

〈研究論文〉

ベトナムの学校保健政策における教育と保健医療の連携

——国家政策およびトゥアティエン・フエ省の動向に着目して——

安 藤 めぐみ

ベトナムの学校保健政策における教育と保健医療の連携 ——国家政策およびトゥアティエン・フエ省の動向に着目して——

安藤 めぐみ

はじめに

ベトナム社会主義共和国（以下、ベトナム）では、教育訓練省⁽¹⁾と保健省⁽²⁾の両省庁の連携を国家レベルの学校保健政策として定め、実施している。また、ベトナムの学校保健政策の特徴として、2000年から各行政区⁽³⁾の教育局に学校保健諮問担当者として1名の医師を配置すること、幼稚園から高校までの全学校に保健室設置および学校保健を担当する保健主事（Cán bộ y tế trường học）として主に看護師等の医療系有資格者を配置することが定められたほか、2006年には保健主事を学校事務職公務員として雇用できることとなった。EFA（Education for All）の実現に向けた活動の一環として、2000年に世界銀行・UNICEF・UNESCO・WHOの4者より打ち出された学校保健に関する新たな行動の枠組み：「効果的な学校保健のための重点的取り組み＝FRESH（Focusing resources of Effective School Health Initiative）」にて、教育と保健の双方の省庁が協働することにより、学校保健活動を活性化させ、子どもの健康状態を改善させるための政策を進めていくことが重要であると強調されている⁽⁴⁾が、教育と保健医療分野の両省庁の連携は、実際に政策として取り入れた場合、両分野の行政組織にてどのような業務分掌がなされ、システムが構築されるのだろうか。

本稿では、ベトナムが1945年の独立以降、対米戦争、ドイモイ（刷新）政策による体制移行を進めていく過程において、学校保健政策をど

のように位置づけ展開させてきたか、教育と保健医療との連携という観点から、政策文書および中央政府、そして地方行政区における展開過程の解明を行うことを目的とする。構成として、まず、ベトナム学校保健政策の歴史的・政策的背景を整理し（第1節）、次にベトナムの地方行政区のうち、中部のトゥアティエン・フエ省⁽⁵⁾（以下、フエ省）を対象として同政策の展開過程および現在の各関係機関の業務分掌を第1節の中央政府の動きと関連付けながら整理し（第2節）、最後にベトナムの学校保健政策の特長と今後の課題について検討する（第3節）。

これまでにベトナムにおける学校保健を扱った主な文献として、2009年に保健省とハノイ医科大学の共同研究⁽⁶⁾があり、次年度の政策評価に向けて包括的にまとめられている⁽⁶⁾が、学校保健の歴史、政策については概略のみ示されている。ベトナムの教育政策を扱ったものには石村（2005）⁽⁷⁾、潮木他（2008）⁽⁸⁾、London（2011）⁽⁹⁾、南部他（2011）⁽¹⁰⁾がある。保健医療分野では松田（1994）⁽¹¹⁾が保健医療システムを整理したほか、ベトナム国内誌にて学齢期の子どもの健康調査研究を行ったものが多くあるが、ベトナムの学校保健「行政」を対象とした研究は行われていない。日本では、友定（1975）⁽¹²⁾、高石（1983）⁽¹³⁾、七木田（2003）⁽¹⁴⁾によって、現在の日本独自の学校保健体制が整うまでの政策決定の動向がまとめられており、守屋、津島（2003）⁽¹⁵⁾は養護教諭の前身である学校看護師の配置に関して歴史的文献を整理した。過去の施策過程でどのような判断がなされたかということを振り返り再考する点でこれらの資料は大変貴重であり、諸外国の

動向を見る上でも、日本の過去の政策動向は一事例として参照できる。しかし、新たな学校保健政策によって関連行政機関にどのような動きがあり、どのような新たな業務が生じ、いかにして新しい行政システムを構築したかという視座に立ち、諸外国の学校保健を分析した文献はない。

複数国の学校保健行政関係者を対象とした国際学校保健協力が進められている中、諸外国の学校保健を現地調査・介入研究のみならず、その活動を支えるためのガバナンス・行政の視点で捉え課題を分析する必要性、政策や行政構造が大きく変化する過程や動向を記録し蓄積することの重要性に鑑み、また、日本における学校保健行政のあり方を再考する上でも、本研究の意義があると考えられる。

研究方法として、第1節では学校保健に関連するこれまでの政策文書を収集し、学校保健政策の成立と変容の経緯を分析した⁽⁴⁸⁾。ベトナムの学校保健は主に保健省と教育訓練省が担っていることから、両省に関連する文書を中心に収集し、その他ベトナムの政治経済状況に関連する論文等を用いて、政策の背景となった社会状況等を整理した。2013年10月にベトナム保健省のうち、主幹部局である同省予防医療局副局長にインタビュー調査を行い、2014年4月には同局より一部内部資料を入手できたため、関連情報として分析した。

第2節では、2014年9月18-25日にフエ省にて、学校保健に関わる5つの行政機関、および学校9校（幼稚園2校、小学校2校、中学校3校、高校2校の管理職および保健主事）に対し実施したインタビュー調査結果をもとにフエ省の学校保健行政の業務分掌を整理した⁽⁴⁹⁾。

1. ベトナム学校保健政策の成立・展開過程

(1) 対米戦争（1960-1975年）前後の学校保健導入と停滞期

ベトナムにおける学校保健の歴史は、1960年代まで遡ることができる⁽⁴⁸⁾。フランス及び日本の植民地支配ののち、1945年8月革命の成功によって、「ベトナムに革命政権が誕生した」⁽⁴⁹⁾。その後第一次インドシナ戦争（1946-54年）を

