筑波大学大学院人間総合科学研究科教育基礎学専攻　博士論文

ベトナム・トゥアティエンフエ省の学校保健における教育と保健医療の連携

安藤 めぐみ

筑波大学大学院 人間総合科学研究科
教育基礎学専攻 教育行政学研究室

２０１８年3月３１日

目次

第１章　研究の枠組み 1
第１節　問題の所在 2
（１）　研究の背景 2
（２）　国際的な学校保健および概念の潮流 3
（３）　現代における学校保健政策の展開－ベトナムの場合－ 9
第２節　研究対象地：ベトナムおよびトゥアティエンフエ省の特徴と位置づけ 10
（１）　ベトナムにおける学校保健の特徴 10
（２）　トゥアティエンフエ省の学校保健の特徴 11
第３節　研究目的 12
第４節　研究課題 12
第５節　論文の構成と各章の内容 14
第６節　研究方法 15
（１）　文献調査 15
（２）　中央行政へのインタビュー調査 16
（３）　トゥアティエンフエ省学校保健関係機関および学校へのインタビュー調査 16
（４）　学校への質問紙調査 18
第７節　倫理的配慮 19
第８節　先行研究の検討（先行研究から関連研究の展開について） 19
（１）　学校保健に関する先行研究 19
（２）　国際学校保健や国際協力イニシアチブに関する先行研究 19
（３）　ベトナムにおける教育、保健医療、学校保健に関する先行研究 20
（４）　教育と複数省庁間の連携、保健医療分野の連携に関する先行研究 20
（５）　比較教育学分野での先行研究 21
（６）　先行研究からみる今後の研究課題と本論文の位置づけ 21
第９節　「連携」の定義、学校保健研究を行う上での留意点 22
（１）　連携の構成要素と定義 22
（２）　協働（Collaboration）および協働的提携(Collaborative alliances) 23
（３）　学校保健研究を行う上での留意点 24
第１０節　用語の定義 25

第２章　ベトナムの学校保健に関する国家政策の動向と制度の枠組み 31
第１節　はじめに 32
（１）　本章の目的 32

（２）　本章の構成 32
第２節　ベトナムの学校保健政策の展開過程 32
（１）　ベトナムの国家独立と南北分断以前の動向 32
（２）　ベトナム南北の分断と学校保健政策のはじまり 33
（３）　対米戦争後からドイモイ政策以前のベトナム国内の社会状況と学校保健....35
（４）　1986 年ドイモイ政策と学校保健....37
（５）　医療保険制度および学校医療保険制度の開始....38
（６）　教育・医療・文化の社会化政策（1997 年）と学校保健 39
（７）　2000 年学校保健政策 40
（８）　社会経済開発 10 か年戦略 2001-2010 と教育および保健医療分野 10 ヵ年戦略　44
（９）　2006 年学校保健強化政策....45
（１０）ベトナムの保健指標（全国）の推移 48
第３節　現在のベトナム学校保健の行政システムおよび職務....51
（１）　中央政府における学校保健行政体制 51
（２）　学校医療保健制度....51
（３）　学校保健定期報告（全国） 53
（４）　2014 年時点の活動計画と現在の課題....54
第４節　本章のまとめ....55

第３章　　トゥアティエンフエ省での学校保健政策の展開
－2014 年 9 月インタビュー調査結果を中心に－ 59
第１節　はじめに....60
（１）　本章の目的 60
（２）　本章の構成 60
第２節　トゥアティエンフエ省における学校保健政策の展開....60
（１）　フエ省学校保健の歴史的背景および特徴....60
（２）　1991 年学校保健センターの設立と 1992 年フエ省における学校保健調査 ...62
（３）　2000 年学校保健政策以降のフエ省における学校保健財政の変容....65
（４）　2000 年学校保健政策以降の学校保健人事（学校保健員配置）の変容....66
第３節　現在のフエ省内の学校保健関係機関の実際の業務および行政体制....68
（１）　調査方法 68
（２）　行政機関インタビュー対象機関....68
（３）　各関係機関の学校保健の業務分掌および具体的業務....69
（４）　学校保健に関する検査および報告体制....74
第４節　学校保健政策による学校内の学校保健体制の変容
－インタビュー調査結果から－....76

（1） 調査方法 76
（2） 調査対象者の概要 77
（3） 質問項目 77
（4） 調査結果 78
第5節 本章のまとめ 86

第4章 トゥアティエンフエ省における学校保健実態調査 89
第1節 はじめに 90
（1） 本章の目的 90
（2） 本章の構成 90
第2節 研究方法 90
（1） 質問紙調査票の作成 90
（2） 質問紙調査票のプレテスト 90
（3） 本調査の実施 90
（4） 調査項目 92
（5） 統計的解析 93
第3節 倫理的配慮 94
第4節 調査結果 1: 対象の基礎情報 94
（1） 学校基礎情報 94
（2） 学校保健員基礎情報 95
第5節 調査結果 2: 学校保健員の職務 97
（1） 学校保健員の職務 97
（2） 学校で行う医療行為の範囲 101
（3） 今年度（2014 年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育 103
（4） 学校保健員として特に重要な職務、必要な知識・能力 104
（5） 自己研磨のための手段 106
第6節 調査結果 3: 学校保健員を取り巻く学校保健体制 107
（1） 学校保健活動に関わる学校関係者 107
（2） 学校保健活動に関わる外部機関 109
第7節 調査結果 4: 現在の学校保健に関する課題 112
（1） 現在の学校保健に関する課題 112
（2） 健康教育実施上の課題 115
第8節 本章のまとめ 117
（1） フエ省の学校保健員の任用の実態と職務、任用後の自己研磨の手段 117
（2） 学校保健員を支える学校内外の学校保健体制 117
（3） ベトナム学校保健における制度上の課題 118

第５章　　考察 121
第１節　ベトナムの学校保健政策の経緯、動向、特徴に関する考察 122
（１）　ベトナムの学校保健政策の背景にあった社会的・政治的要因 122
（２）　教育および保健医療分野での学校保健行政体制が構築されるプロセス
- 各フェーズでの主管組織、重点的活動の変容 - 123
（３）　学校保健財政基盤の構築 126
（４）　学校保健行政体制の変容：省庁をまたいだ業務の移行
- 学校医療保険制度を事例として - 126
（５）　ベトナムの教育および保健医療分野機関の連携を形成・拡大するための鍵 129
（６）　フエ省学校保健の教育と保健医療における連携の深化に寄与したもの 131
第２節　　ベトナムおよびフエ省の教育と保健医療の連携体制が抱える課題 134
第３節　　結論 138
第４節　　今後の課題 139

添付資料：
資料編　１　ベトナム基礎情報 143
資料編　２　トゥアティエンフエ省インタビュー調査結果 163
資料編　３　トゥアティエンフエ省質問調査票（ベトナム語） 167
資料編　４　トゥアティエンフエ省質問調査票（日本語訳） 185
資料編　５　統計分析結果一覧 201

引用・参考文献一覧 206

略語一覧

CDC	Centers for Disease Control and Prevention （米国疾病予防センター）
EFA	Education for All
FRESH	Focusing resources of Effective School Health Initiative （効果的な学校保健のための重点的取り組み）
GDP	Gross Domestic Product （国内総生産）
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome （ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群）
HPS	Health Promoting School
ODA	Official Development Assistance
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations Children’s Fund
WHO	World Health Organization
WSCC	The Whole school, whole community, whole child

第１章

研究の枠組み

第１章 研究の枠組み

本章では、本研究がなぜ、ベトナム・トゥアティエンフエ省における学校保健の展開過程と、学校保健分野における教育と保健医療の連携に着目したか、また何を明らかにしようとしたか、その背景、研究目的、研究課題および本論文の構成について整理する。

第１節 問題の所在

（１） 研究の背景

1990 年代初頭から 2000 年にかけて、国際協力の分野において学校保健（School Health）が注目を集めるようになり、さまざまな国で学校保健に関する取り組みが行われるようになった。その大きな要因として、2 つの国際的な動向がある。一つは、WHO が 1997 年に提唱したヘルスプロモーティングスクール（Health Promoting School＝HPS）、そしてもう一つは Education for All（以下、EFA）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 イニシアチブ（Focusing resources of Effective School Health Initiative）」である。後述するが、いずれの提言においても、適切な学校保健「政策」をコアコンポ―メントとして掲げ、また教育と保健医療の「連携」が重要であるとしている。一方で、いずれの提言においても、限られた健康課題への政策的対応が挙げられている以外に具体的な指針が明示されていない。教育と保健医療の連携についても、それが重要としながらも、なぜ連携するのか、何をすれば連携したことになるのかについて明確な提示はない。「どのような」政策が「どのような状況に対して」「どのような時期に」必要なのか。教育と保健医療の連携は、具体的には「何を」することで「何が」が期待されているのかが曖昧なまま場当たり的に進められてきていないだろうか。山田は、EFA の観点から「EFA が内部化される過程での途上国内のダイナミズムは非常に重要であるにもかかわらず、EFA に関する研究の多くは、グローバル･アジェンダに関する議論や、国際的に合意された指標や基準に従って途上国の EFA 達成度を国際比較するといったことに焦点を当てており、それぞれの途上国内でその政策がどのような意味を持つかについては、あまり注意を払っていないことが多い。」「『何のための就学か』という価値観は、国際合意が何であれ、それぞれの社会の状況に応じて形成されるものである。行政的、政治的、あるいは社会的な様々な条件によって、国際的に合意した政策が、当初意図した方向に進まないということはしばしば発生する。」[1]として、エチオピアの就学率の事例について、マクロレベルでの国際的合意、中央政府、地方レベル、フィールド調査をもとに分析した。

学校保健分野においても同様の課題が存在するのではないかと筆者は考える。国際協力という名のもとでドナーや研究者は国際指標や基準を掲げ、対象となる被支援国への介入を行ってきた。被支援国としてみれば、おそらく支援を受ける以前には、その協力を受け入れた方が良いという判断に至る背景や政治的な要素があり、政策は関連する組織・人の中で

何らかの変容を起こし、またその変容は社会に受け入れられ当然のものとして溶け込むか、あるいは排除されてきた可能性がある。被支援国ではどのような歴史的背景があった上で学校保健をどのようなものとして捉え、政策を選定し、どのように施策を進めてきたのか。その結果、どのような成果や課題と直面してきたのか。学校保健政策を取り扱った研究において、被支援国の学校保健政策そのものや学校保健を取り巻く社会の変容を取り扱った文献は、管見の限り見当たらない。本研究では、そのような被支援国における学校保健政策、その中でも特に、教育と保健医療という異なる分野同士の「連携」のあり方に注目したいと考えた。

（２） 国際的な学校保健および概念の潮流

まず、国際協力の分野における学校保健（School Health）に大きな影響を与えた 2 つの提言であるヘルスプロモーティングスクール（1997 年）と FRESH イニシアチブ（2000 年）、加えて、2007 年に米国の Centers for Disease Control and Prevention（以下、CDC）にて提唱された “The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)”の 3 つの概念について、以下に簡単に整理する。

①ヘルスプロモーティングスクール

ヘルスプロモーティングスクールとは、WHO により 1980 年代より検討され、1990 年代に入り具体的提案として世界に示されてきた、学校を舞台に展開する総合的健康づくり運動である。また同時に、保健政策としての側面も有する。1990 年代後半より、限られた地域による取り組みの段階から、より拡大した地域や国レベルでの展開を採択する国が増え、現在に至る [2]。1986 年の WHO による第一回ヘルスプロモーション国際会議で、ヘルスプロモーションの定義として「人々がみずからの健康をコントロールし、改善することが出来るようにするプロセス（オタワ憲章)」と提唱された。オタワ憲章ではさらに、ヘルスプロモーションの活動の軸として、「健康のための政策づくり」「健康を支援する環境づくり」「地域活動の活性化」「個人の能力を高めること」「治療中心から自己健康管理中心の保健サービスへの方向転換」を挙げた [3]。学校を舞台としたヘルスプロモーションの展開は、WHO 内の専門委員会が組織された 1995 年に報告をまとめ、1997 年にインドネシアのジャカルタで開催された WHO 会議において、ヘルスプロモーティングに関するジャカルタ宣言が採択された際、ヘルスプロモーションを持続的に実践するのに必要な経済、教育、安全等の政策基盤について検討すると同時に、学校を通じ地域に健康を広めることの意義が論じられた。また、WHO のヘルスプロモーションと健康教育およびコミュニケーションを担当する部署は、学校を通じ地域に健康を広めることについて WHO の力を発揮すべくワーキンググループを形成し、各地域事務局や関係機関と協力しながら”Global School Health Initiative”を作成した。本計画の最終目標は“真の意味で Health Promoting School”と呼びうる学校数が増加することにあった [4]。ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章に基づき、WHO は保健政策を

明確にし、支援環境を整え、地域住民の行動を促し、個人の健康に関する技能を高め、既存の保健サービスを見直す等の具体的対策をとることを促している。ヘルスプロモーションの実践を学校の場に焦点を当て、その具体的あり方のモデルとしてのヘルスプロモーティングスクールは、「そこで過ごしたり、学んだり、あるいは働いたりする環境をどのように健康的なものにしていくかについて、絶えずその持てる力を強化しつづけるような学校」と定義された[5]。ヘルスプロモーティングスクールの特徴として下の5項目が挙げられた[6]。

a.児童生徒等だけでなく、教職員、家族、地域構成員の健康をも改善しようと努力する。
b.利用しうるあらゆる手段を駆使して、健康と学習の双方を促進させる。
c.学校を健康的な場所にしようとするたゆまざる努力をし、保健や教育に関わる行政官、教師、教職員組合の代表、児童生徒等、保護者（親）、地域のリーダーを引き込む。
d.健康的な環境を提供し、健康教育を行い、また学校保健サービスを提供することに努力する。それらは、学校や地域のプロジェクトや奉仕活動、教職員のためのヘルスプロモーションプログラム、栄養や食品安全プログラム、体育やレクリエーション、カウンセリングプログラム、社会的支援と精神保健等の様々な活動とともになされるものである。
e.個人の自尊感情を尊重し、成功のための多種類の機会を提供し、そして個人的な達成事項と同様に計画についての努力と意図について認めるような方針と実践を展開する。

これらの特徴を見る限り、ヘルスプロモーティングスクールは、保健医療に関する具体的な活動内容や課題：例えば学校衛生や疾病対策という観点よりも、学校保健に関するシステムや体制をいかに構築するか、実施主体者は誰か、というところに焦点が当てられた理念であったことが分かる。学校を媒体として地域保健の向上を図ること、地域住民が学校保健に介入すること、行政官は学校保健業務に携わるべきこと、そして何より“利用しうるあらゆる手段を駆使して健康と学習を促進してもよい”という一見方によっては強引ともいえる一理論が、この国際機関の理念として、各国ドナーや研究者達が学校に介入するためのもっともらしい根拠として扱われることになっていたのではないだろうか。現在においても、学校保健活動を行う学校は、校長のイニシアチブのもとで、校内の既存の人材であった担任教諭や教科教諭が健康教育を行ったり、子どもたちが別の授業を受けるべきであったはずの授業時間を削り、外部からの学校保健プログラムを受け入れたりするケースが散見されるが、そもそも教員が学校保健という異なる分野の活動を、自らの業務に加えて職務として担うことについて果たして妥当性があるか、カリキュラムとして存在していなかったことを背景に、子どもが従来受けるべき授業を削減して健康教育を受けることの正当性はあるのか、問われないままに進められていないだろうか。

②FRESH（Focusing Resources of Effective School health）イニシアチブ

もう一つの背景として、国際教育協力の分野において大きな影響力をもった2つの国際

会議がある。1990 年タイ・ジョムティエンで開催された「万人のための教育世界会議」と、2000 年セネガル・ダカールにおける「世界教育フォーラム」である。1990 年の「万人のための教育世界会議」で提唱された EFA とともに、教育協力における世界の焦点は基礎教育に当てられるようになった[7]。2000 年に行なわれた「世界教育フォーラム」では、世界の現状が EFA 達成に程遠い状況にあることを受けて、EFA 達成に向けて具体的に向けて 6 つの行動目標「ダカール行動の枠組み」が採択されたが、機を同じくして世界銀行・UNICEF・UNESCO・WHO の 4 者により、学校保健に関する新たな行動の枠組み：「FRESH（効果的な学校保健のための重点的取り組み）イニシアチブ」が形成された[8]。「EFA＝全ての人に教育を」という理念は、「すべての子どもに質の高い基礎教育へのアクセスを確保すること」を意味しており、学校保健分野の支援もまた、EFA 達成のためのひとつの手段として捉えられるようになった[9]。そもそも学校を通じて行う健康推進プロジェクトは、従来は感染症予防が中心で、各援助機関がばらばらに活動し、モニタリング・評価もほとんどなく、成果や効率性について情報を広く提供されることはほとんどないと考えられていた(Whilman et al,2000)[10]。そのような中で、世界銀行、UNICEF、UNESCO、WHO の四者は、「これまでの活動経験を踏まえ、それぞれの支援活動の中から、子どもの健康促進のために核となりうる活動を選出し、今後連携して支援活動を行うことでそれらの活動を強化するとともに、支援活動の調整基盤となりうるのではないか」、と提起し FRESH の発足に至った[11]。FRESH という共通認識を持つことで「参加機関は一致した行動をとることが可能」とし、一致した行動によって「国別プログラムやプロジェクト設計の際に、諸機関による一貫した助言を可能とする」と世界銀行はみていたのである[12]。FRESH の枠組みの中では、全ての学校が実施すべき最低限の活動内容として、健康関連の政策策定、安全な水と衛生施設の整備、スキルを重視した健康教育、保健および栄養サービスの提供という 4 つの項目をコンポーネントとして選出した[13]。これらの 4 つのコンポーネントは、FRESH を発足させた 4 機関が最も効率的であると認識し、合意に至ったものであり、個々の国家が持つそれぞれの状況に合わせて政策を立案する際の、基礎とすることが期待されている[14]。同コンポーネントを実現するためには、教育セクターと保健医療セクターとの連携（Partnership）、教師と保健関係者との連携、学校と地域コミュニティとの連携、学校保健プログラムに係る個人間の連携が必要であるとした。特に、教育セクターと保健医療セクターの連携、教師と保健関係者の連携については、「学校保健プログラムの成功は、教育と保健医療の省庁間及び教師と保健関係者との効果的な連携に拠る。保健医療セクターは子ども達の健康に責任を有し、教育セクターは学校を拠点とした活動の実施や投資に責任を有する。両セクターは、それぞれの責任の所在と現行の連携活動を明確にし、子どもの健康及び学びによる成果を向上させる必要がある」としている[15]。一方で、浅井（2003）は、この FRESH イニシアチブの基本的な理念として“コミュニティ”という単位での参加による子どもたちの保健増進という考え方が散見されるが、これは WHO で提唱されたプライマリヘルスケアの考え方に近いものがあるものの、プライマリヘルスケアが地域のヘルスワーカーや「伝統的産婆」といった、あくまで保健

に特化した人材の育成を活用した健康改善であったのに対し、学校保健は学校という空間が前提となっている点を指摘している。UNICEF（1998）が論じる通り、「教員が保健員の役割を果たすことを期待してはならない。教員は自分自身の大変な仕事を抱えているので、とくに保健のための新たな資源がないような場合、保健所にできなかったことを学校に期待してはならない」はずであるが、この UNICEF の懸念する事態を、期待として世界銀行が抱いていることは明らかであった。保健システムの存在しない所でも学校システムが存在しているのであるから、これを保健プログラムのためにも利用すればコスト効率が良い、といった内容のイニシアチブの中で繰り返されそれは明示的に表現されている。世界銀行の主張するように、保健システムよりも学校システムの方が広範に存在しているとは言え、学校が実際に健康改善にまで乗り出すことが可能であるのか、地域ごとの十分な調査が必要であろうし、少なくとも UNICEF の論じるように教員にその能力を超える期待をしてはならない [16]という懸念は的中し、実際には多くの国で学校保健の実施主体者として学校教員が想定され、従来の業務に加えて活動を行うことになった。

表 1- 1 FRESH 行動の枠組み-具体的活動の指針

到達目標	具体的活動	受益者	指標
ⅰ）健康関連の政策を策定する			
水と衛生施設が十分整備された学校数を増やす	すべての学校に水と衛生施設が確実に供給されるよう、明確な政策を策定する	学校関係者	◎水と衛生施設が十分整備された学校の%
教員、男子生徒、女子生徒それぞれの衛生施設へのアクセスを拡大させる	カリキュラムの中で衛生教育を行い、児童や PTA,地域社会の衛生施設の管理に対する要求・意識・責任を拡大させるよう政策を策定する	学校関係者 地域社会 青年期の女子生徒	◎十分維持管理された衛生施設が整備されている学校の% ◎女子トイレ設置後の女子の総入学率
家族計画や性に関する教育を促進し、家族計画サービスへのアクセスを拡大させる	家族計画や性に関する教育を中学校のカリキュラムに加えるよう政策を策定する	青少年	◎家族計画や性に関する教育と・避妊や STD に関する指導を行っている学校の%
妊娠による中途退学者の数を減らす	妊娠した女子生徒が学校に留まり、かつ出産後に復学できる制度を整える。女性の教育を受ける権利に目を向け、男女格差や差別を削減するために政策を策定する	青年期の女子生徒	◎女子の総入学率 ◎青年期の女子生徒の中途退学率
タバコや薬物使用を削減する	喫煙と薬物使用を校則で禁止するよう政策を策定する	学校関係者	◎タバコを禁止した学校の%
エイズ感染者やその家族に対する差別を減らす	エイズ感染者やその家族に対する差別を回避するよう政策を策定する	学校関係者	◎学校から追い出されたエイズ感染児童とエイズ孤児の数
ⅱ）安全な水と衛生施設を整備する			
水と男女別の衛生施設が十分整備・維持管理された学校数を増やす	学校建設基準に十分な水と男女別の衛生施設の整備を加える	学校関係者 特に 青年期の女子生徒	◎安全な水と十分維持管理された衛生施設が整備されている学校の% ◎女子の総入学率
学童が下痢やお腹の感染症にかかる数を減らす	安全な水を学校で飲めるようにする	学校関係者 地域社会	◎欠席率と再就学率
ⅲ）方策を重視した健康教育を行う（健康的に生きる方法を身につけさせる）			
望まない妊娠の数と、中途退学者数を減らす	家族計画や性に関する教育を含めて、健康的に生きる方法としての健康教育を行う	青少年	◎女子の総入学率 ◎妊娠や差別が原因で中途退学する女子生徒数
危険な行動や習慣を減らし、エイズに対する知識不足を解決する	健康的に生きる方法としての健康教育及びエイズ感染や STD を回避するための教育をカリキュラムに加える	すべての児童生徒	◎エイズ感染や STD を回避するための知識と方法を身に付けた児童生徒数
飢餓を減らし、栄養状態を改善させる	健康的に生きる方法として栄養に関する教育を行う	すべての児童生徒	◎通学前に食事をとる児童生徒数の%
タバコや薬物の乱用を減らす	健康的に生きる方法としての健康教育を行う	すべての児童生徒	◎30 日以内にタバコ製品を使用した児童生徒数
ⅳ）健康維持と栄養摂取のためのサービスを提供する			
寄生虫の感染を減らす	定期的な害虫駆除	すべての児童生徒	◎再就学率と中途退学率
微量栄養素の摂取不足と貧血症を減らす	鉄分とビタミン A の経口補充	すべての児童生徒	◎再就学率と中途退学率

出所：木島ちとせ「世界銀行の学校保健の取り組み-国際的なパートナーシップを中心に-」
『国際教育協力拠点システムアーカイブス　情報番号 141』、
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科、2003 年、p9 より引用

いずれにしても、ヘルスプロモーティングスクールと FRESH イニシアチブという 2 つの国際的な提言によって、国によっては学校保健が新たに取り組むべき政策として位置づけられ、またすでに学校保健という制度を有していた国は、多少の差はあれども国際的提言の影響を受け、学校保健の意味づけを再構築しながら進められることになった。

③The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)

保健医療分野において国際的な影響力を持ち、WHO が取り組んでいる Global School-based Students Health Survey（以下、GSHS）でも技術協力を行っている米国の CDC より、2007 年に提唱された“The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)”についても少し触れることとする。

図 1- 1　CDC「The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)」概念図
出所：CDC ホームページ「The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)」

WSCC では、子ども期の健康習慣の獲得は、成人期の健康被害をもたらす習慣の改善に取り組むよりも簡便かつ効果的であるとして、各セクターは子どもを中心に位置づけ、学校保健として取り組む範囲を拡大すべきであるとして、重要な 10 のコンポーネント[注1]を示し

注1 WSCC においては、子どもの健康に関わる重要な 10 のコンポーネントとして、健康教育（Health Education）、体育教育・体育活動（Physical Education & Physical activities）、栄養環境・栄養サービス（Nutrition Environment & Services）、保健サービス（Health Services）、カウンセリング・心理・社会サービス（Counseling・Psychological & Social services）、社会的・情緒的雰囲気（Social & Emotional Climate）、物理的環境（Physical Environment）、労働者の健康（Employee Wellness）、家族のつながり（Family Engagement）、地域の参画（Community Involvement）を挙げている。

た（図 1- 1）。これらのコンポーネントを実現するためには、各セクターが制度・実践に連携しながら取り組むべきであり、特に、教育セクターと保健医療セクターは、今後はさらに協調（alignment）、統合（Integration）、協働（Collaboration）して学校保健に取り組むべきだと述べている[17]。

注目すべきは、ヘルスプロモーティングスクール、FRESH イニシアチブ、WSCC のいずれにおいても、重要な要素として学校保健「政策」をコアコンポ―メントとして掲げ、また関係機関の「連携」が重要であるとしている。一方で、いずれにおいても、政策について、HIV/AIDS 等の限られた健康課題が挙げられているか、もしくは具体的な指針について明示されていない。教育と保健医療の連携について、いずれの提言でも重要とされながら、なぜ連携するのか、何をすれば連携したことになるのかについて明確な提言はない。

（３） 現代における学校保健政策の展開－ベトナムの場合－

国際協力分野の学校保健において教育と保健医療の連携の必要性が唱えられている中、筆者は、2000 年より学校保健を国策として展開しているベトナム社会主義共和国（以下、ベトナム）の学校保健に着目した。

ベトナムは 2000 年代初頭においては、典型的な東アジア型の後発途上国であり、一人当たり GDP は 390 ドル（2000 年、世銀統計）のいわば最貧国に属していた[18]。FRESH のコンポーネントのひとつとして、教育と保健医療の双方の領域が連携することにより、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た[19]ことは先述したが、ベトナムにおいては、教育訓練省と保健省の両省庁の連携を政策として定め、実施している。もし、教育と保健医療というふたつの異なる省庁が、実際にうまく業務を行い合えている＝連携が取れているのであれば、それはもしかしたら非常にユニークで新しい構造であるのかもしれない。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、何をもって双方が「連携している」と見なし、両分野の行政組織ではどのような業務分掌がなされ、また体制が構築されるのだろうか。加えて、同国の学校保健政策のもうひとつの特徴として、2000 年から各行政区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に加え、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学校保健員（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、2006 年には学校保健員を学校事務職公務員として任用できることとなった。新たな役職を学校内に設け、その人材を育成、任用、配置することは、事務手続き、条件の設定、また財源確保等の様々なステージを乗り越えなければならず、2000 年の FRESH 発出前後に学校保健政策を開始した近隣国においても、学校に学校保健人材を配置することを公的な政策として進めた国は他に見られない。日本の学校保健の歴史を振り返ると、学校看護師が養護訓導として位置づけを変えた背景、また学校保健に特化した学校保健法（現在の学校保健安全法）が制定された背景に、学校現場や学校保健に関わる人々から実務を通じて見えた課題への指摘や提言、解決に向けての要望の

声が挙がっていたことが変容を促した一因となっていた[20,21]。もし、教育と保健医療の連携に課題があるとすれば、それは学校現場において、何らかの形で表出しているのではないか。それであれば、学校保健を主として担当する学校保健員の視点から、学校保健がどのように捉えられ、また直面する課題や矛盾を知ることで、連携がもつ強みと弱みを探ることができるのではないか。複数省庁の「連携」という施策を初期段階から現在に至るまでの動向を捉えられうるという点、また、複数の行政レベルにて学校保健に関わる人材が存在するという点で、ベトナムは非常に貴重な研究対象であると考えた。

第２節 研究対象地：ベトナムおよびトゥアティエンフエ省の特徴と位置づけ

本研究では、ベトナム、特にその中でもベトナム中部に位置するトゥアティエンフエ省を対象とした。根拠となる対象地の特徴を以下に整理する。

（１） ベトナムにおける学校保健の特徴

ベトナムを本研究の対象とする根拠として、以下の特徴が挙げられる。

① 教育分野と保健医療分野の連携が政策として明記されている。

ベトナムにおける学校保健政策の特徴としては、教育と保健医療というふたつの分野の行政が、ともに「学校保健」について責任を有するとしている。また、「連携」という言葉を複数の学校保健関連政策文書にて使用している。

② 学校にて学校保健を専門的に担当する役職を設置し、かつ教育系公務員である。

もうひとつの大きな特徴として、近年に学校保健政策を開始した国のうち、学校で学校保健を担当する「学校保健員」を配置するという政策をとったこと、また 2006 年からは、同学校保健員を「学校事務職公務員」として、その立場を教育行政の正規職員として位置づけている。

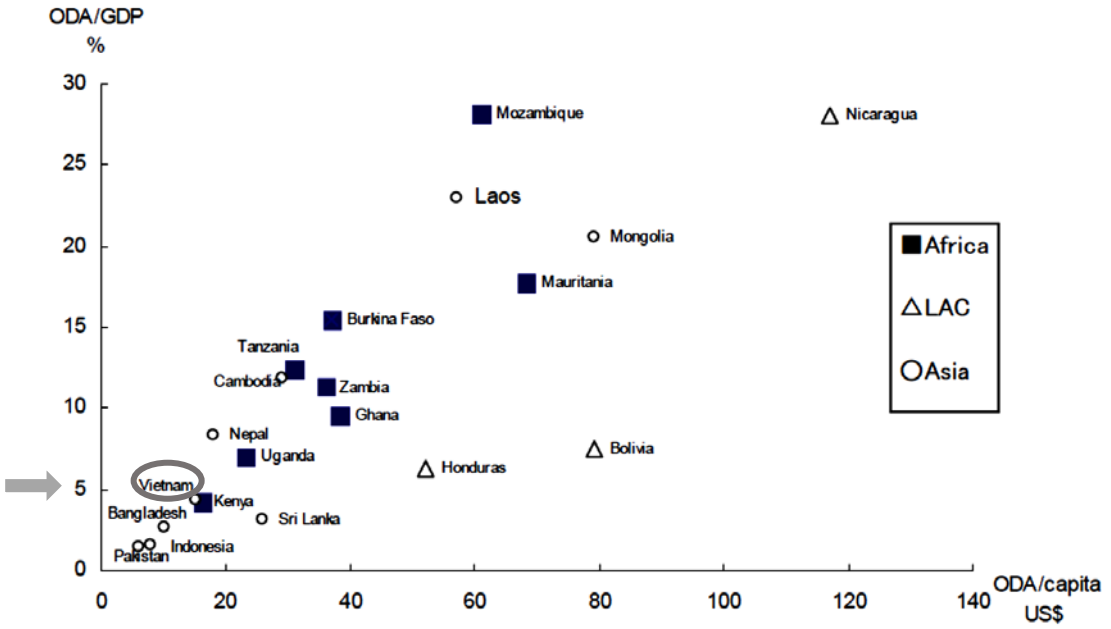
③学校保健政策に関連して独自の財政基盤（学校医療保険）を構築している。

ベトナムでは、学校保健政策の展開にあたり、児童生徒から保険料を徴収する学校医療保険制度を構築している。（詳しくは第 2 章で述べることとする。）

④ドナー依存度が低く、政府の強いオーナーシップがある。

ベトナムは、学校保健政策が始まった 2000 年代は最貧国として位置づけられていたものの、ドナーへの依存度が相対的に低いことが示されている（表 1- 2）。大きな特徴として、政府が強いオーナーシップを発揮し、既存の開発ビジョンを変更することなく、成長の視点を前面に押し出して各政策を策定している。また、国家開発計画を基本文書として確立しており、経済成長が不平等を悪化させないための関心と政策手段をすでに有する、という特徴をもつ[22]。

表 1- 2　援助依存度の地域別比較（一人当たり ODA 額、対 GDP 比 ODA、1998 年）



出所：政策研究大学院大学 HP「PRSP(Poverty Reduction Strategy Papers) の多様化-成長志向型貧困削減のモデルとしてのベトナム-」[23]より引用

⑤学校保健政策に関して、他国ドナーの介入が少なく情報が多くない。

ベトナムの学校保健政策において、WHO 等の他国ドナーが支援した、という記録は一定程度あるものの短期的な介入に留まり、ベトナムの学校保健の実態については明らかになっていない。ベトナムではベトナム語という特殊言語を使用していることも、ベトナムの学校保健の実態が広く周知されていない原因のひとつとして考えられる。

（２）　トゥアティエンフエ省の学校保健の特徴

また本研究では、ベトナムの 1 級行政区となる全 63 省・直轄都市（58 省と 5 直轄都市）のうち、中部に位置するトゥアティエンフエ省（以下、フエ省）に焦点を当て、調査を実施することが適当であると判断した。

フエ省の学校保健行政では、以下の特徴が挙げられる。

① 省教育訓練局内に学校保健センターを有している。

フエ省の最も大きな特徴として、1991 年から教育訓練局に学校保健を専門的に取り扱う学校保健センターを設置し、子どもの健康について積極的に取り組んでいることが挙げられる。2000 年より学校保健政策が全国展開されることになった以降も、学校保健センターを含めて独自の行政体制による取り組みが進んでいる。

② 学校保健員配置率が全国と比較して高い。

フエ省の学校保健員配置数は 2013 年には計 430 名(/600 校)、省内の約 7 割の学校への専任学校保健員配置を達成した。2012 年保健省予防医療局報告によれば、全国の学校保健員配置率は 55.2%、うち 25%が専任の学校保健員であると報告されている。一部、B 省では、全 469 校に対し 82 名（全体の約 17%）の学校保健員配置に留まっているとの報告がなされており、行政区別にみた場合、学校保健員配置状況にはかなりの差があると同時に、フエ省の学校保健員配置率は全国と比較しても非常に高いことが窺える。

③ 学校保健員養成に関し、フエ省独自の取り決めがある。

学校保健員の養成に関して、学校保健センターでの定期研修や医科薬科大学での着任前研修制度など、独自のシステムを構築している。これらのフエ省独自の取り決めには、関係行政機関である教育訓練局、保健局の単独の活動のみならず、複数の省庁が関係しており、その業務分掌を明らかにすることで連携の事例を抽出できる可能性がある。

第３節 研究目的

本研究の目的は、ベトナム中部トゥアティエンフエ省の学校保健における教育と保健医療分野、その他の関係機関との連携の実態と特徴を整理し、連携体制の中で新たに生じた課題を明らかにすることで、より効果的な連携体制を構築するための示唆を得ることである。

第４節 研究課題

本研究の研究目的を達成するため、以下の 3 つの研究課題を設定した。

（1）ベトナムにおける学校保健行政体制が構築されるプロセスを明らかにする。

ベトナムではどのような歴史的背景があった上で、学校保健をどのようなものと捉え、政策を選定し、どのように施策を進めてきたのか。ベトナムにおける歴史的背景および社会的潮流を踏まえながら、教育および保健医療の双方の分野から、可能な限りの政策関連情報等を収集し、フエ省における学校保健政策の展開過程の特徴を抽出する。政策決定・発出のプロセスは中央政府の行政機関の情報から第 2 章に、実際に学校に対する施策の変容については自治体レベルであるトゥアティエンフエ省の情報をもとに第 3 章に、それぞれ分けて章の前半に整理する。

（2）教育と保健医療の連携という政策がもたらした実際の連携の形態を明らかにする。

教育と保健医療分野の両省庁の連携は、何をもって双方が連携していると認識されているか、両分野の行政組織でどのような業務分掌がなされ、また体制が構築されているかについて、複数組織からの聞き取りを行ない、情報の整理を試みる。中央行政レベルにおいて、教育および保健医療の連携がある項目があれば、その内容と連携体制について整理する。

自治体レベルとしてのフエ省は、具体的には 1991 年から学校保健に取り組んでいるため学校保健の施策動向にかかる情報が入手できうること、2014 年時点で保健省から全国的に見ても特に学校保健に熱心に取り組んでいる行政省だという評価がなされており、全国で最も学校保健員の配置率が高いという特徴がある。フエ省内の両分野で学校保健に関わる組織からの情報をもとに、同省における学校保健行政体制について、連携を中心に各機関の関係性を捉えつつ、可能な限りの聞き取りを行い、その全体像を図式化し第 3 章にて示すこととする。

（3）ベトナム学校保健が持つ特徴、また、連携を政策に取り入れた場合の留意点を明らかにする。

実際に教育と保健医療が連携することで学校現場における学校保健活動にてどのような効果や変容が生じたか、逆に、連携体制の中で新たに生じた課題はないか、あるとすればどこで生じるか。同課題を明らかにするため、2000 年より連携した施策の中で各学校へ配置された学校保健員に着目した。教育と保健医療の連携に課題が生じているとすれば、それはベトナムの学校現場において何らかの形で表出しているのではないかと考える。ベトナム全国で最も学校保健員配置率が高いフエ省の学校保健員を対象として、学校保健員の職務、学校保健活動の実態、課題があればその内容を明らかにすることで、連携がもたらす効果や課題、連携を維持・促進するための留意点について考察する。第 3 章後半に学校保健員へのインタビュー調査結果を示した上で、同調査結果をもとに作成した質問紙調査を行ない第 4 章にてその結果を整理する。これらの結果をもとに、研究目的を達成するための考察を第 5 章で整理する。

第５節 論文の構成と各章の内容

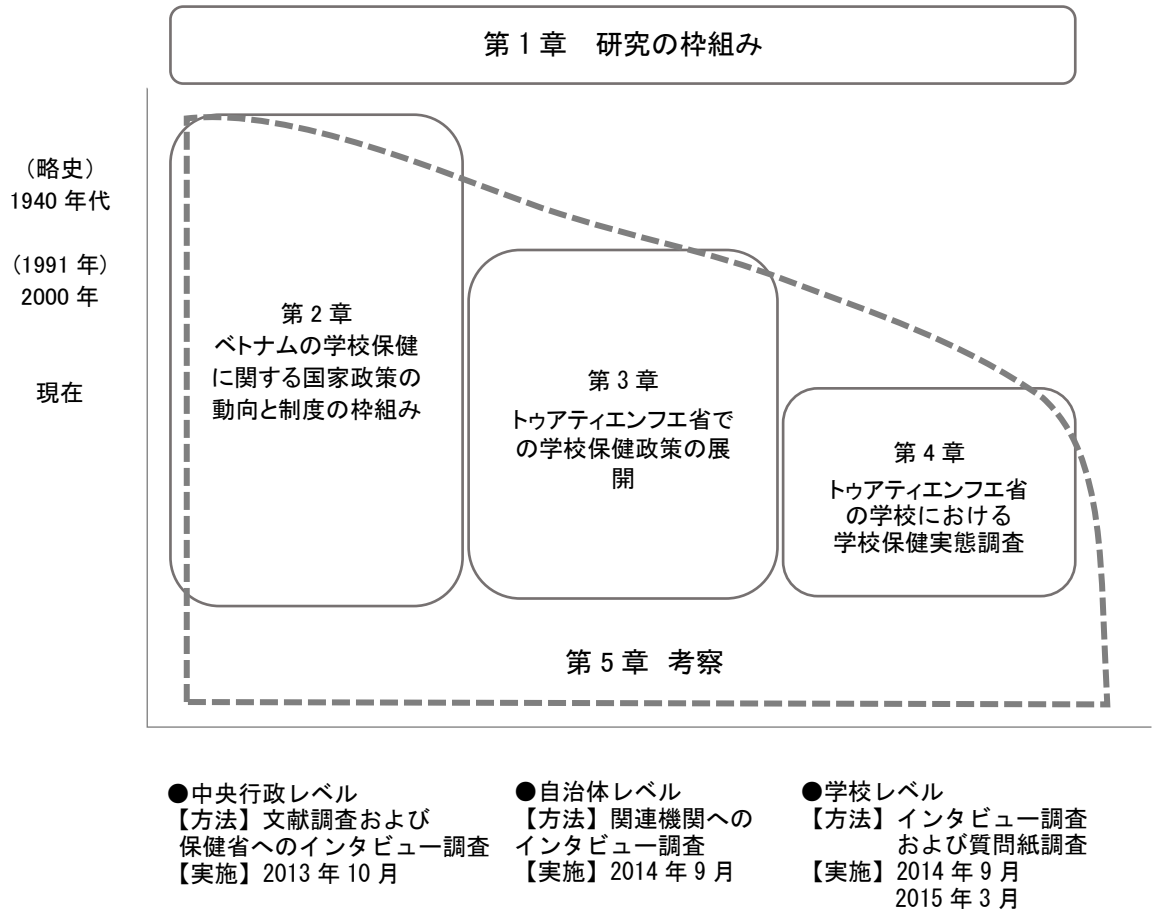


図 1- 2　本論文の概念図（筆者作成）

本論文は、第 1 章「研究の枠組み」、第 2 章「ベトナムの学校保健に関する国家政策の動向と制度の枠組み」、第 3 章「トゥアティエンフエ省における学校保健政策の展開」、第 4 章「トゥアティエンフエ省の学校における学校保健実態調査」、第 5 章「考察」の全 5 章で構成される（図 1- 2）。各章の詳細については、下のとおりである。

第 1 章　研究の枠組み

第 1 章では、本研究の背景として、問題の所在及び研究目的、特徴、構成および研究方法、用語の定義について示すほか、既往研究の整理により本論文の位置づけを行う。

また、本研究にてなぜベトナムおよびトゥアティエンフエ省を選定したのか、その理由となる対象地の特徴を示す。

第 2 章　ベトナムの学校保健に関する国家政策の動向と制度の枠組み

第 2 章では、ベトナムが 1945 年の独立以降、対米戦争、ドイモイ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での展開過程の解明を行う。関連法規および政策を示し、学校保健政策の歴史的・政策的背景および中央政府の現行の業務内容を整理する。

第 3 章　トゥアティエンフエ省での学校保健政策の展開

第 3 章では、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 2 章の中央政府の動きと関連付けて整理する。2013 年 9 月に実施した行政関係者へのインタビュー調査結果をもとに、フエ省における学校保健の施策の実態について中央政府・フエ省・フエ市の各行政レベルの行政体制、具体的職務とその関係性について整理する。

第 4 章　トゥアティエンフエ省における学校保健実態調査

第 4 章では、第 3 章で示した 2013 年 9 月学校へのインタビュー調査結果をもとに、学校での学校保健員の職務、学校を取り巻く学校保健体制、および現場にて生じている課題について質問紙調査を行ったその回答結果について、①学校保健員の職務、②学校保健員を取り巻く学校保健体制、③学校における学校保健の課題の 3 つの観点から整理する。

第 5 章　考察

第 5 章では、研究目的を達成するため、ベトナムの学校保健政策のもとでのフエ省における教育と保健医療の連携について、形成過程と特徴、連携体制の中で新たに生じた課題について考察を行う。

第６節 研究方法

本研究は主に下の 4 つの調査により構成される。各調査方法は以下のとおりである。

（１） 文献調査

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。

（２） 中央行政へのインタビュー調査

2013 年 10 月に首都ハノイにて、学校保健主管部局であるベトナム保健省予防医療局副局長にインタビュー調査を行った。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。

（３） フエ省学校保健関係機関および学校へのインタビュー調査

2014 年 9 月 18－25 日に、ベトナムの地方行政区のうち、中部に位置するフエ省（図 1- 3）の学校保健主管部局であるフエ省教育訓練局学校保健センター（以下、学校保健センター）に調査目的を説明し、同センター長よりインタビュー対象として適当であると紹介された 5 つの行政機関の学校保健担当者 9 名（表 1- 3）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 校の管理職および学校保健員）21 名（表 1- 4）の計 30 名に対し、インタビュー調査を行った。なお、フエ市は主に旧市街、新市街、郊外に分けることができる（図 1- 4）。インタビューを行った学校の主な地域属性は表 1- 4 に示した。インタビュー時には越語 - 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。

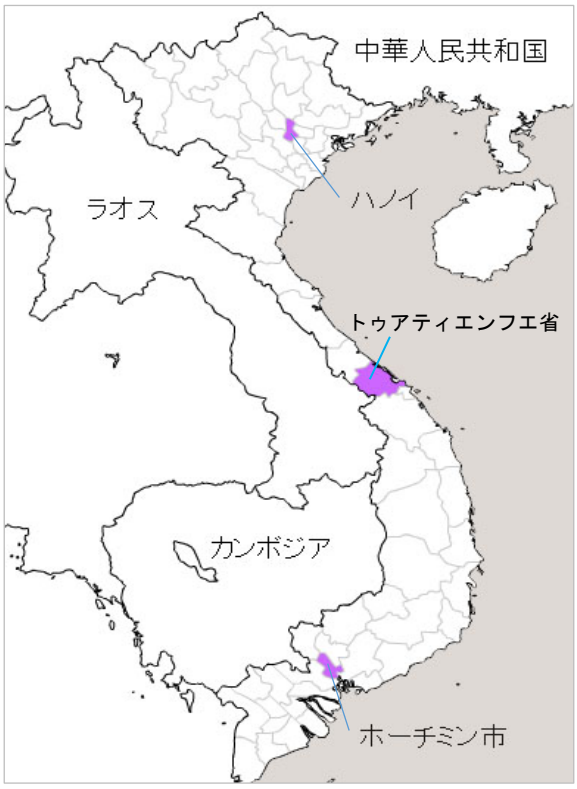


図 1- 3　ベトナム地図（筆者作成）

表 1- 3 インタビュー対象者（行政機関）

	機関名	部署・役職	性別
1	フエ省教育訓練局	副局長	男性
2	学校保健センター	センター長	女性
3	フエ市教育訓練局	学校保健チーム長	女性
4	フエ市教育訓練局	学校保健チーム	男性
5	フエ省保健局予防医療センター	副局長	男性
6	フエ省保健局予防医療センター	公衆保健課長	男性
7	フエ医科大学	副学長	男性
8	フエ医科大学	講師（科目担当/医療社会学）	女性
9	フエ医科大学	国際協力事業課	男性

表 1- 4　インタビュー対象者（学校関係者）

	校種		学校名	地域の属性	役職	勤務年数
10	幼稚園	①	Mầm non I 幼稚園	新市街	副校長	11 年
11					学校保健員	5 年
12		②	Phú Bình 幼稚園	郊外	校長	8 年
13					学校保健員	4 年
14	小学校	③	Quang Trung 小学校	新市街	副校長	1 年
15					学校保健員	8 年
16		④	Thuận Lộc 小学校	旧市街	副校長	25 年
17					副校長	6 年
18					学校保健員	3 年
19	中学校	⑤	Nguyễn Chí Diểu 中学校	新市街	校長	7 年
20					学校保健員	14 年
21		⑥	Nguyễn Tri Phương 中学校	新市街	校長	32 年
22					学校保健員	8 年
23					学校保健員	1 年
24		⑦	Thống Nhất 中学校	旧市街	校長	18 年
25					学校保健員	初年度
26	高校	⑧	Nguyễn Huệ 高校	旧市街	校長	14 年
27					学校保健員	7 年
28		⑨	Hai Bà Trưng 高校	新市街	校長	32 年
29					副校長	21 年
30					学校保健員	14 年

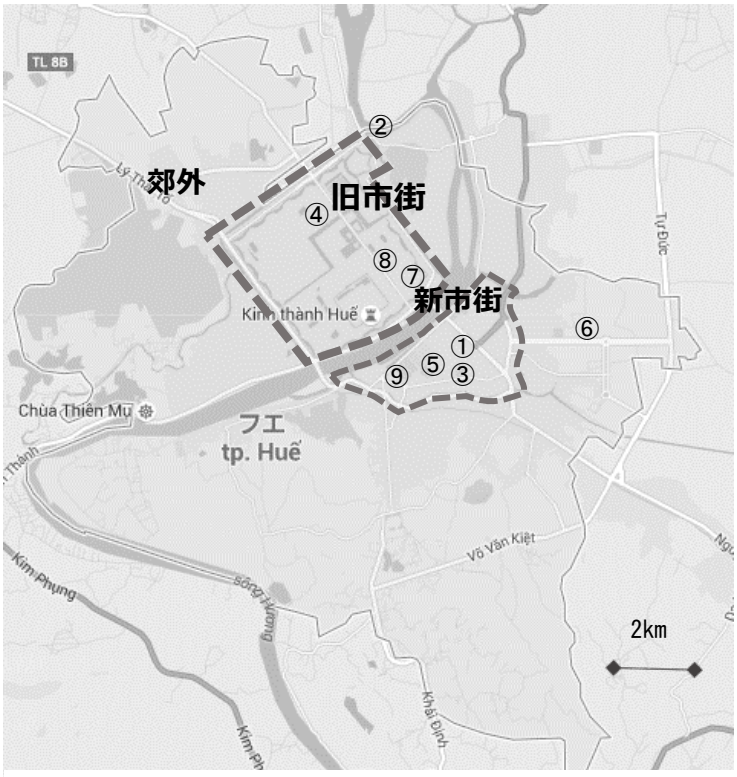


図 1- 4　フエ市地図（筆者作成）※番号は表 1-4 に対応。

（４） 学校への質問紙調査

質問紙調査票の作成にあたり、徳田（2006）が行った離島・僻地における養護教諭の職務に関する調査 [24]を参照しながら上述のインタビュー調査結果から回答内容を抽出し多岐選択式で作成した。2015 年 2 月 10 日に筑波大学にて大学院教授 1 名、学生 15 名の計 16 名に、2015 年 3 月 10 日にフエ市内の小学校および中学校の学校保健員計 3 名に対し調査票のプレテストを実施し、修正を行った。対象はフエ省全県の幼稚園から高校までの公立普通学校 200 校とした。フエ省は、東は海に、西は山に囲まれた盆地であることから、行政区分として都心部（Huế）、都市部（Hương Trà、Hương Thủy）、農村部 （Phong Điền、Quảng Điền）、沿岸部（Phú Vang、Phú Lộc）、山岳部（Nam Đông、A Lưới）に分けられる（図 1- 5）。

県別学校数にて設置比率を算出し地域属性ごとにおよそ同じ割合となるよう対象校数を割り当てた。フエ省教育訓練局学校保健センター長が、特に地域属性の影響を強く受けそうな地区に設置された学校を選定した。調査票の配布について、幼稚園・中学校・高校は 2015 年 3 月 12－13 日に行われた学校保健センター主催の学校保健員研修会にて、学校保健センターが調査対象校の学校保健員に直接配布した。小学校については学校保健センターが対象校の学校保健員宛に郵送した。結果、2015 年 5 月 19 日時点までに 200 校中 135 校から調査票の回答を得ることができた。有効回答数は 79 校であった。

図 1- 5　トゥアティエンフエ省地図（筆者作成）

第７節 倫理的配慮

倫理的配慮として、2013 年 10 月保健省インタビュー調査では、指導教員（教授）の署名入りの文書にて調査目的を説明し承認を得て実施した。2014 年 9 月インタビュー調査では学校保健センター長より対象として適当であると選定された機関について、フエ省教育訓練局及び外務局に対し、指導教員（教授）の署名入りの文書にて目的を明記した上で調査依頼を行い、承認を得られた機関および学校にインタビュー調査を行った。インタビュー時の録音は、被験者の了承を得た上で行った。2015 年 3 月質問紙調査では、2014 年 9 月の調査依頼文書にて計画を記載した上で、調査準備期間においては、調査票の表紙に調査目的および倫理的配慮を明記し、質問項目は学校保健センター長が確認を行い、センター長より合意を得た項目のみ使用した。調査対象者の調査票返送をもって調査目的に合意を得たとみなし、結果として使用した。

第８節 先行研究の検討（先行研究から関連研究の展開について）

（１） 学校保健に関する先行研究

日本における学校保健研究は、子どもの健康問題をテーマにした文献が多い。岡田（2011）によれば、日本学校保健学会の掲載論文のうち大部分は量的研究であり、質的研究もしくはトライアンギュレーションにて取り扱っているテーマの 2/3 程度は、保健室、養護教諭に関する内容であるという [25]。戦後の日本の学校保健行財政については、友定(1975、1976)[26]によって整理され、その後、七木田（2003）[27]は第 2 次世界大戦前に実施された学校衛生調査の戦後の学校保健政策での位置づけを検討し、守屋、津島（2003）[28]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ほか、宍戸（2006）が学校看護師が養護訓導となるまでの身分確立運動等の動向をまとめた [29]。日本の過去の政策動向や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一事例として参照できるが、それ以降の学校保健行財政に関して扱った文献は管見の限り見当たらない。諸外国の学校保健を扱った文献には先述の高石・詫間（1983）の他、近年では韓国 [30]、米国 [31,32]、ミャンマー[33,34]、ラオス [35]、ネパール [36]等の学校保健を扱った文献があるが、学校保健行政は概略を示すまでに留まる。

（２） 国際学校保健や国際協力イニシアチブに関する先行研究

2000 年に FRESH イニシアチブが提唱されたことは先述したが、FRESH や世界銀行による学校保健協力については、浅井（2003）[37]、木島（2003）[38]が取り扱っている。また、同年より国際的に学校保健が関心を集め、日本、英国、タイの大学・NGO によって中・後進国を対象とした学校保健による国際協力が試みられており、毎年開催されるアジア学校保健研修には 10 カ国以上からの参加がある [39]。小林は 2007 年頃より“Beyond deworming（寄生虫対策を越えて）”として、これまでの感染症対策を中心とした学校保健協力から、持続

的な学校保健を行うための取り組みについての模索が続いていることを指摘した[40]。近年、WHO では自国の学校保健を簡単にモニタリングできるツールとして、Rapid Assessment and Action Planning Process (RAAPP)を提案し、これまでに 1999 年にインドネシアで、2000 年にナイジェリアで RAAPP の取組による学校保健政策展開事例が紹介されている[41]。

米国、英国やその他諸外国においても、学校保健の概念はすでに存在しており、特に米国では国内の学校保健学会（School Health Association）を有している。学校保健における連携について精神保健分野での事例研究等はあるが、教育および保健医療行政における連携を取り扱った文献は管見のかぎり見当たらない。

（３） ベトナムにおける教育、保健医療、学校保健に関する先行研究

ベトナムの教育政策を扱ったものには石村（2005）[42]、潮木他（2008）[43]、London（2011）[44]、南部他（2011）[45]がある。保健医療分野では松田（1994）[46]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。ベトナムの学校保健研究としての主な文献としては 2009 年に保健省とハノイ医科大学の共同研究にて、次年度の政策評価に向けて包括的にまとめられた[47]が、いずれも学校保健の歴史、政策については概略のみ示されているのみであった。ベトナムにおける学校保健政策の歴史的背景に係る資料は、保健省担当官から対米戦争の影響で消失したものがあるとの説明があり、参照することが非常に困難な状態である。海外の文献においても、ベトナムの学校保健を取り扱った研究および文献は、管見の限り見当たらない。

（４） 教育と複数省庁間の連携、保健医療分野の連携に関する先行研究

複数省庁間の連携に関する先行研究として、稲生（2010）が「行政組織を核に協働が行われる現実の、あるいは、仮想的なシステム」として「公共領域」という概念を設定しながら、協働という関係性および形態について理論的に論じ示すことを試みている[48]。吉池・栄（2009）は、保健医療福祉領域において「連携」が実践者間で共有する事項として浸透している一方で、「連携」概念に関する研究が多くなく、未だ実践現場で語られる「連携」という用語には共通基盤となりうる概念理解は定着していない実態を踏まえ、先行研究から「連携」の概念の抽出を試みた[49]。朴（2003）は、これまでの官僚制組織の伝統的モデルともいえるヒエラルキー組織に対し、根本的に異なる存在としてのネットワーク組織について扱った[50]。教育分野における連携を取り扱った文献は、J-Stage 検索によると 2 万を超える研究報告（査読あり）があり、主に工学系分野の産学官連携等の事例研究が多かった。その中で、村上（2012）は、教育政策における省庁間の連携を扱った先行研究では「連携」をみるにあたり通達のやり取りや関係外郭団体の動向といったハード面に着目したことが多いこと、一般的な視点として省庁間の連携を捉えるものが定められていないこと、形の上では連携がなされているように見えても実際には関係各省の「省益」がそっくりそのまま守られている場

合があり、教育政策において複数省庁が連携を図ることが難しいことを指摘しつつ、キャリア教育政策における省庁間の関係について、ネットワーク組織の視点を援用した分析を試みた[51]研究や、同じく村上（2016）がキャリア教育の政策展開に関わるアクターに注目し、イシュー・ネットワークの視座で捉えること試みた研究[52]がある。また、海外では、主にグレイ（Gray Barbara）（1989）[53]、グレイ＝ウッド（Gray and Donna J.Wood）（1991）[54]が、”Collaboration”＝連携のための理論を提起し、また近年では、Christopher Ansell and Jacob Torfing（2014）編著[55]にて、水道や公共サービス領域での官民連携の事例について分析を行っているが、学校保健という分野における公的機関同士の連携について、学校保健政策および行政の観点から分析することを試みた文献は、管見のかぎり見当たらない。

（５） 比較教育学分野での先行研究

学会誌「比較教育学研究」に掲載されている先行研究として、学校保健関連では、吉中（2003）がミャンマーにて新たに策定された保健教育についての研究を行った[56]のみである。連携についてはおよそ 100 件の論文が検索されたものの、連携のあり方の解明を主目的とした研究は限られる。例えば、金子（2000）が子どもの危機への対応に関する学校と地域社会との連携に関する研究を行っているが、対象 18 か国への調査結果についてその主な活動の抽出と、活動事例を整理するまでに留まる[57]。宮越（2007）は、イギリスを事例として、教育変革における公私協働が政策としてどのように進められたのか、政策分析を行った[58]。しかし、ベトナムの学校保健における連携について取り扱った文献や、教育と保健医療分野の連携を体系的に分析した研究は、管見のかぎり見当たらない。

（６） 先行研究からみる今後の研究課題と本論文の位置づけ

前述のとおり、先行研究により日本の学校保健に関する研究は、長い歴史とともに多くの知見の蓄積は見られる一方、学校保健行財政の視点から学校保健を分析した研究は非常に少ない。国際的な教育協力や保健医療協力という視点での研究は多くみられる一方で、学校保健という分野において、歴史・行財政等を総合的に俯瞰し、教育と保健医療の連携という視点から、課題の根底に見られる概念を研究するという試みは現時点では見られない。また、教育行政学においても、学校保健を扱った文献そのものの数が多くなく、また、諸外国の事例をもとに学校保健分野での連携のあり方を考察している点で新規性を有している。

ベトナムの学校保健研究は、2000 年学校保健政策の施策が始まって以降、保健医療分野において子どもの健康状態に係る医学的観点からの研究はあるものの、歴史的背景を整理した日本のみならず、諸外国においても研究や文献は管見の限り見られない。また、対米戦争を経たため既存の資料が非常に少ないことを前提条件としつつ、現時点であればベトナムの学校保健が歴史的に見ても比較的日が浅いこと、2000 年学校保健政策への取り組みが始まる前の状態であった時期を知る関係者が存命である点で、インタビュー調査等を通じて研究として記録することに意義があると考える。

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実地調査・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る。

第９節　「連携」の定義、学校保健研究を行う上での留意点

学校保健における教育と保健医療の連携を明らかにすることを研究課題とするにあたり、前述の先行研究から、本研究における連携の概念、捉える枠組みについて整理する。

（１）　連携の構成要素と定義

吉池・栄（2009）は、保健医療福祉領域において連携が実践者の共有する事項として浸透しているものの「連携」概念に関する研究は多くなく、その理論化は近年の研究によるものが主であること、未だ実践現場で語られる「連携」という用語には共通基盤となりうる概念理解は定着していない[59]ことに着目し、先行研究からその概念の抽出を試みた。そして、連携は①同一目的の一致、②複数の主体と役割、③役割と責任の相互確認、④情報の共有、⑤連続的な相互関係過程、の５要素によって構成されるとし、また「連携」について「共有化された目的をもつ複数の人及び機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である」と定義した[60]。

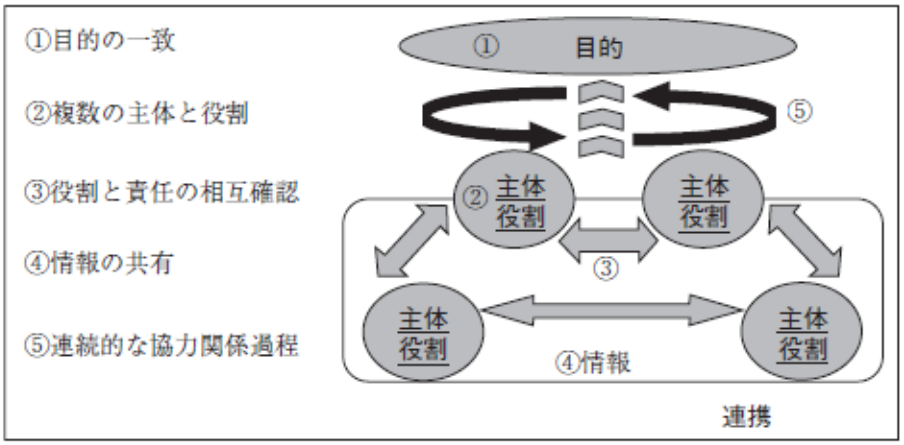


図 1- 6　「連携」の構成要素

出所：吉池毅志、栄セツコ「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－」『桃山学院大学総合研究所紀要』第 34 巻 3 号、2009 年、p112 より引用

なお、吉池・栄（2009）は、実践現場において、「連携」「チームワーク」「協働」といっ

た用語を用いながら同様の概念を意味している場合があり、一方で「連携」という用語を用いながら、異なるものを指摘している場合があること、訳語としての「連携」という用語についても同様であるとした[61]。野中によれば、海外の研究者が用いる“linkage” “coordination” “cooperation” “collaboration” などの用語は、いずれも「連携」と訳されることがあり、野中は構成員相互の関係性の密度に着眼して、第一段階の「Linkage＝連結」、第二段階の「Coordination＝調整」、第三段階の「Cooperation＝連携」、第四段階の「Collaboration＝協働」と訳し分けられるのではないかと提案している[62]。

（２） 協働（Collaboration）および協働的提携(Collaborative alliances)

前述した国際的な学校保健の潮流の中で、教育分野と保健医療分野との連携を示す際に、FRESH イニシアチブにおいては“Partnership”、また WSCC では“Collaboration”という用語が用いられたことに着目し、「Collaboration＝協働」について、その概念および構成要素を整理する。

グレイ（1989）は、協働（Collaboration）とは「ある問題の持つ異なった側面を認める複数の集団が、これらの局面の相違を建設的に考察することが可能なプロセスであり、かつ、何が可能かということについて個々のかぎられた見方を超える解決策を探すことである」とした[63]。また、協働の定義を受けて、協働的提携（Collaborative alliances）を「複数かつ多大な時間を要するために、一面的な組織行動によっては解決することができない問題を処理するための組織間の努力」として規定している。グレイ＝ウッド（1991）は、協働が「過程（Process）」に関わり、協働的提携が「形態（form）」であるとしたが、その形態の内容は必ずしも明らかにされていない。稲生（2010）は子細に協働および協働的提携の定義を見る中で、①何らかの問題が生じており、②問題の解決を目指し、③多様な背景を有する当事者の関与を前提とすることが含まれるとした。グレイ＝ウッドはケーススタディの中で、①提携に至る「前提条件」例えば動機や環境的な刺激因、②目的達成のために相互交渉を行う「プロセス」、③成果の 3 点について今後さらなる理論化を図ることが重要であることを確認した[64]。稲生はここに④構造分析を伴うことも付加すべきであるとした[65]。

長谷川（2003）は、環境政策に関連した「協働」を“Collaboration”と理解し、協働を「複数の主体が対等な資格で、具体的な課題達成のために行う、非制度的で限定的な協力関係ないし共同作業である」とした[66]。他方、別の論文では「コラボレーションとは、＜①対等で、領域横断的で、プロジェクト限定的で、透明で開かれた協働作業、協働関係＞である」とも言っている。他方、「対等な主体間関係」を強調するために“Partnership”と理解することも多い。稲生は、“Collaboration”と“Partnership”という 2 つの用語に関しては、実質的にみれば双方の間に径庭はなく、主体に注目するか行為に注目するかの差に過ぎないと述べている[67]。

以上をもとに、稲生（2010）は「協働とは、複数の組織ないしは行為者が、対等な資格で、政策的課題の解決のために、領域横断的に行う、自発的かつ透明で開かれた協力関係ないし共同作業である。」と定義した。ここで、協働が示す「対等」の意味について、対等は文字

通り協力関係あるいは共同作業を行っている主体の間に、優劣や高下のないことを指している。「連携」においては組織ないし行為者の関係性については述べていない。協働は連携よりもその主体者の位置づけを明確に示しているといえる。

本研究にて連携を検証するにあたり、グレイ＝ウッドのケーススタディにおける視点と稲生の指摘を参考にして、①形成の要因となる社会的背景（前提条件）、②連携体制を形成するまでの過程（プロセス）、③連携したことによる成果、④連携体制の具体的構造についてできる限りの情報を収集し、整理する。

（３） 学校保健研究を行う上での留意点

学校保健研究を行うにあたっては、学校保健に係る先行研究をもとに留意すべき点について整理する。

日本では学校保健は 100 年を超える歴史があり、国内外の学校保健をテーマとした研究は決して新しいものではない。日本の学校保健に関する主要な学会のひとつである日本学校保健学会は 1954 年に創設されて以来 60 年以上の歴史がある[68]ことに加え、1960 年代から日本の研究者、教育行政官が諸外国の学校保健調査を行った研修出張報告の記録がある[69]。1983 年には高石、詫間、江口らによって、諸外国の学校保健を調査した結果について著書としてまとめられているが、一方で、「学校保健」を理解することの難しさについて、江口は「諸外国の学校保健を論ずるにあたっては、立場や観点によって異なったとらえ方が行われることはやむをえない」としながらも、「我が国においてさえ学校保健という言葉を、例えば、保健教育と保健管理と学校保健組織活動の三つによって構成されるとする者、保健教育と保健管理の二つによって構成されるとする者、および学校保健管理を学校保健と理解している者があるように、その理解は必ずしも一様ではない」こと、また、「教育に関与している者と保健医療に関与している者とでは、一般的に興味や関心が異なっており、学校保健についても、前者は保健教育のあり方に比重を置き、保健医療関係者は保健管理のあり方に比重を置くか、あるいはむしろ、学校保健管理そのものを学校保健とする場合が少なくない」点や、「諸外国の学校保健についても、その概念は必ずしも明確でない場合が少なくないようであるし、また、我が国に紹介される場合に、紹介する人の立場によって、同じ国のことを紹介するのに比重の置きかたによって、異なった印象を与えるような記載がみられる」として、学校保健を説明する際の概念の曖昧さを指摘した。加えて、「それぞれの国の教育制度および保健医療制度を理解することが必要であるが、一方、学校保健の概念があいまいなことから、教育制度を把握理解するだけでは、学校保健を理解することは困難である」こと、や「国によっては統一された制度や体制がなく、州の自治に任されているために、国レベルでは把握や理解が困難な国もある」ため、制度のみならず、その国の行政体制を踏まえて理解する必要性を示した[70]。

もちろん、現代に至るまでに、日本国内での学校保健については一定のコンセンサスが得

られるなど進歩したところもあるが、江口の指摘は現代においてもなお、通じるところがあるようにも見受けられる。諸外国の学校保健研究を行うにあたり、下の点に留意して研究デザインを構築する。

