

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2010

Vol.51 No.6

目次

巻頭言

- ◆変化する社会における専門職364
勝野 真吾

特集

社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる
養護教諭の資質・力量・研究

- ◆養護教諭の特集を企画する意図と願い365
鎌田 尚子
- ◆養護教諭の実践を支える学問構築に向けての質的研究とその課題366
岡田加奈子
- ◆中学・高校教諭免許（保健）と養護教諭
—健康に関する教育の専門性と専門職養成—371
面澤 和子
- ◆小児保健の立場からみた養護教諭養成と専門性
—保健師との連携，医療的ケアの学際的コラボ—376
大西 文子
- ◆養護教諭の原点である「救急処置」の専門性とその養成のあり方382
石原 昌江
- ◆救急処置の専門性を担保する新たな資格（免許）と養成教育
—養護教諭の職務のより良い確立を目指して—386
佐藤美知子
- ◆専門職として養護教諭の資質・力量と能力特性及び大学院教育390
鎌田 尚子

原著

- ◆1型糖尿病の中・高校生における学校生活の充実に関する
心理社会的要因395
竹鼻ゆかり，朝倉 隆司，高橋 浩之，高藪 学，田中 祐司

報告

- ◆3つの肥満判定指標別にみた仙台市児童・生徒の肥満児の
出現率について406
黒川 修行，佐藤 洋

学校保健研究

第51巻 第6号

目 次

巻頭言

- 勝野 眞吾
変化する社会における専門職364

特 集 社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究

- 鎌田 尚子
養護教諭の特集を企画する意図と願い365
- 岡田 加奈子
養護教諭の実践を支える学問構築に向けての質的研究とその課題366
- 面澤 和子
中学・高校教諭免許（保健）と養護教諭
—健康に関する教育の専門性と専門職養成—371
- 大西 文子
小児保健の立場からみた養護教諭養成と専門性
—保健師との連携，医療的ケアの学際的コラボ—376
- 石原 昌江
養護教諭の原点である「救急処置」の専門性とその養成のあり方382
- 佐藤美知子
救急処置の専門性を担保する新たな資格（免許）と養成教育
—養護教諭の職務のより良い確立を目指して—386
- 鎌田 尚子
専門職として養護教諭の資質・力量と能力特性及び大学院教育390

原 著

- 竹鼻ゆかり，朝倉 隆司，高橋 浩之，高藪 学，田中 祐司
1型糖尿病の中・高校生における学校生活の充実に関する心理社会的要因395

報 告

- 黒川 修行，佐藤 洋
3つの肥満判定指標別にみた仙台市児童・生徒の肥満児の出現率について406

会 報

- 平成21年度 第2回日本学校保健学会理事会議事録411
- 機関誌「学校保健研究」投稿規定413
- 第57回日本学校保健学会開催のご案内（第1報）416

地方の活動

- 第66回北陸学校保健学会の開催報告417

お知らせ

- 日本地域看護学会第13回学術集会418
- 第51巻 総目次419
- 査読ご協力の感謝に代えて423
- 編集後記424

変化する社会における専門職

勝野 眞 吾

Professionals in the Changing Society

Shingo Katsuno

今、社会の様々な部分で大きなそして急激な変化が起こっている。現代の特徴は、変化する社会と言っても良い。このような変化する社会にあって、それぞれの分野で専門立場から要因を分析して将来の展望を提示したり、実践の場で有効な方策を行ったりして社会に貢献する専門職の役割はますます重要性を増している。このような状況を背景にして、各種の法制度の改革や専門職を養成する仕組みの改革が行われている。

くすり（医薬品）は、病気の克服を通して人類社会に大きな貢献をしてきた。現代社会では、くすりは人々のより身近な存在になり、必要不可欠なものとなっている。

このくすりに関しても、専門職である薬剤師の養成の在り方、新しい法律（改正薬事法）の施行、そして学校における子どもたちへのくすりに関する教育の充実など、包括的な改革が始められている。

平成17年、薬剤師を養成する薬学教育が大きく変更され、それまで4年制であった薬学部が6年制となった。病院で治療に用いられたくすりの体内動態や副作用などの危険な兆候のチェック、医師から処方されたくすりの調剤、使用法の説明など、くすり与人との関わりを重視し、そのために必要な実践的な知識や技能などを習得するためには6年間の教育が必要であるとされたのである。平成24年春には新しい制度のもとで養成された薬剤師が社会に出る。

一方、平成21年6月から施行されている改正薬事法にもとづいて、人々に最も身近なくすりである一般用医薬品（医師、歯科医師などの処方箋による医療用医薬品以外の医薬品）の売り方や買い方が変わった。一般医薬品は町の薬局などで、人々が自分の判断で買い、自分の責任で使用するものであるが、その安全性（危険度の違い）から第一類医薬品、第二類医薬品、第三類医薬品の三種類に分けられ、それぞれの取扱い方にも区別がつけられた。第一類医薬品は、カウンターの後の棚に置かれて一般の人が直接手に取ることができないようになり、薬剤師から説明を受けてから買うことになった。第二類医薬品と第三類医薬品は、一般の人が直接手にとることができる場所に置かれ、薬剤師だけでなく登録販売者（都道府県知事の認可）からも買うことができる。くすりの有効性、安全性を担保する一方、登録販売者という中間的な専門職を設けて、一般の購入者の利便性が図られるよ

うになったのである。

くすりを取り扱う専門職サイドにおける改革と並行して、くすりについての新しい教育が学校で始まる。中学校では平成24年、高等学校では平成25年からスタートする新しい学習指導要領では、くすりについての教育の充実が図られている。くすりについては、これまで高等学校の保健体育のなかに「医薬品は正しく使う必要があること」と示されていただけであった。新しい学習指導要領では、中学校の保健体育のなかに、「健康の保持増進や疾病の予防には、保健・医療機関を有効に利用することがあること。また、医薬品は、正しく使用すること。」と示され、高等学校ではさらに「医薬品は、有効性や安全性が審査されており、販売には制限があること。疾病からの回復や悪化の防止には、医薬品を正しく使用することが有効であること。」と示された。子どもたちは初めて義務教育である中学校の段階からくすりについて学ぶことになり、高等学校ではさらに詳しく広い視点からくすりについて学ぶ。次の世代を担う子どもたちには、くすりの正しい使いかたについて必要な知識をもち、くすりについて理解することができるようになることが大切であると考えられたのである。これによって、教育の専門職である教師、養護教諭にも、くすりについて子どもたちを指導することができる力量が求められるようになった。

このように、くすりを例にとっても旧来のあり方が大きく変わろうとしている。専門職とそれら専門職の養成を担う大学などの教員には、変化しつつある社会が専門職に求めるニーズに真摯に向き合い、それぞれに期待される役割を担うことが求められている。

残念なことに、いくつかの分野の専門職の一部には、社会の急激な変化や社会からの厳しい要求に対応できず、自信を失って徒労感に陥ったり、社会に表層的に迎合したりする姿がみられる。このような状態は、専門職にとっても、社会にとっても不幸である。

今、専門職には、それぞれの専門分野で確かな知識と必要なスキルを身につけるだけでなく、原則を踏まえた柔軟で幅広い思考力、状況を切り開き展望を示す力、倫理感、そして何よりも専門職としての心意気と勇気が必要である。

（岐阜薬科大学 学長）

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

養護教諭の特集を企画する意図と願い

鎌田 尚子

女子栄養大学栄養学部保健栄養学科保健養護専攻

Introduction for the Special Issue on the “Yogo” Teacher’s Ability and Special Quality of Their Career and Research Work in Pursuit of Professional Practice

Hisako Kamata

Division of Health and School Nursing, Department of Health and Nutrition, Kagawa Nutrition University

「特集」では、学校保健活動の充実につながる話題を取り上げ、学会員の研究活動の方向付けや気づきの活性化に役立て、資質の向上に繋げて参りたいと思います。

今回は、第一線で学校保健やヘルスプロモーションを推進しておられる養護教諭の今後に期待して特集を組みました。すなわち、「社会や法制度の変化と共に、専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」について、中教審答申をはじめ新学校保健安全法において学校保健推進の中核的役割として期待されている養護教諭に焦点をあてます。

明治41年（1908）に、学校看護婦として広瀬ます氏は岐阜市京町小学校に就職、日本初めての養護実践であるトラホームの洗眼のため1905年に荒垣敏子看護婦が県立病院から派遣された後任を継ぎます。1,800人の児童の内感染者が35%、トラホームの世話、救急手当、採光通風、学校の清潔、傷病児の家庭訪問、看護の指導を26年間行い、夏休みには親子の林間学校を開設、子どもたちの心身の健康に努めました。以来、「まず、健康」が合言葉となり百年後の今年もPTAの伝統行事として受け継がれています。（石川フカエ、阿部真理子）薫陶を受けた卒業生、同窓生、保護者、地域の人々の信頼と期待、時代のニーズと「まず、健康」のキャッチコピーのセンス、プロジェクトを立ち上げ、実行した健康推進は、現代の健康課題に対峙する養護教諭に示唆するところが多く、学校医により始まった日本の学校保健は、学校医と協力するこのような養護教諭の熱意と経験と智慧に支えられて国民の健康の基礎を作り、世界一の長寿を支えてきたのではないのでしょうか。百数年前に、ヘルスプロモティング・スクールの理論的叡智があり、実践のエビデンスが人々の中に証明されていることに感動させられます。本誌の実践報告への投稿論文から「養護学」「学校保健学」への理論が生まれることを期待します。

【企画のねらい】

社会や法制度の変化と共に、専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究について、中教審答申は

じめ新学校保健安全法において学校保健推進の中核的役割として期待されている養護教諭に焦点をあてます。

学校保健の推進にあたり校内・外の関連職種や学際的連携に学問的研究・養成教育・現職実践指導等、ご活躍の先生方にご執筆を依頼しました。幼児、児童生徒、学生の心身の健康問題の実態をどのように捉えておられるでしょうか。健康管理・健康推進をする養護教諭の専門職としての力量とは何でしょうか、教員6年制（養護教諭6年制）についてどのように考えられますか、大学院教育のあり方等、全員の方々に何らかのコメントを頂きます。

すなわち、次のような課題に対して、学会員の研究活動の方向付けや気づきの活性化に参考となること。

- 1) 社会の変化、新しい心身の健康問題について
- 2) 法制度の変化、健康・保健・福祉・医療・司法、学際分野との連携、現代的健康課題の解決・改善のために、養護教諭に必要な資質や力量、健康推進の組織と健康教育・ヘルスプロモーションのための理論研究や力量
- 3) 実践の事実から理論化、理論に基づく実践とその効果や変化の評価方法—量的・質的研究のあり方、養護教諭6年制、大学院教育に対する期待とこれから準備しなければならないこと。教育者のFD等。
 - ① 実践を支える学問構築に向けて質的研究と課題
 - ② 健康に関する保健教育の専門性と専門職養成
 - ③ 小児保健の課題と養成及び専門性—学際的コラボ
 - ④ 養護教諭の原点である「救急処置」の専門性と養成のあり方
 - ⑤ 救急処置の専門性を担保する「資格（免許）」と職務の確立
 - ⑥ 専門職として養護教諭の資質・力量と能力特性及び大学院教育

以上の視点からご執筆いただきます。

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

養護教諭の実践を支える学問構築に向けての質的研究とその課題

岡田 加奈子

千葉大学教育学部

Qualitative Research on Academic Construction of “Yogo” Teacher and its Challenges

Kanako Okada

Chiba University

I. 養護教諭にとっての質的研究の必要性

養護教諭の実践の場は、社会的にも、文化的にもより複雑な要因が絡み合う人を対象とすることが多い。そのため、実践並びにその効果は画一的ではなく、かつ価値葛藤が大きいゆえ、簡単には、根拠が得られない場もある。それゆえ、養護教諭は、研究から導かれる鑄型に実践状況を押し込めるのではなく、子どもたちの反応やその後の行動、成長・発達をみとりながら、実践において専門家としての知恵を産み出し、省察をくりかえす反省的实践家といえる¹⁾²⁾。そのため、養護教諭の実践や子どもたちの変化における多様な要因の絡み合いの全体像はとらえにくい。その困難性を踏まえつつも、「見えない現象を見えるようにしたい」「理解しがたい現象を理解できるようにしたい³⁾という真実への探求に対するニーズが、近年高くなってきた。

また、養護教諭は日々の実践の中で、子どもたちの笑顔や満足、成長・発達等の姿を通じて、日々の実践の質を確信するにもかかわらず、時に「本当にこの実践でよいのだろうか」という確信・自信のなさ」を体験することもある。

それは、まさに養護教諭の実践を支える学問構築が発展途上であり、専門職として不可欠である養護教諭独自の「他に存在しない知識体系⁴⁾つまり独自性の理論そしてまた理論構築の方法が探求の緒にある段階であることに由来する部分が多い。それではどのようにしたら真実を明らかにしたり、独自の他に存在しない知識体系や理論を構築をしたりすることが可能になるのだろうか。

これには、科学的アプローチの限界との葛藤の中で、真実を発見していくという歴史をたどった研究者や実践家から示唆をうけることが多い。たとえば、化学者である池田菊苗は、基礎化学こそ科学だとする時代に、大衆の生活に役立つ化学、応用化学が重要であるとして、味噌汁の“だし”からL-グルタミン酸を抽出し、これによって料理がおいしくなることを発見した⁵⁾。しかし、ギリシャ時代以来、味覚は甘味、塩味、酸味、苦味の4つとされており⁶⁾、それら4つの味ではこのおいしさが説明出来なかったことから新たに“旨味”と名づけた。当時は、全く評価されなかったが、その後新しい技術が

開発され、確認されたという。また、旨味が発見されていなかった時代においても、優れた料理人は客の反応と自らの舌を信じ続けることによって、味を守り続けた⁴⁾姿は、子どもたちの反応を見ながら実践を重ねる反省的实践家である養護教諭の姿と重なる。

養護教諭の実践には毎日経験しながら、科学の世界ではまだ普遍と認められていないことは多々存在するであろう。つまり、自分の実践を追求し、実践の質を高める一方で、質的研究によって真実を明らかにし、そして質的研究の積み重ねによって抽出される、他に存在しない知識体系を構築する理論構築がまさに求められているといえるのである。

それでは、この質的研究とは、どのような研究をさすのであろうか。

II. 質的研究とは何か

“量的研究”は、“実証主義的な立場”を前提とし、仮説から演繹的推論により、法則等を明らかにする、自然科学の方法論をモデルとしている。たとえば、開発された新薬AとBはこの病気にどちらがより効果があるか、ということを検証する場合などに用いられる。

一方、“質的研究”は、定義やとらえ方は、研究者の学問的背景や研究対象の領域によって様々であるが、主として現象そのものが明らかになっていない場合に用いられ、“解釈的な立場”を前提としている。大きくは、現象に対する“説明”と“理解・解釈”といった2つのアプローチが存在する³⁾。研究対象を観察等から深く掘り下げ、これまでの見方や考え方とは異なったものを発見していく帰納的推論により、仮説や概念を導き出した(説明)、対象となる事象を明らかにしたり(理解・解釈)する研究を質的研究という。前者の“説明”では、現象を分析し、概念化してその概念間の関係を検証し、概念枠組みを作って説明する。その後、抽出した概念や要素を変数として、量的な研究へと進むものと、グランデッド・セオリー・アプローチのように質的な研究を積み重ねることにより一般法則化、理論化を目指すものがある。たとえば、グランデッド・セオリー・アプローチを用いた保健室頻回来室生徒に関する研究があるが、来室する本人にとっての意味、変化の過程などを明らかに

する研究は、それ以前はほとんど存在しなかった。それゆえ、それを明らかにするためには、質的な研究方法である、記述によるアプローチが向いており、頻回来室者や養護教諭などにインタビューを行うなどの方法がとられるのである⁶⁾。

後者の“理解・解釈”では、主として当事者の「語り」から経験の意味をとらえようとするナラティブ・アプローチや、現象をその背景や文脈全体の中でありのままにとらえて記述し解釈する、現象学といった方法論がとられる。

Ⅲ. 質的研究の方法

量的研究で人間を対象とする場合、多くは、測定や質問紙調査等によって数値データを収集し、“統計学的方法”で解析することが多い。このため客観的で、再現可能で、エビデンスの水準も高いものととらえられている。

一方、質的研究のデータの収集方法は、表1に示したように文献・資料、記録物（質的データ）、非・半標準化面接／インタビュー、質問紙（質的データ）、参加／参与観察、写真、ビデオ等で、データは、記述（文字）であることが多い。分析方法も、1事例を対象とした事例の分析や、記述をまとめるのによく用いられるKJ法、関係のプロセスを概念化するグランデッド・セオリー・

アプローチ、記述民族学（エスノグラフィー）的分析など多様である。

Ⅳ. 質的研究論文に対する評価

質的研究に対して「母集団を代表しているのか」「対象者が少なすぎる」「当たり前のことしか言っていない」「一般化できるのか」「客観性がない」「解釈は正しいのか」などの批判が、投げかけられている⁸⁾。

しかしながら、量的研究と質的研究では、物事の捉え方の哲学的背景が異なるため、その研究を評価する際には視点の明確な違いを認識することが重要である⁹⁾。そして、量的研究で用いられる信頼性や妥当性の規準は、質的研究にそのままではあてはまらないため、使われる言葉も異なる。質的研究の質を評価する規準も、現段階では一様ではないが、表2のようにまとめた。

量的研究でいう“厳密性 (Rigor)”は、“信頼性 (Reliability)”, “妥当性 (Validity)”にあたり、質的研究では、“真実性”と訳される⁷⁾。

量的研究であれば、信頼性を示す評価規準は、“研究手段の一貫性”, “研究の反復可能性”であり、測定用具の再現性の良さ、つまりどれぐらいその研究が反復出来るか、類似した状況や状態でその方法をとったときに同じ結果が生じるかが問われる⁷⁾。それに対し、質的研究では、研究者が異なれば、必ずしもそのことに価値がお

表1 量的研究と質的研究のデータ収集法

	量的研究	質的研究
データ収集法	統計資料、記録物（量的データ）、標準化面接／インタビュー、質問紙（量的データ）、構造化観察、検査・測定、実験等	文献・資料、記録物（質的データ）、非・半標準化面接／インタビュー、質問紙（質的データ）、参加／参与観察、写真、ビデオ等

(Holloway, I & Wheeler, S⁷⁾, Flick, U⁸⁾等を参考に作成)

表2 研究の評価規準

量的研究で言及されている評価規準		質的研究で言及されている評価規準	
厳密性 (Rigor)	信頼性 (Reliability) : ・研究手段の一貫性 (Consistency) ・研究の反復可能性 (Repicability) : どれぐらい研究が再現出来るか、類似した状況や状態でその方法をとったときに同じ結果が生じるか	真実性 (Trustworthiness) : ・方法論の堅実性 (Soundness) ・方法論の適切性 (Adequacy)	明解性 (Dependability) : 研究プロセスが一定水準を保ち、明確であること、研究結果が信頼出来るか否かについてデータから研究結果にどのようにたどり着いたか
	妥当性 (Validity) ・内的妥当性 (Internal validity) : 測定しようとするものをその用具が正しく測定している程度		信用可能性 (Credibility) : 正確な記述の保証
一般化可能性 (Generalisability) または外的妥当性 (External validity)			移転可能性 (Transferability) : 研究結果を他の場・集団に適用できる可能性
客観性 (客観的妥当性) (Objectivity) : 研究に偏りがなく、相対的に中立の価値観であることを意味する ⁹⁾			確認可能性 (Confirmability) : 結論や解釈がデータから直接引き出されていることが読み手にも確認できる

かれることはない。質的研究では、研究結果が信頼出来るか否かについて、データから研究結果にどのようにたどり着いたかが示されることが重要である。それゆえ“明解性 (Dependability)”と表現されるのである⁹⁾。

同様に、量的研究の“妥当性”とは研究者の測ろうとしているものが測定手段によって、どの程度正しく測れるかを評価している。一方で、質的研究で問われるのは、描写が信用出来るか、あるいは解釈・結論といった一連の判断が信用出来るかであり、“信用可能性”といった表現が用いられる⁹⁾。信用可能性の確保については、データはどの程度詳細に記述されたかという“濃密な記述”以外に、研究者が自分自身の先入観や独善性をどのように排除する方法をとったかなどが評価の対象となり、これには、Robson¹⁰⁾により「長い関わり合い」「持続的な観察」「専門家審議」、参加者に知見を返す「参加者チェック」などが提案されている。

また、質的研究における真実性は、方法論の堅実性と適切性を意味する⁷⁾。そして、Hollowayらは、質的研究における真実性の規準として、上記で言及した「(1) 明解性 (Dependability)：研究プロセスが一定水準を保ち、明確」「(2) 信用可能性 (Credibility)：正確な記述の保証」に加え、「(3) 移転可能性 (Transferability)：量的研究では、一般化可能性といい、研究結果を他の場・集団に適用できる可能性」「(4) 確認可能性 (Confirmability)：結論や解釈がデータから直接引き出されていることが読み手にも確認できること」を挙げた⁷⁾¹¹⁾。これらの中で最も重要なのは信用可能性である。

さらに、質的研究の真実性は、方法論の堅実性と適切性であるため、これのみでは不十分として“信憑性 (Authenticity)”(用いられている方策が参加者の考えを忠実に報告するのにふさわしいこと)を加える考えもある。

そして、質的研究の真実性を研究者が確認するために一般的には表3の方法がとられる⁷⁾⁹⁾。

表3 真実性の規準を満たす方略⁷⁾⁹⁾

参加者チェック (member check)
反対の事例あるいは代わりの解釈を探す
専門家による検討 (peer review) または、
専門家による審議 (peer debriefing)
トライアングレーション (triangulation)
監査のためのあしあと、決定に至るあしあと (decision trail)
濃密な記述 (thick description)
振り返り (reflexivity)

V. 養護教諭関連学会誌における質的研究

1997年以降に学校保健研究に掲載された投稿論文では、大部分が量的研究で、質的研究が非常に少ない¹²⁾¹³⁾。ただし、2001年以降は毎年1～3本程度の質的研究論文が

見られ、質的研究の内訳を見ると、文献、事例研究に加えて、近年では、インタビューや参与観察によるデータ収集法やグラウンデッド・セオリー・アプローチなどの方法も取り入れられている。領域では、保健室や養護教諭に関連したものが多くなっている。養護教諭に関連した学会三誌(学校保健研究、日本養護教諭教育学会誌、日本健康相談活動学会誌)を対象とした調査¹³⁾では、2003～2007年度に掲載された質的研究論文は21編であった。その中で、原著論文は4編であり、このうち質の規準とした18項目(キャサリン・ホープを参考¹⁴⁾)を全て満たしていたものが1編、1項目のみ満たしていなかった論文は3論文であった。原著論文以外の他の質的研究論文は、満たしていなかった項目が、2～10項目であったことから、当然とはいえ原著論文の、“質”の高さが明確になったといえる。学会誌別にみても、学校保健研究は隔月発行誌であるため、年1回発行の他2学会誌に比し、論文掲載数が140編と多い一方、質的研究論文数は6編ときわめて少ない。しかし、原著論文が、掲載された6編の質的研究論文の半数をしめるなど、非常に“質”の高い質的研究論文が掲載されていることが明らかとなった。養護教諭に特化した他2学会誌は、質的研究論文が44編中15編と多い一方で、質的研究の原著論文が2学会誌合計1論文と、ほとんど掲載されていないことから、質の高さという意味で、課題が残されていた。

VI. 質的研究を取り巻く環境の整備

このように、原著論文は、質的研究としての質が高かったという結果から考えると、質的研究論文の評価には問題はないのであろうか。

養護教諭関連学会誌の編集委員長や編集委員として、また執筆者や共同研究者として論文投稿に関わった経験からすると、量的研究に比べ、質的研究の方が、課題が圧倒的に多い。その理由として、質的研究においては、量的研究の評価規準と異なること、質的研究に精通している研究者が少ないこと等があげられる。

しかしながら、養護教諭の領域においては、質的研究以前の課題も大きい。当該領域においては、大学院教育の歴史も浅く、査読に精通した研究者が他に比して少ないことが考えられる。それゆえ、査読者と執筆者が投稿を通じて、論文のみならず、双方が成長しあえる“教育的”査読が重要と考えられている。その前提として、執筆者の立場になって、主張しようとするべき方向性を見いだそうという気持ちで査読していく¹⁵⁾査読者自身の姿勢が重要である。とはいえ、査読初心者であっても査読に関して教育を受けた経験のある者は少なく、論文執筆経験からの独学である場合も多いであろう。他領域では、学会編集委員会が示した査読についての詳細なガイドラインに沿って査読することが求められている学会もある。つまり、課題を克服するための方策の一つとしては、このようなガイドラインやマニュアル等を学会編集委員会

が示すことが必要であろう。さらに質的研究については、量的規準と異なった評価指標を示すことにより、評価規準の問題は、多少緩和できると考えられる。

もう一つの課題である、質的研究に精通した査読者が養護教諭の領域内では少ないことに対しては、質的研究に精通した研究者をより多く育てながら、歴史的成熟を待つしかないという考え方もある。一方、必ずしもピアレビューの査読にのみに固執しなくても良いという考え方もある。萱間¹⁶⁾は「優秀な査読者とは、単にそのテーマを専門にしているということではない、その専門領域に今どのような研究が必要とされているかを見極め、投稿された論文がその領域にどんな貢献をするのかという価値を含めて判断することができ、投稿者を勇気づけてよりよい作業を完遂させることが出来る人」と言及している。

学会誌は、論文を通じて、学問の発展と研究者の育成を担う場である。論文執筆者、査読者、編集委員会が有機的に機能して初めて、養護教諭を支える学問の発展を担えるのである。その点、歴史ある日本学校保健学会から学ぶべき点も多い。以上、査読等の課題について言及したが、その前提として、投稿者が投稿規定、執筆要領を熟読し、完成度の高い論文を投稿すべきであることは、言うまでもないだろう。

Ⅶ. 学校保健における質的研究の展望と課題

以下、特に質的研究にとって考えられる展望と課題について言及する。

1. 質的研究の充実に向けての大学・大学院教育

質的研究が非常に多くなってきた看護系の大学院では、70%で質的研究の講義が行われている¹⁷⁾。また、教育でも用いられるような、質的研究の論理一貫性をクリティークするためのツールの1つとしてサブストラクションワークシート¹⁸⁾も提案されている。サブストラクションとは、「研究における理論、デザイン、および分析モデルの一貫性をアセスメントするための一つのテクニック」であり、ワークシートを用いて研究論文全体の評価を行うことを目的としているものである。

日本養護教諭養成大学協議会は、2005年に設立され、加盟大学は100を超える状況にある。カリキュラムも含め、教育の質向上に努めており、今後は、組織的に質的研究の充実に向けた取り組みを行っていく必要があると考えられる。

2. メタ統合

2つ目は、メタ統合 (meta-synthesis) である。これは、複数の質的な一次研究の結果を統合して、ある目的について新たな、かつ拡大された理解をもたらす一連の方法論的アプローチを意味する。一次研究者が行った解釈や方法論、理論的枠組みの考え方のすべてをまとめあげることにより、研究対象となっている現象の新たな解釈を形成する¹⁹⁾のである。それには、もちろん一定量以

上の質の高い質的研究とメタ統合を行う研究チームの質が重要となるため、現段階では困難であるが、養護教諭独自の理論構築に向けて、将来的には、視野に入れる必要があるだろう。

3. 倫理に関する委員会の設置と倫理ガイドラインの制定

質的研究は、研究対象となる事象を社会・文化・歴史的な文脈の中でとらえようとするため、対象となる人々の生活や感情に大きく踏み込む危険性をもっている。それゆえ、プライバシーの侵害等、研究者自身が十分に配慮することは非常に重要である。現在、医学系をはじめとする大学・学部、研究機関においては、研究の倫理性を審査する委員会が組織され、所属する研究者は、研究を実施する前には審査を受けているであろう。しかし、全国の大学や研究機関、学協会等へのアンケート調査では、倫理綱領を制定済みの機関は全体の13.3%²⁰⁾で、倫理に関する委員会や審査がすべての機関に存在するわけではない。加えて2006年には、日本学術会議より声明「科学者の行動規範について」²⁰⁾が出された。これらの課題をうけ、日本学校保健学会は2003年に制定した倫理綱領を基本とした、個人がより倫理的課題に配慮できるための、具体的なガイドラインの検討を開始した。さらに、倫理委員会 (特別委員会) の設置に向けて踏み出したことは、質的研究の発展にとっても大きな一歩を踏み出したといえる。

以上のように、養護教諭にかかわる質的研究に関しては、環境の整備も含め、課題も多い。しかしながら、専門職として不可欠である“他に存在しない知識体系”そして“養護教諭独自の学問”構築のためには、必須のアプローチであると考えられる。課題を一つ一つ克服しながら、成熟していきたいと考えるのである。

文 献

- 1) 高橋香代：養護実践における理論構築—「からだをみる」を科学する。日本養護教諭教育学会第16回学術集会抄録集 17-18, 2008
- 2) ドナルド・ショーン：研究と実践、専門家の知恵。172-175, ゆみる出版, 東京, 2001
- 3) 中山洋子：質的研究の基盤と発展の可能性。日本看護研究学会雑誌 24: 72, 2001
- 4) 余善愛：日常診療の中で遭遇する貴重例を看護の専門化に生かす。日本看護科学会誌 28: 62-66, 2008
- 5) Krulwich R: Sweet, Sour, Salty, bitter. and Umami. Krulwich on Science Retrieved November 10, 2007
- 6) 酒井都仁子, 岡田加奈子, 塚越潤：中学校保健室頻回来室者にとっての保健室の意味深まりプロセスおよびその影響要因。学校保健研究 47: 321-333, 2005
- 7) Holloway I, Wheeler S: 野口美和子監訳, ナースのための質的研究入門第2版, 医学書院, 東京, 2006

