

# 学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2016

Vol.57 No.6

## 目次

### 巻頭言

- ◆学校保健学の知の創造と発信  
—第63回学術大会に向けて— ……………279  
野津 有司

### 特集 子どもの自殺を予防せよ！

- ◆わが国の自殺の現状と対策の動向  
—子どもの自殺を予防せよ！— ……………280  
鈴江 毅
- ◆子どもの自殺の現状と文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組 ……286  
丸山 克彦
- ◆子どもの自殺の特徴と対応について ……………289  
高橋 祥友
- ◆学校における自殺予防の取組 ……………293  
新井 肇
- ◆自殺予防教育「子ども向け自殺予防プログラム」について ……………297  
阪中 順子
- ◆もし、自殺が起こったら～学校における危機対応と支援のあり方～ ……300  
野坂 祐子

### 原著

- ◆養護教諭の仕事関連ストレスと抑うつとの関連 ……………304  
中澤 理恵, 朝倉 隆司

### 資料

- ◆養護教諭が行う保健指導の現状  
—個人及び集団の保健指導の校種間比較— ……………323  
加納 亜紀, 上村 弘子, 田嶋八千代, 高橋 香代

### 連載

- ◆第6回 研究を実施するにあたっての倫理的問題 ……………334  
大澤 功

# 学校保健研究

第57巻 第6号

## 目 次

### 巻頭言

- 野津 有司  
学校保健学の知の創造と発信  
—第63回学術大会に向けて— .....279

### 特 集 子どもの自殺を予防せよ！

- 鈴江 毅  
わが国の自殺の現状と対策の動向  
—子どもの自殺を予防せよ！— .....280
- 丸山 克彦  
子どもの自殺の現状と文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組 .....286
- 高橋 祥友  
子どもの自殺の特徴と対応について .....289
- 新井 肇  
学校における自殺予防の取組 .....293
- 阪中 順子  
自殺予防教育「子ども向け自殺予防プログラム」について .....297
- 野坂 祐子  
もし、自殺が起こったら  
～学校における危機対応と支援のあり方～ .....300

### 原 著

- 中澤 理恵, 朝倉 隆司  
養護教諭の仕事関連ストレスと抑うつとの関連 .....304

### 資 料

- 加納 亜紀, 上村 弘子, 田嶋八千代, 高橋 香代  
養護教諭が行う保健指導の現状  
—個人及び集団の保健指導の校種間比較— .....323

### 連 載

- 大澤 功  
第6回 研究を実施するにあたっての倫理的問題 .....334

### School Health

- 居崎 時江  
Practical Idea for Schools to Promote Physical Activity among Children for the  
Prevention of Childhood Obesity  
—Through Investigation of “Health Promoting School” in Kent, U.K.— .....339

### 会 報

- 一般社団法人日本学校保健学会 第12回理事会議事録 .....340
- 一般社団法人日本学校保健学会 第13回理事会議事録 .....343
- 一般社団法人日本学校保健学会 第3回定時総会（代議員会）議事録 .....345
- 一般社団法人学校保健学会 第4回臨時理事会（平成27年11月27日開催）議事録 .....348
- 事務局からのお願い（選挙管理事務にともなう所属先等の確認と変更について） .....348

平成28年度日本学校保健学会企画研究の募集について .....	349
一般社団法人日本学校保健学会 第63回学術大会開催のご案内 (第1報) .....	350
機関誌「学校保健研究」投稿規程 .....	351
「学校保健研究」投稿論文査読要領 .....	356

**お知らせ**

総目次 .....	357
査読ご協力の感謝に代えて .....	361
編集後記 .....	362

## 学校保健学の知の創造と発信 —第63回学術大会に向けて—

野津 有司

### Creating and Transmitting Knowledge of School Health —Aspirations for the 63<sup>rd</sup> Annual Meeting—

Yuji Nozu

一般社団法人日本学校保健学会の第63回学術大会は、2016年11月18日～20日に、つくば市で開催する運びとなった。会場となる筑波大学での学術大会は、1983年の江口篤壽学会長による第30回、1998年の森昭三学会長による第45回に次いで、18年ぶり3回目となる。

さて、本学術大会のメインテーマは、「学校保健学の知の創造と発信—子供たちの健康と安全を守り育てるために—」とした。昨年の門田新一郎学会長による第62回学術大会（岡山市）における「子どもを守り育てる学校保健」を継承し、そのための「学」としての学校保健の学術的知見の創造と発信に焦点をあてたものである。

今日、健康や安全に関する課題は多様化かつ深刻化しており、子供たちを守り育てるといふ学校保健の責務と期待はますます大きくなっている。そうした中で、学校保健活動を充実、発展させていくには、その実践を支える学問あるいは科学としての「学校保健学」が不可欠となる。

グローバル化や情報化、少子高齢化等を背景として社会環境や生活様式が急激に変化していることや、医療や科学技術等が目覚ましい進歩を続けていることなども踏まえながら、次代を見据えた学術的知見を創出していくことが、本学会には求められている。そして、ここで蓄積された研究成果が広く発信され、生かされてこそ、実践の確かな改善、充実に結びつくとと言える。また、こうした「学校保健学」の構築、発展は、長年求めてきている科目「学校保健」の教職必修化の実現に向けても、その理論的根拠を提示する点において大きな布石になると思われる。

ところで、我が国では昨年（2015年）、学校保健に関わる教育行政の改組や、新しい提言の報告等がみられた。具体的には、文部科学省において、従来のスポーツ・青少年局における学校健康教育課が、当局の廃止および「スポーツ庁」の新設に伴い、初等中等教育局に「健康教育・食育課」として移設され、教科学習としての保健に関してはスポーツ庁の学校体育室に位置付けられた（10月）。また、中央教育審議会においては、「チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について（中間まとめ）」（7月）や「これからの学校教育を担う教員の資質能力の向上について（中間まとめ）」（7月）など、今後の学校教育を方向付ける重要な報告が提示された。

さらに、教育課程企画特別部会では、「初等中等教育における教育課程の基準等の在り方について」の諮問を

受けて「論点整理」（8月）がとりまとめられた。これは、平成28年度中の答申を目指す次期学習指導要領の改訂における基本的な考え方を示すものである。これを受けて現在、総則・評価特別部会や体育・保健体育、健康、安全ワーキンググループなど、学校段階等別・教科等別のワーキンググループ等が設置され、それぞれ議論が進められているところである。なお、本学会はこうした動向を踏まえて、「次期教育課程に関する要望」を中央教育審議会に提出し（2015年6月）、教科「体育」、「保健体育」における保健学習と、学校教育全体における健康・安全に関する教育の一層の充実が図られることを具体的に要望した（本誌第57巻第4号、205-206頁）。

第63回学術大会は、このような学校教育の大きな転換期とも言える重要な時期に開催を迎える。そこで第一に、学校保健の研究成果を着実に蓄積することと、広く社会や国民に向けて発信していくことを、改めて強く意識したいと思っている。そうした中で、子供たちの健康と安全を守り育てることに寄与するとともに、学術的知見が行政等にも重く受け止められて教育改革に影響を与え、貢献できることを期待したい。

大会の企画としては今のところ、学校保健学の知の「創造」に関わって、「チーム学校」の時代における学校保健活動のあり方、次期学習指導要領における保健学習の充実の方向性等、時機を踏まえたものを考えている。また、本誌の連載「学校保健の研究力を高める」に関連したものや、若手研究者らによる研究方法論に関する企画も工夫したいと思っている。知の「発信」に関わっては、例えば、プレゼンテーション力の一層の向上をねらって、21<sup>st</sup> IUHPE World Conference on Health Promotion（パタヤ、2013年）等の国際学会に倣い、参加者同士が優れたポスター発表を評価（シール貼付）するような試みも検討中である。加えて、運営等に関しても、本学会の基本問題検討委員会（大澤功委員長、2015年10月）による学術大会の改善、充実に関わる提言について少しでも前進させたいと思っている。

最後に、学術大会の成功は、何よりも参加者一人一人の研究発表とそれに基づく活発な議論にかかっている。研究学園都市として成熟しつつあるつくばの地に、多くの皆様が足を運んでくださり、有意義な学術交流を深められることを心より願う次第である。

（筑波大学教授、第63回学術大会学会長）

■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

# わが国の自殺の現状と対策の動向 —子どもの自殺を予防せよ！—

鈴 江 毅  
静岡大学

## The Current State of Suicide and the Trend of Preventive Measures in Japan “Save Children from Suicide !”

Takeshi Suzue  
Shizuoka University

### 1. はじめに

自殺！それは禍々しく、口に出すのもはばかれる、目をそむけたくなる出来事かもしれないが、決して無視できない、重大で直面すべき事柄である。本人にとっては、大人・子どもを問わず、未遂でさえも人生最悪の事態であることは間違いない。また身の回りにそのような出来事が起こると、人々は激しく動揺し、大きな影響を受け、その後の人生まで変わってしまう可能性さえある。そのような自殺について我々はどの程度知っているだろうか。本特集「子どもの自殺を予防せよ！」において、まずはわが国の自殺の現状についていくつかの事実を確認しておきたい。

### 2. わが国の自殺の現状

#### 1) 世界の自殺の現状

まず、世界の現状から概観することとする。図1は平成23年にWHOから発表された国別自殺死亡率の世界地図である。一見して自殺死亡率の高い国は旧ソ連である

ロシア、ウクライナ、バルト三国、そして東欧、翻ってユーラシア大陸の東に目を向ければ、韓国、日本などが目につくであろう。アフリカにも一部多い地域があるようだ。反対にアメリカ両大陸には少なく、中東から東南アジアにかけての少なさが目に付く。宗教を中心とした文化的側面と経済社会的側面からこれらの差がついたのではないかと考えられる。近年注目されているのは、中国やインドにおいて急速に自殺者が増えているという傾向である。発展途上国から先進国へ仲間入りをせんとする変化のなかで、様々な社会問題が噴出し、そのしわ寄せが自殺という形で表れているのではないとも言われている。ともあれ、日本は常に自殺率世界上位10位以内にとどまっており、まぎれもなく**自殺大国**であることを理解いただきたい。

#### 2) 自殺の都道府県別格差

次に日本国内の自殺の地域差に目を向けよう。図2に平成25年及び平成26年の都道府県別自殺率の一覧グラフを示す。大まかにみて自殺率の高いのは東北、北陸、山陰、南四国・南九州であろうか。全体的に高齢化がすす

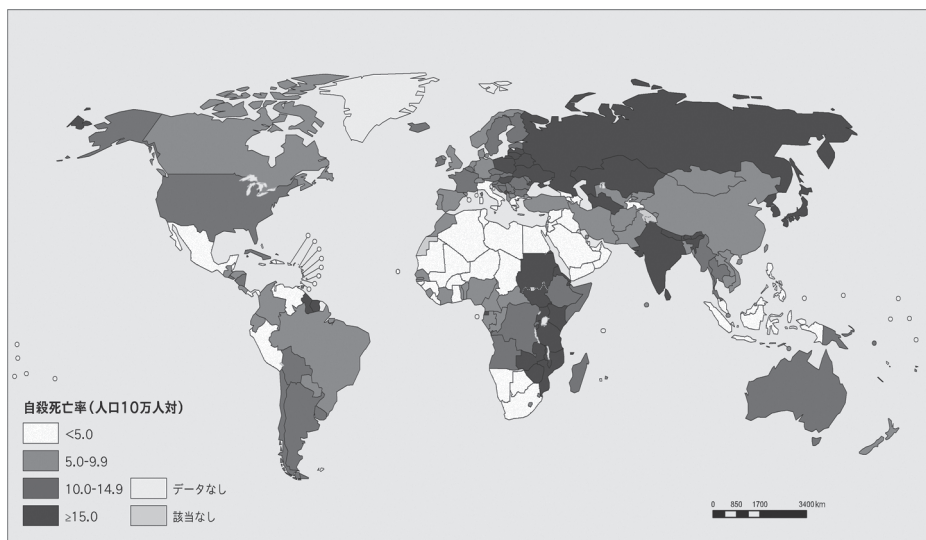
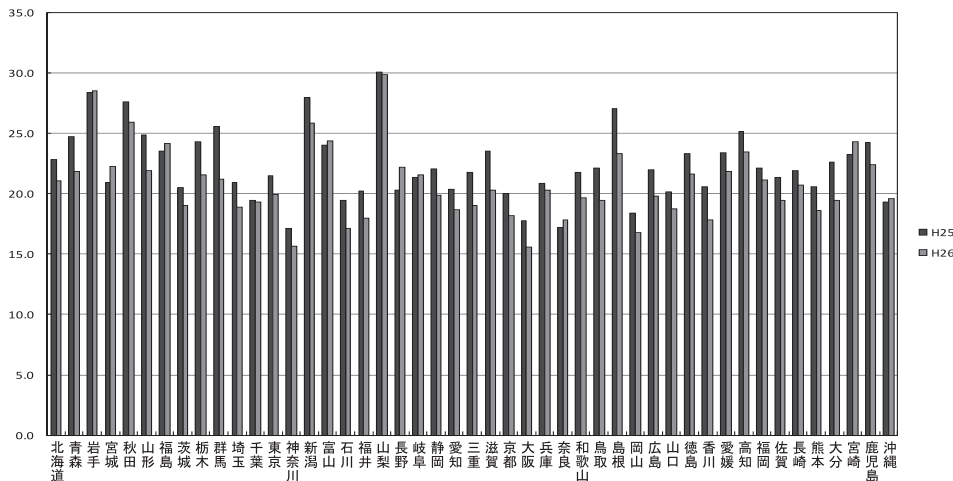


図1 自殺死亡率の国際比較 年齢標準化自殺死亡率（人口10万人対）男女計（2012年）



資料：警察庁自殺統計原票データ及び総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」より内閣府作成

図2 平成25年及び26年における都道府県別の年間自殺死亡率

む商工業が少なく、過疎化の傾向にある地域と見受けられる。反対に、東京を中心とする関東一円から、東海、名古屋、京阪神、瀬戸内周辺から北九州博多に向かう、太平洋ベルト地帯と称される地域は自殺率が低い。

### 3) 自殺の年次推移と歴史

さて、上記のように、日本はいわば自殺大国といえるほどの惨状であるが、その日本では自殺は増加しているのか、減少しているのか。最近の年次推移として図3に自殺者数の総数と男女別の折れ線グラフを示す。それまでも年間2万人近くの自殺者があったが、平成10年に急激に3万人を超え、以後平成23年までの13年間にわたりずっと3万人を超えていた。このようなグラフはよく見かけるものであるが、実はその前はどうかであったか、大昔までさかのぼればどうだったであろうか。

日本で最も古い自殺に関する記述は、『古事記』の日本武尊ヤマトタケルノミコトの妃、弟橘オトタチバナヒメ比売命ヒメノミコトの伝承である。尊の東征に従い、相模から上総に渡るとき、海が荒れていたため、海神の怒りを鎮めるために尊の身代わりに海に身を投じたと伝えられる。中世には、足利尊氏の祖父足利家時が八幡大菩薩に三代後の子孫に天下を取らせよと祈願した置文を残して自害したという（『難太平記』）。戦国期には、織田信長の家来である平手政秀が死をもって信長の行動をいさめたとされる事例などもある（『信長記』）。また武将は、雑兵に討ち取られるよりは、自害の方が名誉ある死と考えられていた。

鎌倉以来武士は江戸時代初期までは主君に切腹を命じられても、ある程度の抵抗を示した後に自害することが「武士の意気地」とされた。しかし江戸時代中期になると、家門の存続が個人の武名以上に重要な価値を持つようになり、従容として腹を切ることが「潔い」とされるようになった。また、江戸時代には近松門左衛門の『曾根崎心中』など「心中もの」の芝居や浄瑠璃による影響で「心中」が庶民の間に流行した。これらの歴史が日本人の死生観に影響を与えていることは否定できないが、

それが現代の自殺の重要な背景になっているかどうかは明らかではない。

明治以降は、日本の自殺率は20.0（人口10万人対）前後と緩やかな上昇傾向にあったが、戦争の影響で減少し、戦前戦後を通じ最低レベルとなった。その後、戦後の混乱あるいは価値観の大きな転換などにより、自殺者は急増し、昭和33年（1958）には25.7と、過去最悪を記録している。その後始まった高度経済成長期には減少に転じ、その傾向は1980年代後半のバブル経済期に続く。しかし平成10年（1998）より自殺率は急激に上昇し、自殺者数は年間3万人を突破し、自殺率は25.0に達した。平成10年頃に何があったのだろうか？当時の新聞記事から引用すれば、山一証券の破綻から小泉内閣の規制緩和へと、いわゆるバブル崩壊につながる時期に相当し、景気悪化に連動して自殺者が増えた印象がある。その後、平成19年リーマンショック、平成23年東日本大震災・福島原発事故と続き、その頃より自殺者数は減少傾向に転じている（図3）。

では、最近の自殺者数の減少傾向についてはどう考えたらよいだろうか。景気あるいは失業者数は自殺傾向と連動するという理論からすれば、政府の経済対策が功を奏し、多少なりとも景気がよくなり、失業者が減少したからとも考えられる。あるいは、東日本大震災で日本国民全員がショックを受け、それに立ち向かうべく、「いのちの大切さ」「人のためのボランティアをしよう」など、マスコミを中心として繰り返し大キャンペーンが行われた、そのことも関係しているのではないかと考えられる。

昨今、交通事故死者が激減した理由は、自動車の性能向上や道路・信号の整備、救急医療体制の向上などハード面の進歩の恩恵だけではないだろう。春と秋の交通安全運動キャンペーンは大々的な年中行事となつて久しい。また学校や地域ぐるみの交通安全運動、普段の警察による厳しい交通取り締まりなど、いわばソフト面の影響も

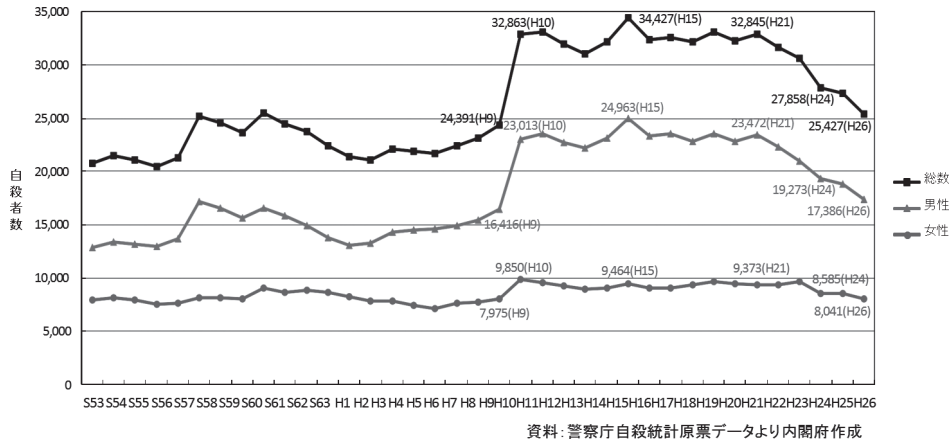


図3 自殺者数の年次推移 (昭和53年～平成26年)

大きいと思われる。どうしようもないと思われていた交通事故死亡も、予算をつけて地道に環境を整備し、国民一人一人に繰り返し啓発することで、現実に死者数は激減している。この交通事故死予防活動の成功は、今後の自殺予防・自殺対策のあるべき方向性を強く示唆していると思われる。

4) 自殺者の性別・年齢別の特徴

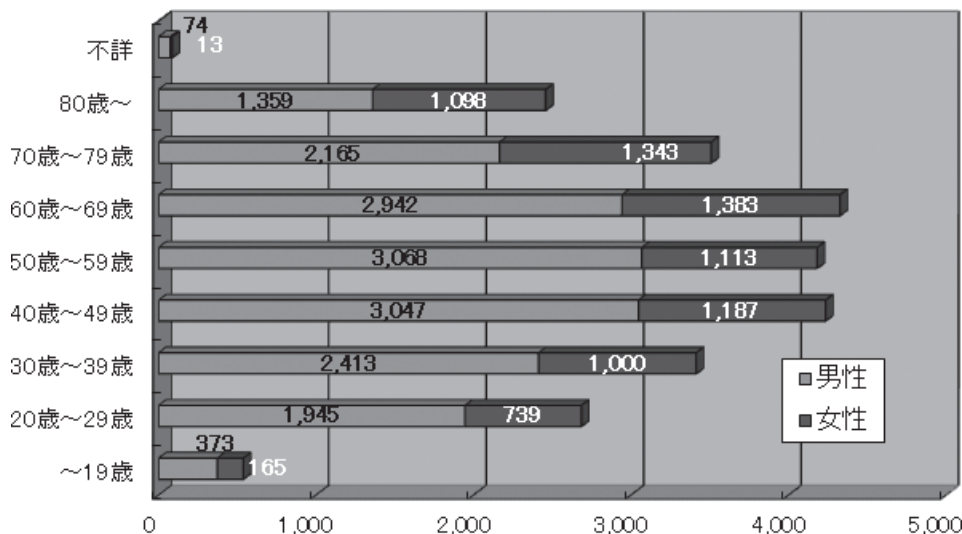
さて、それではどのような人が自殺しているのかというと、図4にあるように以前より中高年男性が突出している。それに続くのは中年女性、そして、青年男性である。中高年男性に関しては、中間管理職として上司と部下の板挟みとなり苦勞が絶えないとか、中高年クライシスとかいわれているが、まさに日本的な自殺者ともいえる。近年は減少傾向にあるものの、いまだ日本の自殺者の中核をなしていることは間違いない。しかし一方で、19歳以下の若年者の自殺は減ることはなく、逆に増加している傾向にある。この層には小学校・中学校・高等学校・各種学校・大学での自殺者が含まれており、特に低学年においては「いじめ」と同例に論じられることが多

い。詳細については、この後の本特集の執筆陣にお任せしたい。

男女差については、自殺者の70%程度が男性とされている。昔テレビのコマーシャルで「男は黙って〇〇ビール！」と言っていたが、まさに男は黙って死んでいくのである。一方、女性たちが井戸端会議でぺらぺらお互いのことをしゃべりあっているのをみれば、男女のストレスコーピング能力に大きな差があるのは明らかである。若き精神科医の時代に先輩医に教わった「うつ病の増悪因子は、男は昇進、女性は引越したよ！」という言葉はまだ生きているようである。

5) 自殺に至る経路

図5は自殺対策支援センターライフリンクが平成20年に実施した「自殺実態1,000人調査」で、自殺した人の家族に聞き取り調査をして、自殺前にどのような出来事があり、どのように自殺に影響を与えたかを調べ、それらを解析して統合し、模式図として表わしたものである。一番下にある「自殺」に向かって様々な出来事が影響するのであるが、人は一つや二つの困難で自殺に至ること



出典：警察庁「平成26年中における自殺の状況」

図4 男女別・年齢別自殺者数 (平成26年中)

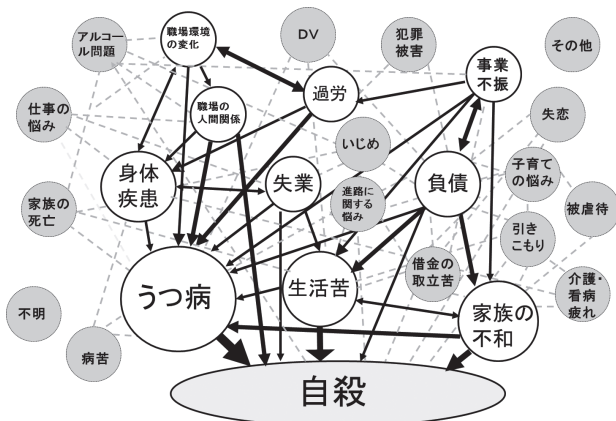


図5 自殺の危機経路

「自殺実態1,000人調査 自殺実態白書2013」より

はほとんどない。人生の困難が三つ四つと積み重なり、覆いかぶさって、人は自律性・復元性を発揮できなくなり、最終的に自殺に至ってしまうことがよくわかる。

「自殺予防」として一般的に思い浮かべるイメージは、この図の最下段のうつ病から自殺への矢印の遮断であろう。しかしこの部分は精神科医や消防・警察など専門家に任せるしかない。公衆衛生的アプローチからすれば、いわばもっとも倒すべき敵はこの図の中段より上の部分である。日々のなんでもない暮らしから、さまざまな出来事が起こり、重なり、絡まりあい、徐々に複雑かつ重大なことになっていく、まさにその端緒の部分をつぶしていく作業こそが重要と思われる。この部分を担当するのは誰であろう？それは専門家ではなく、普通に周囲にいる市井の人々ではなかろうか。他者のちょっとした困難感、不安の種の存在をいち早く見つけ、声をかけて、まずは話を聞く。そして共に悩み、周囲に助けを求め、解決への道を同行する。そのような人々が多くなれば、自殺者は減るのではないだろうか。そして結果的に国民全体のメンタルヘルスを向上させることになるだろう。

交通事故死亡者のところでも述べたように、環境整備として失業者対策や危険物・薬物入手の遮断、精神科医療や各種相談機関の充実などハード面はどうしても必要で、次章で述べるように実際に対策として進められているが、ソフト面としてはこのような人々を広げていくことが真っ先に取り組むべきと思われ、それこそが内閣府が提唱しているゲートキーパー養成に繋がるものである。

### 3. わが国の自殺対策の動向

#### 1) 自殺対策基本法

驚くべきことに、つい近年まで日本の法律には自殺に関する法律はおろか、法律の中に自殺に関する記述さえほとんどなかった。一点、「刑法第202条」において「人を教唆し若しくは幫助して自殺させた者」を自殺関与罪として罰している。平成10年からの悪夢のような自殺者年間3万人超のまま、日本の日々は過ぎていき、自殺は大きな話題にはなるものの、表立って対策を立てようと

いう動きはなかった。平成18年になって、ようやく日本初の自殺予防のための法律が制定された。

その「自殺対策基本法」では、第1条において、「この法律は、近年、我が国において自殺による死亡者数が高い水準で推移していることにかんがみ、自殺対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、自殺対策の基本となる事項を定めること等により、自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする」と記されている。国の自殺対策の基本方針を初めて示したものであり、画期的なものであった。

#### 2) 自殺総合対策大綱

翌、平成19年には、自殺対策に関する国の指針として「自殺総合対策大綱」が発表された。そこには「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して」とあり、地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換が謳われ、「自殺の多くは追い込まれた末の死」であり、「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題」である、と謳われている。その後、平成26年には見直しが行われている（図6）。

#### 3) その他の法律・決議など

その後、上記以外にも自殺に関係した法律はいくつか上程された。まず平成26年には、「過労死等防止対策推進法」が制定された。この法律は今や国際語となった*karoshi*の問題を初めて取り上げ、その防止対策について規定された法律である。この中には調査研究から啓発、相談体制の整備まで多くの内容が盛り込まれている。次に平成27年には、国会内において「自殺総合対策の更なる推進を求める決議」がなされた。今後より一層自殺予防の総合対策が推進されると考えられる。

#### 4) ゲートキーパー養成講座

内閣府では、国民一人ひとりが自殺予防の主役（ゲートキーパー）である、として、自殺対策の基本的ツールとしての「ゲートキーパー」役の重要性を強調した啓発活動を行っている。ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことである。内閣府のホームページにはゲートキーパーやその養成に関する大量の資料が入れ込まれており、動画やテキストを通じてeラーニングができるように工夫されている（図7）。また実際に全国各都道府県でゲートキーパー養成講座やゲートキーパーの活用事例などが報告されている。最近では薬局の薬剤師や市役所の窓口などの人をゲートキーパーとして養成し、役立っている事例も報告されている。地域にとどまらず、職場や学校でもその動きは広がっており、今後人材育成という面で見ると新しい層が誕生していくのではないかと期待される。



### 自殺総合対策大綱(見直し後の全体像) ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

**(第1) はじめに**

＜誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す＞

国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺対策に取り組み、一人ひとりがかけがえのない個人として尊重され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すものとする。

**自殺総合対策の現状と課題**： 地域レベルの実践的な取組を中心とする自殺対策への転換

地域の実情に応じて、対策の有効性や効率性、優先順位などを検討し、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細かな対策を講ずることが必要。

**自殺総合対策における基本認識**：

- ＜自殺は、その多くが追い込まれた末の死＞
- ＜自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題＞
- ＜自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い＞

**(第2) 自殺総合対策の基本的考え方**

1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる
4. 関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する
5. 自殺の実態に即した施策を推進する
6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、継続的に進める
7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する
8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

**(第3) 当面の重点施策**

1. 自殺の実態を明らかにする
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
4. 心の健康づくりを進める
5. 適切な精神科医療を受けられるようにする
6. 社会的な取組で自殺を防ぐ
7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
8. 遺された人への支援を充実する
9. 民間団体との連携を強化する

**(第4) 自殺対策の数値目標**

○平成28年までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標とする。

**(第5) 推進体制等**

- 国における推進体制
- 地域における連携・協力の確保
- 施策の評価及び管理
- 大綱の見直し


図6 自殺総合対策大綱(見直し後の全体像)

## ゲートキーパーの心得

- 自ら相手とかかわるための心の準備をしましょう
- 温かみのある対応をしましょう
- 真剣に聴いているという姿勢を相手に伝えましょう
- 相手の話を否定せず、しっかりと聴きましょう
- 相手のこれまでの苦勞をねぎらいましょう
- 心配していることを伝えましょう
- わかりやすく、かつゆっくりと話をしましょう
- 一緒に考えることが支援です
- 準備やスキルアップも大切です
- 自分が相談によって困ったときのつなぎ先(相談窓口等)を知っておきましょう
- ゲートキーパー自身の健康管理、悩み相談も大切です


まずは、声をかけることから始めてみませんか。

※ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことです。



自殺対策

内閣府自殺対策推進室HP <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html>  
 ※誰でもゲートキーパー手帳の他に、ゲートキーパー養成研修用テキスト、DVDを公開しています。



内閣府

あなたも、ゲートキーパー宣言!  
命の門番になるのは、みんなです。

誰でも

ゲートキーパー手帳

あなたも、「ゲートキーパー」の輪に加わりませんか?

<b>気づき</b> 家族や仲間の変化に気づいて、声をかける	<b>傾聴</b> 本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける	<b>つなぎ</b> 早めに専門家に相談するよう促す	<b>見守り</b> 温かく寄り添いながら、じっくりと見守る
-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

図7 誰でもゲートキーパー手帳(内閣府HPより)

#### 4. おわりに ～子どもの自殺予防の重要性～

近年、我が国の若年の自殺者は減少することなく、高い自殺率のままで推移しており、特に小学校・中学校・高等学校・その他の学校・大学においても自殺予防は喫緊の課題となっている。文部科学省においても、取組が行われているが、わが国の学校現場において、自殺にまつわる話題はまだ表面に現れることは少なく、自殺に関する情報共有、自殺予防教育、自殺が起こった場合の対策検討などが求められている。

いわゆる一次予防としての健康教育の原点は、子どもの教育であろう。前節で述べたように自殺という事象にはさまざまなことが絡まりあっているが、その基本となる人生観、問題解決能力、自己肯定感、よく生きる力、などはまさに幼いころの教育がすべてのカギを握っている。自殺に繋がる暗い道のりは、<sup>おきなご</sup>幼子のときから始まっているのだ。その点で、子どもの自殺を予防することは、子ども時代の自殺を予防することであると同時に、将来の成人・高齢者の自殺を予防することでもある。そして未来の世代の自殺を予防することにつながる。

本稿の最初の部分で、「自殺！それは禍々しく、口に出すのはばかられる……」と記したが、今回の特集では、その「子どもの自殺」に焦点を合わせ、現状を総括

するとともにその予防・対策について、各専門家の立場からご意見を頂いた。養護教諭、学校医、学校長、教員、保護者など、学校保健に関わるすべての方々に読んでいただき、敵（子どもの自殺）は決して不可思議、不可解、不可視、不可触なものではないことを理解いただきたい。かといって、ほっといても消える、気にしなくてもよい、簡単に倒せる、などとも思わないでいただきたい。皆さまにはぜひ本特集を携えて、子どもの自殺の本体を隅々まで白日の下に晒し、その巨大さと恐ろしさを十分認識した上で、必ず存在している弱点及び攻略法・駆逐法について共に考えていこうではありませんか。そして子どもの自殺ゼロの学校・社会を実現しましょう。

#### 文 献

- 1) 内閣府 自殺対策ホームページ  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/>
- 2) 内閣府：WHOによる自殺予防の手引き（2000）。Available at : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/19html/tebiki.html>
- 3) 自殺対策基本法（平成18年6月21日法律第85号）
- 4) 自殺総合対策大綱（平成19年6月8日閣議決定）
- 5) 特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンク  
<http://www.lifelink.or.jp/hp/top.html>

■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

## 子どもの自殺の現状と文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組

丸 山 克 彦

文部科学省初等中等教育局

### Policy for the Suicide Prevention of the Student by Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology

Katsuhiko Maruyama

*Elementary and Secondary Education Bureau, Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology*

#### 1. 児童生徒の自殺をめぐる状況

警察庁の統計によると、わが国の自殺者数は平成10年以降、14年連続して3万人を超える状態が続いていたが、平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、平成26年には25,427人と減少傾向にある。しかし、依然としてこの数は同年の交通事故死者数の6倍を超えている。また、未遂者数は既遂者数の少なく見積もっても10倍は存在するとも推計されており、さらに、自殺未遂や既遂が1件生じると、強い絆のあった人の最低5人は深いこころの傷を負うと考えられることから、自殺は死にゆく3万人の人々の問題にとどまらず、わが国だけでも毎年百数十万人のこころの健康を脅かすきわめて深刻な問題であることが指摘されている。

また、若年層の自殺者数については、全自殺者数が減少していく中で、減少幅が他の年齢階級に比べて小さいものにとどまっていること、若年層における死因の第1位は自殺（こうした状況は先進国では日本のみ）となっていることから、依然深刻な問題である。

このような問題意識の下、内閣府が取りまとめた「平成27年版自殺対策白書」（「平成26年度我が国における自殺の概要及び自殺対策の実施状況」、平成27年6月閣議決定）においては、若年層の自殺をめぐる状況の把握、分析とその対応について考察が行われている。

警察庁の統計によると、平成26年の児童生徒の自殺者数は329人（小学生17人、中学生99人、高校生213人）となっており、近年のピークである平成23年（小学生13人、中学生71人、高校生269人、計353人）との比較では、高校生は減少傾向にあるものの、小学生、中学生は増加している。また、その原因・動機は、小学生、中学生は家庭生活、学校生活に起因するものが多く、高校生は「学業不振」、「進路に関する悩み」、「うつ病」が多い（遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる場合のみ、原因・動機を三つまで計上）。

これらを踏まえ、「白書」においては、児童生徒の自殺をめぐる状況について、以下のとおり考察されている。  
・小・中学生の自殺は「家庭生活」に起因するものが多く、学校や地域、家庭が連携して、保護者に

対して、子どもへの接し方に配慮するよう促すことが重要。

- ・小・中学生の自殺は「学校生活」に起因するものも少なくないことから、学校における心の健康づくりのため、教育相談担当者や養護教諭を中心に児童生徒の日常生活状況や心身の問題について理解を深めることや、スクールカウンセラーの活用が重要。
- ・高校生の自殺は学業や進路など「将来に向けた不安」に起因するものが多く挙げられていることから、進路指導等もさることながら、現実の受け取り方やものの見方を現実に沿った柔軟なバランスの良いものに変えていくなどストレスを和らげる対処法を生徒自身が身につけることも重要。このことは、将来、直面するであろう問題や困難に対処する力を身につけることにつながる。
- ・自殺予防への対応を高めるため、地域の専門家の知見を活用しながら、教職員向けの研修や、児童生徒に対する困難やストレスに対して適切に対処できる方法を身につけるための教育プログラム等の実施が考えられる。
- ・養育者がメンタルヘルスの問題を抱えている場合などは、学校での対応だけでは限界があることから、児童生徒の動向を注意深く見守りながら、児童相談所や保健所等の関係機関との連携など、学校や地域が一体となって対応していくことが重要。

#### 2. 文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組

子どもが自ら命を絶つということは、理由の如何を問わず決してあってはならないことであり、自殺予防に向けた取組は教育上の重要な課題である。

学校においては、従前より、「道徳：自他の生命の尊重」や「体育（保健）：心の健康」などの教育活動を通じて、自殺予防教育の基礎ともいえる指導が行われている。

文部科学省においても、命を大切にする教育や教育相談体制（スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーの配置を含む。）の充実、いじめ問題への対応などの施策を通じて、児童生徒の自殺防止に取り組んできたところであるが、自殺防止について一層の充実を図るため、有識者会議を設置し、児童生徒の自殺の特徴や

傾向などを分析して、学校現場に資する自殺予防の対応方策について検討を行うなど、様々な対策を講じてきた。

以下、本項では有識者会議の取組について述べる。

文部科学省では、自殺対策基本法（平成18年6月第85号）の成立を受け、平成18年8月に「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」を設置し、児童生徒の自殺の特徴や傾向などを分析して、学校現場に資する自殺予防の対応方策について検討を進め、翌年3月、自殺予防の基本的な考え方及び自殺予防対策を提言した「子どもの自殺予防のための取組に向けて」（第1次報告）を取りまとめた。

同報告においては、①子どもの自殺に関する実態把握のための体制の整備、②自殺が起きてしまった後の遺された他の子どもたちや家族に対するケア、③子どもの自殺予防に関する教師を対象とした教育（プログラム）について、直ちに実施すべき対策として指摘されている。

文部科学省では、これらの実現に向けて、平成20年3月に設置した「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」において調査研究を継続的に行い、これまで、①児童生徒の自殺防止に必要な基礎知識に関する教師向けのマニュアル（「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」（平成21年3月））や、児童生徒の自殺が発生した際の緊急対応の手引き（「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」（平成22年3月））の作成・配付、②学校・教育委員会が行う個別の自殺事案に係る背景調査の基本的な考え方・留意事項を示す指針の策定（「児童生徒の自殺が起きたときの背景調査の在り方について」（平成23年6月文部科学省初等中等教育局長通知）により発出）、③自殺予防対策を充実させることを目的とした、児童生徒の自殺の実態調査の実施（「児童生徒の自殺等に関する実態調査について」（平成23年6月文部科学省初等中等教育局児童生徒長通知）により依頼）を行ってきた。

さらに、平成23年度からは、児童生徒を直接対象とする自殺予防教育を導入する場合の配慮事項など、自殺予防教育の在り方について検討を行うとともに、平成25年度からは、子どもの自殺が起きたときの調査の指針について、調査組織の設置の在り方や調査で得られた情報の取り扱い等に関し、必要な見直しを行うこととし、併せて、自殺の実態調査により収集できた調査票を基に実態分析を行い、平成26年7月に「審議のまとめ」を以下のとおり取りまとめた。

### 1) 子どもを直接対象とする自殺予防教育の在り方

子どもは、心の危機に陥り、自殺の危険が高まったときに、親や教師ではなく、同世代の友人に気持ちを打ち明ける例が多いが、自殺願望を打ち明けられた子どもも、どのように対応したらよいか分からず、最終的な悲劇が起きる可能性も高い。

自殺の危険とその対応について、正しい知識を子ども

に与えることは、現時点での自殺予防にとどまらず、この世代の心の健康な発達は、生涯にわたる心の健康の基礎づくりとしても重要である。

学校で児童生徒を対象とした自殺予防教育を実施する場合、予想外の有害事象が起きる可能性も十分に検討し、以下のとおり適切な前提条件を整えた上で、効果的かつ安全な教育を進める必要がある。

- ①実施前に関係者間で合意を形成しておく（なぜ子どもを直接対象とする自殺予防教育が必要なのか、教師・保護者・地域の関係機関等の関係者が十分に話し合い、その内容を理解して、合意に達しておく）
- ②適切な教育内容（自殺の実態を中立的な立場で示し、早い段階で気づき適切な対応をとることで、自殺は予防可能であることの理解を促す。教育目標は「早期の問題認識（心の健康）」「援助希求の態度の育成」。内容例として「自殺の深刻な実態を知る」「こころの危険のサインを理解する」「こころの危機に陥った自分自身や友人へのかかわり方を学ぶ」「地域の援助機関を知る」などが考えられる）
- ③ハイリスクの生徒のフォローアップ（プログラム実施前後のアンケートなどによりハイリスクの子どもを見つけ出し、必要に応じて専門機関へ紹介するなどして、適切に支援する）

### 2) 子どもの自殺が起きたときの背景調査の指針の見直し

平成23年6月に背景調査の枠組みや実施例を「調査の指針」として策定し、通知したが、その後、指針が各地で運用される中で、調査委員会の在り方や、得られた情報の取扱い等、共通の課題も見られた。また、平成25年6月にいじめ防止対策推進法が成立し、いじめによる児童生徒の自殺など重大事態への対処について規定された。

これらを踏まえ、自殺が起きたときの調査の指針の見直しを行った。

〈見直しのポイント〉

- ①背景調査の手順を整理し直し、実施主体を明確化
- ②詳細調査を行う調査組織について整理
- ③アンケート調査の実施と得られた資料の遺族等への提供について整理
- ④遺された者の心のケアと調査の関係について解説
- ⑤いじめ防止対策推進法との関係について整理
- ⑥調査の結果を踏まえて、児童生徒を直接対象とする自殺予防教育の実施を含めた再発防止策の必要性を強調

### 3) 子どもの自殺等の実態分析

児童生徒の自殺の背景となった可能性のある事実関係に関するできる限り正確なデータをより多く収集し、分析することを通じて、児童生徒の自殺について全体的な傾向を把握することにより、自殺予防対策を充実させることを目的として、平成23年6月より、「児童生徒の自殺等に関する実態調査」を行い、子どもの自殺に関するデータを収集しているが、平成25年末までに収集された約500件のデータを分析した。

①死亡した児童生徒の個人の状況や、置かれていた状況・環境(死亡の理由に関係なく、該当するものを「学制的背景」「家庭的背景」「個人的背景」それぞれで選択する)

※5%程度以上の調査票で該当のあった項目

(学制的背景)「進路問題」11.9%、「不登校又は不登校傾向」9.9%、「学業不振」6.9%、「友人関係での悩み(いじめを除く)」7.9%、「異性問題」5.8%

(家庭的背景)「保護者との不和」9.9%、「保護者の離婚」6.5%、「経済的困難」4.6%

(個人的背景)「精神科治療歴有」13.5%、「独特の性格傾向」10.5%、「自殺をほのめかしていた」10.1%、「自傷行為」8.3%、「孤立感」7.5%、「厭世」6.0%

※参考「教職員からの指導・懲戒等の措置」2.8%、「いじめの問題」2.0%

②「特記事項」欄(自由記載)からの分析

- ・学校は子どもにとって生活時間の大半を過ごす場所であるため、友人関係のトラブルやいじめから孤立感を強めるといった状況が自殺の背景にみられる事例がある。
- ・学業不振、成績低下という学習面でのつまずきが、自尊感情の低下を招き、自殺の背景となっている事例も少なくない。
- ・家庭環境での問題もこの世代の子どもにとって重要な危険因子である。
- ・学校でも家庭でもサポートが得られない状況に、自殺した生徒が置かれていたという事例がある。
- ・自殺に至った子どもに関して、適切な精神科治療や必要な支援を受けていれば自殺予防につながったと思われる例は少なくない(とくに高校生の例では、大人と同じような形で精神疾患の存在が自殺と関連していると思われる例が散見された)。

