

改めて健康教育を考える—保健科教育は 特性を発揮しているであろうか

森 昭三*¹

I はじめに

意図的に計画された健康教育を〈場面〉あるいは〈対象〉によって区分すると、地域健康教育、学校健康教育、産業健康教育および患者教育によって大別される。また、健康教育と同義語として、衛生教育および保健教育という用語が用いられているが、本質的な相違はない、といった趣旨のことが事典に記述されている。1990年に第一法規から上梓された『新教育学大事典』においてであり、執筆者は江口篤寿である。

確かに、江口が述べているように、いずれの健康教育も、最終的には健康に関する態度や行動の変容を目指すことは共通している。しかし、場面（何処で）と対象（誰に）によって区分されるということは、担当者（誰が）、教育内容（何を）、方法（如何に）など、それぞれに〈特性〉があるということである。健康教育が効果的であるためには、特性を踏まえ、それぞれの特性・立場を発揮した研究成果の蓄積と、そうした研究成果に基づく相互の研究交流の促進が必要である。こう考えるならば、相違がないと共通性が強調されるよりも、むしろ特性のあることが強調されるべきなのである。

この小論では、学校健康教育、なかでも保健科教育が発揮すべき〈特性〉を検討しつつ、その特性が発揮されないでいる問題点・課題を明らかにしたい。健康教育学研究者が、それぞれの立場か

ら保健科教育の課題を共有し、解決すべきさらなる課題とその解決・改善策について具体的に議論して欲しいとの願いがあつてのことである。

II 保健科教育の特性

今回の第22回日本健康教育学会学術大会テーマは、「学校からはじめる健康な社会づくり」であった。発達心理学が教えるところによれば、人間の文化化（一定の文化世界におけるものの考え方やふるまい方の内面化）は、9～15歳でほぼ完了するという。だとするならば、日本人の健康観や健康文化の礎は、学校健康教育の〈教科としての保健〉（以後、保健科教育という）によって育成されなければならないといってもよい。

言い替えるならば、保健科教育の特性（役割）は、わが国の健康文化の〈製造装置〉としての機能を果たすことにある。

ここで、若干、教科について説明を加えておくことにする。いろいろの教科が存在するが、教育史家である梅根悟によれば、教科の目的は大別するならば、i 実用的教科（読、書、算など）、ii 国家的政治的教科（修身、歴史、体操など）、iii 文化的教養的教科（芸術など）の3つに分けられる。各教科が、これら3つのどれにヘゲモニーを置くかが問題である。例えば、第二次世界大戦中の「体錬科衛生」は国家的政治的教科の色彩の強い教科であったが、今日では、保健科教育は実用的教科であると考えられている。しかし筆者は、後述するように、現行の保健科教育のように目先の実用性にとらわれた教科であるばかりでなく、もっと文化的教養的教科（文化的創造の世界に参入さ

*¹ 筑波大学名誉教授

連絡先：森 昭三

住所：〒300-0816 土浦市永国東町32-1

せる)であることにヘゲモニーを置くことが望ましいと考える。

Ⅲ 保健科教育に対する社会的評価：事例から教えられること

1. 事例1：地域健康づくり活動から

(株)つくばウエルネスリサーチは、「Smart Wellness City 首長研究会」を立ち上げ、「ウエルネス健康：個々人が健康かつ生きがいを持ち、安心安全で豊かな生活を営むことのできること」をまちづくりの中核に位置付け、住民が健康で元気に幸せに暮らせる新しい都市モデル「スマートウエルネスシテイ」構想の実現を目指している。この活動で強調されていることは、健康づくりに欠かせないことは「ヘルスリテラシー」と「ソーシャルキャピタル」であるという考えである。

ヘルスリテラシーとは「個人が、健康課題に対して適切に判断を行うこと、必要となる基本的な健康情報やサービスを獲得、処理、そして理解する能力」と定義し、次の3つのレベルを考え啓発に力を注いでいる。i「基本的な読み書き、理解する能力」、ii「積極的に情報を獲得できる能力」、iii「情報を批判的に吟味し、行動につなげる能力」である。

注目すべきことに、実践的な研究成果をもとに代表取締役社長である久野譜也は「多くの人が健康に関心を持ち、運動や食事が重要であるということを知っているにも関わらず、実際に行動に移せていないのは、このヘルスリテラシーが低いからである」と指摘している。