・教育と保健医療というふたつの分野が関わる領域であることから、双方の情報を可能な限り収集することを試みる。

・本研究は、学校保健における教育および保健医療の連携を明らかにするための、政策および行政学研究である。

・教育制度、保健医療制度のみでは学校保健を理解することは困難であるため、学校における現状を把握できる研究デザインを構築する。

・国によっては国レベルでは把握や理解が困難な場合があるため、可能な限り、地方行政レベル、学校レベルでの調査を行い、その全体像の把握を試みる。

第１０節　　用語の定義

本研究で扱う主な用語については、以下のとおり定義する。

- 学校保健…Y tế học đường, Y tế trường học / School Health
  ベトナムでは、1960 年代より英文記録に School health という文言が含まれるほか、1960 年に Y tế tại trường（直訳＝学校での医療保健）、2000 年には Y tế học đường（直訳＝児童生徒の医療保健），近年では Y tế trường học（直訳＝学校医療保健）という言葉で示される活動がある。これを和訳で学校保健と示した。この言葉が何を示すのかについては、本論の中で説明する。
- 連携…Phối hợp / Cooperation / Linkage / Coordination
  同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり，協力し合って物事を行うこと（広辞苑）。
  但し、「連携」と「協働」の用語の定義に関して中村他（2012）は、“linkage“ ”coordination” “cooperation” “collaboration”などの用語が明確に区別なく翻訳され日本で使用されていることによる用語の混乱があり、「連携」の定義・概念も不明確で、各々の専門家に整理されている段階であることを指摘した [71]。本論文においても、2000 年学校保健政策（ベトナム語原本）の中で「教育訓練省と保健省が連携（phối hợp）して計画立案する」という一文があるが、現時点では仮訳として「連携」という用語を用いることとした。
- 協働…Collaboration / Partnership
  本論文では、協働について稲生が示した「複数の組織ないしは行為者が、対等な資格で、政策的課題の解決のために、領域横断的に行う、自発的かつ透明で開かれた協力関係ないし共同作業」と定義する。
- 学校保健員…Cán bộ y tế trường học / School health staff
  学校保健を主として担当する職員を示す。直訳すると Cán bộ ＝主事・担当者、y tế trường

học＝学校保健となるため、「学校保健」の「担当員」として、「学校保健員」と訳すこととした。学校保健員には、学校保健を主として担当する専任学校保健員と、会計等他の業務を主としながら兼任で学校保健を司る兼任学校保健員がある。英訳については、保健省予防医療局担当行政官、フエ省教育訓練局学校保健センター長と職務内容を含めて検討し、School health staff と訳すこととした。学校で学校保健を専門的に担当する役職を指す。

- 保健省…　Bộ Y tế / Ministry of Health
  日本の厚生労働省の厚生分野に相当する中央政府機関。
- 教育訓練省…Bộ Giáo dục và Đào tạo / 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。「教育省」は 1990 年以前も何度が改称されているが、文献によっては当時の越－英、越－日訳が正しく対応できていない可能性もあり現在確認中である。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。
- 労働傷病兵社会福祉省…Bộ Lao đông, thương bịnh và xã hội /
  Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs
  日本の厚生労働省の労働分野に相当する中央政府機関。ベトナム教育には職業訓練校や大学も含まれるため、教育は教育訓練省と同省が関わると規定された。麻薬撲滅等の社会問題や特別支援教育は同省の責務として規定されている。
- 医療保険…Bảo hiểm y tế / 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。
- 学校医療保険…Bảo hiểm y tế trường học/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。施策当初は、保健省管轄である医療保険局にて取り扱っていたが、2002 年に社会保険局のもとで運用されている。
- 学校保健センター…Trung tâm y tế học đường / School health center
  フエ省教育訓練局内に設置された学校保健のための専門機関

引用文献

[1]山田肖子「「万人のための教育(Education for All: EFA)」国際開発目標が途上国内で持つ意味ーエチオピア国における政府と家計へのインパクトー」『GRIPS 開発フォーラム』2006 年、p2
[2]日本国際保健医療学会『国際保健医療学　第 2 版』（株）杏林書院、2005 年、p119－120
[3]日本国際保健医療学会、前掲書、2005 年、p241
[4]衛藤隆「Health Promoting School の概念と実践」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第 44 巻、2004 年、p451-456
[5]渡邉正樹『健康教育ナビゲーター知っておきたいキーワード 210』大修館書店、2005 年、p10
[6]World Health Organization ”Global school health initiative” http://www.who.int./school_youth_health/gshi/en/ Accessed on 8 August 2007
[7]杉村美紀「ベトナムにおける基礎教育普遍化への取り組みー質的拡充と女子教育の格差是正ー」『科学研究費補助金基盤研究（B）（1）課題番号：13571008　研究成果報告書』上智大学　2001-2003 年度、p2
[8]木島ちとせ「世界銀行の学校保健の取り組みー国際的なパートナーシップを中心にー」『国際教育協力拠点システムアーカイブス　情報番号１４１』早稲田大学大学院アジア太平洋研究科、2003 年、p7 http://e-archive.criced.tsukuba.ac.jp/result_data.php?idx_key=141
[9]浅井康男「世界銀行の学校保健分野の取り組み―アプローチを中心に―」『国際教育協力拠点システムアーカイブス　情報番号１４２』早稲田大学大学院アジア太平洋研究科 、2003 年、p4 http://e-archive.criced.tsukuba.ac.jp/result_data.php?idx_key=142 Accessed on 1 January 2008
[10]木島ちとせ、前掲書、2003 年、p8
[11]世界銀行東京事務所ホームページ「ベトナムは教育制度の拡充を図っています」 http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:21211199~menuPK:3327646~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074568,00.html Accessed on 1 January 2008
[12]ベトナム保健省ホームページ http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoList.jsp?area=58&cat=1455, Accessed on 2 July 2007
[13]UNESCO ”A FRESH start in Viet Nam” http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=32814&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html Accessed on 28 August 2007
[14]外務省「ベトナムで活動するＮＧＯとの意見交換」 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kondankai/senryaku/vietnam/giji_030422.html Accessed on 1 July 2007
[15]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 Accessed on 8 January 2015
[16]浅井康男、前掲書、2003 年、p10-11

[17]Centers for Disease Control and Prevention ”The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)” http://www.cdc.gov/healthyschools/wscc/wsccmodel_update_508tagged.pdf Accessed on 28 December 2015、p4

[18]政策研究大学院大学「 PRSP(Poverty Reduction Strategy Papers) の多様化-成長志向型貧困削減のモデルとしてのベトナム-」、GRIPS 開発フォーラム、2002 年 http://www.grips.ac.jp/forum/module/prsp/Jmain.html Accessed on 29 December 2015

[19]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 Accessed on 8 January 2015

[20]宍戸洲美「日本の養護教諭制度の発展過程に関する一考察-初期から養護訓導まで」『帝京短期大学紀要』第 14 巻、帝京短期大学、2006 年、p24-27

[21]友定保博「学校保健の行財政に関する研究」（第 2 報）『研究論叢 第 3 部 芸術・体育・教育・心理』第 25 巻、山口大学教育学部 1976 年、p20-27

[22]政策研究大学院大学、前掲書、2002 年

[23]政策研究大学院大学、前掲書、2002 年

[24]徳田修司「離島・僻地における養護教諭の職務」『鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要』第 16 巻、2006 年、p25 -36

[25]岡田加奈子「養護教諭に関連した質的研究とその課題」『保健の科学』第 53 巻第 5 号、2011 年、p298-299

[26]友定保博「学校保健の行財政に関する研究」『研究論叢 第 3 部 芸術・体育・教育・心理』山口大学教育学部、（第 1 報）第 24 巻、1975 年、p17-29、（第 2 報）第 25 巻、1976 年、p19-35

[27]七木田文彦「『日本ニ於ケル學校衞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、p121-144

[28]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.13No.1、2003 年、p127-131

[29]宍戸洲美、前掲書、2006 年、p23-27

[30]宍戸洲美「養護教諭の職務に関する質的研究-日韓同類職種の比較から-」『帝京短期大学紀要』 2012 年

[31]岡田加奈子「養護教諭とアメリカのスクールナースの保健医療的視点からの検討」『日本保健医療行動科学会年報』日本保健医療行動科学会 第 13 巻、1998 年、p239-255

[32]津島ひろ江、他「我が国と米国の学校保健コーディネーター養成と習得プログラム」『川崎医療福祉学会誌』第 16 巻 1 号、2006 年、p141-150

[33]文部科学省「ヘルス・クォーリティ・コントロールによる学校保健開発プロジェクトの実践 大妻女子大学人間生活科学研究所行動疫学研究部門」『国際教育協力拠点システム構築事業（学校保健領域）報告書』2005 年

[34]吉中麻樹「ミャンマーにおける学校保健教育の特質-新設科目「ライフスキル」に焦点を当てて-」『比較教育学研究』第 29 号、2003 年、p133-150

[35]友川幸「ラオスにおける学校保健の現状と課題－教育分野と保健医療分野の連携による国家学校保健政策の策定を中心として－」『Journal of International Development and Cooperation』第 12 巻 2 号、広島大学、2006 年、p87-101

[36]神馬征峰「ネパール農村における公衆衛生活動のための人材育成-ネパール学校・地域保

健プロジェクトによるボトムアップ式アプローチの事例 (特集 国際保健における人材養成)」『公衆衛生研究』第 49 巻 1 号、国立公衆衛生院、2003 年、p37-43

[37]浅井康男、前掲書、2003 年

[38]木島ちとせ、前掲書、2003 年

[39]国際学校保健研究コンソーシアムホームページ
http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/schoolhealth/schoolhealth.jp/index.html
Accessed on 6 January 2016

[40]小林潤”Beyond deworming: the promotion of school-health-based interventions by Japan” ”Trends in Parasitology” Vol.23-1、2007 年、p25–29

[41]World Health Organization “Rapid Assessment and Action Planning Process”
http://www.who.int/school_youth_health/assessment/raapp/sch_raapp_summary.pdf
Accessed on 21 May 2017

[42]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

[43]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

[44]London, J. D. ”Historical Welfare regimes and education in Vietnam” ”Education in Vietnam” ISEAS Publishing, 2007

[45]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

[46]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

[47]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 phú hợp)』、2009 年

[48]稲生信男『協働の行政学－公共領域の組織過程論－』勁草書房、2010 年

[49]吉池毅志、栄セツコ「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－」『桃山学院大学総合研究所紀要』第 34 巻 3 号、2009 年、p109-122

[50]朴寛容『ネットワーク組織論』ミネルヴァ書房、2003 年

[51]村上純一「キャリア教育政策における省庁間の関係 : 組織論の観点を用いて」『東京大学大学院教育学研究科紀要』、東京大学、第 52 巻、2012 年、p514

[52]村上純一「キャリア教育政策をめぐるイシュー・ネットワークの変遷」『教育学研究』日本教育学会、第 83 巻 2 号、2016 年、p181-193

[53]Gray Barbara ”Collaborating: Finding common ground for multiparty Problems”, 1989

[54]Gray Barbara and Donna J.Wood “Collaboration Alliance: Moving from practice Theory”, Journal of Applied Behavioral Science 27(1), 1991

[55]Christopher Ansell, Jacob Torfing ”Public innovation through collaboration and design (Routledge critical studies in public management ; 19)”, Routledge, 2014

[56]吉中麻樹、前掲書、2003 年、p133-150

[57]金子忠史「子どもの危機への対応: 学校と地域社会との連携」『比較教育学研究』第 26 号、2000 年、p76-87

[58]宮腰英一「教育変革における公私協働: イギリスと日本」『比較教育学研究』第 34 号、

2007 年、p108-123

[59]吉池・栄、前掲書、2009 年、p110

[60]吉池・栄、前掲書、2009 年、p117

[61]吉池・栄、前掲書、2009 年、p112

[62]野中猛『図説ケアチーム』中央法規出版、2007 年、pp14-15

[63]Gray Barbara、前掲書、1989 年

[64]Gray Barbara and Donna J.Wood 、前掲書、1991 年、pp3-22（稲生、前掲書、2010 年、p85）

[65]稲生信男、前掲書、2010 年、p85

[66]長谷川公一『環境運動と新しい公共圏：環境社会学のパースペクティブ』有斐閣、2003 年、pp183-184

[67]稲生信男、前掲書、2010 年、p45

[68]日本学校保健学会『学校保健研究総索引』ワタヒキ印刷株式会社、2003 年、p i

[69]村江通介「私の見た諸外国の学校」『学校保健研究』第 5 巻(8)、1963 年、 p20-27

[70]高石昌弘、詫間晋平他「第 18 巻　諸外国の学校保健」『現代学校保健全集』株式会社ぎょうせい、1983 年、p272

[71]中村誠文、岡田明日香、藤田千鶴子「「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観：概念整理と心理臨床領域における今後の課題」『鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要』第 7 巻 、2012 年、p5

第２章

ベトナムの学校保健に関する国家政策の動向と制度の枠組み

第２章 ベトナムの学校保健に関する国家政策の動向と制度の枠組み

第１節 はじめに

（１） 本章の目的

第 2 章では、ベトナムが 1945 年の独立以降、対米戦争、ドイモイ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での展開過程の解明を行う。

（２） 本章の構成

本章は、本節とまとめを含めて計 3 節で構成される。

第 1 節では、本章の目的および構成を示す。第 2 節にて、ベトナムにおける学校保健政策の展開過程を整理し、第 3 節にて現行の学校保健政策および制度の枠組み、中央政府である保健省の 2014 年時点の活動計画をまとめた。第 4 節で本章全体のまとめを行う。

なお、ベトナムの基礎情報となる概要、行政構造、教育および保健医療分野における政策動向については、資料編 1 として文末に付した。

第２節 ベトナムの学校保健政策の展開過程

（１） ベトナムの国家独立と南北分断以前の動向

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[注 1]。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、ホーチミン氏が中心となった「革命政権が誕生した[1]」。保健医療分野では、8 月革命を機にこれまでフランス人が設置した「東洋保健局」や「パスツール研究所」ではない、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[2]。教育分野においても、1945 年に教育省が設立され、校種、履修学年等の新たな教育システムを構築した。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、学費を公費で賄うとした[3]。

ここで、建国の父と呼ばれるホーチミン氏が目指した国はどのようなものであったのか。その思想の背景には、今日においてもなおベトナム文化および社会規範の根幹に深く根付く儒教の存在が窺える。簡単ではあるが、ベトナムの儒教の歴史についても少しばかり触れる。ベトナムに儒教が伝わったのは秦の始皇帝が中国を統一した頃と考えられている。その後、李朝の 1075 年において、中国の干渉を防ぐために中国より伝来した仏教を国学とし、また新しい官僚機構として科挙の制を布した。郷試は国内各地で、会試は当時の都（ハノイ）で実施されるいわば選別試験であり、会試は郷試の合格者だけが受験できた。ホーチミン氏の祖先には科挙に合格した者が数人おり、父親も郷試に合格し、またホーチミン氏本人も 1889 年に郷試、1901 年に会試に合格している[4]。小林（2004）は、これらの幼少の頃の環境

注1 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。

がその世界観や共産主義に対する理解に大きな影響を与え、形を変えて現代に生きていると考えられると述べた。現代においても、ベトナム人が今でも大学入学資格を秀才、大学卒業者を挙人、学位取得者を進士と称しており、儒教がベトナム文化に及ぼしている影響が大きいことが見て取れる[5]。人民のモラルという点で、高い識字率や義務・礼節・善行等を重んじる風潮に作用していることに加え、年功序列の意識、親への孝と祖先への敬意の念は強い。

また、ホーチミン氏がベトナムで社会主義を推進しようとしたその原点を探るにあたり、ホーチミン氏の回想記『わたしをレーニン主義にみちびいた道』の中で、レーニン主義について次のように述べている。「はじめは、おもに共産主義ではなくて、愛国主義から、わたしは、レーニンを信じ、第3インターナショナルを信じるように導かれていったのである。わたしは一歩一歩、たたかいのなかで、マルクス・レーニン主義の理論を研究しながら、実際的な活動をおこない、社会主義、共産主義のみが、世界の被抑圧民族および勤労人民を奴隷のくびきから解放することができることを、だんだんと知るようになった。」。岩名（1975）はこれを引用した上で、当時のベトナムがフランス植民地主義の過酷な収奪と圧制のもと、飢えと隷属にひしがれていた中で何よりも求められていたのは救国の道であり、民族解放の理論であったこと、それはいわば科学的社会主義、マルクス・レーニン主義一般のものと異なり、民族問題を含めた“ベトナムの”マルクス・レーニン主義の出発点ともなった。哲学をふくむ科学的社会主義の文献と思想がまず持ち込まれ、次いでその土壌の上にその国の革命理論が生み出されていくという、他の諸国の例とはいちじるしく異なるベトナムの社会主義の特殊性をなしたことを指摘している[6]。

（２） ベトナム南北の分断と学校保健政策のはじまり

1945 年ベトナム独立宣言の後も、フランスは幾度となくベトナム侵攻を続けていた。第一次インドシナ戦争（1946－54 年）と呼ばれる戦いは、1954 年にジュネーブ協定が締結されるまで続くが、同協定によって、ベトナムは北緯 17 度線を境として北側にてホーチミン氏が率いるベトナム民主共和国と、南側にて米国の支援を受けながらゴー・ティ・ジェム氏が率いるベトナム共和国に分断されることとなる。

①北ベトナム／ベトナム民主共和国における教育、保健医療、学校保健の動向

北緯 17 度線以北のベトナム民主共和国では、引き続きホーチミン氏が率いる労働党が政権の舵取りを行うこととなった。1958 年より本格的に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[7]」とされる。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。その背景には、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[8]。

当時、労働党にてホーチミン氏に次ぐ第一書記として、またベトナム共産党では書記長と

いう最高指導者であったレ・ズアン氏は社会主義革命を推進した中心的人物でもあるが、1972 年に出版された著書の中で「技術革命をかなめとする三つの革命を勝利のうちに実現するため、全力をあげて、プロレタリアートの執権を強化し、党の指導的役割、国家の組織し管理する役割、および勤労大衆の集団の主人公としての精神を高度に発揮することは、わが国の社会主義革命の法則性をもった基本的な方向であり、わが国における資本主義を経ない社会主義への移行の不可欠な内容である」と述べた[9]。ズオン（1975）は「社会主義が生まれる以前には、勤労大衆の集団の主人公としての役割はありえなかった。社会主義革命こそが、はじめて人民に主人公の地位をもたらし、社会主義制度は、経済、政治、社会、文化のあらゆる面で、勤労大衆の主人公としての権利を保証する[10]」一方で、大衆が社会の主人公となるためには、各人が個人的利益の狭い領域で主人公となるのではなく、「労働を重視し、生産を重視し、公共財産を重視する態度に体現されなければなら」ず、「個人、家庭、合作社、国家の利益は統一されていることを理解させ、個人の利益、家庭の利益を、集団の利益、国家の利益と対立させないようにする」必要があったこと、これこそが社会主義革命の主観的要素のひとつとなっていたと述べた[11]。

1960 年代に入ると、学校保健という概念は、保健医療および教育の両側面からの関心事項となる[注2]。1964 年 2 月 27 日付教育省－保健省連名通達 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[注3]。その 5 年後となる 1969 年、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」が発出される。学校保健政策の前身ともいえる同政策の前文には、「子どもの健康は（国家の）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」とあり、子どもの健康を国家政策の重要課題として捉えていたことがわかる。

同政策により、子どもの健康に関わる主幹機関は教育省であるとし、保健省、スポーツ関連機関、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担当者、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・保健予防センター等の各所管機関による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教員を省・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。

注2 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。

注3 現時点で把握できる学校保健分野の教育省－保健省連名通達では同政策が最初となる。

②南ベトナム／ベトナム共和国における教育、保健医療、学校保健の動向

ベトナム共和国（南ベトナム）では、1954 年に共産圏拡大阻止をはかるアメリカが政治指導者として選んだゴー・ティ・ジェム氏が、（現在のフエ省に王都を持っていた）バオ・ダイ皇帝のもとで内閣を作り、翌 55 年、共産主義政権では自由な選挙は不可能としてジュネーブ協定の無効を宣言し、ジェムを大統領とする親米反共の独裁政権が成立した[12]。米国の支援を多く受けることができた南ベトナム／ベトナム共和国では、教育省報告によれば、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とされている[13]。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「文化・教育・青年省」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[14]。

（３） 対米戦争後からドイモイ政策以前のベトナム国内の社会状況と学校保健

ベトナム戦争は、北ベトナム／ベトナム民主共和国が勝利をおさめ、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[15]」。同戦争の影響で「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[注4]」という。

加えて、1970－80 年代のベトナムにおいては、1955 年に開始した農業集団化と都市部における配給制度（バオカップ制度）の施策が続いていた。農民は農業税に加えて、統合後の農業合作社を通じて安価に農産物を譲り渡し（強制買い上げ）、その対価として農業生産に必要な投入材（肥料、農機具、セメント、ガソリン等）や生活必需品の供給を受ける一方で、国家・党幹部、公務員、軍人、国営企業労働者、そしてこれらの職業に就いていた年金生活者には国家から配給切符が支給されていたものである。配給対象は開始当初にはコメと布だけであったが 65 年には 26 品目にまで拡大し、生活に必要なもののほとんどが配給対象となる中、ベトナム国内では工業生産が不振であったため農民に必要な物資を供給できず、農民は国家に対する食糧売却に消極的になるという問題が発生したのみならず、戦後には北部で行われていた統制経済・集団農業生産体制を南部にも強いたことで、1970 年代末になると特に南部ホーチミン市の市民が飢餓状態になるという事態が発生していた[注5,16]。1980 年初頭のベトナム栄養院の調査結果によれば、5 歳以下の子どもたちのうち、栄養失調による低体重児は約 51.5%もいたと示されている。その他、59.7%は栄養失調による低身長、50%の妊婦が貧血、毎年 5000－7000 人の子どもがビタミン A 不足による視覚障害を起こしていたとのことであった[17]。

注4　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。

注5　当時を知る関係者によれば、首都ハノイにおいてもバオカップ制度にて支給される食糧は非常に少なく、常にひもじい思いをしていた、との経験談が共有された。

そのような中、1975 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、大学・専門学校・職業訓練校等に医療関係者の配置が進められようとした。しかし、「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[注 6]」。南北の教育システムを統合し一つの国家教育システムとして実際に形成・運用できるようになったのは 1981 年のことであった [18]。

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」に関する政策が発出されたという記録がある。少し後の保健指標とはなるが、1986 年時点での疾病構造にて感染症が占める割合は 59.2%、ベトナムの死亡構造においてその原因が感染症である割合が 52.1%であった [19]。先述の栄養状況のデータと併せても、当時のベトナムにおける健康および衛生状況について、その深刻さが窺える数値である。

1985 年にバオカップ制度が廃止されたことは画期的であった一方で、ベトナム経済を混乱に陥れ、製品さらには食糧の販売価格の上昇につながった（図 2- 1）。

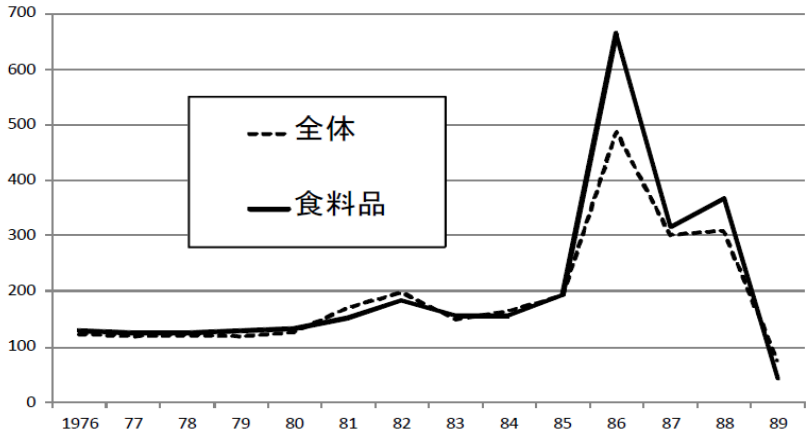


図 2- 1　ベトナムの物価上昇の推移（1976-89 年）

出所：岡江 恭史「第 3 章　ベトナム」『プロジェクト研究［主要国農業戦略］研究資料 第 7 号　平成 26 年度カントリーレポート インド，アルゼンチン，ベトナム，インドネシア』農林水産省 農林水産政策研究所、2015 年、p101 より引用

ベトナム戦争中は東側諸国からの援助によって財政赤字を埋め合わせていた国家財政は戦争が終結したことでそれができなくなり、財政赤字を貨幣増刷で埋め合わせ、物価上昇による通過不足を補うため旧 10 ドンを新 1 ドンに交換する通貨改革（デノミ）を行った。しかし政府が十分な新通貨を用意できなかったためベトナム通貨（ドン）に対する信認がさらに喪失する等の複合的な要素から、ハイパーインフレーションが起こった [20]。そうした中、ベトナム共産党は第 6 回共産党大会（1986 年）にて、ドイモイ（刷新）政策を採用し、市

注6　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。

場システムの導入と対外開放への転換を進めることを決定した。

（４） 1986 年ドイモイ政策と学校保健

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。大きな変容としては、社会主義セクター内であっても、市場原理を基軸とする生産単位ごとの独立経営方式へと転換されたこと、そして長期にわたって非社会主義セクターの存続を認め、それらを積極的に活用することが明示されたことである。また、公機関においても、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国内の諸機関に委ね、明示的な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[21]。このような変化は教育、医療の領域においても顕著に表れることとなり、まずは各分野の法整備に力を注がれることになった。

ベトナムの学校保健では、学校保健に特化した法律は存在しない。ただし、同政策の根拠として、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」の 3 つの法律があるとされているが、これらの法律は、相次いでこの時期に制定された。各法律にて学校保健に関連する項目は、以下のとおり示されている。

①人民保健法

人民保健法は、1989 年に制定された。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。

②教育法

ベトナム教育法は、1998 年に制定され、2005 年に改訂された。1998 年教育法において、第 2 条教育の目的に「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。2005 年教育法においては、同目的は「ベトナム人を道徳、知識、健康、審美眼、専門性を持ち、国家の独立と社会主義に忠実な、全体的に発達した人格に教育することであり、併せて、祖国の構築と防衛に資する、ひとりの尊厳ある、市民としての資質、能力を形成し、育成することである」 となった。また、義務教育の範囲が、旧法第 10 条で「国は義務教育の計画と水準について決定し、全国に義務教育を普及させるための諸条件を保障する政策をとる」との規定及び同第 22 条で、「小学校は義務教育」との規定をしていたが、新第 11 条「義務教育」で「１．初等教育及び前期中等教育は義務教育（Cấp giáo dục）である。政府は義務教育のための計画を決定し、国全体を通した義務教育の条件整備を行う」とされた 。

③子どもの養育・保護・教育法

1991 年に制定された「子どもの養育・保護・教育法」は、「子どもの権利条約」の理念のもとで制定された法律である。なお、同法律はベトナムが世界で初めて批准し法律を作成した。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。

また、このドイモイ政策が、間接的に各自治体の独立性を高めていたことを指摘する声がある。社会主義的中央集権化が進行していることは共通認識として存在している一方で、（国家によって大枠として承認されている範囲のものであるが）特にこの 1986 年のドイモイ政策以後に「むら」の復活が起こり、祭りや祝いの行事を軸として村落の≪共同性≫が復権していた[22]。ベトナムには「王法も村の垣根まで」という有名な諺がある。これは地方の独立、村落自治の完結性を意味するものであるが、橋本（2017）はこの諺から国家的≪公共性≫に対して民衆の≪公共性≫が対置されている例とみなすことができるし、≪共同性≫が対置されているとみなすこともできると述べた[23]。詳しくは第 3 章にて触れるものの、後の学校保健の展開過程において、このような中央集権体制が執られている中で、フエ省独自の学校保健行政体制（学校保健センターの設置）が採択され施策として進められた背景には、ドイモイ政策によって各自治体の具体的施策を国内の諸機関に委ねた時期とも重なることから、「むら＝（自治体）」の独立性、共同性の復権への理解や承認する風土が潜在的に影響を及ぼしていたと推察される。

（５） 医療保険制度および学校医療保険制度の開始

1986 年から始まったドイモイ政策の成果は、1989 年頃から徐々に現れ始めた。その中で、1988 年にベトナムにおいて医療保険制度が導入されることとなった。

今日のベトナム学校保健の財源となるものに、学校医療保険制度というものがあるが、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を、児童生徒分は学校で徴収する義務を学校に付したことから始まっている。その後「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健康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保険証を受け取り、各地区の保健センターで 1 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、学生は学校医療保険に加入する」ことを原則義務としながらも「（1994 年 8 月 27 日政令 95/CP に該当する）一部の児童生徒に関しては、支払い

が免除される」（第Ⅰ条）として、貧困層・低所得者の家庭への納付免除が記された。同保険料で推進される学校保健の活動として、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 人を超える学校については学校保健員を配置する（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ことが記載されたことである。また、児童生徒から徴収し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学校保健員手当、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）」とされた。学校医療保険料を使って学校に学校保健員を雇用することができるよう制度上は整えられたが、学校保健員の職務や手当の算出根拠については、明確になっていなかった。

（６） 教育・医療・文化の社会化政策（1997 年）と学校保健

時期を同じくして、1986 年から始まった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たのに加え、アジア経済危機の影響を受け外国直接投資が急減し、1999 年の成長率は 4.8％に低下した[24]。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の方向性について」において、大きな方針転換を図ったとみられる。ちなみに、ここでいう教育の社会化とは、教育社会学でいう「社会化」ではない。「社会全体、人民の幅広い参加を動員し、組織していくこと」であり、「健全な社会・経済環境を整備し、改善していく人民の各層・級の責任連帯組織（Công đồng trách nhiệm＝「共同責任」）を作ること」であった[25]。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[26]で、いわゆる「公共サービス部門の民営化」が進められようとした[27]。教育に関する部分の主張としては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。「規制緩和」ともいえる内容である。なお、1998 年に制定された「ベトナム教育法」でも、「教育の社会化」が定められている。続く 1999 年には政令 73/1999 が発出され、「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出された。

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する教育訓練省－保健省連名通達 40/1998/TTLT-BGDDT-BYT「学校医療保険の方針について」が発出された。序文にて「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」では学校、病院等医療機関、医療保険局のそれ

ぞれの役割分担についてより明確に示されることとなった。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、保険適用対象となる診察・治療項目についても具体的に示されるようになった。徴収した保険料の内訳について、60%は診察治療基金、4%が各行政区の医療保険局の手数料、1%が中央医療保険局、そして35%を学校保健関連経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と学校保健員手当に、5%が学校医療保険の広報活動費に充てるとされており、中央および行政区の医療保険局への手数料納付が追記され、また学校医療保険制度の広報活動を強化することとなっていた。

なお、1998年よりWHOがベトナムにてヘルスプロモーティングスクール／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[28]。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。

（７） 2000年学校保健政策

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。同通達に関し、ベトナム保健省予防医療局副局長およびトゥアティエンフエ省学校保健センター長へのインタビュー調査のいずれにおいても、ベトナム学校保健政策が全国で展開される上で、同政策が大きな転換ポイントであったとの発話があった。

なお、同年4月にセネガル・ダカールで開催された世界教育フォーラムにおいて、EFA（Education For All）行動計画の策定が合意され、ベトナムも世界銀行によりEFA目標の早期達成を目指す26カ国の候補国のひとつに含まれた。ダカール行動計画では、すべての子どもが2015年までに質の高い初等教育を修了できるようにすることが謳われ、教育の質の向上、男女間の就学格差の解消が確認されており、ベトナムも1990年代からの基礎教育普遍化を一層発展させる方針をとった[29]。一般的に、援助依存度の高い国において援助機関の意向や国際的潮流が政策に反映される度合いが高いと言われる[30]が、ベトナムにおいても、このような潮流に合わせて同政策を発出したとも推測できる。実際に2000年を境にフエ省にて学校保健関連事業に対する海外からの支援やプロジェクトが増えたとの記録がある（詳細は第3章にて示す）。ベトナムの特長として、すでに学校保健に関する方針や政策はいくつか存在していたため、2000年に学校保健政策を発出することはさほど困難ではなかったと予想する。同通達にて、中央省庁から各行政区の執行機関まで詳細に指示が記載され、保健省は主に国家計画の策定と連携の促進を、各行政区の保健局・保健センターは学校保健員の配置と学校等教育分野への支援を、教育訓練省は教育関連機関の事業管理・参謀を、行政省レベルの教育訓練局は専任アドバイザーとして医師を雇用すること、下位レベルの教育訓練局は専任もしくは兼任の学校保健員を配置し助言を仰ぐこととされた。学校の責務として「幼稚園から高校までの学校は1名の、小規模校は近隣学校と協同で1名の専任学校保健員を配置する。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名が兼任学校保健員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、学校保健員配置が改めて、また具体的に明記された。なお、学校保健員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。

（政策文書の内容：筆者邦訳）

保健省－教育訓練省連名通達
03/2000/TTLT-BYT-BGDĐT

ベトナム社会主義共和国
独立－自由－幸福
2000 年 3 月 1 日、ハノイ

「学校保健について」
（全文、筆者翻訳）

健康は全ての児童・生徒・学生にとって重要な目標のひとつである。健康管理・疾病予防・健康教育は全ての社会集団、国家、家族の最も関心のある事柄である。

1998 年 1 月の決議に従い、政府は「人民保健法」、「教育法」、「子どもの養育・保護・教育法」の効果的な実現のため、以下について指導することとする。

Ⅰ．健康教育の効果の向上

１．学校に対して

各分野の規定に従った学校内外の健康教育（健康、生物学、社会学、自分自身や社会を理解することなど）を効果的に行うため、学校は以下の点について注意すること

－保健省および教育訓練省が提示している衛生基準を十分に満たしていること

－学校活動（教育、生産活動）合理性、安全性、その効果を保障するものであること

－レクリエーション活動は秩序かつ節度のあるもので、健康、年令、性別に即したものである

－台所などの児童生徒への食事サービスに関わるものは、衛生面・安全面ともに良好である

－学校建設は地域環境の“整頓－清潔－美”（Clean -Green- Beautiful）の一つとなるよう行うこと。衛生、清潔な水および飲料水、救急箱や必要な薬品などを十分に備えたものとする

－保護者団体（PTA）や各地域団体と団結し、子どもたちの問題行動やそれに影響するものを阻止する

２．教育管理セクターに対して

医療の専門分野について注意を払い、必要に応じて指導をすること

Ⅱ．学校保健の強化と発展

１．教育分野における学校保健管理・業務の実施について

a） 教育訓練省において

教育セクターの体制として各学校および各地区教育局の参謀にあたり、教育分野における管理・指導を行うこと

b） 県や中央直轄市において

学校保健に協力してくれる医師を確保すること

c） 各市町村の教育局において

学校保健に協力する医療系担当者または兼任者を配置すること

d） 各学校において、

－幼稚園から普通科中学校においては、各学校および近隣の学校組織において最低１人以上の学校保健員を配置する。また、学校保健員を配置できない場合は、校長が学校保健業務を兼任することとする。兼任した学校保健員は現通知Ⅱ3b の任務の遂行および実現のため、保健センターにて専門の訓練を受けること。

－各大学、専門学校、職業訓練中学校においては、簡単な保健センターもしくは保健担当者を配置すること

－各学校保健員は校長の直接管理のもと、公衆医学に関する指導の責任を有する。

２．保健医療分野における学校保健管理・業務の実施について

a） 保健省において

予防課は、国家学校保健管理を参謀するとともに、学校保健員の養成を行う。各疾病予防関係

機関は、各校種における学校保健員の養成を任務とする。
b) 県や中央都市において
医療に携わる部署は、学校保健管理の長の補佐を兼任すること
c) 各市町村の保健局
学校保健に関わる専門知識の教授を行うための部署を配置し、各地区の教育分野のセクターと協力すること
d) 各地区保健局
学校保健担当者を配置し、学校保健に関わる指導、検査を実施すること
e) 各地区保健センター
学校保健管理・実施の協力を兼任する担当者を配置すること
３．保健医療分野と教育分野の連携
a) 疾病予防および治療についての指導
保健省と教育訓練省は、児童生徒・学生の疾病予防および治療の基礎的な活動として、連携して学校医療保険についての指導を行うこと。
・教育分野機関は、医療保険機関と連携し、より多くの児童生徒・学生の学校医療保険への参加のための広報活動を行うこと。
・各疾病予防機関、第１次治療機関および医療保険機関は、連携して児童生徒・学生の疾病予防・受診・治療の管理・指導・質の向上に励むこと。
幼稚園および普通科学校では、健康委員会を設置し、委員長は校長、副委員長は地域の医療関係者が行うこと。通常の委員は学校保健員が行う。その他の委員は健康教育教諭、体育教諭、代表責任者、赤十字学校保健代表、保護者代表とする。健康委員会の任務は学校建設計画および子どもたちへの健康管理、健康教育、業務の展開に関する参謀および指導とする。
b) 学校１次医療サービスの強化と展開
任務：
学校における緊急時の応急処置、（校内の活動や校外の活動への参加の中で起こる）通常の病気への対応。処置をした後は、保護者へ連絡し、医療機関への搬送を行うこととする（但し、幼稚園と普通科学校の場合）。
（特に最初の学年と最後の学年において）児童生徒・学生の定期的健康診断の実施を行う。保護者と連携し、疾病の予防および受診、治療、健康維持に努める。
保健医療分野と教育分野の、各学校における健康教育は毎年実行し、展開させること。
学童期の疾病（近視、側彎症、その他よくみられる疾病）の予防に対する広報活動。感染病、マラリア、HIV、社会問題に対する校長および教職員、児童生徒・学生への指導と家族計画の職務の実現。
衛生面で安全な“整頓－清潔－美”の学校建設、検査への参加。
c)学校保健活動に必要な条件
各幼稚園および普通科学校
物資に関して：１２～２０㎡の面積がある部屋、最低限の医療備品
人材：校内に学校保健員および健康委員会を編成する。校内に編成できない場合は医療分野がこれにあたること。また医療分野と連携が難しい場合には、校長を学校保健担当者とし、もしくは兼任することによって職務にあたること。
活動経費：主として学校医療保険が負担するものとし、一部は学校保健員にも支払われるものとする。学校医療保険の対象となる児童生徒は、受診、治療に関し保険適用の権利を持つものとする。但し、学校医療保険資金は十分にあるとはいえないため、原則として出来れば保護者が自発的に一部を負担する。
大学および各専門学校、職業訓練校について：
1977 年５月保健省施行の 14/BYT-TT 通知に基づき、物資、経費、活動を実施することとし、学校医療保険の対象とはならない。

Ⅲ．実現にむけて
同通知を受領した後、保健省および教育訓練省は連携して各地域の展開計画を立案し、各省および市町村の人民委員会へ指示すること。
展開する際には、指示を具体的に提示し、毎年年末に検査および評価を行い翌年の展開計画の立案に当たること。
学校保健展開結果は、各学校で保健医療および教育の両面で標準に達するものであること。

この通知は１５日後より施行される。内容については、保健医療分野および教育分野双方が責任を負うものとする。

教育訓練省大臣
ドー・グエン・フオン（署名）

保健省大臣
グエン・ミン・ヒエン（署名）

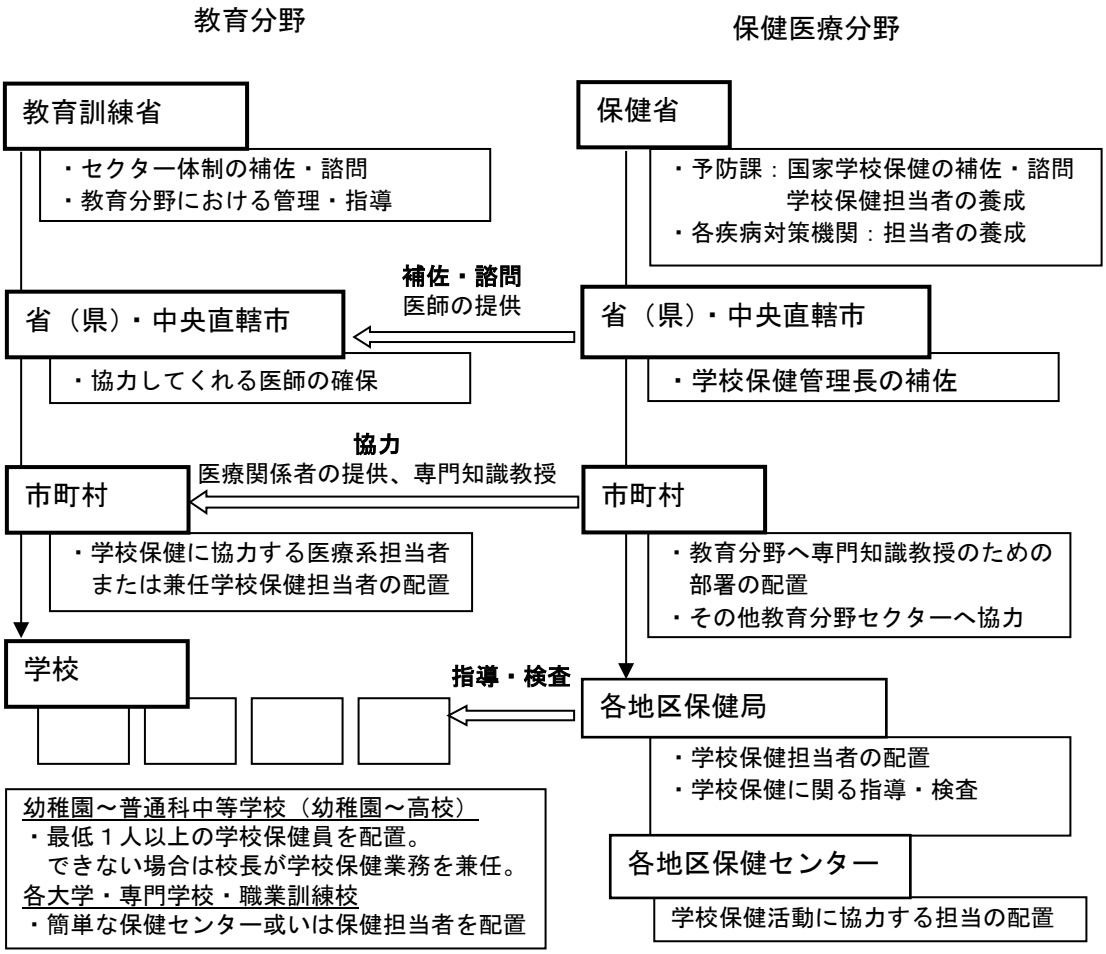


図 2- 2 2000 年学校保健政策での教育分野・保健医療分野の学校保健体制と各機関の職務

（８） 社会経済開発 10 か年戦略 2001-2010 と教育および保健医療分野 10 ヵ年戦略

翌年となる 2001 年に、国家開発の基礎となる戦略として社会経済開発 10 か年戦略（Socio-economic Development Strategy=SEDS）2001-2010 が策定された。この SEDS2001-2010 では、ベトナムが 2020 年までに低開発状態から脱却し工業国への仲間入りを果たすため、その基盤作りとしての施策を行うことを第一の目標に掲げている。

同戦略とともに各分野においても 10 ヵ年戦略が策定された。教育および保健医療分野の 10 ヵ年戦略では以下の項目が優先的に取り組まれることとなった。

①教育開発戦略計画 2001－2010

2001 年 12 月に発表された教育開発戦略計画 2001－2010 では、まず序文にて 1980 年後半から 1990 年代にかけて行われてきた 15 年にわたる教育改革の成果として、就学率の増加、多様な教育形態の導入がみられ、それと同時に学校の整備や教育機関への投資、財源確保に社会全体が積極的に目を向けるようになり、教育の普及を様々なレベルで考えられるようになったことが報告された。これらの成果をふまえ、2001－2010 年の全体的目標を「先進地域の水準を目標とした、国・地方・地域の社会経済発展に役立つ教育の質の改善」、「優れた技術者・経営者・企業家の育成と経済競争力の強化、ならびに初等および前期中等教育の普遍化」、「教育目標・内容・方法および教育課程の改善と優れた教職員の育成、教育経営の改革」であるとして、これらを実現するための教育開発への取り組みに以下の７つの項目を揚げている [31]。

1）教育目標、教育内容、および教育課程の改善
2）教員の質および教育方法の改善
3）教育マネジメントの改善
4）国民教育制度と学校・クラス・教育機関のネットワーク改善
5）教育財源と教育施設の拡充
6）地域住民の教育への参加支援
7）国際教育協力の支援

その後、2000 年代前半の学校保健にかかる動向としては、2003 年に教育訓練省大臣指示として発出された「初等教育における事故・けが予防の強化について」（54/2003/CT-BGD&DT）がある。教育設備の安全点検・安全管理という概念が、政策として全国的に周知されることとなった。

②保健医療分野 10 ヵ年戦略 2001-2010

1986 年のドイモイ政策導入以来、ベトナムの保健医療行政は、民間保健医療サービスの自由化、医薬品製造・販売に関する規制緩和、保健医療サービス利用者負担の導入、政府によるコミューンレベル医療従事者への給与支払い、医療保険制度の導入など、さまざまな改

革を実施した。2001 年以降は、保健サービスの質向上、社会的弱者（貧困者、戦傷者、少数民族など）に対する配慮、各健康問題への取り組みを重視し[32]、先の社会経済開発 10 か年戦略 2001-2010 および保健医療分野 10 ヵ年戦略 2001-2010 の 2 つの戦略を基盤として施策が進められることとなった。前者は「1 次～3 次レベルすべての医療レベルにおける保健医療サービスの質改善」と「公平性と効率性の重視」を骨子としており、後者は「すべての国民へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供」、「質の高い医療の実現」、「罹患率の低下と平均寿命の向上」を上位目標に掲げ、優先的課題として以下の 10 項目を掲げた[33]。

1）マラリア対策　2）結核対策　3）デング熱対策
4）ハンセン病対策　5）ヨード欠乏症対策　6）栄養対策
7）予防接種拡大計画　8）精神保健対策　9）食品安全と衛生
10）HIV/AIDS 対策

2000 年代前半の学校保健に関連する特徴的な施策としては、2002 年に発出された「医療保険の社会保険への移行」（首相指示 20/2002/QĐ-TTg）が挙げられる。次章にて触れるが、同政策により自治体における具体的な医療保険手続きのみならず、学校保健体制に変容をもたらした政策となった。

（９） 2006 年学校保健強化政策

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「学校保健員の配置数が少なく、質が担保できていない。80%以上の学校が専任の学校保健員を配置できていない」ことが課題として挙げられた。学校保健員の配置は、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は学校保健員への研修・指導が、内務省へは学校保健員公務員化への政策整備のための研究・提言など、学校保健員配置に関する指示が多い。その他、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、社会保険局には学校医療保険について、その他各省・市人民委員会や関係省庁にも学校保健に適切に協力するよう指示が出された。

（政策文書の内容：筆者邦訳）

政府首相　ベトナム社会主義共和国
No. 23/2006/CT-TTg　独立－自由－幸福
2006 年 7 月 12 日、ハノイ

指示
「学校保健業務強化に関して」

数年にわたり、人民保健法、教育法、子どもの保護・健康・教育法の実現に向けて、保健医療分野と教育分野の他分野の省庁、部局、人民委員会との協力のもと、それぞれの能力を集結し、学校保健に関する指導、企画、実施し成果を上げた。これまでに学校保健に関する公文書

が発出され、順調に地方ごとに展開・実現しこれらを促進してきた。強固な学校保健ネットワークが構築され、多くの各省保健予防センター内に学校保健担当者が存在する。以下の主要な疾病予防プログラムも学校にて実施されている：HIV/AIDS、マラリア、デング熱、寄生虫、栄養失調、事故、食品衛生、歯科衛生・・・これらは児童生徒、学生の健康維持・増進に寄与している。

しかしながら、学校保健事業は今もなお困難に直面し、欠点も見受けられる。学校保健員の全国配置数はまだ不足しており、質も確保されていない。80%以上の学校が、まだ専任の学校保健員を配置できていない。児童生徒・学生への健康教育および健康維持にかかる設備が不足しており、活動費も足りない。各省庁、関係機関との連携も強固とは言えない。これらの困難が存在することで、学童期の近視、肥満、側弯症、口腔疾患、寄生虫、などの疾病が発見されず、身体的・精神的に大きな成長期である児童生徒・学生の将来の健康に影響するおそれもある。

2005 年 2 月 23 日付 No46-NQ/TW、人民の健康の維持・向上に関する政府決議を成功させるべく、この機会に、学校保健事業を集中的に実施していく必要がある。全国の学校保健事業のうち、特に；学校保健員の完全設置と専門性および執行能力の向上；学校衛生環境の向上、学校保健事業の機会および人的資源の確保について強化・発展させる。

上述の目標を達成するため、政府は以下のとおり指示する：

１．保健省に対し：
a)全事業、各省・研究機関との連携、学校保健に関する各政策の立案・改訂・追加
b)学童期に発見される将来に影響する疾病等の定期的な検査・発見
c)教育訓練省、労働・傷病兵・社会省と連携し、人口家族児童委員会、その他の関係機関と連携し、学校保健員に対して、検査・調査、その他の子どもの健康管理・向上に関する指導・追加指導を行う。
d)教育訓練省、文化情報省、労働傷病兵社会福祉省と連携しながら、子どもの健康維持・増進を任務とする社会に対し、健康に関する情報の提供・広報を行う。
2.教育訓練省、労働傷病兵社会福祉省に対し：
a)制度の範囲内で各学校の学校保健員に対して指導を行い、児童生徒の健康管理、健康維持に関する任務を遂行する。
b)器材、学習設備が制度に見合うものとなるように管理し、必要に応じて投資する。
c)保健省と連携し、児童生徒が適切で積極的に疾病の予防や事故予防のための行動をとれるよう、健康教育の実施方法に関する研修計画を立案・実施する。
d)2010 年までに、学校医療保険への全加入を達成できるよう広報活動を行う。
e)保健省と連携し、学校保健実施基準を定める。
f)国内外の関係機関と連携し、学校保健関連プロジェクトを計画・実施する。
３．内務省は教育訓練省、保健省、労働傷病兵社会福祉省、その他の関係省庁および団体と連携し、学校保健員の公務員化に向けた研究および政策案を検討する。
４．計画投資省は、毎年の教育および健康維持促進に関する投資計画を統合・立案する。
５．財務省は国家予算法に基づき、各省庁が適切に学校保健活動に関する予算執行を行えるよう、予算の確保および指導を行う。
６．その他の省庁、教育関係機関は、保健省、教育訓練省、労働傷病兵社会福祉省と連携し、各管理部署の方針に基づきながら、効果的な学校保健活動を行えるよう人的、経費、物品、設備面にて協力する。
７．ベトナム社会保険局は、教育訓練省および保健省、その他の関連機関と連携し、児童生徒学生に対して学校医療保険を適切に運営する。学校医療保険の資金運営にあたっては、該当の時期における国内の経済社会状況に応じて、適切に運営する。
８．各行政省の人民委員長に対し：
a)保健省および教育訓練省からの学校保健に関するガイドラインに基づき、各省レベルの保健局および教育訓練局、労働傷病兵社会福祉省、その他関係部局に対し、省内の経済社会状況に適した計画立案および実施について指導する。各部局における適切な学校保健活動状況について監査・検査を実施する。
b)人材、予算、物品および設備への投資を強化する。
９．各省庁および行政省・市町村の人民委員会は、中央政府に対して 6 か月毎に報告書をまと

め、保健省に提出する。保健省は、これらの内容を統合・分析し、政府首相に対して報告書を提出する。
各大臣、省庁関係部局長、行政省および市町村人民委員長は、この指示の内容を適切に執行する責任を有する。
この指示は、発出日から 15 日後より効力を有する。

副首相：ファン・ザー・キエム（署名）

学校保健強化政策が開始して 1 か月後の 2006 年 8 月 23 日付で、教育訓練省－内務省連名通達 35/2006/TTLT-BGDDT-BNV「公立普遍学校における公務員方針」にて学校保健員が小学校、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。

（政策文書の内容：筆者邦訳）

教育訓練省－内務省
No.35/2006/TTLT-BGDDT-BNV

ベトナム社会主義共和国
独立－自由－幸福
2006 年 8 月 23 日、ハノイ

連名通達
「公立普遍学校における公務員ガイドライン」
（一部抜粋、筆者翻訳）

Ⅰ．4. 学校規模

	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ
中心地、平地、都市部	28 クラス以上	18－27 クラス	18 クラス未満
山岳部、森林区、海岸部	19 クラス以上	10－18 クラス	10 クラス未満

Ⅱ．公務員配置基準
（小学校）
….c 事務員、会計、経理、学校保健員
規模がⅠの学校は、3 名配置できる。（事務兼会計 1、経理 1、学校保健員 1）
規模がⅡⅢの学校は、2 名配置できる（経理兼事務 1、学校保健員兼会計 1）
（中学校、高校）
…c いずれの学校も 3 名配置できる。（事務兼会計 1、経理 1、学校保健員 1）
学校規模が 40 クラスを超える場合は、1 名追加で配置できる。

こののち、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、学校保健に係る費用は原則教育訓練省もしくは教育分野が負担することが明確に示されたことで、「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[注7]」。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、保健室用医薬品目録、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は医療保険制度の改定、衛生・安全な食品案件等の政策が出され、学校保健事業がより具体的に展開されるようになった。これまでの学校保健関連政策について、表 2-1 にて示した。

注7 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。

（１０） ベトナムの保健指標（全国）の推移

これまでに、1960 年代から 2010 年前後までの社会的背景と学校保健政策の動向について整理したが、同期間においてベトナムの保健指標がどのように変化したか、既存の情報をもとに、ベトナムの保健指標について触れることとする。学校保健政策の成果とは一概には言えないが、ベトナム国民の健康状態の変化が見てとれる。

① 乳児死亡率：1960 年に出生 1000 対 147、1990 年に出生 1000 対 38 であったものが、2006 年には出生 1000 対 15 と改善した。

② 5 歳未満児死亡率：1960 年には出生 1000 対 219、1980 年には出生 1000 対 53、2006 年には出生 1000 対 17 と改善した[34]。

③ 疾病構造

ベトナムの疾病構造をみると、感染症が占める割合は、1986 年の 59.2%から 2010 年には 19.8%まで減少した一方で、非感染症疾病の割合は、1986 年の 37.0%から 2010 年には 71.6%まで上昇した。ベトナムでは経済成長による所得の増加に伴い食生活の改善が進んだ一方で、近年は肥満や糖尿病等の非感染症対策の重要性が高まっている。

ベトナムの死亡構造をみると、感染症の割合が 1986 年の 52.1%から 2006 年には 13.2%まで減少したが、2010 年には 30.8%と上昇した。2006 年から 2010 年にかけて、ベトナム国内でデング熱やインフルエンザ等の感染症が発生したことに起因すると考えられ、感染症対策が依然として重要であることが分かる[35]。

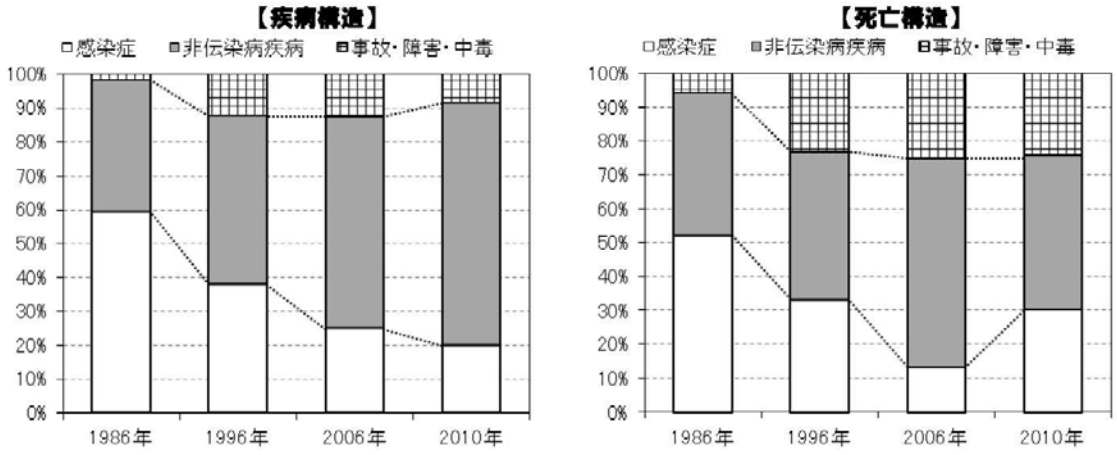


図 2- 3　ベトナムにおける疾病構造および死亡構造の推移

出所：経済産業省ベトナム医療情報化検討コンソーシアム「ベトナムにおける地域医療情報ネットワークの展開可能性の調査報告書」（2014）p11

表2-1　ベトナムにおける学校保健関連政策一覧

発出年		文種	文書タイトル	文書No.	発出元	本文閲覧の可否	文書の発出元（◎で表示）、および文書により業務が明記された機関（●で表示）												内容 （学校保健関連項目のみ抽出）
							議会	政府	首相	保健省	教育訓練省	社会保険庁	内務省	財務省	その他の中央省庁	地方行政（保健）	地方行政（教育）	学校	
1960年代	1964	連名通達	学校衛生に関するガイドライン	32/TTLB	保健省－教育訓練省	×	—	—	—	◎●連名	◎●	—	—	—	—	?	?	●	–
	1969	首相指示	児童生徒学生の健康維持および向上に向けた各機関の連携について	46/TTG	首相	○	—	—	◎	●	●	—	—	—	—	●	●	●	・衛生教育と体育教育の強化 ・児童生徒の疾病予防、診察、治療事業の展開 （脊柱側弯症、寄生虫、眼科） ・健康に係る設備不足の解決、健康維持・促進のための環境整備
1970年代	1973	連名通達	学校保健に関するガイドライン	09/LB/YT-GD	保健省－教育訓練省	○	—	—	—	◎連名◎		—	—	—	—	●	●	●	衛生教育、衛生的な環境管理、適切な机・椅子、照明の設置、季節に関連する児童生徒の体調不良への対応、感染症予防、体育教育の強化、児童生徒の適切な飲食への留意、児童生徒、教職員の健康管理について（診察、治療）、担当者の配置（各行政区、学校）、健康教育（近視・脊柱側弯症、眼科、寄生虫、齲歯、感染症）、学校建設、学校環境検査
	1975	政令	地方での医療拠点の設置	15-CP	議会	○	◎	—	—	●	—	—	—	—	—	●	—	—	地方における医療拠点の設置の背景、方針
	1977	大臣通達	工場、機関、学校 の保健所設置方針について	14/BYT-TT	保健省	○	—	—	—	◎	—	—	—	—	—	●	●	●	工場、機関、学校（但し大学、専門学校、工業・工芸学校）への保健所設置に関する諸条件について
1980年代	1982	連名通達	学校衛生事業の強化について	13/LB-GD-YT	教育訓練省－保健省	×	—	—	—	◎連名◎		—	—	—	—	?	?	●	–
		大臣通達	町村の保健担当者に関する規則	12/BYT-TT	保健省	○	—	—	—	◎		—	—	—	—	●	—	—	町村の保健担当者の給与表、格付け、配給明細、退職年齢等
	1987	連名通達	学童期の歯科について	23/TTLB-BYT-BGD&DT	保健省－教育訓練省	×	—	—	—	◎連名◎		—	—	—	—	?	?	●	–
	1989	法律	人民保健法	–	–	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–
1990年代	1991	法律	子どもの養育・保護・教育法	–	–	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–
	1993	政府決議	授業料徴収と使用について	241/TTg	政府	○	—	◎	—	—	●	—	—	●	—	—	—	●	児童生徒から徴収すべき関連資金の内訳 （医療保険の徴収）
	1994	連名通達	児童生徒の自主的な健康保険加入に関するガイドライン	14/TTLB	教育訓練省－保健省	○	—	—	—	◎連名◎ ● （医療保険局）		—	—	—	—	●	—	●	・保険料の使用目的（衛生、予防接種、脊柱側弯症予防、齲歯予防、視力維持、環境管理、感染症予防、応急手当） 、給付条件、600人以上の学校への学校保健員配置、・地域保健センターにおける学校保健業務・担当者配置、健康教育、財源の支給内訳（5%医療保険局、30%学校保健活動費、その他学校医療基金）
	1995	大臣指示	エイズおよび各社会問題の予防強化について	10/GD-DT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	?	?	?	–
	1997	大臣指示	学校衛生事業の強化について	08/GD-DT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—	—	—	—			●	–
		政令	「教育・医療・文化活動における社会化の方向性について」	90/CP	政府	○	—	◎	—	●	●	—	—	—	●文化省	●	●	●	教育・医療・文化に関する活動の社会化（＝公共サービスの民営化）について
	1998	法律	教育法	–	–	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–
	1998	連名通達	学校医療保険実現のためのガイドライン	40/1998/TTLT-BGDDT-BYT	教育訓練省－保健省	○	—	—	—	◎連名◎ ● （医療保険局）		—	—	—	—	●	—	●	学校医療保険の適用内容（衛生管理、食品安全、環境管理、感染症予防、治療、脊柱側弯症予防、視力維持、社会問題対策ex. HIV/AIDS,麻薬など、交通事故・労働災害、定期健診、応急手当）、保険適用項目内訳、保険料の給付方法、学校の責務（学校環境管理、活動実施、健康教育の実施）、病院の責務（適切な診察・治療の実施）、医療保険局の責務（保険料管理、手続き、監査）、徴収金額、財源の支給内訳（60%学校医療基金、4%各行政区医療保険局、1%中央医療保険局、30%学校保健活動費、5%学校医療保険広報費）
	1999	政令	教育・医療・文化・スポーツの社会化振興について	73/1999/ND-CP	政府	○	—	◎	—	●	●	—	—	—	●文化省	●	●	●	教育・医療・文化に関する活動の社会化（＝公共サービスの民営化）の促進について
2000年代	2000	連名通達	学校保健事業に関する指針	03/TTLB-BYT-BGDDT	保健省－教育訓練省	○	—	—	—	◎連名◎ ●●		—	—	—	—	●	●	●	学校保健事業に関する各機関の職務：教育訓練省（学校設備課が担当部署）、各行政区教育訓練局（担当者の配置）、学校（幼稚園から高校までの公立普通学校：学校保健員の配置）、大学・短期大学・専門学校（保健センターの設置）、保健省（予防医療局が担当部署）、各行政区保健局（担当部署の設置）、各保健センター（学校と連携する担当者の配置）、学校保健の職務（学校医療保険の広報、応急手当、健康教育、定期健診の実施、安全・清潔・緑の学校建設、保健室の設置）、財源（学校医療保険）
		大臣決議	学校衛生規則の施行について	1221/2000/QD-BYT	保健省	○	—	—	—	◎	—	—	—	—	—	●	●	●	学校環境の諸条件（児童生徒の登下校の距離、設備寸法、温度、照度、騒音、机・椅子のサイズ、黒板、粉塵への対応、校庭での活動時間、飲料水および生活用水、保健室）
	2001	大臣決議	体育教育および学校保健に関する規則の施行について	14/2001/QD-GDDT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—			—	?	?	●	–
		大臣指示	喫煙防止について	36/GD-DT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎					?	?	?	–
	2002	首相決議	医療保険の社会保険への移行について	20/2002/QD-TTg	首相	○	—	—	◎	○	●（学校医療保険業務の移行）					●	—	—	保健省医療保険業務をベトナム社会保険局に移行する。
	2003	大臣指示	初等教育における事故・けが予防の強化について	54/2003/CT-BGD&DT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	—	●	●	・学校における事故・けが予防教育の強化（目標：2010年までに事故件数の40%減） ・学校設備の点検、改修 ・予防教育内容の研究の推進
	2005	大臣決議	鳥インフルエンザ（H5N1）および新型インフルエンザの予防計画について	6728/QD-BGD&DT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	?	?	?	–
		政府決議	近年の状況に対する人民の健康維持、促進について	46/NQ-TW	政府	○	—	◎	—	●	—	—	—	—	—	●	—	—	今後の保健医療政策方針について（医療システムの強化、医療制度の整備、人材育成、管理者養成、管理体制の強化、社会化の促進、健康教育の強化）
		政府決議	46/NQ-TW実現のための政府行動計画	243/2005/QD-TTg	政府	○	—	◎	—	●	●	●	●	●	●文化省	—	—	—	保健医療政策方針実現のための活動計画
		法律	教育法	–	–	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	–
	2006	首相指示	学校保健事業強化について	23/2006/CT-TTg	首相	○	—	—	◎	●	●	●	●	●	●労働傷病兵社会福祉省 ●計画投資省	●	●	●	学校保健強化に関する各機関の責務、保健省（計画策定、活動実施、評価）、教育訓練省、労働傷病兵社会福祉省（専任の学校保健員の配置の強化、学校設備の管理・改修、健康教育の実施、学校医療保険加入の広報強化）、内務省（学校保健員の任用規定の検討）、計画投資省（学校保健関連経費の投資計画策定）、財務省（学校保健関連経費の検討）、社会保険局（学校医療保険の適切な運営の強化）、各行政区人民委員会（各地区の社会・経済状況に応じた適切な学校保健事業の展開）
		首相指示	鳥インフルエンザ（H5N1）感染予防に関する方針	29/2006/CT-TTg	首相	×	—	—	◎	●	?	—	—	—	—	?	?	?	–
		連名通達	公立学校（初等～高校）の公務員給与ガイドライン	35/2006/TTLT-BGDDT-BNV	教育訓練省－内務省	○	—	—	—	—	◎連名◎ ●●（学校保健員（公務員）任用・人事の移行）		—		—	—	●	●	公立普通学校における公務員給与規定適用範囲 （一部抜粋） 公務員としての学校事務職員（事務員、出納係、経理、学校保健員）、小学校：分類1は3名、分類2,3は2名の公務員（事務）を任用できる、中学校：全学校は3名の公務員（事務）を任用できる、高校：全学校は3名の公務員（事務）を任用できる