文部科学省では、「審議のまとめ」の内容をふまえ、「「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針」の改訂について(通知)」(平成26年7月文部科学省初等中等教育局長通知)及び「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議の審議のまとめ「子供に伝えたい自殺予防」及び「子供の自殺等の実態分析」について(周知)」(平

成26年7月文部科学省初等中等教育局児童生徒課長通知)を发出するとともに、「子供に伝えたい自殺予防～学校における自殺予防教育導入の手引～」(平成26年7月)の作成・配付を行った。

また、教職員及び教育委員会等の関係者に対して、児童生徒の自殺予防への関心を高めるとともに、自殺予防に必要な基礎的知識の習得と理解を図ること等を目的として、地域別の研修会の実施を通じて、その周知・普及に取り組んでいるところである。

### 3. 関係機関等との連携

本年は、自殺対策基本法の施行から10年の節目にあたる。この間、「個人の問題」とされてきた自殺が「社会的な問題」として広く認識されるようになり、対策が地域レベルで実施されるなど、わが国の自殺対策は大きく前進してきた。

各府省においても自殺総合対策大綱に基づき様々な支援策が講じられている。例えば、内閣府においては、地域レベルの自殺対策の推進を図るため、「地域自殺対策強化交付金」(平成27年度予算額25億円)を活用し、地域の実情に応じた取組を行う地方公共団体等の支援を行っており、特に、若年層対策については、補助率を10/10(その他は3/4又は1/2)とするなど、更なる強化が図られている。

子どもを直接対象とする自殺予防教育を実施する上で前提条件は前述のとおりであるが、関係者間の合意形成やフォローアップ体制の整備にあたっては、地域の実情に応じ、小児科、精神科、心療内科等の医療機関や、保健所、精神保健福祉センター、児童相談所等の行政機関と連携するなど組織的な取組を行うことが重要であり、その際、こうした制度の活用も有効である。

自殺は、個人の自由な意思や選択の結果ではなく、様々な悩みにより心理的に「追い込まれた末の死」である。

自殺の危機とその対応について正しい知識を子どもに与えることは、この世代のみならず生涯にわたる心の健康につながるという認識の下、子どもを直接対象とした自殺予防教育の導入に向けて、まずは、関係者間の合意形成のテキストとして、「子供に伝えたい自殺予防～学校における自殺予防教育導入の手引～」を活用いただきたい。

■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

# 子どもの自殺の特徴と対応について

高橋 祥友

筑波大学 医学医療系 災害精神支援学

## Suicide Prevention for Children

Yoshitomo Takahashi

Division of Disaster Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

### I. はじめに

本論執筆時のわが国の自殺に関する最新のデータは2015年のものであるが、この年の自殺者数は23,971人であり、交通事故死者数(4,117人)の5.8倍に上った<sup>1)</sup>。そして、自殺未遂者数は少なく見積もっても既遂者数の10倍は存在すると推計される。さらに、既遂自殺や自殺未遂が1件起きると、その周辺の人々5~6人が深刻な心の傷を負うとされている。したがって、自殺とは死にゆく約25,000人だけの問題にとどまらずに、毎年わが国だけでも百数十万人の心の健康を脅かす、深刻な事態であると考えられている。

さて、子どもの自殺の実態はどのようなものだろうか。図1に警察庁と文部科学省(以下、文科省と略)の統計による18歳以下の年間自殺者数の推移を示した。これによると、最近では18歳以下の年齢群では約300人の自殺が生じている。しかし、警察庁の統計と文科省の統計には毎年約100名の差がある。この差をどのように解釈すべきだろうか。

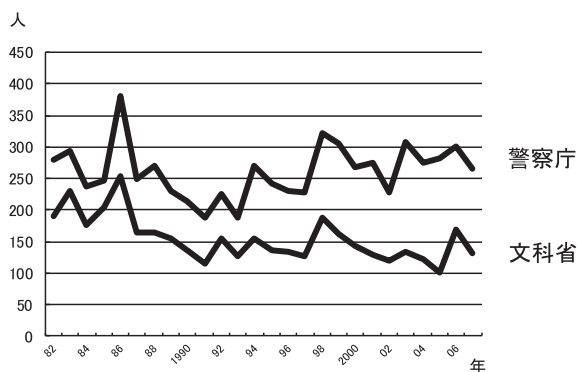


図1 18歳以下の自殺者数

遺族が子どもの自殺を公表しないようにと学校に依頼した場合に、それが文科省の統計に反映されないということも確かにあるだろう。しかし、それだけでなく、高校を退学した生徒について、文科省統計では把握できていないことが、この統計の差に反映されている可能性がある。ドロップアウトした生徒の中にはさまざまな問題を抱えていて、自殺の危険を呈している人も少なからず

含まれていると考えられる。このような実態から、警察庁と文科省の自殺統計に大きな差が現れていると推定されている。

### II. 文科省統計は実態を把握しているだろうか

図2に、平成21年度の「問題行動調査」による児童・生徒の自殺の原因を示した<sup>2)</sup>。

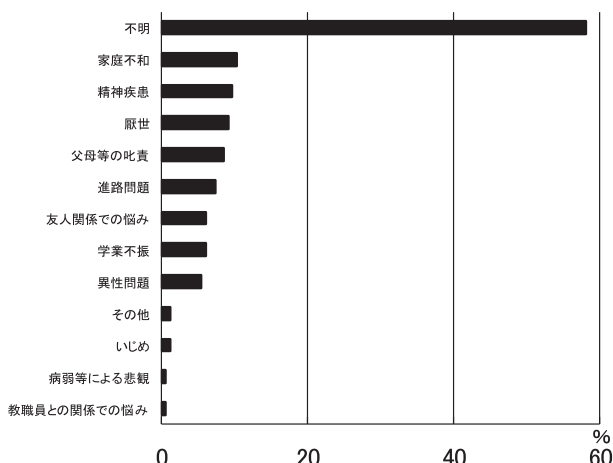


図2 児童・生徒の自殺の原因

この調査によると、自殺の60%弱が原因不明とされている。また、最近では、子どもの自殺が生じると、「いじめ」に焦点が当てられることが多いが、この調査ではいじめが原因の自殺はわずかに数%に過ぎない。さらに、中・高校生と年齢が高まるにつれて、自殺の背景に精神疾患が存在する率が高まっていくことが予想されるのだが、この調査では、精神疾患が原因とされる自殺は10%弱に過ぎない。

このように問題行動調査では、児童・生徒の自殺の実態が十分に正しく把握されていないと考えられる。効果的な自殺予防対策を実施するためには、正確な実態調査が必要である。

### III. 自殺は多要因的で複雑な現象である

自殺が生じる背景を理解する際に、図3のような原因を思い浮かべる必要がある<sup>3)</sup>。

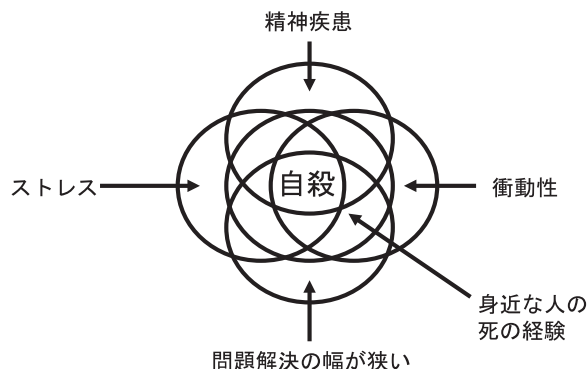


図3 自殺の原因

自殺というと、その直前に認められるストレスばかりに焦点が当てられる傾向がある。たとえば、子どもの自殺の場合には、「いじめ」が大きく取り上げられる。しかし、自殺はさまざまな原因から成り、多要因的で複雑な現象であるという現実を忘れてはならない。

「いじめ」が現代のわが国の深刻な問題であることを否定するつもりはないのだが、その視点だけから子どもの自殺予防を図ろうとしても、ごく一部の自殺予防を取り上げているに過ぎない。筆者が高校生だった1970年代には、青少年の自殺が生じると、マスメディアは判で押したように、「受験苦」が原因と報じていたものだが、これが最近では「いじめ」に変わっただけという印象を受ける。

実際には、いじめだけではなく、年齢が高くなるにつれて、成人と同様に、自殺の危険の背景にうつ病か統合失調症といった精神疾患が潜んでいる場合が多くなっていく。年少の子どもでは、直前の出来事に短絡的に反応して、突発的な自殺が生じることも時に起り得るのだが、中・高校生くらいの年代になっていくと、とくに精神疾患の存在に気づかれず、治療も受けられないままに、自殺が生じかねないといった点について十分な注意を払うべきである。

さらに、何らかの原因で衝動性のコントロールが不良であるといった点も自殺の危険と密接に関連してくる。また、身近な人の死という経験も子どもの自殺の危険を高めることにつながりかねない。これは自殺ばかりでなく、突然の病死や事故死も遺された人の自殺の危険を高める危険がある。さらに、元来、問題を抱えた時に解決能力が低いといった傾向も認められ、それが自殺の危険と密接に関連している場合もある。

#### IV. 子どもの自殺を理解するには

最近では、子どもの自殺というと、「いじめ」ばかりに関心が払われる傾向があることをすでに指摘したが、自殺に関連する要因は、図4のように考える必要があるだろう。

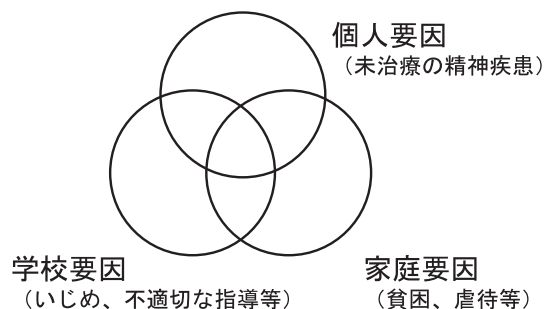


図4 子どもの自殺の原因

たしかに、他の生徒からのいじめや教師からの不適切な指導などのために子どもの自殺が生じたと考えられる例もあるのだが、これが唯一の原因であるという事例ばかりではない。これ以外にも、個人要因や家庭要因についても検討しなければならない。

中・高校生くらいの世代になると、うつ病や統合失調症の好発年齢になってくる。未治療の精神疾患が自殺の危険と密接に結びついている場合があることに十分な注意を払う必要がある。華々しい精神症状が出揃う前の、前駆期においては、なかなか周囲の人々も子どもの精神内界の変化に気づくことができないという場合もあり得る。

うつ病を発病した結果として、自尊感情が極端に低下し、「私などこの世で生きている資格がない」「私が生きているだけで、皆が迷惑をしている」「私などいない方が、皆は幸せだ」などと、子どもが確信していることもある。あるいは、統合失調症を発病して「屋上から飛び降りろ」「死んでしまえ」といったありありとした命令性の幻聴を経験し、病的な体験に基づいて、自殺行動に及ぶといったことも起り得る。早い段階で精神疾患に気づいて、適切な治療に導入することで、自殺予防につながる可能性は十分にある。

さらに、家庭要因についても検討する必要がある。家庭の貧困や経済的格差の拡大が、現代のわが国の家庭にも暗い影を落とし、子どもに深刻な影響を及ぼしている場合がある。自殺の背景に、貧困があり、その結果、親が子どもの要求に応えられないといった事態が、自殺の危険と密接に関連している例もある。貧困が原因で、家庭内で虐待やネグレクトが起きている事態も現実には起きている。子どもが必死になって発している救いを求める叫びを、親が受け止めるだけの余裕を失っている状況で、突然、子どもの自殺が生じることもある。

以上、簡単に述べたが、いじめなどの学校要因だけに焦点を当てては、子どもの自殺を深く理解して、有効な対策を取ることはならない。その背景には、個人要因や家庭要因も存在し、長い期間を通じて、互いに複雑に関連しあって、自殺が生じる下地ができあがっている。

### V. 家族のシステム論

子どもの自殺と家族力動について少し取り上げておくことにしよう。子どもが自殺の危険を呈している場合、それがしばしば家族全体の病理を表していると言われている。家族のシステム理論によれば、子どもの自殺行動は家族全体のホメオスタシスを保つために、家族と自殺の危険の高い子どもが支払っている犠牲の現れとみることができるというのである<sup>3)</sup>。精神科臨床では、「自殺の危険の高い親の背後には自殺の危険の高い子どもがいる」、また、「自殺の危険の高い子どもの背後には自殺の危険の高い親がいる」とよく指摘される。これは、子どもの呈している病理を家族全体の問題としてとらえて、家族を一単位として治療する必要性を指摘している。

子どもの自殺の危険と家族の病理について、多くの臨床家や研究者がいくつもの理論を展開しているのだが、ここでは児童精神科医Pfefferの理論を紹介しておこう。Pfefferによると、自殺の危険の高い子どもの家族には多世代にわたる病理が認められるという<sup>4)</sup>。このような家族には以下の特徴がある(図5)。

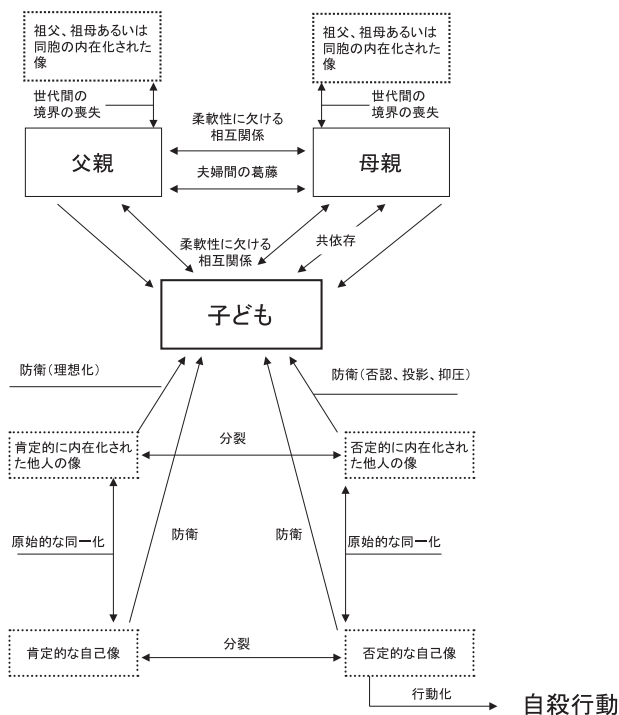


図5 多世代にわたる家族の病理 (Pfeffer, 1987)

- ① 世代間の境界の喪失：親自身が自分の親（患者にとっての祖父母）から分離个体化を達成していない。親に認められる特徴として、自分自身の親に対する敵意、喪失感、自尊感情の低さ、親に対する過度の愛着がある。
- ② 深刻な葛藤に満ちた夫婦関係：夫婦間には顕著な共依存的な関係が存在し、強い怒りが表出されるとともに、依存と同時に分離の恐れが常に存在する。どちら

かの親がうつ病か自殺の危険が高い場合も多い。

- ③ 子どもに投影された親の感情：親の意識的かつ無意識的な感情が子どもに投影され、柔軟性に乏しい、慢性的な親子間の葛藤が存在する。子どもの要求に親が柔軟に反応して、相互関係を修正することができない。
- ④ 共依存的な親子関係：とくに母子間に顕著な共依存的な親子関係が存在する。このような親子関係のために、子どもは自立した機能を発達させることができない。
- ⑤ 柔軟性に欠ける家族のシステム：以上のような結果として、全体として柔軟性に欠ける家族力動が成立している。家族は柔軟性に欠ける方法で互いに結びつき、どんな変化も脅威ととらえる傾向が強く、家族内に生じたわずかな変化も強い不安を生む。秘密にしたりする態度が強く、自由なコミュニケーションが成立し得ない。敵意に満ちた相互関係が生じ、家族以外の人々に対して、共感や支持を表明することが禁止される雰囲気が生じる。さらに、子どもの個人的な目的の達成や個別化は、家族全体に対する反逆とさえみなされる。

このようにして、家族全体の患者に対する病的な同一化を生み、子どもが自立した機能を達成できず、親の影響から十分に独立できなくなるばかりでなく、安定した独自の同一性と積極的な自尊感情を十分に発達させることができなくなる危険も高まる。

要するに、子どもの自殺の危険には家族全体の病理が反映されている場合が多いので、その治療には、家族全体を治療に組み入れることが不可欠である。その目標としては次のような点が挙げられるだろう。

- ① 家族に協力を求めて、子どもに関する情報を得る。
- ② 子どもを保護し、自殺の危機を乗り越えるように家族と協力する。
- ③ 家族の誰かに重篤な精神症状を呈している人がいる場合には、並行してその人の治療も行う。
- ④ 家族全体の病理を取り扱い、家族の葛藤を軽減することに焦点を置く。
- ⑤ 両親の夫婦間の軋轢が子どもの自殺の危機に関連しているような場合には、その問題を取り扱い、親が親としての役割を担って機能できるように働きかける。

なお、誤解のないように断っておくが、自殺の危険の高い子どもについての家族論は、けっして家族を責めることが目的ではない。子どもの自殺の危険が迫っている状況とは、危機であるとともに、これまでは隠されていた家族全体の危機が外部に向かって明らかにされた状況であり、これは外部からの介入の絶好の機会であるとしてとらえることが可能であるというのだ。要するに、これまでは何とか隠されていた病理がようやく表面に現れてきたので、適切な介入が可能になるというのである<sup>5)</sup>。子どもを救うだけでなく、その背後の親や家族全体に



対しても救いの手を差し伸べるという視点がなければ、真の自殺予防にはつながらないという点を忘れてはならない。

## VI. まとめ

最近では、子どもの自殺が生じると、「いじめ」ばかりに焦点が当てられる傾向が強い。極端な例では、「いじめ」の事実が見当たらないと、子どもが自ら命を絶ったという悲劇は短期間のうちに忘れ去られてしまうことすらある。

いじめは放置しておいてよい問題ではないことは明らかであるのだが、子どもの自殺を予防しようとするのであれば、自殺が多要因からなる複雑な現象であるという現実を直視すべきである。いじめなどの学校要因ばかりでなく、個人要因や家庭要因についても検討して、はじめて真の自殺予防につながる手掛かりが得られる。とくに年少の子どもでは、家族の病理が自殺と密接に結びついていることもあるので、このような視点からの検討を抜きにしては、子どもの自殺予防の効果は十分に上がら

ないだろう。

## 文 献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成26年中における自殺の概要資料。警察庁，2015
- 2) 文部科学省：平成26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」結果について。Available at：  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/27/09/1362012.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/27/09/1362012.htm)
- 3) 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入（第3版）。金剛出版，東京，2014
- 4) フェファーCR：死に急ぐ子供たち：小児の自殺の臨床精神医学的研究（高橋祥友訳），中央洋書出版部，1990（Pfeffer CR：The Suicidal Child. Guilford, New York, NY, USA, 1986）
- 5) リッチマンJ：自殺と家族（高橋祥友訳），金剛出版，東京，1993（Richman J：Family Therapy for Suicidal People. Springer, 1986）

■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

## 学校における自殺予防の取組

新井 肇

兵庫教育大学

### Approach to Suicide Prevention in School

Hajime Arai

*Hyogo University of Teacher Education*

#### 自殺予防教育の必要性

2006年に自殺対策基本法が制定されて以降、社会全体では徐々にではあるが、自殺予防への意識が高まっている。しかし、最近の子どもの自殺に関する状況は極めて深刻であるにもかかわらず（警察庁によれば、2014年の小・中・高校生の自殺者数は、それぞれ18人・99人・213人）、子どもの自殺予防に対する関心は必ずしも高くない。

アメリカでは、1980年代に若年層の自殺率の上昇傾向がみられ、カリフォルニア州の自殺予防プログラム（California Suicide Prevention Program, カリフォルニア州教育局, 1987）のような様々な取組が生みだされ、1990年代に入ると自殺率の上昇に歯止めがかかった。しかし、現在でも青少年を対象とする自殺予防プログラムが数多くつくられ、学校ベースで自殺予防が行われている（文科省, 2011）。一方、日本においては、青少年を直接対象とする自殺予防教育は、やっと緒についたばかりである。両国の取組の違いの背景には、アメリカ社会において、子どもたちの命を守り、育てていくのは社会の仕事であると共通理解され、青少年の精神保健は生涯にわたる問題として重要視されていることがあると考えられる（阪中, 2015）。州によって違いはあるが、青少年を対象とする自殺予防プログラムが、エビデンスに基づく検証と改善を重ねながら実施されていることに、日本が学ぶべき点は多い。

#### 自殺予防教育実施の困難性

教員対象の自殺予防研修の参加者に行った調査によると（新井・古谷・阪中, 2011）、自殺予防教育の「必要性」については70%前後が認めているにもかかわらず、「実施」については、85%が「困難あり」と回答している。理由として、「寝た子を起こすことにつながる」（15%）、「死や自殺について考えさせたくない」（4%）といったことを挙げる回答は予想していたよりも少なかった。子どもたちと毎日接している教員は、子どもたちが決して「寝た子ではない」と認識しているものと思われる。

では、自殺予防教育の実施を阻むものは何なのであ

うか。調査では、「知識や経験を持つ教員が少ない」（62%）、「死別体験のある子どもへの配慮が難しい」（43%）、「カリキュラムや指導案がない」（41%）、「指導に関して教員の共通認識を持つことが難しい」（37%）などの理由が挙げられている（複数回答可）。

最もネックになっている「知識や経験を持つ教員が少ない」点を改善するためには、精神科医・臨床心理士・保健師・大学教員などの様々な専門家と連携し、大学院や教育センター等でトレーニングを積んだ教員を活用し、教員研修の充実を図る必要がある。また、自殺予防教育の実施にあたっては、自殺の危険の高い子どもたちへのフォローアップを医療機関との連携によって行うことも不可欠である。

#### 自殺予防教育の方向性

今後、日本の学校において、どのような自殺予防の取組が考えられるであろうか。

第一に、子どもに相談する気持ちや態度を育むことが求められる。子どもは、悩んだときの相談相手として友人を選ぶ傾向がみられる。しかし、大学生を対象に「友人から死にたいと訴えられたときに、どのように支えようと思うか」と尋ねたところ、話をまず聞き、感情を理解するといった傾聴・受容を含む対応は50%しかなく、励ましなどが32%、「わからない」、「支えられない」という回答も20%あった。「信頼できる大人に助けを求める」及び「専門機関を勧める」は皆無であった（新井他, 2011）。

いくつかの自殺事案を検証すると、身近な友人が自殺の危機にあることを察知し、そのことを真剣に受け止め、周囲の信頼できる大人に助けを求めていけば、不幸な事態を防げていたのではないかと思われる事案もある。子どもの自殺を防ぐには、本人が命の危機を乗り越える力を身につけるとともに、子ども同士がお互いの危機に気づいたときに、大人につなぐなど適切な対応を行えるようにすることが重要である。

第二に、自らの心の健康に気づく重要性が挙げられる。国をあげて青少年の自殺予防に取り組んでいるオーストラリアでは、心の健康への気づきと心の危機への対処が重要視され、精神疾患の理解やストレスマネジメント、

ピアサポートや葛藤解消などの活動が、健康教育や心理教育として実施されている。日本においても、同じような内容の授業や体験活動に取り組んでいる学校は少なくない。今後、それらの活動の充実とともに、子どもの自殺予防においても「心の病の問題は避けて通れない」という視点が必要であると思われる。保健体育の「心の健康」の單元には、小・中・高を通じて心の危機に陥らないための予防策ともいえる様々な対処法が示されている。保健体育の教員と養護教諭・スクールカウンセラー（以下SC）などが連携し、自殺予防の視点から精神疾患など心の健康に関する内容を取り入れた授業を行うことが考えられる。

文部科学省も、『子供に伝えたい自殺予防—学校における自殺予防教育導入の手引き—』において、自殺予防教育の目標として「早期の問題認識（心の健康）」と「援助希求的態位の育成」の2点を示している（文部科学省、2014）。心の健康についての正しい理解をもち、困ったときに人に相談する援助希求的な態度がとれるようになれば、個人の危機の克服と友人の危機への支援が可能となり、生涯にわたる精神保健という観点からの自殺予防に繋がるものと考えられる。

### 先進的な自殺予防教育の取組

ここ数年来、子どもを直接対象とする自殺予防の試みが、手探りの状態のなかで徐々に始められている。文部科学省は、『子供に伝えたい自殺予防』において先駆的なモデルを示すとともに、「学校において子供を対象とした自殺予防教育を実施する以上、適切な前提条件を整えた上で、効果的かつ安全な教育を進める必要」があると、安易な取組に対する警鐘を鳴らしている。考慮すべき前提条件とは、①関係者間の合意形成、②適切な教育内容、③ハイリスクの子どものフォローアップ、の3点である（文部科学省、2014）。

次に、そのような前提を踏まえたうえで実施されている、先進的な取組について紹介したい。

#### (1) 全校体制で進める自殺予防教育：京都府向日市立西ノ岡中学校の取組

子どもを対象とした自殺予防教育の実施にあたっては、学校内の合意形成と保護者の同意が前提となる。しかし、自殺予防教育の重要性をいくら声高に訴えても、実施に向けての共通理解を得ることは容易ではない。具体化に向けて、プログラムの実施効果を示すエビデンスと、学校長のリーダーシップ、そして精神保健の専門家との連携が不可欠であると思われる。

西ノ岡中学校では、『子供に伝えたい自殺予防』の執筆者でもある阪中順子氏をアドバイザーに迎え、担任による下地づくりの授業（人権学習や人間関係づくりなど）を積み上げたうえで、体系的な自殺予防教育（「いのちの学習」）を展開している。事前に、教師向け、保護者

向けの自殺予防プログラムを実施したうえで、氏がゲストティーチャーとなって、生徒向け自殺予防プログラムを、3年生5クラスを対象に、2時間ずつクラス単位で実施している。プログラムの目的は、①自分を含めた身辺で、心配なことが起きた際の具体的な対処法を学ぶ、②専門機関や社会資源を知り、援助を求める行動について見識を広げる、③コミュニケーションの能力を伸ばす、という3点に置かれている（内容については、阪中、2015を参照）。

全校での実施を可能としている背景には、氏の10年間にわたる実践の効果が示されていることが大きい。例えば、「死にたいと思ったことがある」の項目に、「どちらかと言えばその通りだ」と答えるグレーゾーンに位置する女子生徒が希死念慮を抱く割合が、プログラムを実施しなかった年度と実施した年度で、3年生になると10%増加（11%⇒21%）と2%減少（12%⇒10%）と、大きな差がみられる（男子では顕著な変化がみられなかった）というエビデンスが示されている。西ノ岡中学校においても、プログラム実施前後のアンケートから、心の危機への認識や援助希求的態位の变化について検討し、エビデンスの蓄積を図っている。

また、教職員、保護者の共通理解を図るためには、学校長のリーダーシップ（自殺予防教育に対する揺るがぬ信念と教職員をまとめるマネジメント力）と、教職員の協働体制とが不可欠である。西ノ岡中学校では、学校長の提案を教職員間で議論したうえで合意形成し、外部の専門家（阪中氏）とコーディネーター役の養護教諭が中心となって綿密な打ち合わせを行い、取組を進めている。専門家による教師向け・保護者向け自殺予防プログラムの実施により、自殺予防の正しい理解を深めるとともに、教職員間で自殺予防教育の内容について議論し、さらに、教職員と専門家が連携して生徒の実態を踏まえたプログラム作成を行っている点に特徴がみられる。

プログラム実施にあたっては、教職員間で次のことが事前に確認され、実際の授業が行われる。

- ・事前アンケートを実施し、生徒に授業の目的を伝え、学習に向き合う姿勢をつくることを大切にする。
- ・配慮を要する生徒の情報の共有（最近の家族の他界や自殺未遂経験のある生徒、気になる家庭環境、最近の言動で気になる生徒、アンケートから配慮を要すると思われる生徒、など）。
- ・学級通信に「いのちの学習」を実施することを広報する。自殺予防プログラム実施前に、担任がそれぞれの言葉で学級通信（生徒・保護者に配布）を出す。
- ・事前事後の質問紙から浮かび上がった気になる生徒については、授業後に相談を受ける機会を設ける。
- ・授業には担任や養護教諭はもちろんのこと、他の授業に支障のない範囲で、生徒指導主任や学年の先生方が参加し、グループワークやロールプレイにも生徒とともに取り組む。

生徒の振り返りには、次のような感想が寄せられた。

- ・生きていくことに悩んでいる人には、アドバイスをするのではなく、一緒に考えることが大事だということを知った。
- ・自分が何か悩んだときは、隠そうとせずに勇気をもって友だちや家族などに打ち明けようと、この授業をきいて思いました。

2013, 2014年度とも、9割前後の生徒が、「いのちについて考えた」「少し考えた」と回答している。自殺予防の学習に向かう姿勢づくりに努めた教職員間、及び専門家との協働の成果と捉えることができる。

## (2) SCと連携した自殺予防教育：全市の小中学生を対象とした北九州市の取組

自殺予防教育は、発達段階を考慮し、生や死の問題について考えはじめる中学生・高校生を対象に行うものとして一般的には考えられている。しかし、北九州市では、「困難に直面した際に相談することの大切さは、可能な限り早い段階から子どもたちに伝えておきたい」という観点から、小学校高学年から実施可能なプログラムを開発し、全市的な取組を行っている。

小学生を対象とした場合、1時限(45分)の授業で実施され、早期の問題認識(心の健康)と援助希求の態度の育成が目標とされる。実施にあたっては、地域の実情を踏まえたプログラムを開発し、様々な対象への研修を続けながら、学校現場への導入が進められた。取組の過程で、三つの前提条件がどのようにクリアされてきたのか、という点について紹介したい。

第一に、関係者間の合意形成についてである。1995年のSC導入時から、市教育委員会と県臨床心理士会北九州支部会は連携関係にあったが、特に2000年以降、子どもの自殺を含む学校危機の際に臨床心理士チームが事後対応を担う体制整備と予防としての心理教育導入に市全体で取り組んできたことが基盤となっている。また、両者が個別に連携してきた市精神保健福祉センターが、2008年に市自殺対策連絡会の事務局となったことで、自殺対策における三者の連携・協働関係が開始された。2009年度に子どもを対象とした自殺予防教育の教材の協働開発が行われ、2012年度にかけて、市教委の管理職、生徒指導主事、保健主事、養護教諭、SC等を対象とした研修において、学校での実施に向けての合意形成と人材育成が図られた。

第二に、適切な内容についてであるが、心の危機のサインを理解する、危機に陥った際の自分自身や友人への関わり方を知る、地域の援助機関を知るという3点を含む中立的・標準的なものとして構想された(内容については、窪田他、2016を参照)。重要な点は、教材として作成されたリーフレットのみの配布は不可とし、必ず研修を受けた教師と可能であればSCと一緒に授業に取り組むことを義務づけたことである。

第三に、ハイリスクの子どもへのフォローアップについては、事前アンケート等で配慮すべき子どもを抽出し、授業の参加方法について個別に話し合ったり、授業中の様子や事後アンケートから配慮が必要だと思われる子どもに対してSCが個別ケアを行ったりするなどの体制を整えている。

人材育成のための教職員研修の重視と、SCの最大限の活用を図る体制の構築に大きな特徴がみられる。

## (3) 学校と保健機関とが連携した自殺予防教育：北海道保健福祉部の取組

北海道の保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課は、2012年から教育関係者向けゲートキーパー研修を開催し、2013年からは、学校と福祉の連携のもと自殺予防教育の実施をめざし、「教育関係者向け自殺対策意見交換会」(児童精神科医、臨床心理士、大学教員、教育委員会指導主事等)を設置して審議を重ねるとともに、教員対象の研修を継続的に行っている。1日研修は、①「子どもは死をどのように受け止めているか～子どもの死の概念～」(児童精神科医)、②「自殺予防教育の実践から～教員としてできること～」(教員・カウンセラー)、③「教員自身のメンタルヘルスを保つには～バーンアウトしないために～」(精神科医・大学教員)などの内容から構成されている。その後、研修を2日間にし、意見交換会の意見をもとに、ストレスマネジメント等も加え、実効性を高める工夫を行っている。

一方、広大な北海道における研修開催は交通や費用の点から容易でないことも考慮し、研修と並行して、教育関係者や地域の支援者に対し、自殺予防のための知識やスキルを「ムリ・ムダ・ムラ無く伝えるため」に、指導資料の作成も行っている。①手元におけるゲートキーパー手帳、②繰り返し視聴できるDVD、③研修手法等の虎の巻：研修手引書、の3点セットである。道内全ての小・中・高・特別支援学校、市町村などに配布し、普及啓発に務めている。

2014年度には、自殺予防ハンドブックとして、子ども向けの「大切なあなたに届けたい」「大切な友だちを守るために」、保護者向けの「かけがえのない子どもたちのために」を作成し、全道の教員・児童生徒・保護者に冊子で配布するとともに、HP上での動画配信を行っている。また、これらの冊子は研修を伴ってこそ効果があるとし、希望する学校において『『生きる取組』出前講座』が実施された。意見交換会委員の専門家が、中学、高校へゲストティーチャーとして出向き、教員研修とともに生徒向けの授業を行っている。地域の保健師も、顔の見える関係をつくるために一緒に参加している点に特徴がある。

一連の取組を可能にしたポイントとして、①意見交換会の委員を中心にした人のつながりが、広がり好循環を生んだこと、②多様な人間が知恵を出し合い、思い

切った企画を進めたこと、③「教えてもらう気持ちで、常に理解の途上にとどまり続ける」という姿勢をもつこと、の3点が挙げられる。担当者は、「様々な企画を謙虚に振り返り、何度も軌道修正したことで、徐々に現場のニーズに近づけたのではないかと振り返っている(今川, 2015)。

紹介した三つの取組の他にも、全市の小学校5年生～中学3年生を対象に、特別活動の時間に「いのちの支え合いを学ぶ授業」を実施しているさいたま市の取組、高校生に「いのちの大切さを実感させる」ことを目標に、実践研究校において、教員研修・保護者向け研修・生徒向け授業を体系的に進めている兵庫県教育委員会の「心のサポートシステム」の取組などが参考となる。

今後、学校と関係機関との連携・協働を一層進めるとともに、取組がもたらす副作用の可能性も視野に入れて効果検証を行い、エビデンスに基づくプログラムの改善

を継続的に進めることが課題である。

## 文 献

- 1) 新井肇・古谷大輔・阪中順子(2011) 教員の自殺予防に関する意識の現状 日本自殺予防学会第35回大会一般演題発表資料
- 2) 今川洋子(2015) 生きる取組～教育に携わる方々のために～ 公衆衛生情報9月号 日本公衆衛生協会 pp. 8-9
- 3) 窪田由紀編窪田由紀・シャルマ直美・長崎明子・田口寛子(2016) 学校における自殺予防教育の進め方 遠見書房
- 4) 文部科学省(2011) 平成22年度児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議審議のまとめ
- 5) 文部科学省(2014) 子供に伝えたい自殺予防—学校における自殺予防教育導入の手引き—
- 6) 阪中順子(2015) 学校現場から発信する子どもの自殺予防ガイドブック—いのちの危機と向き合って— 金剛出版

■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

# 自殺予防教育「子ども向け自殺予防プログラム」について

阪中 順子

四天王寺学園小学校中学校

## Suicide Prevention for Students in School

Junko Sakanaka

Shitennoji Gakuen Primary and Junior High School

### I. はじめに

2015年7月に起きた岩手県矢巾町の中2男子自殺報道では、学校に対するバッシングとともに、次のような記事もあった。悔やむ友だちの話として、春休み頃「いつもにこにこ明るく、死にたいと聞かされても、うそと思うしかなかった。気付いてあげられなかった」(朝日新聞 2015.7.19)。

また、4月に樫原市中学生自殺(2013)に関する報告書を提出した出口委員長は、「女子生徒は友人に苦しみを訴えていた。もし、学校と親が十分に連携をとっていたら、有効な対応ができ、自殺が防げたかもしれない」と述べ、再発防止対策として「自殺につながる生徒の変化についての情報を教師全体で共有、自殺の危険因子についての知識を持つことや、生徒・保護者を対象にした自殺予防教育の実践など」を提言している(産経新聞2015.5.3)。

これまで、子どもの自殺率の上昇傾向、子どもの死生観や希死念慮の実態、悩みを抱えても相談しにくい思春期の心理、それでも発せられる友だちへのSOSとその受け止めなどから、自殺予防教育の必要性が論じられてきた。「子ども向け自殺予防プログラム」を考えるにあたって、今年度の報道からも、子どもとともに教職員・保護者にも「自殺予防の正しい理解と知識」が求められていることを忘れてはならない。

### II. 自殺予防教育の全体像

これまで、自殺予防を念頭において実施した授業は、小学生から大学生と多岐にわたる。また、所要時間もその時々で異なり、1時間~10時間(核となる授業、下地作りの授業を含む)であった。下地づくりの授業と核となる授業との関係を図1に示した<sup>1)</sup>。

### III. 自殺予防教育の下地作りとなる授業

#### 1. 各教科等における自殺予防に関連する学習

各教科・領域において、教員自身の意図にかかわらず、自殺や死に対する事柄が浮かび上がり、その受け取り方や思いについて言及せざるを得ない場面に出会うことがあるのではないだろうか。その時の伝え方次第で、教員

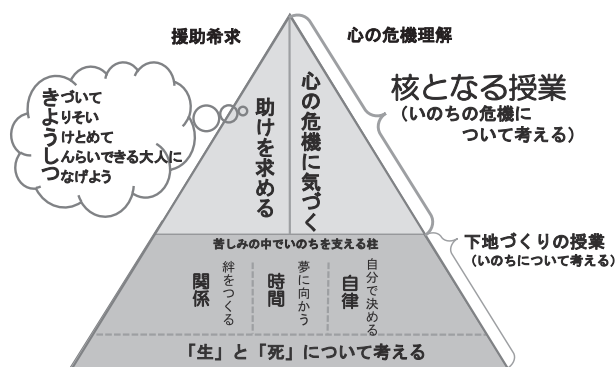


図1

の言葉が、自殺予防に繋がったり、反対に、自殺に関する間違った考えを抱かせたりするメッセージとして受け取られることになる。各教科において、あらかじめ自殺や死に関わる内容があるという認識を持って教材研究を行い、そこで自殺予防の正しい知識と理解を学ばせようと意識することができれば、自殺に関する誤解や偏見を少なくすることができるのではないかとと思われる。

表1

■特設授業での実施	総合的な学習 特別活動 学校特設科目
■教科の中での実施	
保健体育	(心の健康)
家庭科	(消費 債務)
国語	現代国語(自殺や死を題材にした文芸作品) 古典 (心中や切腹)
社会	公民, 現代社会 (労働・福祉・消費) 歴史 (戦争・切腹) 地理 (身近な地域の調査 (援助機関)) 倫理 (自己や社会について考える)
理科	生物 (生命の誕生, 死)
道徳	(生命の尊重)

表1は、中学校を中心に小学校や高校でも自殺に関連する内容が含まれていると思われる各教科等の分野を抽出したものである。これらを自殺予防教育の下地作りという視点からとらえ直し、学びを深めることには、大きな意味があると考えられる。

また、感情学習などを含む人権教育、ストレスマネジメント等の心理教育、キャリア教育なども自殺予防教育の基盤となるものである。アメリカやオーストラリアでは、健康教育の中で自殺予防教育が取り上げられている。日本でも、保健分野での取組が期待される。

## 2. 保健分野における自殺予防

中学保健体育の教科書<sup>2)</sup>では〈傷害の原因と防止〉で、10歳から14歳の死亡原因の円グラフが載せられ、交通事故死は8.1%、自殺は11.4%であることがわかる。しかし、交通事故防止に関する内容が4ページにわたるにもかかわらず、自殺防止に関しては一行もふれられていない。また、「心の健康」の単元はあるが、精神疾患についても小学校から高校まで、教科書での記載はみられない。このような課題はあるにしても、いのちに関わる事柄、ストレスに関すること、相談の大切さ、相談機関の紹介、思春期の心理など、自殺予防教育を行ううえで取り扱える項目が散見される。

これらの内容について、保健担当教員や養護教諭が、自殺予防の視点を含ませ、授業を行うことができたならば、外部講師や担任による特設のプログラムとともに、大きな効果を生むのではないと思われる。

## IV. 自殺予防教育の核となる授業の実際

次に、中高校生を対象にする核となる授業の2時間のプログラムの内容を紹介する。実際には、子どもや学校の実態に合わせて内容を柔軟に変更したり、下地となる学習内容を加えたりして工夫を重ねている。一つの取組例に過ぎないが、自殺予防プログラムを実施する際のたたき台として少しでも役立つことを願っている。

### 1. 核となる授業のめざすもの

自殺予防教育を進めるうえで、目指すべき目標は、「援助希求（助けを求める）」と「心の危機理解（心の危機に気づく）」の促進である。下地となる授業を土台に、①関係者の合意形成、②適切な教育内容、③ハイリスク生徒のフォローアップの前提条件<sup>2)</sup>をクリアしたうえで実施することが望まれる。

### 2. 懸念から自殺予防の正しい知識と理解へ

自殺予防教育の実施にあたって、様々な課題が起こってくる場合がある。例えば、事前調査で、「わざと自分の身体を刃物などで傷つけたことがある」「死にたいと思ったことがある」という項目を設けると、「ハイリスクな生徒を知り得ても、担任一人に対応する自信がない」などの懸念が出されることがあった。このような懸念自体が、生徒のことを考え、真剣に取り組もうとする証しであり、話し合いの中で、率直に言い合える雰囲気こそ大切にしたい。畏れを抱きながら取り組む姿勢の重要性を認識したうえで、どう懸念を払拭するかをともに考えることが、教職員自身の自殺予防の正しい理解と知識を培うことに繋がる。

子どもたちは決して寝ていないこと、ハイリスクな子

どもほど誤解に満ちたサイトなどを閲覧していることを再認識するとともに、ハイリスクな子どもへの対応のために、学校内外での連携を図ることが不可欠である。このような動きそのものが、学校システムを見直す機会となり、効果的な自殺予防に繋がっていくことになる。また、「普段の学校生活の様子」や「ハイリスクな生徒把握のためのアンケート結果」などを重ね合わせ、気になる生徒への共通理解を図ることが、自殺予防のみならず、問題行動の予防にも繋がると思われる。

### 3. 核となる授業の特徴

#### 1) 価値の押しつけを避ける

「いのちは大切」といった価値観を一方的に与えるのではなく、五感を通じていのちについて考えることをねらいとしている。正しいと自明視されているものとして価値観を示されると、自死遺児や自傷行為をしてしまう子どもたちは、「いのちを大切にできない親（自分）はダメな存在」と自らを責め、より一層自尊心を低めて、助けを求めることが難しくなってしまう。ひいては、生涯の自殺のリスクをより高めてしまう恐れがある。教員と生徒と一緒にいのちについて考えることを通して、生き辛さを抱えている生徒の気持ちに少しでも寄り添うことを念頭にプログラムを構想した。

