

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2017 Vol.59 No.4

目次

巻頭言

- ◆現代社会における学校保健の現実に取り組む「戦略的実行」の必要性 …227
デビッド・ワイリー

原著

- ◆東日本大震災により影響を受けた子どものメンタルヘルスおよびレジリエンスに関わる要因—被災地生徒と被災地外生徒の調査より— …230
酒井 利恵, 森田 展彰
- ◆小規模小学校での児童欠席状況を用いた消毒の効果の評価 ……242
藤井 都恵, 岡本 陽, 藤井 千恵

研究報告

- ◆ベトナム・トゥアティエンフエ省における学校保健員の職務に関する実態調査 ……250
安藤めぐみ, 窪田 真二
- ◆大学生の基礎学力と精神的健康度の関係—基礎学力の経年変化を中心に— ……269
堀田 亮, 西尾 彰泰, 山本真由美

資料

- ◆学校避難所運営に関する宮城県の養護教諭の経験と思い—東日本大震災後3年目に実施した質問紙調査より— ……276
内藤 裕子, 西野美佐子, 平川 昌宏
- ◆養護教諭における中学生・高校生からのネット上のいじめの相談を受けた経験とその関連要因 ……288
寺尾 亮平, 金子 典代, 樋口 倫代

連載

- ◆国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ：易しい英文論文読解第1回—子どもの頃のいじめ被害と成人後の精神疾患との関わり ……295
佐々木 司, 北川 裕子

学校保健研究

第59巻 第4号

目 次

巻頭言

- デビッド・ワイリー
現代社会における学校保健の現実に取り組む「戦略的実行」の必要性 ……227

原 著

- 酒井 利恵, 森田 展彰
東日本大震災により影響を受けた子どものメンタルヘルスおよびレジリエンスに関わる要因
—被災地生徒と被災地外生徒の調査より— ……230
- 藤井 都恵, 岡本 陽, 藤井 千恵
小規模小学校での児童欠席状況を用いた消毒の効果の評価 ……242

研究報告

- 安藤めぐみ, 窪田 眞二
ベトナム・トゥアティエンフエ省における学校保健員の職務に関する実態調査 ……250
- 堀田 亮, 西尾 彰泰, 山本眞由美
大学生の基礎学力と精神的健康度の関係
—基礎学力の経年変化を中心に— ……269

資 料

- 内藤 裕子, 西野美佐子, 平川 昌宏
学校避難所運営に関する宮城県の養護教諭の経験と思い
—東日本大震災後3年目に実施した質問紙調査より— ……276
- 寺尾 亮平, 金子 典代, 樋口 倫代
養護教諭における中学生・高校生からのネット上のいじめの相談を受けた経験とその関連要因 288

連 載

- 佐々木 司, 北川 裕子
国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ：易しい英文論文読解
第1回 子どもの頃のいじめ被害と成人後の精神疾患との関わり ……295

会 報

- 一般社団法人日本学校保健学会 第64回学術大会開催のご案内（第5報） ……298
- 一般社団法人日本学校保健学会 第20回理事会議事録 ……305
- 渉外委員会からのお知らせ ……308
- 機関誌「学校保健研究」投稿規程 ……309

関連学会の活動

- 第65回 東北学校保健学会の開催報告 ……314

お知らせ

JKYBライフスキル教育ミニワークショップin名古屋2017開催要項	315
JKYBライフスキル教育ワークショップ近畿2017開催要項	316
JKYBライフスキル教育ワークショップ関東2017	317
茨城大学教育学部養護教諭養成課程4年課程 40期卒業記念・大学院養護教育専攻設置20周年記念行事ご案内	318
第19回国際スクールナース学会（2017）の概要報告	319
編集後記	320

Preface

Strategic Doing: Addressing the Realities of School Health in a Modern World

David Wiley, Ph.D. MCHES

Professor, Health Education and Health Education Graduate Program Coordinator, Texas State University

School-aged children around the world routinely experience health and social problems that can impact them for the rest of their lives. While Japanese children are generally considered some of the healthiest in the world, health challenges remain. For example, approximately 67.2 million Japanese wear glasses (corrective lenses) and it is estimated 65.6 percent of Japanese high school students are near-sighted. In addition, one in ten Japanese children develop fewer than normal teeth. Among the Japanese population as a whole, suicide rates are very high and access to mental health treatment is lacking and rates of sexually transmitted diseases (STD) are increasing (Hays, 2013). Such increases point to the need for school health programs that address mental health and sexual well-being, as well as other key topics. That being said, Japanese children have some of the lowest obesity rates in the world, with much of the credit going to the walk-to-school practice that has been in place since 1953 (World Health Organization, 2012).

Beyond the common diseases that can be measured epidemiologically, social and family living situations can impact children as well. For example, around the world there are approximately 100 million homeless children and 250,000 children die each week due to inadequate nutrition (Women Aid International, n.d.). In the U.S., one in 30 U.S. children are homeless (Child Trends, 2015; White, 2014). An estimated 21% of U.S. children live in poverty (White, 2014; National Center for Children in Poverty, 2017), and one in six Japanese children live in poverty (Hagiwara & Reynolds, 2015).

Children with inadequate and unstable living conditions are more likely to miss school, resulting in poor academic achievement, increased exclusions/expulsions, and higher dropout rates. Children who drop out of school are more likely to suffer from depression and anxiety as they enter adulthood (Child Trends, 2015). Given the known link between health and academic achievement, it only makes sense for school staff to take a leading role in addressing these health disparities through school health programs. Regardless, with all the successes in improving children's health, challenges remain.

The traditional Coordinated School Health (CSH) Model has been in the professional literature since 1987 (Allensworth & Kolbe, 1987) and has taken many forms over the years. This model focuses on the interactive relationship between the eight elements of the model (i.e. school health services, instruction, environment, counseling, nutrition services, etc.) to address student and school staff health issues (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Though most elements of the CSH model exist in schools, the weak link in the model has always been the lack of communication and coordination between the different elements. Conceptually, the CSH model is strong. In practice, few school administrators could honestly report and validate an *actual* effective, functioning CSH program.

Though new models are being developed to address changing times, key issue remains unsolved. First, financial austerity programs in a variety of governmental levels governments has resulted less financial support for schools to develop and implement school health programs. For school health professionals the challenge is clear; to find creative ways to fund and support school health programs. The days of reliance on government funding are over. While some government funding may exist through designated programs (i.e. school feeding programs, bullying prevention, etc.), it is up to school health professionals to a) apply for all existing funding; b) be creative in looking for avenues for funding (i.e. private foundations, corporate entities, etc.); and c) share the resources among the different elements/programs in the school health program.

Second, all school health professionals must find ways to increase communication and collaboration. One key weakness of school health models has been the lack of true teamwork and a systematic plan for planning, implementing, and evaluating school health programs. Crawling into our "silos" within funding streams and programming efforts will only lead to the reduction in school health programs for students and the health of children will continue to decline.

Finally, new and updated models are necessary, but insufficient to truly address the health needs of youth. What is crucial to the success of these models is dedi-

cated and committed school health professionals who accept the challenge to go beyond the conventions of the past. The “cult of personality” refers to that one, dynamic person who works to make a difference. While having that one person to show leadership, often programs wither and die when that person moves to a new job or retires. A *team* of dedicated school leaders is needed so that program continuity is assured, regardless of staffing. Understanding school models and planning their use is important, but meaningless without “strategic doing” as well.

(Professor David Wiley is also past-president of both the American School Health Association and the Texas School Health Association. In addition, he is the founder of the Texas Campaign to Prevent Teen Pregnancy.)

References

1. Allensworth, D. & Kolbe, L. (1987). The comprehensive school health program: exploring an expanded concept. *Journal of School Health*, 57(10): 409–12.
2. Centers for Disease Control and Prevention (2015). Expanding the coordinated school health model. Retrieved from:
<https://www.cdc.gov/healthyschools/wscs/approach.htm>.
3. Child Trends (2015). Homeless Children and Youth. Retrieved from:
<https://www.childtrends.org/indicators/homeless-child-ren-and-youth/>
4. Hagiwara, Y., & Reynolds, I. (2015). In Japan, 1 in 6 children lives in poverty, putting education, future at stake. Retrieved from:
<http://www.japantimes.co.jp/news/2015/09/10/national/social-issues/one-six-japanese-children-live-poverty-threatening-education-future/#.WQu1sIjyvIU>
5. Hays, Jeffrey (2013). Facts and details: Diseases and health problems in Japan: Cancer, AIDS, hepatitis, H1N1 flu, cedar allergy and diseases prevention. Retrieved from:
<http://factsanddetails.com/japan/cat23/sub151/item835.html>
6. National Center for Children in Poverty. (2017). Child Poverty. Retrieved from:
<http://www.nccp.org/topics/childpoverty.html>
7. White, M.C., (2014). One in 30 American Children is Homeless, Report Says. Retrieved from:
<http://www.nbcnews.com/business/economy/one-30-american-children-homeless-report-says-n250136>
8. Women Aid International. (n.d.). Retrieved from:
<http://www.womenaid.org/wcwi.htm>
9. World Health Organization (2012). Walking to school in Japan and childhood obesity prevention: new lessons from an old policy. Retrieved from:
http://www.who.int/kobe_centre/interventions/urban_planning/HUP_Walking-to-school/en/.

巻頭言 現代社会における学校保健の現実に取り組む「戦略的実行」の必要性

デビッド・ワイリー, Ph.D. MCHES (認定健康教育士)

テキサス州立大学教授 (保健教育・大学院保健教育プログラムコーディネーター)

世界中の学齢期の子どもたちは、生涯に影響を及ぼしかねないさまざまな健康問題や社会問題に日々さらされている。一般に、日本の子どもたちは世界で最も健康的な状態であると考えられているが、それでも健康上の課題は存在する。たとえば、約6,720万人の日本人が眼鏡やコンタクトレンズ(矯正レンズ)を使用し、高校生の65.6%が近視と推定されている。また子どもの10人に1人は、生えそろう歯の数が正常数より少ない。さらに、日本人全体の自殺率は非常に高く、メンタルヘルスの治療を受けやすい環境が整っているとは言えない。また性感染症(STD)の罹患率も高くなっている³⁾。このことは、その他の重要な話題はもちろん、メンタルヘルスや性の健康の問題にも学校保健プログラムにおいて取り組む必要があることを示している。そうは言うものの、日本の子どもの肥満率は世界で最も低い状態にあり、これは1953年以来の徒歩通学の実施によるところが大きいと言われている(世界保健機関, 2012)⁹⁾。

疫学的に測定できる一般的な病気以上に、社会情勢や家族の生活状況も子どもたちに影響を及ぼす原因になり得る。たとえば、世界には約1億人の子どもたちがホームレスとして生活しており、週に約25万人の子どもが栄養不良で死亡している⁸⁾。米国では、30人に1人の子どもがホームレスである³⁾⁷⁾。貧困層の子どもは、米国では21%⁶⁾⁷⁾、日本では6人に1人と推定されている⁴⁾。

成育に適さない不安定な生活状態に置かれている子どもたちは学校を欠席しがちになり、その結果、学業成績が低下し、除籍や退学処分を受ける者が増え、中途退学率も高くなる。学校を中退した子どもたちは、大人になってうつ病や不安に悩まされやすくなる³⁾。健康と学業成績の因果関係は広く知られていることを考えると、学校保健プログラムを通じて学校職員が子どもたちの健康格差に対処するうえで主導的役割を担って然るべきである。しかし、子どもたちの健康改善に成功した事例が多数あるとはいえ、課題は残っている。

従来米国における「調整的 school 保健モデル (Coordinated School Health Model)」は1987年に学術文献に発表されてから¹⁾、これまでに何度も改訂されてきた。このモデルは、生徒と学校職員の健康問題に取り組むために、モデルの8つの要素(学校保健管理、保健教育、環境、カウンセリング、栄養管理など)の相互作用的な関係に焦点をあてるというものである(米国疾病対策予防センター, 2015)²⁾。モデルの要素のほとんどは学校内に存在するとはいえ、コミュニケーションの不足や異なる要素間の調整不足が、常に課題となっていた。調整的 school 保健モデルは理論的には優れている。しかし現実には、

調整的 school 保健プログラムは実際に効果的で機能していると報告し、効果のほどを示せる学校管理者はほとんどいないだろう。

時代の変化に対応するべく新しいモデルの開発が進められているものの、深刻な問題が未解決のまま残されている。まず第一に、政府がさまざまなレベルで緊縮財政プログラムを進めており、学校保健プログラムを開発、実施する学校への財政支援が削減されてきている。このような状況の中で、学校保健の専門家が取り組むべき課題は明らかであり、学校保健プログラムのための資金調達と支援について、既存の枠にとらわれない方法を見出すことである。政府の財政支援に頼る時代は終わった。学校給食プログラムやいじめ防止プログラムといった特定のプログラムに関しては、政府の財政支援はおそらく存続するだろうが、以下のことをするかどうかは学校保健の専門家次第である。a) 既存の財政支援すべてに対して申請を行う。b) 既存の枠にとらわれない資金調達方法の模索を行う(民間財団、企業からの資金調達など)。c) 学校保健プログラムの各種要素/プログラムの中で資金を共有する。

第二に、学校保健に携わる専門家は、それぞれがコミュニケーションと連携を強化する方法を見い出さなければならない。これまでの学校保健モデルの主要な弱点は、保健プログラムを企画・実施・評価するための確かなチームワークも、体系的なプランも欠けていたことである。資金調達やプログラム作成の取り組みにおいて、それぞれが縄張り意識をもってしまうと、生徒のための学校保健プログラムの数は減少し、子どもたちの健康の質は低下し続けることになる。

最後に、時代に合った新しいモデルが必要であるが、子どもたちの健康ニーズに真に応えるためには、それだけでは十分ではない。新しいモデルが成功するための要となるのは、過去の慣習を乗り越えるという難題に挑戦する、献身的で熱心な学校保健専門家である。「カリスマ性」があり、変化を起こそうと力を尽くす、行動力に富んだ人物の存在である。しかし、こうした人物はリーダーシップを発揮するものの、その人物が転職や退職をするとプログラムは弱体化して消滅することが多い。プログラムを確実に継続するためには、人材の専門分野を問わず、学内の熱心なリーダー複数名でチームを作ることが必要である。学校保健モデルを理解したり、利用する計画を立てたりすることは重要だが、「戦略的行動」がなければ意味がないのである。

監訳：面澤和子(弘前大学名誉教授)

原 著

東日本大震災により影響を受けた子どもの
メンタルヘルスおよびレジリエンスに関わる要因
—被災地生徒と被災地外生徒の調査より—

酒 井 利 恵*¹, 森 田 展 彰*²

*¹筑波大学大学院人間総合科学研究科

*²筑波大学医学医療系

Factors Relating to the Mental Health and Resilience of Children Affected by
the Great East Japan Earthquake: A Survey of Students Inside and Outside the Disaster Area

Rie Sakai*¹ Nobuaki Morita*²

*¹Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

*²Faculty of Medicine, University of Tsukuba

【Objectives】 The Great East Japan Earthquake of 2011 had a considerable psychological impact on both children and adults, and it is important to investigate the support and recovery programs for these victims. This study examined students forced by radiation out of their normal living environment and compared them with students who were relatively unharmed by the earthquake but go to schools where evacuees have transferred. This study explores children's mental health, resilience, and other related factors six months after the earthquake.

【Methods】 A survey was performed on 555 students attending a public junior high school in X. Prefecture that had accepted students from the disaster area. The group of students from the disaster area was composed of 55 students from junior high grades 1 through 3. The other students at the accepting school served as the control group. The survey involved basic information such as school year, class, gender, etc., and "subjective happiness," "optimism," "self-worth," "problem-solving behavior," and "personal vulnerability" were used as measures of individual factors. "Scale of emotional support network" was used as a measure of environmental factors. A variety of approaches, such as comparing disaster areas and non-disaster areas, were used to examine mental health and resilience.

【Results】 No clear significant differences were observed in mental health between disaster area students and the control group.

Nevertheless, when looking at how individual personality traits affect resilience, although there were no differences between genders or school years, there was a significant difference for "subjective happiness" in disaster area students. Regarding the relationships between personality traits and support cognition, which acts as an environmental factor, "subjective happiness" for intrafamilial support cognition and "optimism" for extrafamilial support cognition were significantly higher for disaster area students. For correlation between support cognition and resilience, there was a significant difference in extrafamilial support cognition for disaster area students. For correlation between resilience and mental health, disaster area students had a higher value than the control group and the difference was significant. Resilience was shown to increase as support cognition increases, which leads to an increase in mental health.

Key words : resilience, mental health, support cognition

レジリエンス, メンタルヘルス, 支援認知

I. はじめに

我が国において、近年最も大きな災害としては東日本大震災が記憶に新しいが、その後も起こる余震情報を聞くたびに、3.11の震災を思い出す人は少なくない。自然災害、人為災害に関わらず、子どもが災害に巻き込まれ

る場合、発生時刻によってその影響は異なる。阪神・淡路大震災の時は、早朝の発生であったことから、子どもは家族とともに災害に遭遇することとなり、このことが後のPTSDの発症頻度が少ないことと大きく関連するといった報告もある¹⁾。しかし、東日本大震災においては発生が昼すぎであり、一番安心できる保護者と離れた状

態であったこと、また、その後もしばらく親と別々に過ごした子どももあり、状況はやや異なる。ただ、いつも一緒にいる学校の先生や近所の大人たちと過ごすことによっていくらか安心できた子どももいたことは事実であり、すべてが悲観的な状況にあったということではないことも考慮する必要がある。

自然災害の場合、初期より余震などの二次的被害から免れるために、住み慣れたこれまでの環境から離れて避難生活を過ごさなくてはならなくなるが、それによって子どもたちは周囲への気遣い、遊び場の限定や欠如、復興作業のために親が不在になるといった生活環境の変化を強いられることも生じてくる。

復興していく過程の中で、災害そのものが生命に強い危機感を与えるだけでなく、災害の結果生じた様々な人的・環境的な変化が子どもたちにどう影響を及ぼすかを検討することは、一時的のみならず長期的にも重要なことである。

これまでの研究を振り返ってみると、阪神淡路大震災における研究では、震災1年後に多く見られた再体験に関連する項目の選択率は、時間の経過とともに徐々に減少するが、震災体験そのものを回避しようとする項目については、選択率は低いものの震災後3年経っても大きな変化が認められないことが示された²⁾。また、家屋に受けた被害や避難所への避難経験などの具体的な事柄だけが、ストレスの要因として働くわけではなく、震災以後の第4回調査では、地震によって二次的に発生した問題が、母親のストレスに影響する直接的または間接的な要因であることが述べられている²⁾。

教育的分野においては、近年、被災地を対象として実施された文部科学省の「非常災害時の子どもの心のケアに関する調査」³⁾の報告によると、震災後の子どもの様子を東北4県、関東3県ごとの集計において、福島県の子どもたちは、「PTSDが疑われる症状」、「PTSDに関連する症状」、「一般的な心身不良の症状」が突出して多く、被災した他県の子どもたちと異なる様子を見せることが示された。また、中越沖地震のフォローアップ調査でも、保護者の不安が高い家庭ほど、子どもはより情緒の不安定さを示す⁴⁾という結果報告がなされており、保護者の不安が今回の文科省の調査でも幾分か反映されている可能性は高いと考えられる。

しかし、東日本大震災のようなトラウマティックイベント（突然の予期しない強烈な刺激・出来事）との遭遇により、必ずしも全員がASD（Autism Spectrum Disorder：自閉症スペクトラム障害）やPTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後障害）を発症するのではなく、これまでの震災関連の調査では、一割以下と言われている。PTSDの発症には様々な因子が関与していることを示唆しており、主な危険因子としては、外傷的出来事の強度、性格傾向、養育環境と知的レベルなどがある。わが国では、全人口に対するPTSDの有病率は

知られておらず、PTSDに関する調査は阪神・淡路大震災以前はほとんどない。阪神・淡路大震災に関しては、被災16か月後に行われた企業職員で被災地居住者を対象とした調査では、PTSDに相当する者は3.1%で、すべての診断基準は満たさないが一部の症状が見られた者は10.1%であった。住居被害の程度によって分けると、PTSDの発症率は被害の大きさと比例していた⁵⁾。

また、別な研究によると、外傷的出来事の種類による性別PTSD発症率は、レイプや戦闘によるPTSDの発症率は高いのに対して、事故や自然災害では低く、身体的危険を伴う暴力やショックによるPTSD発症率は女性のほうが男性に比べて高い⁶⁾といった報告もある。

回復に関連する要因として注目されるのは、レジリエンスである。レジリエンスについては、「困難で驚異的な状況にさらされることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、それを乗り越え精神的病気を示さずよく適応しているもの」⁷⁾と定義される。レジリエンシーの高い人とは、自らの運命に直面化し、その意味を見出し、自分だけでなく他者とともに目的に向かって戦い、並行して他者を守ろうとする高い倫理性を持ち続ける人であり、人としての誇りを失わない人であるとされる⁸⁾。そしてこのレジリエンスは、単に生物学的に規定される個人的な資質のみでなく、周囲の人間からの人間関係や生活体験などによる学習される面があることも指摘されている。さらに、トラウマ体験がむしろ精神的な成長の契機になる場合もあることが指摘されており、今回の震災でもその経験が、子どもの自己価値観や自己効力感（自分ではできる、乗り越えられる）を高め、困難な出来事への対処能力や、身の回りの人への関係性作りにつながる柔軟な社会性を感じる機会になる可能性があると思われる。支援者は、子どもたちが精神的なダメージの中でレジリエンスを発揮し、チャンスがあればそれを高める視点で働きかけることが必要と思われる。

本研究では、東日本大震災により影響を受けた生徒のメンタルヘルスを取り上げるとともに、これにレジリエンスやそれに関係する要因について調べることを目的とした。対象として被災地生徒と、被災地生徒を受け入れた学校の生徒を選んだ。その比較によりメンタルヘルスやレジリエンスについて被災体験の影響の強さとの関係を検討できると考えた。また、レジリエンスに関係する要因として、基本属性を含む個体要因と環境要因をとりあげ、被災地と被災地外の生徒におけるレジリエンスに関連する要因への影響の違いについても検討した。

Ⅱ. 方 法

1. 対 象

対象者である被災地の生徒は、東日本大震災で被災しこれまで住んでいた所が放射能の影響で帰宅困難地域となったため、行政指導の下、対象地域の住民ごと疎開してきた生徒である。対象選定の理由は、①被災の大小は

あれ、同時期に震災を経験しているということ、②同年代であるため、比較することに適していること、③子どものレジリエンスは、生得的なものだけでなく、生活環境や体験によって学習するのではないかと考えを検証できる可能性があることである。

調査は、被災地の生徒を受け入れているX県の公立中学校の協力を得て実施された。調査対象は、平成23年度に在籍した生徒591名である。今回の解析に利用した有効回答数は、555名で有効回答率は93.9パーセントであった。対象の性別は、平成23年度が男子276名、女子279名であり、このうち、被災地の生徒は、中学1年から中学3年であった55名から構成される。

2. 研究のモデル

ストレスフルな出来事を克服し、適応することを可能にする資源としてレジリエンスがあるが、レジリエンスの獲得については、個人的要因と環境的要因とが作用する過程において個人差があると考えられる。これまでの研究⁹⁾の中で、レジリエンスにつながる要因として、①楽観主義、②利他主義、③ゆるぎない道徳的基盤、④信仰心やスピリチュアリティ、⑤ユーモア性、⑥自己における役割基盤の保持、⑦他者からの社会的サポート、⑧恐怖への対峙、⑨使命感、⑩トレーニングを受けていること等があげられている。また、レジリエンスが高い人の特徴として、自尊感情の高さ¹⁰⁾、自己の考えを主張できる¹¹⁾、問題を正確に把握し、解決しようとする意欲が高い¹²⁾、広いソーシャルワークを保持している¹³⁾ことなどがある。本研究においては、図1に示すようにレジリエンスにつながるパーソナリティ特性として、「主観的幸福感」、「楽観性」、「自己価値感」、「問題解決型行動特性」、「対人的傷つきやすさ」を取り上げる。研究の流れとしては、まず最初に、精神的回復力とメンタルヘルスとの関係を見る。次に支援認知と精神的回復力との関係を見る。そして、第三に個人的要因であるレジリエンスに関連するパーソナリティ特性が精神的回復力に与える影響を検討し、第四にパーソナリティ特性と環境的要因

として作用する支援認知との関連をみる。

さらに、最後に全体の関係をみていくことで検討を深める。

3. データ収集

調査の実施は、平成23年12月に、調査対象クラスの担任に依頼した。調査実施方法を統一するために調査実施者用の手引きを作成し、それに基づいて実施するよう求めた。

4. 倫理的配慮

研究への参加意思については、学校長および教員に対してあらかじめ文書により調査趣旨を説明し、施設責任者である学校長には面談にて説明をおこなった。その際、調査に関して質問のある場合は連絡してほしいこと、参加に同意できない場合は無回答として良いことを伝えた。また、生徒が不同意の場合には回答しなくてよいことや、提出をもって同意したこととみなすことを質問紙の最初に明記した。なお、本調査は筑波大学人間総合科学研究科医の倫理委員会（承認番号：23-35-3）および研究協力校の承認を得て実施された。

5. 調査項目

調査項目は、学年・クラス・性別等の基本属性に関する項目と、以下の質問紙によって、構成される。本研究で子どもたちの状態をみる主なアウトカムとしては、メンタルヘルス尺度を用いた。回復に関連する個体要因としては、対人的傷つきやすさ尺度、主観的幸福感、楽観性尺度、自己価値感尺度、問題解決型行動特性尺度を用い、環境要因を見るものとしては、情緒支援ネットワーク尺度を用いた。

1) メンタルヘルス尺度¹⁴⁾¹⁵⁾

健康状態・人間関係に関わる心理的要因が、心身にどのように影響を与えるかを測るため園田ら¹⁴⁾や小橋川ら¹⁵⁾によって開発された尺度であり、得点が増すほど、メンタルヘルスの状態が悪いと判断する。「身体症状」6項目、「抑うつ」4項目、「対人不安」5項目、「衝動性」5項目、「非効力感」3項目の5下位尺度23項目か

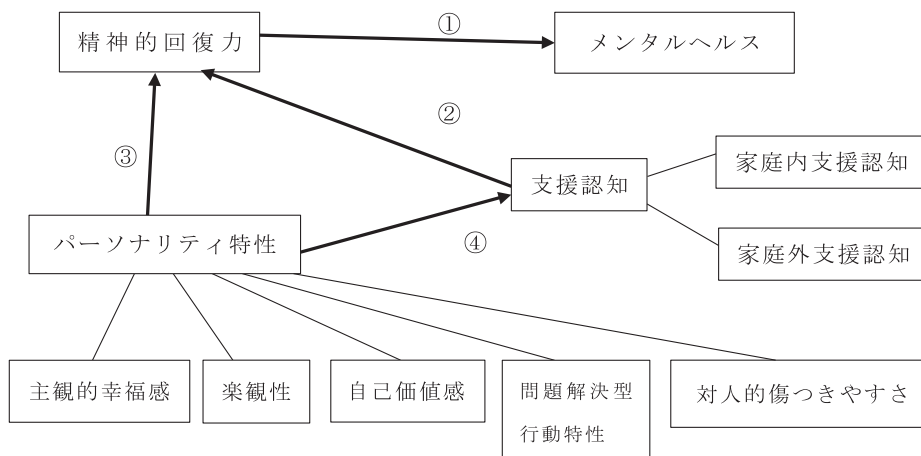


図1 研究のモデル（概念図）

ら成る。「ぜんぜんあてはまらない」(1点)から「ひじょうによくあてはまる」(5点)の5件法で評定を求めた。

2) 精神的回復力尺度⁷⁾

レジリエンスと精神的健康に関連して、辛いストレス経験からの立ち直りを導く心理特性として、小塩ら⁷⁾が、精神的回復力という概念を用いて尺度を開発したものをを用いた。この尺度は、「新奇性追求」(7項目)、「感情調整」(9項目)、「肯定的な未来志向」(5項目)の3下位尺度から成る。「ぜんぜんそう思わない」(1点)から、「とてもそう思う」(5点)の5件法で回答を求めた。

この尺度は、大学生を対象に開発されたものなので、本研究の調査対象者の中学生に実施可能かを確かめるために、予備調査として他の被災地の中学校の生徒(N=433)を対象に内的整合性を確かめるべく信頼性分析を行った。「新奇性追求」($\alpha = .80$)、「感情調整」($\alpha = .70$)「肯定的未来志向」($\alpha = .84$)という結果が得られ中学生にも適用可能ということから、本尺度を用いた。

3) 対人的傷つきやすさ尺度¹⁶⁾

対人的傷つきやすさは鈴木・小塩¹⁶⁾の尺度(10項目)を用いた。他者からネガティブな評価を受けた際に容易に落ち込み精神的健康を害しやすい傾向を「対人的傷つきやすさ(以下「傷つきやすさ」と定義し、その程度を測定できる尺度である。「ぜんぜんあてはまらない」(1点)から「よくあてはまる」(5点)の5件法で実施した。

4) 人生満足度尺度(SWLS)¹⁷⁾

Diener, Emmons, Larsen, & Griffin¹⁸⁾による、人生満足度尺度(the Satisfaction With Life Scale: SWLS)から、日本語版の、Uchida, Kitayama, Mesquita, Reyes, & Morling¹⁹⁾によるものの、原尺度5項目について、橋本・子安¹⁷⁾が主観的幸福感として尺度を構成したものをを用いた。「ぜんぜんあてはまらない」(1点)から「ひじょうによくあてはまる」(5点)の5件法で評定を求めた。

5) 改訂版楽観性尺度(LOT-R)¹⁷⁾

Scheier et al.²⁰⁾が作成した改訂版楽観性尺度(the revised Life Orientation Test: LOT-R)の原尺度は、楽観性に関する項目3項目、悲観性に関する項目3項目、フィラー項目4項目の計10項目から成る尺度であるが、フィラー項目を除く計6項目を用いて橋本・子安¹⁷⁾が構成したものをを用いた。「ぜんぜんあてはまらない」(1点)から「ひじょうによくあてはまる」(5点)の5件法で評定を求めた。

6) 情緒的支援ネットワーク尺度²¹⁾

情緒的支援ネットワークについては10項目からなる宗像の尺度を用いた。環境認知の良さは、心身の葛藤を軽減する力をもつ。この尺度は周囲からの情緒的支援をどのくらい認知しているかを家族と家族以外とを分けてそれぞれ測定するものであり、得点が高いほど、周りからの支援を認知できていると解釈する。「いる」(1点)、「いない」(0点)の2件法で評定を求めた。評価基準

は、0~5点は低く、周りの心の支援をあきらめているといえ、6~8点は中、9~10点は高く、自分を認め、愛してくれている人がいると感じていると言える。

7) 自己価値感尺度²²⁾

自己価値観については、Rosenbergの10項目からなる尺度を用いた。自分に対してどのくらい良いイメージをもっているかを測定するものであり、得点が高いほど、自分に対して満足し、肯定的に捉えていると解釈する。「おおいにそう思う」から「そう思わない」の3件法で評定する。評価基準は、0~6点は低い、7~8点は中くらい、9~10点は高いと評価する。

8) 問題解決型行動特性尺度²³⁾

問題に対して効果的積極的に対処する傾向を測定するものとして、宗像の尺度を用いた。10項目で構成され、評価基準は、0~6点は問題解決力が低く、同じ問題を繰り返しやすい。11~14点は問題解決力がやや強い、15点以上はとても強いといえ、問題に対して具体的に立ち向かう能力があるとされる。「いつもそうである」から「そうではない」の3件法で評定する。この得点の低さは、自己イメージスクリプトとして、過去に尋常でないストレス体験の記憶を持っており、そのスクリプトによる再体験があることで、現在の問題を見ても解決できるとはとても思えず、問題を回避しやすい。その問題回避は、否認、逃避、解離などの悪循環的な対処となって表出されており、プラス思考主義になっている人も多い。解離性症状を伴っている場合には、自分のことを正確に把握したり、語ったりすることが困難である傾向がある。

6. 分 析

IBM SPSS Statistics (Ver. 22.0)を用いて統計的分析を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 下位尺度得点の信頼性の検討

まず、多次元を想定している精神的回復力尺度、メンタルヘルス尺度について信頼性分析をしたところ、精神的回復力尺度の下位尺度については、Cronbachの α 係数は、「新奇性追求」 $\alpha = .76$ 、「感情調整」 $\alpha = .80$ 、「肯定的未来志向」 $\alpha = .79$ であり、十分な信頼性係数が得られた。メンタルヘルス尺度の下位尺度についても、「身体症状」 $\alpha = .76$ 、「対人不安」 $\alpha = .77$ 、「衝動」 $\alpha = .79$ 、「抑うつ」 $\alpha = .76$ 、「非効力」 $\alpha = .76$ と、十分な信頼性係数が得られたため、両尺度とも内的整合性を備えた尺度であることを確認した。

2. 各変数の記述統計

各尺度における記述統計量は表1の通りであった。

加えて、被災地生徒・被災地外生徒における男女差、学年差を χ^2 乗検定で行ったところ(表2)、男女差においては、 $\chi^2(1) = 1.86$, *n.s.*学年差においては、 $\chi^2(2) = 2.46$, *n.s.*で有意ではなかった。

被災地・被災地外生徒に分けた分析では、表3に示さ

表1 各変数の記述統計量

	得点範囲	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
精神的回復力	21~105	555	25	105	67.62	11.37
対人的傷つきやすさ	10~40	555	10	40	24.83	5.92
主観的幸福感	5~25	555	5	25	12.65	4.58
楽観性	6~30	555	7	26	16.75	3.07
家庭内支援認知	0~10	555	0	10	6.19	3.48
家庭外支援認知	0~10	555	0	10	6.77	3.04
メンタルヘルス	23~115	555	5	115	64.16	16.74
自己価値感	0~10	555	0	10	4.13	2.02
問題解決型行動特性	0~20	555	0	20	8.68	4.07

表2 被災地・被災地外生徒における性差・学年差

	計	被災地(%)	被災地外(%)	P
性別	555			.17 n.s.
男子	276(49.7%)	32(5.8%)	244(43.9%)	
女子	279(50.3%)	23(4.2%)	256(46.1%)	
学年				.29 n.s.
1年	200(36.0%)	20(3.6%)	180(32.4%)	
2年	179(32.3%)	14(2.5%)	165(29.8%)	
3年	176(31.7%)	21(3.9%)	155(27.8%)	

表3 被災地と被災地外の各尺度の平均値 (M) と標準偏差 (SD), および t 検定の結果

	被災地 (n=55)		被災地外 (n=500)		t値	P
	M	SD	M	SD		
精神的回復力	66.10	9.96	67.79	11.53	1.02	.31
対人的傷つきやすさ	24.69	5.66	24.85	5.96	.19	.85
主観的幸福感	11.86	4.67	12.73	4.57	1.29	.20
楽観性	16.39	2.80	16.78	3.10	.86	.39
家庭内支援認知	5.73	3.23	6.23	3.51	.98	.33
家庭外支援認知	6.31	3.10	6.81	3.03	1.10	.27
メンタルヘルス	64.75	16.52	64.01	17.04	-.25	.80
自己価値観	4.18	2.02	4.11	2.02	-.23	.82
問題解決型行動特性	8.36	4.22	8.73	4.05	.58	.57

れるような結果が示された。「精神的回復力」や「主観的幸福感」については被災地外生徒の方が得点が高い。しかし、「対人的傷つきやすさ」も若干高く、自己価値観がやや低い。男女差においては、表4や表5に示すように、被災地の生徒については性差の違いがみられなかったが、被災地外の生徒においては、女子の方が「対人的傷つきやすさ」($t(488) = -4.04, p < .001$)や「家庭内支援認知」($t(488) = -3.94, p < .001$)「家庭外支援認知」($t(488) = -4.01, p < .001$)の得点が高く、有意な差を示した。「自己価値感」「問題解決型行動特性」においては、男子の方が得点が高く、「自己価値感」($t(488) = 2.88, p < .01$)や、「問題解決型行動特性」

($t(488) = 2.31, p < .05$)で、有意差が見られた。学年別では、各尺度を従属変数、学年を独立変数とした1要因の分散分析を実行した(表6, 表7, 表8)。全体で見ると、「精神的回復力」($F(2, 552) = 3.81, p < .05$)、「対人的傷つきやすさ」($F(2, 552) = 4.40, p < .05$)、「メンタルヘルス」($F(2, 552) = 3.77, p < .05$)、「主観的幸福感」($F(2, 552) = 5.23, p < .01$)、「家庭外支援認知」($F(2, 552) = 6.24, p < .01$)「自己価値感」($F(2, 552) = 4.94, p < .01$)、「問題解決型行動特性」($F(2, 552) = 4.86, p < .01$)で有意差が見られた。被災地・被災地外別による学年間の比較では、被災地生徒においては、「メンタルヘルス」($F(2, 52) = 2.82, p < .05$)に有意

差が見られた。被災地外生徒では、「主観的幸福感」($F(2, 497) = 7.45, p < .001$), 「精神的回復力」($F(2, 497) = 4.93, p < .01$), 「家庭外支援認知」($F(2, 497) = 6.24, p < .01$) 「自己価値感」($F(2, 497) = 4.73, p < .01$), 「問題解決型行動特性」($F(2, 497) = 5.02, p < .01$), 「対人的傷つきやすさ」($F(2, 497) = 3.28, p < .05$), 「メンタルヘルス」($F(2, 497) = 2.90, p < .05$)で、有意差があった。また、多重比較 (Tukey法) によって各学年の平均値

の差を検討したところ、全体では、「精神的回復力」および「問題解決型行動特性」は、1年生が2年生よりも高く、「対人的傷つきやすさ」については、3年生が1年生や2年生よりも高かった。「主観的幸福感」および「自己価値感」については、ともに1年生が2年生や3年生よりも高かった。「家庭外支援認知」については、2年生よりも1年生や3年生の方が高かった。また、得点が高いほど心身の状態がよくない「メンタルヘルス」

表4 被災地生徒の男女別の各尺度の平均値 (M) と標準偏差 (SD), および t 検定の結果

	男子 (n=32)		女子 (n=23)		t値	P
	M	SD	M	SD		
精神的回復力	64.55	9.10	67.23	10.35	-.98	.33
対人的傷つきやすさ	23.79	5.81	26.09	5.30	-1.45	.15
主観的幸福感	12.25	4.82	11.18	4.51	.80	.43
楽観性	16.07	2.79	16.77	2.89	-.87	.39
家庭内支援認知	5.75	3.46	5.82	3.00	-.07	.94
家庭外支援認知	5.57	3.34	7.23	2.64	-1.91	.06
メンタルヘルス	63.96	16.46	67.09	15.89	-.68	.50
自己価値感	4.48	2.11	3.86	1.91	1.02	.31
問題解決型行動特性	9.39	4.54	7.24	3.62	1.73	.09

表5 被災地外生徒の男女別の各尺度の平均値 (M) と標準偏差 (SD), および t 検定の結果

	男子 (n=244)		女子 (n=256)		t値	P
	M	SD	M	SD		
精神的回復力	68.33	12.20	67.33	10.84	.96	.34
対人的傷つきやすさ	23.63	5.53	25.77	6.09	-4.04***	.00
主観的幸福感	12.83	4.88	12.78	4.22	.12	.91
楽観性	16.94	2.95	16.67	3.13	1.01	.31
家庭内支援認知	5.61	3.65	6.85	3.27	-3.94***	.00
家庭外支援認知	6.28	3.09	7.36	2.84	-4.04***	.00
メンタルヘルス	62.93	17.89	65.16	15.56	-1.47	.14
自己価値感	4.40	1.92	3.86	2.06	2.88**	.01
問題解決型行動特性	9.20	4.26	8.32	3.77	2.31*	.02

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表6 学年別 (全体) の各尺度の平均値と分散分析結果

	1年 (n=200)		2年 (n=179)		3年 (n=176)		F値	多重比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
精神的回復力	69.31	12.20	66.19	11.03	67.32	10.59	3.81*	1年 > 2年
対人的傷つきやすさ	24.31	5.90	24.35	6.10	25.90	5.63	4.40*	1年 < 3年, 2年 < 3年
主観的幸福感	13.50	4.87	12.11	4.58	12.31	4.12	5.23**	1年 > 2年, 1年 > 3年
楽観性	16.97	2.89	16.43	3.24	16.87	3.06	1.72	
家庭外支援認知	6.55	3.47	6.06	3.47	5.95	3.48	1.61	
家庭内支援認知	7.03	2.92	6.15	3.25	7.15	2.84	6.24**	1年 > 2年, 2年 < 3年
メンタルヘルス	62.33	17.88	63.45	17.68	66.92	13.91	3.77*	1年 < 3年
自己価値感	4.51	1.96	3.99	2.13	3.87	1.92	4.94**	1年 > 2年, 1年 > 3年
問題解決型行動特性	9.29	4.17	7.97	3.88	8.82	4.06	4.86**	1年 > 2年

* $p < .05$ ** $p < .01$

M: 平均値, SD: 標準偏差

表7 被災地生徒の学年別の各尺度の平均値と分散分析結果

	1年 (n=20)		2年 (n=14)		3年 (n=21)		F値	多重比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
精神的回復力	65.41	10.95	70.29	10.54	63.86	8.18	1.87	
対人的傷つきやすさ	24.41	5.47	22.43	6.68	26.50	4.61	2.28	
主観的幸福感	10.71	3.93	13.64	4.50	11.60	5.18	1.61	
楽観性	16.53	2.53	16.29	2.81	16.35	3.13	.03	
家庭外支援認知	5.71	3.27	6.00	2.96	5.55	3.50	.08	
家庭内支援認知	5.94	3.70	5.93	2.90	6.90	2.73	.58	
メンタルヘルス	65.00	16.27	56.86	19.16	70.05	12.98	2.82*	2年<3年
自己価値感	4.57	2.03	4.45	1.87	3.74	2.10	.82	
問題解決型行動特性	8.07	4.43	8.18	4.17	8.68	4.30	.09	

* $p < .05$

M: 平均値, SD: 標準偏差

表8 被災地外生徒の学年別の各尺度の平均値と分散分析結果

	1年 (n=180)		2年 (n=165)		3年 (n=155)		F値	多重比較
	M	SD	M	SD	M	SD		
精神的回復力	69.68	12.28	65.88	11.09	67.81	10.84	4.93**	1年>2年
対人的傷つきやすさ	24.3	5.95	24.51	6.07	25.84	5.77	3.28*	1年<3年
主観的幸福感	13.77	4.88	12.00	4.60	12.39	3.99	7.45***	1年>2年, 1年>3年
楽観性	17.02	2.92	16.40	3.28	16.92	3.06	2.00	
家庭内支援認知	6.63	3.48	6.05	3.53	5.97	3.48	1.84	
家庭外支援認知	7.13	2.83	6.16	3.28	7.16	2.86	6.24**	1年>2年, 2年<3年
メンタルヘルス	62.07	18.05	64.07	19.57	66.51	14.06	2.90*	1年<3年
自己価値感	4.50	1.96	3.93	2.14	3.88	1.90	4.73**	1年>2年, 1年>3年
問題解決型行動特性	9.39	4.15	7.99	3.86	8.84	4.04	5.02**	1年>2年

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

M: 平均値, SD: 標準偏差

においては、1年生よりも3年生が高かった。被災地・被災地外別にみると、被災地では、「メンタルヘルス」が2年生よりも3年生が得点が高かった。被災地外は、「精神的回復力」および「問題解決型行動特性」は、1年生が2年生よりも高く、「主観的幸福感」および「自己価値感」については、ともに1年生が2年生や3年生よりも高かった。「家庭外支援認知」については、2年生よりも1年生や3年生の方が高かった。「対人的傷つきやすさ」および「メンタルヘルス」については、ともに1年生より3年生が高かった。

3. 精神的回復力に関わる要因の関係性

レジリエンスと各尺度間の相関について、表9に示した。被災地外生徒については、「精神回復力」は「対人的傷つきやすさ」では1%水準で有意な相関が見られた。「主観的幸福感」「楽観性」「家庭内支援認知」「家庭外支援認知」「メンタルヘルス」「自己価値感」「問題解決型行動特性」においては、0.1%水準でいずれにも有意な相関がみられた。被災地生徒においては、「精神的回復力」は「主観的幸福感」「家庭外支援認知」の尺度において1%水準で有意な相関が見られ、「楽観性」「メン

タルヘルス」「自己価値感」の尺度においては、0.1%水準で有意な相関が見られた。ちなみに相関係数は、被災地外生徒が $r=0.13\sim 0.53$ と弱い、あるいは中程度の関連を示したのに対し、被災地生徒は、 $r=0.39\sim 0.48$ と中程度の関連を示した。

1) 精神的回復力とメンタルヘルスの関係

精神的回復力(レジリエンス)とメンタルヘルスの関係性を見るために、「精神的回復力」を独立変数とし、「メンタルヘルス」を従属変数として重回帰分析を行った。独立変数の選択は、これまでの研究においてメンタルヘルスと関連が認められた変数であること、表9でも相関がみられたことから選択した。標準偏回帰係数については、精神的回復力は、被災地生徒($\beta = -.46, p < .001$)・被災地外生徒($\beta = -.40, p < .001$)であり、重決定係数については、被災地生徒($R^2 = .22, p < .001$)・被災地外生徒($R^2 = .16, p < .001$)で両方とも有意であった。このことから、精神的回復力はメンタルヘルスの重要な要因であることが示された。標準偏回帰係数も重決定係数も被災地生徒の方が、被災地外生徒よりも高い数値を示した。

表9 被災地・被災地外における各尺度との相互相関（男女込）

	精神的回復力	対人的傷つきやすさ	主観的幸福感	楽観性	家庭内支援認知	家庭外支援認知	メンタルヘルス	自己価値感	問題解決型行動特性
精神的回復力		-.19	.43**	.44***	.13	.39**	-.46***	.48***	.27
対人的傷つきやすさ	-.13**		-.22	.03	.13	.11	.54**	-.19	.09
主観的幸福感	.53***	-.08		.11	.25	.01	-.31*	.48***	.06
楽観性	.34***	.01	.38***		.09	.35**	-.15	.61***	.06
家庭内支援認知	.32***	.09*	.39***	.22***		.42**	.08	.03	.19
家庭外支援認知	.24***	.05	.24***	.19***	.39***		-.02	-.14	.17
メンタルヘルス	-.40***	.42***	-.27***	-.17***	-.21***	-.11***		-.44**	-.01
自己価値感	.41***	-.17***	.47***	.42***	.26***	.12***	-.38***		.04
問題解決型行動特性	.41***	.05	.26***	.17***	.20***	.20***	-.08	.23**	

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

右上：被災地 左下：被災地外

2) 支援認知と精神的回復力との関係性

「家庭内支援認知」, 「家庭外支援認知」が, 「精神的回復力」とどのような関係を示しているかを重回帰分析にて確認したところ, 被災地外の生徒は, 家庭内支援認知から精神的回復力への標準偏回帰係数が.27であり, 0.1%水準で有意な関連が示された. しかし, 被災地の生徒は有意な関連を持たず, 標準偏回帰係数も低い値に留まった. 家庭外支援認知から精神的回復力への標準偏回帰係数については, 被災地の生徒が.40, 被災地外生徒は.13と被災地の生徒の方が高く, 両群とも1%水準で有意な関連が示された.

