

2018年 8 月20日発行

ISSN 0386-9598

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2018 Vol.60 No.3

目 次

安藤志ま先生 追悼文138

安藤格先生 追悼文（再掲載）140

巻頭言

◆精神保健リテラシーと学校：

カナダと日本における精神保健教育の学校現場への導入141

スタンリー・クッチャー, 佐々木 司, イーフェン・ウェイ

総 説

◆教育現場にエビデンスに基づく実践を広めるためには何をすればよいか...150

山口 智史, 佐々木 司

原 著

◆睡眠負債のある高校生に対する睡眠促進行動メニューの作成154

田村 典久, 田中 秀樹

研究報告

◆性教育の授業を受けている中学3年生が体験する内的世界166

吉森 容子

◆中学校保健学習における健康・安全の問題に対する

「重大性」と「罹患性」の自覚の実態.....179

佐見由紀子, 植田 誠治

一般社団法人
日本学校保健学会

学校保健研究

第60巻 第3号

目 次

安藤志ま先生 追悼文	138
安藤格先生 追悼文（再掲載）	140

巻頭言

スタンリー・クッチャー, 佐々木 司, イーフェン・ウェイ 精神保健リテラシーと学校：カナダと日本における精神保健教育の学校現場への導入	141
---	-----

総 説

山口 智史, 佐々木 司 教育現場にエビデンスに基づく実践を広めるためには何をすればよいか	150
--	-----

原 著

田村 典久, 田中 秀樹 睡眠負債のある高校生に対する睡眠促進行動メニューの作成	154
---	-----

研究報告

吉森 容子 性教育の授業を受けている中学3年生が体験する内的世界	166
佐見由紀子, 植田 誠治 中学校保健学習における健康・安全の問題に対する「重大性」と「罹患性」の自覚の実態	179

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第65回学術大会開催のご案内（第4報）	188
機関誌「学校保健研究」投稿規程	194
お詫びと訂正（安藤格先生 追悼文）	200

関連学会の活動

第75回北陸学校保健学会の開催と演題募集のご案内	199
日本教育保健学会「第16回年次学会」「2018年度第1回フォーラム」のご案内	200
第66回東北学校保健学会開催のご案内	201

編集後記	202
------------	-----



故 安藤志ま 先生 略歴

大正 6 (1917) 年 2 月 15 日生

- 昭和 8 年 (1933) 3 月 名古屋市医師会附属看護産婆学校卒業看護婦
- 8 年 (1933) 4 月 名古屋市中区楠病院看護婦
- 11 年 (1936) 4 月 岐阜県施行産婆試験検定合格産婆 (助産婦)
- 14 年 (1939) 4 月 名古屋市役所体力課健康指導所
(結核学童担当 市立梅森光風園に勤務) 看護婦
- 17 年 (1942) 4 月 名古屋市吹上小学校看護婦・養護訓導
- 18 年 (1943) 7 月 愛知県施行養護訓導免許状交付養護訓導 (養護教諭一級)
- 20 年 (1945) 3 月 金城女子専門学校附属夜間高等女学校卒業
- 20 年 (1945) 4 月 愛知第一師範学校附属愛知県国民学校教員養成所訓導
(小学校教諭一級・中学校教諭二級)
- 20 年 (1945) 9 月 北設楽郡田口小学校, 設楽教育事務所養護訓導兼任主事
- 26 年 (1951) 8 月 西春日井郡新川町立新川中学校養護教諭
- 33 年 (1958) 4 月 愛知県教育委員会保健厚生課指導主事
- 33 年 (1958) 4 月 愛知県立養護教諭養成所非常勤講師 (昭和 45 年 3 月まで)
- 33 年 (1958) 4 月 愛知県立保健婦学院非常勤講師 (昭和 47 年 3 月まで)
- 37 年 (1962) 4 月 愛知学芸大学養護教員養成課程非常勤講師
(昭和 45 年 3 月まで)
- 47 年 (1972) 4 月 瑞穂短期大学教授 (平成 2 年 3 月まで)
- 47 年 (1972) 10 月 5 日 文部大臣表彰 (教育制度制定百年記念教育功績者)
- 48 年 (1973) 日本学校保健学会評議員及び幹事 (現理事) (平成 2 年まで)
- 49 年 (1974) 文部省保健体育審議会委員 (昭和 58 年まで)
- 57 年 (1982) 10 月 27 日 秋の園遊会招待 (文部省保健体育審議会委員功績者)
- 59 年 (1984) 第 27 回東海学校保健学会学会長
- 平成 2 年 (1990) 10 月 25 日 文部大臣表彰 (短期大学教育 40 周年記念教育功績賞)
- 2 年 (1990) 11 月 3 日 勲四等瑞宝章授賞 (教育功績者)
- 4 年 (1992) 11 月 第 39 回日本学校保健学会学会長
- 30 年 (2018) 1 月 10 日 逝去 享年 100 歳

故 安藤志ま先生のご逝去を悼んで

日本学校保健学会名誉会員安藤志ま先生が平成30（2018）年1月10日にご逝去されました。ここに謹んで哀悼の意を申し上げ、追悼の一文を捧げます。

安藤先生は、看護婦、助産婦の資格取得後、養護訓導（養護教諭一級）となられました。民間病院に看護婦として勤務後、名古屋市、愛知県の小中学校等に看護婦、養護訓導、養護教諭として勤務されました。

昭和33（1958）年から、愛知県教育委員会保健厚生課（現保健体育スポーツ課健康学習室）で指導主事として勤務されました。

昭和47（1972）年から平成2（1990）年迄、学校法人瀬木学園瑞穂短期大学（現愛知みずほ短期大学）教授としてご勤務されました。

教職歴としては、上記の瑞穂短期大学に加えて、昭和33（1958）年から同45（1970）年迄、愛知県立養護教諭養成所、昭和33（1958）年から同47（1972）年迄、愛知県立保健婦学院、昭和37（1962）年から同45（1970）年迄、愛知学芸大学（現愛知教育大学）養護教員養成課程の非常勤講師も務めておられます。

文部省（当時）、学会関係の役職としては、文部省保健体育審議会委員を昭和49（1974）年より10年間務められました。日本学校保健学会では、多年にわたり評議員、幹事（現理事）を務められ、平成4（1992）年11月には、第39回日本学校保健学会会長、昭和59（1984）年には、第27回東海学校保健学会会長も務めておられます。

著書は東山書房から「養護教諭の執務のすすめ方」、「養護教諭月別執務のすすめ方」、「保健学習のすすめ方」等、単著3冊、「学校保健の情報科学」をはじめ、「養護実習」、「養護教諭の職務」、「健康科学の課題と展望」（故伊藤章教授退官記念論集）等、共著4編、ぎょうせいより「健康観察のすすめ方」、「保健指導の実践活動」、「保健室経営のすすめ方」等、単著3冊、「保健指導（子どもの健康な成長を願って）」共著1編、「子どもの心と体力づくり」（明治図書）、「公衆衛生学」（学術図書出版）等、養護教諭の保健室の職務のすすめ方等に関して、数多くのご著書を上梓され、「安藤先生のご著書を教科書として勉強した」という養護教諭の先生が多数おられます。平成2（1990）年には、集大成として「灯」（東山書房）を刊行しておられます。

日本学校保健学会、全国学校保健研究大会（現日本学校保健会）、東海学校保健学会等だけでなく、全国各地の県、市教育委員会養護教諭研修会等で何度も講演されています。

このように、わが国の養護教諭の大先覚者であり、養護教諭養成に関しても、多大のご足跡を残されました。

これらのご功績に対して、文部大臣表彰、園遊会招待、勲四等瑞宝章ご授賞等、数々の栄誉を受けておられます。

私は、安藤先生と日本学校保健学会、東海学校保健学会で、多年にわたりご交誼をいただき、第39回日本学校保健学会では、筆頭副会長として学会運営のお手伝いをさせていただきました。

また、平成15（2003）年9月に東海学校保健学会の50周年記念事業を開催致しました際には、理事長として安藤先生に感謝状を差し上げています。

東海学校保健学会は、2ヶ月毎に東海学校保健学習会を開催しており、安藤先生はお元気な時には毎回出席されました。毎年恒例の忘年会では、日本酒（熱燗）を楽しみました。

安藤先生は「養護教諭はしっかり勉強しなくてはいけない」とおっしゃられ、当時教授としてご勤務の瑞穂短期大学を会場にサマーセミナー（東海学校保健学会学校保健研修会）を毎年開催しておられました。私も講師として何度も参加させていただきました。

私事になりますが、私は名古屋大学を定年後、愛知学院大学に引き続き、5年前より瑞穂短期大学と同一法人の愛知みずほ大学に勤務させていただいており、これも安藤先生のお引き合わせではと存じます。

安藤先生のご生前からのご遺命を受け、去る平成30（2018）年4月8日に発起人代表として「安藤志ま先生を偲ぶ会」をホテルキャッスルプラザ（名古屋）で開催させていただいたところです（経費は全て安藤先生がご用意）。大塚知津子学校法人瀬木学園理事長・愛知みずほ短期大学長、瀬木和子同前理事長の他、愛知教育大学後藤ひとみ学長、村松常司本学会理事・東海学校保健学会理事長、大澤功本学会常任理事・本誌編集委員長等、約70名が集まり、盛大かつ厳粛に安藤先生のご遺徳を偲びました。

安藤志ま先生、安らかにお休み下さい。 合掌

（日本学校保健学会名誉会員 愛知みずほ大学長 佐藤祐造）



故 安藤 格 先生 略歴

大正 9 年12月14日 大分県豊後高田市に出生

昭和15年 福岡高等学校卒業
昭和18年 九州帝国大学医学部卒業
昭和23年 九州大学医学部小児科教室に入局
昭和24年 大分共済病院小児科部長に就任
昭和31年 大阪市立大学医学部小児科助教授に就任
昭和44年 大阪教育大学養護教諭養成所教授に就任
昭和52年～55年 大阪教育大学学長に就任

故 安藤 格 先生のご逝去を偲ぶ

日本学校保健学会名誉会員，近畿学校保健学会名誉会員，勲 4 等叙勲

ご逝去 平成29年 4 月21日 享年96歳

任期満了による退職後は医誠会東舞鶴病院副院長として平成23年 3 月まで勤務され，第 1 線で老人医療に活躍されました。

九州帝国大学ご在任中は故円城寺教授のご指導による「医は教育なり，教育は医なり」の信念に基づく実践研究に従事されました。大阪市立大学時代は故高井教授のご指導で大阪大学心理学教室との共同研究を行い，戦後のわが国児童生徒の“発達加速現象”の先駆的研究やパリ国際小児センターで開催された“社会小児科学・結核の予防と治療”に参加され，その成果を日本学校保健学会，日本小児科学会などに発表され，多くの論文は同時代の研究者を刺激するところとなりました。

また，アレルギーの分野ではぜん息児の野外キャンプや水泳教室による鍛錬治療の指導など，時代に先駆ける集団入院治療の実践に貢献され，児童生徒の健全な発育発達のための研究と学校教育の向上に尽力されました。これらの成果は「大阪地区における環境破壊と学校教育改善に関する研究」にまとめて，発表されました。先生の歩みは臨床医としての実践的治療と教育者として児童生徒の健康的な発育発達の社会環境の醸成のために真摯に取り組まれた一生であったと心からの尊敬の念を抱きつつお別れの言葉にさせていただきます。先生，長い間ごくろうさまでした。

合掌

(元大阪教育大学教授 堀内康生)

Preface

Mental Health Literacy and Schools: Effectively applying a similar model to help build good youth mental health outcomes in Japan and Canada

Stanley Kutcher, MD^{*1} Tsukasa Sasaki, MD, PhD^{*2} Yifeng Wei, PhD^{*1}

^{*1}*Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada*

^{*2}*Laboratory of Health Education, Graduate School of Education, The University of Tokyo, Tokyo, Japan**

Introduction

Global awareness of the importance of addressing mental health in school settings has recently become a topic of considerable interest¹⁾. In Canada, calls for investment in improving mental health outcomes and rapid access to mental health care for young people²⁾ have raised awareness of the importance of using schools to address youth mental health concerns. These have echoed strategic considerations that were earlier identified in the seminal work of the Canadian Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology³⁾ and Evergreen, a national child and youth mental health framework for Canada⁴⁾. As Canada is a federation of Provincial and Territorial jurisdictions, these federal directions are not binding and while awareness has been raised and activities are underway across the country, the national landscape is a patchwork of various policies and strategic initiatives.

Regretfully, there has been no recent advance in the Japanese government policy about further development of mental health education in schools. In the wake of a number of suicides that occurred in students who had been bullied in school and following substantial media and public concerns, an act for prevention of bullying in school was passed in 2015. One of 47 prefectural Governments of Japan has decided to employ a questionnaire screening intervention using iPad technology to assess mental health status and risk of suicide in students who visit health rooms in high schools⁵⁾ with an intention to reduce the number of suicides in students in their prefecture. The outcomes of these policy directions are not yet known.

Other settings have also begun to address the issue of school mental health. For example, the European Commission has identified the importance of this issue⁶⁾. Similarly, the recent report to the UK Parliament, Transforming Children and Young People's Mental Health Provision: a Green Paper⁷⁾ highlights the potential role of schools in enhancing mental health outcomes for young people. Policy frameworks to enable

school mental health interventions have been available in many parts of the United States of America for some time⁸⁾, as well as in China⁹⁾, Singapore¹⁰⁾ and Australia¹¹⁾ to identify but a few examples. The impact of these policy initiatives on substantially improving youth mental health and mental health literacy outcomes is yet to be well documented.

Although addressing mental health needs in school settings is a complex issue¹²⁾ and includes such challenges as coherent policy, funding, governance, evaluation of outcomes and models of clinical service delivery, school mental health literacy is a foundation that all other components need to be built on. Without mental health literacy of administrators, teachers and students, successful interventions to improve various mental-health-related outcomes will not be possible.

Mental Health Literacy

Mental health literacy (MHL) is a derivative of health literacy, which according to the World Health Organization (WHO) is key to improving health outcomes at both population and individual levels¹³⁾. The impact of health literacy on health outcomes is substantial. As the WHO has noted, health literacy is "a stronger predictor of an individual's health status than income, employment status, education and racial or ethnic group". Similarly, MHL is key to improving mental health outcomes at both population and individual levels¹⁴⁾¹⁵⁾.

Health literacy has evolved from its initial focus on the ability of patients to read and understand health information¹⁶⁾ to its present iteration of a combination of knowledge and competencies that can be used to improve health outcomes¹³⁾. Similarly, MHL has evolved from its earlier illness information constructs as outlined in the pioneering work of Jorm¹⁷⁾.

Arising from and compatible with the WHO approach to health literacy, the current definition of MHL includes four distinct but related components. These are: 1) understanding how to obtain and maintain good mental health; 2) understanding mental dis-

orders and their treatments; 3) decreasing stigma related to mental disorders; 4) enhancing help-seeking efficacy (knowing when and where to seek help and developing competencies designed to improve one's mental health care and self-management capabilities)¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁸⁾. It is essential to differentiate MHL from mental health awareness. Awareness has its value but is not able to impart the knowledge and understanding that MHL addresses. This is the difference between knowing something and knowing about something.

This approach to MHL includes not only knowledge and understanding about mental health and mental illness, but also addressing stigma - which has often been a stand-alone intervention in schools and community settings. Thus it avoids the problems of instituting a stigma only intervention that by itself is unlikely to achieve the multiple desired impacts arising from MHL based application. This is also consistent with recent literature that demonstrates the inter-relationship between mental health knowledge and stigma related to mental illness¹⁹⁻²¹⁾.

Additionally, including competencies directed towards improving self-management skills as well as competencies in how to effectively communicate with health care providers as a recipient of care, this definition of MHL stands firmly grounded in Wagner's model of effective chronic disease care²²⁾. Since mental disorders are chronic diseases that onset primarily in the first quarter of the life-span²³⁾, it is appropriate to embed these competencies into MHL. MHL related interventions without this component embedded are not likely to help young people develop the competencies needed to improve their mental health self-care.

Mental Health Literacy in Schools

Effective MHL interventions are context-specific and should also be developmentally appropriate¹⁾²⁴⁾. Application of MHL in schools then should ideally be embedded into existing school curriculum and delivered by the most appropriate in-school educators. Content should be created to fit the developmental stage of the student receiving it. In the Canadian context this can be the teacher, and student services provider, while in the Japanese context this could be the teacher or school nurse working within the school setting.

Embedding MHL interventions in schools has a number of positive implications - in both the short and long term. First, when school personnel (for example: teachers, student services providers, on-site health care providers) learn the material (such as through

engaging with curriculum resources) that they will use to teach MHL to students, they develop their own MHL in a simple and frugal manner. No special stand-alone workshops or MHL courses with their attendant costs are needed. Enhancing MHL in educators and school personnel is thus an essential component of the ability to deliver MHL to students²⁴⁻²⁶⁾.

Using this approach is particularly useful for teachers as it is consistent with the pedagogic process teachers naturally apply when they teach subject materials. First they master the content of the materials, embed them into their lesson plans and then teach them to their students as part of usual learning activities. A good example of this approach is the application of the Guide curriculum resource intervention currently being applied across Canada and in many other countries with positive results (<http://teenmentalhealth.org/curriculum/>). Applying stand-alone programs into schools using third party providers (for example: mental health professionals working in hospital clinics or mental health course purveyors who have been trained to deliver a workshop or similar intervention) does not use a similar pedagogic process nor does it have a similar impact at the classroom level.

Second, this content and newly acquired competency stays in the education system and can be built on to support future MHL-related activities, applied in older grades. Thus this approach becomes system enhancing and system sustaining. Applying stand-alone programs into schools using third party providers is neither system enhancing nor system sustaining. Additionally, in periods where funding constraints occur, such third-party programs may be discontinued for economic or other reasons, thus depriving students and teachers of important inputs.

Third, this approach can be frugally applied. Because third-party interventions are not being brought into the schools, costs of delivery can be better contained. If the educator training in the use of the resources is conducted using a face-to-face delivery model, this can be embedded into existing professional development activities. If the educator training in the use of the resources is available on-line, this can be used by individuals at their convenience and can be used to either complement face-to-face experiences or on its own. For example, see: <http://pdce.educ.ubc.ca/mentalhealth/>, a recently available on-line MHL professional education program built on the Guide resource and certified by the Faculty of Education, University of British Columbia, Canada.

This approach to MHL has been recently successfully applied in both Japan and in Canada. This has occurred as a result of collaborative discussions and country-to-country site visits, where differences and similarities of concepts, application and other considerations were identified and common challenges addressed. Results of the arising interventions are similar although the mode of application and type of materials used are somewhat different - developed and delivered in a manner that respects existing system realities and cultural differences. Throughout these differences, the model applied of embedding MHL into school curriculum, taught by school-based personnel is similar.

In neither country is the school MHL intervention provided by third parties, but rather embedded into the existing educational system by using human resources currently available. In both countries the process enhances capacity in the school system and provides a vehicle for not only reaching students but also reaching educators within the school - thus improving outcomes for both groups. In both countries the interventions are relatively frugal. In both countries, research has been conducted on the interventions with positive outcomes demonstrated using various scientifically rigorous studies. These similarities give greater comfort that this approach may be able to be more widely applied as well.

In Japan, Ojio and colleagues recently summarized activities focused on addressing MHL in schools using the school nurse (yogo kyoyu) system²⁷⁾. This approach has more recently been enhanced by MHL interventions using teachers applying MHL into their classrooms.

One of the differences between the Japanese and Canadian interventions is the length of time the applications are applied in the classroom. The Japanese program is substantially shorter, than the Canadian intervention (described below), with one 45-min session for grade 5-6 students and two (or one) 50-min sessions for grade 9-11 students. The development of such a brief program was required in Japan due to the limited time allowed to deliver education programs other than those formally set by Ministry of Education in Japanese schools.

Despite its briefness, the aim of the Japanese program is same as the Canadian program, covering key components of MHL. The contents of the Japanese program address topics including but not limited to: 1) mental illnesses being highly common with frequency of one fifth in the Japanese population; 2) risk of the ill-

nesses being shared by everybody in the population, not by special subgroups, with a substantial effect of environment factors on the onset of illness, including lifestyles; 3) their treatability with more possibility of better recovery when earlier treated. Available helping resources for students when facing mental health difficulties are also taught. The program is presented to students, with brief story-like animations, covering the key components. Teachers who delivered the program to students were trained in a one-day lecture, using a brochure and, additionally, a 50-min video movie. Use of such animations and video movies might have possibly enhanced the effect of the program on student's knowledge and intentions. The animations, brochure and video movies for students and teachers were developed specifically for this intervention.

Understanding basic knowledge about mental illnesses might also help reduce stigma about the illnesses and/or decrease obstacles to help-seeking when needed. Preliminary studies in Japanese students using case series and cluster-controlled studies have reported a significant effect of this intervention on the knowledge as well as help-seeking intent and intent to assist peers in both grade 5-6 and 9-11 students²⁸⁾.

In Canada, the intervention is comprised of a curriculum resource based on 6 lesson-plan developed modules that have been designed to be applied in the classroom, by classroom teachers, over 8-10 classroom hours. Each module includes various classroom-learning activities and a host of print, video and PowerPoint resources. Teachers are trained in the use of the materials and provided with self-study and self-evaluation opportunities. The training can be delivered as a single day face-to-face professional development session or on-line (<http://pdce.educ.ubc.ca/mentalhealth/>).

Numerous program evaluations and a number of scientific reports of cross-sectional, longitudinal cohort and randomized controlled studies of this school-based MHL approach have been published. In all cases, similar positive results have been obtained¹²⁶⁾²⁹⁻³²⁾. All of the MHL domains (knowledge, stigma and help-seeking) evaluated in these studies have shown statistically significant ($p < 0.01$) improvement and have demonstrated substantial effects (Cohen's d values). Two longitudinal cohort studies have demonstrated persistence of this impact over time³⁰⁾³¹⁾.

A similar study of pre-service teacher trainees showed significant, and substantial immediate impact on knowledge improvement ($p < 0.001$; $d = 3.21$) and stigma reduction ($p < 0.001$; $d = 1.09$). These positive

results also showed sustained impact and were maintained over a three-month follow-up (knowledge, $p < 0.001$; $d = 2.05$; stigma, $p < 0.001$; $d = 0.68$). In addition, help-seeking intent was also highly positive ($p < 0.001$, $d = .46$) at the three month follow-up demonstrating an additional impact³³⁾.

These differences in the duration and style of delivery of these MHL interventions between the two countries using a similar model, reflect the importance of tailoring MHL interventions to the realities of the situation in which it is delivered. No two schools are alike and no two education systems are alike. However, by embedding MHL interventions into existing school activities, similar results can be achieved. This approach strengthens existing education system capacity while it simultaneously allows for geographic, cultural and financial flexibility. Such flexibility is not possible using stand-alone programs delivered by vendors from outside the education system.

The value of this approach to successfully embedding MHL into schools to effectively improve knowledge, decrease stigma and enhance help-seeking behaviors for students has also been applied outside of Japan and Canada. For example, it has been demonstrated to have similar effects on student outcomes but also on improving educator's outcomes in countries in Africa and Latin America where this model has been implemented. These have included: better mental health outcomes and increased help-seeking for self and family³⁴⁾³⁵⁾.

While this approach to enhancing school MHL has demonstrated robust impact in both Japan and Canada, by itself does not provide the full range of school-based activities that can be brought to bear to improve health and mental health outcomes for young people. While MHL is foundational, additional interventions such as mental health care services need to be considered. Ideally, these activities should be site-based and may include a variety of school-based health services providers such as the school nurse system in Japan or school mental health clinicians in Canada or school-based health centers³⁶⁾. Whatever the other interventions, health promotion or service provision, what is offered in the school setting should ideally be part of a comprehensive pathway through mental health care for young people³⁷⁾. This "Pathway Through Mental Health Care" (see for example: <http://teenmentalhealth.org/pathwaythroughcare/>), is not prescriptive but supports better integration for education and health services. The exact details of how this

integration can be achieved will of necessity be dictated by economic, cultural, geographic and other factors.

The goal however, remains the same: improving outcomes for students and educators. School-based MHL is the foundation needed for this to occur.

