

学校を基盤とした健康教育に関する国際比較研究

—性教育及び薬物乱用防止教育を中心として—

2006

兵庫教育大学大学院
連合学校教育学研究科
教科教育実践学専攻
(兵庫教育大学)
森脇 裕美子

目 次

第 I 章 研究の背景	1
文献	2
第 II 章 研究の目的及び方法, 資料	3
1. 目的及び方法	3
2. 資料	3
第 III 章 日本の現状	4
1. 日本の青少年の健康危険行動の現状	4
2. 日本の学校健康教育による対応	20
文献	26
第 IV 章 欧米の学校健康教育の動向	29
1. 調査対象	29
2. 結果:3カ国における性教育の動向	31
3. 考察	35
4. 結論	38
文献	39
第 V 章 ヘルスプロモーション活動と学校健康教育	41
1. 効果的な学校健康教育プログラムの構成	41
2. ライフスキル教育プログラム:Lions-Quest プログラム	54
注	62
文献	63
第 VI 章 ヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育:英国における具体的事例	65
1. 英国の学校健康教育	66
2. 英国の学校健康教育カリキュラム:Personal, Social and Health Education	70
3. 英国の性教育	89
4. 英国の薬物教育:Hounslow における薬物乱用防止教育プログラムの検討	103
注	117
文献	119

第Ⅶ章 日本の学校健康教育の向上に向けた提言	125
1. 学校健康教育の生涯学習的視点	125
2. 学校健康教育のカリキュラム構成	127
3. 健康教育カリキュラムを支援する要素の位置付け	128
4. 健康教育を支援する学校と家庭, 地域社会の連携の促進: 学校コミュニティ全体での 取り組み	129
5. 学校保健, 学校安全, 学校給食の関連付け	130
6. 学校の心理社会的環境の整備	132
7. 学校健康教育の指導者, 支援者の育成	138
注	140
文献	141
第Ⅷ章 結論	145
謝辞	

第 I 章 研究の背景

日本の学校健康教育は、児童生徒が「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して、一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身に付け、生涯を通じて健康で安全な生活を送ることができるようにする」ことを目標としている¹⁾。1996年の中央教育審議会答申は、健康と体力を生きる力の基盤と位置づけた²⁾。1997年の保健体育審議会答申を受けて1998年に発行された小学校及び中学校の学習指導要領、1999年に発行された高等学校学習指導要領では、「生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力の基礎を培うため、健康の大切さを認識し、健康なライフスタイルを確立する」観点から保健科教育の学習目標、内容が設定されている³⁾。学校健康教育は、青少年の現在から生涯にわたる健康の保持増進に資することが期待されている。

近年、青少年による性の逸脱行動や薬物乱用、生活習慣の乱れ、いじめや暴力、不登校などさまざまな健康に影響を及ぼす可能性のある危険行動、問題行動が大きな社会問題となっている。学校健康教育はこれらの健康に関する危険行動の問題を今日的課題としており、解決に向けた取り組みに重要な役割を担っている¹⁾³⁻⁶⁾。学校健康教育では、生きる力と関連があると考えられるライフスキルの形成を取り入れられつつあるなど、児童生徒の健康的な行動の実践に効果のある学習支援が試みられている⁷⁾⁸⁾。学校は、学校教育活動全体を通じて実施する体育・健康に関する指導を通じて、児童生徒の健康に関する今日的課題の改善、解決により効果を発揮することを課題としていると考えられる。

また、学校の体育・健康に関する指導は、児童生徒が日常生活の中でそれらの指導を活かして活動することを目指して実施されるものであり、実践の場である家庭や地域社会との連携を課題としている⁹⁻¹¹⁾。1997年に出された保健体育審議会答申は、健康づくりを包括的に捉えるヘルスプロモーションの理念を重視し、学校、家庭、地域社会が健康に関する学習に果すそれぞれの役割を指摘している¹⁾。2000年には健康日本21、健やか親子21が出され、現在、社会のさまざまな組織、場所、機会などでヘルスプロモーションの理念に基づいた健康づくりが進められている¹²⁾¹³⁾。ライフスキル形成はヘルスプロモーション活動の1つである¹⁴⁾。また、大人として責任ある行動を期待されるようになる直前の高校生に対しては、ヘルスプロモーションの考え方に基づく行動が取れるようになることを目指した保健科教育を提供することが求められている¹¹⁾。学校健康教育も日本社会のヘルスプロモーション活動の一翼を担っているともいえる⁴⁾¹⁵⁾。学校には、学校健康教育の効果を高めるような家庭や地域社会で展開されるヘルスプロモーション活動との連携が求められると考えられる。

健康に関する課題は、生きる力の育成に中心的な役割を果す総合的な学習の時間で取り扱うことが適切な課題の1つにも挙げられている⁷⁻⁹⁾。学校健康教育の成果が児童生徒の生涯にわたる健康づくりに効果的であることに加え、健康課題について学習することそのものも生きる力の育成に寄与するものであることが求められている¹⁾。学校健康教育の効果的な実施は、学習の目標や内容、教科、領域横断的なカリキュラム構成や学習方法の検討と同時に、そのために学校をどう組織化するかや、児童生徒が学校での学習を「生きて働く力」として用いるために家庭や地域の人々などどのように連携するかなどを課題としていると考えられる⁶⁾。

文献

1. 保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について(保健体育審議会答申), 2-31, 1997
2. 中央教育審議会：21世紀を展望した我が国の教育の在り方について(第一次答申), 文部省, 1996
3. 教育課程審議会：幼稚園, 小学校, 中学校, 高等学校, 盲学校, 聾学校及び養護学校の教育課程の基準の改善について(答申), 2-64, 1998
4. 日本学校保健会：学校保健の動向(平成 11 年度版), 1-16, 日本学校保健会, 東京, 1999
5. 日本学校保健会：学校保健の動向(平成 16 年度版), 96-126, 日本学校保健会, 東京, 2004
6. 文部科学省：平成 16 年度文部科学白書, 2005
7. JKYB 研究会編：ライフスキルを育む食生活教育, 8-14, 東山書房, 京都, 1998
8. 日本学校保健会：新しい保健学習のモデル 中学校における課題学習, 授業書方式, ライフスキル学習, 75-105, 東京, 2000
9. 文部省：小学校学習指導要領, 1-3, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
10. 文部省：中学校学習指導要領, 1-3, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
11. 文部省：高等学校学習指導要領, 1-102, 大蔵省印刷局, 東京, 1999
12. 健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会：21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について報告書, 7-8, 2000
13. 健やか親子 21 検討会：健やか親子 21 検討会報告書－母子保健の 2010 年までの国民運動計画－, 2000
14. WHO: OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986
15. WHO/HRP/HEP: Promoting Health Through Schools, 1-5, 1996

第Ⅱ章 研究の目的及び方法

1. 目的及び方法

青少年の健康に関連する危険行動への対応は、諸外国においても課題となっており、性の逸脱行動や喫煙、飲酒、薬物乱用を中心として健康に関連する危険行動の予防、防止を目指した研究は、特に欧米において先行して進められてきている。そこで、本研究では、日本の学校健康教育の充実、向上に資することを目的として、諸外国と日本における学校における健康教育の取り組みについて比較検討した。

2. 資料

政府や地方自治体、国際機関、諸外国において中心的な役割を果たしている機関等が学校健康教育に関して作成した文献を主な資料とした。資料の詳細は第三章以降に記述する。

尚、英国政府が発効する教育法はイングランドとウェールズ以外の地域には適用されない (Education Reform Act 1988:238, Education Act 1996:10)。従って、英国政府が発行している学校教育に関する資料も、イングランドとウェールズの公立学校を対象としている。そのため、本研究で英国という場合、主としてイングランドを指すこととした。

第Ⅲ章 日本の現状

1. 日本の青少年の健康に関連する危険行動の状況

学校健康教育は、児童生徒の現在の健康状況を良好に保って健全な発育、発達に寄与し学習を促進すると同時に、生涯にわたり生活や自己実現等の資本となる自他の健康を保持増進するために必要な資質や能力の獲得を目的とする¹⁻³⁾。従って、児童生徒の現在から将来の生涯にわたる健康の保持増進を阻害する可能性のある要素に対しては、一次予防の観点から、予防のための学習の機会を提供することが求められる。

現在、日本においては、青少年の喫煙、飲酒、薬物乱用、性の逸脱行動、暴力、自殺、いじめ、引きこもり、不登校などの問題行動への対処が課題となっている³⁻⁵⁾。これらの問題行動は、社会的に問題であるというだけでなく、心身の健康と健全な発育発達に好ましくない影響を与える健康に関連する危険行動の問題でもあり、その予防、防止、改善は学校健康教育の課題となる。これらの課題の現在における健康への影響とともに、生活習慣病や感染症などの将来的な健康影響を考慮した学校健康教育の実施が求められる。

近年、青少年の健康に関連する危険行動の実態に関する研究は、喫煙、飲酒、薬物乱用に関するものを中心に、実態や関連要因等に関して多く報告されている。そこで、最近の調査結果を資料として、青少年の健康行動の実態に即した学校健康教育の課題を探る。

(1) 性の逸脱行動

すべての人間は、それぞれのセクシュアリティを持つ。性の課題は、自分自身と家族やパートナー、友人などの生き方や人間関係、人権などと関係して社会生活とも深い関わりがあり、よりよく生きることなどの生活の質(QOL)とも関連する。そのため、性の在り方はそれぞれであるとはいうものの、自他の心身の健康に好ましくない影響を持つ性行動は、性の逸脱行動という健康に関連する危険行動や自他の人権の侵害として社会的にも問題となる。

「平成15年中における少年の補導及び保護の概況」⁶⁾によると、平成15年には573人(同年年齢層人口1,000人当たりの人口比0.07)が性犯罪で検挙されている。また、性の逸脱行為・被害で補導・保護された人数は、4,412人であった。それらのうち、3,151人は自らすすんで性の逸脱行為に関わっていた。性の逸脱行為・被害の動機では、「遊ぶ金が欲しさ」を動機とする者の割合が1,607人(自らすすんで1,281人、誘われて326人)、「興味(好奇心)から」が1,162人(自らすすんで570人、誘われて592人)であった。

また、性犯罪の被害に関して、「少年非行等の概要(平成16年1月～12月)」⁷⁾によると、平成16年には6,491人が強姦、強制わいせつなどの性犯罪被害にあっている。児童買春・児童ポルノ事犯の検挙数、検挙人数は減少傾向にあるものの、被害者数(それぞれ1,617人・83人)は増加傾向にある。このことから、性教育においては、青少年が現在から生涯にわたって性的嫌がらせや性犯罪などの対象とならないよう支援を求めることや対処方法などを身につけると共に、そのような行為の加害者になることのないように規範や人権に関する意識の獲得を支援することが求められる。

1) 性交経験率

性行動の実態を見る(表3-1.1)と、石川らは、男女共に高校生になると性交を迫られた経験、実際の性交経験とも急激に割合が高くなり、高校3年生では男子の35%、女子の37%が性交を経験していたと報告している⁸⁾。東京都の中学・高校生を対象とした調査(2005年)⁹⁾では、高校3年生男子の35.7%、女子の44.3%が性交を経験していたと報告している。高知県の高校生(1~3年生)の性行動に関する入谷らの研究でも、男子の35.4%、女子の30.0%が性交経験ありと回答したと報告している¹⁰⁾。兵庫県の高校2年生に対する調査では、男子の28.6%、女子の34.8%がセックスをしたことがあると答えたと報告されている¹¹⁾。

A県の高校生を調査した木原ら¹²⁾は、高校2年生のセックス経験率は男子の24.6%、女子の33.7%(2003年)であったと報告している。また、高校2年生までにセックスを経験している男女の初交年齢を見ると、男子の71.1%、女子の74.3%が15~16歳でセックスを経験しており、平均は男子14.4±3.5歳、女子14.6±3.4歳であったとしている。木原らは2001~2003年の3年間のHIV予防介入研究において調査を行っており、その推移を見ると年々初交年齢が早期化していると報告している。

表3-1.1: 中学・高校生の性交経験率(%)の調査報告⁸⁻¹²⁾

学年	全国(2002)		東京都(2005)		高知県(1998)		兵庫県(2002)		A県(2003)	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
中1	2	2	0.4	0.9						
中2	4	3	1.4	5.1						
中3	6	4	4.3	9.8						
高1	18	19	12.3	14.6						
高2	25	35	23.5	26.4	35.4	30.0	24.6	33.7	28.6	34.8
高3	31	37	35.6	44.3						

(参考)表: 中学・高校生の性交経験率(%)の調査報告⁸⁾¹²⁾

学年	東京都				A県			
	1999年		2002年		2001年		2002年	
	男	女	男	女	男	女	男	女
中1	5.2	2.0	5.2	1.3				
中2	9.5	3.6	6.9	4.2				
中3	15.3	8.0	12.3	9.1				
高1	25.0	22.1	24.8	25.5				
高2	33.5	34.8	33.2	40.9	24.8	27.1	24.6	31.3
高3	37.8	39.0	37.3	45.6				

2) 妊娠, 出産, 人工妊娠中絶の実態

平成 15 年度の 15 歳～20 歳未満の人工妊娠中絶実施数は, 40,475 件(15-19 歳女子人口 1,000 人当たりの人口比 11.9)であり, 前年に比べやや減少している¹³⁾. しかし, 19 歳までの出生数を見ると, 19,581 人(～14 歳 49 人, 15-19 歳 19,532 人)であり, 全妊娠件数の 3 分の 2 以上が人工妊娠中絶に終わっていることになる. 15 歳未満での出産などもみられ, 10 代においては望まない妊娠の割合がかなり高いと考えられる¹⁴⁾.

10 代で人工妊娠中絶を受けた患者 200 人に調査を行った橋らによると, パートナーの年齢が 20 歳未満だったのは 63.0%, 20-24 歳が 29.0%, 25 歳以上が 7.5%であり, 調査対象者の約 4 割が中・高校生であったのに対して, パートナーの 45.0%が社会人・フリーターであり, 20 歳未満の者が多いものの, 約 4 割でパートナーの社会的立場の方が優位であったと報告されている¹⁵⁾. 人工妊娠中絶, 若年者の妊娠, 出産は, 人間の生命に関わるライフイベントであり, 母体の心身への負担が大きい. 性教育では, 自己を守ると同時に, 大学生, 社会人と長じても自らの性行動によって他者の心身を傷つけることなく, 自他を大切に, よりよく生きるために行動できる能力, 資質の獲得を支援すべきであると考えられる.

3) 性感染症の実態

平成 15 年の感染症発生動向調査の報告をみると, 10 代の性感染症の発生も依然として多い¹⁶⁾. 特に女性では, 淋菌と HIV による感染を除き男性よりも感染者数が多く, 全患者数に占める割合ではすべての感染症で女性の方が高くなっている. 性器クラミジア, 淋菌, 尖圭コンジローマによる感染症では, 10-19 歳の女性感染者が全女性感染者の約 2 割を占めている. HIV 感染についてみると, 2004 年までの 15-19 歳の累積 HIV 感染者割合は, 男性が全体の 0.8%であるのに対し, 女性は 5.2%, 20-24 歳でも男性 10.2%, 女性 18.3%となっている. HIV 感染は, 男性より女性の方がより低い年齢で成立する傾向があると考えられる¹⁷⁾(表 3-1.2, 図 3-1.1).

現在, HIVを含め, 性感染症に関しては, 全体的には 20 代での感染数が最も多い. しかし, 橋らの調査は, 初期人工妊娠中絶を受けた 10 代の患者で過去の交際相手の人数が「いない」と回答した者は 2.3%のみであり, 1-3 人は 45.0%, 4-6 人は 29.0%, 平均 4.2 人と, 多くが複数人を回答したと報告している¹⁵⁾. 避妊をどの程度実行していたかに関しては, いつもしていた者は 19.5%, 時々していた者 62.0%, していなかった者 17.5%であったと報告されている.

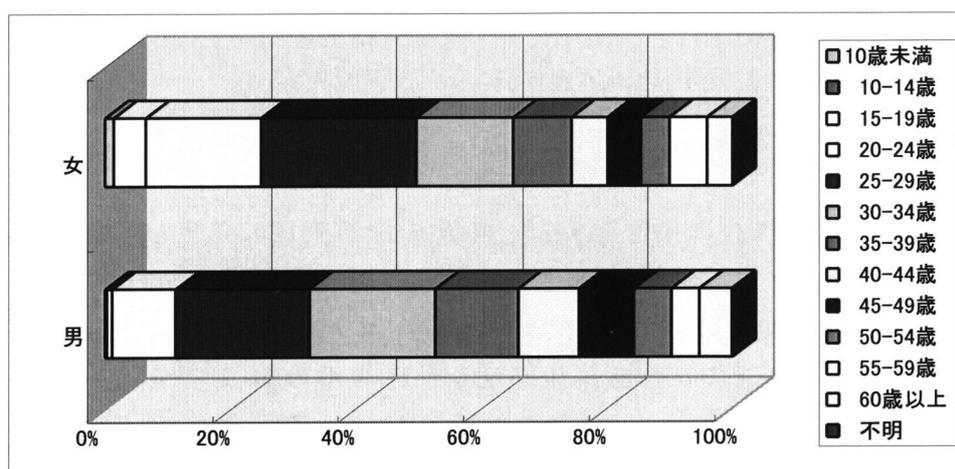
木原らの調査¹²⁾では, セックス経験のある高校生の男女とも約半数が 2 人以上の相手を持っていたことを報告している. また, セックスの相手の数が多くなるほどコンドーム使用率が低く, 予定外の妊娠や一般の性感染症, HIV 感染の可能性が「まったくないと思う+あまりないと思う」と思う者の割合はそれぞれ, 男子で 47.2%, 52.6%, 57.4%, 女子で 49.9%, 49.3%, 60.1%であったと報告されている.

すなわち, 早期から性行動を起こす者ほど望まない妊娠や性感染症に感染する危険性が高くなるが, 危険性を回避する行動の実行率は逆に低く推移することが危惧される. 性感染症には, 不妊の原因になる, 胎児への感染源となるなどの将来的な弊害もある. また, HIV 感染は一般的には性感染症と同じ経路を介して感染する. 性感染症の感染経路は限られており, 性感染症の予防行動は望まない妊娠の予防行動でもある. 青少年の性行動や意識の実態に合った, 性感染症の感染を拡大しないための規範の早期確立が必要であると考えられる.

表 3-1.2:平成 15 年度 10-19 歳の性感染者数 ()内は全感染者数に占める割合 (%)^{16) 17)}

	総数	男	女
性器クラミジア	6,245(14.9)	1,554(8.8)	4,691(19.4)
性器ヘルペスウィルス	568(5.8)	121(3.0)	666(11.6)
淋菌	2,205(10.7)	1,244(7.7)	961(21.2)
尖圭コンジローマ	750(12.0)	208(6.3)	542(18.3)
梅毒	19(3.7)	11(2.8)	8(6.6)
HIV	8(1.4)	6(1.1)	2(6.3)

図 3-1.1:2004 年までの年齢層別の HIV 感染者累積割合¹⁷⁾



4) 性行動に関する規範意識

中・高校生性の意識に関して、北九州市内の中学生に対しては劔¹⁸⁾が、青森市内の高校生に対しては平岡¹⁹⁾が調査している。劔は中学生(1-3年生)において「全体の約60%が性に関する本や雑誌に興味をもっており、33.7%がアダルトビデオを見たことがあると答えていた。また全体の約80%が異性を意識しはじめており、36.8%が彼氏・彼女がいたらキスをしたい、20.6%が性交をしたいと答えていた」と報告している。その一方で、全体の約75%が避妊について「言葉だけ知っているがよくは知らない+まったく知らない」と答え、また男子の41.8%、女子の27.9%は性感染症が「何かわからない」と答えており、対象となった中学生では「避妊や性感染症に関する知識を十分にもっているとはいえないようである」と報告している。

平岡は、高校1年生を対象に、中学生、高校生、未婚成人のセックスについてなど、より社会的な側面に関して調査している。それによると、61.3%が「男子中学生のセックス」、61.7%が「女子中学生のセックス」、76.9%が「男子高校生のセックス」、75.8%が「女子高校生のセックス」、87.6%が「未婚成人男性のセックス」、87.0%が「未婚女性のセックス」を肯定していた。加えて、「お金を払ってセックス」、「お金をもらってセックス」を肯定した割合もそれぞれ22.3%、24.6%あったと報告されている。また、中絶に関して、全体の35%程度が中・高校生の中絶を肯定し、45%が否定的であった。否定群には女子の方が多かったと報告している。成人の中絶

については約半数が中絶を肯定していたが、女子の方が肯定率が低かったと報告されている。若年者の出産に関しては、「中学生の出産」肯定群が26.5%、否定群が61.6%、「高校生の出産」肯定群35.6%、否定群52.4%で、男子に比べて女子の方が否定群の割合が多かったと報告されている。

木原らも性規範について調査(2003年)¹²⁾しており、高校生でセックスをすることを「構わないと思う」「どちらかといえば構わないと思う」者の割合は男子の74.7%、女子の72.0%(まったく介入前の2001年では男子83.8%、女子77.7%)、中学生のセックスに関しては、男子の58.4%、女子の50.5%が「構わないと思う」「どちらかといえば構わないと思う」と答えていたと報告している。また、2002年に兵庫県の高校2年生を対象に実施された調査では、「高校生がセックスをすることを」「かまわない」「どちらかといえばかまわない」と答えた割合は男子84.1%、女子82.1%とより高い結果も報告されている。

東京都で実施された調査⁹⁾では、自分が「性交(セックス)すること」を肯定的に捉えている者の割合は、中学生、高校生と学年の進行とともに増加し、高校1年生では男子の61.2%、女子の60.9%、高校3年では男子の80.1%、女子の84.6%であったと報告している。高校生に対して高校生が「性交(セックス)すること」についてどう思うかを尋ねた場合には、さらに肯定的に答える割合が高く報告されていた。一方で、自分が「性交(セックス)すること」を否定的に捉えている者の割合は、中学生(1~3年生、「結婚するまでは、性的接触(性交)はしない」)では男子8.9%、女子12.1%、高校生(1~3年生、「性交はしない方がよい」+「結婚するまでは、性交はしない方がよい」)では男子11.8%、女子13.4%と報告されている。また、2004年に日本青少年研究所が高校生に行った調査では、日本、アメリカ、中国、韓国の4カ国の中で日本は純潔志向が最も低かったと報告している²⁰⁾。

高校生になると、高校生以上の者による性行動は高率で容認される傾向があり、中学生に対しても容認する傾向が強いと考えられる。早期からの性行動の開始が、望まない妊娠や性感染症の感染のような結果を伴うことのある危険な行動選択を招きやすいことを考慮すると、性行動の開始を遅らせることは、性教育の重要な目標のひとつとなると考えられる。

学齢期のどの段階から何に関する性教育を実施するかについては、若者の性交経験率の高さなどの行動実態に加え、中学生・高校生の性交を容認する割合の高さなど、性に対する態度や価値観、規範意識なども考慮して検討する必要があると考えられる。

性教育を開始する時期について、平岡は、「望まない妊娠を予防する教育」、「STD・エイズ教育」をいつから行うのが適切かについても質問している¹⁹⁾。「望まない妊娠予防」については中学校からが最も多く52.7%、次いで27.6%が小学校高学年からと答えていた。「STD・エイズ教育」に関しては、中学校から45.8%、小学校高学年から34.4%、小学校低学年から11.2%であったと報告されている。

5) 性行動とライフスキルの関係

中・高校生の性行動において、非性交経験者は経験者に比べて「家族」に関するセルフエスティームが有意に高いなど、セルフエスティームとの関連が指摘されている⁸⁾。木原らの高校2年生に対する調査では、家族との会話が減少するにつれて中学生、高校生のセックスを構わないと思う者の割合と性交経験率が上昇する傾向が見られたと報告している¹²⁾。兵庫県の高校2年生に対する調査でも、家庭環境が良好でない者はセックス経験率が高く、性交渉の経験人

数が多いと報告している¹¹⁾。

また、任意の大学生(平均年齢:男性 21.00 歳, 女性 20.73 歳)に行った望まない性行動に関する調査では、自尊心が低いほど好奇心から望まない性行動をとるという関係がみられたと報告されている²¹⁾。石川らは、男女とも中学1年生から性交を迫られた経験が出現しているが、中学・高校生では性的接触の要求を断る自己効力感, 性感染症を避ける自己効力感, 望まない妊娠を避ける自己効力感などが低く, セルフエスティームの育成とともに, 自己効力感を高める性教育が必要であるとしている⁸⁾。学校で実施する性教育においては, 知識, 態度, 価値観, 規範意識などの形成とともに, ライフスキル形成, 家族との関わりなどを重視すべきであると考えられる。

(2) 性行動と他の健康行動

性に関しては, 喫煙や飲酒が胎児にも影響する, 静脈注射による薬物乱用から生じた感染が性的な感染経路を通じて拡大する, 乱用薬物入手のために売春が行われるなど, 喫煙, 飲酒, 薬物乱用との関連もある²²⁾²³⁾。

兵庫県の高校2年生に対する調査¹¹⁾は, 出会い系サイトの利用者は性交経験率が高く(男子 60.8%, 女子 53.4%), 複数の相手との性交経験のある者の割合が多いと報告している。また, 友人関係が良好でない者ほど早い年齢からセックスを経験し, 性交渉の相手の人数が多く, 「お金をもらったりあげたりしてセックスをすること」を容認する傾向があると報告されている。「毎日が退屈でつまらない」, 「今が楽しければそれでいい」, 「世の中はお金がすべてだ」, 「まじめに努力しても報われない」と思う者ほどセックスを快楽, ストレス解消, 性征服欲を満たすものとして位置づける傾向があり, セックスを経験する時期が早く, 経験率が高く, 相手の人数が多く, また, 家族関係, 友人関係, 学校の授業が楽しくないと思う者が多いと報告されている。

他にも, A 県の高校2年生に対する調査¹²⁾では, テレクラ(61.1%), 出会い系サイト(61.1%), 援助交際(87.3%), ハシシ・ハッパ(90.0%), スピード(100%), シンナー(71.4%)経験者で性交経験率が高く, 特にどれも経験のない者の割合(24.6%)は, 4 人以上の相手がいた人では 12.3%と低いことが報告されている。大学生を対象とした調査では, 飲酒と性行動の関係について, 性的に寛容な者は飲酒によって望まない性行動をとるという関係がみられたと報告している²¹⁾。

性に関する課題は, さまざまな健康問題, 社会問題が生起する側面があるものの, 本来は, 人間が他者と関わりながら人生を豊かに自分らしく生きるために生涯にわたって探求する重要な要素である。学校においては, 前述の否定的な要素との関係性も考慮しつつ, 健康に関連する危険行動を予防してより豊かな生き方を追求するようになることを目指し, 発達段階に適切に, 子どもたちのニーズ, 実態に応じて, 人間関係なども含めて性の身体的, 精神的, 社会的な側面を包括的に取り扱い, よりよく生きるために「生きる力」を発揮することを支援する性教育が求められると考えられる²³⁾。

(3) 喫煙行動

1) 喫煙率

たばこには多くの有害物質が含まれており, 喫煙及び副流煙の暴露による即時的な健康影

響があると同時に、長期的にはがんや心臓病などの生活習慣病の原因のひとつとなる²⁴⁾。平成11年に実施された厚生労働省の調査では、現在喫煙者の54.7%が未成年のうちに喫煙を経験しており、41.5%が未成年のうちに喫煙が習慣化していることが報告されている。また、未成年の喫煙者は90万人以上いると推計されている²⁵⁾。

「2000年度未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査」²⁶⁾によると、喫煙したことがある者の割合は、男子では、中学1年生で22.5%、高校3年生で55.7%が喫煙したことがあると報告している。女子では、中学1年生で16.0%、高校3年生で36.7%が喫煙したことがあると報告している。男子、女子とも学年の進行とともに、喫煙経験者の割合が増加していた。また、調査までの30日間に毎日喫煙していた者の割合をみると、中学1年生では男子の5.2%、女子の1.8%であるが、高校1年生では男子の12.4%、女子の3.0%と、男女とも高校生になると喫煙率が急激に高くなる傾向が報告されている。高校3年生では、調査までの30日間に、毎日喫煙していた者の割合は男子25.9%、女子8.2%、20～29日喫煙した男子3.5%、女子1.6%、10～19日間喫煙した男子2.2%、女子1.5%と報告されている。高校3年生までに、男子の約3割、女子の約1割が常習的に喫煙する習慣を形成していることが考えられた。

2) 喫煙行動に影響を与える要因

全国調査は、喫煙する家族や仲間がいる中・高校生ほど喫煙率が高く、中・高校生の喫煙には家族や仲間の影響のあることを指摘している²⁶⁾。大竹らは、保護者の喫煙行動や養育態度が中学生の喫煙意図に影響を及ぼす可能性を指摘し、青少年に対する喫煙防止教育を行う場合、生徒自身や同年代の友人の喫煙の防止に加え、保護者や家庭での禁煙を促すような活動や保護者の養育態度への働きかけをするなど、保護者を含めた社会環境全体に対する対策を強化することが一次予防の効果を高めると考えられるとしている²⁷⁾。

また、植田は、中・高校生男子の喫煙行動とセルフエスティームの関連を指摘している²⁸⁾。川畑らは、小・中・高校生の喫煙行動とセルフエスティーム、特に家族に関するセルフエスティームの間に関連のあることを指摘し、喫煙防止教育の内容として、周囲の人とのよい人間関係を築くためのコミュニケーションスキル、自分の能力に対する自信を育てるための意志決定や目標設定スキルなどのライフスキルを育てること、お互いの多様な能力を認めあい、個性の自覚を育てることが考えられるとしている²⁹⁾。

中学生の喫煙に関しては、和田が有機溶剤乱用との強いつながりを指摘しており、薬物乱用防止教育を組み立てるにあたり、中学生での喫煙→中学生での有機溶剤乱用→その後の覚せい剤乱用という順番があることを念頭に置くべきであるとしている³⁰⁾。市村らの研究は、特に中・高校生の喫煙・飲酒経験者では、喫煙、飲酒、薬物乱用に関する規範意識が低いことを報告している。喫煙のみ、飲酒のみ経験者別にみると、喫煙のみを経験しているの方が薬物乱用に関する規範意識が低いと報告されている³¹⁾。

未成年者の喫煙に対する規範意識に関し中学生に対して、中学生は絶対にタバコを吸ってはいけないと思うかどうかを尋ねた調査は、75.6%が「はい」と答えたものの、アメリカ(83.2%)、中国(90.5%)に比較すると、日本の中学生の規範意識は低かったことが報告されている³²⁾。1997年に総務庁青少年対策本部が行った調査では、中学・高校生の3割弱が未成年者の「喫煙はかまわない」と答え、2人に1人が「喫煙は本人の考えにまかせればいい」と答えており、それらの意識は学年が上がるに連れて高くなる傾向が見られると報告している。喫煙の予防で

規範意識を培うことは、薬物乱用防止に対しても重要な要素であると考えられる³³⁾。

また、村松らは、高校生では喫煙に関する知識と態度、態度と行動との間に関連がみられ、喫煙に対する態度が否定的な者は知識の正答率が多く、喫煙者率も有意に低いことから、喫煙防止教育は早期から実施し、たばこの害の知識に加え、喫煙に関する否定的な態度または非喫煙に関する肯定的な態度の育成を目指すこと、親、教師など周囲の喫煙者、自動販売機など青少年を取り巻く喫煙環境の改善を目指すことが求められると報告している³⁴⁾。

これらのことから、学校で実施する喫煙予防教育は、有機溶剤乱用の予防の意味もあり、小学校段階から開始することが重要であると考えられる。その際、保護者や友人などを含めた社会環境全体に対する対策を視野に入れながら、喫煙に関する知識と同時に、ライフスキル、態度、規範意識を育成することが課題となると考えられる。

(4) 飲酒行動

1) 飲酒率

アルコールは、心身に対して急性的、慢性的な悪影響を与える。また、飲酒を繰り返すと耐性が生じることもある³⁵⁾。

「2000年度未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査」²⁶⁾によると、全く飲酒しない者の割合は、中学1年生の男子55.4%、女子58.9%、高校3年生の男子26.7%、女子29.8%と報告されている。中学1年生でも約半数近くの者が飲酒を経験しており、7割以上の生徒が、高校卒業までに飲酒を経験すると推察される。飲酒頻度をみると、1～2回/年飲酒する者の割合は、男子では中学1年生で29.8%、高校3年生では23.1%、女子では中学1年生28.0%、高校3年生31.7%であった。また、1～2回/月飲酒する者の割合は、男子では、中学1年生で9.8%と約1割あり、この割合は学年の進行に伴って増え、高校3年生では32.9%が飲酒していたと報告されている。女子でも、中学1年生で8.7%、高校3年生では29.6%と、男子に比べてやや少ないものの、同様の傾向が見られる。調査までの30日間に10日以上飲酒した者の割合は、中学1年生では男子1.3%、女子1.2%であるが、高校3年生では男子7.5%、女子3.2%と報告されている。高校3年生では、1回の飲酒で3～5杯飲む者の割合が最も大きく、男子24.2%、女子20.3%、また、男子では1割近く(9.1%)がつぶれるまで飲むと報告したということである。

2) 飲酒を促進する要因

中・高校生の飲酒の機会を見ると、冠婚葬祭時や家族との飲酒が多く報告されており、中・高校生の飲酒には、保護者の影響のあることが指摘されている。また、学年が進むほどコンパや居酒屋での飲酒や部屋で仲間と飲酒する機会が多くなっており、仲間の影響も大きいと考えられる。市村らが実施した中・高校生の飲酒のきっかけについての調査は³¹⁾、家族にすすめられたと回答した者の割合が最も高率であったと報告している。飲酒の場所では、飲酒する中学2年生の89.8%、高校2年生の89.2%(複数回答)と、中・高校生とも約9割の者が自宅を挙げていた。次いで、中・高校生共友人宅を飲酒場所に挙げていたが、中学2年生では26.1%だったものが高校2年生では71.7%と有意に高いことが報告されており、年齢が上がると共に友人や仲間の影響が大きくなることが考えられる。

高校生の飲酒行動に対する親の影響に関しては、小島らの研究も指摘している³⁶⁾。小島らは、高校生の飲酒は彼らを感じる親の態度によって最も強く影響を受けているが、その飲酒を促進する側面として①社会的環境の変化、②大部分の高校生は飲酒を許されていると感じていること、③親の無関心を考慮すべきであるとしている。また、「親子同士のコミュニケーションが密であることが飲酒を抑え、コミュニケーションや信頼度が薄い状況が飲酒を促していた」一方で、友人との関係では、「飲酒が友人とのコミュニケーションを保つ上で大きな役割を有している」と報告している。しかし、飲酒頻度に関しては、「何でも話せる友人がいること、友人関係に満足していること、及び親は自分に対して理解があること」が抑制因子となり、何でも話せる友人がいない、友人関係に満足していない、自分に対する親の理解がないといった「不満が多い状態」が促進因子となることが示唆されたとしている。

中学生を対象に未成年者の飲酒に関する規範意識を調べた調査は、中学生は絶対に飲酒してはならないと思う者の割合は66.2%で、約1/3(33.1%)は思わないと答えたと報告している。米国の中学生では73.8%、中国82.6%に比較すると、日本の中学生は、未成年は飲酒してはならないという規範意識が低いことが考えられる³²⁾。総務庁の調査では、中学・高校生の4人に3人が未成年者の飲酒を容認し、6割は「飲酒は本人の考えにまかせればいい」と答えており、それらの意識も学年が上がるにつれて高くなる傾向が見られたと報告している³³⁾。中学・高校生は、未成年者の飲酒に対しては、喫煙に対してよりもより容認する傾向にあると考えられる。

また、飲酒行動に関しても、喫煙同様、セルフエスティームにも関連のあることが指摘されている。川畑らの研究は、飲酒行動でも、とりわけ家族に関するセルフエスティームとの密接な関係が認められたと報告し、家族に関するセルフエスティームを高めることが重要であるとしている³⁷⁾。市村らの研究では、飲酒する中・高校生は飲酒に関する規範意識が低かったことが報告されている³¹⁾。

これらのことから、学校で飲酒防止教育を計画、実施する場合においても、飲酒に関する知識、ライフスキル、態度、規範意識を育成すると同時に、保護者や友人など、社会環境要因にも対処することが課題となると考えられる。飲酒を経験する青少年の割合は極めて高いことから、いくつかの先行研究で指摘されているように、日本社会の飲酒に対する寛容さに対する対応は、特に重要な課題であると考えられる。

(5) 喫煙、飲酒行動と生活習慣

「2000年度未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査」²⁶⁾では、中・高校生の飲酒行動、喫煙行動と生活習慣との関連も調査している。朝食をほとんど毎日食べる者、牛乳をほとんど毎日飲む者、コーヒーまたは紅茶、炭酸飲料、ジュースをほとんど飲まない者、スナック菓子をほとんど食べない者、調査までの30日間で寝つきが悪いことが全くない者、平均睡眠時間が9時間以上の者、昼間に眠気を全く感じない者、睡眠の質が「非常によい」と回答した者、学校生活でクラブ活動に積極的に参加している者、学校が楽しいと回答した者、調査までの2週間に興味や楽しみが持てないことがまったくない者、気分が落ち込んだり希望をなくした日が0の者、一日当たり平均して親と1時間以上過ごした者、親によく相談する者の月喫煙者率、月飲酒者率を1として、表3-1.3のように分析されている。食生活、睡眠、学校生活、親とのコミュニケーションなどの生活習慣と、喫煙、飲酒行動に関連のあることがうかがえる。特に喫煙と生

活習慣には、強い関連があると考えられる。

このことから、規則正しい健康的な生活習慣の形成や、親子、家族間の適切な人間関係を構築することは、喫煙、飲酒の予防に寄与する学習内容であると考えられる。生活習慣や家族関係などについての学習は、幼少期、学齢早期から取り組める課題である。学校で実施する喫煙・飲酒予防教育との適切な組み合わせを工夫することが求められる。

表 3-1.3: 不健康な生活習慣別にみる月喫煙者と月飲酒者の比率(健康的な生活習慣を持つ月喫煙者、月飲酒者割合を1とする)²⁶⁾

	月喫煙者率				月飲酒者率			
	中学		高校		中学		高校	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
朝食食べない	2.8	3.0	1.9	2.2	1.3	1.3	1.2	1.2
牛乳飲まない	1.9	3.0	1.9	2.2	1.1	1.3	1.2	1.2
コーヒー、紅茶	2.0	1.5	1.5	1.1	2.0	1.7	1.4	1.3
炭酸飲料	3.0	4.1	2.1	2.4	1.5	1.7	1.3	1.3
ジュース	2.1	2.5	2.0	2.0	1.2	1.3	1.3	1.2
スナック菓子	1.5	1.5	1.2	1.4	1.0	1.0	1.0	1.0
睡眠 5 時間未満	2.3	2.6	1.0	1.0	1.4	1.4	1.0	0.9
昼間の眠気常に	3.2	3.4	2.1	2.0	1.9	2.0	1.9	1.6
睡眠の質が悪い	2.3	2.5	1.6	2.7	1.6	1.6	1.3	1.3
クラブ活動不参加	2.1	2.7	2.0	3.8	1.1	1.3	1.2	1.3
学校が楽しくない	2.6	2.6	1.7	2.5	1.3	1.4	1.1	1.2
興味や楽しみなし	2.0	2.7	1.5	2.1	1.3	1.5	1.1	1.2
気分の落ち込み	2.5	3.5	1.2	2.0	1.5	1.4	1.1	1.1
親と過ごさない	3.7	5.2	1.7	3.3	1.2	1.5	1.1	1.3
親に悩み相談なし	1.6	2.7	1.6	1.6	1.3	1.3	1.3	1.2

(6) その他の薬物乱用行動

たばこ、アルコール以外に乱用される薬物は 100 種類以上ある。有機溶剤、覚せい剤、大麻、MDMA、マジックマッシュルームなどは最近よく耳にする乱用薬物の例である。乱用される薬物により異なるが、薬物乱用は心身の健康に急性、慢性の影響を与え、そのほとんどに依存性がみられる²²⁾。

「少年非行等の概要(平成 16 年 1 月～12 月)」⁷⁾によると、平成 16 年には、シンナー等の乱用で 2,205 人、麻薬向精神薬事犯で 80 人、大麻事犯で 221 人、覚せい剤事犯で 388 人が検挙されている。平成 10 年から薬物乱用防止 5 ヵ年計画が実施され、学校教育を中心とする薬物乱用防止の取り組みが効を奏し、児童生徒の薬物に対する意識の向上がみられ、覚せい剤やシンナー等の乱用による検挙数は減少傾向にあるものの、大麻、MDMA を含む麻薬向精

神薬に関する事犯は増加する傾向にある。

「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004年)」³⁸⁾によると、中学生の1.1%(男子1.3%,女子1.0%)に有機溶剤乱用の経験があると報告されている。大麻の生涯経験率は0.5%(男子0.6%,女子0.4%),覚せい剤の生涯経験率も0.5%(男子0.5%,女子0.4%)であったと報告されている。本調査の結果から、中学生においては喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用と移行する流れがあることが強く示唆されている。青少年の喫煙がその他の薬物乱用の入り口となり得ることを裏付ける報告である。

川畑らの調査では、小学校5年生から高校3年生までの生涯薬物乱用経験を調査しており、0-4%の経験者率を報告している。高校生に関して喫煙、飲酒と薬物乱用行動を分析した結果は、男女とも喫煙・飲酒の両方を行っている者で薬物乱用経験者率が高く、女子では喫煙のみをしている場合でも薬物乱用経験者率が高かったと報告されている。また、薬物乱用においても、特に家族に関するセルフエスティームとの関連が認められたということであった³⁷⁾。薬物乱用防止教育でも、セルフエスティームなどのライフスキルの形成が重要となると考えられる。

規範意識に関する市村らの研究でも、喫煙・飲酒の両方を経験している中・高校生では薬物乱用に関する規範意識が最も低く、ついで喫煙経験者の意識が低かったと報告されている³¹⁾。薬物乱用防止教育において、喫煙、飲酒の予防は不可欠な要素であると考えられる。また、飲酒や薬物乱用は、喫煙と共にそれらの行為自体が行為者の健康に有害であると同時に、自殺や他殺、交通事故、強盗や性の逸脱行動など、他の事件や事故の誘因となることがある。そのため、自他の健康に好ましくない影響を与える社会的問題としての側面も考慮して、薬物乱用防止教育を計画、実施する必要があると考えられる。

(7) タバコ、アルコール以外の薬物乱用行動と生活背景

さまざまな薬物乱用のうち、和田は中学生の有機溶剤乱用の生活背景について調査している³⁹⁾。調査は、千葉県の公立中学校14校の全生徒を対象に実施されている。対象者の1.9%(n=6,092)(約116人)がこれまでに1回でも「シンナー遊び」を経験したことがある、1.4%(n=6,090)(約85人)がこの1年間で「シンナー遊び」を経験したことがあると答えたと報告されている。このような対象者の生活背景に関して、①日常生活の規則性、②学校生活、③友人関係、④家庭生活について、「シンナー遊び」経験群と非経験群に分け、比較調査されている。

①日常生活の規則性

経験者群で起床時間、就寝時間の規則性、朝食摂取率が有意に低かった。

②学校生活

非経験者、経験者に関わらず学校生活が「どちらかと言えば楽しい」を選択した者が多かったが、「あまり楽しくない」「全く楽しくない」を選択した者は経験者群に有意に多かった。部活動への参加状況では、2群とも「積極的に参加している」を選択した者が多かったが、「参加していない」を選択した者は経験者群で有意に多かった。

③友人関係

「親しく遊べる友人はいるか?」という質問に対して、「いる」を選択した者は女子では経験者群でやや高かったが、男子及び全体では非経験者群で優位に高かった。「相談できる友人がいるか?」という質問に対しては、「いる」を選択した者の割合は非経験者群で高く、男子、全体では有意に高かった。

④家庭生活

「家族全員での夕食頻度」「父親との夕食頻度」「母親との夕食頻度」は非経験者群で優位に高かった。「家庭は『うまくいっている』か?」に対しては、非経験者群では「うまくいっている」を選択した者が多いのに対して、経験者群では「うまくいっている」「どちらともいえない」「うまくいっていない」の3つが拮抗していた。「悩みがあるとき、親と相談するか?」に対しては、2群に関わらず「ほとんどしない+親がいない」を選択した者が最も多かったが、非経験者群:経験者群=38.3%:62.8%と、経験者群の方が有意に多かった。

これらの結果から、薬物乱用行動の予防にも、生活習慣や家族との人間関係の向上、友人など家族以外の人々との肯定的な人間関係の構築などを考慮すべきであると考えられる。和田は、「薬物乱用問題への対応には、各家庭はもとより、教育機関、医療機関、司法・取締機関等各種領域の連携が必須であること」が強く示唆されたとしている。学校が実施する薬物乱用防止教育においても、家庭や地域コミュニティと連携する体制の構築が課題となっていると考えられる。

(8) 心の健康

近年、不登校、いじめ、暴力、性の逸脱行動、薬物乱用など、青少年の問題行動と関連して、不安や悩み、ストレスへの対処などの心の健康が問題となっている⁴⁾。性、薬物乱用に関しては、すでに述べた通りである。

平成15年度における児童生徒の問題行動等について見ると、公立の小・中・高等学校で発生した暴力行為は学校内:31,278件(前年度比6.2%増)、学校外:4,114件(同4.6%減)。公立の小・中・高等学校及び特殊教育諸学校で発生したいじめは23,351件(同5.2%増)。国公立の小学校:中学校の不登校児童生徒数はそれぞれ24,077人(同6.9%減、出現率0.33%):102,149人(同3.1%減、出現率2.73%)と報告されている⁴⁰⁾。

公立小・中・高等学校の児童生徒の自殺を見ると、平成15年度は137人と前年度に比べて11.4%増加したと報告されている。自殺は、平成15年度の10-14歳の死因の9.7%(死因第3位)、15-19歳では23.6%(死因第2位)を占めている⁴¹⁾(表3-1.5)。青少年の死亡原因第1位の不慮の事故であり、他殺による死亡も死因10位までに入っている³¹⁾(表3-1.6)。問題行動と自殺の予防のための効果的な心の健康対策が求められる。

心の健康に関しては、大竹らは、小学生においてストレス対処スキルやコミュニケーションスキルと攻撃性に関連があることを指摘している⁴²⁾。心の健康に関する教育においても、ストレス対処やコミュニケーションに必要なスキルを中心に、さらに積極的にライフスキル形成を支援することが求められると考えられる。

表3-1.5:自殺死亡割合推移⁴¹⁾

年齢	平成15年度	平成14年度	平成13年度	平成12年度
10-14歳	9.7%(3位)	5.7%(5位)	9.2%(4位)	9.9%(3位)
15-19歳	23.6%(2位)	18.7%(2位)	20.8%(2位)	19.7%(2位)

表 3-1.6:平成 15 年度死亡割合³¹⁾

年齢層	不慮の事故		自殺		他殺	
	割合	順位	割合	順位	割合	順位
5-9 歳	33.3%	1 位	—	—	2.9%	7 位
10-14 歳	22.4%	1 位	9.7%	3 位	2.9%	7 位
15-19 歳	37.9%	1 位	23.6%	2 位	0.9%	9 位
20-24 歳	28.0%	2 位	36.9%	1 位	1.0%	8 位

(9) 心の健康と生活習慣

児童生徒の心の健康に関しては、平成 14 年に生活習慣との関連で文部科学省が実施した調査結果が報告された⁴³⁾。「心の健康状態と生活習慣との間には、ある程度の相互関連性があり、「心の健康度が低い者は生活習慣も悪く」、「心の健康度の高い者は生活習慣もよい」という順方向の関連性が認められ」ている。この関連性は小学生よりも中学生、高校生ほど明確であったと報告されている。

この調査では、心の健康状態の指標として、マイナス思考の心理的症状の代表として「不安傾向」、プラス思考の代表として「自己効力感」、心の状態が外面に現れた客観的に認識できる指標として「身体的訴え」、喧嘩や破壊、無為や欠席などの問題を引き起こす「行動」が取り上げられている。小・中・高校生のいずれにおいても、自己効力感に関して健康なほど不安傾向、問題行動が少ない者の割合が高く、不安傾向に関して健康なほど問題行動、身体的訴えの少ない者の割合が高い、また、行動に関して健康なほど身体的訴えの少ない者の割合が高かったと報告されている。

この調査からは、心の健康に関する教育に関して、「生活習慣の改善を通じた心の健康問題への対応の視点」として、次の 5 点が挙げられている。

- ① 生活習慣の年齢変化や性差に即したきめ細やかな対応の必要性
- ② 心の健康に関連すると思われる生活習慣項目の把握
- ③ 生活習慣の相互関連性に着目した広がりを持つ改善方策
- ④ 規則正しい生活リズムの確立
- ⑤ サポートシステムの形成につながる生活習慣の充実

この調査の結果に基づき、平成 15 年に指導書『実践事例集—心の健康と生活習慣に関する指導』⁴⁴⁾が作成されている。生活習慣の中でも特に食生活に関しては、平成 17 年度の栄養教諭の配置や食育基本法の制定、施行など、食育の強化が図られている⁴⁵⁻⁴⁷⁾。

生活習慣に関しても、文部科学省の調査の他にも、ライフスキルと関連して、島井らは小中学生の間食行動とストレス対処スキル⁴⁸⁾、石川らは小・中・高校生の朝食行動とセルフエスティーム、社会的スキル、ストレス対処スキル²⁵⁾、近森らは思春期の運動習慣とセルフエスティーム及びストレス対処スキルの関係を指摘している⁴⁹⁾。心の健康の増進を目指して生活習慣の改善、向上を支援する上でも、ライフスキル形成は重要な要素になると考えられる。

(10) 青少年の健康課題への対処:学校健康教育

以上、日本の青少年の健康に影響を与える行動に関連して、喫煙、飲酒、薬物乱用、性行動、心の健康、生活習慣について実施、報告された実態調査の結果をみてきた。その中で、それぞれの健康行動が固有に持つ要素に加えて、以下のように行動領域に共通するいくつかの課題が考えられた。

- ・ 生活習慣の課題が関連している。
- ・ それぞれの課題領域の間に相互に関連がある。
- ・ 知識、価値観、態度、規範意識、ライフスキルの形成を課題としている。
- ・ 家族の影響がある。
- ・ 友人等の影響がある。
- ・ 社会の影響がある。
- ・ 青少年の健康行動の実態とニーズに対応する。
- ・ 現在から生涯にわたる自他の(身体的、精神的、社会的)健康の保持増進を目指す。

日本の学校健康教育では、これらの課題に対応できる教育の内容や方法を計画、実施する必要があると考えられる。同時に、青少年の健康行動、健康に関連する危険行動、問題行動などは社会問題でもあるため国や地方自治体なども問題意識を持っており、予防、防止、実態の改善に向けて自らの政策を打ち出すとともに、学校、家庭、地域社会などによる対策を求めている。

1997年の保健体育審議会答申³⁾は、青少年の健康問題の現状を憂慮し、家庭、学校、地域社会での健康教育・指導の充実が必要であるとしている。特に児童生徒期に関しては、学校が中心となって実施する学校教育を重視している。また、平成14、15年度の文部科学白書では、学校健康教育の中でも特に心の教育、薬物乱用防止教育、性教育、及び食に関する指導の充実を課題として取り上げている⁵⁰⁾⁵¹⁾。

平成15年度には、青少年の健全育成に資することを目的としたいくつかの法律(次世代育成支援対策推進法、少子化社会対策基本法)や、社会全体で青少年の健全育成に取り組むことなどを基本理念とする青少年育成施策大綱⁵²⁾が発効され、国全体の課題として青少年の健康の保持増進や健康に関連する危険行動の予防に取り組むことなどを重視する態度が示された。薬物乱用の問題に対しては、平成10年からの5年間に続き、薬物乱用防止新五か年戦略が策定され、「学校等における薬物乱用防止に関する指導の充実」が引き続き重要な課題とされている⁵³⁾。

平成16年度の文部科学白書では「生きる力」を支える心と体」を特集し、心と体は「生きる力」を支える役割を果しているため、心と体の健やかな発達に資する環境づくりを推進することは、地域・学校・家庭に課せられた重大な使命であるとしている⁴⁾。

思春期の青少年の健康課題に取り組む地域社会の人材と役割については、「健やか親子21報告書」において、国民(住民)、地方公共団体、国、専門団体、民間団体別に寄与しうる取り組みとして考えられる事項の例が挙げられている(表3-1.7)⁵⁴⁾。国の取り組みに挙げられている「厚生労働省と文部科学省の連携の強化により地方公共団体が活動しやすい体制づくりの推進」は、WHOがヘルスプロモーションの理念に基づいてすすめる、健康と教育に関する機関が連携して推進する学校保健という考え方が基盤にあると考えられる⁵⁵⁾。「健やか親子21」

