

# 健康教育と Spiritual Health ( その一 )

内 山 源

キーワード 健康概念、Spiritual Health、健康教育、学習者の実態

WHO が 1998 年の理事会で Spiritual Health を健康概念の中に組み入れた。これまでの身体的、精神的、社会的の「3本立」から「4本立」にした。4本の軸に対応する理論的、実践的現実は、「3本立」の方すら「ごたごた」である。有名なクラークらの5段階健康水準と第1、2、3次予防のモデルはこの3本を「丸めこんだ」まま対応を「一方通行の矢印」で示している。これに対し、H.S. Hoyman は Spiritual Faith を入れた4本立への対応を健康教育の生態学的カリキュラムとして示した。25年ほど前のことである。対応は人間が対象である限り「二方通行・多方通行」がコミュニケーションの現実である。「3本立」すらその対応において「一方通行」の現実がある。例えば、インフォームドコンセントであり、Patient Education 等である。コンセントにならないものは「一方通行」である。ここに Spiritual が入るとすれば、余程のこと Spiritual Aspect・Component についての研究、検討が必要になる。しかし、学会レベルでも全くその動きすらみられない。本小論ではこれらの問題点とその概念及び研究、改善の方向と実践例を示した。

## 1 . Spiritual Health に関する用語・概念の登場と Health Promotion 及び Health Education との関連・問題

この2、3年、わが国でも健康の概念の一つの要素として Spiritual Health を採り入れ、学会等で発表する動きが出て来た。しかし、これらは極く一部である。多くは1946年のWHOの3要素をもってそのまま用いている。WHO と言え、1998年の理事会でこの Spiritual Well-being・Health を採り入れ、4つの要素で構成することが決められたが、それから先には進んでいない。

ところが健康教育の先進国であるアメリカでは、その内容との関連で“Spiritual Health”についての検討、研究がなされ、学会誌等で発表されている。むろん、これらの動きは最近に始まったことではない。かなり古くからなされていたのだ。その一つはH.S. Hoymanの“Spiritual Faith”である。筆者はこれを検討し論文<sup>1)</sup>、著書<sup>2) 3)</sup>等で発表、説明してきた。25年ほど前のことである。図1はH.S. Hoymanのそれらを示した<sup>4)</sup>ものである。

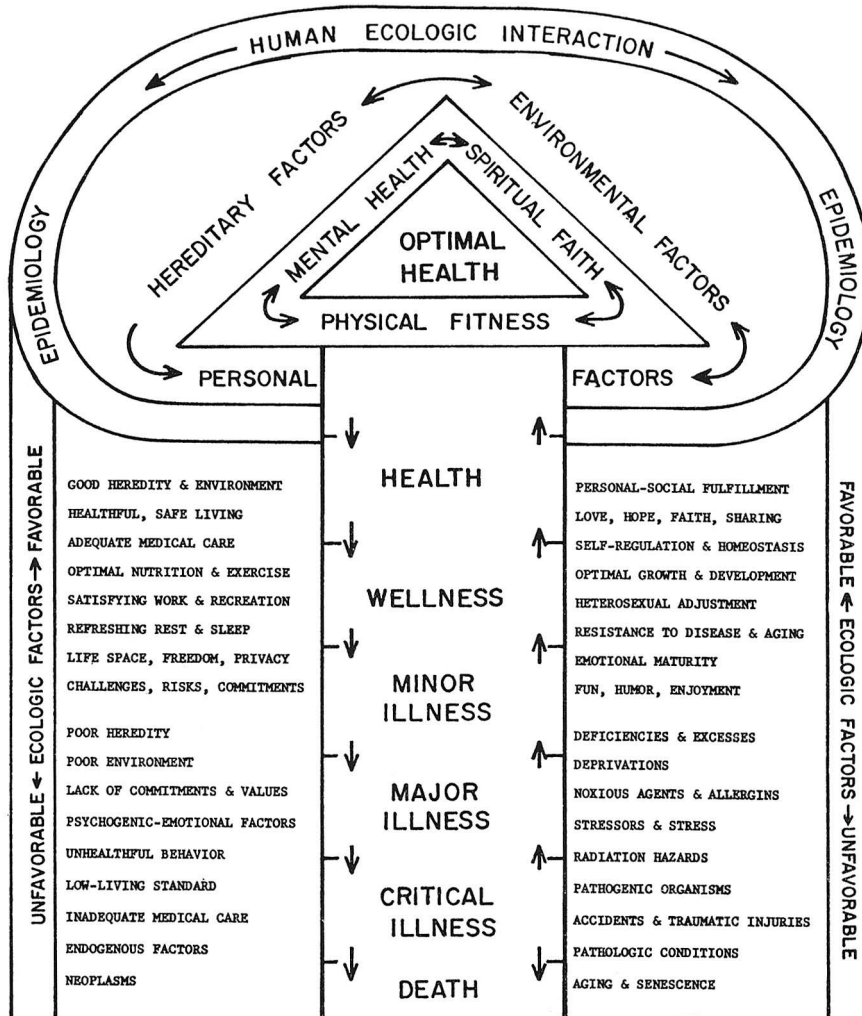


FIGURE 1. An ecologic model of health and disease. Examples of favorable and unfavorable dynamic, interacting hereditary, environmental and personal ecologic factors and conditions that are determinants of the levels of health and disease on a continuum extending from zero health (death) to optimal health.

H.S. Hoyman も初めから健康教育の内容としての健康概念の中に “ Spiritual Faith ” を組み入れていた訳ではない。20年ほど前にアメリカでホンマンに数回会ったが、その際にこの要素について直接質問してみた。また、私信で確かめたりしたが、彼は既にオレゴン大学時代にこれを考えており、生態学的要因、構造との関係をどのように構成するか、WHOの定義との関係をどのようにするか、等を検討していた、とのことであった。氏の健康教育の内容構成は一貫して Ecological View ・生態学、疫学の原理でなされているが、その「頭」に位置するのは「3要素」であり、この中の一つに “ Spiritual Faith ” を入れたのである。WHOは1946年に「3要素」としたが “ Social Well-being ” の要素の部分を彼は “ Spiritual Faith ” としたのである。

「何故、これを組み入れたか」とか、一体、この「Spiritual Faith とは何なのか」についてはかなり不可解であり、国内での当時の著名な先達・専門家に質問し、教示を願ったりした。だが、“ホイマン”の名すら知らない者もあり、「そのような抽象的概念的な仕事・研究をするよりも現場の健康教育の実践の向上、改善の方が大事だ」とする者が大方であった。1970年代のことである。

しかし、このことはかつてわが国の著名な運動生理学の権威が「健康」を身体面に限定して「奇形や欠損がなく、...生理的に...」<sup>5)</sup>と述べ、説明したことの問題と、「逆の方向」で重なるものである。WHOは1946年に3つの要素(P.M.S)をもって健康の概念を定義した。その後、かなり後になって、わが国の著名な学者は3つの定義から、1つのP(身体的側面)に減らし限定したのである。人間の健康と精神・情緒面や社会との関連面を除くと、どんな問題が現実の生活世界で生じてくるか、である。

だからWHOはPhysical Aspect 重点・(P)型の概念にMental Aspects と Social Aspects - Well-being の3つで構成した。これによって人格性や人間の権利等の概念も内包されることになったのである。(表1参照)

問題はそれだけのことではない。「健康水準」への対応、対策の現実的生活的問題である。P型対応に限定したら、現実世界でも医療活動、保健、福祉、労働、安全等の行為、活動はどうなるか、であり、社会的政治的枠組にも関わる大問題となってしまう。

事実、精神病患者・障害者等の悲惨で残酷な歴史は多くの証として残されている。

表1 健康概念とその分類

| 特徴  | 主な概念・定義例  |
|---|---|
| (1)状態<br>a)全体総合的<br><br>b)部分局面的                                       | (WHO)「健康は、単に病気がないとか、虚弱ではないというものではなく、身体的にも精神的にも社会的にも完全に良好な状態である」<br>(小栗)(2)に関連して「自己の能力を十分に発揮しながら幸福な人生生活を送って長寿を保つことの出来る心身の理想的状態のこと」<br>(蒲本)「健康とは体内部の均衡状態にほかならない」(身体的)<br>(木田)「身体の巨視生理学的な調和のことである」(生理学的)<br>(猪飼)「健康とは奇形や欠損がなく、内臓諸器官が生理的に活動している状態である」 |
| (2)能力・適性・適応・体力  | (ホイマン)「十分な実りがあって、楽しむことの出来る生活への個人的な適性能力である」<br>「Spiritual Faith」「Wellness」がユニークである。<br>(デュボス)「適応としての健康」  |
| (3)指標による把握<br>主観的指標<br>フィーリング、<br>シンプトウム<br>客観的指標<br>作業能率<br>パフォーマンス等 | (大島)「健康感を持ち、客観的に異常が見られず、そして仕事の能率が十分発揮されている」<br>(児童生徒の保健認識)「食事がおいしい」「元気なこと」「風邪をひかない」「疲れない」「よく眠れる」「元気に起きられる」「気分がいい」<br>(戸田)<br>(パウマン)   |
| (4)外枠概念での位置付け<br>欲求、価値、本能、権利  | (マレー)「個体保存の欲求、害の回避」<br>(マリノフスキー)「基本的欲求、健康 衛生」<br>(ヴァレイ)「健康の本能」<br>(ヤング)(パーソンズ)  |
| (5)成立条件との結合、混合  | (児童、生徒、学生の健康と体力概念に関する保健認識調査結果・内山)<br>(デイバー)   |
| (6)集団、社会の指標、表現形態  | (富永)「それは人間における集団的秩序の身体的または精神的な表現形態である」  |
| (7)その他 健全性、過程<br>Salvation  | (ターナー)(ドルフマン)   |

注: 健康概念の分類枠は、このほか、項目間の関係枠も考えられるが、ここでは省いてある。また、「健康とは何か」について「分かる」ためには、一部の特徴の理解ではなく、各特徴・観点の総合的な認識が重要である。

健康概念の性格・特徴には、1)相対性、2)記号性、3)制度性、4)文化性、5)変動性、6)全体性、7)複合性、8)理念性、9)関係性等がある。

現実的測定、把握は限定された対象となるが、「指標」「尺度」「基準」について慎重でありたい。例えば、基準は必ずしも「点・線」である必要はない、「域」であり「面」であることが望ましい。内山「現代生活と健康」家政教育社(1980)ごく最近(1998年)WHOで新しい定義・改訂をしている。その主なものは“dynamic state”と“spiritual”が付加されたことである(表1-2参照)。

(1)の蒲本、他2人のものはすべてPhysical・身体的側面に限定されている。猪飼教授は運動生理学の第一人者であり、国際的にも著名な研究者である。昭和37年に教授の「体育生理学序説」が出され、43頁に健康の定義が記載されている。筆者、当時、大学院生であり、この定義が「何故、どうしてか」と疑念を持った。しかし、超一流の権威者であり、小憎っ子的存在である院生はその「壁」を超えることは出来なかった。

WHOは1946～8年に(P、M、S)3本だとした。日本国の研究者は15年ほど後に(P)1本である、とした。これが「何故、どうしてか」である。当時は学会レベルでも概念、定義、用語、記号との関連の研究など論外の状況にあった。今、Spiritualが出されている。学会レベルでの対応が不可欠である。しかし、その動きは全く見られない。

注の内容については、これまでに多く説明してきたが2)や9)については2002年の学会でも用語、概念、意味の混乱、混同が多くみられた。例えば養護、健康、健康管理などである。筆者はそのため i)辞書的概念と ii)指標、指示対象と iii)関連性想起の3つで説明して来た。今年の学会では a)述定 b)指示 c)表出 d)反応・作用の4つで整理することを繰り返し述べた。

の9)の関係性については、生と死、健康と病気、病気と病などの共存、共生、対立、二元論などがあるが既に学会等で述べたのでここではふれない。

## 2 . 概念、定義の検討、研究の必要性とその意義

### - 行動、実践、言説の概念、理論負荷性 -

H.S. Hoyman がその後、3要素から4要素へと拡大（図6参照）するのに対し、縮小「1本化」の方向である。しかし、このことについては昭和30年代の事であるが、当時の学校保健界や体育界は論外として、学会レベルでも何ら検討、議論されていない。しかも、これらはそのままになって現在に至っている。このような状況の中で、WHO がごく最近 Spiritual Health を提示したことになる。