3) パーソナリティ特性が精神的回復力に与える影響

パーソナリティ特性が精神的回復力に与える影響を検討するために, 表10では, 「主観的幸福感」, 「楽観性」, 「自己価値感」, 「問題解決型行動特性」「対人的傷つきやすさ」を独立変数とし, 「精神的回復力」を従属変数として, 重回帰分析で検討した. 被災地の生徒については, 「主観的幸福感」($\beta = .35, p < .05$)で有意な値を示した. 被災地外の生徒においては, 「主観的幸福感」($\beta = .30, p < .001$), 「問題解決型行動特性」($\beta = .28, p < .001$), 「楽観性」($\beta = .11, p < .01$)について有意な値を示した.

4) パーソナリティ特性と支援認知との関連

次に, パーソナリティ特性が, 環境的要因でもある①家庭内支援認知と②家庭外支援認知と, どういった関連を示すかを見ることとした. ①家庭内支援認知と②家庭外支援認知をそれぞれ従属変数とし, 「主観的幸福感」, 「楽観性」, 「自己価値感」, 「問題解決型行動特性」「対人的傷つきやすさ」をそれぞれ独立変数にして, 重回帰分析を行った. 表11に示すように, 被災地生徒では, 家庭内支援認知においては「主観的幸福感」($\beta = .30, p < .05$)が, 家庭外支援認知においては, 「主観的幸福感」($\beta = .20, p < .05$), 「楽観性」($\beta = .64, p < .001$), 有意な値を示した. また, 被災地外生徒では, 家庭内支援認知においては, 「主観的幸福感」($\beta = .31, p < .001$)

表10 パーソナリティ特性が精神的回復力（レジリエンス）に与える影響

	被災地		被災地外	
	β		β	
主観的幸福感	.35*		.30***	
楽観性	.26		.11**	
自己価値感	.03		.07	
問題解決型行動特性	.23		.28***	
対人的傷つきやすさ	-.02		-.02	
R ²	.46***		.45***	

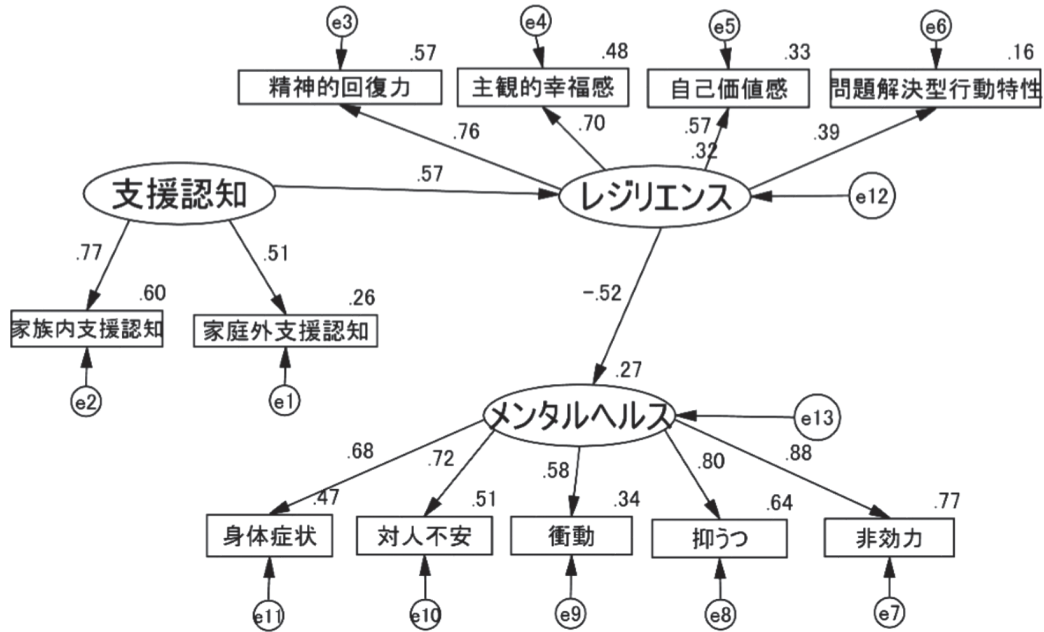
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

表11 パーソナリティ特性と支援認知との関連

	被災地		被災地外	
	家庭内	家庭外	家庭内	家庭外
	β		β	
主観的幸福感	.30*	.20*	.31***	.20***
楽観性	.20	.64***	.03	.11*
自己価値感	-.21	-.65***	.09*	-.06
問題解決型行動特性	.16	.15	.09*	.14**
対人的傷つきやすさ	.09	-.05	.13**	.02
R ²	.12	.31**	.18***	.09***

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

や「自己価値感」($\beta = .09, p < .05$)「問題解決型行動特性」($\beta = .09, p < .05$), 「対人的傷つきやすさ」($\beta = .13, p < .01$)に有意な傾向が示された. 家庭外支援認知においては, 「主観的幸福感」($\beta = .20, p < .001$)「楽観性」($\beta = .11, p < .05$)「問題解決型行動特性」($\beta = .14, p < .01$)に有意な傾向が示された. しかし, 「自己価値感」については, 被災地生徒は家庭内支援認知・家庭外支援認知のどちらも負の関係を示しており, 被災地外生徒においても家庭外支援認知では同様に負の関係が示された.



NFI=.889 CFI=.906 RMSEA=.091

図2 レジリエンスとメンタルヘルス、支援認知の連鎖

5) 全体における関係性

パーソナリティ特性、レジリエンス（精神的回復力）、メンタルヘルス、支援認知について、それぞれの関係性を分析してきたが、これらの4つの変数が全体的に見るとどのような関係性を示すか、検討することとした。

図2に示すように、NFI=.889, CFI=.906, RMSEA=.091であり、モデルの適合度は良好であることが確認された。連鎖については、支援認知が直接メンタルヘルスに影響しているのではなく、それぞれがもっているパーソナリティ特性や精神的回復力によってエンパワーされ、レジリエンス性が高まったことを示していた。支援認知からレジリエンスへのパス係数 ($\beta = .57$) は有意な正の値を示し、レジリエンスからメンタルヘルスへのパス係数 ($\beta = .52$) は有意な負の値を示した。また、メンタルヘルス尺度の下位尺度である“身体症状”、“対人不安”、“衝動”、“抑うつ”、“非効力”へのパス係数も有意な正の値を示していた。この図から、支援認知が、直接的なものではなく、ストレスの影響を緩衝すると同時に被災当事者が自分自身の力を確信できるような援助を家庭内・家庭外でしていくことで、段階的にメンタルヘルスの悪さを減じていったことが示された。

IV. 考 察

本研究では、レジリエンス性を示す精神的回復力と個体要因であるパーソナリティ特性と環境的要因が、被災地の中学校の生徒と被災地外の中学校の生徒にどのように影響しているかを捉えるため、図1の研究モデルを生成した。様々な尺度を用いて分析することで、震災時の生徒の精神的健康を総合的に検討した。本研究によって得られた知見を以下に考察していく。

1. 性差・学年差

結果として、レジリエンスに関連する要因についての性差、学年差を見てみると、被災地の生徒においては、性差は見られなかったが、被災地外生徒においては、男子よりも女子の方が「対人的傷つきやすさ」についての得点が高く、「自己価値感」「問題解決型行動特性」については、男子の方の得点が高かった。このことから、災害等のストレスフルなことが起こった際、女子の方がネガティブに捉え、男子は、ポジティブに考え行動していく傾向があったことが示された。これらは、状況や出来事をどう受け取り、自分の中でどういった方略で対処していくかといった認知スタイル²⁴⁾や、起こった事柄の原因をどう解釈するかといった説明スタイル²⁵⁾が要因として存在することが考えられる。ただ、こういった認知的な変数は、今後変容しうる可能性があることも報告されている²⁶⁾ので、今後も検討していく必要がある。また、学年差においては、1年生が「精神的回復力」や「主観的幸福感」、「自己価値感」や「問題解決型行動特性」といったポジティブな変数の値が他の学年よりも高く、3年生においては、「対人的傷つきやすさ」「メンタルヘルス」といったネガティブな変数の値が高かった。小林²⁷⁾の研究では、地震発生の際、小学校高学年の子どもたちは現在の状況を把握するのに精いっぱいだったのに対し、中学生は周囲の状況を客観的に見ることができ、時間が経過するにしたがって、自分のできることを模索し始めたことを指摘している。また、「できることをしたい」「役に立ちたい」という気持ちが起こるには大人の働きかけが重要であり、それがないと気持ちが行動につながらないと述べている。本研究で見られた学年差については、学年の発達段階が違うことによって生じているかど

うかはこの時点だけでは判断できない。今後も縦断的な調査を行い、検証する必要があると思われる。

2. 被災地と被災地外の生徒における精神的健康と精神的回復力に関連する要因の比較

被災地と被災地外の生徒の比較では、メンタルヘルスや精神的回復力やその他の尺度の得点に有意差がみられなかった。被災地の生徒の方がメンタルヘルスが悪いという所見を予想していたが、それとは反する結果であった。その理由を検討するという意味でも、被災地生徒と被災地外の生徒のメンタルヘルスや精神的回復力に関連する要因を検討した。

メンタルヘルスは両群とも精神的回復力と中程度の負の相関が認められた。これにより、被災地も被災地外も、精神的回復力はメンタルヘルスの重要な要因であることが示された。それでは、その精神的回復力が何と関係しているかをみると、被災地外生徒は、精神的回復力にパーソナリティ特性の主観的幸福感、問題解決型行動特性、楽観性の3つが、支援認知では家庭内支援が関係していた。一方、被災地生徒の精神的回復力には、パーソナリティ特性では主観的幸福感、支援認知では家庭外支援認知が関係していた。主観的幸福感、どちらの群でも家庭内外の支援認知に影響されていた。この結果をみると、被災地外生徒では被災地生徒よりも、個人が問題解決を図ろうとする態度や、家庭内支援認知の影響が強くなり、個人やその家庭のもつリソースの影響が強いと見える。これに対して、被災地生徒は個人や家庭のもつリソース以上に、家庭外の支援をうけてレジリエンスやメンタルヘルスを維持していることを示唆していると思われる。本研究の被災地生徒は行政ごと避難してきており、新しい土地において恐れや不安、悲しみなどの情動を自分だけでなく町の人々と共に感じる機会が与えられた。このことは、精神的な回復力を支え、それがメンタルヘルスの維持につながった可能性がある。

被災地外と被災地生徒のメンタルヘルスに差がなかった別の理由としては、被災地外生徒も、東日本大震災のような大きな災害をメディアなどを通して見聞きしており、被災地生徒を地域や学校で受け入れる過程で間接的な影響を受けている可能性がある。また、自分たちはもともと暮らしてきた場所にいられるということや、地域のリソースに支えられているという安心感から自らの考え方を改めて対処しようとする動きが生じた可能性もある。

3. 支援認知が与える影響

震災後に支えになるのは、家族だけではなく、特に思春期にある中学生にとっては、友達存在も重要である。藤森ら²⁸⁾は、災害によって引き起こされた悲しみや情動を、家族や友達と共有する機会を持つことは、子どもたちにそれらの感情を受け入れながらコントロールすることを学ばせると、述べている。本研究でも環境認知の良さは心身の葛藤を軽減する力を持つという観点から、支援認知を家庭内支援認知と家庭外支援認知の両方が測れ

る尺度を用いて分析を行った。

支援認知に関しては、被災地外生徒は家庭内支援認知も家庭外支援認知も有意差が示されたが、被災地の生徒については、家庭内支援認知には有意差は見られず、家庭外支援認知に有意差が見られた。これらが生じた原因としては、①被災という状況の中で親自身も余裕がなく、それ以上の支援を引き出すことが困難であったこと、②家庭内のリソースが精いっぱいの中、家庭外からリソースの不足分を補ってもらえることで、ほぼ同じ水準まで被災地の生徒も維持できているといったことが考えられる。また、被災地生徒に家庭外支援認知が効いている理由としては、早い時期で行政ごと避難してきたことでサポートを得られたことが被災地の生徒の心身の安定に有用に働いたと考えられる。

4. 被災地の生徒の震災体験の捉え方

東日本大震災によって、被災地の人々は人間にとって大変重要であり基本的な問題であるアイデンティティの危機に直面した。アイデンティティの危機は、災害だけでなく、身近な事故においても生じるが、今回の災害ほど、広範囲の住民が集団的に危機に直面することは稀である。

大規模な東日本大震災の発生によって、津波の被害を受け、家や身近な人を失ったエリアの被災者は、自分は被災者であるといった明確なアイデンティティを持つことができた。だが、本研究の被災地の生徒は、津波による損壊よりも、目には見えない放射能という対象によって、避難せざるをえない状況に至っており、被災者としての自分に不安定なアイデンティティを持つことを余儀なくされた可能性がある。

このアイデンティティの危機は、展開へも退行へも行く分岐点であり、転機としての特質も持ち合わせている。危機をうまく乗り越えることができれば、それはレジリエンスの獲得及び自我形成へと向かうことを意味している。

レジリエンスを青年の挫折経験との関連とで検討した研究²⁹⁾では、レジリエンスの高い者は挫折を克服しやすいこと、また、それにはポジティブな時間的展望や、アイデンティティの獲得が関連していることを示唆している。

また、齊藤ら³⁰⁾は、福島県と福島県以外の大学生を対象に東日本大震災の心理的影響を研究しているが、外傷後成長では、「人間としての強さ」、レジリエンスの「行動力」、主観的幸福感の「前向き」「達成感」「至福感」の項目で、福島県の学生の方が有意に高かった。この結果から福島県群は、多様な生活事態や生活上の不安に対処してきたこと、今後もそうしていかなければならないことが影響しているものと思われる。

「主観的幸福感」に有意差が見られたことは、本研究の結果と同じであり、パーソナリティ特性と支援認知との関連では、「楽観性」が家庭外支援認知において被災地生徒群の方がサンプル数が少ないにもかかわらず、有意に高かった。しかし、被災地生徒の「自己価値感」に

については、家庭内支援認知も家庭外支援認知も負の関係を示した。「自己価値感」は、アイデンティティにも関わる要因であり、思春期で自我発達過程にある本研究の被災地の生徒に影響があった可能性も考えられる。

今回の研究で被災地生徒と被災地外生徒の精神的健康に顕著な差がなかったことが、被災者としてのアイデンティティが影響しているかについては、実証することはできないが、結果に対する解釈の一つとして考えられるものである。

さらに、避難先の生徒にも被災地ほどではないがある程度の被災の影響があったことや、放射能の影響を考える国の施策によって、被災現場をあまり見ることがなく、あいまいな喪失のまま避難先に移ってきたことも、被災地の生徒と被災地外の生徒の間で精神的健康に顕著な差がなかった要因であったと考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究においては、被災後から、ずっと被災地にいる生徒ではなく、避難してきている生徒を対象にしているといった現状がある。しかし、避難しているとはいえ、精神的回復力が心身の不調度を減じていることや、主観的幸福感については家庭内支援認知が、楽観性については家庭外支援認知の方が有意差が高いことが示された。また、因果関係の連鎖に関しては、支援認知がレジリエンスを高め、さらにメンタルヘルスへといった流れで高い相関が示された。ただ、支援認知の効用については、さらに今後も、他の変数との関連を見ていくことも必要である。レジリエンスは、自分が頑張るだけでなく、サポートをどう希求するかということも大切な事柄であるので、支援の提供を確実にしていくことも、精神的回復力を高めていく上で重要なことであると考えられる。そのためには、インタビュー等の質的な手法を用いて傷つきから回復していく過程を明らかにしていくことも必要であると考えられる。また、サンプル数を増やして、被災地に残った子と被災地から避難して暮らし続けている子との地域差をみていくことも今後の課題として挙げられる。

VI. 結 論

被災地の生徒と被災地外の生徒を対象に、①レジリエンスに関連するパーソナリティ要因が精神的回復力に与える影響、②パーソナリティ特性と支援認知との関連、③支援認知と精神的回復力との関係、④精神的回復力とメンタルヘルスとの関係について検討した。被災地の生徒と、被災地外生徒の比較については、顕著な差はみられなかったが、被災地生徒の精神的回復力には、パーソナリティ特性では「主観的幸福感」、支援認知では、家庭外支援認知が関係していた。被災地外生徒は、「主観的幸福感」、「問題解決型行動特性」、「楽観性」の3つが「精神的回復力」との関連性を有していた。また、この3つに関しては家庭外支援認知においても関係性が示さ

れた。加えて、精神的回復力がメンタルヘルスに与える影響については、被災地生徒の方が被災地外生徒よりも高い数値を示した。

全体的にみると、支援認知に関しては、直接メンタルヘルスに影響するのではなく、「主観的幸福感」、「問題解決型行動特性」、「楽観性」といったパーソナリティ特性や「精神的回復力」がレジリエンス性を高め、メンタルヘルスに影響していることが示唆された。

これらの結果は、被災地の生徒が、他者からのサポートをレジリエンスにつなげていくことを把握することに有用であると考えられる。

謝 辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました学校の先生方ならびに生徒の皆様にご心より御礼申し上げます。

文 献

- 1) 岡本好司, 中島弘徳, 中島重徳ほか: 阪神・淡路大震災におけるpost-traumatic stress disorder調査(第1報) — 日本心身医学会近畿支部第二次ボランティア活動報告 I. 心身医学 38 : 607-615, 1998
- 2) 小花和W.尚子: 震災ストレスにおける母子関係(ストレス研究部会特集). 日本生理人類学会誌 4 : 17-22, 1999
- 3) 文部科学省: 平成24年度非常災害時の子どもの心のケアに関する調査報告書. Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1337762.htm, 2012 Accessed March 5, 2014
- 4) 遠藤太郎, 塩入俊樹, 鳥谷部真一ほか: 新潟県中越地震が子どもに与えた影響. 精神医学 49 : 837-843, 2007
- 5) 飛鳥井望, 三宅由子: 企業職員層における阪神・淡路大震災復興期のストレス要因. 精神医学 40 : 889-895, 1998
- 6) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. : Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry 52 : 1048-1060, 1995
- 7) 小塩真司, 中谷素之, 金子一史ほか: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性—精神的回復力尺度の作成—. カウンセリング研究 35 : 57-65, 2002
- 8) 杉山登志郎: 子どもにおける大震災の後遺症を減らすための対応 生産と技術. 震災特集 7 : 27-31, 2011
- 9) Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS : The psychobiology of depression and resilience to stress : implications for prevention and treatment. The Annual Review of Clinical Psychology 1 : 255-291, 2005
- 10) Masten AS, Coatsworth JD : The development of competence in favorable and unfavorable environments : Lessons from research on successful children. American Psychologist 53 : 205-220, 1998
- 11) Werner EE : High-risk children in young adulthood :

- A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of Orthopsychiatry* 59 1 : 72-81, 1989
- 12) D'zurilla TJ, Nezu AM : Development and preliminary evaluation of the social problem-solving inventory. *Psychological Assessment* 2 : 156-163, 1990
 - 13) Lösel F, Bliesener T, Köferl P : On the concept of invulnerability : Evaluation and first results of the Bielefeld project. In M Brambring, F Lösel, H Skowronek (Eds.) : *Children at risk : Assessment, longitudinal research, and intervention*. New York : Walter de Gruyter : 186-219, 1989
 - 14) 園田菜摘, 櫻井聖子, 大島知佐子ほか : 小中学生のメンタルヘルス一尺度の作成と学校生活との関連一. お茶の水女子大学発達臨床心理学紀要 2 : 15-24, 2000
 - 15) 小橋川久光, 小林稔, 高倉実ほか : 沖縄県小学生用メンタルヘルス尺度の検討. 琉球大学教育学部紀要 61 : 17-24, 2002
 - 16) 鈴木英一郎, 小塩真司 : 対人的傷つきやすさ尺度作成の試み一信頼性・妥当性の検討一. 日本教育心理学会第44回総会発表論文集 : 278, 2002
 - 17) 橋本京子, 子安増生 : 楽観性とポジティブ志向および主観的幸福感の関連について. *パーソナリティ研究* 19 : 233-244, 2011
 - 18) Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, et al. : The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 49 : 71-75, 1985
 - 19) Uchida Y, Kitayama S, Mesquita B, et al. : Is Perceived emotional support beneficial? Well-being and health in independent and interdependent cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin* 34 : 741-754, 2008
 - 20) Scheier MF, Carver CS, Bridges MW : Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem) A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 67 : 1063-1078, 1994
 - 21) 宗像恒次 : 最新行動科学からみた健康と病気. 298, メジカルフレンド社, 東京, 1996
 - 22) Rosenberg M : *Society and the adolescent self-image*. Princeton New Jersey, Princeton University Press : 326, 1965
 - 23) 宗像恒次 : 心の想起・伝達・変換の科学(6)潜在化した未解決な感情を測定する. *ヘルスカウンセリング* 3 : 94-102, 2001, 2007
 - 24) 水口禮治 : 認知のしかたとパーソナリティ. (詫摩武俊編). *性格*, 68-88, 日本評論社, 東京, 1988
 - 25) Seligman MEP : *Learned optimism*. Alfred A. Knopf, New York, 1991
 - 26) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. : *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York, 1979
 - 27) 小林朋子 : 震災を体験した小学校高学年の子どもの心理. 静岡大学教育学部研究報告 58 : 171-179, 2007
 - 28) 藤森和美, 藤森立男, 山本道隆 : 北海道南西沖地震を体験した子どもの精神健康. *精神療法* 22 : 30-40, 1996
 - 29) 萩原俊彦, 加藤将太 : 青年の挫折経験とレジリエンス, 時間的展望, アイデンティティとの関連. *教育心理学研究* 55 : 391, 2013
 - 30) 齊藤誠一, 吉田圭吾, 岡本英生ほか : 東日本大震災の心理的影響に関する研究一福島県と他県との比較一. *教育心理学研究* 55 : 480, 2013
- (受付 2016年11月25日 受理 2017年4月11日)
代表者連絡先 : 〒305-8577 茨城県つくば市天王台1-1-1
筑波大学大学院人間総合科学研究科 社会精神保健学研究室 (酒井)

原 著 小規模小学校での児童欠席状況を用いた消毒の効果の評価

藤 井 都 恵^{*1}, 岡 本 陽^{*2}, 藤 井 千 恵^{*2}

^{*1}愛知教育大学大学院教育学研究科

^{*2}愛知教育大学養護教育講座

Evaluation of Effect of Disinfection by Pupil Absence Rate in Small Elementary Schools

Satoe Fujii^{*1} Akira Okamoto^{*2} Chie Fujii^{*2}

^{*1}Graduate School of Education, Aichi University of Education

^{*2}School Health Sciences, Aichi University of Education

【Objective】 The effect of environmental hygiene, via disinfection of frequently touched surfaces by using hypochlorite solution, in small elementary schools was evaluated on pupil absence rate.

【Methods】 Three neighborhood elementary schools participated in the study, and were stratified into intervention group which consist of one school (number of pupils, 70; one pupil transferred to a different school during the study period), and control group which consist of two schools (number of pupils, 87 and 70, respectively). The study was conducted from November 1, 2015 to March 18, 2016, for a total period of 139 days. In the intervention group, daily environmental hygiene using hypochlorite solution to disinfect frequently touched surfaces including water faucet handles, banisters, light switches, and doorknobs, was performed by a *Yogo* teacher after school hours. The pupil absence rate because of upper respiratory tract infection (URI), digestive tract infection, or influenza, was compared between the intervention and control group.

【Results】 In the junior grade (1st to 3rd grade, 6-9 years old), the number of URI-related absence more than serially two days of a pupil showed significantly low ($p < 0.05$) in the intervention group compared with the control group. In the senior grade (4th to 6th grade, 9-12 years old), we could not demonstrate a significant preventive effect of environmental hygiene on URI-related pupil absence in the intervention group. Further, during the period of this study, no URI outbreaks were recorded in the intervention group, while outbreaks were recorded four times in the control group. We did not observe a significant preventive effect of environmental hygiene on digestive tract infections. However, we observed seven incidents of vomiting in the control group during the study period, while none was observed in the intervention group. Owing to the small number of diagnosed cases (absence rate due to diagnosed influenza, intervention group: 3 pupils out of 69; control group: 5 pupils out of 157), we could not demonstrate a significant preventive effect of environmental hygiene on influenza infection.

【Discussion】 In this study, we observed significantly low absence rate among junior grade with the practice of daily environmental hygiene of frequently touched surfaces, and observed no spread of infection in the classrooms. Our results suggest that the significantly low URI-related absence observed with daily environmental hygiene and disinfection is because of decreased opportunity of exposure to infectious microbes for younger pupils.

Key word : infectious diseases, environmental hygiene, disinfectant, intervention study

感染症, 環境衛生, 消毒薬, 介入研究

I. 結 言

かぜ症候群やインフルエンザ症, ノロウイルス感染症などの感染症は市中に蔓延し流行を起こしている. そのなかでも学校は, 免疫機能が発達途上にある児童生徒等が長時間にわたり集団で生活をするため, 感染症の流行が拡大しやすい特徴をもつ. そのため, 感染症の流行を予防することは, 教育の場・集団生活の場として望ましい学校環境を維持するとともに, 児童生徒が健康な状態

で教育を受けるためにも重要である¹⁾.

感染症予防の3原則は, ①感染源対策, ②感染経路対策, ③感受性対策である. これを受けて, 文部科学省が公表している「学校において予防すべき感染症の解説¹⁾」では, 感染予防対策として, ①消毒や殺菌等により感染源をなくすこと(感染源対策), ②手洗い等により感染経路を遮断すること(感染経路対策), ③栄養バランスがとれた食事, 規則正しい生活習慣, 適度な運動, 予防接種などをして体の抵抗力を高めること(感受性対策)

が感染症対策の重要な手段とされている。

また学校が児童生徒や教職員に対して負うべき責任として、文部科学省設置法²⁾第4条第12号において学校保健は「学校における保健教育及び保健管理をいう。」と位置付けられており、感染症に対して学校では、感染経路や感受性対策のための保健学習・保健指導といった保健教育が行われるとともに、感染源を断ち切るための手指や環境の消毒といった保健管理が行われている。これまでに感染経路対策に関する研究として、手洗いとマスク装着などを複合的に検討した研究³⁾⁴⁾、手洗い単独の効果を検討した研究⁵⁾⁶⁾、マスク着用単独の効果を検討した研究⁷⁻⁹⁾が行われている。

一方で学校における感染源対策として学校の臨時休業の効果を検討した研究¹⁰⁻¹³⁾などが行われてきた。しかし、感染源対策としての頻回接触面の消毒が及ぼす効果についてはあまり評価がされていない。環境を介した感染に対する感染源対策として、手指が頻繁に触れるドアノブやスイッチ等は、接触感染の原因となるため、消毒薬による消毒が推奨されている¹⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。薬剤を用いた頻回接触面の消毒には人的、および金銭的なコストが発生するが、それによって得られる保健管理にもたらされるベネフィットについて検証している報告はあまり見られない。

そこで、感染症対策の重要性を評価することを目的とし、頻回接触面の積極的な消毒によるベネフィットの評価を試みた。本研究では、小学校に介入して頻回接触面の積極的な環境消毒を行った。感染症の罹患に与えた影響を評価するため、近隣同規模校を比較対照とし、欠席状況調査を指標とした環境消毒の効果を評価した。

II. 研究方法

1. 対象者と実施期間

ある県内の近隣同規模校3校を介入群と対照群に振り分けた。介入群は児童数70人のA校、対照群は児童数87人、70人のそれぞれB、C校とした。ただし、A校は5年男子1人が12月22日をもって転出した(表1)。観察期間は2015年11月1日～2016年3月18日の139日間とし、このうち学校に児童が登校していた日数は3校ともに84日間であった。なお、すべての学校において1学年1学級であるため、これ以降本文中の学年は学級と同義である。

表1 対象者の調査開始時の学年と性別

		1年	2年	3年	4年	5年	6年	合計
介入群 (A校)	男	7	6	7	5	7 [#]	12	44
	女	0	3	5	6	7	5	26
	合計	7	9	12	11	14	17	70
対照群 (B・C校)	男	17	14	13	11	13	15	83
	女	15	16	12	7	13	11	74
	合計	32	30	25	18	26	26	157

注1) 数字は人数

注2) #: 12月22日をもって1名転出

2. 消毒方法

文部科学省「学校において予防すべき感染症の解説¹⁾」および日本小児科学会「学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説¹⁴⁾」に挙げられている方法に準じ、頻回接触面を1日1回(児童が登校する日のみ、約5日/週)消毒した。具体的には水道の蛇口のハンドル部分、階段の手すり、教室の蛍光灯のスイッチ、教室のドアノブを頻回接触面とした。文部科学省「学校において予防すべき感染症の解説¹⁾」において消毒薬はアルコール類でよいとされているが、アルコール系消毒薬はノロウイルスなどに対して効果が薄い。そこで今回の研究では、ノロウイルスなどにも有効とされる次亜塩素酸ナトリウムを用いた。消毒は児童の下校後、スプレー式弱酸性次亜塩素酸水(有効塩素濃度30ppm)(ジヤムブロック、株式会社エースインターナショナルジャパン、東京)を頻回接触面に噴霧した後、ペーパータオルを用いて清拭する方法を用いた。

消毒作業は事前に消毒方法の説明を行った上で、A校(介入群)の養護教諭が行った。消毒の実施状況については、養護教諭が毎日記録した。

3. 欠席調査

観察期間中、学校が保護者から連絡を受けたインフルエンザ(医師の診断あり)、消化器感染症(胃腸風邪、腹痛、吐気、嘔吐、下痢)、呼吸器感染症(風邪(インフルエンザは除く)、発熱、咽頭痛、鼻水、咳(喘息を除く))による欠席について、それぞれの養護教諭が記録を行った。

学年内での感染拡大の定義を本研究では清水ら¹⁶⁾の研究を参考に、ある児童の欠席日を0日目とし、その翌日(1日目)及び翌々日(2日目)に欠席した別の児童は、ある児童から感染した可能性ありとし、それ以降に欠席した児童は可能性なしとみなした。また、同一小学校内にいる兄弟姉妹間での感染状況および学校行事等での感染状況について考察する場合も同様に扱った。

4. 感染予防に関する生活習慣アンケート

2015年11月17日～24日に介入群70人および対照群157人における感染予防に関する生活習慣を調べるため、その保護者を対象に記名式のアンケート調査を実施した。アンケート用紙は、学校で担任が配布し、対象児童が家庭に持ち帰り、保護者が記入して封筒に入れ厳封した上で、児童から担任に提出した。研究の主旨に同意が得られ回収できたのは、介入群68人、対照群144人(回収率: 介入群97.1%、対照群91.7%)であった。なお、転出した1人、保護者が記入すべきなのに児童本人が記入してしまった1人、記入漏れがあった12人を除外した介入群61人、対照群137人(有効回答率: 介入群87.1%、対照群87.3%)を分析対象とした。

アンケートは、「生活習慣病予防・調査票づくり¹⁷⁾」の一部に変更を加えたものを用いた。調査内容は、①家族構成、②衛生習慣・感染予防(手洗い、うがい、マス

ク、ハンカチ、爪、入浴、歯みがき、予防接種)、③栄養状態(1日3食、偏食、野菜や煮物、間食、夜食、排便)、④睡眠・休養(平日の就寝・起床時刻、休日の就寝・起床時刻)、⑤運動習慣・遊び(外遊び・テレビの視聴時間・ゲームの時間)、⑥その他(扁桃腺の腫れやすさ、年間風邪回数、習い事や塾)について尋ねた。なお、睡眠については就寝時刻と起床時刻から算出した睡眠時間も加えて分析を行った。

本研究では、②衛生習慣・感染予防の項目から手洗い、うがい、マスク、予防接種、③栄養状態の項目から間食、⑤運動習慣・遊びの項目からテレビの視聴時間、⑥その他の項目から塾や習い事を用いた。アンケートの回答は各質問項目に対して2から4段階の選択肢、または数値を記入する方式で尋ねて回答を得た。

本研究に関連する項目として、具体的には、手洗いについては「食事前は手を洗いますか。」「帰宅後は手を洗いますか。」「トイレ後は手を洗いますか。」の3項目に対して「いつも洗っている」「ときどき洗っている」「あまり洗っていない」「まったく洗っていない」の4段階により回答を得た。うがいについては「帰宅後はうがいをしますか。」の1項目について、「いつもしている」「ときどきしている」「あまりしていない」「まったくしていない」の4段階により回答を得た。マスクについては「感染症の予防のために(特に冬季)マスクをするようにしていますか。」の1項目に対して「いつもしている」「ときどきしている」「あまりしていない」「まったくしていない」の4段階により回答を得た。予防接種については「今季、インフルエンザの予防接種を受けましたか。」の1項目について、「受けた」「今後受ける予定」「受けない予定」の3段階で尋ねた。テレビの視聴時間については「テレビを1日90分以上見ますか。」という1項目に対して「毎日見ている」「ときどき見ている」「あまり見ない」「まったく見ない」4段階により回答を得た。習い事や塾に通っているかについては、「習い事や塾に通っていますか。」という1項目について「はい」「いいえ」で尋ねた。

5. 分析方法

本研究では、男女合わせて6-9歳に相当する1-3年生を低学年、9-12歳に相当する4-6年生を高学年と分類した。感染予防に関する生活習慣アンケート調査および罹患率の比較には χ^2 検定を行った。なお、度数が5未満の場合はFisherの正確確率検定を用いた。

感染予防に関する生活習慣アンケートでは、手洗い、うがい、マスクについては、「いつもしている」「時々している」を「する」、「あまりしていない」「まったくしていない」を「しない」の2群に分けて分析した。テレビの視聴時間については、「毎日見ている」「ときどき見ている」を「テレビをよく見る」、「あまり見ない」「まったく見ない」を「テレビをあまり見ない」の2群に分けて分析した。インフルエンザ予防接種につい

ては、「受けた」「今後受ける予定」を「接種」、「受けない予定」を「非接種」の2群に分けて分析した。

本研究における罹患率は、呼吸器感染症は2日以上欠席した児童を罹患者として、(罹患患者数/対象児童数 \times 100)から算出した。消化器感染症あるいはインフルエンザについては、1日以上欠席した児童を罹患者として、(罹患患者数/対象児童数 \times 100)から算出した。また、呼吸器感染症については、罹患率による研究終了時点での介入効果だけでなく、研究途中の時間の経過に伴うリスクの推移を評価するためKaplan-Meier曲線およびLog Rank検定も行った。罹患率では、介入群は転出児童を除く69人、対照群は157人を分析対象とした。Kaplan-Meier曲線およびLog Rank検定では、介入群70人、対照群157人を分析対象とし、転出児童は53日目で打ち切りとして、転出児童を加味した分析を行った。

統計分析には統計ソフトSPSS Statistics ver 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.)を使用し、危険率5%未満を統計学的に有意であるとした。

6. 倫理的配慮

研究対象となった学校の学校長、および養護教諭に対して本研究の主旨説明を行い、頻回接触面の消毒を行うこと、記名式アンケートおよび欠席状況の調査を行うことに対して同意を得た上で実施した。特に対照群の2校については、積極的な環境消毒を行っていないことを確認した。ただし、感染症の流行時にその必要性を認めた場合には環境消毒を妨げないことを説明し、同意を得た。また、本研究は遂行に先立ち愛知教育大学研究倫理規定に基づき、研究計画を研究倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

III. 結果

1. 消毒作業の実施状況

期間中、児童が登校していた84日のうち、養護教諭が出張等で消毒を実施できなかった日は15日であった(消毒実施率82.1%)。観察期間中における消毒液の使用本数は20本(約5,000 mL)であった。対照群の学校では基本的に観察期間に定期的な消毒は行われなかったが、B校において2月9日に学校内で2回嘔吐があったため、その1日のみ嘔吐物の処理に伴う現場周辺の次亜塩素酸を用いた消毒を行った。

2. 感染予防に関する生活習慣アンケート

両群の感染予防に関する生活習慣に差があるかどうかを確かめる目的で分析を行った。「②衛生習慣・感染予防の項目」から手洗い、うがい、マスク、予防接種、および「⑥その他の項目」から塾や習い事の結果を表に示す(表2)。その結果、低学年、高学年に分類したいずれの項目においても、介入群と対照群の両群間に有意な差はみられなかった。それら以外の項目では、低学年において「テレビをよく見る」という回答が対照群と比較

表2 感染予防に関する生活習慣アンケート

	低 学 年			高 学 年		
	介入群 n = 24 (%)	対照群 n = 77 (%)	p 値	介入群 n = 37 (%)	対照群 n = 60 (%)	p 値
手洗い (食事前)			1.000			0.184
する	18 (75.0)	56 (72.7)		25 (67.6)	31 (51.7)	
しない	6 (25.0)	21 (27.3)	12 (32.4)	29 (48.3)		
手洗い (帰宅後)			0.774			0.670
する	19 (79.2)	65 (84.4)		27 (73.0)	40 (66.7)	
しない	5 (20.8)	12 (15.6)	10 (27.0)	20 (33.3)		
手洗い (トイレ後)			0.228			0.203
する	22 (91.7)	61 (79.2)		32 (86.5)	44 (73.3)	
しない	2 (8.3)	16 (20.8)	5 (13.5)	16 (26.7)		
うがい (帰宅後)			1.000			0.192
する	13 (54.2)	41 (53.2)		20 (54.1)	23 (38.3)	
しない	11 (45.8)	36 (46.8)	17 (45.9)	37 (61.7)		
マスク			0.283			0.705
する	11 (45.8)	24 (31.2)		12 (32.4)	16 (26.7)	
しない	13 (54.2)	53 (68.8)	25 (67.6)	44 (73.3)		
インフルエンザ予防接種			0.575			0.826
接種	15 (62.5)	41 (53.2)		22 (59.5)	33 (55.0)	
非接種	9 (37.5)	36 (46.8)	15 (40.5)	27 (45.0)		
塾や習い事			1.000			0.504
はい	17 (70.8)	54 (70.1)		29 (78.4)	42 (70.0)	
いいえ	7 (29.2)	23 (29.9)	8 (21.6)	18 (30.0)		

注) χ^2 検定, Fisherの正確確率検定を用いた.

表3 介入群と対照群別にみた罹患者数の比較

		低 学 年			高 学 年		
		介入群 n = 28 (%)	対照群 n = 87 (%)	p 値	介入群 n = 41 (%)	対照群 n = 70 (%)	p 値
呼吸器感染症	罹患者	0 (0.0)	13 (14.9)	0.036	5 (12.2)	5 (7.1)	0.580
	非罹患者	28 (100.0)	74 (85.1)		36 (87.8)	65 (92.9)	
消化器感染症	罹患者	4 (14.3)	7 (8.0)	0.458	4 (9.8)	5 (7.1)	0.723
	非罹患者	24 (85.7)	80 (92.0)		37 (90.2)	65 (92.9)	
インフルエンザ	罹患者	0 (0.0)	3 (3.4)	1.000	3 (7.3)	2 (2.9)	0.356
	非罹患者	28 (100.0)	84 (96.6)		38 (92.7)	68 (97.1)	

注1) χ^2 検定, Fisherの正確確率検定を用いた.

注2) 呼吸器感染症: 欠席2日以上の子を罹患者とする.

消化器感染症, インフルエンザ: 欠席1日以上の子を罹患者とする.

して介入群で有意に多かった ($p = 0.019$).