では対象を限定して述べているが、ここでも、日本において学校が中心となって実施する健康教育、健康づくりを重視していることがわかる

以上に挙げた青少年の健康行動に共通する課題を考慮すると、学校健康教育を効果的、効率的に実施するためには、共通要素を土台としてそれぞれの健康領域別の課題を内包する包括的健康教育の体系化が鍵となると考えられる。その際、児童生徒の知識や理解、ライフスキルなどの資質や能力の育成を重視し、児童生徒の学習の機会を従来の教科教育に限定するだけでなく、いわゆるヒドゥン(潜在的)・カリキュラムにも目を向け、顕在的なカリキュラムに組み入れることが求められると考えられる。

学校に児童生徒に対する健康教育の中心的な役割を求められているとはいうものの、以前から課題とされている子どもたちへの健康教育のための学校、家庭、地域社会の連携は、子どもたちの健全な成長発達に重大な影響を与える要素への対応という側面から重視される³⁾。児童生徒への心理社会的な影響を考慮し、学校内外での生活全体にわたる公式、非公式の学習内容に一貫性があるように、学校を拠点として、家庭、地域社会が共同して健康教育を計画、実施するという視点が重要となると考えられる⁵⁵⁾。

青少年の健康に関しては、世界中の多くの国々が課題を抱えており、学校健康教育を含む効果的な対策が検討されている。これらの青少年の健康を保持増進するための研究は、喫煙、飲酒、薬物乱用の予防に関するものを中心に、特に欧米において先行して進められて来ている。

学校健康教育を効果的なものとするための実態把握など、日本の青少年の健康行動に関する研究は、欧米における成果を参照して進められてきた。健康に関連する危険行動の発生件数などの青少年の実態には、欧米と日本の違いは見られる。しかし、今までみたように、日本においても青少年の喫煙、飲酒、薬物乱用、性行動、食行動などの健康に関連する行動には、共通してセルフエスティームや社会的スキル、ストレス対処スキルなどのライフスキルが関連していることが指摘されている。一方で、青少年の健康行動では、喫煙などの有害性に関する知識のあることは喫煙しないことに直接的に関連していないことが示唆されている。欧米の青少年の健康に関連する危険行動においても、有害性や危険性などに関する知識があることだけでは危険行動を予防することができないことから、性、薬物などの領域に共通してライフスキルの形成を課題としており、健康教育プログラムなどはライフスキルの形成を内容に含んでいる。

日本の学校健康教育においても、子どもたちの健康行動の心理社会的な側面に注目し、知識や理解と同時に、価値観や態度とライフスキルの形成を意図した計画、実施が求められる。その際、子どもたちに対する心理社会的側面での効果をねらう上で、家庭、地域との共同は不可欠な要素であると考えられる。

表 3-1.7: 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進 「健やか親子 21 報告書」より⁵⁴⁾

国民 (住民)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思春期の子どもに対する応援が適切にできるよう努力 ・ 思春期の身体的・心理的な発達状況を理解し、思春期の子どもの行動を発達課題として受け止める地域づくりのために努力
地方公共 団体	<p>学校保健推進体制の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 学校保健委員会の充実 ・ 保健主事の資質の向上 ・ 教諭, 養護教諭, 学校栄養職員, 学校医, 学校歯科医, 学校薬剤師の学校保健に関する資質の向上 ・ 地域の他の機関との連携強化(学校保健委員会・地域学校保健委員会等) <p>学校における教育内容の充実・強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 学校内連携による健康教育の推進体制の整備 ・ 性教育の推進(生命尊重, 妊娠出産・避妊, 性感染症等) ・ 喫煙・飲酒防止教育を含む薬物乱用防止教育の推進 ・ 性教育・薬物乱用防止教育についての学校内外の専門職の活用の推進 <p>学校医, 学校歯科医, 学校薬剤師の活動の充実</p> <p>学校の相談機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 教職員の相談活動の充実 ・ スクール・カウンセラーの配置の推進 ・ 保健室等の相談活動の機能の充実(養護教諭の複数配置の充実を含む) <p>不登校対策等の推進</p> <p>地域保健福祉(市町村・保健所・精神保健福祉センター・児童相談所等)と学校保健との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職の派遣の推進(性・感染症・薬物等) ・ 学校保健委員会等への参加推進 ・ PTA 等と連携した家庭における思春期学習の推進 ・ 思春期の問題に関する本人や家族の相談体制の充実・強化 ・ ボランティア体験学習等の受け入れ <p>子どもに悪影響を与える有害情報の問題への取組の推進</p>
国	<ul style="list-style-type: none"> ・ 厚生労働省と文部科学省の連携の強化により地方公共団体が活動しやすい体制づくりの推進 ・ 性教育・薬物乱用防止教育, 心の問題等への対策マニュアルの作成 ・ 国立成育医療センター(仮称)における児童・思春期精神科の充実
専門団体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思春期専門の外来・病棟等の整備 ・ 児童精神科医師の確保・養成 ・ 思春期の心身の保健に関する市民講座への協力 ・ 産婦人科医や小児科医が日常診療において, 思春期の心の問題に着目した対応の推進
民間団体	<ul style="list-style-type: none"> ・ 思春期の問題への相談体制整備や情報提供の推進 ・ 若者委員会の開催 ・ ピア(仲間)カウンセラーの育成や, ピア(仲間)カウンセリングの実施 ・ マスメディアの良識に基づく有害情報の自製の促進

2. 日本の学校健康教育による対応

日本の青少年にみられる健康に否定的な影響を与える行動の実態に対しては、家庭、地域社会に対してと同時に、学校健康教育にも大きな役割が期待されている。そこで、次に学校で計画、実施される健康教育の概要をみる。

(1) 学校健康教育の目的、目標

学校教育は、教育基本法に挙げられている教育の目的「人格の完成をめざし、平和的な国家及び社会の形成者として、真理と正義を愛し、個人の価値をたつとび、勤労と責任を重んじ、自主的精神に充ちた心身ともに健康な国民の育成」の達成を期して行われる⁵⁶⁾。また、小学校、中学校、高等学校等の学校では、校種ごとに掲げられた目的、目標の達成を目指している⁵⁷⁾。これは、学校健康教育も同様である。

現在の学校教育は、「豊かな人間性、正義感や公正さを重んじる心、自らを律しつつ、他人と協調し、他人を思いやる心、人権を尊重する心、自然を愛する心などを培うことなどどんなに社会が変化しようとも時代を超えて変わらない価値のあるもの」と、「少子化、高齢化、国際化、情報化など社会の急激な変化など、時代の変化とともに変えていく必要があるものに柔軟に対応」するための能力、すなわち「生きる力」の獲得を支援することを課題としている⁵⁸⁾。

「生きる力」の育成は、中央教育審議会が1996年に行なった第一次答申において、学校教育の基本に据えられた。「生きる力」とは、「いかに社会が変化しようと、自分で課題を見つけ、自ら学び、自ら考え、主体的に判断し、行動し、よりよく問題を解決する資質や能力」、「自らを律しつつ、他人とともに協調し、他人を思いやる心や感動する心など、豊かな人間性」、「たくましく生きるための健康や体力」といった資質や能力である⁵⁹⁾。「生きる力」としての健康は、個人的、社会的によりよく生きるための基盤と位置づけられており、オタワ憲章にあるヘルスプロモーションの理念と共通する^{60) 4)}。

このことを受け、学校健康教育は、「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して、一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身に付け、生涯を通して健康で安全な生活を送ることができるようにすること」を目標に定めている。このような健康教育では、知識とともに、「自分自身の心と体を大切にし、高めることが大切であるという内面に根ざした人としての価値観を身につけ、知識を実践に生かす態度の育成を重視する」とされている³⁾。

現行の学習指導要領では、総則においては従来「体育に関する指導」とされていたものが「体育・健康に関する指導」と改訂されるなど、健康に関する側面が強調されている⁶¹⁻⁶⁶⁾(表 3-2.1)。さらに、体育・健康に関する指導を、児童生徒が「生涯にわたり明るく豊かで活力ある生活を営むための基礎づくり」と位置づけ、以下のような資質や能力を育成することを支援するとしている⁶⁷⁻⁶⁹⁾。

- ・ 生涯にわたって運動やスポーツを豊かに実践していくことと体力の向上を重視し、自ら進んで運動に親しむ資質や能力を身に付け、心身を鍛えることができるようにすること
- ・ 健康・安全に関する理解や活動を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していくこと

これらの学習は、児童生徒が目標達成に向け、「健康の価値を認識し、自ら課題を見つけ、健康に関する知識を理解し、主体的に考え、判断し、行動し、よりよく課題を解決する」ために必要な能力の獲得を支援することを課題としている³⁾。この点で、「生きる力」の育成にも資する学校健康教育の内容や方法を検討する必要があると考えられる。

表 3-2.1: 小学校(中学校)学習指導要領総則抜粋比較 ⁶¹⁾⁶²⁾⁶⁴⁾⁶⁵⁾

平成元年	学校における <u>体育</u> に関する指導は、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする。特に、体力の向上及び <u>健康</u> の保持増進に関する指導については、体育科(保健体育科)の時間はもとより、特別活動などにおいても <u>十分</u> 行うよう努めることとし、それらの指導を通して、日常生活における適切な <u>体育的活動</u> の実践が促されるとともに、生涯を通じて健康で安全な生活を送るための基礎が培われるよう配慮しなければならない。
平成 10 年	学校における <u>体育・健康</u> に関する指導は、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする。特に、体力の向上及び <u>心身の健康</u> の保持増進に関する指導については、体育科(保健体育科)の時間はもとより、特別活動などにおいても <u>それぞれの特質</u> に応じて適切に行うよう努めることとする。また、それらの指導を通して、 <u>家庭や地域社会との連携</u> を図りながら、日常生活において適切な <u>体育・健康に関する活動</u> の実践を促し、生涯を通じて健康・安全で <u>活力ある</u> 生活を送るための基礎が培われるよう配慮しなければならない。

(2) 学校健康教育の学習目標

次に、体育・健康に関する指導の具体的な学習目標についてみる。体育・健康に関する指導は、体育・保健体育科の時間のみでなく、教科や道徳、特別活動、総合的な学習の時間なども含めた学校教育活動全体を通じて行うことされており、個々の教科の学習指導要領の目標や学習内容に健康に関連するものが示されている。特に学校健康教育の中核となる教科として、体育、保健体育科を取り上げ、中でも保健領域を中心に学習目標についてみると、表 3-2.2 のようになっている ⁶⁴⁻⁶⁶⁾。

これらの目標に含まれる内容、例えば、誰とでも仲良くする(小学校第 1, 2 学年)、協力、公正、身近な生活(小学 3, 4 学年)といった道徳的、社会的 content や心身の組成や発達などを科学的に理解する生物学的な内容に関する学習などは、体育、保健体育科以外のさまざまな学校教育活動の学習目標と関連付けて捉え、学校健康教育の学習を構成することができると考えられる ⁶⁴⁻⁶⁶⁾。

今日、青少年の問題行動、健康に関連する危険行動の実態からその予防、防止、改善の必要性といった側面から社会的に健康教育の充実が課題となっているが、学校健康教育では、問題解決といった視点からだけでなく、より積極的に、よりよく生きるための資質、能力として、自己と他者の身体的、精神的、社会的な健康、安全、体力の保持増進を図る習慣を育てることを目標とすることが求められていると考えられる。

(3) 学校健康教育の内容

保健体育審議会は、学校健康教育の目標を達成するために取り扱うことが考えられる健康教育の内容として、以下の 6 点を挙げた ³⁾。これらには、「時代を超えて変わらない健康課題」及び「健康に関する現代的課題」に適切に対応するために必要なものが含まれているとされている。

社会	社会生活についての理解を図り、我が国の国土と歴史に対する理解と愛情を育て、国際社会に生きる民主的、平和的な国家・社会の形成者として必要な公民的資質の基礎を養う。	3・4	(1)地域の産業や消費生活の様子、人々の健康な生活や安全を守るための諸活動について理解できるようにし、地域社会の一員としての自覚を持つようにする。
理科	自然に親しみ、見通しをもって観察、実験などを行い、問題解決の能力と自然を愛する心情を育てるとともに自然の事物・現象についての理解を図り、科学的な見方や考え方を養う。	3	(1)身近にみられる動物や植物を比較しながら調べ、見いだした問題を興味・関心をもって追及する活動を通して、生物を愛護する態度を育てるとともに、生物の成長の決まりや体のつくり、生物同士のかかわりについての見方や考え方を養う。
		4	(1)身近にみられる動物の活動や植物の成長を季節と関係付けながら調べ、見いだした問題を興味・関心をもって追及する活動を通して、生物を愛護する態度を育てるとともに、動物の活動や植物の成長と環境とのかかわりについての見方や考え方を養う。
		5	(1)植物の発芽から結実までの過程、植物の発生や成長などをそれらに関わる条件に目を向けながら調べ、見いだした問題を計画的に追及する活動を通して、生命を尊重する態度を育てるとともに、生命の連続性についての見方や考え方を養う。
		6	(1)生物の体のつくりと働き及び生物と環境とを関連付けながら調べ、見いだした問題を多面的に追及する活動を通して、生命を尊重する態度を育てるとともに、生物の体の働き及び生物と環境とのかかわりについての見方や考え方を養う。
生活	具体的な活動や体験を通して、自分と身近な人々、社会及び自然との関わりに関心を持ち、自分自身や自分の生活について考えさせるとともに、その過程において生活上必要な習慣や技能を身に付けさせ、自立への基礎を養う。	1・2	(1)自分と身近な人々及び地域の様々な場所、公共物などとの関わりに関心を持ち、それらに愛着を持つことができるようにするとともに、集団や社会の一員として自分の役割や行動の仕方について考え、適切に行動できるようにする。 (2)自分と身近な動物や植物などの自然との関わりに関心を持ち、自然を大切にしたり、自分達の遊びや生活を工夫したりすることができるようにする。 (3)身近な人々、社会及び自然に関する活動の楽しさを味わうとともに、それらを通して気付いたことや楽しかったことなどを言葉、絵、動作、劇化などにより表現できるようにする。
家庭	衣食住などに関する実践的・体験的な活動を通して、家庭生活への関心を高めるとともに日常生活に必要な基礎的な知識と技能を身に付け、家族の一員として生活を工夫しようとする実践的な態度を育てる。	5・6	(1)衣食住や家族の生活などに関する実践的・体験的な活動を通して、家庭生活を支えているものが分かり、家庭生活の大切さに気づくようにする。 (3)自分と家族などのかかわりを考えて実践する喜びを味わい、家庭生活をよりよくしようとする態度を育てる。
道徳	道徳教育の目標は、第1章総則の第1の2に示すところにより、学校の教育活動を通じて、道徳的な信条、判断力、実践意欲と態度などの道徳性を養うこととする。 道徳の時間においては、以上の道徳教育の目標に基づき、各教科、特別活動及び総合的な学習の時間における道徳教育と密接な関連を図りながら、計画的、発展的な指導によってこれを補充、深化、統合し、道徳的価値の自覚を深め、道徳的実践力を育成するものとする。 [総則第1の2] 道徳教育は、教育基本法及び学校教育法に定められた教育の根本精神に基づき、人間尊重の精神と生命に対する畏敬の念を家庭、学校、その他社会における具体的な生活の中に活かし、豊かな心を持ち、個性豊かな文化の創造と民主的な社会及び国家の発展に努め、進んで平和的な国際社会に貢献し未来を拓く主体性のある日本人を育成するため、その基盤としての道徳性を養うことを目的とする。		
特別活動	望ましい集団活動を通して、心身の調和のとれた発達と個性の伸長を図るとともに、集団の一員としての自覚を深め、協力してよりよい生活を築こうとする自主的、実践的な態度を育てる。		

(4) 学校、家庭、地域社会の連携

現行の学習指導要領には、学校における体育・健康に関する指導は、学校の教育活動全体を通じて行うことに加えて、「家庭や地域社会との連携を図りながら、日常生活において適切な体育・健康に関する活動の実践を促すよう配慮することとされている⁶⁴⁻⁶⁶⁾。これは、体力の向上や心身の健康の保持増進は、児童生徒にとって、学校にいる間だけでなく、家庭や地域社会での日常生活でも、生涯を通じて重要な課題であると考えられているからである⁶⁷⁻⁷⁹⁾。

保健体育審議会は、1997年の答申の中で、「子どものしつけに第一義的責任を有する」のは家庭であるとし、また児童生徒の問題行動が学校外の地域社会で発生することに注目し、学校、家庭、地域社会が果たすそれぞれの役割について述べている。学校は、児童生徒の健康に関する現代的課題に対処する取り組みを効果的に進めるために、関係者や関連機関が一体となって「人間としての在り方生き方など教育全体の課題として幅広く取り組む」。学校と家庭や地域社会の連携強化は、さらに効果を高めるために求められている³⁾。

学校と家庭や地域社会の連携の強化には、学校保健委員会の活躍が期待されている³⁾⁷¹⁾。学校保健委員会は、児童生徒の家族や地域社会の人々を学校保健や委員会の活動が成果をあげるために不可欠な人材として位置づけて、活動を展開することが求められると考えられる。

(5) 学校健康教育の指導書、参考資料の発行

心の健康、生活習慣、薬物乱用、性などの学校健康教育で取り扱う課題は、相互に関連があると考えられるものの、それぞれの課題に特定の学習内容があり、具体的な学習内容は性教育、薬物乱用防止教育、栄養教育など、基本的に課題ごとに実施される。学校健康教育では、保健科教育の7つの課題について、児童生徒が「健康の価値を認識し、自ら課題を見付け、健康に関する知識を理解し、主体的に考え、判断し、行動し、よりよく課題を解決する」という「生きる力」を身に付ける過程を通じて、①興味・関心、②知識・理解、③思考力・判断力、④意志決定・行動、⑤認識、⑥評価の能力の獲得を支援するような方法で実施することが求められている³⁾。

これらの課題ごとの学校健康教育の実施を支援するために、文部科学省や財団法人日本学校保健会などから、指導書や参考資料、教材などが発行されている。前述の『実践事例集 一心の健康と生活習慣に関する指導』はその一部である⁴⁴⁾。他にも、性教育に関しては、文部省(現文部科学省)が『性教育の考え方、進め方』(1999年)²³⁾や『性感染症予防に関する指導マニュアル』(2002年)⁷²⁾を作成している。また、日本学校保健会は、喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育、HIV/AIDS教育、生活習慣、ライフスキルなどに関する指導書や実践事例集などを発行している⁷³⁾。これらは、学習指導要領の保健科教育の枠を超え、全教育活動を通じた学習を必要とする学校健康教育を、教科、領域横断的な視点から計画、実施するために有用な情報と資料を提供している。

学校健康教育の現場でこれらの資料や教材を実践に活用することを促すと同時に、実践者からのフィードバックを受け、必要に応じて改善を加え、更なる向上に反映するための機構の構築が求められると考えられる。

文献

1. 学校教育法第 2, 18, 36, 41 条
2. 学校保健法第 1 条
3. 保健体育審議会:生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について(保健体育審議会答申), 2-43, 1997
4. 文部科学省:平成 16 年度文部科学白書, 2005
5. 内閣府:平成 16 年版青少年白書, 2004
6. 警察庁生活安全局少年課:平成 15 年中における少年の補導及び保護の概況, 2004
7. 警察庁生活安全局青少年課:少年非行等の概要(平成 16 年 1~12 月), 2005
8. 石川哲也, 川畑徹朗, 勝野眞吾他:ライフスキル形成を基礎とする総合的健康教育プログラムの開発研究成果報告書, 7-78, 2002
9. 東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会:2005 年調査 児童・生徒の性, 9-55, 学校図書株式会社, 2005
10. 入谷仁士, 木村龍雄, 野地照樹他:高校生の性意識及び性行動に関する研究—性交経験の有無と性に関する知識のニーズ及び悩みについて, 学校保健研究, 42, 245-255, 2000
11. 兵庫県, (財)兵庫県ヒューマンケア研究機構家庭問題研究所:青少年の性意識と性行動に関する調査研究報告書, 19-92, 2003
12. 木原正博, 橋本修二, 和田清他:HIV 感染症の動向と予防モデルの開発・普及に関する社会疫学的研究(総括研究報告), 2003
13. 厚生労働省:平成 15 年度衛生行政報告例, 2004
14. 厚生労働省:平成 15 年度人口動態調査, 2004
15. 橘寿好, 長谷川泰子, 村口喜代:10 代の性意識, 避妊, 男女交際の現状~初期人工妊娠中絶手術を受けた 10 代患者のアンケート調査より~, 思春期学, 21(2), 200-206, 2003
16. 厚生労働省:平成 15 年の感染症発生動向調査, 2004
17. 厚生労働省エイズ動向委員会:2004(平成 16)年エイズ発生動向—概要—, 2005
18. 劔陽子:北九州市内の中学校 4 校における性意識調査, 思春期学, 21(3), 315-321, 2003
19. 平岡友良:高校生の性及び性教育に関する意識調査, 思春期学, 21(2), 192-199, 2003
20. 日本青少年研究所:高校生の生活と意識に関する調査—日本・アメリカ・中国・韓国の四カ国比較—, 2004
21. 和田実:望まない妊娠—性及び心理的要因からの検討—, 思春期学, 18(4), 361-371, 2000
22. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention: Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review, 9-14, UK, 2002
23. 文部省:学校における性教育の考え方, 進め方, 1-83, 1999
24. 健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会:21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について報告書, 各論 4, 2000

25. 厚生省：平成 10 年度喫煙と健康問題に関する実態調査結果の概要，1999，
http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1111/h1111-2_11.html
26. 上畑鉄之丞，鈴木健二，和田清他：2000 年度未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する
全国調査報告書，2001
27. 大竹恵子，島井哲志，嶋田洋徳：中学生の喫煙意図と保護者の喫煙行動，養育態度と
の関係，学校保健研究，43，426-434，2001
28. 植田誠治：思春期のセルフ・エスティームと喫煙・飲酒・薬物使用ならびに将来の喫煙・飲
酒・薬物使用意思との関連，学校保健研究，38，460-472，1996
29. 川畑徹朗，西岡伸紀，春木敏他：思春期のセルフエスティーム，ストレス対処スキルの発達
と喫煙行動との関係，学校保健研究，43，399-411，2001
30. 和田清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙—1994 年千葉県中学生調査より—，学校保
健研究，45，512-527，2004
31. 市村國夫，下村義夫，渡邊正樹：中・高校生の薬物乱用・喫煙・飲酒行動と規範意識，
学校保健研究，43，39-49，2001
32. 日本青少年研究所：中学生の生活意識に関する調査，2002
33. 総務庁青少年対策本部：青少年の薬物認識と非行に関する研究調査，1997
34. 村松常司，野村和雄，北井美奈子他：喫煙に対するイメージ・知識・態度及び行動に関
する研究(第 1 報)高校生を対象とした調査結果，学校保健研究，36，339-349，1994
35. 健康日本 21 企画検討会，健康日本 21 計画策定検討会：21 世紀における国民健康づく
り運動(健康日本 21)について報告書，各論 5，2000
36. 小島章子，渡辺雄二，青木宏：高校生の飲酒行動に関する研究—親子関係を中心に—，
学校保健研究，39，221-232，1997
37. 川畑徹朗，西岡伸紀，石川哲也他：青少年のセルフエスティームと喫煙，飲酒，薬物乱用
行動との関係，学校保健研究，46，612-627，2005
38. 和田清，近藤あゆみ，高橋伸彰，鈴木紀美子，尾崎米厚，勝野眞吾：薬物乱用に関する
全国中学生意識・実態調査(2004 年)，2004
39. 和田清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景—1992 年千葉県調査より
—，学校保健研究，43，26-38，2001
40. 文部科学省：生徒指導上の諸問題の現状について(平成 15 年度)，2004 年 8 月，
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/08/04082302.htm
41. 文部科学省：生徒指導上の諸問題の現状について(平成 15 年度)，2004 年 12 月，
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/12/04121601.htm
42. 大竹恵子，島井哲志，曾我祥子：小学生におけるコーピングと攻撃性との関係，学校保
健研究，44，155-165，2002
43. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：児童生徒の心の健康と生活習慣に関
する調査報告書，2002
44. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：実践事例集 心の健康と生活習慣に
関する指導，2003
45. 中央教育審議会：食に関する指導体制の整備について(答申)，2004
46. 文部科学省スポーツ・青少年局：栄養教諭制度の創設に係る学校教育法等の一部を改

正する法律等の施行について(通知), 16文科ス第142号, 2004年6月30日

47. 食育基本法(平成十七年六月十七日法律第六十三号)
48. 島井哲志, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 春木敏:小・中学生の間食行動の実態とコーピング・スキルの関係, 日本公衆衛生雑誌, 47(1), 8-19, 2000
49. 近森けいこ, 川畑徹朗, 西岡伸紀他:思春期のセルフエスティーム, ストレス対処スキルと運動習慣との関係, 学校保健研究, 45, 289-303, 2003
50. 文部科学省:平成14年度文部科学白書, 2003
51. 文部科学省:平成15年度文部科学白書, 2004
52. 青少年育成対策推進本部:青少年育成施策大綱, 2003, 内閣府
53. 薬物乱用対策推進本部:薬物乱用防止新五か年戦略, 2003
54. 健やか親子21検討会:健やか親子21検討会報告書ー母子保健の2010年までの国民運動計画ー, 2000
55. WHO/HRP/HEP: The Status of School Health, 1996
56. 教育基本法第1条
57. 学校教育法(第17, 18, 35, 36, 41, 42, 51, 71, 77, 78条)
58. 教育課程審議会:幼稚園, 小学校, 中学校, 高等学校, 盲学校, 聾学校及び養護学校の教育課程の基準の改善について(答申), 1998
59. 中央教育審議会:21世紀を展望した我が国の教育の在り方について(第一次答申), 9-10, 文部省, 1996
60. 中央教育審議会:新しい時代にふさわしい教育基本法と教育振興基本計画の在り方について(答申), 文部科学省, 2002
61. 文部省:小学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1989
62. 文部省:中学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1989
63. 文部省:高等学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1989
64. 文部省:小学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
65. 文部省:中学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
66. 文部省:高等学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1999
67. 文部科学省:小学校学習指導要領解説総則編, 37-39, 東京書籍株式会社, 東京, 1999
68. 文部科学省:中学校学習指導要領解説総則編, 36-38, 東京書籍株式会社, 東京, 1999
69. 文部科学省:高等学校学習指導要領解説総則編, 86-88, 東山書房, 京都, 1999
70. 日本学校保健会:学校保健の動向(平成11年度版), 5-16, 日本学校保健会, 東京, 1999
71. 日本学校保健会:学校保健委員会マニュアル, 1-8, 2003
72. 文部科学省:性感染症予防に関する指導マニュアル 高等学校教師用参考資料, 日本学校保健会, 2002
73. 日本学校保健会:図書・しおりの一覧ホームページURL:
<http://www.hokenkai.or.jp/tosho/index.html>(2005年10月19日現在)

第IV章 欧米における学校健康教育の動向

今日の日本の青少年に関する健康実態調査や学校健康教育に関する研究は、諸外国における青少年の健康行動や児童生徒に対する健康教育に関する研究から多くの示唆を得て進められている。そのため、諸外国の学校健康教育の動向について検討することから、日本の学校健康教育の向上に資する情報が得られることが考えられる。さまざまな課題領域を内包する学校健康教育は、具体的には性教育や薬物乱用防止教育など、関連領域の中の個々の課題を対象として計画、実施されることが多い。そこで、ここでは学校健康教育の課題の中でも日本と諸外国の双方で特に大きな課題となっている性教育について検討することとした。

日本の学校で実施される性教育は、「児童生徒等の人格の完成、豊かな人間形成を究極の目的とし、人間の性を人格の基本的な部分として生理的側面、心理的側面、社会的側面などから総合的にとらえ、科学的知識を与えるとともに、児童生徒等が生命尊重、人間尊重、男女平等の精神に基づく正しい異性観をもつことによって、自ら考え、判断し、意志決定の能力を身に付け、望ましい行動をとれるようにすること」を目的として実施されている。基本的な児童生徒の学習目標は、①性に関する科学的知識の獲得を含む自己の性の確立、②人間尊重、男女平等の精神に基づく人間関係の構築、③家族や社会において直面する性の諸問題に対処する能力と資質の形成の3つである¹⁾。性教育の学習構成の面では、各教科、道徳、特別活動などを中心に、教育活動全体を通じて行うものとされている。さらに、家庭や地域との連携を図ることも期待されている¹⁾。

しかしながら、我が国においては、近年の児童生徒等を取り巻く家庭環境、社会環境の変化が心身の発達にアンバランスを生じさせ、若年妊娠やいわゆる援助交際をはじめとする性の商品化、HIV感染等の性感染症の拡がりなど、性に関する健康問題を深刻化させている。また、固定的な性役割観やそれに伴う性差別が残存していることから男女共同参画社会の形成も課題となっており¹⁾、学校における性教育の充実が急務となっている。

性教育は欧米をはじめ多くの国々の教育課題となっている。欧米においては、20世紀後半、青少年の喫煙・飲酒・薬物乱用等の危険行動の予防を中心とする健康教育のより効果的な手法として、ライフスキル教育を取り入れる方向へと変遷してきている²⁾³⁾。このような健康教育の変遷に伴って、性教育の在り方や方法も変化してきている。

ここでは、特に米国、英国、スウェーデンを対象とし、それぞれの国の政府や主要な団体が発行している資料に基づいて、性教育の動向を調査した。

1. 調査対象

今回の調査では、以下の米国、英国、スウェーデンの資料を主な対象とした。また、それぞれの資料の性格は次の通りである。

(1)米国： Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th Grade, 第2版 (National Guidelines Task Force, 1996)⁴⁾

米国の教育制度、カリキュラムは各州ごとに管轄されており、学校における性教育プログラムも、地域の実情に応じて、地域と学校が共同して開発されることになる。各州と学校は、米国教育省により、教育の基準を作成するよう勧告されている⁵⁾⁶⁾。そのため、米国の主要な組織が、その手がかりとなる基準の枠組みやガイドラインを作成している。しかし、これらの基準やガイドラインは、法的拘束力を持っていない。

『Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th』は、米国における性教育に関して中心的な役割を果たしている Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS) が性教育のガイドライン作成のために組織した、National Guidelines Task Force によって作成されたものである。これは、幼稚園児から 12 年生(高校 3 年生にあたる)を対象とする性教育の新しいプログラムの開発や既存のプログラムの評価を支援するものとされており、1991 年にその第 1 版が出版された。第 1 版は、18,000 部以上が配付され、ブラジル、ナイジェリア、ロシア、チェコ共和国、アイスランドにおいても、各国に適用するための修正を経て、それぞれの国で準用されている⁴⁾。

1996 年には、第 1 版のガイドラインに関する各方面からの評価を受け、第 2 版が出版された⁴⁾。本研究では、第 2 版のガイドラインを対象とした。

(2) 英国 : Sex and Relationship Education Guidance (Department for Education and Employment, 2000)⁷⁾

本指導書は、十代の若者の妊娠に関する調査報告を受け、1999 年に出された全国共通カリキュラムの改訂と、それに伴い新たに設けられた Personal, social and health education (PSHE, 初等教育段階では, PSHE and Citizenship) の枠組み (Framework for PSHE) の中で指導されることを想定して、作成されたものである⁷⁾。

本指導書は、学校長、教師、学校の理事を対象としている。英国においては、基本的な性教育は「理科」の全国共通カリキュラムに義務づけられており、本指導書自体には法的拘束力はない⁷⁾。

(3) スウェーデン: “Love! You can really feel it, you know!” (Skolverket, 1996)⁸⁾

本書は、教師に対する Sexuality and Personal Relationship の指導に関する参考書である。Skolverket とは、政府組織である National Agency for Education のスウェーデン語名である。スウェーデン教育庁は、セクシュアリティと人間関係に関する教育の概要を示し、その開発と実践のためのガイドラインを提案することを目的としてこの参考書を作成している。

本書のオリジナルはスウェーデン語であるが、それ以外の言語でも出版されている。本研究においては、英語版を対象とした。英語版では、心理学、避妊、性感染症に関する事実を説明する章は、スウェーデンの性教育に特有な内容ではないという理由で削除されていた⁸⁾。

2. 結果:3 カ国における性教育の動向

(1) 米国⁴⁾

『Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th Grade』(以下、ガイドラインと略す。)は、生涯にわたって情報の獲得とアイデンティティ、人間関係、親密さ(intimacy)についての態度、信条、価値観を形成することを目指す包括的セクシュアリティ教育の考え方に基づいて作成されている。

ガイドラインは、性的健康の増進を図るための包括的セクシュアリティ教育の基本的な目標として、次のような項目を挙げている。

- ①人間のセクシュアリティに関する正確な情報を提供する。
- ②自らの性的態度を問い、調べ、評価する機会を提供する。
- ③人間関係スキルの形成を支援する。
- ④性的人間関係に関して責任を果たすことを支援する。

そして、これらの目標を達成する包括的セクシュアリティ教育の教育内容として、性的に健康な大人が実践すべき行動に関連する 6 つのキー・コンセプトが示されている。また、それぞれのキー・コンセプトには 5 から 7 つのトピックが示されており、学習者に伝えたいメッセージが教育段階に応じて挙げられている(表 4-1.1)。

それぞれのトピックや課題は、例えば、「エイズ教育」などというように独立して扱うのではなく、ガイドラインに示されている教育内容を包括的に網羅するセクシュアリティ教育の中で取り組むべきであることが強調されている。また、包括的セクシュアリティ教育は、包括的な健康教育の一領域として健康増進と疾病予防を目指す教育の中で実施されるべきであり、全体的な健康教育の中にこのガイドラインを統合すべきであるとされている。

ガイドラインは、セクシュアリティ教育には、認知的側面(cognitive domain:情報)、情緒的側面(affective domain:感情や価値、態度)、行動的側面(behavioral domain:コミュニケーション、意志決定、その他関連する個人的スキル)の 3 つの側面があるとしている。セクシュアリティ教育は、性の生物学的、社会文化的、精神的、スピリチュアルな面について、これら3つの側面から取り組まれている。

尚、2004年にガイドラインの第3版が出版されている⁹⁾。新しい情報や今日の青少年の現状を反映していくつかのトピックやメッセージ、発達段階などに考慮した変更が行われたが、基本的な構造や内容は第1版のものを踏襲しており、第2版からも大きな変更は行われていない。トピックでは、第2版では、リプロダクティブ・ヘルスにまとめられていた内容のうち妊娠と親による子どもの保護に関する部分、性感染症に関する内容のうち HIV/AIDS に関する部分を1つのトピックとして別に立て、ジェンダーに関するトピックを新たに立てている。性感染症の1種として捉えられ、性感染症のトピックの中でも扱われている HIV/AIDS について別にトピックを設けているのは、他の性感染症に比べて取り扱うべき社会的、倫理的な課題が多いためであると考えられる。

第3版のガイドラインで伝えたいメッセージの内容面では、ジェンダー、性同一性障害、同性愛などに関するメッセージや、虐待に加えてセクシュアルハラスメントや暴力に関するメッセージなどが増加し、HIV/AIDS に関する説明を丁寧にする、低学年では性的快楽という言葉の代わりに気持ちよく感じるという言葉を用いるなどの修正が行われている⁹⁾。今後は、第3版が多く用いられるようになると考えられる。

表 4-1.1: 包括的セクシュアリティ教育プログラムのキー・コンセプトとトピック⁴⁾

<p>キー・コンセプト 1: 人間発達</p> <ul style="list-style-type: none"> 生殖的解剖生理 生殖 思春期 ボディ・イメージ 性的アイデンティティと指向 <p>キー・コンセプト 2: 人間関係</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族 友人関係 愛情 デート 結婚と人生の関わり 子育て <p>キー・コンセプト 3: 個人的スキル</p> <ul style="list-style-type: none"> 価値観 意志決定 コミュニケーション 自己主張 交渉 支援を見つける 	<p>キー・コンセプト 4: 性行動</p> <ul style="list-style-type: none"> 一生にわたるセクシュアリティ マスターベーション 性行動の共有 節制 人間の性的反応 幻想 性的機能障害 <p>キー・コンセプト 5: 性的健康</p> <ul style="list-style-type: none"> 避妊 中絶 HIV 感染を含む性感染症 性的虐待 リプロダクティブ・ヘルス <p>キー・コンセプト 6: 社会と文化</p> <ul style="list-style-type: none"> ジェンダーの役割 セクシュアリティと法律 セクシュアリティと宗教 多様性 セクシュアリティと芸術 セクシュアリティとメディア
--	---

(2) 英国⁷⁾

英国の学校における性教育は、Sex and Relationship Education (以下、SREと略す.)として実施されている。英国では、各学校に、保護者、教職員、地方教育当局等の代表、校長等から成る学校理事会が設置されている^{10) 11)}。学校理事会は、保護者等と相談し、各学校におけるSREの方針を作成することが、政府により義務づけられている。

SREの目的は、『Sex and Relationship Education Guidance』(以下、SRE 指導書と略す.)に示されており、青少年の身体面、感情面、道徳面における発達を支援することとされている。SREは、学校、社会における児童生徒の精神的、道徳的、文化的、身体的発達を促進し、成人となったときによりよく生活をするための準備をすることともに、今日、青少年が直面することが考えられるさまざまな矛盾や圧力に対処するための知識とスキルを身に付けることを目指している。また、家族生活、安定して愛し合う関係、尊敬、愛情、配慮の重要性を理解するという内容からみて、SREは、身体的、倫理的、感情的な発達に関する生涯学習であると捉えられている。

SREでは、以下の3つを主要な学習要素と考えている。それぞれの内容は表4-1.2に示す。

- ・ 態度と価値観
- ・ 人格的、社会的スキル
- ・ 知識と理解

SREの基本的な教育内容は、「理科」の全国共通カリキュラムに義務づけられている¹²⁾。SREの指導書は、「理科」の全国共通カリキュラムには規定されていないがSREで取り扱うべき

内容として、思春期、月経、避妊、中絶、安全な性行動と性感染症を挙げている。また、政府は、SREがPSHEの枠組みに基づいて実施されることを期待しており、むしろ、PSHEから孤立しては効果的な性教育は実施できないと考えている。PSHE自体も、性教育に関連する教育内容を有している。

PSHEは、児童生徒が①自信と責任感を発達させ、能力を最大にする、②健康で安全なライフスタイルを形成する、③よい人間関係を発達させ、多様性を尊重する(初等教育段階では、市民として活発に役割を果たすための準備をすることが含まれる。)ために必要な知識、スキル、理解を身に付けることを支援するものである。PSHEは、学校生活のさまざまな場面で、学校全体の取り組みとして実施することが奨励されている。PSHEの枠組みの中で実施されるSREでは、児童生徒は早期から人間関係について学習し始め、発達段階に応じて性に関する適切な内容を学習していくことになる¹³⁾¹⁴⁾。

英国ではまた、Healthy Schools プログラムと呼ばれる、学業を含め、児童生徒の目標達成を支援するために、彼らの健康と健全な発達を促進する教育と学習環境の提供に取り組む学校を支援するプログラムが実施されている。これは、学校、家庭、地域の教育機関、地方自治体を含む地域コミュニティが連携して、学習環境の整備を含めて地域に根差した健康教育プログラムを共同で開発、実施することを目的としている。SREのプログラムは、このHealthy schoolという概念にも支えられている¹⁵⁾。

SRE指導書は、学校、教師から保護者や地域コミュニティ等への働きかけについても言及している。この背景には、子どもたちの性に関する学習は、授業によるものだけにとどまらず、家庭や地域等の環境からもさまざまなことを学んでいるのだという認識があることが推察される。

表 4-1.2: 主な学習要素の内容

<p>態度と価値観</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 価値観、個人的良心、道徳的思いやりの重要性の学習 ・ 子育てのための家族生活、結婚、安定した愛し合う人間関係の価値の学習 ・ 尊重、愛、配慮の価値の学習 ・ 道徳的ジレンマの調査、熟考、理解 ・ 位置決定の一部としての批判的指向の発達 <p>個人的、社会的スキル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自信を持ち、慎重な感情と人間関係の対処の学習 ・ 自己尊重と他者への共感の発達 ・ 多様性の理解に基づき、偏見のない選択をするための学習 ・ 選択したことの結果の評価の発達 ・ 矛盾の対処 ・ 搾取と虐待の認識と回避の方法の学習 <p>知識と理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適切な段階における身体的発達の学習と理解 ・ 人間のセクシュアリティ、生殖、性的健康、感情と人間関係の理解 ・ 避妊、地域と国の性的健康アドバイス、避妊、支援サービスの範囲についての学習 ・ 性的活動の遅延の理由、そのような遅延から得る利点の学習 ・ 計画しない妊娠の回避
--

(3) スウェーデン⁸⁾

性教育の先進国ともいわれるスウェーデンの学校教育においては、性教育は、1977年から *Sexuality and Personal Relationship* として実施されている。1977年、スウェーデンの教育庁は、解剖学的、生理的、心理的、倫理的、社会的人間関係の側面から言及した *Sexuality and Personal Relationship* の教授用のマニュアル『*Instruction Concerning Interpersonal Relations*』を作成した。このマニュアルは、ヨーロッパ内外において高く評価されているものであるが、性教育で取り扱うべき課題や教育方法の変化などにより、現在のスウェーデンではあまり利用されてなくなった。そこで、そのリニューアルを支援するものとして『“Love! You can really feel it, you know!”』(以下スウェーデン参考書と略す。)が作成された。『*Instruction Concerning Interpersonal Relations*』の内容は、*Sexuality and Personal Relationship* の教育の理論的基礎として、スウェーデン参考書にも簡潔に編入されている。

現在、*Sexuality and Personal Relationship* は、科目として位置付けられていないが、学校長が全体的な実施の責任を負う学際的な分野の教育の1つとして、スウェーデンのカリキュラムに位置づけられている¹⁶⁾¹⁷⁾。そしてこれは、主として「生物」科において取り扱うことになっている¹⁸⁾。また、「体育・保健」科においても学習機会がある。「体育・保健」科では、身体的、精神的、社会的発達について取り扱うこととされており、健康的なライフスタイルの形成に向けた個人的スキル、人間関係スキルに関する学習も含まれている¹⁹⁻²¹⁾。

スウェーデンにおいては、*gender equality* に関しては、*Sexuality and Personal Relationship* の教育とは別に、国のカリキュラムの基本的な価値として、明確に示されている¹⁷⁾¹⁸⁾。例えば、教師は、*gender equality* に基づいた指導の在り方についてのトレーニングを受け、カリキュラムのすべての授業において、*gender equality* に基づいた指導方法を実施することとされている²²⁾。男女平等に関する学習は、いわゆる性教育という形はとらないところでも実施されていると考えられる。

2001年、スウェーデン政府が委託した *Sexuality and Personal Relationship* の教育に関する調査の結果が報告された。調査は、スウェーデンの9年制 *compulsory school* (基礎学校)、*Upper secondary school* (高校)の中から80校(対象:基礎学校51校、高校29校)を抽出して行なわれた¹⁹⁾。

調査は、*Sexuality and Personal Relationship* の教育が十分に実施されているのは、基礎学校4校、高校6校に留まっていたことを報告している。このため、教育現場、地域での *Sexuality and Personal Relationship* の教育に対する意識、連携を強化すると同時に、国家レベルでカリキュラムにおける位置づけをさらに明確化する必要があることが指摘されている¹⁹⁾。

また、*Sexuality and Personal Relationship* の教育方法に関して、調査は、対話形式による授業が児童生徒の学習効果を高めていることを報告している¹⁹⁾。対話形式による授業実践は、スウェーデン参考書においても奨励されている。対話形式による授業は、そこに関わる児童生徒が共通の規範を持ち、セルフエスティームを高め、相互に尊重し合い、他者を思いやる実践の機会となるとされている。このことから、性に関して、知識、認識を深めると同時に、実践的なライフスキル形成にも着目した教育方法が重視されていることが認められる。

3. 考察

米国、英国の学校における性教育は、共に、知識や理解、価値観と態度、ライフスキルの形成の3つを主要な要素としている⁴⁾⁷⁾。スウェーデン参考書は、米国、英国のような形ではこれらの主要な要素を挙げていない⁸⁾。しかし、スウェーデンのカリキュラムにおいては、「知識」とは、事実、理解、スキル、蓄積した経験のように多様な形式で表現される複合的な概念であるとされている¹⁶⁾¹⁷⁾。そのため、Sexuality and Personal Relationshipの教育に関しても、そのような「知識」の概念の下、計画、実践されていると考えられる。このことから、スウェーデンの学校における性教育も、米国、英国と同様の視点に基づいて実施されていると考えられる。

米国、英国、スウェーデンの性教育は、共通して、個人のセルフエスティームの向上や自信や責任等の発達と人間関係を基盤とし、児童生徒がセクシュアリティ、性的健康、家族生活、生き方等を追及するために必要な知識の獲得、理解、価値観、態度、ライフスキル等の形成を支援することとしている⁴⁾⁷⁾⁸⁾。

また、米国、英国、スウェーデンの学校における性教育は、いずれも、家庭における性教育を補足するものであると考えられている。保護者や地域コミュニティ等との連携を重視している中でも、特に、保護者との連携を不可欠な要素としている⁴⁾⁷⁾⁸⁾。これらのことから、米国、英国、スウェーデンの学校における性教育は、基本的に類似した考え方に基づいて実施されていると考えられる。

尚、性教育にあたる言葉に関し、米国、スウェーデンにおいてはsexuality education、英国においてはsex educationを用いている⁴⁾⁷⁾⁸⁾。しかし、以上のように基本的な点で多く共通しており、両者は意味的には同義であると推察される。

(1) 人間関係を基盤とした性教育

米国、英国においては、初等教育段階の初期から人間関係に関する知識や理解、スキルの形成を支援する教育を開始することとしている。そして、児童生徒の発達段階や教育段階の進行に応じ、人間関係を基礎として、妊娠や出産、子育て、避妊、性感染症等の性に関するさまざまな課題に取り組むことが求められている⁴⁾⁷⁾。また、スウェーデンの学校における性教育は、相互に個人の価値や人権を尊重するセクシュアリティと人間関係の教育として実施するものであると考えられている⁸⁾。人間関係は、日本の学校における性教育においても重視されているものであり¹⁾、欧米の性教育と共通の課題となっていると考えられる。

欧米の学校における性教育は、良好な人間関係の構築が、性教育のさまざまな課題に取り組むための基盤となると考えられていると推察される。

(2) ライフスキル教育の導入と内容構成⁴⁾⁷⁾⁸⁾

ライフスキル形成は、欧米、日本の学校における性教育に共通の課題となっている¹⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾。効果的なライフスキル教育を実施するためには、いくつかの配慮すべき点がある²³⁾。欧米における性教育は、それらの要素に考慮して構成されている。

ライフスキル教育を導入する際には、その学習の系統性や学習環境の整備等に配慮する必要がある²³⁾。性教育においては特に、児童生徒の発達発達、レディネスを考慮した教育の構成、計画、実施が重要である¹⁾。

米国、英国の性教育においては、初等中等教育期間に一貫して、児童生徒の発達段階、教育段階に応じた教育内容が、前述の 3 つの要素から示されている。性教育が実施される期間全体を見通し、児童生徒の身体的、精神的、及び人間関係の発達、性に関する知識や理解の形成とライフスキル教育を総合して構成されることは、効果的な教育につながると考えられる。

また、児童生徒のライフスキル形成を基盤とする性教育の学習環境づくりに、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携は不可欠であると考えられる²³⁾。学校、家庭、地域コミュニティ等の連携は、日本、欧米のいずれの性教育においても重視されているものである¹⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾。その中で、欧米において、学校で実施される性教育は、保護者による性教育を補完するものであると位置づけられていることは、この連携の在り方に影響を与え、学校、保護者、地域の人々や関連組織等のそれぞれの責任をより明確にすることにつながると考えられる。

(3) 性に関する危険行動への対応⁴⁾⁷⁾⁸⁾

日本を含め、米国、英国、スウェーデンにおいて性教育が重視されている背景には、青少年の性をめぐる社会問題、健康問題がある¹⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾。

米国疾病予防管理センター(Center for Disease Control and Prevention: CDC)は、青少年の健康をめぐる危険行動の 6 つの領域を示している。①喫煙、②不健康な食行動、③不十分な身体活動、④飲酒とその他の薬物使用、⑤HIV 感染やその他の性感染症と望まない妊娠をもたらす性行動、⑥暴力と不慮の傷害をもたらす行動である²⁴⁾。青少年の性をめぐる社会問題、健康問題は、これらすべての領域に関わっている。

例えば、妊娠中の母親による喫煙は、胎児に影響を与えることが知られている。また、青少年の飲酒や薬物乱用は、望まない妊娠や性感染症との関連が心配されている。中でも、静脈注射による薬物乱用と HIV を代表とする性感染症との関連は、世界的に課題となっている²⁵⁻²⁷⁾。また、性教育のトピックの 1 つであるボディ・イメージに関する課題は、食行動や身体活動の領域からも課題となるものである。性的虐待や性的搾取は、暴力と不慮の傷害をもたらす行動と関連があると考えられている。これらのことから、性に関する危険行動の予防のためには、性教育とその他の健康領域に関する教育を関連づけて実施することが期待される。

しかし、欧米の学校における性教育は、単に児童生徒の危険行動の予防のみではなく、彼らの健全な発達を支援し、大人としての生活に向けて準備させることを目的としている。形成を目指すライフスキルも、セルフエスティームの向上を含め、よりよい人間関係の構築や責任ある行動の実践に結びつく個人的スキル、社会的スキル等が考えられている。

CDC は、HIV/STD 感染の予防を目的とするプログラムのためのガイドラインを、健康教育と危険行動の減少を目指す活動のためのガイドラインとして作成している。このガイドラインは、HIV/STD 感染の予防を第一義的な目的としながら、プログラムを個人とコミュニティ全体の健康(well-being)に向けて、健康教育とヘルスプロモーション戦略に基づいて、包括的に実施することを奨励している。具体的には、HIV/STD に直接的に関連する内容だけでなく、性に関する問題との関連が指摘されている薬物乱用等に関する知識を提供するほか、人間のセクシュアリティ(Human sexuality)や人の文化的多様性などについての理解、コミュニケーションスキルの形成などの促進、基本的な健康教育の概念を強化すること等を期待している²⁸⁾。

米国、英国、スウェーデンの学校教育においては、包括的な児童生徒の発達と健康の促進

の観点から性教育が考えられている。性は、人間関係や人の生き方にも関わるものであり、欧米の性教育においては、児童生徒のよりよい人間関係の構築、よりよい生き方の追及が危険行動の予防につながると考えられていると推察される。

ライフスキル形成を基盤とする性教育は、性に関わる問題に対処することや、危険行動を予防することも要素として含め、よりよい人間関係の構築、よりよい生き方の追及につながることを目指して計画、実施されていると推察される。

(4) 健康教育、ヘルスプロモーションと性教育⁴⁾⁷⁾⁸⁾

米国の学校における性教育は、包括的な健康教育、ヘルスプロモーションの視点に立って実施することが期待されている。また、英国の学校における性教育は、児童生徒の人格、社会性の発達と健康の促進を支援する PSHE の枠組みの中で実施するよう勧告されている。スウェーデン参考書は、性教育が他の健康に関する領域の教育と分離しないことを求めている。これらのことから、欧米における性教育は、関連の教科教育を含め、他の健康領域に関する教育と関連づけた実施が期待されていると考えられる。

また、英国政府は、十代の若者の妊娠が社会的排斥等の社会問題と関連していることを指摘しており²⁹⁾、教師に対し、これらの関連を理解したうえでの性教育の実施を期待している。性に関わる問題がさまざまな健康領域、社会問題と相互に関連していることから、それらの健康領域、社会問題に関連する教育と関連づけた実施は、性教育の効果を高めることが考えられる。

SIECUS ガイドラインは、ガイドラインに挙げられた教育内容が幅広い健康教育の中に統合されることを期待している。また、スウェーデンにおける性教育の教育内容は、生物、体育、保健だけでなく、歴史、地理、社会科等と関連することが指摘されている。健康の保持増進に関わる社会的条件までを視野に入れるヘルスプロモーションの視点は、関連する健康領域や社会に関する教育と連携する包括的な性教育の構成を可能にするものであると考えられる。

さらに、CDC が挙げているような青少年の危険行動は、共通してライフスキルと関連があることから、ライフスキル教育による予防が期待されている³⁰⁻³²⁾。基本的なライフスキルは、さまざまな具体的な健康課題に対処するための共通に基盤となる²³⁾。そのため、性教育を含め、青少年の危険行動に関する領域の教育を、基本的なライフスキル教育を基盤とする健康に関する教育として、包括的に構成することが可能であると考えられる。英国の PSHE は、ヘルスプロモーションの視点や、さまざまな健康問題、社会問題へ対処するために共通して求められているライフスキル教育という考え方を反映して、包括的に構成されているものであると考えられる¹³⁾¹⁴⁾。PSHE の枠組みの中で実施される SRE は、学校における包括的な健康教育とその中に位置づけられる性教育の構成を考える上での具体例になると考えられる。