先に述べたように、大学の研究者レベルで「そのような抽象的な概念の要素や構造を研究、検して何になるのだ」とか「抽象的なコトバの研究・アソビよりも、もっと具体的で実践的な子どもの健康問題の検討や研究に当るべきだ」等といった反論、批判があり、これが2002年の現在でも少なくない。筆者が検討し発表、報告をはじめた'70年代、'80年代に限定されそれで終わったことなのではない。

上記のような反論、批判の考えは基本的に人間の行為、行動が「理論負荷的」<sup>6)</sup>「概念負荷的」「文化・言語、記号負荷的」<sup>7)8)</sup>であることの認識の欠如、無理解によるものである。繰り返しになるが医療、保健上の治療、改善等の方法、技術、方略、政策等の現実的な適用、選定、決定、開発等において、問題の性格、種類や水準が判らなければ、現実的に病者、病態、病理の改善、解決等の対応、方法、方略の適用、選択、決定などは論理的、理論的に不可能となる。

健康の状態について重篤の病者を軽い病態と誤認すれば誤った水準の認識において、対応、処置をとることになる。（現実に医療ミスとして近年では少なからず報告されている。）

まして、健康の状態を精神的要素の病態であるものを身体的要素のそれらと誤認したり、元来、健康とは身体的な要素と限定した場合、他の2つの要素・精神的、社会的要素の病理、病態は存在しないものとして対応、処置の方法、技術等を結びつけることになる。これは重大な実践的、現実的な問題である。

癩病・ハンセン病者や精神障害者への過去の悲惨な、そして「正常」な処置、対応の歴史はそれらの証である。「抽象的だ」「概念的だ」としたことの「負債」である。

このようなことの放置、無視の状態が続くことから、筆者は最近でも次のように述べておいた。どんな概念、理論枠<sup>7)8)</sup>等から対象を見ているか、知覚できるか、等の問題である。

## 『6. 単一事実の多面性と意味、問題性との連関 健康教育内容の三次元構成の必要

確かに単一の事実に多種多様な意味がある。しかし、事実は「単一」「単純」「共通」に認識されるか、となるとそうはいかない。単一事実であっても多くの側面をもっているからである。

データの「理論負荷性」とか「概念負荷性」については多く述べられている。

科学論では近年のことであるが、(村上陽一郎、ハンソン、ファイヤーストーン、ラカトッシュ) 広松<sup>26)</sup>は「哲学の領域」では古いことだとして「けだし、弁証法に関する論考は、単なる方法論的手続の次元を超えて、存在論や認識論の準位への関説を余儀なくさせる所以です。 卑近な話「事実」が理論負荷的であるということは「事実」が「認識論的構成」によって被媒介的に存立することを意味します。しかるに、謂う所の「認識論的構成」にはカテゴリーのみならず「論理 ロギック」も介在します。淳朴な模写論的理解のもとでは「客観的事実」自体を順次正確に模像化していけば済むとされ得ますが、「事実」が論理をすら負荷する以上は、「事実体系」をいかなる「論理体系」に則って認識論的に「構成」するか、この場面での体系構成法が学理的な「世界像」の確立にとって鍵論となって参ります。というのも一貫した体系構成法抜きにしては「事実界」が原理上ラプソディーになってしまうからです。」と述べている。

事実についても「理論負荷性」は同様であろう。

エイズ患者の事実は「生物・動物体」としての「生理的、解剖学・組織学・病理学的」事実、もあれば、「人間」としての「意識、精神」 行動、生活・社会的文化的関係形態としての事実もある。生活、行動の事実の欠落である。

このように見ると生物医学的な要素と構造からなる「バイオメディカルモデル」は、元来、 の事実や の事実を欠いたものとなっている。

これまでのエイズ教材やカリキュラムに既に多く報告、説明してきたように、「偏見、差別、共感、共生、思いやり」等が「論理的な関連、結合の根拠」を欠いたままなされてきたことになる。「心理主義」であり「道徳主義的傾向」である。

「スローガン」であり、一部の保健教育研究者の提示する「願い」である。』

健康とは表1に示したように身体的側面(P)だけに限定した対象にすれば、現実の生活世界はどうなるかである。これには「抽象的だ」とか「概念的だ」などと呑気に放置することが出来ない問題があること、そしてこれらが続出している事実の認識、学習が必要となる。比較的新しいところではAIDSの問題であり、エイズ感染者・病者の人間としての人格性、人権等の問題である。(P)身体レベルに限定することが如何に残酷、無惨な事態を惹き起したか、に目を向け、「ずれ」て「遅れた」保健教育のカリキュラムや実践の点検、評価がなされなくてはならない。

最近では、「子ども虐待」(Child Sexual Abuse)の問題についても同じような理論的検討、研究が必要である。これも概念、定義の要素次第で対応は異なるからである。その中の一つに「援助交際」という用語がある。その意味の取り方は人さまざまであり、対応もさまざまとなっている。

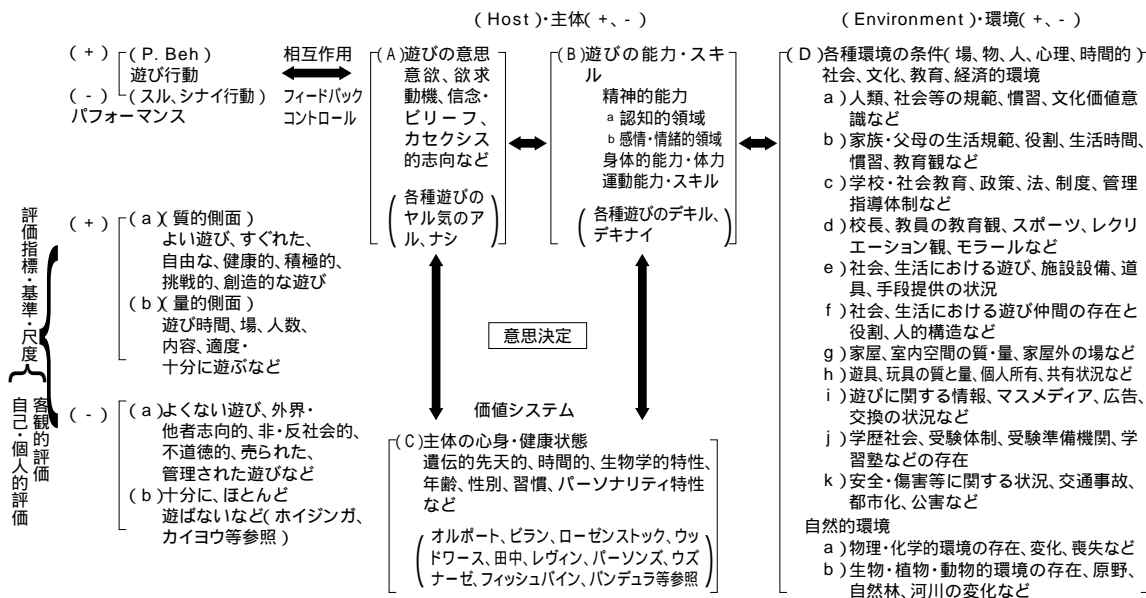
Child Abuseを健康の定義のように「身体面」にだけ限定したら、現実の虐待への対応は狂ってしまう。現在では「身体的、心理的、性的、無視・放置」(WHO)の定義が示され、これらは誰でもが了解する内容となっている。だが、そのためには概念の定義づけに当て、それこそ「抽象的で概念的だ」とされる対象・内容の検討が「予算と時間」をかけてなされたのである。

### 3 . 健康教育や安全、性教育研究等に関する概念化と定義づけの必要性、重要性

同じように、そのことは援助交際の概念、定義づけについても相当するし、これによつて援助交際の成立要因・条件も対応する<sup>9)</sup>ことになる。「当事者」・子どもがいて「他者」があり、「性的関係(アリ・ナシ)」をもつことで「金銭の援助(アリ・ナシ)」の関係である。(図2、3参照・特に(型)(型)の存在)

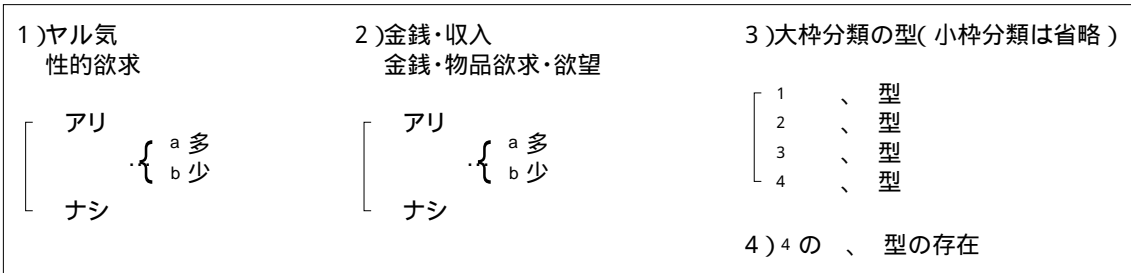
これまでには「売り手」の子どもの方にだけ法的対応、補導、教育的な対応がなされたのは、これらの概念とその内、間の関係の検討、研究が杜撰であったことが主な理由になる。性的健康 Sexual Health との関係もあり、ここでも Spiritual Health との関係は無視できない。

図2 遊び・運動行動等の成立要因・条件に関する概念図式・パフォーマンスモデル



注: このモデルの大枠は各種保健行動、安全行動、性行動、スポーツ運動、教育等の記述、説明にも適用できる。望ましい行動がみられない場合、学校教育指導として(A)、(B)、(C)、(D)要因のうち、どこまで、どのように関与できるか、すべきかしているか、いないか、が問われなくてはならない。通常の教育活動としては、第一次的、あるいは直接的に(B)の育成に関与していることになる。また、幾つかの行動モデル、ヘルスビリーフモデルなどとの関連が当然考えられるが、ここでは個人の枠・信念(真実判断)などのほかに、客観的存在としての環境があり、生態学的関連で行動をとらえようとしている。このモデルは、パフォーマンス・モデルの原型であり、集団のP、1:1行動、1:多行動等のPとして構成する必要がある。例えば、医療におけるサレル・スル行動のPである。行動・行為という成就・成果の達成、維持等には「何をするか」というPの構造が考えられなければならない。集団のPの場合は、Pの中の1つに組織の構成と維持等の要素が組みこまれる。保健行動のモデルというと、ローゼンストックとかベッカーのHealth Belief Modelが持ち出されるが、保健行動というPは、このような主体のビリーフだけでは成立しない。その他の環境要因・条件等があるからである。保健に関するPもこのような生態学的視点が必要となる。各要因内、間の相互関係・役割・コミュニケーション・権力・相互作用・支配・排除・規制・支援・協力・交換・贈与・調整等があり、そこでは疎外、フェティシズム、物象化、メタファー等が行動・パフォーマンスを規制する。近年ではギブソンのアフォーダンス概念とソーシャルエコロジーも根拠となる。

図3 女子中・高校生の援助交際における性交行動・遂行・パフォーマンスモデル( 図2関連モデル )



- i)パフォーマンスにおける( + ) ( - ) の評価、判断・フィードバックの有無
  - { 成果の利得  
成果のリスク } の予測とフィードバック { 多  
少  
欠
- ii)身体、精神機能要因・条件
- iii)身体、健康状態要因・条件
- iv)環境要因・条件

注: 小・中・高校生の性生活、性行動の事実の把握、認識とその問題性の検討は重要である。  
 その中の援助交際とこれに類する性交関係行動の事実の認識が必要である。  
 ここでも教育の内的事項だけでなく外的事項との関連統合が必要となる。  
 iv)の環境要因・条件の中で性的社会的文化的環境条件、性情報、性解放的文化的環境条件との関連は大きい。例えば、トルコ風呂からソープランド、性風俗産業、ポルノ情報産業の存在の意味と価値である。

このことは最近の学校保健界の Health Promotion についても当てはまることである。用語、概念の「いじくりまわし」「抽象的概念のオアソビ」などと陰口をたたいていた事が、現実的に重大な課題となって迫ってきたのである。先の「援助交際」が性教育と関連し、その性教育には Health Ethics<sup>10) 11) 12)</sup> やモラルが関係するから Spiritual Health につながってくるように、Health Promotion の概念やその実際、現実には Spiritual の観点の関係している。

