

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2014 Vol.56 No.1

目次

巻頭言

- ◆いじめ防止において求められる養護教諭の役割……………2
新井 肇

原著

- ◆中学生のストレスマネジメントに関するTranstheoretical Modelの構成
概念間およびストレス反応との関連……………3
工藤 晶子, 野津 有司, 片岡 千恵
- ◆中・高校生の医薬品使用行動にかかわる要因……………11
堺 千紘, 川畑 徹朗, 菱田 一哉, 李 美錦, 今出友紀子

研究報告

- ◆養護教諭養成のための視診力を高める外傷判断力育成プログラム……………21
丹 佳子, 中村 仁志

実践報告

- ◆リストカットを繰り返す高校生への対応—養護教諭の立場から—……………33
出水 典子

資料

- ◆小学生の健康行動スキル尺度に関する研究—健康行動スキル尺度(案)
とライフスタイル及び自覚症状との関連について—……………39
本多 彩那, 門田新一郎, 棟方 百熊
- ◆小学5年生に対する歩数計を活用した身体活動推進のための実践……………48
澁谷 真紀, 藤井 千恵

学校保健研究

第56巻 第1号

目 次

巻頭言

- 新井 肇
いじめ防止において求められる養護教諭の役割 …………… 2

原 著

- 工藤 晶子, 野津 有司, 片岡 千恵
中学生のストレスマネジメントに関するTranstheoretical Modelの構成概念間およびストレス
反応との関連 …………… 3
- 堺 千紘, 川畑 徹朗, 菱田 一哉, 李 美錦, 今出友紀子
中・高校生の医薬品使用行動にかかわる要因 …………… 11

研究報告

- 丹 佳子, 中村 仁志
養護教諭養成のための視診力を高める外傷判断力育成プログラム …………… 21

実践報告

- 出水 典子
リストカットを繰り返す高校生への対応—養護教諭の立場から— …………… 33

資 料

- 本多 彩那, 門田新一郎, 棟方 百熊
小学生の健康行動スキル尺度に関する研究—健康行動スキル尺度（案）とライフスタイル及び
自覚症状との関連について— …………… 39
- 澁谷 真紀, 藤井 千恵
小学5年生に対する歩数計を活用した身体活動推進のための実践 …………… 48

会 報

- 一般社団法人日本学校保健学会 第5回理事会議事録 …………… 58
- 一般社団法人日本学校保健学会 第1回臨時理事会議事録 …………… 59
- 日本学校保健学会 平成24年度決算 …………… 60
- 一般社団法人日本学校保健学会 平成24年度決算 …………… 61
- 一般社団法人日本学校保健学会 平成25年度予算修正案 …………… 62
- 一般社団法人日本学校保健学会 第15期（2013-2016）常任理事, 各委員会及び事務局体制 …………… 63
- 平成26年度日本学校保健学会共同研究の募集について …………… 64
- 機関誌「学校保健研究」投稿規定 …………… 65
- 「School Health」投稿規定 …………… 69
- 第61回日本学校保健学会開催のご案内（第2報） …………… 71
- 一般社団法人日本学校保健学会 会費納入, および個人情報変更届に関するお知らせ …………… 75

地方の活動

- 第46回 中国・四国学校保健学会開催のご案内 …………… 76

お知らせ

- 第23回JKYBライフスキル教育・健康教育ワークショップ開催要項 …………… 77
- 編集後記 …………… 78

いじめ防止において求められる養護教諭の役割

新井 肇

The Role of School Nurses in Preventing Bullying

Hajime Arai

いじめ防止対策推進法制定の背景 —学校に外の風を入れる

2013年6月にいじめ防止対策推進法が制定され、10月には、その具体的な運用方法を定めた国の「いじめの防止等のための基本的方針」がまとめられた。法が制定された背景には、1986年に「お葬式ごっこ」などによって東京都の中学生が自殺した事件以降、これまで4回にわたっていじめが社会問題化したにもかかわらず、有効な手立てを打つことができずに、2012年の大津でのいじめ自殺事件(報道が大きくとりあげたのは2013年夏)に至ったことへの反省がある。いずれも「いじめ」と「死」が結び付き、学校が批判されるような状況があった点で共通性がみられる。本来、いじめは私的責任領域の事柄であるが、子どもや学校の自律性に頼るだけでは解決が難しいほど深刻な被害の増幅がみられ、制御のために公的介入が行われるに至ったと捉えることができる。社会総がかりでいじめと向き合おうという決意が示されたと同時に、法制化は学校のこれまでのいじめ対応のあり方への反省と転換を迫るものと言える。

法制化を受け、各学校には①いじめ防止のための基本方針の策定、②いじめ防止のための実効性のある組織の構築、③未然防止・早期発見・対処の三局面におけるいじめ対応の具体化、の三点が求められることになった。

学校基本方針の策定にあたっては、これまでの取組をあらためて見直し、子どもたちの声を聞き、保護者の意見に耳を傾け、地域や関係機関と連携を図りながら、学校がいじめに限らず、生徒指導における自らの有り様を問い直す姿勢が求められている。文字通りの方針というよりも、行動計画に近いもので、「学校が子どもをどのように育てようとしているのか」「個々の教職員は何をすべきなのか」「保護者や地域はどのように協力すればよいのか」が分かる内容を含むものである。また、学校のホームページなどで公開し、外部に発信していくことが義務づけられ、学校を「外に開く」ことが要請されている。

連携に基づく組織的対応の重要性 —養護教諭に求められる役割

法においては、学校がいじめに対する組織的な対応を機能的に行うことの重要性が強調されている。これまでも、個々の教職員のいじめに対する感度を高める取組は

行われてきたが、個人差もあり、組織的な取組という点では不十分であった。日本のいじめは、暴力と違って見えにくいコミュニケーションを使った心理的ないじめが多く、また、同じクラスに加害者と被害者が同居したり、入れ替わったりする点に特徴がある。そのため、いじめの存在に気づくことができなかつたり、担任の抱え込みから事態が深刻化してしまったりするケースも多く、学校全体での対処が求められている。

いじめに気づくには、表面的な言動だけを見るのではなく、その背景にどんな感情があるのかに思いをはせ、笑顔の奥にある絶望を見抜くことができるかどうかが重要である。また、教職員一人ひとりがいじめに対する感性を高めた上で、多角的な視点から組織としていじめの発見に努めるところに、法制化の意義があると思われる。

なかでも養護教諭は、①健康観察を通じて心身の変化を発見しやすい、②病気を理由にゆっくりと話ができて、安心して本音をださせやすい、③成績評価と関係がないので、丸ごと抱えてもらえるという気持ちをもたれやすい、④癒してくれる、頼れる存在とみられる、といった特性をもっている。つまり、子どもの心身の状況についての問題の発見者・情報収集者(アセスメント)、予防的・治療的相談者(カウンセリング)、担任や保護者への助言者(コンサルテーション)、専門機関の紹介や援助資源の連絡調整役(コーディネート)など、幅広い役割を担っているのである。したがって、養護教諭はいじめ対応における校内組織において、中核的な位置を占めることになる。また、いじめによる深刻な事態が生じた場合には、当該児童生徒はもとより、周囲の子どもや保護者、教職員への心のケアを進めるうえで、中心的な役割を果たすことが求められる。

したがって、校内で養護教諭が孤立しては、いじめ対応の組織は機能しない。まず、他の教職員との協力関係をつくることが不可欠となる。連携・協働とは、「共通の目的のために対話し、新たなものを生成するような形で協力して働くこと」である。管理職のリーダーシップのもと、担任、生徒指導担当、教育相談担当、スクールカウンセラー、そして養護教諭が日頃からコミュニケーションを密接にとり合い、お互いの縄張り意識を排して歩み寄ることが、何よりも大切である。そのためには、保健室を密室にしないで、生徒にも教職員にも開かれた場にしておくことが求められるのではないだろうか。(兵庫教育大学)

原 著

中学生のストレスマネジメントに関する
Transtheoretical Modelの構成概念間およびストレス反応との関連

工 藤 晶 子^{*1}, 野 津 有 司^{*2}, 片 岡 千 恵^{*2}

^{*1}筑波大学大学院人間総合科学研究科

^{*2}筑波大学体育系

Relationship between the Constructs of Transtheoretical Model for Stress Management
and Stress Responses among Junior High School Students

Masako Kudo^{*1} Yuji Nozu^{*2} Chie Kataoka^{*2}

^{*1}University of Tsukuba, Graduate School of Comprehensive Human Sciences

^{*2}University of Tsukuba, Faculty of Health and Sport Sciences

The purposes of this study were to clarify the relationships stages of change and decisional balance and self-efficacy which were constructs of Transtheoretical Model (TTM) and to examine the stress responses in each stages of change for the stress management among junior high school students in Japan.

A survey of 1,533 students in the seventh to ninth grades of seven junior high schools was conducted, using an anonymous self-administered questionnaire between October to December 2010. The items surveyed were the stages of change for stress management, decisional balance, self-efficacy, and stress responses.

Of the 906 respondents who answered "I'm stressed", 24.6% were in Precontemplation, 9.3% in Contemplation, 14.5% in Preparation, 28.5% in Action, and 23.2% in Maintenance, and these results indicate that stress management in junior high school students was practiced at all five stages of change defined in the TTM. Regarding to T-scores of pros and cons of stress management by stages of change, T-scores of cons was higher than that of pros in Precontemplation and T-scores of pros was higher than that of cons in Action and Maintenance. It was shown that the awareness of pros from Precontemplation to Preparation notably increased and that the awareness of cons from Preparation to Action notably decreased. Self-efficacy has become remarkably high from Precontemplation to Action, and the situation maintained also on Maintenance. As for the stress responses, it was shown that the situation became low from Precontemplation to Action.

In conclusion, TTM can be applied to stress management education among junior high school students, and it might be useful. Moreover, in the stress management education among junior high school students applied TTM, it is necessary to improve the self-efficacy for stress management at all the stages of change. In addition, it is especially important to decrease their awareness of cons to execute for stress management.

Key words : stress management, stage of change, decisional balance, self-efficacy, stress responses

ストレスマネジメント, 変容ステージ, 意思決定バランス, 自己効力感, ストレス反応

I. はじめに

子どもから大人への移行期にある中学生は、身体的な変化に加えて、自我の確立などの心理的な課題にも直面するようになる。また、友人関係や親子関係などの人間関係が多様化、複雑化したり、高校受験などの進路選択に迫られることなどから、中学生なりに多くのストレスを受けることになる。そして、こうしたストレスから生じる不登校、いじめ、暴力行為などが中学生期には目立って多いことが報告されている¹⁻³⁾。これらのことを鑑みると、中学生に対するストレスマネジメント教育は極めて重要であり、その効果への期待は大きいといえる。

また、中学生期におけるストレスマネジメント教育は、将来起こりえるストレスに対処するための予防教育としても有意義であると思われる⁴⁾。

ところで、ストレスマネジメント教育には、個人を対象とする場合と集団を対象とする場合がある。個人を対象としたストレスマネジメント教育においては、個々人がそれぞれ持つストレスの問題に焦点が当てられるため、その解決においてはより効果的であると思われるが、多くの対象者に実施するという点においては、集団を対象とした場合に比べて難があると言わざるを得ない。一方、集団を対象としたストレスマネジメント教育については、これまでの介入研究をみると、習得させたい知識やスキ

ルを一斉指導するプログラムがほとんどであり、各個人におけるストレスマネジメントの効果については限界があった⁵⁻⁸⁾。こうしたことを踏まえ、より効果的なストレスマネジメント教育のあり方の一つとして、集団を対象としながらも、できるかぎり個人の状況に応じたストレスマネジメント教育を探究することが望まれているといえる。

そこで、個人の行動変容の状況等に応じた適切な内容で介入することを可能とするTranstheoretical Model⁹⁾ (以下TTM)を、集団を対象としたストレスマネジメント教育に適用することが考えられる。TTMは、変容ステージ、意思決定バランス、自己効力感および変容プロセスという四つの理論的構成概念が系統的に統合されている包括的なモデルであり、健康行動理論の一つとして高く評価されている。その中で、変容ステージは、TTMの中心的な構成概念であり、個人の過去および現在の行動変容の状況や将来の行動変容の意図に応じて、問題や行動変容に対して無関心である前熟考ステージから、健康行動を継続的に実行している維持ステージまで5段階に分類するものである。また、意思決定バランスは、行動を変容させることに対する認知であり、行動を起こすことの利益と負担で構成されている。さらに、自己効力感、困難な状況にあっても健康行動を実行できる自信のことであり、変容プロセスは、行動変容の際に経験する認知や行動の過程のことである。

これまでに、こうしたTTMを適用して健康行動の変容のための介入を実施し、その効果が示された報告がいくつみられる^{10,11)}。例えば禁煙行動について、TTMの変容ステージに応じた個別指導を行った結果、タバコに関するリーフレットを配布した対照群に比べて、6ヶ月後および1年後の禁煙成功率が高いことが報告されている¹⁰⁾。またTTMは、個別指導のみならず、集団を対象とした介入にも応用されている。赤松ら¹¹⁾は、小学生について同一学年を同一ステージに属する集団と捉えて、準備性の低い段階から変容ステージを前進させる系統的な指導による食に関する教育プログラムを開発している。TTMはこのように、変容ステージに応じた適切な介入を行うことによってステージを前進させ、行動変容の効果が期待できることから、さまざまな健康行動の変容を目的とした介入において適用されている。

しかしながら、我が国の中学生のストレスマネジメント教育にTTMを適用した例は、管見によればない。健康行動の変容を目指す教育にTTMを適用するためには、TTMの構成概念間の関連を検討し、変容ステージの前進にとって重要な要素とされる意思決定バランスおよび自己効力感の各ステージにおける特徴を明らかにする必要がある。また、ストレスマネジメントの状況にかかわると考えられる要因として、抑うつ・不安、身体症状、怒りといったストレス反応を取り上げて、各ステージにおけるストレス反応の状況を把握することも重要である。

これらが明らかにされることによって、我が国の中学生におけるストレスマネジメント教育にTTMを適用することの可能性について検討できるとともに、さらには、各変容ステージの教育において重視すべき点についての示唆を得ることができる。

そこで本研究では、我が国の中学生におけるストレスマネジメント教育にTTMを適用するにあたり、中学生のストレスマネジメントについて、TTMの構成概念である変容ステージと意思決定バランスおよび自己効力感との関連を明らかにすること、および各変容ステージにおけるストレス反応の状況を検討することを目的とする。

II. 方 法

1. 対 象

学校長の了承の得られた神奈川県内の公立中学校7校の1～3年生1,533名を対象に、無記名自記式の質問紙調査を実施した(回収数1,532名、回収率99.9%)。

調査は、2010年10月～12月に実施した。調査票は、教師が調査の目的や倫理面への配慮について説明した後に配付され、回答終了後には生徒自身がシール付き封筒に入れて密封したうえで回収された。

解析対象については、ストレスマネジメントを行うのはストレスを体験したときやストレス反応が生じるときである¹²⁾ことから、ストレスマネジメントの変容ステージを測定する際に「現在ストレスを感じている」と回答した者とした。さらにその中で、性別が不明であった6名を除き、男子442名(1年:149名、2年:136名、3年:157名)、女子464名(1年:148名、2年:157名、3年:159名)の計906名を解析対象者とした。

なお、本研究は筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を得た。

2. 調査内容

(1) ストレスマネジメントの変容ステージ

ストレスマネジメントの変容ステージの測定において、「行動を始める近い将来」や、「行動が一定期間継続している」ことを確かめるために用いる期間については、中学生が想起できると思われる「この2ヶ月間」¹³⁾とした。すなわち、各ステージについて、前熟考ステージ「自分にあった方法でストレスに対処しておらず、近い将来(2ヶ月以内に)ストレスに対処しようと思っていない」、熟考ステージ「(現在は自分にあった方法でストレスに対処していないが)近い将来(2ヶ月以内に)ストレスに対処しようと思っている」、準備ステージ「今すぐ(1ヶ月以内に)ストレスに対処しようと思っている」、実行ステージ「自分にあった方法でストレスに対処しているが、始めて2ヶ月以内である」、維持ステージ「自分にあった方法でストレスに対処するようになって2ヶ月以上たっている」と定義した。回答は、2項選択法に基づいたフローチャート形式を用いた。

なお、変容ステージの測定にあたっては、中学校学習

指導要領解説保健体育編¹⁴⁾を踏まえて「自分にあった方法でストレスに対処している」という表現を用いた。

(2) ストレスマネジメントの意思決定バランス

中学生が体験しやすい「人間関係」と「性格、体つき、学業成績などの自分自身の問題」の2種類のストレスサーを明示して開発したストレスマネジメントの意思決定バランス尺度¹³⁾を用いた(表1)。この尺度は、ストレスマネジメントを行うことの利益の認知を測定する「利益」8項目と、ストレスマネジメントを行うことの負担の認知を測定する「負担」8項目から構成されている。回答方法は、とてもそう思う(1点)、ややそう思う(2点)、どちらともいえない(3点)、ややそう思わない(4点)、とてもそう思わない(5点)の5件法である。本対象における尺度の信頼性を検討するためにCronbachの α 係数を算出したところ、「利益」は $\alpha = .86$ 、「負担」は $\alpha = .81$ であった。

(3) ストレスマネジメントの自己効力感

ストレスマネジメントの自己効力感とは、ストレスサーに直面しても有効なコーピングを実行しストレスをマネジメントすることができるという自信である。意思決定バランス尺度と同様の2種類のストレスサーを明示した6項目から構成される尺度¹⁵⁾を用いた(表2)。回答方法は、意思決定バランス尺度と同様に、とてもそう思う(1点)、ややそう思う(2点)、どちらともいえない(3点)、ややそう思わない(4点)、とてもそう思わない(5点)の5件法である。本対象におけるCronbachの α 係数は、 $\alpha = .81$ であった。

(4) ストレス反応

ストレス反応は、岡安ら¹⁶⁾が中学生用メンタルヘルス・チェックリスト(簡易版)の「ストレス症状」として開発した尺度を用いた。不機嫌・怒り反応、抑うつ・不安反応、身体反応、無気力反応の4下位尺度、各4項目の計16項目からなる尺度である。回答は、全くあてはまらない(0点)から非常にあてはまる(3点)の4件

表1 ストレスマネジメントの意思決定バランスの調査項目

利益	人間関係におけるストレスにうまく対処できたなら、授業にもっと集中することができる
	人間関係におけるストレスにうまく対処できたなら、人からもっと好かれるようになる
	人間関係におけるストレスにうまく対処できたなら、両親や家族との関係がもっと良くなる
	人間関係におけるストレスにうまく対処できたなら、もっと健康的になれる
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスにうまく対処できたなら、授業にもっと集中することができる
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスにうまく対処できたなら、人からもっと好かれるようになる
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスにうまく対処できたなら、両親や家族との関係がもっと良くなる
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスにうまく対処できたなら、もっと健康的になれる
負担	人間関係におけるストレスに対処しようとするのは、私の日常生活に悪い影響を及ぼす
	人間関係におけるストレスに対処するために、他の人に助けを求めるのは恥ずかしい
	人間関係におけるストレスに対処しようとしても、きっと失敗する
	人間関係におけるストレスに対処しようとしても、いいことは何もない
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスに対処しようとするのは、私の日常生活に悪い影響を及ぼす
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスに対処するために、他の人に助けを求めるのは恥ずかしい
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスに対処しようとしても、きっと失敗する
	自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)におけるストレスに対処しようとしても、いいことは何もない

表2 ストレスマネジメントの自己効力感の調査項目

私は、人間関係においてストレスを感じた時、信頼できる人に相談したり、助けてもらったりすることができる
私は、人間関係においてストレスを感じた時、その解決策を考えたり、自分の考え方を考えてみたりすることができる
私は、人間関係においてストレスを感じた時、うまく気分転換したり、見通しを得るためにしばらく離れてみたりすることができる
私は、自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)においてストレスを感じた時、信頼できる人に相談したり、助けてもらったりすることができる
私は、自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)においてストレスを感じた時、その解決策を考えたり、自分の考え方を考えてみたりすることができる
私は、自分自身の問題(性格、体つき、学業成績など)においてストレスを感じた時、うまく気分転換したり、見通しを得るためにしばらく離れてみたりすることができる

表3 ストレスマネジメントの変容ステージの分布

	前熟考ステージ	熟考ステージ	準備ステージ	実行ステージ	維持ステージ	人 (%)
男子	110 (24.9)	39 (8.8)	74 (16.7)	109 (24.7)	110 (24.9)	n.s.
女子	113 (24.4)	45 (9.7)	57 (12.3)	149 (32.1)	100 (21.6)	
計	223 (24.6)	84 (9.3)	131 (14.5)	258 (28.5)	210 (23.2)	

n.s. : not significant ($\chi^2 = 8.824$, $df = 4$, $p = .066$)

法で自己評価を求めるものである。本対象におけるCronbachの α 係数は、不機嫌・怒り反応は $\alpha = .90$ 、抑うつ・不安反応は $\alpha = .86$ 、身体反応は $\alpha = .77$ 、無気力反応は $\alpha = .76$ であった。

3. 分析方法

まず、ストレスマネジメントの各変容ステージの分布を算出した。次に、取りうる得点の範囲が異なる意思決定バランスと自己効力感の得点を、肯定的な回答が高得点になるようにスコア化した上でT得点(平均50, 標準偏差10)に換算し、男女別に変容ステージごとにグラフ上にプロットし、その推移を比較した。また、変容ステージと意思決定バランス、自己効力感およびストレス反応との関連について、男女別に一元配置分散分析を行った。有意差が示された場合には、Tukey法による多重比較検定を行った。

統計上の有意水準はすべて5%とした。なお、統計パッケージは、SPSS Statistics 17.0 J for Windowsを使用した。またT得点の算出に当たってはMicrosoft Excelを用いた。

Ⅲ. 結 果

1. ストレスマネジメントの変容ステージの分布

本対象者におけるストレスマネジメントの変容ステージの状況は、前熟考ステージ24.6%、熟考ステージ9.3%、準備ステージ14.5%、実行ステージ28.5%、維持ステージ23.2%であり、五つの各ステージに分布していた(表3)。なお、変容ステージの分布において、有意な性差は示されなかった。

2. 意思決定バランスおよび自己効力感のT得点

意思決定バランスの利益および負担と、自己効力感について、それぞれのT得点のプロットを男女別に図に示した(図1・2)。

利益については、男女ともに、前熟考ステージが最も低得点であり、準備ステージが最も高得点であった。負担については、男女ともに、前熟考ステージが最も高得点であり、実行ステージが最も低得点であった。自己効力感については、男女ともに前熟考ステージが最も低得点であり、男子では実行ステージが、女子では維持ステージが最も高得点であった。

すべての変容ステージを通してみると、男子では、前熟考ステージにおいて負担が利益より高く、熟考ステージを交点として利益が負担を上回った。また、自己効力

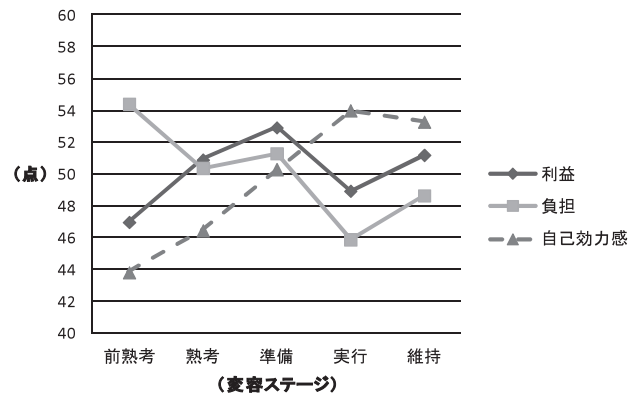


図1 変容ステージ別の意思決定バランスおよび自己効力感のT得点(男子)

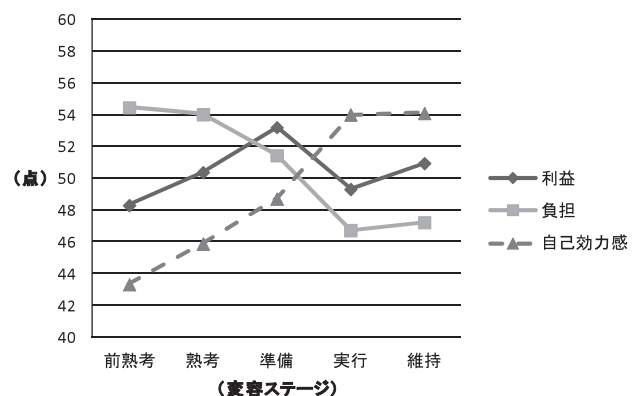


図2 変容ステージ別の意思決定バランスおよび自己効力感のT得点(女子)

感とは、利益および負担の両得点と比較すると、前熟考ステージから準備ステージまでは最も低く、実行ステージ以降は最も高かった。女子では、前熟考ステージにおいて負担が利益より高く、熟考ステージと準備ステージとの間を交点として利益が負担を上回った。自己効力感については、利益および負担の両得点と比較すると、男子と同様に前熟考ステージから準備ステージまでは最も低く、実行ステージ以降は最も高かった。

3. 変容ステージ別にみた意思決定バランスおよび自己効力感の平均得点

意思決定バランスの利益得点および負担得点と、自己効力感得点はすべて、男女ともに5段階の変容ステージ間に有意差が示された(表4・5)。

多重比較検定の結果、利益得点は、男女ともに準備ステージが前熟考ステージに比して有意に高かった。負担

表4 変容ステージ別の意思決定バランス得点および自己効力感得点（男子）

	得点	前熟考 ステージ	熟考 ステージ	準備 ステージ	実行 ステージ	維持 ステージ	F 値	多重比較検定 (Tukey HSD)
利益	8~40	23.78(7.39)	25.31(7.75)	27.34(6.91)	24.49(7.28)	26.10(6.46)	3.38*	前熟考<準備
負担	8~40	24.02(6.23)	21.46(5.63)	22.04(6.08)	18.61(5.60)	20.36(6.42)	11.69*	前熟考>実行・維持 準備>実行
自己効力感	6~30	15.56(5.05)	16.97(4.40)	19.04(4.73)	21.03(4.52)	20.65(5.39)	22.71*	前熟考<準備・実行・維持 熟考<実行・維持

数値は平均（標準偏差）

*p<.05

表5 変容ステージ別の意思決定バランス得点および自己効力感得点（女子）

	得点	前熟考 ステージ	熟考 ステージ	準備 ステージ	実行 ステージ	維持 ステージ	F 値	多重比較検定 (Tukey HSD)
利益	8~40	24.38(7.36)	25.77(5.84)	27.66(6.15)	25.06(5.99)	26.15(7.24)	2.69*	前熟考<準備
負担	8~40	23.58(5.95)	23.31(5.33)	21.71(6.15)	18.81(5.51)	19.11(6.22)	14.96*	前熟考>実行・維持 熟考>実行・維持 準備>実行・維持
自己効力感	6~30	16.79(4.95)	18.09(5.24)	19.52(4.31)	22.20(4.13)	22.25(4.28)	31.27*	前熟考<準備・実行・維持 熟考<実行・維持 準備<実行・維持

数値は平均（標準偏差）

*p<.05

得点は、男子では、実行ステージが前熟考ステージおよび準備ステージに比して、維持ステージが前熟考ステージに比して、それぞれ有意に低かった。女子では、実行ステージおよび維持ステージがそれぞれ、前熟考ステージ、熟考ステージおよび準備ステージに比して有意に低かった。自己効力感得点は、男子では、実行ステージおよび維持ステージがそれぞれ、前熟考ステージおよび熟考ステージに比して有意に高かった。女子では、実行ステージおよび維持ステージがそれぞれ、前熟考ステージ、

熟考ステージおよび準備ステージに比して有意に高かった。

4. 変容ステージ別にみたストレス反応の平均得点

ストレス反応得点は、すべての下位尺度について、男女ともに、5段階の変容ステージ間に有意差が示された（表6・7）。

多重比較検定の結果、男子では、すべての下位尺度について、実行ステージの得点が前熟考ステージおよび準備ステージに比して有意に低かった。なお、維持ステ

表6 変容ステージ別のストレス反応得点（男子）

	得点	前熟考 ステージ	熟考 ステージ	準備 ステージ	実行 ステージ	維持 ステージ	F 値	多重比較検定 (Tukey HSD)
不機嫌・怒り反応	0~12	5.92(4.06)	5.23(4.09)	5.00(3.77)	3.31(3.18)	4.60(4.05)	6.73*	前熟考>実行 準備>実行
抑うつ・不安反応	0~12	3.15(3.43)	2.53(2.91)	3.07(3.32)	1.55(2.08)	2.02(2.86)	5.52*	前熟考>実行・維持 準備>実行
身体反応	0~12	4.94(3.34)	4.05(3.46)	4.45(3.33)	3.08(2.37)	4.30(3.29)	5.12*	前熟考>実行 準備>実行 実行<維持
無気力反応	0~12	5.15(3.32)	4.39(2.90)	4.71(2.85)	3.20(2.66)	4.01(3.24)	6.27*	前熟考>実行・維持 準備>実行

数値は平均（標準偏差）

*p<.05

表7 変容ステージ別のストレス反応得点 (女子)

	得点	前熟考 ステージ	熟考 ステージ	準備 ステージ	実行 ステージ	維持 ステージ	F 値	多重比較検定 (Tukey HSD)
不機嫌・ 怒り反応	0~12	6.00(3.94)	5.05(3.73)	5.42(4.04)	3.26(3.16)	4.37(3.78)	10.02*	前熟考>実行・維持 熟考>実行 準備>実行
抑うつ・ 不安反応	0~12	4.48(4.02)	4.56(3.74)	3.96(4.11)	2.00(2.41)	3.02(3.30)	11.10*	前熟考>実行・維持 熟考>実行 準備>実行
身体反応	0~12	5.50(3.46)	5.20(3.23)	5.11(3.41)	3.53(2.91)	3.67(2.81)	9.18*	前熟考>実行・維持 熟考>実行 準備>実行・維持
無気力 反応	0~12	5.46(3.35)	5.22(2.67)	5.05(3.06)	3.07(2.41)	3.56(3.19)	14.43*	前熟考>実行・維持 熟考>実行・維持 準備>実行・維持

数値は平均 (標準偏差)

* $p < .05$

ジでは、身体反応得点のみが実行ステージに比して有意に高かった。女子では、すべての下位尺度について、実行ステージの得点が前熟考ステージ、熟考ステージおよび準備ステージに比して有意に低かった。同様に、維持ステージの得点が前熟考ステージに比して有意に低かった。

IV. 考 察

まず、各変容ステージにおける意思決定バランス、自己効力感およびストレス反応の状況についての特徴を述べる。

ストレスマネジメントに関心のない段階である前熟考ステージは、他のステージと比べて、男女ともに、ストレスマネジメントを行うことの利益および自己効力感については最も低く、ストレスマネジメントを行うことの負担については最も高く認知していた。また、ストレス反応については、5段階の変容ステージの中で最も高く自覚していた。本研究では、中学生の精神的健康状態を把握するために岡安らが作成した「中学生用メンタルヘルス・チェックリスト」¹⁶⁾の尺度を用いてストレス反応を測定した。このチェックリストは、中学生6,982名を対象とした調査データに基づき、メンタルヘルスの基準についてパーセンタイル値が設定されている。その基準によれば、本対象の前熟考ステージでは、男女ともにストレス反応のすべての下位尺度において、「注意を要する」¹⁶⁾とされる80パーセンタイル値以上の得点であった。これらのことから、前熟考ステージの者は、強いストレス反応を自覚していながら、ストレスマネジメントの利益を低く、負担を高く認知し、さらにはストレスマネジメントを行うことができるという自信も小さいという特徴を持つことが示された。

近い将来にストレスマネジメントを始める意図がある

熟考ステージは、利益と負担のT得点が交差するステージであった。これは、喫煙、コカイン離脱、体重コントロールなど12種類の行動における変容ステージと意思決定バランスとの関連を検討したProchaskaら¹⁷⁾の報告と一致するものであった。前熟考ステージに比べると、ストレスマネジメントを行うことの利益の認知が増加し、同時に負担の認知が減少するステージであるといえる。

今すぐにもストレスマネジメントを行おうとしている準備ステージは、男女ともにストレスマネジメントを行うことの利益の認知が最も高いステージであった。米国の中学生を対象としたストレスマネジメントに関する先行研究¹⁸⁾では、熟考と準備を統合したステージにおいて最も利益が高くなることが報告されているが、我が国の中学生においても同様であることが示された。準備ステージはストレスマネジメントを実施しようと情報を収集している段階であり、利益の認知が最も高くなることは、理解できる結果であった。

ストレスマネジメントを行い始めた段階である実行ステージは、ストレスマネジメントを行うことに対する負担の認知が低く、ストレスマネジメントができるという自信が高いステージであった。また、ストレス反応得点は、すべての下位尺度において男女ともに最も低いステージであった。ストレスマネジメントの実行によって、ストレス反応の低下が期待されることが確認されたといえる。

維持ステージは、「現在ストレスを感じている」と回答し、かつストレスマネジメントを既に2ヶ月以上継続しているステージである。利益、負担、自己効力感およびほとんどのストレス反応については、実行ステージとほぼ同じ水準であった。すなわち、ストレスマネジメントを実行する前の各ステージに比べて、維持ステージにおいても実行ステージと同様に、ストレスマネジメント

を行っているステージとしての特徴が明らかに示された。しかしながら、ストレス反応が実行ステージに比べてさらに低くなっているという結果は示されず、むしろ男子の身体反応については実行ステージに比べて有意に高得点であることが示されるなど、必ずしも十分に効果的なストレスマネジメントが行われていないことも考えられた。これまでも、中学生において、ストレスマネジメントの内容によっては特定のストレス反応の表出が逆に高まることが指摘されている¹⁹⁾。こうしたことを踏まえると、効果的なストレスマネジメントが実行、継続されているか否かについて、ストレス反応などのメンタルヘルスの指標を用いて把握していくことも必要であると思われる。

次に、ストレスマネジメントの変容ステージと意思決定バランスとの関連について述べる。先行知見によれば、多くの健康行動について、変容ステージと意思決定バランスとの間には共通した関連性がみられることが示されている¹⁷⁾。具体的には、前熟考ステージでは負担が利益より高いが、実行ステージと維持ステージでは利益が負担を上回ること、また、利益は前熟考ステージに比べて熟考ステージにおいて高く、負担は熟考ステージに比べて実行ステージにおいて低いことなどである。我が国の中学生のストレスマネジメントについてのそうした関連性は、本結果によって初めて示された。限定された対象における結果ではあるものの、我が国の中学生におけるストレスマネジメント教育にTTMを適用することが可能であり、有用であることが示唆され、貴重な知見であるといえる。

このことはまた、中学生におけるストレスマネジメントの変容ステージの前進においては、利益の認知の向上および負担の認知の軽減がともに重要であることを示している。その上で、変容ステージの前進に伴うこの両者の状況の変化をみると、前熟考ステージから準備ステージにかけては、利益の認知の増加がより顕著に示された。また、準備ステージから実行ステージにかけては、負担の認知の減少がより顕著に示された。このことから、TTMを適用した我が国の中学生のストレスマネジメント教育においては、ストレスマネジメントを実行する前の準備ステージまでは、特に利益の認知の向上を重視した教育が効果的である可能性が示唆された。また、ストレスマネジメントを実行し始めるためには、負担の認知の軽減により重点を置いた教育が必要である可能性が示された。Prochaskaらによれば、さまざまな健康行動の変容において、前熟考ステージから実行ステージにかけては、利益の認知の向上がより重要であることが指摘されている²⁰⁾。しかし、本結果より、我が国の中学生におけるストレスマネジメントの実行に関しては、例えば「授業に集中できる」や「人から好かれるようになる」といったストレスマネジメントの利益の認知を高めること以上に、「恥ずかしい」や「きっと失敗する」などの

ストレスマネジメントを行うことの負担の認知を軽減することにより焦点を当てる必要性が示唆され、注目に値する。

最後に、TTMを適用した中学生のストレスマネジメント教育における自己効力感の重要性について述べる。本結果では、自己効力感は、前熟考ステージから実行ステージにかけて著しく高くなり、維持ステージにおいてもその状況は維持されていた。すなわち、我が国の中学生において、ストレスマネジメントを行っているステージでは、それを行っていないステージに比べて自己効力感が高いことが示され、行動変容と自己効力感が関連していることが明らかにされた。TTMを適用した中学生におけるストレスマネジメント教育において、変容ステージを前進させるためには自己効力感が極めて重要な要素となり、いずれのステージにおいても、ストレスマネジメントの自己効力感を高めることを重視したアプローチが必要であると考えられる。

なお本研究では、横断調査の限界として、自己効力感と利益の認知の高さや負担の認知の低さがステージの前進を予測するのか、あるいは、それらは変容ステージの前進によってもたらされる結果であるのかの点については明らかにされていない。

V. 結 論

本研究において、我が国の中学生のストレスマネジメントについて、TTMの構成概念である変容ステージと意思決定バランスおよび自己効力感との間には関連があること、また、前熟考ステージから実行ステージにかけてストレス反応の状況が低くなることが示された。これらのことから、我が国の中学生のストレスマネジメント教育にTTMを適用することが可能であり、有用であることが示唆された。

さらに、TTMを適用した我が国の中学生のストレスマネジメント教育においては、すべての変容ステージにおいてストレスマネジメントの自己効力感を向上させる必要があることや、ストレスマネジメントを実行させるためにはストレスマネジメントの負担の認知を軽減させることが特に重要であることなどが考えられた。

謝 辞

本研究を行うにあたり、多大なご協力を賜りました中学校の生徒の皆様ならびに先生方に、心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 三浦正江：中学校におけるストレスチェックリストの活用と効果の検討—不登校の予防と—。教育心理学研究 54：124-134, 2006
- 2) 大木桃代, 神田信彦：中学生の問題行動に対する意識とストレス反応に関する検討。人間科学研究 22：183-192,

- 2000
- 3) 文部科学省：平成23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」について. Available at http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/25/03/___icsFiles/afiedfile/2013/03/13/1331725_01_1.pdf Accessed July 22, 2013
- 4) 山田富美雄, 高元伊智郎：ストレスマネジメント教育に求められるモノと理論・技法. *学校保健研究* 48 : 90-98, 2006
- 5) 三浦正江, 上里一郎：中学校におけるストレスマネジメントプログラムの実施と効果の検討. *行動療法研究* 29 : 49-59, 2003
- 6) 下田芳幸, 田嶋誠一：中学生に対するストレスマネジメント教育に関する研究—「リラクゼーション感」によるリラクゼーション技法の検討—. *九州大学心理学研究* 5 : 171-181, 2004
- 7) 寺田優子, 佐々木和義：中学校におけるリラクゼーションプログラムの効果. *発達心理臨床研究* 10 : 53-59, 2004
- 8) 齊藤剛, 山崎勝之：中学生の対人ストレスを低減するための学校教育プログラム—教育プログラムの作成と教育効果の検討—. *教育実践学研究* 4 : 9-16, 2003
- 9) Prochaska JO, Velicer WF : The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 12 : 38-48, 1997
- 10) 寺澤哲郎, 間宮とし子, 増居志津子ほか：健康診断の場における個別禁煙指導の効果. *産業衛生学雑誌* 43 : 207-213, 2001
- 11) 赤松利恵, 永橋久文：行動変容モデルを用いた小学校における食に関する指導の実践事例. *日本健康教育学会誌* 16 : 31-40, 2008
- 12) Padlina O, Aubert L, Gehring TM et al. : Stages of change for perceived stress in a Swiss population sample : An explorative study. *Social and Preventive Medicine* 46 : 396-403, 2001
- 13) 工藤晶子, 野津有司：中学生におけるストレスマネジメントの変容ステージと意思決定バランスの尺度開発. *日本健康教育学会誌* 20 : 87-98, 2012
- 14) 文部科学省：中学校学習指導要領解説-保健体育編. 東山書房, 京都, 2008
- 15) 工藤晶子, 野津有司, 上原千恵ほか：青少年の危険行動に関わるストレスマネジメント自己効力感尺度の信頼性および妥当性の検討. *学校保健研究* 50 suppl. : 297, 2008
- 16) 岡安孝弘, 高山巖：中学生用メンタルヘルス・チェックリスト(簡易版)の作成. *宮崎大学教育学部附属教育実践研究指導センター研究紀要* 6 : 73-84, 1999
- 17) Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS et al. : Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 13 : 39-46, 1994
- 18) Mauriello LM, Rossi JS, Fava JL et al. : Assessment of the pros and cons of stress management among adolescents : Development and validation of a decisional balance measure. *American Journal of Health Promotion* 22 : 140-143, 2007
- 19) 三浦正江, 坂野雄二, 上里一郎：中学生が学校ストレスサーに対して行なうコーピングパターンとストレス反応の関連. *ヒューマンサイエンスリサーチ* 7 : 177-189, 1998
- 20) Prochaska JO : Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology* 13 : 47-51, 1994

(受付 13. 02. 15 受理 13. 12. 20)

代表者の連絡先：〒305-8574 つくば市天王台1-1-1
筑波大学大学院人間総合科学研究科体育科学専攻
(工藤)

原 著

中・高校生の医薬品使用行動にかかわる要因

堺 千 紘, 川 畑 徹 朗, 菱 田 一 哉
李 美 錦, 今 出 友 紀 子
神戸大学大学院人間発達環境学研究科

Factors Associated with Medicine Use Behavior among Junior and Senior High School Students

Chihiro Sakai Tetsuro Kawabata Kazuya Hishida Meijin Li Yukiko Imade

Graduate School of Human Development and Environment, Kobe University

The main purpose of this study was to clarify the factors associated with medicine use behavior among junior and senior high school students.