- 8) Flick U : 質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論, 春秋社, 東京, 2002
- 9) 竹崎久美子 : 米国の大学院教育で用いられている学位論文評価に関するキーワード 米国G大学大学院でのインタビューを通して. 看護研究 42 : 321-327, 2009
- 10) Robson C : Real world research, A resource for social scientists and practitioner researchers. 370-408, Blackwell Science, Oxford, 1993
- 11) 正木治恵 : 質的研究でエビデンスは出せるのか. 日本看護科学学会誌 25 : 118-120, 2005
- 12) 岡田加奈子, 酒井都仁子 : 学校保健関連誌に占める質的研究の割合と特徴 (1997-2002) —学校保健研究, 日本養護教諭教育学会誌, 日本教育保健研究会年報の比較—. 日本教育保健学会年報 11 : 39-49, 2004
- 13) 中村恵子, 石崎トモイ, 伊豆麻子ほか : 養護教諭による質的研究における「研究の質」の分析. 新潟青陵学会誌 1 : 31-39, 2009
- 14) キャサリン・ホープ, ニコラス・メイズ (大滝純司監訳) : 質的研究実践ガイド, 医学書院, 東京, 2001
- 15) 川口孝泰 : 学術雑誌の査読システムのあり方 第1回 投稿時の注意点と査読の流れ. 看護研究 40 : 51-54, 2007
- 16) 萱間真美 : 査読をめぐるあれこれ. 精神看護 12 : 37-40, 2009
- 17) 大熊恵子, 安保寛明 : 修士課程では質的研究に関してどのような教育が行なわれているか. 看護研究 42 : 315-320, 2009
- 18) 谷津裕子, 北素子 : 質的研究論文のクリティークのためのサブストラクション・第2報. 看護研究 41 : 319-333, 2008
- 19) 石垣和子, 山本則子 : なぜ今質的研究のメタ統合が必要か. 看護研究 41 : 351-357, 2008
- 20) 日本学術会議 : 声明「科学者の行動規範について」, 2006

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

中学・高校教諭免許（保健）と養護教諭 —健康に関する教育の専門性と専門職養成—

面 澤 和 子

弘前大学教育学部

Health Teachers' License for Junior & Senior High School and Yogo Teachers
—Yogo Teachers' Professional Training and Expertise in Health Education—

Kazuko Menzawa

Faculty of Education, Hirosaki University

はじめに

日本の養護教諭の特色は、学校保健を推進するために、「養護に関する科目」と「教職に関する科目」の2つの分野を学んだ学校における唯一の専門家だということである。欧米のスクールナースは専門職としての理念は高いが、現実の職務はかなり看護学や医学を背景とした管理的職務にウエイトがかかっている。この違いは日本との保健行政制度や教員としての位置づけの違いが大きく関わっている。筆者は、この意味で日本の養護教諭は、子どもたちの心身の健康を守り高めるという目的を達成するための専門職として世界に誇ることができる存在であると考えている。本論文では、中学・高校教諭免許（保健）と養護教諭の専門性との関わり、またなぜ養護教諭が授業をすることが期待されるのかについて考察する。

1. 養護教諭の職務と保健学習との関わり

(1) 養護教諭による保健学習への期待の高まり

平成20年度までの教育改革の締めくくりとしての文書の一つ、中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（2008. 1. 17）には、養護教諭の役割が8項目示され、第5項目に「保健」学習への関わりを期待する、次のような記述がある。

「⑤深刻化する子どもの健康課題の解決に向けて、学級担任や教科担任等と連携し、養護教諭の有する知識や技能などの専門性を保健教育に活用することがより求められていることから、学級活動などにおける保健指導はもとより専門性を生かし、ティーム・ティーチングや兼職発令を受け保健の領域にかかわる授業を行うなど保健学習への参画が増えており、養護教諭の保健教育に果たす役割が増している。そのため、保健教育の充実や子どもの現代的な健康課題に対応した看護学の履修内容の検討を行うなど、教員養成段階における教育を充実する必要がある。」

中教審答申ではこれまでの経緯から養護教諭が保健の授業に関わることができるとみて、役割への期待とその養成教育の充実を求めている。

(2) 「兼職発令」制度とその課題

1) 兼職発令：教育職員養成審議会の「養護教諭の養成カリキュラムの在り方について（報告）」（1997. 12. 18）は、平成9年の「保健体育審議会答申」（1997. 9. 22）に示されたヘルスプロモーションの理念に基づく学校における健康教育を推進するための方策について示唆したものであった。その中には、「(2)養成カリキュラム以外に制度的措置を必要とするもの」として、「…、養護教諭の有する知識及び技能の専門性を教科指導に活用する観点から、例えば養護教諭が「保健」の授業を担当する教諭又は講師となり得るよう、所要の制度的措置を講ずる必要がある。」と記されている。平成10（1998）年改正の「教育職員免許法」（2008年改正法では附則15項に変更、当時は附則18項）では次のように規定された。

養護教諭の免許状を有する者（3年以上養護をつかさどる主幹教諭又は養護教諭として勤務したことがある者に限る。）で、養護をつかさどる主幹教諭又は養護教諭として勤務しているものは、当分の間、第3条の規程にかかわらず、その勤務する学校において、保健の教科の領域に関わる事項の教授を担当する教諭又は講師となることができる。

教育職員養成審議会総会（第19回）議事要旨（1997. 12. 17）¹⁾をみると、兼職発令制度の制定について以下のような議論があったことが記されている。

- いじめ・登校拒否、薬物乱用や性の逸脱行動等の現代的課題への対応、及び児童生徒の健やかな心身の発達の援助になるのではないか。
- 養護教諭が授業を持つこととなると、養護教諭が多忙化するのではないか。
- 今回の措置は、養護教諭が全員授業を担当するというものでなく、学校の実状に応じて養護教諭の免許状を

有する者を教諭に充てる途を開くものである。

○学校長にいかにか学校運営の裁量を持たせていくかについても検討されている。

○養護教諭が授業を担当することになることにより、保健室の性格が微妙に変化することが考えられる。養護教諭の複数配置等の条件整備を検討すべきではないか。このように、措置への期待と課題が議論されていた。

前年(平成9年)の保健体育審議会答申(注1)では、「保健体育」や「保健」の免許を有する養護教諭について、…、保健学習の一部を担当させる等…」と、「保健」免許を所持している養護教諭を対象としていた。しかし、免許法附則15では、「保健」免許の有無にはふれず、養護教諭としての3年間の経験がそれに替わるものとされている。現在の兼職発令は“免許状を要しない非常勤の講師”あるいは事情により免許状なしで指導している教諭と同様の措置である。養護教諭の専門性のどの部分を認めて「保健」の授業を行う上での専門性があるとしたのかについては、課題を残した措置となった。

(注1) 「保健体育審議会答申(1998. 9. 22)」

p 65: (教科指導における指導体制)…「保健体育」や「保健」の免許を有する養護教諭について、教諭に兼務発令のうえ、保健学習の一部を担当させるなど養護教諭等の健康教育への一層の参画を図るべきである。その際には、養護教諭は1校に1名配置が大部分なので、救急処置の対応等にも配慮する必要がある。

P 66: (体育・保健体育担当教員)…また、保健分野の指導内容が専門化する中・高等学校段階においては、保健分野の深い専門性を備えた「保健」の免許を有する教員の充実について検討する必要がある。

2) 兼職発令をめぐる議論: 日本学校保健学会では第45回学会のミニシンポジウム(1998. 11, つくば)³⁾で、法改正の趣旨や養護教諭の「保健」授業担当の意義と課題等について議論された。同年6月25日付の文部事務次官通知の留意事項にある「…、各学校の状況を踏まえ、…、本来の保健室の機能がおろそかになるような事態を招くことのないよう、留意する必要があること。」という趣旨に添って、養護教諭が保健の授業を担当する教諭または講師になれるように制度的に整備を図ったということであると理解され、今日に至っている。しかし、この改正をめぐる議論は、「保健」の授業をすることは養護教諭の専門性なのか、あるいは「すべきである」という状況を強いられることにつながるのではないかという疑問や疑念が残された。また本来学校で保健の授業を担当すべき小学校教員や中学校・高等学校の保健体育教師との関係をどのように構築して行けば良いのかについて

は実践上の課題として議論された。

2. 兼職発令と「保健」の授業—その実態

(1) 兼職発令を受けている割合

全国養護教諭連絡協議会(以後、全養連)の調査(2008)³⁾によると、小学校8.5%、中学校5.8%、高校1.2%、特別支援学校3.1%、全体平均で6.5%が兼職発令を受けていた。制度開始から10年経つが、利用率が低い状況と言える。51都道府県・政令指定都市で0~10人未満のところが40あるが、その他の申請の多い自治体との間で、行政の取組による違いが見られる。

(2) 養護教諭の「保健」授業の実施率

「保健」授業の実施率は、全養連の調査(2008)³⁾によると、教科「保健」の授業を担当した養護教諭の割合は、表1に示したように、小学校37.2%、中学校13.6%、高校2.6%、特別支援学校15.1%、全体平均では25.2%であった。これを兼職発令の有無別に見ると、授業を行っている者全体(25.2%)のうち、「兼職発令を受けて、授業を実施した」者は5.0%、「受けないで、授業を実施した」者は20.2%であった。「兼職発令を受けた者全体」の授業実施率は約78%であり、「受けていない者全体」の場合は約22%であった。

授業を実施した者の内訳をみると、小学校では約82%、中学校は70%、高校は71%が兼職発令を受けていなかった。全体の約1/4の養護教諭が「保健の授業を行っている」と回答しているものの、その約80%は兼職発令を受けていなかった。

兼職発令を受けるための手続き書類⁴⁾には、指導できる内容等は「1. 年間の指導計画に基づき、組織的、継続的に指導を行う場合であること。2. 体育、保健体育、保健におけるまとまった一定の単元(小単元や項目も可)の教授を担当する場合であること。」と書かれている。また「※都合により、突発的・臨時的に保健の授業をする場合は該当しない。※家庭科、理科等の健康に関する内容は含まない。※教科担当とのTTによる指導の場合は該当しない」と注意書きがある。先の調査結果は、ほとんどの養護教諭がTTによる指導であって、申請しないで授業を行っているものと推測される。そのため授業

表1 兼職発令の「有無」と「保健」授業実施の割合
(回答者 5,587人)

学校種	有無×授業	有り×実施	無し×実施	実施割合	全体
小学校	6.8	30.3	37.2	100%	
中学校	4.1	9.5	13.6	100%	
高等学校	0.7	1.8	2.6	100%	
特別支援学校	1.6	13.5	15.1	100%	
全体	5	20.2	25.2	100%	

全国養護教諭連絡協議会: 平成20年度養護教諭の職務に関する調査報告書. 25, 2009

の実態は把握しにくい状況にある。

3. 養護教諭と免許（保健）

(1) 養護教諭と免許（保健）との関わり

養護教諭の中には、養成段階で中学校・高等学校教諭普通免許状・教科（保健）（以後、免許（保健））を取得している者が一定の割合いる。

養護教諭が免許（保健）を取得することになった経緯は、昭和40（1965）年から9国立大学に順次設置された三年制国立養護教諭養成所に始まる⁵⁾⁶⁾。国立養護教諭養成所法（昭和40. 3. 31）⁷⁾では大学への編入学（第7条）が可能になっていた。これは当時の養護教諭不足を解消するために入学者確保が優先され、当面は三年制とするが、その後は四年制への移行が考えられていたためである。また養護教諭が学校で勤務することから、将来的には教育学部に課程を設置することとして設けられた。同法施行規則別表（昭和40. 3. 31）⁷⁾に示された授業科目は、基礎科目17単位、専門科目56単位、教職教育科目14単位の合計87単位。93単位以上で課程修了が認定されるが、弘前大学養護教諭養成所の例では113単位を卒業要件とした。教職科目の中に保健科教育法、養護実習、教育実習が含まれており、養護教諭2級免許状の他に、中学校教諭2級（保健）免許状を取得することになっていた⁸⁾。このことは、養護教諭が、学校保健全体を推進するとともに保健教育も担当できる資質を備えた専門職として養成されるべきであると考えられていたと推察される。これらの養成所は所期の目的を達成したとされ、昭和50（1975）年度からそれぞれの所属大学において四年制大学・教育学部の養成課程へと順次移行し、昭和55（1980）年度で幕を閉じた⁹⁾。その後の大学での養成課程も、教科「保健」の免許が取得できるカリキュラムを構成している。

(2) 免許（保健）の実態

1) 養護教諭の「その他の免許」保持率：養護教諭が「養護教諭」以外のその他の免許を持っている割合⁹⁾は小・中学校の養護教諭では「中学校免許」約50%、「高等学校免許」約16%であり、高等学校と特別支援学校の養護教諭はそれぞれ約30%、21%であった。教科名は記載されていないが、ほとんどが「保健」免許と推定される。先述したように養護教諭の「保健」授業実施割合は約25%であったことを考えると、詳細は調査されていないが、免許保持者の割合とほぼ符合しているように推測される。

2) 「養護教諭」・「保健」の免許状と養成大学：表2に「養護教諭」と教科「保健」の免許状を取得できる大学数を示した（平成19年度）¹⁰⁾。養護教諭の専修免許状を取得できるのは50大学、1種免許状（大学卒業程度）は105大学、2種免許状（短期大学卒業程度）は20短期大学である。「養護教諭一種免許状」を取得できる105大学のうち、「保健一種免許状」を出しているのは36大学

表2 「養護教諭」、 「保健」の免許状を取得できる大学数（通学課程）

種 類	大学		公立		私立		合計	
	養護教諭	保健	養護教諭	保健	養護教諭	保健	養護教諭	保健
専修免許状 (大学院修士課程修了程度)	28	29	4	1	18	9	50	39
一 種 免 許 状 (大学卒業程度)	24	19	13	2	68	27	105	48
二 種 免 許 状 (短期大学卒業程度)	0	0	1	1	19	12	20	13

（文部科学省ホームページより作成，平成21年4月1日現在）

（約34%）である。また「保健一種免許状」が取得できる48大学のうち、「保健体育」と「保健」の両方とれるのは28大学（約58%）、「保健」のみが取得できる大学は20大学（約42%）である。

3) 養護教諭養成課程の峭壁—「教諭」免許：養護教諭養成課程等で学ぶ学生が「養護教諭」免許の他に中学校、高等学校の「保健」一種免許状を取得するには、介護等体験実習（小・中学校教員免許取得者には申請時に必要。大学の単位とは別.）、教科教育法（中学校8、高校4単位）、総合演習2単位（平成25年度から必修外）、教育実習（中学校5単位・4週間、高校3単位・2週間）の単位を取得する必要がある。さらに教育職員免許法施行規則の一部を改正する省令（平成20. 11）¹¹⁾により、「教職に関する科目」として「教職実践演習」2単位が4年生の科目に新設され、平成25年度からの実施が義務づけられた。「教員として必要な知識技能を習得したことを確認するもの」と位置づけられた科目である。

この改正の問題点は、養護教諭免許取得予定者で免許（保健）を取得する学生は、「養護教諭」と免許（保健）のための「教職実践演習」をそれぞれ2単位取得しなくてはならないことである。他の「教諭」免許取得予定者はいくつ免許を取っても1科目2単位でよいのと比べると2倍の負担となり、厳しい設定である。これは現在の教育実習の実施にも同様のことが言える。養護教諭と免許（保健、1種）を取得する場合、全く別立てで、2つの教育実習（養護実習4週間+「保健」実習4週間）を行わなくてはならない。小・中・高等学校教員養成課程の学生が2つ目の免許を取得する場合は、教育実習は2週間で良い。この点は、兼職発令措置で養護教諭の専門性として「保健」授業を行う力量を認めているにもかかわらず、養成段階では認めていないという矛盾した対応になっている。この点で、文部科学省は学校における健康教育を推進するために、担当教員の養成及び「保健」授業の位置づけについて、一貫性のある明確なビジョンを示す必要があると思われる。

4. 養護教諭の専門性と養成の課題

(1) 養護教諭の健康教育における専門性

日本養護教諭教育学会では、「養護教諭とは、学校におけるすべての教育活動を通して、ヘルスプロモーションの理念に基づく健康教育と健康管理によって子どもの発育・発達の支援を行う特別な免許を持つ教育職員である。」¹²⁾と定義している。また日本学校保健学会「養護教諭の養成教育のあり方」共同研究班¹³⁾では、《望ましい養護教諭像》(現職養護教諭が研鑽し誠実に励んでいる姿)を示し、そのような養護教諭を養成する6つの養成教育の目標のうち、2番目に「子どもの健康認識を育てる能力」を挙げている。

② 健康の諸概念を認識し、健康の価値を尊重する態度と子どもの健康認識を育てる能力を形成する。

(2) 保健科教育法や教育実習での学生の学び

筆者は養護教諭養成課程で保健科教育法、教科「保健」の教育実習等を担当している。学生は3年次の中学校での「保健」教育実習(計4週間)に生き生きと取り組み、終了後は子どもたちの実態を理解し、教員のやりがいを感じ、仕事についての理解を深めて、飛躍的に成長する。当然、事前事後の十分な指導は必要である。学生の変化の一端を紹介すると、実習前は「わからないことだらけで不安」な気持ちで行くが、実習後には「教育は大事な仕事だと思う」「教師という職業や子どもを指導することに魅力を感じた」というように多くの学生が変化する。教育実習の反省ゼミナール時の発表資料では「常に生徒との言葉のキャッチボールを行い、理解しているか随時確認しながら授業を進めることの重要性に改めて気づいた」「保健ってこんなに楽しかったんだ」という生徒の感想を聞いた時は本当にうれしかった」「担任の先生の大変さ、そして楽しさを知ることができた。学校は多くの教員と共に動かしていく場であり、連携が本当に大切だと感じた」等々と、こちらの手想を超えてそれぞれが学んでくる。

本課程では事情により、2008年度から「保健」の教育実習を養護実習より先に行っている。学生達は、目の前の子どもたちを何とか自分の授業に引きつけようと、悩みながら一生懸命に教材研究をして授業に臨む。成功して喜ぶ者あり、また失敗した者も仲間や子どもたち、指導教諭に励まされて次の授業に挑戦する。このような実習経験が学生の学ぶ意欲を引き出す。その結果、最近では養護実習における集団保健指導で、ユニークな指導が展開されていると、協力校から賞賛の声が寄せられている。それは学生が子どもたちに具体的な教材を介して問いかけ、対応した経験を積み重ねたことが、養護実習に反映されたものと考えている。

このことから将来の養護教諭を目指す学生が子どもた

ちの健康認識を育てる力を身につけるには、「養護教諭」の免許に必要な最低限の科目を履修するだけでなく、「保健」免許を取得することが望まれる。それは、教諭としての実習を通して教師の立場を知り、視野を広げ、養護教諭が学校全体を見渡して連携するための力量を高める機会ともなるからである。その意味で養護教諭にはより広く深い専門性が求められていると言える。

(3) 養護教諭の授業の特色は何か?

養護教諭は、現在、保健学習や総合的学習等の特定部分の授業や、TTによる指導を行っている。養護教諭研修事業推進委員会¹⁴⁾は養護教諭の特質を生かした保健の授業への関わり方について調査を行っている(1999)。この結果、「専門的な知識や技術を盛り込む」、「児童生徒の健康実態や生活実態を踏まえた」、「個別の保健指導と関連づけた」指導で、保健学習に生かすことができたという回答が多かった。養護教諭は保健室等での児童生徒一人一人への対応や調査等から、様々な健康問題に敏感に気づくことができる立場にある。そこから得た情報を基に、深い洞察によって学校全体の子どもたちに思いを馳せることで、教諭とは異なる切り口の授業が構成できる可能性がある。それは他の教諭と共に児童生徒についての共通理解を深めたり、児童生徒の意欲を引き出したりすることにつながる。

おわりに

学校保健安全法(2008)が施行され、養護教諭への期待が高まっている。養護教諭には、教諭とともにヘルスプロモーションの理念に基づく健康教育によって、子どもの健康認識を育てるという職務がある。採用後の研修による力量形成、校内体制の調整、複数配置等の状況が改善され、子どもが目を輝かせるような保健教育が進められることを願っている。

文 献

- 1) 文部科学省：教育職員養成審議会総会(第19回)議事要旨, 1997.12.17
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/12/yousei/gijiroku/002/971201.html
- 2) 瀧澤利行, 三木とみ子, 今関豊一, 佐見由紀子：学校保健研究 40:85-92, 1998
- 3) 全国養護教諭連絡協議会：平成20年度養護教諭の職務に関する調査報告書・平成21年度基本調査報告書. 24-25, 2009
- 4) 青森県教育委員会：養護教諭の「保健」授業担当に関する取り扱いについて. 2000
- 5) 杉浦守邦：養護教員の歴史. 東山書房, 京都, 215-217, 1974
- 6) 杉浦守邦：養護教員の戦後50年(第1報) 日本養護教諭教育学会誌 7:32-35, 2004
- 7) 弘前大学養護教諭養成所閉所記念誌編集委員会：弘前大

- 学養護教諭養成所閉所記念誌. 11-13, 1980
- 8) 衆議院会議録情報：第051回国会文教委員会, 第6号, 昭和41年3月2日(水曜日)
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/syugiin/051/0462/05103020462006a.html>
- 参議院会議録情報：第048回国会文教委員会, 第10号, 昭和40年3月25日(木曜日)
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/048/0462/04803250462010c.html>
- 9) 文部科学省：平成19年度学校教員統計調査, 2009
- 10) 文部科学省初等中等教育局教職員課教員免許企画室：平成21年4月1日現在の教員免許状を取得できる大学 7. 養護教諭, 3. 中学校教諭・高等学校教諭E保健体育・保健
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kyoin/daigaku/1286948.html
- 11) 文部科学省初等中等教育局長：教育職員免許法施行規則の一部を改正する省令及び教員免許更新制の実施に係る関係告示の整備について(通知), 2008.11.12
- 12) 日本養護教諭教育学会：養護教諭の専門領域に関する用語の解説集(第一版). 1-3, 2007
- 13) 日本学校保健学会「養護教諭の養成教育のあり方」共同研究班：これからの養護教諭の教育. 27, 東山書房, 1990
- 14) 養護教諭研修事業推進委員会：養護教諭の特質を生かした保健学習・保健指導の基本と実際. (財)日本学校保健会, 2001

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

小児保健の立場からみた養護教諭養成と専門性 —保健師との連携、医療的ケアの学際的コラボ—

大西文子

藤田保健衛生大学医療科学部看護学科

Yogo Teacher Training and Specialty from the Position of Child Health —Cooperation with Public Health Nurse, Interdisciplinary Collaboration of Medical Treatment Caring—

Fumiko Onishi

Faculty of Nursing, School of Health Sciences, Fujita Health University

養護教諭は、学校教育法に基づく教育職員であり、「児童の養護を司る」(第37条の12)と規定され、小学校及び中学校には設置義務がある。また、平成7年の保健主事登用や平成9年9月保健体育協議会の「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について」の答申でヘルスカウンセリングの機能の充実、平成10年の保健科の授業担当制度発足から久しい。さらに、平成21年4月1日学校保健法の一部改正によって学校保健安全法と改正となり、養護教諭を中心とした関係職員等と連携した組織的な保健指導の充実、地域の医療機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実が強化された。

このような経緯には、次のような社会情勢が考えられる。わが国は戦後60年間において、急速に発展した工業化によって経済は高度成長し先進国の仲間入りし、今や欧米諸国とともに世界経済を揺るがす立場にある。

しかし、子どもが健やかに成長発達を遂げるための環境はめまぐるしく変化した。

すなわち、父親の企業戦士や単身赴任による留守家庭や女性の社会進出による共働き家庭の増加、都市化志向による核家族の増加、育児困難・育児不安の増加、虐待児の増加、家庭電化や自動車の増加等による運動不足、食材などの世界物流の輸出入による飽食時代の到来や栄養過多の食生活上の肥満や生活習慣病の予備軍、自然破壊による体力を使う遊び場の減少およびIT企業発展によるパソコンゲームなどの屋内遊びの拡大、国際的交流による異文化の浸透による若者の個人主義や性の氾濫、などが挙げられる。

このような社会情勢を背景に、鬱病などの増加や20～64歳代の自殺による死亡順位が上位をしめる現状は大人もストレスが高い日常生活を送ってきた結果を示している。大人においてもストレスフルな日常生活であるなら、その保護の下で生活を営む子どもにとって、現代社会はストレスフルに違いない。この現象は、十代の自殺による死亡順位が上位を占めている¹⁾ことから裏付けられ

る。また昨今、わが国のデフレーション的な経済社会状況からみても、国民の日常生活は不安に脅えている。小児保健の立場からは、子どもが健やかに成長発達を遂げるための環境が大きく損なわれているといわざるを得ない。

私に課せられたテーマは、「小児保健の立場からみた養護教諭養成と専門性(保健師との連携、医療的ケアの学際的コラボ)」である。

そこで、この課題を果たすべく、Ⅰ. 子どもの健やかな成長発達を保障する法制度と施策、Ⅱ. 疾病構造の変化と生涯健康を目指した疾病の一次予防対策、Ⅲ. 小児保健の立場からみた、子どもの健やかな成長発達と「健やか親子21」へのアプローチ、Ⅳ. 保健師と養護教諭の専門的機能と連携、Ⅴ. 医療的ケアを推進するための関係機関職種とのコラボレーション、などの視点が重要と考え、述べる。

Ⅰ. 子どもの健やかな成長発達を保障する法制度と施策

先進国となって久しいわが国が、世界不況波及から日本経済の低迷による子どもの保護者のリストラはじめ強盗殺人事件等の犯罪の氾濫などの影響によって、心身ともに健康な子どもでさえ、安心して日常生活を過ごしていくことが困難な状況にあることは否めない。

しかし、子どもの健やかな成長発達については、日本国憲法はじめ、学校教育法、児童福祉法、児童憲章、学校保健安全法(平成21年4月1日、学校保健安全法へ一部改正)、母子保健法、子どもの権利条約、で保障している。

日本国憲法において、第11条では国民はすべて基本的人権を保障している。また、第25条では国民の健康で文化的な最低限度の生活を営む権利及び国のすべての生活部面の社会福祉・社会保障及び公衆衛生の向上への努力、第26条では国民の平等に教育を受ける権利および国の義務教育、がある。しかし、その保障のためには、国民の

不断の努力という責任と義務がある。

特に、イギリスの「ゆりかごから墓場まで」という福祉施策に並ぶように、国の義務としては、わが国は世界に類のない誇るべき保健管理システムがある。

すなわち、人生80年にわたるライフサイクルの保健管理システムは、その経緯は順位不動であるが、健康な子どもを生み、就学までの子どもの健やかな成長発達を目指した母子保健法（昭和40年）では、母性・乳児・幼児期の健康の保持増進と国民保健の向上がうたわれ、この法に基づいた妊産婦健診、乳幼児健診等はその効果を示した。就学後から18歳未満の子どもの健やかな成長発達を目指して、学校保健法（昭和33年）では、学校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、大学等）の教育の場において展開される児童生徒及び教職員の健康の維持増進をうたっている。この点については、本学術雑誌を読まれている方々にはいうまでもない。また、児童福祉法（昭和22年）では、すべての児童に対して「児童福祉の理念」「児童育成の責任」「原理の尊重」、「児童福祉施設」等を、身体に障害をもつ児童に対しては「療育の指導等」「育成医療の給付」等への福祉サービスをうたっている。

以上のような法律などを基盤にして、国の施策として事業が市町村レベルに一般財源化されている。しかし、妊娠中13～14回の健診についてすべて公費負担を実施している市町村もあれば、最低2回を公費としているところもあり、温度差がある¹⁾。また、市町村においては、産婦人科医不足や産科診療がない市民病院などもあるといったニュースが報道されているのが現状であり、安心して妊娠・出産できない状況下にあることも否めない。

Ⅱ. 疾病構造の変化と生涯健康を目指した疾病の一次予防対策

子どもの健やかな成長発達には、食生活をはじめとする子どもを取り巻く環境、すなわち、住環境、家庭環境、学校生活、これらを除く交通事情や犯罪などの社会病理現象に大きく影響される。その理由は、子どもは発達途上かつ年齢及び発達相応の養護が必要であり、セルフケア行動が未確立であるからである。

ヘルスプロモーションの理念²⁾に基づき、人生80年のライフサイクルにおいて、人が生涯健康に過ごすためには、小児期からの健康へのセルフケア行動の確立が重要である。

すなわち、子どものセルフケア行動の確立を目指すためには、子ども自身及びその支援の第一サポーターである保護者や家族自身のセルフケア行動への確立に対する支援が肝要である。

そこで、保護者や家族を含めた大人の健康保健問題を捉えた上で、子どもの健康問題、すなわち、小児保健の現状と課題を考えてみる必要がある。

1. 「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)の背景とその推進

1) わが国の保健医療と衛生状態：わが国の医療制度は、国民皆保険制度であり、必要な医療をいつでも受けることができる。また、戦後の高度経済成長に伴う生活環境や栄養水準の向上など先進国入りしたことと相まった結果、衛生状態は、世界最高水準の平均寿命（平成20年男性79.29年、女性76.05年）³⁾や乳児死亡率（戦前は衛生状態が悪かったために出生千対大正末期では150、昭和15年100以下であったが、昭和22年76.7、昭和35年30.7、昭和50年10.0、と急速に改善し、平成19年には2.6）⁴⁾となった背景には愛育班⁵⁾や保健師の活躍があった。

2) 老年人口の増大と労働力人口（及び年少人口）の減少による国民医療経済困窮化：全国総人口は、平成20年10月1日現在1億2,769万人で、人口増減率は0.06%⁶⁾である。高齢の進展は老人医療費等年々増加傾向となり、労働力人口の減少は景気の低迷と相まって保険料収入の伸び悩みにより医療保険財政困難な状況にある⁷⁻⁹⁾。

一方、年少人口は平成17年13.8%、平成37年10.0%で国民10人に1人が子どもとなり、平成67年には8.4%¹⁰⁾となるという。一方、将来人口増加の基準となる合計特殊出生率（2.1以上が将来人口が増加する）は昭和45年以降2.1を下回ったが、2008年（平成20年）では1.37で3年連続上昇となっているものの、少子減少問題は継続している¹¹⁾。なお、近年の合計特殊出生率の低下傾向は20歳代の出生率の低下が主である。また、母親の年齢各歳別にみた女性人口千人あたりの出生率は、昭和42年では25歳～27歳、昭和62年では26歳～28歳、平成19年では29歳～31歳と高くなっている¹²⁾。この理由としては、結婚してもすぐに子どもを作らず夫婦のみの家庭生活¹³⁾や子どもはひとりでよいと思う家庭の増加によるものと推測する¹⁴⁾。

