

# 学校保健研究

Japanese Journal of School Health

ISSN 0386-9598

VOL.46 NO.5

2004



学校保健研究  
*Jpn J School Health*

日本学校保健学会

2004年12月20日発行

# 学校保健研究

第46巻 第5号

## 目 次

### 巻頭言

- 内山 源  
学校保健・健康教育の改善，変革を求めて……………448

### 特 集

#### 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

- 荒木田美香子，伊藤 直樹，高橋 裕子  
「軽度発達障害の学校保健における支援を考える」を編集するにあたって……………449
- 上林 靖子  
軽度発達障害の診断・治療の課題：小児精神医学の立場から……………450
- 辻井 正次，竹嶋 陽子  
軽度発達障害をもつ子どもたちへの発達支援と治療教育：発達臨床心理学の視点から……………456
- 都築 繁幸  
軽度発達障害児教育の現状と課題：障害児教育学の立場から……………464
- 杉江 秀夫  
軽度発達障害児への援助と対応：医療と学校保健の連携のあり方……………472
- 鎌塚 優子  
軽度発達障害児への学校現場での援助と対応：養護教諭の立場から……………478
- 高橋あつ子  
軽度発達障害児への学校現場での支援と対応：学校コンサルテーションの立場から……………486

### 原 著

- 村松 雅子，荒木田美香子  
軽度発達障害をもつ児童・生徒の現状及び教師の求める支援……………492
- 藤原 康子，小出 彌生  
小学校の健康診断における「肥満傾向」判定の現状……………505

### 報 告

- 木村千代子，水木 暢子，山口かおる  
救急蘇生といのちについての意識—小学校6年生の調査から—……………520
- 影山 隆之，塩田 貴子，小西 忠司，岩崎 シュ  
電子メールによる学生相談の意義と課題  
—ある国立高等専門学校での全校調査による利用希望の検討—……………529
- 黒川 修行，佐藤 洋  
仙台市児童・生徒の身長・体重の年次推移について（1934年～2001年まで）……………543
- 百々瀬いづみ，荒川 義人，森谷 梨  
高校生の食生活に関する知識・意識・態度・行動の現状と変容  
—北海道2高校の分析から—……………554

### 会 報

- 平成16年度 第2回 常任理事会議事概要……………568
- 平成16年度 拡大常任理事会議事概要……………570
- 機関誌「学校保健研究」投稿規定……………572

### お知らせ

- 英文誌「School Health」創刊！ 論文募集のご案内……………574
- 編集後記……………576

巻頭言

学校保健・健康教育の改善，変革を求めて

内 山 源

Key Issues in School Health and Health Education Study:  
Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods

Gen Uchiyama

高校1年生対象の保健授業を30年ほど行ってきた。辞めてから3年になる。私立女子校衛生看護科の1年生も同じようにやってきた。20年程前に来日したJ. Fodorが「日本の保健の授業を見たい」というので小、中学校を連れて廻った。付属中では偶然、実習生の保健授業を見る機会を得、ビデオ撮りに懸命であった。「実習生の割に良い授業をやるね」との感想。高校の方も「連れて行け」とのことで、あちこち交渉したが、全て「ダメ」となった。無論、小、中学校でも保健の授業など、土台、無理なことであった。「お前の授業でよいから高校の授業を見せろ」となり、1時間たっぷり「見せて」やった。ここでもビデオ撮りである。教壇まで上がってきたり、座席の列をあちこち通り抜いたり、生徒に話し掛けたり、で彼女等は緊張どころか喜んでいた。終わりの頃には疲れたのか教室の後部の、彼には小さな椅子に静かに座っていた。これを聞いた先代額の賀校長が「会いたい」との事で校長室で会った。生徒らの話から彼は日本語も喋れると思ひ込んだのか、「日米の教育」についてフォーダーにペラペラと話し掛けた。間に入った筆者は苦しんだ。

授業の交流は重要である。教育の交流も同様である。内的な交流も国際・外的な交流も、である。国際的交流と云うと学会レベルの理論、研究レベルの交流が殆んどである。だが、現場の実践レベル（内的事項）の交流になると浅く、弱い。「見世物的」授業とか歓迎会的交流で終わる事が少なくない。交流は「質的研究」の一部である。現状では内的な交流で十分である。質的研究の認識も理解もなく、関心も理念もないところで国際的交流など論外である。質的研究はわが国でも看護界や教育心理学の分野では近年になって動きを見せるようになった。学会・研究発表とか研究論文、評価といえは「量的研究」という固定的な思考枠に捕らわれていることが多い。この場合、「客観性」「妥当性」等で質的研究を見下す。だが客観性とは、妥当

性とはなにか、何の妥当性か、を少しでも原理的に考えたら、どうなるか、である。表層的なデータの数量的相関・確率の論理・分析だけでは自然界のように斉一、均一的な現象ではない人間の本質、生活、社会の深層に迫る事実、本質は把握できない。時系列的に量的多量(ヨコ)に研究することと(タテ)に行動、生活、社会の中に入り込んでデータを構築することとは別であり、両方が大切なのである。古くはフロイト、ユング、ラカンの精神・心理系の研究と実績がある。広くはミード、レヴィ・ストロース、フッサール、ハイデガー、メルロ・ポンティ、フーコー等である。

ごく最近、臨床心理学系の研究者が「ナンタラ解析、カンタラ検定・数量化」(フィールド研究の現場・北大路書房)と量的研究の限界・批判と質的研究の重要性を強調するようになった。学校保健界でも同じである。最近ではEBMであり、同じくしてEBEである。量的研究だけでエビデンスになるか、である。健康の価値や生と死の意味、社会的正義、人間のエゴイズム、エロス、実存、医療行為の善、悪、保健行動の倫理、学校救急活動における非医事的判断と権力関係、安全の論理と教育の論理などは量的に自然科学的方法では無理であり、それには足りない。国はやたらに制度を作るが、これも、である。健康増進法、生活習慣病、栄養教諭等である。また、各種の健康教育の指導方法、内容等の選択、決定についても、である。TTやロールプレイ、スキル等である。質的研究には現象学的アプローチからエスノグラフィ等があり、現場との(タテ)共同の行為、活動実践の中からデータ、事実、理論が創出、構築されなくてはならない。本学会は50年の歴史を持つ、その成果は何であり、その役割、機能は何か、である。「評価する意識と行動する良心」ヘーゲル(精神現象学)、点検と評価による中、長期目標、アドボカシーも、である。

(茨城女子短期大学教授、茨城大学名誉教授)

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 「軽度発達障害の学校保健における支援を考える」を 編集するにあたって

学習障害、高機能自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥/多動性障害（ADHD）などの軽度発達障害児は、普通学級で学習することが多い。しかし、それらの子どもが発達を保障された学校生活を送っているかという点、指導者数の不足、指導方法の不徹底、医療機関のスーパービジョンの不足などの現状の中で、教師も親も子ども本人も困難さを感じているという現状である。

しかし、文部科学省も研究会議を持ち2002年10月に「今後の特別支援教育のあり方について（中間報告）」で、ADHDや高機能自閉症の定義や判断基準、指導方法などの試案を国の機関として初めて作成した。2003年3月には「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」を出し、特別支援教育コーディネータの導入を進めている。また、2004年1月には「小・中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥/多動障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」を出し、軽度発達障害を持った児童生徒への教育に本格的に取り組もうとしている。

そこで、本特集では、これらの軽度発達障害の考え方、指導方法、医療機関と学校保健の連携、学校での実際の教育・支援方法などを多方面から検討することとした。今後の学校保健における対策展開の促進に役立てば幸いである。

（編集委員 荒木田美香子・伊藤直樹・高橋裕子）

### 目次

1. 軽度発達障害の診断・治療の課題：小児精神医学の立場から  
中央大学文学部 上 林 靖 子
2. 軽度発達障害をもつ子どもたちへの発達支援と治療教育：  
発達臨床心理学の視点から  
中京大学社会学部 辻 井 正 次  
土野メンタルクリニック 竹 嶋 陽 子
3. 軽度発達障害児教育の現状と課題：障害児教育学の立場から  
愛知教育大学障害児教育講座 都 築 繁 幸
4. 軽度発達障害児への援助と対応：医療と学校保健の連携のあり方  
浜松市発達医療総合センター小児科 杉 江 秀 夫
5. 軽度発達障害児への学校現場での援助と対応：養護教諭の立場から  
静岡県三島市立北中学校 鎌 塚 優 子
6. 軽度発達障害児への学校現場での支援と対応：  
学校コンサルテーションの立場から  
川崎市総合教育センター 指導主事 高 橋 あつ子

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害の診断・治療の課題：小児精神医学の立場から

上 林 靖 子

中央大学文学部

### Diagnosis and Treatment of Developmental Disorders in the Classroom: From the Viewpoint of Childpsychiatrist

Yasuko Kanbayashi

*Department of psychology Faculty of Literature Chuo-University*

#### 1. 軽度発達障害とはなにか

軽度発達障害とはわが国ではADHD, LD, 高機能自閉症（アスペルガー障害を含む）を総称するものとして一般に用いられている。これは特別支援教育の在り方を議論する中で生まれて来た概念で、知的障害には該当しないが特別な教育的ニーズを持っている発達障害を意味すると解される。すなわちこれは医学的に規定される概念ではなく教育的な支援の必要性を検討することから生まれてきた。ここには「軽度」「障害」「発達障害」という3つの概念が含まれている。

##### 1-1 「障害」とは

医学の立場では、障害は疾病との関連でとらえられる。医学的には疾病には必ずその原因（病因）となるものがある。それが生体に一定の病理・病変を引き起こし、症状となる。通常それは一定の経過をとって終息する。医学の歴史は、疾病の原因を探り、治療法を確立する歩みである。ところが、疾病はすべてがあとかたもなく治癒するとは限らない。たとえば、交通事故で足を切断した場合、傷は治ったとしても、足は失われたままで、歩行に不自由さが残る。病気の後、医学的には治療は終了しても、あとに欠陥が残っているとき、その状態が「障害」といわれるものである。要約すると、障害とは人のこころやからだの一部が損なわれているか、うまく働かない状態で、狭義の医学的な治療が

及ばない状態である。

障害を理解するにはWHOが提唱した（1980年）3つの概念；機能障害・能力障害・社会的不利を援用することが役立つ。第1の機能障害impairmentは、人の体の構造あるいは機能の異常である。これは身体そのものの構造、あるいはその働きである生理、さらには心理にみられる欠損あるいは異常である。第2の能力障害disabilityは、機能障害の結果生じる何らかの能力の制約あるいは欠如である。これは一般的に正しいやり方や正常と考えられる範囲の能力に比べて低下しているものである。第3は社会的不利（handicap）で、機能障害あるいは能力障害の結果としてその個人に生じた不利益である。これは年齢・性・社会文化的背景を考慮にいれて、通常の役割を果たすうえで制限あるいは妨げになっているものである。

医療は主として疾病に対する治療cureを追求する。治療が終わった後に残されている障害には、上述の3つの側面の問題を解決するための働きかけが求められる。それは狭義の治療とは区別して一般にケアするという。いいかえれば、ケアは障害があっても機能障害を軽減するばかりでなく、これによる能力の障害を最小限にし、日常生活に不利益を生じさせないことをめざす取り組みである。

##### 1-2 発達障害（developmental disorder, developmental disability）とは

発達障害とは大脳の非進行性の病変または損

傷があり，本来の機能に重大な能力の欠如または制約がある状態である．この損傷は発達中の脳に構造として組み込まれる．発達障害は脳の病理を共通の基礎として生じるため，類似した状態像が見られる．

発達障害を引き起こす脳の機能障害は，発達中の脳に生じると規定されている．さて発達期とは具体的に何歳までを指すのかは，脳の発達の变化的な変化についての解明とともに変化している．現在用いられているアメリカ精神医学会の診断基準（DSM-IV）では18歳とされている．

さらに発達障害は現在から将来にわたって持続する障害で，社会生活においては，ハンディキャップとなるという規定がなされている．この点では，社会的なサービスを必要とする一群の障害をあらわす概念である．

類似の用語として，発達遅滞（developmental delay）がある．上述のとおり，発達障害が脳の病変・損傷を背景に生じている障害であるのに対し，発達遅滞は脳の構造・機能に損傷は認められないが，正常の発達として期待される機能水準に達していないものをさす．「脳の構造や機能の異常がない」とする判断は脳科学の発展に伴ってつきつきと覆されてきた．したがって，この用語は使われなくなっている．

このような発達障害の概念に含まれる主な障害は，知的障害，コミュニケーションの障害，運動の障害，学習障害，広汎性発達障害（行動の障害）その他である．

### 1-3 軽度とは

言うまでもなく，軽度という用語は医学的には重症度を示すものである．発達障害についての重症度は，機能障害の重さと，その結果生じている能力障害と社会的不利をもとに評価される．子どもの場合，社会的不利としては家庭生活における養育の困難，学校生活における学習や仲間との活動における困難などである．DSMでは機能の全般的評価のための尺度（GAF尺度）がある．これは精神的障害の症状の重症度を評価するもので，発達障害についても，これを用いて重症度を考えることができる．

GAF尺度の軽度，中等度，重度は次に記載したとおりである．

- i 軽度：全般的には社会または学校の機能はかなり良好で，有意義な対人関係がかなりある
- ii 中等度：友達が少ない，仲間との葛藤などの学校の機能の障害がある
- iii 重度：学校の機能に重大な障害（友達がいない，勉強が続かない）がある

さて軽度発達障害という軽度は，社会的機能や学校生活への不利益の程度を示す用語ではない．冒頭でふれたとおり，軽度発達障害という概念は，通常学級に在籍する特別の教育的ニーズを持っている子どもたちに注目するなかで生まれた．すなわち，従来の特殊教育では対象に含まれなかったが，障害があり，特別の教育的ニーズを持っているという意味を持っている概念として生まれたものである．これまで我が国では特殊教育の対象となる障害として規定された障害は，知的障害，肢体不自由，聴覚障害，視覚障害，情緒障害，身体虚弱などである．これらの障害の規定以外は通常の教育の対象とされず，言い換えると特別の教育的ニーズは注目されなかった．

1990年代になって，学習障害や，ADHD，高機能自閉症についての解明が進展し，親や専門家がこれらの子どもたちの教育に必要な支援を求めて動き始めた．このとき，従来の特殊教育の対象であった発達障害に対して，これらの子どもたちを軽度発達障害という概念で語られるようになった．これは，特殊教育を受けている発達障害児に比べると通常学級に在籍しているゆえに，軽度という意味だったのであろう．軽度発達障害は，知的機能という点では確かに正常範囲にあるのでこの認識が生まれたと思われる．

ところが発達障害が軽度なのかというところではない．高機能自閉症，ADHD，LDどれをとっても，それぞれの障害について，重症度は重度から軽度まで一人一人違いがある．知的機能が全体として高いけれども，行動のコント

ロールはきわめて困難であるとか、対人的な情報を処理することはほとんどできないなど重症の軽度発達障害がありうることは明白である。

## 2. 軽度発達障害の診断と治療

### 2-1 なぜ診断と治療が必要か

軽度発達障害を持っている人のなかには、心理的にも教育的にも良好な適応をしているがたくさんいるはずである。これらの人の全てが診断や支援を必要とするかという点必ずしもそうではない。ギルバークは「アスペルガー障害の診断基準を満たすものの約半数は問題なく生活している」と記載している（ギルバーク：アスペルガー症候群が分かる本p. 103 明石書店）。アスペルガー症候群であってもそれが社会的不利益を来していないので障害とする必要がない人もいるのである。

軽度発達障害をもつ子どもの場合、学校適応に問題がないとする判断は慎重でなくてはならない。パニックが生じ、仲間とのトラブルが頻発する、授業の進行に妨げとなるというようなときには社会的不利として注目される。この場合周囲の人への迷惑ごとが診断をうけることへと導く。しかしほーっとしていて、課題に取り組んでいないだけであれば、先生には困ることがないので放置されてしまいがちである。ひとりで好きなことをしていれば仲間も相手にしないだけで、トラブルがないということもある。

するとしばしば学校と保護者で診断が必要かどうかの考え方にギャップが生じる。担任が行動をコントロールし、学習させられないと感じ、学校では診断が必要だと考える、もちろん何らかの介入が必要だと考える。しかし保護者は、子どもの問題を認めない。「子どもには何もおかしいことはない」、「教師の指導方法が適切でない」と主張する場合もある。受診をすすめたことが障害と認めつけたという非難にぶつかることもある。このような葛藤が数年にわたることも珍しくない。子どもは、その間も年を重ねる。

なぜ診断・治療が必要なのかはあくまでも子ども本人の利益にもとづくべきである。要は子

どもが助けを必要としているかどうかを知ることである。

これらの子どもたちが支援を要していることを見逃し、放置してしまうとどうなるであろうか。適切な支援がないと、①これらの子どもたちは発達過程に必要な学習体験や社会的経験の機会を損なってしまう。②周囲の大人そして子どもとの間に摩擦が生じ、関係が悪くなる。③子どもからみると理解してもらえない社会との断絶が増大する。④家族は子どもの養育が困難で難問をかかえて疲弊する。⑤その影響は1時的ではなく、長い期間にわたり持続する。このような多様なリスクをさけるために、診断と適切な介入・支援をできるだけ早期に開始することが望まれるのである。

### 2-2 診断するということ

診断は、症候（症状）を検討することによって、病気・障害を同定する過程である。現れである症状の医学的位置づけを確定すること、それをある特定の障害名・疾病名と見きわめることを意味する。字義通りのこれだけでは、個人にとっての問題は解決しないであろう。人を対象とする臨床では、診断は、後に続く治療の見通しをつけることによって生きたものになる。治療の選択、治療目標を設定し、具体的な方策を提案する。これをもって、真の診断と見なすべきであろう。これを伴わない診断は、単なるレッテル貼りと言われても仕方がない。

### 2-3 診断の手続き

上述の条件を満たす軽度発達障害の診断は、子どもの面接・検査、家庭での行動、学校での行動、発達・生育歴、家族関係などについての情報の検討を通じてなされる。子どもの特徴的な徴候をとらえるためにはその行動に関与しながら観察することが重要である。ADHDにかかわる特徴は場面依存性が高いので、単一の場面だけでの評価では不十分である。子どもとのコミュニケーションの問題は回を重ねて検討すべきである。初診時には適切な言語表出が少なかった子どもが、その後数回の検査や面接で自然な関係を持っていることに気づくことも少な

くない。筆者は、初診のあと、心理検査や神経学的検査を通じての行動観察、自由な遊技場面でのかわりながらの観察を経て診断を確定することにしている。よほどの資料がそろっていない限り一回の診察で診断を下すことは難しい。図は必要な5ステップを示している。

- i) 行動評価尺度の活用：ステップ1，2では家庭での行動や学校での行動についての情報を明らかにする。できるだけ行動評価尺度を利用することが推奨される。ADHD，高機能自閉症，学習障害にみられる行動や情緒の特徴についてと，子どもの情緒や行動の問題全般についての2種類のチェックリストが必要である。

学校場面での行動・学習についての情報を客観的に提供するのは教師である。また教師は同年齢の子どもたちと比較して報告することができる。日常の臨床では教師に直接接触を持つことは時間的な制約があり難しいが、チェックリストは効率的にこれを可能にする。

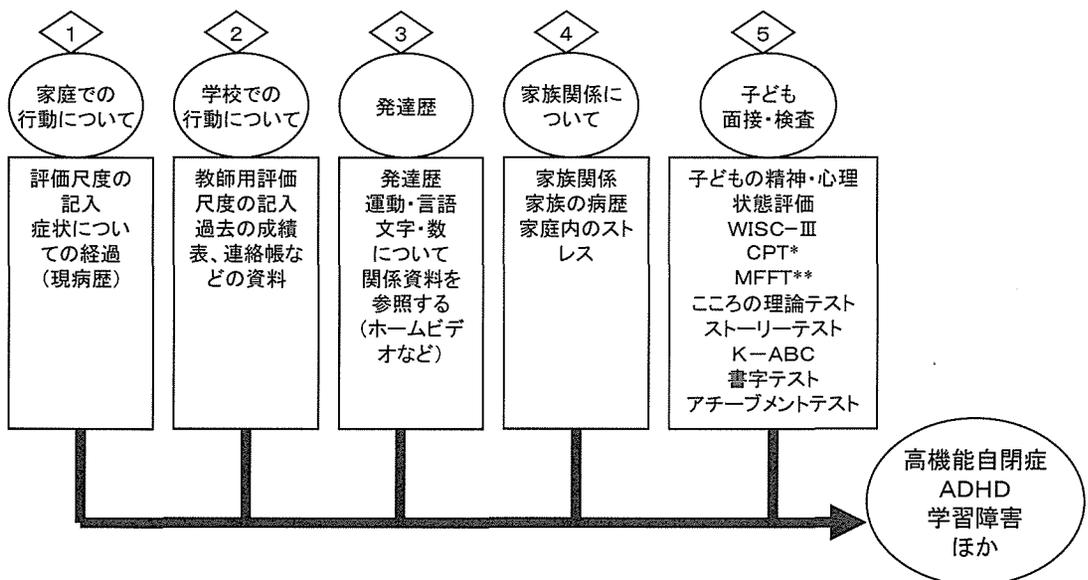
信頼性や妥当性が確立され、一般児童での

標準値が得られている行動チェックリストを用いることで、当該児がそれらの行動について同年齢・同性の子どもたちと比べてどのくらい隔たっているかを知ることができる。このような評価尺度は我が国ではまだまだ不足しており、新たな開発が期待される。

これらのほか、日常の学校での適応状態や学業への取り組みを理解するのに手がかりとなる資料として、連絡帳・ノート、ドリル、描画、成績表なども利用できる。

- ii) 子どもの発達歴と家族関係：これらに関わる情報は一部問診票のような形で家族に記入を求める方が診療上は便利である。それを参考にしながら進める面接が中心となることは言うまでもない。この際、被面接者が子どもと生活をともにし、子どもの日常にどれだけ関わっていたかが情報の内容と質の決定要因となる。

軽度発達障害は基本的には脳の機能の障害をもとにしていることは前述したところである。発達歴はこれを裏付けるために欠かせな



\*Continuous Performance Test

\*\*Maching Familiar Figure Test

図 軽度発達障害の診断のためのステップ 5つを総合して評価する

い情報である。回顧的な検討が一般的かつ有力な手法である。乳児期の身体的なリズムや、人を含めた外界への関心と反応、ことばの発達、興味についてそのほかさまざまなエピソードを通して発達の過程と偏りが探り出される。家族歴は遺伝性を疑わせる情報として役立つばかりでなく、家族が体験しているライフイベントを明みに出す。子どものもつ特徴が家族内の出来事に影響する、あるいは後者が児の行動に影響があることもあろう。軽度発達障害があるということは問題がすべて個体側の神経機能の偏りに依存するという訳ではない。環境の影響を受けながら現れは変化するという側面も無視することはできないであろう。

iii) 子どもの面接：診断は、診察室の入り口のドアを開けた瞬間に始まるといっても過言ではない。待合室での親子のやりとりも重要な観察点になる。子どもの独特の言語表現や、親との会話から高機能自閉症やアスペルガー障害ではと診断的な見当をつけられることも少なくない。激しく動き跳びはね、ものを投げるなどの動きはADHDを疑わせる。

初診をどう構成するかは発達障害の医療では重要な課題であろう。筆者の初診場面は以下のとおりである。診察室に入り遊具を目にするとたいていの子ははじめに持っていた警戒心が和らぐ。すぐに遊ぼうとする子も多い。それでもことばのある子どもにはまず「はじめにお話をします。〇〇くんのことを教えてください」とソファーに促す。もちろん親子同席である。

自己紹介の後、子どもに名前や学校・学年、同伴者の紹介をしてもらう。好きなこと、学校なら好きな時間、どんな遊びをするか、友達はあるか、得意・自慢はなにか、学習のこと、家族のことと続け、最後に将来何になりたいかとしめくくる。つづいて、「今このクリニックにいますが、相談したいこと、困っていることはありますか。」と問いかける。たいていは「ない」と即座に答える。少数で

はあるがはじめられていることや、勉強が難しいことなどを訴える子どもがいる。困っているのはほしいものが手に入らないことだったりする。ないとすると「今日ここに来たのはなんて言われて？」とたずねる。家族が子どもにどう説明してきたのかを知ることができる。

「それでは、これから、お父さん・お母さんがどんなことを心配していられるのか伺います。〇〇くんは聞いていてもいいし、遊んでもいいです。でももし話が違っているということに気づいたらいつでも言ってください。」と約束する。こうしてたいていの子は同室のまま遊びに移る。臨床心理士が面接場面から同席し、子どもの遊びに関与しながらの観察を続ける。医師は、保護者と話をしながら子どもを観察することができる。親が何を心配しているかを子どもに知ってもらうことも大事なことであり筆者は考えている。もちろん同席では話すことが望ましくないと判断したときは別室に移行する。あるいは初診では同席のもと得られる情報に限っておき、それ以外は再診時まで保留する。

iv) 検査：脳波やMRIは器質的障害の可能性があるときに行う。発達と認知機能の特徴を知るために、WISC-IIIは必須と考えている。予測される障害を視野に入れて、検査バッテリーを組み実施する、表に日常利用している検査を示している。検査結果は問題となっている子どもの行動をとらえ、背景を探る手がかりとなる。そればかりでなく、課題への集中や反応の様式を観察できる構造化された場面としても検査は重要な意味を持っている。

このようにできる限り客観的な資料を取り入れることが診断を確かなものにする。同時に子どもの状態についての情報を家族あるいは教師と共有することに役立っている。またこれらのデータは、治療的な介入や発達の結果を知る、いわばスタートラインでの基本情報でもある。

## 2-4 治療

軽度発達障害の治療目標は，この障害をもつことによる有害な影響を最小限にし，子どもが本来持っている能力を発揮し，自己評価を高め，自尊心を培うことである。このためには，多面的な治療を必要とする。治療は，薬物療法と心理社会的治療に大別される。

i) 薬物療法：軽度発達障害の治療での薬物療法が適用となるのは中等症以上のADHDである。中枢刺激薬であるメチルフェニデート（リタリン）が基本的症状とされる多動性，衝動性，不注意などを軽減する。70～80%のADHDの子どもに有効であることが知られている。しかし，自閉症の基本障害に有効であるという薬物は残念ながら存在しない。学習障害についても同様である。高機能自閉症児や学習障害児にADHDを併存しているような場合にも，メチルフェニデートは有効であることが少なくないが，治療効果はADHD症状の軽減であり，自閉症症状や学習障害そのものが改善することにはならない。

その他，軽度発達障害児に，薬物が用いられるのは，併存している障害に対してである。たとえば，うつ病性障害，気分変動，社会恐怖症，強迫性障害などの精神医学的障害が認められるときである。この場合，軽度発達障害に特異的な薬物があるわけではなく，それぞれの治療法に従って選択される。

ii) 心理社会的治療：軽度発達障害に対する心理社会的治療には，子どもへの介入，親を支える取り組み，教育的な支援の3つの柱からなっている。このうち医療では，障害をもつ子どもについて療育相談，親ガイダンス，ソーシャル・スキル・トレーニングなどが行われている。それぞれの子どもの状態に合わせた治療的介入を計画することが求められる。

療育相談は，通常，子どもが困っていることあるいは親が心配していることに目を向け，対応を探る。心理教育，親訓練，ペアレントトレーニングは，体系化されたプログラムを

通じて障害の理解を深め，養育法を学ぶものである。いずれも個別で行うことも可能であるが，小グループで実践する方が効果は大きい。筆者らはADHDを対象としたペアレント・トレーニングのプログラムを開発してきた。このプログラムは高機能自閉症の子どもの場合にも一部を修正することで利用できると思われる。また，児童虐待などの場合の子どもとの再結合プログラムとしても実践され始めている。

## 3. おわりに

軽度発達障害をめぐる医療は決して新しいものではないが，近年，社会的関心が急速に高まり，医療機関を訪れる子どもたちが急増している。情報化社会の中で，インターネットや書物などを通じ，この問題に関しては海外からの情報が堰を切ったように流れ込んでいる。しかしながら児童精神科医療，教育相談・児童相談など各種の臨床場面でこれらの要求に応える条件が必ずしも整っているとはいえない。これらの充実が緊急の課題である。

一方，特別支援教育のかけ声とともに教育のなかでも関心が高まっていることは子どもたちのために大変喜ばしいことである。しかしこれを支える専門機関，教育的介入の方策，それを実現する資源を考えると，まだまだ開発途上と言わざるを得ない。障害児教育の問題に止めてはならない課題であろう。障害という視点から学校保健はもちろん，生徒指導・教育相談・スクールカウンセリングを含めて，学校全体で取り組む課題である。集団の中で一人一人の違いが持つ意味を考えるという重い課題にも突き当たるであろう。

このような課題に，一人の子どもに関わる関係者がいかに力を寄せ合うのか。その実践が始まっているとの感触をもっている。家族，教師，カウンセラー，医師などの問題である。実践の積み重ねから真の特別支援教育が生み出されると期待している。

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害をもつ子どもたちへの発達支援と治療教育： 発達臨床心理学の視点から

辻井正次<sup>\*1</sup>，竹嶋陽子<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>中京大学社会学部，<sup>\*2</sup>土野メンタルクリニック

### Therapeutic Interventions for Children with Developmental Disorders without Intellectual Disabilities in the School and Community Settings.

Masatsugu Tsujii<sup>\*1</sup>， Akiko Takeshima<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>*Chukyo University, Faculty of Sociology.*

<sup>\*2</sup>*Tsuchino Mental Clinic.*

#### 1. はじめに一障害という用語の今日的な 再意味付けの必要性

軽度発達障害という用語は，現在，主たる問題として知的障害（や身体障害）を伴わない発達障害を指す意味で，教育や発達支援の専門家の中で用いられている．文部科学省の特別支援教育という方向性のなかで，学習障害（LD），注意欠陥多動性障害（ADHD），高機能自閉症・アスペルガー症候群といった，従来の特殊教育の枠組みに入らなかった子どもたちの特別なニーズを認めていこうという形で位置付けられるようになった．これらの子どもたちは知的障害を合併しないため，通常学級に在籍する場合が多く，ニーズに対応した十分な配慮を受けることなく，二次的な心理的問題を合併させ，思春期以降の適応状況を著しく悪化させている場合が少なくなかった．日本の教育が，子どもごとの特性を無視し，「どの子どもも平等」という意味をはきちがえたために，いかに子どもの将来の幸福を台無しにしてきたかという典型例が，森口奈緒美の自叙伝に見られる<sup>1,2)</sup>．「発達障害者支援法」の成立に向けての動きが活発化しており，学校教育だけではなく，生涯発達を支え，幸福な人生を生み出していくための支援を考えていくことが大切な時期にさしかかっ

ている．

現在，軽度発達障害もしくはそれと同じ教育的ニーズを持つ子どもの推計値は，文部科学省の控えめな数字でも，6.3%とされており，未発表の筆者らの研究では，9.2%であった．遺伝的な情報がどのように発達障害という形に顕在化するかという過程はまだ未解明な部分が多いが，それでも，約1割という子どもの特別なニーズの母体となる遺伝情報の保因者の割合は人口の半数以上となるはずである．人は，そんなに健康でもないし，健常でもないし，みんなどこかうまくいかない，生まれながらの事情がどこかしらにあり，それが偶然，発達早期から顕在化している場合が発達障害であり，「障害」という用語によって差別感や偏見を感じる必要はないということである．

#### 2. 軽度発達障害の障害特性

特に，この小論で中心に示していく高機能広汎性発達障害（HFPDD）については，生後少なくとも1歳前後から明らかになっていく「発達過程の特定の歪み」である．脳機能の何らかの障害が想定されている．障害特性の発達的な特徴についての詳細は他に譲るが<sup>3,4,5)</sup>，①社会性の障害（他者の意図や，場面・状況などの読めなさや相互的な対人関係のもてなさ）が中核

症状で、②コミュニケーションの障害（言葉の発達が遅れる場合に自閉症という診断となり、遅れない場合に他の兆候があればアスペルガー症候群となる。しかし、両者には成人段階での比較研究では有意な差異は見出されておらず、筆者らは臨床的に区別が必要だとは考えていない。ただ、言葉の遅れがあるとそれだけ早く親や周囲の者が違い性に気づくの比べ、言葉の発達に明確な遅れがないと気づきにくい特性がある）。③想像力の障害（こだわり行動やパター的な行動。あるいは興味の偏り）などがあるほか、過敏性や不器用さの合併も多い。社会性の障害があるために、相手の意図が読めず、教えられればできることができない、あるいは不適応行動を悪循環過程のなかで誤学習していることが多い。

ADHDの場合でも、歩き始める頃から明らかになり、特に集団場面になって落ち着きのなさから気づかれることが多い。悪循環が生じない場合、小学校高学年あたりで問題が減っていくことが多い。薬物療法が著効する場合もある。①注意の集中困難・不注意が中核症状で、②落ち着きのなさや多動、③衝動性から診断される。ADHDから、反抗的な行動特徴を合併していく場合に、非行など行為障害への移行例がサブタイプとしてあることが報告されており、行動コントロールの問題がある軽度発達障害の治療教育が後の行為障害の予防的な意味を持つのではないかと期待されている。一見、ADHDのように見えても、実はHFPDDという場合が少なくないので、問題行動の主たる要因のなかで場（状況）の読めなさがどの程度あるかを考えておく必要がある。

学習障害（LD）は、義務教育年齢になり、学校における基礎学力の習得が必要になった段階で明確になる。知能は正常だが、読み、書き、計算という主たる学習に著しい問題がある場合で、基本的に外部からの情報の処理の問題が中核となる。人が学習をしていく過程は非常に複雑な神経心理学的過程を経ており、その情報処理経路のどこかがうまくいかない場合、学習に

おける不利益が生じる。バイパス法などの形で、苦手な情報処理経路を得意な情報処理経路を積極活用することで補っていこうという方法も開発されつつある<sup>6)</sup>。従来、LD概念が誤って教育界に広まり、軽度発達障害全体をLDとする立場もあったが、現在では医学的診断基準に近いものになっている。典型的なLDの場合、学年があがって学習課題の難易度が増した場合に、学習意欲が低下するだけではなく、（知能そのものが同年齢内での相対的な位置を測っているため）IQの値自体が低下していく傾向がある<sup>7)</sup>。何故か、現場の教員のなかでは、「勉強ができない」ことは問題になりにくい傾向がある。「この子よりもっとできない子どもがいるのです」というのである。教師は教科教育の専門家として、できないことには必ず理由があることを忘れずに、ワンパターンに本人や親の努力に原因を帰属するべきではないことを強く主張しておきたい。実際に、学習障害というよりは、知的障害や境界知能圏の子どもたちがおり、通常学級に「お客さん」として「放置」されている。その子どもにとって必要な支援をしていく上では、こうした知的能力そのものの問題をもつ子どもたちの学びの場をどのように見出していくのかも大きな問題である。

これら、HFPDD、ADHD、LDの三者は、相互の合併の割合が高く、対応としては一定の共通性もある<sup>3,7)</sup>。1つは、全て、脳機能の障害によって生じると考えられており、躰や本人の努力によって生じるわけではない。そして、障害特性を理解した個別的な対応の成果が上がりやすいことである。また、生まれながらの要因で、従って本人の努力などの要因ではなく、できなさがあることで、達成できない体験や叱責される体験が多くなるために、自己評価が低下しやすく、配慮が要することも共通である。しかし、指導においては障害特性が違うから当然だが、焦点が異なり、各々の中核症状を配慮した発達支援プログラムが必要である。

三者は、HFPDD、ADHD、LDの前から順に障害としては重いものであり、「軽度」とい

う用語のもつ語感に惑わされないことが重要である。HFPDDで二次的な精神科疾患を合併した場合、障害は極めて重篤なものとなる。「軽度」というのは障害として生命の危険が低いという程度のことで、実際の社会生活を子どもたちが生き抜き、社会的に自立していくためには、障害は軽いものではないことを理解しておく必要がある<sup>3,7)</sup>。それでも、ライフステージにそって順調に支援をしていった場合、筆者らの経験では、大多数の者が就労できており、二次的な心理的問題がなく、必要な自立スキルを身に付けていけば、企業に就労し、社会的自立していくことは十分に可能である<sup>8)</sup>。一方、家庭や学校での障害特性を理解されない、誤った指導の積み重ねが二次的な心理的問題を起こした場合、不登校から成人に至っても引き籠っていたり、精神科疾患を合併し長期の入院に至ったりしている場合もあり、子どもが大人になっていく、長い幸福な人生を想定して、目の前のことだけで指導しないことが重要である。学校での教師の指導が子どもの状態像を悪化する場合が少なくないことを十分に理解しておく必要がある。

### 3. 子どもの問題を発達障害の視点から見直すことの重要性

近年、従来、情緒障害や心理的問題によるとされてきた子どもの少なからぬ割合が、子どもの側の発達障害が背景要因にあることが明らかになってきている。例えば、児童虐待のなんと60%は子どもに軽度発達障害があることが明らかになっている<sup>9)</sup>。子どもが育てにくい子どもであることは親と子どもの関係性を作っていく段階での、大きなリスク要因となっていく。子どもの個性の理解できなさが悪循環過程を生んでいく典型である。教師と子どもの間でもこうした悪循環から体罰などが起こることが少なくない。指導がなかなかうまくいかない場合に、子ども側の要因を細かく分析していくことは重要である。

また、不登校の30%ほども同様に軽度発達障害であることが明らかになっている。これは、

非常に重要な知見で、従来、非支持的に「待ちましよう」というスタンスで対応してきたのが必ずしも正しくなく、子ども側の登校行動が学習できていないということが前提要因としてあるのならば、それを形成していくことも重要だということである。この頃実際、義務教育段階をずっと不登校のまま、心理療法を受けていても効果なく経過した症例をみかけるようになっていく。どうしても無理して学校にという意味ではなく、教育をその子どもにどのように提供していくのかを十分に考えていかないと子どもの社会的自立が困難になってしまうという現実を直視する必要という意味である。「様子を見ている」こと自体にリスクがあり、子どもの状態像を細かくみて、必要な支援を1つずつしていくことが大切である<sup>10)</sup>。

今までの教育相談の弊害の1つが、子どもの行動上の問題を心理的に考えすぎることである。脳機能の障害で、情報処理上の問題があり、注意集中しにくかったり、あるいは、過敏性によってパニックになりやすくなっているのに、親の愛情がどうのこうの言っても仕方ないばかりか、当事者の親に対して非常に失礼なことになっている。軽度発達障害についての知見は日進月歩で、新しい知見が次々と出てきているので、何か新しい介入方法がある場合も珍しくない。教師の先入観全てを否定するつもりはないが、指導が行き詰まった段階で、冷静に起こっている問題の1つ1つを整理して考えることが必要であろう。必ずよりよい介入の方法があるはずである。

### 4. 支援のなかでの粹付けや、適応的行動を教えることの大切さ

実際の支援に関してだが、子どもの問題行動をあまりにシンプルにストレス原因論に還元してしまうことは非常に危険である。ストレスがあるから子どもを自由にという介入は、特にHFPDDやADHDのように、自己コントロールの苦手なタイプの発達障害においては逆効果になることも多い。興奮している状況をいったん

興奮を収めることはまずは必要だとしても、本人が混乱しないような状況を作らないことをしないと、同じ場面では同じような問題が生じてくる可能性が高い。とりあえずの急場しのぎの介入ばかりを続けていても介入の効果が期待できないのは自明であろう。また、自己コントロールスキルを教えていかないと、苦手な状況においてコントロールをすることは容易ではない。子どもが社会的に自立していくために必要なことを長いスパンで考え、今の発達段階で可能な課題を明確に設定し、子どもがよりよい存在になっていくために支援していくのが周囲の大人のすべきことであろう。そうしたなかで、課題に取り組んでいくことが自己評価を高めていくことを子どもに理解してもらうことが重要である。HFPDDやADHDに共通して、本人が自分の課題を理解し、自分で取り組むと決めない限り、なかなか成果は出ない。HFPDDやADHDの障害特性に特化した介入スキルはいくつかあるが、紙面の都合上、別の機会に譲る。関連した情報としては、NPO法人アスペ・エルデの会 (<http://www.as-japan.jp/j/>) のホームページなどにも情報を見出すことができるであろう。

## 5. 軽度発達障害の子どもたちへの発達支援の実際：コミュニティでのNPOによる支援から

学校での支援など、公的な支援は現状では、ある特定のライフステージでの支援のみを行なうために、自分の取り組み以前のライフステージのあり方や、その後の社会的自立に向けてその時期ごとで何が重要かという点において、支援する側の理解が不十分であることが少なくない。ここでは、筆者らが取り組んでいる生涯発達を視野においた地域での発達支援システムでの実践例を取り上げ、特に学校での支援のなかで重要なポイントをいくつか指摘しておきたい。NPO法人アスペ・エルデの会は、自閉症や高機能自閉症、アスペルガー症候群、学習障害(LD)といった発達障害を持つ子どもや親たちが運営主体となって活動している団体であ

る<sup>3,11,12)</sup>。運営スタッフは当事者である家族が担っている。専門的な支援自体は、専門家や学生スタッフが加わり、1・2歳児から小中高等学校・大学の児童・生徒・学生、就労している青年などの各ライフステージに配慮した支援や自立に向けてのサポートを行っている。学生スタッフと現任教員の研修コースも運営し、人を育てながら活動を進めている。

活動においては、子ども一人一人の特別なニーズを把握して、それに合わせた発達支援プログラムを作ることや、学校や親に子どもの特徴を理解して、適切な関わりを持ってもらうための発達相談などが含まれている。これらは子どもの特別なニーズへの個別支援であると同時に、子どもを実質的に支える家庭や学校へのサポートとなっている。

子どもたちに対しては、地域ごとに子どもが集まり、学生スタッフや仲間たちとともに活動する「学習会」を行っている。そこでは勉強面のフォローだけではなく、子ども同士の仲間作りや社会性に関する個々の課題に取り組む機会、コミュニケーション練習などを行なう。また似た興味や特性を持つ子ども同士がかかわり合い、認め合える場としての運動グループや鉄道研究会などのプログラムグループ活動も行なわれている。

具体的に岐阜での活動を例に挙げると、NPO法人アスペ・エルデの会の岐阜地区の正会員団体「にじの会」には、「アンティロプス」と「おにぎり」という2つのグループがある。

「おにぎり」は、知的障害を伴う自閉症の子どもたちが中心に集まっているグループで、年齢は小学生の子どものみ、小人数である。「アンティロプス」はHFPDD(高機能自閉症やアスペルガー症候群)の子どもが中心に集まっており、年齢は小学校1年生から中学校3年生までおり、兄弟参加も含めて17~18人の子どもたちが参加している。高校へ入ると、地区単位での活動は少なくなり、NPO法人アスペ・エルデの会全体で活動する青年期グループ「サポーターズクラブ」へ参加することになる。

ここで、「アンティロプス」に参加しているAくんが、どういう経過で会に参加するようになり、どのような活動をしているかを紹介する。HFPDDの発達過程の偏りを理解しておくうえで参考になるように記述していく。

Aくんは現在小学校3年生。5歳の頃に「高機能広汎性発達障害〔アスペルガー症候群〕」の診断を受けている。

赤ちゃんの頃のAくんは、人見知りもせず、大人しくて手のかからない子だった。Aくんが初めての子どもだったお母さんは、あまりそのことについて違和感が無く、「大人しくて育てやすい」と感じた程度だった。

しかし3歳ごろから、Aくんは一緒に出かけると、お母さんの側を平気で離れて自分の好きなものの所へ走っていってしまうようになった（愛着形成の作りにくさの一方での興味の偏り、1つのものしか見ない傾向（シングル・フォーカス））。お母さんは、「そうした時に注意しても、耳に入っていないみたいに言うことを聞いてくれなかった」と感じていた。

Aくんと関係に不安を感じ始めたお母さんは、お父さんに相談した。しかしお父さんは「おまえのしつけが悪いんだ」と言って、問題を共有しなかった。同居している父方の祖母にも責められて、お母さんはやりきれない思いで「もう相談したくない」と思うようになった。

それから、一人でAくんと向き合わざるを得なくなったお母さんだったが、家でのAくんは車が大好きで、一人でお気に入りのミニカーを並べて遊んでいればご機嫌で（こだわり）、夕食のときも、好きな車の名前を色々と話している。「言葉がわからないわけではない。こんなによく喋るし、聞いて欲しがってしつこいくらい。だから大丈夫」とお母さんは不安な自分に言い聞かせた。そして「外へ出ると大変だから、家で大人しく遊んでいてくれた方が助かる」と思い、お母さんはAくんをあまり外へは連れて行かず、家の中で好きなことをさせて過ごすことが多くなった。

そんなAくん、幼稚園に入ってもみんなと一

緒に活動するよりも、一人で遊んでいる方が多く、友だちと上手に関われなかった。例えば一緒に遊ぼうと先生が促してくれても、Aくんはおもちゃの順番が待ってられなかった。友だちの使っているおもちゃに、まっすぐ向かっていって、有無を言わず奪い取ってしまった。周りの友だちや先生がAくんの行動に大騒ぎしていても、当の本人はまったく気にしていない様子だった。

先生に注意されると、Aくんは「なんでいけないの！」と顔を真っ赤にして怒り出した。その様子を見ていた先生は、「Aくんは自分が悪いことをしていると本当にわかっていないのではないかしら」と考えるようになった。そうした中で、先生がお母さんに地域の相談機関を紹介し、Aくんが専門家のところを訪れることになった。

こうして診断を受けたAくん、専門家からの支援を受けながら、週1回、3～4人のグループでの関わりを練習するようになった。最初はトラブルばかりだったが、グループに通って、毎回同じ子どもや先生と関わるうちに、Aくんは人と関わることの楽しさを感じられるようになっていった。そうしたAくんの変化を見ていて、お母さんは初めて「この子の中にも、他の子と仲良く関わりたいという気持ちがあった」こと、「一人が好きだから放っておけばいい」と思ってきたことが間違いだったことに気づいていった。それで、お母さんは、家でもAくんと遊ぶようになった。Aくんのこだわりになっていた「大好きなミニカー」でも、お母さんはAくんと交互に車を並べていくことを始めた。最初、お母さんの置く車を嫌そうに除けていたAくんだったが、言葉でのやりとりをしながら何日間か過ごすうちにAくんは、お母さんが自分とは逆向きに車を並べても、それを面白そうに受け入れるようになった。それはAくんが、「大好きなミニカー」よりもお母さんとのやりとりで「どんな面白いことが起こるだろう」と期待を寄せているように感じられた。（幼児期の母子の関わり方の悪循環が、関係性の形成へ

と転換した.)

そうしてこだわりにも柔軟性が生まれ、興味を示すものにも幅が出てきたAくん。小グループを卒業して、小学校へ入学した。

小グループでの成果もあって、クラスで過ごし始めたAくん。知的には問題がなかったので、勉強もよくできた。でも、友だちと遊ぶのは上手ではなかった。相手の気持ちが読めないで、自分の好きなようにしてしまう。「○○くんは、ここに立って!」と勝手に友だちを動かそうとしたり、後ろから突然抱きついたり、ちょよちょよと体をくすぐったり。

それから、学校全体が体育館や運動場に集まって並び、校長先生たちの話を聞くことは苦手で、1度そうした場所から逃げ出して以来、その場に行こうともしなくなった。困り果てた先生たちが理由を聞こうとAくんに話しかけると、「怒られている」と思い込んでプリプリと怒り出す。そうするうちに、いつの間にか「Aくんは全体集会には出ない」ということが許されている状況になり、Aくんはご機嫌で付き添ってくれる先生と好きなことを話して過ごすようになった(周囲がパニックを恐れ、本人のこだわりに合わせてしまう)。

また2学期半ばになると、勉強も教室でみんなと一緒に一斉授業を受けることが難しくなってきた。それは、Aくんが理解できていないうちに授業がすすんでいってしまい、そのことに納得できなくてAくんが怒り出すようになったからである。しかも怒り出すとAくんはいつまでも怒っている。「納得いかない!なんで勝手にすすむんだ!」と先生に言っただけで席を離れるので、授業が進められなくなってしまった。

先生とお母さんが話し合った結果、Aくんは特殊学級へ籍を移し、個別で勉強をみてもらえるようになった。Aくん自身も、少人数の方が落ち着いて勉強に取り組めるようだった。

しかし知能検査をすると、知的には遅れていない。でも集団生活はできない。このままでは、社会の中で生きていける人間になるのだろうか。これから自分には何ができるだろうか。ほかの

同じような子どもを持つ親たちと一緒に活動しながら、Aくんの発達支援に取り組めるところはないだろうか。そうした思いを持って、会の活動の大変さを理解した上で、お母さんは「にじの会」へ入ることを決めた。

入会する時点で、会のディレクター(専門家)である臨床心理士や言語療法士などの面接や知能検査等を受けた。基礎的な情報を詳しく把握することによって、ディレクターは現在のAくんの発達段階や課題を理解して、お母さんやAくん自身にもそのことを説明していく。そして必要に応じて、Aくんの学校の担任や相談担当者と連絡を取り、学校でのAくんの支援プログラムを作っていく。

まずAくんが取り組んだのは、担任の先生がAくんと相談して立ててくれる授業のスケジュールにそって、勉強をすすめること(見通しを持って行動し、自分をコントロールすること)だった。例えば、1時間目には「国語」で、「プリントを2枚」取り組むと決めた。そして時間が余った場合には、「席を離れずにAくんの好きなことをしていてもいい」という約束をした。こうした段取りを毎時間立てておき、「それに合わせて、約束を守ってAくんが自分をコントロールすること」が課題だった。Aくんは最初、色々と文句をつけてはプリントをやり切れなかったり、約束を守れなかったりしていたが、学校の先生の働きかけや「アンティロプス」での活動を通して、「約束を守って行動する方が、自分にとって良いことが起こる(褒められる・自由時間ができる)」ということを経験していった。そしてAくんは最終的に、自分をコントロールできる自信を手に入れることができたように感じられる。

そのことは、周りの人を理解して許していくことにもつながったようだ。それは月に2回の学習会(「アンティロプス」)での出来事だった。そこにはAくんやみんなにちょっかいを出してくる上級生がいた。その上級生はみんなと仲良くしたくて行動しているのだが、どうもうまくいかない。それがその子の課題だった。しかし

この年齢段階の子ども同士では、そうしたことは把握できていない。「足をひっかけられた」「ほっぺをつねられた」と大騒ぎである。Aくんであれば、「ぼくはこんなひどいことをされた！あの子に謝ってもらわないと気が済まない！」とか「先生！先生の指導がなっていない！あの子をもっと叱ってよ！」と怒って訴えてきていた。個々の課題を丁寧に整理していったことで被害的な構えを形成させることなく、安心した関わりを体験させていった。

Aくんが3年生になった頃、そうしたAくんの行動に変化が現れた。「アンティロプス」でのゲーム活動中、Aくんがその子に突然後ろから抱きかかえられて、持ち上げられるという出来事が起こった。スタッフが慌てて止めたが、Aくんは相当びっくりしたと思う。それに痛い思いもしたのではないかと駆け寄って声をかけると、「びっくりしたし、嫌だった！（怒）…ただけどあの子、前はもっと力いっぱいやってきて痛かったけど、今日はそこまで痛くなかったよ。きっと手加減してくれたんだね。あの子、良くなったね！」と笑いながら話してくれた。スタッフみんなが、Aくんの成長を感じた瞬間だった。

もう1つAくんが取り組んだ課題は、「アンティロプス」の仲間たちと上手に遊べるようになることだった。そのためにAくんに必要なこと。それは「ルールを守ること」と「自分の気持ちと相手の気持ちが違うことを理解すること」だった。例えば、Aくんが友だちの隣にいて、もっと仲良くなりたいと思って「こちょこちょ」を仕掛けたとき、友だちも一緒に笑ってじゃれ始める。しかし、Aくんは「こちょこちょ」をずっと友だちにし続ける。最初は笑っていた友だちも、だんだん苦しそうな顔になり、最後には嫌がっている顔になって「やめてよ」といい始めた。それでもAくんは止めない。友だちが泣き出したり、怒り出したりするまで続けることもある。

どうしてそうなるのだろうか。Aくんは、「自分が楽しい」ので「相手も楽しい」と思い

込んでいた。相手の立場になって考えることや、相手の表情などから気持ちを読み取ることが苦手だったからである。こうした理解は、Aくんにも独特の発達の経路を辿りながら身につけていく。しかし身につくまでにAくんが感じていく対人関係への不安感や失敗経験・理解されなさは、Aくんをととも傷つけていく。これが積み重なることで、被害的な構えなど、二次的障害としての心理的問題が付加してくる。それを防ぐためには、そうした苦手さを持っているAくんを理解し、どうしたら友だちと楽しい関係を作れるのか、その方法を教えていくことが必要である。

まずAくんが「こちょこちょをして遊びたい」と思っていることを、友だちに伝えなくてはいけない。そこでAくんに「お友だちと遊びたいときは『～して遊ぼう』と声をかけよう」と教える。それによってAくんは、相手に自分の提案を伝える必要があることを知る。その次に、相手の返事を聞くことを教える。「Aくんはそれで遊びたいかもしれないけど、もしかしたら、その子はそれで遊びたくないかもしれません。もしそうなら、『ぼくはやりたくない』と言うかもしれません。でもそれは怒ることではありません。自分と相手と遊びたいものが違うことは、よくあります。一緒のときに遊べばいいんです。」そして「友だちと遊んだときは、友だちが『やめて』と言ったことはすぐにやめましょう。」

こうした話をしても、それですぐにAくんができるようになるわけではない。でも、それを手伝ってくれる仲間やスタッフやディレクターがいる。彼らは、Aくんの強い味方である。諦めずにAくんと関わってくれる。もちろん、家族も学校の先生も、Aくんを理解し、Aくんの成長を支えるのに欠かせない人たちである。そんなたくさんさんの味方がいてくれるから、Aくんは自分の課題に取り組んでいけるのであろう。

このように、子ども一人一人の特別なニーズを理解し、発達障害を抱える子どもたちに社会とのつながり方・理解の枠組みを示していくこ

とが、教師に求められていることである。子ども自身や家族・学校と一緒にあって、その時々課題に取り組んでいく子どもたちを支えていくことが必要であると思う。

## 6. 終わりに—保健室で求められるもの

軽度発達障害については、二次障害を起こらない限り、教科教育などでの教育活動が主となるもので、養護教諭が前面にできることは多くはないであろう。しかし、残念なことに、軽度発達障害の子どもたちが、学校という場においてあまりに理解されていないために、彼らは非常に容易に二次障害を起こし、心理的問題や、身体症状、心身症的症状など、保健室を利用することになる。こだわりから、強迫症状や摂食障害に移行している場合もあり、従来の指導が成果をあげない場合に背景に発達障害があるのかどうかをよく吟味してみる必要があると思われる。

特に、一定の支援の方向性ができた段階では、親や担任教師との悪循環過程を重ねていった場合に、避難場所として保健室を利用することが現実的にある。また、学校において、軽度発達障害、特にHFPDDの子どもたちは、意外と授業中はやるべきことが明確なので大丈夫なのだが、放課になると何をしたいかわからないために保健室に来ては、保健室のピンを並べていたりして、息抜きをして授業に戻るような子どももある。いずれにしても、学校内の教師の誰かが軽度発達障害についての一定の専門性を身につける必要性があり、養護教諭はその可能性の1つであることに違いはないであろう。問題行動が多発する場合に、こじれてからよりも早期に薬物療法や入院治療が有効なことも多く、正しい理解を養護教諭が持っていることの意義は大きいと考えられる。