Valid respondents were 326 students in the 9th grade of five public junior high schools and 1,369 students in the 10th grade of seven public high schools in Hyogo prefecture. The data were collected between September and October in 2011, using an anonymous self-administered questionnaire.

The main results were as follows :

- 1) In the 9th grade, the students who took medicines appropriately had a positive attitude that taking medicines in recommended time or dosage is important, and showed lower stress response scores than who did not.
- 2) In the 10th grade, the students who took medicines appropriately had a positive attitude, and showed higher family-related self-esteem, problem-focused coping scores, and lower stress response scores than who did not.
- 3) According to the results of multiple logistic regression analysis, the students with more positive attitude were likely to take medicines appropriately in the 9th grade. In the 10th grade, the students with more positive attitude or higher problem-focused coping scores were likely to take medicines appropriately.

The results of this study suggest that an attitude is one of the most important factors associated with medicine use behavior in junior and senior high school students. Further the results suggest that it is important to enhance students' family-related self-esteem and problem-focused coping skills to promote an appropriate medicine use behavior.

Key words : medicine use behavior, attitude, self-esteem, stress coping
医薬品使用行動, 態度, セルフエスティーム, ストレス対処

I. はじめに

思春期には、保護者をはじめとする大人に相談することなく、自己判断で医薬品を使用する生徒が多くなることが知られている。例えば、兵庫県の中学校3年生326名、高等学校1年生1,369名を対象とした堺ら¹⁾の研究によれば、大人に相談しないで自分で医薬品をのんだ経験のある生徒は、中学校3年生では男子32.3%、女子33.7%、高等学校1年生では男子37.1%、女子42.2%だった。また、友人から医薬品をもらった経験のある生徒は、中学校3年生では男子4.4%、女子22.3%、高等学校1年生では男子8.2%、女子32.0%だった。

さらに、医療目的で医薬品を使用する場合であっても、のむ時間やのむ量を守らないなど、医薬品を適切に使用できていない生徒が少なからずいることが指摘されている。例えば堺ら¹⁾は、医薬品を使用する際にのむ時間を守っていない中・高校生の割合が、20.1~22.0%だった

ことを報告している。

近年、我が国においては、中・高校生を対象とした医薬品の適正使用を促す教育の重要性が広く認識されつつあり、中学校および高等学校の学習指導要領²⁾³⁾において教育内容の充実が図られている。人のとる行動には様々な要因がかかわっているため⁴⁾、教育によって適切な医薬品使用行動、すなわち、医薬品をのむ時間やのむ量を守るといった行動を促進するためには、教育の対象となる中・高校生の行動の実態や行動にかかわる重要な要因を明らかにし、そうした要因に適切に働きかけることが不可欠である。しかしながら、我が国においては、中・高校生の医薬品使用行動の関連要因に関する研究は極めて少ないため、生徒の医薬品使用行動にかかわる要因を明らかにすることが必要であると考えた。

このような背景のもと、著者らはまず、国内外の先行研究をレビューし、中・高校生を中心とした青少年の医薬品使用行動の関連要因について検討した⁵⁾。その結果

によれば、飲酒経験⁶⁾⁷⁾や喫煙経験⁶⁾⁸⁻¹⁰⁾のある者、また、心理社会的ストレスを多く感じている者¹¹⁾¹²⁾ほど医薬品の使用経験や使用頻度が高いことが明らかとなった。

次に、先行研究レビューの結果を踏まえ、青少年の健康にかかわる様々な行動と密接な関係があることが明らかにされているセルフエスティーム¹³⁻¹⁷⁾およびストレス対処スキル¹⁴⁾¹⁶⁾に着目し、それらの変数と医薬品使用にかかわる行動との関係を予備的に検討することを目的として、2010年9月に福岡県の中学校1校の3年生117名を対象にパイロット調査を実施した¹⁸⁾。その結果によれば、のむ時間を守っている者は守っていない者と比べて、セルフエスティーム「家族」、「全般」の得点が高かった。

こうした一連の研究結果を踏まえ、本研究においては、中・高校生を対象とした大規模調査¹⁾に基づき、医薬品をのむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と、セルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応、飲酒経験および喫煙経験、のむ時間やのむ量を守ることに関する態度との関係について検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 対 象

調査対象校は、平成22年度の兵庫県の中学校・高等学校のリストを用いて、公立中学校297校、公立高等学校148校の中から系統抽出法によって中学校12校、高等学校8校を抽出した。抽出された学校への調査実施依頼は、2011年7～9月に校長宛に文書で行った。調査への協力が得られなかった場合には、その学校と同じ市町村にある他の学校に調査を依頼した。以上の手順によって中学校5校、高等学校7校が調査対象校として選ばれた。調査対象クラスは中学校3年生と高等学校1年生の全クラスであった。ただし、中学校1校においては2クラス中1クラスのみが調査に参加した。その結果、本研究の調査対象者は、兵庫県の公立中学校5校の計348名と、公立高等学校7校の1,420名となった。無効回答の内訳は、回答の不備による分析除外が3名、その他は欠席であった。有効回答者数は、中学生326名(男子159名、女子167名)、高校生1,369名(男子601名、女子768名)であった。

2. データ収集

2011年9月に調査票を調査対象校に郵送し、2011年9～10月に調査を実施した。調査は、調査対象クラスの学級担任に依頼した。調査実施方法の統一を図るために調査実施者用手引書を作成し、生徒への説明や指示を具体的に記して、指示内容以外の説明を行わないように求めた。

また、できるだけ正確な回答を得るために、回答した内容についての秘密の保持に配慮した。第一に、調査は自記入式の無記名調査とした。第二に、記入後はあらかじめ各人に配付した封筒に記入済みの調査票を入れ、封をさせた。第三に、調査中は机間巡視をしないように調

査実施担当教師に求めた。さらに、調査実施に先立ち、答えたくない質問には答えなくてもかまわないこと、回答の秘密は保持されることを、学級担任が口頭で生徒に伝えるとともに、調査票の表紙に記した。

なお、高等学校1校(有効回答者数:男子74名、女子155名、計229名)においては、学校側の都合により月飲酒経験および月喫煙経験に関する回答は得られなかった。

3. 調査項目

調査時点において使用されていた中学校学習指導要領(平成10年告示)¹⁹⁾には医薬品に関する記述はなく、中学校においては医薬品に関する指導は行われていないものと考えられた。そこで、本研究では、調査対象の中学校3年生は一般用医薬品と医療用医薬品の区別や、医薬品とサプリメントなどの健康食品との区別が困難であると考え、一般用医薬品と医療用医薬品の区別はせず、栄養補給を目的とする医薬品は調査対象に含めないこととした。さらに、回答の混乱を避けるため、医薬品の中でも内服薬(のみ薬)に限定した。これらのことを踏まえ、本研究では、医薬品に関する指導を受けていないと考えられる中学生を念頭に置いて、調査票(中・高校生共通)に「以下の質問の『医薬品』とは、どこか痛い、熱があるなど、からだの具合が悪いときにのむ医薬品のことで、ぜんそくやアトピーなどの医薬品で、ふだんのむことが決められている医薬品はふくみません」と記した。

以下には、本研究の分析に用いた調査項目について述べる。なお、本調査で用いた他の調査項目については、堺ら¹⁾の論文において記述されている。

1) 医薬品をのむ時間、のむ量を守ることに関する行動および態度

行動については、「あなたは、医薬品をのむとき、決められた時間(または、決められた1回の量)を守っていますか」という質問に対して4件法(1. いつも守っている, 2. だいたい守っている, 3. あまり守っていない, 4. 全く守っていない)で回答を求めた。また、態度については、それぞれの医薬品使用行動に対する感情や考え方の一定の傾向としてとらえ⁴⁾、「医薬品をのむとき、決められた時間(または、決められた1回の量)を守ることにについて、どう思いますか」という質問に対して4件法(1. とても大切だと思う, 2. 大切だと思う, 3. あまり大切だと思わない, 4. 全く大切だと思わない)で回答を求めた。

2) セルフエスティーム

家族関係に関するセルフエスティームの測定にはPopeらの尺度²⁰⁾を、全般的なセルフエスティームの測定にはRosenbergの尺度²¹⁾を用いた。Popeらの家族関係に関するセルフエスティーム尺度(以下「家族」)と、Rosenbergの全般的なセルフエスティーム尺度(以下「全般」)は、それぞれ10項目から構成され、各領域におけるセルフエスティームのレベルを測定している。各項目について、「よくそう思う」=1、「ときにはそう思う」=2、

「ほとんどそうは思わない」= 3の3件法で回答を求めた。いずれの尺度も得点の範囲は10点から30点までで、高いほど各セルフエスティームのレベルが高いことを示すように項目の得点を変換し、合計得点を求めた。

3) ストレス対処スキル

ストレス対処スキルの測定には、大竹らのコーピング尺度の短縮版²²⁾を用いた。この尺度は「サポート希求」、「問題解決」、「気分転換」、「情動的回避」、「行動的回避」、「認知的回避」の六つの下位尺度（各2項目）から構成され、各項目について「全然あてはまらない」= 1、「あまりあてはまらない」= 2、「少しあてはまる」= 3、「よくあてはまる」= 4の4件法で回答を求めた。各項目について選択肢の数値をそのまま得点化し、各下位尺度の合計得点を求めた。各下位尺度の得点の範囲は2点から8点までで、得点が高いほど各対処法をよく使うことを示す。なお、ストレスへの対処の仕方は、ストレスの原因を解決しようとする問題焦点型と、ストレスによって生じた不快な情動を変えることを目的とした情動焦点型とがあり、「サポート希求」と「問題解決」は前者に、「気分転換」、「情動的回避」、「行動的回避」、「認知的回避」は後者に対応すると考えられる。

4) ストレス反応

ストレス反応の測定には、坂野らの中学生用ストレス反応尺度短縮版²³⁾を用いた。この尺度は「いらいらする、怒りを感じる」といった「不機嫌・怒り感情」、「体がだるい、頭痛がする」といった「身体的反応」、「悲しい、泣きたい気分だ」といった「抑うつ・不安感情」、「勉強が手につかない、ひとつのことに集中することができない」といった「無力的認知・思考」の四つの下位尺度（各4項目）から構成され、各項目について「全然あてはまらない」= 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件法で回答を求めた。各項目について選択肢の数値をそのまま得点化し、各下位尺度の合計得点を求めた。各下位尺度の得点の範囲は0点から12点までで、得点が高いほど各ストレス反応の表出が高いことを示す。

5) 月飲酒および月喫煙経験

飲酒経験については、「あなたは、この1か月間に、酒やビールを飲みましたか」という質問に対して3件法（1. 飲んでいない、2. 1回飲んだ、3. 2回以上飲んだ）で回答を求め、2あるいは3を選択した者を月飲酒経験者とした。

喫煙経験については、「あなたは、この1か月間に、タバコを吸いましたか」という質問に対して4件法（1. 吸っていない、2. 1本吸った、3. 2～19本吸った、4. 20本以上吸った）で回答を求め、2～4を選択した者を月喫煙経験者とした。

なお、月喫煙経験については、経験者数が少なかったため、分析から除外した。

4. 分析方法

のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動については、「いつも守っている」と「だいたい守っている」とを合わせて「守っている群」、「あまり守っていない」と「全く守っていない」とを合わせて「守っていない群」の2群とした。また、態度については、「あまり大切だと思わない」あるいは「全く大切だと思わない」と回答した者が少なかったため、これらを合わせて、「とても大切だと思う」、「大切だと思う」、「あまり／全く大切だと思わない」の3群とした。なお、堺ら⁹⁾が行った先行研究において、統計的検定は行われていなかったものの、のむ時間を守っている者の割合は、のむ量を守っている者の割合に比べて低く、遵守率が異なっていたため、本研究では両者を区別して分析を行った。

のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と態度との関係についてはMann-WhitneyのU検定、月飲酒経験との関係については χ^2 検定を用いた。また、セルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との関係については対応のないt検定を用いた。

さらに、各変数の影響の大きさを検討するために、のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動を従属変数、セルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応、のむ時間やのむ量を守ることに関する態度、月飲酒経験を独立変数とした多重ロジスティック回帰分析（強制投入法）を行った。なお、単変量解析の結果、態度の影響が大きいことが示されたため、態度を含まない場合（Model 1）と含む場合（Model 2）の2段階に分けて分析を行った。また、のむ量を「守っていない群」の人数が少なかったことから、分析は学校種別に男女合わせて行うこととし、多重ロジスティック回帰分析においては、性を制御変数とした。

分析に際しては、統計プログラムパッケージSPSS 15.0 J for Windowsを使用し、統計上の有意水準は5%とした。

III. 結 果

1. のむ時間およびのむ量を守ることに関する態度との関係

表1には、のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と態度との関係についてのMann-WhitneyのU検定の結果を示した。

中学生におけるのむ時間を守ることに関する行動とのむ量を守ることに関する態度との関係を除く全ての場合において統計的有意差が認められ、中・高校生ともに、のむ時間やのむ量を守っている群は守っていない群と比べて、のむ時間やのむ量を守ることは「とても大切だと思う」と回答した者の割合が高く、「あまり／全く大切だと思わない」と回答した者の割合が低かった。

表1 医薬品をのむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と態度との関係 (%)

態 度	中 学 生				高 校 生			
	のむ時間を守ること		のむ量を守ること		のむ時間を守ること		のむ量を守ること	
	守って いる n = 259	守って いない n = 66	守って いる n = 312	守って いない n = 12	守って いる n = 1,068	守って いない n = 293	守って いる n = 1,304	守って いない n = 57
のむ時間を守ること								
とても大切だと思う	51.7	13.6**	45.2	16.7*	52.2	21.8**	46.5	26.3**
大切だと思う	44.4	48.5	44.9	50.0	44.9	50.5	47.0	26.3
あまり/全く大切だと思わない	3.9	37.9	9.9	33.3	2.8	27.9	6.4	47.4
態 度	のむ時間を守ること		のむ量を守ること		のむ時間を守ること		のむ量を守ること	
	守って いる n = 269	守って いない n = 66	守って いる n = 312	守って いない n = 12	守って いる n = 1,069	守って いない n = 293	守って いる n = 1,305	守って いない n = 57
	のむ量を守ること							
とても大切だと思う	63.3	53.0	63.1	16.7**	68.6	48.5**	66.1	22.8**
大切だと思う	35.1	40.9	35.3	58.3	31.0	39.9	32.8	35.1
あまり/全く大切だと思わない	1.5	6.1	1.6	25.0	0.5	11.6	1.1	42.1

* : 5%水準で有意な群間差があることを示す
 ** : 1%水準で有意な群間差があることを示す

表2 医薬品をのむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と月飲酒行動との関係 (%)

中学生	月飲酒経験	のむ時間を守ること		のむ量を守ること	
		守っている n = 259	守っていない n = 65	守っている n = 311	守っていない n = 12
	あり	11.2	9.2	10.6	16.7
	なし	88.8	90.8	89.4	83.3
高校生	月飲酒経験	のむ時間を守ること		のむ量を守ること	
		守っている n = 899	守っていない n = 233	守っている n = 1,084	守っていない n = 48
	あり	14.6	17.2	14.6	27.1
	なし	85.4	82.8	85.4	72.9

* : 5%水準で有意な群間差があることを示す

2. 月飲酒経験との関係

表2には、のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動と月飲酒経験との関係についてのχ²検定の結果を示した。

高校生において有意差が認められ、のむ量を守っている群は守っていない群と比べて有意に月飲酒経験率が低かった。

3. セルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との関係

表3には、のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動とセルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との関係についてのt検定の結果を示した。

中学生においては、のむ時間を守っている群は守っていない群と比べて、セルフエスティーム「家族」の得点が有意に高く、ストレス反応の「抑うつ・不安感情」の得点が有意に低かった。また、のむ量を守っている群は守っていない群と比べて、問題焦点型のストレス対処ス

キルである「サポート希求」の得点が有意に高く、情動焦点型のストレス対処スキルである「情動的回避」と「認知的回避」の得点が有意に低かった。さらに、ストレス反応の「不機嫌・怒り感情」、「身体的反応」、「抑うつ・不安感情」の得点が有意に低かった。

高校生については、のむ時間とのむ量のいずれの場合においても、守っている群は守っていない群と比べて、セルフエスティーム「家族」、問題焦点型のストレス対処スキルである「問題解決」の得点が有意に高く、ストレス反応の四つの下位尺度全ての得点が有意に低かった。また、のむ時間を守ることについてはセルフエスティーム「全般」においても有意差が認められ、守っている群の得点が高かった。

4. のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果

表4-1、4-2には、多重ロジスティック回帰分析を行った結果を示した。独立変数の投入については、二つ

表3 医薬品をのむ時間およびのむ量を守ることに関する行動とセルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との関係

変数	中 学 生				高 校 生							
	のむ時間を守ることに		のむ量を守ることに		のむ時間を守ることに		のむ量を守ることに					
	n	平均値±SD	t 値	n	平均値±SD	t 値	n	平均値±SD	t 値			
セルフエスティーム												
家族	258	22.4±4.1	2.218*	310	22.2±4.1	1.412	1,059	22.0±4.0	5.892**	1,292	21.7±4.0	3.182**
守っている	65	21.1±3.9		12	20.5±4.5		291	20.5±3.7		58	20.1±4.1	
守っていない	257	19.1±3.9	1.529	310	19.0±4.0	.965	1,060	18.5±3.8	3.573**	1,292	18.3±3.8	-.687
全般	66	18.2±4.1		12	17.8±3.2		290	17.6±3.6		58	18.6±4.0	
守っていない												
ストレス対処スキル												
サポート希求	257	4.5±1.8	.890	310	4.5±1.8	1.982*	1,061	4.9±1.7	.783	1,294	4.9±1.7	.769
守っている	66	4.3±1.8		12	3.4±1.6		291	4.8±1.7		58	4.7±1.9	
守っていない	258	5.5±1.6	-.470	311	5.5±1.6	1.269	1,069	5.9±1.5	3.510**	1,300	5.8±1.5	3.402**
問題解決	66	5.6±1.6		12	4.9±1.7		289	5.5±1.5		58	5.0±1.9	
守っている	258	4.9±1.7	.154	311	4.9±1.7	.470	1,070	4.9±1.6	-.242	1,304	4.9±1.5	-1.497
守っていない	66	4.9±1.6	-.573	12	4.7±1.7	-2.267*	292	5.0±1.5	-.583	58	5.2±1.7	.659
情動的回避	258	4.6±1.7		311	4.6±1.7		1,069	4.9±1.7		1,302	4.9±1.7	
守っている	66	4.8±1.7	.220	12	5.8±2.0	.481	291	4.9±1.8	-.516	58	4.7±1.8	-1.584
守っていない	257	3.3±1.3	-1.877	310	3.3±1.3	-3.029**	1,069	3.3±1.3	-.308	1,303	3.3±1.3	.136
行動的回避	66	3.2±1.5		12	3.1±1.8		292	3.3±1.3		58	3.6±1.5	
守っている	258	4.5±1.5		311	4.5±1.5		1,068	4.7±1.5		1,299	4.7±1.5	
守っていない	66	4.9±1.7		12	5.9±1.7		289	4.7±1.6		58	4.6±1.8	
ストレス反応												
不機嫌・怒り感情	259	4.5±3.1	-1.084	312	4.5±3.1	-2.121*	1,067	4.9±2.9	-3.606**	1,301	5.0±2.9	-4.912**
守っている	66	5.0±3.0		12	6.4±2.8		292	5.6±2.9		58	6.9±3.0	
守っていない	259	3.1±3.2	-1.212	312	3.1±3.2	-2.130*	1,067	4.0±3.3	-3.010**	1,302	4.1±3.3	-2.603**
身体的反応	66	3.7±3.3		12	5.2±4.0		293	4.6±3.4		58	5.2±3.5	
抑うつ・不安感情	258	3.7±3.5	-2.066*	311	3.8±3.6	-1.997*	1,068	4.1±3.5	-3.794**	1,303	4.2±3.5	-4.244**
守っている	66	4.7±3.8		12	5.9±4.0		293	5.0±3.8		58	6.2±3.9	
守っていない	257	5.0±2.8	-.962	310	5.1±2.9	-.578	1,066	5.8±2.9	-6.099**	1,300	6.0±2.9	-4.310**
無力的認知・思考	66	5.5±3.4		12	5.6±3.0		292	6.9±2.8		58	7.6±2.7	
守っている												
守っていない												

* : 5%水準で有意な群間差があることを示す
 ** : 1%水準で有意な群間差があることを示す

表4-1 のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果 (中学生)

変数	のむ時間を守ることに					のむ量を守ることに				
	β	オッズ比 (粗オッズ比)	95%信頼区間	χ^2 値	p値	β	オッズ比 (粗オッズ比)	95%信頼区間	χ^2 値	p値
Model 1	n = 315					n = 314				
セルフエスティーム										
家族	-.048	.953 (—)	.870- 1.044	1.059	.304	-.043	.958 (—)	.794- 1.155	.206	.650
全般	-.009	.991 (—)	.901- 1.090	.033	.856	.075	1.078 (—)	.868- 1.339	.464	.496
ストレス対処スキル										
サポート希求	-.043	.957 (—)	.795- 1.152	.211	.646	-.185	.831 (—)	.531- 1.302	.652	.419
問題解決	.123	1.131 (—)	.926- 1.382	1.464	.226	-.294	.745 (—)	.478- 1.161	1.691	.193
気分転換	.001	1.001 (—)	.821- 1.221	.000	.989	.028	1.029 (—)	.655- 1.615	.015	.902
情動的回避	-.021	.979 (—)	.786- 1.220	.035	.851	.399	1.491 (—)	.887- 2.506	2.276	.131
行動的回避	-.107	.899 (—)	.699- 1.154	.700	.403	-.377	.686 (—)	.376- 1.252	1.508	.219
認知的回避	.114	1.120 (—)	.930- 1.350	1.426	.232	.424	1.528 (—)	1.036- 2.252	4.581	.032*
ストレス反応										
不機嫌・怒り感情	-.008	.992 (—)	.878- 1.121	.016	.900	.126	1.135 (—)	.875- 1.471	.911	.340
身体的反応	-.012	.988 (—)	.861- 1.133	.031	.861	.013	1.013 (—)	.784- 1.309	.009	.922
抑うつ・不安感情	.077	1.080 (—)	.967- 1.206	1.866	.172	.115	1.122 (—)	.874- 1.439	.814	.367
無力的認知・思考	.015	1.015 (—)	.898- 1.147	.059	.808	-.168	.846 (—)	.644- 1.111	1.453	.228
月飲酒経験										
性	-.233	.792 (—)	.294- 2.136	.212	.645	.173	1.188 (—)	.200- 7.046	.036	.849
	-.228	.796 (—)	.388- 1.634	.386	.535	-.231	.794 (—)	.162- 3.891	.081	.776
Model 2	n = 315					n = 314				
セルフエスティーム										
家族	-.009	.991 (.972)	.889- 1.105	.026	.872	-.003	.997 (.904)	.789- 1.259	.001	.980
全般	-.051	.950 (.948)	.855- 1.056	.905	.341	.046	1.047 (.928)	.823- 1.333	.141	.780
ストレス対処スキル										
サポート希求	.012	1.012 (.937)	.809- 1.267	.012	.913	-.197	.821 (.698)	.480- 1.404	.520	.471
問題解決	.203	1.225 (1.041)	.964- 1.557	2.766	.096	-.167	.846 (.803)	.505- 1.416	.405	.525
気分転換	-.144	.866 (.987)	.682- 1.100	1.393	.238	.074	1.077 (.920)	.668- 1.735	.092	.762
情動的回避	-.030	.970 (1.048)	.742- 1.269	.050	.824	.572	1.771 (1.464)	.993- 3.161	3.745	.053
行動的回避	-.131	.877 (.977)	.657- 1.172	.787	.375	-.727	.483 (.892)	.219- 1.066	3.247	.072
認知的回避	.105	1.111 (1.182)	.896- 1.378	.918	.338	.308	1.361 (1.761)	.884- 2.096	1.956	.162
ストレス反応										
不機嫌・怒り感情	.037	1.037 (1.050)	.896- 1.201	.238	.625	.130	1.139 (1.223)	.833- 1.557	.665	.415
身体的反応	-.098	.907 (1.052)	.777- 1.058	1.555	.212	-.074	.928 (1.177)	.683- 1.261	.225	.635
抑うつ・不安感情	.095	1.100 (1.080)	.972- 1.244	2.297	.130	.102	1.107 (1.160)	.831- 1.475	.481	.488
無力的認知・思考	.003	1.003 (1.051)	.872- 1.155	.002	.963	-.177	.838 (1.059)	.620- 1.131	1.336	.248
態度										
のむ時間	2.324	10.216 (6.135)	5.261-19.837	47.108	<.001**	-.130	.878 (3.033)	.170- 4.545	.024	.877
のむ量	-.949	.387 (1.638)	.194- .774	7.209	.007**	2.285	9.822 (7.722)	1.459-66.125	5.514	.019*
月飲酒経験										
性	-.270	.763 (.814)	.259- 2.247	.240	.624	.066	1.068 (1.697)	.150- 7.612	.004	.948
	-.232	.793 (1.015)	.348- 1.806	.304	.581	-.022	.979 (1.356)	.157- 6.088	.001	.982

(従属変数) のむ時間/のむ量を守ることに関する行動: 1 「いつも/だいたい守っている」, 2 「あまり/全く守っていない」

(独立変数) セルフエスティーム: 「家族」10~30, 「全般」10~30

ストレス対処スキル: 「サポート希求」, 「問題解決」, 「気分転換」, 「情動的回避」, 「行動的回避」, 「認知的回避」 2~8

ストレス反応: 「不機嫌・怒り感情」, 「身体的反応」, 「抑うつ・不安感情」, 「無力的認知・思考」 0~12

態度: 1 「とても大切だと思う」, 2 「大切だと思う」, 3 「あまり/全く大切だと思わない」

月飲酒経験: 1 「なし」, 2 「あり」

性: 1 「男子」, 2 「女子」

のModel (ブロック) に分け, Model 1ではセルフエスティーム, ストレス対処スキル, ストレス反応, 月飲酒経験を投入し, Model 2では態度を追加した分析を行った。

中学生においては, のむ時間を守ることに関しては, Model 1においては有意な変数はなかったものの, Model 2において, のむ時間を守ることは大切だと思っ

ていられるほど, のむ量を守ることは大切だと思っ

ている傾向にあった。のむ時間を守ることに関しては, Model 1においては, セルフエスティーム「家族」, ストレス対処スキルの「問題解決」が高いほど, ストレス反応の「無力的認知・思考」が低いほど, のむ時間を守る傾向にあった。Model 2では, ストレス対処スキルの「問題解決」が高いほど, のむ時間を守ることは大切だと思っ

表4-2 のむ時間およびのむ量を守ることに関する行動を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果（高校生）

変数	のむ時間を守ること					のむ量を守ること					
	β	オッズ比 (粗オッズ比)	95%信頼区間	χ^2 値	p値	β	オッズ比 (粗オッズ比)	95%信頼区間	χ^2 値	p値	
Model 1 n = 1,094						Model 2 n = 1,093					
セルフエスティーム											
家族	-.052	.950(—)	.904- .998	4.208	.040*	-.099	.906(—)	.822- .998	3.986	.046*	
全般	.011	1.011(—)	.959-1.066	.169	.681	.191	1.210(—)	1.085- 1.349	11.804	.001**	
ストレス対処スキル											
サポート希求	.054	1.056(—)	.948-1.177	.976	.323	.220	1.246(—)	.985- 1.575	3.371	.066	
問題解決	-.178	.837(—)	.746- .939	9.252	.002**	-.455	.635(—)	.501- .804	14.150	<.001**	
気分転換	.057	1.058(—)	.948-1.181	1.018	.313	.019	1.019(—)	.820- 1.267	.030	.862	
情動的回避	-.071	.931(—)	.833-1.042	1.550	.213	-.057	.944(—)	.746- 1.196	.226	.634	
行動的回避	-.061	.941(—)	.826-1.072	.831	.362	.097	1.102(—)	.871- 1.393	.651	.420	
認知的回避	-.023	.977(—)	.879-1.086	1185	.667	-.047	.955(—)	.773- 1.178	.188	.665	
ストレス反応											
不機嫌・怒り感情	.044	1.045(—)	.977-1.118	1.637	.201	.187	1.206(—)	1.049- 1.386	6.932	.008**	
身体的反応	-.003	.997(—)	.930-1.069	.007	.934	-.010	.990(—)	.863- 1.134	.023	.881	
抑うつ・不安感情	.031	1.031(—)	.975-1.091	1.162	.281	.065	1.067(—)	.956- 1.192	1.331	.246	
無力的認知・思考	.086	1.090(—)	1.018-1.167	6.082	.014*	-.176	.017(—)	1.032- 1.376	5.715	.017*	
月飲酒経験											
性	.325	1.384(—)	.968-1.977	3.178	.075	-.516	.597(—)	.280- 1.275	1.776	.183	
Model 2 n = 1,093											
セルフエスティーム											
家族	-.017	.983(.906)	.932-1.038	.372	.542	-.037	.964(.900)	.862- 1.078	.411	.522	
全般	-.005	.995(.939)	.939-1.054	.031	.860	.196	1.217(1.024)	1.076- 1.376	9.755	.002**	
ストレス対処スキル											
サポート希求	.083	1.087(.969)	.966-1.223	1.928	.165	.249	1.283(.939)	.984- 1.673	3.384	.066	
問題解決	-.136	.873(.858)	.770- .989	4.540	.033*	-.461	.631(.701)	.480- .829	10.974	.001**	
気分転換	.093	1.097(1.011)	.973-1.238	2.279	.131	.020	1.021(1.137)	.801- 1.301	.027	.869	
情動的回避	-.043	.958(1.026)	.848-1.081	.489	.485	.058	1.059(.951)	.815- 1.377	.187	.666	
行動的回避	-.091	.913(1.029)	.788-1.057	1.488	.223	.036	1.037(1.198)	.778- 1.382	.061	.804	
認知的回避	-.040	.960(1.017)	.858-1.075	.492	.483	-.059	.942(.985)	.742- 1.196	.238	.625	
ストレス反応											
不機嫌・怒り感情	.017	1.018(1.085)	.945-1.095	.214	.643	.178	1.194(1.256)	1.021- 1.396	4.947	.026*	
身体的反応	.000	1.000(1.060)	.928-1.078	.000	.997	-.004	.996(1.101)	.852- 1.166	.002	.964	
抑うつ・不安感情	.030	1.030(1.071)	.970-1.095	.924	.336	.041	1.042(1.159)	.920- 1.180	.411	.522	
無力的認知・思考	.069	1.072(1.153)	.996-1.154	3.393	.065	.162	1.176(1.231)	1.001- 1.382	3.898	.048*	
態度											
のむ時間	1.399	4.052(4.215)	2.933-5.597	72.041	<.001**	-.420	.657(4.146)	.250- 1.724	.729	.393	
のむ量	.064	1.066(2.650)	.770-1.478	.149	.699	2.444	11.515(10.155)	4.205-31.534	22.605	<.001**	
月飲酒経験											
性	-.041	.960(2.170)	.617-1.494	.033	.856	-.428	1.534(1.203)	.669- 3.518	1.022	.312	
性	.190	1.209(1.067)	.822-1.777	.930	.335	-.609	.544(.620)	.238- 1.243	2.085	.149	

注：高等学校1校は月飲酒経験に対する回答が得られなかったため分析から除外

量を守ることに関しては、Model 1においては、セルフエスティーム「家族」、ストレス対処スキルの「問題解決」が高いほど、セルフエスティーム「全般」、ストレス反応の「不機嫌・怒り感情」、「無力的認知・思考」が低いほど、のむ量を守る傾向にあった。Model 2においては、セルフエスティーム「全般」、ストレス反応の「不機嫌・怒り感情」、「無力的認知・思考」が低いほど、ストレス対処スキルの「問題解決」が高いほど、のむ量を守ることは大切だと思っているほど、のむ量を守る傾向にあった。

IV. 考 察

1. のむ時間およびのむ量を守ることに関する態度との関係

多重ロジスティック回帰分析の結果によれば、のむ時間を守ることは大切だと思っているほどのむ時間を守り、のむ量を守ることは大切だと思っているほどのむ量を守る傾向にあった。

中・高校生について、軽度の身体不調で医薬品を使用する際の、のむ時間やのむ量を守るといった医薬品使用行動と態度との関係について検討した関連研究は極めて少なく、本研究の結果を他の関連研究の結果と比較、検討することはできなかった。一方、喫煙²⁴⁾、不健康な食行動²⁵⁾、危険な性行動²⁶⁾といった行動と態度との関係に

