

《 翻 訳 》

シェリル・ヴィンス・ホイットマン；カルメン・アルディングー 著

『グローバル・スクールヘルス・
プロモーションの事例研究』抄訳*

—「第1章 導入と背景」および「第2章 理論の枠組みと実践の研究」—

金田 英子 (訳)

第1章 導入と背景

シェリル・ヴィンス・ホイットマン、カルメン・アルディングー

ヘルス・プロモーション・スクール概念の発展

学校において、子どもたちの健康にとり組む試みは、なにも新しいことではない。20世紀でも、そしてそれ以前にも、多くの学校が、若い人々に対する健康教育やヘルス・サービスを与える方法を見出してきた。最近の動きは、健康をより総合的に定義することと、学校現場での健康促進のために公衆衛生的アプローチのきめ細かな適用である。世界保健機関 (WHO) の創設者たちは、健康を「たんに疾病または虚弱をなくすだけではなく身体と精神および社会福祉が完全である状態」として定義し、「達成可能な最も高い健康水準を楽しむことは、すべての人間の基本的権利のうちの1つである」との認識を深めている (World Health Organization [WHO], 1948)。

※ 本稿は、Cheryl Vince Whitman and Carmen Aldinger : *Case Studies in Global School Health Promotion* (Springer, 2009) の日本語訳である。ただし、第1章の表1と地図は省略した。(訳者註)

教育部門において公衆衛生戦略をよりきめ細かく適用する運動は、1986年のWHOのヘルス・プロモーションのオタワ憲章の宣言で勢いを増した。これは、カナダとWHOのヨーロッパ事務所とのヘルス・プロモーションに関する考えが統合されたものである（Young, 2005）。憲章では次のように述べている。「健康は、学び、働き、遊び、愛するといった日常生活の場にいる人々によって造り出され営まれる。自分や他人への気配りをする事、自分の暮らしや環境への決定や支配のできる力を持つこと、自分の住む社会が皆の健康達成を可能にする条件を整えることなどで健康は造り出されるものである。」（WHO, 1986）。

学校や各種教育機関は国、州、地方の別を問わずすべて、若者が学び、遊び、愛する場であり、大人が働く場、その家族が集まって教育や社会活動支援に参加する場であることは明らかである。WHOが学校へ適用したオタワ憲章のこれらの原理は、『ヘルス・プロモーション・スクール』（HPS）の概念として知られるようになった。

本書では、HPSの考え方の発展、および他の国連機関の同様の考えとの関係を簡潔にまとめてある。そして世界中からの事例や事例研究の要点をもとに、多くの異なった状況で働く人々が、考えをどのように実行に移してきたかを見ていく。それらの動きが明らかになることで、私たちは多くの方法や用いられた戦略について学ぶ。

オタワ憲章が書かれて間もなく、WHOのヨーロッパ事務所と連携のあるスコットランドの健康教育グループは、スコットランドのピープレスにおいて、加盟28州から150名の代表者を招集した。このシンポジウムでは、参加者は、HPSの概念を発展させた（Young, 1986）。オリジナルのモデルは、カリキュラム、学校の理念と環境、そして健康と保健活動の3本柱からなっていた。

1986年から2007年の現在に至るまで、HPSの概念は、ヨーロッパのヘルス・プロモーション・スクールのネットワーク下で組織され、WHOのヨーロッパ事務所の技術サポートを受けながら、ヨーロッパのいたるところで実施されてきた。WHOとの共同センターになっている、オランダの健康増進・疾病予防研究所（NIGZ）は、今ではネットワークに関する責任を負って、名称を

『ヨーロッパの健康のための学校』と変更した (SHE Network, n.d.)。

ほぼ同時期に、『包括的学校保健計画』という類似した概念がアメリカで発展した。その定義には、例えば教職員のためのスクールヘルス・プロモーションプログラムや、学校と地域の包括的医療促進努力などを含む諸要素が加わっていた (Allensworth & Kolbe, 1987; Kolbe, 1986)。やがてオリジナルの概念はいくつか変更されたが、アメリカ疾病予防管理センターの包括的学校保健計画によって引き続き実施されてきた (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, n.d.)。アメリカの他の政府機関には、同様の要素を持つプログラムがある。薬物乱用・精神衛生管理庁との連携による、健全学校・健康学生運動で、これは、米国教育省、青少年裁判所・非行防止局の3つの連邦機関を代行して実行されている (National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention, n.d.)。

1995年9月にWHOは、アメリカ疾病予防管理センターの後援のもとに、「学校中の健康促進に協力するため教育や保健諸機関を支援するために」スイスのジュネーブで包括的学校健康教育および促進についての専門委員会を開催した (WHO, 1997, p.1)。オタワ憲章の10年以上後で、WHOはヨーロッパと北アメリカの経験に基づいて、この概念を世界的に広める活動に移って行った。専門委員会は、学校での健康やその障害とか戦略の研究や傾向を調査し、実践を呼びかけた。そして、あらゆる人たちに次の考え方を強く求めた。

『将来どの国の学校でも、すべての若者の健全な発達を学校の基本使命のひとつの柱とする。すなわち、若者たちの実りある教育と健康の増強のため、各学校は学校の内外の環境条件や利用可能なヘルス・サービスとあいまってこの新しい素晴らしい途に取り組み、実践する世の中にする。』

続いて、WHOは、「真に“ヘルス・プロモーション・スクール”(HPS)」と呼ぶことができる学校の数を増加させる」ことを目標に「グローバル・スクールヘルス・イニシアティブ」に着手した (WHO, 1998)。WHOは図1で示

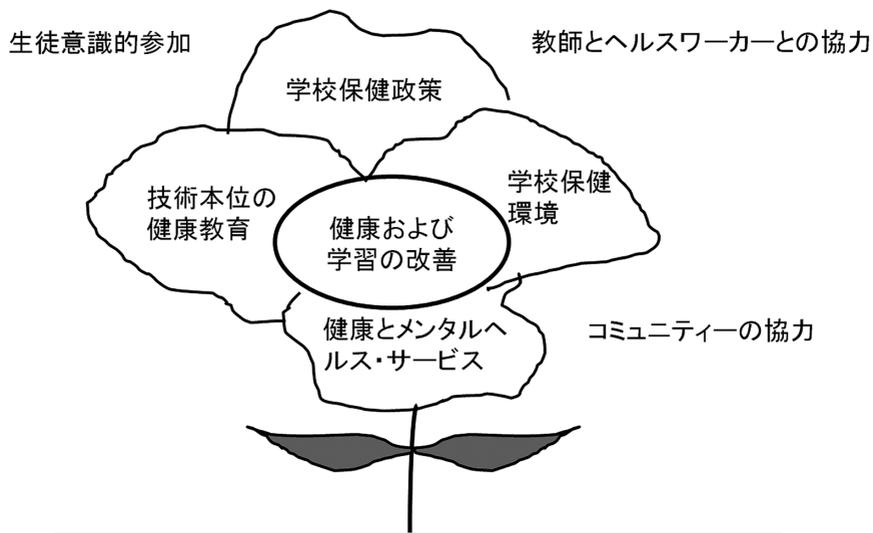


図1 健康増進学校の構成要素（ヴィンス・ホイットマン、2005）

のような HPS を定義した。それはすなわち、

- ・あらゆる手段を入手可能にして健康と学習を助長する
- ・学校を健康な場にするために、健康および教育の担当官、教員、教員組合、学生、親、保健衛生業界、地域のリーダーが参加する。
- ・以下のことを提供する努力をする。
 - （1）健康な環境、（2）学校保健教育、（3）学校保健サービス、（4）学校・地域連携活動、（5）担当者のための各種健康促進計画、（6）栄養および食品安全計画、（7）体育とレクリエーションの機会、（8）カウンセリングや社会的支援、精神衛生促進のための活動計画。
- ・政策を実行するとともに、個人の幸福や尊厳の尊重、成功のために多数の機会の提供、そして個人の業績と同様により努力や意向を認めることなどを実践する。
- ・生徒と同様に教職員、家族および地域メンバーの健康をも増進するための努力をする。そして、コミュニティが健康や教育にどのように寄与し、ある

いはいつの間にか害になっているかの理解を彼らに深めてもらうように地区リーダーと共に活動する。(WHO 1998より翻案)。

1990年代半ばにグローバル・スクールヘルス・イニシアティブが始まって以来、WHO はリーダーシップをとり、HPS 概念の普及および政策実践やプログラムを支援するために、さまざまなサービスを多数の国々に提供してきた。WHO は、その地方事務所や協力センターとともに、国際的なガイドラインおよび政策書を準備し、有効なプログラムおよび戦略に関する証拠を総括する出版物を作成した。それは、学校で一連の健康問題に取り組むことを奨励したり、評価や実践のための試験的なツールであったり、概念を実践に移すことへの国内での技術援助をするためであった。

ユネスコ (UNESCO) が先頭に立って実施した、『万人のための教育』といったような、教育における平行した動きは、健康と教育の重要な結びつきをもたらした。1990年3月に、タイ国のジョムティエンで開催されたユネスコの、『万人のための教育 — 基礎的な学力の習得と題した国際会議』の中では、学習者および学習過程両方の成功に対して大きく響く健康および栄養の主要問題について語られた。10周年記念となったジョムティエン大会では、ユネスコとWHO との合同で10年の業績を回顧した『課題研究：学校保健と栄養』が報告された (Vince Whitman, Aldinger, Levinger, & Birdthistle, 2001)。2000年4月にセネガルのダカールで開催された世界教育フォーラムでの発表・討論では、その報告書は、周辺の国連諸機関に共通の基礎的な要素を FRESH の傘のもとに各々のモデルに結集する引き金となった。個々の国連機関は、自分たちのプログラム独自の呼称を放棄しなかったが、健康な物理的・心理社会的な学校環境や健康と栄養のサービスのためのスタートとして、共通項目を発展、および活用することには全員合意した。その共通項目というのは、学校保健政策、技術に基づいた健康教育、水と衛生の設備といったものである。したがって、学校保健計画の実践は、ヘルス・プロモーション・スクール以外の名前で知られているかもしれない。しかしそれでも、政策、技術に基づいた健康教育、サービスおよび健康な心理社会的・物理的な環境といった同じ核心的要素は具現化され