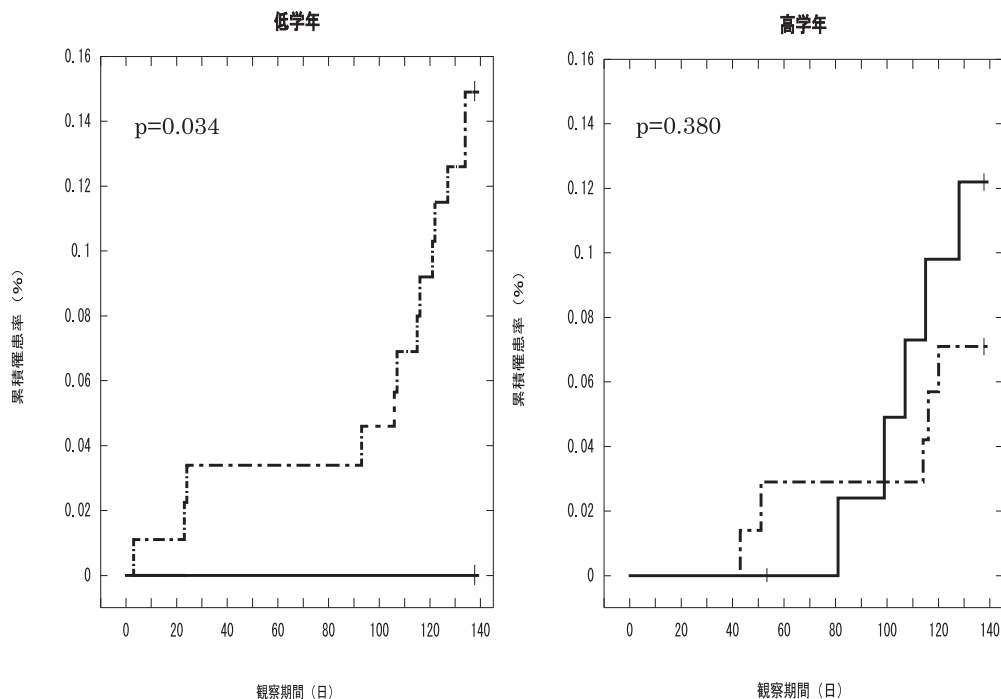
3. 呼吸器感染症

1) 罹患者状況

介入群と対照群の呼吸器感染罹患者数を分析した結果, 低学年では, 欠席2日以上の子が介入群28人中0人 (0.0%) に対して対照群87人中13人 (14.9%) であり, 対照群と比較して介入群で有意に低かった ($p = 0.036$). 高学年では, 介入群41人中5人 (12.2%) に対して対照

群70人中5人 (7.1%) であり, 有意差は認められなかった ($p = 0.580$). 全校では, 介入群69人中5人 (7.2%), 対照群157人中18人 (11.5%) であり, 有意差は認められなかった ($p = 0.467$). (表3)

また, 土日祝及び冬季休業 (53日目~67日目) を含めた観察期間 (139日間) 中の累積罹患者率を示す目的で, 転出児童は打切り (53日目) としてKaplan-Meier曲線を作成した (図). Log Rank検定を行った結果, 低学年



注1) Log Rank検定を用いた。

注2) — : 介入群, - - : 対照群, + : 打ち切り

図 呼吸器感染症のKaplan-Meier曲線

のみ有意差が認められた(低学年 $p = 0.034$, 高学年 $p = 0.380$)。

2) 学年内での感染拡大

介入群(A校)では観察期間中, 学年内での感染拡大は発生しなかった。対照群では, B校で1回(12月3週(5年生)), C校で3回(12月2週(2年生), 2月4週(2年生), 3月1週(1年生))計4回感染拡大が発生した。

3) 同一小学校内にいる兄弟姉妹間での感染状況

アンケート調査の回答が得られた児童については, 家族構成から同一小学校内にいる兄弟姉妹(以下: 兄弟姉妹)関係が特定可能であった。また, 上記(2)で検討した学年内での感染拡大に関連した児童については全てアンケートが回収できていた。そこで, 学年内での感染拡大において家庭を介した兄弟姉妹間の感染が影響していなかったかどうかを確認した。本研究による定義「欠席日を0日目として翌日(1日目)および翌々日(2日目)に欠席」した兄弟姉妹はみられなかった。以上の結果から, 学年内での感染拡大について, 家庭を介した兄弟姉妹間の感染の関連は認められなかった。

4) 学校行事等での感染状況

3校の学校では, それぞれの学校内において11月中旬に校内の学芸会, 12月上旬~中旬に持久走大会, 3月上旬に「6年生を送る会」が行われた。また, 1月下旬に3校を含む市内の全小学校が集まる音楽会が行われた。そこで, 上記(2)で検討した学年内での感染拡大に対する学校行事等の影響を確認した。しかし, 学校行事等の後,

感染拡大した様子は認められなかった。学校行事の付近では, C校において12月2週に持久走大会が行われ, 2年生が当日1名欠席, 翌日さらに2名(計3名)が欠席したが, 最初の1名は持久走大会当日に欠席をしているため, その児童から拡大したと考えても, 学校行事である持久走大会は感染拡大に寄与していないと判断した。

4. 消化器感染症

1) 罹患状況

消化器感染症を事由とする欠席者を調査し, その割合を分析した(表3)。その結果, 低学年では欠席者が介入群28人中4人(14.3%), 対照群87人中7人(8.0%)であり, 有意差は認められず($p = 0.458$), また高学年でも介入群41人中4人(9.8%), 対照群70人中5人(7.1%)であり, 有意差は認められなかった($p = 0.723$)。全校では介入群69人中8人(11.6%), 対照群157人中12人(7.6%)となり, 有意差は認められなかった($p = 0.478$)。

2) 学校内での嘔吐

学校内での嘔吐について, 介入群では1回も発生しなかったのに対し, 対照群では, B校で3日間(12月17日, 1月18日に各1回ずつ, 2月9日に2回(同一児童)), C校で3日間(12月8日, 1月7日, および2月23日に各1回ずつ)計7回発生した。この対照群での嘔吐は低学年で5人, 高学年で1人となっていた。ただし, 嘔吐した人数の割合を用いてFisherの正確確率検定により比較したものの, 有意差は認められなかった(低学年 $p = 0.333$, 高学年 $p = 1.000$)。また, 学校での嘔吐によって

翌日や翌々日に学年内で感染が広がっている様子は観察されず、散発的に起こったものであった。

5. インフルエンザの罹患状況

インフルエンザの罹患患者数をFisherの正確確率検定により分析したが、有意な関連は認められなかった(表3)。インフルエンザを事由とする欠席では、低学年において介入群28人中0人(0.0%)、対照群87人中3人(3.4%)となり、有意差は認められず($p=1.000$)、また高学年でも、介入群41人中3人(7.3%)、対照群70人中2人(2.9%)となり、有意差は認められなかった($p=0.356$)。周辺の地域ではインフルエンザの流行が見られたものの、今回調査した学校全てでインフルエンザが流行せず、罹患患者も少なかった。

IV. 考 察

本研究では、消毒薬(次亜塩素酸ナトリウム)を用いた積極的な環境消毒の実施が、学校における感染症の発生および流行の抑制に寄与するかどうか検討するため、欠席状況調査を指標として検討を行った。

衛生習慣・感染予防を含む生活習慣についてのアンケート調査を行い、調査対象となった各学校におけるバックグラウンドとしての家庭における衛生習慣・感染予防に関する調査を行った。その結果、衛生習慣・感染予防の項目については両群に差はなかった。介入群と対照群の間で有意差がみられた項目として、「テレビをよく見る(低学年児童)」が対照群と比較して介入群で有意に多かったが、両群のこの差が感染症の罹患に直接的に影響する項目とは考えにくいと結論付けた。以上の結果から、近隣であることも含め、バックグラウンドとなる各家庭における衛生習慣や感染予防についての行動に群ごとの大きな差はないと考えられた。

呼吸器感染症罹患者が、低学年において対照群と比較して介入群で有意に低かった。また、対照群の2校において、学年内での感染拡大が4回発生したが、介入群においては感染拡大がみられなかった。特に対照群では低学年で呼吸器感染症における感染の拡大が3回発生し、そのことによって罹患率に影響を与えたようであった。

介入群では、積極的な環境消毒により病原体への曝露機会が抑制され、その結果が欠席数に基づく罹患率として現れた可能性が示唆された。消毒は滅菌と異なり、全ての微生物を殺滅することはできず、感染を生じない程度に数を減らすことと定義されている¹⁵⁾。したがって、消毒によって病原体を全て除去できたわけではないが、病原体の数を減らしたことにより低学年での罹患を抑制させることにつながったのではないかと考察された。一方、高学年では病原体に対する抵抗力は個人差が大きく、環境消毒の効果が現れなかった可能性が考えられる。

呼吸器感染症の感染経路はその原因病原体によって異なるが飛沫感染や接触感染であると言われている。今回、感染予防として積極的な消毒を試みたが主に接触感染に

対する感染予防策である。呼吸器感染症に起因する病原体で、接触感染が感染経路になりうる病原体としてライノウイルス¹⁴⁾¹⁸⁻²¹⁾、RSウイルス¹⁴⁾²²⁾、ヒトメタニューモウイルス¹⁴⁾²³⁾等が挙げられる。風邪様症候群の約半数であるライノウイルス²⁴⁾²⁵⁾においては、手指を介する人から人への伝播が重要であることが示されており¹⁴⁾¹⁸⁻²¹⁾、呼吸器感染症においても環境消毒は効果的ではないかと思われる。

消化器感染症の罹患患者数については有意な関連は認められなかった。学校での嘔吐についても有意な関連が認められなかったものの、介入群では学校での嘔吐が1回もなく、対照群では7回発生した。しかし、学校内での嘔吐がその後の感染拡大にはつながっておらず、散発的に起こったものであった。おそらく、対照群の養護教諭が嘔吐時に適切な処理をしていたため、感染の拡大を予防することができたと考えられる。

今回、環境消毒は接触感染予防策であることから、呼吸器感染症よりも消化器感染症に効果が出やすいと予想していたが、消化器感染症には効果が見出せなかった。その理由として、消化器感染症の欠席者が少なかったことが挙げられると考えられた。

インフルエンザの感染経路には飛沫感染と接触感染があるため¹¹⁾¹⁴⁾、環境消毒により接触感染対策を施したが、今回対象とした全ての学校においてインフルエンザの流行がなく、欠席者がわずかであったため、インフルエンザに対する効果についての検証が十分にできなかった。そのため、シーズンによって流行規模の異なるインフルエンザについては、規模の拡大、あるいは数年間の継続した検証が必要であると考えられた。

以上の結果から、頻回接触面の積極的な消毒により、特に低学年において呼吸器感染予防の効果が発揮された可能性が示唆された。

本研究の限界としては、欠席調査をもとに罹患状況を検討したが、その感染源が学校であったとは限らないということが挙げられる。兄弟姉妹間の感染状況は分析したが、それ以外の家庭内感染については調査していないため不明である。また、頻回接触面が感染源となった証明は難しく、手指の触れる部位を消毒して清潔にしても手指が汚染されていれば環境を清潔にした意味もなく、手指衛生が基本である。さらに、介入群の方が低学年の人数が少なく、教室内での人と人との距離が対照群と比べて遠かったことも考えられるが、教室内での児童間の座席の距離については分析していない。これらによって介入群の低学年の呼吸器感染症の罹患が少なかったとも推測されるため、消毒による効果とまでは言いがたい。

ここで得られた結果は、対象者が1学年20人以下の6学級しかない小規模校であったことやランダムサンプリングではなかったことから一般化には注意が必要であるが、感染予防を考える上で重要であると思われる。

今回の研究では、いつ流行が発生するかどうかはわか

らないため、11月～3月までと長期間にわたって消毒を行った。経済的な面や養護教諭の負担を考慮すると地域での流行がみられるなどの流行の兆しの段階から積極的な消毒を行うことが望ましいと考えられた。

学校が1シーズンにどの程度消毒薬を使用しているかという調査はほとんど見られないが、本研究における使用量(20本, 5,000 mL)はおそらく平均的な使用量を超えていると考えられる。今後、より効率的に感染症の予防を行うために効果的な消毒の実施面の絞り込み、消毒を行う頻度や時間帯の検討、消毒剤の種類や使用の必要性の有無について検討する必要があると考える。また、本研究は小規模校を対象としていることから大規模校を含めた介入研究の実施、低学年で有意な差がみられたことから幼稚園等における介入効果の検討が必要であると考えられる。

V. まとめ

小学校における積極的な環境消毒の感染予防効果を検討する目的で、3校の児童227名を対象として、欠席調査を行い、介入群の養護教諭が積極的な環境消毒を実施した。これによって、以下のことが明らかとなった。

1. 呼吸器感染症の罹患率を分析したところ、高学年では有意な関連が認められなかったものの、低学年において罹患率が有意に低く、環境消毒によって感染予防の効果が発揮された可能性が示唆された。
2. 呼吸器感染症の学年内での感染拡大を検討したところ、介入群では感染拡大が発生せず、対照群では感染拡大が観察期間中4回発生した。この感染拡大のうち、3回が対照群における低学年での発生であった。
3. 消化器感染症およびインフルエンザについては、欠席者が少なかったことや流行がみられなかったことから、十分な検証ができなかった。

以上の結果から、環境消毒によって呼吸器感染症の感染拡大を予防した可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました小学校並びに養護教諭の皆様へ心より感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費16K16574の助成を受けて実施した研究の一部である。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 文部科学省：学校において予防すべき感染症の解説。2013. Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1334054.htm Accessed June 22, 2016
- 2) 文部科学省：文部科学省設置法。Available at : <http://law.e-gov.go.jp/htldata/H11/H11HO096.html> Accessed

June 22, 2016

- 3) Aiello AE, Murray GF, Perez V et al. : Mask use, hand hygiene, and seasonal influenza like illness among young adults : a randomized intervention trial. *The Journal of Infectious Diseases* 201 : 491-498, 2010
- 4) Stebbins S, Cummings DA, Stark JH et al. : Reduction in the incidence of influenza A but not influenza B associated with use of hand sanitizer and cough hygiene in schools : a randomized controlled trial. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 30 : 921-926, 2011
- 5) Talaat M, Afifi S, Dueger E et al. : Effects of hand hygiene campaigns on incidence of laboratory-confirmed influenza and absenteeism in schoolchildren, Cairo, Egypt. *Emerging Infectious Diseases* 17 : 619-625, 2011
- 6) Sandora TJ, Taveras EM, Shih MC et al. : A randomized, controlled trial of a multifaceted intervention including alcohol-based hand sanitizer and hand-hygiene education to reduce illness transmission in the home. *Pediatrics* 116 : 587-594, 2005
- 7) Canini L, Andreoletti L, Ferrari P et al. : Surgical mask to prevent influenza transmission in households : a cluster randomized trial. *PLoS ONE* 5 : e13998, 2010
- 8) MacIntyre CR, Cauchemez S, Dwyer DE et al. : Face mask use and control of respiratory virus transmission in households. *Emerging Infectious Diseases* 15 : 233-241, 2009
- 9) Loeb M, Dafoe N, Mahony J et al. : Surgical mask vs N95 respirator for preventing influenza among health care workers : a randomized trial. *Journal of the American Medical Association* 302 : 1865-1871, 2009
- 10) 蓮井正樹, 岡本力, 北谷秀樹ほか：インフルエンザ流行時期における学級閉鎖の有効性。日本小児科学会雑誌 113 : 939-944, 2009
- 11) 廣津伸夫：新型インフルエンザ流行時における家庭内と学校内でのウイルス伝播—季節性インフルエンザとの比較を含めて—。日本臨床内科医会誌 25 : 469-474, 2010
- 12) 杉浦弘明, 秦正, 児玉和夫ほか：学校欠席者情報システムを用いた新型インフルエンザに対する学級閉鎖の有効性の検討。学校保健研究 52 : 214-218, 2010
- 13) 山本駿, 高橋秀人, 和田一郎ほか：学級閉鎖の有効性に関する研究—新型インフルエンザ流行時の小学校におけるクラス内欠席者割合と実施日数より予測される学級閉鎖後の欠席者割合—。厚生学の指標 59 : 9-17, 2012
- 14) 日本小児科学会：学校、幼稚園、保育所において予防すべき感染症の解説。2015. Available at : http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/yobo_kansensho20150726.pdf Accessed June 22, 2016
- 15) 白石正：知っておきたい消毒薬の知識。日本内科学会雑誌 99 : 166-172, 2010
- 16) 清水宣明, 片岡えりか, 西村秀一ほか：ある学校におけ

- る A (H1N1) pdm09 パンデミック インフルエンザ の感染伝播動態の解析. 環境感染誌 27 : 96-104, 2012
- 17) 中垣晴男, 石黒幸司, 武井典子ほか : 生活習慣病予防・調査票づくり, 148-162, 東山書房, 京都, 2007
- 18) Winther B, McCue K, Ashe K et al. : Environmental contamination with rhinovirus and transfer to fingers of healthy individuals by daily life activity. Journal of Medical Virology 79 : 1606-1610, 2007
- 19) Gwaltney JM Jr, Moskalski PB, Hendley JO : Hand-to-hand transmission of rhinovirus colds. Annals of Internal Medicine 88 : 463-467, 1978
- 20) Pancic F, Carpentier DC, Came PE : Role of infectious secretions in the transmission of rhinovirus. Journal of Clinical Microbiology 12 : 567-571, 1980
- 21) Reed S.E : An investigation of the possible transmission of rhinovirus colds through indirect contact. The Journal of Hygiene 75 : 249-258, 1975
- 22) 高橋孝 : 医療現場における感染予防のガイドライン2007. 日本内科学会雑誌 98 : 74-178, 2009
- 23) 菊田英明 : ヒトメタニューモウイルス感染症. 小児科診療 78 : 1331-1335, 2015
- 24) 旗谷広司, 伊木繁雄, 長野秀樹ほか : 呼吸器系ウイルスと社会的活動への影響—インフルエンザウイルスを中心として—. 人間と環境 11 : 3-7, 2004
- 25) Makela MJ, Puhakka T, Ruuskanen O et al. : Viruses and bacteria in the etiology of the common cold. Journal of Clinical Microbiology 36 : 539-542, 1998
- (受付 2016年7月21日 受理 2017年4月28日)
代表者連絡先 : 〒448-0001 愛知県刈谷市井ヶ谷町広沢1
愛知教育大学教育学部養護教育講座 (岡本)

研究報告

ベトナム・トゥアティエンフエ省における
学校保健員の職務に関する実態調査

安藤 めぐみ, 窪田 眞二

筑波大学大学院人間総合科学研究科

Survey on the Actual Function of School Health Staff
in Thua Thien Hue Province, Vietnam

Megumi Ando Shinji Kubota

Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

【Objectives】 This paper aimed to clarify the actual function of the school health staff (SHS), who had been officially designated as educational staff by Vietnam's national policies in 2000 and 2006, based on three aspects: I. duty and function, II. cooperation with other school staff/external organizations, and III. conflict or gaps between the policies and actual situations.

【Methods】 This study was conducted through the policy and system analysis, interviews (for the Department of Preventive Medicine, MoH in October 2013 and relevant organizations in Hue city in September 2014), and questionnaire survey on the selected sample of the SHSs of 33.5% (200/597 schools) of all schools (from kindergarten to high school) in Thua Thien Hue Province, of whom 79 valid /135 responded.

【Results】 I. More than 90% of the SHSs in Hue took responsibility and implemented the activities according to the guidance of the ministries such as: 1. planning, 2. health management, 3. environmental management, 4. health education, and 5. disease/injury/accident prevention. Nearly half the SHSs performed other roles, such as accountant, administrator and so on. As the common opinion, the most important duties of SHSs were "Medical treatment" (83.5%), "Health education" (82.3%), "Yearly planning" (77.2%) and "Organizing/managing annual health check" (73.4%). In addition, the most important skills of the SHSs were considered to be "Medical skill for treatment of disease / injuries" (88.6%) and "Health education skill" (83.5%). II. 78.5% of all schools cooperated with other school staffs, and 97.5% with external organizations through the SH activities. III. The current issues concerning SHSs were "To enhance an understanding of the importance of SH in school" (96.2%), "Participation of other school staffs" (93.7%), "Wage and benefit" (91.1%), "Increasing health education activity by SHOs and school staffs" (91.1%), "Working condition" (88.6%), "Effective utilization of health insurance" (88.6%) and "Improving and enrich the office facility at SH room" (88.6%).

【Conclusion】 I. The function of the SHS has been widely understood by almost all SHSs and implemented according to the guidance of the ministries. In addition, II. other school staffs and external organizations, both medical and education, are taking charge of school health activities; this is a remarkable advance in school health administration in Vietnam. However, III. several conflicting have been found in actual implementation in schools such as: additional duties from school health, difference level of actual medical care at school and health insurance administration. The health education is expected to be strengthened their capacity and increased the number of activity not only through external organizations but also through the SHS and other teachers in schools.

Key words : Vietnam, school health staff, school health policy, cooperation among education and health, school health center
ベトナム, 学校保健員, 学校保健政策, 教育と保健医療の連携, 学校保健センター

I. はじめに

近年, 国際協力の分野においてEFA (Education for All) の実現に向けた活動の一環として学校保健が注目を集めるようになり, ネパール, ケニア, ラオスなど

様々な国で学校保健に関する取り組みが行われている¹⁾. 2000年に世界銀行・UNICEF・UNESCO・WHOの4者より打ち出された学校保健に関する新たな行動の枠組み: 「効果的な学校保健のための重点的取り組み = FRESH (Focusing Resources of Effective School Health

Initiative)」において、「教育と保健の双方の省庁が協働することで学校保健活動を活性化させ、子どもの健康状態を改善させるための政策を進めていくことが重要である」と強調された²⁾。

ベトナム社会主義共和国(以下、ベトナム)では、2000年に国家主導による学校保健政策が始まった³⁾。同国の政策の特徴として、教育及び保健医療行政がともに学校保健に責任を持ち、幼稚園から高校までの全学校に学校保健を専門的に担当する学校保健員¹⁾を配置することが定められ、加えて2006年には学校保健員を学校事務職公務員として任用できることとなった⁴⁾ことが挙げられる。学校保健員には看護師¹²⁾および准看護師のほか、助産師、薬剤師が任用されているが、一部の専任学校保健員未配置の学校では、教師、事務職等の医療系無資格者が学校保健員の職務を兼任しているとの報告がなされている⁵⁾。新たな役職を学校内に設け、人材を育成、任用、配置するためには、制度設計や財源確保等の様々な課題を乗り越えなければならない。学校保健担当者を学校に配置するという政策選択は、行政および学校に対してどのような変容をもたらすことになるのだろうか。学校保健政策の動向を初期段階から捉えられるという点で、ベトナムは非常に貴重な研究対象であると考えた。先行研究として、2009年に保健省とハノイ医科大学による次年度の政策評価に向けた共同研究⁶⁾の他、安藤(2015)⁷⁾があるが、学校保健員の職務に関する研究は管見の限り見当たらない。

本研究では、ベトナムが学校保健員配置を国策として始めてから17年が経過しようとしている今日において、学校現場で学校保健員がどのような職務に携わり、どのように学校保健活動を捉えているかという点に着目した。調査を行うにあたり、ベトナムの中でも特に学校保健員配置率が高いとされるトゥアティエンフエ省(以下、フ

エ省)の全行政区の学校を抽出した。そこで本研究ではベトナム学校保健の政策動向と現在の行政体制を明らかにした上で、フエ省における学校保健員の職務、学校保健員を取り巻く学校保健体制、制度上の課題の特徴を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

1. 学校保健の政策動向・行政体制に関する調査

(1)ベトナム学校保健の政策動向、(2)ベトナム中央政府における学校保健行政体制、(3)フエ省の学校保健の政策動向、(4)フエ省における学校保健行政体制を明らかにするため、文献調査およびインタビュー調査を実施した。

(1)及び(2)に関し、ベトナムの学校保健は主に保健省と教育訓練省が担っていることから、両省に関連する文書を中心に収集し、その他ベトナムの政治経済状況に関連する論文等を用いて政策の背景となった社会状況等を整理した。2013年10月に学校保健主管部局であるベトナム保健省予防医療局副局長にインタビュー調査を行い、2014年4月には同局より一部内部資料を入手できたため関連情報として分析した。

(3)及び(4)に関し、2014年9月18～25日に、フエ省の学校保健主管部局であるフエ省教育訓練局学校保健センター(以下、学校保健センター)に調査目的を説明し、同センター長よりインタビュー対象として適当であると紹介された5つの行政機関の学校保健担当者9名および学校9校(幼稚園2校、小学校2校、中学校3校、高校2校の管理職および学校保健員)21名の計30名に対しインタビュー調査を行った。

インタビュー時には越語—日本語通訳が同行し被験者の了承を得て会話内容を録音した。



図1 ベトナム(左)およびトゥアティエンフエ省(右)地図(筆者作成)

2. 質問紙調査

(1) 調査用紙の作成の経緯

質問紙調査票の作成にあたり、徳田 (2006) が行った離島・僻地における養護教諭の職務に関する調査を参照しながら上述のインタビュー調査結果から回答内容を抽出し多岐選択式で作成した⁸⁾。

(2) 質問紙調査の実施

1) プレテスト

上述の2. (1)にて作成した調査用紙をもとに2015年2月10日に筑波大学にて大学院教授1名、学生15名の計16名に対し、また2015年3月10日にフェ市内の小学校および中学校の学校保健員 (計3名) に対し調査票のプレテストを実施し、修正を行った。

2) 本調査の実施

① 対象：幼稚園から高校までの公立普通学校200校の学校保健員

調査実施時の2015年3月時点におけるフェ省全県の幼稚園から高校までの公立普通学校全597校のうち、調査協力者兼ベトナム側調査実施責任者であるフェ省学校保健センター長との協議の上、200校を調査対象として実

施することとした。フェ省は東は海に、西は山に囲まれた盆地であることから、地域属性別の行政区分として都市部 (Huế), 郊外 (Hương Trà, Hương Thủy), 農村部 (Phong Điền, Quảng Điền), 沿岸部 (Phú Vang, Phú Lộc), 山間部 (Nam Đông, A Lưới) に分けられるため (図1), 対象校数を県別学校数にて設置比率を算出し地域属性ごとにおよそ同じ割合となるよう割り当てた (表1)。各行政区の配布数を確定したのち、フェ省教育訓練局学校保健センター長が特に地域属性の影響を強く受けそうな地区に設置されている学校を選定し、本調査の対象校とした。結果、2015年5月19日時点までに200校中135校から調査票を回収することができ、回収率は67.5%であった。有効回答数は79校、配布数に対する有効回答率は39.5%であった。地域別回収数、有効回答数の内訳は表1に示した。

② 調査時期：2015年3月12日～2015年5月19日

調査票の配布について、幼稚園・中学校・高校は2015年3月12～13日に行われた学校保健センター主催の学校保健員研修会にて、学校保健センターが調査対象校の学校保健員に直接配布した。小学校については学校保健セ

表1 トゥアティエンフェ省の県別学校数、質問紙配布数および回収数、有効回答率

		都市部		郊外		農村部		沿岸部		山間部		計	回収率 有効 回答率
		Huế	Hương Trà	Hương Thủy	Phong Điền	Quảng Điền	Phú Vang	Phú Lộc	Nam Đông	A Lưới			
幼稚園	学校数	47	42		35		51		32		207	66.6%	
			17	25	17	18	26	25	11	21			
	回収数/配布数	14/18	3/5	3/5	3/5	4/6	3/6	3/6	3/4	4/5	40/60	31.6%	
	有効回答数	6	3		5		2		3		19		
小学校	学校数	35	47		50		66		33		231	64.3%	
			20	27	31	19	36	30	12	21			
	回収数/配布数	14/20	4/5	4/5	5/8	4/7	3/8	4/8	3/4	4/5	45/70	38.6%	
	有効回答数	11	6		4		4		2		27		
中学校	学校数	24	26		23		35		11		119	67.4%	
			11	15	11	12	20	15	5	6			
	回収数/配布数	11/13	5/5	3/5	2/3	2/4	2/6	4/5	1/2	1/3	31/46	50.0%	
	有効回答数	8	5		4		4		2		23		
高校	学校数	11	7		6		11		5		40	79.2%	
			3	4	4	2	6	5	2	3			
	回収数/配布数	5/8	2/2	1/2	2/2	2/2	2/3	2/2	1/1	2/3	19/24	41.6%	
	有効回答数	3	1		2		1		3		10		
小計	学校数	117	114		122		163		81		597	67.5%	
			63	51	71	51	88	75	30	51			
	回収数/配布数	44/59	14/17	11/17	13/18	12/19	10/23	13/21	11/11	11/15	135/200	39.5%	
	有効回答数	28	15		15		11		10		79		

ンターが対象校の学校保健員宛に郵送した。2015年5月19日までに学校保健センターに返送された調査票をもとに、結果の集計を行った。回答の集計は質問項目ごとに行った。

3) 調査項目

本稿では、実施した質問紙調査のうち以下の項目の結果を整理した。⑩については「とてもそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「思わない」「わからない」の5段階の選択肢を設けた。

〈対象の基礎情報〉

- ① 学校基礎情報（勤務校の校種、学校規模、地域属性、学校保健員数、保健室設置の有無）
- ② 学校保健員基礎情報（性別、年齢、勤務年数、取得免許の状況など）

〈学校保健員の職務〉

- ③ 学校保健員の職務
- ④ 学校における医療行為の範囲（1. 学校保健員、2. 学校保健員以外の学校教職員）
- ⑤ 健康教育の実施状況
- ⑥ 学校保健員として特に重要だと思われる職務、必要な知識・能力
- ⑦ 学校保健員の自己研磨のための手段

〈学校保健員を取り巻く学校保健体制〉

- ⑧ 校内連携（1. 学校教職員の学校保健に関する業務の有無、2. 具体的な実施者）
- ⑨ 外部連携（1. 学外関係機関の学校保健に関する業務、2. 具体的な実施機関）

〈学校保健の制度上の課題〉

- ⑩ 現在の学校保健に関する課題

(3) 統計的分析

質問項目④にて、学校保健員の医療系資格の有無が学校で対応できる医療行為の範囲に与える影響を検討するため、学校種別と資格の有無およびそれらの交互作用を独立変数とし、対応が可能な症状の総数を従属変数として2要因分散分析（交互作用項あり）をおこなった。また、対応できる医療行為の範囲項目として設けた怪我および病気の種類全項目と学校保健員の医療系資格の関係を検討するため、各質問項目を従属変数に、医療系資格の有無を独立変数とする1要因分散分析をおこなった。分析はR（version 3.2.3）が用いられた。本研究で回答のあった135校のうち56校で該当質問項目以外の項目での欠損が見られた。調査項目の内容から考え、回答を阻害するような要因は考えられず、欠損は完全にランダムにおこったもの（Missing Completely At Random：MCAR）と考えられる。そのため、本研究においては、N=135を変数としMCARの仮定のもとで分散分析に用いた^{23）}。

Ⅲ. 倫理的配慮

倫理的配慮として、2013年10月保健省インタビュー調査では文書にて調査目的を説明し承認を得て実施した。2014年9月インタビュー調査では学校保健センター長より対象として適当であると選定された機関について、フエ省教育訓練局及び外務局に文書にて目的を明記した上で調査依頼を行い、承認を得られた機関および学校にインタビュー調査を行った。インタビュー時の録音は、被験者の了承を得た上で行った。2015年3月質問紙調査では、調査票の表紙に調査目的および倫理的配慮を明記し、質問項目は学校保健センター長が確認を行い、センター長より合意を得た項目のみ使用した。調査対象者の調査票返送をもって調査目的に合意を得たとみなし、結果として使用した。

Ⅳ. 結果

1. 学校保健の政策動向・行政体制に関する調査結果

(1) ベトナムの学校保健の政策動向

ベトナムにおける学校保健の歴史は、およそ1960年代まで遡る^{24）}。対米戦争（1960～1975年）の影響で「政策として立案された学校保健システムはほとんど機能することなく消失した^{25）}が、1975年から1977年に、工場や学校などの人が多く集まる場所に保健医療の拠点を設置する構想が提唱された⁹⁾¹⁰⁾。1980—90年代にベトナム学校保健政策の根拠となる「人民保健法」（1989年）、「子どもの権利条約」の理念のもとで制定された「子どもの養育・保護・教育法」（1991年）、及び「教育法」（1998年）が制定された。学校保健政策を具体化するための財政的基盤を確立するために人民保健法を根拠とした学校医療保険制度がある。1993年に保健省管理であった医療保険²⁶⁾は1994年に「学校医療保険」となり、同保険に加入した児童生徒の無料一次診察・治療（1994年「学校医療保険に関する通達」No.14-TTLB第Ⅱ条2-1、2-3）、一部の貧困層・低所得者の家庭への納付免除（第Ⅰ条）が規定された。同保険料で推進される学校保健の活動は、①衛生管理、②予防接種、③脊柱側弯症予防、④口腔衛生、⑤視力の維持、⑥身体の清潔・環境衛生、⑦感染症予防、⑧緊急事故・疾病対応であるとされ（第Ⅱ条1-1）、在籍生徒数が600人²⁷⁾を超える学校については学校保健員を配置し、それ以外の学校も近隣の医療機関と提携することが明記された（第Ⅲ条1-1）。また、一部の保険料を学校の医薬品等関連備品購入費や学校保健員手当に充てられる（第Ⅳ条3-b）とし、学校に学校保健員を任用できるよう制度上は整えられたが学校保健員の手当の算出根拠については明確でなかった¹¹⁾。1997年の経済危機により政府は「教育・医療・文化活動における社会化（Xã hội hoá/ Socialization）」政策を打ち出し、①教育の多セクター化（民間や海外投資の奨励）、②受益者負担の増加、③政府の教育関連予算の削減を図った。

医療についても①地域一次医療サービスの発展、②家庭医学の推進、③低所得層の受診率の向上、④民間・海外投資の奨励を掲げ、1999年に「社会全体・全人の広範な参加のため」教育や医療といった公的事業を人民に任せざることを許可する、いわゆる「公共サービス部門の民営化」が始まり、同政策に並行し1998年に学校医療保険の方針が改訂され制度の強化が図られた¹²⁻¹⁴⁾。2000年3月に保健省—教育訓練省連名通達が発出され、保健省（計画策定と連携の促進）や各行政区の保健局・保健センター（学校保健担当の配置と教育分野への支援）、教育訓練省（教育事業管理・補佐）、省教育訓練局（医師1名を学校保健アドバイザーとして雇用）、市教育局および下位行政区の教育担当部局（専任／兼任学校保健担当の配置）が学校保健に関わるとして、複数の組織による学校保健体制が作られた³⁾。学校の責務として「幼稚園から高校までの学校は1名の、小規模校であれば近隣学校と協同で1名の専任学校保健員を配置する。配置ができない学校は校長もしくは管理職のうち1名が学校保健員を兼任し、近隣の保健センターと連携して専門的な業務を行う」として、学校保健員配置が国家政策として取り組まれることとなり、学校保健員には医師、看護師等の医療系有資格者が望ましいとされた。2006年7月に首相指示による学校保健事業強化政策で専任学校保健員の配置は同強化政策の柱となり、1か月後の8月に学校保健員が小学校、中学校、高校に必置の学校事務職公務員として位置づけられた⁴⁾¹⁵⁾。同政策では、行政上の区分としての大規模校（規模Ⅰ）では専任学校保健員を1名、中規模（規模Ⅱ）と小規模（規模Ⅲ）の学校では会計職もしくは事務職との兼任で学校保健員が任用できると規定された^{18, 4)}。2007年に学校保健経費支出方針が明確になって以降、学校保健事業は大きく前進し、事業予算も増加した^{19, 16)}。教育訓練省により安全な学校建設方針や喫煙、HIV/AIDS、ライフスタイル教育に関する教育方針が、保健省により健康診断ガイドライン、保健室に設置すべき設備・医薬品目録、学校保健調査項目の設定、教育訓練省—保健省の連名通達で学校医療保険制度の改定、衛生・安全な食品に関する施策など、具体的な学校保健事業が展開されるようになった（表2）。

(2) ベトナムにおける学校保健行政体制

保健省での学校保健に係る業務として、年間事業計画策定、各関係機関との連携促進、下位組織への指示・報告取りまとめ、関連調査がある。保健省の下位組織には、各行政区保健局のほか、病院、地区保健センター、マリア研究所など専門医療機関が含まれる。教育訓練省では主に保健省の関連事業計画に基づく教育機関との調整業務のほか、健康教育等活動の企画・実施、安全な学校設備設置の推進等を行っている。各行政区の教育訓練局には原則医師1名を雇用することとなっており、市教育局および下位行政区の教育担当部局も学校保健に関わるとされる。学校の責務として行政上の区分としての大規

模校（規模Ⅰ）では専任学校保健員を1名、中規模（規模Ⅱ）と小規模（規模Ⅲ）の学校では会計職もしくは事務職との兼任で学校保健員を任用することとなっている。

(3) トゥアティエンフエ省における学校保健政策動向

フエ省では、1991年にフエ省教育訓練局局長決定によって学校保健を専門的に扱う専門機関としての学校保健センターが全国で唯一設置され、1992年にはフエ省の児童生徒の健康実態調査が行われた¹⁷⁾。2002年からフエ省および市の社会保険局の学校医療保険関連業務のうち、保険料出納以外の学校保健事業を学校保健センターに委任し、2006年までは学校保健センターが学校保健員任用を行った。フエ省の学校保健員配置は、2000年に全国的に始まった学校保健員の流れを受け、同年に17名が学校保健員としてモデル校に配置されたのが始まりである。2006年首相指示としての学校保健強化政策により、翌2007年から学校保健員を契約職員から公務員としての雇用形態の移行を進めた。2010年より学校保健センターがフエ省医科短期大学と提携し、新規で任用された学校保健員の着任前研修（6か月）を開始した¹⁰⁾。フエ省の学校保健員数の推移は表3に示した。

(4) トゥアティエンフエ省における学校保健行政体制

インタビュー結果により明らかになった現在のフエ省内の教育分野および保健分野、その他関係機関における学校保健の業務分掌を図2に示した。現職学校保健員研修会（月1回）、学校関係者研修会は現在も学校保健センターが定期的に開催している。

2. 質問紙調査結果

(1) 対象の基礎情報

① 学校基礎情報

学校規模に関し、規模Ⅰに該当する学校は26.6%（79校中21校、うち都市部・郊外・農村部12校、沿岸部・山間部9校）、規模Ⅱに該当する学校は22.8%（同18校、うち都市部・郊外・農村部11校、沿岸部・山間部7校）、規模Ⅲに該当する学校は50.6%（同40校、うち都市部・郊外・農村部35校、沿岸部・山間部5校）であった。学校保健員数は77校が1名配置であり、2名配置体制の学校は2校（小学校1校、高校1校）存在した。保健室の設置について、38.8%にあたる52校が設置済、他の部屋と共同は20校（14.9%）、7校（5.2%）は未設置であった。

② 学校保健員基礎情報

全対象校のうち規模Ⅱ、規模Ⅲに該当する学校は全体の73.4%であったが、他の業務（事務等）を主担当としながら兼任で学校保健を担当する兼任学校保健員は8.9%（7名）で、91.1%（72名）は専任の学校保健員として任用されていた。学校保健員の任用形態には、公務員（学校事務職系）もしくは契約職員の2種類がある。公務員は全体の95.0%（専任68名86.1%、兼任7名8.9%）、契約職員は5.0%（専任4名）であった。性別は79名中女性69名男性10名と女性が多かった。年齢は20代が最も多く（54.4%）、次いで30代（36.7%）が多かった。25

表2 ベトナムにおける学校保健関連政策一覧（筆者作成）

発出年	文種	文書タイトル（一部、主要な政策については政策内容を示した）	発出元
1960s	1964 連名通達	学校衛生に関するガイドライン	保健省—教育訓練省
	1969 首相指示	児童生徒学生の健康維持・向上に向けた各機関の連携	首相
1970s	1973 連名通達	学校保健に関する指針	保健省—教育訓練省
	1975 政令	地方での医療拠点の設置	議会
	1977 大臣通達	工場、機関、学校の保健所設置方針	保健省
1980s	1982 連名通達	学校衛生事業の強化について	教育訓練省—保健省
	1987 連名通達	学童期の歯科について	保健省—教育訓練省
	1989 法律	人民保健法	—
1990s	1991 法律	子どもの養育・保護・教育法	—
	1993 政府決議	授業料徴収と使用について	政府
	1994 連名通達	児童生徒の自主的な医療保険加入指針 【内容】保険料の使用範囲（衛生、予防接種、脊柱側弯症予防、齲歯予防、視力維持、環境管理、感染症予防、応急手当、健康教育）、600人以上の学校への学校保健員配置、地域保健センターの学校保健の職務規定・担当者配置、保険料給付内訳（5%医療保険局、30%学校保健活動費、65%学校医療基金）	教育訓練省—保健省
	1995 大臣指示	HIV/AIDSおよび各社会問題の予防強化	教育訓練省
	1997 大臣指示	学校衛生事業の強化について	教育訓練省
	1997 政令	教育・医療・文化活動の社会化の方向性	政府
	1998 法律	教育法	—
	1998 連名通達	学校医療保険実現のための指針	教育訓練省—保健省
	1999 政令	教育・医療・文化・スポーツの社会化の振興について	政府
	2000s	2000 連名通達	学校保健事業に関する指針 【内容】学校保健事業に関する各機関の職務指示 教育訓練省（学校設備課が担当部署）、各行政区教育訓練局（担当者の配置）、学校（幼稚園～高校公立普通学校：学校保健員の配置）、大学・短期大学・専門学校（保健センターの設置）、保健省（予防医療局が担当部署）、各行政区保健局（担当部署の設置）、各保健センター（学校と連携する担当者の配置）、財源（学校医療保険）
2000 大臣決議		学校衛生規則の施行について	保健省
2001 大臣決議		体育教育、学校保健に関する規則の施行	教育訓練省
2001 大臣指示		喫煙防止について	教育訓練省
2002 首相決議		医療保険の社会保険への移行について	首相
2003 大臣指示		初等教育における事故・けが予防の強化	教育訓練省
2003 大臣決議		鳥インフルエンザ（H5N1）および新型インフルエンザの予防計画について	教育訓練省
2005 政府決議		近年の状況に対する人民の健康維持、促進	政府
2005 政府決議		46/NQ-TW実現のための政府行動計画	政府
2006 首相指示		学校保健事業強化について 【内容】学校保健強化に関する各機関の職務指示 保健省（計画策定、活動実施、評価）、教育訓練省、労働傷病兵社会福祉省（専任学校保健員の配置強化、学校設備の管理・改修、健康教育の実施、学校医療保険加入の広報強化）、内務省（学校保健員の任用規定の検討）、計画投資省（学校保健関連経費の投資計画策定）、財務省（学校保健関連経費の検討）、社会保険局（学校医療保険の適切な運営の強化）、各行政区人民委員会（各地区の社会・経済状況に応じた適切な学校保健事業の展開）	首相
2006 首相指示	鳥インフルエンザ（H5N1）感染予防に関する方針	首相	
2006 連名通達	公立学校（初等～高校）の公務員給与ガイドライン 【内容】公立普通学校における公務員給与規定、公務員としての学校事務職員の役職（学校保健員を含む）、規模・校種別の事務職員任用の上限人数	教育訓練省—内務省	
2007	2007 大臣通達	学校保健関連経費使用指針	財務省
	2007 大臣決定	性教育、HIV/AIDS教育プロジェクトの実施について	教育訓練省
	2007 首相指示	衛生および安全な食品案件の展開について	首相
	2007 連名通達	自主加入医療保険指針	保健省—財務省
	2007 政令	感染症予防（HIV/AIDS）に関するガイドライン	政府
	2007 大臣決議	安全でけがのない学校建設方針	教育訓練省
	2007 大臣決議	児童生徒、学生の政治、道徳、ライフスタイル教育方針	教育訓練省
	2007 大臣通達	喫煙予防に関する教育分野の強化について	教育訓練省
	2007 大臣通達	健康診断ガイドライン	保健省
	2007 連名通達	2006-2010農村での安全な水および環境保全に関する国家目標達成のための農業および農村開発、保健、協分野の協力	農業省、保健省、教育訓練省
2009	2009 大臣決定	小学校、中学校、高校、特別高校の保健室に設置すべき設備・医薬品目録	保健省
	2009 連名通達	基礎教育における衛生・安全な食品の確保に関する指針	保健省、教育訓練省
	2009 大臣決定	教育分野における新型インフルエンザ（H5N1）予防	教育訓練省
2010s	2009 大臣決定	教育訓練省における学校保健指導部署の設置について	教育訓練省
	2009 大臣決定	学校保健調査実施の決定について	保健省
	2010 連名通達	学校保健事業指針について	教育訓練省、保健省
	2010 大臣通達	幼稚園のけが・事故のない安全な設備の建設計画	教育訓練省
	2011 連名通達	小学校、中学校、高校、その他特別高等学校の学校保健事業の評価内容	教育訓練省、保健省
2012-2015	2012 連名計画	“2012-2020基礎教育システムにおける児童生徒学生の健康保持、健康教育、健康促進のための保健省・教育訓練省の連携” 2012-2015年の実施	保健省、教育訓練省
	2013 連名通達	幼稚園の学校保健評価項目に関する通達	教育訓練省、保健省

注：ベトナム学校保健の政策動向の中で特に重要な政策については太字で示した。

表3 フェエ省における学校保健員数の推移 (情報：フェエ省学校保健センター)

(年)	2000	...	2005	2006	2007	2008	...	2011	...	2013
公務員 (名)	—		—	—	20	28		129		420
契約職員 (名)	17		37	50	30	56		39		10
総数 (名)	17		37	50	50	84		168		430

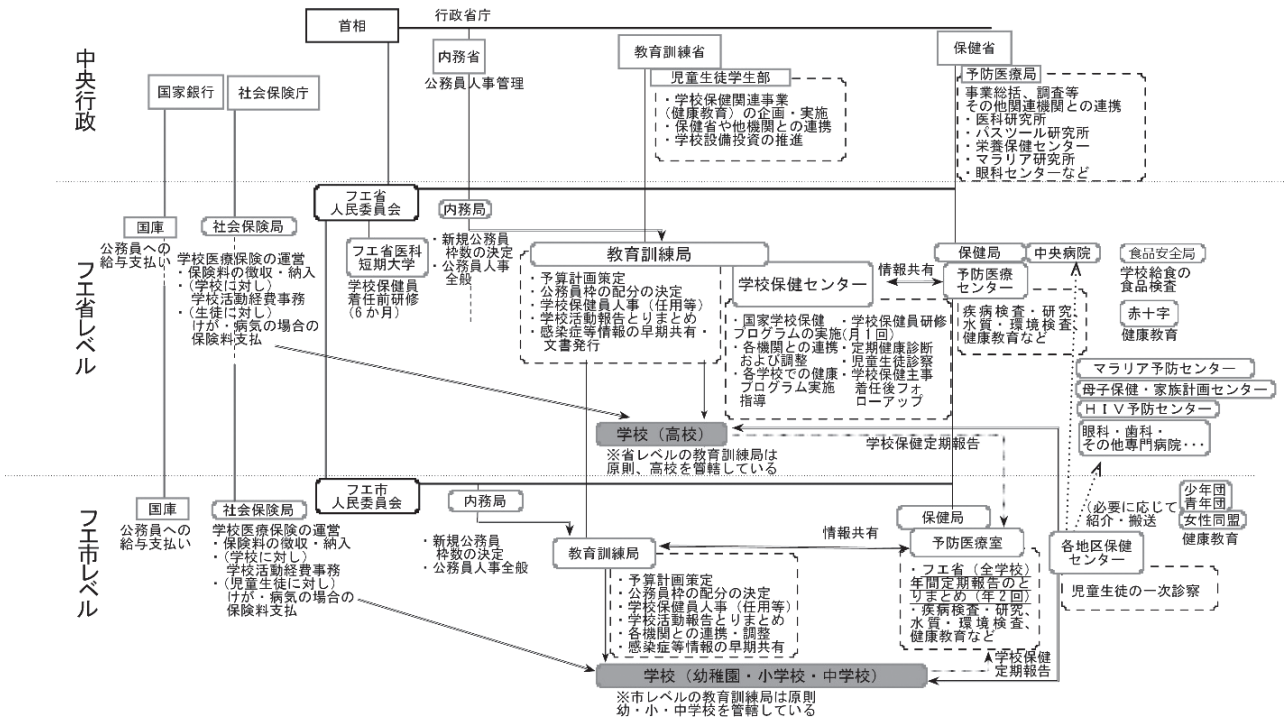


図2 ベトナム中央省庁およびトゥアティエンフェエ省における学校保健行政体制 (筆者作成)

歳未満の若手は13.9%であった。回答者の所有資格は看護師(41.8%)が最も多く、次いで准看護師(34.2%)のほか、助産師(17.7%)や薬剤師(2.5%)との回答も見られた。その他、医療系無資格者は2名存在した。回答者の勤務年数は5-10年未満(31.0%)が最も多く、次いで1-3年未満(19.5%)が多かった。1-3年未満の学校保健員のうち12名(22名)は幼稚園勤務であった。回答者のこれまでの勤務校数は「初めて(1校目)」が最も多く全体の77.2%であった。

- (2) 学校保健員の職務
- (3) 学校保健員の職務

学校保健員が行っている具体的な職務について、実施数が多い順に表4に示した。常備薬・備品・児童生徒健康票等の管理(常備薬・備品管理：表4中項目1, 100%, 児童生徒健康票管理：同4, 98.7%), 定期健康診断関連業務(計画策定・準備・運営：同2, 100%, 定期健診に関する外部日程調整・受入：同9, 93.7%, 結果集計：同12, 92.4%), 衛生検査(教室：同6, 94.9%, 教室外：同10, 93.7%, トイレ：同7, 94.9%, 飲料水：同19, 82.3%), 感染症対策(フォローアップ：同5, 97.4%, 教諭への最新感染症情報の共有：同13, 87.3%),

定期学校保健報告(同8, 94.9%), 学校医療保険関連業務(同15, 84.8%), けが・病気の初期診察・応急手当(同16, 84.8%)の項目について、実施しているとの回答が8割を超えた。毎月一週1回実施している衛生検査には教室外検査(79校中61校, 89.8%), 教室検査(同59校, 74.6%), トイレ検査(同56校, 70.9%), 各飲料水検査(同50校, 63.3%)が挙げられた。小学校, 中学校, 高校では学校医療保険関連業務(表4中項目15, 小学校, 中学校, 高校：100%), 小学校と中学校で全校生徒への保健指導・健康教育(同20, 小学校：100%, 中学校：91.3%), 中学校と高校で児童生徒への健康相談活動(同22, 中学校：95.7%, 高校：100%)および医薬品の処方(同30, 中学校：91.3%, 高校：100%), 幼稚園のみで食品安全検査(同39及び44, 幼稚園：94.7%, 同43, 幼稚園：100%)について実施しているとの回答が9割を超えた。学校保健員が学校から依頼された学校保健以外の校務を行っている(同40)との回答は46.8%あり、具体的には事務員, 出納係, 青年団長, 学級副担任等の役割を担っていた。