## 文 献

- 1) 森口奈緒美：変光星—自閉の少女に見えていた世界—, 花風社, 2003
- 2) 森口奈緒美：平行線—ある自閉症者の青年期の回想—, プレーン出版, 東京, 2002
- 3) 杉山登志郎, 辻井正次編著：高機能広汎性発達障害—アスペルガー症候群と高機能自閉症—, プレーン出版, 1999
- 4) 滝川一廣：「こころ」の本質とは何か—統合失調症・自閉症・不登校のふしぎ—, 筑摩書房, 2004
- 5) 辻井正次：広汎性発達障害の子どもたち, プレーン出版, 2004
- 6) 宇野彰, 金子真人, 春原則子：学習障害児に対するバイパス法の開発, 発達障害研究, 24：348-356, 2003
- 7) 斎藤久子監修, 石川道子, 辻井正次, 杉山登志郎編著：学習障害—発達の・精神医学的・教育的アプローチ—, プレーン出版, 2000
- 8) 辻井正次：軽度発達障害の就労支援の実際と課題, 小児の精神と神経, 43：205-212, 2003
- 9) 浅井朋子, 杉山登志郎, 海野千畝子ら：育児支援外来を受診した児童79人の臨床的検討, 小児の精神と神経, 42：293-299, 2002
- 10) 石川道子, 杉山登志郎, 辻井正次：可能性ある子どもたちの医学と心理学—子どもの発達が気になる親と保育士・教師のために—, プレーン出版, 2002
- 11) 辻井正次：自閉症の人々とともに育つ—NPOの立場から—, 育ちの科学, 1：87-91, 2003
- 12) 辻井正次：高機能広汎性発達障害の心理・社会的サポート, 乳幼児医学・心理学研究, 12：27-35, 2003

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害児教育の現状と課題：障害児教育学の立場から

都 築 繁 幸

愛知教育大学障害児教育講座

### Issues in the Education of Children with LD, ADHD, PDD

Shigeyuki Tsuzuki

*Department of Special Education, Aichi University of Education*

#### I. はじめに

平成15年3月の「特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」（以下、最終報告）は、小・中学校においてLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育的支援を行うために総合的な体制を早急に確立することを提言している。この報告書が提言的なものであるとは言え、実質的には文部科学省の政策転換を示しており、我が国の「特殊教育」は、大きな転換期を迎えている。政策側の表現によれば、「特殊教育から特別支援教育への転換」がキー・フレーズとなる。報告書には、多くの提案が含まれているが、その実現に向けては、幾つかの問題がクリアされなければならない。それは、国会の審議による学校教育法等の改正を必要としており、根幹となる部分の法改正が現状では不透明であるからである。文部科学省は、教育現場には種々の方策をトップダウン方式で進めており、教育現場は、制度的・人的保証が何らなされないまま、次から次へと対処せざるを得ない状況にあり、右往左往しているのが現状である。特別支援教育への受け止め方には、都道府県の教育委員会或いは、市町村の教育委員会によって温度差があり、各地域の取り組みには顕著な差異が見られる。文部科学省のモデル事業になっている地区は啓発されつつあるが、その対象となっていない地区は、十分に浸透してい

ないようである。

本稿では、LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育的支援を軽度発達障害児教育とみなし、通常学級で軽度発達障害児を受け入れていく際の現状と課題について述べる。

#### II. 特別支援教育の経緯

最終報告が提出されるまでのここ30年間の動向を簡略にまとめてみる。1969年に「特殊教育の基本的な施策のあり方について（報告）」が提案された。この報告書の基本理念には、米国のカスケード方式（教育サービスの連続体）が反映されており、交流教育が学習指導要領の改正を通じて施策化されていった。1979年には、知的障害教育関係者の悲願であった養護学校の義務制が実施された。1982年には、「国連障害者の十年」の国内行動計画として「障害者対策に関する長期計画」が策定された。1992年には、「障害者対策に関する新長期計画」が策定された。障害者基本法が改正され、新長期計画は、障害者基本計画と位置づけられた。1993年には、「通級による指導」が導入された。言語障害教育関係者の悲願であった学籍の一元化が実現された。LDに関連する問題は、今後の検討課題とされた。障害者プランの面では、新長期計画の後期重点施策実施計画として数値による達成目標が掲げられた。2001年には、「21世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）」が提案された。特殊教育に代わるべき名称は今後の課

題とされ、「特別支援教育」は例示に留められていた。内容は、乳幼児期から学校卒業後まで一貫した障害のある子どもとその保護者等に対する相談支援体制の整備、就学基準や就学指導の在り方の見直し、LD等の特別な教育的支援を必要とする児童生徒への対応が主であった。2001年に行政改革の一環として省庁再編がなされ、特殊教育課から「特別支援教育課」へと変わった。課の名称を2001年報告から先取りし、障害種別の教科調査官に加えて、「特別支援教育調査官」が増員された。2002年には、学校教育法施行令の改正がなされ、就学基準の見直しと認定就学の問題が扱われた。また、同年、「障害者基本計画」が閣議決定され、平成15年度から10年間を見通した障害者関連施策の基本的な方向が提出された。障害児教育における基本方針は、障害のある子どもの一人一人のニーズに応じてきめ細やかな支援を行うために乳幼児期から学校卒業まで一貫して計画的に教育や療育を行うとともに、学習障害、注意欠陥多動性障害、自閉症などについて教育的支援を行うなど教育・療育に特別なニーズのある子どもについて適切に対応することが挙げられた。施策の基本的方向として、一貫した相談支援体制の整備、個別の支援計画の策定、専門機関の機能の充実と多様化、センター的な役割も果たす学校への転換、指導力の向上と研究の推進、社会的及び職業的自立の促進（教育・福祉・医療・労働等の幅広い観点から適切な支援を行う個別の支援計画の策定、教育・療育機関は生涯学習を支援する機関としての役を果たす）、施設のバリア・フリー化の促進、等が示された。2003年に「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」が提案された。現状認識として、(1)特殊教育の対象が1.477%であり、欧米に比べて少ない、(2)重度・重複障害のある児童生徒が増加し、LD・ADHD等の通常学級等において行われている児童生徒への対応が十分でない、(3)特殊教育教諭免許状保有率が特殊教育諸学校の教員の半数程度である、(4)教育的ニーズを専門家や保護者の意見をもとに正確に把握して自

立や社会参加を支援していく考え方に転換していく、(5)近年の激しい財政事情等を踏まえ、既存の人的・物的資源の配分について見直しをおこないつつ、地方分権にも十分配慮して新たな体制・システムの構築を図る、ことが挙げられている。基本的方向と取り組みとして、(1)特別支援教育の在り方の基本的な考え方として、①個別の教育支援計画（多様なニーズに適切に対応する仕組み）、②特別支援教育コーディネーター、③広域特別支援連絡協議会等の質の高い教育支援を支えるネットワーク、(2)特別支援教育を推進する上での学校の在り方として、①盲・聾・養護学校から特別支援教育へ、②小・中学校における特殊学級から学校としての全体的・総合的な対応へ、(3)特別支援教育体制を支える専門性の強化、が挙げられた。

この動きに示されるように軽度障害への対応は、主として1979年以降である。「通級による指導」の制度化の中で学習障害児等の問題も議論の対象となっていたが、1993年以降は、学習障害の概念規定をめぐる、意見の集約が困難な時期が続いた。そうこうしているうちに政府の行財政改革の流れの中で様々な制度の見直しという観点から検討が加えられた。最終報告は、理念的には新たな提案を含んでいるが、既存の人的・物的資源の配分の見直しによってコストダウンの教育となることが懸念されている。軽度発達障害児の教育の場を通常学級で行うという方向性が示されているが、人的・物的支援は何ら示されておらず、各学校の現員で今以上の教育的支援が要求されている。

### Ⅲ. 特別支援教育と軽度発達障害児教育

軽度発達障害児を通常学級で教育していく方向性は、新たな動きである。これまでの特殊教育は、「障害の種類と程度に応じて盲・聾・養護学校や特殊学級において教育を行う等により手厚くきめ細かい教育を行う」と考えてきた。通常の学級に在籍する児童生徒への支援は、「特殊教育」とはみなしてこなかったからである。最終報告もLD、ADHD、高機能自閉症を

『特殊教育の対象の障害』とは認定していない。現実にLD, ADHD, 高機能自閉症の児童生徒の多くが通常学級に在籍しているので、今後は通常学級における支援を組織的に考えていくという論調のようである。

最終報告は、特別支援教育を「これまで特殊教育の対象の障害だけでなく、その対象でなかったLD, ADHD, 高機能自閉症も含めて障害のある児童生徒に対してその一人一人の教育的ニーズを把握し、当該児童生徒の持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育を通じて必要な支援を行うもの」と述べている。

この文言からこれまで特殊教育の対象として認定してこなかった児童生徒を一旦、軽度障害とみなし、これまで認定してきた障害児を重度障害とし、重度障害の児童生徒は主に特殊教育諸学校または、特殊学級、通級指導教室で支援を行い、軽度障害は主に通常学級で支援を行う、と読み取れる。特殊教育を「教育する場」からは規定するのではなく、「ニーズに応じて支援する」ことを特別支援教育という用語で包括している。

このことは、通常学級担任には、寝耳に水の話しであろう。特別支援教育の一部をなす軽度発達障害児の教育は、通常学級の教師のがんばりに委ねられていると言っても過言ではない。これまで通常学校における障害児への教育は、特殊学級を中核になされてきた。部分的には交流教育という形態で通常学級でも行ってきた。この発展形態として通常学級において自覚的に、意識的に軽度発達障害児に通常学級担任が教育を行うことになる。最終報告は、「従来の特殊教育のシステムや制度において制約となっていた様々な要因に目を向けて必要な改善に向けて大胆に取り組むことが重要との認識に立っている。障害のある子どもの教育の新たなシステムづくりや制度の再構築を目指すという点で新しく大きなチャレンジであり、このために行政や学校はもちろん、家庭や地域社会において意識改革が必要である。チャレンジがなければ成果

もないことを肝に銘じて教育に関する者全員が協力して障害のある子どもに対する新しい教育の姿を切り拓いていくことを期待する。」と述べている。この文言は、改革というよりも「維新」というべき大変革である。

特別支援教育は、管理者層の斬新な学校経営能力と通常学級担任の意識改革、特に指導対象児の拡充の上になりたっており、新しい学校づくりが求められる。「学校の雰囲気が変わった。」と児童生徒が感じる学校改革がなされる必要があろう。特別支援教育を達成していくには、通常学校の変容なくしてはあり得ないであろう。

#### IV. 保護者の意見

LD児を持つ保護者にLD児教育等に関する意識調査を行った結果の一部を述べる(長田・都築, 2004a)。この調査は、「親の会」に入会している保護者、58名に実施したものであり、平成13年4月になされた。

主要な結果を以下に示す。保護者は、LD児を支援する態勢が整っておれば通常学級を望んでおり、専門の教師の指導が必要だと考えている。また、常時、LDの指導に専属で当たる教員の配置を望んでいる。学級担任には、事前に子どもの実態を把握して欲しい、生活行動面での配慮を望んでいる。保護者は我が子が通常の学級の中でみんなといっしょに学習させたいと思いつつ、クラスの中の人間関係や学習活動に心配をしている。保護者は、人格面や職業について感心が高く、卒業後の進路への不安が示された。保護者は、担任に家庭訪問の実施を望むよりも保護者が定期的に学校に出向き、授業の様子を見たり、連絡帳を通して毎日、情報交換をしたい、と願っている。

LD児の教育についての要望を自由記述で求めた。その記述例を示す。

|  |
|--|
| <p>・もっと現場の教師にLDについての十分な知識を持ってもらいたい。リーフレット等を持っていき、本人の特性を説明してもしつけの問題で片付けられてしまう。義務教育下では席が用意されているものの、高等学校では進路が限られており、先が不安である。</p>  |
| <p>・「鉄は熱いうちに打て」のように、少しでも早い年齢で援助（早期発見、早期教育）があればありがたい。また、教師の体制をもっと幅広く作ってほしい。</p>   |
| <p>・LD児だけでなく、人間を大切にできる教育や人と人との間で育つ人である基本を忘れない教育を先生にしてほしい。教師の増員と少人数教育を望む。個人に合った教育ができる教師の養成、つまり特殊の教師は普通学級の教師よりレベルの高い教師を望む。</p>   |
| <p>・本人の強い希望で今春から障害児学級に通っている。現在、少人数のクラスで居場所を得て、毎日通っています。LD児のための通級を学校に希望したのだが聞き入れられず、障害児学級にしか入れてもらえなかった。LD児のためのクラスがあればと思う。ADHDも強く、併発しているので、中学校でも普通クラスはととても難しいと思う。「LD特殊学級」の実現を願っている。</p>  |
| <p>・園児から小1、2年の間は他の子ども落ち着かなかったり、また園や学校に担任以外の大人がいることを不思議がらない。だからいつでも授業参観ができるなどLD児に親が手助けしたり、また様子をよく見るチャンスを親にもらえるとよいと思う。特にこの時期は複数担任を要望したい。中学に入学してからは本人のプライドも高くなるので、LD児の指導のみでなく生活の全体の流れをサポートしてくれるスクールカウンセラーなどの先生がいるとよいと思う。あくまでも自然の形でのサポートが必要と思う。</p>  |
| <p>・LD児が学校教育の中で居場所がない。通常の学級か特殊学級か、どちらもじっくりこず、浮いているような気がする。せっかく通級していても、先生同士の連携がなく、学級担任は通級の先生との情報交換をしようとしめない。もっと先生同士の情報交換（教師間の連携）や愛教大LD研究会のような勉強会への参加を望む。</p>  |
| <p>・本当に色々なタイプに分けられるので、その子によって随分違ってくると思うが、通常の学級で少人数でT.Tの先生に入ってもらい、ポイントポイントで声かけしてもらっただけでも随分違うと思う。授業に集中できないので、授業後に学業不振の子といっしょに補習してもらえるとすごくうれしい。でもその前に先生方にLDのことについて本当に理解してほしい。理解してもらわないと、子どもに対する対応が全然違うと思う。先生方も非常に忙しそうなので、LDについて勉強することは大変かと思うが、これほどLDの子が沢山いる以上は先生方も理解できた方が学級経営にもよいと思う。</p> |
| <p>・先生の質の問題として、様々な子どもを受け入れられる大きな器がほしい。制度としては、今の養護学校がLDも教育できるような場であるとよいと思う。通常の学級に行っていたが、それが必ずしもよかったとは思っていない。本人の負担が大きかったと思われるからだ。中学を卒業した時、「やっと終わった！」と親の気持ちが楽になった。</p>  |
| <p>・LD児とその周辺児は教育システムさえ整えば、通常学級で友人関係を増やしていけると思う。そのためには、複数担任やきめ細やかな通級指導などが欠かせない。また学校でつまづいてしまう子どもでも学童保育がよりどころとなる場合も多々あるように思われるので、学童保育の充実が求められると思う。通常の学級で困難な子どもの場合にも、各学区に障害児学級があれば、義務教育終了まで地域で過ごすことができると思う。</p>  |
| <p>・現場の先生の認識と学校全体のサポート体制がないといろんな問題に対応できないと思う。私の息子のクラスには、ADHD・ADD・LD児と思われる児童が4～5人いるが、親が子どもの状態に気づかなかったり、学校に言うことにより子どもを差別されることを嫌ってあえて言わない場合があり、担任にとってたいへんなクラスである。もっと新聞やニュース番組で情報を流してほしいと思う。</p>   |
| <p>・劣っていることで人にバカにされたり、傷つけられたりする場面ですっかりと守ってほしい。足りない所を補い合う社会をLDを通して作ってほしい。何のために教育はあるのか、純粹に先生方も考える時期にきていると社会の様々な事件を通して感じる。</p>  |

## V. 通常学級担当教師の軽度発達障害の受け入れに関する意識

愛知県A市、B市にある8つの通常学校の通常学級担当教師、129名に質問紙調査を行った(都築・葛谷, 2004)。主要な結果の一部を示す。

(1) 受け入れについて：軽度発達障害児が通常学級に在籍するならば、専門教師の指導や補助教員が必要である。専門教師の指導や補助教員がいなければ、通常学級での受け入れは積極的になれない。軽度発達障害児は特殊学級在籍がよいとは思っていないが、自分のクラスでは積極的に受け入れられない。

(2) 在籍学級への効果、影響について：軽度発達障害児が入級することによってプラスの効果が期待できると考えているのと同程度にクラスの児童との人間関係の心配やクラスの授業のペースが遅れることへの心配などマイナスの影響を心配している。

(3) 配慮について：軽度発達障害児には他の児童と全く同じ注意をするべきではないと感じている。学習面に関してもさまざまな面からの教育的支援が必要である。特に対人関係、コミュニケーション面での配慮は必要であると感じている。軽度発達障害児が通常学級に在籍するにあたっては、さまざまな面での配慮が必要である。軽度発達障害児の担任になった場合には、どのような形であっても周りの理解・協力を得たいと考えており、特に身近な教師との連携を求めている。

## VI. 学校内における支援システム

今後、各学校は、文部科学省のガイドラインにそって「校内委員会」や「特別支援教育コーディネーター」を設置していくことが求められる。各学校が自助努力で校内委員会が立ち上げることができるか、どうか分岐点であろう。文部科学省のモデル図では、校内委員会が専門家チームの判断を得ないとLDかどうかという実態把握ができない仕組みになっている。しかし、専門家チームを各市町村で編成していくた

めの財源も確保されていないのでこのモデル図がどの程度、実行性のあるものかどうかは、今後の法的整備や予算確保に委ねられる。

多くの学校は、待ったなしの状態にあるので学校が個別に専門家に相談を依頼しているのが実情である。従って、この相談活動=コンサルテーションがなされるかどうかは鍵である。仮に市町村教育委員会が独自に財源を確保し、コンサルテーションが円滑に行われるようになった場合には次の点が配慮される必要があろう(都築, 2004)。(1)通常学級担任にコンサルテーションの必要性を理解してもらい、その効果を十分にあげるための組織作りや運営に関心をもってもらい、(2)通常学級担任にコンサルタントと面接しながら特別支援教育の視点を学び、理論と実践を結びつけるように支援する、(3)コンサルテーションを通して通常学級担任により良い学級作りに励むように支援する、(4)通常学級担任は、コンサルテーションを通して障害の多様性を理解し、児童生徒の理解視点を拡充する、等の配慮である。

## VII. 小中学校における校内委員会と特別支援教育コーディネーターの設置

校内委員会を設置し、円滑に運営していくには次の点に配慮する。まず、軽度発達障害が疑われる、いわゆる「気になる子ども」の理解と対応をめざす。委員会の企画運営等は、校長、教頭、担任教師等、特殊教育担当者、養護教諭がメンバーとなる。委員会の具体的活動は、学校全体で取り組む議論である。その議論の中で指導の系統性を作り、配慮・支援を考案し、その資料を蓄積していく。資料をもとに共通理解していくことが教師の専門性につながり、全ての子どもの利益となるように還元していくことを自覚する。現実的には、校内委員会は、校内研修や現職教育の時間に充てて、運用していくことになろう。職員会で常に気になる子どもの話題を取り上げる時間帯を設けるのは、基礎要件である。

学校によっては、委員会が増え、校内分掌が

複雑になったという意見もあるようだが、従来の組織をうまく整理していくことが必要である。例えば、心理学的問題を有する子どもへの対応は、いじめ・不登校対策・適応委員会で扱う。軽度発達障害児への対応は、校内委員会で扱う。教育の場が適切かどうかの対応は、就学指導委員会であらう、等の分担化が望まれる。

校内委員会の機能として、(1)特別な支援を必要とする児童を抽出する、(2)気になるこどもの個票（実態、指導の経緯等）を次の担任に引き継ぐための資料を作成する、等が挙げられる。保護者と面接すると、「あの、このことは、去年の担任にお話をしたんですけど。」と言われることがしばしばある。保護者には、毎年、4月になると繰り返し、担任の様子を話すことへのせつなさ・やりきれなさがある。

校内体制作りでは、特別支援教育コーディネーターの任用が鍵となる。現行の校務分掌で兼務できる内容ではないので、将来的には人的な加配が必要である。だが、財源の関係から当面、望めそうもない。文部科学省は、現員の教員をコーディネーターとして養成していく方針のようだ。

特別支援教育コーディネーターの仕事の内容は、校内では校内委員会の会議の調整・運営、通常学級への補助、通級指導教室・特殊学級への補助が考えられ、渉外では、病院、教育相談室、センター等、就学指導委員会との連携が挙げられる。

今後、同一学区の小学校と中学校の教育移行会議を実施していくことが必要だと思われる。LDなのか学業不振なのかを見極めていくことや不登校との関連で指摘されているLD、ADHD、児童虐待等に対応する必要がある。

## Ⅷ. 校内委員会における養護教諭の役割

校内において学校保健に直接、関与しているのは、養護教諭や保健主事(主任)である。これまで、いじめ・不登校への対応として「保健室登校」と称されるように養護教諭が関わり、成果を挙げてきた実績がある。保健室が「心の居

場所」として、彼らに心理的安定感を与えている。今後は、「軽度発達障害児」の心の居場所としての保健室に期待が寄せられる。軽度発達障害児の中には担任と心が通じず、担任には言えない悩み事を養護教諭に打ち明けたい、教室でパニックを起こしそうになったら保健室に行きたい、等と思う子どもが多い。軽度発達障害児の保護者も学級担任には本心で言えないことを養護教諭には話したいと思う場合がある。このことに対し養護教諭からは「養護教諭の本来の職務ではないのではないか」といった意見が示されるかもしれない。しかし、軽度発達障害児・いじめ・不登校などの支援を全校体制で取り組んでいくことがこれからの学校運営の基本に据えられるべきである。従って、養護教諭が軽度発達障害児に対して今まで以上に支援の中心的役割を果たすことが期待され、校内委員会や就学指導委員会のメンバーになることが要請されるであろう。そのためには、養護教諭に軽度発達障害や特別支援教育に関する研修(講習会)の機会が正式に与えられる必要がある。また、養護教諭の養成段階において発達障害学に関連する科目の習得が必須とならう。

## Ⅸ. 学校と外部との連携 —コンサルテーションの充実・発展—

軽度発達障害児に対する教師の指導力を向上させ、「校内委員会」を設置していく機運を高めるためには、コンサルテーション活動が重要である(長田・都築, 2004b)。コンサルタントは、以下の点に留意する。学級担任が自分のクラスにいる「気になる子」すなわち、軽度発達障害児の存在に気づき、その子には特別な支援が必要であるという意識を持つように奨励する。学級担任が一人だけで問題を抱え込まず、オープンにしていくことを奨励する。学級担任にコンサルテーションを気楽に申し込み、外部の専門家からスーパーヴィジョンを受け、対象となる子どもを客観的に見てもらうことにより、それまで気づけなかった新しい面が見出される可能性などを説明する。軽度発達障害児への指

導は学級担任だけでなく学校全体の支援体制があつて成果が上がることを強調する。特殊学級の担任は、マンツーマンに近い形で指導ができる。しかし、大勢の子どもがいる通常学級においては軽度発達障害児だけに学級担任はかかりきりになることはできない。学校の全職員でその子の指導に当たっていく全校体制を整える必要があることを理解してもらう。多くの軽度発達障害児は、コミュニケーション障害を起こしているために対人関係に問題が生じやすい。学級担任一人だけによる指導よりも多くの教師と人間関係を形成していく方が効果的であることを力説する。軽度発達障害児の支援のためには、全職員の共通理解と全校体制作りは必要不可欠であり、現職教育における講話が有効であることを認識してもらう。

## X. 担任の保護者への対応

学級担任は、1年ないし2年で交代する傾向にある。保護者は、学級担任とできる限り、信頼に満ちた関係を長く維持したいと願っている。学級担任は、個人的な考え、感情、思い等を保護者に伝えるのではない。ましてや、自分の教育観で軽度発達障害児に対応するのではない。学級担任が保護者とトラブルをおこしている状況では、教師が自分の信念による指導に固執し、保護者から理解を得られない場合が多いようである。

学級担任が、子どもの対処の基本的方針を伝える際には、特別支援教育コーディネーターと同伴で面談等を行うのが望ましい。担任の中には、「私は、〇〇と考えますが、学校の考えは私と違って、〇〇です」と保護者に無節操に話すものがある。担任は、事前に校内委員会で自分の考えを述べ、校内で了承を得てから保護者と面談等を行うことが望まれる。毎年、担任によって意見が変わることに対する保護者の学校不信は、ここから生ずる。

今後、就学指導委員会の在り方が問われる。委員の立場にあるものが、実際に当事者であった時、どのような心情を持つかを想定し、自分

にして欲しくない行動は慎むことを前提に考える。保護者は、迷いを持っている。しかし、保護者の方が教育関係者よりも障害の本質を良く知っている存在だと教育関係者は、自戒すべきである。

保護者は、「駆け込み寺」を求めている。支援する側は、自分たちのサービスを誇示するあまりに他の機関が行っている支援内容＝活動内容を批判してはならない。保護者がある機関を批判している時、支援者も同調していることがある。これは、望ましくない。最終的には、こうした支援者から保護者は離れていく場合が多い。

## XI. おわりに

ある保護者は、次のように記している（長田・都築，2004a）。

担任の先生の対応で、ずいぶん違ってくると思う。ほんのちょっとした援助や理解で、学力はだめでも、人間として、クラスメートと同じ行動ができることを知ってほしい。今の担任の先生は、私の子のテストやプリントにはふり仮名を全てつけてくれたり、本人が希望しなければ宿題はなし。もちろん他のクラスメートには理解させるよう、話をしてくれた。先生はいつも言ってくれる。「彼のペースで、ゆっくりでいい。彼にとって学校が楽しいところであればいい。そのための援助なら何でもする。」と。このような先生が通常の学級にたくさんいたらと思う。またそれをバックアップできる学校トップの考え方も必要だと思う。

これに示されるように軽度発達障害児に対する指導は、担任教師のわずかな心遣いや配慮が何よりも必要である。軽度発達障害児に対する指導も他の健常児に対する指導と基本的に変わりはなく、ことさら軽度発達障害児を特別扱いしなくてもクラスの中の一員として認め合う環境を作っていくことが大切である。他の健常児よりも軽度発達障害児には丁寧に指導し、肩の力をぬいて接する気持ちが必要だと思われる。保護者は集団生活に適応していけることを強く願っている一方、その補充として個別指導を望

んでいる。そのためには、今後、ティームティーチングの担当教師や通級指導の担当教師、養護教諭など全ての教職員の協力を得て学校全体で支援体制を作っていく必要がある。

軽度発達障害児が通常学級に在籍し、よりよい教育的支援を受けるためには、次の点が考慮される必要がある。

まず、補助教員等人材の配置である。軽度発達障害児が通常学級に在籍するのはよいと考えてはいるが、担任一人だけでは難しい、自分には自信がないという教師が多い。補助教員を配置することによって軽度発達障害児に対する教育的支援は現在よりきめ細かいものになると考えている。補助教員が学級に入った場合には、担任との共通理解が必要であり、担任と話し合う時間や情報交換を日常的にする必要がある。

第二には、校内の支援体制の充実である。校内の支援体制が確立していれば、担任教師だけでなく、学校全体で支援を進めていくことができ、担任教師が協力を求めやすくなる。教師が余裕を持って指導できれば、軽度発達障害児が通常学級でよりよい支援が受けられよう。子どもたちがどの学校に入っても軽度発達障害児が同等の教育的支援を受けられるように校内委員会等の支援体制を制度化する必要がある。

第三には、特別支援教育コーディネーターの配置である。軽度発達障害児を指導する際、専門家からアドバイスを受れたり、相談をしたり、診断をうけたいと望む教師が多くいる。しかし、教師が単独で専門家に打診することはなかなか難しい、そこで、学校と専門機関間の連絡調整役が必要である。また、保護者や地域に対する窓口としても有効に活用できる。特別支援教育コーディネーターの配置を制度化していくには、専任の教諭をもって充てることが必須要件であろう。

第四は、軽度発達障害に関する知識の向上である。軽度発達障害児は、「軽度」であるからこそ、指導が難しいという面がある。教師に「ただの怠けなのか、障害なのか」、「ただのわ

がままなのか、障害なのか」という迷いがある。障害だと認識し、的確な知識をもって初めて適切な指導ができるだろう。教員養成から考えると障害児教育教員養成課程以外のすべての課程の学生が軽度発達障害について学ぶ必要がある。現場教師に研修や講習会を開くことも必要である。教師には研修や講習会に参加する時間がなかったり、校内の雰囲気から参加しにくい場合もあるので研修や講習会の参加が制度化される必要がある。

「特別支援教育」が目指す教育とは何か、政策転換を迫った社会的背景とは何か、等、明らかにしていくべき点は多い。しかし、今、始まったばかりである。今後、法的整備がなされる中で「何ができ、何をすべきか」がより鮮明になっていくと思われる。

## 文 献

- 1) 文部科学省 (2001) 「21世紀の特殊教育の在り方について (最終報告)」
- 2) 文部科学省 (2003) 「今後の特別支援教育の在り方について (最終報告)」
- 3) 文部科学省 (2004) 「小中学校におけるLD (学習障害), ADHD (注意欠陥/多動性障害), 高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン (試案)」
- 4) 長田洋一・都築繁幸 (2004a) 学習障害児の教育に対する保護者の意識 軽度発達障害学研究, 1, 1, 30-35.
- 5) 長田洋一・都築繁幸 (2004b) 大学と通級指導教室との連携による軽度発達障害児に対する教師の指導力向上への試み 障害児教育方法学研究, 1, 1, 31-37.
- 6) 都築繁幸 (2004) 軽度発達障害児の発達を支える地域支援活動の実践—小学校・中学校のコンサルテーション活動を通して— 障害児教育方法学研究, 2, 1, 9-24.
- 7) 都築繁幸・葛谷優子 (2004) 通常学級担任の軽度発達障害児の受け入れ意識 障害児教育方法学研究, 2, 1, 36-43.

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害児への援助と対応： 医療と学校保健の連携のあり方

杉 江 秀 夫

浜松市発達医療総合センター小児科（小児神経科）

### Systematic Comprehensive Support for Children with Developmental Disorders: Special Reference to a Co-operation between School Teachers and Medical Staffs

Hideo Sugie

*Department of Pediatrics (Pediatric Neurology),*

*Hamamatsu City Medical Center for Developmental Medicine*

#### はじめに

浜松市発達医療総合センター（以下センター）は10年前に開設した発達障害児の早期発見・早期治療をひとつの目的とする医療・療育の複合施設である。開院当初には医学的診断に基づいた療育・訓練・評価を中心に、患児への対応を行っていた。これは患児・保護者について考えると「点」での関わりであった。実際に患児が大部分の時間を過ごしている家庭や地域社会（例えば保育園、幼稚園、小中学校など）における適応に問題が生じた場合は、保護者や教育現場の担当者の個人的努力により対応しているのが現状である。この現状に関して総合的に患児・保護者をサポートする体制の構築について、

関係機関との協力を得て検討してきた。今回はその経緯と現状について紹介する。

#### 1. 発達医療総合センターの機能について （表1）

本センターは療育センター、療育センター付属診療所、5つの発達障害児者の通所施設からなる複合施設で、表1には関連するスタッフの配置について記した。小児神経科は最初の受け皿となり医学的検査、診断および療育への方向付けを行っている<sup>1,2,3)</sup>。小児神経科医があつかう発達障害児には運動発達障害、知的発達障害、混合性発達障害（知的障害・運動障害合併）がある。初期兆候は運動発達の遅れ、言葉の遅れ、社会性の遅れ、特異な行動パターンなどであり、保護者、医療機関、保健機関、健診、保育の現場の関係者などから問題点を指摘され来院する事が多い。平成15年度における初診者の障害別内訳では約60%が知的発達障害（自閉圏障害、注意欠陥/多動性障害、精神遅滞、学習障害など）の範疇であり、特に軽度発達障害に起因する社会への適応の問題を指摘され来院する例が増加している。

#### 2. センターにおける発達障害児を対象とした 医療・教育連携への対応とその経緯

図1に示すように発達障害児の保護者は個々に医療・療育機関、保健福祉機関、教育機関との対応をしているものの、医療・療育機関、保

表1 医療教育連携に関わるスタッフの内訳および所属

| 療育センター<br>付属診療所 | 療育センター<br>療育課 | 総合相談室<br>コーディネーター |
|-----------------|---------------|-------------------|
| 小児科<br>(小児神経科)  | 臨床心理<br>言語聴覚  | 保健師               |
| 小児科<br>(小児循環器科) | 理学療法<br>作業療法  | ソーシャルワーカー         |
| 耳鼻咽喉科           | 視能訓練          |                   |
| 眼科              | 保育士           |                   |
| 整形外科            | 保健師           |                   |
| 精神科             |               |                   |



表2 浜松市知的障害児保育者研修会（平成9年度から開始）

|   |  |
|---|--|
| 初級コース（20名）<br>発達障害の基礎講義と実習<br>講義（3日間）<br>（1）発達障害児の概念<br>（2）精神遅滞<br>（3）ダウン症<br>（4）集団保育での知的発達障害児への関わり方<br>（5）自閉症<br>（6）AD/HD（注意欠陥/多動性障害）<br>（7）LD（学習障害）<br>（8）発達障害児の家族支援<br>実習（1日）<br>知的障害児通園施設での実習 | 上級コース（15名）<br>初級コース研修修了者対象<br>講義，グループワーク（2日間）<br>（1）統合保育の現場から<br>（2）言葉の発達について<br>（3）作業療法士から見た保育へのヒント<br>実習（2日間）<br>知的障害児通園施設 |
| 参加スタッフおよび関連機関   |  |
| センター<br>医師，臨床心理士，保健師，保育士<br>言語聴覚士，作業療法士   | 浜松市<br>障害福祉課，保育課，浜松市教育委員会  |

表3 発達教育研修会（平成14年度から開始）

|  |  |
|--|--|
| 浜松市教育委員会新規学校選択研修のひとつ<br>（定員15名）6回のシリーズ研修                                     |  |
| （1）教育委員会指定校での軽度発達障害児（センターにかかっている）の授業参観<br>研究協議：担任，研修参加者，教育委員会，センタースタッフを交えた討議 |  |
| （2）夏季（センターにおいて）<br>軽度発達障害の基礎講義<br>事例検討<br>発達障害児への訓練の見学                       |  |
| 参加スタッフ：<br>浜松市発達医療総合センター<br>医師，臨床心理士，言語聴覚師，<br>作業療法士，保健師，MSW                 |  |
| 浜松市教育委員会学校教育課  |  |

している。

(b) 発達教育研修会（定員15名）（表3）

センターと浜松市教育委員会とで平成13年秋準備会を発足し，小中学校教職員の研修制度について検討のうえ，平成14年度から浜松市教育委員会新規学校選択研修のひとつとして発足した。6回のシリーズ研修で以下の2つの構成からなる。①浜松市教育委員会指定校（毎年新たに指定される）における軽度発達障害児（セン

ター受診中の児）の授業参観：授業参観ではあらかじめ配布された机の配置図に，対象児の机にマークがしてあり，研修を受講中の教員は同級生に対象児が特定児であることに気づかれなように配慮して，授業での児の状態を見守った。またその際の担任の対応などについても記録して後の協議の資料とした。その後研究協議として担任，研修参加者，教育委員会，センタースタッフ（小児神経科医，臨床心理士，保

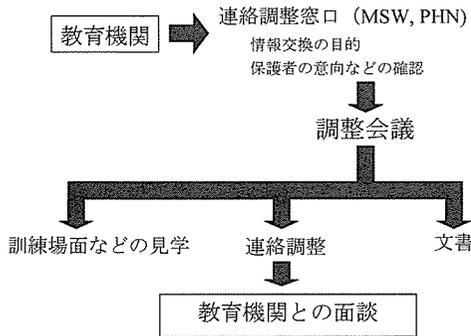


図3 医療現場と教育現場のスタッフ同士の面談

健師)による児への対応・処遇に関する討論を行った。②夏季休暇を利用した発達障害の基礎講義, 事例検討, 軽度発達障害児への訓練参観。参加教職員は学校長推薦などを得て, 出張扱いで公務として参加した。

#### 4. 教育現場担当者との面談システムについて (図3)

図3に面談への流れを示す。はじめに述べたように発達障害児を包括的にサポートするには、

児が社会生活を送っている現場のスタッフとの連携が不可欠である。この考え方から平成10年から現場教師とセンタースタッフによる児への対応に関する面談事業を開始した。ソーシャルワーカー, 保健師が面談窓口(現在は総合相談室)を開設し, 面談日程の設定, 保護者への説明および同意などを取り付けた。また医療情報を開示する際にはその範囲についてあらかじめ保護者の希望を聞き(例えば発達テスト結果の開示の制限, 診断名の開示の制限など), 例え教育現場のスタッフから診断名などの具体的な説明を求められても, 保護者の希望の範囲での面談を行った。面談時間は原則1時間で, 児の特徴について専門的な説明および教育現場でどのようなサポート, 対応が必要かの議論を中心に情報交換を行った。面談児の診断ではAD/HD, 精神遅滞, 自閉性障害が最も多く, 知的に正常な範囲に属する軽度発達障害の児が多かった(図4)。面談に来院した教育機関としては小学校および幼稚園が多かった(図5)。

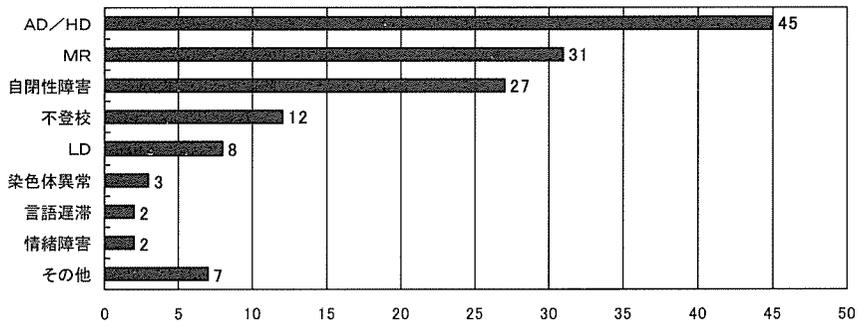


図4 平成15年度における, 面談児の診断

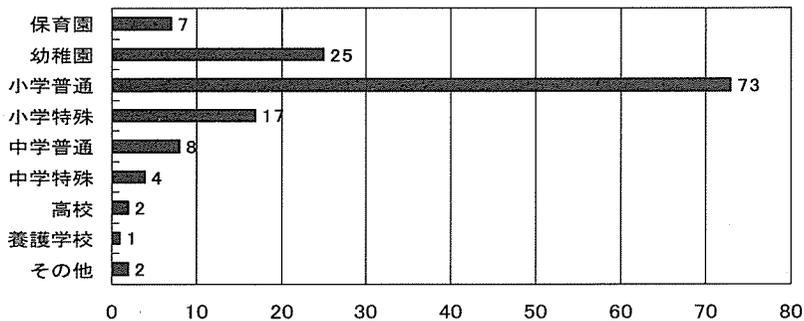


図5 平成15年度における面談に来院した教育機関の内訳

## 5. 面談についての評価の分析について

当センターに受診する患児について教育機関と面談を行う上で、面談が教育機関での指導に役立っているのか、教育機関との連絡調整窓口（現在総合相談室）の機能について十分に理解が得られているかなどについて把握する事を目的としてアンケート調査を行った。対象は当センター小児神経科に受診中の患児のうち、平成12年4月～平成13年3月に面談を行った教育機関の保育士、教師等（以下教職員とする）である。面談後1ヶ月を目安に、アンケートを91の教育機関へ送付した。なお本調査にあたっては保護者の同意を得て行った。82機関、95人の教職員から回答を得た（回収率84.5%）。窓口が面談の手順を整えるシステムについては、「センターのスタッフと学校の間に入ってきめ細かく対応してくれた」「窓口が決まっていることで連絡がスムーズに行える」「医師に直接連絡することはためらわれるが、担当者がいると密に連絡できる」などがあつた。患児の個人医療情報の取扱について窓口から説明をうけた上で、「確認書」を作成する意義については「当然のこと」、「権利擁護の点で重要なこと」などがあつた。面談で説明した内容については「説明が具体的で丁寧だった」「対応方法を具体的に教えてもらえた」があつた。ただし「子どもの状態の説明に専門用語が使われたため難解だった」などの感想もあつた。面談の効果について「対応方法が明確になった」、「子どもの様子を理解できた」、「今後の指導に自信が持てた」などがあつた。今後も当センターと積極的に連携を取ろうと思うかについて「協力して関わるほうが効果がある」、「多方面のアプローチが必要」などがあつた。また少数に「保護者とセンターの見解にずれがなく、保護者を通して連携することで十分」という回答もあつた。当センターで窓口を設け「確認書」作成の手続きを取る目的は、患児のプライバシー保護が目的の一つであるが、それについては「当然のこと」と認識している教職員が圧倒的であり、倫理的なことを理解して面談を行うという考え方に対し

て好意的であつた。しかし自由記述の中には「保護者の了解がなくても診断名など教えてもらいたい」、「クラス選択の資料として知能検査の結果を数値で教えて欲しい」などがあり、今後も十分な配慮が必要と考えられる。当センターとの面談については、88.4%の者が分かりやすかつたと評価している。教職員は問題行動への具体的な対応方法を切実に求めており、説明も難解な専門用語を交えず具体性のあるものを必要としていた。また面談で得た情報は教育機関内で有効に活用されている傾向にあり、子どもの状態の改善につながらなくとも、教職員が指導に自信が持てることや、教職員間で共通理解が得られることが重要であることが、アンケートの自由記述などから明らかになった。面談を実施した教職員の94.1%が今後も積極的に連携を行いたいと回答していることから、継続的な助言を求めていると言える。医療現場での方法論を教育現場にそのまま当てはめることは困難であるが、教育機関の体制や問題行動に対する考え方を、我々医療機関が十分に理解した上で、教育機関で実行可能なことを医療と教育の両面から模索し、解決策を見出す連携が重要であることがわかつた<sup>7)</sup>。

## 6. 今後の課題

センターにおける医療・教育連携のシステムづくりの経緯と現状について述べた。この成果は平成15年2月8日に浜松市で厚生労働科学研究発表会として報告した<sup>6)</sup>。約380名の出席者とともに浜松市の医療教育連携について議論がされた。今後はこの成果を元に医療の領域、教育の領域がさらに理解を深め合い議論してゆくことで軽度発達障害児の適切な教育環境への適応支援が行われることを期待したい。さらに近年は「虐待」の問題も複雑に関係している事例もあり、今後さらに幅広い連携が求められてゆくことが想定される。特別支援教育の施行に伴い連携の重要性が増すことが予想され、現場からの連携の構築のみならず医療・教育・福祉・保健にさらに担当行政の意識改革も重要である<sup>8,9,10)</sup>。

## 謝 辞

本研究の一部は厚生労働科学研究（平成12—14年度）「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」、厚生労働科学研究（平成16年度）「知的障害児者の機能退行の要因分析と予防体系開発に関する研究」、精神神経疾患研究委託費（14公—2）の援助を受けた。またこの研究に関しては浜松市発達医療総合センター、療育センター附属診療所、療育課、総合相談室、および浜松市保健福祉部障害福祉課、浜松市教育委員会学校教育課のスタッフの多大な理解、努力と協力によることを付記する。

## 文 献

- 1) 杉江秀夫. 知的障害児の遺伝子診断の役割と問題点及び地域における療育センターの役割に関する研究. 加我牧子（班長）：厚生科学研究精神保健福祉総合研究事業「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」平成12年度研究報告書 東京：pp. 35-36
- 2) 杉江秀夫. 知的発達障害と診断した外来受診児の医学的検査：染色体検査の意義について. 加我牧子（班長）：厚生科学研究精神保健福祉総合研究事業「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」平成13年度研究報告書 東京：pp. 17-19
- 3) 杉江秀夫, 杉江陽子. 自閉性障害と周生期因子について：正常発達児との比較検討. 加我牧子（班長）：厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」平成14年度研究報告書 東京：pp. 23-25
- 4) 伊藤智恵子, 宮司登志江, 中林睦美, 笹田夕美子, 福田冬季子, 伊藤政孝, 杉江秀夫. 早期集団療育を受けた発達障害児の就園および就学に関する調査. 第49回小児保健学会総会抄録集 神戸, 2002年
- 5) 尾関ゆかり, 伊藤智恵子, 福田冬季子, 伊藤政孝, 杉江秀夫. 教育機関と医療機関との連携に対する保護者の意識. 第49回小児保健学会総会抄録集 神戸, 2002年
- 6) 伊藤政孝, 杉江秀夫, 福田冬季子, 杉江陽子, 大関武彦. 発達障害児が在籍する保育・教育機関と医療機関の連携—医療情報の取り扱いについて—. 2000年 第103回日本小児科学会抄録 和歌山市
- 7) 杉江秀夫. 医療教育連携に対する教職員の意識：面談後のアンケート調査. 加我牧子（班長）：厚生科学研究精神保健福祉総合研究事業「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」平成13年度研究報告書 東京：pp. 23-25
- 8) 尾関ゆかり, 伊藤智恵子, 杉江秀夫ら. 子供の発達支援における医療と教育との連携について：浜松市発達医療総合センターでの取り組み. 小児保健研究, 61：776-781, 2002
- 9) 杉江秀夫. 浜松市を中心とした医療教育連携の実践. 厚生労働科学研究発表会抄録 平成15年2月8日, 浜松
- 10) 杉江秀夫. 浜松市発達医療総合センターにおける医療教育連携について. 加我牧子（班長）：厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「知的障害児の医学的診断のあり方と療育・教育連携に関する研究」平成14年度研究報告書 東京：pp. 21-22

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害児への学校現場での援助と対応： 養護教諭の立場から

鎌塚 優子

静岡県三島市立北中学校

### Support of Children with Mild Type Developmental Disorder: A Viewpoint of Yogo Teacher

Yuko Kamazuka

*Mishima Kita Junior High School, Shizuoka*

#### はじめに

学校教育現場の中で保健室は、子供たちが様々な情緒的混乱を表出させる空間であると捉えている。不登校や非行などの初期症状をつかむところでもあり、また、社会制度や教育制度の新たな課題や必要とされる援助について、子供たちが様々な心身の状態を介して示してくれる場所であるともいえる。

筆者は、公立の小・中学校を通して10年間にわたり、およそ1,000名（平成7年～現在に至る）を越える子供の発達を追跡してきたという経験から保健室を利用する子供たちの特徴を次のように捉えている。

中学校における保健室の来室者の多くは、ほとんどが頻回来室者であり、利用者はほぼ固定化されている、また更に、その来室者は、小学校から頻繁に保健室を利用する子供とほぼ一致している。つまり、精神状態や情緒面が安定している子供の利用は一時的なものであり頻繁に来室することはない。これらの子供たちの来室の背景には、心身の疾患などの前駆症状だけでなく、家庭内における何らかの緊張（虐待、家庭内の人間関係の不和など）や事故（いじめ、虐待、性被害など）、学習への自信喪失、周りとの不適応感によって、心身症あるいは心的外傷後ストレス障害等を引き起こし、その結果と

して、適切な対人関係の構築に困難さを抱え、感情の起伏が激しくなったり、無気力な状態、抑うつ傾向を示す子供たちが多く存在していた。

その中には軽度発達障害が背景疾患として疑われる子供が存在すると考えられる。例えばADHDに伴い易い障害として、学習障害、行為障害、不登校、チック障害、不安障害、気分障害、てんかん、発達性協調運動障害などがあることが多くの調査で示されている<sup>1)</sup>。これらの状態は、保健室と深く関わりを持つ子供の特徴や状態像と一致している。つまり、保健室に頻繁に来室する子供たちの中に、発達面につまずきや偏りがある子供たちを早期に見つけ出すための手がかりがあると考えられる。教育現場では、養護教諭が捉えた情報が、支援への早期介入の重要な鍵をにぎっていると言えるだろう。

本論では、これまで、筆者が養護教諭として関わってきた支援の様々な経験から、保健室と発達につまずきや偏りを持つ子供についての具体的な関わりを示し、その結果として導き出された様々な子供たちの発達課題を基にした外部機関との連携、学校内の支援体制づくり、特別支援教育の中で養護教諭が担う役割と専門性についての考えを述べてみたいと思う。

#### 1. 保健室で捉えた軽度発達障害の子供たち

保健室は、心身の訴えに対するケアだけでな

く、子供同士のトラブルによる興奮状態など、情緒的な混乱を一時的に安定させる場としても利用されることが多い。

軽度発達障害児の中でも視覚系の認知能力に弱点を持つ子供たちは、全体的な把握、状況の変化や場面の把握に弱いため、場面に応じた行動をとることに困難さがあると考えられている。そのため、空間位置関係を捉えにくいとことで、友だちにけがをさせたり、自分自身も不注意なけがをしてしまうことが多い。これらのことは、軽度発達障害に伴い易い障害としての発達性協調運動障害からも起こりやすいと考えられる。また、聴覚的情報や視覚的情報の処理能力が弱いことは、対人間のコミュニケーションにも障害が生じやすく、けんかやトラブルにも巻き込まれやすい。小学校の保健室では特にこのような状態の子供たちに多く遭遇する。

中学校の保健室で捉えた症状としては、これまでの失敗の繰り返しや学習が思うように達成できないなどが原因により、自己肯定感が低く、無気力、学習意欲の低下や抑うつ状態になっている子供が多く存在した。中には反社会的な傾向を見せる子供もいるなど、思春期では二次的障害の方がより深刻である。

当然ながらこれらの子供たちは、保健室の利用回数が増えるため養護教諭とは関わる機会が多い。

## 2. これまでの軽度発達障害児への支援

現在、全国で特別支援教育の支援体制づくりが急速に進行している。各学校において、「特別支援コーディネーターの設置」の必要性が提唱され、コーディネーターがキーパーソンとなり、支援体制を作っていくというものである。このコーディネーターの役割をだれが担うかについては、各都道府県や地域の考えによっても異なる。

しかし、軽度発達障害児における支援の問題は、特別支援教育事業が始まったから、突然出てきた問題ではない。これまで不登校や、身体の疾患を持つ子供と同様に、養護教諭が中心

となり、これらの子供たちに対して、インフォーマルな支援チームを構成し、保護者との連携、医療機関との連携を図ってきたという場合が多いのではないだろうか。

その理由としては、前述したように、養護教諭は軽度発達障害が疑われる子供たちと関わる機会が多いということ、保健室は、オープンルームであるという性質からも、学校現場で起こった様々な問題が持ち込まれる場でもあり、担任や保護者、地域からの相談が多く、また、養護教諭は様々な校内の子供のサポートシステムに所属していることから、校内で起こった多方面の情報をつかんでいるいわゆる子供の総合情報センター的な役割を担っていることなどが考えられる。

## 3. 事例から見るこれまでの支援機関との連携

まずはじめに、これまで、筆者が過去、10年間に経験した事例を基に、特に保健室に頻繁に来室していた子供の主訴、状態像から診断、その後の診断及び経過を示し、支援機関、保護者、教師との連携について、支援経過が順調な例と思わしくなかった例について表1に示した。表1に示した以外に軽度発達障害を疑われた事例の中には、その後の経過において虐待となったケースもあるため十分な注意が必要である。

これまで、支援経過が良好であった事例は、支援機関（医療機関）等と保護者、学校との三者の連携がスムーズであったときである。そのうちの一つがかけても連携がうまく行かず、子供の支援をよい方向に導くことができなかった。また、校内でも学級担任を取り巻く支援チームの連携がよい時である。

### (1) 医療機関との連携

医療機関との連携がスムーズにいきやすい例は、学校での本人の様子（集団の中での本人の様子）や学校での問題の捉え方、教師の専門性が尊重され、主治医との情報連携が取りやすい場合である。以前は、医療機関、関係機関の見解と学校との見立てがかみ合わず、連携がとれない場

表1 〈軽度発達障害が診断された例および疑われた事例〉

|         | 問題行動<br>表出時期 | 主 訴   | 外部機関の(医<br>療機関)診断      | その後の診断・その経過<br>(診断年齢)          | 連携した<br>支援機関  |
|---------|--------------|---|------------------------|--------------------------------|---------------|
| 1<br>★  | 小1 女児        | 多動・自己中心的, 友人の名前<br>を覚えられない. 教室で寝ころ<br>ぶことが多い. 汚言.     | ADHD<br>(小3)           | アスペルガー症候群(中1)<br>通常学級にて適応, 進学  | 医療機関<br>児童相談所 |
| 2       | 小6 男児        | いじめ, 耳の聞こえが悪い(保<br>護者の判断)杓子定規な話方(転<br>入)              | 難聴<br>(小5)             | アスペルガー症候群(転院中<br>2) 転出         |               |
| 3<br>★  | 小3 女児        | 算数の時間の展開図でパニック.<br>勉強はできるが社会性が育って<br>いない.(教育現場の捉え方)   | 問題なし<br>(小3)           | アスペルガー症候群(小4 転<br>院)・通常学級にて適応  | 医療機関          |
| 4       | 小1 男児        | 多動, 教室内での暴力.<br>貧乏揺すり                                 | 経過観察<br>(小3)           | 多動傾向が消失したがその後<br>思春期になり非行問題が発覚 | 児童相談所         |
| 5       | 小3 女児        | 不登校傾向・無気力<br>喘息, アトピー性皮膚炎                             | ADD<br>(小4)            | 相談室登校, 進学                      | 市相談室          |
| 6<br>★  | 小1 男児        | 給食を食べない. 偏食が多い.<br>姿勢が悪い. 情緒が安定しない<br>教室で寝ころんでいる事が多い. | 非定形型ア<br>スペルガー<br>(小2) | 通常学級にて適応                       | 医療機関          |
| 7       | 中1 男児        | 暴言, エスケープ, 鏡文字. 貧<br>乏揺すり. 転入                         | 非行                     | 司法処遇                           | 警察<br>児童相談所   |
| 8       | 中2 男児        | 暴言, 暴力, 貧乏揺すり, 多動,<br>判断しにくい乱雑な文字. 転入                 | 非行                     | 司法処遇                           | 警察<br>児童相談所   |
| 9       | 中2 女児        | 対人関係不安が強い, 不器用,<br>名前が覚えられない                          | 相談室登校<br>LD(中2)        | 進学                             | 市相談室          |
| 10<br>★ | 中2 男児        | 鏡文字, 小さなけがが多い. 他<br>にけがをさせることも多い.                     | LD<br>(中3)             | 通常学級にて適応                       | 医療機関          |
| 11<br>★ | 中1 男児        | 保健不登校, 黙目, 促音, 拗音<br>の書き間違い多い. 不器用                    | LD, 内 分<br>泌疾患あり       | 医療機関へ入院                        | 医療機関          |
| 12      | 中1 男児        | 本人にあった学校を探し転出入<br>を繰り返していた. 家庭内暴力                     | 高機能自閉<br>症(中1)         | 専門教育が受けられ教育機関<br>へ転校           | 医療機関          |

\*筆者が外部から相談を受けた事例も含む★医療機関・保護者・学校の三者でIEP(個別支援計画)を作成

合もあり, 学校と保護者との溝が広がってしま  
うようなこともしばしばあったが, 現在では,  
医療機関内と学校内の両者における支援体制の  
充実や理解の向上により, 連携がうまくいくよ  
うになりつつある. その結果, 対象児の発達を  
よりよい方向へと結びつけられることが増えて  
いる. これまでの具体的な連携方法を表2に示す.

最近では, 医療機関の中でも, 主治医だけで  
なく, 主治医の指示や許可のもと, 病院内の対  
象児に関わるスタッフと直接的連携をとる場合  
も多い. 例えば医療相談担当者(ケースワ

ーカー), 言語療法士, 臨床心理士, などである.