ている。

10年以上前にグローバル・スクールヘルス・イニシアティブが始まり、FRESH やそのモデルの共通要素をとりまく国連諸機関の一致をみて以来、政府、大学、非政府組織、民間団体、国連機関といった多くの異なった組織が概念を行動に移して新規あるいは改善された学校保健計画を『実践』する役割を担ってきた。それらの努力はまた、国連ミレニアム開発目標（MDGs）によって強化されていて、その多くは、学校保健（国連開発計画）の目標に沿ったものである。世界規模での健康促進に関するつい最近の WHO バンコック憲章会議では、グローバル化、若者への売り込み手段、HPS が取り組んで新しい影響をもたらしていることへの移行の増加について話し合われた（WHO, 2005）。

グローバル・スクールヘルス・イニシアティブと FRESH が10年以上たった2007年、WHO は他の国連機関、WHO と提携するセンター、政府および専門職協会と共同で、これまでの活動を評価し、将来の新しい方向性を確立することを決めた。その過程は、2007年にカナダのバンクーバーでの、学校保健に関する WHO のテクニカルミーティングの招集とそのそれぞれの経緯、健康のための学校協力の構築、教育業績および開発についての論文の準備に関わるものであった。この会議で記憶すべき一つは、ヘルス・プロモーション・スクールおよび他の学校コミュニティ・プログラムの『実践』ということに、非常に専心的だったことである（WHO, 2007年）。

実践のあゆみ（およびこの本）の著者たちには、WHO 共同センターの出身者から、EDC の健康と人間発達プログラム部門で学校とコミュニティをとおして健康を促進してきた者までいる。私たちは、効果的な実行戦略について、国家や地方の学校がどのように概念を実行に移していったかを世界的規模で例証する研究を統合した。会議参加者の実践に対する関心、およびこの本の目的である事例研究の有用性を受け、世界の様々な地方から追加の事例研究を集めた。私たちの願うところは、普及と実践研究の概念枠にもとづいたこれらの事例が、実行への様々な異なったアプローチをとる政策決定者、管理者および意思決定者への情報になることである。

この10年以上にわたって、HPS の概念が進展し受け入れられるためには、健康および学習のすべての概念と学術的な動向の間での連携についての研究と評価の証明が基盤となって発展していったということが必要であり都合よかった。さらに重要なことは、世界的規模での文献の中から、多様な健康促進、予防、そして学校や地域社会の健康条件取り組みへの介入戦略などの有効性を統合したことである。HPS 概念の広範囲の普及の根拠として、この研究基盤に立って重要な点をここに提供する。

有効性の証拠

HPS および関連する研究を進める世界的動向は、証拠基盤に多くの貢献をした。多くの組織が、有意義な研究や新しい研究の実施および介入効果の証拠を統合したり広めたりすることに寄与した。今まで20年間に生み出されたこの根拠基盤は、教育と健康との結びつきや、かたや政策、プログラム、そして学校や地域社会の中で健康問題に取り組む戦略などへの斯界の理解を進展させている。次に、その概要を示す。

健康と教育の相互リンク

長年にわたる研究は、健康と教育の間の相互関係を表してきた。すなわち、教育の改善と学習環境としての学校の特性とは健康の改良に関連しているし、健康状態の改良は学習や学術的な成果の改良に寄与している。先進国や途上国のどの研究も等しく、教養や学問のある人々の方がより健康のようだと、繰り返し表明している。反対に、教育の機会に制限のある人は、健康や快適生活度が低いとされている (Nutbeam & Kickbusch, 2000)。さらに、学習の場である学校の質が低かったり機能がよくない場合は、学生やスタッフの健康および快適生活に悪影響を及ぼす場合があるとされている (Awartani, Vince Whitman, & Gordon, 2008)。

『健康状態および教育の結果』の関係については、ジュークス、ドレーク、バンディによって近年出版された本の中に要約されている (2008)。貧弱な健

康状態は、低い就学と出席に関係している。例えば、出生時低体重の子どもは、認知発達が遅れていたり、発育不良の子どもは同年代の他の子どもより後に就学するので、幼児学齢前期の阻害要因が小学校就学にまで長期的な影響をもたらしたり、栄養不良が、脳発達や行動発達の多くの面に影響したり、ヨウ素や葉酸塩の欠乏で深刻な精神・身体障害になる場合があったり、脳膜炎が深刻な認識機能障害を引き起こしたり、HIV やエイズの母子感染が長期欠席の原因になったり、HIV 感染の子どもは学校で虚弱であったりする。また、食糧不足の子どもでは、より数学の学力が低く、落第を繰り返し、心理学者を訪ねたり、他の子どもと仲良くするのに苦勞するという研究もある (Alaimo, Olson, & Frongillo, 2001)。

これらのより明白でより厳しい状況に加えて、ハフは、これらを始めたとした「より声の大きな」問題がより声の小さい健康問題への注意を薄れさせた場合に何が起きるかについて記述している。それは見逃しやすいことで、視聴覚障害、歯科疾患、不安およびうつ病などである。アメリカでは、「都市の学校での生徒のおおよそ25パーセントは視覚障害が見落とされていて」「1-2年生で読むのに困難」とされている (Hough, 2008, p. 28)。読書ができないことは、えてしてその子を特殊教育プログラムに進ませることになり、取り返しがつかなくなる (Hough, 2008)。

重要なことに、研究は、しばしば学校をとおして伝えられる健康状態を、どのように改良し、教育効果に結びつけることができるのかを示している。例えば、幼児期のマラリア予防は、就学率や出席率を高め、学校を基盤としたマラリア予防は、教育達成を改善する。駆虫は、就学や学習することの可能性を改善する。学校給食プログラムは小学生の出席率を改善し、教育の達成に適度の効果をもたらす。栄養不足を防ぐことは、認知発達を促進する。そして栄養剤や心理社会的な刺激は、認識の遅れを覆すのに役立っている。(Jukes et al., 2008)。研究はまた、身体活動が学業成績や落第の減少と正の関係にあることを示している (Action for Healthy Kids, 2004; Dwyer, Blizzard, & Dean, 1996; Mahoney & Cairns, 1997; Shephard, 1997)。

とりわけ少女と女性には、教育の健康上の利点からして明らかに利益がある。この数年にわたる多くの研究（とりわけ開発途上国からのもの）は、女性や子どもたちや、その社会のために健康と暮らしを改善するための教育に関連するものである（例、Arya & Devi, 1991; Bledsoe, Casterline, Jonson-Kuhn, & Haaga, 1999; Buckshee, 1997; Caldwell, 1986; Das Gupta, 1990; Gupta, Mehrotra, Arora, & Saran, 1991; Harrison, 1997; Nussbaum, 2000; Sen, 1999）。世界中からの研究への論説では、教養のある少女はより健康的で、より給与所得を得ることができるとしている。彼女らが母親になる場合、教育を受けた少女は、子どもたちを一層よく世話することができる。子どもの健康の、唯一の最も重要な予測因子は、母親の教育レベルである。教育は、健康な家庭を築き、健康情報の恩恵を得たり、ヘルス・サービスを活用するなどして女性の能力を強くすることができる（Filmer, 1999; WHO, 1997）。

近年の報告された「女兒教育は何をもたらすか：発展途上世界からの証拠と施策」（Herz & Sperling, 2004）には、少女の教育の利点についての多くの学術的な文献が集められている。この報告書での多くの研究が、女子教育が様々な利点に関係していることを示している。つまり、収入増加と生産性、耕作をも含めた生産性の向上、より健康で高学歴の家族、HIV/AIDS の予防、家庭内暴力減少や生殖器の切除を含めての女性への権限付与、家族たちの健康や教育に使える、より多くの財源といったことがある。

研究はまた、図1（指導、精神、サービスの利用可能性）を含む学校環境の特徴のいくつか、健康状態と学習に影響しているかを明らかにしている。学習のための最も重要な条件の1つは、学校の心理社会的な環境と、生徒たちに育成の場への帰属感があるかどうかということだ。生徒たちが、自分たちは学校の一部であり、教師によって適正に扱われ、校内の人々に親近感を抱いているとき、彼らは健康で、危険行為に従事する可能性が低く、成功する可能性が高い（Blum, McNeely, & Rinehart, 2002）。生徒たちが、よい社会的情緒的健康にあるとき、退学や欠席の割合は低い。進級、標準的テストの得点、卒業率、読解力、数学、文章力の向上といった改善が見られている（Zins, Bloodworth,

Weissberg, & Walberg, 2004)。

学校での学習環境のこの他の特徴としては、前向きにも、あるいは否定的にも健康と幸福に影響をもたらすことができ、それには、教育学の性質やカリキュラム内容の関連、それぞれの子どもの特有な態度や学び方に対する注意深さをも含んでいる点である。これらの特徴は、学校に若者をとどまらせたり、学ぶことをさせたり鼓舞したりもできるし、または愛想をつかして疎外させたり、この世で対処し成功する必要な技術なしで退学させたりもしてしまう(Awartani et al., 2008)。

