

# スリランカの学校における保健管理と保健教育

## — 中央州における学校訪問調査から —

斉 藤 ふくみ\*

An Observation Report on the Health Management  
and Health Education in Sri Lanka  
— From a Survey on Visited Schools in Central County —

Fukumi SAITO

### Abstract

The purpose of this paper is to figure out the general outline on the health management and health education in Sri Lanka. We visited a school in Kandy and two schools in Matale on September 2-12, 2006. The general outline will be used as the basic data for my future survey research on the health management and health education in Sri Lanka.

**Key Words:** Health Management, Health Education, Sri Lanka

### 1. はじめに

スリランカ民主社会主義共和国（以下スリランカとする）は、1,940万人（2005）の人口を擁する南アジアの島国であり<sup>1)</sup>、2004年12月のスマトラ沖地震による津波で甚大な被害を被ったことが記憶に新しい。国内の情勢は、内戦が依然として続くなかで、災害復興はほぼ終わり、徐々に経済開発が進んでいる。今回スリランカを訪問する機会を得た。これまで学校保健分野の国際的な調査研究は、タイ、ベトナム、台湾、中国等のアジア諸国について報告されている<sup>2)-5)</sup>が、スリランカについてはほとんど報告がない。そこで、学校保健の視点でスリランカの学校の状況を観察することとした。日本の学校保健は、その前身である学校衛生が1872年の学制公布とともに誕生し、長い歴史の中で変遷してきた。子どもの健康問題は、伝染性疾患を中心とした時代から、う歯・近視に代表される歯科・眼科疾患ならびに外科的・内科的疾患を主とする時代へ移行し、そして現代では、シックハウス症候群やアナフィラキシーショック、アレルギー性疾患の増加に加え、生活習慣に起因するものや薬物乱用、不登校、学級崩壊、心の荒

れなど心身の深刻な状況を示している。一方スリランカでは、14歳以下の子どもの死亡の原因は、多い方から感染症、呼吸器病、寄生虫病、事故、暴力、神経系や心臓の病気とされる。また、5歳未満児の死亡原因の4分の1は下痢によるものとされる<sup>6)</sup>。これらは、かつての日本の子どもの健康問題と重なるものである。日本の学校保健の制度は、1897年に「学校清潔方法」「学生生徒身体検査規定」の訓令が公布され、翌1898年の「学校伝染病予防及び消毒方法」において、伝染病流行時の学校閉鎖を規定する<sup>7)</sup>など、早くから環境衛生、身体検査および感染症対策に着手し、充実発展してきた。とりわけ、1958年制定の学校保健法は、学校保健に関する最も重要な法律であり、特に保健管理の基礎となるものである。このように日本の学校保健は、健康診断・環境衛生を中心に他国と比較してもすぐれて充実した内容となっている。本研究は、これまで学校保健領域の調査研究が行われていないスリランカを訪れ、学校訪問を行い、日本の学校保健の視点から保健管理、保健教育の現状を観察したので報告する。本研究で得られた結果は今後予定しているスリランカにおける学校保健の細項目の調査研究の基礎資料を提供するものである。

\* 熊本大学養護教諭特別別科

## 2. 訪問学校の概要

スリランカの学校教育基礎データによれば、学校総数(2004)は10,458校、生徒数は4,030,949人、教師数は196,022人である<sup>9)</sup>。またスリランカの義務教育は、小学校5年間、中学校3年間、高等学校前期3年間である<sup>9)</sup>。

訪問期間は、2006年9月2日から9月12日までであり、訪問地はスリランカ中央州のキャンディー市およびマータレー市の普通小学校3校である(表1)。対象校はいずれも児童数1000人を超える大規模校であり、1クラス40名平均の児童が在籍していた。なお、表中の特別ユニットは特殊学級のことである。