1986年の Ottawa charter を受けてわが国の公衆衛生界は俄かに「Health Promotion とは何だ」で動き出した。同じように“ Advocacy ”<sup>13) 14) 15) 16)</sup> についても、である。しかし、学校保健界の方は Ottawa charter など「どこ吹く風」であり、「なんでそのような外国の概念いじり・アソビみたいなことをやるのか」「もっと現場の保健授業づくりや教材づくりの方が大切ではないか」とする者が多かった。学校保健学会レベルでも、これらについて検討、研究する動きは江口教授らを除くとごく少ないし、なかった。

ところが平成9年である。保体審議会でこのヘルスプロモーションが採り上げられたのである。1997年であるから10年以上も経てからのことである。俄に文部行政も動き出したからこれに合わせる「蛭コイ様」の大学教員は一斉に「学校保健は...ヘルスプロモーションである」と動き出した。

この「ギャップ・ずれ」をどのようにみたらよいのであろうか。



Ottawa charter がヘルスプロモーション出発点ではない。1986年よりも以前に Health Promotion の概念化をすすめる者・L. Green や I. Kickbush 等が居たのである<sup>17) 18) 19)</sup>。用語自体も新しいことではない。「抽象的なコトバ遊び」と「陰口を叩く」研究者も院生時代にはテキストとして C.E. Turner の名著 “ School Health and Health Education ”<sup>20)</sup>、や R. Grout の “ Health Teaching in Schools ”<sup>21)</sup> を学んだ筈の者である。

しかし、その後、何故この用語の「概念化」が現実的实践界に強調されるようになったか、である。筆者はそれらをまとめて「公衆衛生学」<sup>22)</sup> に述べた。表2はそれらを示したものである。

表2 ヘルスプロモーションの概念・定義

|                    |  |
|--------------------|--|
| 1984               | L. Green<br>ヘルスプロモーションは健康教育より広い概念・領域であり、この中に健康教育を包摂するものである。ヘルスプロモーションとは健康教育と関連する組織的、経済的、環境的な支援を健康の維持、増進に向かって行うものである。   |
| 1984               | WHO<br>ヘルスプロモーションとは人々が個人の選択や社会的責任を統合化することで、彼らの健康状態を改善することが出来るようにする過程である。   |
| 1986               | Ottawa Charter<br>ヘルスプロモーションとは人々が健康を左右する決定要因の管理統御が出来るようにすることで人々の健康改善をするやり方である。WHOの定義に補足して、ヘルスプロモーションとは健康政策や支援的環境を創出し、保健事業を臨床的、治療的活動に限定することなくそれ以上のものとして方向づけることである。  |
| 1989               | Minkler<br>ヘルスプロモーションとは健康教育と政策担当者や行政官等への健康支援とのコンビネーションである。   |
| 1990               | K. Tones et al.<br>定義はしていないが“ The meaning of Health Promotion ”の中で、おおよそ次のように説明している。「単なる疾病の予防ではなくポジティブな健康の増進をねらっており、そこでは第一次予防が強調される。そのため健康教育やマスメディア、商業広告等との関係が求められる。健康の主要な影響要因としては、保健、医療事業活動要因、先天性・遺伝要因、個人の行動、ライフスタイル、社会、経済的、物的環境要因が挙げられる。ヘルスプロモーションではこれらがばらばらではなく相互関連を持ち、一般人・消費者が参加・関与するように指示することである。特に 条件は大きく、この水準の向上、改善のため健康な政策作りと支援的な環境作りが重要である」。 |
| 1991               | L. Green<br>ヘルスプロモーションとは健康をもたらす行為や生活条件と教育的支援と環境的支援の共同のことである。   |
| 1992               | M. Dignan et al.<br>広範な概念であり、健康を主張、支援の一般的過程を言及するものである。それは教育、環境の変容、法制化、社会的規準における移行である。また、個人あるいは集団に、社会全体に焦点化するものである。   |
| 1994               | K.Tones & Tilforol<br>Health promotion=健康教育×健康的な公共政策   |
| 1995               | Downie et al.<br>「ヘルスプロモーションはポジティブヘルスの増進への努力とイルヘルスの予防実践を健康教育領域に予防領域、保護領域を重ね合わせることで構成するものである」。  |
| <p>健康維持、増進のモデル</p> |  |
| 1995               | L. Jones<br>「人々の健康改善のための広範囲な構造的方略的介入であり、それは保健政策、行政当局や自主的運動組織とか商業・企業が健康なライフスタイルの促進と一緒に活動するためのニーズを強調することである」。  |
| 1985               | 内山源<br>ヘルスプロモーションとは、市民・個人の健康や社会集団の健康、安寧を維持、予防、保護、増進するための、思想、政策、政治、法律、経済、医療、保健、保険、福祉厚生、環境保全、教育、生活文化等のあらゆる面の行政的、地域自治的、組織的支援のことである。この支援は「人」「モノ」「コト」においてなされるため、健康教育が中核的要素となる。  |

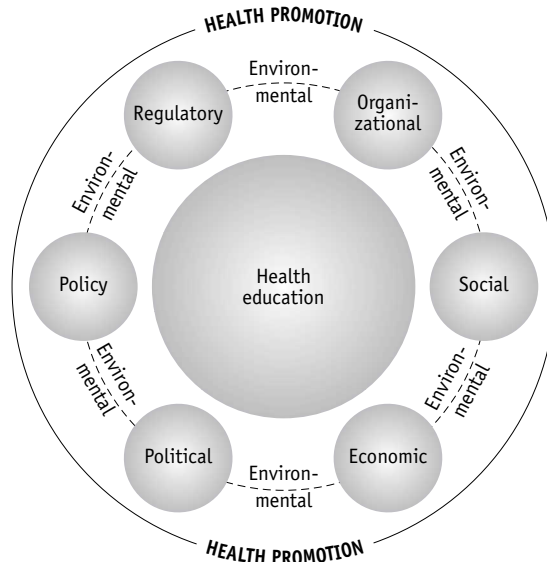
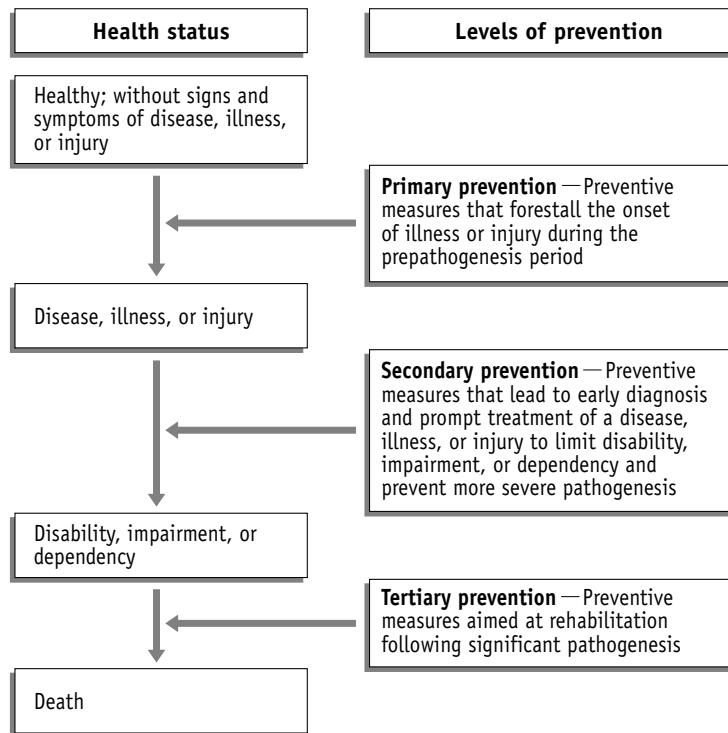


FIGURE 4 Relationship of Health Education and Health Promotion (J.Mckengie & J.Smelter)1997

図4は比較的新しいHealth PromotionとHealth Educationとの関連の概念図<sup>23)</sup>である。健康教育が「中核」にあってすべて「外的事項」政策、政治、法制、組織、社会、経済等の社会的文化的環境要因への働きかけを意味している<sup>22)23)24)25)26)27)28)29)</sup>。それぞれの要因に対しては健康教育が基本的礎石的機能をもつが、教育的機能だけではならず各要因と要因間の関係に対してアドボカシー、エンパワーメント、コラボレーション、ヘルスエシックス、イクイティ、パーティシペーション<sup>9)10)22)23)25)</sup>等が必要である。これらからみてもわが国の「21世紀の健康づくり」モデルは「ずれ」ており珍妙である。

図5<sup>23)</sup>は世界的に有名なLeavell & Clarkの健康水準と第1、2、3次予防モデルに類似するものであるが、その中の主な差異として“Death”が入っている<sup>30)</sup>ことである。しかし、予防の内容は殆んど同じであり、「矢印の方向」も「一方通行」である。病者・障害者の人間性・人格性・人権性は欠落したままであり、予防の「土台」である“コミュニケーション”を欠いた<sup>31)32)</sup>ものとなっている。

L.Green等が1970年代<sup>18)</sup>に個人の行動変容、改善だけではなく環境・社会、経済、



**FIGURE 5 Levels of Prevention**

Source: Adapted from Public Health: Administration and Practice by G. Pickett and J.J. Hanlon, 1990, St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.

政治・文化的環境の改善を含めてヘルスプロモーションを概念化し実践することを示していることや1981年のI.Kickbush<sup>19)</sup>の健康教育の位置づけと強調に対し、わが国の方は1990年代に入っても、Lalonde(1974年)のそれらがVictime blamingによって失敗、批判され、既に多く報告されているにも拘らず、「社会、文化的環境面」の改善を強調するものはごく少ない。これらLalonde型の「健康行動推進型」だけでなく、Breslow型の「健康行動改善型」も並行して厚生行政や文部行政主導型“Top down approach”(Beattie)で多く実施されてきている。

従って1990年代の「外的事項」の改善、変革へのアプローチであるAdvocacyやEmpowerment、Social Marketing、Ethicsなどは、わが国の場合、ヘルスプロモーションと全く無縁の存在かのように扱われ、宙に浮いた存在(抽象的概念遊び観)となっている。このことはヘルスプロモーションの理解、認識等が未だにかなりの「ずれ」が残されていることの証の一つであろう。筆者<sup>26)</sup>は1992年日本公衆衛生学会シンポジウムにおいて、「外

的事項」の改善、変革も対象とすることを強調した。その後1994年に武藤<sup>21)</sup>が詳細にまとめたように、「決定要因のとらえ方」と「ヘルスポモーション」の「対象、領域」との間には、その対応に「ずれ」がある。「政策、法制、行政、経済、社会的環境等」の「外的事項」も「対象」とされない限り<sup>22)</sup>、個人や集団の「行動変容、ライフスタイルの改善」だけでは限度があり、無理なのである。

健康の決定要因には挙げられていても実践の現実は殆んどが「ライフスタイル型・生活習慣病改善型」の行動変容となっている。これではヘルスプロモーションにはならない。だが日本国の現実には情けないほどずれて「劣弱」である。最新の「健康増進法」の公布である。健康の「定義」も「成立要因」の規定もなしに、「健康水準」との関連もなしに国及び公共団体の責務第3、4条もあるが、個人の責務に焦点化した「生活習慣病改善型」の法律である。L. Green や I. Kickbush の理論、モデルは論外として、WHO の Health Promotion の概念にさえ「関係なし」の如き法律が今年になって出現したのである。しかも、学会では Advocacy と同様、テーマにも話題にもなっていない。それどころか、逆に「白い目」であり、「傘下の賛同」の方向である。

ところで1986年は水戸・日本学校保健学会である。シンポジウムの指定発言者であった筆者は「海外の健康教育の理論、実践の動向」は除いて「国内」のカリキュラム、教材等について述べることを要請された。

学校保健学会レベルでもその程度の状況にあったのである。Health Promotion の概念化等は「論外」の状況にあったのである。

それが文部省行政傘下の保体審によって今回、急遽変化・変身したのである。「概念アソビ」とされた対象が急に「下り」て来たのである。L. Green や I. Kickbush らの研究の積み重ねが Ottawa Charter の基礎作りになっていることは言うまでもないが、このことは別にして、問題にすべきは、今、提唱、推進し口演等で忙しく動いている専門家が、この時点でも“Spiritual Health”との関連について何も自覚、認識、理解していないことである。