については我が国においても研究が行われており、いずれの場合も、健康上好ましい行動をとっている生徒は、そうした行動をとることに對してより好ましい態度をもっている傾向にあることが報告されている。したがって、医薬品使用にかかわる行動と態度との間に有意な関連が認められたという本研究の結果は妥当なものであり、他の健康にかかわる行動と同様に、医薬品使用行動においても、行動と態度との間には密接な関連があることが推察される。これらの結果から、中・高校生の適切な医薬品使用行動を促進するためには、好ましい態度の形成を促す要因について、今後詳細に検討する必要があると考えられる。

2. セルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との関係

本研究のt検定の結果によれば、中学生では、のむ時間を守ることに關してはセルフエスティーム「家族」、ストレス反応の「抑うつ・不安感情」、のむ量を守ることに關しては、ストレス対処スキルの「サポート希求」、「情動的回避」、「認知的回避」、ストレス反応の「不機嫌・怒り感情」、「身体的反応」、「抑うつ・不安感情」が有意だった。高校生では、のむ時間を守ること、のむ量を守ることいずれの場合においても、セルフエスティーム「家族」、ストレス対処スキルの「問題解決」、ストレス反応の四つの下位尺度全てが有意であった。またのむ時間を守ることに關しては、セルフエスティーム「全般」も有意だった。

多重ロジスティック回帰分析の結果によれば、中学生において有意な変数として取り込まれたのは、のむ量を守ることに關するModel 1におけるストレス対処スキルの「認知的回避」のみだった。高校生においては、のむ時間とのむ量の両方に共通して有意な変数として取り込まれた独立変数は、Model 1では、セルフエスティーム「家族」、ストレス対処スキルの「問題解決」、ストレス反応の「無力的認知・思考」であり、Model 2ではストレス対処スキルの「問題解決」だった。

多重ロジスティック回帰分析の結果では、とりわけ高校生において有意差が認められた変数の数が多かった。しかしながら、t検定の結果によれば、中学生においても高校生と同様にのむ時間やのむ量を守っている群は守っていない群と比べて、セルフエスティームの得点が高く、ストレス反応の得点が低いという傾向が示された。多重ロジスティック回帰分析において中学生と高校生とで有意差が認められた変数の数が異なっていたのは、高校生のサンプル数が中学生のサンプル数に比べて多かったことが一因として考えられる。

のむ時間やのむ量を守ることに關する行動とセルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応との間に關連が認められた理由については、二通りの説明が可能である。

第一に、セルフエスティームやストレス対処スキルの

「問題解決」が低いことが様々な心理的・身体的ストレス反応を引き起こし、そうしたストレス反応に對処するために、のむ時間やのむ量を守ることなく医薬品を使用しているのではないかと考えられる。

中・高校生のセルフエスティームとストレス対処スキル、ストレス反応はそれぞれ密接な関係にあることが報告されている²⁷⁻³⁰⁾。例えば、高校生を対象とした榊原ら²⁷⁾の研究によれば、セルフエスティーム「全般」が低い者ほど、ストレスに對して問題焦点型の對処行動をとらず、身体的・精神的自覚症状が多かった。

また、問題焦点型のストレス對処行動の中でも問題解決の方略はストレス反応とより密接な関係にあることが指摘されている。例えば、Penleyら³¹⁾のメタ分析の結果によれば、直面しているストレスに對して直接的・根本的に解決・改善しようとする積極的な問題解決の方略をとることは、心理的・身体的ストレス反応の低減につながりやすいことが明らかになった。

以上のことから、比較的年齢の高い中・高校生の場合、ストレスに對するものを解決するような行動をとらない傾向にある者は、ストレスを取り除くことができず、その悪影響を低減することができないために、心理的・身体的ストレス反応がより強く現れ、そうしたストレス反応に對処するために、のむ時間やのむ量を守ることなく医薬品を使用している可能性が考えられる。

のむ医薬品の量を守る行動とストレスとの関係に關する佐久間ら³²⁾の研究によると、高校生の男女いずれにおいても、「市販薬または医師から処方された薬を多量に飲んだことがある（過剰服薬）」と回答した群はない群と比べて、ストレス反応が有意に高かった。その理由について佐久間らは、「危険行動を行う高校生は、ストレスが高まる状況において適切な對処行動をとれずに危険行動を行っていることや、これらの危険行動を繰り返すことで、更にストレス反応を高く表出する可能性がある」と述べている。

また、本研究の高校生におけるt検定の結果によれば、のむ量を守っていない群は守っている群と比べて月飲酒経験率が有意に高かった。欧米において比較的多く行われてきた医療目的での医薬品の使用経験や使用頻度と飲酒、喫煙行動との関係に關する研究結果によれば、飲酒、喫煙経験がある者ほど、あるいは飲酒、喫煙頻度が高い者ほど、医薬品使用経験率あるいは医薬品使用頻度が高いことが明らかにされている⁶⁻¹⁰⁾。本研究の結果や、佐久間らあるいは欧米の研究結果を併せて考えると、ストレスに對して、原因そのものを解決しようとせず、もっぱら不快な情動を紛らわそうとする傾向にある生徒は、飲酒、喫煙行動をとったり、医療目的であってものむ量を守らないで医薬品を使用したりすることで、ストレスに對処している可能性が考えられる。

ストレスと医薬品使用行動との関係については、ストレスの測定も含めて、今後の研究においてより包括

的に検討する必要がある。

第二に、医薬品使用行動とセルフエスティームとの関係については、セルフエスティーム「家族」が低いことが、医薬品の使用行動に直接的にかかわっている可能性が挙げられる。

堺ら¹⁸⁾の研究によれば、医薬品を使用する際の保護者への相談頻度が低い群ほど、セルフエスティーム「家族」の得点が低かった。その理由について堺らは、保護者との全般的な親密度や信頼度が低いために保護者に相談していない可能性を指摘している。こうしたことを考慮すると、のむ時間やのむ量を守っていない群のセルフエスティーム「家族」の得点が低かったということについては、親子関係が希薄なために医薬品を使用する際に保護者へ相談することが少なく、保護者からのむ時間やのむ量を守るよう指導される機会が少ないために、のむ時間やのむ量を守ることの重要性を認識していなかったり、保護者に相談しないで、のむ時間やのむ量を守らずに医薬品を使用したりするという行動につながっているのかも知れない。

中・高校生といった思春期においては、保護者をはじめとする大人に相談しないで自分の判断で医薬品を使用する生徒が多くなる¹⁾³³⁾。一方で、保護者を医薬品に関して信頼できる情報源として認知している生徒の割合は59.2~73.8%であり、専門家の69.9~77.4%に次いで高く¹⁾、また、医薬品を使用する際の相談相手として約7~9割の生徒が保護者を挙げている¹⁾³³⁾。こうした結果から、中・高校生といった発達段階においても、医薬品を使用することに関して保護者は重要な存在であることが推察される。しかしながら、本研究の結果と、堺ら¹⁸⁾の研究結果を併せ考えると、セルフエスティーム「家族」が低く、医薬品を使用する際に保護者に相談せずに、不適切な医薬品使用行動をとる恐れのある生徒については、セルフエスティーム「家族」を高めて、保護者への相談を促進する取組と並行して、医師や薬剤師をはじめとした専門家に相談することを支援する取組をする必要があると考える。

V. 本研究の意義と今後の課題

本研究は、軽度の身体不調で医薬品を使用する際の行動、すなわちのむ時間やのむ量を守ることとセルフエスティーム、ストレス対処スキル、ストレス反応、月飲酒経験、医薬品使用に関する態度との関係を検討した試掘的な取組である。本研究の結果より、中・高校生の適切な医薬品使用行動を促進するためには、のむ時間やのむ量を守ることは大切だという態度を形成すること、セルフエスティーム「家族」やストレス対処スキル、とりわけ問題焦点型のストレス対処スキルを高めることが効果的であるという示唆が得られた。

本研究の課題として、以下の点が挙げられる。第一に、国内外を問わず関連研究がほとんどなく、本研究で得ら

れた結果を他の研究結果と比較することができなかった。第二に、調査対象は兵庫県の公立中・高等学校のみであり地域の特性に偏りが生じた可能性が考えられる。第三に、本研究は横断研究であったため、要因間の因果関係については明らかにすることができなかった。第四に、医薬品使用にかかわる態度の形成にかかわる変数、例えば「行動成果の評価」や「行動信念」³⁴⁾などが含まれていなかった。第五に、本研究では月喫煙経験率が低かったため、医薬品使用行動と月喫煙経験との関係を検討することができなかった。

今後は、本調査結果の再現性および一般化の可能性を確認するとともに、縦断調査により要因間の因果関係を確認する必要がある。さらには、医薬品使用行動と密接な関係にある態度に影響を及ぼす要因を確認し、そうした要因を考慮したより包括的な医薬品教育の内容を検討することが必要である。

文 献

- 1) 堺千紘, 川畑徹朗, 李美錦ほか：中・高校生の医薬品使用にかかわる行動および態度の実態. 学校保健研究 55 : 295-307, 2013
- 2) 文部科学省：中学校学習指導要領解説-保健体育編. 東山書房, 京都, 2008
- 3) 文部科学省：高等学校学習指導要領解説-保健体育編. 東山書房, 京都, 2009
- 4) Green LW, Kreuter MW : Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach-the Fourth Edition. The McGraw-Hill Companies, Inc, New York, USA, 2005
- 5) 堺千紘, 川畑徹朗, 宋昇勲ほか：青少年の医薬品使用行動の関連要因に関する文献研究. 学校保健研究 55 : 46-52, 2013
- 6) Andersen A, Holstein BE, Hansen EH : Is medicine use in adolescence risk behavior? Cross-sectional survey of school-aged children from 11 to 15. Journal of Adolescent Health 39 : 362-366, 2006
- 7) Bulck J, Leemans L, Laekeman GM : Television and adolescent use of over-the-counter analgesic agents. The Annals of Pharmacotherapy 39 : 58-62, 2005
- 8) Morales-Suarez-Varela M, Llopis-Gonzalez A, Caamano-Isorna F : Adolescents in Spain : Use of medicines and adolescent lifestyles. Pharmacy World & Science 31 : 656-663, 2009
- 9) de Moraes A, Delaporte T, Molena-Fernandes C et al. : Factors associated with medicine use and self medication are different in adolescents. Clinics 66 : 1149-1155, 2011
- 10) Pisarska A, Ostaszewski K : Medicine use among Warsaw ninth-grade students. Drugs : Education, Prevention, and Policy 18 : 361-370, 2011

- 11) Stoelben S, Krappweis J, Rossler G et al. : Adolescents' drug use and drug knowledge. *European Journal of Pediatrics* 159 : 608-614, 2000
- 12) Due P, Hansen EH, Merlo J et al. : Is victimization from bullying associated with medicine use among adolescents? A nationally representative cross-sectional survey in Denmark. *Pediatrics* 120 : 110-117, 2007
- 13) 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
- 14) 川畑徹朗, 石川哲也, 勝野眞吾ほか : 中・高校生の性行動の実態とその関連要因—セルフエスティームを含む心理社会的変数に焦点を当てて—. *学校保健研究* 49 : 335-347, 2007
- 15) 春木敏, 川畑徹朗 : 小学生の朝食摂取行動の関連要因. *日本公衆衛生雑誌* 52 : 235-245, 2005
- 16) 近森けいこ, 川畑徹朗, 西岡伸紀 : 思春期のセルフエスティームおよびストレス対処スキルと運動習慣との関係—6年間の縦断調査の結果より—. *学校保健研究* 47 : 29-39, 2005
- 17) 今出友紀子, 川畑徹朗, 石川哲也ほか : 思春期の子どもたちの喫煙開始に関わる要因. *学校保健研究* 49 : 170-179, 2007
- 18) 堺千紘, 川畑徹朗, 宋昇勲ほか : 中学生の医薬品使用行動の実態とその関連要因—予備的質問紙調査の結果より—. *学校保健研究* 54 : 227-239, 2012
- 19) 文部省 : 中学校学習指導要領解説—保健体育編. 東山書房, 京都, 1999
- 20) Pope AW, McHale SM, Craighead WE : *Self-esteem Enhancement with Children and Adolescents*. Pergamon Press, New York, USA, 1988
- 21) 遠藤辰夫, 井上祥二, 蘭千壽編 : *セルフエスティームの心理学—自己価値の探究—*. ナカニシヤ出版, 京都, 1992
- 22) 大竹恵子, 島井哲志, 嶋田洋徳 : 小学生のコーピング尺度短縮版の作成. *ヒューマンサイエンス* 4 : 1-5, 2002
- 23) 坂野雄二, 岡安孝弘, 島田洋徳 : *PSI—中学生用—*. 実務教育出版, 東京, 2006
- 24) 村松常司, 野村和雄, 北井美奈子ほか : 喫煙に対するイメージ・知識・態度および行動に関する研究 (第1報) 高校生を対象とした調査結果. *学校保健研究* 36 : 339-349, 1994
- 25) 山田英明, 河田哲典, 門田新一郎 : 中学生の朝食摂取と生活習慣に関する健康意識・知識・態度, 健康状況との関連. *栄養学雑誌* 67 : 270-278, 2009
- 26) 池上千寿子 : 若者の性と保健行動および予防介入についての考察. *日本エイズ学会誌* 5 : 48-54, 2003
- 27) 榊原麻衣, 村松常司, 吉田正ほか : 高校生のストレス対処行動とセルフエスティーム. *教育医学* 49 : 208-221, 2003
- 28) 三浦正江, 坂野雄二, 上里一郎 : 中学生が学校ストレスに対して行うコーピングパターンとストレス反応との関連. *ヒューマンサイエンスリサーチ* 7 : 177-189, 1998
- 29) 小島亜希子, 村松常司, 吉田正ほか : 中学生の日常ストレスとセルフエスティームに関する研究. *愛知教育大学研究報告* 54 : 167-174, 2005
- 30) 藤村元太, 平野嘉彦, 藤猪省太ほか : 中学生の対人ストレスイベントと対処行動に関する研究. *愛知教育大学保健環境センター紀要* 6 : 3-14, 2007
- 31) Penley J, Tomaka J, Wiebe JS : The association of coping to physical and psychological health outcomes : A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine* 25 : 551-603, 2002
- 32) 佐久間浩美, 高橋浩之 : 都市部の高校生における健康行動及び危険行動の要因—自己管理スキル, ストレス反応及び学校生活満足度との関連—. *学校保健研究* 52 : 284-294, 2010
- 33) 寺町ひとみ, 太田拓希, 香田由美ほか : 小・中・高校生の「医薬品の正しい使い方」に関する知識・意識および指導実施状況. *医療薬学* 38 : 767-779, 2012
- 34) グランツK, クライマーBK, ルイスFM : *健康行動と健康教育 : 理論, 教育, 実践*. (曾根智史, 湯浅資之, 渡部基ほか訳). 77-119, 151-176, 医学書院, 東京, 2006 (Glanz K, Rimer BK, Lewis FM : *Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice*. Third Edition, John Wiley & Sons, NY, USA, 2002)

(受付 13. 10. 24 受理 14. 03. 03)

連絡先 : 〒657-8501 兵庫県神戸市灘区鶴甲3-11
神戸大学大学院人間発達環境学研究科川畑研究室 (堺)

研究報告

養護教諭養成のための視診力を高める 外傷判断力育成プログラム

丹 佳子, 中村 仁志

山口県立大学看護栄養学部看護学科

Education Program for Improving the Ability of *Yogo* Teachers to Assess Common Injuries by Inspection

Yoshiko Tan Hitoshi Nakamura

Department of Nursing, Yamaguchi Prefectural University

This investigation aimed to reveal the characteristics and issues of an education program for improving the ability of *Yogo* teachers (namely, teachers for health promotion and health services) to assess the status of external injuries by inspection. The trial program used collected photographic images of common injuries in school infirmaries.

Nine female senior-class students from the *Yogo* teacher training course (mean age: 22.1 ± 2.0) participated in the education program. To ascertain the program's effects and issues, an anonymous self-administered questionnaire survey was conducted before (i.e., a preliminary survey) and after (i.e., a posterior survey) the education program as well as after the completion of the four-week on-the-job training.

The following results were obtained.

- 1) In the posterior survey, the observation score, which formed the basis for assessment, increased for all 11 cases, in comparison to the preliminary survey. Significant differences were observed in four cases.
- 2) Response of the each case were compared between the findings of the preliminary and posterior survey. As for the cases that would require only one treatment, according to an assessment by many participants in the preliminary survey, the ratio of such assessment decreased and, instead, the "follow-up observation" assessment increased in the posterior survey.
- 3) The following were some of the opinions expressed after the program: "It was easy to visualize the situation, as it was concretely presented" and "Visualization and understanding were easier with the photographs of actual injury sites. I could understand the process of healing better than I do with texts or charts."

The above findings suggested that the program had the following characteristics: (i) on the basis of their basic knowledge, the participants could identify the parts to be observed (what to inspect); (ii) they could understand the importance of follow-up observation; and (iii) the program provided the opportunity for simulating participants' judgment about school emergency treatments. "Selection of an appropriate case of injury for this education program," and "method of presenting the information of injury examples" were revealed as the problems of the program.

Key words : *yogo* teacher, school first aid, injury, deciding level of emergency, education program

養護教諭, 学校救急処置, 外傷, 緊急性の判断, 教育プログラム

I. はじめに

学校救急処置における養護教諭の主な役割として、「救急蘇生」, 「連携と支援体制づくり」, 「学校救急処置の記録」, 「緊急度・重症度判断」があげられる¹⁾. この中でも, 緊急度・重症度「判断」は, さまざまな救急処置活動における対応の根拠となるもので, 学校救急処置活動の根幹をなす重要な職務であるといえる. 養護教諭

は子どもの来室の度に傷病の「判断」を行いながら, その対応を決定している. しかしながら, 武田ら²⁾の調査によると, 9割以上の養護教諭が「判断」に困難を感じ, さらに, 経験年数を経ても困難感が低下しない傷病もあることが報告されている. また, これらの困難感は内科的な訴えよりも外科的外傷の判断において高くなっている. 外傷は擦過傷程度の軽微なものから, 頭蓋内出血や内臓損傷のような重大なもの, 生命を脅かすものまで多

岐にわたる。また、切傷や熱傷など目に見える傷だけでなく、打撲や捻挫など内部損傷もあり、検査機器のない保健室において判断は容易ではない。多くの養護教諭が先輩や同僚から学ぶ機会が少ない1人もしくは2人配置であることを考えると、頻度が高く判断が難しい傷病に対応する力を養成機関が育成することは必要であり、外傷の対応を決定する根拠となる判断力を育成する効果的な教育方法を検討することは重要な課題である。

今回、外傷の状態に対する判断力を育成する教育プログラムを作成するにあたって、「症例写真」に着目して視診力の向上を図ることとした。「症例写真」は医師向けのテキストでは、診断力向上の為に多く用いられている。説明だけでは伝わりにくいものについて、実際に見ることで学ぶことができ、しかも、普段経験できないような重症例や治癒過程なども学べ、非常に有用である。しかし、医師向けのテキストでは、保健室で対応するような比較的軽症な外傷についての症例写真は少なく、養護教諭教育における視診力向上に用いることは困難であった。

そこで本研究では、保健室で救急処置を行う頻度が高い「外傷」の写真画像を用いて、視診により外傷の状態に対して判断する力量を養う教育プログラムを作成した。さらに実際に試行することによって、本プログラムの特徴と課題を明らかにした。

II. 方 法

1. 対象および調査方法

1) 調査対象と研究デザイン

看護系大学において養護教諭の資格取得を希望する養護実習受講予定の大学4年生のうち、教育プログラムの内容と研究の内容を説明し、同意が得られた9人に教育プログラムを試行した。対象学生は、養護実習以外の「教職および養護に関する科目」をすべて調査時点までに履修済みであった。外傷の判断に関する学習は、「養護概説Ⅱ」において、「四肢の打撲（骨折・捻挫）、頭部外傷、擦り傷・切り傷」の判断を学んでいた。また、養護実習前の「養護実習事前事後指導」において、養護概説で学んだ内容の復習と、「擦り傷・切り傷、骨折・捻挫」の救急処置の方法を学習していた。いずれも、本プログラムのような画像を用いた授業ではなく、それぞれの視診のポイントの内容も含んではいなかった。

プログラムの効果を知るための質問紙調査は、教育プログラム実施前（事前調査）と直後（事後調査）及び4週間の養護実習終了後に、無記名の自記式質問紙を使用した集合調査法にて行った。調査時期は2011年7～10月であった。

2) 調査内容

(1) 基本的属性、応急手当経験等（事前調査）

事前調査において「基本的属性（学年・年齢・性別）」、「スポーツ活動体験の有無」、「運動系の部活動等のマ

ネージャー経験の有無」、「保健委員などで外傷の応急手当経験の有無」を質問した。また、「自分自身のけがが体験の多さ」と「身近な人（親や兄弟などの家族や友達）におけるけがが体験の多さ」について、主観的に評価してもらった（「非常によくする」（5点）、「よくする」（4点）、「時々する」（3点）、「めったにしない」（2点）、「全くしない」（1点））。

(2) 11事例の対応と判断根拠（事前・事後調査）

事前・事後調査ともに同じ問題（事例、外傷写真ともに同じ）を使用し（教育プログラムの中で用いた事例や外傷写真は使用していない）、外傷に対する対応や判断根拠（ここで取り上げた「判断」は「対応」に特化した「判断」であり、救急処置（支援を含む）を行うための「判断」は含まない）の変化を明らかにするために「11件の事例（外傷写真、受傷機転・症状などの情報含む）に求められる「対応」とそのように決定した理由（判断根拠）を尋ねた。これらの調査で用いた事例は表1の通りである。それぞれの事例に対して、受傷状況等を伝えた上で外傷写真を見てもらい、その状態に応じた「対応」を五つの選択肢（1. 救急車、2. すぐに医療機関搬送（タクシーなどで）、3. 受診勧奨、4. 経過観察（数日後に再来指示）、5. 1回の応急処置で終了）から選んでもらうとともに、そのような対応を選択した理由（判断根拠）を自由記述で記入してもらった。表1の「正答とした対応」および「正答とした対応の根拠となる指標（最も優先する指標、その他の指標）」は外科医の医学監修を受けたものである。

(3) 本プログラムへの意見（事後調査）

事後調査においては、本プログラムへの意見として、「印象」、「わかりにくかった点、疑問点」、「感想」を自由に記述してもらった。

(4) 本プログラムでの学習は養護実習に役に立ったか（養護実習終了後調査）

養護実習終了後の質問紙調査の内容は、「養護実習で救急処置の判断は行ったか」、「外傷写真を使用した学習（今回作成した教育プログラム）は養護実習に役に立ったか」の2項目である。それぞれの質問に対して「はい、いいえ」とその理由について記入してもらい、今回の教育プログラムの効果をみる指標として分析した。

2. 教育プログラムの内容

1) 症例写真撮影

今回の教育プログラム作成用として、新たに症例写真を撮影した。撮影した外傷の種類は、外部損傷・内部損傷を問わず、処置を目的に来室した利用者が受傷している頻度の高い外傷（外的要因による組織または臓器の損傷）に限定し、慢性的な腰痛や関節痛などの痛みは除外した。収集する情報は、外傷初期診療ガイドライン³⁾掲載の「外傷診療録」を参考に、「対応」決定の判断根拠に活用可能と考える「基本情報（年齢、受傷日時、原因、外傷分類、外傷部位、受傷場所等）」、「来室前までの情

表1 事前事後調査で用いた事例概要と対応・判断

事例番号	外傷種類 ^{a)}	事例の内容	受傷部位	正答とした「対応」	正答とした「対応の根拠となる指標（判断）」最も優先する指標	その他の指標
1	擦過傷	坂道を友人と話しながら、後ろ向きに歩いていて、つまづいて転倒	左膝	経過観察	傷の深さ	傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色
2	擦過傷 一部裂傷	自転車に乗っていて、持っていた傘が車輪にはさまり、転倒して前に飛ばされた	左膝	受診勧奨	傷の深さ	傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色
3	切傷	実験室で岩石をグラインダーで削っていて、あやまって手を切った	右手背	経過観察	傷の深さ	傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色
4	表皮剥離	体育館でバスケットボールをしていて、床との摩擦で足の裏の皮膚が剥離した	右足底	受診勧奨	傷の大きさ	傷の深さ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色
5	虫さされ	3日前、農場実習中、虫にさされた。自分で抗生剤入りの軟膏をつけたが腫れがひかない。	右足前 頸骨部	受診勧奨	皮膚の色（発赤）	傷の深さ、傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液
6	熱傷	実験でガラス棒を熱していて、あやまって熱したガラス棒を触ってしまった。ヒリヒリする	左手 第1指	経過観察	深さ（水疱）	傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色
7	熱傷	約1か月前、実験中に有機試薬（トルエン）を注いでいて、薬液が指に付着。薬液を拭き取っただけで、十分な水洗いはしなかった。はじめは何の症状もなかったが、だんだんかゆくなってきた。かゆくて掻いていると、かぶれができた	左手 第2指	受診勧奨	皮膚の色	傷の深さ、傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液
8	打撲	原付に乗っていて転倒した	右下肢	受診勧奨	腫脹	傷の深さ、傷の大きさ、汚染、出血、浸出液、皮膚の色、変形
9	打撲	自転車に乗っていてガードレールにぶつかった。爪がはがれそうで痛い	左足 第4趾	受診勧奨	傷の深さ	傷の大きさ、汚染、腫脹、出血、浸出液、皮膚の色、爪、変形
10	捻挫	自宅内を歩いていて右足甲をひねった。右足が痛む（歩いたり、曲げたりすると痛い）	右足関節	受診勧奨	腫脹	変形、皮膚の色
11	捻挫	2日前、足を組んで座っていて、立ち上がったところ、足がしびれていて、右足をひどくひねった。湿布と冷罨法で様子をみたが、痛みや腫れがひかない。	右足関節	受診勧奨	腫脹	変形、皮膚の色

a) ここでは、事例の概要を示すために掲載したが、外傷の種類は学生に提示した情報には載せていない。

報（来室方法・目撃の有無、手当ての有無）」、「受傷機転」、「利用者の状況（バイタルサイン、外傷部位の観察結果）」、「アセスメント結果と受診の有無」とした。

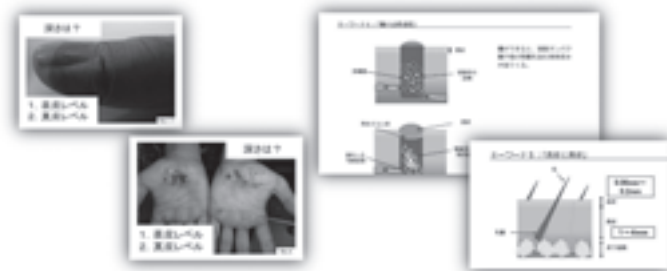
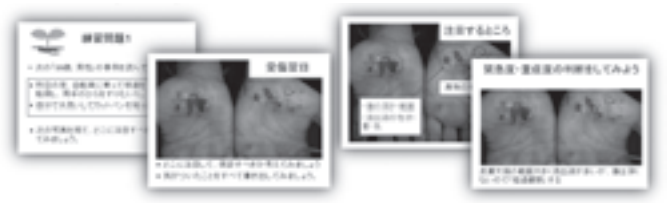

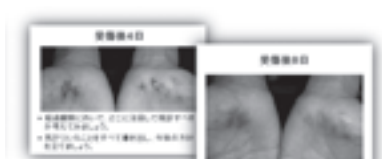
症例写真収集を行った施設は、大学の保健管理センター2施設と大学保健室1施設の計3施設である。期間は2010年1月～12月。外傷処置で来室した人のうち同意が得られた42人から計241枚の症例写真を撮影した。撮影対象者の年齢（平均±標準偏差）は19.8±1.5歳で、男性22人（52.4%）、女性20人（47.6%）であった。外傷の種類（のべ数）は「擦過傷」が最も多く14例（33.3%）、次に「打撲」8例（19.0%）、「切傷」6例（14.3%）、「捻挫」5例（11.9%）、「熱傷」が4例（9.5%）、咬傷が2例（4.8%）の順であった。また、「その他」として「爪

周囲炎」、「虫さされ」等が6例（14.3%）あった。

これらの写真のうち、受診し診断名が明確になっている事例、観察すべき点が鮮明に撮影されている事例を主に用いて、教育プログラムおよび事前事後調査に用いた（ただし、外傷の定義からはずれる「爪周囲炎」の事例は用いなかった）。

2) 症例写真を使用した教育プログラムの内容（表2）
養護教諭が保健室でよく用いるフィジカルアセスメント技術として、「問診」の次に多いのが「視診」である⁴⁾。この調査結果に基づき、フィジカルアセスメントの中でも「視診」に特に注目し、「学校救急処置における養護教諭の視診による判断力を育成し、適切な対応決定の力を高める教育教材」の実現を目指すことにした。その結

表2 教育プログラムの構成

	内 容	教 材 の 例
教育プログラム名	養護教諭のためのフィジカルアセスメント：外傷を視る力「視診力」を高めよう	
教材のねらい	外傷の状態に対する判断力を育成する教育プログラム	
学習後に期待される学習者の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・擦過傷や切り傷、咬傷、熱傷、打撲・ねんざ（突き指を含む）で来室した場合、何に注目して視診すべきかがわかる。 ・経過観察の重要性が理解できる。 ・タイミングよく受診させることができる（外傷の状態に応じた適切な「対応」を選択することができる） 	
「外傷判断の基本的知識を学ぼう」編（基礎知識編）	<p>プレゼンテーションソフトを用いた講義（★は写真をみせて、実際に判断してもらう時間を設けた項目、丸数字はキーワードとして病態の知識として理解してほしい事柄）</p> <p>「なぜ、外傷か?」「なぜ、『視る』力を高める必要があるか」「受診に何を期待するか」「縫合の目的」「①感染とは」「②炎症とは」「③化膿とは」「④創の化膿の原因」「④びらんと潰瘍の違い」「★びらんを見分けよう」「⑤皮膚の構造（表皮と真皮）」「★表皮レベルの損傷か真皮レベルの損傷かを見分けよう」「⑥傷の治癒過程」「★治癒過程でみられる凝固タンパク質や他の物質を含む液体成分を見極めよう」「⑦皮膚の再生」「皮膚の修復」「⑧爪の構造」「⑨熱傷の深さ」「★熱傷の程度を判断しよう」「熱傷の深さと症状」「⑩骨折の症状」「⑪骨折の固有症状」「★変形～どこに注目する?」「⑫骨折の痛みの性質・持続」「★骨折の腫脹～どこに注目する?」</p>	<p>プレゼンテーションソフトと印刷物による教材を用いた教材</p> 
「問題を解きながら『視診力』をUPさせよう」編（問題編）	<p>プレゼンテーションソフトを用いた講義（事例は写真をみせて、実際に判断してもらう時間を設けた。また、受傷直後だけでなく、治癒過程も写真で紹介し、判断の良し悪しを確認）</p> <p>「保健室来室時のフィジカルアセスメントの基本」「外傷の視診の視点」について解説した後以下事例について、対応決定のための判断を行う問題を行い、直後に考え方、視診のポイントを事例ごとに解説</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自転車で坂道を下っていて転倒（両手掌擦過傷） ・自転車走行中転倒（右肘擦過傷） ・自転車をおこそうとして擦りむいた（左手背擦過傷） ・歩行中転倒（左手掌擦過傷） ・実験中、ガラスが破損（左親指切傷） ・へびにかまれた（右中指咬傷） ・虫に刺された（左中指虫さされ） ・実験中の熱傷（左手第4指熱傷） ・やかんの湯で熱傷（左手背熱傷） ・カートの下敷き（左足第1趾打撲） ・自転車走行中岩に乗り上げる（右足第2趾打撲） ・歩行中足をひねった（右足関節捻挫） ・バスケットボール中に突き指（右第5指突き指） 	<p>緊急度・重症度判の考え方を解説</p>  <p>視診のポイントを解説</p>  <p>治癒過程も写真で紹介</p> 

果、実際に見て判断できるという「症例写真」の特性を生かし、「外傷判断の基本的知識を学ぼう」編（基礎知識編）と「問題を解きながら「視診力」をUPさせよう」編（問題編）から成る教育プログラム（表2）を独自に作成した。

基礎知識編では、判断力をつける際に理解すべきこと⁵⁾を含めて、外傷の病態と視診のポイントの解説資料をその種類別に作成し、プロジェクターでスクリーンに拡大投影して説明した。さらに印刷物による教材を配布した。

問題編では、保健室で救急処置を行う頻度が高い「擦過傷」、「切傷」、「咬傷」、「熱傷」、「打撲」、「捻挫・突き指」等⁶⁾の合計13件の事例の「判断」と「対応」を考える機会を設けた。問題編でも、教材の説明にプロジェクターと配布資料を使用した。判断力育成には「答えに至った理由を述べられる」ことが重要⁷⁾であるため、単に対応を決定するだけでなく、あわせて判断根拠を述べるように構成した。すなわち、外傷に対して必要と思われる「対応」を選択した後に、そのような対応を選択した理由（判断根拠）を考える時間を設け、考えをまとめた直後に、その外傷に対する考え方、視診のポイントを事例ごとに解説した。また、受傷直後だけでなく、治癒過程も写真で紹介し、判断の良し悪しを確認できるように構成した。基礎編と問題編を含む教育プログラムの実施に要した時間は合計90分（基礎編40分、問題編50分）であった。なお、教育プログラムにおける判断と対応の妥当性については、外科医による医学監修を受けている。

3. 倫理的配慮

外傷写真撮影においては、本研究の目的、方法、研究参加の任意性と参加撤回・辞退の自由、個人が特定される内容は公表しないこと、研究以外の目的で使用しないこと、研究成果の公表方法、研究に参加することで得られる利益と不利益を文書で説明した上で、文書で同意を得た。教育プログラム効果測定の対象者に対する倫理的配慮としては、調査の目的、方法、調査に要す時間、内容、調査は無記名、結果は数量的に扱われプライバシーに関係しないこと、参加は自由意思によること、被験者の質問および追加情報の要望にはいつでも応える用意があること、研究の結果を公表する時は個々の対象者を特定できないようにすることを説明し、文書で同意を得た。本研究は、公立大学法人山口県立大学生命倫理委員会の承認（受付番号21-22号）を得て行った。

4. 分析方法

全回答者の事前・事後調査「11事例（外傷写真、受傷機転・症状などの情報含む）の対応と判断」における「対応」の選択内容・正答数および、自由記述させた「判断根拠」を教育プログラムの効果の指標として解析した。判断根拠については、表1に示した「正答とした対応の根拠となる指標（判断）」の記述の有無によって得点化し（「最も優先する指標」が記述されていれば5点、そ

の他の指標が記述されていれば、指標ごとに1点として合計点を算出。最も観察すべき項目を漏れなく視診することができるようになることが本プログラムの成果であることとらえ、その成果が数値（合計点）として明確にすることを目的として、重み付けをした。「観察得点」とした。プログラム前後（事前・事後調査）における「対応」の正答数および、「観察得点」の比較においては、Wilcoxonの符号付き順位検定を用いた。プログラム終了後の感想、および養護実習終了後調査の自由回答については、記述内容を熟読し、意味内容の類似性に基づいて類似した内容をまとめカテゴリーに分類した。統計解析はIBM SPSS Statistics Version 20を使用し、有意水準は5%とした。

III. 結果

1. 対象者の基本的属性（表3）

教育プログラムに参加した学生9人の平均年齢は22.1±2.0歳、全員が女性であった。これまでのスポーツ活動体験ありは6人（66.7%）、保健委員などで外傷の応急手当経験がある人は2人（22.2%）であった。運動系の部活動のマネージャー経験がある人はいなかった。「自分自身のけが体験の多さ」の自己評価の平均得点は2.6±1.01、「身近な人（親や兄弟などの家族や友達）におけるけが体験の多さ」の平均得点は2.3±0.87であった。これらの属性（スポーツ活動体験、外傷の応急手当経験、自分自身のけが体験の多さ）と「対応における正答数」「判断根拠における観察得点」を比較したが、いずれも有意な差は認められなかった。

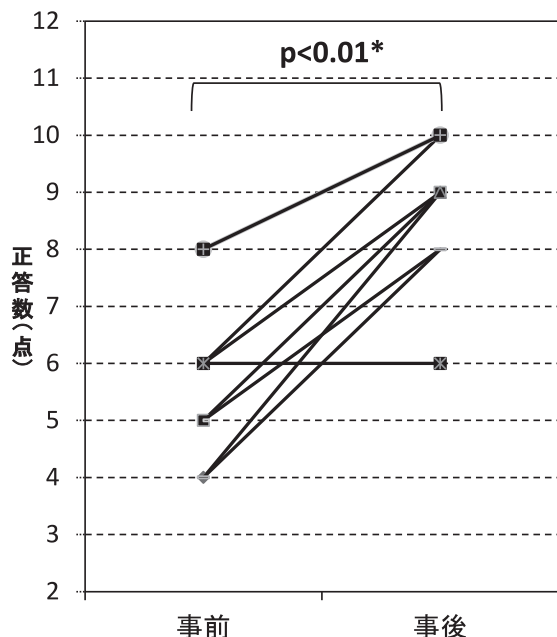
2. 教育プログラム前後の変化

1) 学生1人あたりの「対応」における平均正答数（図1）

学生1名あたりの「対応」における平均正答数を事前・事後調査で比較したところ、事前調査は平均5.8±1.5、

表3 対象者の基本的属性

		人数 (%)
対象者数		9
回答者の年齢 (歳)	平均	22.1±2.00
回答者の性別	男	0 (0.0)
	女	9 (100.0)
スポーツ活動体験	あり	6 (66.7)
	なし	3 (33.3)
運動部系のマネージャー体験	あり	0 (0.0)
	なし	9 (100.0)
外傷の応急手当経験	あり	2 (22.2)
	なし	7 (77.8)
自分自身のけが体験の多さ	平均	2.6±1.01
身近な人のけが体験の多さ	平均	2.3±0.87