また, 更にこれらの担当者が保護者の了解を  
得て, 直接学校に出向き, 対象児を観察し, 学  
校関係者とケースカンファレンスを実施するこ  
とが増えている. これまで, 各支援機関の専門  
用語の使い方の違いや, お互いに見えない部分  
での話し合いが多く, 情報受け取り方や伝え方  
に歪みが生じることが多く見られた. しかし,  
学校内での外部機関とのケースカンファレンス  
を重ねることで, それぞれの支援機関の見方や  
相違点がどこから生じてくるのかが明確化され,

支援者それぞれが持つ専門性と潜在的能力を確認でき、お互いの支援機関の共働作業に対する意識が向上したと感じている。

(2) 他の支援機関との連携

医療機関のみならず、現在は様々な支援機関との連携を行っている。例えば軽度発達障害の二次障害として不登校傾向に陥っている子供については、市の相談室や適応指導教室などと連携を図る場合がある。また、保護者の精神的ケアは親の会などのNPO (nonprofit organization 民間非営利組織) の協力も重要であり、不可欠である。心理検査などについては、発達面につまずきや偏りを持つ子供の見方や指導方法に専門性を持つ養護学校のスタッフにも協力を依頼するなど、それぞれの支援機関の長所を活かし、様々な支援機関と柔軟に連携できるシステムを取っており、各々が効率的に実際に機能し有効な成果を出している。

社会全体の価値観が多様化し、様々な要因に基づく複雑な事例が増えている。従前の型通り

の決まり切った支援方法では子供たちを支援していくことはもはや困難である。多くの専門職がその技術と知識を持って客観的な視点から相互連携をはかることが必要である。

(3) 保護者との連携

連携において最も重要なのは保護者との連携である。支援機関との連携がうまくいかなくても保護者との信頼関係が成立していれば、比較的子供をよい方向へ導くことができる。またそれは、逆に、支援機関と学校との連携がうまくいっていても保護者との信頼関係を築くことができなければ支援が難しくなるケースが多いとも言える。当然のことではあるが、学校は、保護者との信頼関係を築くことに最も神経を使う必要があるだろう。

様々な、発達障害児に関わる中で筆者が特に感じたことは、これまでの様々な場面において、保護者が傷つけられている場合が多く、教育者に対して警戒心や不信感を強く持っている場合が少なくなかない。また、保護者自身が、周囲か

表2 連携の方法

|   | 連携の方法                                       | 連携選択の根拠  | 関わったメンバー                               |
|---|---|--|--|
| ① | 医療機関でのケースカンファレンス                            | 家庭環境の複雑さや本人の症状が重篤である場合など、様々な要因が複雑に絡み合っていた場合、特に身体症状に緊急を要する問題を抱えている場合。 | 医療、福祉、司法関係者<br>教育 (管理職、学年主任、担任、養護教諭)   |
| ② | 医療機関のスタッフが学校現場に出向いてのカンファレンス (子供の様子を実際に観察する) | ・ 医療機関のスタッフが直接集団の中の対象児を観察する必要があるとき。<br>・ 医療機関と教育現場との相違が著しく生じた場合。     | 担任、養護教諭、特別支援コーディネーター、その他の関係者           |
| ③ | 保護者と共に子供の診察に同行する                            | ・ 保護者の要望があった場合<br>・ 医療機関の要請があった場合                                    | 担任、養護教諭                                |
| ④ | 医療機関と電話での情報交換                               | ・ 緊急性を要したとき<br>・ 直接医療機関と情報交換した方がよい場合 (保護者が情報を伝えにくいハンデキャップがある場合など)    | 養護教諭                                   |
| ⑤ | 医療機関と、保護者を通じての文書での情報提供とそれに対する助言。            | ・ 文章化した方が伝えやすい場合 (保護者が情報を伝えにくいハンデキャップがある場合など)                        | 担任、養護教諭                                |
| ⑥ | 個別支援計画の提示し、主治医 (他の病院スタッフ) との意見交換            | ・ 個別支援支援計画作成のため  | 担任、養護教諭、特別支援コーディネーター、障害児学級担当者、その他の関係者。 |

らも孤立してしまっている場合も多く近隣の学校の転出入を繰り返している事例にも何度か遭遇した。

五十嵐ら<sup>2)</sup>は(2000) ADHDとLD児を対象にした研究で、「幼児期において、多動を中心とする行動の問題とそれに起因する母子関係の歪みが深刻であり、神経症状態に陥り、治療状態である母親が複数いる」といった結果を導き出している。障害を持った子供を抱えた養育者のみならず、誰でもがこのような精神状態に陥ってしまう可能性を持っていることを支援者は心に留めておく必要があるだろう。

また、家庭が崩壊してしまっているなど家庭の、教育力が低い養育者の場合においては、支援が困難であった。しかし、中学生になると対象児も精神的に成長しているため、本人と教員との信頼関係がとれる場合は支援がうまくいく場合もあった。

#### (4) 学校内の連携

教育現場の教職員全体の共通理解が必要である。まず、共通理解を促すためには、軽度発達障害の知識が必要である。一般教諭にとっては発達障害は理解しがたい部分もあり、特に、従来の教育方法や自分なりの教育論を変えることが難しいという教職員も存在した。養護教諭の場合は様々な事例に携わっているため、経験上から、先天性の障害であるか、後天的な障害であるかの判断がしやすいが、教員の場合には、実際に自分が担任しない限り、発達面につまずきや偏りのある子供との出会いは少ない。しかし、障害に対する理解を深め、学年内や学校内職員が情報を共有したり、チームで支援をしていく経験を重ねていくことで、障害に対する理解を徐々に向上させていくことができたと感じている。

### 4. 学校での支援体制、指導体制の取り組み

#### (1) 特別支援教育推進にあたって必要とされること

これまでの関わりから特別支援教育を推進するにあたり次のような課題が明確となった。

#### ①教職員の軽度発達障害に関する理解

支援を進めて行くにあたり、軽度発達障害に対する知識の理解がベースにあることが最も重要なことである。未だに、現場においては、教員の理解に温度差があることは否めない。

特別支援教育は全校体制で理解を進めていかなければ支援は難しい。教員の特別支援教育に対しての実態把握を行うことが重要である。

何が理解できていて、何を必要としているかについて把握することで教員の専門性向上のための研修プログラムを計画しやすくなる。

#### ②チーム支援の感性を磨く

日本の学校教育は、子供たちを支援するにあたって、チームで支援していく感性に乏しい。様々な立場からの能力、専門性が活かされるようにケースを通してチーム支援の感性を磨くことが重要である。

#### ③保護者への啓発

筆者は、保護者への支援を行う場合、障害認知や連携が、保護者自身の持つ障害観、福祉観、人間観が大きく影響するものを経験している。すべての保護者に対して、障害一般に対する理解を促していくことは地域社会のノーマライゼーションを高める上でも重要である。

#### ④すべての子供に対する人権・福祉教育の充実

価値観も多様化し、それぞれがお互いの個性、特性を尊重できるような集団作りが必要である。特に、小学校においては、子供たちが発達途上であり、発達障害のある子供たちを集団の中で支えていくことは困難であった。しかし筆者は、対象児への個別支援と並行して、人権教育や心理教育的なグループアプローチを取り入れるなどの集団作りを行ったことで、医療機関からの障害告知を受けた子供が、学級の中で障害のカミングアウトを果たし、その後本人を含めた学級集団にめざましい成長がみられたということを経験した<sup>3)</sup>。カミングアウトに限らず、個別支援と並行した個を取り巻く集団の成熟を促すプログラムが必要である。

#### ⑤学習サポートの充実

教職員に特別支援に関する調査を実施したと

ころ、教材教具の開発の必要性や子供に対する具体的な指導方法の知識不足などの問題点が上げられた。認知特性を考慮した教材開発には専門的知識に基づく熟達を要するが、分かりやすい授業、学習環境の整備は現場教職員が早急に取り組める重要な課題である。

#### ⑥幼、小、中の連携

教育的ニーズが高ければ高いほど長期にわたって丁寧な支援が必要となる。

これまで、幼、小、中の連携において、子供の引き継ぎや、その後の連携が円滑に行われていないことが多いのではないだろうか。筆者は、同じ校区内の小・中学校を経験する中で、次の4つのことを問題として捉えている。一つには、それぞれに教育課程の目標があり、その年代によって期待されていることに違いがある。つまり子供を見るスケールが校種ごとにより微妙に違うということ。二つ目に、教育課程が違えば、おのずと学校生活の中で、子供を捉える場面が違う。例えば、小学校では生活全般や特別活動などの情操面に関わる活動が重要視される傾向があるが、中学校においては学習や部活動が重視される。従って、子供の見えてくる側面が変わるということである。三つ目は小学校の場合、学級担任性であるため、情報に客観性が乏しいということ。四つ目は、中学校の教員は、子供を見る視点に発達の視点が弱いということである。小学校6年間の発達は著しい。ダイナミックに心も体も変化する児童期の発達過程を捉えていないことは支援の視点にもずれが生じやすいと考えられた。引き継ぎには、今後はIEPの作成によりこの問題も解剖されると思うが、子供の発達を長期にわたって見続けて支援している養護教諭の視点は重要である。

#### (2) これまでの課題を生かした具体的な支援体制づくり

現在筆者の勤務する中学校は、県の特別支援モデル校に指定され、支援体制、指導体制の整備が急速に進みつつある。そのような中で特に従来の中学校の生徒指導に対する考え方が急速に変化してきていると感じている。問題行動の

背景的要因を環境要因だけでなく発達の視点から更には、個々の脳内の認知過程を考慮した支援へと転換しつつある。そして、「障害は一つの個性」という捉え方へと教師の意識変革が起こっている。更に、個に対する支援だけでなく、ノーマライゼーションに向けての環境整備認知特性を考慮した指導法の工夫、また、毎週、全校一斉にグループアプローチによる心理教育的プログラムを実施し、個を取り巻く集団の成熟にも力を入れている。具体的な支援については以下に示す。

#### 1) 教職員の意識改革と専門性の向上

教職員の意識改革と専門性の向上を図るために以下の研修を実施した。

- ①特別支援教育に関する教員の実態調査の実施
- ②特別支援教育に関する概論
- ③軽度発達障害に関する知識
- ④事例検討会の持ち方
- ⑤心理検査の解釈について（WISK-Ⅲ、K-ABCなど）

教師に対する特別支援に関わる実態調査を行い、それを基き教員研修プログラムを作成した。研修の中では養護教諭が、これまでの支援の経験に基づいた講義を実施することもあった。

#### 2) 個への支援

#### ①保護者、子供からの教育ニーズも含めた発達障害児の見え

第一段階としては、年度当初に、教師側から「気になる子供」のチェックを行うだけでなく、子供、保護者からの教育ニーズも把握できるシステムとした。具体的な内容としては、学習面、健康面、対人関係などに混乱、困難な点、支援の必要の有無について問う内容である。学年部会で教育的ニーズを必要としている子供を絞り出した後に校内全体で、様々な視点から、高い支援を必要としていく子供を焦点化していく。ここでは、保健室で捉えた情報も提供する。

第二段階としては、第一段階で焦点化された生徒に対して校内での支援体制を検討し、専門家が検討する必要がある場合は第三段階として、校外の専門家チームに依頼するというシステムを

とっている。すでに診断されている子供については直接個々の支援チームが医療機関との連携を行っている。この三段階のチェック機能は、教師が発達の視点から子供を捉える感性を磨くよい機会となっている。

## ②機能する校内委員会

支援体制として、校内委員会を設置している学校が多いと思うが、実際に、隔月の校内委員会では、情報交換のみにとどまってしまう。機能する校内委員会であってはならない。筆者の学校では、各ケースごとにインフォーマルなケースカンファレンスを充実させ、校内委員会では事例ごとの経過についての報告としている。ケースごとに関わるメンバーには柔軟性を持たせている。対象児に身近に関わるメンバーで構成されているため、ほとんど、養護教諭が入ることが多い。またそのケースごとにコンサルタントも変化がある。たとえば、司法関係との関わりが多いようなケースでは、その方面に長けている生徒指導主任が中心になって担当し、健康問題が主であったり、病院との連携が特に主であれば、病院との連携経験が多く、医療機関とのネットワークを持っている養護教諭が中心となるなどである。特別支援コーディネーターはこれらのケースすべてについてをコーディネートしている。また、校内委員会が円滑に行われるように、各ケースについて、だれがどんな能力を持ちまたどのような教育資源があるかについて、その資源をつなぐ役割を担っている。

## 3) すべての子供たちに対する支援

4つのセクションを置きサポート。

### ①ヒューマンサポート (Human support)

子供理解や対応・支援に関わるサポート

- 発達面につまずきや偏りを持つ子供たちへの知識理解と事例に基づいた対応マニュアル
- 小学校から中学校へ引き継ぎマニュアル
- 個別支援計画の検討および作成
- 教員の専門性向上のためのプログラム開発
- 子供理解のための調査研究

- 保護者・子供からの願いについての個別シート作成

### ②エンバイロメンタルサポート (Environmental support) 校内の物理的環境の整備

障害観、福祉観、人権感覚を育てる環境

- 学校内のユニバーサルデザイン
  - ・各教育棟を行き来しやすいように動線、特別教室などの前に絵表示(様々な認知特性を持つ子供への支援として)点字、や5カ国で表示したプレートを設置
  - ・絵表示や写真を入れた校内配置図を設置
- 人権、福祉に関するコーナーを設置

子供たちや保護者のアイデアを取り入れながら共に環境整備を行い、ノーマライゼーションの意識化と啓発を目指している。

### ③コミュニケーション (Communication support) 個を取り巻く集団づくり

- すべての子供たちに対するグループアプローチによる心理教育的プログラム  
コミュニケーションタイムと命名(例・グループエンカウンターなど)の実施
- 学校生活の流れについての情報伝達方法として、認知特性を考慮した視覚的に把握しやすい伝達ボードを使用。(コミュニケーションボードと命名)
- 生徒会活動を中心とした人権教育の推進

発達面につまずきや偏りのある子供たちは他者と良好な人間関係を築くことが苦手であるという傾向がある。更に、個を取り巻く集団も、個々の違いや個性を尊重する意識が十分に育っていないため、支援を必要とする生徒への個別の支援だけでは、本人の成長を促すことができないという実態が支援体制づくりを進めていく中で明らかとなった。個を取り巻く集団の成熟を促すことは、すべての生徒にとって生活しやすい学校づくりにつながると考えている。個が

かかわることを意図的に構成することでそれぞれが個性・特性を持つ集団の一員として互いを受け入れられるような集団を育成することを目指している。

④エデュケーションサポート (Educational Support) 学習支援

- 全ての子どもに対する教育的ニーズアンケートの実施
- 分かりやすい授業を最優先。教材・教具の工夫（色覚にハンディキャップを持った子供への対応チョーク等も使用）

認知特性を配慮した教材教具の開発はまだ不十分ではあるが、全ての子供たちが分かりやすい授業を目指した。

5. 特別支援教育における養護教諭の役割と専門性

これまで、発達障害に関わる子供たちへの支援については主に養護教諭が中心になって、校内組織や医療機関との連携を実施してきたことは先述した通りである。そのため、今回の特別支援コーディネーターの設置においては、その役割分担について戸惑いを感じている養護教諭も多いだろう。

しかし、教員の知識理解が深まり、校内委員会が成熟していく中で、これまで、養護教諭が行ってきた役割が一部解かれた部分もあると感じている。教員の専門性の向上や意識改革により、一人では成し得なかったきめ細やかな支援の充実が顕在化してきた。また、情報収集がシステム化されたため、これまで以上に、早く、幅広い情報をつかむことができるようになった。

支援チームの成熟は、様々な専門性を持った職種がそれぞれの知恵を出し合い、よりトータルな見方や充実した支援への発展をもたらしたものと思う。そのことは明らかに多くの子供の変容、また更に教師の人権感覚の向上にもつながったと感じている。中には、現在、特別支援

コーディネーターとなっている養護教諭も存在しているだろう。

しかしながら、養護教諭は校種やその時々現場のスタッフによってその担う役割や仕事の領域が最も変化しやすい職種であると感じている。また、養護教諭の個人的な経験や考え方、専門領域内容にも差があり、どこでも同じような役割を担っていくとは限らないだろう。

養護教諭は、常に現在ある組織、人材、資源を柔軟に有効活用しながら、今、どんな役割をとればよいのかを見極め、子供の支援ネットワークを構築していくジェネラリストであることが求められていると思う。

現在、筆者は、保健室頻回来室者と発達的な問題を抱えている子供との相関についての客観的なデータ収集を行い、校内委員会に情報提供を行うことに力を入れている。様々な職種が存在するようになってきてはいるが、保健室でしか見ることのできない視点が必ずあるものと思う。養護教諭が保健室で捉えた視点が、子供たちの成長にとって重要な意味を持つことを科学的に実証していく手だてをもつことと、そのことによって養護教諭の専門性が尊重される体制づくりに全力をつくしている。

参考・引用文献

- 1) 橋本俊顕：Ⅱ軽度の発達障害、概論（小枝達也編）ADHD.LD.HFPDD、軽度MR児保健指導マニュアル診断と治療社、7-15、2002
- 2) 五十嵐一枝・大澤真木子・溝部達子：小児科外来におけるADHDとLDの子どもの問題—年齢と症状をめぐって 関東児童青年精神保健懇話会、第12回学術集会抄録集、p. 6、2000
- 3) 鎌塚優子：養護教諭による対応—私はアスペルガー症候群—Aさんのカミングアウト（杉山登志郎編）アスペルガー症候群と高機能自閉症の理解とサポート、95-103、学習研修社、2002

■特集 軽度発達障害の学校保健における支援を考える

## 軽度発達障害児への学校現場での支援と対応： 学校コンサルテーションの立場から

高橋 あつ子

川崎市総合教育センター 指導主事

### Support Options for Children with Mild Developmental Disorders in Schools From the Viewpoint of Consultation in Schools

Atsuko Takahashi

*Kawasaki Comprehensive Educational Center Supervisor*

#### 1. 子どもを見る目が変わる～児童生徒理解に新たな視点加わる

LD・ADHD・高機能自閉症など、軽度発達障害児と呼ばれる子どもたちへ関心が向けられるようになって、教師や学校はどう変化しつつあるのだろうか。

学校教育相談や児童生徒指導、もちろん学校保健の領域でも話題にされてきたであろう、問題行動や不登校など、気になる子どもたちが様々に示すサイン。これらの多くを、教師はまず心のSOSとして理解しようと努力する歴史があったといえる。確かに、一律に集団生活に適應してくれないことを、自らの指導力不足と嘆いたり、子どもや保護者の努力不足と非難したりするだけでは、指導の手がかりは得にくい。そればかりか、教師が自信を失ったり、発達可能性を疑って子どもの支援をあきらめたり、あるいは過度に家庭に責任を追求し関係を損ねる傾向すら生みかねない。

その意味で、心のサインとして、心理社会的な要因を探ろうとする努力は、児童生徒理解を深め、それを可能にする教師の資質を高めてきた。また、この基本的スタンスが、親子の関係を探り直そうとする保護者との相談にも寄与してきた。

しかし、心のサインと受けとめ、生育歴を振

り返り周囲の大人との関係を調整しようとするスタンスだけでは、逆に心ある保護者や教師が「こんなに思いを込めて育ててきたのに」「これだけ熱意をもってやっているのに」改善しないという新たな挫折感を生じさせてしまう現実も否定できない。

ある保護者は、家庭教育の講演会で「子どもの問題は99%親の問題」と言われ、努力したのに暴れまくる我が子に対し、何の解決策も得られなかったばかりか、自らの親としての無力感をかみしめ涙して帰ってきたという。事実、親子のスキンシップや語らいを試みても子どもの側から拒否される。どんなに言っても聞かせても、本人も神妙に「もうしない」と固く誓っても、刺激のある場所や興味のあるモノの前では、約束は簡単に反故にされ、挙げ句の果てに周囲から「躰がなっていない」と後ろ指を指される。そんな保護者の苦労はどれだけか想像を絶するものがある。教師も、子どもの未熟な行動を経験不足ととらえ、自分との関わりで改善しようと熱心に取組めば取組むほど、子どもとの距離は離れ、疲労感が蓄積され、周囲から「指導力がない」とささやかれる。そのため、教室から飛び出す子どもを押しとどめ、注意叱責を繰り返す悪循環が続く。否定的な評価を受け続ける子どもたちや非難され疲弊しうなだれていく大人たち。

軽度発達障害児への関心は、そんな状況を少しずつ変えていくと期待したい。この関心は、教師やスクールカウンセラーが「発達の脆弱さ」や「発達の偏り」を仮定し、見立てる力をつけていくことにつながる。そしてその仮説の下、早期に適切な対応が試みられるようになる。

この「適切な対応」の中身も、これまでは、愛情や養育環境など「不足していた物を満たす」対応や「ゆっくりくり返す」対応だったかもしれない。しかし、発達の偏りや認知のバラツキに対しては、同じ形で満たすのでもなく、レベルやペースを落とす対応でもない。偏りやバラツキに見合った方法こそが求められるのである。その点、軽度発達障害児への注目は、今まさに「これまでのやり方ではうまくいかない子ども」に気づく段階と言える。軽度発達障害を疑い、配慮の必要性を意識する所まできている。だが、ここで留まらず、次は「適切な対応」の中身を吟味していく段階にまで高まってほしい。

## 2. 子どもを支援するアプローチが変わる

### ①行動特性に応じた支援

落ち着いて着席してられない、行動の切り替えがスムーズにできない、気に入らないと教室を出て行く、ぼーっとしている、すぐにあきてしまう、用具の整理が下手、落とし物や忘れ物が多い、など行動面で支援を要する状態は子どもによって様々である。

この注意集中困難や多動性・衝動性のある子どもは、軽度発達障害という理解がないと、できないことをくり返し指摘されることになる。注意や警告は、その場をしのぐことはできても、彼らの特性そのものを改善するには至らないばかりか、自尊心を低下させ、教師との信頼関係や学級の所属感まで歪めてしまうことすらある。一つ一つの課題を励行させ育て上げていく指導に秀でた教師が「ここでこの行動を許してしまうとこの子のためにならない」と頑なに注意・叱責をくり返し、より反抗的な行動がエスカレートしたり、チックなどの二次的な症状が生

じたりするケースもある。

しかし、教師の軽度発達障害に対する理解が広がるにつれ、「おそらく多動性のある子だと思いが、どう対応したらいいのだろうか」という教師からの相談も増えてきている。また、巡回相談員など外部の専門家を交えてケース会議を行ったり、保護者とともに医療機関に向いて助言をもらったり、より専門的な知見を日常の教育的支援に活かそうとし始めている。これら軽度発達障害に対する研修やケース検討を通して「落ち着ける環境」を整え、「座席や板書を工夫」し、注意集中を持続させる授業の構造化や教示の工夫などを試みている教師も少なくない。

### ②認知特性に応じた支援

学習内容の理解が思わしくなかったり、定着しにくかったりする子どもは、どんな学級にもいる。そのため、ある子が「LD」だからと支援を求めても、「もっと大変な子が他にいっぱいいる」と教師がこちらからの要請に戸惑い、負担がることもあった。授業については、意見されたくないという教師のプライドにも配慮しなければならない。

しかし、LDについて学んだ教師、支援経験のある教師は、教科の指導力を向上させていることも事実である。認知の偏りにより、学習方法によって理解や習得が難しい子どもがいることに気づくことで、その子にあった学習方法を工夫するようになる。一つの指導法に依らず、指導方法も教材もレパートリーを広げ、子どもたちが教材や方法を選ぶ授業を提案できるようになる。このことは、LDではない、境界知能の子や学業不振の子、環境面から学習意欲を低下させている子どもたちにとっても、学習しやすさを提供していく。

例えば、「話を聞かない子」は、態度が悪いと評価されやすいが、「注意集中が悪くて聞けないのか」「言語理解能力が弱くて聞いてもわからないのか」「興味関心が偏っていて、もともと聞こうとしてくれないのか」探っていくと、その子の教育的ニーズは明確になっていく。困

難の背景を探るこの作業を通して、教師は「他の物音が妨害要因にならないような環境」を心がけたり、「注意を喚起するような話し方」を工夫したり、どのくらいの長文や語彙を聞き取れるのかを探り、その力に応じて話や指示の出し方を配慮したりする。話を聞く場面だけではなく、本人の興味関心の偏りが対人関係にも影響していないかまで目を配るようになる。

### ③社会性を発達させる支援

学習障害への関心が高まっていた時期も、学校では行動面に支援ニーズのある子どもの話題に欠くことはなかった。しかし、高機能自閉症などのように社会性が育ちにくい子となると、ピンとこない。

通常の学級の中で集団の一員として生活できている。確かに時々トラブルを起こすが、友だちとも関われる。自己中心的とも、我が儘ともとれる。しかし、担任も「私も普通におしゃべりをするし、休み時間も友だちと遊んでいる」と話すように、対人関係の育ちにくさを持っているという視点は、なかなか持ちにくいようである。

確かにトラブルを起こす時の言い分は、「自分中心の訴え」であり、相手の立場に立って物事を考える弱さは思い当たる。事実を認め、謝罪をしても、感情のこもらない儀式的な物言いでは決着を急ぐ。相手の側の場に応じた柔軟さなど、臨機応変な対応には不機嫌この上ない。本人自身は杓子定規な考え方で、自分は平気で逸脱するルールを他者が守らないと執拗にとがめる。興味関心のあることには集中して博学を誇る。

社会性の未熟さゆえのトラブルや偏った訴えの中には、経験不足などで適切な対処行動を身につけていない子どももいる。彼らは、自分に歩み寄り、誠意を込めて改善を目指し励ましてくれる教師に、暖かさやありがたさを感じ、その思いに応えようとする。しかし、そういう相手の熱意を感じ取ろうとしないばかりか、むしろ、迷惑がり、疎ましく感じる子もいる。関係が積み上がっていく感じも薄い。この対人距離

の異質性は、思春期であれば、担任との性別や相性もあって、さらに気づきにくい。

また、「指導が入らない」という学校独特の不思議な表現～教師が発信した説論や注意、課題提示などの指導を、本人が自分のものとして引き受けない状態～も、彼らの異質性に気づきにくい状況を物語る。指導とはいえ「教師—生徒関係」の質や本人の気持ち次第で、「自分の問題として」「何とかしたい」と思えるかが決まる。本人の琴線に触れる提案になるよう努力する前に、「指導が入らない」と評するに留まる教師—生徒関係では、なおさら対人関係の質を見抜きにくい。

要するに、この社会性の発達に支援が必要な子どもに気づくためには、子どもの対人関係を査定する力が求められる。自分の立場を尊重してくれた担任の言うことだったら、数回に一回内容によっては同意するのか、趣向が同じ友だちとなら、双方向のやりとりになるのか。友だちのためなら一肌脱ぐこともできるのか。「誰とでも仲良くできる」という表現の裏にある「自分の遊び相手として可もなく不可もなく付き合ってくれるなら、むしろ誰でもいい」という道具的な友だちづきあいに留まっていないか。

「大人との二者関係を自分中心で都合のいいときだけ利用する一方的な関係から双方向の関係に高めていく」のか、「同年齢の限られた友だち関係から幅を広げていく」のか、「質を高めていく」のか、支援の方向性は、今示している対人関係の力を査定できて初めて決まってくる。

このような眼力は、高機能自閉症かどうかを探るためだけでなく、学級の一員としてその子の成長を援助するために必要であろう。そして、この力はさらに自己表現の乏しい子や、反抗的な子にも役立つはずである。さらに、そこから出発した「人とともに歩む自己」を育てようとするまなざしは、学級経営にも貫かれる。ホームルームや総合的な学習の時間などを利用して、「自己理解」や「他者理解」、「コミュニケーションスキル」や「ソーシャルスキルトレーニング」に取り組んでいる実践もある。

### 3. この理解と支援の方法をより広く深く

#### ①二次的な問題

不登校やいじめ、反社会的行為などにも、子ども理解の枠組みが広がることの影響は大きい。登校を渋る子どもの中に、学習の習得が難しい子や人と共に活動すること自体を負担に感じる子もいる。状況認知の弱さから、場の雰囲気を読めずに唐突な物言いをして、からかいの対象になる子もいる。あるいは、行動面の問題や学習の困難さが解決されず長期化し、自尊心を低下させた結果として、二次的に意欲が減退し、登校を断念したり、反対に注目を集める行動に出たり自暴自棄になったりする子どももいる。

このような子どもがいることを前提に、理解の枠組みを柔軟にし、短絡的な対処にならないよう支援の仮説も柔軟でありたい。「登校を渋っているから、ゆっくり見守る」という発想ではなく、渋っている背景は友だち関係か学習か、一過性の問題か長期に渡ってくすぶった問題かなどを探り、どこから支援すれば、背景の困難が軽減されるかを発想できるような教師集団でありたい。

#### ②本当の公平を見つめる学級へ～平均的な発達観、平均的な指導観からの脱却

教師が特別な教育的ニーズを認め、支援を開始しようとするときに、一つのハードルを感じることがある。「みんな違ってみんないい」のフレーズは注目されて久しいが、学級では「みんなそろってみんないい」現実が根強い。同じ方法で同じペースで進みたいし、学級が一丸となって行事などで盛り上がりたいのである。集中の苦手な子に「個別に声かけをしてほしい」と頼んでも、「その子にだけ特別待遇だ」と一笑に付されかねない。「一人、例外を許したら、雪崩のように学級の秩序は崩れていく」不安を持つ教師も多い。

本当の公平とは、わかるようになりたい、成長したいという権利を限りなく全うできるよう条件を整えることではないだろうか。それは同じ形でもないし、同じ量でもない。しかし、同

じやり方で同じように伸びる発想、思いこみから解放されていない学校、学級、教師ほど、「量や形の公平性」を重視する。しかし、個々の子どもにあった対応を心がけている教師ほど「質の公平性」に抵抗はない。「漢字の書き取りを自分で決めた回数だけ練習しよう」、「新聞作りも自分にあった用紙を選んで使おう」などである。また、既習事項が習得されていないと次へ進めないという思いこみも影響する。かけ算九九が覚えられなくても、九九表を手元に置いてわり算の考え方や手続きを学習することは可能である。聞いて書くのが苦手でも、「書いて見せる」支援があれば大丈夫。それでも「九九は覚えるべき」「聞いて覚える力もつけないといけない」と固く主張する。このような平均的な学力への信念を変えていけるかどうか、今後の教師の力量向上には欠かせない。さらに、学年を重ねるに伴い、進路や職業適性も視野に入れ、自分にあった方法を選ぶ力をつけていくことが重要になる。「書けない自分」を認め「ワープロで書く」自己決定をしたり、電子辞書で変換し選択するなどの方法を身につけたりしてほしい。子どもの成長をボトムアップの発想で基礎基本の習得を重視する時期と、トップダウンの発想で将来のQOLを高めるためのスキルアップを重視する時期とを教師が意識してほしいものである。

この子どもへの支援の在り方が一様ではないという発想に至り、実行しようと思っても、通常の学級の中で個別的な配慮や支援をする教師には、もう一つのハードルがある。周囲の子どもや保護者の理解をどう取り付けるかである。

視力の弱い子が眼鏡をかけ、かつ前の座席に座ることは、社会一般が受け入れている。眼鏡をかけていることだけで周囲に理解される。ところが、軽度発達障害児は、目には見えない教育的ニーズを持つ。保護者も本人も障害名を出すことや目に見える特別扱いは望まない。しかし、個別的な配慮やルールの緩和などに際し、説明を必要と感じる教師も多い。この課題に真摯に向き合う教師が今、その実践を積み始めて

いる。

#### 4. 保護者への支援

子どもを理解する枠組みが広がったことは、保護者への相談支援の在り方をも変えていく。学校で起こしたトラブルや問題行動を保護者の育て方から生じた問題と理解し、つきつけていく学校。「まるで『登校させるな』と言っているように聞こえた」と嘆く保護者。反対に、心配をかけまいとして、大きな問題が起きたときに、あるいは学期末などにまとめて伝えると、「どうしてもっと早く伝えてもらえなかった」と不信感を持つ保護者。学校からは、「環境要因か発達の要因か区別しにくい」との質問も相次ぐ。

これらの課題に対しては、保護者との教育相談の充実を図っていくことが求められる。特に、軽度発達障害児に関する教育相談には、アセスメントとコンサルテーションが重要である。

不登校や家庭内暴力の相談に対して、生育史や親子関係を重要視してきた学校教育相談の実践家であっても、発達の要因を仮定するに足る発達初期の聞き取りが十分でなかったりする。まずは、相談ニーズのある保護者から「お子さんのことをもっと深く理解するために」生育史を聞き取り、発達初期の育てにくさや感覚過敏の有無、興味の偏りや対人関係の質を探る作業を大事にしたい。

その上で、「育ちにくさ」や「育てにくさ」が把握できたら、その子の特性に合わせた育て方に相談の焦点を向けられる。保護者のこれまでの労苦をねぎらい、その子受容を図った後、家庭内で、あるいは翌日の学習に向けて、何がなしうるのかについて考えたい。保護者がよきサポーターとして活躍し始めると、教師の支援の方策がより具体化していく。

たとえば、「自分では読めないが一回読んであげると理解が進む」という保護者の発見があれば、黙読を主とした読解方略から音読を主に切り替えることはさりげなくできるであろうし、初出の問題も「教師が読む→自分で無声音で口

に出して読む」などの方略を試みられる。保護者にも、「前日にイメージ化できるくらいまで、くり返し読んで聞かせてください」というサポートをお願いし、効果を実感できているケースもある。

これは、単に「困ったときの対処要員」として「見に来てください」「付き添ってください」よりも、はるかに保護者の効力感を高めるであろうし、その親子の将来につながる。

#### 5. 学校コミュニティの変化

さて、軽度発達障害児の支援を考えることによって、教師が子どもを見るまなざしが、これまでの環境要因重視から生得的、発達の要因を加えるという変化が起りつつある経過を概観したが、この変化は、学校コミュニティにも及びつつある。

これまでは、子どものサインを見落とさず適切に対応するのは、教師として当然求められることであり、だからこそ、教師集団で共通理解する場を大事にし、可能ならスクールカウンセラーに意見や対応を求めるようにもなった。これだけでも担任任せだったコミュニティ風土から、担任一人ではうまくいかないケースを経験しながら、チームで支援する風土に変わってきていた。この変化に加え、ケース検討の会も共通理解を図るに留まらず、巡回相談員などの外部の専門家に助言を求める学校が増えてきている。ある学校では、これまで支援に行き詰まるケースを「担任の力量」という視点で協議しがちだったが、巡回相談員の専門性に会ってから、「巡回相談員だったら、この子をどう見るだろうか」「どんな支援が提案されるだろうか」と、専門的な発想を身近に役立て、自分たちも同様の視点で仮説を立てるようになってきている。特性に応じて提案され実行され有効だった支援策が経過報告とともに共有されていくと、他の子どもの教育的ニーズを見立て、有効な支援を仮定する力に応用できるようになり、より多角的な支援が実現できる支援体制も作るようにもなる。加えて方針や手だてを個別の指導計

面に明文化することで、チームで共有するだけでなく、次年度や進路先に申し送るシステムも完備していく。このように、特別支援教育に取り組む学校は、これまで児童生徒指導や教育相談で築いてきた子どもを受け入れる基盤の上に、効果的具体的支援の設計と評価・再構築というシステムを築いていける可能性が大きいのである。筆者は、スクールカウンセラーの配置が、子どもの理解を深め、個別的相談支援の道筋を増やしたという点で個の理解と支援に関わるソフトの改革としたならば、特別支援教育への転換が学校のシステムを変容させる契機となるハード面にもおよぶ改革になると考えたい（高橋，2004）。

## 6. 終わりに

軽度発達障害児への関心の高まりと実践の追求は、子ども理解、支援、保護者との関わり、そしてコミュニティという様々な次元にプラスの変化をもたらしつつある。もちろん、この波は学校や地域によって進み具合は様々であろう。しかし、支援される子どもが増え、元気になる

保護者が増え、取組んだ教師が力をつけ、学校が柔軟に、そして機能的になってきていることも現実である。小学校で支援された親子が特別支援教育コーディネーターや担任と共に中学へ出向き、個別の教育支援計画が引継がれる。高校へ申し送られる。一つの学校で取組んでいる機運が周囲の学校を刺激する。こうして、この変化の波が小学校から中学校、そして高校へ、隣の学校へ地域へと広がっていくことを期待してやまない。そして、この流れを確実につなげる努力を、特別支援教育コーディネーターや支援を追求する実践家たちと共に続けていきたい。

## 参考文献

- 高橋あつ子：スクールカウンセラーと軽度発達障害，（牟田悦子編），LD，ADHDの理解と支援～学校での心理臨床活動と軽度発達障害，23-68，有斐閣，東京，2004（刊行予定）
- 高橋あつ子編著：LD・ADHDなどの子どもへの場面別サポートガイド，ほんの森出版，東京，2004

原 著

軽度発達障害をもつ児童・生徒の現状  
及び教師の求める支援

村 松 雅 子<sup>\*1</sup>, 荒木田 美香子<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>静岡市立服織小学校

<sup>\*2</sup>大阪大学

Current State of Children with Mild Developmental Disorder  
and Supports That Teachers Request

Masako Muramatsu<sup>\*1</sup> Mikako Arakida<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>*Hatori Elementary School*

<sup>\*2</sup>*Osaka University*

The purpose of this research was to clarify the current state and needs of the mild developmental disorder child from whom the school adjustment disorder was caused easily, and to have examined the role of the health profession.

The interview was conducted for 27 teachers of the mild developmental disorder child at the July–October in 2002.

The analysis subject was 15 teachers in charge of regular class (8 teachers in elementary school and 7 teachers in junior high school).

The analysis method used the technique of encoding and classifying the category.

It was shown that the load and school adjustment disorder to the child with mild developmental disorder have usually increased while becoming the upper-grade in the regular class. And the teacher was not able to have confidence in guidance to the children.

The teacher was requesting the enhancement of the support of an increase of training about developmental disorder and the number of men etc.

The medical professionals' cooperation was hoped for so that the child might adjust at the school life.

It is expected that the health care professions' function as coordinator when the teacher cooperate with medical staff and guardians.

The health profession had to strengthen expertise by continuous training.

---

Key words : mild developmental disorder, school life, needs, regular class

軽度発達障害, 学校生活, ニーズ, 普通学級

---

## I. はじめに

学習障害 (Learning Disabilities, 以下LD)  
や注意欠陥/多動性障害 (Attention Deficit/  
Hyperactivity Disorder, 以下ADHD), 高機

能自閉症などの軽度発達障害は, 知的には正常  
範囲でありながら学習場面や集団場面において  
不適応をおこしやすいとして, 社会的な関心が  
高まりつつある。軽度発達障害は, 中枢神経系  
の何らかの異常を基盤としているといわれてい

るが、症状の現れ方が軽微であり、彼らの行動は、性格の偏りや生育環境による影響とみなされやすい。同時に、教師、友人など周囲からも不適切な対応を受けやすいことが指摘されている<sup>1,2)</sup>。しかし、適切な環境において適切な教育が施されれば、適正な自尊心をもつことや、健全な発達及び社会生活を望めるとされている<sup>1-3)</sup>。よって、児を取り巻く生活環境およびニーズを、人間の抱える問題を包括的に考察する質的手法<sup>4)</sup>を用いて、明らかにする必要があると思われた。

また、保健専門職（保健師、養護教諭）は軽度発達障害児に学校現場や乳幼児健診等を通じて関わりながらも、これまで保健専門職の視点からの報告は見られていない。

そこで本研究では、軽度発達障害児及び児を指導する教師の現状・ニーズを明らかにすること、軽度発達障害児の支援における保健専門職の役割を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

### 〈用語の操作上の定義〉

軽度発達障害児：本研究における軽度発達障害児とは、『機能的な障害は軽度であり、ADHD、LD、高機能広汎性発達障害もしくは軽度自閉症、軽度精神発達遅滞（Mental Retardation、

以下MR）のいずれかの診断を受けている児又はその可能性があると思われた児』とする。

### 〈対象〉（表1）

S県西部の一都市であるH市校長会に研究の趣旨を文書で報告し、市内小中学校の軽度発達障害児に関わった経験を持つ教職経験5年以上の教師に、校長会代表が任意で呼びかけ、研究の趣旨に同意の得られた教師27名が選定された。教師27名の所属は、普通学級小学校担任8名、普通学級中学校担任7名、特殊学級担任3名、養護教諭4名、生徒指導・教務主任5名であった。それぞれの専門的立場が異なるため、今回は、普通学級担任15名のみを分析対象とした。普通学級担任の職務経験は7年から26年、特殊教育経験は、「なし」が8名と最も多く、「特殊学級担任」、「特殊学級の専門教科の授業のみ担当」経験者が各3名、「養護学校担任」経験者が1名であった。

普通学級担任の対象児15名の属性は、性別は男子13名、女子2名、学年が小学1年生から中学3年生であった。

診断名について、医師による診断があるものが9名、教師及び2名の保健専門職による判断のものが6名であった。医師による診断のある9名の内訳は、ADHDが2名、高機能自閉症（又は疑い）が2名、軽度MRが2名、軽度自

表1 対象者の属性

| ケースNo. | 所 属 | 性別 | 職務経験 | 特殊教育経験     | 該当児の障害の種類<br>(疑い) | 受け持ち当時の<br>クラスの数 | 補助員 |
|--------|-----|----|------|------------|-------------------|------------------|-----|
| 1      | 小学校 | 女性 | 7年   | なし         | ADHD              | 35人              | なし  |
| 2      | 小学校 | 男性 | 22年  | なし         | (ADHD疑い)          | 34人              | なし  |
| 3      | 小学校 | 女性 | 22年  | 特殊学級 (1年間) | 高機能自閉症疑い          | 36人              | なし  |
| 4      | 小学校 | 女性 | 18年  | 特殊学級 (1年間) | 軽度自閉症             | 33人              | なし  |
| 5      | 小学校 | 女性 | 26年  | なし         | 軽度MR              | 36人              | 1人  |
| 6      | 小学校 | 女性 | 21年  | 特殊学級 (4年間) | (高機能自閉症疑い)        | 37人              | 1人  |
| 7      | 小学校 | 女性 | 17年  | 養護学校 (2年間) | (高機能自閉症疑い)        | 38人              | なし  |
| 8      | 小学校 | 男性 | 11年  | なし         | ADHD              | 36人              | 1人  |
| 9      | 中学校 | 男性 | 7年   | なし         | LD                | 35人              | なし  |
| 10     | 中学校 | 男性 | 17年  | 特殊学級(授業担当) | (ADHD疑い)          | 37人              | なし  |
| 11     | 中学校 | 男性 | 11年  | なし         | (ADHD疑い)          | 37人              | なし  |
| 12     | 中学校 | 女性 | 16年  | 特殊学級(授業担当) | (LD疑い)            | 40人              | なし  |
| 13     | 中学校 | 女性 | 19年  | 特殊学級(授業担当) | 軽度MR、自閉症          | 40人              | なし  |
| 14     | 中学校 | 女性 | 23年  | なし         | 多動性、軽度MR          | 35人              | なし  |
| 15     | 中学校 | 男性 | 22年  | なし         | 高機能自閉症            | 35人              | なし  |

閉症が1名、自閉症+軽度MRが1名、LDが1名であった。教師と保健専門職による判断の6名の内訳は、ADHD疑いが3名、高機能自閉症疑いが2名、LD疑いが1名であった。

該当する児童・生徒を受け持っていた当時のクラスの人数は33名から40名、補助員が配置されていたのは、3名のみであった。

#### 〈データ収集方法〉

2002年7～10月、軽度発達障害児を受け持った経験のある教師に対し、半構成的面接を行った。倫理上の配慮として、学校名、教師名、児童・生徒名などのデータは匿名で扱うことをあらかじめ伝え、文書で同意を得られた対象者のみインタビューを行った。

面接内容は対象者の了承を得て録音し、逐語録として文書に起こした。録音に同意できないケースは1ケースあったが、聞き取った内容を書きとめ、面接終了直後、対象者に内容の確認をとるようにした。

#### 〈面接内容〉

面接内容は、①児の学校での様子、②保護者との関わり、③医療への要望、④保健専門職への要望とした。面接は、勤務先で行った。面接時間は、1件あたり40分から1時間40分程度で

あった。

#### 〈分析方法〉

対象者から語られた内容（逐語録）から、対象者の現状またはニーズを意味する言葉を丁寧にひろいあげ、コード化を行った。拾い上げたコードの類似、差異を比較し<sup>9)</sup>、カテゴリー化を行った。尚、分析の妥当性を確保するため、コード化の比較・修正からカテゴリー分類までを研究者2名で行った。

文章中、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは『 』, コードは「 」で示す。

### Ⅲ. 結 果

分析結果、サブカテゴリー数111, カテゴリー数41に分類した。以下の7つの領域に話題が分類されたので、話題に即して述べる。

#### 1. 軽度発達障害児の弱みと学校における反応 (表2)

軽度発達障害児の【学校における反応】として、『いじめ・からかいを受ける』、『学校不適応状態』、『学年進行に伴う本人への負担の増加』の3つのサブカテゴリーを抽出した。

『いじめ・からかいを受ける』に関し、小学校では「クラスメイトが本人をばかにした」と

表2 軽度発達障害児の弱みと学校における反応

| カテゴリー                | サブカテゴリー                 | コ ー ド                             |                                      |
|----------------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
|                      |                         | 小 学 校                             | 中 学 校                                |
| 学校における反応             | いじめ・からかいを受ける            | 「クラスメイトが本人をばかにした」                 | 「クラスメイトが本人をたたく・ける」                   |
|                      | 学校不適応状態                 | —                                 | 「教室不適応状態」「ストレスによる抜毛」「精神的苦痛を味わう」「不登校」 |
|                      | 学年進行に伴う本人への負担の増加        | 「学年進行につれ本人に無理が出そうで心配」             | —                                    |
| 障害が軽度であるがための本人理解の困難さ | 子どもの呈する状態に対し原因の見分けが付かない | 「症状が発達面からきているのか生育歴からきているのかわからない」  | 「症状が発達面からきているのか生育歴からきているのかわからない」     |
|                      | 教師の本人への対応が正しいのか疑問       | 「本人への対応に自信を持ってない」                 | 「本人への対応に自信を持ってない」                    |
|                      | 本人の問題行動に対する近隣者の苦情       | 「本人と一緒に下校してはいけないと保護者よりいわれている子がいる」 | —                                    |

\* 「—」は該当発言なし

からかい程度であるが、中学校では「クラスメイトが本人をたたく・ける」といったいじめといえるものも見られた。

『学校不適応状態』は、「ストレスによる抜毛」、「精神的苦痛を味わう」、「不登校傾向」など、中学校教諭のみが語った。

「学年の進行につれ本人に無理が出そうで心配」など『学年の進行に伴う本人への負担の増加』というサブカテゴリーも見られており、普通学級の軽度発達障害児は、高学年になるにつれ、学校への適応が課題となることが示された。

【障害が軽度であるための本人理解の困難さ】では、「症状が発達面からきているのか生育歴からきているのかわからない」といった『子どもの呈する状態に対し原因の見分けが付かない』、「本人への対応に自信をもてない」といっ

た『教師の本人への対応が正しいのか疑問』などが見られており、教師は本人をどう理解したらよいか葛藤を抱えていた。

## 2. 家族の現状及びニーズ (表3)

【地域の教育環境で普通に過ごしたいという保護者の思いの存在】では、『なるべく普通にやっていきたいという保護者の思いの存在』があることにより、『学校から保護者へ適正就学を促す困難さ』があることが語られた。

【家族ケアの必要性】について、「母親が精神的に不安定」「生活保護を受けて生活している」「兄弟もひきこもりのため母親が精神的に不安定」「父親が不在で母親が仕事している」「親が子どもとの交流を持たない」といった『本人に十分対応できない家庭環境』があり、『学校における家族ケアの必要性』を感じていることを

表3 家族の現状及びニーズ

| カテゴリー                        | サブカテゴリー                    | コ ー ド  |
|------------------------------|----------------------------|--|
| 保護者による子どもの障害受容と葛藤            | 保護者には自分の子どもの障害を見据えてほしい     | 「親は子どもの現実を直視できない」「親は子どもの成長に期待しすぎる傾向にある」  |
|                              | 保護者の障害受容が子どもに返っていく         | 「親が障害を受け入れていると学校や医療との関係がうまくいく」   |
|                              | 親に対し親としての成長を望む             | 「親は子どもの発言から事実を見抜けるようになってほしい」   |
| 地域の教育環境で普通に過ごしたいという保護者の思いの存在 | なるべく普通にやっていきたいという保護者の思いの存在 | 「親は普通学級でやっていきたい」   |
|                              | 学校から保護者へ適正就学を促す困難さ         | 「本来特殊学級への就学が望ましい子どもが普通学級に通っている状態ですごすのは本人の将来を考えると葛藤を抱く」「保護者への特殊学級のすすめは困難」               |
| 家族ケアの必要性                     | 保護者のカウンセリングの必要性            | 「親のしつけのせいではないと心なやませてもらえるようなカウンセラーがほしい」   |
|                              | 学校における家族ケアの必要性             | 「親は学校に何とかしてほしいと思っている」  |
|                              | 本人に十分対応できない家庭環境            | 「母親が精神的に不安定」「生活保護を受けて生活している」「兄弟もひきこもりのため母親が精神的に疲れている」「父親が不在で母親が仕事をしている」「親が子どもと交流を持たない」 |
| 学外活動の活用                      | 家庭における学外活動の活用              | 「友達関係・協調性を育てるための学外活動の活用」   |
|                              | 学外活動による本人への負担              | 「複数の塾に通っているのが本人にとっては大変」  |

語っていた。

### 3. 家庭と教育の連携 (表4)

『家庭と学校との密な情報交換』『家庭と学校とが連携した指導』など、【家庭と学校との連携】が為されていることが語られた。

また、『保護者と学校との関係が子どもに返っていく』『保護者は熱心に学校との関わりを持とうとする』『教師が保護者の信頼を得る必要性』など【家庭と学校の信頼関係】も抽出された。

### 4. 教育の現状及びニーズ (表5)

【教師が発達障害の知識をもつ必要性】【教師の熱心な姿勢】【教師による子どもへの効果的指導の必要性】【子どもに合った教育環境の必要性】【教育やケア提供で配慮していく必要性】の5つのカテゴリーが抽出された。

教師は、本人への対応に戸惑いながらも『教師の本人への対応における工夫』、「本人の行動をさぼりではなく障害としてみてほしいと伝える」など『他の教師の理解を促す』ことをしていた。「教師自身が勉強する必要性」、「教師への知識の普及・啓発の必要性」など【教師が発達障害の知識をもつ必要性】が抽出されるなど、教師自身のサポートの必要性を示唆する項目が見られた。

【子どもに合った教育環境の必要性】が抽出され、現在の教育システム上に『軽度発達障害

児に適切な教育の場の必要性』があることが語られていた。また、学校内の『人員の加配の必要性』や『学校内の連携体制充実の必要性』、「柔軟に使用できる教室の設置」などの『学校内の環境・設備面の充実の必要性』が重要な支援として挙げられた。

また、教師は、家庭が機能しないケースや緊急性の高いケース、見過ごされやすい子への対応など、【教育やケア提供で配慮していく必要性】を感じていた。

### 5. 医療と教育の連携 (表6)

教師は、『スクールカウンセラーの充実』や『医療専門家による巡回指導』など【医療専門家が学校内に入る必要性】を感じていた。【医療と教育の連携による成果】について、教師からは『教師の本人理解・対応の改善につながる』『教師が自信をもてる』などの成果が語られた。

【医療と教育の連携の実現における困難さ】では、『医療情報取り扱いにおけるプライバシーの問題』や『医療機関と学校の時間調整の困難さ』が語られた。

また、【学校から医療受診につなげるのは困難】であることが語られ、具体的には『受診の勧めに対する保護者の抵抗』、『保護者の認識不足により受診につながらない』、『受診につながる手段がほしい』の3つが抽出された。

表4 家庭と教育との連携

| カテゴリー       | サブカテゴリー               | コード   |
|-------------|-----------------------|---|
| 家庭と学校との連携   | 家庭と学校との密な情報交換         | 「家庭とほぼ毎日連絡を取る」「家庭と連携をとるための親の職場訪問」               |
|             | 家庭と学校とが連携した指導         | 「生活面で当たり前に出来ないと困ることは家庭でも指導するよう伝える」              |
| 家庭と学校との信頼関係 | 保護者と学校との関係が子どもに返っていく  | 「家庭と学校が信頼関係をもてたことが受診につながった」「親からの情報がなく現場で混乱を招いた」 |
|             | 保護者は熱心に学校との関わりを持とうとする | 「母親は学校を熱心に訪れる」                                  |
|             | 教師は保護者の信頼を得る必要性       | 「親は学校より医療を信頼する傾向」                               |

表5 教育の現状及びニーズ

| カテゴリー               | サブカテゴリー             | コード   |
|---------------------|---------------------|---|
| 教師が発達障害の知識を持つ必要性    | 教師自身が勉強する必要性        | 「教師自身が発達障害について勉強しなければと思う」                         |
|                     | 教師への知識の普及・啓発の必要性    | 「教師に対する医療専門の見地からの研修の必要性」                          |
| 教師の熱心な姿勢            | 教師は本人を特別視しない        | 「発達の遅れを個性と捉える」                                    |
|                     | 教師が保護者に安心感を与える      | 「保護者に安心感を与えるようにしている」                              |
|                     | 教師の誠意が保護者に伝わる       | 「担任の一生懸命さ・誠意が親に伝わっているので親も協力してくれる」                 |
|                     | 他の教師の理解を促す          | 「他の教師に本人の行動をさぼりではなく障害としてみてほしいと伝えている」              |
|                     | 本人との触れ合いによる教師自身の成長  | 「本人との対峙が教師としての成長につながる」                            |
| 教師による子どもへの効果的指導の必要性 | 教師の本人の問題行動に対する指導    | 「悪いことは悪いと指導」                                      |
|                     | 教師の本人への対応における工夫     | 「意識的に本人に声をかける」「課題の量の調整」「個別に対応」「座席の工夫」             |
| 子どもに合った教育環境の必要性     | 学校内の連携体制充実の必要性      | 「学校全体で話し合う場を持つ」                                   |
|                     | 教師へのサポートの必要性        | 「教師の相談窓口がほしい」                                     |
|                     | 人員の加配の必要性           | 「軽度発達障害児に関わる人員の確保の必要性」                            |
|                     | 軽度発達障害児に適切な教育の場の必要性 | 「軽度発達障害児の行き場が確保される必要」                             |
|                     | 教育システム改善の必要性        | 「学級の変更に抵抗を持ちやすい教育システムが問題」                         |
| 教育やケア提供で配慮していく必要性   | いろんな背景を抱える子への対応の必要性 | 「普通学級にいろんな背景のある子が増加」                              |
|                     | 家庭が機能しないケースへの対応の必要性 | 「精神的に不安定な親を持つ子どもについて医療機関との連携をとった」                 |
|                     | 緊急性の高いケースへの対応の必要性   | 「緊急の場合には相談する前に問題行動に走ってしまう場合がある」                   |
|                     | 見過ごされやすい子への対応の必要性   | 「本人は障害を抱えていても他人を巻き込んだ問題行動を起こさない子への対応は学校現場ではされにくい」 |

表6 医療と教育の連携

| カテゴリー                         | サブカテゴリー                       | コ ー ド   |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 医療と学校とが直接連携する必要性              | 医療と学校とが直接連携する必要性              | 「保護者を介さない医療との連携を望む」                           |
| 医療専門家が学校内に入る必要性               | スクールカウンセラーの充実                 | 「スクールカウンセラーに常駐してほしい」                          |
|                               | 医療専門家による巡回指導                  | 「専門家に来校してもらい様子を見てほしい」                         |
| 医療から学校への本人及び家族に関する正確な情報提供を求める | 医療から学校への本人及び家族に関する正確な情報提供を求める | 「医療機関での本人の様子を教えてほしい」「医療専門家から本人と家族の正確な状況を知りたい」 |
|                               | 医療から教育現場の実態に即したアドバイスを求める      | 「医療専門家には具体的アドバイスを求める」                         |
| 医療と学校とがお互いの立場を理解しあう必要性        | 医療と学校とがお互いの立場を理解しあう必要性        | 「医療専門家と教師で意見に食い違いがあると信頼関係は成立しにくい」             |
|                               | 医療と教育の意見の相違がある                | 「教育現場から見れば医療はもっと冒険させてもいい」                     |
| 学校から医療受診につなげるのは困難             | 受診の勧めに対する保護者の抵抗               | 「発達の異常・精神的異常は保護者は認めたがらない」                     |
|                               | 保護者の認識不足により受診につながらない          | 「親は本人に障害があるという認識がない」                          |
|                               | 受診につなげる手段がほしい                 | 「受診の勧め方がわからない」                                |
| 医療と教育の連携による成果                 | 教師の本人理解・対応の改善につながる            | 「医学的診断がされることで本人に寛容さをもてた」                      |
|                               | 教師が自信を持てる                     | 「医療機関との連携により自分に迷いがなくなった」                      |
| 医療と教育の連携の実現における困難さ            | 医療情報取り扱いにおけるプライバシーの問題         | 「プライバシー保護のため情報交換に制限がある」                       |
|                               | 医療機関と学校の時間調整の困難さ              | 「医療機関との時間調整が大変」                               |

