

# 学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2011

Vol.53 No.5

## 目次

### 巻頭言

- ◆青少年による薬物乱用の根絶を目指して .....398  
鬼頭 英明

### 原著

- ◆養護教諭の行う救急処置  
—実践における「判断」と「対応」の実際— .....399  
岡 美穂子, 松枝 陸美, 三村由香里, 上村 弘子, 高橋 香代
- ◆起床時体温低値児童における夜間就寝中の体温変動 .....411  
柴田 真志, 若村 智子, 柴田しおり
- ◆高等学校における健康相談事例のICD-10分類 .....419  
海老澤恭子

### 報告

- ◆学校教育におけるエゴグラムを用いた心の教育プログラムの有効性に  
ついて—小学校5年生の保健学習「心の健康」の中での実践から— .....429  
菊地紀美子
- ◆児童の学校ストレスに対する心の健康教育  
—養護教諭による授業の試み— .....437  
岡崎由美子, 安藤美華代

### 資料

- ◆全国の小・中学校児童生徒における歯の健康に関する生活習慣の現状 .....446  
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
- ◆高校生の生活満足度とライフスタイル及び健康状況との関連について .....456  
服部 伸一, 平松 恵子

# 学校保健研究

第53巻 第5号

## 目 次

### 巻頭言

- 鬼頭 英明  
 青少年による薬物乱用の根絶を目指して .....398

### 原 著

- 岡 美穂子, 松枝 睦美, 三村由香里, 上村 弘子, 高橋 香代  
 養護教諭の行う救急処置—実践における「判断」と「対応」の実際— .....399
- 柴田 真志, 若村 智子, 柴田しおり  
 起床時体温低値児童における夜間就寝中の体温変動 .....411
- 海老澤恭子  
 高等学校における健康相談事例のICD-10分類 .....419

### 報 告

- 菊地紀美子  
 学校教育におけるエゴグラムを用いた心の教育プログラムの有効性について .....429  
 —小学校5年生の保健学習「心の健康」の中での実践から—
- 岡崎由美子, 安藤美華代  
 児童の学校ストレスに対する心の健康教育—養護教諭による授業の試み— .....437

### 資 料

- 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  
 全国の小・中学校児童生徒における歯の健康に関する生活習慣の現状 .....446
- 服部 伸一, 平松 恵子  
 高校生の生活満足度とライフスタイル及び健康状況との関連について .....456

### 会 報

- 平成23年度 第1回日本学校保健学会理事会議事録 .....470
- 平成23年度 第2回日本学校保健学会理事会議事録 .....473
- 機関誌「学校保健研究」投稿規定 .....476

### 地方の活動

- 第54回東海学校保健学会活動報告 .....480

### 会員の声

- 養護教諭の英語表記は“Yogo”/Yogo teacher .....481
- 編集後記 .....482

巻頭言

## 青少年による薬物乱用の根絶を目指して

鬼頭 英明

### Eradicating Drug Abuse among Young People

Hideaki Kito

明治時代、長井長義博士は麻黄から交感神経興奮作用のあるエフェドリンを単離し、大きな功績を残した。研究過程で、化学構造のよく似たメタンフェタミン（覚せい剤の一つ）が合成された。戦争の真っ只中、覚せい剤は、中枢神経興奮作用があることから、ヒロポンの商品名で特攻隊などに使われた。戦後の混乱期、ヒロポンは広く社会に出回るようになる。昭和29年、覚せい剤乱用者による悲惨な殺人事件が起き、これをきっかけに覚せい剤の取締が法律によって強化された。薬物乱用の拡がりは、昭和59年の第二次乱用期を経て、現在の第三次覚せい剤乱用期に突入することとなる。

私は、平成10年に文部省（当時）体育局教科調査官として赴任した。考えてみれば、それまでは、こうした薬物乱用の流行のうねりに気付くことはなかった。入省後の仕事は、児童生徒における様々な健康課題への対応であり、そのうちの一つが薬物乱用対策であった。

平成7年から覚せい剤乱用による検挙者数が大幅な増加に転じ、中・高校生の覚せい剤事犯検挙者数もこれまでに急激に増加した。こうした状況に対応するため、政府は薬物乱用防止対策推進本部を内閣に設置するとともに、平成10年から薬物乱用防止五か年戦略をスタートさせた。目標1は、「中・高校生を中心に薬物乱用の危険性を啓発し、青少年の薬物乱用傾向を阻止する。」ことであった。文部省（当時）は、学校等における薬物乱用防止に関する指導の充実を図るなど、様々な取組を推進してきた。その後、平成15年からは薬物乱用防止新五か年戦略（目標1は中・高校生を中心に薬物乱用の危険性の啓発を継続するとともに、児童生徒以外の青少年に対する啓発を一層工夫充実し、青少年による薬物乱用の根絶を目指す。）、平成20年からは第三次薬物乱用防止五か年戦略（目標1は青少年による薬物乱用の根絶及び薬物乱用を拒絶する規範意識の向上）が進められ、現在に至っている。全ての期間を通じ、一貫して「学校等における薬物乱用防止のための指導・教育の充実強化」が柱となり、小学校から高等学校にかけ、学習指導要領に盛り込まれた内容を踏まえた実践が進められてきた。各校種を通じて繰り返し指導されてきた「薬物乱用と健康」に関する指導の成果として、薬物乱用の危険性に関する児童生徒の認識は、着実に定着しつつあると考えられる。例えば、平成18年に文部科学省が実施した「児童生徒等

の薬物に関する意識等調査報告書（平成19年）」をみても児童生徒の「薬物乱用の危険性」に対する意識の改善が顕著に表れている。

ちなみに、平成23年8月に出された第三次薬物乱用防止五か年戦略のフォローアップによれば、平成22年の覚せい剤事犯は中学生7名、高校生30名であった。

一方、薬物乱用の問題は、覚せい剤だけに留まる話ではない。従来、中・高校生ではシンナー等有機溶剤乱用が顕著であり、近年では減少の一途を辿っているものの、乱用による送致人員は中・高校生22名、37名で少なくはない（平成22年）。平成15年頃からは青少年によるMDMA等合成麻薬の乱用が増え、乱用される薬物の拡大が懸念された。大麻については、大学生の検挙報道がたびたびメディアで取り上げられるとともに、中・高校生の大麻所持による検挙報道も相次いだ。こうした背景には、大麻の健康影響は少ないという誤った情報の拡がりや、若者をターゲットとする大麻草をデザイン化した商品の街角での氾濫が一因となり、違法薬物であるという認識を希薄にさせているのではないかと考えられる。

大学は、いうまでもなく高等学校の延長線上にあるが、狭き難関を乗り越え、入学を達成した暁には、それまでに学んできた折角の知識も脆く崩れ去り、将来の夢から遠のく事態になってしまうことは悲しいことである。小・中・高等学校と築き上げてきた貴重な知識は、生涯にわたって継続する根強いものでなければならない。

大学での薬物乱用問題が、マスメディアによって広く取り上げられ、社会問題化した今、これを契機として何らかの対策が求められている。平成22年には、未然防止対策・再乱用対策を中心に「戦略」を強化するため「薬物乱用防止戦略加速化プラン」が策定され、学校教育等の充実として「薬物乱用防止教室の実施率向上、大学生等に対する啓発・指導の充実 等」が掲げられた。

薬物乱用による検挙者を不幸にも出してしまった大学では、大学の将来に関わる重大事であると危機感を強めている。大学は、薬物乱用の危険性の啓発のため単にパンフレット配布だけに留まるのではなく、実効ある取組を真剣に講じる時期が来ていることを改めて認識すべきである。

（国立大学法人兵庫教育大学大学院教授）

原 著

養護教諭の行う救急処置  
—実践における「判断」と「対応」の実際—

岡 美穂子<sup>\*1</sup>, 松 枝 睦 美<sup>\*2</sup>, 三 村 由香里<sup>\*2</sup>  
上 村 弘 子<sup>\*2</sup>, 高 橋 香 代<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>岡山大学大学院教育学研究科

<sup>\*2</sup>岡山大学大学院教育学研究科発達支援学系

First Aid Performed by *Yogo* Teachers  
—Judgment and Response in Practice—

Mihoko Oka<sup>\*1</sup> Mutsumi Matsueda<sup>\*2</sup> Yukari Mimura<sup>\*2</sup>  
Hiroko Kamimura<sup>\*2</sup> Kayo Takahashi<sup>\*2</sup>

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

<sup>\*2</sup> Division of Developmental Studies and Support, Graduate School of Education, Okayama University

The purpose of this study was to clarify the nature and processes of “judgment” and “response” in first aid to improve the practical ability of *yogo* teachers in first aid. Semi-structured interviews with 10 *yogo* teachers as study participants were conducted, and cases in which the intuitive response of the *yogo* teacher giving first aid was sound were qualitatively analyzed based on perceptual clues.

In the results, judgment in first aid consisted of judging the urgency of the problem, intuition, characteristics of the child, information gathering, factors that facilitate decision making and factors that hinder decision making. Judging the urgency of the problem involved confirmation of the physiological assessment; intuition involved pattern recognition; characteristics of the child involved being unprejudiced and closely examining the complaint; information gathering involved confirming the history of symptoms, confirming medical history, gathering information systematically, and observation; factors that facilitate decision making involved remembering one’s own experience, deepening knowledge of injuries and diseases, and sharing experiences with others; and factors that hindered decision making involved lack of confidence and haste. The *yogo* teacher’s intuition involved recognition of important patterns from similar situations and differences in the appearance of the child, not a sixth sense linked to the response, which thereafter influences decision making. In order to apply intuition, it seems necessary to heighten the perceptual skill of inferring clues for pattern recognition. Response consisted of readiness and evaluation. Readiness involved standards for calling an ambulance, accountability to administrators, cooperation within the school, regional cooperation and communication with the parental guardian; evaluation involved the *yogo* teacher, physician, parental guardian, (school) administrator and the child. The method of evaluation was feedback by the *yogo* teacher’s own subjective view limited to the experience, and the *yogo* teacher acquires knowledge by a process of accumulating experience. Improvement of the practice of first aid by *yogo* teachers will require professional awareness of the judgment process, and systematization of the knowledge to allow it to be consciously studied.

Key words : *Yogo* teacher, school first aid, semi-structured interviews, intuition, decision making  
養護教諭, 学校救急処置, 半構成的面接, 直感, 意思決定

## I. はじめに

学校における救急処置<sup>1)</sup>は養護教諭の職務のなかで児童生徒等の生命にかかわる重要な活動<sup>2)</sup>として位置づけられているが、その内容は軽症なものから命に関わる重症なものまで幅広い上に、時間的制限や、管理職・保護者の考え方、医療体制などの要因により、複雑で不確実な様相を示すことが多い。

学校事故の状況を独立行政法人日本スポーツ振興センターの資料<sup>3)</sup>からみると、平成21年度の学校管理下における災害共済付きの発生総数は1,107,943件であり、障害・後遺症事例の総数は463件(0.04%)であり、死亡事例は総数68件(0.006%)であった。このことから、養護教諭は日常多くの傷病の救急処置を経験するが、重症例は経験する頻度が低いことが理解できる。

養護教諭は、子どもの状態を把握するための「検診」

への自信は一見してわかるもの以外は高くないこと<sup>4)5)</sup>, その自信は経験年数とともに高まるわけでもないこと<sup>5)</sup>, 緊急時の「判断」には困難を感じていること<sup>6)</sup>など, 救急処置における判断と対応に関する葛藤は大きい。

しかし, 多くの養護教諭が一人職であり, 自身の実践に対する評価は, 対応そのものが上手くいったかどうかという結果に着目した, 管理職, 医師, 保護者の感想として受けることが多く, 判断に対する助言やフィードバックは得られにくい状況にある。重症度の高い事例を経験した養護教諭のなかには, 受傷した児童生徒等よりも強いPTSDがみられたとの報告もある<sup>7)</sup>。このことから, 根拠をもって正確に判断し, 対応を行うことのできる, 実践能力を高めるための評価が得られる体制が重要といえる。

三村ら<sup>8)</sup>が提案する, 養護教諭の判断が対応の緊急性につながる頭部外傷時のチェックリストは, 養護教諭が判断すべきことに焦点をあてたものであり, これは, 観察しておかなくてはいけない項目とその観察方法についてのフィジカルアセスメント力を高めることと, 自分が専門職として何をどう観察したのかを振り返る評価につながる方法といえる。

一方で, 武田ら<sup>6)</sup>は, 養護教諭の救急処置において, 判断の根拠には自信がないものの, 経験によって直感的な対応力は磨かれる可能性を示している。養護教諭の「なんとなくおかしい」「いつもと違う」という思いは, 自身の実践を積み重ねるなかで得た気づきであり, 総合的判断といえる。これは養護教諭独自の能力の一つと考えられる。意思決定手法の開発者であるゲーリー・クライン<sup>9)</sup>は「直感とは状況を瞬間的に評価する能力で, 過去の経験知識を利用して状況変化を示す重要パターンを認識すること」と定義している。しかし, そのパターンの現れ方は極めて微妙なため根拠が説明できない場合が多く, 直感で判断したと言うと, 相手に良い印象を与えない。そこでクラインは事例研究により知覚の手がかりをもとにして直感を分析し, 意思決定手法を開発している。

本研究では, 養護教諭の救急処置実践力の向上を目的として, 養護教諭の「直感的な対応がうまくいった」事例内容について知覚の手がかりをもとに質的に分析を行い, 救急処置における「判断」と「対応」の内容とプロセスを明らかにしたい。

## II. 方 法

### 1. 研究対象者

A県A市に勤務する養護教諭で, 以下の基準を満たした10名とした。

- 1) 養護教諭の独自性の高い「何かおかしいと感じる」「直感で判断する」経験を有する者。
- 2) 実際の臨床状況において技能及び熟練した実践の修得について言及しているベナー<sup>10)</sup>に基づき, 自身の経

験から状況を局面の視点ではなく全体として捉え格率に導かれて実践を行っている第4段階の実践力を有している養護教諭経験5年以上の者。

- 3) 思春期以前の子どもは, より洗練化された言語的コミュニケーション獲得前であること<sup>11)12)</sup>をふまえて, 養護教諭の判断力をより必要とする対象にかかわる機会の多い小学校での経験を有する者。

### 2. データ収集の方法および内容

「直感的な対応がうまくいった事例」について養護教諭が行った判断や対応を聞くものであり, データ収集方法にはありのままとらえられるよう半構成的面接法を採用した。面接における質問内容は, どのような観察を実施したか, 「判断」の根拠になった観察は何か, 傷病の発生から対応を決定する過程で思ったことや感じたこと, 以前に似たような状況を経験したり見聞きしたりしたことがあるか, 経験をどのように積み重ねたか, 実際にはどう対応したか, などとした。

面接内容は対象者の許可を得て録音または筆記し, 逐語録として整理し, 逐語録上の言語的データを分析の対象とした。なお, 調査期間は2010年3月12日~10月8日である。

### 3. 倫理的配慮

本研究は, 研究の主旨およびインタビューガイド, 対象者の選定について事前にA県教育委員会に提出し承認を得た。また, 学校長と養護教諭には, データ収集に際し, 対象者のプライバシーの保護と権利を尊重すること, 途中で中断してもよいこと, 録音した内容は本研究以外には使用せず, 個人は特定できないように分析すること, 録音内容は研究終了後全て消去すること等についての説明を行い, 同意を確認の上, 倫理的配慮を行った。

### 4. 分析方法

逐語化したデータは, 養護教諭の「判断」と「対応」の実際に関連の強い文脈に注目し, 整理した。次に, 意味のまとまりごとに切片化し, 時系列に注意しながら類似の解釈をまとめて小カテゴリーとして分類を行った。さらに, 小カテゴリーはより総体的な単位として中カテゴリー, 大カテゴリーにまとめた。【 】は大カテゴリー, 《 》は中カテゴリー, 〈 〉は小カテゴリー, 「 」はデータを示した。その上で, データを体系化するためにカテゴリー間の関係を整理し, プロセス図を作成した(図1)。

なお, 「判断」と「対応」に焦点化しているため, 養護教諭が行った処置やケアは分析の対象外とした。

## III. 結 果

### 1. 対象の概要

対象者の平均経験年数は21.6±9.8年で, その概要と語られた事例の傷病の種類を表1に示した。

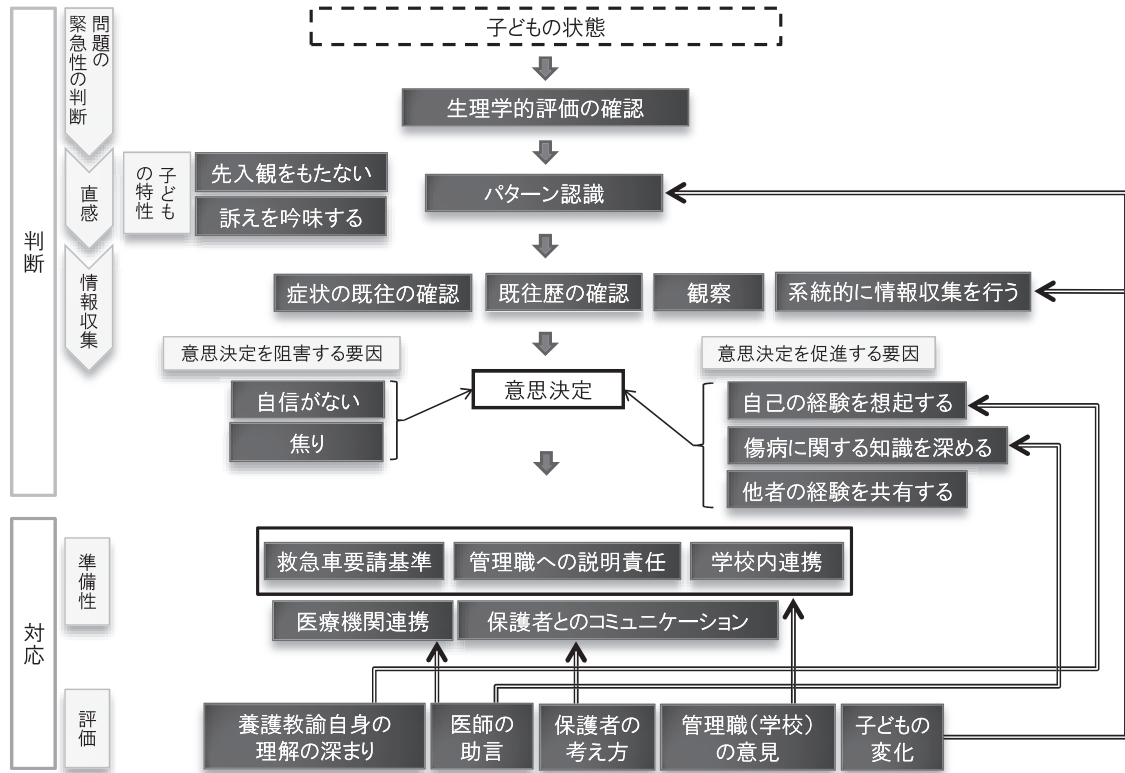


図1 面接調査結果における判断と対応のプロセス

表1 対象者の概要

| ID | 経験年数<br>(年) | 児童数<br>(人) | 複数<br>配置 | 事例の傷病         |
|----|-------------|------------|----------|---------------|
| A  | 19          | 779        | 無        | アナフィラキシー, 眼外傷 |
| B  | 34          | 1,256      | 有        | 頭部打撲          |
| C  | 9           | 1,035      | 有        | 頭部外傷, 頭部打撲    |
| D  | 34          | 938        | 有        | アナフィラキシー      |
| E  | 33          | 840        | 無        | 四肢の負傷         |
| F  | 25          | 976        | 有        | 頭部打撲 (2事例)    |
| G  | 9           | 491        | 無        | てんかん (2事例)    |
| H  | 21          | 714        | 無        | 四肢の負傷 (2事例)   |
| I  | 12          | 361        | 無        | 頭部打撲          |
| J  | 20          | 940        | 無        | 頭部打撲          |

## 2. 養護教諭の判断

判断におけるカテゴリーの分類を表2に示した。養護教諭の判断には、【問題の緊急性の判断】【直感】【子どもの特性】【情報収集】【意思決定を促進する要因】【意思決定を阻害する要因】という大カテゴリーが抽出された。

【問題の緊急性の判断】とは、生命にかかわる兆候の確認による判断であった。養護教諭は、意識、呼吸、出血、顔色などの《生理学的評価の確認》を行い、《生命にかかわる状態の有無を確認する》ことを最初に実施していた。「意識はあるし、呼吸もしっかりしているし、

出血等もないし、ただちに搬送するほどのことではなく」と、緊急度の高い状態かどうかを見極めていた。

【問題の緊急性の判断】で、ただちに搬送する状態ではないことを見極めた後に、【直感】を働かせていた。

【直感】とは、〈一見して判る手がかり〉〈いつもと違う子どもの様子〉に注目し、〈失敗体験を想起する〉ことで《パターン認識》を行うことであった。〈一見して判る手がかり〉は、「触っても痛いし動かせない。手をこんな風に曲げてやってきてどうにもならない状態で判りやすかった」と、典型的な症状や過去の経験などにより一見して状態が認識できることであった。〈いつもと違う子どもの様子〉は、子どもの日常的な様子との違いから、何かあると考えることであった。「普段の様子とは全く違う。そんなにわーわーわめく子じゃないし、いつもと全く雰囲気が違うので、あっ、ちょっと頭を強く打ったなっていう、もう来た瞬間の第一印象」と、子どもの全体的な印象をその子の日常の様子や、発達段階における子どもの特徴と比較し、違いに気づいていた。

〈失敗体験を想起する〉とは、過去に経験したことを熟考し、意識的にいかすものではなく、類似した多くの経験が記憶のなかで融合し、状況を直感で判断する際に情動反応として現れることであった。養護教諭は「嫌な予感」のように漠然とした不安を感じ、「説明がつかない」「納得がいかない」「何かおかしい」と、典型的パターンに当てはまらないことから異変に気づいていた。

【直感】を働かせると同時に、【子どもの特性】を考慮して子どもの訴えをきいていた。【子どもの特性】とは、

表2 判断におけるカテゴリー分類

| 大カテゴリー      | 中カテゴリー              | 小カテゴリー   |
|-------------|---------------------|--|
| 問題の緊急性の判断   | 生理学的評価の確認           | 生命にかかわる状態の有無を確認する  |
| 直感          | パターン認識              | 一見して判る手がかり<br>いつもと違う子どもの様子<br>失敗体験を想起する  |
| 子どもの特性      | 先入観をもたない<br>訴えを吟味する | 信頼できる子<br>大げさな子<br>上手く説明できない子<br>強がる子<br>不安の強い子                                  |
| 情報収集        | 症状の既往の確認            | 子どもから経験の有無を聞き出す  |
|             | 既往歴の確認              | 保健調査票で既往を確認する  |
|             | 系統的に情報収集を行う         | いつからなのか<br>どこが痛いのか<br>どんな風にけがをしたのか<br>どこで何をしていたそうだったのか                           |
|             | 観察                  | 視て皮膚の状態、腫脹、変形を確認する<br>触れて腫脹、冷感・熱感を確認する<br>打診で骨折の有無を確認する                          |
| 意思決定を促進する要因 | 自己の経験を想起する          | 過去の状況を比べる<br>有効な情報を引き出す  |
|             | 傷病に関する知識を深める        | 医師からの身体の見方の助言<br>研修会で学ぶ<br>書籍による自己学習を行う  |
|             | 他者の経験を共有する          | 他者の経験を聞く   |
| 意思決定を阻害する要因 | 自信がない               | 問診や観察の優先度と内容が定まらない<br>問診や観察で確認すべきことを見落としている<br>大したことないと過小評価する<br>経験との共通点を見つけられない |
|             | 焦り                  | 重症化による焦り<br>一人だけに時間をかけられない状況   |

養護教諭が《先入観をもたない》ことを念頭におきながら、〈信頼できる子〉〈大げさな子〉〈上手く説明できない子〉〈強がる子〉〈不安の強い子〉という日常の子どもの様子や子どもの発達の特徴をもとにして《訴えを吟味する》ことであった。「この子が大丈夫って言っても大丈夫じゃない、みたいな感じで、よく観察しないと、手落ちがないようにしないといけないな」、「押さえたら痛いって言うけど、痛い痛い言う子なので、これはもう不確かだから、腫れが出るかどうかを見ないといけないな」と、慎重に観察していた。また、「その子わりと訴えの多い子だから、ちょっと大げさに言ってるのかなって。でも、それは先入観だから」と、〈大げさな子〉であることを理解した上で、自分の思い込みで判断しないようにしていた。

【情報収集】では、《症状の既往の確認》《既往歴の確認》《系統的に情報収集を行う》《観察》という問診と観

察を行っていた。まず、《症状の既往の確認》は〈子どもから経験の有無を聞き出す〉ことにより、以前の症状とその医学的診断、経過をたぐりよせることであった。「前にこんなものになったことある？その時はどうだった？」と、子どもから以前に経験した時の症状を聞いていた。この時、《既往歴の確認》として〈保健調査票で既往を確認する〉ことで客観的な情報も判断に用いていた。《系統的に情報収集を行う》とは、〈いつからなのか〉〈どこが痛いのか〉〈どんな風にけがをしたのか〉〈どこで何をしていたそうだったのか〉を本人や周囲から聞き出すことにより、状況の全体像を把握することであった。《観察》は、《系統的に情報収集を行う》ことにより把握した状況から、必要と思われる検診を行うことであった。〈視て皮膚の状態、腫脹、変形を確認する〉〈触れて腫脹、冷感・熱感を確認する〉〈打診で骨折の有無を確認する〉など、その場ですぐに行える検診を行い、その

所見を判断につなげていた。

最後に、意思決定には【意思決定を促進する要因】と【意思決定を阻害する要因】があった。

【意思決定を促進する要因】とは、《自己の経験を想起する》《傷病に関する知識を深める》《他者の経験を共有する》であり、経験知を判断に役立てることであった。

《自己の経験を想起する》とは、養護教諭自身が経験した〈過去の状況を比べる〉ことにより直面した状況の判断に役立て、経験から〈有効な情報を引き出す〉ことにより問診や観察をフォーカスして行うことであった。養護教諭は「食べた後ってわけじゃないけど運動した後に同じことが起こってるから」と、過去の状況との共通点を見つけていた。また、「部位が外側だったので、くるぶしのあたりは靭帯損傷や剥離骨折しやすい場所であって、もしそうだったら30分たったら腫れがくるな」と、自分の経験から使える情報を引き出していた。《傷病に関する知識を深める》とは、医療機関を受診する際に行き〈医師からの身体の見方の助言〉を受けることや、〈研修会で学ぶ〉〈書籍による自己学習を行う〉ことにより傷病に関してより実践に即した知識を得ることであった。医師からは「押さえた時の圧痛の場所、くるぶしの骨のこのまわり」など、具体的なアセスメント方法を聞くことで知識を深めていた。《他者の経験を共有す

る》とは、他の養護教諭とのつながりから〈他者の経験を聞く〉ことであった。「うちの学校ではこういうことがあって、こうしたんよという話はされるから、話してのるのを聞いて、そうなんだ、そうすればいいんだ」と、経験したことのない傷病についても他者の経験を判断に役立てていた。

【意思決定を阻害する要因】とは《自信がない》《焦り》であった。《自信がない》という思いは〈問診や観察の優先度と内容が定まらない〉〈問診や観察で確認すべきことを見落としている〉〈大したことないと過小評価する〉という失敗体験や、〈経験との共通点を見つけられない〉という不安から生じていた。養護教諭は「見ただけで大丈夫かなと思ってしまった」と、〈大したことないと過小評価する〉ことで失敗した体験から、自身の判断に自信がもてないと感じていた。次に、《焦り》は〈重症化による焦り〉という不安や、〈一人だけに時間をかけられない状況〉から生じていた。「朝から調子悪い子とかも座ってるし、どんどん送り込んでくるから、朝一番に仕事がたまってる状態」から、《焦り》を感じていた。

### 3. 養護教諭の対応

対応におけるカテゴリー分類を表3に示した。養護教諭の対応には、【準備性】【評価】という大カテゴリーが抽出された。

表3 対応におけるカテゴリー分類

| 大カテゴリー | 中カテゴリー         | 小カテゴリー  |
|--------|----------------|---|
| 準備性    | 救急車要請基準        | 状況に応じ基準に沿って素早く対応できる<br>傷病に応じた基準がなくいつも迷う<br>養護教諭の決めたことに管理職が疑問をなげかける<br>学校長不在時の決定力の欠如 |
|        | 管理職への説明責任      | 基準があり説明がなくても理解が得られる<br>管理職へ救急車要請の必要性が説明できない   |
|        | 学校内連携          | 養護教諭の職務に理解がある<br>教員に遠慮する  |
|        | 医療機関連携         | リスト先が休診の場合に代替がすぐに決まらない<br>学校医に相談・報告する   |
|        | 保護者とのコミュニケーション | 保護者への複数の連絡方法が確立できている<br>保護者との信頼関係が築けている<br>保護者への連絡がつかない                             |
| 評価     | 養護教諭自身の理解の深まり  | リプレイする<br>一つの傷病の観察項目が増える<br>どういう状態なのか理解が深まる   |
|        | 医師の助言          | 知識を得る<br>再診のめやすを指示される<br>対応の駄目出しを受ける  |
|        | 保護者の考え方        | 感謝される<br>救急車要請基準の曖昧さへの批判  |
|        | 管理職（学校）の意見     | 救急体制修正への働きかけ  |
|        | 子どもの変化         | 今回の出来事を伝えることができる  |



【準備性】とは、子どもの傷病に対して実動可能な救急体制を整備し、最善を尽くすために備えておくことであった。それには《救急車要請基準》《管理職への説明責任》《学校内連携》《医療機関連携》《保護者とのコミュニケーション》が必要であった。

《救急車要請基準》は〈状況に応じ基準に沿って素早く対応できる〉ことにつながっていた。しかし、実際の場面で有効とはいえない基準もあり、傷病発生のたびに養護教諭が判断を求められ、〈傷病に応じた基準がなくいつも迷う〉と困難感を抱いていた。一方で、〈養護教諭の決めたことに管理職が疑問をなげかける〉ことで揺らいだり怒りを感じたり、学校長不在の場合に代理を担う教諭は不安が強く〈学校長不在時の決定力の欠如〉となり、養護教諭自身も不安を感じていた。

《管理職への説明責任》は、〈基準があり説明がなくても理解が得られる〉ことで対応はスムーズとなるが、養護教諭と管理職の対応の考え方に違いが生じた場合に〈管理職へ救急車要請の必要性が説明できない〉こともあり、養護教諭自身の力量不足による要因もあった。

《学校内連携》は、教員に〈養護教諭の職務に理解がある〉ことが信頼関係づくりにつながっており、実動可能な救急体制の基盤といえた。しかし、「ためらわせたものは何かなって思ったときに、やっぱり担任とか管理職への遠慮だった。授業中にインターホンするのでも勇気がある」と、養護教諭が着任間もない場合や授業中など連絡できない場合に〈教員に遠慮する〉ことで対応が遅れていた。

《医療機関連携》では、〈リスト先が休診の場合に代替がすぐに決まらない〉ことにより、対応が遅れることがあった。一方で、必要に応じ学校医に症状を伝え、相談をしたり、転帰を報告したりするという〈学校医に相談・報告する〉連携をとっていた。

《保護者とのコミュニケーション》は、「保護者連絡がとれないことはない。とれるように色々な手を尽くしている」と、〈保護者への複数の連絡方法が確立できている〉ことで保護者にただちに説明できること、〈保護者との信頼関係が築けている〉ことが素早い対応に重要であった。一方で〈保護者への連絡がつかない〉場合は、保護者の意向を汲めず苦情を訴えられることもあり、「連絡がつかないってことになったんです。困ったけど、病院へ行くのにその病院を選んだ理由を説明できるようにしとかなないといけない」と、受診する病院の選択で困難感を抱いていた。

【評価】とは、子どもの傷病に対する養護教諭の判断や対応についてのフィードバックを得ることであった。養護教諭は振り返りによる《養護教諭自身の理解の深まり》を得たり、《医師の助言》《保護者の考え方》から学び、《管理職（学校）の意見》《子どもの変化》への働きかけによって、自身の知識や救急体制を新たにしていた。養護教諭は、「自分の心と頭の中で振り返りをして、

あの時ああすれば良かったんじゃないかって次のアクションにつなげる」と《養護教諭自身の理解の深まり》により、思考の中で事例を〈リプレイする〉ことで振り返り、「前の事例で頭が痛いということを言っていたから聞いた」と、〈一つの傷病の観察項目が増える〉ことや、「例えばくるぶし、外側のこの部分は捻挫しやすいんだけど、くるぶしの周囲引っ張ってる腱の部分が痛い」と、そこにくっついてる靭帯がのびる場合と、骨が剥離する場合と、この関節と骨が剥離する場合と、この周囲は要注意」と、〈どういう状態なのか理解が深まる〉ことにより、経験を一つずつ自身のアセスメント力に付加していた。

養護教諭は《医師の助言》により、身体の見方や症状の現れ方などの医学的〈知識を得る〉ことで理解を深め、「もし喘息とかそういう感じのがあったら来てくださいね」と、〈再診のめやすを指示される〉ことで再度同様の症状が出た場合に迅速な対応ができるよう備えていた。また、「これはもう大至急で来た方がよかった、これからは救急車でおいで」と、搬送方法など〈対応の駄目出しを受ける〉ことで次の対応につなげていた。《養護教諭自身の理解の深まり》と《医師の助言》は、連動して判断における【意思決定を促進する要因】に影響していた。

養護教諭は、対応の結果について《保護者の考え方》から〈感謝される〉ことでうまくいったと感じていた。しかし、一方で、「高いところから落ちたら一般の人は救急車呼ぶっていうのがあるのに、どうして学校がすぐ呼んでくれなかったのか」と、〈救急車要請基準の曖昧さへの批判〉を受けることもあった。

《管理職（学校）の意見》に対しては、「以前、児童が高さのある遊具から転落した時、泣きながら保健室に来室した様子を見て、何も救急車を呼ばなくても保護者に連絡して受診してもらえばいいのではないかと管理職にいわれ、救急搬送の必要性について理解が得られなかったことがあった。しかし、症状がない場合も頭部打撲についての決まりをつくり、うちの学校では2メートル以上から落ちたら必ず救急車を呼びましょう」と、養護教諭自身が自己の対応の反省点を踏まえて〈救急体制修正への働きかけ〉を行っていた。

《子どもの変化》には、アレルギーなど自己管理により早期対応が出来ることに関しては、「こういうことがありましたっていうことを聞かれなくても言えるようにしておいてね」と、再度同様の症状が出た時に〈今回の出来事を伝えることができる〉よう指導していた。

## IV. 考 察

### 1. 養護教諭の直感力

#### (1) 知覚的スキルを高める

養護教諭はまず、生命にかかわる徴候を確認し、ただちに搬送する必要性の有無を見極めていた。そして、ほぼ同時期かその直後に【直感】を働かせていた。【直感】

とは、経験や知識を利用して、状況の類似や子どもの様子の相違から変化を感じ知ることであり、状況変化を示す重要なパターンを認識することである。本研究の事例では、「子どもがぼーとした状態からハッと我に返ったような動きをした時に、記憶が飛んでいることを疑った」、また「神妙な顔をして腕を押さえて来室した姿を見た瞬間に、これは折れているかもしれないと感じた」と語っていた。救急処置実践において一つひとつの自分の行った行為、多くは無意識的になされていることを言葉にするのは意外に困難なものであり<sup>13)</sup>、何を察知し、なぜそのような状況判断を下したのか説明できない場合が多い。しかし、パターンを認識するための知覚的な手がかりを提示することは可能である<sup>9)</sup>。本研究では、養護教諭がパターン認識を行うための手がかりは、〈一見して判る手がかり〉、〈いつもと違う子どもの様子〉、〈失敗体験を想起する〉であった。このうち、子どもの動きや傷病の症状が明確なものや特徴的なものは、見た瞬間に予測を立てて問診や詳細な観察につなげていた。予測が立つと、問診や観察すべき内容に見当をつけることができる。また、一見では判らない場合でも、〈いつもと違う子どもの様子〉から子どもの微細な変化に気づくことによって、「何か身体に起こっているかもしれない」という【直感】につながり、慎重に判断しようとする意識が生じていた。さらに、「嫌な予感」のように情動的な反応として【直感】が働いている場合もあった。ここでは、特定の体験や記憶を呼び起こしている訳ではないので意識はしていないが、後から考えると以前に似たような経験をしていたと気づくこともあり、経験との類似性を【直感】による状況判断にかかしていることが理解できた。

どの場合においても【直感】を働かせるためには、手がかりを察知できる力が必要である。ゲーリー・クライン<sup>14)</sup>はそのような能力に関して、現場における意思決定では、問題解決の鍵を握るのは知覚的スキルの習得であるとしていた。知覚的スキルとは、外的表象を上手にみるための力であり、状況に応じて自分のスキルを選択していくことである。その際に必要になるのが的確に判断する知覚的な認知能力であるとされている。クラインは、兆候として現れる症状を理解し、あるパターンに注意していれば、事前に症状を察知できることをNICUの看護師や救命医療士のインタビューから明らかにし、その診断リストは文献や専門家によっても確認を行い、正しいことを報告している。本研究における結果でも、養護教諭は、子どものどのような変化が注意すべき身体的徴候なのかということ自身を自身の経験から察知していた。

養護教諭の【直感】は、そのまま対応に直結するものではなく、判断のプロセスの中でパターン認識として【直感】を働かせているのであり、次の情報収集や意思決定の方向性や内容に影響するものであった。つまり、養護教諭の【直感】は意思決定のための糸口といえ、知

覚的スキルを高めることは養護教諭の救急処置実践に有効な判断力につながると考えられる。

しかし、ただ経験を積むことが知覚的スキルを高めることに直結するわけではない。運動技能における研究<sup>15)</sup>においては、時々刻々と変化する不安定な環境における状況判断能力であるオープンスキルに優れるためには、技術の正確さを追求するための反復練習である基礎的技術すなわちクローズドスキルのパフォーマンスを向上させることが必要であるとされている。知覚的スキルはこのオープンスキルに分類される能力であると考えられるため、その能力を高めるためには、養護教諭養成教育において基礎的技術の修得にむけて、判断に必要な知識や技術を確実に身につけておくことが大切な要素である。

養護教諭養成教育における根拠の多くは医学・看護学だけでなく、教育学・心理学・社会学等様々な学問から得られることは理解できる。以前は、諸科学それぞれの分野における専門内容を教授されていた経緯もあり、養護実践に必要な信頼性の高い根拠を選択し構築することは困難といえた。現在、養護教諭養成は、教育学系、看護学系、学術系等多様な学科での課程認定が増加している。中央教育審議会答申「学士課程教育の構築に向けて」(2008)でも述べられているように、学士力を保証する作業には、大学間の連携・協働、大学団体や学会等の組織づくりやネットワークづくりが望まれており、学校救急処置の行動目標や構成・展開方法においても同様の取組が必要といえた。

また、1999年の教育職員養成審議会第三次答申「養成と採用・研修との連携の円滑化について」では、「心身の健康観察、救急処置、保健指導等児童・生徒の健康保持増進について、採用当初から実践できる資質能力」が必要であると指摘されている。しかし、日本教育大学協会全国養護部門研究委員会<sup>16)</sup>の調査から学校救急処置に関する科目を概観すると、現行カリキュラムの教育方法は講義が多い結果であった。本研究では基礎的な知識・技術を基盤に実際場面で統合・応用できる能力<sup>17)</sup>につなげる必要性について言及している。次の段階として演習形式やエマルゴトレーニング<sup>18)</sup>など、実践的な研修を繰り返すことで、経験から得た知識を体系化して機能的分析を行うことが可能となると考える。養護教諭養成教育では、その展開方法を学ぶことが求められ、「教職実践演習(養護教諭)」で実践することを提案したい。

## (2) 子どもの特性から気づく

養護教諭は【直感】の手がかりとして〈いつもと違う子どもの様子〉を察知していた。それは、養護教諭が学校生活全般における関わりから日常の子どもを知っており、その表情や雰囲気を目の前の姿と無意識のうちに比較しているからであると考えられた。また、子どもから主訴を聴取する時にも〈大げさな子〉や〈不安の強い子〉など、子どもの個性を考慮していた。さらに、その子個人についての比較だけでなく、「けがをして来たときは

けっこうみんな泣いてくるけど、しばらく話を聞き、手当をすれば安心して、案外顔つきもしっかりしてくる。それがその時はなかった」など、今まで接してきた同年齢の子どもの特徴とも比較していた。養護教諭の見方や感じ方が情報の内容に影響することも考えられ<sup>19)</sup>、本研究においても、養護教諭自身がとらえた子どもの姿が「先入観」として、実際よりも軽症に判定しないように省察していた。しかし、その感性は、経験によって得るところが大きい。この気づきを的確なものにし、鋭敏なものにしていくためには、子ども観の豊かさが求められる<sup>13)</sup>。以上から、子どもの個性や発達の特徴を知っているということは、経験的に子どもを理解した情報であるといえる。

## 2. 必要な情報を得てアセスメントする力

養護教諭は【直感】における予測や情動反応の原因を明確にするために、主訴をもとに【情報収集】を行っていた。まず、《症状の既往の確認》と《既往歴の確認》は、子どもに以前に経験したことがあるか聞くとともに、保健調査票などで客観的な情報を確認し、情報となる必要事項がないか確認していた。それにより、以前の症状や経過、医学的診断などが確認できた場合には比較し、同様の症状が確認できた場合は絞り込みが容易となり、その予測を判断や対応につなげていた。傷病の症状が不明瞭な初期の状態や軽度の場合には、〈一見して判る手がかり〉による状況把握はできないため、判断を求められる養護教諭にとって既往を知っていることは大きな判断材料となると考えられる。しかし、完治したからと保護者からの報告がない、学年が上がる時に引き継がれていないなど、記録がない場合があり、記録のあり方や内容を統一する体制づくりの必要性も考えられた。

養護教諭の行う救急処置実践においては、問診により《系統的に情報収集を行う》ことで必要な情報を得ることが重要であると考えられる。《観察》につなげるための状況確認に始まり、視診等により気になることがあれば、さらに問診を行いながら疑わしい傷病やその原因を絞り込んでいた。また、発達段階における子どもの説明できる力量も考慮し、発達に合わせて聞き方に配慮しながら必要な情報を引き出していた。本研究の結果からも、問診すべき項目については系統的に問診する内容は理解しており、子どもから必要な情報を引き出す力は備わっていることが分かった。しかし、得た情報から《観察》や判断の根拠につなげる力は十分とはいえなかった。

次に、養護教諭の行う《観察》はその場で実施できることが中心であり、問診で得た情報により必要だと考えたところから診ていた。この観察方法は、経験を積み重ねたフローチャート式の観察であり、その傷病で起こりうる症状を見落とす可能性は否定できない。養護教諭に求められる観察は、救急搬送における救急隊の実施する重症度・緊急度判断基準と同様に、優先度を理解して実施し、対応を決定することである。救急救命士の外傷の

判断基準<sup>20)</sup>は①生理学的評価、②解剖学的評価、③受傷機転の3段階の順となっており、これ以外の判断基準は①生理学的評価、②症状等の2段階の順となっている。前述の3段階は《生理学的評価の確認》、《パターン認識》により判断を行っており、ここでとりあげている《観察》は2段階における症状等の判断に相当すると考えられる。その判断を行うためには、その傷病の特徴的な症状と必要な観察を理解して全て実施できる力が必要といえた。

## 3. 意思決定

### (1) 意思決定を支える力

判断における意思決定には、自己の体験の想起を中心に、過去の状況と比較するという認知が関わっていた。まず、《自己の経験を想起する》は、過去の状況と比較したり、経験したことの中から有効な情報を引き出すことであった。Bines<sup>21)</sup>は、大部分の専門家の活動は知識の学習や知識への適用を基盤としているのではなく、行為の中の知識を基盤としていると述べている。したがって、専門家の実践には人々の相互作用が含まれているため、経験のみでは固有で独特、かつ個人的で複雑な専門家の実践にとって十分ではないといえる。次に、経験した子どもの傷病について、医師の助言や研修会、書籍によって《傷病に関する知識を深める》ことも行っていた。BennerとTanner<sup>22)</sup>は、直観的知識の重要性を強調しながら、経験からの学びは、意識的な学びでなければ、単に、合理性に基づく知識の付加にのみ焦点が当てられると指摘している。そこで、BoydとFalaes<sup>23)</sup>は、リフレクションという考え方を提示している。リフレクションとは、経験により引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探究の過程である。自己に対する意味づけを行ったり、意味を明らかにするものであり、結果として概念的な見方に対する変化をもたらし、実践上の問題を明確にすることができる可能性がある。

《他者の経験を共有する》ことは、一人職ないしは二人職の養護教諭にとって、経験から意思決定力を高めるための有効な方法の一つであり、実践上の問題を明確にすることができると考えられた。本研究の結果においても、他の養護教諭から「うちの学校ではこういうことがあって、こうしたんよという話」を聞き、判断に役立っていた。一人ひとり多くを経験することはできないが、体験に基づいた話には多くの様々な教訓が含まれており、直接体験しなかった人にも実際の経験と同じように役立つ<sup>24)</sup>ため、各人が事例を持ちよることでそれぞれが多様な経験を積んだことになる。つまり、学習によって経験した場合と同様の知識を得ることができると考えられ、事例検討会による事例の共有が重要であるといえる。事例検討会<sup>25)</sup>は、事例の検討すべき点を明確化し、参加者が共有することで論点の焦点化を行い、メンバー全員で今後の方向性について意見を出し合いながら実践を理論に結びつけるよう整理を行うことで判断力を獲得する方法であり、養護教諭の《他者の経験を共有する》方法と

して有用といえる。この事例検討会には実施上の注意事項があり、①事例提供者やケースのプライバシーを必ず守る、②気づきをもたらす、③価値観や感情を押しつけない、④個別化する、⑤あるがままを受け止める、⑥事例提供者や他者の意見を裁かない、⑦自己決定を促すことが挙げられている。事例提供者にとっても、事例を話すことに不安を感じない、自分の実践を否定されないなどが保証される。このことは、後悔や失敗感として自己が抱えている過去の実践を客観的に振り返ることで、心理的な負担感の軽減につながる効果も期待できる。