このように、少子減少は解消される目処はついていない現状であり、労働力人口の減少に拍車を掛けており、ますます国民医療経済困難が推測される。

3) 疾病構造の変化と国民医療費：昭和26年に脳血管疾患が結核に変わって第1位を占めるようになり、昭和33年には脳血管疾患、がん、心臓病が死因の上位を占めるようになった。平成19年では、第1～5位まで順に悪性新生物、心疾患、脳血管疾患、肺炎、不慮の事故であり¹⁵⁾、特に第3位までは生活習慣に起因するものである。疾病構造が感染症から慢性疾患へと変化していく経過において、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等は「生活習慣病」（以前は成人病と呼ばれた。成人病予防対策協議連絡会によれば、成人病とは主として脳卒中、がんなどの悪性腫瘍、心臓病などの40歳前後から急に死亡率が高くなり、

40～60歳位の働き盛りに多い疾患と記されている。やがて、子どもにも高脂血症や高血圧などの成人病予備軍をもたらしたため、子どもに成人病という名称は適切でないという理由から、「成人病」は「生活習慣病」という名称へ変更)として捉えられ、予防可能であると方向付けられた。しかし、その当時から現在においても、子どもの生活習慣病予備軍の割合は約1割¹⁶⁾である。

4) 健康状態と受診状況¹⁷⁾

健康意識は79.1%の国民が「よい」「まあよい」「ふつう」と感じている。6歳以上の健康状態は、自覚症状・通院・生活影響ともに有り及びいずれか有りの者は43.2%、ない者46.7%であった。全国で37.6%の有訴者率や1.1%の受診率はおよそ年齢が高くなるにつれ高くなっている。通院・通所している割合は人口千人に対し全国33.6%であったが、14歳以下の子どもでは通院は少なかった。傷病分類別にみると、入院外来ともに、循環器・消化器といった生活習慣との関係が深く、また、精神及び行動の障害や筋骨格系など加齢現象や生活習慣に関するものが多かった。日常生活に影響のある者は人口千対、総数3～4割であったが、児童生徒では日常生活動作10.1%、学業11.0%であった。12歳以上の日常生活に悩みやストレスがある者は48.2%みられた。

この章で記述した、少子高齢現象、生活習慣に関連した疾患が上位を占める死亡順位や受療状況、などは、わが国全体の大きな健康問題に留まらず、国民医療費へ大きく影響を与える経済問題である。

いずれも日常生活上の食生活及び運動などのセルフケア行動が確立していれば予防できる疾患である。

そこで、ヘルスプロモーションの理念に基づいて生活習慣病に対する一次予防の具体的施策として、壮年期死亡の減少・健康寿命の延伸・生活の質の向上を目的とした「21世紀における国民健康づくり運動」(健康日本21)¹⁸⁾が、2001～2010年までの目標値を設定し、開始された。すなわち、目標とする「保健水準やQOLの向上」は、住民の行動によってもたらされる国民運動としている。その住民の行動を支援する国や地方自治体は、医療保健者・保健医療機関、マスメディア・企業・ボランティア団体などと連携し、住民が健康づくりに取り組むための環境整備の推進を図り、適切な情報提供などによって住民の活動を支援しなければならない。

Ⅲ. 小児保健の立場からみた、子どもの健やかな成長発達と「健やか親子21」へのアプローチ

小児保健の立場から、子どもの健やかな成長発達のためには課題は山積しており、「健康日本21」と同様に「健やか親子21」の国民運動が開始された。

この施策を受けて、国民ひとり1人が生涯健康を目指し、セルフケア行動を確立できるような健康教育が重要であり、そのスタートは小児期からはじめる必要があると考える。

わが国の母子保健の衛生状態は、第1章で先述したように特に、医療・保健・福祉面においては、母子保健法における妊産婦健康診査、乳幼児健康診査等の事業によって、世界最高水準となった。しかし、Ⅱ章で述べたように、十代の自殺による死亡順位が上位を占める状況から思春期における心の問題ははじめ、小児救急医療の確保などの新たな課題が生じた。「健やか親子21」はこのような課題に対する21世紀の母子保健のビジョンであり、21世紀の子どもの健やかな成長発達を目指して、次の4つを掲げている¹⁹⁾。

(1) 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進²⁰⁾

① 十代の自殺率の減少：自殺率は、10～14歳では死亡順位第3位で減少、15～19歳で第2位と増加している。動機は健康や学校問題でいじめによるものが急増している。自殺の連鎖防止や要因分析及び予防対策が急務である。

② 十代の性感染症罹患率の減少：中間報告では増加傾向にあり、15歳以上のクラミジアなどの感染が多い。有効な予防策が実行されていない²¹⁾。18歳男女の性交経験率30%超や十代の人口妊娠中絶など性の低年齢化、開放化、無防備化が進んでいる。人間にとっての性の意味や正しい性感染症予防のための知識の普及とパートナーの限定や容易なセックス行為防止等の意識教育の必要性がある。特に、青少年層へのHIV感染拡大防止のため、意思決定や行動選択についての能力形成過程にある青少年への性教育が非常に重要である。平成16年度から、文部科学省と連携した青少年対策事業として、科学的根拠に基づいたエイズ教育や具体的な学校・家庭・地域の連携を図った生徒自身による活動(ピア・エデュケーション)が行われている²²⁾。

③ 児童・生徒における肥満児の割合の減少：平成16年の学校保健統計調査による日比式算出によれば、肥満は10.4%であった(中間報告の確認)。不健康やせは中学3年7.6%、高校3年16.5%であり、思春期やせ症は中学1年～高校3年は1.03%と増加している²³⁾。高校や大学受験等による夜型生活や運動不足に関連した夜食・間食による栄養過多・朝食欠食等の食生活上の問題について、学校給食と食育を通じた生徒や保護者に対して、適切な食生活へのセルフケアに対する支援が必要である。

(2) 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援：妊娠・出産に関する保健水準²⁴⁾：妊娠・出産に関する水準は改善されたが周産期ネットワークのさらなる充実が課題である。産婦人科医数の減少や助産師数の施設間偏在の是正は早急に解決すべき課題であ

る。妊娠・出産・不妊への支援，妊産婦を取り巻く環境づくり等，質の向上が求められている。

(3) **小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備²⁵⁾**：病児支援整備は不十分であり，環境整備の推進の必要がある。低出生体重児の割合が増加のため，食育の推進や妊婦の喫煙防止対策及び妊婦の服装による下半身の保温等の妊娠中の保健指導推進の必要性がある。

(4) **子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減²⁶⁾**：子どもの虐待防止対策の強化，更なる父親の育児参加に向けた職場等の環境向上，乳幼児健診の満足度の必要性，子どもの心の健康に対応できる小児科医の養成と児童相談所での児童精神科医の確保促進，母乳育児の推進等が重要である。

以上，4つの課題と指標に対する現状と今後の対策を示した。

子どもと保護者及び家族など住民を取り巻く環境にある医療福祉教育に所属する関係者自身が，住民が積極的に活動するように働きかけなければならない。

IV. 保健師と養護教諭の専門的機能と連携

「健やか親子21」の4つの課題について，その目標を到達させるためには，地域住民に密着した支援を担っている保健師と学校の児童生徒の健康管理を担っている養護教諭とが連携して，健康管理における継続した活動が必要であろう。

ところで，保健師は，保健師助産師看護師法²⁷⁾によれば，「厚生労働大臣の免許を受けて，保健師の名称を用いて，保健指導に従事することを業とする者をいう。」とある。すなわち，保健師とは，保健指導等の健康教育や健康診査による地域住民の健康管理を専門とする看護職である。一方，養護教諭は，Iで先述したように，児童生徒の養護とともに，子どもの心身の健康状態の変遷

などに伴う社会情勢の大きな変化に伴い，学校保健計画の立案・遂行する責任者となる保健主事や保健科担当教師を兼任できるようになった経緯から考えると，学校管理下における児童生徒及び職員の健康管理の責任者である。これが学校保健法の一部改正による学校保健安全法を目指す「養護教諭を中心とした関係職員等と連携した組織的な保健指導の充実，地域の医療機関等との連携による児童生徒等の健康管理の充実」であろう。

現在のわが国における健康管理システムは，就学前の子どもに対しては乳幼児健康診査や「母子健康手帳」を通して健康相談・健康教育が保健師によって行われる。また，就学した子どもに対しては定期健康診査等による「健康管理カード」によって健康相談・健康教育が主に養護教諭によって行われている。すなわち，地域，学校それぞれの場における健康管理はしっかりと行われている。しかし，乳幼児健康診査で行われた健診や発達に関する結果とその資料は市町村保健センターや保健所に留まり，就学以降の学校管理下には活かされていない現状がある。

子どもは，発達に個人差があり，出生時から継続して縦断的に発育状態を経過観察していく必要がある。

子どもの健やかな成長発達を継続的にサポートする方法として，出生前の周産期から就学前までの「母子健康手帳」を，就学以降も養護教諭が参考にする等，それぞれ縦断的に発育状態を経過観察していくことが望まれる²⁸⁾。また，このような継続した経過観察において，児童生徒の健康上の問題が発見された場合，養護教諭は児童生徒と保護者及び家族が病気のセルフケア行動が確立できるように具体的な支援を受けていくために，居住の保健師へと繋げていかなければならない。

これらが，図1に示したような保健師と養護教諭とのそれぞれの専門性であろう。

しかし，学校管理下では，常に直接医療的ケアが必要

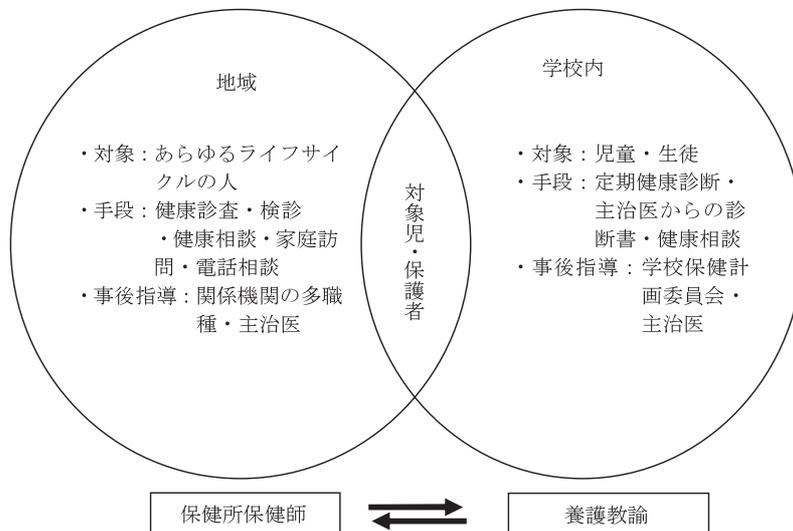


図1 保健師と養護教諭の健康管理

な場合には、児童生徒の医療的ケアに対する体制となるため、次の項で特別に取り上げた。

V. 医療的ケアを推進するための関係機関職種とのコラボレーション

昭和54年の養護学校の義務教育制によって、障害をもつ子どもはできるだけ学校に通い教育を受けることが推奨された。また、医療法（1992年）、健康保険（1994年）の改正により、在宅医療・訪問看護が法律上位置づけられ、小児在宅療養が急速に進む中、退院後に医療的ケアを必要とする子どもの在宅療養の場としては家庭以外に学校があることが浮上した。

これらを背景に、医療的ケアを必要とする児童生徒の在籍率が増加している²⁹⁾³⁰⁾。彼らが医療的ケアを受けながら通学するためには、保護者の学校待機が必要である。

平成10～12年度の教員による「痰の咽頭前の吸引、留置されている管からの経管栄養、自己導尿の補助」の実施及び平成13～14年度の看護師による対応を含めた養護学校における医療的ケアの実施体制の在り方の検討、平成15年度の養護学校における医療的ケア体制整備事業（組織体制整備、看護師等の配置、教職員の研修、関連機器・設備の整備）が行われるなど³¹⁾、医療・保健・福祉・教育をめぐる状況は、めまぐるしく変化している³²⁾³³⁾。特に、これらを背景に、平成16年度には「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」³⁴⁾両者との合意によって積極的な看護師の配置がうたわれた頃より、看護師免許を有する養護教諭の医療的ケアへの関わりや派遣された看護師との連携が必要であり、特別支援教育コーディネーターによる組織体制整備

などが検討されるようになった³⁵⁾。

しかし、養護学校の医療的ケアの実態は、看護師は在籍児童生徒のうち医療的ケアを必要とする児童生徒への対応（ケアに関する事項を主体的に実施）に対し、養護教諭は在籍児童生徒全員を対象として学校保健法に基づく職務を行っていた³⁶⁾。特別支援学校に勤務する看護師は、非常勤務体制のもとで指示書範囲内の機能を果たしており、他職種との調整や保護者からの要望に対応できないなどの現状がある。そこで、日本小児看護学会ではプロジェクトによる調査を行い、「特別支援学校看護師のためのガイドライン³⁷⁾」を出している。一方、大西らは、医療的ケアを行うために学校待機するなどの保護者のQOL向上の視点からみた看護師の有効性について明らかにしている³⁸⁾³⁹⁾。安全で安心できる医療的ケアを進めていくためには、特別支援教育コーディネーターは、その専門性をもつ養護教諭と看護ケアを指導・実施する看護師との密接な連携が不可欠である。

医療的ケアが必要な児童生徒に関する健康管理機能の組織体制について、津島は、菊地による多職種チームの構造と機能⁴⁰⁾の多職種連携のモデルの「トランスディシプリナリー・モデルtransdisciplinary model図2」を推奨している⁴¹⁾。図2のように、多職種が児童生徒・家族へバラバラに関わるのではなく、チーム・コーディネーター（例えば養護教諭）とチームリーダー（例えば保健主事）が調整してアプローチするため、ケアの受け手である児童生徒・家族の負担は軽減される。

一方、医療的ケアを推進するための組織体制としては、学校保健委員会関係機関職種は特別支援学校内の教員、養護教諭、看護師、主治医、などがチームとなっている。

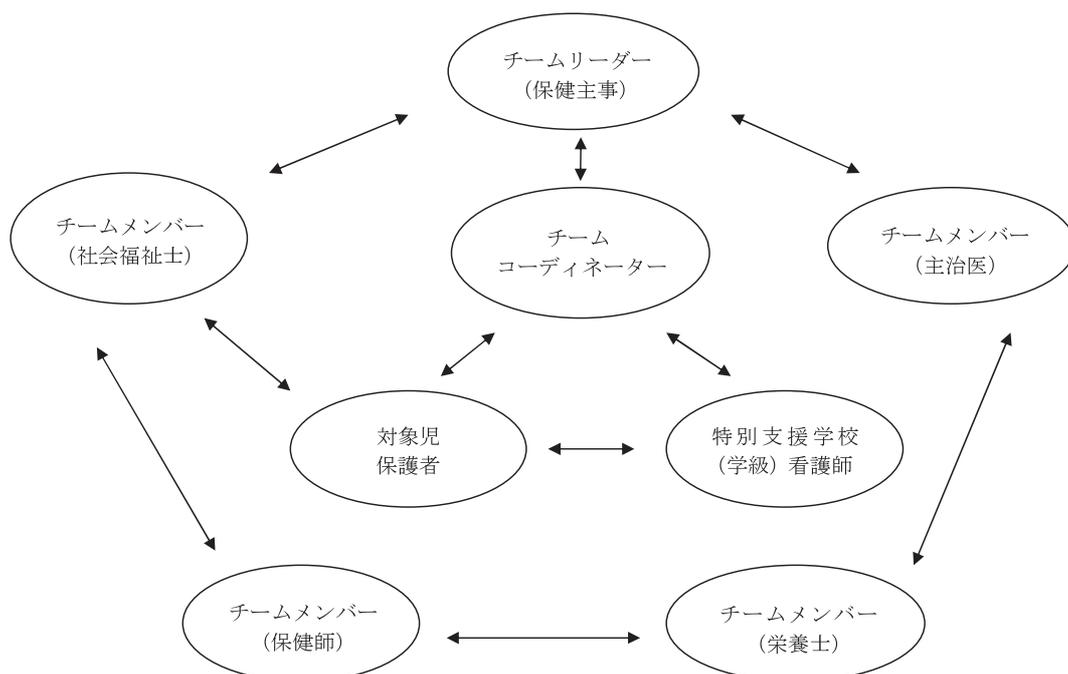


図2 安全・安心な医療的ケア実施体制のためのシステム

この図2のシステムに上記のような多職種が含まれると考えた場合、多職種は、児童生徒・家族のニーズの把握・アセスメント・ケア計画・実施・評価などについてコラボレーション（協働・連携）⁴²⁾し、チーム・コーディネーターによって調整され、専門職の各々の機能を相互理解・尊重をしながら、意図的・計画的に専門分野を超えて横断的に共有した「役割解放（role release）を行うチーム・アプローチ」の方法である。

この方法によって、例えば教員が安全・安心して児童生徒の痰の咽頭前の吸引はできる、などの医療的ケアが可能となり、特別支援学校の教育が真に遂行されるようになるのではないだろうか。

そのためには、関係職種間において協働⁴³⁾し、医療的ケア実施体制に関して研究の推進が必要であると思われる。

そして、最後にこれだけは強調しておきたい。医療的ケアが必要な子どもたちが特別支援学校や学校で教育を遂行していくためには、心身共に健康な私達が食事する、息をする、排尿する自然な行為は、彼らにとっては経管栄養、人口呼吸器を装着したことによる呼吸、自己導尿なのである。とすれば、I章日本国憲法で述べられているように、これらが特別支援学校や普通学級においても確保されるべきであろう。

文 献

- 1) 高野 陽, 柳川 洋, 加藤忠明編：改定6版母子保健マニュアル. 41, 南山堂, 東京, 2008
- 2) 高石昌弘, 出井美智子編：学校保健マニュアル（改定6版）. 9, 南山堂, 東京, 2004
- 3) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向. 71, 2009
- 4) 前掲3) 65
- 5) 松田正巳著者代表：標準保健師講座 3対象別地域看護活動. 3, 医療書院, 東京, 2009
- 6) 前掲3) 39
- 7) 前掲3) 81
- 8) 前掲3), 表19・20, 231
- 9) 前掲3), 表8・9, 221
- 10) 前掲7).
- 11) 前掲3), 表1, 45
- 12) 前掲3), 図3, 47
- 13) 前掲3), 表6, 48
- 14) 前掲3), 表7, 48
- 15) 前掲3), 第12表, 414
- 16) 村田光範：子どもの生活習慣病とその特徴. 小児看護 23: 291-294, 2000
- 17) 前掲3) 11-12
- 18) 前掲3) 89-96
- 19) 前掲3) 98-99
- 20) 前掲1) 41
- 21) 前掲1) 102-103
- 22) 前掲3) 138-141
- 23) 前掲1) 102
- 24) 前掲1) 71
- 25) 前掲24)
- 26) 前掲24)
- 27) 門脇豊子, 清水嘉代子, 森山弘子編：看護法令要覧平成20年度版. 3, 日本看護協会, 東京, 2008
- 28) 中央審議会：「子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」. 文部科学省答申, 平成20年1月17日
- 29) 日本小児看護学会「特別支援学校における医療的ケアを実施する看護師の機能と専門性の明確化」プロジェクト発行：特別支援学校看護師のためのガイドライン. 1, 2008年3月
- 30) 中垣紀子, 川井みつ子, 神道那美：養護学校における医療的ケアに関する動向. 日本赤十字豊田看護大学紀要 3: 2007年
- 31) 古川勝也：医療的ケアの現状と今後の取り組み, 養護学校の教育と展望 No.127 38-41, 2002
- 32) 前掲3) 382-384
- 33) 水田弘美：個別的教育計画に基づく自立活動のあり方—重度重複障害のある児童生徒への支援の継続性—, 学校保健研究 48, 399-404, 2006
- 34) 文部科学省通知：盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて, 平成16年10月22日 16文科初第43号
- 35) 津島ひろ江：学校における医療的ケアを支える看護専門職の連携. 保健の科学 45: 344-349, 2003
- 36) 守屋美由紀, 津島ひろ江, 中村祥子ほか：養護学校における医療的ケアと養護教諭・看護師の職務の実態. 学校保健研究 第44巻増刊号: 448-489, 2002
- 37) 前掲29) 1冊
- 38) 矢野佳子, 安本卓也, 大西文子, 堀田法子, 浅田佳代子：特別支援学校に通う子どもを持つ保護者のQOLに関する研究. 第19回日本小児看護学会学術集会講演集, 103, 札幌, 2009
- 39) 安本卓也, 矢野佳子, 大西文子, 堀田法子, 浅田佳代子：特別支援学校への看護師配置後の保護者の日常生活の変化に関する, 第56回日本小児保健学会学術集会講演集. 107, 大阪, 2009
- 40) 菊地和則：多職種チームの3つのモデルチーム研究のための基本的概念整理—, 社会福祉学 39: 273-290, 1999
- 41) 津島ひろ江：医療的ケアのチームアプローチと養護教諭のコーディネーション. 学校保健研究 48: 413-421, 2006
- 42) 盲・聾・養護学校における安全な医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロジェクト：「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル」. 日本看護協会, 平成17年3月
- 43) 前掲41)

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

養護教諭の原点である「救急処置」の専門性とその養成のあり方

石原昌江

岡山大学名誉教授

Faculty Development of the Professional Specialty on the “First Aid” in the *Yogo* Teachers’ Fundamental Curriculum

Masae Ishihara

Honorary Professor Okayama University

1. 養護教諭の専門性と「救急処置」

近年、子どもの健康問題の多様化に伴い、養護教諭の看護的能力、医学的知識に基づく救急処置活動の必要性がさらに求められてきている。しかしながら、教育職である養護教諭にとって、その職務範囲・専門性は必ずしも明確には示されていない。

日本学校保健学会において、初めて養護教諭の専門性について論じられたのは、1968年に京都で開催された第15回学会（川畑愛義会長）のシンポジウム『養護教諭の職務内容とその養成』であった。そこで、小倉学氏は養護教諭の専門性（専門的機能）を①学校救急看護、②集団の健康管理、③教育保健（学校保健）の3層構造ないし3つの側面にわたるものとしてとらえ、①の機能に関しては、看護の基礎的能力に加えて学校救急看護としての独自の専門的機能を充実すべきことを強調した。また、同氏の著書『養護教諭—その専門性と機能—』（東山書房、1970）においても、「養護教諭の機能は、学校看護婦として発足してから今日まで、専門職化の歴史的な過程に沿って拡大・発展してきたが、現代の養護教諭においても、救急看護に関する機能は不可欠の要素をなすものであり、正当に確認されねばならない」と述べている。

また、国立養護教諭養成所協会（現・日本教育大学協会全国養護部門）養護教諭の職務内容検討委員会は、1973年、その報告書の中で、「養護教諭は、①看護・臨床医学、②健康管理、③教育の3分野にわたる能力を有する専門職であり、学校保健活動のあらゆる領域・局面において、これら3分野の能力を総合的に発揮している」とし、救急処置・看護に関しては、基礎的能力としての「看護・臨床医学」「健康管理」の分野の教育内容に加え、教育職員としての「教育」の分野における独自の教育内容が不可欠であるとした。

以上の二つの論から、養護教諭の専門（職）性には、3つの側面にわたる機能と3分野にわたる能力が必要であり、これらが重層構造としてとらえられ、総合的に発揮されることに大きな意味があると考えられる。このことは、学校救急看護の機能が集団の健康管理や教育保健（学校保健）の機能と相互に影響を及ぼすことを示唆するもの

であり、その面における養護教諭の専門性について、実践的、理論的に確認する必要がある。

筆者は、中学校・小学校で養護教諭として7年間勤務し、その後、国立養護教諭養成所設置法（1965年）に基づいて新設された岡山大学養護教諭養成所（現・教育学部養護教諭養成課程）を皮切りに養護教諭の教育と研究に携わってきたが、そこでの筆者の最初の課題（研究テーマ）は、養護教諭の実践を分析し、専門職としての「養護」の内容を明らかにすることであった。なかでも、看護と養護に関する教育内容を考えるにあたり「養護教諭に要求される基礎的看護能力とは？」「養護教諭独自の救急処置・看護の機能とは？」の問いに答えることが先決問題であり、この問題への取組が養護教諭の原点である「救急処置」の専門性について追究する出発点になったように思う。

本稿では、これまでの筆者の取組の中から、学校における救急処置・看護活動について基本的な考え方を述べ、次いで、今、養護教諭に求められている「救急処置」の専門性とフィジカルアセスメントについて若干の解説を加えたい。

2. 学校における救急処置・看護活動と教師の役割

現在、学校保健の領域はさらに広がりが増し、内容もますます深まってきている。そのため、その実務を担当する養護教諭の主たる業務も、救急処置だけではないということがしばしば論じられている。しかし、学校の保健室において最も日常的に行われているのは救急処置であり、その救急処置は、対象が発育発達の途上にある児童生徒であること、また、学校は医療機関ではなく教育という機能をもつ場であることから、一般の救急処置とは違った学校独自の性質をもつものである。特に、児童生徒の心身症の増加や、内科的主訴の背景として心理的要因が強調され、気分が悪い、心配事がある、眠れないなどの訴えや、保健室頻回来室、なんとなく来室など、発生要因をつかみにくい健康問題が増加し、子どもたちの健康問題が質的に変化している現状において、学校における救急処置・看護活動をあらためて見つめなおす必要がある。子どもたちの訴えに対し、頭痛も腹痛も同じ

ように扱われてしまい、通りいっぺんの対症療法、画一的な指導、あるいは単なる言葉かけで教室へ帰してしまつたとすれば、大切な問題を見落とすおそれもある。また、学校では日常、衝突や転倒などの事故により、数多くの災害が発生している。しかし事故、傷害のあった場合、適切な判断をくだせないまま、いたずらに時間を費やしたり、とまどうことはないだろうか。このように、学校における児童生徒の内科的、外科的な主訴には、緊急を要するもの（救急車を呼ぶもの）もあれば、医療の対象とならないものもある。緊急度の高いものは、短時間に適切な判断と処置を行わなければならないので、緊急検診と救急車に送るまでの処置が中心となる。

また、学校における救急処置は養護教諭の行う救急処置と一般教師の行う救急処置とが相互に関連して成り立っていることも重視すべきである。子ども自身が自らの健康問題に気づき、それらの要因や背景を知り、自分で解決していくために、養護教諭や担任教師は、その子どもの問題を的確に把握し、適切な判断をし、その過程に並行して有効な保健指導を行っていくことが必要とされ、そのことによって学校における救急処置・看護活動が教育的な効果をあげることにつながる。いずれの場合も、すべての教師がある程度の医学的知識をもち、対応できる能力を兼ね備えている必要がある。この場合、医学的素養をもって学校に常勤する唯一の教育職員である養護教諭の責任は大きい。

養護教諭は、保健室に来室する子どもたちの訴えを迅速に、かつ正しく判断しなければならない。内科的主訴の場合はもちろん、外科的主訴の場合も“目にみえるけ

が”と“目にみえにくいけが”とがあり、とくに後者の場合、判断が複雑である。さまざまな問診、検査を行つて的確な判断をくだす能力が必要となり、主訴から判断に至るまでの一連のプロセスに、能率的にかかわってける幅広い医学や看護学の知識・技術が要求される。また、子どもたちに、健康問題への対応能力を育成していくという意味で、処置と同時に保健指導を行える能力も重要である。

以上のようなことから、養護教諭の行う救急処置・看護活動は、医学や看護学の知識・技術を身につけたうえで行う専門的な活動であるとともに、子どもたちが自己の身体や健康に関心を向け、行動できる、所謂ヘルスプロモーションの理念につながる教育的意義をもつということも忘れてはならない。

3. 養護教諭の専門性におけるフィジカルアセスメントー「救急処置」に必要なフィジカルアセスメントとはー

養護教諭の「救急処置」は、子どもと日常的に関わる最も重要な職務の一つである。特に、多様化する個々の健康問題に対して、専門的判断を加え、適切な処置と指導を行っていくことは、養護教諭に不可欠な能力である。今、フィジカルアセスメントの考え方が注目される中で、改めて、その専門性（専門的判断を求められるもの）を明確にする必要性を強く感じている。フィジカルアセスメントとは、一般的に「身体の評価・査定」と訳されるが、養護教諭の場合は「身体状況に対する養護診断」と言い換えてもよい。

表1 フィジカルアセスメントの構成
ー緊急を要する症状や徴候が認められない場合ー

	《主観的情報》 インタビュー（基本的問診・補足的問診）	《客観的情報》 主観的情報を裏づけるような他覚的症状や徴候
スクリーニング	<p>* 基本情報の収集 来室カードを使った基本的問診=インタビュー</p> <p>〈基本的問診事項〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主訴：今、本人が苦痛に感じている症状や一番困っている問題など（来室理由） ・発症時期、部位、性状、原因 	<p>* 一般状態の観察 全身の状態をざっと把握するために行う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全身の概観：全身の様子や全体の感じを観察する ・バイタルサインの測定 ・身体計測 ・その他
アセスメント	<p>* 部位別・器官系別のインタビュー（補足的問診） 優先順位を決定し、順々に聞いていく</p> <p>〈補足的問診事項〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中枢性症状 ・呼吸器症状 ・消化器症状 ・その他 	<p>* 部位別・器官系別の検査・検診 各系統の病変や異常がある際に大体決まって現れる症状や徴候（有無や程度）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視診 ・触診 ・聴診 ・打診



