

# 保健指導で教員に求められる健康情報リテラシー

古田真司

愛知教育大学養護教育講座

Health Information Literacy Required for Teachers in Health Guidance

Masashi FURUTA

Department of School Health Sciences, Aichi University of Education

[別刷]

東海学校保健研究

第36巻 1号 2012年9月

## 保健指導で教員に求められる健康情報リテラシー

古田真司

愛知教育大学養護教育講座

### Health Information Literacy Required for Teachers in Health Guidance

Masashi FURUTA

Department of School Health Sciences, Aichi University of Education

#### Abstract

In order to perform scientific health guidance in school, teachers need to have "health information literacy." Teachers with health information literacy can collect and analyze health information, examine the information critically, and apply useful findings from the information to health guidance.

The most important word for understanding health information literacy is "Evidence," and the method of the study guarantees the scientific rationality of "Evidence" in the study. In classifying evidence with a focus on the method of the study, experimental studies that establish a control group are more valuable than other studies; however, few such studies are seen in school.

If teachers learn "health information literacy", more worthy studies and new evidence will be produced.

---

#### キーワード (Key Words) :

健康情報リテラシー, 健康リテラシー, 教員, 学校, 保健指導

health information literacy, health literacy, teacher, school, health guidance

---

#### I. はじめに

学校では、養護教諭をはじめ多くの教職員が、児童・生徒の疾病予防と健康の保持・増進のために様々な保健指導を行っている。平成20年に改正された学校保健安全法でも、その第9条で、養護教諭その他の職員は連携して、児童・生徒に必要な保健指導を行うことが明記された(資料1)。

古くから、学校保健の領域は保健管理と保健教育に大別され、保健教育はさらに保健学習(教科としての保健)と保健指導に分けられる<sup>1)</sup>。すなわち、保健指導は、もともと教育としての側面を強く持ち、授業以外の教科外活動や総合的学習、特別活動等の中で、児童・生徒が身につけるべき健康問題を指導・教育する。一方、保健指導には保健管理的な側面も内在する。児童・生徒が安全で健康的な学校生活が送れるような生活指導(または生徒指導)には、個人を対象とした管理的な側面が強い。また、新しい学校保健安全法の第8条で、学校で行うこととして明記された健康相談も、個別的な保健指導の範疇であると考えられる。そのため、保健指導を保健管理と保健学習の中間に置き学校保健を3領域とする考え方もある<sup>2)</sup>。しかし、いずれにしても保健指導は、学校職員が日々取り組む教育活動の中に深く入り込み、児童・生徒の心身の健康を支える基盤となっていることは確かであろう。

## 資料1 学校保健安全法における保健指導等の扱い

- 第八条 学校においては、児童生徒等の心身の健康に関し、健康相談を行うものとする。
- 第九条 養護教諭その他の職員は、相互に連携して、健康相談又は児童生徒等の健康状態の日常的な観察により、児童生徒等の心身の状況を把握し、健康上の問題があると認めるときは、遅滞なく、当該児童生徒等に対して必要な指導を行うとともに、必要に応じ、その保護者（学校教育法第十六条に規定する保護者をいう。第二十四条及び第三十条において同じ。）に対して必要な助言を行うものとする。

出典) 学校保健安全法（2009年4月1日改正）

その一方で、それぞれの学校でどのような保健指導を行うかについては、学校ごとに大きな差がある。学習指導要領では、「学校における体育・健康に関する指導は、児童の発達段階を考慮して、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする」（小学校学習指導要領、総則第1 教育課程編成の一般方針より）とされ<sup>3)</sup>、学級活動、ホームルーム活動や学校行事等のいわゆる特別活動の中で行うので、その内容や扱い方には、それぞれの教員や学校ごとの自由裁量が大きくなっている。また、必ずしも保健・医療の専門家ではないすべての教職員によって行われるため、身近な課題や生活指導的内容になりやすい。特に、一般教員が行う学級活動における保健指導は、将来を見据えた教育ではなく、とすれば吉田が指摘しているように<sup>4)</sup>、「身につけさせる指導」や「実践を促す指導」になりがちである。