経て1958年より社会主義革命の段階に入り、1960年前後に北ベトナム／ベトナム民主共和国において政治システムの原型が成立した⁽⁵⁰⁾とされる。保健医療分野では、8月革命を機にベトナム国家としての保健省をパスツール研究所敷地内に設置した⁽⁵¹⁾。教育分野においても、1945年に教育省が設立され新たな学制⁽⁵²⁾を定めるとともに、教育を受けることは国民の権利として保障されるべきものとして、教育経費を公費で賄うとした⁽⁵³⁾。1950年～60年代にかけて、深刻な物資不足や戦争の影響がありながらも教育分野だけは政府の強いイニシアチブで進められていた背景には、教育こそが社会主義改革を進めるものだと捉え、「新たな社会主義国民」を形成することが期待されたからである⁽⁵⁴⁾。1960年代から、学校保健は保健医療および教育の両側面からの関心事項となる⁽⁵⁵⁾。1964年2月27日付通達32/TTLBにて、学校設備、建設、机・椅子に関する基準が制定された。のちの1969年に首相指示48-TTg/VG「児童生徒学生の健康維持および向上について」によって、「子どもの健康は（国家の：引用者注）重要な課題のひとつであり、彼らの健康維持、向上に向けて各関係省庁が連携し計画・実施することで、子どもの将来の実現可能性を高め、同国の経済効果に対しても可能性を広げる」として、教育省、保健省、体操省、工業省、その他建設関係機関、各省計画課、各省人民委員会、青年団、婦人連合、児童会等に対し、連携して取り組むよう指示が出された。この中で、教育省は「関係機関と連携し、子どもの健康問題に対応する。体操や衛生について教える主事、専任もしくは兼任の教師への研修等の計画を立てる」ことが、保健省は「省・市・保健センター等の所管機関に対し、児童生徒の健康に関する業務責任を明確にする。医師・看護師による教育分野への指導を行う」ことが任務となる。その後、1973年6月7日付保健省-教育省連名通達09/LB/YT/GDで「学校保健事業に関する方針」として、「学校保健（Y tế trường học）」という言葉が明記された通達が発出された。教育分野機関は「体操、衛生に関する専任の主事を省・市教育局・各学校や

各クラスに配置してネットワークを作る」ことが、保健医療分野機関は「各行政拠点に学校保健担当として医師もしくは看護師を配置する」ことが指示された。一方、南ベトナム／ベトナム共和国では、1964-1965年に学校保健が開始され「1967年5月までに全国に134の学校保健センターが設置された」と報告されている。センターの任務は児童生徒の疾病調査に焦点が当てられており、1966年にはWHO およびUNICEFの支援により62名の看護師に対し学校保健に関する研修が実施された⁽²⁶⁾。また、1974年の日本の文部省・外務省両省派遣によるベトナム共和国教育調査報告にも、当時の教育省⁽²⁷⁾の部署の中に「学校保健・社会福祉部局」があったとの記録がある⁽²⁸⁾。しかし対米戦争(1960-1975年)の影響で「政策として立案された学校保健システムはほとんど機能することなく消失した」⁽²⁹⁾とされている。

1975年に南北に分断されていたベトナムが再び統一を果たしたものの、「アメリカ帝国主義の二度に渡る破壊戦争」によって、「経済・社会管理の面でも多くの問題が存在した」⁽³⁰⁾。そのような中、同年に政令15-CP「工場、機関、学校(大学、専門学校、職業訓練校)での医療拠点の設置」、1977年保健省通達14/BYT-TT「工場、機関、学校の保健所設置方針について」が発出され、工場や学校などの人が多く集まる場所に、保健医療の拠点を設置する構想が提唱されたものの、当時の政府は学校保健への関心や優先順位は低く、学校保健に関する具体的な施策や事業がない時期が続いた⁽³¹⁾。南北の教育システムを統合し一つの国家教育システムを形成するには、1981年までの年月を要した⁽³²⁾。1982年6月9日付教育省-保健省連名通達13/LB-GD-YTで「学校衛生事業の強化」に関する政策文書が存在したという記録がある。

(2) 学校保健関連法の制定

ベトナム政府は、1986年のドイモイ政策開始の前後で大きく異なった様相を示すことになる。それまで共産党・国家のきわめて強い統制・管理下にあり、教育訓練省を含む省庁はその執行機関にすぎなかったが、ドイモイ政策開始以降、

共産党は国家・社会の管理運営に対して基本的指針や方向性を決定することに専念し、その具体的な実践については諸機関に委ね、法規にもとづく統治を実現するという姿勢を明らかにした⁽³³⁾。このような変化は教育、医療の分野においても顕著に表れ、各分野の法整備に力を注がれる。ベトナムの学校保健政策の根拠となる1989年制定の「人民保健法」、1991年に「子どもの権利条約」の理念のもとで制定された「子どもの養育・保護・教育法」、1998年制定の「教育法」もこの時期に制定されている。

人民保健法で学校に関する条項として、「教育省は、児童生徒、幼稚園に対して衛生教育のカリキュラムを作成する」(第5条-2)「学校長は、衛生教育を実施しなくてはならない」(第13条-2)と、衛生教育に関する記載がある。子どもの養育・保護・教育法では、子どもの健康が守られる権利(第9条)、小学校まで教育を無償で受けられる権利(第10条)のほか、6歳未満の子どもの診察医療費は無償とする(第9条)ことが定められた。また、2004年改正版では教育訓練省は「学校保健組織をつくる責任」(第27条-3)を有し、保健省は「子どもの疾病予防、指導を行うために教育訓練省と連携する責任がある」(第27条-4)と明記された。1998年教育法では、第2条教育目標に「全面的に発展し、道徳、知性、健康、審美、職業があり、民族独立と社会主義に忠実なベトナム国民を養成すること」とある。