H.S. Hoyman<sup>30)</sup>のモデルでも Leavel & Clark<sup>31)</sup>もモデルでも健康水準毎にこの Health Promotion は健康の成立要因・条件として不可欠である。WHO の Spiritual Health の議論と提示は4年前の1998年のことであるから、遅れた「風向き」で Health Promotion の重要性と推進を提唱しようとするなら、古い「3本柱」ではなく新しい「4本柱」で考えなくてはならない。

これらを、古く批判<sup>32)</sup><sup>33)</sup>したように Health Promotion はクラークらの5段階モデルでは「上位」の予防の段階に位置、限定されているので、これは事実を反映することにはな

らないし、病者や障害者等の行動や生活の存在が無視されたことにもなる。すべてが「健康水準」毎の Health Promotion<sup>34)</sup>が必要なのである。従って、健康教育も保健事業・カウンセリング等も、である。

そのためには Advocacy<sup>35)</sup>や Ethics、Empowerment 等の概念、理論<sup>10)</sup>が必要であり、これらによる実践を必要とする。いずれの基本的用語・概念をとってもみても抽象的な概念のアソビとか操作ではなく、実践と密接に関連していることを認識、理解しなくてはならない。

#### 4 . H.S. Hoyman の Spiritual Faith の特徴と WHO ・健康概念 ( 3 要素 ) との関連

この新しい “ Spiritual Health ” の要素はその意味で、拡大する方向で重大である。概念的抽象的に要素を付加しただけでは済まない現実的問題を大きく抱えているからだ。だが、この新しい要素の概念は辞典的意味では曖昧で漠然としており、とても「健康水準の軸」として、他の ( P、M、S ) に対応、関係づけるわけにはいかない。

筆者が H.S. Hoyman<sup>36)</sup>に問うたのはそのことである。先述したように、直接、彼に会って質問したり、手紙にでの応答もあるが、その前に氏の論文からその概念についてみよう。

氏は「健康は複合的なものであり、人間生活自体として定義するのは難しい」とし、人間の基本的問題、例えば健康は「絶対的価値と相対的価値」とか「身体と心」「罪と病気」「肉に対する霊」などの基本的な問題に関係する科学的、哲学的、宗教的な想定に影響されてきた、ととらえている。また人間は宗教的動物であり「健康は身体的、精神的、社会的良好な状態に基づいている」とし、人間だけが “ A Spiritual Dimension ” をもっている、と述べている。また、世界は戦争とか不正、専制・独裁、差別、我利・エゴイズム、人口爆発、自然環境の破壊等の闘うべきもので満ちあふれている、だが、また真実、善、美、自由、公平公正、平和、人間の尊厳、社会的安寧等のため闘うものにも満ち溢れている、と述べ Spiritual の一側面としている。

さらに、H.S. Hoyman の健康の段階・水準の上位にある最高の健康状態への 4 つの道は、健全な身体と聡い精神、温かく共感のある心に創造的な魂である、としている。

この Spirit とか Spiritual 等についてはホイマンも「これらは容易に逃げ向上のことばとかどうにでもなるいいかげんなことばになる可能性がある」とし、“ Spiritual Faith ” を「本質的に宗教的感情とか信念、行為、価値は、本源的究極の人間の関心事や関与すべき責務及

び究極的な現実性に関連するものであり、これらの集合の意味で“精霊的信念”として、この用語を用いている」と説明している。従ってこの意味で考えると所与の宗教、特定の宗教の教義とか神学に基づいたものではないことになる。(この点については、イリノイ大学を訪問した際に研究室だけでなく、筆者が広大なキャンパス内と自転車であちこち「見物・観察」に動き廻った時、偶然、ジョギングしているホイマンに会ったことがある。「Gen (ジェーンと呼ぶ) また会ったな」と気さくに声をかけてくれた。そこでまた「質疑応答」である。)

筆者にしてみればはやりどこか H.S. Hoyman が云うように“ Weasel Words ”なのである。「アメリカ人の私共はキリスト教徒で、日本人である君は多分、佛教徒なのだろうから“ Spiritual Faith ”は佛教だから関係ないというものではない。特定の宗教や信仰のことではない」と話してくれた。

氏の論文では「人間は善き人生のために果しない苦悩や闘いをするものだが、その中では道徳的で倫理的そして精霊的な人間の魂のすべてが編み込まれており、その善き人生というものは生きることの信条が十分に満され、信用でき道徳的に責務に応えることを通して表わされるものである」<sup>36)</sup>ということ、つまり、人の生き方の芯になるもの信念を指しているものと思われる。

## 5 . Hoyman の Spiritual Faith と Health 概念の4要素化との関連

H.S. Hoyman <sup>37)</sup> が健康教育カリキュラムの基本的構造として 生態学的疫学の構造の他に 健康水準 (The Level of Health) を提示したことは Leavel や Clark らの5段階・健康水準モデルと疫学の天秤型モデルで提示された構造と共通するものとして極めて重要であり、意義深いものである。むろん、両者の構造モデルには健康教育・カリキュラム理論からも、公衆衛生学・疫学の理論からも問題点があることは云うまでもない。

それらの諸点については筆者がかつて論文<sup>1)</sup>や著作等<sup>2)</sup>に提示したように批判、評価してきた。ここではその論議は繰り返さない。

そうではなくて、H.S. Hoyman <sup>38)</sup><sup>39)</sup> のその後のモデル・1975年である。

図1及び6から分るように1966年の3次元はWHOより20年ほど後であるが、“ Social well-being ”は除かれており、そこに Spiritual Faith がある。それから約10年後のものにはこれが“ 復帰・採用 ”されているのである。これはどうしてか、であろう。

そこで、氏に質問した。(「君みたいな Visiting Professor は初めてだ。よく読んでくれていて有難い、感謝する。毎年、世界全国から何人くるかもしれないので仕事の邪魔になることがある。日本からも来ているぞ、……を知っ

ているか、.....はどうか、私の教え子もいるが中身がさっぱりな者もいる。ウイスキーのお土産を持ってきてただ通過していく、英語がベラベラでうまいだけで内容がないのは困る」「君は不思議だ、どうしてそんなに細く読めるのに喋べれないのか、クレスウェルに話しておくから大学院のセミナーに出たらどうだ」「日本の健康教育の Lecture をしてみたらどうだ」と、筆者は不安と恐怖で固辞した。ホイマンはケラケラと笑った。クレスウェルとストーンが入室して来て3人で何やら早口で喋っていた) だがこの質問に対して明解な回答は得られないままとなった。その後、私信で質問したのだが論文と同様であり、はっきりした内容で概念化されたものではなかった。( 図6 参照 )

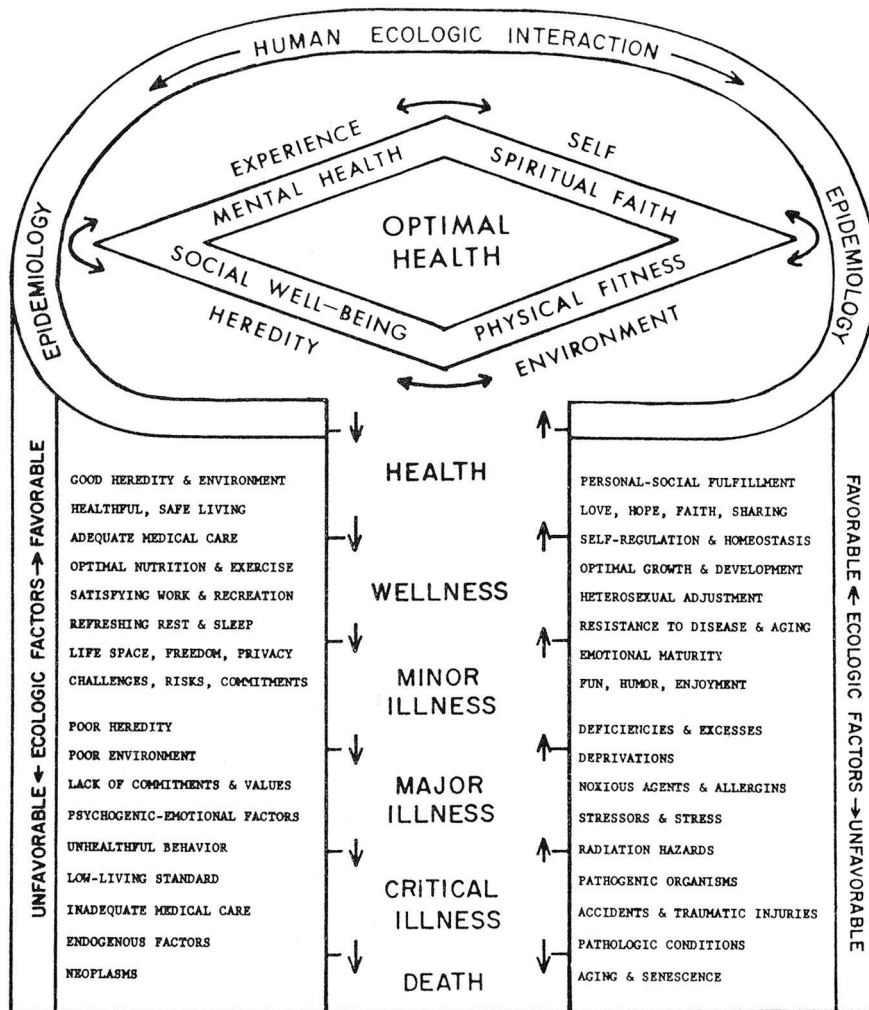
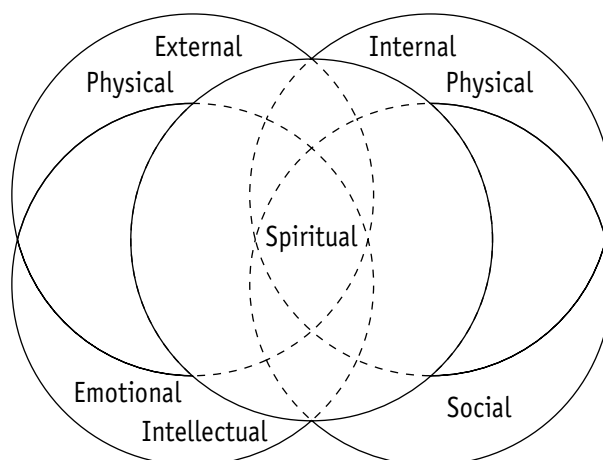


FIGURE 6. An ecologic model of health and disease. Examples of favorable and unfavorable dynamic, interacting hereditary, environmental and personal ecologic factors and conditions that are determinants of the levels of health and disease on a continuum extending from zero health (death) to optimal health.