平成20年の中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」の中では<sup>5)</sup>、学級担任等は、子どもと常に身近に接していることから、子どもの現代的な健康課題に対応すべく、子どもたちと向き合う時間の確保や、日々の健康観察、保健指導等を適切に行うことが求められている一方で、一般教員の学校保健活動に対する理解や学校保健活動に主体的に取り組む上での意識の不足が見られ、その担うべき役割が必ずしも十分果たされていないと述べられている。一方、専門職である養護教諭に対しても、複雑化・深刻化する子どもの現代的な健康課題の解決に向けて、学級担任や教科担任等と連携し、養護教諭の有する知識や技能などの専門性を保健教育に活用することがより求められているとし、養護教諭が子どもの現代的な健康課題に適切に対応していくためには、常に新たな知識や技能などを習得していく必要があることを指摘している。

現代的な健康課題に対するこのような姿勢が、今、子どもを指導する教員の側に求められていると言える。医療・保健分野の知見は日々更新されており、これまでの常識が覆って新たな知見が続々と生まれている。また、真偽がはっきりしない健康情報がマスコミやインターネット上に氾濫しており、「正しい」知識を得て子どもたちに適切な指導をするという行為そのものが、実際にはかなり難しいものになりつつある。そこで、学校において教員が行う保健指導に必要となる最も大切な能力が、本稿のテーマである「健康情報リテラシー」である。

## II. 健康情報リテラシーとは

リテラシー (literacy) という英語は、もともと「読み書きする能力」のような意味で、国の教育水準の指標の1つであるthe literacy rate は、識字率（文字通り「読み書きできる」人の割合）をさす。しかし現在では、単に読み書きができるという意味にとどまらず、たとえば「コンピュータを使いこなせる能力」＝「コンピュータ・リテラシー」、あるいは「金融機関や金融商品を理解してうまく使うことができる能力」＝「金融リテラシー」のような、種々の専門分野の知識をうまく使いこな

すことができる能力という意味の言葉になっている。

現在、学校現場でもっとよく使われている「リテラシー」は、おそらく「情報リテラシー」であろう。2002年頃から学校現場での「情報教育」が本格化し、2003年度から高校でも教科「情報」が必修化されている。情報リテラシーは、狭義には単にコンピュータが操作できることを指す場合が多く、コンピュータやソフトウェアの操作の仕方、インターネットでの検索や情報収集、簡単なプログラム作成能力などがその中に含まれている。しかし広義の情報リテラシーは、コンピュータに限定した情報ではなく、様々な情報を取捨選択して活用する能力（情報活用能力）である。

文部科学省や中央教育審議会は、近年、「知識基盤社会 = knowledge-based society」という言葉をたびたび使っており、既存の知識を越えた新しい知識や情報が、政治・経済・文化のあらゆる面で重要な役割をする社会が到来していることと、それに対応できる教育の必要性を常に強調している。たとえば、平成17年の中央教育審議会答申「我が国の高等教育の将来像」<sup>6)</sup>では、知識基盤社会の特質として、知識のグローバル化や技術革新の速さに加え、「旧来のパラダイムの転換を伴うことが多く、幅広い知識と柔軟な思考力に基づく判断が一層重要になる」と述べられており、広義の情報リテラシー能力とその概念が重なる。すなわち、情報化の進んだ知識基盤社会の到来により、膨大な数の情報が得られる状況の中で、どれが正しいか（あるいは間違っているか）を見極め、またどれが有用な情報かを科学的に見極める能力が必ず必要となってくる。

健康情報リテラシー（Health Information Literacy）は、この広義の情報リテラシーを、保健・医療分野に限定したものととらえることができる。玉石混交の健康関連情報から、正しく、また有用な情報を選び出して自分の行動に結びつける能力は、本来は、現代人にとって、老若男女、誰にとっても必要な能力とも言える。一方、保健・医療分野には、健康リテラシー（Health Literacy：ヘルスリテラシー）という言葉もある。これらは健康情報リテラシーとかなり近接した概念であるが、健康リテラシーの方が、情報を分析して理解し、さらに実際に行動する（できる）能力のような、行動を伴うやや広い概念を指していると言われる<sup>7)</sup>。