(3) 学校医療保険制度⁽³⁴⁾と「教育・医療・文化の社会化」政策

ベトナムの学校保健の基盤となる財源となるものに、学校医療保険制度がある。1993年5月24日付政府決議241/TTg「授業料徴収と使用について」にて、「すべての学校が生徒や学生のための医療保険や傷害保険料を徴収する」として、当時保健省管理であった医療保険⁽³⁵⁾を、児童生徒分は学校で徴収する義務を学校に課した。「学校医療保険(Bảo hiểm y tế học sinh)」として具体的な指針が示されたのは、1994年9月19日付保健省-教育訓練省連名通達14/TTLB「児童生徒の自主的な医療保険加入に関するガイドライ

ン」からである。同保険に加入すれば児童生徒自身が各地区の保健センターで一次医療サービスおよび診察・治療が無料で受けられることとなった(第Ⅱ条 2-1, 2-3)。すべての児童、生徒、学生の学校医療保険への加入を義務づけることを原則としながらも「一部の児童生徒に関しては、支払いが免除される」(1994年8月27日政令95/CPに対応)(第Ⅰ条)として、貧困層・低所得者の家庭への納付免除が規定された。同保険料で推進される学校保健の活動は、①衛生管理、②予防接種、③脊柱側弯症予防、④口腔衛生、⑤視力の維持、⑥身体の清潔・環境衛生、⑦感染症予防、⑧緊急事故・疾病対応であるとされた(第Ⅱ条 1-1)。

特筆すべきは同通達の中で、「在籍生徒数が600人⁽³⁹⁾を超える学校については保健主事を配置する(第Ⅲ条 1-1)」とし、それ以外の学校も近隣の医療機関と提携すると明記されたことである。また、保険料収入の配分は「65%を病院等での診察治療基金、30%を学校での医薬品等関連備品購入費もしくは保健主事手当、5%を各所轄行政区の医療保険局への手数料・活動費(第Ⅴ条 2-1, 2-2)」とされ学校医療保険料を使って学校に保健主事を雇用することができるよう制度上は整えられたが、手当の算出根拠については明確になっていなかった。

時期を同じくして、ドイモイ政策の成果として1995～1996年に9%台の高い経済成長を遂げたものの、1997年に成長率の鈍化等の傾向が表面化し、加えてアジア経済危機の影響を受け1999年の成長率は4.8%に低下した⁽⁴⁰⁾。このような中、ベトナム政府は1997年8月に公布された政令90/CP「教育・医療・文化活動における社会化(Xã hội hoá/Socialization)の方向性について」で大きな方針転換を図ったとみられる。これは地域社会や家庭に対して資金捻出や労働力の提供という形態での教育活動への参加を奨励するものであると同時に、国や行政機関による全面丸抱え込みを見直し、教育資源の外部調達や教育活動の外部委託を図ろうとするものである⁽⁴¹⁾。教育に関する部分の内容としては①教育の多セクター化(民間や海外投資の奨励)、②

受益者負担の増加、③政府の教育関連予算の削減、の3つにまとめられる。医療についても、①地域1次医療サービスの発展、②家庭医学の推進、③低所得層の受診率の向上、④民間、海外投資の奨励が掲げられている。なお、1998年に制定された「ベトナム教育法」でも、「教育事業の社会化(Xã hội hoá sự nghiệp giáo dục)(第11条)」が定められている。続く1999年の政令73/1999では、「社会全体・全人の広範な参加のため」教育や医療といった公的事業を人民に任せることを許可するという方針が示された。いわゆる「公共サービス部門の民営化」である⁽⁴²⁾。

同政策に並行するように、1998年7月に学校医療保険制度の改訂に関して教育訓練省-保健省連名通達40/1998/TTLT-BGDĐT-BYT「学校医療保険の方針について」が発出された。序文では、「教育、文化、医療の社会化の実現に向けて」同保険制度を実施するとされている。

特に、「Ⅲ. 健康保険に係る各機関の責任」で学校、病院等医療機関、社会保険局の各役割分担がより明確になり、児童生徒の定期健康診断が学校保健の役割として追加されたほか、保険適用対象となる診察・治療項目が具体的に示されるようになった。徴収した保険料の適用内訳は60%が診察治療基金、4%が各行政区の医療保険局手数料、1%が中央医療保険局手数料、そして35%は学校保健関連費として学校が使用できることになり、30%は学校用医薬品等関連物品購入費・保健主事業務手当に、5%が学校医療保険の広報活動費に充てるとされ、同制度の広報活動を強化することとなった⁽⁴³⁾。

なお、1998年よりWHOがベトナムでヘルスプロモーションスクール/学校医療保険制度のパイロットプロジェクトを開始したとしている⁽⁴⁴⁾。ベトナム政府がすでに1994年には施策を始めていたはずの学校医療保険政策は、1998年に再度通達として発出されてWHOの支援を得ることに繋がっていた。

(4) 学校保健政策および学校保健強化政策

2000年3月に保健省-教育訓練省連名通達03/2000/TTLT-BYT-BGDĐT「学校保健につ

いて」が発出された。同通達にて、中央省庁から各行政区の執行機関まで複数の組織に指示が出され、保健省は主に国家計画の策定と連携の促進、各行政区の保健局・保健センターは学校保健主事の配置と学校等教育分野への支援、教育訓練省は教育関連機関の事業管理・補佐、行政区別に省レベルの教育訓練局は専任学校保健諮問担当者として医師1名の雇用、下位レベルの教育局は専任もしくは兼任の学校保健主事を配置し適切に助言することとなった。学校の責務として「幼稚園から高校までの学校は1名の、小規模校であれば近隣学校と協同で1名の専任保健主事を配置する。まだ配置ができていない学校については、校長もしくは管理者のうち1名が兼任保健主事として学校保健を担当し、近隣の保健センターと連携して専門的な業務を行う」として、保健主事配置が改めて、また具体的に明記された。なお、保健主事に適した人材としては医師、看護師等の医療関係者が望ましいとされ、採用する際の給与根拠は前述の1977年保健省通達14/BYT-TT「工場、機関、学校の保健所設置方針について」に準ずるとした。なお、同年4月に国際機関にて学校保健イニシアチブが提唱され、また、ベトナムが世界銀行によりEFA目標の早期達成を目指す26の候補国のひとつに選定されている⁽⁴²⁾。