文種			文書タイトル	文書No.	発出元	本文閲覧の可否	文書の発出元（◎で表示）、および文書により業務が明記された機関（●で表示）												内容 （学校保健関連項目のみ抽出）
							議会	政府	首相	保健省	教育訓練省	社会保険庁	内務省	財務省	その他の中央省庁	地方行政（保健）	地方行政（教育）	学校	
2000年代	2007	大臣通達	学校保健関連経費使用指針	14/2007/TT-BTC	財務省	○	—	—	—	—	●	●	—	◎	—	—	●	●	・財源（教育法に基づき、国家予算からの教育関連経費、学校医療保険、国内外からの支援金、その他経費を財源とする） ・具体的な支出項目（給与根拠、活動経費／応急手当、保健省目録に基づく医薬品購入、健康教育に必要な事務備品、保健主事の能力向上のための研修・会議費、学校衛生に関する支出）
		大臣決定	性教育、HIV/AIDS教育プロジェクトの実施について	1509/QĐ-BGDĐT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	?	?	?	—
		首相指示	衛生および安全な食品案件の展開について	06/2007/CT-TTg	首相	○	—	—	◎	●	●	—	●	●	●農業省、●水産省、●工業省、●工商省、●工芸省、●公安省、●文化情報省、●計画投資省	●	●	●	健康教育の強化、管理システムの強化、生産・ビジネスにおける食品安全規制の厳守、検査システムの強化、投資の強化、各機関の責務（人民委員会、保健省、農業省、水産省、工業省、工商省、文化情報省、内務省、財務省、計画投資省、教育訓練省）
		連名通達	自主加入医療保険指針	06/2007/TTLT- BYT-BTC	保健省－財務省	○	—	—	—	◎●	連名			◎●	—	●	—	●	保険料改定
		大臣決定	大学、大学院、および中等専門学校、高等専門学校の保健センター設置について	17/2007/QĐ-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎	●	—	—	—	●	●	●	大学、大学院、中等専門学校、高等専門学校内保健センターの職務（計画策定、定期健診、応急手当、診察、治療、医薬品処方、必要に応じ病院搬送、健康教育（事故・けが予防、HIV/AIDS、その他社会問題）、所属地域の地域保健活動、学校環境管理・改修） 財源、医薬品、医療設備
		政令	感染症予防（HIV/AIDS）に関するガイドライン	108/2007/NĐ-CP	政府	○	—	◎	—	—	—	—	—	—	—	?	?	?	—
		大臣決議	安全でけがのない学校建設方針	4458/QĐ-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎●	—	—	—	—	—	●	●	・安全な設備の建設計画のための諸条件 ・各機関の責務（教育訓練省、人民委員会、各行政区の教育局、学校） ・検査項目一覧 ・証明書フォーム
		大臣決議	児童生徒、学生への政治、道徳、ライフスタイル教育方針	50/2007/QĐ-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎●	—	—	—	—	—	—	●	・適用範囲（中等専門学校および大学レベル） ・目的 ・受講単位（少なくとも10時間以上）
		大臣通達	喫煙予防に関する教育分野の強化について	56/2007/CT-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎●	—	—	—	—	—	●	●	・健康教育の強化 ・規制の強化（教室内での喫煙禁止、教育機関内での喫煙禁止、広報掲示） ・各機関の責務（教育訓練省、各行政区教育訓練局、各学校）
		大臣通達	健康診断ガイドライン	13/2007/TT-BYT	保健省	○	—	—	—	◎●	—	—	—	—	—	●	—	—	健康診断、診察、精算方法等に関するガイドライン
		連名通達	2006-2010農村における安全な水および環境保全に関する国家目標達成のための農業および農村開発、保健、協力分野の協力について	93/2007/TTLT/BNN-BYT-BGDĐT	農業省、保健省、教育訓練省	○	—	—	—	◎●	連名 ◎●	連名			◎農業省	●	●	●	各機関の責務 ・農業省 ・保健省（国家計画立案、農村部の水質の確保、適切な指導） ・教育訓練省（安全な水供給のための計画立案、農業省との連携で設備建設、学校環境検査、健康教育） ・人民委員会
		大臣決定	大学、大学院、専門学校内の保健センターでの活動方針	17/2007/QĐ-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎●	●	—	—	—	—	—	●	・職務内容（活動計画、予算計画の策定、学生・教職員の健康管理、定期健診、学生健康票の保管、応急手当、健康教育、学校衛生・感染症対策、食品安全、けが予防その他社会問題対策、医療機関との連携） ・医療設備、医薬品 ・財源（国庫からの財源、学校医療保険、国内外からの支援金）
	2008	大臣決定	大学、大学院内,中等専門学校、高等専門学校に設置すべき設備・医薬品目録	1220/QĐ-BYT	保健省	×	—	—	—	◎●	—	●	—	—	—	—	—	●	—
		大臣決定	小学校、中学校、高校、その他特別高等学校の保健室に設置すべき設備・医薬品目録	1221/QĐ-BYT	保健省	○	—	—	—	◎●	—	●	—	—	—	—	—	●	設置すべき医薬品目録（医療備品84品目、医薬品115品目）
		連名通達	基礎教育における衛生・安全な食品の確保に関するガイドライン	08/2008/TTLT-BYT-BGDĐT	保健省、教育訓練省	○	—	—	—	◎●	連名 ◎●	—	—	—	—	—	—	—	・業務内容（食品安全の確保、健康教育、定期的な検査日程の策定、各関係機関との連携） ・各機関の責務（保健省、教育訓練省）
	2009	大臣決定	教育における新型インフルエンザ（H5N1）予防について	4631 /QĐ-BGDĐT	教育訓練省	×	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	—	—	—	—
		大臣決定	教育訓練省における学校保健指導部署の設置について	4885 /QĐ-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎●	—	—	—	—	—	—	—	教育訓練省内の担当者氏名一覧
		大臣決定	学校保健調査実施の決定について	5333/QĐ-BYT	保健省	○	—	—	—	◎●	●	—	—	—	—	—	—	—	学校保健調査の実施に関する便宜供与
		連名通達	自主加入医療保険指針	09/2009/TTLT-BYT-BTC	保健省、財務省	○				◎●	連名			◎●	—	●	—	●	保険料改定
2010年代	2010	連名通達	学校保健事業指針について	1502/HDLN-GDĐT-YT	教育訓練省、保健省	×	—	—	—	◎●	連名 ◎●	?	?	?	?	?	?	?	—
		大臣通達	幼稚園のけが・事故のない安全な設備の建設計画について	13/2010/TT-BGDĐT	教育訓練省	○	—	—	—	—	◎	—	—	—	—	—	●	●	・安全な設備の建設計画のための諸条件 ・各機関の責務（人民委員会、各行政区の教育局、幼稚園） ・検査項目一覧 ・証明書フォーム
	2011	連名通達	小学校、中学校、高校、その他特別高等学校の学校保健事業の評価内容に関する決定	18/2011/TTLT-BGDĐT-BYT	教育訓練省、保健省	○	—	—	—	◎●	連名 ◎●	●	—	—	—	●	—	●	学校保健評価項目 ・学校保健活動（児童生徒学生の健康管理、健康教育、感染症予防、事故・けが予防）、学校設備（学校環境衛生、教室、机・椅子、給食室、トイレ、保健室、医療備品および医薬品）、財源（教育費、学校医療保険、国内外の支援金）、各担当者の職務（校長、保健主事、赤十字）、実施時期（3-5月までに実施、医療機関との連携）、評価区分
	2012	連名計画	"2012-2020国民のための基礎教育システムにおける児童生徒学生の健康保持、健康教育、健康促進のための保健省および教育訓練省の連携" 2012-2015年の実施	997/KH-BYT-BGDĐT	保健省、教育訓練省	○	—	—	—	◎●	連名 ◎●	●	—	—	—	●	●	●	学校保健に関する計画策定、健康教育（最低90%以上の児童生徒学生が健康教育を受ける、教育内容：感染症予防、眼科、口腔、脊柱側弯症、寄生虫、性教育、HIV/AIDS、食品安全、栄養教育、安全教育、交通事故予防等）、学校保健員の能力向上、最低1名以上の学校保健員の配置の促進、学校環境検査、監査、指導の強化、業務の指示（保健省・教育訓練省・各行政区の保健局および教育訓練局）、財源（各省庁予算、学校医療保険、国内外の支援金）
	2013	連名通達	幼稚園における学校保健評価項目に関する通達	22/2013/TTLT-BGDĐT-BYT	教育訓練省、保健省	○	—	—	—	◎	連名 ◎	●	—	—	—	●	●	●	健康管理（定期健診／年2回、身長・体重測定／24カ月に1回、応急手当、衛生教育の促進、子どもの発達障害の早期発見、対応）、健康教育（子ども・保護者への健康教育の実施）、感染症予防（定期的な衛生管理、感染症に関する情報の共有、医療機関との連携）、事故・けが予防（安全な学校建設・改修、事故発生時の報告）、食品安全、栄養（適切な年間計画策定、外部機関との提携、安全な材料の使用）、学校設備（学校環境、教室、机・椅子その他設備、給食室、トイレ、保健室、医療備品および医薬品）、財源（教育費、国内外の支援金）、定期環境検査、学校評価（3-5月までに実施、医療機関と提携、評価区分）

注1：ベトナム学校保健政策については、ベトナム法律図書館インターネットサイト（http://thuvienphapluat.vn）にて検索し、内容が掲載されているものについて、その内容を使用した。

注2：関連する政策のうち複数機関の連名通達に着目するため、連名通達を発出している行政組織同士は線で結んで示した。

第３節 現在のベトナム学校保健の行政システムおよび職務

（１） 中央政府における学校保健行政体制

ベトナムの学校保健は、保健省と教育訓練省の 2 つの省庁が主幹部局として、中心となって施策が進められている。ここでは、2013 年に実施したインタビュー調査の結果をもとに保健省と教育訓練省の業務内容について整理する。

①ベトナム保健省の具体的な業務内容

現在のベトナム保健省における学校保健の担当部局には、予防医療局（Cục y tế dự phòng）と環境管理医療局（Cục y tế quản lý môi trường y tế）の 2 局があり、そのうち予防医療局が主幹部局となっている。予防医療局内には 7 つの部署があり、学校保健室（Phòng y tế học đường）はそのうちのひとつである。学校保健室の主な業務として、1）関連政策の策定、2）学校保健活動管理、3）他機関と提携した調査・研究、4）学校保健事業モデルの形成、5）健康強化モデル事業の実施、6）全国（北部、中部、山間部、南部）に配置されたパスツール研究所と連携した研究活動、7）各行政省に設置された保健局（Sở y tế）および予防医療センター（Trung tâm y tế dự phòng）等の下位組織との連携事業、管理、指導、技術支援、8）その他の研究機関（栄養研究センター、ホーチミン／クイニョンマラリア研究所、癌研究センター、ハノイ／ホーチミン歯科研究センター、眼科研究センター）等各研究センターと連携しての業務、9）各行政県・市の保健局、保健センターと連携して業務を行うこともある。

②ベトナム教育訓練省の具体的な業務内容

ベトナム教育訓練省では、児童生徒事業部（Vụ Công tác học sinh sinh viên）が学校保健事業の主幹部局となっているが、物品・学校設備・遊具局（Cục Cơ sở vật chất, Thiết bị nhà trường và đồ chơi trẻ em）が机・椅子・遊具の管理、指導を行っており、学校保健と関連がある。児童生徒事業部が取り扱う主な学校保健の業務としては、1）他機関と連携した政策策定、2）年間報告書のとりまとめ、3）各関係者向けの指導内容のとりまとめがある。

しかし、同部署では小学校から高校までの多岐にわたる業務を行っている一方で、4 名しか配置されていないため多忙を極め、学校保健事業のみに割ける時間は多くない。

（２） 学校医療保健制度

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「健康保険制度ガイドライン」に基づき施行されている。

① 学校医療保険料の資金の流れ

学校医療保険は児童生徒分の金額を学校がまとめて徴収し、所属する行政区の社会保険局に納付する。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、学校設備の改修・増築、保健室備品の購入、学校保健員（契約）の給与・謝金、学校主催の健康教育活動等に充てることができる（図 2- 4)。

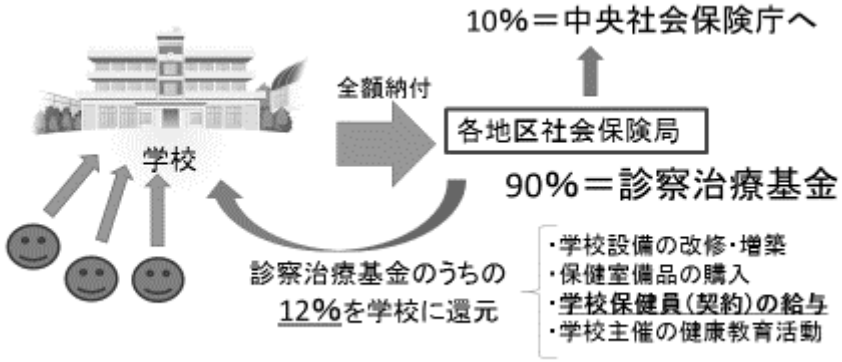


図 2- 4 ベトナムにおける学校医療保険の納付方法および資金の内訳（筆者作成）

②児童生徒あたりの学校医療保険料納付額、保険適用の内容

2014 年に現在の児童生徒 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」であったが 2015 年 9 月より算出レートが 3%から 4.5%に引き上げられた [36]。一人当たりの保険料のうち、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。

学校医療保険に加入した児童生徒は、保健室および指定された保健センターでの 1 次診察・治療は 100%無料で受けることができる。その他、必要に応じて病院にて診察を受けた場合はかかった金額の 80%が補償され、その後の治療もレベルに応じて 30～70%の補償を受けることができる。加入していない者はすべて自己負担となる （図 2- 5)。

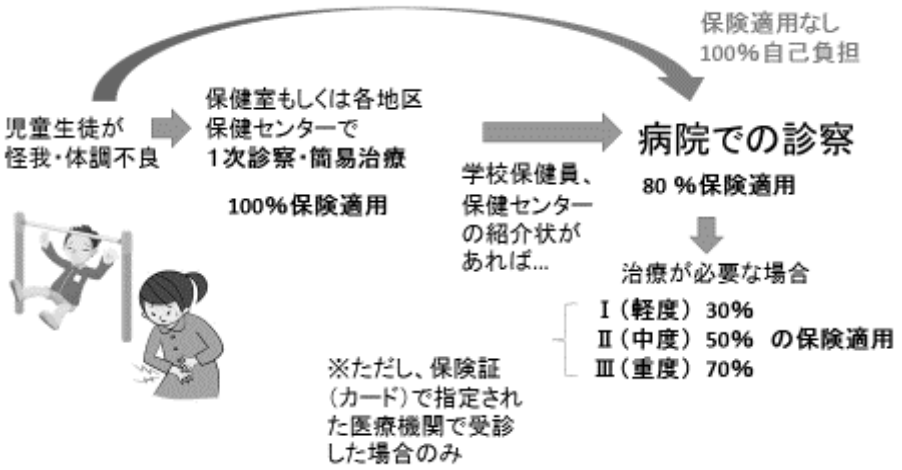


図 2- 5 ベトナム学校医療保険の保険適用までの流れと内訳

（３） 学校保健定期報告（全国）

現行の学校保健政策では、6 か月毎に各省から保健省に対して学校保健に関する定期報告を行うこととなっている。各行政省保健局（予防医療センター）から提出される報告書では、学校衛生、設備、食品安全、研修、評価、経費等、以下の項目について記載することになっている。

（報告書フォームの内容：筆者邦訳）

（１）基礎情報
①省内人口、行政区数、報告書提出があった行政区数
②保健医療関係機関内の学校保健担当者数と取得資格
（省予防医療センター内、郡保健局、保健センター別）
③学校数および児童生徒数、教員数、保健室数、学校保健員数（専任／兼任別）
④学校保健員の取得資格と勤務校種
（２）学校衛生検査の結果
①検査を担当した機関および検査対象校数
②検査結果
１）学校が建設された場所は学校設置基準を満たしているか
２）設置基準を満たす面積が確保されているか
３）各教室の面積は学校環境衛生基準を満たしているか
４）各教室は空気循環システム基準を満たしているか
５）各教室は照度基準を満たしているか
６）机・椅子は学校保健基準を満たしているか
７）各教室の床はタイル張りになっているか
８）運動場がある。
（３）学校環境検査の結果
①検査を担当した機関および検査対象校数
②検査結果
１）生活用水用の設備がある。
２）児童生徒用に十分な飲料水が設置されている。
３）児童生徒用に十分なトイレが設置されている。
４）ごみ用の設備がある。
５）十分な下水システムがある。
（４）食品安全検査の結果
①検査を担当した機関および検査対象校数
②検査結果
１）給食室もしくは学食があるか
２）給食室もしくは学食は、食品安全衛生基準を満たしているか
３）給食室および食堂で使用する機材等は衛生基準を満たし適切であるか
４）給食室および食堂に勤務する職員全員が、職員安全研修を受講済であるか
５）給食室および食堂に勤務する職員全員が、規則に従い定期健康診断を受けているか
６）材料の購入元は明確であるか
７）食中毒発生状況
（５）学校保健関連設備について
（６）研修状況（内容、対象、回数、参加者数、実施月）
（７）学校保健活動評価
①学校による自主検査・評価の有無
②教育分野による検査・評価の有無
③保健医療分野による検査・評価の有無
④教育・保健医療の合同検査
（８）学校保健管理体制
①学校保健委員会の設置の有無

②保健室設置の有無
③児童生徒健康票の有無の有無
④専任学校保健員の配置の有無
⑤常備薬の有無
⑥応急手当セットの有無
⑦定期健康診断の実施の有無
⑧定期健康診断を受けた児童生徒数
⑨診察、治療、健康指導を受けた児童生徒数
⑩学校から医療施設への緊急搬送数
⑪学校からの定期報告数
（９）児童生徒健康管理状況
①学校医療保険がある学校数
②学校医療保険を納付した児童生徒数
③学校保健活動費（学校医療保険）使用内訳
１）学校保健員への給与
２）常備薬の購入
３）医療器材の購入
４）その他目的
（１０）学校における学校保健活動計画
（１１）連携した学校保健活動内容
（１２）学校保健年間経費（昨年度）
①機材物品購入
②検査・監査
③調査、評価
④研修
⑤健康教育
⑥研究費
⑦常備薬購入
⑧学校保健員への給与（公務員以外）
⑨その他の目的
（１３）まとめ（課題、要望等）

（４） 2014 年時点の活動計画と現在の課題

ベトナム保健省は学校保健事業の展開のため、全 63 省・直轄都市を対象として事業支援および指導を行っている。2013 年までには 40 省を対象として事業を展開しており、2014 年には、継続中の 10 省および、新規で 23 省への事業の展開が計画されている[注 8]。

以下は、ベトナム保健省による 2014 年学校保健事業計画 [37]である。

（活動計画の内容：筆者邦訳）

●2014 年学校保健事業計画の実施主体および連携機関
実施主体：ベトナム保健省予防医療局
連携機関：
・教育訓練省児童生徒事業部、各省・中央直轄市人民委員会
・保健省職業養成局
・各研究機関（労働医学・環境衛生院、ホーチミン市公衆衛生院、
ニャチャンパスツール研究所、タイグエン疫学衛生院）
・中央マラリア研究所
・各行政省・市保健局、教育訓練局

注8 ベトナム保健省予防医療局へのインタビュー結果による。

Ⅰ．全体目標および具体的目標
１．2014 年の活動目標
2011 年度時点で学校保健事業を展開していなかった 33 省を中心として効果的な学校保健の展開を支援する。
２．2014 年目標達成の具体的指標
①2011 年度時点で学校保健事業を展開していなかった 33 省内の保健医療機関における学校保健担当者の配置率を 70%、学校への学校保健員の配置率を 50%まで達成する。
②上述の 33 省内の少なくとも 50%の児童生徒及び学生が、学校で流行しやすい感染症についての知識を得ることができる。選定された 132 校の児童生徒のうち少なくとも 85%が、寄生虫対策を年 2 回受ける。
③上述の 33 省の小学校・普通中等学校（中学校及び高校）全 775 校が学校環境衛生検査を受ける。環境検査に併せて、行政省、各地区および各学校における学校保健活動のスキルが一定のレベルに到達するよう支援する。
３．対象 33 省の省名および地域区分

地域区分	行政省
北部山間部	Hà Giang, Tuyên Quang, Cao Bằng, Lạnh Sơn, Lào Cai, Bắc Kạn, Sơn La（7 省）
紅河沿岸部	Quảng Ninh, Hải Dương, Hưng Yên, Bắc Ninh, Ninh Bình（5 省）
中部	Hà Tĩnh, Quảng Trị, Quãng Nam, Quãng Ngãi, Phú Yên, Khánh Hòa, Bình Thuận（7 省）
西部	Đắc Nông, Gia Lai, Lâm Đồng（3 省）
東南部	Đồng Nai, Bình Phước, Bình Dương（3 省）
クーロン川沿岸部	Tiền Giang, Bến Tre, Trà Vinh, Vĩnh Long, Hậu Giang, Sóc Trăng, Đồng Tháp, Bạc Liêu（8 省）

Ⅱ．担当部局および実施内容
１．中央政府
1.1　学校保健システム強化
1.1.1 全国会議の実施
1.1.2 感染症対策、応急手当、事故予防・安全対策に関する研修の実施（北中南部）
1.2　感染症対策・事故予防に関する健康教育
1.3　学校保健事業の実施評価

２．地方行政区の業務計画
2.1　学校保健システムの強化
2.1.1 職務に関する研修（対象：学校保健員、保健センタースタッフ）
実施主体：各省予防医療センター
2.1.2 定期会議
2.2　感染症対策・事故予防に関する健康教育
2.3　学校保健事業の実施評価

第４節 本章のまとめ

ベトナムでは、1960 年代より「学校保健」の概念があった。ベトナムが南北に分断され、北ベトナム／ベトナム民主共和国においては、1969 年と 1973 年の学校保健に関する政策の中では、学校保健の主幹部局は教育省であり、また教育分野が行うべき職務は「児童生徒の健康課題への対処」と「体育・衛生を教える教員の配置と研修」であったことから、当時の学校保健の概念は主に「疾病対策」「体育」「衛生」を中心に考えられていたことが分かる。

南ベトナム／ベトナム共和国でも、WHO による看護師対象の学校保健研修が行われていたことから、米国にて存在していたスクールナース制度が取り入れられようとしていたことが窺える。1975 年にベトナムが南北統一を果たし、北ベトナム政府主導の国家づくりが始められた。同年 1975 年には、保健省が政策として提起した「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員の位置づけを「体操・衛生を教える担当者」から「医療拠点としての担当者」の配置に変容させていた。しかし、終戦直後より、バオカップ制度、ハイパーインフレーション等の経済状況の悪化等により、学校保健への施策の優先度は低く、具体的な事業がない時期が続く一方、国民の健康状態や衛生環境は悪く、その対策へのニーズは高かったことが推察できる。1986 年のドイモイ政策により明示的な法規にもとづく国家統治を実現するという姿勢が明らかになり、学校保健政策の根拠となる「人民保健法」「教育法」「子どもの保護・養育・教育法」が制定された。

1994 年以降には、児童生徒が納める保険料で健康を支えることを目的とした学校医療保険制度を政策として進める中で、学校保健員配置に向けて関連経費が制度上は確保され整えられた。加えて 1998 年の教育・医療・文化の社会化政策（公共サービス部門の民営化）において、教育と医療の双方の領域での規制緩和、海外投資の受入を促進するにあたり、そのいずれの領域とも関わる学校保健という領域は、学校医療保険制度の強化という形でその影響を受けることとなる。学校保健員への謝金に同保険料を充ててでも配置を進め、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は、2000 年の学校保健政策にて全国に展開することとなった。2006 年には学校保健政策は強化するとして首相指示が発出され、その政策の中心課題には学校保健員配置が挙げられた。学校保健強化政策発出後には、教育訓練省および内務省の連名通達により学校保健員が教育行政の管轄となる学校事務職員となった。

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学校保健員という人材を配置する政策に始まり、保険制度の改訂により学校保健員の担当部局は社会保険局へと移行、2006 年には学校保健員が教育訓練省管轄となる学校事務職員となっており、学校保健員配置のための財源・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[38]」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[39]」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ることなく発展に繋げてきていた。

このように、ベトナムの学校保健政策は、教育と保健医療分野を含め異なる複数の省庁間で政策として掲げた「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。

次章では、自治体のひとつであるトゥアティエンフエ省の学校保健の展開について整理する。

引用文献

[1]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、p1

[2]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
Accessed on February 1. 2014

[3]London, J. D. ”Historical Welfare regimes and education in Vietnam”, ”Education in Vietnam” ISEAS Publishing、2007 年、pp13

[4]小林和彦「ヴェトナムの文廟についてーハノイ文廟とフエ文廟を通してのヴェトナム儒教についての素描」『関西大学中国文学会紀要』第 25 号、株式会社天理時報社、2004 年、p58

[5]小林和彦、前掲書、2004 年、p59

[6]岩名泰得「ベトナム哲学の現状と課題」『ベトナム革命とマルクス主義哲学』、青木書店、1976 年 p248-251

[7]白石昌也、前掲書、1993 年、p2

[8]London、前掲書、2007 年、pp14

[9]レ・ズアン『党の輝かしい旗のもと、独立と自由のため、社会主義のため、新たな勝利に向かって前進しよう』第 2 版、スタット出版社、1972 年版（岩名泰得編訳）（『ベトナム革命とマルクス主義哲学』、青木書店、1976 年 p92）

[10]ズオン・フー・ヒエップ「Ⅵ北ベトナムの社会主義建設における主観的要素の役割」『ベトナム革命とマルクス主義哲学』、青木書店、1976 年 p95

[11]ズオン、前掲書、1975 年、p103-104

[12]NHK 取材班「南北統一・15 年目の真実ーベトナムー」『社会主義の 20 世紀』日本放送出版協会、1991 年、pp126

[13]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、pp13

[14]文部省・外務省両省派遣『アジア教育協力調査団報告書 ヴィエトナム共和国の教育』、1975 年、p12

[15]白石昌也、前掲書、1993 年、p118

[16]岡江恭史「第 3 章　ベトナム」『プロジェクト研究［主要国農業戦略］研究資料 第 7 号 平成 26 年度カントリーレポート インド，アルゼンチン，ベトナム，インドネシア』農林水産省 農林水産政策研究所、2015 年、p96-97

[17]Le Thi Hop “Oriented strategic approaches and nutrition programs in the coming period to accelerate child stunting in Vietnam”, ”Journal of Food and Nutrition Sciences” Vol.7, No.1, May 2011 (On the website :National Institute of Nutrition / Viện Dinh Dưỡng) http://viendinhduong.vn/research/en/464/28/mot-so-dinh-huong-ve-giai-phap-chien-luoc-va-chuong-trinh-dinh-duong-trong-thoi-gian-toi-nham-giam-suy-dinh-duong-thap-coi-o-tre-em-viet-nam.aspx Accessed on 20 July 2017

[18]London、前掲書、2011 年、pp15

[19]経済産業省ベトナム医療情報化検討コンソーシアム『ベトナムにおける地域医療情報ネットワークの展開可能性の調査報告書』http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/　Accessed on 5 January 2016

[20]岡江恭史、前掲書、2015 年、p99

[21]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、p10

[22]橋本和孝『失われるシクロの下でーベトナムの社会と歴史ー』ハーベスト社、2017 年、p14

[23]橋本和孝、前掲書、2017 年、p13

[24]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、p1

[25]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、p31

[26]南部・関口、前掲書、2011 年、p10

[27]Diem、前掲書、2010 年、p33

[28]WHO: Global School Health Initiative http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/ Accessed on 5 January 2016

[29]杉村美紀「ベトナムにおける基礎教育普遍化への取り組みー質的拡充と女子教育の格差是正ー」『科学研究費補助金基盤研究（B）（1）課題番号：13571008　研究成果報告書』上智大学、2001-2003 年度、p5

[30]山田肖子「「万人のための教育(Education for All: EFA)」国際開発目標が途上国内で持つ意味ーエチオピア国における政府と家計へのインパクトー」『GRIPS 開発フォーラム』2006 年、p1

[31]杉村美紀、前掲書、2001-2003 年度、p2

[32]日本国際保健医療学会「国際保健医療学　第 2 版」（株）杏林書院、2005 年、p119－120

[33]日本国際保健医療学会、前掲書、2005 年、p241

[34]伊藤智朗、前掲書、2010 年、p2

[35]経済産業省ベトナム医療情報化検討コンソーシアム、前掲書

[36]ベトナム教育訓練省「学校医療保険について」http://www.moet.gov.vn/?page=1.10&view=963 Accessed on January 17. 2016

[37]ベトナム保健省予防医療局『2014 年学校保健計画啓発活動計画』、2014 年

[38]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、p115

[39]文部省・外務省両省派遣、前掲書、1975 年、p12

第３章

トゥアティエンフエ省での学校保健政策の展開

－2014 年 9 月インタビュー調査結果を中心に－

第３章 トゥアティエンフエ省での学校保健政策の展開
－2014 年 9 月インタビュー調査結果を中心に－

第１節 はじめに

（１） 本章の目的

第 3 章では、ベトナム中央政府により策定された学校保健政策が、実際の自治体レベルにおいてどのような変容をもたらしたかを明らかにする。具体的には、教育および保健医療分野においてどのような業務分掌を行ったか、各学校への学校保健員配置という政策は、自治体の中でどのように施策されてきたか。また、学校にて学校保健活動はどのような活動であると認識され、どのような課題に直面しているか。フエ省での学校保健政策の展開過程、学校保健体制の形成過程、現行の学校保健政策のもとでのフエ省内の学校現場における学校保健活動の実態について整理する。

（２） 本章の構成

本章は、本節とまとめを含めて計 5 節で構成される。

第 1 節では、本章の目的および構成を示す。第 2 節では、フエ省における学校保健政策の施策の展開過程について整理する。第 3 節では、2014 年 9 月に実施したインタビュー調査のうち主に行政機関への調査結果をもとに、フエ省における学校保健行政体制と具体的業務について整理する。第 4 節では、同年 9 月に実施した学校インタビュー調査結果をもとに、実際の学校保健の職務、課題について整理する。第 5 節では本章での研究結果をもとにフエ省の学校保健の現状および特徴を整理する。

第２節 トゥアティエンフエ省における学校保健政策の展開

（１） フエ省学校保健の歴史的背景および特徴

フエ省の学校保健政策を述べるにあたり、その背景にある歴史的特徴について触れる。

主な特徴のひとつとして、グエン王朝時代（1802-1945）にはフエ省は首都として城下町があった地域であったことが挙げられる。1896 年より、国学（クオックホック）というホーチミン氏等の著名人を多数輩出したトップレベルの高等学校等を有するなど、ベトナムの中でも学問に対する意識が高く、現在においてもなお、全国的にも主要な学問都市として認識されている。フエ市内に、ハノイ・ホーチミン市に次いで歴史の長い医療系公立大学であるフエ医科薬科大学が 1957 年に開校し、1975 年までに約 200 名の医師を輩出していた。70 年を経た 2017 年現在までに、約 20,000 人の医療関係者、約 8,000 名の大学院研究生が同校にて学んだ[1]。

一方で、対米戦争時には、ベトナム戦争時に南北を分けた北緯 17 度線に隣接しているが故に、1968 年の旧正月（テト）に南ベトナム解放民族戦線を中心とする解放勢力によっ

て行われた当時のベトナム共和国（いわゆる南ベトナム）諸都市への一斉攻撃を行なった「テト攻勢」の激戦区となり、街は壊滅的な被害を受け、多数の住民が巻き込まれその犠牲となったこと、加えて、1961 年から 1971 年にかけて、米軍によるベトナム解放軍の隠れるジャングルの消滅と農産物を汚染し食糧として役立たせないことを目的とした「ランチハンド作戦」で、全国でも特に大量の枯葉剤が散布された地域であった（表 3- 1）[注1,2]。

表 3- 1　枯葉剤散布地域と散布地域居住人口

名　称	面積（km^2）		人口（人）	
	総面積	散布地域面積	総人口	散布地域居住人口（推定）
ホーチミン	2,029	530	3,419,978	72,000
※クアンビン，クアンチ，トゥアティエンフエ	18,340	3,678	1,901,713	146,000
クアンナム，ダナン	11,989	2,639	1,529,520	103,000
※クアンガイ，ビンディン	11,900	2,049	2,095,354	179,000
ザーライ，コントゥム	25,536	3,301	595,906	42,000
ダックラック	19,800	727	490,918	62,000
※フーイエン，カインホア	9,804	1,638	188,637	94,000
ラムドン	9,933	720	396,637	52,000
※ニントゥアン，ビントゥアン	11,374	1,918	938,255	88,000
※ビンズオン，ビンフゥォック	9,899	4,217	659,093	152,000
タイニン	4,030	1,480	684,006	97,000
ドンナイ	7,578	3,773	1,304,799	300,000
ロンアン	4,355	582	957,264	91,000
ティエンザン	2,377	158	1,264,498	49,000
ベンチェ	2,255	444	1,041,838	189,000
ドンタップ	3,393	100	1,182,787	25,000
アンザン	3,493	11	1,532,262	3,000
キエンザン	6,358	298	994,673	35,000
※カントー，ソクチャン	6,126	270	2,232,891	57,000
※ヴィンロン，チャーヴィン	3,854	306	1,504,215	10,000
※バクリュウ，カマウ	7,697	1,126	1,219,595	104,000
バリアヴンタウ	249	36	91,610	9,000

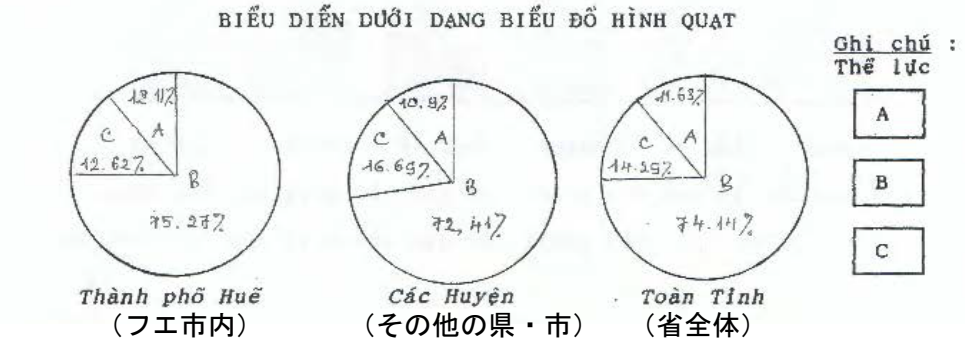
出所：寺本 実『ベトナムの枯葉剤被災者扶助制度と被災者の生活-中部クアンチ省における事例調査に基づく一考察-』「アジア経済」第 53 巻 1 号、日本貿易振興機構アジア経済研究所、2012 年、p5 より引用[3]

注1　枯葉剤被災者は、ベトナム全土にて 3 世代跨いで 500 万人を超える人々が現在も健康被害を受けているとされる。甚大な被害をもたらしたにも関わらず、越政府が枯葉剤被災者の扶助に向けて公式に動きだしたのは「ベトナム戦争でアメリカが使用した枯葉剤により被害を受けた被災者の調査、確定に関する首相決定 74」が 1998 年 4 月に出されたのちのこととなる。

（２） 1991 年学校保健センターの設立と 1992 年フエ省における学校保健調査

フエ省における学校保健政策の最たる特徴として、1991 年に当時の教育訓練局長指示およびフエ省人民委員会決定文書（1991 年 1 月 18 日付文書番号 49/QĐ-UB）のもと、教育省の同局内に学校保健の専門機関として「学校保健センター」が設立されたことがある[注2,4]。センター設立とはいえ、当初は医師 3 名、看護師 1 名、総務 1 名の計 5 名の公務員が教育省予算により任用されたものであったが、第 2 章にて触れたとおり、ドイモイ政策を経た後も、各自治体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かった中で、当時のフエ省教育訓練局長が独自の人事任用に関する申請を行い、地方行政長とも言えるフエ省人民委員長がそれを承認し、現在も規模を拡大しながらその機能を保持している。このような動きは全国的にも珍しく、保健省担当官への聞き取りによると、他省での同センターの設置を展開させようという動きがあったものの、予算繰り等で条件が整わなかったため、現在もなお、全国で唯一の組織となっているとのことであった[注3]。初期の学校保健センターの主な任務は、フエ省の学童期の子ども達の健康実態の把握にあった。

1992 年に学校保健センターより報告された「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査（Nhận xét tình hình sức khỏe và bệnh tật các em học sinh tỉnh Thừa Thiên Huế）」の調査結果がある。同調査は、フエ省の 6－18 歳の児童生徒、計 24,385 名を対象として健康実態調査を実施したものであり、2000 年学校保健政策が始まる前の子ども達の健康状況を窺い知ることができる。調査結果では、まず、児童生徒の身長、体重、胸囲の値をもとに総合的に判断し A（良好）B（普通）C（虚弱）の 3 分類に分け、その割合が示されていた（図 3-1）。A（良好）と診断された児童生徒は全体の 11.63%にとどまり、B が 74.14%、C が 14.29%であった。



（フエ市内） （その他の県・市） （省全体）

図 3- 1　対称者の健康状態

出所：フエ省学校保健センター「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査」1992 年、p4 より引用

注2 但し、1991 年時の学校保健センター設立にかかる予算編成に係る情報や公的資料について、聞き取りでは入手することは叶わなかった。加えて、ベトナム公文書検索システム =Thuvienphapluat.vn（法規図書館.vn）(URL: https://thuvienphapluat.vn/)で検索してみたが、フエ省文書については 1995 年以降の公文書の情報しか見つからず、その詳細については明らかにすることができなかった。調査の限界としてここに申し添える。

注3 2014 年 9 月保健省調査院職員からの聞き取りによる。

加えて、報告書には 1989 年調査をもとにしたベトナムの 15 歳児の平均体重・平均身長を、近隣のアジア諸国および日本と比較した表が示されていた（表 3-2）。1975 年の戦後から約 14 年が経過した当時のベトナムの子ども達には、近隣諸国と比べても顕著に低身長、低体重の状態が見られ、全土において子ども達が慢性的な栄養失調状態にあり、成長が阻害されていたことが窺える。

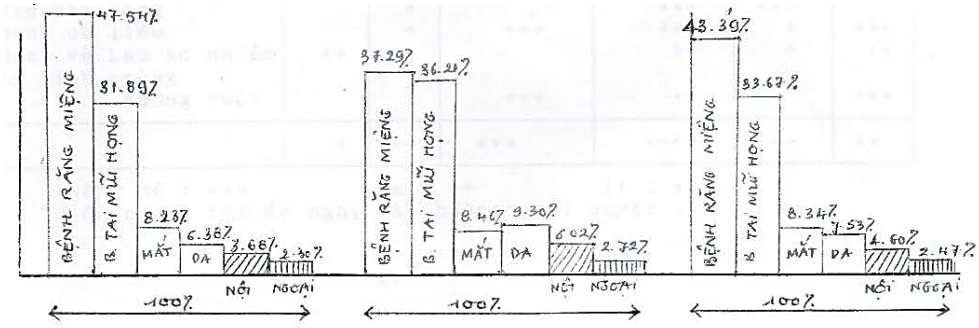
表 3- 2　15 歳児の平均身長・平均体重の 5 カ国比較

		身長（メートル）	体重（キログラム）
		Chiều cao (mét)	Cân nặng (kilogam)
ベトナム	Việt Nam	1,47	34,4
タイ	Thái Lan	1,49	40,5
フィリピン	Philippine	1,53	45,5
インド	Ấn Độ	1,55	49,5
日本	Nhật Bản	1,64	53,5

出所：フエ省学校保健センター「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査」1992 年、p6 より引用

フエ省の児童生徒の主要な疾病課題としては、（表 3-3 中左から）①口腔疾患（全体：43.39%）、②耳鼻咽喉系疾患（同 33.67%）、③視力等眼科疾患（8.34%）、④皮膚系疾患（7.53%）、⑤内科系疾患（4.6%）、⑥外科系疾患（2.47%）があることが報告された。

表 3- 3　1992 年トゥアティエンフエ省の疾病状況



Thành Phố Huế　　Các Huyện　　Toàn Tỉnh

（フエ市内）　（その他の県・市）　（省全体）

出所：フエ省学校保健センター「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査」1992 年、p24 より引用

なお、1992 年当時のフエ省の児童生徒の健康課題は以下のとおりまとめられている。

（「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査」一部抜粋、筆者翻訳）

物理的条件：

学校を取り巻く物理的条件について、特に日本や他の先進国と比較してまだ不十分といえる。2000 年以降、ベトナムの経済状況が現在より改善した場合には、特に児童生徒が学習し、成長し、生産活動を行うのに十分な食べ物の供給を支援するべきと考える。1945 年以前、日本ではベトナムよりも平均身長が低かったものの、1960 年代にはベトナムの平均と同等になり、現在では 15－20㎝ 高くなっている。

フエ省における学校保健政策が開始して 27 年が経過しているが、児童生徒を取り巻く物理的条件が改善していない。諸問題が拡大する前に、教育分野にて早急な対応が必要である[5]。

当時の報告書執筆にあたった学校保健センター担当者は、日本の学校保健に関する知見を持っていたことが分かる。日本の学校保健統計をもとに、日本が第 2 次世界大戦後に学校保健がもたらした効果である（と考えられていた）児童生徒の身体的変化を通じて、フエ省においても学校保健の実践することへの期待を示していた。「学校保健政策が開始して 27 年」という記載から、フエ省で学校保健が開始されたのが 1965 年であると考えられていたことが窺える。これは、第 2 章で述べたとおり、南ベトナム／ベトナム共和国で「1964-1965 年に学校保健が開始された」という記述と一致する。

表 3- 4　よく見られる疾病と要因の関連性

	遺伝性	アトピー	生活環境に因るもの	生活習慣に因るもの	学校が起因するもの	感染性
眼病			++	++	++	+++
体力低下	+	+		++	+++	
耳垢		+	+	++		
耳炎		++	+++	+		
咽頭腺炎		++	+	+		
鼻咽喉炎		+	++	+	+	++
齲歯		+	+	+++		
包茎	+++					
脊柱側弯症		+		+++	+++	
性病		+	+++	+++	+	+++
結核	++			++	+	++
寄生虫			+++	++		+++
	+	++	+++	++++	++	++

（影響が大きい：＋＋＋　影響がある：＋＋　影響が少ない：＋）

出所：フエ省学校保健センター「トゥアティエンフエ省児童生徒健康調査」、1992 年、p25 をもとに筆者邦訳・作成

また、調査で明らかになった疾病のうち、主には一般的な感染症、児童期によく見られる疾病と要因との関連性をもとに、学校で感染しやすい疾病（眼病、結核、寄生虫、傷、鼻炎、咽頭炎等）への対策、机・椅子の不適合による脊柱側弯症、照明の暗さ、文字の小ささ等による近視予防等の対策を学校にて実践することが必要であることが指摘された[6]。

（３） 2000 年学校保健政策以降のフエ省における学校保健財政の変容

2000 年に教育訓練省および保健省によって学校保健政策が発出されたのち、フエ省では学校保健事業に関する財政状況が記録・報告されている（表 3- 5)。なお、フエ省学校保健センター長によると、フエ省で実際に学校保健活動が機能し始めたと実感したのは、2000 年政策以降であったとの発話があった。

同表を見ると、2000 年政策開始当初には、学校保健関連費として学校医療保険料がすでに確保されており、かつ 8 割以上を占めていたことが分かる。2000 年以降には、学校保健事業に対し海外からの支援で行う関連プロジェクトが 2002 年以降に急増している。保健省と教育訓練省予算は、2000 年当時は保健省予算が若干多い印象があるが、2004 年には共に 8%としてほぼ同額を捻出するようになっている。

表 3- 5　2000－2004 年　トゥアティエンフエ省の学校保健に関する財政統計

年	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	5 年計
フエ省ＧＤＰ（百万 VND）	3,460,769	3,941,091	4,439,587	4,971,644	5,872,417	22,685,508
一人当りの収入概算	376.0USD	409.9USD	437.3USD	471.6USD	507.9USD	－
学校保健投資総額（百万 VND）	874.150	325.781	834.106	724.493	1,209.395	3,967.925
対ＧＤＰ率	0.025%	0.008%	0.019%	0.015%	0.020%	0.017%
内訳						
教育訓練省投資額（百万 VND）	47.072	61.788	42.010	67.167	94.291	312.328
対投資総額割合	5.38%	18.97%	5.04%	9.27%	8.2%	7.87%
保健省投資額（百万 VND）	55.738	70.818	85.738	93.944	93.944	400.182
対投資総額割合	6.38%	21.71%	10.28%	12.97%	8.17%	10.09%
各プロジェクト投資額（百万 VND）	33.0	0	39.458	15.650	416.083	504.191
対投資総額割合	3.78%	0%	4.73%	2.16%	36.17%	12.71%
学校医療保険投資額（百万 VND）	738.34	193.175	666.9	547.732	605.077	2,751.224
対投資総額割合	84.01%	59.30%	79.95%	75.60%	50.03%	69.34%

出所：フエ省学校保健センター

『医療経済から見る各学校での 5 年間の学校保健および児童生徒の初期診察治療活動』2005 年をもとに筆者邦訳・作成

一方で、現場では、国内の担当部局以外が実施する学校保健活動が多すぎること、また特に海外プロジェクトによる学校保健活動等が不定期に行われることにより、フエ省内の行政担当者がフエ省の学校保健の実態を把握しきれないという問題に直面した[7]。2015 年時点では、フエ省の年間学校保健計画には国内行政機関以外の組織による学校保健活動は含めないこととなっている。国内関係機関以外の学校保健支援活動等は、フエ省ないしフエ市外務局が支援受入の窓口となることで、事業の“住み分け”を行っている。

（４） 2000 年学校保健政策以降の学校保健人事（学校保健員配置）の変容

①学校保健員政策の導入

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、学校保健員が契約職員として 17 名が採用され、モデル校となる学校に配置された。任用された学校保健員の前歴は、主に医師、看護師、元軍医、元軍看護師等であった。翌年 2002 年 1 月 24 日に決議 20/2002/QĐ-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、学校保健の具体的事業については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学校保健員の任用等を直接担当できるようになり、学校保健員研修も開始した。2006 年に学校保健員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募集・任用・配置を担当している。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学校保健員としての採用枠数を決定し、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学校保健員を配置している。その他、司書兼学校保健員として、医療資格を持たない者が任用されるケースもある。現在では、フエ省での学校保健員の任用条件として、原則「中級看護師」相当もしくは以上の医療資格を持つ者とした。また、2010 年から、任用された学校保健員は着任前にフエ省医科短期大学にて 6 か月の研修を行うこととなった。学校保健員配置数は 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 割の学校への専任学校保健員配置を達成した（表 3- 6）。

表 3- 6 トゥアティエンフエ省における学校保健員数の動向（2000–2014 年）

	2000	…	2005	2006	2007	2008	…	2011	…	2013(-2014)
公務員（名）	―		―	―	20	28		129		420
契約職員（名）	17		37	50	30	56		39		10
総数（名）	17		37	50	50	84		168		430

出所：学校保健センターからの情報（2015 年時点）をもとに筆者作成

至近の 2012 年保健省予防医療局報告によれば、全国の学校保健員配置率は 55.2%、うち 25%が専任の学校保健員であると報告されている [8]。一部、B 省では、全 469 校に対し 82 名（全体の約 17%）の学校保健員配置に留まっているとの報告がなされており [9]、行政区別にみた場合、学校保健員配置状況にはかなりの差があると同時に、フエ省の学校保健員配置率は全国と比較しても非常に高いことが窺える。

②学校保健員の任用・給与体系

ここで、公立学校における学校保健員の給与体系について触れておきたい。

専任学校保健員の任用形態には、現在 2 通りがある。正規任用としての公務員（社会保険・医療保険付）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、公務員であればベトナム国庫からの直接払いとなる。契約職員の場合、給与が支払われる方法は 2 通りある。ア. 学校が所属する教育訓練局からの支払、もしくは、イ. 学校医療保険料（項目：学校保健活動費）からの支払である。原則、各学校につき 1 名の専任学校保健員を配置することが義務付けられ、かつ医師、看護師、準看護師など医療関係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くなる病院勤務に対し、「学校事務職員給与基本給＋（最低賃金の 20%）＋資格手当」相当の収入では生活が厳しいとの声が聞かれる。学校で単独で配置されるため忙しい／休暇が取りにくいにも関わらず、専門職としての教師よりも待遇が劣ることもあり、有医療資格者の中から新たな担い手となる人材が確保しにくいという状況が全国的に指摘されている [10]。

第３節 現在のフエ省内の学校保健関係機関の実際の業務および行政体制

ベトナムの特徴として、学校保健政策を教育分野と保健医療分野が中心となり、各機関が連携して実施していることが挙げられる。学校保健政策は、実際の地方行政においては、どのように展開されているか。2014 年 9 月に実施したインタビュー調査にて得られた情報をもとに、関係機関の具体的な学校保健業務について整理する。

（１） 調査方法

2014 年 9 月 18－25 日に、フエ省の学校保健主管部局であるフエ省教育訓練局学校保健センター（以下、学校保健センター）に調査目的を説明し、同センター長よりインタビュー対象として適当であると紹介された 5 つの行政機関の学校保健担当者 9 名に対しインタビュー調査を行った。インタビュー時には越語 - 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。

（２） 行政機関インタビュー対象機関

学校保健に関連する行政機関へのインタビュー調査の対象とした 9 名の部署・役職等は下のとおりであった。

表 3- 7　行政機関インタビュー対象機関

	機関名	部署・役職	性別
1	フエ省教育訓練局	副局長	男性
2	学校保健センター	センター長	女性
3	フエ市教育訓練局	学校保健チーム長	女性
4		学校保健チーム	男性
5	フエ省保健局予防医療センター	副局長	男性
6		公衆保健課長	男性
7	フエ医科薬科大学	副学長	男性
8		講師（科目担当/医療社会学）	女性
9		国際協力事業課	男性

なお、2. 学校保健センターについては、本インタビュー調査結果のほか、2014 年 11 月に学校保健センター長より提供されたパワーポイント等資料の情報を参照した。

（３） 各関係機関の学校保健の業務分掌および具体的業務

行政機関インタビューにて得られた情報をもとに、各機関の学校保健に関する具体的な業務について整理した結果、主に表 3- 8 の業務を行なっているとの回答を得た。

表 3- 8　フエ省内主な行政機関における学校保健の具体的業務

フエ省教育訓練局	①計画策定 ②指導 ③学校保健員の任用・配置
学校保健センター	①専門的諮問機関 ②専門的な学校保健活動 ③国の機関としての業務管理 ④連携促進 ⑤学校医療保険にかかる業務
フエ省保健局予防医療センター	①学校環境検査 ②学校保健関係者への研修・講義 ③健康診断 ④定期報告
フエ省医科薬科大学	①学校保健任用前研修 ②医療系学生への学校保健講義 ③各国プロジェクト・研究の共同実施
フエ市教育訓練局	①学校保健員の任用・配置 ②学校保健設備整備に関する指示、支援 ③市保健センターと連携した研修の実施 ④学校保健関連経費の調達 ⑤学校保健環境検査 ⑥年間計画・定期報告の提出

各機関でのインタビュー調査の詳細について、以下に示す。

表 3- 9　トゥアティエンフエ省の主な関係行政機関が行なう具体的業務

機関名		主な業務
	具体的取り組み	
1	フエ省教育訓練局	①計画策定 ②指導 ③学校保健員の任用・配置
	教育訓練局は、管轄にある学校の児童生徒に関する活動すべてに責任を有する。 **①計画策定** ・　省保健局もしくは保健医療関連機関が学校にて活動を実施したい場合、まず省教育訓練局に活動承認申請が届き、教育訓練局がそれを承認した後に実際の活動が開始する。 ・　学校等に通知する公文書作成 ・　省内で実施したい次年度の学校保健活動をもとに教育訓練省への年間計画提出と予算申請 **②指導** ・　学校保健センターと連携し、必要に応じて局名義で指導する。 **③学校保健員の任用・配置** ・　省教育訓練局は、同局に割り振られた公務員枠数の中から、学校保健員をどの学校に配置するかを検討し、主に掲示板にて募集要項を提示し遂次任用手続きを行う。 ・　施策当初は、主に省教育訓練局が管轄する高校への学校保健員配置を優先的に行った。	
2	学校保健センター	①専門的諮問機関 ②専門的な学校保健活動 ③国の機関としての業務管理 ④連携促進 ⑤学校医療保険にかかる業務
	正規職員 6 名、契約職員 18 名の計 24 名が勤務している（2015 年 3 月時点）。 **①諮問機関としての専門的指導支援** ・　教育関係機関への学校保健に関する助言・管理 ・　フエ省教育訓練局が行う指導内容に関する諮問等の支援 （児童生徒および教職員の健康状況、適切な活動等） **②専門的な学校保健活動** ・　学校保健に係る検査・監査、疾病予防、国家プログラムの実施を通じて省教育訓練局による児童生徒・教職員の健康管理義務、健康指導、初期診察・初期治療の実施 （省内各行政区の保健局、保健センター、病院等の医療機関、社会保険局、赤十字と連携） ・　学校保健に関する計画・プログラム策定 ・　学校保健ネットワークの発展と改善 ・　保健室での業務監査 ・　学校における学校保健関連活動の実施・発展のための監査・指導 （体育教育、児童生徒の総合的な発達への条件整備等） （省教育訓練局や省内各行政区の保健局、病院・保健センター等専門機関と連携） ・　フエ省“Friendly School-Positive Student”指導部への参加および支援 ・　（必要に応じ）省および省内各行政区の保健局、保健センター、病院等の医療機関の検査・調査団への同行 ・　関連活動、スポーツ大会等の医療サービス （フードン健康大会、リーグ陸上競技、サッカー、スポーツ大会、中学校卒業試験、高校入学試験、青少年フットボールコミュニティー、障害児サッカー、科学コンテスト、楽しい- 元気-有意義な小学生デー、FFAV カップ等）	

	・ 各研究の実施および参画 （省内各行政区の保健局、保健センター、病院等の医療機関、医科大学等と連携） ・ 学校保健員の専門性の向上のための知識・技術研修等の支援、計画策定 ・ 学校医療保険による児童生徒の初期診断・初期治療に適した医療設備の整備 **③国の機関としての業務管理（指導・監査）** 同センターは、独立専門機関、フエ省教育訓練局の管轄機関として、教育分野の学校保健事業を専門的に扱う行政機関としての法的な地位を有している。フエ省内の教育関係機関への参加・指導、学校で実施される学校保健プログラムへの参加・指導・監査等を行う。 ・ 学校保健員の能力向上のための研修計画策定を通じた学校保健員の専門性の強化 ・ 各学校の年間実施計画および実施状況の評価。専門的な活動内容の充実に努める。 ・ 学校保健センター主催の定例会議の開催 ・ 学校保健員の医療知識・季節性感染症状況等の時事課題に関する情報アップデート ・ 学校保健員同士の経験共有のための会合開催、現役学校保健員の専門性の向上支援 ・ フエ市内の一部の学校の定期健康診断の計画・実施 ・ 児童生徒の健康管理支援（診察設備の活用） **④教育及び保健医療分野の連携調整** ・ 教育分野と保健分野の懸け橋としての役割を果たす。各プログラムの指導・実施・監査、健康指導、健康教育、初期診察・初期治療の効果等の情報を収集し、質の維持・向上を促進する。 **⑤学校医療保険に係る業務** ・ 社会－医療保険や学校医療保険基金関連機関の一つとして、保険加入率の向上のための広報・手続き（フエ省社会保険局と連携）、児童生徒のための診察治療基金の手続き支援（各医療機関と連携）等。 ・ 学校医療保険に加入した児童生徒の初期診察・初期治療の拠点 ・ フエ市内の近隣校児童生徒への初期診察・初期治療（学校医療保険診察室を設置） ・ 疾病の早期発見、初期治療および必要に応じ適切な専門的治療を受けられる病院への紹介・転送 ・ その他、学校医療保険を効果的に使用できるための支援を行う。	
3	**フエ省保健局予防医療センター**	**①学校環境検査** **②学校保健関係者への研修・講義** **③健康診断** **④定期報告**
	学校保健については、同センターの部局のうち公衆保健課（Khoa sức khỏe cộng đồng）が担当。 **①学校環境検査** ・ 学校環境検査（水質検査、ごみ処理、周辺環境検査、学校建設、教室衛生環境、窓の数、机・椅子と身長バランス、教室内の照明数、トイレの個数（在校生数に見合っているか）、トイレの衛生状況、遊具等学校機材の安全状況等） ・ 照度、粉塵、気候（温度、湿度）、騒音、二酸化炭素濃度等の項目検査機材を用いた検査を行うことができる。省以下の下位行政区では、フエ市、Hương Trà 市、Phong Điền 県、Phú Vang 県、Phú Lộc 県の 5 つの予防医療センターに照度計、温湿計、粉塵測定器の 3 種の機材があるため、各行政区の予防医療センター自身が学校環境検査を実施できるようになった。 **②学校保健関係者への研修・講義** ・ 1 年に 2 回、学校保健員着任前研修の講義を担当する。 ・ 内容としては、学校保健政策内容全般、応急手当、定期的な環境チェック・検査方法、報告書の書き方、感染症等 ・ 学校保健センターが毎月実施する学校保健員定例会議での講義（必要に応じ） **③健康診断** ・ 各学校が保健医療機関（近隣の病院、直轄行政区の保健センター等）と直接契約し委託するかたちで実施される。	

	・　幼稚園については 2 回、小学校から高校については年 1 回実施している。 **④定期報告** ・　年に 2 回、学年度の開始時と終了時に定期報告の受領および提出を行う。 ・　各保健医療分野の下位組織からの報告書の提出を受ける。また、予防医療センター自身の活動状況、検査結果を踏まえて報告書作成を行う。 ・　同センターからの報告書提出。提出・共有先は、学校保健センター、省保健局、省教育訓練局、検査等で関連のあった下位予防医療センター、地区保健センター、教育局、学校等 ＜その他関連情報＞ （環境検査の業務分掌） ・　検査機器については過去に ADB の支援により、医療分野機関の職員に対して、能力向上研修として機材の使用方法講習が行われた。現在では、省保健局予防医療センター公衆保健課が学校環境検査を行うのは 2－3 校に留まり、その他は県・市レベルの予防医療センターが担当している。 ・　本来の環境検査の業務分掌としては、同じく省保健局の管轄機関となる環境管理医療局（Cục y tế quân lý môi trường）となるが、同局は検査機材がなく予防医療センター公衆保健課が担当することになった。また、正確には、同予防医療センター内の職業健康課（Khoa sức khỏe nghề nghiệp）が、便宜上は施設の環境検査、公衆保健課が環境管理という業務分掌になっているものの、職業健康課の管轄する組織は工場や企業を含めて多岐にわたり、また公衆保健課が同様の検査機器を有していることから、2000 年に学校保健政策開始とともに学校の検査に関しては公衆保健課が担当することとなったという経緯がある。 （学校保健検査費用） ・　健康診断費として、5,000 ドン／人×児童生徒数で算出され、学校から各機関に支払われる。実施時期は担当機関に拠る。基本的には健康診断を委託された機関が日時を定め、学校に直接連絡を取って実施されることが多い。 ・　検査は、基本的には学校負担となる。例として 1 校あたりの照度検査は、20,000 ドン×3 教室程度の費用がかかる。過去に、予防医療センター担当者から社会保険局に対し、同検査料に学校医療保険（診察医療基金）の 2%を充てることを提案したが採択されなかった。 ・　水質検査については、検査項目が 100 項目を超えるため専門機関に委託しなくてはならず、また検査費が高額なことから（5,000,000 ドン／校）定期的に実施することが難しい。 （学校の水環境） ・　学校には飲料水および生活用水があるが、現時点では、生活用水のみ検査を行っている。現在のフエ省の学校では、75%まで水道水を使用することができるようになったが、約 20%は井戸水を使用している。そのため、学校には飲料水を設置するとされているが、児童生徒が持参している学校もある。水道設備は、海外プロジェクトによる支援で設置できた学校もあれば、学校自らが費用を負担して設置した学校もある。
4	**フエ省医科薬科大学**	**①学校保健任用前研修** **②医療系学生への学校保健講義** **③各国プロジェクト・研究の共同実施**
	①学校保健任用前研修 ・　2010 年より学校保健派遣前研修を実施 **②医療系学生への学校保健講義** ・　医科大学で学ぶ全学生は、学校保健についてカリキュラムの中で学ぶことになっている。 ・　学校保健を取り扱う講義には、心理学と健康教育学がある。 **③各国プロジェクト・研究の共同実施** ・　国際協力事業課（Khoá học công nghệ hợp tác Quốc tế）が海外団体の調査研究等の協力窓口となり、各国のプロジェクトを担当。 ・　プロジェクト日程に応じて、協力する医師や学生の調整を行う。	

	・　学校保健というよりは学童期の子どもを対象とした研究プロジェクトが多く領域も多岐にわたる。 ＜その他＞ ・　視力、姿勢、齲歯など、学校保健が抱える課題は多いが、実際に研究に携わる人材や投資が少ないため、活動が制限されることもある。 ・　協力依頼を受ける際に、それぞれの機関の関心が異なっている。 ・　大学が調査研究を通じて把握している学校保健の課題は、肥満が全体の 10%と増加傾向にあり、また事故についても毎年全体の 5－6%程度の割合で発生している。 ・　恒常的に課題として挙げられている近視、齲歯の他、近年では、勉強のプレッシャーによるストレス等、精神保健の課題が見られるようになってきた。 ・　一方で、健康教育や健康知識の普及活動は、児童生徒学生にとって多いとはいえず、実際に学校で受けられる学校保健の範囲の診察治療は範囲が限られる。	
5	**フエ市教育訓練局**	**①学校保健員の任用・配置** **②学校保健設備整備に関する指示、支援** **③市保健センターと連携した研修の実施** **④学校保健関連経費の調達** **⑤学校保健環境検査** **⑥年間計画・定期報告の提出**
	フエ市教育訓練局では、学校保健チームを編成し、フエ市内の幼稚園 47 校、小学校 36 校、中学校 24 校の学校保健を担当している。市教育訓練局の全 26 名（幼稚園課 3 名、普通科学校課 10 名を含む）のうち、9 名が局長の任命で学校保健チームとして他の業務と兼任する。 **①学校保健員の任用・配置** ・　市教育訓練局として現在最も力を入れている事業には、学校保健員の配置がある。 ・　2014 年現在では、市では 69 名を公務員として学校保健員を任用することができた（幼稚園 19 名、小学校 28 名、中学校 22 名） ・　同 69 名の学校保健員配置にあたっては、生徒数が多い学校（学校規模区分のクラス I を優先する）、特別支援学級があるか特別支援が必要な児童生徒が在籍する学校に優先的に配置した。 ・　一方で、38 校については未配置。市教育訓練局では診察治療基金の 2%を使って、3 校ないし 4 校あたり 1 名ずつの医療系有資格者を学校保健員代理として任用している。 ・　学校保健員の任用にあたっては、学校保健員を任用したい学校からの要望を受け、それをもとに年度計画を立案する。 ・　毎年、年初めに市内務局から市教育訓練局に対して任用が可能な公務員枠数、うち任用可能な学校保健員見込み数を含めて通知される。 ・　市教育訓練局は、同局に割り振られた公務員枠数の中から、学校保健員をどの学校に配置するかを検討し、テレビや掲示板にて募集要項を提示し、遂次任用手続きを行う。 **②学校保健設備整備に関する指示、支援** ・　市教育訓練局からは該当する学校に対し、保健室の設置、医薬品・医療備品等の整備について指示・指導を行う。 ・　学校保健設備の整備は、原則学校の責任であるが、学校の予算が足りないと判断された場合、a. 市教育訓練局が保健室設置・建設、学校が保健室備品の調達、b. 市教育訓練局が保健室設置・建設および保健室備品調達を行うなどの支援を行ったケースもある。 ・　基本的には学校医療保険（診察治療基金）を活用して、学校自らが整備することが多い。 **③市保健センターと連携した研修の実施** ・　フエ市保健センターと連携し、研修を実施。 ・　年 1 回の定期報告会のほか、感染症の発生（例：2014 年はルベラ熱、手足口病）	

	など緊急の場合に臨時研修を実施することがある。 ・ 学校保健センターが実施する毎月 1 回の学校保健員研修と当局が実施する研修の違いとしては、学校保健センターは学校保健に関する専門的な項目を取りまとめ研修を行うが、市教育訓練局が実施する研修は、教育訓練局として伝達しなくてはいけない事柄を伝えるための研修・会議という意味合いが強い。 ・ 市保健局は、毎月の学校保健センターによる定例研修前に学校保健センターにて至近の疾病状況等医療的課題について報告を行っており、その情報をもとに学校保健員定例研修にて各学校に伝達している。 **④学校保健関連経費** ・ 市教育訓練局予算では、特に学校保健に特化した予算編成は行わない。 ・ 水道代、電気代等にあたる“通常経費”が予算全体の 15－17%の割合で割り振られているが、学校保健活動もしくは学校保健備品購入等が必要な場合には、同項目から支払っている。 **⑤学校保健環境検査** ・ 幼稚園課兼学校保健担当者は、毎週 3 回は各学校での環境検査に立会い随時指導を行っている。 ・ 年間計画策定、特に疾病・食中毒予防には十分な配慮が必要。 ・ 担当者の実感として、自分が担当する職務のうち全体の 3 分の 1 は学校保健に係る業務であると感じる。 **⑥年間計画・定期報告の提出** ・ 各学校からの意見を取りまとめ、年 1 回の年間計画と年 2 回の定期報告書を学校保健センター宛に提出している。

その他、フエ省の学校保健の展開が順調に進んでいる要因のひとつとして、学校保健センターが省教育訓練局内にあることが大きいとの意見があった。例として、市レベルの教育訓練局が保健医療分野と連携して活動を行いたいと考える場合、他省では省教育訓練局を介して依頼するため手間取るが、フエ省では医療の専門性を持つスタッフがいる学校保健センターが担当してくれているため、迅速に対応してもらえるとの意見が挙げられた（市教育訓練局のインタビュー調査結果より）。

（４） 学校保健に関する検査および報告体制

行政機関インタビュー調査結果の中から、特に日本と異なる業務体制の例として、①学校環境検査と②定期報告が挙げられる。関係機関がどのように業務分掌を行い「連携」という体制が取れていたか、聞き取り内容をもとに改めて整理する。

①学校環境検査（図 3- 3）

学校には水質検査、照度計等の検査機材がないため、学校保健員は毎日目視で検査を行い、専門的な定期検査については、主に予防医療センターや専門医療機関が担当する。

定期検査や感染症が発生した場合などの臨時検査を学校で行う場合、専門医療機関からの学校訪問依頼を受け、学校保健センターまたは市教育訓練局が学校訪問申請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。予防医療センターから省教育訓練局に対しては、主に公文書による形式上の学校訪問申請、その後に省教育訓練局から予防医療センターに学校訪問許可が文書で返送されるのみに留まる。

一方で、検査については、例えば照度検査では、少額（1 校あたりの照度検査は、20,000 ドン×3 教室程度）ではあるが、主に学校負担となっており、教育関係機関から保健医療機関への支払いが発生している。水質検査については、検査項目が 100 項目を超えるため専門機関に委託しなくてはならず、また検査費が高額なことから（5,000,000 ドン／校）定期的に実施することが難しいとのことであった。

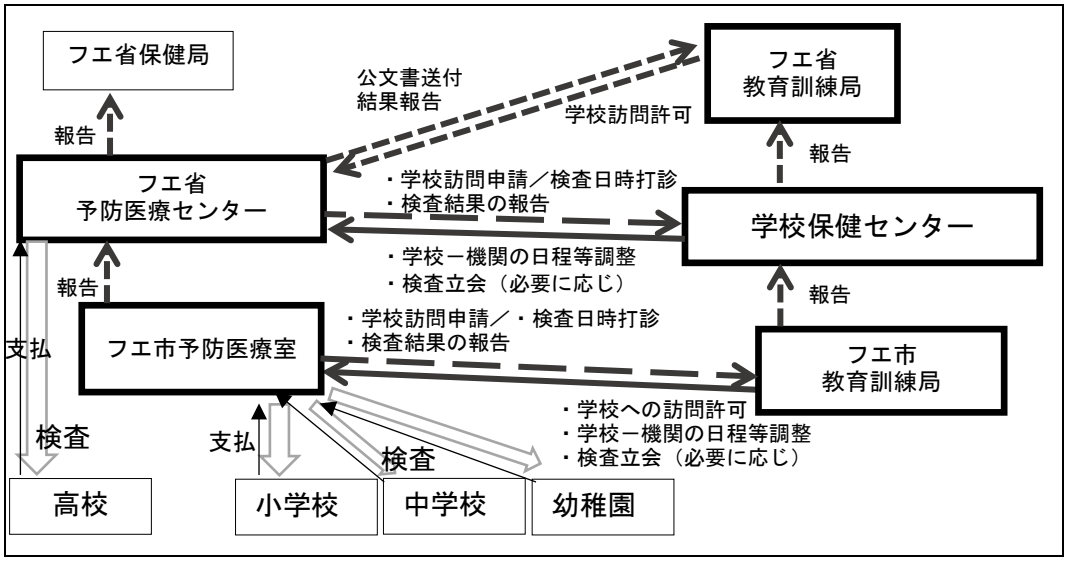


図 3- 3　学校環境検査等の実施に係る手続きの流れ（筆者作成）

②定期報告（図 3- 4）

学校からの定期報告（年 2 回）はどの校種であっても全校がフエ市予防医療室と、各管轄教育局に同時に提出する体制をとっている（学校保健員が作成し、校長名義で提出することが多い）。教育訓練局単独では、主に年間活動報告としての学校保健事業の報告を受ける。保健医療分野からも、例えばフエ省保健局予防医療センター担当者は、全ての学校保健情報を入手したのちに、総括報告書を作成し、管轄機関のみならず、教育分野である学校保健センター、教育訓練局、関連する学校も含めて共有を行なっているとのことであった。

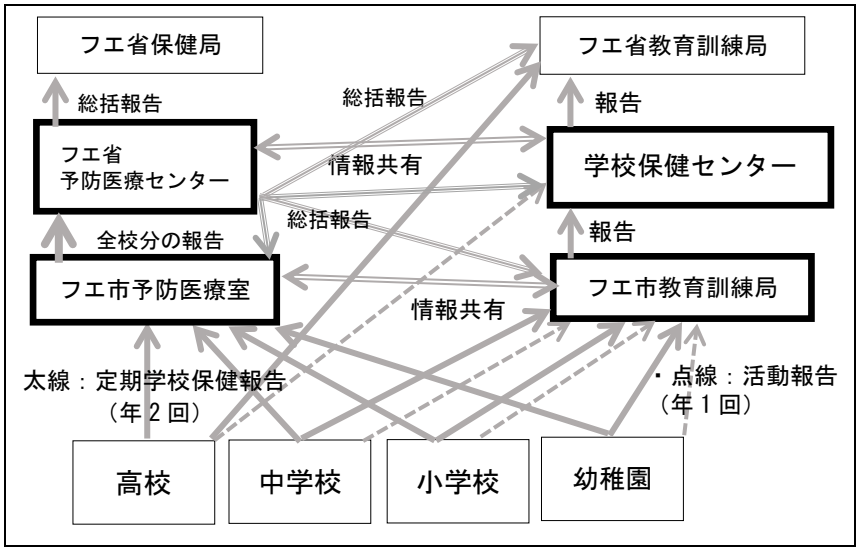


図 3- 4　定期報告の流れ（筆者作成）

いずれの情報も、各行政区の中で予防医療センター - 学校保健センター、市予防医療室 - 市教育訓練局間というように同行政レベルで共有されている。情報が重複してしまうことへの懸念について質問したところ、「(情報が) 重複することを前提に捉えている。情報が重複する煩わしさより情報が漏れないようにすることを重視する（学校保健センター)」との発話があった。

