

学校保健からみた子どもの健康格差

渡部 かなえ

【1】研究目的

学校保健とは、「学校が子どもたちの健康の保持増進を図り、子どもたちが自分自身や他者の健康の保持増進を図ることができるような能力を育成する、学校での保健管理と保健教育である」と定義されている（文部科学省¹⁾）。学校保健は、子ども達の健康問題への早期対応や改善ための主要な役割を担っている。

かなり以前から日本では、「元気がない」、「すぐに疲れてしまう」子どもが増えているといわれており、近年になっても依然、子ども達の体力や健康状態が低下していることが、2000～2003年に全国規模で行われた調査で明らかにされた²⁾。しかし、文部科学省発表の体力テストの結果は、多くの種目で2000年以降、小学校・中学校とも上昇傾向を示している³⁾。このように、ほぼ同時期に、対象は同じ日本国内の学校である2つの全国調査の子どもの健康と体力に関する結果が矛盾している。

日本と同じ島国で国土面積も似通っている先進国の1つニュージーランドは、自然に恵まれ、アウトドアスポーツが盛んで健康的な国というイメージを持っている日本人が多い。国技であるラグビーをはじめとする球技やヨット競技のようなアウトドアスポーツが盛んで、学校教育でもウオーターワイズというプログラム名のマリン・アクティビティが行われている⁴⁾。その一方で、実は成人だけでなく小児の健康問題が指摘されており、特に肥満が深刻化してい

る。このように、ニュージーランドでも、子どもの健康に関して相反する現状が報告されている。

本研究は、学校保健の観点から、日本とニュージーランドの子どもたちの健康の相反する実態とその背景要因を検証し、子ども達の健やかな育ちの支援を学校保健でどのように推進していけばよいのかを、両国の子どもの健康上の問題の背景要因と現状の課題から検討することを目的として行った。

【2】ニュージーランドと日本の子どもの健康の現状

日本とニュージーランドの子どもの健康の現状と課題を把握するために、2013年にニュージーランドのオークランド市とワイカト市の小学校6校で、2014年度に東京都と横浜市、長野市の小学校6校で、保健体育の授業の調査および保健教育を行っている教員と保健管理を行っているスクール・ナース（ニュージーランド）／養護教諭（日本）への、子どもの健康と健康問題、保健教育と保健管理についての半構造化インタビューを行った。

1. ニュージーランド

（1）ニュージーランドの学制⁵⁾

ニュージーランドの小学校（primary school）入学は6歳であるが、5歳から就学前教育を受けることができるので、ほとんどの子どもは5

歳のお誕生日から小学校に通い始める。小学校には6年制と8年制(小中一貫校)があり、6年制の小学校に通った場合は、卒業後、2年制の中学校(intermediate school)に通う。13歳で中学校または8年生の小学校を卒業すると高等学校(secondary school)に進学する。secondary schoolは5年制であるが、義務教育は16歳までで、secondary school 3年終了時に子どもたちは科目修了試験(共通の国家試験)を受ける。多くが、科目修了試験終了後も学校に通うが、3年生終了で退学していく生徒もいる。

(2) ニュージーランドの公立学校の格差

ニュージーランドの公立学校は、その校区の住民の経済状況で10段階にランク分けされている。政府から各校への助成金は十分ではなく、どの学校も保護者に寄付を募っている。裕福層が多い校区の学校(high-decile校)の保護者は、経済的に余裕があり、また教育熱心なので、学校には潤沢な寄付金が集まる。よって、よい教師を雇用することができ、またプラス α の経費が必要な教育指導も積極的に取り入れ、実施していくができる。一方、貧困層が多い(保護者の経済状況が厳しい)校区の学校(low-decile校)は、high-decile校より行政からの助成金はやや多いが、決して十分ではなく、保護者からの寄付金は期待できないので、教育経費が常に不足している状況にある学校が多い。