2006年に7月12日付23/2006/CT-TTg首相指示「学校保健事業強化について」が発出された。「人民保健法、教育法、子どもの養育・保護・教育法を遵守するため」の学校保健政策が一定の成果を上げたが、課題として「保健主事の配置数が少なく、質が担保できていない。80%以上の学校が専任保健主事を配置できていない」ことが課題として挙げられた。専任保健主事の配置は、学校保健強化政策の柱として位置づけられ、保健省へは政策案・実施計画の策定が、教育訓練省および労働傷病兵社会問題省への指示のひとつに保健主事への研修・指導が、内務省へは保健主事公務員化に向けた研究・提言、計画投資省へは学校保健関連事業への投資計画策定、財務省へは学校保健事業への支出に関する方針の策定、社会保険局その他各行政省・市人

民委員会や関係省庁に指示が出された。1か月後の2006年8月23日付教育訓練省-内務省連名通達35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV「公立普通学校における公務員方針」にて、保健主事が小学校、中学校、高校に必置の学校事務職公務員(兼任を含む)として位置づけられることが明記された。のち2007年12月財務省通達14/2007/TT-BTC「学校保健経費使用について」が発出されたことで、学校保健事業は大きく前進し、2010年から2011年にかけて事業予算も増加した⁽⁴³⁾。その他、教育訓練省では安全な学校建設方針や喫煙、HIV/AIDS、ライフスタイル教育に関する教育方針が、保健省からは健康診断ガイドライン、保健室に設置すべき設備・医薬品目録、学校保健調査項目の設定など、学校における学校保健活動の具体的な指針が発出された。その他、教育訓練省と保健省の連名通達で医療保険制度の改定、衛生・安全な食品に関する施策等の政策が出され、学校保健事業がより具体的に展開されるようになった。

2. フェ省における学校保健政策の動向

(1) フェ省における学校保健政策の展開

フェ省の特徴として、1991年に当時のフェ省教育訓練局長指示、およびフェ省人民委員会⁽⁴⁴⁾決定のもと、同局内に学校保健の専門機関として「学校保健センター」が設立されたことにある。ドイモイ政策を経た後も、各行政区は中央政府の政策方針に忠実に沿って施策する傾向が強い中で、当時のフェ省教育訓練局長が独自に学校保健センター設立申請を行い、地方行政長とも言えるフェ省人民委員長がそれを承認したことは珍しく、現在もなお、全国で唯一の組織となっている。同センター設立当初は、医師3名、看護師1名、総務1名の計5名の公務員が配置された⁽⁴⁵⁾。初期の主な任務はフェ省の学童期の子どもの健康実態の把握にあった。

2000年に学校保健政策(連名通達03/2000/TTLT-BYT-BGDĐT)が発出された後の2001年に保健省管轄の医療保険局(当時)の募集により、学校保健主事(契約職員)として17名が採用され、モデル校となる学校に配置された。採

用された保健主事の前歴は、主に医師、看護師、元軍医、元軍看護師等であった。当時を知る保健主事によれば、保健主事として採用された後も明確な業務指示がないままに学校に配置され、保健主事は学校現場で自らの職務を模索する日が続いたとのことである⁽⁴⁶⁾。翌年2002年1月24日に決議20/2002/QD-TTgが発出され、医療保険制度が保健省から社会保険局に移行した。それに伴い、フエ省では学校医療保険関連業務のうち、保険料出納以外の学校保健事業を学校保健センターに委任した。同年より学校保健センターが保健主事任用等を直接担当できるようになり、保健主事研修も開始した。2006年に保健主事を学校事務職公務員として任用することになって以降、フエ省内の公立高等学校および指定中学校3校についてはフエ省教育訓練局が、公立の幼稚園・小学校・中学校については市教育訓練局が任用を担当している。毎年度に各行政区の内務局から教育訓練局に提示される公務員枠の中から保健主事としての任用枠数を決定し、学校の児童生徒数や立地等を総合的に判断し、優先度の高い学校に保健主事を配置している。現在、フエ省では学校保健主事の任用条件として、原則「中級看護師」相当もしくはそれ以上の医療系有資格者とされている。また、2010年からは、任用された保健主事はフエ省医科短期大学で6か月の着任前研修を受講することとなった。保健主事配置数は2007年度より大幅に増加し、2013年には計430名(600校)、省内の約7割の学校への専任保健主事配置を達成した⁽⁴⁷⁾。2012年の保健省予防医療局報告によれば、全国の保健主事配置率は55.2%、うち25%が専任保健主事であった⁽⁴⁸⁾。一部、B省では全469校に対し82名(全体の約17%)の保健主事配置に留まっているとの報告がなされており⁽⁴⁹⁾、行政区別にみた場合、保健主事配置状況はかなり差があると同時に、フエ省の保健主事配置率は全国と比較しても高い。

(2) 学校保健業務体制と各機関の業務内容

ベトナム学校保健の特徴として、学校保健を教育分野と保健医療分野が中心となり、各機関が連携しながら実施することが政策として掲げ

られていることが挙げられるが、行政機関インタビュー調査の結果、フエ省においても、省レベル、市レベルの各関係機関が学校保健の業務を分掌しながら、横断的にまた密に情報交換を行える体制を整えながら学校保健事業を展開していた(図1)。特に、日本と異なる業務体制が見られる事例として、①学校環境検査と②定期報告が挙げられる。