学校を基盤にしたさまざまな介入戦略の有効性

ここ20年以上、学校をもとにして健康の具体的諸問題に取り組む試みが数多く行なわれてきた。この研究では、学校を基盤にして健康へ介入することで、図1の各種の要素について個別にまたはそれらを合わせて、健康や教育の成果を上げ得ることを示している。最も重要なことは、各構成要素にまたがる戦略を説得力ある違いの出るように結びつけ、学校全体で取り組むことの効果を研究で明らかにしたことである(Blum et al., 2002; Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Patton et al., 2006; Stewart-Brown, 2006; West, Sweeting, & Leyland, 2004)。例えば、2006年のメタ分析では、健康増進や疾病予防への学校規模での健康促進、とりわけHPSへの取り組みの効果に着目して、「若者の健康や健康に関する行動変化の効果があつたプログラムでは、想像以上に複雑、多因子的で一領域(カリキュラム、学校環境、地域社会)を超える活動を伴っていた」ということが解つた(Stewart-Brown, 2006, p. 17)。HPSへの取り組みを支持していくうえで、このメタ分析ではまた、学校をとおして社会情緒的かつ精神的な衛生に取り組む主要な利点をも指摘している。これらの利点は、「学校全体での関与、学校心理社会的環境の変化、個人能力の開発、保護者やコミュニティ全体の関与、長期間にわたる実施」を含んだ取り組みのとき、色濃く観察された(Stewart-Brown, 2006, p.16)。

他にも多くの研究が、1つ以上の課題に取り組む業務と健康教育などよう

に、1つ以上の構成要素の効果を検討している。例えば、以前に議論された『学校保健と栄養に関する主題研究 (*Thematic Study on School Health and Nutrition*)』での、個々の学校を基盤とした介入効果の論証の報告例である。それは、安全な水および衛生、蠕虫感染症、栄養、STD と関連した生活習慣行動、HIV/AIDS、アルコール、タバコおよび他の薬の使用を含んだ様々な健康問題に取り組むために組み合わせられたものである (Vince Whitman et al., 2001)。生涯におけるメンタルヘルス障害の半分は、思春期に始まるということが研究で明らかになったので、早期発見と介入は、長年の苦痛や害を防いだり軽減したりすることができる (Kessler et al., 2007)。多くの場合、そのような識別は、行動か行為障害が明白になる学校環境において可能となる (Gilman, Weist, & Sarles, 2002)。それゆえに学校は、何百万もの子どものメンタルヘルス状態に影響を及ぼす大切な位置づけにある。研究では、学校での健康促進は、メンタルヘルス問題の予防および対処への取り組みの中心と考えられるとき最強となるということを表している (Vince Whitman, Aldinger, Zhang, & Magner, 2008)。

健康教育の構成要素の観点から、多くの研究が、技術本位の参加型カリキュラムを利用する健康教育クラスに参加する生徒では、プログラムに関する危険行動が減少するというを示している (Botvin, Griffin, Diaz, & Ifill-Williams, 2001; Skara & Sussman, 2003; WHO, 2003)。

学校保健の第一人者による近刊 (St. Leger, Kolbe, Lee, McCall, & Young, 2007) では、スクールヘルス・イニシアティブへの取り組みの公開評価によってメタ分析の証拠を挙げている。それは次のとおりである。

- ・ 栄養 (Blum et al., 2002; Lister-Sharp et al., 1999; Patton et al., 2006; Stewart-Brown, 2006; West et al., 2004)
- ・ 身体活動 (Dobbins et al., 2001; Timperio, Salmon, & Ball, 2004)
- ・ 性の認識や行動 (Kirby, 2002; Silva, 2002)
- ・ 薬物 (Lloyd, Joyce, Hurry, & Ashton, 2000; Midford, Lenton, & Hancock, 2000; National Drug Research Institute, 2002; Tobler & Stratton, 1997)

- ・メンタルヘルス (American Counselling Association, 2006; Browne, Gafni, Roberts, Byrne, & Majumdar, 2004; Green, Howes, Waters, Maher, & Oberklaid, 2005; Wells, Barlow, & Stewart-Brown, 2003)

2007年6月、WHOは、指針をセットする専門会議に世界中から学校保健専門家を召集した。参加者は、過去20年間にわたる学校を基盤とした介入の証拠を総括し、実践に必要な共同作業促進に有効と分かっている手段の実行そのほかの活動要請を出した (Tang, Nutbeam, & Aldinger, 2009)。本書は、その呼びかけに対する一つの応答である。そして、専門会議の参加者から多くの事例研究の寄稿があった。

本書の目的

HPS 概念を考案し普及させるあらゆる努力ののち、何が起きただろうか？

政府や地元の学校、およびコミュニティーや大学は、その考えを実行しただろうか？ 何の段階をどうやって踏み、どのような結果だったのだろうか？

どういった要因が、それらの過程に影響を及ぼしたのだろうか？

この本を執筆する目的は、国や地方のレベルでこの概念の適用に用いた施策の事例を世界のあらゆる地域から探し出すことにあった。WHO の本部および WHO の地方事務所からの援助や著者のネットワークによって、HPS 概念の実践についての事例研究を準備するためにその要となる人々が世界各地から募られた。そのねらいは、個々の学校 (群) またはより広く州や全国規模など異なるレベルでの事例を探し出すためであった。私たちは、大学、教育省、学校、NGO および国連機関から執筆者や研究者を特定した。彼らは事例研究を集め、理論の脈絡や、実践に影響する要因の研究で何が起きていたかを書き述べた。それら事例の分析は、HPS 概念適用の実現可能性に向けて多くの識見を提供した。すなわち、多資源下や小資源状況下の通観、異文化間、都市と地方の学校間、さらに健康、経済、社会、教育それぞれでの挑みに応じて、などに及んでいる。

先に述べたバンクーバーでの WHO の学校保健に関する専門会議の準備と第 2 部会向けの背景の報告書を書くにあたり、著者たちは、世界の各 WHO 支部から 17 の事例を独自に集めて分析した。会議の参加者に事例が有用とわかり、我々は事例を 17 から 23 に増やした。事例分析の目標は、次のとおりである。

- ・公衆衛生のアプローチが学校にどのように適用されたかを理解する。
- ・学校保健計画を実行する将来の努力を加速し強くするための学習を提供する。
- ・いままで学校保健計画に努力してきたり、これから努力や実行に移そうする多くの行動者の間に、学習仲間を育てる。
- ・2015 年およびそれ以降に向けた学校保健の未来像を形づくるにあたって、WHO、FRESH パートナーや各国に手引きを提供する。

方法

ERIC、PubMed、PsychINFO、LexisNexis、ISI Web of Knowledge、Google Scholar といった多数のデータベースを用いて、実践研究、技術革新の普及、教育改革についての広範囲にわたる文献調査を実施した。

この論評は、効果的な実践戦略に関する知見を提供し、図 1 に示す『政策および実行の変更に影響を及ぼす要因の車輪』（「理論の枠組みと実践の研究」の章、「実践に関する理論と研究」の項）の枠組み構成を熟慮修正することとなった。その後詳細に議論され、これらの要因には、例えば、展望と概念、国際的および全国的指針、リーダーシップ、財源、利害関係者の所有権と参加、部署間共同作業のしくみ、準備の段階などが含まれた (Vince Whitman, 2005)。この輪の中の諸要因は、HPS や同様の概念の実践事例中の方略を分析しコード化するための主要基準となった。

事例研究のそれぞれの著者は、次のことに取りくんだ。

- ・展開に関連した国情の背景
 - 国の概要（例えば、政治制度、人口統計、教育的使命と目標）

- 社会および経済指標
- すう勢、起源、HPS 概念の由来への指導力
- 段階（例えば、国、地方、初等、中等、高等学校）
- ・ 学校保健計画の概観、その影響と結果
 - データ境界（例えば、開始時期とか進行中とか）
 - 実行者／組織の主なキャスト
 - 到達状況（例えば、学校や生徒の実践到達数、何から何への増加数）
 - 実践の範囲（どの構成、あるいはプログラムの要素が実践されたか）
 - 成果や影響の概要（例えば、事前／事後での）
- ・ 実践手順における各個の過程や活動
 - 施策またはよく発展した、および／あるいは、独特な実践手法（「理論の枠組みと研究実践」の章の図1を参照）を3つか4つ選ぶ
- ・ まとめと今後に向けて
 - 提案および実践に関して学びえたこと

事例研究の最初のあらましや草案を吟味し、多くの場合実践の特異点を詳述するように勧めるなどして概要の書式を（当初）統一するように事例研究の著者たちにコメントした。バンクーバ会議に先立ち、事例研究の著者たちは、彼らが学びえたことを互いに共有するために事例の情報交換を行った。

事例

表1は、全26事例の、地域、国、著者のリストである。

改訂された事例研究をいったん受けとると、それらを徹底的に読み、読みやすさと構成を改善するために最初の編集を行った。その後、以前に紹介した‘要因の車輪’の要因に基づいて各事例研究をコード化した。事例研究の中で議論された実践の様相に対しては追加コードが作成されたが、提唱、コミュニケーション、基本的施設、調査と評価、持続可能性など、輪の部分にないものはコード化されていない。

事例研究の様々なセクションに与えられた割り当てコードを用いて、Atlas.ti 5.2 質的データ管理プログラムに事例研究を入力した。本書の2人の著者は、事例を各自単独に評価した。その後、解釈の信頼度を評価するための事例交換を行った。Atlas.ti からは、コードや表の頻度によって結果を作成した。そのコードには、それぞれ特定のコードにコード化された事例研究の全セクションをリストしてあり、表の頻度には、それぞれのコードが何回コード化されたかがリストされている。

この成果から、我々は重要な発見を統合して分析の項を執筆した。事例研究の著者たちは、いくつもの編集者の批評を経てそれぞれの最終資料をまとめあげた。

参考文献

- Action for Healthy Kids. (2004). *The learning connection: The value of improving nutrition and physical activity in our schools*. Retrieved August 27, 2008, from http://www.actionforhealthykids.org/pdf/LC_Color_120204_final.pdf
- Alaimo, K., Olson, C. M., & Frongillo, E. A., Jr. (2001). Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development. *Pediatrics*, 108 (1), 44-53.
- Allensworth, D.D., & Kolbe, L. J. (1987). The comprehensive school health program: Exploring an expanded concept. *Journal of School Health*, 57 (10), 409-412.
- American Counselling Association. (2006). *Effectiveness of school counselling*. Retrieved August 26, 2008, from <http://www.counseling.org/Files/FD.ashx?guid=a60afec-e823-4418-b0fe-123d7af5d573>
- Arya, A., & Devi, R. (1991). Influence of maternal literacy on the nutritional status of preschool children. *Indian Journal of Paediatrics*, 58, 265-268.
- Awartani, M., Vince Whitman, C., & Gordon, J. (2008). Developing instruments to capture young people's perceptions of how school as a learning environment affects their well-being. *European Journal of Education*, 43 (1), 51-70.
- Bledsoe, C. H., Casterline, J. B., Jonson-Kuhn, J. A., & Haaga, J. G. (1999). *Critical perspectives on schooling and fertility in the developing world*. Washington, DC: National Academy Press.