References

- 1) Kutcher S, Wei Y, Weist M : Global school mental health : considerations and future directions. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global Challenges and Opportunities*. Cambridge University Press, Cambridge, 2015
- 2) Kutcher S : Child and Youth Mental Health : Investing in the front end. *Canadian Journal of Psychiatry* 62 : 232–234, 2017
- 3) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology : *Out of the Shadows at Last*. Government of Canada, 2006
- 4) Kutcher S, McLuckie A : Evergreen : Creating a child and youth mental health framework for Canada. *Psychiatric Services* 64 : 479–482, 2013
- 5) Kitagawa Y, Sasaki T : Newly developed tablet-tool to assess mental health status in adolescents : Evaluation of its usefulness by simulated use at school health rooms. *Psychiatry* 29 : 63–72, 2016 (in Japanese).
- 6) Jane-Llopis E, Braddick F, eds. : *Mental health in youth and education*. In : *Consensus paper*. European Communities, Luxembourg 2008
- 7) Crown copyright : Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and the Secretary of State for Education by Command of Her Majesty. *Transforming Children and Young People's Mental Health Provision : a Green Paper*. Cm 9523, December, 2017
- 8) Weist MD, Evans SW, Lever NA : *Handbook of school mental health : advancing practice and research*. New York, Springer, 2003
- 9) Deng L, Fang X : Mental health education for children and adolescents in China. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global Challenges and Opportunities*. 80–94, Cambridge University Press, Cambridge, 2015
- 10) Xie Y, Boon J, Wan Hua S, Fung D : A Singapore model - REACH. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global Challenges and Opportunities*. 202–217, Cambridge University Press, Cambridge, 2015
- 11) Rowling L : Developing and sustaining mental health and wellbeing in Australian schools. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global Chal-*

- lenges and Opportunities. 6–20, Cambridge University Press, Cambridge, 2015
- 12) Weist M, Lever N, Bradshaw C, Owens J, eds. : *Handbook of School Mental Health : Research, Training and Policy*. Springer, New York, 2014
- 13) World Health Organization Regional Office for Europe : *Health Literacy : The Solid Facts*. WHO Publications, Geneva, 2013
- 14) Kutcher S, Wei Y, Coniglio C : Mental health literacy : past, present, and future. *Canadian Journal of Psychiatry* 6 : 154–158, 2016
- 15) Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmao R et al. : Enhancing mental health literacy in young people. *European Child and Adolescent Psychiatry* 25 : 567–560, 2016
- 16) Nutbeam D : The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine* 67 : 2071–2078, 2008
- 17) Jorm A, Korten A, Jacomb P et al. : “Mental health literacy” : A survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia* 166 : 182–186, 1997
- 18) Kutcher S, Wei Y : School Mental health literacy. *Education Canada* 54 : 22–26, 2014.
- 19) Thornicroft G : *Shunned : Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press, Oxford, 2006
- 20) Kelly CM, Jorm AF, Wright A : Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia* 187 : S26–S30, 2007
- 21) Hadlaczky G, Hokby S, Mkrtchian A et al. : Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes and behavior : A meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 26 : 467–475, 2014
- 22) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M et al. : Improving chronic illness Care : Translating evidence into action. *health affairs* 20 : 64–78, 2001
- 23) Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R et al. : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62 : 593–602, 2005
- 24) Kutcher S, Bagnell A, Wei Y : Mental health literacy in secondary schools : A Canadian approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 24 : 233–244, 2015
- 25) Whitley J, Smith JD, Vaillancourt T : Promoting mental health literacy among educators : Critical in school-based prevention and intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28 : 56, 2013
- 26) Wei Y, Kutcher S, Blackwood A, Glover D et al. : A collaborative and sustainable approach to address mental health promotion and early identification in schools in the Canadian province of Nova Scotia and beyond. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global challenges and opportunities*. 30–45, Cambridge University Press, Cambridge, 2015
- 27) Ojio Y, Ohnuma K, Miki T, Saski T : Development of a mental health literacy program for secondary school students in Japan. In : Kutcher S, Wei Y and Weist M, eds. *School Mental Health : Global challenges and opportunities*. 139–150, Cambridge University press, Cambridge, 2015
- 28) Ojio Y, Yonehara H, Taneichi S, Yamasaki S et al. : Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers : A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 69 : 572–9, 2016
- 29) Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S et al. : Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high-school students : A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55 : 383–391, 2016
- 30) Kutcher S, Wei Y, Morgan C : Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Canadian Journal of Psychiatry* 60 : 580–586, 2015
- 31) McLuckie A, Kutcher S, Wei Y, Weaver C : Sustained improvements in student’s mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry* 14 : 1694–1699, 2014
- 32) Kutcher S, Wei Y, McLuckie A, Bullock L : Educator mental health literacy : A program evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion* 6 : 83–93, 2013
- 33) Carr W, Wei Y, Kutcher S, Heffernan A : Preparing for the classroom : Mental health knowledge improvement, stigma reduction and enhanced help-seeking efficacy in Canadian preservice teachers. *Canadian Journal of School Psychology*. Article first published online : January 19, 2017 <https://doi.org/10.1177/0829573516688596>
- 34) Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Brown A et al. : The African Guide : One year impact and outcomes from the implementation of a school mental health literacy curriculum resource in Tanzania. *Journal of Education and Training Studies* 5 : 64–73, 2017 doi : 10.11114/jets.v5i4.2049
- 35) Ravindran A, Herrera A, Kutcher S, Henderson J et

- al. : Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua : A parallel-group, controlled trial. *Global Mental Health*, in press
- 36) American Academy of Pediatrics : Council on school health : School-based health centers and pediatric practice. *Pediatrics*, 129 : 387-393, 2012
- 37) Wei Y, Kutcher S, Szumilas M : Comprehensive school mental health : An integrated “school-based pathway to care” model for Canadian secondary schools. *McGill Journal of Education* 46 : 213-239, 2011

巻頭言

精神保健リテラシーと学校： カナダと日本における精神保健教育の学校現場への導入

スタンリー・クッチャー, MD^{*1}, 佐々木 司, MD, PhD^{*2}, イーフェン・ウェイ, PhD^{*1}

西 田 明日香^{*2}, 山 口 智 史^{*2}

小 川 佐代子^{*2}(訳), 佐々木 司^{*2}(監訳)

^{*1}カナダノバスコシア州ダルハウジー大学精神科

^{*2}東京大学大学院教育学研究科

はじめに

近年, メンタルヘルス(以下, 精神保健, 精神的健康)における学校の重要性が世界的に認識されつつある¹⁾。カナダでは, 若者の精神保健改善と精神保健ケアへの迅速なアクセスに向けた投資の必要性²⁾が, 精神保健における学校の重要性への認識を高めてきた。これは, 以前にカナダの連邦上院(社会問題・科学技術委員会, *Out of the Shadows at Last*)³⁾やエバーグリーン(子供と若者の精神保健に関する組織)⁴⁾で示された戦略を反映したものである。カナダは州と準州で構成される連邦国家であり, 連邦政府が示したこの方針に拘束力はない。このためカナダ全体での統一した政策や計画はないが, 認識は国中で高まっており, 様々な活動が始まっている。

一方日本では, 学校での精神保健教育に対する政府の政策進展はまだ十分ではない(訳注: 本原稿は2017年末に執筆されたが, 2018年春, 高校については指導要領(保健体育)に「精神疾患」が加えられた)。しかし, いじめによる自殺の多発とメディアによる報道, 国民の関心をきっかけに, 学校でのいじめ防止に関する法律が2015年に成立している。また日本のある県では, 自殺減少を目標に, 高校の保健室を訪れる生徒の精神的健康のレベルと自殺リスクを評価する, iPadを使ったスクリーニングシステム⁵⁾の採用を決定している。ただし, これらの国や県の政策の効果検証はまだこれからである。

学校精神保健については, 他の取り組みも始まっている。例えば欧州委員会でもこの問題の重要性は認識されている⁶⁾。イギリス議会の最近の報告(「子供と若者の精神保健変革のための規程」)でも, 若者の精神保健向上における学校の潜在的な役割が注目されている⁷⁾。米国でも多くの州で, 学校での精神保健介入を可能とする政策的取り組みが始まっている⁸⁾。このほか中国⁹⁾, シンガポール¹⁰⁾, オーストラリア¹¹⁾でも, 数は少ないが同様の政策が進められている。ただしこれらの政策的取り組みが若者の精神保健とその知識向上にどれだけ役立つかは, 今後の報告を待つ必要がある。

学校における精神保健のニーズへの対応問題は複雑で, 首尾一貫した政策, 財源, 運営, 結果の評価, 医療サービス提供モデルなど様々な要因が絡んでくる¹²⁾。しかし, あらゆる構成要素の発展には, 精神保健リテラシー

(mental health literacy, 以下MHL)の向上が基礎として必要である。管理職, 教員, 生徒の十分なMHLなしには, 精神保健の諸問題は改善不可能だからである。

精神保健リテラシー (MHL)

MHLはヘルスリテラシーの一つである。世界保健機関(World Health Organization: WHO)によれば, ヘルスリテラシーは, 集団・個人いずれのレベルでも健康に大きく影響する。言わば健康改善の鍵である¹³⁾。また収入や就業状態, 教育, 人種・民族よりも, ヘルスリテラシーは各人の健康状態と強く関わっている。それと同様にMHLは, 集団・個人のいずれのレベルでも精神的健康改善の鍵と考えられる¹⁴⁾¹⁵⁾。

ヘルスリテラシーは, 当初患者が健康に関する情報を読める・理解できることに焦点を当てていたが¹⁶⁾, 健康状態を改善しうる知識や能力の組み合わせへと進化してきた¹³⁾。同様にMHLも, その先駆者であるJorm¹⁷⁾が描いた「病気に関する情報の集合」から進化を遂げてきている。

ヘルスリテラシーと同様, 現在のMHLは, 次の4つの要素で構成されている。すなわち, 1) 精神的健康を獲得・維持する方法の理解, 2) 精神疾患とその治療についての理解, 3) 精神疾患に対する偏見の軽減, 4) 援助希求力の向上(いつ・どこに支援を求めれば良いかを知り, 自分のケア・管理能力を高める)である¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁸⁾。なおMHLと, 単に「精神の不調に気づくこと」は別物である。「気づくこと」は大切だが, それだけではMHLが目標とする知識・理解には不十分である。「それが何か」を知っていることと, 「それについてどうすれば良いか」も知っていることは異なるからである。

これらのMHLへのアプローチには, 精神的健康や精神疾患に関する知識・理解の向上とともに, 偏見の軽減も含まれる。「偏見の軽減」のための教育・介入は, これまではそれ単独で学校やコミュニティで行われることも多かったが, そのような方法では効果は不十分であった。一方, MHL教育の中で「偏見の軽減」も図れば, 知識・理解の向上により介入の不十分な点が補われ, 様々な望ましい効果が期待される。この見解は, 精神保健についての知識不足が精神疾患への偏見に関連するとした近年の報告とも一致している¹⁹⁻²¹⁾。

なお上述したMHLの定義は、自己管理スキルやヘルスケア提供者との効率的コミュニケーションスキルの向上を含めて、慢性疾患の効果的ケアに関するWagnerのモデル²²⁾にも関連している。精神疾患は主に人生の最初の4分の1の時期に始まるが²³⁾、やはり慢性疾患であるので、これらのスキルをMHLに組み込むことは適切と考えられる。これらを含まずにMHLに関する介入を行っても、若者が精神的健康の改善に必要な自己ケア力を伸ばすことはできないだろう。

学校におけるMHL

MHL教育の効果を高めるには、具体的な状況と対象者の発達段階に合わせた介入をする必要がある¹⁾²⁴⁾。学校で行うなら、学校のカリキュラムに組み込み、かつ学校スタッフの中で最も適した人を選んで実施するのが理想的である。カナダの場合なら、実施者は教員やサービス担当者（カウンセラー等）が適当である。日本の学校なら養護教諭も重要な候補と考えられる。

学校でのMHL教育実施には、様々な利点がある。1つ目は、学校職員（教員、カウンセラー等のサービス担当者、校内の保健ケア担当者など）が授業の教材や内容について学ぶことで、自分自身のMHLを高められることである。わざわざ専用のワークショップや講習にお金を払って参加しなくても、MHLの向上が可能という訳である。このようにして学校教職員のMHLが高まれば、児童生徒へのMHL教育の実施可能性も自ずと高まる²⁴⁻²⁶⁾。

これは学校職員の中でも特に教員において効果的である。というのは教材や生徒に合わせて臨機応変な指導を試みるプロセスが教員にとっては日常茶飯事だからである。教員は普段から教材の内容をマスターし、それを授業計画に反映させ、それを児童生徒に教えている。我々の開発したMHL教育とその教材も同様で、カナダ全国はもちろん多くの他の国で効果を上げている（<http://teenmentalhealth.org/curriculum/>）。それに対して、病院勤務の専門家や、精神保健教育のためだけに訓練を受けた学校外の第三者がMHL教育を行っても、教員経験に基づいた指導能力を活用できず、同様の効果も期待できない。

2つ目に、一度MHL教育に関する知識と技能が学校現場に定着すれば、それを将来にわたり持続的かつ様々なに活かすことができる。他方、外部の第三者がプログラムを実施しても、学校現場の知識・技能として定着せず、継続も難しい。第三者によるプログラム実施は、予算その他の理由で中断もされやすい。そうなれば、生徒・教員のMHL向上の機会も失われてしまう。

3つ目に、このアプローチではコストも節約できる。まず第三者を学校に招く費用が不要である。教員講習も、既存の教員研修にMHL授業の内容を追加すればよい。もしオンライン講習が可能なら、各教員は都合の良い時

に受けられる。オンライン講習は普通の講習の補講としても利用できる。なおMHL授業実施者用のオンライン講習で最近利用可能となったものには、カナダのブリティッシュコロンビア大学教育学部で公認されているプログラム（参照：<http://pdce.educ.ubc.ca/mentalhealth/>）等がある。

このような方法でのMHL授業が、近年カナダ、日本両国で実施され、成果をあげつつある。これは、両国の研究者が訪問し合い、議論と協力を重ねた成果である。また議論を通じて、互いの考えや状況の違い、さらには両国に共通する苦勞も明らかとなった。すなわち授業で得られた結果は似ていたが、授業の実施方法や開発した教材のタイプは、両国の教育・医療システムや文化の違いを反映し異なっていた。一方、MHL教育を学校の授業計画に組み込むことや、学校の教職員が授業を行う点は両国のプログラムに共通していた。

なお両国とも、外部の第三者でなく学校内の人材を活用し既存の授業システムに組み込んでプログラムを実施している。この方法によって既存の学校環境を活かしつつ、生徒と教員両方のMHLを高めることが可能となる。先述のように経費も節約できる。また日本でもカナダでも、授業の実施に際しては厳密で科学的な効果検証を必ず行い、授業の有効性を示してきた。両国で得られた結果は、教職員が実施するMHL授業が、広く実施可能な方法であることを示している。

なお日本では養護教諭による学校でのMHL教育について既に報告されているが²⁷⁾、この試みは、その後教員による授業へとも広がっている。

日本とカナダのMHLプログラムの違いの1つは、長さである。日本のプログラムはカナダのもの（後述）よりかなり短く、小学校5、6年生は45分授業が1回、中学3年や高校1、2年生は50分授業2回（または1回）である。日本で短いプログラムが開発されたのは、日本の学校では文部科学省が正式に定めた以外の授業を行う時間が限られていることと関係している。

長さは異なるものの、日本のプログラムもカナダのものも目的は同じで、ともにMHLの基本要素をカバーしている。日本のプログラムには、精神疾患は、1）日本人の5人に1人がかかる頻度の高い病気で、2）特別な人の病気でなく誰もがかかる可能性があり、かつ生活習慣などの環境要因に大きく左右され、3）治療可能で、早期の治療開始が予後の改善につながり得ること、等が内容として含まれている。また児童や生徒がメンタルヘルスの問題を抱えた時に助けを求められる人や施設についても教えている。日本のこのプログラムは、これらのポイントを教える短いアニメを児童生徒に見せながら実施する。教員は、冊子やビデオ（50分）を使った研修（1日で修了）を受け、この授業を実施する。なおこれらのアニメや冊子、ビデオは、このMHLプログラム専用に開発されたものである。

なお精神疾患についての正しい理解は、精神疾患への偏見を減らし、必要な援助希求行動へのハードルを下げる効果が期待される。日本の小学校5、6年生ならびに中学3年生、高校1、2年生を対象に行った予備研究では、このMHL教育が精神保健と精神疾患に関する知識向上とともに、不調時の援助希求（及び友達を助けること）への意識向上にも効果があったと報告されている²⁸⁾。

カナダのプログラムでは、6つの段階的単元が学校のカリキュラムに組み込まれており、それを学校教員が8～10時間かけて実施する。各単元ともプリントやビデオ、スライドなどを用いる。教員はこれらの教材を使った授業について対面式（オンラインでない）の1日研修を受ける。自己学習の機会も与えられる。研修は、オンラインにより受けることもできる（<http://pdce.educ.ubc.ca/mentalhealth/>）。

このカナダのプログラムの効果は、横断研究、縦断研究、ランダム化比較試験など様々な研究で実証されてきた²⁶⁾²⁹⁻³²⁾。すなわちMHLの各領域（知識・偏見・援助希求）とも有意に改善し（ $p < 0.01$ ）、効果量（Cohenの d で評価）も大きかった。これらの効果は時間を経ても維持されていた³⁰⁾³¹⁾。

教員志望者を対象としたプログラムでも、知識の向上、偏見の減少が有意（ $p < 0.001$ ）かつ高い効果量（ $d = 3.21$ と $d = 1.09$ ）で認められ、その効果は実施3か月後も維持されていた（ $p < 0.001$ ； $d = 2.05$ と $d = 0.68$ ）。また3か月後は、援助希求への意識も向上していた（ $p < 0.001$ 、 $d = 0.46$ ）³³⁾。

ここまで説明した通り、日本とカナダのMHLプログラムには共通性がある一方で、長さや方法の違いもみられる。このことは、実施先の状況に合わせた介入の重要性を示している。同じ学校、同じ教育システムでなくても、介入方法を実際の学校の状況にうまく合わせれば、似たような効果は期待できる。そうすれば既存の教育シ

ステムを活かしつつ、異なる地理的、文化的、経済的条件でも柔軟に対応可能ということである。なおこのような柔軟な対応は、単に外部の第三者が作った教材やプログラムを購入して実施する方法では難しいだろう。

MHL授業を学校のカリキュラムに組み込んで、精神保健の知識向上、偏見減少、生徒の援助希求行動促進を進めるこの方法は、日本、カナダ以外でも実施されている。例えば、アフリカやラテンアメリカでもこのモデルに基づく介入が実施され、生徒にも教員にも同様の効果が観察されている。また直接授業や講習を受けた者だけでなく、その家族にも、精神的健康の向上と援助希求行動の増加が観察された³⁴⁾³⁵⁾。

学校におけるMHLを強化する方法は、日本でもカナダでも高い効果を示した。しかしこれだけで若者の精神的健康の改善のために学校で行うべき活動を全てカバーしている訳ではない。MHLの向上は基礎として必要だが、精神保健の改善には実際のケアサービスなど、それ以外の介入についても考える必要がある。これらの介入は、学校において行われ、かつ学校における保健サービスの様々な提供者（日本の養護教諭、カナダなら学校精神保健の専門家や保健室でのカウンセラー等のサービス提供者）が関与して行われることが理想的である³⁶⁾。とにかくどのようなものであれ、学校で行われる介入は、若者の精神保健ケアに繋がるあらゆる道筋の中でしっかり機能するものでなくてはならない³⁷⁾。また、この“道筋”（例：<http://teenmentalhealth.org/pathwaythroughcare/>）は、教育と保健サービスの連携・協働をサポートするものである。なおこの連携・協働がどのように達成できるかを示すには、経済的、文化的、地理的要因など様々な要因の検討が必要である。

ただし目標は同じ、生徒と教員の精神的健康の向上である。そして学校におけるMHL教育は、この目標達成の基礎として欠かせないものである。

総 説

教育現場にエビデンスに基づく実践を 広めるためには何をすればよいか

山 口 智 史, 佐々木 司

東京大学教育学研究科身体教育学コース

What Should We do to Make Evidence-Based Practices Prevalent in School Settings ?

Satoshi Yamaguchi, Tsukasa Sasaki

Department of Physical and Health Education, Graduate School of Education, The University of Tokyo

Background: Emphasis on importance of evidence-based educational practices has been recently increasing. The US government, for example, has announced that they would not financially support new educational practices which are not evidence-based. Most of schools, however, may not acknowledge its importance and only few evidence-based practices have been developed or conducted in schools.

Objective: To examine reasons why the evidence-based practices have not been prevailing in schools

Method: We reviewed studies addressing how often teachers participate in educational research and employ evidence from educational research in their practices. Studies about impressions and thoughts which teachers have on the research were also reviewed.

Results: Only few teachers have engaged in educational research, and evidence from the research is rarely utilized in educational programs and practices. Teachers tend to think that research is not helpful or useful in practical situations. They also seem to have an impression that research is conducted without considering real-world situations of school settings. An intervention study has, however, observed that improving teachers' access to educational research might help teachers to consider educational research helpful in schools. Researchers should respect practical situations in schools when they conduct educational research. Careful explanations of the results of research including feed-backs to teachers may be important to increase teachers' attention on, and practical use of evidence from, research in schools. In addition, pre-service teachers should be taught methodology of research and how to employ evidence from educational research.

Conclusion: School teachers in general may not have positive impressions on, or use evidence from, educational research, which could be improved by researchers' attention and careful respects to schools and teachers. Curriculum for teacher education may also need to be improved.

Key words : evidence-based practice, teacher, educational research, program evaluation
エビデンスに基づく実践, 教員, 教育研究, 効果検証

I. 背 景

教育のような専門職はエビデンスに基づく実践を行うべきという考え方が、多くの国で影響力を持つようになってきている¹⁾。例えばアメリカでは、エビデンスに基づく教育政策決定が重視されており、教育改革を行う場合は大規模な社会実験により教育プログラムの効果が確認されていなければならない、これが政府からの助成金を得るための唯一の手段となっている²⁾。

教育研究の大きな目標の1つは、根拠に基づいた情報・知識を教育現場にもたらすことである。これは教育実践においてきわめて重要であり、学校保健の観点からも必要不可欠なことである。例えば、精神疾患の好発期は思春期であり³⁾、この年代は1日の多くを学校で過ごすため、精神疾患の予防において学校が担う役割は大き

い。このため、世界各国で中高生を対象とした精神健リテラシー教育が、その効果検証とともに始められている⁴⁾。効果検証はこのような新しいプログラムの実施や普及の前提として必要不可欠であり、プログラムを試行するには必ず行う必要があるが、これをスムーズに行うためにも、エビデンスに基づく実践の重要性への理解が教育関係者に定着している必要がある。

しかしながら、現状ではこのようなエビデンスの必要性への理解はスムーズにはいっていない。現実には研究者と教員の認識には大きな溝がある。両者ともに、教育研究の結果がより多く活用されるようになることは可能であり、必要なことと考えてはいる⁵⁾。しかし研究者と現場の溝の原因や、これを埋める手段に関する意見には両者に大きな相違がある⁶⁾。この問題は西欧諸国では長い間議論されてきた⁷⁾。多くの教員は、教育研究が現場

の需要を考慮したものではないと思っているため、学校で何か問題が起こったときにも、その解決のために研究者が行ってきた研究に目を向けることはめったにないと指摘されている⁸⁾。また、このように教員が考えるのは、これまでの教育研究が実際の教育現場の状況を考慮せずに行われているためであるとも指摘されている⁸⁾。

このような現状を踏まえ、本研究では、実際に教員が教育研究に対してどのような意識を持ち、どの程度その結果を利用しているのか、また教員が教育研究に従事することがどの程度あるのかについて調べた文献を検索しレビューした。これにより、教育研究の結果を有効活用していく上での問題点を明らかにし、教育現場にエビデンスに基づく実践を普及していくための提案を行う。なお文献は、主に教育・心理学関連の論文データベースである「ERIC」を用いて、“educational research” AND teacherをキーワードとして用いて検索し、それらの文献の中で、①教員の研究に対する意識、②教員の研究結果の利用度、③教員の教育研究への参加度を調査したものについてレビューした。質的研究、量的研究いずれの方法による文献も採用した。なお、収集した論文の参考文献リストを参照し、上記に該当する論文についてはレビューを行った。

Ⅱ. 学校現場における研究

学校教員を対象とした多くの調査によると、学校教員は専門性の向上を目的として研究に従事することが極めて少ないと報告されている⁹⁻¹¹⁾。教員が研究に従事することを妨げる理由として、研究に携わる時間がないこと、研究手法に関する知識がないこと、研究遂行に必要な資源へのアクセスがないことが挙げられている⁹⁻¹¹⁾。13か国の教員505人を対象に調査した研究を例にあげると¹⁰⁾、「研究を全く行わない、ほとんど行わない」と答えた教員は合計で45%、「研究報告を読む機会が全くない、ほとんどない」と答えた教員は合計で33%であった。一方、「研究をときどき行う」と答えた教員は41%、「研究報告をときどき読む」と答えた教員が52%であった。しかし、追加で行われた面接調査の結果によると、“ときどき”を、数年に一度行っているから、学生のときに行ったから、と解釈して答えている教員も多く、実際に研究を行ったり報告を読んだりする教員の割合は非常に少ないだろうと指摘されている。「研究を全く行わない、ほとんど行わない」主な理由は「時間がない」、「研究方法が分からない」、「アクセスがない」であった。また、「研究報告を読む機会が全くない、ほとんどない」主な理由は、「時間がない」、「アクセスがない」、「理解が難しい」であった。

加えて、教員には、「研究」というものはそもそも実際に学校での活動に活用できるものでないとの意識・先入観があるとの報告や¹²⁾、研究がその結果を利用すべき現場等の状況を考慮して行われていないと感じている教

員も多いとの報告がされてきた⁵⁾。さらに、教員が研究に協力しても、研究者から教員に結果のフィードバックがされないことも多く¹³⁾、教育研究に対して価値を感じている教員は少ないのが現状であることが分かった。この傾向は教員の経験年数が長いほど高かった⁵⁾¹⁴⁾。

このような状況に対して、研究者は教員がアクセスしやすく理解しやすい内容で、実際の学校現場に関連があると感じることができるよう研究結果を発表していく責任があることが指摘されている¹⁵⁾。これと関連する研究の例として、教員を対象とした介入研究の一例を紹介する¹⁶⁾。この研究では、教員にこれまでに発表されている研究論文と、それを読む助けとしてサポートガイドを渡し、さらに、研究者とその内容についてディスカッションをする機会を提供した。この介入により、多くの教員が学校現場の問題解決に対する情報源として教育研究の結果を参考にしようと思うようになったと報告されている¹⁶⁾。このことは、教員に対して研究を身近なものと感じられるようにし、研究が実際の現場で有用であることを理解してもらうことが、今後、教育現場で研究結果を有効活用する上で重要であることを示唆している。