養護指導・処置の方向と判断

養護教諭が救急処置を行う場合にも、アセスメント能力が求められる。ここでの能力とは、学校で遭遇する疾病・傷害に対して、フィジカルアセスメントを行い、身体的・生理学的な問題を明らかにすること、すなわち、問診、視診、触診、打診、聴診等、的確な技術と鋭い観察によって、総合的な養護診断ができることである。そのためには、主観的情報と客観的情報をうまく組み合わせてアセスメントすることがきわめて重要であり、その結果に基づき、適切な処置と保健指導を行うことである。つまり、養護教諭の専門性を踏まえた上で、養護教諭が行う救急処置にフィジカルアセスメントの考え方をプラスしたものであり、養護教諭がフィジカルアセスメントを利用して、重症度判断や救急処置・指導ができるようにすることを目指している（表1）。

4. 養護教諭のやるべきフィジカルアセスメント—養護教諭のフィジカルアセスメントの特徴—

養護教諭のフィジカルアセスメント（判断→処置・指導）には、大きな特徴がある。それは、スクリーニングにおける情報の収集・把握、及びアセスメントにおける判断と処置・指導である。

養護教諭のフィジカルアセスメントで最も重要なことは、専門的判断に基づき、科学的根拠のある処置と指導を行うことである。そこで、養護教諭が救急処置を行う場合に、まず、やるべきフィジカルアセスメントは、①

表2 養護教諭のフィジカルアセスメントに必要な情報と判断—基本情報（主観的・客観的情報）に加えて—

情報の収集・把握	情報に基づく判断と処置・指導
①来室カードによる問診 (本人・付添・目撃者情報) ・主訴と随伴症状 ・既往とその時の処置 ・当日の行動・心理状態など	①重症度の判断 ・心因性(心理的な重篤状態) ・伝染性 ・アレルギー性の疑い
②既存の基本健康情報の活用 ・保健室来室記録 ・健康観察記録 ・家庭訪問時の記録 ・宿泊行事の事前調査 ・健康生活実態調査 ・就学時保健調査など	②要因・背景に関する判断 ・生活背景 ・家庭環境 ・養育態度など
③子どもの行動の特徴 ・けがの状況(要因分析) ・生活習慣との関連 ・心理的背景 ・年齢・性別による違いなど	③考えられる疾病・異常例 (要観察・要受診例) ・内科系・外科系 ・心因性など
	④処置・指導 ・経過観察と保健室再来室指示 ・心の問題に対する健康相談 ・他の児童生徒への指導 ・予防対策、安全指導 ・医療機関への受診指導など

疾病・異常(疑いを含む)の有無の判断(緊急度・重症度の判断)と緊急処置である。次いで、②状況判断・要因背景(人的環境を含む)の分析を行い、それに基づいて、③適切な処置と指導を行うことである。

また、養護教諭のフィジカルアセスメントにおいて、情報のもつ意義はきわめて大きい。フィジカルアセスメントを構成する基本情報に加えて、来室カードによる問診、既存の基本健康情報の活用、子どもの行動の特徴などから、判断に必要な情報を整理し、処置・指導につなげていく。養護教諭の判断(養護診断)には、重症度(軽・重)の判断、要因・背景に関する判断、考えられる疾病・異常(要観察・要受診)の判断などがあり、それに基づいて処置・指導が行われる。

この場合、養護教諭が行う判断は、病名をつけるのではなく、軽・重の判断であり、それに対する処置・指導の方向の判断である。なかには、心因性(心理的な重篤状態)が含まれる場合もあるので、来室カードによる問診→要因分析(判断)→考えられる疾病・異常→処置・指導のステップを踏んで、心身両面から対応する必要がある(表2)。

5. 養護教諭の行うフィジカルアセスメントの全体像—フィジカルアセスメントの進め方(養護教諭の判断過程)—

1) 養護教諭のフィジカルアセスメント

養護教諭のフィジカルアセスメントは、多くの場合、インタビュー(問診)から始まる。子どもの訴えを切り口に、まず、今の状態(ニーズ)を把握する。今、子どもが何を必要としているのか・何を求めているのか、養護教諭として何ができるのか・何をしなければならないのかなど、優先順位・緊急度の判断を行い、アセスメント情報を総合して、考えられる要因(疾病・異常等)を絞り込んでいく。

また、養護教諭のアセスメントにおいて、子どもへの話し方・聴き方、推論や仮説の立て方なども大切な技法となる。養護教諭のインタビュー(問診)は、本人ならびに付き添い、一緒に来た子どもや目撃者等に対しても行われる。この場合、対象が発育発達の途上にある児童生徒であることから、生活者の視点とともに、学習者としての視点も忘れてはならない。

2) フィジカルアセスメントの進め方

養護教諭が救急処置を行う場合のフィジカルアセスメントの進め方(養護教諭の判断過程)について、以下のようにまとめた。

- ①スクリーニング1：緊急事態かどうかの確認をする
 - ・主観的情報：はっきりした自覚症状がある(激しい痛みや苦しみ、気分不快など)
 - ・客観的情報：他覚的症状や徴候(緊急を要する症状や徴候の有無の確認)
- 有り→応急処置、医療機関への搬送

無し→スクリーニング2

②スクリーニング2：全体をざっと把握する

主観的情報：基本情報の聞き取り

基本的問診事項（主訴、発症時期、部位、性状、原因など）

来室理由（今、本人が苦痛に感じている症状や、一番困っている問題など）

客観的情報：一般状態の観察

全身の概観（全身の様子や全体の感じを観察する）

主訴を裏付けるような他覚的症状や徴候（バイタルサインの測定など）

③系統別フィジカルアセスメント：部位別・器官系別に行う（各系統の病変や異常がある際に大体決まって現れる症状や徴候の有無・程度を把握する）

主観的情報：部位別・器官系別のインタビュー（優先順位を決定し、順々に聞いていく）

補足的問診事項（中枢性症状、呼吸器症状、消化器症状、その他）

客観的情報：部位別・器官系別のフィジカルアセスメント（視診、触診、聴診、打診）

3) 保健室でできる救急処置の観点

これまで述べてきたように、従来の「養護教諭が行う救急処置と保健指導」にフィジカルアセスメントの考え方を取り入れることで、その専門性（専門的判断を求められるもの）が、より明確になると思われる。しかし、保健室でできる救急処置には限度がある。

そこで、「保健室でできる救急処置の観点」を、養護教諭が行うフィジカルアセスメントの流れに沿って、以下のようにまとめた。

①子どもの訴えに応じたフィジカルアセスメント

まず、子どもたちが訴えてくる症状（主観的症状+客観的症状）から入り、その症状で考えられる主な疾患や異常を踏まえながら、それらをフィジカルアセスメント（問診を含む）で判断し、具体的にどのような検査をすればよいかを振り分ける。

②フィジカルアセスメントの実際

①の結果から、子どもの訴えや症状と結びつけて、フィジカルアセスメントで必要とされる情報（主観的情報+客観的情報）とスキル（検査の具体的手技）を選択し、実際に行う。

③学校で行う救急処置（医療機関搬送までの処置を含む）

①②の結果から、子どもの訴えや症状をもとに、フィジカルアセスメントで判断し、ある程度の異常を絞り込んだ後、重症度の判断に基づく処置を行う。

4) 初心者に対する指導

指導内容としては、フィジカルアセスメント理論の理解だけでなく、その基本的技術が実施でき、これに従って、的確な学校救急処置と、個別・全体を含めた保健指導が実施できるよう、総合的な実践力を身につけさせることが不可欠である。特に「子どもの訴えに応じたフィジカルアセスメント」の能力は、養護教諭の「救急処置」において重要な要素である。

フィジカルアセスメントの進め方については、3)の「保健室でできる救急処置の観点」をもとに、養護教諭が行うフィジカルアセスメントの流れに沿って考えると分かりやすいのではないかと。①では、子どもの訴えに対する養護教諭の対応の様子（子どもと養護教諭の関係）を、学校でよく遭遇する救急事例（問診応答例など）を用いて、演習形式で指導するとよい。子どもの主訴別に項目を設定し、「主訴」から予測される傷病名とその見分け方について説明し、これにより、まず、「なぜ・何を」調べるかが分かるようにしたい。②では、フィジカルアセスメントを行う際の基本技術、ならびに部位別・器官系別のフィジカルアセスメントの方法について、具体的に解説する（演習）。③では、想定（予測）される疾病等には軽度～重度まであり、それらに見合った重症度別の経過観察と処置が求められるため、具体的に疾病・傷害を想定した処置の方法（手技）を示す必要がある（演習・実習）。また、②③では、その具体的アセスメントとして、養護教諭に身につけてほしい手技と理論を簡潔に示し、初心者にも手順・手技で混乱を起こさせない工夫をする必要がある。

*本稿中のフィジカルアセスメントに関しては、『初心者のためのフィジカルアセスメント』より、石原執筆箇所を抜粋・引用したものである。

文 献

- 1) 小倉 学：養護教諭の専門性と養成制度．第15回日本学校保健学会シンポジウム，養護教諭の職務内容とその養成，1968
- 2) 小倉 学：養護教諭—その専門性と機能—．125-131，東山書房，京都，1970
- 3) 国立養護教諭養成所協会養護教諭の職務内容検討委員会：養護教諭の職務内容について．健康教室 24：92-93，1973
- 4) 石原昌江他：初心者のためのフィジカルアセスメント，第1章 なぜ養護教諭にフィジカルアセスメントが必要か．10-14，東山書房，京都，2008

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

救急処置の専門性を担保する新たな資格（免許）と養成教育 —養護教諭の職務のより良い確立を目指して—

佐藤 美知子

東京都立八王子工業高等学校 非常勤養護教諭

“Yogo” Teacher’s Training and New Qualified License for the Professional
Speciality on the First Aid to Advance the Establishment of Her Job Career

Michiko Satoh

Part-time “Yogo” Teacher, Hachiohji Technical High School

はじめに

救急処置／学校救急看護は、保健室における養護教諭の職務の中で、日常最も多くの時間を費やし重要視されていることは、さまざまな調査や研究会のアンケートにも明らかであり、救急処置が常に養護教諭の不安や困ったことの第一位にも挙げられている。その理由は新卒者であり、骨折を見たことがなくても、専門職としての確かな判断と処置が求められるからである。しかし、現実には長い間、旧態依然の儘である。日々応急処置に追われるが、メンタル面の対応も多く研究会では児童生徒のメンタルな問題の対応は勿論、事故や病気に対する質問、疑問が必ずでている。現状では、研修・講演会等の内容は主にメンタル系と最新情報への対応が多い。それは、児童生徒の環境の変化に伴う状況把握のために必要と思われる、正に教育的視点からと考えられるが、流行している疾患以外の救急医学面での研修会はほとんどないのが実情である。筆者は、救急処置関連の講習会企画に数年間携わっているが、質問、疑問の多さと各科の基本的内容について、500名以上集まるフォーラムなどで、教育面等4つの分科会中、救急処置講習の参加者は常に全体の半分以上を占めている。学童の救命救急に関する確かな知識や技術に対する養護教諭の強い学習意欲が伺える。

また、30数年間の養護教諭経験を通して救急看護学に関する専門知識を学ぶ場としては、経験と情報交換研究会における繰り返しの事例研究が大切な研修の機会になっている。教育委員会等の公的研修では救急処置、医学面はほとんどないため個人で学び、自主的に救急救命を受講したりして、長い期間本人の経験と努力で少しずつ積み上げて自信をつけてくるというのが実状である。そして、この現状は今も続いている。

学校は教育の場であるため養護教諭は教育学を主として学ぶ方向になって来ている。でも、現場での職務の土台は救急処置／救急看護学を中心とした技量（医療面の知識と実践）である。土台が不安定では、その上に養育や教育面の実践を積み重ねても成長になり難い。土台が

築かれていないことが、私たちが常に専門職とは？と疑問を持ち続ける理由の一つではないかと考える。それに加えて、これから益々教育学部系卒業生が増える中、児童生徒の時代のニーズに応える形でメンタル面や全般の保健指導を中心に学ぶ様になり、学校現場では医療的行為等の問題が浮上してきていることから医療面での不安の度合いが大きくなっていると痛感する。幼稚園、大学、会社等の健康管理センターは保健師、看護師が勤務し、義務教育と高校は養護教諭が置かれており、教育面が重要視されるが、その面も考慮する必要がある。医療面と福祉面の補完が地域の社会的資源の活用として、学校保健安全法に記載された。

1. 経過と実態

日常の執務の中では、養護教諭が行う救急処置は、実務的には一般市民が実施することと変わらないが、学校において養護教諭は「児童生徒に対して応急処置を行うこと」として保障されているが、「家庭における、病院に行くまでの応急処置」は、他の教員も行う前提がある。しかし、専門職という立場上、一般人の応急処置よりはるかに高い水準を要求され、その上、救急処置・救急看護だけに留まらず、職員等の健康相談等にも携わることも多く、校内における医療関係者として専門性を要求され期待されている。

養成課程で学ぶ内容と現職の職務にギャップがあることは、以前から日本学校保健学会でも取り上げられている。養成課程でも実習等の時間数を増やしているが、各大学の養成課程の教育内容には、学校差があり足並みが揃っていないことも、専門職の前進を遅滞させている理由だと思う。いろいろな理由があったとしても、数十年間、救急処置・救急看護の課題が続いており、今後益々医療面が拡大される可能性がある事を含めると、早急に何らかの改善策をとるべきだと考える。現代的教育課題とは違って、養護教諭にとって骨子とも言える救急処置を、現職で補うことは、教育現場であるから、とても難しいことなのである。故に、ある程度の経験者であって

も「緊急時の救急処置は怖い」と言っている人がほとんどである。

2008年に特別支援教育が法令化され、今まで以上に様々な児童、生徒が学校に入学することになった。また、アレルギー疾患も増え続けている現状から、学校でもアレルギー疾患等疾病医療（処置、治療、管理）を積極的に支援していく形を推進し、医療面として追加されていく傾向にある。方針としては全教職員対象、しかし、先ず養護教諭の課題として圧しかかり、これまで抱えてきた事柄にプラスされることになった。この事は今まで以上に職務の不安が助長し、医療的専門技術が埋められないまま医療面の実務が増し、救急処置・救急看護も複雑化してくる現状の中で危機感さえ覚える。

救急処置・救急看護に関わる定期的研修の必要性は勿論の事だが、何よりその土台となる基本的な医学知識と実践の習得を各養成課程がとり入れ、また、学校救急処置の資格を導入することにより、学校格差を解消し専門的技術のある程度平均化し、その後、必要な研修を積み重ねて行くことによって専門的技量が拡がり自信に繋がっていくと考える。

30年ぐらい前に、養護教諭の専門性とは？と皆で盛んに意見交換をしたものである。米型のスクールナースと日本の「養護を掌る」方向性の内容であったが、現実感がなく空論に終わった。その後は「養護教諭は教育職員であり、医療職員ではない」という基本の考えに加えて、子どもたちの多様性から児童生徒のメンタル面が重要視されてきた。しかし、例え教育職員であっても、現在の学校体制が変わらないとしたら期待される要求度も変わらないということである。故に、医学の基礎知識、技術の充実と共通した専門性の習得ができるよう養成課程に早急な改善を望みたい。

しかし、それは医療関係者に近付けるということではなく、長年の間、養成機関で教育され、養護教諭が学んでくる医学知識や技術面と学校現場の子どもたちの救急処置に必要、要求度の高い判断や技術面との乖離/ギャップを喫緊に補填すべき所にきている。

2. 学校救急処置の資格取得（充実した内容と教育の統一性を目指して）

中越地震で学校が病院化した時、若い養護教諭が白衣を着た時、その立場に自信が持てなかったと聞いた。「養護教諭は患者が救急車や病院へ運ばれるまでの応急処置」＝学校救急処置に基づいて職務を遂行しており、現場における専門職としての立場は、教育職であろう。そんな現状の矛盾を鑑みると、医学的基礎知識をもとに身体メカニズム上の正確な判断と処置の必要性が経験や年齢に関係なく要求されている。

故に、養成課程において基礎医学はもちろん疾病を生理学的に捉えられるような認識力の高い技量をもてることは、正確な判断、処置が理解できることである。その

方法として養護教諭に「学校救急処置の資格取得を必須とする」ことであり、看護師や救急救命士とも違う、新たに学校救急処置資格を設けることが、今後、最善の方法と考えて提案したい。資格は、取得するという共通した目的があるために、教授する側の内容も均一化し、学生が共通した基礎医学の知識や実践技術を身につけられ、それが必ず自信になっていくと考える。内容には、「医療従事者ではないが、一般市民に教育できるレベル」とする。法的保障の措置は必要である。学校救急処置・救急看護の充実、数十年の課題を解決に導くことになり専門性が向上し、何より養護教諭自身が救急処置・救急看護に自信が持てるようになり、更に職務として医療面との連携に役立っていくと思う。

3. 資格取得にまつわる懸念

資格を取得することになると、救急処置・救急看護の技量が向上するが、これまでとは違い期待と要求が実務として公に承認されるということで、救急処置に関して校内のリーダー役として職員の指導（今までは外部にお願いしていた）や疾病、アレルギー疾患の医療面の処置等が更に任せられ、今まで以上に多様な広範囲の職務内容になり、仕事自体がオーバーワークになる可能性がある。

特に職員数の削減も続いており、個人の労働時間や権利意識が希薄になっている現代では、保健室登校や特別に支援が必要な児童生徒の対応も増えていく中、日常の児童生徒の救急処置、健康管理、環境、安全、感染予防、保健指導等すでに児童生徒と向き合う時間もなく余裕がない状況になっている。その上、授業時間数等の規定がない養護教諭には、幅広い職務を付与されて一人で頑張る場合が多い。それに一人職種は周囲からも理解され難く問題にされないこともあり、養護教諭の中には当然の様に職務内容の質、量、共に増えると察して、専門性を充実させたとしても「救急処置・救急看護の資格取得」には、賛成できない人たちも少なくない。また、若い人は現職をいかに遂行していくかで精一杯であり、研修の時間さえとり辛い今の学校体制は自分たちの職務の動向を考えるエネルギーや余裕は生まれない。

先ず重要な事を優先するならば、早々に、医学面の充実と養成課程内容の均一化を望みたい。養護教諭がいろいろな養成機関を経ている理由で、職務の捉え方や考え方に違いがあるのも見逃せないが、何より救急処置・救急看護面の充実、技量を高めることは、これまでの経過と新たな教育現場の変化（医療面の導入）に検討の余地はない。さらに、緊急時という非日常を想定して専門職として備えるための基盤は緊急に必要ではないだろうか。

4. 救急処置、医療面の研修

学校現場において、日常的な応急処置は多いが、緊急を要する状況は稀である。だから、事故や緊急事態が発生すると、養護教諭一人に責任がかかりパニックに陥る

と、仲間内ではよく聞かれる。稀だとしても、事故や緊急に備えて、現職の専門性を維持できる様に、定期的講習会や、継続できる研修の設定も重要な対策だと考える。むしろ、各個人で自分に合った学習や講習会の参加等の努力は必要であるが、全体の必要度が高い場合は各都道府県の設置者等が定期的研修や講座を計画し、そこに参画していく形が最良である。

5. 養護教諭は「養護を掌る」

養護教諭は学校伝染病予防から始まり、教育機関も看護系、医学系、教育系そして期間にも幅がある。それぞれの学問背景を持ちつつ今の教育職員に位置付けられるまでに至った世界で初めての職種である。

職務は「育てる」「保護」「支援」「指導、管理」と見守り育てる面が強い。昨今児童、生徒の多様化から心理面のケアが中心の様になっており、個々に応じた対応や他者との連携を中心に解決に導く支援体系は、すでに責務として定着してきている。だが、救急処置・救急看護の重要度は以前と同じであり、養護教諭への要求も高く養護教諭の不安が解消されているわけではない。

また、効率を重んじ専門分野で細かく分けられている事が多い現代社会の中で、学校における養護教諭の立場は、子どもの全体像（背景も含）を把握して支援していくこうとする形は、とても人間的であり貴重な立場であると実感する。しかし、多様な職務内容であるためか基盤に不安があるためか、養護教諭の経験・学歴、老若問わず「専門性とは？」と常に自問自答し続けている。

6. 現状から示唆されること

教育現場である限り、養護教諭は子どもたちを通して学び教育職員として培われていくが、医療面では、医療現場ではないことと学校に一人であるということ、そして周囲からの要求度の水準が高いこと、また、生命・身体に関わること故に、現職中も継続した研修等の確保が重要だと考える。

学校現場は人と人が向き合い、毎日たくさんの児童生徒、職員が生活している泥臭い場所である。理想は大切だが、実態から離れた内容を推進していけば、益々現実との落差が大きくなるだけである。専門職は基盤となる知識と技術はもっと現場の声を反映させる様にして、教育課程の論理のみが一人歩きせず、その上に教育学的要素を組み込んだ児童生徒の養護や支援を学んでいく形がベストだと考える。日本においては養護教諭だけではなく、現職の声を反映させる仕組みが存在していないことが最も根本的な問題であり、今後の大きな課題なのかも知れない。多種多様な職務に対しては、可能であれば、専門職として発揮できる技量、信頼度の向上に繋げるために、二人制をとることが、人としても仕事上でも切磋琢磨できて、力量が付き活性化し、一人である職種のデメリットをカバーすると考える。しかし、少数派の立場

であっても守られてきた長い歴史の中で培われ、引き継いでいる職種や意識を変革すること等簡単なことではない。まずは必須な事、可能なことを緊急に実施していくことを切に希望する。

7. 6年制と大学院の課題

未だ養成課程がいろいろある中で、更に6年に増やすという事は今以上に養護教諭の内実等に差が生じる。それに、教諭も同様に実体験が不足だと言われる大人が教師になる時代を迎える中で、今の学校体制がどうなっているのか、小学校ですら講師がたくさん入り、管理職がPC職や職員のチェック係の様になっており、人間関係の信頼関係が消えようとしている現状で、更に6年制という枠作りを考えていると知った時は、誰もが「現場から離れている人が考えている」というのが実感である。

小学校でも休憩時間に子どもと遊ぶ教師はいなく、その時間もない状況の中で、先ずどういう教師像を願っているのか？ 学校体制をどう改善していくのか、その上、時代の変化と共に次第に話し合いやコミュニケーションが苦手な若人が増えていっている。そして、ピラミッド型の体制になりつつある状況で、教育界に更に格差を導入しようとする意味は何であろうか？

現場に直接、不特定多数という形で本音を聞き、まず事実を知る努力なしには、どんな一歩もマイナスとなってしまい、本来は、大学と現場の情報交換が実りのあるものであればこんな落差が生れなかったであろう。私利私欲ではなく本当に教育界の改善を考えるなら、やはり現職から声を聞き参考にしていくことが第一歩だと考える。

教師の資質は人間性であり、机上の勉強の量でないのは周知の通りである。ある新聞に、「僕が一番勉強になったのは、教師になってからの毎日でした」と記してあった。しかし、実際の学校体制はいつの間にか教師同士を一方的な視点で競争をまわし、格差を作り、お互いが疑心暗鬼になっている状況を作っている。今やマスコミも大学も知らないふりをしている様であるが、このまま遂行していけば大人の間接性が壊れていくしかない現場の教師が感じている。

何よりも、先ず実態を把握し検証して頂きたい。そして、改善するのであれば、あらゆる世代と多くの人間との話し合いから実のある方向性が生れてくると確信する。例えば、初任者研修を机上や上司の話聞くのではなく小、中、高と数ヶ月学校に入り実習をすることの方が有意義である。養護教諭も例外ではない。“指示待ち人”と言われた人たちが教諭として勤務してきている時代では、研究会や他の会議でも活発な発言がない。その上、社会も保守化に傾き発言や討論をする場が少なくなり、今や校内の会議は連絡会になっている状況である。

縦割りは一見すっきりして合理的に見えるが、実際は連絡ばかりが増えるため抜ける事項が多くなり合理的で

はないのである。最近エステ社が導入した様に、世代を越えた課題中心の話合いの方が活気に満ち話も深まり有意義であるから合理性に富んでいる。そして人間も育っていくのである。

故に、これ以上、体制の改善・現場の問題の反映なしに新たな制度の導入は不必要と考える。教育の原点は、人間同士がぶつかり合って学びながら育んでいく状況の中にある。むしろ、大人がしたことは、机上の勉学で格差中心に偏り過ぎた結果と歯止めがないハイテク遊びを導入した結果、今に至ってさまざまな課題を生み出していることを学び、付け焼刃的な導入より納得いく検証の上での改善策を考えるべきである。

最後に

養護教諭は執務内容が法的に大まかに定められていても、実際は特に児童生徒に直接関わらない場合は、各学校で違いがあり異動するたびに困った経験がある。児童生徒のための流動性は歓迎すべきことだが、管理面では建前の執務もあり管理職との関係は常に若い人にとり不利になる。その点からも、養護教諭二人制は意味があると思う。また、管理面では執務内容事項を整備していく必要がある。

最後に、養成機関や教育課程の責任者が、現職の養護教諭の課題を把握する場合は、どんな方法をとっているのか？ 学生の研究等で、執務を取り上げるアンケート調査は何度か協力した記憶があるが、今後、現場の実態把握を定期的調査に組み入れ、現状の教育課程に反映して頂けたらと切に願っている。

■特集 「社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究」

専門職として養護教諭の資質・力量と能力特性及び大学院教育

鎌田 尚子

女子栄養大学栄養学部保健栄養学科保健養護専攻

Graduate School Study Program on the “Yogo” Teacher’s Ability and Special Quality of Their Career and Research Work in Pursuit of Professional Practice

Hisako Kamata

Division of Health and School Nursing, Department of Health and Nutrition, Kagawa Nutrition University

1. 社会の変化と現代的健康課題

世界経済の変化は、人々の暮らし方にまで左右して、対人関係の希薄さや人間関係の貧困を生み、コミュニケーションスキルや能力の低下を招き、社会的な成熟の遅れのため、関係性や絆の文化が育てられていない、育たない社会といわれる。言葉や行為のほかに、感情や情緒といった心のコミュニケーションにおいても発達の問題が奥深いところに潜んでいる。こうした現代的健康課題を注意深く観察してみると、小学生からの校内暴力の増加、不安・うつ傾向の中学生の甚だしい増加、携帯、ゲーム、ドラッグに惹きこまれる若者等々があり、早急な対応が求められる。これらの問題を産み出した社会は、時代背景を見ると産業革命とその後の英国の社会事情と類似すると第56回日本学校保健学会のフォーラムにおいて指摘¹⁾されている。経済格差が社会格差、学歴社会格差と定着してきており、進学や学力格差、健康格差すら統計的には見られるものがあり、世代間連鎖の兆しも伺われる。これらのことは、公衆衛生学的にも由々しき問題であり、学校保健の社会的臨床の役割を認めさせるものである。

また、スクールナース制度が、養護教諭の発祥地ロンドンの貧民街において、訪問看護師エミリー・ヒューズが両親を工場に獲られた子どもたちの「ケア」から始めた歴史的な史実と合わせても想起されるのである。

日本の子どもの貧困率は、13.7%と、子ども7人に一人が貧困であると報道された。社会的臨床の視点に立った健康教育や健康管理が必要となっているのではないかと考えられる。

2. 温故知新のエビデンスからの健康推進を実施— 「ヘルスプロモーション・スクール」

エビデンスの理論に基づく実践といわれるが、未だ学校保健学や養護学の理論をもたない。しかし、百数年前の実践に「まず、健康！」のエビデンスがあった。多くの実践や経験の中には、学ぶべき考え方や方法、戦略がある。世界健康教育会議では、「アイヌのことは、アイヌ人に聞け」「アボリジニのことは、アボリジニに聞け」

とされている。ライフスタイルは、その国の文化社会、国民性、遺伝子、環境条件によるし、若者の置かれている生活環境からの規制が大きい。実践や実際の生活から帰納していかないと本物の使える指導にはならない。学校保健の研究が、実践者から乖離しているとの意見もあるが、子どもの貧困と学力、健康実態の疫学は、見事に問題点を見せてくれている。では、どうするかという、改善・解決、対応策が求められるのが養護教諭の実践である。これまで何年もの間健康教育の研究は、学校の特長である教育の改善や学習環境の改善が、健康の改善となる。また、健康状態の改善が、学習の成績の改善となることを証明してきている。さらに、WHOは、次のように提言している。「発育発達の研究は、教育と社会的成果とが子どもの健康に、強い関係のあることを証明している。また、個人（子ども）と家族の健康状態に関する質的教育の相互利益（互惠的な世話）にも注目している。すなわち、健康な生活のために生きる触媒として児童生徒が、家庭で得たものを社会へ積極的な変化を起こすためにヘルスプロモーション スクール（HPS）のコンセプトを開発している²⁾。」2005年にV、フィットマンは、HPSの構造図を花に模した。核に、健康増進と学力向上、四つの花弁の下を健康と精神保健サービス（健康事業）、左の花弁を健康教育（スキル）、右の花弁を学校環境の向上、上の背後に学校健康政策を配置し、周辺に生徒の気づき・参加関心、教師と保健関係職とのパートナーシップ、地域社会とのパートナーシップのエトスを配置している。このことは、カリキュラムを中核として学校環境のエトス、健康・保健関係事業、学校、家庭、地域とが繋ぎあって、健康政策に守られ推進されるならば、貧困も暴力も引きこもりや不登校も犯罪もドラッグも解消して、ソーシャルキャピタルの高い、成熟した健康で豊かな人間性を備えた国になるという提案である。

3. 【中央教育審議会答申 平成20年1月17日】³⁾と 法制度の改正

教育三法が戦後大改革（平成19年）、学校保健安全法⁴⁾が五十年ぶりに改正された（平成20年6月18日法律第73号）。これらの法改正の背景には、社会、経済、少子高

齢化，グローバルな環境，歴史文化のこれまでとこれからの様々な要因が関わっている。中教審答申では，次のように社会や教育，子どもたちの現代的課題を述べている。

【中教審答申—子どもの健康を取り巻く状況】³⁾

「近年，都市化，少子高齢化，情報化，国際化などによる社会環境や生活環境の急激な変化は，子どもの心身の健康にも大きな影響を与えており，学校生活においても生活習慣の乱れ（朝食欠食，偏食，孤食等），いじめ，不登校，児童虐待などのメンタルヘルスに関する課題，アレルギー疾患，性的問題行動や薬物乱用，感染症など，新たな課題が顕在化している。同時に，小児医療の進歩と小児の疾病構造の変化に伴い，長期にわたり継続的な医療を受けながら学校生活を送る子どもの数も増えている。また，過度な運動・スポーツによる運動器疾患・障害を抱える子どももみられる状況にある。」