## 3. 観察結果および考察

### 1) 保健管理 (Health Management)

学校保健管理の目的は、学校教育の円滑な実施と、教育効果の確保のために、子どもたちの健康の保持増進をはかることである<sup>10)</sup>。すなわち学校で行われる教育活動が子どもの健康を損なうことなく、安全で適切な環境の中で行われることを目指すということである。さらに、子ども一人ひとりの健康状態がそれ以上悪化せず、よりよい状態に向かうよう支援することも含まれる。学校に在籍する子どもたちは、全員が常に健康状態にあるというわけではなく、既往症や現症を有していたり、疾病ではないけれども一過性の健康障害にあったり、あるいは軽度から重度の発達障害を有している子どもが在籍する。さまざまな健康状態

にある子どもにとってその子が最も良い状態で学校生活を送れるように、その子を取り巻く環境を整えるということが保健管理の考え方である。ここでは、保健管理に関して、子どもの主体管理、環境管理、生活管理についてまとめる。

主体管理面については健康診断の実施について、訪問した学校の教師および別に訪問した病院施設の眼科医師に聞き取りを行った。また救急処置について現状を観察した。環境管理については、学校保健法施行規則第22条に定められた環境衛生検査定期検査項目のうち一部を観察した。なお検査項目および観察項目を表2に示した。本研究では、現状を把握するにとどめる段階であったため、照明及び照明環境、騒音環境、教室等の空気、飲料水の管理、学校給食の食品衛生、学校の清潔、机・いすの整備、黒板の管理、水飲み・洗口・手洗い場の管理、便所の管理の10項目の観察を行った。なお、測定器具による測定は行っていない。また、子どもの生活管理については、時間割編成の情報入手と、制服、文房具等の観察を行った。さらに職員の健康管理面についても観察した。

### (1) 主体管理

#### ① 健康診断

A校の教師からの聞き取りによると、小学校4年生と中学校1年生に医師による簡単なヘルスチェックが行われている。一部の学校では、スクール・デンタル・ナースが存在している。また、キャンディー・ジェネラル・ホスピタルの眼科医からの聞き取りによると、

表1 訪問学校の概要

名称	普通小学校		
	A校	B校	C校
所在地	キャンディー市	マータレー市	マータレー市
児童数	1360人 { 男子約800人 女子約500人	1490人 { 男子約700人 女子約700人	3000人 { 男子約2000人 女子約1000人
教員数	81人 { 男性11人 女性70人	76人 { 男性26人 女性50人	110人
特別ユニット	知的障害2クラス 聴覚障害1クラス	知的障害1クラス	1クラス

表2 学校保健法施行規則第22条の定期環境衛生検査の項目

1. <u>照度及び照明環境</u>
2. <u>騒音環境及び騒音レベル</u>
3. <u>教室等の空気</u>
4. <u>飲料水の管理</u>
5. 雨水等利用施設における水の管理
6. <u>学校給食の食品衛生</u> (学校給食共同調理場を含む)
7. 水泳プールの管理
8. 排水の管理
9. <u>学校の清潔</u>
10. <u>机、いすの整備</u>
11. <u>黒板の管理</u>
12. <u>水飲み・洗口・手洗い場・足洗い場の管理</u>
13. <u>便所の管理</u>
14. <u>ごみの処理</u>
15. <u>ネズミ、衛生害虫等</u>

※下線は今回観察した項目である。

1800人の患者のうち200人の子どもについて専用のカルテを作って、教育局と連携して、special education careを実施している。また、医師と教育の専門家がチームを組んで、第2、第3水曜日にカウンセリング・サービスをボランティアで行っている。また、カウンセリング・ナースが家庭を訪問したり、毎月最終水曜日に学校訪問している。

② 救急処置

A, B, C 3校の校長室および各教室に救

急Boxが設置されていた (fig. 1)。規格は同様であった。鍵付きのものと同鍵付きでないものがあった。鍵付きのものは担任教師が管理していた。中に収めてあるものは、消毒用アルコール、痛み止め、胃腸薬、頭痛薬、マッサージオイル、虫さされ用の塗り薬、シップ用の塗り薬、ビタミン剤、ガーゼ、綿花等であった (fig. 2)。子どもが傷病を発生した時に、ケアをするのは担任教師であった。