第４節 学校保健政策による学校内の学校保健体制の変容
ーインタビュー調査結果からー

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、学校保健員（契約職員）として 17 名が任用されモデル校となる学校に配置されてから 10 年以上を経て、各学校ではどのような学校保健活動が行われているか、2014 年 9 月に実施した学校インタビュー調査結果をもとに、その実態について整理する。

（１） 調査方法

2014 年 9 月 18－25 日に、フエ省の学校保健主管部局であるフエ省教育訓練局学校保健センター（以下、学校保健センター）に調査目的を説明し、同センター長よりインタビュー対象として適当であると紹介された学校 9 校（幼稚園 2 校、小学校 2 校、中学校 3 校、高校 2 校の管理職および学校保健員）21 名の計 30 名に対しインタビュー調査を行った。インタビュー対象校・対象者・主な地域属性・地図上の位置については表 3- 10 と図 3- 5 に示した。インタビュー時には越語 - 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。

（２） 調査対象者の概要

本インタビュー調査の対象となった学校全 9 校の概要は表 3- 10 のとおりである。

表 3- 10 インタビュー対象校

	校種	学校名	地域属性	学校規模（組数、人数）	役職
①	幼稚園	Mầm non I 幼稚園	新市街	17 クラス 692 人	副校長 学校保健員
②		Phú Bình 幼稚園	郊外	6 クラス 200 人	校長 学校保健員
③	小学校	Quang Trung 小学校	新市街	32 クラス 1915 人	副校長 学校保健員
④		Thuận Lộc 小学校	旧市街	29 クラス 1068 人	副校長 副校長 学校保健員
⑤	中学校	Nguyễn Chí Diểu 中学校	新市街	42 クラス 1926 人	校長 学校保健員
⑥		Nguyễn Tri Phương 中学校	新市街	33 クラス 1303 人	校長 学校保健員 学校保健員
⑦		Thống Nhất 中学校	旧市街	33 クラス 1435 人	副校長 学校保健員
⑧	高校	Nguyễn Huệ 高校	旧市街	42 クラス 1831 人	校長 学校保健員
⑨		Hai Bà Trưng 高校	新市街	42 クラス 1802 人	校長 副校長 学校保健員

図 3- 5　学校インタビュー調査対象校の地図上の位置（筆者作成）

（３） 質問項目

本インタビュー調査では、これまでに明らかになっていない学校保健員の任用の経緯、学校にて実際に行われている学校保健活動の具体的な内容について明らかにすることを目的とし、各学校の管理職および学校保健員に対して、主に次の項目について聞き取りを行った。

①学校保健員の基礎情報
②学校保健員の任用に係る当時の状況について
③現在の学校保健の活動内容
④学校保健に関わる学校保健員以外の学校教職員、外部機関と主な活動
⑤学校保健にかかる課題、活動で困難を感じている点
⑥学校保健関連研修への参加度
⑦学校保健研修で取り扱ってほしい内容
⑧その他

（４） 調査結果

インタビュー調査にて得られた情報をもとに、上述①から⑧の項目ごとに結果の概要について整理する。

①学校保健員に関する基礎情報

今回インタビュー調査を行った学校保健員10名のうち､8名が公務員で専任学校保健員、1名が公務員で兼任学校保健員（事務職との兼任)､1名が契約職員としての専任学校保健員であった。学校保健員の勤務年数は、最長で14年、最短で1年未満であった。

フエ省での学校保健員の任用条件として原則「中級看護師」相当もしくは以上の医療資格を持つ者としているが、本調査対象の学校保健員の所有資格として、保健師（5 名)、中級看護師（2 名）のほか、助産師（1 名)、司書（1 名)、大学で学校衛生学を専攻したという者も1名みられた。学校保健員が学校保健員になる前の仕事を尋ねたところ、学校保健センターでのインターン（3 名)、学生（2 名)、元軍看護師（1 名)、保健プロジェクト（1 名）や医療ボランティア（1 名)、事務員（1 名）という回答を得た。

②学校保健員の任用に係る当時の状況について

学校保健員の任用について､「どのように任用されたか／したのか？」という質問に対し、2000 年学校保健政策開始後に任用された学校保健員からは医療保健局から出された募集案内によって、2006 年以降に任用された学校保健員は行政省もしくは市教育訓練局による募集案内（掲示、テレビ）をもとに情報を得て、応募・任用されたという回答が得られた。今回の被験者のうち、2 名が 2000 年に初の学校保健員として任用された学校保健員であったが、当時の状況について､「(医療保健局による）面接試験の際、面接官から『あなたは学校保健としてどのような活動を行いますか？』という質問があったものの､任用された後に学校にて具体的な職務を知らされることなく学校に配置され、全ての自分の職務について学校現場で模索しながら進めた」とのことである。管理者側からは､「学校として学校保健員を任用したいと判断し管轄の教育訓練局に対して任用希望を提出した」り､「学校保健センターからの紹介を受けて学校保健員任用を行っていた」という回答があった。

③現在の学校保健の活動内容

各学校における学校保健の具体的な業務は、2010 年に教育訓練省より 1）定期健康診断、2）保健指導・健康教育・普及活動、3）簡易診察・初期治療、4）環境管理（水質検査、環境検査）5）食品安全（給食食材のサンプリング）、6）感染症発生時の専門機関への連絡、7）事故等の緊急対応であるとされている。加えて、8）報告書作成、9）学校医療保険、10）その他の活動についても聞き取りを行うこととし、具体的業務として以下の回答を得た。

1）定期健康診断

学校保健センターによれば、定期健康診断は年 1 回行い、幼稚園のみ身長・体重を年 2 回測定することとしているが、「身長と体重は年 4 回測定している。（幼稚園）」と自主的な活動を行っている学校も見られた。定期健康診断の際に、学校保健センターと連携している、関わりがあると回答した学校が多く見られたが、これは今回の学校インタビューがフエ市内の学校を対象にしていることによるものと考えられる。

定期健康診断では、眼科・歯科医の学校派遣が学校保健センターを介して日程調整等の詳細が決定する。定期健康診断結果は児童生徒健康票にまとめられ、学校にて保管されるほか、医療的な報告は実施した医師から保健局に送られるということであった。

2）保健指導・健康教育・普及活動、

健康教育に関し、学校によってさまざまな活動が行われていることが明らかになった。

学校保健員自身が「朝礼での全体指導」、「コピー配布」「校内放送・アナウンスでの保健指導」「健康教育資料の準備」等を行ったり、担任による「クラス時間での簡単な保健指導」「保健情報の共有（保護者・生徒）」、学内の少年団、クラブを活用しての活動を行ったりしているところもある。「健康コンテスト（クイズ形式）」や「虫歯予防イベント」「祝日のゴミ拾いイベント」「応急手当コンテスト」などのイベント活動を行っている学校や、「労働などの授業科目に応じた健康教育」を実施しているところもある。地区保健センターや母子保健センター（女子生徒向けの性教育・家族計画）、青年団（HIV 予防活動）、歯磨き関連企業（プロモーション）など、外部機関による健康教育の関わりも見られた。

テーマとしては、主に「栄養、食品安全」「感染症」「齲歯」「手洗い・衛生」「性教育・家族計画」等多岐にわたっていた。一方で、学校保健員自らが外部機関との健康教育計画を立案・調整を行って積極的に実施している学校もあれば、学校保健員は資料の準備のみに留まり、管理者の采配で健康教育の実施の有無が決められる学校もあるなど、実施への介入の度合いには差が見られた。

3）簡易診察・初期治療

児童生徒にとって、1 次診察・1 次治療の窓口となる学校では、「年間、（児童生徒が）さまざまな症例で来室する」。インタビューの中でも、「頭痛、腹痛、生理痛、風邪、熱、けが、

骨折、熱中症、爪が剥がれる、低血糖」など、その症例は多岐にわたる。学校によっては風邪の場合に医薬品を 3 日分まで処方している学校もあれば、原則処方しない方針を採る学校もあった。「何かあれば」すぐに近隣の地区保健センター、学校保健センターに児童生徒を連れていく学校もあり、学校の立地を活用して近隣の医療施設と密な連携を取っている様子が窺えた。また、会計や事務員、担任が簡単な手当てに携わっているという発話も見られた。「簡単なものは担任でも行うが、盲腸の可能性があるときなどは学校保健員が担当する」という発話があったことからも、学校保健員に対しては、医療職としての専門性による診察・判断を期待していることが窺えた。

先天性心疾患をもつ児童生徒が学校に入学した場合、必要に応じて体育の受講を免除するが、その際の判断を学校保健員が行い、校長等管理職が決定することで進められていた。一方で、心理的ケアについて保健室での相談が多いと懸念する学校保健員がいる一方で、「学校保健員は医療専門である、心理的なケアは担任など教育分野の責務である」として、全く関わらないという学校保健員も見られた。

4）環境管理

環境衛生管理については、インタビューを実施した全ての学校保健員が担当しており、学校保健員の重要な役割のひとつであることが窺える。具体的には、教室内外、トイレ、水飲み場の衛生状況のチェック（目視検査）、石鹸等の補充状況の確認等を行っていた。頻度は毎日実施する学校や、週 1〜3 回の実施に留まる学校も見られたが、いずれも定期的に実施しているとの回答であった。また、全学校では清掃会社に学内の清掃を委託していた。

飲料水については、20L の大型の飲料水用タンクを設置している学校もあれば、学校での提供を行わず、生徒が持参する方法をとっている学校もあった。

副校長が学校環境の担任として取り組んでいる学校は複数あり、衛生委員会を設置している学校もみられた。外部機関による専門的な環境検査は、年 1 回実施している学校もあれば数年に 1 回の実施に留まる学校もある。水質検査を年 2 回実施している学校は 1 校であった。環境管理に関わる外部機関として市教育訓練局、市予防医療室、学校保健センター、省予防医療センターが挙げられた。

5）食品安全

全学校にて食堂および調理室の環境チェック（目視検査）と食品サンプリングが行われている。食品サンプリングの方法としては、その日に購入した材料の一部を 24 時間冷蔵庫にて保管しておく。同日に食中毒等が発生した場合、食品安全センター等専門医療機関にその食品サンプルを提供する、ということであった。その他、食品の仕入れ状況等詳細を確認することをルーティンとしている学校保健員や、食堂運営者を入札で決定している学校も見られた。その他、ハエが多く発生する地域の学校は、「殺虫剤を調理室・教室に毎日散布」するなどの対策を講じていた。

6）感染症発生時の専門機関への連絡

感染症対策として、特に小さい子どもを預かる幼稚園では、感染症が疑われる子どもについては「幼稚園では預からない」、「早急な隔離・帰宅させる（保護者により子どもの受診が行われる）」という対応が採られ、2 次感染を防ぐ手立てが講じられていた。その他、中学校でも「同じクラスで欠席者が 2 名を超える場合、その理由を確認する。感染症の疑いがある場合には地区保健センターに行かせてその結果を報告させる。」として感染症の早期発見が行いやすい体制が整っている学校もある。健康教育や学校からの情報の共有のみならず、「季節性感染症が流行した際に課外活動で病気についての指導を外部機関が実施する」学校や、蚊による感染を防ぐためマラリア予防センターに連絡し「学校敷地に殺虫剤を撒く」対策を講じる学校もあった。

7）事故等の緊急対応

緊急対応の際は、いずれも専門機関への早急な搬送を行っている。搬送先として、フエ中央病院が多く、場合によっては学校保健センター、地区保健センターのこともある。保護者への連絡を行うが、原則学校保健員が電話連絡を行うが、連絡先が分からない場合には担任に協力を仰ぐという発話もみられた。

8）報告書の提出

定期報告は保健医療分野には年 2 回､教育分野には年 1 回提出するとのことであったが、各学校にも同様の回答が見られた。時期としては年度初めと年度終わり（9 月と 3 月）とのことであった。学校保健報告書は学校保健員が作成し、校長ないし副校長が提出している学校が多いが、学校保健員が直接市予防医療室へ提出し、副校長がそれを受けて教育訓練局に提出するという手順をとっている学校もみられた。提出先は、行政区の予防医療室で、一部、教育訓練局や学校保健センターに提出する、という学校もあった。急な感染症の流行など、必要に応じて報告書を作成する際には、学校保健センターに同報告書を提出していた。

9）学校医療保険

学校医療保険は小学校から高校までは原則 100％の加入が条件となっているが、一部の学校では、約 1 割程度の貧困家庭が納付免除をされているほか、保護者が軍人、警察の家庭は保険料免除となっているということが新たに分かった。

学校医療保険に係る業務として、児童生徒の通院終了後／退院後に診察費等の申請書類の作成や学校医療保険加入を証明するカードの紛失等に伴う再発行手続きがある。学校保健員が行う学校もあれば、会計が全ての業務を行うという学校もある。

学校医療保険のうち、学校で使用できる学校保健活動費の具体的な使用項目として、定期健康診断費（8,000 ドン×生徒数）、医薬品購入やコットン、タオルなどの消耗品、健康教育イベントや感染症情報等の広報費に充てたり、予算調整のために寄生虫対策（寄生虫駆除）

を実施した学校もあった。物品購入を学校保健員が自ら行うこともあれば、学校での担当職員に依頼する学校もある。その際、領収書が規定通りに内容を満たさない場合には、認可されない。年度内に使いきれない予算は次年度に持ち越している。

10）その他の活動

その他の学校保健の活動として、児童生徒による赤十字クラブ、交通安全クラブを結成した学校や、定期健康診断とは別に、入学時健康診断を行う学校など、学校独自の取り組みを行っている学校もある。2010 年に安全な幼稚園の建設にかかる政策が発出されたことで予算がつき、保健室の改装を行うことができたという学校もあった。

学校保健員が 2 名体制の学校では、1 名が主に生徒への対応、1 名が主に学校保健関連の事務業務を行うとして分業することができていた。事務室、財務、警備、衛生担当とネットワークを構成し、PC 上で連絡事項の告知等を行えるシステムを形成した学校もみられた。

④学校保健に関わる学校保健員以外の学校教職員、外部機関と主な活動

学校保健に関わる学校保健員以外の教職員または外部機関として、教職員では副校長、校長が関わっているという回答を得た。その他、担任や青年団長、科目教師（生物、国民など）、会計やその他事務職員による関わりも見られた。上述のとおり、児童生徒による赤十字クラブ、交通安全クラブを設置している学校や、副校長、学校保健員、調理室担当、教師による学校保健委員会を設置した学校、副校長、学校保健員、青年団長、清掃会社、担任による衛生委員会を設置した学校など、独自の組織を構成しているケースもみられた。

学外の機関として、学校保健センターと連携すると回答していた。市教育訓練局、省および市予防医療センターと関わりがあると回答した学校も見られた。定期健康診断の際には眼科、歯科医師が診察に来る。マラリア等の感染症が流行した際には、マラリア予防センターに、眼科疾患が流行した際に感染症予防センターに連絡するなど、専門医療機関との関わりがあることも明らかになった。赤十字、青年団、乳製品の企業が健康教育とプロモーションで来校したり、フランスの支援を受けて学校運営を行っている学校もある。また、集落に 1 名ずついる地域看護師とも関わりがあるとのことであった（図 3- 6）。

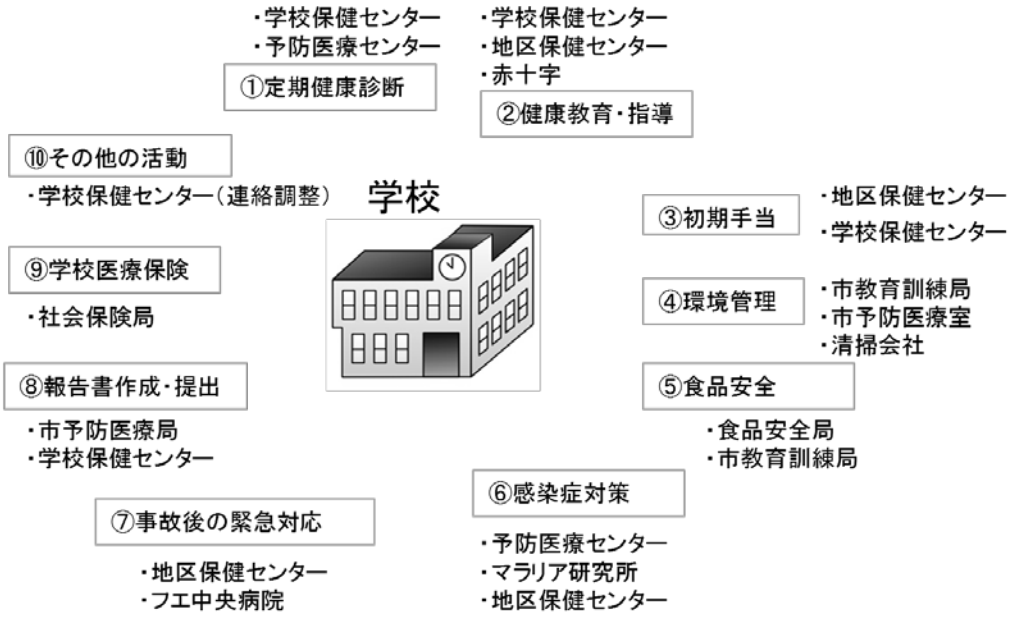


図 3- 6　学校保健の職務（教育訓練省）に関わる各関連機関（学校インタビュー調査より）（筆者作成）

⑤学校保健にかかる課題、活動で困難を感じている点

現行の学校保健の課題として、主に下の項目について言及があった。

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。（複数校の学校保健員）

・健康教育のために学校でとれる時間が少ない。（中学校学校保健員）

・使いやすい健康教育資料を提供してほしい。（小学校学校保健員）

・学校保健員は医療のベテランだが健康教育で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政策文書のリスト[11]になく購入できない。（複数校の学校保健員）

・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。（小学校学校保健員）

・正職員を採用できたことで、これまで学校保健員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

・司書と学校保健員の兼任では任務が多く残業することがある。（幼稚園学校保健員／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ず週に 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）

⑥学校保健関連研修への参加度

学校保健員が参加する頻度として、9 校中 8 校が毎月の学校保健員研修に参加していた。管理職は、特に感染症の流行、ワクチンプログラム等がある場合に臨時での情報共有が必要な際の研修に参加していた。

⑦学校保健研修で取り扱ってほしい内容

今後の学校保健研修で取り扱ってほしい内容として、最新の感染症情報のほか、主に保健医療の専門的スキル向上に関する内容：病気の発見の仕方、手当・治療方法、薬品の混ぜ方、身長・体重が平均以下の子どもへの対処、事故対応・応急手当や、健康教育に関する内容：健康教育の方法、使いやすい資料の提供への期待が挙げられた。現在の研修に満足しているという意見も複数見られた。

また、研修の際に、他の機関がどのような健康教育、健康イベントを企画しているかを情報共有して欲しいという意見の他、フエ省以外の行政省（ハノイなど）における学校保健、他の行政省の学校保健員との交流についての関心が寄せられた。

⑧その他

特に学校保健センターの役割や意義に関する意見として、「学校保健センターには困ったときに電話で相談ができるのでありがたい」「困ったときにはすぐに学校保健センターに相談に行っている」という意見があり、学校保健員が着任後にもサポートを行っていることが窺えた。その他、学校保健センターによる学校保健員定例研修が、研修内容そのものの他に「研修を通じて学校保健員同士が交流できることが良い。例えば、先日は近隣の地区で虫による噛まれ傷が増えていたが、そのような（ささいな点でも）情報を早く入手することで学校としても早急に対処しやすい。」として、学校保健員同士の交流の場としての意義についても示された。その他、学校保健員が学校に配置されたことによる変化について、「以前は地区保健センターの仕事だったものが学校保健員の着任とともに学校で担当することになった。以前は学校保健といえば主に感染症予防だった。」と感じる管理職の意見があった。

本インタビュー調査の詳細な結果については、資料編 2 に示した。

また、第 3 節(3)の調査結果と併せると、多くの関係機関がフエ省の学校保健に関わっていることが明らかになった。フエ省の学校保健行政体制を図 3-7 に示した。

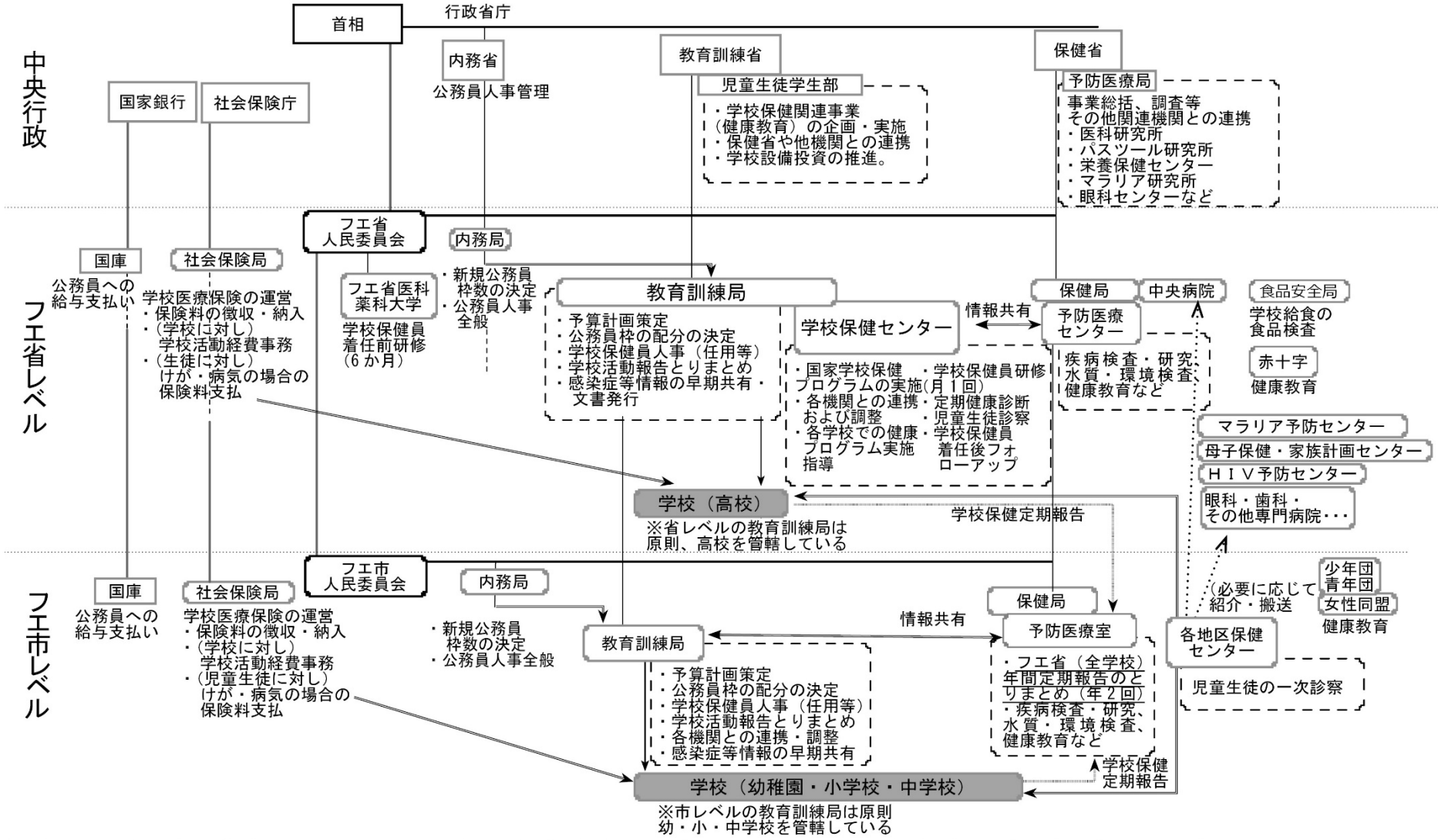


図3-7　フエ省における学校保健行政体制　（筆者作成）

第５節 本章のまとめ

（１）フエ省における学校保健政策の展開

フエ省の特長として、2000 年学校保健政策の以前である 1991 年に、教育訓練局主導により学校保健の専門機関として学校保健センターを設立したことが挙げられる。1992 年には、フエ省における学童期の健康課題について調査を行っており、また同調査報告書の中で、当時のフエ省学校保健センター担当者が日本の学校保健統計についての知見を持っており、日本の学校保健の取り組みとの比較を通じて、フエ省における学校保健への取り組みの必要性について論じていたことは注目したい。

2000 年に学校保健政策（連名通達 03/2000/TTLT-BYT-BGDĐT）が発出されたのち、学校保健財政もプロジェクト等を中心に増加することなり、また 2001 年に保健省管轄の医療保険局（当時）の募集により、学校保健員（契約職員）として 17 名がモデル校となる学校に配置された。当時を知る学校保健員によれば、学校保健員として任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、学校保健員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ったが、翌年 2002 年 1 月 24 日に決議 20/2002/QĐ-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、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学校保健員任用等を直接担当できるようになり、学校保健員定例研修を開始した。2006 年学校保健強化政策ののち、学校保健員を学校事務職公務員として任用することになり、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学校保健員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学校保健員を配置している。現在、フエ省では学校保健員の任用条件として、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、任用された学校保健員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。

大規模校（規模Ⅰ）では専任学校保健員を 1 名、規模Ⅱ・規模Ⅲの学校では会計職もしくは事務職との兼任で学校保健員が任用できると規定されているが、特にフエ省においては、省内の 87.4%の学校で専任学校保健員が任用され、2013 年時点で全 430 名中 420 名の学校保健員が公務員として勤務している。ベトナム保健省報告によれば、2012 年時点においてベトナム全体の 44.8%の学校では学校保健員が未配置となっていることと比較すると、フエ省における学校数に対する学校保健員任用率はベトナム全国平均と比較して高かった。

（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、フエ省での行政省レベル、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。学校インタビュー調査からも、地区保健センターのみならずさまざまな専門医療機関による関わりがあることが窺えた。

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。いずれの情報も、各行政区レベルの中でフエ省レベルの行政機関である予防医療センター - 学校保健センター、フエ市レベルの行政機関である予防医療室 - 市教育訓練局間で共有することを前提としており、情報は“重複してでも確実に把握する”ことを優先した報告体制が構築されていた。

（３）学校保健員の動向と学校における学校保健活動

学校保健員および学校管理職へのインタビュー調査を通じて、2014 年時点において、学校での具体的な学校保健の業務として、教育訓練省が示した①定期健康診断、②保健指導、健康教育・普及活動、③簡易診察・初期治療、④環境管理（水質検査、環境検査）⑤食品安全（給食食材のサンプリング）、⑥感染症発生時の専門機関への連絡、⑦事故等の緊急対応について、いずれの業務も本調査の対象校全校で取り組まれていたことが明らかになった。

一方で、学校現場においては、保健省による学校保健必要医薬品および備品リストの中に、必要な医薬品、使用したい医薬品や備品が入っておらず、使用できないという課題や、健康教育スキルを高めたいという意識、精神保健の必要性などの課題が生じつつあることが、聞き取りの中で指摘されていた。

次章では、特に学校保健員インタビュー調査の結果として得られた情報をもとに、トゥアティエンフエ省における学校保健活動の実態について明らかにする。

引用文献

[1]トゥアティエンフエ省医科薬科大学ホームページ『大学紹介（Giới thiệu về trường）』 http://huemed-univ.edu.vn/gioi-thieu-ve-truong-sgt Accessed on 24 December 2017

[2]堀場浩平『ベトナムにおける枯葉剤被害者と障害者支援』アジア途上国障害情報センター、http://www.adinfo.jp/vietnam/efoliant.html Accessed on 22 October 2017

[3]寺本実『ベトナムの枯葉剤被災者扶助制度と被災者の生活-中部クアンチ省における事例調査に基づく一考察-』「アジア経済」第 53 巻 1 号、日本貿易振興機構アジア経済研究所、2012 年、p5

[4]トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センターホームページ『機関情報（Thông tin đơn vị）』http://ythd.thuathienhue.edu.vn/gioi-thieu Accessed on 22 July 2017

[5]トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター『児童生徒の疾病・健康状況について（Nhân xét tình hình sức khỏe và bệnh tật các em học sinh）』、1992 年、 p27

[6]トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター、前掲書、1992 年、 p27

[7]トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター『医療経済から見る各学校での 5 年間の学校保健および児童生徒の初期診察治療活動（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、p15

[8]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。

[9]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。

[10]青年新聞（Bao Thanh Nien）『学校保健はどうなる－2 話：有専門資格者は就きたくない（Y tế trong trường học có cũng như không - Kỳ 2: Người có chuyên môn không muốn làm）』2012 年 9 月 20 日付 http://www.thanhnien.com.vn/pages/20120919/y-te-trong-truong-hoc-co-cung-nhu-khong- ky-2-nguoi-co-chuyen-mon-khong-muon-lam.aspx, Accessed on 19 January 2016

[11]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」、2008 年

第４章

トゥアティエンフエ省における

学校保健実態調査

第４章 トゥアティエンフエ省における学校保健実態調査

第１節 はじめに

（１） 本章の目的

本章では、第 3 章および第 4 章にて明らかになったベトナムおよびフエ省における学校保健政策動向や構築された学校保健行政体制のもとで、学校現場ではどのように学校保健が展開されているかについて、フエ省の各学校における①学校保健員の職務、②学校保健員を取り巻く学校保健体制、③制度上の課題の特徴を明らかにすることを目的とする。

（２） 本章の構成

本章は、本節とまとめを含めて全 8 節で構成される。第 1 節では本章の目的および構成を、第 2 節にて研究方法、第 3 節にて倫理的配慮を示す。質問紙調査の調査結果について、第 4 節で対象の基礎情報、第 5 節で学校保健員の職務、第 6 節で学校保健員を取り巻く学校保健体制、第 7 節で現在の学校保健の課題について整理する。最後に、第 8 節にて、調査結果をもとに①学校保健員の任用の実態および職務、自己研磨の手段、②学校内外の学校保健体制の実態、③現在の学校保健の特徴および課題の観点から考察を行う。

第２節 研究方法

（１） 質問紙調査票の作成

2014 年 9 月 18－25 日に実施したフエ市内の学校インタビュー調査結果（第 3 章）をもとに、質問紙調査票を作成した。質問紙の調査項目は、徳田（2006）が行った離島・僻地における養護教諭の職務に関する調査を参照しながら、インタビュー調査結果から回答内容を抽出し多岐選択式で作成した[1]。

（２） 質問紙調査票のプレテスト

上述の（１）にて作成した調査用紙をもとに 2015 年 2 月 10 日に筑波大学にて大学院教授 1 名、学生 15 名の計 16 名に対し、また 2015 年 3 月 10 日にフエ市内の小学校および中学校の学校保健員（計 3 名）に対し調査票のプレテストを実施し、修正を行った。

（３） 本調査の実施

①対象：幼稚園から高校までの公立普通学校 200 校の学校保健員

調査実施時の 2015 年 3 月時点におけるフエ省全県の幼稚園から高校までの公立普通学校全 597 校のうち、調査協力者兼ベトナム側調査実施責任者であるフエ省学校保健センター長との協議の上、200 校を調査対象として実施することとした。フエ省は東は海に、西は山に囲まれた盆地であることから、地域属性別の行政区分として都市部（Huế）、郊外（Hương

Trà、Hương Thủy)、農村部 （Phong Điền、Quảng Điền)、沿岸部（Phú Vang、Phú Lộc)、山間部（Nam Đông、A Lưới）に分けられるため（図 4- 1)、対象校数を県別学校数にて設置比率を算出し地域属性ごとにおよそ同じ割合となるよう割り当てた（表 4- 1)。各行政区の配布数を確定したのち、フエ省教育訓練局学校保健センター長が特に地域属性の影響を強く受けそうな地区に設置されている学校を選定し、本調査の対象校とした。結果、2015 年 5 月 19 日時点までに 200 校中 135 校から調査票を回収することができ、回収率は 67.5%であった。有効回答数は 79 校、配布数に対する有効回答率は 39.5%であった。地域別回収数、有効回答数の内訳は表 4- 1 に示した。

②調査時期：2015 年 3 月 12 日～2015 年 5 月 19 日

調査票の配布について，幼稚園・中学校・高校は 2015 年 3 月 12～13 日に行われた学校保健センター主催の学校保健員研修会にて，学校保健センターが調査対象校の学校保健員に直接配布した。小学校については学校保健センターが対象校の学校保健員宛に郵送した。2015 年 5 月 19 日までに学校保健センターに返送された調査票をもとに，結果の集計を行った。回答の集計は質問項目ごとに行った。

図 4- 1　トゥアティエンフエ省地図（筆者作成）

表 4- 1　本調査の質問紙配布数および回答数（2015 年 5 月 19 日時点）　（単位：校）

		都市部	郊外		農村部		沿岸部		山間部		計	回収率
		Huế	Hương Trà	Hương Thủy	Phong Điền	Quảng Điền	Phú Vang	Phú Lộc	Nam Đông	A Lưới		有効回答率
幼稚園	学校数	47	42		35		51		32		207	66.6%
			17	25	17	18	26	25	11	21		
	回収数/配布数	14/18	3/5	3/5	3/5	4/6	3/6	3/6	3/4	4/5	40/60	31.6%
	有効回答数	6	3		5		2		3		19	
小学校	学校数	35	47		50		66		33		231	64.3%
			20	27	31	19	36	30	12	21		
	回収数/配布数	14/20	4/5	4/5	5/8	4/7	3/8	4/8	3/4	4/5	45/70	38.6%
	有効回答数	11	6		4		4		2		27	
中学校	学校数	24	26		23		35		11		119	67.4%
			11	15	11	12	20	15	5	6		
	回収数/配布数	11/13	5/5	3/5	2/3	2/4	2/6	4/5	1/2	1/3	31/46	50.0%
	有効回答数	8	5		4		4		2		23	
高校	学校数	11	7		6		11		5		40	79.2%
			3	4	4	2	6	5	2	3		
	回収数/配布数	5/8	2/2	1/2	2/2	2/2	2/3	2/2	1/1	2/3	19/24	41.6%
	有効回答数	3	1		2		1		3		10	
小計	学校数	117	114		122		163		81		597	67.5%
			63	51	71	51	88	75	30	51		
	回収数/配布数	44/59	14/17	11/17	13/18	12/19	10/23	13/21	11/11	11/15	135/200	39.5%
	有効回答数	28	15		15		11		10		79	

（４） 調査項目

質問紙調査項目は下の内容で構成される。

1. 学校基礎情報（校種、生徒数、地域属性、学校保健員数、保健室設置の有無）
2. 学校保健員基礎情報（性別、年齢、勤務年数、取得免許の状況など）
3. 保健室内の学校保健員の職務
4. 保健室外の学校保健員の職務と実施頻度
5. 校内連携（1.学校教職員の学校保健に関する業務の有無、2.具体的な実施者）
6. 外部連携（1.学校外部関係機関の学校保健に関する業務、2.具体的な実施機関）
7. 学校における医療行為の範囲（学校保健員）
8. 学校における医療行為の範囲（学校保健員以外の学校教職員）
9. 今年度に実施した／実施予定の健康教育
10. 学校保健員の自己研磨のための手段
11. 学校保健員のインターネットの使用状況
12. 学校保健員として特に重要だと思われる職務
13. 学校保健員に必要な知識・能力
14. 学校で取り扱うべき健康教育の内容、学校での取り扱いが難しい健康教育の内容
15. 現在の学校保健で改善すべき点

本章では，実施した質問紙調査項目について、次のとおり結果を整理した。

＜対象の基礎情報＞

①学校基礎情報（調査項目 1）

（勤務校の校種，学校規模，地域属性，学校保健員数，保健室設置の有無）

②学校保健員基礎情報（性別，年齢，勤務年数，取得免許の状況など）

（調査項目 2）

＜学校保健員の職務＞

①学校保健員の職務（調査項目 3、4）

②学校における医療行為の範囲（1．学校保健員，2．学校保健員以外の学校教職員）

（調査項目 7、8）

③健康教育の実施状況（調査項目 9）

④学校保健員として特に重要だと思われる職務，必要な知識・能力（調査項目 12、13）

⑤学校保健員の自己研磨のための手段（調査項目 10）とインターネットの使用状況

（調査項目 11）

＜学校保健員を取り巻く学校保健体制＞

①校内連携（1．学校教職員の学校保健に関する業務の有無，2．具体的な実施者）

（調査項目 5）

②外部連携（1．学外関係機関の学校保健に関する業務，2．具体的な実施機関）

（調査項目 6）

＜学校保健の制度上の課題＞

①現在の学校保健に関する課題（調査項目 15）

②健康教育実施上の課題（調査項目 14）

結果の根拠となる質問紙調査票での該当項目は括弧内に示した。項目 15 については「とてもそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「思わない」「わからない」の 5 段階の選択肢を設けた。

（５） 統計的解析

質問項目 3 および 4「保健室内外の学校保健員の職務」について、地域特性もしくは勤務年数が各職務全項目に与える影響を検討するため、各職務の項目を従属変数に、地域特性および勤務年数をそれぞれ独立変数として 1 要因分散分析をおこなった。また、質問項目 7 および 8 にて、学校保健員の医療系資格の有無が学校で対応できる医療行為の範囲に与える影響を検討するため、学校種別と資格の有無およびそれらの交互作用を独立変数とし、対応が可能な症状の総数を従属変数として 2 要因分散分析(交互作用項あり)をおこなった。

また、対応できる医療行為の範囲項目として設けた怪我および病気の種類全項目と学校保健員の医療系資格の関係性を検討するため、各質問項目を従属変数に、医療系資格の有無を独立変数とする 1 要因分散分析をおこなった。分析は R(version 3.2.3)が用いられた。本研究で回答のあった 135 校のうち 56 校で該当質問項目以外の項目での欠損が見られた。調査項目の内容から考え、回答を阻害するような要因は考えられず、欠損は完全にランダムにおこったもの(Missing Completely At Random: MCAR[2])と考えられる。そのため、本研究においては、N=135 を変数とし MCAR の仮定のもとで分散分析に用いた[注 1]。

第３節 倫理的配慮

倫理的配慮として、2013 年 10 月保健省インタビュー調査では文書にて調査目的を説明し承認を得て実施した。2014 年 9 月インタビュー調査では学校保健センター長より対象として適当であると選定された機関について、フエ省教育訓練局及び外務局に文書にて目的を明記した上で調査依頼を行い、承認を得られた機関および学校にインタビュー調査を行った。インタビュー時の録音は、被験者の了承を得た上で行った。2015 年 3 月質問紙調査では、調査票の表紙に調査目的および倫理的配慮を明記し、質問項目は学校保健センター長が確認を行い、センター長より合意を得た項目のみ使用した。調査対象者の調査票返送をもって調査目的に合意を得たとみなし、結果として使用した。

第４節 調査結果 1：対象の基礎情報

（１） 学校基礎情報

学校規模[注 2]に関し、規模Ⅰに該当する学校は 26.6%（79 校中 21 校、うち都市部・郊外・農村部 12 校、沿岸部・山間部 9 校）、規模Ⅱに該当する学校は 22.8%（同 18 校、うち都市部・郊外・農村部 11 校、沿岸部・山間部 7 校）、規模Ⅲに該当する学校は 50.6%（同 40 校、うち都市部・郊外・農村部 35 校、沿岸部・山間部 5 校）であった。

学校保健員数は 77 校が 1 名配置であり、2 名配置体制の学校は 2 校（小学校 1 校、高校 1 校）存在した。

保健室の設置について、38.8%にあたる 52 校が設置済、他の部屋と共同は 20 校（14.9%）、7 校（5.2%）は未設置であった。

注1 MCAR のもとでは得られる推定値はリストワイズ削除と同様にバイアスがかからないことが知られている。

注2 学校規模の詳細については、第 2 章 2 節（9）「公立普遍学校における公務員ガイドライン」（p47）を参照のこと。

（２） 学校保健員基礎情報

全対象校のうち規模Ⅱ、規模Ⅲに該当する学校は全体の 73.4%であったが、他の業務（事務等）を主担当としながら兼任で学校保健を担当する兼任学校保健員は 8.9%（7 名）で、91.1%（72 名）は専任の学校保健員として任用されていた。学校保健員の任用形態には、公務員（学校事務職系）もしくは契約職員の 2 種類がある。公務員は全体の 95.0%（専任 68 名 86.1%、兼任 7 名 8.9%）、契約職員は 5.0%（専任 4 名）であった（図 4- 2）。

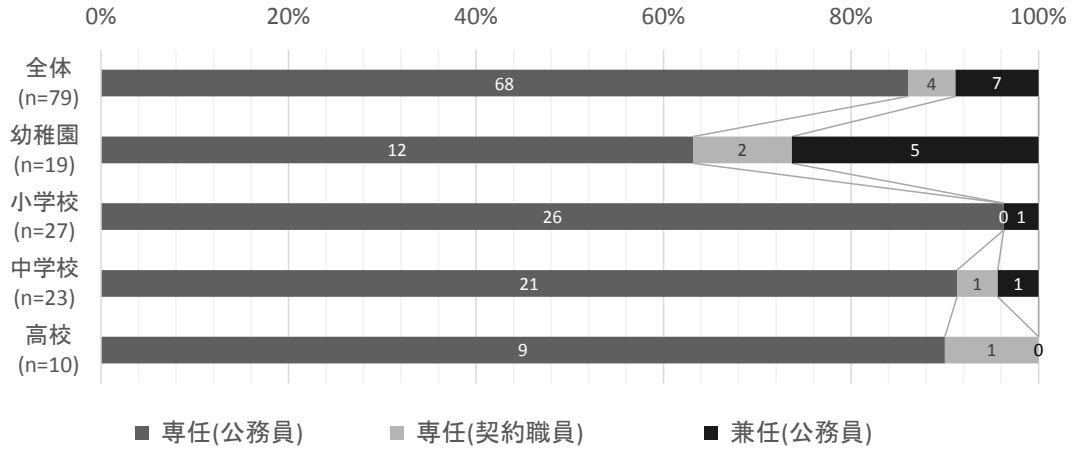


図 4- 2　任用形態（N=79）

性別は 79 名中女性 69 名男性 10 名と女性が多かった。

年齢は 20 代が最も多く（54.4%）、次いで 30 代（36.7%）が多かった。25 歳未満の若手は 13.9%であった（図 4- 3）。

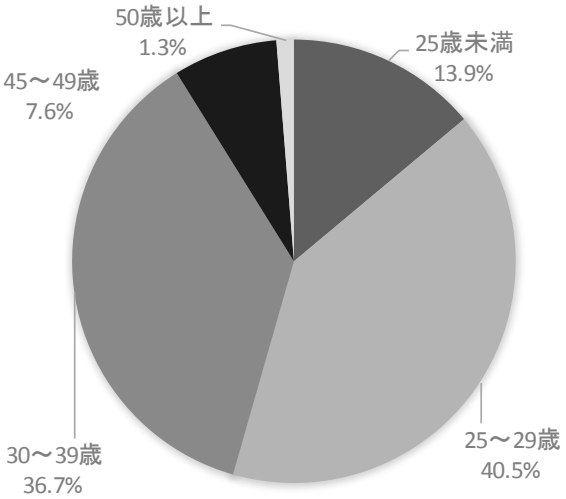


図 4- 3　学校保健員の年齢（N=79）

回答者の所有資格は看護師（41.8%）が最も多く、次いで準看護師（34.2%）、助産師（17.7%）や薬剤師（2.5%）との回答も見られた。その他、2 名が医療系無資格者であった（図 4- 4）。

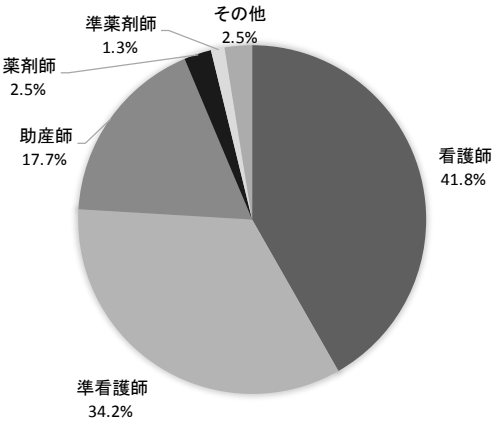


図 4- 4　学校保健員の所有資格

回答者の勤務年数は 5－10 年未満（31.0%）が最も多く、次いで 1－3 年未満（19.5%）が多かった（図 4- 5）。1－3 年未満の学校保健員のうち 12 名（/22 名中）は幼稚園勤務であった。

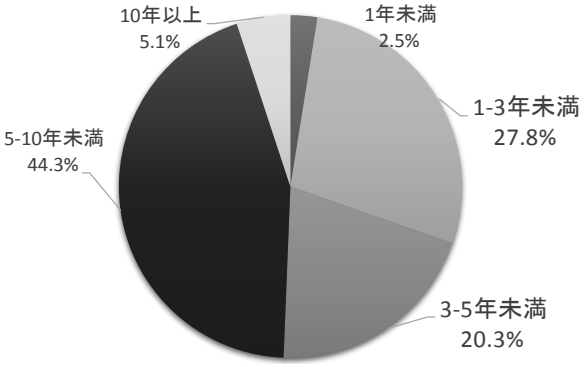


図 4- 5　学校保健員の勤務年数

回答者のこれまでの勤務校数は「初めて」が最も多く全体の 77.2%であった（図 4- 6）。

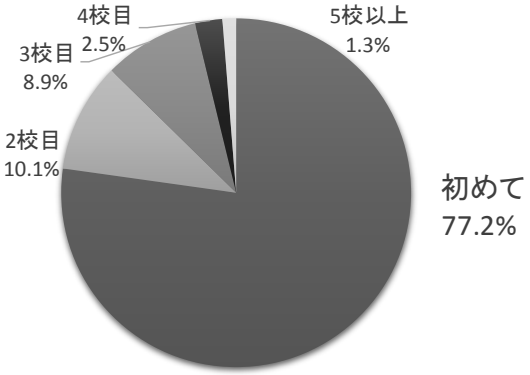


図 4- 6　学校保健員のこれまでの勤務校数

第５節 調査結果 2: 学校保健員の職務

（１） 学校保健員の職務

①保健室内での学校保健員の職務（質問項目 3)

常備薬・備品・児童生徒健康票等の管理（常備薬・備品管理 : 表 4-2 中項目 3-10，100%、児童生徒健康票管理 : 同 3-11，98.7%)，定期健康診断関連業務（計画策定・準備・運営 : 同 3-13，100%、結果集計 : 同 3-14，92.4%)，感染症対策（フォローアップ : 同 3-21，97.4%)，定期学校保健報告（同 3-12，94.9%)，学校医療保険関連業務（同 3-28，84.8%)，けが・病気の初期診察・応急手当（同 3-1，84.8%）の項目について、実施しているとの回答が 8 割を超えた。

表 4- 2　保健室内での学校保健員の職務

		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校	有意水準 5%未満で有意差が認められた項目	
N=		79	19	27	23	10		
					（単位 : %）		地域	勤務年数
医療的ケア	3-1 けが・病気の初期診察・応急処置	84.8	63.2	96.3	95.7	70.0		*
	3-2 健康相談活動（児童生徒）	79.7	47.4	81.5	95.7	100		
	3-3 健康相談活動（保護者）	45.6	57.9	48.1	34.8	40.0		
	3-4 健康相談活動（教師、学校関係者）	78.5	73.7	74.1	87.0	80.0	*	
	3-5 処方箋の作成	19.0	−	7.4	30.4	60.0		
	3-6 医薬品の処方	74.7	52.6	66.7	91.3	100		**
	3-7 予防接種	6.3	−	−	13.0	20.0		
	3-8 予防接種の告知、必要に応じた関連業務	63.3	73.7	51.9	82.6	30.0		
管理	3-9 保健室の衛生管理	93.7	84.2	96.3	100	90.0		
	3-10 常備薬、備品等の管理	100	100	100	100	100		
	3-11 児童生徒健康票の管理	98.7	94.7	100	100	100		
定期健康診断	3-12 定期報告	94.9	84.2	96.3	100	100		。
	3-13 定期健康診断計画策定、準備、当日運営	100	100	100	100	100		
	3-14 定期健康診断結果の集計など	92.4	89.5	92.6	95.7	90.0	。	。
	3-15 健康診断結果の評価	77.2	73.7	88.9	69.6	70.0		
	3-16 健康診断結果の保護者への通知	83.5	84.2	85.2	82.6	80.0	**	。
	3-17 追加の診察、その他の学校保健活動計画	98.7	100	100	100	90.0	*	*
栄養	3-18 栄養失調状況のフォローアップ	45.6	100	33.3	30.4	10.0	。	
	3-19 肥満状況のフォローアップ	41.8	84.2	29.6	34.8	10.0	**	
	3-20 学内売店のフォローアップ	34.2	73.7	48.1	−	−	*	
	3-21 感染症状況のフォローアップ	97.5	100	100	95.7	90.0	**	*
健康教育	3-22 健康教育資料の作成、計画策定	75.9	84.2	85.2	73.9	40.0	。	。
	3-23 健康教育資料の掲示	78.5	84.2	81.5	82.6	50.0	**	
	3-24 健康教育資料の個別配布	67.1	21.1	81.5	82.6	80.0	。	***
	3-25 健康教育資料のクラス単位への配布	82.3	89.5	85.2	82.6	60.0	**	**
	3-26 個別、少人数対象の健康教育	38.0	31.6	51.9	34.8	20.0		
保険関連	3-27 学校医療保険基金に関する年間計画策定	54.4	10.5	74.1	65.2	60.0		。
	3-28 学校医療保険での薬、備品等の調達手続き	84.8	36.8	100	100	100		
	3-29 児童生徒の学校医療保険手続き事務	58.2	−	74.1	78.3	80.0		。
	3-30 学校医療保険の広報	68.4	−	92.6	91.3	80.0		**
	3-31 学校から依頼された学校保健以外の業務	46.8	47.4	48.1	47.8	40.0		
	3-32 その他	8.9	5.3	7.4	13.0	10.0		。

注 : 割合が 70−80%未満については薄色、80%以上を濃色で示した。

***p<0.001
**p<0.01
*p<0.05
.p<0.1

②保健室外における学校保健員の職務

定期健診に関する外部日程調整・受入（表 4- 3 中項目 4-21, 93.7%）、衛生検査（教室：同 4-10, 94.9%、教室外：同 4-11, 93.7%、トイレ：同 4-14, 94.9%、飲料水：同 4-12, 82.3%）、教諭への最新感染症情報の共有（同 13, 87.3%）の項目にて実施しているとの回答が 8 割を超えた。

表 4- 3 保健室外での学校保健員の職務

		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校	有意水準 5%未満で有意差が認められた項目	
N=		79	19	27	23	10		
						（単位：%）	地域	勤務年数
医療的ケア	4-1 けが・病気の初期診察・応急処置	39.2	47.4	37.0	34.8	40.0		。
	4-2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	73.4	63.2	81.5	78.3	60.0		
	4-3 健康相談活動（児童生徒）	51.9	47.4	59.3	52.2	40.0		。
	4-4 健康相談活動（保護者）	34.2	52.6	40.7	21.7	10.0		
	4-5 健康相談活動（教師、学校関係者）	58.2	63.2	63.0	56.5	40.0		**
	4-6 処方箋の作成	5.1	−	3.7	4.3	20.0		
	4-7 医薬品の処方	21.5	21.1	25.9	13.0	30.0		
	4-8 予防接種	5.1	5.3	3.7	4.3	10.0		
	4-9 予防接種の告知、その他必要な関連業務	45.6	47.4	48.1	52.2	20.0		
衛生検査	★4-10 各教室の衛生検査	94.9	94.7	96.3	100	80.0		
	★4-11 教室外の衛生検査・指導	93.7	89.5	96.3	95.7	90.0		*
	★4-12 飲料水の衛生検査・指導	82.3	89.5	81.5	87.0	60.0		
	★4-13 生活用水の衛生検査・指導	81.0	84.2	88.9	82.6	50.0		
	★4-14 トイレの衛生検査	94.9	94.7	96.3	95.7	90.0		
	★4-15 学校安全のための校内巡視	77.2	89.5	81.5	65.2	70.0	*	
食品	★4-16 給食室の安全検査	41.8	89.5	48.1	−	30.0	***	
	★4-17 食品安全検査	49.4	94.7	51.9	17.4	30.0	***	。
	★4-18 食品サンプリング検査	43.0	94.7	51.9	−	20.0	**	
設備	★4-19 児童生徒に適した机・椅子の確認、指導	63.3	57.9	63.0	65.2	70.0		
	4-20 衛生・安全な学校建設・改装工事の提案	41.8	42.1	55.6	30.4	30.0		
定期健診	4-21 定期健康診断の日程調整、準備、受入	93.7	94.7	100	82.6	100	。	
	4-22 外部調査の受入、日程調整等の事務	86.1	68.4	100	82.6	90.0		**
	4-23 定期報告	88.6	89.5	88.9	82.6	100	*	。
	4-24 健康診断票の管理	92.4	94.7	100	82.6	90.0		
保健指導	★4-25 保健指導（個人、少人数）	41.8	47.4	44.4	34.8	40.0		*
	★4-26 保健指導（クラス単位）	62.0	68.4	74.1	56.5	30.0		
	★4-27 保健指導（全校）	81.0	42.1	100	91.3	80.0		***
	★4-28 学外の専門家による保健指導	57.0	15.8	66.7	69.6	80.0		***
情報共有	4-29 教諭への最新感染症情報等の共有	87.3	89.5	85.2	91.3	80.0	*	
	4-30 児童生徒への最新感染症情報等の共有	75.9	31.6	92.6	91.3	80.0		*
	4-31 保護者への最新感染症情報等の共有	45.6	78.9	33.3	39.1	30.0	*	
	4-32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有	75.9	78.9	77.8	78.3	60.0		*
保険関連	4-33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	54.4	5.3	70.4	69.6	70.0		**
	4-34 学校医療保険での薬・備品等の調達手続き	82.3	31.6	96.3	100	100		
	4-35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	54.4	−	70.4	65.2	90.0		**
	4-36 学校医療保険の広報	64.6	5.3	81.5	87.0	80.0		***
	4-37 その他	6.3	5.3	7.4	8.7	−		

注：割合が 70−80%未満については薄色、80%以上を濃色で示した。

***p<0.001
**p<0.01
*p<0.05
.p<0.1

③職務の実施頻度

調査項目 4（表 4- 3）で星印の付いた業務の実施頻度について質問を行った。毎月－週 1 回実施している衛生検査には教室外検査（79 校中 61 校，89.8%）、教室検査（同 59 校，74.6%）、トイレ検査（同 56 校，70.9%）、飲料水検査（同 50 校，63.3%）が挙げられた。食品安全についても給食室の安全検査（同 4-16，84.2%）、食品安全検査（同 4-17，84.2%）食品サンプリング（同 4-18，94.7%）を「毎日－週に数回」実施している学校が全体の 8 割を超えた。特に幼稚園、小学校での実施が多かった。保健指導・健康教育（同 4-25～28）については、学校によって頻度に差が見られたが、いずれも週に 1 回－月に数回、1 年に数回、との回答が比較的多く得られた。

表 4- 4　学校保健員の業務実施頻度

		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N=		79	19	27	23	10
						（単位：%）
4-10 各教室の衛生検査	毎日 - 週に数回	74.7	84.2	85.2	78.3	20.0
	週に 1 回 - 月に数回	19.0	10.5	14.8	17.4	50.0
	1 年で数回	2.5	－	－	4.3	10.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-11 教室外の衛生検査・指導	毎日 - 週に数回	77.2	63.2	92.6	78.3	60.0
	週に 1 回 - 月に数回	19.0	26.3	11.1	17.4	30.0
	1 年で数回	－	－	－	－	－
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-12 飲料水の衛生検査・指導	毎日 - 週に数回	63.3	68.4	63.0	73.9	30.0
	週に 1 回 - 月に数回	13.9	15.8	14.8	4.3	30.0
	1 年で数回	6.3	5.3	7.4	8.7	－
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-13 生活用水の衛生検査・指導	毎日 - 週に数回	48.1	42.1	59.3	56.5	10.0
	週に 1 回 - 月に数回	20.3	21.1	22.2	17.4	20.0
	1 年で数回	12.7	21.1	11.1	8.7	10.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-14 トイレの衛生検査	毎日 - 週に数回	70.9	73.7	81.5	65.2	50.0
	週に 1 回 - 月に数回	22.8	21.1	14.8	26.1	40.0
	1 年で数回	－	－	－	－	－
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-15 学校安全のための校内巡視	毎日 - 週に数回	35.4	63.2	37.0	17.4	20.0
	週に 1 回 - 月に数回	30.4	15.8	33.3	39.1	30.0
	1 年で数回	11.4	10.5	14.8	8.7	10.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-16 給食室の安全検査	毎日 - 週に数回	35.4	84.2	40.7	－	10.0
	週に 1 回 - 月に数回	5.1	5.3	3.7	－	20.0
	1 年で数回	－	－	－	－	－
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-17 食品安全検査	毎日 - 週に数回	39.2	84.2	51.9	4.3	－
	週に 1 回 - 月に数回	10.1	10.5	3.7	13.0	20.0
	1 年で数回	2.5	－	－	4.3	10.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-18 食品サンプリング検査	毎日 - 週に数回	41.8	94.7	55.6	－	－
	週に 1 回 - 月に数回	1.3	－	－	－	10.0
	1 年で数回	－	－	－	－	－
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-19 机・椅子の確認、指導	毎日 - 週に数回	6.3	－	11.1	4.3	10.0
	週に 1 回 - 月に数回	25.3	42.1	18.5	26.1	10.0
	1 年で数回	35.4	26.3	37.0	39.1	40.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-25 保健指導（個人、少人数）	毎日 - 週に数回	1.3	－	－	4.3	－
	週に 1 回 - 月に数回	20.3	26.3	22.2	17.4	10.0
	1 年で数回	22.8	21.1	29.6	13.0	30.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-26 保健指導（クラス単位）	毎日 - 週に数回	3.8	5.3	3.7	4.3	－
	週に 1 回 - 月に数回	29.1	36.8	33.3	26.1	10.0
	1 年で数回	31.6	31.6	40.7	26.1	20.0
	数年に 1 回	－	－	－	－	－
4-27 保健指導（全校）	毎日 - 週に数回	1.3	－	3.7	－	－
	週に 1 回 - 月に数回	40.5	21.1	74.1	21.7	30.0
	1 年で数回	39.2	21.1	25.9	69.6	40.0
	数年に 1 回	1.3	－	－	－	10.0
4-28 学外専門家による保健指導	週に 1 回	－	－	－	－	－
	1 か月に数回	3.8	－	3.7	－	20.0
	1 か月に 1 回	13.9	10.5	11.1	17.4	20.0
	1 年で数回	34.2	5.3	55.6	39.1	20.0
	数年に 1 回	3.8	－	－	8.7	10.0

④学校保健員の職務の特性別の特徴

1）校種毎の職務の特徴

小学校、中学校、高校では学校医療保険関連業務（表 4-2 中項目 3-28，小学校，中学校，高校：100%）、小学校と中学校で全校生徒への保健指導・健康教育（表 4-3 中項目 4-27，小学校：100%，中学校：91.3%）、中学校と高校で児童生徒への健康相談活動（表 4-2 中項目 3-2，中学校：95.7%，高校：100%）および医薬品の処方（同 3-6，中学校：91.3%，高校：100%），幼稚園のみで食品安全検査（表 4-3 中 4-17 及び 18，幼稚園：94.7%，同 43，幼稚園：100%）について実施しているとの回答が 9 割を超えた。

2）職務と地域特性の関連について

調査項目 3、4 の全項目に対し地域特性が与える影響を検討するため、各質問項目を従属変数に、地域特性を独立変数とする 1 要因分散分析をおこなった。結果、「3-4 健康相談活動（教師、学校関係者）」「3-16 健康診断結果の保護者への通知」「3-17 追加の診察、その他の学校保健活動計画」「3-19 肥満状況のフォローアップ」「3-20 学内売店のフォローアップ」「3-21 感染症状況のフォローアップ」「3-23 健康教育資料の掲示」「3-25 健康教育資料のクラス単位への配布」「4-15 学校安全のための校内巡視」「4-16 給食室の安全検査」「4-17 食品安全検査」「4-18 食品サンプリング検査」「4-23 定期報告」「4-29 教諭への最新感染症情報等の共有」「4-31 保護者への最新感染症情報等の共有」の項目にて、5%以下の水準で有意差が認められた。「3-14 定期健康診断結果の集計」「3-18 栄養失調状況のフォローアップ」「3-22 健康教育資料の作成、計画策定」「3-24 健康教育資料の個別配布」「4-21 定期健康診断の日程調整、準備、受入」においても弱い関連が認められた。

3）職務と学校保健員の勤務年数の関連について

次に、調査項目 3、4 の全項目に対し学校保健員の勤務年数による影響を見るため、各質問項目を従属変数に、学校保健員の勤務年数を独立変数とする 1 要因分散分析をおこなった。結果、「3-1 けが・病気の初期診察・応急処置」「3-6 医薬品の処方」「3-17 追加の診察、その他の学校保健活動計画」「3-21 感染症状況のフォローアップ」「3-24 健康教育資料の個別配布」「3-25 健康教育資料のクラス単位への配布」「3-30 学校医療保険の広報」「4-5 健康相談活動（教師、学校関係者）」「4-11 教室外の衛生検査・指導」「4-22 外部調査の受入、日程調整等の事務」「4-25 保健指導（個人、少人数）」「4-27 保健指導（全校）」「4-28 学外の専門家による保健指導」「4-30 児童生徒への最新感染症情報等の共有」「4-32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有」「4-33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定」「4-35 児童生徒の学校医療保険手続き事務」「4-36 学校医療保険の広報」にて 5%以下の水準で有意差が認められた。「3-12 定期報告」「3-14 定期健康診断結果の集計」「3-16 健康診断結果の保護者への通知」「3-22 健康教育資料の作成、計画策定」「3-27 学校医療保険基金に関する年間計画策定」「3-29 児童生徒の学校医療保険手続き事務」「4-3 健康相談活動（児童生徒）」「4-17 食品安全検査」「4-23 定期報告」においても弱い関連が認められた。

統計結果の詳細は、末尾に付した。

⑤学校保健員が行う学校保健以外の校務

学校保健員が学校から依頼された学校保健以外の校務を行っている(表 4-2 中項目 3-32)との回答は 46.8%あり、具体的には事務員、出納係、青年団長、学級副担任等の役割を担っていた。

（２） 学校で行う医療行為の範囲

フエ省の学校保健員の任用基準は中級以上の医療系有資格者とされている。学校のみで手当・対応できる症状（全 42 項目）を複数回答可として回答を得た。

表 4- 5　学校保健員が学校のみで手当、対応できる症例（質問項目 7）

	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N=	79	19	27	23	10
					（単位：%）
7-1 擦り傷（軽いもの）	98.7	100	100	95.7	100
7-8 鼻血	97.5	100	96.3	95.7	100
7-25 発熱（38 度以下）	94.9	94.7	96.3	91.3	100
7-13 熱中症、日射病	89.9	94.7	85.2	91.3	90.0
7-22 頭痛	88.6	63.2	100	91.3	100
7-23 軽い腹痛	88.6	78.9	96.3	82.6	100
7-14 風邪	84.8	68.4	92.6	82.6	100
7-10 虫刺され	75.9	89.5	74.1	69.6	70.0
7-15 低血糖	67.1	42.1	70.4	78.3	80.0
7-2 切り傷（軽いもの）	64.6	52.6	74.1	65.2	60.0
7-17 失神	58.2	42.1	55.6	65.2	80.0
7-3 打撲	51.9	31.6	59.3	65.2	40.0
7-24 生理痛	48.1	31.6	37.0	60.9	80.0
7-28 下痢	46.8	21.1	44.4	60.9	70.0
7-7 歯折れ、口腔部からの出血	41.8	36.8	59.3	34.8	20.0
7-36 結膜炎	36.7	21.1	33.3	47.8	50.0
7-27 嘔吐	29.1	21.1	40.7	26.1	20.0
7-26 発熱（38 度以上）	26.6	21.1	22.2	34.8	30.0
7-9 やけど	26.6	31.6	29.6	26.1	10.0
7-32 インフルエンザ	25.3	5.3	14.8	47.8	40.0
7-19 てんかん	21.5	31.6	7.4	30.4	20.0
7-20 呼吸困難	17.7	42.1	7.4	17.4	-
7-18 発作	16.5	21.1	11.1	17.4	20.0
7-39 誤飲（食べ物）	16.5	10.5	3.7	26.1	40.0
7-16 低カルシウム血症	13.9	5.3	18.5	13.0	20.0
7-11 犬に咬まれた	12.7	21.1	7.4	13.0	10.0
7-12 電気ショック	11.4	10.5	7.4	17.4	10.0
7-29 手足口病	11.4	10.5	7.4	21.7	-
7-5 骨折	7.6	10.5	7.4	8.7	-
7-34 水疱瘡	7.6	5.3	3.7	13.0	10.0
7-21CPI	6.3	15.8	3.7	4.3	-
7-33 風疹	6.3	-	3.7	17.4	-
7-38 貧血	6.3	-	3.7	13.0	10.0
7-31 デング熱	5.1	5.3	3.7	8.7	-
7-4 脱臼	5.1	5.3	11.1	-	-
7-6 眼部の怪我	5.1	5.3	7.4	4.3	-
7-30 マラリア	3.8	-	3.7	8.7	-
7-41 誤飲（化学物）	2.5	-	3.7	4.3	-
7-45 誤飲（薬品）	2.5	-	3.7	4.3	-
7-35 百日咳	2.5	-	3.7	4.3	-
7-37 慢性糖尿病	2.5	-	3.7	4.3	-
7-42 その他	1.3	-	3.7	-	-

注：割合が 60－80%未満については薄色、80%以上を濃色で示した。

8 割以上が簡単な擦り傷（表 4-5，上から 98.7%）、鼻血（同 97.5%）、発熱（38 度以下の発熱。以下、微熱とする）（同 94.9%）、熱中症・日射病（同 89.9%）、頭痛（同 88.6%）と回答した一方で、一部の学校では骨折（項目 7-5，7.6%）や脱臼（同 7-4，5.1%）も処置できると回答した。学校保健員は医療系有資格者であれば生徒 1 人につき最大 3 日分までの風邪薬等の医薬品を無料で処方できることとなっているが、風邪が学校のみで手当・対応できると回答した高校は 84.8%あった。

表 4- 6　学校保健員以外の学校教職員が学校で手当、対応できる症例（質問項目 8）

	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N=	105	30	38	25	12
					（単位：%）
8-1 擦り傷（軽いもの）	75.9	68.4	85.2	73.9	70.0
8-8 鼻血	58.2	63.2	63.0	69.6	10.0
8-25 発熱（38 度以下）	39.2	42.1	40.7	43.5	20.0
8-22 頭痛	38.0	26.3	37.0	52.2	30.0
8-13 熱中症、日射病	36.7	36.8	29.6	56.5	10.0
8-10 虫刺され	31.6	31.6	37.0	30.4	20.0
8-2 切り傷（軽いもの）	31.6	15.8	37.0	43.5	20.0
8-23 軽い腹痛	26.6	－	33.3	43.5	20.0
8-14 風邪	20.3	21.1	18.5	26.1	10.0
8-3 打撲	13.9	5.3	14.8	26.1	－
8-15 低血糖	12.7	5.3	22.2	13.0	－
8-24 生理痛	12.7	5.3	14.8	21.7	－
8-17 失神	11.4	10.5	7.4	17.4	10.0
8-7 歯折れ、口腔部からの出血	11.4	5.3	22.2	8.7	－
8-9 やけど	8.9	15.8	7.4	8.7	－
8-18 発作	7.6	10.5	3.7	13.0	－
8-28 下痢	7.6	10.5	7.4	8.7	－
8-36 結膜炎	7.6	10.5	3.7	13.0	－
8-12 電気ショック	6.3	－	7.4	13.0	－
8-26 発熱（38 度以上）	6.3	5.3	3.7	13.0	－
8-5 骨折	6.3	10.5	3.7	8.7	－
8-11 犬に咬まれた	5.1	－	3.7	13.0	－
8-19 てんかん	5.1	－	3.7	13.0	－
8-20 呼吸困難	5.1	10.5	3.7	4.3	－
8-27 嘔吐	5.1	－	3.7	13.0	－
8-39 誤飲（食べ物）	5.1	－	7.4	8.7	－
8-29 手足口病	3.8	10.5	3.7	－	－
8-31 デング熱	3.8	5.3	3.7	4.3	－
8-32 インフルエンザ	3.8	－	3.7	8.7	－
8-4 脱臼	3.8	5.3	7.4	－	－
8-21 CPI	2.5	－	7.4	－	－
8-33 風疹	2.5	－	3.7	4.3	－
8-34 水疱瘡	2.5	－	3.7	4.3	－
8-38 貧血	2.5	－	3.7	4.3	－
8-6 眼部の怪我	2.5	－	7.4	－	－
8-16 低カルシウム血症	1.3	－	－	4.3	－
8-30 マラリア	1.3	－	3.7	－	－
8-35 百日咳	1.3	－	3.7	－	－
8-37 慢性糖尿病	1.3	－	3.7	－	－
8-41 誤飲（化学物）	1.3	－	3.7	－	－
8-45 誤飲（薬品）	1.3	－	3.7	－	－
8-42 その他	－	－	－	－	－