* Wilcoxonの符号付き順位検定

n = 9

図1 プログラム前後の「対応」に関する正答数

事後調査は平均 8.8 ± 1.3 で、事後調査において、事前調査より平均正答数が高く、事前-事後間に有意差が認められた ($p < 0.01$)。

2) 事例ごとの「対応」における正答率 (表4)

事例2, 7, 10においては事前-事後で正答率に変化が見られなかったが、他の事例においては、すべて事前調査よりも事後調査において正答率が上昇していた。事例8, 9, 11の打撲・捻挫においては、事前よりも事後調査において、軽めに判断していた。具体的には、事前調査では「2 (すぐに医療機関搬送, タクシーなどで)」と判断していた人が多かったのに対し、事後調査では「3 (受診勧奨)」を多く選んでいた。逆に、事例1, 2の擦過傷や切り傷においては、事前よりも事後調査においてより重傷であると判断し、「対応」を選択している人が多くなり、事前調査では「5 (1回の応急処置で終了)」と予想していた人が多かったが、事後調査では「4 (経過観察)」を多く選んでいた。

事例別の「対応」を事前-事後調査で比較したところ、「1回の応急処置で終了」を選択した人が、事前調査では事例1と事例3で7人 (77.8%)、事例2と事例6では2人 (22.2%)であったが、事後調査ではいずれもその割合は減少し、その分「経過観察」の割合が、事例1では事前2人 (22.2%) → 事後9人 (100%)、事例2では事前7人 (77.8%) → 事後9人 (100%)、事例3では事前2人 (22.2%) → 事後6人 (66.7%)、事例6では事前5人 (55.6%) → 事後7人 (77.8%)と増加していた。

また、正答を選んだ人数よりも、他選択肢を選んだ人数が多い事例について注目してみると、事例1, 3の事

前調査においては、「正答よりも低く見積もって (実際よりも軽症だと考え対応を決めている)」おり、事例8, 9の事前調査では「正答よりも高く見積もっている (実際よりも重症だと考え対応を決めている)」人が多かったが、事後調査ではいずれも正答を選択した人が多くなっている。事例2については、事前、事後いずれの調査においても、「正答よりも低く見積もっている (実際よりも軽症だと考え対応を決めている)」人が多かった。

3) 判断根拠における観察得点の変化 (表5, 表6)

判断根拠となる事柄を事例や写真からどの程度把握しているかを明らかにするために、自由回答として記述させた「判断根拠」をプログラム前後で事例ごとに比較したところ、すべての事例で、事前よりも事後調査において観察得点が増加していた (表5)。特に、事例1: 事前 1.4 ± 2.07 → 事後 4.8 ± 1.99 ($p < 0.05$)、事例2: 事前 1.9 ± 2.37 → 事後 5.3 ± 2.40 ($p < 0.05$)、事例4: 事前 2.2 ± 2.68 → 事後 3.6 ± 2.46 ($p < 0.05$)、事例9: 事前 0.8 ± 0.83 → 事後 2.6 ± 2.07 ($p < 0.05$)、の4事例において差が認められた。なお、これらは「最も優先する指標」の観察に5点を配点して重み付けをした結果であるが、重み付けの配点を2点, 3点または7点と変えた場合でも、事例1, 事例2, 事例4, 事例9の4事例において観察得点の有意な増加が認められるという共通の結果が導かれた。最も平均的な「対応の判断根拠の変化」の記述例を表6に例示した。

3. 教育プログラムの感想 (表7)

教育プログラム受講後の9名の感想の記述について、類似した回答をまとめ、【教育プログラムに関するもの】【事例・問題に関するもの】【学生自身の問題】の三つのカテゴリに分類した。

さらに、【教育プログラムに関するもの】カテゴリは、〈観察の視点が明確になった〉〈経過観察の重要性〉〈イメージを持ちやすかった〉〈判断根拠〉〈情報の必要性〉〈実習準備としてよかった〉〈時間不足〉の七つのサブカテゴリに分類された。

【事例・問題に関するもの】カテゴリは、〈情報の少なさ〉〈写真の見にくさ〉〈事例の偏り〉〈治療過程をもっと知りたい〉の四つのサブカテゴリに分類され、【学生自身の問題】カテゴリは、〈判断の難しさ〉〈判断根拠の記述〉の二つのサブカテゴリに分類された。

4. 養護実習終了後調査 (表8)

今回、養護実習終了後の質問紙調査への協力が得られたのは9人のうち8人であった。8人全員が養護実習中に救急処置の判断の経験をしていた。「外傷写真を使用した学習 (今回作成した教育プログラム) は養護実習で役に立ちましたか」という質問に対して、「役に立った」と回答したのは4人 (50.0%)、「役に立たなかった」と回答したのも4人 (50.0%)であった。「役に立った」理由としては、「傷の判断を素早くすることができた」、「経過観察の大切さがわかった」、「予測しながらのぞめ

表4 学生が選択した対応（事前・事後調査）

事例 番号	外傷 種類 ^{a)}	受傷 部位	正答とし た対応 ^{b)}	正答率					事前—事後 増減 (%)	平均正答 率 (%)	
				正答率 人 (%)	1	2	3	4			5
1	擦過傷	左膝	経過観察	事前	2(22.2)			2(22.2)	7(77.8)	77.8	61.1
				事後	9(100)			9(100)	0(0.0)		
2	擦過傷 一部裂傷	左膝	受診勧奨	事前	0(0.0)		0(0.0)	7(77.8)	2(22.2)	0.0	0.0
				事後	0(0.0)		0(0.0)	9(100)	0(0.0)		
3	切傷	右手手 背	経過観察	事前	2(22.2)			2(22.2)	7(77.8)	44.5	44.4
				事後	6(66.7)			6(66.7)	3(33.3)		
4	表皮剥離	右足底	受診勧奨	事前	5(55.6)	1(11.1)	5(55.6)	3(33.3)		11.1	61.1
				事後	6(66.7)	1(11.1)	6(66.7)	2(22.2)	0(0.0)		
5	虫さされ	右足前 頸骨部	受診勧奨	事前	7(77.8)		7(77.8)	2(22.2)		11.1	88.9
				事後	8(88.9)		8(88.9)	1(11.1)			
6	熱傷	左手第 1指	経過観察	事前	5(55.6)		2(22.2)	5(55.6)	2(22.2)	22.2	66.7
				事後	7(77.8)		2(22.2)	7(77.8)	0(0.0)		
7	熱傷	左手第 2指	受診勧奨	事前	8(88.9)	1(11.1)	8(88.9)			0.0	88.9
				事後	8(88.9)	1(11.1)	8(88.9)				
8	打撲	右下肢	受診勧奨	事前	2(22.2)	4(44.4)	2(22.2)	3(33.3)		22.2	33.3
				事後	4(44.4)	1(11.1)	4(44.4)	4(44.4)			
9	打撲	左足第 4趾	受診勧奨	事前	3(33.3)	4(44.4)	3(33.3)	2(22.2)		55.6	61.1
				事後	8(88.9)	0(0.0)	8(88.9)	1(11.1)			
10	捻挫	右足関 節	受診勧奨	事前	6(66.7)	2(22.2)	6(66.7)	1(11.1)		0.0	66.7
				事後	6(66.7)		6(66.7)	3(33.3)			
11	捻挫	右足関 節	受診勧奨	事前	5(55.6)	4(44.4)	5(55.6)			33.3	72.2
				事後	8(88.9)	0(0.0)	8(88.9)	1(11.1)			

a) ここでは、事例の概要を示すために掲載したが、外傷の種類は学生に提示した情報には載せていない。

b) □で囲んだ部分は正解とした対応の選択肢：選択肢（1. 救急車, 2. すぐに医療機関搬送（タクシーなどで）, 3. 受診勧奨, 4. 経過観察（数日後に保健室に再来指示）, 5. 1回の応急処置で終了）

た」であった。一方で「役に立たなかった」理由としては、「事例のような外傷に遭遇しなかった」という回答であった。

IV 考 察

1. 本プログラムの特徴

養護教諭養成において、外傷の状態に応じて、適切な「対応」をするための「判断力」を育成する効果的な教育方法は未だ知られていない。養護教諭が保健室で使用しているフィジカルアセスメントについて我々が行った実態調査⁴⁾によると、内科的な訴えよりも外科的な訴え

においてフィジカルアセスメントを使用する頻度が高く、よりの確な「対応」を選択するために「判断」を行うには、多くの身体情報の収集を必要としていたことが明らかとなった。この結果から、判断力を育成する方法の一つとしてフィジカルアセスメント力を高めることがあげられるが、そのような教育方法の工夫や実践は十分とはいえない。近年、フィジカルアセスメント能力の育成が注目され、学校救急処置における養護教諭のフィジカルアセスメントに関する書籍⁸⁾⁹⁾が多く出版されている。しかし、文章による説明の部分が多く、「知識として有していても、実践的な知識にはなりにくい」という現場の

表5 「対応」の判断根拠における観察得点の変化

事例 番号	外傷 種類 ^{a)}	事前調査 平均±標準偏差	事後調査 平均±標準偏差	p値 ^{b)}
1	擦過傷	1.4±2.07	4.8±1.99	p<0.05
2	擦過傷 一部裂傷	1.9±2.37	5.3±2.40	p<0.05
3	切傷	3.2±2.28	4.7±2.06	n.s.
4	表皮剥離	2.2±2.68	3.6±2.46	p<0.05
5	虫さされ	0.7±0.50	1.4±1.81	n.s.
6	熱傷	4.2±2.17	5.4±0.53	n.s.
7	熱傷	1.7±2.50	2.8±2.64	n.s.
8	打撲	2.7±2.55	4.4±2.60	n.s.
9	打撲	0.8±0.83	2.6±2.07	p<0.05
10	捻挫	2.8±2.64	3.9±2.20	n.s.
11	捻挫	4.6±1.74	5.0±0.00	n.s.

a) ここでは、事例の概要を示すために掲載したが、外傷の種類は学生に提示した情報には載せていない。

b) Wilcoxonの符号付き順位検定 n.s.: not significant.

養護教諭の声を聞くことも多い(丹ら, 未発表)。このような状況の中、本研究では「症例写真」を活用して学校救急処置における養護教諭の視診による判断力を育成することを目的に、適切な対応決定の力を高める教育プログラムを作成し、9名の学生に試行した。この学生9名の教育プログラム後の感想と、プログラム前後に行った調査および養護実習後に行った調査から、本プログラムの効果と特徴をまとめると以下の3点に集約できた。

1) 基本的知識に基づいて視診において観察すべき視点を持つことができる

自由記述させた判断根拠における観察得点が、全事例で事前よりも事後調査において増加し、そのうちの4事例で有意差が認められた。これは、外傷判断の基本的知識を学ぶ「基本的知識編」において、「対応」の判断に必要な基本的知識を説明したことの影響と推察された。様々な判断を行う上で基本的知識は欠かすことができない。岡ら¹⁰⁾は学校救急処置における養護教諭の「判断」について、「救急処置実践に有効な判断能力を高めるた

表6 「対応」の判断根拠の変化(ある学生の例)

事例 No.	事前調査	対応	観察 得点	事後調査	対応	観察 得点
1	擦り傷程度のため	(1回の手当)	0	→ 皮膚損傷が浅いため	(経過観察)	5
2	前に飛ばされているため、他の部位を打撲している可能性があるため	(経過観察)	0	→ 皮膚損傷が浅いため	(経過観察)	5
3	傷が小さく、深くないと思ったため	(1回の手当)	6	→ 皮膚損傷の範囲が狭く、出血もないため	(経過観察)	2
4	皮膚の剥離が大きい	(受診勧奨)	5	→ 受傷範囲は広いが、深さは深くないため	(経過観察)	6
5	本人が数日間、軟膏をつけて様子を見ているが、症状がおさまらないため	(受診勧奨)	0	→ 軟膏をつけているが、症状が改善していないため	(受診勧奨)	0
6	冷却して処置をしているし、水疱ができていないが、つぶれていないため	(1回の手当)	5	→ 水疱ができ、Ⅱ度の熱傷であるが、範囲が狭く、指先で機能障害を残さない部位であるため	(経過観察)	6
7	症状が悪化してきているため	(受診勧奨)	0	→ 症状が悪化してきているため	(受診勧奨)	0
8	腫れが大きく、痛みもあるため、骨折や捻挫1ヶ月前の可能性もあるため	(すぐに医療機関)	5	→ 腫れと痛みがあるが、変形等があるかわからないため	(経過観察)	6
9	自分で処置はしているが、爪がはがれそうと言っているため、医療機関で処置した方が治癒が早いと思ったから	(すぐに医療機関)	0	→ 爪が白くなっており、剥離していると考えるため	(受診勧奨)	6
10	処置は行っているが、捻挫で痛めている可能性が高いため	(受診勧奨)	0	→ 腫脹はあるが、腫脹の増強がないため	(経過観察)	5
11	処置を行ったにもかかわらず、健側と比較して腫れがひどいため、時間が経過しているが症状がおさまっていないため	(すぐに医療機関)	5	→ 疼痛、腫脹が続いているため	(受診勧奨)	5
観察得点の平均			2.4	観察得点の平均 4.2		

表7 プログラム受講後の学生の感想

カテゴリ	サブカテゴリ	記 述 例
教育プログラムに関するもの	観察の視点が明確になった	<ul style="list-style-type: none"> ・傷の深さと皮膚の色で判断するところ（化膿や炎症についても） ・必ず受診すべきである骨折やかゆみ（虫さされ）がわかりやすかった ・練習をすることで傷のどのような部分に着目すればよいのかわかりやすくなった。
	経過観察の重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・経過観察をすることが重要だと思った。熱傷時の判断が最も印象に残った ・治療後の経過も観察することが重要であるということが様々な事例を通して理解することができた。 ・プレテストでは1回の手当てで終了と判断することが多かったが、事例概要の説明後、経過観察していくことの重要性を学び、その後の回答が変わった。
	イメージを持ちやすかった	<ul style="list-style-type: none"> ・場面設定がしてあるのは想像しやすかったのでよかった ・実際に受傷部位の写真を見ることでイメージをつけることができわかりやすかった。傷の治療過程も言葉や図で学ぶより理解できた。実際に処置をする際に役立つと思った（練習問題で実際に処置をするのを考えて判断できたため）
	判断根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・なんとなくで判断を決めていたけど、根拠づけて、また頭の中が整理できてよかった
	情報の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・視診力を身につけるということであったが、骨折等であれば、介達痛はあるのか、等もアセスメント時に必要な情報であり、視ることとその他の情報を組み合わせることが大切であるということがわかった（テスト中に情報が足りないと感じてしまったため）
	実習準備としてよかった	<ul style="list-style-type: none"> ・養護実習に行く前に傷の判断の写真や講義を受けることができたので、心構えになってよかった。
	時間不足	<ul style="list-style-type: none"> ・メモを取るための時間が少ないのが困った。
事例・問題に関するもの	情報の少なさ	<ul style="list-style-type: none"> ・情報が少なかった。捻挫の事例は腫れを視たかったが、両下肢（の写真）がなく、実際のアセスメントができないように感じた ・事例番号8の事例がけがのわりに情報が少ないように感じ、判断するのが難しいと感じた。
	写真の見にくさ	<ul style="list-style-type: none"> ・写真が見えにくかった。 ・爪ややけどの写真がわかりにくく感じた。 ・できれば写真が2、3枚（別のアングルから撮ったものや近い1枚、遠い1枚などがあった方が傷の範囲の把握が正確に容易になるのではないかと思った。
	事例の偏り	<ul style="list-style-type: none"> ・捻挫と骨折の事例をもうちょっと視たかった ・擦過傷が多かった
	治癒過程をもっと知りたい	<ul style="list-style-type: none"> ・傷の治癒具合の判断について、もっと詳しく知りたいと感じた。
学生自身の問題	判断の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ・判断が難しく、誤った判断もあったため、あやふやなものは受診させた方が良いのだろうかと思った ・熱傷は範囲と程度を合わせて判断するので、難しいと感じた。 ・事前調査と事後調査で判断が変わった。その通り判断できるようになったものもあれば、軽症と判断してしまうものもあったため、客観的に考えるのは難しいと感じた
	判断根拠の記述	<ul style="list-style-type: none"> ・注目すべき部分について、練習するとわかりやすかったが、最初は何と書けばよいかわからなかった

表8 養護実習終了後調査

	人数(%)	理 由
養護実習で救急処置の判断は行いましたか	はい 8(100.0) いいえ 0(0.0)	
外傷写真を使用した学習（今回作成した教育プログラム）での学習は養護実習で役に立ちましたか	はい 4(50.0)	<ul style="list-style-type: none"> ・傷の広さ、深さ、受傷部位に応じた処置、判断、実習に行くまで様々な傷を見たことがなかったため、事前に視覚的に視て、判断する練習をしていたので、思い出しながら判断できた（小学校で実習）。 ・経過観察の重要性がわかって実習に行く事ができて良かった（高等学校で実習）。 ・担当の養護教諭から「深い傷の時は見せてね」と言われており、傷の判断を素早く判断することができた（小学校で実習）。 ・幸い、そんなに大きなケガはなかったが、ある程度、予測しながら処置にのぞめた（小学校で実習）。
	いいえ 4(50.0)	<ul style="list-style-type: none"> ・症例写真の事例のような重傷な事例がなかった（中学校で実習）。 ・膿のある傷が多かったような感じがした。膿のキズは受診という意識付けは自分自身にできたが、その場のキズの処置に対し、上手く、対処・判断する力がついたかどうかはわからない（中学校で実習）。 ・ケガはほとんど軽症（擦り傷、切り傷、打撲など）であったため（小学校で実習）。

めには、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」と述べている。また、看護実践する時に必要な判断力について、岩脇ら¹¹⁾は、「判断は個人の持つ知識が幅広ければ広いほど、有効であればあるほど、より確実となる」と述べている。このように、外傷についての判断力を育成する際には、外傷並びに関連症状についての基本的知識を十分に理解させることは不可欠である。

今回は理解度の調査を行っていないため、基本的知識がどの程度身についたかは不明であるが、観察得点が事後調査で増加したことから、少なくとも「基礎知識編」で視診による判断を中心とした観察の視点を明確にすることができたのではないかと考える。またさらに、「問題編」において、症例写真の事例を用いて、根拠を明確にししながら判断の練習をする機会を設けたことも、「観察得点」の増加に影響したと考える。これは、「練習をすることで傷のどのような部分に着目すればよいのかわかりやすくなった」、「なんとなくで判断を決めていたけど、根拠づけて、また頭の中が整理できてよかった」というプログラム受講後の学生の感想からも推察できる。このように、視診における判断力育成においては、実際に判断するだけでなく、判断を導いた根拠を明確にすることが重要であると考えられる。猿田⁷⁾は、科学的な「思考力・判断力・表現力」を育成するヒントとして、「正しい答えを導き出すことを求めるだけでなく、答えに至った理由を求め、自分の答えを正当化するための主張を述べるができることと、多面的な見方ができることが重要である」と述べている。養護教諭は、子どもから必要な情報を引き出す力は備わっているが、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い¹⁰⁾現状がある。今回のプログラムのように、判断根拠を記述させながら判断する機会を持つことは、根拠の重要性を理解するだけでなく、得た情報を判断の根拠として見極める力を育成することにもつながると考える。

一方で、事例2においては、観察得点は有意な上昇を示しているにもかかわらず、事後調査においても正答率は0%のままであった。この事例の外傷は大部分が擦過傷で、その中に一部深い傷がある状態の外傷であった。

「深さ」に注目できていた学生もいたが、大部分が浅い傷であるという全体の印象に影響され、「受診勧奨」には至らなかった。今後は、観察の視点を単に持つだけでなく、「深い傷と浅い傷が混在した傷の場合は、何を重視してどのように判断すべきか」といったことを学ぶために、様々な症状や状態が混在する傷の事例を用いる等、教育の工夫が必要であることが示唆された。

2) 「経過観察」の重要性が理解できる

事例別の「対応」を事前一事後調査で比較したところ、事前調査では「1回の応急処置で終了」と判断した学生が多かった事例では、事後調査では、その割合は減少し、「経過観察」の割合が増加していた。これは、教育プロ

グラムの中で、外傷の受傷時だけでなく「治療過程」を写真で紹介したことで、多くの学生が経過観察の重要性を感じたことによるものではないかと考える。実際、「経過観察の重要性がわかった」、「予測しながら処置にのぞめた」、「治療後の経過も観察することが重要であるということが様々な事例を通して理解することができた」といった記述が、プログラム受講後の学生の感想や養護実習終了後調査でみられた。

養護教諭が対応する子どもは、小学生から高等学校の生徒まで幅が広い。しかも、小児看護の場とは異なり、健康に関する情報を補う保護者は通常いない。また、学校には病院と異なり検査機器もない。症状は「顕在化」、「微症状」の段階である¹²⁾。そのような中で、養護教諭は子ども自身から発せられる情報のみで判断していかなければならない。そういった状況を考慮すると、判断は非常に難しい。したがって、大谷ら⁹⁾が述べたように「休養しながら経過を観察したり、休養しながら問診でやりとりを深めたり、あるいは学級復帰をし、1時間後の来室を指示して経過を見た上で判断すること」が必要になってくる。すなわち、養護教諭が保健室において「対応」の判断を行う時は、「継続的な問診や経過観察」が必須である。本プログラムは、治療経過の写真を用いることで、この点を印象づけることができたのではないかと考える。

3) 学校救急処置における判断の疑似体験の機会になる

上述のように「治療過程」を含めて「対応」の判断を学ぶことを通じて、体験によって得る「経験知」に類似した知識を得ることができる。プログラム受講後の感想において、「場面設定がしてあるのは想像しやすかった」、「実際に受傷部位の写真を見ることでイメージをつけることができわかりやすかった。傷の治療過程も言葉や図で学ぶより理解できた。実際に処置をする際に役立つと思った(練習問題で実際に処置することを考えて判断できたため)」という記述があるように、症例写真を用いることで、より実際の体験に近い経験(疑似体験)ができています。

岡ら¹⁰⁾の調査において、養護教諭が行う救急処置時に行う意思決定を促進する要因として、「自己の経験を想起する」というカテゴリーが抽出されており、経験知を判断に役立てていることが明らかになっている。このことから、経験知の獲得は判断力向上において重要であるといえるが、学生にとって、このような経験を積むことは容易ではない。また、初心者が経験知を獲得するには、習得過程に付き添って指導し続けるコーチの存在が不可欠だが¹³⁾、養護教諭の就職後では日常的に外傷対応の判断を経験するものの、1人職種のため、その獲得は難しいといえる。本プログラムのような「判断」の疑似体験および体験を意味づける教材は、学生のみならず、新任の養護教諭においても必要とされる教材になり得ると考える。

以上述べてきたように、「観察得点」の増加や「経過観察の重要性」を理解した結果として、学生1人あたりの「対応」における正答数が事前調査よりも事後調査において有意に増加し、また事例別に見ても、すべての事例で正答率が上昇したのではないかと考える。対象人数が少なく、「対応」における正答率の高低による要因分析ができていないため、さらなる検討は必要だが、養護教諭が行う救急処置の「判断」プロセスにおける「情報収集」や「意思決定」部分についての経験知に類似した知識が備わったことにより、判断力が高まったのではないかと考える。

2. 本プログラムの課題

プログラム終了後および養護実習終了後の学生の感想から、本プログラムの課題をまとめると、以下の2点に集約される。

1) 視診力向上プログラムに適した外傷事例の選択

「視診を用いて「判断」の力を身につけるということであったが、「骨折等であれば、介達痛はあるのか等もアセスメント時に必要な情報であり、視ることとその他の情報を組み合わせていくことが大切であるということがわかった」という学生の感想があるように、今回、骨折や捻挫といった内部損傷を含めて、「視診力向上」のための教育プログラムを作成したが、他の外傷と異なり、介達痛や受傷機転などの情報も含めて判断する必要がある骨折や捻挫は、「視診力向上」プログラムの教材としてはふさわしくなかったと思われる。このことは「捻挫と骨折の事例をもうちょっと視たかった」という不全感を示す意見からも推察できる。アセスメントにおける「視診力」向上に特化した教育プログラムとするためには、視診による情報が判断根拠の中心となるような外傷、あるいは皮膚疾患などを対象とすべきである。

2) 情報の提示方法

「情報が少なかった。捻挫の事例は腫れを視たかったが、両下肢（の写真）がなく、実際のアセスメントができないように感じた」、事例番号8がけがのわりに情報が少ないように感じ、判断するのが難しいと感じた、「傷の治癒具合の判断について、もっと詳しく知りたいと感じた」といった自由回答があったように、「対応」を選択する際、学生に提示する情報が少なかったかもしれない。これは、判断に多くの情報を必要としないような中等度～軽症の外傷写真が多かったために、結果的に収集できた情報も少なくなってしまうため、提示内容が不十分だった可能性がある。

また、今回は「視診」による情報収集を中心に考えたため、それ以外の情報は事前に提示する形をとったが、学生のアセスメント力を高めるためには、不足情報に気づき、自らが問診や打診など情報収集技術を用いて収集できるようにする力も同時に養う必要があると思われる。したがって、今回のプログラムのように事前にすべて提示するのではなく、不足情報にも気づかせる問題構成に

する必要があったと思われる。

このように本プログラムにはいくつかの課題があり、改善の余地はある。しかしながら、学校救急処置における「対応」決定のための判断力を育成する一つの有効な方法を、本研究で初めて示すことができたと考えられる。また、本プログラムで用いたような症例写真は、このような教育プログラム中で使用されるだけでなく、保健室の実践の中で個々の養護教諭が撮影すれば、傷の記録として有用であると共に養護教諭自身の判断力向上に活用可能であると考えられる。今後は、学校現場での症例写真の活用法についても詳しく検討していくことが必要である。

本研究の限界として、対象者が9名（養護実習後調査においては8名）と少なく、養護教諭養成課程の学生の一般的な状況を示しているとは言い難い点があげられる。また、今回開発した教育プログラムの有用性をさらに明確に実証するためには、対照群との比較ができる研究デザインによる検討、教育プログラムで指導した「外傷判断基礎知識」に関する学生の理解度の把握が今後必要であると考えられる。さらに、今回のプログラムは「視診力」向上に特化したものであり、アセスメントに必要な問診や他の情報収集技術などの能力を高めることは意図しておらず、「対応」の「判断」力育成においては、非常に限定した能力の育成をめざしたものである。

V. 結 論

保健室で処置を行う頻度が高い「外傷」の写真画像を収集し、その画像を用いて作成した外傷の状態に対する判断力を養う教育プログラムを試行した結果、本プログラムの特徴と課題について、以下の結論を得た。

1. 本プログラムの「基本的知識編」で外傷判断基礎知識を学び、「問題編」で症例写真の事例を用いて根拠を明確にしながらか判断する機会を経験することにより、観察の視点（何に注目して視診すべきか）を明確に持つことができる。
2. 受傷時だけでなく「治癒過程」を症例写真で紹介することによって、経過観察の重要性を理解することができる。
3. 症例写真を用いて「対応」や「判断」を考える練習をすることは、学校救急処置における「判断」の疑似体験の機会となり、実際の場面を容易にイメージすることができるようになる。
4. 本プログラムの課題としては、「視診力向上プログラムに適した外傷事例の選択」、「情報の提示方法」が明らかになった。

謝 辞

本研究にご協力いただき、貴重な時間を提供して下さった皆様に深く感謝いたします。また、事例および症例写真の外傷の状態に対する「対応」と「対応の根拠となる指標（判断）」において貴重なご意見を頂きました

山口県立大学看護栄養学部看護学科教授の吉村耕一先生にお礼を申し上げます。本研究は、JSPS科研費21592865の助成を受けた研究であり、本研究の一部は第59回日本学校保健学会（神戸）にて発表した。

文 献

- 1) 河本妙子, 松枝陸美, 三村由香里ほか: 学校救急処置における養護教諭の役割—判例にみる職務の分析から—, 学校保健研究 50 : 221-233, 2008
- 2) 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度の課題—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
- 3) 日本外傷学会・日本救急医学会監修: 外傷初期診療ガイドライン JATEC (改訂第3版). へるす出版, 東京, 2008
- 4) 丹 佳子: 養護教諭が保健室で行うフィジカルアセスメントの実態と必要性の認識. 学校保健研究 51 : 336-346, 2009
- 5) 角由美子: 【救急デビューの予習はOK? 新人さん必読! 救急看護技術・知識のおさえどころ】これだけは知っておこう! 基本知識編 緊急度と重症度. EMERGENCY CARE 24 : 316-321, 2011
- 6) 中原慎二, 若林治代, 市川政雄ほか: 学校管理下の傷害に関する調査—小学校保健室の外傷記録による軽微な傷害も含めた分析. 保健の科学 46 : 611-617, 2004
- 7) 猿田祐嗣: 海外における思考力・判断力・表現力を育成する指導—TIMSS理科論述式問題の分析を通して (特集 習得・活用・探究型学力の育成と評価の理論(2))— (思考力・表現力を育成する指導のあり方の探究). 日本教材文化研究財団研究紀要 40 : 9-13, 2010
- 8) 荒木田美香子, 池添志乃, 石原昌江ほか: 初心者のためのフィジカルアセスメント—救急保健管理と保健指導—. 東山書房, 京都, 2008
- 9) 大谷尚子, 五十嵐徹, 砂村京子ほか: 養護教諭のためのフィジカルアセスメント—見て学ぶ応急処置の基礎基本. 日本小児医事出版社, 東京, 2011
- 10) 岡美穂子, 松枝陸美, 三村由香里: 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. 学校保健研究 53 : 399-410, 2011
- 11) 岩脇陽子, 大津廣子, 大平政子: 看護基礎教育における判断力育成に関する研究. 京都府立医科大学看護学科紀要 16 : 1-7, 2007
- 12) 小倉 学: 専門職化の過程からみた4層の機能. 養護教諭—その専門性と機能. 133-136, 東山書房, 京都, 1997
- 13) 杉山公造, 下嶋 篤, 梅本勝博ほか, 北陸先端科学技術大学院大学知識科学研究科 (監修): ナレッジサイエンス—知を再編する81のキーワード (改訂増補版). 100-101, 近代科学社, 東京, 2008

(受付 13. 01. 07 受理 14. 02. 03)

連絡先: 〒753-0021 山口市桜島6丁目2番1号

山口県立大学看護栄養学部看護学科 (丹)

実践報告

リストカットを繰り返す高校生への対応
—養護教諭の立場から—

出水典子

奈良女子大学大学院

Response to Repeated Wrist Cutting of a High School Student
—From the Position of the *Yogo* Teacher—

Noriko Demizu

Graduate school of Human Culture, Nara Women's University

This is a case study about a *Yogo* teacher's response to wrist cutting, which is one of the relatively common problematic actions among senior high school students.

I had tried to be receptive to a student "A", who cut her wrist, but as she had repeatedly cut her wrist, I came to feel my efforts to be in vain. As a result I also started to feel a kind of hatred for her and was unable to assume a receptive attitude toward her. In my efforts to stop her wrist cutting, I entrusted her to other experts. However, "A" felt she was forsaken, which worsened her situation and she committed various problematic actions.

She appeared to be mentally stable in the classroom, so even though her homeroom teacher he didn't readily understand about her problems. Since homeroom teachers are in charge of their students, I (as a *Yogo* teacher) was in no position to talk directly to her parents on my own.

Later, when I had the opportunity to meet and talk with her parents, it turned out that her family had a big problem. In order to help "A", we needed to pay attention to the parent and child relationship and support "A" in establishing her self-identity, which is an adolescent developmental task.

While it is important for *Yogo* teachers to engage with those students, *Yogo* teachers' intervention alone is not enough. We must not forget that an effective response to the students requires good cooperation between the family, the organization concerned and the school.