【中教審答申—健康をめぐる現代的な課題への対応】³⁾のキーワードをまとめると次のようである。

多様化，より専門的な視点，個人的な課題ではない，学校・家庭・地域社会が連携，社会全体の健康づくり，学校保健の推進—家庭・医療機関・関係機関との役割分担と相互の連携（学校保健安全法第10条 地域の医療機関等との連携，第30条 地域の関係機関等との連携）

学校保健に関する学校内の体制の充実として，多様化，深刻化の現代的健康課題の解決には，学校内の組織体制，すなわち，全教職員の共通認識（知識と理解）を固り，校長のリーダーシップの下，学校保健計画を立案，教職員の保健部と全教職員とが学校保健の推進に当たる。

養護教諭は，学校保健（活動）の推進にあたり中核的役割を果たす。現代的健康課題の解決に重要な責務を担う。

健康相談活動，メンタルヘルス，アレルギー疾患，等医療機関との連携，特別支援教育における役割，専門職を遂行できる環境整備が必要である。

現代的健康課題の対応に当たり，学級担任等，学校医，学校歯科医，学校薬剤師，スクールカウンセラーなど校内における連携，また医療関係者や福祉関係者など地域の関係機関との連携を推進するマネジメントとコーディネーターの役割を担う。このような養護教諭に求められる役割を十分に果たせるよう，養護教諭を中核として，担任教諭等及び医療機関など学校内外の関係者と連携・協力しつつ，学校保健を重視した学校経営がなされることを担保する法制度の整備について検討する必要がある。

また，養護教諭が適切な対応をしていくためには，常に新たな知識や技術を習得していく必要がある。研修の制度の充実について，実践的な研修方法の検討と整備が必要である。（下線は，筆者）

筆者は，中教審が答申している下線部の法制度の整備として，養護教諭6年制大学院修士課程，もしくは高度専門職業人課程を提言する。現職研修の実践的な研修方

法についても指導できる新しい知識や技術を身に付けた指導者が育たない限り，何も効果は期待できないのである。ヘルスプロモーションの理念を学校経営に取り込んで家庭や地域社会全体で健康推進を児童生徒等を主体として活動を支援し，マネジメントできる養護教諭を目指して，是非とも養護教諭からの実践学が育つよう学会の皆様で応援していただきたいものである。

4. 卒後、実務経験を基に専門職の力量を究めて蓄積

教育基本法，学校教育法，学校保健安全法等々の法制度の下における解釈や実施基準のあり方を講義し，学ぶ知識だけでは学問ではない。法制度が，カバーできていない問題に直面して，洞察し，どのように解決するか，臨床の現象をアセスメントし，臨床判断のできる能力，前述したような学校臨床や子どもたちの臨床を探究していく力量などをどのようにしてつけるか。拠り所となる理論を創造する「学校保健学」や「養護学」の構築に参加して，汗をかき智恵を絞る養護教諭が望まれる。一方，多様化する子どもたちの健康課題の特性やニーズからのエビデンスの実態分析，これらに対応する養護教諭の実践からのエビデンス等々が，注意深く集約され吟味され，本学会誌「学校保健研究」に，実践報告，報告資料，原著として投稿される事を期待したい。記録にまとめることから，評価や教職員全体の共通理解を導き，対策や施策，教育方針，教育計画やプロジェクトを立ち上げることにも繋げられるであろう。

情報収集と情報処理の社会診断・疫学診断・教育診断・環境診断等々の専門的ニーズアセスメントの方法，技術，共通理解の進め方，プロジェクトの戦略，目標，計画，役割等のマネジメント，経過評価・影響評価・結果評価（アウトカム），広報やアドボカシー等々のヘルスプロモーションの専門的，実践的力量は，卒後大学院のフィールドワークで習得していきたいものである。

5. 多様な専門職種や専門家との互助互尊と学びあい

また，多様な，専門職種や専門家との連携についても養護教諭に就職してから，健康課題を抱える当事者や子どもとの家族とのインフォームドコンセントを得ながら実践力を積むことになる。もちろん，基本的なマニュアルは，学部の教育である。問題は，多様化していることから，全てを教育する時間はない。一つ一つが高度な専門的視点や配慮を必要としているわけであり，複合する問題やグループや集団的な関係があるか，医療と福祉と司法ことに親権や人権に関わること等々の専門家チームのコーディネーターは，高度な専門職としての力量と資質が必要となるであろう。

こういった思春期発達期にある心身と社会の関係する健康課題については，願わくは，地域や大学，医療機関，専門家が，コラボレートして学際的かつ行政を超える児童生徒等の専門発達教育相談機関を作り，第一次窓口と

なってくれることである。英国のシステムに学んで日本でも取り組んでほしい。そうすれば、大学院で専門性を究めて博士論文をまとめた学生は、このような機関で実践的にお世話をしながら問題解決の研究ができるのである。

6. 関係性から相乗効果を産み出す専門実践能力

子どもと養護教諭との関係、養護教諭と教職員や専門職・専門家との関係、養護教諭とシステム（教育や保健、学校や行政）体制との関係づくりが、問題解決には重要となっており、連携や協働、コラボレーション、ネットワークなど多様な技術を使いこなせる研修や実習が必要となる。そのためには、大学院の修士課程、または高度専門職業人課程における履修に期待したい。次の図1は、クリティカルケアにおける専門看護師の実践に必要な能力⁹から応用して養護教諭について個と学校集団の健康課題の解決に当たりクリティカルに必要な関係性を専門実践能力として考えたものである。

【子どものニーズ発達特性】について次のように考える。

- ① 子どもは、特定の発達段階にある生物学的、社会学的、スピリチュアルな心と体と環境とを一体とする統一体である。認知面では未完成であり教育の過程にあるため、発育・発達力のニーズが高いことが特性である。
- ② 子どもと養護教諭との関係のすべては、子どもと家族と地域社会／コミュニティからの影響を受けている。
- ③ 子どもは、内的特性と外的特性により特徴づけられ、生来の内的特性は、学習経験により発達する外的特性により強化され、影響をうけている。
- ④ 養護教諭の特性と能力は、いくつかの側面から説明できる。側面間の相互関係が、全体像を形成する。
- ⑤ 養護教諭の目標ゴールは、問題解決を図ることにより、子どもたちのよりよい発育発達と自己実現のための健康の獲得、健康の保持増進をさせることである。花の中心は、子どもの特性と養護教諭の特性との相乗作用が行われる核である。図中の子どものニーズ発達特性は、次のような内容である。

内的① 発育発達力（回復力、自然治癒力）

② 脆弱性 ③ 安定性 ④ 複雑性

外的⑤ 利用できるリソース（人・モノ・金・環境）

⑥ 健康管理やケアに参加する（インフォームド Consent）

⑦ 意思決定に参加 ⑧ 予測可能性（経験極少）

養護教諭の能力特性—知識の統合、技術、実務経験

基礎① 臨床診断—ニーズアセスメント、養護診断
学校保健診断、意志決定・決断

基礎② 臨床探究—学校臨床、保健室臨床

③ 学習の促進 ④ コラボレーション

⑤ システムシンキング（システムとの相互関係）

⑥ 代弁者、道徳的主体者（アドボカシー）

⑦ ケアリング

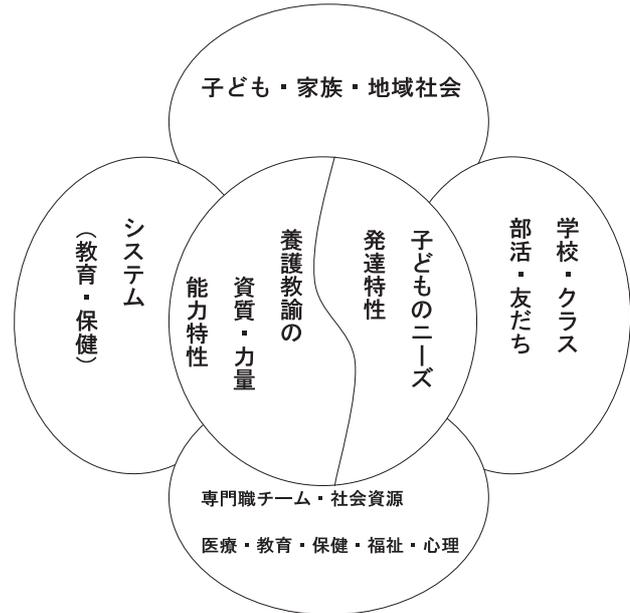


図1 子どもニーズ発達特性と養護教諭の資質・力量の能力特性との相乗効果を高めるコラボレーション—健康課題解決における相乗効果の要因について

⑧ 多様性の理解、多次元性の理解（歴史、文化）

図1は、個と集団の健康課題解決に最も重要な要因は、養護教諭の学識、経験に基づく子どものニーズや問題特性と背景要因に関わる洞察力及び対応していくスキルや能力特性とのマッチングである。花びらの核である養護教諭の感性や能力特性が子どもの発達能力特性を支援して引きだせるか、要因間との相乗効果を産み出す養護教諭の資質・力量の能力特性にある。従って、優れた養護教諭の実践を書き起こして、まとめていただきたい。

次に、子どもの健康課題と発達課題のニーズ特性に根拠をおいた実践研究（指導事例や授業）をまとめてほしい。これらのエビデンスに基づくレビューから総説、次の研究を刺激して、研究の方向づけがより精緻なものとなるであろう。

幼児、児童生徒、学生だけでなく、乳児、親となる世代、若者、成人、高齢者に心身の健康問題が複雑な背景要因と絡み合って発生している。この現代的な健康課題と、課題解決のために、どうするか、研究の方法、実践のために協働や連携、学際的なコラボレーション、学生教育の方法論の改善、専門職としての資格や免許の改正、養成カリキュラムや養護教諭6年制、大学院教育、実践と理論、実践現場の環境整備、法的整備等々について、述べてきた。ここで、大学院教育に踏み出した保健師と薬剤師の動向を見てみよう。

7. 大学院教育に向かう保健師、薬剤師の動向からの学び

平成21年7月15日、保健師助産師看護師法の改正が公布され、第19条の1において保健師国家試験の受験資格は、文部科学大臣の指定した学校において「1年以上」

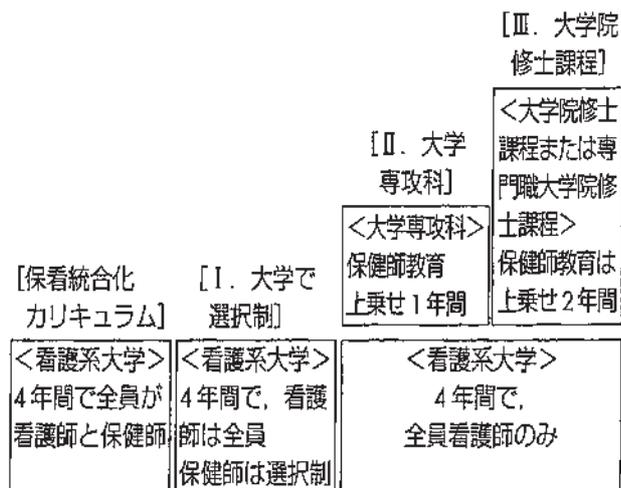


図2 看護師・保健師の教育体系

とされた。その結果、保健師の養成教育は、各大学の教育理念に基づき社会のニーズを慮り、カリキュラムの自由裁量、独自に創造し設定することができることになる。即ち、村嶋⁷⁾は図2のように現行の保看統合化カリキュラムの他に、I大学における保健師選択制、II看護大学に1年上乘せ保健師の大学専攻科、III看護大学に2年の保健師の大学院修士課程（または、専門職大学院修士課程）の教育体系を示し、利点と課題を提示している。今後、多様な能力を持ち、研究力、実践力に優れた保健師の輩出が期待される。

問題点は、各大学の選択により、大学4年間の統合カリキュラム（現行）から大学院教育2年、教職大学院1～3年と、保健師に特化した高度専門職教育と研究が多様化することである。多様化はよいとしても安易に流れてしまうのではないかと危惧がある。

養護教諭の場合を省みると「専修免許」の取得が、必ずしも大学院修士課程に入学しなくとも資格要件を満たせば、文部科学省の課程認定を受けた大学院の講習を受講し単位を取れば、可能である。しかし、研究能力や充実した実践力、高度な能力をつけるためには、高度専門職業人（特定の課題についての研究）や研究者養成を目的とする大学院修士課程において、2年間で既に希望する人のために開かれている。勿論、修士課程の修了時には、修士の称号と専修免許が授与され、博士後期課程への進学資格となる。また、平成18年7月中央教育審議会答申「今後の教員養成・免許制度の在り方について」を受けて、平成19年3月1日公布「専門職大学院設置基準等の一部を改正する省令等について—「教職大学院制度」の創設について—」によると、標準修了年限は2年であるが、短期1年、長期3年もある。修了条件は、2年以上の在学、45単位以上の修得、10単位以上は学校実習の義務、理論と実践の融合を図るカリキュラム、教員組織と連携協力校の規制等、「教職修士（専門職）」と「専修免許状」が与えられる。入学者選抜は各大学院独自に実施する。しかし、これら大学院進学は義務ではない。保

健師や薬剤師の医療関係職が大学4年プラス2年の高度専門職を目指しており、世界のスクールナースの資格は、看護師プラス1年半から2年であった。養護教諭が、現代的な健康課題の解決にあたり、中心となり、コーディネーターをしつつ、リーダーシップを発揮していくためには、相当の専門的な知識、技術、経営診断等の臨床判断、決断力、組織力、その他専門能力が求められ、これらは、大学院教育でなければ難しい。課題は、養護教諭の課程認定を持つ博士前期課程・後期課程の大学院を全国に増やすことであり、「養護学」「学校保健学」分野の実践指導を学問的に指導でき、評価し、学位論文審査のできる人材が喫緊に必要なのである。

「6年制時代の臨床薬学教育を考える」医学界新聞⁸⁾からまとめると、2006年から6年制になり、2012年に一期生が社会に出る。大学院修士と薬剤師としての臨床薬学教育との違いが課題である。6年制の薬学教育モデルコアカリキュラムの内、実務実習モデルコアカリキュラムとして、五年次に病院実習2.5ヶ月、薬局実習2.5ヶ月、の事前実習や学習が増加し強化された。六年次は、研究能力と問題解決能力を中心に6ヵ月から一年間をA 実験研究、B 調査研究、C 修士論文や特別課題研究をまとめる。所属する分野は、大学院により異なるが、例えば、病院薬学コース、地域医療コース、臨床開発コース、健康薬学コース、臨床研究コース、海外医療研修コース等がある。実践的な学び方の教育として、5～6年次にスキルを養成し、臨床で活躍できる薬剤師を育てる目標であった。

8. 救急処置の専門的判断能力は大学院か

具体的な内容は、安全管理のために、バイタルサインのチェック、検査値のモニター等の責任が持てるようにする。専門薬剤師制度として学会認定も行う。医療の一端と責任を担える薬剤師として、薬物治療計画の立案が出来る、または、処方設計の支援が出来る薬剤師の養成である。「薬でよいのか、病院にいくべきか」の判断能力を養成すべきである。医療チームの一員としての薬剤師を目指し、薬学を臨床に応用していく専門職である。

現場の臨床に対応するために、実践的な学びを大学院教育においた薬剤師教育の考え方は、養護教諭にも学ぶべきところが多い。

すなわち、直接の医療チームではないが、救命救急の生命のリングに繋ぐプレホスピタルケアの専門職として、また、鳥インフルエンザ等、パンデミックの防疫と初期診断（学校における児童生徒等の集団健康レベルチェックと判断）の責務を持つ養護教諭は、状況情報、主訴、客観データとしてバイタルサインを収集、保健調査、等々から、フィジカルアセスメントを基に、①保健室で一時間様子を観察するか、②教室に帰すか、③家に帰すか、④医療にかかるか、⑤救急車を呼ぶか、等々の判断能力を学部レベルでつけているが、高度な判断や優先順

位、大量傷害者のトリアージ、心身症や嘘言、犯罪等については、学際的に広く深い学問の背景を必要とするため、大学院教育を期待したい。

さて、学校保健は学際的であり、多様な研究者や学者、教育者が関わっている。短期大学2年制は、編入により4年制の大学コースに繋ぎ、今後は、4年制から6年制へ、キャリアアップのコースとして位置づける。4年制もあり、6年制もあり、博士後期課程の8年制、または、働きながらの論文博士コースも残すというマルチな専門課程の考え方をしたいと考える。人生は、いろいろである。人が、一念発起して学びたい、研究したいという時に、フルコースが用意されていることが、人間に生まれてきて最高に幸せなことではなからうか。

9. 専門職の条件として必要な倫理規定について

子どもの健康問題に対処する教育・医療・福祉・保健その他関連専門職とチームを組んで協働していく養護教諭には、個人情報守秘義務だけでなく健康問題の取り扱いについて、人権を配慮した倫理規定に従い児童生徒と家族および地域社会のQOL向上を目指したアセスメントと健康管理・健康教育が必要である。これらの学際専門領域の学問の進歩を研究し、自らの専門職の根拠となる学問づくりと信頼に応える実践のために、日々自己研鑽を積む必要がある。

専門職としての実践の基盤には、社会の信頼と期待に応える社会的な責務として、養護教諭各自の倫理的約束事項について自律的に了解される必要がある。また、養成教育に携わる教育者にも倫理的約束事項について了解が求められる。日本養護教諭教育学会の学会活動委員会規定検討委員会では、文献研究⁹⁾と実態調査から、養成教育のカリキュラムとして取り組まれていなかったことを明らかにし、その反省に立ち、ディスカッションのたたき台が必要であると判断している。次のような試みの案を作成し、養護教諭仲間の了解や合意が、職能団体として自律的に育っていくことを期待して、啓発・支援したいと個人的に考え大学での養成教育に取り入れることを試みている。

(参考資料)

養護教諭の職業倫理(行動指針・実践の基盤)の試案⁸⁾⁹⁾

【前文】

1. 省略
2. 省略
3. 省略
4. 養護教諭は、養護教諭免許によって養護(健康支援と健康推進)を実践する権能を与えられた者である。その社会的な責務を果たすため、養護の実践に当たっ

ては、児童生徒等の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった健康支援と健康推進を平等に受ける権利などの、人権を尊重することが求められる。

条文1. 生命、尊厳、基本的人権、発育・発達権

条文2. 公正、平等

条文3. アドボカシー、擁護、唱導

条文4. 自己決定権、意見表明権、ヘルスリテラシー

条文5. 守秘義務

条文6. 危機からの保護、安全

条文7. 個人の責任能力と説明責任

条文8. 連携、協働して健康課題の解決

条文9. 行動基準の遵守と質の向上

条文10. ヘルスプロモーション

条文11. 政策・法・制度に働きかけ

条文12. 研究・研修/資質・力量の向上

条文13. 知識・技術の開発と学問の発展

条文14. 信頼と人格の高潔、後継者養成

条文15. 自己の健康管理

文 献

- 1) 朝倉隆司, 高橋浩之, 上地勝ほか: 社会格差の広がり子ども健康への影響—今, 学校保健に何が求められているか—フォーラム企画者からの問題提起他, 学会メインフォーラム, 学校保健研究, 51 Suppl.: 64-72, 2009
- 2) Cheryl Vince Whitman, Carmen E. Aldinger,: Case Studies in Global School Health Promotion—From Research to Practice, 3-5 Springer, 2009
- 3) 中央教育審議会答申: 子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために, 学校全体としての取組みを進めるための方策について, 平成20年1月17日
- 4) 学校保健安全法, 平成20年6月18日法律第73号
- 5) 越前宏俊, 松木則夫, 山田安彦: 6年制時代の臨床薬学教育を考える. 医学界新聞 No.2851, 2009
- 6) 卯野木健: クリティカルケアの専門看護師の実践に必要な能力—synergy model for patient care—. 看護研究 42: 207-216, 2009
- 7) 村嶋幸代: 修士課程における保健師教育. 保健の科学 51: 663-670, 2009
- 8) 中村朋子, 鎌田尚子, 竹田由美子ほか: 養護教諭の職業倫理(行動指針・実践の基盤)の構想と内容検討—試案作成に向けて(1年次報告)—. 日本養護教諭教育学会 第17回学術集会抄録集: 83-84, 2009
- 9) 鎌田尚子, 竹田由美子, 中村朋子ほか: 養護教諭の職業倫理に関する文献研究. 日本養護教諭教育学会 第16回学術集会抄録集: 104-105, 2008

原 著

1 型糖尿病の中・高校生における 学校生活の充実に関する心理社会的要因

竹 鼻 ゆかり^{*1}, 朝 倉 隆 司^{*1}, 高 橋 浩 之^{*2}
高 籾 学^{*1}, 田 中 祐 司^{*3}

^{*1}東京学芸大学教育学部

^{*2}千葉大学教育学部

^{*3}防衛医科大学校内科

Psychosocial Factors that Affect Fulfilling School Life of Adolescence with Type 1 Diabetes

Yukari Takehana^{*1} Takashi Asakura^{*1} Hiroyuki Takahashi^{*2}
Satoru Takayabu^{*1} Yuji Tanaka^{*3}

^{*1} Faculty of Education, Tokyo Gakusei University

^{*2} Faculty of Education, Chiba University

^{*3} Department of Medicine National Defense Medical College

Objective

This study is intended to identify self-management behaviors and psychosocial factors that affect fulfilling school life of adolescence with type 1 diabetes in their school life.

Methods

We conducted a self-administered questionnaire mail survey of 583 adolescence across Japan who were members of type 1 diabetes patients associations. Of them, 200 (34.3%) forms were collected; 194 (97.0%) included valid responses. 172 without missing value forms were analyzed. Males were 38.4%; 61.6% were females. Their age was 15.2 ± 1.9 years. Survey contents included the following items: HbA_{1c}, self-management behaviors of diabetes, feelings and attitudes related to type 1 diabetes, and persons supporting type 1 diabetes.

Results

- 1) Adolescence who thought "The injection and the blood sugar were measured" to be "Necessity" and "It is reluctant" was occupying half the number. There were a lot of "Classroom" and "Health room" as "Place of the injection and the adding diet". There was "Rest room" in no small way, too.
- 2) Results of Confirmatory factor analyses/structural equation modeling show that respondents' feelings about type 1 diabetes were "positive feelings", "negative feelings", and "anxieties". Persons supporting type 1 diabetes were "emotional supporters" and "professional supporters".
- 3) We conducted multiple regression analyses using "I live a fulfilling school life by controlling diabetes (school life)" as a dependent variable, with five subscales obtained in 1), "HbA_{1c} value", "Duration of the disorder", "old", "sex" as independent values. Influential factors on "school life" were "negative feelings" ($\beta = -.24, p < .001$), "positive feelings" ($\beta = .25, p < .001$), "emotional supporters" ($\beta = .24, p < .01$), and "HbA_{1c} value" ($\beta = -.24, p < 0.001$) ($R^2 = .45, p < .001$).

Conclusions

- 1) To fulfill their school life, the necessity of the teacher's understanding and environmental considerations of the school was suggested.
- 2) Results indicate that emotional acceptance of type 1 diabetes and supportive persons around them are necessary for adolescence with type 1 diabetes to conduct school life while performing self-management behaviors.

Key words : type 1 diabetes, school life, psychosocial factors, HbA_{1c}, adolescence

1 型糖尿病, 学校生活, 心理社会的要因, HbA_{1c}, 中・高校生

I. はじめに

1型糖尿病は、膵β細胞の破壊によるインスリンの絶対的不足が原因で起こる疾患である¹⁾。その発症率は、地域や人種により約350倍もの差があり、一般に北欧諸国等では高頻度で、日本を含めたアジアでは低頻度であることが報告されており²⁾、日本では、10万あたり1.5~2.1人/年といわれている¹⁾。また発症は小児期に多く、一度罹患すると治ることはなく、生涯にわたるインスリン注射と血糖の自己測定が必要となる。そのため子どもも保護者も発症以来、精神的、身体的、経済的に多くの負担を強いられる。

しかしながら、この疾患に対する社会の認識は低く、理解や支援も乏しい。たとえば糖尿病のような慢性疾患の子どもは、病弱特別支援学校や院内学級に在籍することではなく、併せ持つ特別な事情がないかぎり、一般校の通常学級に在籍している。そのため、学校において友人や教員の理解不足にあたり、不必要な活動制限を受けたり、低血糖を我慢するなど自分自身の療養行動を制限したりなど、学校生活を支障なく過ごしているとはいえない³⁻⁹⁾。さらに、糖尿病の子どもたちへの支援体制も限られているのが現状である。よって子どもたちは、病気の受け入れや、インスリン注射、血糖測定、低血糖の予防と対処などの自己管理行動の獲得や、病気に対する周囲の理解を得ることなど、糖尿病と共に生きるための課題をひとりで抱えながら毎日学校で生活せざるを得ない。このような病気の管理に関する課題のみならず、この病気を持つ思春期の子どもは、彼らの仲間と同様にその時期の発達課題に取り組み、自らを成長・発達させ、学校生活を充実させていかなければならない。しかし現実には、思春期に入って生活範囲や交友関係が広がるなか、注射の打忘れ、治療拒否、親や周囲の介入への反抗、低血糖発作への対応と不安、食べすぎ、友人関係、飲酒喫煙問題など、心理社会的に多くの課題を抱えることになる¹⁰⁾¹¹⁾。したがって彼らには、療養行動を習得して血糖コントロールを良好に保つという課題に加え、疾患による生活上の制約がありながらも、その年代の子どもと同様に、充実した学校生活をいかに過ごすかという特有の課題があると考えられる。

そのため我々はこれまで、1型糖尿病の子どもと保護者が、周囲の理解を得ることや低血糖の予防と対処ができるかどうかといった不安を抱えながら学校生活を送っている現状⁷⁾や、1型糖尿病の児童生徒を受け入れる養護教諭にも、彼らにうまく対応できるかどうかという不安や、疾患の理解不足などの課題があること⁸⁾を明らかにしてきた。しかし、子どもが学校生活をどのように過ごしているか、病気をどのように受け止め、どのような支援を必要としているかなど、その子どもの学校生活における自己管理行動や学校生活の充実度については十分に検討してこなかった。

そこで内外の研究動向を概観したところ、海外では、とりわけ支援の重要性について取り上げられ、家族の支援を評価する調査票の開発¹²⁾や、学校生活において、糖尿病の自己管理行動に関するトレーニングを受けた人や仲間の存在は、糖尿病の子どもの血糖コントロールに影響すること¹³⁾、糖尿病の思春期の子どもに対する友人や母親の支援が有用であること¹⁴⁾¹⁵⁾、教師の子どもへの態度が糖尿病の自己管理行動に影響していること¹⁶⁾、などが報告されている。また彼らは、健康や糖尿病に関連した不安や、鬱感情や悩みを持ちやすく、自己肯定感が低く、社会的な孤立感を持っていることも指摘されている¹⁷⁾。よって、彼らの学校生活の充実にむけては、支援者の存在や1型糖尿病に対してどのような感情を抱いているかが重要な要因であると考えられる。

加えて海外の文献では、これまで医療のアウトカムとして、患者の視点に立って病気やヘルスケアを捉えてこなかったことや¹⁸⁾、1型糖尿病の研究は、生活の質(Quality of life, QOL)よりも血糖値などの疾患管理や自己管理行動を中心としてきた¹⁷⁾ことが批判されている。それに応じるように1980年代後半からは、死亡率や臨床データではなく、患者のQOLが重要視されるようになり¹⁹⁾、糖尿病に関するQOLの尺度もいくつか作成されている²⁰⁾。しかし、1型糖尿病の子どものQOLを測定するための適切な尺度の開発は、現在においても課題のままである¹⁷⁾²¹⁾。

日本においても看護学領域で、慢性疾患の子どものQOLの視点が重要視されるようになってきてはいるが²²⁻²⁷⁾、1型糖尿病の学童や思春期の子どもに関する研究は、未だ患児と家族の特徴および療養行動の実態を調査した研究が主である²²⁾。しかも学校生活に関する研究では、彼らが日常の多くを過ごす学校生活で、糖尿病の管理をどのように行っているのか、どのような課題を持っているのか、教員はどのように関わっているのかなどについて、対象者数が20人~70人程度の小規模な調査に基づく結果が報告されているのみである⁴⁻⁶⁾²⁸⁻³¹⁾。病気によって生じる学校生活での困難や課題が、彼らの学校生活の質や充実にどのような影響を及ぼしているかなどに関する検討は、我々の知る限りでは、ほとんど行われていない。

つまりこれまでの看護研究では、療養行動や血糖コントロールがいかにかいよくできるかに焦点が当てられているのみであると言える。しかし療養行動や血糖コントロールを中心に考えて、厳密な血糖コントロールを行うことにより、低血糖を頻繁に起こしたり、食事制限によるストレスが生じたりすれば、必ずしも充実した学校生活にはつながらない。そこで我々は、これまでの療養行動や血糖コントロールを目的とする研究の発想とは一線を画し、学校保健のような子どもの生活の場から、病気の子どもの生活の質を捉える観点が必要であると考え、病気をもちながらも充実した学校生活を送ることに関す

る要因を明らかにする研究を計画した。とりわけ本研究では、日本でこれまで検討されてこなかった1型糖尿病の子どもの学校生活の充実に影響する要因として、血糖コントロールや自己管理行動の指標の他に、社会的支援、1型糖尿病に対して抱く感情という心理社会的要因に着目した。これらの関連を明らかにすることで、病気の子どものQOLを高めるために必要なエビデンスを新たに提示できるものと考えた。

以上より本研究の目的は、1型糖尿病の中学生と高校生（以下、中・高校生）を対象に、学校におけるインスリン注射の回数や場所、低血糖の頻度や対処などの自己管理行動の状況を明らかにするとともに、彼らの学校生活の充実度と先に述べた心理社会的要因の関連性を明らかにすることである。また、その結果から、1型糖尿病の子どもの支援についても考察した。