**FIGURE 7 Factors that interact and influence individual health**

注: カリフォルニア大名誉教授の友人であるJ.フォードはHealth Instructionの改訂6版を、2002年11月に私宅に送って来た。  
 ジョンは拙宅に夫婦でホームステイしたりする20年以上の「交流・活躍中」の友人である。多くの友人は、例えばイリノイ大学のクレスウェル名誉教授は昨年6月に亡くなっている。ガスはジョンの友人、スーザンはジョンの教え子である。改訂版の個人の健康に作用・影響要因を示したモデルが続けて出されている。それは健康の成因要因(主体と環境との関係要因)である。その中央にSpiritual Factorを置いている。しかし、彼らは2002年の時点でもその概念や定義についてはふれていない。ホイマンやWHOのそれらと比較するとかなり異なったものとなっている。  
 このモデルは新しいものではない。1989年の第4版からのことである。本文でも述べたようにアメリカでは古くからSpiritualについて出されている。わが国でも著名なフォードからも出されていたのである。ごく最近のWHOのものが起点ではない。フォードらはホイマンにはないSpiritual Environmentも組み入れている。

## 6 . 最近の WHO の Spiritual Health とわが国の研究者の解釈、説明

先述したように、WHO が第 5 2 回の総会の理事会でこの Spiritual Health を組み入れることを決めたが、それ自体の概念・構成要素の説明については殆んど自明のものかのように漠然としたまま出されている。これはその後の各国での混乱、混同の原因となっても仕方のないものであろう。

例えば皆川<sup>40)</sup>は 1998 年の WHO のそれらを受けて表 3 の内容を示している。健康と構造・形態と機能面に分け、構造・形態面では精神・霊魂面としている。機能面では〔気力〕とし、やる気、意志力などを挙げている。このように皆川がいち早く紹介、提示したことは貴重である。

健康という抽象的構成的で関係的な対象を概念化する場合、その内包の要素を各々「構造・形態と機能」とするか、出来るか、となるとその説明が詳細に必要なになる。先に紹介、検討して先進国のそれらは Dimension なのである。健康であることの状態が総合的な機能を産み出すことで、function として把握されてきたことは少なくない。



表3 WHOの健康の新概念

( 作表:皆川興栄, 1999 )

| 健康<br>Health | 構造・形態                                | 機能  |
|--------------|--------------------------------------|---|
|              | physical well-being<br>体格、姿勢、<br>各臓器 | 【体力】筋力、持久力、敏捷性、柔軟性、スピード、平衡性、肺活量、視力、聴力、病気に対する抵抗力       |
|              | mental well-being<br>知性面             | 【知力】認知力、記憶力、創造力、判断力、思考力、自己コントロール、不必要な緊張からの対処力         |
|              | spiritual well-being<br>精神・靈魂面       | 【気力】やる気、意志力、意欲、忍耐力、表現力、生きがい、勇気、挑戦、自他の滞在能力を発揮するための援助能力 |
|              | social well-being<br>人間存在の認識         | 【役割の遂行】(社会的存在)人間(対人)関係、職業、ボランティア、学校・家庭・地域・職場に対する適応能力  |

(健康は、上記の4側面がダイナミック(躍動的)に連動し、調和しながら機能することが必要であると考えられる。)

注: 皆川自身はspiritualを「多様であり、実数、倫理、道徳、徳性的など」を含めて考えている。

また、mentalは知性面、spiritualは精神面の訳出が適当ではないか、としている。(内山)

また、Physical well-being を〔体力〕としたところにも WHO・皆川の概念の特色でもある。しかし、これも従来の福田、猪飼系の体力概念と比較する場合、かなり狭義の内容となっている。また、海外の従前の Physical fitness の概念とも同様な検討事項を残している。

ところで先に見た H.S. Hoyman の場合との比較ではどのようになるのであろうか。H.S. Hoyman の方は “Spiritual Faith” であって Spiritual Health ではないから基本的に異なるということになるのであろうか。また、Spiritual well-being でないからほぼ同一の概念として捉えることが難しくなるのであろうか。

H.S. Hoyman が各々 Physical fitness Mental health Spiritual Faith ( 1962年 ) の3つから Social well-being を加え、これらと別にしたことの原因について問うてみたが、明確な理解は得られていない。また、氏の論文ではその個々の説明はなされているものの「4要素間の関連」については説明がない。この点は WHO の最初の定義についても同様である。何度も紹介、述べたことでもあるが、30年ほど前に、WHO などの仕事で世界中の健康教育の指導に当たっていた老齢の C.E. Turner が来日し、東大医学部で講演会を開いた。その際の質問に東大・小栗教授が「精神的健康と社会的良好性との関連は類似しているのではないか。その関連や違いはどのようになっているのか」の主旨で氏に問うた。しかし、その解答・回答は漠然としており、講演後の参加者の談話の中にもその程の音が少なくなかった。WHO の概念の検討にしても、その関係者であった Turner の説明にしてもいずれも明確な情報、資料なしのことなので判断を下すことは困難である。だが、その30年後の “Spiritual” についての説明でもこの2点、要素間の関連と要素内 Spiritual 自体の概念、定義もかなり漠然としていることから、当時ではなおさら、その種の詳細な検討がなされることはなく、そのため十分な情報提示はなかったものと思われる。

従って Faith であるから Health とは異なり、また Well-being と根本的に差異があり、共通項・類似項を全く欠いた別種のものであるとする根拠はないものとする。これまでの定義にしても身体的健康とか精神的健康などは、健康概念の内包としての要素とか側面を指すものであることから、ここでも凡そ、そのように理解されてよい。

さらに H.S. Hoyman の場合は一貫して健康の状態を左右し、支持、促進する要因・条件とその反対の阻害、破壊等の要因・条件を明示していることである。即ち Favorable Factor と Unfavorable Factor である。これらは Leavell & Clark の天秤・モデルと対応、整合するものでもある。

2001年に武田<sup>41)</sup>は「Spiritual Health と4つの健康教育」のテーマで図8、表4のような解説をしている。武田の場合は4「側面」であり、その1側面が Spiritual である。そのテーマには Spirit の他に Soul が付加されていて、その訳は「心の健康」となっている。機能の内容は「意識、記憶、感情、気力等」である。具体的内容と実践的な関連づけは有用であり、評価されてよい。

図8 3つの健康 4つの健康

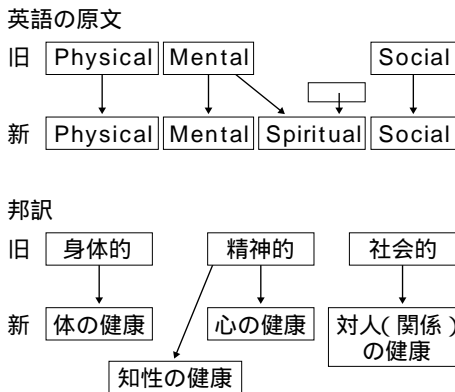


表4 4つの健康(筆者)・武田

| 4側面       | テーマ                    | 健康とは                    | 機能                            | 訳         |
|-----------|------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------|
| Physical  | Body                   | 身体的状態、活動や感覚の well-being | 感覚、体力、運動能力、身体的生理代謝機能          | 体の健康      |
| Spiritual | Soul Spirit            | 精神的状態、活動、心情の well-being | 意識、記憶、感情、意志、気力                | 心の健康      |
| Mental    | Intelligence mentality | 知的状態、活動の well-being     | 知識、知能、認知、思考、判断                | 知性の健康     |
| Social    | Human Relation Society | 人間関係、社会生活の well-being   | 対人関係、所属組織、家庭、学校、職場、地域社会における共生 | 対人(関係)の健康 |

皆川と武田の解説では WHO の健康の概念・Spiritual Health は同一の対象であり乍ら幾分、異なるのである。武田の場合での意識というかなり広範な概念と心の概念との関連や記憶と知性の健康の知識の概念などとの関係はかなり詳しい説明を要するところであろう。意識については一つには先行研究の成果・心理学があり、二つには心身2元論以来の哲学的研究の成果がある。これにも分析哲学系と現象学系、殊にフッサールの「意識」に関する理論はそれなりに参考になるものであろう。

アカデミックな側面とは別に、実践的側面では武田、皆川の紹介、検討は有意義な内容となっている。

しかし、本来的には「WHO 自体」が、これらの混乱がないように提示するならもっと基本的な検討を理論的になし、それらを根拠にして提示すべきであったのである。総会で「止った」ことは当然と云えば当然といってよい。理論的検討は先述したようにそれぞれの学問分野で H.S. Hoyman のように古いものから新しいものまで存在し、学会誌等に発表されているのであるから、これらを先行研究として踏むべきだったのである。同じようにわが国でも、学会レベルでもフォーラムやシンポジウム等で対応すべきであり、あったのである。ここでも「ずれ」と「遅れ」となっている。検討、批判、評価による拒否、反対するなり受容、認知するなりが必要であり、無視・無知は最もよくないことである。学会のレベルを示したものとなる。

## 7 . Spiritual Health ・ 現実世界の推移 ・ 変遷と科学技術文明における生き方との関連

当然 Spiritual Faith-Health を左右する要因・条件が考えられ、これを一層、高めるための Health Promotion や Health Education が考究されなければならない。Health Promotion は最近の WHO の定義からしても Spiritual Health と関係し、これを欠いた Health Promotion や Health Education は論理的なずれ・破綻となっているわけだ。わが国の学校保健・保健教育界では最近になって “ Health Promotion ” で指導する者が目につくがこれらの諸点は “ 骨董品 ” のままである。

やはり、Spiritual の独自性を保持しようとするなら H.S. Hoyman が示すように、「高き価値に向って、特定の宗教、信仰に偏することなく、身体の奉仕、犠牲、自己犠牲、無償の行為、無私の絶対愛の魂を」<sup>36)</sup>その概念の内包の主要素に置くべきなのではないであろうか。

先にもふれたように H.S. Hoyman の場合、Spiritual Faith は特定の宗教の信仰心といったものではなく、よき人生、価値高き人生に向けての自己犠牲も含めた生命の投入であって、そこでは「道徳的、倫理的、精霊的な心性がぴったりと噛み合った」もの、とされている。この観点は、これまでの論者に示される WHO の新概念との差異の一つであろう。また、「基本的に必須の宗教的な感受性や信念、行為に価値の一つのまとまり、集合体であり」これらは「人間の本源的な心配、不安、関心事とそれらへの関与」及び「本源的な生活の現実に関わるもの」として Spiritual Faith を捉えている点も WHO の新概念との差異といって

よい。「宗教とは関係ない」とか「宗教との混同はよくない」等の意見が出されているからだ。

人間存在の意味、現代文明における虚無・ニヒリズム（ニーチェ、サルトル）生命尊厳の価値などは、根源的な問いとして残されている。一歩前進と云えども安易で道具的（デューイ、ハイデガー）な定義づけは問題とされなくてはならない。

緊迫した絶対的危機状況では、これまで「最大多数の最大幸福」の原理（ベンサム、ミル）が無自覚的に選択、決定されることが多い。「量の論理」である。サリドマイド児、カネミ油症、水俣病などから近年の血友病エイズ感染に脳硬膜移植、ヤコブ病・狂牛病、C型肝炎感染などの人災・行政害・政・官・業癒着・ミドリ十字等は当該の関係者が無知よりも「利害計算」を優先したことの結果であることから、私利的個人的利害・個人的、私的価値、集团的党派的利害を超えて、社会の、人類の価値に向ってこの Spiritual Health の高揚、促進が重要であろう。そのためには、内的事項だけではなく、外的事項に向けて、Health Ethics や Advocacy、Equity、Social Justice 等との関連が Health Promotion や Health Education に不可欠なのである。

この私的価値・利害を超えることは極めて困難である。個人の利益、集団・社会、企業の利益に国益まであり、そして人類の利益のために、である。それが他者、他国民、民族、文化、環境等へ何をもたらし、地球は今、どのような状態にあるか、そして、これから先の子孫や地球に対して、どうなくてはならないかは、Health Ethics である。これはいずれについても相互に対立、矛盾し、ジレンマとなっている。だが Spiritual Health はこの Ethics との関連で「すべきこと」当為、規範を健康、安全との関連で、「利害」に支配、拘束、制御されることでどうなるかを究明しなくてはならない。我利・価値実現と公利・価値実現との対立、矛盾の中での健康、安全の倫理である。

この利害の主たる対象は「モノ」である。科学技術文明による各種の「利便価値、使用価値」から「交換価値」の高いもの、そして「記号価値」である。「モノ・金」を多くうまく「入手・獲得、収奪、所有、占有」することで「戦争、闘争、訴訟、暴力、殺人（保険金）」等が続いて来た。国取り、土地の境界争い、財産相続、稀少物資、物資の占有、配分（ダイヤモンド、金、ウラニウム等）である。帝国主義・植民地化・侵略・奴隷制などはその歴史である。

むろん、「モノ」だけではない。「モノ」を得るための「人」の「地位、権力、制度、文化、伝統、武力、名譽・名声」等の「コト作り」の方も利己、占有、分配の問題である。王、皇帝とか代名・殿様（制度、パターンリズム）、政治家、知事・市町村長等のことだけ

ではない。占横、占領、占有、確保、支配、抑圧、隔離、拘束、殺戮等である。

これはすべて科学技術の発展、文明化、工業化社会、理念、思想、イデオロギー等に結びついてきた。殊に科学技術の発達と市場化、グローバル化である。古く世界的に著名な R. デュボスが「内なる神」<sup>42)</sup>の中で厳しく述べている。30年も前のことである。現代のわれわれ地球人は果してどちらの方へ向ているのであろうか。転落、破滅、崩壊の路を辿って暗い闇の中へ突進しているのであろうか。それとも逆の明るい夢のある温かく美しい気持のよい安心できる平和な世界へ向いているのであろうか。

科学技術による生産性・効率性の向上が利害関係、物財等の占有、配分等と関係し地球破壊、汚染、自然喪失に向っているにも拘らず経済優先、成長主義で「流されて」いる。この事実、状況の認識とその意味、評価による果敢な倫理的挑戦が必要となる。Spiritual Health の一側面である。しかも近年はグローバル化である。文明間、文化間の対立で自由、平和、安全、健康等は危機的状況にある。ヨーロッパ文明の力は大きい。しかし、非ヨーロッパ系の諸文化はそのまま受容、融合、調和するわけではない。「文明の衝突」(ハンティングトン)であり、異文化間の対立である。ここでも排戦である。