- Blum, R., McNeeley, C., & Rinehart, P. (2002). *Improving the odds: The untapped power of schools to improve the health of teens*. Minneapolis, MN: Office of Adolescent Health.
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Diaz, T., & Ifill-Williams, M. (2001). Preventing binge drinking during early adolescence: One- and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15 (4), 360-365.
- Browne, G., Gafni, A., Roberts, J., Byrne, C., & Majumdar, B. (2004). Effective/efficient mental health programs for school-age children: A synthesis of reviews. *Social Science and Medicine*, 58 (7), 1367-1384.
- Buckshee, K. (1997). Impact of roles of women on health in India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 58, 35-42.
- Caldwell, J. C. (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development*, 12, 171-220.
- Dobbins, M., Lockett, D., Michel, I., Beyers, J., Feldman, L., Vohra, J., et al. (2001). *The effectiveness of school-based interventions in promoting physical activity and fitness among children and youth: A systematic review*. Ontario: McMaster University.
- Dwyer, T., Blizzard, L., & Dean, K. (1996). Physical activity and performance in children. *Nutritional Review*, 4 (2), 27-31.
- Filmer, D. (1999). *The structure of social disparities in education: Gender and wealth. Policy research report on gender and development. Working paper no. 5*. Washington, DC: World Bank.
- Ghuman, H. S., Weist, M. D., & Sarles, R. M. (2002). *Providing mental health services to youth where they are: School and community based approaches*. New York: Routledge.
- Green, J., Howes, F., Waters, E., Maher, E., & Oberklaid, F. (2005). Promoting the social and emotional health of primary school aged children: Reviewing the evidence base for school-based interventions. *International Journal of Mental Health Promotion*, 7 (2), 30-36.
- Gupta, M. C., Mehrotra, M., Arora, S., & Saran, M. (1991). Relation of childhood malnutrition to parental education and mother's nutrition related KAP. *Indian Journal of Paediatrics*, 58, 269-274.
- Gupta, M. D. (1990). Death clustering, mother's education and the determinants of child mortality in rural Punjab. *Population Studies*, 44 (3), 489-505.

- Harrison, K.A. (1997). The importance of the educated healthy woman in Africa. *Lancet*, 349, 644-647.
- Herz, B. S., & Sperling, G. B. (2004). *What works in girls' education. Evidence and policies from the developing world*. New York: Council on Foreign Relations.
- Hough, L. (2008, Summer). Can you hear me now? *Ed.magazine: The magazine of the Harvard Graduate School of Education*.
- Jukes, M. C. H., Drake, J., & Bundy, D. A. P. (2008). *School health, nutrition and education for all: Levelling the playing field*. Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*, 20 (4), 359-364.
- Kirby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39 (1), 27-33.
- Kolbe, L. J. (1986). Increasing the impact of school health promotion programs: Emerging research perspectives. *Health Education*, 17 (5), 47-52.
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: Two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 3 (22), 1 -207.
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J., & Ashton, M. (2000). The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7 (2), 109-126.
- Mahoney, J., & Cairns, R. (1997). Do extracurricular activities protect against early school dropout? *Developmental Psychology*, 33 (2), 241-253.
- Midford, R., Lenton, S., & Hancock, L. (2000). *A critical review and analysis: Cannabis education in schools*. Sydney: New South Wales Department of Education and Training.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (n.d.). *Healthy schools, healthy youth!* Retrieved August 27, 2008, from <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/>
- National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention (n.d.). *Safe schools/healthy students*. Retrieved August 27, 2008, from <http://www.promoteprevent.org>
- National Drug Research Institute. (2002). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development. The capabilities approach*. Cambridge, UK:

Press Syndicate of the University of Cambridge.

- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. S. (2000). Advancing health literacy: A global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 183-184.
- Patton, G. C., Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Butler, H., Glover, S., et al. (2006). Promoting social inclusion in schools: A group-randomized trial of effects on student health risk behavior and well-being. *Am J Public Health*, 96 (9), 1582-1587.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- SHE Network (n.d.). *Schools for health In Europe*. Retrieved August 27, 2008, from <http://www.schoolsforhealth.eu/>
- Shephard, R. J. (1997). Curricular physical activity and academic performance. *Pediatric Exercise Science*, 9 (2), 113-126.
- Silva, M. (2002). The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinence behavior: A meta-analysis. *Health Education Research*, 17 (4), 471-481.
- Skara, S., & Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37 (5), 451-474.
- St. Leger, L., Kolbe, L. J., Lee, A., McCall, D. S., & Young, I. M. (2007). School health promotion: Achievements, challenges and priorities. In D. V. McQueen & C. M. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: World Health Organization.
- Tang, K. C., Nutbeam, D., & Aldinger, C. (2009). Schools for health, education and development: A call for action. *Health Promotion International*, 24 (1), 68-77.
- Timperio, A., Salmon, J., & Ball, K. (2004). Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: Review and update. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7 (1 Suppl), 20-29.
- Tobler, N., & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug education programs: A meta analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1), 71-128.

- United Nations Development Programme (n.d.). *About the MDGs: Basics*. Retrieved August 27, 2008, from <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>
- Wells, J., Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2003). A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education Journal*, 103 (4), 197-220.
- West, P., Sweeting, H., & Leyland, L. (2004). School effects on pupils' health behaviours: Evidence in support of the health promoting school. *Research Papers in Education*, 19 (31), 261-291.
- Vince Whitman, C. (2005). Implementing research-based health promotion programmes in schools: Strategies for capacity building. In B. B. Jensen & S. Clift (Eds.), *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice* (pp. 107-135). Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Vince Whitman, C., Aldinger, C., Levinger, B., & Birdthistle, I. (2001). *Education for all 2000 assessment: Thematic studies: School health and nutrition*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Vince Whitman, C., Aldinger, C., Zhang, X. W., & Magner, E. (2008). Strategies to address mental health through schools with examples from China. *International Review of Psychiatry*, 20 (3), 237-249.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion: First International Conference on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). *Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, WHO Technical Report Series, No. 870*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1998). *Health promoting schools: A healthy setting for living, learning and working, WHO Global School Health Initiative* (Vol. WHO/HPR/HEP/98. 4). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2003). *Skills for health: Skills-based health education, including life skills — An important component of a child-friendly/health-promoting school, WHO Information Series on School Health — Document 9*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2005). *Bangkok charter for health promotion in a globalized world: Sixth Global Conference on Health Promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Report of the technical meeting of building school partnership for health, education achievements and development*. Vancouver, Canada: WHO.
- Young, I. (1986). *The health promoting school, report of a WHO symposium*. Edinburgh: Scottish Health Education Group/WHO regional office for Europe.
- Young, I. (2005). Health promotion in schools — A historical perspective. *Promotion and Education*, 12 (3 - 4), 112-117, 184-190, 205-111.
- Zins, J., Bloodworth, M., Weissberg, R., & Walberg, H. (Eds.). (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers Press, Columbia University.

第2章 理論の枠組みと実践の研究

シェリル・ヴィンス・ホイットマン

定義

概念を健康増進と予防政策や策略に変える過程は、社会科学、公衆衛生および教育の多くの理論を利用する。普及、拡大、実践、技術移転、システム変更、能力育成などは、全て研究を実践に変える様々な面を記述するために用いられる専門語である。しかし、各用語はそれぞれわずかに異なる意味を持っている。健康促進学校 (HPS) の概念もまた、万人のための教育 (EFA) などの、グローバルな教育改革の率先の中に組み込まれていて、それらの手法や専門用語は、教育システムを変える中で使われている。

表1は、実践過程を理解したり記述する際に重要な役割を演じる専門語の定義を示したものである。研究の細部を記述する語彙や専門語については幅広い合意はない。

本書での実践の定義はフィクセンらによる下記のものである。

『実践とは、既知の次元の活動やプログラムを実行することを目指した明確な一連の活動と定義する。この定義によれば実践過程には目的があり、独立した観察者が実践関連の「明確な一連の活動」の存在や強さを読み取ることができるように、十分詳細に記述される。さらに、その活動またはプログラムが実践されている中で、独立した観察者が、その存在や強さを読み取ることができるように、十分詳細に記述される。』(Fixsen, Naoom, Blase, & Friedman, 2005, p. 5)

そのようなプログラムについてのほとんどの研究は、実践過程の効果とか実践と結果の関係よりも、介入の効果に注目してきた。これら研究の論評では、「促進と予防プログラムで得る結果には実践のレベルが影響している」ということが強く支持されている (Durlak & Dupre, 2008, p. 327)。

表1 用語の定義

普及とは、米国疾病予防管理センターの定義では、開発や発明をした者から意図したユーザへ向けて革新を意図的に拡大することである (Centers for Disease Control and Prevention, n.d.-a)。