学校には水質検査、照度計等の検査機材がないため、保健主事は定期的に目視で検査を行い、専門的な定期検査については、主に予防医療センターなどの医療専門機関が担当する。定期検査や感染症発生時などの臨時検査を学校で行う場合、医療専門機関からの学校訪問依頼を受け、学校保健センターもしくは市教育訓練局が学校訪問許可や日程調整等の業務窓口となり、実施機関、学校の双方と連絡を取りながら実施する。また、学校からの定期報告(年2回)はどの校種もすべてフエ市予防医療室、管轄教育局に同時に提出する(保健主事が作成し、校長名義で提出することが多い)。学校から教育訓練局への報告内容としては、年間活動報告の一環として、学校保健事業の報告に留まる。いずれの情報も、各行政区レベルの中でフエ省予防医療センター-学校保健センター、市予防医療室-市教育訓練局間で共有されている。

各学校における学校保健の具体的な業務として、ア. 定期健康診断、イ. 健康指導・普及活動、ウ. 簡易診察・初期治療、エ. 環境管理(水質検査、環境検査)オ. 食品安全(給食食材のサンプリング)、カ. 感染症発生時の専門機関への連絡、キ. 事故等の緊急対応が調査対象校全校で実施されていた。保健室では医薬品を常備しており、保健主事が医療系有資格者であれば必要に応じ最大3日分の医薬品を処方できる。

(3) 保健主事の採用・給与体系

ここで、公立学校における「保健主事」の給与体系について触れておきたい。

専任保健主事の任用形態には、現在2通りがある。正規任用としての公務員(社会保険・健康保険付)もしくは契約職員(時間給のみ)である。公務員として任用された場合、幼稚園・

小学校・中学校であれば所属する県または市教育訓練局、高等学校であれば省／中央直轄市の教育訓練局所属となる。給与は、正規任用の場合公務員給与としてベトナム国庫からの直接支給となる。契約職員の場合の給与支給方法は2通りある。ア．学校が所属する教育訓練局からの支給、もしくは、イ．学校医療保険料（項目：学校保健活動費）からの支給である。原則、各学校につき1名の専任保健主事を配置することが義務付けられ、かつ医師、看護師、準看護師など医療系有資格者が配置されることが期待されているが、実際には、残業手当等で手取り給与が高い病院勤務に対し、学校に1名配置で忙しく休暇が取りにくいにも関わらず、「学校事務職員給与＋資格手当」相当の収入では生活が厳しく、専門職としての教師より待遇は劣る⁶⁰⁾。

(4) 学校保健活動上の課題

インタビュー調査の中で、学校保健活動を学校で実施する上での課題、改善すべき点として以下の項目が挙げられた。

① 健康教育

- ・教職員にも健康教育の必要性をもっと理解してほしい。(複数校の保健主事)
- ・健康教育のために学校でとれる時間が少ない。(中学校保健主事)
- ・使いやすい健康教育資料を提供してほしい。(小学校保健主事)
- ・保健主事は医療のベテランだが健康教育にも工夫できるような研修を受けさせてほしい。(中学校校長)

② 制度（学校医療保険）に関する課題

- ・使用したい薬品が保健省指定の薬品リスト⁶¹⁾になく購入できない。(複数校の保健主事)
- ・保健室備品の必要性が社会保険局に理解されず再購入に時間がかかり、一部の生徒の手当ができなかった。(小学校保健主事)
- ・正職員を採用できたことで、これまで保健主事給与に充てた学校医療保険料を使えるようになったが使い道に毎年苦慮している学校が多いと思う。(高校校長)

③ 職務を兼任することの課題

- ・司書と保健主事の兼任では、任務が多く残業

することがある。(幼稚園保健主事／兼任)

④ 所有資格に関する課題

- ・(医療系無資格者では)専門性の点でできないことがある。(同上)

⑤ 精神保健

- ・高校では、男女間の関係、性、人間関係など心理的な問題を抱えることがある。教師も専門性が高いとはいえ週に1-2回の訪問で良いので生徒の相談に乗り、心理面でのサポートができる人材がほしい。(高校校長)

3. まとめと考察

諸外国の学校保健担当者をみると、米国の学校にはスクールナース、日本では養護教諭というように、各学校に専任の学校保健担当者を配置する国もあれば、ラオスのように現職の教職員によって学校保健活動を推進しようとする国もある。ベトナムでは、保健医療分野と教育分野がともに学校保健に責任を持ち、各学校に可能な限り医療系有資格者の配置が進められることとなった。特に保健主事配置は各学校の教職員数の増加を意味し、実現するための公務員予算の増加、教育行政による保健主事任用、社会保険局との業務分掌等、行政システムを少なからず変容させる一つの大きな分岐点になった。

本節では、ベトナムにおける省庁間の連携の特長と現在の課題の2点について考察を行う。

●ベトナムにおける省庁間の連携の特長

ベトナムの特長として、各関係省庁の横断的かつ柔軟な取り組みが挙げられる。当初は、教育訓練省管轄である学校に、保健省管轄の医療保険局に納付された保険料で保健主事という人材を配置する政策から始まり、保険制度の改訂により所管は社会保険局へと移行、2006年には教育訓練省下の学校事務職職員となったことで、保健主事配置のための財源・担当部局を、省庁をまたいで移行させている。1945年の独立以降に発出された、保健省-教育訓練省の連名通達⁶²⁾の多さにも注目したい。ベトナムは「社会主義国に共通する省庁間の所管分担方式⁶³⁾」をとりながら、学校保健に関しては複数の省庁が政策面で密に業務の移行や業務分掌を行うかたちで

連携を推進していた。1998年以降、海外からの支援を奨励し、学校保健事業の発展に繋げようとする動きも見られた中で、ベトナムでは学校保健関連で諸外国からの支援を受ける際には“保健医療”分野がイニシアチブを取りながら、進めてきていた。ベトナムにとって教育協力は、1974年の文部省報告の中で「他国の介入を許さない面が多い」⁽⁵³⁾とすでに指摘されているとおり、諸外国の介入に対し教育訓練省、教育訓練局をふくめ組織全体が非常に慎重な姿勢で臨んでいる。保健医療としての支援であれば受け入れやすく、裨益者である子どもたちへの健康実態を捉え、健康向上への効果が期待される。学校保健の二面性を活用し、しなやかに姿を変えつつも、自国で設定した政策の軸を変えずに発展に繋げてきていた。