#### (2) 意思決定を阻害する要因

【意思決定を阻害する要因】とは、《自信がない》、《焦り》であり、養護教諭自身のネガティブな感情が意思決定に影響していた。

まず、《自信がない》という思いは、失敗体験と、それに伴う不安から生じていた。養護教諭は、〈問診や観察の優先度や内容が定まらない〉という体験や、〈問診や観察で確認すべきことを見落とししている〉、〈大したことないが過小評価する〉という体験を失敗と捉えており、目の前で子どもの状態が重症化した場合や、今までの〈経験との共通点を見つけられない〉場合には、経験したことの無い状況に困惑し、不安を感じていた。クライン<sup>26)</sup>は、意思決定における失敗の原因を、経験不足、情報不足、過小評価に分類しており、本研究の結果においても同様の要因があった。経験の浅い時には経験不足により誤った判断に気づかず失敗したり、不安から過度に慎重になり意思決定が遅れてしまったりすることもあると考えられる。本研究の対象は経験年数21.6±9.8年で、経験不足とはいえ対象であり、「起こりやすいけがはたくさん知ってるけど、当てはまらない」と、〈経験との共通点が見つからない〉場合も子どもの状態から冷静に判断し、迅速に対処できていた。しかし、経験だけに頼る判断では意思決定の幅を狭めるため、自身の経験は判断材料の一つと考える必要があった。また、津村ら<sup>27)</sup>は、判断処置が適切でなかった事例について、問診や検査の不足によるものが多かったことを報告しており、問診や観察による【情報収集】の重要性が理解できた。さらに、過小評価は、問題の徴候には気づいているのに問題視しないことであり、本研究の結果では、「足から落ちてくるから頭への衝撃は一旦和らいでいる」という考えや、「できれば軽くあってほしい」という気持ちが影響して傷病の重要なサイン<sup>28)</sup>に気づくのが遅れたと考えられた。

次に、《焦り》は養護教諭の多忙が心理的なストレスとして救急処置においても影響していた。語りでは、「出張に出ないといけなかった」と時間的な制限により早く対応を決定したい気持ちを優先してしまったことや、「朝から調子悪い子とかも座ってるし、仕事がたまって状態」で傷病が同時に発生して一人に対応しきれないことに動揺していた。また、「保健室で健診を行って

る場合は来ます、やっぱり次々と」と、健康診断実施中に来室する子どもの対応にも困難感を抱いており、【意思決定を阻害する要因】となっていた。この要因を軽減するには、他の教職員の協力が必要であった。

#### 4. 養護教諭の対応

##### (1) 準備性を高める

養護教諭の行う救急処置実践における対応は、子どもへの教育的配慮、管理職や保護者の考え、専門病院の有無などの学校特有の要因により、複雑な様相を示す。これらの要因は個々の学校や地域によって異なるため、養護教諭は学校や地域の実態に合わせて柔軟に対応していかなければならない。しかし、緊急時の「対応」に対して9割以上の養護教諭が困難を感じており、「保健室で様子を見る—帰宅させる—医療機関への受診を指示する—救急車で移送する」といった、判断を伴うものに困難を感じているとの報告もあり、救急車要請の要・不要、医療機関の選択、必要な処置などは現場で直ちに判断・行動しなければならず、これには明確な根拠が必要であるといえた<sup>9)</sup>。そのためには、養護教諭は自身の判断に対応につなげられるよう、救急処置に対する【準備性】を高めおくことが重要である。ここでいう【準備性】とは、子どもの傷病に対して実動可能な救急体制を整備し、最善を尽くせるよう備えておくことである。

本研究の結果においては、まず、対応決定に《救急車要請基準》の有無が影響していた。救急車要請の基準がある場合は、救急搬送の必要性について養護教諭は《救急車要請基準》を根拠の一つとして《管理職への説明責任》を果たすことができ、困難感を抱くことなく、管理職の理解を得て迅速に対応できていた。一方で、救急搬送が必要であると判断した養護教諭と必要ないと考える管理職の場合では、救急搬送が必要であるという自分の判断が説明できないという場合もあった。養護教諭自身の説明する力量不足という要因も考えられるが、受傷直後では症状がない場合もあり、知識がなければ一見重症度が高くないと考えてしまう可能性もある。そのような場合に、事前に同意を得た基準があることで、自身の判断について説明しやすく、管理職の同意も得られやすいと考えられる。さらに、この《救急車要請基準》は傷病に応じた基準であることが求められる。向井田ら<sup>29)</sup>は、軽度から重度の様々な状況に対処するという意味で十分な準備が来ていると考えられるもの（救命救急マニュアル）は全体の4割であったと報告しており、基準の内容についても十分な検討が必要であると考えられる。

次に、これまでの研究により、養護教諭不在時の救急体制について保健室の管理や応急処置を行う責任者を決めておく必要性<sup>30)</sup>が指摘されている。本研究の結果では、救急車要請の判断が必要な場合に、学校長不在時に代理を担う教諭は不安が強く、養護教諭自身も不安を感じる場合があった。いざという時に責任の所在と対応が明確でないと迅速に対応できない可能性があるため、学校全

体の協力のもと、どのような状況においても機能する体制づくりが望まれる。さらに、「ためらわせたものは何かなって思ったときに、やっぱり担任とか管理職への遠慮だった」と〈教員に遠慮する〉ことで対応が遅れたという事例もあり、着任間もない場合や授業中など連絡できない場合には注意が必要であった。このことから、教職員との信頼関係を基盤に救急体制についての共通理解を図り、傷病発生時に適切に対処できるよう学校内の体制を整備していくことが必要といえた。

## (2) リスクへの対応

救急処置における対応には学校内外の様々な人が関わるため、一定のリスクも見込まれる<sup>31)</sup>。養護教諭は教職員や保護者、地域の医療機関と連携を図りながら、連携する中で発生するリスクについても考慮しなければならないと考えられた。《医療機関連携》に関するリスクは、休診や受け入れ不可能な場合であった。《保護者とのコミュニケーション》の保護者に関するリスクには、連絡がとれないと受診する病院が決まらないことがあり、養護教諭は病院選択に迷いを生じ、その結果、対応に困難感を抱いていた。

病院の選択においては緊急性のある場合を除いて保護者の意向が優先されるため、「連絡をとって病院受診しないと、どこに行くのかの希望もある」と、保護者に連絡がとれることが第一であった。そのため、保護者との連絡方法を複数確立しておくことで連絡がとれるようにする、あらかじめ希望の病院を聞いてリスト化しておくなど、保護者の意向を汲めるようにしておく必要があった。また、近隣の病院や総合病院など、優先度を考慮して受診先を複数決めておくことで、学校側の判断で受診させる場合や保護者に依頼する場合でも、その場で受診先を探すことなく対応できると考えられた。

## (3) 相談力

緊急時の対応において本研究では、対応に自信が持てない場合に、「その病院を選んだ理由を説明できるようにしとかなないといけないと思った」と、学校医に症状を伝えて相談したり、「こういうことがありましたということで相談をして、指示というか、話は聞きます」と、その時に連絡することができない場合でも転帰を報告し、医師の意見を聞いていた。

名越ら<sup>32)</sup>は、現職養護教諭を対象とした学習ニーズの調査において、学びたい知識には頻度の高い日常的な処置も含まれており、自己の知識が正しいのかどうか自信がないことがこの要因であると報告している。養護教諭は主に一人職であり、対応を決定しなければならない専門職としての責任感と学校内で相談できる相手がないことによる不安感を抱いており、この背景には日々遭遇する事例に対し、その場で指示を受けたいと思った時に受けられないという現状が考えられる。

一方で、複数配置の場合は、互いに同じ立場としての身近な相談者となり得ると考えられる。後藤ら<sup>33)</sup>は、養

護教諭の考える複数配置の主な利点は「相談・検討できる」などであることを複数配置校の養護教諭の実践から明らかにしている。しかし、長い経験をもつ者と経験の浅い者との組み合わせでは、責任者と補助的な立場での分担がとられ、経験の浅い者は指導を受けながら展開していく場合が多いという報告もある<sup>34)</sup>。今回、本研究の対象の経験年数は $21.6 \pm 9.8$ 年であり、複数配置であっても自身が指導する立場となりうる経験豊かな養護教諭であった。語りでも「その先生は、私がけがの対応に行ってるから、私が観察してるから、ちょっと一歩引かれてた」と、同僚の養護教諭から遠慮されたり、相談を受けるなど、一緒に勤務する養護教諭に相談することはほとんどなかった。経験の浅い養護教諭にとっては未熟さからくる不安が軽減され、専門知識・技術を学ぶことができるが、経験を積んだ養護教諭にとっては自身の専門性を向上させるための相談できる体制とはいえないと推察された。

学校医への相談は、学校内の傷病事例について報告する時に行われることが多く、養護教諭の判断・対応に対する意見やアドバイスを含めた評価を受ける機会になっていた。今後も、指導や助言を活発に受けることが、《傷病に関する知識を深める》ことにつながるといえた。さらに、学校医との連携は《医療機関連携》を深めることになり、このネットワークから地域につながっていくことも必要であると考えられた。2009年に施行された「学校保健安全法」第10条にも「地域の医療機関との連携」において、救急処置等を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めるとあり<sup>1)</sup>、学校事故への対策のあり方として連携を深めることに主眼がおかれており、養護教諭の行う救急処置において相談力を高める機会の一つであると考えられた。

## (4) 評価

養護教諭は自身の判断・対応について、その場で指導を受けたり、評価される機会というのは少なく<sup>9)</sup>、その評価も対応そのものが上手くいったかという結果に対する管理職、医師、保護者からの感想として受けることが多い。本研究の結果では、養護教諭自身が事例の振り返りを行うことによって自己評価したり、医師から傷病についての説明や搬送方法についての指摘を受けたりすることによって次の対応につなげていた。養護教諭は、子どもが訴える症状から〈一つの傷病の観察項目が増える〉、医師の説明により傷病について〈どういう状態なのか理解が深まる〉というように、経験を一つずつ自身のアセスメント力に付加していた。医師からの身体の見方や症状の現れ方などの助言は養護教諭にとって医学的〈知識を得る〉機会となっていたが、頻繁にそういった助言が受けられるわけではなかった。また、医師からは搬送方法について「これからは救急車でおいで」と、緊急性の視点から指示される場合もあり、「こういう状況だった

ら救急車呼んでもいいな」というように、養護教諭の救急車要請に対する意識の変化にもつながっていた。

これらの方法は、経験したことに限定されているが、他者の指摘により自分自身の気づきにつながった養護教諭個人の主観によるフィードバックであった。つまり、養護教諭が知識を獲得していく過程は、経験知の蓄積型であるといえた。しかし、この方法では、一つの現象に対してフローチャート式で「ある」「ない」という判断に陥りやすく、評価や気づきの得られなかった側面の内容は見過ごしてしまう可能性がある。

養護教諭の救急処置実践力の向上を図るためには、専門職としての知識体系を構築することが求められる。そのためには、実践において判断のプロセスを自覚した意識的な学びが必要といえた。

## V. 結 論

養護教諭の行う救急処置実践における「判断」と「対応」の内容とプロセスについて、面接調査を分析した結果、以下のことが明らかになった。

- (1) 救急処置における判断の内容は、【問題の緊急性の判断】【直感】【子どもの特性】【情報収集】【意思決定を促進する要因】【意思決定を阻害する要因】であった。【問題の緊急性の判断】には《生理学的評価の確認》が、【直感】には《パターン認識》が、【子どもの特性】には《先入観をもたない》《訴えを吟味する》が、【情報収集】には《症状の既往の確認》《既往歴の確認》《系統的に情報収集を行う》《観察》が、【意思決定を促進する要因】には《自己の経験を想起する》《傷病に関する知識を深める》《他者の経験を共有する》が、【意思決定を阻害する要因】には《自信がない》《焦り》があった。養護教諭の【直感】とは、状況の類似や子どもの様子の相違から重要なパターンを認識することであり、対応に直結するものではなく、その後の意思決定に影響する糸口であった。【直感】を働かせるためには、パターン認識のための手がかりを察知する知覚的スキルを高める必要があると考えられた。
- (2) 救急処置における対応の内容は、【準備性】【評価】であった。【準備性】には《救急車要請基準》《管理職への説明責任》《学校内連携》《医療機関連携》《保護者とのコミュニケーション》が、【評価】には《養護教諭自身の理解の深まり》《医師の助言》《保護者の考え方》《管理職（学校）の意見》《子どもの変化》があった。【評価】の方法は、経験したことに限定され養護教諭個人の主観によるフィードバックであり、養護教諭が知識を獲得していく過程は、経験知の蓄積型であるといえた。今後、養護教諭の救急処置実践における実践力の向上を図るためには、専門職として判断のプロセスを自覚して意識的に学ぶことができるような知識の体系化が必要と考えられた。

## 文 献

- 1) 文部科学省中央教育審議会：子どもの心身を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について（答申）：7，2008
- 2) 文部科学省：学校保健法の一部を改正する法律の公布について（通知）. 文科ス第522号：20，2008
- 3) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：平成21年度災害共済給付の給付状況等 Available at : <http://naash.go.jp/anzen/saigai/toukei/tabid/80/Default.aspx> Accessed November 9, 2010
- 4) 福田博美，天野敦子，岡田加奈子ほか：教育学部養護教諭養成の看護系科目に対する卒業生の学習ニーズ. 学校保健研究 45：331-342，2003
- 5) 下村美佳子：養護教諭の救急処置に関する調査研究—「検診」に対する養護教諭の自信度と必要度の調査結果から—. 高知女子大学看護学会誌 31：56-64，2006
- 6) 武田和子，三村由香里，松枝陸美ほか：養護教諭の救急処置における困難と今後の課題—記録と研修に着目して—. 日本養護教諭教育学会誌 11：33-43，2008
- 7) 太田宗夫：養護教員に期待する学校での救急指導と救急計画における役割. エマージェンシーナーシング 15：17-22，2002
- 8) 三村由香里，松枝陸美，藤尾由美ほか：養護実践のための頭部外傷チェックリストの提案. 日本養護教諭教育学会誌 11：33-43，2008
- 9) ゲーリー・クライン：決断の法則. 48-68，トッパン，東京，1998
- 10) パトリシア・ベナー：ベナー看護論—初心者から達人へ新訳版. 医学書院，東京，2005
- 11) 奈良間美保：系統看護学講座専門分野Ⅱ小児看護学概論 小児臨床看護総論 [1]. 172，医学書院，東京，2010
- 12) 林邦雄：図解子ども辞典. 52，一藝社，東京，2004
- 13) 大谷尚子：養護教諭に求められる資質・能力—養護教諭養成にかかわる課題から—. 保健の科学 48：761-764，2006
- 14) 前掲書9)，408
- 15) 高橋哲也，中須賀巧，赤松喜久ほか：注視方略がクローズスキルの運動学習に及ぼす影響. 大阪教育大学紀要 第Ⅲ部門 自然科学・応用科学 59：43-51，2010
- 16) 日本教育大学協会全国養護部門研究委員会：養護教諭養成におけるカリキュラム改革の提言. 2010
- 17) 堀内久美子，天野敦子，平謙勝子ほか：養護教諭養成機関における看護学教育の一考察 第2報 学校における救急処置事例等からみた分析. 学校保健研究 19：277-284，1977
- 18) 中田康城：エマルゴ（特集 救急医療・災害医療におけるシミュレーション学習）—（災害医療におけるシミュレーション学習の実際）. 救急医学 378：1535-1541，2007
- 19) 後藤ひとみ：保健室における養護教諭の対応—事前情報

- を考慮した救急処置の過程—。同朋大学論叢 58 : 186-174, 1988
- 20) 救急振興財団編：救急搬送における重症度・緊急度判断基準作成委員会報告書。財団法人救急振興財団企画調査課, 4, 2004
- 21) Bines H, Watson D : Developing Professional Education. Society for Research into Higher Education and Open University Press, Buckingham, 1992
- 22) Benner P, Tanner CA : Clinical judgment : How nurses use intuition. American Journal of Nursing 1 : 23-31, 1987
- 23) Boyd EM & Fales AW : Reflective learning : key to learning from experience. Journal of Humanistic Psychology 23 : 99-117, 1983
- 24) 前掲書 9), 243
- 25) 渡部律子：基礎から学ぶ気づきの事例検討会。中央法規出版, 東京, 2007
- 26) 前掲書 9), 390
- 27) 津村直子, 野登山裕美：判断処置に困難を要した救急処置事例の検討—外科系の事例について—。北海道教育大学紀要（教育科学編） 54 : 199-206, 2003
- 28) 西沢義子：学校救急処置における養護教諭の対応について—養成課程別による検診の実施率について—。学校保健研究 31 : 342-348, 1989
- 29) 向井田紀子, 小林正子, 田中哲郎：学校事故に対する救急体制の現状に関する研究。学校保健研究 42 : 105-106, 2000
- 30) 堂腰律子, 安部奈生, 芝木美沙子：養護教諭不在時の応急処置活動について。学校保健研究 41 : 127-137, 1999
- 31) 堀井雅道：学校における安全管理の実態と「学校安全」の基本的視点と課題。季刊教育法 146 : 38-46, 2005
- 32) 名越恵美, 中桐佐智子：養護教諭の救急処置に関する学習ニーズと学習効果—養護教諭1種免許認定公開講座より—。看護・保健科学研究誌 6 : 69-76, 2006
- 33) 後藤ひとみ, 小川佳子, 内山奈美子：複数配置校における養護教諭の活動実態—一日の活動及び保健室来室者への対応から捉えた利点—。愛知教育大学研究報告（教育科学編） 54 : 47-55, 2005
- 34) 千代田絹恵, 飯田澄美子：養護教諭の執務に関する研究—複数配置について—。神奈川県立衛生短期大学紀要 8 : 31-38, 1976

(受付 11. 02. 16 受理 11. 07. 05)

連絡先：〒7100-8530 岡山市北区津島中3丁目1-1  
岡山大学大学院教育学研究科発達支援学系（松枝）

原 著

起床時体温低値児童における夜間就寝中の体温変動

柴田真志<sup>\*1</sup>, 若村智子<sup>\*2</sup>, 柴田しおり<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup>兵庫県立大学看護学部

<sup>\*2</sup>京都大学大学院医学研究科人間健康科学専攻

<sup>\*3</sup>神戸市看護大学看護学部

Change in Body Skin Temperature during Sleep in Children with Low Waking Oral Temperatures

Masashi Shibata<sup>\*1</sup> Tomoko Wakamura<sup>\*2</sup> Shiori Shibata<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> College of Nursing Art and Science, University of Hyogo

<sup>\*2</sup> Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University

<sup>\*3</sup> School of Nursing, Kobe City College of Nursing

The purpose of this study was to investigate the change of nocturnal body skin temperature in children with a low waking basal body temperature. One hundred and thirty five children (9.8 yrs [SD 0.6]) were evaluated for oral temperature and daily physical activity (DPA) over four weekdays. Oral temperature was measured at the time of waking. DPA was defined as the number of daily steps, determined using accelerometry. The low temperature group (L, n=11) was defined as >1 SD below the mean waking oral temperature. We made a random selection among those children who had a higher waking oral temperature score (<1SD below the grand mean waking oral temperature) and were put to bed at the same time as L. These served as the control group (C, n=12). Skin temperatures during sleep in L and C groups were measured using the Hardy-Dubois method. Then, the time of minimal value for the mean skin temperature during sleep was determined.

There were no significant differences in waking time or total sleeping time between L and C. However, the time of the occurrence of minimal mean skin temperature in L (4:42 [SD 1:01]) delayed significantly in comparison with C (3:53 [SD 0:30]). DPA (13,785 steps [SD 1,918]) and modified morningness-eveningness score (16.5 [SD 2.2]) in L were significantly lower as compared with C (17,960 steps [SD 3,422], 18.8 [SD 2.5]).

Our results suggest that low waking oral temperature may be associated with delayed body temperature circadian rhythm. Our data also suggest that a lower level of daily physical activity may be a cause in re-treatment of mean skin temperature rhythm.

Key words : nocturnal body skin temperature, circadian rhythm, sleep, physical activity, morningness-eveningness  
夜間体温, 概日リズム, 睡眠, 身体活動量, 朝型・夜型

I. 緒 言

ヒトの体温には概日リズムが認められ, 一般に夜間就寝中に深部体温は最低値をとった後, 朝方にかけて徐々に上昇し, 夕方前後に最高値を示す. 小学生児童においては, 朝の始業時刻が一定であり, 授業の6割以上が午前中に配置されていることに照らし合わせれば, 学校生活を送る上では朝方にある程度体温が上昇している方が適切と考えられる.

近年, 小学生児童1,090名を対象に行った起床時体温(口腔温)に関する研究<sup>1)</sup>において, 起床時に36℃未満を示す, いわゆる低体温傾向児の割合が約13.3%であることが報告されている. また, 1970年から93年までの24

年間の小学4年生児童(毎年130名程度)の腋窩温測定を実施した研究<sup>2)</sup>において, 起床時(午前6時)平均腋窩温は男女ともに低下し, 低体温傾向児の割合も70年代の平均1.5%から, 80年代3.3%, 90年代前半9.3%と増加していることが示されている. これらのことは, 少なくとも1970年代以降, 起床時の体温が低い低体温傾向児の割合が増えていることを示していると考えられる.

我々は既に小学生男子児童を対象に, 起床時体温のみならず午後2時および就寝時においても口腔舌下温を測定して覚醒時の体温リズムについて検討し, 起床時に体温が低値である児童は, 起床時に比べ就寝時の体温が高く, また午後2時から就寝時にかけての体温低下が鈍いことを示した<sup>3)</sup>. これらの知見は, 一日中の体温が低値



であるというよりはむしろ体温日内リズム位相後退によって起床時に低い体温が観察されることを推察させる。しかし、実際に児童の夜間就寝中体温変動について検討を行った報告は我々が知る限り存在しない。また、小学生児童においては、学校登校日の起床時刻はある程度決まっているため、前夜の遅い時刻の就床による最低体温時刻の朝方への後退が結果として起床時体温の低値化を助長することは容易に推察できる。実際、毎回同様の方法で行われているNHKの国民生活時間調査<sup>4)</sup>によれば、10歳以上の小学生の平日睡眠時間は1970年9時間23分、1980年9時間13分、1990年9時間8分、2000年8時間49分と徐々に短縮してきており、睡眠時間の経年的短縮は平均就床時刻の遅延が強く影響していると推測できるため、起床時の低い体温を示す児童の増加は、生活の夜型化が体温リズムを後退させた結果と考えられる。しかしながら、起床時体温低値児童についての先行研究では、標準的な起床時体温児童の就床時刻との間に必ずしも差を認めていない<sup>3,5)</sup>。したがって、遅い就寝時刻以外の要因が起床時体温低値に関与している可能性があると考えられる。例えば、上述の先行研究<sup>3)</sup>では、一日の歩数平均値が22,000歩を超える歩数高値群の就床時口腔舌下温は起床時体温と有意な差がない値まで低下していたが、一方歩数低値群(平均11,000歩未満)では就床時舌下温が起床時より有意に高く、歩数低値が体温日内リズム位相後退と関連する可能性が示唆されている。子どもの歩数平均値は、我々の知る限り1980年以降低下傾向にあり、小学校高学年児童においては、1980年頃18,300~25,500歩であった平均歩数が、近年13,500~18,500歩へと減少しており<sup>3)</sup>、日常身体活動量の低下が体温リズム位相の後退を助長している可能性があるのではないかと考えた。

そこで本研究は、小学4・5年生児童を対象に、起床時体温が低値である児童と、就床時刻に差がない対照との夜間就寝中体温変動を比較し、実際に起床時体温低値児童に体温位相後退所見が認められるかどうかについて検討することを目的に実施した。また、体温日内リズム位相に影響を及ぼす可能性のある因子のうち、身体活動量および朝型・夜型タイプ(クロノタイプ)についても合わせて検討した。

## II. 方 法

### 1. 手 順

本研究は、兵庫県立大学看護学部研究倫理委員会の許可を得て研究協力の募集を行った。神戸市内の住宅街に位置する小学校(各学年2~3クラス)の4年生(2クラス)および5年生(3クラス)の児童と保護者に本研究への協力を依頼し、154名中150名から書面にて同意が得られた。対象児童に婦人体温計(SK-120, セフテー)と生活習慣記録機(ライフコーダ, スズケン)を月曜放課後に配布して測定の詳細を説明するとともに、身長および体重の測定を行った。体温は深部温の指標として口

腔舌下温を採用し、測定方法を記録用紙の裏面に模式図として表して、起床時における安静5分間の測定を行わせ、測定時刻とともに0.05℃単位で値を記入するよう指示した。また、記録用紙には、就床時刻を記入させた。生活習慣記録機は、体重や身長等の設定を行った後、専用ベルトにテープで固定し、各児童のウエスト周囲径に合うよう研究者がベルト長を調整した。生活習慣記録機が固定された専用ベルトは、起床時に装着し入浴時や就寝時には外すよう依頼した。各測定値は休日の影響が極力及ばないように火曜から金曜までの学校登校日4日間について採用したが、金曜就寝時刻については他の曜日と著しく異なる児童が見られたため不採用とした。

また、朝型夜型質問紙<sup>6)</sup>を児童用に修正した朝型・夜型タイプに関する7項目のアンケート調査用紙<sup>7)</sup>を全児童に対して配布し、家庭に持ち帰って回答させた。全児童を対象に行った朝型・夜型タイプに関する7項目のアンケート調査から、各回答番号を各項目の得点とし、朝型・夜型点を算出した。アンケートの各項目は、4者択一方式で構成されており、7項目にすべて「1」と回答すると朝型・夜型点は7点に、すべて「4」と回答すると28点になり、点数の高い方が朝型タイプになるように回答を設定した(資料1参照)。

本研究に参加した児童150名のうち、記録の一部書き忘れ(7名)、記録用紙汚損もしくは数値読み取り不能(5名)、欠席・体調不良(3名)といった記録の欠損値が認められた児童を除いた135名(男子72名、女子63名)の4日間の各指標について平均値を求めて各児童の代表値とし、起床時体温および就床時刻については起床時体温低値群と対照群の選別に用いた。選定された両群の児童について、夜間7箇所の皮膚温の測定を2日間行って最低体温時刻を求め、また、口腔舌下による起床時、朝会時、午後2時および就床時の4時点での体温、朝型・夜型点、夜間皮膚温、測定週の身体活動量とともに比較に用いた。すべての測定は、5月中旬から6月下旬にかけて行われ、その間、夜間就寝中において寝室内温度調整機器の使用がなかったことを確認した。なお、本研究対象女子児童には初潮は認められなかった。

### 2. 起床時体温低値群の選定

いわゆる低体温傾向児は起床時に36℃未満の腋窩温を示すとされているが、体温が概日リズムを持つことは周知の事実であり、また同時刻に測定した腋窩温よりも一般には舌下温の方が0.2℃程度高値<sup>8)</sup>であることもよく知られている。本研究では、腋窩温ではなく、測定値のばらつきが小さく<sup>8)</sup>、かつ測定エラーが少ない口腔舌下温を採用したため、先行研究<sup>3)</sup>に従って起床時口腔内舌下温の全体平均値から標準偏差(SD)を減じた値より低値である児童、つまりその集団において相対的に起床時の体温が低い児童を起床時体温低値児童として検討対象にすることとした。本研究における起床時舌下温全体平均値およびSDは36.46℃および0.26℃であったことから、

## 資料1 朝型・夜型タイプに関するアンケート

お子様と一緒に下記のアンケートにお答えください。あともどりせずに、順番に答えてください。

○印をつける項目は一番あてはまる場所にお付けください。また、答えを書くことがむずかしい時は、書かなくても結構です。

アンケートは、お友だちや先生がみないよう、ふうとうで集めます。回収用のふうとうにアンケートを入れ、ふうをして学校に持ってきてください。

( ) 年 ( ) 組 お名前 ( ) 性別 男・女

問1. 学校が8時30分ごろからではなく、あなたの好きな時間に始まるとします。そして、一日7～8時間くらい勉強するとします。一日のうちでいつ勉強するかは自由だとすると、朝何時ごろ起きますか。

1. 8時30分より後
2. 7時30分から8時29分までの間
3. 6時30分から7時29分までの間
4. 6時30分より前

問2. その日は何時ごろにおふとんに入りますか。

1. 夜11時より後
2. 夜10時から10時59分までの間
3. 夜9時から9時59分までの間
4. 夜9時より前

問3. 毎日夜9時におふとんに入らなければならないとすると、どの程度かんたんにねむれると思いますか。

1. たいへんむずかしい（おふとんの中で長い時間起きているだろう）
2. どちらかといえば、むずかしい（おふとんの中でしばらく起きているだろう）
3. どちらかといえば、かんたん（短い時間でねむってしまうだろう）
4. とてもかんたん（すぐにねむってしまうだろう）

問4. もし、毎朝6時に起きなければならないとすると、どのくらいかんたんに起きられますか。

1. たいへんむずかしく、つらい
2. どちらかというと、むずかしく、つらい
3. 少しつらいが、起きられる
4. かんたんに起きることができる

問5. ふだん、ねむくなるのは何時ごろですか。

1. 夜11時より後
2. 夜10時から10時59分までの間
3. 夜9時から9時59分までの間
4. 夜9時より前

問6. 朝起きてから、いつもの調子にもどるまでにどのくらいかかりますか。

1. 40分より長い時間
2. 21～40分
3. 11～20分
4. 0～10分

問7. 午前中と夕方をくらべると、どちらがどれくらい元気がよくて調子がいいですか。

1. 夕方の方が、ずっと調子が良い
2. どちらかというと、夕方の方が元気がよい（午前中だるく、夕方調子が良い）
3. どちらかというと、午前中の方が元気がよい
4. 午前中の方がずっと元気がよく、調子が良い（夕方の方がだるい）

これで質問は終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

起床時体温が36.2℃より低値であった児童を起床時体温低値児童とした。これに該当した児童は19名（男子9名、女子10名）であり、その対象児童と保護者に対して2日間の夜間皮膚温の連続測定、1日4回（起床時、朝会時（8時半）、午後2時、就床時）の口腔舌下温測定、生活時間記録および身体活動量測定を依頼した。そのうち同意が得られた14名（男子7名、女子7名）を起床時体温低値群（以下、L群）とした。

### 3. 対照群の選定

L群（14名）の平日の平均就床時刻は22:18 (SD 0:32)であったため、概ね1SD内に相当する21:45～22:50の間に就床していた児童68名とその保護者に対してL群同様の2日間の夜間皮膚温、1日4回の口腔舌下温測定、生活時間記録および身体活動量測定を書面にて依頼した。44名（男子25名、女子19名）から同意を得られ、男女別にそれぞれ無作為に番号を付し、L群と同数となるよう番号順に7名ずつ抽出し対照群（以下、C群）と

した。

#### 4. 夜間皮膚温測定

本研究における夜間就寝中の体温連続測定は、対象者が児童であることを考慮し、直腸温ではなく負担の少ない皮膚温を用いることとした。Hardy-Duboisの7点法<sup>9)</sup>に従って、前額、胸部(乳首下)、前腕部、手背部、大腿部、下腿部および足背部から表面用温度プローブ(ITP010-12, 日機装ワイエスアイ)を介してロガー(LT-8A, グラム社)に1分ごとに各部皮膚温を入力した。温度プローブの装着は、各対象者の就寝予定時刻の1時間以上前とし、対象者はそれまでに夕食および入浴を済ませ、普段用いている寝間着等に替えるよう依頼した。温度プローブは上半身と下半身でそれぞれまとめ、また温度プローブと接続したロガーは研究者が予め作成した布製の小袋に入れて腰ベルトに固定できるようにし、対象児童が温度プローブ装着後も宿題や室内移動等の活動が可能となるよう配慮した。

測定は2夜連続して行い、初夜効果の影響を極力排除するために、第2夜のみを分析の対象とした。なお、分析対象の測定夜は火曜～木曜となるよう調整し、当該測定日には普段とは異なる特別な活動を行わないよう指示した。また、測定夜の翌朝起床時のロガー停止および温度プローブの取り外しは保護者に依頼した。得られた7点の皮膚温から、平均皮膚温(=前額×0.07+胸部×0.35+前腕部×0.14+手背×0.05+大腿部×0.19+下腿部×0.13+足背×0.07)を算出し、5ポイントの移動平均で整流化した後、各対象者の最低体温の時刻を決定した。

#### 5. 生活時間、体温および身体活動量測定

両群の対象者に、生活時間(起床・夕食・入浴・就床時刻)、1日4回の口腔舌下温(起床時・朝会時・午後2時・就床時)および身体活動量を夜間体温測定の前夜から3日間記録させ、その方法は全体測定と同様であった。各データは、夜間体温測定の前夜から翌日までの2日間のそれぞれの値が4日間の全体測定における個人内変動の範囲内にあることを確認した上で6日間の平均値を算出し、両群の比較に用いた。なお、夕食および入浴時刻は、2日間の平均値を比較した。

#### 6. 分析

すべてのデータは、平均値±SDで示した。群間の比較には対応のないt検定を用い、母分散が等しくない場合にはCochran Cox法で検定した。体温の群内の比較には反復測定一元配置分散分析法を用い、有意差が認められた場合はBonferroni法による後検定を行った。いずれの場合にも有意水準は5%未満とした。

### Ⅲ. 結果

表1は、135名全体および両群の特性を表している。全体の平均的な生活時間は、起床6:40±0:24、就床22:15±0:37であり、睡眠時間は8時間25分±38分であった。また、平日3夜の就床時刻の変動係数の平均値は1.6±1.3%であり、個人内で概ね24分程度の差が見られた。歩数および朝型・夜型点は、それぞれ16,686±3,576歩および18.7±3.3点であった。なお、起床および就床時刻、歩数、朝型・夜型点および起床時体温に男女差は認められなかった。

本研究ではL群およびC群それぞれ14名に対して夜間

表1 全体および両群の特性

|                                | 全体 (n=135)   | L群 (n=11)    | C群 (n=12)    | 両群の差   |
|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| 年齢 (才)                         | 9.8± 0.6     | 9.9± 0.7     | 9.9± 0.5     | NS     |
| 形態                             |              |              |              |        |
| 身長 (cm)                        | 137.6± 6.7   | 140.6± 8.1   | 136.4± 7.1   | NS     |
| 体重 (kg)                        | 32.4± 7.2    | 33.9± 6.9    | 30.5± 5.9    | NS     |
| ローレル指数 (kg/m <sup>2</sup> ×10) | 123.2±17.5   | 120.8±15.9   | 119.6±13.1   | NS     |
| 生活時間                           |              |              |              |        |
| 起床                             | 6:40±0:24    | 6:34±0:19    | 6:33±0:34    | NS     |
| 夕食                             | —            | 19:32±0:35   | 19:46±0:31   | NS     |
| 入浴                             | —            | 21:22±0:46   | 21:00±0:48   | NS     |
| 就床                             | 22:15±0:37   | 22:18±0:30   | 22:15±0:29   | NS     |
| 睡眠時間                           | 8:25±0:38    | 8:15±0:38    | 8:17±0:37    | NS     |
| 起床時体温 (°C)                     | 36.46±0.26   | 36.03±0.16   | 36.47±0.16   | p<0.01 |
| 朝型・夜型点                         | 18.7 ±3.3    | 16.5 ±2.2    | 18.8 ±2.5    | p<0.05 |
| 最低体温時刻                         | —            | 4:42±1:01    | 3:53±0:30    | p<0.05 |
| 歩数 (歩)                         | 16,686±3,576 | 13,785±1,918 | 17,960±3,422 | p<0.01 |

Mean ± SD

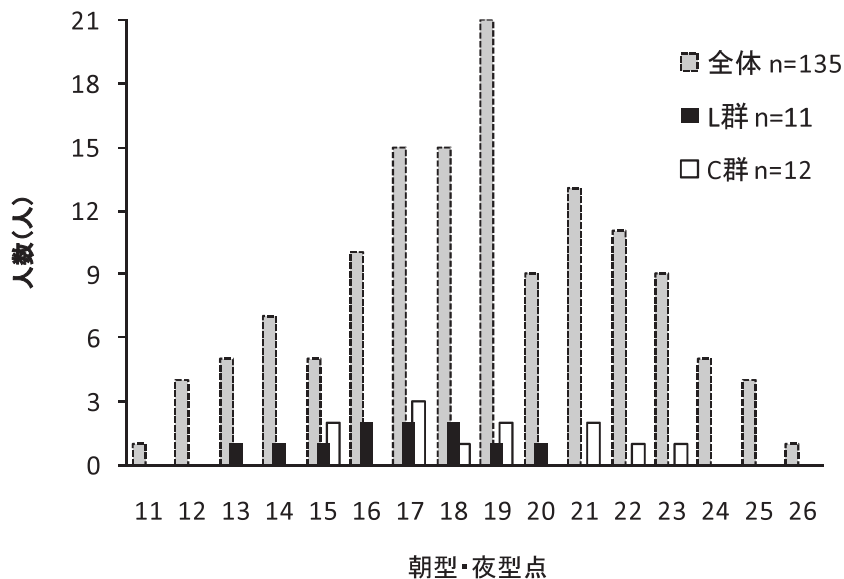
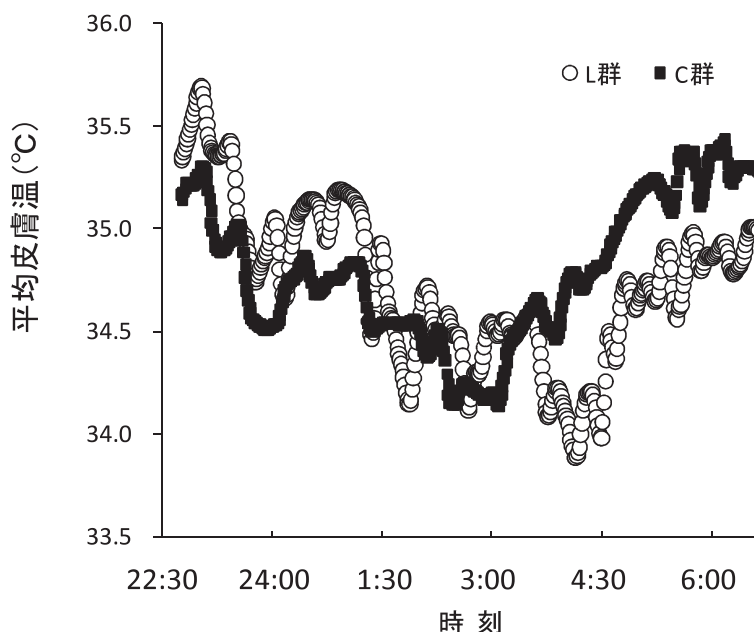


図1 朝型・夜型点の分布



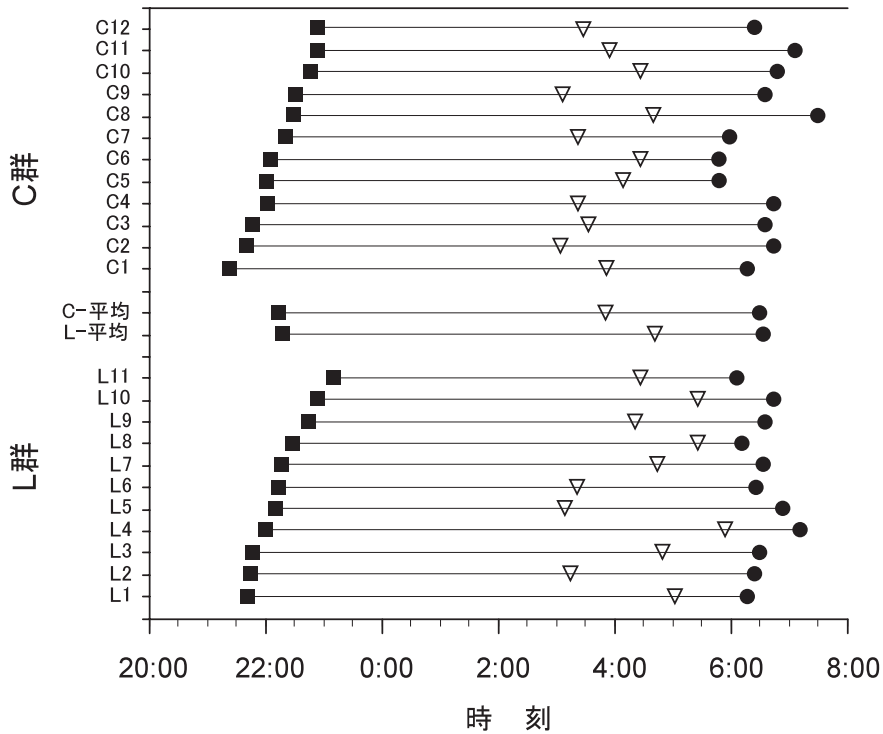
L群：男子，10歳，22：43就床，6：38起床，4：20最低値  
 C群：男子，10歳，22：35就床，6：37起床，3：08最低値

図2 両群の夜間就寝中の平均皮膚温変化の典型例

皮膚温測定を行い，表面皮膚温プローブの外れなどによる欠損データがなかった対象者L群11名（男子5名，女子6名）およびC群12名（男子5名，女子7名）についてデータ解析を行った．解析対象となったL群およびC群と全児童の朝型・夜型点の分布は図1に示した通りであり，C群と全児童の分散に差は認められず（ $F = 1.33$ , NS），群間比較ではL群の朝型・夜型点（ $16.5 \pm 2.2$ ）はC群（ $18.8 \pm 2.5$ ）より有意に低値であった（表1）．また，表1に示したとおり，両群対象者の歩数は，C群（ $17,960 \pm 3,422$ 歩）に比べてL群（ $13,785 \pm 1,918$ 歩）は有意（ $t = 3.56$ ,  $p < 0.01$ ）に低値であったが，形態や生活時間には有意な差は認められなかった．なお，本研

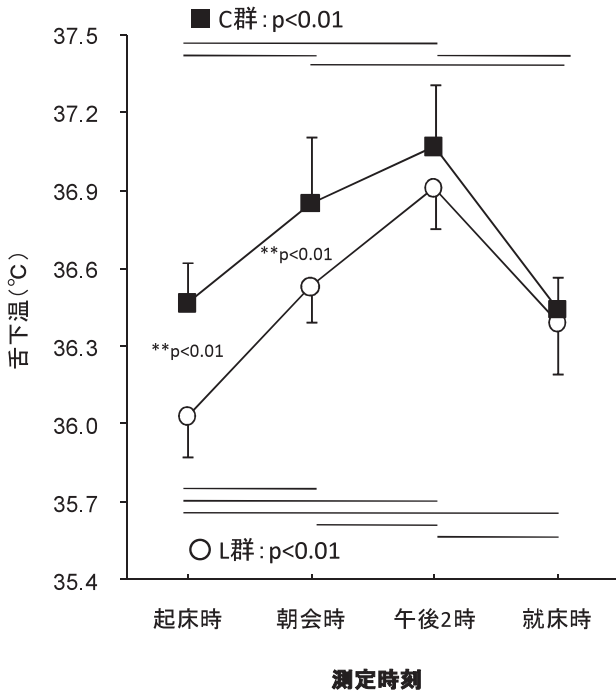
究で起床時体温低値児童（舌下温 $36.2^{\circ}\text{C}$ 未満）とした19名（L群11名を含む）の歩数および朝型・夜型点の平均値は， $13,921 \pm 1,932$ 歩および $16.7 \pm 2.2$ であり，夜間就床中体温変動測定を実施したL群と同程度であった．

図2は，ほぼ同時刻に就床（22：40頃）・起床（6：40頃）したL群とC群のそれぞれ1名の夜間体温変動の典型例を示している．Hardy-Duboisの7点法から算出された平均皮膚温値は，就寝後一過性に上昇した後低下に転じ，深夜に最下点を迎え，その後，朝方にかけて上昇するというパターンを示した．この典型例の場合，平均皮膚温最低値の時刻は，C群児童3時08分に対して，L群児童は4時20分と朝方に遅延していた．両群の就床お



図中のシンボルは、■：就床時刻、●：起床時刻、▽：最低体温時刻を表している。

図3 両群の就床・起床・最低体温時刻



平均的な測定時刻は、起床時：6：30、朝会時：8：30、就床時：22：15であった。

図4 両群の舌下温の日内変動

よび起床時刻の平均値、並びに睡眠時間など生活時間には有意な差は認められず(表1)、また夜間就床中皮膚温測定夜の就床時刻は、全体で測定した平日3夜の就床時刻の個人内変動範囲から逸脱していなかった。

図3は、両群の就床、最低体温および起床時刻の個人

および平均の値を表している。最低体温時刻の平均値は、C群3：53±0：30に対してL群は4：42±1：01と有意に朝方に遅延した(t=2.50, p<0.05)。ただし、L群の最低体温時刻の分散が大きいことから分かるように、C群平均値より早く最低体温時刻を迎えているL群児童は3名(L2, L5, L6)認められた。これら児童は、女子2名、男子1名であり、3名の朝型・夜型点(20, 18, 18点)および歩数(14,600, 15,200, 14,002歩)は、それぞれL群の平均値を上回っていた。

図4は、両群の覚醒時4時点での口腔舌下温の変化を示している。群間比較では、L群舌下温は起床時および朝会時にC群より有意に低値を示し、昼および就床時には差は認められなかった。群内では、L群は起床時に対して、朝会時、午後2時および就床時はいずれも有意に高値を示し、朝会時は午後2時に比べて有意に低値であったが就床時とは差がなかった。一方C群は起床時に対して朝会時および午後2時は有意に高かったが就床時とは差がなく、また、朝会時には午後2時と有意な差が認められなかった。

#### IV. 考 察

本研究の主な目的は、就床時刻に差がない児童の夜間就寝中の7ヶ所の皮膚温を連続的に測定し、起床時に舌下温が低値である児童と標準的な児童の平均皮膚温最低出現時刻を比較することによって体温日内リズム位相に相違があるかどうかを検討することであった。本研究で得られた主な結果は、起床時体温低値群(L群)は夜

間平均皮膚温最低値の出現平均時刻（4：42±1：01）が対照群（C群：3：53±0：30）に比べて朝方に有意に遅延しており、歩数および朝型・夜型点平均値も有意に低値であったことである。また、L群の口腔舌下温は、起床時のみならず8時半頃に行われる朝会時においてもC群と比較して有意に低かった。

本研究においては、就床時刻に差が認められないよう対象者を選定したため、L群における就寝中最低体温時刻の遅延は位相の後退と考えることができる。ヒトの体温リズム位相は、クロノタイプの影響を受けることが一般成人において示されている。Baehrら<sup>10)</sup>は、睡眠時間を8時間に固定して健康者の直腸温連続測定を6日間行い、夜型タイプでは朝型に比較して最低体温時刻が実時刻にして2時間強後退していることを示している。この研究においては、社会的因子に配慮して対象者自身が就寝時刻を自由に選択できたため、夜型タイプの夜間就床時刻は朝型に比べて1時間半程度遅かった。その遅い就寝時刻が体温位相の後退に関与していることも推察されるが、その最低体温時刻は起床時刻から遡って、朝型タイプで4.2時間前、夜型で3.5時間前であり、同じ8時間睡眠であってもクロノタイプが夜型の方がより起床時に近い時点で最低体温をとることが示されている。これらの先行研究結果と、本研究における児童用に修正された朝型・夜型質問紙から得られた朝型・夜型点平均値がL群で有意に低値であったことを考え合わせれば、就床時刻に差がなくともL群の平均皮膚温の最低値出現時刻が朝方寄りであったことは体温位相の後退と推察することができる。