fig. 1 救急Box

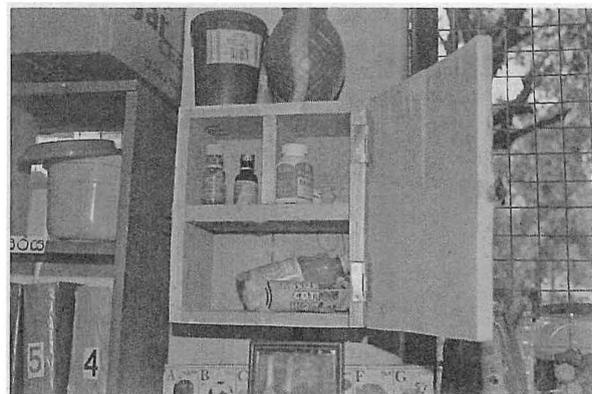


fig. 2 救急Box

(2) 環境管理

① 照明及び照明環境

訪問した3校の学校施設では、すべてにおいて天井に照明器具（蛍光灯）が設置されていたが、点灯されていなかった（fig. 3）。したがって窓側の席は採光により比較的明るいですが、窓の無い壁側の席は非常に暗い。必然的に子どもたちの姿勢は前かがみになっていた（fig. 4）。また、各学校の校長室も点灯されておらず非常に暗かった。廊下は窓がある場合は明るいですが、ない場合は暗かった。階段は一層暗かった。そのため、階段の昇降は踏み外しなどの危険が考えられた。弱視者にとっては、劣悪な環境と言わざるを得なかった。なお、点灯していない理由を尋ねたが、教師たちより明確な返答は得られなかった。暑さの影響と電力不足<sup>11)</sup>が点灯していない理由と推測された。照明環境は、教育活動の基盤となるため、改善が必要であると思われた。



fig. 3 教室の照明器具



fig. 4 児童の姿勢

② 騒音環境

スリランカは年間を通して温暖な季候のために、教室の窓は開放されている。訪問した3校の学校施設は、周囲に工場や飛行場など騒音源はなく、子どもたちの自然の発話等以外は騒音の問題はなく良好であった。

③ 教室等の空気

②で述べたとおり、教室の窓は開放されているので、自然換気により空気は良好であった。また、天井に大きな羽の回転式の扇風機が設置されている教室もあり、空気は問題はなかった。

④ 飲料水の管理

水筒持参の子どもが多くみられた。なお、スリランカでは水道の普及は、先進地域である西部地方においても52%と低い水準である<sup>12)</sup>。水は貴重である。水質に関しては、今後水質検査を実施する必要があると思われる。

⑤ 学校給食の食品衛生

スリランカでは学校給食の制度はない。今回訪問した普通学校の子どもたちは弁当持参であった（fig. 5）。スリランカの生活習慣では手で食事する習慣がある<sup>13)</sup>。観察した結果、子どもの6割ほどは手で食べ、その他はフォーク等を使用していた。なお、A校では食事前の手洗いは担任教師の指導により、よくなされていた。

⑥ 学校の清潔

比較的良好であった。しかし、清掃がきちんとされていない場所もあった。

⑦ 机・いすの整備

3校とも机・いすはクラスごとに一律であり、子どもの身長に合わせていなかった。しかし、3校のみの観察であるので、即断は避



fig. 5 弁当

けたい。

⑧ 黒板の管理

黒板は黒色の有彩色黒板を使用していた。しかし、黒板面の磨耗は著しく、凹凸があること、また、採光・照明の管理がされていないため、黒板は光って、教室の黒板に向かって右側の子どもはほとんど見えていなかった (fig. 6)。

⑨ 水飲み・洗口・手洗い場の管理

教室に水道が設置されている学校とされていない学校があった (fig. 7)。校舎内の水飲み場は、児童数に比較して非常に少なかった (fig. 8)。

⑩ 便所の管理

日本ではトイレについて、学校施設整備指針によると「水洗式で男女別に児童数、利用率等に応じた適切な数を設置すること」とされ、具体的な設置数の基準は設けられていない。小倉は、便所の位置・学級配当・個数を決めるうえで、なるべく教室に近く分散配置すること、教室からの往復に要する時間、用