理念がなければ実践は対症療法的な一過的、断片的、非系統的なものとなる。理念は思想や言説によって支えられ、歴史的文化的枠組を乗り越えていくことがある。Spiritual Health の概念や意味の吟味、検討は「コトバのお遊び」ではない。学校保健学界にはこれまでこの種の批判めいた言動が多い。「現場に役に立たないオアソビ」「観念的なお仕事」の類である。この種の批判者自身の「現場に役立つ」と信じている実践も全て「歴史的社会的文脈」「概念、記号」に拘束・負荷されている。

しかし、理念があっても思想や理論に支えられていないとこれもまた危ない。現実的政策、行政、組織的活動等がおかしくなるからである。Spiritual Health の概念が或る程度、定義づけられたとしても単純、短絡的に教育実践やカリキュラム構成には結びつかない。構成原理があるからである。少なくとも構成原理の一つである学習者の条件・実態の把握がなされなくてはならない。

## 8 . アメリカの保健教育・保健授業の中での Spiritual Health の学習・2000年代

先述の通り、アメリカでは Spiritual Health の研究、検討がなされている。ごく最近の論文でも定義づけることは難しいとし乍らも、この観点による実践はすすめられている。

ここでは、アメリカの最近のものを示してみよう。(資料1)

これは Brey らの “Tinkering” with the Component of Health<sup>43)</sup> で説明されたものである。2002 年の 1 月号 (アメリカの学校保健研究誌) である。「健康の要素といじくりまわして修繕する」保健授業の展開例を示したものである。授業目標の 1 にあるように「健康という概念の定義づけするため、各個人のそれらを統合して集団の 1 つの定義づけをする」これは大へんなことである。

これは表題から判るように「健康概念の要素」についての保健教育・学習である。健康概念・定義に関する教科書教材は、我が国では古くからあり、現在に至っている。それは中学、高校、大学、大学院まで、である。中学、高校は学習指導要領の枠組で全国的統一的に最初の頁に教科書教材がある。筆者は 30 年以上、高校保健授業に実践的に関わって来たから、この教材をどのように生徒達に学習させるかは最大の重要課題とした。

教科書教材には「健康の定義」「健康指標」の次に「健康の成立要因」がある。「健康の定義」の方は中学校の保健体育の教科書教材である。しかし新学習指導要領でも「ナイ」教科書もある。高校の方は「ナイ」ものもあれば、教材としての構造が不明確なものもある。そして、これらに対して教師用の「指導書」(虎の巻)と生徒用の「学習ノート類」が出版され、この他に高校保健の「図説」などがある。指導用、学習用の参考資料としてはきわめて懇切丁寧である。

問題はその「内容」である。資料 Box 1 に示した「本時の目標」と「授業・学習活動」の展開で「研究、解説」されたものはわが方においては、論外的に存在しない。これを現場の教師に望むのはおかしい。一方、商業誌を賑わしている現場の実践研究例でもこの種のテーマと目標で実践提示されたものはない。それはどうしてか、である。現場に受け入れられたとする実践例の報告、発表は多い。だが、その中には存在しない。

それは学会レベルでの問題性認識の問題であるからだ。研究者レベルでこの種の実践研究の必要性や重要性についての認識と理解を欠いているから、となる。この種の内容の研究とそれらによる実践的研究を保健授業、保健教育として実施していないと、教科書教材、健康教育カリキュラムの後部・周辺部・四肢部の指導・学習はどうなるか、である。これらがどのようになるか、つまり不整合、非関連性、無構造化するかの研究を欠いていた・いるからである。

Box 1 の図 1 に示されるように健康概念の要素は「6」要素も出されている。WHO はごく最近、4 要素化の方向である。情緒的健康と職業・労働的健康の 2 つがその違いとなっている。これらの中に子ども達は Spiritual Health を入れている。「信念、価値、有用性」である。皆川、武田が紹介、説明した WHO の Spiritual Health との違いも出されている。価値

や信念は先述の H.S. Hoyman のそれらとの共通項である。これらがある限り、Moral や Ethics との関係は欠かせない。凡そ以上のような検討、関連を受けて定義づけは困難であるとされとしても何らかの概念上の検討、整理が必要になる。

#### BOX 1

##### Topic

Introduction to the Components of Health

##### Lesson Objectives

Following completion of this lesson, the student will be able to:

1. synthesize individual definitions to create a group definition of health.
2. construct a visual model of the group definition of health.
3. explain to the class the connection between the group definition and the model of health.
4. recognize the four components of health and their impact in personal life.

##### Assessment Criteria

#### Fig 1 Sample Words From Student Model Explanations that Correspond to the Components of Health

- |   |
|---|
| <p><b>i. Health is Dimensional</b><br/>Physical-body, muscles, fitness, health, food, diet<br/>Mental-intellectual, mind, knowledge, understanding<br/>Spiritual-beliefs, values, useful<br/>Emotional-feelings, attitudes, excited<br/>Social-friendships, relationships, family<br/>Vocational-occupational, work, job, school, play</p> <p><b>ii. Health is Personal</b><br/>Heredity, genetics, predisposition, age, gender</p> <p><b>iii. Health is Relative</b><br/>Circumstances, time of life, amount of stress, situations</p> <p><b>iv. Health has Dimensional Reciprocity</b><br/>Changes in one dimension affect other dimensions<br/>Altering one dimension may impact or alter one or all of the other dimensions</p> |
|---|

## 9 . Spiritual Health の概念、精神的健康との差異

精神的健康の場合、これまでは知的障害・能力の低い状態や精神病・心の病態・自閉・社会的適応不全等に意味づけられ、精神病の医学辞典的概念にしても Cognitive Domain の能力に力点が置かれている。日常的な庶民の意味づけにしてもほぼ同様である。“ Affective Domain ” の要素 ( Emotional Literacy ) などの問題にふれることは殆んどないのである。これは学習指導要領の目標は論外としても健康教育、学校保健・教育研究界でも目標としての Affective Domain を強調する者は極めて少ない。知的精神的能力が通常であれ、高い場合ですら Affective Domain ( 情感領域 ) の要素で問題のある者は少なくない。善、悪、倫理、道徳に関する感性的能力であり、優しさや温かさ、人間の尊厳は云うまでもなく、自然、動物、植物の美しさや不思議さ、偉大さ、生態系の平衡性、恒常性、変動性への驚嘆、神秘性への畏敬、生体の自律的調節、機能、構造、適応性への感性と感恩である。独りでは生きられない人間の生命、生活における被支援・他力・共存への感性である ( Emotional

and Social Education)、生きる意味の喪失<sup>44)</sup>、虚無・ニヒリズムへの挑戦、内面世界への探究などは、日常生活の多忙さと欲望の追求、私的価値・自己実現に追われて殆んど省みられることはない。自由の中の「不善」であり、悪である。性的自由の過剰、小・中・高校生の性的問題はその中の1つである。大事故災害や重病時に反省的に内面化されるだけのことが多い。これを学校教育でみると情感領域の目標も内容も極めて薄く浅い。新スロークーガンの「生きる力」など殆んど無関連である。

魂の世界の内面化への感性は武田の示した Soul の一局面でもある。それぞれの社会の中で歴史性のある文化枠を背負った多様な道德、宗教、価値観等があり、正義や公正、公平、自由、平等、平和、闘争、安全等がある。共同体の組織における目的、利害関係で支配、排除、追放、無視等が共同体の「異物」に対して多くなされてきた。フーコーやハーバーマスの制度批判、規律化、ノルム化等であり、法制化である。H.S. Hoyman は多様な宗教を認め宗教・信仰心の重要性を説くが、この場合、無神論者や非一神論者・宗教・宗派・組織との関係は単純ではない<sup>36)</sup>。凄惨な歴史上の宗教戦争や現代のそれらはその証である。宗教だけのことではない。思想、信条、価値観、理論等の「他者」は「異物化」され、正義も公正、自由等も粛清、ギロチン、抹消、奴隷化等で踏みにじられている。

ハンセン病者やエイズ・血友病者の感染者、同性愛者の差別等も、である。共同体がこのような仕掛けで対象化するのには私的事項・私的世界の内容だけではない。共同体の主流組織に対する少数派の反主流・公的思想や理論等にも、である。“Spiritual Health” は「文明、文化における対立、その歴史的文脈で宗教性、宗教心も含めて、正義、公正、自由、平和等への精神の衰弱、死に対する奉仕・犠牲・ボランティア、アドボカシー等による勇氣ある内的で外的な挑戦の心・魂・アガペー・絶対愛・超越的自我への心性」としたい。

このように述べると、確かに客観的な「指標」は何か、の問題が残る。「心性・霊性」を何でとらえることが、把握、測定、認識することができるか、の問題である。

これについては、以前に報告説明したことがある。(図9参照)

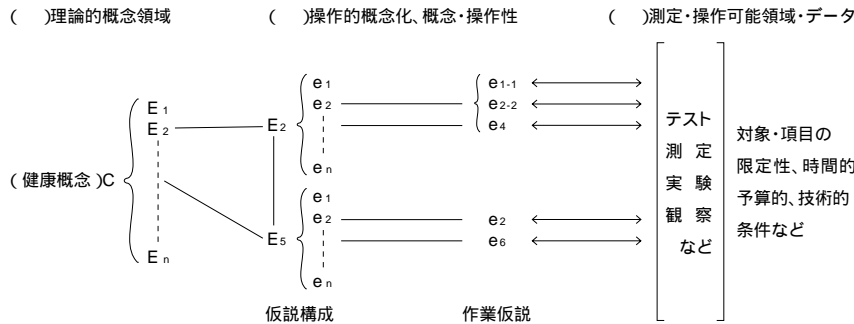
図9の注に述べたように「体力」や「健康」状態の把握において、現行の「概念・定義」においてすら、「客観的」で信頼性の高い「指標」となるものは少ない。身体的物質的側面で「客観性」「信頼性」を保持しているだけであり、これが総合的で統合的健康の把握のための「妥当性」は、となると問題は残されたまま「常識化・通念化・制度化」されている。

それが果して何の客観性かとなるとここでも問題は残されている。だが健康の精神的側面や社会的側面を概念、定義から除いたら、何度も報告・説明したように現実の生活、世



界は分解、崩壊等となる。側面・要素の客観性が欠けるにしても求める「方向性」「志向性」は必要なのである。

図9 概念と測定、認識、把握



注: 健康概念では、測定、操作可能領域の対象となるものは、㊸身体的健康面に限定され、㊹精神面、㊺社会面はほとんどが( I )領域にとどまっている。体力概念では、「行動体力」の筋力、平衡性、敏捷性、持久性等のテスト可能なものに限定され、「精神面」「情感面」「内的体力・免疫・抵抗力・機構」・防衛体力は欠落し、非統合性、無関連性のままになっている。

「健康・ウェルネスと生活」家政教育社 1993

ごく最近、今年の10月中旬の日本教育心理学会で大庭<sup>44)</sup>が「健康概念の構造的理解」を発表している。そこで岡堂の「健康心理学」と野田の「健康心理学」の2著に分析、検討を行い「.....は宗教性を孕んだ精神性であり...」としている。

この観点は先述した通り H.S. Hoyman が古く述べたことであり、筆者も学会等でかなり以前に述べたことである。Spiritual Health の要素としての宗教性の側面は不可欠であり、今後、既成の概念における内・間の構造的追求が必要である。宗派・組織とのことではない。個人の「宗教的心性」人間存在の始源的心性への覚醒である。文明、文化、合理的理性に負荷された、呪縛化された現代文明人の根源的心性への感性指向、感性力である。経済的發展、欲望の生産と肥大化、無自覚的功利主義の現実、アノミー・無秩序、精神的自己崩壊(デュルケム・自殺論)などは現代の現実である。これに向うべき心性は Spiritual Health として重要である。