(3) ニュージーランドの保健教育の格差

ニュージーランドの保健教育は、保健体育(health and physical education)の授業で行われる⁶⁾。教育省のカリキュラム(日本の学習指導要領に相当)は、どの教科でも原理的な記載となっており⁷⁾、教員の裁量でかなりフレキシブルにカスタマイズすることができる。教科書や教材も学校や担当教員が自由に選ぶことができる。文部科学省検定教科書のようなものはない。また、生徒の学びに対しても、強制では

なく多様性と主体性を尊重する姿勢が貫かれている。これは、学習のリテラシーが高い生徒にとっては、興味関心のあることをどんどん学んで学びを深めていくことができるが、一方、学習のリテラシーが低く学力の低い生徒が、非常に少ない学習内容をきわめて浅くしか学べなくても、カリキュラムを満たしたことになる。実際にオークランド市内の小学校高学年の保健の授業の「性教育」の単元を参観させてもらったが、学習リテラシーの高い生徒が多い学校では、書籍やインターネットを使って子ども達が情報を収集し、その情報の質を評価し信頼できる情報を選択して、その情報を活用してディスカッションし、「自分達が持っている『女性らしさ・男性らしさ』のイメージは、自分たちははっきりとは気づいていなかったが、実はメディアの影響を強く受けている。一方的で偏った情報に左右されることなく、自分達自身が、女性として(あるいは男性として)どうあるべきかを考えていかねばならない。」という結論に達していた。一方、学習リテラシーの低い学校では、授業中に生殖器の名前を連呼する生徒や家庭で年長の兄弟と見たアダルト・ビデオの音声をまねる生徒の声で教員の話が妨害され、授業崩壊していた。このように学びの内容にも学習到達度にも大きな差がある2校であるが、いずれも授業の終了時には「性教育の単元を学んだ」ことになっていた。

学習リテラシーの高い生徒が多い学校はhigh-decile校で、保護者は裕福層に属しており、学校は保護者から潤沢な寄付を受けていて、視聴覚教材などの教育機器も充実していた。また、実習費を支出できるので、座学だけでなく体験や活動を通しての学びが充実していた。例えば健康的な食事というテーマでの学習では、調理実習でヘルシーなサンドイッチを作って食べる、夏には複数回のウォーターウィズ・プログラムで、オリンピックプール(子どもでは足が底につかない深いプール)でライフジャケットを着用しての水上安全法・救助法

を、海でヨットやカヌーの操船体験を通して、マリンスポーツを安全に楽しむことを学ぶ同時に、自然や仲間と協力してやり遂げることを学んでいた。

学習リテラシーの低い生徒が多い学校は、low-decile校で、貧困家庭の子どもが多く、学校は保護者からの寄付金を期待できない状況にあった。教育資金がないために、教材は貧弱で、また実習費がかかる体験や活動はできず、写真や絵で見るだけ、あるいは学内で用具が無くてもできることをするしかないとのことであった。学内にプールがあっても、維持費を捻出することができないのでほとんどが閉鎖されており、水泳学習は行われず、溺水を防ぐための安全学習も座学のみで、子ども達は実際に水に触れて学ぶことができない。

そして、学習リテラシーが高い生徒が多く、費用が必要な体験や活動を通じた学習ができるhigh-decile校には肥満児はほとんどおらず、学習リテラシーが低い生徒が多く、体験や活動を通じた学習ができないlow-decile校には肥満児が多かった。

以上の観察調査結果から、ニュージーランドでは、保護者の経済格差が子どもの教育格差そして健康格差に繋がっていることが分かった。ニュージーランドの子どもの健康の相反する現状の背景要因は経済格差であり、学校の教育資産も子ども達のリテラシーも低いlow-decile校の保健教育をいかに充実させていくかが、ニュージーランドの学校保健が取り組むべき課題と考えられる。

2. 日本

(1) 日本の子どもの健康と体力の問題

体力・運動能力テストの年次変化は、子どもの体力が2000年以降、上昇傾向にあることを示している。しかし、子どもの体力と運動習慣（1週間の運動時間）との関係でプロットしなおしてみると、小学生・中学生ともに、運動習慣がある子どもとない子どもで、体力・運動能