便に要する時間、待ち時間等を考慮すべきであると述べている<sup>14)</sup>。観察した学校では、トイレの設置数は非常に少なかった。例えば、A校では、男子用3個、女子用3個であり、児童数男子約800人、女子約500人に対する設置数としては非常に少ない。また、トイレ環境は、スリランカ的生活習慣によるものであるが、トイレトペーパーの設置はなく、水道とバケツが設置されていた。清潔状態は良好とはいえず、文化の違いから一概には言えないが、改善が必要であると思われた。

(3) 生活管理

① 時間割設定

表3は、A校の時間割表である (fig. 9)。このように、他の学校においても30分きざみに時間割が設定されていた。昼休み時間は確保されているが、授業と授業の間の休憩時間の設定はなかった。観察した結果、担任教師の裁量により休憩時間がとられていた。休憩時間の本来の意義は、授業による精神の緊張

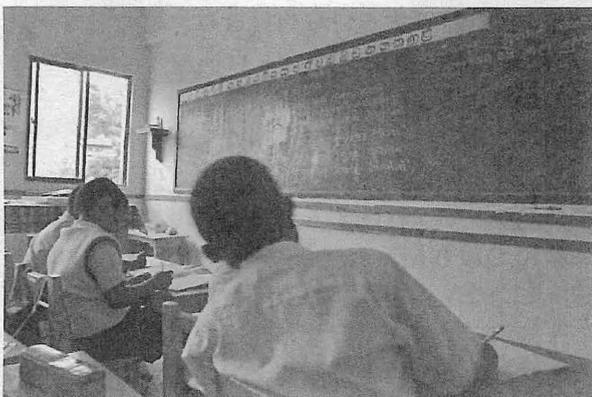


fig. 6 教室の黒板



fig. 7 教室内の水道施設



fig. 8 水飲み場

බාල සටහන

වේලාව	සැද්ද	දිනපතමය	වෙද්ද	ආගමිකව	සිසුවාද
7:30-8:00	පිළිසින	උපදිම	ආගමික	ආගමික	ආගමික
8:00-8:30	ආගමික	සිංහල	ආගමික	ආගමික	ආගමික
8:30-9:00	ආගමික	සිංහල	ආගමික	ආගමික	ආගමික
9:00-9:30	සිංහල	ආගමික	සිංහල	ආගමික	සිංහල
9:30-10:00	සිංහල	ආගමික	සිංහල	ආගමික	සිංහල
10:00-10:30	ආගමික	ආගමික	ආගමික	ආගමික	සිංහල
10:30-11:00	ආගමික	ආගමික	ආගමික	ආගමික	ආගමික
11:00-11:30					
11:30-12:00	ආගමික	ආගමික	ආගමික	සිංහල	ආගමික
12:00-12:30	ආගමික	ආගමික	ආගමික	සිංහල	ආගමික
12:30-1:00	ආගමික	ආගමික	ආගමික	ආගමික	ආගමික

fig. 9 時間割表

表3 A校の時間割表

7:30 - 8:00	
8:00 - 8:30	
8:30 - 9:00	
9:00 - 9:30	
9:30 - 10:00	
10:00 - 10:30	
10:30 - 11:00	
11:00 - 11:30	昼休み
11:30 - 12:00	
12:00 - 12:30	
12:30 - 13:00	

を弛緩ないし転換させ、疲労の回復をはかることである<sup>15)</sup>。トイレや水飲みなど子どもの健康面に配慮した時間割への改善が必要である。とりわけ、障害のある子どもにとっては、もっとゆったりした時間割設定が必要である。同時に、休憩時間の設定は、教師にとっても重要と思われる。

## ② 制服

今回訪問した学校はすべて制服を着用していた。制服は白色を基調としていた。A校では、ベストも制服として使用されていた。ベストは気温の寒暖に対応するためには適切な衣類である。一般的に制服は清潔に保たれており、子どもたちの髪の毛、顔面も清潔であった。

## ③ 文具類

子どもの文具類は筆入れ、鉛筆、消しゴムなどそろっている子どもと充分そろっていない子どもとあった。教科書は持っている子どもといない子どもがあり、持っていない子どもの方が多かった。ノートはほぼ全員の子どもが持っていた。