注：割合が 60－80%未満については薄色、80%以上を濃色で示した。

学校保健員以外の教職員は、主に簡単な擦り傷（75.9%）、鼻血（58.2%）等であれば対応できるとの回答が 5 割を超え、中学校では熱中症の処置（56.5%）にも対応している学校が見られた。

学校保健員の医療系資格の有無が医療行為の範囲に与える影響について 2 要因分散分析をおこなったところ、学校種による差はなく資格の有無が与える影響にて有意水準 5%で有意であった（表 4-7）。手当・対応できる症状別に見たところ、鼻血($F(1)= 23.16, p<0.05$)、虫刺され($F(1)= 5.60, p<0.05$)、風邪($F(1)= 4.42, p<0.05$)、低血糖($F(1)= 5.29, p<0.05$)、頭痛($F(1)= 4.53, p<0.05$)、微熱($F(1)= 21.66, p<0.05$)の 6 項目において、医療系有資格者と無資格者間において 5%水準で有意差があった。

表 4- 7　校種、医療資格の有無と医療行為の範囲の関連性についての 2 要因分散分析（交互作用あり）の結果

	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
x1.校種	3	129	42.88	1.165	0.327	.□
x2.医療資格の有無	1	208	207.94	5.649	0.019	*□
x1:x2	1	1	1.15	0.031	0.860	
誤差	102	3755	36.81			

表 5- 8　分散分析表（学校保健員の医療系資格の有無と医療行為との関係性、一部）

項目	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
7-7歯折れ、口腔部からの出血	1	1.00	1.00	4.27	0.041	*
誤差:	128	30.19	0.24			
7-8鼻血	1	0.44	0.44	7.08	0.009	**
誤差:	128	7.94	0.06			
7-25発熱（38度以下）	1	1.05	1.05	13.59	0.000	***
誤差:	128	9.85	0.08			

***p<0.001
**p<0.01
*p<0.05
. p<0.1

（３） 今年度（2014 年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育

今年度（2014 年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育の具体的内容と割合を図 4-7 に示した。感染症予防（図 4-7 上から項目 1，全体の 96.2%）、環境（同 2，88.6%）、危機管理・交通安全（同 3，70.9%）について、実施する／したとの回答が 7 割を超えた。一方で、飲酒（同図下から項目 13，全体の 2.5%）、精神保健（同 12，3.8%）、薬物乱用防止（同 11，11.0%）を実施したという回答は 1 割未満であった。特に、栄養（同 7）は、回答のあった幼稚園のうち 94.7%が実施されている／予定があると回答した一方で、回答のあった中学校及び高校での実施はなかった。逆に、性教育・家族計画（同 9）では、回答のあ

った学校全体でみると割合は 24.1%だが、回答のあった高校の 70.0%の学校では実施されていた／予定があった。

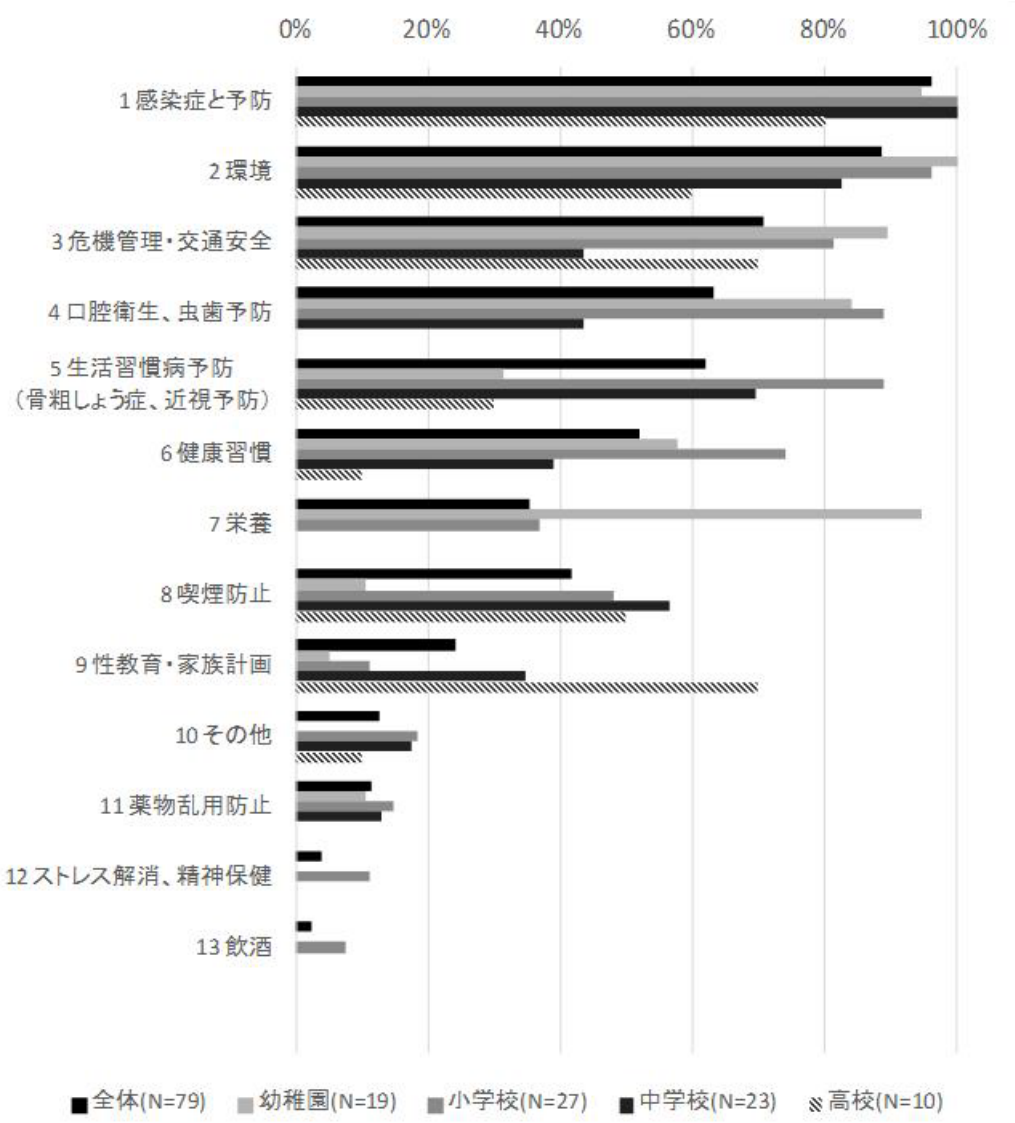


図 4- 7　今年度（2014 年）に実施した，もしくは実施予定の健康教育

（４）　学校保健員として特に重要な職務、必要な知識・能力

現職の学校保健員が考える特に重要な職務について、具体的な内容とその割合を図 4- 8 に示した。学校保健員が考える特に重要な職務として、けが・病気の適切な処置（図 4- 8 中項目 1，全体の 83.5%）、保健指導・健康教育（同 2，82.3%）、年間計画策定（同 3，77.2%）、定期健康診断（同 4，73.4%）との回答が 7 割を超えた。回答のあった幼稚園では学校環境の問題の早期発見・対応が重要との回答が 89.5%見られた。

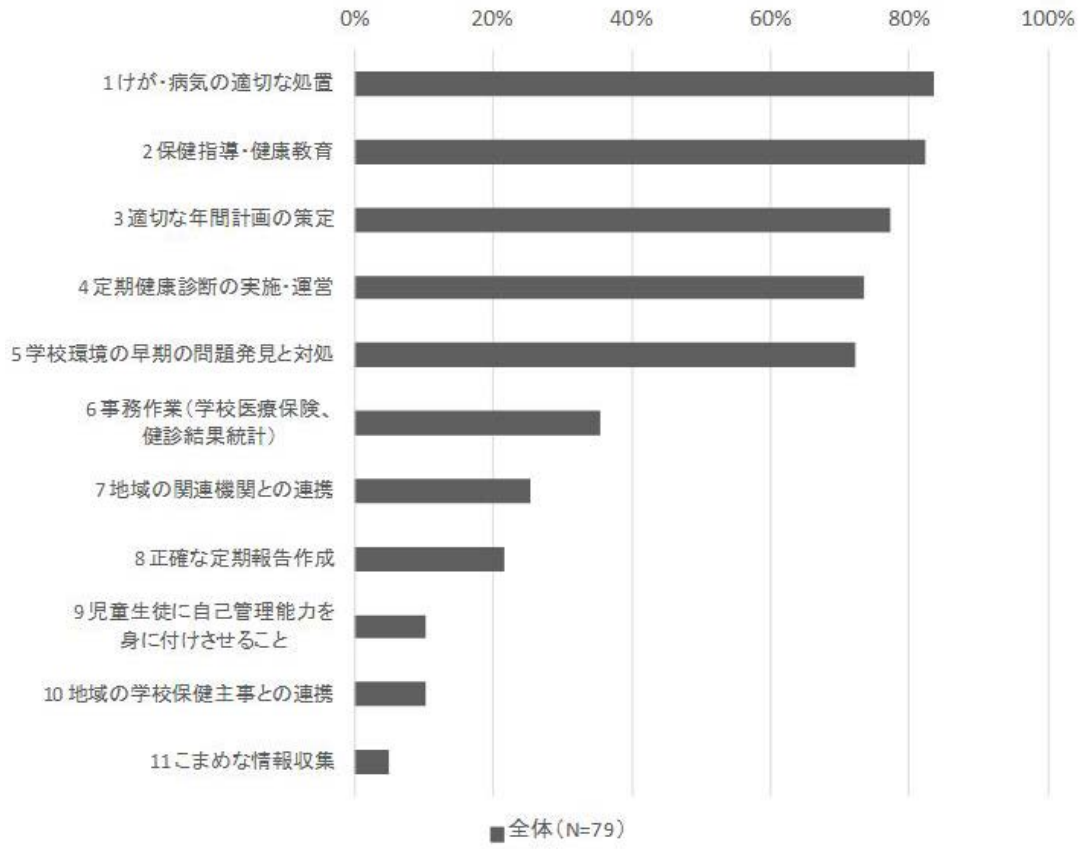


図 4- 8　学校保健員として特に重要だと考えられる職務

次に、学校保健員が特に必要だと考える知識・能力として、具体的な内容とその割合を図 4-9 に示した。けが・病気への正しい判断・処理能力（図 4-9 中項目 1，全体の 88.6%）と健康教育スキル（同 2，83.5%）の 2 項目について，特に必要との回答が 8 割を超えた。その他、回答のあった学校の校種別にみると、幼稚園で適切なアセスメント能力（同 3, 63.2%）と適切な年間計画の策定能力（同 4，57.9%）、高校で心理カウンセリングに関する専門的知識・能力（同 11，60.0%）の項目で約 5 割の回答を得た。

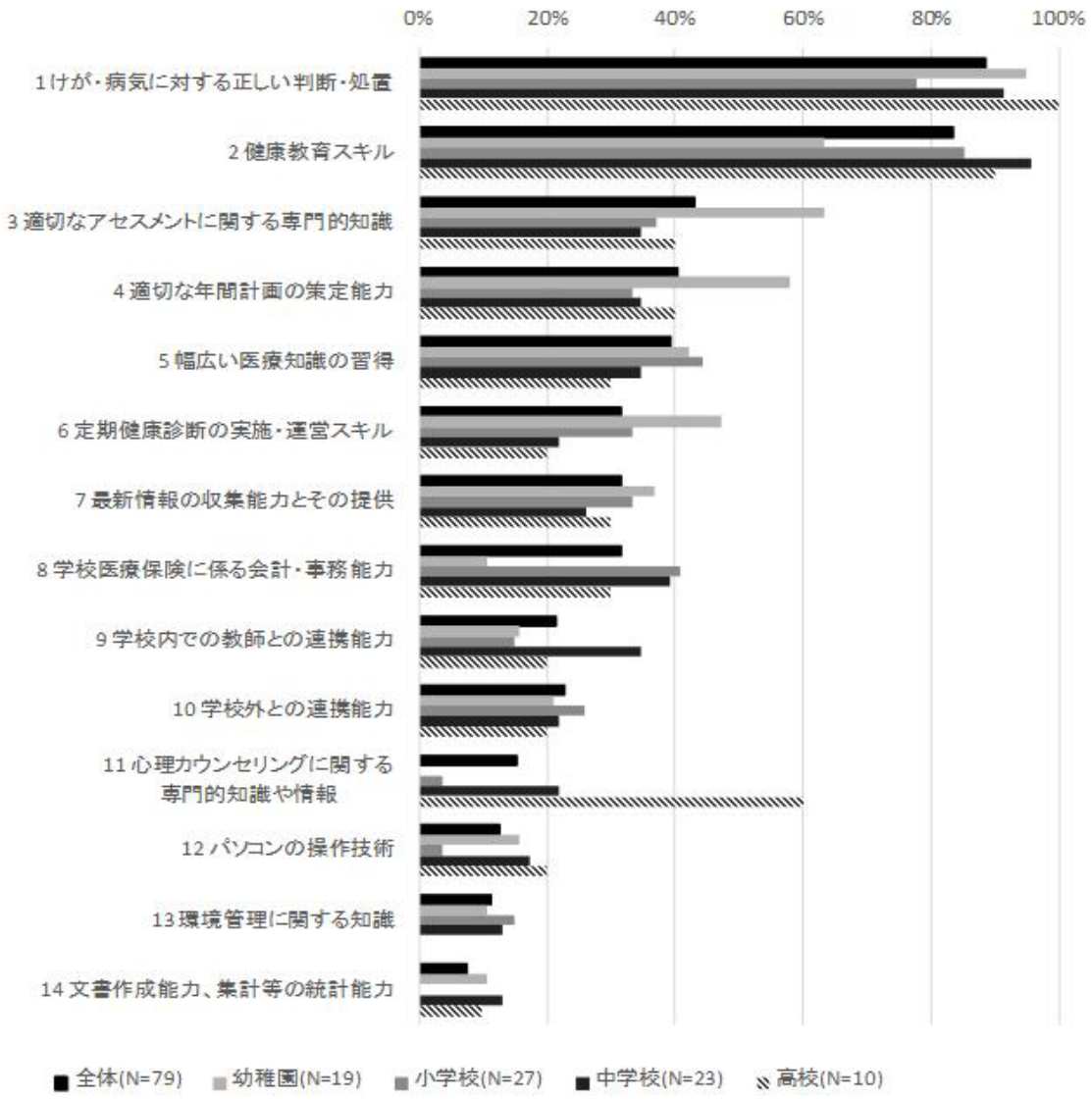


図 4- 9　学校保健員として特に必要だと考えられる知識・能力

（５）　自己研磨のための手段

学校保健員が自己研磨のために用いる手段について複数回答可で回答を求めたところ、研修会が最も多く（97.5%）、次いで参考書（88.6%）、インターネット（83.5%）、学校保健関係者ネットワークの情報（79.7%）、保健省・教育訓練省等の行政機関の配布資料（78.5%）であった。（図 4- 10）なお、インターネット使用状況に関し、業務でインターネットを使用できている学校保健員は 71 名（89.9%）であった。

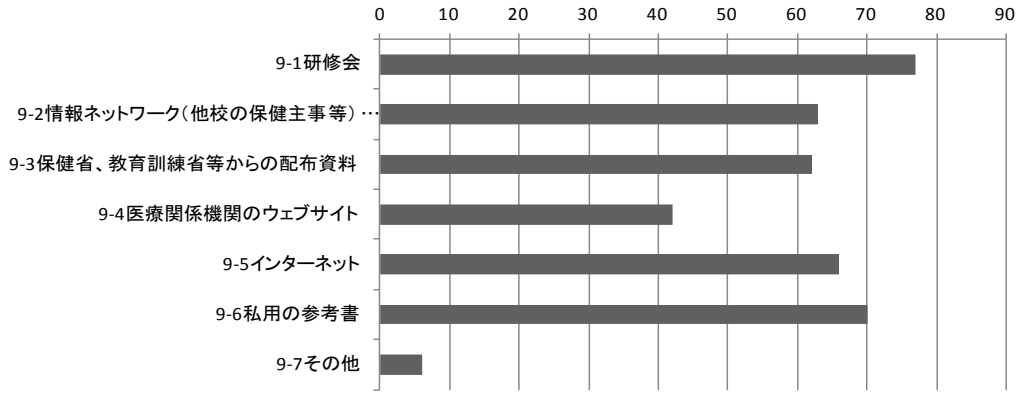


図 4- 10　学校保健員の自己研磨の手段

第６節 調査結果 3:　学校保健員を取り巻く学校保健体制

（１） 学校保健活動に関わる学校関係者

学校保健員以外の学校教職員が学校保健活動に関わると回答した学校は 62 校（全体の 78.5%）あり、活動の主な内容と割合について表 4-9 に示した。衛生検査（多いものから教室外：表 4-9 中項目 10，77.2%、教室：同 9，73.4%、トイレ：同 13，63.3%）、学校安全のための校内巡視（同 14，70.9%）、改修工事の提案（同 20，68.4%）外部調査受入の日程調整（同 22，63.3%）、児童生徒への最新感染症情報等の共有（同 30，62.0%）、児童生徒に適した机・椅子の交換（同 19，60.8%）の項目において、学校関係者が関わっているとの回答が 6 割を超えた。

学校関係者の関わりがあると回答した学校のうち特に関わりの大きい学校教職員の役職とその活動について、校長が校内巡視（表 4-10「校長」より項目 14，57.0%）、外部調査受入（同 22，55.7%）、改装工事の提案（同 20，49.4%）、室外の衛生検査（同 10，44.3%）、幼稚園での食品安全関連（16 食品安全検査：68.4%，15 給食室検査：63.2%）、副校長は校内巡視（同表「副校長」より項目 14，44.3%）、特に幼稚園で衛生検査（10 教室外：63.2%，9 各教室：57.9%）、食品安全関連（16 食品安全検査： 57.9%、15 給食室検査： 52.6%）に関わっているとの回答が 4 割を超えた。青年団長が教室内外の衛生検査に関わりを持つという回答が，小学校（同表「青年団長」より、教室および教室外検査がともに 70.4%）と中学校（同 65.2%）で 6 割を超えた。高校では共産党幹部が保健指導に関わりを持つ学校があり（同表「共産党幹部」より、全校保健指導および学外専門家による保健指導がともに 50.0%）、学校に設置されたベトナム社会組織の役職が一部の学校保健活動に携わっていることが明らかになった。会計が関わる項目として小学校と中学校での学校医療保険年間計画（同表「会計」項目 33 より小学校：59.3%、中学校：52.2%）や小学校と中学校での児童生徒の学校医療保険手続き事務（同 35，小学校：59.3%、中学校：52.2%）等の学校医療保険関連業務にて 5 割以上の回答を得たほか、担任が小学校および中学校での学年単位の保健指導（同表「担任」項目 26 より小学校：63.0%、中学校：52.2%）や高校での学校医療保険の広報（同

36，高校：60.0%）に関わっているとの回答が 5 割を超えた。

表 4- 9　学校保健活動に関わる学校関係者の有無

カテゴリ	項目	学校保健活動に関わる学校関係者の有無（有り、と回答した割合）				
		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N =		79	19	27	23	10
						（単位：%）
医療的ケア	1けが・病気の初期診察・応急手当	***44.3***	***57.9***	***51.9***	***30.4***	***30.0***
	2校外行事への引率・校外行事での応急手当	***54.4***	***57.9***	***66.7***	***52.2***	20.0
	3健康相談活動（児童生徒）	***46.8***	***52.6***	***55.6***	***39.1***	***30.0***
	4健康相談活動（保護者）	29.1	***57.9***	25.9	21.7	0.0
	5健康相談活動（教職員、学校関係職員）	***36.7***	***52.6***	***33.3***	***30.4***	***30.0***
	6処方箋の作成	1.3	0.0	3.7	0.0	0.0
	7医薬品の処方	6.3	15.8	7.4	0.0	0.0
	8予防接種の告知、その他必要に応じた業務	***46.8***	***57.9***	***55.6***	***43.5***	10.0
衛生検査	9各教室の衛生検査	***73.4***	***73.7***	***81.5***	***73.9***	***50.0***
	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	***77.2***	***73.7***	***92.6***	***73.9***	***50.0***
	11飲料水の衛生検査	***55.7***	***57.9***	***70.4***	***52.2***	20.0
	12生活用水の衛生検査	***55.7***	***57.9***	***70.4***	***47.8***	***30.0***
	13 トイレの衛生検査	***63.3***	***73.7***	***66.7***	***56.5***	***50.0***
学校安全	14学校安全のための校内巡視	***70.9***	***68.4***	***77.8***	***69.6***	***60.0***
食品安全	15給食室の衛生検査	***35.4***	***73.7***	***44.4***	0.0	20.0
	16食品安全検査	***40.5***	***73.7***	***48.1***	13.0	20.0
	17食品のサンプリング	25.3	***57.9***	29.6	0.0	10.0
学校設備	18児童生徒に適した机・椅子の確認	***59.5***	***57.9***	***70.4***	***52.2***	***50.0***
	19児童生徒に適した机・椅子の交換	***60.8***	***47.4***	***77.8***	***56.5***	***50.0***
	20衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	***68.4***	***68.4***	***74.1***	***69.6***	***50.0***
定期健康診断	21定期健康診断の日程調整、準備、受入	***53.2***	***57.9***	***55.6***	***52.2***	***40.0***
外部機関との調整・事務	22外部調査の受入、日程調整等の事務	***63.3***	***63.2***	***66.7***	***60.9***	***60.0***
定期報告	23定期学校保健報告	***36.7***	***47.4***	***44.4***	26.1	20.0
児童生徒データ管理	24健康診断票管理の協力、提携	***35.4***	***63.2***	***37.0***	21.7	10.0
健康教育	25保健指導（個人、少人数）	***35.4***	***42.1***	***37.0***	26.1	***40.0***
	26保健指導（学年単位）	***53.2***	***52.6***	***63.0***	***52.2***	***30.0***
	27保健指導（全校）	***57.0***	15.8	***74.1***	***73.9***	***50.0***
	28学校外の専門家による保健指導	***46.8***	26.3	***55.6***	***52.2***	***50.0***
最新医療情報の共有	29職員会議等での最新感染症情報等の共有	***57.0***	***57.9***	***59.3***	***52.2***	***60.0***
	30児童生徒への最新感染症情報等の共有	***62.0***	***57.9***	***70.4***	***60.9***	***50.0***
	31保護者への最新感染症情報等の共有	***43.0***	***57.9***	***37.0***	***43.5***	***30.0***
	32教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有など	***35.4***	***31.6***	***37.0***	***39.1***	***30.0***
学校医療保険	33学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	***51.9***	26.3	***74.1***	***56.5***	***30.0***
	34学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	***43.0***	26.3	***66.7***	***39.1***	20.0
	35児童生徒の学校医療保険手続き事務	***55.7***	21.1	***74.1***	***65.2***	***50.0***
	36学校医療保険の広報	***55.7***	15.8	***74.1***	***65.2***	***60.0***

注：割合が 40－60%未満については薄色、60%以上を濃色で示した。

表 4- 10　学校保健活動に関わる学校関係者の内訳および活動項目

学校関係者の役職	項目	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N =		79	19	27	23	10
						（単位：%）
校長	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	***44.3***	***52.6***	***59.3***	***30.4***	20.0
	14学校安全のための校内巡視	***57.0***	***52.6***	***66.7***	***60.9***	***30.0***
	15給食室の衛生検査	25.3	***63.2***	29.6	0.0	0.0
	16食品安全検査	29.1	***68.4***	***33.3***	4.3	0.0
	20衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	***49.4***	***52.6***	***63.0***	***43.5***	20.0
	22外部調査の受入、日程調整等の事務	***55.7***	***63.2***	***63.0***	***43.5***	***50.0***
	33学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	29.1	5.3	***63.0***	17.4	10.0
	34学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	29.1	15.8	***55.6***	17.4	10.0
副校長	9各教室の衛生検査	29.1	***57.9***	18.5	21.7	20.0
	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	***39.2***	***63.2***	***40.7***	17.4	***40.0***
	12生活用水の衛生検査	***31.6***	***47.4***	***37.0***	21.7	10.0
	13 トイレの衛生検査	***31.6***	***47.4***	***33.3***	21.7	20.0
	14学校安全のための校内巡視	***44.3***	***52.6***	***37.0***	***43.5***	***50.0***
	15給食室の衛生検査	25.3	***52.6***	***33.3***	0.0	10.0
	16食品安全検査	27.8	***57.9***	***33.3***	4.3	10.0
青年団長	9各教室の衛生検査	***44.3***	0.0	***70.4***	***65.2***	10.0
	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	***43.0***	0.0	***70.4***	***65.2***	0.0
共産党幹部	27保健指導（全校）	7.6	0.0	0.0	4.3	***50.0***
	28学校外の専門家による保健指導	10.1	0.0	0.0	13.0	***50.0***
会計	33学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	***43.0***	15.8	***59.3***	***52.2***	***30.0***
	34学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	***32.9***	10.5	***51.9***	***34.8***	20.0
	35児童生徒の学校医療保険手続き事務	***45.6***	21.1	***59.3***	***52.2***	***40.0***
	36学校医療保険の広報	29.1	0.0	***51.9***	26.1	***30.0***
担任	26保健指導（学年単位）	***53.2***	***47.4***	***63.0***	***52.2***	***40.0***
	36学校医療保険の広報	***35.4***	10.5	***37.0***	***43.5***	***60.0***

注：割合が 40－60%未満については薄色、60%以上を濃色で示した。

（２） 学校保健活動に関わる外部機関

学校関係者以外の外部機関が学校保健活動に関わると回答した学校は 77 校（全体の 97.5%）あり，学校保健活動の主な内容と割合について表 4- 11 に示した。回答のあった 8 割の学校が、定期健康診断（表 4- 11 中項目 21，全体の 86.1%）、けが・病気の初期診察・応急手当（同 1，83.5%）、予防接種告知（同 8，83.5%）にて関わりがあると回答した。校種別にみると、回答のあった幼稚園では食品安全関連業務として給食室の衛生検査（表 4- 11 中項目 15，幼稚園：89.5%）、食品安全検査（同 16，94.7%）で外部機関との関わりがあるとの回答が約 9 割あった。地区保健センターが、予防接種の告知等（表 4- 12「地区保健センター」より項目 15，全体の 75.9%），けが・病気の応急手当（同 1，62.0%）などで関わりが見られた。

表 4- 11　学校保健活動に関わる外部機関の有無

カテゴリ	設問項目	学校保健活動に関わる外部機関の有無（有り、と回答した割合）				
		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N =		79	19	27	23	10
						（単位：%）
医療的ケア	1けが・病気の初期診察・応急手当	***83.5***	***94.7***	***81.5***	***82.6***	***70.0***
	2校外行事への引率・校外行事での応急手当	***58.2***	***57.9***	***44.4***	***69.6***	***70.0***
	3健康相談活動（児童生徒）	***50.6***	***42.1***	***44.4***	***65.2***	***50.0***
	4健康相談活動（保護者）	24.1	21.1	29.6	21.7	20.0
	5健康相談活動（教職員、学校関係職員）	***36.7***	***47.4***	22.2	***34.8***	***60.0***
	6処方箋の作成	***38.0***	***47.4***	22.2	***43.5***	***50.0***
	7医薬品の処方	***43.0***	***52.6***	29.6	***47.8***	***50.0***
	8予防接種の告知、その他必要に応じた業務	***83.5***	***84.2***	***85.2***	***95.7***	***50.0***
衛生検査	9各教室の衛生検査	***64.6***	***68.4***	***63.0***	***65.2***	***60.0***
	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	***60.8***	***57.9***	***51.9***	***69.6***	***70.0***
	11飲料水の衛生検査	***60.8***	***68.4***	***59.3***	***69.6***	***30.0***
	12生活用水の衛生検査	***59.5***	***68.4***	***55.6***	***60.9***	***50.0***
	13 トイレの衛生検査	***64.6***	***63.2***	***66.7***	***65.2***	***60.0***
学校安全	14学校安全のための校内巡視	***67.1***	***68.4***	***63.0***	***69.6***	***70.0***
食品安全	15給食室の衛生検査	***41.8***	***89.5***	***48.1***	4.3	20.0
	16食品安全検査	***50.6***	***94.7***	***44.4***	***34.8***	20.0
	17食品のサンプリング	26.6	***63.2***	25.9	−	20.0
学校設備	18児童生徒に適した机・椅子の確認	***72.2***	***63.2***	***77.8***	***82.6***	***50.0***
	19児童生徒に適した机・椅子の交換	***41.8***	***36.8***	***33.3***	***56.5***	***40.0***
	20衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	***54.4***	***52.6***	***55.6***	***60.9***	***40.0***
定期健康診断	21定期健康診断の日程調整、準備、受入	***86.1***	***89.5***	***85.2***	***87.0***	***80.0***
外部機関との調整・事務	22外部調査の受入、日程調整等の事務	***74.7***	***68.4***	***70.4***	***82.6***	***80.0***
定期報告	23定期学校保健報告	***57.0***	***47.4***	***63.0***	***60.9***	***50.0***
児童生徒データ管理	24健康診断票管理の協力、提携	***48.1***	***36.8***	***44.4***	***60.9***	***50.0***
健康教育	25保健指導（個人、少人数）	16.5	10.5	7.4	26.1	***30.0***
	26保健指導（学年単位）	17.7	10.5	11.1	21.7	***40.0***
	27保健指導（全校）	***32.9***	15.8	25.9	***47.8***	***50.0***
	28学校外の専門家による保健指導	27.8	10.5	14.8	***43.5***	***60.0***
最新医療情報の共有	29職員会議等での最新感染症情報等の共有	***53.2***	***63.2***	***40.7***	***69.6***	***30.0***
	30児童生徒への最新感染症情報等の共有	***45.6***	***42.1***	***37.0***	***65.2***	***30.0***
	31保護者への最新感染症情報等の共有	***32.9***	***42.1***	29.6	***39.1***	10.0
	32教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有など	***38.0***	***36.8***	***33.3***	***47.8***	***30.0***
学校医療保険	33学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	20.3	10.5	18.5	***30.4***	20.0
	34学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	17.7	10.5	18.5	21.7	20.0
	35児童生徒の学校医療保険手続き事務	24.1	10.5	22.2	***34.8***	***30.0***
	36学校医療保険の広報	25.3	5.3	***33.3***	***30.4***	***30.0***

注：割合が 40－70%未満については薄色、70%以上を濃色で示した。

幼稚園での食品安全関連業務について、（市保健局）予防医療室が担当していると回答した幼稚園が約 6 割であった（表 4- 12「（市保健局）予防医療室」より項目 16 食品安全検査：63.2%、15 給食室の衛生検査：57.9%）。その他、（市保健局）予防医療室は外部調査受入調整（表 4- 12「（市保健局）予防医療室」項目 22, 全体の 51.9%）やトイレ検査（同 13, 44.3%）にて関わりが見られた。市教育訓練局についても、特に幼稚園と給食室衛生検査（表 4- 12「市教育訓練局」項目 15, 幼稚園：57.9%）、食品安全検査（同 16, 52.6%）、学校安全のための校内巡視（同 14, 52.6%）、机・椅子の確認（同 18, 52.6%）、外部調査等受入調整・事務（同 22, 52.6%）にて関わりがあるとの回答が 5 割を超えた。（省教育訓練局）学校保健センターは特に中学校と高校での外部調査受入調整（同表 9「（省教育訓練局）学校保健セ

ンター」中学校：47.8%，高校：40.0%）で、専門医療機関は幼稚園と食品安全検査（同表9「専門医療機関」項目 16，幼稚園：42.1%）、高校では学校関係教職員の健康相談活動（同5，高校：40.0%）で関わりがあるとの回答は約 4 割であった。

表 4- 12　学校保健活動に関わる外部機関の内訳および活動項目

機関名	設問項目	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N =		79	19	27	23	10
						（単位：%）
地区保健センター	1けが・病気の初期診察・応急手当	62.0	78.9	59.3	56.5	50.0
	2校外行事への引率・校外行事での応急手当	31.6	42.1	25.9	30.4	30.0
	3健康相談活動（児童生徒）	32.9	31.6	37.0	26.1	40.0
	6処方箋の作成	22.8	42.1	14.8	21.7	10.0
	7医薬品の処方	26.6	42.1	18.5	30.4	10.0
	8予防接種の告知、その他必要に応じた業務	75.9	84.2	77.8	87.0	30.0
	15給食室の衛生検査	11.4	42.1	3.7	−	−
	21定期健康診断の日程調整、準備、受入	53.2	73.7	44.4	52.2	40.0
	22外部調査の受入、日程調整等の事務	29.1	47.4	18.5	26.1	30.0
（市保健局） 予防医療室	9各教室の衛生検査	41.8	52.6	44.4	39.1	20.0
	10教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	32.9	36.8	40.7	26.1	20.0
	13 トイレの衛生検査	44.3	47.4	51.9	39.1	30.0
	14学校安全のための校内巡視	31.6	21.1	37.0	43.5	10.0
	15給食室の衛生検査	29.1	57.9	37.0	4.3	10.0
	16食品安全検査	30.4	63.2	25.9	17.4	10.0
	18児童生徒に適した机・椅子の確認	34.2	5.3	51.9	43.5	20.0
	22外部調査の受入、日程調整等の事務	51.9	47.4	55.6	52.2	50.0
市教育訓練局	9各教室の衛生検査	22.8	42.1	33.3	4.3	−
	13 トイレの衛生検査	24.1	42.1	25.9	13.0	10.0
	14学校安全のための校内巡視	32.9	52.6	33.3	21.7	20.0
	15給食室の衛生検査	20.3	57.9	18.5	−	−
	16食品安全検査	21.5	52.6	22.2	4.3	−
	18児童生徒に適した机・椅子の確認	22.8	52.6	14.8	13.0	10.0
	20衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	24.1	42.1	29.6	13.0	−
	22外部調査の受入、日程調整等の事務	35.4	52.6	37.0	34.8	−
（省保健局） 予防医療センター	11飲料水の衛生検査	24.1	47.4	29.6	4.3	10.0
（省教育訓練局） 学校保健センター	22外部調査の受入、日程調整等の事務	36.7	21.1	37.0	47.8	40.0
専門医療機関	5健康相談活動（教職員、学校関係職員）	11.4	5.3	11.1	4.3	40.0
	16食品安全検査	15.2	42.1	11.1	−	10.0

注：割合が 40－70%未満については薄色、70%以上を濃色で示した。

第７節 調査結果 4: 現在の学校保健に関する課題

（１） 現在の学校保健に関する課題

2014 年 9 月学校インタビュー調査にて学校保健員および管理職から挙げられた学校保健の課題をもとに、「とてもそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「思わない」「わからない」の 5 段階の選択肢を設けて質問し「とてもそう思う」「そう思う」との回答を得た割合を表 4- 13 に示した。11 項目中 9 項目で 8 割以上から「とてもそう思う」「そう思う」と回答を得た。

表 4- 13　現在の学校保健に関する課題

設問項目		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N=		79	19	27	23	10
						（単位：%）
1	学校内教職員に，学校保健の重要性の理解を深めたい.	**96.2**	**100**	**100**	**95.7**	**80.0**
2	学校内教職員が学校保健活動にもっと関わってほしい	**93.7**	**100**	**96.3**	**95.7**	70.0
3	学校保健員のための十分な手当てが必要だ.	**91.1**	**89.5**	**92.6**	**91.3**	**90.0**
4	学校保健員や学校教師が実施する保健指導/健康教育の内容を充実させたい.	**91.1**	**94.7**	**92.6**	**91.3**	80.0
5	（労働法に基づいた）勤務形態を守ってほしい.	**88.6**	**94.7**	**85.2**	**87.0**	**90.0**
6	学校医療保険（基金）の効果的な活用方法を知りたい	**88.6**	57.9	**100**	**95.7**	**100**
7	パソコン，印刷用紙や事務用品など保健室内の事務機能や備品を充実させたい.	**88.6**	**89.5**	**92.6**	**87.0**	80.0
8	★保健室で使える医薬品の種類が増えると良い.	**86.1**	**84.2**	**85.2**	**82.6**	**100**
9	保健室に手洗い場が必要だ	**86.1**	78.9	**85.2**	**91.3**	**90.0**
10	★保健室で使える保健室備品の種類が増えると良い.	79.7	78.9	**81.5**	**82.6**	70.0
11	保健室内にトイレが必要だ	55.7	52.6	59.3	56.5	50.0
12	その他	17.7	31.6	11.1	21.7	－

特に、星印が付いた「保健室で使用したい医薬品が増えると良い」「保健室で使える保健室備品の種類が増えると良い」に対して「とてもそう思う」または「そう思う」と回答した者のうち、具体的にどのような医薬品、保健室備品が増えると良いと考えているかについて質問した。保健室で使用したい具体的な医薬品等について、学校インタビュー時に挙げられていた医薬品を選択項目（複数選択可）として多岐選択式で質問したところ、表 4- 14 の回答を得た。

表 4- 14　保健室で使用したい具体的な医薬品等

	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N=	79	19	27	23	10
					（単位：点）
15-1-1 虫刺され薬	44	12	17	10	5
15-1-2 はっか油[注3]	48	8	17	16	7
15-1-3 頭痛薬（指定外のもの）	44	8	14	14	8
15-1-4 風邪薬（指定外のもの）	37	7	10	12	8
15-1-5 サロンパス	32	3	13	8	8

注3 ベトナムの家庭常備薬として頻繁に使用されるメントール、サリチル酸メチルなどが含まれた緑色のオイル。患部に塗ることで清涼感が得られる。

「15-1-6 その他」として、具体的には「胃腸薬」「鎮痛剤」「咳止め薬」「炭酸水用錠剤」「ビタミン C」「コットン」「手袋」「酔い止め」「抗炎症薬」「うがい薬」「包帯」「マスク」「アルコール」「添え木」「ヨウ素」「解熱剤」「目薬」「利尿剤」「カルシウム剤」「サプリメント」「生理食塩水」が挙げられた。

次に「15-4 保健室で使える保健室備品の種類が増えると良い」に関しても同様の方法で質問を行い、表 4- 15 の回答を得た。

表 4- 15　保健室で使用したい具体的な保健室備品

	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
	79	19	27	23	10
					（単位：点）
15-2-1 骨折用添え木	37	10	14	9	4
15-2-2 交換用シーツ、まくらカバー	35	8	14	9	4
15-2-3 担架	22	7	7	5	3
15-2-4 冷蔵庫	19	4	8	7	0
15-2-5 内線電話	14	1	6	3	4
15-2-6 車いす	13	3	2	6	2
15-2-7 仕切り板	11	1	4	2	4

「15-2-8 その他」として、具体的には「血圧計」「外線電話」「保健室そのもの」の他、「幼児サイズに適した備品」「棚」「ぬいぐるみ」等が挙げられた。

その他（17.7%）として、「学校保健員が進学する制度を整えてほしい」「研修を増やしてほしい」等の能力向上に関する意見、「健康教育用の DVD 等の機材が必要」「地区毎でなく共同で健康教育を行う等機会を活かしてほしい」等の健康教育に関する意見、学校医療保険の対象とならない幼稚園での資金不足、「医療の専門性を持つ学校保健員を 1 名増やしてほしい」「研修は学校業務に支障がない時期に開催してほしい」等の意見が挙げられた。

表 4- 16　現在の学校保健に関する課題「15－12 その他」の具体的な記述内容　（単位：名）

	計	幼稚園	小学校	中学校	高校
学校保健員の能力、専門的技術の向上	**19**				
学校保健員の職務をより効果的に行うための専門的知識やスキル修得のための機会を設けてほしい	9	4	4	1	0
学校保健員が専門的知識やスキル修得のための研修に参加するための機会を得る支援を行ってほしい	1	0	1	0	0
中級医療資格取得コースに参加したい。	1	0	1	0	0
効果的な計画立案、学校保健活動について知りたい	1	1	0	0	0
学校保健員の専門的知識、スキル取得に関する研修を業務に支障がないように開催してほしい	1	1	0	0	0
特に医療の専門分野知識（RHM-TMH-眼科）を含めて、アセスメント	1	1	0	0	0

	スキルを向上させたい。					
	地方でも学校保健員のための研修を開催してほしい	1	0	0	1	0
	給食室に関する研修を実施してほしい	1	0	0	1	0
	休日等に他の学校との交流の機会を設けてほしい	2	0	0	1	1
	学校保健員が通学できるための支援制度を整えてほしい。 現状では、給与が低いうえ手当がない。	1	1	0	0	0
学校保健員の労働条件に関する要望		**8**				
	手当制度の改善	3	0	1	1	1
	学校保健員を 1 名追加してほしい、2 名配置が必要	2	1	1	0	0
	学校に本館、別館があるため一人で管理、けがの手当て、検査が難しい	1	1	0	0	0
	学校保健員の休暇取得状況に未だ関心が払われない	1	0	1	0	0
	売店担当時間の手当が低すぎる	1	0	1	0	0
学校保健設備に関する要望		**8**				
	保健室が必要	2	2	0	0	0
	学校の教室数が足りないため、子ども達が教室外で寝ている状況は安全性に欠ける	1	1	0	0	0
	保健室の質を確保したい	1	0	0	1	0
	衛生的なトイレの建設、ごみの処理設備がほしい	1	0	1	0	0
	医薬品、コットン、包帯が不足している	1	0	1	0	0
	水がない	1	0	1	0	0
	保健室のベッドを追加したい	1	0	1	0	0
保健指導・健康教育		**6**				
	学校保健員は健康教育という一つの科目の専門教師でもあるので、1 カ月に 1 回でも時間を設定してほしい	1	0	0	1	0
	感染症対策、栄養教育等の健康教育用写真、DVD 等を増やしてほしい。	1	1	0	0	0
	健康教育の実施計画を、地区を広げて実施するような計画で実施してほしい。ニーズはどの学校も同様にある。	1	1	0	0	0
	健康教育、課外活動で使用できるような機材を増やしてほしい	1	0	0	0	1
	健康教育スキル向上のための予算をつけてほしい	1	0	0	1	0
	健康教育関連資料がない	1	0	1	0	0
学校保健への理解、協力、連携		**4**				
	学校管理者が学校保健への理解を深めてくれて初めて、学校保健員も自分の意見を口に出すことができる。学校保健員は自分の仕事がないので他の業務をしているわけではない。	1	1	0	0	0
	学校保健員が仕事に専念できる環境を整えてほしい	1	0	0	1	0
	学校保健員が実際の経費の使用に深く関わるが、使用の決定を行うのは校長であるため、困難を感じている	1	0	1	0	0
	同僚の参加理解が必要と感じる	1	0	1	0	0
学校医療保険に関する要望		**3**				
	経費が少ない	1	0	1	0	0
	保健指導や医療備品を購入するための経費を増やしてほしい	1	1	0	0	0
	学校保健員に充てる学校医療保険が少ない	1	1	0	0	0
政策に関する要望		**3**				
	学校保健員が教育分野という環境で仕事を行う上で、手当制度・政策についてもっと関心を払ってほしい	1	0	0	1	0
	活動の根拠となる項目をひとつの政策文書にまとめてほしい	1	0	0	1	0
	政策文書：医薬品目録 1221 に複数の医薬品名を追加してほしい	1	0	0	1	0
地域性に関連した要望		**2**				
	各市町村にも、学校保健担当部局を設けて給与、検査、報告等の業務を請け負ってほしい	1	0	0	1	0
	市内から離れている学校であるほど、無料の健康診断の機会を多く設けてほしい（齲歯、眼科健診等）	1	0	1	0	0

（２） 健康教育実施上の課題

①学校で取り扱うべき健康教育の内容（質問項目 14－1）

学校で取り扱うべき健康教育の内容について、回答者が全 13 項目のうち特に重要であると考える項目を 3 つ選択し、重要であると考える順番に「1」「2」「3」の番号で示すこととした。学校で取り扱うべき最も重要な健康教育の内容として多い順に「感染症」「健康習慣」「生活習慣病予防」、2 番目に重要な内容として「生活習慣病予防」「感染症」「栄養」が、3 番目に重要な内容として「環境」「健康習慣」「危機管理・交通安全」が挙げられた。校種別にみると、「栄養」教育が特に重要であると回答したのは幼稚園、小学校のみであり、逆に、「性教育・家族計画」教育が特に重要だと回答したのは中学校、高校のみであった。回答全体の総数で見ると、「感染症」「生活習慣病」「危機管理・交通安全」「環境」「健康習慣」との回答が多かった。

表 4- 17 学校で取り扱うべき特に重要な健康教育の内容（質問項目 14－1、重要度別）

（単位：校）

	重要であると回答のあった数（合計）	最も重要である					2 番目に重要である					3 番目に重要である				
		全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)	全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)	全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)
14-1-1 感染症と予防	59	42	13	13	13	3	11	1	5	3	2	6	1	1	4	－
14-1-2 口腔衛生、虫歯予防	12	1	－	1	－	－	2	－	1	1	－	9	1	8	－	－
14-1-3 生活習慣病予防（骨粗しょう症、近視予防）	33	6	1	2	2	1	20	－	11	7	2	7	1	1	4	1
14-1-4 栄養	12	3	2	1	－	－	8	7	1	－	－	1	1	－	－	－
14-1-5 環境	22	1	－	1	－	－	6	1	－	5	－	15	5	5	4	1
14-1-6 健康習慣	21	7	－	3	4	－	5	2	1	2	－	9	3	3	3	－
14-1-7 喫煙防止	1	0	－	－	－	－	0	－	－	－	－	1	－	－	1	－
14-1-8 薬物乱用防止	0	0	－	－	－	－	0	－	－	－	－	0	－	－	－	－
14-1-9 性教育・家族計画	5	1	－	－	－	1	2	－	－	1	1	2	－	－	－	2
14-1-10 危機管理・交通安全	25	3	－	1	1	1	9	5	2	2	－	13	4	3	4	2
14-1-11 飲酒	0	0	－	－	－	－	0	－	－	－	－	0	－	－	－	－
14-1-12 ストレス、精神保健	5	1	－	－	1	－	2	－	1	－	1	2	－	1	1	－

注：各列で特に数値の高いものを色付きで示した。

②学校で取り扱うには難しいと感じる健康教育の内容（質問項目 14－2）

学校で取り扱うには難しいと感じる健康教育の内容について、回答者が全 13 項目のうち特に学校で扱うのが困難な教育内容であると感じる項目を 3 つ選択し、特に困難だと感じ

る順番に「1」「2」「3」の番号で示すこととした。

最も困難だと感じる健康教育の内容として多い順に「口腔衛生・齲歯予防」「危機管理・交通安全」「感染症」「ストレス・精神保健」「健康習慣」に関する教育、2 番目に困難だと感じる内容として「健康習慣」「生活習慣病予防」「危機管理・交通安全」に関する教育、3 番目に困難だと感じる内容として「危機管理・交通安全」「ストレス・精神保健」「感染症」が挙げられた。回答全体の総数を見ると、「危機管理・交通安全」「健康習慣」「感染症」「ストレス・精神保健」「口腔衛生」の順に多かった。①と比較すると、特に「危機管理・交通安全」「健康習慣」「感染症」の項目は重要であるとしながらも、取り扱いが難しいと捉えられていることが窺える。

表 4- 18　学校での取り扱いが難しい健康教育の内容（質問項目 14-2、重要度別）　（単位：校）

		最も難しい					2 番目に難しい					3 番目に難しい				
	取り扱いが難しいと回答のあった数（合計）	全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)	全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)	全体(n=79)	幼稚園(n=19)	小学校(n=27)	中学校(n=23)	高校(n=10)
14-2-1 感染症と予防	22	9	2	4	1	2	6	3	−	3	−	7	4	2	1	−
14-2-2 口腔衛生、虫歯予防	20	13	5	7	1	−	5	3	1	1	−	2	1	−	1	−
14-2-3 生活習慣病予防（骨粗しょう症、近視予防）	18	3	−	2	1	−	9	2	5	2	−	6	−	3	2	1
14-2-4 栄養	16	9	3	2	4	−	3	2	1	−	−	4	−	3	1	−
14-2-5 環境	9	0	−	−	−	−	2	−	1	1	−	7	1	2	4	−
14-2-6 健康習慣	25	8	1	3	4	−	10	1	2	4	3	7	−	4	2	1
14-2-7 喫煙防止	10	4	1	−	2	1	5	−	2	2	1	1	−	−	−	1
14-2-8 薬物乱用防止	11	7	1	2	4	−	2	−	1	−	1	2	1	1	−	−
14-2-9 性教育・家族計画	13	2	−	1	−	1	5	−	2	3	−	6	2	1	1	2
14-2-10 危機管理・交通安全	30	10	2	4	3	1	8	2	2	2	2	12	4	3	5	−
14-2-11 飲酒	11	0	−	−	−	−	7	2	2	2	1	4	−	1	2	1
14-2-12 ストレス解消、精神保健	22	9	2	2	2	3	6	−	4	2	−	7	2	2	2	1

注：各列で特に数値の高いものを色付きで示した。

第８節 本章のまとめ

（１） フエ省の学校保健員の任用の実態と職務、任用後の自己研磨の手段

2000 年に政策として始まった学校保健員の配置は、当時を知る学校保健員によれば、「任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、学校保健員が学校現場で自らの職務を模索する日が続いていた」という[注4]。2010 年に教育訓練省が示した学校が行う学校保健の職務は、①計画策定・報告、②児童生徒の健康維持・管理（定期健診、緊急時対応、衛生管理)、③環境整備（机・椅子・照明等)、④保健指導・健康教育、⑤感染症・傷害・事故予防)というものであった。本調査にて、フエ省の学校保健員はこれらの多岐にわたる職務について、具体的な活動として取り組んでいることが明らかになった。日本と比較して、ベトナムの学校保健員は中級以上の医療系有資格者が任用されることが望ましいとされていたり、実際に学校保健員が医薬品の処方等を行っていたりすることからも、地域保健の中で子どもたちに対する 1 次医療拠点としての職務が含まれる。

フエ省の特長として、学校保健員任用を進めるにあたり国家政策を省行政に反映させるだけでなく、省独自に学校保健員の任用条件（原則中級以上の医療系有資格者）を設定し、着任前研修（フエ省医科短期大学)、着任後のフォローアップ体制（学校保健センター）を構築したことは第 4 章にて述べた。特にフエ省においては、省内の 87.4%の学校で専任学校保健員が任用され、2013 年時点で全 430 名中 420 名の学校保健員が公務員として勤務しているが、ベトナム保健省報告によれば、2012 年時点においてベトナム全体の 44.8%の学校では学校保健員が未配置かつ配置された学校のうち医療系有資格者の学校保健員が 25%であることが示されていたが、本調査での医療系有資格者の割合は 9 割を超えていた。

調査結果にて学校保健員にとって研修会が重要な自己研磨の場であると認識されていた。フエ省においては学校保健センターが学校保健員の着任後も定期的に研修会を実施していることが、今日に至るまでに各学校が学校保健の職務についておおよそ共通の認識を持ち、省内の多くの学校で職務を遂行できている一因となっていると考えられる。9 割を超える学校保健員が 1 名配置で勤務し、また学校保健員の異動が多くない中で、情報のアップデートや、学校保健関係者のネットワークを通じて近隣の保健情報の共有、活動上の経験や知識の共有が行える環境にあるという意義は大きい。

（２） 学校保健員を支える学校内外の学校保健体制

ベトナムの学校保健政策の特長として、学校保健員配置のための財源・担当部局を、省庁をまたいで移行させるなど、各関係省庁の横断的かつ柔軟な取り組みが挙げられる。中央からの政策によりフエ省内の関係省庁間でも連携を意識した学校保健行政の業務分掌、取り組みが行われていた。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、縦横に組織間の連絡・報告ルートを構築していたことは第 3 章にて示した。行政

注4 中学校学校保健員への聞き取りによる。（第 3 章 4 節（4）②、p78 を参照のこと）

区分として幼稚園、小学校、中学校は市／地区の管轄、高校は省の管轄であることが原則であるが、質問紙調査の結果から、市保健局が高校の学校保健に関わったり、省教育訓練局の学校保健センターが幼稚園、小学校、中学校と関わりが見られたりするなど、柔軟に体制を築いていた。学校内においても、校長、副校長、担任、会計のみならず、ベトナムならではの役職としての青年団長、共産党幹部など、様々な学校関係者が学校保健に関わり取り組んでいたことが調査にて示された。

（３） ベトナム学校保健における制度上の課題

一方で、現在の学校保健の課題について、学校保健員からいくつかの重要な指摘がなされている。本調査結果を通して、解決すべき制度上の課題には以下の 4 点があると考える。

①学校保健員の職務以外の校務を兼任することの負担

本調査を通じて、学校保健員の約半数が専任・兼任を問わず学校保健の職務以外の校務を学校から依頼され、事務員、出納係、青年団長、学級副担任等を担当していることが明らかになった。本調査結果によれば、実際に学校保健員が取り組んでいる学校保健の職務は多岐にわたる。各学校への学校保健員の配置数はほぼ 1 名のみの状態でありながら、学校保健の職務以外の校務にも関わることを期待されている[注 5]。

②学校保健員の医療行為の範囲

前述のとおり、ベトナムの学校保健員は一次医療拠点としての職務が意識されている中で、学校保健員によって行われる医療行為の範囲には差がある可能性が示唆され、医療系有資格者を配置することの効果が改めて示された。現在においても医療資格を持たない学校保健員が配置されている学校があるが、裨益者である児童生徒が初期手当を受けにくい状況が生じないよう配慮する必要がある。その一方で、調査結果では骨折など従来なら医療専門機関で診察されるべき症状についても学校のみで処置できると回答する学校保健員が見られた。制度上、児童生徒は校内での 1 次治療を無料で受けることができるという利点があるが、本来なら病院で対処すべき症状まで学校で治療することを期待されていないだろうか。万一、学校保健員の処置が元で医療事故等が発生した場合、いわゆる日本における「教職員賠償責任保険」のような、学校保健員を守る仕組みや補償は現時点では存在しない[注 6]。

注5 2016 年 3 月のフエ省学校保健センターへの聞き取りにおいて、学校保健員が出納担当を正式に兼任する政策を発出する動きがあるとの情報があった。フエ省学校保健センターとしては、学校保健員には専門性を活かした活動を行ってほしいとの意向を持っており、早急に中央政府に対して学校保健員の職務について理解を深めるための働きかけを行いたい旨の発話が同センター長からあった。今後の動向が注目される。

注6 2016 年 3 月学校保健センターへの聞き取りによる。

③学校保健員・教職員の健康教育スキル向上の必要性

保健カリキュラムがないベトナムの保健指導・健康教育は、業務分掌上は学校のみならず各専門医療機関等が学校に対し健康教育を実施するという学校保健体制がとられているとされていたが、フエ省においては実際には外部機関の健康教育への関わりは 3 割程度であった。本調査において学校保健員に必要な知識・能力として、「けが・病気への正しい判断・処理能力」に次いで「健康教育スキル」であるとの回答が 8 割を超え、学校保健員を含む学校内の教職員による保健指導・健康教育の内容を充実させたいという回答も 8 割を超えた。学校現場では、現在の健康教育の実施状況に満足しておらず、学校保健員や学校関係者が自ら健康教育の能力を向上させ、実施頻度を高めたいという意識があることが窺えた。フエ省には約 600 校もの幼稚園から高校までの公立普通学校が存在し、専門機関のみでは万遍なく健康教育を実施しきれていない可能性がある。

④学校医療保険制度

学校保健員の公務員化が進み、以前は学校保健員の給与として捻出していた学校医療保険からの資金が学校保健活動に充てられるようになった一方で、第 3 章で行った学校へのインタビュー調査にて「現行の学校医療保険制度では学校現場で必要な医薬品や医療備品が購入できない」、「資金の使い道そのものが分からず毎年繰り越してしまう」という意見が出されていたが、本調査でも同様の回答が 8 割に上った。学校医療保険の適用にふさわしい医療品目、学校保健関連物品は保健省により規定され、社会保険局がその規定を基に学校からの申請が保険適用対象か否かを判断する体制が執られているが、本調査の結果でもあったように「虫刺され薬」を使用したい学校保健員が複数いるものの規定品目に含まれておらず対応できない、より良い新薬が開発・販売される中で規定が更新されず学校で使用できないという課題は、いかにニーズが高くても学校単独に解決できるものではなく制度上の課題といえる。

施策当初にはその必要性は見いだせなかったが、学校現場での学校保健活動を進める中でこそ見つけられるニーズ、課題が現在の学校現場にて表出してきているのではないか。学校保健員から勤務形態や手当に対する改善への要望、学校内教職員に対する学校保健への理解不足や教職員の参画に課題があるとの回答が 8 割に上った背景に、上述の課題が潜在している可能性があると考えられる。また、第 3 章にて行った学校へのインタビュー調査から、近年では学び疲れの子ども、性の問題、精神保健のニーズが高まっているという意見も聞かれた。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現状や意見が行政関係者に届くための報告体制の強化、学校現場における課題を探り、改善を図るための学校保健研究が今後もより一層重要になると考える。

引用文献

[1] 徳田修司「離島・僻地における養護教諭の職務」『鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要』第 16 巻、2006 年、p25 -36

[2] Roderick J.A. Little ”A test of Missing Completely at Random for Multivariate Data With Missing Values” Journal of the American Statistical Association 83, 1988, pp1198-1202

第５章

考察

第５章 考察

第 1 章にて設定した本研究の研究課題は、以下の 3 点であった。

（1）ベトナムにおける学校保健行政体制が構築されるプロセスを明らかにする。

（2）教育と保健医療の連携という政策がもたらした実際の連携の形態を明らかにする。

（3）実際に教育と保健医療が連携することによる効果と、連携体制の中ではどこで課題が生じるかを明らかにし、ベトナムおよびトゥアティエンフエ省の学校保健の特徴と連携を政策に取り入れた場合の留意点を明らかにする。

本章では、研究目的を達成するため、第 2 章から第 4 章までの調査結果を踏まえて、研究課題について考察する。

第１節 ベトナムの学校保健政策の経緯、動向、特徴に関する考察

（１） ベトナムの学校保健政策の背景にあった社会的・政治的要因

ベトナムの学校保健政策は、主に教育訓練省（教育省）および保健省という 2 つの行政組織が主管となり、時代によってときに中心的存在として、ときに補佐的な役割を担いながら学校保健行政体制を構築してきていた。社会主義革命を推進するにあたり、“勤労大衆の主人公”である国民が、“権利”でもある健康の向上を目指すという方向性の中、学校保健という分野は、子どもたちへの 1 次医療サービスを（理論的には）平等に、幅広く提供できるという点でその政策方針と見事に合致する政策でもあったであろう。各政策文書にて、複数機関が“団結”“連携”して業務にあたることを指示する文言が多いのも社会主義ならではの印象があるが、このことにより、他の国と比較しても連携を取り入れやすい社会的風土、政治思想がすでに存在していたと考えられる。

また、1970 年代から 80 年代にかけて、バオカップ制度やハイパーインフレーションによって、全国的に子どもたちの栄養失調が喫緊の問題として浮上していたこと、加えて、中部地域に位置するフエ省においては対米戦争時には激戦区であった影響による子どもたちの健康実態を把握する必要性があり、学校保健という手段が重要な役割を果たすことが期待されたことが推測される。対米戦争の中で、特に南部地域において学校保健員の前身となる学校看護師が配置されていたという記録や、“学校保健センター”という名称の機関があったという記録が残されていた。その後の 1990 年代に学校保健体制を構築する上で、“学校保健員を各学校に配置する”ことや、フエ省での“学校保健センター”設置という行政構想は、当時の南部地域の学校保健体制に類似していることからも、北ベトナムが勝利したのちの施策にも影響を及ぼしていたと考えられる。実際に、ホーチミン市の一部の公立中学校では、学校保健員配置が始まる前から独自に看護師を任用し保健室に配置していた学校もあった。“学校保健員の配置”という政策選択は決して突飛なものではなく、全国展開する上で十分な素地があったことが窺える。フエ省においては、1957 年からすでにフエ医科薬科大学が存在し、1991 年に教育訓練省が学校保健センターの設置を決定した際も、同行政省内に多

くの医療関係者および研究者がいたことは、学校保健を推進する上で有利であった。

その後、1998 年のドイモイ政策および教育・保健医療の「社会化（＝公共サービスの民営化)」は、それぞれの地域で子どもたちの健康を維持・向上させるための自助努力を促そうとするにあたり、既存の学校や保健センターを活用できる学校保健は有効な手段であり、1998 年の学校医療保険体制の強化、2000 年および 2006 年の学校保健政策の推進を後押ししたと考えられる。

ベトナム学校保健政策の背景として、下のような特徴があった。

１．ベトナムでは社会主義体制を推進する中で、他の国と比較しても複数の省庁間での連携を取り入れやすい社会的風土・政治思想がすでに存在していたと考えられる。対米戦争後には、バオカップ制度やハイパーインフレーション等によって国民の健康問題が発生しており、子どもの健康を向上させるための学校保健政策へのニーズがあった。

（２） 教育および保健医療分野での学校保健行政体制が構築されるプロセス
- 各フェーズでの主管組織、重点的活動の変容 -

ベトナムでは、主に教育訓練省（教育省）および保健省という 2 つの行政組織が中心となり、時代によって変容しつつ学校保健行政体制を構築してきていた。

ベトナムにおける学校保健政策の動向は、主に国家独立から対米戦争後にあたる 1960 年代（フェーズ 1 とする)、1970 年から 80 年代の対米戦争後の国家統一に向けた取り組みおよび国家法成立時期（フェーズ 2)、1990 年代の学校医療保険導入期（フェーズ 3)、2000 年学校保健政策以降（フェーズ 4)、学校医療保険の移行（フェーズ 5）そして 2006 年学校保健強化政策以降（フェーズ 6）の 6 つの時期に分けることができる。本節では、さらに至近の学校保健の状況を示すため、調査時である 2013 年から 2015 年の情報を整理してフェーズ 7 として示すこととする。ここでは、教育分野と保健医療分野機関の関係性に着目しつつ、その動向について整理する。

フェーズ１　1960 年代　対米戦争前
（主な学校保健政策に明記された行政機関 : 教育省、保健省、スポーツ関連機関、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）

政策文書によると、1960 年には子どもの健康に対する取り組みが始まっており、教育省と保健省も携わっていたことが確認された。政策の中では、二省間では教育省が主幹機関となり、保健省や労働省その他の外部機関が、教育省と連携・協力しながら学校保健を推進していくという意味付けがなされていた。しかし、実際には、国の分裂や戦争等により、実際の省庁内での動向については明らかになっていない。

フェーズ２　1970－80 年代　戦後復興期および国家法整備

（主な学校保健政策に明記された行政機関：保健省、保健省－教育訓練省）

対米戦争後のベトナムにおいては、南北に分断されていた国家を統一するにあたり、各省庁において、南北にある既存の２つの行政システムを統合することに重きが置かれ、また国家の基盤となる法整備に集中的に取り組むことになったため、二省間の連携はほとんど見られない。

1975 年に、保健省通達によって、教育分野管轄の大学に保健所を設置する構想が出されており、保健省を主体とした学校での保健サービス提供の構想があった。その後 1980 年代に入ると、学校環境および学童期の歯科に関する政策は、保健省と教育訓練省の連名により発出されていた。

フェーズ３　1990 年代　学校医療保険制度の開始

（主な学校保健政策に明記された行政機関：保健省、保健省－教育訓練省）

1993 年に、保健省管轄の保健医療制度が国家の重要政策となり、学校における児童生徒分の医療保険料については、教育訓練省管轄の学校が保険料を徴収するという、保健省が主体でありながら、教育訓練省がその事業に協力するという連携体制が執られるようになる。翌年 1994 年と 1998 年には、教育省と保健省の連名通達が 2 度にわたり発出された。同通達によって、学校医療保険制度が独自の制度となり保健省と教育訓練省が連携しながら展開されることとなる。保健医療分野は医療保険制度の運営、子ども達の診察・治療、学校保健員となるスタッフの選定・学校への配置が、教育分野は医療保険料の徴収、環境整備、健康教育が職務として示された。

フェーズ４　2000 年学校保健政策

（主な学校保健政策に明記された行政機関：保健省－教育訓練省、ドナー）

2000 年に学校保健政策が保健省と教育訓練省の連名通達で発出され、同政策では主に、保健省から各行政区、学校に至るまでの各部署にどのような人員を配置するか、すなわち学校保健体制の構築に重きがおかれた内容となっていた。特に、小学校から高校までのすべての公立学校への「学校保健員」の配置は、当時はまだ保健省管轄の医療保険局が管理する学校医療保険料によって契約職員が任用され、学校に配置されるというように、双方の機関が関わる体制が執られることになった。トゥアティエンフエ省の実務者からの聞き取りによると、同 2000 年政策が発出されたのちに、自治体行政が本格的に学校保健に取り組み始めるようになったとのことで、今日のベトナム学校保健は同政策を基に始まったといえる。

フェーズ５　2002 年医療保険行政体制の改変

（主な学校保健政策に明記された行政機関：保健省－社会保険庁、教育訓練省）

2002 年に医療保険制度が保健省管轄から別行政組織である社会保険庁に移行された。学

校保健員配置政策は、医療系人材（保健省）が、社会保険局管轄の保険料により（社会保険局）、学校（教育訓練省）に配置される、といった3省庁が関わる行政体制で進められることとなった。

フェーズ６　2006年学校保健強化政策

（主な学校保健政策に明記された行政機関：保健省－教育訓練省、財務省、計画投資省）

2006年の学校保健強化政策は、2000年学校保健政策と大きく異なる点として、教育訓練省および保健省の上位機関である首相の指示として発出された点にある。また、学校保健に連携すべき機関として、これまでの二省庁のみならず内務省や計画投資省などの多くの省庁への指示が出され、国家全体での取り組みとなった。直後に教育訓練省と内務省の連名通達により、学校保健員は教職公務員として位置づけられ、教育訓練省が他の省庁と調整せずとも、学校保健員を募集・任用できるようになった。

一方で特にフエ省において、2000 年学校保健政策の施策当初には省内の学校保健活動と見なされていた海外プロジェクト等の担当部局以外が実施する関連活動が、その実態把握や活動管理の困難さを見出し、行政管理の観点から省内の学校保健活動として見なさないこととしていた。必要に応じて学校保健領域で共に活動を行うアクターを追加または除外する等“アクターを調整する”観点を持ちつつ政策が進められていた点は注目すべきである。

フェーズ７　2013年－2015年調査時の教育訓練省と保健省の関係

本調査を実施した 2013 年から 2015 年において、中央政府においては、保健省が中心となり、主に新たなプログラム形成、定期学校評価、各行政区へのフォローアップ出張等を行い、学校保健事業の全国的な質の底上げに寄与していた。一方で、教育訓練省においては、人数配置不足等は指摘されているものの、コミットメントの弱まりが見られた。地方行政区であるフエ省においては、フエ省保健局の担当部局、フエ省教育訓練局の担当部局の職員らによって、明確な業務分掌がなされており、またその体制は関係者に周知されていた。教育訓練局管轄の各学校に対しても、教育訓練局（学校保健センター）のみならず、保健局の職員も直に連絡し、また直接訪問し、保健医療に係る業務に積極的に関わっていた。保健局と教育局間、行政省および行政区間において、情報ルートを縦横に構築させ「情報は重複してもよいので逃さない」体制を定着させた。

このように、各時代（フェーズ）で必要な政策、達成目標が異なっていたが、学校保健に関わる行政機関も、その目的に応じて変化していた。　ベトナムおよびフエ省が連携を効果的に行うための施策の特徴のひとつとして、下の点が挙げられる。

２．必要な政策（目的）を達成するため、学校保健領域で共に活動に携わるアクター（省庁、担当部署）をそれぞれのタイミングで追加もしくは除外する等、調整・変更をしていた。

（３） 学校保健財政基盤の構築

ベトナムの学校保健の特長のひとつに、学校保健政策を進める際の政策デザインとして、国家予算だけでなく、医療保険の一部であった学校医療保険制度を活用して学校保健政策の運用に充てたことが挙げられる。