#### 2) グループワークを重視する

自殺のキーワードは孤立であり、自殺予防の第一歩は「絆」である<sup>2)</sup>。授業方法としては、教員の一方的な知識伝達のスタイルではなく、教員と生徒、生徒同士が自殺予防について実感を伴いながら学び合う相互交流を重視している。子どもたちがグループワークやロールプレイなどの集団活動を伴う体験的学習を通じて、「いのち」について各自の自由な発想を出し合い、自分とは異なる思いや考え方にふれることが、多様性を認め合い、仲間との絆を深めることを可能にすると考えている。視覚に訴える絵本や映像、音楽などを使ったり、ゲストティーチャーを招いたり、関係機関にインタビューに行ったりしたこともある。

友だち同士だけでなく専門家や学校内外の様々な人たちとの直接的なふれ合いは、人とのつながりを実感することになると考え、できるだけ顔を見ながらコミュニケーションを行う機会を増やすように工夫した。

### 4. 核となる授業の実践内容

#### 1 限目「いのちの危機を乗り越えるために」

《目標》・心の危機（うつ状態・自殺）のサインを知る  
・心身が不調なときの対応を考える

《授業内容》

1) 生徒が、身近に感じられる、いのちの危機を乗り越えた人の例を出しながら、いのちの危機（心が折れるほど苦しい状態）は長い人生において、誰もが陥る可能性のあることを伝える。「いのちの危機（消えてしまいたいと思うなど）」に陥ったときの乗り越え方について、ペアワーク、グループワークを通じて考えさ

せる。

〈プチハッピー〉導入としてメンバーの入れ替わる2人組で小さな幸せ（プチハッピー）を収集させる。「私の幸せ（プチハッピー）は〇〇（しているとき）です。あなたのプチハッピーは何ですか？」と人ごとに違う幸せを話す。2分ほどで友だちのプチハッピーをたくさん知る体験をすることで、いろいろな小さな幸せが身近にあることに気づくことを目指す。

〈ブレインストーミング〉「危機の乗り越え方」を課題にグループで意見を出させる。生徒同士の相互の意見の連鎖から多様な発想を誘発させるグループワークである。「質より量」と、意見を数多く出すことを強調する。ゲーム感覚で周りの評価を恐れずに安心して意見を言い合えるように配慮する。

2) いのちの危機は心の病や様々なストレスなど複合的な要因から生じることを理解させ、危機のサインも知らせる。心の不調が長く続いた場合の心理的視野狭窄（唯一の解決策が自殺と思い込んでしまう）の状態をスライドで視覚的に示し、そんな状況においても、応援している人たちが大勢いること、人とのつながりの中で元気を取り戻せること、必ず解決策があることを伝える。

3) 悩みながら成長する思春期は落ち込むことがあっても不思議ではないが、生活に支障をきたすような心の不調には、「対人関係などにおいて安心できる環境」と、「身体の病気と同じように休養」が必要であることを認識させる。そのうえで、場合によってはカウンセリングや治療のため、相談や医療等の専門機関とつながる必要があることを理解させる。

## 2限目「いのちの危機を支え合うために」

《目標》・援助希求の重要性について体験的に学ぶ

- ・「きょうしつ」というキャッチフレーズを実践できるようにする
- ・身近で支えてくれるところを知る

《授業内容》

1) いのちの危機を打ち明けられることは身近でもあることを、データ（友だちに死にたいと言われた中高生の割合19.5% N=853）などを示して伝える。救いを求める友だちへの対応をロールプレイさせ、どのような対応がよいのか、体験を通して考えさせて実践につなげる。

〈ロールプレイ〉まず教師が「消えてしまいたい」と訴える生徒とその友だち役になりデモンストレーションをする。次に、生徒も役割を決めロールプレイを行う。「叱る・助言」「励ます」「感情を理解するために同じ言葉を繰り返す」などのパターンを役割を通して体験し、双方の気持ちを推し量ることができるようにする。

2) 援助希求のキャッチフレーズ「きょうしつ」（き：気づいて、よ：よりそい、う：受けとめて、し：信頼

できる大人・専門機関に、つ：つなげよう）を紹介し、救いを求める友だちへの適切な関わり方の定着を促す。

相談内容について秘密を守るマナーとともに、いのちの危機については『信頼できる大人につなぐ』ことの大切さを強調する。

3) 危機のときに支えてくれる人や機関の存在を知り、あきらめないで援助希求することの大切さを強調する。相談したい人が思い浮かばないときにも利用できるものとしても援助機関を伝える。可能であれば、援助機関にインタビューに行く生徒を募り、後日の学習とする。

〈インタビュー〉援助機関（医療機関や相談機関）では誰がどのように接してくれるのか、自分たちの近くに実際にどのような援助機関があるのか、どのような支援がなされるのか、を学んだ後、有志でインタビューに行く機会を設けた。専門機関を身近に感じることを目標に、質問項目も自分たちで考えさせ、文化祭でのポスター発表にも繋げた。

## V. 「未来を生き抜く力」を育む自殺予防教育

自殺予防教育に取り組むことは、子どもの自殺を一人でも少なくするにとどまらず、将来にわたって自殺を防ぐメンタルヘルスの基礎作りという意味を持っている。自殺予防教育は、暗く重いネガティブな問題に向き合うと同時に、いかに人が「生きる」かを考え、人生を前向きにとらえることに繋がるものである。その点において、学校における自殺予防教育は、「未来を生き抜く力」を育む教育と言い換えることができる。

## VI. フォローアップと課題

自殺予防教育のねらいの一つである「援助希求」の促進を図るとともに、授業後のフォローアップにつなげるために、授業後の振り返りのなかで、「自分や友だちのことについて、話をする必要はありますか」と尋ねている。「あります」と答えた中高生は8.3%であった（2014、2015年度に6校534人に調査）。このように「ある」と答えること自体が、その学年・担任が安心感のある学級・学年を作っている結果と考えることができる。

自殺予防教育を推進するにあたって、援助希求しにくい年代と言われている思春期の子どもたちが発するSOSを、学校をはじめ、家庭、地域がどのように受け止め、関わっていくのか、大人の姿勢が問われている。

## 文 献

- 1) 阪中順子：学校現場から発信する子どもの自殺予防ガイドブック。金剛出版、東京、2015
- 2) 戸田芳雄：新しい保健体育。東京書籍、東京、2015
- 3) 高橋祥友：自殺の危険（第3版）臨床的評価と危機介入。金剛出版、東京、2014



■特集 「子どもの自殺を予防せよ！」

## もし、自殺が起こったら ～学校における危機対応と支援のあり方～

野坂 祐子

大阪大学大学院

### The Crisis Response to Student Suicide

Sachiko Nosaka

*Graduate School of Human Sciences, Osaka University*

#### I. はじめに

##### ～生徒の自殺を経験した養護教諭は4人にひとり～

平成27年版自殺対策白書<sup>1)</sup>によると、平成25年における10代の死亡者のうち、自殺を死因とする割合は、10歳から14歳では病死に次いで第2位(91人)、15歳から19歳では第1位(455人)を占めている。同書では、自殺による子どもの死亡率が他の国に比べて高いことも指摘されており、若年層の自殺は深刻な状況にある。しかし、こうした公的な統計は、明らかに死因が自殺であると断定されたケースに限られ、事故死と判別しかねるような曖昧なケースは含まれないため、潜在的な自殺者数はさらに多いことが推察される。

養護教諭169人を対象に、学校での勤務経験のなかで生徒の自殺を体験したことがあるかを尋ねた調査<sup>2)</sup>では、在校中の生徒が自殺したという体験がある養護教諭は25%、中退あるいは卒業後の生徒の自殺を知った者は17%であった。回答した養護教諭の調査時点での勤務校は、高等学校が8割であり、生徒の自殺未遂を経験した者は46%に及んだ。これまでの勤務経験の中での体験であるため、直接的に自殺者数の多さを表すわけではないが、4人にひとりの養護教諭が在校中の生徒を自殺で失った経験をもつという事実から、どの学校でも、生徒の自殺は起こりうるものとして備えておく必要がある。

学校における自殺対応では、教職員や保護者の自殺も想定される。いずれも学校にとって危機的な事態であり、緊急介入が必要となるが、本稿では、生徒の自殺が起きた場合の危機対応と支援の留意点について述べる。

#### II. 緊急体制づくり

学校外で起きた生徒の死亡について連絡を受けたなら、学校危機の発生とみなし、校内の危機対応チームを起動し、迅速に情報収集と対応を開始する。あらかじめ各学校で作成された危機管理マニュアルに則り、危機のレベルに合わせたチームが編成されるが、管理職、主幹、当該学年主任、担任、養護教諭、スクールカウンセラー等が中心になることが多い(ほかに事務職員を含めることが望ましい)。チームにおける各教職員の役割は、学校

の規模や校務分掌に応じて異なるが(危機管理マニュアルに定めておく)、生徒の死因が自殺の可能性がある場合は、危機レベルが高い事案とみなし、緊急体制をつくる必要がある。

情報の確認のために、生徒の保護者から話を聞く際は、子どもを亡くした保護者の動揺やショックを理解し、その心情に寄り添いながら関わる姿勢が求められる。

学校内で起きた事故や自殺の場合は、すぐに救急車の要請と警察への連絡を行う。これらのやり取りはすべて時間と内容、対応者を明記した記録をとっておき、情報を管理しておかなければならない。

自殺の可能性があると判断されたときには、管理職から教育委員会に知らせる。危機直後から数日間は、外部の専門家による緊急支援チームの援助を受けられることも多い。また、マスコミからの問い合わせは教育委員会等で一本化し、遺族や在校生への取材の自粛要請も行う。

生徒の死が、自殺かどうか断定できない状況や自殺の理由や背景がはっきりしていないうちは、死に至った原因を安易に決めつけてはならない。遺族に対しては、担任と管理職が自宅に伺い、お悔やみの気持ちを伝えながら、学校での生徒間トラブルの有無等を確認するといった真摯な姿勢を示す。遺書の内容や生前の言動から、学校でのいじめが示唆された場合は、早急に校内での調査を実施し、事態の解明に取り組まなければならない。

教職員としても、生徒の突然の死は受け止めがたいものであり、激しい動揺や混乱のなかで危機対応にあたるのは非常に難しいことである。「まさか」「どうして」と信じられないような気持ちがしたり、なかには「恐れていたことが起きてしまった……」とリスクを防ぎきれなかったことへの無力感や自責感を抱いたりするものである。教員自身が衝撃を受けながらも緊急対応にあたることは容易ではないが、後述するセルフケアを行いながら、以下のような初期対応を進めていく必要がある。

#### III. 遺族へのケアと情報共有

子どもを失った遺族の心情を理解し、学校ができる支援を申し出ながら、家庭と学校での情報共有を図る。特に、死の事実をどのように学校内で伝達するか、その内

容や伝え方について、事前に遺族と話し合っておく。

通夜や葬式に他の生徒が参列することについても、事前に遺族の意向を確認しておく。遺族によっては、身内だけで静かに故人を見送りたいと考えたり、亡くなった子どもを思い出させる同級生の姿を見るのが忍びないと感じたりすることもあるからだ。また、いじめ等のトラブルの有無について確認できるまでは、学校側との接触を望まない遺族もいる。どのような状況であれ、子どもの死によって最も衝撃を受け、支援を要している人は遺族であることを念頭に置き、遺族との信頼関係を構築していく姿勢が求められる。

#### IV. 他の生徒及び保護者への伝達

遺族の了承を得たうえで、死の事実について他の生徒と保護者に伝達する。生徒には、学年集会や全校集会などの場で伝えるか、あるいは学級単位で教室にて説明すべきか、状況に合わせて伝達方法を検討する。いずれの場合も、亡くなった生徒が在籍した学級や学年に伝える際は、複数の教職員が見守り、その後の生徒の様子を観察する体制を整えておく。

保護者への伝達方法に関しても同様に、周囲への影響の大きさなどを考慮して、保護者会等の開催の必要性を検討する。

説明の際には、亡くなった事実と教職員の遺憾の意を伝えるが、自殺の手段等の詳細には触れない。また、その時点で不明な点は言及しない。学校として今回の出来事を大変残念に感じていること、そして他の生徒の心情を気にかけていることを伝え、後述する「悲嘆反応に関する心理教育」を行う。生徒がショックを受け、不安を覚えるのは当然のことであり、学校はそうした生徒の気持ちを理解しており、生徒をサポートする準備ができていと伝えるためである。

保護者への伝達では、事実の報告と心理教育に加え、家庭での子どもへの配慮を依頼する。保護者に対しても、学校はサポートを提供できることを伝え、家庭と学校が協力しながら危機を乗り越えたいという方針を共有する。

また、生徒と保護者には、マスコミからの取材には学校側の窓口が責任をもって応じることを説明する。

#### V. 生徒の悲嘆反応

だれでも予期しない死は受け入れがたいものであり、深い悲しみや喪失感がもたらされる。ショックに打ちめされる一方で、信じられない（信じたくない）という否認の心理が働き、現実感が伴わず、実感がわからないこともある。こうした感情や感覚の麻痺は、ショックを受けたときに生じやすい反応であるが、本人は「こんなときに悲しめない自分は冷たい人間だ」と罪悪感を抱いたり、他の人と気持ちを分かち合えずに孤立感を募らせたりしやすい。

また、情緒不安定になったり、悲しみや怒りの気持ち

がコントロールしにくくなり、涙が止まらないとかイライラしやすくなったりする。とくに、怒りの気持ちは生じやすく、「なんで死んでしまったのか」という故人に対する怒りや「どうして気づいてあげられなかったんだろう」といった自分自身に対する怒りを感じることが多い。こうした感情は、「私があの時、話を聴いてあげていれば……」といった自責感ともつながり、自殺の責任を強く感じて、抑うつ的になることもある。身近な人の喪失を経験したことで、死に対する恐怖や不安が高まることもある。

このような心理的反応は、不眠や頭痛・腹痛、倦怠感といった身体反応として表れやすく、集中力の低下や人との関わりを避けるといった行動面にも影響する。

これらは通常の喪失体験に伴う悲嘆（グリーフ）の反応とも共通する。老衰や予期された死別であっても、遺された人が気持ちを整理するのは容易ではない。それでも、時間の経過とともに、また身近な人と故人の思い出を共有しながら思い返すことで、徐々に現実を受け入れていくのが一般的である。

しかしながら、自殺による死別は、通常の死別と異なり、遺された人々に大きな衝撃を与え、外傷性悲嘆（トラウマティック・グリーフ）をもたらしやすい。トラウマとは、生命の危険に関わる体験をしたり、見聞きしたりすることでの強烈な衝撃を意味し、親しい人を自殺で失うこともトラウマ的な体験になりうる。外傷性悲嘆は、通常の悲嘆よりも長期にわたって深刻な症状がみられるのが特徴である。通常の悲嘆が、故人を思慕する時間を重ねることで気持ちが整理されていくのに対し、外傷性悲嘆の場合、死別体験そのものがトラウマ的なものであるため、思い出すたびに当時の恐怖や衝撃が蘇ってしまう。そのため、故人を哀悼することができないばかりか、自殺を見聞したときの衝撃的な場面がトラウマ記憶となって保持されてしまい、急に思い出したり（フラッシュバック）、自殺現場の近くに行けなくなったり（回避）、「自分のせいで自殺させてしまった」とか「自分だけがのうのうと生きるわけにはいけない」といった過度に自己否定的な考えにとらわれてしまうことがある。こうした外傷性悲嘆の症状があると、日常生活にも支障をきたすようになる。

#### VI. 悲嘆反応に関する心理教育

上述したような悲嘆反応や外傷性悲嘆反応は、自殺が起きた後に典型的にみられるものである。しかし、本人は「こんなふうを感じるのは自分だけだ」「自分がおかしくなってしまった」と感じていることが多い。また、保護者も子どもの情緒不安定や体調不良の訴えに対して、「このまま治らなかったらどうしよう」「すぐに病院を受診させるべきか」と不安を感じるものである。もちろん、保護者自身もショックを受け、落ちつかなくなったり、学校に対する不信感が高まったりすることがよくある。

こうした生徒や保護者の変調は、ショックな出来事の後一般的にみられるものであり、無理に気持ちを切り替えようとせずに、信頼できる教職員やスクールカウンセラーなどに相談するとよいことを伝える。悲嘆反応に関する説明と適切な対処法を紹介することを「心理教育」といい、危機対応において欠かせない支援である。

心理教育は、生徒の年齢や理解力に合わせて、簡易なプリントを配布しながら行うとよい。心理教育とともに、気持ちを鎮めるためのリラクゼーション法（息を長く吐く呼吸法やストレッチ）を練習するのも有効である。

## Ⅶ. 教職員の心情

生徒や保護者と同様に、教職員もまた生徒の死に対して強い悲嘆を感じている。悲嘆反応や外傷性悲嘆反応が生じるなかで、危機対応に追われ、教職員はより一層の疲労と疲弊に見舞われる。精神的なショックに加え、身体的な疲労も重なり、抑うつ的な心身症状が強まりやすい。

特に、亡くなった生徒の担任は、担任自身も悲嘆に暮れながら、遺族への対応も行い、さらに学級全体の運営や支援にもあたらねばならない。また、管理職もマスコミ対応など外部との交渉を担うことで、極度のストレスにさらされやすい。危機対応チームは、担任の精神的・物理的負担が軽減されるように配慮するとともに、チームの指揮をとる管理職の状態についても気を配ることが望まれる。

心身ともに疲弊すると、物事をネガティブに考えやすくなったり、孤立感や無力感を抱きやすくなったりする。こうなると、教職員同士がお互いに不信の念を向けたり、批判し合ったりして、職場の関係性や雰囲気が悪くなることもある。教師という仕事を選んだ人は、一般的に、責任感や仕事上の困難に対する自責感が強い傾向があると言われている。教職員の熱意がバーンアウト（燃え尽き）にならないように、教職員が自身の悲嘆反応やストレス反応を自覚し、同僚と助け合えるチームづくりをすることが求められる。当面は危機対応で多忙にならざるを得ないが、意識的に休憩を挟んだり、管理職が率先して帰宅時間を早めたりして、心身を休めることも重要である。こうした事態があると、休むことが「不謹慎」なように感じたり、罪悪感を覚えたりすることがあるが、こうしたネガティブな認知もストレスの影響であると自覚し、できるだけ健康を維持するように留意する。

こうした教職員の協力関係とセルフケアは、学校危機を乗り切るうえで欠かせないパワーとなるだけでなく、自分の悲嘆反応を理解し、お互いにサポートしあう教職員の姿勢が、生徒や保護者にとって「回復のためのよいモデル」ともなるのである。

## Ⅷ. 学級運営の留意点

亡くなった生徒の学級をはじめ、他の学級においても、当面は教室内が落ち着かなかつたり、欠席者が増えたり

することがある。学級全体への心理教育を行うとともに、しばらくは生徒の状態（集中力の低下など）に合わせて、授業の内容を平易なものにしたり、休憩を挟むといった工夫をしたりする必要があるかもしれない。原則的には、学校生活のルーティンを変えずに、生徒が通常の生活を取り戻していくのが望ましい。規則正しい生活を送ることは、悲嘆やトラウマからの回復を促すからである。

亡くなった生徒の机や持ち物などの扱いは、遺族の意向も聴きながら、学級の状態に合わせて判断することが多い。学期の区切りなどを機に片付ける場合もある。

危機的な出来事から時間が経過するにつれ、学級全体への対応から、個別対応に移っていく。自然に回復していく生徒が増えていく一方で、悲嘆反応が長引いたり、何らかのタイミングで状態が悪化したりする生徒もいる。もともと精神健康面でリスクが高い（例えば、自傷行為、欠席がち、不適応行動など）とみなされる生徒については、生徒の状態を十分に把握し、見守っていく必要がある。

## Ⅸ. 再発予防のための取組

### ～三次予防、そして再び一次予防の強化へ～

生徒の自殺による混乱が収束した後も、学校は引き続き中長期にわたる対応を続けていく。遺族に対しては、平素から心くばりをするのはもちろん、亡くなった生徒が在籍していた学年の進級や卒業の時期には、とりわけ配慮が必要である。卒業アルバムの扱いや学校で保管していた故人の持ち物の引き渡しなど、遺族の意向を尋ねながら対応の仕方を検討することが望まれる。

また、他の生徒への影響についてもアセスメントを継続し、同級生の死に対する気持ちの整理がついておらず、悲嘆反応が日常生活や学業等に支障をきたしているようであれば、まずは話をよく聴き、家庭との連絡を取りながら支援し、必要に応じて、スクールカウンセラーや外部の専門機関での相談や受診を勧める。生前の故人と仲がよく、部活などの活動を共にしていた場合は、通常の学校生活を送るだけで「前はあの子がいたのに……」という故人の不在を意識させられることが多い。何気ない場面がトラウマティックな喪失を思い出させるリマインダーとなるために、日常生活が苦痛なものになりやすい。こうした反応は、トラウマティックな喪失を経験した後にもみられやすいものである。遺された生徒のつらさを共感し、受容しつつ、こうした悲嘆反応はおかしなものではないということを再度、心理教育することが役に立つ。リスクが高いと判断された生徒は、進級等の担任の交代の際に申し送りを行い、情報を共有しておく。

さらに、学校全体で、自殺の再発防止に向けた具体的な取組を行っていく必要がある。学校の環境にリスクとなりうる要因がないかを確認し、高層階の窓や屋上への扉の確認や、薬品や刃物類の管理などを再確認することも大切である。また、より広い視点で生徒の安全について考えていくために、生徒の様々な生きづらさを理解し、

苦しさを抱えた生徒を支えられるような関係づくりや体制づくりを行うことが何より重要である。

こうした中長期的支援（三次予防）を継続することは、新たな危機の予防（一次予防）につながる。危機意識を持ち、それぞれの学校現場に合わせた危機管理体制を構築することで、より有効性の高い一次予防が講じられる。

継続的な支援や管理体制のためには、特定の教職員に負担が偏ったり、一部の教職員のみが情報や知識を有するのではなく、学校全体がチームとなって取り組む必要がある。校外の地域資源とのつながりも強化していく。

## X. おわりに

### ～死を防ぐのではなく、生を支える支援を～

生徒が自殺に至る理由や背景には様々なものがあり、一つの要因に限られるものではない。生徒の自殺を防ぐには、単に生徒の死を防ぐ視点ではなく、生を支えるた

めの包括的なアプローチが求められる。教職員に求められるのは、生徒の悩みを「取り去る」のではなく、むしろ生徒が「十分に悩めるように支援すること」である。日頃の対応や関係性こそが、生徒の“生”を守るセーフティネットになる。生徒の“生”を支え、“生”を育む日常的な取組が不可欠である。

## 文 献

- 1) 内閣府：平成27年版自殺対策白書。Available at : <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2015/pdf/gaiyou/index.html> Accessed December 4, 2015
- 2) 野坂祐子, 豊沢純子, 菊池美奈子ほか：中高生の自殺リスクに関する養護教諭の認知と経験—在籍中及び中退・卒業後の生徒の自殺に関するアンケート調査から—, 日本セーフティプロモーション学会誌 5 : 9-19, 2012

原 著

養護教諭の仕事関連ストレスと抑うつとの関連

中 澤 理 恵<sup>\*1</sup>, 朝 倉 隆 司<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>東京都立武蔵野北高等学校

<sup>\*2</sup>東京学芸大学教育学部

Relation between Work-Related Stressors and Depression in *Yogo* Teachers

Rie Nakazawa<sup>\*1</sup> Takashi Asakura<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup>*Tokyo Metropolitan Musashinokita High School*

<sup>\*2</sup>*Faculty of Education, Tokyo Gakugei University*

Purpose: This study was conducted to develop comprehensive scales for work-related stressors of *Yogo* teachers responsible primarily for school health, to examine their validity and reliability, and to clarify the structure of relations among demographic characteristics, work-related stressors, and depression by path analysis using these scales.

Methods: For 738 *Yogo* teachers working in Tokyo Metropolitan public elementary, junior, and senior high schools, we administered anonymous, self-report questionnaires assessing items including demographic characteristics, work-related characteristics, and depression measured using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). First, we performed exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis for 80 items of those 18 hypothetical stressor scales by responses obtained from 398 subjects. After verifying the construct validity and internal consistency of the scales, we developed work-related stressor scales for *Yogo* teachers. Furthermore, we produced a hypothesis model by multiple regression analysis after examining the relation among developed scales, demographic characteristics, and the CES-D scale. Finally, we revised the hypothesis model by path analysis to produce a model comprising significant paths.

Results: We developed “69 items of 16 scales work-related stressor scales” using exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis. Those scales comprised general work-related stressor scales, and stressor scales specific to *Yogo* teachers. Construct validity and internal consistency were generally acceptable in most scales. The final path model, by which the relevant structure among demographic characteristics, work-related stressor scales, and the CES-D scale was examined, showed that the CES-D scale was significantly related with “poor human relations/atmosphere in the workplace ( $\beta = .17$ ),” “poor mental compensation ( $\beta = .16$ ),” “ambiguous assignment ( $\beta = .15$ ),” “workload burden influencing work-life-balance ( $\beta = .17$ ),” and “insufficient technical support of medical health treatment ( $\beta = .13$ ).” Furthermore, significant relations were found between demographic characteristics and work-related stressor scales. That is, *Yogo* teachers who had a school counselor in school showed lower scores on scales of “poor human relations/atmosphere in the workplace” and “insufficient technical support of medical health care.” Those who had more personal connections showed lower scores of “poor mental compensation.” Based on the path model, the CES-D scale score was suggested to be increased as the score of stressor scales increased, as influenced by demographic characteristics.

Conclusions: We developed comprehensive scales for work-related stressors of *Yogo* teachers. Construct validity and internal consistency of the scales were proved to be generally acceptable. Based on path analysis, we clarified that the levels of depression were elevated as the work-related stressors developed, influenced by demographic characteristics.

Key words : *yogo* teacher, work-related stressors, depression, path-model, scale development

養護教諭, 仕事関連ストレス, 抑うつ, パスモデル, 尺度開発

I. はじめに

近年わが国では、教職員のメンタルヘルス不調が増加傾向にあり、メンタルヘルス対策の推進が喫緊の課題となっている<sup>1)</sup>。文部科学省<sup>2)</sup>によると、普段の仕事で「と

ても疲れる」と答えた教員は44.9%であり、一般企業の14.1%と比較すると約3倍もの高率であった。平成25年度の全国公立学校教員の精神疾患による病気休職者数は、5,078人であり、在職者に占める精神疾患の割合は0.55%と依然として高水準である<sup>3)</sup>。しかも、本研究の

調査対象とした東京都では、在職者に占める精神疾患の割合が0.92%<sup>4)</sup>と全国平均を上回っている。教職員が心身共に健康を維持し学校教育に携わることは、児童生徒に対する影響ならびに教職員自身のためにもきわめて重要であり、教職員のメンタルヘルス対策の推進は急務の課題である。こうした状況を鑑みて、文部科学省はメンタルヘルスの予防的取組として、「セルフケアの促進」、「ラインによるケア充実」、「業務の縮減・効率化等」、「相談体制等の充実」、「良好な職場環境・雰囲気醸成」と個人、組織、環境における対策を提示した<sup>1)</sup>。

教員の職種は、管理職、一般教諭、養護教諭などに分類され、教員のメンタルヘルスという場合、通常は大多数を占める一般教諭を想定しがちである。しかし、教員人口のわずか4%の養護教諭においても、メンタルヘルス不調は看過できない問題である。養護教諭は、平成20年の中央審議会答申<sup>5)</sup>において、学校保健活動の推進に当たって中核的な役割を果たしており、現代的な健康課題の解決に向けて重要な責務を担っていると明記された。したがって、重責を担う養護教諭が、児童生徒に対するより良い保健指導や保健管理、さらには学校運営の推進に貢献するには、養護教諭自身が精神健康を保持し勤務することが肝要である。ところが、その養護教諭の約9割弱が多忙感、約7割が仕事に対する困難感を抱いており<sup>6)</sup>、教員の種類別(校長、教頭、主任教諭、一般教諭、養護教諭、その他)では、養護教諭のバーンアウトの比率が最も高く<sup>7)</sup>、養護教諭の34.2%が抑うつ傾向にある<sup>8)</sup>と報告されている。文部科学省の統計<sup>9)</sup>によると、在職する養護教諭のうち精神疾患による休職者は0.26%であり、教諭等の0.62%に比べて低いが、休職に至らなくとも、バーンアウトや抑うつなどメンタルヘルスの不調が懸念される。今日、養護教諭においてもメンタルヘルス対策の推進は重要課題なのである。

さて、学校という職場において養護教諭のメンタルヘルス対策を講じるには、手がかりとして職務のどのような特性が精神健康に影響を及ぼすのか、を把握することが必須である。そのためには、まず養護教諭の職務の全体像を把握し、仕事に関連したストレッサーを包括的に捉える尺度が必要である。すなわち、仕事に普遍的に内在するストレッサー(仕事の一般的ストレッサー)と養護教諭という職種に特有なストレッサー(養護教諭特有のストレッサー)で構成された仕事関連ストレッサー尺度の開発が必要である<sup>9)</sup>。ちなみに、ストレッサーとは、ストレス反応を起こす外部環境からの刺激、人びとに不快や疲労をもたらす原因となる外的要因<sup>10)</sup>と定義されており、仕事に関連するストレッサーに対して、職業性ストレッサー、職務ストレッサー、仕事ストレッサーなど様々な用語が使用されている。本研究では、養護教諭の仕事に関連した一般的ストレッサー及び職種に特有なストレッサーの両方を含めたものを、養護教諭の仕事関連ストレッサーと命名した。

養護教諭の仕事関連のストレッサーに関する先行研究を検討したところ、一般的なストレッサーと養護教諭に特有なストレッサーの両方をカバーした包括的な尺度は見当たらない。また、養護教諭の仕事関連のストレッサーと抑うつとの関連を構造的に把握した研究も十分に行われていない。たとえば、既存の養護教諭の職務や働き方に関連したストレス研究では、主観的ストレスに関する研究<sup>11-15)</sup>がある。これらの研究では、「養護教諭に対する理解の乏しさ」、「他の教師と対等に扱われない」、「雑務が多くて本来の仕事ができない」、「1人職種の孤独感」、「職場の人間関係」、「救急看護・処置」、「児童・生徒に対する指導」、「仕事と家庭の両立」、「養護教諭の専門性に関わる問題」などの養護教諭の職務特性がストレッサーとして挙げられていた。しかし、これらのストレッサーと精神健康との関連は、統計的に十分検討されていない。

さらに、中西<sup>16)</sup>は、仕事の要求度や支援などKarasekのJob Content Questionnaireの日本語版22項目を中心に測定しており、養護教諭に特有なストレッサーは「教職員との関係」など数少なかった。廣瀬<sup>17)</sup>は、教師用ストレス尺度をもとに養護教諭ストレッサー尺度を作成しており、「児童・生徒の指導に関わる人間関係」、「校務分掌」、「管理職との人間関係」など教員特有のストレッサー項目が中心であり、仕事の一般的ストレッサーである量的負担や質的負担の把握が十分とは言えない。しかも、中西<sup>16)</sup>、廣瀬<sup>17)</sup>の研究では、GHQを用いて一般的健康状態を評価しており、抑うつ状態(抑うつ)に焦点をあてた関連性は論じられていない。

著者らが知る限りでは、武田<sup>8)</sup>が養護教諭の仕事のストレッサーと抑うつとの関連を検討し、「職場での役割葛藤」と抑うつとの関連を明らかにしていた。しかし、仕事のストレッサーのうち役割曖昧と量的負担は一般化された尺度を用いており、養護教諭の仕事の文脈に沿った仕事関連のストレッサーを捉えているとは言い難い。また、対象は小学校・中学校の養護教諭であり、高等学校の養護教諭は含まれていない。さらに、養護教諭複数配置<sup>18)</sup>や、スクールカウンセラー配置<sup>19)</sup>など最近の学校環境の変化も反映されていない。このように、養護教諭を対象に、抑うつと仕事関連のストレッサーとの関連について、養護教諭の学校内での立場を踏まえ、包括的に仕事関連のストレッサーを測定し、構造的な関連性を検討した研究は行われていないと言える。

そこで、本研究は養護教諭の精神健康の問題として抑うつに注目し、包括的な仕事関連のストレッサーとの関連を明らかにすることにした。抑うつは、CooperとMarshall<sup>20)</sup>やアメリカ産業安全保健研究所<sup>21)</sup>が提示したストレスモデルにおいて、ストレッサーにさらされた際に生じる代表的な精神的ストレス反応であり、うつ病の主症状だからである。しかも、うつ病は、東京都の教職員の精神疾患による病気休職者の中で大半を占めてお

り<sup>4)</sup>、メンタルヘルス対策が求められる精神疾患である。よって本研究の目的は、包括的な養護教諭の仕事関連のストレス尺度を開発し、妥当性と信頼性を検討すること。そのストレス尺度を用いて、基本的特性、仕事関連のストレスと抑うつとの関連を、パス解析により構造的に明らかにすることの2点である。

## II. 方 法

### 1. 調査対象と方法

調査は2011年1月から2月にかけて、東京都の公立小・中・高等学校に勤務する養護教諭を対象に、無記名自記式調査票を用いて実施した。小・中学校は、各地区の養護教諭の研究会代表者に調査趣旨を説明し、了解が得られた地区（小学校2市5区、中学校3市7区）を調査対象とした。高等学校は、全都立高等学校の養護教諭を対象とした研修会の際に調査の趣旨を説明し、全員の養護教諭を調査対象とした。調査票は、各学校の養護教諭宛てに郵送または各地区研究会時に配付し、回答後は、各自返信用封筒にて返送するよう依頼した。調査票を配付した738名のうち、398名から回答を得た。回収率は53.9%である。

なお、幼稚園、特別支援学校については、校種としての特徴が強く、養護教諭の仕事内容もより多様であること、また看護師の配置があるなど、職場環境が大きく異なるため、今回は対象に含めなかった。

倫理的配慮として、東京学芸大学研究倫理委員会の承認を得たうえで、調査票に調査の趣旨、プライバシーの保護、調査への協力は自由意志に基づくものであることを明記した。調査票への回答をもって、調査協力への同意とみなした。

### 2. 調査項目

#### 1) 基本的特性

年齢、養護教諭経験年数、勤務校の種類、勤務校の児童生徒数、年間保健室利用人数、養護教諭複数配置の有無、スクールカウンセラー配置の有無、職務に関するネットワークを尋ねた。

#### 2) 養護教諭の仕事関連ストレス尺度を構成する概念と作成過程

仕事の一般的ストレスと養護教諭特有のストレスからなる養護教諭の仕事関連ストレス尺度を開発するために18領域の概念で構成される80項目を作成した。その作成過程は、まず仕事の一般的ストレス尺度の項目を作成する概念枠組みとして、CooperとMarshall<sup>20)</sup>がストレスモデルの中で提示した五つのストレス領域を採用した。このモデルはストレスとバーンアウトとの関連について、ソーシャルワーカー、看護師、警察官、消防士など多様なサービス職を対象に広く用いられており、仕事と組織の両方のストレスをカバーしているからである<sup>21)</sup>。その概念は《職務に内在する特性（仕事の負担など）》、《組織内での役割に関連した特

性（役割の曖昧さなど）》、《職業キャリアに関する特性（昇進の機会など）》、《職場の人間関係・サポート（上司との関係など）》、《職場風土（職場内での意志決定への参加など）》である。それを基本構造としたうえで、仕事の一般的ストレスを調査した先行研究<sup>9)23-25)</sup>を参考に、11個の構成概念を選定した。すなわち「仕事の量的負担」、「仕事の質的負担」、「役割に対する不十分感」、「役割葛藤」、「役割曖昧性」、「人間関係の難しさ」、「職場風土」、「物理的な労働環境の問題」、「仕事と家庭の多重役割」、「ソーシャルサポートの不足」、「キャリアディベロップメントの機会の乏しさ」である。これらの構成概念には、パワーハラスメント<sup>26)27)</sup>などの職場の公正さや、ワーク・ライフ・バランス<sup>28-30)</sup>など、近年労働問題として注目されている職場環境の新しい事象が項目に含まれるよう考慮した。

次いで、上記の構成概念の過不足や修正の必要性の確認と、それらに含まれない養護教諭特有の仕事のストレスを加えるために、養護教諭経験年数10年以上の7名に対し半構造化面接を行い、養護教諭の職務の特性、ストレスについてインタビューを行った。その意見と養護教諭のストレス関係の先行研究<sup>7)8)11-17)</sup>をもとに、構成概念を検討した。そして、養護教諭に特有なストレスとして、最近の実務の観点から、いじめ、不登校、発達障害、アレルギー対応、薬物乱用など、現代的な子どもの健康課題の複雑化、深刻化<sup>5)</sup>などに伴う「子どもへの対応の難しさ」を、先行研究<sup>7)8)11-17)</sup>からは「学校保健に対する理解の乏しさ」を、新たに構成概念に加えた。

さらに全体の構成概念を再度吟味して、先の11個の構成概念に一般的ストレスとして「精神的報酬の乏しさ」を加えた。また、養護教諭の職務の文脈に適した概念にするため「人間関係の難しさ」は「子どもとの人間関係の難しさ」、「保護者との人間関係の難しさ」、「学校医との人間関係の難しさ」、「教職員との人間関係の難しさ」の四つに細分化し、前の三つは養護教諭の職務に特有なストレスに、最後の一つを一般的ストレスに分類した。同様に、一般的ストレスの「ソーシャルサポートの不足」を「一般的サポートの不足」と職務に特有な「学校保健に関する専門的サポートの不足」に区分した。「学校保健に関する専門的サポートの不足」は、養護教諭複数配置<sup>18)</sup>やスクールカウンセラー配置<sup>19)</sup>による最近の学校環境の変化の影響や、養護教諭の専門性に関わる概念が含まれると判断したからである。

この過程を経て、表1に示した合計18個の仮説的なストレスの構成概念を作成した。すなわち、一般的ストレスの構成概念は、「仕事の量的負担」、「仕事の質的負担」、「精神的報酬の乏しさ」など12個であり、養護教諭に特有なストレスの構成概念は、「子どもとの人間関係の難しさ」、「保護者との人間関係の難しさ」、「学校医との人間関係の難しさ」、「子どもへの対応の難

表1 養護教諭の仕事関連ストレッサーの仮説的な構成概念

分類	概念名	ストレッサーの概要	項目の例	項目数
一般的な ストレッサー	仕事の量的負担	仕事の量的側面からの過重負担	養護教諭の本務とは思えない仕事が多い 新たな仕事をやるよう求められることが多い	6個
	仕事の質的負担	仕事の質的側面からの過重負担	日常的に突発的な事故がいつ起こるか分からないため、 緊張を強いられる 専門的な知識や技術が必要な難しい仕事である	6個
	精神的報酬の乏しさ	仕事から得られる有用感や有意 味感などで、感じにくい場合の ストレッサー	自分の仕事は学校にとって重要な役割を担っている (R) 子どもや教員の役に立てたと思うことがある (R)	6個
	物理的な労働環 境の問題	騒音、振動、温度、換気、清潔 さなどの物理的な労働環境が悪い 場合のストレッサー	保健室の広さはちょうど良い (R) 保健室の位置は子どもが利用しやすい場所にある (R)	6個
	仕事と家庭の多 重役割	家庭や子どもをもちながら働く 負担	仕事と家庭のバランスをとるのが難しい 職場では家庭の事情を配慮してくれる (R)	5個
	役割に対する不 十分感	個人の技能や技術が今の仕事の 要件と合致していない場合のスト レッサー	自分の興味や技能、経験にあった仕事である (R) 自分の能力や才能は、仕事の上で活かされている (R)	6個
	役割葛藤	個人が組織のメンバーから相矛 盾する要求に晒されたり、多くの 仕事上の役割を分担させられた 場合のストレッサー	自分がやりたいことと、学校の方針が食い違っている 複数の人から違った指示を受けることがある	3個
	役割曖昧性	十分な情報が与えられていない のに仕事を遂行する場合や、何 が期待されているのかが明確で ない場合のストレッサー	自分が何をどこまですべきか、仕事の目的や目標が明確 でない 学校で自分に何が期待されているのか分からない	4個
	キャリアディベ ロプメントの機 会の乏しさ	昇進の機会が乏しい、期待する 地位につけない場合のストレッ サー	養護教諭のための研究会や、研修に参加する機会が少ない 昇進の機会が開かれている (R)	2個
	教職員との人間 関係の難しさ	同僚や管理職との関わりのスト レッサー	子どもの対応をめぐり、担任とうまくいかないことがある 同僚との人間関係が難しい	3個
一般的サポート の不足	必要な時に個人の身の回りに援 助や支えがない場合のストレッ サー	職場の中で困った時に相談にのってくれる人がいる (R) 適切な援助なしで、一人で職務を果たさなければならない	8個	
職場風土	職場での意志決定への参加や、 暖かい雰囲気などが満たされて いない場合のストレッサー	職場の雰囲気が悪い 職場では、パワーハラスメントやセクシャルハラスメン トはない (R)	8個	
養護教諭 に特有な ストレッ サー	子どもとの人間 関係の難しさ	子どもとの関わりの難しさのスト レッサー	子どもとの人間関係が難しい 子どもの支えになってやれないときがある	3個
	保護者との人間 関係の難しさ	保護者との関わりの難しさのスト レッサー	保護者から過剰な期待や要求をされることもある 対応が難しい保護者がいる	2個
	学校医との人間 関係の難しさ	学校医等との関わりの難しさの ストレッサー	学校医や学校歯科医、学校薬剤師との関係が難しい 学校医や学校歯科医、学校薬剤師は学校に協力的である (R)	2個
	子どもへの対応 の難しさ	多種多様な問題や深刻な問題を 抱えた子どもへの対応に関する ストレッサー	不登校や保健室登校など支援を要する子どもへの対応が 求められている 健康管理が必要な疾病のある子どもが多い	4個
	学校保健に対す る理解の乏しさ	教職員の学校保健や健康に対す る理解不足によるストレッサー	教職員は、学校保健についての理解・関心が低い 学校全体が子どもの健康に対する意識が低い	2個
	学校保健に関す る専門的サポ ートの不足	養護教諭の専門性に関わるサ ポート不足によるストレッサー	職場内に子どもの傷病時の判断や対応について相談でき る人がいない 職場内に子どものメンタルヘルスについて相談できる専 門家がない	4個

(R) は逆転項目である



しさ」,「学校保健に対する理解の乏しさ」,「学校保健に関する専門的サポートの不足」の6個となった。

これら18個の概念名は調査研究を開始するための仮説的な構成概念であり,最終的な分析結果の概念名とは必ずしも一致しない。また,質問項目を文章化するにあたり,仕事の一般的ストレスラーに関して,養護教諭の職務の文脈に沿った質問内容とし,養護教諭が自分の問題として回答しやすいよう工夫した。すなわち,仕事の一般的ストレスラーと養護教諭という職種に特有なストレスラーは,概念的には区別したが,いずれも調査項目は仕事関連の実態に即した表現にした。