**Table5 Selected Subelements Which Constitute each Major Dimension of Human Health\***

| HEALTH DIMENSION | SELECTED SUB-ELEMENTS  |
|------------------|--|
| 1.PHYSICAL       | Functional ability of each body system<br>Fitness level<br>Metabolism<br>Blood chemistry<br>Presence or absence of disease(s)<br>Presence or absence of disease predisposing factors<br>Exposure to alcohol, stress, radiation<br>Flexibility<br>Muscle tone   |
| 2.EMOTIONAL      | Ability to relate to personal values<br>Self-knowledge<br>Love of self and feelings of self-importance<br>Self-perception<br>Ability to express feelings appropriately<br>Honesty<br>Empathy<br>Sexuality  |
| 3.MENTAL         | Intelligence<br>Sexuality<br>Perceptions of others<br>Adaptability<br>Decision-making ability<br>Ability to cope<br>Ability to relax<br>Tolerance<br>Judgement   |
| 4.SPIRITUAL      | Life Force (inspiration)<br>Survival instincts<br>Enthusiasm/Pleasure-seeking<br>Acceptance of self-limitations (death)<br>Creativity<br>Ethics/integrity/moral code<br>Ability to love and be loved<br>Trust<br>Feelings of selflessness  |
| 5.VOCATIONAL     | Gaining new perspectives to problem solving<br>Impact on the quality of life of others<br>Job satisfaction<br>Financial "success"<br>Advancement<br>Recognition for contributions<br>Sharing of experience with co-workers<br>Service to humankind<br>Fulfillment of goals related to the "greater good"<br>Meeting new non-recreational challenges<br>Expanding professional horizons |

\* Some items from "Self-Actualization Inventory," Sorochan, Walter D., PERSONAL HEALTH APPRAISAL. New York: John Wiley and sons, Inc., 1976

注: これらの下位要素についても客観性、信頼性のある「指標」をもつものは少ない。  
1の身体的次元の要素は、その次元内で客観的な「指標」をいくつかもつが他の次元では、現状ではかなり困難である。  
しかし、下位要素と現実の生活、行動、世界との関連を見るとき、Spiritualな次元の存在を否定することは難しい。(内山)

#### 資料 - 1

##### Spiritual

The fifth dimension of health has been identified as spiritual. As a relatively new concept, it seems to defy concrete definition and its subconcepts are difficult to validate. However, Russell<sup>6</sup> and Banks<sup>10</sup> have attempted to establish the component aspects of this dimension. Accordingly, spiritual health involves the ability to love and be loved. Spiritual health includes trust, integrity, principles and ethics, the purpose or drive in life, basic survival instincts, feelings of selflessness, degree of pleasure-seeking qualities, commitment to some higher process or being and the ability to believe in concepts that are not subject to "state of the art" explanation.

表5、資料1は20年ほど前のP. Eberst<sup>45)</sup>の論文であり、郡山・日本学校保健学会のシンポジウムの際にも紹介・報告したものであるが、ここではWHOのSocialが抜けてEmotionalとVocationalの要素が組み込まれている。これらの構成についての議論は省略してSpiritualの次元の要素についてみてみよう。先にアメリカではこのことについて既にいくつかの研究が論文化・報告されていることを述べた。これはその中の一つである。ここでもH.S. Hoymanと同様“Ethics”“Moral code”“Integrity”に“Selflessness”“To love and to be loved”が入っている。

アメリカの健康教育ではこれらの研究が約40年ほど以前から積み重ねられ重みと幅をもつようになっている。「日本国」の方はどうであろうか。その「気配」すら無い状況である。その意味で武田、皆川の研究は貴重である。先方は歴史的重みをもって検討、発展してきている。その観点からはWHOのそれは浅く薄い。学会の要職にある者が「コトバの遊び」などと云っているようでは、その差は広がるばかりである。

筆者はこれらを大学3年生で実施したことがあるがSynthesize (Box1参照)のための話し合いdiscussionがうまく行かず悉く失敗した経験がある。昭和40年代の事である。10年間ほど継続して毎年、保健科教育法の中で実施してみたが失敗であった。

学生側からの反応では「こんな作業をやって何のためになるのですか」「健康の概念などをいじってみたところで抽象的な思考ですから、現場のより具体的な保健授業には役に立たないと思います」「もっと生活に役に立つ食事栄養のことやどんな運動をしたら健康になるか、ケガをした時にはどうやって手当てをしたらよいのか、等が大切だと思う」などであった。

肯定的な回答は殆んど“0”に近かったのである。しかも、この30年ほど前の学生達の考えは現在でも維持・継続されており、それは学生だけではなく、多くの保健体育の大学教官の頭脳の中にある。資料2は最近のそれらを示したものである。これが「大学保健体育演習」<sup>46)</sup>という名の内容である。保健に関するものは授業目標から見ればわかるように「健康体力保持増進」と「健康スポーツ観涵養」の2つである。40年ほど以前から両者は「車の両輪」である、とされてきた。筆者はその主張、説明は事実、状態の誤認であるとし、「アルベキ」と「アル」状態の差異と関係認識の必要性を述べた。20年ほど前から「両輪論」は消えた。だが現実には高等教育の水準でも変わっていない。巨大な体育内容群の主導型で「合一科目」の形態を保持しているのである。

## 資料 - 2

大学保健体育における「演習」科目に関する検討  
奈良雅之( 目白大学 )

「演習」科目の授業目標、授業内容、成績評価  
観点・方法とその記載率

| 授<br>業<br>目<br>標 | N = 249   | 記載あり  |       |
|------------------|-----------|-------|-------|
|                  | 項 目       | ( N ) | ( % ) |
|                  | 研究技能獲得    | 21    | 8.4%  |
|                  | 運動技能獲得    | 104   | 41.8% |
|                  | その他技能獲得   | 53    | 21.3% |
|                  | 運動処方実施    | 31    | 12.4% |
|                  | 自己能力認識    | 22    | 8.8%  |
|                  | スポーツ特性理解  | 70    | 28.1% |
|                  | 知識理解      | 124   | 49.8% |
|                  | 健康体力保持増進  | 96    | 38.6% |
|                  | 社会性態度形成   | 46    | 18.5% |
|                  | スポーツ習慣形成  | 59    | 23.7% |
|                  | 楽しさ体験     | 57    | 22.9% |
|                  | 健康スポーツ観涵養 | 18    | 7.2%  |

しかもそれを保健教育系の大学教員・研究者の多くが「是」として、この制度、態勢を批判し、改善、変革、弾力化、柔構造化を望む者は2002年の時点でも殆んどいない。

これが大学・高等教育の保健か、健康教育か、である。「演習」だから、ではない。講義にしても「医学生物型的内容中心型」である。東大出版の「保健体育講義資料」<sup>47)</sup>(1983年)は多くの大学で使用された。この基本は現在でも変わっていない。これでは健康のEthicsやAdvocacyなど論外となる。Health Promotionにならないのである。

先にふれたように先方・アメリカの方では理論的研究は云うまでもなく、高校生対象の保健の授業まで“Tinkering with the Component of Health”実践が進められている。筆者はこれまでに保健認識調査結果の「第2次教材化」・誤答、不足、偏り答、未分化答などの補定、修正、改訂等の保健授業の実践的研究や同じようにif発問方式によるものの中、Concept Map-Cognitive Map方式による「第2次教材化・学習」の保健授業を実施し、多くを発表、報告、出版したりしてきた<sup>50)</sup>。

しかし、現場の授業実践も変らなければ、学会レベルの方も全く変わらない。健康概念の“Tinkering”などは「論外」なのである。実践現場も変らなければ子どもの方は院生レベルでも変わらない。学会レベル・研究者の方も変らなければ、現場も子どもも変わらない。

次に変わらない生徒、学生の実態を見てみよう。

## 1 1 . 健康教育実践における高校生、大学生の実態 健康概念の3要素の意義と重要性認識の欠落

ところで健康の概念に「精神」面、「社会」面が要素として欠けていたら、これらの病態・病理の「健康水準の軸」はなくなり、病態にある病者の人権や行動、生活は現実の世界に存在しないものとなり個人的行動、生活から社会的、政治、経済的対応、対策まで存在しないものとして扱われることになる。単純で平易な例は、社会に精神病患者・障害者は存在し得ないし、存在しないことになる。だから精神病や障害に関する法律や制度、行政等は不要なものとなる。これらの法律、政策、行政に従って精神科の病院、施設等も不要であり、医師等の医療、保健、福祉関係者やこれらに関わる予算、施設等も不要なものとなる。

これは現実的には大きな矛盾や対立である。次に示すのは、保健の授業の中での高校生や大学生の健康概念の要素に関する質問に対する回答例である。これまでに多く発表、報告してきたのでその一部を示す。

### 資料 -3

#### 1) 健康は自分の毎日の努力で維持、守ることができるかの問に対して 守ることがデキル 守ることはデキナイ

2002年4月

対象・短大1年生

Aさん

(その理由) 毎日の生活の中で、食事や喫煙・飲酒などの習慣が関連していると思う。胃ガンは、しげきのある食品をあまり多くとりすぎないように気を付けること、熱い物などをとりいれないようにすれば防げると思う。このようなかたちで、体に良い食事をすればたいていの病気はしないでしょう。喫煙は肺ガンの近道だと思うのでゼツタイにしないほうがいいでしょう。このように自分で健康は守ることができると思われる。

Bさん

毎日、栄養のバランスのとれた食事をし、適度な運動をして体をきたえていれば、糖尿病・高脂血症・動脈硬化・高血圧などの病気になる危険性は、だいぶ減少されると思います。また、毎日、自分の健康状態を気づかしていれば、悪性新生物など、重い病気にかかったとしても、主観的健康指標・客観的健康指標を通し、早期発見につながると思うので、毎日健康を気づかしていれば、健康は守ることができると思います。

Cさん

まずガンなどは早期発見・早期治療が最も重要なので日ごろからガン検診を行う努力をすることが大切だ。努力をすることでガンを治すことができ健康を維持できる。その前にガンにならないように食事や運動などをきちんとする必要もあるだろう。毎日の努力で治せないものはない。病は気からというように努力をすれば健康は維持、守ることができる。

Dさん

自分の体が健康ではないと思ったら、どこがどう悪いのか調べ、健康でいられるようにどこをどのように改善していくべきかを考え実行して行けば、少しずつ健康がもどってくるのだと思う。なので日ごろから自分の体にかんしんを持って、悪い所があれば改善する。限界はあるが、人間には自然治癒力があるので、どこが悪くなくても自分の努力しだいでたいい開腹するのではないだろうか。

Eさん

健康は毎日の努力で守れると思います。運動をすることも大切だと思います。私は高校の時にテスト勉強中よくカゼをひきました。その理由は勉強しながら眠ってしまうからです。特に冬の夜は寒いのでカゼをひきやすくなります。寒い所で眠ってしまったり、活動していると体が冷えてしまうからだだと思います。暖かくしていればカゼは防ぐことができます。あとはうがいと手洗いが大切です。大きな病気、例えばガンなどは私生活にも多少の問題があるのだと思います。今は男女問わずタバコを吸う人がいます。タバコだって病気の原因です。運動不足や食生活も原因になることがあります。だから自分が少しずつ努力していく事で病気を防ぐことができ、健康は守れると思います。

Fさん

例えば、私なんかの場合「のどが痛い」とか「頭がボーっとする」ような事が起きた場合は、すぐに薬を飲む。でも薬を飲んだから『治る』のではなく『悪化させるのを防ぐ』のだと思う。このような事でもまずは自分の健康を維持している事に入ると思う。あとは、「きちんと1日3回食事をとる」事と、「適度な運動をする」事と「無理にダイエットなどしない」これだけでも充分、自分の健康を守ることができるのではないか。

Gさん

(理由)・食事などで、栄養を考えてきちんと食べて健康でいようとしても、野菜や果物、魚や肉など様々な物に農薬が使われているし、スーパーの品物にも、添加物が入っていない物はないように、自分では体に良い物だと思って食べていても、知らず知らずのうちに体に悪い物を取り入れてしまっているから。

・環境の悪い現代では、嫌でも排気ガスなどの汚れた空気を吸い込んでしまっているし、飲料水でも同じ事が言えるが水道水もそのまま飲めば体に悪いし、ミネラルウォーターなどを買わないといけないくらい水質が悪いから。

Hさん

自然災害や HIV 感染は思いがけず(外からの力によって)感染する場合がありますので個人の努力で未然に防げるものではない。加えて親が感染者であった場合その子どもも発病するおそれがあるので健康を維持することは難しい。自分で健康を保とうとすることは大切だが、完璧に防止することは出来ない。公害や不慮の事故によって健康を損なうこともある。他にも喫煙者のはきだす副硫酸などによっても健康をおびやかされる。