Ⅲ. 教員養成カリキュラム改善の提案

実際の学校現場の状況に加えて、世界的に、“研究”や“探求”という言葉が教員養成系大学のカリキュラムの中で教員養成の目標として使われないことが指摘されている¹⁷⁻²⁰⁾。また教員養成系大学の学生達が、研究を行っている現場に遭遇することが多くないことも指摘されている¹⁷⁾²¹⁾。また教員養成系大学における研究には質的研究が多いため²²⁾、効果検証を実施してエビデンスを得るために必要な量的研究を実際に目にし、その方法論を学ぶ機会が養成系大学を巣立って現場で働く教員には非常に少ない可能性があると考えられる。一方で、既に現場で働いている教員に比べると、教員を目指して勉強している学生たちは、研究に対する価値をより高く感じていることが報告されている⁵⁾。また学生の方が現場の教員よりは時間的な余裕もあり、研究の方法論を学ぶ時間をとれる可能性も高い。従って、教員養成の学生の段階において、量的研究も含めた研究の方法論やその利用方法を教育すれば、将来学校現場で勤務する際の、研究の教育への活用にも役立つ可能性があると考えられる。

Ⅳ. 教育研究を学校で行うための工夫

今回のレビューから、教員が研究に関心を示さない・研究を教育現場に活用しない理由として考えられたことは、教員に時間がないこと、研究に対する知識がないこと、研究に対するアクセス方法に乏しく、研究が役立つという意識がないことであった⁹⁻¹¹⁾。これらは今後時間がかかっても解決していかなければならない問題である。一方、学校保健の向上を進めるには、このような現状の中で保健教育プログラムの効果検証を行っていかなけれ

ばならないことも理解しておく必要がある。

このような状況で、教育プログラムの効果検証を行っていくには、上で述べた「教員が研究に関心・理解を示さない」理由それぞれを理解し、対処していく必要がある。教員の時間がないことに対しては、各学校の行事予定を参考にして研究実施の時期を学校と相談することが重要である²³⁾。教員の研究に対する知識がないことに対しては、前後比較の方法など、研究実施方法について事前に十分な説明を行うことが重要である²⁴⁾。筆者らのグループでも、事前の説明不足のためにうまくデータを取ることができなかったという経験があり、説明の重要性を実感している。研究が学校での実践に役立たないという意識に対しては、研究内容の説明や、研究結果のフィードバックを必ず行う必要があることが指摘されている¹³⁾。教員への介入の例¹⁶⁾からも、教員にとって研究結果が分かりやすいものであれば、教員は研究結果を利用しようと思うようになる可能性がある。そのため、教員の研究に対する意識を向上し、エビデンスに基づく実践を普及していくためには、研究者側の説明責任に対する意識改革も重要である。

V. 日本における現状

今回の文献検索は、主に教育・心理学関連の論文データベースである「ERIC」を用いて、“educational research” AND teacherをキーワードとして行った。検索により29,762件の文献がヒットしたが、日本の現状を調査した文献を見つけることは困難であった。日本における現状をより詳しく調べるため、本研究の主目的に追加して、以下の文献検索も行った。まず、キーワードを“educational research” AND teacher AND Japanに変更し検索したところ、166件の文献がヒットした。ヒットした全ての文献のタイトルと抄録をスクリーニングしたが、日本の現状を調査した文献は存在しなかった。そのため、日本語の論文データベースである「CiNii」を用いて、「教育研究AND教員AND（意識OR利用OR参加）」をキーワードとして検索を行ったところ657件の文献がヒットした。同様にタイトルと抄録をスクリーニングしたが、関連する文献は存在しなかった。加えて、「エビデンスAND教員」をキーワードとして検索を行ったところ29件の論文がヒットしたが、やはり関連する文献は存在しなかった。以上の検索結果から、現在の日本の教育現場において、エビデンスに基づく実践という考え方は関連する調査すらほとんど行われておらず、普及していない可能性が高い。研究者はこの現状を理解し、研究活動を行っていく必要がある。

VI. 結 論

現状では多くの教員は、教育研究が実際の現場で役立つと思えないことから、教育研究に価値を感じていない。今後、教育研究の結果を有効活用し、エビデンスに基づ

く実践を普及していくためには、研究者が教員に分かりやすい形で研究結果を広めていくこと、教員養成段階で教員志望の学生に研究手法や研究の利用方法を学ぶ機会を作っていく必要がある。

文 献

- 1) Wiseman AW : The Uses of evidence for educational policymaking : Global contexts and international trends. *Review of Research in Education* 34 : 1-24, 2010
- 2) Broekkamp H, van Hout-Wolters B : The gap between educational research and practice : A literature review, symposium, and questionnaire. *Educational Research and Evaluation* 13 : 203-20, 2007
- 3) Kessler RC, Berglund P, Demler O et al : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry* 62 : 593-602, 2005
- 4) Wei Y, Hayden JA, Kutcher S et al : The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early intervention in psychiatry* 7 : 109-21, 2013
- 5) Gore JM, Gitlin AD : [RE] Visioning the academic-teacher divide : Power and knowledge in the educational community. *teachers and teaching : Theory and Practice* 10 : 35-58, 2004
- 6) Hammersley M : *Educational Research, Policymaking and Practice*. SAGE Publications, London, 2002
- 7) Lagemann EC : *An elusive science : The troubling history of education research*. university of Chicago Press, Chicago, 2002
- 8) Burkhardt H, Schoenfeld AH : Improving educational research : Toward a more useful, more influential, and better-funded enterprise. *Educational Researcher* 32 : 3-14, 2003
- 9) Anwaruddin SM, Pervin N : English-language teachers' engagement with research : Findings from bangladesh. *professional development in education* 41 : 21-39, 2015
- 10) Borg S : English language teachers' conceptions of research. *Applied Linguistics* 30 : 358-88, 2009
- 11) Alhumidi HA, Uba SY : Arabic language teachers' engagement with published educational research in Kuwait's secondary schools. *International Journal of Higher Education* 6 : 20-30, 2017
- 12) Vanderlinde R, van Braak J : The Gap between educational research and practice : Views of teachers, school leaders, intermediaries and researchers. *British Educational Research Journal* 36 : 299-316, 2010
- 13) Alibali MW, Nathan MJ : Conducting research in schools : A practical guide. *Journal of Cognition and Development* 11 : 397-407, 2010

- 14) Akcoltekin A, Engin AO, Sevgin H : Attitudes of high school teachers to educational research using classification-tree method. *Eurasian Journal of Educational Research* n68 : 19-47, 2017
- 15) Rose R : Teaching as a 'Research-Based Profession' : Encouraging practitioner research in special education. *British Journal of Special Education* 29 : 44-8, 2002
- 16) Mady C : Reducing the gap between educational research and second language teachers' knowledge. evidence & policy. *A Journal of Research, Debate and Practice* 9 : 185-206, 2013
- 17) Munthe E, Rogne M : Research based teacher education. *Teaching and Teacher Education* 46 : 17-24, 2015
- 18) Blömeke S : Globalization and educational reform in German teacher education. *International Journal of Educational Research* 45 : 315-24, 2006
- 19) Furlong J, McNamara O, Campbell A, Howson J, Lewis S : Partnership, policy and politics : initial teacher education in England under New Labour. *Teachers and Teaching*. 14 : 307-18, 2008
- 20) Zeichner K : The struggle for the soul of teaching and teacher education in the USA. *Journal of Education for Teaching*. 40 : 551-68, 2014
- 21) Kelchtermans G, Smith K, Vanderlinde R : Towards an "International Forum for Teacher Educator Development" : An agenda for research and action. *European Journal of Teacher Education*. 41 : 120-34, 2018
- 22) Jordan SS, Wood EJ : The qualitative imagination : neoliberalism, 'blind drift' and alternative pathways. *Globalisation, Societies and Education*. 15 : 147-59, 2017
- 23) White LS : Conducting school-based research : Lessons learned from an After-school Intervention Study. *Journal of Pediatric Healthcare* 26 : 75-9, 2012
- 24) 佐々木司 : 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2回) 「思春期の子供の精神保健リテラシーに対する学校教育の効果 : 非無作為化クラスター対照試験による検証 (Skre他)」の紹介. *学校保健研究* 59 : 379-381, 2017

(受付 2017年11月27日 受理 2018年4月23日)
代表者連絡先 : 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース(佐々木)

原 著

睡眠負債のある高校生に対する 睡眠促進行動メニューの作成

田 村 典 久^{*1,2}, 田 中 秀 樹^{*2}

^{*1}兵庫教育大学

^{*2}広島国際大学

Development of Sleep-Promoting Behavior Menu for High School Students with Sleep Debt

Norihisa Tamura^{*1,2} Hideki Tanaka^{*2}

^{*1}Hyogo University of Teacher Education

^{*2}Hiroshima International University

Background: Sleep debt attributable to short sleep duration among adolescents is associated with a wide range of detrimental physical and mental health outcomes.

Objectives: This cross-sectional study was conducted to assess sleep/wake patterns among high school students based on the perspective of sleep debt and to explore sleep-promoting behaviors for alleviating sleep debt, late bedtime and insufficient sleep.

Methods: A total of 2,195 students in five high schools completed a self-administered questionnaire including demographic information, sleep/wake patterns, subjective insufficient sleep, excessive daytime sleepiness, irritability and sleep-promoting behaviors. We defined sleep debt as “the cumulative hours of sleep loss with respect to a subject-specific daily need for sleep”, and calculated it using the following equation: weekend sleep duration minus weekday sleep duration. We then classified the students into two-groups based on a weighted mean (100min) of the discrepancy of sleep duration between weekday and weekend those with or without sleep debt of ≥ 100 min.

Results: Students with the sleep debt went to bed 24min later on weekday, and slept 28min shorter on weekday than those without the sleep debt, but there was no significant difference in weekday wake-up times between the two groups. Contrary to weekday, students with the sleep debt went to bed 29min later, woke up 129min later and slept 107min longer on weekends than those without the sleep debt. Furthermore, prevalence of insufficient sleep (70.7% vs. 54.2%), excessive daytime sleepiness (49.5% vs. 41.5%), irritability (29.6% vs. 24.7%), breakfast skipping (19.5% vs. 12.5%) and nodding off during the day (71.6% vs. 60.4%) was observed more frequently in students with the sleep debt than in those without the sleep debt. Logistic analyses with a generalized linear mixed model revealed that practice of 12 sleep-promoting behaviors, such as getting up at a fixed time every morning (OR=0.81, 95% CI: 0.66–0.99), exposing oneself to sunlight in the morning (OR=0.76, 95% CI: 0.64–0.89), and not going out to brightly-lit places, such as convenience stores, after 9:00 pm (OR=0.70, 95% CI: 0.53–0.93), were associated with a lower odds ratio of having the sleep debt, late bedtime or insufficient sleep.

Conclusion: Late bedtimes, less weekday and longer weekend sleep durations, and late weekend wake-up time were observed in students with the sleep debt. Our results suggest that 12 sleep-promoting behaviors, all of which are items contributing to advance bedtime and/or to ensure sleep duration, play an important role in alleviating the sleep debt, late bedtime and insufficient sleep in high school students. We hope that this sleep-promoting behavior menu is utilized as a sleep support for students with similar sleep problems.

Key words : high school student, insufficient sleep, late bedtime, sleep debt, sleep-promoting behavior

高校生, 睡眠不足, 就床時刻の後退, 睡眠負債, 睡眠促進行動

I. はじめに

睡眠は健康的な発育の本質であり, 身体的・精神的健康の維持に不可欠な要素である。しかし, 24時間化した

現代社会では生活が夜型化し, 睡眠不足が常態化している。2015年4月に公表された文部科学省による小・中・高校生を対象とした, 睡眠を中心とした生活習慣等に関する全国調査によれば, 深夜0時以降に就床する生徒は

高校生で47.0%に達し、3人に1人(31.5%)が、睡眠時間が十分ではないと回答していたと報告されている¹⁾。また、生活の夜型化に伴う睡眠不足が顕著になると日中機能への影響も大きく、同調査では睡眠不足を訴える高校生の19.7%がイライラすることが「よくある」と回答し、31.1%が身体のだるさや疲れが「よくある」と回答していた¹⁾。この他にも、睡眠不足は日中眠気や不注意性、課題遂行能力の低下や学業成績の悪化に寄与することが知られている²⁻⁴⁾。

また、青年期の睡眠習慣の特徴として、休日(週末)の睡眠時間の延長が指摘されている¹⁾⁵⁾。これは睡眠負債という現象であり、「個人が毎日必要とする睡眠時間に対して不足分が累積した状態」と定義されている⁶⁾。青年期では、良好な覚醒状態を維持するのに必要な睡眠時間に対して、多くの生徒がその時間を満たしていないため、不足分が睡眠負債として蓄積され、これが週末の睡眠時間延長の引き金となる。特に、日本を含むアジア圏の生徒は、習慣的な睡眠時間が、米国の生徒に比して40~60分、欧州の生徒に比して60~120分短い⁷⁾、睡眠負債が蓄積しやすい状況にある。睡眠負債の蓄積は、当事者が自覚しにくい⁸⁾一方で、甲状腺刺激ホルモン等の神経内分泌系の異常⁸⁾、肥満、不安・抑うつ気分などの健康影響のほか、自尊心の低下、身体暴力や飲酒・喫煙、交通事故などと密接に関連することが知られている³⁾。しかし、従来、睡眠負債に焦点化した研究は実験研究が多く、これまでに睡眠負債の観点から高校生の睡眠習慣を明らかにした研究は、ほとんど見受けられない。そのため、睡眠負債が蓄積した高校生に特徴的な睡眠習慣はいまだ不明な点が多い。上記の社会生活への影響を考えると、彼らに特徴的な睡眠習慣を把握することは重要な課題といえる。

青年期における睡眠の問題は、前述のとおり、高頻度に関わりやすく、慢性化しやすい。そのため、生徒の心身健康の維持増進に向けた適切な支援策の提案が不可欠である。現在、青年期の睡眠問題への支援策として、文部科学省から「早寝早起き朝ごはん」中高生等向け普及啓発資料が公表されている⁹⁾。当該資料には、睡眠の重要性や改善策についての睡眠知識に加え、良質な睡眠を促す生活習慣(睡眠促進行動)が含まれている。一方、我々は、これまで青年期の睡眠健康に影響を与える睡眠促進行動について探索的研究を重ね、生徒の睡眠健康の維持増進には、1)生体リズムの規則性の確保、2)日中や就床前の良好な覚醒状態の確保、3)良好な睡眠環境の整備、4)就床前のリラックスと睡眠への脳の準備などが重要であることを指摘した¹⁰⁾。そして、この知見を基に、高校生用の睡眠健康に重要な22項目の睡眠促進行動で構成したチェックリストを作成した¹¹⁾。このチェックリストは、同上の普及啓発資料に含まれる睡眠促進行動と共通しており、これまでに起床困難と睡眠時間の不規則性の観点から、高校生の睡眠改善に重要なメ

ニューの検討にも活用されている¹¹⁾。当該研究では、生徒が自覚しやすい起床困難、入眠困難が中心に扱われている一方で、生徒が自覚しにくく、かつ心身の健康影響を高め、生活の質を低下させる睡眠負債についてはほとんど言及されていない。上述した高校生特有の睡眠問題が学業・生活機能に及ぼす影響を考慮すると、それらの軽減に重要なメニューを明らかにすることが必要であり、かつその提案が個別の睡眠支援にもつながる可能性がある。

そこで、本研究では、睡眠負債の観点から、高校生における睡眠習慣の特徴を明らかにした上で、睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューを検討することを目的とした。

II. 研究方法

1. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。

2. 調査対象者とデータ収集

広島県内の公立高等学校5校に在籍する1年生から3年生の生徒を対象とした。本研究では、2012年~2016年まで、隔年10月~11月の期間に睡眠教育に関する取組の一環として実施された調査データを利用した。具体的には、2012年度に3校(A校、B校、C校)、2014年度に2校(D校、E校)、2016年度に1校(E校)から得たデータを統合し、延べ2,408名を対象とした。本調査は、各校から睡眠教育の依頼を受けた際に実施されたため、偶発的に隔年実施となった。本研究では、各校の養護教諭の協力のもと、調査に同意の得られた生徒のデータを使用した。

本調査は、各校とも学期中の授業時間に各クラスにて、担任教師が調査の説明文書とともに自記式質問票を配布した。質問票の回収は回答終了後にその場で行い、後日、各校で養護教諭が質問票をまとめ、第1著者の所属大学に郵送した。

3. 調査項目

人口統計学的変数、睡眠習慣、生活習慣、日中の眠気、自覚的な睡眠不足感、日中の支障度としてのイライラ、睡眠促進行動に関する項目を含めた調査票を作成した。

1) 人口統計学的変数

人口統計学的変数として、学校名、学年、性別を尋ねた。

2) 睡眠習慣

睡眠習慣については平日と週末の就床・起床時刻、睡眠時間および寝つきに掛かる時間(入眠潜時)を聴取した。これら睡眠習慣に関しては、Pittsburgh Sleep Quality Index日本語版¹²⁾を参考に質問項目を設定し、平日と週末についてそれぞれ尋ねた。このうち、午前0時以降の就床者に関しては、平日の就床時刻を基に、午前0時以前に就床する者を「午前0時以前の就床者」、それ以降の者を「午前0時以降の就床者」と定義し2値化した。

睡眠負債については、先行研究において、睡眠時間の延長(睡眠反跳)と強く関連し、それが睡眠負債の指標

として有用であること、また、睡眠反跳は週末の睡眠時間の延長分 (catch-up sleep) と類似することが指摘されている⁸⁾。そこで、本研究では、睡眠負債の指標として、平日と週末の睡眠時間の差分 (週末-平日) を用いた¹³⁾。なお、本研究では、睡眠負債の値によって群分けを行うにあたり、各学年の人数を重みとして睡眠負債の加重平均を算出し (100分)、その値をカットオフ値とした。そして、睡眠負債の加重平均が100分以上の者を「睡眠負債群」、その値が100分未満の者を「睡眠非負債群」と定義し2値化した。平日と週末の起床時刻の乖離については、平日と週末の起床時刻の差分 (週末-平日) を基に算出した。

3) 生活習慣

生活習慣については、朝食摂取状況と居眠り状況について尋ねた。前者については、「朝、ご飯を食べていますか?」という質問項目を設定し、「毎日食べている」「ときどき食べている」「食べていない」の3件法で尋ねた。そして、「毎日食べている」を「朝食摂取」、「ときどき食べている」「食べていない」を「朝食欠食」として2値化した。後者については、「過去1ヶ月間、1日に、だいたいどのくらいの時間、居眠りをしていましたか?」と尋ね、「まったくしない」「15分以下」「15~30分」「30~60分」「60~120分」「120分以上」の6件法で回答を求めた。そして、中央値により30分未満/以上で2値化した。

4) 日中の眠気 (日本語版the Epworth Sleepiness Scale: ESS)

ESSは、日常生活で眠気をもたらすような8つの具体的状況を設定し、各状況における眠気のレベルを4段階の中から選択させる自記式尺度である。成人を対象として高い信頼性と妥当性が確認されている¹⁴⁾。全得点は0~24点の範囲であり、病的眠気のカットオフ得点は11点である。本研究では、先行研究¹⁵⁾に倣い、高校生の日中眠気をESSで測定し、ESS得点が11点以上の者を「日中の過度の眠気」と定義した。

5) 自覚的な睡眠不足感とイライラ

自覚的な睡眠不足感については、「ねたりないと思うことは、ありますか?」と質問し「いつもよくある」「よくある」「ときどきある」「あまりない」「ぜんぜんない」の5件法で回答を求め、「いつもよくある」「よくある」を「睡眠不足」、それ以外を「睡眠充足」として2値化した。イライラに関しては「すぐイライラすることは、ありますか?」と質問し「いつもある」「よくある」「ときどきある」「あまりない」「ぜんぜんない」の5件法で回答を求め、「いつもある」「よくある」を「イライラ」、それ以外を「非イライラ」として2値化した。

6) 睡眠促進行動

睡眠促進行動は、睡眠障害の対応とガイドライン¹⁶⁾を参考に、我々が作成した高校生用の生活リズムチェックの項目を採用した¹⁷⁾。このチェックリストは、良質な睡

眠の取得に重要な睡眠促進行動の実践状況の確認を目的としたものであり、22項目3件法で構成されている (項目は表3、4を参照)。各項目への回答は○ (すでにできている)、△ (できていないけど、がんばればできそう)、× (ほとんどできていない) とし、○には1点、△と×には0点を配点し2値化した。

4. 統計解析

すべての解析にはSPSS ver. 24.0 (IBM SPSS Statistics) を使用した。まず、睡眠負債群と睡眠非負債群で学年と性別、および睡眠不足やイライラ、日中の居眠り等の割合を比較するため、 χ^2 検定および残差分析を実施した。この時、期待値が5未満の項目にはフィッシャーの正確確率検定を実施した。

また、睡眠習慣を従属変数、群 (睡眠負債群/睡眠非負債群) を説明変数、学年と性別を共変量 (ダミー変数として処理) とした共分散分析を実施した。解析時、就床・起床時刻に関しては連続データとして処理できるように以下の処理を行った。まず、時刻を10進法に変換した。次に、標準時刻を、数値が大きいほど遅い就床時刻となるように正午からの時間と分を表す変数に変換した。具体的には、就床時刻が23:30の場合は11.50に、25:45の場合は13.75に変換し、同上の解析に用いた。一方、起床時刻については、深夜0時からの時間と分を表す変数に変換した。具体的には、起床時刻が6:30の場合は6.50に変換した。また、統計解析の結果とは別に、2群間での効果の大きさを比較するため、 χ^2 検定に関してはCramer's V と ϕ を、共分散分析に関してはCohen's d と95%信頼区間をそれぞれ算出した。

睡眠促進行動と睡眠問題の関連性については、まず単変量解析として χ^2 検定を実施し、次に多変量解析として一般化線形混合モデルを実施した。混合モデルとは変数に固定効果と変量効果の両方を指定したモデルである。本研究では、固定効果を検討する説明変数として単変量解析で有意差 ($p < 0.05$) および有意傾向 ($p < 0.10$) を示した睡眠促進行動を、目的変数として睡眠負債、午前0時以降の就床、睡眠不足、変量効果として各生徒の所属学校を指定し、ロジスティック回帰分析を実施した。この時、調整変数として、学年と性別を固定効果に投入した。解析時は、「睡眠非負債」、「午前0時以前」、「睡眠充足」を参照カテゴリとして、オッズ比 (odds ratio: OR) および95%信頼区間 (95% confidence interval: 95% CI) を算出した。

また、睡眠促進行動チェックリストに関して、22項目版と、本研究の結果、睡眠の問題の改善に有用と考えられる12項目版について、それぞれ信頼性係数 (α 係数) を算出した。

5. 倫理的配慮

本研究の対象者には、事前に調査の趣旨を説明し、書面を用いて調査の目的と内容を説明した。具体的には、質問票の表紙に、授業中に睡眠習慣や日中の支障度を評

価する質問票を用いること、収集された内容をプライバシーに十分に配慮した上で研究目的のみに使用すること、本調査への協力の辞退はいつでもできること、そして「この質問票のご提出をもって、本調査への協力にご同意いただいたものとみなさせていただきます」という一文を記載し、口頭で説明した上で配布した。また、事前に学校長および教職員に書面による説明を行い、同意を得た。保護者には、学校長から生徒を介して本調査を実施する旨を記載した文書を配布してもらうとともに、睡眠に関する講演を実施し事前周知を図った。さらに、調査終了後、睡眠実態をまとめた報告書を作成し各校に配布し、学校保健便り等を通じて調査結果を生徒および保護者に伝達した。本研究計画は、実施に先立ち、広島国際大学医療研究倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ. 結 果

対象生徒2,408名のうち、2,377名から調査票を回収した。このうち、学年、性別および説明変数として使用する主要な項目（平日と週末の睡眠時間、平日の就床時刻、自覚的な睡眠不足感）に回答が得られた2,195名（回答率：91.2%）（女子：49.0%）を分析対象とした。

1. 睡眠負債群と睡眠非負債群における睡眠習慣の特徴、および睡眠問題と日中の支障度

まず、睡眠負債の加重平均が100分以上の者（睡眠負債群）の割合を確認したところ、その割合は全体の45.5%に達していた。睡眠負債群と睡眠非負債群で人口統計学的要因を比較したところ（表1）、学年および性別の割合に有意差は認められなかった（ $\chi^2(2) = 5.70$ ；

$\chi^2(1) = 0.34$ ）。

次に、睡眠負債群における睡眠習慣の特徴を明らかにするため、睡眠非負債群との比較を行った（表1）。就床時刻について、睡眠負債群は平日に24：10±1：08、週末に24：52±1：32に就床しており、睡眠非負債群に比して平日に24分、週末に29分遅く就床していた。共分散分析の結果、睡眠負債群は睡眠非負債群に比して平日・週末ともに有意に就床時刻が遅れていた（ $F(1, 2190) = 87.11$ ； $F(1, 2190) = 79.71$ ）。睡眠時間に関しては、睡眠負債群は平日に6：04±1：09、週末に8：56±1：32と、睡眠非負債群に比して平日に28分ほど短く、週末に107分ほど長かった。共分散分析の結果、睡眠負債群の睡眠時間は睡眠非負債群のそれに比して平日に有意に短く（ $F(1, 2190) = 101.32$ ）、週末に有意に長かった（ $F(1, 2190) = 953.10$ ）。起床時刻に関しては、平日は睡眠負債群で6：23±0：53、睡眠非負債群で6：24±0：57であり、ほぼ同じ時間帯に起床していた。一方、週末は睡眠負債群で9：47±1：51、睡眠非負債群で7：38±1：18であり、睡眠負債群は睡眠非負債群に比して週末に129分遅く起床していた。共分散分析の結果、平日には有意差が認められなかったが（ $F(1, 2190) = 0.09$ ）、週末には有意差がみられ、睡眠負債群は睡眠非負債群に比して週末の起床時刻が有意に遅かった（ $F(1, 2290) = 1073.25$ ）。また、寝つきに掛かる時間を表す入眠潜時については、睡眠負債群で21.3±22.1分、睡眠非負債群で18.6±18.2分であり、睡眠負債群の方が、わずかに時間がかかっていた。共分散分析の結果、睡眠負債群は睡眠非負債群に比して、入眠潜時が有意に長かった（ $F(1, 2159) = 11.24$ ）。

表1 睡眠負債群と非負債群における睡眠指標の比較

睡眠指標		睡眠負債群 (<i>n</i> = 998)	睡眠非負債群 (<i>n</i> = 1,197)	<i>p</i>	Effect size (95%CI)
学年	1年生	545 (54.6)	633 (52.9)	0.058	$\nu = 0.05$
	2年生	257 (25.8)	280 (23.4)		
	3年生	196 (19.6)	284 (23.7)		
性別	男子	502 (50.3)	617 (51.5)	0.561	$\phi = 0.01$
	女子	496 (49.7)	580 (48.5)		
就床時刻 (時刻)					
	平日	24：10±01：08	23：46±00：58	<0.001	0.37 (0.33 to 0.42)
	週末 (休日前)	24：52±01：32	24：23±01：16	<0.001	0.35 (0.29 to 0.40)
睡眠時間 (時間)					
	平日	06：04±01：09	06：32±01：07	<0.001	0.41 (0.37 to 0.46)
	週末	08：56±01：32	07：09±01：13	<0.001	1.31 (1.26 to 1.37)
起床時刻 (時刻)					
	平日	06：23±00：53	06：24±00：57	0.592	0.02 (-0.01 to 0.06)
	週末	09：47±01：51	07：38±01：18	<0.001	1.36 (1.30 to 1.43)
起床時刻の乖離 (時間)		03：24±01：42	01：14±01：00	<0.001	1.59 (1.53 to 1.64)
睡眠負債 (時間)		02：53±01：26	00：37±00：40	<0.001	2.10 (2.05 to 2.14)
入眠潜時 (分)		21.3±22.1	18.6±18.2	<0.001	0.14 (-0.70 to 0.97)

注) 値は平均値±標準偏差または人数 (%) で表記した。

CI = confidence interval. 睡眠指標に関しては、Cohen' *d* を算出した。

表2 睡眠負債群と睡眠非負債群における睡眠問題と日中の支障度

	睡眠負債群 n (%)	睡眠非負債群 n (%)	p	Effect sizes
午前0時以降の就床者	661 (66.2)	628 (52.5)	<0.001	$\phi = 0.14$
睡眠不足	702 (70.7)	647 (54.2)	<0.001	$\phi = 0.17$
日中の過度の眠気 (ESS $\geq$ 11)	451 (49.5)	467 (41.5)	<0.001	$\phi = 0.08$
イライラ	295 (29.6)	294 (24.7)	0.011	$\phi = 0.06$
朝食欠食	195 (19.5)	150 (12.5)	<0.001	$\phi = 0.10$
日中の居眠り	715 (71.6)	723 (60.4)	<0.001	$\phi = 0.12$

注) ESS = the Epworth Sleepiness Scale.