ヒトの体温リズムや睡眠・覚醒リズムは、時間の手掛かりのない暗室における恒常環境下隔離実験によって脱同調すること<sup>11)</sup>が示されており、したがってそれぞれ別々の振動体と考えられている。この二振動体モデルでは、体温リズムに比較して睡眠・覚醒リズムは弱い振動体であるとされている<sup>12)</sup>ため、例えば児童の生活時間は個人の欲する時刻に就床または起床しているというよりはむしろ、親の生活時間や教育観などが色濃く反映されている可能性が強いと考えられる。実際、本研究においては、両群の起床、夕食、入浴および就床時刻など生活時間に有意な差が認められなかったにも関わらず、L群ではC群に比べて平均皮膚温の最低値時刻が後退し、朝型・夜型点ではより夜型傾向が強く、さらに朝会時舌下温も有意に低値を示したため、覚醒時においても眠気が強いことが推察された。したがって、児童の生活リズムを評価する場合には、平日の就床や起床時刻のみを調査しても、実際に児童が欲する時刻に就床や起床しているかどうか明らかではないため、体温測定などを併用することでより有用な評価が可能になると考えられた。例えば、起床時や朝会時に体温が著しく低値を示す、あるいは起床時に比べて就床時体温が著しく高値を示すなどは、体温リズム位相の後退を推察させるため、生活指導の指

標として活用できるのではないかと考えられた。

本研究においては、両群の身体活動量（歩数）に有意な差が認められ、そのことがL群における平均体温の最低時刻後退に影響していると考えられた。一般成人を対象に睡眠時間を8時間に固定し、そのスケジュールを一日20分ずつ前進させ、その間運動することによって血中メラトニン分泌リズムがそれに追従するかどうか検討した研究報告<sup>13)</sup>では、起床3時間および7時間後にそれぞれ2時間の自転車エルゴメータ運動を行った運動群のメラトニンリズムは睡眠スケジュールに同期するように前進したが、その一方でエルゴメータ上安静保持のコントロール群には位相の前進が認められなかったことが示されている。このことは、運動がメラトニンリズムに影響を及ぼす強い振動体であることを意味している。また、時差ぼけ症状の緩和に運動が有効であると報告されており<sup>14)</sup>、日中の運動実践は生体リズム同調に重要な役割を果たしていると言える。本研究においては、児童への運動実践介入は行ってはいないが、日常身体活動量の指標として歩数を比較したところ、C群（17,960±3,422歩）に比べてL群（13,785±1,918歩）が有意に低値であり、このことはC群がL群に比較して平均体温位相が前進していた理由の一つと考えられ、経年的な起床時体温の低値化は体温リズム位相後退による結果であり、小学生児童の生活の夜型化や日中の身体活動量低下の影響による可能生があるものと推察された。

ただし、本研究結果に生体リズムの同調因子である光露が体温リズム位相後退に関与していた可能性は否定できない。日中の明暗の違いは夜間深部体温リズム位相に影響を及ぼし<sup>15)</sup>、夜間の多量な光曝露はメラトニン分泌を著しく抑制する<sup>16,17)</sup>ため、生体リズム維持の困難さが増すと考えられるからである。また、L群においては、C群に比べて最低体温時刻の分散が著しく大きく、C群平均値より早期に最低体温が見られた児童も3名認められた。これら児童の朝型・夜型点はC群平均値程度であることから、体温リズム位相後退とは必ずしも言えず、体温の個人差を反映している可能性も考えられた。今後は、日中および夜間の時間別光曝露量や、一日の平均体温の個人差などを含む検討が課題であると思われた。

## V. まとめ

本研究は、小学4・5年生児童を対象に起床時体温が低値である児童と就床時刻に差がない対照との夜間就寝中皮膚温を比較し、起床時体温低値児童に体温位相後退所見が認められるかどうかについて検討することを目的に実施した。その結果、起床時体温低値群（L群）の夜間皮膚温最低値の平均時刻（4：42±1：01）は、対照群（C群：3：53±0：30）に比べて有意に朝方に遅延していることが示された。また、L群は、C群と比較して有意に夜型傾向が強く、歩数が低値であり、これらの結果も体温リズム位相後退を支持すると考えられた。

## 謝 辞

本研究に協力いただいた児童の皆さんおよび学校関係者の方々に謝意を表します。本研究は、科学研究費補助金基盤研究B（課題番号16300223）および基盤研究C（20500603）の助成を受けて実施しました。

## 文 献

- 1) 石井好二郎：口腔温による小児の体温の検討—小児の低体温問題—。日生気誌 39：25-30, 2002
- 2) 木村慶子, 南里清一郎, 米山浩志ほか：児童の体温に関する研究。—24年間の比較—慶應保健研究 15：81-88, 1997
- 3) 柴田真志, 鶴木秀夫, 土肥隆ほか：起床時体温低値男子児童の身体活動, 心臓自律神経活動動態および体温概日リズム特性。体育学研究 49：295-303, 2004
- 4) NHK国民生活時間調査NHK放送文化研究所・編：日本人の生活時間2000。日本放送出版協会, 東京, 2002
- 5) 森田せつ子：小児の腋窩基礎体温に関する検討。母性衛生 37：481-491, 1996
- 6) Trosvall L and Akerstedt T：A diurnal type scale：Construction, consistency and validation in shift work. Scand J Work Environ Health 6：283-290, 1980
- 7) 原田哲夫, 井上満晶, 竹内日登美ほか：児童・生徒の生活リズム研究 I。高知大学教育学部研究報告 56：1-21, 1990
- 8) 相原まり子, 入来正躬, 相原彌徳ほか：環境温の口腔温測定値に及ぼす影響。湘南短期大学紀要 6：1-9, 1995
- 9) Parsons KC：Measurement methods and assessment techniques. In：Persons KC Human Thermal Environments (second Edition), Taylor& Francis New York 93-130, 2003
- 10) Baehr EK, Revelle W, and Eastman CI：Individual difference in the phase and amplitude of the human circadian temperature rhythm：With an emphasis on morningness-eveningness. J Sleep Res 9：117-127, 2000
- 11) Wever R：The circadian system of man：Springer-Verlag, Berlin, 1979
- 12) 若村智子編著：生体リズムと健康。7-9, 丸善, 東京, 2008
- 13) Miyazaki T, Hashimoto S, Masubuchi S et al.：Phase-advanced shifts of human circadian pacemaker are accelerated by daytime physical exercise. Am J Physiol 281：R197-205, 2001
- 14) Waterhouse J, Reilly T, Atkinson G et al.：Jet lag：Trends and coping strategies. Lancet 369：1117-1129, 2007
- 15) Wakamura T and Tokura H：The influence of bright light during the daytime upon circadian rhythm of core temperature and its implications for nocturnal sleep. Nurs Health Sci 2：41-49, 2000
- 16) Lewy AJ, Wehr TA, Goodwin FK et al.：Light suppresses melatonin secretion in humans. Science 210：1267-1269, 1980
- 17) Khalsa SBS, Jewett ME, Cajochen C et al.：A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. J Physiol 549：945-952, 2003

(受付 11. 03. 31 受理 11. 09. 26)

連絡先：〒673-8588 兵庫県明石市北王子町13-71

兵庫県立大学看護学部 (柴田)

原 著

高等学校における健康相談事例のICD-10分類

海老澤 恭 子

茨城県立友部高等学校

ICD-10 Classification of Health Counseling Cases in High School

Kyoko Ebisawa

*Ibaraki Prefectural Tomobe High School*

This paper reported the contents of health counseling provided to students of a public high school. Among 10,303 students who entered the school between 1997 and 2006, 380 cases of health counseling by the yogo teacher were diagnosed as the criteria of ICD-10.

The results and analysis were as follows :

- 1) The number of counseling increased significantly with school grade. The number of counseling from female is about twice as those from male.
- 2) As for main complaints of health counseling, physical problems accounted for 59.7%, while mental problems accounted for 23.4%.
- 3) As for the frequency of ICD-10 classified cases, mental and behavioural disorders accounted for 76.8%, while physical disorders accounted for 23.4%.
- 4) On the cases of health counseling, the lower counseling frequency group (less than 4 times) accounted for 71.6%, while the higher group (more than 9 times) accounted for 9.5%. F4 code (neurotic, stress-related and somatoform disorders) cases belonged to the lower group, while all schizophrenia and manic episode cases belonged to the higher group.

---

Key words : health counseling, high school students, Yogo teacher, ICD-10  
健康相談, 高校生, 養護教諭, ICD-10

---

## I. はじめに

保健室を訪れる児童生徒の心の健康問題に社会的な関心が集められるようになって久しい<sup>1)2)</sup>。健康問題の複雑化, 深刻化にともない, 養護教諭の行う健康相談に注目が集まり, 期待され, 実践に基づく理論化と体系化が試みられている。

従来<sup>3)</sup>の学校保健法における健康相談は, 学校医を主体とする健康診断の事後相談的な対応として取り扱われてきたが, 学校保健安全法では健康相談が「第二章 健康診断及び健康相談」から「第二節 健康相談等」として独立し, 「心身の健康に関し」という文言が加筆され, その概念が拡大している。

そもそも健康相談は, 養護教諭の職制が発足して以来, 保健室で児童生徒とかかわる日常的な執務の中にその要素が含まれていた<sup>3)</sup>。福田は, 相談活動は養護教諭活動の本筋であるとしてその意義と見解を提示した<sup>4)</sup>。高石もまた, 養護教諭の果たす役割について提言しており<sup>5)</sup>, 小倉は学校の中での教育活動として位置付け, 健康相談に関する実態調査の研究報告を行っていた<sup>6)</sup>。杉浦は, 心身症の児童生徒を対象とする相談を養護教諭独自のものとして明確化してきた<sup>7)8)</sup>。島田, 大谷らは, 福田<sup>9)</sup>,

小倉<sup>10)11)</sup>, 杉浦<sup>12)</sup>, 健康相談を学ぶ会らの文献の分析から<sup>13)</sup>, 養護教諭の相談活動の理論は, 実践の中で検証, 取捨選択されることを通して体系化が進んでいくと論じていた<sup>14)</sup>。

健康相談にとって最も重要なのは, 個々の児童生徒の抱える問題を的確に把握することである。現在, 養護実践力としての見立て<sup>15)16)</sup>, あるいは養護診断をどのように行うか研究が進められている<sup>17-20)</sup>。さらに, 具体的な観察の視点や方法について, メンタルヘルスを理解するための手引書が発行され, 学校関係者に共通理解が図られるようになってきた<sup>21)22)</sup>。

しかし, これまで, 児童生徒の健康問題の背景に生物的要因ならびに心理社会的要因のあることは指摘されているが, それらがどのように関与し問題として顕在化するのを取り扱った報告は多くない。それぞれの発達段階に特有の精神保健上の問題があるにもかかわらず, 分析は少ない。保健室利用状況などの大規模データは<sup>23)</sup>, 養護教諭の判断や対応などから把握された全体像を示すものであり, 児童生徒を対象化し, 医学的診断との関連を明らかにしたものはない。教育センター等の相談機関に寄せられる相談事例や精神科受診の実態から把握されたデータは<sup>24)25)</sup>, それぞれの臨床領域から報告されたも



のであり、学校の保健室というフィールドで捉えられたものではない。

そこで、これらの課題に対し、公立高等学校において12年間に及ぶ養護教諭が行った健康相談事例を分析し、保健室に訪れる高校生の主訴等の相談概要とICD-10を用いた医学的診断を行い、その特徴を明らかにすることを目的とした。本研究の成果は、教育現場における養護教諭の見立ておよび養護診断に関する基礎資料として活用でき、さらには養護教諭の役割と専門性を一層明確にすることにつながるといえる。

## II. 研究方法

### 1. 対象

対象となった学校は、A県立B高等学校で全日制普通科の大規模校である。調査対象者は、3年間を通じた観察が可能であった平成9年度から18年度の入学生とし、転入者を除外し中退者は省かない。健康相談は、生徒の心身の健康に関して養護教諭が行った相談とした。自主来談かつ15分以上の面接の条件を満たす事例を分析の対象とした。

B高等学校において養護教諭の複数配置はなく、スクールカウンセラーの配置もなかった。学校医は、内科、精神科、眼科の専門医が配置されていた。活動開始時の養護教諭は経験年数11年で、そのうち中規模職業科高校を3年間と大規模進学校を8年間勤めた。活動開始時から12年間、養護教諭の異動はなく同一者であった。養護教諭は、4年制大学教育学部の養護教諭養成課程出身である。健康相談事例に関して平成9年度から19年度にかけて内科学校医、平成9年度から16年度にかけて児童青年期精神科学校医のコンサルテーションを受けた。平成15年度から2年間にわたり精神分析セミナー第13期生として教育を受け、さらに、平成17年度から児童青年期精神科医の個人スーパービジョンを受けてきた。

### 2. 方法

平成9年度から平成20年度の養護教諭記載の「健康相談記録」と「保健日誌」をもとに、健康相談事例を調べた。

各事例については、学年、性別、主訴、医療との関連、相談月、相談回数および医学的診断を別に定めた分類基準に従って分類した。

各事例の学年は、初回相談日の学年とした。

各事例の主訴は、頭痛、腹痛、下痢、めまい、だるい、朝起きるのがつらい、食欲がない、動悸、息切れがする等の訴えを「身体の不調」とし、気分が落ち込む、何事にも自信が持てない、不安感が強い、集中力がない等の訴えを「精神的悩み」とした。家庭内や家族間での悩みを「家族の悩み」、同性・異性の友人間で生じた対人関係の悩みを「友人関係の悩み」とし、授業参加に支障がある、成績が落ちた等の悩みを「学業等の悩み」、志望大学、職業選択に関する悩みを「進路の悩み」と六つに分けた。

相談月は、初回相談日の月とした。

医療との関連は、医療群・非医療群に分け、医療群は、治療の場合と健康相談後に医療機関を受診した場合の両方を含むものとした。

各事例の医学的診断については、二人の児童青年期精神科医指導のもとICD-10で分類した。このICD-10による分類を分析に用いた理由は、学校の保健室において生徒の心身の健康問題を把握する際には、身体疾患との関連や家族的、家庭的環境、社会的な背景を考慮することが必要不可欠であり、精神疾患に限定した多軸診断基準であるDSM-IVの分類では適応範囲が狭いと判断したためである。分類において、問題が一つではなく多岐にわたると判断された場合は、複数の分類コードを重複して数え、臨床像を網羅するにあたっては必要な診断をできるだけ多く記録するという原則に従った<sup>26)</sup>。分類コードのFが重複する場合については、主になるものだけをカウントした。

得られた調査内容は、データベースシステム桐ver. 9で管理した。SPSS ver. 15 J for Windowsで相談者の性別、学年、相談月、主訴、医学的診断、医療との関連、相談回数などとの関連を検討するためクロス集計を行い、相談者の性別、学年、および相談月による有意差、主訴ならびに診断による男女の差について $\chi^2$ 検定を行った。p<0.05を有意差ありとした。相談回数はABC分析を適用し、累積相対度数をもとに三つの相談群に区分した。相談回数1～3回、4～9回および10回以上をそれぞれ少回数群、中回数群、多回数群とした。

### 3. 倫理的配慮

学校長に研究計画書を提出し、文書によって研究の同意を得た。事例は全てデータ化し、個人が特定されないよう配慮をした。

## III. 結果

### 1. 健康相談概要

調査対象者を表1に示した。調査対象者数は10,303人であった。

性別・学年別の相談者数を表2に示した。相談者は380例で、男子147例、女子233例であり、男子と比較して女子の相談者は有意に多かった(p<0.001)。学年とともに相談者は増加し、各学年間に有意差がみられ(p<0.05)、3年生は1年生と比較し有意に多かった(p<0.001)。

表3に主訴と性別・学年別比較を示した。身体の不調227例(59.7%)が最も多く、次いで精神的悩み123例(23.4%)で、350例(92.1%)を占めていた。主訴による男女の差は認められなかった。

主訴と相談開始月を表4に示した。相談者の総数において、相談開始月に有意な偏りがあった(p<0.001)。年間を通して、4、9、1月の休業明けに相談者数が増加していた。主訴別の相談開始月においても有意な偏り

表1 調査対象者数

| 年 度    | 1 年生  | 2 年生  | 3 年生  | 調査対象者数 |
|--------|-------|-------|-------|--------|
| 平成9年度  | 370   |       |       | 370    |
| 平成10年度 | 369   | 368   |       | 737    |
| 平成11年度 | 368   | 369   | 368   | 1,105  |
| 平成12年度 | 369   | 368   | 368   | 1,105  |
| 平成13年度 | 328   | 368   | 365   | 1,061  |
| 平成14年度 | 328   | 329   | 366   | 1,023  |
| 平成15年度 | 327   | 327   | 329   | 983    |
| 平成16年度 | 329   | 326   | 325   | 980    |
| 平成17年度 | 329   | 328   | 326   | 983    |
| 平成18年度 | 328   | 328   | 324   | 980    |
| 平成19年度 |       | 327   | 324   | 651    |
| 平成20年度 |       |       | 325   | 325    |
| 合 計    | 3,445 | 3,438 | 3,420 | 10,303 |

表2 性別・学年別相談者数

|      | 調査対象者数 | 相談者数 | 相談率(%) |
|------|--------|------|--------|
| 総 数  | 10,303 | 380  | 3.7    |
| 男子生徒 | 6,085  | 147  | 2.4    |
| 女子生徒 | 4,218  | 233  | 5.5    |
| 1年生時 | 3,445  | 100  | 2.9    |
| 2年生時 | 3,438  | 126  | 3.7    |
| 3年生時 | 3,420  | 154  | 4.5    |

表3 主訴と性別・学年別比較

| 主 訴     | 事例数<br>(%)     | 性 別            |                | 学 年 別          |                |                |
|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|         |                | 男子             | 女子             | 1年生            | 2年生            | 3年生            |
| 身体の不調   | 227<br>(59.7)  | 93<br>(63.3)   | 134<br>(57.5)  | 55<br>(55.0)   | 69<br>(54.8)   | 103<br>(66.9)  |
| 精神的悩み   | 123<br>(23.4)  | 43<br>(29.3)   | 80<br>(34.3)   | 34<br>(34.0)   | 46<br>(36.5)   | 43<br>(27.9)   |
| 学業等の悩み  | 17<br>(4.5)    | 9<br>(6.1)     | 8<br>(3.4)     | 7<br>(7.0)     | 8<br>(6.3)     | 2<br>(1.3)     |
| 進路の悩み   | 6<br>(1.6)     | 1<br>(0.7)     | 5<br>(2.1)     | 0              | 2<br>(1.6)     | 4<br>(2.6)     |
| 家族の悩み   | 4<br>(1.1)     | 0              | 4<br>(1.7)     | 3<br>(3.0)     | 0              | 1<br>(0.6)     |
| 友人関係の悩み | 3<br>(0.8)     | 1<br>(0.7)     | 2<br>(0.9)     | 1<br>(1.0)     | 1<br>(0.8)     | 1<br>(0.6)     |
| 合 計     | 380<br>(100.0) | 147<br>(100.0) | 233<br>(100.0) | 100<br>(100.0) | 126<br>(100.0) | 154<br>(100.0) |

表4 主訴と相談開始月

| 主 訴     | 事例数<br>(%)   | 相 談 月        |              |              |             |              |              |              |             |              |             |             |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
|         |              | 4月           | 5月           | 6月           | 7月          | 9月           | 10月          | 11月          | 12月         | 1月           | 2月          | 3月          |
| 身体の不調   | 227<br>(100) | 22<br>(9.7)  | 16<br>(7.0)  | 24<br>(10.6) | 15<br>(6.6) | 35<br>(15.4) | 30<br>(13.2) | 33<br>(14.5) | 12<br>(5.3) | 17<br>(7.5)  | 19<br>(8.4) | 4<br>(1.8)  |
| 精神的悩み   | 123<br>(100) | 21<br>(17.1) | 15<br>(12.2) | 16<br>(13.0) | 5<br>(4.1)  | 13<br>(10.6) | 6<br>(4.9)   | 14<br>(11.4) | 8<br>(6.5)  | 14<br>(11.4) | 6<br>(4.9)  | 5<br>(4.1)  |
| 学業等の悩み  | 17<br>(100)  | 3<br>(17.6)  | 3<br>(17.6)  | 2<br>(11.8)  | 1<br>(5.9)  | 2<br>(11.8)  | 1<br>(5.9)   | 0            | 1<br>(5.9)  | 1<br>(5.9)   | 3<br>(17.6) | 0           |
| 進路の悩み   | 6<br>(100)   | 0            | 2<br>(33.3)  | 2<br>(33.3)  | 0           | 0            | 1<br>(16.7)  | 0            | 0           | 1<br>(16.7)  | 0           | 0           |
| 家族の悩み   | 4<br>(100)   | 0            | 0            | 1<br>(25.0)  | 0           | 2<br>(50.0)  | 0            | 0            | 0           | 0            | 0           | 1<br>(25.0) |
| 友人関係の悩み | 3<br>(100)   | 1<br>(33.3)  | 1<br>(33.3)  | 0            | 0           | 0            | 0            | 1<br>(33.3)  | 0           | 0            | 0           | 0           |
| 合 計     | 380<br>(100) | 47<br>(12.4) | 37<br>(9.7)  | 45<br>(11.8) | 21<br>(5.5) | 52<br>(13.7) | 38<br>(10.0) | 48<br>(12.6) | 21<br>(5.5) | 33<br>(8.7)  | 28<br>(7.4) | 10<br>(2.6) |

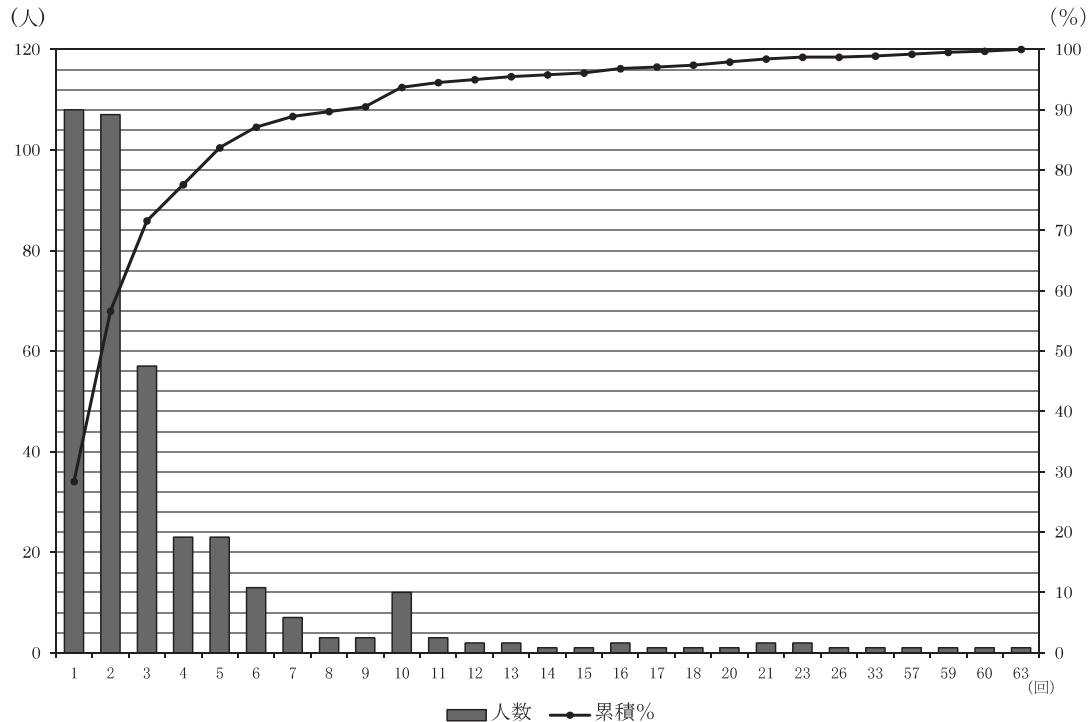


図1 相談者の相談回数と累積割合

があり、身体の不調は9月に最も多く ( $p < 0.001$ )、精神的悩みは4月に多かった ( $p < 0.01$ )。

図1に相談者の相談回数と累積割合を示した。1回から63回に及ぶ事例があり、同一生徒が学年をまたいで相談した事例は、3年間は16例、2年間は51例あった。少回数群は272例 (71.6%) あり、中回数群の72例を加えると90.5%におよび、多回数群は36例 (9.5%) であった。相談回数群と医療との関連は、少回数群の75.0%、中回数群の88.9%、多回数群の100.0%が医療群であった。

## 2. 健康相談事例におけるICD-10分類

表5にICD-10分類の事例数と頻度を示した。重複診断79例 (2重複: 76例, 3重複: 2例, 5重複: 1例) を含む464例となり、実事例数380例を上回る。

診断のうち身体疾患は89例 (23.4%) で、B023 眼瞼ヘルペス、D180 血管腫、D352 下垂体腺腫、D509 鉄欠乏性貧血、E109 糖尿病、E059 甲状腺機能亢進症、G250 本態性振戦、G409 てんかん、G439 片頭痛、G510 顔面神経麻痺、H209 ぶどう膜炎、H012 突発性難聴、I422 特発性肥大型心筋症、I730 レイノー症候群、I861 精索静脈瘤、I951 起立性調節障害、J459 喘息、J931 自然気胸、J982 縦隔気腫、K259 胃潰瘍、K269 十二指腸潰瘍、K509 クローン病、K519 潰瘍性大腸炎、L209 アトピー性皮膚炎、L509 蕁麻疹、L639 円形脱毛症、M303 川崎病、M351 混合性結合組織病、M359 膠原病、N308 膀胱炎、N508 逆行性射精症、N644 乳房痛、N922 月経過多、N946 月経困難症、Q825 母斑、S835 後十字靭帯損傷等であった。

精神および行動の障害 (Fコード) は、292例 (76.8%) であった。そのうち、統合失調症関連は、F20 統合失調症12例、F21 統合失調症型障害3例、F22 妄想性障害18

例であった。気分障害関連は、F30 躁病エピソード1例、F32 うつ病エピソード2例であった。神経症関連は181例 (47.6%) と最も多く、F40 社会恐怖症2例、F41 パニック障害1例、F42 強迫性障害1例、F43.1 外傷後ストレス障害2例、F43.2 適応障害116例、F44 解離性障害3例、F45 身体表現性障害55例、F48 神経衰弱1例であった。生理・身体要因関連は、F50 摂食障害20例、F51 非器質性不眠症1例、F54 他に分類される障害あるいは疾病に関連した心理的および行動的要因16例であった。人格障害関連は、F60 不安定性人格障害10例、F63 抜毛症2例、F66 性成熟障害1例であった。心理的発達関連は、F84 アスペルガー症候群19例であった。行動・情緒の障害は、F90 多動性障害とF91 家庭限局性行為障害が各1例、F93 同一性障害4例であった。

症状・徴候および異常所見で他に分類されないもの (他のどこにも分類されない症状、徴候および、臨床的ならびに検査上の異常所見) は、R53 倦怠感および疲労が24例であった。

外的要因は、V01 交通事故であった。

健康状態に影響する要因は、Z62 施設養育、Z63 家族の失踪および死亡、別離および離婚による家庭の崩壊、家庭におけるケアの必要な扶養親族、Z81 アルコール乱用の家族歴、精神障害の家族歴等であり、全てが家族環境に関するものであった。

各分類による男女の割合は、生理・身体要因関連は女子が有意に多く ( $p < 0.01$ )、心理的発達関連は男子に多い傾向があった。症状・徴候および異常所見で他に分類されないものは男子に有意に多かった ( $p < 0.05$ )。

ICD-10分類における主訴の頻度を表6に示した。身

表5 ICD-10分類の事例数と頻度

| 診 断                                 | 事例数           | 性 別           |               | 学 年 別        |               |               |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
|                                     |               | 男子            | 女子            | 1年生          | 2年生           | 3年生           |
| 身体疾患<br>(B・D・E・G・H・I・J・K・L・M・N・Q・S) | 89<br>(23.4)  | 33<br>(22.4)  | 56<br>(24.0)  | 18<br>(18.0) | 31<br>(24.6)  | 40<br>(26.0)  |
| 精神および行動の障害 (F)                      | 292<br>(76.8) | 111<br>(75.5) | 181<br>(77.7) | 77<br>(77.0) | 101<br>(80.2) | 114<br>(74.0) |
| F2 統合失調症関連                          | 33<br>(8.7)   | 14<br>(9.5)   | 19<br>(8.2)   | 13<br>(13.0) | 12<br>(9.5)   | 8<br>(5.2)    |
| F3 気分障害関連                           | 3<br>(0.8)    | 1<br>(0.7)    | 2<br>(0.9)    | 1<br>(1.0)   | 0             | 2<br>(1.3)    |
| F4 神経症関連                            | 181<br>(47.6) | 70<br>(47.6)  | 111<br>(47.6) | 47<br>(47.0) | 50<br>(39.7)  | 84<br>(54.5)  |
| F5 生理・身体要因関連                        | 37<br>(9.7)   | 6<br>(4.1)    | 31<br>(13.3)  | 7<br>(7.0)   | 21<br>(16.7)  | 9<br>(5.8)    |
| F6 人格障害関連                           | 13<br>(3.4)   | 5<br>(3.4)    | 8<br>(3.4)    | 0            | 8<br>(6.3)    | 5<br>(3.2)    |
| F8 心理的発達関連                          | 19<br>(5.0)   | 11<br>(7.5)   | 8<br>(3.4)    | 7<br>(7.0)   | 8<br>(6.3)    | 4<br>(2.6)    |
| F9 行動・情緒の障害                         | 6<br>(1.6)    | 4<br>(2.7)    | 2<br>(0.9)    | 2<br>(2.0)   | 2<br>(1.6)    | 2<br>(1.3)    |
| 症状・徴候および異常所見で他に分類されないもの (R)         | 24<br>(6.3)   | 14<br>(9.5)   | 10<br>(4.3)   | 7<br>(7.0)   | 6<br>(4.8)    | 11<br>(7.1)   |
| 傷病および死亡の外因 (V)                      | 1<br>(0.3)    | 1<br>(0.7)    | 0             | 1<br>(1.0)   | 0             | 0             |
| 健康状態に影響する要因 (Z)                     | 55<br>(14.5)  | 17<br>(11.6)  | 38<br>(16.3)  | 14<br>(14.0) | 29<br>(23.0)  | 12<br>(7.8)   |
| 分類不能                                | 3<br>(0.8)    | 1<br>(0.7)    | 2<br>(0.9)    | 2<br>(2.0)   | 0             | 1<br>(0.6)    |

表6 ICD-10分類における主訴の頻度

| 診 断                                 | 事例数          | 主 訴           |               |             |             |            |             |
|-------------------------------------|--------------|---------------|---------------|-------------|-------------|------------|-------------|
|                                     |              | 身体の不調         | 精神的悩み         | 学業等<br>の悩み  | 進路の<br>悩み   | 家族の<br>悩み  | 友人関係<br>の悩み |
| 身体疾患<br>(B・D・E・G・H・I・J・K・L・M・N・Q・S) | 89<br>(100)  | 82<br>(92.1)  | 4<br>(4.5)    | 0           | 3<br>(3.4)  | 0          | 0           |
| 精神および行動の障害 (F)                      | 292<br>(100) | 148<br>(50.7) | 118<br>(40.4) | 16<br>(5.5) | 4<br>(1.4)  | 3<br>(1.0) | 3<br>(1.0)  |
| F2 統合失調症関連                          | 33<br>(100)  | 5<br>(15.2)   | 28<br>(84.8)  | 0           | 0           | 0          | 0           |
| F3 気分障害関連                           | 3<br>(100)   | 1<br>(33.3)   | 2<br>(66.7)   | 0           | 0           | 0          | 0           |
| F4 神経症関連                            | 181<br>(100) | 106<br>(58.6) | 61<br>(33.7)  | 9<br>(5.0)  | 0           | 3<br>(1.7) | 2<br>(1.1)  |
| F5 生理・身体要因関連                        | 37<br>(100)  | 28<br>(75.7)  | 6<br>(16.2)   | 0           | 3<br>(8.1)  | 0          | 0           |
| F6 人格障害関連                           | 13<br>(100)  | 4<br>(30.8)   | 7<br>(53.8)   | 2<br>(15.4) | 0           | 0          | 0           |
| F8 心理的発達関連                          | 19<br>(100)  | 4<br>(21.1)   | 11<br>(57.9)  | 3<br>(15.8) | 0           | 0          | 1<br>(5.3)  |
| F9 行動・情緒の障害                         | 6<br>(100)   | 0             | 3<br>(50.0)   | 2<br>(33.3) | 1<br>(16.7) | 0          | 0           |
| 症状・徴候および異常所見で他に分類されないもの (R)         | 24<br>(100)  | 22<br>(91.7)  | 2<br>(8.3)    | 0           | 0           | 0          | 0           |
| 傷病および死亡の外因 (V)                      | 1<br>(100)   | 0             | 1<br>(100.0)  | 0           | 0           | 0          | 0           |
| 健康状態に影響する要因 (Z)                     | 55<br>(100)  | 16<br>(29.1)  | 31<br>(56.4)  | 4<br>(7.3)  | 0           | 4<br>(7.3) | 0           |
| 分類不能                                | 3<br>(100)   | 0             | 1<br>(33.3)   | 1<br>(33.3) | 1<br>(33.3) | 0          | 0           |

体疾患では、身体の不調が92.1%を占める一方、精神および行動の障害においては、精神的悩みは118例(40.4%)で、身体の不調とするものは50.7%であった。行動・情緒の障害は、精神的悩み、学業等の悩み、進路の悩みで身体の不調はなかった。

表7に主訴が身体の不調以外で身体疾患の事例について示した。精神的悩みが主訴の事例は、いずれも健康相談が契機となって医療機関を受診し、進路の悩みは、医療の管理下にある事例であった。

2重複事例の分析を表8に示した。身体疾患はFコードと24.7%、生理・身体要因関連は身体疾患と29.7%、健康状態に影響する要因はFコードと87.3%重複していた。

表9にICD-10分類における医療との関連および相談回数群の分析を示した。身体疾患は100%が医療群で、

表7 主訴が身体の不調以外で身体疾患の事例

| 主 訴   | 診 断           | 性別 |
|-------|---------------|----|
| 精神的悩み | L639 円形脱毛症    | 男子 |
|       | N508 逆行性射精症   | 男子 |
|       | E059 甲状腺機能亢進症 | 女子 |
|       | G409 てんかん     | 女子 |
| 進路の悩み | S835 後十字靭帯損傷  | 男子 |
|       | M351 混合性結合組織病 | 女子 |
|       | E109 若年性糖尿病   | 女子 |

精神および行動の障害のうち、神経症関連、心理的発達関連および行動・情緒の障害の約3割が非医療群であった。相談回数群との関連では、身体疾患の85.4%、神経症関連の76.8%が少回数群であった。

表10にICD-10 Fコード分類別多回数群の割合を示した。統合失調症、躁病エピソード、社会恐怖症、解離性障害がいずれも100%、摂食障害は35.0%であった。

## IV. 考 察

### 1. 健康相談概要

高校生になると、保健室利用の実情は、休み時間内に完了する救急処置の他に、授業時間や放課後などの時間を利用し、養護教諭と1対1の状況で話せる時間帯を見はからって来室し、在室時間も長くなる<sup>27)28)</sup>。高等学校の保健室における基本的対応の一つとして、個別的なバーバルコミュニケーションは重要である。換言すると、これらの現象は、小学校高学年から中学生にかけての親密な仲間・集団の時期から、思春期の身体的成熟に伴う自意識の変化を経て、高校生は個別的な他者への親密性の獲得に移行する精神的発達の時期にあることを示している。

相談者は、女子が男子よりも有意に多く、学年が上がるにつれて有意に多かった。この傾向は、保健室利用の全国的な調査結果と一致していた<sup>29)</sup>。高校生を対象とした社会調査においても、女子のほうが男子よりも多様な相談チャネルを持つことを報告している<sup>30)</sup>。また、二次性徴と不定愁訴との関連を示したデータは、中学3年生

表8 2重複事例の分析

| 診 断                              | 事例数       | 重複事例数 (%) | 身体疾患      | F         | R       | V       | Z         |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|-----------|
| 身体疾患 (B・D・E・G・H・I・J・K・L・M・N・Q・S) | 89 (100)  | 25 (28.1) | 1 (1.1)   | 22 (24.7) | 2 (2.2) | 0       | 0         |
| 精神および行動の障害 (F)                   | 292 (100) | 72 (24.7) | 22 (7.5)  |           | 1 (0.3) | 1 (0.3) | 48 (16.4) |
| F2 統合失調症関連                       | 33 (100)  | 5 (15.2)  | 1 (3.0)   |           | 0       | 0       | 4 (12.1)  |
| F3 気分障害関連                        | 3 (100)   | 1 (33.3)  | 0         |           | 0       | 0       | 1 (33.3)  |
| F4 神経症関連                         | 181 (100) | 42 (23.2) | 7 (3.9)   |           | 1 (0.6) | 0       | 34 (18.8) |
| F5 生理・身体要因関連                     | 37 (100)  | 16 (43.2) | 11 (29.7) |           | 0       | 1 (2.7) | 4 (10.8)  |
| F6 人格障害関連                        | 13 (100)  | 3 (23.1)  | 0         |           | 0       | 0       | 3 (23.1)  |
| F8 心理的発達関連                       | 19 (100)  | 5 (26.3)  | 3 (15.8)  |           | 0       | 0       | 2 (10.5)  |
| F9 行動・情緒の障害                      | 6 (100)   | 0         | 0         |           | 0       | 0       | 0         |
| 症状・徴候および異常所見で他に分類されないもの (R)      | 24 (100)  | 4 (16.7)  | 2 (8.3)   | 1 (4.2)   |         | 0       | 1 (4.2)   |
| 傷病および死亡の外因 (V)                   | 1 (100)   | 1 (100.0) | 0         | 1 (100.0) | 0       |         |           |
| 健康状態に影響する要因 (Z)                  | 55 (100)  | 49 (89.1) | 0         | 48 (87.3) | 1 (1.8) | 0       |           |

表9 ICD-10分類における医療との関連および相談回数群の分析

| 診 断                                 | 事例数          | 医療との関連        |              | 相談回数群         |              |              |
|-------------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|
|                                     |              | 医療群           | 非医療群         | 少回数群          | 中回数群         | 多回数群         |
| 身体疾患<br>(B・D・E・G・H・I・J・K・L・M・N・Q・S) | 89<br>(100)  | 89<br>(100.0) | 0            | 76<br>(85.4)  | 10<br>(11.2) | 3<br>(3.4)   |
| 精神および行動の障害 (F)                      | 292<br>(100) | 230<br>(78.8) | 62<br>(21.2) | 190<br>(65.1) | 67<br>(22.9) | 35<br>(12.0) |
| F2 統合失調症関連                          | 33<br>(100)  | 33<br>(100.0) | 0            | 8<br>(24.2)   | 11<br>(33.3) | 14<br>(42.4) |
| F3 気分障害関連                           | 3<br>(100)   | 3<br>(100.0)  | 0            | 0             | 2<br>(66.7)  | 1<br>(33.3)  |
| F4 神経症関連                            | 181<br>(100) | 127<br>(70.2) | 54<br>(29.8) | 139<br>(76.8) | 33<br>(18.2) | 9<br>(5.0)   |
| F5 生理・身体要因関連                        | 37<br>(100)  | 37<br>(100.0) | 0            | 20<br>(54.1)  | 9<br>(24.3)  | 8<br>(21.6)  |
| F6 人格障害関連                           | 13<br>(100)  | 13<br>(100.0) | 0            | 9<br>(69.2)   | 4<br>(30.8)  | 0            |
| F8 心理的発達関連                          | 19<br>(100)  | 13<br>(68.4)  | 6<br>(31.6)  | 10<br>(52.6)  | 6<br>(31.6)  | 3<br>(15.8)  |
| F9 行動・情緒の障害                         | 6<br>(100)   | 4<br>(66.7)   | 2<br>(33.3)  | 4<br>(66.7)   | 2<br>(33.3)  | 0            |
| 症状・徴候および異常所見で他に分類されないもの (R)         | 24<br>(100)  | 8<br>(33.3)   | 16<br>(66.7) | 22<br>(91.7)  | 2<br>(8.3)   | 0            |
| 傷病および死亡の外因 (V)                      | 1<br>(100)   | 1<br>(100.0)  | 0            | 1<br>(100.0)  | 0            | 0            |
| 健康状態に影響する要因 (Z)                     | 55<br>(100)  | 39<br>(70.9)  | 16<br>(29.1) | 31<br>(56.4)  | 16<br>(29.1) | 8<br>(14.5)  |

表10 ICD-10 Fコード分類別多回数群の割合

| 診 断           | 事例数 | 多回数群<br>事例数<br>(%) | 性別 |    |
|---------------|-----|--------------------|----|----|
|               |     |                    | 男子 | 女子 |
| F20 統合失調症     | 12  | 12(100.0)          | 5  | 7  |
| F22 妄想性障害     | 18  | 2(11.1)            | 2  | 0  |
| F30 躁病エピソード   | 1   | 1(100.0)           | 0  | 1  |
| F40 社会恐怖症     | 2   | 2(100.0)           | 0  | 2  |
| F43 適応障害      | 116 | 2(1.7)             | 0  | 2  |
| F44 解離性障害     | 3   | 3(100.0)           | 0  | 3  |
| F45 過敏性腸症候群   | 48  | 2(4.2)             | 1  | 1  |
| F50 摂食障害      | 20  | 7(35.0)            | 0  | 7  |
| F54 十二指腸潰瘍等   | 16  | 1(6.3)             | 1  | 0  |
| F84 アスペルガー症候群 | 19  | 3(15.8)            | 3  | 0  |

よりも高校1～3年生の有訴率が有意に高く、女子は男子に比較して有訴率が有意に高いことを報告している<sup>31)</sup>。高校生の訴えは、思春期の身体発育やホルモンバランスの変化などと密接に関連すると考えられた。この身体的変化は、性的問題や性的関心と離れがたく結びつく<sup>32)</sup>。筆者の行った健康相談事例では、性的な悩みは主訴として析出せず、六つの主訴に取り込まれ背景化していた。

相談を開始する時期に偏りがあることは、新学期、定期考査、行事、大学受験など、学校の修学上のスケ

ジュールならびに季節によって影響を受け、悩みとなって析出されると推測された。これらの時期に養護教諭に相談する生徒が多いことを考慮するならば、学校精神保健活動の具体的方策の端緒を見出すことができよう。

相談回数については、比較的短期間で解消するのが保健室の相談ニーズの特徴とされており<sup>33)</sup>、本研究においても1～3回の相談事例が全体の約7割を占めていた。しかし、長期に及ぶ事例は9.5%あり、多回数群における医療群の比率が高く、高校生の時期が精神疾患の好発年齢にあたり<sup>34)</sup>、医療機関との連携が必要な事例が多くなることを示していた。

## 2. 健康相談事例におけるICD-10分類

相談者の医学的診断は、身体疾患、精神疾患、心身症など多岐にわたり、生物的要因ならびに心理社会的要因に由来し、多様であった。とりわけ、精神および行動の障害は76.8%を占め、身体の不調を訴えながらその背景にはメンタルな問題があることを示していた。心身の悩み以外で養護教諭に相談をする事例においても健康上の悩みを抱えており、これらが高等学校における健康相談の特徴といえる。

いずれの診断においても身体の不調を訴えており、精神疾患においても身体症状の出現は本質的なものであり、このことは、養護教諭が身体症状を捉え判断する事の難しさを示唆していた。一方で、子どもの健康問題に心の問題が注目されるようになった今日、健康相談において身体の問題よりも精神・心理的問題が重要視される傾向

がある。しかしながら、精神的悩みを前景とした身体疾患の事例が散見されたことから、まずは身体疾患の可能性を検討し、除外診断のうえ心的問題を考慮する姿勢は重要である。甲状腺機能障害や全身性エリテマトーデスなど、身体疾患の症状の一環として不安や抑うつがある疾患が多数存在することを忘れてはならないだろう<sup>35)36)</sup>。

医療・医学の進歩により、従来は難治とされていた疾患を抱え、長期の治療と管理をしながら学校生活を送る生徒が増えている<sup>37)</sup>。進路の悩みが主訴のものは、このような慢性疾患を抱えている事例であった。高校生から大学生にかけての精神社会的発達課題は、職業選択と自己同一性の確立である。身体疾患を持つ生徒への支援は、価値観・将来像を見通しつつ人間形成に関与しながら教育の一環として行われ<sup>38)39)</sup>、筆者の健康相談事例においても、養護教諭が学校で医療と教育の接点になる活動を期待されるものであった。

厚生労働省の示す受療率によれば<sup>40)</sup>、統合失調症圏、気分障害圏および神経症関連の患者は、高校生の年代層から増加している。本研究においては、統合失調症圏と神経症関連の事例が多く見出されたが、気分障害圏は少数であった。摂食障害を含む生理・身体的要因は女子に高率で発生し、アスペルガー症候群は男子に多いことは、多くの調査報告と同様の傾向であった<sup>41)42)</sup>。

非特異的な不定愁訴である倦怠感および疲労は<sup>43)</sup>、男子が有意に多かった。このことは、二次性徴における男女の身体的変化がもたらす愁訴の相違をあらわしたものといえよう。発達の移行の標識である初経と精通は、現在の社会、ひいては学校教育の中で同等に扱われていない<sup>44)</sup>。女子は、十分に教育され性的役割として準備するのに対し<sup>45)</sup>、男子は情報がないまま自発性の射精を受動的に体験しがちである<sup>44)</sup>。女子の身体像の変化は現実的な悩みとして対象化する一方で、男子は漠然とした不安を抱えやすく、具体的身体愁訴より全身倦怠感や疲労感等を多く訴えるものと推測された。

診断の重複に関しては、身体、精神および家族との結びつきが多いことをあらわしており、生徒の示す問題は、重層的な起源をもつことを示唆していた。健康状態に影響する要因の87.3%は、精神および行動の障害と重複しており、養育環境がメンタルヘルスにとっていかに重要であるかを示していた。

現在、学校では心の相談員、スクールカウンセラーおよびスクールソーシャルワーカーによって、幅広い相談活動が展開されている。しかし、森田らは、心理関係者の一部が、身体的健康を養護教諭が担当し、精神的健康はスクールカウンセラーが分担するといった考え方をとっていることに疑義を呈している<sup>15)</sup>。このことから、生徒の悩みと健康は、個々に分離される問題ではなく総合的に捉えることが重要であろう。教育現場でのこの領域の援助は、医学的素養を持つ養護教諭の専門性によって可能になるのではなかろうか。

また、相談回数のうち、7割は少回数群で適応障害が多く見出された。適応障害は、それまで学業優秀であった生徒が進学校に来て、決して優秀ではないという状況に陥ったり、志望大学選択で理想と現実との乖離に直面化したりする状況に関連し、神経症的な反応を呈することが多い。これらは、健康相談によるサポートで、比較的短期間で学校生活に順応していけることを示していたといえよう。一方で、多回数群は、深刻な病態ならびに家庭環境を多く抱えており、対人関係の悪さが語られることが多かった。このことは、大人への成熟と社会化の過程が困難な一群が存在することを推測させるものであった。

## V. まとめ

A県立B高等学校の平成9年度から平成18年度の入学生10,303人のうち、心身の健康に関して養護教諭が行った健康相談380例を分析の対象とし、ICD-10を用いた医学的診断を行い、その特徴について検討した。