- (4) 学校で行う医療行為の範囲
- フェエ省の学校保健員の任用基準は中級以上の医療系有

表4 学校保健員の職務（質問項目③，複数回答可）

項目		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N		79	19	27	23	10
(単位：%)						
1	常備薬，備品等の管理	100	100	100	100	100
2	定期健診計画策定，準備，当日運営	100	100	100	100	100
3	追加診察，その他学校保健活動の計画策定	98.7	100	100	100	90.0
4	児童生徒健康票の管理	98.7	94.7	100	100	100
5	感染症フォローアップ	97.4	100	100	95.6	90.0
6	各教室の衛生検査	94.9	94.7	96.3	100	80.0
7	トイレの衛生検査	94.9	94.7	96.3	95.6	90.0
8	定期学校保健報告	94.9	84.2	96.3	100	100
9	定期健診関連の外部日程調整，準備，受入	93.7	94.7	100	82.6	100
10	教室外の衛生検査・指導	93.7	89.5	96.3	95.7	90.0
11	保健室の衛生管理	93.7	84.2	96.3	100	90.0
12	定期健診結果の集計	92.4	89.5	92.6	95.7	90.0
13	教諭への最新感染症情報等の共有	87.3	89.5	85.2	91.3	80.0
14	健診以外の外部調査の受入，日程調整等の事務	86.1	68.4	100	82.6	90.0
15	学校医療保険へ常備薬，備品等の調達手続き	84.8	36.8	100	100	100
16	けが・病気の初期診察・応急手当	84.8	63.2	96.3	95.7	70.0
17	健康診断結果の保護者への通知	83.5	84.2	85.2	82.6	80.0
18	健康教育資料のクラス単位への配布	82.3	89.5	85.2	82.6	60.0
19	飲料水の衛生検査・指導	82.3	89.5	81.5	87.0	60.0
20	保健指導・健康教育（全校）	81.0	42.1	100	91.3	80.0
21	生活用水衛生検査・指導	81.0	84.2	88.9	82.6	50.0
22	健康相談活動（児童生徒）	79.7	47.4	81.5	95.7	100
23	健康教育資料の掲示	78.5	84.2	81.5	82.6	50.0
24	健康相談活動（教師，学校関係者）	78.5	73.7	74.1	87.0	80.0
25	健康診断結果の評価	77.2	73.7	88.9	69.6	70.0
26	校内巡視（学校安全）	77.2	89.5	81.5	65.2	70.0
27	児童生徒への最新感染症情報等の共有	75.9	31.6	92.6	91.3	80.0
28	健康教育資料の作成，計画策定	75.9	84.2	85.2	73.9	40.0
29	教諭との児童生徒の健康に関する情報共有	75.9	78.9	77.8	78.3	60.0
30	医薬品の処方	74.7	52.6	66.7	91.3	100
31	校外行事への引率・校外行事での応急手当	73.4	63.2	81.5	78.3	60.0
32	学校医療保険の広報	68.4	0	92.6	91.3	80.0
	...					
34	予防接種の告知，その他必要に応じた関連業務	63.3	73.7	51.9	82.6	30.0
	...					
36	児童生徒の学校医療保険手続き事務	58.2	0	74.1	78.3	80.0
37	学外の専門家による保健指導	57.0	15.8	66.7	69.6	80.0
	...					
39	食品安全検査	49.4	94.7	51.9	17.4	30.0
40	学校から依頼された学校保健以外の業務	46.8	47.4	48.1	47.8	40.0
	...					
43	栄養失調状況のフォローアップ	45.6	100	33.3	30.4	10.0
44	食品サンプリングの保管	43.0	94.7	51.9	0	20.0
	...					
46	給食室の安全検査	41.8	89.5	48.1	0	30.0
	...					
47	肥満状況のフォローアップ	39.8	84.2	29.6	34.8	10.0

注1：全53項目のうち全体の結果が多い順に，主に割合が8割を超える項目を示した（一部省略）。
 注2：割合が9割を超える項目については太字・色付き，割合が8割を超える項目は色付きで示した。

資格者とされている。学校のみで手当・対応できる症状（全42項目）を複数回答可として回答を得た。8割以上が簡単な擦り傷（98.7%）、鼻血（97.5%）、発熱（38度以下の発熱。以下、微熱とする）（94.9%）、熱中症・日射病（89.9%）、頭痛（88.6%）と回答した一方で、一部の学校では骨折（7.6%）や脱臼（5.1%）も処置できると回答した。学校保健員は医療系有資格者であれば生徒1人につき最大3日分までの風邪薬等の医薬品を無料で処方できることとなっているが、風邪が学校のみで手当・対応できると回答した高校は84.8%あった。学校保健員以外の教職員は、主に簡単な擦り傷（75.9%）、鼻

血（58.2%）等であれば対応できるとの回答が5割を超え、中学校では熱中症の処置（56.5%）にも対応している学校が見られた。

学校保健員の医療系資格の有無が医療行為の範囲に与える影響について2要因分散分析をおこなったところ、学校種による差はなく資格の有無が与える影響にて有意水準5%で有意であった（表5）。手当・対応できる症状別に見たところ、鼻血（ $F(1)=23.16, p<0.05$ ）、虫刺され（ $F(1)=5.60, p<0.05$ ）、風邪（ $F(1)=4.42, p<0.05$ ）、低血糖（ $F(1)=5.29, p<0.05$ ）、頭痛（ $F(1)=4.53, p<0.05$ ）、微熱（ $F(1)=21.66, p<0.05$ ）の6項目において、医療系有資格者と無資格者間において5%水準で有意差があった。

表5 学校保健員の医療系資格の有無が医療行為の範囲に与える影響

	自由度	平方和	平均平方和	F値	p値
x1. 校種	3	129	42.88	1.165	0.327
x2. 医療資格の有無	1	208	207.94	5.649	0.019*
x1 : x2	1	1	1.15	0.031	0.860
誤差	102	3,755	36.81		

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05 . p<0.1

⑤ 今年度（2014年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育

今年度（2014年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育の具体的内容と割合を図3に示した。感染症予防（図3上から項目1、全体の96.2%）、環境（同2、88.6%）、危機管理・交通安全（同3、70.9%）について、実施する／したとの回答が7割を超えた。一方で、飲酒（同図下から項目13、全体の2.5%）、精神保健（同

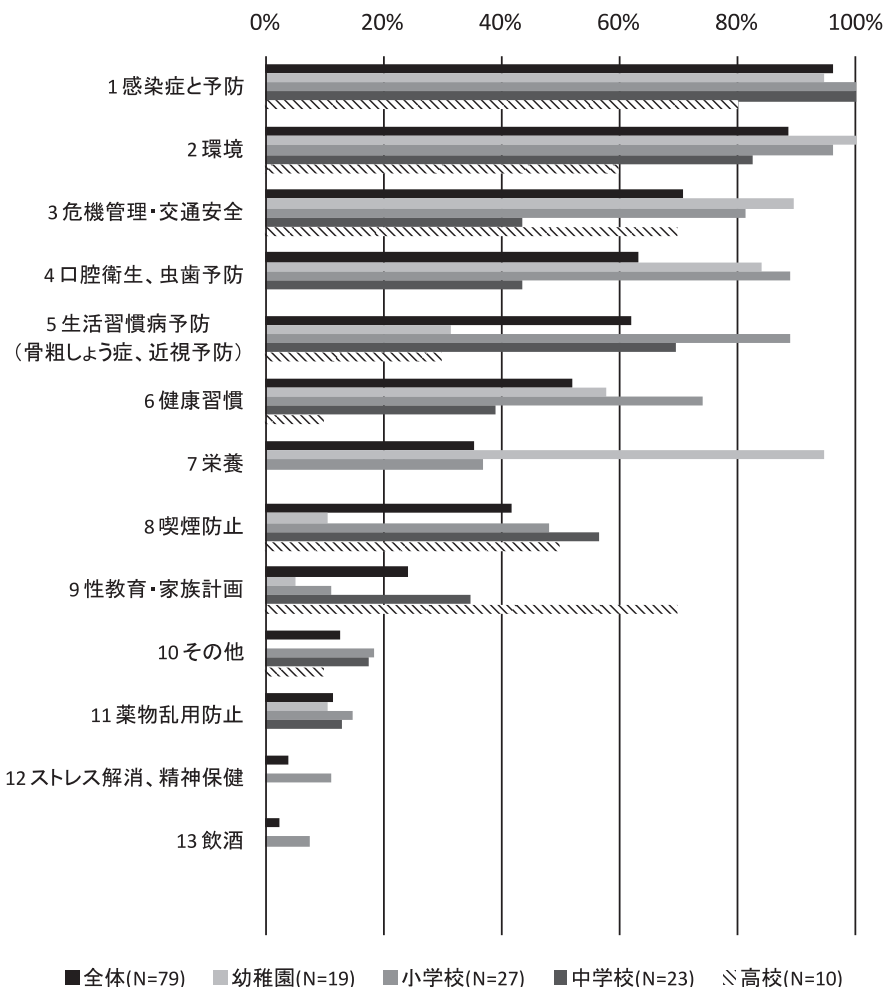


図3 今年度（2014年度）に実施した、もしくは実施予定の健康教育（質問項目⑤、複数回答可）

12, 3.8%), 薬物乱用防止 (同11, 11.0%) を実施したという回答は1割未満であった。特に、栄養 (同7) は、回答のあった幼稚園のうち94.7%が実施されている/予定があると回答した一方で、回答のあった中学校及び高校での実施はなかった。逆に、性教育・家族計画 (同9) では、回答のあった学校全体でみると割合は24.1%だが、回答のあった高校の70.0%の学校では実施されていた/予定があった。

⑥ 学校保健員として特に重要な職務、必要な知識・能力

現職の学校保健員が考える特に重要な職務、必要な知識・能力について、具体的な内容とその割合を図4に示した。学校保健員が考える特に重要な職務として、けが・病気の適切な処置 (図4中項目1, 全体の83.5%) 保健指導・健康教育 (同2, 82.3%), 年間計画策定 (同3, 77.2%), 定期健康診断 (同4, 73.4%) との回答が7割を超えた。回答のあった幼稚園では学校環境の問題の早期発見・対応が重要との回答が89.5%見られた。

次に、学校保健員が特に必要だと考える知識・能力として、具体的な内容とその割合を図5に示した。けが・病気への正しい判断・処理能力 (図5中項目1, 全体の88.6%) と健康教育スキル (同2, 83.5%) の2項目について、特に必要との回答が8割を超えた。その他、回答のあった学校の校種別にみると、幼稚園で適切なアセスメント能力 (同3, 63.2%) と適切な年間計画の策定能力 (同4, 57.9%), 高校で心理カウンセリングに関

する専門的知識・能力 (同11, 60.0%) の項目で約5割の回答を得た。

⑦ 自己研磨のための手段

学校保健員が自己研磨のために用いる手段について、複数回答可で回答を求めたところ、研修会が最も多く (97.5%), 次いで参考書 (88.6%), インターネット (83.5%), 学校保健関係者ネットワークの情報 (79.7%), 保健省・教育訓練省等の行政機関の配布資料 (78.5%) であった。

(3) 学校保健員を取り巻く学校保健体制

⑧ 学校保健活動に関わる学校関係者

学校保健員以外の学校教職員が学校保健活動に関わると回答した学校は62校 (全体の78.5%) あり、活動の主な内容と割合について表6に示した。衛生検査 (多いものから教室外: 表6中項目10, 77.2%, 教室: 同9, 73.4%, トイレ: 同13, 63.3%), 学校安全のための校内巡視 (同14, 70.9%), 改修工事の提案 (同20, 68.4%) 外部調査受入の日程調整 (同22, 63.3%), 児童生徒への最新感染症情報等の共有 (同30, 62.0%), 児童生徒に適した机・椅子の交換 (同19, 60.8%) の項目において、学校関係者が関わっているとの回答が6割を超えた。

学校関係者の関わりがあると回答した学校のうち特に関わりの大きい学校教職員の役職とその活動について、校長が校内巡視 (表7「校長」より項目14, 57.0%), 外部調査受入 (同22, 55.7%), 改装工事の提案 (同20,

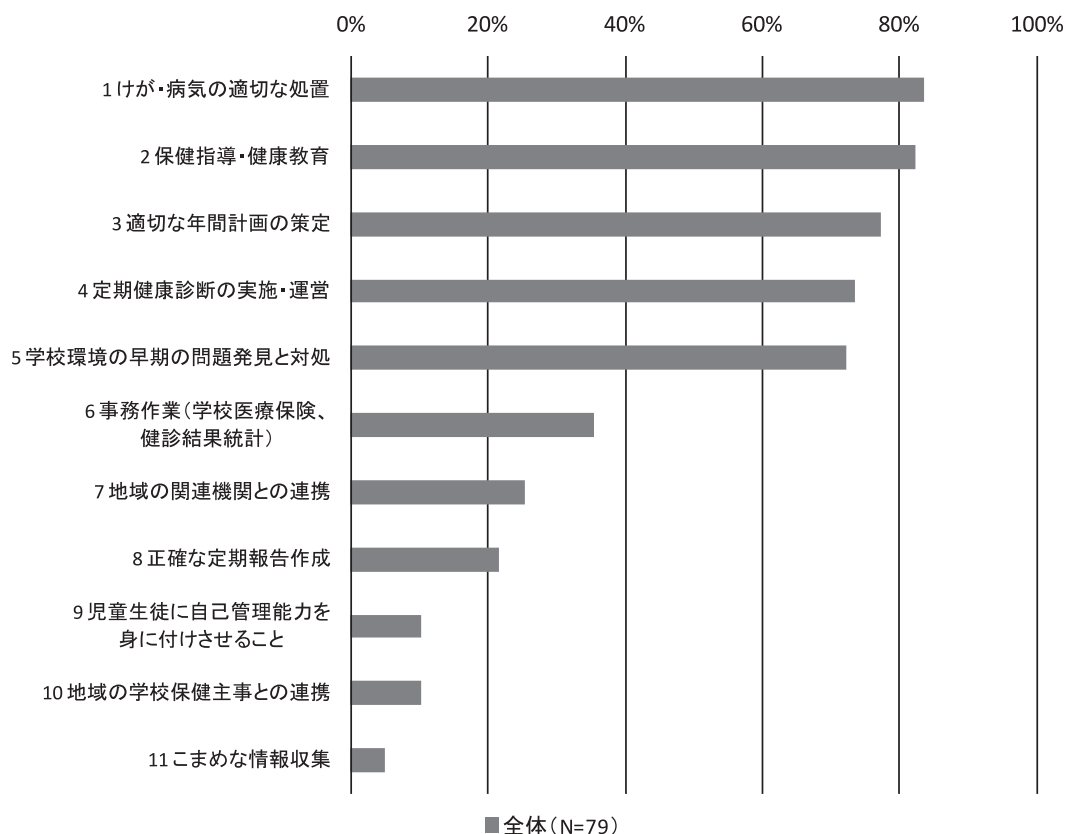


図4 学校保健員として特に重要な職務 (質問項目⑥, 複数回答可)

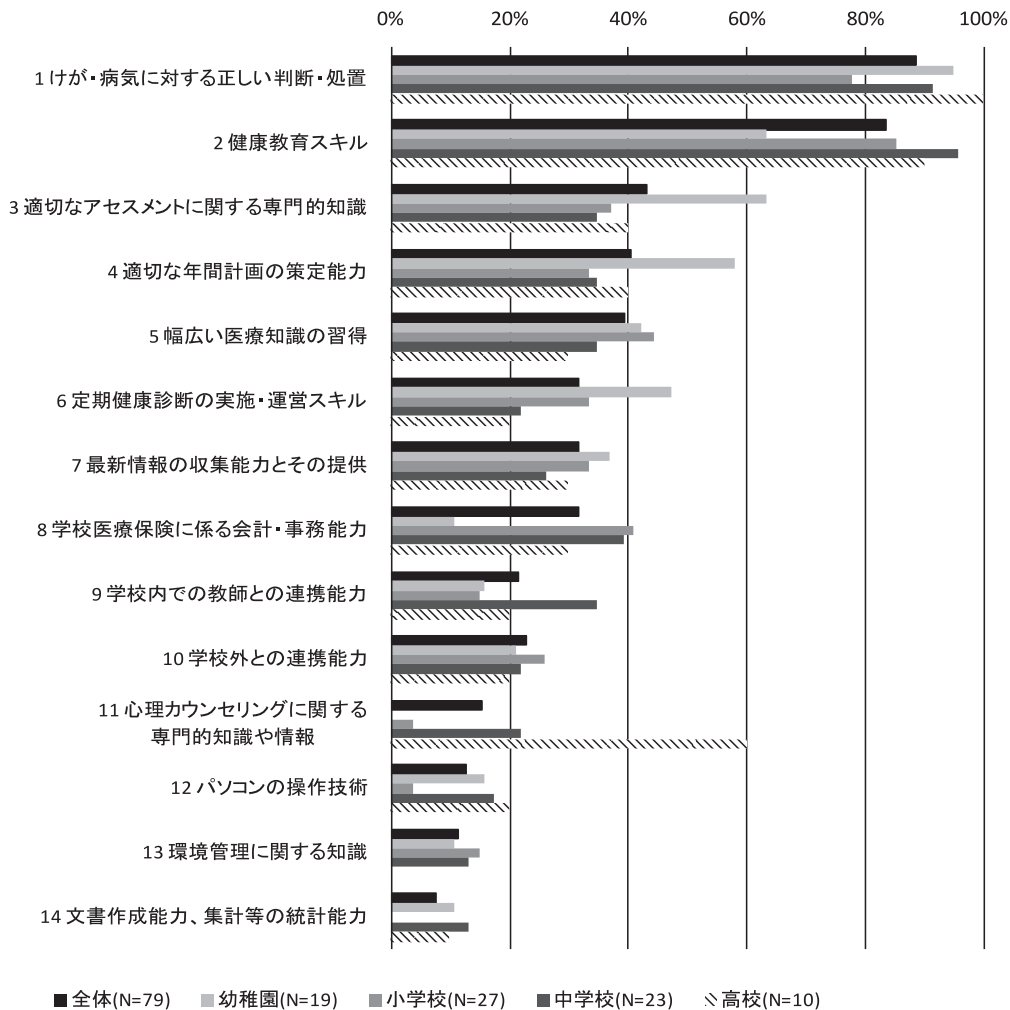


図5 学校保健員として必要な知識・能力（質問項目⑥，複数回答可）

49.4%)，教室外の衛生検査（同10，44.3%），幼稚園での食品安全関連（同16食品安全検査：68.4%，15給食室検査：63.2%），副校長は校内巡視（同表「副校長」より項目14，44.3%），特に幼稚園で衛生検査（同10教室外：63.2%，9各教室：57.9%），食品安全関連（同16食品安全検査：57.9%，15給食室検査：52.6%）に関わっているとの回答が4割を超えた。青年団長が教室内外の衛生検査に関わりを持つという回答が，小学校（同表「青年団長」より，項目9教室および10教室外検査がともに70.4%）と中学校（同65.2%）で6割を超えた。高校では共産党幹部が保健指導に関わりを持つ学校があり（同表「共産党幹部」より，項目27全校保健指導および28学外専門家による保健指導がともに50.0%），学校に設置されたベトナム社会組織の役職が一部の学校保健活動に携わっていることが明らかになった。会計が関わる項目として小学校と中学校での学校医療保険年間計画（同表「会計」項目33より小学校：59.3%，中学校：52.2%）や小学校と中学校での児童生徒の学校医療保険手続き事務（同35，小学校：59.3%，中学校：52.2%）等の学校医療保険関連業務にて5割以上の回答を得たほか，担任が小学校および中学校での学年単位の保健指導

（同表「担任」項目26より小学校：63.0%，中学校：52.2%）や高校での学校医療保険の広報（同36，高校：60.0%）に関わっているとの回答が5割を超えた。

⑨ 学校保健活動に関わる外部機関

学校関係者以外の外部機関が学校保健活動に関わると回答した学校は77校（全体の97.5%）あり，学校保健活動の主な内容と割合について表8に示した。回答のあった8割の学校が，定期健康診断（表8中項目21，全体の86.1%），けが・病気の初期診察・応急手当（同1，83.5%），予防接種告知（同8，83.5%）にて関わりがあると回答した。地区保健センターが，予防接種の告知等（表9「地区保健センター」より項目8，全体の75.9%），けが・病気の応急手当（同1，62.0%）などで関わりが見られた。

回答のあった幼稚園では食品安全関連業務として給食室の衛生検査（表8中項目15，幼稚園：89.5%），食品安全検査（同16，94.7%）で外部機関との関わりがあるとの回答が約9割あり，これらの業務は（市保健局）予防医療室が担当していると回答した幼稚園が約6割であった（表9「（市保健局）予防医療室」より項目16食品安全検査：63.2%，15給食室の衛生検査：57.9%）。

表6 学校保健活動に関わる学校関係者の有無（質問項目⑧，複数回答可）

カテゴリ	項目	学校保健活動に関わる学校関係者の有無 (有り, と回答した割合)				
		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N		79	19	27	23	10
(単位：%)						
医療的ケア	1 けが・病気の初期診察・応急手当	44.3	57.9	51.9	30.4	30.0
	2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	54.4	57.9	66.7	52.2	20.0
	3 健康相談活動（児童生徒）	46.8	52.6	55.6	39.1	30.0
	4 健康相談活動（保護者）	29.1	57.9	25.9	21.7	0.0
	5 健康相談活動（教職員，学校関係職員）	36.7	52.6	33.3	30.4	30.0
	6 処方箋の作成	1.3	0.0	3.7	0.0	0.0
	7 医薬品の処方	6.3	15.8	7.4	0.0	0.0
	8 予防接種の告知，その他必要に応じた業務	46.8	57.9	55.6	43.5	10.0
衛生検査	9 各教室の衛生検査	73.4	73.7	81.5	73.9	50.0
	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	77.2	73.7	92.6	73.9	50.0
	11 飲料水の衛生検査	55.7	57.9	70.4	52.2	20.0
	12 生活用水の衛生検査	55.7	57.9	70.4	47.8	30.0
	13 トイレの衛生検査	63.3	73.7	66.7	56.5	50.0
学校安全	14 学校安全のための校内巡視	70.9	68.4	77.8	69.6	60.0
食品安全	15 給食室の衛生検査	35.4	73.7	44.4	0.0	20.0
	16 食品安全検査	40.5	73.7	48.1	13.0	20.0
	17 食品のサンプリング	25.3	57.9	29.6	0.0	10.0
学校設備	18 児童生徒に適した机・椅子の確認	59.5	57.9	70.4	52.2	50.0
	19 児童生徒に適した机・椅子の交換	60.8	47.4	77.8	56.5	50.0
	20 衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	68.4	68.4	74.1	69.6	50.0
定期健康診断	21 定期健康診断の日程調整，準備，受入	53.2	57.9	55.6	52.2	40.0
外部機関との調整・事務	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	63.3	63.2	66.7	60.9	60.0
定期報告	23 定期学校保健報告	36.7	47.4	44.4	26.1	20.0
児童生徒データ管理	24 健康診断票管理の協力，提携	35.4	63.2	37.0	21.7	10.0
健康教育	25 保健指導（個人，少人数）	35.4	42.1	37.0	26.1	40.0
	26 保健指導（学年単位）	53.2	52.6	63.0	52.2	30.0
	27 保健指導（全校）	57.0	15.8	74.1	73.9	50.0
	28 学校外の専門家による保健指導	46.8	26.3	55.6	52.2	50.0
最新医療情報の共有	29 職員会議等での最新感染症情報等の共有	57.0	57.9	59.3	52.2	60.0
	30 児童生徒への最新感染症情報等の共有	62.0	57.9	70.4	60.9	50.0
	31 保護者への最新感染症情報等の共有	43.0	57.9	37.0	43.5	30.0
	32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有など	35.4	31.6	37.0	39.1	30.0
学校医療保険	33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	51.9	26.3	74.1	56.5	30.0
	34 学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	43.0	26.3	66.7	39.1	20.0
	35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	55.7	21.1	74.1	65.2	50.0
	36 学校医療保険の広報	55.7	15.8	74.1	65.2	60.0

注1：割合について，30%以上40%未満を太字斜線・無色，40%以上60%未満を太字斜線・薄色，60%以上を太字斜線・濃色で示した。

注2：各項目の割合は，有効回答数に対し“学校保健員以外の学校教職員が（該当活動に）関わりがある”と回答があった数の割合を示した。

表7 学校関係者の役職別による学校保健への主な取り組み内容と割合（質問項目⑧，複数回答可）

学校関係者の役職	項目	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
	N	79	19	27	23	10
(単位：%)						
校長	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	44.3	52.6	59.3	30.4	20.0
	14 学校安全のための校内巡視	57.0	52.6	66.7	60.9	30.0
	15 給食室の衛生検査	25.3	63.2	29.6	—	—
	16 食品安全検査	29.1	68.4	33.3	4.3	—
	20 衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	49.4	52.6	63.0	43.5	20.0
	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	55.7	63.2	63.0	43.5	50.0
	33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	29.1	5.3	63.0	17.4	10.0
	34 学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	29.1	15.8	55.6	17.4	10.0
副校長	9 各教室の衛生検査	29.1	57.9	18.5	21.7	20.0
	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	39.2	63.2	40.7	17.4	40.0
	12 生活用水の衛生検査	31.6	47.4	37.0	21.7	10.0
	13 トイレの衛生検査	31.6	47.4	33.3	21.7	20.0
	14 学校安全のための校内巡視	44.3	52.6	37.0	43.5	50.0
	15 給食室の衛生検査	25.3	52.6	33.3	—	10.0
	16 食品安全検査	27.8	57.9	33.3	4.3	10.0
青年団長	9 各教室の衛生検査	44.3	—	70.4	65.2	10.0
	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	43.0	—	70.4	65.2	—
共産党幹部	27 保健指導（全校）	7.6	—	—	4.3	50.0
	28 学校外の専門家による保健指導	10.1	—	—	13.0	50.0
会計	33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	43.0	15.8	59.3	52.2	30.0
	34 学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	32.9	10.5	51.9	34.8	20.0
	35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	45.6	21.1	59.3	52.2	40.0
	36 学校医療保険の広報	29.1	—	51.9	26.1	30.0
担任	26 保健指導（学年単位）	53.2	47.4	63.0	52.2	40.0
	36 学校医療保険の広報	35.4	10.5	37.0	43.5	60.0

注1：割合について、30%以上40%未満を太字斜線・無色、40%以上70%未満を太字斜線・薄色、70%以上を太字斜線・濃色で示した。

注2：各項目の番号は、表6の項目番号を反映したものである。

その他（市保健局）予防医療室は外部調査受入調整（表9「（市保健局）予防医療室」項目22，全体の51.9%）やトイレ検査（同13，44.3%），にて関わりが見られた。市教育訓練局についても、特に幼稚園と給食室衛生検査（表9「市教育訓練局」項目15，幼稚園：57.9%），食品安全検査（同16，52.6%），学校安全のための校内巡視（同14，52.6%），机・椅子の確認（同18，52.6%），外部調査等受入調整・事務（同22，52.6%）にて関わりがあるとの回答が5割を超えた。（省教育訓練局）学校保健センターは特に中学校と高校での外部調査受入調整（同表9「（省教育訓練局）学校保健センター」中学校：

47.8%，高校：40.0%）で，専門医療機関は幼稚園と食品安全検査（同表9「専門医療機関」項目16，幼稚園：42.1%），高校では学校関係教職員の健康相談活動（同5，高校：40.0%）で関わりがあるとの回答は約4割であった。

(4) 現在の学校保健に関する課題

2014年9月学校インタビュー調査にて学校保健員および管理職から挙げられた学校保健の課題をもとに、「とてもそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「思わない」「わからない」の5段階の選択肢を設けて質問し「とてもそう思う」「そう思う」との回答を得た割合

表8 学校保健活動に関わる外部機関の有無（質問項目⑨，複数回答可）

カテゴリ	設問項目	学校保健活動に関わる外部機関の有無 (有り, と回答した割合)				
		全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
N		79	19	27	23	10
(単位：%)						
医療的ケア	1 けが・病気の初期診察・応急手当	83.5	94.7	81.5	82.6	70.0
	2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	58.2	57.9	44.4	69.6	70.0
	3 健康相談活動（児童生徒）	50.6	42.1	44.4	65.2	50.0
	4 健康相談活動（保護者）	24.1	21.1	29.6	21.7	20.0
	5 健康相談活動（教職員，学校関係職員）	36.7	47.4	22.2	34.8	60.0
	6 処方箋の作成	38.0	47.4	22.2	43.5	50.0
	7 医薬品の処方	43.0	52.6	29.6	47.8	50.0
	8 予防接種の告知，その他必要に応じた業務	83.5	84.2	85.2	95.7	50.0
衛生検査	9 各教室の衛生検査	64.6	68.4	63.0	65.2	60.0
	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	60.8	57.9	51.9	69.6	70.0
	11 飲料水の衛生検査	60.8	68.4	59.3	69.6	30.0
	12 生活用水の衛生検査	59.5	68.4	55.6	60.9	50.0
	13 トイレの衛生検査	64.6	63.2	66.7	65.2	60.0
学校安全	14 学校安全のための校内巡視	67.1	68.4	63.0	69.6	70.0
食品安全	15 給食室の衛生検査	41.8	89.5	48.1	4.3	20.0
	16 食品安全検査	50.6	94.7	44.4	34.8	20.0
	17 食品のサンプリング	26.6	63.2	25.9	—	20.0
学校設備	18 児童生徒に適した机・椅子の確認	72.2	63.2	77.8	82.6	50.0
	19 児童生徒に適した机・椅子の交換	41.8	36.8	33.3	56.5	40.0
	20 衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	54.4	52.6	55.6	60.9	40.0
定期健康診断	21 定期健康診断の日程調整，準備，受入	86.1	89.5	85.2	87.0	80.0
外部機関との調整・事務	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	74.7	68.4	70.4	82.6	80.0
定期報告	23 定期学校保健報告	57.0	47.4	63.0	60.9	50.0
児童生徒データ管理	24 健康診断票管理の協力，提携	48.1	36.8	44.4	60.9	50.0
健康教育	25 保健指導（個人，少人数）	16.5	10.5	7.4	26.1	30.0
	26 保健指導（学年単位）	17.7	10.5	11.1	21.7	40.0
	27 保健指導（全校）	32.9	15.8	25.9	47.8	50.0
	28 学校外の専門家による保健指導	27.8	10.5	14.8	43.5	60.0
最新医療情報の共有	29 職員会議等での最新感染症情報等の共有	53.2	63.2	40.7	69.6	30.0
	30 児童生徒への最新感染症情報等の共有	45.6	42.1	37.0	65.2	30.0
	31 保護者への最新感染症情報等の共有	32.9	42.1	29.6	39.1	10.0
	32 教諭との児童生徒個人の健康に関する情報共有など	38.0	36.8	33.3	47.8	30.0
学校医療保険	33 学校医療保険基金の使用に関する年間計画策定	20.3	10.5	18.5	30.4	20.0
	34 学校医療保険への常備薬・備品等の調達手続き	17.7	10.5	18.5	21.7	20.0
	35 児童生徒の学校医療保険手続き事務	24.1	10.5	22.2	34.8	30.0
	36 学校医療保険の広報	25.3	5.3	33.3	30.4	30.0

注1：割合について，30%以上40%未満を太字斜線・無色，40%以上70%未満を太字斜線・薄色，70%以上を太字斜線・濃色で示した。

注2：各項目の割合は，有効回答数に対し“外部機関との関わりがある”と回答があった数の割合を示した。

表9 外部機関別の学校保健への主な取り組み内容と割合（質問項目⑨，複数回答可）

機関名	設問項目	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校
	N	79	19	27	23	10
(単位：%)						
地区保健センター	1 けが・病気の初期診察・応急手当	62.0	78.9	59.3	56.5	50.0
	2 校外行事への引率・校外行事での応急手当	31.6	42.1	25.9	30.4	30.0
	3 健康相談活動（児童生徒）	32.9	31.6	37.0	26.1	40.0
	6 処方箋の作成	22.8	42.1	14.8	21.7	10.0
	7 医薬品の処方	26.6	42.1	18.5	30.4	10.0
	8 予防接種の告知，その他必要に応じた業務	75.9	84.2	77.8	87.0	30.0
	15 給食室の衛生検査	11.4	42.1	3.7	—	—
	21 定期健康診断の日程調整，準備，受入	53.2	73.7	44.4	52.2	40.0
	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	29.1	47.4	18.5	26.1	30.0
(市保健局) 予防医療室	9 各教室の衛生検査	41.8	52.6	44.4	39.1	20.0
	10 教室外（校庭・廊下など）の衛生検査・指導	32.9	36.8	40.7	26.1	20.0
	13 トイレの衛生検査	44.3	47.4	51.9	39.1	30.0
	14 学校安全のための校内巡視	31.6	21.1	37.0	43.5	10.0
	15 給食室の衛生検査	29.1	57.9	37.0	4.3	10.0
	16 食品安全検査	30.4	63.2	25.9	17.4	10.0
	18 児童生徒に適した机・椅子の確認	34.2	5.3	51.9	43.5	20.0
	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	51.9	47.4	55.6	52.2	50.0
市教育訓練局	9 各教室の衛生検査	22.8	42.1	33.3	4.3	—
	13 トイレの衛生検査	24.1	42.1	25.9	13.0	10.0
	14 学校安全のための校内巡視	32.9	52.6	33.3	21.7	20.0
	15 給食室の衛生検査	20.3	57.9	18.5	—	—
	16 食品安全検査	21.5	52.6	22.2	4.3	—
	18 児童生徒に適した机・椅子の確認	22.8	52.6	14.8	13.0	10.0
	20 衛生環境に必要な学校建設・改装工事の提案	24.1	42.1	29.6	13.0	—
22 外部調査の受入，日程調整等の事務	35.4	52.6	37.0	34.8	—	
(省保健局) 予防医療センター	11 飲料水の衛生検査	24.1	47.4	29.6	4.3	10.0
(省教育訓練局) 学校保健センター	22 外部調査の受入，日程調整等の事務	36.7	21.1	37.0	47.8	40.0
専門医療機関	5 健康相談活動（教職員，学校関係職員）	11.4	5.3	11.1	4.3	40.0
	16 食品安全検査	15.2	42.1	11.1	—	10.0

注1：割合について，30%以上40%未満を太字斜線・無色，40%以上70%未満を太字斜線・薄色，70%以上を太字斜線・濃色で示した。

注2：各項目の番号は，表8の項目番号を反映したものである。

を表10に示した。11項目中9項目で8割以上から「とてもそう思う」「そう思う」と回答を得た。項目8について保健室で使用したい医薬品の種類について質問したところ，79校中「ハッカ油（48校）」^{註1}，「虫刺され薬（44

校）」，「(規定に入っていない種類の)頭痛薬（44校）」との回答を得た。その他（17.7%）として，「学校保健員が進学する制度を整えてほしい」「研修を増やしてほしい」等の能力向上に関する意見，「健康教育用のDVD

表10 現在の学校保健に関する課題（質問項目⑩）

設問項目	全体	幼稚園	小学校	中学校	高校	
N	79	19	27	23	10	
(単位：%)						
1	学校内教職員に、学校保健の重要性の理解を深めたい。	96.2	100	100	95.7	80.0
2	学校内教職員が学校保健活動をもっと関わってほしい	93.7	100	96.3	95.7	70.0
3	学校保健員のための十分な手当てが必要だ。	91.1	89.5	92.6	91.3	90.0
4	学校保健員や学校教師が実施する保健指導/健康教育の内容を充実させたい。	91.1	94.7	92.6	91.3	80.0
5	(労働法に基づいた)勤務形態を守ってほしい。	88.6	94.7	85.2	87.0	90.0
6	学校医療保険(基金)の効果的な活用方法を知りたい	88.6	57.9	100	95.7	100
7	パソコン、印刷用紙や事務用品など保健室内の事務機能や備品を充実させたい。	88.6	89.5	92.6	87.0	80.0
8	保健室で使える医薬品の種類が増えると良い。	86.1	84.2	85.2	82.6	100
9	保健室に手洗い場が必要だ	86.1	78.9	85.2	91.3	90.0
10	保健室で使える保健室備品の種類が増えると良い。	79.7	78.9	81.5	82.6	70.0
11	保健室内にトイレが必要だ	55.7	52.6	59.3	56.5	50.0
12	その他	17.7	31.6	11.1	21.7	—

注1：数字は回答のあった79名のうち「とてもそう思う」「そう思う」と回答した割合を示した。

注2：割合が9割を超える項目については太字・色付き、割合が8割を超える項目は太字で示した。

等の機材が必要」「地区毎でなく共同で健康教育を行う等機会を活かしてほしい」等の健康教育に関する意見、学校医療保険の対象とならない幼稚園での資金不足、「医療の専門性を持つ学校保健員を1名増やしてほしい」「研修は学校業務に支障がない時期に開催してほしい」等の意見が挙げられた。

V. まとめと考察

1. フエ省の学校保健員の職務と任用の実態について

2000年に政策として始まった学校保健員の配置は、当時を知る学校保健員によれば、「任用された後も明確な業務指示がないままに学校に配置され、学校保健員が学校現場で自らの職務を模索する日が続いていた」という³¹²。2010年に教育訓練省が示した学校が行う学校保健の職務は、①計画策定・報告、②児童生徒の健康維持・管理(定期健診、緊急時対応、衛生管理)、③環境整備(机・椅子・照明等)、④保健指導・健康教育、⑤感染症・傷害・事故予防¹⁸⁾というものであった。本調査にて、フエ省の学校保健員はこれらの多岐にわたる職務について、具体的な活動として取り組んでいることが明らかになった。日本と比較して、ベトナムの学校保健員は中級以上の医療系有資格者が任用されることが望ましいとされていたり、実際に学校保健員が医薬品の処方等を行っていたりすることからも、地域保健の中で子どもたちに対する一次医療拠点としての職務が含まれる。

2. フエ省における学校保健政策および行政体制

フエ省の特長として、学校保健員任用を進めるにあたり国家政策を省行政に反映させるだけでなく、省独自に学校保健員の任用条件(原則中級以上の医療系有資格者)を設定し、着任前研修(フエ省医科短期大学)、着任後のフォローアップ体制(学校保健センター)を構築したことが挙げられる。大規模校(規模Ⅰ)では専任学校保健員を1名、規模Ⅱ・規模Ⅲの学校では会計職もしくは事務職との兼任で学校保健員が任用できると規定されているが、特にフエ省においては、省内の87.4%の学校で専任学校保健員が任用され、2013年時点で全430名中420名の学校保健員が公務員として勤務している。ベトナム保健省報告によれば、2012年時点においてベトナム全体の44.8%の学校では学校保健員が未配置となっており、配置された学校のうち医療系有資格者の学校保健員が25%である⁴⁾ことと比較すると、フエ省における学校保健員任用の進捗度は早く、本調査での医療系有資格者の割合は9割を超えており、ベトナム全国平均と比較して高かった。

調査結果にて学校保健員にとって研修会が重要な自己研磨の場であると認識されていた。フエ省においては学校保健センターが学校保健員の着任後も定期的に研修会を実施していることが、今日に至るまでに各学校が学校保健の職務についておおよそ共通の認識を持ち、省内の多くの学校で職務を遂行できている一因となっていると考えられる。9割を超える学校保健員が1名配置で勤務

し、また学校保健員の異動が多くない中で、情報のアップデートや、学校保健関係者のネットワークを通じて近隣の保健情報の共有、活動上の経験や知識の共有が行える環境にあるという意義は大きい。

3. 学校保健員を支える学校内外の学校保健体制

ベトナムの学校保健政策の特長として、学校保健員配置のための財源・担当部局を、省庁をまたいで移行させるなど、各関係省庁の横断的かつ柔軟な取り組みが挙げられる。中央からの政策によりフエ省内の関係省庁間でも連携を意識した学校保健行政の業務分掌、取り組みが行われていた。フエ省では各行政機関がそれぞれの専門的業務を担当するシステムを形成し、縦横に組織間の連絡・報告ルートを構築していた。行政区分として幼稚園、小学校、中学校は市／地区の管轄、高校は省の管轄であることが原則であるが、質問紙調査の結果から、市保健局が高校の学校保健に関わったり、省教育訓練局の学校保健センターが幼稚園、小学校、中学校と関わりが見られたりするなど、柔軟に体制を築いていた。学校内においても、校長、副校長、担任、会計のみならず、ベトナムならではの役職としての青年団長、共産党幹部など、様々な学校関係者が学校保健に関わり取り組んでいたことが調査にて示された。

ベトナムの学校保健体制の特長を整理すると、政府や各行政区機関における①各省庁をまたいだ横断的で臨機応変な業務移行、②行政機関の明確な業務分掌に加え、③縦横に密な連絡・報告ルート構築の3点が挙げられる。

4. ベトナム学校保健における制度上の課題

一方で、現在の学校保健の課題について、学校保健員からいくつかの重要な指摘がなされている。本調査結果を通して、解決すべき制度上の課題には以下の4点があると考えられる。

●学校保健員の職務以外の校務を兼任することの負担

本調査を通じて、学校保健員の約半数が専任・兼任を問わず学校保健の職務以外の校務を学校から依頼され、事務員、出納係、青年団長、学級副担任等を担当していることが明らかになった。本調査結果によれば、実際に学校保健員が取り組んでいる学校保健の職務は多岐にわたる。各学校への学校保健員の配置数はほぼ1名のみ状態でありながら、学校保健の職務以外の校務にも関わることが期待されている¹³⁾。

●学校保健員の医療行為の範囲

前述のとおり、ベトナムの学校保健員は一次医療拠点としての職務が意識されている中で、学校保健員によって行われる医療行為の範囲には差がある可能性が示唆され、医療系有資格者を配置することの効果が改めて示された。現在においても医療資格を持たない学校保健員が配置されている学校があるが、裨益者である児童生徒が初期手当を受けにくい状況が生じないよう配慮する必要がある。その一方で、調査結果では骨折など従来なら医療専門機関で診察されるべき症状についても学校のみで

処置できると回答する学校保健員が見られた。制度上、児童生徒は校内での一次治療を無料で受けることができるという利点があるが、本来なら病院で対処すべき症状まで学校で治療することを期待されていないだろうか。万一、学校保健員の処置が元で医療事故等が発生した場合、いわゆる日本における「教職員賠償責任保険」のような、学校保健員を守る仕組みや補償は現時点では存在しない¹⁴⁾。

●学校保健員・教職員の健康教育スキル向上の必要性

保健カリキュラムがないベトナムの保健指導・健康教育は、業務分掌上は学校のみならず各専門医療機関等が学校に対し健康教育を実施するという学校保健体制がとられているとされていたが、フエ省においては実際には外部機関の健康教育への関わりは3割程度であった。本調査において学校保健員に必要な知識・能力として、「けが・病気への正しい判断・処理能力」に次いで「健康教育スキル」であるとの回答が8割を超え、学校保健員を含む学校内の教職員による保健指導・健康教育の内容を充実させたいという回答も8割を超えた。学校現場では、現在の健康教育の実施状況に満足しておらず、学校保健員や学校関係者が自ら健康教育の能力を向上させ、実施頻度を高めたいという意識があることが窺えた。フエ省には約600校もの幼稚園から高校までの公立普通学校が存在し、専門機関のみでは万遍なく健康教育を実施しきれない可能性がある。

●学校医療保険制度

学校保健員の公務員化が進み、以前は学校保健員の給与として捻出していた学校医療保険からの資金が学校保健活動に充てられるようになった一方で、「現行の学校医療保険制度では学校現場に必要な医薬品や医療備品が購入できない」、「資金の使い道そのものが分からず毎年繰り越してしまう」という意見が出されていた¹⁵⁾が、本調査でも同様の回答が8割に上った。学校医療保険の適用にふさわしい医療品目、学校保健関連物品は保健省により規定され、社会保険局がその規程を基に学校からの申請が保険適用対象か否かを判断する体制が執られているが、本調査の結果でもあったように「虫刺され薬」を使用したい学校保健員が複数いるものの規定品目に含まれておらず対応できない、より良い新薬が開発・販売される中で規程が更新されず学校で使用できないという課題は、いかにニーズが高くても学校単独に解決できるものではなく制度上の課題といえる。

施策当初にはその必要性は見いだせなかったが、学校現場での学校保健活動を進める中でこそ見つけられるニーズ、課題が現在の学校現場にて表出しているのではないか。学校保健員から勤務形態や手当に対する改善への要望、学校内教職員に対する学校保健への理解不足や教職員の参画に課題があるとの回答が8割に上った背景に、上述の課題が潜在している可能性があると考えられる。また、近年では学び疲れの子ども¹⁶⁾、性の問題、

精神保健のニーズ¹⁷が高まっているという意見も聞かれた。日々変化する社会状況に対応し政策の最新化を図るためにも、省庁間のみならず学校現場の現状や意見が行政関係者に届くための報告体制の強化、学校現場における課題を探り、改善を図るための学校保健研究が今後もより一層重要になると考える。

最後に、今回調査対象としたフエ省は学校保健センターという独自の機関を設置しており、ベトナム国内でも特に学校保健事業の展開に成功している省としての行政区の体制や現状について概要を示したが、各項の詳細な分析研究結果については、次の報告にて行いたい。また、本研究の残された課題として、質問紙の項目によっては回答率の低い項目が見られ、調査紙の内容についてはさらに精度を高める必要がある。フエ省以外の他の地域がどのように学校保健政策を展開しているかは明らかにできていないため、ベトナム学校保健の全国的な状況を知るまでに至らなかった。本調査により新たな課題も得られたため、今後もさらに調査を進めたい。

VI. 謝 辞

本調査の実施にあたり、調査パートナーとして多大なご協力を賜りました。ベトナム保健省予防医療局副局長 Trương Đình Bắc氏、同局 Nguyễn Thị Hồng Diễm氏、トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター長 Đặng Ngọc Thanh Thảo氏をはじめ、関係者の方々に心より感謝申し上げます。なお、本調査は独立行政法人日本学生支援機構平成26年度海外留学支援制度（短期研修）によりご支援を頂いた調査結果の一部である。

注 釈

注1：現時点では定訳がないが、原語となるベトナム語では「Cán bộ (=主として担当する者) y tế trường học (=学校保健)」であり、学校保健を主として担当する者という意味となっている。英訳について2015年3月時点でフエ省学校保健センター長の承認を得てSchool health officerとしたが、2016年3月にベトナム保健省学校保健担当官に確認を行ったところSchool health staffにすべきとのコメントがあった。なお、School health staffという用語は日本の文部科学省では“学校保健関係職員”の総称として扱われている¹⁹⁾。現段階ではベトナムの学校保健実務者間でも同役職への見解が分かれている可能性があり今後も変更があり得るが、本稿での仮訳として英訳はSchool health staffとし、また本稿より和訳には「学校保健」を担当する「職員」として、「学校保健員」という用語を用いること

とした。

注2：原語となるベトナム語では、従来の一般的な看護師を示す「Y tá」という職名の他、近年では日本における看護師・保健師・介護士の役職に相当する職名として「Điều dưỡng」が用いられる。2016年3月時点にて国際協力機構の関連文書にて「看護師」という和訳が用いられた²⁰⁾ことに伴い、本稿においても仮訳として「看護師」を用いることとした。

注3：MCARのもとでは得られる推定値はリストワイズ削除と同様にバイアスがかからないことが知られている²¹⁾。

注4, 5, 9：2013年10月ベトナム保健省予防医療局副局長への聞き取りによる。

注6：越名Bảo hiểm y tế, 英名Public Health Insurance。日本の国民健康保険に相当する。基本的に個人加入である。公務員は全加入。

注7：ベトナムでは2部制の学校が多く、生徒在籍数600人は中規模校にあたる。

注8：公務員配置に関しては、表11の学校規模に基づき人数が規定されている。

注10：2014年9月インタビュー調査にて、フエ省教育局副局長への聞き取りによる。

注11：ベトナムの家庭常備薬として頻繁に使用されるメントール、サリチル酸メチルなどが含まれた緑色のオイル。患部に塗ることで清涼感が得られる。

注12：2014年9月インタビュー調査にて、中学校学校保健員への聞き取りによる。

注13：2016年3月のフエ省学校保健センターへの聞き取りにおいて、学校保健員が出納担当を正式に兼任する政策を発出する動きがあるとの情報があった。フエ省学校保健センターは学校保健員には専門性を活かした活動を行ってほしいとの意向を持っており、早急に中央政府に対して学校保健員の職務について理解を深めるための働きかけを行いたい旨の発話が学校保健センター長からあった。今後の動向が注目される。