## 6. 医療と保健によるサポート (表7)

【医療による本人及び家族へのサポート】について、「本人に長く付き合える医療専門家の必要性」など『継続的な医療専門家の関わりがほしい』という要望が見られた。

保健専門職については、「児への精神面への対応」に加え、『保健専門職による家族ケアの必要性』が挙げられていた。『早期発見・早期療育は本人の力をつけるために重要』、『保健師が確実に早期発見の役割を果たすことが必要』に見られるように、【早期発見に果たす保健専

門職の役割の重要性】や、教員同士、学校—医療—家庭が連携する際の【コーディネーター役の必要性】も抽出された。

## 7. 障害児・者への理解を深める必要性(表8)

教師は、「障害児と暮らすことにより障害に対する理解がすすむ」など『本人との触れ合いによる健常児の成長』が期待できることを語った。健常児からのポジティブ・サポート的な関わりがある一方で、「クラスメイトが本人の行動に口出しする」など『本人に対する健常児のネガティブな関わり』もあることが語られた。

表7 医療と保健によるサポート

| カテゴリー                | サブカテゴリー                    | コ ー ド   |
|----------------------|----------------------------|---|
| 医療による本人及び家族へのサポート    | 継続的な医療専門家の関わりがほしい          | 「本人に長く付き合える医療専門家の必要性」                           |
|                      | 医療受診につながったことによる本人の状態改善     | 「医療機関受診により薬を処方され本人の状態改善につながる」                   |
|                      | 医療専門家同士の連携の必要性             | 「医療専門家によって意見が異なることがあるので統一してほしい」                 |
|                      | 医療専門家の不足                   | 「児童精神科医の不足」                                     |
| 保健専門職による本人及び家族へのサポート | 養護教諭が精神面にも対応する必要性          | 「心の病気に対応できる養護教諭が増えてほしい」                         |
|                      | 保健専門職による家族ケアの必要性           | 「保健師による若い親への子育て支援が必要」                           |
| 保健の早期発見の役割の重要性       | 早期発見・早期療育は本人の力をつけるために重要    | 「早期に正しい判断のもとその子がどういう人生を歩めるかを考えなければならない」         |
|                      | 保健師が確実に早期発見の役割を果たすことが必要    | 「ある親は子どもが大きくなってから医療機関に受診させるのは恥ずかしいものがあると語っていた」  |
| 保健と学校との連携の必要性        | 保健師と学校との情報交換の必要性           | 「学校は就学前の情報がほしい」                                 |
| コーディネーター役の必要性        | 医療と学校との連携におけるコーディネーター役の必要性 | 「仲介的な立場の保健師に相談できるといい」「専門的な養護教諭が間に入って医療機関と連絡をとる」 |

表8 障害児・者への理解を深める必要性

| カテゴリー                     | サブカテゴリー                | コ ー ド   |
|---------------------------|------------------------|---|
| 健常児と障害児との交流によるお互いの成長      | 本人との触れ合いによる健常児の成長      | 「障害児と暮らすことにより障害に対する理解がすすむ」  |
|                           | 本人に対する健常児のポジティブな反応     | 「クラスメイトの温かい見守りがある」  |
|                           | 本人に対する健常児のサポートティブな関わり  | 「クラスメイトが本人の面倒を見る」   |
|                           | 本人に対する健常児のネガティブな関わり    | 「クラスメイトが本人の行動に口出しする」「クラスメイトは暴力に巻き込まれないよう距離を置いて関わりを避ける」「クラスメイトから嫌がられる」 |
| 障害児の受け入れをよくするための教師の指導の必要性 | 本人の受け入れをよくするための健常児への指導 | 「クラスメイトに対する言葉遣いの指導」「クラスメイトの前で本人を褒めるようにした」                             |
|                           | 本人との接し方について健常児の指導の必要性  | 「クラスメイトの方が本人に合わせた話し方・接し方をするように指導する」                                   |
| 健常児との交流学習の必要性と本人への負担      | 健常児への指導に対する教師の戸惑い      | 「クラスメイトの口出しから本人を救ってあげる必要があるがその方法が難しい」                                 |
| 障害児の存在を地域社会で認知していく必要性     | 社会に知識が普及していく必要性        | 「軽度発達障害が社会的に認知されていってほしい」  |

また、普通学級教師は、「クラスメイトの本人に対する言葉遣いへの指導」など『本人の受け入れを良くするための健常児への指導』を行っていた。

#### IV. 考 察

以下、普通学級に特徴的な軽度発達障害児と児を担当する教師の現状及びニーズと保健専門職の役割について考察する。

##### 1. 軽度発達障害児の学校における反応

本調査では、軽度発達障害を抱える児童及び生徒は、「不登校傾向」などの学校不適応状態が顕著に現れるようになり、いじめ・からかいに関しても、小学校から中学校にかけてエスカレートしているケースも見られていた。小枝<sup>9)</sup>は、鳥取県内の養護学校を除く全ての小中学校に対し、不適応行動の疫学的調査を行っているが、LD児、ADHD児の不適応行動について、心身症合併率や不登校がLD児、ADHD児では高頻度となり、特に不登校に関しては小学校よりも中学校の方が高率になるという結果を示していた。学年進行につれ、本人への負担及び不適応行動が増すという、先行研究を裏付ける内容が本調査からも語られたことになる。

クラスメイトもしくは健常児は、本人に対して協力的な関わりもするが、本人に口出しする、手を出す、関わりを避けるなど「本人に対する健常児のネガティブな関わり」も存在していることが語られたことから、普通学級に在籍する軽度発達障害児にとってクラスメイトとの関わりが課題であることが示された。発達障害児のセルフエスティームに、クラスメイトなどの学校構成員の社会的受容が深く関与していることが指摘されており<sup>7-9)</sup>、健常児との関係を良好に保つことは児のセルフエスティームを維持する上で重要となる。

しかし今回、教師自身がクラスメイトの指導そのものにも戸惑っている現状であることも明らかとなった。

軽度発達障害を抱える児童・生徒自身に対しても、教師は『子どもの呈する状態に対し原因

の見分けがつかない』『本人への対応に自信をもてない』といった葛藤を抱いていた。発達障害という特性を抱える生徒への対応と学級運営との両立を現場の教師のみに要求されている現状といえよう。そんな中、教師は、健常児や他の教師の理解を促す努力をしており、教師自身へのサポートの必要性が示された。

また、【教師が発達障害の知識をもつ必要性】を教師自身感じていた。研修等で教師に対する知識の普及・啓発がはかられていく必要性があり、医療はそれに協力していく必要がある。

##### 2. 教師から見た家族とサポート

一方、教師のみでなく、児の家族に対するサポートも重要である。本調査においても、『家族ケアの必要性』が抽出された。スクールカウンセラーや教職員が、学校現場において相談活動等のケアを行うことが期待され、加えて児の家族は、既に一部地域で行われているペアレントトレーニング<sup>10)</sup>など、有効な養育方法を学ぶ機会が与えられる必要がある。

多くの教師が家庭との連携を重視し、信頼関係を築くために努力していたが、一方で、『学校から保護者へ適正就学を促す困難さ』という家庭側とは相容れぬ意見も抽出された。これは、『なるべく普通にやっていきたいという保護者の思いの存在』つまり、どの保護者にも社会と切り離されることなく「地域で当たり前暮らしたい」という思いが存在していることによると考えられ、障害児に直接かかわる教師及び医療専門家は、保護者のこの思いに寄り添っていく必要がある。そして、大変理想的であるものの、障害を抱える子どもも当たり前で地域の学校に進学できる教育システムが整備されることが望まれる。

【教師の熱心な姿勢】が抽出されたが、熱心な姿勢や誠意が保護者に伝わったことが、教師—保護者の信頼関係につながり、医療受診や子どもの適正就学につながったケースも数例あった。【教師の熱心な姿勢】は、家庭と学校との関係のみならず、学校と医療との関係においても重要となると思われた。

### 3. 学校における現状

『人員の加配の必要性』が抽出されたが、実際に補助員が配置されていたのは15名中3名のみであり、学校内で軽度発達障害児にかかわる人員が不足していた。

『軽度発達障害児に適切な教育の場の必要性』が抽出されたように、現在の教育システム上に、彼らにとって適切な教育の場がないことが語られた。このような現状においては、特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議の報告<sup>11)</sup>において述べられているように、教職員の理解促進を含め、学校組織として一体的に取り組むことを確保する対応体制の構築、支援計画の作成による関係機関との円滑な連携、外部人材の活用等、支援的な体制の確立が望まれる。

### 4. 医療によるサポートと連携

本調査では、【医療と教育の連携における成果】が抽出されており、医療と教育の連携は本人に関する情報交換の意味合いもあるが、『教師が自信をもてる』のように教師の心理的サポートの機会となっていることが明らかとなった。また、医療専門家による本人の行動の意味づけや具体的対応方法の提供が『教師の本人理解・対応の改善につながる』といった成果をもたらし、さらにはクラスメイトを含めた学習環境の改善へとつながると考えられた。こういった意味において、医療と教育との有機的な連携は非常に意義深いものとなる。しかし、『医療情報取り扱いにおけるプライバシーの問題』や『医療機関と学校との時間調整の困難さ』があることが示された。これに加え、今回分析対象からは除外したが、生徒指導担当教員から『医療機関との面談による予算面の心配』という財政的課題も存在していることが指摘されており、医療と教育の連携の実現を困難にしている現実的課題が明らかとなった。

教師は、【学校から医療受診につなげるのは困難】と感じており、その結果として、【医療専門家が学校内に入る必要性】を感じていた。さらなる医療専門家の協力が要望されており、医療と教育の連携の確保が今後の課題といえる。

スクールカウンセラー制度や医療専門家の巡回指導制度といった制度の拡充や、児童精神科医を学校医に配置するといった学校医制度の充実も考慮していく必要がある。医療専門家の巡回指導に関しては、Sandler, A.D.<sup>12)</sup>の報告があるが、巡回相談が教師や保護者の指導における自信や満足感につながっており、高い評価を得ていた。

また、教師からも医療による継続的フォローが要望されているという結果であったが、実際には、就学とともに医療受診や保健所保健師によるフォローが終了するケースは少なくない。医療専門家の関わりは、本人の状態改善に有効であることは、本調査内でも語られている。よって、就学前から障害が明らかなケースでは、保健師によるフォローの継続、もしくは学校医がフォローを引き継ぐといった形式により、継続的フォローを行えるようなシステムの構築を検討する必要がある。

### 5. 保健専門職の果たすべき役割

保健専門職には、本人のみでなく、家族に対するサポートを行うことが現場において求められていた。学校現場において養護教諭が、地域のマンパワーとして保健師が、家族を含めたケアを行っていかざるをえない時代といえよう。具体的には本調査からは挙げられなかったが、障害児を抱える保護者は、子どもの年齢があがるにつれ情報が入手しにくいという悩みを抱えていることが多く<sup>13)</sup>、既に多くの研究者<sup>14,15)</sup>が指摘しているように、サポート資源等の情動的サポートや相談活動などの情緒的サポートを提供していく必要がある。

また、発達障害の早期発見・早期療育の役割の重要性が語られ、乳幼児健診で保健師が確実に早期発見の役割を果たすことが求められていた。保健師のみでなく、学校現場において、スクリーニングが行われることも、非常に有用である。北村<sup>16)</sup>は、「養護教諭があたらずとも遠からずくらいの診立て……中略……必要性に迫られているし、そのためには長期にわたる児童青年精神医学の研修が必要と思われる」と述べ、

養護教諭がスクリーニングの機能を果たすことを期待している。「心の病気に対応できる養護教諭が増えてほしい」という意見もあるが、実際には、担任が第一発見者と成りうる存在であるため、担任に専門知識を提供するという形で養護教諭自身が発見に寄与することが期待されると言えよう。

しかし、軽度発達障害児は、障害が軽微であるために健診等でスクリーニングされにくいのが特徴であり、石川<sup>17)</sup>も「軽度発達障害児の診断は、一般的には早期ほど困難である」と述べている。よって、継続的な研修等により、保健専門職の専門知識を強化させることも重要と考えられた。

さらに、【コーディネーター役の必要性】が抽出されており、学校と医療や保健とをつなぐコーディネーター役が求められていた。「(軽度発達障害児に関し)仲介的な立場の保健師に相談できるといい」「専門的な養護教諭が間に入って医療機関と連絡をとる」など、保健専門職にその役割を期待する声が大きかった。

Odom, S.E.ら<sup>18)</sup>は、ADHD児に対するケースマネージャーとしてのスクールナースの役割について、①ケースを早期に発見し、診断を特定すること、②直接子どもを観察し、不適切な行動を特定すること、③医師に提供するため、保護者や教師から、行動、教育、精神科的既往に関する情報を収集すること、④薬の作用・副作用をモニターすること、⑤ADHD児は薬を服用するだけでなく、行動療法、社会スキルトレーニング、認知行動トレーニング、保護者のペアレント・トレーニング等を組み合わせたマルチモデルなケアが効果的とされているので、それらのケアの組み合わせをコーディネートすること、⑥子どもや家族を教育・サポートすること、⑦医師、教師、保護者の連携チームのコーディネーターとなること等、を挙げている。この例では、日本の養護教諭にあたるスクールナースが、医師、教師、保護者の間に立ち、コーディネーターとして活躍していた。また、ケースを早期発見し、診断する役割を果たして

いた。

将来的進路や利用できるサービスなどの情報提供も同時になされていく必要があり、コーディネーターがその役割を担うことが期待される。

教師は必要となる支援を具体的に描いていたが、いまだサポートが不十分な現状にあった。教育現場にいる養護教諭、医療保健機関にいる保健専門職が、コーディネーターとしての役割を意識し、機能するだけでも、保護者、教師、そして障害を持つ子ども自身に寄与できる部分は大きいと思われる。

## V. 結 論

本研究は、学校不適応を起こしやすいとされる軽度発達障害児の現状及びニーズを明らかにすること、保健専門職の役割を検討することを目的として行った。軽度発達障害児を受け持った経験のある普通学級教師に対し、面接調査を行い、コード化・カテゴリー分類した結果、以下のことが明らかとなった。

児が高学年になるにつれ本人への負担が増加し、「不登校傾向」などの学校不適応状態が現れる傾向にあった。

教育現場では【教師が発達障害の知識をもつ必要性】『人員の加配の必要性』があった。

医療と教育が直接連携をとることが実際に教師の負担を軽減していた。教師は医療によるサポートを期待しているが、学校から医療受診につなげるのは困難と感じており医療専門家が学校内に入る必要性を感じていた。

児に対し、就学後も継続的に医療に関わる必要が要望されていた。

保健専門職が果たすべき役割としては、本人のみでなく、家族に対し、相談活動などを行っていくこと、発達障害の早期発見の役割に寄与すること、教員同士、教育—医療—家庭、関係機関同士が連携をとる際のコーディネーターの役割を担っていく必要があることが挙げられた。

## VI. 研究の限界性

研究の限界は、「軽度発達障害」の診断・判断がそもそも困難であることから、厳密な意味でとらえると軽度発達障害に該当しない対象者も含まれていた可能性を否定できないこと、さらに、質的手法の性質上、調査者の主観が入り込んでいた可能性が高いことがある。

今後の課題として、養護教諭などの保健専門職がコーディネーターとして機能するための条件等が調査される必要があるため、保健専門職自身へのインタビューを追加することや、今回はニーズを明らかにしたため、今後は様々な支援の実践につなげ、その有効性が評価・検討されることが望まれる。

## VII. 謝 辞

本研究に快くご協力くださった保護者の皆様、教職員の皆様に深く感謝いたします。また、研究にあたり対象者の皆様をご紹介くださった、浜松市校長会鈴木正芳先生、西遠総合教育センター伊藤彰先生、親の会代表松島様、長期間にわたり、実習でお世話いただいた浜松市発達医療センター杉江秀夫所長、斉藤一路女様、伊藤智恵子様をはじめとするスタッフの皆様に、厚く御礼申し上げます。

## VIII. 引用文献

- 1) 宮本信也：通常学級にいる軽度発達障害児への理解と対応，発達障害研究，21(4)：241-251，2000.
- 2) 上林靖子：注意欠陥多動性障害～その行動理解と対応，母子保健情報，38：23-27，1998.
- 3) 上林靖子：ADHDと家族，こころの科学，85：45-50，1999.
- 4) 瀬島克之，杉澤廉晴，大滝純司ほか：質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—，日本公衆衛生学会誌，48(5)：339-343，2000.
- 5) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ，弘文堂，205-272，1999.
- 6) 小枝達也：心身の不適応行動の背景にある発達障害，発達障害研究，23(4)：258-266，2002.
- 7) Annette M. La Greca and Wendy L. Stone：LD Status and Achievement：Confounding Variables in the Study of Children's Social Status, Self-Esteem, and Behavioral Functioning, Journal of Learning Disabilities, 23 (8)：483-490，1990.
- 8) 岩永竜一郎，小田みちえ，川崎千里，土田玲子：発達障害児の小学校普通学級適応状況の考察，小児保健研究，58(3)：405-410，1999.
- 9) Edward Morvitz and Robert W. Motta：Predictors of Self-Esteem：Parent-Child Perceptions, Achievement, and Class Placement, Journal of Learning Disabilities, 25 (1)：72-80，1992.
- 10) 上林靖子：ADHDを支える一親が出来ること，こころの臨床アラカルト，20(4)：491-499，2001.
- 11) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議：今後の特別支援教育の在り方について（中間まとめ），文部科学省：28-31，50-52，2002.
- 12) Adrian D. Sandler：Assessment of an Itinerant Medical Evaluation Program for School Dysfunction, Journal of School Health, 69 (4)：140-144，1999.
- 13) 伊藤智恵子，宮司登志江，中林睦美他：早期集団療育をうけた発達障害児の就園および就学に関する調査，第49回日本小児保健学会講演集（神戸）：550-551，2002.
- 14) 上村恵津子，石隈利紀：教師からのサポートの種類とそれに対する母親のとらえ方の関係—特別な教育ニーズを持つ子どもの母親に焦点をあてて—，教育心理学研究，48：284-293，2000.
- 15) 古株ひろみ：障害児をもつ母親に関する研究—就学形態決定について—，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，3：23-29，1999.
- 16) 北村陽英：学校精神保健相談と養護教諭への期待，児童青年精神医学とその近接領域，38 (2)：155-159，1997.
- 17) 石川道子：軽度発達障害児の発見と対応，障害者問題研究，30(2)：98-107，2002.
- 18) Sue Ellen Odom, Charlotte Herrick, Carol Hol-

man, Elizabeth Crowe and Carol Clements :  
Case Management for Children with Attention  
Deficit Hyperactivity Disorder, *Journal of Sch-  
ool Nursing*, 10 (3) : 17-21, 1994.

(受付 03. 05. 01 受理 04. 05. 10)  
連絡先 : 〒421-1215 静岡県静岡市羽鳥1390-5  
静岡市立服織小学校 (村松)

原 著

## 小学校の健康診断における 「肥満傾向」判定の現状

藤原康子<sup>\*1</sup>, 小出彌生<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>岡山大学大学院教育学研究科

<sup>\*2</sup>岡山大学教育学部

### An Investigation into the Present Situation of Evaluation for Childhood Obesity in Primary School Health Examination

Yasuko Fujiwara<sup>\*1</sup>, Yayoi Koide<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> Graduate School, Faculty of Teacher Education, Okayama University

<sup>\*2</sup> Faculty of Teacher Education, Okayama University

A questionnaire was administered to 47 boards of education (boards) and 470 primary schools (schools) in all parts of Japan in order to investigate how childhood obesity is evaluated in the school health examination.

We received 42 (89.4%) replies from boards and 346 (73.6%) replies from schools. The results are as follows:

Many boards have instructed schools to have obesity evaluated "by school doctors" (88.1%). Some boards replied that obesity was evaluated "by Rohrer index" (RI, 14.3%) or "by obesity index based on standard body weight" (OI, 9.5%). Most of these replies were given in addition to "by school doctors" as parts of multiple answers. None of the boards replied "by BMI".

According to schools, obesity was evaluated "by school doctors" (76.9%), "by RI" (27.2%) and "by OI" (42.5%). A few schools replied "by BMI" (1.2%). We categorized these multiple answers into three types of answers for schools, as follows: Obesity was evaluated "only by school doctors" (36%), "by school doctors combined with obesity indices such as RI or OI" (41%) or "only by obesity indices" (23%). These results differed from the results obtained from boards, which were: "only by school doctors" (69%) or "by school doctors combined with obesity indices" (19%).

In schools, 9 various criteria for OI, such as "over 20%" (52.4%), and "over 30%" (22.4%), were used, while 9 various criteria for RI were used, including "over 160" (63.8%) and "criteria differentiated by height section" (12.8%).

The incidence of obesity in primary schools varied from 0.6% to 11.2% in the boards' responses and from 0% to 26.2% in the schools' responses. This variation was thought to be related to the various evaluation methods and criteria used.

As noted above, the evaluation methods and criteria for defining obesity obviously varied among primary schools. These discrepancies need to be resolved in order to make the best use of health examinations in schools for the prevention of obesity.

Key words : childhood obesity, evaluation of obesity, primary school,  
health examination  
小児肥満, 肥満傾向の判定, 小学校, 健康診断

## はじめに

昭和から平成にかけての30年間で, 小児肥満が3倍近くも増え<sup>1-3)</sup>, 小学生男子では, 10人に1人以上が肥満である<sup>3,4)</sup>という。小児の肥満は, 心理面でも精神的ダメージやストレスを受けやすく<sup>5-17)</sup>, 将来の思春期肥満<sup>4,5,9,10)</sup>や生活習慣病<sup>1,2,6,7)</sup>のリスクにもつながる等の点で, 予防すべき重大な健康問題の一つである事はいまでもない。

この様な状況の中で, 小児の肥満予防・肥満指導は学校保健の重要な課題と考えられる。特に学校では, 集団の場で健康診断により一斉にスクリーニングできるという利点があり, 肥満予防のための意義は非常に大きい。現在, 肥満傾向の判定は, 学校の定期健康診断の中で実施されている<sup>18)</sup>。

学校保健統計調査報告書<sup>19)</sup>にみられる, 定期健康診断結果の「肥満傾向(学校医から肥満傾向と判定された者)」の年齢別・疾病異常被患率については, 概要に「平成14年度の肥満傾向の割合は, 小学校2.6%, 中学校1.9%, 高等学校1.5%となっており, 各学校段階でこの10年間は横ばい傾向にある」と書かれている。一方, 当該報告書の別の箇所に「地域区別“肥満傾向児(性別・年齢別・身長別の平均体重の120%以上の者)”の出現率があげられており, “肥満傾向児”は最近年々漸増している, と述べられている。同じ報告書でありながら, この“肥満傾向児”出現率と, 「肥満傾向」被患率は紛らわしい。また, 例えば, 平成14年度の8歳(3年生)で比較すると, 健康診断による「肥満傾向」の率2.5%に対し, “肥満傾向児”出現率は7.6%と大きな差がある。

「肥満傾向」の診断については, 学校保健法施行規則に「校医が視診や触診により総合的に

判定」と記されているが, 平成7年, 肥満傾向を発見するための方法の記述を充実するため, 「ローレル指数・身長別標準体重から算出される肥満度も参考にしてよい」<sup>18)</sup>と補足された。

そこで, 学校における「肥満傾向」の判定は実際にはどのような方法で行われているのかを追究したいと考え, 都道府県教育委員会及び全国の小学校を対象に, 小学校健康診断における「肥満傾向」の判定に関する内容のアンケート調査を行った。得られた結果が, 今後の学校健康診断における「肥満傾向」の判定方法及び基準の検討に役立ち, 小児の肥満予防に少しでも貢献できればと考えた。

## 対象と方法

全国の, 都道府県教育委員会, 及び, 小学校を対象とし, 小学校における定期健康診断「栄養状態」(児童生徒健康診断票)の中の「肥満傾向」に関する内容のアンケート調査を以下の方法で行った。回答様式は一部自由記述を含む選択式質問紙法とした。

調査用紙(資料)は, 1) 47都道府県教育委員会の学校保健担当者宛に平成14年12月に, 及び, 2) 全国の児童数100人以上の小学校の中から各都道府県当り10校計470校を無作為抽出し, 養護教諭宛に平成15年1月末~2月に郵送した。なお, 添付した資料は小学校対象のものである。

調査内容(表1)は以下の通りである。

1) 都道府県教育委員会(以下“教育委員会”とする)に対しては, 管轄内の小学校で用いる [I 肥満傾向の判定方法及び判定基準], 及び, [II 肥満傾向の出現率]を尋ねた。「肥満傾向」の判定方法については, 「1 校医による, 2 ローレル指数による, 3 BMIによる, 4 肥満度による, 5 その他」の中からの

表1 調査の対象と内容

|        | 1) 都道府県対象調査   | 2) 小学校対象調査   |
|--------|---|--|
| 調査期間   | 平成14年12月  | 平成15年1月末～2月  |
| 対象     | 全国の47都道府県教育委員会  | 全国の470小学校<br>(各都道府県あたり 10校)  |
| 回収数(率) | 42 (89.4%)  | 346 (73.6%)  |
| 調査内容   | 定期健康診断「栄養状態」の中の肥満傾向について   |  |
|        | 都道府県内小学校での<br>I. 肥満傾向の判定方法及び判定基準<br>II. 平成13年度「肥満傾向」の出現率<br>III. 意見(自由記述) | 対象校における<br>I. 肥満傾向の判定方法及び判定基準<br>I(補). 判定方法及び判定基準を用いる根拠<br>II. 平成14年度「肥満傾向」の出現率<br>III. 意見(自由記述) |

選択とした。さらに、2～4を選択した場合は、その判定の基準となる数値の記入を求めた。

「ローレル指数」を選んだ場合は、(1) 一律の数値基準、(2) 身長区分を利用した数値基準(110～129cm:180以上, 130～149cm:170以上, 150cm～:160以上)<sup>5, 20-22)</sup>のいずれを用いるか尋ねた。肥満度については、さらに、(1) 性別・身長別体重表による肥満度早見表<sup>23)</sup>、(2) 性別・年齢別・身長別標準体重表<sup>9)</sup>、のいずれを利用しているのか尋ねた。皮脂厚は、予備調査で、用いられている所がなかったため本調査ではとりあげなかった。[II 肥満傾向出現率]については、平成14年度の定期健診の結果・報告が完了していない場合がある事を考慮し、13年度における各都道府県内小学生についての記載とした。最後に[III 意見]を自由記述により尋ねた。

2) 小学校対象調査では、1) 教育委員会とほぼ同様の内容であるが、「Iの5 その他」は予備調査で該当がなかったため除外した。また、[I(補) 用いた判定方法及び判定基準の根拠]についての質問を追加した。[II 肥満傾向の出現率]は、調査時、平成14年度の健診結果が出ていたので、14年度のもの(%)とした。

調査の分析は、各カテゴリーの割合を、1) 教育委員会、2) 小学校別に単純集計した。自由記述については、KJ法<sup>24)</sup>により分類しまとめ

た。教育委員会と小学校間での比較や、学校規模による判定方法の相違には $\chi^2$ 検定を、肥満傾向出現率の比較には分散分析を用い、いずれの場合にも、危険率5%以下の場合を有意とした。

## 結 果

回答は、1) 47都道府県教育委員会の内42都道府県教育委員会(89.4%)、及び、2) 470校の内346校(73.6%)から得られた。学校保健会分類による<sup>25)</sup>346校の学校規模の構成割合は、小(児童数:～399人)、中(400～699人)、大(700人～)規模校、各々55.5%、31.2%、13.3%であった。

### [I 肥満傾向の判定方法及び判定基準]について

「肥満傾向」の判定方法の結果(表2-①)を述べる。

教育委員会では、「校医による」という回答が多く、88.1%であった。「ローレル指数による」、「肥満度による」もあったが、「ローレル指数」を選んだ6県全てと、「肥満度」を選んだ4県中3県は「校医による」との重複回答であった。「BMIによる」の回答はなかった。「その他」として、「特に指示をしていない、統一していない、市郡町教育委員会が決定しているので各校・地域で異なる」があげられていた。

小学校回答の判定方法は、「校医による」回答が76.9%と多かったが、「肥満度による」が42.5%、「ローレル指数による」も27.2%あった。「BMIによる」学校は1.2%と少なかった。

回答の重複状況を明らかにするため、再カテゴリー化してみると(表2-②), 教育委員会では、「校医による」(88.1%)と回答した中で「校医による」のみを選択した単独回答(以下「校医」単独回答とする)は全体の69.0%であっ

表2-① 「肥満傾向」の判定方法(複数回答)

| 判定方法        | 教育委員会<br>n=42 | 小学校<br>n=346 |
|-------------|---------------|--------------|
| 1 校医による     | 37 88.1%      | 266 76.9%    |
| 2 ローレル指数による | 6 14.3%       | 94 27.2%     |
| 3 BMIによる    | 0 0.0%        | 4 1.2%       |
| 4 肥満度による    | 4 9.5%        | 147 42.5%    |
| 5 その他*      | 6 14.3%       | 0 0.0%       |
| 計           | 53 126.2%     | 511 147.7%   |

\*教育委員会の「その他」の内容は、特に指示していない(3), 統一していない(2), 各校・地域で異なる(1)  
・複数回答のため計は100%を超えている。

た。一方、小学校の回答では、「校医による」(76.9%)と回答した中で「校医」単独回答は35.5%であった。残る41.4%は他との重複回答であった。判定方法は組み合わせにより計11種類に及んだ。判定方法を「校医」と「数値指標(肥満度やローレル指数等)」とに分け、教育委員会と小学校回答を比較した(図)。教育委員会における、「校医」のみによる(69%), 「校医に数値指標併用」(19%), 「特に指示をしていない」(10%)は、小学校における、「校医」のみによる(36%), 「校医に数値指標併用」(41%), 「数値指標」のみによる(23%)との間に違いがみられた(p<0.01)。学校規模別で判定方法に有意な差はなかった。

各判定方法の判定基準(表3, 4)について以下述べる。

ローレル指数による肥満傾向の判定基準(表3)は、教育委員会の場合、6県中4県が「160以上」と記入していた。小学校でも、94校中60校が「160以上」(63.8%)と記載していたが、「150以上」、「170以上」等もあった。「身長区分を利用」(12.8%)した基準を含め、計9種類の基準値があげられていた。

肥満度による判定基準(表4-①)は、教育

表2-② 「肥満傾向」の判定方法(再カテゴリー化)

| 判定方法      |                | 教育委員会 n=42 |             | 小学校 n=346 |              |
|-----------|----------------|------------|-------------|-----------|--------------|
| 校医のみ      | 校医(単独)         | 29         | 29 (69.0%)  | 123       | 123 (35.5%)  |
| 校医に数値指標併用 | 校医+ロ指数         | 3          | 8 (19.0%)   | 48        | 143 (41.4%)  |
|           | 校医+ロ指数+BMI     | 3          |             | 1         |              |
|           | 校医+ロ指数+肥満度     |            |             | 15        |              |
|           | 校医+ロ指数+BMI+肥満度 |            |             | 1         |              |
|           | 校医+BMI         |            |             | 1         |              |
| 校医+肥満度    | 2              | 77         |             |           |              |
| 校医+その他    |                |            |             |           |              |
| 数値指標のみ    | ロ指数(単独)        | 1          | 1 (2.4%)    | 25        | 80 (23.1%)   |
|           | ロ指数+肥満度        |            |             | 3         |              |
|           | ロ指数+BMI        |            |             | 1         |              |
|           | 肥満度(単独)        |            |             | 51        |              |
| その他(単独)   | 4              | 4 (9.5%)   |             |           |              |
| 計         |                | 42         | 42 (100.0%) | 346       | 346 (100.0%) |

例: 「校医+ロ指数」は「校医による」と「ローレル指数による」両方の選択を表す。

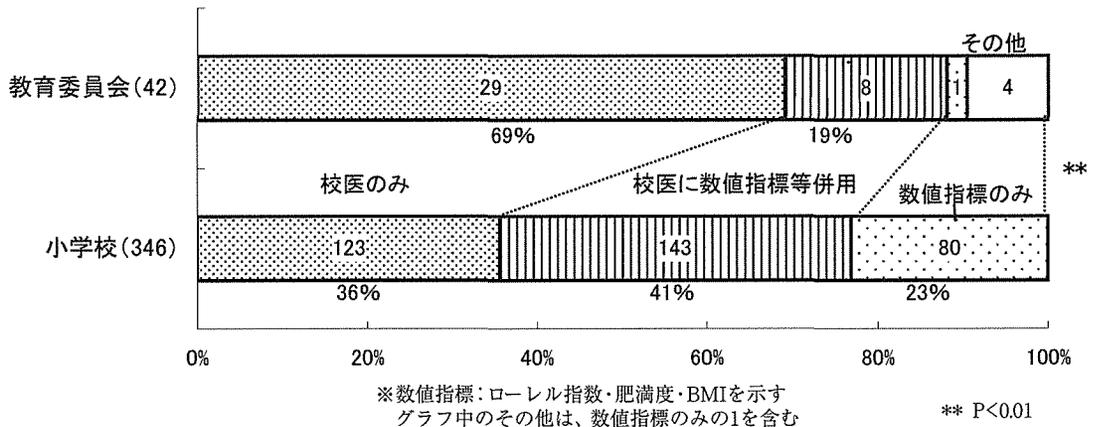


図 「肥満傾向」の判定方法 (タイプ別による)

表3 「ローレル指数による」肥満傾向判定基準の内訳

| ローレル指数      | 教育委員会<br>n = 6 | 小学校<br>n = 94 |          |
|-------------|----------------|---------------|----------|
| (1) 一律 (以上) | 200            | 1             | 76 80.9% |
|             | 190            | 1             |          |
|             | 180            | 2             |          |
|             | 170            | 3             |          |
|             | 165            | 1             |          |
|             | 160            | 60(63.8%)     |          |
|             | 157            | 0             |          |
|             | 150            | 3             |          |
|             | 145            | 2             |          |
|             | 無回答            | 1             |          |
| (2) 身長区分    | 0              | 12            | 12.8%    |
| 無回答         | 0              | 6             | 6.4%     |
| 計           | 6              | 94            | 100.0%   |

\*教育委員会の%は記載せず。以降の表についても同様

- (1) 一律：一律のローレル指数の基準値を利用している。
- (2) 身長によって肥満の判定基準を設けている。

委員会では、4県中2県が肥満度「20%以上」であった。小学校の回答では、肥満度「20%以上」(52.4%)が一番多く、「30%以上」(22.4%)、

「40%以上」、「50%以上」と続き、計9種類の基準値が記載されていた。肥満度の算出方法(表4-②)は、小学校では147校中55.8%が「性別・年齢別・身長別標準体重表」を、10.9%が「性別・身長別体重による肥満度早見表」を利用していた。その他として、「県作成の学校保健統計データ管理システム」、「日比式」、「村田式」等があげられていた。

「ローレル指数」「BMI」「肥満度」のいずれかを選んだ回答校(n=224)の内、各々の算出に使用しているパソコン・ソフト名の回答は約半数あり、その中では『えがお』(n=85)が多かった。

【I (補) 肥満傾向における判定方法及び判定基準の根拠】(小学校のみへの質問)について

各校で選択していた、肥満傾向の判定方法及び判定基準の採用根拠は、表5に示した様に、「都道府県教育委員会」の指示や、「地区・支部・ブロック単位(養護教諭部会)での申し合わせ」が多かったものの、「その他」を除くと、各カテゴリー選択割合はいずれも10~20%であった。「その他」の記述は「校医」に関連するもの(80校)、中でも、「校医に任せている」(57校)が多かった。

【II 肥満傾向の出現率】について

小学生の「肥満傾向」の出現率は、教育委員会の回答では、0.6~11.2%、小学校回答では

表4-① 「肥満度による」肥満傾向判定基準の内訳

| 肥満度<br>(+以上) | 教育委員会<br>n = 4 | 小学校<br>n = 147 |
|--------------|----------------|----------------|
| 50%          | 0              | 8              |
| 40%          |                | 10             |
| 35%          |                | 1              |
| 20~50%       |                | 2              |
| 30%          |                | 33 (22.4%)     |
| 25%          |                | 2              |
| 20%          | 2              | 77 (52.4%)     |
| 15~20%       | 1              | 0              |
| 16%          | 0              | 1              |
| 10%          |                | 2              |
| 無回答          | 1              | 11             |
| 計            | 4              | 147            |

表4-② 「肥満度」の算出方法

| 算出方法の種類                       | 教育委員会<br>n = 4 | 小学校<br>n = 147 |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| (1) 性別・身長別<br>体重による<br>肥満度早見表 | 0              | 16 10.9%       |
| (2) 性別・年齢別・身<br>長別標準体重表       |                | 82 55.8%       |
| (3) そ の 他                     | 4*             | 30 20.4%       |
| 無 回 答                         | 0              | 19 12.9%       |
| 計                             | 4              | 147 100.0%     |

\*教育委員会の (3)その他の内容は、「村田式」「日比式」「各校様々」「不明」

0~26.2%の幅があった。設問Iで、健康診断の肥満傾向について選んだ判定方法のカテゴリ別に出現率をクロス集計し、判定方法別に出現率の比較をした(表6)。

教育委員会回答の肥満傾向出現率(表6-①)の平均値は、3.6%であった。男女間で有意の差( $p < 0.05$ )がみられた。判定方法を「校医による」とした場合が一番低く3.4%、ローレル指数6.0%、肥満度8.0%と高くなる。

表5 「肥満傾向」における判定方法及び判定基準の根拠(複数回答)

|   |                             |     |        |
|---|-----------------------------|-----|--------|
| 1 | 都・道・府・県教育委員会                | 69  | 19.9%  |
| 2 | 市・町・村教育委員会                  | 50  | 14.5%  |
| 3 | 郡・市等の医師会・学校保健会              | 36  | 10.4%  |
| 4 | 地区・支部・ブロック単位(養護教諭部会)での申し合わせ | 68  | 19.7%  |
| 5 | 学校独自(養護教諭)の判断               | 52  | 15.0%  |
| 6 | そ の 他                       | 88  | 25.4%  |
|   | 無 回 答                       | 24  | 6.9%   |
|   | 計                           | 387 | 111.8% |

複数回答のため、計は100%を超えている。

一方、各小学校回答の全校児童の肥満傾向出現率は6.1%であり、教育委員会の回答と比較して高い( $p < 0.01$ )。同じく男女差( $p < 0.01$ )がみられた。例数の少ないBMIを除けば、低いものから順に、校医5.5%、ローレル指数6.3%、肥満度8.2%であった。特に肥満度適用は、校医、ローレル指数適用の平均値との間に有意差( $p < 0.01$ )があった。

ローレル指数(表3)及び肥満度(表4-①)判定基準の内、各々小学校でよく用いられていた上位2つのカテゴリー間で比較すると(表6-③)、ローレル指数については、一律160以上を選んだ場合の6.7%は、身長区分を用いた3.9%に対し高率( $p < 0.01$ )である。肥満度についても「20%以上」の10.0%は、「30%以上」の5.6%に対し高率であった( $p < 0.01$ )。

### 【Ⅲ 肥満傾向に関する意見(自由記述)】

教育委員会の回答では、「早急に肥満傾向を把握するための全国的統一指針を望む」等3件の記述があった。

一方、小学校対象調査では、151校、43.6%の回答率、計162件の内容があった(表7)。内容は肥満傾向の判定に関するものが137件と多く、これは、[校医による判定・診断に関する内容]と、[肥満(傾向)判定の指標に関連した内容]とに分けた。判定以外の内容は、[その他]とした。分類とその内容の要約は表7に

表6-① 教育委員会回答：判定方法別「肥満傾向」出現率

| 判定方法        | 男 % (n)      | 女 % (n)      | 全体 % (n)     |
|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 校医による     | 3.9±2.0 (31) | 2.7±1.4 (31) | 3.4±1.8 (34) |
| 2 ローレル指数による | 6.6±3.1 (5)  | 4.7±2.3 (5)  | 6.0±2.6 (6)  |
| 3 BMIによる    | (0)          | (0)          | (0)          |
| 4 肥満度による    | 9.3±2.6 (3)  | 6.8±2.7 (3)  | 8.0±2.2 (4)  |
| 全           | 4.2±2.4 (34) | 2.9±1.9 (34) | 3.6±2.2 (37) |

- ・ 数値は平均値±標準偏差を表す(表6-②, ③も同様).
- ・ 5その他は省く(表6-②も同様).

表6-② 小学校回答：判定方法別「肥満傾向」出現率

| 判定方法        | 男 % (n)       | 女 % (n)       | 全体 % (n)      | a  | b  |
|-------------|---------------|---------------|---------------|----|----|
| 1 校医による     | 6.3±5.9 (242) | 4.6±4.9 (242) | 5.5±5.1 (243) | ** | ** |
| 2 ローレル指数による | 7.2±5.4 (88)  | 5.3±4.4 (88)  | 6.3±4.6 (92)  |    |    |
| 3 BMIによる    | 6.4±5.9 (4)   | 3.8±3.2 (4)   | 5.1±4.1 (4)   |    |    |
| 4 肥満度による    | 9.3±5.5 (138) | 7.2±4.8 (138) | 8.2±4.8 (138) |    |    |
| 全           | 7.0±5.9 (317) | 5.1±5.0 (317) | 6.1±5.1 (321) |    |    |

- ・ 男女間に有意差 (p<0.01) あり (n=4を省く).
- ・ 検定結果は, 男女合わせた全体について示した. \*\* p<0.01, a: 2対比較の検定結果, b: F検定結果

表6-③ 小学校：ローレル指数及び肥満度基準値別「肥満傾向」出現率

| ローレル指数  | % (n)        |    | 肥満度 (+以上) | % (n)         |    |
|---------|--------------|----|-----------|---------------|----|
| 一律160以上 | 6.7±3.8 (59) | ** | 20%       | 10.0±4.0 (74) | ** |
| 身長区分    | 3.9±5.2 (12) |    | 30%       | 5.6±3.1 (29)  |    |
| 全       | 6.3±4.6 (92) |    | 全         | 8.2±4.8 (138) |    |

\*\* p<0.01

列記した。本文では、主として各カテゴリーの記述例を述べる。

[1] [校医による判定・診断に関する内容]

数値指標の内容を含む場合もあるが、「校医」のキーワードが入っているものとした。表に示した様に1)~3)の3つのグループに分けた。特に数が多かった2)について、(a)~(c)のカテゴリー別に「記述例」を以下記す。

(a) 「校医は、(肥満傾向は)健康診断で判定していない。今年度学校保健統計調査にあたったが0で提出した」

(b) ⑥の例「校医2人の判断が違う事があり、健康診断票には肥満度40%以上の児童も独自の判断で記入」、⑦「校医による肥満傾向の記載はない。保健室ではローレル指数で保健指導をする」

(c) 「診断は校医、学校により様々なので統一した方がよい」

[2] [肥満(傾向)判定の指標に関連した内容]

1) 個々の肥満(傾向)判定方法の現状「統計はローレル指数で、個別指導は肥満度を用いる」等、保健指導に用いる肥満(傾向)

表7 「肥満傾向」についての自由記述

|                                 |                                  |                  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------|--|
| 判定方法について<br>[1]<br>[2]<br>(137) | [1] 校医による判定・診断に関する内容(86)         | 1) 特に問題視していない(7) | ①「肥満傾向判定は校医による」であり、校医からの診断のみを健康診断票に記入……………(7)  |
|                                 | 2) 肥満傾向診断の状況とそれに対する批評・対策・意見等(68) |                  | (a) 校医による肥満傾向診断の現状……………(32)<br>②校医は肥満傾向について判定, 診断しない(7)<br>③校医は肥満傾向について判定しないが肥満傾向はある(6)<br>④校医, あるいは年度により肥満傾向の判断が異なる(8)<br>⑤校医の判定や肥満傾向に関する統計は疑問(11)<br>(b) 上記(a)のための対策を述べている……………(29)<br>⑥健康診断票に校医診断以外の独自の方法も用いている(4)<br>⑦健康診断票とは別に, 肥満度やローレル指数等による判定方法を肥満指導等に活用している(25)<br>(c) 判定に対する意見・要望……………(7)<br>⑧校医あるいは学校により, 肥満傾向の判定方法や基準が様々なので統一したらよい |
|                                 | 3) 工夫して判定(11)                    |                  | 肥満度やローレル指数を参考にしながら肥満傾向を判定(11)<br>⑨養護教諭が校医に肥満度あるいはローレル指数等の参考資料を用意する(6)<br>⑩校医は視診だけでなく, 肥満度やローレル指数等の数値による指標も用いて診断する(5)   |
| その他<br>[3]<br>(25)              | 1) 肥満の保健指導(14)                   |                  | ⑪保健指導や出現率の報告等に用いる数値指標による判定方法・基準を述べている  |
|                                 | 2) 出現率について(11)                   |                  | ⑫迷っている。あるいは問題点を述べている……………(14)<br>⑬判定方法を迷っている(8)<br>⑭判定方法にローレル指数を使用することの問題点を述べている(6)<br>(b) 情報が欲しい……………(10)<br>⑮よい判定方法や基準を知りたい(7)<br>⑯他の地域や他校の判定状況を知りたい(3)<br>(c) 判定に対する意見・要望……………(7)<br>⑰肥満(傾向)の指標となる判定方法や基準の統一が課題である  |

( )内の数値は, 該当件数を表す。

⑧の内4件は, ⑩と重複する内容であった。

の判定方法について現状を述べていた。

2) 適切な肥満（傾向）の指標となる判定方法や基準について

- (a) ⑫「判定をローレル指数か肥満度にするかで毎年迷う」
- (b) ⑭「よい判定方法や基準を知りたい」、  
⑮「他の地域や他校の肥満（傾向）判定の状況を知りたい」
- (c) 「判定方法・基準がいろいろあると比較できない」

[3] [その他] は、「肥満について理解が得られない、肥満指導を受け入れない」等、肥満の保健指導に関するものが多かった。

## 考 察

### [I 肥満傾向の判定方法及び判定基準] について

定期健康診断の肥満傾向判定方法は、都道府県教育委員会では「指示をしていない」を除けばほとんどが「校医による」である事、「ローレル指数」、「肥満度」の使用もあったが、1例以外は「校医による」との併用である事が明らかとなった。学校保健法施行規則（以下“施行規則”）には、「肥満傾向については校医が視診や触診により検査し、総合的に判定するが、ローレル指数や肥満度をその判定の参考としてよいこと」<sup>18,26)</sup>とされている。指導の立場の教育委員会では、これに忠実に指示を出したものと考えられる。

一方、小学校の現場では、「肥満度」は42.5%、「ローレル指数」は27.2%の学校で使われており、数値指標による判定も多く活用されている事、肥満度はローレル指数より約1.6倍多く用いられている事が明らかになった。本邦では、学童にはローレル指数が汎用されていた<sup>12,20,27)</sup>が、医療では小児肥満の判定には肥満度が用いられており<sup>2,28)</sup>、それと共に学校現場でも肥満度が多く使われるようになったのであろう。教育委員会、小学校いずれにおいても、BMIがほとんど使われていなかったのは、小児については肥満の基準がない<sup>2,28,29)</sup>事、施行規則にBMIその

ものの記載がない事によると思われる。

「校医による」判定は小学校でも76.9%と多かったが、その内半数以上は肥満度やローレル指数も用いており、数値指標を校医判定に併用している場合が多い事がわかった。使われている判定方法は組み合わせにより11種類にも上ったが、校医と数値指標とに分けてみた結果、「校医」のみによる（36%）、「校医に数値指標併用」（41%）、「数値指標」のみによる（23%）判定の、3つのタイプにまとめる事ができた。実践現場でのこの状況は、指示を出す教育委員会の、「校医」のみによる（69%）、「校医に数値指標併用」（19%）とではくい違いがある事が明らかになった。

現場で数値指標が多く用いられている背景には、「意見」の中の自由記述にもあった様に、「校医によっては肥満について指摘がない」、「校医、年度により判断がまちまちである」ため、数値指標で代替している場合の他、「（地域内の養護教諭の中で）申し合わせにより数値指標を使っている」場合もあるためと思われる。実践の場では、校医のみの視診や触診には任せられない事を意味しているとも受け取れる。一方、校医と数値指標併用タイプの中には、「校医は養護教諭と協力して数値指標のデータを参考に肥満傾向を診断している」という自由記述にみられる様に、望ましい形で実施している場合もあると考えられる。しかし、いずれにしても、施行規則に、「ローレル指数や肥満度を参考にしよ」と補足した事で、上で述べた様に判定方法は多岐にわたり却って複雑化したものと考えられる。

各判定方法による「肥満傾向」の判定基準について以下述べる。

教育委員会、小学校いずれも「ローレル指数による」と回答した内の2/3が「160以上」の基準を用いていたものの、小学校では「身長区分を利用」した判定基準の使用が10%を越えており、あげられた基準は計9種類にも及んでいた。ローレル指数は「160以上」が肥満の基準として慣例的に用いられており<sup>1,22,23,30,31)</sup>、この

基準が多いのは当然の事と考えられるが、「身体発育と共にローレル指数も変化するため、身長区分を利用したローレル指数の方が妥当」<sup>5,20-22)</sup>とされている事や、パソコンとそのソフトが普及し始めている事もあり、身長区分を利用した基準を採用している学校もあると考えられる。しかし、ローレル指数には肥満の明確な基準はない<sup>15,23)</sup>のが現状である。

「肥満度による」を選んだ教育委員会、小学校いずれも約半数が「20%以上」を基準としていたが、小学校の現場では「30%以上」、「40%以上」、「50%以上」も相当数あげられ、計9種類に及ぶ基準を採用している事がわかった。20%以上が学童肥満の基準<sup>20,29,32)</sup>といわれているが、古くは「+20%以上を肥満、+40%以上を高度肥満」<sup>23)</sup>、さらに最近では「20-30%が軽度、30-50%が中等度、50%以上が高度肥満」<sup>2,6,15,17,29,33,34)</sup>と分けられており、今回のように様々な数値基準があげられた一因と思われる。肥満度の算出に用いる標準体重は、半数以上が「性別・年齢別・身長別」体重を使っていたものの、約10%は「性別・身長別」体重を利用していた他、「学校保健統計データ管理システム」、「日比式」、「村田式」等、パソコンを利用した方法で算出している。この中で、「日比式」とは「性別・身長別」<sup>23)</sup>、「村田式」とは「性別・年齢別・身長別」標準体重<sup>5,34)</sup>を使った肥満度を指しており、最近では後者がよく利用されている<sup>29)</sup>。前述した結果もこれと矛盾しない。学校保健統計調査報告書<sup>19)</sup>の“肥満傾向児”には、性別・年齢別・身長別‘平均体重の120%以上’の出現率が記載されている。一方、健康日本21では、「2010年までに児童・生徒の肥満児を現状の10.7%から7%以下に」<sup>35)</sup>を目標としているが、この中の“肥満児”は「日比式による標準体重の20%以上」を指している。また、「肥満・肥満症の指導マニュアル第2版」<sup>6)</sup>における肥満度算出には学童男女共通の身長別標準体重が用いられており、三者とも少しずつ異なっている。肥満度による方法は、基準値の問題に加え、どの算出方法を用いるかという点で、さら

に複雑となっている様である。

パソコン・ソフトとして多く使われていた『えがお』<sup>36)</sup>は、個々の体重、身長等の数値を入れれば、ローレル指数、BMI、肥満度（日比式、村田式等）全てが出てくるようになっており、一見便利であるが、いずれが重要というコメントや基準値は示されていない。

施行規則に「ローレル指数、肥満度を参考にすること」と書かれていても、その基準については触れていない事も今回の結果で示された様に種々の基準が用いられた要因の一つと考えられる。

各小学校で選択していた「肥満傾向の判定方法及び判定基準」の採用根拠は、「都道府県教育委員会」の指示は20%程度であり、「地区・支部・ブロック単位（養護教諭部会）での申し合わせ」等の他にも、「その他」が約25%ある等、根拠も様々である事がわかった。肥満傾向の判定方法の根拠が、都道府県教育委員会の指示に限られたものではない事が、学校現場と教育委員会での判定方法に違いが見られた事に関連していると思われる。また、「その他」の記述の中では、「校医に任せている」が多く、特に何を根拠にするでもなく、漫然と校医に任せている場合もある事が明らかになった。

## 【II 肥満傾向の出現率】について

教育委員会回答による管轄地域内での小学校の「肥満傾向」出現率は0.6~11.2%、現場の小学校では0~26.2%の幅があり、いずれにも回答に大きなばらつきがみられた。これは、肥満出現の地域差、学校差の他にも、以下で述べる様に、種々の判定方法・基準が採用されている事が一因と考えられた。

同一判定方法でも基準が異なると、判定方法別の肥満度出現率を厳密に出す事には無理があるが、大まかな目安としてみた結果、当然の事ではあるが、判定方法により出現率に違いが生じている事が確認できた。

小学生肥満傾向出現率は、教育委員会、小学校、各々3.6%、6.1%であり、いずれも「学校保健統計調査」による平成14年度の全国の肥満

傾向2.6%<sup>19)</sup>よりも高い。これは、自由記述「指定統計に当たった時や県教委に報告する時は校医による判定結果を記載するが、肥満指導には数値指標を使う」にもあった様に、今回の回答には、校医判定よりも高い率となる数値指標に基づく出現率を記載している場合が多く混在しているためと推測される。これは、小学校回答による出現率が教育委員会に比較して高い事にも関連している、と考えられる。

判定方法別出現率の中では、「校医による」場合の出現率が、上で述べたと同じ理由で数値指標によるものが混在している可能性がある。一方、「ローレル指数」あるいは「肥満度による」を選択した場合は、当該の各方法による出現率をほぼ反映していると考えられる。男女で2%前後の違いはあるが、全体的にみると、教育委員会、学校現場共に、ローレル指数を選んだ場合は約6%、肥満度は約8%であった。指標によるこの違いは、「肥満度20%の方がローレル指数160以上よりも肥満の率は高く出る」という今までの他のデータ<sup>27-30)</sup>と矛盾しない。

ローレル指数について判定基準別に肥満傾向出現率をみると、一律「160以上」の場合の6.7%は、身長区分を用いた場合に比較し1.7倍の高率である。同様に、肥満度についても20%以上を用いた場合の10.0%は、30%以上を適用した場合の1.8倍となっており、大きな差があった。今回の結果を待つまでもなく当然の事ではあるが、基準の違いは、判定方法により違いがある事と同様に、出現率に大きな影響を与えている事がわかった。

### Ⅲ 自由記述[肥満傾向に関する意見]について

自由記述では、肥満傾向の判定に関するものが小学校では162件の内85.1%と高率であり、判定方法について関心が深い事をうかがわせる。

[校医による判定・診断に関連した内容]の中では、“肥満傾向診断の状況とそれに対する批評・対策・意見等”に関する内容は全件数の中でも42.0%と多かった。これは、校医による肥満傾向の診断のあり方について改善の余地がある事を示唆していると思われる。一方、「校

医は養護教諭と協力し各児童のローレル指数や肥満度のデータを参考に判定している」等、“肥満判定を工夫している”というものもみられた。これは、施行規則の意図に沿った最も望ましい形であると考えられるが、未だ少数である。今後、医療と教育行政の共通理解の元に、現場での校医と養護教諭が連携し肥満判定を実施していく事が不可欠であると思われる。