相談者は男子より女子に多く、学年が上がるごとに増え、年間を通して相談月に有意な偏りがあった。主訴は身体の不調が59.7%、精神的悩みが23.4%であるが、ICD-10分類では、身体疾患は23.4%、精神および行動の障害は76.8%であった。高校生は、身体の不調を訴えながらその背景にはメンタルな問題を抱えており、悩みは学校のスケジュールによって影響を受けると推測され、高等学校における健康相談を特徴づけるものだった。いずれの診断においても身体の不調を訴えており、養護教諭が身体症状をとらえて判断することの難しさを示唆していた。相談回数のうち、7割は少回数群で適応障害が多く見出され、統合失調症、躁病エピソード等は多回数群の事例であった。多くの生徒が数回のサポートで学校生活に順応していけるのに対し、深刻な病態を抱えた事例は、より多くの相談回数を要することを示していた。

本研究は、B高等学校での限定的なサンプリングの分析結果という限界を有する。今後の課題としては、多様な特性をもつ他の高等学校における健康相談との比較検討が必要である。

## 謝 辞

本研究に多くのご教示とご助言を授けてくださった皆川邦直先生、大野建樹先生に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 小倉学：子どもの心身の健康—その心理・社会的要因—。(小倉学・河野友信編)。発達と学校保健，こころの科学 11：37-43，日本評論社，東京，1987
- 2) 河野友信，児玉悦子，鈴木美智子ほか：保健室からみた子どもたち。(小倉学，河野友信編)。発達と学校保健，こころの科学 11：24-36，日本評論社，東京，1987
- 3) 大谷尚子：養護教諭と相談活動。(大谷尚子，森田光子

- 編). 養護教諭の行う健康相談活動, 8-25, 東山書房, 京都, 2000
- 4) 福田邦三: 学校における健康相談(1). 保健の科学 4 : 437-440, 1962
  - 5) 高石昌弘: 健康相談についての提言. 健康教室 19 : 7-11, 1968
  - 6) 小倉学, 武田幸子: 健康相談運営に関する諸問題について. 健康教室 19 : 53-62, 1968
  - 7) 杉浦守邦: 養護教諭の職務. 209-211, 東山書房, 京都, 1982
  - 8) 杉浦守邦: ヘルスカウンセリングと私—草創の頃—. 日本健康相談活動学会誌 3 : 100-111, 2008
  - 9) 福田邦三: 実践保健学シリーズ第1巻 実践保健学概論. 179-187, 杏林書院, 東京, 1976
  - 10) 小倉学: 個別的保健指導の進め方. 東山書房, 京都, 1981
  - 11) 小倉学: 改訂養護教諭—その専門性と機能—. 東山書房, 京都, 1985
  - 12) 杉浦守邦: ヘルス・カウンセリングの進め方. 東山書房, 京都, 1988
  - 13) 養護教諭の相談を学ぶ会編: 子どものこころに寄り添う 養護教諭の相談的対応. 学事出版, 東京, 1993
  - 14) 島田祐里, 大谷尚子: 養護教諭の相談活動の特質について—諸理論の分析から—. 茨城大学教育実践研究 18 : 189-204, 1999
  - 15) 森田光子, 大谷尚子, 塩田瑠美ほか: 相談にかかわる養護教諭の力量形成第2報. 日本養護教諭教育学会誌 2 : 39-45, 1999
  - 16) 森田光子: 健康相談活動における見立ての視点と課題. 学校健康相談研究 4 : 2-10, 2007
  - 17) 遠藤伸子: 養護診断開発, その必要性と可能性—看護診断文献からの考察—. 保健の科学 40 : 913-920, 1998
  - 18) 葛西敦子, 岡田加奈子, 三村由香里ほか: 養護教諭のための養護診断開発に向けての課題—看護診断からの考察—. 弘前大学教育学部紀要 92 : 167-171, 2004
  - 19) 岡田加奈子, 葛西敦子, 三村由香里ほか: 養護診断『心理的な要因が存在する可能性のある状態』の診断名と診断指標の開発. 日本養護教諭教育学会誌 10 : 20-37, 2007
  - 20) 遠藤伸子, 三木とみ子, 大沼久美子ほか: 養護診断開発の方途と養護診断開発システムに関する研究. 日本健康相談活動学会誌 4 : 47-65, 2009
  - 21) 日本学校保健会: 子どものメンタルヘルスの理解とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携—. 2007
  - 22) 文部科学省: 教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応. 2009
  - 23) 日本学校保健会: 保健室利用状況に関する調査報告書 平成18年度調査結果. 2008
  - 24) 北村陽英: 学校精神保健. (中根晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子編). 子どもと思春期の精神医学, 347-354, 金剛出版, 東京, 2008
  - 25) 市川宏伸: 精神科医療から見た高校生の特徴. 児童青年精神医学とその近接領域 41 : 331-337, 2000
  - 26) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guideline. 1992 (融道夫, 中根允文, 小宮山実 (監訳): ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)
  - 27) 武田真太郎: 学校精神保健. (西宮市学校精神保健推進協議会, 西宮市教育委員会編). 学校精神保健ガイドブック, 52-67, 兵庫, 1990
  - 28) 永井利枝, 青嶋昌子, 有野久美ほか: 養護教諭が心因による保健室来室者と判断した根拠と対応. 学校健康相談研究 6 : 2-13, 2010
  - 29) 前掲書23) 42-49
  - 30) 片瀬一男: 高校生の相談ネットワーク—その範囲と多様性. (海野道郎, 片瀬一男編). 失われた時代の高校生の意識, 149-153, 有斐閣, 東京, 2008
  - 31) 難波梓沙, 後藤由佳, 中塚幹也ほか: 中学・高校生における不定愁訴—第二次性徴との関連—. 母性衛生 48 : 451-461, 2008
  - 32) 辻悟: 思春期とセックス. (辻悟編). 思春期精神医学, 44-48, 金原出版, 東京, 1972
  - 33) 前掲書13) 23-44
  - 34) 笠原嘉: 青年期の発達とその精神病理. 思春期青年期精神医学 1 : 39-42, 1991
  - 35) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR. 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 157-158, 183-184, 医学書院, 東京, 2002)
  - 36) 斎藤万比古: 精神疾患と心身症. (宮本信也編) 子どもの心身症. からだの科学 231 : 75-79, 日本評論社, 東京, 2003
  - 37) 兼松百合子: 慢性的な健康問題をもつ子どもの生活と援助. 小児保健研究 57 : 627-634, 1998
  - 38) 前掲書11) 133-152
  - 39) 森田光子: 養護教諭から見た学校での医療的ケア. 学校保健研究 43 : 373-379, 2001
  - 40) 厚生統計協会: 国民衛生の動向・厚生指針増刊896. 446-449, 2010
  - 41) 中井義勝: 疫学と予後. (石川俊男, 鈴木健二, 鈴木裕也他編). 摂食障害の診断と治療 ガイドライン2005, 1-4, マイライフ社, 東京, 2005
  - 42) Ehlers S, Gillberg C: The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. J Child Psychology Psychiatry 34 : 1327-1350, 1993
  - 43) 塩川宏郷: 不定愁訴. (宮本信也編). 子どもの心身症, からだの科学 231 : 28-31, 日本評論社, 東京, 2003
  - 44) Tyson P and Tyson RL: Psychoanalytic theories of development: An integration. Yale University Press, 1990



(馬場禮子監訳：精神・性的発達 の諸段階. 56-72, 精神分析的発達論の統合①. 岩崎学術出版, 東京, 2005)

- 45) Tyson P and Tyson RL : Psychoanalytic theories of development : An integration. Yale University Press, 1990 (皆川邦直, 山科満監訳：ジェンダーの発達・女児. 112-135, 精神分析的発達論の統合②. 岩崎学術出版, 東

京, 2008)

(受付 11. 04. 04 受理 11. 09. 26)

連絡先：〒309-1738 茨城県笠間市大田町352-15  
茨城県立友部高等学校 (海老澤)

報 告

学校教育におけるエゴグラムを  
用いた心の教育プログラムの有効性について  
—小学校5年生の保健学習「心の健康」の中での実践から—

菊 地 紀美子

飯田女子短期大学

Effectiveness of a Mental-health-care Program Employing the Egogram:  
From Practice in Teaching the “Mental Health” Section of the Health Science Curriculum  
in the Fifth Grader of Elementary School

Kimiko Kikuchi

*Iida Women's Junior College*

*Yogo* teachers worry about what kind of teaching materials for mental health education are effective. We created the program of mental health which used egogram, and carried out for 238 fifth graders in 3 elementary schools of Nagano Prefecture. We verified whether the instruction was effective using the schoolchild version QOL measure. Furthermore, we investigated the relation between an egogram predominance type and change of QOL by intervention instruction.

As a result, children were motivated to raise their weak ego state portion while they had recognized their own egogram predominance type. That became clear from significant improvement having been especially observed in “self-respect feeling”, “physical health”, and “school” score while significant difference was observed in the QOL score before and after intervention statistically, as a result of performing t-test which has correspondence by the six-item sum total of QOL.

Furthermore, significant change was observed in the item of some QOL by the type of the egogram. Especially in NP predominance type, improvement in QOL score was generally observed by intervention instruction, and significant improvement was observed in the score of “physical health.” This result suggests that improvement in QOL score by characteristic of “nurturing parent” which is NP predominance type causes tendency to accept intervention instruction. Moreover, although the significant difference in t-test was observed in QOL score before and after intervention, the significant difference was not observed in the QOL score before and after AC predominance type intervention. From these results, we have proposed that it is important to perform education of mental health according to the type of egogram.

---

Key words : egogram, mental and physical health, health science curriaulum, schoolchild version of QOL score, fifth grader  
エゴグラム, 心と体の健康, 保健学習, 小学生版QOL尺度, 5年生

---

## I. はじめに

文部科学省の中央教育審議会答申（平成20年1月）及び学校保健安全法（平成21年4月1日施行）において、求められている養護教諭の役割として「学級活動における保健指導をはじめ、ティーム・ティーチングや兼職発令による教科保健への積極的な参画など保健教育に果たす役割」や「いじめや児童虐待など心身の健康問題の早期発見, 早期対応に果たす役割」等が示され, 今後養護教諭が保健教育に大きな役割を果たすことが明確に位置づけられている<sup>1)</sup>.

これまでも養護教諭は主として多くの児童生徒の感情の高ぶり・うつ状態・拒食症・明らかなストレスによる

肥満など様々な児童の心身の健康にかかわる問題について保健室を通じて対処してきた。その中でも体と心の変化の著しい小学5年生の時期は, 自分という存在意義を友達と自分を比較して, 自分と違う考えや行動をする友達の攻撃したり, また反対に自分自身を攻撃したりするなど思春期前後の複雑な感情の不安定さを訴えてくる児童が少なくない。また, 平成18年度に日本学校保健会が行った小学校の保健室の利用状況報告をみると, 「主に身体に関する問題」31.3%, 「主に心に関する問題」40.4%, 「主に家庭・生活環境に関する問題」20.9%とあり, 心に関する問題に対して, 養護教諭がかかわっていることが調査結果から明らかにされた<sup>2)</sup>。

そこで, 筆者は, 保健学習の「心の健康」の中でエゴ

グラムを用いた心の教育プログラム(以下、「心の学習」)を作成した。エゴグラムを用いた理由は、以下の二つである。

①人の心を機能的に分け、具体的に数値化できるもので、見えない心を誰もがもっている五つのタイプの特性を使って説明できるというメリットがあり、自分の心のありようを知る機会となる。

②心的エネルギー一定の法則((P+A+C)mm=K)<sup>3)</sup>\*があり、低い自我状態を意識して上げることで、高い自我のエネルギーを下げる働きがある。児童のエゴグラムの最も低い自我状態を上げることによって人格の発達を促すことが出来る。

\*P:CPとNPの自我状態 A:Aの自我状態 C:FCとACの自我状態 m:生理的因子(ホルモンの変化等) m:環境因子(特殊な環境下に置かれた時) K:一定(P・A・Cの値が高いということは該当するタイプの活動が活発であることを意味する)

さらに、先行研究で、芦原は、「エゴグラムの利点は、患者のライフスタイルや行動パターンを把握することができ、その結果に基づいて生活指導が可能な点である。」と述べ、また、「具体的なライフスタイルの変容は、“思考や感情”を変えるよりは、“行動や動作”を変える方がより確実に現実的である。」と述べている<sup>4)</sup>。また、阿形らは「こころと心をつなぐという観点で、①一人の人間の『意識された心といまだ明らかになっていない心をつなぐ』②自己の心と他者の心をつなぐ③『正常』な心と『異常』な心をつなぐ。『つなぐ』ことができずに『ずれる』とさまざまな誤解・不安・分断・疎外が生じる。」と述べている<sup>5)</sup>。

本研究においては、この「ずれ」が児童の訴える様々な症状や攻撃力になっていたのではないかと考え、エゴグラムを用いた介入指導により、このずれを児童一人ひとりが少しでも理解できるきっかけになればと考えた。それが理解でき自分は今からどんなことを意識して生活すれば、自分が描く人間に成長できると思えるのか。

「心の学習」からヒントをもらいチャレンジすることが、児童の心と体にどのような変化を引き起こすのか。それらを明らかにしたいと考えた。これらの変化をみるために妥当と考えた指標が、柴田らの開発した小学生版QOL尺度<sup>6)</sup>である。

そこで、本研究においては、近隣の3小学校の5年生を対象に「心の学習」を行い、前後に小学生版QOL尺度を用いて、その効果を評価し「心の学習」の有効性の検証を行った。また、体育科保健領域の単元「心の健康」のための教材、養護教諭の授業への参加に役立てることを目的とした。さらに、本研究では、児童一人ひとりの性格傾向を知り得ることが出来るため、学級担任・養護教諭が児童理解に役立てることや指導方法に寄与することを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 調査時期・調査対象

2009年11月～2010年2月に、A県中信地区 A・B・C小学校の5年生(計238名)を対象に調査を行った。

### 2. 調査方法

【第一段階】対照群として、A小学校の5年3組と4組の児童50名を対象に通常の授業前にアンケートを行い、1ヶ月後に同一のアンケートを行い、通常の授業での変化について検討を行った。ここでいう「通常の授業」とは、すべての教科等の授業のことで、学習指導要領に沿った保健学習「心の健康」の授業は行っていない。

本調査に用いたアンケートは、小学生版QOL尺度で、「身体的健康」「情動的ウェルビーイング・気持ち」「自尊感情」「家族」「友達」「学校」の六つの領域より構成されており、さらに、この6領域のそれぞれは、4項目の質問より構成されている。そのアンケート内容を表1に示した。児童自身が5段階評価し、筆者がそれを得点化した。この質問ではより高い得点のものがより高いQOLを示すことになっており、六つの下位領域それぞれが0～100の得点に変換され、同様に総得点も0～100に配点し評価できる。それを基に、介入前後を対応のあるt検定で検証した。

【第二段階】A小学校、B小学校ならびにC小学校の5年生8クラスの合計238名を対象に「心の学習」を行う前に第一段階で用いたアンケートを行った。次に「心の学習」を実施し、さらに10日後に先に行ったアンケートを用いて「心の学習」の効果を検討した(図1)。

なお、本研究で用いたエゴグラムは小児用エゴグラム<sup>7)</sup>で、エゴグラムの優位タイプ(最も高い得点に着目したピークエゴ)の性格特性を表2に示した。

### 3. 「心の学習」の概要

小児用エゴグラムを使用し、「自分のことをもっと知ろう」というテーマで2単位時間(45分×2コマ)をつかい、表3のように実施した。なるべく同じ内容で進められるようにフラッシュカードやワークシートを使用して実施した。なお、授業を行うに当たって次の点に留意した。

- ①授業が始まる前に、筆者の自己紹介をし、心と体の勉強をしていることを伝える。それと同時に皆さんとともに勉強したい旨を伝え、同意を得てから進めた。
- ②児童一人ひとりが理解できるように、ワークシートに書かれた進捗状況を見ながら授業を進めた。
- ③グループ\*で進める方法では、目を閉じて、自分の弱い部分を発表することに抵抗を感じる人に手を挙げさせ確認してから進めた。挙手する児童が一人でもいる場合は、個人作業に切り替えた。(\*8クラス中、グループで話し合ったのは2クラスのみで、他のクラスは、2～3人挙手したため、個人の作業に切り替えた。)

表1 「小学生版QOL尺度項目」

---

[1] この1週間のあなたの健康について、聞かせてください。

1. 病気かなと思ったことがあった。\*
2. 頭がいたかったり、おなかがいたかったりした。\*
3. 疲れてぐったりしたことがあった。\*
4. 元気いっぱいだった。

[2] この1週間、あなたはどのような気持ちですごしましたか。

1. 楽しかったし、たくさん笑った。
2. たいくつだった（つまらなかった）。\*
3. ひとりぼっちのような気がした。\*
4. びくびくしていた（こわかった）。\*

[3] この1週間あなたは自分のことをどのように感じていましたか。

1. 自分はすばらしい（よくやった）と思った。
2. 自分はなんでもできる感じがした。
3. 自分に満足していた（自分が好きだ）。
4. いいことをたくさん思いついた。

[4] この1週間のあなたとあなたの家族について聞かせてください。

1. 両親（お父さんとお母さん）となかよくしていた。
2. 家で、気持ちよくすごしていた。
3. 家で、家族とけんかした。\*
4. 両親にしたいこと（やりたいこと）をさせてもらえなかった。\*

[5] この1週間、あなたの友だちとのようすを聞かせてください。

1. 友だちといっしょにあそんだ。
2. 他の子どもたちに自分は好かれていると思った。
3. 友だちと楽しく過ごした。
4. 他の子どもたちと自分はちがっているような気がした。\*

[6] この1週間、あなたの学校でのようすを聞かせてください。

1. 学校の勉強はやさしかった（かんたんだった）。
2. 授業はたのしかった。
3. 次の週がくるのが楽しみだった。
4. わるい点数やわるい成績をとらないか心配だった。\*

\*は逆転項目  
各項目「この1週間の自分の状態にあてはまるかどうか」を

1. ぜんぜんなかった
2. たまにあった
3. ときどきあった
4. よくあった
5. いつもだった

5段階評定で答えさせる。6領域の合計得点をもってQOL得点とし、より高い得点の者がよりよいQOLを示すよう配点されている。

---

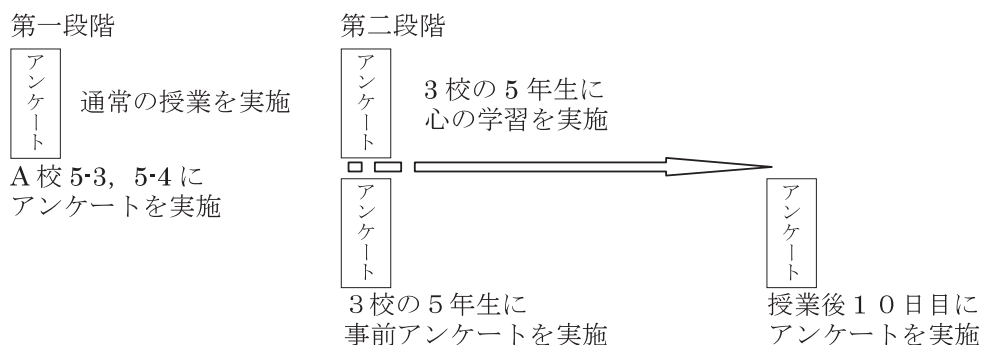


図1 心の学習効果を検証するための研究プログラム

表2 エゴグラムの各タイプ（自我状態）の性格特性

| 優位タイプ |    |           | 性 格 特 性   |
|-------|----|-----------|---|
| P     | CP | 批判的な親の心   | 信念に従って行動する厳しい父親のような親の心です。自分の価値観や考え方をゆずろうとせず、他人を非難したりします。良心や理想と深く関連していますが、CPが強すぎると、尊大で支配的な態度、命令的な口調などが目立つようになります。      |
|       | NP | 保護的な親の心   | 思いやりをもって世話をするやさしい母親のような親の心です。親切・いたわり・寛容な態度と関連しており、親身になって人の面倒をみる保護的なやさしさが特徴です。NPが強すぎると、過保護やおせっかいになりやすいので気をつけてください。     |
| A     | A  | 大人の心      | 事実に基づいて物事を判断しようとする合理的な大人の心です。Aはコンピューターにたとえられ、データを集めて論理的に処理していく働きをします。Aが強すぎると、打算的で冷たく情緒の乏しい人間味に欠けた人になるおそれがあります。        |
| C     | FC | 自由な子どもの心  | 自分の欲求のままにふるまい、自然の感情をそのまま表す何のものにも縛られない自由な子どもの心です。明るく無邪気ですが、わがままな面があり、自分勝手に依存的な面をもち、他人への配慮に欠けることがあります。                  |
|       | AC | 順応した子どもの心 | 自分の本当の気持ちを抑えて相手の期待にそおうと努める順応した子どもの心です。ACは自分を抑え社会規範に従って行動する傾向をもちますが、それが強くなりすぎると、イヤなことをイヤと言えずにストレスを心の中に溜めこむことになってしまいます。 |

表3 自分のことをもっと知ろう

|   | 学 習 活 動  | 指 導 上 の 留 意 点  |
|---|--|--|
| 自分のことをもっと知る<br>Step 1<br>気づく<br>(45分)                             | 1. エゴグラムチェックリストを記入し、グラフを作成する<br>2. エゴグラムについて理解する<br>①エゴグラムについて<br>②エゴグラムの五つの心の働きを知る  | ・深く考えすぎずに記入していく<br>・エゴグラムで優劣をきめるものではないことを理解させる<br>・エゴグラムは成長とともに変化することを確認する<br>・高い部分と低い部分の特徴をつかませる<br>・今の自分を客観的にとらえさせる<br>・気づくことが自己を変える第一歩であることを理解させる   |
| 低い部分の自分を高める方法を探り、実践に移せるようにする<br>Step 2<br>作戦を立てチャレンジしてみる<br>(45分) | 1. 自分のエゴグラムから、今の自分に満足していない部分を確認する<br>2. 心的エネルギーの低い部分を高めることにより、それが改善される場合が多いことを理解し、タイプ別の対処方法を知り、その中の言葉と行動を決める<br>3. 自分でできそうな目標を決め、挑戦する気持ちを高めながら、ワークシートに記入する | ・今の自分に満足していない部分をそれぞれ持っていることは、前に進めるいいチャンスであることを理解させる<br>・低い部分を上げる方法を考えさせる<br>・ヒントとなる資料とグループ*一人一人からのアドバイスをもらい、その中から、自分でできそうな作戦を立てさせる<br>・グループの中で、自分の作戦を発表し合う<br>・自分を変えるためには、「抵抗」が生じることを理解させる<br>・自分を変えるということは、エネルギー配分を変えることでもあることを理解させる（心的エネルギー一定の法則）<br>・10日間挑戦してみる |

## 自分がチャレンジしたい目標を書いてみよう

私は、 \_\_\_\_\_ を上げるために、  
 \_\_\_\_\_ (言葉) をよく使い  
 \_\_\_\_\_ (行動)  
 を実行します。

図2 ワークシートを利用した本人の行動計画

エゴグラムの自己分析の後、高いところは他の人から思われているイメージで、低いところはエネルギーの弱いところであると伝える。また、低いところを上げると自己変容につながることを伝え、自分のどの部分をどの

ように変えたいのかを考えさせ、自分がチャレンジできそうな具体的な行動計画を自分で選択し、自分なりの作戦を立てた。図2に、記入した児童のワークシートの一部を示した。

#### 4. 倫理的配慮

本調査については人間総合科学大学の倫理委員会の許可のもとに、情報は目的以外に使用しないこと、個人が特定されるような処理は行わないこと、個人情報を読らさないこと、アンケートやファイルは提出しなくても不利益を被らないことなどに配慮し、事前に校長・学年担任・養護教諭や児童に説明し了解を取った上で、学級ごとに回収した。また、アンケートやファイルは、エゴグラム・QOL得点の変化を学級ごとにまとめたものと一緒にすべて学校に返却した。さらに、返却と同時に、筆者のPCに入っているデータは、児童の名前と学校名を削除し、数値化したデータとして取り扱い、個人の同定ができないようにしてデータの分析を行った。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 通常の授業による介入前後のQOL得点の変化（第一段階）

A小学校の2クラスを対象にアンケートを通常の授業の事前ならびに介入1か月後に実施した。なお、かぜによる欠席や一部分未記入者がいたため、それを除き、有効な50名についてのQOL項目別の介入前後の得点を表4に示した。

全体のQOL得点の平均は介入前が71.0点で介入後の平均点は72.2点で対応のあるt検定を行ってみた結果、両者の間に有意な変化は認められなかったが、項目別では「友達」との関係については有意差が認められた ( $p < 0.05$ )。その他の「身体的健康」「情動的ウェルビーイング」「自尊感情」「家族」については介入前と介入後のQOL得点に有意な差は認められなかった。

#### 2. 「心の学習」介入前後のQOL尺度の変化（第二段階）

介入前と後のQOL尺度の合計（6項目合計）を対応

のあるt検定で行った結果が表5である。介入の前後でQOL得点に有意な差がみられた ( $p < 0.001$ )。これを項目別に見ると「自尊感情」+4.5 ( $p < 0.001$ )、続いて「身体的健康」+2.9 ( $p < 0.01$ )、さらに「学校」+2.4 ( $p < 0.05$ ) について有意差が認められた。しかしその他の項目については介入前後のQOL得点に有意差が認められなかった。

#### 3. 「心の学習」によるエゴグラムとQOLの変化

##### 1) エゴグラムからみた優位タイプ別「心の学習」介入前後QOL得点の変化

新里ら<sup>8)</sup>はエゴグラムの分析方法の一つとして最も高い得点に着目したピークエゴを提案している。この方法に従ってタイプ別に分析し、「心の学習」介入前後のQOL得点がエゴグラムタイプ別にどのように変化したのかを表6に示した。NP優位タイプ・A優位タイプ・FC優位タイプの介入前後のQOL得点をみると、上昇していることがわかる。これらを項目別にみていくと、「身体的健康」「自尊感情」「学校」が明らかに上昇している優位タイプもあるが、反対に「家族」「友達」の項目において低下傾向を示しているタイプもある。また、FC優位タイプでは、介入後「学校」の項目が有意に上昇した。さらに、AC優位タイプは、「身体的健康」が上昇したが、低下傾向がみられる項目に「情動的ウェルビーイング」「家族」「友達」「学校」があり、他の優位タイプより多かった。

##### 2) 向上させたいと考えた自我状態別介入前後QOL得点の変化

「心の学習」の中で、低位自我状態（自分のエネルギーの弱い部分）を理解し、その部分を向上させると自己変容につながることを確認し、自分はどの自我状態を向上させたいのかを決めたのが、表7である。CPを向上さ

表4 「通常の授業」介入前後のQOL得点

平均±標準偏差

| 人数 | 「通常の授業」<br>介入前後 | 計             | 身体的健康         | 情動的ウェルビー<br>イング・気持ち | 自尊感情          | 家族            | 友達*           | 学校            |
|----|-----------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 50 | 介入前             | 71.0±<br>13.4 | 82.8±<br>13.7 | 85.6±<br>14.0       | 50.6±<br>25.9 | 71.1±<br>22.3 | 73.6±<br>18.2 | 62.3±<br>19.1 |
|    | 介入後             | 72.2±<br>11.3 | 80.9±<br>13.7 | 89.1±<br>11.9       | 50.6±<br>23.0 | 74.5±<br>18.4 | 79.3±<br>15.0 | 58.6±<br>19.9 |

\* $p < 0.05$

表5 「心の学習」介入前後のQOL得点

平均±標準偏差

| 人数  | 「心の学習」<br>介入前後 | 計***          | 身体的健康**       | 情動的ウェルビー<br>イング・気持ち | 自尊感<br>情***   | 家族            | 友達            | 学校*           |
|-----|----------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 213 | 介入前            | 72.7±<br>10.7 | 80.6±<br>13.8 | 84.9±<br>14.9       | 51.7±<br>21.9 | 78.3±<br>16.4 | 79.2±<br>15.4 | 61.7±<br>17.6 |
|     | 介入後            | 74.7±<br>11.2 | 83.5±<br>14.2 | 86.3±<br>15.6       | 56.2±<br>22.1 | 78.7±<br>17.9 | 79.5±<br>15.0 | 64.1±<br>18.9 |

\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$

表6 優位タイプ別QOL得点の変化

|         | 人数 | 介入 | 計            | 身体的健康        | 情動的ウェルビーイング・気持ち | 自尊感情         | 家族   | 友達   | 学校            |
|---------|----|----|--------------|--------------|-----------------|--------------|------|------|---------------|
| CP優位タイプ | 2  | 前  | 49.0         | 81.3         | 65.6            | 37.5         | 53.1 | 46.9 | 43.8          |
|         |    | 後  | 63.5         | 90.6         | 90.6            | 62.5         | 62.5 | 68.8 | 71.9          |
| NP優位タイプ | 91 | 前  | <b>73.6</b>  | <b>80.8</b>  | 84.0            | 51.7         | 79.1 | 78.6 | 62.7          |
|         |    | 後  | <b>75.4*</b> | <b>83.1*</b> | 85.1            | 55.6         | 80.1 | 80.5 | 64.1          |
| A優位タイプ  | 56 | 前  | <b>76.6</b>  | 82.8         | 85.7            | <b>60.4</b>  | 83.8 | 83.3 | <b>64.3</b>   |
|         |    | 後  | <b>79.0*</b> | 85.8         | 88.0            | <b>65.1*</b> | 82.6 | 82.5 | <b>69.5*</b>  |
| FC優位タイプ | 28 | 前  | <b>71.6</b>  | 83.0         | 85.7            | <b>50.9</b>  | 75.2 | 81.5 | <b>60.0</b>   |
|         |    | 後  | <b>75.6*</b> | 87.5         | 88.2            | <b>57.6*</b> | 78.1 | 78.2 | <b>65.3**</b> |
| AC優位タイプ | 51 | 前  | 67.2         | <b>76.1</b>  | 84.1            | 41.1         | 71.9 | 76.6 | 55.8          |
|         |    | 後  | 67.7         | <b>79.5*</b> | 82.5            | 44.8         | 70.9 | 75.5 | 52.8          |

■ 介入後に低下したQOL得点

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01

太字：QOL得点が有意に上昇したところ

表7 向上させたい自我状態別介入前後のQOL得点の変化

| 向上させたい自我状態 | 人数  | 介入 | 計             | 身体的健康         | 情動的ウェルビーイング・気持ち | 自尊感情          | 家族   | 友達   | 学校           |
|------------|-----|----|---------------|---------------|-----------------|---------------|------|------|--------------|
| CP         | 118 | 前  | <b>72.2</b>   | <b>80.4</b>   | 85.0            | <b>48.8</b>   | 78.8 | 78.9 | 61.1         |
|            |     | 後  | <b>74.9**</b> | <b>84.3**</b> | 86.1            | <b>54.3**</b> | 80.1 | 79.0 | 63.7         |
| NP         | 13  | 前  | 64.9          | 74.5          | 77.9            | 50.5          | 72.1 | 70.7 | 52.9         |
|            |     | 後  | 68.6          | 81.3          | 81.3            | 59.1          | 74.0 | 80.8 | 57.3         |
| A          | 30  | 前  | 70.0          | 73.7          | 85.2            | 47.7          | 76.3 | 77.9 | 58.9         |
|            |     | 後  | 69.3          | 76.3          | 84.4            | 47.9          | 75.0 | 77.2 | 53.5         |
| FC         | 25  | 前  | 71.9          | 86.0          | 79.5            | 51.3          | 76.0 | 77.3 | 59.5         |
|            |     | 後  | 73.6          | 83.5          | 82.3            | 54.5          | 78.5 | 79.9 | 59.6         |
| AC         | 42  | 前  | 78.6          | 83.6          | 90.9            | 63.2          | 81.5 | 83.3 | <b>69.1</b>  |
|            |     | 後  | 80.1          | 86.6          | 91.4            | 68.2          | 79.2 | 81.5 | <b>74.0*</b> |

■ 介入後に低下したQOL得点

\*p&lt;0.05 \*\*p&lt;0.01

太字：QOL得点が有意に上昇したところ

せたいと思った児童が全体の半分を占めていた。次に多かったのがACであった。

Aを向上させたい児童は、QOL得点が介入後はマイナスになっている項目が4項目あった。逆にCP・NPを向上させたい児童は、すべての項目においてQOL得点が増加傾向にあった。特にCPを向上させたいと考えた児童は「身体的健康」と「自尊感情」の得点が有意に上昇していた。(p<0.01)

さらに、ACを向上させたい児童は、「学校」が増加していた(p<0.05)。

#### IV. 考 察

##### 1. 「心の学習」介入後の児童の変化

児童にエゴグラムの形は生涯同じというわけではなく、

人生の歩みとともに、またいろいろな学びによって、変化するものであることを伝えた。その結果、児童は、自分のエゴグラム優位タイプを認識すると共に自分の弱い自我状態部分を高めようという動機づけとすることができた。すなわち、自分が思っていた自我とエゴグラムの形とのずれが大きいほど、「どうしよう」から「なんとか自分を変えるぞ」という気持ちの変化が認められた。このことは、児童の態度や言葉によっても強く感じられただけでなく、全体的なQOLの上昇やいくつかのエゴグラムのタイプ別QOL項目に有意な変化が認められたことから言える。

##### 2. 「心の学習」とQOLの向上

「心の学習」介入前と後のQOL尺度の合計(6項目合計)を対応のあるt検定で行った結果、介入前後でQOL

得点に有意な差がみられた。さらに項目別にみていくと「自尊感情」「身体的健康」「学校」にも有意差が認められ、「心の学習」の有効性が実証された。その中の「自尊感情」は、古荘らによって、学年が上がるごとに低下していく傾向があると報告されており<sup>9)10)</sup>、今回の介入によって、「自尊感情」が上昇したことはこれからの教育にも良い影響を与えることが期待される。

### 3. 「心の学習」介入後のタイプ別児童の変化と特徴

エゴグラムからみた優位自我状態をタイプ別（ピークエゴグラム）に分析した。その結果、表6に示したようにNP優位タイプが全体の4割を占め、続いてA優位タイプ・AC優位タイプの順に多かった。タイプ別に「心の学習」介入前後のQOL得点の変化をみると、CP優位タイプとNP優位タイプの児童は、QOL項目の「身体的健康」「情動的ウェルビーイング」「自尊感情」「家族との関係」「友達との関係」「学校生活」すべてにおいて上昇傾向がみられた。特にNP優位タイプの特性として、相手の気持ちに対して思いやりをもつ優しい母親という性格から、介入指導を受け止めて、QOL得点の上昇につながったと推察される。

しかし、介入後、下降傾向項目が多くみられるAC優位タイプは、22.4%を占めていた。このAC優位タイプの児童は、順応した子どもの心（自分の本当の気持ちを抑えて相手の期待に沿うように努める）が高いという性格特性から自分自身の自己理解が進み、何らかの気持ちの変化が現れたのではないかと推察される。もしかしたら、自分は家族や友達にばかり合わせて、自分という存在を主張してこなかったことに気づき、自分の存在の大切さや自分自身を主張していいのだと考え始めたのではないかと考える。

他の優位タイプにおいても、自我状態の性格特性によって、「心の学習」介入への受け止めや自己理解の深さも違うと考えられる。

さらに、「心の学習」の中で、自分のエゴグラムの結果を分析し、低いところを向上させることが自己変容につながると伝えて、向上させたい項目を一つに絞るよう指導した。その結果、表7に示したようにCPを上げたいと意思表示した児童は「心の学習」介入前後のQOL得点を対応のあるt検定でみていくと有意差が認められた ( $p < 0.01$ )。このことは、批判的な親の心を持ってないでいた児童が、少しずつ自分の価値観や考え方をきちんともち、自他ともに、厳しい自分をつくらうと思ったのではないかと推察される。自分のいままでの考え方を少し変え、自分の足りないCPを少し高めようとCPタイプに移行することにより自我意識の高まりとQOLの向上につながる可能性を示している。

以上のことから、それぞれのタイプによって特徴があるため、「心の学習」をする時は、タイプ別に配慮しながら介入指導をしていく必要があると考える。

## V. まとめ

- ①学校教育におけるエゴグラムを用いた教育プログラム「心の学習」は、5年生の児童に有意に働くことが明らかになった。特に、「自尊感情」「身体的健康」「学校」の項目が有意に上昇した。
- ②保健学習「心の健康」の中での「心の学習」介入指導の結果、児童のQOLへの変化に優位タイプ別に差が認められた。このことは性格タイプとQOLの間に関連があることを示している。
- ③優位タイプ別にみた「心の学習」介入指導の結果に差が認められたことから、今後エゴグラムタイプに応じた介入指導のあり方が検討されなければならない。さらに、今後の保健学習「心の健康」では、これまでの一斉指導の中で教師指導型の授業から児童の自己判断から気づきを与える「心と体の学習」を実践できるように広げることが重要であると考えられる。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、調査に協力していただいた3校の5年生の児童の皆様と学校長はじめ5年生担任・養護教諭、ご指導ご助言くださいました人間総合科学大学大学院の川口毅教授、近藤昊教授、庄子和夫准教授に深く感謝を申し上げます。

## 文 献

- 1) 戸田芳雄, 采女智津江, 北垣邦彦ほか: 養護教諭の役割. 新改訂学校保健実務必携. 622-632, 第一法規, 東京, 2009
- 2) 財団法人日本学校保健会: 養護教諭が過去1年間に把握した心身の健康に関する状況. 保健室利用状況に関する調査報告書平成18年度調査. 17-24, 2008
- 3) ジョン・M・デュセイ (新里里春訳): 心的エネルギーの流れ (一定の法則). エゴグラム. 158-159, 創元社, 大阪, 1980
- 4) 芦原陸, 酒井淑子, 伊藤章代ほか: 自己成長エゴグラム (SGE) の開発経緯と研究の現状. 交流分析研究 18: 11-16, 1993
- 5) 阿形恒秀, 石神互, 中村敏子ほか: 今の自分を知るワーク. 思春期理解と心の病. 1-23, 解放出版社, 大阪, 2003
- 6) 柴田玲子, 根本芳子, 松崎くみ子ほか: 日本におけるKid- Questionnaire (小学生版QOL尺度) の検討. 日本小児科学会 107: 1514-1520, 2003
- 7) 杉浦守邦: エゴグラム. ヘルスカウンセリングの進め方 3 心理テストの進め方・読み方. 152-161, 東山書房, 京都, 1991
- 8) 新里里春, 水野正憲, 桂戴作ほか: 基本的構えとエゴグラム. 交流分析とエゴグラム 3. 1-21, チーム医療, 東京, 1986
- 9) 古荘純一: 自尊感情が低い日本の子どもたち. 日本の子



どもの自尊感情はなぜ低いのか. 67-110, 光文社新書, 東京, 2009

- 10) 柴田玲子, 松崎くみ子, 根本芳子: 子どものQOL研究の現状. 教育と医学 56: 1108-1115, 2008

(受付 11. 02. 15 受理 11. 07. 08)

連絡先: 〒395-8567 長野県飯田市松尾代田610

飯田女子短期大学家政学科保健養護研究室 (菊地)

報 告

児童の学校ストレスに対する心の健康教育  
—養護教諭による授業の試み—

岡 崎 由美子\*<sup>1</sup>, 安 藤 美華代\*<sup>2</sup>

\*<sup>1</sup>倉敷市立倉敷東小学校

\*<sup>2</sup>岡山大学大学院教育学研究科

A Mental Health Education for the Prevention of School-life Stress in Elementary School Children  
—A Pilot Program Involving Lectures by a *Yogo* Teacher—

Yumiko Okazaki\*<sup>1</sup> Mikayo Ando\*<sup>2</sup>

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

\*<sup>2</sup> Graduate School of Education, Okayama University

Psychosocial stress on interpersonal relationships with friends and academic achievement is considered a cause of psychosomatic and behavioral problems among school aged children. Based on the facts and research of psychosocial stress related to the school life of elementary school children, a classroom-based mental health education program was developed to manage and prevent this stress. The objective of this study is to evaluate the impact of this program. The program was implemented by a *yogo* teacher (school nurse) collaborating with homeroom teachers. Forty-eight (N=48) fifth graders in two classes were enrolled in the study. They completed surveys related to stress before (Time 1), after (Time 2), and two months after the program (Time 3). The program was implemented in one class between Time 1 and Time 2 surveys (intervention group), while at the same time, it was not implemented in the other class (control group). There were not significant differences in the stress responses between Time 1 and Time 2 in both groups. The control group reported significant aggravation in stress responses concerning depressive status from Time 2 to Time 3, but the intervention group did not report significant change. The children in the intervention group responded positively toward understanding themselves and others, being motivated to better handle stress in their own lives, and establishing adequate relationships with friends. In conclusion, it would be useful to involve *yogo* teacher collaborating with homeroom teacher to implement a mental health education to manage and prevent stress in the school life of elementary school children.

Key words : elementary school children, school life, psychosocial stress, *yogo* teacher (school nurse), mental health education

児童, 学校生活, 心理社会的ストレス, 養護教諭, 心の健康教育

I. はじめに

近年, 子ども達の学習量の増加や生活の乱れなどに伴って, ライフスタイルが変化し, 多くの子ども達が心身の不調を抱えている. 平成19年から平成20年に行った小学5・6年生2,000名程度を対象としたいくつかの調査では, その半数以上の子どもから, 「疲れやすい」, 「イライラする」, 「不機嫌で怒りっぽい」, 「根気がない」, 「勉強が手につかない」, 「キレたりキレそうになる」, 「何かに集中できない」, 「眠れない」といった多彩な訴えが報告されている<sup>1)2)</sup>. また, 平成21年度における全国の不登校小中学生は122,432名となっており, その原因として, 「友人関係」や「学業不振」が挙げられている<sup>3)</sup>. 友人関係や学業など学校にかかわるストレスは,

いじめ, 暴力行為といった問題行動<sup>2)</sup>, 「イライラ」, 「集中力のなさ」, 「抑うつ」, 「身体症状」といった心身の不調<sup>1)</sup>, 学習意欲の低下<sup>4)</sup>との関連も報告されている. また, 心身の不調の訴えが強いと学校不適応感が高く, 不登校のきっかけになると報告されている<sup>5)</sup>. さらに, 学校生活は集団を重視する傾向にあり, 子どもは, 集団のなかでの人間関係を構築できないとストレスを受けやすく, ストレス反応を生じやすいとの報告もある<sup>6)</sup>.

したがって, 学校現場においては, ストレスを考慮することなしに教育活動を行うことは難しく, 子ども達が一日の多くの時間を過ごしている学校でのストレスについて理解し対処していくことは重要であると考え.

このような状況に対して学校では, 主に担任によるストレス耐性を高めていくためのストレスマネジメント教

育<sup>7)</sup>, いじめや飲酒, 喫煙といった問題行動やうつを予防したり, 怒り・衝動性のコントロール, 社会性や対人関係, 適切な自己主張, 自尊感情や自己肯定感を育むための心理教育<sup>9)</sup>, ライフスキル教育<sup>10)</sup>, 構成的エンカウンター, ソーシャルスキル教育, ピアサポート等の実践<sup>11)</sup>, スクールカウンセラー等による専門的援助, 養護教諭による健康相談活動など, 多面的な取り組みが行われている<sup>3)</sup>.

しかし, いじめや不登校など心の健康に関する現代的課題は, 多様化し, 益々複雑で深刻化している. これまでの取り組みを踏まえ, さらに担任や担任以外の教職員や専門家が連携し, 心と体の両面に配慮した心の健康を育むアプローチが必要であると考えられる.

本研究では, 学校ストレスモデル<sup>12)</sup>に着目した. 学校ストレスモデルでは, ある個人にネガティブに評価される「個人的レベル」と多くの個人に共通してネガティブに評価される「集団レベル」とに分類される学校ストレスが, 学校ストレスラーとして認知されると, 学校ストレス耐性(コーピングやソーシャルサポート)を媒介として(対処段階), 動機づけ・学習意欲が決定され, この程度によって, 適応的または不適応的な状態がもたらされると考えられている. このモデルを基盤に, 学校生活の大半を占めている学習活動の重要性も鑑み, 友達から受け入れられることによって教科学習へ意欲的に取り組み, ひいては学業達成の向上につながる<sup>13)</sup>といった友人関係と学習意欲との正の関連も踏まえ, 友人関係や学業といった学校におけるストレスラーによってストレス反応(心身の不調)が生じ, 社会性, 学習意欲に作用するという, 本研究の仮説モデルを立てた(図1). そして, 友人関係など学校でのストレスに対処する方法を学習することで, 心や体の不調(ストレス反応)が軽減し, 社会性や学習意欲が向上することをねらいとした心の健

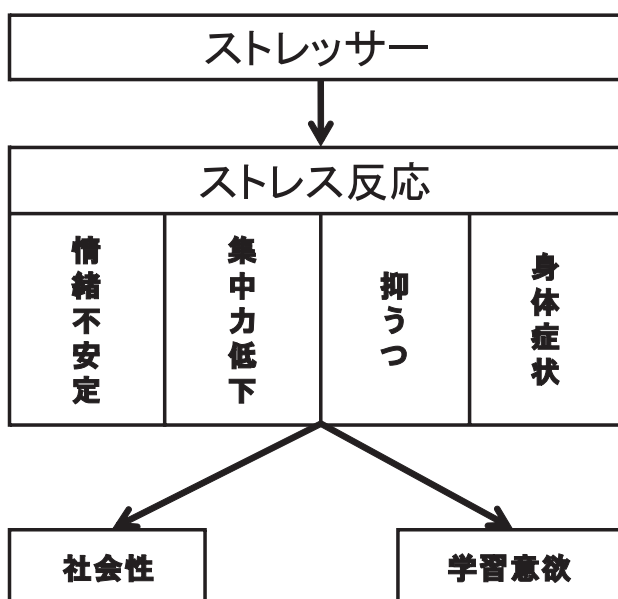


図1 本研究の仮説モデル

康教育プログラムを作成し, 実践を試み, その効果について評価することを目的とした.

本プログラムの実践にあたっては, 平成10年の教育職員免許法及び同法施行規則の一部改正によって新設された, 「養護教諭の免許状を有し, 三年以上養護教諭として勤務経験を有する者で, 現に養護教諭として勤務している者は, その勤務する学校において, 「保健」の教科の領域に係る事項の教授を担当する教諭又は講師とすることができる」制度を活用し, 「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がないよう留意」し, 担任と連携しながら養護教諭による授業を試みた. また, 授業を通して, 児童の心や体の健康状態の理解に努めながら, 平成9年の保健体育審議会答申によって, 養護教諭の新たな役割として要請された, 「児童生徒の様々な訴えに対して, 常に心的な要因や背景を念頭に置いて, 心身の観察, 問題の背景の分析, 解決のための支援, 関係者との連携など, 心や体の両面への対応を行う健康相談活動」の充実を図ることを心がけた.

## II. 方法

### 1. 対象

中国地方A市の公立小学校1校の5年生2学級48名(男子24名, 女子24名)である.

### 2. プログラムの実施方法

プログラムは, 「心の不安, 悩みへの対処の仕方について理解できるようにする」として, メンタルヘルスに関する指導を行うようになっている教科「体育」の5年生の単元「心の健康」の4時間を使用して実施した.