次に、睡眠負債群と睡眠非負債群における睡眠問題と日中の支障度を比較したところ(表2)、睡眠負債群は、睡眠非負債群に比して、午前0時以降に就床する者や睡眠不足を訴える者の割合が高く($\chi^2(1)=42.56$; $\chi^2(1)=62.15$)、日中に過度の眠気やイライラを訴える者の割合が高いことがわかった($\chi^2(1)=12.95$; $\chi^2(1)=6.54$)。また、睡眠負債群では朝食を欠食する者や日中に居眠りをする者の割合も高かった($\chi^2(1)=18.08$; $\chi^2(1)=30.45$)。

2. 睡眠促進行動の実践状況の比較

睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューを検討するため、まず単変量解析を用いて項目を選定した。 χ^2 検定の結果、睡眠負債群の生徒と比べて、睡眠非負債群の生徒で実践者の割合が有意に高い睡眠促進行動は「毎朝、ほぼ決まった時間に起きる」「朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる」「朝食を規則正しく毎日とる」「帰宅後は居眠り(仮眠)をしない」「睡眠時間が不規則にならないようにする」など計14項目であった(表3)。また、午前0時以降の就床者と比べて、午前0時以前の就床者で実践者の割合が有意に高い睡眠促進行動は「毎朝、ほぼ決まった時間に起きる」「朝食を規則正しく毎日とる」「夕食以降、お茶やコーヒーなどカフェインをとらないようにする」「夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない」「休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする」など9項目であった。さらに、睡眠不足を自覚している者に比して、睡眠不足を自覚していない者で実践者の割合が有意に高い睡眠促進行動は「朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる」「就床の2時間前までに食事を終わらせる」「ベッドでテレビを見たり、読書をしない」「就床時刻が不規則にならないようにする」など8項目であった。

3. 睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューの検討

睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューを検討するため、多変量解析の結果を基にオッズ比が1.00よりも低い値を示した項目を抽出した。

一般化線形混合モデルの結果、睡眠負債は12項目の睡

眠促進行動と有意に関連した(表4)。このうち、睡眠負債(100分以上)のオッズ比が有意に低い睡眠促進行動として「毎朝、ほぼ決まった時間に起きる」「朝食を規則正しく毎日とる」「趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす」「帰宅後は居眠り(仮眠)をしない」「午前0時までには就床する」「休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする」「睡眠時間が不規則にならないようにする」という7項目が抽出された。午前0時以降の就床に関しては、5項目の睡眠促進行動と関連した。このうち、午前0時以降の就床のオッズ比が有意に低い項目として「朝食を規則正しく毎日とる」「夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない」「午前0時までには就床する」「睡眠時間が不規則にならないようにする」という4項目が抽出された。睡眠不足に関しては、9項目の睡眠促進行動と有意に関連した。このうち、睡眠不足のオッズ比が有意に低い項目として、「朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる」「夕食以降、お茶やコーヒーなどカフェインをとらないようにする」「就床時刻が不規則にならないようにする」「午前0時までには就床する」「寝床の中で悩み事をしない」「休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする」「睡眠時間が不規則にならないようにする」という7項目が抽出された。

4. 睡眠促進行動チェックリストの信頼性係数と調査票の提案

22項目版と、上述の12項目版の睡眠促進行動チェックリストについて信頼性係数を算出した。その結果、前者は $\alpha = 0.85$ 、後者は $\alpha = 0.79$ であった。

本研究の結果を基に、睡眠促進行動メニューを含む調査票を作成し、付録に示した。付録の調査票の8番の12項目が、本研究で提案する睡眠負債、就床時刻の後退ならびに睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューである。

IV. 考 察

本研究では、睡眠負債が100分以上に及ぶ高校生の睡眠習慣の特徴を明らかにした上で、睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動を検討した。その結果、睡眠負債群は、睡眠非負債群に比し

表3 睡眠促進行動の実践者の割合に関する群間比較

睡眠促進行動											
睡眠負債		睡眠非負債		午前0時以降の就寝		午前0時以前の就寝		睡眠不足		睡眠充足	
%		%		p		%		p		%	
1.	毎朝、ほぼ決まった時間に起きる	72.5	83.2	<0.001*	76.0	81.1	0.029*	77.1	80.9	0.121	
2.	朝起きたら、太陽の光をしっかり浴びる	32.7	38.4	0.040*	34.4	37.5	0.257	33.4	40.7	0.011*	
3.	朝食を規則正しく毎日とる	77.9	86.2	<0.001*	78.9	86.3	0.001*	82.6	82.5	0.991	
4.	日中はできるだけ人と接し、活動的に過ごす	70.7	78.1	0.003*	76.7	73.1	0.148	76.6	71.7	0.056	
5.	趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす	73.7	82.8	<0.001*	77.4	80.6	0.195	79.9	77.2	0.301	
6.	帰宅後は居眠り（仮眠）をしない	43.7	58.5	<0.001*	50.5	54.2	0.224	50.7	55.6	0.115	
7.	夕食以降、お茶やコーヒーなどカフェインをとらないようにする	37.9	42.5	0.104	37.1	44.0	0.014*	38.1	45.1	0.017*	
8.	就床の2時間前までに食事を終わらせる	67.5	72.0	0.109	70.5	69.7	0.761	67.8	73.8	0.038*	
9.	夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない	68.1	77.1	0.001*	68.5	78.3	<0.001*	72.6	74.4	0.533	
10.	夕食後に夜食を取らない	60.7	67.0	0.024*	62.1	66.4	0.109	64.0	64.4	0.889	
11.	ぬるめのお風呂にゆっくり浸かる	33.5	33.9	0.868	33.1	34.4	0.629	32.4	36.1	0.186	
12.	寝る時は携帯電話を枕のそばから離す	39.8	45.3	0.070	42.0	44.1	0.498	42.4	43.8	0.640	
13.	ベッドでテレビを見たり、読書をしない	48.5	51.3	0.361	50.3	49.9	0.904	52.5	45.6	0.031*	
14.	寝る時は部屋着からパジャマに着替える	77.9	81.0	0.206	78.8	80.6	0.471	80.6	78.2	0.351	
15.	寝室を快適な空間にするように工夫する	67.7	72.9	0.061	70.2	71.4	0.661	71.4	69.2	0.442	
16.	寝る時は脳と身体がリラックスできるように心がける	58.5	64.1	0.046*	60.8	62.5	0.525	61.6	64.4	0.948	
17.	就床時刻が不規則にならないようにする	43.9	57.4	<0.001*	43.6	60.4	<0.001*	47.5	59.2	<0.001*	
18.	午前0時までに就床する	31.0	45.8	<0.001*	19.0	60.0	<0.001*	36.3	45.1	0.003*	
19.	寝床の中で悩み事をしない	50.4	57.6	0.020*	51.3	58.1	0.024*	52.3	58.5	0.052	
20.	眠たくなってから寝床に入る	62.7	66.9	0.154	66.4	64.0	0.407	66.6	62.3	0.154	
21.	休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする	25.7	60.6	<0.001*	38.9	52.0	<0.001*	41.3	52.9	<0.001*	
22.	睡眠時間が不規則にならないようにする	37.0	59.7	<0.001*	40.9	60.1	<0.001*	44.7	59.9	<0.001*	

注) 統計的有意差のみられた項目について、わかりやすさを考慮し「*」を付した。

表4 睡眠問題と睡眠促進行動の関連

睡眠促進行動	睡眠 負 債		午前0時以降の就寝		睡 眠 不 足	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
1. 毎朝、ほぼ決まった時間に起きる	0.81	(0.66 to 0.99)				
2. 朝起きたら、太陽の光をしっかり浴びる	1.16	(1.08 to 1.25)			0.76	(0.64 to 0.89)
3. 朝食を規則正しく毎日とる	0.79	(0.63 to 0.99)	0.70	(0.53 to 0.93)		
4. 日中はできるだけ人と接し、活動的に過ごす	1.34	(1.15 to 1.57)			1.50	(1.46 to 1.54)
5. 趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす	0.84	(0.78 to 0.92)				
6. 帰宅後は居眠り（仮眠）をしない	0.67	(0.54 to 0.84)				
7. 夕食以降、お茶やコーヒーなどカフェインをとらないようにする					0.82	(0.72 to 0.93)
8. 就床の2時間前までに食事を終わらせる						
9. 夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない			0.70	(0.53 to 0.93)		
10. 夕食後に夜食を取らない						
11. ぬるめのお風呂にゆっくり浸かる						
12. 寝る時は携帯電話を枕のそばから離す	1.15	(1.02 to 1.23)			1.35	(1.21 to 1.50)
13. ベッドでテレビを見たり、読書をしない						
14. 寝る時は部屋着からパジャマに着替える						
15. 寝室を快適な空間にするように工夫する						
16. 寝る時は脳と身体がリラックスできるように心がける						
17. 就床時刻が不規則にならないようにする	1.41	(1.01 to 1.96)			0.81	(0.79 to 0.84)
18. 午前0時までに就床する	0.82	(0.73 to 0.92)	0.13	(0.09 to 0.20)	0.92	(0.88 to 0.96)
19. 寝床の中で悩み事をしない	1.34	(1.13 to 1.60)	1.30	(1.14 to 1.47)	0.90	(0.86 to 0.94)
20. 眠たくなってから寝床に入る						
21. 休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする	0.21	(0.14 to 0.31)			0.66	(0.58 to 0.77)
22. 睡眠時間が不規則にならないようにする	0.75	(0.74 to 0.76)	0.77	(0.72 to 0.83)	0.58	(0.51 to 0.64)

注) OR = odds ratio, CI = confidence interval

て、就床時刻が遅く、平日は睡眠時間が短かったが、週末は起床時刻が後退しており、睡眠時間が長かった。また、睡眠負債群では、睡眠不足、日中の過度の眠気、イライラ、朝食欠食および日中の居眠りの割合も多かった。これらの結果を基に、一般化線形混合モデルを実施した結果、睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューとして、①毎朝、ほぼ決まった時間に起きる、②朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる、③朝食を規則正しく毎日とる、④趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす、⑤帰宅後は居眠り（仮眠）をしない、⑥夕食以降、カフェインをとらないようにする、⑦夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない、⑧就床時刻が不規則にならないようにする、⑨午前0時までには就床する、⑩寝床の中で悩み事をしない、⑪休日でも起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする、⑫睡眠時間が不規則にならないようにする、という12項目が抽出された。そして、その信頼性係数は $\alpha = 0.79$ であり、22項目版（ $\alpha = 0.85$ ）と同程度の値であった。

1. 睡眠負債群と睡眠非負債群における睡眠習慣の特徴と睡眠不足、イライラの割合

本研究では、睡眠負債群における睡眠習慣の特徴を、睡眠非負債群との比較を通じて検討した。その結果、睡眠負債群は、睡眠非負債群に比して、平日の就床時刻が24分ほど遅く、睡眠時間が28分ほど短かったが、起床時刻にはほとんど差がみられなかった。疫学調査における睡眠時間は床上時間（寝床で過ごす時間）に近似することから⁵⁾、平日の睡眠時間の減少は就床時刻の遅れによるものと考えられる。一方、週末の睡眠習慣を見ると、睡眠非負債群に比して、睡眠負債群では就床時刻が29分、起床時刻が129分ほど遅く、睡眠時間が107分ほど長くなっていた。2群間の効果の大きさを表すCohen's d も、特に週末の起床時刻と睡眠時間で値が1.30を上回っており、両群間の差が大きいことを示していた¹⁸⁾。既報では、睡眠負債が習慣的な睡眠時間の短縮に伴って増加すること、睡眠反跳と強く関連することが指摘されている⁸⁾。実際に、平日の睡眠時間が短く、週末の睡眠時間が長い睡眠負債群の睡眠負債と起床時刻の乖離の各時間を見ると、睡眠非負債群に比して、前者が136分、後者が130分ほど長いことが明らかになった（表1）。このことから、睡眠負債群では、睡眠非負債群と比べた、平日の就床時刻の遅れに伴う睡眠時間の短縮によって睡眠負債が蓄積した可能性が推察され、その反跳効果として週末の睡眠時間が延長し、かつ起床時刻が遅くなったものと考えられる。この他にも、睡眠負債群は睡眠非負債群に比して入眠潜時が長いという特徴も明らかになった。

睡眠負債群では、睡眠非負債群に比して、睡眠不足や日中の過度の眠気、イライラの割合が高かった。睡眠負債が蓄積した状態では、睡眠不足や日中眠気に限らず、種々の機能症状を伴いやすい²⁻⁴⁾。既報では、不注意性

や過活動性、気分状態の悪化、学業成績や行動調整能力の低下などが随伴しやすいと指摘されている¹⁹⁾。脳機能画像研究の知見によれば、睡眠負債の蓄積が、腹側前帯状皮質と扁桃体の機能的結合性を低下させるため、陰性の情動刺激に対する扁桃体の活動強度が増強し、イライラした状態を招くことが知られている²⁰⁾。したがって、睡眠負債群における睡眠不足や日中の過度の眠気、イライラの割合の高さは、睡眠負債の蓄積に基づくものと考えられる。

また、睡眠負債群では午前0時以降の就床者、朝食欠食および日中の居眠りの割合も高かった。前述のとおり、睡眠負債群で就床時刻が遅いことを考えると、午前0時以降の就床者の割合が高いことは妥当である。睡眠負債と朝食欠食や日中の居眠りの関連については、習慣的に就床時刻が遅く睡眠時間が短い者では、起床時の眠気や気分悪化から朝食欠食が起こりやすいこと²¹⁾、また学校から帰宅後の17時以降に居眠りしやすいこと²²⁾が報告されている。特に後者に関しては、遅い時間帯の居眠りが就床時刻の遅れや睡眠不足を招き、居眠り習慣を持続させるという²²⁾。このことから、睡眠負債が蓄積した高校生では、不規則な睡眠習慣に加え、朝食欠食や日中の居眠りも起こりやすい状態にあると考えられる。

2. 睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニュー

本研究の結果から、対象生徒全体の45.5%が、睡眠負債の加重平均が100分以上に達していることがわかった。そして、睡眠負債群では午前0時以降に就床する者、睡眠不足やイライラを訴える者、日中に居眠りする者が多いことが明らかになった。このように睡眠負債を抱える生徒が高頻度にみられ、それが日中の支障度と関連していることを考えると、睡眠負債に焦点化した睡眠促進行動メニューを作成することが、生徒の日中の支障度の軽減に寄与する可能性を高め、かつ簡便でポイントを絞った保健指導の実践につながることを期待できる。そこで次に、睡眠負債、就床時刻の後退、睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューについて検討する。

前述のとおり、睡眠負債群では、睡眠非負債群と比べた、平日の就床時刻の遅れに伴う睡眠時間の短縮によって睡眠不足や睡眠負債が蓄積した可能性が推察された。そのため、就床時刻を前進させ、かつ必要な睡眠時間を確保することが、睡眠不足や睡眠負債の軽減につながると考えられる。この目標を達成するためには、概日リズムの位相が前進方向に大きく変化する時間帯（最低深部体温時刻後）に高照度光に曝露し、体内時計をリセットさせることが重要である²³⁾。既報では、光曝露後（体内時計のリセット後）から約14~16時間後にメラトニンの分泌が開始され、眠りやすい状態が高まること²⁴⁾が知られており、これが就床時刻の前進、ひいては睡眠時間の増加をもたらすと考えられている。そのため、まずは「毎朝、ほぼ決まった時間に起きる」と「朝起きたら、

太陽の光をしっかりと浴びる」という睡眠促進行動の実践が必要である。

この他にも、「趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす」や「朝食を規則正しく毎日とる」という睡眠促進行動は、体内時計をリセットさせる同調因子として知られている²⁵⁾²⁶⁾。特に後者に関しては、長時間の絶食後に摂取する最初の食事（つまり朝食）が、末梢時計周期の決め手となる重要な要因であることが知られている²⁷⁾。睡眠負債群の生徒で朝食欠食者が多いことから、毎朝きちんと朝食をとるという睡眠促進行動の実践により、睡眠問題軽減の一助となるだろう。一方、本研究の睡眠負債群のように、平日と週末で起床時刻が3時間以上乖離する者では体内時計がリセットされず、概日リズムの位相が45分程度後退し、週末の夜に入眠開始時刻が遅れることが知られている²⁸⁾。既報では、光曝露によって体内時計がリセットされる時間帯は、習慣的な起床時刻からおおむね2時間（例：平日の朝7時に起床する者では、朝8時半～9時頃の時間帯）と推定²⁹⁾³⁰⁾されているため、睡眠相や概日リズムの位相後退の予防的観点から、休日の朝寝坊は平日の起床時刻を基準として、そこから2時間程度にとどめることが望ましい。

健康的な睡眠を確保するためには、朝、体内時計をリセットさせることに加えて、睡眠欲求を高めるため、夕方から就床前の時間帯に適正な覚醒度を維持することが重要である。前述のとおり、遅い時間帯での居眠りは就床時刻の遅れや睡眠不足を招き、居眠り習慣を持続させることが指摘²²⁾されていることから、学校から帰宅後の時間帯は、適正な覚醒維持を確保するためにも居眠り（仮眠）をしないことが大切である。しかし、就床前の覚醒度が高すぎる場合は、むしろ睡眠妨害となるため、適正な覚醒度に調整する工夫が必要である。本研究の結果、抽出された「夕食以降、カフェインをとらないようにする」「夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない」「寝床の中で悩み事をしない」という3点は、いずれも就床前の覚醒度が高くなりすぎないように調整するための重要な睡眠促進行動である。就床時刻に近い時間帯での高濃度のカフェイン摂取³¹⁾³²⁾や高照度光への曝露²³⁾は、いずれも概日リズムの位相後退をもたらすことが知られている。寝床での考え事も、同様に睡眠の分断化を生じさせることが報告されていることから³³⁾、上記3点を見直し、就床前は脳と身体を睡眠に向けて準備することが重要である。

睡眠負債や睡眠不足を軽減するためには、各自の身体が必要とする睡眠時間を確保することが極めて重要である。この目標を達成するためには、平日・週末ともに午前0時を目安に就床し、その時間帯を乱さないこと、そして自分に合った睡眠時間を見つけ、それを保持することが重要である。青年期に推奨される睡眠時間の目安は8～10時間³⁴⁾とされているため、その中で、各自が日中

の眠気で困らない程度の睡眠時間を確保することが、睡眠不足や睡眠負債、日中の居眠り、イライラの軽減に寄与すると考えられる²⁻⁴⁾。したがって、就床時刻が遅く睡眠時間が短い睡眠負債群の生徒は、「就床時刻が不規則にならないようにする」「午前0時までに就床する」「睡眠時間が不規則にならないようにする」という3点も抑えておくべきである。

以上より、睡眠負債や就床時刻の後退、睡眠不足の軽減には12項目の睡眠促進行動が重要であると考えられた。そこで、本研究の結果を基に、12項目の睡眠促進行動メニューを含む調査票を作成した（付録）。本調査票は、高校生の睡眠習慣や睡眠の問題を効率的に抽出できるように、就床・起床時刻や睡眠時間、居眠りの状況なども含めてある。そのため、保健室等での個別の睡眠相談支援からクラス・学校単位での睡眠教育支援まで、幅広く活用することが可能である。この睡眠促進行動メニューを活用した指導法¹⁰⁾¹⁷⁾としては、まずは生徒に本調査票への記入を求め、各自の睡眠習慣や睡眠の問題点を把握することが重要である。その上で、各生徒が12項目の睡眠促進行動に対して「△（できていないけど、がんばればできそう）」とチェックした項目から目標を3つ選択させ、自宅や学校での目標の実践と観察（必要に応じて、睡眠日誌を用いた自己調整法）を促すことがポイントである。この時、睡眠促進行動メニューについて、適正な知識を提供することも指導効果を高める上で重要である。最終的に12項目すべてが「○」になることが理想的であるが、各自の生活スタイルに応じて取り組みにくい行動もあるため、まずは実践可能な目標を優先させ、継続することが改善の糸口となる¹⁰⁾¹⁷⁾。この睡眠促進行動メニューが、同じ睡眠問題を抱える高校生の睡眠支援に活用されることを期待する。

3. 本研究の限界と課題

本研究は、睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューを検証した報告であるが、横断研究であるため、因果関係には言及できない。また、対象は広島県内の高校生であるため、サンプリングバイアスを考慮すべきである。その他、調査票では生徒の平均的な睡眠習慣についてのみ尋ねたため、就床・起床時刻や睡眠時間の個人内変動を明らかにすることができていない。加えて、睡眠促進行動が過大評価された可能性を排除できていない点や、学年・性別以外の人口統計学的要因を含むことができていない点も本研究の限界点である。今後、標本抽出法などの母集団の代表性を確保する手法を使用するとともに、介入研究や縦断研究などを利用して経時的変化をとらえることが必要である。また、睡眠日誌や妥当性のある尺度を併用し、対象年齢の幅を広げて、睡眠問題に対する支援策の構築に努めることが重要である。

一方で、以上のような限界点はあるが、本研究は5校の高校から非常に高い回収率を維持した研究であり、高

校生の睡眠習慣の実態をよく反映した結果が得られたものと考えられる。本研究の結果、高校生特有の睡眠問題に対応した睡眠促進行動メニューが明らかになり、効率的かつ的確に睡眠支援を提供できる可能性が高まった。

V. 結 語

本研究では、睡眠負債が100分以上に及ぶ高校生の睡眠習慣の特徴を明らかにした上で、睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な睡眠促進行動メニューを検討した。その結果、次の2点が確認できた。

1) 睡眠負債群は、睡眠非負債群に比して、就床時刻が遅く、平日は睡眠時間が短かったが、週末は起床時刻が遅退し、睡眠時間が長くなった。また、睡眠負債群では、睡眠不足、日中の過度の眠気、イライラ、朝食欠食および日中の居眠りの割合が多いことも特徴であった。2) 睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足は、「毎朝、ほぼ決まった時間に起きる」、「朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる」、「夜9時以降、コンビニなど明るいところへ外出しない」など12項目の睡眠促進行動と有意に関連した。本研究の結果から、いずれも就床時刻の前進や睡眠時間の確保に寄与する12項目の睡眠促進行動が、高校生の睡眠負債、就床時刻の後退および睡眠不足の軽減に重要な役割を果たすことが示唆された。この睡眠促進行動メニューが、同じ睡眠問題を抱える高校生の睡眠支援に活用されることを期待する。