Key words : wristcutting, school health room, cooperation, *Yogo* teacher

リストカット, 保健室, 連携, 養護教諭

I. 緒言

リストカットは、精神医学的な側面から見ると「自傷行為」の一部として位置づけられる比較的頻度の高い問題行動の一つである。ウォルシュBW¹⁾が著書「自傷行為」で、「リストカットを若者の下位文化の一つと呼ぼうとする風潮」と表現したような状況が日本の現代社会にも強く感じられる。そしてその行動に「依存症」になることから、そこには人を虜にする魅力を伴うと思われる。リストカットの背景となる要因として、従来から境界性人格障害が重視されてきたが、今日のリストカットには、学校生活を普通に送る、どこにでもいるような一見普通に見える高校生が、日常生活において些細な問題が起こった時のストレス解消の手段として、リストカットを位置づけている状態が見られる。

2008年に全国主要都市の養護教諭271人に対して行った松本の調査報告²⁾によると、リストカットなどの自傷

行為をする生徒に対応した経験がある養護教諭は、小学校で94人(67.0%)、中学校で104人(99.0%)であった。この他にも、「親の協力が得られなかった(40.2%)」「スクールカウンセラーにつなげて負担は減らなかった(12.7%)」「精神科につなげて負担は減らなかった(14.7%)」「専門家の関与によってかえってエスカレートした(20.6%)」などが報告されている。更には、「自殺の危険性を判断できずに苦慮した(29.4%)」という養護教諭の思いもあげられている。このことから、養護教諭は自傷行為をする生徒を多く抱えながらも、具体的な対応について家庭や専門機関との連携の機会が得られにくいことや、たとえ専門家につなげた場合でも、期待されるような対応が効果的にできていないといった現状が窺われた。

筆者は、養護教諭として毎年数名のリストカットをする生徒の対応をしてきた。本報告でとりあげた女子高校生への対応は、筆者がリストカットの背景にある困難性

に向き合った初めてのケースである。養護教諭がリストカットをする生徒に対応する場合、多くの不安や葛藤を生じる。本報告では、彼女への対応をもとに、リストカットの背景にあるもの、養護教諭の限界と困難性、校内連携のあり方の三つの視点を中心に、報告するとともに、文献的考察を加えた。

倫理的配慮

プライバシー保護の観点から個人が特定できないようにするため、問題の本質をそこなわない程度に変更を加えている。

II. 事例の概要

1. A子。高校2年生，女子。高校2年生の5月突然保健室を訪れ、「友だちと話すことが苦手…」と訴えた。服装は殆どスラックスで、登下校時は一人で音楽を聴いていることが多かった。健康調査票には「腹痛、下痢、めまい・立ちくらみ、寝つきが悪い、些細なことが気になる」と記載されていた。一方、高校に入ってから成績は常に上位で運動部にも入っていた。当時、自宅のトイレの便器のふたを開け閉めし、両親に「死なないで」と言う儀式的行為をしないと寝られないことがあり、カウンセリングを受けたことがある。

2. 家族

父、50代、会社を早期退職した。A子のスポーツ競技のビデオを見るのが趣味。A子を競技場に送迎するのが日課となっている。

母、50代、パート勤務。

姉、高校3年生。A子は姉に対しライバル意識が強く、浪費家だと批判していた。姉は翌年には地方国立大学に進学し家を出ることになる。

3. 生育歴（後に母親から聴取）

2歳の時にチックの診断を受けた。小学校3年生の時突然黒板の字が見えなくなり、眼科を受診したところ心理的なものと言われた。カウンセリングを受けて見えるようになった。目が治ったら校内でたびたび失神するようになった。小学校5年生で不登校になり、再びカウンセリングに通った。A子には中学校3年間の記憶がない。友人のいなかったA子には、中学時代を思い出したくない気持ちがあったのかもしれない。同じ中学校から一緒に高校に進学したB子の写真を見ても記憶がないという。中学時代のA子は勉強ができて、欠席もせずに登校できた。勉強を頑張ったのは、姉が通った地元の高校ではない遠くの高校に合格したい思いがあったのかもしれない。その高校は、特色ある学校づくりとして再編された進学重視の公立高校であった。前身は旧制中学で、当時からの自由闊達な雰囲気は昔と変わらない校風として引き継がれていた。

III. 事例の経過

対応経過

第1期 【保健室来室と自傷行為】（高校2年生 X年5月～X年9月）

X年5月、連休明け、A子から保健室を訪れるようになった。当時の筆者は、経験年数が20年の養護教諭であり、異動直後に、教育相談委員会がない勤務校でA子との対応を経験した。筆者はA子との信頼関係を築くために可能な限り受容的に接した。A子の左の手背には、常にひっかき傷があった。筆者は傷の消毒を続けながら、なぜひっかくのか尋ねた。「やることがいっぱいあって、時間がないと知らぬ間にひっかいてしまう」と言っていた。

第2期 【内面の吐露とリストカット】（高校2年生 X年10月～X年12月）

X年10月 試合が近づくと、「イライラして寝られない。夢ばかり見て、明け方に目が覚めてしまう」母親の許可があれば、公立教育センターの相談室に付き添うことを約束した。

翌日、A子が来た。「相談室に行きたいのに、母に言えない」。筆者は1年生の旧担任から、「試合前の落ち込みはいつものこと」と言われた。現担任にも相談したが「試合が終わったら、状態は改善する」ので、親に言って欲しくないというA子の意思を尊重して家庭連絡はしないことに決まった。

X年11月 保健室前にあるトイレの個室で、左手首をカッターナイフで切り、多量の出血を認めた。これが、校内でのリストカットの始まりだった。A子になぜ切るのか聞くと「寂しいから、イライラするから、切ったらずっと楽になるから」と言う返事が返ってきた。

X年11月下旬、筆者はA子のリストカットを止めさせるために、スクールカウンセラーのカウンセリングを勧めた。A子は授業に出られず勉強が遅れることを気にしたが、カウンセリングを受けた。スクールカウンセラーからは、死ぬほど切るわけではないし、切ることで安定しているから、今までどおりに見守ってあげるようにという助言をもらった。スクールカウンセラーにA子を見せたことで、筆者の不安な気持ちは少し和らいだ。ただし、1度のカウンセリングでA子のリストカットが治まることはなかった。

カウンセリングの翌朝、A子はまた手首を切った。カッターナイフを取り上げると、保健室内を夢遊病者のように探しまわった。A子の異様な状態を少しでも早く改善したいために、筆者はカッターナイフを返してしまった。学級担任には、カウンセラーの助言にあるA子の支援と経過観察の必要性と、朝の保健室でのA子の様子を報告した。担任は、以前と同じ意見で、「リストカットの原因は試合の圧力であり、死ぬほど切るわけではないから大丈夫だろう」と言った。筆者は、家庭連絡の

必要性を感じていた。

第3期 【電話相談】（高校2年生 X年12月～X+1年3月）

X年12月 遠征試合後の初めて登校があった日に、A子が手首を切って来室した。〈試合はどうだった〉と聞きながら傷の手当てをした。「スポーツ競技は自分のためと違う。お父さんを喜ばすためにしている」と言った。前回のスクールカウンセラーとの面談後もリストカットは止まる気配はなかったため、今回は電話相談をA子に勧めた。A子の最近の不安、焦燥感について、電話相談員に話して、気持ちを整理しようと提案した。保健室から電話をしてもいいと言うと漸く納得した。

X年12月中旬 放課後、保健室から約30分程度の電話相談を実施した。「疲れた」というA子に頑張ってくれようと言った。筆者は、担任に、電話相談の実施と、家庭連絡の必要性を申し出た。担任は、A子のリストカットを目の当たりにしておらず、今回も本人が嫌がるので家庭連絡はしないことに決まってしまった。

X+1年1月下旬 「電話相談はこれから公衆電話からかけるから、保健室からはかけない。明日は学校に来ても、保健室には来ない」と強い口調で言い放つなり、行ってしまった。筆者はA子の激しい感情を感じた。

第4期 【めまいと強迫症状】（高校3年生 X+1年4月～X+1年7月）

X+1年4月中旬 「夏になったらどうしようか」と手首の傷が目立ってしまうことを気にしたA子に、筆者はリストカットの代わりになる事を見つけようと答えた。

X+1年5月 耳鳴り、聞こえの左右差と、天井が回るようなめまいが始まった。翌日、自宅近くの耳鼻科及び脳神経内科を受診した。頭部MRI検査は異常がなく、耳鼻科から出されためまい予防の薬を内服した。

X+1年5月下旬 保健室の洗面台で、手が気持ち悪いと数時間も洗浄行為を続けた。リストカットしてきたA子を見た級友が「その気持ちようわかるわ」と相槌を打つこともあった。

第5期 【母の思いを聞く、家族と連携の開始】（高校3年生 X+1年7月）

X+1年7月 昼休み、めまいと気分不良で来室し、ベッド休養した。放課後、教室のいすに腰掛けようとした拍子に卒倒した。近医でめまい止めの点滴を受けた。両親が車で迎えに来た。A子と父が車の中で休養している間、筆者は母に初めて今までの経過を報告した。

〈めまいを起こされましたので点滴をしてもらいました〉と筆者が言うと、A子の母は『うちの子は、身体が悪くて症状が出るのではないのです。今に始まった事ではないのです。今までいろんなことがありすぎて、高校に入って調子がよかったから、ちょっとしたことは敢えて触れずにきました』。筆者は、高校2年生から校内でリストカットが頻回にあり、スクールカウンセラーや電話相談を勧めたことを説明した。『昨晚A子に仕事の愚

痴や、寝られないことをこぼした。A子はそのことがとても気になったみたいで今日の卒倒は、私の言葉が原因だと思う』。

以下に、母から聞いた内容を記す。

『A子は高校では運動部に入って、中学と違って友だちも出来たし、先生方も優しく対応してくれるのに何か毎日が虚しい。新しい刺激がないとやりきれない。小さい頃から自分に厳しいが他人にもとても厳しい。友だちだといっても全てがわかり合えるものでもないし、人付き合いとはそんなものだということがわからない。言葉では言い表せない虚しさがA子に常につきまとい続けている。高校2年生になって何かのきっかけでリストカットをしたら注目を集めることができるとわかって、常習になったのではないかと。A子にとって手首を切ることは、自分の存在価値を確かめるための手段なのかもしれない。私の育て方が悪くてこういう子になったのか』。

母の長年に渡る苦労を垣間見た気がする。A子自身が楽になるため、家族がA子への対応のアドバイスをもらうために精神科受診を母に勧めた。A子には母から精神科受診を勧めてもらうことにした。校内での様子を簡単に記載した紹介状を母に渡しておいた。

第6期 【医療機関での治療開始から卒業、その後】（高校3年生 X+1年7月～X+4年5月）

X+1年7月 精神科を受診し、服薬が開始された。夏休み中は、イライラしてライターで手を炙っていたと担任から聞いた。

X+1年8月 気分不良でベッド休養後、担任が最寄り駅まで送り、一緒にそばを食べた。数日後、A子から、担任と別れてすぐ、駅のトイレで口に指を突っ込んで吐いたことを聞いた。担任の「とてもおいしそうにそばを食べていた」という報告からは信じられない事だった。前回の受診内容を尋ねると「お母さんが隣にずっと座っていたので、本当のことは話せなかった。リストカットと強迫症状は君にとって同じレベルだろうねと言われた」とA子から聞いた。

X+1年9月 母が成績懇談後、保健室に立ち寄った。クラブを引退後1キロ太ったと泣き喚き、腫れ物に触る感じだったことを聞いた。

X+1年11月 A子が、ノートの書き間違いが気になって、書き直すことに時間がとられた。「時間が無いのに焦るばかりで、とてもしんどい」。殆ど同じ赤色の描線を筆者に2本見せて、A子が2本の線に違いがあることの同意を筆者に求めた。受診が中断していることをA子から聞き、母に電話した。「家では表情がよかったので安心してた」、筆者は母に受診を約束してもらった。A子は翌日、受診し、強迫症状の薬をもらった。

X+1年12月 数学のテスト中、数字が頭の中をザーッと流れだした。胸が苦しくて、心臓がどきどきして、手が震えた。天井がぐるりと動き出す感じがしたので、保健室に来たが、筆者は不在だった。保健室前掲示

板の画鋏を左手で握り締めて血を流しているところに筆者は遭遇した。受診が続かない理由をA子に聞くと、「親がそういう所には行かなくてもいいと言った。薬をのむと親が嫌な顔をするからのめない」。A子の気持ちを聞くと、「数学のテストで同じ事があつたら困るから安心のために薬を貰いたい」。A子から母に受診したい気持ちを伝えるように促した。

X+2年1月中旬 不眠の訴えで来室。「しんどいの、寝られない、以前飲んだ薬がよく効いたから、もらいに行ってくる」と話した。

入試前日、A子がふらふらと入って来た。A子が「今日は離人症みたい」と言いながら、意味もなく保健室を歩き回った。

翌日、大学入試センター試験を受験した。

X+2年3月 希望の国立大学に合格した。

X+2年8月 卒業後、夏休み中のクラブを覗きに来たA子が保健室を訪れた。大学に入って、一人暮らしを始めた。先日、バスの中で乗客の女性が卒倒したので、自分がして貰ったように介抱してあげた。コンビニのざるそばを食べながら、元気よく大学生活を報告してくれる様子を、筆者は安心した。混沌とした高校3年間は一時的な通過儀礼のようなものだったと思った。保健室のクリスマスカクタンを持って帰るように勧めると、今度来た時に持って帰るから、それまで預かって欲しいという。〈クリスマスの頃に咲くからクリスマスカクタンというのよ〉と12月には、同じ話を繰り返したことを思い出した。

X+4年5月 音沙汰のなかったA子の母の来校があった。母は筆者に礼を言うために保健室前まで来たが、筆者は帰宅後で会えずに終わる。A子は大学を退学し、通信制大学に通いながら、ホテルのバイトをしていることを対応した学年主任から聞いた。A子が安定した日常生活を送るには、まだ相当の時間が必要であるように思った。

IV. 考 察

1. A子のリストカットの背景にあるもの

A子の性格は、非常に真面目であり強迫的である。親に心配をかけてはいけない、いい子でいなければいけないという気持ちが大変強い。A子が学業やスポーツ競技で良い成績を残すことは、自分の満足より親を喜ばせるために行われている。「スポーツ競技は父親のためにしている」というA子の言葉に見られるように、精一杯の練習をしているが、それがA子自身のためとは感じられない。

安福³⁾は「Doingでしか自己を認められない」子どもについて指摘している。A子には存在する (being) だけでは親に認められないのではないか、という不安に満ちた思いが根底にある。親に認められるために、親が望む行動をとることを繰り返すうちに、行動すること

か自己を認められなくなっている。そのままの自分では自信がない。自分自身のためではなく、親を喜ばせるための努力を続けている。

A子の場合、母親との関係が安定していないのも特徴である。A子が校内でめまいを起こした際、迎えに来た母から『今に始まったことではない』『うちの子は体が悪いのではない』『敢えて触れずに来ました』という言葉があった。安岡⁴⁾は、このような親子関係について「幼少期より母親との関係が不安定であった場合が多い」としている。実際、A子の生育歴を振り返ると、学齢期に多いと言われる「チック」の症状を2歳でみせている。2歳でチックの症状があったことは、当時の母子関係がA子には緊張や葛藤として経験されており、それを和らげる機能が不安定な母子関係にはなかったからと思われる。A子の母の言葉に『私が昨晚、仕事の愚痴や、寝られないことをA子にこぼした』という経過がある。このような緊張した状況がA子の幼少時期から続いており、A子は常に母親の顔色をうかがいながら大きくなった。ただ、小学校での心因性弱視や失神発作、不登校、中学校での解離性健忘について、母親は放置したわけではなく、良いと聞いたことは全てA子のためにしたというように、A子のためを思っているが、A子に母の思いが伝わっていない様子が見られた。

リストカットについて岡野⁵⁾は「自傷行為はこの見捨てられ不安を和らげ、癒すために用いられる手段と捉えられる」と述べている。A子との経過を振り返ると、保健室前のトイレでリストカットを繰り返していた。これは筆者とA子の関係が継続されるうちに、A子のリストカットは、筆者からの見捨てられ不安を避けるものとなっていたからであると考えられる。しかし、それに気付かずに、筆者はA子を相談機関や医療機関に紹介し、A子の気持ちを聞くことを怠っている。A子はリストカットをすることで筆者に依存しようとしたが、筆者はリストカットを止めさせることばかりを考えていたためにA子の気持ちを理解できず、結果としてふたりの関係は悪くなってしまった。このような様子を、吉田⁶⁾は「その動機には対象喪失への恐れと不安がある」としている。

高校生の悩みは思春期特有の一過性のものが多いが、高校時代は精神疾患発症率が高い時期でもある。この時期のリストカットには、病的で繊細な生きづらさを呈する場合もあるが、Rosenthal⁷⁾の言うように一瞬の感情のままに激しいアグレッシブな衝動の結果、性的な葛藤、無力感、怒りの処理としてのリストカットも多いとしている。牛島⁸⁾も「ある一時期は、実際に混沌としているが、リストカットすることで一定期間を要するが自然に解決することがあげられる」と記している。

2. 養護教諭の専門性

本研究でのA子との対応は、養護教諭が行う健康相談活動にあたる。平成9年の保健体育審議会答申⁹⁾では健康相談活動について、「養護教諭の職務の特質や保健室

の機能を十分に生かし、生徒の訴えに対して、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活動である」と述べている。筆者もA子の訴えや問診票の記入内容から症状や生活状況等を把握し、バイタルサイン、表情や態度の変化をみながら、保健指導やカウンセリングを行った。傷の手当てをしたり、背中をさすったりしながら、A子の訴えを受容し、支持することに努めた。健康相談活動におけるこのようなカウンセリングを三木¹⁰⁾は「ながらカウンセリング」と呼んでいる。

筆者は「ながらカウンセリング」を続けながら、A子のリストカットを止めさせたい一心で専門家に紹介した。しかし、A子の状態は改善されなかった。他の専門家に回されたことで、A子は筆者に不満を持つようになった。自己の内面を言語化することが苦手であるA子にとって、カウンセリングを受けることは大きな負担であった。カウンセリング翌日、リストカットするA子に対し、カッターナイフを取り上げる筆者の思いには、A子を大切に思っている気持ちが通用しないことへの腹立たしさがあつた。A子を思う気持ちが伝わらないことへの徒労感や、憎しみに似た感情が起こってきた。日常的対応の中でこのようなジレンマに陥ってしまう養護教諭が忘れてはいけないことに、林¹¹⁾の「この自傷という行為もまた回復への必死の試みである」という考え方がある。しかし、当時の筆者には、A子が筆者との対応を通して、その人間関係をもとに彼女なりの回復への努力をしている、というように考える余裕がなかった。

冷静に当時を振り返ると、A子の来室は卒業まで続けられ、筆者の対応を拒否しなかったことから、筆者がA子にとって学校生活での拠り所であったといえるだろう。3年生になってすぐ「夏になったらどうしようか。(半袖になったら傷口が目立つ)」というA子の相談があつた。A子は筆者に、〈夏までにはリストカットを止めよう〉と言って欲しかったのかもしれない。そのままのA子に自信を持つこと、リストカットをしないA子も大事であることを直截に話してやることで、様々な問題行動はくい止められたかもしれない。筆者が紹介した専門家は、誰ひとりA子にリストカットを禁止していない。A子との信頼関係が構築された筆者だけが、その関係性の中でA子のリストカットの禁止を切り出すことができたのかもしれない。

しかし、筆者はA子の解離症状をみても、A子をしっかりと抱えることが出来なかった。A子の増加する自傷行為を目の当たりにして、筆者は冷静に判断することが出来なくなっていた。実際に、自傷行為を繰り返すA子は、生命の危険性をはらんでおり、筆者にとっては脅威的になっていた。脅威である自傷行為をなんとかして止めさせたい筆者の思いが募るほど、A子の自傷行為は増加傾向を示した。

保健室における養護教諭と問題行動を起こす生徒との対応を、安福³⁾は「養護教諭はとにかく『抱えていく』ということで、二者関係が維持され信頼感の獲得を目指すということになるのか」としている。

しかし、自傷行為を継続する生徒への対応には、養護教諭が「抱える」ことで信頼感を築くということに留意しながらも、「抱える」だけでは限界があり、効果的な対応には家庭や関係機関、校内関係者との「連携」の必要性を忘れてはならなかった。

3. 連携の重要性

学校現場において、効果的な連携への方策を探る。

① 「担任との連携」

学校現場において一般的に、担任が「指導上の責任を持つ」という考え方が大きい。このことから、A子のリストカットを目の当たりにしても、担任を飛び越えて筆者が家庭に連絡することはなかった。藤田¹²⁾は「保健室でつかんだ子どもの様子を担任に伝えたり、どういうやり取りをしているのかを、実践の事実即して返していった」と述べている。A子がリストカットした後、傷の消毒をするのは筆者であり、担任は筆者からの情報を聞くだけに終わっている。今回の事例のように、養護教諭と担任の関係が、養護教諭から担任に情報を伝えるだけといった状態に陥ってしまった際には、担任と一緒に主治医面談や事例検討会を実施することで、専門的助言を得ることが効果的である。保健室と教室での生徒の様子を出し合い、資料を準備する過程は、担任との共通理解を深める機会になると考えられる。

② 「A子を取り巻く関係者との連携」

筆者は担任との連携を図ろうと努力していたが、担任の他に管理職や学年主任、運動部顧問等の様々な教職員と情報を共有し、共通理解を深められなかった。A子は教室では成績優秀であり、A子の授業態度は常に完璧なもので、教科担当者は、真面目に課題に取り組むA子の姿しか見ていなかったため、リストカットのような不可解な行動をとる事は予測できなかった。運動部活動においても、地味な基礎トレーニングに黙々と取り組むA子と、一瞬の感情でリストカットするA子が同一人物であるとは思われなかった。A子は精神力を十分に備えた安定感のある人物として教室や運動部では存在していたため、筆者はA子のことを関係者に話しにくかった。筆者は、担任以外にも、運動部顧問と連絡を密に取りながら、A子に自信を持たせる場面を作ることで、症状を改善することは可能であったかもしれない。しかし、当時の筆者は、異動直後で、A子との対応について、誰にも相談できないまま孤軍奮闘していた。対応や判断が独断に陥らないようにするためには、担任を始めとする教員集団との協議が必要であった。筆者はリストカットの対応が自分だけで限界があることに気付き、A子の不安定な一面を、多くの関係者にアピールすることを思いつくこと

が必要であった。養護教諭は校内連携の要として、多方面に働きかけることで、本来の機能を果たすことができる。

藤田¹³⁾は「職場に取り組みの渦をつくっていくためには、子どもの実態や取り組みの課題についての認識が、教職員集団でしっかりと共有されていく必要がある」と述べている。

③ 「校内における発信拠点」

医学的知識と養護教諭の専門性を基に、A子の実態を共通理解するために教員間に発信する必要がある。専門家を交えた事例検討会や、教職員研修、専門書の紹介や輪読会など、教員集団の知識の獲得が、共通認識の基礎になる。さらに、三木¹⁴⁾は「養護教諭個人の思いを組織が動く情報に変える能力が要求される」としている。組織を動かすためには、生徒対応の中で感じた様々な思いを適切な時期に必要な場所に「発信」をしていく必要がある。校内で生じた健康課題を解決するためには、医学的知識によって培われた観察眼を通して得た情報を教員間に発信することは、養護教諭の使命であると考えられる。

文 献

- 1) ウォルシュBW, ローゼンPM: 自傷行為—実証的研究と治療方針—. (松本俊彦, 山口亜希子訳), 13-24, 金剛出版, 東京, 2005
- 2) 松本俊彦, 今村扶美, 勝又陽太郎: 児童・生徒の自傷行為に対応する養護教諭が抱える困難について—養護教諭研修会におけるアンケートから—. *精神医学* 51: 791-799, 2009
- 3) 安福純子: 青年期の自傷行為に関する考察—保健室における養護教諭の対応—. *大阪教育大学紀要* 第IV部門 588: 173-184, 2010
- 4) 安岡誉: 自殺企図・自傷行為. *臨床精神医学* 25: 767-772, 1996
- 5) 岡野憲一郎: リストカット—ボーダーラインか解離性か?—. *こころの科学* 127: 76-83, 2006
- 6) 吉田脩二: 思春期・こころの病—その病理を読み解く—. 147-154, 高文研, 東京, 1991
- 7) Rosentahl RJ, Rinzler C, Walsh R et al.: Wrist-cutting syndrome. *The American Journal of Psychiatry* 128: 1363-1368, 1972
- 8) 牛島定信: 思春期女子の暴力的解決—手首自傷症候群—. *教育と医学* 27: 679-687, 1979
- 9) 文部科学省: 保健体育審議会答申. 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, 1999
- 10) 三木とみ子: 健康相談活動の過程と必要な資質能力(知識・技術)108の視点—基盤として必要な資質能力—. *健康相談活動カリキュラム開発研究報告書*, 2006
- 11) 林直樹: 境界性パーソナリティー障害の自傷行為の個人療法. *精神療法* 31: 284-291, 2005
- 12) 藤田和也: 養護教諭の教育実践の地平. 194, 東山書房, 京都, 1999
- 13) 藤田和也: 養護教諭の教育実践の地平. 161, 東山書房, 京都, 1999
- 14) 三木とみ子編集代表: 養護概説. 105, ぎょうせい, 東京, 2009

(受付 13. 05. 20 受理 13. 11. 28)

連絡先: 〒543-0035 大阪市天王寺区北山10-10
大阪府立夕陽丘高等学校 (出水)

資料

小学生の健康行動スキル尺度に関する研究 —健康行動スキル尺度（案）とライフスタイル及び 自覚症状との関連について—

本 多 彩 那^{*1}, 門 田 新一郎^{*2}, 棟 方 百 熊^{*2}

^{*1}総社市立昭和小学校

^{*2}岡山大学大学院教育学研究科

The Scale for Health Behavior Skills for Elementary Pupils —Relationships between the Scale for Skills, Lifestyle and Subjective Symptoms—

Ayana Honda^{*1} Shinichiro Monden^{*2} Hokuma Munakata^{*2}

^{*1} Showa Elementary School of Soja City

^{*2} Graduate School of Education, Okayama University

Key words : elementary pupils, health behavior, scale for skills, lifestyle, subjective symptoms
小学生, 健康行動, スキル尺度, ライフスタイル, 自覚症状

I. 緒 言

近年, 学校における保健教育の課題として, 児童生徒が自己の健康問題に対処し, 健康の保持増進ができる資質や能力の育成, すなわち, 「生きる力」を育成するライフスキル教育の必要性が指摘されている¹⁾. その背景には, 児童生徒が彼らの健康問題に適切に対処するために必要な社会的スキルやライフスキルなど, 日常生活の中で求められる認知的スキルの低下が要因の一つとして考えられている. そして, 学校での認知的スキルの育成が必要であるという問題意識から, 児童生徒が一人の個人として成長していく中で出会う発達課題と, 学校生活を送る上で出会うことが予測される教育課題に対処する際に役立つ学校生活スキルも開発されている²⁻⁴⁾. また, 自分が望む行動を実現する際に有効であり, いろいろな行動場面で活用可能な一般性の高い自己管理スキルなど, 児童生徒の様々な身体的, 精神・心理的問題に対処しながら成長していく資質・能力を育成するためのスキル尺度も開発されている⁵⁻⁷⁾. 特に, いじめ, 暴力, 喫煙・薬物乱用などの問題行動の根底には共通してセルフエスティームの問題がある⁸⁾とされ, セルフエスティームの向上を中心としたライフスキル教育が重要視されている.

これらのことから, 児童生徒に起こる様々な健康問題に対し, 児童生徒自身の資質と能力で健康問題に対処しながら, 心身の健康を保持増進していくことを援助するためには, 健康行動に関するスキルの育成をライフスキル教育の一環として位置づける必要がある⁹⁾¹⁰⁾と考えられる. そして, 児童生徒が生涯にわたって健康的な生活を送るためには, 健康知識の習得, 健康意識の高揚, 健

康態度の涵養だけでなく, 健康的な生活を実践する具体的な行動スキルの獲得が必要であると考えられる. 我が国では小学校学習指導要領¹¹⁾¹²⁾において, 小学校3・4年生から, 保健学習の内容として「毎日の生活と健康」, 「育ちゆく体とわたし」の単元で, 健康的な生活に関する意識や態度を高め, 知識を習得させることになっている. しかし, これらの学習内容がどの程度身につく, 健康的な生活を実践するスキルがどの程度獲得されているのかを測定する尺度はまだ作成されていない. 健康行動に関するスキル尺度は, 保健学習の内容の定着や学習の成果を確認する具体的な指標になると考えられる. また, 健康行動に関するスキル尺度とライフスタイルや健康状況との関連を検討することによって, 小学校における保健教育の課題を明らかにすることもできると考えられる.

そこで, 著者らは, 既報¹³⁾において, 小学校3・4年の保健の教科書¹⁴⁾¹⁵⁾から健康行動に関する項目を抽出して, 5・6年生を対象に調査を行い, 因子分析などによって健康行動に関するスキルを20項目に精選した小学校5・6年生用の健康行動スキル尺度(案)を作成した. 本報では, この健康行動スキル尺度(案)とライフスタイル及び自覚症状を一括して調査して, 健康行動スキル尺度とライフスタイル及び自覚症状との関連を検討し, 健康行動スキル尺度の保健学習への活用について考察してみた.

II. 研究方法

1. 調査対象と分析対象

岡山市内の2小学校の5・6年生681名を対象とした. その内, 有効回答の得られた547名(男子277名, 女子270

表1 健康行動スキル尺度 (20項目)

食事	1. 朝食は、いろいろな種類の食品を食べることができる
食事	2. 夕食は、いろいろな種類の食品を食べることができる
嗜好	3. おかしやジュースをとりすぎないようにすることができる
趣味	4. ゲームやパソコンは、1日に30分以内に行うことができる
生活リズム	5. 早ね早起きをして、8～9時間ぐらいいねることができる
生活リズム	6. 朝、7時前に起きることができる
生活リズム	7. 夜、10時前にねることができる
生活リズム	8. 便(うんこ)は、毎日だいたい決まった時こくに行うことができる
清潔	9. 外から帰ったら、手洗いやうがいを行うことができる
清潔	10. 食事の前に手洗いをすることができる
清潔	11. ねる前や夕食の後に歯みがきを行うことができる
清潔	12. 毎日、お風呂やシャワーで体(からだ)を清けつに行うことができる
清潔	13. 毎日、清けつな下着やハンカチを身につけることができる
運動	14. 1日に30分以上、運動や体を動かす外遊びを行うことができる
休養	15. つかれたときは、体を休めたり、気分をたかむことができる
環境	16. 部屋の明るさをちょうせつすることができる
環境	17. 部屋のまどを開けて、空気を入れかえることができる
発育	18. 体の発育や調子について、家の人に相談することができる
発育	19. 体の発育や調子について、担任や保健室の先生に相談することができる
発育	20. 友だちと仲よく遊んだり、いろいろな話ができる

各項目について、「できる」3点、「少しできる」2点、「できない」1点の計60点満点とする。

名)を分析対象とした。有効回答率は80.3%であった。

2. 調査方法と調査時期

質問紙調査法を用い、回答方式は無記名の選択式とした。学級担任に依頼し、学級活動などの授業の一部を利用して記入を求め、その場で回収した。調査は、2012年6月上旬に実施した。

3. 調査内容

1) 健康行動スキル尺度の調査

著者ら¹³⁾が作成した20項目からなる小学生用健康行動スキル尺度(案)を用いた(表1参照)。各項目について「できる」、「少しできる」、「できない」の3つの選択肢を設け、「できる」は3点、「少しできる」は2点、「できない」は1点とし、健康行動スキル尺度得点(60点満点)を算出した。この得点が高いほど健康行動スキルが定着していることを意味する。

なお、以下に、本調査で用いた健康行動スキル尺度(案)の作成のプロセスの概要を簡単に述べる。

この尺度は本調査対象と同じ小学校の5・6年生368名を分析対象として、前年度の3月上旬に行った健康行動に関する調査から作成したものである。まず、小学校の3・4年生の保健の教科書¹⁴⁾¹⁵⁾から「……することができる」というような健康行動に関する学習内容45項目(生活リズム10、清潔8、環境4、発育9、食事7、運動3、休養4)を選択して、各項目に「できる」、「少しできる」、「できない」の三つの選択肢を設けた。次に、主成分・バリマックス回転による因子分析を行い、6因子33項目(食事・環境6、発育6、生活リズム7、運動・休養4、清潔7、嗜好・趣味3)を抽出した。この

33項目は小学生用の尺度項目数としては少し多いと考えられることから、対象校の養護教諭と学級担任の協力を得て、発達段階的な適切さ、スキル項目としての適切さ、表現方法の適切さを検討した。そして、文部科学省の「健康度チェック」(小学生用)¹⁶⁾を参考にして、この6因子を保持した健康行動スキル尺度(案)として20項目(食事2、嗜好1、趣味1、生活リズム4、清潔5、運動1、休養1、環境2、発育3)に精選したものである。

2) ライフスタイル(生活行動、情報機器、生活意識)の調査

ライフスタイル22項目を作成し、生活時間、食事、運動など直接に行動に関わる14項目を生活行動とし、健康の自己評価、目覚めの気分や食欲など自分自身の生活や心身への状態への気づきに関する4項目を生活意識として大別した。なお、生活行動の中で情報機器の使用時間に関わる4項目は生活行動への影響が大きいと考えて別に区分した。それぞれの項目ごとに3～4の選択肢を設けた。なお、ライフスタイルに関する項目にはすべて順序性を持たせた。

3) 自覚症状の調査

自覚症状の調査には、日本産業衛生学会産業疲労研究会の新版「自覚症状しらべ」の25項目¹⁷⁾を用いた。「ふだん次のようなことがよくありますか」というように質問形式を変更して、「ある」場合には○印を付けさせて、○の数を訴え数とした。

4. 資料の集計と分析

健康行動スキル尺度20項目については、性別及び全体で集計した。スキル尺度得点及び自覚症状の訴え数につ

いては、平均値と標準偏差の $\pm 1/2$ を基準に3区分して順序性を持たせた。自覚症状の各項目の訴え率は、対象集団の人数に対する訴え数の百分比で求めた。性別の比較及び各項目間のクロス集計は、それぞれ χ^2 検定を行い危険率5%未満を有意とした。また、スキル尺度得点と訴え数の性別比較については、データの分布が正規性を示している場合にはt検定も併せて行った。ライフスタイルの各項目について回答数が5以下と極めて少ない場合には、必要に応じてカテゴリを集約した。なお、本研究は、健康行動スキル尺度の検討をねらいとしているので、ライフスタイルと自覚症状の各項目の性別比較は行わなかった。

5. 倫理的配慮

調査対象校の校長から、学級担任に研究の趣旨と個人が特定されないことを説明してもらった。そして、児童には学級担任から説明を行ってもらい、同意を得た上で実施した。回収も校長を通して行った。

Ⅲ. 結 果

1. 健康行動スキル尺度

1) 健康行動スキル尺度項目の性別比較

表2に、健康行動スキル尺度20項目の性別比較を示した。健康行動スキル尺度の「できる」「できない」の上位5項目についてみると、全体では、「できる」が多かったのは、「毎日、お風呂やシャワーで体（からだ）を清けつにすることができる」93.6%、「友だちと仲よく遊んだり、いろいろな話ができる」87.2%、「ねる前や夕食の後に歯みがきをすることができる」86.1%、「夕食は、いろいろな種類の食品を食べることができる」85.9%、「毎日、清けつな下着やハンカチを身につけることができる」83.0%となっていた。一方、「できない」が多かったのは、「夜、10時前にねることができる」48.8%、「便（うんこ）は、毎日だいたい決まった時こくにするすることができる」34.2%、「ゲームやパソコンは、1日30分以内にすることができる」29.6%、「体の発育や調子について、たんいんや保健室の先生に相談することができる」28.9%、「早ね早起きをして、8～9時間ぐらいいねることができる」16.8%となっていた。

性別比較では20項目中6項目に差がみられ、男子には、「便（うんこ）は、毎日だいたい決まった時こくにするすることができる」、「1日に30分以上、運動や体（からだ）を動かす外遊びをすることができる」の2項目に「できる」が多かった。女子には、「外から帰ったら手洗いやうがいをするすることができる」、「毎日、お風呂やシャワーで体（からだ）を清けつにすることができる」、「毎日、清けつな下着やハンカチを身につけることができる」、「ゲームやパソコンは、1日30分以内にすることができる」の4項目に「できる」が多かった。

2) 健康行動スキル尺度得点の性別比較と信頼性係数

健康行動スキル尺度得点（以下、尺度得点）の平均値

（標準偏差）は、全体では50.5（5.7）、男子50.2（6.0）、女子50.9（5.3）であった。この得点の分布は正規性を示していたのでt検定を行ってみたが差はみられなかった。尺度得点を「48点以下」、「49～53点」、「54点以上」に3区分してカテゴリ別人数をみると、全体では、それぞれ31.4%、36.4%、32.2%となっており、尺度得点の性別比較では差はみられなかった。

本尺度20項目の相関係数から求めたCronbachの α （アルファ）係数は0.213であった。

2. 健康行動スキル尺度得点とライフスタイルとの関連

1) 健康行動スキル尺度得点と生活行動との関連

表3に、健康行動スキル尺度得点（以下、尺度得点と略）と生活行動との関連を示した。「就寝時刻」、「起床時刻」、「睡眠時間」、「給食」、「おやつ」、「ジュース」、「運動・外遊び」、「家庭での学習時間」、「学習塾・習い事」、「家族との会話」、「友人との会話」、「テレビやゲームの使用時間やルール」の12項目で関連がみられた。尺度得点が高い者には、就寝時刻の早い者、起床時刻の早い者、睡眠時間の長い者、給食を全部食べる者、おやつをほとんど食べない者、ジュースをほとんど飲まない者、運動・外遊びをほとんど毎日する者、家庭での学習時間が長い者、学習塾・習い事に週3日以上行く者、家族との会話をよくする者、友人との会話をよくする者、テレビやゲームの使用時間やルールを家族と決めている者が多くなっていた。朝食と夕食の2項目では関連はみられなかった。

2) 健康行動スキル尺度得点と情報機器の使用状況との関連

表4に、尺度得点と情報機器の使用状況との関連を示した。「テレビ・ビデオ」、「ゲーム機」、「パソコン」の3項目において関連がみられ、尺度得点が高い者には、情報機器の使用時間の短い者が多くなっていた。

3) 健康行動スキル尺度得点と生活意識との関連

表5に、尺度得点と生活意識との関連を示した。「健康の自己評価」、「目覚めの気分」、「食欲」、「便の回数」の4項目すべてにおいて関連がみられた。尺度得点が高い者には、自分は健康であると評価する者、目覚めの気分がよい者、食欲がある者、排便が毎日1回はある者が多くなっていた。

3. 健康行動スキル尺度得点と自覚症状の訴えの関連

1) 健康行動スキル尺度と自覚症状の訴え数との関連

自覚症状の訴え数の平均値（標準偏差）は、全体では4.3（4.1）、男子3.9（3.8）、女子4.7（4.4）であった。訴え数の分布は正規性を示していなかった。自覚症状の訴え数を、「0～1」、「2～5」、「6以上」に3区分してカテゴリ別人数をみると、全体では、それぞれ29.1%、42.8%、28.2%で、訴え数の性別比較では差はみられなかった。

表6に、尺度得点と自覚症状の訴え数との関連を示した。尺度得点が高い者ほど、自覚症状の訴え数が少ない

表2 健康行動スキル尺度 (20項目) の性別比較 (%)

項 目	カテゴリー	男子 n = 277	女子 n = 270	全体 N = 547	χ^2 検定
1. 朝食は、いろいろな種類の食品を食べることができる	1. できる	60.6	54.4	57.6	ns
	2. 少しできる	32.1	37.4	34.7	
	3. できない	7.2	8.1	7.7	
2. 夕食は、いろいろな種類の食品を食べることができる	1. できる	84.8	87.0	85.9	ns
	2. 少しできる	13.7	12.2	13.0	
	3. できない	1.4	0.7	1.1	
3. おかしやジュースをとりすぎないようにすることができる	1. できる	50.5	54.1	52.3	ns
	2. 少しできる	41.5	39.3	40.4	
	3. できない	7.9	6.7	7.3	
4. ゲームやパソコンは、1日に30分以内に行うことができる	1. できる	29.6	58.1	43.7	**
	2. 少しできる	30.3	23.0	26.7	
	3. できない	40.1	18.9	29.6	
5. 早ね早起きをして、8~9時間ぐらいいねることができる	1. できる	57.8	58.9	58.3	ns
	2. 少しできる	25.3	24.4	24.9	
	3. できない	17.0	16.7	16.8	
6. 朝、7時前に起きることができる	1. できる	71.8	77.0	74.4	ns
	2. 少しできる	20.2	15.9	18.1	
	3. できない	7.9	7.0	7.5	
7. 夜、10時前にねることができる	1. できる	52.3	20.0	18.8	ns
	2. 少しできる	30.0	34.8	32.4	
	3. できない	17.7	45.2	48.8	
8. 便(うんこ)は、毎日だいたい決まった時こくに行うことができる	1. できる	32.9	18.9	26.0	**
	2. 少しできる	36.8	43.0	39.9	
	3. できない	30.3	38.1	34.2	
9. 外から帰ったら、手洗いやうがいをすることができる	1. できる	59.2	71.1	65.1	**
	2. 少しできる	31.4	24.8	28.2	
	3. できない	9.4	4.1	6.8	
10. 食事の前に手洗いをすることができる	1. できる	48.7	50.0	49.4	ns
	2. 少しできる	35.4	36.3	35.8	
	3. できない	15.9	13.7	14.8	
11. ねる前や夕食の後に歯みがきをすることができる	1. できる	83.4	88.9	86.1	ns
	2. 少しできる	13.7	10.4	12.1	
	3. できない	2.9	0.7	1.8	
12. 毎日、お風呂やシャワーで体(からだ)を清けつにすることができる	1. できる	91.0	96.3	93.6	*
	2. 少しできる	8.7	3.7	6.2	
	3. できない	0.4	—	0.2	
13. 毎日、清けつな下着やハンカチを身につけることができる	1. できる	75.8	90.4	83.0	**
	2. 少しできる	20.2	8.5	14.4	
	3. できない	4.0	1.1	2.6	
14. 1日に30分以上、運動や体(からだ)を動かす外遊びをすることができる	1. できる	68.2	46.3	57.4	**
	2. 少しできる	26.4	41.9	34.0	
	3. できない	5.4	11.9	8.6	
15. つかれたときは、体(からだ)を休めたり、気分を楽にするのことができる	1. できる	63.2	69.3	66.2	ns
	2. 少しできる	31.4	23.3	27.4	
	3. できない	5.4	7.4	6.4	
16. 部屋の明るさをちょうどにするのことができる	1. できる	71.8	77.8	74.8	ns
	2. 少しできる	22.0	20.0	21.0	
	3. できない	6.1	2.2	4.2	
17. 部屋のまどを開けて、空気を入れかえることができる	1. できる	66.4	73.0	69.7	ns
	2. 少しできる	27.8	24.1	26.0	
	3. できない	5.8	3.0	4.4	
18. 体(からだ)の発育や調子について、家の人に相談することができる	1. できる	57.0	64.1	60.5	ns
	2. 少しできる	27.1	24.4	25.8	
	3. できない	15.9	11.5	13.7	
19. 体の発育や調子について、たんにんや保健室の先生に相談することができる	1. できる	30.7	28.1	29.4	ns
	2. 少しできる	40.8	42.6	41.7	
	3. できない	28.5	29.3	28.9	
20. 友達と仲よく遊んだり、いろいろな話ができる	1. できる	89.5	84.8	87.2	ns
	2. 少しできる	9.0	14.1	11.5	
	3. できない	1.4	1.1	1.3	