プログラムの実施にあたっては, プログラムへ学校全体の理解と協力を得るため学校長の許可を得た. その後, 実施学年の学級担任の理解および協力を得るために, 本プログラムの意義とその具体的な内容について説明を行った. 児童に対しては, 学級担任から, 本プログラムの意義と具体的な内容について説明を行った.

プログラムの実施方法や使用する教材については, 養護教諭と担任とが, 各授業前に適宜打ち合わせを行った.

プログラムを実施する際に, 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がないように, 以下のことを行った.

- 授業の時間と場所を職員室に明記するとともに, 職員に声かけをして授業にでかけた.
- 養護教諭が必要な緊急の場合には, 授業中でも連絡をしてもらうように, 職員に依頼しておいた.
- 児童が保健室に来室した場合には, 職員室で他の職員に対応してもらえるように, 養護教諭の不在を記したパネルを, 保健室の入口に貼っておいた.
- 救急処置に関しては, 日頃から保健室に不在でも他の場所でも対応できるように, 簡易の救急セットを校内の各所に設置しておいた.

プログラムは, 学級担任のサポートの下で養護教諭が

行った。合計4回の授業を1週に1回、1時限(45分)のペースで、約1カ月かけて行った。

### 3. 調査期間

平成21年9月から11月に実施した。

### 4. 調査方法と内容

実験計画は、図2に示した。プログラムを行う前に1回目(T1)、行った後に2回目(T2)および2カ月後に3回目(T3)として、T1、T2、T3にそれぞれストレスに関する調査を実施した。プログラムは、T1とT2の調査の間に1学級に行い(介入群)、その間もう1学級にはプログラムを実施しなかった(対照群)。

(T1=1回目調査, T2=2回目調査, T3=3回目調査, Tx=プログラム実施を示す)

介入群24名(男子11名, 女子13名), 対照群24名(男子12名, 女子12名)であった。

評価は、3回行った。いずれの時期においても、同じ調査内容で、ストレス、社会性、学習意欲に関する自己記入式調査を行った。以下に、調査内容を示した。調査内容の項目群、項目数、得点範囲、 $\alpha$ 係数は、表1に示した。

#### (1) 学校生活でのストレスに関する内容

##### ① 学校でのストレス：学業ストレスに関する研究<sup>14)</sup>ならびにストレスと学習意欲に関する研究<sup>1)</sup>の

|     |    |    |    |    |
|-----|----|----|----|----|
| 介入群 | T1 | Tx | T2 | T3 |
| 対照群 | T1 |    | T2 | T3 |

図2 実験計画

表1 介入前・後・2カ月後の介入群・対照群の各項目群の得点の平均・標準偏差

| 全 体<br>心理社会的要因 | 項目数 | 得点範囲 | $\alpha$ 係数 | 群   | 介入前 (T1) |       | 介入後 (T2) |       | 2カ月後 (T3) |       |
|----------------|-----|------|-------------|-----|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|                |     |      |             |     | M        | SD    | M        | SD    | M         | SD    |
| 友達関係ストレス       | 6   | 0—54 | .53         | 介入群 | 5.50     | 6.18  | 3.25     | 4.97  | 2.92      | 4.04  |
|                |     |      |             | 統制群 | 5.83     | 6.20  | 3.96     | 6.97  | 7.04      | 8.48  |
| 学 習 ス ト レ ス    | 4   | 0—36 | .75         | 介入群 | 3.42     | 5.87  | 4.04     | 5.86  | 3.83      | 7.39  |
|                |     |      |             | 統制群 | 4.00     | 5.70  | 3.29     | 6.40  | 3.04      | 4.05  |
| 教師関係ストレス       | 2   | 0—18 | .67         | 介入群 | .67      | 1.20  | .71      | 1.99  | 1.71      | 3.04  |
|                |     |      |             | 統制群 | 1.83     | 4.04  | .17      | .64   | .50       | 1.32  |
| 情 緒 不 安 定      | 4   | 0—12 | .88         | 介入群 | 3.08     | 3.59  | 2.42     | 2.83  | 2.54      | 3.05  |
|                |     |      |             | 統制群 | 3.25     | 3.79  | 3.33     | 4.30  | 3.25      | 3.60  |
| 集 中 力 低 下      | 5   | 0—15 | .80         | 介入群 | 3.17     | 3.09  | 3.58     | 4.60  | 3.96      | 4.30  |
|                |     |      |             | 統制群 | 3.33     | 3.67  | 2.50     | 3.05  | 2.50      | 2.73  |
| 抑 う つ          | 4   | 0—12 | .59         | 介入群 | .75      | 1.39  | .46      | .88   | .42       | .72   |
|                |     |      |             | 統制群 | .92      | 1.53  | 1.04     | 1.88  | 1.79      | 2.69  |
| 社 会 性          | 9   | 0—36 | .92         | 介入群 | 18.38    | 8.82  | 19.75    | 10.16 | 20.54     | 10.87 |
|                |     |      |             | 統制群 | 17.96    | 10.19 | 20.00    | 8.63  | 21.46     | 7.66  |
| 学 習 意 欲        | 5   | 0—15 | .74         | 介入群 | 8.88     | 3.13  | 9.00     | 3.71  | 7.71      | 4.36  |
|                |     |      |             | 統制群 | 8.54     | 3.76  | 8.63     | 3.69  | 8.92      | 3.68  |

注) 介入群24人(男子11人 女子13人)、統制群24人(男子12人 女子12人)。各要因の得点が高いほど、その項目群名の傾向が強いことを表す。

調査結果を参考にして、具体的な学業ストレスの経験と嫌悪度について尋ねた12項目を用いた。内容は、「友達とけんかをした」、「友達に無視された」等6項目からなる「友達関係ストレス」に関するもの、「自分がいいと思ってしたことを先生にしかられた」、「先生がよくわけをきいてくれずにおこった」等2項目からなる「教師関係ストレス」に関するもの、「授業がよくわからなかった」、「テストの結果が返ってきて、点数が悪かった」等4項目からなる「学習ストレス」に関するものである。回答方法は、経験については、「ぜんぜんなかった」=0、「あまりなかった」=1、「少しあった」=2、「よくあった」=3の4段階評定とした。嫌悪度については、「ぜんぜんいやでなかった」=0、「あまりいやでなかった」=1、「少しいやだった」=2、「ものすごくいやだった」=3の4段階評定とした。各項目の経験得点と嫌悪度得点を乗算し、「友達関係ストレス」、「学習ストレス」、「教師関係ストレス」の各項目群を構成する項目の得点をそれぞれ加算したものを、それぞれの項目群の得点とした。

##### ② ストレス反応：ストレスに関する研究<sup>12)</sup>ならびにストレスと学習意欲に関する研究<sup>1)</sup>の調査結果を参考にして、いろいろな気持ちや体の様子について尋ねた17項目を用いた。内容は、「ふきげんでおこりっぽい」、「キレたりキレそうになる」等4項目からなる「情緒不安定」に関するもの、「勉強が手につかない」、「なにかに集中できない」等5項目からなる「集中力低下」

に関するもの、「かなしい」、「さびしい」等4項目からなる「抑うつ」に関するもの、「頭痛がする」「気持ちが悪い」等4項目からなる「身体症状」に関するものについて尋ねた。回答方法は、「ぜんぜんあてはまらない」=0「あまりあてはまらない」=1「少しあてはまる」=2「よくあてはまる」=3の4段階評定とした。「情緒不安定」、「集中力低下」、「抑うつ」、「身体症状」の各項目群を構成する項目の得点を、それぞれ単純加算したものを、それぞれの項目群の得点とした。

## (2) 社会性に関する内容

心理社会的要因と情緒的及び行動上の問題に関する研究<sup>9)15)</sup>で使用した調査から、友だち関係における具体的な対処行動について尋ねた9項目を用いた。内容は、「相手に文句を言ったりするより落ち着いて自分の気持ちを伝える」、「友達の話の輪にうまく入る」等である。回答は、「まったくあてはまらない」=0、「たまにあてはまる」=1、「ときどきあてはまる」=2、「かなりあてはまる」=3、「ほとんどいつもあてはまる」=4の5段階評定とした。各項目の得点を単純加算したものを「社会性」の得点とした。

## (3) 学習意欲に関する内容

学習意欲に関する研究<sup>16)</sup>ならびにストレスと学習意欲に関する研究<sup>1)</sup>の調査結果を参考にして学習に対する具体的な行動や取り組み方について尋ねた5項目を用いた。内容は、「勉強したいことや、知りたいことがたくさんある」、「授業中に自分の意見を進んで発表している」等である。回答は「いいえ」=0、「どちらかといえばいいえ」=1、「どちらかといえばはい」=2、「はい」=3の4段階評定とした。各項目の得点を単純加算したものを「学習意欲」の得点とした。

児童の授業の振り返り評価として、介入群の児童に授業毎ならびにプログラム後の調査時(T2)に、授業を受けた感想を記述してもらった。

他者評価として、授業観察者に、授業ごと、「授業で使われていた教材は効果的であったか」、「授業の時間配分は適切であったか」、「授業内容が児童の実態に合っていたか」、「児童が授業内容を理解していたか」、「児童が興味や関心をもって活動できていたか」の五つについて、「そう思う」=3、「ふつう」=2、「そう思わない」=1の3段階で評定を求めた。また、授業を参観した感想を、記述してもらった。

## 5. 分析方法：

介入前後、2カ月後に行った自己記入式調査については、まず、介入群と統制群のベースライン比較のために、t検定を行い、T1における介入群と統制群の各項目群の平均得点の比較を行った。次に、介入群のプログラム前後と、その間プログラムを実施していない統制群のT1・T2・T3を比較するために、トライアル3水準(被験者内:T1, T2, T3)と群要因2水準(被験者間:介

入群, 統制群)を独立変数とし、2要因の分散分析を行った。尚、統計的有意水準は5%とした。

児童の授業の振り返り評価については、各質問に対する評価の割合を算出した。感想については、KJ法<sup>17)</sup>を用いて内容分析を行った。

他者評価については、参観者が少数であったため、参考資料として、各参観者の授業に関する評定をまとめた。

## 6. プログラム

本研究で実施するプログラムは、小学校の教育課程の中で実施できるよう、現行学習指導要領(平成10年12月)の教科「体育」の中の5年生の「保健」で取り扱う、「心や体は密接な関係にあり、お互いに影響し合うこと」、「不安や悩みへの対処には、大人や友達に相談する、仲間と遊び、運動するなどいろいろな方法があること」を学習し「心の発達及び不安、悩みへの対処の仕方について理解できるようにする」内容として位置づけた。

そして、仮説モデル(図1)に沿って、心の健康教育プログラムを探索的に作成した。

プログラムの作成にあたっては、児童の心理社会的ストレスに関する研究<sup>11)12)14)</sup>で示されている具体的な学校ストレス要因に着目した。さらに、社会的認知理論<sup>18)</sup>を応用し、社会性を向上するスキルを身につけ、自己理解および他者理解を深め、自己コントロール、共感性、自己効力感、円滑な友達関係、学校生活に関する適応力を向上し、青少年の情緒のおよび行動上の問題を減少させることをねらいとした心理教育的プログラム“サクセッフル・セルフ”<sup>9)</sup>を参考にした。

これらを基盤に、CiNii(国立情報学研究所)<sup>19)</sup>を使用し、「友人関係」、「小学生」、「心理教育」、「心の健康教育」、「健康教育」をキーワードとして、授業内容および教材を探索し、4回の授業を作成した。具体的には、授業1では「わたしの四つの窓」をテーマとして、ソーシャルスキル「友達とのかかわり方に関する知識や技術」の3要素「自分に関する力」、「他者理解に関する力」、「相互理解に関する力」を習得し、友達関係を深めていく方法を学習する<sup>20)</sup>。授業2では「やってみよう!仲間おりのし方」をテーマとして、「問題解決法」を習得し、友だちと仲直りし、よりよい人間関係を築く方法を学習する<sup>9)</sup>。授業3では「クラスの中の私」をテーマとして、「つながりの中の自分」を実感し、一人一人がクラスの中で肯定的な存在であることを学習する<sup>21)</sup>。授業4では「ストレス解消!?みんなで一緒にボールをパスしよう」をテーマに、友だちとの体を使った活動を行い、体を動かすことによる体の変化や友だちからの暖かい声かけによる気持ちの変化を体感しストレス解消方法を学習する<sup>22)</sup>。

典型的な授業は、まず、各授業における目標を提示し、その目標を達成するための方法を紹介する。教材を用いて、個別の活動、グループ活動、全体での共有などを交えながら、学習を進めていく。授業の概要は、表2に示した。

表2 各授業の目標・内容・教材

|                                 | 目 標   | 内容 (実施方法)   | 教材 (実施形態)   |
|---------------------------------|---|---|---|
| 授業1<br>わたしの四つの窓                 | 各自が自分の心と向き合う。<br>自分らしい表現をする体験をする。<br>学級の友だちの考えや気持ちに興味を持てるようにする。           | 各自の現在の楽しみや将来の目標を自分らしく表現することで、友だち関係を深めていく方法を考える。<br>(個別活動・グループ別活動・全体共有)                        | ワークシート<br>「四つの窓」(個別)                                |
| 授業2<br>やってみよう！仲なおりのし方           | 問題解決法を習得することで、コミュニケーション能力を高め、こじれた友だち関係を修復して、よりよい関係を身につける。                 | 友だち関係で生じるもめごとに対して、問題解決法を使って、適切な対処と解決を行い(上手な自己主張・共感・ゆずりあい)、友だちと仲なおりする方法を考える。(個別活動・グループ活動・全体共有) | ワークシート<br>「やってみよう！仲なおりのし方」(個別・グループ別)                |
| 授業3<br>クラスの中のわたし                | クラスの友だちからポジティブなメッセージを受け取ることで自分に自信を持てるようにする。<br>いろいろな人がいてクラスが成り立っていることを知る。 | クラスの中の友だち一人ひとりのよい持ち味やパーソナリティーを考えていくことが、結果的に友だちから自分への肯定的な印象を知ることができることを考える。(個別活動・全体共有)         | ワークシート<br>「クラスの中のわたし」(個別)                           |
| 授業4<br>ストレス解消!?みんなで一緒にボールをパスしよう | 嫌な気分やイライラした時でも、体を動かしたり、友だちから温かい言葉をかけられることで気分がよい方に変わることに気づく。               | 体を使った活動を通して気分の変化を体験する。体を使ったストレス対処法を考える。(個別・全体共有)  | ストレスカード<br>ワークシート<br>「ストレス解消!?みんなで一緒にボールをパスしよう」(個別) |

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 調査票による評価

##### (1) ベースライン分析

介入群と統制群の各項目群の平均得点のベースライン比較を行った結果、介入群と統制群において、いずれの項目群においても有意な差は見られなかった。

なお同様の比較を男女別に検討した結果、いずれにおいても有意な差は見られなかった。この結果を参考に、引き続きの分析は、全体で行うこととした。

##### (2) 介入群の変化に関する評価分析

次に、介入群と統制群におけるトライアル3水準(T1・T2・T3)と群要因2水準(介入群・統制群)を独立変数とし、2要因の分散分析を全体で行った。

その結果、ストレス反応として検討した「抑うつ」で、交互作用が有意 [ $F(1, 46) = 4.52, p < .05$ ] であった。Bonferroni法による単純主効果の検定を行ったところ、介入群、統制群とも、介入前後では有意な差は見られなかったが、統制群では介入後から2カ月後で有意に上昇し ( $p < .05$ )、2カ月後に介入群と統制群の間に有意な差 ( $p < .05$ ) がみられた (図3)。介入前後から2カ月

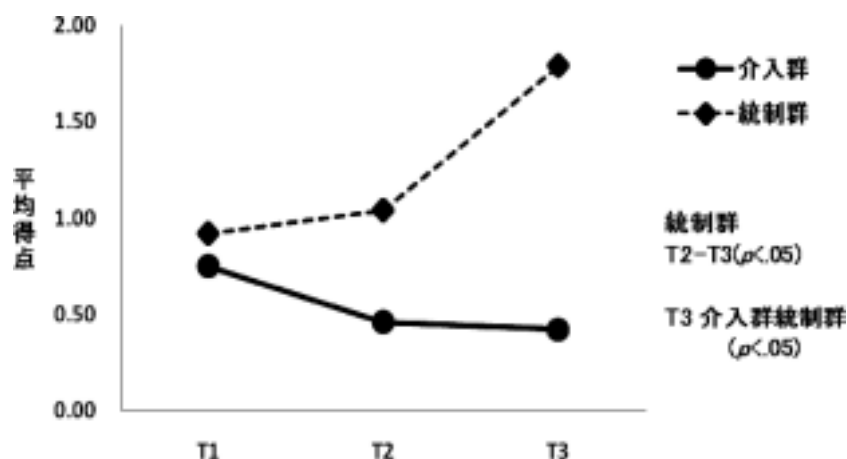


図3 プログラム前後、2カ月後の「抑うつ」の変化

後にかけて、統制群では「抑うつ」の有意な上昇がみられたが、その間介入群においては有意な変化は見られなかった。これは、今回の観察期間において、プログラム介入により「抑うつ」の上昇を予防した可能性が示唆された。

トライアル要因では「社会性」において主効果が有意であり、介入群、統制群のいずれもT1からT3へ上昇した [ $F(1, 46) = 5.36, p < .01$ ]. 友だち関係, 学習, 教師関係といった学校ストレス、情緒不安定, 集中力低下といったストレス反応, 学習意欲に関しては交互作用, トライアルの主効果および群の主効果のいずれにおいても有意な変化は見られなかった。

## 2. 児童の授業の振り返り評価と感想

各授業の終了時に行った授業内容への興味や理解度・今後の生活への役立ち度に関する評価では、90%の児童から「友だちのことをいっぱい知ることができてうれしかった」、「仲間おりのし方が一番役に立つ」といった肯定的な評価を得た。また、プログラム終了後のプログラム全体についての評価では、86%の児童から「自分や友だちを大切にすることがよくわかった」、「保健の授業はすごく楽しかった」といった肯定的な評価を得た。

授業を受けた児童の感想において、「友だちにまだ知らないことがあることに気づいた」、「自分のことを知ってもらってよかった」、「その人の個性を考えるのが楽しかった」、「もっとストレス解消の方法を知りたい」といった記述が見られた。授業の内容は、プログラムのねらいに沿ったものであり、児童は授業で学習したことをこれからの生活に活用しようとする意欲が伺えた。

## 3. 他者評価

4回の授業における授業観察者は延べ8名で、6名から評価を得た。評価した授業観察者の内訳は、担任2名、養護教諭3名、大学院の指導教員1名であった。6名の授業観察者の評価について、表3に示した。

4回の授業について、観察者による評価をまとめたところ、概ね肯定的な評価が得られていた。具体的には、「授業で使われていた教材は効果的であったか」については、6名中全員が「そう思う」と評価していた。「児童が興味や関心をもって活動できていたか」については、6名中5名が「そう思う」、1名が「ふつう」と評

価していた。「授業の時間配分は適切であったか」「授業内容が児童の実態に合っていたか」については、6名中3名が「そう思う」、3名が「ふつう」と評価していた。

観察者による評価内容の自由記述では、授業の雰囲気については、「授業者は自然体の指導により児童をひきつけていた」、「児童は授業にのっていた」など、授業は円滑にすすめられたと考えられた。授業内容については、「プログラムを構成している授業と授業のつながり」、「授業者の児童への指示の出し方」、「授業で使う教材」、「授業者と担任や他の先生との協力」について、「児童が理解しやすいように授業者は声かけをしていた」、「担任は授業の流れがぶれないようにうまく調整していた」といった養護教諭と担任の個々の児童や学級の様子に沿った連携が伺えた。

授業中の児童の様子については、「難しい課題を粘り強く考えていた」、「素晴らしいアイデアが出た」と、児童の授業への熱心な取り組みが伺えた。

しかし「ワークシートへの記入が難しい児童への授業者からの声かけが少ない」、「ワークシートを記入する時間のとり方が不十分」といった、教材や学級全体で心の健康に取り組む際の個々の子どもへの支援に対する課題が示された。

## IV. 考 察

### 1. プログラムの効果に関する評価

本研究では、学校におけるストレスの原因・心身の反応・ストレス対処の関連、友人関係と学習意欲との関連についての基礎研究<sup>11)13)</sup>や学校ストレスモデル<sup>12)</sup>、児童のストレスマネジメント技法やソーシャルトレーニングの概観<sup>7)8)11)</sup>、心の健康を増進し、問題行動を予防するため開発した心理教育的プログラム<sup>9)</sup>を基盤に、友人関係など学校でのストレスに対処する方法を学習することで、心や体の不調が軽減し、社会性や学習意欲が向上することをねらいとした心の健康教育プログラムを探索的に作成し、その効果について評価することを目的とした。

プログラムによる評価を自記式調査によって検討したところ、ストレス反応のなかの抑うつにおいて、プログラムを実施した介入群では、プログラムの前後2カ月後を通して有意な変化は見られなかったが、プログラムを

表3 授業観察者による評価の内訳

| 評 価 項 目              | 授業1  |      | 授業2  |      | 授業3  |      | 授業4  |      |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                      | 観察者A | 観察者B | 観察者C | 観察者D | 観察者E | 観察者F | 観察者G | 観察者H |
| 使われていた教材は効果的であったか    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    |
| 授業の時間配分は適切であったか      | 3    | 3    | 2    | 2    | 2    | 2    | 3    | 3    |
| 授業内容は児童の実態に合っていたか    | 3    | 3    | 2    | 2    | 3    | 3    | 2    | 2    |
| 児童は授業内容を理解していたか      | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 2    | 2    |
| 児童が興味や関心をもって活動できていたか | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 3    | 2    | 2    |

注) 評価の内容 3そう思う 2ふつう 1そう思わない

実施しなかった群では、プログラム実施後から2カ月後に有意に増加した。また、プログラム前後において、両群間に有意な差は見られなかったが、プログラム実施2カ月後には、統制群の方が有意に高値であった。なお、「抑うつ」における $\alpha$ 係数は、本研究では十分ではなかったが、先に実施した今回の対象学校を含む同じ地域での小学5、6年生2,484名を対象とした調査では、「抑うつ」の $\alpha$ 係数は.78と十分であったことから、今回の「抑うつ」指標の信頼性の不十分さは、対象者数の少なさによるものの可能性がある。そのような課題はあるものの、社会的スキルや問題解決スキルの向上は抑うつの防止に有効であるという報告があることから<sup>23)</sup>、プログラムを実施した群においては、抑うつの予防を行い得た可能性が示唆される。学年が上がるにつれて抑うつ症状を感じている割合が増加している<sup>24)</sup>ことを踏まえると、小学校において、心の健康教育を行うことは、心の健康問題の予防につながる可能性がある。

一方、このような結果が示された別の可能性として、統制群のクラスの特有の影響等によって抑うつが上昇した場合が考えられる。この場合、学級環境等の社会的環境への詳細なアセスメントが必要である<sup>25)</sup>。本研究では学級環境についてのアセスメントが不十分であり、今後の課題である。また、今回測定した「抑うつ」の測定に関する問題の可能性もある。今回の「抑うつ」は、ストレス反応としての抑うつを測定し得たかどうかで定かではない。本測定の妥当性については、今後さらに検討する必要がある。

学習意欲は、中学生において抑うつ傾向と有意な関連があるとの報告があるが<sup>24)</sup>、本研究においては、学習意欲について有意な変化が得られなかった。これは、授業回数が4回と多くないことや集団形式の介入であることから測定しうる変化にまで至っていない<sup>25)</sup>可能性が考えられた。

プログラム後の児童の感想から、学習に対する満足感や期待感、これからの学校生活での活用に対する意欲が受け取れた。学校生活での適応や友達関係における自己理解や他者理解、行動変容のための動機づけになったことが考えられた。

このような結果が得られたのは、養護教諭と学級担任が、児童の心の健康向上という共通の目的を持ち、連携してプログラムをすすめたことによると考えられる。プログラム実施にあたっては、授業目標や内容、授業のすすめ方に関する打ち合わせ、授業を行う学級集団や個々の児童についての情報交換を行い、多面的な学級や個々の児童理解に努めた。さらに、授業で行った教材を用いた取り組みの内容や児童による授業の感想や評価について、養護教諭がまとめ、担任にフィードバックを行った。それを踏まえて担任は、プログラムで学習した目標や内容を継続して日ごろの学校生活につなげていけるように心がけた。また、養護教諭は、「心の居場所」として保

健室が機能するように心がけた。授業を活用した心の健康教育プログラムにより子どもの心の健康問題を継続的に予防していくためには、養護教諭は保健室を活用し、学級担任は教室や学級を活用しながら、相互に連携することが欠かせないと考えられる。そのためには、プログラムの目標や内容に対して、さらに学校全体の理解を図り、教育課程での計画的な授業時間の確保等が重要だと考える。

## 2. 養護教諭による心の健康教育プログラムを用いた授業の実践

今回の試みは、養護教諭と学級担任が連携して授業を行い、プログラムの理解が深まるように個々の児童への支援と授業後の日常生活におけるフォローアップを、学級担任は学級で行い、養護教諭は保健室で個別に行うことにより、児童の心身両面の支援の充実を図ることを目指した。

現在の社会状況の変化に関連して児童生徒がかかえた心身両面の多様な健康課題に対して、主体的に解決していくとする能力を育むためには、様々な支援が必要だと考えられる。心の健康についての授業を実施している養護教諭は10%弱であり<sup>26)</sup>、養護教諭による、学級集団を対象にした学校でのストレスに対処し予防することをねらいとした実践研究は未だ多くはないが、保健委員会の子生徒を対象に呼吸法や動作法を習得させる実践<sup>27)</sup>、担任と連携しながらプログラムを組んだストレスマネジメント教育の実践<sup>28)29)</sup>等、養護教諭が直に学級集団あるいは保健委員会児童生徒の指導に携わった報告など、様々な取り組みが行われている。

養護教諭が、担任など関係者と連携し、心身の健康に関連した学習に積極的にかかわっていくことは重要だと考える。しかし、養護教諭が授業を実施していくには、養護教諭自身の授業技術の未熟さ<sup>30)31)</sup>や集団における子どもの位置の捉え方の不十分さ、教育課程での時間の確保や養護教諭の保健室不在への対応等の課題がある<sup>30)</sup>。子どもの心身の健康を育み、深刻化する子どもの現代的な心の健康問題の解決に向けて、養護教諭は、学級担任をはじめとした他の教員といかに協力し合っているかが鍵と考えられる。なかでも、心の健康教育によって生じた自己理解や他者理解への気づきやストレス状態に関して、個別にフォローアップを行うことは、子ども達の心身の健康づくりを担う養護教諭の重要な役割と考えられる。

## 3. 本研究の課題

本研究では、自己理解や他者理解を深め友だちとの人間関係を育むことでストレス緩和、社会性および学習意欲の向上を目標にした介入を行ったところ、「抑うつ」予防の可能性が示唆された。しかし本研究は、一つの学校における1学年2学級での限られた集団への実施であった。また、今回は5年生を対象にプログラムを実施したが、5年生の始めの段階でのプログラムの実践は、



他者の内面の認知という面で発達が不十分であるため教育効果が出にくい原因になっている<sup>32)</sup>という報告もあり、実践の時期や学習法については、さらに検討が必要である。また本プログラムは、授業内容だけではなく、毎回の授業で行っている個別の活動、グループ活動、全体での共有といった授業方法を含め、包括的な相乗作用により、ターゲットとした要因を育むことをねらいとした探索的な授業実践であった。より効率的な心の健康を育む教育を実践していくためには、どの授業内容がどの要因を育むのに関連しているかといった、詳細な検討も今後は必要である。測定法についても、ストレス反応を測定するために用いた測定内容が、ストレスラーによるものかどうか定かではない等、仮説モデルを検証するための測定内容としての妥当性の検討が十分なされていない。今後は、介入内容と測定内容の妥当性のさらなる検討が必要である。さらに、対象者数を増やし、再度介入を実施する等して、プログラムの効果に関する評価、プログラムの構成やフォローアップについて検討していく必要がある。

学級でプログラムを円滑に実践していくためには、担任とプログラム実施者との綿密な打ち合わせや連携のし方の工夫が重要と考える。プログラムによる教育効果は時間につれて薄れることを考えると、児童の発達段階に合わせて継続的に学習していくことが重要と考えられる<sup>32)</sup>。また、プログラムは学校環境に影響を受ける可能性が高い。学校環境を整えることでプログラムの効果が長期に得られる<sup>33)</sup>という報告もあり、学校全体に対する理解を深めるための積極的な働きかけや保護者からのフォローアップを得られるように保護者への働きかけを行っていくことも必要である。

## V. まとめ

子ども達の心身の不調や問題行動の原因の一つとして友人関係や学業におけるストレスが考えられている。本研究では、小学生の学校生活におけるストレスの実態調査<sup>1)</sup>および先行研究の概観を踏まえ、友人関係や学業といった学校におけるストレスラーによってストレス反応(心身の不調)が生じ、社会性、学習意欲に作用するという、仮説モデルを立てた。そして、友達関係に着目し、ストレスに対処し予防することをねらいとし、授業を活用して行う心の健康教育プログラムを探索的に作成した。プログラムは、「保健」の授業を活用し、小学5年生48人を対象に、担任と連携し養護教諭によって実施された。その効果について評価を行った結果、以下のことが明らかになった。

●プログラム前後、2か月後に行った自記式調査から、プログラムを実施した介入群とプログラムを実施しなかった統制群とで、「抑うつ」に有意な交互作用が見られた。介入群では、プログラムの前後、2か月後を通して有意な変化は見られなかったが、統制群では、

プログラム実施後から2か月後で有意な増加が見られた。プログラム前後において、両群間に有意な差は見られなかったが、プログラム実施2か月後には、統制群の方が有意に高値であった。プログラムを実施した群においては、抑うつの予防を行い得た可能性が示唆された。

●各授業の終了時に行った授業内容や今後の生活への役立ち度に関する評価では、90%の児童から肯定的な評価を得た。また、プログラム終了後のプログラム全体についての評価は、86%の児童から肯定的な評価を得た。授業を受けた児童の感想も踏まえると、授業の内容は、プログラムのねらいに沿ったものであり、授業で学習したことをこれからの生活に活用しようとする意欲的な内容が多かった。

●授業観察者は、4回の授業について、概ね肯定的な評価をしていた。観察者による評価内容の自由記述も踏まえると、養護教諭と担任の個々の児童や学級全体の様子に沿った連携、児童の授業への熱心な取り組みが伺えた。

今後、さらなる検討が必要と考えられるが、養護教諭と担任が連携し、児童がストレスに対処し予防することをねらいとした心の健康教育プログラムを行うことは有用である可能性が示唆された。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、児童の皆さん、校長先生、授業を実施した学級の担任の先生をはじめとした先生方に多大なるご協力をいただきました。心より感謝いたします。また、授業実施の際には、近隣の学校の養護教諭の方々に授業観察に出向いていただき貴重な評価を得ることができました。厚くお礼を申し上げます。

## 文 献

- 1) 岡崎由美子, 安藤美華代: 小学生の学校生活における心理教育的ストレスと心理教育的アプローチ. 岡山大学教育実践センター紀要 10: 11-20, 2010
- 2) Benesse教育研究開発センター: 放課後の生活時間調査. Available at: <http://benesse.jp/berd/center/open/report/houkago/2009/hon/index.html>. Accessed 2010年8月22日
- 3) 文部科学省: 平成21年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」. 2010
- 4) 岡崎由美子, 安藤美華代: 小学生の学校生活における心理社会的ストレスと学習意欲の関連. 日本心理学会第72回大会発表論文集, 1328, 2008
- 5) 三浦正江: 中学生の学校生活における心理ストレスに関する研究. 風間書房, 東京, 2002
- 6) 宮田智基, 日高なぎさ, 岡田弘司ほか: 小児のストレスマネジメントにおける基礎研究(第1報) —小児におけるストレス反応とストレス軽減要因との関係—. 心身医学研

- 究 43：129-135, 2003
- 7) 富永良喜：ストレスマネジメント教育の実践例. 学校臨床教育 1：39-45, 2000
- 8) 古角好美, 水野治久：小学生を対象としたストレスマネジメントプログラムの実施と長期的効果の検討—コーピングスキル訓練を通して—. 大阪教育大学紀要 57：157-169, 2009
- 9) 安藤美華代：心の健康教室“サクセスフル・セルフ”実践プラン. 明治図書, 東京, 2008
- 10) 川畑徹朗：青少年の危険行動防止とライフスキル教育(特集 青少年の危険行動防止とライフスキル教育). 学校保健研究 51：3-8, 2009
- 11) 岡山県教育センター：児童生徒の「心」を育てる指導の在り方に関する研究. 2006
- 12) 嶋田洋徳, 岡安孝弘, 坂野雄二：児童の心理的ストレスと学習意欲との関連. 健康心理学研究 15：7-19, 1992
- 13) 中谷素之：児童の社会的責任目標と友人関係, 学業達成の関連—友人関係を媒介とした動機づけプロセスの検討—. 性格心理学研究 10：110-111, 2002
- 14) 神藤貴昭：中学生の学業ストレスと対処方略がストレス反応及び自己成長感・学習意欲に与える影響. 教育心理学研究 46：442-451, 1998
- 15) 安藤美華代：小学生の情緒のおよび行動上の問題を予防するための心理教育的アプローチ. 岡山大学教育実践総合センター紀要 8：89-98, 2008
- 16) 柴山 直, 小嶋妙子：児童の学習意欲に関する研究. 新潟大学教育人間学部紀要 9：37-52, 2006
- 17) 川喜田二郎：発想法. 中公新書, 東京, 1967
- 18) Bandura, A social foundation of thought and action : A social cognitive theory. Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall. 1986
- 19) CiNii (国立教育政策研究所 教育情報センター) : Available at : <http://ci.nii.ac.jp/> Accessed 2010年7月15日
- 20) 本田恵子：キレイやすい子へのソーシャルスキル教育. ほんの森出版, 東京, 2007
- 21) 大竹直子, 諸富祥彦：自己表現ワークシート. 図書文化社, 東京, 2005
- 22) 木田清公, 香田順子, 古角好美ほか：ストレスマネジメント フォ キッズ. 東山書房, 京都, 2003
- 23) 石川信一, 戸ヶ崎康子, 佐藤正二ほか：児童青年に対する抑うつ予防プログラム—現状と課題—. 教育心理学研究 54：572-58, 2006
- 24) 辻井正次, 幸 順子, 本城秀次：児童・思春期の抑うつ状態に関する研究. 名古屋大学教育学部紀要 37：129-139, 1990
- 25) 竹島克典, 松見淳子：子どもの抑うつ：対人・行動的アプローチによる研究の概観. 人文研究 57：61-81, 2007
- 26) 梶原 綾, 藤原有子, 塚原千秋ほか：平成10年度改訂学習指導要領下の「保健」授業におけるストレスマネジメント教育に関する研究. 川崎医療福祉学会誌 1：415-423, 2009
- 27) 富岡淑子：リラクゼーションの習得と活用に重点を置いたストレスマネジメント教育プログラムの工夫. 平成16年度岡山県教育センター長期研修員研究報告書, 2005
- 28) 古角好美：ストレスマネジメント教育実践のすすめ—総合的な学習の時間におけるストレスマネジメント教育(1)—. 健康教室 655：134-136, 2005
- 29) 香田順子：ストレスマネジメント教育実践のすすめ—初めて出会うストレスマネジメント教育—. 健康教室 661：52-57, 2005
- 30) 大坪靖直, 小泉令三, 今村寿子ほか：心理教育援助プログラムを広げるための養護教諭の役割. 日本教育心理学会総会発表論文集 44：s40-s41, 2002
- 31) 盛加代子：考える力を育てる保健学習(実践報告)—養護教諭の特質・保健室の機能を生かして—. 高校教育研究 54：107-108, 2006
- 32) 倉掛正弘, 山崎勝之：小学校クラス集団を対象とするうつ予防教育プログラムにおける教育効果の検討. 教育心理学研究 54：384-394, 2006
- 33) 石川信一, 岩永三智子, 山下文大ほか：社会的スキル訓練による児童の抑うつ症状の長期的効果. 教育心理学研究 58：372-384, 2010

(受付 10. 11. 17 受理 11. 07. 26)

連絡先：〒710-0056 倉敷市鶴形2-6-10

倉敷市立倉敷東小学校(岡崎)

資料

## 全国の小・中学校児童生徒における歯の健康に関する生活習慣の現状

森田 一三<sup>\*1,2</sup>, 磯崎 篤則<sup>\*1,3</sup>, 堀内 省剛<sup>\*1,4</sup>  
藤居 正博<sup>\*1,5</sup>, 赤井 淳二<sup>\*1,5</sup>, 長 哲也<sup>\*1,5</sup>  
柘植 紳平<sup>\*1,5</sup>, 丸山 進一郎<sup>\*1</sup>, 中垣 晴男<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>平成19年度日本学校歯科医会幼児・児童生徒の生活習慣と歯・口の健康に関する実態調査研究委員会

<sup>\*2</sup>愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座

<sup>\*3</sup>朝日大学歯学部口腔感染医療学講座社会口腔保健学分野

<sup>\*4</sup>東京都立しいの木特別支援学校

<sup>\*5</sup>日本学校歯科医会

### Current Status of Oral Health Behavior in Elementary and Junior High School Children in Japan

Ichizo Morita<sup>\*1,2</sup>, Atsunori Isozaki<sup>\*1,3</sup>, Shogo Horiuchi<sup>\*1,4</sup>  
Masahiro Fujii<sup>\*1,5</sup>, Junji Akai<sup>\*1,5</sup>, Tetsuya Cho<sup>\*1,5</sup>  
Shimpei Tsuge<sup>\*1,5</sup>, Shinichiro Maruyama<sup>\*1</sup>, Haruo Nakagaki<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>Research committee of survey for dental and oral health at infant, children and student in 2007, Japanese Association of School Dentists

<sup>\*2</sup>Department of Preventive Dentistry and Dental Public Health, School of Dentistry, Aichi-Gakuin University

<sup>\*3</sup>Department of Community Oral Health, Oral Infections and Health Science, Asahi University School of Dentistry

<sup>\*4</sup>Shiinoki Special School for the Mentally Retarded

<sup>\*5</sup>Japanese Association of School Dentist

Key words : behavior, self-check, children/students, dental caries, gingivitis,  
生活習慣, 自己評価, 児童・生徒, う蝕, 歯肉炎

## I. 緒言

2008(平成20)年3月28日に公布された改訂小学校学習指導要領<sup>1)</sup>では総則の「学校における体育・健康に関する指導」において、児童の発達の段階を考慮して①学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする、②体育科の時間はもとより、家庭科、特別活動などにおいてもそれぞれの特質に応じて適切に行う、③それらの指導を通して、家庭や地域社会の連携を図りながら、日常生活において適切な体育・健康に関する活動の実践を促し、生涯を通じて健康・安全で活力ある生活を送るための基礎が培われるように配慮しなければならないと示されている。これら教育の推進にあたっては家庭や地域社会との連携と生涯を通じて健康で安全な生活を送る基礎が培われることを目指している<sup>2)</sup>。このことは子ども自らが、学習によって健康の大切さに気づき、歯みがきや食生活などの生活行動を主体的に改善し、他律的な健康管理から自律的な健康管理ができるようにし、健康な生活を実現していくことにある<sup>3)</sup>。したがって今後の学校歯科保健活動の進むべき方向は歯・口腔の健康づくりを通して、子どもが生涯を通して自分の健康を自律的に管理できるようにし、一人ひとりが自分の健康観を持ち、生活習慣の改善を図ることにあると考えられる。

一方、健やかで豊かな生活を過ごすために80歳で20歯

以上を保有し、一生自分の歯で食事を食べることができるようになるという8020運動<sup>4)</sup>が提唱されてから20年が経つ。その間に、どのような要因が8020をもたらしたかを明らかにする、高齢者を対象とした生活習慣と歯の保有に関する研究より、歯の保有のためには、生涯を通してのより良い食生活習慣・生活習慣の維持が大切であることが明らかにされている<sup>5)6)</sup>。この中で、小学生時のしつけや間食が80歳時の保有歯数に影響していること<sup>5)</sup>が報告されていてライフコース疫学<sup>7)8)</sup>の立場からも注目されている。しかし、全国の児童生徒の歯の健康に関する生活習慣がどのようなものであるかについては、全国的な全国学力・学習状況調査<sup>9)</sup>および個々の学校的生活習慣調査<sup>10-13)</sup>があるが、これらは歯の健康については見ていない。さらに、同じ調査票で実施されたものはないのが現状である。すでに成人において生活習慣チェック票「歯の健康づくり得点<sup>14)</sup>」が開発され、地域住民における平均値や歯の喪失の予測性についての検証が行われている<sup>15)16)</sup>。そこで各務らは児童生徒の生活習慣を支援することができる歯の健康づくり得点の児童生徒版を開発した<sup>17)</sup>。すなわち、小・中学生を対象とし、歯の健康度(むし歯にならない健康度)、歯の清潔度、歯ぐきの健康度に関連する食生活習慣・生活習慣を自らチェックするための、小学校児童および中学校生徒用の「お口の健康づくり点数<sup>17)</sup>」である。小学校児童、中学校生徒用の

お口の健康づくり点数は現在岐阜県T市をはじめ、各地で使用され始めている。

英国では2009年までに全学校が参加することを目指して、人格と社会性教育を基礎とするヘルシースクール<sup>18)</sup>プログラムを展開してきた。これはWHOのヘルスプロモーションスクールと目的を同じにして、日本でも1997年の保健体育審議会答申でも取り上げられた。そして、2008年の学習指導要領改訂につながった<sup>19)</sup>とされている。学校と地域と連携して、生涯を通して健康で安全な生活を送るための健康づくり運動である。お口の健康づくり点数は、歯の健康づくりのためのツールとして開発されたものであるが、その内容は生活習慣全般にわたり、家庭での生活習慣も含み、生涯にわたる健康づくりの手段として用いることができる。

お口の健康づくり点数の作成においては、繰り返し使用し児童・生徒自身が自分の生活習慣における問題点を認識し改善するツールとして用いること<sup>17)</sup>を提案した。

これは、セルフチェックした得点の比較対象とする得点は、児童・生徒の以前の自分自身の得点であることを意味している。そして、自分自身が変化していく過程を知り、自己の成長の変化を評価するポートフォリオ評価<sup>20)21)</sup>の手段になると述べている。そのため、ある得点以上の場合により生活習慣であるという現状は示されていない。しかし、小・中学校用「お口のけんこうづくり点すう」を調査研究において生活習慣の一つの指標として用いる場が想定されつつある。すでに成人版の「歯の健康づくり得点」は本来の地域住民の健康づくりに用いること<sup>22)</sup>のみにとどまらず、口腔の健康に関する生活習慣の指標として用いられている<sup>23)24)</sup>。

そこで、本研究は、各務らが開発した児童生徒の小学生用のお口の健康づくり点数および中学生用のお口の健康づくり得点を用いて、全国の小中学校のサンプル校において調査し、現代の児童生徒の歯の健康に関する生活習慣の現状がどのようなものであるかを調査したので報告する。

## II. 対象および方法

調査対象は2007年、47都道府県それぞれから1校または2校の学校を小学校、中学校ごとに無作為抽出した小学校60校、中学校60校の各学年1クラスの児童・生徒とした。そのうち協力の得られた小学校57校に在籍し回答の得られた1年生1,550名、2年生1,582名、3年生1,587名、4年生1,603名、5年生1,660名、6年生1,647名、中学校58校に在籍し回答の得られた1年生1,689名、2年生1,605名、3年生1,625名の児童・生徒について分析を行った(表1)。

調査は各務ら<sup>17)</sup>が作成した小学校用お口の健康づくり点数(低学年用(図1)、高学年用(図2))、および中学校用お口の健康づくり得点(図3)の項目を用いた質問票で行った。これは、小学校低学年用では10項目、小学校高学年用では15項目、中学校用では20項目の生活習

表1 学年、性別調査対象者数

|      |       | 男子    | % <sup>a</sup> | 女子    | % <sup>a</sup> | 男女    |       |
|------|-------|-------|----------------|-------|----------------|-------|-------|
| 小学生  | 1年生   | 788   | 50.8           | 762   | 49.2           | 1,550 |       |
|      | 2年生   | 771   | 48.7           | 811   | 51.3           | 1,582 |       |
|      | 3年生   | 838   | 52.8           | 749   | 47.2           | 1,587 |       |
|      | 低学年計  | 2,397 | 50.8           | 2,322 | 49.2           | 4,719 |       |
|      | 4年生   | 787   | 49.1           | 816   | 50.9           | 1,603 |       |
|      | 5年生   | 842   | 50.7           | 818   | 49.3           | 1,660 |       |
| 高学年計 | 6年生   | 822   | 49.9           | 825   | 50.1           | 1,647 |       |
|      | 高学年計  | 2,451 | 49.9           | 2,459 | 50.1           | 4,910 |       |
|      | 中学生   | 1年生   | 848            | 50.2  | 841            | 49.8  | 1,689 |
|      |       | 2年生   | 810            | 50.5  | 795            | 49.5  | 1,605 |
| 3年生  |       | 810   | 49.8           | 815   | 50.2           | 1,625 |       |
| 計    | 2,468 | 50.2  | 2,451          | 49.8  | 4,919          |       |       |

a 男女の割合

慣と口腔の自覚状況からなるものである。お口の健康づくり点数およびお口の健康づくり得点には歯の健康度(むし歯にならない健康度)、歯の清潔度、歯ぐきの健康度の三つの下位尺度があり、回答項目はそれぞれ下位尺度に対する得点が与えられており、小学校低学年用では0から10点、小学校高学年用、中学校用では0から20点で評価がされるようになっている。調査は学校で行うこととしたが、小学校低学年について本人が回答するのが困難な場合は自宅に持ち帰り保護者とともに回答した。

分析は小学校低学年、小学校高学年、中学校に分けて行い、下位尺度の得点について性別、学年の2因子による2元配置分散分析を用い、学年間の多重比較についてはTukeyのHSD法で平均値の比較を行った。分析はPASW Statistics 18を用いて行った。

本研究の実施にあたっては、愛知学院大学歯学部倫理委員会の承認(承認番号122)を得ており、公表においては個人の健康状況や生活習慣が特定できないように配慮を行った。

## III. 結果

### 1. 小学校低学年のお口の健康づくり点数の各質問への回答状況

小学校低学年のお口の健康づくり点数の各質問への回答状況を学年別、性別にみたところ、歯をみがくと歯ぐきから血が出る児童は12.3%から21.7%であった(表2)。毎日、テレビを2時間以上見る児童は1年生、2年生では約50%であったが、3年生では約60%であった。学校へ行くとき、ハンカチ、ティッシュを持っている児童は62.8%から84.3%であり、学年が進むにつれて少なくなった。昼ごはん後、歯をみがきをする児童は51.0%から66.7%であった。学校へ行く前にテレビを見る児童は52.8%から60.2%であった。毎日、夜10時前には寝ている児童は59.3%から79.5%であった。食べ物をよくかん