このように、さまざまな健康領域や教科に関する教育との相互の関連性を考慮しながら性教育を計画、実施することは、ヘルスプロモーションの視点に立った、また、ヘルスプロモーションに貢献する性教育を可能にすると考えられる。

日本の学校における性教育も、①性の自認、②人間関係の形成、③社会性や課題に対処する能力の育成を目標としている¹⁾。自己の性の確立、人間関係の構築、諸問題への対処には、それぞれに知識、価値観や態度、ライフスキルに関わる要因が含まれている。例えば、自己の性の確立のためには、生命の誕生や発育、発達に関する知識、生命の尊さや自己に対する認識などが求められる。人間関係の構築のためには、男女の身体的、生理的な差異の理解、

男女平等に対する認識，他者理解，人間関係の技術や能力などの学習が必要であるとされている。また，諸問題に対処するためには，問題を分析，理解し，人間尊重や男女平等の視点から適切に判断して，解決策を探ることが必要となる。これらの学習内容は，米国で考えられている性教育の情報，感情・価値・態度，スキルの3つの側面，あるいは英国の性教育の学習要素である態度と価値，個人的・社会的スキル，知識と理解に対応させて検討することができる。ライフスキルの形成，さらに「生きる力」の育成を目指して実施される日本の学校における性教育も，多くの点で欧米のものと共通していると考えられる¹⁾。

しかし，幅広い健康教育の中への性教育の位置づけや，学習環境の整備を含めたヘルスプロモーションの視点からの取り組み等は少ない。また，家庭における性教育を補完するものであるとする欧米の学校の性教育の位置づけは，日本の性教育に関しては希薄であり，むしろ家庭から学校へ期待されている現状がある¹⁾。

4. 結論

欧米の学校における性教育に関しては，次のようなことがいえる。

- 1) 人間関係を重視し，性に関する知識，価値観と態度，及び，個人的，社会的スキルの形成を目指して，ライフスキル教育を導入している。
- 2) 保護者による教育を補完するものであると位置づけている。
- 3) 性教育の中でよりよい人間関係の構築やよりよい生き方の追及に関して指導することは，青少年の性に関わる問題や危険行動の予防にも効果があると考えられており，包括的な性教育の実践を目指している。
- 4) 幅広い健康教育，ヘルスプロモーションの立場から，他の関連する健康領域や教科に関する教育と関連づけて実施することを目指している。

今回検討した米国，英国，スウェーデンの指導書や参考書は，各地域や学校において具体的な性教育を計画，実施するための資料として用いられるものである。日本においては，文部省（現：文部科学省）が学習指導要領及び『学校における性教育の考え方，進め方』を発行しているが，この中には，具体的な指導計画や指導案は示されていない。

日本において，性教育をより一層充実させるためには，学校教育現場で求められているより具体的な性教育の指導計画などを示す必要があると考えられる。このため，例えば，財団法人日本性教育協会や財団法人日本学校保健会等，日本の学校における性教育や健康教育に権威ある組織や団体が中心となり，上にまとめた 1)から 4)など欧米諸国の性教育の考え方を十分検討をするとともに，より具体的な指導案や指導事例を含めた指導資料などを作成する必要があると考える。

文献

1. 文部省:学校における性教育の考え方,進め方,1-83,1999
2. 川畑徹朗:思春期を生きる力の育成 ライフスキル教育が目指すもの,公衆衛生,63:456-457,1999
3. Joyce V. Fetro, PhD: Personal & Social Skills Level1, 17, CHES, ETR Associates, US, 2000
4. National Guidelines Task Force:Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th Grade 2nd Edition, Sexuality Information and Education Council of the United States(SIECUS), US, 1996
5. 文部科学省:諸外国の初等中等教育,教育調査第128集,16-22,財務省印刷局,2002
6. Joint Committee on National Health Education Standards: National Health Education Standards, US, 1995
7. Department for Education and Employment: Sex and Relationship Education Guidance, UK, 2000
8. Erik Centerwall and Skolverket:“Love! You can really feel it, you know!”, Skolverket, Sweden, 2000
9. National Guidelines Task Force:Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th Grade 3rd Edition, Sexuality Information and Education Council of the United States(SIECUS), US, 2004
10. 文部省:諸外国の学校教育(欧米編),教育調査第122集,175-178,大蔵省印刷局,1995
11. National Governors' Council:TRIGGER PACK FOR NEW GOVERNORS Third Edition, UK, 2001
12. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: National Curriculum for science, UK,1999
13. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education and citizenship at key stages 1 and 2 Initial guidance for schools, UK, 2000
14. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education at key stages 3 and 4 Initial guidance for schools, UK, 2000
15. Department for Education and Employment:National Healthy School Standard Guidance, UK, 1999
16. Ministry of Education and Science in Sweden and National Agency for Education:Curriculum for the compulsory school system, the pre-school class and the leisure-time centre, Lpo94, 20, Sweden, 2001
17. Ministry of Education and Science in Sweden and National Agency for Education: Curriculum for the Non-Compulsory School System (Lpf94), 19, Sweden, 2001
18. Försök & Fakta:Biologi för grundskolans högstadium, 235-252, Liber, Sweden, 1988

19. Agneta Nilsson, Brigitta Asndstrom: The best thing is getting to know what others think... A summary of a quality assessment of sex education in 80 Swedish schools, Skolverket, Sweden, 2001, 1999/2000 年度のスウェーデンの学校数は、基礎学校:5,048校, 高校 595校 (National Agency for Education: Descriptive data on child care and schools in Sweden, 27-50, Sweden, 2000)
20. ビヤネール多美子: スウェーデンの性と性教育 1990-2000, 105-107, 十月舎, 東京, 2000
21. National Agency for Education: Programme manual, 108-109, Sweden, 2001
22. Skolverket : 『 Equality in the schools 』 , <http://www.skolverket.se/english/system/equality.shtml>, Sweden
23. WHO 編, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘, 石川哲也監訳, JKYB 研究会訳: WHO ライフスキル教育プログラム, 大修館書店, 東京, 1997
24. Center for Disease Control and Prevention: Assessing Health Risk Behaviors Among Young People, <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/yrbs/yrbsaag.htm>, US, 2002
25. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODDCP): Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review, Mentor Foundation, 9-14, UK, 2002
26. Center for Disease Control and Prevention: Trends in Sexual Risk Behaviors Among High School Students---United States, 1999—2001, Morbidity and Mortality Weekly Report, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5138a2.htm>, US, 2002
27. Sherry A. Everett, Ann M. Malarcher, Donald J. Sharp, et al.: Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students, Journal of School Health, 70:234-240, US, 2000
28. Center for Disease Control and Prevention: Guidelines for Health Education and Risk Reduction Activities , US, 1995, http://www.cdc.gov/hiv/HERRG/HIV_HERRG.htm (2005年10月23日現在)
29. Command of Her Majesty: TEENAGE PREGNANCY, 6, UK, 1999
30. 石川哲也, 川畑徹朗, 勝野真吾, 他: 平成 12 年度文部科学省科学研究費報告書「ライフスキル形成を基礎とする総合的健康教育プログラムの開発」 青少年の生きる力と健康行動調査, 48, 2001
31. 石川哲也, 川畑徹朗, 勝野真吾, 他: 平成 13 年度文部科学省科学研究費報告書「ライフスキル形成を基礎とする総合的健康教育プログラムの開発」 青少年の生きる力と健康行動調査, 49-50, 2002
32. 近森けいこ: ライフスキル形成を基礎とする性教育プログラムの開発 - 青少年のライフスキルと性行動の実体に関する調査結果から-, 日本=性研究会議会報, 13:20-31, 2002

第V章 ヘルスプロモーション活動と学校健康教育

1. 効果的な学校健康教育プログラムの構成

(1) ヘルスプロモーションの理念の導入

欧米の性教育の動向にもみられたように、今日の学校健康教育は、世界的にヘルスプロモーションの理念に基づき、ライフスキル形成を基盤として考えられるようになってきている。日本でも健康づくりや学校健康教育にヘルスプロモーションの理念を反映することが求められており、欧米諸国における学校健康教育と同様の方向に向かっていていると考えられる。

一方で、欧米のヘルスプロモーションの理念に基づく学校保健プログラムに関する研究のメタ分析による調査研究は、効果的なプログラムはライフスキル教育を取り入れたカリキュラムに加え、学習を支援する学校環境づくりと保護者を含むコミュニティの関わりを共通の構成要素としていることを報告している¹⁾。学校健康教育を効果的に実施するためには、授業などで扱う教育カリキュラムに、授業を実施する学校や学級の雰囲気や環境の整備と家庭や地域社会との関わりなどを組み合わせ、健康行動に影響を与える健康に関する考え方や態度、価値観などの要素についての児童生徒の学習過程を考慮して構成する必要があると指摘されている。

調査結果はまた、学校健康教育の効果を高めるためには、学校保健全体の向上を目指すヘルスプロモーションの理念に基づく必要があることを示唆している¹⁾。学校健康教育の構築にあたっては、顕在的なカリキュラムである教育課程に基づく健康教育だけでなく、いわゆるヒドゥン・カリキュラムとして目標の達成に影響を与えるあらゆる要素を認識し、それらの要素すべてに目標達成に向けた一貫性を持たせることが成功の鍵となることが考えられる。

Ⅲ章に挙げた青少年の健康行動の実態調査研究などは、日本の児童生徒の健康行動も家族や友人、メディアなどの影響を受けていることを報告している。学校健康教育においてライフスキル形成を基盤とすることや学校、家庭、地域コミュニティ等の連携を図ることは、すでに保健体育審議会答申や学習指導要領等で求められている課題である²⁻⁵⁾。欧米の青少年を対象とする学校健康教育プログラムなどが健康増進を支援する学校環境の整備や家庭や地域社会との連携を要素に含んでいることは、これらが日本の学校健康教育においても早急に実現すべき課題であることを強調するものと考えられる。

欧米の学校健康教育プログラムなどで実施されているように、学校環境づくりと学校・家庭・コミュニティの関わりにより健康教育カリキュラムの強化を図ることは、日本においても学校健康教育の効果を高めることにつながることを期待できる。しかし、この考え方は、現行の学習指導要領にある全学校教育活動よりも広く、児童生徒の生活全体、すなわち学校生活全体、さらには地域社会での生活にも目を向けた健康・体育に関する指導の計画、実施が必要であることを示唆していると考えられる。

ヘルスプロモーションの理念に基づく包括的な学校健康保健プログラムの実施を提唱し、その普及に大きな役割を果たしているWHOは、学校保健プログラム強化のための戦略として、以下の5点を挙げている⁶⁾。

- ・ 健康と教育の強化のための資源提供と公約を具体化する学校保健の公的方針の促進
- ・ 学校の物理的、心理社会的環境の査定と向上の結果である支援的環境の養成

- ・ヘルスプロモーション過程と、学校と他の組織の間の連携を支援するコミュニティ活動の充実
- ・特定の健康関連行動と人生を通じた健康の支援に必要なスキルに重点を置いた(カリキュラムと教授学習過程の両方を通じた)個人的スキル形成の促進
- ・学校とコミュニティの保健サービスの再方向付け—すなわち、
 - ・学校でのサービスへのアクセスの充実と、外部の保健システムへの照会の提供
 - ・学校を通じて最もよく実行される特定の健康介入の特定と実施
 - ・治療的、予防的介入の統合

これらの戦略は、オタワ憲章に挙げられたヘルスプロモーションの戦略を学校保健にあてはめたものである⁷⁾。WHOの考え方では学校健康教育は学校におけるヘルスプロモーションの一部であり、以上の戦略を統合する全体的な枠組みの中で変化に向けて相互に強化し合うものとするのが学校保健プログラムの強化につながるとしている⁶⁾。日本の学校健康教育の効果を高めるために、ここに挙げられている5つの戦略、学校保健の学校方針、学校環境、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携、ライフスキル形成を基盤とする健康教育、保健サービスを統合し、学校保健全体の向上を目指す中での健康教育の向上を追求することは意義があると考えられる。

(2) 包括的学校保健の3つの領域

WHOは、包括的学校保健プログラムの概念を洗練するにあたって、次の3つの考え方をよりどころとしたとしている⁸⁾。

- ・学校保健プログラムは、組織化され、相互に強化し合う要素に基づかなければならない。
- ・学校は、ニーズと環境の変化に対応できるダイナミックな組織でなければならない。
- ・成功するヘルスプロモーション・プログラムは、方針、支援的環境、コミュニティ活動、個人的スキルの発達、保健サービスの再方向付けの5領域を基盤に構築されている。

3つ目に挙げられたプログラムの5領域は、ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章に挙げられているヘルスプロモーション活動に則している。

WHOは、もともと学校保健プログラムに8つの要素を挙げていた(表5-1.1)。しかし、学校保健の成功は、これらの要素を相互に関連付けて幅広い健康課題に一貫した包括的で全体的な方法での実施にかかっていると認識され始め、以上に示したよりどころとなる3つの考え方と最新の理論に基づいて要素が見直されることとなった。現在、包括的学校保健プログラムの概念は、さまざまな学校保健プログラムの要素に共通し相互に支えあう3つの領域、健康教育、保健サービス、環境づくりから整理されている(表5-1.2)。この3領域を組み合わせた学校保健プログラムの提供は、国民の良好な状態の有意な向上のために、世界のほとんどすべての国が実施できる最も有効な方法のひとつであるとされている⁸⁾。ただし、その組み合わせ方については、国によってさまざまに考えられているようである⁹⁾。

(3) ヘルス・プロモーション・スクール(HPS)の概要

WHOが推進する学校におけるヘルスプロモーション、すなわち包括的学校保健の考え方は、米国においては包括的学校保健、ヨーロッパ大陸を中心とする国々においてはヘルス・プロモーション・スクール(HPS)に活かされている⁸⁾。欧州には、HPSを推進するEuropean Network

表 5-1.1: 学校保健の基本的な 8 つの要素 ⁸⁾

- 学校保健サービス
- 学校健康教育
- 学校の健康的な環境(物理的, 心理社会的)
- 学校教職員のヘルスプロモーション
- 学校コミュニティのプロジェクトと奉仕活動
- 栄養と食品安全
- 体育科教育とレクリエーション
- 精神保健, カウンセリング, 社会的支援

表 5-1.2: 包括的学校保健の 3 つの領域の概念 ⁸⁾

- 環境:**
- 発達に適応し, 文化的に適切で, 生徒が可能性を達成することを可能にする物理的, 心理的, 社会的環境
 - 学校内の健康で組織的な文化
 - 学校とその所属するコミュニティの間の生産的な相互作用
- サービス:**
- 予防, 治療, 紹介サービス(学校を超えて広がる照会のためのネットワークの構築が不可欠)
 - 栄養と食品安全のサービス
 - カウンセリング, 心理的, 社会的サービス
 - 安全な水と衛生サービス
 - 教職員のための健康増進サービス
- 教育:**
- 学問的スキルと知識の発達(活動的学習, ピア教育, 探求学習を含む, 幅広い教育学的技術を十分に活用する)
 - 健康と栄養の教育
 - ライフスキル教育
 - 教職員のトレーニングと発達を通じた教職員教育

of Health Promoting Schools (ENHPS)がある。ENHPSは Council of Europe, Commission of the European Communities, World Health Organization Regional Office for Europe が主催している組織で, 多くのヨーロッパの国々が参加している ¹⁰⁾。

学校におけるヘルスプロモーション活動の考え方を展開する方法の1つで, WHOが提唱し, 推奨している HPS では, 教育と健康に関する機関が協力して包括的な学校保健を進める。HPSは, 学校健康教育, 学校保健サービス, 学校環境づくりを理論的にも実践的にも相互に強化し合う関係にある要素として包括する学校保健の概念である ⁸⁾。つまり, HPSでは, 学校健康教育の効果を高めるように学校保健サービスと学校環境を整備することが求められていると考えることができる。

HPS は、「生活し、学習し、働くための健康的な設定としてその能力を継続的に強化する学校」と定義され、以下の認識に基づいて推奨されている¹¹⁾。

- ・ 教育への投資は、健康への投資である。
- ・ 子ども達の健康は、彼らの学習能力に重大に影響する。
- ・ 学校は、彼らが健康的な組織である場合のみ、健康を増進する環境であり得る。

すなわち、HPS では、学習に寄与することを目指して児童生徒の健康の保持増進への支援を実践すると考えられる。WHO は「健康な子ども達は、すべての学習機会を十分に利用できる」と考えている⁶⁾。この考え方は、日本の「生きる力」において、健康と体力をたくましく生きるために不可欠で、確かな学力と豊かな人間性に関する資質や能力などを支えるのに不可欠な基盤とする考え方との共通性が見られる¹²⁾。

HPS の特徴は、表 5-1.3 の通りに考えられている。HPS では、学校を中心として、学校、家庭、コミュニティが協同して児童生徒の身体面、精神面、社会面のヘルスプロモーションに努める。ヘルスプロモーションは「人々が自らの健康をコントロールし改善することができるようにするプロセスである」とされており⁷⁾、学校が組織的に全体的な健康の保持増進に尽力すると同時に、児童生徒が自ら健康と教育の改善、向上に努めるよう支援することが求められ、HPS では学校健康教育が重要な役割を負うと考えられる。

このようなHPSにおけるヘルスプロモーション活動では、児童生徒だけでなく、教職員はもちろん、家族や地域の人々など、広く児童生徒を取り巻く周囲の人々を含むことに留意する必要があると考えられる。WHOとENHPSは、健康教育、保健サービス、健康的な環境に関する活動を包括的な学校保健活動の主要な柱とするHPSの基準として、表5-1.4に示した12点を挙げている¹³⁾。HPSが児童生徒を取り巻く人々を幅広く対象に含んでいるのは、教職員や保護者、家族、近所に住む大人や年長の仲間など、周囲にいる人々の言動や人間関係などが、児童生徒にとっては健康行動に関するロールモデルや模範であるという理論に基づいていると考えられる。日本の青少年の健康行動に関する調査結果にもみられたように、これらの人々の態度や信念、価値観、行動などは、児童生徒の健康や健康行動、健康に関連する危険行動に影響を与えていることが考えら

表 5-1.3:HPS の特徴⁸⁾

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ その処理において、すべての方法で健康と学習を促進する。・ 健康と教育の公務員、教師、教員組合、生徒、保護者、健康プロバイダー、コミュニティ・リーダーが学校を健康な場所にすることに協力する。・ 学校／コミュニティ・プロジェクトと奉仕活動、スタッフのためのヘルスプロモーション・プログラム、栄養と食品安全プログラム、体育とレクリエーションのための機会、カウンセリング、社会的支援、メンタルヘルスプロモーションのためのプログラムとともに、健康な環境、学校健康教育、学校健康サービスを提供することに努める。・ 個人の良好な状態と威厳を尊重する方針と実践を実施し、成功のための多様な機会を提供し、個人的達成と同様により努力と意図を認める。・ 学校職員、家族とコミュニティのメンバーの健康を生徒の健康と同様に向上することに努める。コミュニティ・リーダーと共同し、コミュニティがどのように健康と教育に資する、あるいは障害となるかについて理解するのを助ける。 |
|---|

表 5-1.4:HPS の 12 の基準¹³⁾

- | |
|---|
| <p>(1) 誰でも学校生活に貢献できることを示すことによる, すべての児童生徒のセルフエスティームの積極的な促進</p> <p>(2) 学校での日常生活における, 教職員と児童生徒, 児童生徒同士のよい人間関係の発達</p> <p>(3) 学校の社会的なねらいについての, 教職員と児童生徒に対する明確化</p> <p>(4) 幅広い活動を通じた, すべての児童生徒を刺激する(stimulating)課題の提供</p> <p>(5) 学校の物理的な環境を向上するためのあらゆる機会の利用</p> <p>(6) 学校, 家庭, 地域コミュニティの間のよりよい連携の構築</p> <p>(7) 一貫した健康教育カリキュラムを計画するための, 関連する初等, 中等教育学校の間でのよい関係の構築</p> <p>(8) 学校と教職員の健康と福利(well-being)の積極的な促進</p> <p>(9) 健康関連の課題における模範としての教職員の役割の考慮</p> <p>(10) 学校給食を提供している場合, 健康教育カリキュラムへのその補完的な役割の考慮</p> <p>(11) 健康教育におけるアドバイスと支援のための, コミュニティの専門的サービスの可能性の実現</p> <p>(12) カリキュラムに対する積極的な支援に向けての, 決まったスクリーニングを超えた学校保健サービスの教育的可能性の開発</p> |
|---|

れる。

平成 15 年に策定された青少年育成施策大綱は、「大人が、大人社会の在り方について見直し、青少年が、成長に応じて大人社会を理解し適応するという、大人と青少年双方の信頼と努力が必要」であることを基本理念の 1 つに挙げている¹⁴⁾。児童生徒を取り巻く人々自身が自己実現や目標達成に向けて行動できるように身体的、精神的、社会的な健康の保持増進に取り組むヘルスプロモーション活動は、児童生徒の健康の保持増進と健康行動の促進に不可欠であるという認識を持つことは、重要であると考えられる。

(4) 米国の学校健康教育

米国では、長年の青少年の健康行動に関する調査から、①喫煙、②不健康な食行動、③不十分な身体活動、④飲酒とその他の薬物使用、⑤HIV 感染やその他の性感染症と望まない妊娠をもたらす性行動、⑥暴力と不慮の傷害をもたらす行動を青少年の健康に関連する危険行動の 6 つの領域として挙げている¹⁵⁾¹⁶⁾。これらの健康に関連する危険行動は、日本の学校教育における保健科教育の課題と多く共通する¹⁷⁾。

これらの健康に関連する危険行動には共通性があり、どれか 1 つの危険行動をとっている青少年は、他の危険行動にも関連していることが多いことが報告されている¹⁶⁾¹⁸⁾。また、共通する課題としてライフスキルの形成が挙げられる¹⁹⁾。

米国では、学校教育カリキュラムは州や郡、市あるいは学校ごとなどで作成されるため、全国的なもの存在しない²⁰⁾。しかし、CDC が包括的学校保健のモデルを示している²¹⁾。また、学習目標については、全国共通教育基準(National Education Standards)が示されており、健康教育についても基準が示されている²²⁾。

1) 包括的学校保健と健康教育

CDC は、WHO が勧める包括的学校保健の米国のモデルとして、a coordinated school health program (CSHP) を提唱している²¹⁾。CSHP は、表 5-1.5 の 8 つの構成要素から成り、それぞれの構成要素は相互に関連していると考えられている。取り上げられている項目は、WHO が包括的学校保健の要素として 1980 年代後半に定義した 8 つの構成要素と一致する。

CSHP を構成する包括的健康教育を実施するための鍵となる要素として、以下の 8 点が挙げられている²³⁾。

1. 幼稚園児から 12 年生までの児童生徒のための、記録され、計画された連続した保健指導プログラム
2. 発達段階に適切な幅広い領域ごとの健康問題と課題についての教育に対処し、統合されたカリキュラム
3. 若者が以下の事柄を避けるために必要なスキルを発達させる活動：喫煙；疾病につながる食習慣；体を動かさなくてもよいライフスタイル；HIV 感染，その他の性感染症，望まない妊娠をもたらす性行動；飲酒，その他の薬物乱用；不慮及び意図的な受傷をもたらす行動
4. 各学年ごとにあらかじめ示された時間数提供される指導
5. そのプログラムを実施するためにトレーニングされた教育専門家による管理と調整
6. 科目を教えるためにトレーニングされた教師による指導
7. 保護者，健康の専門家，その他の関心があるコミュニティ・メンバーの関わり
8. 定期的な評価，改訂，向上

ここに挙げられている要素は、健康教育の計画，実施等により具体的な課題を示している。1 つ目の幼稚園児から 12 年生まで一貫したプログラムについての言及は、日本や英国のように初等・中等教育に一貫したカリキュラムを持たない米国においては特に重要な課題であると考えられる。しかし、日本や英国においても性教育や薬物教育のための指導書や資料などが作成されており、それぞれの健康関連領域ごとの学習の見通しを持つことは、米国と同様に注目すべき課題となっていると考えられる²⁴⁻²⁷⁾。幅広い領域の健康問題を統合して包括的にカリキュラムを組むことや専門家によるプログラム調整，健康教育を実施する教師のためのトレーニング，学校と家庭や専門家を含む地域コミュニティの人々との連携，定期的な評価と向上のための見直しなどは、英国の学校健康教育と共通して挙げられている項目である²⁸⁾。また、日本の学校健康教育においても考慮が求められるものである。

表 5-1.5: 米国の CSHP の要素²¹⁾

1. 健康教育
2. 体育
3. 保健サービス
4. 栄養サービス
5. カウンセリング及び心理的サービス
6. 健康な学校環境
7. 教職員のヘルスプロモーション
8. 家族／コミュニティの関わり

2) 学校健康教育の基準 (National Health Education Standards)

学校健康教育の基準²²⁾は、健康リテラシー (health literacy) を育てることを目指して開発されている。健康リテラシーとは、「基本的な健康に関する情報とサービスを入手し、解釈し、理解するための個人の能力であり、それらの情報とサービスを健康を強化するために用いる能力である」と考えられている。健康教育の基準は、児童生徒が健康で学業でも成功できるようになるために学校が教育プログラムを開発する際の枠組みとして位置づけられている。

学校健康教育の基準は、以下の 7 点に関して定められており、それぞれには幼稚園児から 4 年生、5-8 年生、9-11 年生の 3 段階に分けて、これらの能力の獲得を表す行動の指標が示されている(表 5-1.6)。

1. ヘルスプロモーションと疾病予防
2. 健康情報、製品、サービス
3. 健康の危険を減らす。
4. 健康への影響
5. 健康増進にコミュニケーションスキルを用いる。
6. 良い健康のための目標設定
7. 健康の唱導

行動の指標は、螺旋型学習のように、同一の資質や能力に対して教育段階に沿って発展するものとして示されている。一例を示すと、ヘルスプロモーションと疾病予防に関する学習では、幼稚園児から 4 年生では「個人の健康行動と個々の健康の関係を述べる」ことが指標のひとつに挙げられている。この指標は、5-8 年生では「肯定的な健康行動と怪我、病気、疾病、早期の死亡の関係を説明する」、9-11 年生では「行動が健康維持と疾病予防にどう影響するかを分析する」こととなっている。学校健康教育を、一貫性をもたせて系統的に実施することが重視されていることがわかる。

学校健康教育の基準は、喫煙や飲酒といった具体的な健康行動ごとの具体的な課題について触れるものではないが、健康リテラシーは、具体的な課題に取り組む際に健康を保持増進する行動をとる基盤となると考えられる。米国では、教育カリキュラムが全国一律ではなく、また健康課題も地域や学校によってさまざまであると推測される。このことを考慮し、健康行動の基礎基本となる健康リテラシーを特定し、学校健康教育の基準が設定されていると考えられる。

ライフスキル教育では、学習の系統性を考慮し、基本的なライフスキルの形成から開始し、段階的に具体的な状況での適用へと発展的に進められる²⁹⁾。日本においても、ライフスキル教育を導入するにあたり、米国のように教育段階ごとに発展して示されるライフスキル学習の目標を定めることは、効果を高めることにつながる事が考えられる。

(5) ヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育

1) 包括的学校健康教育の概要

WHO が提唱する学校におけるヘルスプロモーションでは、健康教育は、包括的学校保健の大きな 3 つの柱(学校健康教育、学校環境、学校保健サービス)の一つに挙げられている⁸⁾。WHO は、諸外国の研究成果や実践を踏まえて子どもたちの学習と健康の関係に注目し、健康な発達と生涯にわたる身体的、精神的、社会的に良好な状態の保持増進には、基本的な

表 5-1.6: 米国の学校健康教育の基準及びその概要²²⁾

<p>1. 児童生徒は、ヘルスプロモーションと疾病予防に関する概念を理解する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 行動と健康の相互関係, 体内の相互作用, 疾病その他の健康問題の予防についての知識 ・ ヘルスプロモーション戦略と疾病予防の概念の理解
<p>2. 児童生徒は、妥当な健康情報と健康増進のための製品とサービスを入手する能力を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 批判的思考 ・ 情報の分析, 体系化, 比較, 統合, 評価のスキルの適用
<p>3. 児童生徒は、健康を強化する行動を実践し、健康の危険を減らす能力を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康を強化する行動の認識と実践 ・ 肯定的な健康行動を維持, 向上するための知識とスキルの利用 ・ 個人の健康の責任の受容
<p>4. 児童生徒は、健康に対する文化, メディア, 技術, その他の要因の影響を分析する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 文化的文脈, メディア, 技術の要因の影響の分析, 評価, 解釈 ・ 個人, 家族, コミュニティの健康の強化のための文化, メディア, 技術, その他の要因の利用
<p>5. 児童生徒は、健康の強化のために対人的なコミュニケーションスキルを用いる能力を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 効果的なコミュニケーション ・ 健康な個人的人間関係の発展と維持のための言語的, 非言語的スキルの利用 ・ 情報, 信念, 意見, 感情を体系づけて伝える能力 ・ 自己と他者に思いやり, 思慮, 尊敬を示すコミュニケーション
<p>6. 児童生徒は、健康強化のために目標設定と意志決定のスキルを用いる能力を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 意志決定と目標設定スキル
<p>7. 児童生徒は、個人, 家族, コミュニティの健康のために唱導する能力を示す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人, 家族, コミュニティの健康を保護し, 促進する環境 ・ コミュニティの肯定的な健康の唱導に不可欠な多様な唱導のためのスキル

学問的スキルと健康に関連する知識, 態度, スキルの提供が不可欠であるとする視点に立ち, 健康教育を含む学校保健の推進に取り組んでいる。WHO は, Green らのものを引用し, 健康教育を「健康を導く行動の自発的な適用を促進するために計画されたあらゆる学習経験の組み合わせ」と定義している³⁰⁾。WHO は, 子どもたちの健康の保持増進に学校健康教育が効果を発揮するためには, 保健サービス, 健康的な環境を組み合わせる必要があるとしており, 保健サービスや環境も, いわゆるヒドダウン・カリキュラムとして健康教育に関わっていると考えられていることを示唆している。

学校保健の3つの要素を総合的に捉えることを重視するWHOの考え方は, 健康教育だけに注目しても一貫している。WHOは, ヘルスプロモーションを促進する包括的學校健康教育の条件として, 次の6点を挙げている⁶⁾⁸⁾。

- ・ 健康を、病気でないこと以上のものとして考える。
- ・ 公式・非公式、伝統的・その他 (alternative), 学校内外のすべての健康のための教育機会を利用する。
- ・ すべての健康に関するメッセージを一致させる。
- ・ 健康的な生活のために行動し、健康を支援する状態を促進するための権限を生徒に与える。
- ・ 学校、地域コミュニティ、保護者、地域サービスの相互の連携を促進する。
- ・ 学校における健康的な環境を保証する。

1 点目の健康の捉え方については、オタワ憲章では「健康は、社会的で個人的な資源、および物理的な能力を強調する肯定的な概念である」と述べられている⁷⁾。また、東南アジアの国々に向けた指導書では「人間と物質環境、その他の生活状況の文脈の中で、健康問題と健康に影響する要因の相互関連性に対応しながら、健康を全体的にみること」と述べられている³¹⁾。

WHO が考える包括的学校健康教育では、学習内容を身体組成や心身の病気や怪我などの障害の実態など生物学的な側面のみ限定していない。健康課題、問題を社会的にも捉え、健康に影響を与える背景要因などにも目を向け、予防からさらに生活の質 (Quality of Life: QOL) を高めることを重視した考え方に立っていることがわかる。教育方法の面では、近年の欧米の学校健康教育プログラムに関する研究では教育カリキュラム、環境づくり、保護者やコミュニティの関わりの 3 つの要素を含むもので効果が認められていると報告されており、WHO が挙げた包括的学校健康教育の条件を満たすことは意義があると考えられる¹⁾。

WHO が考える包括的学校健康教育の条件には、授業などによる公式的、顕在的な教育カリキュラムと、学校環境や学校、家庭、地域の人々の人間関係の状況などのような非公式でヒドゥン・カリキュラムにあたるメッセージが一致していることが挙げられている。子どもたちの自発的な身体的、精神的、社会的健康の増進と健康行動の促進に効果を発揮する包括的学校健康教育では、授業などの教育活動で実施する健康教育とともに、学校内外での生活や学校の物理的、心理社会的な環境なども、子どもたちの健康教育に関する学習機会として積極的に捉えるようである⁶⁾⁸⁾。

日本の学校健康教育に目を向けると、保健体育審議会は、「学校が組織として一体的に健康教育に取り組むことを、実施体制の基本」とし、そのために「健康教育を学校運営の基盤に据えることが重要である」と答申している。①健康状態の把握と保健管理、②学校環境衛生の維持管理、③学校における安全の確保と安全管理、④学校給食における栄養管理及び食品衛生などからなる健康管理は、健康教育との関連を十分に図りつつ充実に努めることが求められている²⁾。WHO が包括的学校保健の領域としてあげている学校環境、学校保健サービス、学校健康教育の 3 つは、分類の仕方は違うものの、内容は日本の学校健康教育と関連のある要素と共通していると考えられる。

日本の学校教育では、全教職員が、学校教育活動全体を通じて健康に関する指導に取り組むことが求められている²⁻⁵⁾。しかし、WHO が推奨する包括的学校健康教育の 6 つの条件にあるように、ヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育を実施するためには、全教職員が健康教育を支援する環境整備などの健康管理面、すなわち学校生活全体に関する認識も持つ必要があることが考えられる。全教職員がヘルスプロモーションの理念に基づく健康教育の視点から積極的に学校保健安全計画の立案等や学校環境整備の実施などに関わり、共同

して教育内容との相補性を持たせることなどにより児童生徒の学習の一貫性を図り、学校健康教育の充実、向上する体制を構築することが課題となると考えられる。

特に、中学校、高等学校においては、「教科担任制を原則としているために、ともすれば体育・健康に関する指導が保健体育科担当の教員に任されてしまうおそれがある」と指摘されていることから、全教職員が組織的に学校健康教育に取り組む体制を作ることは大きな課題となることが考えられる³²⁾³³⁾。保健体育審議会答申には、「学校における体育及び健康教育の充実を図るためには、すでに述べた組織的な指導体制の整備とともに、関係教職員一人一人の指導力の向上が求められる」として「教職員の役割と資質」について述べられているが、そこには、(1)体育・保健体育担当教員、(2)保健主事、(3)養護教諭、(4)学校栄養職員(栄養教諭：著者注)、(5)学校医、学校歯科医、学校薬剤師等、及び「これらの職員と連携や協力を深めるためには、校長の理解が求められることは言うまでもない」と校長が挙げられているのみである。その他にも大勢いる教職員や学校関係者については述べられていない^{2)注1)}。また、体育・健康に関する指導は家庭や地域社会との連携を図りながら行うとされており、保護者や地域コミュニティの人々などがそれぞれに果す役割等についても検討する必要があると考えられる³⁻⁵⁾。

欧米の学校における健康教育プログラムに関する調査の結果を踏まえても、学校健康教育の効果を高めるためには、カリキュラムやプログラムの開発と同時に、学校、家庭、地域コミュニティの人々の人間関係や連携なども含め、それらの学習を支える物理的、心理社会的環境整備など学習を支援する要素についても並行して検討し、推進することが求められると考えられる¹⁾。

2) 学校健康教育の内容

教育内容に関して、WHOは、ヘルスプロモーションを基盤とする学校健康教育は、次の点に焦点を当てるべきであるとしている⁶⁾⁸⁾。

- ① 健康増進あるいは危険性や病気を予防するために重要な行動と状態
- ② 個人または集団としてそれらの行動の実践あるいはそれらの状態に対処するために必要なスキル
- ③ それらの行動と状態に関連する知識、態度、信念、価値観
- ④ スキルの模倣と実践を可能にする学習経験

WHOが勧める学校健康教育では、健康に関する知識だけでなく、態度や価値観、対処スキルなど、健康行動と健康な状態を促進する多様な要素の形成が期待されている。今日の学校健康教育は、効果的な健康教育の実践を目的として主として欧米で実施されたさまざまな調査、研究の結果を踏まえ、改善が試みられてきている。青少年の健康に関連する危険行動の予防、防止を目的とする健康教育に対するライフスキル教育の導入は、特に欧米における危険行動の予防、防止を目指す教育に関する調査、研究が進められる中で注目されるようになってきた¹⁾³⁴⁾。

欧米においては、1960年代までは知識の獲得を中心とする認知的な健康教育プログラムが主流であった。しかし、知識を教えるだけでは予防、防止効果が小さく、調査等の結果から青少年の健康に関連する危険行動には個人や人間関係などの心理社会的要因が関わっていることがわかってきた。これらのことを受け、1970年代には、特定の健康行動に関する要素に注目して、個人の価値観の特定や意志決定スキルを強化するといった、情緒的な教育方法が取り

入れられるようになった。さらに調査研究が進められた 1980 年代以降は、特定の健康行動だけでなく、青少年のさまざまな危険行動に共通して存在している基本的なライフスキル(表 5-1.7)の問題が注目されるようになった。そして、社会的学習理論や認知的行動理論といった心理社会的な学習理論を取り入れ(表 5-1.8)、知識、価値観や態度などの獲得とともにライフスキル形成を目指す健康教育プログラムが開発されるようになった。WHO が推奨する包括的学校健康教育では、このような変遷を踏まえ、ライフスキルの形成を重視した健康教育が実施される⁶⁾⁸⁾。また、ライフスキルの育成は、今日の日本の健康づくりの根本的な理念であるヘルスプロモーションの戦略のひとつでもある。

表 5-1.7: 基本的なライフスキル³⁰⁾

- ・ 対人的コミュニケーションスキル
- ・ 交渉/拒否スキル
- ・ 共感性
- ・ 協力とチームワーク
- ・ 唱導スキル
- ・ 意志決定/問題解決スキル
- ・ 批判的思考スキル
- ・ 自信を増すスキルと、管理する、責任を持つ、効果を示す、あるいは変化をもたらす能力
- ・ 感情管理スキル
- ・ ストレス管理スキル

表 5-1.8: ライフスキル教育の背景理論³⁰⁾

- ・ 子どもと青少年の発達理論
- ・ 社会的学習理論
- ・ 問題行動理論
- ・ 社会的影響理論
- ・ 認知的問題解決
- ・ 多様な知能(情緒的知能を含む)
- ・ 弾性と危険性の理論
- ・ 構造的心理学理論

3) 認知的要素 + 心理社会的要素 + ライフスキル

WHO は、ライフスキルを、「日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要な能力である」と定義している²⁹⁾。ライフスキルは、「情報に基づく意志決定、問題解決、批判的で創造的な思考、効果的なコミュニケーション、健康な人間関係の構築、他者への共感、健康的で建設的な生活の対処と管理を助ける心理社会的な能力と対人関係スキルの一環」であるとされている。言い換えれば、ライフスキルは、人々がそれぞれに直面するさまざまな状況に対応するための能力であり、さまざまな問題に応用可能で個人が自分らしく世の中を生きていくための基盤となる基本的な心理社会的な能力であるといえる³⁵⁾。

WHOは、青少年の健康増進に中核となるライフスキルとして、表5-1.7のスキルを挙げている²⁹⁾³⁰⁾。ライフスキルには、大きく分けて、対人関係に関わる社会的スキルと、個人の内面に関わる個人的スキルの2領域がある。WHOは個人的スキルをさらに、問題解決や意志決定、批判的思考などを含む認知的スキルと、ストレスや感情の管理などを含む情緒的スキルに分類している。これらの中でも、特に社会的スキルの1つである自己主張コミュニケーションスキル、個人的スキルであるセルフエスティームの維持、意志決定、目標設定、ストレス管理のスキルの能力の形成は、青少年や大人の健康に関して、肯定的な行動変容を支援することがわかってきている³⁴⁾³⁶⁾。

ライフスキルや社会的スキルなどは、知識や価値観、態度などを行動に結びつけるものである。そのため、健康行動の選択には、個人の知識や理解、価値観や態度などに加えて、社会的な規範や周囲の人々の態度、価値観などが影響すると考えられている。そのため、ライフスキル教育を導入した健康教育は、関連する健康に関する知識、理解の獲得だけでなく、健康行動の選択、決定に影響を及ぼす心理社会的要因に働きかけてより健康を増進する態度や健康に対する価値観などの形成も図る²⁹⁾³⁰⁾。

日本の学校における保健科教育の課題に挙げられている課題のうち、心の健康、生活習慣、薬物乱用、性に関する問題などには、Ⅲ章で見たように、保護者や友人などの影響やライフスキル形成の課題と関連していた。このことから、日本の学校健康教育でも、ライフスキルなどと同時に、健康に危険を及ぼす行動を回避し、より望ましいライフスタイルを選択するために必要な関連知識と、価値観や態度、信念などを獲得し、生活の質の向上や自己実現、目標達成などに寄与する身体的、精神的、社会的な健康を保持増進する健康行動を選択、実行できる個人の能力や資質の形成が期待される。

このようなライフスキルは、日本の学校健康教育においても育成が求められている「生きる力」との関連が指摘されている³⁵⁾³⁷⁾。今日の学校健康教育を中心に注目されているライフスキルなどのスキルの育成は、「生きる力」の育成を重視することと一致すると考えられる。学校健康教育が自他の健康の価値を認識して積極的にその保持増進に努める「生きる力」を持った児童生徒の育成を課題とする場合、ライフスキルの形成は不可欠な要素であると考えられる。

日本の青少年に関しても、健康に関連する危険行動とライフスキルは関連があることを示す調査結果が報告されており、ライフスキル教育の考え方は現行の学習指導要領の「保健」にも取り入れられ、普及が期待されている³⁻⁵⁾。日本学校保健会は、『新しい保健学習のモデル 中学校における課題学習、授業書方式、ライフスキル学習』において、ライフスキル学習を取り上げ、青少年の危険行動の予防にライフスキル教育の適応が有効であると考えられるようになってきていると述べている³⁸⁾。

また、高等学校の「保健」ではヘルスプロモーションの考え方に基づく行動がとれるようになることを目指した教育が求められている⁵⁾。ライフスキル形成はヘルスプロモーション活動の戦略の一つであることから、学校健康教育が注目すべき要素であると考えられる⁷⁾。心理社会的理論に基づくライフスキル形成を取り入れて教育課程や健康教育プログラムを計画、開発、実施することは、今日の日本の学校健康教育でも研究が進められている課題であると考えられる。

4) 健康教育の方法:スキル形成を基盤とする健康教育 (Skills-based health education)

WHOは、スキル形成を基盤とする健康教育は、次のように定義している³⁰⁾。

「参加的な方法を重視した多様な学習経験を用いた知識、態度と特にスキルの発達を通じて、健康なライフスタイルと状態を作り出し、あるいは維持する方法」

この定義では、スキルにはライフスキルとその他のスキルが含まれている。ライフスキルの定義は前述の通りである。その他のスキルには、応急処置や衛生、性的健康の能力といった具体的な健康スキルあるいは技術が含まれる³⁰⁾。

WHOは、ライフスキル教育(life skills-based education)という言葉が、しばしばスキル形成を基盤とする健康教育とほとんど同意で用いられることを指摘している³⁰⁾。両者とも共通して不可欠な知識、態度、スキルを実生活に適用することを対象としており、双方向的な教授学習方法が用いられる。両者の違いは取り扱うトピックまたは内容にあり、スキル形成を基盤とする健康教育では健康に焦点を当てているのに対し、ライフスキル教育では健康と並んで、平和、人権、公民、その他の社会的課題も取り扱うところにあるとしている。基本的なライフスキルの学習は、健康教育以外の学習の場を通じても実施できると考えられ、学校健康教育とうまく組み合わせることで学習に十分な時間を取ることが期待される。

WHOは、スキル形成を基盤とする健康教育を学校カリキュラムにさまざまな方法で位置づけることができるとしている³⁰⁾。学校健康教育を1つの教科、学問領域として独立させておくことは重要であるが、幅広いカリキュラムの中核課題とすること、理科などの媒介となる教科の中の健康や社会的な課題と関連する文脈で、また、課外活動で提供することなどが考えられている。いずれにしろ、さまざまな教科や活動に携わる教職員は、幅広い学校環境にわたって学習を強化するために、スキルを基盤とする健康教育に関わる必要があるとされている。このことは、日本の学習指導要領や保健体育審議会答申において全教職員が体育と健康の指導に携わるとしていることと、1つの方向を示すものであると考えられる。また、領域ごとの健康教育に関する指導書や参考資料などで、教科、領域横断的な実践例が挙げられていることを支援するものであると考えられる。

日本の学習指導要領では、健康に関する教育内容は保健体育科教育に位置づけられているものを中心として、理科や家庭科、道徳などにも関連する内容が含まれている。また、健康に関する課題は、ティーム・ティーチング等を活用し、教科学習等との領域横断的で「生きる力」を養う、多様な活動による学習を進める総合的な学習の時間で取り扱うのが適当な課題であるとされている。体育・健康に関する指導には、学校が組織的に、家庭や地域社会と連携してあたることも求められている。日本の学校健康教育は、WHOが提唱するヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育と共通する考え方が多くみられる²⁻⁵⁾。

WHOは、ライフスキル教育では子どもたちや若者が日常生活等において自然に行動を学習する過程を模倣する必要があるとしている³⁰⁾。これは、1つには、子どもたちは健康行動に影響を与える知識や価値観、態度、規範意識などを、周囲の人々や環境から学習していることに関係していると考えられる。知識、価値観、態度、社会規範などの獲得や形成は、他者との共有に関わる課題であると考えられ、ライフスキル学習では、体験的な学習を通じて他者と共有する社会規範や価値観、態度などを内化し、強化する過程が重視される。そのために、ライフスキル教育の実施にあたっては、さまざまな情報源からのメッセージが一貫性を持っていることが求められ、学習が好ましくない行動や人間関係が形成される以前の比較的早い段階から開始されるのが理想的であるとされると考えられる²⁹⁾。

もう1つの理由は、日常的な適用で強化される健康行動を考慮するものであると考えられる

30). ライフスキルの学習活動には系統性があり、まず核となるライフスキルの基本的要素について学習し、日常の状況に関連づけて練習する。その後、学年や学習の進行に伴い、段階的に、さまざまな健康問題や社会問題に関連した応用、ヘルスプロモーションや予防の目標となる健康や社会的な問題やニーズを生じる具体的状況に関連づけた適用といった学習活動が展開される²⁹⁾³⁴⁾。ライフスキルは、適用経験を積むことによって強化される。一般的、基本的なライフスキルを具体的な健康課題に対する応用を体験的に学習することを通じて強化する²⁹⁾³⁰⁾過程において、実際の適用状況を模倣して課題設定することが現実の課題への適用を促進することにつながると考えられる。

児童生徒のライフスキル強化を図るためには、学校教育活動においては共同的な学習機会を提供し、日常生活との関わりでは学校と家庭や地域社会等が連携することも重視される。学習指導要領には「体育・健康に関する指導は、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする」、「家庭や地域社会との連携を図りながら、日常生活において適切な体育・健康に関する活動の実践を促し、生涯を通じて、健康・安全で活力ある生活を送るための基礎が培われるよう配慮しなければならない」とある³⁻⁵⁾。ライフスキル形成を基盤とする健康教育を実施するにあたっては、WHO の包括的学校健康教育の条件について考慮しながらこれらの課題を実践し、対象となる児童生徒の健康行動に関する学習経路を洗い出して教育課程に反映することは学習効果を高めることにつながると考えられる。

2. ライフスキル教育プログラム:Lions-Quest プログラム

(1) Lions-Quest プログラムの概要

ここで、ライフスキル学習のプログラムのひとつである、Lions-Quest プログラム³⁹⁾⁴⁰⁾についてみる。Lions-Quest のプログラムは、青少年が危険行動、問題行動を起こさないために必要と思われるライフスキルの形成を目指し、以下のことを促進することを目的として開発された。

- すべての青少年の積極的な能力
- 不可欠なライフスキルと人格の発達
- 個人的、社会的責任
- 基本的な教育者としての保護者
- どこでもすべての青少年を支援するように気をつける大人

このプログラムの開発の背景には、子どもたちの生活を取り巻く社会の急激な変化がある。ほとんどの人が小さな町や農村に暮らしていた 1900 年代初頭、青少年は、両親、祖父母、その他の大人の身近で、周囲の人々と肯定的に関わり合いながら生活していた。青少年は、人間関係の絆を感じるために重要なライフスキルを日常生活の中で学習していた。今日の社会規範、構造の急速な変化は、以前のような人々との関わり合いの中での青少年のライフスキルの獲得を困難にする一方で、マス・メディアが、その是非はともかくとして、青少年の情報源、ロール・モデル、アドバイスの提供といった重要な役割を代行している。そうした状況から生じるひずみが、青少年を取り巻く問題を引き起こしていると、Lions-Quest は捉えている。

Lions-Quest が視線を向けている青少年の問題行動は、若年妊娠・性行動、喫煙、飲酒、薬物乱用、自殺、暴力、犯罪など、多岐にわたる。これらの問題行動は、根源を一にし、相互に

関連性があるものと捉えられており、その予防には、家庭、学校、地域が一丸となって青少年の健全な発達を支援することが必要であると認識されている。問題行動をそれ自体として捉えて対象法的に予防することよりも、青少年の発達を包括的に考える中で、青少年がそれらの問題行動に関わる原因に視点を当てて予防することの方を重視している。

そのために、Lions-Quest プログラムでは、個々の問題行動に焦点を当てる方法よりも、青少年の健全な発達と、それを支援、促進する家庭、学校、地域にまたがる人間関係の形成、環境づくりに主眼を向けている。青少年の健全な育成の中心となるのが、先に述べた、すべての青少年の積極的な能力、不可欠なライフスキルと人格の発達、個人的、社会的責任の促進である。青少年の問題行動の中でも、薬物乱用については、特に焦点を向けたプログラムが組まれている。スキル学習の中で獲得した能力を、薬物問題という具体的な課題解決場面で使用するトレーニングができるように仕組まれている。薬物乱用防止は、青少年の他の問題行動の予防の拠点的な課題と考えられていると推察される。

Lions-Quest の幼稚園児－12年生を対象にした、包括的なプログラムには、次の4つがある。

- Skills for Growing(K-5)
- Skills for Adolescence(6-8)
- Skills for Action(9-12)
- Exploring the Issue: Teens-Alcohol and Other Drugs(9-12)

今回は、これらの中で、日本の義務教育学齢にあたるプログラム、Skills for Growing (K-5)³⁹⁾、Skills for Adolescence(6-8)⁴⁰⁾に焦点を当てて検討する。

Skills for Growing, Skills for Adolescence プログラムは、学級カリキュラム(サービス学習を含む)、家族の関わり、肯定的な環境、コミュニティの関わり、トレーニングとフォローアップ支援の5つを構成要素としている。学級カリキュラムは、授業における学習のための授業計画を示すものである。主な学習内容は、ライフスキルの形成とその適応に関連する知識である。青少年の問題行動として挙げられるもののうち、薬物乱用については、特に単元を設けて取り上げられている。これは、薬物乱用が、他の問題行動を引き起こす可能性の高いものであり、ライフスキル、知識の適用が早期から求められる領域として捉えられていることによると思われる。

学級カリキュラムには、サービス学習が含まれる。サービス学習は、青少年が学級カリキュラムで学習したことを、実生活の課題、問題に適応するための経験学習とも言えるものである。サービス学習プロジェクトの活動の実践を通して、青少年がそれまでの学習で獲得した知識とスキルを実際的なものとして認知、強化していくことを目指していると考えられる。サービス学習プロジェクトとしては、学級単位の活動、学校規模での活動の両方が視野に入れられている。

家族は、青少年の成長、発達に対して大きな影響を与えるため、Lions-Quest プログラムは、青少年の成功にとって、学校内外における保護者の協力が不可欠であると考えている。プログラムでは、保護者が子どもたちと関わる機会を提供し、保護者と子どもたちの積極的、肯定的な人間関係の形成も目指している。

学習効果を高めるためには、学校の環境を良好に保つ必要がある。Lions-Quest プログラムは、積極的、肯定的な学習環境の創造は、学級カリキュラムでの活動、学校規模でのプロジェクトを通じた学習を支援するために不可欠なものであると捉えられている。プログラムは、青少年の学習と健全な成長発達を支援する学習環境を整えるため、教師、保護者、生徒、コミュニティ・メンバーが共同で学校環境委員会を形成することを奨励している。学校環境委員会の形成

ための資料も、プログラムの中で提供されている。

また、青少年を取り巻く社会には、保護者以外の多くの大人もかかわっている。彼らは、組織として、個人として、ときには専門家としてなど、さまざまな立場、形態で、青少年の発達に関わる。Lions-Quest プログラムでは、積極的、肯定的な形で、青少年の発達の支援が得られるコミュニティとの関係の構築も目指している。

一般に、ライフスキル教育を実践する教師や指導者は、実践のためのトレーニングを受け、その能力を獲得する必要がある。Lions-Quest プログラムでは、プログラムを実践する教師に対し、実践に必要な知識や能力を習得するためのトレーニングを義務づけ、ワークショップを提供している。学校管理者、学校カウンセラー、保護者、コミュニティの代表者、その他プログラムを支援する人々に対しても、トレーニングを受けることを奨励している。また、補足的なプログラム教材の提供、電話相談など、プログラム実践にあたって必要となるフォローアップ支援も行なっている。

(2) Lions-Quest Skills for Growing について

Lions-Quest Skills for Growing は、幼稚園児から小学校 5 年生までを対象（日本の学校制度においても同学齢²⁰⁾）とした、健全な青少年育成と予防のための包括的なプログラムである。学級カリキュラムは、各学年を対象に組まれている。同時に、安全で思いやりのある一貫した環境の中で、子どもたちのライフスキルや市民としてのスキルの発達を支援するために、家族、教育者、コミュニティ・メンバーを結びつけることを目指している。このプログラムで教える 4 つの主な分野のスキルは、責任、よい判断、自律、他者尊重である。

Skills for Growing プログラムの主要な目標は、表 5-2.1 の通りである。これらの目標に基づいた Skills for Growing プログラムの学級カリキュラムの構成は、表 5-2.2 に示す。

このプログラムには、薬物乱用以外の青少年の健康に関連する危険行動の予防に特に限定できる学習カリキュラムはない。しかし、薬物乱用行動の防止は、青少年の性行動等の問題の予防にもつながっていると考えられている。また、後述する Skills for Adolescence に、仲間、保護者、その他の周囲の大人との肯定的な人間関係、肯定的な環境の構築が問題行動の予防の基礎であると述べられている。このことから、肯定的な人間関係、学校コミュニティの構築を目指す Skills for Growing においても、青少年の問題行動の一つとして、さまざまな健康に関連する危険行動の問題も予防の対象として視野に入っていると思われる。

(3) Lions-Quest Skills for Adolescence について

Lions-Quest Skills for Adolescence は、日本の学校教育の学齢では小学校 6 年生から中学校 2 年生にあたる、6 年生から 8 年生を対象とする、健全な青少年の発達と問題行動の予防のための包括的なプログラムである。安全で配慮された、一貫した環境の中で生活と市民としてのスキルを教えるものである点は、Skills for Growing プログラムと同様である。

Skills for Adolescence プログラムの目標は、表 5-2.1 の通りである。

このプログラムにおいては、自己規律、健全な生活習慣、他者の尊重、親切、責任、正直さ、家族の結びつき、サービス、勇気といった価値観の強化を目指している。そのため、以下のカテゴリーのスキルの学習を視野に入れて構成されている。

- ・ 自己規律、責任感、自信の形成
- ・ 他者との効果的なコミュニケーションと協力

- 感情や態度のコントロール
- 家族や友人とのよい関係の強化
- 問題解決や好ましい意志決定スキルの学習/形成
- 薬物乱用等, 好ましくない仲間の圧力への対処法
- 批判的思考力
- 目標設定スキル
- 他者へのボランティア

表 5-2.1: Skills for Growing と Skills for Adolescence プログラムの主要な目標

Skills for Growing	Skills for Adolescence
<ol style="list-style-type: none"> 1. 生徒, 家族, 学校, コミュニティ・メンバーを, 思いやりのある人間関係, 高い期待, 意味のある関わりに基づいた学習環境の創造に結びつける. 2. 子どもたちに, 健康的で生産的な生活を導くのに必要な感情的, 社会的スキルの学習の機会を提供する. 3. 子どもたちに, 協力と他者へのサービスを通じたよい市民としての実践の機会を提供する. 4. 家族, 肯定的な仲間, 学校, 地域に対する子どもたちの関わりを強化する. 5. タバコ, アルコール, その他の薬物に関わらない生活のための安全で健康的な方法を促進する. 6. 多様性を大切に, 他者の尊重を奨励する. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭, 学校関係者, 地域を巻き込んで, 青少年の健全な成長を支援する. 2. ポジティブな行動: 自己規律, 正しい判断力, 責任感, 及び周囲との人間関係を築く行動を形成するように支援する. 3. 青少年が家庭, 学校, 友人, 地域の人々と円滑で密接した関わり合いをもてるよう支援する. 4. 青少年が協力し合うこと, 他者を助けることによって, 良き市民としての役割を果たす機会を提供する. 5. 多様性を受容し, 自分, 及び他者を尊重することを支援する. 6. 好ましくない圧力に対処し, 薬物乱用をせず, ドラッグフリーに成長するのを支援する. 7. このプログラムに関係している教員, 学校管理者, その他の人々を, 有効な資料/教材, 総合的トレーニング, 及び, フォローアップサービスによりサポートする.