[肥満(傾向)判定の指標に関連した内容]は大きく2種類にわけられた。一つは、「(肥満傾向の)統計はローレル指数で出している。個別指導は肥満度を活用している」等、使用している肥満の指標について現状を述べたものであるが、効率も悪く矛盾がある事がわかる。もう一つは、「適切な判定方法や基準について情報がほしい」「ローレル指数か、肥満度かで毎年迷う。とても興味深い調査です」等、肥満の指標に何を使ったらよいか困っている状況を表しているものであった。いずれにしても、現場では適切な肥満の指標が明示される事を望んでいるものと思われる。

以上の問題は、小学校の記述「養護教諭部会ではいつも話題に出る。校医の判定はまちまちだし、ローレル指数、BMI、肥満度のいずれを使うかも決められず、毎年各学校の判断になってしまう」や、教育委員会の意見「早急に肥満傾向を把握するための全国的統一指針を望む」に集約される、と考えられる。

自由記述をまとめると、肥満傾向判定について、1. 健康診断における校医の判定に関する事、2. 適切な肥満の指標に関する事、の二つ、加えて、肥満の保健指導に関する事の三点が、現在の学校保健における肥満に関する問題点として浮かび上がった。三つ目の保健指導については、本論文の主旨ではないのでこれ以上言及しないが、今後検討すべき課題であろう。

### [Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ]を通じて

今回の結果により、学校での健康診断における「肥満傾向」の判定方法は、種々様々である事が明らかとなった。また、校医による診断・判定も個々により異なる等の問題もある事がわ

かった。解決案の一つとして、例えば近視の健康診断が視力測定結果を用いている様に、肥満傾向も、身長・体重から算出される肥満指標の評価を用いて判定する事が考えられる。校医や担当者による判断の違いもなくなり、かつ、健康診断のスクリーニングの意味から考えても妥当ではないだろうか。ただ、体格指数のみの肥満判定は誤った判定がある事も知られており、その際は医師による視診や触診または皮脂厚の測定が参考となる<sup>7)</sup>ため、校医の関与は不可欠と考えられる。しかし、これ以上判定方法が複雑にならない様な工夫が必要であり、今後の検討課題といえよう。

肥満指標の評価を用いて判定する場合、どの指標を用いるかは、根本的な解決に向けてのもう一つの大きな課題である事は今回の結果からも明らかである。2002年に出された小児適正体格検討委員会提言による小児肥満症の判定基準<sup>2)</sup>では、「18歳未満の小児で肥満度が20%以上、かつ有意に体脂肪率が増加した状態」とされている。この事より、小児肥満のスクリーニングとしては、肥満度20%以上が肥満（傾向）として当分の間は採用されるのではないかと推定される。しかし、乳幼児（カウプ指数）や成人にはBMIが使われている<sup>40)</sup>事、欧米では小児にも基準値が設けられ<sup>41,42)</sup>、国際的標準指標として小児肥満の判定にもBMIが用いられている<sup>2,28,29)</sup>事から、本邦でも基準値が設定されれば、将来的には小児にもBMIが適用されると推測される。

## 結 論

全国の、47都道府県教育委員会と470小学校を対象とし、小学校の定期健康診断における「肥満傾向」判定についてアンケート調査を行った。42教育委員会（89.4%）及び346小学校（73.6%）から回答があり、以下の結果が得られた。

1. 肥満傾向の判定方法については、教育委員会では、「校医による」指示が88.1%であった。「ローレル指数による」（14.3%）、「肥満度による」（9.5%）もあったが、そのほとん

どが「校医による」との重複回答であった。

「BMIによる」の回答はなかった。

2. 小学校の回答では、「校医による」判定は76.9%、「ローレル指数による」が27.2%、「肥満度による」が42.5%であった。「BMIによる」（1.2%）は少なかった。
3. 上記回答を「校医」と「数値指標（肥満度やローレル指数等）」とに分けてみると、小学校では、「校医」のみによる（36%）、「校医に数値指標併用」（41%）、「数値指標」のみによる（23%）の3つのタイプに大別できた。これは、教育委員会の、「校医」のみによる（69%）、「校医に数値指標併用」（19%）との間に差がみられた。
4. ローレル指数を用いている学校の判定基準は、「160以上」（63.8%）が多かったが、「身長区分を利用した基準」（12.8%）もあり、計9種類の基準が使用されていた。
5. 肥満度を用いている学校の判定基準は、「20%以上」（52.4%）の他に「30%以上」も22.4%あり、計9種類に及んでいた。肥満度算出に用いる標準体重は、多くが「性別・年齢別・身長別」であったが、「性別・身長別」によるものもみられた。
6. 自由記述では、肥満傾向の判定に関して、「健康診断における校医による判定・診断の問題」、「適切な肥満の指標とその基準についての問題」の2点がクローズアップされた。健康診断結果を肥満予防・指導に有効に用いるためにも、判定・基準は統一されるべき課題と考えられる。

本論文の一部は第50回日本学校保健学会（2003年）において発表した。

## 謝 辞

本研究のアンケート調査に関しまして、快くご協力いただきました都道府県教育委員会の学校保健担当の先生方、全国の小学校の校長先生、養護教諭の先生方に深く感謝いたします。

## 参考文献

- 1) 大国真彦：子どもの生活習慣病—今日からできる予防法—子どもの肥満—, 48-66, 芽ばえ社, 東京, 1999
- 2) 朝山光太郎, 村田光範, 大関武彦ほか：小児肥満症の判定基準—小児適正体格検討委員会よりの提言, 肥満研究, 8 : 204-211, 2002
- 3) 佐藤祐造：ヘルスライブラリー—子どもの肥満, 21-66, ぎょうせい, 東京, 1998
- 4) 衣笠昭彦：乳児肥満, 幼児肥満, 学童肥満, 思春期肥満, 小児科診療, 58 : 1919-1925, 1995
- 5) 村田光範, 山崎公恵：こどもの肥満, 日本小児医事出版社, 1-27, 1999
- 6) 日本肥満学会編修委員会編：肥満・肥満症の指導マニュアル〈第2版〉, 医歯薬出版, 46-54, 160-173, 東京, 2001
- 7) 岡田知雄：肥満, (編著 大国真彦, 小池麒一郎), 学校医マニュアル, 339-350, 文光堂, 東京, 2000
- 8) 松田岩男, 石河利寛：肥満児の諸問題, 保健の科学, 10 : 527-531, 1968
- 9) 衣笠紀玖子, 衣笠昭彦, 澤田淳：幼児肥満の治療効果とその後の経過, 小児保健研究, 53 : 46-53, 1994
- 10) 衣笠昭彦, 楠智一：肥満, (村田光範, 馬場一雄, 小林登編), 小児科MOOK47—小児成人病, 30-40, 金原出版, 1987
- 11) 田原靖昭：小学生・中学生・高校生の肥満度—身体組成とBMI・皮下脂肪厚との関係より—, 保健の科学, 37 : 525-530, 1995
- 12) 池田義雄, 阪本要一：肥満とは, 保健の科学, 44 : 404-407, 2002
- 13) 大見広規, 伊藤善也, 鈴木直己, 奥野晃正：小児期肥満の縦断的調査—北海道旭川市における幼児期と学童期の肥満度推移—, 小児保健研究, 54 : 740-746, 1995
- 14) 中佳久, 小谷裕実：近畿地方における知的障害児の肥満実態調査および肥満指導に関する一考察—第1報—, 小児保健研究, 62 : 17-25, 2003
- 15) 森田憲導, 岡田桂子：肥満児とやせ児, ぎょうせい, 1983
- 16) 高石昌弘：肥満児の集団的対応と個別的対応, (楠智一, 馬場一雄, 小林登編), 小児科MOOK 24—肥満児, 244-253, 金原出版, 1982
- 17) 楠智一：肥満児をめぐる諸問題, 最新醫學, 38 : 301-307, 1983
- 18) 国崎弘著：学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行及び今後の学校における健康診断の取扱いについて, 学校保健実務必携(第七次改訂版), 付録62-65, 東京, 2003
- 19) 文部科学省：学校保健統計調査報告書(肥満傾向児の出現率, 年齢別 疾病・異常被患率), 財務省印刷局, 東京, 2003
- 20) 松岡弘：増補—肥満児—その心理と指導, 14-28, 帝国地方行政学会, 東京, 1974
- 21) 高石昌弘：肥満児の判定基準について, 健康教室, 208 : 11-18, 1968
- 22) 船川幡夫, 高石昌弘, 藤村京子：いわゆる肥満児に関する研究(第2報) ローレル指数をもとにした判別基準について, 学校保健研究, 11 : 565-567, 1969
- 23) 日比逸郎：肥満児, 創元社, 大阪, 1974
- 24) 川喜田二郎：続・発想法—KJ法の展開と応用, 中央公論新書, 東京, 1970
- 25) 日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書, 144, 東京, 2002
- 26) 日本学校保健会編—文部省体育局学校健康教育課監修：第1章—健康診断(4)栄養状態, 23-24, 児童生徒の健康診断マニュアル, 第一法規, 東京, 1995
- 27) 戸部秀之, 田中茂穂：日本における身体組成・肥満研究—最近10年間の動向, 学校保健研究, 35 : 178-184, 1993
- 28) 大関武彦：小児肥満の判定と健康障害—新たな小児肥満症マニュアル作成に向けて, 肥満研究, 8 : 146-149, 2002
- 29) 大関武彦：小児期の肥満・過体重の判定—本邦および各国の現状と今後の展望—, 肥満研究, 7 : 21-26, 2001
- 30) 石河利寛：肥満児の保健指導, 保健の科学,

- 9 : 349-353, 1967
- 31) 石河利寛, 池田紀子, 遠藤ちえ: 肥満児の生  
態と対策, 体育の科学, 17 : 76-78, 1967
- 32) 日比逸郎: 小児肥満症とその臨床, 8-20, 金  
原出版, 東京, 1967
- 33) 楠智一: E. 小児肥満の治療, (垂井清一郎,  
松沢佑次編), 肥満—基礎と臨床—, 268-276,  
医薬ジャーナル社, 東京, 1985
- 34) 村田光範: 小児の肥満, 3-8, 医歯薬出版,  
東京, 1980
- 35) 健康・体力づくり事業財団: めざせ「健康日  
本21」みんなでスタート, 1-18
- 36) スズキ教材ソフト: えがお for Win 説明書
- 37) 木田和幸, 西沢義子, 孫光, 木村有子, 三田  
禮造: BIA法による小学生の体脂肪率—従来法  
との比較検討—, 学校保健研究, 36 : 417-422,  
1994
- 38) 岡安多香子, 大和田ゆかり, 土井芳美, 萩野  
悦子, 西川武志, 荒島真一郎: 近赤外線法小児  
用体脂肪計を用いた小・中学生の体脂肪率およ  
び肥満の評価, 学校保健研究, 39 : 200-205,  
1997
- 39) 岩永則子, 佐藤美和, 土井芳美, 西川武志,  
荒島真一郎, 岡安多香子: 学齢期の小児におけ  
る仰臥位手足間インピーダンス法と近赤外線法  
による体脂肪率の検討, 学校保健研究, 44 : 56-  
71, 2002
- 40) 松澤祐次, 井上修二, 池田義雄ほか: 新しい  
肥満の判定と肥満症の判定基準, 肥満研究,  
6 : 18-28, 2000
- 41) Kuczmariski, RJ., Ogden, CL., Guo, SS., et al. :  
2000 CDC Growth Charts for the United States:  
methods and development. *Vital Health Stat.*  
246 : 111-190, 2002
- 42) Cole, TJ., Bellizzi, MC., Flegal, KM. and Dietz,  
WH. : Establishing a standard definition for  
child overweight and obesity worldwide : inter-  
national survey. *BMJ.* 320 : 1240-1243, 2000
- (受付 04. 02. 28 受理 04. 06. 03)  
連絡先: 〒700-8530 岡山市津島中3丁目1-1  
岡山大学教育学部 (小出)

資料 アンケート調査回答用紙

都・道・府・県  
 小学校 (差し支えなければご記入ください)

|                |    |
|----------------|----|
| 学校規模           | ○印 |
| 小規模 ( ~399人)   |    |
| 中規模 (400~699人) |    |
| 大規模 (700人~ )   |    |

“別添資料の表. 定期健康診断「栄養状態」(児童生徒健康診断票④に該当)の中の「肥満傾向」についてお尋ねします。

I. 貴小学校では、定期健康診断の「栄養状態」の中の「肥満傾向」について、どのような判定方法及び判定基準で出されていますか。あるいはどのような方法で実施されていますか。以下該当するものの番号を○で囲み、( )内にご記入ください。(複数回答可)

- 1 校医による…学校医から肥満傾向と判定された者
- 2 ローレル指数による⇒2に○をつけた場合、以下の該当するものを○で囲んでください。
  - (1) ローレル指数(一律 )以上
  - (2) 下の表のような身長区分を利用している

|         |         |         |       |
|---------|---------|---------|-------|
| 身長 (cm) | 110~129 | 130~149 | 150~  |
| ローレル指数  | 180以上   | 170以上   | 160以上 |

- 3 BMIによる… ( )以上
- 4 肥満度(身長別標準体重比による)… (+ % )以上

↓

4に○をつけた場合、以下の算出方法の中で該当するものを○で囲んでください。

- (1) 「性別・身長別体重による肥満度早見表」
- (2) 「性別・年齢別・身長別標準体重表」
- (3) その他 ( )

※上記の2~4に○をつけられた方で、パソコンソフトを用いている場合は、ソフト名もご記入ください。  
 ( )

I (補). 上記「肥満傾向」における判定方法及び判定基準は、何をもとにされていますか。該当するものを○で囲んでください。

- 1 都・道・府・県教育委員会
  - 2 市・町・村教育委員会
  - 3 郡・市等の医師会・学校保健会
  - 4 地区・支部・ブロック単位(養護教諭部会)での申し合わせ
  - 5 学校独自(養護教諭)の判断
  - 6 その他(具体的にご記入ください。)
- ( )

II. 貴小学校の“平成14年度「肥満傾向」の出現率”について枠内にご記入ください。

|       |   |   |     |     |     |     |     |     |
|-------|---|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 小 学 校 |   |   | 1 年 | 2 年 | 3 年 | 4 年 | 5 年 | 6 年 |
| 全 体   | 男 | % | %   | %   | %   | %   | %   | %   |
|       | 女 | % | %   | %   | %   | %   | %   | %   |

III. 意見等ありましたらお書きください。

IV. 結果の送付を希望されますか。いずれかを○で囲んでください。

- 1 はい (※はの場合は、上記の学校名を明記してください。)
- 2 いいえ

報 告

救急蘇生といのちについての意識  
—小学校6年生の調査から—

木 村 千代子\*<sup>1</sup>, 水 木 暢 子\*<sup>1</sup>, 山 口 かおる\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup>秋田桂城短期大学看護学科

\*<sup>2</sup>秋田桂城短期大学人間福祉学科

Recognition of the Importance of Emergency Resuscitation and Life :  
From the Investigation into a Group of Elementary School Sixth Graders

Chiyyoko Kimura\*<sup>1</sup> Nobuko Mizuki\*<sup>1</sup> Kaoru Yamaguchi\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> *Nursing Subject, Akita Keijyo Junior College.*

\*<sup>2</sup> *Human welfare Subject, Akita Keijyo Junior College*

The investigation into the recognition of the importance of life was carried out on a group of elementary school sixth graders who had taken lessons on emergency resuscitation, the purpose of the investigation was to seek the feasibility of early education and find out the importance of the education. Alloted time on lessons of specific aspects of the emergency resuscitation is varied among elementary schools, and the differences were found in the items in the process. It seems that they hesitate to perform emergency resuscitation for fear that "failure might be life-threatening". It is considered that the education on emergency resuscitation will be learned by primary school children when they are provided enough motivation and proper training in step according to their knowledge and physical strength.

Most of the pupils also replied that a life is important because of its finiteness. Not only acquiring knowledge and technique, but also formation of the ethical perspective is one of the major purposes in the course of education on emergency resuscitation.

They have acquired the concept of life through the growth of plants or animals they kept, or through the death of their relatives or neighbors. Accordingly, the learning environment was offered not only in school situation but also in family relationship. Learning through experience at home or in community are as important as school education, by which we can teach our pupils how precious our lives are, and how we can save our lives.

---

Key words : emergency resuscitation, importance of life, ethical perspective, school lessons, home.

救急蘇生法, いのちの大切さ, 倫理観, 学校教育, 家庭.

---

I. 緒 言

わが国において, 救急車の平均現場到着までの所要時間は全国平均6.1分である。救命率を向上させるために, 現場に居合わせた人(バイ

スタンダー)による適切な応急手当が大きな救命効果につながるといわれており, 一次救命処置の重要性が指摘されている。

現在, 救急蘇生の普及活動は, 学校教育, 自動車学校, 地域等社会的に取り組まれているが,

全国的に講習の受講率は低く、また受講した人がその後心肺蘇生を行うことについてためらいがあること<sup>1)</sup>が報告されている。これは我々の調査<sup>2)3)</sup>においても同様の結果が得られている。

土屋らは、ごく短時間の講習会でも知識や技術の習得は可能であるが、それぞれの人格がかかわるような道徳意識の改革は難しい<sup>4)</sup>と心肺蘇生講習の限界について述べている。我々はこれまでの調査から、小学校からの一貫した教育の中で心肺蘇生法とともに、生命倫理に基づくいのちの大切さを継続的に教授する必要性を感じた。

学校教育においては、中学校の学習指導要領<sup>5)</sup>の保健体育の中で〔保健分野〕2内容(3)イ「応急手当を適切に行うこと」が示されており、3内容の取り扱いとして「包帯法、止血法、人工呼吸法など」が含まれている。また高等学校の学習指導要領<sup>6)</sup>においても保健体育の中に第2保健、2内容(1)オに「応急手当」の項目があり、「心肺蘇生法などの応急手当を行うこと」と記されている。しかし小学校の指導要領<sup>7)</sup>には、体育の中でG「けがの防止」については記されているが、「人工呼吸法」や「心肺蘇生法」については記されていないため、救急蘇生の講習を受講している小学生は少ないのではないかと思われる。

そこで、我々は救急蘇生の実施は、いのちの大切さを考えるとき動機づけになるのではないかと考え、救急蘇生の講習を受講した小学6年生の意識調査を行い、救急蘇生についての早期教育の可能性と教育の意義について検討したので報告する。

## II. 研究方法

### 1. 対象及び調査方法

#### 1) A小学校

平成14年8月9日、A県立「青少年自然の家」で親子レクリエーションの一つとして救急蘇生の講義と実技の講習を受けた、O市立A小学校6年生の児童43名に自記式質問紙を作成し、救急蘇生の講習会終了後、アンケート調査を行っ

た。事前に引率教員の了承を得、研究目的、アンケートの記入方法を説明し、保護者、児童の同意が得られたものに無記名で記入してもらいその場で回収した。回収率は100%であった。

#### 2) B小学校

平成13年7月、小学校5年生のとき親子レクリエーションの一つとして小学校で救急蘇生の講義と実技の講習を受けたことがあるO市立B小学校6年生の児童32名を対象に、A小学校と同様のアンケート用紙を郵送にて配布し、記入後返送してもらった。事前にB小学校長、養護教諭、学級担任に研究目的を説明し了承を得、学級担任の指導のもとに同意が得られた児童に無記名で記入してもらった。尚、調査期間は平成14年11月8日～平成14年11月15日までとした。回収率は100%であった。

## 2. 主な調査内容

### 1) 対象の属性

年齢、学年、性別、家族構成

### 2) 救急蘇生講習について

これまでの受講の有無、受講場所、「救急蘇生法のしかたを知っているか」またその「内容」、今後の受講意思、訓練開始時期。

ただし救急蘇生の具体的「内容」については、主に心肺蘇生法の手順を参考にした。「意識があるか確かめる」「救急車を呼ぶ」「気道確保をする」「人工呼吸を行う」「心臓マッサージを行う」「その他」とし複数回答とした。また訓練開始時期についても「幼稚園または保育園」から「大学」までの校(園)種別、および「その他」とした。また「小学校」と回答があった場合、学年を記入してもらった。

### 3) 救急救命時における選択といのちについて

「友達が溺れたとき、進んで救助活動ができるか」また「できない」「わからない」と答えた場合は、その理由を自由記載してもらった。

### 4) いのちについての学習背景

① 動植物の飼育や栽培の経験とその種類(名前)、「動物の死に出会ったことがあるか」「人間の死に出会ったことがあるか」、および「その時の気持ち」とした。

動植物の名前は自由記載とした。「その時の気持ち」については、「悲しくなった」「かわいそうになった」「怖いと思った」「死について考えた」「時期がくれば死ぬと思った」「その他」とし、その中から複数回答とした。

- ② 「いのちは大切だと思うか」およびその理由、「自分のいのちについて考えことはあるか」「いのちの大切さについて授業で聞いた話し合ったりするか」またその「授業科目名」を回答してもらった。

「いのちの大切さ」についての理由は、自由記載とした。また授業科目名については、「算数」「音楽」「図画工作」「家庭」以外、および「その他」から選択し複数回答とした。

### 5) いのちについての学習環境

「テレビドラマ等で死の場面を見るほうか」「事件・事故等のニュースに関心があるか」「家族や友人を大切に思っているか」「まわりの人の手助けをしたいと思うか」「家庭で生や死を話題にする時があるか」また「どのような時」かについて質問した。これらの設問は、「はい」「いいえ」「わからない」の選択とし、家庭で「どのような時」話題にするかは、自由記載とした。

### 3. 分析方法

未記入や明らかな誤記入は除外し、各設問ごとに集計した。統計処理はSPSS for Windows 11.0Jを用い、性別や家族構成等の属性による回答の有意差についてはpearsonの $\chi^2$ 検定を行い、有意水準5%未満を有意差ありとした。

また「いのちの大切さ」についての回答内容に関しては、長野における「生命誕生の神秘性」「生命の連続性」「その人間の独自性」「一回性」の4つの観点<sup>9)</sup>に沿って整理し内容を分析した。「生命誕生の神秘性」とは、受精により「選ばれるに選ばれてきた命」であり、「授かった命」であるということ。「生命の連続性」とは、「自分という存在が、実は多くの中から受け継いできている今」であり、「今度は子供たちに伝わっていく連続性でもある」という「生命の流れ」である。「その人間の独自性」とは、「人は皆違

うし、違って当たり前」であり、「かけがえのないあなた」であるという認識。「一回性」とは、「その人自身は有限」であり「長い人生の中の、一区間を生きて死ぬ」という意味である。

## Ⅲ. 結果及び考察

### 1. 対象の属性

対象は、A小学校6年生43名、B小学校6年生32名、合計75名である。性別は、男子児童37名、女子児童38名である。平均年齢は、11.56歳である(表1)。

家族構成は、単家族(父または母のどちらか一方に子どもが加わった家族)、核家族(夫婦と子どもだけの二世世代家族)、三世代同居家族(夫婦または父・母のどちらか、子どもに祖父母の一方または両方、伯父、曾祖母などとの同居を含む)の3つに分類し、割合を示した。三世代同居家族が39名(52.7%)と最も多く、核家族は31名(41.9%)であり、単家族は4名(5.4%)であった(表1)。

### 2. 救急蘇生講習と早期教育の可能性について

A・B小学校の過去に救急蘇生の講習を受けたことがある児童は、39名(52.0%)であり、受けたことがない児童は36名(48.0%)であった。A小学校の児童は、今回親子レクリエーションに参加し、初めて受講した児童が多く、過去に受講したことがあると答えた児童は10名(23.3%)であった。B小学校の児童は、5年生の時受講しており、29名(90.6%)が受講し

表1 対象の属性

| 項目         | 内 訳     | 人 数 (%)   |
|------------|---------|-----------|
| 小学校N = 75  | A 小     | 43 (57.3) |
|            | B 小     | 32 (42.7) |
| 性別N = 75   | 男 子     | 37 (49.3) |
|            | 女 子     | 38 (50.7) |
| 家族構成N = 74 | 単家族     | 4 ( 5.4)  |
|            | 核家族     | 31 (41.9) |
|            | 3世代同居家族 | 39 (52.7) |

たことがあると答えていた。A・B小学校の児童たちの救急蘇生受講場所として、小学校が最も多く、他にボーイスカウトなどであった。

救急蘇生法のしかたについて知っていると思えたのは56名(78.9%)であり、知らないと思えたのが15名(21.1%)であった。A小学校の児童は、受講直後であったため32名(78.0%)が知っていると思えていた。これに対してB小学校の児童は、5年生の時すでに90.6%が救急蘇生の講習を受けているが、救急蘇生法のしかたについて知っていると思えた児童は、24名(80.0%)であった。

救急蘇生の具体的な内容としては表2に示す通りであり、「人工呼吸」が54名(96.4%)と最も多く、いずれの小学校の児童においても強く印象に残る項目となっていた。他の項目においても80%以上が知っていると思えていた。中には「循環サイン」などと正確に答えている児童もいた。A小学校の児童は、今回受講直後であったため、大部分の項目が90%前後であったが、「心臓マッサージ」が75%と幾分低かった。B小学校においては、「意識の確認」と「人工呼吸」は100%であったが、「救急車をよぶ」は70.8%と低く、項目によって差がみられた。B小学校の児童は、5年生の時受講しており本調査期間より1年以上経過しているため行ったことを忘れてしまったか、または印象に残っていなかったためと思われる。円山は、心肺蘇生法受講後、2週間で手技などを忘れはじめ、1～2年経つとほとんど忘れていて<sup>9)</sup>と述べてお

り、時期がすぎれば忘れてしまうことは容易に推測できる。

今回の調査において、小学校間で救急蘇生の受講時期が異なるため、時間的経過により児童の具体的内容の項目に差がみられた。

今後の受講意思については、「はい」が22名(30.1%)、「いいえ」が15名(20.5%)であり、「わからない」が36名(49.3%)で最も多かった。また救急蘇生の訓練開始時期については、表3に示す通りであり、小学校3・4年生と答えていた児童が33名(44.0%)と最も多く、小学校3年～6年までが49名(65.3%)であった。田中らは、心肺蘇生法の知識と技術について小学3年生から中学3年生を対象として授業を行った結果、小学校3年以上の児童や生徒については教育が可能である<sup>10)</sup>と報告している。さらに河村も、地域住民の心肺蘇生法の講習に親子連れで参加していた小学校2、3年生にも呼びかけたら、一緒にまねをして行っていた<sup>11)</sup>ことを報告しており、これは指導者の働きかけで習得が可能であることを示唆している。我々も応急手当普及員として小学生に対する救急蘇生の教育に関わる機会があるが、実際に実技講習をしてみると、小学5年生から6年生では、大部分の児童が関心をもち正確な手技で実行しようとする場面に出会っており、小学校高学年において救急蘇生法は可能であると考えている。

知識と技術の習得について森は、子どもが

表2 救急蘇生法の内容

| 項目      | 人数 (%)     |            |            |
|---------|------------|------------|------------|
|         | 全体<br>N=56 | A小<br>N=32 | B小<br>N=24 |
| 意識の確認   | 52(92.9)   | 28(87.5)   | 24(100.0)  |
| 救急車を呼ぶ  | 45(80.4)   | 28(87.5)   | 17(70.8)   |
| 気道確保    | 50(89.3)   | 29(90.6)   | 21(87.5)   |
| 人工呼吸    | 54(96.4)   | 30(93.8)   | 24(100.0)  |
| 心臓マッサージ | 45(80.4)   | 24(75.0)   | 21(87.5)   |

表3 訓練開始時期は、いつごろが良いか

N=75

| 時期      | 人数 (%)   |
|---------|----------|
| 幼稚園・保育園 | 0(0.0)   |
| 小学校1・2年 | 5(6.7)   |
| 小学校3・4年 | 33(44.0) |
| 小学校5・6年 | 16(21.3) |
| 中学校     | 12(16.0) |
| 高等学校    | 2(2.7)   |
| わからない   | 7(9.3)   |

「習得した」という状態とは「わかる」ことと「できる」ことの一体化であり「からだでわかる」状態である<sup>12)</sup>と述べている。「からだでわかる」状態まで訓練することによって、時期がすぎれば忘れてしまう危険性を軽減できると思われる。また救急蘇生が必要な場面に遭遇することは、日常生活において稀である。救急蘇生の教育は、動機づけを十分行い、児童の知識・体力等を考慮しながら、小中高の学校教育の中でプログラムとして組み入れ、段階毎に継続して行っていかなければ、期待する効果は得られないのではないかと考える。

### 3. 救急救命時における選択といのちについて

「友達が溺れたとき、進んで救助活動ができるか」については、「わからない」が37名(52.9%)と最も多く、「はい」が26名(37.1%)、「いいえ」が7名(10.0%)であった。性別では、男子は「わからない」が24名(70.6%)と最も多く、「はい」が7名(20.6%)、「いいえ」が3名(8.8%)であった。女子は「はい」が19名(52.8%)と最も多く、「わからない」が13名(36.1%)、「いいえ」が4名(11.1%)であった。女子児童のほうが救急救命時に男子児童より積極的であることがうかがえた( $p < .05$ )。津村らが高校生に対して「意識がなく呼吸も止まっている状態の人をみたら、あなたは心肺蘇生法を行いますか」という質問を行ったところ、男子は女子より救急時の心肺蘇生法への取り組み意欲が高い<sup>13)</sup>という結果が報告されている。しかし、本研究においては、女子児童が男子児童より救急時の取り組み意欲が高かった。小学校6年生は、11~12歳であり、発育過程において第二次性徴の発現時期である。この時期では一般に女子の発育がめざましく、精神的にも男子より成長が早いことに起因していることが考えられる。

また「友達が溺れたとき、進んで救助活動ができるか」に対して「いいえ」「わからない」の理由として「人のいのちがかかっているので失敗したら困る」と「いのちに関連したもの」が最も多かった。他に「その時にならないとわ

からない」「パニック」「不安」など「心情に関連したもの」が多かった。また「泳ぎに関連したもの」では、「方法がわからない」「泳げないのでわからない」などがあげられた(表4)。「一つしかないいのち」に対して「助けたい」という気持ちは持っているが「人のいのちがかかっているから失敗したら困る」「方法がわからない」「泳ぎに自信がない」という理由から、「いのちの大切さ」を認識しているゆえの結果を裏づけるものであると考えられる。これは前述の津村らの調査においても「行いたいという気持

表4 「友達が溺れているとき、進んで救助できるか」について  
「いいえ」「わからない」理由(自由回答)

| 項目                   | 内容  | 人数 |
|----------------------|---|----|
| 泳ぎに関連したもの<br>N = 13  | ・方法がわからない                                     | 4  |
|                      | ・泳げないのでわからない                                  | 3  |
|                      | ・泳ぎに自信がない                                     | 2  |
|                      | ・自分も溺れてしまう                                    | 2  |
|                      | ・泳げないし、自分も溺れてしまう                              | 1  |
|                      | ・泳げないし、とっさに忘れてしまうかもしれない                       | 1  |
| いのちに関連したもの<br>N = 18 | ・人のいのちがかかっているので失敗したら困る                        | 17 |
|                      | ・蘇生の方法はわかるが、いざとなるとその人のいのちに関わることだから、できるかはわからない | 1  |
| 心情に関連したもの<br>N = 18  | ・その時にならないとわからない                               | 4  |
|                      | ・どうすればよいのかわからなくなる、パニックになる                     | 3  |
|                      | ・不安だから  | 3  |
|                      | ・自信がない  | 3  |
|                      | ・怖い   | 1  |
|                      | ・溺れた経験がない                                     | 1  |
|                      | ・いやだから  | 1  |
|                      | ・女子か男子かによる                                    | 1  |
|                      | ・実際に何をしてもよいのか混乱する                             | 1  |

ちはあるが自信がないので行わない(46.3%)<sup>13)</sup>と答えた学生が多かったということが報告されており、我々が看護学生・介護学生に対して行った調査においても同様の結果であった<sup>9)</sup>。これは、年齢や性別に関係無く人間として「人のいのちがかかっている」という責任の重さを認識しているゆえの結果であると考えられる。

救急蘇生は、「いのちを助きたい」という思いだけではなく、正確な知識と確実な技術が要求される。1回の講習だけでは習得は難しい。そして実際に必要とされる状況が緊急を要する場面であるため、躊躇するであろうことは推察できる。

救急蘇生の意義について津村らは、救急法の指導は、安全に対する意識の向上とともに生徒が生命の尊さ、命の重さを考えるよい機会にもなり、他人をおもいやる心や生きる力の教育にもつながるものである<sup>13)</sup>と述べている。心肺蘇生法の普及活動は、「他人の命を守ることが自分の命も守られることになる」という「お互いの命を守る」という社会原理に基づいている<sup>11)</sup>。救急蘇生教育の意義は、日常生活において実際に必要とされる状況に遭遇することは少ないため、単に知識や技術だけを教える教育ではなく、いのちの大切さを考える教育であり、倫理観の形成としての意義は大きい。

#### 4. いのちについての学習背景

これまでに動物・植物を飼育や栽培したことの有無については、「はい」が63名(86.3%)、「いいえ」が10名(13.7%)であり、ほとんどの児童が飼育や栽培をしていた。「動物」の飼育については、犬が24名と最も多く、ハムスター、金魚、ねこなどがあげられた。「植物」の栽培については、あさがおが多く、他に稲、ミニトマトなどがあげられた。これらは、特にあさがおなどの植物は理科の授業で学習したものであること、また日常生活において身近なもの、また動物は人間との親和性が強く、児童が簡単に飼育できやすいものがあげられている。

死については、動物の死に出会ったことがあると答えた児童は、50名(72.5%)、「いいえ」

が19名(27.5%)であった。その時の気持ちとして「かわいそう」(70.0%)「悲しい」(62.0%)の順が多かった。その他として「いっぱい遊んでやればよかった」「どんなふうに死んだか考えた」と回答した児童もいた。

人間の死に出会ったことがあると答えた児童は39名(59.1%)、「いいえ」が27名(40.9%)であった。またその時の気持ちとして「悲しい」(61.5%)が最も多かった。その他として「びっくりした」「もう一度会いたい」と答えた児童もいた。動物の死、人間の死の経験がある児童は、半数以上であり、動物の死では「かわいそう」、人間の死では「悲しい」がその時の気持ちとして多かった。また「いのちは大切だと思いますか」については、「はい」が71名(97.3%)、「いいえ」が2名(2.7%)であった。

いのちが大切だと思う理由として、表5に示す通り、「いのちは一つしかない」「死んだら何もできない」などの「一回性」の観点からの理由が多かった。また「母にもらったいのちだから」など「神秘性」や「連続性」「独自性」の観点からの理由もあげられた。

宮本は、「生と死」に関する意識調査から、生物の生命は有限であるという考えは、幼～小1ではまだ不確かであり、小2以降において確立していく<sup>14)</sup>と述べている。児童は、いのちは一つであり、有限であるということ、かけがえないものであるということ等を学んでいることがうかがえた。また「いのちは大切か考えたことがない」と回答した児童も1名みられた。

さらに自分のいのちについては、考えたことがあると答えた児童は48名(66.7%)、「いいえ」が24名(33.3%)であった。この時期は、身体的変化だけでなく、精神的変化も著しく、抽象的・論理的思考をするようになる時期である。また社会との関連の中で自己の存在意義を求めようとする時期であり、自己に対する関心が向いてくる時期である。今回の結果からも形成過程であることがうかがえる。

「いのちの大切さについて授業で聞いたり、話し合うことがあるか」では、「はい」が62名

表5 「いのちは大切である」と思う理由(自由回答)

| 項目            | 内容                      | 人数 |
|---------------|-------------------------|----|
| 神秘性<br>N = 5  | ・生れてきたのでいきなればいけない       | 3  |
|               | ・お母さんがお腹を痛めて生んでくれたから    | 1  |
|               | ・母からもらった命だから            | 1  |
| 連続性<br>N = 3  | ・育ててもらったから大切に           | 2  |
|               | ・いろんなことや人に会えなくなる        | 1  |
| 独自性<br>N = 6  | ・生きていくことが大切             | 3  |
|               | ・生きていなければ感じられないことがある    | 2  |
|               | ・自分が生きているから             | 1  |
| 一回性<br>N = 36 | ・いのちは一つしかない             | 13 |
|               | ・死んだら何もできない             | 7  |
|               | ・命がないと生きていけない           | 7  |
|               | ・一生に一度のいのち              | 5  |
|               | ・いのちがなくなったら大変           | 3  |
|               | ・どうせ死ぬのだから生きていることを考えたい  | 1  |
| その他<br>N = 13 | ・いのちは大切・大事              | 5  |
|               | ・死ぬのはいやだから・怖い           | 3  |
|               | ・悲しむ                    | 2  |
|               | ・いのちがなくなると悲しい           | 1  |
|               | ・事件などで関係のない人が死んでいくのは悲しい | 1  |
|               | ・元気でいたいから               | 1  |
| いいえ           | ・考えたことがない               | 1  |

(88.6%), 「いいえ」が8名(11.4%)であった。主な授業科目としては、「体育」「道徳」が最も多かった。他に「理科」「社会」などがあげられた(表6)。三井らの調査においても、「命の大切さ」について、学習内容が印象に残った教科として道徳、保健体育、理科の順<sup>15)</sup>であげられている。三井らは、子どもたちの価値観や生命倫理の形成には、学校における学習経験が影響を与えており、単に学習したかではなく、その内容が印象づけられているかどうか<sup>15)</sup>と述べている。小学校学習指導要領(平成10年)の「体育」「道徳」「理科」な

表6 いのちの大切さについて学ぶ授業

| N = 62 (複数回答) |           |
|---------------|-----------|
| 授業科目          | 人数 (%)    |
| 体育            | 26 (41.9) |
| 道徳            | 25 (40.3) |
| 理科            | 9 (14.5)  |
| 社会            | 7 (11.3)  |
| 学級会           | 6 (9.7)   |
| 国語            | 1 (1.6)   |
| 総合            | 7 (11.3)  |

どの学習目標がそれぞれの教科と関連しあい、児童に正しく伝わっていたことが確認された。

今回の調査では、動物・植物の飼育や栽培といのちの大切さとにおいて有意差がみられた( $p < .05$ )。児童は、自分が飼育や栽培をした動植物の成長過程と死、身近な人の死を通して、また学校教育の中で「いのちの大切さ」について学んでいることがうかがえた。

### 5. いのちについての学習環境

「テレビドラマ等で死の場面をよく見るほうか」では、「はい」が42名(60.9%), 「いいえ」が27名(39.1%)であった。また「事件・事故等のニュースに関心があるか」では、「はい」が38名(55.9%), 「いいえ」が30名(44.1%)であった。

「家族や友人を大切に思っているか」では、「はい」が68名(90.7%), 「わからない」が7名(9.3%), 「いいえ」は一人もいなかった。また「まわりの人の手助けをしたいと思うか」では、「はい」が54名(72.0%), 「わからない」が21名(28.0%), 「いいえ」は一人もいなかった。いのちの大切さとまわりの人の手助けとの関連において有意差がみられた( $p < .05$ )。

「家庭で生や死を話題にする時があるか」では、「いいえ」が59名(85.5%)と最も多く、「はい」が10名(14.5%)であった。家庭で生や死について話題にすることとまわりの人の手助けしたいとの関係において有意差がみられた( $p$

く.05)。「どんな時話題にするか」は、「ニュースやドラマをみた時」や「いきものが死んだ時」など少数の回答がみられた。

多くの児童は、家族や友人を大切に思い、まわりの人の手助けをしたいと思っていることが今回の調査からうかがえた。動植物との触れ合い、人間の死、テレビドラマやニュース等は、児童にいのちについて考える機会を与えていると思われる。

しかし家庭で生や死を話題にすることは少なく、これは千葉らの調査においても同様の結果が得られており、家庭で生や死について意識的に関わる必要があり、親の役割は重要である<sup>16)</sup>と指摘している。家庭において親自身が自分の人生やいのちについて考えようとする姿勢があれば、子どもは自分や自分の回りに起きた出来事やいのちについても真剣に考えることができると考えられる。ともすれば希薄となりがちな学校、家庭、地域がより連携をもち、一体となって関わっていくことが今後必要ではないかと考える。

#### IV. 結 論

救急蘇生の講習を受講したことがある小学校6年生を対象として、救急蘇生といのちについての意識調査を行った結果、下記の通りの結論を得ることができた。

1. 小学校間で救急蘇生の受講時期が違うため、時間的経過により児童の具体的内容の項目に差がみられた。また具体的内容で最も印象に残っている項目は「人工呼吸」であった。
2. 今後の受講意思については、半数近くが「わからない」と答えており、また救急蘇生の訓練開始時期については、小学校3・4年から5・6年が多かった。救急蘇生教育は、小学生から動機づけを十分に行い、知識・体力等を考慮し段階毎に訓練していくことによって習得できるのではないかと考える。
3. 救急救命時における選択では、女子児童の方が男子児童より積極的であった。躊躇する理由として、「いのちに関連したもの」が最

も多かった。救急蘇生教育は、知識や技術だけを教える教育ではなく、いのちの大切さを考える教育であると考えられる。

4. 学校教育においては小学校学習指導要領(平成10年)の「体育」「道徳」「理科」などの学習目標がそれぞれの教科と関連しあい、児童に正しく伝わっていたことが確認された。
5. 多くの児童は、家族や友人を大切に思っており、また、まわりの人の手助けをしたいと思っていることがうかがえた。しかし家庭で死や生について話題にすると答えたのは、少数であった。いのちの大切さやどのようにしていのちを守るべきかという具体的方法については、学校教育だけでなく家庭、地域での体験を通して身につけていくものであると考える。

#### V. おわりに

本研究は、救急蘇生の講習を受講したことがある小学6年生を対象であった。対象人数が少なく、対象者の小学校が一地域に限定されているため、今後は対象を拡大し検討していく必要があると思われる。

救急蘇生は、何度も繰り返して行うことによって知識や技術の習得が可能である。しかし救急蘇生は、日常生活において実際に必要とされる状況に遭遇することは少ないため、単に知識や技術だけを教える教育ではなく、家庭・学校を含めた倫理的側面の教育と知識・技術をいかに持続させていくかが課題である。

#### 謝 辞

本研究にご協力下さいました、親子レクリエーションに参加していたA小学校6年生の皆様、引率教員の皆様、保護者の皆様、救急救命士の皆様、またアンケート調査に快諾して下さいましたB小学校校長先生、養護教諭の先生、学級担任の先生、6年生の皆様へ深謝致します。

## 引用文献・参考文献

- 1) 關野長昭, 小出康弘, 西沢英雄他: 市民への心肺蘇生法の普及に関する研究, 横浜医学, 46: 243-252, 1995
- 2) 水木暢子, 木村千代子, 山口かおる: 大館市における救急救命医療と市民への心肺蘇生法普及活動の現状, 秋田桂城短期大学地域総合研究所「研究所報」, 6: 33-44, 2003
- 3) 木村千代子, 水木暢子, 山口かおる: 心肺蘇生法 (CPCR) についての意識調査, 秋田桂城短期大学紀要, 10: 37-45, 2001
- 4) 土屋正彦, 渡海裕文, 原口義座他: 心肺蘇生法講習会の問題点, 蘇生, 17: 121-124, 1998
- 5) 文部省告示中学校学習指導要領, 平成10年
- 6) 文部省告示高等学校学習指導要領, 平成11年
- 7) 文部省告示小学校学習指導要領, 平成10年
- 8) 長野正: 今, なぜ生命尊重教育か, (生命尊重センター編), 生命尊重教育のすすめ, 130-155, 東信堂, 東京, 1993
- 9) 円山啓司: 指令課による口頭指導の有効性, 救急医学, 23: 1889-1895, 1999
- 10) 田中哲郎, 羽島文麿, 山中龍宏他: 小・中学生に対する心肺蘇生法教育の可能性, 日本医事新報, 3617: 46-51, 1993
- 11) 河村剛史: 心肺蘇生法を通した中・高校生への命の教育, 交通安全教育, 34: 11-16, 1999
- 12) 森昭三: 健康情報を効果的に習得させるうえでの具体的工夫, 学校保健研究, 28: 407-411, 1986
- 13) 津村直子, 村上美可: 高校生に対する救急法実技指導の効果, 北海道教育大学紀要 (教育科学編) 50: 77-83, 2000
- 14) 宮本裕子: 幼児教育と両親の役割, (アルフォンス・デーケン編), 死の準備教育第1巻『死を教える』, 64-82, メヂカルフレンド社, 東京, 1994
- 15) 三井善止, 近藤洋子, 小松美彦他: 「性」「健康」「死」にみる学校教育における生命倫理の問題に関する研究, 玉川大学学術研究所紀要, 5: 69-94, 1999
- 16) 千葉明美, 小松万喜子: 家庭における生や死の会話に関する実態と親の意識, 死の臨床, 23: 217, 2000
- 17) 斎藤歎能: 小学校における生命尊重の指導の実態とその教育のあり方, 生命を大切に子どもを育てる教育に関する研究, 平成3年度伊藤忠記念財団調査研究報告書, 99-189, 伊藤忠記念財団, 1992
- 18) 小倉学, 森永浩一郎: 児童生徒の死別経験と死に対する態度について, 学校保健研究, 29: 281-288, 1987

(受付 03. 12. 03 受理 04. 05. 10)

連絡先: 〒017-0046 秋田県大館市清水2丁目

報告

電子メールによる学生相談の意義と課題  
—ある国立高等専門学校での全校調査による利用希望の検討—

影山隆之\*<sup>1</sup>, 塩田貴子\*<sup>1</sup>, 小西忠司\*<sup>2</sup>, 岩崎シユ\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup>大分県立看護科学大学精神看護学研究室

\*<sup>2</sup>国立大分工業高等専門学校

Significance of Email School Counseling and Challenges in Its Implementation:  
Investigating Desire for Implementation Via School-Wide Survey  
of a National College of Technology

Takayuki Kageyama\*<sup>1</sup>, Takako Shiota\*<sup>1</sup>, Tadashi Konishi\*<sup>2</sup>, Shiyu Iwasaki\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup> *Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences*

\*<sup>2</sup> *Oita National College of Technology*

In Japan, there have been few reported cases of email being used as an instrument in school counseling beyond the university environment. Because of the costs involved in establishing an email counseling system, the advantages and disadvantages of such a system need to be thoroughly investigated prior to implementation. In this study, the authors conducted a self-administered questionnaire survey among students at one of Japan's national colleges of technology regarding their interest in such a system. Of the school's 777 students, 748 (96.3%) participated in the survey. Many students reported that they had not visited the school nursing office or counseling office, even when they had wanted to discuss a concern with a member of staff. A surprisingly large number of students indicated that they "would want to use an email counseling system if it were available." In fact, 52% of students said they would like to obtain counseling through "an exchange of short messages." They seemed to have high expectations regarding in-taking functions of email counseling system to mental health service system or guidance for students. A larger proportion of students who said that they hadn't visited the nursing or counseling offices to obtain counseling because they were "worried about being seen by others," "didn't have time," or "got what they needed by talking to another teacher," favored the implementation of an email counseling system. Email counseling might expand the opportunities for providing support to these students. However, students also expressed concerns about network security and about confidentiality regarding the topics discussed during email counseling. For an email counseling system to be implemented effectively, these concerns would have to be addressed, an environment would have to be created where students could easily access email, and all teachers would have to fully understand the special characteristics of email counseling as well as the desires of their students.

Key words : email counseling, school counseling, national college of technology,  
in-taking function, security  
電子メール相談, 学生相談, 国立高等専門学校, インテイク機能,  
セキュリティ

## 1. はじめに

学校では養護教諭・スクールカウンセラーなどが、児童・生徒らの精神保健相談の窓口となることが多い。たとえ表面的な主訴が精神保健以外の相談でも、その背後に精神健康の問題があることは多いので、学校における相談活動全般のあり方を学校保健の課題として考えることは重要である<sup>1-4)</sup>。ただし実際には、相談室や保健室に相談に行く際に人目が気になったりして、相談しづらい場合もあるだろう。児童・生徒らにとっては、これらを直接訪室する以外にも、多様な窓口を通じて教職員に相談できることが望ましい。

ところで、インターネットによる相談活動の試みは1995年頃から始まり<sup>5)</sup>、オンラインカウンセリングと総称されている。その重要な長所は、利用者が相談室まで足を運ばなくても自宅のパソコンや携帯電話などからすぐ利用できることである<sup>5,6)</sup>。クライアントからのアクセス方法としては、カウンセラーの電子メールアドレスに電子メールを直接送信する方法の他、Webサイトの画面から相談内容やクライアントのメールアドレスを入力する方法、チャット機能を利用する方法などがある。もっとも、この種の相談のすべてをカウンセリングと呼ぶことの当否には議論もある<sup>5)</sup>。本研究では、広義のオンラインカウンセリングのうちクライアントが電子メールによって相談を開始するものを、その内容を問わず電子メール相談と呼ぶことにして、これに焦点を当てる。

電子メール相談を対面での相談・カウンセリングと比較した場合、次のような特徴が指摘される<sup>5,6)</sup>。

利点としては、1) クライアントやカウンセ

ラーが遠方にも利用できる(超地理性; 不登校生徒や留学中の学生も利用可); 2) 利用者にも相談者にも時間の制約が少ない(超時間性); 3) クライアントが必要な時に即座にカウンセラーから情報を送れる(迅速性); 4) クライアントがメール文を“書く行為”によって自分の感情への気づき・自分の思考過程の再追跡・問題の明確化・カウンセラーへの自己開示などが促進される(書記機能); 5) 対面場面が苦手なクライアントや訪室時に人目が気になるクライアントが利用しやすい; 6) 面接相談への導入や面接と面接の間の補助手段として活用できる; 7) クライアントから日々の体調・気分・行動などを逐次報告してもらえ(認知行動療法に適)<sup>7)</sup>、などが考えられる。

一方、短所や制約としては<sup>6,7)</sup>、a) 約束された時間や場所などの“枠組み”に守られたカウンセリングができない; b) 応答にタイムラグが生じる(にもかかわらず即答を期待するクライアントは出現するかもしれない); c) 対面相談のような“感情を同時に共有する体験”をしにくい<sup>7)</sup>; d) 嘘を書ける<sup>8)</sup>; e) 秘密保持に慎重を要する<sup>9)</sup>、f) 利用者にコンピュータ・リテラシーが求められる<sup>9)</sup>、などがある。

上記の他に実用上で留意すべきこととして、以下のような指摘もある。ア) 長文の返信に相当の時間を要する<sup>10)</sup>; イ) メールによるわずかの情報からクライアントの状況を洞察する力が相談員に求められる<sup>5)</sup>; ウ) 相談員と面識のないクライアントやイ) の情報が乏しいクライアントには一般論で対応するしかない<sup>7)</sup>; エ) 相談員側があらかじめどれだけ自己開示するかが相談内容や展開に影響する(誰が(何者が)対応するのか、秘密保持の範囲、危機介入の責任を持てる範囲など)<sup>9)</sup>; オ) 相談員が常勤しない

機関では非常勤相談員から常勤スタッフへのコンサルテーションに有効<sup>6)</sup>；カ) 情報の記録・保存が容易なだけに“どの範囲の人がいつまで情報を見られるシステムにするのか”を慎重に決める必要がある<sup>9)</sup>。

以上のような電子メール相談の特徴の一部は電話相談の特徴と似ているが、一部は明らかに異なっている<sup>7,11)</sup>。

日本ではこれまで、電子メール相談を大学の学生相談<sup>9)</sup>、教育センターのような公的機関での教育相談<sup>9)</sup>、あるいは勤労者のためのEAP (Employee Assistance Program) に活用する試み<sup>12)</sup>があるが、大学以外の学校の相談室・保健室活動での活用例はほとんど報告されていない。しかし、電子メールを利用できる環境は学生・生徒・児童や教職員の間で着実に広がっている。たとえば、携帯電話やPHSの所持率は、大学生で99%<sup>13)</sup>、高校生では85%<sup>14)</sup>にのぼるといふ。東京都内では9割以上の児童・生徒にパソコン利用の経験があり、その多くがふだんもパソコンでインターネットを使っている<sup>14)</sup>。また、養護教諭等のパソコン使用率も高くなっている<sup>15)</sup>。したがって、保健室や相談室の活動においても、電子メール相談の活用可能性について検討を深めるべき時期にきている。オンラインカウンセリングは(特にWebサイト方式では)立ち上げに多大のエネルギーを要する割にコスト・パフォーマンスが低いという意見<sup>10)</sup>さえあるので、学校に電子メール相談を導入する前に、その目的や予想される長所・短所などについて慎重に検討しておく必要がある。

そこで本研究では、そうした検討の手始めとして、“国立の高等専門学校(高専)において電子メール相談を開設すると仮定した場合の、学生の潜在的な利用希望”について質問紙調査を行った。すなわち、「電子メール相談システムが実在したら利用したいと思うか」という希望と、従来からの相談窓口である保健室や相談室の利用状況や、「これまで保健室や相談室で相談をしなかった理由」との関係について検討した。調査対象として、高校・短大に相当する

5年間一貫教育機関である高専を選んだのは、同年齢の高校生などと比べて高専学生では、パソコンや携帯電話の普及率が高いからである。

## 2. 対象と方法

### 2.1 対象

B県の県庁所在地に所在する理工系の国立F高専の全学生(777人)を対象として、無記名自記式の質問紙調査を実施した。1～3年生では、クラス担任の協力によりホームルームの時間を利用して質問紙を配付し、記入後ただちに密封回収した。4～5年生では、各クラスで授業時間に配付された質問紙を学生が自宅にて記入した後、密封して、各自で保健室に提出してもらった。748人(96.3%)から有効回答を得た(表1)。なお、同校では平成14年5月現在、学生のうち242人(31.1%)が隣接する寮に入居していた。

この高専では、保健室に常勤の看護師が1名勤務している。その隣室では、昼休みと放課後に学生相談室を開設している。相談室活動は相談室委員会を中心に運営され、高専教員(常勤の一般教員5人の交替制)が毎日昼休みに開設する学生相談と、スクールカウンセラー(臨床心理士である他大学教員)が週一度開設する学生相談がある。平成14年度には、相談室を訪れた学生数は延べ157人(教員を囲んでの進路相談・雑談・授業の話などすべて含む)、スクールカウンセラーが対応した相談は延べ12件で

表1 回答者の概要

|         |    | 人数  | 有効回答率<br>(%) |
|---------|----|-----|--------------|
| 全体<br>性 |    | 748 | 96.3         |
|         | 男  | 610 | 94.9         |
|         | 女  | 128 | 95.5         |
|         | 不明 | 10  | —            |
| 学年      | 1年 | 158 | 99.4         |
|         | 2年 | 163 | 98.8         |
|         | 3年 | 156 | 96.3         |
|         | 4年 | 146 | 94.2         |
|         | 5年 | 115 | 84.6         |

あった。保健室と相談室は一定の連携をもって活動しており、自由に行き来できる。平成14年度の利用者総数947名のうち、29名が医療相談での利用であった（その相談内容は多岐にわたる）。ただしこれ以外の利用者でも、雑談から発展して恋愛問題や進路問題などを看護師と話すような例は多数みられた。両室とも売店や学生食堂に近く、比較的人目につく位置にある。

## 2.2 質問紙の内容

使用した質問紙は、性・学年、学生の悩みとそれに関連した保健室・相談室の利用歴、および電子メール相談に関する質問からなる。

学生の悩みについては、入学から現時点までに教職員に相談したいと思う悩みがあったかどうか（10種類を例示、複数回答）と、「自分に何か悩みがあるとして、それを誰に相談するか」を質問した。相談窓口としての保健室・相談室の利用歴については、第一に「本校に学生相談室があることを知っているかどうか」、第二に保健室・相談室で上記のようなことを相談したことがあるかどうか、第三に、保健室・相談室を利用しなかった場合にはその理由（7項目を例示、複数回答）を質問した。

電子メール相談については、第一に電子メールを送受信できるパソコン・携帯電話の所有状況、第二に電子メール相談の利用希望について質問した。すなわち、“希望する教職員との面談の予約をしたとき”（以下「面談の予約」）、“教職員の誰に相談するのがよいかわからないので相談のしてくれる教職員を教えてください”（以下「相談相手の紹介」）、“短文（1回だけのやりとり）で質問・回答できるような情報を教えてほしいとき”（以下「短文のやりとり」）、“スクールカウンセラーに連絡をとる、または相談したいとき”（以下「スクールカウンセラーとの連絡・相談」）、“健康のことで相談をしたいとき”（以下「健康相談」）、“長文のメールを入力したり相談相手とのやりとりがしばらく続くような相談をしてみたいとき”（以下「長文のやりとり」）という6種類の用途を例示し、それぞれの用途で「電子メール相談を

利用したいと思うか」を質問した。いずれの用途でも利用を希望しなかった場合には、その理由を質問した。最後に、電子メール相談システムができるとした場合の要望について自由記載を求めた。

## 2.3 解析

はじめに、例示した10種類の悩みについて、「悩みがあった」人の割合の男女差と学年差を検討した。また、いずれか一つ以上の悩みを持ったことがある人について、保健室と相談室の利用歴を検討した。次に、6種類の「電子メール相談の用途」ごとに、利用希望ありという人の割合の性差・学年差などを検討した。「電子メール相談の利用希望」あり群が抱えている悩みの特徴も概観した。さらに、過去に保健室や相談室を利用してこれらのことを相談したことが一度もないという学生については、利用しなかった理由と6種類の「電子メール相談の利用希望」の関連をクロス集計により検討した。集計・解析には統計パッケージSPSS Base 11.0J<sup>10)</sup>を用い、統計検定にはFisherの直接法、 $\chi^2$ 検定、Mantel-Haenzelの $\chi^2(\chi^2_{MH})$ による傾向性の検定などを用いた。

## 3. 結果

### 3.1 学生の“悩み”と保健室・学生相談室の利用歴

入学してからこれまでに何らかの「教職員に相談したいと思う悩み」があった学生は441人（60%）で、男子では58%、女子では68%だった（有意差なし）。学年別に見ると1年生53%、2年生52%、3年生62%、4年生69%、5年生65%で、高学年ほど割合が高くなっていった（ $\chi^2_{MH}=10.8$ ,  $p<0.01$ ）。悩みの内容（表2）として多かったのは「勉強」と「進路」に関するもので（35~38%）、「健康」「容姿」「性」「異性」「友人」「家族」「経済」「その他」の悩みは少なかった（1~4%）。同性の友人や家族との人間関係の悩みは、男子より女子で有意に多かった。勉強や容姿に関する悩みは低学年ほど有意に多く、進路に関する悩みは

表2 入学以来、教職員に相談したいと思った悩み

| 悩みの種類       | 全体         | 男          | 女         | 性差  | 1年        | 2年        | 3年        | 4年        | 5年        | 学年差                       |
|-------------|------------|------------|-----------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| 勉強に関すること    | 259 (35.1) | 213 (34.9) | 46 (35.9) |     | 64 (40.5) | 57 (35.0) | 60 (38.5) | 54 (37.0) | 24 (20.9) | $\chi^2_{MH} = 6.9^{**}$  |
| 進路に関すること    | 281 (38.1) | 223 (36.6) | 58 (45.3) | *   | 28 (17.7) | 43 (36.4) | 67 (43.0) | 81 (55.5) | 62 (53.9) | $\chi^2_{MH} = 64.4^{**}$ |
| 健康に関すること    | 30 (4.1)   | 23 (3.8)   | 7 (5.5)   |     | 7 (4.4)   | 6 (3.7)   | 6 (3.9)   | 6 (4.1)   | 6 (4.4)   | NS                        |
| 容姿に関すること    | 11 (1.5)   | 9 (1.5)    | 2 (1.6)   |     | 6 (3.8)   | 3 (1.8)   | 3 (1.3)   | 0 (0.0)   | 0 (0.0)   | $\chi^2_{MH} = 8.9^{**}$  |
| 性に関すること     | 10 (1.4)   | 7 (1.2)    | 3 (2.3)   |     | 4 (2.5)   | 1 (0.6)   | 2 (1.3)   | 2 (1.4)   | 1 (0.9)   | NS                        |
| 異性に関すること    | 15 (2.0)   | 13 (2.1)   | 2 (1.6)   |     | 6 (3.8)   | 3 (1.8)   | 2 (1.3)   | 3 (2.1)   | 1 (0.9)   | NS                        |
| 異性以外の友人関係   | 30 (4.1)   | 15 (2.5)   | 15 (11.7) | *** | 7 (4.4)   | 9 (5.5)   | 6 (3.9)   | 6 (4.1)   | 2 (1.7)   | NS                        |
| 家庭・家族に関すること | 8 (1.1)    | 4 (0.7)    | 4 (3.1)   | *   | 1 (0.6)   | 2 (1.2)   | 2 (1.3)   | 1 (0.9)   | 2 (1.7)   | NS                        |
| 経済的なこと      | 31 (4.2)   | 28 (4.6)   | 3 (2.3)   |     | 4 (2.5)   | 7 (4.3)   | 7 (4.5)   | 5 (3.4)   | 8 (7.0)   | NS                        |
| その他のこと      | 33 (4.5)   | 29 (4.8)   | 4 (3.1)   |     | 3 (1.9)   | 11 (6.8)  | 6 (3.9)   | 8 (5.5)   | 5 (4.4)   | NS                        |

人(性別不明を除く738人中の%)、複数回答。性差の検定(Fischerの直接法)；\* p<0.05, \*\*\* p<0.001。  
学年差の検定(Mantel-Haenszelの傾向性の検定)；\*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001。NS, not significant.