小学校低学年用  
多治見市歯科医師会  
愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座

# お口のけんこうづくり点すう

ねん \_\_\_\_\_ くみ \_\_\_\_\_ ばん \_\_\_\_\_

**1.しつ間にたえよう**

しつ間に答えて「はい」か「いいえ」を \_\_\_\_\_ でかこもう

- ◆歯をみがくと歯ぐきから血が出ますか。 はい いいえ
- ◆毎日、テレビを2時間以上見ますか。 はい いいえ
- ◆ハンカチ、ティッシュを持っていきますか。 はい いいえ
- ◆昼ごはん後、歯をみがきますか。 はい いいえ
- ◆学校へ行く前にテレビを見ますか。 はい いいえ
- ◆毎日、夜10時まえには寝ていますか。 はい いいえ
- ◆食べ物をよくかんで食べますか。 はい いいえ
- ◆夕ごはん後、おかしを食べますか。 はい いいえ
- ◆フツ素を塗ってもらったり、フツ素洗口をしたことがありますか。 はい いいえ
- ◆朝おきる時間は決まっていますか。 はい いいえ

**2.数をかぞえよう**

\_\_\_\_\_ でかこんだ の数は \_\_\_\_\_ ( ) ( ) ( )

\_\_\_\_\_ でかこんだ の数は \_\_\_\_\_ ( ) ( ) ( )

\_\_\_\_\_ でかこんだ の数は \_\_\_\_\_ ( ) ( ) ( )

**3.ぐらふをかこう**

\_\_\_\_\_ でかこんだ の数 \_\_\_\_\_ に \_\_\_\_\_ だけ に \_\_\_\_\_ 色をぬろう

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 歯のせいけつ度   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| はぐきのけんこう度 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
| 歯のけんこう度   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

**4.よい生活習慣はなにかな**

\_\_\_\_\_

**5.どの生活習慣をよくできるかな**

\_\_\_\_\_

図1 お口のけんこうづくり点すう (小学校低学年用) (各務ら<sup>17)</sup>)





表2 お口の健康づくり点数の各質問へ「はい」と回答した児童の学年、性別の割合(%) (小学生)

| 学年<br>性別                           | 1年生  |      |      | 2年生  |      |      | 3年生  |      |      | 計    |      |      |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                    | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   |
| 1. 歯をみがくと歯ぐきから血が出ますか.              | 12.3 | 13.8 | 13.0 | 16.0 | 13.8 | 14.9 | 21.7 | 18.0 | 20.0 | 16.8 | 15.2 | 16.0 |
| 2. 毎日、テレビを2時間以上見ますか.               | 51.4 | 47.4 | 49.4 | 55.8 | 49.1 | 52.3 | 62.9 | 58.1 | 60.6 | 56.8 | 51.4 | 54.2 |
| 3. 学校へ行くとき、ハンカチ、ティッシュを持っていますか.     | 76.1 | 84.3 | 80.1 | 67.3 | 80.0 | 73.8 | 62.8 | 75.2 | 68.6 | 68.6 | 79.8 | 74.1 |
| 4. 昼ごはん後、歯をみがきますか.                 | 62.2 | 66.7 | 64.4 | 59.4 | 64.4 | 61.9 | 51.0 | 58.6 | 54.6 | 57.4 | 63.3 | 60.3 |
| 5. 学校へ行く前にテレビを見ますか.                | 57.9 | 52.8 | 55.4 | 61.6 | 58.8 | 60.2 | 59.2 | 55.4 | 57.4 | 59.5 | 55.7 | 57.7 |
| 6. 毎日、夜10時前には寝ていますか.               | 77.5 | 79.5 | 78.5 | 72.1 | 75.8 | 74.0 | 59.3 | 66.4 | 62.6 | 69.4 | 74.0 | 71.7 |
| 7. 食べ物をよくかんで食べますか.                 | 77.5 | 86.0 | 81.7 | 72.0 | 87.1 | 79.7 | 75.9 | 83.8 | 79.6 | 75.2 | 85.7 | 80.3 |
| 8. 夕ごはん後、おかしを食べますか.                | 37.3 | 33.1 | 35.2 | 38.9 | 32.1 | 35.4 | 36.3 | 32.3 | 34.4 | 37.5 | 32.5 | 35.0 |
| 9. フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがありますか.  | 72.6 | 71.7 | 72.1 | 68.7 | 72.3 | 70.5 | 65.8 | 65.4 | 65.6 | 69.0 | 69.9 | 69.4 |
| 10. 朝、起きる時間は決まっていますか.              | 83.1 | 83.6 | 83.4 | 80.4 | 81.8 | 81.1 | 74.9 | 78.1 | 76.4 | 79.4 | 81.2 | 80.3 |
| 学年<br>性別                           | 4年生  |      |      | 5年生  |      |      | 6年生  |      |      | 計    |      |      |
|                                    | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   |
| 1. 服は自分で着ますか.                      | 99.6 | 99.8 | 99.7 | 99.9 | 99.8 | 99.8 | 99.9 | 99.5 | 99.7 | 99.8 | 99.7 | 99.7 |
| 2. 歯をみがくと歯ぐきから血が出ますか.              | 21.1 | 21.6 | 21.3 | 23.5 | 20.0 | 21.8 | 15.2 | 14.2 | 14.7 | 20.0 | 18.6 | 19.3 |
| 3. 朝ごはん後、歯をみがきますか.                 | 79.3 | 84.4 | 81.9 | 81.4 | 88.8 | 85.0 | 83.6 | 91.3 | 87.4 | 81.4 | 88.2 | 84.8 |
| 4. 昼ごはん後、歯をみがきますか.                 | 56.0 | 58.9 | 57.5 | 51.9 | 60.8 | 56.3 | 47.7 | 55.2 | 51.4 | 51.8 | 58.3 | 55.1 |
| 5. 夕ごはん後、おかしを食べますか.                | 42.4 | 38.0 | 40.2 | 42.3 | 43.3 | 42.8 | 44.5 | 42.2 | 43.4 | 43.1 | 41.2 | 42.1 |
| 6. 学校へ行く前にテレビを見ますか.                | 60.2 | 61.3 | 60.8 | 59.6 | 58.6 | 59.1 | 59.9 | 58.2 | 59.0 | 59.9 | 59.3 | 59.6 |
| 7. 食事中、テレビを見ますか.                   | 74.6 | 71.8 | 73.2 | 70.4 | 72.2 | 71.3 | 71.9 | 72.8 | 72.4 | 72.3 | 72.3 | 72.3 |
| 8. 毎日、夜10時前には寝ていますか.               | 55.0 | 58.5 | 56.8 | 40.3 | 41.3 | 40.8 | 33.7 | 23.6 | 28.7 | 42.8 | 41.1 | 41.9 |
| 9. 体は自分で洗いますか.                     | 98.5 | 97.5 | 98.0 | 98.8 | 99.9 | 99.3 | 99.8 | 99.8 | 99.8 | 99.0 | 99.1 | 99.0 |
| 10. 夜、寝る前に歯をみがきますか.                | 87.2 | 89.6 | 88.4 | 86.1 | 91.4 | 88.7 | 85.2 | 91.9 | 88.5 | 86.1 | 91.0 | 88.6 |
| 11. 朝ごはんは食べますか.                    | 97.0 | 97.3 | 97.1 | 96.0 | 97.6 | 96.7 | 95.0 | 95.8 | 95.4 | 96.0 | 96.9 | 96.4 |
| 12. 甘い食べ物が好きですか.                   | 69.5 | 76.6 | 73.1 | 68.2 | 76.3 | 72.2 | 71.5 | 84.1 | 77.8 | 69.7 | 79.0 | 74.4 |
| 13. フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがありますか. | 55.7 | 63.5 | 59.6 | 51.5 | 57.6 | 54.5 | 48.1 | 55.9 | 52.0 | 51.7 | 59.0 | 55.3 |
| 14. 毎日、テレビを2時間以上見ますか.              | 68.5 | 66.4 | 67.4 | 74.7 | 75.4 | 75.1 | 79.6 | 79.3 | 79.4 | 74.3 | 73.7 | 74.0 |
| 15. 忘れ物をよくしますか.                    | 40.5 | 24.5 | 32.4 | 38.2 | 24.9 | 31.7 | 35.8 | 26.8 | 31.3 | 38.1 | 25.4 | 31.8 |

で食べると回答した児童は72.0%から86.0%であった。夕ごはん後、おかしを食べると回答した児童は32.1%から38.9%であった。フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがあると回答した児童は65.4%から72.6%であった。朝、起きる時間は決まっていると回答した児童は74.9%から83.6%であった。

## 2. 小学校高学年のお口の健康づくり点数の各質問への回答状況

小学校高学年のお口の健康づくり点数の各質問への回答状況を学年別、性別にみたところ、歯をみがくと歯ぐきから血が出ると回答した児童は4年生、5年生は20.0%から23.5%であったが、6年生になると男子15.2%、女子14.2%であった。朝ごはん後、歯をみがくと回答した児童は79.3%から91.3%であった(表2)。毎日、夜10時前には寝る児童は4年生では男子55.0%、女子58.5%であったが、6年生では男子33.7%、女子23.6%であった。夜、寝る前に歯みがきをする

と回答した児童は85.2%から91.9%であった。フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがあると回答した児童は48.1%から63.5%であった。毎日、テレビを2時間以上見る児童は66.4%から79.6%であった。

## 3. 中学校のお口の健康づくり得点の各質問への回答状況

中学生のお口の健康づくり得点の各質問への回答状況を学年別、性別にみたところ、歯肉が腫れていると回答した生徒は7.0%から11.2%であった(表3)。歯を磨くと歯肉から出血すると回答した生徒は15.8%から20.8%であった。朝食を食べると回答した生徒は90.4%から95.1%であった。就寝前に歯をみがくと回答した生徒は87.2%から93.5%であった。フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがあると回答した生徒は33.1%から48.3%であった。帰宅時、手を洗うと回答した生徒は75.8%から83.7%であった。清涼飲料水(甘い飲み物)を毎日飲むと回答した生徒は17.7%から26.7%であった。



表3 お口の健康づくり得点の各質問へ「はい」と回答した児童の学年、性別の割合(%) (中学生)

| 学年<br>性別                           | 1年生  |      |      | 2年生  |      |      | 3年生  |      |      | 計    |      |      |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                                    | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   |
| 1. 歯肉が腫れていますか.                     | 11.2 | 7.8  | 9.5  | 8.8  | 8.3  | 8.5  | 9.4  | 7.0  | 8.2  | 9.8  | 7.7  | 8.8  |
| 2. 歯を磨くと歯肉から出血しますか.                | 20.8 | 18.5 | 19.7 | 16.9 | 15.8 | 16.4 | 20.7 | 16.9 | 18.8 | 19.5 | 17.1 | 18.3 |
| 3. 学校へ行く前にテレビを見ますか.                | 64.5 | 67.8 | 66.1 | 68.9 | 68.6 | 68.7 | 70.7 | 68.6 | 69.7 | 68.0 | 68.3 | 68.1 |
| 4. 毎日、テレビゲームをしますか.                 | 25.9 | 6.9  | 16.5 | 29.6 | 7.7  | 18.8 | 20.0 | 5.6  | 12.8 | 25.2 | 6.7  | 16.0 |
| 5. 朝食は食べますか.                       | 94.1 | 95.1 | 94.6 | 92.3 | 93.7 | 93.0 | 90.4 | 94.1 | 92.2 | 92.3 | 94.3 | 93.3 |
| 6. 甘い食べ物が好きですか.                    | 70.5 | 83.8 | 77.1 | 74.2 | 83.0 | 78.6 | 69.6 | 85.0 | 77.4 | 71.4 | 84.0 | 77.7 |
| 7. 唾液の働きを知っていますか.                  | 50.7 | 46.3 | 48.5 | 78.1 | 74.5 | 76.3 | 81.1 | 78.0 | 79.6 | 69.7 | 66.0 | 67.8 |
| 8. 朝食後、歯をみがきますか.                   | 82.0 | 90.4 | 86.1 | 83.6 | 91.2 | 87.4 | 84.2 | 94.1 | 89.2 | 83.2 | 91.9 | 87.5 |
| 9. 就寝前に歯をみがきますか.                   | 87.3 | 93.5 | 90.3 | 87.7 | 91.7 | 89.7 | 87.2 | 92.6 | 89.9 | 87.4 | 92.6 | 90.0 |
| 10. 給食を食べるのは早いですか.                 | 43.5 | 28.2 | 35.9 | 46.7 | 25.4 | 36.1 | 50.5 | 28.0 | 39.2 | 46.8 | 27.2 | 37.1 |
| 11. 歯石はなぜできるか知っていますか.              | 28.7 | 32.0 | 30.3 | 28.1 | 24.0 | 26.1 | 28.5 | 30.3 | 29.4 | 28.4 | 28.8 | 28.6 |
| 12. フッ素を塗ってもらったり、フッ素洗口をしたことがありますか. | 42.6 | 48.3 | 45.4 | 33.1 | 41.9 | 37.4 | 37.0 | 42.8 | 39.9 | 37.6 | 44.4 | 41.0 |
| 13. 帰宅時、手を洗いますか.                   | 75.8 | 82.9 | 79.3 | 78.0 | 80.6 | 79.3 | 76.7 | 83.7 | 80.2 | 76.8 | 82.4 | 79.6 |
| 14. 髪の毛(頭)は毎日洗いますか.                | 94.0 | 96.1 | 95.0 | 95.2 | 95.8 | 95.5 | 96.5 | 95.8 | 96.2 | 95.2 | 95.9 | 95.6 |
| 15. 好き嫌いは多い方だと思いますか.               | 41.7 | 46.8 | 44.3 | 38.4 | 47.4 | 42.9 | 38.6 | 46.0 | 42.3 | 39.6 | 46.8 | 43.2 |
| 16. 食後、お茶を飲みますか.                   | 59.4 | 69.8 | 64.6 | 59.1 | 62.8 | 60.9 | 61.0 | 64.7 | 62.8 | 59.8 | 65.8 | 62.8 |
| 17. 夕食後、おかしを食べますか.                 | 36.8 | 39.5 | 38.1 | 39.5 | 39.6 | 39.6 | 35.4 | 36.2 | 35.8 | 37.2 | 38.4 | 37.8 |
| 18. 清涼飲料水(甘い飲み物)を毎日飲みますか.          | 24.2 | 19.1 | 21.7 | 26.7 | 19.9 | 23.3 | 26.7 | 17.7 | 22.2 | 25.8 | 18.9 | 22.4 |
| 19. 起床時間は決まっていますか.                 | 60.6 | 57.4 | 59.0 | 55.8 | 55.7 | 55.8 | 59.5 | 61.2 | 60.4 | 58.7 | 58.1 | 58.4 |
| 20. 毎日、テレビを2時間以上見ますか.              | 68.9 | 71.7 | 70.3 | 72.6 | 70.2 | 71.4 | 67.0 | 62.6 | 64.8 | 69.5 | 68.2 | 68.8 |

毎日、テレビを2時間以上見ると回答した生徒は62.6%から72.6%であった。

#### 4. 小学校低学年お口の健康づくり点数

歯の清潔度は男子に比べ女子が有意に高かった(表4)。1年生から3年生の各学年間に有意差がみられた。歯ぐきの健康度は男子に比べ女子が有意に高かった。1年生から3年生の各学年間に有意差がみられた。歯の健康度(むし歯にならない健康度)は男子に比べ女子が有意に高かった。1年生から3年生の各学年間に有意差がみられた。

#### 5. 小学校高学年お口の健康づくり点数

歯の清潔度は男子より女子が有意に高かった。4年生および5年生と6年生の間に有意差がみられた。歯ぐきの健康度は男子より女子が有意に高かった。4年生と6年生の間に有意差がみられた。歯の健康度(むし歯にならない健康度)は男子より女子が有意に高かった。各学年間に有意差がみられた。

#### 6. 中学校のお口の健康づくり得点

歯の清潔度は男子より女子が有意に高かった(表5)。1年生と3年生の間に有意差がみられた。歯ぐきの健康度は男子より女子が有意に高かった。1年生と2年生および3年生の間に有意差がみられた。歯の健康度(むし歯にならない健康度)は男子が女子より有意に高かった。1年生および2年生と3年生の間に有意差がみられた。

## IV. 考 察

これまでも、児童・生徒の口腔の健康状態と生活習慣の関係についての報告はされている<sup>25)26)</sup>が、生活習慣として挙げられている項目は、間食や清涼飲料の摂取、甘味嗜好、歯磨きやフッ化物の使用の経験であった。しかし、中島らが示したように、口腔の健康に関係する生活習慣は、一つ一つが独立して存在するのではなく、相互に関連し合っている<sup>27)28)</sup>と考えられる。また、チェック票の質問には学校に行く時ハンカチやティッシュを持っているか、食事中テレビを見るか、忘れ物をするかなどのしつけに関する項目を含んでいるが、80歳以上の高齢者を対象とした歯を20歯以上持つ者と持たない者の比較研究において、小学生時のしつけが歯の保有に関連していたことが報告されている<sup>5)</sup>。口腔の健康を保つためには、直接口腔の健康にかかわる要因のみを考慮するのではなく、その周囲を取り囲み、毎日の生活習慣の流れを作っている一つ一つの習慣の中にも口腔の健康をつくる要因があるものと言え、その影響は一生にわたることが考えられる。

歯磨き時の歯肉からの出血が見られる者の割合について岩崎らは、小学校1年生から中学校3年生にかけて次第に増加する傾向を報告している<sup>29)</sup>が、今回の結果では小学校4、5年生時に緩やかな増加が見られた。この時期は小臼歯の乳歯から永久歯への交換が終わる頃であり、

表4 学年、性別お口の健康づくり得点（小学生）

|         | 学年 | 1年生 |     |     | 2年生 |     |     | 3年生 |     |     | 計   |     |     |     |
|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|         |    | 性別  | 男子  | 女子  | 合計  | 男子  | 女子  | 合計  | 男子  | 女子  | 合計  | 男子  | 女子  | 合計  |
| 歯の清潔度   | 平均 |     | 7.0 | 7.3 | 7.2 | 6.6 | 7.1 | 6.9 | 6.2 | 6.7 | 6.4 | 6.6 | 7.1 | 6.8 |
|         | SD |     | 1.8 | 1.8 | 1.8 | 2.0 | 1.8 | 1.9 | 2.0 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 1.9 | 1.9 |
| 歯ぐきの健康度 | 平均 |     | 7.1 | 7.4 | 7.2 | 6.5 | 7.2 | 6.9 | 6.1 | 6.7 | 6.4 | 6.5 | 7.1 | 6.8 |
|         | SD |     | 2.0 | 1.9 | 1.9 | 2.2 | 2.0 | 2.1 | 2.3 | 2.1 | 2.2 | 2.2 | 2.0 | 2.1 |
| 歯の健康度   | 平均 |     | 6.2 | 6.5 | 6.4 | 5.8 | 6.3 | 6.1 | 5.5 | 5.9 | 5.7 | 5.8 | 6.2 | 6.0 |
|         | SD |     | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 2.3 | 2.4 |

|         | 学年 | 4年生 |      |      | 5年生  |      |      | 6年生  |      |      | 計    |      |      |      |
|---------|----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|         |    | 性別  | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   | 男子   | 女子   | 合計   |
| 歯の清潔度   | 平均 |     | 16.9 | 17.3 | 17.1 | 16.9 | 17.4 | 17.2 | 17.3 | 17.7 | 17.5 | 17.0 | 17.5 | 17.2 |
|         | SD |     | 2.3  | 2.3  | 2.3  | 2.2  | 2.1  | 2.2  | 2.1  | 2.0  | 2.0  | 2.2  | 2.1  | 2.2  |
| 歯ぐきの健康度 | 平均 |     | 15.2 | 15.6 | 15.4 | 14.8 | 15.7 | 15.2 | 14.8 | 15.4 | 15.1 | 14.9 | 15.6 | 15.2 |
|         | SD |     | 2.9  | 3.0  | 3.0  | 2.8  | 2.7  | 2.8  | 2.9  | 2.8  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  |
| 歯の健康度   | 平均 |     | 10.0 | 10.5 | 10.3 | 9.7  | 9.9  | 9.8  | 9.4  | 9.5  | 9.4  | 9.7  | 9.9  | 9.8  |
|         | SD |     | 4.0  | 4.0  | 4.0  | 3.8  | 3.8  | 3.8  | 3.8  | 3.6  | 3.7  | 3.9  | 3.8  | 3.9  |

表4 学年、性別お口の健康づくり得点（小学生） つづき  
多重比較

|        |         | 男女  | 2年生 | 3年生 |
|--------|---------|-----|-----|-----|
| 小学生低学年 | 歯の清潔度   | *** | 1年生 | *** |
|        |         |     | 2年生 | *** |
|        | 歯ぐきの健康度 | *** | 1年生 | *** |
|        |         |     | 2年生 | *** |
|        | 歯の健康度   | *** | 1年生 | **  |
|        |         |     | 2年生 | *** |
|        |         | 男女  | 5年生 | 6年生 |
| 小学生高学年 | 歯の清潔度   | *** | 4年生 | —   |
|        |         |     | 5年生 | *** |
|        | 歯ぐきの健康度 | *** | 4年生 | —   |
|        |         |     | 5年生 | —   |
|        | 歯の健康度   | *   | 4年生 | **  |
|        |         |     | 5年生 | *   |

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001, — no significant

これまで萌出途中の歯があったりして口腔の清掃がうまくできずに歯肉炎が起きていた可能性が考えられる。小臼歯の交換が終わると永久歯列が完成し、再び口腔内が落ち着くことで歯肉からの出血が減少したと考える。歯磨き時の歯肉からの出血する割合について男女間では小学校2年生では女子の方が高く、中学校3年生では男子の方が有意に高かった<sup>29)</sup>と岩崎らは報告している。中学校3年生では男子の割合が高いという今回の結果は同様であったが、小学校2年では逆の結果であった。就寝前の歯磨きをする者の割合の男女の違いについて岩崎らは小学校2年生、6年生、中学校3年生でいずれも女子の方が有意に多い<sup>29)</sup>と報告しているが、本研究はこれを支持する結果となった。

小学校高学年、中学校での朝食は90%以上の高い割合

で摂っているが、学年が上がるにつれて微減している。内田らは小学校5年生、6年生で毎日朝食をとっている児童は94.3%であり、中学1、2、3年生では93.6%であった<sup>30)</sup>と報告しており、これに比べ小学生はやや高く、中学生は同程度の結果であった。平成19年度の全国学力・学習状況調査では児童生徒が朝食を毎日食べることに国語や算数の成績の良いことに関連がある<sup>9)</sup>ことを報告しており、朝食を毎日食べる心が心身の向上につながると言える。

夕食後のお菓子の摂取について、内田らの報告では小学校5、6年生において毎日摂取すると時々摂取するを合わせると42.9%であった<sup>30)</sup>と報告しており、今回の結果は非常に近い値となった。しかし、内田らの報告では中学校の値は小学生に比べ上昇し、毎日摂取すると時々

表5 学年、性別お口の健康づくり得点 (中学生)

|         | 学年 | 1年生  |      |      | 2年生  |      |      | 3年生  |      |      | 1~3年生 |      |      |
|---------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|
|         |    | 性別   | 男子   | 女子   | 男女   | 男子   | 女子   | 男女   | 男子   | 女子   | 男女    | 男子   | 女子   |
| 歯の清潔度   | 平均 | 14.2 | 15.3 | 14.7 | 14.4 | 15.4 | 14.9 | 14.5 | 15.6 | 15.1 | 14.4  | 15.4 | 14.9 |
|         | SD | 3.1  | 2.5  | 2.9  | 2.8  | 2.7  | 2.8  | 2.9  | 2.5  | 2.8  | 2.9   | 2.5  | 2.8  |
| 歯ぐきの健康度 | 平均 | 14.4 | 15.3 | 14.8 | 14.6 | 15.5 | 15.1 | 14.7 | 15.8 | 15.3 | 14.5  | 15.5 | 15.0 |
|         | SD | 3.3  | 2.7  | 3.0  | 2.9  | 2.9  | 3.0  | 3.2  | 2.7  | 3.0  | 3.1   | 2.8  | 3.0  |
| 歯の健康度   | 平均 | 10.7 | 10.3 | 10.5 | 10.8 | 10.5 | 10.7 | 11.1 | 11.0 | 11.1 | 10.9  | 10.6 | 10.7 |
|         | SD | 3.3  | 3.1  | 3.2  | 3.2  | 3.1  | 3.1  | 3.1  | 3.0  | 3.0  | 3.2   | 3.1  | 3.1  |

## 多重比較

|         | 男女  | 2年生          | 3年生    |
|---------|-----|--------------|--------|
| 歯の清潔度   | *** | 1年生 —<br>2年生 | ** —   |
| 歯ぐきの健康度 | *** | 1年生 *<br>2年生 | *** —  |
| 歯の健康度   | **  | 1年生 —<br>2年生 | *** ** |

\* p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01, \*\*\* p &lt; 0.001, —no significant

摂取するを合せると50.1%であった<sup>30)</sup>が本調査では、中学校では、小学校よりも低くなった。

帰宅時の手洗いについて、内田らは小学生5年生から中学生を対象とした調査で、いつもまたは時々すると回答した者は男子87.4%、女子92.9%であった<sup>30)</sup>と報告し、本研究結果よりも高い値であった。

岩崎らは、テレビを1日2時間以上見る者の割合が、小学校1年生から小学校6年生にかけて増加し、中学校1年生で減少し、再び中学校3年生にかけて増加する傾向<sup>29)</sup>を示した。今回の結果も同様の傾向を示してはいたが、中学校での増加は明確ではなかった。また、岩崎らの報告では小学校6年生でテレビを1日2時間以上見る者の割合は約7割であったのに対し、今回は約8割の値となった。

本報告では口腔内の状況について情報を得ていないため、お口のけんこうづくり点すうと口腔の状況との関連がどのようなかについて検証することはできなかったが、この「お口のけんこうづくり点すう」は得点が高くなるほど口腔が健康であることを示すようにつけられている<sup>17)</sup>。これは、成人版の「歯の健康づくり得点」も同様であり、これらのセルフチェック票は疾病にならないためのものではなく、健康になることを目指すものと言える。この視点は、Antonovskyが唱えた健康生成論<sup>31)32)</sup>と通ずるものがあり、疾病に焦点を当てた場合、その対象が疾病に罹患している一部の者、または罹患する可能性の高い者に限られるのに対し、健康生成論的な視野は健康な者をも対象に含み、広くすべての児童生徒を対象とした健康づくりに用いることができるものであると考える。また、本チェック票は口腔の健康を目指して開発されたものである<sup>17)</sup>が、一見口腔の健康と関連の

ないように思われる生活習慣項目も含まれる。これは中島らが生活習慣は一連の流れによりつくられており、口腔の健康に関係する生活習慣はそれらの生活習慣の影響を受けていることを報告している<sup>27)28)</sup>ことから口腔の健康づくりには生活習慣全体についての評価が必要であることを示していると考えられる。また疾病対策や健康づくりの進め方についてSheihamらがCommon risk/health factor approach (共通生活習慣)として示す<sup>33)</sup>ように、生活習慣に起因する様々な疾患において、その要因となる生活習慣は共通していることから、疾病や健康に共通して影響する生活習慣づくりを進めることは、児童生徒が健康づくりの方法を効果的に学ぶ機会となると言える。このような視点からも本セルフチェック票は有効であると考えられる。

## V. まとめ

全国小中学校児童生徒の歯の健康に関する生活習慣の現状を知るために、2007年に小学校57校、中学校58校に在籍する児童9,629名(男子4,848名、女子4,781名)、および生徒4,919名(男子2,468名、女子2,451名)を対象に、各務らが作成したお口の健康づくり点数を用いて調査した。その結果、歯の健康に関する生活習慣の現状は、歯を磨くと歯ぐきから血が出る者は12.3~23.5%で男子の方が多く、寝る前に歯を磨く者は85.2~93.5%で女子の方が多かった。また、歯の清潔度、歯ぐきの健康度は男子より女子の方が高く、歯の健康度は小学校は女子、中学校では男子の方が高いと結論される。

## 謝 辞

本研究は文部科学省平成19年度「児童生徒の現代的健康課題に関する調査研究」の補助を受け行った。調査研究にご協力をいただいた幼稚園の園児、保護者、先生方に対し、この場をお借りして感謝の意を表します。また、調査の遂行にご協力をいただいた日本学校歯科医会事務局の鈴木喜一郎様、阿賀ちはる様に感謝をいたします。

## 文 献

- 1) 寺崎千秋：総則。平成20年版小学校学習指導要領。32，明治図書出版，東京，2008
- 2) 森 良一：「生きる力」を育む歯・口の健康づくりを支

- える仕組み. 学校保健研究 50:422-424, 2009
- 3) 文部科学省:「生きる力」をはぐくむ 学校での歯・口の健康づくり. 8-9, 日本学校歯科医会, 東京, 2005
- 4) 榊原悠紀田郎:8020運動のルーツとこれから. 日本歯科医師会雑誌 45:27-32, 1992
- 5) 水野照久, 中垣晴男, 村上多恵子ほか:80歳で20歯以上保有するための生活習慣. 日本公衛誌 40:189-195, 1993
- 6) 水野照久, 中垣晴男, 村上多恵子ほか:常滑市における80歳歯科健康調査. 口腔衛生会誌 44:161-169, 1994
- 7) Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, et al.: Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health 57:778-783, 2003
- 8) Kuh DL, Ben Shlomo Y: A life course approach to chronic disease epidemiology, Oxford, Oxford University Press, Oxford, 1997
- 9) 国立教育政策研究所:平成19年度全国学力・学習状況調査 調査結果. Available at: [http://www.nier.go.jp/tyousakekka/tyousakekka\\_point.pdf](http://www.nier.go.jp/tyousakekka/tyousakekka_point.pdf). Accessed Janu, 23, 2011
- 10) 本間 達, 若松秀俊:子供の生活習慣と虫歯の関連. Health Science 19:127-135, 2003
- 11) 横山公通, 宮崎康文, 水田嘉美ほか:中学生の自覚症状と生活習慣に関する研究. 日本公衛誌 53:471-478, 2006
- 12) 伊熊克己, 鈴木一央, 秋野禎見ほか:ライフスタイルと健康に関する研究. スポーツ整復療法学研究 5:1-12, 2003
- 13) 加藤考治, 中島伸広, 岩崎隆弘ほか:中学校生徒の実力試験における学力の低い者と歯の健康に係わる生活習慣との関連. 学校保健研究 50:107-115, 2008
- 14) 森田一三, 中垣晴男, 外山敦史ほか:住民の8020達成のための市町村「歯の健康づくり得点」の作成. 日本公衛誌 47:421-429, 2000
- 15) 森田一三, 外山敦史, 中垣晴男:インターネットを利用した歯科質問調査の再現性. 口腔衛生会誌 51:233-240, 2001
- 16) 熊谷法子, 森田一三, 中垣晴男ほか:“歯の健康づくり得点”による住民の歯の喪失予測性評価. 日本公衛誌 52:7-15, 2003
- 17) 各務和宏, 加藤考治, 岩崎隆弘ほか:児童・生徒用歯の生活習慣セルフチェック票「お口の健康づくり得点」の作成. 学校保健研究 48:245-259, 2006
- 18) 衛藤 隆, 荒木田美香子:ヘルシースクール—世界の潮流—. 学校保健研究 49:401-404, 2008
- 19) 衛藤 隆:「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り組みを進めるための方策について」(中央教育審議会答申) からみた児童生徒等の健康と安全の問題. 学校保健研究 50:329-333, 2008
- 20) 村川雅弘, 木原俊行, 佐藤 真ほか:ポートフォリオで子どもの自己評価を育む. (村川雅弘編). 「生きる力」を育むポートフォリオ評価, 53-72, ぎょうせい, 東京, 2001
- 21) 安藤輝次:ポートフォリオの必要性. ポートフォリオで総合的な学習を創る. 20-25, 図書文化社, 東京, 2001
- 22) 榊原康人, 森田一三, 坪井信二ほか:住民の歯の健康づくり得点向上のための歯科衛生士訪問およびリーフレット郵送による介入研究. 日本公衛誌 56:795-804, 2009
- 23) 森田一三, 外山敦史, 中垣晴男:インターネットを利用した歯科質問調査の信頼性. 口腔衛生会誌 50:272-280, 2000
- 24) Nagamatsu K, Tsuboi S, Fukui K et al.: The relationship between dental health and sister chromatid exchange (SCE). Aichi-Gakuin Dent Sci 20:1-6, 2007
- 25) 高橋美如, 尾崎正雄, 今村まり子ほか:学童期のカリエスリスク判定に関する研究—う蝕活動性試験結果と生活習慣に関するアンケート調査結果との関連性について—. 福岡歯科大学学会雑誌 29:213-219, 2002
- 26) 本間 達, 若松秀俊:子供の生活習慣と虫歯の関連. Health Science 19:127-135, 2003
- 27) 中島伸広, 加藤考治, 岩崎隆弘ほか:1日の児童の生活様式とう蝕経験. 学校保健研究 50:98-106, 2007
- 28) 中島伸広, 岩崎隆弘, 加藤考治ほか:小学5年生児童における朝の支度に要した時間と歯・口の健康および生活習慣. 学校保健研究 52:449-453, 2011
- 29) 岩崎隆弘, 中島伸広, 加藤考治ほか:岐阜県T市における小中学校の児童生徒の生活習慣. 愛院大歯誌 46:15-24, 2008
- 30) 内田雅代, 谷口恵美子, 多賀谷昭ほか:長野県の一都市における小学5・6年生と中学生のライフスタイル. 長野県看護大学紀要 8:71-84, 2006
- 31) Antonovsky A: Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco, 1979
- 32) Antonovsky A: The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med 36:725-733, 1993
- 33) Sheiham A, Watt RG: The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 28:399-406, 2000

(受付 11. 03. 08 受理 11. 07. 25)

連絡先: 〒464-8650 名古屋市千種区楠元町1-100

愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座 (森田)

資料

# 高校生の生活満足度とライフスタイル及び健康状況との関連について

服部伸一<sup>\*1</sup>, 平松恵子<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>関西福祉大学

<sup>\*2</sup>岡山県立岡山芳泉高等学校

## A Study on the Relationship between Life Satisfaction Level and Lifestyle, and the Health Condition among High School Students

Shinichi Hattori<sup>\*1</sup> Keiko Hiramatsu<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> *Kansai University of Social Welfare*

<sup>\*2</sup> *Okayama Hosen High School, Okayama Prefecture*

The purpose of this study is to examine the relationship between the Index of Life Satisfaction Levels (LSL), lifestyle factors and health conditions from the viewpoint of health education at school. The subjects of the analysis were 966 (479 males and 487 females) high-school students in Okayama prefecture. The survey was conducted in April, 2010. The main results were as follows:

In one item out of 19 items, there was a significant difference between males and females as for the index of life satisfaction levels. Gender differences, however, were not observed in the average of LSL scores.

The comparison of LSL scores and subjects' lifestyles showed that grade, bed time, time of sleep, regularity of bed time, snoozing during class, learning time in home, exercise and sport, regularity of dinner time, combinations of foods, sense of sufficiency for sleep, feeling of awakening, appetite and self-assessment of health were influential for males. For females, on the other hand, grade, bed time, time of sleep, regularity of bed time, snoozing during class, regularity of dinner time, nutrient balance scores, sense of sufficiency for sleep, feeling of awakening, self-assessment of health and self-assessment of body were influential.

The comparison of LSL scores by categories of health conditions showed that a gender difference was observed in the average number of subjective symptoms. Those who have fewer subjective symptoms were likely to have higher LSL scores. As for BMI, females with overweight trends were likely to have lower LSL scores.

The results of logistic regression analysis showed that LSL was related to self-assessment of health, combinations of foods, and sleep time for males. For females, on the other hand, LSL was related to self-assessment of health, and feeling of awakening.

The above results show that self-assessment of health, quality or quantity of sleep and well-balanced dietary habits are related to high school students' life satisfaction levels.

---

Key words : high school students, life satisfaction level, lifestyle, health condition

高校生, 生活満足度, ライフスタイル, 健康状況

---

### I. 緒言

中央教育審議会答申(2008年)において, 児童生徒の健康を取り巻く状況として, 都市化, 少子高齢化, 情報化, 国際化などによる社会環境の急激な変化は, 彼ら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, いじめ, 不登校などのメンタルヘルスに関する課題, アレルギー疾患, 性の問題行動や薬物乱用, 感染症など, 新たな課題が顕著化している<sup>1)</sup>ことが示された。高校生においても, 夜型の生活に起因する朝食の欠食, 睡眠や運動の不足などの不適切なライフスタイルにより, 将来における生活習慣病の発症

に繋がる可能性が高まることが危惧されている<sup>2)3)</sup>。

児童生徒に健康的なライフスタイルを確立させることは, 公衆衛生審議会答申<sup>4)</sup>において生活習慣病の概念が導入されて以来, 学校保健の分野においても重要な課題とされている<sup>5)</sup>。そして, ヘルスプロモーションの理念に基づき, 適切な行動が実践できる能力を身に付けることは, 将来の生活習慣病の予防や生涯における健康増進対策への対応としてだけでなく, 学齢期における現在の生活の質(Quality of Life, 以下「QOL」)の向上という立場からも重要な課題であると考えられる。

これまでに, 朝食欠食や生活リズムの乱れ, 運動不足などの不適切なライフスタイルが, 児童生徒の自覚症

状の訴え数を増加させ、健康状態の悪化を招くだけでなく、学校生活の満足度の低下や欠席志向、学業成績の不振につながるものが指摘されてきた<sup>67)</sup>。高倉<sup>69)</sup>は、健康行動や危険行動に関連する要因として、生徒が一日の大半を過ごす学校生活での経験も欠かせない要因の一つであるとし、学校生活における満足が身体的な自覚症状の軽減につながることや、喫煙、飲酒、性行動などの危険行動を行う者ほど学校生活の満足度が低いことなどを示し、学校生活の満足度と健康行動及び危険行動との関連性を示唆している。

学校保健領域においては、児童生徒あるいは学生のQOLに関する研究は多いとは言えない。これは、高齢者や疾病患者に比べて、対象の大部分が疾患の少ない健康体であることから、疾病の早期発見のための健康診断や健康の維持増進のための体力測定など、身体的客観指標が重視されてきたことが一因であることが考えられる。しかし、近年では、肥満傾向の増加やアレルギー疾患などの疾病異常とともに、不定愁訴、抑うつなど、精神心理的な問題の増加が指摘され、身体的健康だけではなく、精神的健康が注目されている<sup>10-12)</sup>。

江口<sup>13)</sup>が、QOLを精神的健康という観点からみると、いつもポジティブに考える姿勢、幸福と感じ、満足と感じることこそ重要であると述べていることから、児童生徒の心身の健康、特に精神的健康の維持増進の方策として、QOLを高めていくことが重要な課題として考えられ、その有効な一手段として生活満足度を測定する試みがなされてきた<sup>14-16)</sup>。学校保健領域でも、これまでに生活満足度と主観指標である精神的健康との関連が報告されている<sup>17)</sup>。

すなわち、児童生徒の心身両面にわたる健康増進の方策を考える場合、QOLの下位概念の一つである生活満足度の実態を捉え、ライフスタイルとの関連を詳細に検討することが必要であると考えられる。しかし、ライフスタイルの個々の要因が、生活満足度にどのように影響を及ぼすかについては、未だ十分に検討されていない。また、主観的健康指標に加え、客観的健康指標を併用して、生活満足度との関連を検討した研究は見当たらない。さらに、先行研究<sup>16)</sup>によれば、生活満足度には性別による差が予想されることから、男女それぞれに、ライフスタイル及び健康状況との関連を検討する必要がある。

以上より、本研究では、学校健康教育における資料とするために、高校生の生活満足度にかかわる要因をライフスタイルの視点から明らかにすることを目的とした。また、生活満足度と健康状況との関連についても併せて検討してみたところ、若干の知見を得たので報告する。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 調査対象と分析対象

岡山県内某公立高校1校に在籍する全生徒997名を調査対象とした。その内、資料の収集できた966名（男子

479名、女子487名、回収率96.7%）を分析対象とした。対象校は、岡山市郊外の住宅街に位置する大規模校である。

### 2. 調査方法

質問紙調査法による選択式とし、記名式で行った。調査は、学級担任に依頼し、授業の一部を利用して行った。その際、調査時期である4月中旬から2週間を振り返って回答するように指示してもらった。

### 3. 調査内容

生活満足度、平日（月～金）の帰宅後のライフスタイル（生活行動、生活意識）及び健康状況について、記入を求めた。

生活満足度の調査には、高倉によって試作された高校生の生活満足度を測定するための尺度<sup>16)</sup>を参考に、学習、自由時間、経済、友人関係、地域環境に関する19項目を設定した。なお、高倉の試作した尺度に含まれていた「食生活」は、ライフスタイルとの関連を検討する際には、原因と結果の双方にまたがる要因となるため、調査項目から除外した。

生活満足度の質問形式は、「現在のあなたの生活の中で、以下の項目に対してどのくらい満足しているか、最も近いと思われる数字（1～5）に○をつけてください」という問いに対して、「非常に不満」から「非常に満足」の5件法とし、満足度が高いほど得点が高くなるように1～5点を付与し、計95点満点として「生活満足得点」を算出した。

ライフスタイルについては、「生活行動」（生活時間、運動、食事など直接行動にかかわる内容）として、就寝時刻、起床時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、入眠時間、テレビ・ビデオ使用時間、パソコン・ゲーム機使用時間、携帯メール使用時間、家庭での学習時間、体育以外の運動・スポーツ、朝食、夕食時刻の規則性、間食、清涼飲料水、インスタント食品、食品の組み合わせ、食品摂取頻度、排便回数などを取り上げた。

また、「生活意識」（自分自身の生活や心身の状態に対する気付きに関する内容）として、睡眠充足感、目覚めの気分、食欲、健康の自己評価、体型の自己評価について尋ねた。ライフスタイルについては、それぞれの要因ごとに三つの選択肢を設けた。

なお、食品摂取頻度は、厚生労働省国民健康・栄養調査<sup>18)</sup>及び門田<sup>19)</sup>の調査を参考に10食品群（緑黄色野菜、淡色野菜、果実類、肉類又は魚介類、卵類、牛乳・乳製品、大豆・豆製品、海藻類、いも類、穀類）を取り上げ、「毎日食べる」を3点、「週2～3日食べる」を2点、「ほとんど食べない」を1点とし、計30点満点として食品摂取得点を算出した。

健康状況に関する内容として、自覚症状には、小林ら<sup>20)</sup>の「青年用疲労自覚症状しらべ」24項目を用いた。質問形式については、「ふだん、次のようなことがよくありますか」というように修正を加えて調査を実施した。

回答形式は、各症状が「ある」場合には、回答欄に○（1点）をつけてもらい、計24点満点として自覚症状の訴え数を算出した。

#### 4. 調査時期

調査は2010年4月中旬に、定期健康診断の身体計測に併せて実施した。

#### 5. 資料の集計と分析

##### 1) 資料の収集とカテゴリー化

生活満足度、ライフスタイル、自覚症状の訴え数及び体格指数について、性別及び全体で集計した。体格指数にはBMI (Body Mass Index) を使用し、体重 (kg)/身長 (m)<sup>2</sup>により算出した。自覚症状の訴え数と体格指数のカテゴリー化は、分析対象者の度数分布から3区分した。また、食品摂取得点は、度数分布をもとに、ほぼ等しい割合になるように3区分した。

##### 2) 資料の分析

生活満足得点及び項目別の平均値・標準偏差を求め、性差について平均値の差の検定を行った。また、ライフスタイルの性別比較には、クロス集計の後 $\chi^2$ 検定を行った。ライフスタイルと生活満足得点の比較、健康状況と生活満足得点の比較には、一元配置の分散分析と多重比較 (Bonferroniの方法) を用いた。さらに、生活満足得点に関連の大きいライフスタイル要因を把握するために、ロジスティック回帰分析を適用した。変数選択には、尤度比検定による変数増加法を用いた。

なお、生活満足得点及び項目別の性差の検討の際には、

個々の項目毎の検定において、第1種の過誤を犯す全体の確率を管理するために、Bonferroniの方法に従い、有意水準を調整した。つまり、各項目の有意水準は、 $\alpha' = \alpha / \text{項目数} = 0.05 / 19 = 0.00263$  ( $\approx 0.003$ ) を採用した。その他の検定には、危険率5%未満を有意とした。本研究における資料の分析には、SPSS (Ver. 15.0) for Windowsを用いた。

#### 6. 倫理的配慮

得られた資料についてはプライバシーを厳正に守り、研究目的以外には決して使用しないことを、調査開始前に学校管理者 (学校長) に説明し、承諾を得た。また、各クラスでの調査時において、データはコンピューターで一括して処理し、個人を特定できるような報告をしないことを生徒に十分に説明し、理解と協力を求めた上で、調査に同意しない場合には拒否できることを担任教諭から伝達してもらい、調査票には回答拒否を意思表示できる欄を設けた。さらに、記入後には封筒に入れ封をさせ、秘密の保持に留意した。

### III. 結 果

#### 1. 生活満足得点の性別比較

表1に、生活満足度尺度の項目別平均値及び標準偏差を示した。19項目を加算集計した生活満足得点の平均値 (標準偏差) は、全体では64.2 (10.5)、性別では、男子64.0 (10.8)、女子64.5 (10.2) となり、性差は認められなかった。項目別にみると、「学校の成績」におい

表1 生活満足度の項目別平均値及び標準偏差

| 項 目             | 男子 (n = 479) |       | 女子 (n = 487) |       | 全体 (N = 966) |       | 検定 <sup>注1)</sup> |
|-----------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|-------------------|
|                 | Mean         | SD    | Mean         | SD    | Mean         | SD    |                   |
| 1) 学習意欲         | 3.17         | 1.02  | 3.18         | 0.95  | 3.17         | 0.99  |                   |
| 2) 学校の授業        | 3.43         | 0.84  | 3.47         | 0.77  | 3.45         | 0.81  |                   |
| 3) 学校以外の授業      | 3.28         | 0.85  | 3.29         | 0.79  | 3.29         | 0.82  |                   |
| 4) 自己を高めること     | 3.10         | 0.89  | 3.00         | 0.82  | 3.05         | 0.85  |                   |
| 5) 先生との関係       | 3.41         | 0.79  | 3.48         | 0.74  | 3.44         | 0.76  |                   |
| 6) 学校の成績        | 2.84         | 0.97  | 2.64         | 0.97  | 2.74         | 0.97  | **                |
| 7) 住んでいる部屋      | 3.58         | 1.06  | 3.63         | 1.06  | 3.61         | 1.06  |                   |
| 8) 持っている衣服      | 3.32         | 0.94  | 3.36         | 1.05  | 3.34         | 1.00  |                   |
| 9) 持っている電化製品    | 3.62         | 0.99  | 3.73         | 0.95  | 3.68         | 0.97  |                   |
| 10) 毎月のこづかい     | 3.41         | 1.08  | 3.43         | 1.05  | 3.42         | 1.07  |                   |
| 11) 同性との友人関係    | 3.82         | 0.86  | 3.93         | 0.86  | 3.88         | 0.86  |                   |
| 12) 同級生との関係     | 3.68         | 0.91  | 3.80         | 0.86  | 3.74         | 0.88  |                   |
| 13) 異性との友人関係    | 3.25         | 0.89  | 3.37         | 0.76  | 3.31         | 0.83  |                   |
| 14) 居住地域の自然環境   | 3.41         | 0.86  | 3.53         | 0.89  | 3.47         | 0.88  |                   |
| 15) 居住地域の安全性    | 3.46         | 0.86  | 3.52         | 0.86  | 3.49         | 0.86  |                   |
| 16) 近所とのつきあい    | 3.27         | 0.81  | 3.53         | 0.89  | 3.30         | 0.80  |                   |
| 17) 自由時間の過ごし方   | 3.43         | 1.00  | 3.45         | 0.97  | 3.44         | 0.98  |                   |
| 18) ストレス解消法     | 3.30         | 1.00  | 3.24         | 0.99  | 3.27         | 0.99  |                   |
| 19) 遊び時間        | 3.19         | 0.82  | 3.11         | 0.79  | 3.15         | 0.80  |                   |
| 生活満足得点 (19項目全体) | 63.97        | 10.76 | 64.50        | 10.19 | 64.24        | 10.48 |                   |

注1) t 検定を実施後、Bonferroniの方法に従い、有意水準を調整した。 \*\* p < 0.001.