こうした問題意識のもとに啓発活動が進められていることから、保健科教育がヘルスリテラシーの製造装置としての機能を十分に果たしていない現状にある、と言わざるを得ない。

2. 事例2：新聞報道・社説から

2013年2月3日の朝日新聞朝刊の社説では、「学校でヒトの科学を－病気と人間」が取りあげられていた。「学校で、正確な知識（生物としてのヒト）を身につけるようにすべきだ」との主張であ

る。ここで注目すべきことは、「日本では健康について教えるのは保健体育だが、生命科学の時代となった今、理科の授業で教えることは多い」と指摘し、保健体育科の充実の必要性ではなく、理科での「新しい時代にふさわしい、教え方、学び方が必要だ」と提言していることである。

さらに「欧米やアジア諸国の教科書では、ヒトを素材にしてさまざまな現象を説明し、妊娠や出産、がんや感染症など、ヒトをテーマにした内容が豊富だ。その方が子どもたちも興味を持つし、生きるために必要だからだ」と紹介し、出生前診断、生殖補助医療、精神疾患などをあげ、「さまざまな場で、ヒトを理解する必要があるといわれている」と指摘している。

確かに、現行の保健科教育（学習指導要領）ではまったくと言ってよいほど、こうした主張に対応する内容がない。筆者はなぜこうした齟齬が生じてしまったのであろうか、と疑問を抱く。これは私だけが抱く疑問なのであろうか。

参考までに補足紹介しておくならば、1960（昭和35）年の高校の保健体育科の科目保健の内容は、i 人体の生理、ii 人体の病理、iii 精神衛生、iv 労働と健康・安全、v 公衆衛生 の5領域構成であった。これでは健康教育ではなく簡易医学版である、との批判があった。しかし、このような内容編成が妥当とは考えないが、少なくとも社説のような主張はなされなかったはずである。

Ⅳ 保健科教育の鳥瞰－検討課題を探る

教育内容は、時々子ども、社会、学問の3者の要求に対応することによって変遷するといわれている。しかし、より厳密に言えば、教育内容はその実現に関わる、次に検討する相互に関連したいろいろの要素に影響を受けている。したがって、検討課題を探る場合は、それら要素について歴史的・構造的に把握しなければならない。

1. 場面（何処で：教科形態）

現在、小学校体育科「保健領域」で24時間、中学校保健体育科「保健分野」で48時間、高等学校

保健体育科「科目保健」で70時間の時間配当がなされている。年間を通して週単位の時間割が組めるのは高等学校においてだけであり、教科として不十分である。なお関連教科として理科，社会科，家庭科が考えられている。

教科としての「保健」の誕生は第二次世界大戦以降であり，それ以前は今日，保健の関連教科と言われる理科，家事，道徳，体錬などで行われていた。

保健体育という教科形態において，「保健」が健康を目的とするという点においては「体育」と同一であるが，保健の性格や内容は関連教科と言われる教科との関連が強い。保健体育という教科形態が誕生する時，当時の体育カリキュラム研究の第一人者であった竹之下休蔵は，「健康は教育の一つの目標であり，体育は教育の方法領域である。体育の目標は所謂健康に限定されるものではない。両者は本質的に異なっている。体育は教育計画におけるコアや健康教育とは一応分離させて，その上で関連を図ればよい」と述べている。

「保健体育」という教科形態は，誕生時の米国の教育使節団の指導によるところ大であるが，ここで紹介する紙幅がないが，当時誰が担当するのが妥当であるかという教員問題も大きな問題であった。

2. 担当者（誰が）

現在，小学校では「小学校教諭」免許状所有者，中高校では「保健体育」か「保健」免許状保有者，さらに小中高校において「養護教諭」免許状所有者で3年以上の経験を有するものが担当できることになっている。そこで，主として小学校では担任教諭が，中高校では保健体育教諭が担当している。

担当教師の教授能力は，就職前の養成教育と現職教育によって培われる。そこで養成機関におけるカリキュラムの問題点（弱体化）を指摘しておきたい。一つは，免許状の取得基準での教科専門科目の変更（規制緩和）の影響である。従来，科目「学校保健」5単位が必須と規定されていたの

が，1単位以上と変更された結果，養成機関における学校保健の取得単位数や保健関係の教科専門科目数が減少している。同時に進行していたのが，体育系大学・学部・学科のカリキュラム編成が漸次，体育からスポーツへの移行である。このことが，保健関連の専門科目数の減少を加速させてもいる。