注14：2016年3月学校保健センターへの聞き取りによる。

注15, 16：2014年9月インタビュー調査にて、高校校長への聞き取りによる。

注17：2014年9月インタビュー調査にて、中学校学校保健員への聞き取りによる。

文 献

1) 国際学校保健コンソーシアム：国際学校保健コンソーシアムホームページ「プログラム」. Available at : <http://schoolhealth.asia/> Accessed on February 10, 2017

表11 学校規模 (教育訓練省—内務省連名通達No35/2006/TTLT-BGDDT-BNVより)

	I	II	III
中心地, 平地, 都市部	28クラス以上	18—27クラス	18クラス未満
山間部, 森林区, 沿岸部	19クラス以上	10—18クラス	10クラス未満

- 2) UNICEF : Focusing Resources on Effective School Health - a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education. Available at : <http://www.unicef.org/lifeskills/files/FreshDocument.pdf> Accessed on January 8, 2015
- 3) 教育訓練省, 保健省 : 連名通達03/2000/TTLB-BYT-BGDĐT学校保健事業に関する指針. ベトナム, 2000 (Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế : Thông tư liên tịch 03/2000/TTLB-BYT-BGDĐT Hướng dẫn thực hiện công tác y tế trường học. Việt Nam, 2000)
- 4) 教育訓練省, 内務省 : 連名通達35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV公立普通学校における公務員方針. ベトナム, 2006 (Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Nội vụ : Thông tư liên tịch 35/2006/TTLT-BGDĐT-BNV Hướng dẫn định mức biên chế viên chức ở các cơ sở giáo dục phổ thông công lập. Việt Nam, 2006)
- 5) 保健省予防医療局 : 2012年保健省予防医療局報告. ベトナム, 2012 (Cục y tế dự phòng, Bộ Y tế : Báo cáo Cục y tế dự phòng, Bộ Y tế. Việt Nam, 2012)
- 6) 保健省・ハノイ医科大学 : 学校保健事業の現状と, 適した管理状況について. ベトナム, 2009 (Bộ Y tế, Trường Đại học Y Hà Nội : Nghiên cứu thực trạng công tác y tế trường học ở Việt Nam hiện nay và đề xuất mô hình quản lý phù hợp. Việt Nam, 2009)
- 7) 安藤めぐみ : ベトナムの学校保健政策における教育と保健医療の連携—国家政策およびトゥアティエン・フエ省の動向に着目して—. 筑波大学教育学系論集 40(1) : 41-53, 2015
- 8) 徳田修司 : 離島・僻地における養護教諭の職務. 鹿児島大学教育学部教育実践研究紀要 16 : 25-36, 2006
- 9) 政府議会 : 政府決議15-CP地域保健の展開について. ベトナム, 1975 (Hội đồng Chính phủ : Nghị Quyết 15-CP Về việc cải tiến tổ chức y tế địa phương. Việt Nam, 1975)
- 10) 保健省 : 通達14/BYT-TT工場, 機関, 学校の保健所設置方針について. ベトナム, 1977 (Bộ Y tế : Thông tư 14/BYT-TT Hướng dẫn việc tổ chức trạm y tế tại xí nghiệp, cơ quan, trường học. Việt Nam, 1977)
- 11) 保健省, 教育訓練省 : 連名通達14/TTLB児童生徒の自主的な医療保険加入に関する指針. ベトナム, 1994 (Bộ Y tế, Bộ Giáo dục và Đào tạo : Thông tư liên tịch 14/TTLB Hướng dẫn việc thực hiện bảo hiểm y tế tự nguyện cho học sinh. Việt Nam, 1994)
- 12) 政府 : 政府決議90/CP教育, 医療, 文化活動における社会化の方向性について. ベトナム, 1997 (Chính Phủ : Nghị quyết 90/CP Nghị quyết và chủ trương xã hội hoá các hoạt động giáo dục, y tế, văn hoá. Việt Nam, 1997)
- 13) Nguyen Thi Hoang Diem : ベトナムの教育の「社会化」政策と大学民営化の展開. 学校教育学研究論集 21 : 29-43, 2010
- 14) 教育訓練省, 保健省 : 連名通達40/1998/TTLT-BGDĐT-BYT : 学校医療保険の方針について. ベトナム, 1998 (Bộ Giáo dục và Đào tạo, Bộ Y tế : Thông tư liên tịch 40/1998/TTLT-BGDĐT-BYT Về việc hướng dẫn bảo hiểm y tế học sinh. Việt Nam, 1998)
- 15) 首相 : 首相指示23/2006/CT-TTg学校保健事業の強化について. ベトナム, 2006 (Thủ tướng chính phủ : Chỉ thị 23/2006/CT-TTg Về việc tăng cường công tác y tế trong các trường học. Việt Nam, 2006)
- 16) 財務省 : 通達14/2007/TT-BTC学校保健経費使用に関する指針. ベトナム, 2007 (Bộ Tài chính : Thông tư 14/2007/TT-BTC Hướng dẫn sử dụng kinh phí thực hiện công tác y tế trong các trường học. Việt Nam, 2007)
- 17) トゥアティエンフエ省教育訓練局学校保健センター : 児童生徒の疾病・健康状況について. ベトナム, 1992 (Trung tâm y tế học đường Sở giáo dục và đào tạo Tỉnh Thừa Thiên—Huế : Nhân xét tình hình sức khỏe và bệnh tật các em học sinh. Việt Nam, 1992)
- 18) 教育訓練省 : 学校保健任務指導書. ベトナム, 2010 (Bộ Giáo dục và Đào tạo : Tài liệu hướng dẫn nghiệp vụ y tế trường học. Việt Nam, 2010)
- 19) 文部科学省 : 学校保健関係職員の配置校数. Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/002/002b/19/143.pdf Accessed on March 24, 2016
- 20) 国際協力機構ベトナム事務所 : 事務所月報第93号2月&3月号. Available at : http://www.jica.go.jp/vietnam/office/others/ku57pq0000224s7k-att/monthly1602_03.pdf Accessed on June 20, 2016
- 21) Roderick J.A. Little : A test of Missing Completely at Random for Multivariate Data With Missing Values. *Journal of the American Statistical Association* 83 : 1198-1202, 1988

(受付日 2015年8月26日 受理日 2017年4月7日)
 代表者連絡先 : ando.megumi.f@gmail.com (Eメール),
 または080-6537-3546 (安藤携帯)

研究報告

大学生の基礎学力と精神的健康度の関係
—基礎学力の経年変化を中心に—

堀田 亮^{*1,2} 西尾 彰 泰^{*1,2} 山本 眞由美^{*1,2,3}

^{*1}岐阜大学保健管理センター

^{*2}岐阜大学医学部附属病院

^{*3}岐阜大学大学院連合創薬医療情報研究科

Relationship between Academic Performance and Mental Health in University Students:
Secular Change in Basic Scholastic Achievement

Ryo Horita^{*1,2} Akihiro Nishio^{*1,2} Mayumi Yamamoto^{*1,2,3}

^{*1}Health Administration Center, Gifu University

^{*2}Gifu University Hospital

^{*3}United Graduate School of Drug Discovery and Medical Information Sciences, Gifu University

【Objectives】 This study measured the academic performance that students experience in their first year of university, examined the relationship between mental health and academic performance.

【Methods】 A longitudinal prospective survey was conducted over one year with students entering X university in 2011. Participants completed tests of English comprehension levels, Japanese reading abilities, and judgment and reasoning capacities in order to assess academic performance, and the University Personality Inventory (UPI) to evaluate mental health. Out of 1437 students, 559 (261 men and 245 women) completed all the questionnaires and included in the analyses (the response rate: 38.9%).

【Results】 Academic performance scores did not change significantly from freshman to sophomore year for men or women; however, judgment and reasoning capacities decreased significantly in both. In women, English comprehension levels and Japanese reading abilities improved significantly over the course of the study. Students with lower mental health scores on the UPI, or who reported suicide ideation performed worse on the academic measures than students with higher mental health scores and no suicide ideation.

【Conclusion】 Although judgment and reasoning capacities significantly decreased during the first year of university in both men and women, English comprehension levels and Japanese reading abilities improved significantly in women. Students who experienced mental health problems had lower academic performance than those who did not. Programs that seek to maintain and enhance students' mental health could help develop academic performance in university students.

Key words : academic performance, university personality inventory (UPI), suicide ideation, secular change, longitudinal survey

基礎学力, university personality inventory (UPI), 希死念慮, 経年変化, 縦断調査

I. 緒 言

近年、我が国の大学生の学力低下が社会問題として重要視され¹⁾、既成事実のように扱われている論調も多い²⁾。しかし、我々がCiNii, Google Scholarを用いて、タイトルまたはキーワードに学力または学力低下または学力変化を含み、かつ大学生の語句が含まれることを条件に検索した限りでは、大学生の学力低下問題は、入学時の学力低下に関する調査や議論が主であり³⁾⁴⁾、入学後の学力変化についての詳細な検討はほとんどない。また、基礎学力向上のために、どのような介入や支援が有効であるかを検討した報告は少ない。基礎学力は、修学や就職活動において重要であると考えられ、大学を含む高等教育

機関進学率が55%に達する我が国において⁵⁾、大学生の基礎学力の向上に関する詳細な検討は喫緊の課題である。

こうした問題意識から、我々は、大学生の基礎学力の向上または低下に関わる要因について検討を行ってきた。その結果、運動習慣や読書習慣を持つことや、進路意識の中でも「働くことの意味」を考えることが、大学入学後の基礎学力向上に影響をあたえることを明らかにしてきた⁶⁾⁷⁾。このような生活習慣や個人の意識、志向性に加えて、例えば、小学生を対象とした研究では、ストレスが学習意欲の低下を引き起こすことが言われている⁸⁾。我々は保健管理、健康支援に携わる立場から、大学生においても、精神的健康の程度によって基礎学力は影響を受けるのではないかと考えた。

そこで、本研究では、平成23年度と24年度にX大学（地方国立総合大学）を対象に実施された追跡調査データを用いて、大学生の入学後の基礎学力の実態とその1年後の変化について分析し、その基礎学力の変化に与える影響因として、精神的健康度との関連を検討した。そして、基礎学力の変化に与える精神的健康度の影響について、大学生の学力向上の観点から、健康管理や健康教育推進の重要性について考察をしたので報告する。

Ⅱ. 方 法

1. 調査対象者・手続き

平成23年度にX大学（地方国立総合大学）に入学した全学部生1,437名を対象に調査を行った。平成23年度（1年次）4月に基礎学力調査と精神的健康度調査を実施し、さらに、平成24年度（2年次）4月に基礎学力調査を再度実施した。基礎学力調査は、各学部のオリエンテーションや初年次セミナー（全員必修）の講義の機会を利用し、一部の時間を割いて行った。一方、精神的健康度調査はWeb上で行った。平成23年度の基礎学力調査に回答したのは1,303名、精神的健康度調査に回答したのが559名、平成24年の基礎学力調査に回答したのは1,149名であった。対象者を学籍番号で突合し、これら全ての調査で、3つの回答がすべて揃い、回答不備のなかった506名（男性261名、女性245名）を本研究の分析対象者とした。有効回答率は38.9%であった。

2. 調査内容

- 1) 基礎学力調査：大学生の基礎的な学力を、英語運用力（10問）、日本語理解力（10問）、判断推理力（7問）の計27点満点で測定した。英語運用力は、文法、語法、会話文、語句整序、長文読解に関する問題から構成され、英語の基礎学力を測定する設問である。日本語理解力は、漢字、四字熟語、ことわざ、長文読解に関する問題から構成され、国語の基礎学力を測定する設問である。判断推理力は、資料解釈、数的推理に関する問題から構成され、数学の学力や読解、推論に関する学習能力を測定する設問である。問題は、(株)ベネッセコーポレーションの「自己発見レポート」を用いた。これは、およそ20年の歴史を持ち、大学生の汎用的能力の測定のニーズに対応できるように何度かの改訂がされており、年間約16万人の大学生が受験している実績がある⁹⁾。問題の作成とその信頼度確立および調査実施は、対象の大学生の大学における単位や成績認定業務に全く無関係の同社に委託した。多肢選択式で回答を求め、回答に“慣れ”が生じないよう1年次と2年次では異なる問題が同社より提供された。
- 2) 精神的健康度調査：University Personality Inventory (UPI)¹⁰⁾を用いた。UPIは、大学生の悩みや不安など、メンタルヘルスの実態を把握するための質問票である。“これは、あなたの健康の理解と増進のための調査です。下記の項目を番号順によく読んで、あな

たが最近1年間の間に、ときどき感じたり、経験したりしたことのある場合は「はい」を、ない場合には「いいえ」をチェックして下さい。”という教示文を用いて回答を求めた。「はい」を1点、「いいえ」を0点で計算し、全60項目のうち、“ライスケール (lie scale)”とされる4項目を除いた56項目を分析に用いた。得点が低いほど、精神的健康度が高いことを示す。

3. 解析方法

データ解析は、SPSS (Ver. 22.0) を用いた。本研究では、UPIの合計点が0から16点を「精神的健康度高群」、17点以上を「精神的健康度低群」とした。17点を基準としたのは、我々が既にGHQ (General Health Questionnaire) との相関関係を検討し、UPIのカットオフポイントとして適当なことを示してきたからである¹¹⁾。また、項目番号25 (死にたくなる) は希死念慮を測定しており、精神的健康度を評定する上で、重要項目に位置づけられている。「はい」に○をつけた群を「希死念慮あり群」、 「いいえ」に○をつけた群を「希死念慮なし群」とした。Rasberryらは、学校の成績と運動活動性に関するレビューの中で、性別よる違いを考慮した分析の必要性を指摘している¹²⁾。本研究の分析も、男女別に行った。

4. 倫理的配慮

本研究は、岐阜大学大学院医学系研究科医学研究等倫理審査において承認（承認番号：26-330）されている。調査協力者には、研究目的やデータの守秘、自由意思の参加であること、回答の撤回は随時できること、調査結果は個人が特定できない形で公表すること、調査への回答をもって同意とすることを説明し、インフォームドコンセントを得ている。具体的には、「これはあなたの健康管理のための資料として使用するもので、あなた以外にこの内容をもらしたり、問い合わせることは一切ありません。しかし、大学生の健康状況・生活実態を明らかにして、大学生の健康増進と公衆衛生に役立てるために、研究活動の基礎資料として個人を特定しない形で統計解析をしたり、その結果を発表、公表することはあります。この件についてご質問、ご意見のある方はお申し出ください。大学生の皆さんの健康管理をより良くするためにのみ役立てますので、ご理解と御協力をお願いします。」と説明している。加えて、UPIの合計点が17点以上の者、項目番号25に「はい」と回答した者には、保健管理センターからメール、電話での呼び出しを行い、精神科医または臨床心理士が面談を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 基礎学力の実態と経年変化

1年次と2年次の基礎学力の各点数について、男女別にPearsonの相関を求めた（表1）。その結果、男子学生、女子学生ともに、英語運用力、日本語理解力、判断推理力、合計点すべてにおいて、有意な正の相関を示した。

表1 1年次と2年次の基礎学力の平均点の相関

	男性 (n = 261) · 女性 (n = 245)			
	英語運用力 (2年次)	日本語理解力 (2年次)	判断推理力 (2年次)	合計点 (2年次)
英語運用力 (1年次)	.30***	.31***		
日本語理解力 (1年次)		.26***	.33***	
判断推理力 (1年次)			.32***	.37***
合計点 (1年次)				.37***
				.39***

注) Pearsonの相関係数を示した。左の数字が男性, 右の数字が女性。*** $p < .001$

表2 1年次と2年次の基礎学力の平均点の比較

(満点)	男性 (n = 261)				女性 (n = 245)			
	1年次 (点)	2年次 (点)	t値	p値	1年次 (点)	2年次 (点)	t値	p値
英語運用力 (10)	7.24 ± 1.59	7.46 ± 1.71	1.87	n.s.	7.39 ± 1.52	7.61 ± 1.49	1.99	<.05
日本語理解力 (10)	7.64 ± 1.42	7.48 ± 1.83	1.26	n.s.	7.41 ± 1.52	7.76 ± 1.68	2.93	<.01
判断推理力 (7)	5.60 ± 1.19	5.14 ± 1.48	4.72	<.001	5.01 ± 1.35	4.07 ± 1.55	8.99	<.001
合計点 (27)	20.48 ± 2.81	20.09 ± 3.61	1.73	n.s.	19.81 ± 2.89	19.44 ± 3.21	1.75	n.s.

注) 対応のあるt検定を行った。

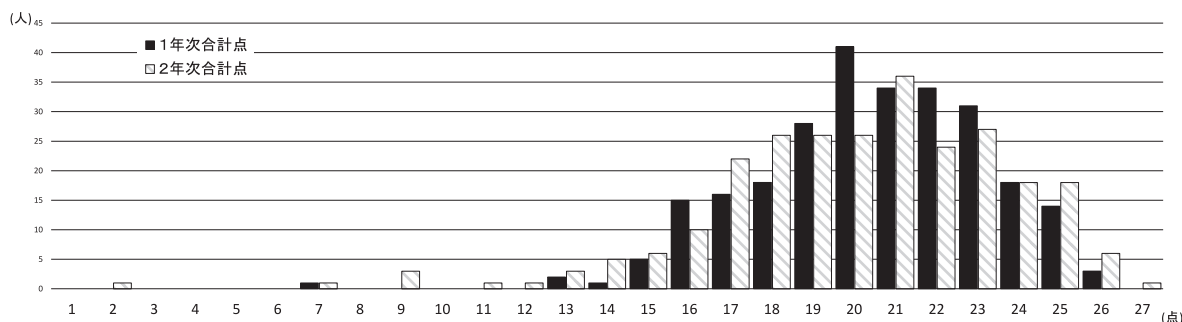


図1-1 男子学生の1年次と2年次の合計点の分布

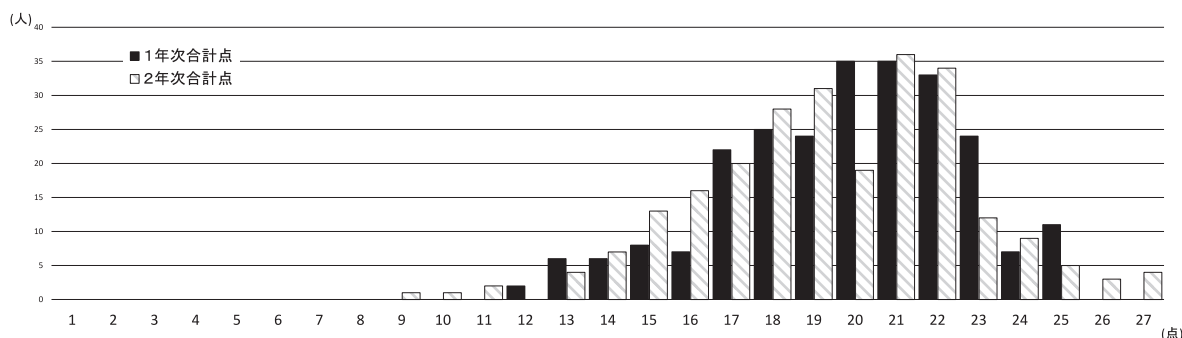


図1-2 女子学生の1年次と2年次の合計点の分布

1年次と2年次の基礎学力の平均得点と経年変化を男女別に検討した結果を表2に示す。満点はそれぞれ、合計点27点、英語運用力10点、日本語理解力10点、判断推理力7点であった。1年次と2年次の基礎学力の平均に差があるか検討するために、対応のあるt検定を行った。その結果、男子学生は、判断推理力は、1年次から2年次にかけて有意に低下していた ($t(206) = 4.72, p < .001$)。合計点、英語運用力、日本語理解力の1年次と2年次の間に有意差はなかった。同様に、女子学生で

は、英語運用力と日本語理解力は、1年次から2年次にかけて有意に向上していた (それぞれ $t(244) = 1.99, p < .05, t(244) = 2.93, p < .01$)。一方、判断推理力は、1年次から2年次にかけて有意に低下していた ($t(244) = 8.99, p < .001$)。合計点に有意差はなかった。1年次と2年次の合計得点を分布で示したところ、男子学生では7-26点から2-27点、女子学生では12-25点から9-27点と、ともに得点の範囲が広がっていた (図1)。

1年次から2年次の基礎学力の変化について、向上、

表3 1年次から2年次の基礎学力の変化を向上、変化なし、低下の3群に分けた際のそれぞれの人数比

	男性				女性			
	向上 人 (%)	変化なし 人 (%)	低下 人 (%)	計 人 (%)	向上 人 (%)	変化なし 人 (%)	低下 人 (%)	計 人 (%)
英語運用力	121 (46.4)	59 (22.6)	81 (31.0)	261(100.0)	101 (41.2)	68 (27.8)	76 (31.0)	245(100.0)
日本語理解力	101 (38.7)	60 (23.0)	100 (38.3)	261(100.0)	116 (47.3)	51 (20.9)	78 (31.8)	245(100.0)
判断推理力	65 (24.9)	71 (27.2)	125 (47.9)	261(100.0)	44 (18.0)	50 (20.4)	151 (61.6)	245(100.0)
合計点	109 (41.8)	33 (12.6)	119 (45.6)	261(100.0)	92 (37.6)	34 (13.8)	119 (48.6)	245(100.0)

表4 精神的健康度低群と精神的健康度高群における基礎学力変化量の平均点の比較

	男性				女性			
	精神的健康度低群 (n = 85)	精神的健康度高群 (n = 176)	t値	p値	精神的健康度低群 (n = 85)	精神的健康度高群 (n = 160)	t値	p値
英語運用力	0.04 ± 2.06点	0.32 ± 1.91点	1.10	n.s.	-0.15 ± 1.82点	0.42 ± 1.66点	2.48	<.05
日本語理解力	-0.35 ± 1.85点	-0.06 ± 2.08点	1.09	n.s.	0.14 ± 1.90点	0.46 ± 1.83点	1.27	n.s.
判断推理力	-0.71 ± 1.82点	-0.34 ± 1.43点	1.62	n.s.	-1.06 ± 1.55点	-0.88 ± 1.69点	0.81	n.s.
合計点の変化量	-1.02 ± 3.66点	-0.08 ± 3.62点	1.96	<.05	-1.07 ± 3.41点	-0.06 ± 3.29点	2.38	<.05

注) 対応のないt検定を行った。

表5 希死念慮の有無における基礎学力変化量の平均点の比較

	男性				女性			
	希死念慮あり群 (n = 8)	希死念慮なし群 (n = 253)	t値	p値	希死念慮あり群 (n = 8)	希死念慮なし群 (n = 237)	t値	p値
英語運用力	-0.75 ± 2.49点	0.26 ± 1.94点	1.44	n.s.	-0.38 ± 1.87点	0.24 ± 1.73点	0.99	n.s.
日本語理解力	-2.00 ± 2.98点	-0.10 ± 1.95点	2.67	<.01	-0.50 ± 0.93点	0.38 ± 1.87点	1.31	n.s.
判断推理力	-1.38 ± 1.51点	-0.43 ± 1.57点	1.68	n.s.	-0.75 ± 1.16点	-0.95 ± 1.66点	0.34	n.s.
合計点の変化量	-4.13 ± 5.28点	-0.27 ± 3.54点	2.98	<.05	-1.63 ± 2.20点	-0.33 ± 3.39点	1.07	n.s.

注) 対応のないt検定を行った。希死念慮の有無は1年次のものである。

全くの変化なし(1点も変化がなかった)、低下の人数がそれぞれ何人いたか男女別に検討した結果を表3に示す。男子学生では、1年次から2年次の基礎学力の合計得点は、低下した学生が最も多かった(45.6%)。英語運用力、日本語理解力は向上した学生が最も多かった(それぞれ、46.4%、38.7%)。判断推理力は低下した学生が最も多かった(47.9%)。女子学生では、1年次から2年次の基礎学力の合計得点は、低下した学生が最も多かった(48.6%)。英語運用力、日本語理解力は向上した学生が最も多かった(それぞれ、41.2%、47.3%)。判断推理力は低下した学生が最も多かった(61.6%)。

英語運用力、日本語理解力では、男女ともに、向上した学生数の方が多かったにも拘わらず、男子学生のみ、平均点の有意な向上は見られなかった。この点について、低下している学生の変化量(低下量)について検討したところ、英語運用力では、男子学生が -2.00 ± 1.43 点、女子学生が -1.75 ± 0.94 で、男子学生の低下量が大きかった。日本語理解力では、男子学生が -2.13 ± 1.52 点、女子学生が -1.74 ± 1.05 点で、男子学生の低下量が大き

く、有意差が見られた($t(173.58) = 2.00$, $p < .05$)。

2. 精神的健康度と基礎学力の変化の関連

精神的健康度の高低によって、1年次から2年次の基礎学力の変化に違いがあるか男女別に検討した結果を表4に示す。男子学生では、合計点の変化量は、精神的健康度低群が -1.02 ± 3.66 点、精神的健康度高群が -0.08 ± 3.62 点で、精神的健康度高群に比べて、精神的健康度低群の低下量は有意に大きいことが示された($t(259) = 1.96$, $p < .05$)。下位分類は、有意差はなかったものの同様の傾向が示された。女子学生でも、合計点の変化量は、精神的健康度低群が -1.07 ± 3.41 点、精神的健康度高群が -0.06 ± 3.29 点で、精神的健康度高群に比べて、精神的健康度低群の低下量は有意に大きいことが示された($t(243) = 2.38$, $p < .05$)。下位分類も同様の傾向が示され、英語運用力では有意差が見られた($t(243) = 2.48$, $p < .05$)。

3. 希死念慮の有無と基礎学力の変化の関連

希死念慮の有無によって、1年次から2年次の基礎学力の変化に違いがあるか男女別に検討した結果を表5に

示す。男子学生では、合計点の変化量は、希死念慮あり群が -4.13 ± 5.28 点、希死念慮なし群が -0.27 ± 3.54 点で、希死念慮なし群に比べて、希死念慮あり群の低下量は有意に大きいことが示された($t(259) = 2.98, p < .05$)。下位分類も同様の傾向が示され、日本語理解力では有意差が見られた($t(259) = 2.67, p < .01$)。女子学生では、合計点の変化量は、希死念慮あり群が -1.63 ± 2.20 点、希死念慮なし群が -0.33 ± 3.39 点で、希死念慮なし群に比べて、希死念慮あり群の低下量は大きかったものの、有意差はなかった。下位分類でも有意な差は示されなかった。

IV. 考 察

1. 基礎学力の実態と経年変化の特徴

大学生の基礎学力の低下は、学生を指導する大学教員¹³⁾や、学生の採用を担当する企業²⁾から、少なからず意識されてきたものの、在学中の基礎学力の変化は今まで十分に追跡、検討されてこなかった。基礎学力向上にむけた適切かつ必要な介入と支援時期を大学教育現場に提示するためにも、大学入学後の基礎学力の実態を明らかにすることは重要と我々は考える。

本研究では、1年次から2年次にかけての基礎学力の合計点においては有意な低下は見られなかったが、男女ともに1年次に比べて2年次の平均点の得点分布が広がっていた。したがって、標準偏差も大きくなっており、学力が向上する学生と低下する学生の分散が大きくなっていった。この結果から、大学生の基礎学力は低下しているというよりも、大学入学後に学力格差が拡大している可能性が考えられた。

英語運用力と日本語理解力は、男子学生では、1年次と2年次で有意な差は見られなかったが、女子学生においては、有意に向上しており、性別による違いが示された。

基礎学力の向上、不変、低下の人数比から考察すると、英語運用力と日本語理解力では、男子学生も女子学生も向上した学生が低下した学生を上回っており、大学入学後に基礎学力が伸びている個人も多くいることが推察された。しかし、男子学生では、英語運用力と日本語理解力の有意な向上は見られなかった。これは、男子学生においては、低下している学生の変化量(低下量)が大きかったことに起因する。実際に、この低下をくい止めるために、英語と国語の学力低下が見られる男子学生に対する重点的な支援が特に必要であろう。英語の学力向上を目的としたプログラムは既にいくつかの大学において実践が行われており、推薦入学者や入学式後のプレイスメント・テストでの成績不振者に介入して効果が得られた報告¹⁴⁾や、ウォークマンやパソコンを用いてリスニング力や総合的な英語学力が向上したという報告¹⁵⁾がある。本研究で得られた知見を基にして、今後は国語学力向上など目的を明確にしたプログラムの実践と効果検証が望

まれる。

判断推理力は、男女ともに1年次から2年次にかけて有意に低下しており、女子学生では約3分の2の学生が低下していた。近年の情報化社会において、適切な情報を取捨選択し、的確な計算、推論、判断をしていく能力は必須であるため、看過できない結果である。そもそも、大学生の学力低下が社会問題となったのは、「分数ができない大学生」¹⁶⁾が世間の広い注目を集めたことによるものが大きい。数学の学力低下¹⁷⁾¹⁸⁾が強く問題視され、線形数学や解析学¹⁹⁾、微分積分²⁰⁾などの数学基礎学力向上プログラムは他大学で実践されてきている。本研究の結果からは、さらに分析能力の向上なども加え、判断推理力の向上を目的とした、支援、介入方法を考案することが必要と考えられる。

2. 精神的健康度が基礎学力の変化に与える影響

これまで、大学生の基礎学力向上を目的として、e-Learningシステムに代表される学習環境の整備や、リメディアル教育など様々な取り組みが行われてきた。しかし、我々は、基礎学力は教科教育以外の側面からも影響を受けると考えている。既に、児童生徒を対象とした研究では、学業成績に及ぼす身体活動の効果が示されているし²¹⁾²²⁾、大学生においては、基礎学力は運動や読書習慣といった生活習慣や進路意識との関連があることを我々は示してきた⁶⁾⁷⁾。しかし、十分な検討が進んでいるとは言えない。

そこで、本研究では精神的健康度と基礎学力の変化とに着目し、その有意な関連を示した(表4)。つまり、精神的健康度が高い個人の方が、入学後の基礎学力の低下量は有意に少なく、男子学生では、希死念慮のある学生は、ない学生に比べて基礎学力の低下量が有意に大きいことが明らかとなった(表5)。有意差は見られなかったものの、女子学生でも同様の傾向であった。今回の検討では、大学生生活を通じた精神的健康の変化は考慮できていないため、精神的健康度と基礎学力の変化の因果関係は結論できないが、精神的不健康は基礎学力の低下を招くのではないかと推察できる。特に、男子大学生では、希死念慮があると、有意に基礎学力低下を招くことから、ひとつの重要なリスク指標として利用価値があると考えられる。本研究では、大学生の基礎学力の維持、向上のためには、教育方法の改善のみならず、抑うつや不安の予防など精神的健康度の維持・向上に向けた心理教育プログラム等の取り組みが有効である可能性を示すことができ、これは我々が検索した限り本邦では初の報告である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題として以下の5点が挙げられる。1点目は、本調査で用いた基礎学力調査は、これまで多くの使用実績があり、大学生の汎用的能力の測定の一環に合わせて、改訂が重ねられているが³⁾、外部委託調査業者による信頼性にのみ裏付けられている点で

ある。したがって、今後も検証の余地はあると考えられる。2点目は、本研究は1大学のみを調査対象としたため、知見の一般化には十分に留意する必要がある。今後、全国各地域、各校種を含めた調査を行えば、結果を一般化する可能性を検討できるであろう。3点目は、本研究は縦断調査による因果関係を検討した点に特色があると言えるが、追跡調査期間は1年間のみであった。今後は、卒業期までを含めた調査を行い、大学生生活全経過の基礎学力変化を明らかにする必要がある。4点目は、本研究は基礎学力と精神的健康度のみの関連を検討した点である。他にも家庭教師等の勉学に関わるアルバイト経験の有無による違いや希望進路の達成度や大学満足度など大学生活のアウトカムが、基礎学力の向上または低下に影響を与える因子として考えられ、それらを多角的に検討することも必要であろう。5点目は、実際に精神的健康の向上を目的とした介入によって、基礎学力が向上するかについての実証が望まれることである。健康教育、啓発活動の実践によって基礎学力がどのように変化するかについてのプロスペクティブな検討が必要であろう。

今回、本研究では、基礎学力の向上を目指す教育現場では、教育内容の充実のみならず、精神的健康の維持、向上を目指した取り組みも重要であることが推察された。大学入学後の基礎学力の経年変化を男女別で実証的に明らかにした報告は他になく、精神的健康度が基礎学力の変化に影響を及ぼしていることを本邦で初めて示した点において意義があることを強調したい。

V. 結 語

大学入学後の基礎学力の経年変化の実態の一端を示した。また、精神的健康度との関連を検討した結果、判断推理力は男女ともに低下していたが、女性では英語運用力、日本語理解力は向上しており、合計点は男女ともに差がなかった。有意差が見られたのは部分的に留まったが、総じて、精神的健康度が低い学生や希死念慮がある学生ほど、基礎学力は低下する関係を示した。

付 記

本研究の実施は、文部科学省科学研究費研究活動スタート支援（課題番号26885035）の研究助成による。本研究内容の一部は、日本健康心理学会第28回大会で発表した。

文 献

- 1) 市川伸一：学力低下論争。ちくま新書，東京，2002
- 2) 平野恵子：企業からみた学力問題。日本労働研究雑誌 614：59-70，2011
- 3) 宇井徹雄：大学生の学力低下問題とその解決策（〈特集〉大学とOR）。オペレーションズ・リサーチ：経営の科学 54：243-248，2009
- 4) 藤澤伸介：「学力低下」問題への教育心理学の関わり。The Annual Report of Educational Psychology in Japan 42：158-167，2003
- 5) 文部科学省：平成27年度学校基本調査。Available at：http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/_icsFiles/afiedfile/2016/01/18/1365622_1_1.pdf Accessed September 5, 2016
- 6) 堀田亮，西尾彰泰，磯村有希ほか：大学生の基礎学力と体重・運動・読書習慣の関連—2年間の追跡調査を用いて—。CAMPUS HEALTH 53：151-156，2016
- 7) 堀田亮，西尾彰泰，磯村有希ほか：大学生における進路に対する意識と基礎学力の関連。日本心理学会第79回大会発表論文集 1133，2015
- 8) 嶋田洋徳，岡安孝弘，坂野雄二：児童の心理的ストレスと学習意欲との関連。健康心理学研究 5：7-19，1992
- 9) 山下仁司：教育成果の測定のあり方をどのように考えるか：『大学生基礎力調査』のデータ実例で見る教育改善の方法。情報知識学会誌 24：404-413，2014
- 10) 平山皓，全国大学メンタルヘルス研究会：UPI利用の手引き。創造出版，東京，2011
- 11) 田中生雅，梶川幸世，本多恭子ほか：UPIとGHQ60の同時調査結果より，学生健康調査におけるUPI有用性の検討。CAMPUS HEALTH 43：269，2006
- 12) Rasberry CN, Lee SM, Robin L et al. : The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance : A systematic review of the literature. Preventive Medicine 52 : S10-S20, 2011
- 13) 石井秀宗，椎名久美子，前田忠彦ほか：大学教員における学生の学力低下意識に影響する諸要因についての検討。行動計量学 34：67-77，2007
- 14) 高階悟：大学生の英語基礎学力向上計画の実践。秋田県立大学総合科学研究彙報 7：85-94，2006
- 15) 早田武四郎：教育メディアは大学生の英語学力向上に寄与できるか—ウォークマンとパソコンに焦点をあて—。長崎ウエスレヤン大学地域総合研究所研究紀要 2：29-39，2004
- 16) 岡部恒治，戸瀬信之，西村和雄：分数が出来ない大学生—21世紀の日本が危ない。東洋経済新報社，東京，1999
- 17) 西森敏之：大学生の数学の学力は低下しているか？。高等教育ジャーナル 2：185-201，1997
- 18) 小山陽一：日本における数学教育の現状と展望。工学教育研究 12：49-54，2007
- 19) 皆本晃弥：大学生の数学力向上を目的としたブレンディッドラーニングの運用とその効果について。数学教育学会誌 46：79-89，2006
- 20) 米満潔，藤井俊子，時井由花ほか：初年次教育の数学へのeラーニング教材の活用。リメディアル教育研究 3：154-161，2008
- 21) Fedewa, AL, Soyeon A : The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and

cognitive outcomes : A meta-analysis. *Research quarterly for exercise and sport* 82 : 521-535, 2011

- 22) 新城綾乃, 高倉実, 小林稔 : 沖縄県の小学校高学年児童における身体活動と学業成績との関連. *学校保健研究* 56 : 420-426, 2015

(受付 2016年9月7日 受理 2017年4月11日)
代表者連絡先 : 〒501-1193 岐阜県岐阜市柳戸1-1
岐阜大学保健管理センター (堀田)

資料

学校避難所運営に関する宮城県の養護教諭の経験と
—東日本大震災後3年目に実施した質問紙調査より—

内藤 裕子, 西野 美佐子, 平川 昌宏

東北福祉大学

Experiences and Thoughts of *Yogo* Teachers in Miyagi Prefecture
about Management of Evacuation Center at School:

A Questionnaire Survey Conducted in the Third Year after the Great East Japan Earthquake

Yuko Naito Misako Nishino Masahiro Hirakawa

Tohoku Fukushi University

Key words : the Great East Japan Earthquake, management of evacuation center at school, *Yogo* teacher, Miyagi prefecture

東日本大震災, 学校避難所運営, 養護教諭, 宮城県

I. 問題と目的

災害大国といわれる日本において、避難するための広場と避難者を収容する施設の両面を有する学校は、発災と同時に「教育活動」の機能に加え地域住民等の安全を確保する「避難所運営」の機能が求められる。文部科学省は阪神淡路大震災後、避難所の運営は本来災害対策担当の職員が管理責任を負うものであるとしながらも、避難所として使用された学校が地域コミュニティの中核として大きな役割を果たし高く評価されたこと、避難所における教職員の役割が今後も期待されること等の見解を示し、業務の遂行を学校の管理業務の一環とし、「職務」として扱う方針を示した¹⁾。その16年後、マグニチュード9.0の巨大地震、巨大津波、原子力発電所の事故という複合災害をもたらした東日本大震災が発生した。仙台市においては、指定避難所になっていた市立の小・中・高の学校と指定避難所以外の施設や私立学校、県立高校を合わせて288ヶ所が避難所となり、最大時は仙台市人口の1割にあたる105,947人が避難した。津波被害の大きかった沿岸部、帰宅困難者があふれた市街地では1,000人~3,000人に及ぶ避難者を受け入れた学校もあった²⁾。また、文部科学省の報告によれば、避難所として利用された東北地方の被災3県(岩手・宮城・福島)の学校の3割において「教職員が多忙を極め学校再開の準備等に支障をきたした」等の問題を感じていたことが明らかになっており³⁾、学校避難所では救命避難期から学校機能再開期に至るまで教職員にかかる負担が大きかったことが課題となった。とくに学校の中で救急処置に携わっている養護教諭においては、医師不在のもとで幅広い年齢層の避難者に対し「避難所の救護と養護教諭の立場のギャップ」を痛感しながら「医療従事者として求められる力量」に込めようと厳しい状況の中での救急活動

を余儀なくされた実態が報告されている⁴⁾。このように、非常事態における学校避難所では、学校への期待が依存へと変わり、学校および教職員のキャパシティを超えてしまう現実があることを東日本大震災によりつきつけられたといえるであろう。

そこで本研究では、宮城県の養護教諭の避難所運営に係る経験、意見、思いについて自由記述により回答を求め、当時の避難所の状況を明らかにするとともに、今後の備えに繋がる課題について検討することを目的とした。また、震災後5年が経過した今、課題に対する対応がどこまで進んでいるのか、宮城県教育委員会に聞き取り調査を行い、考察に加えることとした。養護教諭を対象としたのは、養護教諭は救急処置や環境衛生の専門性を併せ持つ教員であり、学校避難所においても役割に対する期待が大きく、代わりがないため、負担がかかりやすい立場にあると考えたからである。東日本大震災時の学校避難所における養護教諭の活動に関する研究として、石原・風間⁵⁾による質問紙調査、佐光・青柳・田村ら⁶⁾によるインタビュー調査が発表されているが、いずれも東北地方の被災3県の養護教諭を対象にしたものではない。本研究においては、避難所を開設した件数が最も多かった(最大時553ヶ所)宮城県の養護教諭を対象にしており、無記名の質問紙調査法を用いている。したがって、学校避難所の厳しい状況や、本音の思いを養護教諭の回答から汲み取ることが可能だと思われる。また、避難所運営を経験していない養護教諭は、経験していないからこそ感じている不安や、緊急事態時に生じがちな罪悪感や無力感を抱えている可能性があると考えられ、そのような思いや意見にも注目し、検討できる点が本研究の特徴である。

II. 方 法

1. 調査対象

2013年8月中旬に宮城県内の小学校410校、中学校207校、高等学校74校、支援学校22校の合計713校の養護教諭に質問紙を郵送し、9月中旬に回収した。その結果、小学校190人、中学校93人、高等学校38人、支援学校11人、講師等36人の計368人の養護教諭から回答が得られた（回収率51.6%）。

2. 質問紙の概要

質問紙全体の内容は①フェイスシート、②震災後の活動について、③得られた支援と必要と感じた支援について、④気がかりな子どもの変化と対応について、⑤避難所運営に対する考え（自由記述）、⑥災害時の子どもの心身の健康管理を担う養護教諭の役割について（自由記述）で構成されており、本稿においては⑤の自由記述の回答を分析対象とした。質問は「避難所運営における教員の任務についてあなたのお考えをお答えください。経験を通してのご意見、経験はしていないが不安に思うことなどご自由にお書きください。」と記した。

3. 分析方法

回答記述の内容から避難所運営の経験の有無を判断し、避難所運営を経験している人の回答と経験していない人（経験の有無不明も含む）の回答を分け、以下の方法で分析した。

- (1) 自由記述式の各回答の内容を意味ごとに区分しコーディングした。
- (2) 全コードについてKJ法を用いて帰納法的に整理し、カテゴリ化した。
- (3) カテゴリをマップ化し全体像における関係性を捉えた。
- (4) 再度各回答に戻り、回答内のカテゴリ間関係性を検討した。
- (5) カテゴリ間関係に共通性が見られる回答群を拾い上げ、その数とパターンから、全体像の関係性における特徴的な部分を明らかにした。

4. 宮城県教育委員会への聞き取り調査（2016年8月）

質問紙調査の結果から得られた課題について、震災後5年目の現時点においてどのような対応がなされているのか、宮城県教育委員会に対し電話とファックスによる聞き取り調査を実施した。内容は「学校医のバックアップ」「養護教諭の応援勤務」「研修」「学校・行政・地域の協働体制」「災害時の勤務体制」の5項目である。

5. 倫理的配慮

調査の実施にあたり、倫理的配慮事項について東北福祉大学研究倫理委員会の審査を受け承認された（承認番号No.RS1307125, 2013年7月）。また、県内の教育委員会に対し研究内容と公表について文書で説明し承諾を得た。

III. 結 果

回収された368人の回答のうち本質問への回答は304人分が得られ、その中で、避難所運営を経験していると判断した回答は105人分（34.5%）でありコーディングしたローデータ数は214個であった。経験していないと判断した（経験有無不明も含む）回答は199人分（65.5%）でありコーディングしたローデータ数は295個であった。図1に避難所運営を経験している場合、図2に避難所運営を経験していない場合の結果を示す。なお、コード名を【 】（図においては●）、カテゴリ名を〈 〉、大カテゴリ名を《 》、ローデータ数を（ ）で表記した。コードを代表するローデータ（代表例）は、概念化されたコードの内容を説明する上で適しているものを選び、表1・表2と文中の「 」において示した。また、図中における矢印と付記した□内の数字は関係性と関係性が見られた件数を表わし、関係性が見られた件数が5件以上の場合には実線矢印、5件未満2件以上の場合には点線矢印で示した。

1. 避難所運営を経験した養護教諭の意見・思い

図1に214個のローデータを分析した結果を示した。

ローデータは5つのカテゴリと1つの大カテゴリ（3つのカテゴリと1つの単独コードを含む）に分類された。

〈問題点 (59)〉カテゴリとして、「避難者の自治意識が弱く、まかせっきりの姿勢が見られた。」などの【学校への依存 (15)】、「地域の人以外の市民（たまたま近くにいた）数百人が殺到し、対応に苦慮した。」などの【想定外 (11)】、「内科的疾患の悪化を見てほしいと頼まれすごく不安だったし荷が重すぎると感じた。病院にも移送できず緊張が続いた。」などの【職性への過度の期待 (11)】、「往復4時間かけて自転車で毎日通った。」などの【勤務体制の問題 (10)】、「マニュアルがない中での判断で、一つ間違えれば命を落とす可能性もあったと思うと恐ろしい。」などの【備えの問題 (6)】、「学校と行政の役割がはっきりしなかった。」などの【連携の問題 (6)】の6コードが得られた。

〈心労 (28)〉カテゴリとして、「公務員として運営に関わるのは当然だがその前に一人の人間であり被災者でもある。」などの【葛藤（公と私の狭間で） (13)】、「長期間になると疲労がたまってきて苦しい。自分も被災者だと自分自身を保つのに精一杯。」などの【重荷 (8)】、「搬送されてきた方の呼吸が再開されることはなかった。この仕事に向いていないと感じた理由の一つ。」「家族、車、車が津波にのまれ、自分は何の役にも立たなかった。」などの【トラウマ・無力感 (7)】の3コードが得られた。