文 献

- 1) 文部科学省：平成26年度「家庭教育の総合的推進に関する調査研究」—睡眠を中心とした生活習慣と子供の自立等との関係性に関する調査—。Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/shougai/katei/_icsFiles/afildfile/2015/04/30/1357460_02_1_1.pdf Accessed September 6, 2017
- 2) Gregory AM, Sadeh A : Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 16 : 129–136, 2012
- 3) Shochat T, Cohen-Zion M, Tzischinsky O : Functional consequences of inadequate sleep in adolescents : A systematic review. *Sleep Medicine Reviews* 18 : 75–87, 2014
- 4) Owens J : Adolescent sleep working group, Committee on adolescence : Insufficient sleep in adolescents and young adults : An update on causes and consequences. *Pediatrics* 134 : e921–e932, 2014
- 5) Gradisar M, Gardner G, Dohnt H : Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence : A review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Medicine* 12 : 110–118, 2011
- 6) Van Dongen HPA, Rogers NL, Dinges DF : Sleep debt : Theoretical and empirical issues. *Sleep and Biological Rhythms* 1 : 5–13, 2003
- 7) Olds T, Blunden S, Petkov J et al. : The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents : A meta-analysis of data from 23 countries. *Sleep Medicine Reviews* 14 : 371–378, 2010
- 8) Kitamura S, Katayose Y, Nakazaki K et al. : Estimating individual optimal sleep duration and potential sleep debt. *Scientific Reports* 6 : 35812, 2016
- 9) 文部科学省：早寝早起き朝ごはんで輝く君の未来～睡眠リズムを整えよう！～。Available at : http://katei.mext.go.jp/contents2/pdf/H26_keihatsushiryo-student.pdf Accessed September 6, 2017
- 10) 田中秀樹：睡眠改善技術。(日本睡眠改善協議会編)。基礎講座睡眠改善学, 163–188, ゆまに書房, 東京, 2008
- 11) 出下嘉代, 田中秀樹：高校生の睡眠改善に有効な生活習慣メニューの検討—起床困難・不規則性の観点から—。広島国際大学心理臨床センター紀要 6 : 1–15, 2006
- 12) Doi Y, Minowa M, Uchiyama M et al. : Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subject. *Psychiatry Research* 97 : 165–172, 2000
- 13) 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子ほか：長寿県沖縄と大都市東京の高齢者の睡眠健康と生活習慣についての地域間比較による検討。老年精神医学雑誌 11 : 425–433, 2000
- 14) Takegami M, Suzukamo Y, Wakita T et al. : Development of a Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale (JESS) based on Item Response Theory. *Sleep Medicine* 10 : 556–565, 2009
- 15) Kaneita Y, Munezawa T, Suzuki H et al. : Excessive daytime sleepiness and sleep behavior among Japanese adolescents : A nation-wide representative survey. *Sleep and Biological Rhythms* 8 : 282–294, 2010
- 16) 内山 真：睡眠障害の対応と治療ガイドライン, じほう, 東京, 2002
- 17) 田中秀樹, 出下嘉代, 古谷真樹：思春期の睡眠問題と睡眠教育。臨床精神医学 39 : 623–637, 2010
- 18) Cohen J : Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, USA, 1988
- 19) Beebe DW, Fallone G, Godiwala N et al. : Feasibility and behavioral effects of an at-home multi-night sleep restriction protocol for adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 : 915–923, 2008
- 20) Motomura Y, Kitamura S, Oba K et al. : Sleep debt elicits negative emotional reaction through diminished amygdala-anterior cingulate functional connectivity. *PLoS ONE* 8 : e56578, 2013
- 21) 荒川雅志, 田中秀樹, 白川修一郎ほか：中学生の睡眠・生活習慣と夜型化の影響—沖縄県の中学生3,754名における実態調査結果—。学校保健研究 43 : 388–398, 2001

- 22) Fukuda K, Ishihara K : Routine evening naps and night-time sleep patterns in junior high and high school students. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 56 : 229-230, 2002
- 23) Crowley SJ, Acebo C, Carskadon MA : Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine* 8 : 602-612, 2007
- 24) Liu X, Uchiyama M, Shibui K et al. : Diurnal preference, sleep habits, circadian sleep propensity and melatonin rhythm in healthy human subjects. *Neuroscience Letters* 280 : 199-202, 2000
- 25) Miyazaki T, Hashimoto S, Masubuchi S et al. : Phase-advance shifts of human circadian pacemaker are accelerated by daytime physical exercise. *American Journal of Physiology Regulatory, Integrative and Comparative physiology* 281 : R197-R205, 2001
- 26) Stokkan KA, Yamazaki S, Tei H et al. : Entrainment of the circadian clock in the liver by feeding. *Science* 291 : 490-493, 2001
- 27) Kuroda H, Tahara Y, Saito N et al. : Meal frequency patterns determine the phase of mouse peripheral circadian clocks. *Scientific Reports* 2 : 711, 2012
- 28) Crowley SJ, Carskadon MA : Modifications to weekend recovery sleep delay circadian phase in older adolescents. *Chronobiology International* 27 : 1469-1492, 2010
- 29) Khalsa SBS, Jewett ME, Cajochen C, Czeisler CA : A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. *The Journal of Physiology* 593 : 945-952, 2003
- 30) Czeisler CA, Buxton OM : The human circadian timing system and sleep-wake regulation. In : Kryger M, Roth T, Dement W, eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5th edition, 402-419, Philadelphia : W.B. Saunders Company, 2010
- 31) Drake C, Roehrs T, Shambroom J et al. : Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 9 : 1195-1200, 2013
- 32) Burke TM, Markwald RR, McHill AW et al. : Effects of caffeine on the human circadian clock in vivo and in vitro. *Science Translational Medicine* 7 : 305ra146, 2015
- 33) Hall M, Vasko R, Buysse D et al. : Acute stress affects heart rate variability during sleep. *Psychosomatic Medicine* 66 : 56-62, 2004
- 34) Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM et al. : National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations : methodology and results summary. *Sleep Health* 1 : 40-43, 2015

(受付 2017年9月27日 受理 2018年4月10日)

代表者連絡先 : 〒673-1494 兵庫県加東市下久米942-1
 自然棟522研究室
 兵庫教育大学学校教育研究科人間発達専攻臨床心理学
 コース (田村)

付録 高校生用の睡眠調査票

年 組 番 (男・女)

みなさんの普段の睡眠状態について知り、健康で充実した生活を送るためには、どんな点に気をつければ良いかを一緒に考えていく資料にしていきたいと思っています。次のアンケートにご協力よろしくお願いします。

1. 夜、ふとん（ベッド）に入る時間は、だいたい何時ごろですか？	
学校がある日は 午前・午後 時 分	休みの前の日は 午前・午後 時 分
2. 朝、起きる時間は、だいたい何時ごろですか？	
学校がある日は 午前・午後 時 分	休みの日は 午前・午後 時 分
3. 睡眠時間は、だいたい何時間くらいですか？	
学校がある日は 時間 分	休みの日は 時間 分
4. ふだん寝つくまで、だいたい、どのくらいですか？ 分くらい	
5. 過去1ヶ月間、1日に、だいたいどのくらいの時間、居眠りをしていましたか？ (夕方、電車やバスで、居眠りをすることなども含めた時間)	
学校がある日： ①まったくしない ②15分以下 ③15～30分 ④30～60分 ⑤60～120分 ⑥120分以上	
休みの日： ①まったくしない ②15分以下 ③15～30分 ④30～60分 ⑤60～120分 ⑥120分以上	
6. 下書いてある質問の答えを1つだけ選んで、○をつけて下さい。	
◆ ねたりないと思うことは、ありますか？	
4. いつもある 3. よくある 2. ときどきある 1. あまりない 0. ぜんぜんない	
◆ すぐイライラすることは、ありますか？	
4. いつもある 3. よくある 2. ときどきある 1. あまりない 0. ぜんぜんない	
7. 朝、ご飯を食べていますか？ ①毎日食べている ②ときどき食べている ③食べていない	
8. 次の生活習慣行動について、もっとも当てはまるものを ○、△、× から1つ選んで、【 】に書いてください。	
○「すでにできている」、△「できていないけど、がんばればできそう」、×「ほとんどできていない」	
1. 毎朝、ほぼ決まった時刻に起きる	【 】
2. 朝起きたら、太陽の光をしっかりと浴びる	【 】
3. 朝食を規則正しく毎日とる	【 】
4. 趣味や部活動などを楽しみ、活動的に過ごす	【 】
5. 帰宅後は居眠り（仮眠）をしない	【 】
6. 夕食以降、お茶やコーヒーなどカフェインをとらないようにする	【 】
7. 夜9時以降、コンビニなどの明るいところへ外出しない	【 】
8. 就床時刻が不規則にならないようにする	【 】
9. 午前0時までに就床する	【 】
10. 寝床の中で悩み事をしない	【 】
11. 休日も起床時刻が平日と2時間以上ずれないようにする	【 】
12. 睡眠時間が不規則にならないようにする	【 】
1～12のうち、がんばればできそうなこと「△」の中から、改善しようと思う目標の番号を3つ選んで（ ）に番号を記入して下さい。	
目標 1 () 目標 2 () 目標 3 ()	

研究報告

性教育の授業を受けている 中学3年生が体験する内的世界

吉 森 容 子

新潟県済生会三条病院

Inner World of Third-Year Junior High School Students Who Attend Sex Education Classes

Yoko Yoshimori

Niigata Saiseikai Sanjo Hospital

Background: Adolescent sex education is important from the viewpoint of health education. In addition, the sexual behavior of children is diverse, and various forms of sex education exist.

Objective: The objective of this study was to shed light on the meaning of the inner world of third-year junior high school students who attend sex education classes.

Methods: The sample comprised five third-year junior high school students who attended classes in the author's sex education program. The data were derived from semi-structured interviews and were analyzed with reference to Giorgi's phenomenological methodology.

Results: The following four points became clinically evident through our sex education program. First, the students became aware that they stand on the threshold connecting their own past events with their futures. Second, the students associated photographs of childbirth with their personal concerns. Third, the students re-evaluated their knowledge of sex and sexual experiences. Fourth, the students discussed their concerns about whether they would contract sexually transmitted infections (STI); however, they thought they would be the exception to the rule.

Conclusion: The students associated their learnings from our sex education program with their past events and present concerns in chronological order. Through the process of integrating new knowledge based on our sex education program, the students were aware of the relationship between the content of our program and their personal lives. Our sex education classes provide the students with self-affirmation and prepare them for their future. However, our program did not have an effect on guarding against STI. Further studies should be pursued to plan sex education programs that promote safe sexual behaviors.

Key words : sex education, junior high school students, inner world, phenomenology
性教育, 中学生, 内的世界, 現象学

I. 緒 言

国民健康運動である「健やか親子21」は、平成27年4月より第2次が開始されている。その中で思春期は、「学童期・思春期からの成人期に向けた保健対策」として位置づけられ、目標には10代の性感染症罹患率と人工妊娠中絶率の減少を掲げている¹⁾。また、平成24年から実施されている現行学習指導要領解説の中では、性教育という記載はない。しかし、中学3年生の保健体育の項目における感染症という中で、後天性免疫不全症候群（エイズ）及び性感染症について取り扱うものとしている²⁾。併せて、10代の性感染症罹患率と人工妊娠中絶率の減少という、目標の達成に向けて展開されている。

中学生の性交経験率は、男子3.7%、女子4.7%³⁾と報告されており、子どもたちの望まない妊娠や性感染症のリスクは見逃せない実態がある⁴⁾。したがって、性行動

が活発となる前段階である中学生に、性教育という性の健康教育への取り組みは重要性を増している。しかし、性的な接触、性行為によって感染する性感染症の教育を中学生に行うにあたり、性に関わるこれらの問題は、大半の生徒たちにとって身近なものではないことも考えられる。思春期であるこの時期は、精神的、身体的な発達において個人差があり⁵⁾、性の分極化・性行動の不活発化という現象からも⁶⁾、社会的成熟度や性意識、性関心の程度などの多様性が予測される。このような現状の中、性教育関連における先行研究をみると、高校生以上を対象とした研究が多く、内容は性行動の現状、意識、自己決定に関する実態調査や意識調査、また性教育の実態や内容に関する調査、避妊や性教育に関するニーズの調査などである⁷⁻⁹⁾。研究方法としては、自由記述や感想文の質的分析による報告も散見されているが、質問紙調査や心理尺度を用いた数量的研究が多くを占めている。性

教育を受ける中学生の立場に軸足をおき、率直な気持ちや本音、感情に寄り添った研究は見られていない。さらに生徒達の性教育の内容と受け止めは、肯定的な意見が全体の4割から7割を占める¹⁰⁻¹²⁾一方で「わからない」という評価が、中学生から高校生と年齢が上がるにつれ減少してくることが指摘されている¹³⁾。中学生をはじめ、性行動が活発ではない年代において、授業後の性行動の実態評価を行うには限界がある。さらに、性教育の授業は、生徒の関心の高さ、今までの体験、発達段階によって授業の体験はさまざまであることが予測され、全体としての授業構成、個別としての関わり方が必要であると考えられる。そこで思春期の課題に取り組むためには、まずは授業を受けている中学生の実像にせまり、研究者の視点による数量的研究と異なるアプローチにより、性教育の授業をうけている生徒の体験している内的世界を浮き彫りにすることが重要であると考えた。そこで、中学3年生の生徒が性教育の授業をうけている内的世界を浮き彫りにし、生徒が何を感じ考え、それらは何を示しているのか、その意味を明らかにすることを目的とした。

II. 方 法

1. 研究方法

現象学的アプローチによる質的記述的研究である。

現象学的研究とは、因果関係を明らかにしようとするものではなく、参加者の生きられた体験としての現象の本質を明らかにしていくことを探求する記述的研究法である。現象学的研究方法は、参加者の体験した世界をありのままに記述し、その中から変換された意味単位を取り上げ、想像自由変換により、その体験を構成要素に導き、その体験による言葉の持っている内容の本質を見出すことである。そのため、研究者はいかなる先入観や枠も持たず、操作的定義もせず、過去の経験を括弧の中に入れ、データに近づくという現象学的還元態度をとった。本研究は、Giorgi¹⁴⁻¹⁶⁾による現象学的研究方法を参考に分析を行った。

2. 研究実施期間 2011年9～10月

3. 研究対象

性教育の授業を受けた中学3年生。生徒自らの意志により本研究に同意し、保護者の同意が得られた生徒5名（以下参加者とする）。授業は学校より性教育の授業依頼を受けた研究者が授業計画を立案し、実施した。

4. 調査方法

1) 面接方法

時期は、詳細に想起可能と考えた授業後1ヶ月以内に行った。また、参加者が希望する日時と場所を設定確認し、研究者が一人ずつ面接を行った。面接時は、周囲へのプライバシーが確保できることや自由に語りができるよう環境に配慮した。さらに、必要時再度面接の場をつくることを説明し、了解を得たのち面接を行った。時間は、参加者の年齢、疲労、集中力を考慮し30分から1時

間とし、参加者の語りが終わるまで継続して語ってもらった。内容は、参加者の了解を得てICレコーダーに録音した。面接時の表情やしぐさ印象、反応は、面接終了後にフィールドノートに記載し、データ分析の参考にした。

2) 面接内容

面接は「性教育の授業を受けてどうだった？感じたこと、印象に残ったことはどんなことだった？」の質問から開始し、その後自由に語ってもらった。また、(1)性交によって考えられること。(2)性感染症・妊娠・エイズについての話を聞いて感じたこと。(3)お腹の中の赤ちゃん・出産についての話をきいて感じたこと。などについて半構造化面接によるインタビューを行った。

5. 分析方法

1) 面接で語られたままに作成した逐語録を熟読し、全体の意味をとらえる。2) 参加者の性教育の授業に関する語りをデータとして取り上げる。3) 参加者の語った言葉にある意味の変化や内容が移り変わっていないことを確認し、文章を区切る印をつけそれを意味単位とする。4) 意味単位ごとに研究者が現象の本質探求の手続きである「想像自由変換」を用いながら、心理学的意味を最もよく表す表現を考えて、意味単位を変換して記述する。5) 変換された意味単位を比較し、個々についての体験を構成する構成要素を作成する。6) 個々の体験を時系列で記載し、構成要素ごとの意味について、語りを含めながら記述する。7) 個々の体験と構成要素を関連図として表す。8) 参加者全員の性教育の授業における内的世界の特徴をあげ、類型化する。分析と解釈にあたり、真実性を確保するため、大学院で看護学を専門とする、質的研究の専門家2名によるスーパービジョンにより助言を受けた。さらに、データと意味単位に立ち戻りながら検討を繰り返し、分析の信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

新潟大学大学院保健学研究科研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得た（受付番号 第76号）。研究は学校長に承諾を得て実施した。授業後全員の生徒に研究目的、方法、研究参加は自由意思であり、成績には無関係であること、途中で断っても不利益は生じないことを口頭で説明した。保護者に対しては書面で研究目的と方法、倫理的配慮の説明書、研究参加同意書を配布した。研究参加を希望した生徒の保護者には同意書の記載をもって同意とみなした。

7. 教育内容（表1）

養護教諭との事前うち合わせを行いその後、学習指導案を立案した。

8. 用語の定義

1) 性知識

二次性徴における男性、女性の変化、性欲、妊娠について知っていること、その内容をさす。

表1 学習指導案

学習指導案		
学校名 ○○中学校		
授業担当 ○○病院 助産師		
1. 対象 3年生		
2. 日時 平成23年9月○日 5・6限		
3. 場所 多目的ホール		
4. 単元 学級活動		
5. 教育デザイン立案		
1) 教材観		
性教育とは、二次性徴・性感染症・妊娠についての理解を深めることのみが教育の目的ではなく、学習者が自分や他人の命の大切さに気づき、個々の自尊感情を高めるための教育である。そして今後の性の行動選択につなげる為の、総合的な教育である。		
2) 学習者観		
生徒の性的発達段階からみて、性ホルモンの上昇がみられ、身体的な発達が出現する。そして、二次性徴の発来は見られているものの思春期の発達段階における中間的な地点といえる。身体的発達の個人差もあり、性意識・性関心の程度も多様な時期である。		
3) 指導観		
(1) 二次性徴は履修しており不安や悩みを中心に、男子（性欲のコントロール）女子（月経教育）について説明する。		
(2) 今後増える予測される男女交際の際の行動選択につながるよう働きかける。		
(3) 性感染症やエイズについて説明する。		
(4) 困った時の相談窓口を紹介する。学校が希望する場合、相談窓口が記載されているポスター・カードを渡す。		
① ○○県思春期電話相談窓口の紹介 ② ○○病院・産婦人科外来思春期電話相談窓口の紹介		
(5) 生命誕生の話しを通し命の大切さだけでなく、家族の思い、命に対する責任について伝える。		
(6) 出産写真を映し、出産を現実的に捉えられるよう働きかける。		
(7) 授業後、感想を記述することで自分の考えを整理することにつなげる。		
6. 単元目的		
1) 二次性徴におけるからだの変化・悩み・性感染症に関する知識が深まり、性行動の選択への動機付けができる。		
2) 生命誕生を通し自己の「生」を肯定できる。		
3) あたらしい命をはぐくむことの責任について考えることができる。		
7. 評価基準		
生徒の自由記載の感想文より、二次性徴における体の変化についての悩み、性について肯定的な考えに繋がっているかという視点として行う。		
8. 授業展開		
	教 育 内 容	教育方法・媒介
導入 5分	授業実施学生の自己紹介 今日の内容説明・思春期とはどんな時期か	胎児心音をながす ドップラーで生徒の心音を聴く
展開1 15分	思春期における体の変化の特徴 男子に多い悩み 射精・性欲・包茎等 女子に多い悩み 月経・妊娠等	講義 パワーポイント使用 Q & A方式にてポイントを説明する性欲のコントロールとマスターベーションについて、月経と無月経・月経痛の対処方法について説明する。 モデル人形を使用し射精・月経・妊娠の体のしくみを説明する
展開2 25分	性交によって考えられること ① 性感染症・エイズについて 種類・特徴・症状 ② 予防について ③ 男女の行動の差について 性行動の選択について	講義 パワーポイント使用 モデル人形を使用し感染経路の説明をする。主な症状と特徴を説明する。 お互いを思いやる気持ちや伝え方、コミュニケーションスキルを説明する。 性欲の差について説明する。
休憩 15分		ホールに待機し、生徒からの質問に対応する
展開3 20分	胎児の説明・胎児の機能 妊娠3ヶ月・5ヶ月・8ヶ月の胎児	講義 パワーポイント・モデル人形で胎児の大きさを示す。3,000g胎児人形を生徒に抱いてもらう。
展開4 20分	分娩経過の説明 帝王切開について 流産、死産について 命が生まれるということ 責任・家族の思い・出産場面の紹介	分娩シミュレーションと講義 先生にモデル妊婦の役を依頼し、分娩用人形を使用し分娩シミュレーションをする「誕生死」朗読・体験談を話す 出産場面の写真をスライドショーで映す パワーポイント使用
まとめ 5分	まとめ 生徒からの感想を聞く	自ら命について考えられるように問いかける。自分自身を認め自己肯定感の向上を目指し、将来の自分がイメージできるよう語りかける。 授業後感想文を記載してもらう
9. 授業評価		
生徒の自由記載による感想文では、「からだのしくみや変化がわかった。」「心配だったことがわかってよかった。」「10人に一人の赤ちゃんが流産で亡くなる命があることを知ってびっくりした。」「自分やまわりの命も大切にしたいと思った。」など記載されていた。二次性徴におけるからだの理解につながり悩みの軽減となった。しかし、学力についての評価はできていない。また、生命誕生のメカニズムや死産の話聞き、出産の写真をみることで、命に対して多くの生徒が肯定的に捉えられていた。		

2) 内的世界

インタビューによって生徒から語られる主観に注目し、性教育の授業をうけて通したものの総体としての体験をさす。

3) 体験

身をもって性教育の授業を体験し、個々の主観のなかに見いだされる意識内容や意識過程をさす。

III. 結 果

1. 研究参加者の体験 (表2・表3)

参加者の語りは、Aさん38分、Bさん49分、Cさん28分、Dさん29分、Eさん38分であった。逐語録から【意味単位】に切片化したラベルは、Aさん27、Bさん26、Cさん15、Dさん18、Eさん23であった。切片化されたラベルを【想像自由変換】をもちいて【変換された意味単位】へ分析した。そして、参加者の体験による構成要素を作成した。参加者それぞれの構成要素を記載し、語りの引用は「」に記載した。また研究者が補った箇所は（）に記載した。

1) Aさんの体験

① 自分の誕生と出生を不思議・奇跡と実感する。

Aさんは、「え、なんか、自分が生まれてきたのが不思議で、ちょっとしょうがなかった。」と母親の胎内から産まれてきたという実感がなく、自分が産まれてきた事を不思議・奇跡なことと体験していた。そして、母親と自分の顔がそっくりであるという共通点を思い起こし、母親と自分は親子であるというよりどころを感じていた。そして、ひらめくように「私っ、そう、私ってこうやって産まれたんだって思いました。」と述べていた。その認識は、自分の将来像となっていた。さらに「お母さんがいたから、うちが産まれてきたわけで、だからうちも、なんか将来、そういう元気な、元気で、……元気に産まれてきてくれる子どもがいたらいいなって、将来は思います。」という自分自身の出産イメージと願いにつながっていた。

② 今の自分には想像がつかず、実感が湧かない性感染症の存在。将来は必要となる知識と捉える。

性感染症の知識は、実感が湧かないことであった。そして、「今ちょっと、あの、勉強が大変なので、なんか・考えられない。なんで、なんか話聞いて、今はあまり必要じゃないかなと思ったけど、将来は、そういうの

に、ちゃんと気をつけていかなきゃなのというのは思いました。(今すぐ自分には) 関係ない(笑)」と現在受験生である自分に対する必要性を述べた。そして、「あの、だから、なんか微妙みたいな。なんとなく想像はつくけど、なんかそこまで、よくはわからないみたいな感じです。」と、性感染症の内容は、授業中も明確なイメージにはつながっていなかった。しかしこれらの知識は、Aさんにとって将来必要となる知識として捉えられていた。

③ 今までは別のものとして捉えていた男性・女性と出産の存在が、男性・女性の体の仕組みに対する理解を通してつながってきたと感じる。

Aさんにとって、今まで、生命の誕生に必要な精子、卵子の存在と男性、女性の存在は別々に考えられていた。しかし、「やっぱ月経と赤ちゃんが一緒に、男の人と女の人がいなくて赤ちゃんが産まれないっていうのが、なんかつながった感じがします。(今までは) もう、全て別(笑) だんだんつながってきた感じ」と語っている。月経のしくみ、男性、女性の存在、妊娠と出産の単元がつながりを持って理解されていた。そして、「まあ月経とかは、自分に、なんかつらいけど、自分には必要なものなのかとか思いました。」と月経は自分にとってつらいものだけでなく、必要なものと感じられていた。

④ 出産時のカンガルーケアの写真から、母子の一番落ち着くものを感じる(愛着)。

Aさんは、出産場面の写真をみて「(授業の中で印象深かった所) やっぱお産のところ。あの、赤ちゃんが産まれて、なんか……産まれてきてすぐお母さんに抱きかかえられて、そこが一番。お母さんの、なんか、落ち着くみたいな。」と語った。その写真は出生直後の新生児をしっかりと抱く母と子のカンガルーケアの場面だった。Aさんは、母子の立場から感じ取ると共に、母子の愛着を肯定的に捉え、印象深いこととして感じていた。