ここで、健康情報リテラシー、あるいは健康リテラシーという概念が生まれた背景をふり返ってみる。健康リテラシーという言葉は、1970年代から健康教育における目標の1つとしての使われていたようであるが<sup>8)</sup>、本格的に議論が進んだのは、コンピュータ社会が到来した1990年代からである。この時期は、医学の世界でもEBM（Evidence based Medicine 根拠に基づく医療）の概念が生まれ<sup>9)</sup>、医療情報の価値が大きく変わっていった時代でもある。現在、健康リテラシーなどの言葉が盛んに使われているのは米国であるが、これは2000年に米国保健福祉省（HHS）から発表された国家プロジェクトであるHealthy People 2010<sup>10)</sup>の中で「ヘルスコミュニケーション（専門家が健康情報を発信し、患者自身の意志決定を支援するコミュニケーション戦略）」がその1つの目標として設定され、その中心的な概念として健康リテラシーの重要性が述べられるようになったからである。そして現在、米国では2010年にHealthy People 2020<sup>11)</sup>が策定され、広く公開されているが、そこではさらに、トップ項目の15の柱の1つとして「健康リテラシーを改善するための国家的行動計画」が挙げられるようになった。この10年を経てさらに重要性が増したという米国の判断が読み取れる。

### Ⅲ. 健康情報リテラシーの定義

ここで、健康リテラシーと健康情報リテラシーについて、その概念あらためて見ておきたい。やや広い概念である健康リテラシーには、研究者の専門や立場の違いを反映した様々な定義がある。

米国医師会が発行する医学専門誌 JAMA（The Journal of the American Medical Association）には

患者向けのページがあり、その中では、健康リテラシーは健康と医療とあらゆるウェルネス (wellness: 広い意味で捉えた健康) を理解する能力と定義している<sup>12)</sup>。ここでは、医師の説明や薬の説明書、あるいはインターネットの健康情報などを理解できる能力に注目しており、高齢者や貧困者、英語が話せない人などの低い健康リテラシーの問題点を挙げている。すなわち、文字通り健康情報を読むこと、コミュニケーションの中で使えることを健康リテラシーと定義している。米国でこのようなりテラシーが重要視される理由は、複雑な医療システムと医療保険制度を理解して自らの健康を守っていくためには、ある程度以上の識字力や理解力が必要であるという事情によるとされる<sup>13)</sup>。

これに対してWHO (世界保健機関) は、1998年に発行したヘルスプロモーションに関する用語集の中で<sup>14)</sup>、健康リテラシーを「健康を保持・増進するための情報を得るために、情報にアクセスし、それを理解し、それをを使う動機付けと能力を決定づける認知的および社会的スキル」として定義している。自らの力で健康を獲得していくというヘルスプロモーションの概念にとって、重要なスキルであるという位置づけである。このWHOの用語集の編集にも関わったNutbeam<sup>15)</sup> は、健康リテラシーが、公衆衛生分野における健康教育とヘルスコミュニケーションの成果となる重要な指標であるとし、健康リテラシーを単なる「識字能力」を越えた概念として定着させた。一方、識字率の高い日本では、読み書きのレベルよりも高度な「情報活用能力」や、健康教育の目標としてのとらえ方を重視する考え方が多い<sup>16) 17)</sup> が、患者のよりよい意志決定のための能力という側面を強調した見方もあり<sup>18)</sup>、その解釈や定義の幅はかなり大きいと言える。

一方、健康情報リテラシーについては、「情報」という言葉があえて挿入されていることが示すように、リテラシーの内容が情報の収集と分析に主眼が置かれているため、意志決定やヘルスプロモーションとの関係性はやや薄くなる。しかしそこでは、与えられた情報を読み取るだけでなく、たくさん集めた情報を集め、その情報の質に注目して、その真偽を見分ける能力という概念がより明確になっている。中山<sup>7)</sup> は、大学生の読者を想定した著書の中で、健康情報リテラシーを、受け取る健康関連の情報を「鵜呑み」にせず、本当はそんな風に考えてよいか、何か落とし穴がないかなどを気をつけながら読むことであると述べている。

むろん、学校の子どもたちや一般の人々にとって、今後このような能力が必要になってくるは明らかであり、一般の人々にそのような内容を啓蒙する著書も散見される<sup>19) 20)</sup> が、現状では、一般の人にとってそのハードルは高く、どちらかという情報伝える側 (医療関係者や教員等) の技能として述べられることが多い。米国では、医学図書館協会が健康情報リテラシーの向上のためのプロジェクトを立ち上げており<sup>21)</sup>、医療関係者だけでなく、図書館員がそのような技能を身につけるためのプログラムも存在する。本稿で取り上げている「健康情報リテラシー」は、まさにこのような、子どもに対して保健指導を行う教員の側のリテラシーであり、それががどのようなものか、あるいはどのようにして身につければよいかという点に、今後焦点をあてることにする。