象徴的な出来事は，第二次世界大戦後，新制大学として誕生した東京教育大学体育学部健康学科（後に健康教育学科に改編）の健康教育学科が筑波大学へ移行する際に消滅したことである。（なお，健康学科の誕生は体育からの要請ばかりでなく，保健体育という教科に対応できる教員養成が考えられてのことであった。）同じように，健康教育の研究者を輩出していた東京大学教育学部健康教育学科の健康教育学科も消滅してしまった。他の体育系大学・学部が存在していた健康学科や健康教育学科も漸次無くなり，スポーツ健康学科や健康スポーツ学科の誕生となっている。その結果，保健体育の免許状を取得する学生は，漸次，免許基準が規定する最低単位数を学ぶに過ぎなくなってきた。

3. 教育内容（何を）

現行の学習指導要領によれば，保健の目標が，小学校では「身近な健康」，中学校では「個人の健康」，高校では「社会の健康」と同心円の拡大方式をとりながらも，「人々が自らの健康を適切に管理する」（高校）と「自らの」個人責任としての保健行動を目指す内容編成になっている。

わが国の疾病構造が感染症から生活習慣病へ移行するにつれヘルスプロモーションの考え方が注目され生活行動（ライフスタイル）の変容が重視されるようになった結果である。こうした目先の行動変容（実践力の育成）を重視する教科観は，前述したスポーツ健康学科や健康スポーツ学科の誕生と同一方向性（健康づくり）にあるとも言える。

その結果，先に事例として紹介した朝日新聞の社説に見られるような主張がなされてもおかしくない状況にある。つまり，保健体育科という教科

形態では疾病の二次予防や三次予防に関係する内容がほとんど取りあげられなくなっている。

4. 方法（如何に）

学習指導要領では、「基礎的・基本的な知識の再現にとどまらず、知識を活用する学習活動によって思考力・判断力などの資質や能力の育成……」（中学校学習指導要領）と述べ、課題学習、探究する学習の重視が謳われている。こうした動向を踏まえ、教科書が学習活動を大幅に導入するようになり、授業の形式化が進行している。また、行動の変容を目指し、その根拠・理由を学ばせるよりも方法に重点がおかれ、行動変容への直接的な指示の多い授業となっている。

さらに指摘しておきたいことがある。教員の教授力の向上にとって大切なことは教員仲間との授業研究である。ところが、保健体育教師にとって時間数の多い体育の授業研究に重点を置く傾向があり、時間数の少ない保健の授業研究の活動がなされていない。その結果、保健授業研究の成果がほとんど報告されていない。大学の保健科教育に関わる研究者の研究も、授業という臨床場面での研究、言い替えれば、教授学的研究はほとんどなされていない現状にある。保健科教育にとってばかりでなく、他の分野の健康教育学にとっても教授学的研究（教材研究、対象の把握力：見る・聞く力、対象への表現力：伝える力、教授＝学習過程に関する研究）は重要と考えられるが、まとまった研究はなされていない。

V おわりに

学校教育に「ゆとりの時間」が設けられた時、多くの数理関係学会は数学や理科の時間数の削減は、これら教科の学力の低下を招く、との危機感から反対声明を社会に発信している。

健康の大切さが叫ばれ続けているが、健康関連学会から健康教育、なかでも保健科教育の充実発展の必要性などについて社会に発信されたことはほとんどないように思われる。

繰り返すことになるが、筆者は、保健科教育に健康文化を発展継承させる人材の育成を期待されていないのではないかと、との疑問、いや危機感を持っている。そうした危機意識から私なりの見解を述べてきた。

終わりに当たって、保健科教育ではどのような保健学力を育てる必要があるのか、その実現のためにはどのような教授能力を持った担当教員が必要なのか、そしてそのような担当教員は何処でどのように養成することが望ましいのか、などの議論がもちあがる触発剤となることを願っている。

本稿は、第22回日本健康教育学会学術大会での特別講演原稿（「改めて健康教育を考える—保健科教育の一学徒の立場から」）に加筆修正を加えたものである。なお、副題は変更した。また、講演内容の紹介ということでもあり、参考文献や資料は割愛した。

（受付 2013.9.2.；受理 2013.10.12.）