表 5-2.2: Skills for Growing, Skills for Adolescence プログラムの学級カリキュラムの構成

Skills for Growing	Skills for Adolescence
単元 1: 学校コミュニティの構築 単元 2: グループとしての成長 単元 3: 肯定的な意志決定 単元 4: 薬物に関わらない成長 単元 5: あなたと私を尊重する	単元 1: 十代の始まり: 待ちうける試練 単元 2: 本当の自信とコミュニケーションスキルの形成 単元 3: 心の成長と感情のコントロール 単元 4: 友人関係の改善 単元 5: 家族の絆の強化 単元 6: 薬物に関わらない健康な生き方 単元 7: 健康的な生活のための目標設定 まとめ: 学習の効果を振り返り, まとめる

Skills for Adolescence プログラムの構成要素は、Skills for Growing プログラムと同様、学級カリキュラム、家族の関わり、積極的な学校環境、コミュニティの関わり、トレーニングとフォローアップ支援の5つである。

Skills for Growing プログラムと異なり、Skills for Adolescence プログラムの学級カリキュラムは、厳密には学年対応には組まれていない。103の系統的なスキル形成の授業からなり、学校の条件に合わせて、9週間の集中コースから3年間のコースまで、多様な設定と形式に適応することが可能となっている。単元の編成は表5-2.2の通りである。

プログラムの理念は、喫煙、アルコール、その他の薬物利用、性行動、暴力行為、鬱や自殺企図といった青少年の問題行動、危険行動に対して、青少年自身の感情的、社会的スキルの獲得と肯定的な人間関係、学習(社会)環境の構築が、それらの問題行動、危険行動の予防に結びつくという理解に基づいている。

Skills for Adolescence プログラムの対象は、6-8年生である。年齢的には、12-14歳であり、思春期前期(10-14歳)にあたる。プログラムにおいては、この時期の青少年が体験する急激な変化を、身体的、知的、社会的、情緒的側面から捉えて、学習内容に反映している。

単元1で、青少年が思春期に体験する心身の変化に注目するプログラムが組まれており、この時期の青少年の発達と切り離せない課題として性に深く関連する学習内容が取り扱われている。また、単元5の家族の人間関係の強化に関するカリキュラムにおいては、性に関して話し合える保護者との人間関係の形成を目指しており、家族の役割についての学習も含まれている。思春期の青少年が実際に直面する可能性のある、異性への興味、関心なども条件の中に盛り込むなどの配慮もなされており、薬物乱用防止のように特に単元を設けないまでも、対象とする思春期にある生徒の健康課題を総体的に捉え、性に関する課題も学習過程の重要な課題として扱っていると考えられる。

プログラムの構成要素の一つである保護者との関わり強化に関しては、子どもと保護者の会話の促進を図ろうと、保護者のために冊子『変化する子どもへの理解』を用意している。コミュニティとの関わりは、単元学習の間に実施されるコミュニティ活動(ボランティア活動)の体験や、授業への協力などが考えられている。

(4) Skills for Adolescence プログラムの保護者用教材『変化する子どもへの理解』

Lions-Quest プログラムでは、保護者は子どもにとって第一の教師であり、保護者の協力は学校における子どもの学習の成功に不可欠で重要な要素であると捉えている。そして、保護者用教材である『変化する子どもへの理解』を提供している。

この教材は、保護者や子どもが思春期前期の様々な試練に直面したときに、保護者を支え、情報を提供するためのものである。思春期の多くの子どもに共通する具体的な問題を取り上げ、好ましい実践的対処法についても述べられている。教材は、5部構成になっており、

第1部:成長期の変化(思春期前期に起こる主な変化について)

第2部:自信の確立(子どもが自信を育てるために、親が援助できることについて)

第3部:子どもとコミュニケーションをとる方法(思春期の子どもと親のコミュニケーションについて)

第4部:健全な家庭を築く(家族の大切さ、特に家庭でのしつけについて)

第5部:薬物から子どもを守る(青少年による飲酒など薬物使用の実態とその防止方法の解

説)

といった、学級カリキュラムに並行したトピックを含んでいる。思春期の青少年と保護者が直面する可能性のある具体例を示し、事例の生じる背景の理解を促進し、類似の場面での保護者の対応の仕方について説明する形式で構成されている。例えば、「以前はよく娘と話していたのに、最近では自室のドアを閉めて一人で過ごすようになりました。話しかけても不機嫌で、結局口論になってしまうこともあります。」「息子が電話で友達とセックスの話をしているのを耳にしました。冗談半分ですが、真剣な様子でもあります。そのとき、息子の知識がいかにも間違っているかにも驚かされました。」などが挙げられている。

この教材の中では、ある調査の結果として、性に関する課題は、子どもが親と話し合いたいとしているトピックの一つであるとしている。思春期の子どもが性に大きな関心を持つことは、成長に伴う健全で正常なものであり、この時期は子どもたちが性に関する情報を得ようとする時期でもある。教材は、子どもが情報を得ようとしているときに、保護者と子どもが性に関してオープンに誠実に話し合う機会であるとし、子どもとコミュニケーションをとるときの留意点を示している。また、青少年の性行動に関するデータと早期から性的関係を持つ影響を簡単にではあるが示している。そして、保護者が子どもと性について話し合うにあたってのヒントとして、以下の4点を挙げている。

- ・ 性について話し合う機会を見つける
- ・ 保護者自身の心の動揺を受け入れる
- ・ 家族の価値観をはっきりさせる
- ・ 性行為の強要に対し子どもが「No」と言えるように指導する

プログラムを通して大きく取り上げられる青少年の健康に関連する危険行動は薬物乱用についてであるが、性に関する課題は思春期の青少年が抱える課題としてよくあると考えられるものであり、保護者と子どもが向き合うべき課題として取り上げているようである。この教材は、保護者に対して、このような子どもの特定の異性に対する気持ちを尊重し、理解を示して気持ちの整理を支援すると同時に、異性との交際などに際しては身の安全や健康、家庭の価値観に関する適切な決まりを明確にし、徹底することが重要であると述べるなど、保護者と子どもの間のコミュニケーションを促進するための具体的な資料を提供している。

保護者用のこの冊子と特によく対応すると考えられる学習は、単元5「家族の絆の強化」で実施される。保護者用教材『変化する子どもへの理解』が、保護者に対する子どもとの関わりについての学習教材であるとするれば、単元5は、子どもたちが保護者との関わりについて考える機会であるといえる。単元5においては、青少年が家族の果たす役割やここ数十年の家族のあり方の変化について理解し、自分や他者の家族の価値ある文化的、歴史的背景を尊重することを目指す。保護者と子どもの双方から関わりを強化する学習構成となっていると考えられる。

Skills for Adolescence プログラムは、日本では『思春期のライフスキル教育』プログラムとして翻訳、紹介されている。思春期にある青少年のさまざまな課題に共通するライフスキルの形成を目指すという考え方は、日本の学校健康教育の基盤作りに参照になるものであると考えられる。

(5) ライフスキル教育の構成

ライフスキルの学習は、まず核となるライフスキルの基本的要素について学習し、日常の状況

に関連づけて練習するというように、段階的に学習活動が展開される。ライフスキルは、さまざまな要求や問題に対応して活用できるものであることから、基本的な部分についての学習は、他の健康領域についての学習と共通して構成することも考えられる。学校健康教育に配分される時間の制限などを考慮すると、すべての健康領域にわたって共通に学習することが可能なライフスキル学習の部分と、特定の健康課題に関する具体的な問題状況に関連して構成すべき部分を、健康教育全体の中でうまく組み合わせて構成することが期待される。

Lions-Quest プログラムは、青少年の健全な発達と問題行動、危険行動の予防を支援するという観点から、人間関係の形成、諸問題に対処するための能力と資質、すなわち、ライフスキル形成に関する学習に、学齢が低いうち（幼稚園児）から取り組んでいる。ライフスキルの適用範囲は広く³⁵⁾、さまざまあるライフスキルは健康行動のみでなく日常生活の多用な側面で適用できるが、青少年の健康に関連する多くの課題はライフスキルの獲得を課題としている²⁵⁾。ライフスキル学習の系統性からみると、薬物乱用防止教育や性教育は、基本的なライフスキル学習において形成された能力を活用して実施されるものであると考えることができる²⁹⁾³⁰⁾。

形成されたライフスキルは、さまざまな状況において繰り返し適用する経験を積むことによって強化される²⁹⁾³⁰⁾。ライフスキル形成を基盤とする健康教育では、対象の発達段階に応じて薬物や性などに関連する知識や情報を提供し、価値観や態度などの形成を促進し、青少年が基本的に形成されているライフスキルを活用して、より具体的な状況で適用する経験を積み重ねることを可能にする機会を提供することが求められると考えられる。Skills for Growing や Skills for Adolescence プログラムでは、学習活動の前半から中盤にかけて学習したライフスキルを、後半で実施される薬物教育に用いて学習するよう構成されている。このようなカリキュラム構成を、健康教育のさまざまな領域の特徴も考慮しながら検討することは、効果的な健康教育の実施に資すると考えられる。

ライフスキルの獲得、強化は、同時に、セルフエスティームの向上にも寄与する³⁰⁾³⁵⁾。ライフスキル学習の系統性を考慮すれば、学齢早期からライフスキル学習に取り組み、基本的な部分を習得することは、その後の具体的なライフスキル適用の訓練を、物理的にも心理的にも余裕のあるものとするとも考えられる。幼稚園児からをライフスキル形成の対象としている Lions-Quest プログラムは、健康教育全体の基礎的な部分を構成するものであると考えられる。

(6) 学習を促進する要因：学習環境づくり

ライフスキルは、それ単独で健康的な行動を生じさせるものではなく、実際の場面において関連する知識、態度、価値観を行動につなげることを可能にする能力であり、効果的に適用するためには、それぞれの課題に関する知識、態度、価値観の形成が必要となる²⁹⁾³⁰⁾。そのため、ライフスキル学習には、ライフスキルの活用を期待する分野についての知識、態度、価値観に関する学習を組み合わせる実施することが重要になると考えられる。例えば、性に関わる課題に関して有効な意志決定を行なうためには、青少年は性に関する正しい知識と同時に、健康増進に肯定的な態度や価値観などを獲得しておく必要があることになる。

特に態度、価値観の形成に関しては、青少年を取り巻く社会環境、家庭状況などの文化や社会的要因の影響が大きい。ライフスキルを有効に適用できることを目指す教育は、青少年の態度、価値観の形成に影響を与える要因を考慮することが必要であると考えられる。WHO は、ライフスキル教育と、健康情報の提供、青少年の健康や発達に影響する環境もしくは社会要

因の変化を目的とするプログラムなどとを組み合わせることについて指摘している²⁹⁾³⁰⁾。態度、価値観の形成には、ヒドゥン・カリキュラムやダブル・スタンダードによる学習を防ぐために、青少年の学習環境における態度、価値観を一貫させることが常に課題となる。また、ライフスキル教育では体験的で共同的な学習方法が用いられるため、学習活動にあたって学習環境が討論やロールプレイなどを効果的に実施するようなものであることが求められる⁶⁾。児童生徒が普段の学校生活を通じて教職員など周囲の大人をロールモデルとし、大人たちの言動や態度、学校全体の文化や雰囲気などからもメッセージを受け取っていることを考慮した学校環境づくりが求められると考えられる。

また、児童生徒は、学校だけではなく、家庭や地域などの社会においてもライフスキルの適用に必要な態度、価値観の形成に影響を与えるさまざまなことを学習しているため、児童生徒の学習環境には、家庭や地域社会なども含まれる。同時に、家庭や地域社会は、児童生徒が学校で学習したライフスキルを実生活に適用し強化する、実践的学習の場である。このことから、ライフスキル教育は、学校などが単独で青少年のライフスキル形成を支援するだけでなく、学校と家庭、地域などの社会が連携して実践することを目指すことが重要となると考える。

ライフスキル形成を目的とする Lions-Quest プログラムは、青少年の発達の内的要因と同時に、外的要因である肯定的な学習環境の形成、家族や地域との関わりをプログラムの構成要素にしている。Lions-Quest プログラムにおいては、青少年の健全な発達を促進するためには、こうした家族、地域と青少年の関わりと、学校での学習とに一貫性を持たせることの重要性の認識から、肯定的な学習環境の形成、家族や地域との関わりがプログラムに組み込まれているものと思われる。

基本的なライフスキル形成に継続して、薬物乱用や性などの問題に対する具体的なライフスキル適用の学習を進める段階においても、薬物乱用や性などに関する一貫した価値観、態度の形成、維持は必要である。このような視点がプログラムに取り入れられ、学校と家族や地域の連携が図られるなど、学習を促進する環境づくりに取り組むことは、効果的な健康教育の実施に有効に働くと考えられる。健康教育を効果的なものとするために、学校関係者は勿論のこと、社会や家族に対して、青少年の健康に関連する危険行動についての理解や健全な発達への支援を求め、適切な環境を形成するための活動は、日本の学校健康教育においても不可欠な要素であると考えられる。

注

1. 2005年7月に出された「健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会これまでの審議の状況－すべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは？－」では、Ⅲ.保健、4.保健の授業の実施における留意事項、(2)学校全体での取組において「学級担任をはじめ、保健体育の教諭、養護教諭、学校栄養職員(栄養教諭)など関係者の連携・協力を進める」としている。今後は、学級担任などに対しても健康教育を指導するための研修などが検討されると考えられる⁴¹⁾。

文献

1. D Lister-Sharp, S Chapman, S Stewart-Brown, A Sowden: Health Promoting Schools and health promotion in schools: two systematic reviews, Health Technology Assessment 1999, (3):22, 1999, UK
2. 保健体育審議会:生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について(保健体育審議会答申), 1997
3. 文部省:小学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
4. 文部省:中学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
5. 文部省:高等学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1999
6. WHO/HRP/HEP: The Status of School Health, 1996
7. WHO: OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986
8. WHO: Promoting Health Through Schools, Report of WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, 1997
9. Bjarne Bruun Jensen and Venka Simovska 編: Models of Health Promoting Schools in Europe, International Planning Committee (IPC), 2002
10. International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools: Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide, European Network of Health Promoting Schools(ENHPS), 3-13, UK, 1999
11. WHO/HRP/HEP: The World Health Organization's Global Health Initiative, 1996
12. 中央教育審議会:21世紀を展望した我が国の教育の在り方について(第一次答申), 文部省, 1996
13. ENHPS, WHO: Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide, 162
14. 青少年育成対策推進本部:青少年育成施策大綱, 2003, 内閣府
15. Centers for Disease Control and Prevention(CDC): Assessing Health Risk Behaviors Among Young People: Youth Risk Behavior Surveillance System 2004, 2004
16. Jo Anne Grunbaum, Laura Kann, Steve Kinchen, et. al: Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2003(Abridged), Journal of School Health, 74(8): 307-324, U.S., 2004
17. 日本学校保健学会:学校保健の動向(平成11年度版), 1-16, 1999
18. Minoru Takakura, Tomoko Nagayama, Seizo Sakihara, Craig Willcox: Patterns of Health-Risk Behavior Among Japanese High School Students, Journal of School Health, 71(1): 23-29, U.S., 2004
19. 石川哲也, 川畑徹朗, 勝野眞吾他:ライフスキル形成を基礎とする総合的健康教育プログラムの開発研究成果報告書, 2002
20. 文部省:諸外国の学校教育(欧米編), 教育調査第122集, 164-178, 大蔵省印刷局, 1995
21. CDC: PROMISING PRACTICES IN CHRONIC DISEASE PREVENTION AND CONTROL: A PUBLIC HEALTH FRAMEWORK FOR ACTION, 9-1-25, U.S., 2003
22. Joint Committee on National Health Education Standards: National Health Education

Standards, 1995

23. CDC: Coordinated School Health Program, Comprehensive Health Education, Key Elements, http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/comprehensive_ed.htm (2005年10月23日現在)
24. 文部省: 学校における性教育の考え方, 進め方, 1999
25. 文部科学省: 喫煙, 飲酒, 薬物乱用防止に関する指導参考資料 中学校編, 日本学校保健学会, 2004
26. Department for Education and Employment: Sex and Relationship Education Guidance, 3-21, UK, 2000
27. Department for Education and Skills: Drugs: Guidance for schools, UK, 2004
28. Department for Education and Employment: National Healthy School Standard Guidance, UK, 1999
29. WHO 編, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘, 石川哲也監訳, JKYB 研究会訳: WHO ライフスキル教育プログラム, 大修館書店, 12-53, 東京, 1997
30. WHO: Skills for Health, The World Health Organization's Information series on school health Document 9, 2003
31. Leena Mangrulkar, Cheryl Vince Whitman, Marc Posner: Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development, Pan American Health Organization, 2001
32. 文部科学省: 中学校学習指導要領解説総則編, 36-38, 東京書籍株式会社, 東京, 1999
33. 文部科学省: 高等学校学習指導要領解説総則編, 86-88, 東山書房, 京都, 1999
34. Joyce V. Fetro, PhD: Personal & Social Skills Level1, CHES, ETR Associates, 28-32, 2000
35. JKYB 研究会編: ライフスキルを育む食生活教育, 8-14, 東山書房, 京都, 1998
36. Dr. Donna Cross: Skill Building in School Health Education: A Solid Foundation or House of Cards?, 学校保健研究, 38:5, 1996. 日本語訳: 川畑徹朗: 「学校健康教育におけるライフスキルの形成: 確かなものか, 不確実なものか」の座長報告, 学校保健研究, 37: 503, 1996
37. 中央教育審議会: 21世紀を展望した我が国の教育の在り方について(第一次答申), 文部省, 1996
38. 日本学校保健会: 新しい保健学習のモデル 中学校における課題学習, 授業書方式, ライフスキル学習, 75-105, 東京, 2000
39. Lions-Quest: Lions-Quest Skills for Growing Second Edition, Quest International, U.S., 1998
40. Lions-Quest: Lions-Quest Skills for Adolescence Second Edition, Quest International, U.S., 1992
41. 中央教育審議会初等中等教育分科会教育課程部会 健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会: 健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会これまでの審議の状況ーすべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは?ー, 文部科学省, 2005

第VI章 ヘルスプロモーションの理念に基づく健康教育:英国における具体的事例

日本の学校健康教育は、「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身に付け、生涯を通して健康で安全な生活を送ることができるようにすること」を目標としている¹⁾。それは、長期的には、心身の健康を基礎として国民一人一人が楽しみや生きがいを持ち、質の高い生活を営めるか、明るく活力ある社会を築けるかどうかの結果するものであると考えられる。また一方で、中短期的には青少年の健康行動の実態に見られる主として思春期を中心に発生する健康に関連する危険行動の予防、防止に効果があるか、健全な心身の発育発達を促しているかどうかによって評価されると考えられる。

諸外国において効果があると評価されている健康教育プログラムは、授業を中心とした教育カリキュラムに加えて、家庭や地域との連携や学校の環境づくりを要素に含んでいることが報告されている²⁾。また、薬物乱用防止プログラムに対する評価を中心として、効果のある教育カリキュラムはライフスキル形成を基盤としていると報告されている²⁾。教育カリキュラム、学校、家庭、地域の連携や学校の環境づくりなどは、ライフスキル教育においても重視される³⁾⁴⁾。

学校環境の整備や保護者や地域コミュニティの人々の関わりなどは、WHO が提唱する包括的學校健康教育の要素にも挙げられている⁵⁾。学校健康教育及びそのプログラムが児童生徒の健康に関連する危険行動の予防、防止や健康的な生活習慣、ライフスタイルの獲得を目標とし、その目標を達成するために教育カリキュラムとそれ以外の要素、例えば学校、家庭、地域の連携及びその他の学校保健の要素などを統合することを必要とするならば、必要な要素を統合する包括的な学校健康教育プログラムを開発することが重視される。

学校、家庭、地域社会が連携することにより学校健康教育の効果を高めることは、日本においても期待されている¹⁾⁶⁻⁸⁾。また、①健康診断や健康観察など健康状態の把握と保健管理、②学校環境衛生の維持管理、③学校における安全の確保と安全管理、④学校給食における栄養管理及び食品衛生管理などから成る健康管理との関連性を十分に図りながら健康教育の充実に努めることが必要であると指摘されている¹⁾。「生涯にわたる心身の健康の保持増進に必要な知識、能力、態度及び習慣を身に付けることを通じ、たくましく生きる意志と意欲、価値観を形成するなど、[生きる力]をはぐくむ」ことが求められる健康教育¹⁾においては、児童生徒の健康に関連する態度や価値観、習慣などの形成に影響を与える、人間関係などを含む環境要因にも目を向けた包括的な計画、実施が求められると考えられる。

欧州においてHPSを推進するEuropean Network of Health Promoting Schools(ENHPS)参加国の一つである英国は⁹⁾、日本の学習指導要領と同様の全国共通カリキュラムを持ち、主としてイングランドを中心に学校保健を支援する制度を持っている¹⁰⁾。そこで、日本の学校健康教育の向上に寄与する情報を得ることを目的として、欧米における包括的學校保健活動の取り組みの中から特にイングランドを事例として採り上げ、包括的な学校健康教育がどのように組織されているかを検討した。

1. 英国の学校健康教育

(1) Healthy Schools プログラム

Healthy Schools プログラムは、英国政府が、HPS の考え方に基づいて推進している学校保健のための支援制度である¹¹⁾¹²⁾。そこで、HPS 実施の一例として、学校健康教育の充実を支援する要素である Healthy Schools プログラムについて概観する。

英国政府は、イングランドにおいて HPS を実施するにあたって、次の 3 つの構成要素を挙げている¹¹⁾。

- ・ 公的なカリキュラムを通じて健康のための教育を高める。
- ・ 学校組織が健康的な生活を促進あるいは制限する形式に注目することを含め、児童生徒と教職員のための物理的、社会的環境を向上する。
- ・ 学校と幅広いコミュニティとの結びつきを拡大する。

英国では、これら健康教育カリキュラム、学校環境、学校と幅広いコミュニティとの連携の 3 点の充実、促進を目標の中核に置き、Healthy Schools プログラムを開発したと推察される。

Healthy Schools プログラムは、イングランドのすべての学校が Healthy School になることを目標として、英国の教育職業技能省 (Department for Education and Skills) と保健省 (Department of Health) が連携して推進している、国による学校保健支援プログラムである。このプログラムの推進は、学校は児童生徒の健康と学習の要であり、児童生徒の健康増進に投資することは学業の向上につながるという基本理念に基づいている¹²⁾。

Healthy School とは、健康の保持増進への投資が児童生徒の達成度の向上に重要であることを理解し、児童生徒が最善を尽くして目標を実現することを上手く支援する学校のことである。具体的には、Healthy School は、児童生徒に対して、彼ら自身の心身の健康について情報に基づいた意志決定をするために必要な情報を提供し、必要なスキルや態度の形成を促進し、学習に寄与する物理的、社会的な学校環境を提供することを重視するとされている¹²⁾。すなわち、Healthy Schools プログラムは、児童生徒が彼ら自身の心身の健康について情報に基づいて意志決定できるようになるために、必要な情報の提供とスキルや態度の形成の促進、及び学習を支える物理的、社会的な学校環境の提供を中心とした学校保健活動を支援するものであると推察される。

Healthy Schools プログラムは、教育職業技能省と保健省が連携して進めているのと同様、地域や学校においても健康に関する機関と教育に関する機関が連携、協力して児童生徒の健康の保持増進に努めることを支援するものである¹²⁾。児童生徒、学校の管理者や教職員、保護者、行政や専門家を含む地域の人々が共同で効果的な健康教育と学習を支援する学校環境を整備するところに意義が認められていると推察される。

Healthy Schools プログラムは、健康と教育の水準を向上し、健康に関する社会的不公正の是正、社会的包含 (social inclusion) を促進する英国政府の政策の中心をなしている。この政策は、すべての青少年の心身の健康を促進するには、十分な教育を提供することが重要であるという認識に基づいている¹²⁾¹³⁾。HSP の実施から、英国政府が学校健康教育にその役割の多くを果たすことを期待していることがうかがえる。

(2) Healthy Schools プログラムの基準: National Healthy School Standard (NHSS)

健康教育には、疾病、安全、性、薬物、暴力、食生活、運動、心の健康などいくつかの領域があり、その優先順位は、地域や学校によって異なることが考えられる。従って、具体的な Healthy Schools プログラムは、地域の各学校のニーズに沿って地方教育当局 (Local Education Authorities: LEAs) とその地域の健康に関する機関が連携して支援計画を開発、実施する Local healthy school programme (以下、LHSP と略す。) により進められる¹²⁾。

LHSP では、学校を児童生徒の健全な成長発達や学習の場とするために、学校を中心としながら、保護者や行政等を含む地域社会全体が、計画から評価と改善に至るまでの全過程において組織的に共同することが重視される。英国政府は、Healthy Schools プログラムを効果的に進めるために、地方教育当局に対して、各地域や学校のニーズ等に即した LHSP の計画、実施の基準となる National Healthy School Standard (以後、NHSS と略す。) を策定し支援している。NHSS は、(1) パートナーシップ、(2) プログラム管理、(3) 学校との共同作業の 3 点から基準を提示している (表 6-2.1)¹³⁾。

NHSS に基づく一定の基準に合致したプログラムは、英国政府によって認定される。この認定は、プログラムの有効性を表すものであり、信頼性を増すことによりプログラムの円滑な実施を支援する目的で行われている。プログラムの認定は、3 年ごとに調査し更新される¹²⁾。NHSS の認定は、主として以下の事柄の実現を目的としている。

- ・ 持続的な教育と健康のパートナーシップに基づいているプログラム
- ・ 学校と若者の参加
- ・ LHSP の質的管理
- ・ 効果を示すための証拠の収集

NHSS で支援するテーマは、Personal, social and health education (PSHE)、公民 (Citizenship)、薬物教育、情緒的健康と幸福 (wellbeing)、健康な食習慣に関する教育、身体活動に関する教育、安全教育、性と人間関係の教育 (Sex and Relationship Education) である。この他、健康に関連する地域や学校の優先項目を取り扱うこともできる¹²⁾。

これらのテーマの多くは、日本の学校教育において保健科教育を中心に道徳などの他教科や特別活動等を通じて実施される健康教育の課題と共通している¹⁾⁶⁻⁸⁾。しかし、NHSS は Healthy School の実現に向けた基準であり、英国政府は児童生徒の健康や健康行動に対する学校の影響を、健康教育、学校の文化や環境、学校と幅広い関係各方面との関係などのいずれかに起因させるのではなく、これらの要素の複合的な組み合わせの結果に求めているようである。健康教育の効果を、児童生徒の学習を支援する環境や協力体制などの要素と関連づけ、複合的、総体的な枠組みの中で捉えているという点で、英国の学校健康教育の考え方は、日本に比べてより包括的な視点に立つ位置づけを確立していると考えられる。

(3) 学校全体での取り組み (a whole school approach)

Healthy Schools プログラムでは、LHSP への学校全体での取り組み (a whole school approach)、すなわち、児童生徒を含む学校と保護者や行政等の地域社会が共同で組織する学校コミュニティ全体で取り組むことを支援することが求められている¹²⁾。NHSS には、学校との共同に関連して、学校全体で課題に取り組むことに関する基準が示されている。次の 10 の鍵となる要素である¹²⁾。

表 6-2.1: NHSS の基準 ¹²⁾

地域プログラム(LHPS)は、以下のようにでなければならない:

(1) パートナーシップ

LHSP は、戦略的、実効的レベルでパートナーシップを活かして共同しなければならない。

1. 構築された教育と保健のパートナーシップに基づかなければならない。
2. 学校教職員を計画に関わらせなければならない。
3. 若者を計画に関わらせなければならない。
4. 法的及び法的でない組織とコミュニティの集団を活動の計画、実施、評価に関わらせなければならない。

(2) プログラム管理

LHSP は、学校に効果的なサービスを提供するための制度が確実に構築されるようにしなければならない。

1. その計画、実施、監視、評価の質的課題を考慮する。
2. よい実践例と適切な支援源を含む、法的必要条件、法によらない指導、政府の優先事項を認識しなければならない。
3. 学校に賛同されたサービスを提供する許容性と能力を持たなければならない。
4. すべての学校が関わり、それらの関わりが維持するための進展的な計画を持たなければならない。
5. 最初から、効果を示すための監視と評価の過程を特定しなければならない。
6. Healthy Schools の活動の向上と発展の情報を与えるために経験を共有しなければならない。

(3) 学校との共同作業に関する基準

LHSP は、学校と共同し、学校全体の教育と健康の向上に資する課題と支援を提供しなければならない。

1. 計画、実施、監視、評価の際に公平性の問題が考えられる場合には、学校を支援しなければならない。
2. 活動を導くための責任集団をつくるよう、学校を支援しなければならない。
3. よい実践例と適切な支援源を含む法的必要条件、法によらない指導、政府の優先事項を、学校が確実に認識するようにしなければならない。
- 4.1 教育と健康の向上のために学校全体での取り組みを支援しなければならない。
- 4.2 基準に関連して学校の達成度を評価する尺度を持たなければならない。
- 5.1 特定のテーマに関して作業する際に、確実に学校全体での取り組みが用いられるようにしなければならない。
- 5.2 特定のテーマに関する学校の達成度を評価する尺度を持たなければならない。
6. 公平性の課題を含め、目的を定めるために学校と共同する過程を持たなければならない。
7. 目的設定の到達と全体にわたる公平性の課題の提示の保障のために、学校を支援しなければならない。
8. 活動の影響の評価に際して学校を支援しなければならない。
9. 学校に成功を評価し、達成を促進し、更なる発展のための動機を維持する機会を提供しなければならない。

- ① リーダーシップ, 管理, 変化への対応
- ② 方針の開発
- ③ カリキュラムの計画と情報源
- ④ 教授と学習
- ⑤ 学校の文化と環境
- ⑥ 児童生徒の声を聴くこと
- ⑦ 児童生徒への支援サービスの提供
- ⑧ スタッフの専門的発達, 健康, 福祉
- ⑨ 保護者, 地域コミュニティとの連携
- ⑩ 児童生徒の達成度の評価, 記録, 報告

NHSS の指導書には, これらの要素に関して LHSP の達成度を評価するための基本となる評価項目も提供されている。

これらの基準は LEAs を対象として作成されているが, 同時に学校が Healthy School の実現に向けて PSHE や薬物教育, 性教育などの課題に取り組むときのガイドラインとして利用できるとされている。これらの要素については, 学校コミュニティ全体で取り組むことが効果を高めるとされている PSHE や性と人間関係の教育などの指導書にも取り上げられている¹²⁾。

英国が学校全体で健康教育に取り組むために鍵となる 10 の要素として挙げている項目は, HPS の 12 の基準とともに, 日本の学校健康教育を包括的なものとするための課題を具体化する際の検討項目として役立てることができると考えられる。

(4) National Healthy Schools Programme の青写真

2004 年, 英国教育職業技能省は, 各学校が Healthy School になるための鍵となる目標を提示した¹⁴⁾。

- 1) 健康的なライフスタイルを奨励する学校の校風と環境を促進すること
- 2) 健康的なライフスタイルを達成するためのカリキュラムを十分かつ柔軟に利用すること
- 3) 健康的なライフスタイルに関するメッセージを強化するように, 授業日の間, 食事と飲料水を必ず確保すること
- 4) 質の高い体育と学校スポーツを提供すること, 及び生涯にわたる健康的なライフスタイルの一部としての身体活動を促進すること
- 5) 生涯にわたる健康に影響するあらゆる課題と行動の理解を促進すること

これらの目標は, 各学校がより健康な場所になるための創意を支援する目的で提唱されている。学校がこれらの目標を実践に反映することで, 児童生徒の現在から将来にわたってより健康的な選択をする態度の形成に一役を担うことが期待されており, 財政的な支援が準備されている。

このような青写真が出された背景には, 幼少期の肥満の問題があるということであるが, 設定された目標は児童生徒の健康に影響する要素を幅広く捉えている。英国の学校保健活動は, 健康に有害な行動の予防を含め, 教育カリキュラムや周囲の環境や日々の生活からのメッセージを通じて, 児童生徒が健康的なライフスタイルを身につけることを目指していることが察せられる。LHSP はさまざまな健康の課題への取り組みを支援するものであるが, 達成すべき目標は児童生徒が現在から生涯にわたって健康を保持増進するための知識や態度, 価値観, ライフスキルを学習することであり, 教育カリキュラムによる健康教育を補完する学校環境や給食を含む保健サービスの教育的側面を重視していると考えられる。

2. 英国の学校健康教育カリキュラム: Personal, Social and Health Education (PSHE)

(1) PSHE について

1) PSHE の概要

NHSS のテーマのひとつに挙げられている PSHE は、Healthy School の実現にも大きな役割を期待されている、学校健康教育の中核となる教育カリキュラムである。英国政府は、学校カリキュラムのねらい(表 6-2.1)の達成には PSHE の効果的な実践が不可欠であるとし、他の教科教育と同様に、日本の学習指導要領にあたる全国共通カリキュラムを整備している¹⁰⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。

PSHE は、『諸外国における初等・中等教育』(文部科学省)の中で、「人格・社会性の発達及び健康教育」と訳されている¹⁷⁾。初等教育段階では PSHE and citizenship, 中等教育段階では PSHE として実施される。本研究では、両者を一括して PSHE とする¹⁵⁾¹⁶⁾。Citizenship は、中等教育段階では、初等教育段階の citizenship により専門的な内容を加えた別の一つの教科として義務づけられている^{注 1)}。しかし、Citizenship と PSHE との関連性は維持して考えられている¹⁰⁾。

PSHE は、児童生徒の人格と社会性の発達を促進し、児童生徒が個人及び社会の一員として、自信を持ち、健康で責任ある生活を営むために必要な知識とスキル、理解を形成するための教育である。PSHE では、青少年の自己意識、肯定的なセルフエスティーム及び自信の形成、強化を基盤として、次の事項を実現することを目指している¹⁵⁾¹⁶⁾。

- ・ 可能な限り健康でいる。
- ・ 自他の安全を守る。
- ・ 価値があり満足できる人間関係を持つ。
- ・ 人々の間の多様性を尊重する。
- ・ 独立心と責任感を育てる。
- ・ 民主主義社会の一員として活発な役割を果たす。(初等教育段階)
- ・ 自他の能力を最大にする。

PSHE は non-statutory の教科であり、その実施は学校に義務づけられていない。英国の学校教育では、健康に関連する学習の基本的な内容は理科等に含まれている¹⁸⁾。また、体育科なども関係していると考えられる¹⁹⁾。性教育や薬物教育など、健康に関連する領域の教育は、教科で取り扱われている関連する学習内容を核とし、PSHE を基盤として実施することで効果を高めることができ、学校健康教育のねらいの達成に資することができるとされている²⁰⁾²¹⁾。PSHE も他教科と同様、Ofsted (Office for Standard in Education) の視察の対象となっており、実施状況などが報告されている²²⁾²³⁾。また、PSHE を担当する教師に対する研修や資格認定なども実施されている²⁴⁾。

表 6-2.1: 英国の学校教育課程のねらい(1988 年教育改革法)²⁵⁾

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">すべての児童生徒に学習と成功のための機会を提供すること児童生徒の精神的 (spiritual)^{注 2)}、道徳的、社会的、文化的発達を促し、すべての児童生徒に成人したときの生活における機会や責任、経験に対して準備させること |
|--|

表 6-2.3: PSHE の枠組みの例 ¹⁰⁾

		KS1 (5-7歳)
知識 、 スキル 、 理解	1. 自信と責任感を発達させ、能力を最大にする	a. 彼らが好きなことと嫌いなこと、公正なことと不公正なこと、善悪を認識すること。
		b. 彼らが関心のあることについての意見を共有し、彼らの見方を説明すること。
		c. 彼らの感情を肯定的に認識し、名付け、対処すること。
		d. 彼ら自身について考え、彼らの経験から学び、彼らが得意なことを認識すること。
		e. 簡単な目標設定の方法
	2. 市民として積極的な役割を果たすための準備	a. 1対1, クラス全体での討論に参加すること。
		b. トピックとなる問題についての簡単なディベートに参加すること。
		c. 彼らが下せる選択を認識し、善悪の違いを認識すること。
		d. グループとクラスのためのルールを合意して従い、ルールが彼らを支援する方法を理解すること。
		e. 人々と他の生物はニーズを持つことと、彼らにそれらに対応する責任があることに気付くこと。
		f. 彼らが、家族や学校のようなさまざまなグループとコミュニティに所属していること。
		g. 彼らの地域、自然、築いた環境を向上し、損害を与えるものと、人がそれらの世話をするいくつかの方法について。
h. クラスと学校での生活に貢献すること。		
i. 金銭は多様な資源から来て、さまざまな目的に使用できることに気付くこと。		
3. 健康で安全なライフスタイルの発達	a. 彼らの健康と幸福を向上する簡単な選択の方法	
	b. 個人的衛生状態を維持すること。	
	c. いくつかの病気の広がり方とコントロールの方法	
	d. 若者から年長に成長する過程についてと人々のニーズがどのように変化するかについて。	
	e. 身体的主要部分の名称	
	f. 医薬品を含むすべての生活製品は正しく使用しないと有害になる可能性があること。	
	g. 基本的な交通安全を含め、安全を維持するためのルールと方法と、彼らの安全を守る支援のできる人について。	
4. よい人間関係の発達と人々への違いの尊重	a. 彼らの行動がどのように他者に影響するかを認識すること。	
	b. 他者の話を聴き、協力的に振る舞い働くこと。	
	c. 人々への間の相違点と類似点を特定し、尊重すること。	
	d. 家族と友人は互いに気遣うべきであること。	
	e. さまざまなタイプのからかいやいじめがあること、いじめは悪いこと、いじめに対処するための支援を得る方法	
幅広い機会	a. 責任を持ち、共有する。	
	b. 彼ら自身について肯定的に感じる。	
	c. 討論に参加する。	
	d. 本当の選択をする。	
	e. 人と会い、話す。	
	f. 作業と遊びを通じて人間関係を発達させる。	
	g. 日常生活において遭遇する社会的、道徳的ジレンマについてよく考える。	
	h. 支援を求める。	

表 6-2.4: 健康教育と関連のある理科の全国共通カリキュラムの内容(抜粋)¹⁸⁾

KS1	一生の過程	b. ヒトを含む動物は、動き、食べ、育ち、感覚を用い、繁殖する。
	ヒトと他の動物	a. ヒトと他の動物の身体の主要な外的部分を認識し比較する。 d. 医薬としての薬物の役割について f. ヒトと他の動物は子孫を作り、大人へと成長することができる。
	多様性と分類	a. 彼ら自身と他者の相違を認識し、他者を慎重に扱う。
KS2	一生の過程	a. 栄養、動作、成長、生殖を含むヒトと他の動物に共通する一生の過程について
	ヒトと他動物	a. 歯の機能と手入れについて b. 活動と成長のための食物の必要性についてと、健康のための適切で多様な栄養の重要性について c. 肺を含む全身への欠陥を通じた血液循環のためのポンプとしての心臓の役割 d. 運動と休息の脈拍への影響について e. ヒトと他のいくつかの動物は身体を支え保護し、その動きを助けるために骨格と筋肉を持っていること f. ヒトの一生の主要な段階について g. ヒトの身体へのタバコ、アルコール、その他の薬物の影響と、これらが彼らの個人的健康にどう関係するかについて
KS3	細胞と細胞の機能	c. ヒトと花の咲く植物の受精は、オスとメスの細胞の融合であること
	組織体としてのヒト	a. 炭水化物、タンパク質、脂肪、ミネラル、ビタミン、食物繊維、水分を含むバランスのとれた栄養の必要性についてと、食物はこれらの源であること b. 大きな分子を小さくする酵素の役割を含む、消化の原理 c. 消化の生産物は血流に吸収され全身に運ばれることと、役に立たないミネラルは排出されること d. 食物は身体活動を維持する呼吸の間の燃料として、成長と補修のための原材料として用いられること f. 青少年期に起こる身体的、情緒的変化について g. 月経周期と受精を含むヒトの生殖システムについて h. 胎盤の役割を含め、胎児が子宮内でどう育つか i. 喫煙の影響を含むガス交換における肺構造の役割 m. アルコール、有機溶剤その他の薬物の乱用は健康に影響すること n. バクテリアの繁殖とウィルスの増幅が健康にどう影響するかと、身体の自然防御は免疫法と医学によりどう強化されるか
KS4	組織体としてのヒト	a. 組織の機能と酵素、胃液、胆汁の役割を含む消化の過程 b. 血液の構成と機能 c. 多様な刺激に対する信号の経路 d. 反射弓がどのように刺激にすばやく反応するか e. 光に対する目の機能の反応 f. 性ホルモンの効果を含むホルモン支配の起こり方 g. 生殖力の支配と促進を含むホルモンの医学的な利用のいくつかについて h. 継続的な内的環境の維持の重要性 i. 身体機能の廃棄物が腎臓によってどう取り除かれるか j. 腎臓が身体の水分量をどう調整するか k. ヒトがどのように体温を維持するか l. 皮膚と血液の役割を含む身体の防御機構について m. 有機溶剤、アルコール、タバコ、その他の薬物の身体機能への影響

3) PSHE の実践

(i) 学習機会と学習環境

PSHE は、PSHE の授業の他、他の教科や領域の授業や関連する活動や行事、個人指導など、学校生活の中のさまざまな機会を通じて実施することとされている。英国政府は、これらの形式を適切に組み合わせ、学校の教育活動全体を通じて PSHE が実施されることを期待している¹⁵⁾¹⁶⁾。

PSHE の枠組みに示されている学習機会によると、ルールを作る、人と会う、話し合い、グループワークなど、学校生活の中の一つ一つの具体的な経験が、PSHE に関する知識や理解を深め、スキルを形成する機会になるとされている¹⁰⁾。授業など直接的なものだけでなく、学校生活のさまざまな場面での間接的な学習機会にも留意して PSHE の学習機会を捉えることとしていることは、WHO の包括的学校健康教育の考え方も共通し、注目に値する⁵⁾。このような経験を日本の学校教育の中から例を挙げてみると、当番や委員会活動などは、責任を持つことや他者と共同するなどの学習機会に該当すると考えられる。

さらに、PSHE の指導書には、PSHE と学校の価値観や社会文化的環境、校風 (ethos) などとは反映しあうべきものであると述べられている¹⁵⁾¹⁶⁾。学校の価値観や社会文化的環境、校風などと PSHE の学習内容に一貫性があり、それらは児童生徒の PSHE の学習を支援するものであることが求められている。このことから、英国政府は、教育カリキュラムに加え、学校生活のさまざまな感化的な要素に児童生徒の PSHE に関する学習の機会を見いだしており、教育カリキュラム及び学習環境の整備の両面から、PSHE を促進することを求めていると推察される。

以上のことから、PSHE は、単に教科や領域横断的な学習等の教育カリキュラムの範囲を超え、学校環境や文化、学校関係者の態度など従来ヒドゥン・カリキュラムとなっている部分を含め、児童生徒の人格、社会性の発達に影響を与える要素という視点からカリキュラムを整理する考え方の教科のようである。これは、WHO が包括的健康教育の要素として指摘する「すべての健康に関するメッセージを一致させる」⁵⁾ことを目指して実施されていると推察される。

(ii) 教授と学習について

PSHE を効果的に実施するためには、多様な教育方法、戦略を用いる必要があると考えられている。児童生徒の知識、スキル、理解の発達は、共同的な学習や、意志決定や責任を持つ経験、及びそれらの経験を振り返ることにより促進されると考えられている。そのため、討論やロールプレイ、学校や地域におけるプロジェクトの計画、実施、学外の専門家の来訪等、多様な学習機会を提供する幅広い教授戦略が求められている¹⁵⁾¹⁶⁾。

また、PSHE の枠組みにある幅広い学習機会¹⁰⁾に挙げられている責任を持つ、人と合う、討論するなどの学校生活のさまざまな活動は、PSHE の学習教材として捉えられていると考えられる。加えて、PSHE の一義的教育者は保護者であると考えられていることと、学校外の実際の生活の場面を通じた学習機会も必要であると考えられているため、保護者や地域コミュニティと連携した学習の進行が重視されている¹⁵⁾¹⁶⁾。

保護者や地域コミュニティと連携し学校コミュニティ全体で PSHE に取り組む過程では、各学校には PSHE の方針を作成することが奨励されている。PSHE の方針は、当該校における児童生徒の精神的 (spiritual)、道徳的、社会的、文化的発達の促進に関わる方針と関連付けて

開発するべきであるとされている¹⁵⁾¹⁶⁾。教育実践の形式に関わらず、学校生活全般にわたって、PSHE の教授と学習がバランスよく一貫していることが重視されていると考えられる。

(iii) PSHE の評価

PSHE の評価は、次に挙げる大きく 2 つの領域に関して行われる¹⁵⁾¹⁶⁾。

- ① 健康に関する情報、健康と安全を確保するための手順の理解などについて、児童生徒が知識を持ち、理解しているか。
- ② 児童生徒は、討論への参加、グループの課題と活動、衝突(トラブル)の解決、意志決定、肯定的な人間関係の促進などを通じたスキルと態度の形成に知識と理解を上手に活かしているか。

これらの評価は、児童生徒と教師の両方に還元されるものとして設定されている。児童生徒に対しては、彼ら自身の進歩の過程を知り、目標設定を通じて努力が必要な領域を方向付け、彼らの進歩を振り返ることにより自信を持ち、参加行動に誇りを持つ機会を与えると考えられている。一方、教師に対しては、児童生徒に学習と将来の学習計画に関してフィードバックし、教授と学習の有効性を知り、児童生徒の達成度の基準を明確にし、保護者に児童生徒の学習に関してフィードバックする機会を提供すると考えられている¹⁵⁾¹⁶⁾。

また、英国では、公立学校に対して視察が行われており、評価は、学校自身で実施するほか、学外の機関によっても実施されている³⁵⁾³⁶⁾。学外機関による視察には基準が作られており、各学校における自己評価を支援するものとしても提供されている。PSHE についても、同様である(35-38)。

(iv) 学校、家庭、地域コミュニティの連携: 共同的な学校健康教育の推進

PSHE の学習は、学校生活のさまざまな機会に行われることから、児童生徒の人格的、社会的発達をより効果的なものとするために、保護者や地域コミュニティ等を含めた学校全体で取り組むことが求められている。また、保護者との連携は、学校における PSHE は、家庭におけるこれらの教育を補完するものであると考えられていることから、特に不可欠であると考えられている¹⁵⁾¹⁶⁾。

学校全体での取り組み、あるいは学校、保護者、地域コミュニティ等の連携は、他の教科や領域の教育においても重視されているが、PSHE の実施にあたって特に強調されている¹⁵⁾¹⁶⁾⁴¹⁾。学校全体で PSHE に取り組むための主要な鍵となる要素は、NHSS に示されている通りである¹²⁾。英国政府は Healthy Schools プログラムなどの推進を通じて、PSHE や学校保健、健康教育のための学校、保護者、地域コミュニティ等の連携を積極的に支援している¹²⁾。どのような活動を実施するかを決定するのは現場である各校ごとに任せるとしても、その手順を指導する NHSS のような基準を示すことは、学校全体で取り組むことを如何に重視しているかを示すことにつながっていると考えられる。

英国の公立学校に学校理事会が設置されていることは、保護者や地域コミュニティの人々を含む学校コミュニティ全体で PSHE などに取り組むことを促進する要素となっていると考えられる。学校理事会は、学校長、教職員や保護者、地域コミュニティ、地方教育行政の代表等からなり、学校や教育の方針の作成や運営などに携わっている⁴²⁾⁴³⁾。政府は、PSHE についても学校方針を作成することを勧告している。関連各方面の代表者から成る学校理事会による方針作成

は、PSHE に学校全体で取り組むための素地となると考えられる。

4) 価値観の取り扱い

PSHE の枠組みは、学習する知識、スキル、理解について挙げられており、価値観については述べられていない¹⁰⁾。しかし、PSHE の指導書や枠組みを見るとわかるとおり、PSHE の実施においては、学習する事柄に関連する価値観についても取り扱われる。そのため、全国共通カリキュラムに「National Forum for Values in Education and the Community による価値観に関する声名」が挙げられていることは重要であると考えられる⁴²⁾。