Ⅱ. 方 法

1. 対象と方法

全国の1型糖尿病患者会の中中学生と高校生583人に対し、自記式質問紙調査を郵送した。回収数は、200人（34.3%）、有効回答数は194人（97.0%）であった。このうち、欠損値のない172人のデータを分析に用いた。

調査票は、研究代表者から患者会事務局へ一括送付した後、事務局より各地区の団体代表者にその地区の対象者数分が送付され、さらに各地区の代表者によって対象者に配布された。対象者は回答した調査票を、返信用封筒にて無記名で研究代表者へ返信した。調査期間は2007年12月から2008年1月である。

2. 研究における倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言を遵守し、東京学芸大学倫理審査委員会の承認を得て行った。前述の配布手順をとることにより、研究者には対象者の氏名や住所等の個人情報開示されず、対象者のプライバシーが完全に守られるよう配慮した。研究の実施にあたっては、全国組織である1型糖尿病患者会の理事長と専務理事、地区の団体代表者へ、文書にて研究協力の依頼を行った。さらに対象者は中学生と高校生であるため、対象者本人と保護者に対して、各々文書によって、研究の趣旨および方法等と、調査への参加は自由意志によるものであり返送は任意であることを説明した。なお、本人からの無記名による調査用紙の返信によって、研究の同意と参加への意志が得られたものとみなした。

3. 調査内容

基本的属性として尋ねたのは、性別、学校種、年齢、発症年齢、罹病期間、現在のHbA_{1c}値などである。また学校における1型糖尿病の自己管理行動を調べるために、子どもの糖尿病の自己管理行動に関する文献等³²⁻³⁴⁾を参考にして、注射や血糖測定、低血糖などに関する項目を作成した。さらに子どもの学校生活の充実度に影響を及ぼす心理社会的要因として、糖尿病の自己管理行動に影

響する心理社会的要因に関する文献等⁴⁾⁶⁾¹⁰⁾²⁷⁾²⁸⁾³⁰⁾³²⁻³⁴⁾を参考とし、「1型糖尿病に対する感情」24項目、4件法、ならびに「自分を支援してくれる人」10項目、4件法を作成した。「1型糖尿病に対する感情」は、1型糖尿病に対する「肯定的感情」9項目、「否定的感情」8項目、「悩みや不安」7項目、「自分を支援してくれる人」は「情緒的支援者」8項目、「専門的支援者」2項目から構成した。

また、「糖尿病をコントロールしながら充実した学校生活を過ごしている（以下、学校生活の充実度）」（とても思う：4点、まあまあ思う：3点、余り思わない：2点、ほとんど思わない：1点）の項目を作成し、心理社会的要因の従属変数とした。

4. 分析方法

基本的属性と自己管理行動等の項目については、割合もしくは、平均値と標準偏差を求めた。

「1型糖尿病に対する感情」について、因子のまとまりを検討し尺度化するため、まず探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）によって、構成概念を測定する多重指標の仮説モデルを作成した。次にその仮説モデルの概念妥当性を確認するため確認的因子分析を行い、モデルの適合度と修正指標、パス係数の大きさに基づいて修正を重ね、得られた因子モデルを基に尺度構成を行った。今回用いた適合度指標は、 χ^2 値、RMSEA（Root Mean Square Error of Approximation）、CFI（Comparative Fit Index）である。RMSEAは、.08以下であれば許容可能な範囲であり、.1以上であればそのモデルを採択すべきでないとしており³⁵⁾³⁶⁾、RMSEAの90%信頼区間の下限と上限とを合わせてモデルの適合を判断することが推奨されている³⁶⁾。CFIは1に近いほど適合がよいと判断される³⁵⁾³⁶⁾。尺度の内的一貫性は、Cronbachの α 係数によって検討した。「自分を支援してくれる人」についても同様の分析を行い、尺度を構成した。

また「学校生活の充実度」と各変数の関連性を検討するため、重回帰分析を行った。分析はSPSS 16.0JとAmos 5を用いて行った。

Ⅲ. 結 果

1. 基本属性と学校における1型糖尿病の自己管理行動

対象者の属性は表1に示すとおり、男は約4割、女は約6割と女のほうが多く、平均年齢は15.2±1.8歳、罹病歴は6.6±4.0年であった。1日のインスリンの注射回数は4回が約3割、血糖測定は3～4回が約2割と最も多かった。注射部位を「毎日順番に変える」のは2割、「適当に部位を変える」は約5割、「変えない」は約2割であった。

インスリン注射や低血糖などに関しては、表2に示すとおりであった。「注射を打ち忘れることがありますか」について、「ない」と答えたものは約4割であった。「血糖測定を医師の指示どおりに行っていますか」について

表1 基本属性 (n = 172)

	%
性別	
男	38.4
女	61.6
学校種	
中学校	54.7
高校	45.3
インスリン注入状況	
インスリン注射のみ	89.5
インスリンポンプのみ	9.3
注射とポンプの併用	1.1
	平均値(標準偏差)
年齢(才)	15.2(1.8)
診断された年齢(才)	8.6(3.8)
罹病歴期間(年)	6.6(4.0)
注射を自分で打てるようになった年齢(才)	9.7(2.6)
現在のHbA _{1c} 値(%)	7.6(1.3)

は、「いつも行っている」「だいたい行っている」を合わせると約9割近くとなった。「あなたは、低血糖になりそうときからだの感じや状態がわかりますか」については、「よくわかる」「だいたいわかる」を合わせると約9割であった。「あなたは、どのくらい低血糖になりますか」は、「ほぼ毎日」は1割に満たないものの、「2～3日に1回」は約2割、「4～5日に1回」は最も多く約4割を占めていた。つまり、「ほぼ毎日」から「4～5日に1回」を合わせると約7割の子どもは、1週間のうちに1回以上は低血糖を起こしていた。「学校で友達といるときや授業中に、低血糖になってしまっても我慢してしまいませんか」は「よくある」「ときどきある」を合わせると、約6割を占めていた。「友達に自分が1型糖尿病であることを話していますか」について「クラス全員」は約4割に留まっていた。「あなたは、糖尿病をコントロールしながら充実した学校生活を過ごしていると思いますか(以下、学校生活の充実度)」については、「とても思う」「まあまあ思う」を合わせると約8割であった。

学校で低血糖を我慢することが「よくある」「ときどきある」と答えた者のその理由(複数回答)は、「あと少しで昼食の時間」「我慢すればなんとかなる」「特別扱いされたくない」「目立ちたくない」「面倒」が2～3割を占めていた。「インスリン注射をすることをどう思いますか(複数回答)」と「血糖測定することをどう思いますか(複数回答)」については、共に「面倒」「仕方ない」「からだのために必要」が約5割を占めていた。学校で注射をする場所(複数回答)は、「みんなのいる教室」が約4割、「保健室」が約3割であった。「トイレ」も約2割いた。学校で補食を摂る場所(複数回答)も「みんなのいる教室」が約5割と最も多く、次いで「保健室」

が約3割あり、「トイレ」で食べる者も約1割いた。

「今までに学校で先生から、1型糖尿病のために、注意や制限を受けた活動(複数回答)」について約7割は、「特にない」と回答していた。「補食を摂ること」と「補食を持ってくること」、「マラソンなどの激しい運動」、「宿泊行事への参加」、「クラブや部活動」は約1割であった。「今まで学校で先生から、保護者の付き添いが必要であると言われた活動(複数回答)」について約9割は、「特にない」と回答していた。付き添いを求められた事項として「宿泊行事」、「水泳」、「マラソンなどの激しい運動」は1割に満たなかった。

2. 「1型糖尿病に対する感情」ならびに「自分を支援してくれる人」の尺度構成

「1型糖尿病に対する感情」24項目について探索的因子分析(主因子分析、プロマックス回転)を繰り返しながら因子負荷量の低いものを除き、解釈可能な3因子を得た。第1因子は8項目から成る「否定的感情」、第2因子は9項目から成る「肯定的感情」、第3因子は6項目から成る「不安」と命名した。この探索的因子分析の結果に基づき作成した各構成概念を測定するための多重指標の仮説モデルに対して確認的因子分析を行い、因子負荷量の低い項目を削除しながら、モデルの適合度が良好な表3の3因子モデルを得た。「否定的感情」は8項目、「肯定的感情」は7項目、「不安」は5項目から構成された。適合度指標は、 $\chi^2(166) = 290.32$, $p < .001$, RMSEA = .066(90%CI: .053, .079), CFI = .91であった。各因子間の相関は、「否定的感情」と「肯定的感情」は $r = -.28$ 、「否定的感情」と「不安」は $r = .52$ 、「肯定的感情」と「不安」は $r = -.04$ と、中程度および弱い相関であることから、個別の指標として尺度化した。

各尺度の平均点と標準偏差は、「否定的感情」=16.57±5.85、「肯定的感情」=19.02±4.56、「不安」=12.65±4.05であった。 α 係数は、それぞれ.88, .82, .81であった。

「自分を支援してくれる人」10項目についても、探索的因子分析(主因子法、プロマックス回転)を行い、解釈可能な2因子を得た。第1因子は8項目から成る「情緒的支援者」、第2因子は2項目から成る「専門的支援者」と命名した。この2因子についても確認的因子分析を行い、表4の2因子モデルを得た。「情緒的支援者」は7項目、「専門的支援者」は2項目から構成された。適合度指標は、 $\chi^2(23) = 39.13$, $p = .019$, RMSEA(90%CI: .026, .098) = .064, CFI = .98であった。各因子間の相関は、 $r = .63$ であり、中程度の相関であることから、個別の指標として尺度化した。

各尺度の平均点と標準偏差は、「情緒的支援者」=22.94±5.11、「専門的支援者」=5.81±1.82であり、 α 係数は、それぞれ.92, .72であった。

3. 学校生活の充実度に影響を及ぼす心理社会的要因

学校生活の充実度に影響を及ぼす要因を探るため、表

表2 1型糖尿病の自己管理行動

(n = 172)

質 問 項 目	回答選択肢	%
注射を打ち忘れることがありますか ^{a)}	ない	40.7
	ごくまれにある	32.6
	月に1回	9.3
	週に1回	7.0
血糖測定を医師の指示どおりに行っていますか ^{a)}	いつも行っている	47.7
	だいたい行っている	37.2
	あまり行っていない	8.1
	ほとんど行っていない	6.4
あなたは、低血糖になりそうなきのからだの感じや状態がわかりますか	よくわかる	43.6
	だいたいわかる	49.4
	あまりわからない	4.7
	ほとんどわからない	2.3
あなたは、どのくらい低血糖になりますか ^{a)}	ほぼ毎日	7.6
	2～3日に1回	18.0
	4～5日に1回	41.3
	ほとんどならない	32.0
学校で友達といるときや授業中に、低血糖になってしまっても我慢してしまうことがありますか ^{a)}	ない	17.4
	あまりない	20.3
	ときどきある	42.4
	よくある	19.2
あなたは、友達に自分が1型糖尿病であることを話していますか	クラス全員	39.5
	仲の良い友達だけ	44.2
	友達には誰にも話していない	6.4
	その他	9.9
あなたは、糖尿病をコントロールしながら充実した学校生活を過ごしていると思いますか	とても思う	34.7
	まあまあ思う	50.3
	あまり思わない	9.8
	まったく思わない	5.2
低血糖を我慢する理由（複数回答）	あと少しで昼食の時間	30.2
	我慢すればなんとかなる	24.4
	特別扱いされたくない	23.3
	目立ちたくない	19.2
	面倒	17.4
	なんとなく	14.5
	補食の場所がない	9.3
	病気を説明していない	7.6
病気を知られたくない	7.0	
インスリン注射をすることをどう思いますか（複数回答）	からだのために必要	54.7
	仕方がない	54.1
	面倒	50.0
	生活の一部	44.8
	友達と違うのでいや	16.9
	何とも思わない	16.3
	簡単	15.7
血糖測定することをどう思いますか（複数回答）	面倒	62.8
	仕方がない	54.1
	からだのために必要	51.2
	簡単	22.7
	何とも思わない	18.6
	友達と違うのでいや	12.2
学校で注射をする場所（複数回答）	みんなのいる教室	39.5
	保健室	26.2
	トイレ	23.8
	空き教室	12.8
	職員室	6.4
学校で補食を摂る場所（複数回答）	みんなのいる教室	49.4
	保健室	31.4
	補食をとらない	11.6
	トイレ	7.0
	クラブの部室	7.0

注) a)は欠損値のある項目

表3 「1型糖尿病の受け入れに関する気持ち」の確認的因子分析における標準化解 (n = 172)

項 目	因 子		
	否定的感情	肯定的感情	不安
(2) 1型糖尿病は、毎日やらなくてはならないことが多くてうんざりする	.62		
(4) 1型糖尿病は、受け入れにくい	.69		
(6) 1型糖尿病のために、気分が落ち込む	.64		
(8) 1型糖尿病のために、怒りを感じる	.69		
(10) 1型糖尿病のために、活動範囲がせまくなったように感じる	.67		
(12) 1型糖尿病のために、不利なことが多いように感じる	.76		
(20) 続けることに疲れてしまう	.67 ^{a)}		
(22) 血糖コントロールを、行うことが気になって日常生活がきゅうくつに感じる	.80		
(3) 1型糖尿病は、何か新しく学んだり、得られたりすることがある		.52 ^{a)}	
(5) 1型糖尿病のために、人に優しくなれる		.62	
(7) 1型糖尿病のために、健康な生活が送れる		.59	
(9) 1型糖尿病のために、人の心の痛みや苦しみがわかる		.53	
(11) 1型糖尿病のために、たくましく成長している		.70	
(13) 1型糖尿病のために、何事にも負けない力を得ている		.81	
(23) 血糖コントロールを、自分で責任をもって行っている		.55	
(14) 1型糖尿病のために、合併症について不安			.53 ^{a)}
(15) 1型糖尿病のために、進学について不安			.74
(16) 1型糖尿病のために、就職について不安			.87
(17) 1型糖尿病のために、恋愛・結婚について不安			.69
(18) 1型糖尿病のために、健康について不安			.61
因子間相関	1.0		
肯定的感情	-.28	1.0	
不安	.52	-.04	1.0
α 係数	.88	.82	.81

注1) a) モデルを識別するために、推定値を1.0に固定した。

それ以外の因子負荷量は、全て統計的に有意であった。

注2) モデルの適合度： $\chi^2(df=166)=290.32$, $p<.001$, RMSEA = .066, 90%CI(.053, .079), CFI = .91

注3) (5)と(9)の誤差変数間の相関をモデルに入れて推定した。

誤差変数間の相関は $r = .34$ であった。

表4 「1型糖尿病の支援者」の確認的因子分析における標準化解 (n = 172)

項 目	因 子	
	情動的支援者	専門的支援者
(1) あなたを精神的に支えてくれる人がいる	.82	
(2) 1型糖尿病について話をできる人がいる	.78	
(3) あなたを理解してくれる人がいる	.80	
(4) あなたの喜びを自分のことのように喜んでくれる人がいる	.74	
(5) あなたが1型糖尿病でがんばっていることをほめてくれる人がいる	.70	
(7) あなたが困ったときに助けてくれる人がいる	.80	
(10) あなたをいろいろと面倒みてくれる人がいる	.79 ^{a)}	
(8) 1型糖尿病で困ったとき、すぐに連絡して相談できる専門的知識を持った人がいる		.60
(9) 1型糖尿病についてアドバイスしてくれる人がいる		.91 ^{a)}
因子間相関		
専門的支援者	.63	1.0
α 係数	.92	.72

注1) a) モデルを識別するために、推定値を1.0に固定した。

それ以外の因子負荷量は、全て統計的に有意であった。

注2) モデルの適合度： $\chi^2(df=23)=39.13$, $p=.019$, RMSEA = .064, 90%CI(.026, .098), CFI = .98

注3) (2)と(3), (4)と(5), (2)と(8)の誤差変数間の相関をモデルに入れて推定した。

誤差変数間の相関は, (2)と(3)では $r = .47$, (4)と(5)では $r = .34$, (2)と(8)では $r = .15$ であった。

表5 回帰分析による「学校生活の充実度」の心理社会的要因の分析 (n = 172)

	2変数の関連 ^{a)}			重回帰分析 ^{a) b)}		
	非標準化係数 (B)	標準誤差	標準化係数 (β)	非標準化係数 (B)	標準誤差	標準化係数 (β)
1型糖尿病に対する感情						
否定的感情	-.06***	.01	-.45	-.03***	.01	-.24
肯定的感情	.08***	.01	.46	.04***	.01	.25
不安	-.05***	.02	-.25	-.003	.01	-.02
自分を支援してくれる人						
情緒的支援者	.09***	.01	.55	.04**	.01	.24
専門的支援者	.17***	.03	.39	.04	.03	.09
罹病期間	-.02	.02	-.11	-.004	.01	-.02
HbA _{1c} 値	-.21***	.05	-.33	-.16***	.04	-.24

***p<.001

a) 調整変数として年齢と性(ダミー変数: 1=女, 0=男)を投入した。

b) 重回帰分析によるモデルの有意性は, $F_{(9, 162)} = 16.23$, $p < .001$, 調整済み $R^2 = .45$ であった。

5に示すとおり, 性と年齢を調整したうえで, まず「学校生活の充実度」と各変数との2変数間の関連について検討した。「学校生活の充実度」と「否定的感情」「不安」「HbA_{1c}値」とは各々有意な負の関係があり, 「肯定的感情」「情緒的支援者」「専門的支援者」とは各々有意な正の関係にあった。つまり「学校生活の充実度」は, 「罹病期間」を除いた全ての変数と有意な関連のあることが示された。

次に「学校生活の充実度」を従属変数に, 「否定的感情」「肯定的感情」「不安」「情緒的支援者」「専門的支援者」「罹病期間」「HbA_{1c}値」「年齢」「性別(ダミー変数)」を独立変数として重回帰分析を行った。その結果「学校生活の充実度」に影響を及ぼす要因は, 「否定的感情」($\beta = -.24$, $p < .001$), 「肯定的感情」($\beta = .25$, $p < .001$), 「情緒的支援者」($\beta = .24$, $p < .01$), 「HbA_{1c}値」($\beta = -.24$, $p < .001$)であった。つまり, HbA_{1c}値を低くコントロールできるほど, 1型糖尿病に対し「怒りを感じる」「受け入れにくい」などの否定的感情が弱いほど, 「何事にも負けない力を得ている」「人に優しくなれる」などの肯定的感情が高いほど, 「精神的に支えてくれる人」や「困ったときに助けてくれる人」など情緒的に支援する人がいるほど, 学校生活は充実していることが示された。このモデルの調整済み決定係数は $R^2 = .45$ ($p < .001$)であり, 「学校生活の充実度」の分散の45%がこれら9変数で説明されることが示された。

IV. 考 察

1. 本研究の対象と研究の限界

本研究は, これまでの療養行動や血糖コントロールを目的とする研究とは異なり, 子どもの生活の場から病気の子どもの生活の質を捉える観点に立ち, 病気を持ちながらも充実した学校生活を送ることにどのような心理社会的要因が関連しているのかを明らかにした。その要因

の考察に先立ち, 研究対象者における制約と本研究の限界について述べておく。

1型糖尿病の子どもの学校生活や自己管理行動等に関する研究は未だ数が少なく, しかもその対象者数はわずかで, 糖尿病キャンプや外来患者など限られている⁴⁻⁶⁾¹⁰⁾³⁷⁾。本研究は, 1型糖尿病の中学生と高校生という稀少な対象者に対し, 全国の患者会の協力を得ることによって全国規模の調査が可能となった。ただし, 対象者のプライバシーを保護するために, 研究者から対象者へ調査票を直接配布する方法ではなく, 全国の患者会代表者と地区の代表者を通じて対象者に依頼し配布するという形を取らざるを得なかった。その複雑さが, 回収率が低くなった要因のひとつであると考えられる。しかしながら, 小児慢性特定疾患治療研究事業の全国登録状況によれば, 小児の1型糖尿病の登録者数は12年度から16年度までは3,600人から3,800人程度で推移しており, 17年度は4,684人, 18年度は4,623人となっている³⁸⁾。このうち, 登録時に中学生と高校生の年齢にあたる13歳から18歳の人数は, 17年度2,540人, 18年度2,404人であり³⁸⁾、性別は, 女が男の約1.3倍であった。このデータからみると, 本調査の回収率は3割程度であるが, 日本における1型糖尿病の中学生, 高校生を対象とした全国規模の調査としては, これまでの対象者数に比べ大きな調査であると言える。ちなみに, 性別割合も女が男の1.7倍と, 全国の傾向とほぼ同様であり, 著しい偏りはみられなかった。

さらに今回の対象者は, 概ね自己管理行動がとれており, 1型糖尿病を持ちながらも充実した学校生活を過ごしているという結果から, 前向きに病気をとらえ, 適応している中・高校生が調査にも協力したというバイアスが考えられる。患者会に属していなかったり, この調査に回答しなかったりする中・高校生の自己管理行動や, 学校生活, 病気の受け入れに関する課題は多いかもしれ

ない。うまく適応していない中・高校生の状況を明らかにすることについては、本研究の結果からは限界があると思われる。彼らの医療機関への受診場面において、医師や看護師が把握している自己管理行動や、学校生活に関する課題についても今後検討する必要がある。これらの限界を踏まえた上で結果を解釈し、考察する必要がある。

しかしながら本研究は回収率が低いという限界のなかで、全国の1型糖尿病の中・高校生を対象とし、学校における自己管理行動と、新たに彼らの学校生活の充実度に影響を及ぼす心理社会的要因を明らかにした点で意義があり、病気の子どものQOLを考える学校保健領域の研究において、新たなエビデンスを付け加えることができたと考える。

2. 1型糖尿病の中・高校生の学校生活における自己管理行動

今回の結果、多くの子どもは学校における糖尿病の自己管理行動で示されたとおり、インスリン注射や血糖測定を面倒、仕方がないなどと思いつつも、それらの意味を理解したうえで、自己管理行動を行っていたことが明らかとなった。思春期は親からの自立の時期であり、1型糖尿病の自己管理行動についても、それまで親とともに行っていた行動を自分で管理していることが示されたともいえる。谷は、小学5年生から中学3年生までの1型糖尿病の子どもの療養行動を調査した結果、患児が決定する療養行動は、年齢とともに増加していること、患児自身が療養行動を自分で理解し判断している場合は、適切な療養行動をとっている子どもが多いことを報告している³⁷⁾。今回の結果は、谷の結果を支持するものともいえる。中学生や高校生が自ら適切な自己管理行動を選び行うためにも、医療者や保護者、教員等、その子どもに関わる大人は、この時期に子どもが望ましい自己管理行動を獲得できるようさらに支援する必要がある。

低血糖については、学校生活においてかなりの割合の子どもが低血糖を経験していることが推測されるにもかかわらず、学校で低血糖を我慢する子どもが多いことが示された。低血糖を我慢する理由として、「特別扱いされたくない」「目立ちたくない」などと挙げていることから、子どもたちは、友達との関係性のなかで、低血糖を我慢してしまうことがわかる。「あと少しで昼食の時間」「我慢すればなんとかなる」という理由についても、補食を摂ることへの抵抗があることが明らかとなった。学校で注射をする場所や補食を摂る場所として、教室と保健室が多く挙げられていた。複数回答であるにもかかわらずあまり回答が分散しなかったことから、毎日の場所は子どもによってほぼ決まっていることがわかる。子どもがトイレで注射や補食を行っていることは過去にも指摘されている⁴⁾⁵⁾³¹⁾が、現在も全国で変わらない現状であることが示された。なぜトイレで行っているかに関してその理由は聞いていないがトイレが少なからず挙げら

れていることは、衛生面での問題はもちろんのこと、児童生徒が生活する場としての環境面からも改善すべき問題である。トイレで行う理由としては、その子どもが周囲の人に病気の話をしていないという自己開示の問題や、周囲の理解が得られていないという問題、保健室や職員室が教室から遠いという環境面の問題など、いくつか原因はある。いずれにしても、教員が彼らに対して配慮することにより、トイレで注射をしたり、補食を食べたりする問題は解決される。また糖尿病の子どもの活動制限は特に必要ないにもかかわらず、今回の結果、制限を受けたり付き添いを求められたりしている場合もあった。低血糖を我慢したり、注射や補食をトイレで行ったり、活動制限を受けたりしている結果から、1型糖尿病の子どもの理解や学校の環境整備は未だ進んでいない現状が明らかとなった。

クラス全員の友達に病気のことを話している者は4割に留まっていた。これは自分のことを話すことに抵抗を示す中・高校生という対象の年齢的なバイアスがあるかもしれない。病気を隠しながら学校生活やその後の社会生活を過ごすことは難しい。自分の病気を話すことにより、インスリン注射や補食への理解が得られるなど利点は大きく、今後、病気を持ちながら生活するうえで必要な事項が説明できるような支援が必要であることが示された。

以上のことから、1型糖尿病の中・高校生の学校生活の課題としては、彼らが友達との関わりのなかで低血糖を我慢したり、補食を摂ったりすることに抵抗があること、注射や補食の場所などの学校環境の整備の必要があること、1型糖尿病に対する教職員の知識や理解が少ないこと、が示された。しかしながら本人と保護者だけでは、彼らの抱える諸問題に対応できない。1型糖尿病のように絶対数が少ない疾患の知識や理解とその支援方法については、対象となる児童生徒が入学した時点で、教員や保護者など当事者が苦勞しながら対応する現状もある⁷⁾。そのため、1型糖尿病の知識や理解、彼らへの支援方法について、教員への啓発活動を行うとともに、行政の教員研修や教員養成の段階で取り組む必要がある。

3. 1型糖尿病の中・高校生の学校生活に影響する心理社会的要因

学校生活の充実度に影響する要因の重回帰分析からは、1型糖尿病を持ちながら充実した学校生活を過ごすためには、HbA_{1c}を良好にコントロールすることと、病気に対する否定的感情を弱め、肯定的な感情を強めること、さらに情緒的な支援の多さが重要であることが明らかとなった。

思春期は自我が芽生え、自立心が強くなる一方、精神的に不安定で感受性や反抗心も強くなる時期である³⁹⁾。仲間と違う行動をとることに敏感なこの時期の中・高校生にとって、HbA_{1c}を良好にコントロールすることは、学校で低血糖の予防や対処のために補食を摂らずにすむ、

高血糖でしばしばトイレに行かずにすむことになり、学校生活の充実にもつながると考えられる。

1型糖尿病の中・高校生が、1型糖尿病のために怒りを感じる、1型糖尿病のために不利なことが多いように感じる、などの「否定的感情」を持つことは、自分に自信をなくしたり、自己管理行動をおろそかにしたりすることにもつながる。その結果、高血糖になって物事に集中できなくなったり、低血糖を起こしたりすることにより、充実した学校生活を過ごすことができなくなることもある。その反対に、1型糖尿病のために、何事にも負けない力を得ている、人に優しくなれる、たくましく成長しているという「肯定的感情」を持つことは、病気を持ちながら生活する意味を中・高校生自身が受容し、自己成長しているとも言え、これが学校生活の充実に影響すると考えられる。

そこで今後学校生活において、彼らに対し、病気に対する否定的感情を弱め、肯定的感情を強める支援の方法を考える必要がある。具体的には、対人関係での悩みや葛藤への対処、病気の受容、セルフエスティームの向上に関する教育プログラムの作成や、ソーシャルスキル訓練のプログラムの開発が望まれる。

保健・医療分野の研究では、ソーシャルサポートの働きとして、自己管理行動や治療へのアドヒアランスや行動変容の維持に役立つこと、ストレスの影響を和らげる働きがあること、幸福感や生きがい感、QOLを高めることなどが指摘されている⁴⁰⁻⁴²⁾。また、日本人からのソーシャルサポートが増えると、日系ブラジル人児童生徒の学校適応感が高くなること⁴³⁾や、困ったことを家族に相談しない女子中学生は、心の健康度が低いこと⁴⁴⁾、ソーシャルサポートの認知と唾液中コルチゾール濃度の分泌リズムとの関連から、心理社会的学校環境の中でも、特に親や教師との関わりが児童の心身の健康に影響すること⁴⁵⁾、家族の関係性や、家族以外の人々との関係性、社会との関係性が強いほど、プラウダー・ウィリー症候群児の母親のQOLは高いこと⁴⁶⁾、などが報告されている。これらはいずれも支援者の存在により、社会的健康度が高くなることを示しているといえよう。これらの報告に加えて、我々は本研究において、1型糖尿病の中・高校生においても、情緒的支援者の存在が学校生活の充実度を高めるうえで重要な役割を果たしていることを明らかにした。

しかしながら、病気を持つ子どもに対しどのような言葉かけをし、理解を示したらよいかについて、教員はほとんどトレーニングされていない。そのため糖尿病の心理社会的問題を支援できる専門家の養成が必要であるとともに、学校などの組織において病気を持つ子どもの心理社会的サポート体制を構築する必要性が示唆された。今後我が国において、1型糖尿病の子どものQOLの測定や、それを高めるために必要な支援方法を研究する必要もある。

V. 結 論

本研究は、子どもの生活の場から病気の子どもの生活の質を捉える観点に立ち、病気を持ちながらも充実した学校生活を送るための心理社会的要因を明らかにした。

1. 1型糖尿病の中学生・高校生の多くは注射や血糖測定を「面倒」「仕方がない」と思いつつ、「血糖測定を指示どおりに行う」などの自己管理行動をとりながら、充実した学校生活を過ごしていた。その一方、教員の理解や、学校で注射や補食を摂る場所などの環境整備の必要が示唆された。
2. 1型糖尿病の中学生・高校生の学校生活の充実度に影響を及ぼす要因は、HbA_{1c}の値と、病気に対する否定的感情を弱め、肯定的な感情を強めること、情緒的に支援してくれる者の存在であることが明らかとなった。

付 記

本研究の要旨は、第55回日本学校保健学会学術集会にて発表した。また本研究は、平成18年度—平成20年度科学研究費基盤研究(C)課題番号18592413「糖尿病を持つ子どもの自己管理行動を促すための学習支援」(研究代表者：竹鼻ゆかり)の一環として共同で遂行、執筆された研究成果の一部である。