Iさん

理由 日常での健康を維持するための努力は必要であるが、遺伝や職業病、公害や感染等もあるので自分の努力だけでは守れないと考える。しかし、だからといって努力が不必要というのではなく、努力をしながら気をつけることが大切なのだと思う。努力を維持することが、健康を維持することだと思う。

Jさん

(理由) 毎日の生活の中でいくら自分の中で食生活やすい眠などに気をつけて維持していても今の世の中は生活する上でいろいろなものが発達していて工場などによる煙や、車などから出る排気ガスの社会環境によって、私達の体内に入り悪影響を及ぼせ、いくら健康に努力していてもこれによって悪くなってしまうと思う。

Kさん

健康は自分の努力で多少は維持することができるかもしれないが完璧に維持することはできない。例えば禁煙者でも喫煙者が近くにいて副流煙を吸ってしまえば肺ガンになってしまうことがある。それに遺伝によってガンになるという可能性もある。今問題になっているダイオキシンも昔からあったのだから知らず知らずのうちに吸っていたので、自分は気づかないうちに病気になることがあるので守ることがデキナイと思う。

Lさん

・自分がどれだけ健康に気をつけていても親からの遺伝などでガンになってしまったりすると思う。  
・タバコなどを吸ってなくても周りの人が吸っていたりすると、ふくりゅうえんなどで、ガンになる可能性もある。

↑  
吸っている人よりもよくないといわれているから。

資料3は短期大学一年生に入学当初の4月に実施した調査結果である。対象数は122名～278名の幅で毎年10年間に亘って、「小児保健」の講義の事前調査として行っている。国立大学教育学部の3、4年に実施したものは既に報告、発表してある<sup>50)</sup>のでここではふれない。「質問」は「健康は、自分が健康のために毎日、努力して励行していれば守ることができるか」である。これに対する回答・解答は10年間を通して8割程度の者が「デキル」としている。「デキナイ」とする者は1割強であり、「他」は「デキルこともあればデキナイこともある」とか「はっきり云えない」「こんな質問はバカ気ている」などである。

回答内容から判るように( Environment )「環境要因・条件」と( Host )「主体の遺伝的要因、年齢、性別等の要因・条件」に( Agent )「病因」の存在を明示して、主体の保健行動との関連を述べたものは極めて少ない。このことは、小、中、高校の教科保健・保健学習のあり方・低調・不振と関係し極めて大きな問題である。高校保健の場合、「健康の概念」、「意味及びその成立要因・モデル」が保健教科書教材化されているにも拘らず保健授業が実施されないこと、されても「暗記モノ」「アテツッポー」型の指導・学習となり、“Using Concepts”とか“Using Model”などの概念、モデルを使用して現実生活世界の保健、安全現象に適用、応用する比較、分析、判断、推理、総合、評価等の「思考を用する指導学習」を欠いていることによるものと云ってよい。筆者は高校1年生の保健授業でこれらの多く

を実践、検証、評価し、発表、報告してきた。

この種の「個人・身体中心型」の健康づくりの不足・誤りを直す・補足・修正型の質問についても「第2次教材」として長年に亘って実施して来た。だがその方向で改善、内容、視野拡大の方向を示す者は少ない。これを「Cさん型」<sup>50)</sup>の質問と呼んでいるが、彼らの解答・回答例を提示、比較、検討することで大きく変る<sup>50)</sup>。「Peer Teaching」<sup>51)</sup>(Peer Education)・相互学習・共同学習」の効果は大きい。この方法で行うと短大の場合、授業が「延長」になって時間割上6時半に終了するものが7時40分までになることがあった。次に高校生の解答例を示す。

資料の4は高校1年生の回答・解答である。資料3の短大1年生との解答の差は大きい。これをどのように見たらよいのであろうか。高1M君の方は保健の授業の中での「Cさん型」の解答を相互・共同学習によって批判、補足、修正したものである。つまり「批判的思考」学習である。

M君の解答も第3次・n次教材として活用できるものである。社会、経済的關係要因や文化、宗教的關係要因などの方向(Spiritual Health)<sup>52)53)</sup>である。

#### 資料 -4

M君

##### 自己管理をきちんとする

- ・食生活に注意する
  - ・栄養バランスのとれた食事を考える。
  - ・栄養の摂りすぎに注意する。
  - ・食品そのものに注意する。(どこで作られたのか、添加物が入っているかなど)
- ・睡眠時間に注意する
  - 睡眠不足や逆に寝すぎに注意
- ・適度な運動
- ・衛生に気をつける
- ・害のある物に注意 タバコ、酒の飲みすぎなど

##### 環境に気をつける

- ・自然環境を考えた生活
  - 大気汚染、ダイオキシン、排気ガスなど
- ・社会環境
  - 危険なもの、場所に気を付ける(車、工事現場など)

##### 人間関係

- ・相談できる人間関係をつくり、ストレスを溜めない
  - 話をきいてくれる友人など 気持ちがすっきりする



## 参考・引用文献

- 1 ) 内山 源 : Hoyman の Health Model の理論的検討 茨城大学教育学部紀要 No. 2 9、P 7 2、1 9 8 0
- 2 ) 内山 源他編 : 「現代生活と保健」P 1 4 - 2 1、家政教育社、1 9 8 0
- 3 ) 内山 源 : 科学的保健認識と健康教育 学校保健研究 2 4 ( 3 )、P 1 0 5、1 9 8 2
- 4 ) H.S. Hoyman : Our Modern Concept of Health, JOSH 3 5 ( 3 )、P 2 5 3 - 2 6 4、1 9 6 2
- 5 ) 猪飼道夫 : 「体育生理学序説」P 4 3、体育の科学社、1 9 6 4
- 6 ) 村上陽一郎 : 「近代科学を超えて」日本経済新聞社、1 9 7 6
- 7 ) 内山 源 : 高等教育における健康教育としての AIDS 教育の問題点とその改善 茨城女子短紀要 No. 2 5、P 1 1 5、1 9 9 8
- 8 ) 広松 渉 : 「弁証法の論理」青土社、1 9 8 0
- 9 ) 内山 源 : 学校保健及び保健教育実践・運動の評価と「外的事項の改善・変革」茨城女子短紀要 No. 2 6、P 2 5、1 9 9 9
- 1 0 ) 内山 源 : 健康教育と Ethics との関連及びカリキュラムの改善とその実践 茨城女子短紀要 No. 2 9、2 0 0 2
- 1 1 ) K. Mchery et al: Ethical Issues in Health Education and Health Promotion, AJOHE 2 4 ( 5 )、P 3 1 3 - 3 1 9、1 9 9 3
- 1 2 ) W. Bensley: Values and Morals, P 3 3 2 - 3 3 7、JOHE 2 7 ( 6 )、1 9 9 6
- 1 3 ) 内山 源 : 学校・保育保健の発展とアドボカシイ 茨城女子短紀要 No. 2 8、2 0 0 1
- 1 4 ) D. Goodley: Self Advocacy, Open University Press, 2 0 0 0
- 1 5 ) E. Clift & V. Freimuth: Health Communication, AJOHE 2 6 ( 2 )、P 6 8 - 7 4、1 9 9 5
- 1 6 ) N. Bateman・西尾 : 「アドボカシイの理論と実際」P 1 3 - 4 6、八千代出版、1 9 8 8
- 1 7 ) L. Green: National policy in the promotion of health, P 1 6 8、IJHE XXII、1 9 7 9 / 3
- 1 8 ) L. Green & K. Johson: Hand book of Health, Health Care and the Health Professions, P 7 4 5、The Free Press、1 9 8 3
- 1 9 ) I. Kickbush: Involvement in Health : A social concept of health education, IJHE 2 4 ( 4 )
- 2 0 ) C.E. Turner: School Health and Health Education, MOSBY、1 9 5 7
- 2 1 ) R.E. Grout: Health Teaching in School, Saunders、1 9 5 8
- 2 2 ) 内山 源 : 「公衆衛生学」P 2 3、2 4 家政教育社、1 9 9 9
- 2 3 ) J. McKenzie & J. Smelter: Health Promotion Programs, P 4 - 5、Allyn and Bacon、1 9 9 7
- 2 4 ) L. Green: Assessing the health need of young people, P 4 9 - 5 3、IUHPE-Promotion & Education IX ( 2 )、2 0 0 2
- 2 5 ) IUHPE: Health : an investment for a just society, IUHPE-Promotion & Education Supplement, 2 0 0 1
- 2 6 ) 内山 源 : 学校と健康教育及びヘルスプロモーションとの関連 シンポジウム 6、P 1 0 1、日本公衆衛生学雑誌 3 9 ( 1 0 )、1 9 9 2
- 2 7 ) 武藤孝司他 : 「健康教育・ヘルスプロモーションの評価」篠原出版、1 9 9 4
- 2 8 ) C. Perrg & R. Jessor: The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse, P 1 6 9 - 1 8 4、1 2 ( 2 )、HEQ、1 9 8 5
- 2 9 ) P. Walts et al: A university Worksite Health Promotion and Wellness Education Program Model, P 8 8、AJOHE 2 3 ( 2 )、1 9 9 2
- 3 0 ) H.S. Hoyman: Health Ethics and Relevant Issues XLII ( 9 )、JOSH、1 9 7 2
- 3 1 ) Leavel & Clark: Provedire Medicine, P 2 7、McGraw-Hill、1 9 6 5
- 3 2 ) 内山 源、江口・内山編 : 「健康障害と予防」P 2 3 5 - 2 7 7、ぎょうせい、1 9 8 2
- 3 3 ) 内山 源他 : 健康教育・カリキュラムの改善と病者・障害者等の行動、生活事実の内容化・構造化の必要、P 3 1 - 6 2、茨城女子短紀要 No. 2 9、2 0 0 2
- 3 4 ) 内山 源 : 薬物乱用防止教育・カリキュラムの変革・改善、P 3 - 7、茨城女子短紀要 No. 2 7、2 0 0 0
- 3 5 ) 内山 源 : 学校・保育保健の発展とアドボカシイ、P 1 - 2 0、茨城女子短紀要 No. 2 8、2 0 0 1
- 3 6 ) H.S. Hoyman: The Spiritual Dimension of Man's Health in Today's World 3 6 ( 2 )、JOSH、1 9 6 6
- 3 7 ) H.S. Hoyman: Human Ecology and Health Education II XLI ( 1 0 )、JOSH、1 9 7 1
- 3 8 ) H.S. Hoyman: Models of Human Nature and Their Impact on Health Education XLV ( 7 )、JOSH、1 9 7 4

- 39) H.S. Hoyman: Rethinking an Ecologic-System Model of Man's Health,Disease,Aging,DeathXLV ( 9 ) , JOSH, 1975
- 40) 皆川興栄 : 世界の健康観の新しい動き、P 6 - 8、保健体育ジャーナル、51号、1999
- 41) 武田 敏 : Spiritual Health と 4 つの健康教育、P 15 - 21、第7号、ヘルスカウンセリング学会年報、2001
- 42) R. デュボス : 「内なる神」P 172 - 173、蒼樹書房、1972
- 43) Brey et al: Tinkering with the Component of Health, JOSH 72 ( 1 ) P 42 , 2002
- 44) 大庭茂美 : 健康概念の構造的理解、P 107、日本教育心理学会 発表論文集、2002
- 45) Richard M. Eberst: Defining Health, JOSH 54 ( 3 ) , 1984
- 46) 奈良雅之 : 大学保健体育における「演習」科目に関する検討 大学教育学会誌 23 ( 2 ) P 145 - 151、2001
- 47) 黒田善雄他 : 「保健体育講義資料」東京大学出版会、1983
- 48) 山崎章郎 : スピリチュアルペインとは何か 毎日ライフ、P 58 - 63、2001 . 7
- 49) David P. Diaz: Foundation for Spirituality, AJOHE 24 ( 6 ) , P 324 - 326 , 1993
- 50) 内山 源他 : 「保育のための小児保健」P 32 - 34、ぎょうせい、1978
- 51) N. Wallerstein & E. Bernstein: Empowermen Education, HEQ 15 ( 4 ) , P 387 - 390 , 1988
- 52) Chapman : Spiritual Health,AJOHP, 1 ( 1 ) P 38 - 41、1986
- 53) Bensley : Defining spiritual health JOHE, 22、P 287 - 290、1991