さらに,作成した構成概念と調査項目の適合を10年以上の経験がある現職の養護教諭11名に検討してもらい,内容的妥当性の高い質問項目になるよう修正を加えた。

回答選択肢は,「全くそう思わない」から「とてもそう思う」までの4件法である。分析に際して,各項目は点数が高いほどストレスラーとして精神的負荷が強くなるように処理した。レンジは1~4である。

### 3) 抑うつ尺度

抑うつの自己評価尺度であるCenter for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) の日本語版を用いた<sup>31)</sup>。質問は,過去1週間の抑うつ状態にかかわる症状20項目について4件法で尋ね,0~3点の配点を行う。得点範囲は0~60点であり,合計得点が高いほど抑うつ状態が高いことを表す。CES-D日本語版の信頼性・妥当性は島ら<sup>31)</sup>によって確認されている。

## 3. 分析方法

まず,包括的な養護教諭の仕事関連のストレスラー尺度の妥当性と信頼性を検討するために,仮説的な構成概念のもとで作成した80項目に対し,主因子法,プロマックス回転による探索的因子分析を繰り返して行った。その過程で共通性が.25以下,因子負荷量が.30以下の項目を除き,因子の解釈が最も容易な構造となった固有値1.0以上の19因子を抽出した(Appendixを参照)。さらに,詳細は結果で述べるが,確認的因子分析の対象とする因子数を19因子から16因子に絞り込み,16因子構造の全体モデルの適合度と因子別モデルの適合度を検討した。その結果に基づき下位尺度を作成し, $\alpha$ 信頼性係数により尺度の信頼性を判断した。

測定モデルの適合度指標は,CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR (Standardized Root Mean square Residual) を取り上げた。CFIは1.0に近いほど良く,.95以上が良好と見なされている。RMSEAとSRMRは,.05以下が良好と判断され,.08以下は概ね良好と見なせる。これらの基準に照らして尺度の構成概念の妥当性を検討した。

さらに,基本的特性,養護教諭の仕事関連ストレスラー尺度と抑うつ尺度との関連性をパス解析により構造的に明らかにするために,重回帰分析を繰り返して仮

説的なパスモデルを作成した。養護教諭の仕事関連ストレスラー尺度はオリジナルなものであり,事前に想定すべき仮説モデルが存在しないからである。具体的には,まずCES-Dを目的変数,開発した仕事関連ストレスラー尺度と基本的特性(経験年数,学校種,児童生徒数,年間保健室利用人数,養護教諭人数,カウンセラーの有無,一人が保有するネットワーク数)を説明変数として重回帰分析を行い,有意なパスを特定した。次いで,有意な関連が見られた仕事関連ストレスラー尺度の各々を目的変数,基本的特性を説明変数とし重回帰分析を繰り返して,有意なパスを特定した。これらの結果から,基本的特性,仕事関連ストレスラー尺度とCES-Dとの関係を構造的に示すパスモデルの仮説を作図した。最終的に,AMOSでパス解析を行いこの仮説モデルを修正し,有意なパスで構成したモデルを提示した。

関連性を分析する際に,基本的特性の学校種別,児童生徒数,年間保健室利用人数,養護教諭人数,カウンセラーの有無は,ダミー変数を作成した。学校種別では『小学校』のカテゴリーを,児童生徒数では『生徒数400人未満』を,年間保健室利用人数では『1,000人未満』を,養護教諭人数では『養護教諭1人』を,カウンセラーの有無では『配置無し』をそれぞれ基準カテゴリー(0)とした。

これらの統計解析にあたり探索的因子分析と重回帰分析にはSPSS 19.0,確認的因子分析にはMplus 7.4,パス解析にはAmos 19を用いた。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 回答者の基本的特性

回答者の基本的特性を表2に示す。学校種は,小,中,高それぞれが3割程度で,スクールカウンセラーは,79.9%の学校で配置されており,養護教諭の複数配置は14.6%であった。勤務校の児童生徒数は,約半数が400人から800人規模であり,職務に関するネットワークは,「仕事を通して知り合った養護教諭の友だち」を有する人が82.9%と最も多く,次いで「市区町村や都の公的な養護教諭の研究団体」が77.4%であった。一人が保有するネットワーク数の平均は2.86個(標準偏差1.48)である。以後,一人が保有するネットワーク数を,ネットワーク保有数と表記する。

### 2. 養護教諭の仕事関連ストレスラー項目の因子分析

分析方法に示した手順に従い,養護教諭の仕事関連ストレスラー項目に対して探索的因子分析を繰り返して,因子抽出を行った。その過程で,「授業の準備や授業に追われる」や「養護教諭の友だちがいる」などの8項目を削除し,72項目19因子を抽出した(Appendixに示す)。

探索的因子分析で得られた19因子構造をもとに,16因子を最終的に確認的因子分析の対象とした。16因子とした過程は,まず,第19因子は「健康相談活動を行うのに適切な部屋がある」の1項目のみのため除外した。次い

表2 対象者の基本的特性

基本的特性	回答者数 (人) n = 398	%または平均 (標準偏差)
年代		
20歳代	56	14.1%
30歳代	93	23.4%
40歳代	124	31.1%
50歳代	108	27.1%
60歳代	15	3.8%
無回答	2	0.5%
経験年数		
1～5年目	65	16.3%
6～10年目	65	16.3%
11～20年目	85	21.4%
21～30年目	101	25.4%
31年目以上	79	19.8%
無回答	3	0.8%
学校種別		
小学校	143	35.9%
中学校	121	30.4%
高等学校	133	33.4%
無回答	1	0.25%
児童生徒数		
400人未満	157	39.4%
400～799人	184	46.2%
800人以上	54	13.6%
無回答	3	0.8%
現任校の養護教諭人数		
1人	336	84.4%
2人	58	14.6%
無回答	4	1.0%
スクールカウンセラー配置の有無		
ある	318	79.9%
ない	77	19.3%
無回答	3	0.8%
昨年の年間保健室利用人数		
1,000人未満	103	25.9%
1,000人～2,000人未満	121	30.3%
2,000人～3,000人未満	52	13.1%
3,000人以上	50	12.6%
保健室利用人数は不明	50	12.6%
無回答	22	5.5%
ネットワーク保有状況 (複数回答可)		
公的な養護教諭研究団体	308	77.4%
養護教諭の友だち	330	82.9%
教育相談など公的な団体	43	10.8%
個人で加入の全国や都道府県レベルの団体	87	21.9%
個人で加入している地域レベルの団体	38	9.5%
インターネット上の研究会など	4	1.0%
学会に所属	29	7.3%
保健所、大学などが主催している研修会	71	17.8%
教職員組合運営の団体	57	14.3%
養成機関が同じ友だち	160	40.2%
その他	13	3.3%
一人あたりのネットワーク保有数	398	2.86 (1.48)

で、 $a$ 係数を算出したところ第16因子は.48と低かったため除外した。さらに、第14因子と第18因子は内容が類似していること、因子相関が $r = .70$ と高かったことより、因子の弁別性が悪いので4項目からなる因子にまとめた。後に述べるが、このモデルはデータとの適合度は良好であった。よって、最終的に、69項目からなる16因子構造を確認的因子分析の対象とした。

次に、16因子相関モデルと因子ごとに確認的因子分析を行い、モデルとデータの適合を検証した後、下位尺度を作成した(表3)。まず、全てに回答した341人を分析対象とし、16因子相関モデルの確認的因子分析を行った。その結果、全体モデルの適合度は、CFI=.833, RMSEA=.042, SRMR=.065であり、CFIはやや低いもののRMSEAとSRMRは概ね良好であった。表3の全体モデルの因子負荷量をみると、D7とO3は.35を下回り、やや低い値ではあったものの、モデルを認識するために固定した項目を除けば、全ての因子負荷量は有意であった。

さらに、各因子別に確認的因子分析を行ったところ、個別モデルの因子負荷量は全体モデルとよく一致していた。表3に全体モデルの因子負荷量、ならびに個別モデルの因子負荷量、適合度指標、クロンバックの $a$ 信頼性係数、分析対象数を記した。各々の尺度名、項目数、項目の平均点(標準偏差)を以下に示す。「A. 職場の人間関係・雰囲気悪さ」(9項目, 2.21 (.50)), 「B. 精神的報酬の乏しさ」(8項目, 2.08 (.42)), 「C. 役割の曖昧さ」(7項目, 2.32 (.50)), 「D. 仕事上のサポートの乏しさ」(7項目, 2.22 (.50)), 「E. 質的負担」(4項目, 3.24 (.49)), 「F. 子どもとの人間関係の困難さ」(3項目, 2.28 (.58)), 「G. 量的負担」(5項目, 2.76 (.53)), 「H. 保健室の環境上の問題」(4項目, 2.30 (.58)), 「I. 教職員の学校保健に対する理解の乏しさ」(2項目, 2.54 (.70)), 「J. 研修の機会の少なさ」(2項目, 2.29 (.65)), 「K. 難しい問題を抱える子どもへの対応」(4項目, 2.81 (.52)), 「L. 学校医との関係の難しさ」(2項目, 2.14 (.61)), 「M. 保護者との関係の難しさ」(2項目, 2.79 (.64)), 「N. ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」(4項目, 2.44 (.57)), 「O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ」(3項目, 2.24 (.62)), 「P. 職場における配慮や公正さの乏しさ」(3項目, 2.36 (.53))である。

2項目または3項目で構成されたF, I, J, L, M, O, Pの適合度は項目数が少ないため、それぞれ丁度適合モデル、過少識別モデルとなったが、その他の尺度は適合度の判断基準(CFI $\geq$ .95, RMSEA $\leq$ .05, SRMR $\leq$ .05)に照らせば、概ね良好といえる。ちなみに、丁度適合モデルは、方程式により本サンプルに完全に適合した因子負荷量が得られるモデルであり、過少識別モデルは、観測値による方程式の数よりも推定する母数の数が多いため、制約を加えなければ識別できないモデルである<sup>32)</sup>。

クロンバックの $a$ 係数は、H, K, L, N, O, Pの尺度は.51~.65と低めではあるが、H, K, L, Oはインタビューで指摘があった養護教諭の職務に関わる重要な特性であること、Nは先行研究<sup>8)16)</sup>でも取り上げられており、さらに労働環境の向上において重要な特性であること、Pは近年の日本社会で問題視されているパワーハラスメント<sup>26)</sup>やセクシャルハラスメント<sup>27)</sup>を含む内容であったため、後の分析にも用いることにした。それ以外は.71~.86であり、概ね良好であった。

AからPの16尺度の相関を検討したところ、「A. 職場の人間関係・雰囲気悪さ」と「C. 役割の曖昧さ」( $r = .62$ ), 「D. 仕事上のサポートの乏しさ」( $r = .52$ )等において中程度の相関が認められたものの、多くの相関は有意だが強い相関ではなかった( $r = .02 \sim .62$ )。

### 3. 抑うつ反応(CES-D得点)

CES-Dの項目全てに回答のあった368人の得点を分析対象とした。平均値(標準偏差)は13.1(8.3)、 $a$ 係数は.88であった。CES-Dと全ての仕事関連ストレス尺度の単相関を検討したところ、「K. 難しい問題を抱える子どもへの対応」( $r = .091$ )を除いた全ての尺度と有意な関連が認められた( $r = .14 \sim .41$ )。

### 4. 基本的特性、仕事関連ストレス尺度とCES-D得点との関連

#### 1) 基本的特性とCES-Dとの関連

基本的特性と抑うつとの関連を明らかにするため、CES-D得点を目的変数、基本的特性を説明変数とした重回帰分析を行った(表4のCES-Dモデル1)。なお、文章中では、ストレス尺度を「」で、基本的特性あるいはそのカテゴリーを『』で表す。

CES-D得点と有意な関係が認められた基本的特性は、年間保健室利用人数の『3,000人以上』( $\beta = .142$ ,  $p < .05$ )、ならびに『不明または無回答』( $\beta = .150$ ,  $p < .05$ )であった。経験年数や学校種等の基本的特性はCES-D得点と有意な関連は見られなかった。

#### 2) 基本的特性、仕事関連ストレス尺度とCES-D得点との関連

仕事関連ストレス尺度のうちK尺度を除き全てがCES-Dと有意に関連していたが、ここでCES-Dとの関連を分析するに先立ち、表4に示した基本的特性を調整した上でもCES-Dと関連が認められるか、重回帰分析により検討した。その結果、K尺度を含め16尺度全てと有意な関連が確認できた。今回開発した尺度は、背景要因を統御すると、単独では全て抑うつと関連していることから、全てストレスであると思なせた。ちなみに、最も小さな標準偏回帰係数( $\beta$ )は「L. 学校医との関係の難しさ」( $\beta = .112$ ,  $p < .05$ )であり、最も大きいのは「C. 役割の曖昧さ」( $\beta = .459$ ,  $p < .05$ )であった。

CES-D得点を目的変数、仕事関連ストレス尺度(16尺度)と基本的特性を説明変数として重回帰分析を行った(表4のCES-Dモデル2)。その結果、CES-D得

表3 養護教諭の仕事関連ストレス項目における確認的因子分析の結果

因子名と項目	全体モデルの因子負荷量 (標準化解) <sup>a)</sup> (n = 341)	個別モデルの因子負荷量 (標準化解)と適合度指標, 信頼性係数, 分析対象者数(n)
<b>A. 職場の人間関係・雰囲気の悪さ</b>		
A1. 職場の雰囲気が悪い	.71 <sup>1)</sup>	.75 <sup>1)</sup>
A2. 自分の仕事について認めてくれない管理職や同僚がいる	.73	.74
A3. 同僚との人間関係が難しい	.66	.68
A4. 職場の中で自由に意見を述べるができない	.69	.65
A5. 一般教諭は養護教諭の地位を低く見ている	.62	.64
A6. 自分がやりたいことと, 学校の方針が, 食い違っている	.63	.59
A7. 管理職との人間関係が難しい	.58	.57
A8. 子どもの対応をめくり, 担任とうまくいかないことがある	.50	.50
A9. 支援が必要な子どもには, 教員がチームを組み協力しあっている (R)	.51	.47
誤差相関		
e6-e7	.27	.26
e3-e7	.27	.25
e3-e8	.29	.27
<b>B. 精神的報酬の乏しさ</b>		
B1. 自分の仕事は学校にとって重要な役割を担っている (R)	.76 <sup>1)</sup>	.73 <sup>1)</sup>
B2. 子どもや教員の役に立てたと思うことがある (R)	.72	.72
B3. 仕事をとおして達成感や成功感を感じている (R)	.58	.70
B4. 今の仕事から学ぶことが多く, 成長につながる (R)	.58	.62
B5. 自らの実践に対して自信もっている (R)	.62	.60
B6. 子どもや保護者から感謝されることがある (R)	.57	.58
B7. 自分の能力や才能は, 仕事の上で活かされている (R)	.56	.57
B8. 自分の興味や技能, 経験にあった仕事である (R)	.41	.49
誤差相関		
e3-e4	.31	.30
e2-e6	.38	.37
<b>C. 役割の曖昧さ</b>		
C1. 自分が何をどこまですべきか, 仕事の目的や目標が明確でない	.73 <sup>1)</sup>	.78 <sup>1)</sup>
C2. 職場での自分の役割がはっきりしない	.78	.80
C3. 学校で自分に何が期待されているのか分からない	.69	.64
C4. 複数の人から違った指示を受けることがある	.55	.58
C5. 一人職種 (少人数職種) のため, 孤独感, 孤立感を感じる	.66	.59
C6. 職場での自分の仕事の責任範囲がはっきりしている (R)	.50	.54
C7. 自分で納得のいく処置や対応ができない時がある	.43	.44
誤差相関		
e2-e3	.31	.37
<b>D. 仕事上のサポートの乏しさ</b>		
D1. 職場の中で, 困った時に, 相談にのってくれる人がある (R)	.83 <sup>1)</sup>	.86 <sup>1)</sup>
D2. 職場の中で信頼できる人がある (R)	.76	.78
D3. 仕事の負担が大きい時, 仕事を手伝ってくれる人がある (R)	.68	.68
D4. 所属する分掌内の協力体制はよい (R)	.65	.64
D5. 職場内外問わず, 落ち込んでいる時励ましてくれる人がある (R)	.57	.57
D6. 適切な援助なしで, 一人で職務を果たさなければならない	.48	.43
D7. 外部専門家とのつながりがあり, 困った時に相談することができる (R)	.34	.33
誤差相関		
e1-e4	-.44	-.48
e4-e5	-.39	-.38
<b>E. 質的負担</b>		
E1. 専門的な知識や技術が必要な難しい仕事である	.64 <sup>1)</sup>	.70 <sup>1)</sup>
E2. 日常的に突発的な事故がいつ起こるか分からないため緊張を強いられる	.68	.68
E3. 職務上の責任が重くなりすぎている	.76	.69
E4. 緊急時にはミスが許されない仕事である	.47	.44
<b>F. 子どもとの人間関係の困難さ</b>		
F1. 子どもから過剰な期待や要求をされることがある	.82 <sup>1)</sup>	.78 <sup>1)</sup>
F2. 子どもとの人間関係が難しい	.78	.77
F3. 子どもの支えになってやれない時がある	.60	.58

CFI = .989,  
RMSEA = .033,  
SRMR = .027,  
α 係数 = .86, n = 385

CFI = .968,  
RMSEA = .061,  
SRMR = .037,  
α 係数 = .84, n = 385

CFI = .989,  
RMSEA = .041,  
SRMR = .026,  
α 係数 = .82, n = 389

CFI = .955,  
RMSEA = .081,  
SRMR = .038,  
α 係数 = .79, n = 392

CFI = .997,  
RMSEA = .035,  
SRMR = .014,  
α 係数 = .72, n = 392

丁度適合モデル<sup>2)</sup>  
α 係数 = .75, n = 394

因子名と項目	全体モデルの因子負荷量 (標準化解) <sup>a)</sup> (n = 341)	個別モデルの因子負荷量 (標準化解)と適合度指標, 信頼性係数, 分析対象者数(n)
<b>G. 量的負担</b>		
G1. 自分の能力や経験を越えた仕事をしなければならない	.68 <sup>1)</sup>	.72 <sup>1)</sup>
G2. 責任のある重要な仕事をいくつも同時にこなすことが求められる	.78	.75
G3. 新たな仕事をやるよう求められることが多い	.66	.73
G4. 養護教諭の本務とは思えない仕事が多い	.44	.44
G5. 保健室を空けることが難しいので, 出張や休暇を取りにくい	.47	.40
<b>H. 保健室の環境上の問題</b>		
H1. 採光, 通気, 空調など環境の良い保健室である (R)	.76 <sup>1)</sup>	.81 <sup>1)</sup>
H2. 保健室の位置は子どもが利用しやすい場所にある (R)	.63	.60
H3. 保健室の広さはちょうど良い (R)	.46	.45
H4. 老朽化した保健室のため, 清潔さに乏しい	.45	.42
<b>I. 教職員の学校保健に対する理解の乏しさ</b>		
I1. 学校全体が子どもの健康に対する意識が低い	.82 <sup>1)</sup>	過少識別モデル <sup>3)</sup>
I2. 教職員は, 学校保健についての理解・関心が低い	.88	$\alpha$ 係数 = .83, n = 396
<b>J. 研修の機会の少なさ</b>		
J1. 養護教諭のための研究会や, 研修に参加する機会が少ない	.71 <sup>1)</sup>	過少識別モデル <sup>3)</sup>
J2. 養護教諭どうしの情報を共有しあえる機会が少ない	.76	$\alpha$ 係数 = 0.71, n = 396
<b>K. 難しい問題を抱える子どもへの対応</b>		
K1. かかっている子どもの問題が深刻で解決することが難しい	.66 <sup>1)</sup>	.65 <sup>1)</sup>
K2. 一度に複数の子どもが来室し, 対処しきれない	.58	.57
K3. 健康管理が必要な疾病のある子どもが多い	.52	.52
K4. 不登校や保健室登校など支援を要する子どもへの対応が求められている	.36	.43
<b>L. 学校医との関係の難しさ</b>		
L1. 学校医や学校歯科医, 学校薬剤師は学校に協力的である (R)	.52 <sup>1)</sup>	過少識別モデル <sup>3)</sup>
L2. 学校医や学校歯科医, 学校薬剤師との関係が難しい	.85	$\alpha$ 係数 = .61, n = 394
<b>M. 保護者との関係の難しさ</b>		
M1. 対応が難しい保護者がいる	.68 <sup>1)</sup>	過少識別モデル <sup>3)</sup>
M2. 保護者から過剰な期待や要求をされることがある	.84	$\alpha$ 係数 = .71, n = 396
<b>N. ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担</b>		
N1. 時間外労働や休業日の出勤, 仕事の持ち帰りが多い	.51 <sup>1)</sup>	.59 <sup>1)</sup>
N2. 期限が迫られる仕事が多い	.66	.56
N3. 仕事と家庭のバランスをとるのが難しい	.53	.51
N4. 自宅から職場までの通勤時間が長い	.36	.47
誤差相関 e1-e4	-.13	-.33
<b>O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ</b>		
O1. 職場内に子どものメンタルヘルスについて相談できる専門家 がいない	.56 <sup>1)</sup>	.71 <sup>1)</sup>
O2. 職場内に子どもの傷病時の判断や対応について相談できる人 がいない	.72	.60
O3. 職場の近くに医療機関が少ない	.30	.33
<b>P. 職場における配慮や公正さの乏しさ (n = 397)</b>		
P1. 職場では家庭の事情を配慮してくれる (R)	.59 <sup>1)</sup>	.70 <sup>1)</sup>
P2. 職場では, パワーハラスメントやセクシャルハラスメントは ない (R)	.60	.51
P3. 昇進の機会が開かれている (R)	.38	.34

確認的因子分析は, Mplusにより, 推定法はロバスト最尤法を用い, リスト単位で不明を削除して行った. (R) は逆転項目であり, 質問項目の得点は, ストレッサーが強まる方向で数値が高くなるように揃えた.

<sup>a)</sup>全体モデルの適合度は, CFI = .833, RMSEA = .042, SRMR = .065であった. 修正指標を参考に, 表中の誤差相関に加えて, 因子を跨ぐD6とO2の間に誤差相関を設定し, モデルを若干修正した. 相関係数は, .37であった.

<sup>1)</sup>全体モデル, 個別モデルともにモデルを識別するために, 当該の項目の因子負荷を1.0に固定した.

<sup>2)</sup>丁度適合モデル (just identified model) であり, 因子負荷量が本サンプルデータに完全に適合したモデルである.

<sup>3)</sup>過少識別モデル (under-identified model) では, 観測値による方程式の数よりも推定する母数の数が多いため, 制約を加えなければ単独でモデルを識別できない. そのため, 全体モデルの因子負荷量のみを示した. なお, I, Jの因子では因子負荷量の等値制約が可能だが, LとMでは二つの因子負荷量に有意差が認められる.

点と有意な関係が認められた仕事関連ストレス尺度は, 「A. 職場の人間関係・雰囲気悪さ」( $\beta = .169$ ,  $p < .05$ ), 「B. 精神的報酬の乏しさ」( $\beta = .140$ ,  $p < .05$ ), 「C. 役割の曖昧さ」( $\beta = .185$ ,  $p < .05$ ),

「N. ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」( $\beta = .209$ ,  $p < .001$ ), 「O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ」( $\beta = .163$ ,  $p < .01$ ), の5尺度であった. また, 基本的特性では, 年間の保健室利用人数

表4 重回帰分析による養護教諭の仕事関連ストレス尺度、基本的特性とCES-D得点の関連

分析に用いた説明変数	CES-D <sup>1)</sup>	CES-D
	モデル 1 <sup>2)</sup>	モデル 2 <sup>3)</sup>
	$\beta$	$\beta$
	n = 361	n = 318
〈基本的特性〉		
経験年数	-.099	-.001
学校種別 <sup>4)</sup>		
小学校 (基準カテゴリー)		
中学校	.053	.023
高等学校	.069	.104
児童生徒数 <sup>4)</sup>		
生徒数400人未満 (基準カテゴリー)		
生徒数400~800人未満	.004	-.049
生徒数800人以上	.029	-.055
年間保健室利用人数 <sup>4)</sup>		
1,000人未満 (基準カテゴリー)		
1,000~2,000人未満	.048	.048
2,000~3,000人未満	.004	-.035
3,000人以上	.142*	.140*
不明・無回答	.150*	.109
養護教諭人数 <sup>4)</sup>		
1人 (基準カテゴリー)		
2人	.043	.030
カウンセラーの有無 <sup>4)</sup>		
無し (基準カテゴリー)		
有り	.033	.124
ネットワーク保有数	-.063	.023
〈養護教諭の仕事関連ストレス尺度〉		
A. 職場の人間関係・雰囲気悪さ		.169*
B. 精神的報酬の乏しさ		.140*
C. 役割の曖昧さ		.185*
D. 仕事上のサポートの乏しさ		.056
E. 質的負担		.073
F. 子どもとの人間関係の困難さ		.040
G. 量的負担		-.088
H. 保健室の環境上の問題		-.064
I. 教職員の学校保健に対する理解の乏しさ		-.114
J. 研修の機会の少なさ		.083
K. 難しい問題を抱える子どもへの対応		-.016
L. 学校医との関係の難しさ		-.016
M. 保護者との関係の難しさ		-.038
N. ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担		.209***
O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ		.163**
P. 職場における配慮や公正さの乏しさ		.012
調整済みR <sup>2</sup>	.025*	.272***
	F (12, 360) = 1.78	F (28, 317) = 5.24

$\beta$ は標準化回帰係数である。\*\*\* p < .001, \*\* p < .01, \* p < .05

<sup>1)</sup>表中のCES-Dはthe Center for Epidemiologic Studies Depression Scaleである。

<sup>2)</sup>説明変数に基本的特性を用いた。

<sup>3)</sup>説明変数に基本的特性及び養護教諭の仕事関連ストレス尺度を用いた

<sup>4)</sup>ダミー変数を作成した。

『3,000人以上』 ( $\beta = .140, p < .05$ ) のみで有意な関連がみられた。

### 3) 基本的特性と仕事関連ストレス尺度との関連

CES-D得点と有意な関連が認められた五つの仕事関連ストレス尺度 (A, B, C, N, O) と基本的特性との関連を明らかにして、パスモデルの仮説を作成するために、基本的特性を説明変数とし、五つのストレス尺度をそれぞれ目的変数とした重回帰分析を行った (表5)。ちなみに、尺度を絞ったのは、直接CES-D得点を説明可能なパスモデルを生成するためである。

表5より『経験年数』は、「A. 職場の人間関係・雰囲気」の悪さ ( $\beta = -.117, p < .05$ )、「C. 役割の曖昧さ」 ( $\beta = -.442, p < .001$ ) と関連がみられた。また、学校種別の『高校』、児童生徒数の『800人以上』、年間保健室利用人数の『2,000人～3,000人未満』以上のカテゴリーでは、「N. ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」と関連がみられた (順に  $\beta = -.189, p < .05$ ;  $\beta = .184, p < .01$ ;  $\beta = .117 \sim .124, p < .05$ )。『養護教諭人数』は、「A. 職場の人間関係・雰囲気」の悪さ ( $\beta = .125, p < .05$ )、「O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ」 ( $\beta = -.142, p < .01$ ) と関連がみられ、『カウンセラーの有無』は、「A. 職場の人間

間関係・雰囲気」の悪さ ( $\beta = -.149, p < .05$ )、「C. 役割の曖昧さ」 ( $\beta = -.170, p < .01$ )、「O. 保健医療の専門的サポートの乏しさ」 ( $\beta = -.308, p < .001$ ) と関連がみられた。さらに『ネットワーク保有数』は、「B. 精神的報酬の乏しさ」 ( $\beta = -.175, p < .01$ )、「C. 役割の曖昧さ」 ( $\beta = -.151, p < .001$ ) と関連がみられた。

### 4) 基本的特性と仕事関連ストレス尺度でCES-D得点を説明するパスモデルの検討

以上の1) から3) で認められた有意な変数間の関連を構造的に捉える仮説モデルを作成した。その後、このモデルをAMOSによるパス解析で検証し、図1のパスモデルが作成できた。このパスモデルの適合度は、CFI = .968, RMSEA = .035, SRMR = .055であり、適合度の判断基準 (CFI  $\geq$  .95, RMSEA  $\leq$  .05, SRMR  $\leq$  .05) に照らせば、良好といえる。

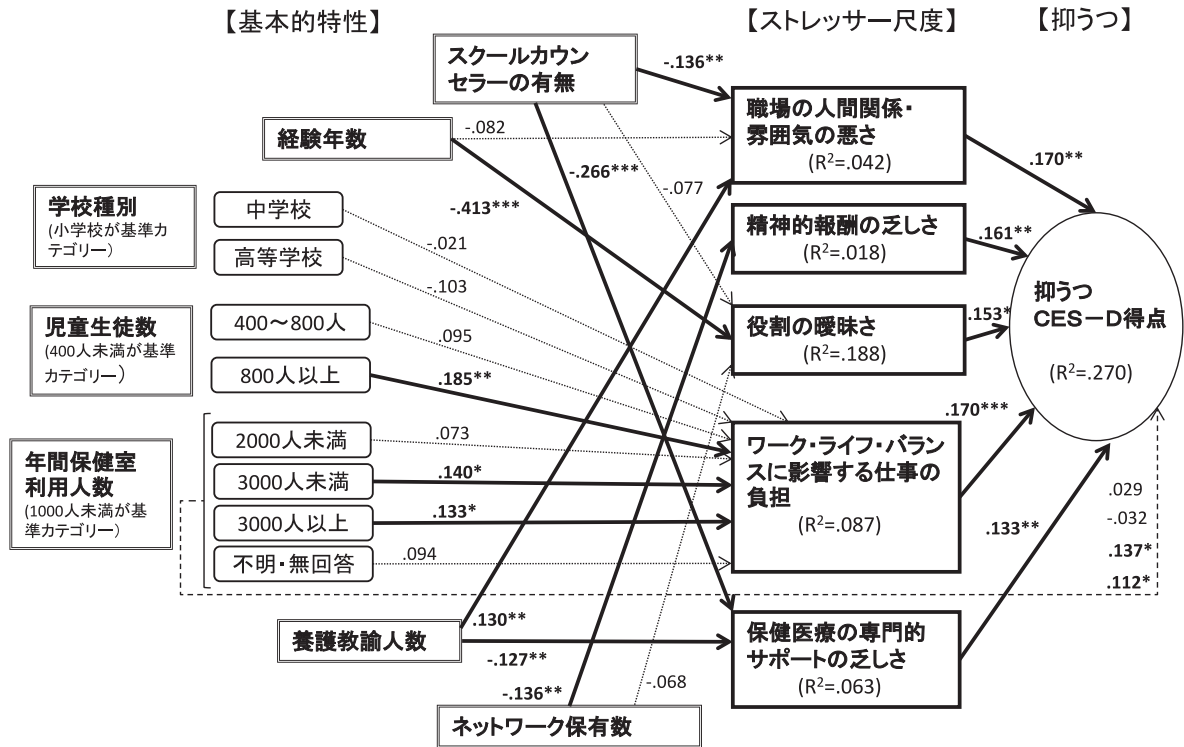
パス図に従って有意な関連が認められたパスを具体的に見ていく。まず、CES-D得点と直接的な関連を示すパスが認められたのは五つのストレス尺度と年間保健室利用人数が『3,000人以上』と『不明・無回答』であった。これは年間保健室利用人数の『不明・無回答』以外は重回帰分析の結果 (表4のCES-Dモデル2) と一致し

表5 CES-D尺度と有意な関連が見られた養護教諭の仕事関連ストレス尺度と基本的特性との関連

		A	B	C	N	O
		職場の人間関係・雰囲気 の悪さ	精神的報酬 の乏しさ	役割の曖昧 さ	ワーク・ライフ・ バランス に影響する仕 事の負担	保健医療の 専門的サ ポートの乏 しさ
		$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$	$\beta$
経験年数		-.117*	-.064	-.442***	-.019	-.035
学校種別 <sup>1)</sup>	小学校 (基準カテゴリー)					
	中学校	.079	.072	.098	-.042	.056
	高等学校	.031	.018	-.071	-.189*	.001
児童生徒数 <sup>1)</sup>	生徒数400人未満 (基準カテゴリー)					
	生徒数400～800人未満	-.020	-.049	-.003	.113	.032
	生徒数800人以上	.052	.069	.076	.184**	.051
年間保健室利用人数 <sup>1)</sup>	1,000人未満 (基準カテゴリー)					
	1,000～2,000人未満	-.002	-.019	.039	.071	.024
	2,000～3,000人未満	.035	.030	.054	.117*	-.052
	3,000人以上	-.012	-.003	-.022	.124*	-.054
	不明・無回答	.043	.109	.032	.119*	.004
養護教諭人数 <sup>1)</sup>	1人 (基準カテゴリー)					
	2人	.125*	-.010	.015	.007	-.142**
カウンセラーの有無 <sup>1)</sup>	無し (基準カテゴリー)					
	有り	-.149*	-.103	-.170**	-.060	-.308***
ネットワーク保有数		-.094	-.175**	-.151***	.088	-.050
R <sup>2</sup>		.047**	.041**	.236***	.045**	.102***
n		376	376	380	381	386

$\beta$  は標準化回帰係数である。\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

<sup>1)</sup>ダミー変数を作成した。



n = 340, CFI = .968, RMSEA = .035, SRMR = .055

注1) 図内の数字は標準化係数である。\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

注2) 有意な関連が認められたものは実線で、認められなかったものは点線で示した。ただし年間保健室利用人数から抑うつへのパスは破線で表し、標準化係数は上から「2,000人未満」「3,000人未満」「3,000人以上」「不明・無回答」の順で示した。

注3) 誤差変数間に共分散を仮定したが、図が煩雑になるため省略した。

図1 基本的特性、養護教諭の仕事関連ストレス尺度とCES-Dの関係を示すパスモデル

ている。

次いで、基本的特性とストレス尺度との関連を見ると、『スクールカウンセラーがいる』方が、「職場の人間関係・雰囲気悪さ」は軽減される。その一方で『養護教諭が複数いる』場合に「職場の人間関係・雰囲気悪さ」は増す。また、『ネットワーク保有数が多い』ほど「精神的報酬」が高くなり、『経験年数』が増えるほど「役割の曖昧さ」は軽減される関連にあることが分かる。『児童生徒数800人以上』、『年間保健室利用人数2,000~3,000人未満』と『年間保健室利用人数3,000人以上』では「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」が大きくなる関連が認められた。『スクールカウンセラーがいる』、『養護教諭が複数いる』養護教諭の方が、「保健医療の専門的サポート」を受けていた。図1は、これらの基本的特性の影響を受けてストレス尺度得点が高まると、結果的にCES-D得点が高まる方向性にあることを示唆している。

なお、重回帰分析で関連が認められた『経験年数』と「職場の人間関係・雰囲気悪さ」、『高等学校』と「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」、『カウンセラーの有無』ならびに『ネットワーク保有数』と「役割の曖昧さ」との関係は、パス解析では有意とはならな

かった。

#### IV. 考察

本研究は、仕事の一般的ストレスと養護教諭特有のストレスの両方の視点から、養護教諭の仕事関連のストレスを包括的に捉えた16尺度（合計69項目）を開発し、その妥当性と信頼性を検討した。開発した尺度は、一部を除き概ね良好な信頼性と構成概念妥当性が得られた。これらの尺度は、基本的特性を統御すると、単独では全て抑うつと有意に関連しており、抑うつを高めるストレスであると思なせた。そこで繰り返しによる重回帰分析の結果を踏まえ、基本的特性、ストレス尺度と抑うつとの関連を、パスモデルにより構造的に明らかにした。

##### 1. 養護教諭の仕事関連ストレス尺度の開発

調査開始時に用意した仮説的な構成概念は18個であったが、分析の結果、仕事関連ストレス尺度として16尺度に減少し、構成概念や内容が変わっている。そこで開発した尺度の内容的妥当性と構成概念妥当性の2点について考察する。

##### 1) 内容的妥当性

今回開発した16尺度を仕事の一般的ストレスと養



護教諭特有なストレスの観点で分類すると、仕事の一般的ストレス尺度は、「職場の人間関係・雰囲気」の悪さ、「精神的報酬の乏しさ」、「役割の曖昧さ」、「仕事上のサポートの乏しさ」、「質的負担」、「量的負担」、「保健室の環境上の問題」、「研修の機会の少なさ」、「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」、「職場における配慮や公正さの乏しさ」の10尺度が該当する。一方、養護教諭特有なストレス尺度には「子どもとの人間関係の困難さ」、「教職員の学校保健に対する理解の乏しさ」、「難しい問題を抱える子どもへの対応」、「学校医との関係の難しさ」、「保護者との関係の難しさ」、「保健医療の専門的サポートの乏しさ」の6尺度である。

まず、上記の仕事の一般的ストレス尺度が、どの程度全体的にバランス良く一般的ストレスの概念を代表した構成となっているかを吟味する。ここでは、仮説的構成概念の設定で参照したCooperとMarshall<sup>20)</sup>の5領域（《 》で表す）を網羅しているかによって検討する。《職務に内在する特性》には、職務の複雑さや困難さを増す要因、過重負担や環境要因が含まれ、「質的負担」、「量的負担」、「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」の負担に関する三つの尺度と、「保健室の環境上の問題」、「精神的報酬の乏しさ」が該当すると考えられる。《組織内での役割に関連した特性》には、職務や期待の曖昧さと葛藤が含まれ、「役割の曖昧さ」が該当し、《職業キャリアに関する特性》には、昇進など職場内での将来に影響する要因が含まれ、「研修の機会の少なさ」尺度が相当すると考えられる。《職場内の人間関係・サポート》には、同僚や上司など職場内の人間関係が含まれ、「職場の人間関係・雰囲気」の悪さ、「仕事上のサポートの乏しさ」が当てはまる。《職場風土》には、職場組織の文化やポリシーなどを含んでおり、「職場における配慮や公正さの乏しさ」が相当する。このように、本研究で開発した仕事の一般的ストレスに関する尺度は、CooperとMarshallが示す5領域全てをカバーしており、一般的ストレスの概念を反映した構成になっていると考えられた。

養護教諭に特有な仕事関連のストレスについては、準拠枠がないため、文献やインタビュー結果に基づき検討した。奥野<sup>33)</sup>は、教師は、児童・生徒、並びにその保護者への心理的・教育的援助に携わる対人援助職であり、これらの人間関係が悪化すると大きなストレスになると報告している。本研究でも、子どもや保護者への対応というストレスは、対人援助職である養護教諭に特有なストレスであると捉えた。また、「保護者との関係の難しさ」のストレスに関して、石山ら<sup>34)</sup>は、時代の変化に伴い、教職員にとり保護者との関係はストレス要因として大きくなっていると指摘している。とりわけ養護教諭は、子どものけがや体調不良の対応に迫られ、保護者への連絡の取り方や説明の仕方が重要な意味を

持っており、仕事関連のストレスとなりえる。

また、「難しい問題を抱える子どもへの対応」については、最近の養護教諭の職務内容の変化に伴った、仕事関連のストレスであると考えられる。佐藤<sup>12)</sup>は、成人病型の健康問題や不登校などの出現が、養護教諭の執務の変化に結びついていることを指摘しており、本研究においても「難しい問題を抱える子どもへの対応」は、近年の子どもの健康問題の変化に伴うストレスであると考えられる。

「学校医との関係」については、養護教諭に行った事前の半構造化面接で、校医の都合と健康診断を希望する学校側の日程が合わず苦慮している、校医が学校の行事に理解が乏しいなどの意見が述べられていた。養護教諭は、学校医との連絡調整を行う窓口となり、健康診断等の実施の打ち合わせを行ったり、応急処置の対応方法や疾病についての助言をもらったりするため、校医との関係が悪いと仕事が円滑に進まず、ストレスとなりえる。

「学校保健に関する専門的サポートの不足」については、先と同じ半構造化面接で、医療機関が学校の近くにないことや、児童生徒の心身の問題に対し対応が困難な場合、どこに相談してよいか悩むなどの意見があった。多くの学校では、養護教諭は一人配置であり、すぐに専門的相談ができる環境ではないことが、ストレスになると考えられる。

「教職員の学校保健に対する理解の乏しさ」では、先行研究<sup>8)11)13)15)17)</sup>において、一人職種のため、職務内容を理解されず孤立感を抱きやすいことなどがストレスに感じると報告されており、ストレスとされる。

これらのことより、本ストレス尺度は、仕事に関連した一般的なストレスと養護教諭特有のストレス両方の観点から、主要な概念をカバーした構成となっており、内容的に妥当であると考えられる。

## 2) 構成概念妥当性と信頼性

16尺度の構成概念妥当性と信頼性について、統計的な検討から考察する。探索的因子分析の後、確認的因子分析を行い、データに対する因子構造の当てはまりを検証した結果、ストレス尺度全体の因子相関モデルでは、三つの指標を総合すると、概ね良好な適合度であった。さらに、尺度ごとでは、「職場の人間関係・雰囲気」の悪さ、「役割の曖昧さ」、「質的負担」、「量的負担」、「難しい問題を抱える子どもへの対応」、「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」などの尺度は、判断基準に照らして良好な適合度が得られ、心理測定尺度特性としての構成概念妥当性は一定程度確保できたと考える。

一方で「子どもとの人間関係の困難さ」、「保健医療の専門的サポートの乏しさ」、「職場における配慮や公正さの乏しさ」は丁度適合モデルであり、本研究データには完全に適合しているが、他のサンプルでの検証が課題である。「教職員の学校保健に対する理解の乏しさ」、「研修の機会の少なさ」、「学校医との関係の難しさ」、「保護

者との関係の難しさ」は、過少識別モデルとなった。項目数を増やすか、共分散構造モデルによる分析にするなどの改善も検討を要する課題である。

また、信頼性については、クロンバックの $\alpha$ 係数が.80以上のものは4尺度、.70以上.80未満は6尺度であり、.70未満が6尺度であった。項目数の少なかった尺度は、 $\alpha$ 係数の値が低い傾向にあり、それらの尺度に関しては項目数を増やし、構成概念とデータの適合度を評価可能とし、信頼性係数も改善する必要がある。

以上より、本ストレス尺度の構成概念と信頼性は概ね妥当であると考えられたが、一部の尺度で信頼性の低さや心理測定尺度特性としての構成概念妥当性が検証できなかったため、今後の改善が課題である。ただし、AMOS 19によるパス解析では、項目不足等からくる信頼性の低さは誤差変数（測定誤差）をモデルに組み込むため、適合度の良いモデルを生成することで対処可能と考える。

## 2. 養護教諭の抑うつ度とストレス、基本的特性との関連

ここでは、抑うつ度に関連が認められた五つの仕事関連ストレス尺度を軸として、基本的特性から抑うつ度につながるパスモデルについて考察する。

### 1) 職場の人間関係・雰囲気悪さ

職場の人間関係に関しては、教職員との関係でストレスが高いと精神的健康度が悪いという報告<sup>10)</sup>があり、本研究でも同様な知見が得られた。とりわけ一人あるいは少数職種である養護教諭は、職務内容を理解されず、「孤立感」を抱きやすい特質がある<sup>7)</sup>。「職場の人間関係・雰囲気悪さ」は養護教諭の精神健康を規定する重要な仕事関連のストレスだと言える。したがって、職場の人間関係や雰囲気を良好にするには、養護教諭の職務に対する教職員の理解を深め、校内での協力体制を構築できるように、学校保健に組織的に取り組むための現職研修などの機会確保<sup>5)</sup>や管理職のマネージメントが重要であろう。