て、女子よりも男子の方が高得点となっていた。

## 2. ライフスタイルの性別比較

ライフスタイルのうち、表2に生活行動、表3に生活意識についての性別比較を示した。起床時刻、睡眠時間、入眠時間、テレビ・ビデオ使用時間、パソコン・ゲーム機使用時間、携帯メール使用時間、家庭での学習時間、運動・スポーツ、清涼飲料水、インスタント食品、食品の組み合わせ、排便回数、食欲、体型の自己評価の14要因で差がみられた。

生活行動では、男子は女子に比べて、起床時刻が遅い者、睡眠時間が長い者、入眠時間の長い者、パソコン・ゲーム使用時間が長い者、携帯メール時間が短い者、家庭での学習時間が短い者、運動・スポーツをよく行っている者、清涼飲料水をよく飲む者、インスタント食品をよく食べる者、食品の組み合わせを考えて食べない者、排便が毎日ある者、以上の項目において、それぞれの割合が高くなっていった。

一方、生活意識では、男子は女子に比べて、食欲がない者、体型の自己評価で「やせ」と答えた者、以上の項目においてそれぞれの割合が高くなっていった。

## 3. 健康状況の記述統計とカテゴリー化

### 1) 健康状況の記述統計

表4に、自覚症状の項目別訴え率について示した。24項目の平均訴え率は、全体では34.1%、性別では男子32.7%、女子35.5%となっていた。項目別にみても、男子に比べて女子の訴え率の高い項目が多くなっていった。

表5に、体格指数の平均値（標準偏差）を示した。全体では、20.8(2.9)、性別では男子20.9(3.2)、女子20.6(2.5)で、性別比較では差はみられなかった。

### 2) 健康状況のカテゴリー化

表6に、健康状況のカテゴリー別人数を示した。自覚症状の訴え数は、度数分布をもとに、ほぼ均等な割合になるように3区分した。体格指数については、本調査対象者の平均値は、児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書<sup>20)</sup>に示されている平均値とほぼ同値であったことから、ここでは、男女別の平均値±標準偏差を目安に、「やせ傾向」、「標準」、「肥満傾向」に3区分した。なお、表には示していないが、自覚症状の訴え数と体格指数との間には、男女とも関連はみられなかった。

## 4. 学年及びライフスタイルのカテゴリー別にみた生活満足得点

表7～10に、学年及びライフスタイルのカテゴリー別にみた生活満足得点について示した。生活行動においては、男子では、学年、就寝時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、入眠時間、家庭での学習時間、運動・スポーツ、夕食時刻の規則性、食品の組み合わせ食品摂取頻度、排便回数に、また、女子では、学年、就寝時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、夕食時刻の規則性、食品摂取頻度に差がみられた。

一方、生活意識においては、男子では、睡眠充足感、

目覚めの気分、食欲、健康の自己評価に、また、女子では、睡眠充足感、目覚めの気分、健康の自己評価、体型の自己評価に差がみられた。

## 5. 健康状況別にみた生活満足得点

表11、12に、健康状況のカテゴリー別にみた生活満足得点を示した。自覚症状の訴え数では、男女とも差がみられ、自覚症状の訴え数が低い者ほど、生活満足得点が高くなっていった。また、体格指数については、女子で差がみられ、肥満傾向の生徒は生活満足得点が低くなっていった。一方、男子では差がみられなかった。

## 6. ロジスティック回帰分析

表13、14に、ロジスティック回帰分析の結果を示した。生活満足得点を目的変数、男女それぞれに生活満足得点と有意となったライフスタイル要因を説明変数として、ロジスティック回帰分析を行った。説明変数に投入した要因については、表7～10に示した。具体的には、男子では、学年、就寝時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、入眠時間、家庭での学習時間、運動・スポーツ、夕食時刻の規則性、食品の組み合わせ、食品摂取頻度、排便回数、睡眠充足感、目覚めの気分、食欲、健康の自己評価を投入した。一方、女子では、学年、就寝時刻、起床時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、夕食時刻の規則性、清涼飲料水、食品摂取頻度、睡眠充足感、目覚めの気分、健康の自己評価、体型の自己評価を投入した。

目的変数は、全体の生活満足得点の平均値+0.5SDを境界値とし、「平均値+0.5SD以上」（男子137名28.6%、女子145名29.8%）と「それ以外」（男子342名71.4%、女子342名70.2%）の2値に分類した。

その結果、男子では、健康の自己評価「健康である」[オッズ比5.18(95%信頼区間1.70—15.81)]、食品の組み合わせ「いつも考えて食べる」[オッズ比4.66(95%信頼区間2.36—9.19)]、「時々考えて食べる」[オッズ比1.74(95%信頼区間1.08—2.78)]、睡眠時間「7時間以上」[オッズ比2.30(95%信頼区間1.15—4.58)]、「6～7時間」[オッズ比1.95(95%信頼区間1.05—3.61)]と関連を示した。

一方、女子では、健康の自己評価「健康である」[オッズ比5.99(95%信頼区間1.73—20.81)]、目覚めの気分「よい」[オッズ比2.21(95%信頼区間1.08—4.55)]、「まあ良い」[オッズ比1.84(95%信頼区間1.16—2.91)]と関連を示していた。

## IV. 考 察

思春期とそれに続く青年期は、生涯を健康に生きるための基盤づくりの時期であることから、健康的なライフスタイルを定着させることは、高校生にとっての重要な健康課題である。このような健康課題の解決に向けて、学校における健康教育は大きな役割を担っている。今までも保健体育審議会の答申で、心身の健康の保持増進



表2 生活行動の性別比較

| 要 因                       | 区 分             | 男 子<br>n = 479 | 女 子<br>n = 487 | 全 体<br>N = 966 | $\chi^2$ |
|---------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| 就 寝 時 刻                   | 1. 11時以前        | 38 ( 7.9)      | 40 ( 8.2)      | 78 ( 8.1)      |          |
|                           | 2. 11～12時       | 203 (42.4)     | 202 (41.5)     | 405 (41.9)     |          |
|                           | 3. 12時以降        | 238 (49.7)     | 245 (50.3)     | 483 (50.0)     |          |
| 起 床 時 刻                   | 1. 6時より前        | 38 ( 7.9)      | 49 (10.1)      | 87 ( 9.0)      | **       |
|                           | 2. 6～7時         | 217 (45.3)     | 283 (58.1)     | 500 (51.8)     |          |
|                           | 3. 7時以降         | 224 (46.8)     | 155 (31.8)     | 379 (39.2)     |          |
| 睡 眠 時 間                   | 1. 6時間未満        | 105 (21.9)     | 134 (27.5)     | 239 (24.7)     | *        |
|                           | 2. 6～7時間        | 259 (54.1)     | 275 (56.5)     | 534 (55.3)     |          |
|                           | 3. 7時間以上        | 115 (24.0)     | 78 (16.0)      | 193 (20.0)     |          |
| 就 寝 時 刻 の 規 則 性           | 1. 大体決まっている     | 214 (44.7)     | 191 (39.2)     | 405 (41.9)     |          |
|                           | 2. 時々遅くなる時がある   | 190 (39.7)     | 230 (47.2)     | 420 (43.5)     |          |
|                           | 3. まったく決まっていない  | 75 (15.7)      | 66 (13.6)      | 141 (14.6)     |          |
| 授 業 中 の 居 眠 り             | 1. なし           | 274 (57.2)     | 249 (51.1)     | 523 (54.1)     |          |
|                           | 2. 1～2回/週       | 131 (27.3)     | 152 (31.2)     | 283 (29.3)     |          |
|                           | 3. 3回以上/週       | 74 (15.4)      | 86 (17.7)      | 160 (16.6)     |          |
| 入 眠 時 間                   | 1. 5分くらい        | 98 (20.5)      | 144 (29.6)     | 242 (25.1)     | *        |
|                           | 2. 10分くらい       | 184 (38.4)     | 156 (32.0)     | 340 (35.2)     |          |
|                           | 3. 20分以上        | 197 (41.1)     | 187 (38.4)     | 384 (39.8)     |          |
| テ レ ビ ・ ビ デ オ 使 用 時 間     | 1. 1時間未満        | 153 (31.9)     | 119 (24.4)     | 272 (28.2)     | *        |
|                           | 2. 1～2時間        | 182 (38.0)     | 228 (46.8)     | 410 (42.4)     |          |
|                           | 3. 2時間以上        | 144 (30.1)     | 140 (28.7)     | 284 (29.4)     |          |
| パ ソ コ ン ・ ゲ ー ム 機 使 用 時 間 | 1. 1時間未満        | 266 (55.5)     | 376 (77.2)     | 642 (66.5)     | **       |
|                           | 2. 1～2時間        | 153 (31.9)     | 80 (16.4)      | 233 (24.1)     |          |
|                           | 3. 2時間以上        | 60 (12.5)      | 31 ( 6.4)      | 91 ( 9.4)      |          |
| 携 帯 メ ー ル 使 用 時 間         | 1. しない          | 209 (43.6)     | 169 (34.7)     | 378 (39.1)     | *        |
|                           | 2. 30分未満        | 160 (33.4)     | 190 (39.0)     | 350 (36.2)     |          |
|                           | 3. 30分以上        | 110 (23.0)     | 128 (26.3)     | 238 (24.6)     |          |
| 学 習 時 間                   | 1. 1時間未満        | 94 (19.6)      | 56 (11.5)      | 150 (15.5)     | **       |
|                           | 2. 1～2時間        | 209 (43.6)     | 169 (34.7)     | 378 (39.1)     |          |
|                           | 3. 2時間以上        | 176 (36.7)     | 262 (53.8)     | 438 (45.3)     |          |
| 運 動 ・ ス ポ ー ツ             | 1. ほとんど毎日する     | 258 (53.9)     | 125 (25.7)     | 383 (39.6)     | **       |
|                           | 2. 週2～3日する      | 78 (16.3)      | 65 (13.3)      | 143 (14.8)     |          |
|                           | 3. ほとんどしない      | 143 (29.9)     | 297 (61.0)     | 440 (45.5)     |          |
| 朝 食                       | 1. ほとんど毎日食べる    | 453 (94.6)     | 462 (94.9)     | 915 (94.7)     |          |
|                           | 2. 週2～3日食べる     | 15 ( 3.1)      | 13 ( 2.7)      | 28 ( 2.9)      |          |
|                           | 3. ほとんど食べない     | 11 ( 2.3)      | 12 ( 2.5)      | 23 ( 2.4)      |          |
| 夕 食 時 刻 の 規 則 性           | 1. 大体決まっている     | 307 (64.1)     | 313 (64.3)     | 620 (64.2)     |          |
|                           | 2. 時々遅くなる時がある   | 126 (26.3)     | 139 (28.5)     | 265 (27.4)     |          |
|                           | 3. まったく決まっていない  | 46 ( 9.6)      | 35 ( 7.2)      | 81 ( 8.4)      |          |
| 間 食                       | 1. ほとんど毎日食べる    | 143 (29.9)     | 154 (31.6)     | 297 (30.7)     |          |
|                           | 2. 週2～3日食べる     | 217 (45.3)     | 236 (48.5)     | 453 (46.9)     |          |
|                           | 3. ほとんど食べない     | 119 (24.8)     | 97 (19.9)      | 216 (22.4)     |          |
| 清 涼 飲 料 水                 | 1. ほとんど毎日飲む     | 149 (31.1)     | 79 (16.2)      | 228 (23.6)     | **       |
|                           | 2. 週2～3日飲む      | 201 (42.0)     | 182 (37.4)     | 383 (39.6)     |          |
|                           | 3. ほとんど飲まない     | 129 (26.9)     | 226 (46.4)     | 355 (36.7)     |          |
| イ ン ス タ ン ト 食 品           | 1. ほとんど毎日食べる    | 6 ( 1.3)       | 4 ( 0.8)       | 10 ( 1.0)      | **       |
|                           | 2. 週2～3日食べる     | 180 (37.6)     | 94 (19.3)      | 274 (28.4)     |          |
|                           | 3. ほとんど食べない     | 293 (61.2)     | 389 (79.9)     | 682 (70.6)     |          |
| 食 品 の 組 み 合 わ せ           | 1. いつも考えて食べる    | 58 (12.1)      | 70 (14.4)      | 128 (13.3)     | *        |
|                           | 2. 時々考えて食べる     | 200 (41.8)     | 230 (47.2)     | 430 (44.5)     |          |
|                           | 3. ほとんど考えて食べない  | 221 (46.1)     | 187 (38.4)     | 408 (42.2)     |          |
| 食 品 摂 取 頻 度               | 1. 16～23 (低得点群) | 167 (34.9)     | 174 (35.7)     | 341 (35.3)     |          |
|                           | 2. 24～25 (中間群)  | 119 (24.8)     | 110 (22.6)     | 229 (23.7)     |          |
|                           | 3. 26～30 (高得点群) | 193 (40.3)     | 203 (41.7)     | 396 (41.0)     |          |
| 排 便 回 数                   | 1. 毎日1回はある      | 347 (72.4)     | 191 (39.2)     | 538 (55.7)     | **       |
|                           | 2. 2日に1回はある     | 117 (24.4)     | 202 (41.5)     | 319 (33.0)     |          |
|                           | 3. 3～4日に1回はある   | 15 ( 3.1)      | 94 (19.3)      | 109 (11.3)     |          |

注1) 数字は人数 (%) を示す。性別比較が, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01で有意差あり。

表3 生活意識

| 要 因           | 区 分          | 男 子<br>n = 479 | 女 子<br>n = 487 | 全 体<br>N = 966 | $\chi^2$ |
|---------------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| 睡 眠 充 足 感     | 1. 足りない      | 176 (36.7)     | 183 (37.6)     | 359 (37.2)     |          |
|               | 2. 少し足りない    | 225 (47.0)     | 231 (47.4)     | 456 (47.2)     |          |
|               | 3. ちょうど良い    | 78 (16.3)      | 73 (15.0)      | 151 (15.6)     |          |
| 目 覚 め の 気 分   | 1. 良い        | 58 (12.1)      | 46 ( 9.4)      | 104 (10.8)     |          |
|               | 2. まあ良い      | 232 (48.4)     | 265 (54.4)     | 497 (51.4)     |          |
|               | 3. あまり良くない   | 189 (39.5)     | 176 (36.1)     | 365 (37.8)     |          |
| 食 欲           | 1. ある        | 303 (63.3)     | 346 (71.0)     | 649 (67.2)     |          |
|               | 2. 少しはある     | 143 (29.9)     | 115 (23.6)     | 258 (26.7)     | *        |
|               | 3. あまりない     | 33 ( 6.9)      | 26 ( 5.3)      | 59 ( 6.1)      |          |
| 健 康 の 自 己 評 価 | 1. 健康である     | 156 (32.6)     | 156 (32.0)     | 312 (32.3)     |          |
|               | 2. まあ健康である   | 278 (58.0)     | 300 (61.6)     | 578 (59.8)     |          |
|               | 3. あまり健康ではない | 45 ( 9.4)      | 31 ( 6.4)      | 76 ( 7.9)      |          |
| 体 型 の 自 己 評 価 | 1. 肥満        | 97 (20.2)      | 213 (43.7)     | 310 (32.1)     |          |
|               | 2. ふつう       | 268 (55.9)     | 259 (53.2)     | 527 (54.6)     | **       |
|               | 3. やせ        | 114 (23.8)     | 15 ( 3.1)      | 129 (13.4)     |          |

注1) 数字は人数 (%) を示す。性別比較が、\* p < 0.05, \*\* p < 0.01で有意差あり。

表4 自覚症状の項目別訴え率 (%)

| 区 分          | 項 目              | 男 子<br>n = 479 | 女 子<br>n = 487 | 全 体<br>N = 966 | $\chi^2$ |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| 集 中 思 考 困 難  | 1) 集中力がない        | 47.4           | 55.4           | 51.4           | *        |
|              | 2) 思考力が低下している    | 36.7           | 46.8           | 41.8           | *        |
|              | 3) 考えがまとまらない     | 31.9           | 39.8           | 35.9           | *        |
|              | 4) 根気がなくなっている    | 39.5           | 42.9           | 41.2           |          |
| だ る さ        | 5) 足がだるい         | 25.7           | 20.9           | 23.3           |          |
|              | 6) 腕がだるい         | 15.0           | 10.7           | 12.8           | *        |
|              | 7) 全身がだるい        | 23.6           | 20.3           | 21.9           |          |
|              | 8) 体が重く感じる       | 24.4           | 26.1           | 25.3           |          |
| 意 欲 低 下      | 9) 無口になっている      | 32.4           | 22.2           | 27.2           | **       |
|              | 10) 話すのが嫌である     | 12.3           | 9.7            | 11.0           |          |
|              | 11) 元気がない        | 18.8           | 13.1           | 15.9           | *        |
|              | 12) ゆうつな気分がする    | 24.2           | 32.9           | 28.6           | *        |
| 活 力 低 下      | 13) 動くのが面倒である    | 32.2           | 34.3           | 33.2           |          |
|              | 14) 座りたい         | 31.5           | 34.9           | 33.2           |          |
|              | 15) 立っているのがつらい   | 18.6           | 17.2           | 17.9           |          |
|              | 16) 何もしたくない      | 22.5           | 30.8           | 26.7           | *        |
| ね む け        | 17) あくびが出る       | 72.2           | 71.5           | 71.8           |          |
|              | 18) ねむい          | 72.0           | 78.6           | 75.4           | *        |
|              | 19) 気分転換がしたい     | 57.4           | 70.4           | 64.0           | **       |
|              | 20) 横になりたい       | 43.4           | 43.5           | 43.5           |          |
| 身 体 違 和 感    | 21) 眼が疲れている      | 38.6           | 43.9           | 41.3           |          |
|              | 22) 肩がこっている      | 24.0           | 42.3           | 33.2           | **       |
|              | 23) 眼がしょぼしょぼしている | 24.4           | 24.0           | 24.2           |          |
|              | 24) 首筋がはっている     | 17.1           | 18.9           | 18.0           |          |
| 平均訴え率 (24項目) |                  | 32.7           | 35.5           | 34.1           |          |

注1) 数字は各項目に対して「症状あり」と答えた者の割合 (%) を示す。

注2) 性別比較が、\* p < 0.05, \*\* p < 0.01で有意差あり。

を図るためには、適切な生活習慣及び態度の確立、ストレス対処法の習得、さらには、健康の保持増進のために必要なことを実行し、健康に良くないことを絶つことのできる実践力が必要であること<sup>23)</sup>が示されていた。また、平成21年高等学校学習指導要領の改訂においても、科目保健の目標として、個人及び社会生活における健康・安全についての理解を深めるようにし、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく資質や能力を育てることが示されている<sup>22)</sup>。

これまでに、児童生徒のライフスタイルと健康との関連について、睡眠時間が短い者は不定愁訴が多く<sup>23)24)</sup>、イライラ感や不安感、意欲の低下が顕著にみられることが指摘されてきた<sup>25)</sup>。根本ら<sup>26)</sup>の中学生を対象とした研究では、睡眠時間の短い生徒や朝食を摂らない生徒は、情動的Well-beingだけではなく、身体的健康、自尊感情、家族、友だちや学校などの下位因子得点が低く、QOLの全体得点も低くなることが報告されている。

このように、ライフスタイルの問題は、心身の健康状態のみならず、児童生徒の生活の質（生活満足度）にも影響を及ぼすことが明らかとなっており、どのような要因がどの程度関与するのかを詳細に把握することは、学校における健康教育の資料になりうると考えられる。本研究では、高校生の生活満足度にかかわる要因をライフスタイルの視点から明らかにするとともに、生活満足度と健康状況との関連についても検討してみた。

生活満足度と健康状況との関連について、心身の発育発達期にあたる高校生では、自覚症状などの主観指標だけではなく、客観指標も併せて検討してみる必要がある。本研究で体格指数を用いた目的は、肥満症の判定とその予防のためのライフスタイルの改善をねらいとしているのではなく、高校生のやせ傾向や肥満傾向と生活満足度との関連を明らかにし、健康教育の資料とすることにある。そこで、BMIの平均値±標準偏差を基準に、「やせ

傾向」、「標準」、「肥満傾向」の3区分で支障はないと考えられる。

高校生の生活満足度に関して、生活満足得点（全体得点）には性差が認められなかったが、項目別にみると、「学校の成績」において、女子よりも男子の方が高得点となっていた。高校生は、思春期中期にあたり、親からの心理的自立がある程度進み、同世代の親友と秘密を持ったり、少し上の先輩から理想像を得たり、異性と交際が始まる時期とされている<sup>27)</sup>。本研究においても、他の項目に比較して、友人関係にかかわる項目の得点が高くなる傾向がみられたことから、友人関係が生活の大きな位置を占める高校生の心理的発達上の一般的特徴を反映したものと考えられた。

次に、高校生のライフスタイルの個々の要因と生活満足度との関連について検討した。対象となった高校生のライフスタイルには、かなりの性差がみられたので、ここでは性別に分析した。その結果、睡眠や食事のリズムが規則的で、栄養バランスのとれた食生活に留意している生徒ほど、生活満足度が高いことが明らかとなった。また、睡眠の質にかかわる要因や健康の自己評価が良好である生徒ほど、男女ともに生活満足得点が高くなっていった。さらに、男女とも学年が低いほど、生活満足得点が高くなっていった。

先行研究において、児童生徒の健康維持のためには、生活リズムの安定化が必要であることが報告されている<sup>28-30)</sup>。また、筆者ら<sup>31)</sup>は、女子学生を対象に、食品摂取頻度の低い者は、朝食や昼食の欠食が多く、「集中思考困難」にかかわる自覚症状の訴え数が多いことを指摘してきた。本研究の結果にみられるように、睡眠や食事のリズムが規則的であることや栄養バランスの良い食生活は、健康状態の維持だけではなく、生活満足度にも影響を与える要因となりうる可能性が示唆された。

一方、健康状況のカテゴリー別に生活満足得点を算出したところ、自覚症状の訴え数では、男女とも差がみられ、自覚症状の訴え数が低い者ほど、生活満足得点が高くなっていった。門田<sup>32)</sup>が短大生を対象に、学生生活の満足度と疲労自覚症状の関連について、生活満足度が高い者ほど、自覚症状の訴え数が少ないことを報告しているが、本研究においてもほぼ同様の傾向が認められた。

表5 体格指数の記述統計

| 項目 | 男子   | 女子   | 全体   |
|----|------|------|------|
| 人数 | 479  | 487  | 966  |
| 平均 | 20.9 | 20.6 | 20.8 |
| SD | 3.2  | 2.5  | 2.9  |

表6 健康状況のカテゴリー別人数

| 性別 | 項目 | 自覚症状の訴え数 |        |         | 体格指数     |             |          |
|----|----|----------|--------|---------|----------|-------------|----------|
|    |    | (0~4)    | (5~9)  | (10~24) | (17.7以下) | (17.8~24.0) | (24.1以上) |
| 男子 | 区分 | (0~4)    | (5~9)  | (10~24) | (17.7以下) | (17.8~24.0) | (24.1以上) |
|    | 人数 | 168      | 151    | 160     | 49       | 377         | 53       |
|    | %  | 35.1     | 31.5   | 33.4    | 10.2     | 78.7        | 11.1     |
| 女子 | 区分 | (0~5)    | (6~11) | (12~24) | (17.1以下) | (17.2~23.1) | (23.2以上) |
|    | 人数 | 174      | 175    | 138     | 78       | 335         | 74       |
|    | %  | 35.7     | 35.9   | 28.3    | 16.0     | 68.8        | 15.2     |

注1) 男女ともBMIの低いカテゴリーから順に「やせ傾向」、「標準」、「肥満傾向」とした。

表7 男子の学年及び生活行動の категория 別にみた生活満足得点

| 要 因               | 区 分             | N   | Mean | SD   | F 値    | 多重比較           |
|-------------------|-----------------|-----|------|------|--------|----------------|
| 学 年               | 1. 1年生          | 174 | 66.5 | 11.9 | 7.5**  | 1 > 2・3        |
|                   | 2. 2年生          | 154 | 62.5 | 10.1 |        |                |
|                   | 3. 3年生          | 151 | 62.7 | 9.5  |        |                |
| 就 寝 時 刻           | 1. 11時以前        | 38  | 68.0 | 11.4 | 6.9**  | 1・2 > 3        |
|                   | 2. 11～12時       | 203 | 65.2 | 10.9 |        |                |
|                   | 3. 12時以降        | 238 | 62.3 | 10.2 |        |                |
| 起 床 時 刻           | 1. 6時より前        | 38  | 63.6 | 10.3 | 2.5    |                |
|                   | 2. 6～7時         | 217 | 65.2 | 11.1 |        |                |
|                   | 3. 7時以降         | 224 | 62.9 | 10.5 |        |                |
| 睡 眠 時 間           | 1. 6時間未満        | 105 | 61.2 | 10.2 | 5.6*   | 1 < 3          |
|                   | 2. 6～7時間        | 259 | 64.2 | 10.5 |        |                |
|                   | 3. 7時間以上        | 115 | 66.1 | 11.5 |        |                |
| 就 寝 時 刻 の 規 則 性   | 1. 大体決まっている     | 214 | 65.9 | 10.5 | 7.8**  | 1・2 > 3        |
|                   | 2. 時々遅くなる時がある   | 190 | 63.2 | 10.0 |        |                |
|                   | 3. 全く決まっていない    | 75  | 60.6 | 12.4 |        |                |
| 授 業 中 の 居 眠 り     | 1. なし           | 274 | 65.3 | 10.9 | 6.2*   | 1 > 3          |
|                   | 2. 1～2回/週       | 131 | 63.2 | 9.7  |        |                |
|                   | 3. 3回以上/週       | 74  | 60.6 | 11.3 |        |                |
| 入 眠 時 間           | 1. 5分くらい        | 98  | 65.7 | 12.4 | 3.8*   | 1 > 3          |
|                   | 2. 10分くらい       | 184 | 64.7 | 9.9  |        |                |
|                   | 3. 20分以上        | 197 | 62.4 | 10.5 |        |                |
| テレビ・ビデオ使用時間       | 1. 1時間未満        | 153 | 63.6 | 10.6 | 1.7    |                |
|                   | 2. 1～2時間        | 182 | 65.1 | 10.4 |        |                |
|                   | 3. 2時間以上        | 144 | 62.9 | 11.4 |        |                |
| パソコン・ゲーム機使用時間     | 1. 1時間未満        | 266 | 64.4 | 11.1 | 3.0    |                |
|                   | 2. 1～2時間        | 153 | 64.4 | 9.8  |        |                |
|                   | 3. 2時間以上        | 60  | 60.8 | 11.4 |        |                |
| 携 帯 メ ー ル 使 用 時 間 | 1. しない          | 209 | 63.5 | 11.2 | 1.9    |                |
|                   | 2. 30分未満        | 160 | 63.3 | 9.6  |        |                |
|                   | 3. 30分以上        | 110 | 65.7 | 11.5 |        |                |
| 家 庭 で の 学 習 時 間   | 1. 1時間未満        | 94  | 61.1 | 11.0 | 4.1*   | 1 < 2・3        |
|                   | 2. 1～2時間        | 209 | 64.5 | 11.0 |        |                |
|                   | 3. 2時間以上        | 176 | 64.8 | 10.1 |        |                |
| 運 動 ・ ス ポ ー ツ     | 1. ほとんど毎日する     | 258 | 64.6 | 10.9 | 6.3*   | 1・2 > 3        |
|                   | 2. 週2～3日する      | 78  | 66.4 | 10.5 |        |                |
|                   | 3. ほとんどしない      | 143 | 61.5 | 10.4 |        |                |
| 朝 食               | 1. ほとんど毎日食べる    | 453 | 64.2 | 10.8 | 2.9    |                |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 15  | 58.1 | 8.4  |        |                |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 11  | 60.8 | 8.3  |        |                |
| 夕 食 時 刻 の 規 則 性   | 1. 大体決まっている     | 307 | 64.6 | 10.8 | 4.9*   | 1・2 > 3        |
|                   | 2. 時々遅くなる時がある   | 126 | 64.0 | 10.3 |        |                |
|                   | 3. 全く決まっていない    | 46  | 59.3 | 10.7 |        |                |
| 間 食               | 1. ほとんど毎日食べる    | 143 | 64.4 | 11.1 | 2.0    |                |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 217 | 63.0 | 9.9  |        |                |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 119 | 65.3 | 11.8 |        |                |
| 清 涼 飲 料 水         | 1. ほとんど毎日飲む     | 149 | 63.0 | 10.7 | 1.6    |                |
|                   | 2. 週2～3日飲む      | 201 | 65.0 | 10.2 |        |                |
|                   | 3. ほとんど飲まない     | 129 | 63.4 | 11.7 |        |                |
| イ ン ス タ ント 食 品    | 1. ほとんど毎日食べる    | 6   | 64.8 | 23.9 | 0.6    |                |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 180 | 63.2 | 10.0 |        |                |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 293 | 64.4 | 10.9 |        |                |
| 食 品 の 組 み 合 わ せ   | 1. いつも考えて食べる    | 58  | 70.1 | 10.5 | 18.0** | 1 > 2・3, 2 > 3 |
|                   | 2. 時々考えて食べる     | 200 | 65.0 | 10.2 |        |                |
|                   | 3. ほとんど考えて食べない  | 221 | 61.4 | 10.5 |        |                |
| 食 品 摂 取 頻 度       | 1. 16～23 (低得点群) | 167 | 61.7 | 10.6 | 8.9**  | 1 < 2・3        |
|                   | 2. 24～25 (中間群)  | 119 | 63.3 | 9.4  |        |                |
|                   | 3. 26～30 (高得点群) | 193 | 66.4 | 11.3 |        |                |
| 排 便 回 数           | 1. 毎日1回はある      | 347 | 64.8 | 10.8 | 4.4*   | 1 > 2          |
|                   | 2. 2日に1回はある     | 117 | 61.9 | 9.7  |        |                |
|                   | 3. 3～4日に1回はある   | 15  | 60.1 | 14.9 |        |                |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \* p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, 数字は互いに有意となった区分の番号を示した.

表8 男子の生活意識のカテゴリー別にみた生活満足得点

| 要因      | 区分           | N   | Mean | SD   | F値     | 多重比較    |
|---------|--------------|-----|------|------|--------|---------|
| 睡眠充足感   | 1. 足りない      | 176 | 60.8 | 10.8 | 12.4** | 1 < 2・3 |
|         | 2. 少し足りない    | 225 | 65.7 | 10.2 |        |         |
|         | 3. ちょうど良い    | 78  | 66.0 | 10.7 |        |         |
| 目覚めの気分  | 1. 良い        | 58  | 68.4 | 12.8 | 13.9** | 1・2 > 3 |
|         | 2. まあ良い      | 232 | 65.2 | 10.1 |        |         |
|         | 3. あまり良くない   | 189 | 61.1 | 10.1 |        |         |
| 食欲      | 1. ある        | 303 | 66.1 | 11.3 | 16.9** | 1 > 2・3 |
|         | 2. 少しはある     | 143 | 60.2 | 8.6  |        |         |
|         | 3. あまりない     | 33  | 61.0 | 8.8  |        |         |
| 健康の自己評価 | 1. 健康である     | 156 | 69.0 | 11.4 | 37.4** | 1 > 2・3 |
|         | 2. まあ健康である   | 278 | 62.4 | 9.4  |        |         |
|         | 3. あまり健康ではない | 45  | 55.9 | 8.5  |        |         |
| 体型の自己評価 | 1. 肥満        | 97  | 63.0 | 10.0 | 0.8    |         |
|         | 2. ふつう       | 268 | 63.9 | 10.9 |        |         |
|         | 3. やせ        | 114 | 64.9 | 11.1 |        |         |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \*\* p < 0.01で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, 数字は互いに有意となった区分の番号を示した.

また, BMIにおいては, 女子で差がみられ, 肥満傾向の生徒は生活満足度が低くなっていた. 思春期から青年期の女子においては, 体型や体重調節に関する意識が強く<sup>33)</sup>, そのことが生活時間や食生活などの生活行動の制約を介して, 生活満足度にも少なからず影響を及ぼしていると推察された. 肥満はいじめの対象となる危険性があり, 精神的ダメージを受けやすく, 劣等感から積極性をなくす場合もあることが指摘されている<sup>34)</sup>. 先行研究においては, 定時制高校生の肥満度 (BMI) は, 「友達存在感」と負の相関関係が認められ, 肥満傾向の生徒は, 普通及びやせ傾向の生徒より友達存在感が低いことが報告されている<sup>35)</sup>. 逆に, 自分に対する歪んだボディイメージを確立して, 神経性食欲不振症などの摂食行動異常を引き起こす場合もある<sup>36)</sup>. いずれにしても, 高校生の体型と生活満足度との関連については, 今後慎重に検討する必要があると思われる.

本研究の結果, 自覚症状と体格指数には相互の関連はみられなかったが, 生活満足得点と自覚症状, 生活満足得点と体格指数には, 個々に関連が認められた. このように, 主観的健康指標に加え, 客観的健康指標を併用することによって, 健康状態が生活満足度に対してどのような影響を与えるのかについての多角的な情報が得られ, 保健指導や生徒指導において, 有効に活用することができると考えられた.

本研究では, 生活満足度に対して, どのような要因がどの程度の影響を与えているのかを把握するために, 生活満足得点を目的変数, 男女それぞれに生活満足得点と有意差のみられたライフスタイル要因を説明変数として, ロジスティック回帰分析を行った. その結果, 男子では, 健康の自己評価, 食品の組み合わせ, 睡眠時間と, 女子

では, 健康の自己評価, 目覚めの気分と関連を示していた. すなわち, 高校生の生活満足度に対しては, 健康の自己評価, 睡眠の質や量, 及び栄養バランスのとれた食生活などの要因の影響が大きいことが明らかとなった. 男子では, 説明変数に体育授業以外の運動・スポーツの実施状況も投入したが, 生活満足度に対しては必ずしも強い影響はみられなかった. 運動習慣と生活満足度との関連については, 実施頻度だけではなく, 運動の種類, 運動の強度や持続時間などにも着目し, 総合的に検討を加えていく必要がある.

高齢者を対象とした研究では, 生活満足度に関連の大きい要因として, 健康の自己評価, 体力レベルの高さ, 健康にかかわる生活習慣の維持及び他者との交流頻度などが挙げられている<sup>37-40)</sup>. 超高齢社会を迎えた現在では, 長い高齢期をできる限り介護を要しない状態で自立し, 生きがいをもって生活できるような努力と工夫が求められている.

学校保健分野においては, 生徒に自己の体型や健康状態を正しく認識させ, 健康の自己評価をさせることは, 将来の生活習慣病予防や健康増進の立場からも, 健康の自己管理能力を育成する上で重要である<sup>41)</sup>. 本研究の結果にみられるように, 高校生の生活満足度には, 健康の自己評価が強くかかわっており, その背景となるライフスタイルを十分に意識させていくことによって, 生徒の生活満足度を高めていく可能性があることが示唆された. 今後は, 先述した運動習慣の質的側面に加え, 高校生の体力レベルが生活満足度に対してどのように影響を及ぼすのかを検討することが課題である.

以上より, 高校生の生活満足度には, 健康の自己評価, 睡眠の質や量, 及びバランスのとれた食生活などの要因

表9 女子の学年及び生活行動の категория 別にみた生活満足得点

| 要 因               | 区 分             | N   | Mean | SD   | F 値   | 多重比較    |
|-------------------|-----------------|-----|------|------|-------|---------|
| 学 年               | 1. 1年生          | 179 | 66.8 | 10.4 | 7.9** | 1 > 2・3 |
|                   | 2. 2年生          | 146 | 63.4 | 10.3 |       |         |
|                   | 3. 3年生          | 162 | 62.7 | 9.4  |       |         |
| 就 寝 時 刻           | 1. 11時以前        | 40  | 63.2 | 10.9 | 5.8*  | 2 > 3   |
|                   | 2. 11～12時       | 202 | 66.4 | 10.9 |       |         |
|                   | 3. 12時以降        | 245 | 63.2 | 9.2  |       |         |
| 起 床 時 刻           | 1. 6時より前        | 49  | 62.4 | 11.6 | 3.5*  |         |
|                   | 2. 6～7時         | 283 | 65.5 | 10.2 |       |         |
|                   | 3. 7時以降         | 155 | 63.3 | 9.5  |       |         |
| 睡 眠 時 間           | 1. 6時間未満        | 134 | 62.6 | 9.7  | 4.6*  | 1 < 3   |
|                   | 2. 6～7時間        | 275 | 64.7 | 9.9  |       |         |
|                   | 3. 7時間以上        | 78  | 66.9 | 11.5 |       |         |
| 就 寝 時 刻 の 規 則 性   | 1. 大体決まっている     | 191 | 65.6 | 9.8  | 5.2** | 1・2 < 3 |
|                   | 2. 時々遅くなる時がある   | 230 | 64.6 | 9.8  |       |         |
|                   | 3. 全く決まっていない    | 66  | 60.9 | 11.8 |       |         |
| 授 業 中 の 居 眠 り     | 1. なし           | 249 | 66.0 | 10.3 | 6.0*  | 1 > 2・3 |
|                   | 2. 1～2回/週       | 152 | 63.0 | 9.3  |       |         |
|                   | 3. 3回以上/週       | 86  | 62.7 | 10.9 |       |         |
| 入 眠 時 間           | 1. 5分くらい        | 144 | 65.0 | 11.0 | 0.3   |         |
|                   | 2. 10分くらい       | 156 | 64.1 | 9.6  |       |         |
|                   | 3. 20分以上        | 187 | 64.5 | 10.0 |       |         |
| テレビ・ビデオ使用時間       | 1. 1時間未満        | 119 | 64.3 | 10.8 | 0.2   |         |
|                   | 2. 1～2時間        | 228 | 64.4 | 9.7  |       |         |
|                   | 3. 2時間以上        | 140 | 64.9 | 10.5 |       |         |
| パソコン・ゲーム機使用時間     | 1. 1時間未満        | 376 | 64.5 | 10.3 | 0.0   |         |
|                   | 2. 1～2時間        | 80  | 64.4 | 9.8  |       |         |
|                   | 3. 2時間以上        | 31  | 64.7 | 10.5 |       |         |
| 携 帯 メ ー ル 使 用 時 間 | 1. しない          | 169 | 64.6 | 10.7 | 0.1   |         |
|                   | 2. 30分未満        | 190 | 64.6 | 9.8  |       |         |
|                   | 3. 30分以上        | 128 | 64.2 | 10.2 |       |         |
| 家 庭 で の 学 習 時 間   | 1. 1時間未満        | 56  | 65.2 | 11.4 | 0.3   |         |
|                   | 2. 1～2時間        | 169 | 64.8 | 10.1 |       |         |
|                   | 3. 2時間以上        | 262 | 64.2 | 10.0 |       |         |
| 運 動 ・ ス ポ ー ツ     | 1. ほとんど毎日する     | 125 | 64.1 | 10.0 | 0.8   |         |
|                   | 2. 週2～3日する      | 65  | 66.0 | 11.6 |       |         |
|                   | 3. ほとんどしない      | 297 | 64.4 | 9.6  |       |         |
| 朝 食               | 1. ほとんど毎日食べる    | 462 | 64.5 | 10.1 | 0.2   |         |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 13  | 63.0 | 12.3 |       |         |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 12  | 62.3 | 12.3 |       |         |
| 夕 食 時 刻 の 規 則 性   | 1. 大体決まっている     | 313 | 65.2 | 10.2 | 4.0*  | 1 > 2   |
|                   | 2. 時々遅くなる時がある   | 139 | 62.5 | 9.7  |       |         |
|                   | 3. 全く決まっていない    | 35  | 66.0 | 11.2 |       |         |
| 間 食               | 1. ほとんど毎日食べる    | 154 | 64.3 | 9.7  | 0.0   |         |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 236 | 64.7 | 10.6 |       |         |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 97  | 64.4 | 10.1 |       |         |
| 清 涼 飲 料 水         | 1. ほとんど毎日飲む     | 79  | 62.6 | 9.7  | 3.1*  |         |
|                   | 2. 週2～3日飲む      | 182 | 63.9 | 10.1 |       |         |
|                   | 3. ほとんど飲まない     | 226 | 65.6 | 10.3 |       |         |
| イ ン ス タ ン ト 食 品   | 1. ほとんど毎日食べる    | 4   | 57.3 | 12.3 | 2.9   |         |
|                   | 2. 週2～3日食べる     | 94  | 62.7 | 10.4 |       |         |
|                   | 3. ほとんど食べない     | 389 | 65.0 | 10.1 |       |         |
| 食 品 の 組 み 合 わ せ   | 1. いつも考えて食べる    | 70  | 65.7 | 10.8 | 0.7   |         |
|                   | 2. 時々考えて食べる     | 230 | 64.5 | 9.3  |       |         |
|                   | 3. ほとんど考えて食べない  | 187 | 64.0 | 10.9 |       |         |
| 食 品 摂 取 頻 度       | 1. 16～23 (低得点群) | 174 | 63.3 | 10.2 | 4.2*  | 1 < 3   |
|                   | 2. 24～25 (中間群)  | 110 | 63.5 | 8.5  |       |         |
|                   | 3. 26～30 (高得点群) | 203 | 66.1 | 10.9 |       |         |
| 排 便 回 数           | 1. 毎日1回はある      | 191 | 64.7 | 10.4 | 2.9   |         |
|                   | 2. 2日に1回はある     | 202 | 65.4 | 10.0 |       |         |
|                   | 3. 3～4日に1回はある   | 94  | 62.3 | 9.9  |       |         |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \* p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, 数字は互いに有意となった区分の番号を示した.

表10 女子の生活意識のカテゴリー別にみた生活満足得点

| 要 因         | 区 分          | N   | Mean | SD   | F 値    | 多重比較    |
|-------------|--------------|-----|------|------|--------|---------|
| 睡 眠 充 足 感   | 1. 足りない      | 183 | 62.4 | 9.7  | 7.8**  | 1 < 2・3 |
|             | 2. 少し足りない    | 231 | 65.2 | 10.1 |        |         |
|             | 3. ちょうど良い    | 73  | 67.6 | 11.0 |        |         |
| 目 覚 め の 気 分 | 1. 良い        | 46  | 67.4 | 10.1 | 14.2** | 1・2 > 3 |
|             | 2. まあ良い      | 265 | 66.1 | 9.9  |        |         |
|             | 3. あまり良くない   | 176 | 61.4 | 9.7  |        |         |
| 食 欲         | 1. ある        | 346 | 65.2 | 10.6 | 1.9    |         |
|             | 2. 少しはある     | 115 | 63.5 | 9.0  |        |         |
|             | 3. あまりない     | 26  | 61.9 | 9.0  |        |         |
| 健康の自己評価     | 1. 健康である     | 156 | 68.2 | 10.5 | 18.3** | 1 > 2・3 |
|             | 2. まあ健康である   | 300 | 63.2 | 9.7  |        |         |
|             | 3. あまり健康ではない | 31  | 59.0 | 7.6  |        |         |
| 体型の自己評価     | 1. 肥満        | 213 | 63.0 | 10.1 | 4.3*   | 1 < 2   |
|             | 2. ふつう       | 259 | 65.8 | 10.1 |        |         |
|             | 3. やせ        | 15  | 63.8 | 11.0 |        |         |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, 数字は互いに有意となった区分の番号を示した.

表11 男子の健康状況のカテゴリー別にみた生活満足得点

| 項 目      | 区 分          | N   | Mean | SD   | F 値    | 多重比較           |
|----------|--------------|-----|------|------|--------|----------------|
| 自覚症状の訴え数 | A: 0~4       | 168 | 68.3 | 10.5 | 36.3** | A > B・C, B > C |
|          | B: 5~9       | 151 | 64.5 | 9.4  |        |                |
|          | C: 10~24     | 160 | 58.9 | 10.1 |        |                |
| 体 格 指 数  | A: 17.7以下    | 49  | 62.0 | 10.9 | 0.9    |                |
|          | B: 17.8~24.0 | 377 | 64.2 | 10.7 |        |                |
|          | C: 24.1以上    | 53  | 64.2 | 10.8 |        |                |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \*\* p < 0.01で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, アルファベットは, 互いに有意となった区分の記号を示した.

表12 女子の健康状況のカテゴリー別にみた生活満足得点

| 項 目      | 区 分          | N   | Mean | SD   | F 値   | 多重比較           |
|----------|--------------|-----|------|------|-------|----------------|
| 自覚症状の訴え数 | A: 0~5       | 174 | 68.9 | 9.8  | 40.5* | A > B・C, B > C |
|          | B: 6~11      | 175 | 64.3 | 8.2  |       |                |
|          | C: 12~24     | 138 | 59.2 | 10.3 |       |                |
| 体 格 指 数  | A: 17.1以下    | 78  | 65.6 | 10.4 | 3.4*  |                |
|          | B: 17.2~23.1 | 335 | 64.8 | 10.2 |       |                |
|          | C: 23.2以上    | 74  | 61.8 | 9.4  |       |                |

注1) 一元配置の分散分析の結果, \* p < 0.05で有意差あり.

注2) 多重比較はBonferroniの方法を用いた. また, アルファベットは, 互いに有意となった区分の記号を示した.

が関与することが明らかとなった. 生徒の健康状態を維持するだけでなく, 現在の生活の質を高めるためにも, より望ましい生活管理のあり方について指導する必要があると考えられた.

本研究において, 調査対象とした生徒は, 岡山市内の1高等学校の生徒のみであり, 集団の代表性の条件としては, 偏りがあるのは否めない. 小中学校と違い, 高校は学校によって, 生徒の学力水準や生活背景も大きく異

なる. 本研究の結果をもって, すべての高校生に一般化することはできないと判断することが妥当であり, 今後, 対象校や地域を拡大し, 追調査を実施していきたいと考ええる.