#### IV. EBM (Evidence Based Medicine) の概念に学ぶ

健康情報リテラシーを論じる上で、しばしば登場するキーワードが「エビデンス (Evidence)」である。エビデンスとは根拠、あるいは証拠と言う意味で、保健・医療の分野ではしばしば「科学的根拠」と訳される。このエビデンスという言葉がよく使われるようになったのは、1990年代に医学の世界でEBM (Evidence Based Medicine: 根拠に基づく医療) の概念が確立し<sup>22)</sup>、世界に急速に広まっていった時期に一致する。実際に、EBMの登場により医学界は大きく変化した。従来、医療行為の多くは、医師の経験とそれに基づく推量によって行われることが多かったが、昨今は、患者の人権を

尊重する立場から、治療内容を十分に説明を受け同意して受療するインフォームドコンセントが普及し、信頼できるエビデンスによる治療が日常診療にも求められるようになってきた。日本におけるEBMを先導してきた福井<sup>23)</sup>は、EBMとは「入手可能な範囲で最も信頼できる根拠を把握した上で、個々の患者に特有の臨床状況と患者の価値観を考慮した医療を行うための一連の行動指針」であると定義している。

教職員が保健指導のために健康情報リテラシーの向上をめざす場合も、実際には、この信頼できる根拠（エビデンス）をどのように得るのが、最も重要なポイントとなる。信頼できる情報を得てはじめて、合理的な判断ができるし、子どもたちにも真に有用な保健指導ができる。一般の人向けの著書で、様々な健康関連の情報を「鵜呑み」にせずその情報の根拠に注目すべきだと主張するいくつかの著述<sup>7) 18) 19) 20)</sup>は、いずれも、このEBMの考え方がベースになっている。

著者は、2001年頃から養護教諭向けの公開講座や大学院の授業を通じて、養護教諭が行う保健指導や養護実践の中にこのEBMの考え方を取り入れる必要性を論じてきた。ここでは、EBMの基礎的知識から、健康情報のエビデンスを評価する方法、さらにはエビデンスを得るために養護教諭が行う研究に至るまでの内容を、講義と演習によって伝えている（資料2）。また、愛知教育大学主催の教員免許更新講習の講師として、試行実施の2008年度から毎年、「実践的研究へ繋げる学校保健情報の収集と分析」という内容で、健康情報リテラシーの必要性を、10年、20年、30年の免許更新時期を迎える養護教諭に講義している。

#### 資料2 養護教諭が行う実践（保健指導や養護実践）に必要なEBMの概念

- ・ EBM（根拠に基づく医療）に関する基本的理解
- ・ 看護学領域におけるEBN（根拠に基づく看護：Evidence Based Nursing）の理解
- ・ EBMの手順（ステップ）を理解し、養護実践に応用する
- ・ グループワーク1：根拠（エビデンス）を探す
- ・ グループワーク2：根拠（エビデンス）を吟味する
- ・ グループワーク3：根拠（エビデンス）を生かす
- ・ グループワーク4：根拠（エビデンス）を作る
- ・ 養護教諭が行う実践的研究の方法1：批判的吟味を通じて、「良い研究」を学ぶ
- ・ 養護教諭が行う実践的研究の方法2：アウトカムを意識する
- ・ 養護教諭が行う実践的研究の方法3：方法が研究の価値を決める
- ・ 養護教諭が行う実践的研究の方法4：学校現場で新しいエビデンスを生み出す意義とは

出典）養護教諭専修免許取得のための公開講座（愛知教育大学主催、講師：古田真司）の講義内容より抜粋（2003年学校疾病学特論Ⅰ、2006年学校疾病学演習Ⅰ、2009年学校疾病学演習Ⅱ）