* p < 0.05 ** p < 0.01

表3 健康行動スキル尺度得点と生活行動との関連 (%)

(全体)

項 目	カテゴリー	48点以下 n = 172	49~53点 n = 199	54点以上 n = 176	χ^2 検定
就寝時刻	1. 9時より前	4.1	6.0	12.5	**
	2. 9~10時	29.1	53.8	63.1	
	3. 10~11時	45.3	35.2	21.0	
	4. 11時よりあと	21.5	5.0	3.4	
起床時刻	1. 6時より前	9.3	12.1	17.0	**
	2. 6~7時	72.1	76.9	77.8	
	3. 7~8時	18.0	11.1	5.1	
	4. 8時よりあと	0.6	—	—	
睡眠時間	1. 6~7時間	17.2	9.7	3.5	**
	2. 7~8時間	38.8	30.3	24.5	
	3. 8~9時間	33.5	43.6	56.6	
	4. 9時間以上	10.5	16.4	15.4	
朝食	1. ほとんど毎日食べる	92.8	94.9	96.5	ns
	2. 週2~3日食べる	2.9	3.6	—	
	3. ほとんど食べない	4.3	1.5	3.5	
給食	1. 全部食べる	72.1	81.9	79.0	*
	2. 少し残す	23.8	17.1	20.5	
	3. 半分以上残す	4.1	1.0	0.6	
夕食	1. ほとんど毎日食べる	97.1	99.5	99.4	ns
	2. 週2~3日食べる	2.3	0.5	0.6	
	3. ほとんど食べない	0.6	—	—	
おやつ	1. ほとんど毎日食べる	48.3	44.7	34.1	*
	2. 週2~3日食べる	34.9	43.2	48.3	
	3. ほとんど食べない	16.9	12.1	17.6	
ジュース	1. ほとんど毎日飲む	41.3	27.6	21.0	**
	2. 週2~3日飲む	37.8	46.7	40.9	
	3. ほとんど飲まない	20.9	25.6	38.1	
運動・外遊び	1. ほとんど毎日する	38.4	49.7	60.8	**
	2. 週2~3日する	38.4	38.2	35.2	
	3. ほとんどしない	23.3	12.1	4.0	
家庭での学習時間	1. 1時間以内	43.0	29.1	28.4	*
	2. 1~2時間	39.0	45.7	45.5	
	3. 2~3時間	8.1	17.1	14.2	
	4. 3時間以上	9.9	8.0	11.9	
学習塾・習い事	1. 週3日以上行く	32.6	46.2	50.0	**
	2. 週1~2日行く	27.3	33.7	33.5	
	3. 行っていない	40.1	20.1	16.5	
家族との会話	1. よく話す	57.0	77.9	85.8	**
	2. まあ話す	37.8	20.1	13.1	
	3. あまり話さない	5.2	2.0	1.1	
友人との会話	1. よく話す	73.8	85.9	96.0	**
	2. まあ話す	23.8	12.6	4.0	
	3. あまり話さない	2.3	1.5	—	
テレビやゲームの使用時間やルール	1. 決めている	26.7	41.2	56.8	**
	2. ときどき決めている	28.5	30.2	22.7	
	3. 決めていない	44.8	28.6	20.5	

* p < 0.05 ** p < 0.01

表4 健康行動スキル尺度得点と情報機器使用状況との関連 (%) (全体)

項 目	カ テ ゴ リ	48点以下 n = 172	49~53点 n = 199	54点以上 n = 176	χ^2 検定
テレビ・ビデオ	1. ほとんど使わない	5.8	4.5	11.4	**
	2. 1時間以内	6.4	18.1	26.7	
	3. 1~2時間	25.0	37.2	34.7	
	4. 2時間以上	62.8	40.2	27.3	
携 帯 電 話	1. ほとんど使わない	65.1	65.8	63.1	ns
	2. 30分以内	17.4	17.1	19.9	
	3. 30分~1時間	5.8	13.6	8.0	
	4. 1時間以上	11.6	3.5	9.1	
ゲ ー ム 機	1. ほとんど使わない	22.7	25.1	41.5	**
	2. 30分以内	12.2	24.6	16.5	
	3. 30分~1時間	16.9	27.6	29.0	
	4. 1時間以上	48.3	22.6	13.1	
パ ソ コ ン	1. ほとんど使わない	51.2	53.3	66.5	**
	2. 30分以内	16.3	16.6	14.8	
	3. 30分~1時間	14.5	20.1	10.2	
	4. 1時間以上	18.0	10.1	8.5	

** p < 0.01

表5 健康行動スキル尺度得点と生活意識との関連 (%) (全体)

項 目	カ テ ゴ リ	48点以下 n = 172	49~53点 n = 199	54点以上 n = 176	χ^2 検定
健康の自己評価	1. 健康である	51.7	61.8	84.1	**
	2. まあ健康である	45.3	37.2	15.3	
	3. あまり健康でない	2.9	1.0	0.6	
目覚めの気分	1. よい	15.7	30.2	58.0	**
	2. まあよい	59.3	55.3	39.2	
	3. あまりよくない	25.0	14.6	2.8	
食 欲	1. ある	62.8	73.4	86.9	**
	2. 少しはある	30.8	23.1	11.4	
	3. あまりない	6.4	3.5	1.7	
便 の 回 数	1. 毎日1回はある	51.2	63.8	64.2	**
	2. 2~3日に1回はある	39.5	32.2	33.5	
	3. 4~5日に1回はある	9.3	4.0	2.3	

** p < 0.01

表6 健康行動スキル尺度得点と自覚症状の訴え数との関連 (%) (全体)

		48点以下 n = 172	49~53点 n = 199	54点以上 n = 176	χ^2 検定
自覚症状の訴え数	0~1	14.0	29.1	43.8	**
	2~5	46.5	43.2	38.6	
	6以上	39.5	27.6	17.6	

** p < 0.01

者が多くなっていた。

2) 健康行動スキル尺度と自覚症状の項目別訴え率との関連

表7に、尺度得点と自覚症状の項目別訴え率との関連を示した。I群「ねむけ感」とII群「不安定感」で関連がみられる項目が多く、「ねむい」、「横になりたい」、「あくびがでる」、「やる気がしない」、「全身がだるい」、「不安な感じがする」、「気分がゆううつである」、「いらいらする」、「考えがまとまらない」、「頭がぼんやりする」、「足がだるい」、「目がかわく」の12項目で関連がみられた。「気分がゆううつである」、「目がかわく」を除いた10項目では、尺度得点が高い者ほど、自覚症状の訴え率が低くなっていた。

IV. 考 察

既報¹³⁾で報告した小学生の健康行動スキル尺度（案）は、小学校学習指導要領¹¹⁾¹²⁾の体育科領域「保健」で3・4年生で学ぶ健康的な生活行動に着目して作成したものである。調査対象者の学習内容を選択する場合には、それまでに学習していることが前提となる。したがって、5・6年生を調査対象にした本調査では、小学校3・4

年生の保健の教科書から選択した健康行動に関する項目からスキル尺度を作成することが適切であると判断した。この健康行動スキル尺度を実際の学校現場で活用するためには、小学生のライフスタイルや健康状況との関連を検討することが必要であると考えられる。

本報では、この健康行動スキル尺度20項目とライフスタイル（生活行動、情報機器、生活意識）と自覚症状の調査を併せて行い、それらの関連について検討した。これまでにも、小学生の生活行動、情報機器の使用状況、生活意識、健康意識などのライフスタイルや自覚症状などの健康状況を調査し、それらの関連について検討したものは数多く報告されている¹⁸⁻²³⁾。しかし、本報のように、小学生の健康行動をスキル尺度という視点で捉えて、ライフスタイルや自覚症状の訴えとの関連を検討したものはみられない。

健康行動スキル尺度20項目のうち、「できる」が多かったのは、お風呂・シャワー、歯みがき、下着・ハンカチなどの清潔に関する項目や、夕食摂取、友人との遊び・話などであった。一方、「できない」が多かったのは、起床・就寝時刻、排便習慣、情報機器の使用などの生活リズムに関する項目や、担任・養護教諭への相談などで

表7 健康行動スキル尺度得点と自覚症状の項目別訴え率との関連 (%) (全体)

項 目	カ テ ゴ リ	48点以下 n = 172	49~53点 n = 199	54点以上 n = 176	χ ² 検定
I 群 ねむけ感	1. ねむい	66.9	50.8	37.5	**
	2. 横になりたい	39.5	30.2	21.6	*
	3. あくびがでる	82.0	71.4	59.1	**
	4. やる気がしない	40.1	27.1	14.2	**
	5. 全身がだるい	23.8	17.1	11.9	*
II 群 不安定感	6. 不安な感じがする	16.9	9.5	7.4	*
	7. 気分がゆううつである	8.7	9.0	2.8	*
	8. 気分が落ち着かない	16.9	11.1	9.1	ns
	9. いらいらする	33.1	24.6	21.0	*
	10. 考えがまとまらない	19.8	15.1	8.5	*
III 群 不快感	11. 頭がいたい	11.0	15.6	11.4	ns
	12. 頭がおもい	7.0	6.5	4.5	ns
	13. 気分がわるい	5.8	9.5	4.5	ns
	14. 頭がぼんやりする	27.3	15.6	10.2	**
	15. めまいがする	7.0	7.0	6.3	ns
IV 群 だるさ感	16. 腕がだるい	16.3	9.5	9.1	ns
	17. 腰がいたい	14.0	10.1	6.8	ns
	18. 手や指がいたい	9.9	7.0	8.5	ns
	19. 足がだるい	22.1	19.6	11.4	*
V 群 ぼやけ感	20. 肩がこる	21.5	20.1	18.8	ns
	21. 目がしょぼつく	7.6	5.0	4.0	ns
	22. 目がかれる	22.7	19.6	15.9	ns
	23. 目がいたい	8.1	6.0	6.3	ns
	24. 目がかわく	10.5	3.5	4.0	**
	25. ものがぼやける	8.1	4.5	4.0	ns

* p < 0.05 ** p < 0.01

あった。この20項目の性別比較では6項目で差がみられたが、各項目を「できる」3点、「少しできる」2点、「できない」1点に得点化して、60点満点のスキル尺度得点とした性別比較では差はみられなかった。そこで、このスキル尺度得点は、小学生では男女を一括して取り扱えると判断した。

スキル尺度得点とライフスタイルとの関連をみると、スキル尺度得点が高い者には、生活行動では、起床・就寝時刻の早い者、おやつ・ジュースなどの間食の少ない者、運動・外遊び、家族・友人との会話が多いなど健康的な生活行動を実践する者が多くなっていた。また、情報機器の使用状況では、テレビ・ゲーム機・パソコンなどの使用時間が少ない者が多くなっていた。そして、生活意識では、健康の自己評価、目覚めの気分、食欲、便の回数などの意識が高い者が多くなっていた。これらのことから、健康行動スキルを高めることによって、小学生のライフスタイルを改善することができると考えられる。一方、発育発達期にあり、健康行動スキルの形成が十分でない小学生のライフスタイルは、家族のライフスタイルに大きく影響される²⁴⁾と考えられる。本調査結果でも、スキル尺度得点が高い者には、家族との会話をよくする者や、テレビ・ゲームの使用時間やルールを決めている者が多くなっていた。このように、家族の児童とのコミュニケーションや情報機器の使用時間のルール作りは、児童の日常的な健康行動を実践するスキルにも影響していると考えられる。朝食及び夕食とスキル尺度得点には関連がみられなかったのは、「ほとんど毎日食べる」が朝食では約95%、夕食では約99%で、家族と一緒に食事をしている者が多いためと考えられる。これらのことから、児童の健康行動スキルを形成するためには、家族の与える影響を考慮しながら、学校と家庭との連携によって児童のライフスタイルを育むことが必要であると考えられる。

スキル尺度得点と自覚症状との関連をみると、スキル尺度得点が高い者ほど、自覚症状の訴え数が少なく、各項目の訴え率も低くなっているものが多くなっていた。鈴木²⁵⁾は、心身の自覚症状ないし訴えは、パーソナリティ・システムと個体の生活全体及び訴えが行われる状況を変数とする全人格的な表現としての側面があるとしている。そこで、服部ら²³⁾²⁶⁾は、自覚症状の訴えを生活行動や生活意識などのライフスタイルを反映した心身の健康状況の指標として捉え、小学生を対象に検討し、健康的なライフスタイルは自覚症状の訴えを少なくすることを明らかにしてきた。本調査で用いた自覚症状の調査項目と質問形式を小学生に用いた報告は他にみられないが、楊ら²⁷⁾の調査では中学1年生には使用可能であったことから、小学5・6年生にも使用できると考えられる。今回提示した健康行動スキル尺度は、小学校3・4年生の保健の教科書から健康行動に関するスキルを選択し、因子分析などを用いて20項目に精選したもので、その内

容は、食事、嗜好、趣味、生活リズム、清潔、運動、環境、発育で構成されており、小学生のライフスタイルを反映したものになっていることから、健康行動に関するスキルを高め、ライフスタイルの改善がなされれば、自覚症状の訴えの低減につながると考えられる。

このように、小学生の健康行動スキル尺度得点とライフスタイルや自覚症状には関連がみられたことから、健康行動に関するスキルの形成は、生活の質 (Quality of Life) の向上、すなわち、「生きる力」の育成につながるものと考えられる。また、本調査で用いたような健康行動スキル尺度は、健康生活の実践状況の把握や、保健学習にも活用できると考えられる。しかし、本調査で用いた健康行動スキル尺度20項目の相関係数から求めた信頼性係数は0.213と低かったことから、信頼性のある尺度として用いるには限界があると考えられる。今後、健康行動スキル尺度の項目内容や項目数を検討し、一般的に利用可能な、信頼性のある健康行動スキル尺度の作成が必要であると考えられる。

V. 要 約

岡山市内の2小学校5・6年生547名を分析対象に、著者らの作成した小学生用健康行動スキル尺度(案)とライフスタイル及び自覚症状との関連を検討した。

- 1) 健康行動スキル尺度(以下、スキル尺度)20項目のうち、「できる」が多かったのは、お風呂・シャワー、歯みがき、下着・ハンカチなどの清潔に関する項目や夕食、友人との遊び・話などであった。一方、「できない」が多かったのは、起床・就寝時刻、排便習慣、情報機器の使用などの生活リズムに関する項目や担任・養護教諭への相談などであった。
- 2) スキル尺度20項目の性別比較では6項目で差がみられ、「できる」が多かったのは、男子は排便、運動・外遊びの2項目で、女子は手洗い・うがい、お風呂・シャワー、下着・ハンカチ、ゲーム・パソコンの4項目であった。
- 3) スキル尺度20項目から算出した尺度得点(60点)の平均値(標準偏差)は50.5(5.7)で、性別比較では差はみられなかった。
- 4) 自覚症状(25項目)の訴え数の平均値(標準偏差)は4.3(4.1)で、性別比較では差はみられなかった。訴え率が高かった項目は、「ねむけ」群の「あくびができる」70.7%、「ねむい」51.6%であった。
- 5) スキル尺度得点とライフスタイルとの関連をみると、生活行動、情報機器の使用状況、生活意識ともに、尺度得点の高い者には健康的なライフスタイルが多かった。
- 6) スキル尺度得点と自覚症状の訴え数との関連をみると、尺度得点の高い者は訴え数が少かった。また、尺度得点と自覚症状の項目別訴え率との関連をみると、25項目中10項目でスキル得点が高い者は訴え率が低く、

特に、「ねむけ感」と「不安定感」の訴え率が低かった。

これらのことから、本研究で提示した健康行動スキル尺度20項目は、小学生の健康生活の実践状況の把握や保健学習に活用できると考えられる。

本稿の要旨は、第59回日本学校保健学会（神戸市）において発表した。

謝 辞

調査にご協力いただきました岡山市立芳泉小学校、岡山市立鹿田小学校の先生方、児童の皆様に深く感謝申し上げます

文 献

- 1) 中央教育審議会：幼稚園，小学校，中学校，高等学校及び特別支援学校の学習指導要領等の改善について（答申），2008
- 2) 山口豊一，飯田順子，石隈年紀：小学生の学校生活スキルに関する研究—学校生活スキル尺度（小学生版）の開発—，学校心理学研究 5：49-58，2008
- 3) 飯田順子，石隈年紀：中学生の学校生活スキルに関する研究—学校生活スキル尺度（中学生版）の作成から—，教育心理学研究 50：225-236，2002
- 4) 茨城県教育研修センター教育相談課：教育相談に関する研究 学校生活適応のための指導・援助の在り方 平成14・15年度，茨城県教育研修センター，2004
- 5) 高橋浩之，中村正和，木下朋子ほか：自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討，日本公衆衛生雑誌 47：907-914，2000
- 6) 竹鼻ゆかり，高橋浩之，佐見由紀子：自己管理スキル尺度の中学生への適用に関する検討，学校保健研究 45：541-550，2004
- 7) 佐久間浩美，高橋浩之，竹鼻ゆかりほか：高校生のストレス反応と自己管理スキルとの関連に関する研究，学校保健研究 51：193-201，2009
- 8) 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
- 9) WHO編：WHOライフスキル教育プログラム（川畑徹朗，高石昌弘，西岡伸紀ほか訳），大修館書店，東京，2003
- 10) JKYBライフスキル教育研究会編：「しなやかに生きる心の能力」を育てるJKYBライフスキル教育プログラム小学校6年生用，東山書房，京都，2010
- 11) 文部科学省：小学校学習指導要領，東洋館出版社，東京，2010
- 12) 文部科学省：小学校学習指導要領解説体育編，東洋館出版社，東京，2010
- 13) 門田新一郎，本多彩那，棟方百熊：小学生の健康行動スキル尺度に関する研究（第1報）—健康行動スキル尺度（案）の作成—，岡山大学大学院教育学研究科研究集録 153：11-16，2013
- 14) 森昭三（代表）：みんなのほけん3・4年，学研教育みらい，東京，2011
- 15) 森昭三（代表）：みんなのほけん3・4年教師用指導書／朱書き編，学研教育みらい，東京，2011
- 16) 文部科学省：わたしの健康【小学生用】，1-2，2011
- 17) 妹尾昭彦：新版「自覚症状しらべ」調査票の利用にあたって，労働の科学 57：313-314，2002
- 18) 日本学校保健会：平成22年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書，東京，2012
- 19) 門田新一郎：小学生の健康状況に関連する要因の検討—自覚症状の訴え数と行動要因との関連について—，岡山大学教育学部研究集録 91：95-104，1992
- 20) 白木まさ子，深谷菜穂美：小学生の食生活状態と自覚症状について，栄養学雑誌 51：11-21，1993
- 21) 伊熊克己，鈴木一央，石本詔男：小学生の生活習慣と健康に関する研究—睡眠・食事・遊びと自覚症状について—，運動とスポーツの科学 11：35-45，2005
- 22) 門田新一郎：児童のライフスタイルと健康状況に関する研究—週休2日制を踏まえた検討—，学校保健研究 43：61-72，2001
- 23) 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
- 24) 足立節江，大更真須美，森田富士子ほか：小学生および保護者の手洗いにに関する意識と実施状況および相互の関連，学校保健研究 54：240-249，2012
- 25) 鈴木庄亮：自覚症状調査，（田中恒男，江口篤寿編），健康調査の実際，114-131，医歯薬出版，東京，1976
- 26) 服部伸一，野々上敬子，門田新一郎：小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—，小児保健研究 68：643-653，2009
- 27) 楊 静，門田新一郎，野々上敬子ほか：中学生の生活習慣に関する健康意識・知識・態度についての中日比較—蘇州市と岡山市の生徒を対象として—，学校保健研究 50：34-48，2008

（受付 13. 07. 19 受理 13. 11. 29）

連絡先：〒700-8530 岡山市北区津島中3-1-1

岡山大学大学院教育学研究科（門田）

資料

小学5年生に対する歩数計を活用した 身体活動推進のための実践

澁谷 真紀^{*1}, 藤井 千恵^{*2}

^{*1}名古屋市立田代小学校

^{*2}愛知教育大学教育学部

Using Pedometer for Promoting Physical Activity of Fifth Grade Schoolchildren

Maki Shibuya^{*1} Chie Fujii^{*2}

^{*1} Tashiro Elementary School, Nagoya

^{*2} Faculty of Education, Aichi University of Education

Key words : promoting physical activity, pedometer, collaboration, yogo teacher

身体活動推進, 歩数計, 連携, 養護教諭

I. はじめに

近年, 小学生の基本的な生活習慣の乱れが危惧され, 朝食欠食や睡眠不足, 運動不足などの生活習慣が健康に影響を及ぼすことが報告されている¹⁾. また, 体力の低下についても危惧されている. 文部科学省が実施している全国体力・運動能力調査では, 最近10年間の年次推移をみると緩やかな向上傾向を示しているが, 体力水準が高かった昭和60年ごろと比較すると, 多くの項目で依然低い水準になっている²⁾. 体力は, 人間のあらゆる活動の源であるとともに, 健全な発達・成長を支え, 健康的で充実した生活を送る上で大変重要である³⁾.

体力の低下の原因として, 身体活動の減少が考えられる⁴⁾. 身体活動と体力との関係については, 様々な研究が行われている⁵⁻⁷⁾. スポーツや運動習慣はもちろんのこと, 日常の生活活動を含めた身体活動が体力と関連していると考えられる. また, 身体活動は, 体力以外にも, 児童の成長に大きな役割を果たしている. 身体活動の減少は, 発育発達, 身体的な健康, メンタルヘルス等へも影響している⁸⁾.

身体活動が減少している原因には, 児童を取り巻く環境の変化が考えられる. 交通の利便化による歩く機会の減少や, テレビやテレビゲームなどの影響による室内遊びの増加, 自由に遊ぶ場の減少, 塾や習い事などによる放課後の多忙化などによって, 身体活動をできにくくする要因になっていると考えられる⁹⁾. 児童の身体活動の減少は, 1日の歩数にも影響している. 小学生の日常における歩数についての調査報告から, 小学生の1日の歩数は減少傾向にあると示されている¹⁰⁻¹⁴⁾.

児童の身体活動の減少が叫ばれている現在, 身体活動推進を目指した取組が求められており, 児童生徒を対象とした, 歩数計を使用した身体活動の実態と関連要因に関する研究や身体活動推進のための介入研究も実施され

ている¹⁵⁾¹⁶⁾. しかし, 養護教諭が中核となり, 取り組んだ実践は少ない. 平成20年に示された中央教育審議会答申¹⁷⁾に, 「養護教諭は学校保健活動の推進にあたって中核的な役割を担う」と提言されている. 養護教諭が中核となることによって, 身体活動推進からの健康づくりに, 学校全体を巻き込んで取り組むことができるのではないかと考える. そして, 学校だけでなく保護者も巻き込んで, 学校と家庭が共に取り組む実践ができるのではないかと考える.

本研究は, 養護教諭が中核となり, 学校と家庭とが共に取り組む歩数計を活用した実践プログラムの効果を検討することを目的に実施した.

II. 方法

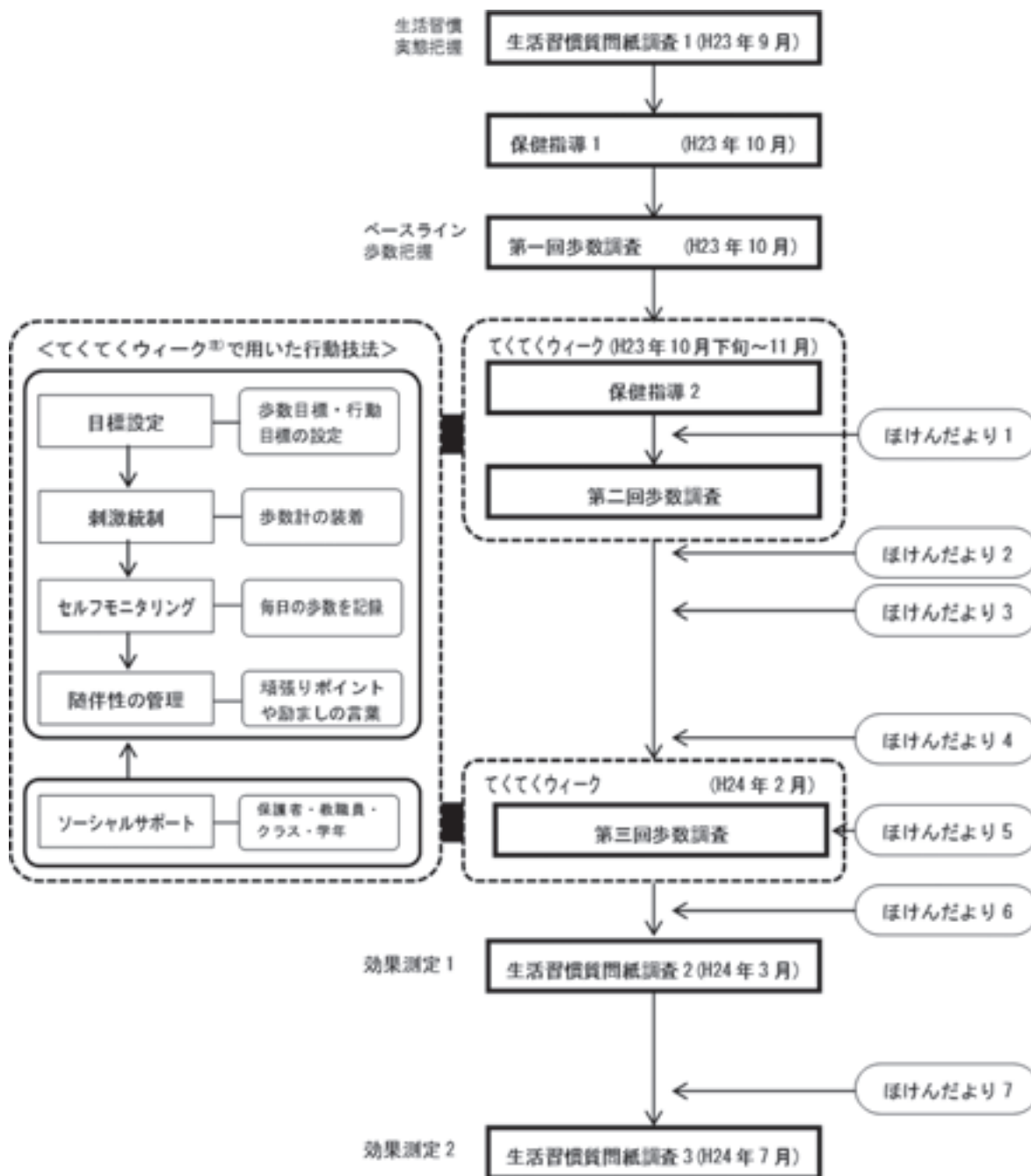
1. 対象者

都市部に位置するA小学校5年生143名(男子73名, 女子70名)と保護者を対象に, 歩数計を活用した実践プログラムを行った. 保護者の同意が得られ, 調査に参加した児童の内, 質問紙調査等に欠損がなかった123名(男子65名, 女子58名)を有効回答とした. 歩数測定や保健指導に参加した保護者は84名であった.

2. 実践プログラムの流れおよび学校と家庭との連携

プログラムの実施期間は, 平成23年9月~平成24年7月の約11か月間である(図1).

ベースライン時の生活習慣の実態把握として生活習慣質問紙調査1を行い, 保健指導1の後でベースライン時の歩数を調べるために第一回歩数調査を行った. 保健指導2と第二回歩数調査を合わせた時期と第三回歩数調査の時期を「てくてくウィーク」と名付け, 歩数増加を目指す頑張り週間とした. 実践の効果測定は, 2回の「てくてくウィーク」終了後に生活習慣質問紙調査2を行い, 追跡調査として, 翌年の6年生時に生活習慣質問紙調査3を行った.



注) てくてくウィーク：歩数増加を目指す頑張り週間

図1 実践プログラムの流れ

保健指導（表1）は養護教諭が行い、日常の指導は担任が行った。また、定期的にはほけんだよりを7回発行して児童や保護者、教職員の共通認識を図った。さらに、保健指導の後や「てくてくウィーク」の後には、プログラムの内容および指導方法を検討するために、児童と保護者に、感想に関する質問紙調査を実施した。

なお、本実践では、学校と家庭がともに取り組む中で、それぞれの特質を活かし、協力し合って行った（表2）。教職員、保護者も児童とともに歩数計を身に付け、身体活動推進からの健康づくりに取り組んだ。

3. 歩数計

歩数計は、愛知教育大学が所有する3D加速度センサー・14日間メモリー付歩数計（セイコースポーツライフ株式会社製：WALK-NOTE WZ520）を使用した。

歩数計の装着については、水泳時、入浴時、就寝時以外は一日中装着するよう指示した。歩数の記録については、毎日登校後に、児童自身が前日の歩数を記録用紙に記録するとともに、歩数調査終了後、歩数計と記録用紙を回収して、養護教諭による記録のチェックを行った。

表1 養護教諭が実施した保健指導1, 保健指導2の授業展開

保健指導1の学習内容と指導の過程		
時間	学習内容	指導上の留意点
15分	1 体力・運動能力について知り、体力増進のためにはどうしたらよいか考える。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本校の昨年度の体力運動能力調査の結果について知らせる。 ○ シャトルランに注目させ、持久力をみるための種目であることを知らせ、持久力とはどんな力であるのかを説明する。 ○ 持久力は体力と重要な関係があることに気付かせる。 ○ 体力増進のためには、継続的な運動が必要であることを知らせ、「歩く」ことで、持久力を高めることができることを知らせる。
5分	2 一日の歩数を調べる意欲をもつ。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歩数を計ることができる歩数計に興味をもたせる。 ○ 事前に行っていた担任と養護教諭が歩数調査の結果を発表する。 ○ 自分の一日の歩数を予想させる。
20分	3 歩数計の使い方を知る。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歩数計を配付し、使い方についての説明をする。 ○ 歩数計を使えるように体重等のデータを入力する。 ○ あらかじめ必要なデータを個別にリストアップしておき、すぐに入力できるようにしておく。 ○ 記録用紙を渡し、記録用紙の記入のしかたを説明する。
5分	4 まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 振り返り用紙を配付し、授業の振り返りをする。 ○ 何人かの児童に発表させる。 ○ 歩数計を身に付けさせ、今日から歩数調査をする意欲をもたせる。
保健指導2の学習内容と指導の過程		
時間	学習内容	指導上の留意点
15分	1 一週間の歩数調査の結果を振り返る。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一週間の歩数調査について、やってみて感じたことを発表させる。 ○ 一週間の歩数調査の結果、クラス全体で何歩だったのか予想させる。子どもと大人（教職員、保護者）の二つを予想させる。 ○ 歩数を距離に換算し、全員合わせると、学校からどこまで歩いたことになるのかを知らせる。 ○ クラス全体の平均値と、小学生の一日の歩数（男子18,000歩・女子15,000歩）とを比較する。また、20年前には20,000歩を超えていたことを知らせ、昔に比べて一日の歩数が減っていることを知らせる。
10分	2 歩くことと健康について考える。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歩くことが様々な体の健康につながることを知らせる。 ○ 歩くことによって、持久力・筋力・血流・酸素量・脳の機能・睡眠等に効能がみられ、肥満・動脈硬化・血圧・疲労・便秘・ストレス等が改善する事を理解させる。
15分	3 歩数目標を立てる。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康チャレンジカードを配付し、歩数目標を立てさせる。（歩数については、歩数調査の結果からプラス1,000歩を目安とする。） ○ 今日から一週間、「てくてくウィーク」を実施することを知らせる。 ○ ワークシートを配付し、家や学校で、どんな工夫をしようと歩数が増えるか考えさせ、何人かの児童に発表させる。 ○ その中で、自分が一番できそうなことを選ばせ、健康チャレンジカードに転記させる。
5分	4 まとめ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 今日の授業の振り返りをする。ワークシートに記入させる。 ○ 何人かの児童に発表させる。 ○ クラス全体で頑張ろうという気持ちをもたせる。

4. 質問紙調査および得点化

生活習慣質問紙調査については、朝食・運動・睡眠に関する毎日の生活の様子について、(財)日本学校保健会の児童生徒の健康状態サーベイランス事業¹⁾と、文部科学省の全国体力・運動能力、運動習慣等調査²⁾等を引用・参考にして質問紙を作成した。また、より好ましい習慣・回答が高い得点となるように質問項目に対する回答を得点化した。「運動部やスポーツクラブに入っていますか」の質問項目については、「入っていない」(1点)、

「入っている」(2点)の2件法、「起きる時刻・寝る時刻は決まっていますか」の質問項目についても、「決まっていない」(1点)、「決まっている」(2点)の2件法、「家の人と一緒に運動をしますか」の質問項目については、「しない」(1点)、「年に数回」(2点)、「1ヶ月に1回」(3点)、「2週間に1回以上」(4点)、「週に1回以上」(5点)の5件法、その他の質問項目については4件法(1点~4点)とした。

6年生時の運動に対する意識調査については、「運動

表2 学校と家庭の役割

学 校	養護教諭	中核となって実践を推進した。学校全体、家庭に協力を呼びかけ、連携を図った。 保健指導を担当した。2時間の授業とほけんだよりの発行、チャレンジカードの点検、掲示物の作成を行った。 また、歩数計を身に付け、共に取組を行った。
	学級担任	児童の実態から、どのような指導が効果的かを養護教諭にアドバイスし、共に内容を検討した。また、歩数計を身に付け、共に取組を行った。日常の指導を担当し、休み時間に教室外に出て、身体を動かすように声をかけをしたり、児童と一緒に運動場で遊んだりした。
	その他の教職員	児童に対して励ましの言葉をかけたり、参加希望の教職員は歩数計を身に付けたりして、共に取組を行った。
家 庭	保護者	参加希望者には、歩数計を配付し、共に取組を行った。また、授業にも参加を呼びかけた。児童に励ましの言葉をかけたり、どうしたらたくさん歩けるか家庭で話し合ったり、親子で一緒に活動を行った。

表3 児童の歩数調査

	男 子					女 子				
	n	平均値	SD	t検定 ^{a)}	t検定 ^{b)}	n	平均値	SD	t検定 ^{a)}	t検定 ^{b)}
第一回歩数調査	平日	65	15,128±3,671			58	11,244±2,821			
	休日	63	9,950±4,874			53	6,807±3,298			
第二回歩数調査 (てくてくウィーク)	平日	64	13,659±3,818	**		58	10,128±2,759		**	
	休日	58	7,194±4,168	***		53	6,067±2,833			
第三回歩数調査 (てくてくウィーク)	平日	64	15,362±4,039		**	58	11,117±2,853			**
	休日	60	9,614±6,381		***	52	7,493±4,332			*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ SD：標準偏差

注1 a) 第一回と第二回の比較。

注2 b) 第二回と第三回の比較。

注3 平日：月～金、休日：土・日。

することを意識していますか」, 「なるべく歩くように意識していますか」の質問項目について, 「全くしていない」(1点), 「あまりしていない」(2点), 「少ししている」(3点), 「とてもしている」(4点)の4件法とした。

「てくてくウィーク」実施後の児童の感想については, 「楽しく取り組みましたか」, 「しっかり取り組みましたか」, 「目標は達成できましたか」, 「またやりたいですか」, 「もっと運動をしたいですか」, 「歩くように心がけていますか」の質問項目について, 「全くそうではない」(1点), 「あまりそうではない」(2点), 「少しそうである」(3点), 「とてもそうである」(4点)の4件法とした。

保健指導実施後の児童および参加した保護者の感想については, 「授業は楽しかったですか」, 「授業は理解できましたか」, 「授業は役に立ちましたか」の質問項目について, 「全く思わない」(1点), 「あまり思わない」(2点), 「少し思う」(3点), 「とても思う」(4点)の4件法とした。

5. 解析方法

得点化した質問紙調査の回答の平均値の比較はt検定, 割合の比較は χ^2 検定を用いた。また, 3回行った生活習慣質問紙調査の回答の得点の平均値の比較には, 一要因反復測定分散分析を用いた。有意差がみられた項目はさらにBonferroniの方法によって多重比較を行った。こ

れらの分析には統計解析プログラムIBM SPSS Statistics 19を用い, 5%未満を有意水準とした。度数が5未満の場合は正確有意確率を用いた。

6. 倫理的配慮

対象者の個人の尊厳および人権を尊重し, 書面による保護者の同意が得られた場合のみ調査解析の対象とした。不参加による不利益は被らないことを明示するとともに, 愛知教育大学研究倫理審査委員会の承認を得て研究を行った(愛知教育大学研究倫理審査委員会第23-2号)。なお, 保護者の同意が得られなかった場合は, 実践には参加してもらい, 得られたデータは解析から除外する旨を保護者に周知した。

III. 結果および考察

1. 歩数計を活用した実践プログラムの検討

1) 歩数調査の検討

プログラム中の歩数がどのように変化したかを検討した(表3)。プログラムでは, 第一回歩数調査をベースラインとし, 続けて「てくてくウィーク」として第二回歩数調査を行った。歩数は, 「てくてくウィーク」よりも第一回歩数調査の方が多かった。これは, ベースライン時に, 意識して動いてしまう児童が多く, 予想を上回るほど多い結果になったと考えられ, 日頃の児童たちの活動の様子から見ても, 平常よりも多く動いていた。歩

表4-1 生活習慣質問紙調査の回答の得点 (男子)

(n=64)

	調査 1		調査 2		調査 3		F値	p値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
朝ごはんは食べますか	3.91 ±0.34		3.81 ±0.56		3.77 ±0.64		4.425	0.020	
朝ごはんを食べるとき食欲はありますか	3.11 ±0.86		3.19 ±0.79		2.95 ±1.08		3.062	0.062	
休み時間は外で遊びますか	3.09 ±1.05		3.63 ±0.65		3.16 ±1.00		10.644	<0.001	調査2 > 調査1, 調査3
家に帰ってから外で遊びますか	2.27 ±1.13		2.22 ±1.09		2.19 ±1.13		0.272	0.742	
体育以外で運動をしますか	3.23 ±0.97		3.39 ±0.83		3.17 ±1.12		1.883	0.156	
運動部やスポーツクラブに入っていますか ^{a)}	1.69 ±0.47		1.77 ±0.43		1.61 ±0.49		4.979	0.011	調査2 > 調査3
家の人と一緒に運動をしますか ^{b)}	2.69 ±1.62		2.80 ±1.74		2.36 ±1.54		2.192	0.116	
運動は好きですか	3.45 ±0.87		3.50 ±0.71		3.53 ±0.73		0.903	0.397	
運動をもっとしたいと思いませんか	3.13 ±0.95		3.36 ±0.82		3.19 ±0.94		3.011	0.059	
外出するときは歩くようにしていますか	2.67 ±0.96		3.00 ±0.76		2.75 ±0.96		3.977	0.021	調査1 < 調査2
起きるときすっきりと目が覚めますか	2.48 ±0.99		2.67 ±0.98		2.61 ±1.05		1.222	0.298	
最近寝不足を感じていますか	2.36 ±1.07		2.34 ±0.93		2.38 ±1.09		0.029	0.971	
起きる時刻・寝る時刻は決まっていますか ^{a)}	1.61 ±0.49		1.63 ±0.49		1.70 ±0.46		1.245	0.292	
おやつは食べますか	2.34 ±1.07		2.33 ±1.05		2.31 ±1.07		0.023	0.964	
排便は毎日出ますか	2.78 ±0.90		2.88 ±0.88		2.97 ±0.96		1.888	0.156	

SD: 標準偏差

注1 a) 2点満点 b) 5点満点 その他の質問項目に対する回答の得点は4点満点.