〈良かったこと (29)〉カテゴリとして、「避難所に校医がいてくれて心強かった。」などの【支援の力 (7)】、「地域の方がすぐにかけて自主的に炊き出しをしてく

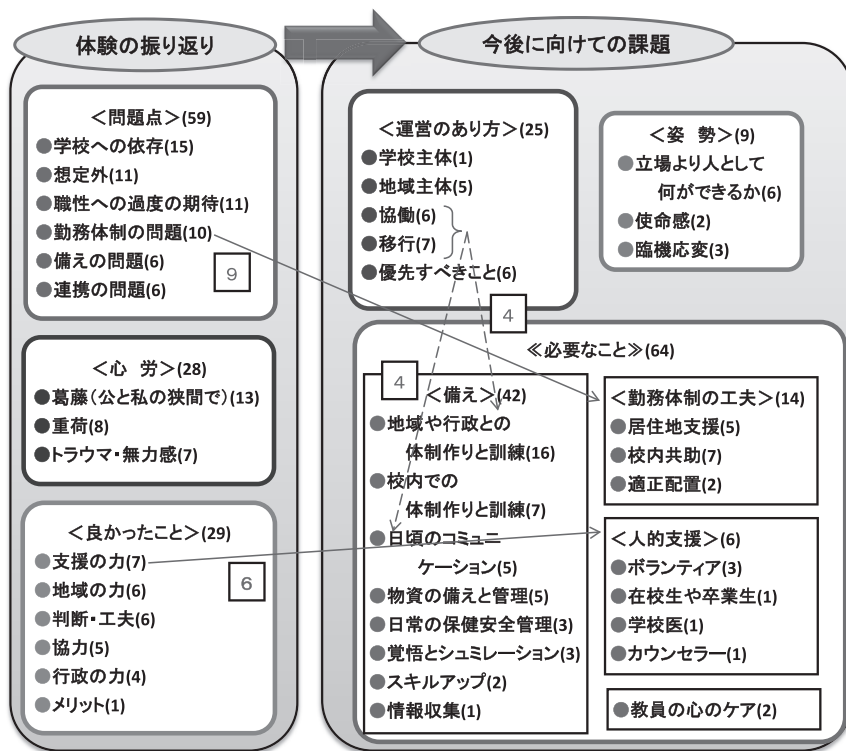


図1 避難所運営を経験した養護教諭の意見・思い (105人)
KJ法による分析 (214個のローデータ)

表1 各コードにおけるローデータの代表例

〈避難所運営を経験した養護教諭の意見・思い (105人)〉 () の数字はデータ数

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ
	問題点 (59)	学校への依存 (15)	○避難者の自治意識が弱く、まかせっきりの姿勢が見られた。 ○大災害の場合、人々は学校に助けを求めに来るのだということがわかった。
		想定外 (11)	○地域の人以外の市民 (たまたま近くにいた) 数百人が殺到し、対応に苦慮した。 ○指定避難所ではないのに人々が集まってきた。
		職性への過度の期待 (11)	○内科的疾患の悪化を見てほしいと頼まれすぎで不安だったし、荷が重すぎると感じた。病院にも移送できず緊張が続いた。 ○養護教諭は教育職であり医療職ではないのだが、どこまでの任務を求められるのか、どこまで応えるべきなのか。
		勤務体制の問題 (10)	○往復4時間かけて自転車で毎日通った。 ○被害の大きさや管理職の考え方の違いで負担の差が生じる。 ○勤務体制について明確なものがなく、自分の事情を強く言えない状況だった。
		備えの問題 (6)	○マニュアルがない中での判断で、一つ間違えれば命を落とす可能性もあったと思うと恐ろしい。 ○教職員の避難所運営に対する理解不足
		連携の問題 (6)	○学校と行政の役割がはっきりしなかった。 ○避難所と学校独自の仕事の境界があいまいだった。
	心労 (28)	葛藤 (公と私の狭間で) (13)	○公務員として運営に関わるのは当然だがその前に一人の人間であり被災者でもある。 ○家に1泊して学校に4~5泊の繰り返し。我が子を何日も家に置いて仕事をしなければならないことが大変辛かった。
		重荷 (8)	○長期間になると疲労がたまってきて苦しい。自分も被災者だと自分自身を保つのに精一杯。 ○養護教諭が一人では手に負えないことばかり。
		トラウマ・無力感 (7)	○搬送されてきた方の呼吸が再開されることはなかった。この仕事に向いていないと感じた理由の一つ。 ○家族、家、車が津波にのまれ、自分は何の役にも立たなかった。

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ	
	よかったこと (29)	支援の力 (7)	○避難所に校医がいてくれて心強かった。 ○卒業生や在校生がボランティアで働いてくれた。	
		地域の力 (6)	○地域の方がすぐに関わり自主的に炊き出しをしてくれた。 ○地域防災が盛んであったため地域の方の力が大きかった。	
		判断・工夫 (6)	○学校の仕事と避難所の仕事を交代で行い、出入りする区域を分けることで境界が明確になり仕事がしやすかった。 ○おむつ替え、授乳、座薬や注射、子どもの遊び場などのスペース確保を行った。	
		協力 (5)	○地域の方と協力できた。 ○公務員として奉仕する立場だったが、避難者と協力する時期に移るにつれ、気持ちのモヤモヤも少なくなってきた。	
		行政の力 (4)	○町職員が中心になった。 ○行政の職員が中心になっていたので児童生徒に目を向けることができた。	
		メリット (1)	○運営に携わると避難している児童生徒の様子が把握できるしケアもできる。	
	運営のあり方 (25)	学校主体 (1)	○学校が避難所になれば運営の中軸は教員になる。	
		地域主体 (5)	○避難している人全員で運営しているという意識を持たなければスムーズに運営は進まないと思った。	
		協働 (6)	○学校だけで急性期の混乱を担うのは困難なので行政の素早い対応や地域の協力が必要。 ○学校のできることを、行政ができることを、地域ができることを提示して協働する。	
		移行 (7)	○教員がイニシアチブをとるのは初期の段階で、あとは避難者の自治運営。 ○運営が軌道に乗るまでは教員も地域の一人として協力することは必要だが、その後は学校の仕事中心に動く。	
		優先すべきこと (6)	○児童生徒が安全健康で学業に集中できる環境を整えることが学校の役割である。 ○学校の養護教諭としての役割が優先されるべきである。	
	姿勢 (9)	立場より人として (6)	○教員がどうか任務がどうか、そういうレベルの話ではなかった。 ○あのような非常事態ではなんとか人として力になることを第一優先に考えるべき。	
		使命感 (2)	○使命感をもってできる限りのことをしなければならない。 ○公務員なので奉仕者としてできる最大限のことを行わなければならない。	
		臨機応変 (3)	○その時、その環境に合わせた対応が何より大事。	
	必要なこと (42/64)	備え (42)	地域や行政との体制づくりと訓練 (16)	○年1回でも行政と打ち合わせや訓練をする。 ○事前に町内会や行政、学校内外の関係者と役割分担を確認しておくことが必要。
			校内での体制づくりと訓練 (7)	○校内での役割分担を明確にしておく。 ○事前に避難所運営を行う研修や訓練をしておくことが大切。
			日頃からのコミュニケーション (5)	○日頃から地域との関わりを怠らない。 ○普段から近隣の養護教諭間のネットワークを作っておくことで助け合える。
			物資の備えと管理 (5)	○避難所に指定されていなくても備蓄は必要。 ○日頃から物資の管理を行っておく。
日常の保健・安全管理 (3)			○日頃から保健室の整備をしておき個人情報をしっかり管理しておく。 ○日頃から体育館の安全管理をしておく。	
覚悟とシミュレーション (3)			○大災害が起こることを前提にシミュレーションしておく。 ○学校は避難所になるものという構えが必要。	
スキルアップ (2)			○赤ちゃんから高齢者まで対応できる力をつける。 ○医療的な知識やスキルが必要。	
情報収集 (1)			○どんな支援があるのか事前に把握しておく。	

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ
必要なこと (22/64)	勤務体制の工夫 (14)	居住地支援 (5)	○勤務校だけではなく、自宅近くの学校の避難所運営に関わるのも可とした方が無駄・無理なく貢献できる。 ○勤務校は避難所にならなかったため、居住地の学校の避難所を手伝った。
		校内共助 (7)	○何時間交代など目安がわかる交代制が必要。 ○小さい子どもがいる、被災している、など、職員の状況に合わせて分担するような配慮が必要。
		適正配置 (2)	○被害が少ない学校は他の学校の避難所に応援に行くようなシステムがあるとよい。 ○支援をあまり必要としない学校の教員を他の学校の避難所に派遣する。
	人的支援 (6)	ボランティア (3)	○ボランティアのおかげで教員は学校と児童生徒のことに集中できる。
		在校生や卒業生 (1)	○避難所にいる在校生や卒業生がマンパワーになる。
		学校医 (1)	○学校医がいてくれると安心。
		カウンセラー (1)	○カウンセラーの助けを借りる。
		教員の心のケア (2)	○私たちも適切なケアを受ける必要がある。

れた。」などの【地域の力(6)】、「学校の仕事と避難所の仕事を交代で行い、出入りする区域を分けることで境界が明確になり仕事がしやすかった。」などの【判断・工夫(6)】、「地域の方と協力できた。」などの【協力(5)】、「町職員が中心になった。」などの【行政の力(4)】、「運営に携わると避難している児童生徒の様子が把握できるしケアもできる。」などの【メリット(1)】の6コードが得られた。

〈運営のあり方(25)〉カテゴリーとして、【学校主体(1)】、【地域主体(5)】、「学校だけで急性期の混乱を担うのは困難なので行政の素早い対応や地域の協力が必要。」などの【協働(6)】、「教員がイニシアチブをとるのは初期の段階で、あとは避難者の自治運営。」などの【移行(7)】、「児童生徒が安全健康で学業に集中できる環境を整えることが学校の役割である。」などの【優先すべきこと(6)】の5コードが得られた。

〈姿勢(9)〉カテゴリーとして、「教員がどうとか任務がどうとか、そういうレベルの話ではなかった。」「あのような非常事態ではなんとか人として力になることを第一優先に考えるべき。」などの【立場より人として(6)】、「使命感をもってできる限りのことをしなければならぬ。」などの【使命感(2)】、そして【臨機応変(3)】の3コードが得られた。

大カテゴリーの《必要なこと(64)》は、〈備え(42)〉、〈勤務体制の工夫(14)〉、〈人的支援(6)〉、「私たちが適切なケアを受ける必要がある。」などの単独のコード【教員の心のケア(2)】で構成されている。

〈備え(42)〉カテゴリーとして、【地域や行政との体制づくりと訓練(16)】、【校内での体制づくりと訓練(7)】、「日頃から地域との関わりを怠らない。」「普段

から近隣の養護教諭間のネットワークを作っておくことで助け合える。」などの【日頃のコミュニケーション(5)】、【物資の備えと管理(5)】、【日常の保健・安全管理(3)】【覚悟とシミュレーション(3)】、「赤ちゃんから高齢者まで対応できる力をつける。」などの【スキルアップ(2)】、「どんな支援があるのか事前に把握しておく。」などの【情報収集(1)】の8コードが得られた。

〈勤務体制の工夫(14)〉カテゴリーとして、「勤務校だけではなく、自宅近くの学校の避難所運営に関わるのも可とした方が、無駄・無理なく貢献できる。」などの【居住地支援(5)】、「何時間交代など目安がわかる交代制が必要。」などの【校内共助(7)】、「被害が少ない学校は他の学校の避難所に応援に行くようなシステムがあるとよい。」などの【適正配置(2)】の3コードが得られた。

〈人的支援(6)〉カテゴリーとして、【ボランティア(3)】、【在校生や卒業生(1)】、【学校医(1)】、【カウンセラー(1)】の4コードが得られた。

5つのカテゴリーと1つの大カテゴリー(3つのカテゴリーと1つの単独コードを含む)をマップ化したところ、〈問題点(59)〉〈心労(28)〉〈良かったこと(29)〉を含めた体験の振り返りから、〈運営のあり方(25)〉〈姿勢(9)〉《必要なこと(64)》などの今後に向けての課題が導き出されている全体像の構図が見出された。

データ数に注目すると、体験の振り返りでは、〈問題点(59)〉の【学校への依存(15)】【想定外(11)】【職性への過度の期待(11)】、〈心労(28)〉の【葛藤(公と私の狭間で)(13)】を挙げた人が多く、今後に向けての課題では、《必要なこと(64)》の中の〈備え(42)〉を挙げた人が多かった。

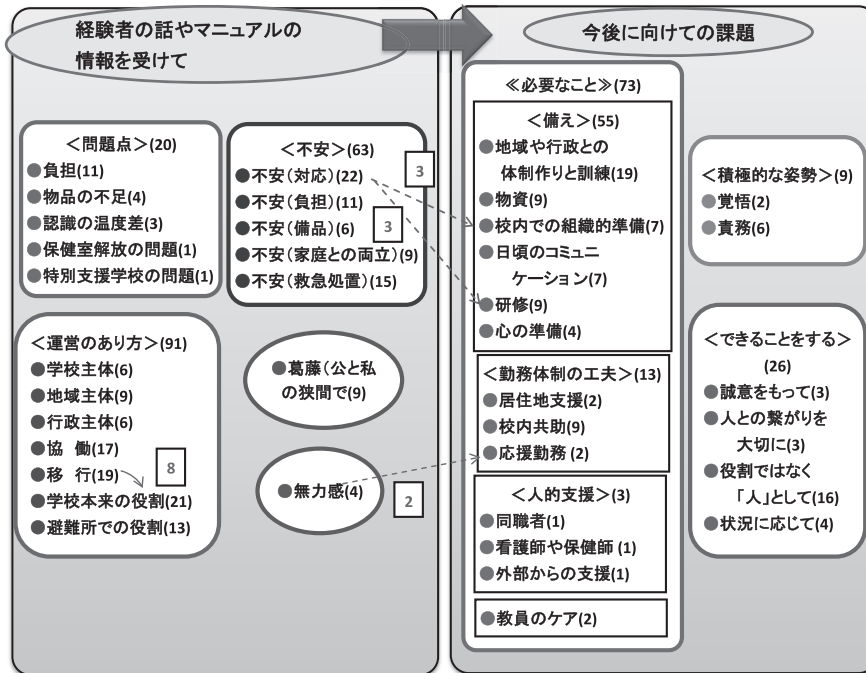


図2 避難所運営を経験していない養護教諭の意見・思い (199人)
KJ法による分析 (295個のローデータ)

表2 各コードにおけるローデータの代表例

〈避難所運営を経験していない養護教諭の意見・思い (199人) ()内の数字はデータ数

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ
	問題点 (20)	負担 (11)	○避難所を運営しながら児童生徒に対応するのは大変だと思う。 ○日常の業務に教員は疲れきっている。
		物品の不足 (4)	○備蓄が十分ではない。 ○避難所に指定されていなくても学校には人が集まるので、すべての学校に備蓄は必要である。
		認識の温度差 (3)	○経験した人とマニュアルでしか理解していない人との間には温度差があると思う。 ○教職員内に温度差があり備えが甘い。教訓が活かされていない。
		保健室開放の問題 (1)	○保健室を開放して児童生徒が利用しづらくなったり備品が不足したりするのは困る。
		特別支援学校の問題 (1)	○特別支援学校では医療的ケアが必要な児童生徒がいる。
	運営のあり方 (91)	学校主体 (6)	○学校施設の勝手を知っている者として率先して動くべき。 ○リーダーとして教職員が活動することで避難所の人々の不安を和らげられる。
		地域主体 (9)	○学校に職員がいた時はできるが、いない時のことを考えると基本的には地域で行うべき。 ○地域性や日頃の様子を知っている地域の方に運営をお願いしたい。
		行政主体 (6)	○市の職員が中心になってほしい。 ○場所は提供するとして、あとは市町村をお願いした方がよいと思う。
		協働 (17)	○行政や地域と役割分担して行う。 ○地域・行政・医療機関との協働体制が必要。
		移行 (19)	○直後は施設管理者として環境を整え最低限のルールを決めて混乱を避けることが大切。その後は地域のリーダーや行政担当者にバトンタッチしてできるだけ早く学校生活を元に戻すことに専念すべき。 ○行政や町内会の人があるまでは教員が動くが、その後は責任を移す。
		学校本来の役割 (21)	○学校再開に向けた活動を早い段階で行う。 ○児童生徒の学習の場や時間を確保する。
		避難所での役割 (13)	○軽度の傷病の処置、衛生面の管理、医療機関に繋ぐこと。 ○ルールを決めて感染症予防につとめる。

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ
	不安 (63)	不安 (対応) (22)	○経験がないのですべて不安だ。 ○実際にどのように運営していくのか、どのように行政と関わっていくのか不安はある。
		不安 (負担) (11)	○寝泊りする日々が続いたら遂行できるか自信がない。 ○やらなくてはいけないが、その精神的負担をどのように処理していくのだろうと不安に思う。
		不安 (備品) (6)	○保健室を開放するのは構わないが備品が戻ってこなかったり医薬品がなくなったりはしないか不安だ。 ○現在ある物品だけでどれだけ役立つのか不安。
		不安 (家庭との両立) (9)	○自分の子どもがまだ小さいので職務と家庭の両立ができるか不安だ。 ○家庭の事情に応じて配慮してもらえるのか不安である。
		不安 (救急処置) (15)	○医療チームが到着するまで自分一人でもどこまでできるか不安だ。 ○救急処置の判断や医療に近いことをどこまでやるべきなのか基準がわからない。 ○看護師の資格がない自分は何もできないのではないかと不安に思う
		葛藤 (公と私の狭間で) (9)	○公人なのでやらなければならないと思うが自分にも家庭があり家族を守りたい。 ○全体の奉仕者は自分の生活が成り立たなくても身を削って勤務しなければならないのだろうか。 ○被災者としての自分をどれくらい主張してよいのか。
	無力感 (4)	○大変な学校に支援に行きたかった。何もできなかった自分が悲しく情けなく思った。 ○厳しい環境の中で任務している方のことを考えると、何かお手伝いしたい気持ちでいっぱいでした。	
必要なこと (73)	備え (55)	地域や行政との体制づくりと訓練 (19)	○日頃から地域や行政と情報交換をし訓練しておくこと
		物資 (9)	○備蓄庫に救急用具を入れておく。 ○保健室から持ち出す救急備品を準備しておく。
		校内での組織的準備 (7)	○防災教育担当者との情報交換 ○校内での役割を明確にしておく。
		日頃のコミュニケーション (7)	○日常的に助け合える関係を作っておくこと。 ○平常時から連絡を取り合い準備を整える。
		研修 (9)	○運営についての校内研修が必要。 ○災害救急について研修する必要性を感じる。
		心の準備 (4)	○シュミレーションしておく。 ○日頃から自覚し役割について考えておく。
	勤務体制の工夫 (13)	居住地支援 (2)	○自分の居住地区の避難所運営に混ざっても良いと思う。 ○勤務校ではなく居住地の避難所だったら毎日行ける。
		校内共助 (9)	○小さい子や介護を必要とする家族がいる場合は守ってあげる体制づくりが必要。 ○養護教諭の分野についても全職員で共通理解すべき。
		応援勤務 (2)	○町で輸送してもらうなどして大変な地域に応援に行きたかった。 ○自校だけではなく大変な学校に応援に行けるシステムがあればよいと思った。
	人的支援 (3)	同職者 (1)	○救急処置を一緒に対応してくれる方の支援があると助かる。
		看護師・保健師 (1)	○看護師、保健師の協力が欲しい。
		外部からの支援 (1)	○やはり外部の支援も必要。
		教員のケア (2)	○本当の意味でのフォロー (超勤軽減・休暇) 対策が必要。 ○教職員のケアの話はあまり聞かないが、あったとしても忙しくて利用できないと思う。
積極的な姿勢 (9)	覚悟 (2)	○自分でできることは何でもする覚悟はある。 ○へき地なので傷病者があった場合はできるかぎり処置をする覚悟でいる。	
	責務 (6)	○非常時に運営に携わるのは当たり前のこと。 ○教員は学校のためだけではなく地域のために働く。	

大カテゴリー	カテゴリー	コード	ローデータ
	できることをする (26)	誠意をもって (3)	○人を尊重し心をこめて対応する。 ○心身の辛さに寄り添う意識を大切に。
		役割ではなく人として (16)	○教員というよりも人間としてできるだけ協力したい。 ○職性にとらわれず必要とされていることに取り組む。 ○その時にできることをただひたすらするしかない。非常時に自分の仕事かどうかなんて考えている場合ではない。
		人との繋がりを大切に (3)	○人と人との繋がりを大切にしながらできることをする。
		状況に応じて (4)	○状況に応じて最善を尽くす。

カテゴリーおよびコードの関係性については、**体験の振り返り**で【勤務体制の問題 (10)】を挙げた10人のうち9人が、**今後に向けての課題**として〈勤務体制の工夫 (14)〉について具体的に言及しており、**体験の振り返りの〈良かったこと (29)〉**で【支援の力 (7)】を挙げた7人のうち6人が、必要な〈人的支援 (6)〉について言及していた。さらに、今後の〈運営のあり方 (25)〉として【協働 (6)】や【移行 (7)】を挙げている人のうち、4人が【地域や行政との体制づくりと訓練 (16)】【日頃のコミュニケーション (5)】の必要性について言及していた。

2. 避難所運営を経験していない養護教諭の意見・思い

図2に295個のローデータを分析した結果を示した。

ローデータは5つのカテゴリーと2つの単独コードおよび1つの大カテゴリー（3つのカテゴリーと1つの単独コードを含む）に分類された。

〈問題点 (20)〉カテゴリーとして、「避難所を運営しながら児童生徒に対応するのは大変だと思う。」などの【負担 (11)】、「備蓄が十分ではない。」などの【物品の不足 (4)】、「経験した人とマニュアルでしか理解していない人との間には温度差があると思う。」などの【認識の温度差 (3)】、「保健室を開放して児童生徒が利用しづらくなったり備品が不足したりするのは困る。」などの【保健室開放の問題 (1)】、「特別支援学校では医療的ケアが必要な児童生徒がいる。」などの【特別支援学校の問題 (1)】の5コードが得られた。

〈運営のあり方 (91)〉カテゴリーとして、「学校施設の勝手を知っている者として率先して動くべき。」などの【学校主体 (6)】、「学校に職員がいた時はできるが、いない時のことを考えると基本的には地域で行うべき。」などの【地域主体 (9)】、「市の職員が中心になってほしい。」などの【行政主体 (6)】、「行政や地域と役割分担して行う。」などの【協働 (17)】、「直後は施設管理者として環境を整え最低限のルールを決めて混乱を避けることが大切。その後は地域のリーダーや行政担当者にバトンタッチしてできるだけ早く学校生活を元に戻すことに専念すべき。」などの【移行 (19)】、「学校再開に向け

た活動を早い段階で行う。」などの【学校本来の役割 (21)】、「軽度の傷病の処置、衛生面の管理、医療機関に繋ぐこと」などの【避難所での役割 (13)】の7コードが得られた。

〈不安 (63)〉カテゴリーとして、「経験がないのですべて不安だ。」などの【不安 (対応) (22)】、「寝泊りする日々が続いたら遂行できるか自信がない。」などの【不安 (負担) (11)】、「保健室を開放するのは構わないが備品が戻ってこなかったり医薬品がなくなったりはしないか不安だ。」などの【不安 (備品) (6)】、「自分の子どもがまだ小さいので職務と家庭の両立ができるか不安だ。」などの【不安 (家庭との両立) (9)】、「医療チームが到着するまで自分一人でもどこまでできるか不安だ。」などの【不安 (救急処置) (15)】の5コードが得られた。

単独のコード【葛藤 (公と私の狭間で) (9)】には「公人なのでやらなければならないと思うが自分にも家庭があり家族を守りたい。」が含まれ、同じく単独のコード【無力感 (4)】には「大変な学校に支援に行きたかった。何もできなかった自分が悲しく情けなく思った。」が含まれる。

大カテゴリーの〈必要なこと (73)〉は、〈備え (55)〉、〈勤務体制の工夫 (13)〉、〈人的支援 (3)〉、「本当の意味でのフォロー (超勤軽減・休暇) 対策が必要。」などの単独コード【教員のケア (2)】で構成されている。

〈備え (55)〉カテゴリーとして、【地域や行政との体制づくりと訓練 (19)】、【物資 (9)】、「校内での役割を明確にしておく。」などの【校内での組織的準備 (7)】、「日常的に助け合える関係を作っておくこと。」などの【日頃のコミュニケーション (7)】、「災害救急について研修する必要性を感じる。」などの【研修 (9)】、「シミュレーションしておく。」などの【心の準備 (4)】の6コードが得られた。

〈勤務体制の工夫 (13)〉カテゴリーとして、【居住地支援 (2)】、「小さい子や介護を必要とする家族がいる場合は守ってあげる体制づくりが必要。」などの【校内共助 (9)】、「町で輸送してもらおうなどして大変な地域に応援に行きたかった。」などの【応援勤務 (2)】の3コードが得られた。

〈人的支援 (3)〉カテゴリーとして、【同職者 (1)】、【看護師や保健師 (1)】、【外部からの支援 (1)】の3コードが得られた。

〈積極的な姿勢 (9)〉カテゴリーとして、「へき地なので傷病者があった場合はできるかぎり処置をする覚悟でいる。」などの【覚悟 (2)】、「非常時に運営に携わるのは当たり前のこと。」などの【責務 (6)】の2コードが得られた。

〈できることをする (26)〉カテゴリーとして、「人を尊重し心をこめて対応する。」などの【誠意をもって (3)】、「教員というよりも人間としてできるだけ協力したい。」などの【役割ではなく人として (16)】、そして【人との繋がりを大切に (3)】と【状況に応じて (4)】の4コードが得られた。

5つのカテゴリーと2つの単独コードおよび1つの大カテゴリー (3つのカテゴリーと1つの単独コードを含む) をマップ化したところ、経験していない場合は、経験者の話やマニュアルの情報を受けて生じた〈問題点 (20)〉〈運営のあり方 (91)〉〈不安 (63)〉【葛藤 (公と私の狭間で) (9)】【無力感 (4)】から、今後に向けての課題として〈必要なこと (73)〉〈積極的な姿勢 (9)〉〈できることをする (26)〉が導き出されている全体像の構図が見出された。

データ数としては、〈運営のあり方 (91)〉が最も多く、含まれるコードについては、【学校主体 (6)】【地域主体 (9)】【行政主体 (6)】と比べて【協働 (17)】【移行 (19)】【学校本来の役割 (21)】のデータ数が多かった。次いで多いのが〈不安 (63)〉であり、中でも避難所運営そのものに対する【不安 (対応) (22)】や救急処置に対する【不安 (救急処置) (15)】が多かった。コードとしては、〈備え (55)〉の【地域や行政との体制づくりと訓練 (19)】、〈できることをする (26)〉の【役割ではなく人として (16)】、のデータ数が多かった。

カテゴリーおよびコードの関係性については、〈運営のあり方 (91)〉で【移行 (19)】を挙げた19人のうち8人は、【学校本来の役割 (21)】を理由として挙げており、【不安 (対応) (22)】を挙げた22人のうち【校内での組織的準備 (7)】【研修 (9)】の必要性を感じていたのはそれぞれ3人であった。また、支援できずに【無力感 (4)】を感じた4人のうち2人が【応援勤務 (2)】のシステムを望んでいた。

3. 宮城県教育委員会への聞き取り調査の結果

2013年8月の質問紙調査の結果から得られた「学校医のバックアップ」「養護教諭の応援勤務」「研修」「学校・行政・地域の協働体制」「災害時の勤務体制」の課題についてどのような対策がとられているのか質問をし、回答を得た (宮城県教育委員会スポーツ健康課学校安全体育班2016年8月30日)。

学校医のバックアップについては、「学校医が避難所に関わるしくみは特に確立されていない。養護教諭にて

きることに限界があるため、医師に診察治療してもらうことは意義があると考えられる。医師会等による震災時のバックアップが望まれる。」との回答を得た。

養護教諭の応援勤務のしくみについては、「所属長や教育長の命を受け、勤務をすることはあり得ることであり、東日本大震災においても前例がある。また、東日本大震災を経験した本県にとって災害発生直後からの支援が必要だと考えており、全国知事会からの依頼による自治法派遣の前例もある。」との回答を得た。

県主催の研修については、「直接避難所運営に関するものではないが、心のケアに関する内容の研修が行われており、役立つ内容であると考えている。」との回答が得られた。

学校と地域、行政の協働体制作りや訓練については、「地域と連携して実施する防災訓練に避難所開設訓練が取り入れられている地域が増えている。」「地域の連携体制構築の会議が市町村単位でもたれており、そのような機会を通じて避難所開設に係る話し合いもされている。」との回答が得られた。

避難所運営に係る勤務体制については、「教職員が避難所運営に協力することが宮城県教育委員会災害対策基本要領第33条により示されていることを前提とし、職員の健康状態や特定の職員のみが繰り返し正規の勤務時間外に勤務することがないように配慮することおよび交代制について示されている (宮城県教育委員会災害対策基本要領施行細則第17条)。」「居住地支援については現在のところ推奨とまではしていない。」との回答を得た。

IV. 考 察

1. 本調査そのものの意義

回収された368人の回答のうち本質問への回答は304人分が得られ回答率は82%に及んだ。また、内容に関しても、葛藤や不安、管理職や行政に対する評価など本音の思いや意見が自由記述の中に含まれていた。このことから、調査そのものが養護教諭のカタルシスの機会になっていたのではないかと考えられる。無記名の自由記述という方法がカタルシスを促す条件になっていることはいうまでもないが、実施する時期の要因も重要であり、厳しい出来事の経験やそこに伴う感情を表現するには時間を要することから、調査を実施した震災後3年目という時期は、経験や意見、思いを記述することができる適期だったのではないかと考えられる。

2. 避難所運営を経験した養護教諭の意見・思いからわかること

避難所運営を経験した養護教諭の回答より、大災害発生時には「指定避難所ではないのに人々が集まってきた」「道路が寸断され移動手段がないため行政担当者や医療スタッフの到着が遅れた」など、想定外の状況が起こりうる事が明らかになった。また、そのような混乱時の避難所運営では、学校および養護教諭の専門性 (救急処

置や環境衛生)に対する依存が大きく、公と私の扶間で葛藤を抱えながらの勤務が続き、代わりがない養護教諭においては過重な負担がかかっていたことが明らかになった。このことは、数見⁷⁾のインタビュー調査の事例とも符合する。十分な灯りや暖房、水や湯もない中、また医師や助産師もいない中、運び込まれた臨月の女性のお産を居合わせた看護師とともに実行した養護教諭の事例⁷⁾は、学校救急処置の範疇を超える対応を余儀なくされた医師不在の救護現場がいかに壮絶であったかを物語っている。また、継続的な処置は医療行為になるのではないかと迷いながらも、「避難所である以上するしかない」と割り切り精一杯の対応にあたった養護教諭の事例⁸⁾も紹介されており、医療関係者がいない中で求められる処置や判断が重圧になっていたことが推測できた。また、同事例の養護教諭は、交代要員がいないために「自分の子どもも泣いているだろうな」と思いながら任務を続けており、体の疲労はもとより、家族に対する心配や罪悪感も精神的な負担になっていたことが伺えた。これらのことより、養護教諭にかかった重圧や負担の根本的な要因は、医療関係者の到着の遅れと交代要員の不在であることが推察できた。

一方で、本調査の回答からは、それらの問題に基づいた今後の方策も「備え」や「勤務体制の工夫」などの中で示唆された。まず、地域・行政・学校の「協働」および学校から自治組織への「移行」を実現するためには、体制づくりと訓練はもとより、関係者との日頃のコミュニケーションが必要であるという意見が挙げられた。数見⁸⁾によれば、二次避難してきた近隣の中学校の養護教諭と相談しながら二人体制で任務に当たることができたという養護教諭の事例も報告されており、日頃から近隣の学校の養護教諭とコミュニケーションを図り、助け合える関係を作っておくことが災害時に生かされるということが示唆された。また、良かったこととして、「学校医の存在」や「学校と避難所の仕事の区分け」など、養護教諭を支えるマンパワーや教職員の負担を軽減する工夫についての具体的な情報が挙げられた。本学の生涯学習支援室主催で行われたリカレント講座（「学校危機における養護教諭のためのパワーアップ講座」⁹⁾の中で、学校避難所運営に尽力した養護教諭から「たまたま避難してきた学校医の先生の存在が心強かった」という報告も得られており、学校医が学校避難所をサポートするしくみについて検討する必要があると考えられた。勤務の問題については、ガソリンや交通手段がない状況の中で勤務校に通うのが困難な場合において「居住地支援」が選択できること、また、校内で教職員の事情を配慮しながら交代で助け合う「校内共助」があること、応援を必要とする学校避難所に他の学校の教職員を派遣する「応援勤務・適正配置」のシステムが整うことが、避難所運営に関わる教職員の負担を軽減するために必要な課題であることが示唆された。

3. 避難所運営を経験していない養護教諭の意見・思いからわかること

避難所運営を経験していない養護教諭の回答の特徴は、運営のあり方と不安に関する記述が多かった点である。運営のあり方については、避難所運営を早い段階で学校から行政や地域の自治に「移行」する理想的な運営のあり方が認知されており、「移行」の理由として、「学校再開に向けた活動を早い段階で行う。」などの学校本来の役割を挙げている意見も見られた。さらに、地域や行政との「協働」が必要であるという記述も多く、それが備えとしての「地域や行政との体制づくりと訓練」に反映されていることが伺えた。これは、3年の間にマニュアル等が整備され、経験者から得られた教訓が浸透していることによるものと推察された。一方で、不安に関する記述も多く、とくに運営そのものに対する不安や、医療チームが到着するまでの医療的判断や処置に対する不安についての記述が多かった。これは、研修会や報告書等により経験者の体験を共有する中で不安が具体化されたためと考えられる。運営そのものに不安を感じている養護教諭の記述の中には、校内での組織的な準備や研修を望んでいる記述も見られ、校内における防災体制づくりや訓練、研修を充実させる必要性が示唆された。医療的判断や処置に対する不安については、養護教諭養成機関が多様化していることも影響していると推察されるが、看護師の資格の有無に限らず、混乱期の避難所でできることには限りがあるものと考えられる。「役割ではなく人としてできることをする」という記述が多く見られたが、重要なのは「できることをする」の部分ではないかと考える。医師に引き継ぐまでに何ができるのか、何を準備しておくに役に立つのか、経験者の教訓から「できること」を選択し、同職者の中で共有することが備えとして役に立つものとする。また、避難所運営を経験していない養護教諭の中には、「何もできなかった自分が情けなく思った。」など、無力感を感じていた養護教諭もあり、その記述の中には応援勤務を望む内容も示された。同職者の応援勤務は、交代要員のいない養護教諭にとって負担の軽減につながるだけでなく、判断や処置を相談できる心強いサポートになることが考えられる。また、応援勤務は、避難所運営に携わっていない養護教諭にとって、無力感や罪悪感の軽減につながるシステムであることが示唆された。

4. 課題に対する対応や備えがどこまで進んでいるのか

学校医のバックアップについては、しくみとして確立されてはいないが必要性については理解が示された。学校医は地域の医療機関の医師であることが多いことから、地域医療と避難所の連携を考慮に入れた組織的な検討課題であると考えられる。学校薬剤師の関わりも含め、教育委員会からの発信と今後の進展に期待したい。

県内・県外の養護教諭の応援勤務については、災害発生直後からの支援の必要性が示され、東日本大震災の際

には所属長や教育長の命による派遣、他県への支援については自治法派遣の前例があることが情報として得られた。教員を派遣する方法としては、自治法派遣のほかに、公務出張による派遣や兼職発令による派遣、自主的に応援に行く方法としては、ボランティア休暇等を利用する方法があり¹⁰⁾、しくみとしては整っていることが理解できた。今後の課題として、しくみを利用するための環境作りと、発災直後に効率よく支援・被支援のニーズを調整する窓口の確立が望まれる。

宮城県主催の研修については、子どもの心のケアに関する内容が中心であった。避難所運営や災害救急に係る内容については、各地の職能団体等の主体的な研修、大学のリカレント教育講座⁹⁾¹¹⁾において実施されている。研修に代わるものとして、各地の養護教諭の組織において作成された報告書等は保存版として役立つものが多い。東京都学校保健研究会の調査研究報告書¹²⁾は、フローチャートとQ&A集を備えており、法的根拠が明示されているのが特徴である。岩手県学校保健会養護教諭部会の実践報告集¹³⁾は、すぐに活用できる保健だより集等の資料がCDにおさめられている。

学校と地域、行政の協働体制作りや訓練については、市町村単位あるいは地域において取り組み始めている様子が伺えたが、内容の詳細や効果について検証する必要があるであろう。

避難所運営に係る勤務体制については、教職員が避難所運営に協力すること（原則として災害発生から7日以内を基準とする）および交代制などの配慮事項が宮城県教育委員会災害対策基本要領および施行細則により示されていることが明らかになった。重要なのは、これらのことが教職員間、地域において共有されることであり、それによって教職員の負担の軽減、教育活動への専念、同職者の派遣が現実のものになると考えられる。

V. まとめと今後の課題

東日本大震災3年目に実施した本調査は、その実施時期のタイミングとして、宮城県の養護教諭のカタルシスの機会になっていたのではないかと考えられた。

避難所運営を経験した養護教諭の回答より、混乱時の避難所運営では学校への依存が大きく、とくに養護教諭については、医師や交代要員が不在の中で救急処置や衛生管理の任務を求められ、過重な負担がかかっていた当時の状況が明らかになった。避難所運営を経験していない養護教諭の回答においては、学校再開に向けて行政や地域に運営を移行する理想的な運営のあり方が浸透しているものの、運営や救急処置に対する不安が大きいことが示された。また、避難所運営に関わっていない養護教諭の中には無力感を感じる養護教諭もあり、応援勤務を望んでいることが示された。今後に向けての課題や備えとして、発災直後における学校医や同職者のサポート、関係者との日頃のコミュニケーション、防災体制作りや

訓練、研修の充実について示唆された。

本研究においては、学校避難所運営における状況や課題が明らかになったものの、課題に対する具体的な方策を検討するまでには至っていない。今後の課題として、地域における運営のあり方の認知度、地域で行われている防災体制作りや訓練の実態、医師につなぐまでに養護教諭ができることなどについて、調査を実施し検討することが必要である。

謝 辞

本調査の実施にあたり、ご協力を頂きました宮城県の養護教諭の方々に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、東北福祉大学感性福祉研究所における文部科学省の私立大学戦略的基盤形成支援事業（平成24年度～平成28年度）による私学助成を得て行われた。

文 献

- 1) 文部科学省：平成8年（1995）学校等の防災体制の充実について、第一次報告。Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/shisetu/bousai/06051221.htm Accessed August 12 2016
- 2) 仙台市：東日本大震災 仙台市震災記録誌～発災から1年間の活動記録～、140-141, 2013
- 3) 文部科学省：平成24年（2012）平成23年度東日本大震災における学校等の対応等に関する調査報告書。Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1323511.htm Accessed August 12 2016
- 4) 宮城県学校保健会養護教諭部会：東日本大震災直後の保健室、139-143, 2013
- 5) 石原研治、風間悠：東日本大震災時の避難所における養護教諭の活動に関する研究—茨城県における調査結果から—。学校保健研究 55 : 24-34, 2013
- 6) 佐光恵子、青柳千春、田村恭子ほか：東日本大震災直後の学校避難所における養護教諭の対応—都市型震災を想定した学校と地域の連携—。群馬大学教育学部紀要 芸術・技術・体育・生活科学編 48 : 135-143, 2013
- 7) 数見隆生：子どもの命と向き合う学校防災—東日本大震災の教訓から日本の沿岸部学校への提言—。59, かもがわ出版、京都、2015
- 8) 数見隆生：子どもの命は守られたのか—東日本大震災と学校防災の教訓—。99-104, かもがわ出版、京都、2011
- 9) 東北福祉大学生涯学習支援室：リカレント講座—学校危機における養護教諭のためのパワーアップ講座—。生涯学習支援室年報 17 : 52, 2016
- 10) 菱村幸彦：被災地に“教員派遣”する方法。教育開発研究所教職研修資料 388 : 2011, Available at : [Http://www.kyouiku-kaihatu.co.jp/teaching/backnumber/](http://www.kyouiku-kaihatu.co.jp/teaching/backnumber/) Accessed September 21 2016
- 11) 岩手県学校保健会養護教諭部会：東日本大震災にかかわる養護教諭の実践報告書、122, 2013

12) 東京都中学校教育研究会 東京都学校保健研究会調査研究部：平成23・24年度調査研究報告書，震災に学ぶ―養護教諭にできること，やるべきこと―，2013

(受付 2016年10月24日 受理 2017年5月8日)
代表者連絡先：〒981-8522 仙台市青葉区国見1-8-1
東北福祉大学(内藤)

資料

養護教諭における中学生・高校生からの ネット上のいじめの相談を受けた経験とその関連要因

寺尾 亮平^{*1}, 金子 典代^{*2}, 樋口 倫代^{*2}

^{*1}四日市看護医療大学

^{*2}名古屋市立大学看護学部

Survey of *Yogo* Teachers' Experiences Providing Counseling on Cyberbullying to Junior and Senior High School Students in Japan

Ryohei Terao^{*1} Noriyo Kaneko^{*2} Michiyo Higuchi^{*2}

^{*1}Yokkaichi Nursing and Medical Care University

^{*2}School of Nursing Nagoya City University

【Objectives】 The purpose of this study was to identify the experience of providing counseling to students for cyberbullying among *Yogo* teachers working in junior and senior high schools, and to examine the characteristics of *Yogo* teachers who provided counseling for cyberbullying.

【Methods】 From December 2015 to March 2016, we conducted a cross-sectional survey of 712 *Yogo* teachers working in junior and senior high schools in the A prefecture and A city. Participants were asked to complete a questionnaire and return it by postal mail. The characteristics of *Yogo* teachers who provided counseling for cyberbullying in the past year, were examined along with background, learning experience on cyberbullying, cooperation of school personnel, and clear role for each school personnel, using cross tabulations and logistic regression analyses.

【Results】 A total of 425 (59.7%) teachers responded. Of them, 233 (55.2%) reported having provided counseling to students for cyberbullying in the previous year. The logistic regression analyses revealed that the following items showed statistically significant associations with the provision of counseling on cyberbullying: having school counselors in the school (OR: 3.97; 95% CI: 1.53-10.31), having an opportunity to discuss how to address cyberbullying among school personnel (OR: 1.85; 95% CI: 1.17-2.93), and having clarification on the *Yogo* teachers' roles regarding bullying cases (OR: 1.74; 95% CI: 1.13-2.67).

【Conclusion】 Placing school counselors, discussing how to address cyberbullying among school personnel, and clarifying *Yogo* teachers' roles could support *Yogo* teachers in providing counseling to students for cyberbullying.

Key words : *Yogo* teachers, cyberbullying, counseling
養護教諭, ネット上のいじめ, 相談対応

I. はじめに

現在, 中学生の60.4%, 高校生の95.2%が携帯電話もしくはスマートフォンを利用¹⁾し, また中学生は80.3%, 高校生の97.7%がインターネットを利用している²⁾. このような状況下で, ネット上のいじめは新しい種類のいじめ問題であり, 学校や社会における危機的な問題となり³⁾, 日本だけでなく全世界で起こりうる現象⁴⁾とされている. ネット上のいじめとは, 具体的には携帯電話やパソコンを通じて, インターネット上のウェブサイトの掲示板などに, 特定の子どもの悪口や誹謗・中傷を書き込んだり, メールを送ったりする方法により, いじめを行うものである⁵⁾. 原ら⁶⁾の調査によれば中学生で29.7%, 高校生で21.5%がネット上のいじめの被害を受

けている. ネット上のいじめの多くは, 比較的身近な距離にいる人からの攻撃が多い点や, まわりからいじめだと気づかれないように巧妙に偽装・隠ぺいしている点に特徴があり, 大人の側からいじめが「見えなく」なっており対策には困難を伴う⁷⁾ものと考えられる.

これらの問題に対して文部科学省⁸⁾は, いじめやネット上のいじめを現代的な健康課題の一つとし, これらがメンタルヘルスに悪影響をもたらしていると注意を促している.