高学年ほど有意に多かった。

「このような悩みが自分にあるとしたら誰に相談するか」という質問では、「友人」という回答が61%で最も多く、「両親・兄弟姉妹」が39%、「クラス担任」19%、「担任以外の教職員」12%、「メル友」3%と続き、学生相談室(1%)や保健室(2%)という回答は少なかった。

上記の「悩み」が一つ以上あったという学生441人のうち、保健室を利用してそのことを話した経験がある学生は15人(3%)、相談室で話したことがある学生は6人(1%)にとどまった(表3)。

相談室または保健室で話さなかった理由(各6種類～7種類を例示、複数回答)を表3に示す。保健室を利用しなかった理由のうち「その他」の内容は、自由記述によれば、「保健室で相談するような内容ではない」26人、「別の人に相談した」22人、「話すほどの悩みではない」17人、「保健室を思いつかなかった」15人、「保健室の看護師を信用できない」15人などであり、「行きにくい」という回答も2人みられた。同様に、相談室を利用しなかった理由のうち「その他」についての自由記述を見ると、「別の人に相談した」27人、「話す程の悩みではない」21人、「相談室の先生と面識がない」17人、「相談室を思いつかなかった」11人、「先生を信用できない」11人などであり、「行きにくい」という回答が2人、「相談室という名前がいやだ」「深刻な悩みじゃないとだめだと思った」とい

う回答も各1人いた。なお、この学校に相談室があることについて68人(9%)が「知らない」と答えた。

### 3.2 電子メール相談の利用希望

電子メール送受信機器については、「携帯電話だけ持っている」353人(48%)、「パソコン

表3 教職員に相談したい悩みがあったのに保健室・相談室を利用しなかった理由

| 保健室を利用しなかった理由(N=405)  | 人(%)       |
|-----------------------|------------|
| 時間がなかったから             | 82 (20.2)  |
| 保健室が遠くて、行くのがめんどうだったから | 78 (19.3)  |
| 訪室する際、場所(人目)が気になったから  | 63 (15.6)  |
| 他の教職員に話しにいて、用がすんだから   | 61 (15.1)  |
| だれもいないかもしれないから        | 19 (4.7)   |
| 保健室の看護師さんが女性だったから     | 2 (0.5)    |
| その他                   | 186 (45.9) |
| 相談室を利用しなかった理由(N=396)  | 人(%)       |
| 時間がなかったから             | 101 (25.5) |
| 相談室が遠くて、行くのがめんどうだったから | 81 (20.5)  |
| 他の教職員に話しにいて、用がすんだから   | 73 (18.4)  |
| 訪室する際、場所(人目)が気になったから  | 60 (15.2)  |
| カウンセラーの先生が男性だったから     | 8 (2.0)    |
| その他                   | 169 (42.7) |

いずれも複数回答。どの理由も回答しなかった対象者はNから除いてある。

表4 電子メール相談の用途別の利用希望者割合

|    |            | 電子メール相談の用途  |             |          |                   |          |            |
|----|------------|-------------|-------------|----------|-------------------|----------|------------|
|    |            | 面談の予約       | 相談相手の紹介     | 短文のやりとり  | カウンセラーとの<br>連絡・相談 | 健康相談     | 長文のやりとり    |
| 全体 | (N=732)    | 210 (27)    | 229 (31)    | 383 (52) | 185 (25)          | 182 (24) | 156 (21)   |
| 性  | 男 (N=610)  | 159 (26) ** | 176 (29) ** | 308 (50) | 138 (22) **       | 145 (24) | 118 (19) * |
|    | 女 (N=128)  | 51 (40)     | 53 (41)     | 75 (59)  | 47 (37)           | 37 (29)  | 38 (30)    |
| 学年 | 1年 (N=158) | 58 (37)     | 55 (35)     | 93 (59)  | 46 (29)           | 41 (26)  | 29 (19)    |
|    | 2年 (N=163) | 31 (19)     | 39 (24)     | 77 (47)  | 26 (16)           | 35 (22)  | 31 (19)    |
|    | 3年 (N=156) | 41 (26) ##  | 45 (29)     | 79 (50)  | 39 (25) #         | 36 (23)  | 27 (17) #  |
|    | 4年 (N=146) | 42 (28)     | 49 (33)     | 75 (51)  | 36 (24)           | 36 (24)  | 36 (24)    |
|    | 5年 (N=115) | 38 (33)     | 41 (36)     | 59 (52)  | 38 (33)           | 34 (30)  | 33 (29)    |

利用希望者人数 (%). 男女差の検定 (Fisherの直接法); \*\* p < 0.01, \* p < 0.05. 学年差の検定 ( $\chi^2$ 検定); ## p < 0.01, # p < 0.05

表5 パソコン (PC) や携帯電話の所有状況と電子メール相談の利用希望

|                            | 電子メール相談の用途 (「利用してみたい」と回答した人の数 (%)) |          |          |                   |         |         |
|----------------------------|------------------------------------|----------|----------|-------------------|---------|---------|
|                            | 面談の予約                              | 相談相手の紹介  | 短文のやりとり  | カウンセラーとの<br>連絡・相談 | 健康相談    | 長文のやりとり |
| A) PCと携帯電話を両方持っている (N=293) | 98 (33)                            | 110 (38) | 178 (61) | 79 (27)           | 86 (30) | 80 (27) |
| B) PCのみ持っている (N=41)        | 13 (32)                            | 13 (32)  | 20 (50)  | 9 (22)            | 10 (25) | 9 (23)  |
| C) 携帯電話のみ持っている (N=353)     | 87 (25)                            | 92 (26)  | 168 (48) | 85 (24)           | 73 (21) | 60 (17) |
| D) PCも携帯電話も持っていない (N=41)   | 11 (27)                            | 14 (34)  | 17 (42)  | 11 (27)           | 12 (30) | 7 (18)  |
| 群間差の検定 (A+B) vs.(C+D)      | *                                  | ***      | ***      | NS                | *       | **      |
| 群間差の検定 (A+C) vs.(B+D)      | NS                                 | NS       | NS       | NS                | NS      | NS      |
| 群間差の検定 A vs.B              | NS                                 | NS       | NS       | NS                | NS      | NS      |

利用希望者人数 (%). 群間差の検定 (Fisherの直接法); \*\*\* p < 0.001, \*\* p < 0.01, \* p < 0.05. NS, not significant.

だけ持っている」41人 (6%), 「両方持っている」293人 (40%), 「どちらも持っていない」41人 (6%) だった。

例示した6種類の電子メール相談の用途別に利用希望を見ると (表4), もっとも利用希望が多かったのは「短文のやりとり」で52%だった。次いで「相談相手の紹介」31%, 「面談の予約」27%など、いずれの用途に対しても20%以上の学生が利用してみたいと回答した。

機器の所有状況と電子メール相談の利用希望との関係を見ると (表5), 「カウンセラーとの連絡・相談」以外の全用途において, パソコンを持っている人は持っていない人に比べ利用希望が多かった。しかし, 携帯電話の有無と利用希望との関連はなかった。

男女別にみると, どの用途でも男子より女子の利用希望が多く, 「面談の予約」「相談する教職員の紹介」「カウンセラーとの連絡・相談」「長文でのやりとり」という用途では有意の男女差

がみられた。これらの差は, パソコン所有の有無にかかわらず認められた。

学年別に見ると, どの用途でも2年生の利用希望がもっとも少なく, 1年生と5年生の利用希望ニーズが多かった。特に「面談の予約」「カウンセラーとの連絡・相談」および「長文のやりとり」では有意の学年差がみられた。こうした学年差はパソコン所有の有無にかかわらずみられ, また男子より女子のほうが顕著であった。

電子メール相談の用途別に, その用途での利用希望のある学生が過去に感じたことがある「教職員に相談したい悩み」の種類を表6に示す。「勉強」「進路」以外の悩みはもともと少ないので, 電子メール相談の用途による「悩み」の種類の違いは有意でなかった。

過去に「教職員に相談したいと思う悩み」があった学生443人についてみると, そのことを保健室で相談した学生では, 保健室を利用しなかった学生に比べて, 「面談の予約」「相談相手

表6 電子メール相談の利用を希望する群がこれまで教職員に相談したいと感じてきた悩み

| 電子メール相談の用途別の<br>利用希望群             | 教職員に相談したいと思ったことがある悩みの種類（複数回答） |             |           |          |          |          |            |          |           |           |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------|-----------|----------|----------|----------|------------|----------|-----------|-----------|
|                                   | 勉強                            | 進路          | 健康        | 容姿       | 性        | 異性       | 友人         | 家庭・家族    | 経済的なこと    | その他       |
| 「面談の予約」に使ってみたい（N=210）             | 97(37)[46]                    | 96(34)[46]  | 12(40)[6] | 3(27)[1] | 3(30)[1] | 4(27)[2] | 17(57)[8]  | 4(50)[2] | 6(19)[3]  | 7(21)[3]  |
| 「相談相手の紹介」に使ってみたい（N=229）           | 98(38)[43]                    | 116(41)[51] | 14(47)[6] | 3(27)[1] | 3(30)[1] | 7(47)[3] | 14(47)[6]  | 3(38)[1] | 11(35)[5] | 4(12)[2]  |
| 「短文のやりとり」に使ってみたい（N=383）           | 163(63)[43]                   | 169(60)[44] | 19(63)[5] | 5(45)[1] | 4(40)[1] | 9(60)[2] | 22(73)[6]  | 4(50)[1] | 13(37)[3] | 11(33)[3] |
| 「カウンセラーとの連絡・相談」に使って<br>みたい（N=185） | 82(32)[44]                    | 91(32)[49]  | 13(43)[7] | 2(18)[1] | 3(30)[2] | 8(53)[4] | 16(53)[9]  | 4(50)[2] | 9(29)[5]  | 72(1)[4]  |
| 「健康相談」に使ってみたい（N=182）              | 72(28)[40]                    | 80(28)[44]  | 17(57)[9] | 1(9)[1]  | 1(10)[1] | 6(40)[3] | 15(50)[8]  | 3(38)[2] | 10(32)[5] | 4(21)[2]  |
| 「長文のやりとり」に使ってみたい（N=156）           | 69(27)[44]                    | 75(27)[48]  | 12(40)[8] | 3(27)[2] | 5(50)[3] | 7(47)[4] | 15(50)[10] | 2(25)[1] | 7(23)[4]  | 2(11)[1]  |

数字は人数，（ ）内は表2に示した悩みで「相談したいと思ったことがある」と答えた人を分母とした％，[ ]内はその用途で電子メール相談を使ってみたいと回答した人を分母とした％。

表7 保健室の利用歴と電子メール相談の利用希望者数

| 保健室の利用歴：                                  | 電子メール相談の用途              |                      |                      |                      |                     |                      |                   |
|---|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-------------------|
|   | 面談の予約                   | 相談相手の紹介              | 短文のやりとり              | カウンセラーとの連絡・相談        | 健康相談                | 長文のやりとり              |                   |
| A) 教職員に相談したい悩みがあったときに、<br>そのことで保健室を利用した経験 | ある（N=15）<br>ない（N=405）   | 10(66) *<br>132(32)  | 9(60) *<br>145(35)   | 10(66)<br>236(58)    | 9(60)<br>118(29)    | 10(66) **<br>104(26) | 8(53) *<br>96(24) |
| B) そのことで保健室を利用しなかった理由<br>（複数可）            |                         |                      |                      |                      |                     |                      |                   |
| B 1) 場所（人目）が気になったから                       | はい（N=63）<br>いいえ（N=342）  | 32(50) **<br>100(29) | 37(60) **<br>108(31) | 46(73) **<br>190(55) | 29(46) **<br>89(26) | 21(34)<br>83(25)     | 21(34)<br>75(22)  |
| B 2) 時間がなかったから                            | はい（N=82）<br>いいえ（N=323）  | 28(34)<br>104(32)    | 35(42)<br>110(34)    | 50(61)<br>186(57)    | 25(30)<br>93(28)    | 25(31)<br>79(25)     | 24(30)<br>72(23)  |
| B 3) 行くのがめんどろだったから                        | はい（N=78）<br>いいえ（N=327）  | 21(26)<br>111(33)    | 23(29)<br>122(37)    | 41(52)<br>195(59)    | 21(26)<br>97(29)    | 16(21)<br>88(28)     | 15(20)<br>81(25)  |
| B 4) だれもいないかもしれないから                       | はい（N=19）<br>いいえ（N=386）  | 5(26)<br>127(32)     | 8(42)<br>137(35)     | 9(47)<br>227(58)     | 6(31)<br>112(29)    | 2(12)<br>102(27)     | 4(24)<br>92(24)   |
| B 5) 他の教職員に話したから                          | はい（N=61）<br>いいえ（N=344）  | 28(45) **<br>104(30) | 26(43)<br>119(34)    | 36(59)<br>200(58)    | 22(36)<br>96(28)    | 19(32)<br>85(25)     | 19(32)<br>77(23)  |
| B 6) 看護師が女性だったから                          | はい（N=2）<br>いいえ（N=403）   | 0(0)<br>132(32)      | 0(0)<br>145(36)      | 0(0)<br>236(58)      | 0(0)<br>118(29)     | 0(0)<br>104(26)      | 0(0)<br>96(24)    |
| B 7) その他                                  | はい（N=186）<br>いいえ（N=219） | 55(29)<br>77(35)     | 62(33)<br>83(38)     | 105(56)<br>131(59)   | 49(27)<br>69(32)    | 48(26)<br>56(27)     | 43(23)<br>53(25)  |

A) 入学してから、教職員に相談したい悩みを経験したことがあるという443人について、そのことで保健室を利用したかどうかの別に、電子メール相談の利用希望者数（％）を示した。  
B) Aのうち保健室を利用したことがないという405人（表3）について、利用しなかった理由（複数可）としてB1～B7のそれぞれを肯定した人としなかった人の別に、電子メール相談の利用希望者数（％）を示した。Fisherの直接法による検定；\*\*p<0.01，\*p<0.05。

の紹介」「健康相談」「長文のやりとり」という用途の電子メール相談に関する利用希望が有意に多かった（表7）。さらに、「悩み」がありながら保健室で相談したことがない学生405人について、その理由と電子メール相談の利用希望との関連をみると（表7）、「場所（人目）が気になったから」と答えた学生ではそれ以外の学生よりも「面談の予約」「相談相手の紹介」「短文のやりとり」「カウンセラーとの連絡・相談」のための電子メール相談に対する利用希望が有意に多く、「他の教職員に話したから」と答えた学生では「面談の予約」のための電子メール

相談に対する利用希望が有意に多かった。

同じく過去に「教職員に相談したいと思う悩み」があった学生についてみると、そのことを相談室で相談した経験の有無と、電子メール相談の利用希望との関連は見られなかった（表8）。「悩み」がありながら相談室で相談したことがない学生396人についてその理由をみると（表8）、「場所（人目）が気になったから」と答えた学生ではそれ以外の学生よりも「相談相手の紹介」「短文のやりとり」「カウンセラーとの連絡・相談」「長文のやりとり」のための電子メール相談に対して利用希望が有意に多かった。ま

表8 学生相談室の利用歴と電子メール相談の利用希望者数

| 学生相談室の利用歴：                              |                               | 電子メール相談の用途          |                        |                        |                       |                       |                    |
|---|-------------------------------|---------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|   |                               | 面談の予約               | 相談相手の紹介                | 短文のやりとり                | カウンセラーとの連絡・相談         | 健康相談                  | 長文のやりとり            |
| A) 教職員に相談したい悩みがあったときに、そのことで学生相談室を利用した経験 | ある (N = 6)<br>ない (N = 396)    | 4 (67)<br>132 (33)  | 4 (67)<br>144 (37)     | 5 (83)<br>231 (58)     | 4 (67)<br>118 (30)    | 3 (50)<br>107 (28)    | 3 (50)<br>98 (25)  |
| B) そのことで学生相談室を利用しなかった理由 (複数可)           |                               |                     |                        |                        |                       |                       |                    |
| B 1) 場所 (人目) が気になったから                   | はい (N = 60)<br>いいえ (N = 336)  | 25 (42)<br>107 (32) | 29 (48)<br>115 (34)    | ** 44 (73)<br>187 (56) | ** 30 (50)<br>88 (26) | ** 21 (36)<br>86 (26) | 23 (40)<br>75 (23) |
| B 2) 時間がなかったから                          | はい (N = 101)<br>いいえ (N = 295) | 37 (37)<br>95 (32)  | 41 (41)<br>103 (35)    | * 59 (55)<br>175 (59)  | 32 (32)<br>86 (29)    | 29 (30)<br>78 (27)    | 30 (30)<br>69 (24) |
| B 3) 行くのがめんどうだったから                      | はい (N = 81)<br>いいえ (N = 315)  | 22 (27)<br>110 (35) | 26 (32)<br>118 (38)    | 47 (58)<br>184 (58)    | 22 (27)<br>96 (31)    | 18 (23)<br>89 (29)    | 18 (23)<br>80 (26) |
| B 4) 他の教職員に話したから                        | はい (N = 73)<br>いいえ (N = 323)  | 35 (48)<br>97 (30)  | ** 31 (43)<br>113 (35) | 43 (60)<br>188 (58)    | 26 (36)<br>92 (29)    | 25 (35)<br>82 (26)    | 21 (30)<br>77 (24) |
| B 5) カウンセラーが男性だったから                     | はい (N = 8)<br>いいえ (N = 388)   | 2 (25)<br>130 (36)  | 2 (25)<br>142 (37)     | 6 (75)<br>225 (58)     | 3 (38)<br>115 (30)    | 0 (0)<br>107 (28)     | 2 (25)<br>96 (25)  |
| B 6) その他                                | はい (N = 169)<br>いいえ (N = 227) | 50 (30)<br>82 (36)  | 57 (34)<br>87 (39)     | 96 (57)<br>135 (60)    | 45 (27)<br>73 (32)    | 44 (26)<br>63 (29)    | 41 (25)<br>57 (26) |

A) 入学してから、教職員に相談したい悩みを経験したことがあるという443人について、そのことで学生相談室を利用したかどうかの別に、電子メール相談の利用希望者数 (%) を示した。

B) Aのうち学生相談室を利用したことがないという396人 (表3) について、利用しなかった理由 (複数可) としてB1~B6のそれぞれを肯定した人としなかった人の別に、電子メール相談の利用希望者数 (%) を示した。Fisherの直接法による検定; \*\* p < 0.01, \* p < 0.05。

表9 電子メール相談を利用したいと思わない理由 (複数回答)

| 理 由                                | 人 (%)      |
|------------------------------------|------------|
| どのようなことにしても、教職員に相談する必要はないから        | 120 (41.8) |
| メールを作成するのがめんどうだから                  | 78 (27.2)  |
| 実名または自分のアドレスを相手に知られたくないから          | 50 (17.4)  |
| 相手の顔が見えないので、相談相手の反応がわからなくて不安だから    | 49 (17.1)  |
| 相談した相手から、他の教職員や学生に自分の相談の内容がもれそうだから | 40 (13.9)  |
| 返事がいつ返ってくるかわからないから                 | 39 (13.6)  |
| 自分が送った文章が相手のパソコンに残るのがイヤだから         | 28 (9.8)   |
| その他                                | 77 (26.8)  |

%はいずれの用途でも電子メール相談を利用したいと回答しなかった287人中での割合。

た、「時間がなかったから」と答えた学生では「相談相手の紹介」のための、「他の教職員に話したから」と答えた学生では「面談の予約」のための電子メール相談に対する利用希望が有意に多かった。

例示したいずれの用途でも電子メール相談の利用を希望しなかった287人について、その理由 (7種類を例示) を表9に示す。そもそも教職員に相談したいことはないという回答の他、メールを作成するのがめんどう、名前やメールアドレスを知られたくない、相手の顔が見えな

いと不安、などの理由が多く挙げられた。

電子メール相談システムができるとした場合の要望 (自由記載) では、個人情報漏れなこと (18人) がもっとも多かった。これには、教職員が相談内容を他者に漏らさないという意味の他に、メール内容をプリントアウトしない、ネットワーク上でセキュリティが守られる (相談内容や送信者アドレスを他者に読まれない、送信内容を読んだらすぐネットワーク上から削除するなど) ということも含まれる。この他、気軽に・親身に相談に乗ってくれること (10人)、

すぐに返信してくれること（6人）、匿名で（送信者のメールアドレスも知らせず）相談できること（5人）、チャットで対話できること（4人）、教員のプロフィール・メールアドレスや「誰には何を相談できるか」などの情報を学生に知らせておくこと（4人）などの声があった。他方、「親しくない間柄であれば対面で話すのが基本ではないのか」「教職員・学校への質問や要望を書き込める掲示板があるとよい」「学校内の端末がもっと利用しやすいとよい」などの意見もみられた。

## 4. 考 察

### 4.1 学生が経験してきた“悩み”

対象者の6割が、入学以降に“教職員に相談したいと思う悩み”を一つ以上経験しており、特に勉強・進路に関する悩みが多かった（表2）。ほんとうは“その悩みを入学以降に経験したかどうか”を問うているので、高学年ほど経験が累積して高い割合になりそうに思えるが、実際の回答を見ると“進路に関する悩み”以外ではその傾向がみられなかった。むしろ“勉強に関する悩み”は高学年ほど低い割合だったが、これは、中学校から進学したての時期に学習面での戸惑いが多い一方で、高学年の回答には“すでに過去のものとなった悩み”があまり含まれていないためだろう。また、低学年ほど“容姿に関する悩み”が多いのは、自己愛傾向が高まる思春期に特有の心性として理解できるだろう<sup>17)</sup>。他方、“進路に関する悩み”が高学年ほど多いことは、卒業後の就職・進学を考えざるを得ない上級生にとって当然と思われる。

性差についてみると、女子が異性以外の友人や家族との関係に関する悩みを多く持ち込むことは他の相談窓口でも報告されており<sup>18,19)</sup>、今回の結果もこれらと似ているように思われる。女子に“進路に関する悩み”が多いのは、理工系女子学生の就職事情が男子以上に厳しいことの反映だろう。

しかし、こうした“教職員に相談したいと思う悩み”について、保健室や学生相談室を訪ね

て話した経験がある学生はごくわずか（表3）であり、その理由（表3）も考え合わせると、保健室や学生相談室の相談機能は学生からあまり重視されていないようだ。学生には、「時間を気にせず相談したい」「わざわざ相談の場所まで足を運ばずに手軽な方法で相談したい」という要望が強かった。また、「教職員に相談しているところや、保健室や相談室を利用しているところを他人に見られたくない」という学生心理もうかがえた。

### 4.2 電子メール相談の利用希望

例示した電子メール相談の用途のうち、「短文のやりとり」に対する利用希望がもっとも多く、「相談相手の紹介」「面談予約」これに次ぎ、「長文のやりとり」による利用希望はもっとも少なかった（表4）。つまり、電子メール相談の機能としては、比較的“軽い相談”や“情報提供”，および“メールの後で面談にもつながるような”（いわゆるインテイク機能に近い）相談を希望する声が多いようだ。とはいえ、「スクールカウンセラーとの連絡・相談」「健康相談」「長文のやりとり」のような“専門的な”または“それ自体で深い相談ができる”相談に対しても、筆者らの直感的な予想以上に多くの利用希望があった。

このような利用希望の多さの背景には、調査対象者が理工系の高専学生であったことも関係しているようである。他の調査結果<sup>20)</sup>に比べ今回の対象者のパソコン所有率は高いし、高専では一般の高校・短大以上にパソコンを使った教育が実施されている。三宅ら<sup>21)</sup>が言うように、学校保健領域で電子メール相談システムの試行を始めるとすれば、このように電子メールにアクセスできる学生が多い環境で始めることが実際のだろう。ちなみに、筆者の一人が勤務する大学でも、大学が全学生にメールアドレスを提供し（卒業後も有効）、そこから各自の個人アドレス（多くは携帯電話）への転送サービスも行っているため、教員から学生へ各種情報を容易に伝えられるだけでなく、学生と教員の間でメールによる進路・就職相談や面談予約が頻繁に行

われている。

電子メール相談の利用希望と携帯電話の有無とは、関連がなかった(表5)。つまり利用希望者は、“携帯電話でいつでもどこでも手軽に相談できる”という、高度の超時間性・超地理性を望んでいるわけではないように見える。ここで、吉井<sup>19)</sup>が携帯メールと携帯電話(会話)を比較して、“携帯メールは既存の人間関係の維持に使われやすいが、曖昧で多義的な内容、何度もやりとりを要する要件、重い内容などには使われない”と報告していることや、「親しくない間柄では対面が基本」という自由記述意見を考えると、学生にとって必ずしも日頃から信頼関係ができていないとは限らない教職員との相談や、何度かのやりとりを要するような相談では、携帯メールは使いにくい(または使いたくない)と感じているのだろう。これに対して、パソコン所有者に電子メール相談の利用希望が多かった(表5)のは、“携帯電話よりパソコンで打ったり推敲したりする方が便利だと感じる程度の長さ・重さのメール”での相談を希望している、あるいは“対面相談と携帯電話メールの中間の、ほどほどの長さ・深さ・手軽さの相談”を期待している、ということの現れと思われる。

一方、電子メール相談の即応性については、“携帯メールでは発信者が即応性を期待しがちだが、受信側が即応できない場合には、送信者が不満を抱く可能性がある”という指摘がある<sup>20)</sup>。確かに、即応性の限界を利用者に予め説明しておくことは重要だが、上述のように超時間性・超地理性への期待がさほど高くないとすれば、受信者側が即応できない場合の不満はさほど強くないと推測される。これはおそらく、“すぐ返事がほしければ携帯メールは使わず電話する”という判断が定着している<sup>19)</sup>からだろう。実際、電子メール相談を利用したくない理由(表9)として“返事がいつ返ってくるかわからないから”を挙げる声は、決して多くなかった。なお、以上の推測が妥当であるならば、携帯電話の画像送受信機能を使って「お互いの

顔を見ながら相談する」という用法は、いまのところあまり期待されていないかもしれない。

なお、電子メール相談の利用希望は女子が多かったが(表4)、これは“進路や異性以外の友人関係で教職員に相談したいと思う悩みの経験”が女子に多い(表2)ことと関係しているだろう。つまり、“電子メール相談だから”ではなく、“相談活動全般に対して女子の利用希望が多いこと”や“男子より女子に込み入った相談の希望が多いこと”<sup>19)</sup>が反映されているだけなのかもしれない。その背景には、“情緒的サポートを希求する傾向が男子より女子で顕著である”<sup>21)</sup>というような、コーピング特性の男女差の影響も考えられる。

一方、電子メール相談の利用希望には学年差(表4)も見られた。5年生で利用希望が多いのは、卒業後の就職・進学などに対する不安などの“悩み”が多くなる(表2)他、卒業研究に関係した打ち合わせの必要が増えるためだろう。「長文のやりとり」による電子メール相談の利用希望が高学年ほど多いのは、高学年ほど“キーボード操作に習熟していて長文を手軽に打てる”ことの影響かもしれない。一方、1年生の利用希望の背景には、入学したての不安、特に勉強に関する戸惑い(表2)や高専学生になって得た自由と責任に対する戸惑い、3割を占める寮生では親元を離れたことによる不安などの影響が推測される。このように考えると、“電子メール相談だから”ではなく、“学校での相談活動全般に対して1年生・5年生の利用希望が多いことが反映されている”のだと理解すべきかもしれない。

表6を見る限り、電子メール相談の用途にかかわらず、その利用希望者がこれまでに“教職員に相談したいと思ってきた悩み”の内訳はさほど変わらないようだ。表6の“悩み”がそのまま電子メール相談に持ち込まれるとは限らないが、一往復のメールで情報提供を受ける「短文のやりとり」での利用希望がもっとも多かったこと(表4)も考え合わせると、もともと多くの学生が抱えている「勉強」や「進路」での

悩みが、電子メール相談にも多く持ち込まれることが推測される。

#### 4.3 保健室・学生相談室に“悩み”を相談しなかった理由との関連

これまでに上のような“悩み”で保健室や学生相談室を利用した経験がある学生では、用途を問わず電子メール相談の利用希望が多い傾向にあった(表7, 表8)。彼らは“教職員に相談すること”自体について“敷居が低い”と感じている学生なのだろうから、この結果は当然といえるだろう。

それ以上に注目されるのは、これまで“教職員に相談したい悩みを経験しながら、保健室や学生相談室には相談しなかった”学生に限ってみると、相談しなかった理由と電子メール相談の利用希望との間にも関連がみられたことである(表7, 表8)。

第一に、これまで“場所(人目)が気になったから保健室・学生相談室では相談しなかった”という学生は、それ以外の学生に比べ、いろいろな電子メール相談の用途に対しての利用希望が多かった(表7, 表8)。このことは、小坂<sup>9)</sup>が指摘しているように「手軽に、人目を気にせず相談ができるという電子メール相談の利点」に対する期待が高いことを示している。

第二に“他の教職員に話したから保健室・学生相談室では相談しなかった”という学生では、面談の予約のために電子メール相談を利用したいという希望が多かった(表7, 表8)。おそらく、彼らにとっての“面談を予約したい教職員”は保健室・学生相談室のスタッフとは限らないので、彼らのニーズに応えるには、電子メール相談システムの範囲を保健室・学生相談室だけに限定せず、全校的なシステムとして構築する必要があるだろう。そのようなシステムは、“少数の養護教諭や相談員のみによる体制では各個人の力量や経験の差がそのまま学校間の差になってしまう”<sup>24)</sup>と指摘されるような問題を回避し、さまざまな教職員の協働による包括的な学校メンタルヘルスサービス<sup>25)</sup>を提供するための一助となる可能性もある。

第三に“時間がなかったから学生相談室では相談しなかった”という学生では、相談相手を紹介してもらうために電子メール相談を利用したいという希望が多かった(表8)。これは、F高専の学生相談室が限られた時間帯しか開かれていないことと関係しているだろう。つまり、すぐに相談したいことがあるのに学生相談室が開いていない場合に、誰に相談したらよいかを助言してくれる機能が、電子メール相談に期待されているのだろう。これは、“必要なときにとりあえずメールを入れておきたい”という意味で超時間性への期待とみることもできるし、学生相談・学生指導システムへのインテイク機能に対する期待とみることもできよう。もちろんこの他に、常勤教職員が学生への対応についてスクールカウンセラーにコンサルテーションを求めるために、電子メールを活用することも考えられてよい。

以上の三点を考えると、少なくともこの学校の場合、いつでもインテイクや面談予約を求められる窓口として電子メール相談を開設することにより、従来の対面型の相談場面では事例化しにくかった学生に対する接触・支援の契機を広げられる可能性が考えられる。これには、電子メール相談を面接による相談や指導の補助手段として使うことも含まれる<sup>26)</sup>。このような用途であれば、「オンラインカウンセリングでは返信に長時間を要し、カウンセラー側に負担が大きすぎる」<sup>10)</sup>と言われるような問題も、さほど深刻にはならないように思われる。こうした電子メール相談は、相談時間の確保が大変なほど多忙な教職員<sup>4)</sup>にとっても有効な相談媒体となる可能性がある。校外学習中または休暇中の学生・生徒等との相談媒体として、あるいは登校できない学生・生徒等やその保護者との連絡媒体としても(たとえば鉦鹿<sup>27)</sup>が提案したコンパニオン活動や、武井ら<sup>28)</sup>が試みたメンタルフレンド訪問援助などの併用)、電子メール相談の活用の余地がありそうである。

#### 4.4 これからの課題

最後に電子メール相談の利用を望まない理由

(表9)をみると、メール文を打つのがめんどうだという声はともかく、いくつか考慮すべき点がある。名前やアドレスを知られたくないという声に対しては、匿名で相談できるシステムを構築することも技術的には可能だが、学校としてそこまで対応すべきなのかどうかという議論がまず必要だろう。

表9や電子メール相談システムを構築する際の要望(自由記述)を見ると、学生にとって、より重要な不安は、ネットワーク上でのセキュリティや、相談を持ち込んだ後の秘密保持に関するものようだ。こうした要望にどう応えながら電子メール相談を開設するかによって、利用のされ方や持ち込まれる相談の内容が大きく異なってくる可能性もある。今回の調査ではこれらの条件について特に仮定を設けず“利用希望”について質問したが、実際の開設時には、電子メール相談に特有のセキュリティ問題<sup>9)</sup>に配慮すること、つまり少なくとも、1)誰がそのメールを読むのか(誰には読めるのか、読めないのか)ということと、2)読んだらメールを消去することやプリントアウトを残さないこと(記録として残すのならば、どこに保管し、誰が読めるのか)を、予め利用者に明示することが重要だろう。

もちろん、こうした作法は関係教職員の全員が共有していなければならない。また、教職員全体が、“学生に適切な相談相手として誰を紹介できるか”という情報や、電子メール相談と面接相談との機能分担などについて、統一的な理解を共有しておくことが重要だと思われる。

この他、送受信者の技術(ITリテラシー)の問題、学生全員が不自由なくアクセスできる環境作りも課題である。

#### 4.5 まとめ

高専学生の6割がこれまでに“教職員に相談したいと思った悩み”を経験していたが、保健室や学生相談室で相談した学生は少なかった。その背景には、時間や場所に制約されない手軽さや、人目につかないことに関する要望が多いようだった。

電子メール相談に対する利用希望は意外に多く、特に“短文のやりとり”による“軽い相談”や情報提供、およびインテイク機能への期待が大きかった。これには対象者がコンピュータに馴れ親しんでいる理工系高専学生であったことの影響が考えられ、実際、パソコン所有者では電子メール相談の利用希望が多かった。電子メール相談の利用希望は女子に多く、また1年生と5年生に多かったが、これは必ずしも電子メールという媒体への親和性が高いからではなく、もともと“教職員に相談したいと思うこと”が多いためかもしれない。電子メール相談の利用希望者がこれまでに経験した“教職員に相談したいと思った悩み”の種類は、利用を希望しない学生と大差なかった。学生は電子メール相談システムに対して、超時間性・超地理性のある程度まで期待しているようだが、“携帯電話でいつでもどこでもやりとりできる”という意味での高度の超時間性・超地理性への期待はそれほど高くないようだった。

これまでに“教職員に相談したいと思う悩み”を経験しながら保健室や学生相談室で相談したことがない学生についてみると、相談しなかった理由と電子メール相談の利用希望との間には関連が見られた。訪室時の人目が気になった学生、学校内の適切な相談相手を紹介してほしい学生、および相談予約の電子メールを自分に都合の良い時間帯に発信したい学生には、利用希望が多かった。したがって、いつでもインテイクや面談予約を申し込める窓口として電子メール相談を開設することで、従来の保健室・学生相談室活動で事例化しにくかった事例に対する接触・支援の契機が広がる可能性が示唆された。ただし、電子メール相談システムの利用範囲を保健室・学生相談室に限定せず、全校的なシステムとすることが有効と考えられた。これに加えて、ネットワーク上のセキュリティや、相談内容の秘密保持に関する配慮も重要と考えられた。

## 謝 辞

本研究の遂行にあたりご協力をいただいた高専の学生・教職員の方々，特に貴重なご助言をいただいた学生相談室の諸先生方に，篤く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 小倉学：養護教諭の職務，178-192，ぎょうせい，東京，1986.
- 2) 森昭三：変革期の養護教諭—企画力・調整力・実行力をつちかうために，49-67，103-122，大修館書店，東京，2002.
- 3) 是枝喜代治，飛田直子，小林保子ほか：養護教諭の研修ニーズとカリキュラムに関する基礎調査（第一報）．学校保健研究，44：139-154，2002.
- 4) 田中直代，森田光子：中学生の相談室利用に関する一考察—養護教諭の相談機能との比較．学校保健研究，44（Suppl）：192-193，2002
- 5) 小坂守孝：電子メールによる相談活動の時代変遷．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，58-66，至文堂，東京，2002.
- 6) 水野秀美：電子メールを用いた教育相談．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，127-136，至文堂，東京，2002.
- 7) 林潔：インターネットによるカウンセリングと心理教育．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，150-157，至文堂，東京，2002.
- 8) 古屋雅康：不登校児とのつながりを求めて—電子メール相談による不登校児支援の実践を通して．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，170-178，至文堂，東京，2002.
- 9) 渋谷英雄，萩原英人：オンラインカウンセリングの倫理と課題．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，198-209，至文堂，東京，2002.
- 10) 高石浩一：心理臨床とメールカウンセリング．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，37-45，至文堂，東京，2002.
- 11) 福山清蔵：援助の方法としての電話カウンセリング—「面接」との比較の視点から．石井完一郎，斎藤由紀雄（編）現代のエスプリ 222 いのちの電話，105-113，至文堂，東京，1986.
- 12) 武藤取，萩原国啓：EAP活動と電子メール相談．武藤清栄，渋谷英雄（編）現代のエスプリ 418 メールカウンセリング，179-188，至文堂，東京，2002.
- 13) 吉井博明：若者の携帯電話行動．現代のエスプリ 405 携帯電話と社会生活，85-95，至文堂，東京，2001.
- 14) 東京都生活文化局：青少年をとりまくメディア環境調査報告書．22. Mar. 2002.  
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2002/03/60C3M100.HTM>（4. Dec. 2002）
- 15) 佐竹毅，秋坂真史，中村朋子ほか：養護教諭のインターネット活用に関する研究—とくにホームページや電子メールの活用について—．学校保健研究，44：186-187，2002.
- 16) SPSS Inc.：SPSS Base 11.0J User's Guide. エス・ピー・エス・エス，東京，2001.
- 17) 小此木啓吾，荒井惇雄，長谷川義緑（編）メンタルヘルス実践体系（教育編・新装増補版）1 こころの発達，42-62，日本図書センター，東京，2002.
- 18) 宮崎美千代：青少年．日本のいのちの電話連盟（編）：電話による援助活動，163-173，学事出版，東京，1986.
- 19) 黒瀬久美子，福岡珠美，岸田泰子，小山田浩子，軸丸清子，南正子ほか：電話相談からみえてきたもの—「問題行動」の電話相談内容〈電話相談事業の実態報告書〉．思春期学，17：153-160，1999.
- 20) TOKYO FM：若者ライフスタイル分析2001→2002. <http://www.tfm.co.jp/wakamono/2001data/index.html>（03. Nov. 2003）
- 21) 三宅仁，若月トシ：インターネットを用いた

- 健康相談・学生相談の試みと支援システムの構築. 全国大学保健管理研究集会35回報告書, 272-276, 1997.
- 22) 足立由美, 松本和雄: 大学生における携帯電話によるEmailカウンセリングについての基礎的調査—携帯電話の使用状況と希望—. *こころの健康*, 16 (2) : 76-86, 2001.
- 23) 佐々木恵, 山崎勝之: コーピング尺度 (GCQ) 特性版の作成および信頼性・妥当性の検討. *日本公衛誌*, 49 : 399-408, 2002.
- 24) 鈴木基司, 森田博, 松下珠代, 鈴木庄亮: 学校精神保健ニーズとその対応—中学校養護教諭アンケート調査結果から—. *学校保健研究*, 36 : 301-309, 1994.
- 25) 元永拓郎, 早川東作, 佐久間祐子, ほか: 学校メンタルヘルスサービスの活動評価の試み—大学受験予備校からの報告—. *こころの健康*, 17 (2) : 33-49, 2002.
- 26) 高石浩一, 川村渉, 武藤清栄, 渋谷英雄: インターネットにみる心の世界. 武藤清栄, 渋谷英雄 (編) 現代のエスプリ 418 メールカウンセリング, 至文堂, 東京, 5-36, 2002.
- 27) 鉦鹿健吉: 精神衛生活動における非医療的接近—コンパニオン活動の提起—. *精神療法*, 2 : 71-82, 1976.
- 28) 武井明, 富樫悦子, 長野正稔: 不登校児に対するメンタルフレンド訪問援助—治療成績および追跡調査の結果から—. *こころの健康*, 14 (1) : 71-78, 1999.

(受付 04. 02. 26 受理 04. 05. 10)

連絡先: 〒870-1201 大分県大分郡野津原町廻  
栖野2944-9

大分県立看護科学大学精神看護学研究室(影山)  
E-mail kagayama@oita-nhs.ac.jp

報 告

仙台市児童・生徒の身長・体重の年次推移  
について (1934年～2001年まで)

黒川 修行, 佐藤 洋

東北大学大学院医学系研究科環境保健医学分野

Secular Changes in Height and Weight of School Children  
in Sendai, Japan, 1934-2001

Naoyuki Kurokawa, Hiroshi Satoh

*Environmental Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine.*

The purpose of this study is to compare secular changes in height and weight of school children in Sendai. In Sendai city, the height and weight of 6th graders in primary school and 3rd graders in junior high school have been measured every autumn. The analyses of summarized data revealed a small physique of primary school children in the early 1940's. This small physique was more prominent in the center of Sendai city. After World War II, both primary school children and junior high school students showed a marked increase in height and weight up to the early 1970's. The present data reveals that the secular changes in height and weight differ according to each period. It is conceivable that small height and low weight of school children in the early 1940's reflects a food shortage due to World War II. In addition, the improvement in physique after World War II may reflect the improvement in the food situation. The present analysis suggests that the growth of school children is affected by social conditions.

Key words : secular changes, height, weight  
年次推移, 身長, 体重

【はじめに】

児童・生徒の身長・体重に関する知見は予防医学の見地からも重要と考えられる。それは、身体状態を正確に評価することが、健康状態評価のための必須条件であり、特に成長途上にある子どもの場合には、身体の発育・発達状態の評価が健康状態把握の基本的条件となる。また、肥満・やせ、巨人・小人症など、体型に現れる疾患のスクリーニングに必要な情報ともなる<sup>1)</sup>。

児童・生徒の体位に関する調査は、明治時代の中頃から全国的に行われている。文部省(現:文部科学省)では明治期より行っており、

その結果は毎年度ごとに文部省年報に掲載してきた。しかし、1940年代頃より太平洋戦争の戦局悪化に伴い、昭和15年から昭和22年までの8年間、そのデータが欠損している。昭和23年より文部省(現:文部科学省)では学校保健法に基づき、毎年4月～6月の間に学校保健統計調査を実施しているが、この報告によれば、子どもたちの身長・体重は年々増加していると報告されている<sup>2)</sup>。

子どもの体格が大きくなってきたと言われるようになってから久しいが、子どもたちは、居住地域の様々な社会問題や環境の中で成長している。従って子どもの発育・発達には、彼らを

取り囲む、もしくは取り囲んできた生活環境、そしてその変化が何らかの形で影響を及ぼしていると考えられる。そこで今回は同一地域、そして約70年間に蓄積されたデータを用い、仙台市に在籍する児童・生徒の身長や体重がどのような推移を示してきたのか、報告する。

### 【解析されたデータ及び方法について】

仙台市では毎年10月に市立の全小中学校の小学6年生と中学3年生を対象に全数調査で身長・体重を測定してきた。この調査は東北大学医学部衛生学教室近藤正二によって、1934年（昭和9年）から小学6年生を対象に始められた。1952年（昭和27年）からは中学3年生も対象となり、今日まで続いている<sup>3-8)</sup>。これらのデータは毎年研究室に集積されている。1977年（昭和52年）以前のデータは仙台市全体としての集計値として、男女別の平均値がすべて記録されているが、個人もしくは学校別の値は断片的な記録が残っているのみである。1977年（昭和52年）以降のデータは個人毎のデータが集積されている。

今回の解析では、小学6年生については1934年（昭和9年）から2001年（平成13年）、中学3年生については1952年（昭和27年）から2001年（平成13年）に測定された身長、体重のデータをそれぞれ用いた。

また、近年における身長と体重の変化を確認するために1965年～1973年、1974年～1982年、1983年～1991年、1992年～2001年と4つの年代に区切った後に測定年度を独立変数に身長および体重の平均値を従属変数としてその回帰式を算出した。

仙台市は1889年（明治22年）に市制が施行されたが、以降、周辺市町村の合併及び編入を実施し、現在の仙台市を形成している。今回の解析では1989年以前（平成元年に仙台市が政令指定都市になる以前）から仙台市であった地域を解析対象地域とした。

### 【解析された結果について】

性・学年別に解析対象者数、身長・体重の平均値および標準偏差を表1～3に示した。

#### ・小学6年生について

身長・体重の平均値の推移をそれぞれ図1、2に示した。調査開始当初の1934年（昭和9年）、身長の平均値は男子で136.31cm、女子で136.97cmであり、体重の平均値は男子で31.06kg、女子で31.93kgであった。1945年以前の身長・体重の平均値の最高は男女ともに1940年（昭和15年）である。1941年（昭和16年）～1946年（昭和21年）にかけて、身長・体重ともに平均値の減少が確認された。身長・体重の平均値は男子で1946年（昭和21年）に、女子では、身長が1946年、体重が1947年にそれぞれ最小値を示した。1946年以降、1970年代前半まで身長・体重の平均値は急激な上昇を示したが、1970年代後半以降、増加の割合は小さくなった。体重の平均値は1980年代半ばより再び上昇する傾向がみられた。この期間まで身長・体重は男子より女子が大きかった。しかし、1990年代後半以降、体重の平均値は男女間にその差がほとんどなくなり、女子より男子の体重の平均値が大きくなる傾向を示した。

#### ・中学3年生について

身長・体重の平均値の推移をそれぞれ図3、4に示した。調査開始時の1952年（昭和27年）の身長の平均値は男子で154.68cm、女子で150.14cmであり、体重のそれは男子で44.30kg、女子で43.86kgであった。これらの値は今回の解析中で最小値であった。最新のデータである2001年（平成13年）の身長の平均値は男子で167.65cm、女子で157.31cm、体重のそれは男子で58.13kg、女子で51.89kgであった。身長・体重の平均値について、その年次推移を観察すると小学生同様に1970年代前半まで、身長・体重ともに平均値の急激な上昇が確認されたが、1970年代後半以降は上昇の程度が鈍化した。また、身長・体重ともにその平均値の変化の割合は男子で大きいことが観察された。男子

表1 解析対象者数，身長・体重の平均値および標準偏差について（小学6年生：1934年～1969年）

|     |      | 男子    |       |       | 女子   |      |       |       |       |      |      |      |
|-----|------|-------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|------|------|------|
|     |      | 対象者数  | 平均値   | 標準偏差  | 対象者数 | 平均値  | 標準偏差  |       |       |      |      |      |
| 昭和9 | 1934 | 2,004 | 136.3 |       | 31.1 |      | 1,924 | 137.0 |       | 31.9 |      |      |
|     | 10   | 1935  | 2,174 | 136.5 |      | 30.8 |       | 2,083 | 137.1 |      | 31.7 |      |
|     | 11   | 36    | 2,047 | 136.7 |      | 31.1 |       | 2,163 | 137.6 |      | 31.7 |      |
|     | 12   | 37    | 2,161 | 137.0 |      | 31.2 |       | 2,116 | 138.0 |      | 32.0 |      |
|     | 13   | 38    | 2,119 | 137.0 |      | 31.2 |       | 2,033 | 138.3 |      | 32.0 |      |
|     | 14   | 39    | 1,772 | 137.1 |      | 31.0 |       | 1,763 | 137.8 |      | 31.9 |      |
|     | 15   | 1940  | 1,526 | 137.3 |      | 31.1 |       | 1,640 | 138.2 |      | 31.9 |      |
|     | 16   | 41    | 2,331 | 136.4 |      | 30.7 |       | 2,258 | 137.2 |      | 31.4 |      |
|     | 17   | 42    | 2,655 | 136.1 |      | 30.4 |       | 2,499 | 136.9 |      | 31.0 |      |
|     | 18   | 43    | 2,682 | 135.8 |      | 30.2 |       | 2,666 | 136.5 |      | 30.6 |      |
|     | 19   | 44    | 2,983 | 135.2 |      | 30.2 |       | 2,889 | 135.6 |      | 30.8 |      |
|     | 20   | 45    | 2,415 | 133.5 |      | 29.5 |       | 2,374 | 133.8 |      | 29.7 |      |
|     | 21   | 46    | 2,364 | 132.4 |      | 29.0 |       | 2,269 | 133.2 |      | 29.6 |      |
|     | 22   | 47    | 2,522 | 133.2 |      | 29.1 |       | 2,520 | 133.6 |      | 29.5 |      |
|     | 23   | 48    | 2,225 | 133.8 |      | 29.5 |       | 2,217 | 134.9 |      | 30.2 |      |
|     | 24   | 49    | 2,977 | 134.6 |      | 29.9 |       | 2,916 | 135.8 |      | 30.8 |      |
|     | 25   | 1950  | 2,248 | 135.4 |      | 30.1 |       | 2146  | 136.8 |      | 30.9 |      |
|     | 26   | 51    | 3,082 | 136.0 |      | 30.6 |       | 2,974 | 137.2 |      | 31.5 |      |
|     | 27   | 52    | 3,247 | 136.8 |      | 31.1 |       | 3,141 | 138.4 |      | 32.3 |      |
|     | 28   | 53    | 3,575 | 137.4 |      | 31.4 |       | 3,532 | 139.0 |      | 32.6 |      |
|     | 29   | 54    | 3,568 | 137.9 |      | 31.4 |       | 3,543 | 139.4 |      | 32.6 |      |
|     | 30   | 55    | 3,757 | 138.3 |      | 31.8 |       | 3,620 | 140.2 |      | 33.2 |      |
|     | 31   | 56    | 3,257 | 139.1 |      | 32.7 |       | 3,229 | 141.5 |      | 34.5 |      |
|     | 32   | 57    | 2,703 | 139.8 |      | 32.9 |       | 2,638 | 141.8 |      | 34.6 |      |
|     | 33   | 58    | 3,231 | 140.0 |      | 32.9 |       | 3,130 | 142.2 |      | 34.6 |      |
|     | 34   | 59    | 5,204 | 140.8 |      | 33.2 |       | 4,891 | 143.0 |      | 35.2 |      |
|     | 35   | 1960  | 5,074 | 141.2 | 6.77 | 33.5 | 5.17  | 4,779 | 143.4 | 6.77 | 35.4 | 5.94 |
|     | 36   | 61    | 4,563 | 141.6 | 6.67 | 33.7 | 5.27  | 4,278 | 144.1 | 6.79 | 35.9 | 6.14 |
|     | 37   | 62    | 4,537 | 142.1 | 6.89 | 34.2 | 5.69  | 4,275 | 144.4 | 6.94 | 36.4 | 6.24 |
|     | 38   | 63    | 4,033 | 142.8 | 6.95 | 34.8 | 5.88  | 3,908 | 144.7 | 6.73 | 36.7 | 6.33 |
|     | 39   | 64    | 3,858 | 143.3 | 6.98 | 35.4 | 6.07  | 3,642 | 145.3 | 6.81 | 37.1 | 6.43 |
|     | 40   | 65    | 3,680 | 144.0 | 7.13 | 36.0 | 6.45  | 3,423 | 146.1 | 6.62 | 37.9 | 6.53 |
|     | 41   | 66    | 3,586 | 144.4 | 7.02 | 36.4 | 6.47  | 3,218 | 146.3 | 6.75 | 38.2 | 6.65 |
|     | 42   | 67    | 3,604 | 144.6 | 7.13 | 36.8 | 6.76  | 3,313 | 146.5 | 6.75 | 38.6 | 6.82 |
|     | 43   | 68    | 3,665 | 144.9 | 7.13 | 36.9 | 6.60  | 3,334 | 146.7 | 6.69 | 38.9 | 7.07 |
|     | 44   | 69    | 3,477 | 145.2 | 7.14 | 37.3 | 6.88  | 3,273 | 146.9 | 6.56 | 39.0 | 7.02 |