文 献

- 1) 日本糖尿病学会：I総論。(日本糖尿病学会)。小児・思春期糖尿病管理の手引き：1-53, 南江堂, 東京, 2001
- 2) 西村理明, 田嶋尚子：日本人糖尿病の疫学。からだの科学 増刊 糖尿病 2005：82-87, 2005
- 3) 堀内久美子：慢性疾患をもつ児童生徒の支援—学校, 家庭, 地域の連携—。保健の科学 46：742-748, 2004
- 4) 宮川しのぶ, 津田朗子, 西村真実子ほか：1型糖尿病患儿の学校における療養行動 (1)療養行動に伴う困難感。小児保健研究 61：457-462, 2002
- 5) 津村直子, 夏井明子：インスリン依存型糖尿病児の学校生活における現状と課題。北海道教育大学紀要(教育科学編) 54：119-127, 2004
- 6) 国吉 緑, 具志堅美智子, 宮城こずえほか：小児糖尿病患者の療養行動と学校生活の実際。日本糖尿病教育・看護学会誌 7：107-114, 2003
- 7) 竹鼻ゆかり, 朝倉隆司, 高橋浩之：1型糖尿病を持つ子どもの学校生活における現状と課題。東京学芸大学紀要芸術・スポーツ科学系 60：233-243, 2008
- 8) 竹鼻ゆかり, 朝倉隆司, 高 敏 学ほか：糖尿病を持つ子どもに対する養護教諭の支援の課題。日本健康相談活動学会誌 3：48-67, 2008
- 9) 竹鼻ゆかり, 岡田加奈子, 朝倉隆司：医療ニーズの高い児童・生徒の対応に関する養護教諭の現状と課題—フォーカスグループインタビューによる検討—。日本養護教諭教

- 育学会誌 9 : 62-72, 2006
- 10) 中村伸枝, 兼松百合子: 10代の小児糖尿病患者のストレスと飲酒・喫煙・食べて気をまぎらす対処行動; 健康児との比較と縦断的变化. 日本糖尿病教育・看護学会 1 : 76-83, 1998
- 11) 今田 進, 中村伸枝: 第16章 成長発育・思春期. (佐々木 望). 新小児糖尿病 治療と生活, 133-139, 診断と治療社, 東京, 2005
- 12) La Gereca AM, Bearman KJ: The diabetes social support questionnaire-family version: evaluating adolescents' diabetes-specific support from family members. *Journal of Pediatric Psychology* 27 : 665-676, 2002
- 13) Wagner J, Heapy A, James A et al.: Glycemic control, quality of life, and school experiences among students with diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 31 : 764-769, 2006
- 14) Bearmann KJ, La Greca AM: Assessing friend support of adolescents' diabetes care: the diabetes social support questionnaire-friends version. *Journal of Pediatric Psychology* 27 : 417-428, 2002
- 15) Wiebe DJ, Berg CA, Korbel C et al.: Children's appraisals of maternal involvement in coping with diabetes: enhancing our understanding of adherence, metabolic control, and quality of life across adolescence. *Journal of Pediatric Psychology* 30 : 167-178, 2005
- 16) Hains AA, Berlin KS, W. Davis H et al.: Attributions of teacher reactions to diabetes self-care behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, April : 1-11, 2008
- 17) Jonson SB, & Perwien AR: Insulin-dependent diabetes mellitus. In: Koot HM & Wallander JL eds. *Quality of Life in Child and Adolescent Illness*. Vol. 1, 373-401, Brunner-Routledge, New York, 2001
- 18) Jenkinson C.: Quality of life measurement: does it have place in routine clinical assessment? *Journal of Psychosomatic Research* 38 : 377-381, 1994
- 19) Guyatt GH, Feeny DH, & Patrick DL: Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine* 118 : 622-629, 1993
- 20) Watkins K, Connell CM: Measurement of health-related QOL in diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 22 : 1109-1126, 2004
- 21) Ingersoll GM, & Marrero DG: A modified quality-of-life measure for youths: Psychometric Properties. *The Diabetes Educator* 17 : 114-118, 1991
- 22) 二宮啓子: 小児糖尿病に関する看護研究の動向と課題. *小児看護* 26 : 892-896, 2003
- 23) 石崎優子: 思春期を迎える慢性疾患の心理的問題. *小児看護* 28 : 190-193, 2005
- 24) 稲田 浩: 病気の子どもの教育支援プログラム 1型糖尿病の子どもの教育支援プログラム. *小児看護* 30 : 1550-1554, 2007
- 25) 松浦和代: 第2章 病気の子どものトータル・ケアと心理社会的支援 第1節 病気の子供のトータル・ケア. (谷川弘治, 駒松仁子, 松浦和代 ほか編). *病気の子どもの心理社会的支援入門*, 55-79, ナカニシヤ出版, 京都, 2004
- 26) 中村伸枝, 松浦信夫, 佐々木望ほか: 1型糖尿病をもつ子どもと健康児のQOLの比較. *糖尿病* 49 : 11-17, 2006
- 27) 内潟安子: 〈心理的支援〉1型糖尿病患者への心理的支援—とくに思春期を含めた若年1型糖尿病に対して. *内科* 97 : 128-132, 2006
- 28) 今野美紀, 兼松百合子, 中村伸枝ほか: 日常生活において小児糖尿病患者の親が体験する困難なこと; 外来において親が看護婦に表現したことの分析. *日本糖尿病教育・看護学会* 2 : 4-11, 1998
- 29) 浦上達彦, 久保田茂樹, 藤井真一郎ほか: 小児インスリン依存型糖尿病 (IDDM) 児の学校生活における問題点. *子どもの心とからだ* 日本小児心身医学会雑誌 4 (1, 2) : 30-35, 1995
- 30) 関 秀俊, 宮川しのぶ, 津田朗子ほか: 1型糖尿病児の学校における療養行動(2)病気公表の療養行動への影響. *小児保健研究* 61 : 463-469, 2002
- 31) 板谷信雄, 北沢麻貴, 倉田敦代ほか: インスリン依存型糖尿病をもつ児童・生徒の学校生活の実態とニーズ調査. *九州保健福祉大学研究紀要* 4 : 209-214, 2003
- 32) 兼松百合子, 天野洋子編著: 学校関係者のための糖尿病児童生徒支援マニュアル〜よりよい学校生活のために〜. 青山社, 神奈川, 2007
- 33) 日本糖尿病学会編: 小児・思春期糖尿病管理の手引き. 南光堂, 東京, 2001
- 34) 青野繁雄, 兩宮 伸, 五十嵐裕ほか: 8章 1型糖尿病と学校生活. (日本小児内分泌学会糖尿病委員会). *こどもの1型糖尿病ガイドブック*, 92-99, 文光堂, 東京, 2007
- 35) 山本嘉一郎: 1. 共分散構造分析とその適用. (山本嘉一郎, 小野寺孝義). *Amosによる共分散構造分析と解析事例*, 1-22, ナカニシヤ出版, 京都, 1999
- 36) 豊田秀樹: 適合度指標. 共分散構造分析[Amos編], 236-245, 東京図書, 東京, 2007
- 37) 谷 祥江: 小児糖尿病患者の療養行動における主体性に関する研究. *日本糖尿病教育・看護学会誌* 2 : 88-96, 1998
- 38) 国立成育医療センター研究所 成育政策科学研究部 【小児慢性特定疾患治療研究事業】 1, 全国の小児慢性特定疾患治療研究事業の登録人数. Available at : <http://www.nch.go.jp/policy/shoumann.htm>. Accessed June 23, 2009
- 39) 吉田直樹: 第5章 感情の発達. (今泉信人, 南 博文). *人生周期の中の青年心理学*, 61-72, 北大路書房, 京都, 1991
- 40) 松本千明: 第6章 ソーシャルサポート (社会的支援).

- 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に—, 62-74, 医歯薬出版, 東京, 2002
- 41) 金 外淑, 島田洋徳, 坂野雄二: 慢性疾患患者におけるソーシャルサポートとセルフ・エフィカシーの心理的ストレス軽減効果. 心身医学 38: 317-323, 1998
- 42) 上野徳美: 第9章 ソーシャルサポートとヘルスケアシステム. 健康心理学概論, 133-148, 実務教育出版, 東京, 2002
- 43) 朝倉隆司: 日系ブラジル人児童生徒における日本での生活適応とストレス症状の関連—愛知県2市の公立小・中学校における調査から—. 学校保健研究 46: 628-647, 2005
- 44) 松浦英夫, 竹下達也: 小中学生の心の健康と生活習慣・家庭環境. 学校保健研究 49: 417-424, 2008
- 45) 岸本 梢, 高倉 実, 小林 稔ほか: 小学生の心理社会的学校環境と唾液中コルチゾール濃度との関連. 学校保健研究 49: 117-126, 2007
- 46) Hohashi N, Kobayashi K, Takagi A: Investigation children with Prader-Willi syndrome, covering their school lives, quality of life and mothers. JPN J School Health 50: 18-26, 2008

(受付 09. 03. 31 受理 09. 09. 12)

連絡先: 〒184-8501 東京都小金井市貫井北町4-1-1
東京学芸大学 芸術・スポーツ科学系 養護教育講座

(竹鼻)

報 告

3つの肥満判定指標別にみた仙台市児童・生徒の 肥満児の出現率について

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

Prevalence of Obesity in Sendai Schoolchildren, Using Three Different Definitions for Obesity.

Naoyuki Kurokawa, Hiroshi Satoh

Environmental Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine.

For defining overweight and obesity in children, reference values for the body mass index (BMI) are available from the International Obesity Task Force (IOTF). In addition, there are two definitions for overweight and obese children in Japan. One is based on gender-, age-, and height-specific assessment (the percent ideal body weight method); the other is Hibi's method, which is an evaluation using the standard body weight determined by a formula including sex and height. However, since these reference criteria differ, they may produce different estimates of overweight and obesity.

The aim of this study was to compare the prevalence of overweight and obesity in schoolchildren calculated using these three different methods. This study included a sample of 17,547 schoolchildren in the 6th grade of primary school (6thPS) and in the 3rd year of junior high school (3rdJHS). The Cochran Q test was used for comparison of the prevalence of overweight among these three definitions. Depending on the method used, the prevalence of obesity in 6thPS group ranged from 8.9% (girls: Hibi's method) to 18.4% (boys: IOTF method). Furthermore, the prevalence of obesity in 3rdJHS ranged from 7.2% (boys: Hibi's method) to 13.4% (boys: IOTF method). The overall prevalence of obesity in boys was higher than in girls. The kappa indices in this study group were all high, and ranged from 0.650 (3rdJHS, boys: IOTF method-Hibi's method) to 0.935 (6thPS, girls: the percent ideal body weight method-Hibi's method). However, the prevalence of obesity according to the three definitions significantly differed among the three groups.

There was variation in the prevalence of obesity, although there were high correlations in the concordance rate when using the different methods. Accordingly, care should be taken when interpreting the prevalence of obesity using these cutoff definitions.

Key words : obesity, definition, prevalence

肥満, 基準, 出現率

I. はじめに

学齢期における児童・生徒が肥満である場合、高血圧症や脂質異常症を合併していたり、それらの発症リスクの高まることが知られている¹⁾。従って、学齢期からの肥満の予防は将来の疾病発症を予防する上でも重要な課題となる。特に学齢期における児童・生徒の肥満者が増加してきた背景²⁾から、肥満予防の重要性が今まで以上に認識されてきている。

今日、成人の肥満判定は主にBody Mass Index (BMI)で行われることが多いが、小児の肥満判定に対する体格指数は一定の方法が定まっているわけではなく、いくつかの方法が示されている。小児の肥満判定にBMIを用いることについて、肥満判定に完璧な指標ではないが、妥当性をもつ指標であると1999年および2007年に繰り返し報告されている^{3,4)}。また、2000年にはInternational

Obesity Task Force (IOTF) から成人との整合性を考慮したBMIを用いた小児のための肥満判定基準が示されている⁵⁾。日本における児童・生徒の肥満判定には、年齢や発育段階を考慮した性・年齢・身長別の標準体重に基づく肥満度が用いられることが多く⁶⁾、BMIはあまり用いられていない。しかし、標準体重に基づく肥満判定は肥満度の算出が煩雑であるため、学校現場ではローレル指数なども用いられてきた⁷⁾。

しかし現在、複数の肥満判定指標が存在していることにより、学校現場、また養護教諭の多くが、どの指標を使用すればいいのか戸惑うことも指摘されている^{7,8)}。この点に関して、総務省では小児医療に関する行政評価・監視結果報告書において、肥満傾向児の出現率の違いについて示し、速やかに児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一を図る必要性について報告している⁹⁾。このことは、使用されている基準値が異なるために、出現率に違

いが生じたと解される。しかし、いずれの判定基準も身長と体重のみを用いた判定基準であった。従って、肥満傾向児の抽出は高い確率で一致すると推察されるが、具体的にその判定指標間の一致率には触れられていない。

そこで本研究では、代表的な肥満判定指標を用い、それぞれの方法から肥満者の割合を算出し、学齢期における児童・生徒の肥満を判定する指標の違いにより、肥満の判定がどの程度異なるのか、またどの程度一致しているのかについて検討を行った。

II. 方 法

・対象者

対象者は仙台市内の全小・中学校（小学校：123校，中学校：63校）に在籍する小学6年生と中学3年生の男女17,547人である（表1）。今回は平成19年4～6月までに行われた学校健診時に測定された値が解析に用いられた。

・肥満傾向児の判定方法について

本研究では、3つの判定基準を用いた。(1)2000年にIOTFにより示されたBMIを用いる方法（IOTF法）であり、過体重児と肥満児を判定する⁹⁾。IOTF法は、18歳におけるBMI値25kg/m²および30kg/m²に対応するzスコアを算出し、そのzスコアに相当する各年齢のBMI値を基準値とするものである。なお本研究では、過体重児と肥満児を併せて、肥満傾向児とした。(2)性・学年・身長別標準体重（標準体重法）を用いる方法（平成18年度以降の学校保健統計調査で使用）である。身長別標準体重は平成12年度乳幼児身体発育調査の結果に基づき設定された係数を用いて標準体重を算出し、この標準体重より体重が20%以上大きい場合、肥満傾向児と判定する方法である⁶⁾。(3)日比逸郎氏により提唱された方法（日比法）であり、計算式に身長を代入することで算出された標準体重より体重が20%以上大きい場合、肥満とする方法を用いた¹⁰⁾。なお、本研究では肥満と判定された児を肥満傾向児とした。

・統計解析

性・学年別に解析を行った。身長、体重およびBMIについては、平均値±標準偏差で示した。また、判定指標

別にみた肥満傾向児の出現率の比較にはCochranのQ検定を用い、多重比較はRyanの方法に依った。さらに、2つの判定指標で判定が一致した人数を対象者数で除することで判定指標間における一致率を算出するとともに、一致係数であるカッパ係数を合わせて算出した。統計学的有意水準は危険率5%未満とした。なお、統計学的解析はStata/SE ver.9.2 (Stata Corp, Texas, USA) およびR ver.2.8.0(The R Foundation for Statistical Computing)を用いた。

III. 結 果

性・学年別に解析対象者数、身長、体重およびBMIの平均値および標準偏差を表1に示した。小学6年生の身長の平均値は、男子に比し、女子で統計学的に有意に高値を示した（ $p < 0.05$ ）。しかしながら、体重の平均値についてみると、身長とは異なり、男女間に有意な差は認められなかった。中学3年生の身長および体重の平均値は、小学6年生の結果とは異なり、女子に比し、男子で統計学的に有意に大きい値を示した（ $p < 0.05$ ）。

表2に性・学年別に肥満傾向児の出現率について示した。小学6年生の肥満傾向児の割合についてみると、男女ともにIOTF法により算出された出現率が最も大きい値を示した。中学3年生の肥満傾向児の割合は男子ではIOTF法で、女子では日比法により求められた出現率が最も大きい値を示した。性・学年別に χ^2 検定を行った結果、肥満傾向児の出現率は判定基準間で統計学的に有意に異なった。また、多重比較を行った結果、IOTF法—標準体重法、IOTF法—日比法および標準体重法—日比法の判定基準間でも、肥満傾向児の出現率に統計学的な有意差が認められた（ $p < 0.05$ ）。

次に判定基準間の一致性について、判定の一致率および一致係数であるカッパ係数について表3に示した。判定の一致率はいずれの基準間において、90%以上の非常に高い値を示し、最も低い値でも93.46%（中学3年生男子：IOTF法—日比法）であった。また、各基準間におけるカッパ係数は0.650～0.935と高く、統計学的に有意な値を示した（ $p < 0.05$ ）。

表1 対象者の身長、体重およびBody Mass Index (BMI)

	対象者数 (人)	身長 (cm)	p	体重 (kg)	p	BMI (kg/m ²)	p
小学6年生							
男子	4,587	145.8±7.31	<0.05	39.7±9.63	n.s.	18.5±3.40	<0.05
女子	4,389	147.3±6.56		39.6±7.98		18.1±2.81	
中学3年生							
男子	4,465	166.0±6.67	<0.05	55.4±10.34	<0.05	20.0±3.13	<0.05
女子	4,106	157.0±5.26		51.0±8.43		20.6±3.10	

数値は平均値±標準偏差を示す。

p値は男女間の比較（t検定）の結果を、n.s.は統計学的な有意差がないことを示す。

表2 肥満判定基準別にみた肥満傾向児の出現率

	対象者数 (人)	IOTF法	標準体重法	日比法	χ^2 検定
小学6年生					
男子	4,587	845 (18.4)	598 (13.0)	772 (16.8)	53.27, $p < 0.05$
女子	4,389	538 (12.3)	438 (10.0)	389 (8.9)	28.08, $p < 0.05$
中学3年生					
男子	4,465	598 (13.4)	498 (11.1)	323 (7.2)	93.44, $p < 0.05$
女子	4,106	469 (11.4)	366 (8.9)	529 (12.9)	34.53, $p < 0.05$

数値は肥満傾向児数(単位は人, かつこ内は%)を示す。
 χ^2 検定の結果は χ^2 値と危険率を示す。

表3 性・学年別にみた肥満判定基準の一致率(%)およびカッパ係数

	IOTF法—標準体重法	IOTF法—日比法	標準体重法—日比法
小学6年生			
男子	93.83% (0.769)	95.05% (0.830)	95.90% (0.839)
女子	96.04% (0.800)	95.56% (0.766)	98.88% (0.935)
中学3年生			
男子	97.45% (0.882)	93.46% (0.650)	96.01% (0.762)
女子	97.49% (0.863)	95.52% (0.790)	94.96% (0.742)

数値は一致率, かつこ内はカッパ係数をそれぞれ示す。

IV. 考 察

学校保健統計調査報告によると我が国における肥満傾向児の出現率は1971年(昭和46年度)には3%程度¹¹⁾であったが, 2005年(平成17年度)には男女とも10%程度¹²⁾となり, 約3倍に増加している。学齢期における肥満は成人期における肥満へと移行するトラッキング現象が認められており, 生活習慣病の発症基盤になることが知られている¹³⁾。さらに, 今日では学齢期から既に脂質異常症や耐糖能異常などの肥満に起因する生活習慣病を発症するケースもまれではなく, 小児期の肥満を早期に発見し, 生活習慣を改善することの重要性が指摘されている¹⁴⁾。そのためにも学校現場で教師が子どもたちの肥満の程度を簡便に正しく判定することが求められている。

総務省では, 肥満傾向児の判定について小児医療に関する行政評価・監視結果報告書において, 判定指標別の出現率について検討している。対象学年は本研究と同じ, 小学6年生と中学3年生であったが, 各判定指標間で, 約5%~10%程度出現率が異なることが観察されている。このような相違点や各学校で使用している判定指標の違いなどがあることから, 児童・生徒の肥満傾向の判定方法の統一を図ることを求めている⁹⁾。

本研究では, 判定指標間で最大で6.2%の出現率の違いが認められたが, これは総務省の報告とほぼ同程度かやや少ない出現率の違いであった。なお, 本研究ではBMIを用いる判定での基準値は総務省のそれとは異なり, IOTFにより示された基準値を用いた。IOTFにより示

されている基準値は小学6年生(11歳~12歳)で約21kg/m², 中学3年生(14歳~15歳)で約23~24kg/m²である⁵⁾。総務省の報告では小学生, 中学生ともに26kg/m²と成人の基準値とほぼ同等であった。従って, 総務省の報告における肥満傾向児の出現率の差異は本研究よりも大きい10%程度になったものと解された。そこで本研究では, このようなことを考慮し学齢期にある子ども向けに作成されたBMIの基準値を用い, 判定基準間で肥満の出現率を観察した。本研究では, 数パーセントの出現率の違いではあったが, 統計学的に有意に異なることが認められた。このことから, 地域間や学校間など, 集団として肥満の出現率を比較, 観察する際には, 同じ判定基準を用いるなど, 十分な配慮が必要であると考えられた。

さらに本研究では, 3つの肥満判定指標を用い, どの程度判定が一致しているのかを検討した。その結果, 一致率を示すカッパ係数は0.65以上と高い値を示すとともに, 統計学的に有意な相関関係が認められた。加えて, 全ての判定指標間における一致率も90%以上と高い値を示した。

学校現場における肥満の判定には, 多くの小・中学校で性・年齢別・身長別標準体重を用いた肥満度が採用されていることが報告されている^{7,8)}。平成18年度から学校保健統計調査報告書に性・年齢別標準体重を算出する回帰式が掲載され⁶⁾, 肥満度の算出方法が変わったが, コンピュータを用いることにより, 判定は容易となっている。標準体重法に関しては, 妥当性に関して多くの検討がなされ, コンセンサスが得られている¹⁵⁾。この標準体

重を算出する式は平成12年度乳幼児身体発育調査の結果に基づき作成された回帰式である。日比法も計算式に身長測定値を当てはめ、標準体重を算出し肥満度を計算する方法であるが、この式は昭和40年代に示されたものである。また、IOTF法の判定基準作成時に用いられたデータは1960年代から90年代にかけて報告された値であった。発育期の体格の時代的变化が未だに続いている^{6,16)}ことを考慮するならば、算出された値が標準体重もしくは基準値として、必ずしも適切ではないことが推察できる。学校保健（安全）法に基づいて、身体計測が行われていることから、これらのデータを用いて、毎年基準値を改訂することが適切であるが、現実的に難しい。従って、出来るだけ最新のデータを用いて作成された判定基準が利用できることが望ましいと考える。

今回の結果では、標準体重法とIOTF法および日比法とIOTF法による肥満判定で高い一致率を示したことから、これまで学校現場で多く使われてきた肥満度による判定に加え、個人の肥満判定にIOTF法による判定も使用することができる可能性が示された。しかし、IOTF法を用いた場合、他の2法に比べて肥満傾向児の出現率が高値傾向を示した。今回の対象学年は小学6年生と中学3年生と思春期にあたる2学年分に限定されている。若年者の各年齢について体重を身長の指数として表すためにアロメトリー式を求め、身長の指数である相対成長係数を調べた結果によると年齢によって変動することが示されている。その係数は6歳で2.5前後を示し、思春期で3を超え、17歳で男女ともに2前後になる結果が報告されている¹⁷⁾。このことは学齢期にある子どもたちの肥満判定にBMIを用いる方法が適切ではない、すなわち過大評価している可能性を示唆している。日本肥満学会小児適正体格検討委員会では、2001年の報告で、BMIは肥満度とともに、過体重の評価に有用な指標としながらも、肥満度20%を小児肥満判定の基準として採用している¹⁸⁾。また、IOTFの会議でBMIが肥満判定の妥当な体格指数であることを示しているものの、その他の年齢・学年で本検討と同様の結果が得られるかどうかについて、さらなる解析が必要であると考えられる。

現在、文部科学省の学校保健統計調査報告において、標準体重法が児童・生徒の肥満傾向を判定する方法として用いられている。しかし、思春期（第2次性徴期）における集団の体重の変動係数は大きいことが知られている¹⁹⁾。これは体重のばらつき具合が大きく、思春期の成長パターンが個人間で大きいことを指している。従って、この時期における肥満判定は単なる一時点での評価にとどまらず、縦断的な観察による評価も用いる必要がある。また、標準体重を算出して判定に用いる日比法についてみると、算出式は性・身長のみを考慮しており、年齢について加味されていない。総務省の報告では、女性ホルモンの影響などにより年齢とともに脂肪が蓄積されるのは生理的な現象であり、標準体重も年齢により変わ

ることが当然であることが指摘されている⁹⁾。また、発育期における身体組成に違いのあることが知られている¹⁷⁾ことから、標準体重を用いて肥満判定を行う際には注意が必要と考えられる。

このようなことから、複数の指標を用いて、肥満を判定することもできるのではないかと考える。例えば、一個人に対して、標準体重法を用いて、肥満度を観察したとき、ちょうど+20%となった時、すなわち数値として肥満傾向児として判定されるような時、さらに日比法やIOTF法を用いて、児を観察し、総合的に肥満傾向児であるのか、否かを検討することが出来るのではないかと考える。既に複数の判定指標を用いて、個別指導を行い、児童の肥満解消の取り組み効果を上げている学校も存在しているとの報告もなされている⁹⁾。

本研究では、3種類の肥満判定の基準を用い、判定間にどの程度相違が見られるかを解析し、いずれの判定指標を用いてもほぼ同等の判定を行うことができることを示した。しかし、どの指標が肥満の判定に適切であるかを検討したものではない。学校のような集団における肥満の判定では、その簡便性が求められることから、標準体重法を始めとした、身長や体重などの体格指数を用いる評価の有用性は変わらないと考えられる。肥満は体脂肪の異常な蓄積を指すことから、体脂肪量の測定が本質的な要件となろう。従って、体格指数を用いた評価法の簡便性を利用しつつ、肥満傾向の最終的な判定にあたっては、例えば、皮下脂肪厚や多周波インピーダンス法等を用いて、過剰な体脂肪蓄積がどの程度あるのか等を観察する必要があると考える。

追記

本報告の一部は第55回日本学校保健学会および第79回日本衛生学会にて発表した。

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へ感謝いたします。

文献

- 1) 小宮秀明, 宇佐見隆廣, 佐伯圭一郎ほか: 中学生の肥満と動脈硬化促進因子との関連性について. 学校保健研究 41: 57-66, 1999
- 2) Matsushita Y, Yoshiike N, Kaneda F, et al.: Trends in childhood obesity in Japan over the last 25 years from the national nutrition survey. *Obes Res* 12: 205-214, 2004
- 3) Franklin MF: Comparison of weight and height relations in boys from 4 countries. *Am J Clin Nutr* 70: 157S-162S, 1999
- 4) Barlow SE: Expert committee recommendations re-

- garding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity : summary report. *Pediatrics* 120 Suppl 4 : S164-192, 2007
- 5) Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et al. : Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 320 : 1240-1243, 2000
 - 6) 文部科学省 : 平成19年度学校保健統計調査報告書. 国立印刷局, 東京, 2008
 - 7) 藤原寛, 井上文夫 : 学校現場における肥満判定とその問題点. *肥満研究* 12 : 214-219, 2006
 - 8) 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. *学校保健研究* 46 : 505-519, 2004
 - 9) 総務省行政評価局 : 小児医療に関する行政評価・監視結果報告書. 2007. Available at : http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/2007/070912_2_3.html. Accessed 2009年6月20日
 - 10) 日比逸郎 : 肥満症. (荒川雅男, 永山徳郎, 山田尚達編) 現代小児科学大系 第4巻 栄養障害と代謝障害, 330-343, 中山書店, 東京, 1968
 - 11) 文部省 : 昭和46年度学校保健統計調査報告書. 大蔵省印刷局, 東京, 1972
 - 12) 文部科学省 : 平成17年度学校保健統計調査報告書. 国立印刷局, 東京, 2006
 - 13) 西田誠 : 小児肥満の頻度と予後は?. (徳永勝人編) 肥満Q & A, 160-162, 医薬ジャーナル社, 大阪, 2001
 - 14) 黒川修行, 小宮秀明, 宇佐見隆廣ほか : 学齢期における動脈硬化危険因子の軽減・是正の可能性について. *学校保健研究* 41 : 533-543, 2000
 - 15) 村田光範 : 子どもの肥満. *保健の科学* 46 : 156-161, 2004
 - 16) 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). *学校保健研究* 46 : 543-553, 2004
 - 17) 服部恒明 : 発育期のBody Mass Indexと身体組成. *体育学研究* 51 : 435-446, 2006
 - 18) 朝山光太郎, 村田光範, 大関武彦 : 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 : 96-102, 2002
 - 19) 村田光範 : 小児期の至適体重について. *東京女子医科大学雑誌* 57 : 1115-1121, 1987
- (受付 09. 04. 17 受理 09. 09. 12)
- 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)

会報

平成21年度 第2回日本学校保健学会理事会議事録

日 時：平成21年10月4日(日) 11:00~14:30

場 所：東京都渋谷区広尾4-3-1 聖心女子大学1号館203教室

出席者：實成文彦(理事長)、植田誠治・岡田加奈子・瀧澤利行・松本健治・宮下和久(常任理事)、
市村國夫・大津一義・数見隆生・鎌田尚子・川畑徹朗・後藤ひとみ・小林正子・笹嶋由美・佐藤 理
白石龍生・鈴江 毅・高倉 実・高橋浩之・友定保博・中川秀昭・野津有司・野村良和・三木とみ子
宮尾 克・村松常司・森岡郁晴・横田正義(理事)、
出井美智子・村田光範(監事)、上地 勝(幹事)

委任状提出者：佐藤祐造・門田新一郎・山本万喜雄・渡邊正樹

今回議事録署名人の指名：森岡郁晴・横田正義

理事長挨拶

實成文彦理事長より挨拶があった。

前回議事録確認

確認、修正の上、了承された(資料1)。

1. 審議事項

- (1) 学会倫理綱領に基づくガイドライン、倫理委員会規定、特別委員会「倫理委員会」の発足について
宮下法・制度検討委員会委員長より、資料2、3に基づき説明があり、審議が行われた。法・制度検討委員会、
学術委員会、編集委員会から各1名ずつ推薦された3名の委員により、準備委員会を作って検討を進めていくこ
ととした。
- (2) 名誉会員の推戴について
瀧澤庶務担当常任理事より、資料4に基づき説明があり、3氏の推薦が承認された。なお、候補者の推薦手続
きに関する申し合わせ、書式等については今後検討することとした。
- (3) 平成20年度決算案について
資料5に基づき事務局より説明があり、審議の上、了承された。
- (4) 平成22年度予算案について
資料6に基づき事務局より説明があり、審議の上、了承された。
- (5) 第56回日本学校保健学会(沖縄)について
高倉年次学会長より、資料7に基づき演題数、プログラム、新型インフルエンザへの対応(追加資料)等につ
いて説明があった。新型インフルエンザの影響により現地開催が不可能になった場合は、誌上発表の形式で開催
することが確認された。
- (6) 第57回日本学校保健学会(埼玉)について
三木次期年次学会長より、第1回実行委員会(9/11)、準備状況について報告があった。
- (7) 第58回日本学校保健学会について
数見理事より、年次学会長の選考状況について説明があった。北陸地区開催で調整が進められてきたが、今後
は北海道、東北地区を中心に東日本ブロック全体で調整していくこととなった。
- (8) その他
 - 1) 総会、評議員会準備について
事務局より、日程について説明があった。
 - 2) 選挙管理委員の選出について
瀧澤庶務担当常任理事より、前回の選出過程について説明があり、審議の上、次回も同様の手順で実施する
こととなった。なお、法・制度検討委員会において、選挙管理委員の選出規定も含め選挙管理委員会規定につ
いて検討することとなった。

2. 報告事項

(1) 委員会関係

- 1) 法・制度検討委員会
倫理委員会規定、役員等について検討を進める旨報告があった(資料8, 9).
- 2) 学会誌編集委員会
School Health, 学校保健研究の各編集委員会, 合同編集委員会(5/31開催)について報告があった(資料10~12).
- 3) 学術委員会
第一回学術委員会(5/31開催)の協議内容について報告があった(資料13, 14).
- 4) 国際交流検討委員会
学会員対象のアンケート, および「国際交流に関する情報の集約ワーキンググループ」開催について報告があった.