声名は、そこに示されている価値観は、「社会一般に賛同すべき価値観かどうかではなく、社会一般に共通に賛同されている価値観」を「コンセンサス」によって決められており、「幅広いコミュニティの見方の範囲を反映し」ているとしている。それでも、「どのようにこれらの価値観を解釈し適用すべきかは学校が決めること」であるとしており、学校コミュニティの人々や考え方を考慮することを重視していると推察される。その上で、「これらの価値観は、例外を認めないほど、大変基本的であり、「学校と教師は、これらの価値観に関して社会一般的賛同があることを確信している。彼らはそれ故、彼らの教授と学校の校風をこれらの価値観に基づいて行う場合に、社会の支援と助長を期待している」としている⁴²⁾。

声名は、自己、人間関係、社会、環境についての社会一般的な価値観を挙げている(表 6-2.5)。

5) PSHE 担当教員の認定基準

今日の学校健康教育では、担当教員の研修やトレーニングが重視されている¹⁴⁾。英国の PSHE においても、学校全体で取り組むための 10 の鍵となる要素の 1 つに教師の専門性の発達が挙げられている通り、教師の専門性が重視されている¹²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。鍵となる要素には、全教職員が PSHE に関するトレーニングを受けることが求めており、専門性の発達を支援するプログラムが組まれている。そのプログラムに従ってトレーニングを受け、経験を積み、基準に達した教師に対しては、PSHE 担当の資格が認定されている²⁴⁾。基準の概要は、表 6-2.6 に示す。

基準は PSHE そのものに関するものと、PSHE の枠組みの中で行う性教育あるいは薬物教育に関して設定されている²⁴⁾。これは、英国政府が学校健康教育の課題の中でも、特に性と薬物に関する教育を慎重に取り扱おうとしていることを表していると考えられる。

認定基準には、PSHE と SRE あるいは薬物教育に関する教育内容や方法だけでなく、その背景にある法律や政府や地方行政の戦略、子どもの保護などに関する事柄についても知識と理解があり、教授に適用する能力に関するものも含まれている。また、効果的に教授するために児童生徒と相談をするなど、児童生徒のニーズや実態、関心の把握や、信頼や尊重を保つための授業の決まりの開発、質問への対応、偏見の対処、議論に慎重を要する討論の管理など、安全、安心な学習環境の構築に関する能力についての基準も含まれている²⁴⁾。

表 6-2.5: 価値観に関する声名⁴²⁾

自己

我々は、我々自身をスピリチュアル、道徳的、知性的、身体的成長と発達の可能性を持つ独特な人間として価値付ける。

これらの価値観に基づき、我々は以下のようにすべきである。

- ・ 我々自身の性格、長所、短所の理解を発達させる。
- ・ 自尊心と自己規律を発達させる。
- ・ 我々の生活における意味と目的を明らかにし、これに基づいて、我々の生きるべき生き方をどう信じるかを定める。
- ・ 我々の能力、権利、機会を責任を持って用いる。
- ・ 我々の能力の中で、我々自身の生き方に説明を持つ。

人間関係

我々は、彼らが持っているもの、我々のためにできることのためだけでなく、他者自身を価値付ける。我々は、人間関係を我々自身と他者、コミュニティの良さの発達と満足の基礎として、人間関係を価値付ける。

これらの価値観に基づき、我々は以下のようにすべきである。

- ・ 子どもを含め、他者を尊重する。
- ・ 他者を思いやり、彼らに対処するとき親切を実践する。
- ・ 他者に彼らは価値があることを示す。
- ・ 誠実、信用、信頼を得る。
- ・ 他者と協力して働く。
- ・ 他者のプライバシーと所有権を尊重する。
- ・ 平和的に論争を解決する。

社会

我々は、真実、自由、正義、人権、法の規則、共通の善のための集会的努力を価値付ける。特に、我々は、家族を全ての成員のための愛情と支援の源として、人々が他者を世話する社会の基盤として価値付ける。

これらの価値観に基づき、我々は以下のようにすべきである。

- ・ 市民としての我々の責任を理解し、実践する。
- ・ 個人やコミュニティに有害な価値観や行動の支援を断る。
- ・ 子育てと扶養者の世話をする家族を支援する。
- ・ 結婚制度を支援する。
- ・ 安全で幸せな子ども時代のために要求される愛情と契約はまた、異なる種類の家族にも見ることができていることを認識する。
- ・ 人々が法律と法的過程について知ることを助ける。
- ・ 法の規則を尊重し、他者がそうすることを奨励する。
- ・ 宗教的、文化的多様性を尊重する。
- ・ 全ての人々のための機会を促進する。
- ・ 自分自身で品位あるライフスタイルを維持できない人々を支援する。
- ・ コミュニティの全部門で、民主的過程への参加を促進する。
- ・ 経済的、文化的資源から利益を得るのと同様、それらに貢献する。
- ・ 公的、私的生活において、真実、誠実、正直、親切を優先する。

環境

我々は、自然環境と人工的環境を、生活の基盤と不思議と感動の源として価値付ける。

これらの価値観に基づき、我々は以下のようにすべきである。

- ・ 将来の世代のために継続可能な環境を維持する、我々の責任を受け入れる。
- ・ 自然の中の人間の立場を理解する。
- ・ 他の種族のための我々の責任を理解する。
- ・ 発達が正当化できることを保障する。
- ・ できる限りどこでも自然の平衡と多様性を保存する。
- ・ 将来の世代のために美と関心の領域を保存する。
- ・ できる限りどこでも、人間発達その他の方法によって受けた生息地の損傷を修復する。

表 6-2.6:PSHE 担当教員の資格認定基準の概要²⁴⁾

A 面 文脈と中核スキル:PSHE の教授と生徒の学習の管理

1. 文脈
2. 安全な学習環境の構築
3. 効果的な教授と学習
4. 振り返り, 評価, アセスメント
5. 効果的なパートナーシップ

**B 面 知識と理解, 及び SRE あるいは薬物教育*へのその適用
以下の発達**

1. 自己認識, 自信, 責任
2. 健康で安全なライフスタイル
3. 肯定的人間関係と違いと多様性の尊重

*B 面では, SRE と薬物教育のうち 1 つしか選べない。

(2) 英国の学校における健康教育の特長からみる日本の健康教育の充実のための課題

1) 健康教育の領域

今日の健康教育あるいは健康に関連する領域の教育においては, セルフエスティームや意志決定, 問題対処, 対人関係等のライフスキルの形成を促進するライフスキル教育を導入する方向にある⁴³⁻⁴⁶⁾。これらの健康教育は, 児童生徒が情報に基づき, 人間関係や社会的影響も考慮した責任ある健康行動を選択し実行するのに必要な心理社会的能力としてライフスキルの育成を目指す⁴⁾。

英国は, PSHE を通じた健康の保持増進を含む人格, 社会性の発達を学校教育課程のねらいの達成に不可欠な要素と位置づけている¹⁵⁾¹⁶⁾。児童生徒の身体的, 情緒的な健康の増進を学業や発達の達成や基準の向上の基盤にするこの考え方は, ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章に示された, 健康を「身体的能力であると同時に, 社会的, 個人的資源」であり, 生活の質 (quality of life: QOL) とする概念と一致する³³⁾と考えられる。ライフスキルの育成はヘルスプロモーション活動のひとつであり³³⁾, 今日の学校健康教育に不可欠な要素であるが, PSHE でもセルフエスティームをはじめとするライフスキルやその他のスキルの形成を重要な要素としている¹⁰⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。

PSHE は, 児童生徒の健康の保持増進を含む人格, 社会性の発達を一体として捉え, 促進する教育である。PSHE の枠組みには, 人格, 社会性の発達と健康の保持増進に関わるさまざまな内容が含まれていると考えられている。PSHE のねらいが, 児童生徒が健康で安全に, 個人の能力を最大限に活かす生活を営むために必要とする自覚や肯定的なセルフエスティーム, 自信を培うことを支援することにあることから, 多様な内容を包含することになっていると考えられる。

PSHE には職業教育, 個人的財政や民主主義などの教育も含まれている¹⁰⁾。これらの内容を健康教育の領域とするには健康に対する広範な定義が必要となると思われるが, 身体的, 精

神的, 社会的側面から健康を定義している WHO は, オタワ憲章において, 平和や収入, 社会的公正と平等などを健康の基本的な必要条件(表 6-2.7)であるとしている³³⁾. 今日の日本の社会においては, 青少年の不登校やひきこもりと関連してニートやフリーターなどの課題を捉える傾向が見られる⁴⁷⁾. 就業や収入があることなども, 青少年の心身, 特に心の健康の問題と関連していることも考えられる. PSHE の枠組みに含まれている学習内容は, ヘルスプロモーションの視点に基づく健康教育では, 健康の保持増進に必要な要素に幅広く取り組む必要があることを示唆しているとも捉えられる.

英国においては, 社会的, 経済的不利と健康問題との関連が強く認められている⁴⁸⁾. 日本の学校健康教育においても, いじめや不登校, 暴力など, 心身の健康と社会的な価値観や態度などの複合的な要素からなる問題への対処が必要となっている¹⁾. 性の逸脱行動や薬物乱用などは, 道徳教育との関連があるとされているように, 人間関係や社会的な要因等にも, 社会的に責任ある行動とも関連している. 英国では, Citizenship Education (公民教育)でも薬物乱用防止教育に取り組んでおり, 効果を示しているということである²⁰⁾⁴⁹⁾. 自己の健康の保持増進とともに, 自他の健康を保持増進する環境を創造, 維持することも健康教育の課題となる. これらのことから, オタワ憲章にも指摘されているように, 人格, 社会性の発達は健康の保持増進のための課題でもあると考えられる³³⁾. PSHE のように包括的な教育内容, 課題領域の枠組みの設定には, 児童生徒に期待する健康の3つの側面, 身体的, 精神的, 社会的な健康の保持増進に対応する学習効果に即した, 総合的かつ具体的な健康教育の柔軟な計画, 実施を期待できると考えられる.

表 6-2.7: 健康のための必須条件(オタワ憲章より)³³⁾

<ul style="list-style-type: none"> ・ 平和 ・ 保護 ・ 教育 ・ 食物 ・ 収入 ・ 安定した生態系 ・ 持続可能な資源 ・ 社会的正義と平等
--

2) 領域横断的な構成

PSHE は, 人間関係の構築や基本的なライフスキル形成等の今日の健康教育の要素, 性教育や薬物乱用防止教育など, 健康に関連する領域の教育を広く包含し, 初等・中等教育期間を一貫して構成されている¹⁰⁾. そのため, 基本的なものから課題に具体的なものへと発展する, より効果的で系統的なライフスキル学習が可能となっていると考えられる.

基本的なライフスキルは, ささまざまな社会問題や健康課題への対処に共通して必要とされると考えられており, ささまざまな健康領域の課題にスキルを応用するための基礎となる⁴⁾⁵⁰⁾. このことから, 教育段階を見通した学校健康教育は, 当初から基本的なライフスキル学習を開始し,

発達段階や教育段階の進行に応じて遭遇する可能性のある課題への対処に必要なと考えられる知識や能力などの形成に取り組む構成が求められる。PSHE のようにさまざまな要素を包含する枠組みの設定は、初等教育段階の初期から身近な課題を通じた基本的なライフスキル形成のための教育を開始し、学年進行に応じて、個々の健康領域に具体的な課題に基本的なライフスキルやその他の対処スキルを適応し強化する、発展的な教育構成が可能になると考えられる。このような系統的、発展的教育課程は、物理的に制限のある学校教育の中での効率的な健康教育の計画、実施が期待できる。

しかし、PSHE の枠組みの中の健康に関連する領域の教育は、理科やその他の教科領域と相補的であり、完結していない。そのため、PSHE は関連する教科や領域の教育との連携が重視され、基本的にさまざまな機会を捉えて実施することとされている¹⁰⁾¹⁵⁾¹⁶⁾。性教育や薬物乱用防止教育の例のように、専門的な内容は学外の専門家との連携も考慮しながら専門的な領域で正確な知識を与えることが適切であると考えられているようである。PSHE には、そのような教育と関連付けることにより、科学的理解の深まりがあり、人間関係や人格、社会性の発達などとの関係を意識した包括的な教育へと編成する柔軟性がある。

健康教育や環境教育、公民教育などの学際的な領域の課題を PSHE の枠組みの中に位置づけながらも完結させていないことは、それぞれの教育の専門的な側面を重視すると共に、それらの専門的な学習を児童生徒の健康の保持増進を含む人格、社会性の発達や、実生活場面における学習成果の実践に結びつけることの必要性を認識した教育構成を期待するものであると考えられる。また、授業時数が限られている中で、カリキュラム上の重複を極力避けながらも、スキル形成のような経験による学習が必要な面では、さまざまな学習活動を通じた繰り返し学習や螺旋型学習を実施しやすくすることが期待できると考えられる。

日本においても、健康は、総合的、横断的な学習を行う総合的な学習の時間に適切なテーマのひとつとして挙げられている⁶⁻⁸⁾。健康教育や健康に関連する領域の教育は、教科学習等との領域横断的で「生きる力」を養う、多様な学習による学習を進める総合的な学習の時間で取り扱うのに適当な課題であると考えられる⁵⁰⁾。日本の学校においても、PSHE のような学際的な学習内容の枠組みに基づいて教育計画を立てることにより、さまざまな機会や場面における課題に適用する経験を積むことで強化することが必要となるライフスキル形成も含めて、効率的な健康教育カリキュラムを組むことが可能になると考えられる。すなわち、学習した正確な知識や価値観、態度などをライフスキルによって行動に結びつける、「生きる力」となる教育の展開が期待できる。しかし、その場合、日本で対象となる児童生徒の発育発達、ニーズに対応し、また健康課題の性格にも配慮した学習内容、構成を検討することが求められると考える。

3) 教育方法

ライフスキル教育においては、実際にライフスキルを実践しながら学習を進める方法が効果的であると考えられている。そのため、討論やロールプレイ、体験など、さまざまな学習活動を取り入れることなどが求められる³⁾⁴⁾。PSHE では、講義、討論などの授業によるもののほか、「PSHE の日」の開催など、児童生徒が学校や地域でのプロジェクトの計画、実施に主体的に関わり、共同して学習を進めることが考えられている¹⁵⁾¹⁶⁾。これは、スキルを実際に適用する経験を通じて学習を深めるライフスキル教育の教育方法としても効果の期待できるものである。また、経験的、共同的な学習は、ライフスキルを通じて実行される自己の価値観や態度、社会規範、知識、

理解などを他者とすり合わせ、共有することにより深め、確立する機会となると考えられる。

英国政府が経験的、共同的な学習を重視する姿勢は、PSHE の枠組みにも表されている。PSHE の枠組みに具体例を挙げて学習機会を示していることは¹⁰⁾、学習機会を幅広く捉える必要性を、教育者及び学習者に明確に意識づける方法のひとつと考えられる。

WHO は、学校健康教育はスキルを模倣し、実践する経験を提供するべきであると述べている⁵¹⁾。この点で、幅広く学習機会を捉える PSHE は、ライフスキル形成を基盤とする包括的な健康教育の考え方に沿った学習展開の一例であると考えられる。日本においてもライフスキル教育に基づいた健康教育を計画する場合には、参考となる方法であると考えられる。

また、英国政府は、PSHE の計画、実施、評価等に学校コミュニティ全体で取り組むことを求めている¹⁵⁾¹⁶⁾。学校での PSHE の学習は、一義的な教育者である保護者と家庭における学習を補完するものであるという前提に立っていることから、健康に関する専門家や保健サービス、地域コミュニティの人々などの関わりや家庭での保護者や家族の関わり、学校外での生活という経験を通じた学習にも重点をおいた教育が考慮されていると考えられる。

日本で求められている学校と家庭、地域社会との連携においても、学校、家庭、地域等、学校内外での児童生徒の学習を統合して捉え、教育目標を達成するための要素を整理して教育課程の中に組み込み、共同して教育を構成することは、これらの対等な立場での連携を促進することにつながると考えられる。

4) 教授・学習を支援する環境整備

HPS では、児童生徒には健康的で安全な学習環境を、教職員に対しては健康で安全な職場環境を提供することを支援するとされている⁵²⁾。英国の Healthy Schools プログラムはそのような環境づくりの重要性を指摘し、実現を目指すために施行されている支援制度である¹²⁾。WHO の HPS や英国の NHSS や PSHE はともに、児童生徒が安全に安心して学校生活を営めるように物理的な学習環境の整備を図ることと同時に、健康や安全に対する価値観や態度を育てる心理社会的な環境の整備にも言及している¹²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾⁵¹⁾。

(i) 物理的な学習環境

物理的な学習環境の整備は、校舎や運動場、内部構造などに関わるもので、日本における学校環境衛生基準の設置やその活動などがその具体例のひとつである。学校給食の提供も、栄養指導の機会であるとともに学習を支援する要素である⁵¹⁾。健康サービスを提供するための物的、人的資源の提供もこの要素に含まれると考えられる。これらは学校保健の基盤となる部分に対する支援である。

PSHE の指導書には、安全で清潔な設備や運動場、救急処置のための施設などの整備が挙げられている¹⁵⁾¹⁶⁾。学校の物理的な学習環境の整備に関しては、英国政府も教育環境の改善、充実に取り組んでいる⁵³⁾。また、Healthy Schools プログラムでは、社会的な不利が児童生徒の健康と安全及び教育の享受に際する不平等をもたらさないようにするための取り組みがなされており、必要に応じ、学校で児童生徒に対し朝食や昼食の無料提供も実施されている¹¹⁾¹⁴⁾。英国政府は、学校の情報機器の充実を図り、教師、保護者、児童生徒等に向けてインターネットによる PSHE や Healthy Schools に関する情報提供を行っている²⁵⁾³⁷⁾⁵³⁻⁵⁶⁾。教師に対しては、教授に関する専門的なものや研修に関する情報を提供し、保護者や児童生徒等に

対しては理解を促進する内容が提供されている。このような情報提供のための取り組みも、物理的な学習環境の整備につながり、教授・学習を支援する環境づくりを促進するものと考えられる。

日本の学校教育においては、学校環境衛生管理や安全管理、学校給食の提供、保健室の設置など、物理的な学習環境の整備に多大な労力が支払われていると考えられる。しかし、学校健康教育が保健教育、安全教育及び給食指導(食育を含む)などを統合した概念として実施されつつあるにもかかわらず¹⁾、児童生徒の健康と健康に関する学習に影響する要素であるという共通性を持ちながら、環境衛生管理や安全管理、給食管理などはそれぞれ独立して機能する傾向があるようである。これらの取り組みが児童生徒の現在と将来の健康の保持増進に対して持つ教育的意義を改めて見直し、ヒドゥン・カリキュラムを超えて顕在的カリキュラムとして教育に組み込むことは、学校健康教育の充実に資すると考えられる。

(ii) 心理社会的な学習環境

心理社会的な学習環境に関連する範囲は学校方針や学校文化とも関わって幅広く、学内の禁煙や危険物の持ち込み禁止によって作られる雰囲気、学校給食や食堂で提供する献立内容への配慮、学校と保護者との関係性、教師の行動や態度などが具体例として挙げられる⁵¹⁾。このような心理社会的な環境は、教育課程審議会答申(平成 10 年)において、教育活動を展開するために学校が備えておくべきこととして指摘している事柄とも関連している(表 6-2.8)⁵⁷⁾。これらは、教育的な計画や意図がない場合でも、学習支援あるいは阻害の要素となっていることが考えられる。このため、心理社会的な学習環境の整備にあたっては、児童生徒が安心して学習に取り組める環境づくりのほか、児童生徒の日々の生活の中での教育カリキュラムやプログラムによらない学習、すなわちヒドゥン・カリキュラムについても考慮に入れる必要がある。

PSHE は学校生活のさまざまな側面で、さまざまな学習機会に実施するとされており、学校の文化や方針、校風、規則などとの関連が指摘されている。学校の価値観や校風、環境などは、PSHE の目的である児童生徒の健康と福利の保持増進を含めた人格、社会性の発達の促進に影響を与えるものとして捉えられている。これらの影響に対処することは、従来、ヒドゥン・カリキュラムとなっていた部分にも目を向けるものであると考えられる。PSHE では、児童生徒の健康的な選択を支援する状況づくり、学習成果の掲示、尊重しあう人間関係、図書館や情報センターなどの仕事を手伝う場の設定などが、学習環境の整備の例として挙げられている¹⁵⁾¹⁶⁾。学校や学級の雰囲気が、健康の保持増進や心身の良い状態に価値を置いている、よい人間関係を築くことを肯定しているなど、健康教育の目標や内容と一致していることは、価値観のゆらぎや二重規範の形成の防止に重要な意味を持つと考えられる。

PSHE では、学校コミュニティ全体で取り組む方法をとることにより、学習内容と学校の文化や校風とが相互に肯定的な影響を与えることを実現させていると考えられる¹⁵⁾¹⁶⁾。このような仕組みを作ることは、日本の学校健康教育において健康管理と関連付けた健康教育の構築などにも活かせる考え方であると考えられる。保健体育審議会は、答申で学校が組織として一体的に健康教育に取り組むことを求めているが¹⁾、NHSS に示された学校全体で取り組むための 10 の要素は、そのヒントになると考えられる。

心理社会的な環境の整備は、ライフスキル教育を効果的に実施する上でも重要であると考え

えられる。ライフスキル教育では、討論やロールプレイなど、活動的で共同的な学習方法が多く用いられる。PSHEの枠組みには、意見を述べる、情報に基づいた選択をする、責任を果たすといった学習機会の例が挙げられている¹⁰⁾。ライフスキル教育では、授業での学習に加え、日常繰り返されるライフスキルの適用の経験も学習機会とすることが、効果を高める上で重要である。授業においては、個々の意見が相互に尊重されることなど、安心して共同的な学習活動に参加できる学習環境を提供することが求められる。また、ライフスキルを実際の生活に適用し強化する段階においては、健康の保持増進を助長し、自分の選択に責任を持って行動することを重視するような環境のあることが、肯定的で健康的な行動やライフスタイルの形成を促すことにつながると考えられる。

表 6-2.8:平成 10 年教育課程審議会答申より⁵⁷⁾

(1) 教育課程の基準の改善に当たっての基本的考え方

(子どもたちの成長への願いと学校への期待)

(略)

ところで、我々の任務は、これからの教育課程の基準はいかにあるべきかを提示することであるが、その具体的な実現に当たっては、教育活動を展開する各学校が、その場にふさわしい環境を備えていることが不可欠である。

特に重要だと思われるものをいくつか挙げると、まず、学校は子どもたちにとって伸び伸びと過ごせる楽しい場所でなければならない。子どもたちが自分の興味・関心のあることにじっくり取り組めるゆとりがなければならない。また、分かりやすり授業が展開され、分からないことが自然に分かれないと言え、学習につまずいたり、試行錯誤したりすることが当然のこととして受け入れられる学校でなければならない。さらに、そのためには、その基盤として、子どもたちの好ましい人間関係や子どもと教師との信頼関係が確立し、学級の雰囲気も温かく、子どもたちが安心して、自分の力を発揮できるような場所でなければならない。

このような教育環境の中で、教科の授業だけでなく、学校でのすべての生活を通して、子どもたちが友だちや教師とともに学び合い活動する中で、自分がかけがえのない一人の人間として大切にされ、頼りにされている事を実感でき、存在感と自己実現の喜びを味わうことができることが大切であると考える。(略)

(iii) 学校環境と学校健康教育の相補性

WHO は、包括的な健康教育の要素として、公式、非公式等による教育のメッセージの統一が重要であることを指摘している⁵⁾⁵¹⁾。学校環境は、自分の学習環境が安全であることや安心であると思えることや、教職員などの態度は、主として非公式なメッセージ、すなわちヒドゥン・カリキュラムとなって学習に影響することが考えられる。例えば、HPSの12の基準では、教職員が児童生徒にとってはロールモデル、模範となることを考慮する必要があることを指摘しており⁵⁸⁾、今日、日本の学校において進められている学校内の禁煙化などは、このことを考慮した取り組みの一例であると考えられる。英国政府は、PSHEは学校の価値観や精神などと相互に明確に反映し合うべきであるとしている¹⁵⁾¹⁶⁾。また学校における薬物乱用防止教育の指導書において、

授業での教授内容と矛盾しない学校敷地内の禁煙や薬物の不所持などの学校方針を作成し、提示することを求めている²⁰⁾。このようなメッセージの統一は、学校健康教育と学校環境が相互に補い合っって児童生徒の学習を強化するために必要な教育的配慮であると考えられる。

また、NHSS には、PSHE などに学校全体で取り組むための鍵となる 10 の要素には、学校の文化と環境や生徒の発言権に関するなどが含まれている¹²⁾。PSHE の指導書には、安全でその創造や維持に何らかの責任を持っていると感じられるような環境は、児童生徒の人格と社会性の発達を強化すると述べられている¹⁵⁾¹⁶⁾。PSHE の学習を通じて児童生徒がそのような学校環境づくりに関わることなどは、学校環境の向上と同時に児童生徒の人格や社会性の発達に貢献すると考えられている。例えば、ライフスキル教育などでは、討論など共同的な活動を効果的に実施するために他者の意見を尊重することなどの基本的な学習の決まりが必要であると言われている²⁰⁾⁴³⁾。学級などにおいてこのような決まりを作り守ることは、PSHE のカリキュラムに挙げられているように、それ自体が学習であると同時に、学習環境を整備することにより共同的な学習活動の効果を高めることにつながると考えられる。

日本の学校健康教育に関連しては、「保健管理、安全管理及び給食管理のそれぞれが相互に連携を図るとともに、教育活動にも結びつくよう配慮されてきたところであり、このような健康管理を健康教育に活かすという方向は、今後一層重視する必要がある」と指摘されている¹⁾。日本の学校では、保健教育、安全教育、給食指導(食育)を健康教育という1つの概念で整理する方向にある。他方で、保健管理、安全管理及び給食管理などは、組織としての一体化が求められていることから、現状ではそれぞれが独自の機能として独立しているようである。HPS や英国の Healthy Schools プログラムでは、これらの要素を健康教育も含む包括的学校保健と呼ばれるようなひとつの枠組みの中で取り扱っている⁵⁾¹²⁾⁵¹⁾。健康管理を健康教育に活かす手立ての一つとして、児童生徒の健康に携わる領域の管理(保健管理、安全管理、給食管理等)と健康教育をひとつの枠組みの中で捉え、それぞれの領域の管理の充実を図るとともに、学校健康教育プログラムと調和、相乗させることが考えられる。

日本の学校環境整備に関しては、「健康に関する情報を的確に把握できる環境」や学校環境衛生の管理を基盤とした健康な生活環境の保障などの面では学校環境と学校健康教育の相補性がよく認識されているようであるが、心理社会的な要因に対する児童生徒の健康増進という視点からの認識はほとんど見当たらない¹⁾⁵⁹⁾⁶⁰⁾。

青少年の健康に影響を与える行動の選択には、友人や家族、地域やメディアなどからの影響があると考えられることから、今日の健康教育には、それら心理社会的な要因に対する内容が求められる²⁾⁵¹⁾。教職員の健康行動や状態、児童生徒に対する健康サービスの提供に関する課題を含め、学校の物理的、心理社会的環境がどのようなヒドゥン・カリキュラムとなっているかを検討し、学校環境を教授・学習を支援するものにするには、このような今日の健康教育の教育方法に一致するものであると考えられる。また、従来ヒドゥン・カリキュラムとなっていた部分を認識し、意図的な教育として組み込んでいくことはまた、教育方法の充実にもつながるものであると考えられる。

5) 学校、家庭、地域コミュニティの連携

ヘルスプロモーションは、すべての人々にとっての課題である。HPS は学校におけるヘルスプロモーションの取り組みであるが、児童生徒の健康には、学校だけでなく、家族、地域の仲間や

周囲の人々、社会環境などの考え方や行動、価値観、規範意識などから支援や影響を受けている。そのため、HPS において、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携は、健康教育の効果を高める上で重要な要素となっている²⁾⁵¹⁾。

学校保健活動や学校健康教育のための組織の在り方は、学校や地域、国などの児童生徒の健康に対する全体的な考え方や方針などによって決まると考えられる。英国の Healthy Schools プログラムは、すべての児童生徒と若者に対する健康の保持増進のために、国の教育職業技能省と保健省が共同して促進する取り組みと位置づけられている¹²⁾。また、PSHE は保護者による人格と社会性の発達と健康増進のための教育を補完するものであり、児童生徒は学外でのさまざまな実際の状況を通じた学習も必要とするとされている。そのため、学校コミュニティ全体で取り組む方法、すなわち a whole school approach が重視されている¹²⁾。

学校全体で取り組む方法は、学校、保護者、地域コミュニティ等が連携し、1つの学校コミュニティという組織として取り組む方法である¹²⁾。学校健康教育で取り扱う健康やヘルスプロモーション、青少年の健康に関連する危険行動などの課題の多くは、学校においてだけでなく、家庭や一般社会においても問題行動として課題となっているものであり、学外でも健康、教育、法制、社会福祉、コミュニティ活動、青少年活動等、さまざまな方面から取り組みがなされる。英国政府が、NHSS や PSHE の指導書により学校、保護者、地域コミュニティ等の連携の重要性を主張するだけでなく、Healthy Schools プログラムを推進し、各学校のニーズに対応した連携を支援していることは重要であると考えられる。

Healthy Schools プログラムは、児童生徒が自他の健康の保持増進に必要とする知識や情報、スキル、態度などを獲得するための学習を支援する制度である¹²⁾。Healthy Schools プログラムでは、児童生徒の健康の保持増進は学校コミュニティ全体で取り組むことが必要であると認めていることから、学校、保護者、地域コミュニティ等の連携を支援している。LHPS では、児童生徒自身も健康教育のカリキュラムや環境づくりに参加する、学校の健康課題に対する方針やカリキュラムなど開発のために学校と保護者や地域の人々が共同することなどを見たり、経験する機会を得ることができる。これらは、教職員の心身の健康状態や教育、環境に対する姿勢などと同様に、児童生徒の学習機会や教材となると考えられる。

一連の取り組みに対する評価は児童生徒の達成度に関して実施され、次の活動へと展開することなどとされている。これらの評価は、児童生徒に対しては自分自身の健康の価値を認識して自他の健康の保持増進に努めることに、学校、家庭、地域社会に対しては児童生徒の健康への心理社会的な影響を考慮しながら連携して児童生徒の健康の保持増進に努めるために必要なこと、できることに視点を向けさせることにつながると考えられる。

英国政府が、学校健康教育の実施において学校、保護者、地域コミュニティ等の連携を重視している背景には、健康に関する課題が社会全体のものであり、学校教育も社会の一構成要素として健康課題に取り組むものであるという視点があり、そのために、学校健康保健を促進する組織づくりを Healthy Schools プログラムを通じて推進していると考えられる。

日本においても、青少年の健康に関連する課題には、学校、家庭、地域社会等がそれぞれ場で取り組みながら相互に連携しあって総合的に対処していくということが求められている¹⁾。学校では主として健康教育を通じた児童生徒の健康増進や健康に関連する危険行動の予防への取り組みが実施される一方で、例えば健やか親子 21 や青少年育成施策大綱の策定、未成年者への有害環境の浄化などの社会環境整備など、青少年の健全育成の視点からの取り

組みも進められている⁶¹⁻⁶³⁾。対象も課題も共通するこれらの課題に関しては、学校健康教育と家庭でのしつけや指導、青少年の健全育成の取り組みなどを有機的に連携する組織化が求められると考えられる¹⁾。

学校、家庭、地域コミュニティの連携には、学校における健康教育に児童生徒、保護者、地域コミュニティのニーズを反映することのほか、学校における教育内容と家庭や地域社会で公式、非公式に学習していることを一致させることにより児童生徒の学習に一貫性を持たせ強化することや、学校健康教育が家庭や地域コミュニティ等を、また家庭における教育を学校や地域の専門家等が支援することなどが期待できる。

オタワ憲章には、地域コミュニティにおいて健康づくりに支援的な環境を作り出すことが呼びかけられており、これらの連携はヘルスプロモーションの不可欠な要素となっている³³⁾。WHOは、学校も地域コミュニティの一部であり、健康づくりのために地域からの支援を受けるべきであるとしている⁵¹⁾。特に心理社会的な学習環境の課題と関わっては、家庭や地域コミュニティが学校での児童生徒の学習を支え、児童生徒は学校で学習したことを学校内外の生活の中で活かすことを通してさらに学習を強化できるといった、相互に支え合う学校、家庭、地域コミュニティの連携及び共同を実現することが重要となると考えられる²⁴⁾。

学校、家庭、地域社会の連携は、日本の学校健康教育、学校教育においても重視されている¹⁾⁶⁻⁸⁾。ヘルスプロモーションの視点を養う教育が求められていることから、これらの連携をよりよく実現することが求められていると考えられる。そのため、学校、専門家、保護者、地域コミュニティ、行政等が具体的にどのようにするのが効果的なのかを明らかにし、目標の実現に向けた取り組みが推進されることが求められていると考える。英国の学校でのPSHEの実施を支えるHealthy SchoolsプログラムやNHSSは、学校、家庭、行政や専門家を含めた地域コミュニティ等の連携を支える仕組みとして、日本の学校におけるこれらの連携の実現、充実する上での参考になると考えられる。

6) 政府による推進活動

英国では、Healthy SchoolsプログラムやPSHE担当教員の資格認定制度などによって、政府機関が率先してLEAsや学校理事会などを動かし、学校や他の関連機関などと連携して実施する学校保健やPSHEを推進している¹²⁾²⁴⁾。それらの効果は、PSHEに関するOfstedによる学校視察などの報告や、制度の進捗状況についてはホームページを使って提示されているなど、情報公開が行われている²²⁾²³⁾⁵⁵⁾。

WHOは、HPSの推進に当たっては、国際的レベル、国レベル、地域レベル、学校レベルのそれぞれでやるべきことがあるとしている⁵⁾。国の政府が児童生徒の健康の問題に対してどのような問題意識を持ち、どのような考え方に基づいて、どのような政策を実施するかは、予算配分などの課題も含め、地域や学校レベルでの学校保健や健康教育などの活動に、多大な影響を及ぼすと考えられる。

日本では、健康や体力は「生きる力」の中でも、確かな学力や豊かな人間性の土台ともなる資質や能力であるとされている⁶³⁾。英国のHealthy Schoolsの考え方と共通していると考えられるが、そのような土台としての健康を重視するのであれば、例えば、PSHE担当教員の資格認定制度のように、全教職員が体育・健康に関する指導ができるようにすべての教職員が基本的な健康教育を実施する力をつけるための研修や訓練を受けられるようにするなどの施策が求めら

れると考えられる。

(3) まとめ

英国では、児童生徒の健康状態と学業や目標の達成度等との関連を重視し、すべての学校が児童生徒の健康の保持増進に取り組むよう、政府が支援制度を実施するなど、学校保健の推進に力を入れている。学校健康教育は、学校生活の中で児童生徒の人格、社会性の発達の促進と健康増進に関わるあらゆる側面を含むとされる PSHE を基盤として計画、実施される。PSHE の次のような点は、日本の学校健康教育の向上に活かすことができると考えられた。

- ・ 学校健康教育の領域をヘルスプロモーションの視点から捉えてカリキュラムが構成されている。
- ・ 領域横断的な学習を前提として設定されており、さまざまな健康領域の共通する基盤となる道徳的な側面や基本的なライフスキルなどから構成されている。
- ・ 学習機会を幅広く捉え、学校内外での生活のさまざまな場面での学習が考慮されている。
- ・ 学校環境の児童生徒の学習への影響が考慮されている。
- ・ そのため、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携が重視されている。

PSHE のもっとも大きな特徴は、健康に影響する要素を幅広く捉え、学校生活のさまざまな側面に教育機会があると考えられていることだろう。たとえば、PSHE は「全国共通カリキュラム」に義務付けられた薬物乱用防止教育、性教育、宗教教育、公民と関連付けた実施が最もよく行われる方法であるということである²²⁾²³⁾。また、学習機会を幅広く捉えており、HPS の基準に挙げられているように、教師や保護者、地域の人々は意図するか否かに関わらずロールモデルであり、児童生徒に接する際には PSHE に関わっているという自覚を持って行動することが求められていると思われた⁵⁸⁾。PSHE の計画、実施に学校全体で取り組むという方法は、最近の健康教育で効果が認められている、①教育プログラム、②学習を支援する環境、③学校、保護者、地域コミュニティの連携の 3 つの要素を組み合わせるものであった。しかし、今回の検討の対象としたのは国から地方行政や学校に対する支援であり、個々の学校現場における具体的な取り組みについてはさらに検討する必要がある。

英国の PSHE に関する検討から、健康に影響を与える心理社会的要因に対応して、関連する知識や価値観、態度を実際の行動に結び付けていく個人的、社会的能力、すなわちライフスキルやスキルの形成を基盤とする健康教育の実施を計画するうえで考慮すべき要素が浮かび上がってきた。また、ヘルスプロモーションの概念に基づいた健康教育を推進するために、プログラムやカリキュラムでの取り扱うトピック設定や取り組み方など、検討すべき課題が明らかになった。今後は、効果的な健康教育の 3 つの要素の組み合わせの充実を図るため、日本の青少年の現状とニーズ、児童生徒を取り巻く学校や社会の状況を明らかにすることが求められると考える。

3. 英国の性教育

青少年の性の逸脱行動は、近年の日本において社会的にも対策が急がれている問題行動の一つである¹⁾。特に社会の情報化を背景とした児童買売春等の事犯に対しては、緊急な対応策が講じられるまでに至り、平成 15 年には「インターネット異性紹介事業を利用して児童を誘引する行為の規制等に関する法律」が整備された⁶⁶⁾。これまでも学校における性教育は、それらの問題の解決策の一翼を担ってきている⁶⁷⁾が、現状を改善するためにより積極的に役割を果たすことが期待されている。

日本の学校における性教育は、学習指導要領の内容を基本とし、学校の教育活動全体を通じて行うこととされている⁶⁻⁸⁾⁶⁷⁾。これまでの研究から、日本の学校における性教育は、今日の米国、英国、スウェーデンの学校で実施されている性教育と基本的な部分で共通していることを認めた。なかでも、英国の公立初等中等教育学校における性教育は、日本の学習指導要領と類似する「全国共通カリキュラム」(National Curriculum)の内容を基本として学校全体で取り組むこととされており、日本の性教育と構造的にも類似するものであった³⁴⁾⁶⁸⁻⁷⁰⁾。

そこで次に英国では学校健康教育の具体的な課題領域の教育がどのように実施されるかについて、英日両国の学校健康教育で課題となっている領域の1つである性教育を取り上げてさらに詳細に文献を調査、分析し、日本の学校における性教育の一層の充実に資することを目的として検討した。

(1) 研究対象

本研究においては、英日の政府やその関連組織が作成した資料を調査した。英国の学校における性教育に関して対象とした資料は、以下の通りである。

- 1) Sex and Relationship Education Guidance (Department for Education and Employment, 2000)²¹⁾
- 2) Personal, social and health education and citizenship at key stages 1 and 2 Initial guidance for schools (Qualifications and Curriculum Authority, 2000)¹⁵⁾
- 3) Personal, social and health education at key stages 3 and 4 Initial guidance for schools (Qualifications and Curriculum Authority, 2000)¹⁶⁾
- 4) National Curriculum online (Department for Education and Skills)⁷¹⁾
- 5) National Healthy School Standard Guidance (Department for Education and Employment, 1999)¹²⁾

尚、Department for Education and Employment(教育雇用省)は、現在、Department for Education and Skills(教育職業技能省)となっている。

日本の学校における性教育に関しては、1999年に文部省が発行した『学校における性教育の考え方、進め方』⁶⁷⁾、及び最新の学習指導要領⁴⁻⁶⁾を対象とした。

(2) 今日の英国の学校における性教育

1) 性教育の背景

英国政府は、1993年教育法(Education Act 1993)により、公立の初等中等教育学校に性

教育の教育方針を作成することと、中等教育学校に性教育の時間を設けることを義務づけている³⁴⁾⁷⁰⁾。

性教育の基本的な教育内容は、4つの Key Stages(教育段階、以下、KS と略す)に応じ、「全国共通カリキュラム」のコア教科(core subjects)の一つである「理科」の内容に規定されている(表 6-3.1)。ただし、「理科」では人間の性に関する生物学的な内容のみを取り扱い、HIV を含む性感染症に関する内容は性教育において取り扱うこととしている⁶⁹⁾⁷⁰⁾。

英国教育雇用省は、2000年、学校長、教師、学校理事を対象に、Sex and Relationship Education(性と人間関係の教育、以下、SRE と略す。)のための指導書『Sex and Relationship Education Guidance』(以下、SRE 指導書と略す。表 6-3.2 に構成を示す。)を出版している。現在、英国の学校における性教育は SRE として実施されている。この SRE 指導書が作成された背景には、英国における十代の若者の妊娠の問題があるとされている²¹⁾⁷²⁾。

1999年、英国議会に対し、イングランドにおける十代の若者の妊娠率・出産率の高さとそれらに伴う問題についての Social Exclusion Unit(社会的排斥ユニット)^{注 3)}の調査結果が報告された。それによると、英国においては十代の妊娠・出産率が著しく高く、その状況は貧困地域や社会的弱者においてより深刻な傾向にあるものの全国的な問題であること、この現状に関連して、望まない性行動、性感染症(Sexually transmitted infections:STIs)、中絶、十代で親になることの困難さ等が問題となっているとしている。そして、それらの問題の背景に、①十代の若者の社会に対する期待の低さ、②若者の知識の不足(ignorance)、③性に関するメッセージの混乱(mixed messages)があると指摘している²¹⁾。

このような課題に対し、政府は、主として十代の若者の性に関する問題の予防と、十代で妊娠、出産した若者に対する支援の2つの側面から対策を立てている。新しい SRE 指導書の作成は、予防のための対策の一つとして挙げられている⁷²⁾。

SRE 指導書の作成の背景にはまた、1999年に実施された「全国共通カリキュラム」の改訂と Personal, Social and Health Education(初等教育段階では Personal, Social and Health Education and Citizenship である。以下、PSHE と略す。)の枠組み(Framework for PSHE)の設定がある²¹⁾。

PSHE は、文部科学省が出版した『諸外国の初等中等教育』において「人格・社会性及び健康教育」と訳されている¹⁷⁾もので、英国政府が学校教育課程(school curriculum)のねらいの達成に不可欠な要素として考えているものである。PSHE は、児童生徒の人格的、社会的発達を促し、自己の健康に責任を持ち、自立して幸福な生活を営むために必要な知識やスキルを学習することを支援する教育であるとされている。このような PSHE には、保護者、地域コミュニティ等の人々を含む学校全体で取り組むことが期待されている¹⁵⁾¹⁶⁾⁷¹⁾。

PSHE は「全国共通カリキュラム」に義務づけられた教科ではないが、政府はすべての学校に対し、その実施を勧告している。義務教育段階の教育課程に含むべき共通内容を知識、スキル、理解の面から設定した「全国共通カリキュラム」と同様の形式で PSHE の枠組み(表 6-3.3)を示し、各学校のカリキュラムの開発においてこの枠組みが中心的な役割を果たすべきであるとしている⁷¹⁾。また、政府は、PSHE の枠組みの中で、あるいは PSHE に関連させて実施することが適当であると考えられる教育の領域や教科内容等を示している。「理科」に基本を置く SRE はそれらの一つである¹⁵⁾¹⁶⁾。

表 6-3.1: 英国のナショナル・カリキュラム理科における性教育の内容 ²¹⁾

キー・ステージ1 (KS1: 5-7 歳)

- ・ ヒトを含む動物は、動き、食べ、成長し、彼らの感覚と生殖能力を用いる。
- ・ 子どもたちは、ヒトの身体の主要な外的部分を認識し、名称がわかる。
- ・ ヒトは子孫をつくり、これらを成人にまで育てることができる。
- ・ 子どもたちは、彼らと他者の間の類似点と相違点を認識し、他者を慎重に取り扱う。

キー・ステージ2 (KS2: 7-11 歳)

- ・ 育児、成長、生殖を含む一生の過程は、ヒトと動物で共通している。
- ・ ヒトのライフサイクルの主な段階について

キー・ステージ3 (KS3: 11-14 歳)

- ・ ヒトの受精は、男性と女性の細胞の融合である。
- ・ 青年期に起こる身体的、感情的変化について
- ・ 月経周期と受精を含む、ヒトの生殖周期について
- ・ 子宮内における胎児の発達について
- ・ バクテリアの成長と増殖、ウイルスの複製がヒトの健康に与える影響について

キー・ステージ4 (KS4: 14-16 歳)

- ・ 性ホルモンの影響を含む、ヒトのホルモンのコントロールの機序について
- ・ 受精のコントロールと促進を含む、ホルモンの医学的な使用について
- ・ 身体の防御機能について
- ・ ヒトの性がどのように決まるか。

表 6-3.2: SRE 指導書の構成 ²¹⁾

はじめに

1. 性と人間関係の教育のための方針の開発
2. 性と人間関係の教育を教授するときの特定の課題
3. PSHE 中の性と人間関係の教育
4. 性と人間関係の教育のための教授戦略
5. 保護者と共同する
6. (学外の)幅広いコミュニティと共同する
7. 守秘について

表 6-3.3: PSHE の枠組みの構成 ⁷¹⁾

知識、スキル、理解

1. 自信と責任感を発達させ、児童性との能力を最大にすること
2. 健康で安全なライフスタイルの発達
3. 良い人間関係の発達と、人々の間の違いの尊重
(さらに、KS1, 2 では、「市民として活発に役割を果たす準備」を含む。)

幅広い学習の機会

2) SRE の教育内容

英国においては、①学校と社会における児童生徒のスピリチュアル、道徳的、文化的、情緒的、身体的発達の促進、②成人としての生活における機会、責任、経験のために準備させることを、各学校の教育課程のねらいとすることが教育改革法 (Education Reform Act 1988) に定められている。英国政府は、SRE もこれらのねらいに資するべきであるとしている³⁴⁾⁶⁹⁾。

また、1996 年教育法 (Education Act 1996) は、児童生徒が道徳の尊重及び家庭生活の価値について考えることを奨励するような方法で性教育を実施すべきであるとしている⁷⁰⁾。これらを受け、SRE では、児童生徒がコミュニティと社会の形成の鍵となる要素として結婚と安定した人間関係を構築、維持することの意味の深さについて学び、自己と他者の多様性とそれらを尊重する必要があることを理解し、偏見の防止と排除のために必要な、正確な情報の獲得とスキルの形成を支援することを目指している (SRE の内容については IV 章表 4-1.2)。

SRE 指導書は、「理科」に義務づけられている教育内容に加え、SRE で教えるべき内容として、「思春期」、「月経」、「避妊」、「中絶」、「安全な性交と HIV/AIDS 及び性感染症」を挙げている。そして、これらの教育を PSHE の枠組みの中で取り扱うよう勧告している。表 6-3.4 に、政府が PSHE の枠組みの中で SRE を実施することにより実現しようとしている目標を示す。

PSHE の枠組みの中で実施される SRE においては、児童生徒は初等教育段階の初期から人間関係に関する学習を開始し、学齢、発達段階に応じて性に関するそれぞれ特定の内容を学習していくことになる。性に関する具体的な教育は、性教育の時間を設定するよう義務づけられている中等教育学校において主に実施される。中等教育段階においては、仲間の圧力、薬物乱用、喫煙、飲酒のような他の危険行動の課題と関連づけた教育をすべきであるとされている。

PSHE 及び SRE 指導書には、SRE における学習活動、学習の機会、指導方法などについても提案している⁷¹⁾。

表 6-3.4: PSHE の枠組みの中で実施される SRE の目標²¹⁾

【KS1, 2】(5-11 歳)

- ・ 感情と人間関係について、話し、聴き、考える自信を発達させる。
- ・ 身体の部分の名称を言うことができ、その身体がどう機能するかを説明できる。
- ・ 自分自身を防御し、助けと支援を求めることができる。
- ・ 思春期の準備ができています。

【KS3, 4】(11-16 歳)

- ・ 自らが決定、判断、行動するための肯定的な価値観と道徳的な枠組みを発達させる。
- ・ 自己のセクシュアリティに気づき、人間のセクシュアリティを理解する。
- ・ 性的活動の開始を遅らせることについての議論を理解する。
- ・ 安全な性交を行なう理由を理解する。
- ・ 行動の結果を理解し、性的、パストラル^{注 3)}な人間関係において責任ある行動をとる。
- ・ 自分と他者を価値づける自信とセルフエスティームを持ち、個人の良心と自らが望む人間関係の在り方を判断するスキルを尊重する。
- ・ 効果的にコミュニケーションする。
- ・ 自分自身、及びパートナーがいる場合にはパートナーを望まない妊娠、HIV を含む性感染症から保護するために、十分な情報とスキルを持つ。
- ・ 他者に利用されたり、他者を利用することを避ける。
- ・ 望まない、あるいは無防備な性交を強要されることを避ける。
- ・ 匿名の性的健康のアドバイス、支援、必要な場合には治療へアクセスする。
- ・ 法律が性的関係に適用される方法を知る。

3) 英国政府の SRE への期待

SRE 指導書は、各学校が PSHE の中で SRE を実施することを期待して作成されている⁷³⁾。これは、青少年の性に関わる問題に対する英国政府の対策の一つであると考えられる。

英国における性教育は、SRE として、より幅広く人間関係の構築等を目的とする PSHE の枠組みの中で実施されることから、人間関係を重視していることが特徴である。また、SRE は、子育てのための家族生活、結婚と安定して愛し合う関係に対する価値観を形成することを目指している。英国政府は、学校に対し、青少年の性に関する望まない妊娠や HIV/AIDS を含む性感染症等のネガティブな問題の予防効果のみでなく、すべての児童生徒が生涯にわたって性に関連して望ましい行動を選択できるように支援するポジティブな視点を重視した性教育を求めている。

PSHE の枠組みの中で実施される SRE は、青少年が生涯にわたってより望ましい性の在り方や人間の生き方を探求するために必要となる態度と価値観、個人的、社会的スキルの形成、知識と理解の獲得等の健全な発達を支援することを目的としている。SRE 指導書の作成は、SRE を通じて十代の若者の性に関わりのある諸社会問題を根本から予防することにより解決していこうとする英国政府の姿勢を表していると考えられる。

4) PSHE の枠組みの中での SRE 実施の意義

PSHE の枠組みの中に SRE を位置づけて実施することは、主として以下のような点で特に大きな意味を持つと考えられる。

(i) 教育内容の構成

SRE は、①態度と価値観、②個人的、社会的スキル、③知識と理解を主要な要素としている。しかし、「理科」に義務づけられている性に関する教育内容は、生物学的な内容に限られている。また、教育法によって性教育に含むとされているのは HIV/AIDS とその他の性感染症に関する内容である。教育法は道徳の尊重及び家族生活の価値について考えるような方法で性教育を実施すべきとしている一方で、人間関係や性に関する価値観や態度の形成等についての内容は義務付けていない³⁴⁾⁷⁰⁾。

PSHE は、初等教育段階の初期から、健康の増進や良好な人間関係の構築、維持、向上等を目指して、児童生徒の人格的、社会的発達を支援するものである。従って、PSHE の枠組みの中で SRE を実施することは、児童生徒が自己や人間関係等に関する幅広い知識、理解、スキルの獲得、形成を含む包括的な性教育を受けることを保証していると考えられる。

(ii) 学校、家庭、地域コミュニティの連携

英国政府は、PSHE 及び SRE とも、学校、家庭、地域コミュニティ等が連携して学校全体で取り組むことを期待している。PSHE には性教育の他にも多様な内容があり、学校、家庭、地域コミュニティ等が共同で活動する機会を多く提供すると考えられる。これらの機会を通じて PSHE に対する理解が高まり、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携が良好に築かれていれば、PSHE の中で実施する SRE においてもこれらの連携が円滑に行われると考えられる。

(iii) 関連領域の教育との連携

PSHE は、児童生徒の人格、社会性の発達の促進と健康の保持増進の支援に関する教育内容を示している⁷¹⁾。性行動との関連が深い薬物乱用や人権等に関する教育も、PSHE の枠組みに含まれている。また、PSHE は他の教科や領域の教育との連携が期待されている¹⁵⁾¹⁶⁾。PSHE の枠組みの中での SRE の計画、実施は、児童生徒の発達と健康に関わる包括的な支援という視点から、性教育の課題と他の教科や健康領域に関する教育の内容との関連性についての共通理解を図り、教科、領域横断的な性教育の計画、実践を容易にすると考えられる。

このような意味からも、PSHE が効果的に実施されることは、SRE の有効な実施を促進すると考えられる。

5) SRE の実施のための支援

英国政府は、保護者や地域コミュニティ等の人々と連携し、学校全体の取り組みとして PSHE や SRE を計画、実施することが重要であるとしている。このため、英国には、各方面との連携に基づく SRE の計画、実施を支援するいくつかの仕組みがある。その主なものには、学校理事会制度、Local healthy school programme や National Healthy School Standard (以下、NHSS と略す。)がある。