## (4) 職員の健康管理

### ① 施設・設備

訪問した学校では、校長室はあるが、職員室はなかった。担任教師の執務机は教室にあり、そこで休憩時間も過ごしていた。担任教師は子どもの学習面や生活面、健康面すべてに目を配り、1日教育活動を展開している。

そのためストレスや疲労も大きいと思われることから、職員室や休憩室の設置が望ましい。

## ② コミュニケーション

①にかかわることとして、教師が集まる部屋がないため、担任教師たちは休憩時間に廊下でコミュニケーションをとっていた。教師同士や校長とのコミュニケーションは、学校教育を行っていくうえで、不可欠なものである。さらにコミュニケーションは、教師のメンタルヘルスにとっても重要である。①と同様、教師のための部屋が必要である。

## 2) 保健教育 (Health Education)

保健教育と保健管理は相互補完的な機能を持つと考えられ<sup>16)</sup>、学校保健を構成している。大澤<sup>17)</sup>は保健教育の目的は「児童・生徒が自らの健康を保持増進するのに必要な自律的な能力を形成することであって、保健の基礎的な概念、知識を習得し、自らの健康問題を理解出来るような能力を育成することである」と述べている。子どもが生涯を通して、自らの健康を守り創っていくためには、単に知識を習得するだけでなく、実際の場面に即して身近な健康問題に対して自分で判断し処理出来るような実践力を身に付けなければならず<sup>18)</sup>、「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」と表現されたヘルスプロモーションの概念<sup>19)</sup>と同様のものである。我が国の学校保健の中では、保健教育は、主に健康・安全に関する知識の習得を目指して、各教科で取り組まれている保健学習と、主に健康・安全な生活のための実践能力の育成を目指して、特別活動の中で行なわれる保健指導に分けられる。このように保健学習・保健指導の観点で観察した結果は次のとおりである。

### (1) 保健学習

スリランカにおいては、保健科に相当する授業科目はなく、「環境教育 (Environment)」の科目の中で、擦り傷などケガの手当てが教えられていた。

### (2) 保健指導

子どもが健康上の問題を持っている時に、その都度担任教師が保健指導を行う個別指導が中心であった。保健指導は、教科以外の学校生活のあらゆる場面で行われる柔軟な教育活動である。スリランカの学校においても、保健指導を充実させていくことにより、子どもの健康への

教育的効果が大きいと考えられ期待される。今後の詳細な調査でさらに実態を明らかにしていきたい。

### 3) 授業のスキル

今回、3つの小学校を訪問し、様々な授業を観察した。その中で取り入れられていたと思われる授業技術は、表4のとおりである。スリランカの学校での教授法は、教師が一方向的に話して教えこむという方法が一般的である<sup>20)</sup>とされるが、授業を観察した結果、教師主導型の形態を取りながらも、フラッシュカードや絵などの視聴覚教材、実習用の手作り教材など多数の授業技術が観察された。またライフスキルは1970年代に欧米で取り入れられたものであり<sup>21)</sup>、WHO（世界保健機構）精神保健部局がライフスキル教育プログラムを開発し<sup>22)</sup>、多くの国々に推奨され取り入れられている。ユネスコ（国連教育科学文化機関）の文献<sup>23)</sup>によると、代表的なライフスキルとして、グループディスカッション、ロールプレイ、ストーリーなどが紹介されていた。保健教育は知識の理解・習得だけでなく、行動化が図られて、その目標を達成するものであるから、子どもが頭と身体を使って身に付ける学習スキルは有効である。

表4 授業のスキル

1) 身体遊び
ライフスキル
グループエンカウンター
ゲーム
2) 教材開発
手作り教材
ポートフォリオ
3) 視聴覚教材
絵、フラッシュカード
写真
グラフ
音楽
実験
実習
4) タッチング
頭、ほほ、手、背、腕にタッチング