実践とは、一連の特定の活動を計画して既知の次元の活動やプログラムを実現することである。それは、終わりに到達する方法とか、手段、あるいは行為者である。

革新の普及とは、「革新」(この定義は「新しいと認められた考え、実行、または対象のこと」)[が、時間をかけて何らかの経路で社会制度のメンバーに伝わる過程である] (Rogers, 1995, pp.10-11)。

技術移転とは、考え、情報、方法、手続き、技法、ツール、技術などが、熟練者から利用見込み者へ移転することである。技術移転の方法には、専門誌で査読された科学的な出版物や、経営管理志向出版物中の論文、コンピュータ・プログラム、講習会、見学旅行、ワークショップなどが含まれる (US Forest Service, 2005)。

システムの変化とは、コミュニティのすべての人々の健康状態を改善するために多くの部門との共働で、公衆衛生 (またはその他の) システムの受け入れ能力を改善する過程をいう (Colorado Department of Public Health and Environment, 2005)。

教育改革は、コミュニティや社会全般に教育の理論や実行の系統的な変化をもたらそうとする計画または動きのことをいう (Education Reform, n.d.)。

能力育成は、訓練をはるかに超えるもので、次のことを含んでいる。(1) 情報への理解、技術、アクセスを各自に持たせて、効果的に遂行可能にする人的資源の開発、(2) 経営の仕組み、過程、および手続きを含んだ組織上の開発。それは組織内だけでなく、異なる組織とセクター (公的、私的、またコミュニティの) との関係調整も含んだもの、(3) 制度的および法的枠組みの開発 ("Capacity building," n.d.)。

持続性とは、初期的外面的資金を越えてプログラムを継続し維持して、それを引き続き行為者のプログラムやサービスとする能力。

拡大化は、有効なプログラムの制度化により、より広い地域での目標とするより多数の観衆に到達する過程をいう。増えたプログラミングの量、あるいはスケールアップに要する到達範囲を見定める詳細な定義はないが、スケールアップされたプログラムは、通常、特定地域内の目標人口の相当多数に届く (またはアクセス可能にする) (Senderowitz, 2000; Smith & Colvin, 2000)。

健康促進学校が世界中に根を下ろして達成した結果の実践活動に関しては、本書の範囲外である。量的研究や理論的枠組みをとおとしての私たちの主な貢献は、概念を実行にかえる方法と策略を、事例研究を用いて説明することにある。

実践に関する理論と研究

図1の、「政策と実行の実践に影響をおよぼす要因の車輪」は、実践の成功に役割を果たす12の主要因について考えられる枠組みの1例である。EDCのヴィンス・ホイットマンによって作成されたもので、この枠組みは、技術革新の普及、技術移転、実践研究、教育改革研究などに関する広範囲な文献調査に基づいている。その枠組みにはまた、改革の実践や実証的な計画による、国内外や州の出先機関に向けての大規模な訓練や技術援助センターの設計と実施か

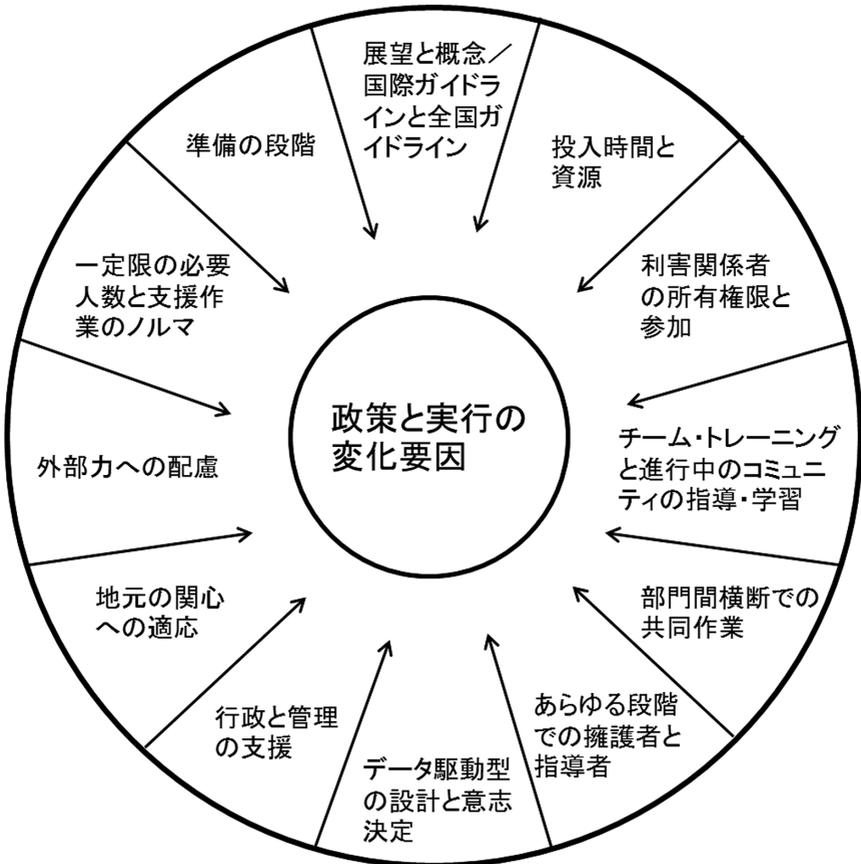


図1 政策と実行の実践に影響を与える要因の車輪 (Vince Whitman 改編、2005)

ら得た暗黙の知識が少なからず出ている。これら多くの要因の活用はまた、持続性やプログラムの拡張に繋がり得るものである。メタ分析を通して、他の研究者たちは、車輪の中に描かれたものに類似した要因を読み取った。例えば、実践過程に影響する要因上の量的・質的データをともなった81の実践研究を検討して、ほぼ同数の要因を示した。それらは「資金提供、肯定的な仕事の雰囲気、共有される意思決定、他の機関との調整、仕事の組織立て、リーダーシップ、プログラムの熟練者、行政支援、提供者の技術熟達、トレーニング、技術援助」である (Durlak & Dupre, 2008, p. 340)。

同様に、セント・レガーは健康促進学校を開始し維持するための、多くの成功要因を見出した。それらは、上記諸研究への一里塚の祝賀とともに、34年を経た進展の刷新調査の機会となった (St. Leger, 2005)。

車輪の12要因を支える諸研究をこれから見てゆくことにする。

展望と概念／国際ガイドラインと全国ガイドライン

政策と実行を変更する過程において一つの鍵になる要因は、行動を起こすために人々を激励し動機づける強力な概念または展望を持つことである。強力な概念または展望は、教育者たちを異なった考え方に導いて、新しくより効果的な実行を取り入れるために役立つ (World Health Organization, 1997)。ヘルス・プロモエーティング・スクールの場合には、健康と学習とのリンクに関する証拠もまた、概念の売り込みに重要であると分かった (Viljoen, Kirsten, Haglund, & Tillgren, 2005)。

たいていの場合、変化は外的影響の結果として起きるが、これは「外部力への配慮」の項で、より詳細に議論する。この例には、学業成績を上げるようにとの学校への圧力も含まれ、悲しいことに虐待事件の結果、あるいは SARS のような健康脅威に対応することも含まれる。WHO その他の国連の機関はしばしば、変化を媒介する強力な外部要因になってきた。

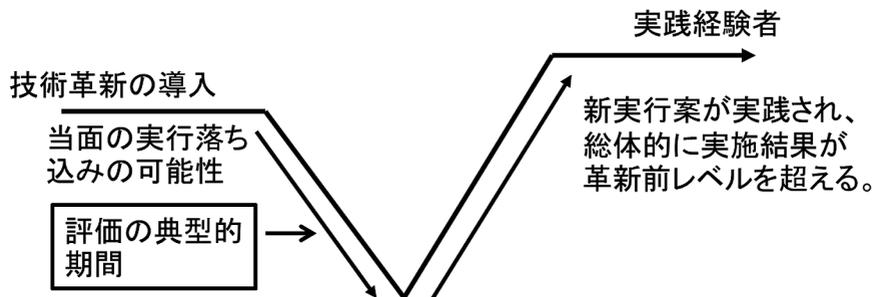
「大規模」な変更を要する新しい考えは、小さく追加程度の考えよりも、採用される可能性がはるかに高いようである (Berman & McLaughlin, 1975)。教室

授業のような学校保健についての伝統的な狭義の見方に比べて、いっそう広義のヘルス・プロモーティング・スクールとか FRESH (UNESCO, UNICEF, WHO, & World Bank, 2000) の視野は複雑で強力である。それは非線形であり得るし、学校という順応性のある制度の中で絶えず発展しているものである (Colquhoun, 2005)。

ガイドラインというものは、行動を刺激し支援することができる。政府および地元の学校は特定のアプローチの採用の可否を決定するが、彼らの努力は国際的なガイドラインの公表に誘発されたり依拠することが多い。そのガイドラインは、潜在的利益または結果についての研究証拠を伝えるものである。国家的な適用がそれぞれ如何に顕著な差異を生じたかは研究で明らかになっている。例えばアメリカにおける内科医の行動に関する研究では、立証済の臨床実践成果に関する全国ガイドラインの普及は、推奨案を採用する内科医の数を10%増加させたことを示している (Cohen, Halvorson, & Gosselink, 1994)。学校でのアルコールおよび麻薬・覚醒剤防止対策プログラムへの米国文部省有効性の原則の普及に関する研究では、多くの学区がその原則を適用しており、従前使用した効果のないやり方から移行して、研究に基づいたカリキュラムを選択をしていると報告していることが明らかになった (Hallfors & Godette, 2002)。さらには、ロシアの教育組織の改革者たちはその近代化に取り組んで、「強調が必要なのは、標準の不可欠なこと」と言っている (Kuz'menko, Lunin, & Ryzhova, 2006)。しかしながら、実行に影響を及ぼすそのようなガイドラインの有効性は、それらの内容の外にある要因や潜在的な障壁に左右されることが明らかになっている (Trowbridge & Weingarten, 2001)。