第 3 章で触れたとおり、2000 年学校保健政策が始まったのち、フエ省においては財源の分類を「教育」「保健医療」「学校医療保険」「投資（ドナー)」の 4 項目としていた。

教育および保健医療の 2 つの分野の省庁が学校保健に携わることの利点として、活動予算や財源の面でも利点が挙げられる。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 [1]」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。行政体制がある程度整えられた段階から、学校保健活動に係る予算は教育分野に一元化された。暫定的措置を行いながら基盤となる行政体制を整えていた点もベトナムの特徴といえる。

また、何より学校医療保険政策が、その後の学校保健の施策の中で、非常に重要な役割を担っていた。ベトナムが学校保健員配置という大きな政策選択をするにあたり、経済危機の最中にあった 1990 年代から 2000 年初頭にベトナム国内の国家予算のみで学校保健員を配置しようとしたならば、今日のような展開は困難であったことは想像に難くない。ベトナムにおいては、まず医療保険を活用した学校医療保険制度を先に策定し、その資源（資金）の調達ルートを構築してから実際の学校保健活動を軌道に乗せつつ、経済成長が進み国家予算確保の目途が立ったところで学校保健員の給与を教育訓練省予算として計上・任用していた。これは、“医療保険”の活用事例のひとつとして注目すべきと考える。

３．学校保健財政基盤を構築するため、まず医療保険を活用した学校医療保険制度の策定や、ドナーによるプロジェクト活動等、その資源（資金）の調達ルートを先じて構築してから実際の学校保健活動を軌道に乗せ、経済成長が進み国家予算確保の目途が立ったところで教育訓練省予算として一元化し運用した。

（４） 学校保健行政体制の変容：省庁をまたいだ業務の移行
- 学校医療保険制度を事例として -

もうひとつの大きな特徴として、学校医療保険業務を必要に応じて他の省庁に移行していたことが挙げられる。

ここでは、ベトナムにおいて医療保険制度の仕組みをどのように変容させ、またどのように活用して学校保健政策を展開させたか、ベトナム学校保健の施策の事例のひとつとして

整理したい。

学校医療保険制度は、もともと保健省が運用を開始していた医療保険について、1993 年より保健省管轄機関が徴収すべき児童生徒分の保険料については、教育省管轄にある学校という場を活用して徴収するものであった。1994 年に学校医療保険となり、従来の医療保険との予算枠組みを分ける一方で、同保険料にて就学期の子どもたちの無料診察を行えるような仕組みを作ることで、子どもたちの健康課題に対して集中的に取り組もうとしたことが窺える。この頃より、保健省（ないし保健局）と学校という 2 つの組織間だった関係性は、管轄病院や保健センターなど、学校と関わる機関とその関係性が増えることとなり、また 1998 年政策により業務分掌をより明確化し補強された。

2002 年に行われた医療保険管轄機関を保健省から社会保険庁に移行したことも特徴的である。特に、フエ省においては、同移行の際に保健局から社会保険庁に業務を移行するのではなく、教育訓練局も実施機関として巻き込んでおり、より効率的・効果的な業務体制を検討しその構築について合意がなされていた点は注目すべきである。学校保健員の任用、研修等の必要な業務は教育訓練局管轄の学校保健センターにて行えるようになったことで、教育訓練局として学校に配置することが望ましいと判断される人材を任用できたこと、（教育訓練局）学校保健センターが主体となって必要な研修のイニシアチブを執ることができたことが、今日までのフエ省の学校保健体制を支える大きな礎となったと考えられる。社会保険庁が学校保健活動に係る財源を管理するようになったことで、学校は従来の保健局、病院、医療センター、またフエ省では学校保健センター、教育訓練局に加え、社会保険庁とも保険料納付という業務での関係性が生じている。

2006 年に学校保健員が公務員として任用されることとなったことで、フエ省では学校保健員の任用に係る業務は、基本的には各行政レベルの教育訓練局にて行い、また公務員としての学校保健員の給与支払いについては国庫から行われることとなったが、契約職員としての学校保健員分の給与は引き続き社会保険庁が管理する学校保健活動費を財源として行われることとなった。同年には、保健省より学校保健活動に使用できる医薬品一覧が指示されたため、社会保険庁は同一覧をもとにして学校からの請求に対してその内容を精査し、承認されたものに対して支払い手続きを行っている。

４．学校保健関連業務について、より効率的に施策できるよう、必要に応じて省庁間をまたいだ学校保健業務の移行と業務分掌を行った。

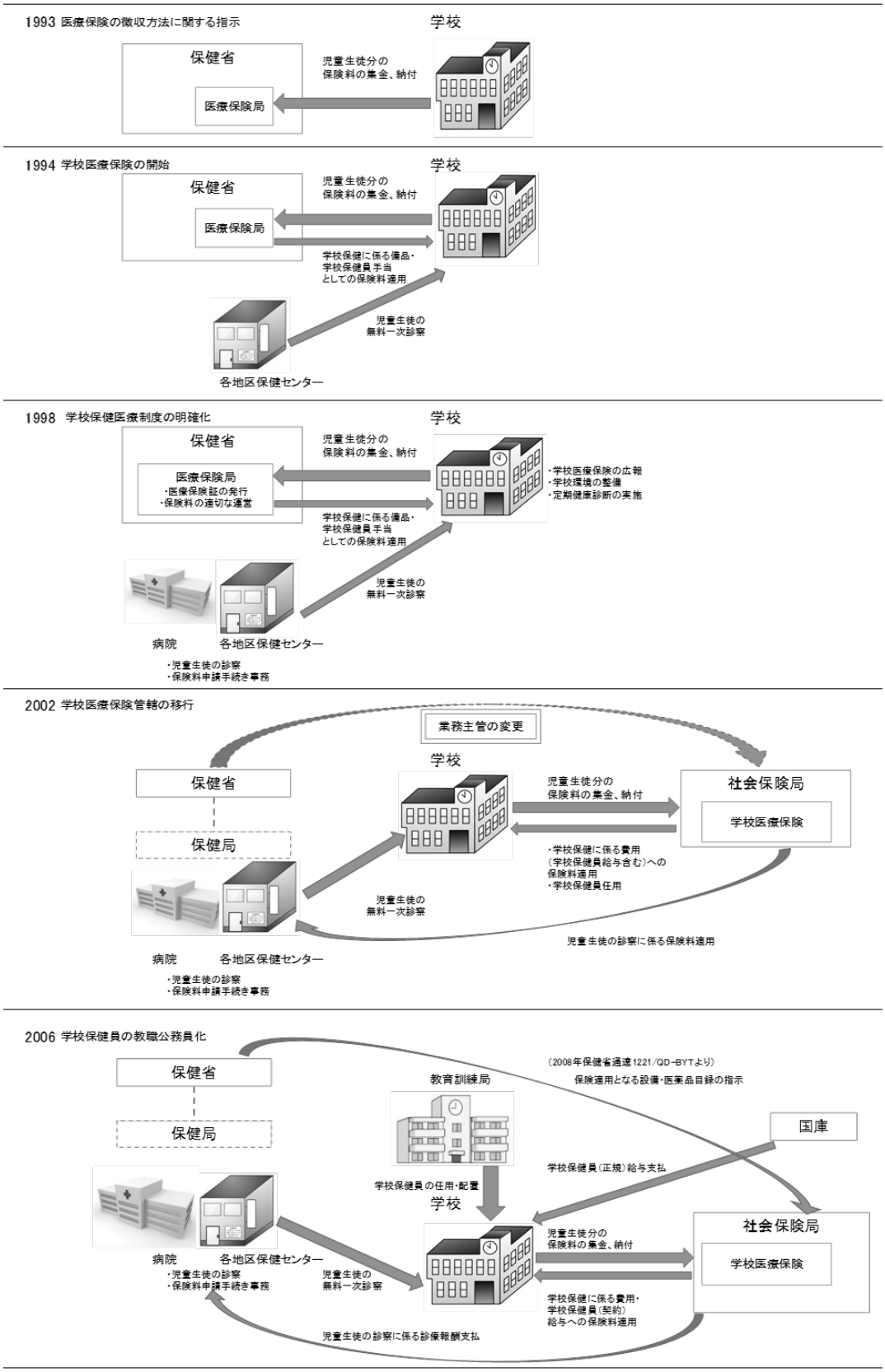


図 5- 1　ベトナム学校医療保険行政体制の変遷（1993 年～）（筆者作成）

（５） ベトナムの教育および保健医療分野機関の連携を形成・拡大するための鍵

ここで、ベトナムの学校保健の中でも教育と保健医療分野の関係性という角度から、連携という関係性はいつ形成できたのか、連携体制が実際に機能し始めたのはどの時期だったといえるか、また連携体制を拡大・維持するための鍵は何であったかについて、第１節（２）で分類したフェーズ毎に再考察する。

フェーズ１では、1960 年には子どもの健康に対する取り組みに関する政策立案があり、それに教育省と保健省がともに携わっていたことが確認される。二省間では教育省が主幹機関となり、保健省や労働省その他の外部機関が、教育省と連携・協力しながら学校保健を推進していくとした点では、異なる目的や強みを持つ組織同士が連携しようという構想は存在していた。教育省や保健省の職務についての指示内容が明確になっていたことで、各自治体が模範的な連携体制を構築するための各々の職務が定義され、施策に取り掛かりやすくなったように見えるものの、実際に各自治体にて学校保健活動が行われていたか、教員の配置は十分になされたか、さらに対米戦争が続く中、資源（資金）の安定的な調達も十分でない中での体制の維持が可能であったかは定かでない。

フェーズ２では、対米戦争後という混乱の中、政府は南北国家統一に注力することとなり、各省庁の関心事は既存の南北２つの同じ分野の行政システムを統合すること、また法整備に集中的に取り組むことにあった。政策面では、1975 年に保健省通達によって教育分野管轄の大学に保健所を設置する構想が出されるなどの動きがあったように見えるものの、当時を知る担当行政官の発話の中で「学校保健にかかる取組みがほとんどなかった」とあったことから連携体制の構築そのものが困難であり、具体的な連携はなかったと見ることができる。

フェーズ３のフエ省で特記すべき事項として、1991 年に当時の教育訓練局長指示およびフエ省人民委員会決定のもと、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。このことにより教育訓練省という組織の中で、医療の専門家が必要な活動について自ら考え、提案し、実施する体制が構築できたことに鑑みると、フエ省の行政レベルにおいては、この段階で教育と保健医療の連携体制が構築され始めたと言えるであろう。実際に、1992 年には教育訓練局の事業として、着任した医師らによるフエ省の児童生徒の健康調査が実施されていた。1993 年には、保健省管轄の医療保険料を教育訓練省管轄の学校が集金するという連携のための政策が発出されたことで、資金の安定的な調達を可能にした。

フェーズ４では、2000 年に教育訓練省および保健省の連携で発出された学校保健政策によりベトナム全土で学校保健政策に取り組むこととなる。フエ省においても当時を知る行政官から具体的なターニングポイントとなったのはこの 2000 年学校保健政策であったとの発話があった。また、フエ省保健局管轄の学校医療保険（保健医療）により、2000 年に最初の学校保健員として 17 名が任用され、教育訓練局管轄の学校（教育）に配置されており、モデル校における医療関係者の学校保健活動が学校現場で始まった点では、連携体制は行

政レベルから一部のモデル校にまで拡大した。第 4 章にて示したフエ省における学校保健活動資金内訳の動向を見ても、2000 年時点では、すでに機能していた学校医療保険がその資金の 8 割を占めていたほか、教育訓練省、保健省に加えて海外ドナー資金が学校保健活動に流れるようになっていた。またそのような経理記録が残されている点においても、安定的な資金の調達ルートは構築され管理されていたことが分かる。また教育および保健医療の双方からの資金調達があった点でも、双方が学校保健に関わる連携体制があったといえるであろう。一方で、学校現場にいた学校保健員は、「任用後も学校での具体的な職務を知らされることなく学校に配置され、全ての自分の職務について学校現場で模索しながら進め」ざるを得ない状況があった。

フェーズ 5 となる 2002 年には、学校医療保険が保健局から社会保険局に移行すると同時に、フエ省（自治体）独自の判断により、学校保健員の任用に係る担当部署を社会保険局から学校保健センターに移行したほか、学校保健センター主催の学校保健員対象の定期研修が始まった。すでにベトナム政府は、フエ省という“自治体”の自立について容認しており、また教育訓練局のみならず、社会保険局を巻き込んで戦略的な連携体制を構築し、実際に機能していたことが分かる。この時期から、学校保健員の配置は緩やかな割合ではあったが増加していた。

フェーズ 6 では、2006 年学校保健強化政策により、学校保健員任用・配置の構図が、それまで保健医療人材（保健医療）として社会保険局（保険）の任用により各学校（教育）に配置されたものが、教育訓練局の任用・配置となることで、学校保健員の任用に関する連携は解体し、管理体制は教育訓練局に一元化された。そのための別の施策として、学校保健に連携すべき機関として、これまでの教育・保健医療の二省庁のみならず、実際に公務員給与およびその資金について政治的決定を行う内務省や計画投資省などの多くの省庁に対しても首相による指示が出されたことにより、単独では充足することが困難な資源（学校保健員の給料）の安定的な調達を、首相指示という上位組織のイニシアチブで可能にした。それは、その後の内務省－教育訓練省通達にて学校保健員の学校教職員としての位置づけに寄与することとなる。フエ省においては、2006 年の学校保健員の公務員化政策を受けて、2000 年から 2005 年までの学校保健員任用・配置数の増加は 17 名から 20 名増の 37 名に留まっていたのに対し、2006 年から 2011 年にかけては 50 名から 118 名増の 168 名に、2013 年には計 430 名の学校保健員配置を達成し、またそのほとんどを公務員任用に切り替えることで、フエ省全土の学校現場まで、学校保健領域は広がりを見せている。

フェーズ 7 では、保健省が中心となり学校保健事業の全国的な底上げに寄与していた。一方で、教育訓練省においては 2007 年に学校保健活動にかかる予算は原則教育分野からの調達とする旨の政策により、資金（資源）での関わりがあるものの、教育訓練省の人数配置不足等が指摘されつつ、実務者の実感として、活動に対する人的資源のコミットメントの弱まりが見られていた。フエ省での連携体制は、第 3 章で整理したとおりであるが、各々の組織の業務分掌が明確になっており、複数の機関による密な連携体制が構築されていた。

このように、学校保健分野での連携体制が形成されたのちも各ステージにおいてその形態が変容していたことが分かる。

フエ省において、学校保健としての連携体制が形成され、実際に機能するようになった大きな要因として、自治体の判断によるフエ省学校保健センター設立がある。フエ省内の学校への学校保健員の配置が他省に比べて大きな成果を挙げているが、同課題に対して、フエ省学校保健センターは、任用体制の構築、研修の実施や研修体制の構築などで大きく寄与している。実際の現場の声として、学校保健の専門機関として学校保健センターを教育訓練局に設置し、医療専門職が教育訓練局内にいることの利点について「医療専門機関にとっては、学校保健センターが窓口となり学校検査日程の調整等を支援してくれることで、検査内容をスムーズに理解してもらえるため業務が円滑に行いやすい（第 3 章、フエ省保健局予防医療センターへのインタビュー結果より）」、学校にとっては、学校保健員が「医療専門的な課題について相談できる窓口がある（同章学校保健員インタビュー結果より）」ことで、学校で単独で業務を行う際の支えになっていることが挙げられていた。フェーズ 3 からフェーズ 6 の時期に同センターが担った役割を改めて見ても、学校保健センターの存在の意義は大きい。学校保健政策の立ち上げ時は専門的な児童生徒の健康調査に始まり、その後に適切な医療系人材の任用、学校保健員への研修体制の整備などを経て、現在も教育および保健医療の双方が、専門的な業務により専念でき、風通しのよい体制を築けている一因となっているといえる。フエ省内の約 600 校という学校数を考えると、現行のベトナムの政策である「教育行政への医師の 1 名配置」で同じだけの業務を行い発展できていたかは定かでない。

フエ省での教育と保健医療の連携体制が形成される過程にて、特に大きな影響を与えたと考えられる特徴的な施策は、先述したアクター（省庁、担当部署）の調整・変更、学校保健財政基盤の構築（医療保険を活用した学校保健資金の確保）に加えて、まさに、橋渡し役としてのフエ省学校保健センターの設立があったことにあると考える。

５．フエ省では、学校保健の専門機関としての学校保健センターを教育訓練局内に設置し、多数の医療専門職従事者が配置されたことにより、教育分野および保健医療分野とのネットワーク形成が容易となり、医療専門職による戦略的行為を教育訓練局管轄の機関に対して実施しやすい環境があった。

（６） フエ省学校保健の教育と保健医療における連携の深化に寄与したもの

上述（１）にて示したとおり、ベトナムの学校保健は教育と保健医療分野の各関係機関による連携体制が構築されたのちも、各ステージにおいてその形態が変容し、現行の行政体制を築き上げた。特にフエ省の学校保健行政を中心に、それを取り巻く中央政府および学校における学校保健行政体制および業務分掌については図 3-7 のとおりであるが、改めて、その形態の特徴である省庁をまたいだ報告ルートの構築について取り上げたい。

フエ省の学校保健調査を通じて、複数の省庁が継続的に連携して学校保健活動に取り組

んでいることが出来ている要因のひとつに、①各省庁の上位から下位レベルにおける（縦の）指示・報告ルートの徹底のみならず、②各行政区の教育訓練局－保健省間の密な情報共有、③定期学校保健報告先の一元化（フエ省においては、各学校は管轄機関を問わずフエ市予防医療室に報告書を提出する。）など、密な報告ルートの構築が挙げられる。特に②については、担当行政官に見られた「情報は重複しても構わない」、つまりは情報が重複する手間より情報を確実に受け取ることに重きを置いた姿勢は注目すべきである。なお、これらの省庁間の情報共有は、フエ省レベル、フエ市レベルの教育－保健医療機関など、学校を直接管轄する行政レベルでこそ重要な役割を果たしていると考えられる。中央政府である保健省－教育訓練省においては、各地方行政レベルで着実に情報が共有されていれば、縦のシステムで充分に必要な情報が得られることになる。

また、フエ省の学校現場においては、フエ省学校保健センターが定期的に開催している定例研修会が、各学校に配置された学校保健員にとって重要な自己研磨の場となっている（第4章）だけでなく、学校保健員同士の交流を通じて近隣の学校での感染症状況やその対策等の情報交換を行う重要な場となっているという発話がインタビュー調査で得られていた（第3章）。ここで、今井／金子（1988）の自己組織化の考え方がある。発展するコミュニティ（都市）となるための自己組織化が起こるためには、意思決定の単位のなる企業やその一部署が、自分のことは自分で決められるという自律性を持ち、また他の単位との相互作用の中で新たな情報を獲得したり新たな意味をみいだしたりして自己を更新していくことができねばならないが、望ましい自己組織化が起こるためには、少なくとも2つの条件が必要であるとしている。一つは意思決定単位が情報交換のなかで自己を問い直し、自己を拡大したり反省したりする行動がなければならない。二つ目に異なる情報源を持つ主体がぶつかって、なんらかの意味で情報の創造が行わなければならないと述べた[2]。フエ省の学校保健員は、研修会という場を通じて、これらの望ましい自己組織化が起こる条件をすでに満たしていたことになる。

稲生（2010）は、形成された公共領域（＝複数の組織ないし行為者が共同作業を行う領域）の内容が充実し深化していく仕組みを明らかにする中で、その形態が深化するための仮説として「公共領域はフォーマル組織的形態を通じて深化し、これをインフォーマルなコミュニケーション経路が下支えする」とした[3]。

ベトナム、特にフエ省の学校保健行政の関係性において重要視されていたものが「情報共有＝コミュニケーション」であったことが、公共領域の「深化」に繋がる鍵となっていたことが分かる。

６．フエ省では、組織間の密な報告ルートの構築を行い、特にこの体制は、フエ省レベル、フエ市レベルの教育－保健医療機関など、学校を直接管轄する行政レベルでこそ重要な役割を果たした。学校現場に勤務する学校保健員は、定期研修等の機会を通じて他校とのコミュニケーションの醸造がなされたことが自己研磨の場となり、つまりは各々の学校保健

員の自己組織化が起こった。情報共有＝コミュニケーションが公共領域の深化に繋がり、全国でも高い学校保健員の配置率を達成しその後の学校保健活動の発展にも寄与したと考えられる。

第２節　　ベトナムおよびフエ省の教育と保健医療の連携体制が抱える課題

一方で、第 3 章の学校インタビュー調査および第 4 章での学校保健員への質問紙調査の結果から、主に以下の 4 点が学校保健の課題として挙げられた。

a. 学校保健員が、学校保健員としての職務以外の校務を兼任することを学校および行政から期待されている。
b. 学校保健員の医療行為の範囲が一定でない。
c. 学校保健員・教職員による健康教育スキル向上の必要性および要望が挙げられている。
d. 学校医療保険制度の活用に困難さがある。

ここで、それぞれの課題について、なぜそれが起こったのか、組織－組織、もしくは組織－個人間の関係性をもとに改めて考察する。

a. 学校保健員が学校保健員としての職務以外の校務を兼任することを学校および行政から期待されている。
b. 学校保健員の医療行為の範囲が一定でない

a の課題に対し、第 4 章にて述べたとおり、回答のあった学校保健員の約半数が専任・兼任を問わず学校保健の職務以外の校務を学校から依頼され、事務員、出納係、青年団長、学級副担任等を担当していることが明らかになった。実際に学校保健員が取り組んでいる学校保健の職務は多岐にわたり、また学校への学校保健員の配置数はほぼ 1 名のみの状態でありながら、学校保健の職務以外の校務にも関わることを期待されている。一方で、学校保健員は、学校保健に対する教職員の理解不足に課題があるとの回答が 8 割にも上っている。学校運営の観点からすれば、新たに任用され配置された学校保健員という人材に対し、公務員給与という財源から支出が新たに発生する中で、特に学校および教育分野機関からは、学校保健員に学校保健活動以外の業務を兼任してもらうことで、より安定した学校運営を行い、その効率性を高めたいと期待がかかることは想像に難くなく、また実際にそのような傾向が見られた。一方で、特に保健局をはじめとする保健医療関係者や主に医療関係者が勤務する学校保健センター担当者としては、学校保健員がよりよい学校保健活動を行うための専門性を磨くことを期待し、また実際に学校保健センターによる定期的な研修等を実施している。学校保健員と学校、学校保健員と各教育分野機関、および学校保健員と保健医療分

野機関の関係は、その上下関係から「対等」ではないため「協働」という関係にあるとは言い難い。

b の課題では、学校における学校保健員に対して、学校および保護者、また医療専門職である予防医療センター、そして学校保健センターが期待する 1 次医療としての医療行為のレベルが明確に示されておらず、またそれにより学校保健員が自らの判断にて、学校で行える医療行為の範囲を決めている可能性がある。学校保健員が行う医療行為が、(たとえ簡易であっても) 学校現場にて無償で受けられることで、特に保護者としては可能な限り学校で対応してもらいたいと考えるケースが出てくることが予想される。医療系有資格者しか行えない医療行為が学校保健員に対して期待されるようであれば、その技能を獲得・担保するための手段の検討、研修もしくは技能を有する人材の任用を検討すべきであるし、逆に、それが医療関係者からみて高度過ぎるものであれば、それを周知する等の調整が必要となる。制度設計の中で、学校保健員が行える医療行為の限度を定め、実務者である学校保健員のみならず学校関係者や医療機関、そして保護者に対して理解を促す努力をし続ける必要がある。

同調査を行う中で、とある教育側行政官より「(筆者が) ベトナムの行政組織について理解を間違えてはいけない。学校保健員は、教育訓練局の定めた計画に基づき活動を実施するものである。下位組織にいる学校保健員が教育訓練局に対して何らかの意見を言うべきでない。」という発話を受けたことがあった。教育訓練局⇔学校保健センター／保健局⇔予防医療センター等の各局管轄機関間の関係性、管轄教育訓練局⇔学校との関係性、学校管理職⇔学校保健員間の関係性の中にヒエラルキー構造が往々にして存在することは、連携体制を検討する上では前提条件として鑑みるべきであるが、このヒエラルキー構造の中での力関係が、学校保健への理解が充分になされないまま、または内部で政治的に、望ましくないかたちで行使されてしまった場合、課題に対し潜在的に影響を及ぼすおそれがある。上位にある者の意識の中に「(学校保健員は、教育訓練局ないし) 上部の指示に従って業務を行なうべき (であり、下位からの意見は言うべきでない)。」という考えが存在し、加えて学校保健員の職務をめぐる捉え方の方向性が教育分野と保健医療分野で必ずしも一致していない場合、適切な調整が上位組織でなされない限り、そのヒエラルキー構造のもとで下位にある学校保健員は、上位にある教育分野 (教育訓練局、学校) と保健医療分野 (保健局、学校保健センター) という 2 つの上位組織からの指示があり、そのどちらにも従わなくてはならず、それは、当初予定していた業務量の 2 倍の業務を要請される可能性がある。組織間の連携体制を図式化しても、学校保健員は「学校」という組織の中に包括されて示されるため、学校保健員の課題は見出しにくい (図 5- 2)。

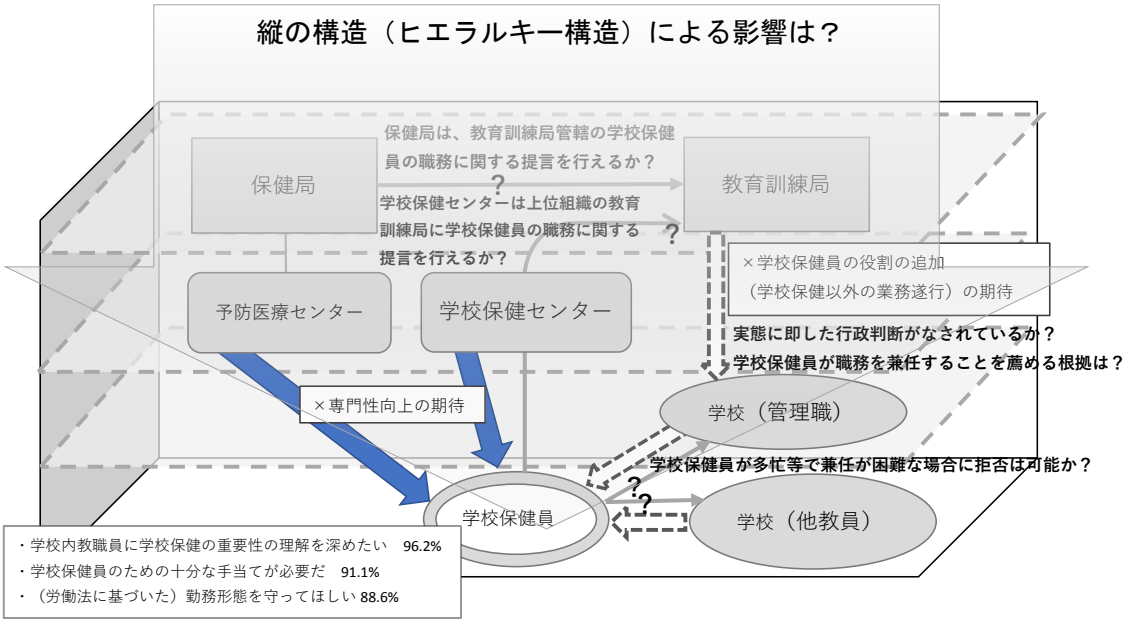


図 5-　2 課題 a が発生する関係者の構造および指示の流れ、解決のための疑問点（筆者案）

c. 学校保健員・教職員による健康教育スキル向上の必要性および要望が挙げられている

保健カリキュラムがないベトナムの保健指導・健康教育は、行政インタビューでは、業務分掌上は学校のみならず各専門医療機関等も学校で健康教育を実施するという学校保健体制が執られるとされていたが、フエ省においては実際には外部機関の健康教育への関わりは 32.9%に留まり、制度デザインと実際の活動の中にギャップが生じていた。図 3-7 のように、組織ごとの活動を図式化して示した場合、あたかもフエ省の学校保健体制は、すべてを網羅しているように見えることがある。しかし、実際にはフエ省には幼稚園から高校までの公立普通学校が約 600 校も存在し、対して省内の専門機関は各分野について 1 機関のみであった場合、全行政省内で万遍なく健康教育を実施するのは物理的に困難であることは想像に難くない。学校の外部機関や情報を取りまとめている上位機関の立場からすると、健康教育を 1 件でも実施していれば、それは活動成果として見なされるであろう。外部機関や情報を取りまとめている上位機関へのインタビュー調査のみではその捉え方の違いから実態や課題を発見することが難しく、実務者への聞き取りがより重要となる（図 5-3）。

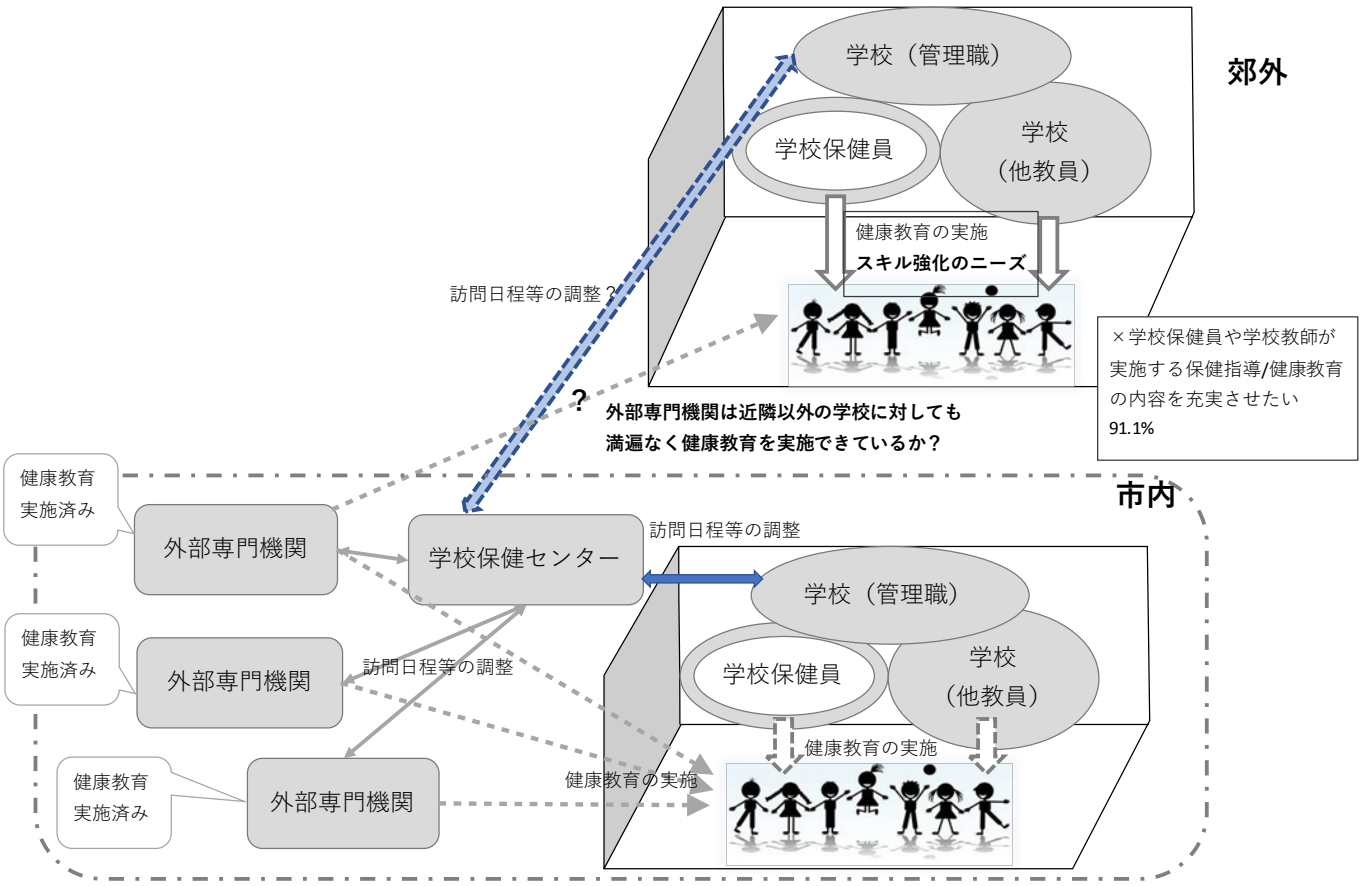


図 5-　3　　課題 c が発生する関係者の構造および指示の流れ、解決のための疑問点（筆者案）

d. 学校医療保険制度の活用に困難さがある

学校保健員の公務員化が進み、以前は学校保健員の給与として捻出していた学校医療保険からの資金が学校保健活動に充てられるようになった一方で、「現行の学校医療保険制度では学校現場で必要な医薬品や医療備品が購入できない」、「資金の使い道そのものが分からず毎年繰り越してしまう」という意見が回答者の 8 割から挙げられた。

学校医療保険の適用にふさわしい医薬品目、学校保健関連備品は保健省により規定され、社会保険局がその規定を基に学校からの申請が保険適用対象か否かを判断する体制が執られているが、本調査の結果でもあったように「虫刺され薬」を使用したい学校保健員が複数いるものの規定品目に含まれておらず子どもたちのニーズに対応できない、より良い新薬が開発・販売される中で規定が更新されず学校で使用できないという課題を再調整するには、保健省、社会保険局、そして教育訓練省を巻き込んだ議論や調整が必要となる。3 つの異なる行政省庁が管轄するがゆえに、学校現場でのニーズが反映されにくい構造になっているのではないだろうか（図 5-4）。

行政体制上は連携がとれたように見えても、上位機関同士の連携により、実務を担う学校保健員の活動に支障をきたしている点は重大なこととして検討されるべきではないか。

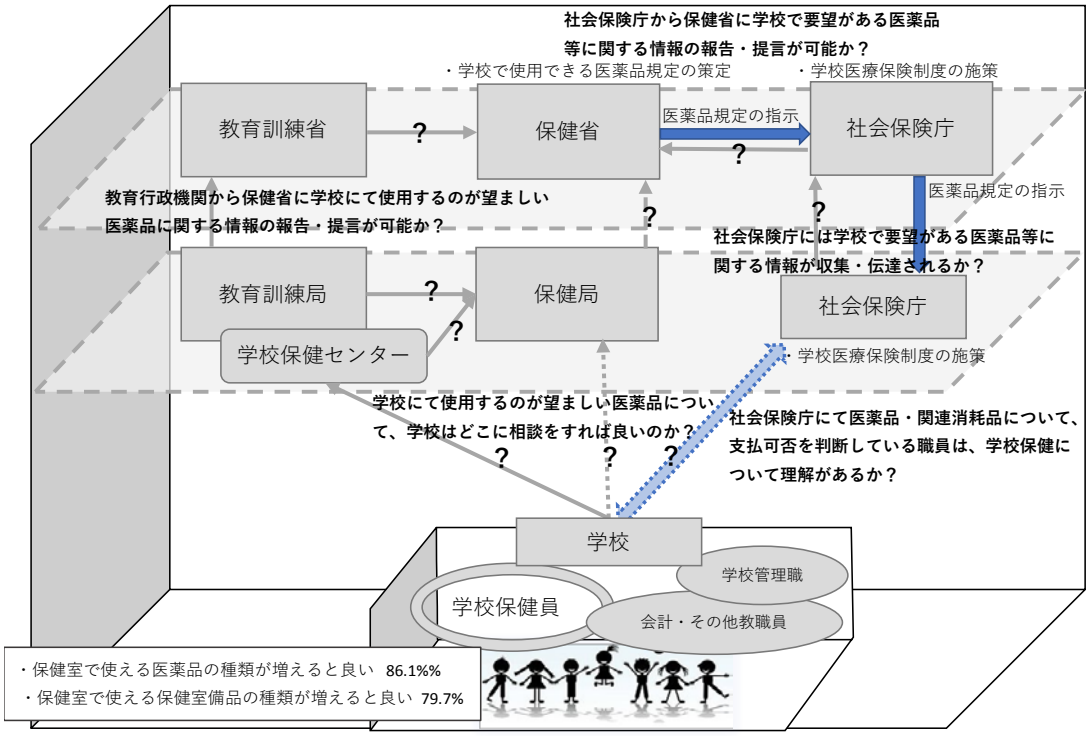


図 5- 4　課題 d が発生する関係者の構造および指示の流れ、解決のための疑問点（筆者案）

これらの課題はいずれもが、主に a. 学校および教育機関－保健医療機関および関係者－学校保健員、b. 学校（学校保健員）－保護者－医療機関、c. 複数の外部機関－学校（学校保健員）、d. 社会保険局－保健省－教育訓練省－学校（学校保健員）といったように、2 者間の活動でなく、第 3 者のアクターが関わる活動の中で生じている。バーナードは、「公式組織の不安定や短命の根本的原因は、組織外の諸力のなかにある。これらの諸力は、組織が利用する素材を提供するとともに、その活動を制約する。組織の存続は、物的、生物的、社会的な素材、要素、諸力からなる環境が不断に変動するなかで、複雑な性格の均衡をいかに維持するかにかかっている。このためには組織に内的な諸過程の再調整が必要である」と述べている [4]。協働の窓が開かれた後、一見すると教育－保健医療分野間にて順調に公共領域が形成できたように紙面上で見えたとしても、学校および学校保健員を取り巻く実施体制に 3 者以上が関わる活動であった場合、常にその活動には矛盾が生じる可能性があることを否定せず、丁寧な聞き取りや調査を通じて、矛盾の有無や、その矛盾の原因を明らかにしていく作業を継続的に実施することが望ましい。その上で、連携機関のいずれか 1 者が、その活動に対して全面的にイニシアチブを取り、行為者への指示系統を管理や必要に応じた調整を迅速に行うなど、「諸過程」に常に関心を寄せ「再調整」に取り組む姿勢がますます重要となると考えられる。

以上から、連携の弱みと留意点について、次のとおり整理した。

1. 連携を行う場合、各組織同士の関係性にのみ焦点を当てるのではなく、その個々の機関が有している縦の構造（例えばヒエラルキー構造）や横の構造（例えば組織間の物理的な距離）についても十分に配慮した上で課題の抽出を行う必要がある。
2. 連携に合意したように見えても、各機関の思惑や理解が異なることがあり、各々が有利に進めようとする場合、特に実務者の活動の中で矛盾が生じやすい。
3. より効果的な連携体制を構築するためにも、各レベルの実務者に丁寧な聞き取りや調査を行い、矛盾の有無や、その矛盾の原因を明らかにする作業を継続的に実施すること、新たに見つかった矛盾点に倒し、連携機関のいずれか 1 者がその活動に対して全面的にイニシアチブを取り、行為者への指示系統を管理や必要に応じた調整を迅速に行う、連携機関が積極的にその提案に対し対応する等の再調整に積極的に取り組む姿勢が重要となる。

第３節　結論

本研究の目的である「ベトナム中部トゥアティエンフエ省の学校保健における教育と保健医療分野、その他の関係機関との連携の実態と特徴を整理し、連携体制の中で新たに生じた課題を明らかにすることで、より効果的な連携体制を構築するための示唆を得る」に対し、以下の結論を得た。

ベトナムおよびフエ省の学校保健の連携の実態について前章にて述べた。主な特徴として、下の 6 点が挙げられる。

1. ベトナムでは社会主義体制を推進する中で、他の国と比較しても連携を取り入れやすい社会的風土・政治思想がすでに存在していたと考えられる。対米戦争後には、国民の健康問題が発生しており、学校保健政策へのニーズがあった。
2. 必要な政策（目的）を達成するため、学校保健領域で共に活動に携わるアクター（省庁、担当部署）を必要なタイミングに応じて追加もしくは除外する等、調整していた。
3. 学校保健財政基盤を構築するため、医療保険を活用した学校医療保険制度の策定やドナーによるプロジェクト活動等、資源（資金）の調達ルートを先じて構築してから実際の学校保健活動を軌道に乗せた。経済成長が進み国家予算確保の目途が立ったところで教育訓練省予算として一元化し運用した。
4. 学校保健関連業務について、より効率的に施策できるよう、必要に応じて省庁間をまたいだ学校保健業務の移行と業務分掌を行った。
5. フエ省では、学校保健専門機関としての学校保健センターを教育訓練局内に設置し、多数の医療専門職従事者が配置されたことで、教育分野および保健医療分野とのネットワーク形成が容易となり、医療専門職による戦略的行為が教育訓練局管轄の機関にて実施しやすい環境があった。
6. フエ省では、組織間の密な報告ルート体制を、フエ省レベル、フエ市レベルの教育ー

保健医療機関など、学校を直接管轄する行政レベルで構築した。学校現場に勤務する学校保健員は、定期研修等の機会を通じて他校とのコミュニケーションの醸造がなされたことで自己組織化が起こり、その後の学校保健人材の定着や増加、学校保健活動の発展に寄与したと考えられる。

特に、上述の 2 および 4 に示した特徴である、構築した連携体制を必要に応じて不定期かつ柔軟に変容させた取り組み、3 にて示した財源の確保およびそのための体制構築の重要性、5 にて明らかになった教育および保健医療分野という異なる分野での橋渡しとなる拠点の役割、6 にて示したコミュニケーションの重要性、継続的な自己学習の機会の創出は、他の分野での連携を行う上でも非常に参考になると考えられる。

一方で、連携を推進する上では、以下の 3 点について特に留意する必要がある。

1. 連携を行う場合、各組織同士の関係性にのみ焦点を当てるのではなく、その個々の機関が有している縦横の構造（例えばヒエラルキー構造や組織間の距離等）についても十分に配慮した上で課題の抽出を行う必要がある。
2. 連携に合意したように見えても各機関の思惑や理解が異なることがあり、各々が有利に進めようとする場合、特に実務者の活動の中で矛盾が生じやすい。
3. より効果的な連携体制を構築するためにも、各レベルの実務者に丁寧な聞き取りや調査を行い、矛盾の有無や、その矛盾の原因を明らかにする作業を継続的に実施することが必要である。新たに見つかった矛盾点に対し、連携機関のいずれか 1 者が、その活動に対して全面的にイニシアチブを取り、行為者への指示系統の管理や必要な調整を迅速に行う、連携機関がその提案に対応する等の「再調整」という作業に積極的に取り組む姿勢が重要となる。

第４節　今後の課題

本研究はいったん終えるものの、明らかにできなかった課題、新たに見つけた課題はまだまだ多い。今後も継続して取り組むべき課題として、主に以下のものが挙げられる。

まず、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学校保健政策を展開しているかは明らかにできなかった。特に、ホーチミン市においても学校保健に積極的に取り組んでいるという情報があった。首都ハノイにおいても、保健省による監査が行われており、今後に都市間での比較研究を行うことも意義があると考えている。

次に、ベトナムにて入手出来得る政策関連の情報を可能な限り収集することに努めたものの、政策に係る議事録等を入手するには至らず、その背景についての説明には不足があった。特に、フエ省の教育訓練局にベトナム学校保健センターをいかにして設置したか、財源

はどのように確保したかなど、設置までの詳細な施策動向は貴重な資料となるはずであったが、本研究の限界であったことをここに申し添える。

本研究の主軸となっていた教育と保健医療の連携、複数組織の連携について、これまでにも複数の理論やモデルが提起されているものの、実践と理論の比較・検証となると先行研究が少ないことが気になっていた。しかし、研究を進めていくにつれ、春田（2014）が示した「理論はそれ自体を安易に使用するのではなく、実践をより計画的に、そして教育・学習者双方にとって学習を理解しやすくするために使用し、経験を振り返る際のレンズとして援用し、多面的な見方を習得・提供していくことが重要」[5]との見解に、今となって共感しているところである。フエ省における学校保健での課題は稲生（2010）が示す公共領域の深化仮説「行政組織をめぐるフォーマル・インフォーマルの構造と信頼の構造把握が重要であること」という一文が示すその「構造」の中に要因となるものが浮かび上がったが、なぜ把握が重要なのかを理論のみで明らかにすることは困難であり、実践の中での検証こそが必要となる。他方、事象を集め並べただけでは気付けない観点からの考察を行う一助となったものには「理論・モデル」という“レンズ”があった。他の理論の援用も有効であった可能性があることを実感しながらも、本研究では取り扱うことが出来なかったため、今後にさらに精進する所存である。

また、ここ日本においても、1980 年代より学校保健における「連携」、2000 年には学校と関係組織の「連携」が提唱され続けており、学校がさまざまな課題に対峙する今日において、ますます喫緊の課題となっている。本研究の知見として得られた異なる分野の連携の鍵となったもの、例えば体制構築の柔軟性、情報交換に関する考え方、フエ省の教育行政の中に設置された学校保健センターの機能などは、学校がより良い連携体制の構築を検討する上でのひとつの視点となり得るのではないか、その点で、今度は日本や他国の事例をもとに、検証や比較を行ってみることも、意義があると考える。

本調査により、現在のベトナムの学校現場において、これまでにはなかった健康教育の問題、例えば精神保健へのニーズなど、新たな課題が生じつつあることを知ることができた。

今後、新たな学校保健へのニーズにベトナム行政がどのように対峙しようとしているか、施策当初とは異なり大きな経済成長を遂げているベトナムにおいて、この先に学校保健をどのように施策し変容させていくのかについても注目している。

今後も、同分野について継続的かつ多面的な調査を行い、追究を進めていきたい。

引用文献

[1]文部省・外務省両省派遣アジア教育協力調査団『ヴィエトナム共和国の教育』、1974 年、p.36
[2]今井賢一、金子郁容『ネットワーク組織論』岩波書店、1988 年

[3]稲生信男『協働の行政学－公共領域の組織過程論－』勁草書房、2010 年、p165-166
[4]Barnard Chester I “The function of the Executive” Cambridge, MA: Harvard University Press, 1938 年 (山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳（1968）『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社、1968 年、p6)
[5]春田淳志、錦織宏『医療専門職の多職種連携に関する理論について』「医学教育」第 45 巻 3 号、2014 年、p134

資料編_1

ベトナム基礎情報

資料編　１　ベトナム基礎情報

１．ベトナム概要

（１）面積：32 万 9,241 平方キロメートル

（２）人口：約 9,250 万人（2014 年時点、国連人口基金推計）

（３）首都：ハノイ

（４）民族：キン族（越人）約 86%、他に 53 の少数民族

（５）言語：ベトナム語

（６）宗教：仏教、カトリック、カオダイ教他

（７）略史[1]

年号	略史
紀元前 207 年	南越国の成立
紀元前 111 年	前漢、ベトナム北部に交趾郡を置く
938 年	呉権（ゴー・クエン)、白藤江で南漢軍を破る（中国からの独立）
1009 年	李王朝の成立
1010 年	首都をタンロン（現在のハノイ）に定める
16 世紀	ホイアンの日本人町が栄える
1884 年	ベトナムがフランスの保護国となる
1930 年 2 月	ベトナム共産党結成
1940 年 9 月	日本軍の北部仏印進駐（1941 年南部仏印進駐）
1945 年 9 月 2 日	ベトナム共産党ホーチミン主席、「ベトナム民主共和国」独立宣言
1946 年 12 月	インドシナ戦争
1954 年 5 月	ディエンビエンフーの戦い
1954 年 7 月	ジュネーブ休戦協定、17 度線を暫定軍事境界線として南北分離
1965 年 2 月	アメリカ軍による北爆開始
1973 年 1 月	パリ和平協定、アメリカ軍の撤退
1976 年 7 月	南北統一、国名をベトナム社会主義共和国に改称
1979 年 2 月	中越戦争
1986 年	第 6 回共産党大会においてドイモイ（刷新）政策が打ち出される
1991 年 10 月	カンボジア和平パリ協定
1992 年 11 月	日本の対越援助再開
1995 年 7 月	アメリカとの国交正常化、ASEAN 正式加盟
1998 年 11 月	APEC 正式参加
2007 年 1 月	WTO 正式加盟
2007 年 10 月	国連安保理非常任理事国（2008 年～2009 年）に初選出
2010 年	ASEAN 議長国

２．現代ベトナムの統治機構と行政構造

現在のベトナムの統治機構と行政体制について、既往文献をもとに整理する。

2.1　国の統治機構

2013 年に改訂されたベトナム国社会主義共和国憲法によると「ベトナム社会主義共和国は、人民の、人民による、人民のための社会主義的法治国家である（第 2 条)」であり、「辞任は、直接民主制により、あるいは、国会、人民評議会及びその他の各国家機関を通じた代表民主制により、国会権力を行使する（第 6 条)」としている。政党は、ベトナム共産党の一党支配による単独政権（定数 500 名、2015 年 5 月現在 498 名 [2]）であり、国家主席、首相、共産党書記長、国会議長の 4 者を中心とした集団指導体制が執られている。

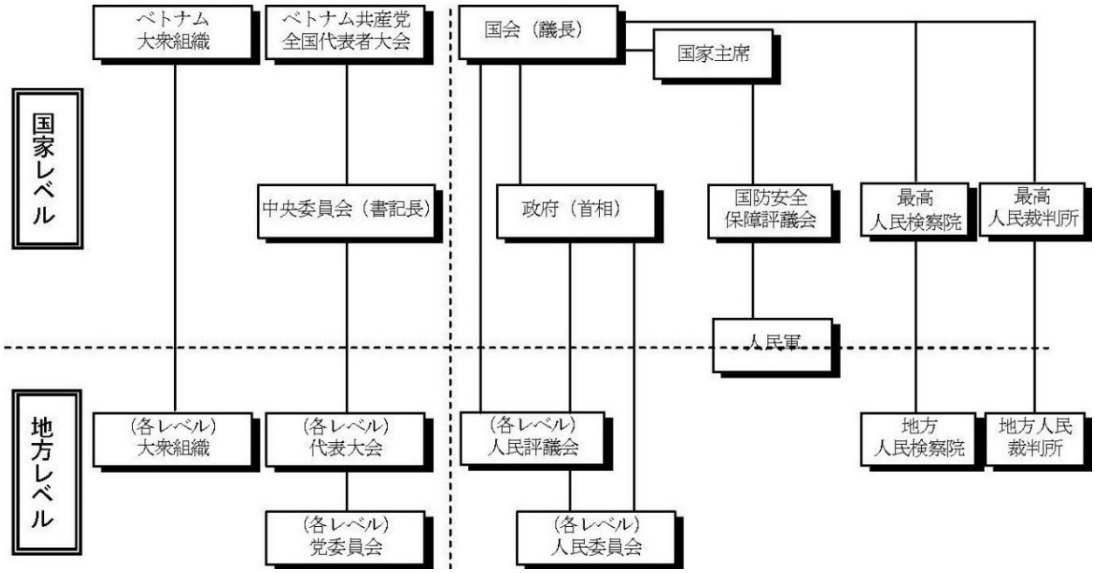
国会は、憲法によって、国民の最高代表機関かつ国権の最大機関であり、憲法制定権と立法権を持つ。国会が有する主な権限として、憲法・法律の制定と改正、国家経済開発計画、財務計画、各種政策の決定、国家主席、国家副主席、国会議長、副議長、国会常任委員会各委員、首相、最高人民裁判所長官の専任および解任がある。

共産党は、2013 年憲法第 4 条にて「ベトナム共産党は、人民と密接に結び付き、人民に奉仕し、人民の監査を受け、自らの示す決定について人民に対し責任を負う」としている。中央では、党大会、中央委員会、政治局等で構成され、各地方行政区においても同様の組織体制を執っている。共産党の最高決定機関は原則として、５年毎に開催される全国代表者会議（党大会）であり、党大会にて選出され構成される中央委員会が実質的な最高機関となる。党大会は、共産党としての基本方針を決定し、中央委員会にてそれを具象化するための指針および政策を策定・決定する。

各レベルの地方行政には、それぞれの地方議会としての人民評議会、その執行機関である人民委員会が設置されている。「人民評議会は，地方における国の権力機関であり，人民の意思，願望及び主人権を代表し，地方人民により選出され，地方人民及び上級の国の機関に対し責任を負う。(113 条-1）[3]」としている。

実際の行政に関する実務は人民委員会に所属する各専門部局が遂行している。各地方の専門部局は、人民評議会や人民委員会のほか、中央政府の直轄省庁、上位レベルの人民委員会からも指導監督を受ける。

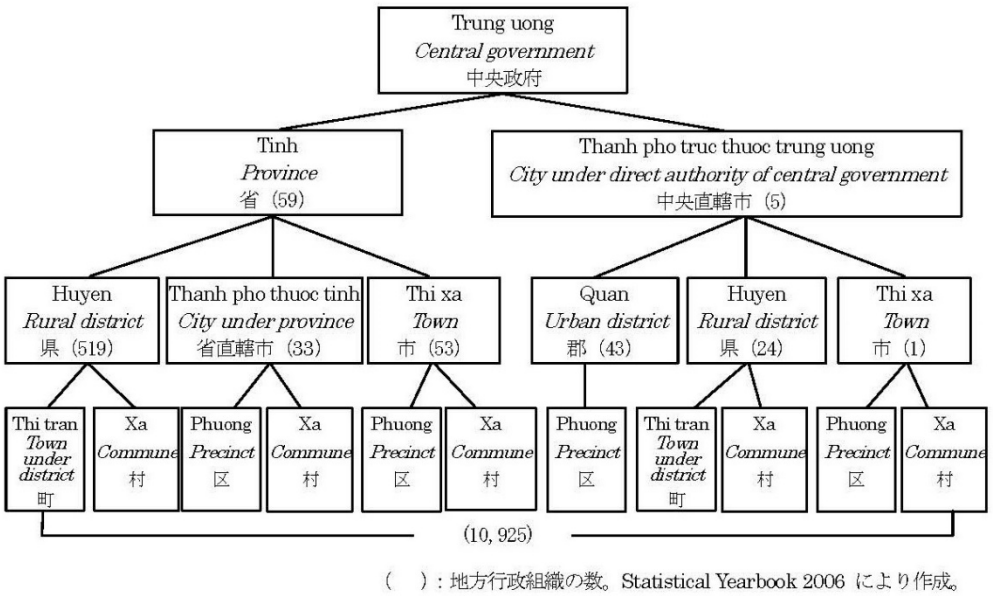
また、ベトナムの特徴として、大衆組織が重要な役割を担っている。大衆組織とは、政府・共産党が決定した法律や政策を国民に周知させ、同時に国民の意見を各レベルから吸い上げるための活動を行う草の根組織である。大衆組織のうち、法律により特別な権限と役割を与えられ、国家予算の配分が規定されている団体を政治社会組織と呼び、具体的には、祖国戦線、労働連合、農民会、ホーチミン共産党青年団、ベトナム女性連合、ベトナム旧軍人会の 6 団体がある。



図Ⅰ－1　ベトナムの国家機構

出所：財団法人自治体国際化協会「ASEAN 諸国の地方行政－ベトナム社会主義共和国編」（2004）p2

2.2 行政構造[4]



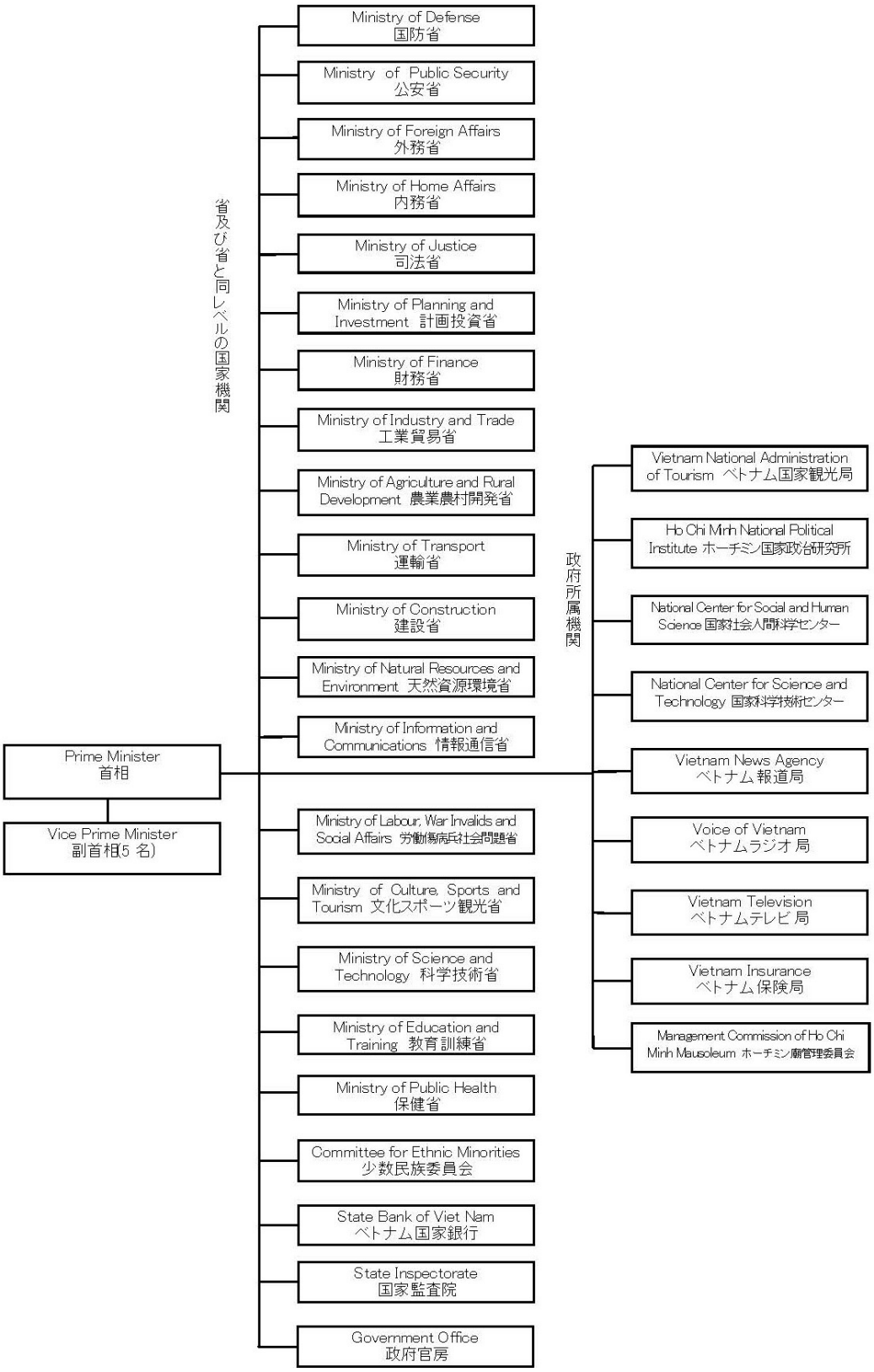
図Ⅰ－2　ベトナムの行政構造

出所：財団法人自治体国際化協会「ASEAN 諸国の地方行政－ベトナム社会主義共和国編」（2004）p10

ベトナムでは、中央から地方への権力の「分級」（Phần cấp＝decentralize）という中央地方行政体系が採られている。中央政府を最高位として、地方行政単位として 1 級行政区（Tỉnh/Province「省」）と中央直轄特別市、2 級行政区（Huyền/ District「県」、Thành phố Thuộc Tỉnh/City under province「省直轄町」、Thị xã/Town「市」、Quan/Urban District「郡」。1 級行政区を「省レベル」、2 級行政区レベルを「郡レベル」と示す文献が多い。）、3 級行政区（Xã/Commune「村」、Phường/Precinct「区」、Thị trấn/Town「町」）の 4 層で構成される。各レベルの行政組織は、上位レベルの行政組織の強い監督下にある。中央直轄特別市は、ハノイ市、ホーチミン市、ハイフォン市、ダナン市、カントー市など、他の都市に比べて規模が大きく、政治、経済、社会的に重要な役割を果たしており地方省と同等の位置づけがなされている[5]。

2.3 行政制度

内閣は、首相、副首相、各省大臣と同位の国家機関の長により構成されている。各省庁および同レベルの国会機関は 22 機関あり、その他政府の所属機関が 8 機関設置されている（図Ⅰ-3）。首相は、政府の長として中央政府機関の総指揮・監督を行う。また、下位レベルの地方省および中央直轄市に対し、憲法、法律、その他国家機関の文書に反する人民評議会や人民委員会の決定の取り消しが行える等の強い権限を有する。



図Ⅰ－3　中央省庁組織図

出所：財団法人自治体国際化協会「ASEAN 諸国の地方行政－ベトナム社会主義共和国編」(2004) p7

2.4 財政

中央政府及び地方政府の予算は、国家予算法で定められている。中央政府の予算は国家全体の行政およびプロジェクト、各中央省庁がそれぞれの任務を遂行するための予算である。地方予算は、地方行政の管轄下で行われる活動、投資、あるいは支出を賄う予算である。各地方行政組織は独立した予算を有し、独自の財源を持つことを認められているが、現状としては、地方財政の大部分を中央からの補助金で成り立っている。

各地方行政組織における予算の申請は、人民委員会が予算案を作成ののち、人民評議会に提出するとともに、上位行政組織への報告を行う[6]。

2.5 法規規範文書

本論文では、過去の法規規範文書も多く取り扱うことから、「1996 年法規規範文書公布法」および改定後の 2008 年法の国家機関別の法規規範文書を表Ⅰ-2 にて示した。

現行のベトナムの法規規範文書については 2008 年に改定された「2008 年法規規範文書公布法」において規定された各法規規範文書の種類は表Ⅰ-3 に示した。

表Ⅰ－１　ベトナムにおける法規規範文書体系[7]

国家機関	1996 年法規規範文書公布法	2008 年法規規範文書公布法
国会	憲法　法律　決議	憲法　法律　決議
国会常務委員会	法令　決議	法令　決議
国家主席	国家主席令	国家主席令
政府首相	決定　指示	決定
政府	決議　議定	議定
大臣	決定　指示　通知	通知
省同格機関の長	決定　指示　通知	通知
政府直属機関の長	決定　指示　通知	なし
最高人民裁判所判事会議	決議	決議
最高人民裁判所長官	決定　指示　通知	通知
人民評議会	決定　指示　通知	決議　決定　指示
人民委員会	決定　指示	決議　決定　指示
国家会計検査院長官	なし	決定
合同法規規範文書	「国家機関」と「政治・社会組織中央機関」との間	「国会常務委員会または政府」と「政治・社会組織中央機関」との間
	合同決議　合同通知	合同決議
	「最高人民裁判所」と「最高人民検察院」との間	「最高人民裁判所長官」と「最高人民検察院院長」との間
	合同通知	合同通知
	「省、省同格機関または政府直属機関」と「最高人民裁判所または最高人民検察院」との間	「大臣または省同格機関の長」と「最高人民裁判所長官または最高人民検察院院長」との間
	合同通知	合同通知
	「省」、「省同格機関」および「政府直属機関」の間	「大臣」と「省同格機関の長」との間
	合同通知	合同通知

出所：遠藤　聡「ベトナムにおける法体系の整備―2008 年法規規範文書公布法を中心に」『外国の立法 238』（2008）p184 をもとに、筆者が一部修正して作成した。

表Ⅰ－２　ベトナムの法規規範文書の種類[8]

	法令名	ベトナム語	英語	文書コード
1.	憲法	Hiến pháp	Constitution	QH-
2.	法律	Luật	Law	QH-
3.	決議	Nghị quyết	Resolution	NQ-
4.	法令	Pháp lệnh	Ordinance	PL-
5.	議定	Nghị định	Decree	ND-
6.	指示	Chí thi	Instruction	CT-
7.	決定	Quyết định	Decision	QD-
8.	通達	Thông tư	Circular	TT-
9.	通知	Thông báo	Official Notice	TB-

出所：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>』(2005) p12
法規範優先順位優先をもとに、現地行政官の意見を踏まえ筆者が一部修正して作成した。

３．国家開発戦略および開発計画

ベトナムにおける学校保健政策の背景として、国家開発計画として重要な指針を示す「社会経済開発戦略および計画」がある。同国家開発計画を通じて、各時期におけるベトナム政府の優先課題、方針を見ることができる。

3.1　社会経済開発10か年戦略2001～2010

（SEDS: Socio-economic Development Strategy）

SEDS2001～2010 は国家開発の基礎となる戦略であり、2001 年に策定された。低開発状態から脱却し、2020 年までに工業国への仲間入りを果たすための基盤作りを第一の目標に掲げた。

3.2　社会経済開発5か年計画2006～2010

（SEDP: Socio-economic Development Plan）

前述した（１）SEDS2001～2010 に沿った具体的な計画を定めており、2006 年に策定された。経済成長の促進から国民の生活向上や治安の安定等まで多岐にわたる分野の方向性が打ち出されている。なお、世界銀行はSEDP2006～2011 をベトナムの貧困削減戦略文書（PRSP）として認知している。

3.3　社会経済開発10か年戦略（2011-20年）[9]

「社会経済開発10か年戦略（2011-20年）」（SEDS 2011-20）は、2011年1月の第11回共産党大会で採択された。今後10年間の社会経済開発に関する指針を示す重要な文書であるが、主な内容として、民主主義の実践と人的要素の最大化、生産力強化、科学技術の向上、社会主義志向型市場経済体制の向上、国際参入の中での自立した経済の形成を開発方針とし、2020年までの工業国化の達成を全体目標として先の2001 - 2010年計画から引き継

いでいる。

表Ⅰ－3　社会経済開発10か年戦略（2011年－2020年）

社会経済開発10か年戦略（2011-20年）	
①開発方針	
	持続的な開発と短期間での成長。 社会主義ベトナム建設のための経済・政治面での革新。 民主主義の実践と**人的要素の最大化**。 生産力強化，科学技術の向上，社会主義志向型市場経済体制の向上。 国際参入の中での自立した経済の形成。
②全体目標	
	2020年までに工業国化を達成する。
③経済指標	
	-2010～20年の年率平均経済成長率：7～8% -2020年の名目一人当たりGDP：3,000米ドル -2020年の産業構造： 鉱工業・サービス業がGDPの85%，うちハイテク産業がGDPの45%。 農業人口は総労働人口の30～35%。
④社会指標	
	人口増加率：1.0%（年率），**平均寿命向上（75歳），国民皆保険の達成。** 熟練労働者層育成（70%以上），高等教育普及（人口1万人当たり学生数450人）， 貧困率削減（年率-1.5～-2%），地域間・民族間の格差是正。
⑤環境指標	
	-2020年の森林被覆率：45% -全国民の清潔かつ安全な水へのアクセス普及 -企業の環境基準遵守の徹底・普及（新規企業は100%，既存企業は80%） -気候変動，特に海面上昇への積極的対応
⑥「3つの突破口」	
	「社会主義志向型市場経済体制の構築」**「人的資源の開発」** 「（特に交通・都市）インフラの整備」

出所：在ベトナム日本国大使館ホームページ「ベトナムの社会・経済戦略概要」をもとに筆者作成。

3.4　社会経済開発5か年計画（2011-15年）

「社会経済開発5か年計画（2011-15年）」（SEDP 2011-15）は，2011年11月の第13期国会で承認され、上記10か年戦略（2011-20年）をより具体化するための文書である。特に、社会保障分野の開発計画方針として、遠隔地・少数民族居住域での貧困削減・生活水準向上・地域計画のほか、保険制度・社会扶助からなる社会福祉ネットワークの確立を掲げた。教育分野の開発計画として、高等教育・専門的職業訓練の質向上のほか、就学前教育における民間委託の推進、科学技術振興が挙げられている。

表Ⅰ－4　社会経済開発5か年計画（2011年－2015年）

社会経済開発5か年計画（2011-15年）	
①　全体目標	
	2020年の工業国化へ向けた基礎を作る。 成長モデル転換および経済再構築を進めながら，急速かつ持続可能な発展を遂げる。

②	経済指標
	2010-15年の年率平均経済成長率：6.5～7%。社会開発投資：対GDP比33.5～35%。 2015年の消費者物価指数上昇率：5～7%。2015年貿易赤字：輸出総額の10%以下。 2015年の財政赤字：対GDP比4.5%以下。2015年公的債務：対GDP比65%以下。
③	社会指標
	2011～15年の5年間で800万人の雇用創出，2015年までに都市部失業率を4%以下。2015年の実質収入を対2010年比で2～2.5倍，熟練労働者層育成（55%）。 貧困世帯を年率平均-2%で急速かつ持続的に削減。2015年の人口増加率：約1%。
④	環境指標
	2015年森林被覆率：42～43%。環境汚染を引き起こす生産施設86%に対応を施す。
⑤	経済再構築
	公共投資の再構築。金融システムの再構築。国有企業の再構築。
⑥	金融・財政・産業政策
	インフレ抑制，マクロ経済安定化，通貨価値の安定化，間接金融から直接金融へのシフト。財政収支の効果的な再構築，公共投資管理体制の再検討，企業所得税率の漸次削減の検討，土地・不動産収入に関する政策の改正，天然資源税収の増加。貿易赤字の削減，電力・石炭・公共サービス価格の自由化，国内製品の優先的利用の促進。
⑦	法制・行政機構・司法
	1992年憲法の改正。 都市自治体モデルの早期試行，中央＝地方間権限関係の再検討。 行政手続きの簡素化，汚職対策，公務員制度の改善。 司法改革案の策定・実施。
⑧	**社会保障**
	土地収用・立ち退き補償に関する問題の解決。 遠隔地・少数民族居住域での貧困削減・生活水準向上・地域計画。 安定雇用・**保険制度・社会扶助からなる社会福祉ネットワークの確立**。
⑨	**教育**
	高等教育・専門的職業訓練の質向上。就学前教育における民間委託の推進。 科学技術振興。
⑩	環境
	各種開発事業における環境影響評価の徹底。 （特に経済区・工業区・手工芸村における）環境汚染への厳格な対処。
⑪	治安・国防
	破壊行動の発見・防止，非伝統的脅威への対応。 国境地域でのインフラ整備と人員配置への集中的投資。 領土問題の平和的解決。