スリランカにおいてもライフスキルの導入は望ましいと思われる。そのためには、スリランカにおける教員養成教育の中で、授業のスキルの科目をいかにカリキュラムの中に位置づけていくか、また、保健管理・保健教育の2領域をもつ学校保健についていかに科目設定していくかはカリキュラム改善の中で検討されることが望ましい。

### 4. まとめ

2006年9月2日から9月12日までのスリランカの学校施設の訪問を通して、日本における学校保健の視点から観察を行った。スリランカは政治、経済、社会、文化、歴史、生活習慣が日本と異なる発展途上国であることから、日本の現状と比較することは望ましくない。とりわけ、スリランカは南アジアの最貧国に位置付けられている<sup>24)</sup>ことを十分に認識しなければならない。本報告は、学校保健がその理念である子どもの健康の保持増進のために行う教育活動であることに依拠して検討した。どこの国においてもどのような環境下におかれていても子どもの生命・健康は最も尊く守っていかなければならないものである。そのうえで、スリランカの学校教育の実態をながめた時に、健康な子どもの健康を損なう可能性があることと障害のある子どもが最も良い状態で教育を受ける環境態勢は整っていないことが把握された。スリランカにおける子どもの健康を守り育てるより適切な学校教育のあり方について、今回得られた観察結果を踏まえて、今後より詳細な学校保健領域の調査を行うことで、検討を深めていき、改善案を提言していきたい。

なお、本研究は、平成18年度科学研究費補助金（基盤研究（B）課題番号18330204）の研究分担者として助成を受けた。研究代表者である本学障害児教育古田弘子助教授をはじめ、研究分担者の皆様に心より御礼申し上げます。なお、本研究で使用した写真は、本学教育学研究科院生斉藤徳彦氏が撮影したものである。

### 文献

- 1) 財団法人世界経済情報サービス（ワイス）：ARCレポート2005スリランカ，14，東京，2005。
- 2) 大澤清二・高橋元新：東北タイにおける教育環境研究—東北タイ学校飲料水調査より—，学校保健研究，31（6），292-300，1989。
- 3) 横田めぐみ・渡辺正樹：ベトナム中部・フエ市における健康教育への取り組み，学校保健研究，48，Suppl.496-497，2006。

- 4) 当島茂登・小林芳文：児童の身体協応性の発達に関する国際比較－B C Tによる日本と台湾の児童について－，学校保健研究，34 (11)，508-515，1992。
- 5) 大澤清二・李成葉：中国人男子における身体発育の年次推移－都市児童青少年の形態発育の早期化現象を中心として－，学校保健研究，35 (7)，342-351，1993。
- 6) 古田弘子：発展途上国の聴覚障害児早期教育への援助に関する研究－わが国のスリランカに対する援助を中心に－，290，風間書房，東京，2001。
- 7) 杉浦守邦：養護教員の歴史，5-10，東山書房，京都，1974。
- 8) 前掲書1)，132。
- 9) 前掲書6)，354。
- 10) 吉田螢一郎・武田真太郎編：現代学校保健全集2 保健教育と保健管理，129，ぎょうせい，東京，1981。
- 11) 前掲書1)，122。
- 12) 前掲書1)，20。
- 13) 澁谷利雄：多様で豊かな食文化（杉本良男編「アジア読本スリランカ」），112-113，河出書房新社，東京，1998。
- 14) 小倉学：学校保健活動，170，東山書房，京都，1980。
- 15) 前掲書14)，195。
- 16) 江口篤寿編：学校保健，5，医師薬出版株式会社，東京，1980。
- 17) 大澤清二・森山剛一・上野純子他：学校保健概論－生涯を通しての健康づくりを目指して－，11，家政教育社，東京，1999。
- 18) 前掲書17)，154。
- 19) 高石昌弘：第7章健康教育とヘルスプロモーション（三木とみ子編「三訂養護概説」），99，ぎょうせい，東京，2005。
- 20) 前掲書6)，281。
- 21) 川畑徹朗：第14回（2005年）J K Y B健康教育ワークショップ報告書，6，J K Y B研究会，2005。
- 22) WHO編（J K Y B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。
- 23) UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education：Booklet6 Creating a Healthy and Protective ILFE，2005。
- 24) 前掲書1)，17。