(i) 学校理事会制度

英国においては、教師、保護者、地方教育当局 (Local education authorities: LEAs) や地域コミュニティの代表、学校長等から成る学校理事会が、学校方針の決定や学校運営に携わっている⁷⁰⁾⁷³⁾。英国政府は、各学校の学校理事会に、当該校における性教育の実施に関する方針を作成し、保護者、視察官が入手できる形で提示することを義務づけている³⁴⁾⁷⁰⁾。各学校の SRE の教育方針は、学校理事、学校長、保護者等の話し合いの上、保護者や地域コミュニティの人々の希望、教師と児童生徒の視点を反映して決定される。

各学校において作成される SRE の方針は、以下のようなことが求められている³¹⁾。

- ① SRE の目的、内容等を明示する。
- ② SRE の提供方法、提供の責任者を示す。
- ③ SRE のモニタリングと評価の方法を示す。
- ④ 子どもに SRE を受けさせない保護者の権利について示す。
- ⑤ 定期的に見直す。

政府は、子どもたちの性と人間関係についての学習の鍵となる人物は保護者であり、学校における SRE は子どもたちに対する保護者による性教育を補完、支援するものであるとしている。従って、各学校における SRE の計画、実施にあたり、学校と家庭の連携は不可欠な要素である。

価値観には、個人、あるいは家族や地域コミュニティ等の集団の多様性として尊重されるべきものと、社会一般に普遍的なものとして尊重されるべきものがある⁷⁴⁾⁷⁵⁾。性に関しても多様性を尊重しながら、一方で人間尊重や望まない妊娠等の課題等に対しては、学校、家庭、地域コミュニティ等が共通した態度や価値観を持って取り組むことが求められる。保護者との一致した考え方のもとに、学校が保護者や地域コミュニティ等に対して SRE の方針を示すことは、児童生徒の SRE の学習環境の整備に対する学校や保護者の姿勢を提示するものと考えられる。ま

た、英国政府は多くの保護者が家庭における性教育の実施に関して知識や情報を必要としていることも認識している⁷²⁾³¹⁾。SREの方針を決めるにあたって学校関係者と保護者が話し合うことが両者の共通理解を生み、ニーズに合う性教育の実施を可能にしていると考えられる。

日本の学校における性教育の実施上の留意点としても、性教育の内容の選択やその取り扱いにあたっては、「教員、保護者、地域の人々の同意を得られる内容であること」が指摘されている³⁾。学校における性教育の計画、実施にあたり、学校、家庭、地域コミュニティ等がコンセンサスを得られるまで十分に話し合い、方針を作成する英国の方法は、日本の学校における性教育を効果的に実施するための重要な示唆を与えるものとなる。

(ii) Local healthy school programme (LHSP) と National Healthy School Standard (NHSS)

英国政府は、SREの実施は学校単独の責任ではなく、健康の専門家、ソーシャル・ワーカー、ユース・ワーカー、ピア・エデュケーター等、幅広いコミュニティの人材と連携すべきであるとしている。これらの連携には、SREの計画と実施の支援、特定の知識や経験、リソースの提供等さまざまな形が考えられている。LEAsが推進するLocal healthy school programme (LHSP) や NHSSには、このような連携を支援する役割が期待されている。

英国では、教育職業技能省と保健省が連携してHealthy Schoolプログラムを実施している。これは、すべての学校が児童生徒の達成度と基準を向上するために健康づくりが重要であることを理解し、児童生徒が自己の達成度に基づいて最善を尽くして前進することを効果的に支援するHealthy School(健康な学校)となることを推進するものである。このプログラムの具体的な取り組みは、LEAsが推進の中心となっているLHSPによって実施される。

政府は、各LHSPの信頼性を高めて実施を円滑にするため、一定の基準を満たすプログラムを認定している。NHSSは、この認定の基準を示している。NHSSはまた、基準の構成内容も詳細に示しているため、学校に対して効果的なプログラムの計画、実施を支援する情報を提供するものともなっている。

LHSPは、各学校や地域のニーズに応じてテーマを設定し、計画、実施される。NHSSには、PSHEやCitizenship(公民)、健康に関連するさまざまな領域がテーマとして挙げられており、SREも対象となるテーマの一つである。

(iii) 学校教育の質的評価の制度

各学校における性教育は、PSHEの枠組みの中でのSREを含め、学校理事会が中心となって作成した教育方針に従って計画、実施される³⁴⁾⁷⁰⁾。しかし、PSHEの実施は法律に定められたものではない。そのため、英国政府が期待しているようにSREをPSHEの枠組みの中で実施する必要を認めない学校においては、「全国共通カリキュラム」及び教育法に定められた内容のみの性教育となる可能性がある。

また、学校で性教育の時間に法律に定められている以外の内容が取り扱われる場合に、保護者には子どもにそれらの指導を受けさせない権利が認められている³⁴⁾⁷⁰⁾。このような保護者の権利の設定は、性教育に関する基本的な責任は保護者にあるという政府の立場を明確にするものであると考えられる。また、英国政府は、保護者を学校での性教育に大きな影響を与える重要な要因と位置づけていることを示している。

しかし、学校におけるSREの実施は、十代の妊娠とそれに関連した問題への政府の対応策

の一つである⁷²⁾。政府は、保護者が子どもに学校での性教育を受させなかった場合にも、児童生徒には同等の教育を保証することを求めている。このことから、各学校、あるいは保護者が独自に行うというそれぞれの方法によるのであっても、目標達成に十分なSREの教育内容が児童生徒に保証されていることを確認することが重要となると考えられる。

各学校はSREの方針にモニタリングと評価の方法を示すことを求められており、これらが実施されている。この学校独自の評価と並行し、学外の第三者機関により各学校において実施されるSREの質的評価を受けることは、実際に実施されている教育が十分に効果的かどうか、改善すべき点は何か等を確認し、さらに効果的な計画、実施を進める上で重要な要素となる。

英国には、学校教育の質的評価と指導助言を行う制度があり、その組織であるOffice for Standards in Education(以下、Ofstedと略す。)は、イングランドのすべての公立学校を定期的に視察している⁷⁶⁾。各学校で作成されるSREの教育方針は、Ofstedの視察の対象となっている。また、SREやPSHEの枠組みの中で実施されるSREも、学校のニーズに即して計画、実施されるものであるため必須ではないが、視察の対象となっている。これらの視察により、各学校は定期的にOfstedの評価と指導助言を受けている。Ofstedの視察は、児童生徒の人格的発達、学校がすべての児童生徒に配慮し効果的に支援やアドバイスをしているか、学校は家庭とうまく連携しているかといったことについて行われる³¹⁾⁷²⁾⁷⁷⁾⁷⁸⁾。

Ofstedは、2002年、学校におけるSREの実施に関する調査結果を報告した。報告は、調査対象校の約9割の初等中等教育学校が適切なSREの方針を作成しており、ほとんどの学校が意識して、効果的にSREを実施しているとしている。保護者の意志によりSREを受けなかった児童生徒の割合は0.04%であったと報告されている³¹⁾。

同報告書にはまた、各学校がPSHEの枠組みの中でのSREを計画するにあたって児童生徒の学習目標を設定する上での資料として、学習結果の例を示している³¹⁾。本資料では、SRE指導書に示されているよりも詳しく、理科の全国共通カリキュラムに示され手いる内容も含め、次の3点から各KSの終了時まで獲得する学習結果が例示されている。表6-3.5に、KS1の例を示す。

- ・ 児童生徒ができるようになること
- ・ 児童生徒が知り、理解すること
- ・ 児童生徒が考えること

(3) PSHEの枠組みの中で実施されるSREと日本の学校における性教育の比較

PSHEの枠組みの中で実施されるSRE²¹⁾⁷¹⁾と日本の学校における性教育の考え方を、『学校における性教育の考え方、進め方』⁶⁷⁾を資料に比較した。

1) 目的について

SREは、学校教育課程のねらいを実現するため、青少年の身体的、情緒的、道徳的発達を支援することを目的としている。

一方、日本の性教育は、「児童生徒等の人格の完成と豊かな人間形成を究極の目的とし」ている。その内容は、「人間の性を人格の基本的な部分として生理的側面、心理的側面、社会的側面などから総合的にとらえ、科学的知識を与えるとともに、児童生徒等が生命尊重、人間尊重、男女平等の精神に基づく正しい異性観をもつことによつて、自ら考え、判断し、意志決

表 6-3.5: SRE 学習結果の例 (KS1)

○ KS1 の終わりまでに

児童は次のことができるようになる:

- ・ ヒトの身体の主要な表面の部分を認識し、比較する*.
- ・ 彼らと他者の類似点と相違点を認識し、他者を慎重に扱う*.
- ・ 彼らの感情を特定し、他者と共有する.
- ・ 安全と安全でない状況を認識する.
- ・ 信頼できる人を特定し、その人と話すことができる.
- ・ 彼らの感情と行動が他者に影響することに気付く.
- ・ 友達を作り、彼らと話し、感情を共有する.
- ・ 見知らぬ人に対処するため、彼らが不快あるいは危険と感じるときに圧力に対抗するための簡単なルールを用いる.

児童は次のことを知り、理解する:

- ・ ヒトを含む動物は、成長し、生殖する*.
- ・ ヒトと動物は子孫を生産し、それらは大人に成長する*.
- ・ 彼ら自身を安全で健康に保つ基本的なルール
- ・ 遊ぶために安全な場所と一緒にいて安全な人について
- ・ 赤ちゃんと若者のニーズ
- ・ 彼らと他者の似方と異なり方
- ・ 彼らは彼らの行動と身体にいくらかの管理能力を持っていること
- ・ 性的な部分の受け入れられる名称を含む、身体の主要な表面の部分の名称
- ・ 家族が世話と共有に特別な理由

児童は次のことを考える:

- ・ 家族が特別な理由
- ・ 人々の中の類似点と相違点
- ・ 彼らの感情と行動が他者に影響する仕方

*: 理科の全国共通カリキュラムの内容

定の能力を身に付け、望ましい行動が取れるようにすることである」としている。

英国の SRE は、性に関する態度と価値観、個人的、社会的スキル、知識と理解を 3 つの主要な要素としており、基本的な考え方は日本の学校における性教育と類似していると考えられる。

2) 教育内容について

SRE においては、身体的、情緒的、道徳的発達を支援する内容は、人間関係に注目し、児童生徒に道徳の尊重及び家族生活の価値について考えさせるような方法で、主に価値観と態度、個人的、社会的スキル、知識と理解の 3 つの側面から取り扱われている。

日本の性教育は、基本的な目標に沿って、(ア)自己の性を確かにするために必要な内容、(イ)男女の人間関係の育成に必要な内容、(ウ)家族や社会の一員として必要な性に関する内

容、の3つの領域に関して考えられている。

性に関する科学的知識の理解、自他の理解、人々の多様性の理解と尊重、家族や友人等との人間関係、自己のセクシュアリティの認識、性に関わる問題に対する判断や対処能力(スキル)に関すること等、SREと日本の性教育には、教育内容の多くに共通性がみられる。また、英日両国の性教育はともに、セルフエスティームの形成、強化を重視しており、この点も含め、多くの内容に共通性がみられる。

3) 教育方法について

教育課程に基づいた性教育は、SREでは「理科」に定められた内容を基本に、PSHEを通じて領域横断的に実施することが求められている。日本では各教科、道徳、特別活動を通じて実施するとされており、英日双方共、性教育を教科、領域横断的に捉えている。

学習活動や教育の機会についても、英国及び日本は、グループ学習やロールプレイングの活用、医師や養護教諭/学校看護師等との連携等、多様な学習形態で実施すること、また適切な機会に実施することが重要であるとしている。SREは学校コミュニティ全体で取り組み、日本の性教育は学校生活全体を通して実施するとされている。授業以外の学校生活を通じた性教育を想定している点でも、双方は共通している。

また、SREは、学校教育課程のねらいを受け、児童生徒の人格や社会性の発達等を支援するものであるという考え方に基づいて実施されている。一方、今日の日本の学校教育においても、教育は教師が教えるものから児童生徒の自発的な学びを支援する方向に移行しつつある⁶³⁾。学校における性教育は、児童生徒の学習を支援するものであるとする基本姿勢においても、英国と日本は共通している。

4) 英日間における性教育の相異点

英日の性教育には、多くの共通点があるが、相違点として、以下のようなことが注目される。

(i) 支援を求める能力と方法に関する内容

英国、日本の双方の性教育は、初等教育段階の初期から、性被害に関連する教育を求めている。

英国の性教育では、被害を防ぐ方法を身に付けることと同時に、助けや支援を求められるようになることが、これらの問題に対応するための教育目標として明確にされている。また、教育内容には情報や支援を求めることができる場所等についても含まれており、学校と地域の専門家等には、情報や支援サービスの提供のための連携が重視されている。

日本の学校においては、養護教諭や学級担任等が性に関する個別指導を行うとされており、児童生徒は個別に教育的な支援を受けられるようになっている。しかし、英国のような学校と地域の専門家等が連携して児童生徒に支援を提供する体制づくりや、支援を求められるようになるための教育的配慮についての指導方針は示されていない。

近年、日本でも児童生徒の性被害が深刻化しており、その影響の大きさが認識されるようになっている。日本においても、学校と地域が連携して児童生徒や地域の青少年を支援する体制を整えることが望まれている。英国のSREは、その一つのモデルとなると考えられる。

支援は、性被害だけでなく、性に関する悩み、望まない妊娠や性感染症等に対処する場合

にも必要となると考えられる。今後の日本の性教育に、これらの点も教育内容として加えられることが望まれる。

(ii) 慎重に取り扱う内容

SREにおいては、指導にあたり、教師の個人的な信条や価値観、態度がSREの教授に影響を与えないようにすること、また、教師には児童生徒の安全と福祉を保障する責任があることから、SREに特有で慎重に取り扱うべき課題が挙げられている。すなわち、「思春期」、「月経」、「避妊」、「中絶」、「安全な性交とHIV/AIDSと性感染症」の5つの課題である。これらに関しては、青少年の性的な発達や行動、態度の実態にあった教育を実施することが求められている。英国においては、十代の妊娠に関わる問題への対応が急務になっていることから、性的活動の開始を遅らせることについての教育と同時に、避妊や中絶、安全な性交とHIV/AIDSと性感染症に関する現実的な教育が重視されている。

一方、日本の性教育においては、若年者の妊娠、中絶、HIVとその他の性感染症が課題として捉えられているにも関わらず、これらの課題に対する指導は、『学校における性教育の考え方、進め方』ではほとんど言及されていない。HIV/AIDSに関しては別に指導書が作成されている⁷⁹⁾が、包括的な性教育の中での取り扱いや他の性感染症と関連づけた取り扱い、また、生涯にわたる人間関係を追求する上で重要な課題となると考えられる安全な性行動と関連づけた取り扱いに関しては、英国のSREに比べて消極的であると考えられる。

SRE指導書は、1998年の英国において10万件以上の十代の妊娠があり、その38%（約39,000件）が中絶に終わったことを指摘している。また、1995年からの性感染症の増加にも触れている。日本においても十代の人工妊娠中絶の増加が指摘されており、2001年には46,511件（出生数20,965人）と報告されている⁸⁰⁾⁸¹⁾。十代で親になる青少年の数は英国に比較して少ないものの、若年層におけるHIV感染を含む性感染症の増加は日本でも指摘されている。

性感染症に関しては、日本の青少年の実態を受けて、文部科学省が高等学校教師に対して指導資料を作成している。この資料では性教育の中で性感染症の指導を行うことを強調しており、包括的な性教育の必要性が認識されている⁸²⁾。学校で行う性教育には、学校や教師、保護者の他、幅広く社会の人々の意見や考え方等も反映されている。日本においても、避妊や中絶、安全な性交とHIV/AIDSと性感染症に関する現実的な性教育をどのように学校教育に取り入れるかについての真剣な議論が必要であると考えられる。

また、英国のSREが重視している性的活動の開始を遅らせることは、米国疾病予防管理センター(Centers for Disease Control and Prevention: CDC)が性教育プログラムの効果を示す指標の一つともなっている⁸³⁾。SREにおける性的活動の開始を遅らせることに関する教育についても、さらに検討する意義がある。英国のSREの内容は、この意味からも参考になることが多い。

(iii) 男女平等への言及

SREと日本の学校における性教育の教育内容を比較して最も目を引くのは、男女平等への言及である。SREの指導書では、性教育は従来女子に焦点を当ててきたが、男子にも同様に焦点を当てることが重要であることが簡潔に述べられているのみである。PSHEの枠組みには、ジェンダーが人々の間の類似や相違の要因のひとつであるという記述が見られるが、その他に

は男女平等に関わる表現は見られない。

これに対して、日本の性教育においては、男女の相互理解や人間関係、性役割、性差別等、男女平等に関する内容が重要となることが強調されている。これは、英国に比べ、日本においてより男女共同参画社会の形成が課題になっていることを反映するものと考えられる⁸⁴⁾。

(iv) 性的指向に関する内容

SRE は性的指向 (sexual orientation) を課題の一つとして挙げているが、日本の学校における性教育の中では取り上げられていない。この理由には、性的指向や同性愛 (homosexuality) に関する教育は日本の学校における性教育の教育的課題としての要求が少ないこと、この課題は教師、保護者、地域の人々のコンセンサスを得られていないこと等が考えられる。

性的指向や同性愛についての教育は、英国においても保護者や児童生徒のニーズに合わせて慎重に実施すべきであるとされているが、欧米の性教育では主要なテーマの一つとなっている⁸⁵⁾⁸⁶⁾。社会の国際化、情報化が進む中で、今後、この課題は日本の学校における性教育のテーマの一つとして、人間関係、人間尊重の立場から注目されるようになる可能性がある。

(v) 薬物乱用防止教育との関連

性教育と薬物乱用防止教育との関連は、英日の性教育の相違点として特に注目すべき点の一つである。英国においては、SRE は薬物乱用、喫煙、飲酒等の青少年期の危険行動に関する他の教育と関連させて行われ、これらが性に関連する危険行動であることをはっきりとした形で取り扱っている。例えば、薬物乱用による HIV や B 型肝炎ウイルス等の感染は世界的に最も注目されているものであり、SRE を含め、性教育の中でも HIV を含む性感染症の予防に関連しては特に不可欠な指導内容となっている⁸⁵⁾⁸⁶⁾。一方、日本の性教育では、性に関する問題と薬物の取引や薬物乱用との関係を指摘しているものの、性教育自体の内容としては言及されていない。

青少年の性に関する問題と喫煙、飲酒、薬物乱用との関連性については多くの報告がある。CDC は、米国の青少年の危険行動に関する調査から、性交にあたって飲酒や薬物乱用を行う高校生が少なくないことを報告している⁸⁷⁾。英国においても、飲酒は、仲間からの圧力やメディアの影響等と並んで、青少年が性行動を開始する理由の一つとして挙げられており、中でも望まない性交や危険な性行動との関連が指摘されている³¹⁾。また、United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP) は、胎児への影響、家族を含む人間関係への影響、性感染症、安全な性交と性的健康全般への影響を薬物乱用の性に関する問題点として捉え、ヘルスプロモーションの立場からの薬物乱用防止教育の必要性を提唱している⁸⁸⁾。日本の『学校における性教育の考え方、進め方』においても、「性教育の今日的意義と必要性」の中で、テレホンクラブ等を通じて性的な関係を持つ行為が薬物乱用に結びつくことや薬物の売人にされることなどがあること、「やせ願望」を持つ女子が薬物を利用したことがきっかけとなって性非行へとつながることがあることを指摘している。これらのことから、日本においても、薬物乱用と性に関する問題には強い関連があるという認識のもとに、性教育と薬物乱用防止教育を関連づけて包括的な立場から計画、実施することが重要であると考えられる。

英国では、薬物乱用防止教育も PSHE の枠組みの中に含めており、SRE も PSHE で実施されている。このような教育構成は、系統的なライフスキル学習や人間関係の理解、健全な価値

観の育成を志向する性教育と薬物乱用防止教育を関連づけて実施する上で、日本の性教育の良いモデルとなると考えられる。

(vi) 学校、家庭、地域コミュニティ等との連携

英国の SRE と日本の性教育は、双方とも学校、家庭、地域コミュニティ等の連携を重視している。日本においては、学校における健康教育の推進の観点から、学校保健委員会が中心となってこれらの連携を促進することが期待されている¹⁾。

これらの連携の促進に関して、英日の性教育には2つの大きな違いがあると考えられる。その一つは、英国では学校理事会に学校、家庭、地域コミュニティ等、関係者が相談の上で各学校における SRE の教育方針を決定することを義務づけていることである。中等教育段階に関しては、SRE の方針の中に SRE のプログラムについての具体的な記述、説明を盛り込むよう勧告されており、学校における SRE の考え方や内容を、学校、家庭、地域コミュニティ等の間で周知することの重要性が認識されていると考えられる。日本の学校における性教育では、このような義務づけや勧告はなされていない。

特に注目には値するのは、英国には保護者が学校における性教育の計画に自らの価値観を反映し、実施される教育の内容や価値観を理解し、子どもに学校で性教育を受けさせるかどうかを判断する仕組みがあることである。日本においても、保護者が学校で実施される性教育の内容や価値観を理解し、自らの考え方や意見を述べ、納得できる内容、価値観を重視した性教育を子どもに提供する仕組みをつくるのが、学校と家庭の連携の基礎として求められている。

もう一つの違いは、SRE においては、政府が率先して推進する Healthy School Programme のような仕組みと連動していることである。このことは、SRE が学校単独ではなく、児童生徒、保護者、地域コミュニティの人々等のニーズに沿って、地域全体で計画、実施するものであることを名実ともに明らかにすると考えられる。学校と地域の専門家等との連携には、児童生徒の性教育の一義的責任が保護者にあることを反映し、保護者による家庭での性教育を支援するためのものも考えられている。家庭・地域の教育力の充実が求められているものの、以上のような仕組みも日本の性教育にはない¹⁾。

今日、子どもたちや青少年はさまざまな情報源から性に関して学習している。学校における性教育が「教員、保護者、地域の人々の同意を得られるものである」ならば、児童生徒が学校の内外において獲得する情報は学校の授業で実施する性教育と一致する必要がある。そのために学校、家庭、地域コミュニティ等の連携は重要な役割を果たすと考えられる。SRE で実施されている教育方針の作成やこれらの連携を促進するプログラムのような仕組みは、日本の性教育の学習環境づくりを促進するためにも検討する必要があると考えられる。

また、SRE 指導書は性に関するプライバシーの守秘についても言及しており、SRE の教育方針の中にもこれを明瞭に示すことが求められている。具体的には、教育活動を通じて児童生徒が虐待等の被害者であることが疑われた場合、子どもを保護するためにどのような手続きがとられるか、あるいは、教育活動の中で個人的な情報をどのように取り扱うか、さらには、守秘性は無制限には守られないことについて理解を求めることなどが含まれている。学校のプライバシーの守秘に関する方針は、学校関係者、児童生徒、保護者等の間で確認されることが求められている。教育活動において守秘性を明確にしておくことは、児童生徒が主体的に参加する討論

等の教育方法を実施するうえでも重要な条件である。

日本の学校における性教育でも、個人のプライバシーの保護や生徒、保護者と学校関係者との信頼性について配慮することが求められている。しかし、SREのような具体的な指針は示されていない。日本においても性教育にライフスキル教育が導入され、討論等のさまざまな学習活動が求められるようになってきている今日、教育活動において知り得た事柄についての守秘に関する基本的なルールを、教師、児童生徒、保護者及び地域の関係者の間で定めておくことの重要性は、今後ますます大きなものになると考えられる。

(4) まとめ

英国と日本の学校における性教育は、学校教育に義務づけられているという点、教育目的や目標、方法など多くの点で類似している。しかし、実際の実施にあたっては、制度、教育内容等に異なる点が多々見受けられた。

以上の検討から、英国の学校における性教育の次のような点は、日本の性教育の充実のために参考になると考えられる。

- 1) 両国とも基本的な教育内容は規定されているが、英国では各学校において学校、家庭、行政を含む地域コミュニティ等が相談して作成する教育方針に基づいて実施される。
- 2) 十代の性に関する問題への対処も含め、望ましい人間関係を築き、自分の行動に責任を持ち、健康で幸福な生活を実現するために必要な知識、価値観、態度、スキル等を形成することを目指している。
- 3) PSHE の枠組みの中で実施することにより、人間関係を重視し、また他の関連領域の教育と連携した包括的な実施が可能となる。
- 4) 保護者による性教育を補完、支援するものであり、保護者を含めた教育方針の開発は重要な要素である。
- 5) 学校、家庭、地域コミュニティ等の連携が、さまざまな仕組みにより支えられている。
- 6) 支援を求める方法と能力の発達、妊娠や中絶、安全な性交と性感染症に関する教育、薬物乱用防止教育の取り扱い、方針の作成等、日本の性教育が参照とすべき点がある。

中でも、PSHE という包括的に児童生徒の人格、社会性の発達の促進と健康増進を促す教育の枠組みの中で実施されることや、学校、家庭、地域コミュニティ等が協力して作成した教育方針による SRE の実施、保護者を子どもに対する性教育の一義的責任者とする性教育の位置づけは、日本の性教育にはない視点であり、一考すべき課題であると考えられる。

英国の学校における性教育の教育方針は、常に対象となる児童生徒の現状に合ったもの (keep up to date) を作成することが求められている。日本の学校における性教育も、対象となる児童生徒の性の実態や、彼らを取り巻く社会状況に対応するものを、保護者や地域コミュニティ等とともに幅広い視点から計画、実施していくことが求められる。

4. 英国の薬物教育:Hounslow における薬物乱用防止教育プログラムの検討

次に、英国で学校と地域が連携して開発し、実施している学校健康教育プログラムについて、性教育と並んで学校健康教育の大きな課題である薬物乱用防止教育を取り上げ、日本における薬物乱用防止教育の一層の充実に資することを目的とし検討した。

日本の学校教育では、2002 年度(平成 14 年度)から実施されている学習指導要領に、小学校段階からの薬物乱用防止の指導が組み込まれている⁶⁾。この背景には、「第三次覚せい剤乱用期」と位置付けられた、1992 年(平成 4 年)以来の覚せい剤事犯による検挙者の増加傾向がある。今期の薬物乱用の特徴の一つに、中・高校生による覚せい剤乱用事犯の増加が挙げられる⁹²⁾。

この薬物乱用の傾向に歯止めをかけ、薬物のない社会を形成することを目指し、1997 年(平成 9 年)に、内閣総理大臣を長とする薬物乱用対策推進本部が設置された。本本部は、1998 年(平成 10 年)5 月、「中・高校生を中心に薬物乱用の危険性を啓発し、青少年の薬物乱用傾向を阻止する」ことを目標の一つとする「薬物乱用防止 5 ヶ年戦略」を策定した。この戦略においては、「学校等における薬物乱用防止に関する指導の充実」が対策の第一に挙げられている。文部科学省(当時の文部省)は、薬物乱用対策推進本部の目標や教育課程審議会答申(1998 年(平成 10 年)7 月)を受けて、1998 年(平成 10 年)及び 1999 年(平成 11 年)に改訂された小学校、中学校、高等学校学習指導要領において、薬物乱用防止教育の導入、内容の充実を図っている⁹³⁾。

このような学校教育における薬物乱用防止教育の取組みは、諸外国においても、従前から重大な課題となっているものである⁹⁴⁾。各国によって事情は異なるものの、以前から薬物乱用問題を抱える国々においては、その対応策の中心に、青少年に対する薬物乱用防止教育の実施を据えている。

英国においては、青少年の薬物問題への対策が重要課題となっており、政府白書において 10 年戦略を掲げている。薬物教育^{注 5)}を、よりよい英国を築くために不可欠な要素の一つとして捉え、全国共通カリキュラムの中に位置づけ、地域に根差したプログラムの開発を推進している。

今回取り上げるのは、London 市の Hounslow 地区で実際に使用されている「Drugs-Informed Choice Education(DICE)」⁹⁵⁾である。このプログラムの対象は、7 年生から 11 年生と、11 年生までの義務教育を終えた後、大学進学のためのコース(Sixth Form)⁹⁶⁾を受ける学生である。各学年ごとに 5-6 の独立した学習の単位(the units of work)を組み合わせた 5 年間ないし 6 年間一貫のプログラムとなっている。

DICE は、英国の全国共通カリキュラムに基づき、地域で開発、実践された薬物教育プログラムである。プログラムの開発には、地域の教育機関にある PSHE アドバイザリー・チーム、薬物教育の専門家、地域の学校と教師が関わっており、また、教材の制作には生徒も携わっている。プログラムは、薬物乱用防止に関連したライフスキルの形成をベースにしており、Hounslow 地区で広く実践されている。これらのことから、DICE プログラムの研究は、日本における薬物乱用防止教育プログラムに有用な示唆が得られるものと考えた。

(1) 英国における薬物教育

1) 英国における薬物教育の位置付け

英国では、政府白書「Tackling Drugs To Build A Better Britain」(1998年4月)において、「薬物乱用防止のための10ヵ年戦略」(以下、新戦略と略す)を打ち出している。新戦略では、薬物乱用による損害のない状態を作り出すことにより、健康で信頼のある社会を形成することを目的としている。新戦略の鍵となる目標に、「青少年が社会の中で最大限の能力を発揮できるようにするために、薬物乱用に打ち勝つことを支援する」ことが挙げられている。青少年に対する薬物教育は、この戦略の基礎となると捉えられている。

また、英国においては、日本の学習指導要領にあたる全国共通カリキュラムの中に、薬物教育を明確に位置付けている。全国共通カリキュラムでは、最低限の薬物教育として、理科の学習の中で、教育段階(KS)に表6-4.1に示す内容を教えることが義務づけられている⁹⁷⁾。これらは、学校で教えるべき最低限の内容であり、さらに詳細な指導書「Drug Education: Curriculum Guidance for Schools」(教育省、1995)においては、他の教科での教育機会提供の可能性についても言及している。ここに、薬物教育は単に理科の教師によってのみ行われるものではないことが明確化されている⁹⁸⁾。

「Protecting Young People- Good practice in drug education in school and the youth service」(以下、DfEE指導書と略す)は、新戦略に基づいた青少年に対する薬物教育の指導書として、1998年11月に英国教育雇用省(Department for Education and Employment: DfEE)から出された文書である^{注6)}。学校教育、特に義務教育における薬物教育に言及して作成されており、その対象は、学校、青少年サービス、地域の教育機関(Local Education Authorities: LEAs)である⁹⁹⁾。行政の役割も記述されており、薬物教育が学校を基盤とする地域全体での取り組みとして捉えられていることがわかる。

英国における薬物教育は、薬物に関わる問題が発生した時の対応とも一貫して考えるものであると捉えられている。学校は、薬物教育の実施と同時に、それと矛盾しない、薬物関連課題に対する方針、対処法を明らかにすることが求められている。

表 6-4.1: 「理科」で取り扱う薬物教育の内容

教育段階(KS)	内容
KS1(5-7歳)	医薬としての薬物の役割について
KS2(7-11歳)	タバコ、アルコール、その他の薬物が有害な影響をもっていること
KS3(11-14歳)	アルコール、有機溶剤、その他の薬物の乱用は、健康に影響を与えること 身体の自然な防御力は、免疫と医薬によって強化されること 喫煙が、どのように肺組織とガス交換に影響するか
KS4(14-16歳)	有機溶剤、アルコール、タバコ、その他の薬物が身体機能に与える影響について

2) 英国における薬物教育の手法

欧米諸国においてよく指摘されていることだが、現在までに行われてきた脅しによる手法、単に薬物乱用に関する基本的な知識を教える知識注入型の手法だけでは子どもたちの態度変容を期待できないことがわかってきた経緯がある¹⁰⁰⁾。英国における薬物教育においても同様であり、DfEE 指導書では、それまでの薬物教育の経緯をふまえ、薬物に限定した情報提供などだけでなく、すべての健康領域にわたって活用できるライフスキルを取り入れた教育手法が最も効果的であると述べられている。学校における薬物教育についても、ライフスキルに基づいた継続的なプログラムを、低学年から、子どもの発達段階のニーズに応じて行うことを求めている。

薬物教育で習得される知識、能力は他の個人的、社会的、あるいは健康に関する課題に直面したときに応用できるものを目指す。また、薬物教育は、学校が中心になるとしても、学校が単独ですべてを実施するのではなく、地域(行政を含む)、学校、家庭が一体となって推進するものであるというスタンスが明確にされている。「DFE Circular 4/95 Drug Prevention and Schools」には、学校のほか、アウトサイド・スピーカー、保護者、理事、行政を含む地域の、それぞれに期待される役割も記載されている。

さらに、生徒の学習は、直接的な教育からだけに限られるだけではなく、学校環境と教師の態度と行動からの影響を受けていること、いわゆるヒドゥン・カリキュラムにも注目し、薬物教育を行う環境を整備する(学内禁煙、関連事件の対処手順の規定など)必要性についても言及されている。

3) 学校に求められる薬物教育

DfEE 指導書では、薬物教育を実施するに当たって、担当の主任教員と学校、青少年サービス、LEAs がそれぞれ留意する点を挙げている。学校教育の中で実施される薬物教育プログラムは、DfEE 指導書に記載された、以下の薬物教育の主任教員と学校に対するメッセージを踏まえることになる。

- ① 薬物教育は、より広範な個人的、社会的スキル形成と健康教育(Personal, Social and Health Educations: 以下、PSHE と略す)プログラムの一部分として最も良く機能する。
- ② 教師の役割が中心的である。
- ③ 薬物教育は、子どもの年齢と経験に適切なメッセージを用いて、小学校から始めるべきである。
- ④ すべての学校は薬物教育についての方針を持つべきである。
- ⑤ 学校は、薬物教育プログラムと方針を作り上げていく過程において、これに関心を持つグループから幅広く意見を聞くべきである。
- ⑥ トレーニングとサポートは不可欠である。

「薬物教育は、より広範な PSHE プログラムの一部分として最も良く機能する」というのは、薬物教育が単に薬物乱用防止目的のみならず、そこで学習したことが薬物に関する課題以外の個人的、社会的、または健康に関する領域において活用できるようになることを目指していることを明確化していると考えられる。

4) 新戦略に基づく学習により、子どもたちに獲得が期待される能力

学校における新戦略に対応する薬物教育に基づく学習により、子どもたちが獲得することが期待されているのは、薬物に関する知識のほか、以下のような能力である。

- ①セルフエスティームの向上
- ②情報に基づく選択と決定の能力
- ③個人的主導性の発達と責任能力
- ④個人的スキル、自己と他者の中にある特性の認識
- ⑤人間関係の維持と発展
- ⑥自信を持つ
- ⑦状況に適した自己主張能力
- ⑧成功への動機付けができる

これらのスキルや態度は、個人的、社会的発達のすべての領域に関係するものである。新戦略に基づく薬物教育プログラムでは、以上のような知識、スキル、態度を獲得することを目指して開発されることになる。ライフスキルの育成は薬物教育プログラムに採り入れられるのだが、それによって習得される知識や能力は、薬物問題以外の個人的、社会的、または健康に関する課題に直面したときにも応用できるものであることが目指されていることが、ここでも明記されている。英国において、薬物教育は、単に薬物乱用防止だけを目的とするのではなく、最終目的を「To Build A Better Britain」に据え、力点を置いて取り組むべき重要課題の一つとして捉えられていることは明らかである。

(2) Drugs- Informed Choice Education (DICE)の基本的位置付け

DICE は、1998年に政府が発表した薬物対策の新戦略を受け、英国 London 市の Hounslow 地区で開発され、使用されている薬物教育プログラムである。本プログラムは、新戦略で効果が期待されている、ライフスキル形成の教育に基づいて組み立てられている。全国共通カリキュラムにも対応し、政府の薬物対策の方針への地区の対応のひとつであることは、DfEE 指導書や全国共通カリキュラムを基本資料の一部としていることからわかる。

Hounslow 地区においては、以前から、小学生に対する薬物教育プログラムとして、「Drug Education In Primary School Initiative (DIPSI)」を実施していた。DIPSI は、発達過程、ライフスキル形成と知識教育の両方に基づいた手法を用いたプログラムである。DICE は、DIPSI の成功を受け、その手法を取り入れて secondary school 向けに開発されたプログラムで、DIPSI と同様、ライフスキル形成に基づいた手法を通して、薬物に関する知識と理解の形成を目指している。これは、DICE が、政府の薬物対策の方針を受けて実施されるものであることを、裏付けるものである。

DfEE 指導書で、薬物教育は地域全体での取り組みであることが明確化されている。DICE は、地域の教育機関にある PSHE のアドバイザー・チームが管理するプロジェクトであり、地域の健康教育専門家グループの支援を受けている。また、薬物問題に対する支援組織の紹介を含め、薬物に関する情報にアクセスする窓口となる、地域、国の組織の紹介も資料に含まれている。DfEE 指導書の薬物教育の主任教員と学校に対するメッセージに、教師に対するトレーニングとサポートが重要であることが述べられている通り、DICE プロジェクトにおいても、教師に対するトレーニングが、PSHEなどで準備されている。

DICE プログラムの開発にかかる、本プロジェクトの目的は、以下の通りである。

- ① 7年生から Sixth Form までの発達プログラムを提供する。
- ② 教授と学習の良い実践を支援する。
- ③ 地域と国の研究に、十分に基づいている。
- ④ 青少年の視点を考慮に入れる。
- ⑤ 柔軟で、かつ教師にとって取り組みやすい。
- ⑥ 青少年の能力、文化、宗教的背景、社会的経験、性差による様々なニーズを認識する。
- ⑦ 全国共通カリキュラムの必要条件と指導に適応する。
- ⑧ すべての学校が、健康な学校になることを支援する。

(3) DICE の構成

1) プログラムの構成

DICE プログラムは、義務教育である 7 年生から 11 年生までと、Sixth Form の生徒を対象にしている。これらの学齢は、全国共通カリキュラムにおける薬物教育では、キー・ステージ 3, 4 にあたる。

各学年のプログラムは、「学習のユニット(the units of work)」と呼ばれる、5~6 の独立した単元で構成されている。全ての学年において、薬物に関する生徒の知識と理解、態度、スキルを明らかにするためのニーズ・アセスメントおよび各学年における教授・学習の評価が含まれる。各年度の学習は、「ニーズ・アセスメント」から始まり、「生徒の評価(Student/Pupil evaluation)」で終わる。

「学習のユニット」は、7~11 年生、Sixth Form までを一貫して構成される。学習内容は、基本的な薬物の定義から始まって、義務教育が終わる 11 年生までに、薬物に関する一通りの知識と、薬物使用に関わって、個人的、社会的に責任をもって行動するためのスキルの獲得を目指す。進学を目指す生徒のための Sixth Form においては、さらに、薬物使用の社会的影響の具体的な知識の獲得と、個人的な責任に加え、問題を抱える他者へのサポートのためのスキルについての獲得も目指す。7 年生から 11 年生、さらには Sixth Form まで、習得、獲得が期待される薬物に関する知識と理解、態度、スキルと、生徒の発達を一貫して考慮した構成となっている。各学年における学習の進行(学習のユニットのテーマ)については表 6-4.2 に示す。

各「学習のユニット」は、学習目標達成のためのいくつかの活動を組み合わせて構成される。学習活動の中心は、ディスカッションと生徒の意見を聴くことである。

2) DICE プログラムで提供される資料、教材

本プログラムの基本的な教材は、DICE プロジェクトによって提供される。筆記用具や白紙の用紙など、学校で簡単に準備できるものを除き、必要な教材は一通りプロジェクトが作成した A 4 サイズの Box にまとめられており、基本的な活動は特別の準備なく学習が進められるようになっている。Box に含まれるものは表 6-4.3 のとおりである。

それぞれの学習のユニットは、A4 サイズのシート 1 枚、1 ページで説明される。これは教師のための指導シートで、教師が活動を進めるにあたっての基本的な指導内容が示されている。各学年の学習のユニットのはじめには、1 ページにまとめられた、学習を始めるにあたっての教師へ

表 6-4.2: 学習のユニット

unit	7 年生	8 年生	9 年生	10 年生	11 年生	Sixth Form
1	Needs assessment 必要性の 評価	Needs assessment 必要性の 評価	Needs assessment 必要性の 評価	Needs assessment 必要性の 評価	Needs assessment 必要性の 評価	What went wrong? 何が よくないのか?
2	What is a drug? 薬物とは 何か?	Drug classifications 薬物の分類	Myths and stereotypes 神話とステレ オタイプ	Hard facts on hard drugs 強い薬物の 厳しい現実	Drugs and body image 薬物とボデ ィ・イメージ	Begin at the beginning 初めから 始める
3	Drugs as Medicines 医薬として の薬物	Analgesics and hallucinogens 鎮痛剤と 幻覚剤	Influences on behavior 行動へ影響	Double standards 二重規範	Personal safety 個人の 安全	Who is the victim? 犠牲者は 誰か?
4	Legal drugs 合法的 薬物	Stimulants and depressants 興奮剤と 抑圧剤	How can we help? どうすれば よいか?	Reasons for taking drugs 薬物使用の 理由	Drug and personal safety 薬物と個人 の安全	Student assessment 生徒の 評価
5	Pupil evaluation 生徒の 評価	Legal status of drugs 薬物の 法的位置付け	Who can help us? 誰が助けに なるか?	Student evaluation 生徒の評価	Student assessment 生徒の 評価	Student evaluation 生徒の 評価
6		Pupil evaluation 生徒の評価	Pupil evaluation 生徒の評価		Student evaluation 生徒の 評価	

表 6-4.3: DICE Box の内容

<p>1) Circular 4/95 Drug Prevention and Schools (教育省, 1995 年 4 月)</p> <p>2) Protecting Young People: Good practice in drug education in schools and the youth service (教育雇用省, 1998 年 11 月)</p> <p>3) SCAA/DFE Curriculum Guidance (教育省, 1995 年 5 月)</p> <p>4) DICE Handbook for Teachers</p> <p>5) 学習のユニット, ワークシート, 情報シート, ポスターが入った A4 FOLDER</p> <p>6) 薬物情報の CD-ROM 2 枚</p> <p>7) 薬物に関するカードゲーム 6 セット</p>

の注意書きが挿入されている。2 ページ目から、実際の活動についての指導内容が示される。示されている内容は、教授目的、学習目標、活動に必要な教材・教具など(Resources)、活動の内容と方法、進め方、留意点である。各ページの最下部には、教師のメモのための欄が設けられている。これは、学習の進行に応じて教師自身が気付いたこと、次回の学習のための留意点などを書き込むことを目的に配慮されたものである。

教師はこの学習のユニットの指導シートを複製し、自由に書き込みをしながら利用することが推奨されている。各学習活動に関連して生徒がワークシートを使用する場合には、生徒用のワークシートの形式も添付されており、それを必要な枚数分を複製して利用できるようになっている。ワークシートが準備されている場合には、指導シートの教材・教具の欄にワークシートのナンバーが示されている。正答や模範解答が可能なワークシートには、教師用として、正答、模範解答を示すシートが準備されている。

学習の進行は教師がクラスや生徒の状況に合わせて行うことが前提だが、指導シートには、基本的な学習活動の進め方が説明されている。学校や学級の状況によって選べるオプションのあるものや、それぞれの状況に適した工夫の必要が考えられるときには、その一例なども示されている。薬物教育に費やせる時間や生徒の能力や態度などの条件により、時間的な考慮の必要があること、いずれの活動においても討論と生徒の意見を聞くことが最重要であることなどが随所に示されており、教師がフレキシブルに学習を進められるよう、細やかな配慮がなされた指導内容となっている。

3) ゲスト・スピーカーについて

薬物教育は地域との連携の中で進めるため、DICE プログラムの中では、学級、学校外からのゲスト・スピーカーの参加が適当とされる活動も含まれている。Hounslow 地区では、学外の専門家が学校での薬物教育に参加するにあたっての指導書、「Working in Schools- multi-agency induction materials for drug and alcohol education」を作成しており、本プログラムの中でも活用することを勧めている。この指導書は、DICE, DIPSI と同様、英国の薬物乱用防止戦略に対する地域の対応のひとつである。担当教師以外が直接に薬物教育に関わる場合には、この指導書を利用することが奨励されている。また、プログラム教材の中でも、学外からのゲスト・スピーカーを依頼するにあたって満たすべき留意点を以下のように挙げている。

- ① 訪問の目的と期待できる結果
- ② 教授内容と薬物教育プログラムにおける位置付け
- ③ 関わる生徒の年齢、レベルに適したゲストであること
- ④ 学校の薬物についての方針を理解し、その関連の中での活動を希望するゲストであること
- ⑤ よく認識された組織のメンバーであるか、学校の教職員により保証されているゲストであること

これらのほか、授業にゲストを呼ぶときには、担当教師とゲストが事前に十分に打ち合わせをしておき、授業中もゲストに任せきりにせず、教師の責任において授業を勧めることが明確に示されている。学校における薬物教育の中心は、直接生徒たちと関わる教師であるという国の薬物教育の方針は、ここにも明確に盛り込まれている。ゲスト・スピーカーの参加に関しては、政府から出されている指導書にも留意点が挙げられている。

新戦略において、薬物教育の中心は教師であるとされている通り、DICE プログラムにおいて

も教師が学習進行の中心となっている。こうした教師の役割を円滑に進めるため、プロジェクトでは教師のためのトレーニングも行っている。

(4) 学習活動

DICE プログラムの活動の中心は、討論と生徒の意見を聞くことにおかれている。すべての学習のユニットに、発表や討論、ブレインストーミングの時間が設定されている。特に年長の生徒においては、生徒の討論が重視され、創造性、チームワークを活かした討論の促進や進行の方法を探ることが重要であると考えられている。

全ての青少年が薬物教育を受けることは政府の方針でもあるが、DICE プログラムでは、教育上の特別なニーズがある子どもも本教育プログラムの対象者であることが確認されている。この点に関しては、本プログラム開発途上においても検討されているということである。基本的なプログラムを、生徒のニーズに合わせて工夫することで対応することが求められている。

薬物に関する情報は、信用のできるものを適切な方法で収集することが原則である。DICE プログラムにおいても、この点については慎重に取り扱うこととしており、信用のできる情報を収集するためのルートや方法についても紹介されている。しかし、社会の薬物問題に関しては、学習課題を学習者の身近に設定する必要もあり、できる範囲で生徒の日常生活の中から情報の提供を受けるようにしている。このとき、学習環境の基本的なルールが必要となるほか、流行語や俗語を使用して提供された情報は、即時、専門的な言葉に訂正され、学習環境の維持を図る配慮が必要であるとされている。

1) 学習活動の基本的ルール(Ground Rules)

DICE プロジェクトでは、討論や意見表明を学習に取り入れるにあたり、学習環境として、事前に、学習活動の基本的なルールの設定が不可欠であるとしている。基本的ルールには、情報公開(Disclosure)、守秘性(Confidentiality)、慎重さ(Sensitivity)が含まれる。1 つ目の情報公開では、教師、生徒共、個人情報公開を強制しないこと、2 つ目の守秘性では、一度公開された情報の秘密は守られる保証はないことを、ルールとして確認する必要があることを挙げている。3 つ目の慎重さに関しては、学習で扱う課題は、青少年が生活の中でそれらと同じような状況に直面している可能性があるため、慎重に取り扱うというルールである。そして、最終的には私たちは自ら自分の決定をしなければならないことを強調している。

2) 学習活動の方法

各学年の学習活動は、ニーズ・アセスメントから始まる。ニーズ・アセスメントは、これから学習をする生徒の、学習集団としての知識と理解、スキル、態度を評価するための活動で、すべての学習を始める前に実施されるものである。このニーズ・アセスメントの結果により、教師がプログラムに設定されている学習活動をいかに生徒の必要性にあわせるか、具体的な進め方が検討される。

各学習のユニットは、独立した単元としてプログラムされており、いくつかの活動によって構成されている。討論やブレインストーミングなどのほか、ゲーム形式のもの、ワークシートを利用するもの、調べ学習、ロールプレイ、発表などの形式が採り入れられている。学校内外の専門家にゲスト・スピーカーとして参加してもらい、直接情報を得ることが適切な活動も組み込まれているが、

講義形式の学習は少ない。

各学年の学習活動は、生徒の評価 (Student/Pupil Evaluation) によって締めくくられる。これは、生徒がどれだけ学んだか、どの教授方法が最も適切だったかを評価するためのものである。この評価は、生徒個人の学習評価であると同時に、将来の学習に活かすための教授の評価でもある。

この評価活動にも、直接生徒の意見を聴くだけでなく、生徒同士で知識を試すためのクイズやゲーム作りなど、生徒主体となる活動が含まれている。ポートフォリオのような個人的な学習の記録を残すもの、ワークシートなど、多様な評価活動が行われる。

DICE プログラムは、最終的に、生徒が薬物に対する正しい知識と薬物乱用に対する適切な行動がとれる能力の習得を目指している。この目的に照らして考えると、生徒の評価は、そうした知識と能力の習得が支援できたかを問うものであり、教授の評価とあわせ、教授方法に対する適切性と将来への創意工夫を促すための意味合いが強い活動であると思われる。

英国の義務教育は、通常、11 年生で終わる。DICE プログラムは、7-11 年生及び Sixth Form を対象としているが、義務教育の終わる 11 年生のカリキュラムで区切りがつけられている。11 年生のカリキュラムには、生徒の評価の前に 7-11 年生での学習の総括が行われる。生徒が授業の中で習得しきれなかった事柄や教授から抜け落ちた項目はないかがチェックされ補充するためのカリキュラムとして組み込まれている。

3) 学習内容

学習内容は、薬物に関する知識と理解を進めることと、ライフスキルを習得することの大きく 2 つを目指して組み込まれている。

薬物に関する知識と理解に関しては、薬物の定義に始まり、医薬品の定義と取り扱いについて、薬物の分類と法的位置付け、合法的薬物、非合法薬物、薬物の個人的・社会的影響、薬物に関する神話やステレオタイプ、ダブル・スタンダード、薬物問題に関する支援機関、医療の専門家の役割などが含まれる。

スキルの習得に関しては、薬物の使用に関する決定にかかわるものが中心に捉えられているようである。薬物に関する情報収集能力、意志決定の影響や結果を見通す能力、自己責任能力、コミュニケーションや人間関係に関する能力など、薬物の使用に抵抗するための能力のほか、自分や知人が薬物問題を抱えた場合の対処のための能力の習得が目指されているようである。

表 6-4.4 に各学年の学習目標を示す。

表 6-4.4:各学年の学習目標

学年	学習目標
7	<ul style="list-style-type: none"> • 薬物の定義を知る。 • 人々がなぜ薬物を使うのかについて考える。 • 薬物にはタイプがあることを理解する。 • 薬物利用の効果とリスクに気付く。 • 医薬の範囲に気付く。 • 医薬の安全な使い方のルールを知る。 • 全ての薬物は、たとえ社会的に受け入れられている合法的な薬物であっても影響があり、使い方を間違えると害をひき起こすことを理解する。 • タバコ、アルコール、有機溶剤についての事実を知る。 • 合法的な薬物の利用に関わるリスクを認識する。 • これらの薬物を使用したくないときに、その圧力に抵抗するスキルを身につける。
8	<ul style="list-style-type: none"> • 幅広く様々な薬物の名前(俗称を含む)と分類について知る。 • 4つの主要なグループの分類を理解する。 • いくつかの特定の薬物について、例えば合法性、影響、リスク、外観等の組み合わせた情報を手に入れる。 • 鎮痛剤と幻覚剤の特性についての知識の増加 • 鎮痛剤と幻覚剤が身体に与える影響の理解 • 様々な困難な状況に対処するスキルの発達 • 興奮剤と抑制剤の特性とそれらの違いについての知識を増やす。 • 興奮剤と抑制剤の身体に対する肯定的、否定的影響を理解する。 • 悪いことをさせる圧力に対面したときの自己主張を考える。 • さまざまな薬物についての法的位置付けについて知る。 • 法律を無視することの結果、法律を破ることに責任を負えるかについてよく考える。 • 児童に薬物利用の個人的社会的影響に気付くようにさせる。 • 学校における薬物対策の必要性を知り、尊重する。
9	<ul style="list-style-type: none"> • 薬物についての基本的な事実を知り、一般的な神話を訂正する。 • ステレオタイプに陥ることと偏見の影響を理解する。 • ステレオタイプ、偏見の行動への影響を理解する。 • 他人を信用する影響について考える。 • 薬物についての基礎事実、処方薬の使い間違いの危険性、基本的な応急処置の手順を知る。 • リスクをおかす個人的なコスト、法律を無視する影響、リスクをおかす行動の開始が他者にとってどれほど問題となるかについてよく考える。 • 援助を得られる場所を知る。 • 援助を提供する機関に気付く。 • 機関以外からの援助の形式についてよく考える。
10	<ul style="list-style-type: none"> • 非合法薬物とその影響、それらの使用の結果についての生徒の知識を増やす。 • 楽しみのために薬物を使う利益とコスト、薬物使用者と提供者に対する個人的態度、法を無視する結果、正しいか間違っているかということはいつも明白ではないということについてよく考える。 • 社会に通用しているダブルスタンダードについてふりかえる。 • 自分自身の行動に責任を持つ必要性、意志決定をする際の選択肢と長短期的影響についてよく考える。 • 圧力に抵抗するための自己主張スキルを発達させる。 • 他者の反社会的行動に立ち向かう、薬物利用者に対する個人的態度についてよく考える。 • グループのほかの人たちに考えを述べる。
11	<ul style="list-style-type: none"> • 気晴らしのための薬物利用の利益とコスト、薬物使用者と提供者に対する個人的態度、社会の全構成員が様々な理由により薬物を利用するであろうことについて、よく考える。 • リスクをとることの概念とリスクの様々なレベルを理解する。 • 意志決定をするときに選択肢と長短期的の影響について熟考する。 • どうやって自分の行動と安全に責任を持つかをよく考える。 • 薬物利用に関わるリスクについてよく考える。 • 自身の薬物の知識についてよく考え、すべての誤解や欠けている点を訂正する。
Sixth Form	<ul style="list-style-type: none"> • 楽しみのために薬物を使う選択と長期的、短期的影響について話し合う。 • 楽しみのための薬物使用の利点とコストについて考える。 • アルコール、薬物に関する、個人、近親者、社会に対する一般的な潜在的リスクを評価する。 • 他者の反社会的行動に挑戦する。 • 社会的、環境的課題についてバランスのとれた根拠のある議論を形成する。 • グループの一員として働き、自身をもって意見を言う。 • 他者の反社会的行動に挑戦する。 • 楽しみのための薬物に関して、社会へのコスト、法律への態度についてよく考える。