力テストの成績が二極に分かれていた⁸⁾。運動習慣がある子どもは体力があり、その子達が体力・運動能力テストの平均値を引き上げているが、その一方で運動をせず低体力の子どもがいることが分かった。この二極化傾向が、近年の日本の子ども達の運動習慣と体力の特徴である。また、日本では昭和期には肥満児の増加が問題となっていたが、2000年以降、肥満児は減少し続けており、反対に痩せすぎの子どもが増加している⁹⁾。このように、元気に運動して体力がある子どもと、痩せて、体力がなく、運動をしない子どもという二極化傾向が子どもの間に生じている、すなわち、子どもの健康と体力に格差の兆しが表れている、というのが、同時期に同じ全国規模での調査結果が矛盾した背景要因と考えられる。

日本の子どもの健康格差は「傾向を示している」段階で、まださほど大きくはないが、この段階で格差拡大に歯止めをかけないと、成長にともなって健康格差は一層拡大し、成人後の健康格差は就労に影響するので経済格差を引き起こし、それが健康格差を一層悪化させるという悪循環に陥ってしまう。また、成人後の格差は、次世代にも影響し、ニュージーランドのように格差が世代間で連鎖し拡大していくようになると、解消は非常に難しくなる¹⁰⁾。子どもの健康と体力に二極化傾向という格差の兆候が見られるようになった今、その格差の拡大防止に学校保健が果たす役割は一層重要になってきている。

(2) これまでの日本の学校保健の効果

日本の公立学校では、詳細に定められた学習指導要領と、授業料の完全無償化（教育経費は、学習指導要領に記載されている教育の実現に必要な金額が、行政から各校に支給される）が実現されているため、教育の内容とレベルの学校間格差が極めて小さい。他教科の学習と同様に保健教育でも「全国レベルでの質の保証」が実現されている。また、保健管理については、養

護教諭が中心になって、クラス担任や学校医の協力を得て毎年、春と秋に実施される身体計測・健康診断で、身長・体重の計測だけでなく、視力や聴力、検尿や内科検診などの非侵襲的な検査が行われ、歯科検診も毎年実施されている。日本の学校保健は、保健教育・保健管理ともに全国レベルで包括的な漏れのないケアがなされ、全体のレベルを引き上げることに主眼を置いて行われてきた。その結果、肥満児の減少、子ども達が健康・衛生行動（自分自身の体や周囲の清潔を保つ）を身に付けること、学校内での感染症の発生・拡大防止などが実現されている。

【3】子どもの健康格差の拡大防止・是正と学校保健

ニュージーランドの子どもの健康格差に対し、学校保健ができることは、まず、保健教育の質の保証であろう。原理的でフレキシブルなカリキュラムは、低レベルの教育でもよいことになってしまうので、基準を定め、その基準を満たすための指導内容はある程度詳細かつ明確に定め、それを実現するための予算は行政から各学校に支出して、保護者からの寄付がなくても質の保証がなされた保健指導と保健管理ができるように改善すべきであろう。また、多民族社会であるニュージーランドは多様性を重視しており、個人の意思が尊重されるのは非常に良いことであるが、健康に良くないことを「やめるように」という指示は、たとえ医療職でもできない（「この行為は健康によくない」という情報提供と「やめるとこのようないいことがある」というアドバイスしかできない）ということ、学校保健の領域にも適用しては、学習リテラシーの低い子ども達の健康の改善は見込めないことが懸念される。子ども達に「これは健康に良い」、「これは健康によくない」と考えさせることは重要であるが、「健康に良くない」と認識できない子どもや認識してもやめな