※昭和9年から昭和34年までの空白は記録が確認できなかったため

表2 解析対象者数, 身長・体重の平均値および標準偏差について (小学6年生: 1970年~2001年)

|      |      | 男子    |       | 身長(cm) |      | 体重(kg) |       | 女子    |       | 身長(cm) |      | 体重(kg) |  |
|------|------|-------|-------|--------|------|--------|-------|-------|-------|--------|------|--------|--|
|      |      | 対象者数  | 平均値   | 標準偏差   | 平均値  | 標準偏差   | 対象者数  | 平均値   | 標準偏差  | 平均値    | 標準偏差 |        |  |
| 昭和45 | 1970 | 3,705 | 144.9 | 7.06   | 37.3 | 6.99   | 3,631 | 147.3 | 6.58  | 39.4   | 6.90 |        |  |
|      | 46   | 71    | 3,604 | 145.4  | 7.22 | 37.8   | 7.24  | 3,255 | 147.2 | 6.57   | 39.4 | 7.21   |  |
|      | 47   | 72    | 3,766 | 145.7  | 7.07 | 38.1   | 7.38  | 3,525 | 147.7 | 6.63   | 39.9 | 7.19   |  |
|      | 48   | 73    | 3,745 | 145.8  | 7.37 | 38.5   | 7.55  | 3,631 | 148.0 | 6.53   | 40.0 | 7.21   |  |
|      | 49   | 74    | 3,875 | 146.3  | 7.32 | 38.5   | 7.59  | 3,700 | 147.9 | 6.54   | 39.8 | 7.34   |  |
|      | 50   | 75    | 4,039 | 146.1  | 7.27 | 38.2   | 7.50  | 3,767 | 147.8 | 6.69   | 39.5 | 7.05   |  |
|      | 51   | 76    | 4,063 | 146.6  | 7.30 | 38.7   | 6.20  | 3,885 | 148.1 | 6.39   | 39.9 | 7.40   |  |
|      | 52   | 77    | 4,399 | 146.8  | 7.28 | 38.7   | 7.60  | 4,130 | 148.5 | 6.52   | 40.0 | 7.22   |  |
|      | 53   | 78    | 4,081 | 146.1  | 7.05 | 38.3   | 7.49  | 3,850 | 148.1 | 6.69   | 39.6 | 7.29   |  |
|      | 54   | 79    | 4,705 | 146.8  | 7.20 | 39.1   | 6.30  | 4,483 | 148.6 | 6.00   | 39.3 | 7.77   |  |
|      | 55   | 1980  | 4,819 | 146.8  | 7.50 | 39.1   | 8.01  | 4,370 | 148.5 | 6.48   | 40.1 | 7.29   |  |
|      | 56   | 81    | 4,708 | 146.7  | 7.36 | 38.9   | 7.88  | 4,463 | 148.5 | 6.72   | 40.0 | 7.11   |  |
|      | 57   | 82    | 4,902 | 146.9  | 7.25 | 39.1   | 7.81  | 4,606 | 148.5 | 7.01   | 40.0 | 7.18   |  |
|      | 58   | 83    | 5,056 | 147.0  | 7.22 | 39.2   | 6.41  | 4,815 | 148.7 | 6.34   | 40.3 | 7.29   |  |
|      | 59   | 84    | 5,282 | 146.9  | 7.29 | 39.1   | 7.78  | 4,927 | 148.6 | 6.53   | 40.1 | 7.28   |  |
|      | 60   | 85    | 5,355 | 147.0  | 7.26 | 39.5   | 8.06  | 5,034 | 148.8 | 6.43   | 40.5 | 7.32   |  |
|      | 61   | 86    | 5,243 | 147.3  | 7.32 | 40.0   | 8.26  | 4,997 | 148.9 | 6.34   | 40.7 | 7.43   |  |
|      | 62   | 87    | 5,028 | 147.7  | 7.44 | 40.3   | 8.55  | 4,694 | 149.0 | 6.37   | 40.9 | 7.62   |  |
| 昭和63 | 88   | 4,915 | 148.1 | 7.37   | 40.7 | 8.44   | 4,594 | 149.2 | 6.30  | 41.4   | 7.66 |        |  |
| 平成1  | 89   | 4,673 | 148.1 | 7.39   | 40.9 | 8.61   | 4,405 | 149.3 | 6.40  | 41.3   | 7.70 |        |  |
|      | 2    | 1990  | 4,713 | 148.0  | 7.36 | 40.8   | 8.88  | 4,271 | 149.5 | 6.34   | 41.4 | 7.76   |  |
|      | 3    | 91    | 4,445 | 148.5  | 7.31 | 41.3   | 8.73  | 4,177 | 149.5 | 6.27   | 41.8 | 7.96   |  |
|      | 4    | 92    | 4,362 | 148.4  | 7.60 | 41.2   | 8.92  | 4,026 | 149.5 | 6.39   | 41.8 | 7.92   |  |
|      | 5    | 93    | 4,100 | 149.0  | 7.48 | 41.8   | 9.05  | 3,936 | 149.7 | 6.34   | 42.3 | 7.99   |  |
|      | 6    | 94    | 4,166 | 149.6  | 7.33 | 41.3   | 8.88  | 3,884 | 149.8 | 6.25   | 41.6 | 7.83   |  |
|      | 7    | 95    | 4,070 | 149.0  | 7.57 | 41.8   | 9.05  | 3,979 | 150.1 | 6.21   | 42.4 | 8.23   |  |
|      | 8    | 96    | 3,922 | 149.2  | 7.41 | 42.1   | 9.17  | 3,758 | 150.2 | 6.16   | 42.6 | 8.40   |  |
|      | 9    | 97    | 3,866 | 149.4  | 7.73 | 42.3   | 9.47  | 3,535 | 150.2 | 6.28   | 42.5 | 8.40   |  |
|      | 10   | 98    | 3,623 | 149.3  | 7.41 | 42.1   | 9.36  | 3,472 | 150.2 | 6.27   | 42.8 | 8.46   |  |
|      | 11   | 99    | 3,478 | 149.6  | 7.60 | 42.7   | 9.51  | 3,377 | 150.5 | 6.26   | 42.9 | 8.61   |  |
|      | 12   | 2000  | 3,480 | 149.4  | 7.83 | 42.5   | 9.84  | 3,260 | 150.3 | 6.21   | 42.8 | 8.32   |  |
| 平成13 | 01   | 3,392 | 149.3 | 4.76   | 42.7 | 10.16  | 3,058 | 150.1 | 6.35  | 42.5   | 8.84 |        |  |

表3 解析対象者数、身長・体重の平均値および標準偏差について（中学3年生：1934年～2001年）

|      |      | 男子    |       |       | 女子    |       |       | 身長(cm) |       |       | 体重(kg) |      |      |
|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|------|------|
|      |      | 対象者数  | 平均値   | 標準偏差  | 対象者数  | 平均値   | 標準偏差  | 平均値    | 標準偏差  | 平均値   | 標準偏差   | 平均値  | 標準偏差 |
| 昭和27 | 1952 |       | 154.7 |       |       | 44.3  |       |        | 150.1 |       |        | 43.9 |      |
|      | 28   | 53    | 2,114 |       | 155.5 |       | 44.9  |        | 1,819 | 150.6 |        | 44.4 |      |
|      | 29   | 54    |       |       | 156.3 |       | 45.6  |        |       | 150.3 |        | 44.4 |      |
|      | 30   | 55    | 3,235 |       | 157.0 |       | 46.3  |        | 2,865 | 151.3 |        | 45.3 |      |
|      | 31   | 56    | 3,561 |       | 157.6 |       | 47.2  |        | 3,319 | 151.5 |        | 45.9 |      |
|      | 32   | 57    | 3,553 |       | 158.1 |       | 47.8  |        | 3,260 | 151.7 |        | 46.0 |      |
|      | 33   | 58    | 3,877 |       | 158.7 |       | 48.2  |        | 3,452 | 152.0 |        | 46.3 |      |
|      | 34   | 59    | 3,466 |       | 159.2 |       | 48.6  |        | 3,063 | 152.5 |        | 47.0 |      |
|      | 35   | 1960  | 2,727 |       | 160.0 | 7.05  | 48.7  | 6.95   | 2,439 | 152.7 | 5.24   | 46.7 | 5.98 |
|      | 36   | 61    | 2,739 |       | 160.0 | 7.49  | 48.9  | 7.14   | 2,392 | 153.3 | 5.25   | 46.9 | 6.08 |
|      | 37   | 62    | 5,139 |       | 161.3 | 6.90  | 49.8  | 7.02   | 4,244 | 153.3 | 5.24   | 47.2 | 6.05 |
|      | 38   | 63    | 5,095 |       | 162.0 | 6.93  | 50.7  | 7.19   | 4,142 | 153.6 | 5.24   | 47.5 | 6.17 |
|      | 39   | 64    | 4,827 |       | 162.4 | 6.83  | 51.0  | 7.35   | 3,974 | 154.0 | 5.36   | 48.0 | 6.27 |
|      | 40   | 65    | 4,488 |       | 162.9 | 6.62  | 51.5  | 7.15   | 3,820 | 154.4 | 5.28   | 48.4 | 6.48 |
|      | 41   | 66    | 4,115 |       | 163.3 | 6.55  | 52.1  | 7.60   | 3,586 | 154.4 | 5.25   | 48.6 | 6.54 |
|      | 42   | 67    | 3,440 |       | 163.6 | 6.66  | 52.8  | 7.64   | 2,877 | 154.9 | 5.30   | 49.3 | 6.20 |
|      | 43   | 68    | 3,743 |       | 163.8 | 6.53  | 53.2  | 7.90   | 3,219 | 155.2 | 5.16   | 49.8 | 6.43 |
|      | 44   | 69    | 3,625 |       | 164.4 | 6.41  | 53.5  | 8.15   | 3,046 | 155.6 | 5.23   | 49.9 | 6.99 |
|      | 45   | 1970  | 3,763 |       | 164.7 | 6.41  | 54.3  | 8.14   | 3,162 | 155.5 | 5.33   | 50.0 | 6.61 |
|      | 46   | 71    | 3,722 |       | 164.7 | 6.45  | 54.1  | 8.09   | 3,231 | 155.6 | 5.11   | 50.2 | 6.77 |
|      | 47   | 72    | 3,551 |       | 165.1 | 6.53  | 54.6  | 8.28   | 2,974 | 156.0 | 5.17   | 50.4 | 5.41 |
|      | 48   | 73    | 3,699 |       | 165.2 | 6.50  | 54.0  | 8.33   | 3,274 | 156.1 | 5.19   | 49.9 | 6.70 |
|      | 49   | 74    | 3,826 |       | 165.4 | 6.36  | 54.3  | 8.05   | 3,198 | 156.0 | 5.18   | 49.7 | 6.47 |
|      | 50   | 75    | 3,831 |       | 165.7 | 6.31  | 54.4  | 8.54   | 3,376 | 156.1 | 5.13   | 49.9 | 6.60 |
|      | 51   | 76    | 3,646 |       | 165.6 | 6.34  | 54.6  | 8.39   | 3,350 | 156.2 | 4.94   | 50.0 | 6.66 |
|      | 52   | 77    | 3,661 |       | 165.9 | 6.31  | 54.7  | 8.61   | 3,351 | 156.3 | 4.86   | 49.6 | 6.46 |
|      | 53   | 78    | 3,884 |       | 166.0 | 6.75  | 55.0  | 8.79   | 3,436 | 156.4 | 4.43   | 49.4 | 6.57 |
|      | 54   | 79    | 4,087 |       | 166.0 | 6.38  | 55.3  | 9.27   | 3,803 | 156.3 | 4.12   | 49.8 | 6.70 |
|      | 55   | 1980  | 4,207 |       | 166.2 | 6.28  | 55.6  | 9.17   | 3,822 | 156.7 | 4.96   | 50.4 | 6.58 |
|      | 56   | 81    | 3,840 |       | 166.1 | 6.23  | 55.3  | 8.90   | 3,509 | 156.6 | 4.97   | 50.4 | 6.79 |
|      | 57   | 82    | 4,574 |       | 166.3 | 6.24  | 55.9  | 9.10   | 4,125 | 156.7 | 5.03   | 50.1 | 6.58 |
|      | 58   | 83    | 4,759 |       | 166.2 | 6.34  | 56.2  | 9.73   | 4,217 | 156.7 | 4.94   | 50.4 | 6.83 |
|      | 59   | 84    | 4,570 |       | 166.3 | 6.34  | 56.1  | 9.34   | 4,278 | 156.8 | 4.93   | 50.6 | 6.79 |
|      | 60   | 85    | 4,744 |       | 166.5 | 6.27  | 56.4  | 9.45   | 4,407 | 156.9 | 4.97   | 50.6 | 7.09 |
|      | 61   | 86    | 4,873 |       | 166.7 | 6.21  | 56.8  | 9.64   | 4,627 | 157.0 | 4.97   | 51.1 | 7.30 |
|      | 62   | 87    | 5,113 |       | 166.7 | 6.22  | 56.8  | 9.77   | 4,691 | 157.0 | 5.13   | 51.0 | 7.27 |
| 昭和63 | 88   | 5,089 | 166.7 | 6.22  | 57.2  | 9.98  | 4,796 | 157.0  | 4.98  | 50.9  | 7.15   |      |      |
| 平成1  | 89   | 4,931 | 166.7 | 6.19  | 57.3  | 10.00 | 4,771 | 157.0  | 5.16  | 50.8  | 7.35   |      |      |
|      | 2    | 1990  | 4,741 | 167.1 | 6.24  | 57.9  | 10.31 | 4,418  | 157.1 | 5.07  | 51.1   | 7.65 |      |
|      | 3    | 91    | 4,625 | 167.4 | 6.11  | 58.0  | 10.01 | 4,233  | 157.2 | 5.08  | 51.3   | 7.48 |      |
|      | 4    | 92    | 4,413 | 167.4 | 6.23  | 58.0  | 10.04 | 4,071  | 157.2 | 5.24  | 51.4   | 7.57 |      |
|      | 5    | 93    | 4,399 | 167.3 | 6.11  | 58.2  | 10.49 | 3,940  | 157.3 | 5.10  | 51.5   | 7.75 |      |
|      | 6    | 94    | 4,124 | 167.5 | 5.94  | 57.7  | 10.04 | 3,888  | 157.2 | 5.14  | 51.1   | 7.82 |      |
|      | 7    | 95    | 3,996 | 167.4 | 6.08  | 57.8  | 10.32 | 3,701  | 157.1 | 5.32  | 51.3   | 7.89 |      |
|      | 8    | 96    | 3,759 | 167.8 | 6.14  | 58.2  | 10.46 | 3,559  | 157.3 | 5.24  | 51.5   | 7.90 |      |
|      | 9    | 97    | 3,849 | 167.5 | 6.05  | 58.1  | 10.45 | 3,551  | 157.3 | 5.16  | 51.3   | 7.77 |      |
|      | 10   | 98    | 3,769 | 167.6 | 6.19  | 57.6  | 10.21 | 3,555  | 157.3 | 5.10  | 51.4   | 8.07 |      |
|      | 11   | 99    | 3,613 | 167.6 | 5.98  | 58.0  | 10.47 | 3,429  | 157.4 | 5.10  | 51.4   | 8.35 |      |
|      | 12   | 2000  | 3,595 | 167.6 | 6.16  | 57.8  | 10.66 | 3,218  | 157.5 | 5.50  | 51.5   | 8.10 |      |
| 平成13 | 01   | 3,377 | 167.6 | 5.97  | 58.2  | 10.41 | 3,105 | 157.2  | 5.29  | 52.0  | 8.18   |      |      |

※昭和27年から昭和34年までの空白は記録が確認できなかったため

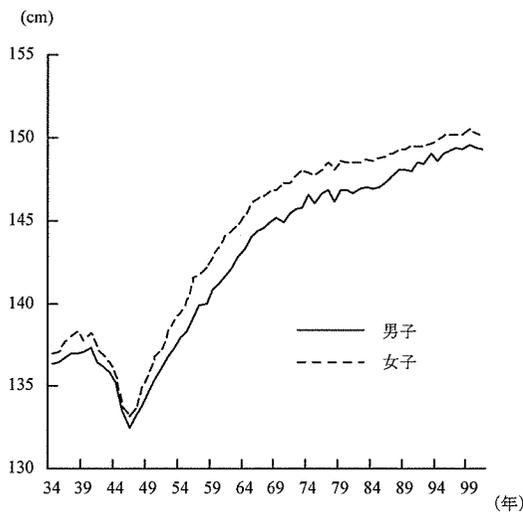


図1 小学6年生の身長の平均値の推移

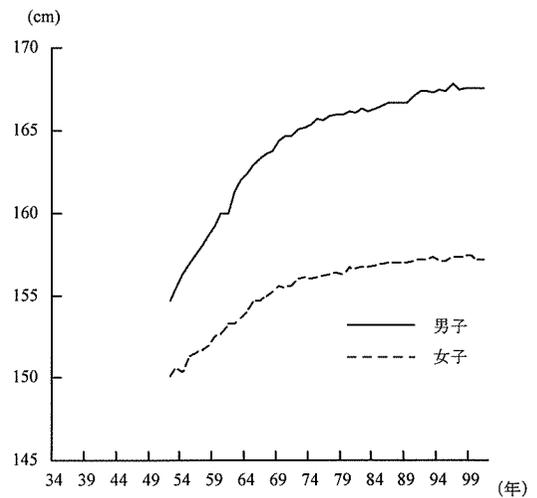


図3 中学3年生の身長の平均値の推移

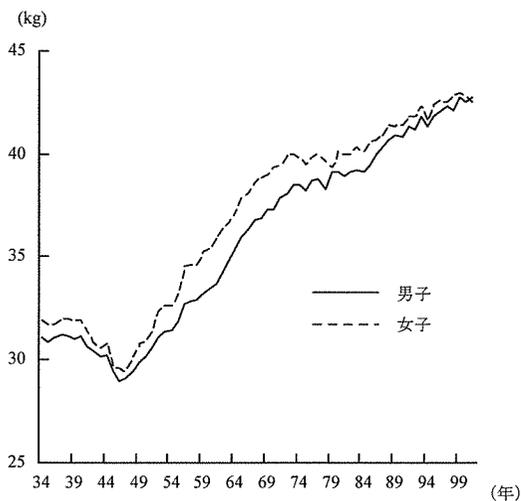


図2 小学6年生の体重の平均値の推移

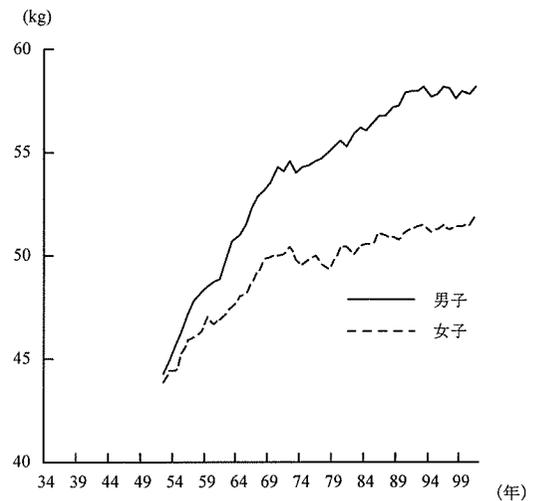


図4 中学3年生の体重の平均値の推移

の体重の平均値は1970年代後半以降も、それ以前に比し増加の程度は小さくなるものの、1980年代後半まで増加する傾向がみられる。小学生と異なり男女ともに近年の体重の平均値はほぼ一定の値を示している。

#### ・戦時中（1941-1945年）における小学6年生の身長・体重の推移

太平洋戦争時（1941年から1945年）の身長の推移を学校単位ではあるが都市・農村部別に観察した。1941年の平均値は男女ともに農村部に

比し、都市部でその値は大きく、その後、都市部の平均値は年々減少傾向を示している。しかし、農村部の平均値は減少の割合が小さいか、ほとんど減少しないことが示された（図5）。

#### ・1960年代後半以降の小学6年生の身長・体重の変化

身長の回帰式の傾きは必ずしも一定でなく、1965年～1973年と1983年～1991年の傾きは1974年～1982年と1992年～2001年の傾きに比べ、その値の大きいことが認められた。また、体重の

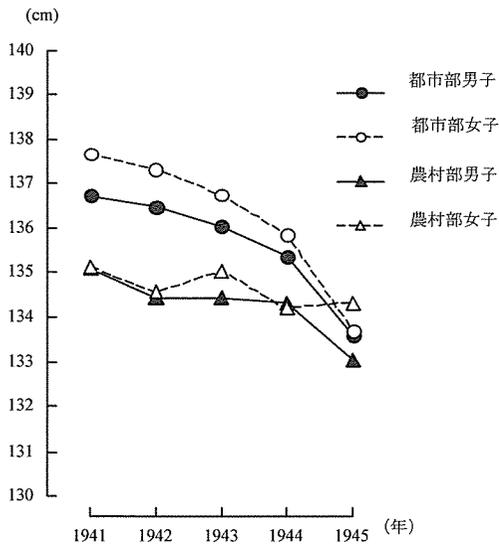


図5 小学6年生の戦時中の身長の平均値の推移

回帰式の傾きは身長と同様であったが、1992年～2001年の傾きは身長ほど小さくなることはなかった。終戦間もない1940年代後半から1970年代前半まで続いた大きな伸びに比べると明らかに増加率は漸減した（図6，7，8，9）。しかし、単なる漸減ではなく、一度停滞したのに、再び回帰式の傾きは大きくなった。

【考 察】

・子どもの身長・体重の推移と4つの年代

集められたデータをグラフ化し観察したり、近藤による仙台市への報告書によると、いくつかの年代で区分される。それは、身長・体重の平均値が減少した1945年以前、その後急伸した期間である1946年～1960年代後半にかけて、そして平均値の伸びが小さくなってきた1970年代以降である。そこで、今回は特に長期間にわたってデータが集積されている小学6年生の

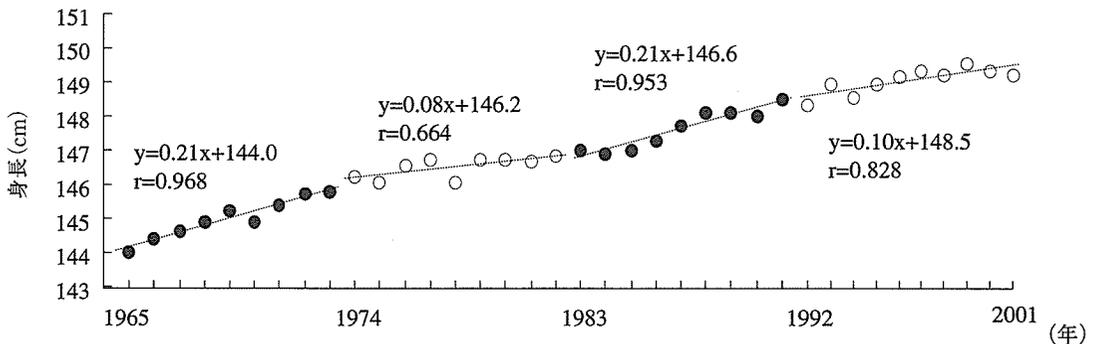


図6 小学6年生男子の身長と測定年との回帰式について

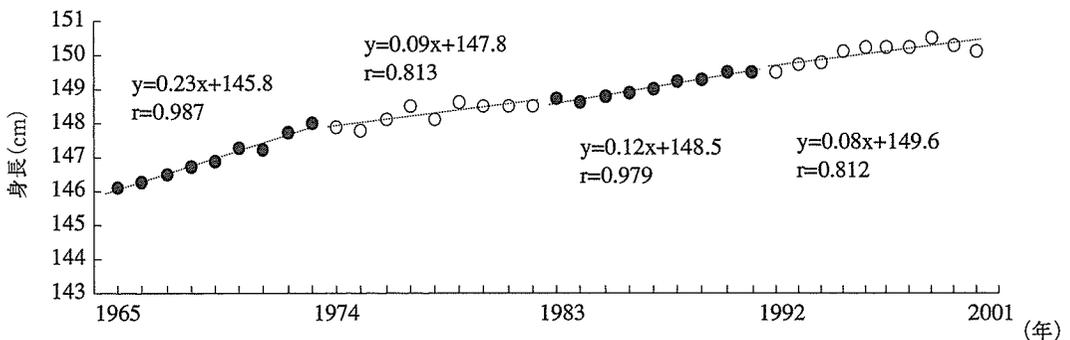


図7 小学6年生女子の身長と測定年との回帰式について

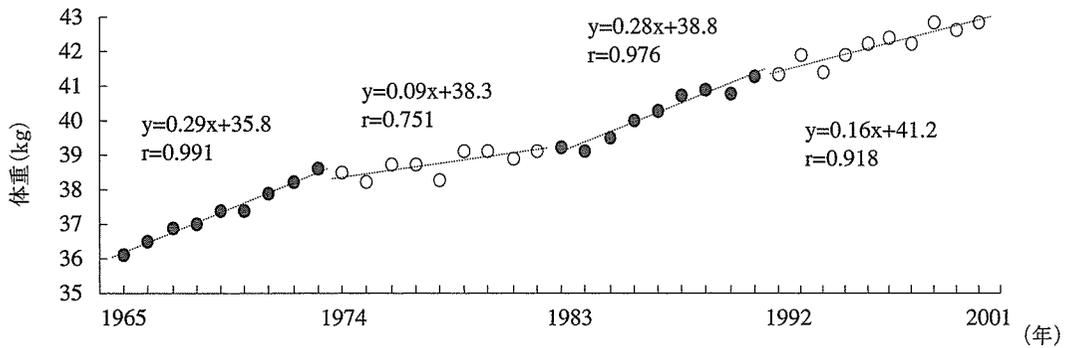


図8 小学6年生男子の体重の平均値と測定年との回帰式について

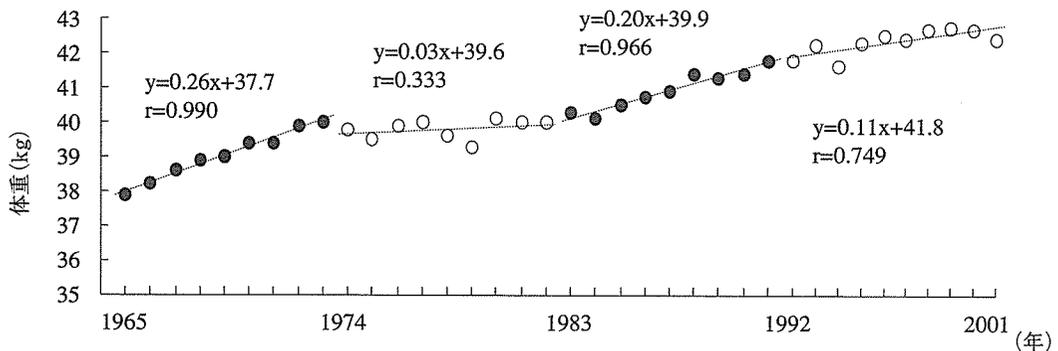


図9 小学6年生女子の体重の平均値と測定年との回帰式について

データについて、「太平洋戦争前，戦中，戦後」（1930年代～45年），「仙台市の学校給食と子どもの発育」（1946年～60年代後半），「6年生の体格のその後」（1970年代以降）と区切り，身長，体重の値がどのように変化したのか，考察を加える。

#### ・太平洋戦争前，戦中，戦後

戦時における発育抑制は二度にわたる大戦（第一次，第二次世界大戦）において欧米などの参戦諸国にもみられた現象である<sup>9-12)</sup>。特に都市部における身長発育にその影響が著しかったと報告されている。このことは戦時下における食糧事情の悪化によるものと考えられており，仙台市で観察された都市部と農村部に住む子どもの身長発育の違いは食糧の蓄えの違いによるものと推察される<sup>13-15)</sup>。

#### ・仙台市における学校給食と子どもの発育

第二次世界大戦後の昭和22年度に学校給食が

再開されたが，これは全国の都市部で実施されたものだった。特に都市部の児童の発育が悪くなったため，アメリカから無償で脱脂粉乳が与えられ，給食が始められた。

給食が始められる前年の昭和21年秋頃，GHQ栄養顧問Paul E. Howe大佐（以下，ハウ大佐）が文部省（当時）と厚生省（当時）の役人と東北大学を訪問した。その理由は「今度の戦争で日本の子どもたちの発育が悪くなっているだろう。その被害を少しでも救うために学校給食で何かを与えたいと思う。しかし，それには戦争による身体の発育に影響を与えたということを実証する数字のデータがなければ，物資を無償で与えるわけにはいかない。そこで戦前や戦中の資料がそろっている仙台にやってきた」ということであつた。その基礎的資料として仙台市体位データが使われた<sup>15)</sup>。

援助物資としてメリケン粉や「脱脂粉乳」が

提案されたが、近藤は「脱脂粉乳」を選択した。この選択は近藤らがタンパク質が体格や体力に関係のあることを見いだしていたからである。戦中に近藤は市周辺の農村部にある学校で、落ち穂拾いを実施し、市中心部の子どもたちの給食の補食を行った。しかし、体重の減少は小さくなったものの、身長の伸びは抑制されたままであった。また、体力の増強を目的とした鍛錬が増えていたのにも関わらず、筋力はいっこうに増強しないことも観察していた<sup>13,15)</sup>。すなわち、これらのことから単にカロリーを補うことを目的とするのではなく、発育・発達期に筋や骨が必要なのはタンパク質、特に「動物性タンパク質」であろうと判断し、「脱脂粉乳」の配給を提案した。昭和22年から始まった学校給食により、子どもたちの体格は昭和40年代後半（1970年代前半）まで、毎年前年度の測定値を上回る値を示すようになった。（なお、学校給食として提供された物資には、GHQのみならず、ララ（LARA：License Agency for Relief in Asia. アジア救済連盟）からの物資配給もあった。今回はこの点に関する詳細な説明は省く。）

#### ・小学6年生の体格のその後（1970年代以降）

仙台市の子どもに関するデータは毎年報告書（「仙台市学童発育最近の傾向並に学校給食の効果」）が作成されているが、近藤の文責として記されている最後の報告書（昭和48年度、1973年）にはそれまでの報告書とは異なったことが記されている。それは「戦前の体格に戻ってから以後もなお引続き身長・体重が逐年向上し続けて来たが、今年度の身長・体重及びその発育速度から考えるに、仙台市（旧市域）の6年生の体格はそろそろ限界に近づいたように思われる。」と書かれている。確かに1970年代からの身長の推移をみると、それまでの期間に比べて傾きが小さくなっていることがわかる。

そこで、今回は子どもの体格の変化についてもう少し短い期間やそのときに起こった出来事などに着目した。

中塚らは仙台市における児童・生徒の身長、

体重および胸囲の分布について報告している<sup>16)</sup>。1977年から1996年までの解析であるが、それによれば、それぞれ平均値のみならず、その分布も動いていることが示されている。特に小学6年生男子では身長の歪度が一貫して正であり、加えて、年々低下していることが明らかとなっている。このことは以前に比べ、同時期の小学6年生の集団において、身長の高い児が増えてきていることを示しており、成長のスパートのかかり始めた児が増えてきている可能性のあることが推察されている。

さて、このような推移のなかで例外的な推移を示す年度が認められた。昭和53年度（1978年）、昭和59年度（1983年）以降、そして平成6年度（1994年）である。昭和53年度は前年度および翌年度に比べ、身長の平均値が低い。本調査は毎年10月に実施されているが、同年6月12日に「宮城県沖地震」が発生している。平成7年（1995年）の「阪神大震災」や平成12年（2000年）の「鳥取県西部地震」が子どもたちの発育に何らかの影響を与えた可能性が示唆されている<sup>17,18)</sup>。子どもたちは社会環境の変化に感受性が高く、その影響を大きく受けていると言われている。このようなことから、昭和53年度に認められた身長の低下は宮城県沖地震が一因にあると考えられる。

次に昭和59年度（1983年）以降の体重の変化である。前の9年間と比較し、回帰式の傾きが大きくなっていることがわかる。この昭和59年（1983年）7月には家庭用コンピュータゲームが発売されている<sup>19)</sup>。コンピュータゲームの登場やそれが家庭内に普及することが体重の増加の原因ということではできないが、エネルギーを消費するための身体活動を伴った遊びが減少したことによって、体重の増加が起り始めた可能性も考えられる。コンピュータゲームで遊ぶ頻度が高まることにより、外遊びが減少することも考えられる。具体的な身体活動に関する調査結果は少ないが、このころより、定期的に運動をしている小学生の割合が減少しているとの報告もある<sup>20,21)</sup>。

最後に平成6年度(1994年)における体重の減少についてである。1970年代からのBody mass index (BMI) の推移を観察すると若干の右上がりの推移を示すのであるが、1994年のデータは前年に比べて、小さい値を示している。この前年の平成5年(1993年)は冷夏の年であった。その時の作況指数は30~40、米の収穫量が大きく減り、学校給食にタイ米が出た学校もあった年である。食料供給の問題が身体発育に影響を与えたと思われる、社会現象と子どもの発育がリンクしていることを示唆させるデータであった。

### 【終わりに】

体調が悪ければ体重が減るので、体重が健康状態を示すことを私たちは知っている。文部科学省の身長別標準体重があるので、身長や体重と健康の関係は、既に十分研究し尽くされていると思いがちである。

近藤は成長の速度は栄養に帰因すると考え、食糧難の時期に給食にミルクを出すことを選択した。これは身体測定を続けた結果明らかになったことである。身体測定が現在も続き、このデータが子どもの飢えを示しているデータから、飽食を示すデータへと変わった現在でも測定することの意味が薄れないのは肥満や生活習慣病の罹患率を見れば明らかであろう。ひとつの問題が解決すれば、また新たな問題が生まれ、そのときには別の役割をもつのが長年継続的に調査されているデータではないだろうか。

### 【追記】

本報告は平成14年9月に仙台で開催された第50回東北学校保健学会会長講演「身体計測からみた仙台の子どもたちの50年—児童・生徒の体格の推移と環境—」を再構成し、執筆したものである。また、本報告の一部は第48, 49, 51回東北学校保健学会、第51回東北公衆衛生学会および第47, 48, 49, 50回日本学校保健学会にて発表した。

### 【謝辞】

本調査に多大なるご支援を頂きました仙台市教育委員会、仙台市内各学校の教員の皆様、そして、測定にご協力頂きました仙台市内の小中学生の皆様にご感謝いたします。また、本報告の執筆にあたり多くの資料をご提供くださいました宮城大学中塚晴夫先生に深謝いたします。

### 参考文献

- 1) 東郷正美：身体計測による発育学，東京大学出版会，東京，1998
- 2) 文部科学省：平成14年度学校保健統計調査報告書，財務省印刷局，東京，2003
- 3) Kondo, S., Takahashi, E., Kato, K., Takahashi, S., Ikeda, M. : Secular trends in height and weight of Japanese pupils, *Tohoku J Exp Med.* 126 : 203-13, 1978
- 4) Ikeda, M., Watanabe, T., Koizumi, A., Kumai, M., Fujita, H. : Growth deceleration in Japanese schoolchildren with special reference to those in the city of Sendai, *Tohoku J Exp Med.* 139 : 113-9, 1983
- 5) Ikeda, M., Watanabe, T. : Constant growth of primary school children throughout four seasons of year, *Tohoku J Exp Med.* 145 : 413-8, 1985
- 6) Nakatsuka, H., Ohashi, M., Watanabe, T., Ikeda, M. : Small, yet steady secular gain in height and weight of school children in the city of Sendai in past 15 years, *Tohoku J Exp Med.* 156 : 341-50, 1988
- 7) Nakatsuka, H., Kasahara, M., Watanabe, T., Ikeda, M. : Continuity of leanness/obesity from childhood to adolescence, *Tohoku J Exp Med.* 157 : 381-92, 1989
- 8) Nakatsuka, H., Satoh, H., Watanabe, T., Ikeda, M. : Possible urban-rural difference in habitus of school children in Sendai, *Tohoku J Exp Med.* 160 : 11-7, 1990

- 9) Dugdale, A.E., O'Hara, V., May, G. : Changes in body size and fatness of Australian school-children 1911-1976, *Aust Paediatr J.* 19 : 14-7, 1983
  - 10) Malina, R.M., Zavaleta, A.N., Little, B.B. : Secular changes in the stature and weight of Mexican American school children in Brownsville, Texas, between 1928 and 1983, *Hum Biol.* 59 : 509-22, 1987
  - 11) Cernerud, L., Lindgren, G.W. : Secular changes in height and weight of Stockholm schoolchildren born in 1933, 1943, 1953 and 1963, *Ann Hum Biol.* 18 : 497-505, 1991
  - 12) Krawczynski, M., Walkowiak, J., Krzyzaniak, A. : Secular changes in body height and weight in children and adolescents in Poznan, Poland, between 1880 and 2000, *Acta Paediatr.* 92 : 277-82, 2003
  - 13) 高橋英次：学校保健テキスト，南山堂，東京，1965
  - 14) Takahashi, E. : Growth and environmental factors in Japan., *Hum. Biol.* 38 : 112-130, 1966
  - 15) 財団法人 食生活研究会：学童の発育と食べもの—学童の体位向上を願って40年—東北大学名誉教授 近藤正二博士講演記録，財団法人食生活研究会，東京，1972
  - 16) 中塚晴夫，佐藤洋，池田正之：仙台市児童・生徒の身長・体重および胸囲の分布の推移，宮城大学看護学部紀要. 1 : 45-50, 1998
  - 17) 小西正智，國土将平，松本健治：鳥取県西部地震が保育園児の発育に及ぼす影響，学校保健研究. 43 Suppl. : 134-135, 2001
  - 18) 佐藤慎太郎，國土将平，松本健治：鳥取県西部地震が児童の発育に及ぼす影響～児童の発育パターンの検討～，学校保健研究. 43 Suppl. : 136-137, 2001
  - 19) 電通総研：情報メディア白書2003，ダイヤモンド社，東京，2003
  - 20) NHK放送文化研究所：データブック・国民生活時間調査，日本放送協会，東京，1996
  - 21) 文部科学省スポーツ・青少年局スポーツ課：平成14年度体力・運動能力調査，文部科学省，東京，2003
- (受付 03. 07. 29 受理 04. 05. 26)
- 連絡先：〒980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1  
 東北大学大学院医学系研究科  
 環境保健医学分野（黒川）

報告

高校生の食生活に関する  
知識・意識・態度・行動の現状と変容  
—北海道2高校の分析から—

百々瀬 いづみ<sup>\*1</sup>, 荒川 義人<sup>\*1</sup>, 森谷 繁<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>天使大学 <sup>\*2</sup>北海道大学大学院

Present Condition and Change of Knowledge, Awareness, Attitude  
and Behavior Concerning High School Student's Diet  
—From the Condition of Two High Schools in Hokkaido—

Izumi Momose<sup>\*1</sup>, Yoshihito Arakawa<sup>\*1</sup>, Kiyoshi Moriya<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> Tenshi College, <sup>\*2</sup> Hokkaido University Graduate School

Nutrition education at an early age is important to prevent lifestyle-related diseases. Focusing on the degree of influence of nutrition education on high school students, the authors compared the improvements and changes of their knowledge, awareness, attitude, and behavior concerning their diet before and after the nutrition education.

The results showed that their knowledge, awareness, and attitude concerning their diet were significantly enhanced by nutrition education in most details, but their behavior remained the same or unimproved. Stronger measures should therefore be taken to heighten the educational effects such as increasing the frequency of such education, clarifying the status of their knowledge, awareness, attitude, and behavior concerning their diet prior to such education, and subsequently reviewing and selecting educational methods depending on the circumstances. We also found that they do not adequately assist housework. It may be important for families and high schools to coordinate their approach to encourage cooperation in housework.

---

Key words : high school student, nutrition education, knowledge concerning diet, awareness and attitude concerning diet, behavior concerning diet

高校生, 栄養教育, 食生活の知識, 食生活の意識・態度, 食生活の行動

---

## I. はじめに

近年, 我が国では生活習慣病の罹患者が増大している。厚生労働省発表の平成13年度国民医療費の概況<sup>1)</sup>によると, 高血圧疾患, 糖尿病, 心疾患, 脳血管疾患, 悪性新生物の総医療費は

一般診療医療費の33.6%を占め, 国民所得に占める国民医療費の割合も年々増加傾向にある。そのため, 少子高齢化が進行している我が国の生活習慣病対策は必須課題であり, 生涯を健康に生きる力を培うには, ライフステージの出来るだけ早い段階から生活習慣の一つである食習

慣を育む継続的な栄養教育を行うことが極めて重要と考える。

著者らは、小・中学校に比べて栄養教育の機会が減少する一方で、食生活の乱れが顕在化する高校生への栄養教育の効果に着目し、まず高校生に対する栄養教育上の役割が大きいと考えられる家庭科教論（以下「教論」と略）を対象として、「教論」が高校生の健康と食生活をどのようにとらえているかについて調査を行った<sup>2)</sup>。その結果、「教論」は生徒に生活習慣病につながる生活実態が潜んでいることを認識し、「家庭科」の中で生活習慣病予防に関する様々な取り組みを行っていることが明らかになった。次に、「家庭科」の中での栄養教育の効果を確認するには、教育の受け手である高校生の食生活の実態を把握し、「教論」を対象とした調査結果と重ね合わせて検討することが重要と考えた。

そこで、本研究では所在地域や学科等の異なる2つの高等学校（以下、「2校」と略）の高校生を対象に食生活についての調査を行い、健康に過ごすための食生活に関する知識・意識・

態度、あるいは行動の実態を把握し、「家庭科」を通じた栄養教育によって、どのような改善効果があるのかを確認することを目的とした。同時に、高校生が受ける「家庭科」教育の具体的な授業内容についても調査を行い、食生活の知識・意識・態度・行動の改善効果と「家庭科」教育の内容との関連性を検討し、栄養教育という視点で「家庭科」の今後の可能性について考察した。

## II. 研究方法

### 1. 対象

2002年前期（4～9月）に「家庭科」の時間が設けられている北海道内の全日制の高校のうち、所在地域、学科等が異なり、積極的な調査協力の得られた2校の生徒を対象とした。その内訳は表1のとおりである。

### 2. 調査方法

調査は、前期「家庭科」の第1単元目の授業日（4月、以下「教育前」と略）と前期最終単元の日（9月、以下「教育後」と略）の2回、

表1 対象高校の内訳

| 高校            | A校                                | B校                                |
|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 高校の所在地域区分     | 札幌以外の市                            | 札幌市                               |
| 学科            | 普通科+家庭科以外の科                       | 普通科+家庭科系の科                        |
| 家庭科教論数<br>(人) |                                   |                                   |
| 常勤            | 1                                 | 4                                 |
| 非常勤           | 1                                 | 1                                 |
| その他・助手        | 0                                 | 1                                 |
| (対象学年の家庭科教論数) | (1)                               | (2)                               |
| 対象学年および学級数    | 2年生4学級                            | 3年生3学級                            |
| 対象数           |                                   |                                   |
| 「教育前」(人)      | 120                               | 114                               |
| 「教育後」(人)      | 123                               | 101                               |
| 性別<br>(人)     |                                   |                                   |
| 「教育前」男:女      | 51(42.5%):66(55.0%)* <sup>1</sup> | 54(47.4%):60(52.6%)               |
| 「教育後」男:女      | 53(43.1%):67(54.5%)* <sup>2</sup> | 44(43.6%):54(53.5%)* <sup>3</sup> |
| 住まい<br>(人)    |                                   |                                   |
| 家族と同居         | 111(92.5%)                        | 106(93.0%)                        |
| 寮・下宿          | 2(1.7%)                           | 3(2.6%)                           |
| 一人暮らし         | 0                                 | 1(0.9%)                           |
| 未回答者          | 7(5.8%)                           | 4(3.5%)                           |

※ [\*1:未回答者3(2.5%) \*2:未回答者3(2.4%) \*3:未回答者3(3.0%)]

表2 生徒対象の調査項目

| (1) 食生活の知識               | (2) 食生活の意識・態度           | (3) 食生活の行動                               |                   |
|--------------------------|-------------------------|--|-------------------|
| 1. たんぱく質の働き              | 〈食事の満足度〉                | 〈欠食状況と食事の規則性〉                            | 〈食物摂取状況〉          |
| 2. 脂質の働き                 | 1. 食事を楽しんで食べる           | 1. 朝食を毎日とる                               | 15. 野菜類を食べる       |
| 3. 炭水化物の働き               | 2. 食事をおいしいと感じる          | 2. 昼食を毎日とる                               | 16. 海藻類を食べる       |
| 4. PFC比                  | 3. 毎日の食事に満足             | 3. 夕食を毎日とる                               | 17. 魚介類を食べる       |
| 5. ビタミンの働き               | 4. 毎日の食事に満足             | 4. 朝食時刻が決まっている                           | 18. 肉類の脂肪などを食べる   |
| 6. ミネラルの働き               | 〈食生活に関して大切と思うこと〉        | 5. 昼食時刻が決まっている                           | 19. 多塩分加工食品などを食べる |
| 7. 4つの食品群                | 4. 食事を家族揃って食べる          | 6. 夕食時刻が決まっている                           | 〈間食〉              |
| 8. 適正な体重                 | 5. 栄養バランスが良い食事          | 〈家庭の食事〉                                  | 20. 間食をする         |
| 9. 朝食をとることの大切さ           | 6. PFC比が良い食事            | 7. 家族一緒に食事をする                            | (4)「家庭科」の授業内容への関心 |
| 10. 栄養のバランスが良い食事         | 7. 毎日の食事は現在の健康にとって      | 8. 栄養バランスのとれた食事をする                       | 健康と栄養             |
| 11. 野菜類を食べることの大切さ        | 8. 毎日の食事は30年後の健康にとって    | 〈調理等の家事参加〉                               | 食生活の充実向上          |
| 12. 海藻類を食べることの大切さ        | 9. 毎日の食事は健康寿命の延伸にとって    | 9. 献立作成をする                               | 献立作成              |
| 13. 魚介類を食べることの大切さ        | 〈食生活に関してできると思うこと〉       | 10. 食材の買物をする                             | 調理実習              |
| 14. 肉類の脂肪などをとり過ぎないことの大切さ | 10. 栄養バランスの良い献立作成       | 11. 調理をする                                | 食品の購入と管理          |
| 15. 塩分をとり過ぎないことの大切さ      | 11. 季節や食べる人の状況に合わせた献立作成 | 12. 食後の後片付けをする                           | 栄養素の機能            |
| 16. 間食をしないことの大切さ         | 12. 栄養バランスを良くする食品・料理の選択 | 〈情報源の活用〉                                 | エネルギー代謝           |
|                          | 13. 自分に適した食事量で食べる       | 13. 健康や食に関して、テレビ雑誌、インターネット、教科書などの情報を活用する | 栄養所要量             |
|                          | 14. 献立に合わせた食材の買物        | 14. 外食や加工食品の栄養成分表示を活用する                  | 食品の変質と防止          |
|                          | 15. 品質（鮮度等）の見極め         |  | 食品添加物             |
|                          | 16. 体調を崩さないように食事で気をつける  |  | 食中毒               |
|                          |                         |  | 食品の汚染             |

同一内容による無記名の自記式アンケート用紙を用いて行った。調査票は、「教諭」によって授業の中で調査目的の説明と協力依頼の後、配布、回収され、著者宛てに郵送された。

生徒対象の調査内容は、高等学校学習指導要領<sup>3)</sup>や家庭科教科書<sup>4-6)</sup>にある内容、「健康日本21」<sup>7)</sup>の中で改善目標とされる内容、食生活指針<sup>8)</sup>の中から健康的な食生活をおくるために必

表3-1 食生活の知識に関する「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|                        | A 校  |             |             |    | B 校  |             |             |    |
|------------------------|------|-------------|-------------|----|------|-------------|-------------|----|
|                        | 授業頻度 | 教育前 (n=120) | 教育後 (n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前 (n=114) | 教育後 (n=101) | 検定 |
| 1 朝食をとることの大切さ          | 3    | 3.1±1.2     | 3.7±1.1     | ** | 3    | 3.3±1.2     | 3.6±1.2     | *  |
| 2 塩分をとり過ぎないことの大切さ      | 5    | 2.9±1.1     | 3.4±1.0     | ** | 2    | 3.1±1.2     | 3.4±1.1     | *  |
| 3 野菜類を食べることの大切さ        | 4    | 2.9±1.0     | 3.5±1.0     | ** | 3    | 3.1±1.2     | 3.3±1.2     |    |
| 4 肉類の脂肪などをとり過ぎないことの大切さ | 5    | 2.8±1.0     | 3.3±0.9     | ** | 4    | 2.8±1.2     | 3.2±1.2     | *  |
| 5 間食をしないことの大切さ         | 3    | 2.8±1.0     | 3.3±0.9     | ** | 3    | 2.7±1.1     | 3.1±1.1     | *  |
| 6 魚介類を食べることの大切さ        | 4    | 2.6±1.0     | 3.3±1.0     | ** | 3    | 2.8±1.2     | 3.0±1.1     |    |
| 7 海藻類を食べることの大切さ        | 4    | 2.7±1.0     | 3.2±1.0     | ** | 3    | 2.8±1.2     | 3.0±1.2     |    |
| 8 栄養のバランスが良い食事         | 3    | 2.5±1.0     | 3.1±0.9     | ** | 3    | 2.8±1.2     | 3.1±1.2     |    |
| 9 ビタミンの働き              | 4    | 2.2±1.0     | 2.7±1.0     | ** | 4    | 2.3±1.1     | 2.6±1.1     |    |
| 10 炭水化物の働き             | 4    | 2.1±1.0     | 2.5±1.0     | ** | 4    | 2.0±1.0     | 2.4±1.1     | ** |
| 11 適正な体重               | 4    | 2.1±0.9     | 2.7±0.9     | ** | 2    | 2.2±1.2     | 2.6±1.1     | ** |
| 12 脂質の働き               | 4    | 2.1±1.0     | 2.4±1.0     | ** | 4    | 2.1±1.1     | 2.3±1.1     | *  |
| 13 たんぱく質の働き            | 4    | 2.0±0.9     | 2.4±1.0     | ** | 4    | 2.1±1.1     | 2.4±1.1     | *  |
| 14 4つの食品群              | 3    | 2.0±1.0     | 2.3±1.0     | ** | 4    | 2.0±1.0     | 2.2±1.1     |    |
| 15 ミネラルの働き             | 4    | 1.9±0.9     | 2.5±0.9     | ** | 4    | 2.0±1.0     | 2.2±1.0     | *  |
| 16 PFC比                | 1    | 1.3±0.7     | 1.8±0.9     | ** | 1    | 1.3±0.6     | 1.6±0.9     | ** |

※ 教育前・後の検定：\*\* = p < 0.01, \* = p < 0.05 (マンホイットニ片側検定)

表3-2① 食生活の意識・態度に関する「食事の満足度」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|               | A 校  |             |             |    | B 校  |             |             |    |
|---------------|------|-------------|-------------|----|------|-------------|-------------|----|
|               | 授業頻度 | 教育前 (n=120) | 教育後 (n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前 (n=114) | 教育後 (n=101) | 検定 |
| 1 食事をおいしいと感じる | 3    | 4.3±0.8     | 4.2±1.2     |    | 3    | 4.2±0.9     | 4.1±1.1     |    |
| 2 毎日の食事に満足    | 3    | 3.7±1.0     | 3.9±1.0     | *  | 3    | 3.7±1.1     | 3.7±1.2     |    |
| 3 食事を楽しんで食べる  | 3    | 3.7±1.1     | 3.9±1.2     | *  | 3    | 3.6±1.2     | 3.8±1.3     |    |

※ 教育前・後の検定：\* = p < 0.05 (マンホイットニ片側検定)

要と考えられる事項を参考に、「食生活の知識 (16項目)」、「食生活の意識・態度 (16項目)」、「食生活の行動 (20項目)」、「家庭科授業内容への関心 (12項目)」, 対象者の個人情報は、「性別」、「住まい (家族と同居の有無)」について質問した (表2)。

回答はリカート方式による5つの選択肢からとした。調査開始前にT大学の1年生6名にプレテストを実施し、その結果及び「教諭」の意

見に基づいて修正を加え、調査票を完成させた。

一方、「教諭」に対しては、食生活の「知識」、「意識・態度」、「行動」に関わる生徒対象の各調査項目の内容について、「家庭科」の中でどの程度取り上げたか (授業頻度) を質問 (表3-1~3-3⑦) し、前期授業概要を提出してもらった (表3-4)。

表3-2② 食生活の意識・態度に関する「食生活に関して大切と思うこと」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|                     | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|---------------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|                     | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 1 栄養バランスが良い食事       | 3    | 4.3±0.9        | 4.3±0.9        |    | 3    | 4.4±1.1        | 4.4±1.0        |    |
| 2 毎日の食事は現在の健康にとって   | 3    | 4.2±1.0        | 4.2±0.9        |    | 3    | 4.4±1.0        | 4.4±0.9        |    |
| 3 毎日の食事は30年後の健康にとって | 3    | 3.8±1.0        | 4.1±1.0        | *  | 3    | 4.2±1.0        | 4.1±1.1        |    |
| 4 毎日の食事は健康寿命の延伸にとって | 3    | 3.8±1.0        | 4.0±1.1        | *  | 3    | 3.8±1.1        | 4.0±1.1        |    |
| 5 食事を家族揃って食べる       | 3    | 3.7±1.1        | 3.9±1.0        |    | 3    | 3.8±1.2        | 3.9±1.2        |    |
| 6 PFC比が良い食事         | 1    | 3.1±1.1        | 3.3±0.9        | *  | 1    | 3.1±1.1        | 3.2±1.2        |    |

※ 教育前・後の検定：\* = p < 0.05 (マンホイットニ片側検定)

表3-2③ 食生活の意識・態度に関する「食生活に関してできると思うこと」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|                       | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|-----------------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|                       | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 1 献立に合わせた食材の買物        | 2    | 3.1±1.0        | 3.4±0.9        | *  | 2    | 3.3±1.1        | 3.6±1.0        | *  |
| 2 自分に適した食事量で食べる       | 2    | 3.1±1.0        | 3.4±0.9        | *  | 2    | 3.3±1.1        | 3.5±1.2        |    |
| 3 体調を崩さないように食事で気をつける  | 3    | 3.1±1.0        | 3.4±0.8        | *  | 2    | 3.3±1.1        | 3.3±1.1        |    |
| 4 品質(鮮度等)の見極め         | 3    | 3.1±1.1        | 3.3±0.9        |    | 4    | 3.1±1.1        | 3.4±1.2        |    |
| 5 栄養バランスを良くする食品・料理の選択 | 2    | 2.9±1.0        | 3.2±0.9        | ** | 2    | 3.0±1.1        | 3.3±1.1        | *  |
| 6 季節や食べる人の状況に合わせた献立作成 | 1    | 2.7±1.0        | 3.0±0.9        | *  | 1    | 2.9±1.2        | 3.1±1.2        |    |
| 7 栄養バランスの良い献立作成       | 2    | 2.7±1.1        | 3.1±0.9        | ** | 1    | 2.9±1.2        | 3.1±1.1        |    |

※ 教育前・後の検定：\*\* = p < 0.01, \* = p < 0.05 (マンホイットニ片側検定)