省庁間の連携は、フエ省の学校保健行政の業務分掌にも見られた。日本の学校が学校内ですべての問題を解決しようとする「抱え込み」⁽⁵⁴⁾体制を構築する傾向があったのに対し、フエ省では、各行政機関がそれぞれの専門的業務を担当するシステムを形成し、かつ縦横に組織間の連絡・報告ルートを構築しルーティン化させていた。特にフエ省において連携のための取り組みが継続している要因として、学校保健センターの役割も大きい。政策では教育訓練局内に1名の医療従事者が配置されるところ、フエ省では複数名の専門医療担当者が公務員として所属する「学校保健センター」という組織を教育訓練局管轄の専門機関として設立し、同センターが保健医療・教育機関と学校、また各学校の保健主事を繋ぐ橋渡し役として円滑な情報収集・共有、業務調整を行う機能を持っている。同行政システムの中では、学校自体が担当する学校保健の業務や負担は、日本に比べ大きくない。

以上から、ベトナムの学校保健には、政府の①横断的で臨機応変な省庁間の業務移行や分掌、各行政区機関の②横断的で明確な業務分掌、③縦横に密な連絡・報告ルート構築という3つの長が挙げられる。教育と保健医療分野を含め異なる複数の省庁間で、連携を前提とした体制を構築・維持するための設計が強く意識されて

いることが示唆された。

●ベトナム学校保健政策の動向と現在の課題

ベトナムが被援助国であるが故の特徴として、時代の変遷や世界的な潮流に合わせて学校保健の様相を変化させ、発展させてきたことが明らかになった。1974年の学校保健政策に「主事」という記載があった当初は、学校保健は学校設備の整備、体操、衛生管理という比較的範囲の限られた概念のもと、教職としての主事を配置することが役割として課せられていた。南北統一後の「各拠点（学校）への保健所設置」の構想では、学校における学校保健主事の位置づけを「体操・衛生を教える主事」から「医療拠点としての主事」の配置に変容させ、1994年以降、学校医療保険政策を進める中で、学校保健主事配置に向けて関連経費が、制度上は確保され整えられたことが分かった。学校医療保険の制度の発展とともに、保健主事の配置が進められようとした点は注目すべきである。加えて1998年の教育・医療・文化の社会化政策を経て、保健主事への謝金に同保険料を充てても配置を進め、第1次医療サービスを学校で、また児童生徒自らが納付した保険料により提供するシステムを、2000年の学校保健政策にて全国に展開することとなった。一方、学校保健の施策が進む中、地方行政区であるフエ省において、施策の導入段階では学校保健の任務についての概念が曖昧なまま配置された保健主事が現場で自らの職務をゼロから構築しなくてはならなかったり、海外からの支援を奨励するが故に不定期に多くの団体によって活動が行われ、行政担当者が実態の把握ができなくなる⁽⁵⁵⁾など、新たな課題に直面した。今回の学校インタビュー調査で、特に健康教育の項目で複数の保健主事より校内の理解不足、実施の機会・時間や教材不足等の課題が挙げられ、また校長からは保健主事の健康教育スキルの向上を望む声があった。保健カリキュラムがないベトナムにおいて、業務分掌上は学校のみならず各医療専門機関等が学校に対し健康教育を実施するという連携体制がとられているが、現場では、現在の健康教育の実施状況に満足しておらず、保健主事による健康教育

の実施頻度を高めたいという意識があることが窺えた。フエ省には600校もの幼稚園～高校までの公立普通学校が存在し、専門機関が万遍なく健康教育を実施しきれていない可能性がある。保健主事や学校関係者が主体的に健康教育を実施できるような支援や施策を進めることが、より良い学校保健活動を展開する鍵となるのではないか。また保健主事の公務員化に伴い、保健主事が社会保険や健康保険に加入でき、安定した立場で仕事に取り組み、学校としても保険料から捻出していた保健主事給与分の資金が学校改修や活動費に充てられ学校保健事業の改善が期待される一方で、一部の学校からは必要な医療備品の購入が制度上困難であることに加え、資金の使い道そのものに苦慮している姿が見られるなど、活動を実施した故に指摘できる現行の施策の課題が生じている。その他、学校現場の新たな課題として精神保健が挙げられた。このように、時代毎の状況で学校保健及び保健主事の任務、期待される役割は次々に上乘せされつつあるが、適した任用条件、業務の根拠となる法規はなく、政策にも未だ曖昧さが残る。フエ省では、独自の判断により保健主事の任用基準を定め、また研修体制を整えながら展開しているが、今後、ベトナムで全国的に保健主事の安定した任用や学校への保健主事の定着を促進するためには、保健主事の任務を明確にして学校に位置づけ、その立場を法的に守る施策や、研修体制の整備も必要となろう。また、日々変化する社会状況に対応し政策の最新化を図るためにも、省庁間のみならず学校現場の意見を次の政策にフィードバックするための体制や報告ルートの構築、強化も今後求められよう。

最後に、本研究の残された課題として、今回調査対象としたフエ省はベトナム国内でも特に学校保健事業の展開に成功している省であり、また学校保健センターという独自の機関を設置しているため、他の地域がどのように政策を展開しているかは明らかにできていない。加えて、インタビュー調査対象が一部に限られており、フエ省内の学校全体の傾向を捉えられたとは言いがたく、今後もさらに調査を進めたい。