投入時間と資源

人的、財政的、技術的、資財的などの時間と資源は、政策や実行上の変化を確実にするために不可欠である。人間としての能力および潜在力を備え、新しいプログラムの実践に適切な時間を提供できる作業要員が必要である。全プログラムを一周して実践するには、十分な時間と歩み幅の割り当てが必要であ



(出典不明)

図2 実践の周期

る。プロジェクトが失敗する最も一般的な理由のひとつは、どれだけの時間がかかるか、それを引き受けるスタッフと組織の準備ができていないかを管理者たちが過小評価することである。教育組織体は、どれだけの時間が必要かを現実的に判断し、新しい方向に動くスタッフの準備や意欲を見極めなければならない。

いったん実践が始まったならば、実際に変化の跡を見たり、把握したりするには1年半ないし3年かかるのが普通である。「何が効き、何が効きそうないかを、参加者が自分たちで発見する時間」が必要である (Greenfield, 1995)。

はじめのうち教師や他の者も、プログラムの実践力は、新しい能力や策略を試みるごとに低下することが多い。しかし、ひとたび革新が確立されると、徐々に前の能力水準を越えてゆく。私たちはプログラムを早急に評価することが多過ぎであり、実験が進行中の場合は図2の「実践の周期 (Cycle of implementation)」が示すように、起きている変化を把握し損なうことがあり得る。

利害関係者の所有権限と参加

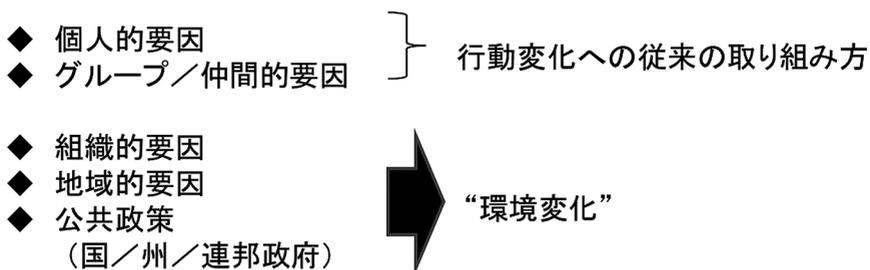
1998年のノーベル経済学賞の受賞者であるアマルティア・センは、人々の生活形成における社会的かつ政治的参加の自由や価値観が、人間や経済の発展する中心となっていると論じている (Sen, 1999)。センは、「作用力」(作用し変化

をもたらず能力)を持っている人々が、基礎教育やヘルス・サービスと相まってどのように貧困を脱して自分たちの社会を変えたか、多くの例を挙げている。HPS 概念は、センの研究の3つの要因すべてに取り組んでいる。

まず、「導入および背景」の章の図1に示す概念の中心となるのは、両親、地域住民、教師、生徒自身らが、学習環境形成への参加型で民主的な過程に参加することである。次に、HPS は健康情報、技術、およびヘルス・サービスへのアクセスを提供するという。第3に、HPS モデルの提唱者たちは、教育期間、識字力、および健康状態を結びつけたデータを用いて、健康的な発展のための最重要貢献事項の一つは学校への通学・卒業、とりわけ女子のそれだと主張している。

タイ国1999年国家教育法の実施に関する研究では、成功した実践の4つの基本戦略のうちの1つは住民参加であったと報告している。研究者たちは、学校および機関は「それぞれのコミュニティが、優れた学習環境を提供する資金が豊かであったので・・・恩恵を得た」と報告し、なお「学習改善で成功をおさめるには両親や地域社会の関与を得ることに注意を払い、それを真剣に計画すべきである」と提言した (Khemmani, 2006, p. 122)。

同様に図3に示す「社会生態学モデル」(Langford, 2003)の活用に関する研究では、公衆衛生革新の実践成功のために、社会水準および部門を越えた参加の重要性について述べている (Glasgow & Emmons, 2007)。社会生態学モデルで



包括的な努力は、取り組み方を結びつける！

図3 社会生態学的モデル (Langford, 2003)

は、個人、関係、コミュニティ、社会的要因それぞれの間の複雑な相互作用を考慮に入れている。このモデルを支持する研究では、このアプローチが、他のどれよりも予防努力が長期に続く可能性がありそうだと論じている（Centers for Disease Control and Prevention, n.d.-b）。

チーム・トレーニングと進行中のコミュニティの指導・学習

トレーニングのどのような形式やタイプが、実行の変化に最も結びつきそうであろうか？ 指導や分かち合いのために専門的研修や実地研修の機会を提供することは、革新を実践する過程を通して用いるべき重要な方法である。文部省あるいは地元の学校内に十分な数のスタッフが訓練され、または揃っていて政策や実行の変化の実践に関わるのでない限り、一時的なワークショップに1回だけ派遣された者が自分の組織に単独で戻り、系統的な実行変化を作りあげ得ると期待するのは非現実的である。この理由で、専門家養成には、同じ学校や省からは少なくとも3名ないし4名を含む各組織からのチームに対してのトレーニング提供が必要である。そうすればその人たちは、指導や交流の進行につれて自然に役立つことができる。その後、さらに彼らは組織的な規準に影響を及ぼす主要な集団にもなることができる。トレーニング方法上の実証研究では、2002年のジョイスとシャワーらのメタ分析による再吟味も含めて、「有効な訓練ワークショップを構成するものは、情報の提示（知識）、実行やプログラムの重要面の実演の提供（生演技や録音）、トレーニング場面で主要技術を練習する機会の保証（行動のリハーサル）などのものである、との指摘がある」（Fixsen et al., 2005, p. 41）。

専門家養成は、実践者が進行中の指導や助言を受け、とくに彼らが新しいことを試る際にはやがて同僚たちの支援と交流をも受けるために多数で頻繁な機会を提供して、チーム・トレーニング以上のことをやり抜くべきである（Vince Whitman, 2005）。ジョイスとシャワー（2002）の行なったメタ分析は、「トレーニングが、教室でのコーチングとつながったとき、初めて、教育の場での実践が起きた」ことを明らかにした（Fixsen et al., 2005, p. 46）。同様の結果は、メン

タル・ヘルス (Kelly et al., 2000) や医学の場 (Fine et al., 2003) でも明らかにされている。

教育改革の文献には、ネットワーク用フォーラムを作ることの利点への、多くの言及がある。そこでは実践者たちが、考えや継続的な相互学習の経験の進行中の交換に参加している (Center for Mental Health in Schools at UCLA, 2004; Eick, Ewald, Richardson, & Anderson, 2007; Lynd-Baita, Erklenz-Watts, Freeman, & Westbay, 2006; McCoy, 2006)。

2つの策略を取り入れると、実行変更に結びつきやすいようである。そのひとつは個人を越えたチームでの訓練であり、ひとつはやる気が起きる訓練、介入を作り出す行為が明確になる訓練を提供し、行為を遂行する道具を提供して (Kealey, Peterson, Gaul, & Dinh, 2000)、実務者が自信を持ち得るようにすることである。そのような訓練には、それに続いて進行中の指導や、仲間などと分かち合い学び合う仕組みが必要である。専門者養成のこれらの対策は、実践に最もプラスに影響するようである。

部門間横断での共同作業

部門間を横断する共同作業用の仕組みと、実践の有効性との関連に関する研究は、ほとんどない。革新を実践するために、ともに働く多数の部門を必要とすることは、ただでさえ複雑なヘルス・プロモーション・スクールの概念に、複雑さを一層増すことになる。公衆衛生分野で作りに出された HPS の考えは、教育部門へと渡って実践されることになるが、そこでは特に健康の内容の専門家や、その他非政府組織、保護者のグループ、大学などを含む支援と連携が必要である。教育の主導でなければならないことは明白である。バンディラ (2006) は、低所得国での学校保健と栄養における主要な利害関係者の役割を調査して、次のように観察している。

『ほぼすべての場合、文部省が主導実践機関であって、このことは教育成果向上における学校保健計画の目標と、学齢期に達する子どもたちのための最も

完全な既存の施設基盤は教育制度が提供しているという事実との両方に反映している。しかしながら、教育部門はこの責任を厚生省と共有しなければならない。後者は子どもの健康には最終責任を負っているから特にそうである。』(p. 1104)

部門間横断の共同作業の形成にはいくつかの方略が重要になる。すなわち、教育と健康の成果との関連を明確化すること、各主要部門や実務者の役割や責任の要点などを記した正式な多重部門政策や覚書を作成すること、多くの実務者との協議や情報の広範囲普及に携わること、などである (Bundy ほか, 2006)。

あらゆる段階での擁護者と指導者

プログラムを強く支援し賛同する個人(いわゆる擁護者)は、革新的なプログラムをうまく実践してきたということが主要理由の一つで、教育や健康機関にしばしば引き合いに出されてきた。例えば、6～12歳を対象とした、「代替思考戦略の促進(PATHS)プログラム」の評価では、よい結果には、校長の支援や、高い質の実践(厳守、分量、持続)が関連するとしている。校長の支援なしでは、意図した結果の達成は不可能であったろう(Kam, Greenberg, & Walls, 2003)。リーダーの関与、献身、支援、そして展望を明瞭に表現して人を動機づけ鼓舞する能力が鍵である(Kotter, 1988)。アメリカの39校の地元学校改善努力の総合的な調査では、変化努力に不可欠の1要素は、正義感の強いリーダーであると報告している。「指導者は、部下を操作するのではなく・・・ついて来る者たちを動機づけて自ら進んでやらせることを目標にしなければならない。これには指導者は熟練が要るが、何よりも信頼が求められる」(Evans, 1993, p. 21)。