平成20年の中央教育審議会答申⁹⁾において, 養護教諭は, 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いることが明示されており, 現代的な健康課題の解決に向けて重要な責務を担い, 中学生・高校生が悩みを相談する先として重要な存在と言える. また, 海外の調

査では、日本の養護教諭に当たるスクールナースはネット上のいじめ教育を推進する立場であり、生徒間で話し合いを持ち、ネット上のいじめ問題への取組を提案することができる立場であることが示されている¹⁰⁾。しかし、養護教諭は学校当たりほとんどが1人配置という現状であり¹¹⁾、常に児童生徒を受容しなければならないという養護教諭自身の身体的・精神的負担の問題を指摘する報告も見られる¹²⁾。

海外の調査¹³⁻¹⁵⁾ではネット上のいじめの大多数が学校外で行われ、頻繁に起こる出来事として生徒が教員に知らせない現状であることが述べられている。一方、子どもが自分から進んで相談に行く学校職員は子ども達の要求を満たす支援のできる者であり、何か起きた時に対応のできる者とされている。そして、生徒や両親、職員、管理者、社会全体の包括的な取組はいじめ問題に効果的であり、スクールナースが頻繁にいじめや対応方法を学習することでうまくいじめ問題に取組むことができると述べている。また、いじめ問題の解決には、教師集団の協力体制が不可欠の条件であるとの報告もある¹⁶⁾。これらから、海外の調査ではスクールナースのいじめ問題への役割の重要性やいじめの相談を受けるスクールナースの特徴が示されている。

一方、我が国において養護教諭を対象としたネット上のいじめに関する中学校・高等学校の生徒からの相談対応に関する先行研究は極めて少なく、相談対応の経験に関わる背景要因について明らかにされていない。そこで本研究では、養護教諭から見たネット上のいじめの実態及び養護教諭における中学生・高校生からのネット上のいじめの相談を受けた経験とその関連要因を明確にすることを目的とした。本研究を通していじめにおけるネット上のいじめの実態や、養護教諭のいじめ問題への相談対応の促進要因を明らかにすることで、いじめに悩む生徒への適切な支援に繋がることが期待される。

II. 方 法

1. 対 象

A県内にあるA市内の中学校・高等学校及び特別支援学校に勤務する養護教諭を対象としたシンポジウムに参加した養護教諭70名とA市内を除くA県内の全ての中学校・高等学校及び特別支援学校に勤務する養護教諭の合計712名を対象者とした。なお、A市の養護教諭は172名であり、そのうちシンポジウムに参加した70名に調査書を配付した。また、A県内の学校496校のうち146校は養護教諭の複数配置校であり、複数配置校には調査書を2部送付し、計642部配布した。回答者の内訳は、A市から回答を得た49名、A県から回答を得た376名、計425名であり、そのうち無回答3名を除く422名を分析の対象とした。

2. 調査方法

調査は無記名自記式質問紙法によって行った。A市のシンポジウム参加者に対してはシンポジウムへ出向き、研究への協力を研究代表者が全対象者に口頭にて依頼し、調査書を配付した。また、A県内の中学校・高等学校・特別支援学校には調査書を郵送し、回答を依頼した。また、回答の回収をもって同意を得たとみなした。調査書の回答は郵送にて回収を行った。なお、調査期間はA市・A県それぞれ、平成27年12月4日～平成28年1月末日と、平成28年1月7日～平成28年2月末日であった。

3. 調査項目

1) 基本属性と勤務校の環境

基本属性として「性別」、「年代」、「出身の養護教諭養成機関」、「看護師免許の保有状況」、「養護教諭の経験年数」、「現在の勤務校」、「現在の学校の設置主体」、「養護教諭の複数配置」、「スクールカウンセラーの配置」、「保健室以外に、相談対応に使用可能なプライバシーが確保された部屋」を尋ねた。「養護教諭の複数配置」、「スクールカウンセラーの配置」、「保健室以外に、相談対応に使用可能なプライバシーが確保された部屋」の項目は、「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。

2) 過去1年の生徒からのいじめ相談を受けた経験

ネット上のいじめ相談を受けた経験とすべてのいじめ相談におけるネット上のいじめが占める割合
いじめ・ネット上のいじめの相談を受けた経験については、「過去1年のいじめ相談の経験」、「過去1年のネット上のいじめ相談の経験」を尋ねた。これらは、「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。また、「すべてのいじめにおけるネット上のいじめが占める割合」は「ない」「1-2割」「3-5割」「5-8割」「8-10割」の5段階で尋ねた。

3) いじめ相談を受けた経験といじめ問題の対処に関する学習機会

いじめに関する経験や学習機会の項目として「勤務校の教職員間でネット上のいじめへの対応について検討する時間を持った経験」、「出身の養護教諭養成機関でのネット上のいじめの相談対応について学んだ経験」、「ネット上のいじめへの対応について研修等で学ぶ機会の経験」を尋ねた。これらは、「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。

4) いじめ問題の相談への対応における他職種との協働の困難感

生徒からのいじめ問題の相談対応における他職種との協働の困難感については、「スクールカウンセラーと協働し対応すること」、「いじめを受けた生徒の担任と協働し対応すること」、「日頃から担任、養護教諭、スクールカウンセラーなどの専門家と連携する体制を持つこと」について、それぞれの困難感を尋ねた。回答は、「全く困難と思わない」「あまり困難と思わない」「やや困難に思う」「かなり困難に思う」「大変困難に思う」の5件法

で尋ねた。

5) いじめの相談対応における養護教諭の役割

学校内でのいじめの相談対応における養護教諭の役割については、「いじめの相談対応について、学内における養護教諭の役割の明確さ」について尋ねた。回答は、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「ややそう思う」「強くそう思う」「大変強くそう思う」の5件法で尋ねた。

4. 分析方法

過去1年のネット上のいじめの相談を受けた経験の関連要因を明らかにすることを目的に、過去1年のネット上のいじめの相談経験とその他の項目で χ^2 検定及びFisherの正確確率検定により関連を検討した。多変量解析では、 χ^2 検定で有意な関連が見られた項目を強制投入法にて二項ロジスティック回帰分析を行った。有意水準は5%を採用。統計処理にはSPSS Statistics ver. 22.0を用いた。なお、分析の際はすべてのいじめ相談におけるネット上のいじめが占める割合の項目について「ない」「1-2割」「3-5割」「5-8割」「8-10割」の5群を「ない」「1-2割」「3-5割」「5割以上」の4群に分けて分析を行った。また、困難感については「全く困難と思わない」「あまり困難と思わない」を困難感低群とし、「やや困難に思う」「かなり困難に思う」「大変困難に思う」を困難感高群とした。いじめに関する養護教諭の役割の明確さについては「全くそう思わない」「あまりそう思わない」を思わない群とし、「ややそう思う」「強くそう思う」「大変強くそう思う」を思う群とし2群に分けて分析を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認 (ID番号: 15024-3, 2015年11月30日) を得て行った。いずれの調査とも、A市の健康福祉局健康部保健医療課と教育委員会、A県の教育委員会健康学習課から実施の許可を得た。

III. 結 果

1. 過去1年のネット上のいじめの相談経験と属性・勤務校の特性との関連

過去1年のいじめ相談を受けた経験、過去1年のネット上のいじめ相談の経験とすべてのいじめ相談のうちネット上のいじめが占める割合については、分析対象者422名のうち過去1年のいじめ相談の経験は、266名 (62.7%) が相談を受けていた。過去1年のネット上のいじめ相談の経験は、233名 (55.2%) が相談を受けていた。また、無回答者を除く過去1年のいじめ相談を受けた者261名が考えるすべてのいじめ相談のうちネット上のいじめが占める割合は、88名 (33.7%) が5割以上と回答した。

表1に、過去1年のネット上のいじめの相談経験と属性・勤務校の特性との関連を示した。中学校勤務者243

名のうち153名 (63.0%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、高等学校・特別支援学校に勤務する者においては相談を受けた経験のある者の割合は44.7%であり、有意な関連が認められた ($p < 0.01$)。勤務校の環境については、養護教諭の複数配置校182名のうち88名 (48.4%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、養護教諭の配置が単数の学校においては相談を受けた経験のある者の割合は60.4%であり、有意な関連が認められた ($p = 0.02$)。スクールカウンセラーの配置では、配置のある学校388名のうち226名 (58.2%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、配置のない学校においては相談を受けた経験のある者の割合は20.6%であり、有意な関連が認められた ($p < 0.01$)。保健室以外のプライバシーが確保された部屋の用意では、用意のある学校396名のうち224名 (56.6%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、部屋の用意がない学校においては相談を受けた経験のある者の割合は33.3%であり、有意な関連が認められた ($p = 0.03$)。

2. 過去1年のネット上のいじめの相談経験といじめ問題の対処に関する学習経験、他職種との協働の困難感、いじめに関しての役割の明確さとの関連

表2に、過去1年のネット上のいじめの相談経験といじめ問題の対処に関する学習経験、他職種との協働の困難感、いじめに関しての役割の明確さとの関連を示した。

教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験がある273名のうち171名 (62.6%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、いじめの対応について検討した経験がない者においては相談を受けた経験のある者の割合は41.3%であり、有意な関連が認められた ($p < 0.01$)。スクールカウンセラーと協働し対応することの困難感が高い86名のうち37名 (43.0%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、困難感が低い者においては相談を受けた経験のある者の割合は59.1%であり、有意な関連が認められた ($p < 0.01$)。いじめに関して養護教諭の役割が学内で明確であると思うと回答した229名のうち142名 (62.0%) が過去1年にネット上のいじめの相談を受けた経験がある一方、明確であると思わないと回答した者においては相談を受けた経験のある者の割合は47.4%であり、有意な関連が見られた ($p < 0.01$)。

3. 過去1年のネット上のいじめの相談経験に関連する要因

表3に、過去1年のネット上のいじめの相談経験に関連する要因を示した。

従属変数を過去1年のネット上のいじめの相談経験とした χ^2 検定により統計的に有意な関連が認められた現在の勤務校、養護教諭の複数配置、スクールカウンセラーの配置、保健室以外のプライバシーが確保された部屋の用意、教職員間でネット上のいじめの対応について

表1 過去1年のネット上のいじめの相談経験と基本属性と勤務校の特性との関連 (N = 422)¹⁾

		過去1年のネット上のいじめの相談経験			df	χ^2	p 値 ²⁾
		経験あり n (%) 233	経験なし n (%) 189	合計 n (%) 422			
年代	20代	53 (53.5%)	46 (46.5%)	99 (100%)	2	0.39	0.82
	30~40代	97 (54.5%)	81 (45.5%)	178 (100%)			
	50~60代	83 (57.2%)	62 (42.8%)	145 (100%)			
養成機関	大学	120 (58.5%)	85 (41.5%)	205 (100%)	2	1.87	0.39
	短期大学	101 (51.8%)	94 (48.2%)	195 (100%)			
	その他	12 (57.1%)	9 (42.9%)	21 (100%)			
看護師免許の保有状況	持っている	11 (50.0%)	11 (50.0%)	22 (100%)	1	0.26	0.66
	持っていない	222 (55.5%)	178 (44.5%)	400 (100%)			
経験年数	10年未満	79 (52.7%)	71 (47.3%)	150 (100%)	2	1.61	0.45
	10~29年	101 (59.1%)	70 (40.9%)	171 (100%)			
	30年以上	53 (53.0%)	47 (47.0%)	100 (100%)			
現在の勤務校	中学校	153 (63.0%)	90 (37.0%)	243 (100%)	1	13.90	<0.01
	高等学校・ 特別支援学校	80 (44.7%)	99 (55.3%)	179 (100%)			
学校の設置主体	公立・国立	215 (54.6%)	179 (45.4%)	394 (100%)	1	1.50	0.24
	私立	18 (66.7%)	9 (33.3%)	27 (100%)			
養護教諭の複数配置	あり	88 (48.4%)	94 (51.6%)	182 (100%)	1	6.10	0.02
	なし	145 (60.4%)	95 (39.6%)	240 (100%)			
スクールカウンセラーの配置	あり	226 (58.2%)	162 (41.8%)	388 (100%)	1	17.90	<0.01
	なし	7 (20.6%)	27 (79.4%)	34 (100%)			
保健室以外のプライバシーが 確保された部屋の用意	あり	224 (56.6%)	172 (43.4%)	396 (100%)	1	4.94	0.03
	なし	8 (33.3%)	16 (66.7%)	24 (100%)			

1) 無回答を除いたため回答総数は異なる

2) χ^2 検定/期待度数が5未満の時はFisherの正確確率検定表2 過去1年のネット上のいじめの相談経験と養護教諭のいじめ対応の実態との関連 (N = 422)¹⁾

		過去1年のネット上のいじめの相談経験			df	χ^2	p 値 ²⁾
		経験あり n (%) 233	経験なし n (%) 189	合計 n (%) 422			
教職員間でネット上のいじめ の対応について検討した経験	あり	171 (62.6%)	102 (37.4%)	273 (100%)	1	17.4	<0.01
	なし	59 (41.3%)	84 (58.7%)	143 (100%)			
出身校でのネット上のいじめ の対応についての学習経験	あり	25 (53.2%)	22 (46.8%)	47 (100%)	1	0.10	0.76
	なし	208 (55.6%)	166 (44.4%)	374 (100%)			
養護教諭になってからのネット 上のいじめの相談対応につ いて学ぶ機会	あり	134 (56.5%)	103 (43.5%)	237 (100%)	1	0.25	0.62
	なし	99 (54.1%)	84 (45.9%)	183 (100%)			
スクールカウンセラーと協働 し対応することの困難感	困難感高群	37 (43.0%)	49 (56.0%)	86 (100%)	1	7.10	<0.01
	困難感低群	192 (59.1%)	133 (40.9%)	325 (100%)			
担任と協働し対応することの 困難感	困難感高群	26 (51.0%)	25 (49.0%)	51 (100%)	1	0.46	0.55
	困難感低群	205 (56.0%)	161 (44.0%)	366 (100%)			
日頃から担任・養護教諭・ス クールカウンセラーと連携体 制を持つことの困難感	困難感高群	37 (45.7%)	44 (54.3%)	81 (100%)	1	3.84	0.06
	困難感低群	194 (57.7%)	142 (42.3%)	336 (100%)			
いじめに関して養護教諭の役 割が学内で明確である	思う群	142 (62.0%)	87 (38.0%)	229 (100%)	1	9.01	<0.01
	思わない群	90 (47.4%)	100 (52.6%)	190 (100%)			

1) 無回答を除いたため回答総数は異なる

2) χ^2 検定/期待度数が5未満の時はFisherの正確確率検定

表3 二項ロジスティック回帰分析による過去1年のネット上のいじめの相談経験と各要因との関連 (N=422)¹⁾

項目	n	COR	95%CI	p 値	AOR	95%CI	p 値 ²⁾
現在の勤務校	高等学校・特別支援学校	179	1	(ref)	<0.01	1	(ref)
	中学校	243	2.10	1.42-3.11		1.41	0.85-2.33
養護教諭の複数配置	なし	240	1	(ref)	0.02	1	(ref)
	あり	182	0.61	0.42-0.91		1.14	0.70-1.85
スクールカウンセラーの配置	なし	34	1	(ref)	<0.01	1	(ref)
	あり	388	5.38	2.29-12.7		3.97	1.53-10.31
保健室以外のプライバシーが確保された部屋の用意	なし	24	1	(ref)	0.03	1	(ref)
	あり	396	2.60	1.09-6.23		1.62	0.63-4.14
教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験	なし	143	1	(ref)	<0.01	1	(ref)
	あり	273	2.39	1.58-3.61		1.85	1.17-2.93
スクールカウンセラーと協働し対応することの困難感	困難感高群	86	1	(ref)	0.01	1	(ref)
	困難感低群	325	1.91	1.18-3.09		0.73	0.38-1.41
いじめに関して養護教諭の役割が学内で明確である	思わない群	190	1	(ref)	<0.01	1	(ref)
	思う群	229	1.81	1.23-2.68		1.74	1.13-2.67

COR=粗オッズ比；AOR=調整オッズ比；95%CI=信頼区間

1) 無回答を除いたため回答総数は異なる

2) 強制投入法による二項ロジスティック回帰分析

検討した経験、スクールカウンセラーと協働し対応することの困難感、いじめに関する養護教諭の役割の明確さの項目を投入して二項ロジスティック回帰分析を行った。

その結果によれば、スクールカウンセラーの配置、教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験、いじめに関する養護教諭の役割の明確さの項目で有意な関連が見られた。すなわち、過去1年にネット上のいじめの相談経験があった調整オッズ比(95%信頼区間)は、スクールカウンセラーの配置がない群に比べてある群で3.97倍(1.53-10.31)、教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験がない群に比べてある群で1.85倍(1.17-2.93)、いじめに関して養護教諭の役割が明確でない群に比べてある群で1.74倍(1.13-2.67)であった。」

IV. 考 察

本研究では、養護教諭から見たネット上のいじめの実態及び養護教諭における中学生・高校生からのネット上のいじめの相談を受けた経験とそれに関連する要因を検討した。

本研究結果により、過去1年のいじめ相談の経験は全体(N=422)のうち62.7%であり、過去1年のネット上のいじめ相談を受けた経験は55.2%であった。また、過去1年のいじめ相談を受けた者が考えるすべてのいじめ相談におけるネット上のいじめが占める割合は、33.7%が5割以上と回答した。本研究結果から、いじめとネット上のいじめの過半数が重なっている可能性が示された。そのため、文部科学省⁹⁾の示している現代的な健康課題の一つであるネット上のいじめに対して、早急

な対応が求められる。

χ^2 検定により、過去1年のネット上のいじめの相談を受けた経験があることと関連が見られた項目は、勤務校が中学校であること、複数の養護教諭の配置がないこと、スクールカウンセラーの配置があること、保健室以外のプライバシーが確保された部屋の用意があること、教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験があること、スクールカウンセラーと協働し対応することの困難感が低いこと、いじめに関しての養護教諭の役割が学内で明確であることの7項目であった。また、これらの項目間の関連を取り除き、過去1年のネット上のいじめの相談対応の関連要因をより明確化するために二項ロジスティック回帰分析を行った。その結果、過去1年のネット上のいじめの相談対応の経験と「スクールカウンセラーの配置があること」、「教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験があること」、「いじめに関して養護教諭の役割が学内で明確であること」の項目で有意な関連が見られた。

「スクールカウンセラーの配置があること」の項目が過去1年のネット上のいじめの相談経験の促進要因となっていたことから、ネット上のいじめの相談対応には学校のスクールカウンセラーの配置が関係している可能性が示された。先行研究によれば¹⁷⁾、スクールカウンセラーも養護教諭と並び、いじめ対策における専門性の発揮を最も期待される存在として、学校全体のいじめ対策リーダーとしての役割が期待されている。スクールカウンセラーの配置により、養護教諭のネット上のいじめの相談対応への行動促進や学校としてのネット上のいじめの相談対応へのキャパシティが広がる可能性もある。し

しかし、本研究ではスクールカウンセラーの配置が、養護教諭のネット上のいじめの相談経験に直接影響があると結論づけることはできない。例えば、学校にいじめ対策の専門家であるスクールカウンセラーが配置されていることで悩みを抱える生徒が容易に相談できる環境が整い、結果として身近にいる養護教諭のいじめの相談経験の有無に影響していることが考えられる。本研究では養護教諭を対象に調査を行っているが、スクールカウンセラーのいじめ対策における役割をより明確にするには、スクールカウンセラーの視点からもネット上のいじめの相談対応の実態について調査の必要性があると考えられる。

また、過去1年のネット上のいじめの相談対応の経験と「教職員間でネット上のいじめについて検討した経験があること」の項目でも有意な関連が見られた。文部科学省が示しているいじめやネット上のいじめを含めた現代的な健康課題¹⁸⁾に対して学校単位の個々の具体的な取組を、ヘルスプロモーションの枠組みの中に位置づける¹⁸⁾ことが求められる。つまり学内での教員・養護教諭など多職種や家庭、学校、地域社会との連携、課題の解決には教職員間の協働を確実にし、いじめ問題への対策に臨むことの重要性が示されている¹⁹⁾。

本研究の結果によれば、教職員間でネット上のいじめについての検討を行うなどの対策により、それぞれの職種がいじめ問題への意識が高まり、適切な問題への対処に繋がる可能性が示された。しかし、「教職員間でネット上のいじめについて検討した経験があること」の項目が、過去1年のネット上のいじめの相談経験と有意な関係が見られたのは、現状としていじめが多く発生しているためにいじめを検討する機会を持つことが必要となり、結果としていじめ問題への体制が整い、相談対応の経験のある者が多くなっている可能性がある。また逆に、いじめの発生によりいじめの相談対応の機会が増え、結果として教職員間で検討する機会を持ったことも考えられる。つまり、いじめの相談経験といじめについて検討する機会を持つことの交絡因子として、いじめの発生件数も考慮に入れる必要がある。今後の研究においては、生徒のネット上のいじめの実態と生徒から養護教諭に実際にどの程度相談を寄せているのか、その実態をさらに明らかにしうる研究デザインを用いる必要があると考える。

また、過去1年のネット上のいじめの相談対応の経験と「いじめに関して養護教諭の役割が学内で明確であること」の項目でも有意な関連が見られた。いじめ問題に対して養護教諭を含めた教職員が一体となり対処する中で、役割分担を明確にしつつ、体制を整えていく⁹⁾ことで適切な対処ができる可能性がある。その中で、養護教諭は保護者・担任・スクールカウンセラーと連携した対応や対策を講じるなどのコーディネーター的な役割を担い²⁰⁾、協働を視点としたリーダーシップの発揮が重要な課題²¹⁾となり、企画力、実行力、調整能力などを身に付けることも望まれている²²⁾。本研究結果により、養護教

諭の役割の明確さの重要性が示唆された。しかし、回答者である養護教諭によって「役割」への認識の違いがあることが考えられる。今後は養護教諭のいじめ問題における「役割」の定義を明確に示して調査し、また、養護教諭に求められるいじめの相談対応の能力の実態や相談対応の能力による生徒への影響との関連も検討することが必要である。

本研究の限界は主に4点ある。1点目は、対象者の母集団の代表性である。本調査の対象者は、A市内のシンポジウムに参加した中学校・高等学校及び特別支援学校に勤務する養護教諭とA市内を除くA県内の中学校・高等学校及び特別支援学校に勤務する養護教諭とした。A市内の養護教諭は、A市ホームページより172名である。本調査ではそのうち70名にしか調査書を配付できず本研究の対象者は49名であった。また、A県内の対象者については複数配置されている学校は明記されていないため、研究代表者がA県ホームページより生徒の人数と複数配置基準²³⁾により判断し調査書を郵送した。そのため、A市内・A県内の全員の養護教諭に調査書を配布することができず、本研究の結果は標本バイアスが生じていると考えられる。

2点目は本研究は横断研究であり因果関係が証明できない点である。本研究において、養護教諭の過去1年のネット上のいじめの相談対応の経験には、スクールカウンセラーの配置、教職員間でネット上のいじめの対応について検討した経験、いじめ問題における養護教諭の役割の明確さが関係していることが示されたが、因果関係について言及することができない。

3点目は情報バイアスについてである。本研究は、養護教諭が過去1年のいじめ・ネット上のいじめの相談を受けた経験について尋ねたが、記憶力には個人差があるため回答と認識や行動との間にはずれが生じている可能性がある。また、対象者の中にはいじめやネット上のいじめの相談対応を受けたことのない者もいた。その対象者がいじめやネット上のいじめの項目を回答していたため、結果に影響している可能性がある。

4点目は質問項目の信頼性、妥当性の検証が不足している点についてである。養護教諭を対象としたいじめ・ネット上のいじめの相談対応に関する調査は極めて少なく、信頼性や妥当性が確立された尺度は見当たらない。今回の研究結果を踏まえ、今後は信頼性・妥当性の検証が可能な質問項目を開発し調査を実施していく必要がある。

V. まとめ

いじめへの対応は中学校・高等学校において急務である。本研究では全対象者の55.2%が過去1年にネット上のいじめ相談を受けたことがあると回答していた。ネット上のいじめの相談を受けている養護教諭は、学校にスクールカウンセラーが配置され、教職員間でネット上のいじめについて検討した経験を持ち、いじめ問題におけ

る養護教諭の役割が明確である特徴が示された。しかし、この結果は養護教諭から見たいじめ相談の実態を示しているにすぎない。今後は養護教諭以外の生徒やスクールカウンセラーなどに対しても調査を行い、いじめ・ネット上のいじめの実態把握と相談の現状やその関連因子についても明らかにする必要がある。

謝 辞

本研究にご協力頂きました。A市・A県の中学校・高等学校・特別支援学校の養護教諭の皆様へ感謝いたします。A市健康福祉局、A市教育委員会、A県教育委員会健康学習課の関係者の皆様へ感謝いたします。

文 献

- 1) 内閣府：平成27年版 子ども・若者白書（全体版）第1節 生活行動。Available at : http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h27honpen/b1_06_01.html Accessed April 13, 2016
- 2) 内閣府：平成27年度 青少年のインターネット利用環境実態調査 調査結果（速報）。Available at : <http://www8.cao.go.jp/youth/youth-harm/chousa/h27/net-jittai/pdf/sokuhou.pdf> Accessed June 11, 2016
- 3) Li Q : Cyberbullying in schools A research of gender differences. *School Psychology International* 27 : 157-170, 2006
- 4) Kvarme LG, Monsen KA, Eboh WO : Evidence-based solution-focused care for school-age children experiencing cyberbullying : Using the Omaha system to guide and document psychiatric nursing interventions. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 52 : 34-41, 2014
- 5) 文部科学省：「ネット上のいじめ」に関する対応マニュアル・事例集（学校・教員向け）。Available at : www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/11/08111701/001.pdf Accessed April 13, 2016
- 6) 原清治, 山内乾史, 浅田瞳 : 生徒指導上の「荒れ」とネットいじめの関係に関する実証的研究。日本教育学会大会研究発表要項 71 : 148-149, 2012
- 7) 原清治, 山内乾史 : ネットいじめはなぜ「痛い」のか。14-94, ミネルヴァ書房, 京都, 2011
- 8) 文部科学省 : 学校保健の充実を図るための方策について。Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo5/005/gijiroku/07071821/001.htm Accessed April 19, 2016
- 9) 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の取組を進めるための方策について」(答申)。Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/_/icsFiles/afieldfile/2009/01/14/001_4.pdf Accessed December 20, 2016
- 10) The National Center for Missing & Exploited Children, Virginia : Helping students deal with cyberbullying. *NASN School Nurse* 24 : 200-203, 2009
- 11) 文部科学省 : 全国養護教諭連絡協議会。Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/004/siryu/07120412/003/004/001.htm Accessed April 13, 2016
- 12) 鈴木邦治, 別惣淳二 : 学校経営と養護教諭の職務(Ⅱ) : 養護教諭の役割と「位置」の認知を中心にして。広島大学教育学部紀要 第一部 教育学 43 : 153-164, 1994
- 13) Agatston PW, Kowalski R, Limber S : Students' perspectives on cyber bullying. *Journal of Adolescent Health* 41 : 59-60, 2007
- 14) Raspberry CN, Morris E, Lesesne CA et al : Communicating with school nurses about sexual orientation and sexual health : Perspectives of teen young men who have sex with men. *The Journal of School Nursing* 31 : 334-344, 2015
- 15) Hendershot C, Dake JA, Price JH et al : Elementary school nurses' perceptions of student bullying. *The Journal of School Nursing* 22 : 229-236, 2006
- 16) 秦政春 : いじめ問題と教師 : いじめ問題に関する調査研究(Ⅱ)。大阪大学人間科学部紀要 25 : 235-258, 1999
- 17) 山崎久慶, 高木郁彦, 樋口紫音ほか : いじめ問題への取り組みにおけるスクールカウンセラーの役割—多職種協働の視点から—。東京大学大学院教育学研究科総合教育科学専攻臨床心理学コース紀要 38 : 19-26, 2015
- 18) 日本学術会議 健康・生活科学委員会 子どもの健康分科会 : 日本の子どものヘルスプロモーション(報告)。21, 2010
- 19) Gray G, Young I, Barnekow V : Developing a health-promoting school. *European Network of Health Promoting Schools* : 1-41, 2006
- 20) 牛島三重子 : 現代的な子どもの課題と学校が求める養護教諭への期待と提言。保健の科学 57 : 77-80, 2015
- 21) 後藤多知子, 古田真司 : 養護教諭のリーダーシップ行動に関する研究—学校保健活動における協働の視点から—。学校保健研究 52 : 191-205, 2010
- 22) 文部科学省 : 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(保健体育審議会 答申)。Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/old_chukyo/old_hoken_index/toushin/1314691.htm Accessed June 24, 2016
- 23) 文部科学省 : 全国養護教諭連絡協議会。Available at : http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1319259.htm Accessed June 24, 2016

(受付 2016年12月15日 受理 2017年6月22日)
代表者連絡先 : 〒512-8045 三重県四日市市萱生町1200
四日市看護医療大学(寺尾)

■連載 国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ：易しい英文論文読解
Learning New Findings of School Health by Reading English Papers

本号より，海外国際誌の英文論文から得られる新しい学術情報についての紹介を，本学会の国際交流委員会の連載企画として始めます。企画の目的は2つあります。1つは新しい国際的学術情報を会員の皆さんに知って頂くことです。言うまでもなく，学校保健に関わる研究は世界各国で行われており，そのうち優れた研究の多くは英文論文として発表されています。これらの情報を得るには，国際誌，特にレベルの高い国際誌に発表される論文に注目していく必要があります。その一助となるのが本企画の目的その1です。目的その2は，会員の皆さんに英文に親しんで頂く機会を提供することです。本学会の会員には，英文に苦手感をもつ方も少なくないように思われます。そのような方にも無理なく英文に親しんで頂き，自然と学術論文の英文を読むための基本的知識とコツを身につけて頂くというのが2つ目の目的です。このため本企画の論文紹介では，できるだけ英語の原文を紹介し，それをどのように読み解けば理解しやすくなるかをなるべく工夫して示したいと思います。学術論文で使われる英語表現は意外と限られていますので，頻出する文型やフレーズ，単語を繰り返し示し，いつの間にか学術英語に慣れ親しんでもらえればしめたもの，と考えています。また英文論文を読む際のもう一つの障壁は，統計等，解析モデルに関する表現です。これについても紙幅に余裕があれば，出来るだけ簡潔な解説を加えたいと思います。なお当分の間は，メンタルヘルスに関係するテーマを中心に紹介いたしますが，いずれ他の領域についてもご紹介していきたいと思います。

全く新しい試みですので，お読み頂いた皆さんのご意見をできるだけ伺い，2回目以後に活かしていければと思います。

(国際交流委員会委員長 佐々木 司)

第1回 子どもの頃のいじめ被害と成人後の精神疾患との関わり

佐々木 司^{*1}，北川 裕子^{*1,2,3}

^{*1}東京大学大学院教育学研究科

^{*2}帝京大学医学部精神神経科学講座

^{*3}日本学術振興会

Association between Childhood Exposure to Bullying and Severe Adulthood Psychiatric Outcomes

Tsukasa Sasaki^{*1}，Yuko Kitagawa^{*1,2,3}

^{*1}Laboratory of Health Education, Graduate School of Education The University of Tokyo

^{*2}Department of Neuropsychiatry, Teikyo University School of Medicine

^{*3}Japan Society for the Promotion of Science

この数年，子どもの頃のいじめ被害と成人後の精神疾患や自殺のリスクに有意な関連のみられることが，複数の研究で示されています。いじめにあうことが精神的苦痛に関わることは誰にも容易に想像が付きませんが，その関係が大人になってからも認められることは衝撃的なことです。今回はこのことを，フィンランドの長期追跡調査データを解析した2016年の論文，“Association of bullying behavior at 8 years of age and use of specialized services for psychiatric disorders by 29 years of age”

(Souranderほか)で紹介したいと思います。なおこの論文は米国医師会 (American Medical Association) の雑誌 *JAMA Psychiatry* に掲載されました。この雑誌は精神保健，精神医学の分野では世界トップの雑誌で，雑誌の格の指標となるインパクトファクター (IF: その

雑誌に掲載された論文が，その後の1年間で平均何編の論文に引用されたかを専門機関が計算します) は10を超えています。国際誌であってもIFは様々で，科学雑誌や医学雑誌のトップに君臨する *Nature* や *Science*，*Lancet*，*JAMA* などでは20~40程度です。反対に1未満の雑誌も，専門機関による引用数チェックの対象となっていないためIFがついていない雑誌もあります。このレベルになりますと論理性・信頼性の低い論文が掲載されている場合も少なくありません。

では早速紹介を始めましょう。まず論文のタイトルから詳しく見てみます。優れた論文のタイトルは，それだけで論文の目的や結論が理解できることが多いからです。この論文のタイトル “Association of bullying behavior at 8 years of age and use of specialized services for

psychiatric disorders by 29 years of age”の英語に分け入ってみましょう。冒頭のAssociationは、「関連」「関連性」「関係」といった意味で、英文論文では最も多く使われる単語の一つです。この単語を軸にタイトル全体が「Association (関連性) of (A) and (B)」という構造になっています。つまり「(A)と(B)のassociation (関連性)」という意味です。

ではassociationの中身、(A)(B)をそれぞれ見てみましょう。(A)の最初の単語bullyingは「いじめ」で、今回のテーマそのものです。(A)全体では“bullying behavior at 8 years of age”となっていますので、「8歳時におけるいじめ行動」です。一方(B)は“use of specialized services ((専門の)サービスの利用) for psychiatric disorders (精神障害のための) by 29 years of age (29歳までの)”ですので、「29歳までの精神障害専門サービス利用」といった意味です。というわけで、本論文のタイトルは「(A)8歳時におけるいじめ行動と(B)29歳までの精神障害専門サービス利用のassociation (関連性)」となります。何を調べた論文なのか、かなり具体的に分かりましたと思います。

次は抄録です。ちなみにこの論文の抄録は、Importance (重要性), Objective (目的), Design, Setting and Participants (データ収集 (解析) のデザイン (時間, 場所など) と対象) Main Outcome and Measures (主な目的変数と測定指標), Results (結果), Conclusions and Relevance (結論とその意義) から構成されています。随分細かく項目が分かれていると思うかもしれませんが、最近の国際誌では、このような構造的に項目立てされた抄録を要求するものが増えていきます。ただし抄録全体の長さは短く、300語とか400語以内で書くよう指示されている場合がほとんどです。したがって各項目とも簡潔に記述することが必要です。このような構造的抄録には大きな利点があります。研究の内容を理解するのに必要な情報がその中に集約されているため、タイトルと抄録を読むだけで、研究の中身がほぼ理解可能な点です。書く側にも、抄録をまとめる作業を通じて研究の要点を整理できるという利点があります。

さて沢山ある項目の中でまず目を通すべきは、Objective (雑誌によってはAim) とConclusions and Relevance (多くの雑誌ではConclusions) の2つです。本論文ではObjectiveは“To study the associations between bullying behavior at 8 years of age and adult psychiatric outcomes by 29 years of age.”と書かれています。お気づきかもしれませんが、冒頭の2語(“To study”)を除けば、タイトルとほぼ同じです。タイトルをきちんと理解すれば、論文の「目的」も理解できることが多い、という訳です。またObjectiveの記載がきわめて具体的かつ簡潔なことにも気づかれたでしょうか？これは国際誌に掲載される論文に共通した特徴です。反対にObjectiveの記述が不明確であったり、長々として要領を得な

い場合には、国際誌には掲載されません。

本論文のConclusions and Relevanceには次の2文が書かれています。“Exposure to bullying, even in the absence of childhood psychiatric symptoms, is associated with severe adulthood psychiatric outcomes that require treatment in specialized services. Early intervention among those involved in bullying can prevent long-term consequences.”

1文目はConclusionです。英文を理解しやすくするため、文章を主要部分(上では太字部分)のみにすると、“Exposure to bullying is associated with severe adulthood psychiatric outcomes”となります。中ほど下線部の(A) is associated with (B) は論文タイトルで使われている“association”(関連, 関連性)の動詞版で、「(A)は(B)と関連している」という意味です。ちなみに統計検定の結果の表現では“A is significantly associated with B”「AはBと有意に関連している」といったフレーズが良く使われます。

これを知っていればあとは、前後の(A)(B)が分かれば結論が理解できます。まず(A) exposure to bullying ですが、最初のExposureは「曝露」「…に曝されること」という意味です。疫学・公衆衛生学の論文では基本頻出単語ですから覚えておきましょう。“bullying”は「いじめ」ですから、Exposure to bullyingで「いじめへの曝露」「いじめに曝されること」となります。(B)の“severe (厳しい) adulthood (大人での) psychiatric (精神科的) outcome (結果)”は、その通り「大人になってからの厳しい精神科的結果」です。全体では「(子供の頃に) いじめに曝されることは、大人になってからの厳しい精神科的結果と関連する」ということです。これに、今まで除いていた“even in the absence (…のない場合でも) of childhood psychiatric symptoms (精神症状)”と“that require treatment (治療を必要とする) in specialized services (専門的サービスでの)”を付け加えると、次のようになります。「(子供の頃に) いじめに曝されることは、子供の頃に精神症状がなかった場合でも、大人になってからの専門的治療を必要とする厳しい精神科的結果と関連する」(下線部が除いていた部分)。もう少し簡潔に言うと、「いじめへの曝露は、小児期に精神症状がなかった場合でも、成人後の精神科治療の必要性に関連する」ということになります。

Conclusions and Relevanceの2文目はRelevance, つまり教育や介入に対するこの結論の意義を述べた文章です。内容としては、「いじめに巻き込まれた子供に (among those involved in bullying) 早期的な介入を行えば (Early intervention), この長期的結果 (long-term consequences, 具体的には、「精神疾患に苦しむこと」) を防げるかもしれない (can prevent)」となります。なお内容以上に注目して頂きたいことは、結論の簡潔さです。これはObjectiveの簡潔さと関係しています。先行

論文を十分吟味して目的を絞った仮説検証を行っているので、結論も当然ながら非常に簡潔です。これも国際誌に掲載される論文の特徴と言えるでしょう。

抄録にはこのほかに、本研究の重要性 (importance)、具体的な方法、結果 (results) が書かれていますが、今回は紙幅の都合で割愛します。興味のある方は、次のURLで抄録または本文の全文を見ることができますので参考になさってください。(http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2472952?resultClick=1)

なお追加で二点述べておきたいことがあります。一つは、結論で書かれている“Exposure to bullying”が「いじめの被害への曝露」だけでなく、加害者の問題も含んでいることです。具体的には、「加害者の19.9%、被害者の23.1%、被害者かつ加害者あった子の31.2%、追跡期間中に何らかの精神疾患の診断を受けていた」とResultsに書かれています(加害者でも被害者でもなかった子が精神疾患の診断を受ける割合は11.5%とこれらより低い割合)。

二点目は、今回の結果はあくまでも“association関連性”を明らかにした研究であって、因果関係までは分からないということです。例えば、直前に述べた「加害者でも成人後に精神疾患の診断を受ける割合が高い」ことが、「いじめの加害者になることが精神不調の原因となる」ことを意味すると早合点してはいけません。元々その素質を持った子では、いじめの加害者となりやすく、かつ成人後の精神疾患罹患の割合も高い、という可能性の方がむしろ高いでしょう。一般に、保健関係の研究テーマで因果関係にまで踏み込んだ結論を得ることは容

易ではありません。厳密な結論を得るには、多くのレベルの高い研究を改めて検討する必要があることを意識しておく必要があるでしょう。

今回の頻出学術単語・フレーズ

- 1) an association of (A) and (B) 「(A)と(B)の関連(関連性)」; an association between A and Bとも書ける; 動詞associateを使って文章にする場合には“A is associated with B”と使う
- 2) bullying 「いじめ」
- 3) Exposure to とoutcome : exposureは「……への曝露」「……に曝されること」、疫学ではExposureの結果として起こることが“outcome” (“Exposure→Outcome”)

なお本論文の結論“(Childhood) exposure to bullying is associated with severe adulthood psychiatric outcomes.”は、これらの組み合わせで作文されている(childhood「小児期」「子供時代」「子供の頃の」、psychiatric「精神科的」、adulthood「成人期」「成人期の」「成人後の」)。

文 献

Sourander A, Gyllenberg D, Brunstein Klomek A, Sillanmäki L, Ilola AM, Kumpulainen K: Association of bullying behavior at 8 years of age and use of specialized services for psychiatric disorders by 29 years of age. *JAMA Psychiatry* 73(2): 159-165, 2016

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第64回学術大会のご案内（第5報）

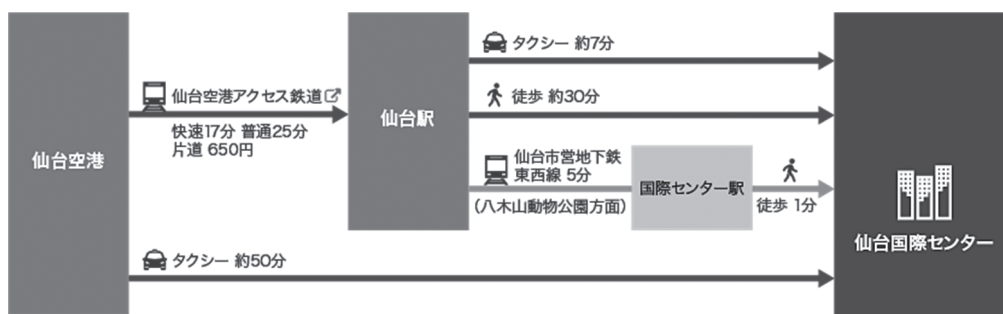
学術大会長 面澤 和子（弘前大学名誉教授）

1. メインテーマ：「つたえる ひろげる 学校保健」—伝統から新たな学校保健の未来をめざして—
2. 開催期日：平成29年11月3日(金), 4日(土), 5日(日)

3. 会 場：

- 11月3日(金) 宮城教育大学
〒980-0845 仙台市青葉区荒巻字青葉149番地 <http://www.miyakyo-u.ac.jp/>
- 11月4日(土)・5日(日) 仙台国際センター 会議棟
〒980-0856 仙台市青葉区青葉山無番地 <http://www.aobayama.jp/>

○仙台国際センターへのアクセス



「仙台」駅からは仙台市営地下鉄東西線が便利です。駅構内の案内に従って地下鉄乗り場にお進みください。
「八木山動物公園」行き乗車、「国際センター」駅下車（乗車時間5分，料金200円）
※「展示棟」と間違えないようご注意ください。

○宮城教育大学へのアクセス

仙台市営地下鉄東西線「仙台」駅から「八木山動物公園」行き乗車、「青葉山」駅下車（乗車時間9分，料金250円）。「青葉山」駅「北1出口」から大学正門まで徒歩約7分（ホームが地下6階にあります。下車してから大学正門までは15分程度かかります。ご注意ください）。

※「青葉山」駅の「北1出口」から外に出て、歩道を右方向へ進みます。そのまま歩道を歩いて行くと宮城教育大学に到着します（約650m）。

4. 主 催：一般社団法人 日本学校保健学会
5. 共 催：国立大学法人 宮城教育大学
6. 後 援：文部科学省，公益財団法人日本学校保健会，全国学校保健主事会，東北学校保健学会，青森県教育委員会，青森県学校保健会，岩手県教育委員会，岩手県学校保健会，秋田県教育委員会，秋田県学校保健連合会，宮城県教育委員会，宮城県学校保健会，仙台市教育委員会，山形県教育委員会，山形県学校保健連合会，福島県教育委員会，福島県学校保健会，宮城県医師会，宮城県歯科医師会，宮城県薬剤師会，仙台市医師会，仙台歯科医師会，仙台市薬剤師会，青森県養護教員会，秋田県養護教諭研究会，山形県養護教諭連絡協議会

7. 大会ホームページ : <http://jash64.umin.jp/>

8. 大会事務局

〒980-0845 仙台市青葉区荒巻字青葉149番地 宮城教育大学教育学部保健体育講座
黒川 修行 E-mail : jash64@ml.miyakyo-u.ac.jp

9. 運営事務局

(参加登録, 演題登録, 協賛, 宿泊に関するお問い合わせ)
(株)JTB東北地域交流・MICE事業部内
〒980-0804 仙台市青葉区大町1-4-1 明治安田生命仙台ビル4F
E-mail : jash64@th.jtb.jp TEL : 022-263-6716 FAX : 022-263-7481

10. 宿泊・交通

運営事務局 (株)JTB東北地域交流・MICE事業部内 E-mail : jash64@th.jtb.jp までお問い合わせください。

学会運営についてのご連絡

参加される皆様へ

※最新の情報は、第64回学術大会ホームページ (<http://jash64.umin.jp/>) にて必ずご確認ください。

1. 受付時間と場所について

総合受付は、11月4日(土)8:30~17:00, 5日(日)8:30~15:30に仙台国際センター会議棟2Fにて行います。

2. 参加証について

- ・事前参加申し込み(9月29日(金)まで)をされた方には、「参加証」を郵送します。

大会当日に、必ず持参してください。

また、総合受付にて参加証を提示してください。資料等をお渡しいたします。

※学生は、大会当日に、身分を証明できるもの(学生証など)をご持参ください。

- ・当日参加申し込み(9月30日(土)~大会当日)の場合

大会当日、総合受付にて「参加申込書」にご記入の上、参加の登録及び参加費の支払いを行ってください。参加証と資料等をお渡しします。

大会参加費：一般(会員・非会員)9,000円、学生4,000円、1日参加(非学会員のみ)4,500円

- ・講演集の購入をご希望の方

大会当日1冊3,000円で販売いたします。なお、数に限りがございますので、ご注意ください。

※会場内では参加証を入れたネームプレートを必ず着用してください。

3. 一般発表(ポスター)における「グッドマーク」シールの貼付について

第63回学術大会(筑波大学)の試みを引き継ぎ、参加者各自が良い研究だと思ったポスターに「グッドマーク」シールを添付して、称讚しあう試みを行います。シール2枚は、受付時にお渡しします。シールはポスター閲覧、討論の時間帯であれば、随時貼付できます。演題番号横の貼付スペースに貼ってください。なお、ポスターに直接貼らないように注意してください。

4. 大会当日の昼食について

11月4日、5日ともに、昼食時にランチョンセミナーを開催いたします。当日受付にて整理券を配布いたします。なお、数に限りがございます。会場内及び会場周辺の飲食店は限られています。あらかじめご承知おきください。

5. 呼び出しについて

会場内でのマイクを使った呼び出しは原則として行いませんので、ご了承ください。
なお、総合受付付近に連絡用ボードを準備いたしますので、そちらをご利用ください。

6. 企業展示、書籍販売、休憩場所について

2F桜にて、企業展示、書籍販売を行っております。また、休憩場所ともなっておりますので、どうぞ、ご利用ください。

7. 情報交換会について

平成29年11月4日(土)17:30より、仙台国際センター会議棟2F「桜」にて開催予定です。
学会会場内のホールです。多くの皆様のご参加をお待ちしております。
当日参加費：一般6,000円、学生3,000円

8. クロークについて

会議棟1Fに大きなお荷物等をお預かりするクロークを準備しております。11月4日(土)8:30~18:00、5日(日)8:30~16:00の時間帯でご利用いただけます。

9. 駐車場について

本会場には、駐車場がございます(有料です)。しかし、非常に少ない台数しか、駐めることができません。
公共交通機関をご利用くださいますようお願い申し上げます。

10. 託児サービスについて(有料)

11月4日、5日に、託児サービスを開設いたします。完全予約制となっております。ご予約のない方はご利用できません。詳しくは、第64回学術大会ホームページにてご確認ください。

11. 第64回学術大会本部について

11月4日、5日の第64回学術大会本部は、仙台国際センター会議棟2F「小会議室4」となっております。

演題番号について

一般発表演題(ポスター、口演、課題別セッション)には、それぞれ演題番号がついています。
P-001のように「P」から始まる演題番号は、ポスター発表です。
O-01のように「O」から始まる演題番号は、口演(口頭発表)です。
課題-01のように「課題」から始まる演題番号は、課題別セッションの演題です。
発表時間、会場等の詳細は第64回学術大会ホームページでご確認ください。

一般発表演題(ポスター発表)の方へ

1. ポスター掲示会場について

仙台国際センター会議棟2F 桜

2. 貼付時間・掲示時間・討論時間・撤去時間について

発表者は指定された発表日にご自身の演題番号(Pから始まる番号)が貼られているパネルにポスターを掲示してください。ポスター発表では座長制をとりません。指定された時間帯に、各自のポスターの前で参加者と討論してください。また、コメンテーターを置き、議論を活性化できるようにしたいと考えています。

11月4日(土)に発表の方

ポスター貼付時間：12:00~13:00、掲示時間：13:00~15:00、

討論時間：15:00~15:30(演題番号 奇数)、15:30~16:00(演題番号 偶数)

11月5日(日)午前に発表の方

ポスター貼付時間：8：30～10：00，掲示時間：10：00～11：00，

討論時間：11：00～11：30（演題番号 奇数），11：30～12：00（演題番号 偶数）

11月5日(日)午後に発表の方

ポスター貼付時間（可能な限り）：12：00～13：00，掲示時間：13：00～14：40，

討論時間：14：40～15：10（演題番号 奇数），15：10～15：40（演題番号 偶数）

なお，ポスター撤去については，

11月4日(土)発表分は，11月5日(日)9：00までに，

11月5日(日)午前発表分は，同日12：00頃までに，午後発表分は16：00までをお願いいたします。

撤去時刻を過ぎても貼付されているポスターは，第64回学術大会事務局にて処分いたします。ご了承ください。

3. ポスター作成要項について

ポスター発表用のパネルは幅120cm×高さ180cmのサイズを予定しております。A0サイズ（幅84.1cm×高さ118.9cm）程度の用紙は貼り付け可能となっております。なお，掲示用のプッシュピンなどは会場内に準備しております。