また、スクールカウンセラーの存在は、職場の人間関係や雰囲気にプラスの影響を及ぼし、抑うつを軽減する方向にあることが示唆された。このことは、近年養護教諭は児童生徒の心の健康問題に対応することが多く<sup>5)</sup>、スクールカウンセラーと協働することにより、児童生徒の対応について教職員から理解や信頼が得られ、人間関係も円滑になることが考えられる。そのような職場では、養護教諭の抑うつも軽減されるのであろう。

一方、養護教諭の複数配置の方が職場の人間関係や雰囲気が悪かった。養護教諭間の人間関係が影響するのか、多忙な学校での教職員間の雰囲気悪さなどが影響するのか不明である。しかし、先行研究<sup>35)36)</sup>や本研究の養護教諭へのインタビュー、質問紙調査の自由欄に書かれた意見を参考にすると、複数配置の場合、養護教諭間の人間関係が難しいという問題が浮かび上がってきた。逆に、

先行研究では、複数配置の方が相談できる安心感があるなど、好評価で迎えられている<sup>18)</sup>という報告もあり、養護教諭が複数で勤務するということは、メリット、デメリットの両方が混在していると考えられる。養護教諭の仕事関連のストレス対策という点から、今後、複数の養護教諭で勤務する場合、お互いが働きやすい職場となるような執務形態のモデル化や、複数時のスタンダードな執務体制が確立されることが望まれる。

### 2) 精神的報酬の乏しさ

「精神的報酬」が高いほど抑うつ度は軽減する関係が認められ、精神的報酬の高さはネットワークの多さと関連していた。養護教諭のネットワークと精神健康との関連について、中西<sup>16)</sup>は養護教諭仲間のサークル活動といったネットワークやそこで得られる支援が、また武田ら<sup>8)</sup>は他校の養護教諭と相互支援体制の構築や、地区ごとに現職養護教諭リーダーを育成して問題解決や支援を図ることが、養護教諭の精神健康にとって重要と指摘している。中島<sup>37)</sup>は、他校の養護教諭からのサポートが、養護教諭の精神健康の維持向上に対して有用であることを報告している。

本研究のパスモデルでは、ネットワークの多さは精神的報酬を高める関連にあり、精神的報酬が高まることで抑うつが軽減される方向に至る道筋が示唆された。よって、養護教諭は、養護教諭の団体や、医療関係者や行政・福祉関係者など、さまざまな職種で構成されるネットワークを活用し、情報収集や意見交換、新しい知識・技術の習得等を行うことにより、仕事に対する自信や達成感、有用感が高まり、抑うつ度が軽減するのではないだろうか。

### 3) 役割の曖昧さ

「役割の曖昧さ」については、中尾<sup>38)</sup>は一般教員を対象とした調査で、役割の曖昧さと抑うつ症状の関連を指摘しており、養護教諭においても、役割の曖昧さは、職務満足等の低下など精神健康にマイナスに働くと指摘されている<sup>7)15)</sup>。本研究も同様に、「役割の曖昧さ」は養護教諭の仕事関連ストレスであるといえる。そして、パスモデルによると「役割の曖昧さ」と養護教諭の経験年数が関係しており、経験を重ねるにつれて、自分のペースで仕事ができ、負担感が軽減するとの報告<sup>39)</sup>と一致していた。すなわち、経験が浅いうちは、「何をどのようにしたらよいのか」と職務内容の不明瞭さに戸惑いを感じているが、経験を積むに従い、職務内容の全体像が理解でき、自分なりの仕事のやり方が定着し、曖昧性が軽減すると考えられる。そのことが精神健康に良い影響をもたらすのであろう。

### 4) ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担

ワーク・ライフ・バランスが良いほど抑うつ度は軽減する関係が認められ、ワーク・ライフ・バランスの取りやすさには、児童生徒数、保健室利用人数が関連することが示唆された。児童生徒数や保健室利用人数が多くな

ると、健康調査票や健康診断票等の諸帳簿の管理に要する時間の増加や、処置や相談等による子どもへの対応時間の増加、加えてそれらの対応に伴う報告書作成や関係者への連絡などの時間が必要となる。そのため勤務時間以外の労働が発生するのではないかと考える。

「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」について、岡東ら<sup>7)</sup>は中堅期の女性教員では仕事と家庭の両立からくる多忙が顕著であると指摘している。また、養護教諭においても、中西<sup>16)</sup>が「仕事と家庭の衝突」は精神的健康に関連する職業性ストレスであることを指摘しており、武田ら<sup>8)</sup>も仕事と家事・育児の多重役割負担は女性労働者特有のストレスであり、精神健康の阻害要因となっていることを示唆している。今後、超高齢社会となり、家事・育児のみならず、老親介護も役割負担となる可能性があり、「ワーク・ライフ・バランスに影響する仕事の負担」は女性が大多数を占める養護教諭にとり、重要な抑うつ度を高める仕事関連ストレスであるといえる。近年ワーク・ライフ・バランスの支援<sup>28)</sup>の推進が政策課題となっているが、学校社会においてもワーク・ライフ・バランスの改善に向けた対策が重要であろう。

#### 5) 保健医療の専門的サポートの乏しさ

「保健医療の専門的サポートの乏しさ」と抑うつ度の関連は、多くの学校では養護教諭は一人配置であり、すぐに保健医療にかかわる問題に対して専門的な相談ができる環境にないことがストレスとなることを示唆している。そのため、先行研究<sup>8)16)35)37)</sup>においても、他校の養護教諭と相互支援やサポート体制の必要性が指摘されている。さらに、本研究のパスモデルでは、スクールカウンセラーの存在と養護教諭が複数配置であることが、「保健医療の専門的サポートの乏しさ」を緩和しており、「保健医療の専門的サポートの乏しさ」が低下すると抑うつ度も軽減する方向性にあることが示唆された。保健室登校への対応については、スクールカウンセラーに専門的な助言を欲する養護教諭が多いことが報告されており<sup>19)</sup>、本研究からもスクールカウンセラーとの協働が養護教諭へのサポートとなり、抑うつ度が軽減される可能性がある。今後スクールカウンセラー配置の拡充と連携の充実が望まれる。養護教諭の複数配置については、救急対応時の安心感など<sup>18)</sup>のメリットを生かし、「職場の人間関係・雰囲気悪さ」で考察した問題点を踏まえたうえで拡充を進める必要がある。

最後に、本研究の成果は、どのように学校保健の現場に生かせるのか。教職員のメンタルヘルスケア対策には、個人の努力だけではなく、組織や職場環境としての取組が重要である<sup>1)</sup>。そこで、本研究で開発した尺度は、個別には抑うつと有意な関連が認められているので、文部科学省<sup>1)</sup>が示した教職員のメンタルヘルスの予防的取組みの一つである「良好な職場環境・雰囲気の醸成」の手がかりとして、同様に、厚生労働省<sup>40)</sup>が対策として示し

た、仕事のストレスに対し間接的に働きかけるための職場環境等の改善の最初の手がかりとして、役立てることができる。あるいは抑うつと直接的な関係が見られた五つの尺度に絞り、必ずしも養護教諭に限定せず学校で活用することにより、例えば、本研究で示した平均値や地区の学校間比較を参考にして、職場のワーク・ライフ・バランスの問題が示唆された場合など、エビデンスに基づき改善に向けた職場の取組を検討することが可能となる。

## V. 本研究の限界と今後の課題

まず、本研究の対象者はランダムサンプリングではなく、小・中の養護教諭は研究協力で承諾が得られた地区のサンプルであり、調査票の回収率は53.9%とやや低く、回答者にバイアスがかかっている可能性があり、一般化には注意が必要である。したがって、今後は、ランダムサンプリングを行うなどサンプリング方法を改善して、本尺度の検証を重ねる必要がある。

次いで、本研究で開発した尺度の中には、丁度適合モデル、過少識別モデルとなった尺度が含まれており、信頼性係数が低かった尺度も含まれていた。この点については、概念モデル、質問項目数、共分散構造モデルの適用などを検討する必要がある、今後の課題である。

さらに、16尺度は仕事関連のストレスと見なせたが、相互関連の影響を取り除くと、直接抑うつと関連が見られたのはそのうち5尺度であった。本研究では、この様な仕事関連のストレスの複雑な全体的構造は明らかにできていない。これは今後の課題である。

本研究には、以上のような限界や課題はあるが、養護教諭の仕事関連のストレスを包括的に捉えた16尺度の開発を試みたことは、健康的な組織や職場環境づくりの観点から養護教諭のメンタルヘルス対策に手がかりを与えた点で意義があると考えられる。

## 謝 辞

本研究の調査にご協力頂きました東京都の養護教諭の皆さまに心より感謝申し上げます。

## 文 献

- 1) 文部科学省：教職員のメンタルヘルス対策について(最終まとめ). Available at : [http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afiedfile/2013/03/29/1332655\\_03.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afiedfile/2013/03/29/1332655_03.pdf) Accessed August 20, 2015
- 2) 文部科学省：教員のメンタルヘルスの現状. Available at : [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/shotou/088/shiryo/\\_icsFiles/afiedfile/2012/02/24/1316629\\_001.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/088/shiryo/_icsFiles/afiedfile/2012/02/24/1316629_001.pdf) Accessed August 20, 2015
- 3) 文部科学省：平成25年度公立学校教職員の人事行政状況調査について. Available at : [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/jinji/1354719.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/jinji/1354719.htm) Accessed August 20, 2015

- 4) 東京都：教員のメンタルヘルス対策について. Available at : <http://www.kyoiku.metro.jp/buka/fukurikosei/shiryo.pdf> Accessed August 20, 2015
- 5) 文部科学省：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取組を進めるための方策について（答申）. 2008, Available at : [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo5/08012506/001.pdf) Accessed August 20, 2015
- 6) 東京都養護教諭研究会：平成20・21年度 調査研究報告. 会誌第58号抜刷, 2010
- 7) 岡東壽隆, 鈴木邦治：教師の勤務構造とメンタルヘルス. 93-106, 多賀出版, 東京, 1997
- 8) 武田文, 岡田加奈子, 朝倉隆司：養護教諭の抑うつとストレス要因の関連—都市部公立小・中学校における検討—. 日本健康教育学会誌 18 : 92-102, 2010
- 9) 朝倉隆司：第7章Ⅱ 職業性ストレスの疫学. (加藤正明 監修). 産業精神保健ハンドブック1 産業精神保健の基礎, 324-344, 中山書店, 東京, 1998
- 10) 渡辺直登：第9章 職業性ストレス. (宗方比佐子, 渡辺直登編著). キャリア発達の心理学, 201-228, 川島書店, 東京, 2002
- 11) 小倉学, 片柳恵子：養護教諭の満足・不満要因について—16年前の調査結果との比較を中心に—. 学校保健研究 31 : 244-250, 1989
- 12) 佐藤理：養護教諭の執務に関する研究（1）. 福島大学教育学部論集 57 : 25-35, 1995
- 13) 鈴木邦治, 別惣淳二, 岡東壽隆：学校経営と養護教諭の職務（Ⅱ）—養護教諭の役割と「位置」の認知を中心に—. 広島大学教育学部紀要 1 : 153-163, 1994
- 14) 鈴木邦治, 池田有紀, 河口陽子：学校経営と養護教諭の職務（Ⅳ）—養護教諭のキャリアと職務意識—. 福岡教育大学紀要 48 : 23-40, 1999
- 15) 畑山美佐子：「養護教諭の職務ストレスと葛藤」. 学校臨床心理学研究 8 : 55-68, 2010
- 16) 中西三春：養護教諭の職業性ストレスと精神的健康—養護教諭の職業性ストレス尺度の作成—. 学校メンタルヘルス 7 : 25-33, 2004
- 17) 廣瀬春次, 有村信子：養護教諭の精神的健康に及ぼす職場ストレスと職場サポートの影響. 学校保健研究 41 : 74-82, 1999
- 18) 有村信子：養護教諭複数配置やスクールカウンセラー導入が養護教諭の執務に与える影響（Ⅰ）. 鹿児島純心女子短期大学研究紀要 32 : 1-13, 2002
- 19) 伊藤美奈子：保健室登校の実態把握ならびに養護教諭の悩みと意識—スクールカウンセラーとの協働に注目して—. 教育心理学研究 51 : 251-260, 2003
- 20) Cooper CL, Marshall J : Occupational source of stress : A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. Journal of Occupational Psychology 49 : 11-29, 1976
- 21) Hurrell JJ Jr, McLaney MA : Exposure to job stress : A new psychometric instrument. Scandinavian Journal of Work Environmental & Health 14 : 27-28, 1988
- 22) Finney C, Stergiopoulos E, Hensel J et al. : Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers : A systematic review. BMC Public Health 13 : 82, 2013
- 23) 朝倉隆司：働く女性の職業キャリアとストレス. 日本労働研究雑誌 394 : 14-29, 1992
- 24) 羽岡邦男：労働ストレス研究（1）—職場ストレスモデルに関する一考察—. 政治学研究論集 15 : 69-83, 2002
- 25) 田中宏二, 渡辺三枝子：OSI職業ストレス検査（第2版）. 雇用問題研究会, 1998
- 26) 厚生労働省ポータルサイト：あかるい職場応援団—職場のパワーハラスメント（パワハラ）の予防・解決に向けたポータルサイト. Available at : <http://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/> Accessed August 20, 2015
- 27) 厚生労働省：職場におけるセクシャルハラスメント対策について. 2009, Available at : <https://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/supporter/files/kigyou01a.pdf> Accessed August 20, 2015
- 28) 内閣府：仕事と生活の調和推進のための行動指針. Available at : [http://www.cao.go.jp/wlb/government/20barrier\\_html/20html/indicator.html](http://www.cao.go.jp/wlb/government/20barrier_html/20html/indicator.html) Accessed August 20, 2015
- 29) 石橋貞人：職業性ストレスがワーク・ライフ・バランス認識に及ぼす影響. 日本経営工学会論文誌 62 : 59-65, 2011
- 30) 原谷隆史, 金野美奈子, 松原敏浩ほか：看護師の職業性ストレスとワーク・ライフ・バランス. 経営行動科学学会年次大会発表論文集（12） : 206-209, 2009
- 31) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則ほか：新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27 : 717-723, 1985
- 32) 豊田秀樹：共分散構造分析 [疑問編]. 22-24, 朝倉書店, 東京, 2003
- 33) 奥野洋子：教師のメンタルヘルス. 近畿大学臨床心理センター紀要 6 : 33-41, 2013
- 34) 石山陽子, 坂口守男：教員の職場内メンタルヘルスに関する報告（Ⅰ）—離職・病気休職者からの聞き取り調査をもとに—. 大阪教育大学紀要 57 : 59-68, 2009
- 35) 小林冽子：養護教諭の複数配置希望に関する分析. 千葉大学教育学部研究紀要 36 : 275-284, 1988
- 36) 津村直子, 岩淵加代子：養護教諭の複数配置に関する意識調査—北海道内大規模公立高等学校養護教諭を対象とした—. 北海道教育大学紀要（教育科学編）51 : 113-121, 2000
- 37) 中島一憲：先生が壊れていく. 52-61, 弘文堂, 東京, 2003
- 38) 中尾剛久：教師の抑うつ症状と職業性ストレスの関連について. 大阪市医学会雑誌 60 : 9-16, 2011

- 39) 上原美子, 中下富子, 岩井法子ほか: 養護教諭が抱えるストレスとストレスコーピングの現状—学校種と教職経験年数に焦点をあてて—. 埼玉大学紀要 (教育学部) 60 : 55-63, 2011
- 40) 厚生労働省: 職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/>

[anzen/dl/101004-3.pdf](#) Accessed August 20, 2015

(受付: 2015年3月11日 受理: 2015年11月29日)  
代表者連絡先: 〒180-0011 東京都武蔵野市八幡町2-3-10  
東京都立武蔵野北高等学校 (中澤)

Appendix 探索的因子分析（主因子法、プロマックス回転）の最終結果ならびに各項目の得点分布

因子	質問番号	質問項目	因子 負 荷 量																	各項目の記述統計			
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	平均 (レンジ 1-4)	標準 偏差
I	52	職場の雰囲気が悪い	.86	-.04	-.10	-.01	.00	-.07	.00	.07	-.06	.03	-.03	.15	.03	.01	.02	-.11	-.01	.80	.04		
	44	同僚との人間関係が難しい	.73	.04	.01	-.04	.02	.02	-.05	-.04	.01	-.01	-.02	.07	.00	-.04	-.12	.08	-.15	.13	.28	.73	
	51	自分の仕事について認められない管理職や同僚がいる	.64	-.03	.08	.05	-.06	.04	.00	.00	.06	.01	.02	.11	.00	.03	-.02	-.04	-.01	.04	2.18	.77	
	43	管理職との人間関係が難しい	.60	-.01	.02	.01	.05	.08	.02	.07	-.11	-.08	.12	.09	.02	.01	.00	.00	-.15	-.09	2.25	.66	
	45	子どもの対応をめぐり、担任とうまくいかないことがある	.54	.12	.05	.00	-.12	.14	-.06	-.10	.16	.01	.07	-.12	.21	-.25	-.01	.15	.02	-.27	1.4	2.28	.66
	53	一般教諭は養護教諭の地位を低く見ている	.47	-.06	-.07	.08	.18	-.08	.05	.10	.31	.19	-.02	-.03	.03	.01	.05	.04	.05	.09	.02	2.19	.75
II	49	職場の中で自由に意見を述べることができない	.45	-.01	.31	-.10	-.08	.07	.00	.02	-.09	.12	.12	.11	-.04	.02	.09	.00	.03	.05	2.09	.67	
	34	自分がやりたいことと、学校の方針が食い違っている	.40	.07	.35	-.04	.04	.05	.22	-.01	.07	-.17	-.05	.05	-.02	.07	.04	.04	-.09	-.22	2.16	.64	
	56	支援が必要な子どもには、教員がチームを組み協力している (R)	.33	.18	-.05	.13	.01	-.05	-.18	.17	.19	.04	-.05	-.04	-.02	.08	.01	-.06	-.07	-.05	.01	2.35	.71
	27	子どもや教員の役に立てたと思うことがある (R)	.28	.02	.06	.16	-.06	.03	-.07	.03	-.07	-.06	-.04	-.06	-.12	-.05	.18	.02	-.02	.02	-.03	1.92	.52
	28	子どもや保護者から感謝されることもある (R)	-.04	.70	.15	.08	-.02	-.11	-.12	.00	.01	-.03	.18	-.17	-.15	.03	.18	.01	.06	.03	.00	2.06	.54
	26	自分の仕事は学校にとって重要な役割を担っている (R)	.03	.64	-.19	.05	.11	.01	-.08	-.11	-.09	.00	-.01	-.09	.04	.02	.02	.11	-.09	.10	-.01	1.88	.61
III	24	仕事をとおして達成感や成功感を感じている (R)	.00	.63	-.13	.04	.04	.11	-.04	.07	.10	.02	-.13	.09	-.13	.13	.12	.25	.02	.01	.00	2.12	.59
	25	今の仕事から学ぶことが多く、成長につながる (R)	-.07	.56	.05	.07	.04	.06	.03	.06	.01	.00	-.05	.15	-.12	.08	.08	.30	.05	-.03	.03	1.82	.61
	29	自らの実践に対して自信をもっている (R)	.16	.55	-.46	-.13	.04	.03	.14	.06	.01	.07	-.02	.03	.01	-.08	.01	.16	.01	.01	.01	2.46	.69
	19	自分の興味や技能、経験にあった仕事である (R)	-.01	.52	.14	.01	.05	.02	.00	.07	.09	.02	.02	.07	.10	-.06	.22	.05	.07	.20	.06	2.08	.65
	22	自分の能力や才能は、仕事の上で活かされている (R)	-.18	.41	-.17	-.14	.10	.07	.12	.05	.07	.02	.02	.05	.15	.00	-.05	-.09	.16	.02	.05	2.19	.54
	36	職場での自分の役割がはっきりしない	.02	-.05	.88	-.07	.01	.00	.08	.04	-.05	.04	-.03	.02	-.20	-.11	.08	.02	.10	.02	.02	2.08	.66
IV	35	自分が何をどこまですべきか、仕事の目的や目標が明確でない	-.09	-.01	.73	-.06	-.05	.14	.12	-.01	.06	.00	-.09	.02	-.04	-.01	.06	.04	.06	-.03	-.09	2.30	.71
	32	複数の人から違った指示を受けることがある	.21	.20	.60	.06	-.17	.06	.05	.00	-.01	-.08	-.01	.11	.21	.01	.01	.06	.06	.05	-.15	2.29	.71
	37	職場で自分に何が期待されているのか分らない	.12	-.14	.58	-.01	.15	-.03	.01	.03	.11	-.06	-.03	-.08	-.03	-.01	.07	.04	.08	.21	.04	2.04	.71
	30	学校の自分の仕事の責任範囲がはっきりしている (R)	.03	.20	.54	-.09	-.12	.17	.07	.08	.02	.03	.03	.05	.02	.00	.06	.08	.05	-.11	.02	2.43	.70
	31	自分で納得のいく処置や対応ができない時がある	-.14	.02	.47	.16	.11	.30	.14	.10	.03	.04	.00	-.09	.01	.15	.13	.04	.05	.00	.00	2.77	.62
	50	一人職種(少人数職種)のため、孤独感、孤立感を感じる	.26	.03	-.33	-.10	.18	-.10	.08	.14	.02	.07	.06	.15	-.01	.04	.06	.00	.06	-.01	.07	2.34	.85
V	72	職場の中で、困った時に相談のついでにしてくれる人がいる (R)	.04	.01	.01	.84	.03	-.04	-.08	-.11	.05	-.05	.10	.04	.07	-.07	.19	.02	-.05	-.08	.01	2.08	.64
	73	仕事の負担が大きき時、仕事を手伝ってくれる人がいる (R)	.12	-.02	.00	.82	.04	.03	-.11	-.05	.02	.03	.03	.06	.06	-.09	.00	-.04	-.02	.10	.08	2.40	.73
	75	職場の中で信頼できる人がいる (R)	-.15	.13	.09	.72	.01	-.04	.08	-.02	-.02	.07	-.02	.05	.10	-.03	.02	.01	-.06	-.06	.01	1.94	.64
	76	職場内外問わず、落ち込んでいる時励ましてくれる人がいる (R)	-.16	.05	.09	.47	-.03	-.15	.17	.01	.09	.03	-.13	.11	.13	.02	-.09	.19	.06	-.27	-.07	1.75	.68
	74	所属する分掌内の協力体制はよい (R)	-.19	.08	-.03	.41	.05	.05	.08	.05	.02	.11	.10	.03	-.03	-.20	.06	-.04	.12	.17	.07	2.33	.71
	66	適切な援助なしで、一人で職務を果たさなければならぬ外部専門家とのつながりがあり、困った時に相談することができ (R)	.01	-.10	.09	.32	.04	.00	.00	.00	-.05	.06	.05	.01	.04	.02	.24	.31	.16	.00	.04	2.45	.73
VI	71	緊急時にはミスが許されない仕事である	.11	.06	-.07	.32	-.20	-.03	.16	.13	-.02	.07	.17	-.14	-.03	.13	.03	.21	.16	-.05	.19	2.52	.77
	11	専門的な知識や技術が必要で難しい仕事である	.01	.11	.02	.04	.88	.03	-.11	.02	-.01	-.01	-.05	-.06	.15	-.14	.01	.08	.05	.01	-.17	3.28	.61
	10	日常的に突発的な事故がいつ起こるか分らないため、緊張を強いられる	.03	.00	-.05	.06	.81	-.07	-.09	.11	-.04	.04	.09	.03	.07	-.03	.02	.01	-.07	.11	.02	3.01	.77
	12	職務上の責任が重くなりすぎている	.00	-.02	.15	-.01	.60	.02	.17	-.07	-.04	-.03	.10	-.01	-.02	.01	-.02	.22	.00	-.04	-.02	3.01	.71
	18	緊急時にはミスが許されない仕事である	.02	.05	-.04	-.05	.59	-.10	.09	.07	.11	-.01	-.05	-.02	.03	.00	.04	-.25	.05	-.07	-.11	3.67	.52
	39	子どもから過剰な期待や要求をされることがある	-.04	.04	-.03	-.03	.07	.77	-.08	-.04	.17	.06	.11	-.02	.11	.04	.07	.12	-.01	.00	-.07	2.21	.78
38	子どもとの人間関係が難しい	.08	.00	-.04	-.08	.06	.72	-.10	-.03	-.08	.12	.09	.11	.04	.03	.07	.13	.04	.00	.10	2.03	.71	
40	子どもとの支えになつてやれない時がある	-.12	-.05	.34	.00	.04	.49	-.01	.02	-.06	.00	.03	-.05	.14	-.01	.02	-.07	-.04	.05	.10	2.57	.64	

因子	質問項目	因子負荷量																	各項目の記述統計			
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	XIX	平均 (レンジ 1-4)	標準 偏差
VI	6 養護教諭の本務とは思えない仕事が多い	.11	-.03	.06	.04	-.05	-.15	.63	.08	-.02	.06	.04	.12	.19	.05	.11	.00	.12	-.02	-.09	2.57	.77
	13 新たな仕事をやるよう求められることが多い	.07	.02	.18	-.05	.18	.10	.58	-.05	-.05	-.03	-.07	.05	-.16	-.12	-.04	.03	-.03	-.16	-.09	2.78	.74
VII	17 保健室を空けることが難しいので、出張や休暇を取りにくい	-.22	-.04	-.05	-.16	.25	-.08	.41	.02	.03	.21	.13	.10	.11	-.09	.06	-.14	-.10	.06	.01	2.91	.80
	15 責任のある重要な仕事をいくつも同時にこなすことが求められる	-.02	.05	-.02	-.03	.35	-.05	.39	-.13	.11	-.05	.11	-.01	-.04	.20	-.10	.02	.08	.06	.09	2.83	.71
VIII	14 自分の能力や経験を越えた仕事をしなければならぬ	.11	-.04	.16	.12	.27	.16	.31	-.03	-.04	.10	-.04	-.03	-.16	.13	-.01	-.02	.01	-.15	.08	2.70	.73
	58 採光、通気、空調など環境の良い保健室である (R)	.08	.04	.00	-.12	.01	-.05	-.04	.90	-.02	.03	.08	-.04	-.01	.06	-.12	.12	.01	-.27	.15	2.37	.85
IX	59 保健室の位置は子どもが利用しやすい場所にある (R)	-.07	.00	.06	-.05	.06	.00	.03	.66	-.14	-.05	.06	.09	-.03	.11	-.09	.02	.00	-.09	.04	2.35	.81
	57 保健室の広さはよすが良い (R)	.02	.01	-.02	.09	.09	-.05	.03	.50	.09	-.21	-.16	.03	.10	.12	.03	.03	.08	.17	.47	2.20	.77
X	62 老朽化した保健室のため、清潔さに乏しい	-.08	-.14	.12	.03	-.02	-.05	.11	.45	-.02	-.06	.06	.11	.20	.18	-.03	.15	-.01	.03	.22	2.33	.92
	48 学校全体が子どもの健康に対する意識が低い	-.01	.02	-.02	.01	-.02	.07	-.02	.12	.83	-.07	.04	.04	-.09	.00	.03	.09	-.08	.09	.07	2.45	.74
XI	47 教職員は、学校保健についての理解・関心が低い	.02	-.02	.11	.04	.03	.01	.03	.01	.77	-.02	-.04	-.04	-.01	-.04	.06	.11	.02	-.10	-.02	2.63	.75
	79 養護教諭どうしの研究会や、研修に参加する機会が少ない	-.02	-.01	.08	.00	-.03	.10	.18	-.02	.05	.82	-.01	-.13	.00	-.04	.01	.09	-.05	.03	-.10	2.24	.72
XII	78 養護教諭どうしの情報共有しあえる機会が少ない	.11	.00	-.05	.09	.06	.07	-.11	-.07	-.03	.61	-.04	.05	-.11	.11	.02	.07	-.03	.06	.00	2.31	.76
	4 健康管理が必要な疾病のある子どもが多い	.12	.06	-.05	.10	.07	.00	.06	.00	-.05	.09	.56	-.03	.03	-.08	-.12	.03	-.14	.15	.08	2.54	.75
XIII	5 かわっている子どもとの問題が深刻で解決することが難しい	-.01	-.01	-.03	.00	.02	.25	.12	.00	.01	-.15	.52	-.01	.08	-.06	.11	-.08	.05	-.01	.12	3.05	.76
	2 一度に複数の子どもが来室し、対処しきれない	-.03	-.10	-.05	.03	.13	.23	.02	.12	.09	-.04	.49	.03	-.07	.18	.01	-.13	.09	-.12	-.24	2.47	.74
XIV	3 不登校や保健室登校など支援を要する子どもへの対応が求められる	-.06	-.06	-.13	.04	-.14	.01	.38	.07	.02	.00	.38	.10	.07	-.11	.06	-.15	-.09	-.01	.05	3.13	.79
	70 学校医や学校歯科医、学校薬剤師は学校に協力的である (R)	.04	.07	-.09	-.10	-.04	-.03	.14	.02	-.02	-.10	.01	.84	-.06	.00	.16	-.03	.03	.08	.09	2.04	.67
XV	46 学校医や学校歯科医、学校薬剤師との関係が難しい	.12	-.02	.01	.08	.00	.11	.07	.07	.04	.03	.01	.54	.00	.05	.03	.00	-.05	-.03	.04	2.21	.75
	42 対応が難しい保護者がいる	.12	-.09	.05	.05	.07	.11	.10	-.03	-.06	-.04	.03	-.04	.69	.08	-.01	.01	.08	.10	-.02	3.07	.72
XVI	41 保護者から過剰な期待や要求をされることがある	.09	-.09	-.03	.01	.18	.22	.03	-.02	-.05	-.06	.03	-.04	.52	.10	-.12	.15	-.02	.06	-.04	2.49	.74
	63 仕事と家庭のバランスをとるのが難しい	.04	.03	-.01	-.07	.03	.06	.01	.07	-.04	.00	-.06	.06	.08	.84	-.01	.03	.01	.35	.02	2.45	.83
XVII	1 時間外労働や休業日の出勤、仕事の持ち帰りが多い	.06	.00	.07	-.06	-.14	-.05	.30	.14	.04	.10	.06	-.18	.05	.52	-.12	-.14	-.04	.05	-.26	2.46	.87
	67 職場内に子どもとの傷病時の判断や対応について相談できる人がいない	-.07	.04	.09	-.38	.11	.03	.06	-.01	.03	-.08	.02	.07	.04	-.13	.57	.03	.06	-.12	.01	2.31	.85
XVIII	68 職場内に子どもとのメンタルヘルスについて相談できる専門家がいない	.12	.07	-.03	-.09	-.05	-.03	.05	-.13	.13	.06	.01	.09	-.14	-.06	.44	.04	-.06	.04	.04	2.26	.91
	69 職場の近くに医療機関が少ない	.07	-.02	.03	.06	-.04	.08	-.01	-.18	-.09	.08	-.07	.16	.03	.09	.39	.00	.24	.36	.09	2.15	.82
XIX	23 将来性のない仕事である	.01	-.27	-.16	.06	.05	.10	.00	.06	.15	.07	-.16	.00	.10	.06	.07	.64	-.15	-.05	-.04	1.81	.70
	20 今の仕事は、単調すぎる	-.18	-.15	.17	-.04	.20	.08	-.15	.08	.05	.07	-.04	-.01	-.05	-.08	.01	.46	-.04	.04	.21	1.60	.65
XX	80 昇進の機会が開かれている (R)	.06	-.05	-.07	.00	.01	.01	.16	-.06	-.14	-.06	-.16	-.13	.15	.08	.14	.19	.59	-.07	.10	2.46	.73
	64 職場では家庭の事情を配慮してくれる (R)	-.10	.03	.03	.11	.02	.04	-.06	.03	.08	-.06	.05	.07	-.04	-.11	-.04	.07	.51	-.26	-.11	2.24	.65
XXI	55 職場では、パワーハラスメントやセクシャルハラスメントはない (R)	-.41	.04	.11	-.06	.06	-.09	-.13	.05	.02	.07	.04	-.03	-.02	.05	.00	.01	.41	-.12	-.04	2.38	.81
	7 自宅から職場までの通勤時間が長い	-.18	.11	.05	-.03	.01	.01	.01	-.14	.01	.04	.03	.03	.08	.28	.01	.00	-.17	.79	.22	2.13	1.05
XXII	8 期限が迫られる仕事が多い	-.05	-.05	.06	-.07	.04	-.10	.38	-.18	.10	-.06	.19	-.07	-.01	.22	-.05	-.15	-.03	.40	.11	2.68	.74
	60 健康相談活動を行うのに適切な部屋がある (R)	.03	.00	-.10	-.01	-.13	.06	.02	.22	.02	-.04	.07	-.05	-.04	-.04	.05	.09	.01	.26	.70	2.77	.96

n = 341 (リストごと) に除去  
 注1) 質問項目の (R) は逆転処理をした項目であり、得点の平均は処理後の値である  
 注2) 因子分析の経過の中で、以下の8項目を削除した。質問項目は、対象教員・得点分布 (平均 (標準偏差)) は、「9 授業の準備や授業に追われる」(n = 377, 1.65 ( .68)), 「16 パソコンを使う仕事が多い」(n = 395, 3.44 ( .61)), 「21 自分の仕事の内容や、やり方を決めるのに、十分な権限を与えられていない」(n = 394, 2.24 ( .71)), 「33 管理職が教員や養護教諭に明確な判断を示さないことがある」(n = 391, 2.43 ( .80)), 「54 今の学校の教職員は、互いにコミュニケーションをとる時間的ゆとりがない」(n = 396, 2.97 ( .81)), 「61 保健室の設備、備品は不十分である」(n = 396, 2.53 ( .82)), 「65 仕事をすることに、家族の理解、協力が得られている (R)」(n = 393, 1.77 ( .63)), 「77 養護教諭の友だちがいる (R)」(n = 394, 1.59 ( .59)) である。なお、逆転項目 (R) については、逆転処理後の平均値である。

資料

養護教諭が行う保健指導の現状  
—個別及び集団の保健指導の校種間比較—

加納 亜紀<sup>\*1</sup>, 上村 弘子<sup>\*2</sup>, 田嶋 八千代<sup>\*2</sup>, 高橋 香代<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup>聖泉大学看護学部

<sup>\*2</sup>岡山大学大学院教育学研究科

<sup>\*3</sup>くらしき作陽大学こども教育学部

Facts of *yogo* Teacher-Provided Health Guidance  
—Individual and Group Health Guidance by School Types—

Aki Kano<sup>\*1</sup> Hiroko Kamimura<sup>\*2</sup> Yachiyo Tajima<sup>\*2</sup> Kayo Takahashi<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup>Faculty of Nursing, Seisen University

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

<sup>\*3</sup>Kurashiki Sakuyo University

The purpose of this study was to clarify facts of *yogo* teacher-provided health guidance according to school types.

An anonymous self-administered questionnaire about attributes (school type, school size, years of experience), frequency of individual health guidance for 11 individual items, presence or absence of group health guidance in the past year, annual frequency and contents of group guidance, and frequency of providing advice to parents and guardians (individual or group) was administered to 927 *yogo* teachers in 2010.

The 927 *yogo* teachers were from: preschools (5.7%), elementary schools (53.3%), junior high schools (23.1%), high schools (12.9%), and special needs schools (3.9%).

In the higher education settings, the frequency and contents of group guidance decreased, whereas the frequency of individual guidance increased, and the contents covered a larger variety of topics. Group guidance was replaced with individual guidance in the higher education settings to reflect the development and health issues of the students.

Group guidance was performed by 90.6% of preschools, 87.7% of elementary schools, 47.7% of junior high schools, and 38.3% of high schools, which indicated that the frequency was significantly greater in preschools and elementary schools ( $p < 0.001$ ) compared with junior high and high schools. The annual frequency was similar. Group guidance covered the 10 themes of “healthy life,” “oral health,” “diseases and prevention measures,” “sex education,” “safe daily life (including injuries),” “health of the eyes, ears, and nose,” “inhibition of alcohol/tobacco/drug abuse,” “mechanism and growth/development of the body,” “mental health,” and “others.”

On the other hand, individual guidance mainly focused on “management of medical or surgical symptoms” and “basic lifestyle” regardless of the school types. The frequency of individual guidance for almost all items was greater in junior high and high schools compared with in preschools and elementary schools, and junior high and high schools provided significantly more guidance for “mental health,” “inhibition of alcohol/tobacco/drug abuse,” “sex education,” and “obesity and dieting” compared with the other school types ( $p < 0.001$ ).

Preschools that frequently provided group guidance gave advice to parents and guardians more frequently compared with those that provided guidance less frequently ( $p < 0.01$ ). Likewise, elementary and junior high schools that frequently provided individual guidance also gave advice more frequently to parents and guardians ( $p < 0.01$ ). However, no significant association between the frequency of providing health guidance to students and the frequency of providing advice to parents and guardians was observed for high schools.

The results indicated that the *yogo* teachers provided diverse health guidance according to the school types and changed the targets, methods, and contents of the health guidance depending on the school types.