## V. ま と め

本研究では, 岡山県内の高校生966名を対象として質問紙調査を行い, 生活満足度とライフスタイル及び健康

表13 男子の生活満足得点に関連の大きいライフスタイル要因

| 要 因         | 偏回帰係数  | 有意確率  | オッズ比  | 95%信頼区間 |        |
|-------------|--------|-------|-------|---------|--------|
|             |        |       |       | 下限      | 上限     |
| 睡眠時間        |        |       |       |         |        |
| 「6～7時間」     | 0.668  | 0.033 | 1.950 | 1.054   | 3.610  |
| 「7時間以上」     | 0.832  | 0.018 | 2.299 | 1.154   | 4.581  |
| 食品の組み合わせ    |        |       |       |         |        |
| 「いつも考えて食べる」 | 1.539  | 0.000 | 4.661 | 2.364   | 9.189  |
| 「時々考えて食べる」  | 0.551  | 0.022 | 1.735 | 1.084   | 2.778  |
| 健康の自己評価     |        |       |       |         |        |
| 「健康である」     | 1.645  | 0.004 | 5.182 | 1.699   | 15.812 |
| 「まあ健康である」   | 0.827  | 0.140 | 2.287 | 0.763   | 6.587  |
| 定数          | -3.439 | 0.000 |       |         |        |

注1) 基準カテゴリー：

睡眠時間（「6時間未満」）

食品の組み合わせ（「ほとんど考えて食べない」）

健康の自己評価（「あまり健康ではない」）

表14 女子の生活満足得点に関連の大きいライフスタイル要因

| 要 因       | 偏回帰係数  | 有意確率  | オッズ比  | 95%信頼区間 |        |
|-----------|--------|-------|-------|---------|--------|
|           |        |       |       | 下限      | 上限     |
| 目覚めの気分    |        |       |       |         |        |
| 「よい」      | 0.795  | 0.030 | 2.213 | 1.078   | 4.545  |
| 「まあ良い」    | 0.609  | 0.009 | 1.839 | 1.161   | 2.914  |
| 健康の自己評価   |        |       |       |         |        |
| 「健康である」   | 1.790  | 0.005 | 5.991 | 1.725   | 20.814 |
| 「まあ健康である」 | 0.966  | 0.124 | 2.627 | 0.767   | 8.998  |
| 定数        | -2.510 | 0.000 |       |         |        |

注1) 基準カテゴリー：

目覚めの気分（「あまり良くない」）

健康の自己評価（「あまり健康ではない」）

状況との関連について検討した。調査は、2010年4月に行った。

その結果、生活満足度では、19項目中5項目で性差がみられたが、得点の平均では性差は認められなかった。

生活満足得点とライフスタイル及び生活意識の比較では、男子では、学年、就寝時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、入眠時間、家庭での学習時間、運動・スポーツ、夕食時刻の規則性、食品の組み合わせ、食品摂取頻度、排便回数、睡眠充足感、目覚めの気分、食欲、健康の自己評価が、女子では、学年、就寝時刻、睡眠時間、就寝時刻の規則性、授業中の居眠り、夕食時刻の規則性、食品摂取頻度、睡眠充足感、目覚めの気分、健康の自己評価、体型の自己評価に差がみられた。

健康状況のカテゴリー別に生活満足得点を比較したところ、自覚症状の訴え数では、男女とも差がみられ、自覚症状の訴え数が低い者ほど、生活満足得点が高くなっていた。また、体格指数については、女子で差がみられ、肥満傾向の生徒は生活満足度が低くなっていた。

ロジスティック回帰分析の結果、生活満足得点は、男

子では、健康の自己評価、食品の組み合わせ、睡眠時間と、女子では、健康の自己評価、目覚めの気分と関連がみられた。

以上より、高校生の生活満足度には、健康の自己評価、睡眠の質や量、及び栄養バランスのとれた食生活などの要因が関与することが明らかとなった。

## 文 献

- 1) 中央教育審議会：子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について（答申）、2008
- 2) 財団法人日本学校保健会：生活習慣病に関するリスクファクター調査結果の概要。平成20年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書、11-19、財団法人日本学校保健会、東京、2010
- 3) 財団法人日本学校保健会：ゆたかな体と心を育むための望ましい生活習慣づくり。1-97、財団法人日本学校保健会、東京、2005
- 4) 公衆衛生審議会：生活習慣に着目した疾病対策の基本的



- 方向性について (意見具申). 1996
- 5) 保健体育審議会: 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 (答申). 1997
  - 6) 服部伸一, 北尾岳夫, 野々上敬子ほか: 中学生の自覚症状の訴え数とライフスタイル要因との関連について—数量化Ⅱ類を用いた検討—. 関西福祉大学研究紀要 13: 29-40, 2010
  - 7) 野々上敬子, 平松清志, 稲森義雄: 中学生の生活習慣および自覚症状と学業成績に関する研究—岡山市内A中学校生徒を対象として—. 学校保健研究 50: 5-17, 2008
  - 8) 高倉 実: すべての子どもに豊かな健康を マルチレベルからみた心理社会的学校環境の健康影響. 学校保健研究 51 suppl: 48-52, 2009
  - 9) 高倉 実, 小林 稔, 新屋信雄ほか: 小中学生における心理社会的学校環境と自覚症状との関連性の構造化: WHO Health Behaviour in School-aged Children Studyの構成概念を適用して. 学校保健研究 48: 18-31, 2006
  - 10) 高橋孝雄, 五十嵐隆編: 思春期の子育て支援—小児科の新たな課題—. 2, 社団法人日本小児保健協会, 東京, 2008
  - 11) 高倉 実: 高校生の抑うつ症状と健康習慣との関連性について. 学校保健研究 38: 335-345, 1996
  - 12) 岡田倫代, 鈴江 毅, 田村裕子ほか: 高校生における抑うつ状態に関する調査—Birlson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて—. 児童精神医学とその近接領域 50: 57-68, 2009
  - 13) 江口篤寿: 日本人の生活構造. 保健の科学 23: 450-454, 1981
  - 14) 高倉 実: 大学生の蓄積的疲労徴候と生活の質, 健康習慣, 生活条件との関連について. 学校保健研究 34: 272-279, 1992
  - 15) 高倉 実: 中学生の蓄積的疲労徴候と生活の質, 生活様式との関連について. 民族衛生 60: 3-11, 1994
  - 16) 高倉 実: 高校生の生活満足度尺度の試作. 琉球大学教育学部研究紀要 47: 117-124, 1995
  - 17) 高倉 実: 大学生のQuality of Lifeと精神的健康について—生活満足度尺度の試作—. 学校保健研究 37: 414-422, 1995
  - 18) 健康・栄養情報研究会編: 厚生労働省平成16年度国民健康・栄養調査報告. 10-15, 第一出版, 東京, 2006
  - 19) 門田新一郎: 中学生の健康状態と食生活との関連について—簡易アンケート調査による検討—. 栄養学雑誌 45: 209-222, 1987
  - 20) 小林秀紹, 出村慎一, 郷司文男ほか: 青年用疲労自覚症状尺度の作成. 日本公衆衛生雑誌 47: 638-646, 2000
  - 21) 財団法人日本学校保健会: 生活習慣病に関するリスクファクター調査結果の概要. 平成20年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書, 2, 財団法人日本学校保健会, 東京, 2010
  - 22) 文部科学省: 高等学校学習指導要領解説 保健体育編・体育編. 111, 東山書房, 京都, 2009
  - 23) 堀田法子, 古田真司, 村松常司ほか: 中学生・高校生の自律神経性愁訴と生活習慣との関連について. 学校保健研究 43: 73-82, 2001
  - 24) 服部伸一, 野々上敬子, 門田新一郎: 小学生の健康状況と情報機器の使用および生活時間との関連について. 小児保健研究 67: 357-366, 2008
  - 25) 石原金由. 子どもの睡眠習慣の乱れが心身の健康に及ぼす影響—とくに睡眠不足と生活の夜型化の観点から—. 平成12~14年度文部科学省科学研究費補助金 研究成果報告書, 5-15, 2003
  - 26) 根本芳子, 松崎くみ子, 柴田玲子ほか: 睡眠時間・朝食の摂取状況と中学生版QOL尺度得点の関連性. 小児保健研究 65: 398-404, 2006
  - 27) 渡辺久子: 成長・発達からみた思春期の特徴—こころの視点から—. 小児内科 29: 521-526, 1997
  - 28) 鈴木綾子, 野井真吾: 中学生における睡眠習慣と睡眠問題, 不定愁訴との関連. 発育発達研究 36: 21-26, 2007
  - 29) 横山公通, 宮崎康文, 水田嘉美ほか: 中学生の自覚症状と生活習慣に関する研究. 日本公衆衛生雑誌 53: 471-478, 2006
  - 30) 服部伸一, 野々上敬子, 多田賢代: 中学生の授業中の居眠りと学業成績, 自覚症状及び生活時間との関連について. 学校保健研究 52: 305-310, 2010
  - 31) 服部伸一, 北尾岳夫, 足立 正: 女子学生の健康状態と食生活との関連について—簡易アンケート調査による検討—. 関西福祉大学研究紀要 12: 45-54, 2009
  - 32) 門田新一郎: 学生の健康管理に関する研究—学生生活の満足度と疲労感について—. 学校保健研究 22: 140-144, 1979
  - 33) 尾崎麻衣, 高山智子, 吉良尚平: 女子大学生の食生活状況および体型・体重調節志向と疲労自覚症状との関連. 日本公衆衛生雑誌 52: 387-398, 2005
  - 34) 日本肥満学会編集委員会: 肥満・肥満症の指導マニュアル (第2版). 50, 医歯薬出版, 東京, 2004
  - 35) 岡田倫代, 鈴江 毅, 田村裕子ほか: 定時制高校生における学校生活に対する満足度と肥満度 (BMI) との関連性について—A高校の実態調査より—. 地域環境保健福祉研究 12: 45-49, 2009
  - 36) 思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班: 思春期やせ症 小児診療に関わる人のためのガイドライン. 8-14, 文光堂, 東京, 2008
  - 37) 出村慎一, 野田政弘, 南 雅樹ほか: 在宅高齢者における生活満足度に関する要因. 日本公衆衛生雑誌 48: 356-366, 2001
  - 38) 小西史子, 孫 琳琳, 木村靖夫: 高齢者の身体状況, 体力, 食生活および主観的健康感と生活満足度との関連. 日本健康教育学会雑誌 17: 14-23, 2009
  - 39) 日置敦巳: 健康感および生活満足度と健康維持習慣との

- 関連. 民族衛生 66:248-256, 2006
- 40) 島貫秀樹, 崎原盛造, 芳賀 博ほか: 沖縄県農村地域の  
高齢者における交流頻度と生活満足度および精神的健康と  
の関連—I ADLレベルによる比較—. 民族衛生 69:  
195-204, 2003
- 41) 門田新一郎: 中学生の体型および自覚症状と健康意識と

の関連について. 日本公衆衛生雑誌 44:131-138, 1997

(受付 11. 03. 04 受理 11. 09. 12)

連絡先: 〒678-0255 兵庫県赤穂市新田380-3

関西福祉大学 (服部)

## 会 報

# 平成23年度 第1回日本学校保健学会理事会議事録

日 時：平成23年4月17日(日) 13:00~15:30

場 所：名古屋市千種区末盛2-11 愛知学院大学歯学部付属病院(南館7F講義室1)

出席者：佐藤祐造(理事長)・植田誠治・川畑徹朗・後藤ひとみ・宮下和久・村松常司(常任理事)・宮尾 克(事務局  
局長)・佐々木胤則・数見隆生・朝倉隆司・衛藤 隆・岡田加奈子・瀧澤利行・野津有司・三木とみ子・渡  
邊正樹・中川秀昭・石川哲也・西岡伸紀・春木 敏・森岡郁晴・鈴江 毅・友定保博・松本健治・山本万喜  
雄・住田 実・照屋博行(理事：順不同)  
鎌田尚子・門田新一郎(監事)・山田浩平(幹事)・土井 豊(オブザーバー)  
加藤一夫・森田一三(会場係)

委任状提出者：横田正義・面澤和子・近藤 卓・高橋浩之・大澤 功

今回議事録署名人の指名：衛藤 隆・岡田加奈子

理事長挨拶(佐藤理事長)

- ・東日本大震災で被害に遭われた方々へのお見舞い及びお悔やみの言葉があり、その後出席者による黙祷を行った
- ・前回議事録の確認と今回議事署名人の指名

### 1. 審議事項

#### 1) 第14期日本学校保健学会各種委員会構成について

日本学校保健学会常任理事、各種委員会および事務局構成(資料1参照)

#### 2) 日本学校保健学会法人化について(村松常任理事、植田常任理事)

##### (1) 法・制度検討委員会について

法人化のためには国の厳しい審査(主務官庁の許可)が必要であったが、平成20年12月新しい制度が施行され、登記で法人格がとれるように緩和されている。なお、これまで法人格を有する団体は、平成25年11月までに申請を行わないと法人格が抹消される。加えて、法人化にあたっては税制の問題や組織の問題が挙げられる。法人化を図っても、それに伴って必ずステータスが高まるとは考えにくい。約二千人の会員数を有する本学会にとって「法人格」は必要と思われ、メリットとデメリットを考えながら法・制度検討委員会で検討していく予定である。その際、一般社団法人、公益社団法人では法人税の課税対象が異なり、寄付金税制の優遇処置等も異なり、一般社団法人の中には営利と非営利の団体がある。それらの種類をよく理解したうえで検討していく必要がある。

以上の審議の結果、とりあえず法・制度検討委員会で検討し、本学会のロードマップ等を作成するなどして次回の理事会でも検討することとなった。

##### (2) 国際交流委員会について

国際交流委員会の設置に向けて、昨年度の国際交流検討委員会の報告を基に、法・制度検討委員会で規定策定等の検討を行い、前向きに進めていくこととなった。

#### 3) 日本学校保健学会役員選挙制度について(佐藤理事長)

学会の法人化の検討に伴って、役員選挙制度を見直す必要がある。当面の予定として、第59回日本学校保健学会総会までに、法・制度検討委員会の中で会則(定款)と併せて検討していくことが確認された。

#### 4) 第58回日本学校保健学会(平成23年度 名古屋)について(宮尾年次学会長)(資料3参照)

開催日：平成23年11月11日~13日 会場：名古屋大学東山キャンパス

東日本大震災に伴って年次学会を自粛しているところもあるが予定通り実施する。また、プログラムに関しては大震災の内容も取り入れて行っていく予定であり、学会の申し込みはホームページからも可能であることが報告された。なお、年次学会に対し、子連れでの参加者への対応のために、託児所の設置を検討していただきたいとの要望が出され、設置に向けて前向きに検討していくこととなった。なお、託児所の設置については、年次学会の負担ではなく学会本部の負担にするのか否かについても検討していく必要があるとの意見が出され、今後理事会で検討していくこととなった。

#### 5) 第59回日本学校保健学会(平成24年度 神戸)について(川畑年次学会長)(資料4参照)

開催日：平成24年11月9日~11日 会場：神戸国際会議場

一般口演は発表10分、討論5分にし、ポスター発表は座長を設けず、30分ほどの指定時間を設定したい。なお、近畿学校保健学会、日本学校保健会、神戸大学での行事と併せて開催する予定である。

6) 第60回日本学校保健学会(平成25年度 関東甲信越地区)の開催について

瀧澤地区代表理事が連絡役となり、本年度の年次学会までに決定することとなった。なお、60回記念学会とするか否かについては、年次学会で内容を検討するのではなく、学会本部の方から具体的に提案する必要があるとの意見が出されたが、これは学会の法人化とのかかわりもある。以上の審議の結果、記念学会としての行事実施の有無については、関東甲信越地区選出理事に一任することとなった。

7) 年次学会の補正予算について

審議事項4) 5) 6)に関連して、現在、学会から年次学会の補助として90万円が支払われているが、この金額は少ないのではないかと意見が出され、理事会で検討していくこととなった。

8) 東日本大震災への対応について

- ・数見理事より「東日本大震災と学校の状況」について、スライドを使用して被災地学校の現状の報告があり、それらを踏まえた問題点について説明がなされた。
  - ・衛藤理事より、他の学術団体の対応について配布資料を基に説明がなされた。
- 上記の二つの報告、説明に伴い、日本学校保健学会として取り組むべき対応を検討し、以下の2点が挙げられた。

- (1) 本年度の年次学会にてシンポジウム等で東日本大震災についてのトピックを取り上げる
- (2) 学会として委員会等を設置し、その活動状況をホームページ等で掲載する。その活動は東北の会員を中心とするが、他の会員もできる範囲で協力する。委員会の設置が困難な場合は、数見理事と学会事務局で相談し、ワーキンググループを立ち上げていくことが必要との意見が出された。この点については、今後数見理事と常任理事会に一任することとなった。

9) その他

- ・名誉会員の推戴について

本人の了解が必要であるため、現名誉会員名簿も含めて、事務局から各地区代表理事へ連絡のメールを送付することとなった。

10) 次回の理事会について

次回理事会開催の候補日を7月3日(日)とし、場所は今回と同様の愛知学院大学歯学部附属病院で開催することとなった。

## 2. 報告事項

### 1) 各種委員会報告

(1) 法・制度検討委員会(村松常任理事)

第1回法・制度検討委員会の検討事項

1. 副委員長の選出(植田常任理事、後藤常任理事)、2. 法・制度検討委員会の業務、3. 法人化、選挙制度検討、4. 国際交流委員会規定、5. 名誉会員の推戴、6. 委員会予算について、7. 中教審特別部会等の動きに対応した学校保健活動、について報告があった。

(2) 渉外・国際交流担当(植田常任理事)(配布資料参照)

渉外: 1. 全国養護教諭連絡協議会第16回連絡協議会(特別講演、基調講演、フォーラム)

2. 「健やか親子21」推進会議総会、

3. 文部科学省教職員課(後藤常任理事)配布資料参照

文部科学省初等中等教育局教職員課訪問について

目的: 免許法改正に伴って、学会の存在の確認と学校保健を取り巻く問題点の理解

以上の報告について、今後文部科学省を訪問する際には、理事会にて議論後にコンセンサスを図った後に提案していくこととなった。

(3) 学会誌編集委員会(川畑常任理事)(配布資料参照)

学校保健研究: 査読担当評議員の領域選定について、アンケートを実施する予定である。

School Health: これまで和文投稿も認めており、査読後に和文を英文にしていた。今後は英文で投稿し、査読等を行っていく方向である。現在は学会ホームページ上に日本語訳の箇所には投稿言語は英文と和文の両方と、英文の箇所には投稿言語は英語のみが記載されている。そのため、今後はホームページ上の文言を訂正していくとともに、暫定的な対処方法を検討していく予定である。

以上の報告について、編集委員会での決定事項をホームページ上に限らず、学校保健研究やSchool Healthに掲載していくこととなった。さらに、学校保健研究の論文掲載について、受理されてから掲載までの時間を短縮してほしいとの意見が出され、今後は可及的速やかに掲載できるように対処することとなった。

(4) 学術委員会（宮下常任理事）（配布資料参照）

今後の活動予定：1. 学会共同研究，2. 年次学会との共同企画によるシンポジウムの開催

今後の検討事項：1. 学会の活性化に関する事項，2. 年次学会の学術に関する事項，  
3. 学会の学術に関する事項，4. その他（学校保健用語集の発行）

(5) 学会賞選考委員会（衛藤理事）

前年度の委員会の審査方針を踏襲し、次回の理事会迄に候補者を選出する予定である。

(6) 事務局引継ぎについて（宮尾事務局長）

学会の事務局が学会支援センターから勝美印刷に移転し、4月は移行期間である。

(7) ホームページの更新について（宮尾事務局長）

ホームページの管理事務局を変更し、これまでの学校保健研究のバックナンバーをPDF化してホームページ上に掲載することも考えている。その際、著作権や著作権等の問題がかかわってくるために、長期的に検討していく。

(8) その他

理事会終了後、各種委員会が別個の会議室で開催された。

以上

## 会報

## 平成23年度 第2回日本学校保健学会理事会議事録

日 時：平成23年7月3日(日) 13:00~15:30

場 所：名古屋市千種区末盛2-11 愛知学院大学歯学部付属病院(南館7F講義室1)

出席者：佐藤祐造(理事長)・植田誠治・川畑徹朗・後藤ひとみ・宮下和久・村松常司(常任理事)・宮尾 克(事務局長)・佐々木胤則・横田正義・数見隆生・朝倉隆司・衛藤 隆・高橋浩之・瀧澤利行・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・大澤 功・中垣晴男・石川哲也・西岡伸紀・春木 敏・森岡郁晴・鈴江 毅・友定保博・山本万喜雄・住田 実・照屋博行(理事：順不同)・鎌田尚子・門田新一郎(監事)・下村淳子・山田浩平(幹事)・土井 豊(オブザーバー)

委任状提出者：面澤和子・岡田加奈子・近藤 卓・野津有司・松本健治

今回議事録署名人の指名：大澤 功・数見隆生

理事長挨拶(佐藤理事長)

- ・出欠、委任状の確認
- ・前回議事録の確認と今回議事署名人(大澤功理事、数見隆生理事)の指名

## 1. 審議事項

## 1) 国際交流委員会規定(案)の検討

## 2) 1)に伴う会則の改正ならびに委員会の設置規定の改正

法・制度検討委員会委員長村松常任理事、副委員長植田常任理事より説明(資料1, 2参照)

## (1) 日本学校保健学会会則について

配布資料30ページ：第4条の第5号に相当する「国際交流に関わる事業」を追加

## (2) 委員会設置規定について

配布資料35ページ：第3条の常置委員会に国際交流委員会を追加

以上の(1)、(2)の報告について意見があげられ、以下のように訂正された。

配布資料7ページ：国際交流委員会規定

- ・第2条1) 国際学会や海外学会等 → 国際学会および海外学会等
- ・第3条3項「委員長は」の後に「,」を追加

今後は、国際交流委員会を設置して内容を検討していくこととなった。なお、委員長には衛藤理事が任命され、衛藤理事より就任の挨拶がなされた。

## 3) 学会共同研究第二次審査について(宮下常任理事)

検討方法としては、五つの観点(発展性、獨創性、有用性、学会への貢献および研究組織)について、それぞれ点数をつけて採点した。更に、学会共同研究者に委員会のメンバーが入っている場合は、その委員を除いたメンバーにて投票を行った。その結果は以下の通りである。

- ・継続研究1件→投票により岡田倫代氏(香川県立観音寺第一高等学校)「ピア・サポート活動による定時制高校生の精神的健康の改善に関する研究」の研究課題を採択
- ・新規研究応募3件→投票により伊藤常久氏(生活文化大学短期大学部生活文化学科・講師)「地域の連携・協働を考慮した安全・安心な学校づくりに関する研究—東日本大震災の教訓から—」の研究課題(東日本大震災関連)を採択

以上の継続・新規学会共同研究について報告がなされ、理事会にて承認された。

## 4) 学会賞の選考について(衛藤理事)(資料3参照)

## (1) 平成22年度学会賞選考結果について

## (2) 平成22年度学会奨励賞選考結果について

(1)(2)の選考方法は昨年度と同様に、第1段階(選考対象論文のリスト)~第5段階(電子メールによる学会賞候補審議)の手順を経て行い、検討結果の後、以下の論文が対象候補となった。

- ・学会賞候補論文：教育用色覚検査としてのCMTの有用性、高柳泰世氏(本郷眼科・神経内科、名古屋市学校医会)
- ・学会奨励賞候補論文：学校から仕事への移行期における18—22歳の青少年の喫煙と飲酒に関連するライフス

タイトルの検討, 三好美浩氏 (兵庫教育大学教育・社会調査研究センター)

以上の論文の選考結果について報告がなされ, 理事会において学会賞・奨励賞と決定した。

5) 日本学校保健学会法人化について (村松常任理事)

表記の件については, 前回の理事会後に法・制度検討委員会にて検討したところ, 先に法人規定を検討し, 学会の方向性を見据えてからタイミングを見計らって法人化を実施していくこととなった。この件について, 本日 (7月3日) の常任理事会で報告したところ, 佐藤理事長から法人化に向けての強い要請があり, 今後はロードマップ (行程表等) を作成し, ワーキンググループのメンバー等を含めて検討していくこととなった。

6) 日本学校保健学会役員選挙制度について (村松常任理事)

現在のところ, 法・制度委員会内では十分な検討がされていないので, 早急に検討して第59回年次学会までにある方向を示していくこととなった。なお, この件について佐藤理事長より, 本学会に関するこれまでの歴史や経緯を踏まえて検討して欲しいとの要望が出された。

7) 東日本大震災への対応について

(1) 年次学会でシンポジウムとして取り上げる

シンポジウム3「東日本大震災：私たちが今, できること (仮題)」数見理事, 後藤常任理事

(2) 本学会として委員会等を設置していく

学術委員会にて, 学会共同研究として東日本大震災の特別枠を作成していく方向で提案がなされ, 常任理事会では承認された。この件について, 理事会にて意見を求めたところ, 以下の意見が出された。

・東日本大震災の課題として, 原発に関する内容も取り入れていくのはどうか。

・当面は地域住民の中で学校が避難場所として挙げられているが, 教育と保健, 学校保健を再度見直す, 例えば学校の災害防止マニュアル等を見直すなどのことが必要ではないか。

以上の意見を踏まえ, 学会の取り組みとしては年次学会でのシンポジウムとして取り上げ, その他に学会の共同研究として特別枠として震災の内容を公募したり, 学会誌「学校保健研究」の特集のトピックとして取り上げたり, 中長期的に対応していくこととなった。

8) 平成23年度補正予算 (案) について (宮尾事務局長) (配布資料4)

配布資料をもとに, 平成23年度の修正予算案が提案された。具体的には収入の部には訂正は無く, 支出の部で①事務局の移転に伴い事務費を削減, ②法・制度検討委員会の活動費の増加, ③国際交流委員会の設置に伴い活動費の配分, の3点が報告され, 承認された。

9) 第58回日本学校保健学会 (平成23年度 名古屋) について (大澤第58回年次学会実行委員長) (配布資料5)

学会プログラムの概要, 一般口演・ポスターの演題数について報告がなされた。なお, 最終的な口演数は177演題, ポスター124演題である。

10) 第59回日本学校保健学会 (平成24年度 神戸) について (川畑第59回年次学会会長)

これまでの準備委員会の中で以下の2点について検討がなされた。

(1) 学会の事務の一部を日本コンベンションサービスに委託する。

(2) メインゲストとして, ドナ・クロス教授 (エディス・コワン大学, オーストラリア パース) を招待し, 特にいじめの問題を取り上げて講演をお願いする方向である。

11) 第60回日本学校保健学会 (平成25年度) について (瀧澤理事) (資料7)

第60回日本学校保健学会の開催について, 関東地区理事で意向及び投票にて確認した結果, 以下の3点が決定された。

(1) 第60回日本学校保健学会は東京地区で開催する。

(2) 第60回日本学校保健学会年次学会長には衛藤隆理事が推薦された。

(3) 開催時期, 会場については次回理事会を目処に調整していく。

以上の報告について, 理事会にて承認された。

12) 次回の理事会について

次回理事会開催の候補日を10月10日 (月) とし, 場所は今回と同様の愛知学院大学歯学部附属病院で開催することとなった。

13) その他

(1) 教職員生活の全体を通じた教員の資質能力の総合的な向上方策について (後藤常任理事)

文部科学省より, 教職員生活の全体を通じた教員の資質能力の総合的な向上方策について (審議経過報告) の意見募集がなされているが, 本学会は教育関係団体からの意見聴取照会先として登録されていない。そのため, 今回の意見募集に対して本学会から意見を伝達し, 学会発展のために取り組んでいきたいとの報告がな

れた。

以上の報告に対し、今後は後藤常任理事、植田常任理事、三木理事を中心として取り組んでいくこととなった。

## 2. 報告事項

### 1) 各種委員会報告

#### (1) 法・制度検討委員会 (村松常任理事)

##### 第2回法・制度検討委員会の検討事項

- ①法人化の検討, ②選挙制度の検討, ③国際交流委員会規定の作成について
- ④名誉会員の推戴と監事の委員兼務について

#### (2) 学会誌編集委員会 (川畑常任理事) (配布資料参照)

##### 第2回編集委員会, 第4~5回編集小委員会

- ・評議員の先生方に査読の領域, 英文査読の可否に関するアンケートを実施し, ほぼアンケートを回収し終わった。本日の委員会にて再度検討していく。
- ・英文誌の投稿論文を英語のみにする旨を機関誌に記載した。
- ・英文誌と和文誌の学会賞の選定に関する規定等を統一し, ホームページに記載していく。

#### (3) 学術委員会 (宮下常任理事) (報告資料4参照)

##### 第2~3回学術委員会検討事項

- ① 学会共同研究の選考指針等, 公募方法 (若手研究, テーマで挙げた共同研究等)
- ② 学会の共同企画について, 今年度以降も年次学会にて東日本大震災と学校安全を取り上げる
- ③ 学会の活性化について, 学校保健専門職種に対する企画及び活動に加えて, 一般教諭に対する働きかけを継続して検討する

#### (4) 学会賞選考委員会 (衛藤理事) (報告資料5参照)

審議事項4)と同様

### 2) ホームページの更新について (宮尾事務局長)

ホームページの管理会社を, 東京大学病院のユーミンに変更した。

### 3) 第14期日本学校保健学会各種委員会構成について (佐藤理事長) (報告資料6参照)

佐藤理事より, 衛藤理事の国際交流委員会委員長就任に伴い, 同理事が委員長を務めていた学会賞選考委員会委員長について, 学会規定に基づき委員の中から委員長を選出してほしいとの要望がなされ承認された。

### 4) 渉外・国際交流・法人化について (植田常任理事) (報告資料7参照)

日本スポーツ体育健康科学学術連合総会の議事要旨について報告がなされた。

### 5) その他

理事会終了後, 各種委員会が別個の会議室で開催された。

以上



## 会報

## 機関誌「学校保健研究」投稿規定 (平成22年4月1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。なお、印刷中もしくは投稿中の原稿の投稿も認めない。
4. 投稿に際して、所定のチェックリストを用いて投稿原稿に関するチェックを行い、投稿者の記名・捺印の上、原稿とともに送付する。
5. 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。
6. 原稿は、日本学校保健学会倫理綱領を遵守する。
7. 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<br>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。

8. 投稿された原稿は、査読の後、編集委員会において、掲載の可否、掲載順位、種類の区分を決定する。
9. 原稿は、「原稿の様式」にしたがって書くこと。
10. 原稿の締切日は特に設定せず、随時投稿を受付ける。
11. 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。
12. 投稿の際には、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。
13. 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。
14. 同一著者、同一テーマでの投稿は、先行する原稿が受理されるまでは受付けない。
15. 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。
16. 「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。
17. 著者校正は、1回とする。
  18. 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。
  19. 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。
2. 文章は、新仮名づかい、ひらがな使用とし、句読点、カッコ（「、」、（、[など）は1字分とする。
3. 英語は、1字分に半角2文字を収める。
4. 数字は、すべて算用数字とし、1字分に半角2文字を収める。
5. 図表、写真などは、直ちに印刷できるかたちで別紙に作成し、挿入箇所を原稿中に指定する。  
なお、印刷、製版に不相当と認められる図表は、書替えまたは削除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. 研究の内容が倫理的配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<sup>1)</sup>。」または、「…<sup>2)4)</sup>、…<sup>1-5)</sup>」のように文献番号をつける。著者もしくは編集・監修者が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-頁, 発行年

[単行本] 著者名(分担執筆著者名):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.(高石昌弘, 出井美智子編). 学校保健マニュアル(改訂7版), 141-153, 南山堂, 東京, 2008
  - 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

鈴木路子(東京福祉大学教授)著

# 教育生理・生態学序説

—小児の温度環境への適応能力の発達に視点をおいて—

A5判二九二頁 定価三九九〇円

夏季、冷房室に入室した各年齢段階の小児の皮膚温低下パターンから、体温調節能力の発達のチェンジング・ポイントが十歳前後にあることを推察した基礎実験から、フィールド研究へ。全館冷暖房防音二重窓校舎で学習する児童生徒の学習意欲の減退や病欠の多さなど、人工環境化がもたらす小児の環境適応能力の減退。さらに寒冷血管反応を指標にした各種地域環境に生育する児童の生理的適応能力の発達への影響。一連の研究結果を環境教育の教材として展開した筆者の教育学博士論文(昭和五十八年)である。臨床教育学の「方法論」として「教育生理・生態学」を提唱すると共に教育の原点である「小児の命」を育む学校環境・地域環境の在り方を考える養護教諭・教師養成カリキュラムの基礎分野と位置付けた。

- |        |                  |         |
|--------|------------------|---------|
| 内山 源 著 | ヘルスプロモーション・学校保健  | 定価三二五〇円 |
| S・ユウチ著 | スキルズ・フオア・ライフ     | 定価三九九〇円 |
| ウィットイ編 | ギフトッド・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『善の研究』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  | 非伝統的家庭の子育て       | 定価五〇四〇円 |
| シヤタック著 | アヴェエロンの野生児       | 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 |

## 投稿時チェックリスト

以下の項目についてチェックし、記名・捺印の上、原稿とともに送付して下さい。

- 著者（共著者を含む）は全て日本学校保健学会会員か。
- 投稿に当たって、共著者全員の承諾を得たか。
- 本論文は、他の雑誌に掲載されたり、印刷中もしくは投稿中の論文であったりしないか。
- 同一著者、同一テーマでの論文を「学校保健研究」に投稿中ではないか。
  
- 原著もしくは報告として投稿する和文原稿には400語以内の英文抄録と日本語訳を、英文原稿には1,500字以内の和文抄録をつけたか。
- 英文抄録および英文原稿について、英語に関して十分な知識を持つ専門家の校正を受けたか。
- キーワード（和文と英文、それぞれ5つ以内）を添えたか。
- 研究の内容が倫理的配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のかを記載したか。
- 文献の引用の仕方は正しいか（投稿規定の「原稿の様式」に沿っているか）
- 本文にはページを入れたか。
- 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たか。
- 図表、写真などの挿入箇所を原稿中に指定したか。
- 本文、表および図の枚数を確認したか。
  
- 原稿は、正（オリジナル）1部と副（コピー）2部があるか。
- 正（オリジナル）原稿の表紙には、次の項目が記載されているか。
  - 表題（和文と英文）
  - 著者名（和文と英文）
  - 所属機関名（和文と英文）
  - 代表者の連絡先（和文と英文）
  - 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
- 副（コピー）原稿2部のそれぞれの表紙には、表題、キーワード（以上和英両文）のみが記載されているか（その他の項目等は記載しない）。
  - 表題（和文と英文）
  - キーワード（和文と英文）
  
- 5,000円の定額郵便為替（文字等は一切記入しない）を同封したか。
- 投稿者の住所、氏名を書いた返信用封筒（角2）を3枚同封したか。

上記の点につきまして、すべて確認しました。

年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 印

〈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。

## 地方の活動

## 第54回東海学校保健学会活動報告

東海学校保健学会では、平成23年9月10日(土)に愛知県医師会理事稲坂博先生を学会長として第54回東海学校保健学会総会を開催しました。当日は多くの学会員が参加し、活発な意見の交換が行われました。一般口演、シンポジウム、ランチョンセミナーの概略を下記に示します。

日 時 平成23(2011)年9月10日(土) 09:50~16:00

会 場 愛知県医師会館

学会長 稲坂 博(愛知県医師会理事) 実行委員長 吉田 貴(愛知県医師会理事)

〈シンポジウム〉

「学校現場の子どもの救急とその対応」 座長 岩佐充二先生・上村治先生

シンポジストとテーマ

1. 富田正美先生：「県内における生活事故発生状況とその対策」
  2. 石原陽子先生：「学校現場の子どもの救急とその対応—リスクマネジメントとクライスマネジメントを意識した安全管理の推進から—」
  3. 青木克好先生：「学校管理下における突然死の給付状況」
  4. 三谷義英先生：「児童、生徒の心臓性突然死に対するAEDを用いた救急対応：全国調査も含めて」
  5. 今井一徳先生：「学校現場の子どもの救急とその対応，重症になりうる病態と疾患を知る」
- 〈一般口演題名と発表者〉
- 1) 学校敷地内禁煙の意義や受動喫煙の害等についての社会人の意識(天野雅斗)
  - 2) 看護学校生を対象とした喫煙防止教育の効果—2009年度及びフォローアップ調査の結果について—(空子耕一)
  - 3) 喫煙と生活習慣の関わり—喫煙防止教育が喫煙に関する知識に与える影響—(藤岡光子)
  - 4) ピア・サポートプログラムが高校生の対人関係能力に及ぼす効果—心理尺度を用いた効果評価—(近藤充代)
  - 5) 小学生のストレスコーピングとレジリエンスおよびセルフエスティームの関連(原 郁水)
  - 6) 互いを思いやりながらともに生きる子どもの育成—保護者や保健所と連携して行う『命』の学習を通して—(水野久美子)
  - 7) 学校における場面緘黙に対する理解のあり方と支援—不安の視点から—(杉森 優)
  - 8) 自閉症児の課題遂行時のストレスについて(渡邊雄介)
  - 9) 児童虐待の早期発見早期対応に果たす学校の役割—「一時保護措置」事例の分析から—(橋口いずみ)
  - 10) 高等学校における歯・口腔の健康及び生活習慣に関する研究(4校比較)(外山恵子)
  - 11) 養護教諭の専門性を生かした健康相談について—健康相談のプロセスに基づいた支援シートの工夫とその実際—(石川由利子)
  - 12) 学校におけるアトピー。生徒たちの語りから(杉村直美)
  - 13) 中・高等学校における体育的部活動中の球技による負傷割合(野々山順也)
  - 14) 知的障がい有する生徒の運動耐用能について(藪本 保)
  - 15) 愛知県高等学校1年生の血圧精度管理について(青山和史)
  - 16) 豊田市における学校心臓検診~10年間の歩み~(近藤和子)
  - 17) 警察官採用基準の色覚に関わる検査法の改善(高柳泰世)

〈ランチョンセミナー・こども心肺蘇生法講習会〉

座長長嶋正實先生、講師福見大地先生の下に「小児の心肺蘇生法~2010 BLSを中心に~」のテーマでランチョンセミナーが開かれ、また、「こども心肺蘇生法講習会」も同時に開かれた。

〈学会奨励賞〉

下線の4演題(5, 9, 13, 15)には学会奨励賞が授与され、総会で村松理事長より賞状と副賞(1万円)が贈られた。

(東海学校保健学会理事長・村松常司)

## 会員の声

## 養護教諭の英語表記は“Yogo”/Yogo teacher

養護教諭の英語表記は“Yogo”/Yogo teacherである。投稿論文の中に、school nurse, school health nurse〈と表記するものが〉散見するが、正しくない表記である。なぜならば、スクールナースの資格で、日本国憲法と教育職員免許法により採用され勤務しているケースはないからである。養護助教諭（看護師）にあっても基礎資格のナースでは、スクールナースとは言えないのである。school nurse〈(以下、大文字)〉の国際資格は、RN (Registered Nurse 登録看護師) を取得したうえで、大学院レベルのスクールナース課程（1年半以上）に進学して修了した者が、School nurse（学校看護師）または、School health nurse（学校保健師）の資格が与えられるのである。日本も国際社会も看護資格だけでは、学校保健の専門職に充てることはできないという養成教育と免許法の括りがある。日本の場合は、文部科学省が養護教諭養成課程として認定した大学院・大学・短期大学において、所定の科目の単位を取得し都道府県に届け出て認可される。養護教諭の免許には、専修免許（大学院）、一種免許（大学）、二種免許（短期大学）がある。国際資格のSchool nurseは、大学院レベルだけである。

日本養護教諭教育学会では、2001年学会総会で養護教諭の英語表記は“Yogo”/Yogo teacherと決定して、投稿論文全てに使われている。A “Yogo teacher” is a special licensed educator who supports children’s growth and development through health education and health services on the basis of principles of health promotion in all areas of educational activities at schools.「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。」(2003年度総会決議 徳島市)

次に、日本の養護教諭は、日本だけの独自の制度として発展してきている。それは、歴史、文化、政治、法体系、健康を守る制度の違い、教育制度の違い、縦割り行政等々が直接・間接的に関係するからである。1905年に看護婦が学校に派遣されて始まったが、1941年（昭和16年）国民学校令第17条3項、養護訓導（教諭）は学校長の命を承け「児童の養護を掌る」と規定された。現行では、学校教育法第37条、小学校には養護教諭を置かなければならない。12項養護教諭は「児童の養護をつかさどる」と定められている。養護教諭Yogo teacherは、日本国憲法第26条の教育権に基づく教育職ということである。看護師は、憲法第25条の生活福祉権に基づく医療保健職ということである。発育発達期にある児童生徒の気持ちやニーズを学校教育の視点から専門的に理解でき、カウンセリングや健康教育、健康管理に責任が持てるのは、養護教諭Yogo teacherであるとSushiやJudoのように発信していきたい。

桐生大学教授 鎌田尚子

## 【参考】

養護教諭の専門領域に関する用語の解説集（第一版），p. 7, p. 35-36, 日本養護教諭教育学会 2007/ 3 /26：第10回総会（2001年葉山町，神奈川）養護教諭の英訳名“Yogo teacher”，

## 編集後記

去る11月11日～13日、名古屋大学にて第58回日本学校保健学会（宮尾 克学会長，メインテーマ「こころとかからだの豊かな発達をめざす学校保健」）が盛大に催されました。いずれも素晴らしいプログラムの中には、「3.11」にまつわる意義深い学びも含まれていました。シンポジウム「東日本大震災からの学び～子どもたちの安全と健康のためにできること～」（司会：数見隆生氏，後藤ひとみ氏）です。私はその活発な議論を聞きながら、震災後、多くの人々の心に共感を与えた2つのメッセージを思い起こしました。

1つは、震災直後のため、その開催自体が危ぶまれたという第83回全国高校野球選抜大会の選手宣誓。もう1つは、同じく震災後に遅れて開幕したプロ野球、東北楽天ゴールデンイーグルスの嶋 基宏・選手会長による本拠地開幕戦におけるメッセージです。以下は嶋氏のメッセージの一部です。

「震災後、選手みんなで『自分たちに何ができるか』『自分たちは何をすべきか』を議論して、考え抜き、

東北の地に戻る日を待ち続けました。（中略）その時に、何のために僕たちは闘うのか、はっきりしました。それは『誰かのために闘う人間は強い』ということです。東北のみならず、絶対に乗り越えましょう、今、この時を。絶対に勝ち抜きましょう、この時を。今、この時を乗り越えた向こう側には強くなった自分と、明るい未来が待っているはず。絶対に見せましょう、東北の底力を。本当にありがとうございました。」私は思うのです。このメッセージの趣旨は「スポーツ」という領域をはるかに越えて、日々、学校保健の実践と研究に携わる私たちの心にも深く響くものです。先のシンポジウムも、まさに（学校保健の立場から）「自分たちに何ができるか」「自分たちは何をすべきか」について真摯に学びあおうとしたものでした。

「見せましょう、学校保健の実践と研究の底力を！」この意味からも、あらためて本学会誌が担う役割の大きさと学会員の協力をお願いするものです。

（住田 実）

| 「学校保健研究」編集委員会              | EDITORIAL BOARD                                |
|----------------------------|--|
| 編集委員長<br>川畑 徹朗（神戸大学）       | <i>Editor-in-Chief</i><br>Tetsuro KAWABATA     |
| 編集委員<br>大沢 功（愛知学院大学）（副委員長） | <i>Associate Editors</i><br>Isao OHSAWA (Vice) |
| 岡田加奈子（千葉大学）                | Kanako OKADA                                   |
| 鎌田 尚子（桐生大学）                | Hisako KAMATA                                  |
| 北垣 邦彦（文部科学省）               | Kunihiko KITAGAKI                              |
| 佐々木胤則（北海道教育大学）             | Tanenori SASAKI                                |
| 島井 哲志（日本赤十字豊田看護大学）         | Satoshi SHIMAI                                 |
| 住田 実（大分大学）                 | Minoru SUMITA                                  |
| 高橋 浩之（千葉大学）                | Hiroyuki TAKAHASHI                             |
| 近森けいこ（名古屋学芸大学）             | Keiko CHIKAMORI                                |
| 辻本 悟史（神戸大学）                | Satoshi TSUJIMOTO                              |
| 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                                 |
| 西岡 伸紀（兵庫教育大学）              | Nobuki NISHIOKA                                |
| 野津 有司（筑波大学）                | Yuji NOZU                                      |
| 春木 敏（大阪市立大学）               | Toshi HARUKI                                   |
| 山本万喜雄（愛媛大学）                | Makio YAMAMOTO                                 |
| 編集事務担当<br>竹内 留美            | <i>Editorial Staff</i><br>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 内  
電話 03-3812-5223

|   |   |
|---|---|
| 学校保健研究 第53巻 第5号                                 | 2011年12月20日発行   |
| Japanese Journal of School Health Vol. 53 No. 5 | (会員頒布 非売品)  |
| 編集兼発行人 佐藤 祐造                                    |   |
| 発行所 日本学校保健学会                                    |   |
| 事務局 〒470-0195                                   | 愛知県日進市岩崎町阿良池12<br>愛知学院大学 心身科学部<br>健康科学科内<br>TEL. 0561-72-8767 FAX. 0561-72-8767 |
| 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<br>TEL. 03-3812-5201 FAX. 03-3816-1561                 |

# JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

## CONTENTS

### Preface :

Eradicating Drug Abuse among Young People .....Hideaki Kito 398

### Research Papers :

First Aid Performed by *Yogo* Teachers  
—Judgment and Response in Practice—  
.....Mihoko Oka, Mutsumi Matsueda, Yukari Mimura,  
Hiroko Kamimura, Kayo Takahashi 399

Change in Body Skin Temperature during Sleep in Children with  
Low Waking Oral Temperatures  
.....Masashi Shibata, Tomoko Wakamura, Shiori Shibata 411

ICD-10 Classification of Health Counseling Cases in High School  
.....Kyoko Ebisawa 419

### Report :

Effectiveness of a Mental-health-care Program Employing the Egogram:  
From Practice in Teaching the “Mental Health” Section of  
the Health Science Curriculum in the Fifth Grader of Elementary School  
.....Kimiko Kikuchi 429

A Mental Health Education for the Prevention of School-life Stress in  
Elementary School Children  
—A Pilot Program Involving Lectures by a *Yogo* Teacher—  
.....Yumiko Okazaki, Mikayo Ando 437

### Research Note :

Current Status of Oral Health Behavior in Elementary and Junior High School  
Children in Japan .....Ichizo Morita, Atsunori Isozaki, Shogo Horiuchi,  
Masahiro Fujii, Junji Akai, Tetsuya Cho, Shimpei Tsuge,  
Shinichiro Maruyama, Haruo Nakagaki 446

A Study on the Relationship between Life Satisfaction Level and Lifestyle,  
and the Health Condition among High School Students  
.....Shinichi Hattori, Keiko Hiramatsu 456

平成二十三年十二月二十日  
発行

発行者

佐藤

祐造

印刷者

勝美印刷株式会社

発行所

愛知県  
知事  
岩崎  
良池  
二二  
健康科学部内

日本学校保健学会

Japanese Association of School Health