一般発表演題（口頭発表）の方へ

1. 発表時間について

発表時間8分，討論4分（計12分）です。7分で1鈴，8分で2鈴，討論終了時（12分）で3鈴鳴らして合図をいたしますので，時間を厳守してください。

2. 発表者受付について

発表はすべて11月5日(日)に行われます。発表者は，当日8：30～8：55までの間に発表会場前にて発表者受付を行ってください。また，パワーポイントを使用して発表を希望される方は，受付後，会場内発表用PCにデータファイルを入れてください。

パワーポイント使用の詳細につきましては，「3. パワーポイントの作成等」をご参照ください。

なお，配付資料がある場合は，各自で事前に印刷し，発表者受付時に受付担当者にお渡しください。必要部数は各自でご判断ください（第64回学術大会事務局では印刷いたしません）。

3. パワーポイントの作成等

学会で使用するパソコンのOSは，Windows7です。また，アプリケーションはWindows版PowerPoint2010/2013/2016です。Macで作成されたプレゼンテーションファイルにつきましては，各自で必ずWindowsパソコンで動作することを確認してください。なお，一般発表演題（口頭発表）においては，設置されているコンピュータ以外使用することはできません。ご了承ください。

・文字化けをできるだけ避けるために，以下のフォントの使用を推奨いたします。

日本語：MS明朝，MSゴシック，MSP明朝，MSPゴシック

英語：Arial，Century，Gothic，Times New Roman

・発表中に動画を使用すること，音声を流すことはできません。

・プレゼンテーションデータのファイル名は「演題番号_発表者氏名」としてください（例：O-01_宮城太郎）。「演題番号」はOで始まる，プログラムに記載された番号になります。

・発表用のデータはUSBメモリに保存して発表会場に持参してください。必ず，発表者受付時間内にご対応くださいますようお願いいたします。

・発表時の演卓には，ノートPC，マウス，レーザーポインタを用意します。スライド操作は，発表者ご自身で行ってください。

・演卓のPCに保存されたプレゼンテーションファイルは，学会終了後，第64回学術大会事務局が責任をもって破棄（消去）いたします。

一般発表演題（口頭発表）の座長の方へ

○座長受付及び進行について

座長の方は、原則として担当時間の20分前までに各会場の発表者受付にて受付をお済ませください。

また、進行は座長に一任します。指定された時間内にセッションが終了するように、進行をお願いします。

課題別セッションで発表される方へ

（運営等の詳細は第64回学会ホームページ、または第64回学術大会事務局からの連絡（メール）をご確認ください。）

・この課題別セッションの趣旨は、ある一つの課題に関連する発表に基づいて、現実的な課題と議論を意識したセッションです。1演題当たりの発表時間及び討論時間が、一般口演に比べて十分に長い持ち時間を設定しています。今回の発表時間は、20分程度に設定しました。また、ファシリテーターの援助により、円滑に討議が進められ、発表者や参加者からも、充実感をもった参加意見が、得られるものと考えられます。

なお、プレゼンテーションのためにPowerPointを使用する事ができます。PowerPointのプレゼンテーションファイルの作成にあたっては、上記「一般発表演題（口頭発表）の方へ」の「3. パワーポイントの作成等」をご参考ください。

○課題別セッションに関する基本的な進め方等については、以下の通りです。

- (1) 関連する複数題の各発表者から、研究や実践の概要と論点を発表していただきます（1演題約20分程度）。
- (2) その後、研究デザイン→方法→結果→今後の方向性など、発表内容を活かした討議の柱を立てて意見交換（討議）を進めます。意見が活発に出始め、論点が具体化したら、その流れに任せてください。
- (3) 討議の制限時間（約30分間程度）の数分前に討議を終了します。最後に発言したいことがないか等、皆で確認し、必要があれば発言を追加してください。
- (4) 参加者全員がお礼を述べ合うなどして、終了します（1セッション3演題の場合、計90分程度の発表・討議）。

学会プログラムの概要（最新の情報は、第64回学会ホームページにてご確認ください。）

11月3日(金) 場所：宮城教育大学

○学会行事

- 15：00～15：15 常任理事会 2号館2階 225教室
 15：20～15：50 第22回理事会 2号館3階 230教室
 16：00～17：30 第5回定時総会（代議員会） 2号館3階 230教室
 17：30～17：45 第6回臨時理事会 2号館3階 230教室
 18：00～19：00 役員情報交換会（Wiley先生をお招きして）

11月4日(土) 場所：仙台国際センター

- 9：30～10：00 学会長講演「米国保健教育と日本の学習指導要領—その比較から言えること—」
 演者：面澤 和子（弘前大学 名誉教授）
 座長：住田 実（大分大学）
- 10：10～11：40 招聘講師特別講演「The History of School Health in the US, Successes, and Current Problems/Challenges」(歴史からみた米国学校保健の成果と今後の課題)
 演者：David Wiley (Professor, Department of Health & Human Performance, Texas State University)
 座長：面澤 和子（弘前大学 名誉教授）
- 11：50～12：30 理事長挨拶、報告会、名誉会員推戴式等
- 12：40～13：40 ランチョンセミナー
 ・バイエル薬品株式会社
 ・大塚製薬株式会社
- 13：50～16：50 シンポジウム「子どもの命を守るための教職員の防災・安全意識をどう高めるか～これからの教員養成教育・教員研修に期待されている課題～」
 演者：戸田 芳雄（東京女子体育大学）、内田 良（名古屋大学）

渡辺 孝之 (東松島市立鳴瀬桜華小学校)
 指定討論者: 平塚真一郎 (石巻市立青葉中学校),
 千葉久美子 (元宮城県石巻高等学校), 小田 隆史 (宮城教育大学)
 座長: 数見 隆生 (宮城教育大学名誉教授), 植田 誠治 (聖心女子大学)
※本シンポジウムのみ, 一般公開の企画となっております。

- 14:00~15:00 特別講演 (日本創傷外科学会共催) 「形成外科医による外傷処置—こどものキズを痛みなく, 綺麗に治すコツ—」
 演者: 館 正弘 (東北大学大学院医学系研究科形成外科)
 座長: 衛藤 隆 (東京大学名誉教授)
- 15:30~17:00 国際交流委員会企画講演 「Dealing with Common Health Problems in School Settings: Perspectives of the School Health Team」 (学校下でよく起こる健康問題への取り組み: 学校保健チームの視点)
 演者: David Wiley 指定討論者: 大沼久美子 (女子栄養大学)
 座長: 照屋 博行 (九州共立大学), 香川 雅春 (女子栄養大学)
- 15:30~16:30 ティータイムセミナー・アレクシオンファーマ合同会社
 14:00~ 課題別セッション①, ②
 15:00~16:00 一般発表 (ポスター発表1: コアタイム)
 17:30~19:30 情報交換会 (仙台国際センター会議棟2F 桜)

11月5日(日) 場所: 仙台国際センター

- 9:00~10:50 編集委員会企画シンポジウム 「学校保健の研究力を高める—質的研究でわかること—」
 講師: 朝倉 隆司 (東京学芸大学)
 指定討論者: 池添 志乃 (高知県立大学), 竹鼻ゆかり (東京学芸大学)
 座長: 大澤 功 (愛知学院大学), 鈴江 毅 (静岡大学)
- 9:00~ 課題別セッション, 一般発表 (口演)
- 11:00~12:00 教育講演1 「養護の本質を求めて—葛西タカの養護教諭への歩みを通して—」
 演者: 盛 昭子 (元弘前大学 教授)
 座長: 小林 央美 (弘前大学教職大学院)
- 11:00~12:00 学会賞・学会奨励賞受賞式及び受賞講演
 11:00~12:00 一般発表 (ポスター発表2: コアタイム)
 12:20~13:20 ランチョンセミナー
 ・一般財団法人 電気安全環境研究所
 ・フェリング・ファーマ株式会社
- 13:40~15:30 学術委員会企画シンポジウム 「学校保健におけるメンタルヘルス」
 演者: 居崎 時江 (埼玉県立大学), 岩崎 和子 (高崎健康福祉大学)
 小林 朋子 (静岡大学), 近藤 卓 (日本ウェルネススポーツ大学)
 座長: 渡邊 正樹 (東京学芸大学), 森岡 郁晴 (和歌山県立医科大学)
- 13:30~14:30 教育講演2 「教育としての学校保健の課題—北方性教育の遺産から学ぶもの」
 演者: 数見 隆生 (宮城教育大学 名誉教授)
 座長: 佐藤 理 (福島学院大学)
- 14:40~15:40 教育講演3 「保健室のルポから見える子どもの現状と学校教育の課題」
 演者: 秋山 千佳 (ノンフィクションライター)
 座長: 宍戸 洲美 (帝京短期大学)
- 14:40~15:40 一般発表 (ポスター発表3: コアタイム)
 15:50~ 若手研究者セッション 「研究課題とどのように出会うか」
 代表者: 杉崎 弘周 (新潟医療福祉大学)
- 15:50~ 自由集会 「ショートストーリーで学ぶ養護教諭のスキルラダー」 ~ケースマネジメントのスキルアップ~
 代表者: 中村富美子 (静岡県沼津市立大岡小学校)

○各種委員会

法・制度委員会	11月4日(土)	12:40~13:20
学会誌編集委員会	11月5日(日)	12:00~13:00
学術委員会	11月5日(日)	12:00~13:00
国際交流委員会	11月5日(日)	12:00~13:00
渉外委員会	11月5日(日)	12:00~13:00
学会あり方委員会	11月4日(土)	12:50~13:40

○学会関連行事

11月3日(金) 場所:宮城教育大学

10:30~14:30	教員養成系大学保健協議会(教大協保健体育・保健研究部門)	2号館3階	231教室
9:00~17:00	日本教育大学協会全国養護部門 理事会, 総会, 研究委員会	2号館3階	236教室

会報

一般社団法人日本学校保健学会
第20回理事会議事録

日 時 平成29年7月9日 13時～15時20分

場 所 聖心女子大学1号館203教室

出席者 衛藤 隆 (理事長)・植田誠治・大澤 功・佐々木司・森岡郁晴・面澤和子 (常任理事)・羽賀将衛・土井豊・朝倉隆司・瀧澤利行・渡邊正樹・岩田英樹・鈴江 毅・村松常司・白石龍生・宮井信行・宮下和久・池添志乃・郷木義子・棟方百熊・住田 実・照屋博行 (理事)・数見隆生・三木とみ子 (監事)・七木田文彦 (事務局長)・内山有子・物部博文 (幹事) オブザーバー：黒川修行 (第64回学術大会事務局長), 玉江和義 (第65回学術大会事務局長)

理事長挨拶

- ・第18回議事録 (平成28年12月15日電磁による開催) および第19回理事会 (平成29年3月5日開催) 議事録の確認
- ・入退会者の確認

七木田事務局長より資料1に基づき平成29年2月26日から7年26日までの入会者, 退会者等についての報告があった。

1. 審議事項

1) 学会賞・学会奨励賞の選考について

友定保博学会賞選考委員会委員長の依頼により, 森岡常任理事より資料2に基づき学会賞・学会奨励賞の選考について説明が行われた。選考の方法, および選考経過について説明後, 候補論文の報告と選考理由の説明があった。審議の結果, 原案が承認された。学会賞論文として, 佐久間浩美氏の「いじめを容認する態度といじめに関わる役割行動に関する検討」, 学会奨励賞論文として, 我那覇ゆりか氏の「学校給食における食物アレルギー対応の実態および食物アレルギー対応児童生徒の割合に対する医師の診断の有無の影響」が受賞論文として選出された。

2) 特別委員会の人選について

衛藤理事長より資料3に基づき時限委員会「幼稚園保健管理調査委員会 (仮称)」について, 佐々木司常任理事, 内山有子幹事, 渡邊満美氏の内諾が得られたこと, また他に1名を推薦する予定であることについて報告があった。審議の結果, 原案が承認された。なお, 意見がある場合は衛藤理事長に連絡することとなった。

3) 「政府の教育勅語使用許容答弁に関する声明」について

渉外委員会岩田理事より資料4に基づき教育関連学会加盟学会として「政府の教育勅語使用答弁に関する声明」に賛同することについて提案があった。審議の結果, 本学会として賛同することが承認された。

4) 「日本学校保健学会倫理綱領」の一部修正について

植田常任理事より資料5に基づき疫学研究に関する倫理指針と臨床研究に関する倫理指針が統合されて新たな倫理指針が平成26年に制定, 平成29年に一部改正されたことを受け, 「日本学校保健学会倫理綱領」の一部修正についての改正案が提示された。審議の結果, 原案が承認された。

5) 学会企画研究の選考について

・森岡理事より学会企画研究についての申請締め切りを1か月延長した結果, 17件の申請があったこと, しかしながら, そのうちの4件については共同研究者に応募資格対象外の者が見られたため, 審査対象外とすることにしたという報告があった。次に審査対象資料に基づき, 高田千鶴氏の「知的障害特別支援学校におけるセクシャリティ教育の実施状況とその規定要因の検討」, および井出和希氏の「健康・保健教育の向上を目標とする学校健診情報の還元に向けた保護者ニーズの探索」の2件が選出されたという報告があった。審議の結果, 22名の出席理事のうち, 18名の賛成により原案が承認された。

なお, 数見監事より, 応募資格に「前年度会費納入者」の縛りがあり, その規定で4件が除外されたことを勘案し, 応募段階で応募者全員が正会員登録されていればいいのではないかとの意見があり, その規程に関しては今後学術委員会で検討することになった。

6) その他

・衛藤理事長より法人化以降, 学会の会計を9月始まり8月締めを実施してきたが, 正味財産の確定が困難なことから4月始まり3月締めに変更する必要があること, 最短として平成31年4月より年度の切り替えを目

指して検討したいという提案があった。七木田事務局長より選挙制度の改正をはじめとするウェブシステムの構築に多額の予算が必要であることから年度の切り替えが必要であるという補足説明があった。審議の結果、原案が承認され、本案件を10月の理事会の議案とすることとした。

- ・七木田事務局長より役員選挙の電磁化について、申し送り事項であるので意見をいただきたいという報告があった。

2. 報告事項

1) 飯田澄美子名誉会員、安藤格名誉会員の逝去について

衛藤理事長より資料6に基づき、飯田澄美子名誉会員、安藤格名誉会員の逝去について報告があった。七木田事務局長より学校保健研究に追悼文を掲載することが報告された。

2) 日本学校保健学会第63回学術大会の決算報告について

七木田事務局長より資料7に基づき、日本学校保健学会第63回学術大会の決算案について前回の理事会から追加された点について報告があった。

3) 日本学校保健学会第64回学術大会の進捗状況について（面澤第64回学術大会長）

面澤第64回学術大会長および黒川学術大会事務局長より資料8に基づき日本学校保健学会第64回学術大会の進捗状況と企画内容、演題登録等についての報告があった。

4) 日本学校保健学会第65回学術大会の進捗状況について（住田第65回学術大会長）

住田第65回学術大会長および玉江学術大会事務局長より資料9に基づき日本学校保健学会第65回学術大会（住田実学会長）の開催日、会場、学会の概要等について報告があった。なお、開催日は平成30年11月30日から12月2日、会場はホルトホール大分にて開催予定である。

5) 日本学校保健学会第66回学術大会選考の進捗状況について（関東ブロック）

瀧澤理事より第66回学術大会について東京都内の大学の理事に引き受けていただく予定であること、10月の理事会にて報告予定であることについて報告があった。

6) 名誉会員の依頼について

七木田事務局長より資料10に基づき名誉会員の推戴についての依頼説明があった。8月末までに推薦状を地区代表理事より提出いただくこと、事務局より書類のひな形を地区代表に送付することが報告された。

7) 編集委員会報告

大澤常任理事より資料11に基づき編集関連会務及び編集委員会報告があった。第1回編集委員会、第2回編集小委員会、第3回編集小委員会、論文投稿数および査読状況についての報告があった。特に一部の査読者に負担がかからないようにする必要性が報告された。また、今年度も学術大会で編集委員会企画が開催され、テーマを質的研究とすることも報告された。

8) 学術委員会報告

森岡常任理事より資料12に基づき学術委員会の報告があった。平成29年度企画研究テーマの募集、平成28年度企画研究テーマの第64回学術大会でのシンポジウム開催、採択された企画研究テーマ、学術大会の演題区分について報告された。

9) 法・制度委員会報告

植田常任理事より資料13・14に基づき法・制度委員会の報告があった。第16期の委員の決定、文部科学省のパブリック・コメントに対する本学会としての意見の提出、9月末締め会計の3月末締めへの変更、地方学会との連携、第64回日本学校保健学会における第15期法・制度委員会の申し送り事項の実行について報告があった。

10) 渉外委員会報告

宮下理事より資料15に基づき渉外委員会の報告があった。第2回渉外委員会、第3回渉外委員会、関連協議会への参加（教育関連学会協議会、公開シンポジウム「教育研究分野における若手育成」、全国公衆衛生関連学協会連絡協議会、「健やか親子21」推進協議会総会、日本スポーツ体育健康科学学術連合）についての説明があった。

11) 国際交流委員会報告

佐々木常任理事より別資料に基づき国際交流委員会の報告があった。第64回学術大会における外国人講師の招聘、学校保健研究への連載企画について報告があった。

12) 学会あり方検討委員会報告

面澤常任理事より朝倉隆司理事が副委員長に選出されたという報告があった。

13) 次回理事会の日時について

次回の理事会は、平成29年10月9日(月)に東京大学にて開催予定。

14) その他

- ・七木田事務局長より日本教育シューズの助成が決定したという報告があった.
- ・衛藤理事長より科学研究費の審査区分表の変更について報告があった.
- ・照屋理事より九州の集中豪雨についての状況報告があった.
- ・数見監事より新規会員の正会員資格の発生時について質問があり, 会費納入日であることが確認された.
- ・瀧澤理事より科研費のエントリーに関して学校保健の細目が消えたのは問題であり, 法・制度委員会や渉外委員会で意見を言う必要があるという意見があった.

以上

理事長	<u>衛 藤 隆</u>	ⓐ
議事録署名人	<u>数 見 隆 生</u>	ⓑ
議事録署名人	<u>三 木 とみ子</u>	ⓒ

渉外委員会からのお知らせ

1. 「教育関連学会協議会 第5回総会」の報告

教育関連学会協議会第5回総会が平成29年3月18日に学習院大学目白キャンパスで開催されました。平成31年夏に、世界教育学会大会 (World Education Research Association (WERA) 2019 Focal Meeting) が日本教育学会と合同開催されることがおおむね確定したことを踏まえ (会場は学習院大学の予定)、本協議会・関連学会においても企画を提案するなど積極的に参画していきたい旨が伝えられました。

※本総会の議事要旨：<http://ed-asso.jp/> (教育関連学会連絡協議会ホームページ)

2. 教育関連学会連絡協議会・公開シンポジウム「教育研究分野における若手育成」の報告

教育関連学会連絡協議会・公開シンポジウム「教育研究分野における若手育成」が平成29年3月18日に学習院大学目白キャンパスで開催されました。シンポジストの加野芳正氏 (香川大学)、池野範男氏 (広島大学)、松浦良充氏 (慶應義塾大学) から、教育研究分野における若手育成に向けた学会および大学における取組が紹介されました。学会の取組としては、若手会員のニーズ調査、会費・大会参加費等の減額、若手対象の各種セミナー開催等が報告されました。また、各教科教育分野において、ハンドブックの作成、コアカリキュラムの提案、研究法ハンドブックの編纂などが取り組まれていること等についても示されました。さらに、大学での若手育成においては、学問としての教育学研究を次世代へ継承していくことが難しくなっている現状がある中で、若手育成は単なる就職面や経済面での支援に留まらず、次世代を担う研究者をどう育て、何を託すのかについて本質的に問い直すべき現状に直面しているのではないかという指摘もありました。

3. 「第16回健やか親子21推進協議会総会」の報告

第16回健やか親子21推進協議会総会が平成29年3月2日に中央区立日本橋社会教育会館で開催されました。「健やか親子21」のシンボルマーク (子どもがのびのびと健やかに夢と希望を持って光り輝く星のようにという願いを込めた星形のマーク) の愛称について、282件の公募の中から審査、選出され、「すこりん」に決定したことや、「第5回健康寿命をのばそう! アワード (母子保健分野)」の厚生労働大臣最優秀賞・優秀賞の受賞者が応募34件の中から決定され、各受賞者から母子の健康増進を目的とする取組の報告などがなされました。また、「健やか親子21」の各テーマグループ (「国民への普及啓発・情報発信等」、「育児支援等」、「児童虐待防止・対応強化」、「調査研究やカウンセリング体制の充実・ガイドラインの作成等」) からそれぞれ活動報告がありました。日本学校保健学会が所属するテーマ「調査研究やカウンセリング体制の充実・ガイドライン作成等」グループからは、平成28年に中学、高校生を対象に行った「思春期に関する意識調査」の結果が報告されました。

※本総会の議事録：<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-koyou.html?tid=237773> (厚生労働省ホームページ)

4. 「平成29年度全国公衆衛生関連学協会連絡協議会総会」の報告

平成29年度全国公衆衛生関連学協会連絡協議会総会が平成29年4月28日に東京大学本郷キャンパスで開催されました。平成29年度役員選挙について、持ち回りにより日本学校保健学会が選挙管理委員長、衛生動物学会および栄養改善学会が選挙管理委員となりました。

※全国公衆衛生関連学協会連絡協議会 (全公連) ホームページ <http://www.japhsa.jp/>

5. 「日本スポーツ体育健康科学学術連合 平成29年度総会」の報告

日本スポーツ体育健康科学学術連合平成29年度総会が平成29年6月10日に明治大学駿河台キャンパスで開催されました。その中で、日本スポーツ体育健康科学学術連合第2回大会が平成29年9月7日に開催されることが報告されました。内容は、基調報告「ユネスコ主催スポーツ大臣会合 (MINEPSVI) と日本の国際スポーツ戦略」、シンポジウム1「『自分を発見し、自己と他者を尊重するための体育』をめざす—細胞から社会までを一貫して捉える学際的視点の重要性—」、シンポジウム2「小学校の体育を考える—子どもたちが21世紀をたくましく生き抜くために—」が予定されているとのことです。また、International convention on Science, Education and Medicine in Sport (ICSMIS) の日本開催に関する情報提供がありました。ICSMISは、パラリンピック夏季大会の開催国で4年ごとに合同科学会議として開催されているものであり、次回は2020年 (または2019年) に日本で開催されることが期待されています。そこで本学術連合の構成員による組織委員会を立ち上げて、検討していきたいという方針説明がありました。

※日本スポーツ体育健康科学学術連合ホームページ <http://jaaspehs.com/>

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（1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, [Background], [Objective], [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配慮を必要とする場合は, 研究方法の項目の中に倫理的配慮をどのように行ったかを記載する。

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

[定期刊行物] 著者名: 表題. 雑誌名 巻: 頁-頁, 発行年

[単行本] 著者名(分担執筆者名): 論文名. (編集・監修者名). 書名, 引用頁-頁, 発行所, 発行地, 発行年

—記載例—

[定期刊行物]

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

[単行本]

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 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29年(2017年)10月9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。

日本学校保健学会倫理綱領

一般社団法人日本学校保健学会は、本倫理綱領を定める。

前 文

一般社団法人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うえで行う。

(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「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成26年制定・平成29年一部改正、文部科学省・厚生労働省）を遵守する。

4 会員は、原則として児童の権利に関する条約を遵守する。

5 会員は、その他、人権にかかわる宣言を遵守する。

(改廃手続)

第5条 本綱領の改廃は、理事会が行う。

附 則 本規程は、平成25年10月14日理事会にて決議、平成25年10月14日より施行する。平成29年7月9日一部改正。

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

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の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。

ウィットイ著 **ギフテッド・チャイルド** 定価四九六八円

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

関連学会の活動

第65回 東北学校保健学会の開催報告

年次学会長 平元 泉 (秋田大学大学院医学系研究科 教授)

開催日時：平成29年9月2日(土) 開催場所：秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 大講堂

第65回東北学校保健学会は以下のように開催された。世話人会(12:10-13:10)、総会(13:15-13:30)を行った。昭和28年に第1回の学術集会在仙台で開催され、東北6県で持ち回り開催となり、秋田では10回目の開催である。参加者は、約40名と例年よりやや少なめだったが、大学で学校保健教育に携わっている教育・研究者、養護教諭に加えて、がん教育に関わる看護師、性教育に関わる助産師、HPS(ホスピタル・プレイ・スペシャリスト)の活動報告など多彩な発表があった。活発な議論がなされ、多職種の方々と交流する有意義な学会であった。特別講演から、秋田県は10代の妊娠中絶率が全国平均より低い理由には、秋田県の教育関係者と医師会を初めとする医療関係者との協働による実践活動の成果なのだという事を再確認することができた。

プログラム

I. 一般口演 (午前：演題1-12, 10:00~12:00), (午後：演題13-15, 14:40~15:10)

- 1 秋田県におけるがん教育の活動状況
 - 田沢美春, 安藤秀明 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)
- 2 がんの親をもつ子どもへの支援に関する知識や支援の現状
 - 阿部祐子, 眞壁幸子, 利緑, 安藤秀明, 伊藤登茂子(秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 臨床看護学講座)
- 3 児童と医療をつなぐホスピタル・プレイ・スペシャリストの関わり
 - 小山悦子 (NPO法人 日本ホスピタル・プレイ協会)
- 4 若年女子の月経セルフケアにおける月経用布ナプキンの効果
 - 山口れな (宮城県立こども病院), ○成田好美 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻)
- 5 グループワークを取り入れた性教育における中学3年生の学び
 - 工藤直子, 篠原ひとみ (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻)
- 6 体育科・保健体育科の教科書における月経に関連する記載内容
 - 一月経の正常と異常・月経随伴症状に関する保健指導への一考察一
 - 外 千夏 (青森中央学院大学看護学部), 葛西敦子 (弘前大学教育学部)
- 7 市内の幼稚園・保育所の給食における食物アレルギー対応に関する調査
 - 福土章子 (東北女子大学), 諸岡みどり (東北女子大学), 太田誠耕 (弘前大学)
- 8 病気等により運動制限がある子どもの体育授業時の対応について
 - 小口愛衣 (独立行政法人国立病院機構天竜病院), 平元 泉 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻)
- 9 ボディイメージとダイエット行動との関連性についての調査研究
 - 田山智英美 (株エムサービス), 伊藤常久 (東北生活文化大学短期大学部), 土井 豊 (東北生活文化大学)
- 10 養護教諭養成課程に在籍する学生の教育実習(保健)について
 - 原 郁水 (弘前大学教育学部教育保健講座)
- 11 助産師の行う思春期相談活動—地域の子どものニーズに応えて—
 - 木村菜津子 (竹田総合病院 総合医療センター), 吉田倫子 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻)
- 12 近年における中学生の「いじめ自殺」—データから見えてくること—
 - 瀧澤 透 (八戸学院大学健康医療学部)
- 13 仙台市小学6年生の身長・体重の年次推移について (2007年~2016年まで)
 - 黒川修行 (宮城教育大学教育学部保健体育講座), 赤池孝章 (東北大学大学院医学系研究科環境保健医学分野)
- 14 ダウン症児の肥満に関する調査—体脂肪率, BMIおよび歩幅, 歩行速度の変化から—
 - 伊藤由紀子 (由利本荘市立新山小学校), 平元 泉 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻)
- 15 小中学生のスポーツ検診の取り組み—運動器障害と柔軟性の評価—
 - 大高麻衣子, 平元 泉 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻), 皆川洋至 (城東整形外科), 松崎正史 (ソニックジャパン株式会社), 齊藤 明 (秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻), 石郷岡真巳 (城東整形外科)

II. 特別講演 (13:30~14:30)

「秋田県における思春期を対象とした性教育講座の実際~中学生, 高校生を対象にして~」

講師 志賀くに子 (日本赤十字秋田看護大学 教授), 座長 平元 泉 (学会長・秋田大学大学院教授)

お知らせ

**JKYBライフスキル教育ミニワークショップ
in名古屋2017開催要項**

主催 JKYBライフスキル教育研究会東海支部
共催 JKYBライフスキル教育研究会本部
後援 愛知県教育委員会 名古屋市教育委員会 (予定)

1. 日 時：2018年2月10日(土) 9：30～16：30
2. 会 場：東桜会館
(〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜2-6-30 Tel 052-973-2223)
3. 内 容：レジリエンシー (精神的回復力), ライフスキル, セルフエスティーム, 飲酒・喫煙・薬物乱用防止, いじめ防止等に関する教育の具体的な進め方, 実践発表
4. 講 師：川畑徹朗 (神戸大学名誉教授)
近森けいこ (名古屋学芸大学教授)
5. 参加費：別途テキスト代1,000円

	一般	JKYB会員及び学生
基礎コース (午前)	2,000円	1,500円
実践コース (午後)	2,000円	1,500円
基礎・実践コース (一日)	4,000円	3,000円

6. 申込方法 メールのみの受付となります。〈申込メ切 1/26(金)〉

下記の必要事項をご記入の上, 申込先メールアドレスに送信してお申し込みください。

【申込先メールアドレス】 jkybtokaiaichi@yahoo.co.jp

【件名の欄】

「WS東海2017申込 (氏名)」と御記入ください。(例)「WS東海2017申込 愛知太郎」

【参加申込メール必要事項】

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

*⑥のアドレスに詳細プログラム, 参加費振込先, 当日の持ち物等を配信します。

*申し受けた個人情報は本ワークショップ以外には使用しません。

問合せ先：JKYBライフスキル教育研究会東海支部事務局 (名古屋WS担当)

愛知県一宮市立南部中学校 養護教諭 坂井三代子

Tel 0586-28-8753 ※電話はお問い合わせのみ。受付はメールでお願いします。

お知らせ

JKYBライフスキル教育ワークショップ
近畿2017開催要項

1. 趣 旨 深刻化する児童・生徒の心の問題や、様々な健康課題の解決に有効なライフスキル教育の基礎理論と具体的指導法について参加型の学習形態で学び、学校で活用することを目的とする。
2. 主 催 JKYBライフスキル教育研究会近畿支部
共催 JKYBライフスキル教育研究会
3. 後 援 伊丹市教育委員会、綾部市教育委員会、大津市教育委員会（予定）
4. 日 時 平成29年11月23日(木)祝日 10:00~16:30（受付9:30より）
5. 会 場 兵庫県伊丹市立文化会館「いたみホール」 3階 大会議室
伊丹市宮ノ前1-1-3 Tel: 072-778-8788
6. 内 容 青少年の危険行動とライフスキル教育（基礎理論と実践）、ライフスキルを育む食生活教育、心の能力を育成する学級経営
7. 対 象 一般教諭、養護教諭、栄養教諭、管理栄養士、栄養士、保健師、学生、管理職・指導主事等
8. 講 師 神戸大学名誉教授 川畑徹朗
大阪市立大学大学院生活科学研究科特任教授 春木 敏
京都府綾部市立綾部小学校校長 村上元良
9. 参加費 2,000円（学生1,000円）（当日徴収いたします）
※別途テキスト代1,000円（当日テキストと引換に徴収いたします）
（第24、25回報告書のいずれかをお持ちの方はご持参下さい）
10. 参加申込方法
申込方法 メールでのみの受付となります。〈申込〆切 10月20日(金)〉
下記の必要事項を申込先メールアドレスに送信してお申し込みください。
【申込先メールアドレス】 lifeskill_jkyb_k@yahoo.co.jp
【件名の欄】「WS近畿2017申込（氏名）」とご記入ください。
（例）「WS近畿2017申込（近畿花子）」
【参加申込メール必要事項】
①氏名
②ふりがな
③所属（勤務先）
④職種
⑤連絡先電話番号
⑥連絡先メールアドレス（パソコンのメールアドレスのみ、携帯メールアドレス不可）
⑦今までのJKYB主催のワークショップ参加回数

*⑥のアドレスに詳細プログラム、当日の持ち物等を配信します。
*申し受けた個人情報には本ワークショップ以外には使用しません。
11. 問い合わせ先 事務局 吉田 聡 Tel: 077-522-6719
E-mail: lifeskill_jkyb_k@yahoo.co.jp

お知らせ

**JKYBライフスキル教育ワークショップ
関東2017**

1. **趣 旨** 日常生活で生じる様々な問題を適切に解決し、自分らしく前向きに生きる力を育成するライフスキル教育を、参加型の学習形態で学ぶ。
2. **主 催** JKYBライフスキル教育研究会関東支部
共催 JKYBライフスキル教育研究会 埼玉県川口市教育委員会
3. **後 援** 埼玉県蕨市教育委員会 (公財)日本学校保健会 (申請中)
4. **日 時** 平成29年11月25日(土) 8:30~17:30 (受付8:10開始)
5. **会 場** 川口市立教育研究所 〒333-0853 埼玉県川口市芝園町3-17
JR京浜東北線 蕨(わらび)駅(西口) 徒歩6分
・東京 駅~蕨(わらび)駅 約35分
・羽田空港~蕨(わらび)駅 約1時間20分
・大宮 駅~蕨(わらび)駅 約25分
6. **講 師** 神戸大学大学院名誉教授 川畑 徹朗 先生
兵庫教育大学大学院教授 西岡 伸紀 先生
7. **参加コース** 基礎(初参加者)コース, 応用コースの2コースで開催予定
8. **参加費** JKYB会員 3,000円 一般 3,500円 学生 2,500円
※プログラムの内容により, テキスト代別途1,000円かかる場合があります。
9. **申し込み方法** 8月21日より, JKYBライフスキル教育研究会関東支部のホームページ (<http://jkybkanto.jp/>) から申し込んでください。
・申込みとあわせて, 以下の「参加費振込先」に参加費を振り込んでください(11月17日締め切り)。参加費の振込が確認できた時点で「申し込み完了」とさせていただきます。

参加費振込

郵便局(ゆうちょ銀行ではありません)から次の口座にお振込みください。

〈加入者名〉「JKYB健康教育ワークショップ関東」
〈口座番号〉00130—1—571164

- ・振り込まれた参加費は、原則として返金いたしません。
 - ・当日のプログラム, 持参物等につきましてもホームページでご確認をお願いします。
 - ・今回は100名の参加を予定しています。定員になり次第, 締切りとさせていただきます。
8. **問い合わせ先** 関東支部事務局 支部長 並木茂夫 (公財)日本学校保健会事務局顧問 元公立中学校長)
携帯090-2231-3678 *電話はお問い合わせのみで受付はいたしません。

お知らせ

茨城大学教育学部養護教諭養成課程 4年課程 40期卒業記念・大学院養護教育専攻設置20周年記念行事ご案内

国立大学法人茨城大学教育学部養護教諭養成課程は、諸方面のご支援・ご協力により平成29年度で4年制課程設置後40期生の卒業を迎えます。平成9年に大学院養護教育専攻が設置されて20周年を迎えます。これらのことを記念しまして、下記のとおり記念行事を開催いたします。会員諸氏はもとより、学校保健関係者お誘い合わせのうえ、多くの皆様にお越しいただけることを願っております。

記

1. 日 時 2018年1月6日(土) 10:00~16:00
2. 会 場 記念式典・講演・座談会: 10:00~13:00 茨城大学講堂 (〒310-8512 水戸市文京2-1-1)
記念祝賀会: 14:00~16:00 ホテルレイクビュー水戸 (〒310-0015 水戸市宮町1-6-1)
3. 参加費 記念式典のみ: 500円 (記念誌・故小倉学教授の遺稿冊子)
記念祝賀会: 8,000円 (記念誌・故小倉学教授の遺稿冊子を含む)
4. 記念行事次第
 - 1) 記念式典
 - (1) 記念講演 演者: 大谷尚子 (茨城大学名誉教授)
演題「未来を生きる養護教諭と養護活動—過去・現在との対話を通して— (仮題)」
 - (2) 記念リレー座談会「養護教諭として生きること—子どもと社会に向き合って— (仮題)」
座長: 中村朋子 (茨城大学名誉教授)
茨城大学養護教諭養成所 (1年課程) 卒業生
茨城大学養護教諭養成所 (3年課程) 卒業生
茨城大学教育学部養護教諭養成課程 (4年課程) 卒業生
茨城大学大学院教育学研究科養護教育専攻修了生
 - 2) 記念祝賀会
5. その他
 - 1) 日本教育大学協会全国養護部門会員には別途ご案内状を後日送付いたします。
 - 2) 当日は駐車スペースに限りがありますので、公共交通機関でのご来場をお願いいたします。
 - 3) 詳細な情報は順次ホームページで更新いたします。(http://yk2000.edu.ibaraki.ac.jp/)
6. 連絡先: 〒310-8512 水戸市文京2-1-1 茨城大学教育学部養護教諭養成課程 (担当: 稲川・瀧澤)
TEL & FAX 029-228-8650

お知らせ 第19回国際スクールナース学会 (2017) の概要報告

The 19th Biennial School Nurses International Conference (SNI)

本年7月に開催された第19回国際スクールナース学会の概要を報告する。18か国から138名が参加した。4つの全体講演、30の口頭発表(分科会)、12のポスター発表があった。日本からは合計12(8+4)名が参加し、発表は口頭1演題、ポスター3演題であった。プログラムとして、7/24(月)ウエルカムレセプション、7/25(火)14:30-18:00カリフォルニア州立大学附属ベニオフ子ども病院見学ツアー、7/26(水)13:45-20:00市内見学及びサンフランシスコ湾クルーズ、7/28(金)11:00~12:00閉会行事(その後、写真撮影)が組まれていた。

1. 開催日時: 2017(平成29)年7月24日(月)18:00~28日(金)12:00
2. 会場: 米国カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校(学内2会場と宿舎(朝食は食堂)利用)
3. 学会長: Lois Schultz Grant(CAスクールナース指導主事他), 副学会長: Pat Christie
4. 実行委員会: カリフォルニア州及びサンフランシスコスクールナース協会,
5. 発表等日程: ホームページ参照 (<http://www.19thsni.org/>)
6. 参加国: 18か国(発表13か国: アメリカ, アイルランド, イギリス, オーストラリア, ケニア, スイス, スウェーデン, スロベニア, タイ, ナイジェリア, 日本, フィリピン, レバノン)(その他参加国: エチオピア, オランダ, カメルーン, ガーナ, デンマーク)
7. 参加者数: 138名(1名は入国不可. 発起人で名誉会長のMary Henley氏は疾病のため欠席.)
8. 発表等: 全体講演の演者, 演題名は1)に示した通りである.
 - 1) 全体講演(4演題)
 - ① 青少年の健康の新たな傾向と学校保健の役割 7月25日(火)午前(45分)
(バレンティナ バルターク(スイス): WHO母体, 新生児, 小児・思春期保健部)
 - ② 状況を変化させる: 子どもと家族の健康・福祉の保護と促進 7月25日(火)午前(45分)
(ウエンディ ニコルソン(英国): イングランド公衆衛生局主任看護師)
 - ③ 児童生徒を学校生活で成功させる41の方法を学ぶ 7月27日(木)午後(1時間)
(アン アーレスマン(米国): プロジェクトコーナーストーン(YMCA))
 - ④ 私たちの間の性的人身売買の被害者を認識する-自分自身で話すことができない人のために話す
(ティナ ポールソン(米国): ARC人身売買プログラム・ディレクター) 7月28日(金)午前(2時間)
 - 2) 分科会での口頭発表 30演題(1演題45分)
 - 3) ポスター発表(12演題)
7月26日(水)及び27日(木) 12:00~13:30 討論
9. 日本人の発表(4演題)及び参加者(12名)
 - 1) 口頭発表1 小学校低学年用保健学習カリキュラム作成試案と養護教諭の関わり
(面澤和子: 弘前大学名誉教授)
 - 2) ポスター発表3
 - ① 小・中学校教員の精神保健管理における養護教諭の役割(高橋佐和子: 聖隷クリストファー大学, 他3名)
 - ② 日本における養護教諭のためのスキルラダーの開発第1報(中村富美子: 沼津市立大岡小学校養護教諭, 中村千景: 帝京短期大学, 他2名)
 - ③ 同上 第2報(内山有子: 東洋大学, 他3名)
 - 3) 他の参加者(3名+4名): 小林央美, 新谷ますみ(弘前大学), 大川尚子(関西福祉科学大学), 及びインターナショナルスクールの看護師4名.
10. 各国代表者会議: 7月26日(水)昼に各国2名ずつの代表者が集まり, 学会のあり方や次回開催国等について話し合った. 日本の代表2名は面澤和子(前弘前大)とJulie Hudson(OSHNA(海外スクールナース協会)会長・沖縄). 次回開催国はスウェーデンと決まり, 宣伝動画が紹介されたが, 最終日まで秘密にすることが約束された.
11. 次回の第20回SNI学会の開催地: スウェーデン・ストックホルム市(2019年7月下旬).

プログラム一覧

Session	Topic	Speaker
19th SNI Welcome Reception	July 24, 6:00 PM - 8:00 PM	Various
19th SNI Opening Ceremony	July 25, 9:00 AM - 10:00 AM	Various
19th SNI Plenary Session	July 25, 10:30 AM - 12:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 25, 1:30 PM - 3:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 25, 3:30 PM - 5:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 25, 6:00 PM - 7:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 26, 9:00 AM - 10:30 AM	Various
19th SNI Plenary Session	July 26, 11:00 AM - 12:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 26, 1:30 PM - 3:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 26, 3:30 PM - 5:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 26, 6:00 PM - 7:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 27, 9:00 AM - 10:30 AM	Various
19th SNI Plenary Session	July 27, 11:00 AM - 12:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 27, 1:30 PM - 3:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 27, 3:30 PM - 5:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 27, 6:00 PM - 7:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 9:00 AM - 10:30 AM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 11:00 AM - 12:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 1:30 PM - 3:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 3:30 PM - 5:00 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 6:00 PM - 7:30 PM	Various
19th SNI Plenary Session	July 28, 8:00 PM - 9:30 PM	Various



報告: 面澤 和子(弘前大学名誉教授)

1. ホームページ表紙
2. 7/28(金) 最終日の記念写真(事務局提供)

編集後記

本学会に加えていただき早30年以上の年月が過ぎた。その最初の段階から私がこだわっている課題がある。それは投稿論文の種類の問題である。初期には、自分が関わった論文が「原著」にしてもらえないことに不満を持った。学会運営に関わるようになってからは、「原著」として掲載される論文がどんどん減り「報告」が増えることに問題を感じ、会員の声（46巻6号）に投稿した上で理事会でも問題提起した。そして今編集委員として、「原著」「研究報告」という「レッテル」に信頼性があるのかということに課題を感じている。

当学会のシステムを簡単に説明すると、論文の種類は編集委員会において慎重に審議した上で決定されることになっている。しかし、実際問題として、編集委員以外の2名に査読をお願いして、そこで論文の種類に関しても判断いただくので、「原著」として投稿されても2名の査読者が「研究報告」と判断すると覆されることはほとんどない。そして、査読者の判断は厳しい場合が多く、極めて優れた論文か、「甘い」査読者に当たらなくては

「原著」にはならない。

私自身は「甘い」査読者になるのかもしれない。学校保健研究、日本公衆衛生雑誌、日本健康教育学会誌など合わせて50回は査読をしているが、「原著」で投稿された論文を「研究報告」（あるいは「報告」）が妥当と判断したことはほとんどない。なぜなら、「原著」と「研究報告」の違いは、投稿規程にあるように「独創性に富む」かどうかであり、ほとんどの論文はそれなりに独創性をもっているからである（ない場合には、その結果の価値によって「資料」か「掲載不可」かを定める）。また、査読意見自体には概ね信頼性があるが論文種類の判断には信頼性が乏しいと感じていることとそもそも学会賞等の選考ならいざしらず査読者は論文の優劣を決める立場ではないという考えによる（論文の優劣は一部の人間ではなく、広く読者が決めるのが研究の世界ではないか）。

編集委員として検討を続けるつもりだが皆様のご意見も聞きたいところである。

（高橋浩之）

「学校保健研究」編集委員会	EDITORIAL BOARD
編集委員長 大澤 功（愛知学院大学）	<i>Editor-in-Chief</i> Isao OHSAWA
編集委員 鈴江 毅（静岡大学）（副委員長） 池添 志乃（高知県立大学） 北垣 邦彦（東京薬科大学） 佐々木 司（東京大学） 住田 実（大分大学） 高橋 浩之（千葉大学） 竹鼻ゆかり（東京学芸大学） 土井 豊（東北生活文化大学） 宮井 信行（和歌山県立医科大学） 森田 一三（日本赤十字豊田看護大学）	<i>Associate Editors</i> Takeshi SUZUE (Vice) Shino IKEZOE Kunihiko KITAGAKI Tsukasa SASAKI Minoru SUMITA Hiroyuki TAKAHASHI Yukari TAKEHANA Yutaka DOI Nobuyuki MIYAI Ichizo MORITA
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59巻 第4号	2017年10月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 59 No. 4	(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 :

Strategic Doing: Addressing the Realities of School Health in a Modern World
.....David Wiley 227

Original Article :

Factors Relating to the Mental Health and Resilience of Children Affected
by the Great East Japan Earthquake: A Survey of Students Inside and
Outside the Disaster AreaRie Sakai, Nobuaki Morita 230

Evaluation of Effect of Disinfection by Pupil Absence Rate
in Small Elementary SchoolsSatoe Fujii, Akira Okamoto, Chie Fujii 242

Research Report :

Survey on the Actual Function of School Health Staff in Thua Thien Hue Province,
VietnamMegumi Ando, Shinji Kubota 250

Relationship between Academic Performance and Mental Health
in University Students: Secular Change in Basic Scholastic Achievement
.....Ryo Horita, Akihiro Nishio, Mayumi Yamamoto 269

Research Note :

Experiences and Thoughts of *Yogo* Teachers in Miyagi Prefecture
about Management of Evacuation Center at School: A Questionnaire
Survey Conducted in the Third Year after the Great East Japan Earthquake
.....Yuko Naito, Misako Nishino, Masahiro Hirakawa 276

Survey of *Yogo* Teachers' Experiences Providing Counseling on Cyberbullying
to Junior and Senior High School Students in Japan
.....Ryohei Terao, Noriyo Kaneko, Michiyo Higuchi 288

Serial Articles : Learning New Findings of School Health by Reading English Papers

1. Association between Childhood Exposure to Bullying and Severe Adulthood
Psychiatric OutcomesTsukasa Sasaki, Yuko Kitagawa 295