---

Key words : *yogo* teacher, health guidance, school type, individual, group  
養護教諭, 保健指導, 校種, 個別, 集団

---



## I. はじめに

保健指導は、救急処置や健康診断など保健管理とともに、養護教諭の主要な職務内容の一つである。しかし、昭和24(1949)年度の中等学校保健計画実施要領(試案)では、養護教諭は「健康教育に協力すること」<sup>1)</sup>と表現されるに留まり、保健指導が養護教諭の主要な職務内容とはされていなかった。昭和47(1972)年の保健体育審議会答申で「養護教諭は、専門的な立場からすべての児童生徒の保健及び環境衛生の実態を的確に把握して、疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等、心身の健康に問題をもつ児童生徒の個別の指導にあたり、また健康な児童生徒についても健康の保持増進に関する指導にあたるのみならず、一般教員の行う日常的教育活動にも積極的に協力する役割を持つものである」とされ、保健指導が養護教諭の職務内容であることが示されたのである。さらに平成10(1998)年の教育職員免許法改正に伴って、養護教諭は兼職発令による保健の授業の担当が可能になった。その後、養護教諭の保健学習への参画が増え、平成20(2008)年に中央教育審議会は、学級担任や教科担任等と連携して養護教諭の有する知識や技能などの専門性を保健教育に活用することがより求められていると答申した<sup>2)</sup>。平成21(2009)年に施行された学校保健安全法には、第9条に新たに保健指導が位置づけられた。第9条は「健康相談や担任教諭等の行う日常的な健康観察による児童生徒等の健康状態の把握、健康上の問題があると認められる児童生徒等に対する指導や保護者に対する助言」を保健指導として位置づけ、養護教諭を中心として関係教職員の協力の下で実施されるべきことを明確に規定したものである<sup>3)</sup>。

ここで学校における健康教育、特に保健教育に関する概念を整理しておく、平成9(1997)年の保健体育審議会答申で、健康教育は保健教育、安全教育及び給食指導などを統合した概念であると整理されている<sup>4)</sup>。保健教育は生涯を通じて子どもたちが健康・安全で活力ある生活を送るための基礎を培うために行われ、一般的に「保健学習」と「保健指導」に分けられる<sup>5)</sup>。保健学習は、体育・保健体育科を中心とした関連教科等であり、科学的認識や実践力を育成することを目的に学習指導要領に基づいて行われる<sup>6)</sup>。保健指導には、学級活動や学校行事といった特別活動で行われる集団を対象とした指導(以下、集団指導)と保健室や学級で行われる個人または小グループを対象とした指導(以下、個別指導)があり、健康な生活を送るための態度の育成や習慣化を目的に、各学校の子どもの心身の健康問題等に応じて行われる<sup>5)7)8)</sup>。集団指導は教育課程に位置付けられる一方、個別指導は学校保健安全法に規定されていることが大きな相違点といえる<sup>8)</sup>。こうした整理は、学校における様々な保健活動の体系的な理解を図る観点からなされるが、集団指導と個別指導は保健学習とも合わせ相互に関

連させて実施されるべきものといえる<sup>8)</sup>。

こうした養護教諭と保健指導を取り巻く状況を踏まえると、学校保健活動の中核的な役割を担うことが期待される養護教諭<sup>2)</sup>には、今後ますます個別指導と集団指導とを有機的に関連づけ、保健教育を組織的、計画的に推進・展開させていくことが求められる。養護教諭が行う保健指導については、これまでに多くの実践が報告されている<sup>9-11)</sup>。実態に関する先行研究としては、養護教諭の職務全般に関する調査<sup>12)</sup>で取組状況が把握できる他、テーマや校種などを限定した調査<sup>13-18)</sup>は行われている。しかし、幅広い校種で活動する養護教諭の保健指導の全体像を捉えたものはない。これまでの保健指導に関する養護教諭の実践を包括的観点から見直し、今後の取組の課題を明らかにする必要がある。

そこで本研究では、個別指導が位置づけられた学校保健安全法施行後の平成22(2010)年に、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校に在職する養護教諭を対象に、個別指導や集団指導、保護者への助言について調査を行い、校種による比較を行ったので報告する。

## II. 方法

### 1. 調査の対象と手続き

調査は、A県及びB県下の公立学校2,162校園に在職する養護教諭(養護助教諭も含む)を対象とし、無記名自記式質問紙を用いて郵送法により実施した。質問紙を回収できたのは、858校(回収率39.7%)、養護教諭935名であり、そのうち有効回答の得られた927名(有効回答率98.9%)を分析対象とした。調査時期は平成22(2010)年11月~平成23(2011)年1月である。

なお倫理的配慮として、調査を実施するにあたり調査対象には調査の趣旨や調査情報は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、知り得た情報を研究の目的以外には使用しないことを記した文書を質問紙に添付し伝えた上で調査への協力を得ている。

### 2. 調査内容

養護教諭が行った保健指導の実態として、幼児、児童、生徒(以下、児童生徒等とする)を対象とする個別指導及び集団指導の実施状況と保護者個人及び集団を対象とする助言の実施頻度について調査した。

個別指導は、①慢性疾患(心臓・腎臓・糖尿病など)、②アレルギー、③健康診断の結果、④外科的訴えへの対応、⑤内科的訴えへの対応、⑥体の発育・発達、⑦肥満・ダイエット、⑧基本的な生活習慣、⑨性、⑩飲酒・喫煙・薬物乱用防止、⑪心の健康に関する11項目について、それぞれ実施頻度の高いものから「5. ほぼ毎日」「4. 週に1~2回」「3. 月に1~2回」「2. 年に1~2回」「1. ほとんどない」の5件法で回答するものとした。項目の選定にあたっては、児童生徒等の健康状態サーベイランス事業報告書<sup>19)</sup>や保健室利用状況に関する調査報告書<sup>20)</sup>を参考にした。

集団指導は、過去1年間に対象が実施した集団指導の有無や実施回数、指導実施上の課題、さらに指導内容、実施学年、指導機会、年間計画への位置づけ、担当者などについて、選択と記述の併用で回答するものとした。

保護者個人を対象とする助言は、「4. 週に1~2回以上」「3. 月に1~2回」「2. 年に1~2回」「1. ほとんどない」の4件法、保護者集団を対象とする助言については「3. 月に1~2回以上」「2. 年に1~2回」「1. ほとんどない」の3件法での回答とした。

属性は、現任校の校種、学校規模として児童生徒等在籍者数と学級数、養護教諭としての経験年数、現任校の在任年数、複数配置の有無について回答するものとした。

### 3. 分析方法

#### 1) 属性の校種間比較

児童生徒等在籍者数と学級数、経験年数、在任年数は平均値、複数配置の有無はその割合について、幼稚園、小学校、中学校、高等学校の4校種間で比較した。

#### 2) 個別指導の校種間比較

個別指導11項目の実施率と保護者個人への助言の頻度について、各々を4校種間で比較した。個別指導実施率は、週に1回以上日常的に児童生徒等に指導している者の割合とした。さらに保護者個人への助言を月に1回以上する者とし、しない者に分けて、個別指導実施率を比較した。

#### 3) 集団指導の校種間比較

集団指導の実施率と指導実施上の課題7項目、保護者集団への助言の頻度について、各々を4校種間で比較した。年間実施回数は平均値を比較した。集団指導実施率は過去1年間に児童生徒等に指導した者の割合とした。さらに保護者集団への助言を年に1回以上する者とし、しない者に分けて、集団指導実施率を比較した。

集団指導の内容については、対象の養護教諭が実施したとする記述延べ2,037件からキーワードを抽出し、それらを中テーマから大テーマへと整理・統合してカテゴリ化した。そこから得た10の指導テーマごとに実施率を算出し、指導内容の校種による特徴について検討した。なお、本文中の大テーマは【 】、中テーマは『 』、キーワードは〔 〕で示すものとする。

#### 4) 統計解析

データの集計にはMicrosoft社Excel 2010を、統計処

理にはIBM社の統計ソフトSPSS Statistics 20を用いた。独立性の検定には $\chi^2$ 検定、平均値の比較には一元配置分散分析を行い、有意水準を1%とした。平均値は、全体を表す場合は平均値 (mean)  $\pm$  標準誤差 (SEM) で、グループを比較する場合は平均値  $\pm$  標準偏差 (SD) で示した。

有意確率を示すp値はサンプルサイズに影響を受けるため、分析にあたり変数間の関係の強さを表す指標である効果量<sup>2)</sup>を結果に加えた。 $\chi^2$ 検定は効果量の指標として $\phi$ 係数かCramer's Vを、分散分析は $\eta^2$ を用いた。効果量の大きさの目安は、 $\phi$ 係数とCramer's Vは同様の値を目安としており、 $\phi = 0.1$  (効果量小)、 $\phi = 0.3$  (効果量中)、 $\phi = 0.5$  (効果量高) である<sup>2)</sup>。 $\eta^2$ は $\eta^2 = 0.01$  (効果量小)、 $\eta^2 = 0.06$  (効果量中)、 $\eta^2 = 0.14$  (効果量高) である<sup>2)</sup>。 $\chi^2$ 検定の場合は、有意差のあった項目について残差分析を行い、分割表のどこの頻度が有意に多いのか少ないのかを判定した。調整済み残差が絶対値2.6以上である場合は1%未満で有意とした<sup>2)</sup>。

なお、特別支援学校については、他の校種に比べ個別性が高いため、他校種と統計的に比較することはしなかった。

## Ⅲ. 結果

### 1. 対象の属性 (表1)

対象が在職する校種は、幼稚園5.7%、小学校53.3%、中学校23.1%、高等学校12.9%、特別支援学校3.9%であった。学校段階が進むにつれ学校規模は有意に大きくなった。

対象全体について、養護教諭としての平均経験年数は $17.8 \pm 0.4$ 年で、幼稚園と高等学校は他校種に比べ有意に経験年数が短く、5年未満の者が多かった。現任校の平均在任年数は $3.4 \pm 0.1$ 年で、複数配置率は22.5%であり、高等学校は他校種に比べ有意に在任年数が長く、複数配置率が高かった。

### 2. 個別指導の校種間比較

#### 1) 児童生徒等を対象とする個別指導 (表2-1)

個別指導は、どの校種においても「内科的訴えへの対応」「外科的訴えへの対応」「基本的な生活習慣」が最も多く指導されていた。

「外科的訴えへの対応」「健康診断の結果」「慢性疾患」

表1 対象の属性

	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	F値/ $\chi^2$ 値 <sup>注1)</sup>	p <sup>注2)</sup>	効果量 <sup>注2)</sup>	特別支援学校	全体
	mean $\pm$ SD n=53 (100%)	mean $\pm$ SD n=494 (100%)	mean $\pm$ SD n=214 (100%)	mean $\pm$ SD n=120 (100%)				mean $\pm$ SD n=36 (100%)	mean $\pm$ SEM N=927 (100%)
児童生徒等在籍者数	93.8 $\pm$ 42.3	383.3 $\pm$ 328.0	397.6 $\pm$ 265.2	713.4 $\pm$ 274.7	61.1	<0.001	0.18	116.1 $\pm$ 68.2	402.1 $\pm$ 10.8
学級数	3.8 $\pm$ 1.4	14.4 $\pm$ 9.0	12.9 $\pm$ 7.4	18.7 $\pm$ 6.3	44.0	<0.001	0.13	20.6 $\pm$ 11.0	14.2 $\pm$ 0.3
経験年数	8.9 $\pm$ 10.8	18.8 $\pm$ 11.4	18.9 $\pm$ 11.1	15.4 $\pm$ 11.5	14.6	<0.001	0.05	17.5 $\pm$ 12.3	17.8 $\pm$ 0.4
在任年数	2.6 $\pm$ 2.7	3.2 $\pm$ 2.1	3.4 $\pm$ 2.9	4.6 $\pm$ 4.9	8.9	<0.001	0.03	4.8 $\pm$ 6.5	3.4 $\pm$ 0.1
複数配置 <sup>注3)</sup>	0 ( 0.0)	74 ( 15.0) ↓	35 ( 16.4)	72 ( 60.0) ↑	119.2	<0.001	0.38	28 ( 77.8)	209 ( 22.5)

注1) 在籍者数、学級数、経験年数、在任年数は一元配置分散分析を、複数配置は $\chi^2$ 検定を用いて、幼稚園、小学校、中学校、高等学校を比較した。

注2) 有意確率は $p < 0.01$ とし、効果量は一元配置分散分析は $\eta^2$ で、 $\chi^2$ 検定はCramer's Vで示した。残差分析の結果は各校種の数値横に+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

注3) 幼稚園は複数配置が0のため、幼稚園を除く小学校、中学校、高等学校で比較した。

表2-1 児童生徒等を対象とする個別の保健指導の実施率<sup>注1)</sup>

	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	$\chi^2$ 値 <sup>注2)</sup>	$p$ <sup>注3)</sup>	効果量 <sup>注3)</sup>	特別支援学校	全 体
	100% (n=53)	100% (n=494)	100% (n=214)	100% (n=120)				100% (n=36)	100% (N=927)
内科的訴えへの対応	67.9 ( 36) ↓	84.4 ( 417)	91.1 ( 195) ↑	90.8 ( 109)	21.5	<0.001	0.16	66.7 ( 24)	85.0 ( 788)
外科的訴えへの対応	73.6 ( 39)	84.8 ( 419)	86.9 ( 186)	90.0 ( 108)	8.7	0.033	0.10	61.1 ( 22)	84.3 ( 781)
基本的な生活習慣	49.1 ( 26) ↓	63.8 ( 315) ↓	76.6 ( 164) ↑	83.3 ( 100) ↑	34.3	<0.001	0.20	41.7 ( 15)	67.5 ( 626)
心の健康	13.2 ( 7) ↓	37.4 ( 185) ↓	71.0 ( 152) ↑	80.0 ( 96) ↑	147.1	<0.001	0.41	27.8 ( 10)	49.0 ( 454)
体の発育・発達	11.3 ( 6) ↓	24.5 ( 121) ↓	50.0 ( 107) ↑	37.5 ( 45)	58.1	<0.001	0.26	44.4 ( 16)	32.3 ( 299)
アレルギー	15.1 ( 8)	16.4 ( 81)	14.0 ( 30)	29.2 ( 35) ↑	14.1	0.003	0.13	22.2 ( 8)	17.6 ( 163)
肥満・ダイエット	3.8 ( 2) ↓	7.3 ( 36) ↓	34.1 ( 73) ↑	25.8 ( 31) ↑	94.5	<0.001	0.33	41.7 ( 15)	17.2 ( 159)
性 <sup>注4)</sup>	0.0 ( 0)	4.0 ( 20) ↓	29.9 ( 64) ↑	23.3 ( 28) ↑	97.6	<0.001	0.35	16.7 ( 6)	13.1 ( 121)
飲酒・喫煙・薬物乱用防止 <sup>注4)</sup>	0.0 ( 0)	1.0 ( 5) ↓	23.8 ( 51) ↑	17.5 ( 21) ↑	104.7	<0.001	0.36	5.6 ( 2)	8.8 ( 82)
健康診断の結果	1.9 ( 1)	6.5 ( 32)	10.3 ( 22)	11.7 ( 14)	8.3	0.041	0.10	11.1 ( 4)	7.9 ( 73)
慢性疾患	5.7 ( 3)	5.9 ( 29)	7.9 ( 17)	9.2 ( 11)	2.3	0.505	0.05	33.3 ( 12)	7.8 ( 72)

注1) 児童生徒等を対象とする個別の保健指導を週1回以上実施している者の割合を「個別指導実施率」として度数とともに示した。

注2)  $\chi^2$ 検定を用いて、幼稚園、小学校、中学校、高等学校を比較した。

注3) 有意水準は $p < 0.01$ とし、効果量はCramer's  $V$ で示した。残差分析の結果は各校種の数値横に残差+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

注4) 「性」「飲酒・喫煙・薬物乱用防止」は、幼稚園の実施率0のため、幼稚園を除く小学校、中学校、高等学校で比較した。

表2-2 保護者（個人）を対象とする助言の実施頻度

	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	$\chi^2$ 値 <sup>注1)</sup>	$p$ <sup>注2)</sup>	効果量 <sup>注2)</sup>	特別支援学校	全 体
	n=53 (100%)	n=494 (100%)	n=214 (100%)	n=120 (100%)				n=36 (100%)	N=927 (100%)
週に1~2回以上	26 ( 49.1) ↑	42 ( 8.5)	7 ( 3.3) ↓	6 ( 5.0)	128.7	<0.001	0.22	9 ( 25.0)	90 ( 9.7)
月に1~2回	18 ( 34.0)	159 ( 32.2)	80 ( 37.4)	32 ( 26.7)				16 ( 44.4)	309 ( 33.3)
年に1~2回	5 ( 9.4) ↓	237 ( 48.0)	92 ( 43.0)	58 ( 48.3)				10 ( 27.8)	404 ( 43.6)
ほとんどない	4 ( 7.5)	48 ( 9.7)	34 ( 15.9)	21 ( 17.5)				1 ( 2.8)	110 ( 11.9)

注1)  $\chi^2$ 検定を用いて、幼稚園、小学校、中学校、高等学校を比較した。

注2) 有意水準は $p < 0.01$ とし、効果量はCramer's  $V$ で示した。残差分析の結果は各校種の数値横に残差+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

表3 保護者（個人）を対象とする助言の実施状況からみた児童生徒等を対象とする個別の保健指導の実施率

	小学校					保護者への助言				
	小学校		$\chi^2$ 値 <sup>注1)</sup>	$p$ <sup>注2)</sup>	効果量 <sup>注2)</sup>	中学校		$\chi^2$ 値 <sup>注1)</sup>	$p$ <sup>注2)</sup>	効果量 <sup>注2)</sup>
	月に1回以上する 100% (n=201)	しない 100% (n=285)				月に1回以上 100% (n=87)	しない 100% (n=126)			
内科的訴えへの対応	93.5 ( 188) ↑	77.9 ( 222) ↓	22.7	<0.001	0.22	97.7 ( 85)	87.3 ( 110)	6.5	0.010	0.18
外科的訴えへの対応	94.0 ( 189) ↑	78.2 ( 223) ↓	23.0	<0.001	0.22	95.4 ( 83) ↑	81.7 ( 103) ↓	8.7	0.003	0.20
基本的な生活習慣	78.6 ( 158) ↑	53.3 ( 152) ↓	31.6	<0.001	0.26	83.9 ( 73)	72.2 ( 91)	3.6	0.067	0.13
心の健康	55.7 ( 112) ↑	23.9 ( 68) ↓	52.3	<0.001	0.33	86.2 ( 75) ↑	61.1 ( 77) ↓	17.4	<0.001	0.29
体の発育・発達	34.3 ( 69) ↑	17.2 ( 49) ↓	19.9	<0.001	0.20	66.7 ( 58) ↑	38.9 ( 49) ↓	15.4	<0.001	0.27
アレルギー	24.9 ( 50) ↑	9.5 ( 27) ↓	20.9	<0.001	0.21	20.7 ( 18)	9.5 ( 12)	5.4	0.027	0.16
肥満・ダイエット	10.9 ( 22) ↑	4.2 ( 12) ↓	8.0	0.006	0.13	44.8 ( 39) ↑	27.0 ( 34) ↓	7.1	0.009	0.18
性	7.5 ( 15) ↑	1.4 ( 4) ↓	11.4	0.001	0.15	42.5 ( 37) ↑	21.4 ( 27) ↓	11.1	0.001	0.23
飲酒・喫煙・薬物乱用防止	2.0 ( 4)	0.4 ( 1)	3.1	0.165	0.08	31.0 ( 27)	19.0 ( 24)	4.6	0.048	0.15
健康診断の結果	11.9 ( 24) ↑	2.5 ( 7) ↓	17.6	<0.001	0.19	18.4 ( 16) ↑	4.8 ( 6) ↓	10.4	0.002	0.23
慢性疾患	8.0 ( 16)	3.9 ( 11)	4.0	0.068	0.09	12.6 ( 11)	4.8 ( 6)	4.3	0.069	0.14

注1)  $\chi^2$ 検定を用いて、保護者への助言を月に1回以上実施する者とし、しない者の児童生徒等を対象とする個別指導実施率を比較した。

注2) 有意水準は $p < 0.01$ とし、効果量は $\phi$ 係数で示した。残差分析の結果は各校種の数値横に残差+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

以外の8項目において、個別指導実施率は有意に幼稚園、小学校で低く、中学校、高等学校で高い結果を示した。中でも「心の健康」「飲酒・喫煙・薬物乱用防止」「性」「肥満・ダイエット」は、効果量がいずれもCramer's  $V > 0.3$ を示し、これら4項目の個別指導の実施には校種との関連が認められた。

特別支援学校も他校種と同様、「内科的訴えへの対応」「外科的訴えへの対応」「基本的な生活習慣」の実施率は高かったが、「体の発育・発達」や「肥満・ダイエット」においても40%以上の実施率を示した。

2) 保護者個人を対象とする助言

表2-2に示すように、全体の9.7%が週に1回以上保護者への助言をしていた。幼稚園では対象の49.1%が週に1回以上、80%以上が月に1回以上していた。小学校、中学校、高等学校で、月に1回以上していたのは30~40%程度に留まり、幼稚園は他校種に比べ保護者への助言が有意に多かった。特別支援学校は69.4%が月に1回

以上していた。

次に、保護者への助言と個別指導実施率との関連について比較した結果を表3に示した。小学校では「飲酒・喫煙・薬物乱用防止」「慢性疾患」以外の9項目で、中学校は、「心の健康」「体の発育・発達」「性」「健康診断の結果」「外科的訴えへの対応」「肥満・ダイエット」の6項目において、児童生徒等に個別指導をしているほど保護者への助言もしていた。特に、「心の健康」の効果量は小学校 $\phi = 0.33$ 、中学校 $\phi = 0.29$ であり、「心の健康」に関する個別指導と保護者への助言には関連があることが示された。幼稚園、高等学校、特別支援学校においては、保護者への助言と個別指導に有意な関連は見られなかった。

3. 集団指導の校種間比較

1) 児童生徒等を対象とする集団指導 (表4-1)

集団指導の実施率、年間実施回数は、ともに有意に幼稚園、小学校で高値を、中学校、高等学校で低値を示し

表4-1 児童生徒等を対象とする集団の保健指導

	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	$\chi^2$ 値 /F値 <sup>(注3)</sup>	p <sup>(注4)</sup>	効果量 <sup>(注4)</sup>	特別支援学校	全 体
	100% (n=53) mean ± SD	100% (n=494) mean ± SD	100% (n=214) mean ± SD	100% (n=120) mean ± SD				100% (n=36) mean ± SD	100% (N=927) mean ± SEM
集団指導実施率 <sup>(注1)</sup>	90.6 ( 48) ↑	87.7 ( 433) ↑	47.7 ( 102) ↓	38.3 ( 46) ↓	206.5	<0.001	0.49	58.3 ( 21)	70.8 ( 656)
年間実施回数 <sup>(注2)</sup>	8.7±6.8	6.9±10.0	2.5±1.9	2.4±3.1	10.4	<0.001	0.06	4.8±5.8	6.0±0.4
集団の保健指導実施上の課題 (複数回答あり)									
指導の時間確保が難しい	17.0 ( 9) ↓	49.4 ( 244)	64.5 ( 138) ↑	55.8 ( 67)	48.6	<0.001	0.26	22.2 ( 8)	50.5 ( 468)
他の職務で忙しい	17.0 ( 9)	23.3 ( 115)	20.6 ( 44)	19.2 ( 23)	1.7	0.633	0.05	13.9 ( 5)	21.5 ( 199)
教材研究の時間確保が難しい	32.1 ( 17)	25.3 ( 125) ↑	14.5 ( 31) ↓	10.8 ( 13) ↓	23.5	<0.001	0.18	16.7 ( 6)	21.1 ( 196)
教材作成が難しい	47.2 ( 25) ↑	22.5 ( 111)	13.1 ( 28) ↓	7.5 ( 9) ↓	49.3	<0.001	0.26	22.2 ( 8)	19.6 ( 182)
保健指導について学ぶ場が少ない	35.8 ( 19) ↑	20.4 ( 101)	12.6 ( 27) ↓	11.7 ( 14)	22.9	<0.001	0.18	13.9 ( 5)	17.9 ( 166)
連携・協力体制を得ることが難しい	5.7 ( 3)	15.6 ( 77)	23.8 ( 51) ↑	18.3 ( 22)	11.6	0.009	0.13	13.9 ( 5)	17.3 ( 160)
共通理解を得ることが難しい	7.5 ( 4)	9.3 ( 46)	17.3 ( 37)	14.2 ( 17)	10.4	0.015	0.12	13.9 ( 5)	11.9 ( 110)

注1) 過去1年間に集団の保健指導を実施している者の割合を「集団指導実施率」として度数とともに示した。  
 注2) 年間実施回数は、集団指導を実施している者の平均を示した。  
 注3) 集団保健指導実施率や実施上の課題は $\chi^2$ 検定を、年間実施回数は一元配置分散分析を用いて、幼稚園、小学校、中学校、高等学校を比較した。  
 注4) 有意水準は $p<0.01$ とし、効果量は $\chi^2$ 検定はCramer's Vで、一元配置分散分析は $\eta^2$ で示した。残差分析の結果は各校種の数値横に残差+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

表4-2 保護者（集団）を対象とする助言の実施頻度

	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	$\chi^2$ 値 <sup>(注1)</sup>	p <sup>(注2)</sup>	効果量 <sup>(注2)</sup>	特別支援学校	全 体
	n=53 (100%)	n=494 (100%)	n=214 (100%)	n=120 (100%)				n=36 (100%)	N=927 (100%)
月に1～2回	19 ( 35.8) ↑	12 ( 2.4) ↓	3 ( 1.4)	3 ( 2.5)	165.2	<0.001	0.31	4 ( 11.1)	41 ( 4.4)
年に1～2回	17 ( 32.1) ↓	299 ( 60.5) ↑	94 ( 43.9) ↓	52 ( 43.3)				20 ( 55.6)	485 ( 52.3)
ほとんどない	17 ( 32.1)	176 ( 35.6) ↓	114 ( 53.3) ↑	65 ( 54.2) ↑				12 ( 33.3)	391 ( 42.2)

注1)  $\chi^2$ 検定を用いて、幼稚園、小学校、中学校、高等学校を比較した。  
 注2) 有意水準は $p<0.01$ とし、効果量はCramer's Vで示した。残差分析の結果は各校種の数値横に残差+2.6以上↑、-2.6以下↓で示した。

た。効果量は、実施率Cramer's  $V=0.49$ 、年間実施回数 $\eta^2=0.06$ であり、集団指導の実施には校種との関連があることが示された。特別支援学校の実施率は58.3%、年間実施回数は4.8±5.8回であった。

集団指導実施上の課題について、全体として「指導の時間確保が難しい」が50.5%で最も多く、それ以外については10～20%程度であった。残差分析の結果に注目すると、幼稚園では他校種に比べ有意に「指導の時間確保が難しい」は少ないが、「教材作成が難しい」「保健指導について学ぶ場が少ない」が多かった。小学校では「教材研究の時間確保が難しい」が有意に多く、中学校では「指導の時間確保が難しい」「連携協力体制を得ることが難しい」が有意に多かった。幼稚園と小学校では保健指導そのものに対する自己の課題が、中学校以降になると集団指導そのものよりも組織的かつ計画的な実践とすることに課題があることが示された。

2) 保護者集団を対象とする助言

表4-2に示すように、全体の56.7%が保護者集団への助言を年に1回以上していた。残差分析の結果に注目すると、保護者集団への助言は、幼稚園は「月に1～2回」、小学校は「年に1～2回」、中学校、高等学校では「ほとんどない」が有意に多かった。効果量もCramer's  $V=0.31$ で、保護者集団への助言は校種と関連があることが示された。特別支援学校は66.7%が年に1回以上行っていた。

保護者集団への助言と集団指導実施率との関連について、幼稚園では、保護者集団への助言を年に1回以上している者の97.2% (35/36名)が幼児に集団指導しており、していない者 (76.5%, 13/17名)に比べ有意に高

かった。幼児に集団指導しているほど保護者集団への助言を行っていた。他の校種では有意な関連は見られなかった。

3) 児童生徒等を対象とする集団指導の内容と機会

(1) 集団指導の内容

対象が行った集団指導の内容として記述された延べ2,037件のうち、幼稚園は317件、小学校1,391件、中学校182件、高等学校75件、特別支援学校72件あった。これらの記述内容からキーワードを抽出、カテゴリ化(表5)して得た10の大テーマ別に、集団指導の実施率を算出して表6に示した。

表6によると、どの校種でも最も指導していたのは【健康な生活】であった。各校種の特徴として、幼稚園は【歯・口の健康】【目・耳・鼻の健康】【生活安全】【疾病とその予防】、小学校は【歯・口の健康】【性】【疾病とその予防】が実施率30%以上を示した。中学校、高等学校は集団指導の実施率そのものが大きく低下するため、よく指導されているテーマであってもその実施率は10～20%に留まった。中学校は【疾病とその予防】【性】、高等学校は【疾病とその予防】【生活安全】で、実施率が10%を超えた。特別支援学校は他校種と異なり、【健康な生活】よりも【歯・口の健康】や【疾病とその予防】の実施率が高かった。

次に、校種ごとに指導内容(表5)を詳しく見てみると、【健康な生活】については、幼稚園は『食育・栄養』『排便等』『清潔習慣』を取り上げて指導していたが、小学校は、それらに加え『基本的な生活習慣』『睡眠』『運動・遊び』『学校行事での過ごし方・生活の仕方』など生活習慣全般にわたる幅広い内容を指導していた。中学

表5 児童生徒等を対象とする集団の保健指導の内容

(延べ件数)

大テーマ	中テーマ <sup>(注1)</sup>	キーワード <sup>(注2)</sup>	幼稚園	小学校	中学校	高等学校	特別支援学校
健康な生活	基本的な生活習慣	規則正しい生活、生活リズム	9	42	4	0	4
	食育・栄養	朝ごはん、食事・栄養のバランス、飲み物・おやつを取り方、偏食、食物の働き、食事のマナー、箸の使い方	50	63	4	0	5
	排便等	トイレの使い方、排便、排尿、うんちができる過程	30	55	1	0	1
	睡眠	睡眠のメカニズム、早寝・早起き、就寝時間	9	47	3	1	1
	運動・遊び	運動の仕方と効用、メディア利用の方法、メディアコントロール、テレビ視聴、ゲームとの付き合い方、ゲーム脳	1	19	0	0	0
	清潔習慣	手洗い・うがいの方法、手の衛生、体の清潔(お風呂の使い方・洗髪の方法・汗の始末・爪の手入れ)、身だしなみ(衣服・帽子・下着・おしゃれ)	47	81	0	0	3
	学校行事での過ごし方・生活の仕方	宿泊行事などでの生活・健康管理、夏の過ごし方、姿勢、持病の管理	16	73	25	21	2
	小計		162	380	37	22	16
歯・口の健康	歯・口腔衛生	歯の大切さ、歯みがき・ブラッシング、歯垢染め出し、デンタルフロスの使用方法、う歯・歯肉炎の予防	36	179	9	2	18
	歯・口のしくみ、機能	歯のしくみ・種類、役割、咀嚼、歯列・咬合、あごの働き、嚙むことと唾液	5	42	0	1	0
	歯・口の疾病・異常	う歯のメカニズムと進行、歯周病・歯肉炎のメカニズムと進行	6	74	4	1	3
	治療	歯の治療、歯科受診	0	0	1	1	0
	小計		47	295	14	5	21
疾病とその予防	感染症(風邪・インフルエンザを含む)	様々な病原体・感染経路・予防法、麻疹・風疹の予防接種、風邪・インフルエンザ・新型インフルエンザ、せき・くしゃみ	16	62	7	7	11
	食中毒・食品衛生	食品の扱い方、調理時の衛生管理、外傷の管理、ノロウイルス・ロタウイルス	0	1	0	8	0
	熱中症	熱中症発生のメカニズム、症状、手当て、予防対策、水分摂取	12	121	27	7	6
	生活習慣病	肥満、生活習慣病	0	6	1	0	2
	その他の疾病	アレルギー、皮膚・頭ジラミ、ニキビ	0	6	0	0	0
	疾病の予防	病気の予防、病気に負けない体づくり	0	5	0	0	1
	小計		28	201	35	22	20
性	いのち	命の大切さ・つながり、生命の誕生・命のはじまり、命のルーツ、妊娠・出産・避妊、子宮、おへそ	1	20	11	0	0
	二次性徴	性器、思春期に起こる体と心の変化、男女の体の違い、初経・月経、精通、月経の手当てとマナー、ナプキン・下着の取り扱い	0	165	19	0	6
	男女交際、性暴力	異性への理解、異性との関わり方、デートDV、性被害	0	3	4	0	0
	性感染症	エイズ、STI (STD)、子宮頸がん、WYSH教育	0	7	9	0	0
	小計		1	195	43	0	6
(ケガを含む) 生活安全	ケガ・スポーツ障害	ケガとその予防、スポーツ障害	4	34	2	0	2
	救急処置	応急処置、ケガの手当て、AED・心肺蘇生法	14	38	10	17	0
	安全な生活	危機管理(事故、災害、不審者)、事故・危険行動の防止、安全な部活動の実施、プールの利用、野外活動	14	8	2	3	1
	小計		32	80	14	20	3
目・耳・鼻の健康	目	目のしくみ(まつげ・まぶた・涙を含む)、目の働き、目の発達、目の健康、目の大切さ、視力、視力低下・屈折異常、眼疾患、目のかゆみ・痛み	28	77	1	1	1
	耳	耳のしくみ、耳の働き、聴力、鼓膜、中耳炎	6	5	0	0	0
	鼻	鼻のしくみ、鼻水、鼻血、鼻のかみ方					
	小計		34	82	1	1	1
乱用防止と医薬品	喫煙	ジュースとお酒、アルコールの害、未成年の飲酒、誘われた時の対処行動	0	38	20	3	1
	喫煙	喫煙防止、たばこの有害性、一酸化炭素、タール、ニコチン、副流煙、誘われた時の対処行動					
	薬物	薬物乱用防止、大麻、勧められた時の対処行動					
	くすり	医薬品、くすりの飲み方、正しい使用方法、副作用	0	3	0	0	1
	小計		0	41	20	3	2
体のしくみと発達	発育発達	育ちゆく体、わたしたちの体、成長の喜び、成長ホルモン	3	18	0	1	0
	体のしくみと機能	体を守る仕組み、免疫、からだの名前、脳・心臓・呼吸器、血液、骨、皮膚・爪、体脂肪率、体温・脈拍の計り方	1	34	3	0	0
	小計		4	52	3	1	0
心の健康	こころの理解	心の成長、リフレーミング、心の天気図、ピアカウンセリング	0	15	3	0	0
	コミュニケーションスキル	ソーシャルスキル、アサーティブコミュニケーション、アンガーマネジメント	0	4	2	0	1
	ストレス	ストレスの概念、ストレスマネジメント、リラクゼーション、腹式呼吸	0	5	2	1	0
	小計		0	24	7	1	1
その他	健康診断	健康診断の目的、健康診断の受け方	7	26	6	0	0
	保健室	保健室の役割、保健室の利用の仕方、保健室の約束	2	15	2	0	2
	小計		9	41	8	0	2
	合計		317	1,391	182	75	72

注1) キーワードが示す内容が似たものを集めて中テーマとした。

注2) 集団指導として記述されたタイトルや内容から、キーワードとなるものを抽出した。

注3) 「耳・鼻」「喫煙・飲酒・薬物乱用防止」は複数の内容を一つの指導として記述されている場合が多かったため、いずれか一つの指導の場合と複数の場合を合わせて延べ件数を示した。

表6 児童生徒等を対象とする集団の保健指導のテーマ別実施率

	幼稚園		小学校		中学校		高等学校		特別支援学校		全体	
	100%	(n=53)	100%	(n=494)	100%	(n=214)	100%	(n=120)	100%	(n=36)	100%	(N=927)
健康な生活	83.0	(44)	48.4	(239)	15.0	(32)	17.5	(21)	25.0	(9)	37.6	(349)
歯・口の健康	75.5	(40)	44.1	(218)	6.5	(14)	4.2	(5)	33.3	(12)	31.5	(292)
疾病とその予防	32.1	(17)	33.2	(164)	14.5	(31)	15.8	(19)	27.8	(10)	26.3	(244)
性	1.9	(1)	35.0	(173)	13.1	(28)	0.0	(0)	11.1	(4)	22.3	(207)
生活安全(ケガを含む)	37.7	(20)	15.0	(74)	6.5	(14)	14.2	(17)	5.6	(2)	13.7	(127)
目・耳・鼻の健康	49.1	(26)	15.6	(77)	0.5	(1)	0.8	(1)	2.8	(1)	11.7	(108)
飲酒・喫煙・薬物乱用防止と医薬品	0.0	(0)	7.1	(35)	8.4	(18)	2.5	(3)	2.8	(1)	6.1	(57)
体のしくみと発育・発達	7.5	(4)	8.7	(43)	1.4	(3)	0.8	(1)	0.0	(0)	5.5	(51)
心の健康	0.0	(0)	4.3	(21)	2.8	(6)	0.8	(1)	2.8	(1)	3.2	(30)
その他	17.0	(9)	7.9	(39)	2.8	(6)	0.0	(0)	2.8	(1)	5.9	(55)

校、高等学校では、〔宿泊行事などでの生活・健康管理〕を主に指導していた。【歯・口の健康】は、幼稚園、小学校で多く指導されているが、特に〔歯みがき〕指導を中心に行われていた。【疾病とその予防】は、どの校種でも『熱中症』や〔かぜ・インフルエンザ〕など『感染症』の予防を中心に指導していたが、高等学校では学校行事と連動して『食中毒・食品衛生』も指導していたことは特徴的といえる。【性】に関する指導のうち、小学校では『二次性徴』が84.6% (165/195件)と圧倒的に多かったが、〔月経の手当てとマナー〕についての指導が主となっていた。中学校になると『性感染症』や『男女交際、性暴力』に関する指導が30.2% (13/43件)と割合を大きくした。高等学校では養護教諭が直接【性】に関する集団指導を行う機会はないという結果を得た。このことの原因としては、自由記述で保健学習や講演などを中心に行われていることが記されていた。幼稚園と高等学校では、【生活安全】が比較的取り上げられていた。幼稚園は『救急処置』14件のうち〔ケガの手当て〕が14件であったのに対し、高等学校は『救急処置』17件中14件が〔AED・心肺蘇生法〕を内容としていた。幼稚園は自身の身の安全に関するものであるのに対し、高等学校は人命救助に関する点で特徴的であった。その他、幼稚園・小学校では【目・耳・鼻の健康】を多く取り上げており、多くは『目』に関する指導であった。

#### (2) 集団指導実施の機会

集団指導延べ2,037件のうち、その多くは特別活動である学級活動(34.6%)と学校行事(32.2%)の中で実施されており、学校行事の50%程度が健康診断や発育測定時のミニ保健指導として実施されていた。その他にも、児童生徒会活動(5.5%)、朝の会(5.4%)、総合的な学習の時間(4.6%)など、様々な機会を捉えて集団指導は行われていた。年間計画に位置付けられていたのは68.5%で、養護教諭単独で実施されたのは76.7%、ティーム・ティーチングは18.8%であった。

## IV. 考 察

### 1. 養護教諭の職務内容としての保健指導の変遷

現在の養護教諭制度は、昭和22(1947)年に制定された学校教育法の施行によって開始され、その役割や職務

内容は、その時々の子どもの健康状態や社会の変化などに応じる形で変容してきた<sup>12)23)</sup>。今では養護教諭の主要な職務内容の一つとされる保健指導も、「I. はじめに」で示したように、時代によってその位置づけが変化している。特に近年では、子どもの健康課題の複雑化・多様化に対応するため、養護教諭の保健教育への積極的な参画が求められるようになり、個別指導が法律の条文に明文化されるまでになった。これまでの実践の積み重ねが養護教諭の職務内容としての保健指導を確立させてきたといえる。同時に教育職員としての養護教諭の存在感が、現代の学校教育においてより増してきていることを表している。

法が改正された今日、学校における保健指導を一層推進していく上で、包括的な観点から保健指導に関する養護教諭の実践を、改めて見直すことは重要といえる。

### 2. 発達段階や健康課題等の変化に応じた保健指導の実践

今回の結果は、養護教諭が行う保健指導には校種によって指導内容や頻度に違いがあり、養護教諭が子どもの発達段階や健康課題等の変化に応じて保健指導を実践していることを示した。

#### 1) 不易な個別指導

個別指導について、「内科的訴えへの対応」「外科的訴えへの対応」「基本的な生活習慣」に関する指導が校種に関わらず最も多かった。1日の保健室利用者の30~40%がケガや体調不良を主訴とする実態<sup>20)</sup>は、内科及び外科的訴えへの対応に関する指導が救急処置に伴って日常的に行われていることを裏付けている。森田は、1980年代には傷病の処置などとともに生活習慣が個別指導内容として今後重要な課題である<sup>24)</sup>と指摘している。つまり、「内科的及び外科的訴えへの対応」や「基本的な生活習慣」に関する指導は、養護教諭にとって現在に至るまで変わることのない重要な指導内容であるといえる。

#### 2) 発達段階に応じた個別指導

中学校、高等学校の時期は、青年前期に位置し、二次性徴を迎えて活発な精神活動と運動性に優れ、人間的にも大きく成長する時期である反面、この時期特有の悩みや心の揺れ、不安などを抱えて問題も多発する時期とされる<sup>25)</sup>。今回、中学校、高等学校では、「心の健康」「飲

酒・喫煙・薬物乱用防止」「性」「肥満・ダイエット」に関する個別指導が他校種に比べ有意に多い結果を示した。実際に、保健室利用者のうち主に心に関する問題が背景要因にある割合は、平成23(2011)年に小学校は39.0%、中学校45.2%、高等学校42.4%<sup>20)</sup>、不登校児童生徒の割合は、平成24(2012)年に小学校は0.31%、中学校2.56%、高等学校1.72%<sup>26)</sup>と報告されている。中学校、高等学校期に心に問題を抱える子どもが増えることを示すこれらの数字は、「心の健康」がこの時期の重要な健康課題の一つであることを示している。「飲酒・喫煙・薬物乱用防止」「性」「肥満・ダイエット」に関する指導が増えるのも、「心の健康」と同様、成長・発達に伴って青年前期という時期にとりわけ顕在化、深刻化する健康課題<sup>20)27)28)</sup>に対応した結果といえる。

今回示した養護教諭による個別指導は、子どもの健康課題に対応して行われていた。養護教諭は子どもの発達段階に応じて生じる健康課題を捉えて保健指導を行っているといえる。

### 3) 現代的な健康課題に応じた個別指導

我々の結果では、高等学校は「性」に関する個別指導実施率は23.3%、「心の健康」は80%であった。山崎は、平成13(2001)年の調査で高等学校の養護教諭が1年間に力を入れて関わった個別指導102件の内訳として、妊娠や性被害を含む「性」に関することが39.2%、精神不安定や不登校など「心の健康」が20.6%、摂食障害など「肥満・ダイエット」13.7%、「疾病などの管理」11.8%、「飲酒・薬物」は3.9%と報告している<sup>16)</sup>。一概に我々の結果と比較することは難しいが、高等学校で「性」に関する指導におかれていた比重が徐々に「心の健康」に移行している可能性がある。

子どもの健康実態として、保健室利用者のうち性に関する問題が具体的背景要因にある割合は、平成13年は小学校0.5%、中学校2.4%、高等学校4.6%<sup>29)</sup>、平成23年は小学校0.4%、中学校2.1%、高等学校3.2%<sup>20)</sup>である。高校生の性交経験率は、男性は平成11(1999)年の26.6%、女性は平成17(2005)年の30.3%をピークに減少し<sup>30)</sup>、性感染症も平成14(2002)年をピークに減少傾向を示している<sup>31)</sup>。一見すると性に関する問題の減少が伺える。一方「心の健康」については、保健室利用者のうち主に心に関する問題が背景要因にある割合は、平成13年は小学校31.5%、中学校42.1%、高等学校31.2%<sup>29)</sup>であり、前述の平成23年に比べ保健室での心の問題への対応は増加している。

したがって、養護教諭は時代に応じて変化する子どもの現代的な健康課題に対応して保健指導を行っているといえる。ただ、性教育については平成17年の中央教育審議会の専門委員による審議の中で、性に関しては様々な価値観の相違があることから、集団で一律に指導する内容と個々の児童生徒の抱える問題に応じ個別に指導する内容との区別を明確にして実施すべきとの指摘があるな

ど、慎重な取り扱いが議論されている<sup>32)</sup>。性感染症等の予防の知識など科学的知識を理解させるとする意見がある一方で、安易に具体的な避妊方法の指導などを行わないとする意見もあり、学校現場での性に関する指導を一層難しいものになっている。この性教育にまつわる現状も、今回の結果に少なからず影響を与えていると考えられる。

### 4) 多様化する集団指導

集団指導については、10テーマにわたる幅広い内容で指導されており、校種に応じてその内容にも特徴がみられた。過去の実態調査の結果<sup>13)15)</sup>を我々の分類に当てはめてみると、1970~80年代の小・中学校では、【健康な生活】として手洗いや清潔、姿勢、行事などでの健康生活指導、【疾病とその予防】として病気の予防や予防接種、【生活安全】としてケガの予防や救急処置、【歯・口の健康】として歯みがき指導、【目・耳・鼻の健康】のうち目の健康、【性】については初潮指導が頻度の高い指導内容とされている。1970年代からこれまで変わらず指導され続けている内容もありながら、「心の健康」のように過去には取り込まれていなかった内容も、現在では集団指導として取り込まれ始めている。これらは、複雑化・多様化する健康課題に対応する養護教諭の姿を浮き彫りにした。

### 3. 個別指導と集団指導の相互補完的展開

一般に、学校の教育活動において、一人ひとりの児童生徒の生きる力を伸ばすためには、集団指導と個別指導の両方が必要であるとされる。生徒指導提要には、集団指導と個別指導には車の両輪のような関係があり、集団指導を通して個を育成し、個の成長が集団を発展させるという相互作用により、児童生徒の力を最大限に伸ばすことができるという基本的な指導原理が示されている<sup>25)</sup>。

今回、児童生徒等に対する保健指導は、幼稚園、小学校から中学校、高等学校へ学校段階が進むにつれ、集団指導は幅広い内容から絞られた内容になり、指導頻度も低くなったのに対して、個別指導の頻度は高くなり、その指導内容も幅広いものになっていた。幼稚園や小学校は、幼児期の自己中心性から脱却し集団生活に適應することが発達課題<sup>7)</sup>であり、個としての自立性が未確立な時期にある。そのため、将来起こりうる健康課題への予防的観点から、集団力学的な効果をねらった集団指導を中心に基本的な健康づくりの習慣化が図られるといえる。一方で中学校、高等学校は、自我を芽生えさせ集団や社会における自己を確立させることが発達課題<sup>33)34)</sup>である。発達課題を達成できれば大きな成長が期待できる反面、様々な不安や悩みなどから心身のバランスを崩しやすい時期にあり、個々の問題に応じた指導の必要性が増す。そのため課題解決的な個別指導を中心に保健指導が展開されているといえる。

このような子どもの発達段階や健康課題に応じて養護教諭が行う保健指導は、子どもの発達とともに中心となる指導方法を集団指導から個別指導へと転換させながら

展開されることで、前述の指導原理をまさに具現化している。指導の場面においては個別指導と集団指導とを分けて考える視点だけでなく、個や集団の状態に応じた指導を行うことも重要とされる<sup>25)</sup>。養護教諭自身が個別指導と集団指導との違いを意識しているかいないかに関わらず、結果的にこのことが養護教諭の保健指導を車の両輪と称される集団指導と個別指導の指導原理を發揮したものにしていると考えられる。集団指導と個別指導との相互補完的関係は、養護教諭が子どもの発達段階や健康課題に応じて保健指導を行うことで展開される。

#### 4. 保護者を巻き込んだ保健指導

平成21(2009)年に施行された学校保健安全法では、保護者への助言も保健指導として位置づけられた<sup>3)</sup>。保健室利用状況に関する調査<sup>20)</sup>で、保護者が子どもの心身の問題について相談することを目的とした保健室利用は小学校59.5%、中学校54.6%、高等学校33.6%であると報告されている。これらのいくらかは、養護教諭による助言を受けていると推察されるが、保護者への助言について調査した先行研究はない。今回の結果では、幼稚園は、幼児に集団指導しているほど保護者集団にも助言を行っており、小学校と中学校は、児童生徒に個別指導しているほど保護者にも助言を行っていた。これらは、養護教諭自身が、指導効果を上げるためには家庭との相互理解や連携が不可欠であることを十分に認識していることを示すものと考えられる。特に、小学校、中学校では「心の健康」に関する個別指導と保護者への助言との関連が示された。このことは、養護教諭が、指導内容の特性や問題の重要性を考慮した上で、保護者を巻き込んだ指導の展開を志向していることを示している。