複雑な考え(HPSのような)、あるいは複雑な過程(証拠に基づく戦略の実践のような)の実践のためには、リーダーシップの才能のある人が、省の上層部だけではなく、省内、校内、地域社会内の各段階に存在しなければならない。ロジャーズ(1995)によれば、改革推進者(指導者であれ、その指名した者であれ)

の努力が普及率を予測するとしている。

データ駆動型の設計と意志決定

立案および意思決定の目的にデータを日常的に使用することは、実践過程において極めて重大である。先に検討したようにデータは、教育と健康との関連や、学校で健康増進と予防に取り組むための策略の効果を知らせてくれる。実践のために計画を立てる場合、下記を含む一連のデータは有用である。

- ・ 病気や傷、死亡の原因となる健康データ、ならびに危険行動や保護要因に関するデータ
- ・ 学業成績、出席、落第、欠席、停学および退学の教育データ
- ・ システムが立案や実践過程で移入できる、人的および財的受容量の資源資産の評価
- ・ 関与の段階、主要実務者の専念、変化創成への必要知識、などに関する準備データ
- ・ 経時的進展の観察に用いる指標に関するデータ。その到達範囲と影響。

進行過程を計画し実施するのに、その方向を知らせたり、やがては変換方向を知らせたりするのにデータは不可欠である。いかなる評価も同じであるが、多くの利害関係者や、時間とともに知る必要のあるデータなどを確認することは、進行中のコミュニケーション戦略中の鍵になる策略である。

行政と管理の支援

革新の成功に影響する最も決定的な要因のひとつは、包括的で巧みな行政と管理の支援が受けられるかどうかである。明白に割り当てられた役割や明確な組織構成、密接なモニタリングなしでは、プロジェクトは、所期の目的を達成できそうにない。改革の過程を適切に計画し管理する努力への、このような力関係の効果を評価する力がないと、それは失敗を保証するようなものと論じ

る者もある (Fullan, Cuttress, & Kilcher, 2005)。教育部門であれどこであれ、目標に関する活動の実行には行政上管理上の支援のための戦略計画、あるいは論理モデルの開発が、結果の成就には重要と認識するのが普通である。最近、コロンビア特別区の公立学校改革努力の調査では、「優先順位、実践目標、日程を欠く計画では、経時的に進展を測定して [学区が] 本当に成功を収めているか否かの判断は難しいようである」としている (Ashby, 2008, p. 2)。

コミュニケーションのために有効なプロセスの使用、ならびに時間と予算的制約に照らして過程を追跡や監視することで、実践者たちは説明責任や資源の効率的な使用を確実にし得るであろう (Vince Whitman, 2005)。データ収集と分析のための新技術およびシステムはまた、十分な行政上管理上の支援が得られる場合には、はるかに適切かつ広範囲に使用されるようである (Wayman & Stringfield, 2004)。改革過程への教師の入れ込みがあったとしても、管理上の支援は成功の本質的な要因である。小学校段階でより大きな科学教育を促進するために2005年に行なわれた研究では、教師は一般的に肯定的であったのに、新しいプログラムの十分な統合は管理上の支援が不十分で行き詰まったとしている (Kelly & Stayer, 2005)。研究では、この支援不足が、より高い教師の離職率の主要因でもあった (Gonzalez, Brown, & Slate, 2008)。

地元に関心への適応

すべての実践者は、利用者の関心に注意を払う必要がある。関心度依拠型採択モデルでは、8分2分法則を実証している。もし実践者たちが、ユーザの関心にその時間と注意の80%を供さなければ、成功の可能性は20%に過ぎないという (Loucks-Horsley, 1996)。基本的関心事項を理解するだけにとどまらず、動きには何を投資するべきかを定める参考としては、政府機関や学校は、評価を受けているプログラムや策略に関して、発展中の一連の事実証拠を用いることもよい。

しかし、ひとつの環境条件で有効なことが他でも当てはまるとは限らない。プログラムが移ろうとしている先の環境条件と、結果を生んだそれとが同一で

はないことが多い。生徒たちの文化や民族性、学校組織の型（都市、田舎、郊外）、家族やコミュニティーの所得水準などは異なるであろう。評価されたプログラムのほとんどは、資源に富んだ地域のものであり、資源に乏しい地域へ当てはめるには熟慮を要する。何を適応させるべきかを決める際に、プログラムがその能力を脅かされることなく、どこまで変更や適合に耐えて同様の結果が出せるかを、実践者たちはよく考える必要がある。変更できない核心要素や適用量、適用期間は何か？ よい結果を生むためには忠実度への注意が重要なことは、研究で明らかである（Backer, 2001）。

外部力への配慮

変化は、マクロ環境の一連の要因に刺激され動かされることがある。教育と改革や学校では、テスト得点の全国的や国際的比較とか、主要な経済上、人口統計上、健康上、また社会的政治的な変化上などの諸要因に、教育に影響する政令や規則を含んでいることがある。国連の機関、諸基金および世界銀行のような大口献金者が提起した行為はすべて、政府の教育的優先事項に影響を及ぼしている。

南アフリカにおけるカリキュラム実践の研究では、1970年代から1980年代に設立された非常に動的な非政府組織（NGOs）の持つ役割は、「革新を刺激し、かつアパルトヘイト政府ができなかったか、やろうとしなかった方法で専門的事業、とりわけ黒人教育を請け負うのに有用である」と記されている（Rogan & Grayson, 2008, p. 152）。

変化を促進する一連の外部要因に気づき、それを十分に利用することは、実践課程の多くの面で支えになる（Rogan, 2003）。

一定限の必要人数と支援作業のノルマ

どの機関でも、またはさらに広域社会ではどこでも、メッセージや方針を送り伝えて他の者を運動に勧誘するためには十分多数の人数を必要とする。組織内や組織間に新しい考えや慣行を作り上げるためには、支持活動のノルマを分

かち合うための一定数の人数が必要である。グループの中にいる人々は、ノルマ的行為、すなわち、大多数の者が行っているとの確信のあることに近寄ってくる傾向がある (Kiibler, 2001)。この一定数の人が集まるということは、革新の実践を支え上での転換点となり得るものである。ローガンは、次のように述べている (2003)。

『専門の力が本質的に依存することは、所属意識から発生する、そして専門社会への責務を持っているという、その信念である。文化的・民主主義的な力は、教えることや学習についての共有する価値や目標の他に、民主社会における教育の役割に関する概念にも依存する。うまが合う教師の最小限集団は、例えば「勉強会」を組織するかもしれない。そして、その組織は、その学校のための新しい考えや、実行を図表にし始める。このような、コミュニティーが基盤となった変化は、・・・“深く”そして持続するようである』(p. 1177)。

準備の段階

政策または実行への変更を実践するための組織や機関の準備は、様々な条件に左右され、上記その他に記述された要因によって影響を受ける。各組織および状況の独自性は、準備の評価および実践過程に多くの難問をつきつける。それにもかかわらず、準備の全面的な段階に影響する3つの一般的な領域を示唆している研究がある。策略の計画と、準備と、実際の実践過程のための組織の準備や機能とである (Simpson, 2002; Simpson & Flynn, 2007)。組織的な準備および機能はいくつかの要因に依存する。たとえば、スタッフや周囲のコミュニティーの動機づけのレベル、危険や予期される結果の評価、専門職養成やトレーニング、そして資金や支援の入手可能性、などである (McKee, Manocountour, Saik Yoon, & Carnegie, 2000)。注意深くこれらの関連に取り組むことによって、実践過程の全体にわたって準備を増強し維持することができる。

ある特定の革新やプログラムに対してある組織体を持つ、全面的な動機づけや受容力の概要、やる気などは、プロチャスカが最初に言い出した、個々の行

動変化の段階を綿密に反映していると見なすこともできる。このモデルでは、各自の行動の変化への 挑戦状況や有望性を識別することができる6通りの段階を重く見ている。それらは、事前計画、熟考、準備、行為、維持、終結である (Prochaska & Velicer, 1997)。各個人のグループについては、これらの段階による進行は、「組織の持つ問題の存在、原因、解決策 について組織の構成員の間に自覚を構築し形作ることによって集団的な支援を動員」する能力によって影響を受ける (Backer, 1995, p.34)。強いリーダーシップとか、機関内に有用な人的資源を得られる可能性とかは、各自を動機づけ、組織の中に支持し受容する雰囲気を生んで、準備の段階を良くすることができる (Saldana, Chapman, Henggeler, & Rowland, 2007)。

最後に、理論、研究および実行の関連は、準備の段階を進めるために十分に理解する必要がある (Vince Whitman, 2005)。他での経験や研究を正確に解釈して新しい場面で使う方法についての知識は、これらの領域間の架け橋になって、評価やモニタリングの効く計画の確立に役立たせることができる。使いやすいツールや最善の実行モデルから恩恵を受けることで、学校、実践者、およびコミュニティーは、研究基盤のあるプログラムの提案について、その準備や実現可能性を判断することができる。変更のための組織的な準備の尺度 (Lehman, Greener, & Simpson, 2002) やその他のツールは、研究から実践への過程をより明白にする参考になって、適切な実践プログラムの、より確信にみちた選択を可能にする。より広域機関の支持がある場合はとくに、そうである (Harding & Goddard, 2000)。さらに、これらのツールの予測的妥当性に関する証拠基盤は、まさに拡大し始めたところ (Fixsen et al., 2005) で、それらは準備の段階を評価する援けにはなるが、「証拠に基づく革新の現実世界への応用に成功裡に移行するためには、注意深い立案、実践、なされている進展への継続的評価が求められる」 (Simpson, 2002, p. 4)。適切な準備が達成されず、プロセス全体にそのまま続いた場合、プロジェクトの完全な崩壊とならないまでも、実践者は、組織的および個別的な信頼度の低さや、より長い時間枠の延びを見るはめになるかもしれない (Fixsen et al., 2005)。