このような一連の講座を通じて感じたのは、現職の養護教諭（年齢も経験もさまざま）の健康情報リテラシーに、とても大きな差があることと、にもかかわらず、それぞれの学校ではほぼ1人でその責を担っていることの不思議さである。貧弱なりテラシーの教員の下で、児童・生徒はどのような指導を受けているのかを想像すると（おそらく、古い知識か、毎年同じ内容の繰り返しだと思われる）、この問題の大きさが分かる。実際に、パソコンを使ってインターネットから情報を習得し、有用な保健指導の資料を作成する演習では、うまくパソコンを使いこなす者と、まったくその課題に対応できない者に分かれた。しかし、パソコンをうまく使いこなしても、その内容に対する理解や、根拠のあいまいさに気づいていない者も多く、ここであらためて、教員の健康情報リテラシーの必要性を強く意識することとなった。

## V. エビデンス (科学的根拠) の意味

著者が行った一連の講座で、特に重要視した内容は、「エビデンス (科学的根拠)」の意味をきちんと説明するという点である。普通に考えれば、現代の医療が「根拠に基づいている」のは当然のこと、逆に、本当にこれまでずっと根拠のない医療が横行してきたのかという疑問が生じるはずである。また、学校での保健指導も、きちんと指導書やそのマニュアル通りに、あるいは保健関連の商業誌や専門家の書いた著書に掲載された内容通りにやっているのだから、「根拠」は当然あると考えて指導している教員がほとんどだろう。しかし、残念ながら、指導書や雑誌、著書の記述は、よく吟味をしてみないとエビデンスとしての本当の価値は分からない。この「吟味」という言葉や「吟味」という行為が、エビデンスの意味をきちんと理解するカギとなる。

科学的な意味でのエビデンスの信頼性とは、「それを根拠として用いることにより、予測通りの結果が得られる可能性の高いこと」<sup>24)</sup>をさす。また、その信頼性は、その予測を見いだした研究の内容にほぼ依存している。一般的に、人間を対象とした医療行為のエビデンスの信頼性は、次の資料に示した順であるとされている (資料3)。

### 資料3 人間を対象とした医療行為のエビデンスの信頼性 (高い順)

- 
- a. 患者アウトカム<sup>\*</sup>を指標とした研究結果
  - b. 代理変数<sup>\*\*</sup>を指標とした研究結果
  - c. 人体における基礎医学的・病態生理学的な原理や理論
  - d. 一般生物学的、あるいは哲学的原理・理論
  - e. 社会通念や個人の信念
- 

注) 患者アウトカム<sup>\*</sup>: 医療を受けた最終結果としての健康状態 (治癒できた、死亡したなど)  
代理変数<sup>\*\*</sup>: 患者アウトカムに関連する中間変数、たとえば、血圧やコレステロール値など

---

出典) 福井次矢: 医療ケアでのEBM/Nの必要性<sup>24)</sup>より引用、ただし、表題と脚注は筆者

これによると、社会通念 (昔から一般的に言われていること) や個人的意見 (自分の経験により得られた意見を含む) は、最もエビデンスの信頼性が低く、実際に人間に行った実験をまとめた研究 (これは普通「治験」と呼ばれるが、事実上の人体実験である。むろん被験者に詳しい説明して同意を得ることは、現代の研究では必須条件ではあるが) の信頼性が最も高いとされている。かつての医療や看護では、c. の基礎医学的・病態生理学的な原理や理論が重要視され、教科書にもその根拠が詳しく書かれていた時期があるが、その原理や理論はほとんどが動物実験による成果であり、さまざまな心理社会的な影響下で暮らす人間に、そのまま当てはまらない場合が多くなっていった。そのため、医療現場でのこれまでの常識が次々と覆される研究結果が相次ぎ、原理や理論のエビデンスとしての価値は大幅に低下した。また、経験豊富な専門家の意見も、ここでは、e. 社会通念や個人の信念に分類され、信頼性の高いエビデンスとは言えないとされている。ともすれば現在でも、医療現場では自らの経験や専門家の意見に従い医療行為が行われる傾向があり、それが当然だと思っている医療関係者も多いが、EBMによればそれは誤りであり、もっと信頼性の高いエビデンスを求めて情報を検索して判断すべきで、それが本当の意味で患者の信頼に応えることになる。

さらに、健康情報リテラシーの立場から、もう少し詳しい「エビデンス (科学的根拠)」の意味を見ていこう。かつての医学界では、人間を対象とした資料3のa. やb. のような研究はあまり重要視されず、また数も少なかったが、EBMの概念の普及に伴い、その数は急増している。またICT