#### 5. 学校保健活動の中核的役割を担う養護教諭による効果的な保健指導の推進

これまでに、養護教諭が行う保健指導に関して、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校にわたって、個別指導と集団指導の両面から包括的に捉えた実態調査は行われていない。今回、養護教諭は、子どもの発達段階や健康課題の変化に応じて、その指導の対象や指導方法、指導内容を柔軟に選択し、多様な保健指導を展開していることを明らかにすることができた。学校保健安全法の条文に個別指導が位置づけられて以降に、これらの結果を示すことができたことは意義あるものと考えられる。

今後、保健指導をより効果的なものとするためには、個別指導と集団指導の特性や原理を理解した上で、指導の意図的な展開を考えていく必要がある。個別指導には、集団から離れて行う指導と集団の場面において個に配慮して行う指導の二つの概念があるとされる。集団内の児童生徒一人ひとりに配慮することによって個々の良さを伸ばすことが、集団の発展につながるというのである<sup>25)</sup>。特定の校種で共通して起こりやすい健康課題である「心の健康」などは、中学校、高等学校で多くの個別指導が行われているが、集団指導には結びついていなかった。

個に応じた丁寧な個別指導も必要とはいえ、人は社会の中で生きるもので、集団や社会との関わりを欠いては様々な問題を解決することは困難である。個別指導で捉えた健康問題を共通の課題として捉え直し、関係教職員と連携して集団指導につなげ、集団内の個に配慮した指導にも視野を広げていく必要があるのではないかと考える。

最後に、今回調査した集団指導のうち68.5%は年間計画に位置付けられており、子どもたちの健康課題に対応するため、養護教諭が保健指導を予防的な観点から積極的に計画し、実践・展開させていることを示した。その一方で、集団指導の76.7%は養護教諭単独の指導となっており、組織的に集団指導を実施していくことに課題が生じていることが明らかとなった。学校現場で保健指導を積極的に推進していくには、計画的であるだけでなく組織的な活動としていくことが不可欠である。学校保健の中核を担う養護教諭には、学校保健活動の全体を俯瞰し、他の教職員と連携・協働しながら一つ一つの活動を調整しまとめていく、コーディネーターとしての力量が今後ますます求められるだろう。

### V. 研究の限界

本研究は質問紙郵送法を用いて実施したが、一般に郵送法による調査は、調査に対する強制性が低いと回収率が著しく低くなるリスクがある調査法として知られている<sup>35)</sup>。回収率が39.7%に留まった今回の結果は、この調査法によるところといえる。サンプル数を多く確保することにより生じうる偏りの補正を図ったが、この回収率の低さがデータの偏りを生んでいる可能性は否定できない。

### VI. 結 論

本研究の目的は、保健指導に関する養護教諭の実践を包括的観点から明らかにすることにある。平成22年に養護教諭927名を対象に、集団指導、個別指導、保護者への助言について調査を実施し、校種による比較を行った。対象の内訳は、幼稚園5.7%、小学校53.3%、中学校23.1%、高等学校12.9%、特別支援学校3.9%であった。

集団指導は、幼稚園は90.6%、小学校は87.7%、中学校は47.7%、高等学校は38.3%が行っており、有意に幼稚園、小学校で多く、中学校、高等学校で少なかった( $p < 0.001$ )。年間実施回数も同様であった。集団指導の内容は、【健康な生活】【歯・口の健康】【疾病とその予防】【性】【生活安全(ケガを含む)】【目・耳・鼻の健康】【飲酒・喫煙・薬物乱用防止と医薬品】【体のしくみと発育・発達】【心の健康】【その他】の10テーマであった。一方、個別指導は「心の健康」「飲酒・喫煙・薬物乱用防止」「性」「肥満・ダイエット」に関する指導は、他校種に比べ中学校、高等学校で有意に多く行われていた( $p < 0.001$ )。どの校種も共通して「内科的訴えへの対応」「外科的訴



えへの対応」「基本的な生活習慣」に関する指導が最も多かった。

児童生徒等に対する保健指導は、幼稚園、小学校から中学校、高等学校へ学校段階が進むにつれ、集団指導は幅広い内容から絞られた内容になり指導頻度は低くなったが、個別指導は反対に指導頻度が高くなり内容も幅広いものになっていた。

幼稚園は、幼児に集団指導しているほど保護者集団にも助言を行っており、小学校・中学校は、児童生徒に個別指導しているほど保護者にも助言を行っていた ( $p < 0.01$ )。しかし、高校では生徒への保健指導と保護者への助言の間に有意な関連は見られなかった。

以上から、養護教諭は、校種つまり子どもの発達段階や健康課題に応じて、その指導の対象や指導方法、指導内容を柔軟に選択し、多様な保健指導を展開していた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきましたA県及びB県の幼稚園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校並びに養護教諭の皆様に厚く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 文部省：中等学校保健計画実施要領（試案）昭和24年度。Available at [http://www.nier.go.jp/yoshioka/cofs\\_new/s24jp/index.htm](http://www.nier.go.jp/yoshioka/cofs_new/s24jp/index.htm) Accessed Sep. 3, 2014
- 2) 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。Available at [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2009/01/14/001\\_4.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_icsFiles/afieldfile/2009/01/14/001_4.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 3) 文部科学省スポーツ・青少年局：学校保健法等の一部を改正する法律の公布について（通知）。2008。Available at [http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/other/\\_icsFiles/afieldfile/2009/04/01/1236264\\_004.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afieldfile/2009/04/01/1236264_004.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 4) 保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について（答申）。1997。Available at [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/old\\_chukyo/old\\_hoken\\_index/toushin/1314691.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/old_chukyo/old_hoken_index/toushin/1314691.htm) Accessed Sep. 3, 2014
- 5) 文部省：小学校保健指導の手引（改訂版）。大日本図書、東京、1994
- 6) 文部科学省：「生きる力」を育む小学校保健教育の手引き。2013。Available at [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/1334052.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334052.htm) Accessed Mar. 10, 2015
- 7) 文部科学省：小学校学習指導要領解説 特別活動編。2008。Available at [http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/micro\\_detail/\\_icsFiles/afieldfile/2009/06/16/1234931\\_014.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2009/06/16/1234931_014.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 8) 文部科学省：教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引き。7-9, 2011。Available at [http://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/\\_icsFiles/afieldfile/2013/10/02/1309933\\_01\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/_icsFiles/afieldfile/2013/10/02/1309933_01_1.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 9) 都丸範子：某高校における屈折異常の保健指導事例について。学校保健研究 18 : 138-142, 1976
- 10) 北川末幾子：養護教諭による学校保健指導—骨評価成績に基づいた保健指導の実践。肢体不自由教育 166 : 22-27, 2004
- 11) 香田由美, 鬼頭英明：医薬品の教育への養護教諭の関わりの検討：養護教諭の役割を生かした保健指導の実践から。日本養護教諭教育学会誌 17 : 55-62, 2014
- 12) 日本学校保健会：学校保健の課題とその対応—養護教諭の職務等に関する調査結果から—。1-6, 103-107, 日本学校保健会、東京、2012
- 13) 久田美幸：「保健教育における保健指導」についての一考察—担当者はどうあるべきか—。学校保健研究 13 : 341-346, 1971
- 14) 片岡繁雄, 池田哲子, 山田玲子：養護教諭と学級担任教師の保健指導に関する研究 第1報—北海道における保健指導の実態—。学校保健研究 18 : 241-250, 1976
- 15) 木村龍雄：学級指導における保健指導の実態と問題点に関する研究 その1。学校保健研究 26 : 435-441, 1984
- 16) 山崎隆恵, 後藤ひとみ, 天野敦子：保健室における個別的保健指導の展開。日本養護教諭教育学会 7 : 63-72, 2004
- 17) 大川尚子, 平田まり：月経痛の対処法に関する養護教諭が行う集団の保健教育。日本養護教諭教育学会誌 16 : 13-20, 2014
- 18) 山田浩平, 橋本みや子, 井本陽子ほか：養護教諭が行う保健指導の実情。愛知教育大学研究報告。教育科学編 63 : 103-109, 2014
- 19) 日本学校保健会：平成24年度 児童生徒等の健康状態サーベイランス事業報告書。日本学校保健会、東京、2014
- 20) 日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書（平成23年度調査結果）。63, 68, 79-80, 日本学校保健会、東京、2013
- 21) 水本篤, 竹内理：研究論文における効果量の報告のために—基礎概念と注意点。英語教育研究 31 : 57-66, 2008
- 22) 田中敏：実践心理データ解析 改訂版。51-57, 新曜社、東京、2012
- 23) 三木とみ子：四訂 養護概説。5-31, 205-220, ぎょうせい、東京、2009
- 24) 森田光子：特集 保健指導の展開—養護教諭の立場から—。学校保健研究 30 : 268-273, 1988
- 25) 文部科学省：生徒指導提要。1-22, 80-81, 教育図書、東京、2010
- 26) 文部科学省：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（平成24年度）。Available at <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001016708>

- Accessed Sep. 3, 2014
- 27) 和田清：薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究 平成24(2012)年度. Available at <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201235023A> Accessed Feb.28, 2015
- 28) 文部科学省：学校保健統計調査（平成25年度）. 2014. Available at <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001011648> Accessed Sep. 3, 2014
- 29) 日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書（平成13年度調査結果）. 56-60, 日本学校保健会, 東京, 2002
- 30) 日本性教育協会：「若者の性」白書-第7回 青少年の性行動全国調査報告. 小学館, 東京, 2013
- 31) 厚生労働省：性感染症報告数. Available at <http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0411-1.html> Accessed Feb. 28, 2015
- 32) 中央教育審議会：健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会これまでの審議の状況—すべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは?—. Available at [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05091401.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05091401.htm) Accessed Jul. 13, 2015
- 33) 文部科学省：中学校学習指導要領解説 特別活動編. 2008. Available at [http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/micro\\_detail/\\_\\_icsFiles/afieldfile/2011/01/05/1234912\\_014.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2011/01/05/1234912_014.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 34) 文部科学省：高等学校学習指導要領解説 特別活動編. 2009. Available at [http://www.mext.go.jp/component/a\\_menu/education/micro\\_detail/\\_\\_icsFiles/afieldfile/2010/01/29/1282000\\_20.pdf](http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2010/01/29/1282000_20.pdf) Accessed Sep. 3, 2014
- 35) 岩淵千秋：あなたもできるデータの処理と分析, 78-79, 福村出版, 1997
- (受付 2014年10月14日 受理 2015年10月26日)  
連絡先：〒521-1123 滋賀県彦根市肥田町720番地  
聖泉大学看護学部（加納）

■連載 学校保健の研究力を高めるⅡ

Serial Articles: Building up the Research Skills for School HealthⅡ

## 第6回 研究を実施するにあたっての倫理的問題

大澤 功

愛知学院大学心身科学部健康科学科

### 6. The Ethical Issues in School Health Research

Isao Ohsawa

*Department of Health Science, Faculty of Psychological and Physical Science, Aichi Gakuin University*

#### はじめに

近年我が国からはノーベル賞受賞者が相次いで誕生し、科学研究に注目が集まっている。その一方でSTAP細胞問題や降圧薬の臨床試験問題等の研究不正も報道されている(注1)。称賛される研究と非難される研究の違い、あるいは尊敬される研究者と社会的に排除されていく研究者の違いは、当然ながら基本的には研究の質そのものではあるが、研究者(あるいは研究組織)としての姿勢、すなわち倫理観も大きな要素となる。

研究における倫理的問題を考えるにあたっては、自然科学だけでなく、人文科学や社会科学をも含めたすべての科学研究に共通する倫理的問題と、人を対象とする研究に特有な倫理的問題に分けることができる。前述の実験データの改ざんやねつ造あるいは論文の盗用や二重投稿等は前者に属する問題である。学校保健分野は主として人を対象とする研究なので、本稿では後者の問題について最も厳しい規範を持つ医学研究における倫理的問題を参考にしながら考えたい。なお、我が国では人を対象とする医学研究における倫理的問題についてのガイドラインとして、「疫学研究に関する倫理指針(疫学指針)」と「臨床研究に関する倫理指針(臨床指針)」があったが、2014年(平成26年)に「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(医学系指針)」に統合された<sup>1,2)</sup>(注2)。したがって、本稿では主にこの医学系指針に準拠して概説するが、一部については以前の疫学指針と臨床指針を参考にしている。

(注1) 高血圧治療薬の臨床研究で、製薬会社に有利なようにデータの改ざんや統計処理が行われた。また、問題となった製薬会社の社員が研究グループに所属していたが、社員であることが公表されていなかった。

(注2) 医学系指針ガイダンスによれば、医学系研究には、「医科学、臨床医学、公衆衛生学、予防医学、歯学、薬学、看護学、リハビリテーション学、検査学、医工学のほか、介護・福祉分野、食品衛生・栄養分野、環境衛生分野、労働安全衛生分野等で、個人の健康に関する情報を用いた疫学的手

法による研究及び質的研究が含まれる。」とある。学校保健分野で実施されている研究の多くが含まれていると考えるのが妥当である。本稿ではこの医学系指針ガイダンスから多くの箇所を引用しているが、初出の箇所のみ文献番号を付した。

#### 研究対象者にとってのメリット

人を対象とする研究においてまず知っておくべきことは研究対象者(被験者、研究協力者)にとっては、研究に参加するメリットが乏しいことである。むしろデメリットの方が大きいと言える。例えば、人を対象とした研究で最もエビデンスレベルが高いランダム化比較試験(無作為割付介入試験, RCT: randomized controlled trial)を考えてみる<sup>3)</sup>。RCTは新薬の効果を検討するには必須の研究デザインである。また、その際には無作為に実薬群とプラシーボ群に割付けるだけでなく、自分がどちらを服用しているかもわからなくする(マスク化、遮蔽化)。したがって、通常患者は新たな効果を期待して新薬(実薬)を希望するものだが、こういった研究に参加すると自分が実薬を飲んでいるのかプラシーボを飲んでいるのかがわからないことになる。確かに実薬群であれば効果が期待できて良いかもしれないが、もしプラシーボ群であったならば、この研究に参加した意味がなくなってしまう。一方、実薬群であったとしても、飲んでいる新薬は効かないかもしれないし、予期しない副作用に襲われる可能性もある。いずれにしても、今回の研究は、その成果を次に生かすために実施されるものなので、研究対象者にとってのメリットはほとんどない(海外では定期的な健康診断等が受けられるといったメリットがあるが、職場や地域で健康診断が無償で受けられる日本では研究協力者を集めるのが難しい)。

マスク化したRCTを実施することは学校保健分野ではほとんどないかもしれないが、何らかの介入効果を検討する研究は多い。また、介入とまではいなくても、観察あるいは実態調査といった研究は多いはずである(介入研究と観察研究については後述)。どんな研究でも研究成果の恩恵を受けるのはその後の別の集団であり、研究対象者自身には成果は反映されない。したがって、

研究参加者にはインフォームド・コンセント、すわなち、研究の目的や意義、参加することのメリットとデメリット等を十分に説明し、理解してもらった上で同意を得ることが必要である（注3）。

なお、学校保健分野では研究対象者が未成年のことが多いので、その場合は代諾者（親権者等）からのインフォームド・コンセントを受けることになる。また、学校等の組織で実施する場合は学校長や教育委員会等の同意も必要になるであろう。

（注3）医学系指針では、インフォームド・コンセントは、「研究対象者又はその代諾者等が、実施又は継続されようとする研究に関して、当該研究の目的及び意義並びに方法、研究対象者に生じる負担、予測される結果（リスク及び利益を含む。）等について十分な説明を受け、それらを理解した上で自由意思に基づいて研究者等又は既存試料・情報の提供を行う者に対し与える、当該研究（試料・情報の取扱いを含む。）を実施又は継続されることに関する同意をいう。」とされている。

### 介入研究と観察研究

人を対象とした研究には介入研究と観察研究がある。以前の疫学指針では、健康に影響を与えられようとする要因に関して2群以上のグループに割付けをしているか否かで介入研究と観察研究を区別していた。一方、臨床指針では、①通常の診療を超えた医療行為であって、研究目的で実施するもの、②通常の診療と同等の医療行為であっても、2群以上のグループに割付けて効果等を比較するものを介入研究とした。今回の医学系指針でも文面は異なるが、意味は臨床指針とほぼ同様である（注4）。

なお、介入という言葉には、曝露状態を割付けするという意味と、新たに曝露を与えるという意味があり、本連載第4回で中村が指摘しているようにややこしい<sup>4)</sup>。

さて、医学系指針を学校現場に適用した場合、「通常の学校保健活動＝通常の診療」と考えて良いであろう。したがって、日頃の学校保健活動から得られる情報を用いた研究は観察研究となる。しかし、通常の学校保健活動として実施されている以外の行為を研究目的で実施すると介入研究となる。また、通常の学校保健活動であっても、2群以上のグループに割付けてその結果を比較検討すると介入研究になると考えられる。

介入研究か観察研究かを区別することは、文書によるインフォームド・コンセントが必要かどうかに関わる判断である。表1に新たに試料・情報を取得する場合のインフォームド・コンセント等の手続を示した。なお、介入と侵襲は同じ意味ではない（注5）。侵襲を伴わない介入研究もあれば、侵襲を伴う観察研究もある。侵襲を伴わない観察研究以外はいずれも文書によるインフォームド・コンセントが必要と考えておいた方が良い。

学校保健分野では侵襲を伴う研究は少ない。多くは介入を行わずに侵襲もなく、人体から取得された資料を用いない研究（アンケート、インタビュー、観察等によって得られた情報を分析する研究）であろう。こういった研究では、文書もしくは口頭によるインフォームド・コンセント以外にも、あらかじめ情報を通知・公開し研究対象者が拒否できる機会を保障する方法（オプトアウト）も選択できる。アンケートを研究対象者全員に配布するが提出を強制しないことに相当する。一方、学校保健分野でも侵襲を伴う研究や介入を行う研究では、医学系指針に準拠したインフォームド・コンセントが必要である。

表1 新たに試料・情報を取得する場合のインフォームド・コンセント（IC）等の手続

侵襲	介入	試料・情報の種類	IC等の手続	研究の例
あり	—	—	文書IC	未承認の医薬品を用いる研究 既承認薬等を用いる研究 終日行動規制を伴う研究 採血を行う研究
	あり		文書IC or 口頭IC+記録作成	食品を用いる研究 生活習慣に係る研究 日常生活レベルの運動負荷をかける研究
なし	なし	人体取得試料	文書IC or 口頭IC+記録作成 or オプトアウト	唾液の解析研究
		人体取得試料以外		匿名のアンケートやインタビュー調査 診療記録のみを用いた研究

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンス」より改変<sup>2)</sup>

IC：インフォームド・コンセント

記録作成：説明の方法及び内容並びに受けた同意の内容に関する記録を作成

オプトアウト：あらかじめ情報を通知・公開し研究対象者が拒否できる機会を保障する方法

介入研究か観察研究か、侵襲の有無、それらに伴うインフォームド・コンセントの方法については明解に判断できないこともある。そもそも学校保健安全法の下で実施している学校保健活動で得られる情報とその分析は、業務の一環であり研究ではないと言える部分もあり、研究か否かの判断は微妙になることがある。これらの問題については、最終的には後述の倫理審査委員会での審査に委ねることになる。

(注4) 医学系指針では、「研究目的で、人の健康に関する様々な事象に影響を与える要因（健康の保持増進につながる行動及び医療における傷病の予防、診断又は治療のための投薬、検査等を含む。）の有無又は程度を制御する行為（通常の診療を超える医療行為であって、研究目的で実施するものを含む。）をいう。」を介入としている。通常の診療を超える医療行為を研究目的で実施すれば介入であり、通常の診療を超えなくても作為又は無作為の割付けを行う等、研究目的で人の健康に関する事象に影響を与える要因の有無又は程度を制御すれば、介入研究となる。

(注5) 医学系指針では、研究目的でない診療における穿刺、切開等は侵襲を伴うものではなく、研究目的でない診療で採取された血液、体液、組織、細胞等を、既存試料・情報として用いる場合は、侵襲を伴わないとして判断してよいとある。

### 個人情報保護

人を対象とした研究では、扱う情報は主として個人情報となる。個人情報保護法によれば、個人情報とは「生存する個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）をいう。」とされている。同法50条では、第1項で「大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者」が「学術研究の用に供する目的」で取り扱う場合は前章（個人情報取扱事業者の義務等）の規定は適用しないとなっている。しかし、第3項で「個人データの安全管理のために必要かつ適切な措置、個人情報の取扱いに関する苦情の処理その他の個人情報の適正な取扱いを確保するために必要な措置を自ら講じ、かつ、当該措置の内容を公表するよ

う努めなければならない。」と規定している。したがって、インフォームド・コンセントの際には、研究対象者の個人情報をどのように取り扱うか（保護するか）を必ず説明し、研究の遂行にあたっては約束した内容を必ず実施するのは研究者の責務である。

個人情報の取り扱いについては、厚生労働省や文部科学省をはじめとして各団体や各組織等から規程やガイドラインが出されているので、これらを遵守することが基本である。それらに加えて、研究の実施にあたって特に注意すべきことを表2に示す。

結果の公表時に個人を特定できなくするのは当然だが、データを収集し分析する段階でも可能な限り匿名化してデータを所持すべきである。研究者が不必要に個人を特定できる情報を所持するのは危険である。匿名化すると研究目的が達成できないような研究は極めて限られている。なお、匿名化とは、個人情報から個人の識別に関する情報を削除し、その代わりに数字や符号をつけることである。その際に個人を識別できる対応表を別に保管することを連結可能匿名化と言ひ、対応表を残さないことを連結不可能匿名化と言う。連結不可能匿名化となれば、特定の個人を識別できるものではなくなるので、法令による個人情報の定義から外れると考えられている。

疫学研究のように集団を対象としてデータを収集分析するような研究では、結果を公表する際に個人を特定できることはないが、問題となるのは事例研究や少人数を対象とした質的研究の場合である。結果を公表する際はもちろんのこと、情報を収集する際も極めてプライバシーに関わる情報が多く倫理的配慮は欠かせない<sup>5)</sup>。したがって、インフォームド・コンセントにおいて、研究者からの十分な説明と研究対象者の正確な理解が特に必要である。

さて、学校保健活動では健康診断結果等の多くの健康に関する個人情報が発生する<sup>6)</sup>。医学系指針においては、労働安全衛生法に基づく労働安全衛生規則による「労働者の健康障害の原因の調査」や、学校保健安全法の施行規則による「保健調査」などは、研究目的でない業務の一環で入手した情報としている。したがって、これらについては、基本的には学校で取り扱う他の個人情報と同様に対応すれば良い。しかし、法令が定める業務の範囲を超えて、研究として分析し発表する場合は、研究を実施するにあたっての倫理的問題への配慮が必要となってくる。

表2 個人情報について研究の実施にあたって注意すべき点

1. 結果を公表する際には、研究対象者を特定できないようにする。
2. インフォームド・コンセント時に説明した範囲を超えた取り扱いはしない。
3. 偽りその他不正な手段で取得しない。
4. 漏えい、減失、き損しないように安全管理をする。
5. 取得した個人情報の開示や修正に応じる。

「科学の健全な発展のために一誠実な科学者の心得」より改変（参考図書参照）

## 研究者と研究対象者の関係

医学系研究で問題となってきたのは、医師患者関係を利用した研究である。通院治療中あるいは入院治療中の患者にとって、主治医から研究参加を要請されると断ることは難しい。もし断ると自分の治療に支障が生じることを恐れるからである。これと同様のことが、学校で研究を実施した場合にも起き得る。

学校においても担任の先生や部活動の部長や顧問等、日頃接している教員から研究参加を要請されると、生徒にとっては断ることが難しい。保護者もまったく同様である。研究ではしばしば意図的な介入を行いその結果を測定するが、その介入によって身体的負担が生ずることが予想されても（危険性があっても）、なかなか断ることはできないことになる。もっとも身体的な計測では、身体的負担や身体的苦痛を理由に断ることはまだ可能かもしれないが、〇〇指導とか△△相談の効果といった、教育や学校保健活動の名の下で行われるとかなり難しい（心理的負担）。もちろん、日頃行われる教育や学校保健活動であれば問題は少ないが、研究は新しいものを求めるものであり、しばしば通常行われている行為とは異なった行為をすることになる。その新しい行為に効果があれば良いが、効果がない、もしくはかえって不利益をもたらすようなものであったとしても、断ることはなかなか難しい。

さらに、そこで得られるデータにバイアスが発生しやすいことも問題である。身体計測のような客観的に測定できる指標では生じにくいかもしれないが、質問紙調査のような研究であれば、たとえ無記名であってもバイアスが生じやすい。研究協力者である生徒や保護者が、「先生に良く思われたい。」「こういったことを書くと先生ががっかりする。」というような気持ちでいると、結果に影響を与える可能性が高い

これを防ぐひとつの方法が、調査は学校関係者ではなく第三者が行うことである。調査にあたっては、その学校の関係者が立ち会うことがないようにして実施し、データは学校関係者が目にすることなく処理すると影響は少なくなる。しかし、第三者が校内に入って活動するには、学校長や教育委員会の承認が必要となり、ここにも人間関係や組織間の関係が影響をもたらす可能性が出てくる（組織に関わる利益相反については後述）。

## 倫理審査委員会の役割

学会誌への投稿にあたっては、投稿者の所属機関等での倫理審査委員会で承認された研究に限定している学会が増えている（注6）。日本学校保健学会の機関誌である本誌においては、投稿規程で「原稿は、日本学校保健学会倫理綱領を遵守する。」と規定し、さらに、原稿の様式で「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。」とあるだけで、倫理審査委員会の承認を義務付けてはいない（注7）。これは、資料や文献等を対象とし、人を対象とはしない社会科学系や人文科学系の研究もカバーする本学会の特徴を示している。しかし、実際には投稿される論文の多くは人を対象とする研究のため、最近では研究開始にあたっては倫理審査委員会で承認を受けているとの記載が増えている。

ただ、倫理審査委員会はあくまで研究対象者の人権擁護の立場から倫理的な配慮が十分かどうか、また、科学的に妥当な計画となっているかどうかを審査するものであって、研究内容に立ち入って研究そのものの価値を審査しているわけではない（倫理審査委員会で承認された研究が優れているのではない）。利用価値の乏しい質の低い研究をすること自体が非倫理的であることは言うまでもない。

（注6）医学系指針では、「倫理審査委員会は、研究機関の長から研究の実施の適否等について意見を求められたときは、この指針に基づき、倫理的観点及び科学的観点から、研究機関及び研究者等の利益相反に関する情報も含めて中立的かつ公正に審査を行い、文書により意見を述べなければならない。」とある。

（注7）論文投稿の際に投稿規程を熟読して遵守することは、倫理的態度と言うよりは基本的なエチケットであろう。

## 利益相反の自己申告

産学連携（産官学連携）が進められる中、医学・薬学研究だけに留まらず、広く産業界を含めて世界的に科学研究における利益相反が問題となってきた。最近では論文投稿時だけでなく学会発表時も利益相反の自己申告が求められる学会が増えてきた。さらには、理事、評議員、委員会委員等に対して、本人だけでなく親族についても団体や企業等からの報酬、研究費、寄付金、特許使用料、講演料、原稿料等の有無や金額について自己申告が求められるようになってきている。

利益相反はCOI（Conflict of Interest）を訳したもので、責任ある地位にいる者の個人的な利益と当該責任との間に生じる衝突を指している（以前は利益衝突と訳されていた）。医学研究の場合を例にすると、研究者は製薬企業などから研究資金を受けるとその企業に対する義務が発生するが、その一方で研究対象者である患者の生命の安全や人権を守る等の職業上の義務が存在する。同じ人においてこのような二つの義務が存在すると、相反し対立する場面が生ずることになり得る。1人の研究者における義務の衝突、利害関係の対立や抵触関係が利益相反の状態である。

こういった利益相反が存在すると、公正かつ適正な判断が損なわれかねない。データの改ざん、ねつ造、資金源となる企業や組織の優遇等に繋がり、研究結果ならび

に発表内容にバイアスが生ずる可能性がある。人を対象とする研究では、中止すべき研究が継続され研究対象者に被害を及ぼすといったように人権が守られないことも発生する。また、実際にはこういったことは発生していないにも関わらず、第三者に疑われることもある。

利益相反は否定されるものではなく、その存在を宣言した上で外部からの評価を受けるのが倫理的な姿勢という意味である。利益相反を宣言した上で適正かつ公正に研究を進め、その成果を科学的に評価してもらうという研究者の姿勢が重要である。なお、研究の実施にあたっては、利益相反が存在しても資金を提供した組織や研究者の利益を優先するのではなく、研究対象者の立場を最優先すべきであることは当然である。

さて、学校保健分野の研究では産業界ほどの巨額な資金提供や特許使用料は発生しないであろう。しかし、研究費、報酬、講演料、原稿料等が発生することは少なくない。また、資金提供がなくても所属する組織や研究協力をしてくれる組織に対する義務と研究対象者である子どもたちの人権を守る義務とが、相反し対立することがあるかもしれない。その際に、常に子どもたちの人権を優先し、科学的な態度で研究を実施し結果を公表できるかどうかである。今のところ日本学校保健学会では、学術大会での発表時や論文投稿時に所属組織名や研究助成を受けた組織名を公表する程度であり、医学系学会のようなCOIの自己申告を義務付けていない。しかし、研究内容によっては、自己申告することが倫理的と言える時代になってきたと思われる。

### おわりに

研究の目的は何であろうか？ 単なる知的好奇心を満たすといった個人レベルから、疾病の予防や治療、経済的な発展、宇宙の起源の解明のためといったように、人類、国家、宇宙といったレベルまで様々な研究が存在する。しかし、歴史を振り返ると人類の幸福や健全な社会づくりのためであった研究が、いつの間にか私利私欲にすり替わってしまったり、戦争や環境破壊につながったりしたのも事実である。研究は何らかの形でその成果が利用されるが、研究者は正しい倫理観を持っていないと人類を不幸に陥れる危険がある。

話は大げさになってしまったが、学校保健分野での研究も実施するにあたって倫理的問題は避けられない。特に人を対象とする研究では医学研究に準じた対応が求められる。本稿では人を対象とする医学系研究に関する倫

理指針を参考にしながら、学校保健分野での研究において留意すべき倫理的問題を概説した。しかし、あくまで基本的な姿勢を示したにすぎない。本稿で触れることができなかった事項、あるいは内容的に不十分な事項も少なくない。研究の倫理的問題は、多岐にわたっており関連する法令やガイドラインも多く内容も細かい。また、しばしばその概念や規程はアップデートされている。実際の研究実施にあたっては、必ず関係の法令やガイドライン、さらにはそれらを解説した書籍等（下記の参考図書等）を確認してほしい。

### 文 献

- 1) 文部科学省, 厚生労働省: 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針. 2014 Available at : [http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443\\_01.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443_01.pdf) Accessed December 24, 2015
- 2) 文部科学省, 厚生労働省: 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンス. 2015 Available at : [http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1500\\_02.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1500_02.pdf) Accessed December 24, 2015
- 3) 大澤功: 第1回 エビデンスを考える(連載 学校保健の研究力を高める). 学校保健研究 54: 79-83, 2012
- 4) 中村好一: 第4回 論文の読み方—介入研究—(連載 学校保健の研究力を高めるII). 学校保健研究 57: 200-204, 2015
- 5) 岡田加奈子: 養護教諭の実践を支える学問構築にむけての質的研究とその課題. 学校保健研究 51: 366-370, 2010
- 6) 山縣然太郎: 学校保健の情報管理と個人情報保護(増刊 現代の学校保健2011). 小児科臨床 64: 1534-1539, 2011

### 参考図書

- 1) 日本学術振興会「科学の健全な発展のために」編集委員会(編集): 科学の健全な発展のために—誠実な科学者の心得—. 丸善出版, 東京, 2015
- 2) 眞嶋俊造, 奥田太郎, 河野哲也(編著): 人文・社会科学のための研究倫理ガイドブック. 慶應義塾大学出版会, 東京, 2015
- 3) 山崎茂明: 科学者の発表倫理 不正のない論文発表を考える. 丸善出版, 東京, 2013
- 4) 神里彩子, 武藤香織(編著): 医学・生命科学の研究倫理ハンドブック. 東京大学出版会, 東京, 2015

School Health Vol. 11, 2015

【Research note／資料】

## Practical Idea for Schools to Promote Physical Activity among Children for the Prevention of Childhood Obesity —Through Investigation of “Health Promoting School” in Kent, U.K.—

Tokie Izaki

[School Health Vol. 11, 9–19, 2015]

<http://www.shobix.co.jp/sh/tempfiles/journal/2015/072.pdf>

**Objective:** This study explores perspectives on the promotion of physical activity for the prevention of obesity in childhood. Specifically how schools can effectively encourage children-both girls and boys from different social and cultural backgrounds, to engage in more physical activity will be investigated.

**Methods:** To generate practical idea to promote physical activity among young children, between March and November in 2004, interviews were employed with the heads of Physical Education departments from four secondary schools in the United Kingdom suggested by Kent Health and Education Partnership.

**Results:** The following themes were identified; The provision of written school policy; health promotion through walking to school; gender issues; psychosocial environment; (inclusion of parents, enjoyment of physical activity, the provision of a variety of physical activities, the relationship between staff and children); physical environment; equality of opportunity; improvement of teaching in primary schools; teaching health benefits of physical activity.

**Conclusions:** It could be concluded as follows: the provision of a written school policy could be useful to remind teachers of the ways of promoting an active life among children; friends or parents should be included to encourage school children to engage in physical activity; efforts to improve the quality of school staff should be made; the importance of the relationship between teachers and children is to be taken accounts into; a variety of physical activities should be provided to encourage children from different social and cultural backgrounds to engage in physical activity, regardless of age, sex, ability and social background; appropriate facilities and equipment should be provided so that all the children have access to physical activity easily, without barriers, regardless of their ability level, sex and size; efforts should be made to improve teaching in primary schools where children develop their exercise ability. In addition, teaching health benefits of physical activity should be continued to provide an opportunity for children to think of a healthy life style.

### 小児肥満予防を目的とする身体活動促進において学校保健で用いることの出来る実践 —英国ケント州における“Health Promoting school”の考察を通して—

居崎時江

**目的:** 本研究は小児肥満を予防するための身体活動の促進において、中学校が実践できうるアイデアを考察する。

**方法:** 2004年3月、英国ケント州のKent Health and Education Partnershipによって提案された中学校（4校）において、保健体育科主任を対象にインタビューを実施した。

**結果:** インタビューを通して、課題として、学校における書面による政策の作成、通学における歩行の促進、ジェンダーの問題、社会心理的環境要因（保護者との連携、身体活動の楽しみの享受、多様な種類の身体活動の提供、職員と子どもの良好な関係性）、物理的環境、機会の均等性、小学校における教育の改善、身体活動の健康上の恩恵の教示が挙げられた。

**結論:** 書面で身体活動を促進するための政策を作成することは、教員が子どもに身体活動を促進する方法を留意する意味で実用であるといえる。友達や保護者と関わりながら子どもが身体活動に積極的になるように働きかけ、教職員の質の向上、教員と子どもの関係性も重要視するべきである。多様な種類の身体活動を年齢、性別、能力など様々な社会的文化的背景を持つ子どもが身体活動に取り組むことができるように提供されるべきである。能力、性別、体格に関わらずすべての子どもが簡単に身体活動を享受できるよう適切な施設や用具が常備されるべきである。中学校入学時の身体活動の基礎が築かれる小学校における教育の改善も考慮されたい。加えて、身体活動がもたらす健康上の恩恵の教示は子どもが健康的な生活スタイルについて考える機会を提供する意味でも継続されるべきである。



---

**会 報**


---

## 一般社団法人日本学校保健学会 第12回理事会議事録

日 時 平成27年10月18日 13時～15時

場 所 東京大学教育学部第一会議室

出席者 衛藤 隆（理事長）・野津有司・大澤 功・川畑徹朗・森岡郁晴（常任理事）・数見隆生・遠藤伸子・岡田加奈子・近藤 卓・高橋浩之・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・佐藤祐造・宮尾 克・村松常司・白石龍生・西岡伸紀・宮井信行・宮下和久・池添志乃・鈴江 毅・門田新一郎・照屋博行（理事）・棟方百熊（第62回学術大会事務局）・片岡千恵（第63回学術大会事務局）・田嶋八千代（監事）・佐々木司（事務局長）・内山有子・物部博文（幹事）

### 議 題

- ・理事長挨拶  
衛藤理事長より開会の挨拶があった。
- ・第11回理事会議事録の確認（資料1）  
前回議事録（資料1）が了承された。
- ・議事録署名人の確認  
議事録署名人として衛藤理事長，田嶋監事が指名された。  
衛藤理事長より，第63回学術大会事務局長として片岡千恵氏の紹介があった。

### 1. 審議事項

#### 1) 平成26年度定時総会開催について

##### (1) 平成26年度事業報告承認について（資料2）

衛藤理事長より資料2に基づき，平成26年度の事業報告（案）についての説明があり，審議の結果，原案が承認された。

##### (2) 平成26年度決算報告承認について（資料3）

佐々木事務局長より資料3の正味財産増減計算書に基づき，平成26年9月1日から平成27年8月31日までの収支について以下のように説明があった。

- ① 平成26年度の収支は，約392万円の黒字となった。
- ② 黒字となった主な原因は，収入面では1) 会費収入増39万円，2) 年次学会（金沢学会）で支出マイナス90万円（学会本体からの補助金）の額まで収益をあげて頂いたこと，支出面では1) 機関誌関係費の支出減272万円（うち印刷費163万円（今期一部の号で頁数が少なかったことによる），交通費45万円，編集委託費31万円各減が大きい），2) 理事会・委員会の交通費の57万円減，3) 学会所在地の賃貸契約，行政書士との契約が不要となったこと（業務委託を行っている国際文献社にいずれも無料で依頼）等が大きな要因として挙げられる。
- ③ ただし，会費収入増については，平成26年度会費である平成26年4月から平成27年3月までの会費収入ではなく，学会の会計年度の区切りに従って平成26年9月から27年8月までに振り込まれた金額を会費収入額としているので，本来の平成26年度会費が正確に反映されている訳ではなく，たまたま4月～8月の期間に振り込まれた会費の額に依存している。ちなみに平成26年4～8月（会計年度で平成25年度に含まれる）に振り込まれた会費は1,212万円，平成27年4～8月（同年度で平成26年度に含まれる）に振り込まれた会費は1,283万円であり，平成25年度より平成26年度の方が約70万円多かったが，にもかかわらず増額が39万円にとどまった事実には十分注目する必要がある。これは団体会員様からの会費納入が約36万円減少していることも影響している可能性がある。なお会費納入率は95%に達しており，現会員数での会費収入の増加は今後ほとんど見込めない（仮に97%まで納入率を挙げても，増収は35万円程度）ことも念頭にいただきたい。（なお平成27年4月からの会費納入では，コンビニからの納入を廃止したが，これについては4～8月の納入額を見る限り，大きな影響はなかったものと思われる）
- ④ 会費収入の大幅増は見込めないこと，機関誌関係費に最も影響した印刷費については今後再び頁数が元に戻れば以前と同様の支出に戻ることに，天候等の影響で年次学会の収支が崩れる可能性がなくはないこと等も考えると，本学会の財政はまだ決して油断できない状態にあり，今後も支出の引き締めを続けていく必要が

あると考えられる。

次いで、田嶋監事より監査結果の報告があった。審議の結果、原案が了承された。なお、監査からは、昨年度に引き続き同一手続き上の異なる領収書の取扱いについて付帯意見があったが、この案件は、事務局から編集事務局へ連絡し、確認することになった。

(3) 平成27年度事業計画承認について（資料4）

衛藤理事長より資料4の文言を一部修正した後（⑥学会共同研究を⑥学会企画研究）、平成27年度事業計画承認についての説明があった。審議の結果、原案が了承された。

(4) 平成27年度収支予算承認について（別資料1）

佐々木事務局長より別資料1を一部修正した後（学会共同研究を学会企画研究、学会賞を学会賞及び学会賞選考委員会活動費、学術連合体等関係費を12万円から22万円に）、平成27年度収支予算案について、各細目毎に説明があった。概略は次の通りであるが、審議の結果、原案が了承された。

- ① 会費収入については、平成27年4—8月がたまたま前年の4—8月より多かったこと、団体会員様の動向を注意深く見守る必要があることから、平成26年度決算額より少ない額（平成26年度予算額と決算額の間の額）を予算額とした。
- ② 学術大会の収益は、支出計画額765万円マイナス90万円を予算額とした。
- ③ 機関誌発行事業は、本学会事業の要の一つであり一層の充実を期待したいため、印刷費及びそれと連動する機関誌郵送費は平成26年度予算とほぼ同額とした。機関誌関係費全体としては、編集委員会旅費の平成26年度決算額の平成25年度よりの減額等を考慮して、昨年度予算額より約80万円少ない896万円とした。
- ④ 学会の封筒印刷を、これまでの4色カラーから一色刷り茶封筒にする（これで1回の印刷費が約9万円減らせる）等、一層の支出引き締めを行う。
- ⑤ 以上の結果、平成27年度予算における法人税支払い後の収支は、+10,500円となった。

(5) 一般社団法人日本学校保健学会第3回定時総会の議題について（資料5）

衛藤理事長より資料5に基づき第3回定時総会（代議員会）についての説明があり、審議の結果、原案が了承された。

2) 入退会者の確認（事務局）（資料6）

衛藤理事長より資料6に基づき、入退会者の状況について説明があり、了承された。

3) 名誉会員の推挙について（資料7）

資料7に基づき、野津常任理事より皆川興栄氏について、鈴江理事より實成文彦氏の推戴文の説明があった。審議の結果、推戴文書の文言を一部修正した後、了承された。

4) 理事再任について（資料8）

衛藤理事長より資料8に基づき、理事再任についての説明があり、一部文言を訂正した後、了承された。

5) 選挙管理委員会委員の選出について（地区割、選出方法、実施時期）（資料9）

衛藤理事長より資料9に基づき、選挙管理委員会の選出方法についての確認の後、投票を実施した。三木理事立ち会いの下で開票をした結果、荒木田美香子代議員、下村淳子代議員、鬼頭英明代議員が選出され、了承された。また、衛藤理事長より資料9に基づき、今後の選挙スケジュールについての説明があった。

## 2. 報告事項

1) 一般社団法人日本学校保健学会第62回学術大会の進捗状況について（資料10）

門田理事及び棟方第62回学術大会事務局長より資料10に基づき、一般社団法人日本学校保健学会第62回学術大会の進捗状況についての説明があった。演題数302演題、参加登録者数380名（うち学生会員が約60名）であること、抄録集の後援欄に日本教育シユーズ協議会を入れることが確認された。

その際、門田理事より本部企画に関連する経費については90万円以外に経費を負担してほしい旨の依頼があった。今後、本部委員会で学術大会にシンポジウム等で人を呼ぶ場合は、事前に理事会で了承を得ることも含めて、次回以降の理事会で検討するとすることになった。

2) 一般社団法人日本学校保健学会第63回学術大会の進捗状況について（資料11）

野津常任理事より資料11に基づき、一般社団法人日本学校保健学会第63回学術大会の進捗状況についての説明があった。

3) 編集委員会報告（資料12）

川畑常任理事より資料12の文言を一部修正の後、機関誌発行、編集委員会及び編集小委員会の内容についての報告があった。

## 4) 学術委員会報告 (資料13)

森岡常任理事より資料13に基づき、平成27年度日本学校保健学会企画研究の募集、第62回学術大会における学術委員会主催シンポジウムについての報告があった。

## 5) 法・制度委員会報告 (資料14)

三木理事より資料14に基づき、会員規程・会費規程について第62回学術大会時に検討する旨の報告があった。

## 6) 基本問題検討委員会報告 (資料15)

大澤常任理事より資料15に基づき、役員・委員会体制及び運営、学術成果公開方法、国際交流、教員養成における学校保健という観点から基本問題検討委員会からの提言について説明があった。

## 7) 渉外関係報告 (資料16)

野津常任理事より資料16に基づき、第3回渉外委員会、日本スポーツ体育健康科学学術連合第1回大会、「これからの学校教育を担う教員の資質能力の向上について」(中間まとめ)に対する意見、についての報告があった。

## 8) 国際交流委員会報告 (資料17)

照屋理事より資料17に基づき、国際交流委員会から岡山の第62回学術大会におけるワークショップについて報告があった。

## 9) 次回理事会の日時について

- ・第13回理事会 (11月27日15:00—15:50, 於岡山)
- ・臨時理事会 (11月27日総会終了後5分程度)

## 10) その他

- ・今後の議事録確認について

佐々木事務局長より、今後の議事録確認を円滑に進めるための提案があった。「まず事務局内で内容確認した後、引き続き常任理事が確認する。続いて電磁的な手法を用いて理事が確認した後、監事が確認し、直近の学校保健研究に掲載する」という流れが提案され、了承された。

**会 報****一般社団法人日本学校保健学会  
第13回理事会議事録**

日 時 平成27年11月27日 15時～16時

場 所 岡山コンベンションセンター（4階405会議室）

出席者 衛藤 隆（理事長）・植田誠治、野津有司・大澤 功・川畑徹朗・森岡郁晴（常任理事）・佐々木胤則・数見隆生・面澤和子・朝倉隆司・近藤 卓・瀧澤利行・野井真吾・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・佐藤祐造・林 典子・宮尾 克・村松常司・白石龍生・西岡伸紀・宮井信行・池添志乃・鈴江 毅・門田新一郎・照屋博行（理事）・大津一義・田嶋八千代（監事）・佐々木司（事務局長）・七木田文彦（副事務局長）・内山有子・物部博文（幹事）

**議 題**

## ・理事長挨拶

衛藤理事長より開会の挨拶及び過半数の出席があり議事が成立することの確認があった。

## ・第12回理事会議事録の確認（資料1）

衛藤理事長から学校保健研究への速やかな議事録掲載を目指すために、議事録作成後、常任理事が確認し、議事録署名人が署名した後、直近の学校保健研究に掲載すると報告があった。前回議事録（資料1）が確認された。

## ・議事録署名人の確認

議事録署名人として衛藤理事長、大津・田嶋監事が指名された。

## ・入退会者の確認

資料2に基づき、入会者及び退会者を確認した。

**1. 審議事項**

## 会員規程の改正について

植田常任理事より資料3に基づき、退会にかかわる規程及び会費規程を定める必要性が認められたため、現行の会費規程を改正したい旨説明があり、改正案が承認された。改正点は以下の通りである。

現行の会員規程を会員・会費規程に改正する。

（会費の納期）

第4条 正会員、団体会員及び賛助会員は、毎事業年度、3月末日までに、会費年額の全額を納入しなければならない。

（資格喪失に伴う会費の扱い）

第5条 定款第12条により会員資格を喪失した場合には、その事由が起った事業年度についても、会費年額の全額を納入しなければならない。

（再入会）

第6条 定款第12条第2項により会員資格を喪失した者が再入会を希望する場合には、未納分と入会年の会費ならびに入会金の支払いを必要とする。

2 定款第12条第4項により会員資格を喪失した者が再入会を希望する場合には、理事会において再入会の可否を決定し、これを通知する。

**2. 報告事項**

## 1) 一般社団法人日本学校保健学会第63回学術大会の進捗状況について

野津常任理事より資料4に基づき、一般社団法人日本学校保健学会第63回学術大会の進捗状況について説明があった。

## 2) 編集委員会報告

川畑常任理事より資料5に基づき、学校保健研究及びSchool Healthの論文投稿及び査読状況、論文掲載状況、投稿規定の改定、School HealthのJ-Stageへの再登録についての報告があった。

## 3) 学術委員会報告

森岡常任理事より資料6に基づき、平成28年度企画研究のテーマ選択、第62回学術大会における学術委員会主催シンポジウム、第63回学術大会（つくば市）におけるシンポジウムについての報告があった。

## 4) 法・制度委員会報告

報告なし.