い子どもには、「やめられるよう指導し支援する」保健学習も必要であろう。また、ニュージーランドでは、子どもの医療費（歯科治療を含む）が無料であるが¹¹⁾、low-decile校の子ども（貧困層の子ども）ほど、医療サービスへのへのアクセスが低い¹²⁾。すなわち、健康状態がよくないということを、子ども自身はもちろん、保護者も認識できていない。日本のように、自覚症状の有無にかかわらず全在校児童・生徒の健康状態を調べる健康診断の導入が、ニュージーランドには必要であろう。

日本でこれまで行われてきた全国統一レベルで包括的な学校保健活動は、対象（子ども）が均一の場合は非常に効率よく効果を上げることができる。しかし、子ども達が二極化傾向を示し、子ども間に格差が生じてきた今、学校保健にも個別対応ができるシステム作りが必要であろう。具体的には、保健学習については、ニュージーランドのように子ども達の多様性を認め、学習指導要領にもう少し柔軟性を持たせて、体力や健康状態が異なる子ども達が自分の健康のニーズに合った学習の支援ができるようにすること、保健管理においては成績やメンタルヘルスの相談だけでなく、運動や食事などの生活習慣や健康についても個別相談の機会を設けていくこと、また「指導」ではなく、ニュージーランドのように「情報提供とアドバイス」をして、子ども達が「叱られている」と怯えたり、劣等感を感じて萎縮することなく健康格差の解消に向けてひとりひとりが前向きに取り組めるように支援する学校保健の体制に変えていく必要があると考えられる。

【参考文献】

- 1) 文部科学省：学校保健の推進,
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/, (2016年12月8日, 閲覧)
- 2) 小林寛道：子どもの体力低下と子どもを元気にする環境, 学術の動向 Vol.12, No.1, pp.44-47, 2007.
- 3) 文部科学省：平成26年度 体力・運動能力調査報告書, 体力・運動能力の年次推移(青少年),
http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afildfile/2015/10/13/1362687_02.pdf (2016年12月7日：閲覧)
- 4) B&G財団：ニュージーランド視察レポート, WEB マガジン アンドリー VOL 9,
https://www.bgf.or.jp/andly/pdf/vol9_topic_2.pdf (2016年12月7日：閲覧)
- 5) Ministry of Education, New Zealand : New Zealand Education System Overview,
<http://www.education.govt.nz/assets/Uploads/NZ-Education-System-Overview-publication-web-format.pdf> (2016年12月8日：閲覧)
- 6) Ministry of Education, New Zealand, The New Zealand Curriculum, Achievement Objectives by Learning Area,
<http://nzcurriculum.tki.org.nz/content/download/1109/11992/file/Charts2.pdf>, (2016年12月7日：閲覧)
- 7) Ministry of Education, New Zealand, The New Zealand Curriculum,
<http://nzcurriculum.tki.org.nz/content/download/1108/11989/file/The-New-Zealand-Curriculum.pdf>
 (2016年12月7日：閲覧)
- 8) 文部科学省：平成25年度全国体力・運動能力, 運動習慣等調査結果・特徴 (中学校), 調査結果の特徴 (1週間の総運動時間の状況)
http://www.mext.go.jp/component/a_menu/sports/detail/_icsFiles/afildfile/2013/12/20/1342606_7.pdf (2016年12月7日：閲覧)
- 9) 内閣府：平成27年版 子ども・若者白書, 第2章 健康, 肥満傾向児・痩身傾向児の出現率,
http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h27honpen/b1_02_01.html (2016年12月7日：閲覧)
- 10) Jonathan Boston, Child Poverty in New Zealand: Why it matters and how it can be reduced, ‘Children in Crisis Conference’, Wilf Malcolm Institute of Educational Research, Waikato University, pp.1-24, 2013.
- 11) 芝田 英昭：ニュージーランド社会保障の概要と課題, 立教大学コミュニティ福祉研究所紀要, 第3号, pp.99-121, 2015.
- 12) The ministry of health, New Zealand : The Health of New Zealand Children 2011/2012, Key findings of the New Zealand Survey, pp.50-52, 2012.