(5) 考察

英国における薬物教育は、薬物に関する知識、理解の進展と薬物問題に対処するスキルの習得を目指している。対して、日本における薬物乱用防止教育が目指しているのは、学習指導要領によると、「喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、健康を損なう原因となること」(平成10年版小学校学習指導要領)⁶⁾、「喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、心身に様々な影響を与え、健康を損なう原因となること」(平成10年版中学校学習指導要領)⁷⁾、「薬物乱用は心身の健康などに深刻な影響を与えることから、行ってはならないこと、また、医薬品は正しく使用する必要があること」(平成11年版高等学校学習指導要領)⁸⁾、及び、心身の健康と健全な生活態度や習慣の確立である。また、「薬物乱用防止五ヵ年戦略」では、「単に薬物に対する知識を教えるだけではなく、現在及び将来にわたって薬物乱用は自分のために絶対に行うべきではないし、社会的にも許されることではないという規範意識を身につけさせるという観点に立って指導の充実を図ることとする」とされている。英国の薬物教育と日本の薬物乱用防止教育の観点は似通っており、日本におけるプログラム作りの参照とすることは、意味があると考えられる。

1) DICE の特長

ここでは、日本における薬物乱用防止教育に示唆を与えるものであると考えられる、DICE の特長について考察する。

(i) 地域で開発された、地域の青少年のためのプログラムである。

DICE は、学校が中心となって実施される薬物教育プログラムであるが、英国政府の薬物対策の方針にのっとり、その学習が行われる地域の教育機関により作成されたプログラムである。学校独自で取り組むのではなく、かといって、中央行政で対応せよというでもない。地域で検討、作成されていることから、プログラム自体に、個々の地域特有の社会状況を考慮することが可能となっていることが考えられる。薬物教育を地域の課題としてとらえ、地域の取り組みとして学校を薬物教育の中心に据えようとしているところは、日本の薬物乱用防止教育でも考慮するに値する基本姿勢ではないかと考える。

基本姿勢だけでなく、具体的には、薬物に関する情報へのアクセスや、薬物に関する問題を抱える場合には支援を受けられる、地域の機関についての情報なども考慮されている。薬物教育を円滑に推進するためのネットワーク作りのようなものも同時並行的に進められていると推察できる。

(ii) 5-6年間を通して、一貫したプログラム構成である。

DICE プログラムは、5ないし6年間を一貫したカリキュラムとして設定されている。生徒は、毎年一定量の薬物教育を受けることになる。生徒は、毎年、薬物についての知識や理解を増加できるだけでなく、以前に学習したものについて再認識するとともに、最新の情報を得る機会を保証されることになる。また、学習機会の増加により、スキルのトレーニングの機会が増えることも期待できる。ライフスキルは、一朝一夕に獲得できるものではなく、その獲得には、具体的な課題設定の中で繰り返し練習する必要があると考えられる。薬物問題に対処するスキル、態度の習得や、薬物に関する正確な情報収集をしたり、薬物使用の影響や結果を考える習慣を身につけることを考えると、毎年薬物についての学習を繰り返すことは有意義であると考えられる。

それぞれの学年で薬物教育の担当者が変わった場合でも、各学年で取り扱う学習内容が決まっていれば、同じ内容を重複して教授することを防ぐことができる。また、生徒のニーズにより重複する場合でも、あらかじめ重複であることを認識し、復習としての位置付けを明らかにすることができる。特別の理由なく同じ学習を繰り返すことは、生徒の学習に対する関心や集中力の減少につながることも考えられる。学年を超えて一貫した学習内容を設定することは、他の教科では既に実施されていることである。薬物乱用防止教育においても、数年にわたってプログラムを設定するのであれば、こうした配慮は当然必要となることであると考えられる。

(iii) 形成が期待されるライフスキルを実践しながら学習を進める。

ロールプレイングや討論などの学習活動は、シナリオなどの具体的な場面設定の中で、当事者の立場に立つという想定の下で行われるものである。この経験は、つまり、意志決定や自己主張のスキル行使を擬似体験するものである。DICE プログラムにおいては、こうしたスキルの実践を通じた学習方法が、学習内容のほとんどを占めている。日常生活の実場面でこれらのスキルを行使するためには、スキルの使用に慣れておくことが必要だと思われる。学習活動の中で繰り返しスキルを実践するという学習方法を徹底していることは、ライフスキルの獲得が薬物教育の中に占める期待の高さを表していると思われる。

(iv) 生徒に身近な課題を、学習活動に取り入れることができる。

プログラム中の学習活動の中で、生徒自身がロールプレイングのシナリオや薬物に関する課題などを創造するなど、生徒の生活に身近なところから、学習のトピックを採り込むことが期待されている。学習課題を生徒の身近なものとする努力が現れていると考えられる。地域の社会状況に合ったプログラムで、身近な課題から学習することにより、学習効果が実生活に活かされることを目指していることがうかがえる。

これら、身近な課題を設定した学習や、教師、生徒、社会の状況に合わせた学習の設定は、日本における薬物乱用防止教育においても参考にできる具体例と考えられる。薬物乱用防止教育の効果として期待されることは、学習の効果が、生徒の実生活の中で活かされることである。特にライフスキル形成においては、知識や理解が実際の行動に反映され、習得したスキルを実践できることが学習の目標となる。最新で信用のできる情報に基づき、実際的で具体的な設定の課題で学習することは、その目標を達成するのに役立つと考えられる。

(v) 基本となる学習の進め方が示されているが、生徒や社会の状況に応じた工夫が可能である。

このプログラムは教師が薬物教育を行うにあたっての具体的な指導書ともいえるものである。教師が生徒と向き合うにあたり、学習環境や生徒の状況に合わせてフレキシブルに対応できるように、活動の選択肢が準備されていたり、注意書きが添えられたりしている。また、教師に対するトレーニングも準備されており、薬物教育の専門の教師でなくても、薬物教育に取り組めるように配慮されている。教師にとって指導しやすく、フレキシビリティのあるプログラムの提供がプロジェクトの目的のひとつとして挙げられている。これらの配慮から、プログラム作成にあたり、プロジェクトが教師、生徒、社会のそれぞれの状況、及びその変化に対応することを重要な課題にしていたことがうかがえる。各学年の学習の最後に生徒の評価が行われるのは、このプログラムが、

常に状況により適したものと改善されていくものであるという意識の表れであろう。

DICE プログラムでは、毎学年の学習の始めにはニーズ・アセスメントが、学習の最後には生徒の評価が設定されている。薬物教育は、薬物問題に関してスキルを実践できることを目指すものである。そのためには、学習者の状況に合った内容、レベル、方法の学習を設定する必要がある。ニーズ・アセスメントにおいて評価するのは、学習に臨む学習者の薬物に関する知識、理解、態度、スキルである。教授にあたり、これからともに学習を進める生徒の状況を知ることが、その後の学習を有効なものとするに役立つと考えられる。こうした配慮も、日本における薬物乱用防止教育を実効あるものにするために役立つものではないかと考えられる。

今日の日本における学習観の考え方の一つに、状況的学習論がある¹⁰¹⁾。学習は文脈依存の環境の中で行われるというものである。佐伯は、状況的学習論に基づき、「共同的な学び」を提案している。学習が子どもたちの生きる力となるためには、共同的な学習の場における学習の設定が重要となるといわれている。

DICE プログラムは、生徒に身近な課題を設定し、それらの課題に対処するという文脈の中で、実際に必要なライフスキルを実践しながら、学習を展開する。その学習は、他者とのかかわりの中で、コミュニケーションを媒介としながら行われている。DICE は、共同的な学びの場を提供するプログラムであるといえる。この点からも、DICE のような学習方法は、薬物乱用防止教育のあり方として期待できると考える。DICE で用いられている学習活動は、日本における学習活動の設定に示唆を与えるものであると考えられる。

2) 日本の薬物乱用防止教育への示唆

英国における薬物教育、および、DICE に関する考察から、日本の薬物乱用防止教育に与える示唆は、総括的に、以下のようにまとめることができる。

- ・ 薬物乱用防止を目指す教育は、薬物に関する知識、薬物乱用に対する規範意識、態度、習慣の確立だけでなく、問題に直面した時に必要な対処スキル(ライフスキル)形成にも力を入れるべきである。
- ・ ライフスキルは、想定される具体的場面での実施を模擬的に経験する中で形成される。そのため、継続的な見通しを持った学習を構成し、ライフスキルの形成に十分な時間的配慮が必要である。
- ・ 学習を生徒自身のものとするためには、学習課題は生徒に身近なところから、ニーズに合わせて設定し、共同的な学習の場を提供できるものであることが重要である。
- ・ 教師個人の資質を問うのではなく、行政を含め、すべての大人が薬物乱用防止教育に関わっているというスタンスに立ち、共同で進める教育プログラムを構築することが有効である。
- ・ スモーク・フリー、学習活動の基本的ルールの設定等、薬物乱用防止教育の促進に寄与する学習環境を整備することが不可欠である。

日本学校保健学会が作成した小学校、中学校、高等学校向けの『新訂 喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引き』には、指導内容としてライフスキルの形成を挙げている¹⁰²⁻¹⁰⁴⁾。ライフスキルの学習は、日本の薬物乱用防止教育においても、重視されている。ライフスキル形成を基盤とする DICE プログラムにおいて、薬物教育に十分な時間的配慮がなされていることや、学習課題を生徒に身近なところからニーズに合わせて設定されていること、共同学習を取り入れていることなどは、日本において薬物乱用防止教育のプログラムを開発する上で

の参考となると考えられる。

また、DICE プログラムは、英国の薬物教育の方針に従い、学校と地域が共同して薬物教育プログラムの開発と実践に取り組んでいるものであり、プログラム実践者のトレーニングやフォロー・アップ、学外からの指導者の受け入れなどについても検討され、方針が示されていた。プログラムを共同で進めることは、青少年に対して一貫した態度や価値観を示すことにもつながる。学校内のスモーク・フリーや基本的な学習のルールの設定などの学習環境と同様に、青少年の態度や価値観の形成にも影響を与えることが考えられる。

特に、英国の薬物教育が、学校内の禁煙や薬物問題に対応する場合の学校の方針などの一貫性を重視していることは、日本の薬物乱用防止教育を考える上で、注目すべき点である。日本の学校は、専門家や地域と連携して薬物乱用防止教育を促進使用としていることに対しても、英国の薬物教育の方針や DICE プログラムは、参考となると考えられる。

尚、日本の薬物乱用防止教育において比較的重視されている、薬物乱用とストレス対処との関係性に言及した学習活動¹⁰⁵⁻¹⁰⁷⁾は、DICE プログラムにおいてはあまり注目されていなかった。ストレス対処はライフスキルにも関わる課題である。DICE のような薬物乱用防止教育プログラムを日本に導入する場合には、ストレス対処に関する学習について別途検討する必要がある。

また、ライフスキル教育には系統性があり、基本的なライフスキルの形成から段階的に学習を進める必要があるといわれている⁴⁾。DICE は、今回検討していない小学生向けの薬物教育プログラム DIPSII を基にして開発されたものである。日本の教育における薬物乱用防止教育プログラムを開発する場合には、薬物乱用防止教育とライフスキル教育の関係についても検討する必要があると考える。

(6) まとめ

英国における薬物教育への取組みは、薬物に対する知識や健康に関する認識の獲得と同時に、関連のライフスキルの形成、強化、また、学校、家庭、地域の連携の推進など、日本の薬物乱用防止教育の観点と共通するところが多い。実際に、地域の青少年のためのプログラムが開発、実施されており、さらに詳細で具体的に検討されていることが伺えた。

英国と日本の薬物乱用をめぐる社会状況には大きな違いがあり、英国における薬物乱用の問題は、日本における状況よりも深刻であることがうかがわれた^{注 7)}。また、DICE が英国の薬物教育の方針に基づいて地域で開発、実施されていることからわかる通り、教育を支える体制も大きく異なる。そのため、いくら効果が認められている薬物教育プログラムであっても^{注 8)}、英国で用いられているものをそのまま日本に持ちこむことは難しいと考えられる。また、DICE プログラムをそのままの形で日本の薬物乱用防止教育に導入することはできないと考えられる。しかし、今回、DICE プログラムの検討の結果、その考え方や薬物乱用防止教育のための組織づくりなど、学ぶべき点、考慮すべき点は多数あると考えられる。

1. 公民 (Citizenship Education) には、①社会的、道徳的責任、②コミュニティとの関わり、③政治的教養 (political literacy) の 3 つの要素が含まれている。これらのうち、①と②に関しては、PSHE との関連が深く、不可分であるとされている。初等教育段階において、PSHE and citizenship として実施されているのはこのためである⁴⁹⁾。しかし、③の要素は専門性が認められ、すべての児童生徒が知識、スキル、理解を獲得する必要があるとされた。そのため、③の要素を特に取り扱うようになる中等教育段階においては、PSHE との関連は持ちながらも、独立した教科として 2002 年から「全国共通カリキュラム」に義務付けられている。
2. 学校カリキュラムのねらいの一つに挙げられている精神的 (spiritual) な発達とは、直接的に宗教と結びついた概念ではなく、忠誠心や愛情、死生観等に関連したものであるとされている。絵画や音楽に感情を表現する学習活動などが、個人の精神性を認識する (spiritual awareness) のに効果のある学習の例として挙げられている⁶⁴⁾⁶⁵⁾。しかし、精神的 (spiritual) な発達は、主に宗教教育において促進されることが多いということであり、宗教的な意味を持つ場合も少なくないと考えられる。
3. Social Exclusion Unit は、英国政府の社会的排斥減少のための対策の一つとして 1997 年に設立された。社会的排斥に関わるさまざまな調査、分析を行っている⁸⁹⁾。
4. 英国の学校教育にはパストラル・ケア (pastoral care) やパストラル指導、また、Pastoral Support Programme といった活動がある。これらは、児童生徒に対する個人的な生活指導のようなもので、彼らが学業とバランスをとりながら行動 (behavior) を調整することを支援するものである。藤田は、著書の中で「パストラル・ケア(牧人的世話)とは、青少年がその生活・成長の過程で横道に迷いこむことのないように世話し援助することをいう」と紹介している。これらのことから、パストラルな関係とは、より良い生き方を支え合うものであると考えられる⁶⁴⁾⁶⁵⁾⁹⁰⁾⁹¹⁾。
5. 日英の語句の違い
英国において、日本の薬物乱用防止教育にあたる言葉は、薬物教育 (Drug Education) である。また、drug abuse(薬物乱用)の代わりに、drug misuse(薬物誤用)を用いている¹⁰⁸⁾。本稿においては、日本における薬物乱用防止教育についてはこの語を使うが、英国におけるものについては「薬物教育」の語を用いる。薬物乱用については、英国、日本に共通して「薬物乱用」の語を用いる。
6. 英国教育職業技能省は、2004 年に「Circular 4/95 Drug Prevention and Schools」⁹⁷⁾と「Protecting Young People- Good practice in drug education in school and the youth service」に替えて「Drugs: Guidance for schools」²⁰⁾を発行している。内容は、引き続き薬物教育、学校コミュニティにおける薬物管理、児童生徒の薬物に関するニーズへの支援、薬物に関する方針の開発に関するものである。基本的な考え方などには大きな変更はないが、1999 年の Personal, Social and Health Education(PSHE)¹⁰⁾の枠組みの設定や National Healthy Schools Programme¹²⁾の開始、学校視察などの結果などを受け、詳細な指導書の開発と差し替えが行われたと考えられる。1998 年の「Protecting Young People- Good practice in drug education in school and the youth service」の発行以降、「Drug education in school: an update」(2000 年及び 2002 年, Ofsted)¹¹⁰⁾¹¹¹⁾、「Update Drug Strategy 2002」

(2002年, Home Office Drugs Strategy Directorate)¹¹²⁾, 「National Healthy School Standard Drug Education (including alcohol and tobacco)」(2004年, Health Development Agency)¹¹³⁾, 「Drug, alcohol and tobacco education curriculum guidance for schools at key stages 1-4 Teacher's booklet」(Qualifications and Curriculum Authority, 2003)¹¹⁴⁾などが発行されている。「Drugs: Guidance for schools」には, これらからの視点も取り入れて作成されているということである。

本研究では, DICEが開発されたときの資料を参考し, 「Circular 4/95 Drug Prevention and Schools」と「Protecting Young People- Good practice in drug education in school and the youth service」を採用して検討した。例えば, PSHEの枠組みの中で実施するキー・ステージ1の薬物教育の学習の目標および内容は, 表6-4.5のように考えられている。

7. 吉本らの研究は, 英国の11-15歳の青少年の34%, 20-25歳の55%が, 一度でも薬物を乱用したことがあることを報告している¹⁰⁸⁾。これに対し, 日本の覚せい剤, 麻薬及び向精神薬, 大麻乱用による少年の検挙数は, 1246人(平成12年度, 覚せい剤:1137人, 麻薬及び向精神薬:7人, 大麻:102人)である¹⁰⁹⁾。また, DICEプログラムで取り扱う薬物名は17に及び(アルコール, タバコを含む。有機溶剤は1と数える。), ロールプレイングなどの場面設定では, 森で遊んでいてマジックマッシュルームを見つけた, 学校のダンスパーティーで注射をしている人を見かけたなど, 身近で具体的な内容を取り扱っている。
8. 小学生向けに開発された薬物教育プログラムであるDIPSIが効果的であったことから, その教育方法を受けてsecondary school向けにDICEプログラムを開発したと教員向けのハンドブックに記されているが, DICE自体の実践結果についての報告は未だない。

表 6-4.5: PSHE の枠組みの中で実施される薬物教育の例 (KS1)

	知識と理解	スキル	態度
K S 1	<p>児童は以下のことを教えらるべきである:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P2d)彼らのグループと学級のルールに同意し, 従うこと, ルールが彼らを助ける方法を理解すること (例: 簡単な安全のルール) • (S2,2d)医薬品としての薬物の役割について • (P3f)医薬品を含むすべての家事用製品は正しく用いないと有害になりうることを • (P3g)基本的な交通安全を含む安全を保つためのルールと方法 (例: 医薬品のルール)と, 彼らの安全を守ることでできる人について (例: 警察, 健康の専門家) 	<p>児童は以下のことを教えらるべきである:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P1b)彼らに問題となる事柄に関する彼らの意見を共有し, 彼らの見方を説明する (例: 病気と服薬について) • (P1c)彼らの感情を認識し, 名付け, 肯定的に対処する。 • (P2c)彼らが選択できる選択肢を認識し, 善悪の違いを認識する。 • (P3a)彼らの健康と良好な状態を向上する簡単な選択をする方法 <p>このKSの間に, 児童は以下の機会を通じて知識, スキル, 理解を教えらるべきである:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P5a)責任を持ち, 共有する (例えば彼ら自身の行動について; 学級の決まりを作り, それらを守ることを助けること; よく小動物の世話をすることによって) • (P5d)本当の選択をする。 • (P5e)人と会い, 話す。 • (P5h)助けを求める。 	<p>児童は以下のことを教えらるべきである:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P2a)他の人と, また学級全体での討論に参加する (例: 医薬品と他の物質に対する態度を調査する) • (P2b)話題となる課題についての簡単なディベートに参加する。 <p>このKSの間に, 児童は以下の機会を通じて知識, スキル, 理解を教えらるべきである:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (P5b)彼ら自身について肯定的に感じる。 • (P5c)討論に参加する。 • (P5g)彼らが日々の生活で遭遇する社会的, 道徳的ジレンマについてよく考える (例: 喫煙とアルコールに対する態度)。

*各項目の先頭の()内は, 枠組みやカリキュラムの科目と番号である(P:PSHEと公民, S:理科)

*イタリック体の部分は枠組みやカリキュラムに含まれていない例示である。

文献

1. 保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について(保健体育審議会答申), 1-43, 1997
2. D Lister-Sharp, S Chapman, S Stewart-Brown, A Sowden: Health Promoting Schools and health promotion in schools: two systematic reviews, Health Technology Assessment 1999, (3):22, 1999, UK
3. World Health Organization (WHO): Skills for Health, The World Health Organization's Information series on school health Document 9, 2003
4. WHO 編, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘, 石川哲也監訳, JKYB 研究会訳: WHO ライフスキル教育プログラム, 大修館書店, 12-53, 東京, 1997
5. WHO: Promoting Health Through Schools, Report of WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, 1997
6. 文部省:小学校学習指導要領, 1-97, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
7. 文部省:中学校学習指導要領, 1-104, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
8. 文部省:小学校学習指導要領, 1-141, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
9. International Planning Committee of the European Network of Health Promoting Schools:Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide, European Network of Health Promoting Schools(ENHPS), 3-13, UK, 1999
10. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: National Curriculum for England: non-statutory frameworks for personal, social and health education and citizenship at key stages 1 & 2; personal, social and health education at key stage 3&4, UK, 1999
11. Department of Health:Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, UK, 1998
12. Department for Education and Employment : National Healthy School Standard Guidance, UK, 1999
13. Department of Health:Our Healthier Nation, A Contract for Health, Stationary Office, UK, 1998
14. Department for Education and Skill: Healthy living blueprint for schools, UK, 2004
15. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education and citizenship at key stages 1 and 2 Initial guidance for schools, UK, 2000
16. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education at key stages 3 and 4 Initial guidance for schools, UK, 2000
17. 文部科学省:諸外国の初等中等教育, 教育調査第 128 集, 48, 財務省印刷局, 東京, 2002
18. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: National Curriculum for science, UK,1999
19. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: National Curriculum for physical education, UK,1999

20. Department for Education and Skills: Drugs: Guidance for schools, UK, 2004
21. Department for Education and Employment: Sex and Relationship Education Guidance, 3-21, UK, 2000
22. Qualifications and Curriculum Authority: Personal, social and health education 2002/3 annual report on curriculum and assessment, UK, 2004
23. Office for Standards in Education (Ofsted): Personal, social and health education in secondary schools, UK, 2005
24. Janet Palmer, Jan Green and Roz Caught: Certification of the teaching of PSHE (Personal, Social and Health Education)- Teachers' handbook, Revised edition, Department for Education and Skills, Department of Health, and the National Healthy School Standard, Health Development Agency, UK, 2004
25. Education Reform Act 1988, UK, 1988, 「全国共通カリキュラム」が適用される範囲は、イングランドとウェールズである (Education Reform Act 1988:238, Education Act 1996: 10).
26. 国立教育政策研究所:保健のカリキュラムの改善に関する研究—諸外国の動向—, 31-42, 2004
27. 国立教育政策研究所:家庭科のカリキュラムの改善に関する研究—諸外国の動向—, 33-45, 2005
28. 国立教育政策研究所:生活のカリキュラムの改善に関する研究—諸外国の動向—, 31-42, 2004
29. 国立教育政策研究所:諸外国の「総合的学習」に関する研究, 67-79, 2001
30. 国立教育政策研究所:道徳・特別活動カリキュラム改善に関する研究—諸外国の動向—, 31-50, 2002
31. Office for Standards in Education: Sex and Relationship A report from the Office of Her Majesty's Chief Inspector of Schools, U.K., 2002
32. Qualifications and Curriculum Authority: Drug, alcohol and tobacco education curriculum guidance for schools at key stages 1-4 Teacher's booklet, U.K, 2003
33. WHO : OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION , <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, 1986 (2005年10月20日現在)
34. Education Act 1993(c.35), 55, 240-242, U.K., 1993
35. Office for Standards in Education:INSPECTING SCHOOLS Handbook for Inspecting PRIMARY AND NURSERY SCHOOLS with guidance on self-evaluation, Stationery Office, 2000
36. Office for Standards in Education:INSPECTING SCHOOLS Handbook for Inspecting SECONDARY SCHOOLS with guidance on self-evaluation, Stationery Office, 2000
37. Office for Standards in Education:Inspecting Personal, Social & Health Education 11-16 with guidance on self-evaluation, UK, 2001
38. Office for Standards in Education:Inspecting Subjects 3-11: guidance for inspectors and schools, 98-102, UK, 2000

39. Department for Education and Skills: Schools achieving success, 8, 63-70 ,UK, 2001
40. National Governors' Council: TRIGGER PACK FOR NEW GOVERNORS Third Edition, UK, 2001
41. Department for Education and Employment: Schools Building on Success, 87-88, UK, 2001
42. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: The National Curriculum for England: Statement of values by the National Forum for Values in Education and the Community, 1999, UK
43. Joyce V. Fetro, PhD: Personal & Social Skills Level1, CHES, ETR Associates, 28-44, 2000
44. Dr. Donna Cross: Skill Building in School Health Education: A Solid Foundation or House of Cards?, 学校保健研究, 38:5, 1996, 日本語訳: 川畑徹朗: 「学校健康教育におけるライフスキルの形成: 確かなものか, 不確実なものか」の座長報告, 学校保健研究, 37:503, 1996
45. 川畑徹朗: 思春期を生きる力の育成 ライフスキル教育が目指すもの, 公衆衛生, 63: 457-458, 1999
46. 日本学校保健会: 新しい保健学習のモデル 中学校における課題学習, 授業書方式, ライフスキル学習, 75-105, 東京, 2000
47. 不登校問題に関する調査研究協力者会議: 今後の不登校への対応の在り方について (報告), 2003
48. Department of Health: Saving Lives: Our Healthier Nation, Stationary Office, UK, 1999
49. Qualifications and Curriculum Authority: Education for citizenship and the teaching of democracy in schools, Final report of the Advisory Group on Citizenship, Department for Education and Employment, UK, 1998
50. JKYB 研究会編: ライフスキルを育む食生活教育, 8-10, 東山書房, 京都, 1998
51. WHO/HRP/HEP: The Status of School Health, 1996
52. WHO/HRP/HEP: The World Health Organization's Global Health Initiative, 1996
53. Department for Education and Skills: Schools achieving success, 67-68, UK, 2001
54. Department for Education and Skills : TeacherNet, PSHE Home Page, <http://www.teachernet.gov.uk/pshe/>, (2005/10/13 現在)
55. Department of Health and the Department for Education and Skills: Wired for Health, <http://www.wiredforhealth.gov.uk/>, (2005/10/13 現在)
56. Department for Education and Skills: ParentsCentre, <http://www.parentscentre.gov.uk/>, (2005/10/13 現在)
57. 教育課程審議会: 幼稚園, 小学校, 中学校, 高等学校, 盲学校, 聾学校及び養護学校の教育課程の基準の改善について(答申), 1998, 文部省
58. ENHPS, WHO: Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide, 165
59. 日本学校保健会: 学校保健活動推進マニュアル, 2003
60. 日本学校保健会: 保健主事の手引き<三訂版>, 2004

61. 健やか親子 21 検討会:健やか親子 21 検討会報告書—母子保健の 2010 年までの国民運動計画—, 2000, 厚生省,
62. 内閣府:平成 17 年版青少年白書, 139-143, 2005
63. 中央教育審議会:21 世紀を展望した我が国の教育の在り方について(第一次答申), 9-10, 文部省, 1996
64. Office for Standards in Education: PRIMARY EDUCATION A Review of Primary Schools in England, 1994-1998, 1999, UK
65. Office for Standards in Education: Secondary Education 1993-97 A Review of Primary Schools in England, 1998, UK
66. 青少年育成推進会議:「出会い系サイト」に係る児童買春等の被害から年少者を守るために当面講ずべき措置(平成 14 年 10 月 21 日青少年育成推進会議申合せ), 2002
67. 文部省:学校における性教育の考え方, 進め方, 1999. (3) 5(i) の引用部分は, p.16 に記されている.
68. 森脇裕美子, 石川哲也, 田中彩美, 他:アメリカ, イギリス及びスウェーデンにおける性教育に関する今日的な動向と日本における性教育との比較研究, 学校保健研究, 45(3): 189-199, 2003
69. Education Reform Act 1988, 2-4, UK, 1988. 「全国共通カリキュラム」が適用される範囲は, イングランドとウェールズである(Education Reform Act 1988:238, Education Act 1996:10).
70. Education Act 1996, 353-355, 403-405, schedule7, UK, 1996
71. Department for Education and Skills: National Curriculum online , <http://www.nc.uk.net/index.html>(2004 年 1 月 27 日現在), UK
72. Command of Her Majesty: TEENAGE PREGNANCY, UK, 1999
73. School Standards and Framework Act 1998, 36-42, schedule9-10, UK, 1998
74. 松崎巖監修, 西村俊一編集代表:国際教育事典, 129, アルク, 東京, 1991
75. 奥田真丈, 河野重男監修, 安彦忠彦, 新井郁男, 飯長喜一郎他編集:現代学校教育大事典①, 418-422, ぎょうせい, 東京, 1993
76. Office for Standards in Education : How we work , <http://www.Ofsted.gov.uk/howwework/>(2004 年 1 月 27 日現在), UK
77. Office for Standards in Education: Primary Subject Reports 2000/01: Personal, social and health education and citizenship, UK, 2002
78. Office for Standards in Education: Secondary Subject Reports 2000/01: Personal, social and health education, UK, 2002
79. 日本学校保健会:改訂版 みんなでいきるために—エイズ教育参考資料—, 2001
80. 厚生統計協会:国民衛生の動向・厚生 of 指標 臨時増刊, 第 50 巻第 9 号通巻第 784 号, 43, 2003
81. 厚生労働省統計情報部:平成 13 年母体保護統計報告, 厚生労働統計一覧, http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/220/2001/toukeihyou/0003811/t0063245/nn12_001.html(2004 年 1 月 27 日現在)
82. 文部科学省:性感染症予防に関する指導マニュアル 高等学校教師用参考資料, 財団

- 法人日本学校保健会, 2002
83. Janet Collins, Leah Robin, Susan Wooly, et al.: Programs-That-Work: CDC's Guide to Effective Programs That Reduce Health-Risk Behavior of Youth, *Journal of School Health*, 72-3: 93-99, 2002
 84. 内閣府編:平成 13 年版男女共同参画白書, 13-17, 153-170, 財務省印刷局, 東京, 2001
 85. National Guideline Task Force: Guidelines for Comprehensive Sexuality Education, Kindergarten-12th Grade, Second edition, Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS), US, 1996
 86. Erik Centerwall and Skolverket: "Love! You can really feel it, you know!", Skolverket, Sweden, 2000
 87. Center for Disease Control and Prevention: Trends in Sexual Risk Behaviors Among High School Students---United States, 1999—2001, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51(38), 856-859, US, 2002
 88. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP): Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review, Mentor Foundation, 9-14, UK, 2002
 89. Social Exclusion Unit (SEU): What is the SEU?, <http://www.socialexclusionunit.gov.uk/>(2004年1月27日現在), UK
 90. Department for Education and Employment : Social Inclusion: Pupil Support , <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/Ofsted/seced/chap-4b.htm#4.7> (2004年1月27日現在), U.K., 1999
 91. 藤田英典:教育改革－共生時代の学校づくり－, 156, 岩波新書, 東京, 1997
 92. 薬物乱用対策推進本部:薬物乱用防止五か年戦略, 1998
 93. 石川哲也:我が国における薬物乱用防止教育の変遷, *学校保健研究*, 43:16, 2001
 94. 勝野眞吾:学校における薬物乱用防止教育－研究の動向－, *学校保健研究*, 43:5-6, 2001
 95. London Borough of Hounslow Education Department, West London Health Promotion Agency(WLHPA), Turning Point Healthy Schools Scheme:Drugs- Informed Choice Education, Hounslow, UK,1999
 96. 文部省:諸外国の学校教育(欧米編), 教育調査第122集, 164, 大蔵省印刷局, 東京, 1995
 97. Department for Education: Circular 4/95 Drug Prevention and Schools, UK,1995
 98. Department for Education, School Curriculum and Assessment Authority: Drug Education: Curriculum Guidance for Schools, 5, UK, 1995
 99. Department for Education and Employment: Protecting Young People- Good practice in drug education in school and the youth service, 10-11, UK, 1998
 100. 勝野眞吾, 渡邊正樹, 武内克朗, 永井純子, 北山敏和, 赤星隆弘, 山本博信ほか:薬物乱用防止教育の国際比較研究 I -米国の薬物乱用防止教育プログラム Learning to Live Drug Free, *学校教育学研究* 9, 兵庫教育大学学校教育研究センター,

- 119-121, 兵庫, 1997
101. 佐伯胖: 学びの転換, 佐伯胖, 黒崎勲, 佐藤学ほか編, 授業と学習の転換, 岩波講座 3 現代の教育, 10-23, 岩波書店, 東京, 1998
 102. 日本学校保健会: 新訂 喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引き 小学校編, 4-8, 第一法規出版株式会社, 東京, 1997
 103. 日本学校保健会編: 新訂 喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引き 中学校編, 14-17, 第一法規出版株式会社, 東京, 1995
 104. 日本学校保健会編: 新訂 喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引き 高等学校編, 26-29, 第一法規出版株式会社, 東京, 1996
 105. 日本学校保健会: 中学校 薬物乱用防止に関する指導－指導資料－, 29-31, 第一法規出版株式会社, 東京, 1997
 106. 日本学校保健会: 高等学校 薬物乱用防止に関する指導－指導資料－, 35-36, 第一法規出版株式会社, 東京, 1997
 107. 広田進: 薬物乱用防止教育に関する研究－薬物乱用防止教育プログラムの開発を目的とする意識調査作成のための基礎調査－, 学校保健研究, 43:452-453, 2001
 108. 吉本佐雅子, 鬼頭英明, 石川哲也ほか: 「薬物乱用防止システムに関する国際比較研究 第1報 イギリスにおける青少年の薬物乱用の実態および総合防止対策について」, 学校保健研究, 43:51-59, 2001
 109. 日本学校保健会編: 学校保健の動向 平成 13 年度版, 333-334, 勝美印刷, 東京, 2001
 110. Ofsted: Drug education in school: an update, UK, 2000
 111. Ofsted: Drug education in school: an update, UK, 2002
 112. Home Office Drugs Strategy Directorate: Update Drug Strategy 2002, UK, 2002
 113. Health Development Agency: National Healthy School Standard Drug Education (including alcohol and tobacco), U.K, 2004
 114. Qualifications and Curriculum Authority: Drug, alcohol and tobacco education curriculum guidance for schools at key stages 1-4 Teacher's booklet, UK, 2003

第Ⅶ章 日本の学校健康教育の向上に向けた提言

学校では、現在までも児童生徒の現在から生涯にわたる健康の課題に教科等の教育や指導を通じて取り組んできている。学校健康教育のカリキュラムやプログラムの構築や開発に関しては、日本の青少年の健康行動の現状についてもさまざまな調査研究の結果を活かし、また諸外国での先行研究を踏まえ、ライフスキル教育の導入などより効果的な取り組みが試みられるようになってきている。それでも、近年の青少年の身体的、精神的健康の状態や健康行動の実態の改善に向けて、学校健康教育のより一層の貢献が必要とされている¹⁾²⁾。

今日の学校健康教育は、世界的にも日本の国内でも、ヘルスプロモーションの理念を取り入れて計画、実施される方向にある¹⁾³⁾。ヘルスプロモーションの理念は、一人ひとりが自身の健康をコントロールし改善するようにするとともに、家族や学校コミュニティなど、集団全体の健康を良好に保持し増進することを目指して、幅広く人々が共同、連携することや環境の改善なども促進する考え方である⁴⁾。

学校と家族やコミュニティとの関わりや学習を支援する環境づくりの重視は、WHO が提唱しているだけでなく、欧米の学校健康教育の展開に活かされている。学校健康教育プログラムにこれらの要素に取り入れることは児童生徒の学習効果を高めることが認められてきており、日本の学校健康教育でも包含することを考慮すべき要素であることが示唆される⁵⁾。

そこで、これまでのWHOの提言や諸外国の学校健康教育に関する検討を踏まえ、日本の学校健康教育の一層の充実に資することを目指し、以上のようなカリキュラムやプログラムの効果を高めると考えられる要因について以下の7つの視点から提言をまとめた。

1. 学校健康教育の生涯学習の視点
2. 学校健康教育のカリキュラム構成
3. 健康教育カリキュラムを支援する要素
4. 健康教育を支援する学校、家庭、地域コミュニティの連携の促進
5. 学校保健、学校安全、学校給食の関連
6. 学校の心理社会的環境の整備
7. 学校健康教育の指導者、支援者の育成

1. 学校健康教育の生涯学習の視点

学校健康教育は、「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して、一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身に付け、生涯を通して健康で安全な生活を送ることができるようにすること」を目標としている¹⁾³⁾。近年の日本の青少年の健康に影響する行動の実態をみると、生活習慣病などの将来の健康危機の予防に加え、学齢期にあたる思春期前後頃から認められる健康に関連する危険行動を予防し、将来の健康の土台となる心身の健全な発達を確保することも学校健康教育の重要な課題であると考えられる。まとめると、日本の学校健康教育は、次のような目標を達成することを目指した実施が求められていると考えられる。

- ・ 生涯にわたって健康を保持増進するライフスタイルや生活習慣等の獲得，形成
- ・ 生涯にわたる健康の土台となる青少年期の心身の健全な発育発達の促進と健康に関連する危険行動の予防

英国の学校健康教育は，児童生徒の大人になったときの生活に備えることをねらいとしている⁶⁾。日本の学校健康教育にも，現在青少年期の問題となっている危険行動の予防や抑制だけでなく，児童生徒一人一人の生涯を見通し，学校卒業後や成人した後，青年期，壮年期，高齢期へと人生のあらゆる段階を健康に過ごすことを可能にする土台づくりを支援することが求められると考えられる。健康に関する「生きる力」の獲得を支援することと言い換えることができると考えられるが，学校健康教育は，児童生徒が現在から生涯にわたり，自らの健康に関する価値観に基づいた健康の保持増進のための行動や活動を，自他の生活や自己実現，目標達成に肯定的に作用するように展開できる資質や能力を身につけるよう支援することが求められると考えられる。

WHO は，ヘルスプロモーションに果す学校の役割を重視し，学校は以下のような点で青少年が健康の保持増進に関する知識や価値観，態度，規範意識などを身につける場として最も適切な設定の一つであると考えている⁷⁾。

- ① 学齢期は，人間の発達段階の形成期であること
- ② 若者の健康，セルフエスティーム，ライフスキル，行動の向上に戦略的に取り組む入り口として効率的であること
- ③ 健康増進や多くの特定の病気の予防に効率的，経済的に介入できること
- ④ コミュニティに向けて健康に関する情報や技術を紹介できる設定であること
- ⑤ 健康を増進する方針やサービスを唱導できること

一方，日本の学校教育は，児童生徒が個人としてと同時に，社会的な存在としての育ちを支援することを目指している（教育基本法，学校教育法）。保健体育審議会は「一定の社会的あるいは文化的な条件の下に生まれた個人は，教育・学習によって，その生きていく社会において，既存の知識・技術を吸収し，自分自身を変容・形成しながら，人間として成長・発達しつつ，新しい文化を創造していく」としている¹⁾。

学校は，家庭や地域社会と同様，時代や地域性などの社会的，文化的な背景を反映しており，さまざまな価値観を持つ人々と出会い，人間関係や共同することを経験する場であると考えられる。児童生徒は，これらの経験を通じて，他者と関わり合うことによって健康の保持増進に与えられる影響や共に健康を享受することなどを学習できると考えられる。学校教育は，児童生徒の生涯学習の側面から見ると社会経験の一部を構成しているに過ぎないが，WHO の指摘にあるように心身が大きく成長，発達する形成期に関わっている点で，与える影響の大きいと推測され，重視される。WHO の指摘に加え，学校は生涯学習の場の 1 つとして，児童生徒が心身の発達に応じて多角的に活動の範囲を広げ，多様な考え方や文化を持つ他者との関わりを経験し，社会化していく機会を組織的に提供するという特徴も持ち合わせていると考えられる⁸⁾。

青少年の健康行動は，家族や仲間の影響も強く受けている。彼らはまた，成長するに従って仲間や年少者のロールモデルとなり，影響を与える存在になると考えられる。そのため，自他の考え方や権利などを尊重して相互理解を図ることや良好な人間関係の構築や維持などに必要な資質や能力は，生涯にわたって自他の健康を保持増進するための土台となる。学校は，「多

くの子どもたちに接することができる」ことからライフスキル学習にふさわしい場所であると考えられているが、このような能力は多くの人々との多様な関わりを経験することによって強化されると考えられる⁹⁾。このことから、前述のような特徴を持つ学校で健康教育を実施することは重要であると考えられる。

また、学齢期にある児童生徒は、乳幼児期には主に家庭とその周辺地域等での活動を中心とした生活から、段階的により大きな地域社会、一般社会へと社会的活動を広げていく過程にある。学校健康教育は、児童生徒の学習と学習成果を強化や活用は、学校と同様に家庭や地域社会での生活を通じて成り立つという認識に基づいて教育課程を計画、展開することが重要であると考えられる。

2. 学校健康教育のカリキュラム構成

英国の学校健康教育では、PSHE の枠組みを基盤として性教育や薬物教育などの健康に関する領域の教育を計画、実施することにより、それぞれの健康課題を科学的、道徳的、社会的、文化的な側面から捉える健康教育の実施を円滑にしている¹⁰⁻¹⁴⁾。PSHE では人間関係やライフスタイル、社会性など、さまざまな健康課題の領域に共通する側面を取り扱うため、領域横断的に健康課題を捉えやすくしていると考えられる。PSHE のような枠組みは、ライフスキルのような健康領域に共通して必要となる能力の学習を領域横断的な位置づけで実施することを促進すると考えられる。

英国政府は、学校ごとに性教育、薬物教育などの領域ごとのカリキュラムを構成する際に、それぞれの領域に具体的な課題と、PSHE、公民、理科などの関連する教科のカリキュラムから関連する部分を組み合わせるカリキュラムを例示して、教科、領域横断的な学習計画を支援している¹⁵⁾¹⁶⁾。日本においても導入が図られつつあるライフスキル教育も、学習の系統性を考慮する必要がある⁹⁾。PSHE のように、目標設定や意志決定などの基本的なライフスキルの学習など、どの健康領域にも共通して必要となる内容の教育がカリキュラム上で考慮されていれば、他の教科での学習内容などと領域横断的に組み合わせることで、発達段階、教育段階に応じた健康教育の計画が容易になると考えられる。

日本では、学校教育活動全体を通じて体育・健康に関する指導を実施することが求められている^{1) 17-19)}。また、学校健康教育は、健康に関する課題は総合的な学習の時間を使った学習に相応しいテーマに挙げられる、指導書等で関連する教科等を通じた学習が求められているなど、教科横断的に捉えられている¹⁷⁻¹⁹⁾。しかし、保健科教育に関する学習の目標や内容は示されているものの、教科、領域横断的に学習指導要領に含まれている学校健康教育に関する内容についての整理は明確にされていない¹⁷⁻¹⁹⁾。教科や領域横断的に実施する学校健康教育の基本的な構成を包括的に明確に示すことは、学校が組織として一体的に教育や学習支援を計画、実施することを促進することにつながると考えられる。

例えば、英国のように、学習指導要領に示された教育課程の中から学校健康教育に関連すると考えられる学習目標や内容を抜き出して整理し、PSHE のようなさまざまな健康領域に共通する課題を整理する。そのような共通課題に関する学習を基盤として、性や薬物乱用などのそれぞれの領域に具体的な課題と組み合わせ、性教育、薬物教育などのカリキュラムを編成す

ることが考えられる。

健康領域に共通する課題にはライフスキルやセルフエスティームなどが考えられ、米国の健康リテラシーのような考え方もある²⁰⁾。日本の青少年についてのこれらのようなさまざまな健康領域の教育に共通する学習内容をPSHEの枠組みのようなカリキュラムに組み、学校健康教育の土台に据えて他の教科学習等と横断的にカリキュラムを構成する方法は、発達段階や教育段階に沿う学習の支援につなげることができると考えられる。

3. 健康教育カリキュラムを支援する要素の位置付け

欧米の学校健康教育プログラムに関する研究は、学校の授業などとして実施する健康教育カリキュラムと同時に、学校環境の整備や保護者や地域コミュニティとの連携を構成要素に取り入れているプログラムの方が高い効果が得られやすいことを示唆している⁵⁾。WHOは包括的學校健康教育の条件として6点を挙げていたが、学校環境の整備や保護者や地域コミュニティとの連携はどちらもそれらの条件に含まれている⁷⁾。

Lions-Questプログラムでは、学校や学級の環境整備や、保護者や地域コミュニティとの連携を健康教育プログラムの構成要素としている²¹⁾²²⁾。また、英国のPSHEやSRE、薬物教育では、それぞれの指導書に、それらの健康教育の目標や内容と同時に学校の健康や健康課題に関する方針の作成と維持、校風や価値観、学校文化と環境、薬物などの事犯への対処、児童生徒が必要とする支援を提供する仕組み、保護者や地域コミュニティの人々との関わりの構築などに関する内容が含まれている¹⁰⁻¹³⁾。いずれも、健康教育の効果的な実施の条件として環境整備や学校、家庭、地域コミュニティの連携を捉えていると考えられるところが注目される。

英国では、学校ごとの健康教育等に関する方針の策定は、保護者や地域のさまざまな人々が関わる学校理事会の責任で実施されることになっている²³⁾²⁴⁾。特に性教育に関しては、保護者の意見を取り入れて方針を策定することとされている上に、我が子が学校の一定内容以上の性教育を受けるかどうかを判断する権利が保護者に認められている²⁵⁾²⁶⁾。英国では学校理事会が子どもたちの入学に際して、保護者に学校のねらいと価値観、学校の責任、保護者の責任、児童生徒に対する学校の期待について学校と家庭が同意していることを確認する(home-school agreement)こととされている²⁷⁾。これらの法律や制度などは、我が子の教育全体に対する保護者の一義的責任を明確に位置づけると共に、学校と家庭や地域コミュニティの人々がコミュニケーションを持つ機会を作り出し、相互の連携の構築、向上に貢献していると考えられる。

学校健康教育の計画と、薬物や武器に関する事犯が生じたときの対応なども含め、関係者の同意による関連する教育や指導の方針などの策定や学校環境の整備などを1つの目標に関する枠組みの中で推進することは、教育課程による学習と学校生活の中でのヒドゥン・カリキュラムによる学習の整合性、一貫性が図れ、二重規範などの防止が期待できる1つの方法であると考えられる。また、このような学校健康教育の方針の決定や計画段階から保護者や専門家や行政を含む地域コミュニティの人々と協力し合い、話し合いコンセンサスを図りながら進めることにより、家庭や地域社会における児童生徒の学習や学習成果の強化などを支援する仕組みを作ることも期待できると考えられる。健康教育の方針やプログラムの実施計画の段階から保護

者や地域コミュニティの人々が関わることは、児童生徒の学習と健全な成長発達への支援を意図とする健康教育、学校環境、学校内外の人間関係の向上のために同期的な活動を促進することができると考えられる。

4. 健康教育を支援する学校と家庭、地域社会の連携の促進：学校コミュニティ全体での取り組み

日本では、学校、家庭、地域社会の連携は、以前から健康教育に限らず学校教育や青少年健全育成活動等の課題に挙げられている。児童生徒を取り巻く喫煙、飲酒、薬物乱用、性、安全、生活習慣等、さまざまな健康行動は、共通して家族や仲間、メディアなど、周囲の人々や生活状況などの影響を受けている。

健康に関する知識の獲得だけでは青少年の健康に関連する危険行動の予防効果が不十分であることが指摘されており、今日の学校健康教育では価値観や規範意識、態度、ライフスキルなどの形成、強化など、児童生徒個人の要因の向上にはさまざまな取り組みがなされている²⁸⁾。しかし、児童生徒の知識や価値観、規範意識、態度などの形成は、学校教育の中だけで生じているのではない。学校健康教育が児童生徒の健康的な行動やライフスタイルの選択によりよく寄与できるためには、これらの社会的要因の影響にどう対処するかも課題となると考えられる。

家庭での教育は、子どものしつけに第一義的な責任を有する¹⁾²⁹⁾³⁰⁾。このことは、学校は、英国の例で見たように、健康教育を実施するにあたって、家庭での関連する価値観や教育を尊重して考慮する必要があることを意味すると考えられる。学校と家庭の間には、学校健康教育が家庭教育を支援、補完するよう相談しながら教育計画を立てることや、学校での児童生徒の学習を家庭で強化するように情報提供するなど、双方向的な連携ができると考えられる。

青少年の健康に関連する危険行動は社会問題でもあることから、学校と地域社会との間には多様な連携が考えられる。例えば、学校は警察や保健所、健康の専門家など、地域の専門的な関連機関などと連携が可能であり、そのような連携により児童生徒の健康に関する学習の質を高めることができると考えられる¹⁾⁸⁾。

また、地域社会は児童生徒が学校健康教育で学習した成果を実生活に応用する場である。そこでは新たな学習や学習強化も成立すると考えられる。そのため、学校健康教育では、教育計画の段階から地域社会での日常生活を通じた児童生徒の学習も考慮すべきであると考えられる。同時に、学校健康教育の内容が児童生徒の日常生活における健康の保持増進に活かされ、強化されるように、家庭や地域社会の協力を得ることが期待されると考えられる。

オタワ憲章はヘルスプロモーション活動の1つによりよい健康を達成するためのコミュニティ活動を挙げ、WHOが推奨する包括的学校保健では、学校保健プログラム強化のための戦略にヘルスプロモーションの過程と学校と他の組織との連携を支援するコミュニティ活動の充実を挙げている⁴⁾⁷⁾。学校健康教育は、学校教育活動を通じた児童生徒に対する教育や指導を通じてだけでなく、児童生徒の望ましい行動の実現を目指して、保護者や全教職員、行政や専門家を含む地域社会の人々などが1つの学校コミュニティを組織し、それぞれが成員としての役割を果たしながら共同して取り組むことが適当な課題の例であると考えられる。

青少年の喫煙や飲酒、性の逸脱問題などの社会問題に対しては、国や地域の行政も対策を打ち出していることから、地域には青少年の健全育成に関わるさまざまな組織や団体が存在していることが考えられる。平成15年に策定された青少年育成施策大綱では、「青少年の問題は大人社会の問題の反映である」、「青少年の健全な育成は、社会全体の責任である」とし、「大人社会の見直しと青少年の適応」と「すべての組織及び個人の取組」を含む基本理念に基づいて、青少年育成施策を推進するとしている³¹⁾。学校の活動全体に目を向けると、学校健康教育以外の分野でも学校と家庭、地域の人々との連携は推進されていると考えられる。子どもに対する地域活動には、地域の大人が協力して子どもたちの人間関係能力やコミュニケーション能力などの育成を支援することを目指す「子どもの居場所づくり」活動なども行われている³²⁾。

学校健康教育は、児童生徒の学校での学習成果を強化するために、このような学校外の多様な活動との連携も考えられる。学校と、地域で青少年健全育成などに関する活動を実施しているこれらの組織や団体との連携も、学校健康教育の効果の向上に有効であると考えられる。学校、家庭、地域社会のさまざまな人々や組織がそれぞれの立場に合った役割を果し、全体として児童生徒の健康の保持増進と健康的なライフスタイルや生活習慣等の確立を支援する連携が望まれると考えられる。