注

- (1) 越名：Bộ Giáo dục và Đào tạo／英名：Ministry of Education and Training。日本の文部科学省に相当する中央政府機関。1990年に教育省と大学省が統合し現在の「教育訓練省」という機関名になった。本稿では1990年以前の中央教育行政機関については「教育省」という呼称で統一することとする。
- (2) 越名：Bộ Y tế／英名：Ministry of Health。厚生労働省の厚生分野に相当する中央政府機関。
- (3) 行政区単位として、ベトナムでは、中央から地方への権力の「分級」(Phân cấp = decentralize) という中央地方行政体系が採られている。地方行政単位は1級行政区 (Tỉnh/Province「省」) と中央直轄市、2級行政区 (Huyện/District「県」、Thành Phố「市」)、3級行政区 (Xã/Commune「村」, 「社」と訳す場合もある) がある。
- (4) UNICEF 「Focusing Resources on Effective School Health - a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education」
<http://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf>, 2015.1.8
- (5) 本稿では省庁の「省」と行政区の「省」が同じ漢字で示される。行政区としての省は「行政省」又は「フエ省」「省レベル」等片仮名と併記した。
- (6) 保健省・ハノイ医科大学『学校保健事業の現状と、適した管理状況について (Nghiên cứu thực trạng công tác y tế trường học ở Việt Nam hiện nay và đề xuất mô hình quản lý phù hợp)』2009年
- (7) 石村雅雄「ベトナムの2005年教育法について—現状と建て前の折り合いの付け方に注目しながら—」『鳴門教育大学研究紀要』23巻, 2008年
- (8) 潮木守一 編『ベトナムにおける初等教育の普遍化政策』明石書店, 2008年
- (9) London, J. D. 「Historical Welfare regimes and education in Vietnam」『Education in Vietnam』ISEAS Publishing, 2007年
- (10) 南部広孝, 関口洋平「社会主義国の体制移行に伴う教育変容: ベトナムと中国を中心に」『京都大学大学院教育学研究科紀要』第57号, 2011年

- (11) 松田晋哉「ベトナム社会主義共和国の保健医療システム」『日本公衆衛生雑誌 第41巻第1号』1994年, pp. 82-94
- (12) 友定保博「学校保健の行財政に関する研究(第1報):戦後の学校保健史にみる諸課題」『山口大学教育学部研究論叢(第3部)学内刊行物(紀要等)』第24号, 1975年, pp. 17-30
- (13) 高石昌弘・詫間晋平『現代学校保健全集第18巻諸外国の学校保健』(株)ぎょうせい, 1983年
- (14) 七木田文彦『『日本ニ於ケル學校衛生ノ現状ニ関スル統計資料』の戦後学校保健政策上の位置』『学校保健研究』Vol. 45 No. 2, 2003年
- (15) 守屋美由紀, 津島ひろ江「学校に配置された看護師の職制と職務に関する一考察」『川崎医療福祉学会誌』Vol. 13 No. 1, 2003年
- (16) ベトナムの法体系は次のとおり。

表1:ベトナムの法体系

	法令	越語/英語	コード	承認者・機関
1	憲法	Hiến pháp/ Constitution	QH-	国会
2	法律	Luật/ Law	QH-	国会
3	議決	Nghị quyết/ Resolution	NQ-	国会、国会常務委員会、政府等
4	法令	Pháp lệnh/ Ordinance	PL-	国会常務委員会
5	政令	Nghị định/ Decree	ND-	政府
6	指示	Chỉ thị/ Instruction	CT-	首相、大臣、人民委員会
7	決定	Quyết định/ Decision	QĐ-	首相、大臣、人民委員会
8	通達	Thông tư/ Circular	TT-	大臣等
9	通知	Thông báo/ Notice	TB-	大臣等

(参照:国土交通省「平成16年度建設情報収集等管理調査報告書<ベトナム編>」法規範優先順位優先をもとに一部修正,作成した。)

- (17) フエ省における学校保健主幹部局である教育訓練局学校保健センター長に調査目的を説明し,同センター長より学校保健に関するインタビュー対象として適当であると紹介された行政機関および学校関係者30名に対し,フエ省教育訓練局及び外務局の承認のもとインタビュー調査を行った。インタビュー時に越語-日本語通訳が同行し被験者の了承を得て会話内容を録音した。
- <インタビュー調査対象者・全30名>

【行政機関(5機関9名)】

- ・フエ省教育訓練局 副局長

- ・学校保健センター センター長
・フエ市教育訓練局 学校保健班長ほか1名
・保健局予防医療センター 副局長ほか1名
・フエ医科大学 3名

【学校(9校21名)】

- ・A幼稚園 副校長,保健主事(5年)
・B幼稚園 校長,保健主事(4年)
・C小学校 副校長,保健主事(8年)
・D小学校 副校長2名,保健主事(3年)
・E中学校 校長,保健主事(14年)
・F中学校 校長,保健主事2名(8年/1年)
・G中学校 校長,保健主事(初年度)
・H高校 校長,保健主事(7年)
・I高校 校長,副校長,保健主事(14年)

※括弧内数字は保健主事勤務年数

- (18) 2013年10月ベトナム保健省予防医療局副局長への聞き取りによる。

- (19) 白石昌也『東アジアの国家と社会5 ベトナム革命と建設のはざま』東京大学出版会,1993年, p. 1

- (20) 白石, 前掲書, 1993年, p. 2

- (21) ベトナム保健省ホームページ「予防医療の歴史と発展」<http://203.162.20.210/homebyt/vn/portal/InfoList.jsp?area=58&cat=1481,2015.1.8>

- (22) 当時の学制は4-3-2制であったが,1989年に5-4-3制に統一された。

- (23) London, 前掲書, 2007年, p. 13

- (24) London, 前掲書, 2007年, p. 14

- (25) 上記18に同じ。

- (26) Republic of Vietnam, Ministry of Education 『Report of progress of Education in Vietnam during the school year 1966-1967』

XXXth International Conference on Public Education- Geneva, July 1967, 1967年, p. 13