(2) 会務関係

- 1) 総務担当常任理事
特になし
- 2) 学術担当常任理事
平成21年度学会共同研究の選考結果について, 2件の研究に決定した旨報告があった(資料16).
- 3) 庶務担当常任理事
日本学校保健学会賞1件, 奨励賞1件の決定について報告があった. なお, 野津学会賞選考委員長より, 申し送り事項として, 筆頭著者の生年月日等, 対象基準についての確認, および審査期日について説明があった(資料17).
- 4) 広報・出版担当常任理事
学校保健研究第51巻1号, 2号の発行について報告があった.
- 5) 渉外担当常任理事
公衆衛生関連学会連絡協議会, 日本スポーツ体育健康科学学術連合への参加, および「第11回子どもの防煙研究集会」の後援について報告があった(資料18, 19).

(3) 事務局より

- 次回理事会および委員会の日程について
平成21年11月27日(金)13時よりホテルロイヤルオリオン(沖縄)にて理事会を開催し, 会期中に各委員会を開催することとなった.

以上

会報 機関誌「学校保健研究」投稿規定 (平成21年2月15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	学校保健に関する研究の総括、文献解題
論説	学校保健に関する理論の構築、展望、提言等
原著	学校保健に関する独創的な研究論文
報告	原著に準ずる研究論文
実践報告 または資料	学校保健に関して研究的にまとめられた実践報告や貴重な資料
会員の声	学会誌、論文に対する意見など（800字以内）
その他	学会が会員に知らせるべき記事、学校保健に関する書評、論文の紹介等

- ただし、「論説」、「原著」、「報告」、「実践報告または資料」、「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「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部のほかに副（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。
〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7
勝美印刷株式会社 内「学校保健研究」編集事務局
TEL: 03-3812-5223 FAX: 03-3816-1561
その際、投稿者の住所、氏名を書いた返信用封筒（角2）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13,000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MSワードまたは一太郎を用い、A4用紙40字×35行（1,400字）横書きとする。ただし査読を終了した最終原稿は、CD、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文字を取める。
 4. 数字はすべて算用数字とし、1字分に半角2文字を取める。
 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をつける。ただし原著、報告以外の論文については、これを省略することができる。英文原稿には1,500字以内の和文抄録をつける。また、すべての原稿には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付けない。
英文抄録および英文原稿については、英語に関して十分な知識を持つ専門家の校正を受けてから投稿する。
 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（以上和英両文）、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（以上和英両文）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¹⁾。」または、「…²⁾⁴⁾, …¹⁻⁵⁾」のように文献番号をつける。著者が4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-頁, 発行所, 発行地, 発行年

—記載例—

[定期刊行物]

- 1) 高石昌弘: 日本学校保健学会50年の歩みと将来への期待—運営組織と活動の視点から—. 学校保健研究 46: 5-9, 2004
- 2) 川畑徹朗, 西岡伸紀, 石川哲也ほか: 青少年のセルフエスティームと喫煙, 飲酒, 薬物乱用行動との関係. 学校保健研究 46: 612-627, 2005
- 3) Hahn EJ, Rayens MK, Rasnake R et al.: School tobacco policies in a tobacco-growing state. J Sch Health 75: 219-225, 2005

[単行本]

- 4) 鎌田尚子: 学校保健を推進するしくみ. (高石, 出

井編). 学校保健マニュアル, 129-138, 南山堂, 東京, 2004

- 5) Hedin D, Conrad D: The impact of experiential education on youth development. In: Kendall JC and Associates, eds. Combining Service and Learning: A Resource Book for Community and Public Service. Vol 1, 119-129, National Society for Internships and Experiential Education, Raleigh, NC, 1990

[インターネット]

- 6) American Heart Association: Response to cardiac arrest and selected life-threatening medical emergencies: the medical emergency response plan for schools. 2004. Available at: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/01.CIR.0000109486.45545.ADv1.pdf>. Accessed April 6, 2004

内山 源 (茨城大学名誉教授) 著

ヘルスプロモーション・学校保健

—健康教育充実強化に向けて—

A5判三八八頁 定価三一五〇円

長年の学校保健に関する研究成果が多くの資料を使い書かれている。研究者・教育者としての苦労話やアメリカの著名な学校保健研究者との交流などについても書かれている。また日本の学校保健学界に対し苦言・提言も率直にされている。学校保健関係者必読の書。

大澤清二 (大妻女子大学教授) 著

改訂 楽しく学ぶ統計学

A5判一八四頁 定価二三一〇円

統計学の實力をつける上では、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。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。正しい順序で統計学をじっくり学んでほしいと思います。

S・コウチ著	スキルズ・フオー・ライフ	定価三九九〇円
ウィットティ編	ギフトエッド・チャイルド	定価四八三〇円
阪井 敏郎著	早教育と子どもの悲劇	定価二六二五円
阪井 敏郎著	西田幾多郎の『書の研究』と子育て	定価一五七五円
A・ゲゼル著	乳幼児の発達と指導	定価三六七五円
M・ラム著	非伝統的家族の子育て	定価五〇四〇円
シャタック著	アヴェロンの野生児	定価一八九〇円
A・ゲゼル著	狼にそだてられた子	定価一〇五〇円
大澤清二他著	体育系学生のための学校保健	定価二五二〇円

〈参 考〉

日本学校保健学会倫理綱領

制定 平成15年11月2日

日本学校保健学会は、日本学校保健学会会則第2条の規定に基づき、本倫理綱領を定める。

前 文

日本学校保健学会会員は、教育、研究及び地域活動によって得られた成果を人々の心身の健康及び社会の健全化のために用いるよう努め、社会的責任を自覚し、以下の綱領を遵守する。

(責任)

第1条 会員は、学校保健に関する教育、研究及び地域活動に責任を持つ。

(同意)

第2条 会員は、学校保健に関する教育、研究及び地域活動に際して、対象者又は関係者の同意を得た上で行う。

(守秘義務)

第3条 会員は、学校保健に関する教育、研究及び地域活動において、知り得た個人及び団体のプライバシーを守秘する。

(倫理の遵守)

第4条 会員は、本倫理綱領を遵守する。

- 2 会員は、原則としてヒトを対象とする医学研究の倫理的原則（ヘルシンキ宣言）を遵守する。
- 3 会員は、原則として疫学研究に関する倫理指針（平成14年文部科学省・厚生労働省）を遵守する。
- 4 会員は、原則として子どもの権利条約を遵守する。
- 5 会員は、その他、人権に関わる宣言を尊重する。

(改廃手続)

第5条 本綱領の改廃は、理事会が行う。

附 則 この倫理綱領は、平成15年11月2日から施行する。

会 報**第57回日本学校保健学会開催のご案内（第1報）**年次学会長 **三木とみ子**
(女子栄養大学)**【メインテーマ】**

変化の時代における学校保健と学校力 ～生涯健康の基礎づくり～

【開催期日】

平成22年11月27日(土)～28日(日)

なお平成22年11月26日(金)に、理事会、評議員会および関連行事の開催を予定しています。

26日(金)の会場は女子栄養大学 駒込キャンパスの予定です。

【学会の概要】

11月26日(金)：常任理事会、理事会、評議会、学会関連行事、等

11月27日(土)：学会長講演、特別講演、総会、教育講演、一般発表(口演、ポスター)

シンポジウム、ランチョンセミナー、企業展示、等

11月28日(日)：教育講演、一般発表(口演、ポスター)シンポジウム、ランチョンセミナー、企業展示、等

※なお、ここに記載したプログラムは、今後、変更されることがあります。

【学会会場】

女子栄養大学 坂戸キャンパス

〒350-0288 埼玉県坂戸市千代田3-9-21

(東武東上線「池袋」より急行で42分「若葉駅」下車徒歩3分)

※学会会場には駐車場がございませんので、公共の交通機関を利用してお越し下さい。

【一般発表(口演・ポスター)の演題申し込み】

演題申し込み 締め切り：平成22年5月31日(月)

講演集原稿提出締め切り：平成22年7月31日(土)を予定しています。

詳細は、次号以降に掲載します。

【懇親会】

平成22年11月27日(土)

女子栄養大学 坂戸キャンパス内 カフェテリアで行う予定です。

【宿泊、交通】

年次学会事務局ではお取り扱いいたしません。

ただし、川越の主要ホテルから会場までの送迎バスを運行する予定です。

【年次学会事務局】

〒350-0215 埼玉県坂戸市千代田3-9-21 女子栄養大学内

TEL：049-282-4792 FAX：049-282-4806 またはTEL/FAX：049-282-3722 (発育健康学研究室)

E-mail：sh57@eiyo.ac.jp

【ホームページ・その他】ホームページ：<http://www.eiyo.ac.jp/sh57/>

学会参加に関する詳細は、次号以降に掲載します。

地方の活動**第66回北陸学校保健学会の開催報告**

第66回北陸学校保健学会は、平成21年11月15日(日)、金沢大学人間社会学域において開催されました。

午前の部

座長：岩田 英樹（金沢大学 准教授）

1. 小学生の生活習慣と学習意欲，学校生活満足度について
○竹俣 由美子（金沢市立諸江町小学校）
2. 高校空手道競技大会における外傷
○南 昌秀（東京大学大学院医学系研究科公衆衛生学，石川県空手道連盟）
3. 応急処置の判断能力を仲間とともに培う探求型保健学習の授業開発
○竹内 雅子（福井大学教育地域科学部附属中学校）
4. 睡眠と関連する生活習慣—就学前から高校生まで—
○関根 道和（富山大学）

座長：水上 洋子（石川県教育センター）

5. 養護教諭の行う健康相談をベースとした不登校の初期段階における対応
～養護教諭が担うコーディネーター的役割～
○奥田 康子（福井県敦賀市立気比中学校）
6. 本校における学校医による健康相談の取り組みの成果と課題
○奥出 しのぶ（福井大学教育地域科学部附属特別支援学校），竹内 恵子（同学校医）
7. 自らの健康課題解決をはかる体験型学習の試み
—より実践的な知識の定着と向上を目指して—
○五十嵐 利恵（福井県越前市武生西小学校）
8. 定期健康診断結果を生かした効果的な保健指導のすすめ方
—養護教諭がおこなう歯の個別指導—
○竹吉 也寿子（福井県坂井市立三国中学校）

午後の部

理事会

総会

特別企画 社会性指導の基礎の基礎—約束履行支援の進め方—

講師：小栗 正幸先生（特別支援教育ネット代表）

〈連絡・問い合わせ先〉

北陸学校保健学会事務局 金沢大学教育学部保健教室（岩田）
〒920-1192 金沢市角間町
Tel：076-264-5566
Fax：076-234-4117
E-mail：iwata@ed.kanazawa-u.ac.jp

お知らせ

日本地域看護学会第13回学術集会

- 日 時**：2010年7月10日(土)・7月11日(日)
- 会 場**：北海道立道民活動センター かでる2・7
札幌市中央区北2条西7丁目 (JR札幌駅南口から徒歩10分)
- 会 長**：佐伯和子会長 (北海道大学大学院)
- メインテーマ**：健康格差社会を切り拓く地域看護からの政策提言を！—エビデンスに基づく政策と実践—
- 内 容**：会長講演，理事会セミナー，シンポジウム，教育講演，市民公開講座，一般演題，ワークショップ
- 参加申込方法**：日本地域看護学会第13回学術集会ホームページ(<http://www.ec-pro.co.jp/jachn13>)をご参照ください。
- 問い合わせ先**：【日本地域看護学会第13回学術集会事務局】
〒060-0812 北海道札幌市北区北12条西5丁目 北海道大学大学院保健科学研究所
E-mail：jachn13-gakkai@ec-pro.co.jp
FAX：011-706-3695

学校保健研究

第51巻 総目次

[] 内の数字は号数を示す

巻頭言

管理としての学校環境衛生から児童生徒の健康の保持推進へ	宮下 和久…………… [1] 2
学校保健とライフコース疫学の視点	中垣 晴男…………… [2] 76
情緒不安定社会における学校保健の役割	林 謙治…………… [3] 150
学校保健・学校安全と教職大学院	高橋 香代…………… [4] 218
健康教育を受けた子ども達の18年後から学ぶ	三木とみ子…………… [5] 306
変化する社会における専門職	勝野 眞吾…………… [6] 364

特集

青少年の危険行動防止とライフスキル教育	
青少年の危険行動防止とライフスキル教育	川畑 徹朗…………… [1] 3
心の健康増進とライフスキル教育	島井 哲志…………… [1] 9
中学校におけるライフスキル教育の実践とその効果	並木 茂夫, 坂井 知子…………… [1] 13
食生活教育とライフスキル教育 —意志決定スキルと目標設定スキルの形成に焦点を当てて—	春木 敏…………… [1] 18
ハイリスクの子どもに対するライフスキル教育	林 典子…………… [1] 22
第55回日本学校保健学会記録	
青少年の健康支援への工夫 —受動喫煙・喫煙防止・攻撃受動性・セルフエスティーム—	村松 常司…………… [4] 219
シンポジウム 1 学校保健法等改正による養護教諭の未来像	後藤ひとみ, 高橋 浩之…………… [4] 222
シンポジウム 2 生活習慣から考える学校歯科保健活動の展開	中垣 晴男, 柘植 紳平…………… [4] 226
シンポジウム 3 学校敷地内と周囲の禁煙の現状及びその到達点	中川 恒夫, 家田 重晴…………… [4] 229
シンポジウム 4 発育研究が学校保健に果たすべき役割	松本 健治, 小林 正子…………… [4] 237

シンポジウム 5 青少年の危険行動防止とライフスキル教育	西岡 伸紀…………… [4] 241
ミニフォーラム 1 養護教諭の臨床実習において学生に何を学ばせるか	藤井寿美子, 大須賀恵子…………… [4] 243
ミニフォーラム 2 アンチ・ドーピング活動における学校保健の役割をさぐる	石川 哲也, 山村 恵子…………… [4] 247
ミニフォーラム 3 学校保健における眼科的管理及び健康教育のあり方	高柳 泰世…………… [4] 249
ミニフォーラム 4 食育—啓発から定着へ—	酒井 映子, 上原 正子…………… [4] 253
「学会共同研究成果報告」のまとめ	白石 龍生…………… [4] 255
学校保健活動に有用な臨床医学のトピックス	
特集の企画にあたって	大澤 功…………… [5] 307
アレルギー疾患への対応	伊藤 浩明…………… [5] 308
腹部症状を主とする心身症への対応	金子 宏…………… [5] 313
小児の頭部外傷への対応	原口 健一, 宮地 茂…………… [5] 318
小児のメタボリックシンドロームへの対応	大関 武彦…………… [5] 322
向精神薬を必要とする子どもたちへの対応	大高 一則…………… [5] 326
検査異常者への対応：新型インフルエンザ (A/H1N1) を例にして	大澤 功…………… [5] 331
社会や法制度の変化と共に専門職として必要とされる養護教諭の資質・力量・研究	
養護教諭の特集を企画する意図と願い	鎌田 尚子…………… [6] 365
養護教諭の実践を支える学問構築に向けての質的研究とその課題	岡田加奈子…………… [6] 366
中学・高校教諭免許 (保健) と養護教諭—健康に関する教育の専門性と専門職養成—	面澤 和子…………… [6] 371
小児保健の立場からみた養護教諭養成と専門性—保健師との連携, 医療的ケアの学際的コラボ—	大西 文子…………… [6] 376
養護教諭の原点である「救急処置」の専門性とその養成のあり方	石原 昌江…………… [6] 382
救急処置の専門性を担保する新たな資格 (免許) と養成教育 —養護教諭の職務のより良い確立を目指して—	佐藤美知子…………… [6] 386
専門職として養護教諭の資質・力量と能力特性及び大学院教育	鎌田 尚子…………… [6] 390
原著	
女子体育大学生における学生時代の月経周期状態がその後の妊孕性に及ぼす影響	菊地 潤, 中村 泉, 檜村 修生…………… [1] 25
中学生における「ネット上のいじめ」に関連する心理社会的要因の検討	安藤美華代…………… [2] 77

正感情と心身の健康との関連～高校生を対象とした横断的研究～
 貴志知恵子, 内田香奈子, 山崎 勝之…………… [3] 151

山梨県K地域における小学校高学年児童のQOLの現状
 榊原 梓, 高橋美保子…………… [3] 162

養護教諭が保健室で行うフィジカルアセスメントの実態と必要性の認識
 丹 佳子…………… [5] 336

1型糖尿病の中・高校生における学校生活の充実に関する心理社会的要因
 竹鼻ゆかり, 朝倉 隆司, 高橋 浩之, 高藪 学, 田中 祐司…………… [6] 395

報 告

大学生の血清コチニン濃度と自己申告喫煙習慣との関連
 種瀬 若菜, 内山 明, 竹内 貴子, 福田由紀子,
 唐 誌陽, 中川 武夫, 田中 豊穂…………… [1] 33

児童用SOCスケール日本語版開発の試み
 坂野 純子, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古,
 矢嶋 裕樹, 小林美智子, 石橋朝紀子…………… [1] 39

同一学年間における誕生月別にみた児童・生徒の身長・体重の関係
 黒川 修行, 佐藤 洋…………… [2] 90

幼稚園児用歯の生活習慣セルフチェック票「歯のけんこうづくり得点」の作成
 森田 一三, 磯崎 篤則, 堀内 省剛, 藤居 正博, 赤井 淳二,
 長 哲也, 柘植 紳平, 丸山進一郎, 中垣 晴男…………… [2] 95

養護教諭と子どものケアリングプロセス
 ～ケアしケアされる互恵的関係の諸相とケアの内実～
 鹿野 裕美, 岡田加奈子, 武田 淳子, 冨塚都仁子…………… [2] 102

大学生の食物選択要因と食生活の関連
 ——一人暮らしの大学生を対象とした食教育の必要性の検討——
 中村 晴信, 島井 哲志, 石川 哲也, 甲田 勝康, 桑原 恵介…………… [3] 172

まちでの遊びが子どもの生活リズムや心身健康状態に及ぼす影響に関する研究
 吉永 真理, 横山 明子, 木下 勇…………… [3] 183

高校生のストレス反応と自己管理スキルとの関連に関する検討
 佐久間浩美, 高橋 浩之, 竹鼻ゆかり, 久野 佳子…………… [3] 193

岩手・沖縄の小学生における食・生活習慣の比較調査
 木林 悦子, 菅原 千歳, 鈴木 翼…………… [5] 347

3つの肥満判定指標別にみた仙台市児童・生徒の肥満児の出現率について
 黒川 修行, 佐藤 洋…………… [6] 406

実践報告

ニジェール共和国における学校保健活動の実践
 上村 弘子…………… [2] 112

資 料

「タバコのない学校」推進プロジェクトの活動と学校敷地内禁煙の広がり
 家田 重晴, 市村 國夫, 狩野 美和, 高橋 浩之,
 中村 正和, 野津 有司, 村松 常司…………… [2] 121

会 報

平成20年度 第3回日本学校保健学会理事会議事録	[1]	48
平成20年度 第55回日本学校保健学会評議員会議事録	[1]	50
平成20年度 第55回日本学校保健学会総会議事録	[1]	52
日本学校保健学会 平成19年度決算	[1]	53
日本学校保健学会 平成21年度予算案	[1]	54
第56回日本学校保健学会開催のご案内(第2報~第5報)	[1] 62, [2] 138, [3] 208, [4] 258	
第57回日本学校保健学会開催のご案内(第1報)	[6]	416
平成20年度 第4回日本学校保健学会理事会議事録	[3]	202
平成21年度 第1回日本学校保健学会理事会議事録	[5]	356
平成21年度 第2回日本学校保健学会理事会議事録	[6]	411
日本学校保健学会会則の改定について	[1]	55
平成21年度 日本学校保健学会共同研究の募集について	[1]	57
平成21年度 会費納入のお願い	[1]	67

地方の活動

第56回近畿学校保健学会の開催要項	[1]	68
第52回東海学校保健学会総会開催のお知らせ	[1]	69
第66回北陸学校保健学会の開催と演題募集のご案内	[2]	146
第66回北陸学校保健学会の開催報告	[6]	417

お知らせ

JKYB健康教育一日ワークショップ大阪2009開催要項	[1]	70
第18回JKYB健康教育ワークショップ開催要項	[1]	70
第10回子どもの防煙研究集会	[1]	71
「日本学校保健学会会員の国際交流活動状況把握」に関するアンケート調査	[1]	72
「学校保健研究」編集事務局の移転について	[1]	73
日本養護教諭教育学会 第17回学術集会のご案内(第1報)	[2]	147
第20回日本成長学会学術集会開催案内および演題募集について	[3]	214
第4回JKYB健康教育ワークショップ広島開催要項	[3]	215
JKYB健康教育ワークショップ東海2009開催要項	[4]	301
第11回子どもの防煙研究集会プログラム	[4]	301
JKYB健康教育ワークショップ東京2009開催要項	[4]	302
日本教育大学協会全国養護部門研究委員会主催自主シンポジウム	[4]	302
神戸大学大学院 人間発達環境学研究科教員公募について	[4]	303
会員の皆様へのお願い—国際交流活動に関するアンケート(再掲)—	[5]	361
日本地域看護学会第13回学術集会	[6]	418
機関誌「学校保健研究」投稿規程	[1] 58, [2] 143, [3] 204, [4] 297, [5] 358, [6] 413	
「学校保健権研究」投稿論文査読要領	[1] 61, [3] 207, [4] 300	
第51巻 総目次	[6]	419
査読ご協力の感謝に代えて	[6]	423

査読ご協力の感謝に代えて

「学校保健研究」第51巻における掲載論文は下記の先生に査読をいただきました。ご多忙中、快くお引き受けいただき適切なご助言を賜りました。ここに、先生のお名前を記し、感謝の意を表します。

朝 倉 隆 司	小 川 浩	武 田 則 昭	三 木 とみ子
荒木田 美香子	勝 野 眞 吾	武 田 眞太郎	宮 井 信 行
家 田 重 晴	北 村 邦 夫	立 身 政 信	宮 尾 克
石 原 昌 江	小 林 正 子	永 田 憲 行	森 岡 郁 晴
出 井 美智子	近 藤 卓	中 村 晴 信	柳 田 美 子
采 女 智津江	島 井 哲 志	中 安 紀美子	山 本 眞由美
大 芦 治	住 田 実	西 岡 伸 紀	渡 邊 貢 次
大 澤 清 二	高 橋 香 代	野 井 眞 吾	
岡 田 加奈子	高 橋 裕 子	松 枝 睦 美	

日本学校保健学会理事長

實 成 文 彦

「学校保健研究」編集委員長

佐 藤 祐 造

編集後記

大きな声では言えませんが、編集委員になるまで本誌をあまり読んでいませんでした。ところが、編集委員として本誌と関わることになって以来多くの論文を読むこととなり、学校保健活動がいかに幅広いものか改めて気がつきました。「学校保健」というひとつのキーワードの下に、いろいろな職種の人達が集まり、情報収集や意見交換をすることは有意義です。特に論文では、学会発表では得られない学校保健活動の奥深さまで考察することができます。自分は医師として学校保健活動を行っていますが、論文を読むと別の立場の人がどんな考え方をしているかがわかり大変勉強になります。人間は同職種あるいは同様の考え方を持つ集団の中にいると居心地が良いので閉鎖的になりやすいのですが、様々な職種、年齢、立場の人と交流することはとても大事だと思います。ある事象に対して、別の視点で捉えるとどうなるかと思いをめぐらすことは、適切な問題解決のために不可

欠だと考えています。

ということで、前号(51巻5号)では学校の外部からの視点として、臨床現場の医師に学校保健活動に有用な臨床医学のトピックスを紹介していただきました。同様の内容を学校保健学会関係者に依頼をすることもできましたが、あえて外部の方にこだわりました。有用な情報を得ることができたでしょうか? 私自身も医師として認識を新たにしたり、今後の学校保健活動のヒントを得たりすることができました。特集論文を一種の教科書として活用していただけると幸いです。

さて、本号(51巻6号)では特集として鎌田尚子先生の企画による養護教諭養成に関する論文がいくつか掲載されています。図らずも養護教諭養成に関わるようになった私も、新参者として諸先生方の論文を教科書として活用するつもりです。

(大澤 功)

「学校保健研究」編集委員会	EDITORIAL BOARD
編集委員長 佐藤 祐造 (愛知学院大学)	<i>Editor-in-Chief</i> Yuzo SATO
編集委員 石川 哲也 (神戸大学)	<i>Associate Editors</i> Tetsuya ISHIKAWA
岩田 英樹 (金沢大学)	Hideki IWATA
大沢 功 (愛知学院大学)	Isao OHSAWA
鎌田 尚子 (女子栄養大学)	Hisako KAMATA
川畑 徹朗 (神戸大学) (副委員長)	Tetsuro KAWABATA (Vice)
島井 哲志 (南九州大学)	Satoshi SHIMAI
高橋 浩之 (千葉大学)	Hiroyuki TAKAHASHI
土井 豊 (東北生活文化大学)	Yutaka DOI
中垣 晴男 (愛知学院大学)	Haruo NAKAGAKI
野津 有司 (筑波大学)	Yuji NOZU
村松 常司 (愛知教育大学)	Tsuneji MURAMATSU
守山 正樹 (福岡大学)	Masaki MORIYAMA
門田新一郎 (岡山大学)	Shinichiro MONDEN
横田 正義 (北海道教育大学旭川校)	Masayoshi YOKOTA
編集事務担当 竹内 留美	<i>Editorial Staff</i> Rumi TAKEUCHI

【原稿投稿先】「学校保健研究」事務局 〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7
勝美印刷株式会社 メディア事業本部内
電話 03-3812-5223

学校保健研究 第51巻 第6号	2010年2月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 51 No. 6	(会員頒布 非売品)
編集兼発行人 實 成 文 彦	
発行所 日本学校保健学会	
事務局 〒761-0793	香川県木田郡三木町大字池戸1750-1
	香川大学医学部 人間社会環境医学講座
	衛生・公衆衛生学内
	TEL. 087-891-2433 FAX. 087-891-2134
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:

Professionals in the Changing SocietyShingo Katsuno 364

Special Issues : Change with the Times, “Yogo” Teachers’ Ability and Special Quality for the Reseach and Professional Practice

Introduction for the Special Issue on the “Yogo” Teacher’s Ability and Special Quality of Their Career and Research Work in Pursuit of Professional PracticeHisako Kamata 365

Qualitative Research on Academic Construction of “Yogo” Teacher and its ChallengesKanako Okada 366

Health Teachers’ License for Junior & Senior High School and Yogo Teachers — Yogo Teachers’ Professional Training and Expertise in Health Education—Kazuko Menzawa 371

Yogo Teacher Training and Specialty from the Position of Child Health —Cooperation with Public Health Nurse, Interdisciplinary Collaboration of Medical Treatment Caring—Fumiko Onishi 376

Faculty Development of the Professional Specialty on the “First Aid” in the Yogo Teachers’ Fundamental CurriculumMasae Ishihara 382

“Yogo” Teacher’s Training and New Qualified License for the Professional Speciality on the First Aid to Advance the Establishment of Her Job CareerMichiko Satoh 386

Graduate School Study Program on the “Yogo” Teacher’s Ability and Special Quality of Their Career and Research Work in Pursuit of Professional PracticeHisako Kamata 390

Research Papers:

Psychosocial Factors that Affect Fulfilling School Life of Adolescence with Type 1 DiabetesYukari Takehana, Takashi Asakura, Hiroyuki Takahashi Satoru Takayabu, Yuji Tanaka 395

Report:

Prevalence of Obesity in Sendai Schoolchildren, Using Three Different Definitions for ObesityNaoyuki Kurokawa, Hiroshi Satoh 406

発行者 實成 文彦

印刷者 勝美印刷株式会社

発行所

香川県木田郡三木町大字池戸一七五〇番地
衛生・社会環境医学部
人間社会学部
公衆衛生学内講座

日本学校保健学会