12の車輪要因は、他のモデルからのそれと同様に、実践過程における成功にとって非常に重要である。次の章ではこれらの要因をもとに、これらの戦略を活用し例証した世界中からの26の事例を分析する。

参考文献

- Ashby, C. M. (2008). *District of columbia public schools: While early reform efforts tackle critical management issues, a district-wide strategic education plan would help guide long-term efforts*. Washington, D.C.: U.S. Government Accountability Office.
- Backer, T. (2001). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention*. Rockville, MD: National Center for Advancement of Prevention.
- Backer, T. E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change: Implications for technology transfer. In T. E. Backer, S. L. David, & G. Saucy (Eds.), *Reviewing the behavioral science knowledge base on technology transfer*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Berman, P., & McLaughlin, M. W. (1975). *Federal programs supporting educational change: The findings in review* (Vol. 4). Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Bundy, D. A. P., Shaeffer, S., Jukes, M., Beegle, K., Gillespie, A., Drake, L., et al. (2006). School-based health and nutrition programs. In D. T. Jamison, et al., (Eds.), *Disease control priorities in developing countries* (2 nd ed.). Washington, D.C.: World Bank.
- Capacity Building (n.d.). *Wikipedia*. Retrieved October 15, 2008, from http://en.wikipedia.org/wiki/Capacity_building
- Center for Mental Health in Schools at UCLA (2004). *Sustaining school and community efforts to enhance outcomes for children and youth: A guidebook and tool kit*. Los Angeles: University of California.
- Centers for Disease Control and Prevention (n.d.-a). *CDC Injury Center*. Retrieved August 27, 2008, from <http://www.cdc.gov/ncipc/>
- Centers for Disease Control and Prevention (n.d.-b). *CDC injury center: The social-ecological model*. Retrieved August 27, 2008, from http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/Social-Ecological-Model_DVP.htm
- Cohen, S. (1996). *Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes*.

- Geneva: World Health Organization.
- Cohen, S., Halvorson, H. W., & Gosselink, C. A. (1994). Changing physician behavior to improve disease prevention. *Preventive Medicine*, 23 (3), 284-291.
- Colorado Department of Public Health and Environment (2005). *Office of Health Disparities: Public Health Terms*. Retrieved August 27, 2008, from <http://www.cdphe.state.co.us/ohd/glossary.html>
- Colquhoun, D. (2005). Complexity and the health promoting school. In B. B. Jensen & S. Clift (Eds.), *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Durlak, J. A., & Dupre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41 (3), 327-350.
- Education Reform (n.d.). *Wikipedia* Retrieved August 27, 2008, from http://en.wikipedia.org/wiki/Education_reform
- Eick, C. J., Ewald, M. L., Richardson, V. B., & Anderson, K. (2007). Building a leadership network supporting science education reform in rural east Alabama. *Science Educator*, 16 (1), 8-12.
- Evans, R. (1993). The face of human reform. *Educational Leadership*, 51 (1), 19-23.
- Fine, M. J., Stone, R. A., Lave, J., R., Hough, L. J., Obrosky, D. S., Mor, M. K., et al. (2003). Implementation of an evidence-based guideline to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay for patients hospitalized with community-acquired pneumonia: A randomized controlled trial. *The American Journal of Medicine*, 115 (5), 343-351.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: USF University of Southern Florida.
- Fullan, M., Cuttress, C., & Kilcher, A. (2005). Eight forces for leaders of change: Presence of the core concepts does not guarantee success, but their absence ensures failure. *Journal of Staff Development*, 26 (5), 54-58.
- Glasgow, R. E., & Emmons, K. M. (2007). How can we increase translation of research into practice? Types of evidence needed. *Annual Review of Public Health*, 28, 413-433.
- Gonzalez, L. E., Brown, M. S., & Slate, J. R. (2008). Teachers who left the teaching profession: A

qualitative understanding. *Qualitative Report*, 13 (1), 1 -11.

Greenfield, T. A. (1995). Improving chances for successful educational reform. *Education*, 115 (3), 464-474.

Hallfors, D., & Godette, D. (2002). Will the 'principles of effectiveness' improve prevention practice? Early findings from a diffusion study. *Health Education Research*, 17 (4), 461-470.

Harding, W., & Goddard, C. (2000). *Assessing the feasibility of implementing a science-based prevention program: A tool for practitioners*. Paper presented at the Working Together for Prevention: Building State and Community Systems, National Conference for the State Incentive Grant and the Center for the Application of Prevention Technologies Programs, Washington, D.C.

Joyce, B., & B. Showers. (2002). *Student Achievement Through Staff Development*. 3rd ed. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.

Kam, C., Greenberg, M. T., & Walls, C. T. (2003). Examining the role of implementation quality in school-based prevention using the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 4 (1), 55-63.

Kealey, K. A., Peterson, A. V., Jr., Gaul, M. A., & Dinh, K. T. (2000). Teacher training as a behavior change process: Principles and results from a longitudinal study. *Health Education & Behavior*, 27 (1), 64-81.

Kelly, J. A., Somlai, A. M., DiFranceisco, W. J., Otto-Salaj, L. L., McAuliffe, T. L., Hackl, K. L., et al. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: Transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health*, 90 (7), 1082-1088.

Kelly, M. P., & Stayer, J. R. (2005). A case study of one school system's adoption and implementation of an elementary science program. *Journal of Research in Science Teaching*, 42 (1), 25-52.

Khemmani, T. (2006). Whole-school learning reform: Effective strategies from Thai schools. *Theory Into Practice*, 45 (2), 117-124.

Kotter, J. P. (1988). *The leadership factor*. New York: Free Press.

Kübler, D. (2001). On the regulation of social norms. *Journal of Law, Economics and Organization*, 17 (2), 449-476.

Kuz'menko, N. E., Lunin, V. V., & Ryzhova, O. N. (2006). On the modernization of education in Russia. (325)

- Russian Education and Society*, 48 (5), 5 -22.
- Langford, L. (2003). Using Policy as Part of a Public Health Approach, *Presentation at All-HHD Meeting*, 3 Nov 2003. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- Lehman, W. E., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (4), 197-209.
- Loucks-Horsley, S. (1996). Professional development for science education: A critical and immediate challenge. In R. Bybee (Ed.), *National standards and the science curriculum*. Dubuque: Kendall.
- Lynd-Balta, E., Erklenz-Watts, M., Freeman, C., & Westbay, T. D. (2006). Professional development using an interdisciplinary learning circle: Linking pedagogical theory to practice. *Journal of College Science Teaching*, 35 (4), 18-24.
- McCoy, M. L. (2006). Collaboration through study circles. *Journal of Family and Consumer Sciences*, 97 (1), 71-73.
- McKee, N., Manocontour, E., Saik Yoon, C., & Carnegie, R. (Eds.). (2000). *Involving people, evolving behaviour*. Penang, Malaysia: UNICEF.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12 (1), 38-48.
- Rogan, J. M. (2003). Towards a theory of curriculum implementation with particular reference to science education in developing countries. *International Journal Science Education*, 25 (10), 1171-1204.
- Rogan, J. M., & Grayson, D. J. (2008) Towards a theory of curriculum development with reference to science education in developing countries. In M. Nagao, I. Rogan & M. Magno (Eds.), *Mathematics and science education in developing countries: Issues, experiences, and cooperation prospects*. Quezon City: University of the Philippines Press.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4 th ed.). New York: Free Press.
- Saldana, L., Chapman, J. E., Henggeler, S. W., & Rowland, M. D. (2007). The organizational readiness for change scale in adolescent programs: Criterion validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (2), 159-169.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Senderowitz, J. (2000). A review of program approaches to adolescent reproductive health, *Poptech*

Assignment Number 2000. 176. Washington, D.C.: International Science and Technology Institute, Population Technical Assistance Project.

Simpson, D. D. (2002). *Organizational readiness for treatment innovations.* Fort Worth, TX: Institute of Behavioral Research, Texas Christian University.

Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (2007). Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *J Subst Abuse Treat* 33 (2):111-120.

Smith, J., & Colvin, C. (2000). Getting to scale in young adult reproductive health programs, *FOCUS Tool Series, No. 3*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

St. Leger, L. (2005). Protocols and guidelines for health promoting schools. *Promotion and Education*, 12 (3 - 4), 145-147, 193-195, 214-216.

Trowbridge, R., & Weingarten, S. (2001). Practice guidelines. In K. Shojania, B. Duncan, K. McDonald, & R. Wachter (Eds.), *Evidence report/ technology assessment: Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

UNESCO, UNICEF, WHO, & World Bank (2000). *Focusing resources on effective school health: A FRESH start to enhancing the quality and equity of education.* Washington, D.C.: World Bank.

US Forest Service (2005). *Northeastern Research Station, Research and Development: Glossary.* Retrieved August 27, 2008, from http://www.fs.fed.us/ne/newtown_square/research/themes/glossary.shtml

Viljoen, C. T., Kirsten, T. G. J., Haglund, B., & Tillgren, P. (2005). Towards the development of indicators for health promoting schools. In B. B. Jensen & S. Clift (Eds.), *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice.* Copenhagen: Danish University of Education Press.

Vince Whitman, C. (2005). Implementing research-based health promotion programmes in schools: Strategies for capacity building. In B. B. Jensen & S. Clift (Eds.), *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice* (pp. 107-135). Copenhagen: Danish University of Education Press.

Wayman, J. C., & Stringfield, S. (2004). Technology-supported involvement of entire faculties in examination of student data for instructional improvement. *American Journal of Education*,

112 (4), 549-571.

World Health Organization (1997). Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, *WHO Technical Report Series, No. 870*. Geneva: WHO.

—かねだ えいこ・法学部准教授—