表3-3① 食生活の行動に関する「欠食状況」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|         | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|---------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|         | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 朝食を毎日とる | 3    | 3.9±1.5        | 3.8±1.4        |    | 3    | 3.5±1.6        | 3.4±1.6        |    |
| 昼食を毎日とる | 3    | 4.7±0.7        | 4.7±0.8        |    | 3    | 4.4±1.1        | 4.4±1.0        |    |
| 夕食を毎日とる | 3    | 4.8±0.5        | 4.8±0.5        |    | 3    | 4.5±0.9        | 4.6±1.0        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-3② 食生活の行動に関する「食事の規則性」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|             | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|-------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|             | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 朝食時刻が決まっている | 3    | 3.5±1.7        | 3.4±1.6        |    | 3    | 3.2±1.7        | 3.1±1.7        |    |
| 昼食時刻が決まっている | 3    | 4.2±1.3        | 4.3±1.1        |    | 3    | 3.6±1.6        | 3.7±1.5        |    |
| 夕食時刻が決まっている | 3    | 3.6±1.6        | 3.5±1.5        |    | 3    | 3.4±1.7        | 3.3±1.7        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-3③ 食生活の行動に関する「家庭の食事」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|                 | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|-----------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|                 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 家族一緒に食事をする      | 3    | 3.6±1.5        | 3.6±1.5        |    | 3    | 3.1±1.5        | 3.2±1.5        |    |
| 栄養バランスのとれた食事をする | 3    | 3.3±1.4        | 3.4±1.3        |    | 3    | 3.3±1.4        | 3.6±1.4        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-3④ 食生活の行動に関する「調理等の家事参加」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|            | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|            | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 食後の後片付けをする | 3    | 2.9±1.2        | 2.8±1.1        |    | 3    | 3.2±1.2        | 3.2±1.2        |    |
| 調理をする      | 3    | 2.9±1.1        | 2.8±1.0        |    | 3    | 2.7±1.1        | 2.7±1.1        |    |
| 食材の買物をする   | 3    | 2.4±1.1        | 2.5±1.0        |    | 3    | 2.5±1.0        | 2.5±1.0        |    |
| 献立作成をする    | 3    | 2.0±1.1        | 2.1±1.0        |    | 3    | 2.2±1.1        | 2.1±1.1        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-3⑤ 食生活の行動に関する「情報源の活用」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度 [平均得点±SD]

|                                      | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|--------------------------------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|                                      | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 外食や加工食品の栄養成分表示を活用する                  | 4    | 2.2±1.2        | 2.7±1.1        |    | 2    | 2.3±1.3        | 2.5±1.3        |    |
| 健康や食に関してテレビ、雑誌、インターネット、教科書などの情報を活用する | 2    | 2.1±1.1        | 2.4±1.2        |    | 3    | 2.3±1.4        | 2.4±1.4        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-3⑥ 食生活の行動に関する「食物摂取状況」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度  
[平均得点±SD]

|                 | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|-----------------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|                 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 1 野菜類を食べる       | 4    | 3.7±1.0        | 3.9±0.8        |    | 3    | 3.4±1.1        | 3.5±1.1        |    |
| 2 多塩分加工食品などを食べる | 5    | 3.0±1.0        | 3.0±0.9        |    | 2    | 3.3±0.9        | 3.2±1.0        |    |
| 3 魚介類を食べる       | 4    | 3.0±0.9        | 3.3±0.9        | *  | 3    | 3.0±0.8        | 3.0±0.8        |    |
| 4 海藻類を食べる       | 4    | 2.9±0.9        | 3.3±0.9        | ** | 3    | 2.7±1.1        | 2.7±1.0        |    |
| 5 肉類の脂肪などを食べる   | 5    | 2.6±1.0        | 2.6±0.9        |    | 4    | 2.9±0.9        | 2.8±0.7        |    |

※ 教育前・後の検定：\*\* = p<0.01, \* = p<0.05 (マンホイットニ片側検定)

表3-3⑦ 食生活の行動に関する「間食状況」の「教育前・後」の平均得点の比較及び「家庭科」授業頻度  
[平均得点±SD]

|       | A 校  |                |                |    | B 校  |                |                |    |
|-------|------|----------------|----------------|----|------|----------------|----------------|----|
|       | 授業頻度 | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業頻度 | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 間食をする | 3    | 2.5±1.7        | 2.9±1.4        |    | 3    | 2.5±1.7        | 3.0±1.3        |    |

※ 教育前・後の検定：n.s (マンホイットニ片側検定)

表3-4 前期「家庭科」授業で取り上げられた項目及び「家庭科」授業内容への関心についての「教育前・後」の平均得点の比較  
[平均得点±SD]

|            | A 校 |                |                |    | B 校 |                |                |    |
|------------|-----|----------------|----------------|----|-----|----------------|----------------|----|
|            | 授業  | 教育前<br>(n=120) | 教育後<br>(n=123) | 検定 | 授業  | 教育前<br>(n=114) | 教育後<br>(n=101) | 検定 |
| 1 調理実習     |     | 3.8±1.3        | 3.9±1.1        |    | ○   | 3.8±1.3        | 3.9±1.2        |    |
| 2 食中毒      |     | 3.4±1.1        | 3.6±1.0        |    | ○   | 3.4±1.2        | 3.5±1.1        |    |
| 3 食品の汚染    | ○   | 3.3±1.1        | 3.6±0.9        | *  | ○   | 3.3±1.2        | 3.4±1.2        |    |
| 4 食品の購入と管理 |     | 3.2±1.0        | 3.4±1.0        |    |     | 3.2±1.1        | 3.2±1.2        |    |
| 5 健康と栄養    | ○   | 3.0±1.1        | 3.4±0.9        | ** |     | 3.3±1.1        | 3.4±1.1        |    |
| 6 食品添加物    | ○   | 3.1±1.2        | 3.3±0.9        |    | ○   | 3.0±1.1        | 3.1±1.0        |    |
| 7 食品の変質と防止 | ○   | 3.1±1.1        | 3.2±0.9        |    | ○   | 3.0±1.1        | 3.2±1.0        |    |
| 8 食生活の充実向上 | ○   | 3.0±0.9        | 3.3±0.8        | ** |     | 3.1±1.1        | 3.2±1.1        |    |
| 9 献立作成     |     | 3.0±1.2        | 3.2±1.0        |    |     | 3.0±1.2        | 3.2±1.3        |    |
| 10 エネルギー代謝 |     | 3.0±1.1        | 3.1±0.9        |    |     | 3.0±1.1        | 3.1±1.1        |    |
| 11 栄養所要量   |     | 3.0±1.1        | 3.1±0.9        |    |     | 2.9±1.0        | 3.1±1.0        |    |
| 12 栄養素の機能  | ○   | 2.9±1.0        | 3.1±0.9        |    |     | 3.0±1.1        | 3.1±1.1        |    |

※ 教育前・後の検定：\*\* = p<0.01, \* = p<0.05 (マンホイットニ片側検定)

※ 「授業 ○」：前期「家庭科」授業で取り上げられた内容

### 3. 解析方法

設問の回答は、「5段階以上の選択肢がある場合には定量的変数に準じて扱うことが可能である」<sup>9)</sup>ことを利用し、生徒対象の設問では知識、意識、態度、行動が健康上好ましい内容の項目から順に5（「よくできる」、「非常に思う」など）、4（「できる」、「思う」など）、3（「どちらともいえない」など）、2（「できない」、「思わない」など）、1（「全くできない」、「全く思わない」など）と得点を与え、定量的に扱った。また、「教諭」対象の設問についても、「教諭」が授業で扱った頻度の高い順に得点（5：頻回又は多くの時間を割いて行った、4：何度か触れた、3：触れたことがある、2：ほとんど触れていない、1：まったく触れていない）を与えた。

結果の解析方法はエクセル統計Statcel<sup>10)</sup>を用い、2校の「教育前」の学校間比較と学校毎の「教育前・後」の比較にはマンホイットニー検定を行い、有意水準を危険率（ $p$ ）5%未満とした。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 「教育前」の2校の現状

#### 1) 食生活の知識

「教育前」では、食生活の知識に関して「よく説明できる（知識得点5点）」、「説明できる（同4点）」と回答した割合が高く、2校の平均得点が比較的高かった項目は、「朝食をとることの大切さ」、「塩分を取り過ぎないことの大切さ」、「野菜類を食べることの大切さ」などであった（表3-1）。

#### 2) 食生活の意識・態度

「食事の満足度」の指標である「食事をおいしいと感じる」、「食事を楽しんで食べる」、「毎日の食事に満足」に関する2校の平均得点はいずれも高かった（表3-2①）。

「食生活に関して大切と思うこと」の項目のうち、とくに平均得点が高かった項目は「栄養バランスがよい食事」、「毎日の食事は現在の健康にとって」、「毎日の食事は30年後の健康に

とって」であった（表3-2②）。

「食生活に関してできると思うこと」の項目のうち、平均得点が比較的高かった項目は、「献立に合わせた食材の買物」、「自分に適した食事量で食べる」、「体調を崩さないように食事で気をつける」、「品質（鮮度等）の見極め」であった（表3-2③）。

#### 3) 食生活の行動

「毎日とる」のは、朝食に比べると昼食、夕食の方が平均得点は高かった（表3-3①）。食事の規則性についても、朝食の平均得点は昼食、夕食に比べて低かった（表3-3②）。

家庭において「家族一緒に食事をする」ことや「栄養バランスのとれた食事をする」ことの平均得点は2校とも3点以上であった（表3-3③）。

「調理等の家事参加」については、「食後の後片づけをする」、「調理をする」、「食材の買物をする」、「献立作成をする」のいずれも平均得点が低い傾向が認められた（表3-3④）。

健康や食に関する情報源の活用状況について、「外食・加工食品の栄養成分表示」や「テレビ・雑誌・インターネット・教科書」の平均得点はともに3点未満と低かった（表3-3⑤）。

「食物摂取状況」について、「野菜類を食べる」、「多塩分加工食品などを食べる」、「魚介類を食べる」の平均得点は2校とも3点以上であったが、「海藻類を食べる」、「肉類の脂肪などを食べる」の平均得点は3点未満と低かった（表3-3⑥）。

「間食」状況について、2校の平均得点はいずれも3点未満と低かった（表3-3⑦）。

#### 4) 「家庭科」の授業内容への関心

授業で習ったかどうかは問わずに、「家庭科」の教科書にある内容の中から関心の程度について質問したところ、2校とも「調理実習」の平均得点が最も高く、次いで「食中毒」、「食品の汚染」、「食品の購入と管理」の順であった（表3-4）。

## 5) 食生活の知識・意識・態度・行動についての2校間比較

「教育前」の食生活の「知識」, 「意識・態度」, 「行動」の各項目に関して2校間の比較を行った結果, どの項目においても有意差は認められなかった。

## 2. 「家庭科」の授業内容と「教育後」の変化

「教育の効果があつた」と判断されるのは, 例えば「食生活の知識」の項目で「説明できる」生徒が「教育後」に増える, あるいは「説明出来ない」生徒が減ることと考え, 教育効果の検討を行った。

### 1) 食生活の知識の変化

「教育前・後」で平均得点を比較すると, A校では16項目の全てにおいて「教育後」の得点が有意に高くなった。B校でも全ての項目において「教育後」の得点が高くなったが, そのうち, 「炭水化物の働き」や「適正な体重」など10項目の変化が有意であった(表3-1)。

### 2) 食生活の意識・態度の変化

(1) 食生活の意識・態度の変化～食事の満足度  
表3-2①に示したとおり, A校では「食事を楽しんで食べる」, 「毎日の食事に満足」の2項目で平均得点が「教育後」, 有意に高くなった。しかし, B校では有意な得点の変化は認められなかった。

(2) 食生活の意識・態度の変化～食生活に関して大切と思うこと

表3-2②に示したとおり, A校では「毎日の食事は30年後の健康にとって」など3項目で平均得点が「教育後」有意に高くなった。しかし, B校では得点の変化に有意差は認められなかった。

(3) 食生活の意識・態度の変化～食生活に関してできると思うこと

表3-2③に示したとおり, A校では7項目全てで「教育後」の平均得点が高くなったが, そのうち「品質(鮮度等)の見極め」を除く6項目の変化が有意であった。B校でも7項目全てで「教育後」の平均得点が高くなったが, そのうち「献立に合わせた食材の買物」, 「栄養バ

ランスを良くする食品・料理の選択」の2項目の変化が有意であった。

### 3) 食生活の行動

表3-3⑥に示したとおり, 「食物摂取状況」に関しては, A校で「魚介類を食べる」, 「海藻類を食べる」の2項目で有意な得点の変化が認められた。しかし, B校においては有意な変化は認められなかった。

食生活の「行動」に関する「欠食状況」, 「食事の規則性」, 「家庭の食事」, 「調理等の家事参加」, 「情報源の活用」, 「間食」については, 2校とも「教育前・後」で有意な得点の変化は認められなかった(表3-3①～⑤, ⑦)。

### 4) 「家庭科」の授業内容への関心

表3-4に示したとおり, 生徒の「関心の高さ」を「教育前・後」で比較したところ, A校では全ての項目で「教育後」の平均得点は高くなったが, そのうち前期授業で取り上げられていた6項目中, 「食品の汚染」, 「健康と栄養」, 「食生活の充実向上」の3項目は, 「教育後」の変化が有意であった。B校では, 「食品の購入と管理(「教育前・後」で同得点)」を除き, 全項目で「教育後」に平均得点が高くなったが, 有意な差は認められなかった。

## 3. 「家庭科」教育の内容との関連性

「教諭」の授業内容の頻度を表3-1～3-3の中および表4に示した。

授業頻度の得点が高い(5または4点)項目は, 食生活の「意識・態度」, 「行動」に関する項目に比べて, 「知識」に関する項目に多かった。また, 授業頻度の平均得点も食生活の「知識」に関する項目が「意識・態度」, 「行動」に関する項目に比べて, 2校とも高かった(表4)。

食生活の「知識」に関する項目は, 教育後に平均得点有意に高くなった項目が多く, また, 食生活の「意識・態度」, 「行動」に関する項目に比べて授業頻度が高い項目も多かった。しかし, 食生活の「知識」に関する各項目の授業頻度と教育後の改善状況との関連をみると, A校では授業頻度の高低に関わらず全ての項目が教育後に得点の変化が有意であった。B校では授

表4 「家庭科」授業頻度別の項目数及び授業頻度の平均得点

|                   | 項目数 | 校 | 授業頻度別の項目数 |    |    |    |    | 授業頻度の平均得点 |
|-------------------|-----|---|-----------|----|----|----|----|-----------|
|                   |     |   | 5点        | 4点 | 3点 | 2点 | 1点 |           |
| 食生活の「知識」に関する項目    | 16  | A | 2         | 9  | 4  | 0  | 1  | 3.7       |
|                   |     | B | 0         | 7  | 6  | 2  | 1  | 3.2       |
| 食生活の「意識・態度」に関する項目 | 16  | A | 0         | 0  | 10 | 4  | 2  | 2.5       |
|                   |     | B | 0         | 1  | 8  | 4  | 3  | 2.4       |
| 食生活の「行動」に関する項目    | 20  | A | 2         | 4  | 9  | 5  | 0  | 3.2       |
|                   |     | B | 0         | 1  | 17 | 2  | 0  | 3.0       |

※ 授業頻度：「5点」頻回又は多くの時間を割いて行った、「4点」何度か触れた、「3点」触れたことがある、「2点」ほとんど触れていない、「1点」まったく触れていない

業頻度が高い「肉類の脂肪などをとり過ぎないことの大切さ」などで有意に得点の変化があった一方で、頻度が低い「塩分をとり過ぎないことの大切さ」などにも有意な得点の変化があり、また、頻度が高い「ビタミンの働き」などでは有意な得点の変化が認められないなど、授業の頻度と改善効果が必ずしも一致していなかった。

#### IV. 考 察

##### 1. 食生活の知識・意識・態度・行動の「教育前」の現状

調査対象の2校における食生活の「知識」の現状(表3-1)は、「朝食をとることの大切さ」、「塩分をとり過ぎない大切さ」、「野菜類を食べる大切さ」など、とくに日常生活や会話の中で使う機会が多い用語に関する項目については、「説明できる」回答が多く、ある程度知識を持っていると判断できるが、栄養バランスを確認する「PFC比」や「4つの食品群」などは、日常の生活でほとんど使われることが無く、活用方法までの理解に達していないために、「説明できない」回答が多くなったと判断された。「説明できない」回答が多かった「ミネラルの働き」については、日常よく使われるカルシウム、鉄などの具体的な名称を示すと、「説明できる」回答が増加したものと推察される。

「食生活の意識・態度」では、東京都の中学

生を対象とした既存の調査<sup>11)</sup>で、「おいしい食事に幸せや感謝を感じない」生徒が約10%、「食に全く興味がない」男子生徒が約15%に及んでいる。対象年齢層は若干異なるが、今回の調査結果では、食事を「おいしく」、「楽しく」また「満足感」を得て食べている生徒が多く、食事に対する満足度は好ましい状況であった。これは北海道という豊かな食材を有する地域性の反映ではないかと推察された。「食生活に関して大切と思うこと」については、ほとんどの項目で「大切である」と感じているが、「食生活に関してできると思うこと」については、「買い物」や「食べる」ことの自信はあるが、さらに「献立作成」や「栄養バランス」までを求めると自信がないものと考えられた。つまり、大切さの認識はできるが、どのように行動するべきかという具体的な認識を持つまでには至っておらず、このことは、家庭での家事体験の少なさも影響していると推察された。

「食生活の行動」については、国民栄養調査等で指摘されているとおり、今回の調査対象の生徒でも朝食は昼、夕食に比べて欠食が多く、食事に影響する間食についても適切な状況にあるとはいえなかった。

これらの結果より、食生活の意識・態度は好ましい状況にあっても行動がともなわず、食生活が乱れている状況が明らかとなった。家庭の

食事については、食生活指針<sup>8)</sup>から栄養バランスの良い食事と考えられる「『野菜』を毎食(1日3回)、『魚介類』や『海藻類』を1日1回以上」食べている生徒との割合は高いとはいえ、それらの食品の大切さについての知識は十分もっていても、栄養バランスのよい食事をとるという行動には至っていないのが現状であった。現在、我が国では家族団欒の食事が少ないといわれているが、本調査でも同様の状況が確認され、家事への参加についても、献立作成はもとより、調理や食材の買物、後片づけ等が殆ど行われていない様子が伺えた。食生活に関して知識や意識・態度のみでなく、行動変容に至るには、家族団欒による食事に関する会話の増加や、家事参加を促す家庭の役割は大きいと考える。

食や健康に関する情報源としては、教科書をはじめ、テレビなどのマスメディアも十分に活用していなかった。外食や加工食品に栄養成分表示の普及が進んでおり、高校生がこの種の表示と接する頻度は高まっていると予想されたが、栄養成分表示を活用している状況は認められなかった。情報の氾濫がいわれる昨今、情報を上手に活用する方法を伝えていくことは家庭の役割であるとともに、学校における教育においても重要と考える。

## 2. 食生活の知識・意識・態度・行動の「教育後」の変容と「家庭科」教育内容との関連性

「教育後」の2校の調査の結果を総合的にみると、「食生活の知識」の得点は十分に高まり、一方、「食生活の意識・態度」の得点も高まっていたが、「食生活の行動」は顕著な得点の変化は認められず、行動変容に至っていないと判断された。

改善効果の差を「家庭科」授業頻度との関連からみると、食生活の「意識・態度」、「行動」に関する項目に比べて「知識」に関する項目は、「家庭科」授業の中で高頻度に取り上げられていたために改善効果が高かったと考えることができる。しかし、項目ごとに見ていくと、授業の頻度と改善効果が必ずしも一致しているとはいえなかった。2校は教育前の時点では、食生

活の「知識」等のレベルに有意な差は認められなかったが、教育後の状況を比較すると、B校に比べてA校は、より教育後の改善効果が高い傾向が認められた。このことはA校の対象が2年生であったことが原因の1つと考えられる。

B校の授業内容は2学年まで学んだことの復習、応用が主であるのに対し、A校で授業内容が広範囲に亘り、頻度の比較的高い項目が多い授業内容であった。また、B校では2学年までに学んだ記憶のある内容については新鮮さや興味がA校に比べて低くなりがちであることも、改善効果に影響を及ぼしたものと考えられる。

教育頻度の影響のほか、項目によって改善効果に差が生じた理由として、教育効果が大きく表れた項目は、第一に、「教育前」から持っていた知識・意識・態度のレベルが低いことがあげられる。さらに、第二に「教育後」に改善したことを自己評価しやすい項目、つまり、評価の指標、基準が明確なものであったこと、第三には知識・意識・態度の改善には時間を要しないが、行動に至るには条件、環境の整備など、ある程度の時間を要すること、すなわち、前期授業の調査だけで確認することは難しかったことがあげられる。Banduraの自己効力理論<sup>12)</sup>によると、人は「ある行動が望ましい結果をもたらすと思い、その行動をうまくやることができるという自信がある時に、その行動をとる可能性が高くなる」とされている。したがって、「食生活の知識」があり、「食生活に関してできると思う」ことは、今後、行動に至る可能性が高いと期待することができる。

本研究では、知識の評価として「説明できると思う」という自信の度合い(セルフエフィカシー)を確認しているが、知識そのものの確認(試験等)は行っていない。しかし、高校生の食生活の理解度を調査した報告<sup>13)</sup>によると、食べ物に興味がある者、夕食を家族一緒にまたは祖父母と食べている者、そして食事の手伝いをよくする者は、食生活に関する問題の解答率(得点)が高いとされている。したがって、意識・態度・行動を確認した結果は、実際の知識

を確認した結果と同義と見なせると考える。

行動変容を起こすための心理的な準備がどこまでできているかを把握する理論に、「準備性の4段階」という概念（第1段階：「無心期」＝全く関心がない，第2段：「関心期」＝必要性を感じている，第3段階：「実行期」＝必要を認識し，行動を変えつつある時，第4段階：「維持期」＝変化した行動が生活様式として定着する時<sup>14)</sup>がある。この概念によると，指導を受け入れる準備が整っていない「無関心期」の者には，まず関心をもってもらうことが重要であり，「関心期」の者には，指導（知識の伝達，きっかけ等）があると行動につながりやすいとある。また行動療法の理論<sup>15)</sup>によると，行動変容の重要性が高いとの認識はあっても，自己効力感が低いと，「自分にはできない」と実際の行動につながらないことが多いという。この場合，自己効力感を高める具体的な方法を提案していくことが効果的であると説明されている。

これらの理論を踏まえると，食生活の知識・意識・態度・行動レベルにおいて，現在，生徒がどの程度にあるかを事前に確認することは，その後の教育を進める上で有意義と考える。知識をもっている内容については，行動を促すための教育に力を入れ，あまり知識のない内容については知識の習得を図るのが効果的であろう。まず知識の伝達によって生徒の関心を高め，次いでタイミングよく自己効力感を高める具体的な助言，指導を行って行動につなげていくことが重要である。そのような教育計画を組み立てるためにも，生徒の食生活の現状を適確に把握することは意義深いと考える。

今回の「教育後」の調査は，授業直後のみ実施したため，知識や意識等で改善が認められた一方，行動では変容が認められなかった。そこで，今後，一定の時間経過後の調査で知識や行動等のレベルを確認したいと考えている。

また，教育内容の実践率を調査した結果<sup>16)</sup>によると，小学生の家庭科で実践定着率の確認時期としては教育後12週間目が望ましいこと，実践定着率は内容によって一様ではなく，継続し

て実践されるものとそうでないものがあることが報告されており，「ボタン付け」のように実践する機会が多いものは継続され，「加熱調理」のように危険を伴うものは家庭での実践機会が多くないといった要因が実践率に影響すると考えられる。したがって，実践機会を多くすると「家庭科」教育内容の習熟状況を自己確認する機会も増加し，実践率を維持する可能性が高まるといえよう。今回の調査は，前期の「教育前・後」の評価だけであるが，前期の授業で教育した内容の実践率については後期に，また1，2年生については次年度以降も継続し，そして，3年生の場合，次年度は不可能であるが，自ら確認することの必要性や確認時期，方法（チェックリスト等の活用なども一例）について教育することなど，継続的な評価を実施することが重要と考える。

### 3. 「家庭科」における栄養教育の可能性と家庭における家事参加の必要性と家庭の役割

一般に高校生は親と同居しているため，家事のほとんどを母親等に任せている現状にある。したがって，家庭における「献立作成」，「買物」，「調理」，「後片づけ」など，家事参加に関する項目や，「食物摂取頻度」など食事内容に関わる項目に有意な変容は認められなかった。

3～6歳の幼児の保護者を対象とした調査<sup>17)</sup>によると，「食事時の配膳・片づけの手伝い」をよくする子どもは，「買い物に親と一緒によく行き」，「食べ物についての会話がよくあり」，「簡単な調理の手伝いもよく行う」など，家事への関わりが積極的であるという。また，「配膳・片づけの手伝い」をよくする子どもは，「主食・主菜・副菜の揃った食事」をする率が高く，「歯磨き」，「排便」，「外遊び」，「就寝時刻」などでも好ましい生活習慣が身につけているという。「配膳・後片づけ」の遂行を具体的な行動目標において優先させることが，生活習慣の改善，定着に有効であることが示唆される。

一方，幼児をもつ保護者の行動・態度と子どもの食生活の実態との関連性をみた報告<sup>18)</sup>によると，保護者が常に「バランスの良い食事を心

がけている」場合、子どもの「朝・夕食の食事内容」は良く、「よく噛み」、「嫌いなものも食べるように努力する」という結果が得られている。さらに、子どもは「食べ物についての会話」、「簡単な手伝い」などの食行動をとり、発達も健全であるという。また、「積極的に子どもに手伝いをさせたい」と考えている保護者の子ども、あるいは「外食料理や市販品の栄養成分表示を参考にしている」保護者の子どもは、生活習慣が良好な状態にあるという。幼児を対象とした調査結果ではあるが、保護者と子どもの関わりについては、高校生も同様の傾向にあると推察され、家庭と連携した教育の必要性があらためて示唆される。さらに、家庭内の家族関係も食行動に重要な影響を与える。例えば、家族機能測定尺度を用いて家族の関係を調査した結果<sup>19)</sup>によると、家族メンバーが互いにもつ情緒的なつながりをもつなど「バランスが良い」と判定される家族群は、食行動が積極的で、食物摂取状況のバランスが良く、食生活満足度も高く、食生活が良好な状況にあるという。しかし、母親を対象に「食育」（食生活に関わる教育）についてある企業が行った調査<sup>20)</sup>によると、「大切と思うが、なかなかできない」との回答が43.9%と半数近くに達し、「食育」を全面的に任せられた場合に大きな困難を感じている母親がかなりいることが明らかになった。さらに同調査では、母子で調理体験講座に参加した母親の評価として、「実践によって子どもにより影響を与えよう」とのコメントが紹介されており、実践をとまなう「食育」への期待がうかがえる。

高校生の食生活に関する知識・意識・態度・行動の変容には、「家庭科」教育が重要である。そして、「家庭科」教育は、「家庭生活を対象とすることから、家庭や地域社会の実態を把握し、連携することが大切である」<sup>21)</sup>といわれている。高校と家庭との具体的な連携を図る例として、その効果を既存研究より先述した「食生活に関する会話量を増やすこと」や「栄養成分表示等の活用」を家庭に直接、あるいは生徒を通して

間接的に働きかけることなどが考えられる。また、家庭における調理などの体験機会を増やすことで、「家庭科」を通じた栄養教育の効果は一層向上するものとする。

今後、食生活の知識・意識・態度の持続状況の評価、行動変容に至る過程、およびその行動の持続状況の把握などについて、調査、研究を継続することは意義深いと考える。また、今回示した本研究結果が「家庭科」教育の現場で広く活用されるように、一層具体化することも重要と考える。

## V. まとめ

高校生の食生活に関する知識・意識・態度・行動の実態を把握し、「家庭科」を通じた栄養教育によって、どのように改善・変容するかを検討した。その結果、次のことが明らかとなった。

- 1) 「教育前」に得ていた「食生活の知識」として、「朝食」や「塩分」、「野菜類」などのように、身近な食物に関連する知識は多くの生徒がもっていたが、栄養バランスを確認する「PFC比」や「4つの食品群」などの項目についての知識は修得されていなかった。
- 2) 「教育前」の「食生活の意識・態度」では、「食事をおいしい」と感じ、「食生活に関して大切だ」と思っている事柄は多いが、「献立作成」や「栄養のバランスを良くする」など、一歩踏み込んだ意識・態度は認められなかった。
- 3) 「教育前」の「食生活の行動」では、「朝食」の欠食が多く、「間食」も好ましい状況といえず、食物を栄養バランス良く摂取している割合は低かった。「家庭での調理等の家事参加」は少ない一方で、「家庭科授業への関心」では「調理実習」が最も高かった。
- 4) 「教育後」の食生活の「知識」、「意識・態度」は一部の項目を除き有意に高まったが、「行動」の変容には至っていなかった。行動変容の前には知識・意識・態度の変容が大切であるため、「家庭科」教育によりそれらが高まったことは、今後、行動につながる可能

性が示唆された。

- 5) 教育効果を高めるためには、教育の頻度を高めるだけでなく、「教育前」に食生活の知識・意識・態度・行動の現状を適確に把握し、状況に合わせてその後の教育方法を検討、選択することが有効な手段と考えられた。
- 6) 家事参加が不足している現状にあり、家庭と高校が連携して家事参加を増やすための取り組みが重要と思われた。

## 謝 辞

本研究に、ご協力を戴きました小川篤子先生、西村八重子先生、松尾瑞穂先生、上原さゆり先生ならびに生徒の皆様をはじめとする学校関係者各位に、深く感謝を申し上げます。

## 参考文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向，財団法人厚生統計協会，東京，221-225，2003
- 2) 百々瀬いづみ，荒川義人，森谷絮：家庭科教諭がとらえた高校生の健康と食生活，北海道大学大学院教育学研究科紀要，88：279-290，2003
- 3) 文部省：高等学校学習指導要領解説家庭編，開隆堂出版，東京，2000
- 4) 伊藤セツ：家庭一般～新しい家庭の創造をもとめて，実教出版，東京，1997
- 5) 伊藤央子，高部和子：家庭一般，教育図書，東京，1995
- 6) 香川芳子，本多洋，湯沢雅彦：新・家庭一般，教育図書，東京，1995
- 7) 厚生省・健康体力づくり事業財団：地域における健康日本21実践の手引き，東京，2001
- 8) 大里進子，高良治江，城田知子，永山育子，若原延子，和田幸枝：演習栄養教育・栄養指導，医歯薬出版，東京，202-207，2002
- 9) 東京大学医学部保健社会学教室：保健・医療・看護調査ハンドブック，56，東京大学出版会，東京，2000
- 10) 柳井久江：4 Stepsエクセル統計Statcel，オーエムエス出版，東京，2001
- 11) 増田宏子：食育を意識した食物学習，家庭教育，75：38-43，2001
- 12) 松本千明：健康行動理論の基礎，医歯薬出版，東京，2002
- 13) 食費者教育支援センター：食生活Q & A 高校生の食生活理解度，東京，2001
- 14) 足達淑子：栄養指導のための行動療法入門，医歯薬出版，東京，58，1998
- 15) 赤松利恵：行動科学に基づいた栄養教育，栄養学雑誌，60：295-298，2002
- 16) 中西雪夫：家庭科の学習内容の実践化の定着時期～学習内容の家庭生活における実践率の変化，日本家庭科教育学会誌，42：15-22，2000
- 17) 綿引久子，中原経子，酒井治子，高橋征子，加納克己：子どもの食育に関する実態調査（第1報）子どもの食事の配膳・後片づけ行動と食生活等との関係，栄養学雑誌，60：132，2002
- 18) 中原経子，綿引久子，酒井治子，高橋征子，加納克己：子どもの食育に関する実態調査（第2報）保護者の態度と子どもの食生活等との関連，栄養学雑誌，60：181，2002
- 19) 今野暁子：高校生における家族関係と食生活との関連，栄養学雑誌，60：323，2002
- 20) 産経新聞：企業が『食育』サポート，2002. 9. 13.
- 21) 田部井恵美子，池崎喜美恵，内野紀子，青木幸子：家庭科教育，30，学文社，東京，2002.

(受付 04. 01. 05 受理 04. 06. 08)

連絡先：〒065-0013 北海道札幌市東区北13条東3丁目

天使大学（百々瀬）

## 会報 平成16年度 第2回 常任理事会議事概要

日 時：平成16年7月24日(土) (15:00~17:00)

場 所：大妻女子大学人間生活科学研究所内 5100室

出席者：森 昭三(理事長), 市村國夫(庶務), 衛藤 隆(国際交流), 松本健治(学術), 和唐正勝(編集),  
大澤清二(事務局長), 國土将平(幹事), 戸部秀之(幹事), 瀧澤利行(幹事), 小林正子(幹事),  
中井麻有子(事務局)

1. 前回常任理事会の議事録の確認を行った。

2. 事業報告

(1) 庶務関係

市村庶務担当常任理事より, 以下の事項が報告された。

- ・「子どもに無煙環境を」推進協議会より後援依頼があり, 承諾した。
- ・名誉会員候補者の推薦について, 地区代表理事に依頼した。
- ・平成18年度年次学会開催地について, 近畿地区, 中国・四国地区, 九州地区の代表理事に調整を依頼した。
- ・平成17年度年次学会(数見隆生会長)の日程について10月28日~30日が候補となっていることについて報告があった。
- ・役員選挙の作業日程について報告があった。
- ・日本学術会議の改革について報告があった。(和唐常任理事より)
- ・ホームページにアクセスカウンターを設置した。
- ・ニューズレターについて, ホームページ上に一本化する可能性を含め検討中である。
- ・前年度役員会, 総会の議事録に関する役員会・総会議長(勝野眞吾氏)の意見に対し対応した。
- ・中井事務局員が一身上の都合で8月31日で退職することについて報告があった。

(2) 編集関係 和唐編集担当常任理事より, 以下の事項が報告された。

- ・投稿, 査読状況について説明があった。
- ・投稿規程の改正について編集委員会で決定し, 8月号の学校保健研究に掲載する。
- ・村江通之名誉会員のご逝去に当たり, 追悼文を掲載する予定。

(3) 学術関係 松本学術担当常任理事より, 以下の事項が報告された。

- ・学会賞については推薦がなかった旨, 報告があった。
- ・学会奨励賞については, 今村幸恵会員の受賞が決定した。

(4) 国際交流関係 衛藤国際交流担当常任理事より, 以下の事項が報告された。

- ・留学生のポスター発表について, 7題の応募があった。

3. 議 題

(1) 第51回年次学会について

プログラムおよび準備の状況について, 皆川会長より提出された資料をもとに検討された。

(2) 50周年記念事業について

未完事業について進捗状況の説明があった。

- ・50年史編纂については, 初校が終了した。(瀧澤世話人)
- ・英文誌については, 投稿規程案, セクション・エディター, システム構築などについて, 編集運営委員会で作業を進めている。

- (3) 庶務関係 (市村庶務担当常任理事)
  - ・平成15年度決算について説明があった。
  - ・平成17年度予算について説明があった。
- (4) 編集関係 (和唐編集担当常任理事)
  - ・大学教員の公募について学会誌に掲載してもらいたいとの依頼がきていることについて紹介があり、意見が出された。学会誌には公募要領を要約して掲載することとなった。
- (5) 学術関係 (松本学術担当常任理事)
  - ・学会共同研究の新規課題の審査を開始することについて説明があった。
- (6) 国際交流関係 (衛藤国際交流担当常任理事)
  - ・留学生のポスター発表について、1件につき5,000円(計35,000円)を学会予備費より補助することが認められた。
- (7) 拡大常任理事会について
  - 9月17日または24日のいずれかの日程で調整することになった。

以上

**会 報****平成16年度 拡大常任理事会議事概要**

日 時：平成16年9月17日(金) (13:30~16:00)

場 所：大妻女子大学人間生活科学研究所内 5100室

出席者：森 昭三(理事長), 市村國夫(庶務), 衛藤 隆(国際交流), 松本健治(学術),  
和唐正勝(編集), 数見隆生(地区代表理事), 實成文彦(地区代表理事),  
美坂幸治(地区代表理事), 皆川興栄(地区代表理事), 八木 保(地区代表理事),  
村松常司(地区代表理事代理), 大澤清二(事務局長), 瀧澤利行(幹事), 國土将平(幹事),  
戸部秀之(幹事), 小林正子(幹事), 藤本美津子(事務局)

**1. 報 告****(1) 第51回年次学会について**

皆川第51回年次学会会長より年次学会プログラム等について説明があった。

**(2) 庶務関係 市村庶務担当常任理事より, 以下の事項が報告された。**

- ・第12期役員選挙の日程について説明があった。
- ・公認会計士の指導のもと会計監査の準備を進めており, 9月下旬に会計監査を行う予定。
- ・役員規定および選挙制度の改正について庶務担当常任理事を中心に次回役員選挙に向けて検討することになっており, 次期担当常任理事への申し送り事項を渉外委員会にて検討した。

**(3) 編集関係 和唐編集担当常任理事より, 以下の事項が報告された。**

- ・投稿, 編集状況の説明があった。
- ・村江通之名誉会員のご逝去にあたり追悼文を掲載する。
- ・学会倫理綱領に準拠した投稿規程の改訂について, 学校保健研究第46巻3号に掲載した。
- ・医学中央雑誌からの論文抄録の利用許諾について, 編集委員会にて検討し了承した。

**(4) 学術関係 松本学術担当常任理事より, 以下の事項が報告された。**

- ・平成16年度の学会奨励賞について報告があった。
- ・次期委員会への引継ぎ事項と今後の課題について説明があった。

**(5) 国際交流関係 衛藤国際交流担当常任理事より, 以下の事項が報告された。**

- ・次期委員会への引継ぎ事項と今後の課題について説明があった。
- ・英文誌刊行に関する進捗状況について説明があった。

**(6) その他**

- ・50年史編纂について, 最終段階に入っているとの説明があった。(瀧澤世話人)
- ・役員規定, 選挙制度について, 役員の年齢制限を設ける必要性などの意見が出された。(美坂地区代表理事)
- ・年次学会において, 各年次学会が特色を出すとともに, 学会活動委員会がある程度リードする必要性があるとの意見が出された。(数見地区代表理事)

**2. 議 題****(1) 庶務関係 (市村庶務担当常任理事)**

- ・平成17年度予算案について説明がなされ, 意見が出された。
- ・学生会員の会費の減額に関する会則改正について説明がなされ, 了承された。(戸部幹事)

**(2) 学術関係 (松本学術担当常任理事)**

- ・学会共同研究について, 新規課題として追加募集したところ2題の応募があり, そのうち1題(野

井真吾会員代表)を新規課題として採用することについて提案があり,了承された。

- ・学会として検討が必要な主要なテーマとして「養護教諭」,「保健学力」,「学校保健統計」などがあることについて,説明がなされた。
  - ・学会活動委員会に対し,学会発表の領域について整理してほしいとの要望が出された。
- (3) 第53回年次学会について (森理事長)
- ・ローテーションにより,西日本ブロック (近畿地区,中国・四国地区,九州地区)の地区代表理事に調整を依頼した旨,説明があった。
  - ・美坂九州地区代表理事より,調整の結果,中国・四国地区の實成文彦理事 (香川大)を会長として推薦することが提案され,了承された。

## 会 報

### 機関誌「学校保健研究」投稿規定 (平成16年6月19日改正)

1. 本誌への投稿者（共著者を含む）は、日本学校保健学会会員に限る。
2. 本誌の領域は、学校保健およびその関連領域とする。
3. 原稿は未発表のものに限る。
4. 本誌に掲載された原稿の著作権は日本学校保健学会に帰属する。
5. 原稿は、日本学校保健学会倫理綱領を遵守する。
6. 本誌に掲載する原稿の種類と内容は、次のように区分する。

| 原稿の種類       | 内 容  |
|-------------|--|
| 総説<br>論説    | 学校保健に関する研究の総括、文献解題<br>学校保健に関する理論の構築、展望、提<br>言等 |
| 原 著         | 学校保健に関して新しく開発した手法、<br>発見した事実等の論文               |
| 報 告         | 学校保健に関する論文、ケースレポ<br>ート、フィールドレポート               |
| 会 報<br>会員の声 | 学会が会員に知らせるべき記事<br>学会誌、論文に対する意見など（800字<br>以内）   |
| その他         | 学校保健に関する貴重な資料、書評、論<br>文の紹介等                    |

ただし、「論説」、「原著」、「報告」、「会員の声」以外の原稿は、原則として編集委員会の企画により執筆依頼した原稿とする。

7. 投稿された論文は、専門領域に応じて選ばれた2名の査読者による査読の後、掲載の可否、掲載順位、種類の区分は、編集委員会で決定する。
8. 原稿は別紙「原稿の様式」にしたがって書くこと。
9. 原稿の締切日は特に設定せず、随時投稿を受付ける。
10. 原稿は、正（オリジナル）1部にほかに副（コピー）2部を添付して投稿すること。
11. 投稿原稿には、査読のための費用として5,000円の定額郵便為替（文字等は一切記入

しない）を同封して納入する。

12. 原稿は、下記あてに書留郵便で送付する。  
〒177-0051  
東京都練馬区関町北2-34-12  
勝美印刷株式会社 情報センター内  
「学校保健研究」事務局  
TEL：03-5991-0582  
FAX：03-5991-7237

その際、投稿者の住所、氏名を書いた返信用封筒（A4）を3枚同封すること。

13. 同一著者、同一テーマでの投稿は、先行する投稿原稿が受理されるまでは受け付けない。
14. 掲載料は刷り上り8頁以内は学会負担、超過頁分は著者負担（一頁当たり10,000円）とする。
15. 「至急掲載」希望の場合は、投稿時にその旨を記すこと、「至急掲載」原稿は査読終了までは通常原稿と同一に扱うが、査読終了後、至急掲載料（50,000円）を振り込みの後、原則として4ヶ月以内に掲載する。「至急掲載」の場合、掲載料は、全額著者負担となる。
16. 著者校正は1回とする。
17. 審査過程で返却された原稿が、特別な事情なくして学会発送日より3ヶ月以上返却されないときは、投稿を取り下げたものとして処理する。
18. 原稿受理日は編集委員会が審査の終了を確認した年月日をもってする。

原稿の様式

1. 原稿は和文または英文とする。和文原稿は原則としてワードプロセッサを用いA4用紙30字×28行(840字)横書きとする。ただし査読を終了した最終原稿はフロッピーディスク等をつけて提出する。

英文はすべてA4用紙にダブルスペースでタイプする。

2. 文章は新仮名づかい, ひら仮名使用とし, 句読点, カッコ(「, 『, (, [など)は1字分とする。
3. 外国語は活字体を使用し, 1字分に半角2文字を収める。
4. 数字はすべて算用数字とし, 1字分に半角2文字を収める。
5. 図表, 写真などは, 直ちに印刷できるかたちで別紙に作成し, 挿入箇所を論文原稿中に指定する。

なお, 印刷, 製版に不相当と認められる図表は書替えまたは割愛を求めることがある。

(専門業者に製作を依頼したものの必要経費は, 著者負担とする)

6. 和文原稿には400語以内の英文抄録と日本語訳, 英文原稿には1,500字以内の和文抄録をつけ, 5つ以内のキーワード(和文と英文)を添える。これらのない原稿は受け付けない。
7. 論文の内容が倫理的考慮を必要とする場合は, 研究方法の項目の中に倫理的配慮をどのように行ったかを記載する。
8. 正(オリジナル)原稿の表紙には, 表題, 著者名, 所属機関名, 代表者の連絡先(以上和英両分), 原稿枚数, 表および図の数, 希

望する原稿の種類, 別刷必要部数を記す。(別刷に関する費用はすべて著者負担とする)副(コピー)原稿の表紙には, 表題, キーワード(以上和英両分)のみとする。

9. 文献は引用順に番号をつけて最後に一括し, 下記の形式で記す。本文中にも, 「…知られている<sup>1)</sup>。」または, 「…<sup>2)4)</sup>, …<sup>1-5)</sup>」のように文献番号をつける。著者が7名以上の場合は最初の3名を記し, あとは「ほか」(英文ではet al.)とする。

[定期刊行物] 著者名: 表題, 雑誌名, 巻: 頁一頁, 発行年

[単行本] 著者名(分担執筆者名): 論文名, (編集・監修者名), 書名, 引用頁一頁, 発行所, 発行地, 発行年

—記載例—

[定期刊行物]

- 1) 三木和彦: 学校保健統計の利用と限界, 学校保健研究, 24: 360-365, 1992
- 2) 西岡伸紀, 岡田加奈子, 市村國夫ほか: 青少年の喫煙行動関連要因の検討—日本青少年喫煙調査(JASS)の結果より—, 学校保健研究, 36: 67-78, 1994
- 3) Glennmark, B., Hedberg, G., Kaijser, L. and Jansson, E.: Muscle strength from adolescence to adulthood—relationship to muscle fibre types, Eur. J. Appl. Physiol. 68: 9-19, 1994

[単行本]

- 4) 白戸三郎: 学校保健活動の将来と展望, (船川, 高石編), 学校保健活動, 216-229, 杏林書院, 東京, 1994

## お知らせ 英文誌「School Health」創刊! 論文募集のご案内

日本学校保健学会では50周年記念事業として国際英文誌の発刊を準備してきました。雑誌名は「School Health」であり、英文オンラインジャーナルです。日本語での投稿が可能です。学校保健分野を代表する基幹学会として国際学術情報発信機能は必要不可欠な時代となりました。50周年を迎える学会の次世代型の主要事業として定着することを期待しています。

「School Health」は平成16年12月1日から投稿を受け付ける予定です。投稿に関する規定等の情報を専用ホームページに掲載します。WEBサイトにアクセスしてみてください。

URL: <http://www.shobix.co.jp/sh/hpe/main.htm>

2004年11月10日

英文誌「School Health」編集委員会

委員長 衛藤 隆

新刊! 基礎知識を学びましょう!

大澤清二(大妻女子大学教授)著

# 楽しく学ぶ統計学

A5判一八四頁 定価二二〇〇円

最近ではますますコンピュータの性能が向上して手軽に計算できるようなったため、基礎的な学習を飛ばして、見た目の計算結果を手早く得ようとする傾向が非常に強くなっています。既に出版されている統計学の本にも、そうした一般の風潮に合わせて計算を自分では行わないことを前提にした書き方をしたものが目立ちます。しかし、著者は二十七年間の統計教育の経験から、せめて基本となる知識だけは実際に手を動かして身につけるべきとの考えを持っています。統計学の実力をつける上では、自分で計算できることが、理解を助けるために不可欠なのです。学習とは積み上げるものですから、早急に結論だけを求めるような統計解析法の利用は決して実力とはなりません。高度な統計解析になればなるほど、基礎知識がないと、パソコンから出力された計算結果さえ何のことかさっぱり分からない、ということになります。

本書はそうした立場から、基礎的な計算ができ、統計の理論が分かるようになることを目的にして書かれています。その上で、パソコンなどの情報処理を行うという順序で統計学をじっくり学んでほしいと思います。  
(著者「まえがき」より)

- |        |               |         |
|--------|---------------|---------|
| 大澤清二他著 | 改訂学校保健学概論     | 定価二二一〇円 |
| 内山 源他著 | 健康・ウエルネスと生活   | 定価二四一五円 |
| 阪井 敏郎著 | 早教育と子どもの悲劇    | 定価二一〇〇円 |
| 大澤 清二著 | 生活科学のための多変量解析 | 定価三九九〇円 |
| エルキンド著 | 居場所のない若者たち    | 定価二九四〇円 |
| A・ゲゼル著 | 乳幼児の心理学       | 定価五六七〇円 |
| A・ゲゼル著 | 学童の心理学        | 定価五六七〇円 |
| A・ゲゼル著 | 青年の心理学        | 定価五六七〇円 |

〒112-0015 東京都文京区目白台 3-21-4  
<http://www.kaseikyokusha.co.jp>

家政教育社

電話 03-3945-6265  
FAX 03-3945-6565

～保健室には、安全性豊かな除菌水を～

アクア酸化水生成装置

## オキシライザー

メディカCL



場所をとらないコンパクトサイズ

- コンパクト設計だから省スペースでも設置可能
- 水道直結方式（給水方式）
- 連続電解方式（給電解方式）
- 貯水タンク（10ℓ）が内蔵
- 全面採水レバーで常時採水が可能

ワンタッチボタン・採水レバー



軽くレバーを押すだけで、採水出来ます。

### 優れた除菌効果

抗菌スペクトルが広く、MRSA、芽胞菌、真菌、抗酸菌、ウイルスなど幅広い菌に効果があります。

### 高い安全性

特殊電極の活用により有害なオゾンが発生させません。

### 手荒れを起こさず人体にも安心

強酸性ですが、手荒れの心配がなく手指消毒に安心してお使いいただけます。

株式会社トラスト URL <http://www.trust-japan.com>

【本社】 埼玉県春日部市本田町1-28 TEL: 048-735-2228 (代) FAX: 048-735-5288  
E-mail [info@trust-japan.com](mailto:info@trust-japan.com)

【東京営業所】 東京都品川区八潮5-1-5-307 TEL: 03-5755-8736 FAX: 03-5755-8737  
E-mail [trust-fu.tokyo@alpha.ocn.ne.jp](mailto:trust-fu.tokyo@alpha.ocn.ne.jp)

## 編集後記

今号では、軽度発達障害と学校保健に関する特集論文を掲載することができた。この「軽度」の語が、その障害への「ケアの容易さ」をあらわすものでないことは、小児精神医学や発達心理学などさまざまな立場から論じられた本特集の内容を一読いただければご理解いただけるであろう。「軽度」と表現されることのなかには、子どもの発達の可能性についての期待が込められているとともに、そうであるがゆえに普通学級に就学することによるさまざまな生活上、学習上の課題が生じるという実態をも示唆するものであることを忘れてはならない。本特集は、この課題に取り組んでいる学校保健領域の専門家や養護教諭に展望を示すことができればとの願いによって、編集委員の手によって企画された。味読いただければ幸い

である。

さて、今期の編集委員で書き継いできた編集後記も、残るは和唐委員長の記事のみとなった。編集委員会の幹事としての感想を率直に言えば、委員の交替や事務局の移動などあわただしく過ぎ去った観のある3年間であった。よく議論をした編集委員会であったとの印象が強い。それほどに検討すべき課題が多かった。しかし、それも充実した学会誌として発展していこうとする本誌の向上に役立ったとすれば、快い疲労の思い出である。英文誌発刊以降の本誌が学会誌としてどのような役割を果たすことになるのか、次期にお渡しする課題は、今期が受け継いだものよりもさらに大きい。本誌の発展を祈るばかりである。

(瀧澤 利行)

| 「学校保健研究」編集委員会        | EDITORIAL BOARD          |
|----------------------|--------------------------|
| 編集委員長 (編集担当常任理事)     | <i>Editor-in-Chief</i>   |
| 和唐 正勝 (宇都宮大学)        | Masakatsu WATO           |
| 編集委員                 | <i>Associate Editors</i> |
| 荒木田美香子 (大阪大学大学院)     | Mikako ARAKIDA           |
| 磯辺啓二郎 (千葉大学)         | Keijiro ISOBE            |
| 伊藤 直樹 (明治大学)         | Naoki ITO                |
| 国土 将平 (鳥取大学)         | Shohei KOKUDO            |
| 佐藤 洋 (東北大学大学院)       | Hiroshi SATO             |
| 高橋 裕子 (愛知教育大学)       | Yuko TAKAHASHI           |
| 瀧澤 利行 (茨城大学)         | Toshiyuki TAKIZAWA       |
| 竹内 宏一 (浜松医科大学名誉教授)   | Hiroichi TAKEUCHI        |
| 照屋 博行 (福岡教育大学)       | Hiroyuki TERUYA          |
| 中川 秀昭 (金沢医科大学)       | Hideaki NAKAGAWA         |
| 廣金 和枝 (慶應義塾湘南藤沢中高等部) | Kazue HIROKANE           |
| 松岡 弘 (大阪教育大学名誉教授)    | Hiroshi MATSUOKA         |
| 横田 正義 (北海道教育大学旭川校)   | Masayoshi YOKOTA         |
| 渡邊 正樹 (東京学芸大学)       | Masaki WATANABE          |
| 編集事務担当               | <i>Editorial Staff</i>   |
| 縄田 暢子                | Nobuko NAWATA            |

(事務処理上、本誌の編集兼発行人及び編集委員会は、47巻1号から変更いたします。)

【原稿投稿先】「学校保健研究」事務局 〒177-0051 東京都練馬区関町北 2-34-12  
 勝美印刷株式会社 情報センター内  
 電話 03-5991-0582

|                                   |                        |                                     |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 学校保健研究                            | 第46巻 第5号               | 2004年12月20日発行                       |
| Japanese Journal of School Health | Vol. 46 No. 5          | (会員頒布 非売品)                          |
| 編集兼発行人                            | 森 昭 三                  |                                     |
| 発行所                               | 日本学校保健学会               |                                     |
| 事務局                               | 〒102-0075 東京都千代田区三番町12 |                                     |
|                                   | 大妻女子大学 人間生活科学研究室内      |                                     |
|                                   | 電話 03-5275-9362        |                                     |
| 事務局長                              | 大澤 清二                  |                                     |
| 印刷所                               | 勝美印刷株式会社               | 〒112-0002 東京都文京区小石川 1-3-7           |
|                                   |                        | TEL. 03-3812-5201 FAX. 03-3816-1561 |

# JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

## CONTENTS

### Preface:

Key Issues in School Health and Health Education Study : Toward Integrating  
Qualitative and Quantitative Methods .....Gen Uchiyama 448

### Special Issues:Viewing Support of Mild Developmental Disorders in School Health

Compiling Notes of Special Number "Support of Mild Developmental Disorder  
in School Health" .....Mikako Arakida, Naoki Ito, Yuko Takahashi 449

Diagnosis and Treatment of Developmental Disorders in the Classroom :  
From the Viewpoint of Childpsychiatrist.....Yasuko Kanbayashi 450

Therapeutic Interventions for Children with Developmental Disorders without  
Intellectual Disabilities in the School and Community Settings.  
.....Masatsugu Tsujii, Akiko Takeshima 456

Issues in the Education of Children with LD, ADHD, PDD  
.....Shigeyuki Tsuzuki 464

Systematic Comprehensive Support for Children with Developmental Disorders:  
Special Reference to a Co-operation between School  
Teachers and Medical Staffs .....Hideo Sugie 472

Support of Children with Mild Type Developmental Disorder:  
A Viewpoint of Yogo Teacher.....Yuko Kamazuka 478

Support Options for Children with Mild Developmental Disorders in Schools  
From the Viewpoint of Consultation in Schools .....Atsuko Takahashi 486

### Research Papers:

Current State of Children with Mild Developmental Disorder  
and Supports That Teachers Request  
.....Masako Muramatu, Mikako Arakida 492

An Investigation into the Present Situation of Evaluation for  
Childhood Obesity in Primary School Health Examination  
.....Yasuko Fujiwara, Yayoi Koide 505

### Reports:

Recognition of the Importance of Emergency Resuscitation and Life:  
From the Investigation into a Group of Elementary School Sixth Graders  
.....Chiyoko Kimura, Nobuko Mizuki, Kaoru Yamaguchi 520

Significance of Email School Counseling and Challenges in Its Implementation:  
Investigating Desire for Implementation Via School-Wide Survey  
of a National College of Technology  
...Takayuki Kageyama, Takako Shiota, Tadashi Konishi, Shiyu Iwasaki 529

Secular Changes in Height and Weight of School Children  
in Sendai, Japan, 1934-2001 .....Naoyuki Kurokawa, Hiroshi Satoh 543

Present Condition and Change of Knowledge, Awareness, Attitude  
and Behavior Concerning High School Student's Diet  
—From the Condition of Two High Schools in Hokkaido—  
.....Izumi Momose, Yoshihito Arakawa, Kiyoshi Moriya 554

Japanese Association of School Health