注2 プログラム実施前の「調査1」, 実施後の「調査2」, 6年生時の「調査3」について1要因反復測定分散分析および多重比較にはBonferroniを用いて比較した.

数計を身に付けることが、「たくさん歩きたい」という児童の意識に働いたと考えられる. Bravataら¹⁸⁾は, 歩数計の装着は, 身体活動を増加させる動機づけになり, 身体活動の増加につながると報告している. 「てくてくウィーク」のみ行った第三回歩数調査では, 再び歩数は有意に増加した. 今後, ベースライン時の歩数をどのように測定するか工夫する必要があると考える.

2) 生活習慣質問紙調査の検討

(1) 実践プログラムの実施前・実施後・追跡調査の比較検討

生活習慣質問紙調査の回答の得点を比較し, プログラムの効果を検討した(表4-1, 表4-2).

男女とも, 「休み時間は外で遊びますか」(男子 調査1: 3.09±1.05, 調査2: 3.63±0.65, 調査3: 3.16±1.00, $p<0.001$, 女子 調査1: 1.93±0.81, 調査2: 2.50±1.10, 調査3: 1.93±1.14, $p=0.002$)の質問項目で, 調査1より調査2の方が, 有意に得点が増加していた. 男子では, 「外出するときは歩くようにしていますか」(調査1: 2.67±0.96, 調査2: 3.00±0.76, 調査3: 2.75±0.96, $p=0.021$)も, 調査1よりも調査2の方が, 有意に得点が増加していた. 学級担任への調査でも, 児童の行動変容として, 休み時間に外で遊ぶこと

が増えたことを挙げていた. 休み時間は児童にとって, 大きな身体活動の場である. 上地ら¹⁹⁾は, 休み時間における外遊びの参加は, 児童の身体活動量の獲得に大きく貢献していると述べている. 休み時間に外遊びをする児童が増えたことは, 身体活動推進に向けての成果と言える. また, 保護者からは, 「放課後に公園で遊ぶ児童の姿を見かけるようになった. 特に, 女の子が公園で遊ぶ姿は今まで見たことがなかったが, てくてくウィーク中は, 何度も見る機会があった」と報告があった. このことから, 男子のみではなく, 運動習慣の少ない女子に対しても効果的な実践であったと考えられる. しかし, 6年生時の調査3では, 再び得点が減少していた. 実践の効果としての行動変容は一時的であったことを示している. しかし, 運動に対する意識調査では, 男女とも「運動」や「歩くこと」を今でも意識していると答えた児童が約7割おり, 行動には直接結びついていないが, 意識としては残っていることがわかった(表5). 健康意識を高め, さらに行動変容の継続に向けた定期的な実践が必要であると考えられる.

Prochaskaら²⁰⁾の提唱した健康行動理論「トランスセオリアルモデル」では, 人の健康行動には, 準備状態や実践の程度に応じて5段階の連続するステージが存

表4-2 生活習慣質問紙調査の回答の得点（女子）

(n=58)

	調査 1		調査 2		調査 3		F値	p値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
朝ごはんは食べますか	3.78 ±0.62		3.72 ±0.74		3.79 ±0.64		0.865	0.408	
朝ごはんを食べるとき食欲はありますか	3.03 ±0.77		3.16 ±0.79		3.26 ±0.71		3.301	0.040	調査1 < 調査3
休み時間は外で遊びますか	1.93 ±0.81		2.50 ±1.10		1.93 ±1.14		7.220	0.002	調査2 > 調査1, 調査3
家に帰ってから外で遊びますか	1.57 ±0.80		1.67 ±0.87		1.69 ±0.84		0.765	0.468	
体育以外で運動をしますか	2.86 ±0.98		2.83 ±0.99		2.76 ±1.05		0.285	0.752	
運動部やスポーツクラブに入っていますか ^{a)}	1.40 ±0.49		1.36 ±0.48		1.40 ±0.49		0.247	0.782	
家の人と一緒に運動をしますか ^{b)}	2.36 ±1.55		2.31 ±1.49		2.38 ±1.55		0.053	0.949	
運動は好きですか	3.26 ±0.87		3.47 ±0.75		3.40 ±0.75		2.747	0.076	
運動をもっとしたいと思いますか	3.14 ±0.83		3.34 ±0.71		3.36 ±0.67		2.559	0.090	
外出するときは歩くようにしていますか	2.86 ±0.69		3.07 ±0.62		3.00 ±0.62		1.802	0.170	
起きるときすっきりと目が覚めますか	2.60 ±0.99		2.47 ±0.82		2.34 ±0.91		2.592	0.079	
最近寝不足を感じていますか	2.55 ±1.05		2.28 ±0.95		2.12 ±0.92		6.163	0.003	調査1 > 調査3
起きる時刻・寝る時刻は決まっていますか ^{a)}	1.78 ±0.42		1.78 ±0.42		1.78 ±0.42		0.000	1.000	
おやつは食べますか	2.55 ±1.08		2.14 ±0.96		2.28 ±0.97		4.391	0.015	調査1 > 調査2
排便は毎日出ますか	2.57 ±0.88		2.59 ±0.92		2.72 ±0.85		1.387	0.254	

SD：標準偏差

注1 a) 2点満点 b) 5点満点 その他の質問項目に対する回答の得点は4点満点。

注2 プログラム実施前の「調査1」、実施後の「調査2」、6年生時の「調査3」について1要因反復測定分散分析および多重比較にはBonferroniを用いて比較した。

表5 6年生時の運動に対する意識

n (%)

	男子 (n=63)				女子 (n=58)			
	とてもし ている	少しして いる	あまりし ていない	全くして いない	とてもし ている	少しして いる	あまりし ていない	全くして いない
運動することを意識していますか	26(41.3)	22(34.9)	12(19.0)	3(4.8)	8(13.8)	33(56.9)	12(20.7)	5(8.6)
なるべく歩くように意識していますか	14(22.2)	24(38.1)	19(30.2)	6(9.5)	7(12.1)	37(63.8)	12(20.7)	2(3.4)

在し、人はステージを進行するが、立ち止まったり逆戻りしたりもすると考えられている。実践により進行したステージに合った実践内容を考え、働きかけを継続していく必要がある。

その他の質問項目については、あまり変化はみられなかった。今回の調査では、身体活動に関する生活習慣については一定の効果がみられたが、それ以外の生活習慣については、実践の効果はあまりみられなかったと言える。上地ら²¹⁾は、児童の健康行動パターンと児童の健康状態との関連について検討した結果、最も良好な健康状態にするためには、すべての健康行動（運動行動・食行動・睡眠行動）を実施していることが重要であると述べている。このことから、すべての健康行動について、包括的に働きかける実践プログラムが必要であると言え

る。今後は身体活動推進の実践を軸に据え、他の健康行動についての保健指導を取り入れ、生活習慣全体へと働きかける実践をしていく必要がある。

(2) 運動習慣の有無による検討

体育以外の運動を週3日以上行っている運動習慣がある者を「運動High群」、それ以外の運動習慣がない者を「運動Low群」とし、調査1と調査2の身体活動に関する質問項目を比較し、効果に違いがあるかを検討した（表6-1、表6-2）。

「運動High群」も「運動Low群」も、調査1よりも調査2で得点が増加している項目が多くみられた。「休み時間は外で遊びますか」の外遊びに関する質問項目と「運動は好きですか」、「運動をもっとしたいと思いますか」の運動への意識に関する質問項目は、男女とも「運動

表6-1 運動習慣別実践プログラム前後の身体活動の得点 (男子)

	運動High群 (n=33)					運動Low群 (n=32)						
	調査1		調査2		t値	p値	調査1		調査2		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD			平均値	SD	平均値	SD		
休み時間は外で遊びますか	3.45 ±0.79		3.73 ±0.52		-1.955	0.059	2.66 ±1.18		3.50 ±0.76		-4.834	<0.001
家に帰ってから外で遊びますか	2.52 ±1.12		2.61 ±1.12		-0.571	0.572	1.97 ±1.09		1.78 ±0.91		1.438	0.161
体育以外で運動をしますか	4.00 ±0.00		3.85 ±0.36		2.390	0.023	2.44 ±0.80		2.84 ±0.95		-2.083	0.046
運動部やスポーツクラブに入っていますか ^{a)}	1.94 ±0.24		1.94 ±0.24		0.000	1.000	1.41 ±0.50		1.56 ±0.50		-2.396	0.023
家の人と一緒に運動をしますか ^{b)}	2.91 ±1.63		3.27 ±1.77		-1.090	0.284	2.50 ±1.61		2.25 ±1.57		0.915	0.367
運動は好きですか	3.76 ±0.66		3.79 ±0.65		-0.571	0.572	3.13 ±0.94		3.19 ±0.64		-0.626	0.536
運動をもっとしたいと思いますか	3.55 ±0.79		3.64 ±0.74		-1.139	0.263	2.69 ±0.90		3.06 ±0.80		-2.823	0.008
外出するときは歩くようにしていますか	2.73 ±0.98		3.18 ±0.81		-2.456	0.020	2.63 ±0.94		2.84 ±0.68		-1.648	0.109

SD : 標準偏差

注1 a) 2点満点 b) 5点満点 その他の質問項目に対する回答の得点は4点満点。

注2 体育以外の運動を週3日以上行っていると答えた者を「運動High群」とし、それ以外の者を「運動Low群」とした。

注3 プログラム実施前の「調査1」と実施後の「調査2」についてt検定を用いて比較した。

表6-2 運動習慣別実践プログラム前後の身体活動の得点 (女子)

	運動High群 (n=17)					運動Low群 (n=41)						
	調査1		調査2		t値	p値	調査1		調査2		t値	p値
	平均値	SD	平均値	SD			平均値	SD	平均値	SD		
休み時間は外で遊びますか	1.88 ±0.70		2.47 ±1.07		-3.405	0.004	1.95 ±0.86		2.51 ±1.12		-3.147	0.003
家に帰ってから外で遊びますか	2.00 ±1.00		2.35 ±1.00		-1.244	0.231	1.39 ±0.63		1.39 ±0.63		0.000	1.000
体育以外で運動をしますか	4.00 ±0.00		3.47 ±0.80		2.729	0.015	2.39 ±0.77		2.56 ±0.95		-1.000	0.323
運動部やスポーツクラブに入っていますか ^{a)}	1.65 ±0.49		1.53 ±0.51		1.461	0.163	1.29 ±0.46		1.29 ±0.46		0.000	1.000
家の人と一緒に運動をしますか ^{b)}	2.59 ±1.66		3.06 ±1.68		-1.095	0.290	2.27 ±1.52		2.00 ±1.30		1.036	0.307
運動は好きですか	3.65 ±0.61		3.82 ±0.39		-1.376	0.188	3.10 ±0.92		3.32 ±0.82		-1.853	0.071
運動をもっとしたいと思いますか	3.53 ±0.72		3.76 ±0.44		-1.461	0.163	2.98 ±0.82		3.17 ±0.74		-1.387	0.173
外出するときは歩くようにしていますか	2.53 ±0.80		3.47 ±0.51		-4.016	0.001	3.00 ±0.59		2.90 ±0.58		0.942	0.352

SD : 標準偏差

注1 a) 2点満点 b) 5点満点 その他の質問項目に対する回答の得点は4点満点。

注2 体育以外の運動を週3日以上行っていると答えた者を「運動High群」とし、それ以外の者を「運動Low群」とした。

注3 プログラム実施前の「調査1」と実施後の「調査2」についてt検定を用いて比較した。

High群」「運動Low群」ともに得点が増加していた。

さらに、「運動Low群」において、男子では、調査1よりも調査2に有意に得点が増加していた項目が多くなっていた。「休み時間は外で遊びますか」(調査1 : 2.66±1.18 調査2 : 3.50±0.76 $p<0.001$), 「体育以

外で運動をしますか」(調査1 : 2.44±0.80 調査2 : 2.84±0.95 $p=0.046$), 「運動部やスポーツクラブに入っていますか」(調査1 : 1.41±0.50 調査2 : 1.56±0.50 $p=0.023$), 「運動をもっとしたいと思いますか」(調査1 : 2.69±0.90 調査2 : 3.06±0.80 $p=0.008$)

の項目で、調査1よりも調査2の方が、有意に得点が増加していた。また、女子では、「体育以外で運動をしますか」の質問項目で、「運動High群」(調査1：4.00±0.00 調査2：3.47±0.80 $p=0.015$)は有意に得点が増加していたが、「運動Low群」(調査1：2.39±0.77 調査2：2.56±0.95 $p=0.323$)は、有意ではなかったものの、得点が増加していた。

これらは、運動習慣のなかった児童が、休み時間の外遊びが増えたことによって、身体を動かす爽快感を覚え、「運動をもっとしたい」という気持ちにつながったのではないかと考えられる。山内²²⁾は、休み時間における児童の身体活動の動機づけは、遊びのきっかけを通して外で遊ぶことの習慣づけが開始され、ともに楽しむ仲間関係に支えられて、身体を動かすことの爽快感・メリットを味わい、最終的に遊びそのものの楽しさを実感できるからだとして述べている。今回の歩数計を活用した実践では、児童の歩数を増やすための行動目標として、「外で遊ぶ」が多く挙げられていた。てくてくウィーク中には、児童が誘い合って外遊びを行う姿がみられた。「クラス全員で外で遊ぼう」との提案がきっかけとなり、今まで外遊びや運動習慣がなかった児童も体を動かすことの爽快感を味わうことができ、外遊びの習慣づけがされ、「運動をもっとしたい」という気持ちが高まったと考える。

また、誰もが実施可能な「歩く」という身体活動に焦点を当てたことで、運動をあまりしなかった児童に対しても「できる」と感じさせることができたのではないかと考える。この「できる」という気持ちは、身体活動を行う要因として強く関わっている。上地ら²³⁾は、身体活動セルフエフィカシーおよび身体活動の好き嫌いが身体活動水準に関連していると述べている。保健指導後の感

想では、「歩くだけでも運動になることを学んだ」というような感想がいくつかみられ、運動をあまりしなかったために、身体を動かすことを好まなかった児童にとっても「これならできる」と意識させることができたと考えられる。歩数計を活用した身体活動推進の実践プログラムは、運動習慣のない児童にとっても、身体活動を増加させるきっかけ作りに有効であったと考えられる。

3) 実践プログラム実施後の効果の検討

本研究では、歩数計を活用し、「てくてくウィーク」と名付けた頑張り週間を設定したプログラムを実施し、身体活動推進のための実践を行った。実施後の感想は、「楽しく取り組みましたか」、「もっと運動をしたいですか」をはじめ、ほとんどの項目で3点以上となり、どの項目も高い得点であった(表7)。児童にとって、楽しく取り組み、「またやりたい」、「もっと運動したい」と思うような実践プログラムであったと評価できる。

また、養護教諭が実施した保健指導に対する児童の感想については、「授業は楽しかったですか」、「授業は理解できましたか」、「授業は役に立ちましたか」の質問項目のいずれも、3点以上と高い得点となった(表8)。また、保健指導の授業に参加した保護者からも高い得点が得られた。養護教諭と学級担任が協力し、どのような指導が良いかをともに検討し、養護教諭が専門性を活かして行った保健指導は、効果的であったと考える。

歩数計を活用し、歩数を増やそうという目標は、児童にとってとてもわかりやすく、積極的に目標に向かって取り組む姿が見られた。松尾²⁴⁾は、生活習慣形成期の学童に対する健康教育の方法として、自分の現在の問題点を評価できるような自分自身の生活習慣の客観的な情報が与えられること、友人などと比較し、自己評価できる

表7 「てくてくウィーク」実施後の児童の感想の得点

	男子 (n=65)		女子 (n=58)	
	平均値	SD	平均値	SD
てくてくウィーク (第二回歩数調査)				
楽しく取り組みましたか	3.49	±0.66	3.47	±0.60
しっかり取り組みましたか	3.14	±0.77	3.17	±0.78
目標は達成できましたか	2.51	±0.81	2.57	±0.75
またやりたいですか	3.43	±0.83	3.48	±0.71
もっと運動をしたいですか	3.58	±0.61	3.50	±0.50
歩くように心がけていますか	3.40	±0.61	3.62	±0.49
てくてくウィーク (第三回歩数調査)				
楽しく取り組みましたか	3.56	±0.64	3.43	±0.73
しっかり取り組みましたか	3.43	±0.67	3.14	±0.61
目標は達成できましたか	3.17	±0.66	3.17	±0.70
またやりたいですか	3.49	±0.74	3.33	±0.89
もっと運動をしたいですか	3.59	±0.66	3.53	±0.68
歩くように心がけていますか	3.37	±0.75	3.45	±0.65

SD：標準偏差

注1 すべての質問項目に対する回答の得点は4点満点。

表8 保健指導実施後の児童および保護者の感想の得点

	保健指導 1 (n=123)		保健指導 2 (n=122)		保健指導 2 (保護者) (n=28)	
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD
授業は楽しかったですか	3.79	±0.47	3.72	±0.55	3.86	±0.36
授業は理解できましたか	3.72	±0.50	3.77	±0.51	3.89	±0.31
授業は役に立ちましたか	3.54	±0.58	3.67	±0.58	3.86	±0.36

SD : 標準偏差

注1 すべての質問項目に対する回答の得点は4点満点.

ことが必要であると述べている。歩数計を活用することで、自分の頑張りが可視化され、自己評価につなげることができたと考える。児童自身が自己目標を立てたことや、養護教諭が毎日、学年全体での歩数を掲示資料で発表し、みんなで頑張ろうという気持ちを高めたことが、児童の自主的な活動へとつながったと考えられる。「てくてくウィーク」中には、休み時間の外遊びをはじめ、ウォーキング、習い事・買い物等を徒歩で行く、階段を使う等、児童の自主的な活動が行われた。また、「朝、みんなで集まってウォーキングをしよう」、「休み時間にはクラスみんなで鬼ごっこをしよう」とみんなで声をかけ合い、活動する場面もみられた。このような声かけは、児童から自主的に出た言葉であった。竹中²⁰⁾は、児童の身体活動は強制されるべきものではなく、学校内の場や時の提供によって自然発生的に行われなければならない。そうすることが、身体活動への好ましい態度や習慣づくりに発展すると述べている。このことから、取組の中で、自主的な活動へとつながったことは、身体活動推進への実践の効果として、意義のあることと言える。

さらに、今回の実践プログラムの実施は、養護教諭が保護者にも参加協力を呼びかけたことにより、家庭でも声をかけ、励ましながら親子で身体活動の増進に取り組む活動につながった。学校においては学級担任だけでなく、他の教職員の協力を得ることができ、学校全体を巻き込んだ実践を行うことができた。教職員同士の日頃の話の中にも、身体活動や健康に関わることが多くなるなど、教職員の意識の変容にもつながった。養護教諭が、健康教育を推進していくことは、学校全体の身体活動や健康に関する興味関心を高めることにも効果があったと考える。

2. 今後の課題

本研究の限界として、学校現場という特徴から、対照群を作って比較することができなかった事が挙げられる。さらに生活習慣質問紙調査等の質問紙の妥当性と信頼性の検討が不十分であった事が課題である。また、日常の身体活動量を測定する方法、装着忘れ防止の対策などさらに工夫する必要がある。このような課題はあるが、歩数計を活用した実践は、児童の身体活動推進に寄与する可能性が示された。行動変容に関しては一時的な効果が

みられ、健康意識を高め、健康行動が身に付くように継続して取り組む必要性があると考えられる。また、運動行動以外の食行動・睡眠行動など他の健康行動へも働きかけるためには、包括的なプログラムの必要性も示唆された。今後は、より効果的な実践のあり方について検証し、5年生への身体活動推進の実践を軸に据え、学校全体で取り組む包括的な生活習慣プログラムへと広げていきたい。

IV. おわりに

本研究は、児童の身体活動推進を目的として、養護教諭が中核となり、学校と家庭の連携による歩数計を活用した実践プログラムを小学5年生に実施した。

プログラムの実施の前後で生活習慣を比較した結果、男女とも休み時間の外遊びが増加して身体活動推進に影響した。さらに追跡調査の結果、身体活動は減少したが、運動への意識は高くなっていった。また、運動習慣の有無で比較した結果、運動習慣のない児童において、休み時間の外遊び、体育以外の運動、運動をもっとしたいと思う者の割合が増加していた。歩数計を活用した今回の実践プログラムは、身体活動推進に寄与する可能性が示唆された。

謝 辞

本研究は、独立行政法人日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究C:課題番号22592544)の助成を受けて実施した。研究の目的をご理解いただき、快く身体活動推進のための実践、調査にご協力をいただきました児童および保護者の皆様、教職員の皆様に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本学校保健会:平成22年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書. 2012
- 2) 文部科学省:平成23年度体力・運動能力調査結果. 2012
- 3) 東京都教育委員会:総合的な子どもの基礎体力向上方策第1次推進計画. 2010
- 4) 文部科学省:子どもの体力向上のための取り組みハンドブックー全国体力・運動能力、運動習慣等調査から. 2012
- 5) 笹山健作, 沖嶋今日太, 水内秀次ほか:小学生の日常生活

- 活における身体活動量と体力との関連性. 体力科学 58 : 295-304, 2009
- 6) 上地広昭, 竹中晃二, 鈴木英樹：小学校高学年の身体活動と体力の関係. 体育の科学 52 : 82-86, 2002
- 7) 引原有輝, 笹山健作, 沖嶋今日太ほか：思春期前期および後期における身体活動と体力との関係性の相違—身体活動の「量的」および「強度的」側面に着目して. 体力科学 56 : 327-338, 2007
- 8) 財団法人日本体育協会監修, 竹中晃二編：アクティブチャイルド60min. —子どもの身体活動ガイドライン—, サンライフ企画, 東京, 2010
- 9) 文部科学省：子どもの体力向上のための総合的な方策について（答申）. 2002
- 10) 波多野義郎：ヒトは一日何歩あるか. 体育の科学 29 : 28-31, 1979
- 11) 安部恵子, 三村寛一, 鉄口宗弘ほか：小学校高学年児童における日常の身体活動量に関する研究. 教育医学 50 : 106-114, 2004
- 12) 海老原修, 桜井智野風, 木村みかさほか：子どもの日常歩数の同定. 発育発達研究 51 : 92-100, 2011
- 13) 東京都：統一体力テスト及び広域歩数調査結果. 2012
- 14) 足立稔, 笹山健作, 引原有輝ほか：小学生の日常生活における身体活動量の評価：二重標識水法と加速度計法による検討. 体力科学 56, 247-356, 2007
- 15) 加藤華奈子, 中江悟司, 大島秀武ほか：児童の身体活動量の違いが歩数計を用いた歩数増加に及ぼす影響. 体育の科学 58 : 277-280, 2008
- 16) 根本裕太：小学生を対象とした身体活動量増加を促す健康教育介入の効果. 早稲田大学大学院スポーツ科学研究科修士論文, 2010
- 17) 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
- 18) Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V et al. : Using pedometers to increase physical activity and improve health. The Journal of the American Medical Association 298 : 2296-2304, 2007
- 19) 上地広昭, 丹信介, 森田俊介ほか：小学生における体育授業および休み時間の外遊びへの参加が身体活動量に及ぼす影響. 山口大学教育学部研究論叢 第1部・第2部 人文科学・社会科学・自然科学 58. 149-153, 2008
- 20) Prochaska JO, DiClemente CC : Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51 : 390-395, 1983
- 21) 上地広昭, 竹中晃二, 鈴木英樹ほか：小学生におけるライフスタイルと心身の健康の関係. 子どもの発育発達 5 : 108-111, 2007
- 22) 山内克美：休み時間における身体活動の動機づけを高める支援のあり方. 兵庫大学大学院学位論文, 2008
- 23) 上地広昭, 中村菜々子, 竹中晃二ほか：子どもにおける身体活動の決定要因に関する研究. 健康心理学研究 15 : 29-38, 2002
- 24) 松尾和枝：生活習慣形成期の学童に対する健康教育方法の検討. 日本赤十字九州国際看護大学intramural research report 2 : 107-115, 2004
- 25) 竹中晃二：米国における子ども・青少年の身体活動低下と公衆衛生的観点から見た体育の役割：体力増強から健康増進へ, さらに生涯の健康増進へ. 体育学研究 46 : 505-535, 2001

（受付 13. 09. 13 受理 14. 03. 01）

連絡先：名古屋市千種区観月町2-41

名古屋市立田代小学校（澁谷）

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第5回理事会（平成25年11月15日開催）議事録

日 時：平成25年11月15日（金） 15：30～16：00

場 所：東京都渋谷区広尾4-3-1 聖心女子大学 宮代ホール

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・面澤和子・朝倉隆司・衛藤隆・岡田加奈子・近藤卓・瀧澤利行・野津有司・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・大澤功・中垣晴男・石川哲也・春木敏・森岡郁晴・鈴江毅・友定保博・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）・内山有子（年次学会事務局長）

理事長挨拶

佐藤理事長より、理事の過半数（28/33）の出席を得たことから、理事会が成立したとの報告があり、一般社団法人日本学校保健学会第5回理事会の開会が宣言された。また、今期執行部として日本学校保健学会の一般社団法人化を行ったが、その間の常任理事、事務局長、理事、監事、幹事のご協力、ご支援に深謝するという挨拶があった。

1. 議案

1) 前回議事録の確認

佐藤理事長より、理事会資料1を基に、前回理事会議事録の確認があり、承認された。

2) 平成24年度決算報告承認の件

宮尾事務局長より、理事会資料2の一般社団法人日本学校保健学会平成24年度決算案に基づき説明があった。さらに、鎌田監事より収支決算書に相違がないことについて確認がなされた。

3) 平成25年度収支予算承認の件

宮尾事務局長より、理事会資料3の一般社団法人日本学校保健学会平成25年度予算修正案に基づき説明があった。

この件について、配布資料の役員選挙積立と名簿作成積立に関して網掛けがなされているが、その意味について質問があった。従来は役員選挙積立と名簿作成積立がなされていたが、現在はしていないために網掛けでチェックしたとの追加説明があり、編掛けを外すことで承認された。

2. 回覧報告事項

1) 平成24年度決算（案）と平成25年度予算（案）（全国公衆衛生関連学協会連絡協議会：メール会議）

理事会終了後、一般社団法人日本学校保健学会第1回定時総会（代議員会）が開催された。

以上

会 報

一般社団法人日本学校保健学会
第1回臨時理事会（平成25年11月15日開催）議事録

日 時：平成25年11月15日（金） 17：00～17：15

場 所：東京都渋谷区広尾4-3-1 聖心女子大学 宮代ホール

出席者：佐藤祐造（第14期理事長）・衛藤隆（第15期理事長）・植田誠治・大澤功・川畑徹朗・野津有司・森岡郁晴（常任理事）・佐々木胤則・数見隆生・岡田加奈子・近藤卓・瀧澤利行・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・宮尾克・村松常司・白石龍生・宮下和久・池添志乃・鈴江毅・門田新一郎・住田実・照屋博行（理事：順不同）・山田浩平（第14期幹事）・内山有子（第15期幹事）

1. 議案

1) 第15期理事長選任の件

佐藤第14期理事長より、一般社団法人日本学校保健学会第15期理事長として衛藤隆氏を理事長として選任する旨が報告され、承認された。さらに、衛藤第15期理事長より理事長就任について挨拶があった。

2) 第15期常任理事選任の件

衛藤第15期理事長より、配布資料を基に補充理事として、関東地区より野井真吾氏、遠藤伸子氏、東海地区より林典子氏、近畿地区より西岡伸紀氏、宮井信行氏を選任する旨が報告された。さらに、総務担当植田誠治理事、学術担当森岡郁晴理事、編集担当川畑徹朗理事、基本問題担当大澤功理事、渉外担当野津有司理事を常任理事として選任する旨が報告された。

3) 事務局長、幹事選任の件

衛藤第15期理事長より、第15期事務局長として佐々木司氏、第15期幹事として物部博文、内山有子氏を選任した旨について報告があった。

以上

日本学校保健学会 平成24年度決算

(平成24年4月1日～平成24年11月30日)

【収入】	当初予算	法人化前 補正予算	決 算	差 異 (△は超過)	H23決算
会員会費収入 (個人)	13,000,000	8,667,000	8,537,000	130,000	11,256,000
(団体)	2,000,000	1,333,000	1,135,000	198,000	2,319,000
(賛助)	500,000	333,000	100,000	233,000	300,000
雑収入	0	0	0	0	0
(寄付金)	200,000	200,000	200,000	0	200,000
(補助金)	20,000	13,000	56,546	△43,546	40,494
(その他・利息)					
機関誌関係収入	2,500,000	1,667,000	1,270,100	396,900	2,195,324
小 計	18,220,000	12,213,000	11,298,646	914,354	16,310,818
繰越金	13,204,163	13,204,163	9,304,784	3,899,379	13,204,163
合 計	31,424,163	25,417,163	20,603,430	4,813,733	29,514,981

【支出】	当初予算	法人化前 補正予算	決 算	差 異 (△は超過)	H23決算
事務費	1,800,000	2,215,500	2,825,149	△609,649	3,031,936
年次学会補助金	900,000	0	0	0	900,735
共同研究補助金	400,000	400,000	601,785	△201,785	401,470
法・制度委員会活動費	500,000	333,000	155,686	177,314	13,000
国際交流委員会活動費	300,000	200,000	4,535	195,465	2,000
学術委員会活動費	300,000	200,000	100,330	99,670	574,725
研究倫理審査委員会, 倫理・行動規範委員会活動費	300,000	200,000	0	200,000	0
学会賞 (選考・副賞)	350,000	267,000	202,520	64,480	409,240
機関誌関係費	10,150,000	6,767,000	7,291,666	△524,666	10,651,400
印刷費	5,000,000	3,333,000	3,626,217	△293,217	5,348,700
機関誌郵送料	1,200,000	800,000	859,060	△59,060	1,166,130
編集委員旅費	1,450,000	967,000	750,410	216,590	1,197,890
会議費	200,000	133,000	33,914	99,086	38,193
査読郵送料	400,000	267,000	160,572	106,428	280,745
編集事務委託費	700,000	467,000	466,666	334	700,000
執筆者謝礼	200,000	134,000	400,630	△266,630	200,315
消耗品費	50,000	33,000	408,787	△375,787	728,227
査読者謝礼	0	0	0	0	0
英文誌 (サーバー管理費ほか)	63,000	42,000	42,000	0	63,000
英文誌メンテナンス費	252,000	168,000	168,000	0	252,000
事務運営費	525,000	350,000	350,000	0	525,000
英文ページ編集費	110,000	73,000	23,100	49,900	147,000
機関誌関係雑費	0	0	2,310	△2,310	4,200
学術連合体等関係費	200,000	133,000	32,840	100,160	42,340
会議費	300,000	200,000	279,485	△79,485	347,956
旅費・交通費	3,360,000	2,240,000	1,782,815	457,185	2,806,900
通信費	600,000	400,000	33,108	366,892	70,671
印刷費	450,000	300,000	0	300,000	88,124
備品等	200,000	133,000	0	133,000	0
消耗品等	100,000	67,000	10,000	57,000	40,315
役員選挙積立	150,000	100,000	100,000	0	150,000
名簿作成積立	320,000	213,000	213,000	0	320,000
雑支出 (学術会議, 慶弔費等)	100,000	67,000	93,090	△26,090	200,270
ホームページ・コンピュータ維持管理費	500,000	333,000	50,315	282,685	159,115
法人化経費	0	500,000	412,930	87,070	0
小 計	21,280,000	15,268,500	14,189,254	1,079,246	20,210,197
予備費	10,144,163	10,148,663	0	—	0
次年度繰越金	0	0	6,414,176	△3,734,487	9,304,784
合 計	31,424,163	25,417,163	20,603,430	4,813,733	29,514,981



【特別・積立金残高】

(1) 役員選挙 積立金	前期残高	150,001	(2) 名簿作成 積立金	前期残高	2,256,024
	当期取崩分	0		当期取崩分	0
	当期積立金	100,000		当期積立金	213,000
	利息	0		利息	0
	選管委員旅費	0		残高	2,469,024
	残高	250,001		残高合計	2,719,025

上記の収支決算書に相違ないことを確認しました。

平成25年4月20日 監事

監事


 門田新一郎

 鎌田尚子

一般社団法人日本学校保健学会 平成25年度予算修正案

【収入】	平成24年度予算	平成24年度 旧学会補正予算案 (H24.4.1~H24.11.30)	平成24年度 法人補正予算案 (H24.12.1~H25.8.31)	平成25年度 法人予算案 (H25.9.1~H26.8.31)
会員会費収入（個人）	13,000,000	8,667,000	9,750,000	13,000,000
（団体）	2,000,000	1,333,000	1,500,000	2,000,000
（賛助）	500,000	333,000	375,000	500,000
雑収入（寄付金）	0	0	0	0
（補助金）	200,000	200,000	200,000	200,000
（その他・利息）	20,000	13,000	15,000	20,000
機関誌関係収入	2,500,000	1,667,000	1,875,000	2,500,000
第60回日本学校保健学会収入	—	—	—	10,900,000
小計	18,220,000	12,213,000	13,715,000	29,120,000
繰越金	13,204,163	9,304,784	6,414,176	10,811,817
合計	31,424,163	21,517,784	20,129,176	39,931,817