出所：在ベトナム日本国大使館ホームページ「ベトナムの社会・経済戦略概要」をもとに筆者作成。

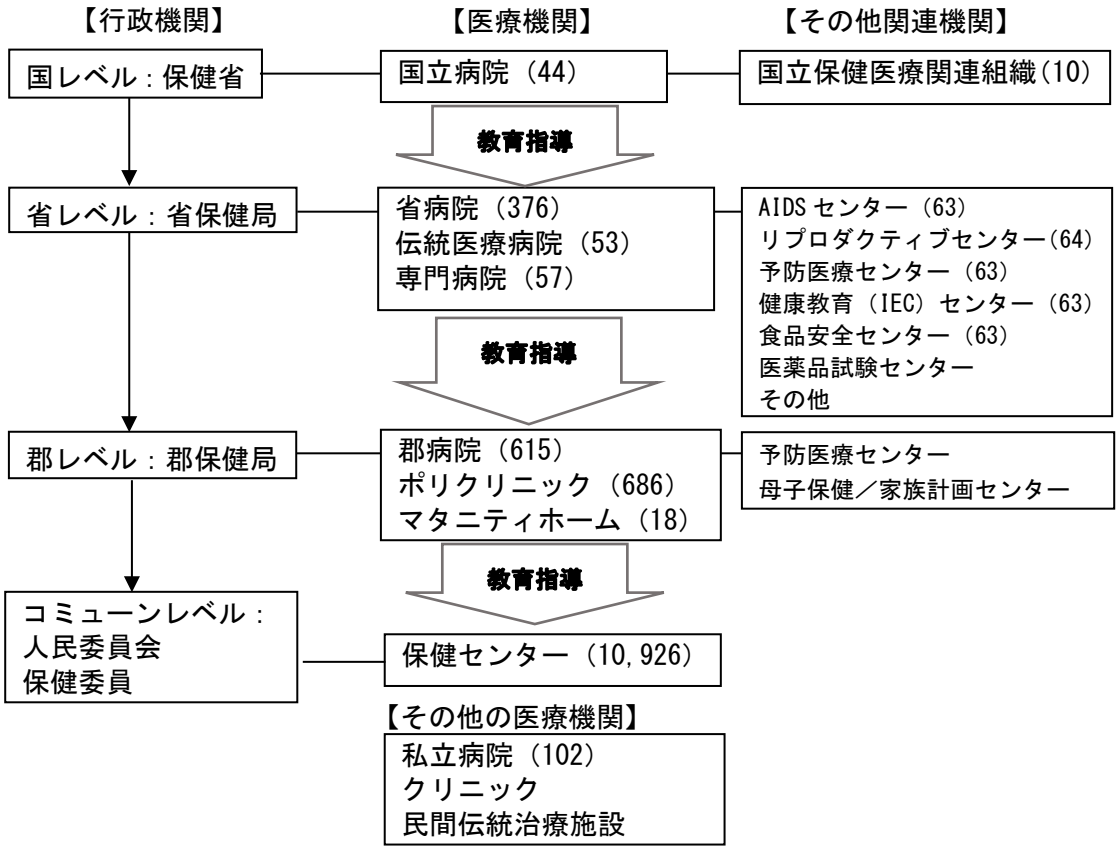
４．ベトナムの保健医療行政

ベトナムの学校保健は保健医療行政および教育行政が主幹となり進められているが、本節では、ベトナムの保健医療行政の概要について整理する。

4.1　保健医療システム

保健省を頂点として、国レベルから省（県）レベル、市町村レベルに至るまでの縦割りのシステムが構築されている。省レベルまでは治療と予防は別組織で実施されているが、第２行政区以下のレベルでは保健局、保健センターがこれらを一括して管理・実行する体制をとっている。各地区保健センターは一次医療に加え、予防活動、国家保健プログラム、プライ

マリ・ヘルス・ケアを、住民に対して最も身近な立場で保健医療活動を実践している。近年では、特に都市部において民間医療施設やクリニックが増えている。

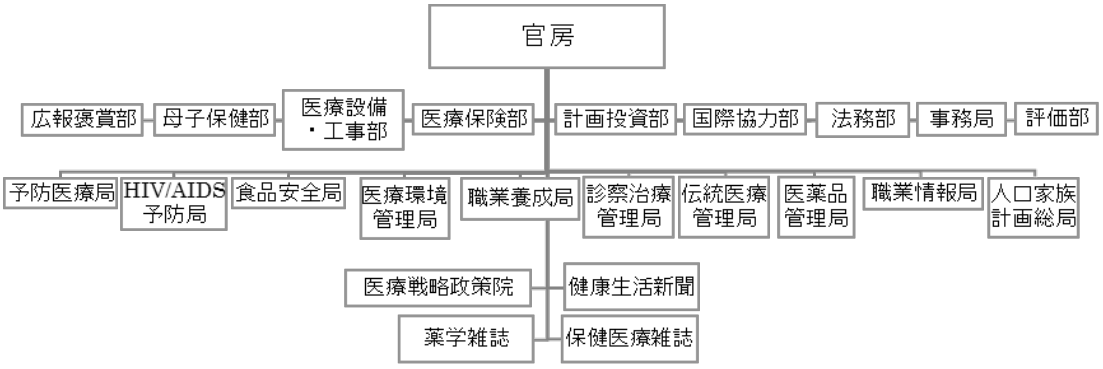


図Ⅰ－4　ベトナムの保健医療システム[10]

出所：日本国際保健医療学会『国際保健医療学　第2版』(2005) p119、
WHO／ベトナム保健省『Health Service Delivery Profile, Viet Nam 2012』(2012) p3 をもとに筆者作成。

4.2　ベトナム保健省

現在の保健省には諮問・官房部署として9部署、各職務別部署として10部局、その他の専門直営機関として4機関の23の専門部局がある。



図Ⅰ－5　保健省の構成[1]

出所：保健省ホームページ「組織体制（Cơ cầu tổ chức）」より筆者邦訳・作成。

4.3　医療職資格

ベトナムにおける医療職資格には、大きく分類すると大学以上、大学相当、高等、中等、職業養成プログラムの 5 つのランクがある。

表Ⅰ－5　ベトナムの医療職資格[11]

大学以上の資格として：	
	各分野の医学博士（Đào tạo tiến sỹ hầu hết các chuyên ngành）
	各分野の医学修士（Đào tạo thạc sỹ hầu hết các chuyên ngành）
	各分野の 2 級専門家（Chuyên khoa cấp II hầu hết các chuyên ngành）
	各分野の 1 級専門家（Chuyên khoa cấp I hầu hết các chuyên ngành）
	各分野臨床専門医師（Bác sỹ nội trú bệnh viện một số chuyên ngành lâm sàng）
大学相当の資格として：	
	医師（Bác sỹ đa khoa）
	薬剤師（Dược sỹ）
	歯科医（Bác sỹ răng hàm mặt）
	伝統医学医師（Bác sỹ y học cổ truyền）
	予防医学医師（Bác sỹ y học dự phòng）
	大卒保健師（Cử nhân điều dưỡng đại học）
	医学技師（Cử nhân kỹ thuật y học）
	公衆医学士（Cử nhân y tế công cộng）
高等資格として：	
	看護師（Điều dưỡng）
	助産師（Hộ sinh）
	医療技師（Kỹ thuật viên y）
	高等薬剤師（Cao đẳng dược）
中級資格として：	
	看護師（Điều dưỡng）
	助産師（Hộ sinh）
	中級薬剤師（Trung cấp dược）
	準看護師（Y sỹ đa khoa）
	伝統医学看護師（Y sỹ y học cổ truyền）
	医療技師（Kỹ thuật viên y）
	薬学技師（Kỹ thuật viên dược）
	中級人口医学／家族計画（Trung cấp dân số y tế）
職業養成プログラムとして：	
	基礎保健学（Điều dưỡng sơ học）
	村落医療員（Nhân viên y tế thôn bản）
	応急人口医学／家族計画（Sơ cấp dân số y tế）
	準薬剤師（Dược tá）
	村落助産員（Cô đỡ thôn bản）
	中級医療設備技師（Trung cấp nghề kỹ thuật thiết bị y tế）
	高等医療設備士（Cao đẳng nghề thiết bị y tế）

出所：ベトナム保健省職業養成局「養成コース一覧（Ngành bậc đào tạo）」
より筆者邦訳・作成。

4.4 保健医療政策

1986 年のドイモイ政策導入以来、ベトナムの保健医療行政は、民間保健医療サービスの自由化、医薬品製造・販売に関する規制緩和、保健医療サービス利用者負担の導入、政府によるコミューンレベル医療従事者への給与支払い、医療保険制度の導入など、さまざまな改革を実施してきた。2001 年以降は、保健サービスの質向上、社会的弱者（貧困者、戦傷者、少数民族など）に対する配慮、近年浮上してきた各問題への取り組みを重視している[12]。

その後、社会経済開発 10 か年戦略 2001-2010 および保健医療分野 10 ヵ年戦略 2001-2010 を基盤として施策が進められることとなる。前者は、①一次～三次レベルすべての医療レベルにおける保健医療サービスの質改善、②公平性と効率性の重視を骨子としており、後者は①すべての国民へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、②質の高い医療の実現、③罹患率の低下と平均寿命の向上を上位目標に掲げ、優先的課題として①マラリア対策、②結核対策、③デング熱対策、④ハンセン病対策、⑤ヨード欠乏症対策、⑥栄養対策、⑦予防接種拡大計画、⑧精神保健対策、⑨食品の安全と衛生、⑩HIV/AIDS を優先的課題とした[13]。

2010 年には、保健医療分野 5 カ年計画 2011-2015 が策定された。同計画では、保健医療サービスへの需要の増加・多様化に対応するため、保健医療システムの公平性・効率性・水準の向上を全体目標とし、重点目標にはすべての医療機関の種類における保健医療ネットワークの統合・完成等が挙げられている。

表Ⅰ- 6　保健医療分野の 5 カ年計画 2011－2015 の概要

全体目標	
	保健医療サービスへの需要の増加・多様化に対応する保健医療システムの公平性・効率性・水準の向上
重点目標	
	すべての医療機関の種類における保健医療ネットワークの統合・完成 予防医療と基礎的な保健医療サービスの充実 保健医療分野の資金調達システムの改革等
重要な取組	
	草の根レベルを中心とした保健医療サービスの提供体制の統合・完成 郡やコミューン、地方や山岳地方、遠隔地、へき地等における良質な保健医療サービスへのアクセスの確保 地域における保健医療サービスの提供体制の評価 コミューンヘルスステーションへの投資の増加等 国家保健医療目標としての予防医療の充実 健康診断と治療の水準の統合・開発・改善 保健医療分野の人材開発 保健医療情報システムの開発 中央と地方、公立と私立の医療機関をまたぐ、統合的かつ包括的で、一貫して良質な医療情報システムの開発に関するマスタープランを2015 年までに策定し、2020 年のビジョンを打ち出す 医療情報に関するデータベースとモニタリングシステムの開発等 保健医療サービスと資金調達の仕組みの改革 財政支出の増加のペース以上の保健医療分野への予算の確保 政府開発援助（Official Development Assistance：ODA）や非政府組織（Non-governmental Organizations：NGO）等の国際協力の活用 2015 年までに国民の80%が医療保険に加入等

	薬品の改善・バイオ薬品の開発 医療機器・インフラの改善 保健医療分野のマネジメント能力の向上
投資プログラム・プロジェクト	
	すべての医療機関の種類における保健医療ネットワークの統合 省・郡の医療機関の整備 コミューンヘルスステーションの整備等 国家保健医療目標の実現 保健医療分野の人材開発 薬品・医療機器の改善 保健医療分野の資金調達の改革

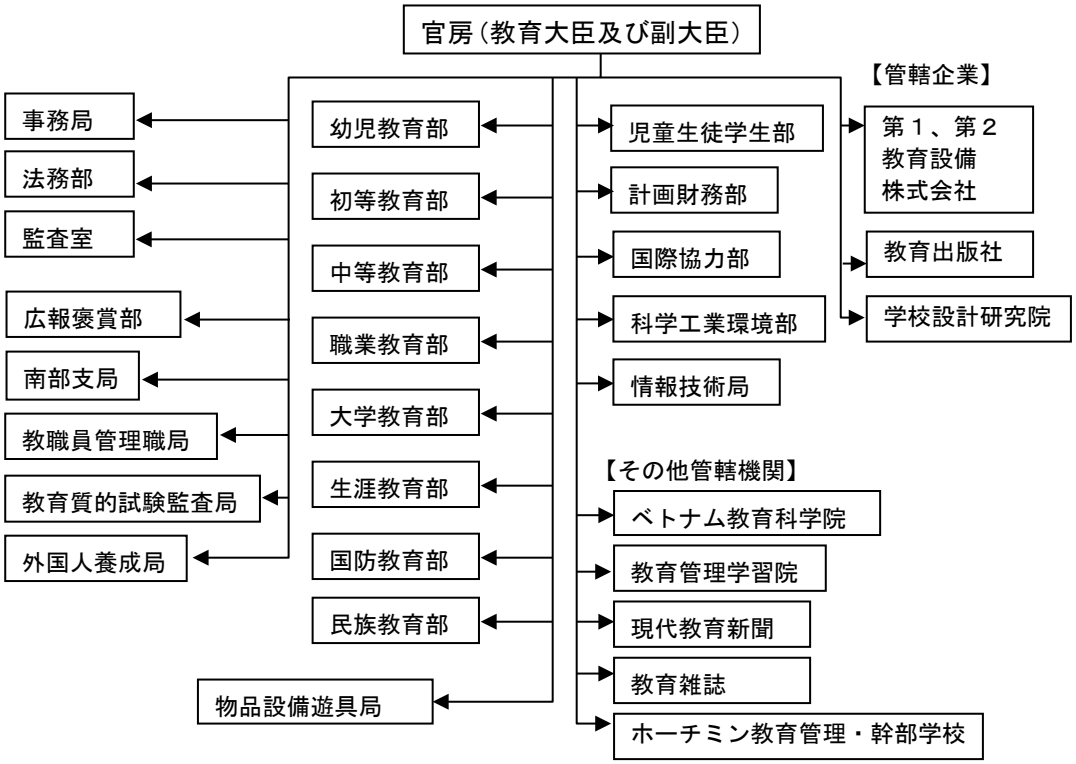
出所：経済産業省ベトナム医療情報化検討コンソーシアム「ベトナムにおける地域医療情報ネットワークの展開可能性の調査報告書」（2014）p21 をもとに一部修正。

５．ベトナムの教育行政

本節では、ベトナムの学校保健のもう一つの主幹部局であるベトナムの教育行政の概要について整理する。

5.1　ベトナム教育訓練省

教育省（Ministry of Education）および高等教育高等訓練省[14]（Ministry of Higher Education and Vocational Education[15]）という二つの機関であったが、1990年に統合し教育訓練省（Ministry of Education and Training）となった（図Ⅰ-7[16]）。

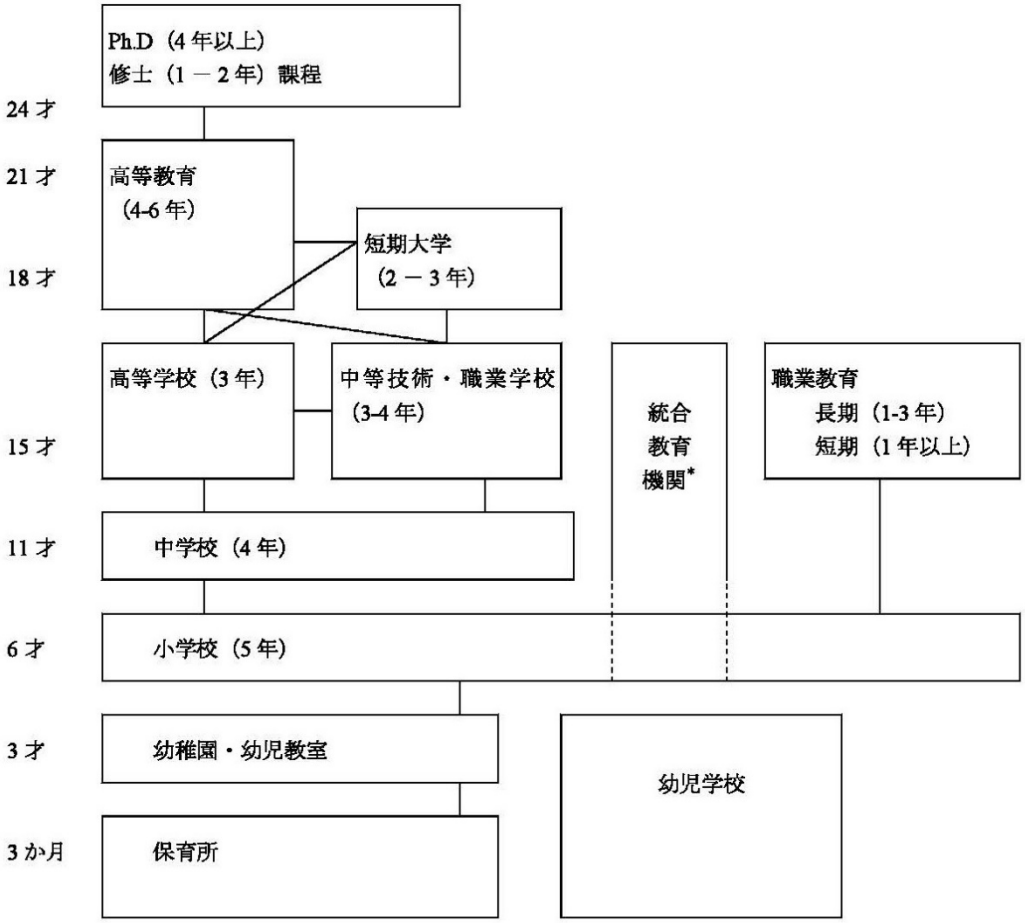


図Ⅰ－６　教育訓練省の構成

出所：ベトナム教育訓練省「教育訓練省の各部局（Cơ quan Bộ）」をもとに筆者作成。

5.2　教育制度[17]

ベトナムの教育制度は、3 ヶ月から 24 歳以上までを対象とし、教育を行なっている。



図Ⅰ－ 7　ベトナム教育制度の概要図

出所：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』第 23 巻（2008）p76

各段階の教育概要について、以下に整理する。

（１）就学前教育：保育園および幼児園

・保育所：3 ヶ月から 3 歳（36 ヶ月）までの子ども

・幼稚園：3 歳（36 ヶ月）から 6 歳（72 ヶ月）までの子ども

（２）初等教育：小学校（義務教育）

当該年の 12 月までに満 6 歳になる者がその年の学校年度開始日（9 月第 1 週）に、第 1

学年に入学する[18] 。第 1 学年を 1 学年とする 5 学年で構成されている（1～5 年生）。

（３）中等教育：中学校（義務教育）および高等学校

・中学校：11 歳の子どもが入学し、6 学年から 9 学年の 4 学年で構成される（6～9 年生）。

・高等学校：15 歳の子どもが入学し、10 学年から 12 学年の 3 学年で構成される（10～12 年生）。

（４）職業教育：技術労働者学校（職業訓練校）および高等専門学校

・職業訓練には短期訓練コース（期間 3～12 ヶ月）、長期訓練コース（期間 1～2 年）がある。短期訓練コースへの入学最低条件は小学校卒であること、長期訓練コースについては中学校卒であること。高等専門学校の就学期間は 2 年。

（５）高等教育：大学、短期大学

就学期間は、短期大学が 3 年、大学が 4～6 年。大学および短期大学の入学条件は、普通高等学校または高等専門学校卒であること。

（６）大学院：博士課程および修士課程

・修士課程に進学するためには、大学卒業の資格が必要であること。就学期間は 2 年。

・博士課程の就学期間は、3～4 年である。

5.3　学校形態

学校形態は、以下の４つの形態をもって構成されている[19]。

（１）公立学校：政府が教育用機材について出資するとともに、運営経費を提供することにより、設置および運営がなされる。

（２）準公立学校：政府により設置・運営されるが、財政面の自治が認められており、すべての収支を自ら見ることができる。

（３）社会立学校：法人格を持つ社会的組織によって設置され、運営についても当該組織が責任を持ち、教育用機材の出資を行うとともに、すべて自前で運営する。法人格を持つ社会的組織は、政府が定めた条件に適合すれば、すべての段階について学校を開設することが出来る。

（４）私立学校：教育用機材を出資し、すべて自前で運営できる私人によって、設置・運営される。私人は、就学前教育、職業教育、高等学校および高等教育施設を開設することが出来る。

5.4　授業日数

ベトナムでは、年間総授業日数 165 日、年間総授業時間数 660 時間と報告されている（2002 年）[20]。（国際標準は、年間総授業日数 180 日以上、年間総授業時間数 1015 時間）

5.5　教員資格

教員資格については、以下の訓練基準が設けられている[21]。

（１）保育園及び幼稚園教諭：高等学校（12 学年）の卒業および 1 年の師範学校の学習
（２）小学校教諭：高等学校（12 学年）の卒業および 2 年間の師範学校での学習
（３）中学校教諭：高等学校（12 学年）の卒業および 3 年間の師範短期大学での学習
（４）高等学校教諭：高等学校（12 学年）の卒業および 4 年間の師範大学での学習

5.6　ベトナムにおける教育政策の展開

ベトナムでは、ドイモイ（刷新）政策が 1986 年に開始されて以来、社会・経済の開放政策の進展に伴い、教育は国家発展の要として常に重視されてきた。その結果、就学率の向上、教育形態の多様化、学校設備の改善などが見られ、教育の社会化が進んできた[22]。

1998 年に制定された「ベトナム教育法」では、1991 年の「初等教育の普遍化に関する法律」で示された５年制の初等義務教育があらためて確認された（第 18 条）[23]。

さらに、2000 年４月にセネガル・ダカールで開催された世界教育フォーラムにおいて、「Education For All(EFA)」行動計画の策定が合意され、ベトナムも世界銀行により EFA 目標の早期達成を目指す 26 カ国の候補国のひとつに含まれた。ダカール行動計画では、すべての子どもが 2015 年までに室の高い初等教育を修了できるようにすることが謳われ、教育の質の向上、男女間の就学格差の解消が確認されており、ベトナムも 1990 年代からの基礎教育普遍化を一層発展させる方針をとっている[24]。

（１）教育開発戦略計画 2001-2010（Education Development Strategic Plan2000-2010）

2001 年 12 月に発表されたベトナム政府による教育開発戦略計画 2001－2010）の中で、1980 年後半から 1990 年代にかけて行われてきた 15 年にわたる教育改革の結果、就学率の増加、多様な教育形態の導入がみられ、それと同時に学校の整備や教育機関への投資、財源確保に社会全体が積極的に目を向けるようになるなど、教育の普及について様々なレベルで考えられるようになったことが報告されている。上記の結果をふまえ、今後の全体的目標を①先進地域の水準を目標とした、国・地方・地域の社会経済発展に役立つ教育の質の改善、②優れた技術者・経営者・企業家の育成と経済競争力の強化、ならびに初等および前期中等教育の普遍化、③教育目標・内容・方法および教育課程の改善と優れた教職員の育成、教育経営の改革として、教育開発への取り組みに以下の７つの項目を揚げている。

【教育開発戦略計画（2001－2010 年)】での教育開発への取り組み[25]
１．教育目標、教育内容、および教育課程の改善
２．教員の質および教育方法の改善
３．教育マネジメントの改善
４．国民教育制度と学校・クラス・教育機関のネットワーク改善
５．教育財源と教育施設の拡充
６．地域住民の教育への参加支援

７．国際教育協力の支援

（２）教育開発戦略計画2011-2020

教育開発戦略計画2001-2010の成果として、5歳以下の幼稚園就学率は72%から98%に、小学校は94%から97%に、中等教育は70%から83%に、高校は33%から50%に、職業訓練への進学率は3.08倍、中級職業学校は2.69倍、大学進学率は2.35倍に増加した。2010年の高等学校および高等専門学校の学生数は227/1000人となり、就職者の40%を占めるようになった[26]。

先の教育開発計画の成果を受け、また社会開発計画（SEDP）で国家目標として設定された“人材の育成および質の向上”を実現するため、教育訓練省（MOET）が担当する人材育成についての計画として、2012 年6 月、首相決定がなされた。2020 年までにベトナムの教育システムを根本的かつ包括的に標準化、近代化、社会化、国際統合化に向けて改革することを目的とし、教育の質と運営管理、教育の公平性に関する課題に対応するため、「社会ニーズに応えるための教育と科学的研究やその応用との関係性強化」、「教育科学の推進」、「教育分野における国際協力関係の拡大と強化」を含む8 施策と20 の活動計画がある。

表Ｉ－７　教育開発戦略計画（2011-2020 年）

全体目標	
	2020年までに標準化、近代化、社会化、民主化、グローバル化の方針に基づき、道徳教育、ライフスキル、想像力、実行力、外国語、ITを含む教育の質の向上、特に、国家目標としての工業化・近代化に向けた人材の職業スキルの向上や、経済発展に向けて国民の個々人が社会的正義や透明性を学ぶ機会や、学習環境を徐々に形成する。
具体的目標	
	A）幼児教育 2015年までに5歳以下の子ども全員が幼児教育を受けられる。 2020年までに少なくとも30%が保育所に、80%の幼稚園年齢相当の子どもが幼児教育施設で教育を受けられる。栄養失調児の子どもの割合を10%未満に減少させる。 B）普通教育 教育の質を向上させ、特に、文化、道徳、ライフスキル、法規、外国語、IT教育を強化する。 2020年までに、小学校への就学率を99%、中等教育へは95%、うち80%は成人の中等普通教育への進学を達成する。70%の障害児が進学できる。 C）職業教育および大学教育 職業教育および大学教育システムを完成させる：職業別の養成制度やシステム、養成に係る質の向上、経済－社会発展に向けた能力の充実：創造性、独立心、責任感、道徳心および職業スキルを兼ね備え、外国語力、労働規範、ビジネス力、専門力および適正な判断力を兼ね備え、世界を舞台に活躍できる人材を育成する。 2020年には、各職業教育において30%以上の学生が中等教育を卒業している. 労働人口の約70%が職業学校もしくは大学を卒業している。各分野において、大学生の割合を350-400/1000人以上に増やす。 D）生涯教育 生涯教育の推進は、国民の生涯の学習の機会を確保し、個々の能力の完成を目指す国民にとって望ましいものである。生涯教育の質を高め、自信の能力の建設、職業性の向上、物理的・心身における生活の質の向上を目指す。

	2020年までに、15歳以上の識字率を98%以上に、特に、15歳—35歳以上の男女の識字率を99%に向上させる。
目標達成のための具体的な解決方法	
	１．教育マネジメントの改革 ２．教員、教育管理職の能力向上 ３．教育内容、カリキュラム、試験、教育評価の刷新 ４．教育投資リソース・能力の強化と教育財政メカニズムの改革 ５．社会ニーズに応じた研究・専門教育の強化 ６．社会政策によるへき地、少数民族の教育発展の支援強化 ７．教育科学の推進 ８．教育分野における国際協力関係の拡大と強化

出所：政府決定No.711-QĐ-TTg「教育戦略開発計画2011-2020の承認」（Quyết Định Phê duyệt Chiến lược phát triển giáo dục 2011-2020）[27]、および日本リサーチ総合研究所「ASEAN 経済圏の高等教育等の在り方に関する調査研究－ベトナムにおける高等教育-公共政策の在り方について－報告書（平成26 年度）」(2014)p28[28]をもとに筆者作成。

引用・参考文献

[1]外務省ホームページ「ベトナム社会主義共和国基礎データ、7.略史」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html#section1
Accessed on 5 January 2016

[2]在越日本国大使館ホームページ「ベトナムの社会・経済戦略概要」
http://www.vn.emb-japan.go.jp/jp/economic/economic_vietnam_senryaku.html Accessed on 5 January 2016

[3] 国際協力機構「ベトナム社会主義共和国 2013 年憲法」『法・司法制度改革支援プロジェクトフェーズ 2 ベトナム六法』http://www.jica.go.jp/project/vietnam/021/legal/index.html
Accessed on 5 January 2016

[4]財団法人自治体国際化協会「ASEAN 諸国の地方行政－ベトナム社会主義共和国編」
http://www.clair.or.jp/j/forum/series/pdf/j28.pdf#search='ASEAN%E8%AB%B8%E5%9B%BD%E3%81%AE%E5%9C%B0%E6%96%B9%E8%A1%8C%E6%94%BF%EF%BC%8D%E3%83%99%E3%83%88%E3%83%8A%E3%83%A0%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%B8%BB%E7%BE%A9%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E7%B7%A8'
Accessed on 5 January 2016、p10

[5]財団法人自治体国際化協会、前掲書、p11

[6]財団法人自治体国際化協会、前掲書、p21

[7]遠藤　聡「ベトナムにおける法体系の整備—2008 年法規規範文書公布法を中心に」『外国の立法 238』、2008 年、p184

[8]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>』、2005 年、p12

[9]在越日本国大使館ホームページ「ベトナムの社会・経済戦略概要」
http://www.vn.emb-japan.go.jp/jp/economic/economic_vietnam_senryaku.html

Accessed on 5 January 2016
[10]日本国際保健医療学会『国際保健医療学　第 2 版』（株）杏林書院、2005 年、p119-120
[11] ベトナム保健省職業養成局「養成コース一覧（Ngành bậc đào tạo）」
http://asttmoh.vn/nganh-bac-dao-tao.html Accessed on 5 January 2016
[12]日本国際保健医療学会「国際保健医療学　第 2 版」（株）杏林書院、2005 年、p119－120
[13]日本国際保健医療学会、前掲書、2005 年、p241
[14]一般社団法人海外職業訓練協会『企業における人づくり』
http://www.ovta.or.jp/hitozukuri/vietnam/pdffiles/hz_vietnam_2_3.pdf
Accessed on 5 January 2016、P17
[15]London, J. D.”Education in Vietnam”, ISEAS Publishing, 2007 年, p17-18
[16]ベトナム教育訓練省ホームページ「教育訓練省の各部局（Cơ quan Bộ）」
http://www.moet.gov.vn/?page=8.2&loai_bphan=1 Accessed on 5 January 2016
[17]木村大樹『海外・人づくりハンドブック⑳ベトナム』財団法人海外職業訓練協会、2004 年、p15-16
[18]外務省「諸外国・地域の学校情報」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/world_school/01asia/infoC11600.html
Accessed on 5 January 2016
[19]木村、前掲書、2004 年、p41
[20]濱野　隆「初等教育普遍化に向けての政策課題と国際教育協力」『国際教育協力論集』第 7 巻第 2 号、広島大学教育開発国際協力センター、2004 年、p39-53
[21]木村、前掲書、2004 年、p48
[22]杉村美紀「ベトナムにおける基礎教育普遍化への取り組みー質的拡充と女子教育の格差是正ー」『科学研究費補助金基盤研究（B）（1）課題番号：13571008　研究成果報告書』上智大学、2001-2003 年度、p2
[23]杉村、前掲書、2001-2003 年度、p5
[24]杉村、前掲書、2001-2003 年度、p5
[25]杉村、前掲書、2001-2003 年度、p2
[26]政府決定 No.711-QĐ-TTg「教育戦略開発計画 2011-2020 の承認（Quyết Định Phê duyệt Chiến lược phát triển giáo dục 2011-2020）」、2012 年
[27]政府決定 No.711-QĐ-TTg「教育戦略開発計画 2011-2020 の承認（Quyết Định Phê duyệt Chiến lược phát triển giáo dục 2011-2020）」、2012 年
[28]一般社団法人 日本リサーチ総合研究所「ASEAN 経済圏の高等教育等の在り方に関する調査研究ーベトナムにおける高等教育-公共政策の在り方についてー報告書」平成 26 年度
内閣府経済社会総合研究所 委託調査、2015 年、p27-28

資料編_2

トゥアティエンフエ省インタビュー調査結果

資料編2 トゥアティエンフエ省フエ市における学校インタビュー調査結果

	基礎情報									①学校保健員はどのように任用されたか？当時の状況について	②現在の学校保健の活動内容				
	校種	地域属性	役職	勤務年数	雇用形態	資格	保健室	着任前の仕事	学校で対応したことがある症例（特徴的なもの）		定期健康診断	保健指導・普及活動	簡易診察・初期治療	環境衛生管理	食品安全
1	幼稚園	新市街	副校長	11年		医師	あり	教育訓練局		医師出身の副校長であることから、以前より学校が子どもたちの健康に副校長を中心に関わることが多かった。幼稚園で子どもたちの健康に係る業務は多いことが明らかであったため、市教育訓練局に申請して2008年に学校保健員を契約として雇用したのが始まり。2012年に公務員となった。		主に栄養、衛生については各クラス担任が子どもたちに直接教えている。	年間、さまざまな症例で来室する。原則、医薬品を処方することはない。あるとしても解熱剤に留まる。	教室は副校長が検査する。外部機関の検査は年1回、市教育訓練局は市予防医療センターと共同で、学校保健センター、予防医療センターが来校する。	食品サンプリングは毎日行っている。
2	幼稚園	新市街	学校保健員	5年	公務員	保健師		元軍看護師	栄養失調児がいる。		身長と体重は年4回測定している。				
3	幼稚園	郊外	校長	8年		教師	なし			市内務局と市教育訓練局からの連絡があり、3カ月間の試用期間を経て任用した。	年2回。定期的に身長、体重を測定する。		疾病管理、インフルエンザ等感染症情報のフォローアップ。簡単な消毒までは学内にて行う。地区保健センターの医師が小児科専門なので、何かあれば地区保健センターに行く。		
4	幼稚園	郊外	学校保健員	4年	公務員	中級司書		事務員	齲歯（70－80%）	テレビで応募案内を観て応募した。		主に教師に保健情報を共有する。掲示板に保護者向けの情報を掲示する。	毎日の欠席者の確認。幼稚園の真向いに地区保健センターがあるので、何かあればすぐに保健センターに連れていく。	トイレの衛生検査、石鹸等の補充状況の確認（週2回）	食品サンプリング（24時間）
5	小学校	新市街	副校長	1年		小学校教諭	あり								
6	小学校	新市街	学校保健員	8年	公務員	中級看護師		インターンシップ（学校保健センター）	齲歯が全体の70%いる。健康課題として、男子生徒の除茎、肥満、近視（20%）がしばしば見られる。毎年30名程度が専門検査の対象となり、5－6名が治療にあたることがある。			朝礼にて病気についての全体指導を行ったり、学内の少年団（各クラス毎に1名の児童を選出する）による虫歯予防イベントを行った。手洗いと虫歯について、定期的に校内CDを流している。	転倒によるけが、骨折等の手当を担当することがある。担任がいれば担任が手当を行う場合や、会計が担当することもある。医薬品は家族の状況等を直接聞きながら必要に応じ処方している。	毎日の学校検査	食品の仕入れチェック、調理室チェック、調理時間及び留置時間の確認を行っている。
7	小学校	旧市街	副校長	25年		小学校教諭	あり	教師	栄養失調、齲歯、先天性心疾患	市教育訓練局からの紹介があり、学校保健員配置が始まった。		朝礼での保健指導、健康コンテスト（クイズ形式）を年2回実施して4－5年になった。少年団と連携して髪・爪検査を行う際は「来週中にします」と予告して実施するなどの工夫をしている。担任がクラス時間を用いて簡単な保健指導を行ったり、祝日のゴミ拾いイベントもある。以前は「労働」という時間の中で学校清掃を行ったが、現在は清掃会社に委託している。歯みがき会社がプロモーションに来たことがある。	発熱が見つかって30分保健室で休んでも下がらない場合、保護者に連絡して帰宅させている。	環境チェックを定期的に行うほか、ハエ用に殺虫剤を調理室・教室に毎日散布して対策を取っている。水道検査は年に2回行う。	調理室では班長を定め、衛生について責任を持つ。
8	小学校	旧市街	副校長	6年		小学校教諭		教師							
9	小学校	旧市街	学校保健員	3年	公務員	助産師		インターンシップ（学校保健センター）		2009年に契約で学校保健員が着任し、2011年に公務員となった。					
10	中学校	新市街	校長	7年		教師	あり	教師	齲歯の生徒が多い。	医療保健局から最初は契約職員として雇用したと聞いている。	定期健康診断のグループは毎年来校する。その際に眼科・歯科医も来るが、医師が予防医療センターに直接報告を行うので、こちらから専門的な報告を行うことはあまりない。	主に感染症に関する教育を行うことが多い。今年は地区保健センターがルベラ熱についての教育を実施した。	緊急の時にはフエ中央病院に搬送する。	環境検査として過去に外部機関が来校したことがあるが、毎年実施しているわけではない。	
11	中学校	新市街	学校保健員	14年。		保健師		保健プロジェクト関連		テレビで学校保健員の募集を知った。病院勤務は拘束時間が長いことが課題だった。家族のことを考え応募した。その当時は、医療保健局が1週間募集案内を出していた。2000年～2007年は契約で、2007年から公務員に切り替わった。		朝礼で時間をもらって指導する。担任に協力してもらい、コピーを配ってもらうことも。内容としては、マラリア、食品安全、インフルエンザ、エボラ出血熱、ルベラ熱など。地区保健センターが来校して指導することもある。	主に風邪、熱、けが、搬送を担当する。頭痛、熱中症、爪が剥がれるという症状で保健室に来室する生徒もいる。心理的ケアは担任がすべき業務なので学校保健員は行わない。	毎日、水、ごみ管理、掃除の様子、子どもの教室環境のチェックを行っている。清掃は会社に委託している。	
12	中学校	新市街	校長	32年		教師	あり	教師		2001年に学校保健センターより紹介を受けて看護師1名を配置したのがきっかけ。その後も学校保健センターからの紹介で現在の学校保健員が任用され、大規模校であることから、契約職員として学校保健員の1名追加を独自に行った。学校では原則、自校の卒業生を優先的に任用する方針を取っている。	学校保健センターと連携して定期健診を実施する。	各クラスで応急手当の授業を行うほか、コンテストを行い証書を発行している。保護者への個別相談にも応じている。特に貧困家庭の保護者のケアには力を入れている。	学校保健員の指示のもとで動く。		普通科生徒は2部制だが、昼食を学校で摂る。
13	中学校	新市街	学校保健員	8年	公務員	保健師		インターンシップ（学校保健センター）	眼科関連の疾患は毎年発生している。PCによる目の疲れもよく見られる。勉強の圧力によるストレスを抱える子どもが多いのは同校の特徴であり、課題である。	省教育訓練局にて情報を得て、応募書類を送った。		休憩中のアナウンスを利用して保健指導を行っている。健康教育啓発班を設置した。			
14	中学校	新市街	学校保健員	1年	契約	保健師		学生	近視（60-70%）、齲歯（10－20%）、肥満（5－7%）が課題となっている。ストレスを抱えた子どもが多い。腹痛、頭痛、熱で来室することが多い。その他寝不足、体が弱い子が来る。					衛生委員会を設置した。副校長、学校保健員、青年団長、清掃会社5名、教室担任で構成される。毎月衛生状況についてチェックする。学校保健員は1-3回／週のペースで確認している。飲料水は生徒が自ら持参する。	学校には食堂が2カ所（カフェ、レストラン）。食堂運営者は入札で選定し、省保健局が定めた基準を満たす者とする。3カ月に1回、調理担当者が研修に参加している。学校保健員は、材料の仕入れ元の把握、毎日の食品サンプリングを行っている。
15	中学校	旧市街	副校長	18年		教師	あり	教師		市教育訓練局に新規の学校保健員配置を申請していた。	毎年10月に学校保健センターから医師を派遣してもらっている。	自分の身の回りの清潔、教室の衛生を保つことについて指導した。朝礼や担任が行うことが多い。実施場所については、管理者側が指定する。学校自体が大きくないので、簡単な内容だけ実施している。	腹痛、頭痛などが多い。その他、子どもたちが活発なので、はげしい遊びによるけがなどがある。盲腸の可能性がある際には学校保健員が担当する。		
16	中学校	旧市街	学校保健員	初年	公務員	学校衛生専門		学生	近視（6%）、齲歯、肥満。糖尿病はいない。	市教育訓練局の掲示板を見て応募した。その後、研修にて教育の規則や法律を学び、着任した。		教えたい内容をすぐに使用できるようにファイリングしている。エボラ出血熱、デング熱、手足口病など。	先天性心疾患のある子どもについては、体育の受講を免除している。	毎日学校環境、トイレ検査を行っている。汚れているところがあれば清掃担当に言う。	飲料水は20Lボトルが1本設置されており、生徒は自由に飲める。
17	高校	旧市街	校長	14年		教師	あり	教師		最初は医師が、次に定年した看護師が保健室に勤務した。その後、学校保健センターからの紹介があり現在の学校保健員が着任し、2006年に着任、2007年に公務員に切り替えた。	学校保健センターが毎年年度初めに行う	感染症、家族計画センターによる性教育・家族計画（女子生徒のみで行うことが多い）、青年団によるHIV教育など。校長が各関係機関と連絡調整する。	簡単な手当ては学校保健員が行う。必要に応じて、学校保健センターに生徒を搬送する。	教室、トイレの衛生チェック	食堂チェック、食品サンプリング
18	高校	旧市街	学校保健員	7年	公務員	中級看護師		インターンシップ（学校保健センター）		学校保健センターのインターンシップを経て、契約で学校保健員を始めた。2007年に省教育訓練局の掲示板にて学校保健員（公務員）の応募を見て、応募した。	費用は8,000ドン×生徒数。			教室・トイレ検査（毎日）	食堂チェック（週2回）
19	高校	新市街	校長	32年		教師	あり	教師		学校保健センターの紹介を受けて、2000年に他校より異動。その前までは軍看護師が勤務していたが定年を迎えたため。		インフルエンザ指導など。			食品サンプリングを行う。その日に使用する食材の一部を取り、24時間保管する。
20	高校	新市街	副校長	21年		教師		教師							
21	高校	新市街	学校保健員	14年	公務員	保健師		寺の看護ボランティア		医療保健局の募集をみて応募した。面接試験の際に「学校保健では何をするか？」という質問はあったものの、学校に配置されて以降も職務について何も指示がなく、学校保健員が何をするべきなのか、毎日学校の中で模索しながら進めていたので大変だった。	定期健康診断結果は、児童生徒健康票にすべてまとめて保健室で保管している。	母子保健センターが来校し、女子生徒だけ集めて授業を行うことがある。その他、保健センターが来校し、HIV教育を行ってもらうこともある。	頭痛、腹痛、生理痛。先天性心疾患の子どもがいたこともある。低血糖のこどものために砂糖を保管している。風邪の場合は薬は3日分までなら処方できる。	朝は毎朝6:50に出勤し、学校全体の衛生検査を行う。主に、食堂、手洗い場、毎講義の時間ごとにトイレの清潔度を確認する。	食堂検査に併せて食品サンプリングを行う。

				②現在の学校保健の活動内容（続き）					③学校保健に関わる学校保健員以外の教職員、機関と主な活動	④現在、学校保健に関して困難さを感じていること	⑤学校保健関連研修への参加度	⑥学校保健センター研修等で行ってほしい研修内容	その他
	校種	地域属性	役職	感染症対策	緊急時対応	報告書（回数・提出先）	学校医療保険	その他の活動					
1	幼稚園	新市街	副校長	感染症が疑われる子どもが教室で発見された場合、保健室に隔離し、保護者に連れて帰ってもらう。		年2回、9月と3月		2013年10月に設備に関する予算が支給されたことに伴い、保健室の改装を行った。	学校保健センターと連携することが多い。眼科、歯科が診察に来ることもある。乳製品の企業が健康教育とプロモーションで来園したことがある。教室は副校長が検査する。外部機関の検査は年1回、市教育訓練局と市予防医療センターが共同で、その他省予防医療センターが来校することもある。				
2	幼稚園	新市街	学校保健員			学校保健員が作成し、学校が全体をまとめ市教育訓練局に提出する。		物品は自分で直接購入しに行く。		栄養失調児がいること。保護者の考え方によるところが大きく、その介入に苦慮している。また、子どもたちの半数に齲歯が見られる。プログラムが多々あるようだが、小・中学校に集中しており、幼稚園にも来てほしい。		情報共有の重要性。以前、インフルエンザが流行したときに、自ら企画して講習会を行ったが、実は上部機関でもまったく同じ企画を実施していたことを後から知った。もし、情報が分かっていれば、活用できたがその当時は幼稚園には連絡が来ていなかった。	
3	幼稚園	郊外	校長	原則、病気になった子どもは預からず、自宅待機とする。	地区保健センターの医師が小児科専門なので、何かあれば地区保健センターに行く。	学校保健員が作成し、校長から市予防医療センターと市教育訓練局に提出している。	およそ2,000,000ドンは定期健診に、7-8,000,000ドンをタオル購入や感染症の広報に充てている。		学校保健委員会を設置した。メンバーは5名で副校長、学校保健員、調理室担当と教員3名で構成される。学外では、地区保健センター、市予防医療センター、赤十字が関わる。また、集落に1名ずついる地域看護師とも関わりがある。過去にフランスの支援を受けるなど、海外からの援助があったが、年々減少し、運営に困っている。	子どもの健康が、保護者の健康への意識に左右される。専門の勉強を受けておらず、5歳になるまでに幼稚園に通うべきという意識が村落全体で低い。教室が足らず、子どもの人口密度が高い。保健室がないため医療備品が設置できていない。解熱剤、消毒液、コットンだけ置いている。		専門性を高める研修を行ってほしい。	以前は地区保健センターの仕事だったものが学校保健員の着任とともに学校で担当することになった。以前は学校保健といえば主に感染症予防だった。
4	幼稚園	郊外	学校保健員	手足口病の子どもを見つけたら、すぐに保護者に連絡し家に帰す。	幼稚園の真向いに地区保健センターがあるので、何かあればすぐに保健センターに連れていく。			コットン、目薬など簡単なものを購入している。		現在、兼任で学校保健を担当しているが、学校保健自体の業務も少なくないため、早く専任の学校保健員が着任してほしいと考えている。時間配分としては、3-4時間を学校保健に、3-4時間を事務職に費やしている。業務が多いと土曜日に持ち越すこともある。		事故対応、応急手当	
5	小学校	新市街	副校長					安全な学校、をコンセプトにしている。		特に問題なし			
6	小学校	新市街	学校保健員	マラリアが流行したときにはマラリア研究所に連絡し、学校敷地に殺虫剤を撒いてもらった。(2,900,000ドン)		2回。市予防医療センターに提出する。Ccで副校長に送付し、副校長経由で市教育訓練局に送付する。	毎年の定期健康診断費のほか、咽頭炎用の医薬品、解熱剤などの購入に充てた。家族の状況等に応じ、直接聞きながら必要に応じ処方している。		副校長が衛生管理を担当している。マラリアが流行したときにはマラリア研究所に連絡し、学校敷地に殺虫剤を撒いてもらった。(2,900,000ドン)	仕事が多いと感じる。必要だと感じるもの（使い捨て手袋、ハッカ油、、虫刺され薬）が社会保険局の購入可能リストにないため購入できない。	毎月	ハノイなど、別の都市の学校保健員の業務状況などを共有できるような全国研修があるといい。各都市の学校保健の経験を聞きたい。	学校保健センターには、困ったときに電話で相談ができるのでありがたい。
7	小学校	旧市街	副校長	毎年マラリア研究所が来校する。		年2回。市予防医療センターに提出している。	コットンや解熱剤など簡単な医療備品を購入する。原則、学校保健員は助産師の免許なので、治療は行えない。余った保険料は来年度にまわしている。		毎年マラリア研究所が来校する。学校保健センターが外部機関と学校間の活動計画の調整等を行ってくれている。その他、青年団長、事務室員が学校保健活動に参加することが多い。	購入できる医薬品の種類が限られている。ビタミンCは子どもには粉末が良いが、錠剤しか購入できない、など。医師や保健師など、診察ができる人材が必要だと感じる。	年に拠る。感染症が発生したとき、ワクチン注射の広報のときに行くことがある。	現在の研修で満足している。	
8	小学校	旧市街	副校長										
9	小学校	旧市街	学校保健員							学校施設が2カ所の離れた敷地に分かれているが、学校保健員が1名しかいないため不安が大きい。簡単なけが程度は各担任が対応しているが、自分がいない側の学校敷地内で大きな事故等が発生した場合、すぐに対応ができない。	毎月20日に行っている。	健康教育資料がいつも小さくて使いづらい。大きいもの、子どもの目を引くかわいいものを提供してもらいたい。	
10	中学校	新市街	校長	季節による感染症が流行した際に課外活動で病気についての指導を外部機関が実施することがある。	緊急の時にはフエ中央病院に搬送する。		年初めに学校にて徴収する。約1%ほど納付免除の学生がいる。今年は医薬品の購入を行った。		ほとんどは学校保健員が行っている。会計が関わることがある。健康教育の際に、青年団長や若い教師に手伝わせる。季節による感染症が流行した際に課外活動で病気についての指導を外部機関が実施することがある。定期健康診断のグループは毎年来校する。その際に眼科・歯科医も来るが、医師が予防医療センターに直接報告を行うので、こちらから専門的な報告を行うことはあまりない。県保健局、学校保健センターが来校することもある。	保健室への来室者が多いが、部屋自体が狭い。齲歯の生徒が多く、専門部屋があるといいと思っている。学校保健員の活動の企画力が上がるといい。	学校保健員が参加している。	病気に対する意識を高める教育方法を、学校保健員にさらに身に付けてもらいたいと考えている。	
11	中学校	新市街	学校保健員		頭部の怪我、あるいは縫合が必要な怪我の場合は病院に緊急搬送する。父兄に来校してもらうべく学校保健員が連絡するが、電話番号が分からないときは担任に協力してもらう。	予防医療センターに提出する。	自分が担当する業務は、保険適用の生徒がいる場合、退院後、治療後に診察費等の請求手続きを開始する。その他、カード再発行手続き等も行う。学校医療保険で物品購入も行うが、領収書が規定どおりでないと経費が落ちないこともある。定期健康診断、予算消化のため寄生虫対策を実施したことがある。今年は医薬品の補充を行った。		副校長（課外活動担当として）、青年団長	学校医療保険が余っている。学校保健員の待遇が良くない。教員と異なり、終日／全日学校に勤務しなければならない。	7回	健康教育の方法について専門的な研究結果について共有して欲しい	学校保健センターの研修は、研修を通じて学校保健員同士が交流できることが良い。例えば、先日は近隣の地区で虫による噛まれ傷が増えていたが、そのような（ささいな点でも）情報を早く入手することで学校としても早急に対処しやすい。
12	中学校	新市街	校長	欠席者が2名を超える場合、その理由を確認する。感染症の疑いがある場合には地区保健センターに行かせてその結果を報告させる。			原則100%加入だが、軍人、警察官の家庭、貧困証明書がある家庭は納付免除となる（毎年10-15名程度）。主に保健室備品、医薬品、学校保健員給与に充てている。ベッド、聴診器、血圧計購入を行った。		青年団長、生物教師、学校保健員がチームとなって健康教育を実施する。学校保健センターと連携して定期健診を実施する。感染症予防センターが眼科疾患のフォローアップで連絡を取ることがある。	学校保健活動を完璧に実施することを目標としている。トイレの衛生状況、手の洗い方にはまだ課題があると感じる。齲歯の生徒もいる。	感染症が発生したときには参加する。	身長と体重が平均に満たない子どもへの対象法を教えてほしい。	
13	中学校	新市街	学校保健員			毎月学内報告を校長に提出する。年1回学校保健センターに、年2回予防医療センターに定期報告を提出するほか、緊急事態が発生した際は、学校保健センターに臨時報告を提出する。		学校保健員が2名体制のため、1名が主に生徒対応、1名が主に事務業務として分業している。事務室、財務、警備、衛生担当とネットワークを構成し、PC上で連絡事項の告知等を行っている。		特になし。		現在の研修内容で任務は充分に実施できる。	学校保健員が、生徒の状況に100%対応できる保健室を目指している。生徒にとって心強い存在となるよう努力している。
14	中学校	新市街	学校保健員						衛生委員会を設置した。副校長、学校保健員、青年団長、清掃会社5名、教室担任で構成される。毎月衛生状況についてチェックする。			病気の発見の仕方、手当・治療方法、流行している感染症情報、薬品の混ぜ方・使用法など。	自分の業務を完璧に行えることを目標にしている。
15	中学校	旧市街	副校長		盲腸の可能性がある際には学校保健員が担当する。		医薬品、用具などの購入費に使う。校長の決定次第。		マラリア対策などは、必要に応じて校長が決定する。青年団長は感染症、デング熱についての保健指導を行ったり、課外活動で協力している。学校保健センターは定期健診の際に学校に医師を派遣している。	築1975年の校舎なので、非常に設備が古い。	年度による。今年はワクチンプログラム講習に参加した。	学校保健員の専門性を高めてほしい	
16	中学校	旧市街	学校保健員					赤十字クラブ、交通安全クラブがある。		保健室備品が足りない。欲しいタイミングですぐに入手できない。例として、骨折用の添え木を申請してもなかなか通らず、けがをした子どもに対応してあげられなかったことがある。齲歯が多いので、歯の診察・治療が学校でも受けられるようになるといい。経験が浅く、自信がない。		事故予防、その時期に流行している感染症についての講義	困ったときには、すぐに学校保健センターに相談に行っている。
17	高校	旧市街	校長		必要に応じて、学校保健センターに生徒を搬送する。			赤十字クラブを作った。		社会保険局の購入リストに入っている項目が少ないため、学校医療保険料を実際にはあまり活用できておらず、余っている。上部からくる緊急指示はやや遅く、自分たちで積極的に情報収集をして動かなければならない。	年1回、管理者と学校保健員のための研修がある。		
18	高校	旧市街	学校保健員			年2回	毎年1,500,000-2,000,000ドン程の予算がある。赤十字主催のHIV啓発イベントに50-100人が参加した。			保健指導を行いたいが、生徒が忙しく、充分な時間を確保できていない。学校内で、保健室での初期手当より保健指導が重要であることの認識が低い。			
19	高校	新市街	校長		症状が重い時にはフエ中央病院に搬送する。	学校保健員が作成し、校長が決済する。		入学時健診（10年生のみ）別途行う	健康教育は教育の一環なので、担任の先生の職務でもある。体育の授業が受けられない生徒がいる場合、学校保健員と相談し、授業を免除する決済を行うこともある。	設備がもう少し新しいものになるといい。冷蔵庫が保健室にあるといい（が、現行の社会保険規定では購入できない）。		疾病の早期発見の方法。	近年、生徒は心理的な問題も多く抱えるようになった。人間関係のみならず、男女関係などでの悩みを抱える生徒も少なからず存在する。カウンセリングの必要性を非常に高く感じている。しかし、担当の教員は多忙で時間を割くことはできない。学校保健員か、または新たな人材が、精神保健を担当して欲しいと考えている。
20	高校	新市街	副校長										
21	高校	新市街	学校保健員	今年度はマラリアが流行したため学校敷地に殺虫剤を散布した。		年1回。年初めに提出する。	学校医療保険は、会計が全般的に行う。医薬品に使用するのは予算全体の20%。その他健康情報の啓発、本の購入に充てる。予算はおよそ1,500,000ドン／月。物品購入は別途担当者がいるので、学校保健員は要望を出すのみ。		健康教育の際には「国民」科目の先生に協力してもらう。学校医療保険は会計が全般的に行う。学校保健センター、フエ市予防医療センターや地区保健センターが来ることもある。	用事ができたときに他に有医療資格者がいない。使用したい医薬品は、社会保険で適用されず購入できない。業務は多忙であり、一人仕事のため大きな責任を伴うが給与は低い。公務員になれることは良いが、初任扱いとなり給与は大幅に減額した。看護師として勤務した方が手取り給与は高い。本当にこの仕事が好きでないと続けられないと思う。	毎月	応急手当	

資料編_3

質問調査票（ベトナム語）

Phiếu phỏng vấn sâu cán bộ YTTH tại các trường

Xin cảm ơn anh/chị đã dành thời gian trả lời bảng câu hỏi điều tra này.

Mục đích của bảng câu hỏi điều tra này là làm sáng tỏ việc thực hiện chính sách y tế trường học trong trường học cũng như công việc của các cán bộ phụ trách y tế trong việc tổ chức các hoạt động y tế trường học của Việt Nam. Mọi thông tin các anh/chị cung cấp chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

Ando Megumi
Đại học TSUKUBA, Nhật Bản
Email: ando.megumi.f@gmail.com

Xin vui lòng ký tên ở dưới khi anh/chị đồng ý tham gia trả lời bảng câu hỏi điều tra này.

Ký tên: _____

Xin vui lòng trả lời những câu hỏi dưới đây bằng cách đánh dấu (x) hoặc (v) vào chỗ trống đối với câu trả lời mình chọn. Nếu không có thì xin chuyển sang câu tiếp theo.

A. Thông tin cơ bản

1. Liên quan đến trường học

1-1 Loại trường học	□Mầm non □Trường tiểu học □Trường THCS □Trường THPT
1-2 Số lượng học sinh	□Dưới 400 em □401-700 em □701-1000 em □Trên 1000 em
1-3 Số lớp học	□Dưới 9 lớp □10-18 lớp □19-27 lớp □Trên 27 lớp
1-4 Số cán bộ làm công tác y tế tại trường	□1 người □2 người □3 người trở lên
1-5 Đặc tính của địa phương khu vực tại địa bàn trường đóng	□Thành phố □Thị xã □Nông thôn □Miền núi □Miền biển, đầm phá
1-6 Trường có phòng y tế không?	□Có phòng độc lập □Có, nhưng ghép với phòng khác □Không có

2. Liên quan đến cá nhân

2-1 Hình thức tuyển dụng (Nếu là chuyên trách thì tích vào ô 2-1-1. Không phải chuyên trách thì tích vào ô 2-1-2).	2-1-1 □ Chuyên trách⟶ □ Biên chế □Hợp đồng 2-1-2 □ Kiêm nhiệm ⟶ Công việc chính là gì?（Ghi rõ)…… □ Biên chế □Hợp đồng

2-2 Giới tính	□Nam □Nữ
2-3 Tuổi	□Dưới 25 tuổi □25-29 tuổi □30-39 tuổi □40-49 tuổi □50 tuổi trở lên
2-4 Trình độ học vấn của anh/chị?	□Trên ĐH □Đại học □Cao đẳng □Trung cấp □Sơ cấp □Khác（Ghi rõ).....
2-5 Chuyên môn, ngành đào tạo của anh/chị	□Bác sỹ □Điều dưỡng □Y sỹ □Y tá □Dược sỹ □Dược tá □Nha sỹ □Nữ hộ sinh □ Giáo viên □Văn thư □ Kế toán □Khác（Ghi rõ). .....
2-6 Số năm công tác trong lĩnh vực y tế học đường	□Dưới 1năm □1 - dưới 3 năm □3 - dưới 5 năm □ 5 - 10 năm □Trên 10 năm
2-7 Công việc trước khi làm cán bộ y tế tại trường	□Bác sỹ □Điều dưỡng □Y sỹ □Y tá □Dược sỹ □Dược tá □Nha sỹ □Nữ hộ sinh □Văn thư □ Kế toán □Sinh viên □Giáo viên → Chuyên ngành（Ghi rõ）……..... □Khác（Ghi rõ）.....
2-8 Trường học hiện nay là trường học thứ mấy mà anh/chị công tác?	□Trường đầu tiên □Trường thứ 2 □Trường thứ 3 □Trường thứ 4 □Trường thứ 5 trở lên

B. Liên quan đến công việc y tế trường học

Xin vui lòng cho biết công việc liên quan đến y tế trường học

3. Liên quan đến công việc của cán bộ y tế <u>tại phòng y tế</u>

Anh/chị hãy đánh dấu vào <u>nội dung công việc mà mình thực hiện tại phòng y tế.</u>

(Có thể trả lời nhiều đáp án)

□3-1 Khám/kiểm tra, phân loại, xử lý ban đầu đối với vết thương, bệnh tật

→ (Nếu có) Trung bình một ngày có bao nhiêu em học sinh tới phòng y tế? (…….) em

□3-2 Tư vấn sức khỏe cho học sinh

□3-3 Tư vấn sức khỏe cho phụ huynh

□3-4 Tư vấn sức khỏe cho giáo viên, cán bộ, công nhân viên nhà trường

□3-5 Kê đơn

□3-6 Cấp thuốc

□3-7 Tiêm chủng

□3-8 Thông báo, theo dõi công tác tiêm chủng

□3-9 Quản lí vệ sinh phòng y tế

□3-10 Quản lí thuốc, dụng cụ vật tư y tế

□3-11 Quản lí hồ sơ (phiếu) sức khỏe, sổ theo dõi sức khỏe học sinh

□3-12 Báo cáo định kỳ

□3-13 Xây dựng kế hoạch, tổ chức khám sức khỏe định kỳ (KSKĐK)

□3-14 Thống kê kết quả khám sức khỏe định kỳ

□3-15 Đánh giá tình hình sức khỏe bệnh tật của học sinh

□3-16 Thông báo cho các phụ huynh kết qủa KSKĐK
□3-17 Xây dựng kế hoạch công tác YTTH, công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho học sinh
□3-18 Theo dõi tình hình trẻ suy dinh dưỡng
□3-19 Theo dõi tình hình trẻ béo phì
□3-20 Theo dõi tình hình bán trú
□3-21 Theo dõi tình hình dịch bệnh
□3-22 Soạn, xây dựng tài liệu giáo dục sức khỏe (GDSK)
□3-23 Phổ biến tài liệu GDSK trên bảng tin y tế , bảng thông báo…
□3-24 Phát tài liệu về GDSK cho học sinh
□3-25 Phát tài liệu về GDSK cho lớp
□3-26 Tổ chức, tuyên truyền GDSK nhóm nhỏ
□3-27 Xây dựng kế hoạch sử dụng, dự toán kinh phí từ nguồn quỹ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) - bảo hiểm y tế học sinh (BHYTHS)
□3-28 Dự trù mua sắm trang thiết bị, thuốc, vật tư y tế (sử dụng từ nguồn quỹ CSSKBĐ- BHYTHS)
□3-29 Hướng dẫn thủ tục bảo hiểm y tế cho học sinh
□3-30 Vận động học sinh tham gia BHYT
□3-31 Khác（Ghi rõ）……...

3-32 Công việc khác ngoài lĩnh vực YTTH
□Có → Công việc ấy là gì?（Ghi rõ）……
□Không

4. Liên quan đến công việc của cán bộ y tế thực hiện <u>bên ngoài phòng y tế</u>

Anh/chị hãy đánh dấu vào <u>nội dung công việc mà mình thực bên ngoài phòng y tế.</u>
(Có thể trả lời nhiều đáp án)

□4-1 Khám/kiểm tra, phân loại, xử lý ban đầu đối với vết thương, bệnh tật
→ (Nếu có) Trung bình một ngày anh/chị có xử lý bao nhiêu em học sinh bên ngoài PYT? (…….) em
□4-2 Xử lý sơ cấp cứu cho học sinh tại các sự kiện, hoạt động ngoài trường học
□4-3 Tư vấn sức khỏe cho học sinh
□4-4 Tư vấn sức khỏe cho phụ huynh
□4-5 Tư vấn sức khỏe cho giáo viên, cán bộ, công nhân viên nhà trường
□4-6 Kê đơn
□4-7 Cấp thuốc
□4-8 Tiêm chủng
□4-9 Thông báo, theo dõi công tác tiêm chủng

□4-10 Kiểm tra vệ sinh lớp học (Nếu có) →	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-11 Kiểm tra, chỉ đạo vệ sinh khu vực bên ngoài lớp học (sân trường, hành lang, vv…) (Nếu có) →	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần

□4-12 Kiểm tra nước uống (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-13 Kiểm tra nước sinh hoạt (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-14 Kiểm tra nhà vệ sinh (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-15 Kiểm tra các yếu tố đảm bảo an toàn trường học (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-16 Kiểm tra vệ sinh bếp ăn (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-17 Kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-18 Thực hiện lưu mẫu thực phẩm (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-19 Kiểm tra bàn, ghế phù hợp với học sinh (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-20 Đề xuất xây dựng, sửa chữa trường học, cải tạo công trình phù hợp yêu cầu vệ sinh môi trường □4-21 Tổ chức khám sức khỏe định kỳ □4-22 Phối hợp với các đơn vị ban ngành liên quan trong công tác kiểm tra □4-23 Báo cáo định kì □4-24 Phối hợp quản lí hồ sơ (phiếu) sức khỏe, sổ theo dõi SK HS				
□4-25 Tuyên truyền GDSK nhóm nhỏ (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-26 Tuyên truyền GDSK tại lớp học (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần
□4-27 Tuyên truyền GDSK tập trung toàn trường (Nếu có)	Mức độ thực hiện			
	□Hàng ngày-Vài lần trong tuần	□1 lần trong tuần-Vài lần trong tháng	□Vài lần trong năm	□Mấy năm 1 lần

□4-28 Tuyên truyền GDSK ngoại khóa theo chuyên đề (Nếu có)	Mức độ thực hiện □1 lần trong tuần □Vài lần trong tháng □1 lần trong tháng □Vài lần trong năm □Mấy năm 1 lần Hình thức tổ chức ngoại khóa: □Nói chuyện chuyên đề □Thi tìm hiểu □Đố vui □Hái hoa dân chủ □Rung chuông vàng □Khác (Ghi rõ)……... ……. …….
□4-29 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới giáo viên □4-30 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới các học sinh □4-31 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới phụ huynh □4-32 Cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe của cá nhân học sinh tới giáo viên	
□4-33 Xây dựng kế hoạch sử dụng, dự toán kinh phí quỹ chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ)- bảo hiểm y tế học sinh (BHYTHS) □4-34 Dự trù mua sắm trang thiết bị, thuốc, vật tư y tế (sử dụng từ nguồn quỹ CSSKBĐ- BHYTHS) □4-35 Hướng dẫn thủ tục bảo hiểm y tế cho học sinh □4-36 Vận động học sinh tham gia BHYT □4-37 Khác（Ghi rõ）…….. ……..…..	

5. Liên quan đến công việc của <u>những người không phải cán bộ y tế</u> nhưng tham gia thực hiện công tác y tế tại trường. (Câu hỏi này để tìm hiểu sự phối hợp giữa các cán bộ khác trong trường với CBYTTH, để thực hiện công tác YTTH).

Có công việc YTTH nào trong trường được những người không phải cán bộ y tế thực hiện không? Ai phụ trách/thực hiện? Anh/chị hãy đánh dấu vào nội dung (có thể trả lời nhiều đáp án).