日本では、学校保健委員会に学校、家庭、専門家や行政などを含めた地域社会の連携の強化が期待されている¹⁾³³⁾。欧米で見られる学校コミュニティ全体で学校健康教育や学校保健に取り組む考え方は、日本の学校健康教育にも参考になると考えられる。例えば、学校保健委員会などがPTAや学校評議員会、地域教育協議会などに対して働きかけ、児童生徒と学校関係者に加え、家庭や地域社会の人々、健康や教育に関する専門家など、幅広く多様な立場の人々が学校健康教育の向上に寄与できる学校コミュニティを組織することなどが考えられる。当該校の児童生徒の健康状態や健康行動の実態、健康に関連する地域の状況などの情報収集、教育方針や教育計画の設定、教育の実施などを、学校コミュニティの活動に位置づけて展開することは、学校、家庭、地域社会の連携を促進する1つの方法であると考えられる。

5. 学校保健、学校安全、学校給食の関連付け

健康に関する課題は、具体的には喫煙や飲酒、食生活、身体活動、性に関する課題等の領域ごとに特有の課題があり、共通性や相互の関連があるものの、学校健康教育では領域別に教育課程が編成される。しかし、実際の生活場面では、児童生徒は総体的な個人としてそれらの課題に対処することになる。そのため、学校健康教育は、児童生徒が最終的には個々具体的な健康課題が相互に関連しあつて自他の総体的な健康状態に影響することを理解して、課題に対処する能力を獲得するよう支援する必要があると考えられる。学校健康教育の計画、実施にあたっては、それらの相互の関連性を土台に据えた上で課題を設定し、適切な学習内容や方法を検討することが求められると考えられる。

例えば、英国ではPSHEの枠組みの中で性教育や薬物教育などに関する教育を実施することが重視されている¹²⁾¹³⁾。Lions-Questプログラムでは、思春期のさまざまな問題への対処に必要なものとして人間関係やライフスキルの学習を位置づけ、その総体的な学習の後に領域に具

体的な薬物教育を展開するよう計画されている²¹⁾²²⁾。学校健康教育では、健康に関する領域にそれぞれの具体的な問題に対する学習を深めながらも、多くの領域に共通して関連している部分には共同的に取り組む構造の活動を展開することが重要であることが考えられる。

日本の学校健康教育は、主として学校保健、学校安全、学校給食の教育的側面である保健学習と保健指導、安全教育と安全指導、栄養に関する指導と給食指導から構成され、現在から将来にわたる児童生徒の健康を保持増進する行動の実現を課題としている¹⁾。健康に関する管理面の整備は、児童生徒が学校生活を通じて健康的な生活環境や行動の選択を経験することを支援すると考えられる。そのため、日本の学校健康教育の課題の1つに挙げられている学校保健、学校安全、学校給食のそれぞれの管理面と教育面の関連を図ることは、大変重要であることが考えられる。

教育面からみると、学校健康教育では安全や栄養に関する内容を含め、健康に関する領域の課題を広く扱うことになっている³⁾¹⁷⁻¹⁹⁾。そのような学校健康教育を教育現場で支える健康管理の側面である保健管理、安全管理、給食管理は、それぞれの教育面との関連付けと同時に、相互の横の強いつながりを持つことが求められると考えられる。

欧米の学校健康教育をみると、健康教育は、日本の学校保健、学校安全、学校給食の管理面と教育面を一括する、包括的学校保健などと呼ばれる1つの枠組みの中に位置づけられている³⁴⁾³⁵⁾。WHOは、諸外国での健康教育に関する多くの調査や実践などの研究を基に、相互に強化し合う学校健康教育、学校環境、学校保健サービスからなる包括的学校保健という考え方の枠組みを提唱している⁷⁾。

日本の学校組織では、学校保健の領域、内容に学校安全と学校給食は含まれていないが、学校保健法に「児童、生徒、学生及び幼児ならびに職員の健康の保持増進を図り、もって学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資する」ために必要となる保健管理及び安全管理に関する事項が定められている³⁶⁾。また、学校保健、学校安全、学校給食の管理面と教育面は、いずれも学校保健委員会の議題となると推定されている³¹⁾。児童生徒の健康を包括的な視点から捉えて支援する学校保健では、いわゆる従来の学校保健と学校安全、学校給食の教育面と管理面を包括的に取り扱う組織づくりが求められる。

学校健康教育と呼ばれる1つの枠組みの中で保健教育、安全教育、給食指導等を取り扱うにあたって、学校保健、学校安全、学校給食等の健康管理活動を明確に同じ1つの枠組みの中に位置づけることは、学校保健についてあまり詳しくない学校関係者や児童生徒、保護者、地域コミュニティの人々でも活動に関わりやすくすることが期待できる。健康に関する管理面と健康教育とをうまく関連付けて一貫性、整合性を高めることは、児童生徒の活動を効率的かつ効果的に実施することにつながると考えられる。特に学校安全は学校保健法の目的にも含まれている。日本においても、WHOが提唱する包括的学校保健プログラムに代表される考え方のように、児童生徒の健康に関する課題を包括する学校保健の枠組みを構築しその中に保健管理、安全管理、給食管理を位置づけることは、管理面、教育面の双方での連携の促進につながることが考えられる。

6. 学校の心理社会的環境の整備

(1) 包括的な学校健康教育を支える学校環境

今日の学校保健の理念であるヘルスプロモーションの活動には、健康を保持増進する環境づくりが含まれている⁴⁾。WHOは、学校保健の3つの構成要素、健康教育、環境、保健サービスは相互に支え合うとしている⁷⁾。中でも、健康的な学校環境の確保は包括的な学校健康教育の条件に含まれており、学校環境の整備は学校健康教育の重要な要素であると考えられる。

日本の学校保健には、「学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資する」ために、児童生徒が健康で安全と同時に安心な学校生活を確保することが求められている。また、討論など相互作用的な学習活動を展開しながらライフスキル形成に基盤をおく学校健康教育では、自他の尊重など、学習に支援的な環境づくりが不可欠であると考えられる⁹⁾²¹⁾²²⁾³⁷⁾。これらのことから、支援的な学校環境づくりは、児童生徒の健康の保持増進と同時に、効果的な学校健康教育の実施という視点からも重要な要素であると考えられる。

「学級運営等の在り方についての調査研究」の報告書には、学級運営や生徒指導の充実のためには環境づくりという視点が重要であると指摘されている³⁸⁾。児童生徒が安心して学校生活を送ることができるかどうかは、学校環境が安全で安心して学習その他の経験に取り組めるものであるか、児童生徒同士、児童生徒と教職員、教職員同士、保護者と教職員等、学校生活における人間関係が良好に構築されているかといった要素にも影響を受けると考えられる。学校は、心身の発育発達期にある児童生徒の日常生活の中で、関わり合う割合の大きな部分を占める組織である。このことから、学校生活は児童生徒の心身の発達に大きな影響を与えると考えられる。学校は学習の場、生活の場としての特性を活かし、家庭や地域のコミュニティや関連組織等と連携しながら、児童生徒の成長発達を支援する環境づくりに日常的に取り組むことが重要であると考えられる。

(2) 学校の心理社会的環境

WHOは、学校環境を物理的環境、心理社会的環境の2種類に分けて捉えている⁷⁾。物理的環境は日本の学校環境衛生に代表される事項に関わり、心理社会的環境は児童生徒の社会的、情緒的健康と学習の強化に関わる(表 7-6.1)。WHOの他、UNICEF、UNESCO、世界銀行等が児童生徒の精神保健に関連して推進する学校保健プログラムでも、学校の心理社会的環境の整備は重視されている³⁹⁾。

欧米では、学校とのつながり感(*connectedness*)や満足感と健康に関連する危険行動の関連についての研究が行われている⁴⁰⁾⁴¹⁾。米国での調査では、仲間からハラスメントを受けた経験の多い生徒ほど学校が好きでなく、学業成績も低い傾向にあったと報告されている⁴²⁾。また、オーストラリアの研究では、学校の学習環境を向上することで児童生徒に対する薬物乱用防止教育の効果が高まることが示唆されたと報告されている⁴³⁾⁴⁴⁾。米国では、学校環境と生徒のつながり感についての調査も行われており、学級管理が難しい状態の学校、比較的軽微な違反に対して生徒を停学にする学校では生徒の学校とのつながり感が低かったと報告されている⁴⁵⁾。学校の質と平等性について調査したOECDは、学校環境(*school climate*)^{注1)}と数学的リテラシーや読解力に関連がみられたと報告している。中でも、生徒と教師の人間関係がよくないこと

は、数学的リテラシーに否定的影響を与えると報告されている⁴⁶⁾⁴⁷⁾。

日本の小学生、中学生、高校生に関しても、心理社会的学校環境と健康に関する自覚症状や精神的健康などには関連性がみられることが報告されている⁴⁸⁻⁵⁰⁾。学校環境、中でも心理社会的環境は、日本の児童生徒の心身の健康や健康行動、また学校保健活動のねらいの1つである学校教育の成果である学業上の成功にも影響していると考えられる。

WHOは、次の理由から心理社会的環境を重視している³⁹⁾。

- 学校の肯定的な社会的環境は、児童生徒の行動に影響を与えることができる。
- 学校の肯定的な心理社会的環境は、若者の精神保健と健康(well-being)に影響を与えることができる。
- 支援的な学校環境は、児童生徒の学習結果を向上することができる。

現在、日本の学校教育においては、心の健康や心の教育が重視されている。心の健康は、生活習慣をはじめ薬物乱用や性の逸脱行動などの健康に関連する危険行動にも影響すると考えられており、平成16年度の文部科学白書では特に大きく取り上げられている。児童生徒の心の健康との関連が指摘されていることから、日本の学校保健においても、児童生徒の心身の健康と発達によりよい影響を与える環境づくりは重要課題であると考えられる。

表 7-6.1: 学校環境の物理的要素と心理社会的要素の特性(WHO)⁷⁾

<p>※今日、学校環境は、学校が立地するコミュニティを含んで理解されるようになってきている。</p> <p>物理的環境:</p> <ul style="list-style-type: none">● 建物、敷地、内部構造● 清潔さ、ゴミ置き場、安全な飲料水、清潔で衛生的な設備● 使用に関する方針(喫煙や武器に関する方針、提供する食物の種類) <p>心理社会的環境:</p> <ul style="list-style-type: none">● 学校文化の影響が強い。● 児童生徒、教職員の社会的、情緒的健康に影響● 信頼関係の育成におけるロールモデル、助言者としての教師の役割● 児童生徒の危機的事態に対処する方針を通じて伝えられる事柄● 教職員、児童生徒、保護者、地域の人々、専門家等の人間関係

(3) 学校健康教育と心理社会的環境

今日の日本の学校健康教育では、ライフスキル教育の導入が普及しつつある。ライフスキル形成を基盤とする学校健康教育は、児童生徒の健康行動に影響を与える心理社会的要因に注目し、肯定的な健康行動をとるために必要な知識、価値観や態度、規範意識やスキルなどの獲得を支援する。また、心理社会的要因に注目していることやライフスキルや具体的スキルの経験学習の必要性などから、共同的な学習活動を多く用いる⁹⁾⁵¹⁾。このようなライフスキル形成を基盤とする健康教育では、児童生徒が学習過程を通じて共有する価値観や規範意識などが、望ましい健康行動の選択に肯定的な内容であることが求められる。例えば、学校が体罰やいじめ、セクシュアルハラスメントの禁止などの方針を明らかに示し、教職員、児童生徒等に一

貫した対応をとることは、直接的な指導ではないが、児童生徒の規範意識の学習を支援する役割を果たすと考えられる。

また、討論などの共同的な学習活動を展開するにあたっては、プライバシーの保護や守秘の尊重、相互の違いや多様性を尊重し合いながらオープンに話し合うなど、児童生徒が安心して積極的に学習活動に参加できるようにするため、例えば、基本的なルールの設定などが求められる²¹⁾²²⁾³⁷⁾。これらのように、効果的な学習活動を展開する観点から、心理社会的な学校環境の整備は重要であると考えられる。

ライフスキル教育プログラムの一つである Lions-Quest プログラムでは、思いやりのある支援的な学習環境の構築をプログラムの構成要素の 1 つに据えている²¹⁾²²⁾。本プログラムでは、学習活動を通じた学級環境づくりと、教職員、児童生徒、保護者、地域コミュニティの人々等で構成される学校環境委員会の活動を通じた学校環境づくりが考えられている。学級運営と学習環境や生活環境の関連については、日本の学校教育に関しても指摘されている³⁸⁾。

児童生徒の学習活動を通じた学級環境づくりには、相互尊重や積極的で配慮のある学級環境づくり等のためのルール設定や、お互いに知り合い協力体制を構築する活動などが挙げられる。教師の学級管理を通じた学級環境づくりには、教師が肯定的な行動の模範となること、プライバシーの保護、不適切な行動に対処し、効果的な討論を導くことなどが挙げられる。教師の学級管理のチェックリストには、学級の物理的環境設定、快適な環境の構築、授業の指導、規則の管理に関する項目が挙げられている²¹⁾²²⁾。

学校環境委員会の活動は、Lions-Quest プログラムによる児童生徒の学習活動を支援する学校環境づくりや関連する学校行事の計画、調整などに関わる。学校環境づくりのための活動は、学校環境調査の結果に基づいて進められる。学校環境調査の項目は、表 7-6.3 に示す²¹⁾²²⁾。

Lions-Quest プログラムで用いられている学級管理のチェックリストや学校環境調査の評価項目は、児童生徒が平等、公平に感じられる安心、安全な環境の中で、適切な支援を受け、積極的に学習活動に取り組めるか、学校の教職員は模範となっているか、学校と児童生徒や保護者、地域コミュニティの間の関係は良好で協力的か、などに関わっている。これらの項目は、思いやりがあり支援的な学習環境の構築に関わるものであり、WHO が述べる心理社会的学校環境との関連が大きいと考えられる²¹⁾²²⁾。

日本においても、学校健康教育を通じて児童生徒の心の健康と同時に健康行動に肯定的な影響を与える学習を支援するために、学校の心理社会的環境に対する視点を持つ必要があると考える。

表 7-6.3 Lions-Quest Skills for Adolescence プログラム学校環境調査の項目²¹⁾²²⁾

・ 肯定的学習環境	・ 生活のために薬物に関わらない方法
・ 社会的スキル、思考スキルの指導	・ 肯定的な仲間集団
・ パートナーとしての保護者	・ 多様性の賞賛と尊重
・ コミュニティの関わり(保護者以外)	・ 学校教職員への支援
・ サービスを通じた学習	
※ ほとんどない、たまにある、よくある、ほとんどいつもある、の 4 尺度	
※ 各項目 3 問ずつ	

(4) 日本の学校保健と心理社会的環境

日本の学校においても心理社会的な環境を整備することは、以下のような点から学校健康教育の効果を高めることにつながる考えられる。

- ・ 精神的、社会的健康と身体的健康は深く関連しているので、安全で安心できる学校生活の保障は、児童生徒の健康の保持増進に寄与する。
- ・ 児童生徒が社会規範や価値観、態度などを形成するにあたり、周囲の大人や仲間などから肯定的な影響を受ける。
- ・ ライフスキル学習などの共同的な学習を促進し、健康教育と学校生活からのメッセージに一貫性をもたせ、効果を高める。

日本の学校保健では、保健管理の対人管理の内、生活の管理の領域の学校生活の管理の内容の一部に「学校生活の情緒的雰囲気」の醸成を含むとしている。これは「学習能率を高め、児童生徒が楽しい学校生活を送ることができるようにする観点を重視」した配慮であるということである⁸⁾。学習にも影響する児童生徒の心の健康状態は、教職員、児童生徒、保護者間の相互の人間関係や日常的に見聞きする言動や光景など、彼らが置かれている状況の影響も受けると推察される。

これまでみてきたように、心理社会的な学校環境の整備は、ヘルス・プロモーティング・スクールのような健康教育を学校環境や保健サービスと統合した計画、実施などととも、日本の学校健康教育を向上する重要な要素となると考えられる。しかし、学校の物理的環境に関して学校環境衛生の基準等があるのに対し、「学校生活の情緒的雰囲気」のような心理社会的環境に関する評価についての記述はほとんど見られない。また、「学校で安心して学習できる環境づくり」などと言われる場合でも、安全管理やスクールカウンセラーの配置、有害環境の浄化など、その多くは物理的環境や人的資源などに関するもので、心理社会的な環境に関するものはほとんどみられない⁸⁾³²⁾⁵²⁾⁵³⁾。

WHOは、児童生徒の心の健康との関連で心理社会的な環境の整備を重視している³⁹⁾。青少年の心の健康状態は、薬物乱用や性の逸脱行動、生活習慣など、多くの健康に関連する危険行動と関連している。児童生徒が身体的にと同時に心理的、社会的にも安全で安心して学習に取り組み生活できると感じられるよう学校環境を整備することは、児童生徒の健全な心身の発達を支援するとともに、健康を保持増進する健康行動の選択にも大きく関わっていると考えられる。

児童生徒は、学校教育活動で実施される健康教育に加え、学校内外の生活の中で健康に影響するさまざまな知識や価値観、態度などを学習している。そのため、学校健康教育の効果を高めるためには、学校環境などの影響も含め、児童生徒の学習活動全体を考慮することが求められる。特に、支援的な学習環境の整備は、ライフスキルを形成する健康教育で多く用いられる共同的な学習活動の効果的な実施に重要な要素である。学校の心理社会的環境に焦点を当てた Lions-Quest プログラムの学校環境調査のような評価活動により、児童生徒の心身の健康の保持増進と健康に関する学習を支援する学級や学校の環境を評価し、整備することは、学校健康教育の充実を図る上で、重要な活動であると考えられる。

(5) 心理社会的環境の評価:「PSYCHO-SOCIAL ENVIRONMENT(PSE) PROFILE」

日本の学校の物理的環境に関しては、例えば学校環境衛生の基準が設置されている、学

校内禁煙が実施されているなど、さまざまな法律や規定、ガイドラインなどが整備されており、環境衛生検査や安全点検などの基準は比較的わかりやすく評価活動が実施しやすくなっていると考えられる。評価活動は、環境の維持や向上に不可欠な活動である。

学校の心理社会的な環境に関しても、整備を行うにあたっては現状を把握し、向上の必要性のある部分を把握するための評価活動が必要であると考えられる。しかし、現在の日本において、学校の心理社会的な環境を評価するための基準はほとんど見当たらない。学校評価活動が開始され、学校の心理社会的な環境に関連があると思われる評価項目が設定されていることもあるが、児童生徒の健康と健康教育に支援的な学習環境を整備するためには、環境整備を目的とした基準が明確に示されることが望まれると考えられる。

WHO は、UNICEF や UNESCO などと共同し、学校の心理社会的環境に関する評価項目を示している。児童生徒の心の健康と学習を支援する肯定的な環境は、次のようであるとされている³⁹⁾。

- ・ 温かく、友好的で、学習に報いる。
- ・ 競争よりも協力を促進する。
- ・ 支援的でオープンなコミュニケーションを促進する。
- ・ 創造的な機会の提供を重視する。
- ・ 体罰を支持せず、遊び場、学級での暴力に依らない教職員と児童生徒の相互作用を促進する手順と方針の作成を助長することによって、体罰、いじめ、ハラスメント、暴力を予防する。
- ・ 公平な機会と民主的な手続きを通じて男子と女子の権利を促進する。

このような学校の心理社会的環境づくりを支援するために、WHO は、学校の心理社会的環境を評価するチェックリスト「PSYCHO-SOCIAL ENVIRONMENT(PSE) PROFILE」(以下、PSE プロファイルと略す)を提示している。PSE プロファイルは、学校で作業するすべての人々に対する支援と思いやり、及び学習と発達を促進する学校の能力を高めるために現状を把握し、変化をもたらすために用いられることをねらいとしている。

PSE プロファイルは、7 つの質的領域に関する質問から成る(表 7-6.2)。質問は、(1)学校の健康な心理社会的環境の重要性についての教師、管理者、児童生徒の気付きを喚起することと、(2)学校環境の肯定的な特徴と向上することのできる特徴の確認を助けることを意図して作成されている。質問項目数は、男子校、女子校では 392、共学の学校では 456 項目である。回答の対象者は、学校管理者、教職員、保護者、その他の大人である。児童生徒用の質問紙は開発中ということである³⁹⁾。

7-6.2: PSE プロファイルの 7 つの質的領域³⁹⁾

1. 親しみがあり、有益で、支援的な雰囲気を提供
2. 協力と活発な学習の支援
3. 体罰と暴力の禁止
4. いじめ、ハラスメント、差別を許容しない
5. 創造的な活動の発展の尊重
6. 保護者を関わるることによる学校と家庭の生活の結びつけ
7. 意志決定の平等な機会と参加の促進

(6) 日本の学校保健への PSE プロファイルの適用

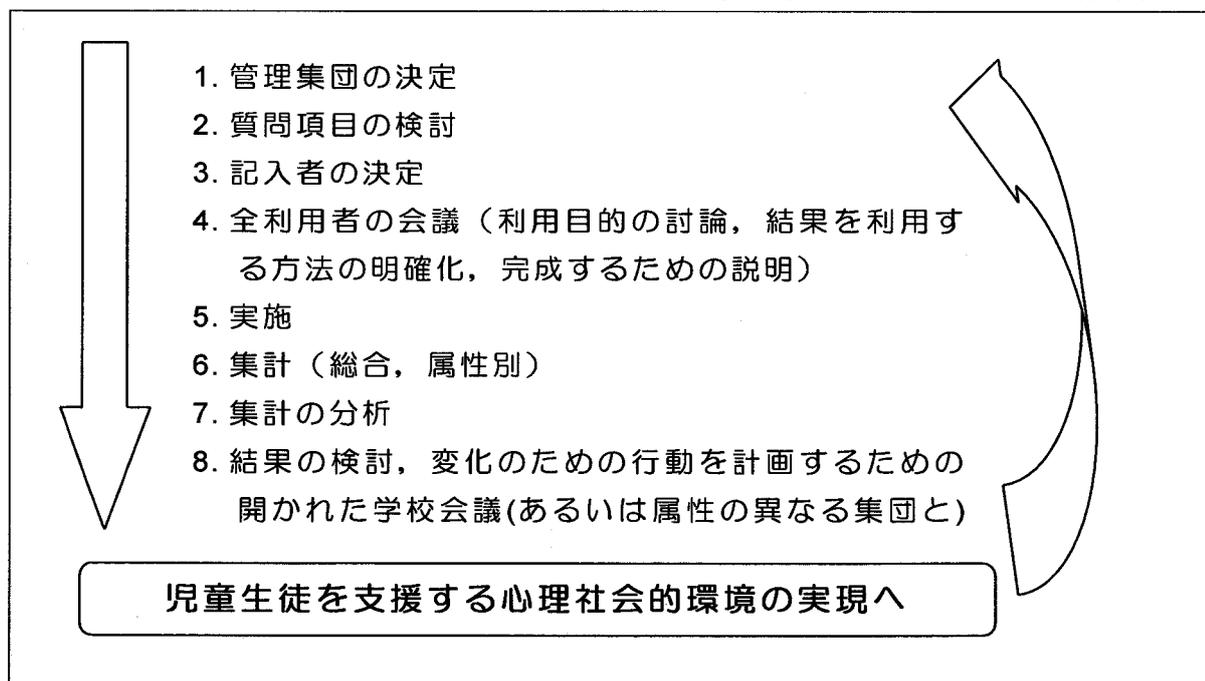
PSE プロファイルの質問内容は、児童生徒、教職員、保護者等の人間関係や連携と協力、所属感や参加、いじめやセクシュアルハラスメント、安全、人権などの問題を、児童生徒の健康や健康に関する考え方に対する教育的影響の面から捉えている³⁹⁾。身体的、精神的、社会的な側面を持つ健康に対して、総体的な視点から課題意識を持つことを助けると考えられる。日本の学校教育でも課題とすべきと考えられるものが多い。

日本の学校保健の内容である「学校生活の情緒的雰囲気」は、PSE プロファイルの質的領域に関連すると考えられる⁸⁾。そのため、日本の学校保健においても PSE プロファイルのような心理社会的環境に関する目安となる評価方法があれば、向上に向けた努力が図られやすくなると考える。

また、PSE プロファイルの実施方法は、児童生徒(未完成)、保護者や教職員、地域の人々など学校コミュニティに関わるさまざまな立場の人々を対象としている。評価結果は学校の心理社会的環境に関する活動に活かされ、活動結果はまた評価され更なる向上に向けた活動へと、評価と環境づくりの実践が繰り返されることが想定されている(図 7-6.1)³⁹⁾。このような対象や PDCA サイクルに対応する活動展開は、現在行われている日本で推進されている学校評価と共通している。そのため、学校評価活動などうまく組み合わせることにより、学校の心理社会的環境の維持、向上に向けた評価活動に活かすことができると考えられる。

なお、PSE プロファイルをみると、児童生徒の心の健康と健康教育に影響を与えている要因は、生徒指導や人権に対する学校の方針、保護者との連携の在り方等とも関連していることがわかる³⁹⁾。保健管理とこれらの要素の統合的な在り方を探り、学校が組織的、包括的に取り組むことの重要性が示唆される。

図 7-6.1: PSE プロファイルを活用した心理社会的環境整備活動の展開^(39)より作成)



7. 学校健康教育の指導者、支援者の育成

日本の学校教育において、健康に関する指導は学校教育活動全体を通じて実施することが求められている¹⁷⁻¹⁹⁾。また、性教育や薬物乱用防止教育などの指導書や参考資料などをみると、複数の教科や教育活動を通じた学習が想定されている⁵⁴⁾⁵⁵⁾。欧米の学校健康教育でもさまざまな教科を通じた指導が重視されている。同時に、教師などは児童生徒のロールモデルにもなりうることが指摘されており⁵⁶⁾、日常的な学校生活全般にわたって児童生徒の健康に関する学習に肯定的な影響を与えることのできる資質や能力が求められていると考えられる。

今日の日本の学校教育ではまた、学校健康教育を実施する資質や能力は、日常の学級運営に関しても求められるようになってきている³⁸⁾⁵²⁾。児童生徒との関わり方や立場などによって求められる知識や技術などは異なるとは考えられるが、学校関係者はすべてが健康教育に関する適切な知識や意識、スキルなどを持つことが求められていると考えられる。しかし、一方では、中学校や高等学校において「体育・健康に関する指導が保健体育科担当の教員に任されてしまうおそれがある」と懸念されており⁵⁷⁾⁵⁸⁾、対策が求められる。

前章までにみた欧米の学校健康教育に関する指導書等では、いずれも共通して教育者の専門性の発達を重視しており、当該する教育に関する研修などを受けた教師や指導者が教育を提供することが述べられている。英国では、PSHE に関する研修の機会を提供し、担当教師に資格認定制度を設けている⁵⁹⁾。日本で実施された薬物乱用防止教育の指導者研修に関する研究は、ワークショップ型の研修を受けた教員は薬物乱用防止教育を実施する自信が高まることが報告している⁶⁰⁾⁶¹⁾。

日本の学校教育において保健学習を実施している教師に関する調査では、特に小学校教諭で教員免許を取得する過程で保健科教育に関する内容について履修していない者の割合が高く、平成 11～15 年度に公的な機関の主催によるものや校内での保健学習に関する研修に参加したことの無い者の割合も高かったことが報告されている(表 7-7.1)。また、保健学習に関する研修を受けた者は「保健学習の内容や指導方法の理解を深めるのに有意義」であった、本人の「保健学習の指導を実践するのに役立つ」と肯定的に回答した者の割合が校種に関わらず 8 割以上であったと報告されている⁶²⁾。教育現場で保健学習に携わる教師にとって、研修を受ける機会の有無は、児童生徒の学習支援の効果を高めるために重要であることが推察される。

学校は組織として一体的に健康教育に取り組むことが求められており、すべての教職員には健康教育に関する少なくとも基礎的な知識や技術などの研修の機会が与えられることが求められていると考えられる。学校健康教育を実施するにあたり、計画の段階で、授業を行う教師や指導者は学外で開催される関連の研修を受講し、全教職員はその教育内容に関する適切な学内研修を実施するなど、全教職員がそれぞれの役割を理解し、組織的に健康教育を実施し支援する体制作りが求められると考えられる。

現在の教育職員免許法では、健康に関する指導に関わる内容の履修は必須とされていない⁶³⁾。学校で保健学習を実施していない教師では、教員免許取得課程も通じて、より保健学習に関する研修を受けたことがない者の割合の高いことが推測される。地域の教育委員会や保健行政などが中心となって、それぞれの地域や個々の学校が健康に関する教育や指導に必要なとする研修の機会や支援などを提供することが急務となっていることが考えられる。また、児童生

徒の健康に関する課題が大きくなってきている今日，教員免許取得課程でも，道徳や特別活動などに関する内容と同様に，学校保健と健康教育に関する内容について履修する機会を提供することが重要であると考えられる。

表 7-7.1:保健科教育の内容に関する履修と保健学習に関する研修の受講者割合(校種別)
(%)⁶⁴⁾

	小学校	中学校	高等学校
保健科教育の内容について履修した.	42.4	74.1	71.7
公的な機関が主催する保健学習に関する研修に参加した.	31.9	52.2	56.7
校内の保健学習に関する研修に参加した.	44.1	62.5	71.7

注

1. OECD が実施する PISA 国際学力テストの学校環境に関する質問は、項目によって生徒または学校長を対象としている⁴⁷⁾。質問項目は、生徒に対しては、規律的環境の指標、教師による支援の指標、達成圧力の指標、教師—生徒関係の指標、生徒の学校所属感の指標、校長に対しては、学校環境に影響する教師要因の認識の指標、学校環境に影響する生徒要因の認識の指標、教師の道徳性と委任の認識の指標からなり、心理社会的な内容となっている。結果は、国などの社会経済的背景の差を考慮した場合の分析も行われている。

文献

1. 保健体育審議会:生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について(保健体育審議会答申), 2-31, 1997
2. 中央教育審議会初等中等教育分科会教育課程部会健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会:健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会これまでの審議の状況ーすべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは?ー, 文部科学省, 2005
3. 日本学校保健会:学校保健の動向(平成 11 年度版), 1-16, 日本学校保健会, 東京, 1999
4. WHO: OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, 1986
5. D Lister-Sharp, S Chapman, S Stewart-Brown, A Sowden: Health Promoting Schools and health promotion in schools: two systematic reviews, Health Technology Assessment 1999, Vol.3:No.22
6. Qualifications and Curriculum Authority(QCA): Sex and relationship education, healthy lifestyles and financial capability Teacher's handbook for the units of work, 1, QCA, UK, 2005
7. WHO/HRP/HEP: The Status of School Health, 6-28, 1996
8. 日本学校保健会:保健主事の手引き<三訂版>, 2-74, 日本学校保健会, 東京, 2004
9. WHO 編, 川畑徹朗, 西岡伸紀, 高石昌弘, 石川哲也監訳, JKYB 研究会訳:WHO ライフスキル教育プログラム, 24-62, 大修館書店, 東京, 1997
10. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education and citizenship at key stages 1 and 2 Initial guidance for schools, UK, 2000
11. Qualifications and Curriculum Authority:Personal, social and health education at key stages 3 and 4 Initial guidance for schools, UK, 2000
12. Department for Education and Employment:Sex and Relationship Education Guidance, 3-21, UK, 2000
13. Department for Education and skills: Drugs: Guidance for schools, UK, 2004
14. Department for Education and skills: Drugs: Safety Education Guidance for schools, UK, 2001
15. Office for Standards in Education: Sex and Relationship A report from the Office of Her Majesty's Chief Inspector of Schools, U.K., 2002
16. Qualifications and Curriculum Authority: Drug, alcohol and tobacco education curriculum guidance for schools at key stages 1-4 Teacher's booklet, U.K, 2003
17. 文部省:小学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
18. 文部省:中学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1998
19. 文部省:高等学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 東京, 1999
20. Joint Committee on National Health Education Standards: National Health Education Standards, 1995
21. Lions-Quest: Lions-Quest Skills for Growing Second Edition, Quest International, U.S, 1998

22. Lions-Quest: Lions-Quest Skills for Adolescence Second Edition, Quest International, U.S, 1992
23. Education Reform Act 1988, 58, UK, 「全国共通カリキュラム」が適用される範囲は、イングランドとウェールズである (Education Reform Act 1988:238, Education Act 1996:10) .
24. Education Act 2002, 22, UK
25. Education Act 1993, 241, UK
26. Education Act 1996, 351, 371, 372, 403-405, UK
27. Education Act 1998, 110, 111, UK
28. 日本学校保健会:学校保健の動向(平成 16 年度版), 87-92, 日本学校保健会, 東京, 2004
29. 次世代育成支援対策推進法, 第 3 条
30. 少子化社会対策基本法, 第 2 条
31. 青少年育成対策推進本部:青少年育成施策大綱, 2003, 内閣府
32. 文部科学省生涯学習政策局子どもの居場所づくり推進室:子どもの居場所づくり地域子ども教室推進事業実施のための手引き, 2004
33. 日本学校保健会:学校保健委員会マニュアル, 1-13, 日本学校保健会, 2000
34. Department for Education and Employment, Qualifications and Curriculum Authority: National Curriculum for England: non-statutory frameworks for personal, social and health education and citizenship at key stages 1 & 2; personal, social and health education at key stage 3&4, UK, 1999
35. CDC: Coordinated School Health Program, Comprehensive Health Education, Key Elements, http://www.cdc.gov/HealthyYouth/CSHP/comprehensive_ed.htm(2005 年 10 月 23 日現在)
36. 学校保健法, 第 1 条
37. London Borough of Hounslow Education Department, West London Health Promotion Agency(WLHPA), Turning Point Healthy Schools Scheme:Drugs- Informed Choice Education, Hounslow, UK, 1999
38. 国立教育政策研究所生徒指導研究センター:学級運営等の在り方についての調査研究報告書, 11, 2005
39. WHO, UNICEF, UNESCO, et al.: Creating an Environment for Emotional and Social Well-Being: An important Responsibility of a Health-Promoting and Child-Friendly School, Information series on school health Document 10, WHO 2003
40. WHO: Health and Health Behaviour among Young People, Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC) International Report, Health Policy for Children and Adolescents Series No.1, 49-61, 2000
41. Journal of School Health では, 2004 年の Volume74, Issues7 で School Connectedness に関する研究を特集している. : School Connectedness- Strengthening Health and Education Outcomes for Teenagers, Journal of School Health, 74(7), 231-299, US, 2004
42. Marla E. Eisenberg, Dianne Neumark-Sztainer, Cheryl L. Perry: Peer Harassment, School Connectedness, and Academic Achievement, Journal of School Health, 73(8),

- 311-316, US, 2003
43. George Patton, Lyndal Bond, Helen Butler, Sara Glover: Changing schools, Changing Health? Design and implementation of the Gatehouse Project, *Journal of Adolescent Health*, 33(4), 231-239, US, 2003
 44. Lyndal Bond, Lyndal Thomas, Carolyn Coffey, et. al: Long-Term Impact of the Gatehouse Project on Cannabis Use of 16-Year-Olds in Australia, *Journal of School Health*, 74(1), 23-29, US, 2004
 45. Clea A. McNeely, James M. Nonnemaker, Robert W. Blum: Promoting School Connectedness: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health, *Journal of School Health*, 72(4), 138-146, US, 2002
 46. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT(OECD): Learning for Tomorrow's World First Results from PISA 2003, 203-270, 2004
 47. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT(OECD): SCHOOL FACTORS RELATED TO QUALITY AND EQUITY RESULTS FROM PISA 2000, 32-44, 100-105, 2005
 48. 高倉実, 小林稔, 宮城政也他:小中学生における心理社会的学校環境と自覚症状との関連性の構造化, *学校保健研究*, 47(suppl.):542-543, 2005
 49. 小林稔, 高倉実, 和気則江他:真理社会的学校環境が中学生のメンタルヘルスに及ぼす影響, *学校保健研究*, 47(suppl.):554-555, 2005
 50. 和気則江, 高倉実, 岸本梢, 小林稔:高校生の精神的健康の変化とそれに影響する要因の縦断的検討, *学校保健研究*, 47(suppl.):206-207, 2005
 51. WHO: Skills for Health, The World Health Organization's Information series on school health Document 9, 13-18, 2003
 52. 文部科学省:児童生徒の問題行動対策重点プログラム(最終まとめ), 2004
 53. 内閣府:平成16年版青少年白書, 2004
 54. 文部省:学校における性教育の考え方, 進め方, 1-83, 1999
 55. 文部科学省:喫煙, 飲酒, 薬物乱用防止に関する指導参考資料—中学校編—, 26-48, 日本学校保健会, 2004
 56. ENHPS, WHO: Promoting Health in Second Level Schools in Europe: A Practical Guide, 165
 57. 文部科学省:中学校学習指導要領解説総則編, 36-38, 東京書籍株式会社, 東京, 1999
 58. 文部科学省:高等学校学習指導要領解説総則編, 86-88, 東山書房, 京都, 1999
 59. Janet Palmer, Jan Green and Roz Caught: Certification of the teaching of PSHE (Personal, Social and Health Education)- Teachers' handbook, Revised edition, Department for Education and Skills, Department of Health, and the National Healthy School Standard, Health Development Agency, UK, 2004
 60. 川畑徹朗, 石川哲也, 勝野真吾, 西岡伸紀:薬物乱用防止教育の指導者研修のあり方に関する研究, 平成11年度~平成12年度科学研究費補助金(基盤研究(C)(2))研究報告書, 6-22, 2001

61. 川畑徹朗, 石川哲也, 勝野眞吾, 西岡伸紀: 薬物乱用防止教育の指導者研修の有効性に関する比較研究, 平成 13 年度～平成 14 年度科学研究費補助金(基盤研究(C)(2))研究報告書, 5-20, 2003
62. 日本学校保健会: 保健学習推進委員会報告書—保健学習推進上の課題を明らかにするための実態調査一, 137-143, 日本学校保健会, 2005
63. 教育職員免許法施行規則

第Ⅷ章 結論

日本の学校健康教育は、児童生徒が「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して、一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身につけ、生涯を通じて健康で安全な生活を送ることができるようにする」ことを目標としている。近年、心身の発育発達と健康に悪影響を与える青少年の健康に関連する危険行動の現状とその要因に関する調査研究が進められ、学校健康教育のより効果的な実施に向けた考え方や内容、方法などの充実、向上が求められている。

日本の青少年の健康に関連する危険行動に関する調査研究は、青少年の健康行動は家族や仲間などの心理社会的要因からの影響を受けており、知識や態度、価値観、規範意識、スキルなどの獲得が関わっていることを明らかにしている。また、喫煙、飲酒、薬物乱用、性の逸脱行動、心の健康問題、不健康な生活習慣などの青少年の健康に関連する危険行動は相互の関連性が認められている。これらの日本の青少年の健康に関連する危険行動の特徴は欧米の青少年の健康に関連する危険行動の結果と符合する。

本研究では、日本の学校健康教育の充実、向上に資するため、日本と欧米の学校健康教育の考え方や内容、方法、構成などについて比較分析し、以下を明らかにした。

(1) 学校健康教育の動向

欧米の学校健康教育の動向を、性教育中心に検討し、米国、英国(イングランド)、スウェーデンの学校における性教育は、いずれも家庭における性教育を補完するものと位置づけられており、知識や理解、価値観と態度、ライフスキルの形成を主要な要素とし、人間関係を重視していることを明らかにした。また、性に関する問題と他の健康に関連する危険行動との関連性を重視し、性教育を包括的な学校健康教育の中に位置づけ、ヘルスプロモーションの理念に基づいて実施することが求められていることを示した。

一方、日本の学校における性教育も知識、価値観や態度、ライフスキルなどの形成が求められるようになってきており、人間関係を重視している点など、多くの点で欧米の学校で実施される性教育と共通していることを明らかにした。しかし、学校の性教育は保護者によるものを補完するものであることや、ヘルスプロモーションの理念に基づく包括的な学校健康教育の中に位置づける視点からの取組は少なかった。そのため、日本の学校における性教育、健康教育の充実のためには、これらの点を考慮した取り組みが求められることを指摘した。

(2) ヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育の在り方

ヘルスプロモーションが提唱されて以来、WHO ではヘルスプロモーションの理念を学校保健にあてはめた包括的学校保健プログラムという概念を打ち出し、推奨してきている。包括的学校保健プログラムの主なものには、欧州で取り組まれているヘルス・プロモーション・スクール(HPS)と、米国で提唱されている A coordinated school health program (CSHP)がある。

WHO は、包括的学校保健プログラムの相互に支え合う3つの領域として、学校健康教育、学校環境、学校保健サービスを挙げている。学校健康教育に関しては、健康を病気でないこと以上のものとして考える、学校内外のすべての健康のための教育機会を利用する、すべての健

康に関するメッセージを一致させる、児童生徒への健康のための行動の権限を付与する、学校、地域コミュニティ、保護者、地域サービスの相互の連携を促進する、学校における健康的な環境を保障するといった6つの条件を満たす包括的学校健康教育の実施を推奨している。そして、包括的学校健康教育では、学校内外の生活にある子どもたちのさまざまな健康に関する学習機会やヒドゥン・カリキュラムを考慮し、児童生徒が自発的に身体的、精神的、社会的健康の維持増進に取り組むことを支援するものと位置づけられている点に特徴があることを指摘した。

一方、日本の学校健康教育は、「学校が組織として一体的に健康教育に取り組むことを、実施体制の基本」とし、全教職員が全学校教育活動を通じて健康に関する指導に取り組むことが求められている。学校健康教育は、保健管理、環境衛生、安全管理、給食管理から成る健康管理との関連を十分に図りながら充実に努めることが求められており、学校環境や学校保健サービスが学校健康教育を支える WHO の包括的学校健康教育と構造的に共通していた。

しかし、日本の学校健康教育では、「学校教育活動を通じた体育・健康に関する指導」とされており、主として学校環境などの健康管理面が果たすと考えられるヒドゥン・カリキュラムに対する視点が弱かった。カリキュラムやプログラムの開発と同時に、全教職員が学校生活の中で生じる児童生徒の学習に目を向け、学校外での生活との関わりでは保護者や地域コミュニティの人々と連携しながら、環境整備を含むヘルスプロモーションの理念に基づく学校健康教育を計画、実施することが必要であることを指摘した。

(3) ライフスキル教育の導入

ヘルスプロモーションの理念に基づく包括的学校健康教育では、健康に関する知識と共に、肯定的な健康行動をとるために必要な態度や価値観、規範意識及びスキルの獲得に向けた学習が実施される。今日の日本の学校健康教育でも導入されつつある、ライフスキル形成に基づく健康教育である。

ライフスキルは「生きる力」と関連があるとされている。欧米や日本の青少年の健康に関連する危険行動の予防には、ライフスキル形成が重要な要素の1つに挙げられている。学校健康教育では、児童生徒が現在から生涯にわたって健康を保持増進するための健康に関する生涯学習の基盤形成の一環としても、「生きる力」ともなるライフスキル形成を導入することが必要である。

ライフスキル形成に基づく健康教育は、基本的なライフスキルの形成から始まり、それぞれの健康領域に特有の具体的なスキルの適用へと展開される。学習過程を通じてライフスキルの適用を経験する参加型の学習方法が用いられるため、そのような学習を効果的に行うための環境整備が重要となる。ライフスキル教育プログラムの一つである Lions-Quest プログラムでは、学級カリキュラムの他に家族の関わり、肯定的な環境、コミュニティの関わりを構成要素として、効果的なプログラムの実施を目指している。また、プログラムの推進に関するトレーニングとフォローアップ支援も構成要素に含まれており、教師その他の学校関係者や保護者、コミュニティの代表者などに支援を提供することにより、プログラムの効果的な実施を支援している。日本の学校健康教育にライフスキル教育を導入するにあたっては、これらの学習効果を高める要素についても考慮する必要があることを指摘した。

(4) 学校健康教育の枠組み

英国では、実施が義務づけられた教科ではないものの、Personal, Social and Health Education (PSHE) が学校健康教育の中心となっている。PSHE は、基本的な学習内容が理科などの教科に含まれている薬物教育や性教育などの健康に関連する領域の教育に道徳的側面を加味し、さまざまな健康課題への対処に共通して必要となる態度やライフスキル、セルフエスティーム、責任感、自信などを形成することを目指している。PSHE の枠組みの中でさまざまな健康に関連する領域の教育を実施することで、人格や社会性の発達と関連付けた学習や他の健康領域や関連する教科の学習との教科、領域横断的な学習を円滑にしている。このような教育は、PSHE の枠組みの中で実施する性教育や薬物教育などの学習目標を示すことなどにより促進されるものであることを指摘した。

また、PSHE は学校の文化や環境などと反映し合うことが求められており、PSHE の枠組みには学校生活の中にみられる幅広い学習機会の例が挙げられている。学校生活の中に、いわゆるヒドゥン・カリキュラムとして児童生徒の学習に影響を与えている部分についても、カリキュラムに沿う学習環境を整備することで児童生徒の学習に一貫性のあるメッセージを伝えることを目指している。

日本の青少年に関する健康関連領域の課題には個人的、また社会的なさまざまな要因が関連しており、人間関係に関する学習や基本的なライフスキルの形成などはさまざまな領域に共通する課題である。日本の学校教育において PSHE のような学校健康教育の基盤となる枠組みを設定することは、さまざまな健康領域の課題の共通性を意識しながら、多面的な指導、支援、学習を展開しやすくし、ライフスキル学習の系統性を考慮する上でも、全体的で一貫性のある健康教育の見通しを持った構成も立てやすくすると推測されることを指摘した。

また、指導書等で児童生徒の健康や健康行動に対する学習環境の影響やヒドゥン・カリキュラムによる学習にも言及することは、児童生徒の学習を支援する学校環境に目を向け、包括的に学校健康教育を展開するための第一歩になる。英国の学校健康教育のカリキュラム構成やその中心となる教科 PSHE の位置づけや取り組み等が、日本の学校健康教育の充実を図る上で参考になることを示した。

(5) 学校、家庭、地域コミュニティ等の連携の在り方—学校コミュニティ全体での取り組み

英国(イングランド)では、ヘルス・プロモートイング・スクールの概念に基づき、教育職業技能省と保健省が共同で進める Healthy Schools プログラムによって学校健康教育を支援している。Healthy Schools プログラムは、地域の教育と健康に関連する組織や家庭、地域コミュニティなどが協力して当該地域の学校の健康教育プログラムを計画、実施する学校コミュニティ全体での取り組みに対する地方教育当局の支援を促進することをねらっている。学校全体で取り組むなど一定の全国基準を設けて学校健康教育プログラムを認定することにより、学校健康教育への取り組みを推進している。

このように、学校から地域のコミュニティや関連機関などに働きかけるだけでなく、地方教育当局が学校健康教育のための学校と地域の連携を支援することは、学校と地域コミュニティのさまざまな機関や人々とのより幅広い連携を期待できる。本研究で取り上げた Hounslow 地区の DICE は、Healthy Schools プログラムの開始と相前後して出版されたものであるが、このように地域の状況にあわせて、地域の人々が協力して健康教育プログラムを開発することなども、学校、

家庭、地域コミュニティの連携の在り方の一例である。

学校と家庭の連携に関しては、PSHE や性教育などの一義的責任者は保護者であることを前提に一貫した児童生徒の健康に関連する学習を支援する体制作りが重視されている。すなわち、学校が PSHE などの教育方針を策定する際には保護者の意見を反映すること、性教育に関しては保護者にその保護する子どもに学校が提供する一定内容以上の性教育を受けさせない権利が保障されていることなどである。

英国では公立の学校は学校理事会が運営するため、日本の公立学校とは成り立ちなども違い、学校、家庭、地域コミュニティ等の連携に対する考え方などの違いも小さくはない。しかし、学校、家庭、地域コミュニティの立場の違いなどを考慮し、双方向的な連携を図る上で、地域の教育や健康に関する行政や組織などからも学校を支援することや、保護者の責任をどのように考えるかなどは、日本の学校健康教育に関しても検討する意義があることを指摘した。

(6) 健康教育を支援する学習環境

欧米の学校健康教育では、教育カリキュラムと同時に学校環境や学習環境の整備を重視している。特に学校の心理社会的環境は、児童生徒の心身の健康と健全な発育発達、肯定的な健康行動の選択や意志決定に寄与する価値観や態度、規範意識など形成と獲得、体験的、共同的なライフスキル教育の学習活動の支援などの促進に不可欠な要素である。日本の児童生徒に関しても、学校の心理社会的環境と心身の健康や学業との関連が指摘されており、環境整備が必要である。

学校環境の整備にあたっては、日本の学校環境衛生調査のように、現状を評価することが求められる。WHO は、学校の心理社会的環境を評価するためのチェックリストである PSE (心理社会的環境) プロファイルを紹介している。調査の領域は、親しみがあり支援的な雰囲気、協力的で活発な学習の支援、体罰と暴力の禁止、いじめや差別などを許さないこと、創造的な活動の尊重、学校と家庭での生活の結びつけ、意志決定の平等な機会と参加である。これらの項目は、日本の児童生徒の学習環境にも重要な要素である。

日本では、健康に関連する危険行動につながると考えられている児童生徒の心の健康の問題への対応が緊急の課題となっており、またライフスキル形成に基づく学校健康教育が推進されつつある。児童生徒の健康や学習に対する学校の心理社会的環境の影響を考慮する必要があると考えられるが、学校保健において以上のような心理社会的環境の整備についてはあまり取り扱われておらず、評価基準などもほとんど見られない。心理社会的学校環境の整備は、学級運営や学校運営において児童生徒の心身の健康と健全な成長発達にどう取り組むかにも関連している。現状についての調査を実施し、児童生徒の健康、発達、学習に寄与する学級経営、健康管理活動、学校運営などを展開することが求められる。

PSE プロファイルは、学校関係者、児童生徒、保護者、地域コミュニティの人々などを対象としており、いわゆる学校評価に関する PDCA サイクルによる活動展開と同様の利用が考えられている。このことから、PSE プロファイルのような心理社会的学校環境の評価活動を、児童生徒の健康に関する学校の対応の1つとして現在推進されている学校評価活動と組み合わせたり、取り入れて実施することも可能であると考えられる。児童生徒の健康の保持増進と健康に関する学習を支援するために、学校環境整備を含め、学校生活全体を通じて包括的に健康教育の効果を高めるために取り組むことの重要性を指摘した。

(7) 学校関係者の健康に関する教育、指導の専門性を高めるための研修の実施

欧米の学校健康教育の指導書等には、教授にあたり適切な研修を受けることが重視されている。今日の日本の学校教育では、健康教育に関連する教科や教育活動、学校環境や学級経営などと健康教育の関連性を考慮すると、すべての学校関係者に、健康に関する教育や指導やそれぞれの児童生徒との関わり方について、適切な知識や技術などを習得していることが求められている。しかし、全ての教職員が健康に関する教育や指導について講義や研修を受けているわけではない。

日本の学校教育においては、保健学習に関する研修を受けた者の多くが研修の肯定的な効果を認めていると報告されている。学校健康教育を効果的に実施するにあたっては、全教職員について、それぞれの児童生徒との関わりや立場に応じて適切に学校内外で実施される研修等を受けることが望まれる。地域の教育委員会や保健行政などが中心となって必要な研修や支援を提供することや、教員養成課程において体育・健康に関する指導について全員が履修すること必要である。

謝辞

本研究を進めるにあたっては、多くの方々にご指導、ご支援をいただきました。皆様に心より感謝申し上げます。

主指導教員の勝野眞吾教授には、今回の研究の機会をくださり、またお忙しくされている中にご指導くださいましたことに厚く御礼申し上げます。また、副指導教員の松村京子教授、鳴門教育大学の吉本佐雅子教授、さらに候補審査を通じて荒木勉教授には、本論文の作成にあたりご指導、ご助言くださいましたことに深く感謝致します。

今回の研究は、神戸大学総合人間科学研究科の石川哲也教授のもとでの研究を土台としております。神戸大学の石川哲也教授、合同ゼミ等を通じて川畑徹朗教授よりいただいた多くのご指導とご支援に深く感謝申し上げます。また、神戸大学在学中、修了後にもご指導、ご協力、ご支援くださいました諸先生方と友人の皆様にも厚く御礼申し上げます。

新しく兵庫教育大学に在籍して研究を進めるにあたっては、疫学健康教育学研究室の皆様にはご指導、ご助言と共に、心強い励ましをいただきました。西岡伸紀教授には、学校健康教育についてさまざまな新しい知見を教えていただき、永井純子先生には研究を進める中でいろいろと相談にのっていただきました。また、関西女子短期大学の川尚子先生には、学校保健の現場の状況等について多くの情報をいただきました。さらに、合同ゼミ等を通じて学部や修士課程、博士課程の方々、研究生の皆様とご一緒させていただき、研究にご協力いただくと共に、多くのことを学び、考えさせていただきました。皆様に心より感謝致し、この出会いと経験を今後活かすよう努めたいと思っております。

ありがとうございました。