【支出】	平成24年度予算	平成24年度 旧学会補正予算案 (H24.4.1~H24.11.30)	平成24年度 法人補正予算案 (H24.12.1~H25.8.31)	平成25年度 法人予算案 (H25.9.1~H26.8.31)
事務費	1,800,000	2,215,500	1,350,000	1,800,000
共同研究補助金	400,000	400,000	0	400,000
法・制度委員会活動費	500,000	333,000	375,000	500,000
国際交流委員会活動費	300,000	200,000	225,000	300,000
学術委員会活動費	300,000	200,000	225,000	300,000
研究倫理審査委員会, 倫理・行動規範委員会活動費	300,000	200,000	225,000	300,000
学会賞関連費（選考・副賞）	350,000	267,000	187,500	350,000
機関誌関係費（小計）	10,150,000	6,767,000	7,612,500	10,150,000
学術連合体等関係費	200,000	133,000	150,000	200,000
会議費	300,000	200,000	225,000	300,000
旅費・交通費	3,360,000	2,240,000	2,520,000	3,360,000
通信費	600,000	400,000	450,000	600,000
印刷費	450,000	300,000	337,500	450,000
備品等	200,000	133,000	150,000	200,000
消耗品等	100,000	67,000	75,000	100,000
役員選挙積立	150,000	133,333	113,000	200,000
名簿作成積立	320,000	213,000	0	0
雑支出（慶弔費等）	100,000	67,000	75,000	100,000
ホームページ・コンピューター維持管理費	500,000	333,000	375,000	500,000
法人化経費	0	0	0	300,000
第60回日本学校保健学会支出	—	—	—	10,900,000
小計	20,380,000	14,801,833	14,670,500	31,310,000
予備費	11,044,163	6,715,951	5,458,676	8,621,817
合計	31,424,163	21,517,784	20,129,176	39,931,817

会 報

一般社団法人日本学校保健学会
第15期 (2013-2016) 常任理事, 各委員会及び事務局体制

(50音順敬称略)

理事長

衛藤 隆

常任理事

総務担当 植田誠治
学術担当 森岡郁晴
編集担当 川畑徹朗
渉外担当 野津有司
基本問題担当 大沢 功

監 事

大津一義 田嶋八千代

地区代表理事

佐々木胤則 (北海道) 数見隆生 (東北) 瀧澤利行 (関東) 中川秀昭 (北陸)
村松常司 (東海) 西岡伸紀 (近畿) 鈴江 毅 (中国四国) 照屋博行 (九州)

学会誌編集委員会

委員長 川畑徹朗
副委員長 (「学校保健研究」担当) 村松常司
副委員長 (「School Health」担当) 北垣邦彦
委 員 池添志乃, 大沢 功, 鎌田尚子, 鬼頭英明, 佐々木胤則, 鈴江 毅, 土井 豊, 野井真吾,
宮井信行

法・制度委員会

委員長 植田誠治
副委員長 三木とみ子
委 員 朝倉隆司, 遠藤伸子, 佐藤祐造, 白石龍生, 林 典子, 門田新一郎

学術委員会

委員長 森岡郁晴
副委員長 高橋浩之
委 員 近藤 卓, 住田 実, 中川秀昭, 西岡伸紀, 宮尾 克

国際交流委員会

委員長 照屋博行
副委員長 岡田加奈子
委 員 野津有司, 面澤和子, 渡邊正樹

基本問題検討委員会

委員長 大沢 功
委 員 数見隆生, 瀧澤利行, 宮下和久

学会賞選考委員会

委 員 川畑徹朗, 北垣邦彦, 鬼頭英明, 高橋浩之, 戸部秀之, 古田真司, 三村由香里, 面澤和子,
森岡郁晴, 村松常司

事務局

事務局長 佐々木 司
副事務局長 七木田文彦
幹 事 内山有子, 物部博文

会 報

平成26年度日本学校保健学会共同研究の募集について

日本学校保健学会理事長 衛藤 隆
 学術委員会委員長 森岡 郁晴

日本学校保健学会では学会活性化の一つの施策として、共同研究への研究費の補助をしています。平成26年度の学会共同研究の募集を以下の要領で行います。とくに若手の方の応募を歓迎しますが、応募者の年齢に制限はありません。

応募に際しては、以下の規定を周知のうえ、下記の必要事項を記載した学会共同研究申請書を学会事務局内、学会理事長宛に5月31日（消印有効）までに送付して下さい。

【応募の方法】

申請書に下記の必要事項を記入し、期限までに、学会事務局へ郵送する。

送付先 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5

国際文献社 日本学校保健学会理事長

なお、封筒には「平成26年度日本学校保健学会共同研究申請書」と朱書する。

【応募の資格】

応募は平成25年度学会費を納入している本学会の会員に限る。共同研究者も同様でなければならない。

また、同一会員が複数の課題の研究代表者および共同研究者になることはできない。

【研究費と研究期間】

研究費は一件につき年間20万円、1年に2件以内とする。また、研究の期間は1年または2年とし、期間の延長は認めない。なお、2年計画の場合は2年次にも改めて申請し審査をうけるものとする。採択された場合の研究費の交付は8月をめどに行う。

【研究成果の報告】

研究費の交付を受けた場合は、研究補助期間終了後1年以内に研究成果の報告を本学会誌に投稿しなければならない。また、その報告には本学会より研究補助を受けた旨を明記することとする。

【研究課題の選考】

研究課題に対する特段の縛りはないが、今日的な学校保健研究上の課題が意識されていることが望ましい。採択は、一定の基準のもとに二段階の審査（学術委員会での選考および理事会での承認）を経て最終決定する。決定次第その可否を研究代表者へ文書で通知する。

「平成26年度学会共同研究申請書」への記載事項

研究または活動の課題、新規、継続の区別、予定研究期間（1年または2年）

研究代表者

氏名、生年月日

所属機関、職名、所属機関の所在地、TEL・FAX番号、メールアドレス（所属先が無い方は、自宅住所、電話番号をお書き下さい。）

略歴

研究の計画と内容（具体的に）、キーワード（三つ）

研究の独創性（具体的に）

研究組織（代表者および研究分担者）

氏名、所属機関、職名、年齢、役割分担（具体的な分担事項）

ここ3年間の本学会における活動状況（「学校保健研究」や「School Health」への投稿、学会における発表など）

（なお、この申請書はワープロで作成し、A4サイズ用紙、2枚以内として下さい。）

注）継続申請については、前年度の活動状況を200字程度にまとめ記載して下さい。

会報

機関誌「学校保健研究」投稿規定 (平成25年4月1日改正)

1. 本誌への投稿者（共著者を含む）は、一般社団法人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
1. 総説 Review	学校保健に関する研究の総括、解説、提言等
2. 原著 Original Article	学校保健に関する独創性に富む研究論文
3. 研究報告 Research Report	学校保健に関する研究論文
4. 実践報告 Practical Report	学校保健の実践活動をまとめた研究論文
5. 資料 Research Note	学校保健に関する貴重な資料
6. 会員の声 Letter to the Editor	学会誌、論文に対する意見など（800字以内）
7. その他 Others	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

- 「総説」、「原著」、「研究報告」、「実践報告」、「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円を郵便振替口座00180-2-71929（日本学校保健学会）に納入し、郵便局の受領証のコピーを原稿とともに同封する。
 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（1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、ひら仮名使用とし、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文字を取める。
4. 数字は、すべて算用数字とし、1字分に半角2文字を取める。
5. 図表、写真などは、直ちに印刷できるかたちで別紙に作成し、挿入箇所を原稿中に指定する。
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、研究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¹⁾。」または、「…²⁾⁴⁾, …¹⁻⁵⁾」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. *Journal of School Health* 75:219-225, 2005

[単行本]

〈和文〉

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

〈欧文〉

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 Intern-

ships and Experiential Education, Raleigh, NC, USA, 1990

〈日本語訳〉

6) フレッチャーRH, フレッチャーSW:治療. 臨床疫学 EBM実践のための必須知識 第2版(福井次矢監訳), 129-150, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2006 (Fletcher RH, Fletcher SW: *Clinical Epidemiology. The Essentials*. Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA, 2005)

[報告書]

7) 和田清, 嶋根卓也, 立森久照:薬物使用に関する全国住民調査(2009年). 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究(研究代表者:和田清)」総括・分担研究報告書, 2010

[インターネット]

8) 厚生労働省:平成23年(2011)人口動態統計(確定数)の概況. Available at: http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei11/dl/01_tyousa.pdf Accessed January 6, 2013

9) American Heart Association: Response to cardiac arrest and selected life-threatening medical emergencies: The medical emergency response plan for schools. A statement for healthcare providers, policy-makers, school administrators, and community leaders. Available at: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/01.CIR.0000109486.45545.ADV1.pdf> Accessed April 6, 2004

投稿時チェックリスト (平成24年4月1日改正)

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。

- 原著もしくは研究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円を納入し、郵便局の受領証のコピーを同封したか。
- 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。

家政学部でただ一人の男子学生の大学生活・日常生活を詳細に綴った書

宮原佑弘(家政教育社社長)著

アメリカ家政学部留学男性第一号の記

(1959年8月～1962年3月)

A5判 206頁 本体価格 1800円＋税

本書は、アメーバのブログに1年2か月にわたり、286回書いたものの収録です。

55年前に、移民船で17日かけてアメリカに上陸、そこから5日後に大学に到着、2年半で卒業し(日本の大学の単位が一部認められたので)、帰国するまでの大学生活と日常生活を詳細に綴ったものです。

特に、アメリカの大学生の勉強の仕方や、大学の先生方の授業の取り組み、試験問題の出し方などについてお読みください。

当初は、家政学、家庭科教育関係者に読んでいただければと書いていたところ、予想外に幅広い分野の方々を読んでくださり、読みやすく、面白いと大好評をいただくことが出来ました。そしてぜひ本にしてとのご希望が多数寄せられましたので、本にさせていただくことにしました。古い話ではありますが、これから留学される人たちにも一読していただきたいと思っています。(宮原佑弘)

会 報

「School Health」投稿規定 (平成25年7月21日改正)

1. 投稿者の資格
本学会の会員，非会員を問わず，本誌に論文を投稿することができる。
2. 本誌の領域は，学校保健およびその関連領域とする。
3. 投稿者の責任
 - ・掲載された論文の内容に関しては投稿者が責任を負うこととする。投稿論文内容は（学会発表などのアブストラクトの形式を除く）未発表のもので，他の学術雑誌に投稿中でないものに限る。
 - ・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，投稿者の署名の上，原稿とともにPDFファイルで編集事務局に送付する。
4. 著作権
本誌に掲載された論文の著作権は，一般社団法人日本学校保健学会に帰属する。
5. 倫理
投稿者は，日本学校保健学会倫理綱領を遵守する。
6. 投稿原稿の種類
本誌に掲載する原稿は，内容により次のように区分する。
 - 1) Review 総説
学校保健に関する研究の総括，解説，提言等
 - 2) Original Article 原著
学校保健に関する独創性に富む研究論文
 - 3) Research Report 研究報告
学校保健に関する研究論文
 - 4) Practical Report 実践報告
学校保健の実践活動をまとめた研究論文
 - 5) Research Note 資料
学校保健に関する価値ある資料
 - 6) Letter to the Editor 会員の声
学会誌，論文に対する意見など
 - 7) Others 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「総説」，「原著」，「研究報告」，「実践報告」，「資料」，「会員の声」以外の原稿は，原則として編集委員会の企画により執筆依頼した原稿とする。
7. 投稿された原稿は，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。
8. 原稿は，「原稿の様式」にしたがって書くこと。使用言語および単位
 - 1) 言語：英語。
 - 2) 単位：SI単位が望ましいが，CGS単位も可能である。
 9. 随時投稿を受付ける。
 10. 原稿は電子投稿を原則とする。
 11. 同一著者，同一テーマでの投稿は，先行する投稿原稿が受理されるまでは受付けない。
 12. 論文の長さ
論文の規定の長さ（刷り上がりA4判頁数）は以下の通りである。
なお，刷り上がりA4判1頁は英文1,000語に相当する。
投稿論文にはAbstract，Keywords（キーワード），図表，写真を含む。

1) Review 総説	8頁以内
2) Original Article 原著	6頁以内
3) Research Report 研究報告	6頁以内
4) Practical Report 実践報告	6頁以内
5) Research Note 資料	4頁以内
6) Letter to the Editor 会員の声	2頁以内
 13. 投稿料
投稿の際には，査読のための費用として5,000円を郵便振替口座00180-2-71929（日本学校保健学会）に納入し，郵便局の受領証のコピー（PDFファイル等）を原稿と共に送付する。
 14. 掲載料
投稿者が日本学校保健学会会員である場合は，規定内の頁数であれば，掲載料は無料とする。非会員である場合は掲載料全額を負担する。

	規定内頁	超過頁
学会員	無料	1頁あたり5,000円
非学会員	1頁あたり3,000円	1頁あたり5,000円
 15. 日本学校保健学会School Health編集事務局
〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7
勝美印刷(株)内 School Health編集事務局
Phone：03-3812-5223
Fax：03-3816-1561
E-mail：jash@shobix.co.jp

附則：
本投稿規定の施行は平成16年9月17日とする。
本投稿規定の施行は平成20年7月5日とする。
本投稿規定の施行は平成21年6月23日とする。
本投稿規定の施行は平成23年5月15日とする。
本投稿規定の施行は平成24年10月8日とする。
本投稿規定の施行は平成25年7月21日とする。

「School Health」原稿の様式

1. 原稿は、マイクロソフト (MS) ワードを用いて作成し、文字は12ポイントで、A4用紙1頁を24行とする。査読の便宜のために、MSワードの「行番号」設定を用いて、原稿全体の左余白に行番号を付す。原稿は、著者の責任で事前に専門家の英文校閲を受ける。

2. 図表および写真

- 1) 投稿画面から画像ファイルを送信する。
- 2) 図・表・写真はファイル名に番号をつける。(例 Figure1, Table2)
- 3) 投稿する画像ファイルはTIFF, JPEGまたはPDF形式に変換し、拡張子でわかるようにする。(tif, jpg, pdf)
- 4) 図のファイル形式:ppt, pptx, eps, pdf
- 5) 表のファイル形式: doc, docx
- 6) 動画のファイル形式: Flash/Quick Time/WMV/AVI等

3. 投稿原稿の内容

1) タイトルシートには、希望する原稿の種類、論文題目、ランニングタイトル、キーワード、著者名、所属、責任著者の連絡先を記載する。

なお、論文題目、ランニングタイトル、キーワード、著者名、所属は、日本語と英語で表記する。

著者連絡先は、氏名、住所、E-mailアドレス、FAX番号、電話番号を記載する。

- 2) キーワードは5語(句)以内とする。
- 3) 投稿原稿には、400語程度の英文抄録とその日本語訳をつける。
- 4) 本文の章、節 (section, heading) の編成を以下の通りにする。

Section : I, II, III, ……

Subsection : 1. , 2. , 3. ……

Heading : (1), (2), (3), ……

5) 一般化していない略語は使わない。使用する場合は最初に出現した時に、正確に定義する。

4. 研究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。

5. 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、「…was shown¹⁾」または、「…²⁾⁴⁾, …¹⁻⁵⁾」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「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) Takaishi M : Progress of Japanese Association of School Health and hope in future in viewpoint of management and activities. *Japanese Journal of School Health* 46 : 5-9, 2004 (in Japanese)

2) Kawabata T, Nishioka N, Ishikawa T *et al.* : Relationships between self-esteem, cigarette smoking, alcohol drinking, and use of illegal drugs among adolescents. *Japanese Journal of School Health* 46 : 612-627, 2005 (in Japanese with English abstract)

3) Hahn E, Rayens MK, Rasnake R *et al.* : School tobacco policies in a tobacco-growing state. *Journal of School Health* 75 : 219-225, 2005

[単行本]

4) Kamata N : Process to promote school health. (Takahashi M and Idei M eds.). *Manual of School Health (7th Edition)*, 141-153, Nanzando, Tokyo, 2008 (in Japanese)

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, USA, 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

[報告書]

7) World Health Organization (WHO) : Life expectancy and mortality. In : *World Health Statistics 2012*, 51-61, 2012

8) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) : HIV infection among children and keeping their mothers alive. In: *Global Report. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012*, 42-49, 2012

6. 投稿原稿の提出

電子投稿を原則とする。

郵送の場合は、正1部とCD-R等に保存された論文データを下記に送付する。

〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7

勝美印刷株式会社内

日本学校保健学会School Health編集事務局

E-mail : jash@shobix.co.jp, Phone : 03-3812-5223,

FAX : 03-3816-1561

附則 :

本執筆要領の施行は2004年9月17日とする。

本執筆要領の施行は2008年7月5日とする。

本執筆要領の施行は2009年6月23日とする。

本執筆要領の施行は2011年5月15日とする。

本執筆要領の施行は2012年10月8日とする。

本執筆要領の施行は2013年7月21日とする。

会 報

第61回日本学校保健学会開催のご案内（第2報）

年次学会長 中川 秀昭（金沢医科大学）

1. メインテーマ：「つながる つなげる 学校保健」

2. 開催期日：平成26年11月15日(土)，16日(日)

なお，学会前日の11月14日（金）は理事会，総会及び関連行事の開催を予定しています。

3. 学会会場：

金沢市文化ホール（メイン会場）〒920-0864 金沢市高岡町15-1

ホームページ：<http://www.bunka-h.gr.jp/>



- JR金沢駅からのアクセス（タクシー約10分，バス約15分）
- バスのご案内：金沢駅前（東口バスターミナル 7～10番のりば）～「南町」下車 徒歩約3分
- 小松空港からのアクセス（空港連絡バス 約60分）～「香林坊」下車 徒歩約5分
※金沢駅直通バスは香林坊に停車しませんのでご注意ください。
- 上記のメイン会場の他，下記の2会場も使用して行う予定です。
石川県文教会館 〒920-0918 石川県金沢市尾山町10-5
石川県教育会館 〒920-0961 石川県金沢市香林坊1-2-40

4. 主 催：一般社団法人 日本学校保健学会

5. 学会の概要

11月14日(金)：関連行事：常任理事会，理事会，総会（代議員会），役員情報交換会

11月15日(土)：特別講演，メインシンポジウム，シンポジウム，一般発表（口演，ポスター），企業展示 等

11月16日(日)：教育講演，シンポジウム，一般発表（口演，ポスター），企業展示 等

【特別講演】（11月15日）

「静脈産業からつなぐ環境・人」

【メインシンポジウム】（11月15日）

「地域を巻き込んだ学校づくり」

【シンポジウム】(11月15日, 16日)

- 「保健学習の改善・充実のための鍵は何か—学習指導要領の次期改訂を視野に入れて—(2)」
「地域から学校へ つながる・つなげる包括支援体制—5歳児健診における発達障害への気づきと連携—」
「子どもが主体となる危機管理をめざして」
「養護教諭の専門性を支える学問体系とその領域」

【教育講演】

- 「教育現場での食物アレルギーへの対応」
「子どもの発達を見守る—児童虐待と癒されない傷」
「BはDの土台—『ほめ言葉のシャワー』から」
「子どもの集団で育つ力を問う学校保健」

*ここに記載したプログラムは、現時点での案ですので、変更されることがあります。プログラムの詳細は本誌の次号以降及び年次学会ホームページに掲載します。

6. 情報交換会：11月15日(土)18:00～ 金沢ニューグランドホテルにて開催予定

7. 一般発表(口演, ポスター)の演題登録

昨年度と同様に、演題登録と講演集原稿の提出を分けずに一度にまとめて、UMINオンライン演題登録システムにより行うことといたします。演題登録・講演集原稿提出の締切は平成26年7月10日(木)を予定しています。また、昨年度と同様に講演集に図表は入れられませんのでお気を付けてください。

- ①演題登録・講演集原稿提出締め切り：平成26年5月1日(木) 正午～7月10日(木) 正午(必着)
②登録方法：年次大会のホームページから受付となります。

第61回日本学校保健学会 <http://web.apollon.nta.co.jp/jash61/>
(日本学校保健学会のホームページからもアクセスできます)

*登録手順に従って下記の項目を入力してください。

- ①演題名
②発表者名前・所属機関
③共同研究者名前・所属機関(必ず全員記載してください)
④発表形式 1. 口頭 2. ポスター(どちらか一つ)
⑤演題区分(第1希望, 第2希望)(下記から当てはまる分野を2つ選んでください)
⑥発表者連絡先(郵便番号, 住所, 名前, 電話, FAX, Eメールアドレス)
⑦キーワード 3つ以内

【演題区分】

- | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|
| 1. 原理, 歴史, 制度 | 8. 養護教諭, 保健室 | 15. 歯科保健 |
| 2. 健康管理, 疾病予防 | 9. 学校保健組織活動, 関係職員 | 16. ヘルスプロモーション |
| 3. 喫煙, 飲酒, 薬物乱用 | 10. メンタルヘルス | 17. 安全, 危機管理 |
| 4. 性, エイズ | 11. 特別支援, 障害 | 18. 環境 |
| 5. ライフスキル | 12. 発育, 発達 | 19. 国際学校保健 |
| 6. 保健学習, 保健指導 | 13. 体力, 体格 | 20. 疫学, 保健統計 |
| 7. 健康相談, 健康相談活動 | 14. 食, 食育 | 21. その他 |

*平成26年7月10日(木)正午の締切直前はアクセスが集中し、登録に時間がかかることが予想されますので、時間に余裕を持ってご登録をお願いいたします。ホームページから登録できない場合は、学会運営事務局にご相談ください。

③登録に際してのご注意

- ・発表内容は、これまで未発表の研究に限ります。
- ・発表者及び共同研究者は、すべて日本学校保健学会の会員に限ります。学会員でない方は、速やかに入会の手続きをお願いします。入会手続きは日本学校保健学会のホームページをご参照ください。
日本学校保健学会 <http://jash.umin.jp/>
- ・口演時間(発表, 討論)については、後日、ご案内します。全ての会場で、パワーポイントを使用できま

す (パワーポイントは必須ではありません)。スライドやOHPは使用できません。

- ・ポスター発表は、11月15日(土)午後と、11月16日(日)午前、午後に予定しています。なお、ポスター会場では座長制をとりませんので、学会が指定した時間にポスターの前で待機し、参加者からの質問にお答えください。
- ・演題の採否、及び発表形式(口演かポスター)、演題の割り振り等は、最終的に年次学会長にご一任ください。
- ・演題登録をされる方は、必ず事前参加申し込みを8月29日(金)までをお願いします。

8. 事前参加申込及び学会参加費

- ① 事前申込 (割引のある早期申込みは、8月29日まで。ホームページからの参加申込終了日については次の案内の際に明示します。)

・原則として年次学会ホームページからの受付となります。

第61回日本学校保健学会 <http://web.apollon.nta.co.jp/jash61/>

(日本学校保健学会のホームページからもアクセスできます)

(ホームページから登録できない場合は、学会運営事務局にご相談ください。)

- ・参加費は銀行振込、クレジットカード、コンビニ決済にて振込をお願いします。郵便振替は利用できませんので、ご注意ください。参加費の振込をもって参加申込とさせていただきます。お振込いただいた方には「参加登録証」を郵送いたします。学会当日の受付がスムーズになりますので、できる限り事前登録・参加申込をご利用ください。

- ② 学会参加費

【8月29日(金)までの早期申込】

事前に講演集の送付をご希望の方は、送料500円を加えてお申込みください。

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1) 一般(会員・非会員) | 7,000円(講演集代込) |
| 2) 学生(学部生・大学院生など) | 3,000円(講演集代込) |

【8月30日(土)以降の申込及び当日申込】

講演集は当日、会場受付でお受け取りください。

- | | |
|-------------------|---------------|
| 3) 一般(会員・非会員) | 8,000円(講演集代込) |
| 4) 学生(学部生・大学院生など) | 3,000円(講演集代込) |

* 1), 2) の場合は、事前に「参加登録証」を郵送いたしますので、必ず学会当日にお持ちください。

- ③ 情報交換会(11月15日(土)18:00~ 金沢ニューグランドホテル)

参加費: 一般6,000円, 学生5,000円

- ④ 講演集のみ

- ・事前送付をご希望の場合は1冊3,500円(送料込)で必要冊数をご記入の上、送金してください。ただし、事前送付の申込は8月29日(金)までとさせていただきます。
- ・学会当日は1冊3,000円で販売します(数に限りがございますのでご注意ください)。

- ⑤ 昼食

- ・会場付近にはレストラン等がありますのでご利用ください。また、11月15日、16日両日共に昼食時にランチオンセミナーを開催する予定です。詳細については、本誌の次号以降及び年次学会ホームページに掲載します。

9. 学会関連行事及び自由集会の申込

申し込み締切: 平成26年8月29日(金)といたします。学会関連行事及び自由集会につきましては、事務局としては会場の提供のみとさせていただきます。ただし、プログラムや講演集、ホームページなどで、会場のご案内や内容のご紹介をさせていただきます。

学会関連行事: 平成26年11月14日(金)に金沢市文化ホールにて会議室等をご用意できます。ご希望の場合は、下記学会運営事務局までご連絡ください。

自由集会: 平成26年11月16日(日)午後4時30分から90分の枠で会場を用意いたします。自由集会を企画されている方はお手数ですが、「テーマ」「代表者」「代表者の連絡先」を下記の年次学会運営事務局までお知らせください。

10. 宿泊、交通

年次学会事務局ではお取り扱いしません。(株)日本旅行金沢支店宛てお申し込みください。

株式会社日本旅行 金沢支店

〒920-0005 石川県金沢市高柳町9-1-1 JR西日本金沢支社ビル1階
営業時間：平日 9時30分～17時30分
TEL：076-253-5252 FAX：076-253-5253
担当者：野口 / 畠
E-mail：kanazawa_office@nta.co.jp

11. 年次学会事務局

〒920-1192 石川県金沢市角間町 金沢大学 人間社会学研究域
第61回日本学校保健学会事務局（事務局長 岩田英樹）E-mail：iwata@ed.kanazawa-u.ac.jp
（演題登録，協賛，参加登録に関するお問い合わせは下記年次学会運営事務局にお願いいたします。宿泊につきましては，(株)日本旅行金沢支店へお願いいたします。）

12. 年次学会運営事務局

（演題登録，協賛，参加登録に関するお問い合わせ）
株式会社日本旅行 西日本MICE営業部
〒530-0001 大阪市北区梅田1-11-4 大阪駅前第4ビル5階
TEL：06-6342-0212 FAX：06-6342-0214
E-mail：jash61@nta.co.jp

13. 年次学会ホームページ

ホームページ：http://web.apollon.nta.co.jp/jash61/
最新の情報はホームページでご確認ください。
（日本学校保健学会のホームページからもアクセスできます）

会 告

**一般社団法人 日本学校保健学会
会費納入, および個人情報変更届に関するお知らせ**

日本学校保健学会事務局より, 平成26年度の会費納入および, 所属, 住所, e-mailなどの個人情報変更の届けに関するお知らせをいたします。

これまでは機関誌「学校保健研究」4月号に, 会費振込用紙および変更届の葉書きを同封いたしておりましたが, 今回は振込用紙と個人情報変更届を, 機関誌とは別途お送りいたしますので, ご注意ください。

なお現在こちらで管理しております会員情報には, 所属が古いままになっていたり, メールアドレスが抜けている等の不備が見られる場合がございます。恐れ入りますが, 所属とメールアドレス等の基本情報につきましては, 出来る限り皆様にお知らせ頂ければ幸いです。

一般社団法人 日本学校保健学会
事務局

(これまで郵貯銀行への振込みの場合, 手数料は学会負担としておりましたが, これですと納入される金額が半端となり, その後の会計整理に大きな負担となっておりました。この点の業務簡素化のために, 今回から振込手数料は会員負担とさせて頂くことが, 3月30日の理事会で承認されました。会員の皆様には数十円のご負担増となりますが, どうぞよろしくお願いいたします。なおコンビニ振込の場合には, 従来通りです)

訂正のお知らせ

「学校保健研究」55巻6号 平川俊功先生の資料論文「養護機関卒業後における養護教諭の資質能力向上に関する学習の状況」の528ページ右段6行目の一部に誤りがございましたので, ここに謹んで訂正させていただきます。

誤 ……とを示す40以上の値であった。

正 ……とを示す .40以上の値であった。

平川俊功先生には, 深くお詫びを申し上げますとともに, 編集委員一同, 今後尚一層精進させていただきますので, 何分よろしく御願ひ申し上げます。

学校保健研究編集委員長 川畑徹朗
学校保健研究編集副委員長 村松常司

地方の活動

第46回 中国・四国学校保健学会開催のご案内

メインテーマ

—子どもの健康課題と多職種連携による健康づくりの推進—

学会長 津島 ひろ江

(川崎医療福祉大学保健看護学科教授)

下記の要領にて、第46回中国・四国学校保健学会を開催いたしますので、多数ご参加ください。

1. 期 日 平成26年6月22日(日) 9:30~16:30 (受付9:00~)
2. 会 場 川崎医療福祉大学 講義棟
〒701-0193 岡山県倉敷市松島288
JR山陽本線・伯備線「中庄駅」(なかしょう) 下車徒歩10~15分
3. 後 援 岡山県教育委員会
4. 参加費 会員2,000円, 当日会員1,500円, 学生500円

5. プログラム

基調講演 9:30~10:00

「子どもの自主的健康管理能力を育み、子どもの命を守る学校保健」
学会長 津島ひろ江 (川崎医療福祉大学)

講 演 10:00~10:30

「学校と救命救急センターの連携体制で子どもの命を救う」
—ヘリコプターでの搬送事例から学ぶ—
講師 細川 京子 (川崎医療福祉大学)

テーマセッションⅠ 探求的な保健学習 10:40~12:00

「学校におけるくすり教育の実践」

テーマセッションⅡ 疾病管理と多職種連携 10:40~12:00

「子どものアナフィラキシー発症時の学校の対応」
「食物依存性アナフィラキシーの理解—運動誘発性も含めて—」

テーマセッションⅢ 実践と研究 10:40~12:00

「発達障がいのある子どもの健康診断における実践」
「自閉症児の学校歯科検診の段階別アプローチに関する研究」

一般演題(口演)発表 13:00~15:00

2~3会場で行います



6. 一般演題申し込みおよびお問い合わせ先 (すべてE-mailでお願い致します。)

平成26年5月9日(金)までに、演題名を添えてE-mailにて、下記の大会事務局へお申し込みください。また、抄録原稿につきましては、平成26年5月23日(金)締め切りです。その際に、プロジェクターの使用の有無につきましてもお知らせください。なお発表形式は口演にて、発表7分、質疑応答3分です。

大会事務局 E-mail : hoken46@mw.kawasaki-m.ac.jp

お知らせ 第23回JKYBライフスキル教育・健康教育ワークショップ 開催要項

主催：JKYBライフスキル教育研究会

共催：伊丹市教育委員会

日時：2014年7月24日(木) 9:30~17:00, 25日(金) 9:15~16:30 (2日間)

会場：兵庫県伊丹市立文化会館「いたみホール」(伊丹市宮ノ前1-1-3, 最寄り駅：阪急伊丹駅, JR伊丹駅)

主な内容：セルフエスティームなどのライフスキルの形成, 心の健康, いじめ防止, 喫煙・飲酒・薬物乱用防止, 性にかかわる危険行動防止, 食, 歯と口の健康, メディアリテラシーに関する教育の具体的進め方

参加費：【2014年度JKYB会員】10,000円, 【一般】13,000円

(参加費用に含まれるもの：資料費, 事後報告書費, 懇親会費)

申込方法：メールのみの受付となります

下記の必要事項をご記入の上, 申込先アドレスに送信してお申し込みください。(申込締切6/24(火))

【申込先メールアドレス】ws_itami2014@yahoo.co.jp

【件名の欄】「伊丹WS申込2014〈氏名〉」をご記入ください。(例)伊丹WS申込2014川畑徹朗

【参加申込メール必要事項】

- ①氏名
- ②ふりがな
- ③所属(勤務先等)
- ④職種
- ⑤連絡先電話番号
- ⑥連絡先メールアドレス(パソコンのメールアドレスのみ, 携帯のメールアドレス不可)
- ⑦希望コース(初参加者コース, 2回目コース, 3回目コースのいずれか)
- ⑧今までのJKYB主催のワークショップ参加回数
- ⑨会員番号(JKYB会員のみ)

*⑥のアドレスにプログラム等を配信します。そのため、携帯電話のメールアドレスではなく、パソコンのメールアドレスをお知らせください。

*申し受けた個人情報は本ワークショップ以外には使用しません。

「連絡先メールアドレス」はご案内の送付のみに使用いたします。お差し支えなければご自宅のメールアドレスをお知らせください。

問い合わせ先：JKYBライフスキル教育研究会事務局

(神戸大学大学院人間発達環境学研究科 川畑徹朗 研究室内)

〒654-8501 神戸市灘区鶴甲3-11

TEL/FAX 078-803-7739 *電話はお問い合わせのみで受付はいたしません。

e-mail: ws_itami2014@yahoo.co.jp

編 集 後 記

学校保健研究の第56巻1号(4月号)をお届けします。本学会の一般社団法人が認められて1年が経過し、昨年11月に衛藤新理事長の下に新体制がスタートしました。本学会では、機関誌「学校保健研究」と英文誌「School Health」の質的レベルを保つために査読制を採用しています。投稿論文が届くと査読者が決まり、査読が始まり、査読者と投稿者との間で良い意味でのバトル(やりとり)が始まります。研究を何年しても、投稿した論文が査読されることはあまり気持ちの良いものではありません。そんな時、私は他の人に論文を読んでいただくことが自身の論文が良くなるのだと思うようにしています。近年の学校保健学会は研究の専門分野が20以上に分かれ、研究の手法も多様になってきました。編集委員会では投稿された論文をその専門分野で適切に査読していただける先生にお願いするのに中々苦労しているのが現状であります。

少し話が古くなりますが、昭和53年(1978年)に行われた第25回日本学校保健学会(会長:名古屋大学伊藤章教授)において、学会25周年シンポジウム「日本学校保健学会に求めるもの」が開かれ、シンポジストとして意見を発表する機会を頂きました。その時に恥ずかしながら「学校保健研究に掲載される論文の質的向上をはかるために査読制を導入すること」を提案しました。その後しばらくして査読が行われるようになり、現在に至っています。今、考えれば36年前のことで懐かしく感じます。英文誌School Healthは学会50周年を記念してスタートしました。今後の学校保健研究とSchool Healthの品位とレベル向上のためには、多くの研究成果をこれら2誌に掲載し、学会員相互の切磋琢磨が必要と考えます。意欲的に投稿していただくことを期待しています。

(村松常司)

「学校保健研究」編集委員会	EDITORIAL BOARD
編集委員長 川畑 徹朗 (神戸大学)	<i>Editor-in-Chief</i> Tetsuro KAWABATA
編集委員 村松 常司 (東海学園大学) (副委員長)	<i>Associate Editors</i> Tsuneji MURAMATSU (Vice)
池添 志乃 (高知県立大学)	Shino IKEZOE
大沢 功 (愛知学院大学)	Isao OHSAWA
鎌田 尚子 (高崎健康福祉大学)	Hisako KAMATA
北垣 邦彦 (文部科学省)	Kunihiko KITAGAKI
鬼頭 英明 (兵庫教育大学)	Hideaki KITO
佐々木胤則 (北海道教育大学)	Tanenori SASAKI
鈴江 毅 (山陽学園大学)	Takeshi SUZUE
土井 豊 (東北生活文化大学)	Yutaka DOI
野井 真吾 (日本体育大学)	Shingo NOI
宮井 信行 (和歌山県立医科大学)	Nobuyuki MIYAI
編集事務担当 竹内 留美	<i>Editorial Staff</i> Rumi TAKEUCHI

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

学校保健研究 第56巻 第1号	2014年4月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 56 No. 1	(会員頒布 非売品)
編集兼発行人 衛 藤 隆	
発 行 所 一般社団法人日本学校保健学会	
事務局 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5	
アカデミーセンター	
TEL. 03-5389-6237 FAX. 03-3368-2822	
印 刷 所 勝美印刷株式会社 〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7	
TEL. 03-3812-5201 FAX. 03-3816-1561	

JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

CONTENTS

Preface :

The Role of School Nurses in Preventing Bullying.....Hajime Arai 2

Original Article :

Relationship between the Constructs of Transtheoretical Model for
Stress Management and Stress Responses among Junior High School Students
.....Masako Kudo, Yuji Nozu, Chie Kataoka 3

Factors Associated with Medicine Use Behavior among Junior and
Senior High School StudentsChihiro Sakai, Tetsuro Kawabata,
Kazuya Hishida, Meijin Li, Yukiko Imade 11

Research Report :

Education Program for Improving the Ability of *Yogo* Teachers to Assess Common
Injuries by InspectionYoshiko Tan, Hitoshi Nakamura 21

Practical Report :

Response to Repeated Wrist Cutting of a High School Student -From the Position of
the *Yogo* Teacher-Noriko Demizu 33

Research Note :

The Scale for Health Behavior Skills for Elementary Pupils
-Relationships between the Scale for Skills,
Lifestyle and Subjective Symptoms-
.....Ayana Honda, Shinichiro Monden, Hokuma Munakata 39

Using Pedometer for Promoting Physical Activity of Fifth Grade Schoolchildren
.....Maki Shibuya, Chie Fujii 48