5-1 Khám/kiểm tra, phân loại, xử lý ban đầu đối với vết thương, bệnh tật (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-2 Xử lý sơ cấp cứu cho học sinh tại các sự kiện, hoạt động ngoài trường học (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-3 Tư vấn sức khỏe cho học sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-4 Tư vấn sức khỏe cho phụ huynh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-5 Tư vấn sức khỏe cho giáo viên, cán bộ, công nhân viên nhà trường (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết

5-6 Kê đơn (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-7 Cấp thuốc (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-8 Thông báo, theo dõi công tác tiêm chủng (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-9 Kiểm tra vệ sinh lớp học (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-10 Kiểm tra, chỉ đạo vệ sinh khu vực bên ngoài lớp học (sân trường, hành lang, vv…) (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-11 Kiểm tra nước uống (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-12 Kiểm tra nước sinh hoạt (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-13 Kiểm tra nhà vệ sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-14 Kiểm tra các yếu tố đảm bảo an toàn trường học (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-15 Kiểm tra vệ sinh bếp ăn (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-16 Kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-17 Thực hiện lưu mẫu thực phẩm (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-18 Kiểm tra bàn, ghế phù hợp với học sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết

5-19 Đổi bàn, ghế phù hợp với học sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-20 Đề xuất xây dựng, sửa chữa trường học, cải tạo công trình phù hợp yêu cầu vệ sinh môi trường (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-21 Tổ chức khám sức khỏe định kỳ (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-22 Phối hợp với các đơn vị, ban ngành liên quan trong công tác kiểm tra (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-23 Báo cáo định kì (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-24 Phối hợp quản lí hồ sơ (phiếu) sức khỏe, sổ theo dõi sức khỏe HS (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-25 Tuyên truyền GDSK nhóm nhỏ (Nếu có) □ Không co	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-26 Tuyên truyền GDSK tại lớp học (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-27 Tuyên truyền GDSK tập trung toàn trường (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-28 Tuyên truyền GDSK ngoại khóa theo chuyên đề (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-29 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới giáo viên (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-30 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới các học sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết
5-31 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới phụ huynh (Nếu có) □Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác（Ghi rõ... ） □Không biết

5-32 Cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe của cá nhân học sinh tới giáo viên (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-33 Xây dựng kế hoạch sử dụng, dự toán kinh phí quỹ CSSKBĐ- BHYTHS (Nếu có) □Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-34 Dự trù mua sắm trang thiết bị, thuốc, vật tư y tế (sử dụng từ nguồn quỹ CSSKBĐ- BHYTHS) □Không có (Nếu có)	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-35 Hướng dẫn, thủ tục bảo hiểm y tế cho học sinh (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-36 Vận động học sinh tham gia BHYT (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết
5-37 Khác(Ghi rõ)..... (Nếu có) □ Không có	□Hiệu trưởng □Hiệu phó □Giáo viên chủ nhiệm □Kế toán □Tổng phụ trách Đội □Cán bộ Đoàn □Khác(Ghi rõ...) □Không biết

6. Một số công việc do các đơn vị bên ngoài phối hợp với nhà trường tổ chức tại trường. Đơn vị nào thực hiện? (có thể trả lời nhiều đáp án).

6-1 Khám/kiểm tra, phân loại, xử lý ban đầu đối với vết thương, bệnh tật (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-2 Xử lý sơ cấp cứu cho học sinh tại các sự kiện hoạt động ngoài trường học (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-3 Tư vấn sức khỏe cho học sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-4 Tư vấn sức khỏe cho phụ huynh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-5 Tư vấn sức khỏe cho giáo viên, cán bộ, công nhân viên nhà trường (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết

6-6 Kê đơn (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-7 Cấp thuốc (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-8 Thông báo, theo dõi công tác tiêm chủng (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-9 Kiểm tra vệ sinh lớp học (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-10 Kiểm tra, chỉ đạo vệ sinh khu vực bên ngoài lớp học (sân trường, hành lang, vv…) (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-11 Kiểm tra nước uống (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-12 Kiểm tra nước sinh hoạt (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-13 Kiểm tra nhà vệ sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-14 Kiểm tra các yếu tố đảm bảo an toàn trường học (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-15 Kiểm tra vệ sinh bếp ăn (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết

6-16 Kiểm tra vệ sinh an toàn thực phẩm (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-17 Thực hiện lưu mẫu thực phẩm (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-18 Kiểm tra bàn, ghế phù hợp với học sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-19 Đổi bàn, ghế phù hợp với học sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-20 Đề xuất xây dựng, sửa chữa trường học, cải tạo công trình phù hợp yêu cầu vệ sinh môi trường (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-21 Tổ chức khám sức khỏe định kỳ (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-22 Phối hợp trong công tác kiểm tra (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-23 Báo cáo định kì (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-24 Phối hợp quản lí hồ sơ (phiếu) sức khỏe, sổ theo dõi SK HS (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-25 Tuyên truyền GDSK nhóm nhỏ (Nếu có) □ Không co	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết

6-26 Tuyên truyền GDSK tại lớp học (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-27 Tuyên truyền GDSK tập trung toàn trường (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-28 Tuyên truyền GDSK ngoại khóa theo chuyên đề (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-29 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới giáo viên (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-30 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới các học sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-31 Cung cấp thông tin bệnh truyền nhiễm mới nhất tới phụ huynh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-32 Cung cấp thông tin liên quan đến sức khỏe của cá nhân học sinh tới giáo viên (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-33 Xây dựng kế hoạch, dự toán kinh phí quỹ CSSKBĐ- BHYTHS (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-34 Dự trù mua sắm trang thiết bị, thuốc, vật tư y tế (sử dụng từ nguồn quỹ CSSKBĐ- BHYTHS) (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
6-35 Hướng dẫn thủ tục bảo hiểm y tế cho học sinh (Nếu có) □ Không có	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết

6-36 Vận động học sinh tham gia BHYT (Nếu có) →	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
□ Không có	
6-37 Khác(Ghi rõ)..... (Nếu có) →	□Trung tâm y tế học đường □Hội Chữ thập đỏ □TTYTDP tỉnh □Đội YTDP □Trạm y tế □Phòng GD □Cơ quan y tế chuyên ngành □Đoàn TN □Khác(Ghi ro)..... □Không biết
□ Không có	

7. Liên quan đến CSSK ban đầu

Cán bộ y tế có thể khám, xử lí được những vết thương, bệnh tật gì trong trường học (chữa trị hay có thể cấp thuốc, kê đơn mà không cần đi bệnh viện)(có thể trả lời nhiều đáp án)?

□7-1 Xây xước □7-2 Rách da □7-3 Bong gân □7-4 Trật khớp xương □7-5 Gãy xương
□7-6 Chấn thương mắt □7-7 Gẫy răng, chảy máu răng □7-8 Chảy máu cam □7-9 Bỏng
□7-10 Côn trùng cắn, đốt □7-11 Chó cắn □7-12 Điện giật □7-13 Say nắng, say nóng
□7-14 Cảm lạnh □7-15 Hạ đường huyết □7-16 Hạ canxi huyết □7-17 Ngất
□7-18 Co giật □7-19 Động kinh □7-20 Dị vật đường thở □7-21 Ngừng tim, ngừng thở (CPI) □7-22 Đau đầu □7-23 Đau bụng nhẹ □7-24 Hành kinh □7-25 Sốt nhẹ (dưới 38 độ)
□7-26 Sốt cao (trên 38 độ) □7-27 Nôn □7-28 Tiêu chảy □7-29 Bệnh tay chân miệng
□7-30 Sốt rét □7-31 Sốt xuất huyết □7-32 Cúm □7-33 Sởi □7-34 Thủy đậu
□7-35 Ho gà □7-36 Đau mắt đỏ □7-37 Bệnh tiểu đường mãn tính □7-38 Thiếu máu
□7-39 Ngộ độc thức ăn □7-40 Ngộ độc thuốc □7-41 Ngộ độc hoá chất
□7-42 Khác(Ghi rõ)……..

8. <u>Những người khác không phải cán bộ y tế</u> có thể khám được những vết thương, bệnh tật gì trong trường học (có thể trả lời nhiều đáp án)?

□8-1 Xây xước □8-2 Rách da □8-3 Bong gân □8-4 Trật khớp xương □8-5 Gãy xương
□8-6 Chấn thương mắt □8-7 Gẫy răng, chảy máu răng □8-8 Chảy máu cam □8-9 Bỏng
□8-10 Côn trùng cắn, đốt □8-11 Chó cắn □8-12 Điện giật □8-13 Say nắng, say nóng □8-14 Cảm lạnh □8-15 Hạ đường huyết □8-16 Hạ canxi huyết
□8-17 Ngất
□8-18 Co giật □8-19 Động kinh □8-20 Dị vật đường thở □8-21 Ngừng tim, ngừng thở (CPI) □8-22 Đau đầu □8-23 Đau bụng nhẹ □8-24 Hành kinh □8-25 Sốt nhẹ (dưới 38 độ) □8-26 Sốt cao (trên 38 độ) □8-27 Nôn □8-28 Tiêu chảy □8-29 Bệnh tay chân miệng □8-30 Sốt rét □8-31 Sốt xuất huyết □8-32 Cúm □8-33 Sởi
□8-34 Thủy đậu □8-35 Ho gà □8-36 Đau mắt đỏ □8-37 Bệnh tiểu đường mãn tính
□8-38 Thiếu máu □8-39 Ngộ độc thức ăn □8-40 Ngộ độc thuốc □8-41 Ngộ độc hoá chất
□8-42 Khác(Ghi rõ).....……

9. Liên quan đến hoạt động tuyên truyền GDSK

Trong năm học này, nhà trường của anh/chị đã/sẽ thực hiện hoạt động tuyên truyền nội dung GDSK nào? (có thể trả lời nhiều đáp án)

□9-1 Phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm
□9-2 Vệ sinh răng miệng, phòng chống sâu răng
□9-3 Phòng chống các bệnh tật học đường (cong vẹo cột sống, cận thị, vv..)
□9-4 Dinh dưỡng
□9-5 Vệ sinh môi trường
□9-6 Giáo dục thói quen có lợi cho sức khỏe
□9-7 Phòng chống tác hại của thuốc lá
□9-8 Phòng chống lạm dụng thuốc
□9-9 Giáo dục giới tính, kế hoạch hóa gia đình
□9-10 Phòng chống tai nạn thương tích, an toàn giao thông
□9-11 Uống rượu
□9-12 Giảm tải căng thẳng, chống rối nhiễu tâm trí, chăm sóc sức khỏe tinh thần
□9-13 Khác(Ghi rõ).....

10. Liên quan biện pháp nâng cao năng lực chuyên môn, anh/chị đã sử dụng biện pháp gì?

(có thể trả lời nhiều đáp án)

□10-1 Tham gia các lớp tập huấn đào tạo chuyên môn
□10-2 Thông tin, chia sẻ từ mạng lưới cán bộ y tế trường học
□10-3 Tài liệu cung cấp từ Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo
□10-4 Website các đơn vị y tế
□10-5 Internet
□10-6 Tài liệu tham khảo khác (Sách vở, báo chí...)
□10-7 Khác(Ghi rõ).....

11. Liên quan đến hoạt động Internet (Anh/chị vui lòng chọn 1 đáp án)

□11-1 Sử dụng Internet để nhận được thông tin về hoạt động y tế, đào tạo
□11-2 Không sử dụng Internet

C.Liên quan đến suy nghĩ, ý kiến

12. Liên quan đến suy nghĩ của anh/chị

Với tư cách là cán bộ y tế, anh/chị cho biết điều gì đặc biệt cần thiết trong công việc?

Anh/chị chọn **5 đáp án**

□12-1 Biện pháp xử lí phù hợp đối với vết thương, bệnh tật
□12-2 Cách phát hiện sớm vấn đề và biện pháp xử lí trong môi trường học đường
□12-3 Lập kế hoạch hàng năm một cách phù hợp
□12-4 Lập báo cáo định kỳ chính xác
□12-5 Tổ chức, tiến hành thực hiện khám sức khỏe định kỳ cho học sinh
□12-6 Nâng cao năng lực quản lí cá nhân của học sinh
□12-7 Thu thập thông tin chi tiết
□12-8 Liên kết với các cơ quan, ban ngành liên quan của địa phương
□12-9 Liên kết với cán bộ y tế học đường của địa phương
□12-10 Tuyên truyền GDSK

□12-11 Các công việc nghiệp vụ (bảo hiểm y tế học sinh, thống kê kết quả khám sức khỏe, phòng chống dịch bệnh…)
□12-12 Khác (Ghi rõ).....

13. Với tư cách là cán bộ y tế, anh/chị cho biết kiến thức, năng lực gì đặc biết cần thiết?
Anh/chị hãy chọn **5 đáp án.**

□13-1 Chẩn đoán, xử lí chính xác đối với vết thương, bệnh tật
□13-2 Học tập kiến thức y tế thuộc nhiều chuyên ngành, lĩnh vực
□13-3 Kiến thức chuyên môn liên quan đến công tác tư vấn, đánh giá phù hợp
□13-4 Năng lực liên kết với giáo viên trong trường học
□13-5 Năng lực liên kết với các đơn vị ngoài trường như hội phụ huynh học sinh, các cơ quan, đoàn thể liên quan
□13-6 Kĩ năng giáo dục sức khỏe
□13-7 Năng lực thu thập và cung cấp thông tin mới nhất
□13-8 Kiến thức chuyên môn và thông tin liên quan đến tư vấn tâm lý
□13-9 Kiến thức liên quan đến quản lí môi trường
□13-10 Năng lực xác định xây dụng kế hoạch hàng năm phù hợp
□13-11 Kỹ năng thực hiện, tổ chức khám sức khỏe định kì
□13-12 Năng lực xây dựng dự toán kinh phí hoạt động YTTH từ nguồn quỹ CSSKBĐ- BHYTHS
□13-13 Năng lực thống kê tổng hợp, năng lực lập văn bản, báo cáo tổng kết vv...
□13-14 Kỹ thuật sử dụng máy tính
□13-15 Khác（Ghi rõ）.....

14. Liên quan đến chỉ đạo công tác y tế, hoạt động tuyên truyền. Anh/chị hãy chọn **3 đáp án**
14-1 Anh/chị chọn 3 đáp án được cho là **quan trọng nhất trong quản lí sức khỏe trong trường học.** Anh/chị đánh số 1 là số có ý nghĩa quan trọng nhất, rồi đến số 2 và số 3 theo thứ tự giảm dần vào các đáp án mình chọn.

☐14-1-1 Phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm
☐14-1-2 Vệ sinh răng miệng, phòng chống sâu răng
☐14-1-3 Phòng chống các bệnh tật học đường (cong vẹo cột sống, cận thị, vv..)
☐14-1-4 Dinh dưỡng
☐14-1-5 Vệ sinh môi trường
☐14-1-6 Giáo dục thói quen có lợi cho sức khỏe
☐14-1-7 Phòng chống tác hại của thuốc lá
☐14-1-8 Phòng chống lạm dụng thuốc
☐14-1-9 Giáo dục giới tính, kế hoạch hóa gia đình
☐14-1-10 Phòng chống tai nạn thương tích, an tòan giao thông
☐14-1-11 Uống rượu
☐14-1-12 Giảm tải căng thẳng, chống rối nhiễu tâm trí, chăm sóc sức khỏe tinh thần
☐14-1-13 Khác（Ghi rõ）.....

14-2 Anh/chị chọn 3 đáp án được cho là **khó thực hiện nhất đối với việc chỉ đạo sức khỏe được thực hiện trong trường.** Anh/chị đánh số 1 là "khó khăn nhất", rồi đến số 2 và số 3 theo mức độ giảm dần.

☐14-2-1 Phòng chống dịch bệnh truyền nhiễm
☐14-2-2 Vệ sinh răng miệng, phòng chống sâu răng
☐14-2-3 Phòng chống các bệnh tật học đường (cong vẹo cột sống, cận thị, vv..)
☐14-2-4 Dinh dưỡng
☐14-2-5 Vệ sinh môi trường
☐14-2-6 Giáo dục thói quen có lợi cho sức khỏe
☐14-2-7 Phòng chống tác hại của thuốc lá
☐14-2-8 Phòng chống lạm dụng thuốc
☐14-2-9 Giáo dục giới tính, kế hoạch hóa gia đình
☐14-2-10 Phòng chống tai nạn thương tích, an tòan giao thông
☐14-2-11 Uống rượu
☐14-2-12 Giảm tải căng thẳng, chống rối nhiễu tâm trí, chăm sóc sức khỏe tinh thần
☐14-2-13 Khác(Ghi rõ).....

15. Với tư cách là cán bộ y tế, anh/chị thấy cần cải tiến điểm nào trong công tác YTTH?

15-1 Cần tăng số các loại thuốc được dùng trong phòng y tế	□Rất cần □Cần □Không cần lắm □Không nghĩ thế □Không biết ↓ Đối với anh/chị chọn "Rất cần", "Cần" thì anh/chị cần những thuốc nào? □Thuốc bôi côn trùng cắn □Salonpas □Dầu □Thuốc hạ sốt dạng sủi (Vd: Efferalgant - không nằm trong danh mục qui định) □Thuốc cảm cúm (dạng đa chất phối hợp) □Khác(Ghi rõ)..... .....
15-2 Có bồn rửa tay, vòi nước trong phòng y tế	□Rất cần □Cần □Không cần lắm □Không nghĩ thế □Không biết
15-3 Có nhà vệ sinh khép kín trong phòng y tế	□Rất cần □Cần □Không cần lắm □Không nghĩ thế □Không biết
15-4 Cần tăng số lượng y dụng cụ, vật tư y tế trong phòng y tế	□Rất cần □Cần □Không cần lắm □Không nghĩ thế □Không biết ↓ Đối với anh/chị chọn "Rất cần", "Cần" thì anh/chị cần những dụng cụ nào? □Nẹp xương □Ga trải giường, gối để thay thế □Xe đẩy □Cáng □Tủ lạnh □Điện thoại nội bộ □Vách ngăn □Khác(Ghi rõ).....

15-5 Cán bộ giáo viên trong trường hiểu rõ hơn về tầm quan trọng của y tế trường học	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-6 Cán bộ giáo viên trong trường hỗ trợ CBYT trong công việc y tế	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-7 Đảm bảo chính sách về thời gian lao động (theo quy định của Luật Lao động)	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-8 Tăng phụ cấp ưu đãi ngành cho CBYT	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-9 Được cung cấp máy móc, dụng cụ trong phòng y tế như là máy vì tính, máy in, giấy in, các vật dụng văn phòng	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-10 Lồng ghép, phối hợp nội dung công tác YTTH với các sinh hoạt chuyên đề của các tổ bộ môn, để CBYT và giáo viên trong trường cùng phối hợp thực hiện hoạt động ngoại khóa.	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-11 Biết cách sử dụng có hiệu quả qũy CSSKBĐ - bảo hiểm y tế học sinh	□Rất cần	□Cần	□Không cần lắm	□Không nghĩ thế	□Không biết
15-12 Nếu có đề xuất muốn cải tiến khác, anh/chị vui lòng ghi lại dưới đây (ý kiến tự do)					

Xin cảm ơn sự hợp tác quý báu của các anh/chị!

Liên quan đến kết quả nghiên cứu này, nếu anh/chị nào mong muốn nhận được thông tin phản hồi, xin vui lòng ghi lại địa chỉ liên lạc theo như dưới đây:

Họ và tên:_____
□E-mail:_____
□Địa chỉ:_____
□ĐT:_____

資料編_4

質問調査票（日本語訳）

アンケート

今回は、アンケート調査にご協力いただきありがとうございます。

本研究では、ベトナムの学校保健政策が実際の学校でどのように実施されているか、また学校保健活動を行っている学校保健員の皆さんがどのようにお仕事をされているかを明らかにすることを目的としています。ですので、アンケートが皆さんの評価につながるということは決してありません。今回の調査結果は、研究にのみ使用し、その他の目的には使いません。個人プライバシーは遵守します。

筑波大学大学院人間総合科学研究科
博士後期課程 2 年　安藤　めぐみ
Email: ando.megumi.f@gmail.com

調査のご協力に同意いただけたら、署名をお願いします。

_____

それでは、以下の質問に答えてください。該当する項目の□に印をつけてください。

A. 基礎情報について

1. 学校についてお聞きします。

1-1 校種	□幼稚園　□小学校　□中学校　□高校
1-2 学校の児童生徒数	□～400 以下　□401～700　□701～1000　□1001 名以上
1-3 クラス数	□9 クラス以下　□10-18 クラス　□19-27 クラス　□28 クラス以上
1-4 学校の学校保健員数	□1 名　□2 名　□3 名以上
1-5 学校が設置されている地域の属性	□都市部　□郊外住宅地　□農村地域　□漁村地域
1-6 保健室の有無	□あり　□あるが、他の部屋と共同　□なし

2. あなたについてお聞きします。

2-1 採用形態	2-1-1□専任 → □公務員　□契約 2-1-2□兼任 → 主担当は何ですか？(　　) □公務員　□契約
2-2 性別	□男　□女
2-3 年齢	□～25 歳未満　□25～29 歳　□30～39 歳　□40～49 歳　□50 歳以上
2-4 学位	□大学院以上　□大学　□高等専門学校　□中等学校　□義務教育 □その他(　　)
2-5 所有資格	□医師　□上級看護師　□中級看護師　□準看護師　□薬剤師　□準薬剤師

	□歯科医師　□助産師　□教師　□司書　□会計 □その他（　　）
2-6 学校保健員としての勤務年数	□1 年未満　□1～3 年未満　□3～5 年未満　□5～10 年未満　□10 年以上
2-7 学校保健員になる前の職業	□医師 □上級看護師 □中級看護師　□準看護師　□薬剤師　□準薬剤師 □歯科医師　□助産師　□司書　□会計　□学生 □教師 → 専門科目（　　） □その他（　　）
2-8 勤務校数	□初めて　□2 校目　□3 校目　□4 校目　□5 校以上

B. 学校保健の業務について

次は、学校保健の業務についてお聞きします。

3. 保健室内で行われる**学校保健員の職務**について、お聞きします。

あなたが、保健室の中で担当しているものに印をつけてください。（複数回答可）

※保健室外での仕事は次の質問で聞きます。保健室の中での仕事のみ、答えてください。

□3-1 けが・病気の初期診察・応急処置

→印をつけた方にお聞きします。 1 日平均何人くらいが来室しますか？（　　）人

□3-2 健康相談活動（児童生徒）

□3-3 健康相談活動（保護者）

□3-4 健康相談活動（教師、学校関係者）

□3-5 処方箋の作成

□3-6 医薬品の処方

□3-7 予防接種

□3-8 予防接種実施の告知

□3-9 保健室の衛生管理

□3-10 常備薬、備品等の管理

□3-11 児童生徒健康票の管理

□3-12 定期報告

□3-13 定期健康診断計画策定、準備、当日運営

□3-14 定期健康診断結果の集計など

□3-15 健康診断結果の評価

□3-16 健康診断結果の保護者への通知

□3-17 追加の診察、その他の学校保健活動の計画策定

□3-18 栄養失調状況のフォローアップ

□3-19 肥満状況のフォローアップ

□3-20 学内売店のフォローアップ

□3-21 感染症状況のフォローアップ

□3-22 健康教育資料の作成、計画策定

□3-23 健康教育資料の提供（掲示版）

□3-24 健康教育資料の提供(個別) □3-25 健康教育資料の提供(クラス) □3-26 健康教育(個人、少人数) □3-27 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定 □3-28 学校医療保険への常備薬、備品等の調達手続き □3-29 児童生徒の学校医療保険手続き事務 □3-30 学校医療保険の広報 □3-31 その他(　　)
3-32 学校から依頼された学校保健以外の業務 □ある　→それは何ですか？(　　) □なし

4. 保健室外で行われる**学校保健員の職務**について、お聞きします。

あなたが、**保健室の外で担当しているもの**に〇をつけてください。(複数回答可)

□4-1 けが・病気の初期診察・応急処置 →印をつけた方にお聞きします。1 日平均何人くらいが来室しますか？(　　)人 □4-2 校外行事への引率・校外行事での応急手当 □4-3 健康相談活動(児童生徒) □4-4 健康相談活動(保護者) □4-5 健康相談活動(教師、学校関係者) □4-6 処方箋の作成 □4-7 医薬品の処方 □4-8 予防接種 □4-9 予防接種に関する広報・通知	
□4-10 各教室の衛生目視検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回
□4-11 教室外(校庭・廊下など)の衛生目視検査・指導 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回
□4-12 飲料水の目視検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回
□4-13 手洗い水の目視検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回
□4-14 トイレの目視検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回
□4-15 学校安全のための校内巡視 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日-週に数回　□週に 1 回-月に数回　□1 年で数回　□数年に 1 回

□4-16 給食室の安全検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-17 食品安全検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-18 食品サンプリング検査 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-19 児童生徒に適した机・椅子の確認、指導 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-20 衛生・安全な学校建設・改装工事の提案 □4-21 定期健康診断の日程調整、準備、受入 □4-22 外部調査の受入、日程調整等の事務 □4-23 定期報告 □4-24 健康診断票の管理	
□4-25 保健指導(個人、少人数) →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-26 保健指導(クラス単位) →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-27 保健指導(全校) →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-28 学外の専門家による保健指導 →印をつけた方にお聞きします。	□毎日- □週に 1 回 □1 年で数回 □数年に 1 回 週に数回 -月に数回
□4-29 教諭への最新感染症情報等の共有 □4-30 児童生徒への最新感染症情報等の共有 □4-31 保護者への最新感染症情報等の共有 □4-32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有 □4-33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定 □4-34 学校医療保険での薬・備品等の調達手続き □4-35 児童生徒の学校医療保険手続き事務 □4-36 学校医療保険の広報 □4-37 その他	

5. 学校内で学校保健員以外の人が行う職務はありますか？誰が行いますか？(複数回答可)

職務内容:	誰が担当しますか？(複数回答可)
□5-1 けが・病気の初期診察・応急処置	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-3 健康相談活動(児童生徒)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない

□5-4 健康相談活動(保護者)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-5 健康相談活動(教師、学校関係者)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-6 処方箋の作成	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-7 医薬品の処方	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-8 予防接種	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-9 予防接種に関する広報・通知	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-10 各教室の衛生目視検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-11 教室外(校庭・廊下など)の衛生目視検査・指導	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-12 飲料水の目視検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-13 手洗い水の目視検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-14 トイレの目視検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-15 学校安全のための校内巡視	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-16 給食室の安全検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-17 食品安全検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-18 食品サンプリング検査	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-19 児童生徒に適した机・椅子の確認、指導	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-20 衛生・安全な学校建設・改装工事の提案	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-21 定期健康診断の日程調整、準備、受入	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-22 外部調査の受入、日程調整等の事務	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない

□5-23 定期報告	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-24 健康診断票の管理	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-25 保健指導(個人、少人数)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-26 保健指導(クラス単位)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-27 保健指導(全校)	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-28 学外の専門家による保健指導	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-29 教諭への最新感染症情報等の共有	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-30 児童生徒への最新感染症情報等の共有	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-31 保護者への最新感染症情報等の共有	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-34 学校医療保険での薬・備品等の調達手続き	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-36 学校医療保険の広報	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない
□5-37 その他( )	□校長 □副校長 □担任 □会計 □青年団 □共産党 □その他( ) □分からない

6. 学校内で学校関係者以外が行う職務はありますか？誰が担当しますか？(複数回答可)

職務内容	誰が担当しますか？
□6-1 けが・病気の初期診察・応急処置	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他( ) □分からない
□6-2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他( ) □分からない
□6-3 健康相談活動(児童生徒)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他( ) □分からない

□6-4 健康相談活動(保護者)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-5 健康相談活動(教師、学校関係者)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-6 処方箋の作成	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-7 医薬品の処方	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-8 予防接種	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-9 予防接種に関する広報・通知	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-10 各教室の衛生目視検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-11 教室外(校庭・廊下など)の衛生目視検査・指導	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-12 飲料水の目視検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-13 手洗い水の目視検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-14 トイレの目視検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-15 学校安全のための校内巡視	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-16 給食室の安全検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-17 食品安全検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-18 食品サンプリング検査	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-19 児童生徒に適した机・椅子の確認、指導	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-20 衛生・安全な学校建設・改装工事の提案	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない

□6-21 定期健康診断の日程調整、準備、受入	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-22 外部調査の受入、日程調整等の事務	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-23 定期報告	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-24 健康診断票の管理	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-25 保健指導(個人、少人数)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-26 保健指導(クラス単位)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-27 保健指導(全校)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-28 学外の専門家による保健指導	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-29 教諭への最新感染症情報等の共有	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-30 児童生徒への最新感染症情報等の共有	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-31 保護者への最新感染症情報等の共有	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-34 学校医療保険での薬・備品等の調達手続き	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-36 学校医療保険の広報	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない
□6-37 その他(　　)	□学校保健センター □赤十字 □予防医療センター □予防医療室 □保健センター □教育訓練局 □専門医療機関 □青年団 □その他(　　) □分からない

7. 初期診察についてお聞きします。

現在、学校保健員が学校だけで対応できる(病院に行かず治療、薬の処方ができる)けが・病気はどれですか？(複数回答可)

□7-1 擦り傷(軽いもの)　□7-2 切り傷(軽いもの)　□7-3 打撲　□7-4 脱臼　□7-5 骨折
□7-6 眼部の怪我　□7-7 歯折れ、口腔部からの出血　□7-8 鼻血　□7-9 やけど　□7-10 虫刺され
□7-11 犬に咬まれた　□7-12 電気ショック　□7-13 熱中症、日射病　□7-14 風邪　□7-15 低血糖
□7-16 低カルシウム血症　□7-17 失神　□7-18 発作　□7-19 てんかん　□7-20 呼吸困難
□7-21 CPI　□7-22 頭痛　□7-23 軽い腹痛　□7-24 生理痛　□7-25 発熱(38 度以下)
□7-26 発熱(38 度以上)　□7-27 嘔吐　□7-28 下痢　□7-29 手足口病　□7-30 マラリア
□7-31 デング熱　□7-32 インフルエンザ　□7-33 風疹　□7-34 水疱瘡　□7-35 百日咳
□7-36 結膜炎　□7-37 慢性糖尿病　□7-38 貧血　□7-39 誤飲(食べ物)　□7-40 誤飲(化学物)
□7-41 誤飲(薬品)　□7-42 その他(　　)

8. 学校内で学校保健員以外が対応できるもの(対応しているもの)はありますか？(複数回答可)

□8-1 擦り傷(軽いもの)　□8-2 切り傷(軽いもの)　□8-3 打撲　□8-4 脱臼　□8-5 骨折
□8-6 眼部の怪我　□8-7 歯折れ、口腔部からの出血　□8-8 鼻血　□8-9 やけど　□8-10 虫刺され
□8-11 犬に咬まれた　□8-12 電気ショック　□8-13 熱中症、日射病　□8-14 風邪　□8-15 低血糖
□8-16 低カルシウム血症　□8-17 失神　□8-18 発作　□8-19 てんかん　□8-20 呼吸困難
□8-21 CPI　□8-22 頭痛　□8-23 軽い腹痛　□8-24 生理痛　□8-25 発熱(38 度以下)
□8-26 発熱(38 度以上)　□8-27 嘔吐　□8-28 下痢　□8-29 手足口病　□8-30 マラリア
□8-31 デング熱　□8-32 インフルエンザ　□8-33 風疹　□8-34 水疱瘡　□8-35 百日咳
□8-36 結膜炎　□8-37 慢性糖尿病　□8-38 貧血　□8-39 誤飲(食べ物)　□8-40 誤飲(化学物)
□8-41 誤飲(薬品)　□8-42 その他(　　)

9. 健康教育について

今年度に実施した(する予定)の健康教育には何がありますか？(複数回答可)

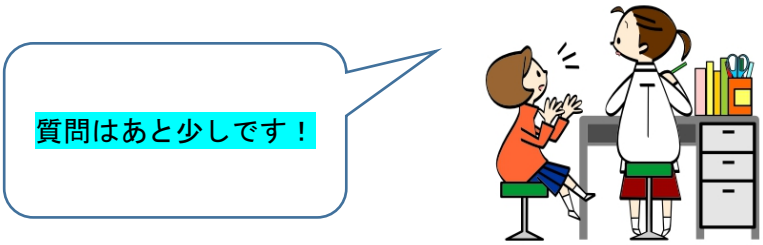
□9-1 感染症と予防
□9-2 口腔衛生、虫歯予防
□9-3 生活習慣病予防(骨粗しょう症、近視予防)
□9-4 栄養
□9-5 衛生
□9-6 健康習慣
□9-7 喫煙防止
□9-8 薬物乱用防止
□9-9 性教育・家族計画
□9-10 危機管理・交通安全
□9-11 飲酒
□9-12 ストレス解消、精神保健
□9-13 その他(　　)

10. 自己研磨のための手段についてお聞きします。現在、どのような方法を利用していますか？（複数回答可）

□10-1 研修会
□10-2 情報ネットワーク（他校の学校保健員など）からの情報
□10-3 保健省、教育訓練省等からの配布資料
□10-4 医療機関のウェブサイト
□10-5 インターネット
□10-6 参考書
□10-7 その他（　　）

11. インターネットの活用についてお聞きします。（1 つだけお選びください）

□11-1 保健活動や研修の情報を得るためにインターネットを活用している
□11-2 インターネットは使用していない



C. 考え、意見について

12. あなたの考えについてお聞きします。

学校保健員として特に必要だと考える職務は何ですか？**5つ**選んでください。

□12-1 けが・病気の適切な処置
□12-2 学校環境の早期の問題発見と対処
□12-3 適切な年間計画の策定
□12-4 正確な定期報告作成
□12-5 定期健康診断の実施・運営
□12-6 児童生徒の自己管理能力を身に付けさせること
□12-7 こまめな情報収集
□12-8 地域の関連機関との連携
□12-9 地域の学校学校保健員との連携
□12-10 保健指導
□12-11 事務作業（学校医療保険、健診結果統計）
□12-12 その他（　　）

13. 学校保健員として特に必要だと考える**知識・能力**は何ですか？**5つ**選んでください。

□13-1 けが・病気に対する正しい判断・処置
□13-2 幅広い医療知識の習得
□13-3 適切なアセスメントに関する専門的知識
□13-4 学校内での教師との連携能力
□13-5 保護者、地域の関係機関など、学校外との連携能力
□13-6 健康教育スキル
□13-7 最新情報の収集能力とその提供
□13-8 心理カウンセリングに関する専門的知識や情報
□13-9 環境管理に関する知識
□13-10 適切な年間計画の策定能力
□13-11 定期健康診断の実施・運営スキル
□13-12 学校医療保険に係る会計・事務能力
□13-13 文書作成能力、集計等の統計能力
□13-14 パソコンの操作技術
□13-15 その他（　　）

14. 健康指導／啓発活動についてお聞きします。ここでは、該当すると思う項目を 3 つ選んでください。

14-1 学校で行う健康指導として最も重要だと思うテーマを3つ選び、重要だと思う順に1.（最も重要）2.（2 番目に重要）3（3 番目に重要）と番号を書いてください。

□14-1-1 感染症と予防
□14-1-2 口腔衛生、虫歯予防
□14-1-3 生活習慣病予防（骨粗しょう症、近視予防）
□14-1-4 栄養
□14-1-5 衛生
□14-1-6 健康習慣
□14-1-7 喫煙防止
□14-1-8 薬物乱用防止
□14-1-9 性教育・家族計画
□14-1-10 危機管理・交通安全
□14-1-11 飲酒
□14-1-12 ストレス解消、精神保健
□14-1-13 その他（　　）

14-2 学校で行う健康指導として、最も行うのが難しいと思うテーマを3つ選び、困難だと思う順に1.（最も困難）2.（2 番目に困難）3（3 番目に困難）と番号を書いてください。

□14-2-1 感染症と予防
□14-2-2 口腔衛生、虫歯予防
□14-2-3 生活習慣病予防（骨粗しょう症、近視予防）
□14-2-4 栄養
□14-2-5 衛生
□14-2-6 健康習慣
□14-2-7 喫煙防止
□14-2-8 薬物乱用防止
□14-2-9 性教育・家族計画
□14-2-10 危機管理・交通安全
□14-2-11 飲酒
□14-2-12 ストレス解消、精神保健
□14-2-13 その他（　　）

15. 現在、学校保健員として働くにあたり、改善したい点はありますか？

15-1 保健室で使える医薬品の種類が増えると良い	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない →「とてもそう思う」「そう思う」を付けた方： どのような医薬品があるといいと感じますか？ □虫刺され薬　□サロンパス　□油 □頭痛薬（指定外のもの） □風邪薬（指定外のもの） □その他（　　）
15-2 保健室に手洗い場が必要だ	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-3 保健室内にトイレが必要だ	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-4 保健室で使える保健室備品の種類が増えると良い。	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない →「とてもそう思う」「そう思う」を付けた方のみ： どのような備品が増えるといいと思いますか？ □骨折用添え木　□交換用シーツ、まくらカバー □車いす　□担架　□手洗い場　□冷蔵庫 □内線電話　□手洗い場　□ソファ　□仕切り板 □その他（　　）
15-5 学校内教職員に対し、学校保健の重要性についての理解を深めたい。	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-6 学校内教職員が学校保健活動にもっと関わってほしい	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-7（労働法に基づいた）勤務形態を守ってほしい	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-8 学校保健員のための十分な手当てが必要だ	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-9 パソコン，印刷用紙や事務用品など保健室内の事務機能や備品を充実させたい.	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-10 学校保健員や学校教師が実施する保健指導/健康教育の内容を充実させたい	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-11 学校医療保険（基金）の効果的な活用方法を知りたい	とても そう思う　そう思う　あまり 思わない　思わない　わからない
15-12 その他、改善したい点などがあれば書いてください。（自由記述）	

質問は以上です。

今後、この研究結果についてフィードバックが欲しい方は、下に連絡先を記入してください。

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□E-mail：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□送付先住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ありがとうございました！

資料編_5

統計分析結果一覧

3-1 けが・病気の初期診察・応急処置

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	1.825	0.456	3.274	0.014	*
誤差	128	17.84	0.14			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.238	0.144	1.653	0.444	
<5Y − <1Y	0.308	0.151	2.038	0.236	
<10Y − <1Y	0.422	0.142	2.969	0.026	*
>10Y − <1Y	0.500	0.202	2.480	0.092	.
<5Y − <3Y	0.070	0.093	0.747	0.940	
<10Y − <3Y	0.183	0.078	2.358	0.122	
>10Y − <3Y	0.262	0.163	1.607	0.474	
<10Y − <5Y	0.114	0.090	1.266	0.695	
>10Y − <5Y	0.192	0.169	1.137	0.772	
>10Y − <10Y	0.078	0.161	0.487	0.987	

3-6 医薬品の処方

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.02	0.755	3.706	0.007	**
誤差	128	26.08	0.20			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.000	0.174	0.000	1.000	
<5Y − <1Y	0.192	0.183	1.054	0.817	
<10Y − <1Y	0.304	0.172	1.771	0.374	
>10Y − <1Y	0.500	0.244	2.051	0.231	
<5Y − <3Y	0.192	0.113	1.707	0.411	
<10Y − <3Y	0.304	0.094	3.231	0.012	*
>10Y − <3Y	0.500	0.197	2.538	0.080	.
<10Y − <5Y	0.112	0.109	1.026	0.831	
>10Y − <5Y	0.308	0.204	1.505	0.539	
>10Y − <10Y	0.196	0.195	1.007	0.841	

3-17追加の診察、その他の学校保健活動計画

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	0.532	0.133	2.792	0.029	*
誤差	128	6.10	0.05			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.155	0.084	1.838	0.336	
<5Y − <1Y	0.250	0.088	2.833	0.038	*
<10Y − <1Y	0.230	0.083	2.775	0.044	*
>10Y − <1Y	0.250	0.118	2.121	0.202	
<5Y − <3Y	0.095	0.054	1.748	0.387	
<10Y − <3Y	0.076	0.045	1.663	0.438	
>10Y − <3Y	0.095	0.095	1.000	0.844	
<10Y − <5Y	−0.020	0.053	−0.373	0.995	
>10Y − <5Y	0.000	0.099	0.000	1.000	
>10Y − <10Y	0.020	0.094	0.208	1.000	

3-21感染症状況のフォローアップ

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	0.817	0.204	2.821	0.028	*
誤差	128	9.27	0.07			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.065	0.104	−0.631	0.967	
<5Y − <1Y	0.125	0.109	1.149	0.765	
<10Y − <1Y	0.086	0.102	0.838	0.911	
>10Y − <1Y	0.125	0.145	0.860	0.903	
<5Y − <3Y	0.191	0.067	2.836	0.037	*
<10Y − <3Y	0.151	0.056	2.697	0.054	.
>10Y − <3Y	0.191	0.118	1.622	0.464	
<10Y − <5Y	−0.039	0.065	−0.605	0.972	
>10Y − <5Y	0.000	0.122	0.000	1.000	
>10Y − <10Y	0.039	0.116	0.338	0.997	

3-24健康教育資料の個別配布

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	5.218	1.305	6.176	0.000	***
誤差	128	27.04	0.21			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.107	0.177	0.604	0.972	
<5Y − <1Y	0.404	0.186	2.173	0.182	
<10Y − <1Y	0.515	0.175	2.945	0.028	*
>10Y − <1Y	0.583	0.248	2.350	0.124	
<5Y − <3Y	0.297	0.115	2.587	0.071	.
<10Y − <3Y	0.408	0.096	4.256	<0.001	***
>10Y − <3Y	0.476	0.201	2.374	0.118	
<10Y − <5Y	0.111	0.111	1.001	0.843	
>10Y − <5Y	0.179	0.208	0.862	0.902	
>10Y − <10Y	0.069	0.198	0.346	0.997	

3-25健康教育資料のクラス単位への配布

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	2.579	0.645	4.106	0.004	**
誤差	128	20.10	0.16			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.536	0.153	3.505	0.005	**
<5Y − <1Y	0.635	0.160	3.961	<0.001	***
<10Y − <1Y	0.554	0.151	3.676	0.003	**
>10Y − <1Y	0.583	0.214	2.726	0.050	.
<5Y − <3Y	0.099	0.099	1.000	0.844	
<10Y − <3Y	0.018	0.083	0.221	0.999	
>10Y − <3Y	0.048	0.173	0.275	0.999	
<10Y − <5Y	−0.081	0.095	−0.845	0.909	
>10Y − <5Y	−0.051	0.179	−0.286	0.998	
>10Y − <10Y	0.029	0.171	0.172	1.000	

3-30学校医療保険の広報

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.562	0.890	4.296	0.003	**
誤差	128	26.53	0.21			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.321	0.176	−1.830	0.340	
<5Y − <1Y	0.019	0.184	0.104	1.000	
<10Y − <1Y	0.034	0.173	0.198	1.000	
>10Y − <1Y	−0.250	0.246	−1.017	0.835	
<5Y − <3Y	0.341	0.114	2.999	0.024	*
<10Y − <3Y	0.356	0.095	3.750	0.002	**
>10Y − <3Y	0.071	0.199	0.360	0.996	
<10Y − <5Y	0.015	0.110	0.137	1.000	
>10Y − <5Y	−0.269	0.206	−1.306	0.669	
>10Y − <10Y	−0.284	0.196	−1.447	0.577	

4-5健康相談活動（教師、学校関係者）

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.903	0.976	4.289	0.003	**
誤差	128	29.12	0.23			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.125	0.184	0.679	0.957	
<5Y − <1Y	0.433	0.193	2.244	0.157	
<10Y − <1Y	0.154	0.181	0.851	0.906	
>10Y − <1Y	−0.375	0.258	−1.456	0.572	
<5Y − <3Y	0.308	0.119	2.585	0.072	.
<10Y − <3Y	0.029	0.099	0.296	0.998	
>10Y − <3Y	−0.500	0.208	−2.402	0.111	
<10Y − <5Y	−0.278	0.115	−2.421	0.106	
>10Y − <5Y	−0.808	0.216	−3.739	0.002	**
>10Y − <10Y	−0.529	0.206	−2.572	0.074	.

4-11教室外の衛生検査・指導

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	0.702	0.176	2.923	0.024	*
誤差	128	7.69	0.06			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.042	0.095	−0.441	0.991	
<5Y − <1Y	0.125	0.099	1.261	0.697	
<10Y − <1Y	0.105	0.093	1.131	0.775	
>10Y − <1Y	0.125	0.132	0.944	0.869	
<5Y − <3Y	0.167	0.061	2.725	0.050	.
<10Y − <3Y	0.147	0.051	2.880	0.033	*
>10Y − <3Y	0.167	0.107	1.558	0.505	
<10Y − <5Y	−0.020	0.059	−0.332	0.997	
>10Y − <5Y	0.000	0.111	0.000	1.000	
>10Y − <10Y	0.020	0.106	0.185	1.000	

4-22外部調査の受入、日程調整等の事務

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	2.63	0.657	4.197	0.003	**
誤差	128	20.05	0.16			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.143	0.153	0.936	0.873	
<5Y − <1Y	0.346	0.160	2.163	0.185	
<10Y − <1Y	0.422	0.150	2.801	0.041	*
>10Y − <1Y	0.167	0.214	0.780	0.930	
<5Y − <3Y	0.203	0.099	2.059	0.227	
<10Y − <3Y	0.279	0.082	3.380	0.008	**
>10Y − <3Y	0.024	0.173	0.138	1.000	
<10Y − <5Y	0.075	0.095	0.791	0.927	
>10Y − <5Y	−0.179	0.179	−1.001	0.843	
>10Y − <10Y	−0.255	0.171	−1.492	0.548	

4-25保健指導（個人、少人数）

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.058	0.765	3.372	0.012	*
誤差	128	29.02	0.23			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.161	0.184	0.875	0.898	
<5Y − <1Y	0.221	0.193	1.149	0.765	
<10Y − <1Y	0.463	0.181	2.558	0.077	.
>10Y − <1Y	0.208	0.257	0.810	0.921	
<5Y − <3Y	0.060	0.119	0.509	0.985	
<10Y − <3Y	0.303	0.099	3.049	0.020	*
>10Y − <3Y	0.048	0.208	0.229	0.999	
<10Y − <5Y	0.242	0.115	2.110	0.206	
>10Y − <5Y	−0.013	0.216	−0.059	1.000	
>10Y − <10Y	−0.255	0.205	−1.240	0.710	

4-27保健指導（全校）

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.376	0.844	5.597	0.000	***
誤差	128	19.30	0.15			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.054	0.150	−0.358	0.996	
<5Y − <1Y	0.298	0.157	1.899	0.303	
<10Y − <1Y	0.257	0.148	1.743	0.390	
>10Y − <1Y	0.375	0.210	1.788	0.364	
<5Y − <3Y	0.352	0.097	3.629	0.003	**
<10Y − <3Y	0.311	0.081	3.843	0.002	**
>10Y − <3Y	0.429	0.169	2.529	0.082	.
<10Y − <5Y	−0.041	0.094	−0.435	0.992	
>10Y − <5Y	0.077	0.176	0.437	0.992	
>10Y − <10Y	0.118	0.168	0.702	0.952	

4-28学外の専門家による保健指導

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	6.724	1.681	8.14	0.000	***
誤差	128	26.43	0.21			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.411	0.175	−2.343	0.127	
<5Y − <1Y	−0.010	0.184	−0.052	1.000	
<10Y − <1Y	0.042	0.173	0.241	0.999	
>10Y − <1Y	0.375	0.245	1.528	0.525	
<5Y − <3Y	0.401	0.113	3.537	0.004	**
<10Y − <3Y	0.452	0.095	4.777	<0.001	***
>10Y − <3Y	0.786	0.198	3.962	0.001	**
<10Y − <5Y	0.051	0.110	0.468	0.989	
>10Y − <5Y	0.385	0.206	1.869	0.319	
>10Y − <10Y	0.333	0.196	1.700	0.416	

4-30児童生徒への最新感染症情報等の共有

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	1.999	0.500	2.689	0.034	*
誤差	128	23.79	0.19			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.054	0.166	−0.322	0.997	
<5Y − <1Y	0.221	0.174	1.269	0.693	
<10Y − <1Y	0.199	0.164	1.211	0.728	
>10Y − <1Y	0.208	0.233	0.895	0.890	
<5Y − <3Y	0.275	0.108	2.554	0.078	.
<10Y − <3Y	0.252	0.090	2.806	0.040	*
>10Y − <3Y	0.262	0.188	1.392	0.614	
<10Y − <5Y	−0.023	0.104	−0.218	0.999	
>10Y − <5Y	−0.013	0.195	−0.066	1.000	
>10Y − <10Y	0.010	0.186	0.053	1.000	

4-32教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	1.862	0.466	2.597	0.039	*
誤差	128	22.95	0.18			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	0.143	0.163	0.875	0.898	
<5Y − <1Y	0.423	0.171	2.471	0.094	.
<10Y − <1Y	0.284	0.161	1.766	0.377	
>10Y − <1Y	0.333	0.229	1.458	0.571	
<5Y − <3Y	0.280	0.106	2.652	0.060	.
<10Y − <3Y	0.141	0.088	1.603	0.476	
>10Y − <3Y	0.190	0.185	1.031	0.829	
<10Y − <5Y	−0.139	0.102	−1.360	0.634	
>10Y − <5Y	−0.090	0.192	−0.468	0.989	
>10Y − <10Y	0.049	0.183	0.268	0.999	

4-33学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.436	0.859	3.694	0.007	**
誤差	128	29.77	0.23			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.238	0.186	−1.280	0.686	
<5Y − <1Y	0.038	0.195	0.197	1.000	
<10Y − <1Y	0.088	0.183	0.481	0.988	
>10Y − <1Y	0.333	0.260	1.280	0.686	
<5Y − <3Y	0.277	0.120	2.298	0.140	
<10Y − <3Y	0.326	0.100	3.248	0.011	*
>10Y − <3Y	0.571	0.210	2.715	0.052	.
<10Y − <5Y	0.050	0.116	0.428	0.992	
>10Y − <5Y	0.295	0.218	1.350	0.641	
>10Y − <10Y	0.245	0.208	1.178	0.748	

4-35児童生徒の学校医療保険手続き事務

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	3.335	0.834	3.569	0.009	**
誤差	128	29.90	0.23			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.089	0.186	−0.479	0.988	
<5Y − <1Y	0.163	0.195	0.837	0.912	
<10Y − <1Y	0.233	0.184	1.267	0.694	
>10Y − <1Y	0.458	0.261	1.756	0.382	
<5Y − <3Y	0.253	0.121	2.096	0.212	
<10Y − <3Y	0.322	0.101	3.199	0.013	*
>10Y − <3Y	0.548	0.211	2.596	0.070	.
<10Y − <5Y	0.069	0.116	0.596	0.973	
>10Y − <5Y	0.295	0.219	1.347	0.643	
>10Y − <10Y	0.225	0.209	1.081	0.803	

4-36学校医療保険の広報

分散分析表

要因	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値	
Area	4	4.538	1.135	5.274	0.001	***
誤差	128	27.54	0.22			

多重比較表(Turkey対比)

ペア	推定値	標準誤差	t値	p値	
<3Y − <1Y	−0.417	0.179	−2.329	0.131	
<5Y − <1Y	0.019	0.188	0.103	1.000	
<10Y − <1Y	−0.044	0.176	−0.250	0.999	
>10Y − <1Y	−0.250	0.250	−0.998	0.845	
<5Y − <3Y	0.436	0.116	3.766	0.002	**
<10Y − <3Y	0.373	0.097	3.855	0.002	**
>10Y − <3Y	0.167	0.202	0.823	0.916	
<10Y − <5Y	−0.063	0.112	−0.567	0.978	
>10Y − <5Y	−0.269	0.210	−1.282	0.685	
>10Y − <10Y	−0.206	0.200	−1.028	0.830	

引用・参考文献一覧

＜書籍＞

- 文部省大臣官房衛生課『學校看護師ニ関スル調査』1925 年
- 日本学校保健学会『学校保健研究総索引』ワタヒキ印刷株式会社、2003 年
- 日本国際保健医療学会『国際保健医療学　第 2 版』（株）杏林書院、2005 年
- NHK 取材班「南北統一・15 年目の真実ーベトナムー」『社会主義の 20 世紀』日本放送出版協会、1991 年
- 稲生信男『協働の行政学ー公共領域の組織過程論ー』勁草書房、2010 年
- 今井賢一、金子郁容『ネットワーク組織論』岩波書店、1988 年
- 岩名泰得『ベトナム革命とマルクス主義哲学』青木書店、1976 年
- 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
- 小野寺信夫『健康づくりへの政策―健康政策発展の理論と展開―』メヂカルフレンド社　1987 年
- 木村大樹『海外・人づくりハンドブック⑳ベトナム』財団法人海外職業訓練協会、2004 年
- 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
- 高石昌弘、詫間晋平他「第 18 巻　諸外国の学校保健」『現代学校保健全集』株式会社ぎょうせい、1983 年
- 橋本和孝『失われるシクロの下でーベトナムの社会と歴史ー』ハーベスト社、2017 年
- 野中猛『図説ケアチーム』中央法規出版、2007 年
- 長谷川公一『環境運動と新しい公共圏：環境社会学のパースペクティブ』有斐閣、2003 年
- 朴寛容『ネットワーク組織論』ミネルヴァ書房、2003 年
- 渡邉正樹『健康教育ナビゲーター知っておきたいキーワード 210』大修館書店、2005 年
- Barnard Chester I “The function of the Executive” Cambridge, MA: Harvard University Press, 1938 年　（山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳『新訳　経営者の役割』ダイヤモンド社、1968 年、p6）
- Gray Barbara ”Collaborating: Finding common ground for multiparty Problems”, 1989 年（稲生、前掲書、2010 年、p84）
- London, J. D.”Education in Vietnam”, ISEAS Publishing, 2007 年
- 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

＜雑誌＞

- 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、p74-86
- 衛藤隆「Health Promoting School の概念と実践」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第 44 巻、2004 年、p451-456
- 岡田加奈子「養護教諭とアメリカのスクールナースの保健医療的視点からの検討」

『日本保健医療行動科学会年報』日本保健医療行動科学会 第 13 巻、1998 年、p239-255
・ 岡田加奈子「養護教諭に関連した質的研究とその課題」『保健の科学』第 53 巻第 5 号、2011 年、p297-301
・ 小林和彦「ヴェトナムの文廟についてーハノイ文廟とフエ文廟を通してのヴェトナム儒教についての素描」『関西大学中国文学会紀要』第 25 号、株式会社天理時報社、2004 年、p41-66
・ 小林潤”Beyond deworming: the promotion of school-health-based interventions by Japan” Trends in Parasitology Vol.23-1、2007 年、p25–29
・ 宍戸洲美「日本の養護教諭制度の発展過程に関する一考察-初期から養護訓導まで」『帝京短期大学紀要』第 14 巻、帝京短期大学、2006 年、p23-27
・ 宍戸洲美「養護教諭の職務に関する質的研究-日韓同類職種の比較から-」『帝京短期大学紀要』 2012 年、p13-19
・ 神馬征峰「ネパール農村における公衆衛生活動のための人材育成-ネパール学校・地域保健プロジェクトによるボトムアップ式アプローチの事例 (特集 国際保健における人材養成)」『公衆衛生研究』第 49 巻 1 号、国立公衆衛生院、2003 年、p37-43
・ 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、p114-135
・ 田口亜紗「学校保健室の系譜ーその空間昨日の変遷に関する予備的考察ー」『常民文化』成城大学、第 29 号、2006 年、p1-20
・ 津島ひろ江、他「我が国と米国の学校保健コーディネーター養成と習得プログラム」『川崎医療福祉学会誌』第 16 巻 1 号、2006 年、p141-150
・ 徳田修司「離島・僻地における養護教諭の職務」『鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要』第 16 巻、2006 年、p25 -36
・ 友川幸「ラオスにおける学校保健の現状と課題ー教育分野と保健医療分野の連携による国家学校保健政策の策定を中心としてー」『Journal of International Development and Cooperation』第 12 巻 2 号、広島大学、2006 年、p87-101
・ 友定保博「学校保健の行財政に関する研究（第 1 報）ー戦後の学校保健師に見る諸課題」『研究論叢 第 3 部 芸術・体育・教育・心理』第 24 号、山口大学教育学部、1975 年、p17-29
・ 友定保博「学校保健の行財政に関する研究（第 2 報）ー「学校保健法」成立過程の考察ー」『研究論叢 第 3 部 芸術・体育・教育・心理』第 25 号、山口大学教育学部、1975 年、p19-34
・ 中村誠文、岡田明日香、藤田千鶴子「「連携」と「協働」の概念に関する研究の概観：概念整理と心理臨床領域における今後の課題」『鹿児島純心女子大学大学院人間科学研究科紀要』第 7 巻 、2012 年、p3-13
・ 七木田 文彦「『日本ニ於ケル學校衞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、p121-144
・ 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、p1-25
・ 濱野　隆「初等教育普遍化に向けての政策課題と国際教育協力」『国際教育協力論集』第 7 巻第 2 号、広島大学教育開発国際協力センター、2004 年、p39-53
・ 春田淳志、錦織宏『医療専門職の多職種連携に関する理論について』「医学教育」第

45 巻 3 号、2014 年、p121-134
・ 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
・ 村江通介「私の見た諸外国の学校」『学校保健研究』第 5 巻(8)、1963 年、 p20-27
・ 村上純一「キャリア教育政策における省庁間の関係 : 組織論の観点を用いて」『東京大　学大学院教育学研究科紀要』、東京大学、第 52 巻、2012 年、p511-520
・ 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.13No.1、2003 年、p127-131
・ 吉池毅志、栄セツコ「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理－精神保健福祉実践における「連携」に着目して－」『桃山学院大学総合研究所紀要』第 34 巻 3 号、2009 年、p109-122
・ 吉中麻樹「ミャンマーにおける学校保健教育の特質-新設科目「ライフスキル」に焦点を当てて-」『比較教育学研究』第 29 号、2003 年、p133-150
・ 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、p29-43
・ Gray Barbara and Donna J.Wood “Collaboration Alliance: Moving from practice Theory”, Journal of Applied Behavioral Science 27(1), 1991, pp3-22（稲生、前掲書、2010 年、p85）
・ Roderick J.A. Little ”A test of Missing Completely at Random for Multivariate Data With Missing Values” Journal of the American Statistical Association 83, 1988, pp1198-1202

＜報告書等＞
（和文）
・ 文部省・外務省両省派遣　アジア教育協力調査団報告書『ヴィエトナム共和国の教育』1975 年
・ 文部科学省「ヘルス・クォーリティ・コントロールによる学校保健開発プロジェクトの実践　大妻女子大学人間生活科学研究所行動疫学研究部門」『国際教育協力拠点システム構築事業（学校保健領域）報告書』2005 年
・ 内閣府経済社会総合研究所 委託調査、2015 年、p27-28
・ 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>』2005 年
・ 経済産業省ベトナム医療情報化検討コンソーシアム「ベトナムにおける地域医療情報ネットワークの展開可能性の調査報告書」
http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/
Accessed on 5 January 2016
・ 国際協力機構「ベトナム社会主義共和国 2013 年憲法」『法・司法制度改革支援プロジェクトフェーズ 2 ベトナム六法』
http://www.jica.go.jp/project/vietnam/021/legal/index.html
Accessed on 5 January 2016
・ 一般社団法人 日本リサーチ総合研究所「ASEAN 経済圏の高等教育等の在り方に関する調査研究－ベトナムにおける高等教育-公共政策の在り方について－報告書」平成 26 年度
・ 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
・ 遠藤聡「ベトナムにおける法体系の整備―藤　聡「年法規規範文書公布法を中心に」

『外国の立法 238』2008 年
・ 岡江恭史「第 3 章　ベトナム」『プロジェクト研究［主要国農業戦略］研究資料 第 7 号　平成 26 年度カントリーレポート インド，アルゼンチン，ベトナム，インドネシア』農林水産省 農林水産政策研究所、2015 年
・ 杉村美紀「ベトナムにおける基礎教育普遍化への取り組みー質的拡充と女子教育の格差是正ー」『科学研究費補助金基盤研究（B）（1）課題番号：13571008　研究成果報告書』上智大学　2001-2003 年度
・ 寺本実『ベトナムの枯葉剤被災者扶助制度と被災者の生活-中部クアンチ省における事例調査に基づく一考察-』「アジア経済」第 53 巻 1 号、日本貿易振興機構アジア経済研究所、2012 年

（ベトナム語）
・ ベトナム保健省・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 để xuất mô hình quản lý phú hợp)』2009 年
・ トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター『児童生徒の疾病・健康状況について（Nhân xét tình hình sức khỏe và bệnh tật các em học sinh）』、1992 年
・ トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター『医療経済から見る各学校での 5 年間の学校保健および児童生徒の初期診察治療活動（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

＜インターネットサイト＞
（日本語）
・ 文部科学省『学校保健の推進』http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/ Accessed on 20 January 2016
・ 文部科学省「通学路を含めた学校における子供の安全確保について」 http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1289303.htm　Accessed on 23 March 2016
・ 文部科学省「児童虐待の防止等のための学校、教育委員会等の的確な対応について」 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/04121502/1310049.htm Accessed on 23 March 2016
・ 山田 肖子「「万人のための教育(Education for All: EFA)」国際開発目標が途上国内で持つ意味ーエチオピア国における政府と家計へのインパクトー」『GRIPS 開発フォーラム』2006 年　http://www.grips.ac.jp/forum/pdf07/dp15.pdf　Accessed on 15 June 2017
・ 木島ちとせ「世界銀行の学校保健の取り組みー国際的なパートナーシップを中心にー」
『国際教育協力拠点システムアーカイブス　情報番号１４１』
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科、2003 年
http://e-archive.criced.tsukuba.ac.jp/result_data.php?idx_key=141
・ 浅井　康男「世界銀行の学校保健分野の取り組み―アプローチを中心に―」
『国際教育協力拠点システムアーカイブス　情報番号１４２』
早稲田大学大学院アジア太平洋研究科 、2003 年
http://e-archive.criced.tsukuba.ac.jp/result_data.php?idx_key=142

・ 在越日本国大使館ホームページ「ベトナムの社会・経済戦略概要」
http://www.vn.emb-japan.go.jp/jp/economic/economic_vietnam_senryaku.html Accessed on 5 January 2016
・ 世界銀行東京事務所ホームページ「ベトナムは教育制度の拡充を図っています」
http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:21211199~menuPK:3327646~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:1074568,00.html Accessed on 1 January 2008
・ 外務省「諸外国・地域の学校情報」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/world_school/01asia/infoC11600.html
Accessed on 5 January 2016
・ 外務省「ベトナムで活動する NGO との意見交換」
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kondankai/senryaku/vietnam/giji_030422.html
Accessed on 1 July 2007
・ 財団法人自治体国際化協会「ASEAN 諸国の地方行政－ベトナム社会主義共和国編」
http://www.clair.or.jp/j/forum/series/pdf/j28.pdf#search='ASEAN%E8%AB%B8%E5%9B%BD%E3%81%AE%E5%9C%B0%E6%96%B9%E8%A1%8C%E6%94%BF%EF%BC%8D%E3%83%99%E3%83%88%E3%83%8A%E3%83%A0%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%B8%BB%E7%BE%A9%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E7%B7%A8' Accessed on 5 January 2016、p10
・ 一般社団法人海外職業訓練協会『企業における人づくり』
http://www.ovta.or.jp/hitozukuri/vietnam/pdffiles/hz_vietnam_2_3.pdf
Accessed on 5 January 2016、P17
・ 政策研究大学院大学「 PRSP(Poverty Reduction Strategy Papers) の多様化-成長志向型貧困削減のモデルとしてのベトナム-」、GRIPS 開発フォーラム、2002 年
http://www.grips.ac.jp/forum/module/prsp/Jmain.html
Accessed on 29 December 2015
・ 日本学校保健学会「日本学校保健ポータルサイト」http://www.gakkohoken.jp
Accessed on 22 February 2016
・ 七木田文彦「明治期：学校衛生のはじまり」『平成２０年度　学校保健の動向』財団法人日本学校保健会、2008 年
http://www.gakkohoken.jp/column/archives/67, Accessed on 22 June 2017
・ 七木田文彦「戦前・戦中昭和期：健康教育の隆盛」『平成２０年度　学校保健の動向』財団法人日本学校保健会、2008 年
http://www.gakkohoken.jp/column/archives/67, Accessed on 22 June 2017
・ 国際学校保健研究コンソーシアムホームページ
http://www.tm.nagasaki-u.ac.jp/schoolhealth/schoolhealth.jp/index.html
Accessed on 6 January 2016
・ 堀場浩平『ベトナムにおける枯葉剤被害者と障害者支援』アジア途上国障害情報センター、http://www.adinfo.jp/vietnam/efoliant.html Accessed on 22 October 2017

（ベトナム語）
・ ベトナム保健省ホームページ
http://www.moh.gov.vn/homebyt/vn/portal/InfoList.jsp?area=58&cat=1455

Accessed on 2 July 2007
- ベトナム政府ホームページ「国家機構（HỆ THỐNG CHÍNH TRỊ）」 http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/NuocCHXHCNVietNam/ThongTinTongHop/hethongchinhtri　Accessed on 12 June 2017
- 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 Accessed on 5 January 2014
- ベトナム保健省職業養成局ホームページ「養成コース一覧（Ngành bậc đào tạo）」 http://asttmoh.vn/nganh-bac-dao-tao.html　Accessed on 5 January 2016
- ベトナム教育訓練省「学校医療保険について」 http://www.moet.gov.vn/?page=1.10&view=963 Accessed on 17 January 2016
- ベトナム教育訓練省ホームページ「教育訓練省の各部局（Cơ quan Bộ）」 http://www.moet.gov.vn/?page=8.2&loai_bphan=1 Accessed on 5 January 2016
- 青年新聞（Bao Thanh Nien）”Y tế trong trường học có cũng như không - Kỳ 2: Người có chuyên môn không muốn làm（学校保健はどうなるー2 話：有専門資格者は就きたくない）” 2012 年 9 月 20 日付 http://www.thanhnien.com.vn/pages/20120919/y-te-trong-truong-hoc-co-cung-nhu-khong- ky-2-nguoi-co-chuyen-mon-khong-muon-lam.aspx, Accessed on 19 January 2016
- Le Thi Hop “Oriented strategic approaches and nutrition programs in the coming period to accelerate child stunting in Vietnam”, ”Journal of Food and Nutrition Sciences” Vol.7, No.1, May 2011 (On the website :National Institute of Nutrition / Viện Dinh Dưỡng) http://viendinhduong.vn/research/en/464/28/mot-so-dinh-huong-ve-giai-phap-chien-luoc-va-chuong-trinh-dinh-duong-trong-thoi-gian-toi-nham-giam-suy-dinh-duong-thap-coi-o-tre-em-viet-nam.aspx　Accessed on 20 July 2017
- トゥアティエンフエ省医科薬科大学ホームページ『大学紹介（Giới thiệu về trường）』 http://huemed-univ.edu.vn/gioi-thieu-ve-truong-sgt　Accessed on 24 December 2017

（その他海外サイト）
- UNESCO ”A FRESH start in Viet Nam” http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=32814&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html　Accessed on 28 August 2007
- 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 Accessed on 8 January 2015
- Centers for Disease Control and Prevention ”The Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)” http://www.cdc.gov/healthyschools/wscc/wsccmodel_update_508tagged.pdf Accessed on 28 December 2015, p4
- World Health Organization ”Global school health initiative” http://www.who.int./school_youth_health/gshi/en/　Accessed August.8.2007
- World Health Organization “Rapid Assessment and Action Planning Process” http://www.who.int/school_youth_health/assessment/raapp/sch_raapp_summary.pdf Accessed on 21 May 2017

＜ベトナム政策文書＞（発出年および政策文書番号のみ。詳細は第 3 章にて記載）

- 1969 46/TTG
- 1973 09/LB/YT-GD
- 1975 15－CP
- 1977 14/BYT-TT
- 1982 12/BYT-TT
- 1989 人民保健法（Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân）
- 1991 子どもの養育・保護・教育法（Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em）
- 1993 241/TTg
- 1994 14/TTLB
- 1997 90/CP
- 1998 教育法（Luật Giáo dục）
- 1998 40/1998/TTLT-BGDDT-BYT
- 1999 73/1999ND-CP
- 2000 03/TTLB-BYT-BGDDT
- 2000 1221/2000/QD-BYT
- 2002 20/2002/QĐ-TTg
- 2003 54/2003/CT-BGD&DT
- 2005 46/NQ-TW
- 2005 243/2005/QD-TTg
- 2005 教育法（改訂）（Luật Giáo dục）
- 2006 23/2006/CT-TTg
- 2006 35/2006/TTLT-BGDDT-BNV
- 2007 14/2007/TT-BTC
- 2007 06/2007/CT-TTg
- 2007 06/2007/ TTLT- BYT-BTC
- 2007 17/2007/ QĐ – BGDĐT
- 2007 108/2007/ NĐ-CP
- 2007 4458/QD-BGDDT
- 2007 50/2007/QD-BGDDT
- 2007 56/2007/CT-BGDDT
- 2007 13/2007/TT-BYT
- 2007 93/2007/TTLT/BNN-BYT-BGDDT
- 2007 17/2007/QD-BGDDT
- 2008 1220/QD-BYT
- 2008 1221/QD-BYT
- 2008 08/2008/TTLT-BYT-BGDDT
- 2009 4885 /QĐ-BGDĐT
- 2009 5333/QĐ-BYT
- 2009 09/2009/TTLT-BYT-BTC
- 2010 13/2010/TT-BGDĐT
- 2011 18/2011/TTLT-BGDDT-BYT
- 2012 997/KH-BYT-BGDĐT
- 2013 22/2013/TTLT-BGDĐT-BYT