- (27) 原文には「文化・教育・青年省」とあるが,本稿では「教育省」とした。

- (28) 文部省・外務省両省派遣アジア教育協力調査団報告書『ヴェトナム共和国の教育』, 1975年, p. 12

- (29) 上記18に同じ。

- (30) 白石, 前掲書, 1993年, p. 118

- (31) 上記18に同じ。

- (32) London, 前掲書, 2011年, p. 15
- (33) 南部・関口, 前掲書, 2011年, p. 10
- (34) 越名: Bảo hiểm y tế trường học / 英名: Public Health Insurance for students. 医療保険制度のうち, 学校に通う児童・生徒・学生が加入する医療保険。保健省管轄であったが2002年に社会保険局に統合された。
- (35) 越名: Bảo hiểm y tế / 英名: Public Health Insurance. 日本の国民健康保険に相当する。基本的に個人加入である。公務員は全加入。
- (36) ベトナムでは2部制の学校が多く, 生徒在籍数600人は中規模校にあたる。
- (37) 伊藤 智朗『ベトナム国における保健医療の現状』国立国際医療センター, 2010年, p. 1
- (38) 南部・関口, 前掲書, 2011年, p. 10
- (39) Nguyen Thi Hoang Diem 「ベトナムの教育の「社会化」政策と大学民営化の展開」『学校教育学研究論集』第21号, 2010年, p. 33
- (40) 2014年時点で現行の学校医療保険政策は, 2009年8月14日付政府通達09/2009/TTLT-BYT-BTC 「医療保険制度ガイドライン」に基づき施行されている。現在の児童生徒1人あたりの保険料(年間)は「(公務員最低賃金の3%)×12か月分」となるが, 国から3割の補助が出るため, 自己負担額は7割相当の金額となる。各学校が集めた保険料のうち, 90%が「診察治療基金」として保管され, 10%は中央社会保険局に納入される。診察治療基金のうち12%は学校に還元される。学校は, 同金額を学校保健活動費として, ア. 学校設備の改修・増築, イ. 保健室備品の購入, ウ. 保健主事(契約)の給与・謝金, エ. 学校主催の健康教育活動等に充てることができる。保険加入者は, 保健室および指定された保健センターでの一次診察・治療は無料で受けることができ, その他必要に応じ病院で診察を受けた場合は費用の80%を補償, 事後治療もレベルに応じ30~70%の補償を受けられるが, 非加入の場合全て自己負担となる。
- (41) WHO: Global School Health Initiative
http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/, 2015. 1. 8
- (42) 山田肖子「万人のための教育 (Education For All) 国際開発目標が途上国内で持つ意味—エチオピア国における政府と家計のインパクト—」『GRIPS Development Forum Discussion Paper』政策研究大学院大学(GRIPS), 2006年, p. 1
- (43) 上記18に同じ。
- (44) 人民委員会は地方行政機関としての機能を持ち, 組織法に地方における国家行政機関, 人民評議会(地方議会)の執行機関であり, 上級国家機関の文書・同級の人民評議会の決議を執行する任務を負うと規定されている。(参照: 勸自治体国際化協会『ベトナムの行政改革』p. 8)
- (45) 2014年9月学校保健センターへの聞き取りによる。なお2014年現在は正規職員6名, 契約職員18名の計24名が勤務している。
- (46) 2014年9月E中学校保健主事への聞き取りによる。
- (47) 2015年3月学校保健センターからの提供資料による。
- (48) 2014年4月ベトナム保健省予防医療局からの提供資料による。
- (49) 上記48に同じ。
- (50) 2014年9月I高校保健主事への聞き取り, 2014年11月学校保健センター長への聞き取りによる。
- (51) 2008年保健省大臣通達1221/QĐ-BYT 「小学校・中学校・高校, その他特別高等学校に設置すべき設備・医薬品目録」にて購入できる医薬品が定められており, 社会保険局は同目録を基にして, 学校医療保険料給付を行っている。
- (52) 関口洋平「ベトナムにおける高等教育行政構造の特質に関する研究—多数省庁による所管分担方式の持続的原理—」『比較教育学研究』第49号, 2014年, p. 115
- (53) 文部省・外務省両省派遣アジア教育協力調査団, 前掲書, 1974年, p. 36
- (54) 国立教育政策研究所「学校と関係機関等の連携—学校を支える日々の連携」『生徒指導資料第4集』, 2012年, p. 2
- (55) フエ省教育訓練局学校保健センター 『Công tác y tế học đường và hoạt động CSSKBĐ cho học sinh 5 năm qua tại các trường học nhìn từ góc độ Kinh tế y tế』, 2007年, p. 15

The Partnership between Education and Health Administration on School Health in Vietnam: Focusing on the National School Health Policy and the Case of Thua Thien Hue Province

Megumi ANDO

The aim of this paper is to clarify how school health policies in Vietnam have led to a partnership between education and health administration after the August revolution in 1945, through a review of political changes among the Ministry of Education and Training (MoET) and the Ministry of Health (MoH) in the central government, and the school health administrations in Thua Thien Hue Province (Hue), as one of the most successful cases of the school health system in local government. The study was conducted firstly through a policy analysis and a interview with the Department of Preventive Medicine, MoH on 17th October, 2013, and secondly through a series of interviews with relevant organizations in Hue from 18th – 25th September, 2014.

The study details how the school health system in Vietnam has changed due to the influence of historical issues and several international and domestic trends. Policies enforcing the placement of a school health officer in all schools from kindergarten to high school in 2000 and 2006 caused a systemic change in school health administrations and resulted in several operations being reorganized among the ministries. In Hue, the school health center was established in the Provincial Department of Education through a self-determined initiative in 1991, and the related organizations for both health and education maintain close and well-coordinated functions with schools and with each other, by dividing duties and establishing cross-sectional reporting systems at each level. However, there have been, several conflicting and inconsistent policies implemented over the last two decades. In order to solve these issues and minimize the gaps, it seems necessary to reformulate the policy making process, provide feedback on policy implementation, and implement a reporting system among schools and administrations.