(情報通信技術)の急速な発達によって、一般の人がその内容に触れることも容易になってきた。このような現状の下では、エビデンスとなる健康情報をあちらこちらから探す能力よりも、集まった健康情報の価値すなわち、エビデンスの価値を、きちんと評価する能力が求められるようになってきている。EBMの考え方によれば、得られた文献の妥当性をきちんと評価する「批判的吟味」という手順があるが、この批判的吟味の際の最も大切なポイントが、情報の根拠となる「研究の方法」に注目して見るということである。研究を見慣れていない一般の人は、健康情報の内容(テーマ)に対する興味や、研究結果の意外性に注目してしまうことが多いが、「たとえ結果にインパクトがあっても、方法がいかがげんで妥当性がなければ、結果を信じることはできない」と考えることが大切となる。つまり、エビデンスの価値のほとんどは、「研究の方法」に依存する。人間を対象とした臨床研究のエビデンスの質は、その研究方法によって6段階に分けられている(資料4)。

資料4 臨床研究のエビデンスの分類(米国保健政策研究局：AHCPRによる分類)

- 
- I a. 複数のランダム化比較試験<sup>\*</sup>のメタ分析<sup>\*\*</sup>による
  - I b. 少なくとも1つのランダム化比較試験による
  - II a. 少なくとも1つのよくデザインされた非ランダム化比較試験による
  - II b. 少なくとも1つの他のタイプがよくデザインされた準実験的研究による
  - III. 比較研究や相関研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による
  - IV. 専門家委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床経験
- 

注)ランダム化比較試験<sup>\*</sup>：無作為(ランダム)に介入群と非介入群を分けて行う研究  
メタ分析<sup>\*\*</sup>：過去に行われた複数の研究結果を統合し、より信頼性の高い結果を求める研究

---

出典)福井次矢：EBMの誤解を解く<sup>23)</sup>より引用、ただし、表題と脚注は筆者

エビデンスのランクが高い研究方法は、偶然やデータの偏り(バイアス)、あるいは、誤った相関関係を生む要因(交絡因子)の影響を受けにくいとされている。とくにランクIの欄に記載された「ランダム化比較試験」はRCT(Randomized Controlled Trial)と略され、最近の臨床研究関連の医学雑誌では、このRCTの手法による研究が多くを占めるようになってきた。この方法は、被験者への説明や同意を得るのに難しい方法であり(治療方法を患者が自分で選択できないなどの理由による)、費用や手間もかかる研究スタイルであるが、結果へ信頼性は高くなるので、臨床医学領域の研究では主流となっている。

しかし、日本の学校現場での研究でこのようなスタイルととる研究はほとんど見られない。それどころか、ランクIIの比較対照を置いた準実験的研究でも、実際の学校現場では難しい。日本の学校では、クラスの子ども全員に、あるいは学年や学校全体で実施する授業や介入が「研究」と呼ばれており、比較対照を置くという発想がない。しかしこれでは、「この治療で大勢が治癒しているからこの治療は正しい」と考えていた20年前の医療界とまったく変わらない。たとえその治療で良くなったとしても、別の治療より優れているという証拠はまったくない。学校関係者は、比較対照のない研究で、その効果を示すことは容易でないことに気がつくべきである。

学校では、「人権上の問題」で比較対照を作れないという意見もある。良い(と思う)指導をする際に、そうでない指導群を作るのは差別であり、学校現場ではできないという理屈である。しかし、同様の問題は、当然、医療現場でもある。医療の世界では、治療の成否は生死に直結する。人権を言うなら医療現場の方が深刻である。しかしそのような矛盾をかかえながら、医療現場でのRCTによるエビデンスは増え続けている。これは、比較対照を置いた研究と置かない研究が質の差が、今や誰



から見ても明らかであることが大きな理由だが、医療行為の価値を決める研究では、その段階ではまだ善し悪しが決まっていないので、治療群と対照群でどちらが有利とは言えない段階であり、そこで倫理や人権を持ち出すのはおかしいという反論もある。丹後<sup>25)</sup>は、「治療法Aと治療法Bのどちらが有効か誰もわからない段階で実施される無作為化比較臨床試験には倫理上の制約はない」と述べている。