2) Bさんの体験

① 出産場面の写真をみて感動し、出産した母親、父親からの感謝の言葉を想像する

出産場面の写真を見て「赤ちゃん産んだ人は、絶対神様……あの私の子どもを産んで、産ませてくれてありがとうございますとか。」と母親、父親の出産に対する感謝の言葉を想像した。そして、「一番最後の話が、もう印象に残っていて、感動した。大切なうちの子をありがとうとか言いそうだった。泣きそうな場面でも、ぐっところえてた。……ま、泣きませんでしたが、みんなが泣きそうだったところ。」と自分だけでなく、周囲の生徒に関する場面も述べていた。そして、感動し泣きだしそうな感情を体験すると同時に深く印象に残っていた。

② 今まで得た妊娠、出産に関わる知識と想像をリンクさせて捉えて、現実と非現実の世界が混在して緊張状態を体験する。

Bさんは、普段医療コミック本から、自分の関心が高い分野の知識を得ていた。その中に妊娠、出産、流産に

表2 研究参加者の属性とインタビュー結果

参加者	性別	インタビュー時間	ラベル数
A	女	38分	27
B	男	49分	26
C	男	28分	15
D	男	29分	18
E	女	38分	23

表3 分析シート

No.	テキスト 意味単位	変換された意味単位	Aさんの構成要素	参加者の体験
A-1	え、なんか……え、なんか、自分が生まれてきたのが不思議で、ちょっとしょうがなかった。え、なんか、すごい奇跡だなんて思いました。〈産まれてきたことが〉が、ちょっとすごいなって思って。	Aさんは、自分が生まれてきたことは奇跡的なことと述べ不思議な感覚を実感する。自分の存在が授業の中にあつた受精卵から胎児として成長し、出生してきたことが不思議な感覚として体験し、自分自身の出生を肯定的にとらえ、自分を褒める言葉に繋がった。	①. 自分の誕生と出生を不思議・奇跡と実感する	1. 過去と未来の接点にいる自分に気づき意識する
A-11	なんか、うん。……え、なんか、うーと、お母さんがいたから、うちが産まれてきたわけで、だからうちも、なんか将来、そういう元気な、元気で、……元気に産まれてきてくれる子どもがいたらいいなって、将来は思います。 (にこやかな表情)	Aさんは自分自身の中の考えをつなぎ合わせ、考えながら語っていた。自分の存在は母親の存在があつて産まれてきたものと認識し、自分の将来にむけた願いに繋がっていた。そして将来、自分自身が母親となった時に、元気にうまれてきてくれる子どもの存在を想像し自分の願望を述べた。母親・自分・母となった自分・将来の自分の子どもと、時間を越えた場面の想像につながっていた。		
A-13	今ちょっと、あの、勉強が大変なので、なんか・考えられない。なんで、なんか話聞いて、今はあまり必要じゃないかなと思ったけど、将来は、そういうのに、ちゃんと気をつけていかなきゃならないのは思いました。(すぐ自分には) 関係ない (笑)	Aさんは受験生で勉強が優先され、性感染症は考えられないことであると認識されていた。現在のAさんにとって性感染症は「関係ない」ことであり、性感染症の知識は必要ではないが、自分の将来に必要なものとして捉えられていると述べる。	②. 今の自分には想像がつかず、実感が湧かない性感染症の存在。将来は必要となる知識と捉える	2. 出産場面の写真が自分の生についての関心ごとにリンクする
A-16	あの、だから、なんか……うーんなんか……微妙みたい。なんか、なんとなく想像はつくけど、なんかそこまで、よくはわからないみたい。感じです。	Aさんは性感染症の授業内容を言葉として説明することが難しく、表現しにくいものであった。それは、自分のはっきりと断言できる想像に繋がることがなく、言葉として表現できず、よくわからないものと実感している。		
A-21	ええっと……やっぱ月経と赤ちゃんが一緒で、なんか……うーん……なんか、男の人と女の人がいないと赤ちゃんが産まれないっていうのが、なんかつながった感じ? 感じがします。(今までは) もう、全て「別」(笑) だんだんつながってきた感じにつながったかな。	Aさんは今まで自分は出産について別々として捉えられていた男性と女性の存在が授業を通し、だんだん繋がってきたと認める。	③. 今までは別のものとして捉えていた男性・女性と出産の存在が、男性・女性の体の仕組みに対する理解を通してつながってきたと感じる	3. 自分が得てきた性の知識と体験を確認し再認識する
A-27	なんか体の仕組みとか、……なんか、うん……分かった上で、なんか、もつと気をつけなきゃとか、まあ月経とかは、自分に、なんかつらいけど、自分には必要なものなのかなとか思いました。	Aさんは授業前性教育は自分には関係ないものとして捉えていたが、授業後将来の自分にとって必要な知識として実感していた。自分にとって辛かった月経が将来の自分に必要なものとして否定的から肯定的な認識へ変化していったと述べている。		
A-25	(授業の中で印象深かったところは) やっぱお産のところ。あの、赤ちゃんが産まれて、なんか……産まれてきてすぐお母さんに抱きかかえられて、そこが一番。お母さんの、なんか、落ち着くみたいな。	Aさんにと授業の中で一番印象深かったところはお産の場面であり、母親が出産したわが子をカンガルーケアしている場面であった。そして、出生された児のことを想像し、出生直後、母親に抱かれることで安心感が得られ、母親もまた児を大切に思っているということを実感していたと感じる。	④. 出産時のカンガルーケアの写真から、母子の一番落ち着くものを感じる(愛着)	4. 自分と性感染症の知識から関係性を推理し、棚上げしておく
A-26	なんか、赤ちゃんもお母さんがわかっていて、と思うから、なんかすごい抱きついてて、(抱くようなしぐさをしながら) お母さんもなんかすごい抱きついてて、お母さんもそう。赤ちゃんが、ね、かわいいと思うから、なんか大事にしている感じとか印象的	Aさんは、母親の胎内から産まれた児は、出産直後母親に抱かれた時、母親のことを認識していると信じた。そして、お互いが認識しあい、しっかりと抱き合っている姿を見て印象的なことであつたと認める。		

	テキスト 意味単位	変換された意味単位	Bさんの構成要素	
B-1	大切な子どもをありがとうとか、いいそうだなって、はい。そうですね。そして赤ちゃん産んだ人は、絶対神様…あの私の子どもを産んで、産ませてくれてありがとうございますとか。	Bさんは出産場面の写真を見て、父親の言葉を想像した。それは出産した妻と子どもに対する「感謝」言葉を想像したと述べている。Bさんは出産場面の写真を見て母親の言葉を想像した。母親自身が体験した出産に対する「感謝」の言葉を想像した。	①. 出産場面の写真をみて感動し、出産した母親、父親からの感謝の言葉を想像する	
B-23	やっぱりさっき言った一番最後の話が、もう印象に残っていて、これもう、もう、感動した……な、とか、大切な、うちの子をありがとうとか、言いそう、言いそうだった。泣きそうな場面でも、ぐっとこらえてた。ま、泣きませんでした。みんなが泣きそうだったところ。	Bさんは出産場面の写真をみて感動し、周りの生徒も泣きそうであったと認識していた。周りの状況を認識し、Bさんは泣きそうになったがこらえたと認めている。		
B-10	流産すると、赤ちゃんは溶け……おなかの中の赤ちゃんは死んで、溶けるって聞くんで、まあ、人に聞いたんじゃないんで、それもコミック本で、特に、コミックの文庫本を読んで、本当に緊張しちゃったんで、浮かんじゃって、はい。	Bさんは授業の中にあった流産について語っていた。自分が医療コミック本から得ていた流産についての知識を思い出すことにつながり、本を読んだ時の緊張が思い起こされたと述べている。	②. 今まで得た妊娠、出産に関わる知識と想像をリンクさせて捉えて、現実と非現実の世界が混在して緊張状態を体験する	
B-18	男子、男性と女性って違いはたくさんありますもん。女性はきれいな声で、ですが、男性はちょっときれいな人もいますが、声が低かったり、女の人は高い。	Bさんは性教育の授業は異性の区別に関する授業としてイメージされていた。男性と女性の違いについては、身体的な違い、声の違いがあると述べている。	③. 男女の性差を考え、自分の体と比較する	
B-21	女性でもちょ、僕より身長の高い人がいたりとか。こともあったりとか、でも、背の低い人もいますし。うーん、身長が高いとかの関係だったら、わーちょっと悔しい、悔しいな。もうちょっと伸ばしたいのになって。そのあと？……うーん、ちょっと勇気無くしたとか。	Bさんは男女の体の違いを考え、現実の自分の体験を語った。Bさんは男性として、女性よりも身長が高くありたいという願望を抱いていたが、自分より身長の高い女子のいる現実について「勇気なくした」と述べている。		
B-15	あの、エイズとか。うん……どんな病気かは経験したくもないけど、とにかく怖い。	Bさんにとって性感染症は経験したくないものであり、怖いものとしての存在であると述べている。	④. 初めて聞いた性感染症の知識はとにかく怖い	
B-16	そこは、前の授業で初めて聞いたので、それまでありませんでした。えー、そんなに恐ろしい……怖い病気なんだな、性感染症というのがとっても怖い病気みたい、なんだなって感じました。	Bさんは性感染症についての症状や治療方法が必要なのか感じたことと述べている。Bさんは性感染症について、授業で始めてきたことばであり、あらためて怖い病気だと実感したと述べる。		
	テキスト 意味単位	変換された意味単位	Cさんの構成要素	
C-1	まあ、緊張……したかっていうのは、まあ、最初の、始まって、にん、妊娠の話まで……までですか。まあ、そこら辺までじゃないですか。(笑) そのあとは、まあ普通に(笑)。え、まあそんな……感じでした。	Cさんは、授業中「緊張して聞いていた」と認めている。Cさんは授業の内容によって恥ずかしい感情を抱くことが緊張につながっており、体の変化・性感染症の内容は緊張を体験し、妊娠、出産の内容は平常心で授業を聞くことができたことと述べている。	①. 緊張状態を感じ、恥ずかしい感情を抱き、周囲の状態を気にかけて同調を意識する	
C-5	(体の変化についての内容の時)? あ〜、まあとりあえずは、そうなんだっていう。えへ……とりあえず笑わないように。あ、まあ、みんなが笑っている感じのときは笑ってました。	Cさんは授業中周囲の状態を気かけ、周囲と同様の反応をとっていたと述べる。周囲との同調を認める。		
C-13	いや〜、基本的に俺、成長が遅いんですけど、それで、脇毛がいつくらいから出てくるのかなっていうのを思っていて、うちのお母さんが言うには、あの、2年半、2年くらい後れてるから、うつつって言われたから、となると、高1らへんかなっていうのを思ってた。	Cさんは授業の内容と自分の成長についてを照らし合わせていた。そして母親の言葉を思い出し将来の自分の成長へとつなげていた。Cさんは幼い頃からの自分の成長と統合し自分の成長過程の理解につながった。	②. 自分自身の成長過程と照らし合わせ、これからの自分を想像する	

C-14	包茎とか、(安心できた) はい、ま、なんか、テレビで(笑) そういうのたまに聞くんでは、ちょっと、ぎ、疑問には思っていました。まあ、そんなぐらいい、安心、あ、はい、テレビのほうが、はい、バラエティで(笑)、そういうのいじるのとかあるんで、	Cさんは以前テレビでみた場面を思い起こし、包茎についての知識に疑問を抱いていたことを述べる。そして「からだの悩み・」についての授業を聞いたことにより疑問が解消され、安心につながったと述べる。		
C-11	んー……え、やっぱり、それで、親が死ぬってこともあるってことは、やっぱりけっこう痛いんだっていうのを、思っ、いや、あんまり無かったですけど、まあ、そこで改めて、思った。えー、言われて、ああ、そういえば、まあそうなんだみたい。	Cさんは出産場面の写真をみて、親が亡くなるという現象を思い起こしていた。そしてそのことは改めて辛いことなんだろうという感情が湧いてきたと述べている。今までの記憶を回想して実感する。	③. 出産場面の写真を見て家族の存在を思い起こす	
C-12	えー、まあ、なんか24時間テレビとか、感動系とか、はい、あと、なんかニュースの、ニュースの感動系みたいなやつを、で、たまに出てくるときとか、あ、まあ、聞いたことはありましたけど、……	Cさんは授業中、以前テレビでみた「親を亡くす」という場面を思い起こすことにつながった体験であるとの述べている		
	テキスト 意味単位	変換された意味単位	Dさんの構成要素	
D-1	……赤ちゃんを抱いたときに、すごく重かったんでそれはすごいびっくりしま、しました。頭がすごい重かったです。そうです。首……が、こう、こうなって、(手を動かし表現) ならないように、こう、支えるのが、すごい、はい、重たいって、素直に重たいって思いました。	Dさんは授業で赤ちゃん人形を抱いた経験について、赤ちゃんの頭の重さと、抱くときの首の支えの必要性に驚いた体験をしたと述べている	①. シュミレーションを通した驚きの体験、心音の強さとエネルギーはすごいなの実感	
D-17	心臓の音がすごい聞こえたんです。すごいなって思いました。やっぱり心臓……の持ってるエネルギー……って……やっぱりそういうのも命にかかってくるんで、そういうところがすごいなと思いました。	Dさんは授業で心臓の音を聞いた体験は、自分の中での驚きであり、エネルギーを感じた体験であったと述べるDさんが心臓の音を聞いた体験は命につながるものとして捉えられたと述べている		
D-3	あの、産まれて、泣いて、産まれた直後の、写真が、すごい……印象に残っています。いや、すごい……うわ、すごいと思った。	Dさんにとって出産場面の写真の中で強く印象に残っていたのは、出産直後の兄の第一啼泣の写真であった。胎児が産道を通り、出生し生存していくための泣くという現象をみて、その写真をDさんは「すごい」こととして感じたことを認める	②. 出産場面の写真を見て、命が生まれるときの大変さを実感、家族や周りの人を大切に感じとる	
D-11	他の人とか、家族とか……そういう身の回りの人とか……ことを考える。えへー……家族が病気になったら、どうしようとか、どう、接してあげればいいのかな……そういうこと、やっぱり話して……あげる……のが……一番かな。話して、安心させてあげるといい……いいのかなと思います。(安心) させてあげたいなと思います。	Dさんにとって命について考えることは、身近な人の命、存在を考えることであった。そして、もし身近な人が病気になったらという想像と、その時自分はしたらよいのかという行動を考えたと述べる。Dさんは家族や周りの大切な人が病気になったことを想像し、会話をするによって安心させてあげたいという自分の行動を思いが浮かんできたと述べる。		
D-15	そういう病気とかに気をつけたり……命の大切さとか……をやっぱ意識するようになりました。気持ちの中で変わりました。(今まで) 考えるきっかけとかも、そういうあんまり無いです。	Dさんは授業を受け、性感染症に対する予防や命に対する意識の変化を実感し、自分自身の気持ちが変わったという体験を断定している	③. 性感染症の怖さを知り、今まで意識してこなかった自分を振り返る。性について意識が深まったことを実感する	
D-8	そういう、そういう病気になってしまうっていうことが怖いと思います。怖いとか、なったあとはつらいとかそういうふうな……イメージです。は、まあ、そういうのは気をつけないと……やっぱりいけないと思いました。	Dさんにとって性感染症は病気として捉えられ、病気になることで辛くなる、怖いというイメージにつながっていた。そしてこれからは、気をつけなければいけないという自分自身の行動へと述べられている。		

	テキスト	変換された意味単位	Eさんの構成要素
E-1	え～やっぱ、お産のときの写真が……一番……印象残った。見た事ないし。えっ　なんか、こうやって産まれてきたんだな～みたいな。	Eさんは授業の中でお産の写真を見たことが一番印象深いこととして感じ取られていた。それは今まで見たことのない経験であり、自分の出生の場面の想像に繋がっていた。	①. 出産場面の写真は、自分の存在確認と胎児の成長、出産のメカニズムの理解につながった
E-22	なんだろう……なんか……お、お腹からでてきた（笑）お腹から、人間が、でてきた……。……印象的。腹から……あの、最初のなんか、こ、このくらい、ちっさい……うん。腹からでて……来るのが……	Eさんは出産について、受精卵の状態から胎児に成長し、胎内から陣痛によって膣を通り出生される過程を想像し、胎児から出生と共に人間として捉えることが印象的なこととして感じられていた。	
E-8	うん。……だから、なんか女子ばっか、こんなきつい思いしてると思ったら男子も大変なんだなって……思ってた（笑）男子もそれなりにいろいろなるんだなあと。	Eさんは授業の中で男性の性に関する悩みの存在を知り、性に関する悩みは女性だけでなく、男性も同じ体験をしているという男性への理解に繋がっていった。	②. 性の悩みは男性も女性も平等にあるという理解から、月経の捉え方にポジティブな感情が生まれた
E-11	嫌いだし。嫌い。まあ……変わった……そんなに……がらっではないけど。まあ……うん。まあ……まあ……まあ……頑張ろうか……みたいな。（笑）あははは。痛いけど、必要だから。まあ頑張ろうかな……みたいな（笑）	Eさんにとっての月経は、嫌いなものとして存在していたことを認める。授業を受け、自分にとって月経は必要なものであるという認識に変化し、ネガティブだけであった感情の中にポジティブの感情が生まれていった。	
E-12	流れの中で。うん。やっぱり、お産を見ると。思う。うん。生理も、大事なんだ（笑）（今までは）痛いし……めんどくさいし……えへへ（笑）	Eさんは月経に対する感情の変化は授業内容の項目だけでなく授業の流れの中で変化していったと認識する。月経の大切さはお産の写真を見ることで感じたことを認める。	
E-14	全然。まだまだ先の話。（日常生活では）うん。あんまり……まだまだ大人になってからみたいな。大人ってなんだろうね……大人って、やっぱ、20歳。（笑）まだまだ全然。先の話。（今の自分には）あんまり関係ないような話……うん。	Eさんは、性感染症の話の内容が自分にとって身近な話になることを大人になってからのことと述べる。Eさんにとっての大人とは成人してからのことであると認識しており、15歳である自分にとって関係がないものであると述べる。	③. 性感染症は、日常生活の中で身近なものではなく、遠い存在の話だった。大人になってから気をつけていかなければならないこととして認識する
E-20	クラミジアとかって聞いたことあったな。イメージ？　あんまり……ピンとはこない。な、なんか、架空の病気くらいっていうほど身近なものではない。うん。全然、身近じゃない。大人になって……からみたいな。全然、性感染症は考えたことはない。	Eさんは性感染症の存在を15歳の自分にとって身近に感じておらず、イメージとしてはっきりとしなことを認める。病名についての知識はあったが、架空のものであり、現実には存在しないものとしてとらえるような感覚を体験していた。成人してから現実として考えるイメージであり、今まで考えたことがないと述べる。	

関するものがあり、授業の中で聞いた内容をコミック本からの知識や想像に関連し考えられていた。そしてその想像は現実のものと、非現実的な想像の世界が混在していた。「流産すると、赤ちゃんは溶け……おなかの中の赤ちゃんは死んで、溶けるって聞くん。まあ、人に聞いたんじゃない、それもコミック本で。特に、コミックの文庫本を読んで、（本を読んだ時に）本当に緊張しちゃったんで。」と過去にその内容を読んだときに体験した緊張の状態を思い出していた。そして、授業中もまた緊張するという体験をしていた。

③ 男女の性差を考え、自分の体と比較する。

授業内容であった男性、女性の体の変化と違いについて「男性の特徴とか、女性の特徴とか、男子、男性と女

性って違いはたくさんありますもん。女性はきれいな声で、ですが、男性はちょっときれいな人もいますが、声が低かったり。女の人は高い。」と、Bさんは、男女のイメージにおける違いの想像に繋がっていた。そして体形について「男性でももちろん、女性でも僕より身長の高い人がいたりとか。悔しいな。もうちょっと伸ばしたいのになって。ちょっと勇気無くしたとか。」と自分より身長の高い女性に対し悔しいという感情を思い起こしていた。また、普段抱いている機能の側面から、性差の視点で考えられていた。

④ 初めて聞いた性感染症の知識はとにかく怖い。

性感染症について「一体どういう治療が必要なのかになって感じたりとか。あ、そこは、授業で初めて聞いた

ので、それまで（考えたことは）ありませんでしたね。」と語った。それは、今まであまり聞いたことがなく、考えたことがない存在であった。授業を受け、「どんな病気かは経験したくもないけど、とにかく怖い。」と具体的な想像に繋がっていなかった。そして、経験したくない怖い病気として捉えられていた。

3) Cさんの体験

① 緊張状態を感じ、恥ずかしい感情を抱き、周囲の状態を気にかけ同調を意識する。

Cさんは授業内容により、緊張と恥ずかしさという感情を体験していた。それらは「まあ、緊張……したかっていうのは まあ、最初の、始まって、妊娠の話まで……ですか」と語った。それは、授業の前半にあった、二次性徴における体の変化や性感染症に関する内容のときであった。さらに「まあ、みんなが笑っている感じのときは笑ってました。」と語っていた。その感情は、周囲の状態を気にかけ緊張したものであった。そして「ま、後ろに友達いたんで、状況見て。」と、友人である男子の反応をみて自分も反応していた。それらは周囲との同調を意識するという体験となっていた。

② 自分自身の成長過程と照らし合わせ、これからの自分を想像する。

Cさんは、自分の体の成長を「いや～、基本的に俺、成長が遅いんですけど それで、脇毛がいつくらいから出てくるのかなっていうのを思っていて、うちのお母さんが言うには、2年くらい遅れてるからって言われたから、となると、高1らへんかなっていうのを（授業中に）思ってた。」と語った。それらは、授業内容から自己の成長過程を想像した理解につながっていた。また、「包茎とか、（安心できたかの間に）はい、テレビで（笑）そういうのたまに聞くんでは、ちょっと、ぎ、疑問には思っていました。テレビのパラエティで（笑）、そういうのいじるのとかあるんで。」と包茎についての正しい知識を知ったことについて安心したと語った。そして、自分自身と照らし合わせ、今までテレビで得た情報により不安を感じていたことが解消されていた。

③ 出産場面の写真を見て家族の存在を思い起こす。

出産場面の写真を見て「んー……え、やっぱり、それで、親が死ぬってこともあるってことは、やっぱりけっこう痛んだなっていうのを、思っ。（今まで思ったことは）いや、あんまり無かったですけど、まあ、そこで改めて、思った。」と過去にテレビで見た場面を思い起こしていた。その場面は、母親が亡くなったという親子の話であった。Cさんは、過去にテレビで見た場面と身近な家族を照らし合わせ、改めて親が亡くなることは、辛いことなのだという感情が湧いてきていた。出産場面の写真を見ることによって、自分に身近な存在である家族の存在を思い起こしていた。

4) Dさんの体験

① シミュレーションを通した驚きの体験、心音の強さ

とエネルギーはすごいなの実感。

Dさんは、授業の中でモデル人形を抱いた経験を「重たいって、素直に重たいって思いました。（笑）」と語った。それは、想像していたことと異なったモデル人形の重さや抱き方を実感した驚きの経験となっていた。また、生徒の心臓の音を聞くデモンストレーションを「心臓の・音を聴いたときがやっぱりすごくなって思いました。やっぱり心臓……の持ってるエネルギー……って……やっぱりそういうのも命とかにかかってくるんで、すごいなと思いました。」と語った。これらはDさんにとって、同級生の心臓の音を聞き、強さとエネルギーを実感する印象深いものとなっていた。

② 出産場面の写真を見て、命が生まれるときの大変さを実感、家族や周りの人を大切に感じとる。

Dさんは、出産場面の写真を見て「他の人とか、家族とか……そういう身の回りの人とか……ことを考える。えへー……家族が病気になったら、どうしようとか。どう、接してあげればいいのか……そういうこと。やっぱり話して……あげる……のが……一番かな。話して、安心させてあげるっていうのがいい……いいのかなと思います。（安心）させてあげたいなと思います。」「授業中にいろいろ考えちゃって……（命の）大切さとか（授業の）わり回りに その回り。後半のあたりで、家族以外、友達とか、周りの人 クラスとか、はい、いろいろ……やっぱり、大切にしてい・かなきゃ・いけないと思います。とか、そういう・体とか心とか、そういう・もの。はい、大切に 考えてました。」と語った。その思いは家族や周りの人、自分の存在を考え、自分の行動に繋がっていった。

③ 性感染症の怖さを知り、今まで意識してこなかった自分を振り返る。性について意識が深まったことを実感する。

感染症の詳しい知識について「やっぱり、ちょっと怖いっていうのが……あります。まあ、そういうのは気をつけないと……やっぱりいけないと思いました。」と語った。授業の中で、性感染症になることで辛くなる、怖いというイメージにつながり、将来気をつけなければいけないという自分自身の行動へと述べられていた。そして、「（授業をうけて）そういう病気とかに気をつけたり……命の大切さとか……をやっぱ意識するようになりました。気持ちの中で変わりました。」と語った。それらは授業を聞いて性について意識し、今までの自分を振り返りとなっていた。そしてこれからの自分を考えることにつながっていた。さらに、将来気をつけなければいけないという自分自身の行動へと述べられていた。

5) Eさんの体験

① 出産場面の写真は、自分の存在確認と胎児の成長、出産のメカニズムの理解につながった。

Eさんは、今まで出産場面を見た記憶がなかった。そして「え～やっぱ、お産のときの写真が一番印象残った。

なんか、こうやって産まれてきたんだな～みたいな。」と印象的な体験となっていた。それらは、自分が産まれた時の想像となり、自分の存在確認となっていた。そして、自分が将来出産することへの想像につながっていた。その過程を「お腹からでてきた（笑）お腹から、人間が、でてきた。（ことが）印象的。」と語った。Eさんにとって、受精卵から胎児への成長、出産のメカニズムの身体構造と理解へつながったことを印象深いこととして捉えていた。