## 5) 基本問題検討委員会報告

大澤常任理事より基本問題検討委員会の活動報告があった.

## 6) 渉外関係報告

野津常任理事より平成26年11月～平成27年10月における主な活動, 委員会開催, 学校保健研究における渉外委員会からのお知らせの掲載, 健やか親子21推進協議会関係, 教育関連学会連絡協議会関係, 日本スポーツ体育健康科学学術連合関係, 中央教育審議会初等中等教育分科会教員養成部会からの照会事項への対応についての報告があった.

## 7) 国際交流委員会報告

照屋理事より衛藤理事長によるこれからの国際交流の在り方についてのワークショップのアナウンスがあった.

## 8) 次回理事会の日時について

平成28年3月20日(日)に聖心女子大学にて開催予定.

## 会報

# 一般社団法人日本学校保健学会 第3回定時総会（代議員会）議事録

日 時：平成27年11月27日（金） 16：00-17：30

場 所：岡山県岡山市北区駅元町14-1 岡山コンベンションセンター（4階405会議室）

出席者：衛藤 隆（理事長）・植田誠治・野津有司・大澤 功・川畑徹朗・森岡郁晴（常任理事）・佐々木胤則・数見隆生・面澤和子・朝倉隆司・近藤 卓・瀧澤利行・野井真吾・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・佐藤祐造・林 典子・宮尾 克・村松常司・白石龍生・西岡伸紀・宮井信行・池添志乃・鈴江 毅・門田新一郎・照屋博行（理事）・大津一義・田嶋八千代（監事）・渡部 基・黒川修行・土井 豊・今関豊一・笠井直美・鎌田尚子・齊藤ふくみ・宍戸洲美・竹鼻ゆかり・戸部秀之・岩田英樹・家田重晴・後藤ひとみ・下村淳子・谷 健二・北口和美・中村晴信・郷木義子・實成文彦・高橋香代・津島ひろ江・友定保博・鎌塚優子（代議員）・堀内久美子（名誉会員）・佐々木司（事務局長）・七木田文彦（代議員・副事務局長）・内山有子（幹事）・物部博文（幹事）

### ・開会の辞

総代議員数73名のうち、出席者51名、委任状22名で、総代議員数の過半数の出席が確認された。

### ・第62回学術大会長挨拶

門田第62回学術大会長より、年次学会の開催に際しての挨拶があった。

### ・議事録署名人の指名

議事録署名人として宍戸洲美代議員、家田重晴代議員が選出された。

### ・議案

#### ・第2回定時総会（代議員会）、臨時理事会議事録の確認

第2回定時総会（代議員会）及び臨時理事会議事録を確認し、承認された。

## 1. 審議事項

### 1) 平成26年度事業報告承認の件

衛藤理事長より、資料2に基づき、会員数、理事・代議員・監事数、学術大会、総会、理事会・各委員会、機関誌発行、英文学術雑誌発行、学会企画研究の選考、学会賞・学会奨励賞等、平成26年度の事業報告があり、審議の結果承認された。

### 2) 平成26年度決算報告承認の件

佐々木事務局長より、資料3の「正味財産増減計算書」に基づき、経常収益、経常費用、法人税等の説明があり、392万4726円の黒字となったという説明があった。その要因に関して、収入面では会費納付の39万円の増加、金沢大会で予算通りの収支に相当する収入が得られたこと、経常費用として機関誌関係費が委員会交通費の節約とともに、たまたま頁数が大きく減少したことが重なって272万円減少したこと、理事会委員会の交通費・学会所在地の賃貸契約・行政書士との契約費の削減によるところが大きいという説明があった。ただし、会費の収入増については、平成26年9月～27年8月末までの会費であるために、平成27年4月～8月末については平成27年度分として支払われたものである状況を留意する必要があること、団体会員からの収入が減少傾向にあること、会費納入率95%の現状では、これ以上の大幅な会費収入増は難しいことが説明された。以上より、本学会の財政状況は、平成26年度はたまたま黒字に転じたものの今後も予断を許さない状況であるという説明があった。これに対して、大津監事より会計処理が適切に行われているという監査報告があった。

審議の結果、原案が承認された。

### 3) 平成27年度事業計画承認の件

衛藤理事長より、資料4に基づき、平成27年度の学術大会、総会、理事会・各委員会、機関誌発行、英文学術雑誌発行、学会企画研究の選考、学校保健学会賞・学会奨励賞の選考、次期代議員選挙及び理事、理事長選挙の実施についての説明があった。審議の結果、原案が承認された。

### 4) 平成27年度収支予算承認の件

佐々木事務局長より、資料5に基づき、平成27年度予算案についての説明があった。経常収益に関して、受取会費は1660万円と設定したこと、年次学会の収益から90万円を引いた額を年次学会費としたこと、経常費用に関しては、年次学会事業費は年次学会の予算通り、機関誌関係費900万円弱（うち印刷費は頁数が元に戻る可能性を考慮して平成26年度予算に準じて440万円）、編集委員の旅費は今年の決算額と同額と設定し、経常経費が2489万

円、法人税の7万円を引くと、1万500円の黒字となる見込みで予算計画を立てたことが説明された。審議の結果、原案が承認された。

#### 5) 理事再任の件

植田常任理事より、資料6にもとづき、32名の理事を再任するという提案があり、審議の結果、原案が承認された。

### 2. 報告事項

#### 1) 林正先生、内山源先生（名誉会員）のご逝去について

衛藤理事長より、資料7に基づき、林正名誉会員、内山源名誉会員のご逝去に関する報告があった。

#### 2) 名誉会員推挙の件

資料8に基づき、瀧澤理事より皆川興栄氏の名誉会員への推戴について、鈴江理事より實成文彦氏の名誉会員への推戴についての説明があった。

#### 3) 役員の変動と補充に関する件

植田常任理事より、資料9に基づき、役員の数に関する第2条の変更、理事・代議員の地区異動に関する役員規程の改訂（第3条の削除）、代議員規程の改訂（第5条の削除）について説明があった。

#### 4) 編集関連会務及び編集委員会

川畑常任理事より、資料10に基づき、編集委員会の活動状況について、委員会開催状況、論文投稿及び査読状況、学校保健研究の発行とSchool Healthへの論文掲載状況、学校保健研究とSchool Healthの投稿規定の改定、学校保健研究の印刷経費削減状況及びJ-Stageへの登録等についての説明があった。

#### 5) 基本問題検討委員会報告

大澤常任理事より、資料11に基づき、基本問題検討委員会の報告があった。日本学校保健学会基本問題検討委員会からの提言として、役員・委員会体制及び運営、学術成果公開方法（学術雑誌、年次学会）、国際交流、教員養成における学校保健、その他（事務局体制、地域学会との関係、財政並びに会員数）についての説明があった。

学校保健研究についてのオープンアクセス、教員養成における学校保健についての意見と議論があった。

#### 6) 学術委員会報告

森岡常任理事より、資料12に基づき、学会共同研究を学会企画研究に変更すること、成果については次年度の学術大会シンポジウムで発表することをはじめとする学術委員会の報告があった。

#### 7) 法・制度委員会報告

植田常任理事より、資料13に基づき、年次学会の名称、学習指導要領の改訂に関する要望書、理事定数の見直し、退会届についての規程変更等についての説明があった。

#### 8) 渉外委員会報告

野津常任理事より、資料14に基づき、渉外委員会の活動報告、学校保健研究への掲載、健やか親子21推進協議会関係、教育関連学会協議会への出席等、日本スポーツ体育健康科学学術連合総会への出席等、「これからの学校教育を担う教員の資質能力の向上について」（中間まとめ）に対する意見照会についての報告があった。

三木理事より、法・制度委員会と渉外委員会報告に関する報告について養護教諭に関する補足説明があった。

#### 9) 国際交流委員会報告

照屋理事より、資料15に基づき、第61回学術大会（金沢）でのワークショップ、第62回学術大会（岡山）での企画及びワークショップについて報告があった。

#### 10) 学会賞選考委員会報告

面澤理事より、資料16に基づき、学会賞、学会奨励賞の説明があった。

##### 学会賞候補論文

論文名：Measurement of Social Capital at School and Neighborhood among Young People

著者：高倉 実

掲載誌：School Health, Vol. 10, 1-8, 2014

##### 学会奨励賞候補論文

論文名：中・高校生の医薬品使用行動にかかわる要因

著者：堺 千紘, 川畑徹朗, 菱田一哉, 李 美錦, 今出友紀子

掲載誌：学校保健研究, 第56巻第1号, 11-20, 2014

#### 11) 平成28年度年次学会（学術大会）に関する件

野津学術大会長より、資料17に基づき、第63回学術大会（つくば）のテーマ、日程、役員についての説明が

あった.

12) 平成29年度年次学会（学術大会）に関する件

面澤理事より、第64回学術大会を仙台市において開催する旨の報告があった.

以上

議長	理事長	衛	藤	隆	印	
議事録署名人		宍	戸	洲	美	印
議事録署名人		家	田	重	晴	印



---

**会 報**

---

## 一般社団法人学校保健学会 第4回臨時理事会（平成27年11月27日開催）議事録

日 時：平成27年11月27日（金） 17：30-17：40

場 所：岡山県岡山市北区駅元町14-1 岡山コンベンションセンター（4階405会議室）

出席者：衛藤 隆（理事長）・植田誠治・野津有司・大澤 功・川畑徹朗・森岡郁晴（常任理事）・佐々木胤則・数見隆生・面澤和子・朝倉隆司・近藤 卓・瀧澤利行・野井真吾・三木とみ子・渡邊正樹・中川秀昭・佐藤祐造・林 典子・宮尾 克・村松常司・白石龍生・西岡伸紀・宮井信行・池添志乃・鈴江 毅・門田新一郎・照屋博行（理事）・田嶋八千代（監事）・佐々木司（事務局長）・七木田文彦（副事務局長）・内山有子（幹事）・物部博文（幹事）

### 1. 審議事項

理事長，常任理事再任の件

植田常任理事より，資料1に基づき衛藤理事を理事長，植田理事，野津理事，大澤理事，川畑理事，森岡理事を常任理事として再任することが提案され，満場一致で承認された。

以上

議長 理事長 衛 藤 隆 ㊟

出席 監 事 田 嶋 八千代 ㊟

---

**会 報**

---

## 事務局からのお願い （選挙管理事務にともなう所属先等の確認と変更について）

2016年は第16期役員選が実施されます。予定では，選挙管理委員会と事務局にて4月中に「被選挙権者名簿」，「選挙権者名簿」の確認を行います関係上，職場の異動がありました場合にはすみやかに所属先の変更をお願いいたします。

所属先，自宅住所等の変更につきましては，学会ホームページ上の「マイページ」から変更可能です。

以上，4月中の変更をよろしくお願いいたします。また，会費の振り込みがまだお済みでない場合は，年度内の振り込みをよろしくお願いいたします。

事務局

## 会 報

## 平成28年度日本学校保健学会企画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施策の一つとして、平成27年度から学会企画研究の募集を行っています。平成28年度も以下の要領で募集を行います。学会企画研究は、指定した課題に関して個人またはチームで応募し、研究費の交付を受けた上で研究を実施し、その成果を翌年の学術大会の学術委員会企画シンポジウムで発表することを基本としています。会員の皆様からの応募を歓迎します。

応募に際しては下記の記載事項をご理解の上、下記の必要事項を記載した学会企画研究申請書を学会事務局に、5月15日（消印有効）までにお送りください。

## 【研究課題】

メンタルヘルス（教職員も含む）：子どもに関しては発達障害とのかかわりがあるもの、震災にかかわるもの、教職員に関しては、新任教員の心の問題、学校内のハラスメントとの関連による心の問題も含む。

## 【研究の内容】

研究内容は、要因解明以外にも、実態調査や取組事例（実践）などの成果を含む。

## 【応募の資格】

応募は平成27年度学会費を納入している本学会の正会員に限る。チーム内の研究者も同様でなければならない。また、同一会員が複数の研究代表者及びチーム内の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、10万円（個人研究）、15万円（チーム研究）とする。

研究期間は1年とし、期間の延長は認めない。

## 【研究成果の報告】

研究費の交付を受けた場合は、平成29年5月までに研究成果の報告書（A4用紙2枚程度）を学会事務局に送らなければならない。

また、平成29年度の学術大会におけるシンポジストとして、研究成果を報告する。

## 【研究課題の選考】

採択は一定の基準のもとに二段階の審査（学術委員会の選考及び理事会での承認）を経て3件（上限）を決定する。決定次第その可否を研究代表者へ文書で通知する（平成28年6月末の予定）。

## 【応募の方法】

申請書に下記の必要事項を記入し、期日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

封筒には、「平成28年度日本学校保健学会企画研究申請書」と朱書する。

## 「平成28年度学会企画研究申請書」への記載事項

## 研究課題

## 研究代表者

氏名、年齢、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、メールアドレス（あれば）

## チーム内の研究者

氏名、年齢、所属機関、職名、役割（具体的な分担事項）

## 研究計画と内容（具体的に）

## キーワード（三つ）

（申請書はホームページよりダウンロードし、ワープロソフトで作成し、A4用紙2枚以内とする。）

**会 報****一般社団法人日本学校保健学会 第63回学術大会  
開催のご案内（第1報）**学会長 **野津 有司**（筑波大学教授）**1. メインテーマ**

学校保健学の知の創造と発信

—子供たちの健康と安全を守り育てるために—

**2. 開催期日**

平成28年11月18日（金），19日（土），20日（日）

**3. 学会の概要（予定）**

11月18日（金）：常任理事会，理事会，総会（代議員会）等

11月19日（土）：学会長講演，特別講演，教育講演，学会賞・学会奨励賞受賞講演，シンポジウム，一般発表（口演，ポスター），ランチョンセミナー，報告会，情報交換会等

11月20日（日）：教育講演，シンポジウム，ワークショップ，一般発表（口演，ポスター），ランチョンセミナー等

**4. 会 場**

国立大学法人筑波大学 筑波キャンパス（大学会館・5C棟）

茨城県つくば市天王台1-1-1

筑波大学ホームページ：<http://www.tsukuba.ac.jp/>**5. 一般発表（口演・ポスター）の演題申し込み**

演題申し込み（講演集の原稿提出を含む）の期間は，平成28年5月～7月の予定です。詳細は次号以降に掲載いたします。

**6. 情報交換会**

平成28年11月19日（土）18：00より，オークラフロンティアホテルつくばにて開催予定です。多くの皆様のご参加をお待ち申し上げます。

**7. 大会事務局**

〒305-8574 茨城県つくば市天王台1-1-1 筑波大学体育系健康教育学領域内

片岡千恵 E-mail：[kataoka@taiiku.tsukuba.ac.jp](mailto:kataoka@taiiku.tsukuba.ac.jp) TEL & FAX：029-853-2678**8. 運営事務局****（参加登録，演題登録，協賛に関するお問い合わせ）**

㈱ブランドゥ・ジャパン 〒105-0012 東京都港区芝大門2-3-6 大門アーバニスト401

Email：[jash63@nta.co.jp](mailto:jash63@nta.co.jp) TEL：03-5470-4401 FAX：03-5470-4410**（宿泊に関するお問い合わせ）**

㈱日本旅行国際旅行事業本部ECP営業部

〒105-0001 東京都港区虎ノ門3-18-19 虎ノ門マリビル11階

E-mail：[travel\\_jash63@nta.co.jp](mailto:travel_jash63@nta.co.jp) FAX：03-3437-3944**9. ホームページ**一般社団法人日本学校保健学会第63回学術大会 <http://web.apollon.nta.co.jp/jash63/>

## 機関誌「学校保健研究」投稿規程

### 1. 投稿者の資格

本誌への投稿者は共著者を含めて、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、学校保健及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、投稿者全員が責任を負うこととする。
- ・投稿論文内容は未発表のもので、他の学術雑誌に投稿中でないものに限る（学会発表などのアブストラクトの形式を除く）。
- ・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、**投稿者全員が署名の上**、原稿とともに送付する。

### 4. 著作権

本誌に掲載された論文等の著作権は、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、一般社団法人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。

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。

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」にしたがって書くものとする。
9. 随時投稿を受け付ける。
10. 原稿は、正（オリジナル）1部のほかに副（コピー）2部を添付して投稿する。

### 11. 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を原稿とともに送付する。

### 12. 原稿送付先

〒113-0001 東京都文京区白山1-13-7  
アクア白山ビル5F

勝美印刷株式会社 内「学校保健研究」編集事務局  
TEL : 03-3812-5223 FAX : 03-3816-1561

その際、投稿者の住所、氏名を書いた返信用封筒（角2）を3枚同封すること。

### 13. 同一著者、同一テーマでの投稿は、先行する原稿が受理されるまでは受け付けない。

### 14. 掲載料

刷り上り8頁以内は学会負担、超過頁分は著者負担（一頁当たり13,000円）とする。

### 15. 「至急掲載」希望の場合は、投稿時にその旨を記すこと。「至急掲載」原稿は、査読終了までは通常原稿と同一に扱うが、査読終了後、至急掲載料(50,000円)を振り込みの後、原則として4ヶ月以内に掲載する。

「至急掲載」の場合、掲載料は、全額著者負担となる。

### 16. 著者校正は1回とする。

### 17. 審査過程で返却された原稿が、特別な事情なくして学会発送日より3ヶ月以上返却されないときは、投稿を取り下げたものとして処理する。

### 18. 原稿受理日は編集委員会が審査の終了を確認した年月日をもってする。

#### 原稿の様式

#### 1. 投稿様式

原稿は和文または英文とする。和文原稿は原則としてMSワードを用い、A4用紙40字×35行（1,400字）横書きとし、本文には頁番号を入れる。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。査読を終了した最終原稿は、CD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. 英文は、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. 図表及び写真

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（図表、写真などは1頁に一つとする）、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. 投稿原稿の内容

- ・和文原稿には、【Objectives】、【Methods】、【Results】、【Conclusion】などの見出しを付けた400語程度の構造化した英文抄録とその日本語訳をつける。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字以内の構造化した和文抄録をつける。
- ・すべての原稿には、五つ以内のキーワード（和文と英文）を添える。
- ・英文抄録及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。
- ・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、表及び図の数、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。

7. 研究の内容が倫理的考慮を必要とする場合は、研究方法の項目の中に倫理的配慮をどのように行ったかを記載する。

8. 文献は引用順に番号をつけて最後に一括し、下記の形式で記す。本文中にも、「…知られている<sup>1)</sup>。」または、「…<sup>2)4)</sup>、…<sup>1-5)</sup>」のように文献番号をつける。著者もしくは編集・監修者が4名以上の場合は、最初の3名を記し、あとは「ほか」（英文ではet al.）とする。

[定期刊行物] 著者名：表題。雑誌名 巻：頁-頁，発行年

[単行本] 著者名（分担執筆者名）：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]

4) 鎌田尚子：学校保健を推進するしくみ。（高石昌弘，出井美智子編）。学校保健マニュアル（改訂7版），141-153, 南山堂，東京，2008

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

附則：

本投稿規程の施行は平成27年（2015年）4月1日とする。

## 投稿時チェックリスト (平成27年4月1日改定)

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ください。

- 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、共著者全員が署名したか。
- 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語程度の構造化した英文抄録とその日本語訳を、英文原稿には1,500字以内の構造化した和文抄録をつけたか。
- 英文抄録及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、それぞれ五つ以内）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（投稿規程の「原稿の様式」に沿っているか）
- 本文には頁番号を入れたか、原稿全体の左余白に行番号を付したか。
- 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、表及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
  - 表及び図の数
  - 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

## 著作権委譲承諾書

一般社団法人日本学校保健学会 御中

論文名

---



---

著者名（筆頭著者から順に全員の氏名を記載してください）

---



---

上記論文が学校保健研究に採用された場合、当該論文の著作権を一般社団法人日本学校保健学会に委譲することを承諾いたします。また、著者全員が論文の内容に関して責任を負い、論文内容は未発表のものであり、他の学術雑誌に掲載されたり、投稿中ではありません。さらに、本論文の採否が決定されるまで、他誌に投稿いたしません。以上、誓約いたします。

下記に自署してください。

筆頭著者：

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

共著者：

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 会員番号（ \_\_\_\_\_ ） 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\* 1 用紙が足りない場合は、用紙をコピーしてください。

\* 2 本誌への投稿は、共著者も含めて一般社団法人日本学校保健学会会員に限ります（投稿規定1項）。会員でない著者は投稿までに入会手続きをとってください。

〈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。

新刊！ 学会員必読の書！

内山源（茨城大学名誉教授）著

# ヘルスプロモーション・健康教育

## ヘルスプロモーション・学校保健

A5判四二〇頁 定価三九九六円

前著『ヘルスプロモーション・学校保健』に続く書である。学校現場の健康教育は、長年にわたる低調、不振に衰退が続いている

著者は、外国の研究や、外国の友人から最新のものを学び、何十年も前から日本の学会で発表したり、講演したり、原稿を書いたりしてきたが、ほとんど日本の先生方には受け入れられてもらえないでいる。

健康教育の専門家・研究者と言っても、学校教育、学校保健、保健科教育に殆ど関係のない者や全く関係ない者もいる現状も問題である。

低調、低落した事態、状況を乗り越えるために、著者は現在も学会発表、書物等で繰り返し繰り返し、根気強く活動を続けているが、日本の健康教育の改善はなかなかされないでいる。低調な健康教育の改善に取り組む若い優れた研究者が増えることが切に望まれる。

内山 源 著 ヘルスプロモーション・学校保健 定価三三〇〇円

S・コウチ著 スキルズ・フォア・ライフ 定価四一〇四円

A・ゲゼル著 乳幼児の発達と指導 定価三七八〇円



## 会報

## 「学校保健研究」投稿論文査読要領

日本学校保健学会 機関誌編集委員会

平成25年8月31日

1. 日本学校保健学会会員（以下投稿者と略す）より、総説、原著、研究報告、実践報告、資料として論文の審査依頼がなされた場合（以下、投稿論文と略す）、編集委員長は、編集委員会または編集小委員会（以下、委員会と略す）の議を経て担当編集委員を決定する。ただし、委員会が10日以内に開催されない場合は、編集委員長は委員会の議を経ないで担当編集委員を決定することができる。この場合、編集委員長は、担当編集委員名を編集委員会に報告する。
2. 担当編集委員は、代議員の中から投稿論文査読者候補2名以上を推薦し、委員会においてこれを決定する。ただし、当該投稿論文領域に適切な代議員がない場合は、その他の会員または非会員をこれに充てることできる。
3. 編集委員長は、論文査読者候補から2名の査読者を選考し、下記の書類を送付し、査読を依頼する。
  - ① 著者名や所属をすべて削除した論文のコピー
  - ② 投稿論文査読依頼用紙
  - ③ 審査結果記入用紙（別紙を含む）
  - ④ 返送用封筒
  - ⑤ 論文受領確認用のFAX用紙
4. 査読者による査読期間は、1回目の査読期間を21日間、2回目以降を14日間とする。
5. 査読期間が守られない場合、編集委員長は、査読者に早急に査読するよう要求する。
6. 審査結果記入用紙は、別紙（査読者からの審査結果記載部分）のみをコピーし、これを投稿者に送付する。
7. 査読の結果において、2名の査読者の判断が大きく異なる場合は、委員会で審議の上、担当編集委員の意見を添えて投稿者へ返却する。査読者のいずれか1名が、不採択と判定した場合、委員会の判断により、第3査読者に査読を依頼することができる。その際、不採択と判定した査読者の査読は、その時点で終了する。
8. 投稿者による投稿論文の内容の訂正・追加のための所要期間は、1か月を目途とする。
9. 投稿者による投稿論文の内容の訂正・追加のために1か月以上要する場合は、投稿者から編集委員長に連絡するように依頼する。
10. 投稿者からの訂正・追加原稿には、「査読者への投稿者の回答」及び訂正・追加前の投稿論文コピーを必ず添える。
11. 編集委員長は、委員会の審議の結果を尊重して、論文の採否や原稿の種類の見直しを行う。
12. その他、査読に当たっての留意点
  - ① 論文の目的・方法・結論が科学的であり、かつ論理的に一貫しているかどうかを判断することが、査読の主たる目的である。したがって、査読者の見解と異なる場合は、別途学会の公開の場において討論する形をとることとし、それを理由に採否の基準にしてはならない。
  - ② 問題点は、第1回目の査読で全て指摘することとし、第1回目に指摘しなかった問題点は第2回目以降には、指摘してはならない。
  - ③ 第2回目以降に新たに問題点が発見された場合は、その旨を編集委員長に報告し、判断を受ける。その場合、編集委員長は、委員会に報告する。
  - ④ 新しく調査や実験を追加しなければ意味がない投稿論文は不採択とし、採択できない理由を付す。

# 学校保健研究

## 第57巻 総目次

[ ]内の数字は号数を示す

### 巻頭言

学校保健とポジティブ心理学—スクール・エンゲージメントという観点から—	島井 哲志…………… [1] 4
学校保健には希望がある—国際保健の現場から	神馬 征峰…………… [2] 74
より開かれた学校保健学への期待	阿江 通良…………… [3] 114
思春期のいじめ：米国における定義，頻度，影響，いじめ防止の今後の展望	ヴァルワRF，レヴェルスAA，カーJC，キャメルメンSK…………… [4] 160
スクール・レジリエンスを目指す学校保健	渡邊 正樹…………… [5] 226
学校保健学の知の創造と発信—第63回学術大会に向けて—	野津 有司…………… [6] 279

### 特集

子どもの自殺を予防せよ！	
わが国の自殺の現状と対策の動向—子どもの自殺を予防せよ！—	鈴江 毅…………… [6] 280
子どもの自殺の現状と文部科学省における児童生徒の自殺予防の取組	丸山 克彦…………… [6] 286
子どもの自殺の特徴と対応について	高橋 祥友…………… [6] 289
学校における自殺予防の取組	新井 肇…………… [6] 293
自殺予防教育「子ども向け自殺予防プログラム」について	阪中 順子…………… [6] 297
もし、自殺が起こったら～学校における危機対応と支援のあり方～	野坂 祐子…………… [6] 300

### 原著

女子大学生の体脂肪率と睡眠の質の関連について	石川 英子，本田 純久，金子 宗司，JAHNG Doosub…………… [4] 176
養護教諭の仕事関連ストレスと抑うつとの関連	中澤 理恵，朝倉 隆司…………… [6] 304

## 研究報告

- 予定される高校受験の認知的評価と対処方略がストレス関連成長に及ぼす影響  
—ストレス対処の理論的枠組みによる検討—
- 飯村 周平…………… [1] 5
- 小学校教員の保健授業に対する自己効力感
- 角田 仁美, 植田 誠治…………… [1] 13
- 小学校における単発睡眠教育—聴講形態による比較—
- 古谷 真樹, 石原 金由, 田中 秀樹…………… [1] 18
- 学校経営における「養護教諭マネジメント」と校種・校長の影響
- 留目 宏美…………… [1] 29
- アスペルガー症候群の子どもに対する教師と看護師の視点の相違を基盤とした連携の検討
- 川邊 昭嗣, 青石 恵子, 白石 裕子…………… [2] 75
- 養護教諭の専門職的自律性尺度の開発の試み
- 籠谷 恵, 朝倉 隆司…………… [3] 115
- 学校における養護教諭の頭部外傷救急対応能力向上の検討  
—基礎知識テストを媒介にして講義のレディネスと講義後の正答率から—
- 中島 敦子, 岡本 啓子, 赤井由紀子, 中島 康明…………… [4] 183
- 中学校保健学習の準備, 生徒の反応, 使用指導方法等に関する保健体育科教員の意識  
—質問紙調査の小単元別の分析結果から—
- 上田 裕司, 清水 貴幸, 鬼頭 英明, 西岡 伸紀…………… [5] 227
- 養護教諭の救急処置過程における困難感について—外傷に対する検討—
- 細丸 陽加, 三村由香里, 松枝 睦美, 津島 愛子,  
山内 愛, 上村 弘子…………… [5] 238

## 資料

- 児童生徒の誕生月の違いによる体格差の横断的研究
- 小宮 秀明, 黒川 修行…………… [3] 129
- 災害4年後の教師の心理的影響について—中越大震災を経験した小中学校教員を対象として—
- 小林 朋子…………… [4] 192
- 大学生におけるライフスキルの特徴についての探索的検討  
—精神的健康の向上を目的としたライフスキル教育の観点から—
- 嘉瀬 貴祥, 坂内くらら, 大石 和男…………… [5] 246
- 養護教諭が行う保健指導の現状—個人及び集団の保健指導の校種間比較—
- 加納 亜紀, 上村 弘子, 田嶋八千代, 高橋 香代…………… [6] 323

## 連載

## 学校保健の研究力を高める

- 第1回 文献研究の方法—教育現場における研究のために—
- 古田 真司…………… [1] 41
- 第2回 論文の読み方—総論—
- 宮井 信行…………… [2] 84
- 第3回 論文の読み方—行動科学—
- 西岡 伸紀…………… [3] 136
- 第4回 論文の読み方—介入研究—
- 中村 好一…………… [4] 200
- 第5回 論文の読み方—質的研究—
- 池添 志乃…………… [5] 257

第6回 研究を実施するにあたっての倫理的問題

大澤 功…………… [6] 334

**School Health**

Necessary Content Information Concerning the HPV Vaccine as Assessed by Mothers of Girls

志田 淳子, 槌谷由美子, 井上 京子, 前田 邦彦,

八巻 通安…………… [2] 91

Practical Idea for Schools to Promote Physical Activity among Children for the Prevention of Childhood Obesity

—Through Investigation of “Health Promoting School” in Kent, U.K.—

居崎 時江…………… [6] 339

**書 評**

これからの栄養教育論—研究・理論・実践の環…………… [5] 262

**会 報**

一般社団法人日本学校保健学会	第8回理事会議事録……………	[1] 46
一般社団法人日本学校保健学会	第9回理事会議事録……………	[1] 50
一般社団法人日本学校保健学会	第10回理事会議事録……………	[3] 140
一般社団法人日本学校保健学会	第11回理事会議事録……………	[5] 263
一般社団法人日本学校保健学会	第12回理事会議事録……………	[6] 340
一般社団法人日本学校保健学会	第13回理事会議事録……………	[6] 343
一般社団法人日本学校保健学会	第2回定時総会(代議員会)議事録……………	[1] 52
一般社団法人日本学校保健学会	第3回定時総会(代議員会)議事録……………	[6] 345
一般社団法人学校保健学会	第4回臨時理事会(平成27年11月27日開催)議事録……………	[6] 348
一般社団法人日本学校保健学会	平成25年度決算報告……………	[1] 54
	正味財産増減研鑽書……………	[1] 55
	予算対比正味財産増減計算書……………	[1] 56
	財産目録……………	[1] 57
	平成26年度予算……………	[1] 58
一般社団法人日本学校保健学会	臨時理事会議事録……………	[1] 59
一般社団法人日本学校保健学会	役員……………	[1] 60
一般社団法人日本学校保健学会	第62回学術大会開催のご案内(第2報)……………	[1] 67
一般社団法人日本学校保健学会	第62回学術大会開催のご案内(第3報)……………	[2] 92
一般社団法人日本学校保健学会	第62回学術大会開催のご案内(第4報)……………	[3] 144
一般社団法人日本学校保健学会	第62回学術大会開催のご案内(第5報)……………	[4] 214
	次期教育課程に関する要望書の提出について(報告)……………	[4] 205
	日本学校保健学会基本問題検討委員会からの提言……………	[5] 265
	事務局からのお願い(選挙管理事務にともなう所属先等の確認と変更について)……………	[6] 348
一般社団法人日本学校保健学会	第63回学術大会開催のご案内(第1報)……………	[6] 350

**地方の活動**

第58回東海学校保健学会の開催と演題募集のご案内……………	[2] 102
第72回北陸学校保健学会の開催と演題募集のご案内……………	[3] 154
第63回東北学校保健学会開催要項……………	[3] 155
第58回東海学校保健学会の開催報告……………	[5] 273

第72回北陸学校保健学会の開催報告	(5)	274
-------------------	-----	-----

お知らせ
------

第24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	(1)	71
第24回日本健康教育学会学術大会(群馬)のご案内	(1)	71
JKYBライフスキル教育ワークショップかごしま(鹿児島)2015開催要項	(2)	103
第10回JKYB健康教育ワークショップ中国・四国 開催要項	(2)	104
渉外委員会からのお知らせ 教育関連学会連絡協議会公開シンポジウム「教師教育の現在と未来」の報告	(2)	105
第24回日本健康教育学会学術大会(群馬)のご案内	(2)	105
全国性教育研究団体連絡協議会 第45回全国性教育研究大会 第16回九州ブロック性教育研究大会	(2)	106
お詫びと訂正	(2)	107
JKYB健康教育ワークショップ東海2015開催要項	(3)	156
「学校保健研究」編集事務局の移転について	(3)	157
渉外委員会からのお知らせ「日本スポーツ体育健康科学学術連合・第1回大会」の報告	(4)	212
JKYBライフスキル教育ワークショップ 東京2015	(4)	213
シンポジウム 第2回「学校におけるいじめ対策～未然防止に焦点を当てて」	(5)	275

会員の声
------

「座高測定」廃止—2015年度限りで学校の健康診断から消去—の理由が役立たない、必要性がないで良いか。		
国民のリテラシー教育を問う	(2)	108
機関誌「学校保健研究」投稿規程	(1)	61, (2) 96, (3) 149, (4) 207, (5) 268, (6) 351
「学校保健研究」投稿論文査読要領	(66)	1, (101) 2, (6) 356
総目次	(6)	357
査読ご協力の感謝に代えて	(6)	361

## 査読ご協力の感謝に代えて

「学校保健研究」第57巻及び「School Health」Vol. 11, 2015における掲載論文は下記の先生に査読をいただきました。

ご多忙の中、快くお引き受けいただき適切なご助言を賜りました。ここに、先生のお名前を記し、感謝の意を表します。

荒木田 美香子	近 藤 卓	田 嶋 八千代	宮 尾 克
今 関 豊 一	坂 田 由美子	照 屋 博 行	森 岡 郁 晴
遠 藤 伸 子	佐 藤 祐 造	戸 部 秀 之	森 田 一 三
笠 井 直 美	島 井 哲 志	中 下 富 子	門 田 新一郎
北 口 和 美	白 石 龍 生	中 村 朋 子	渡 邊 智 之
黒 川 修 行	高 倉 実	西 岡 伸 紀	
後 藤 ひとみ	高 橋 浩 之	古 田 真 司	
小 林 稔	竹 鼻 ゆかり	三 村 由香里	

一般社団法人日本学校保健学会理事長  
衛 藤 隆

一般社団法人日本学校保健学会編集委員長  
川 畑 徹 朗

「School Health」編集副委員長（第15期）  
北 垣 邦 彦

## 編 集 後 記

日本学校保健学会の第62回学術大会が「子どもを守り育てる 学校保健」をメインテーマにして、平成27年11月27日～29日に岡山市で開かれました。本学会が法人化してから3回目の学術大会であり、門田新一郎学会長のもと多くの学会員の参加を得て成功裡に終了しました。会長講演では、お孫さんの食物アレルギーの事例も紹介され、学校、家庭、地域の連携と協働を推進する養護教諭の役割を示されました。平成24年に東京の小学校で起きたアナフィラキシー事故を受けて、文科省は再発防止に向けて研究者会議を設置し、最終的には、平成27年の「学校における食物アレルギー対応指針」にまとめ、具体的な取組内容を示しました。シンポジウムでも学校での食物アレルギー対応がテーマとなりました。シンポジウムからは、学校保健を推進する養護教諭の立場や専門的な知識を研修に活かしていくことが重要となるため、

常にあらゆる角度から検討を加えながら研修をしていきたいと熱く述べられました。

今学会で発表された研究においては、食物アレルギーの他にも多くの健康課題が報告されていました。編集委員としては、これらの研究を早期にまとめていただき、本誌に投稿していただきたいと思います。ただ一つ今学会で寂しく思ったのは、法人化に伴って開催される「学会報告会」に出席して下さった会員が少なかったことです。どうか今後は多くの先生方が出席していただき、本学会の動向を確認していただきたいと存じます。

ここに学校保健研究57巻6号をお届けします。本紙は子どもの自殺防止が特集されました。尊い命を自分で絶つ悲しい出来事がなくなるように各方面からからの意見が集まりました。ぜひ、ご一読ください。

(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
大澤 功 (愛知学院大学)	Isao OHSAWA
鎌田 尚子 (足利工業大学)	Hisako KAMATA
北垣 邦彦 (東京薬科大学)	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 (静岡大学)	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 〒113-0001 東京都文京区白山1-13-7  
 アクア白山ビル5F  
 勝美印刷株式会社 内  
 電話 03-3812-5223

学校保健研究 第57巻 第6号	2016年2月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 57 No. 6	(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 〒113-0001 東京都文京区白山1-13-7	
アクア白山ビル5F	
TEL. 03-3812-5201 FAX. 03-3816-1561	

# JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

## CONTENTS

### Preface :

- Creating and Transmitting Knowledge of School Health  
—Aspirations for the 63<sup>rd</sup> Annual Meeting—.....Yuji Nozu 279

### Special Issues : Save Children from Suicide !

- The Current State of Suicide and the Trend of Preventive Measures in Japan  
“Save Children from Suicide ! ” .....Takeshi Suzue 280
- Policy for the Suicide Prevention of the Student by Ministry of Education, Culture,  
Sports, Science and Technology .....Katsuhiko Maruyama 286
- Suicide Prevention for Children .....Yoshitomo Takahashi 289
- Approach to Suicide Prevention in School .....Hajime Arai 293
- Suicide Prevention for Students in School .....Junko Sakanaka 297
- The Crisis Response to Student Suicide .....Sachiko Nosaka 300

### Original Article :

- Relation between Work-Related Stressors and Depression in *Yogo* Teachers  
.....Rie Nakazawa, Takashi Asakura 304

### Research Note :

- Facts of *Yogo* Teacher-Provided Health Guidance  
—Individual and Group Health Guidance by School Types—  
.....Aki Kano, Hiroko Kamimura, Yachiyo Tajima, Kayo Takahashi 323

### Serial Articles : Building up the Research Skills for School Health II

6. The Ethical Issues in School Health Research  
.....Isao Ohsawa 334

発行者  
衛藤  
隆

印刷者  
勝美印刷株式会社

発行所

東京都新宿区山吹町三五八ノ五  
アカデミーセンター1  
一般社団法人日本学校保健学会