むしろ、自分勝手に、教員が良いと思ってやる授業や指導に科学的根拠がないことの方が、人権軽視で倫理的に問題だと言えるかもしれない。そう考えれば、比較対照研究により、学校での保健指導に信頼できるエビデンスを作ることができるような学校の雰囲気と、正しい健康情報リテラシーを持った教員集団を育てることが喫緊の課題と言える。

## VI. 保健指導に必要な健康情報リテラシー

ここであらためて、学校で児童・生徒に保健指導を行う教員に必要な健康情報リテラシーを整理しておきたい。保健指導を行う教員は、医療現場では医療行為を行う医師やケアを担当する看護師等の医療スタッフに相当する。EBMは、医師などの医療スタッフが、決められた手順(ステップ)に従って、患者の問題を抽出して関連する情報を集め、その情報の価値を評価して、その結果得られた有用なエビデンスに従って患者に適用する(あるいは、患者自身が自分で判断できる材料を提供する)一連の行為により成り立っている(資料5)。ここで必要となるのは、各ステップの意味を理解することと、全体の核となるステップ3の「批判的吟味」に関する十分な理解である。

資料5 EBMの実践に伴う5つのステップ

ステップ1: 患者の問題の定式化	(目の前の患者から必要となる問題点を抽出する)
ステップ2: 問題についての情報収集	(問題点の解決方法について、文献等を検索する)
ステップ3: 情報の批判的吟味	(得られた情報性を「研究方法」に注意して吟味する)
ステップ4: 患者への適用	(エビデンスを目の前の患者に適用、あるいは説明する)
ステップ5: 各ステップの評価	(適用した実際の結果を見て、各ステップを見直す)

出典) 橋本淳: EBMの実践とEBH<sup>26)</sup>より引用、ただし、表題と( )内は著者

学校の教員は、目の前の児童・生徒やその児童・生徒集団にある健康問題を把握し(ステップ1)、その問題解決のためにさまざまな情報収集を行う(ステップ2)。むしろ、どのような情報をどう集めるかは、インターネット等を活用できるかどうかの個人のスキルに大きく依存しており、これも立派な健康情報リテラシーと呼ぶことができる。

しかし本稿で強調したいのは、次のステップである、得られた情報の価値を科学的に吟味・検証することができる能力(ステップ3)の必要性である。これがないと、たくさんの情報をただ「鵜呑み」にするだけで、重視すべき情報と無視すべき情報の区別がつかなくなり、結果的に児童・生徒への指導内容が、エビデンスの乏しいものになってしまう。エビデンスの吟味については、本稿のV. エビデンス(科学的根拠)の意味で詳しく述べているので、ここでは繰り返さないが、必ず「健康情報」の根拠となる研究を探し(研究の裏付けのない情報は信用できないと考えるべきである)、どのような「研究の方法」によって得られた結論なのかに注意を払う習慣を身に付ける必要がある。そうすれば、新聞の1面を飾った記事が動物実験のデータであり、まだ人に適用できるレベルでないことや、専門家がもっともらしくテレビで説明している内容が自分の経験だけで語られており、それは信頼度が低いエビデンスであることに気がつくだろう。

このように、さまざまな健康情報や他の人が行った研究について、批判的な目を持つようになる、自分のまわりに確かなエビデンスがいかに少ないかがわかるはずである。実際に、学校現場には信頼できる保健指導のエビデンスがほとんどないのが現状である。それは、先に述べたように学校における「研究」の考え方に起因している。一見、学校ではさまざま「研究」が日々行われているように思われているが、実際には、科学的検証に耐えられるものはほとんどないと思われる。そこに比較対照を設けると意識が芽生えないと、新たなエビデンスはおそらく生まれない。ちょうど20年前の医学界のように、医師の裁量が優先され、科学的検証を行わない治療が幅をきかせていた時代のままの学校現場がまだ日本中にある。すべての教員に、本当の健康情報リテラシーを理解してもらい、学校や教員の意識が変わる日が来ることを祈りたい。