② 性の悩みは男性も女性も平等にあるという理解から、月経の捉え方にポジティブな感情が生まれた。

Eさんにとって、男性の身体構造は未知の世界であった。初めて男性の性に関する悩みの存在を知り、「なんか女子ばっか、こんなきつい思いしてると思ったら、男子もそれなりにいろいろあるんだなあ」と語った。それらは、性の悩みは男性も女性も平等に存在するものであるということの理解につながっていた。また月経について「（月経は）嫌いだし、そんなに（イメージは）がらっと（すべて変わったわけでは）ではないけど、痛いけど、必要だから、まあ頑張ろうかな（笑）」と語っていた。Eさんにとって月経は嫌いなものとして存在していた。しかし授業を受け、自分にとって月経は必要なものという認識が加わっていった。また「流れの中で、うん、やっぱり、お産を見ると、思う、うん、生理も、大事なんだ（笑）」と語った。Eさんのなかで、ネガティブだけであった感情にポジティブの感情が生まれていた。

③ 性感染症は、日常生活の中で身近なものではなく、遠い存在の話だった。大人になってから気をつけていかなければならないこととして認識する。

性感染症の内容について「全然、まだまだ先の話。大人になってからみたいなの、大人って、やっぱ、20歳。（笑）（今の自分には）あんまり関係ないような話」として語られていた。また、「（クラミジアは）架空の病気くらいっていうほど身近なものではない。全然、性感染症は考えたことはない。」と遠い存在の話と感じていた。そして、自分が原因となり感染を拡大することに対し、予防していく必要性を感じとられていた。それらは現在の自分にとって関係のないものとするものの、将来大人になってから気をつけていかなければならないことと認識していた。（棚上げ）

2. 性教育を受けた中学3年生の内的世界の記述

5人の参加者からの体験を類型化したところ、1）過去と未来の接点にいる自分に気づき意識する 2）出産場面の写真が自分の生についての関心ごととにリンクする 3）自分が得てきた性の知識と体験を確認し再認識する 4）自分と性感染症の知識から関係性を推理し、棚上げしておくという4類型が共通点として明らかとなった。

IV 考 察

1. 過去と未来の接点にいる自分に気づき意識する。

参加者は、授業の中で、今まで別々の存在として持っていた性に関する知識や体験を照らし合わせ思い起こしていた。Aさん、Eさんは、自分が胎児の頃や出生時のことを想像していたが、胎児記憶はなかった。自分が産まれたという事実は、不思議な体験として捉えられていた。そして、母親と顔が似ている共通点を自分自身と照らし合わせることで、徐々に自分のこととして統合されていた。それらは過去から現在にある自分、未来の自分像となっていた。さらにその過程を通し、理解することで、現在の自分や母親との存在確認と受容につながっていたと考える。

また、中学三年生は、二次性徴出現の時期である。まさに自己の発達段階における体の変化を体験している過程といえる。二次性徴の出現には、個人差があることが特徴である。Cさんは自己の成長過程が他の人と比べ遅いという認識を抱いていた。しかし、授業を受け「これでいいんだ」という認識へと変化していた。男性は、思春期に性器について気にする割合が多い¹⁷⁾。今回の授業を通し、自己の体に関心が向けられていた。さらに、現在の自分の状態を意識し、気付くことで、体の変化の理解と受け入れにつながっていったといえる。その過程から未来の自分像を想像し、自分自身に起こる体の変化に関心を向けるきっかけになっていたことを意味する。

エリクソンが唱えたアイデンティティー（自己同一性）を支える3つの視点の中に、自己の時間的連続性と一貫性がある¹⁸⁾¹⁹⁾。過去と現在の自分を一貫して同じ自分と自覚することであり、さらに未来の自分をイメージすることである。思春期は、アイデンティティーが形成し始める時期である。そして、自己同一性の獲得は成人期への移行に向け重要な発達課題である²⁰⁾。生徒たちは、授業の中で過去の自分の存在と経験を思い浮かべていた。そして、現在の自分自身の存在を授業という場面を通して確認していた。さらに、時系列に過去の自分と将来の自分に繋がっていたことが考えられる。それらは思春期におけるアイデンティティーの確立に向けた一助となると推察される。

2. 出産場面の写真が自分の生についての関心ごととにリンクする。

出産場面の写真を見たことは、参加者全員が印象的なこととして感じ取られていた。それは、自己の持つ関心の高い事柄から、母子の愛着、親の気持ち、身近である家族、友人の存在等を思い起こしていた。さらに、参加者の考えを想起することに繋がっていた。Aさんは、カンガルーケアの場面が印象的と母子の愛着形成について語っていた。Aさんは自分の出生について、母親の存在と照らし合わせて考えている。そして、将来自分も元気な子どもを産みたいと自己の母親像となっていた。それ

らは、母子のカンガルーケアの写真から、母子の愛着における肯定的なイメージが思い起こされたことを意味するといえる。中学3年生という発達段階において、将来の自分像をイメージすることは性行動の行動選択に影響を与えると考える。また、参加者より、父性についての語りはなかった。このことは、出産場面の写真を見ることによって、父親との関係性や将来父親として出産に関わるというイメージに繋がらなかったといえる。これらは中学3年生の参加者にとって、今までの経験や想像する機会が少なく、関心の低かったことが予測される。

Cさん、Dさんは出産場面の写真を見て、身近な人の存在を思い起こしていた。そして、その思いは身近な人たちの存在、生命に関連することであった。出産という生命が誕生する場面を見ることは、参加者の中にある生命に関する思いを想起し、生命についての自己の思いを確かめるきっかけとなっていた。発達段階からも、兄弟姉妹とともに生活している年代である。それゆえ、年齢の近い兄弟姉妹との関わりや存在が、日常生活においても身近なものであることが予測される。さらに、身近な人の生命の危機の場면을想像することにつながったといえる。思春期の発達段階における周囲の人との環境は、今までに比べ家族との関わりが少なくなり、友人と過ごす時間が延長し親密性が増してくる²¹⁾。このような時期に、身近な人に関して思い起こすことは、思春期における特徴といえる。そして、自己の思いを振り返ることは、周囲と自分の存在を確認することにつながる。思春期は人との関わりが不安定となる。このような時期に、自分の役割、居場所を確認することは、安心感を得るという要素の一助になると考える。また、Eさんは出産における解剖学的な分娩機序を想像していた。そして「産まれる」という現実を自分自身と照らし合わせることで、自分の存在確認となっていた。出産場面は出産だけでなく、生命の誕生や誕生の生物学的、解剖学的な仕組みをも連想させていた。さらに、自己のこととして照らし合わせ考えるというプロセスがあることを意味する。

出産という現象を写真で見るという刺激は、印象深いこととして、参加者によって様々な思いを想起する経験となっていた。それらは参加者の実体験や動画、音声からの体験ではなく、写真による視覚媒体を通して感じ取られていた。その思いは、出産場面の写真を見た印象にとどまらず、参加者が授業画面の体験とのつながりに関連づけて想起していると推察される。妊娠や出産は、卵子と精子の受精に始まり、陣痛や出産、父親や母親など様々な要素を含んでいる。参加者はそれぞれの捉え方で自分の生を想起し、関心を持って事柄にリンクすることによって自己の確認につながっていくものと考えられた。

3. 自分が得てきた性の知識と体験を確認し再認識する。

参加者は授業の中で、二次性徴における男女の体の仕組みと、出産までの過程に関する知識を得ていた。これらは、参加者にとって今まで得ていたものと、新たな知

識が存在したことが推測される。今まで持っていた知識が授業の中でつながり、新たな二次性徴における体の変化の正しい性の知識を得ていた。そして、男女の性の理解、自己の体の理解の再認識となっていた。授業を受け月経についてAさんは「辛いけど、必要なもの」と語り、Eさんも「嫌いだけど、大事なもの」と捉えていた。高校生において、月経時94.4%の女性が月経痛を経験し、82.9%がいやなものやネガティブな感情を抱いている²²⁾。そして、月経への感情は否定的な感情と肯定的な感情が混在しているとあり、参加者はこのような感情の状態であるともいえる。今回、授業の一部に、月経に関する悩み、月経痛の対処に関する内容はあった。しかし、Aさん、Eさんが月経に対するネガティブな考えの中に、ポジティブな要素が加わったきっかけにはなっていなかった。授業内容にあった内容はすでに得ていた知識であった。そのため月経痛に対し、自己対処を行っていた可能性も考えられる。Aさんは「今までは全部別」であった男女の性機能と出産のつながりを認め、Eさんは性に関する男子の悩みを知り、さらに出産場面の写真を見て「月経も大事なんだ」と述べていた。そしてその過程を「だんだんつながった……」と語っていた。授業の過程で、断片的でなく、連続的なつながりを自己に受け入れながら理解していた。これらは授業により、今まで統合されていなかった知識がつながっていったことを意味する。思春期は青年期に向けて、ジェンダーアイデンティティーを確立していく時期である。女性は月経をポジティブに捉えることで、将来の安定した女性像の形成につながるといわれている²³⁾。月経への感情がポジティブなものへ変化していくことは、ジェンダーアイデンティティーの確立に向けたアプローチの一助となると考える。またCさんは、授業の中で得た包茎の知識を、以前テレビで得た知識と確認した。授業前、テレビで得た知識に疑問を抱いていたが、授業から正しい知識を得ることで安心したと語っている。それらは、参加者が今まで得てきた性的な知識、体験を確認し、現在の自己と照らし合わせ再認識していたことを意味する。そして、男性、女性の変化を受け入れる性差の特徴を理解していくというプロセスを踏みながら、自己の体の変化を受け入れることへ繋がっていくものと考えられる。

4. 自分と性感染症の知識から関係性を推理し、棚上げしておく。

参加者は、授業を受け「性感染症」の存在を自分との距離や過去、現実、将来という時空間において、現実における優先度の視点で考え判断していた。そして、日常生活における性感染症の意識は低く、性感染症の存在はイメージが沸いていなかった。さらにAさんが、性感染症に対して「今はそれどころじゃない」と語っていた。これらは中学3年生という受験を前にした時期であることも要因として推測される。また、はっきりとしたイメージが沸きにくいことが予測される。中学生における

一番多い性の情報源は友人との報告もある²⁴⁾。性感染症の存在は、友人が性交渉を経験している割合が少ない中学生において、はっきりとしたイメージが沸きにくい存在であることも予測される。さらに、性交渉経験率の低年齢化が進んでいると危惧されている。しかし性行動の経験が上昇する高校生になって予防教育として行うのではなく、中学生という時期に性感染症に関する知識を学ぶべきであると述べられている²⁵⁾。そして中学生に行った性教育に期待する内容では「性感染症」は上位を占めている結果がある²⁶⁾²⁷⁾。それらは経験として低いものの、授業内容の必要性和要望が高い現状を示しているといえる。参加者もまた、現在イメージが沸かず、必要のない知識であるが、将来必要となる知識であると捉えられていた。性感染症の性行為における感染経路や症状は、はっきりとイメージできないことが予測される。しかし、今までの自分と性感染症の存在を確かめるとともに、現在の関係性を推理し理解につなげていたことを意味する。そして、今まで持っていなかった知識が、授業を受けて正しく自分の行為として認識されることで、将来の自分自身の想像となっていた。これらは、自分にとって、気をつけていかなければならない知識という理解へ繋がる始まりになると考える。

V 結 語

- 1) 参加者は授業内容から得た体験を、時系列に今までの経験、関心事とリンクさせ、新しい知識を統合していた。そして、自分との関係性に気付きながら、自己の確認と将来の自分につなげるという体験をしていた。
- 2) 今回実践した性教育プログラムは、現在の生徒にとって性感染症の予防行動における効果はみられなかった。今後、性感染症の予防行動につながる性教育プログラムの検討が必要である。
- 3) 5人の参加者からの体験を類型化したところ、以下の4類型が明らかとなった。①過去と未来の接点にいる自分に気づき意識する。②出産場面の写真が自分の生についての関心ごとにリンクする。③自分が得てきた性の知識と体験を確認し再認識する。④自分と性感染症の知識から関係性を推理し、棚上げしておく。

VI 研究の限界と今後の課題

本研究では、性教育の授業を受けた中学3年生の語りから、授業中における体験をありのままに記述し意味解釈することができた。しかし、その体験は、筆者の立案した性教育の授業におけるものである。また、参加者は5名でインタビュー時間は29分から49分であった。参加者から得られた体験は、人数及び時間ともに、限られた語りのなかで導かれた構成要素に依拠したものである。中学3年生にインタビューするにあたり、生徒に研究についての事前説明を行い、リラックスできる環境を整え、わかりやすい言葉でインタビューを行った。しかし、イ

ンタビューが比較的短時間で終了したことから、生徒が性・性教育についての知識や経験が少ないことが、自らを語ることの障壁になっていることが推察された。思春期にある生徒の語りを引き出すことの難しさもあり、中学3年生における解釈の一般化は容易ではない。今後の課題は、研究を継続し多様性を把握するとともに性教育を受けている生徒の視点からの理解を深め、効果的な性教育を実施するための時期や方法を導くことであると考える。

謝 辞

本研究にご協力してくださった参加者及び保護者の皆様、学校長様はじめ、教員の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は、新潟大学大学院保健学研究科修士論文を一部追加修正したものである。

文 献

- 1) 厚生労働省：「健やか親子21（第2次）」について検討会報告書（概要）。
Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000044868.html> Accessed April 16, 2016
- 2) 文部科学省：学習指導要領 生きる力。
Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/hotai.htm Accessed April 16, 2016
- 3) 財団法人日本性教育協会：「若者の性」白書，青少年の性行動第7回調査報告，24，小学館，東京，2013
- 4) 五十嵐隆：日本における思春期医学・医療の現状とこれから。小児科 50：1671-1676，2009
- 5) 堀川玲子：思春期における身体成熟。小児科 50：1681-1689，2009
- 6) 財団法人日本性教育協会：青少年の性行動の低年齢化・分極化と性に対する新たな態度。（林雄亮編）。「若者の性」白書，青少年の性行動第7回調査報告，25-41，小学館，東京，2013
- 7) 草野いずみ：高校生の性的自己意識・性的リスク対処意識。思春期学 25：129-136，2007
- 8) 平岡友良：高校生の性に関する意識6年間の推移。思春期学 28：239-248，2010
- 9) 佐原玉恵：高校生の性の意識，価値観，行動の実態とその関係。母性衛生 48：32-141，2007
- 10) 宮崎つた子，我部山キヨ子，森千春：性教育経験と今後の方向性—中学生の調査より—。思春期学 22：345-351，2004
- 11) 岡部恵子：大学生の認識をもとにした高等学校における性教育の現状と課題。母性衛生 50：343-351，2009
- 12) 財団法人日本性教育協会：現代日本の若者の性的被害と恋人からの暴力。（羽渕一代編）。「若者の性」白書，青少年の性行動第7回調査報告，141-160，小学館，東京，2013
- 13) 財団法人日本性教育協会：性情報源として学校の果たす

- 役割. (中澤智恵編). 「若者の性」白書, 青少年の性行動第7回調査報告, 177-198, 小学館, 東京, 2013
- 14) Amedeo PG : Phenomenology and Psychological Research, Duquesne University press, USA, 1985
- 15) Amedeo PG : 看護研究への現象学的方法の適応可能性. (吉田章宏訳). 看護研究 37 : 421-429, 2004
- 16) Amedeo PG : 経験記述資料分析の実際. (吉田章宏訳). 看護研究 37 : 607-619, 2004
- 17) 池田稔, 池田景子 : 男子二次性徴の発達障害を見逃すな. 思春期学 29 : 209-214, 2011
- 18) 鎌幹八郎 : アイデンティティーとライフサイクル論, 316-319, ナカニシヤ出版, 京都, 2002
- 19) 梶田叡一編 : 自己意識心理学への招待—一人とその理論—, 43, 有斐閣, 東京, 2004
- 20) 羽岡健史 : 思春期における精神発達. 小児科 50 : 1690-1701, 2009
- 21) Barbara MN, Philip RN : 生涯発達心理学 (福富護訳), 276-277, 川島書店, 東京, 1988 (Barbara MN, Philip RN : Development Through Life —A Psychosocial Approach— Third Edition, Dorsey Press, USA, 1984)
- 22) 白井瑞子 : 高校生の月経イメージ 初めての月経教育時の月経感, 月経痛との関連. 母性衛生 45 : 87-97, 2004
- 23) 松本清一監修, 高村寿子編集 : 性の自己決定能力を育てるピアカウンセリング, 12-13, 小学館, 東京, 1999
- 24) 財団法人日本性教育協会 : コミュニケーションメディアと性行動における青少年層の分極化. (高橋征仁編). 「若者の性」白書, 青少年の性行動第6回調査報告, 50-52, 東京, 小学館, 2007
- 25) 鈴井江三子, 藤本美代子, 平岡敦子ほか : 高校生の性意識に関する一考察. 思春期学 22 : 512-519, 2004
- 26) 剣陽子 : 北九州市内の中学校4校における性意識調査. 思春期学 21 : 315-321, 2003
- 27) 宮崎つた子, 我部山キヨ子, 森千春 : 性教育経験と今後の方向性—中学生の調査より—. 思春期学 22 : 345-351, 2004
- (受付 2017年4月24日 受理 2018年4月6日)
- 連絡先 : 〒955-8511 新潟県三条市大野畑 6-18
新潟県済生会三条病院看護部 (吉森)

研究報告

中学校保健学習における健康・安全の問題に対する 「重大性」と「罹患性」の自覚の実態

佐 見 由紀子^{*1,2}, 植 田 誠 治^{*3}

^{*1}東京学芸大学

^{*2}聖心女子大学大学院

^{*3}聖心女子大学

Perceived “Severity” and “Susceptibility” of Health or Safety Problems of Junior High School Health Instruction

Yukiko Sami^{*1,2} Seiji Ueda^{*3}

^{*1}Tokyo Gakugei University

^{*2}Graduate School of University of the Sacred Heart, Tokyo

^{*3}University of the Sacred Heart, Tokyo

Background: The perception of “severity” and “susceptibility” concerning a certain health or safety problems is important when individuals will take the behavior to prevent them.

Objectives: The objective of this paper was to evaluate the junior high school students’ perception of “severity” and “susceptibility” of eight health or safety problems that were the contents in health instruction.

Methods: The participants were 153 eighth graders and 154 ninth graders of one junior high school. The eight health or safety problems of the questionnaire items were as follows: *Influence of frustration and stress on mind and body*; *Impact on health in environments beyond adaptive capacity*; *Traffic accidents*; *Natural disasters*; *Secondary disasters*; *Lifestyle-related diseases*; *Influence of smoking, drinking, and drug abuse on mind and body* and *Effects of medicines*. The data were collected anonymously in the physical education classes using a questionnaire sheet. At the time of research, the eighth graders had not yet learned the eight items, while the ninth graders had learned every item.

Results: The percentage of students responding about the “severity” of *Influence of frustration and stress on mind and body*, with “very severe” or “severe” was approximately 80%. The percentage of responding about the “susceptibility” of *Influence of frustration and stress on mind and body*, with “very imminent” or “imminent” was also approximately 80%. However, for the other seven items, the percentage of those responding with “very severe” or “severe” ranged from 77.8 to 93.4%, while the percentage of those responding with “very imminent” or “imminent” ranged from 24.7 to 63.1%. The ninth graders rated significantly higher than the eighth graders in the perception of “severity” of *Traffic accidents* ($p=0.0496$), *Lifestyle-related diseases* ($p=0.009$), and *Effects of medicines* ($p=0.025$). In the perception of “susceptibility,” the ninth graders rated significantly higher than the eighth graders regarding the item of *Influence of smoking, drinking, and drug abuse on mind and body* ($p=0.004$).

Conclusion: Although the perception of “severity” was high at every item, the perception of “susceptibility” was low at seven items. The perception of “susceptibility” of the ninth graders was significantly higher than the eighth graders at only one item. Therefore, perceived “susceptibility” does not increase sufficiently from eighth grade to ninth grade through standard junior high school health instruction.

Key words : severity, susceptibility, health or safety problem, junior high school student, health instruction

重大性, 罹患性, 健康・安全の問題, 中学生, 保健学習

I. 緒 言

保健学習で取り上げる健康問題に対して, 「健康問題の当事者あるいは関係者でない場合, 傍観者的な立場に

立ってしまい, 子どもたちは, そのような健康問題を過去のこと, 他人のことと受けとめてしまい, 授業に意欲を示さない, 集中しない」という問題があることが指摘されている¹⁾. また, 徐らは, 健康教育の受講者に「切

迫感のあるテーマではないので真剣に取り組む気もちになれなかった」という感想をもたれないようにすることが実践上の課題であるとしている²⁾。保健学習は、重大な疾病や健康問題を抱えていることの少ない生徒を対象に、「将来を見越してとり行う健康行動について取り上げることが多いため、予防的健康行動を起こすということは、生活時間や労力、経済資源を、将来起こるかもしれないし、起こらないかもしれない、不確実な出来事に投資することであり、予防的健康行動を起こすか起こさないかの決定には、当然、他のより時間に切迫したニーズにかかわる生活行動との競合が起こる」としている²⁾³⁾。つまり、学習者が、健康問題を今の自分に身近な問題であると受け止められるようにすることが、保健学習での学習意欲を高め、生活の振り返りや生活行動変容の意欲につながる。

しかし、保健学習で取り上げる健康問題のどの内容において、学習する意欲や関心をもてないのか、また、健康問題の中でも学習する意欲や関心の高いものはあるのか、といった調査はこれまでみられない。

健康行動に関する研究においては、今の自分にとって身近な問題として受け止めることに類似した「罹患性」の自覚の概念がある。これは、自分が病気に罹る可能性の認識を指し、この「罹患性」の自覚と自分が病気に罹った後の結果が重大であるという「重大性」の自覚との両方が健康行動をとるために重要であると考えられている⁴⁻⁶⁾。Fishbeinの期待—価値モデルにおける、①主観的確率 (subjective probability) と②結果の主観的価値や効用 (subjective value or utility of outcome)⁴⁾、Beckerらのヘルスベリフモデルにおける、①疾病に罹患する自覚 (perceptions of susceptibility to a disease) と②疾病の重大さの自覚 (the severity of a disease)⁵⁾、Rogersらの防護動機理論における、①脆弱性 (vulnerability)、②重大さ (severity)⁶⁾といった変数が共通して取り上げられている。これらの理論における主観的確率、疾病に罹患する自覚や脆弱性が「罹患性」の自覚にあたる概念であり、結果の主観的価値や効用、疾病の重大さの自覚、重大さが「重大性」の自覚にあたる概念である。この2つは疾病への恐れの主観的な評価であり、いかに深刻な疾病ととらえていたとしても、罹患の可能性がないと考えている場合には、その疾病への恐れは存在しないことになる。そのため、疾病への恐れがなければいかなる予防的な健康行動も起こりえないとされている⁷⁾。

中学校における保健学習では、新たに学習する疾病や健康問題を、生徒がまずどのように受け止めるかという疾病や健康問題への主観的評価が重要であり、そこで、学ぶ価値があると判断すると、その後の健康行動を行うかどうかの評価につながる。そこで、本研究では、疾病や健康・安全の問題が自分にも起こる可能性があることと捉えることを「罹患性」の自覚とし、疾病や健康・安全の問題が実際に起きた場合に被害が大きいと捉えることを

「重大性」の自覚とする。この2つの主観的評価に着目することで、疾病や健康問題を学習する際の意欲や学習をした後の成果を見積もることができると考えた。

これまでに、保健学習で取り上げられる健康・安全の問題における「罹患性」と「重大性」の自覚の両面から子どもの実態を調査したものとして、エイズとがんについての以下の3つがある。

薩田は、中学生、高校生、大学生を対象としたエイズの意識と知識の調査を行い、エイズを「とても恐い病気だ」、「なんとなく恐い病気だ」と回答した生徒が84.8~97.1%いたが、「自分は絶対にかからない」、「たぶんかからない」と回答した者は、34.0~56.6%であったとしている⁸⁾。荒川は、大学生を対象としたエイズの意識と知識の調査を行い、「自分は、エイズにかからないと思う」に「はい」と答えた学生が35.9%おり、約半数は「どちらでもない」と答えたとしている⁹⁾。これら2つの調査結果から、高橋は、エイズに罹ったら大変だと考える者は多いが、自分も感染しうると考える者が少ないとしている¹⁰⁾。

また、植田らは、児童生徒を対象としたがんについての意識の実態調査を行っている¹¹⁾。この調査では、児童生徒の57.9~79.5%ががんをこわいと思っているにもかかわらず、自分ががんになると思っているのは6.0~25.0%であったとしている。さらに、小学6年生を対象とした先行研究¹²⁾を挙げ、がんがこわいと思う理由として、「治る確率が低いと思うから」71.9%、「家族に負担がかかるから」52.8%、「痛いから」37.1%、「治療費が高いから」27.0%などが上位を占めていたと指摘している¹¹⁾。つまり、がんをこわいと思うことは、がんに関した場合の身体的、心理社会的、経済的な負担を想定した意識であり、本研究の「重大性」の自覚に通じる考えであることがわかる。この結果から、がんについても、エイズの調査と同様に、がんをこわい、罹ったら大変であると考えていても、自分も罹るかもしれないと考えている者は少ないことがわかる。

