 2002
 『UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education, Comprehensive School Health and Nutrition』 report of the Sub-regional Workshop, 2003
 『UNAIDS : Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002』 2002
 『Teacher's guide for general studies』 (English Version): International Development Center of Japan. 2003
 『Comparative study on the growth of Thai and Japanese children』 Osawa. S. et. al. 1995
 『Ubon Child Motor Development Study』 . Ohsawa. S. et.al. Fuji Tehnology Press Ltd.1993
 『Ubon Child Health Status Survey 1994.』 Ohsawa. S. et.al. Fuji Technology Press Ltd.1994
 『AIDS knowledge attitude and behavior survey in Chiangmai 2003.』 Ohsawa. S. et.al. Southeast Asian Health Statistics Society 2003
 『Ubon Child Development Study』
 Society of Health Statistics in Southeast Asia .Fuji Technology Press Ltd.1990
 『Recent Trends In Health Statistics In Southeast Asia 1974-2000 』
 Ohsawa. S. et.al. Southeast Asian Medical Information Center International Medical Foundation of Japan.2003
 『SEAMIC Health Statistics』 DATA BASE.6 (1980-2002)
 『Survey of Health and Lifestyles of School Children in Northeast Thailand』 Ohsawa. S. et.al. TECHNO JAPAN Co., Ltd.1989
 『TEACHERS' MANUAL FOR PREVENTION OF DRUG ABUSE』 The Japanese Society of School Health, a nonprofit foundation.2001
 ホームページなど「文部科学省 国際教育協力拠点システム構築事業 電子アーカイブ」
 さらに学校保健についてのお問い合わせは、下記にお願い致します。
 ◆国、都道府県などの学校保健関係図書、情報について
 財団法人日本学校保健会
 電話番号：03-3501-0968、港区虎ノ門2-3-17、虎ノ門タワー6階
 ◆国際教育協力・学校保健分野、その他について
 大澤清二 大妻女子大学人間生活科学研究所内、
 文部科学省「国際教育協力イニシアティブ」(学校保健領域)
 電話番号：03-5275-6047、ファックス：03-3222-1928
 e-mail; osawa@otsuma.ac.jp

略 歴

大澤 清二 (おおさわ せいじ)

＜執筆：第1章、第2章、第3章（3-1-1（2）、3-1-2以外）、第4章、参考資料4＞

学歴： 東京大学大学院教育学研究科（教育学修士、教育学博士）

現在： 大妻女子大学人間生活科学研究所 行動疫学研究部門 教授（1988年4月～）

経歴： 1972年4月 東京大学大学院教育学研究科 修士課程 修了

1976年3月 同 上 博士課程 満期 退学

1976年度 日本学術振興会奨励研究員（生物系）

1977年4月～1978年1月 東南アジア医療情報センター 専門員

1978年2月～1988年3月 筑波大学体育科学系 講師

1988年4月～現在 大妻女子大学人間生活科学研究所発達環境学研究部門

（現在行動疫学研究部門）教授

1998年10月～2000年9月 日本学術会議第7部予防医学研究連絡委員会 委員・幹事

1990年～現在 東京大学大学院教育学研究科 兼任講師

共同研究者

國土 将平 (こくど しょうへい) ＜執筆：第3章3-1-2＞

学歴： 筑波大学大学院体育科学研究科（体育学博士）

現在： 鳥取大学地域学部准教授（2007～）

経歴： 1992年3月 筑波大学大学院博士課程体育科学研究科修了

1992年4月 大妻女子大学人間生活科学研究所研究員（～1992年6月）

1992年7月 筑波大学体育科学系助手

1995年4月 鳥取大学教育学部助教授（現地域学部）

笠井直美 (かさい なおみ) ＜執筆：第3章3-1-1（1）＞

学歴： 東京大学大学院教育学研究科（教育学修士）

現在： 新潟大学教育人間科学部准教授（1999～）

職歴： 1991年4月 大妻女子大学人間生活科学研究所研究員（～1993年）

1993年4月 大妻女子大学人間生活科学研究所助手（～1999年）

下田 敦子 (しもだ あつこ) ＜執筆：参考資料1、2、3＞

学歴： 大妻女子大学家政学部被服学科（家政学士）

現在： 大妻女子大学人間生活科学研究所行動疫学研究部門研究員

経歴： 1993年3月 大妻女子大学家政学部被服学科修了

1993年4月 大妻女子大学家政学部被服学科助手（1996年3月）

1999年4月 大妻女子大学人間生活科学研究所行動疫学研究部門助手（～2005年3月）

2005年4月 大妻女子大学人間生活科学研究所行動疫学研究部門研究員

2007年3月 日本発育発達学会最優秀研究賞受賞