## VII. まとめ

学校で教員が行う保健指導には、教員の側に、健康情報リテラシーと呼ばれる、自ら情報を集め分析し、その内容を批判的に吟味して、有用な知見を実際の保健指導に適用することができる能力が必要である。健康情報リテラシーを理解するのに最も重要な言葉は「エビデンス（科学的根拠）」であり、健康情報の根拠の科学性を担保するのが、情報の基となる「研究の方法」である。研究方法に着目したエビデンスの分類では、比較対照群を設定した実験研究や介入研究の価値が高いと言われていたが、学校現場でそのような研究はほとんど見られない。今後、教員が健康情報リテラシーを学ぶことで、そのような研究と、新たなエビデンスが生まれることが望まれる。

## 引用文献

- 1) 高石昌弘：学校保健の領域構造，学校保健概説，4-9，同文書院，東京，1978
- 2) 小倉学：学校保健とは，学校保健，2-12，光生館，東京，1983
- 3) 文部科学省：小学校学習指導要領，第1章 総則 第1 教育課程編成の一般方針  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shuppan/sonota/990301b/990301a.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shuppan/sonota/990301b/990301a.htm) (accessed June 10, 2012)
- 4) 吉田瑩一郎：学校における保健指導，保健科教育の基礎，112-137，教育出版，東京，2010
- 5) 文部科学省：中央教育審議会，子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について（答申）  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1216829\\_1424.html](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/1216829_1424.html), (accessed June 10, 2012)
- 6) 文部科学省：中央教育審議会，我が国の高等教育の将来像（答申）  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05013101.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05013101.htm) (accessed June 10, 2012)
- 7) 中山健夫：現代社会に必要なスキル -健康情報リテラシー-，健康・医療の情報を読み解く健康情報学への招待，1-9，丸善，東京，2008
- 8) 酒井由紀子：ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与：一般市民向け健康医学情報サービスの基盤として，Library and Information Science, 59, 117-146, 2008
- 9) Evidence-Based Medicine Working Group：Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 268, 2420-2425, 1992
- 10) Healthy people 2010 Information Access Project, <http://phpartners.org/hp/> (accessed June

- 10, 2012)
- 11) United States Department of Health and Human Services : Healthy People 2020 - Improving the Health of Americans, <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx> (accessed June 10, 2012)
  - 12) Janet M. Alison E. Robert M. : Health Literacy, JAMA. 2011 ; 306 (10) : 1158-1158, 2011
  - 13) 倉本尚美, Shouu-Yih D. Lee : アメリカにおけるヘルスリテラシーの動向, からだの科学 250, 31-36, 2006
  - 14) World Health Organization : Health Promotion Glossary, 1998
  - 15) Nutbeam D. : Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promot. Int. 15 (3), 259-267, 2000.
  - 16) 渡邊正樹 : 健康リテラシーの概念と評価, 日本保健医療行動学会年報, 16, 185-190, 2001.
  - 17) 植田誠治 : 保健教育における新しい学力のとらえ方と学校づくり, 学校保健研究, 49, 103-106, 2007.
  - 18) 中山和弘 : 健康を決める力 -ヘルスリテラシーとヘルスコミュニケーション, 患者中心の意志決定支援 納得して決めるためのケア, 36-42, 中央法規出版, 東京, 2012.
  - 19) 坪野吉孝 : 食べ物とがん予防 健康情報をどう読むか, 文藝春秋, 東京, 2002.
  - 20) 和田秀樹 : エビエンス主義 統計数値から常識のウソを見抜く, 角川SSコミュニケーションズ, 東京, 2009.
  - 21) Medical Library Association : Health Information Literacy, <http://www.mlanet.org/resources/healthlit/> (accessed June 10, 2012)
  - 22) Sackett el.al : Evidence-based MEDICINE, Churchill Livingstone, 1997 (日本語訳 : 久繁哲徳 監訳 : 根拠に基づく医療 EBMの実践と教育の方法, じほう, 1999)
  - 23) 福井次矢 : EBMへの誤解をとく, EBMジャーナル, 1 (1), 5-7, 2000.
  - 24) 福井次矢 : 医療ケアでのEBM/Nの必要性, (日野原重明 監修) 基本からわかるEBN, 13-40, 医学書院, 2001.
  - 25) 丹後俊郎 : 研究デザイン -無作為割り付けの重要性, 統計学のセンス デザインする視点・データを見る目, 12-40, 朝倉書店, 東京, 1998.
  - 26) 橋本淳 : EBMの実践とEBH, J. Natl. Inst. Public Health, 49 (4), 320-328, 2000.