以上のように、エイズやがんでは、「重大性」の自覚に比して、「罹患性」の自覚が低いことが指摘されており、その要因として、高橋は、日本におけるエイズ教育を例に、エイズの恐ろしさ、つまり「重大性」に比して、感染可能性、つまり「罹患性」の自覚に関する教材が不足していることを指摘している¹⁰⁾。

その他に、安全の問題において、豊沢らは、小学生の防災教育による感情や認知の変化を分析するため、脅威アピール研究の枠組みから、「恐怖感情」、「脅威への脆弱性」、「脅威の深刻さ」、「自己効力感」、「反応効果性」の要因を取り上げて調査している。この研究の目的は、防災教育の前後における感情や認知の変化と小学生への防災教育による保護者の防災行動への影響を調査することである。中でも、「脅威への脆弱性」は、自らが脅威を経験するリスクにさらされていると思う程度のことを

指し、本研究の「罹患性」の自覚に相当する。また、「脅威の深刻さ」は、脅威から予期される被害の大きさを指すとしており、本研究の「重大性」の自覚に相当する¹³⁾。しかし、防災教育の対象とした小学校5年生と6年生の学年の差については検討されていない。また、藤田らは、日本を含むアジア5カ国の小・中学生の安全関心度を「災害」「犯罪」「事故」の3つの領域に分け、「自分の身の回りで起こるかもしれないと思いますか?」という質問への回答を求め、得点を算出している¹⁴⁾。この質問は、本研究における「罹患性」の自覚と共通しているが、「重大性」の自覚に類する質問は行っていない。さらに、小竹らは、小学生の保護者、中学生、高校生を対象に、交通事故の中でも中高生に多い自転車事故を取り上げ、高校生が起こした自転車事故の裁判事例に対して「他人事と思うか」について回答を求め、自分も自転車事故の加害者となる可能性の認識を問うている¹⁵⁾。自分が交通事故の被害者になるという意識とは異なるものの、交通事故が自分に起こる可能性の意識であり、「罹患性」の自覚に通じるものである。しかし、「重大性」の自覚に類する質問は行っていない。

これらの研究から、保健学習で取り上げる安全の問題については、「重大性」や「罹患性」の自覚の両方の実態については調査されていないことがわかる。

さらに、生徒が保健学習によって、健康・安全の問題についての「重大性」と「罹患性」の自覚をもつことができたかについての評価研究は、これまで行われていない。

そこで、本研究では、学習する健康・安全の問題が多岐にわたる中学校を対象に、保健学習で取り上げる健康・安全の問題に対して、中学生がどの程度、「重大性」や「罹患性」を自覚しているのか実態を把握し、「重大性」と「罹患性」の自覚において、保健学習を未習の2年生と既習の3年生の差を明らかにし、その要因について考察することを目的とした。

II. 方 法

1. 調査対象

本調査の対象は、東京都内の国立大学附属A中学校2年生160名、3年生160名、計320名とした。平成28年7月中旬の体育の授業終了時に無記名自記式質問紙調査を実施した。

調査日に、2年生は、調査項目に該当する保健学習は全て未習であり、3年生は、調査項目に該当する保健学習は全て既習であった。なお、通常、1年生で学習する欲求やストレスの心身への影響について、対象となる中学校では、学校の教育課程や生徒の実態から、2年生後半から3年生前半にかけて取り上げる計画をしており、2年生の調査時には未習であった。

2. 調査項目

質問紙においては、中学生の理解を考慮し、本研究における「重大性」を重大さと表記し、「重大さとは、そ

の結果や影響が重大な病気や死亡につながる大変なものであることをいいます。」と解説した。また、「罹患性」を身近さと表記し、「身近さとは、自分にも起きる可能性があることをいいます。」と解説した。

以上の解説をもとに、中学校学習指導要領解説保健体育編¹⁶⁾において、学習内容として取り上げられている健康・安全の問題のうち、重大な病気や死亡につながる可能性があり、かつ、その結果に健康行動が大きく影響すると考えられる以下の8つを調査項目とした。①欲求やストレスの心身への影響、②適応能力を超えた環境の健康への影響、③交通事故による傷害、④自然災害による傷害、⑤二次災害による傷害、⑥生活習慣病、⑦喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響、⑧医薬品の使用による健康への影響、以上の8つの項目について、「重大性」と「罹患性」の自覚を調査することとした。

さらに、②適応能力を超えた環境の健康への影響と⑤二次災害による傷害については、保健学習を未習の学年には理解が難しいと予想されたため、心身への悪影響の例として、②については「適応能力を超えた環境の健康への影響には、例えば、熱中症や山や海での遭難などがあります。」と、⑤については「二次災害とは、例えば、地震に伴って生じる、津波、土砂崩れ、火災など二次的な被害のことをいいます。」と付記した。

なお、中学校で学習するその他の健康問題として、感染症や飲料水・空気・廃棄物などがあるが、本研究では取り上げていない。中学校学習指導要領解説保健体育編において、感染症の学習では、結核、コレラ、ノロウイルス等を適宜取り上げて理解できるようにすることが示されている。しかし、感染症には日常的に罹患するが軽症のものから致命的なものまで幅広くあるため、生徒がどの感染症をイメージするかによって「重大性」と「罹患性」の自覚への回答が異なることから、調査項目に加えないこととした。また、水・空気・廃棄物の学習内容については、衛生的管理の学習が中心となっており、それらの汚染による心身への影響について、詳細には取り上げられていないことから、調査を行わないこととした。

「重大性」の自覚については、ア. とても重大である、イ. 重大である、ウ. どちらともいえない、エ. 重大ではない、オ. 全く重大ではない、の5件法で回答を求め、集計の際には、とても重大であるを5点、重大であるを4点、どちらともいえないを3点、重大ではないを2点、全く重大ではないを1点として点数化した。また、「罹患性」の自覚については、ア. とても身近である、イ. 身近である、ウ. どちらともいえない、エ. 身近でない、オ. 全く身近ではない、の5件法で回答を求め、集計の際には、とても身近であるを5点、身近であるを4点、どちらともいえないを3点、身近ではないを2点、全く身近ではないを1点として点数化した。

3. 分析方法

調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚の実

表1 調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚における回答の割合

		「重大性」の自覚					「罹患性」の自覚				
		1. 全く重大でない n (%)	2. 重大でない n (%)	3. どちらとも いない n (%)	4. 重大である n (%)	5. とても重大 である n (%)	1. 全く身近でない n (%)	2. 身近でない n (%)	3. どちらとも いない n (%)	4. 身近である n (%)	5. とても身近 である n (%)
全体	欲求・ストレス	2 (0.7)	15 (4.9)	41 (13.4)	133 (43.6)	114 (37.4)	8 (2.6)	14 (4.6)	42 (13.7)	106 (34.5)	137 (44.6)
	適応能力の限界	2 (0.7)	8 (2.6)	34 (11.1)	138 (45.0)	125 (40.7)	7 (2.3)	28 (9.2)	92 (30.0)	126 (41.3)	52 (17.0)
	交通事故	2 (0.7)	1 (0.3)	17 (5.6)	91 (29.7)	195 (63.7)	14 (4.6)	44 (14.3)	71 (23.1)	106 (34.5)	72 (23.5)
	自然災害	2 (0.7)	5 (1.6)	19 (6.2)	95 (30.9)	185 (60.3)	11 (3.6)	50 (16.3)	84 (27.4)	102 (33.2)	60 (19.5)
	二次災害	2 (0.7)	1 (0.3)	25 (8.2)	111 (36.3)	167 (54.6)	13 (4.2)	55 (17.9)	94 (30.6)	90 (29.3)	55 (17.9)
	生活習慣病	1 (0.3)	4 (1.3)	31 (10.1)	126 (41.0)	145 (47.2)	17 (5.5)	38 (12.4)	58 (18.9)	99 (32.2)	95 (30.9)
	喫煙・飲酒・薬物	3 (1.0)	3 (1.0)	17 (5.5)	61 (19.9)	223 (72.6)	110 (35.8)	66 (21.5)	55 (17.9)	44 (14.3)	32 (10.4)
	医薬品使用	3 (1.0)	14 (4.6)	51 (16.6)	114 (37.1)	125 (40.7)	37 (12.1)	51 (16.6)	81 (26.4)	86 (28.0)	52 (16.9)
	欲求・ストレス	1 (0.7)	10 (6.6)	21 (13.8)	65 (42.8)	55 (36.2)	6 (0.3)	8 (5.2)	24 (15.7)	53 (34.6)	62 (40.5)
	適応能力の限界	1 (0.7)	5 (3.3)	14 (9.2)	72 (47.1)	61 (39.9)	5 (3.3)	12 (7.9)	47 (30.9)	64 (42.1)	24 (15.8)
2年	交通事故	2 (1.3)	1 (0.7)	8 (5.2)	53 (34.6)	89 (58.2)	10 (6.5)	22 (14.4)	34 (22.2)	53 (34.6)	34 (22.2)
	自然災害	1 (0.7)	4 (2.6)	9 (5.9)	49 (32.0)	90 (58.8)	7 (4.6)	25 (16.3)	39 (25.5)	49 (32.0)	33 (21.6)
	二次災害	1 (0.7)	0 (0)	12 (7.9)	59 (38.8)	80 (52.6)	6 (3.9)	29 (19.0)	42 (27.5)	46 (30.1)	30 (19.6)
	生活習慣病	1 (0.7)	4 (2.6)	18 (11.8)	68 (44.4)	62 (40.5)	10 (6.5)	22 (14.4)	29 (19.0)	47 (30.7)	45 (29.4)
	喫煙・飲酒・薬物	2 (1.3)	2 (1.3)	6 (3.9)	31 (20.3)	112 (73.2)	64 (41.8)	35 (22.9)	28 (18.3)	13 (8.5)	13 (8.5)
	医薬品使用	2 (1.3)	12 (7.8)	24 (15.7)	62 (40.5)	53 (34.6)	16 (10.5)	32 (20.9)	47 (30.7)	37 (24.2)	21 (13.7)
	欲求・ストレス	1 (0.7)	5 (3.3)	20 (13.1)	68 (44.4)	59 (38.7)	2 (1.3)	6 (3.9)	18 (11.7)	53 (34.4)	75 (48.7)
	適応能力の限界	1 (0.6)	3 (1.9)	20 (13.0)	66 (42.9)	64 (41.6)	2 (1.3)	16 (10.5)	45 (29.4)	62 (40.5)	28 (18.3)
	交通事故	0 (0)	0 (0)	9 (5.9)	38 (24.8)	106 (69.3)	4 (2.6)	22 (14.3)	37 (24.0)	53 (34.4)	38 (24.7)
	自然災害	1 (0.6)	1 (0.6)	10 (6.5)	46 (29.9)	95 (61.7)	4 (2.6)	25 (16.2)	45 (29.2)	53 (34.4)	27 (17.5)
3年	二次災害	1 (0.6)	1 (0.6)	13 (8.4)	52 (33.8)	87 (56.5)	7 (4.5)	26 (16.9)	52 (33.8)	44 (28.6)	25 (16.2)
	生活習慣病	0 (0)	0 (0)	13 (8.4)	58 (37.7)	83 (53.9)	7 (4.5)	16 (10.4)	29 (18.8)	52 (33.8)	50 (32.5)
	喫煙・飲酒・薬物	1 (0.6)	1 (0.6)	11 (7.1)	30 (19.5)	111 (72.1)	46 (29.9)	31 (20.1)	27 (17.5)	31 (20.1)	19 (12.3)
	医薬品使用	1 (0.6)	2 (1.3)	27 (17.5)	52 (33.8)	72 (46.8)	21 (13.6)	19 (12.3)	34 (22.1)	49 (31.8)	31 (20.1)

態は、回答のパーセンテージから把握した。さらに、「重大性」と「罹患性」の自覚における学年の差は、Mann-WhitneyのU検定を行った。また、調査項目である計16項目のうち、1割未満である1項目のみの無回答については、分析の対象に加えることとした。なお、検定の際には、IBM SPSS Ver. 22.0 for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、聖心女子大学研究倫理委員会の承認を得て行った。調査校には、事前に調査の目的と方法、内容について研究協力依頼書を作成し、文書及び口頭で説明し、同意を得た。また、対象となる生徒には、調査の目的、方法、内容について説明するとともに、①授業および教材開発の研究の資料とすること、②得られたデータは本研究のみに使用し、他には使用しないこと、③回答しないことで不利益はこうむらないこと、④回答の途中で答えなくなかった場合は回答を中止してよいこと、⑤学校での保健の成績には影響しないこと、の5点について文書および口頭で説明し、調査用紙への回答をもって同意を得たと判断した。

また、回収の際には、プライバシー保護のため、生徒が各自封筒に入れ、封をしたものを授業担当者が回収した。

Ⅲ. 結 果

調査用紙は、2年生の当日出席していた154名、3年生の当日出席していた153名、計307名から回収し、回収率は100%であった。また、無回答のある調査用紙は、全て無回答が1項目のみであったため、分析の対象とした。

1. 調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚の実態

表1は、全体、2年生、3年生ごとの、調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚の回答の割合を示したものである。

欲求やストレスの心身への影響のみ、「とても重大である」、「重大である」の回答を合わせると81.0%であり、「とても身近である」、「身近である」の回答を合わせると79.1%であり、同程度であった。

それ以外の項目では、「とても重大である」、「重大である」と回答した割合が77.8~93.4%であるのに対して、「とても身近である」、「身近である」と回答した割合は24.7~63.1%であった。「とても身近である」、「身近である」と回答した割合が最も高かったのは、生活習慣病であり、最も低かったのは、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響であった。

また、「重大でない」と「どちらともいえない」の回答を合わせると、交通事故による傷害で5.9%が最も低く、最も高いものでも医薬品による心身への影響が21.2%であった。一方、「身近でない」と「どちらともいえない」の回答を合わせると、最も低かったのは、欲求やストレスの心身への影響の18.3%であり、次いで低かったのが生活習慣病の31.3%であり、最も高いもので二次災害による傷害の48.5%と半数近くであった(表1)。

2. 調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚における学年の差について

表2は、調査項目別にみた学年の差を示したものである。調査項目別に、2年生と3年生の学年の差をみると、「重大性」の自覚では、交通事故による傷害($p=0.0496$)、生活習慣病($p=0.009$)、医薬品の使用による健康への影響($p=0.025$)において、3年生が2年生より有意に高かった。「罹患性」の自覚では、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響($p=0.004$)のみで、3年生が2年生より有意に高かった。「重大性」の自覚において3年生が2年生より有意に高かった3項目では、「罹患性」の自覚に有意な差は認められなかった。また、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響では、2年生と3年生の両方で「とても身近である」、「身近である」と回答した割合が他項目に比べて低かった(表2)。

Ⅳ. 考 察

1. 調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚の実態について

適応能力を超えた環境の健康への影響、交通事故による傷害、自然災害による傷害、二次災害による傷害、生活習慣病、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響、

表2 調査項目別にみた「重大性」と「罹患性」の自覚の学年の差

		欲求・ストレス		適応能力の限界		交通事故		自然災害		二次災害		生活習慣病		喫煙・飲酒・薬物		医薬品使用	
		重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性	重大性	罹患性
2年	25%タイル	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	1.0	3.0	2.0
	中央値	4.0	4.0	4.0	4.0	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	3.5	4.0	4.0	5.0	2.0	4.0	3.0
	75%タイル	5.0	5.0	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	5.0	5.0	3.0	5.0	4.0
3年	25%タイル	4.0	4.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	3.0	4.0	1.0	4.0	2.0
	中央値	4.0	4.0	4.0	4.0	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	3.0	5.0	4.0	5.0	3.0	4.0	4.0
	75%タイル	5.0	5.0	5.0	4.0	5.0	4.5	5.0	4.0	5.0	4.0	5.0	5.0	5.0	4.0	5.0	4.0
学年の差	Z	-0.79	-1.82	-0.04	-0.34	-1.96	-0.78	-0.74	-0.29	-0.50	-0.62	-2.60	-1.14	-0.28	-2.91	-2.24	-1.86
	p	0.430	0.068	0.971	0.734	0.0496	0.436	0.457	0.774	0.618	0.536	0.009	0.252	0.782	0.004	0.025	0.064

Mann-WhitneyのU検定

医薬品の使用による健康への影響の7つの項目において、「とても重大である」、「重大である」と回答した割合は、77.8~93.4%であった。中学生で、エイズを「とても怖い病気だ」「なんとなく怖い病気だ」と回答した割合が男子で84.8%、女子で94.8%とする結果⁸⁾や、中学2年生でがんをこわいと感じている割合が男子78.6%、女子87.5%であるとの結果¹¹⁾と概ね一致していた。

また、「罹患性」の自覚において、「とても身近である」、「身近である」と回答した割合が24.7~63.1%と内容によって開きがあった。中学生で、エイズについて、自分も「状況によりかかるかも知れない」「やがてかかってしまうだろう」と回答した者が、男子で30.3%、女子で37.2%であった⁸⁾という結果と比較すると、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響のみが24.7%と、エイズの調査結果より下回っているが、それ以外の項目では、「とても身近である」、「身近である」と回答した割合は、エイズの調査結果よりもやや高い傾向がみられた。

なかでも、生活習慣病において「とても身近である」、「身近である」と回答した割合は63.1%であり、7つの項目の中で最も高かった。生活習慣病への「罹患性」の自覚に関する先行研究はみることができないため、中学校の保健学習において、生活習慣病の1つとして学習するがんについての意識調査を行っている植田らの研究を参考に比較したい。植田らの研究において、将来、自分ががんになると思っている割合が中学2年生の男子で15.7%、女子で10.6%であった¹¹⁾としている。この結果に比べると、生活習慣病を「とても身近である」、「身近である」と回答した割合は高かった。これは、生活習慣病には、がんだけではなく、糖尿病、動脈硬化、心疾患、脳血管疾患と幅広く含むため、多くの疾患を併せてイメージしたことで、「身近である」との回答が増えた可能性がある。また、「身近である」という回答には、自分が罹患するだけでなく、自分の祖父母や両親など、身近な人が罹患することも含めて考えたことで、回答の割合が高くなった可能性もあり、今後、継続した調査が必要である。

自然災害による傷害の項目については、豊沢らが行った、小学生の防災教育前の感情や認知についての調査¹³⁾において、「脅威の深刻さ」が「脅威への脆弱性」よりもやや高い数値になっており、本研究における「重大性」の自覚が「罹患性」の自覚より高い傾向にあったという結果と概ね一致していた。

また、藤田らの調査では、日本は、「災害」への安全関心度が最も高く、その理由として、過去に甚大な地震等の自然被害を経験した国であることを指摘している¹⁴⁾。しかし、本研究では、自然災害による傷害や二次災害による傷害の項目における「罹患性」の自覚は、「重大性」の自覚ほど高くはなかった。このことから、「重大性」の自覚については、生活の中で得た情報や経験により、一定の高まりが期待できるが、「罹患性」の自覚は、「重

大性」の自覚ほど高まらないと推測される。

さらに、喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響の項目において、2年生と3年生で共に「全く身近ではない」と回答した割合が高かった。その理由として、喫煙経験率が中学2年生で男子6.5%、女子4.1%、3年生で男子8.3%、女子4.5%¹⁷⁾と低いことや、さらに薬物乱用経験率は、中学生に多い有機溶剤の経験率でも0.4%¹⁸⁾とさらに低いことが考えられる。また、現在の未使用の状況を維持することに困難を感じていないことや、未成年であることから「とても身近である」や「身近である」といった回答をしてはいけなものと意識したり、あるいは、回答しにくいと感じたりした可能性がある。

また、文部科学省の「平成25年薬物等に対する意識等調査報告書」によると、「お酒を飲むと害があると思うか」の質問に、「大いに害がある」と回答した中学2年生が41.7%、3年生が43.4%であるのに対し、「たばこを吸うと害があると思うか」の質問に「大いに害がある」と回答した2年生は94.0%、3年生で93.6%であったとしている。また、「20歳になったら酒を飲むと思う」と回答した2年生は54.6%、3年生は61.5%であるのに対して、「20歳になったらたばこを吸うと思う」と回答した2年生は3.8%、3年生は4.4%であったとしている¹⁹⁾。これらの結果から、喫煙と飲酒に対する意識の差が見受けられ、保健の授業で取り上げる際、それぞれの内容に対して異なるアプローチが必要になると考えられる。そのため、今後は、喫煙・飲酒・薬物のそれぞれについての「重大性」と「罹患性」の自覚について調査する必要がある。

さらに、上記の7つの項目では、「重大でない」と「どちらともいえない」の回答を合わせると5.9~21.2%であったのに対し、「身近でない」と「どちらともいえない」の回答を合わせると31.3~48.5%と高い傾向がみられた。このことから、7つの項目について、「罹患性」の自覚をもてていない生徒が一定数いることがうかがえる。

一方、欲求やストレスの心身への影響の項目でのみ、「とても重大である」、「重大である」の回答を合わせた割合と、「とても身近である」、「身近である」の回答を合わせた割合とがいずれも約8割であった。この割合は、内閣府の「平成27年子供・若者白書」における、中学生で何らかの不安や悩みを抱えている者が81.2%いる²⁰⁾との結果と概ね一致している。中学生は不安や悩みを日常的に抱えており、そのことから、欲求不満やストレスを重大であると実感し、同時に身近であるとも実感していると予想される。

2. 調査項目別にみた学年の差について

1) 「重大性」の自覚における学年の差

交通事故による傷害の項目では、「重大性」の自覚において、学年の差が認められた。

藤田らは、「災害」「事故」「犯罪」の3つの領域すべての安全関心度は、小学1年生の得点に比べ、小学2年

生から5年生までの間、得点が下降し、6年生以降では、「事故」の得点が上昇することを指摘している¹⁴⁾。この調査では、日本だけでなくアジア5か国の子どもたちを対象にしているため、本研究で得られた結果と厳密には比較できないものの、「重大性」の自覚には、学年差があると推測される。

本研究では、生活習慣病の項目の「重大性」の自覚において、3年生が2年生より有意に高かったが、植田らの研究では、がんを「こわいと思う」「どちらかというところこわい」と回答した割合を合わせると、小学5年生が88.2%と最も高く、次いで高校2年生で83.1%、そして中学2年生の82.9%の順であった¹¹⁾。そのため、生活習慣病における「重大性」の自覚は、学年が上がるにつれ、高まるとは限らない。今後は、小学生から高校生までの「重大性」の自覚についての調査が必要である。

医薬品の使用による心身への影響の項目の「重大性」の自覚でも、3年生が2年生より有意に高かった。堺らの中学3年生を対象とした研究では、過去1年間に何らかの症状で医薬品を使用した男子は93.2%、女子は94.2%であり、他学年との比較はしていないものの、3年生では、ほとんどの生徒が医薬品を使用していたと報告している²¹⁾。また、高橋らの研究では、「自分の判断で薬を使用したことがある」と回答した者が、中学1年生で36.8%、2年生で49.1%、3年生で60.5%と増加し、学年の差が認められたとしている²²⁾。そのため、学年が上がり、医薬品の使用経験が増えるとともに、自分で市販薬を購入したり、自分の判断で使用したりする機会も増加することで、医薬品の副作用に意識が向き、「重大性」の自覚が高まると予想される。今後は、「重大性」の自覚が高くなった項目について、その要因をさらに分析する必要がある。

2) 「罹患性」の自覚における学年の差

喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響では、2年生、3年生ともに「全く身近ではない」との回答が最も多かったが、2年生より3年生で「身近である」と回答した割合が高くなっていることから、喫煙・飲酒・薬物への関心が3年生では高まっている可能性もある。3年生が、保健学習やさまざまな経験により身近さを感じたのか、何らかの不安やストレスの解消として関心をもったのかについて、今後、検討する必要がある。

交通事故による傷害、生活習慣病、医薬品の使用による健康への影響の3つの項目においては、「重大性」の自覚では2年生よりも3年生の方が有意に高かったものの、「罹患性」の自覚では学年の差が認められなかった。また、喫煙・飲酒・薬物による心身への影響では、学年の差が認められたものの2年生と3年生の両方で「とても身近である」、「身近である」と回答した割合が他項目に比べて低かったことや、欲求やストレスの心身への影響を除く7つの項目では、一定数、「罹患性」の自覚が低い生徒がいたことから、「重大性」の自覚については、

学習や経験によって自然に高まる可能性があるが、「罹患性」の自覚については、十分に高まらない可能性がある」と推測される。

本研究では、生活習慣病の項目において、「罹患性」の自覚に学年の差は認められなかったが、がんの調査結果では、がんになるかもしれないという認識が年齢とともに強くなると指摘されており¹¹⁾、異なる結果であった。また、交通事故防止に関する小竹らの調査では、自転車を運転していた女子高生が、歩行者に衝突し障害を負わせたとし、女子高生に対して5,000万円の賠償金支払いの判決が出された事例について、「他人事ではない」と回答した中学生は55%、高校生は62%であったとしており¹⁵⁾、高校生が中学生よりわずかに高かった。本研究における交通事故の項目において、「罹患性」の自覚に学年の差が認められないという結果とは異なっていた。がんの調査は、小学5年生と中学2年生、高校2年生という長いスパンで学年の差を比較しており、交通事故防止の調査でも中学生と高校生の比較であることから、中学2年生と3年生のように1年では、差がでない可能性がある。

今後は、さらに、小学生から高校生までの「罹患性」の自覚の実態を把握し、学年差を検討することが求められる。

V. 本研究の限界

本研究では、限られた中学校1校における2学年を対象とした調査であり、すべての中学生に一般化することはできない。また、「重大性」と「罹患性」の自覚の要因として、2年生が保健学習を未習であること、3年生が既習であることがどの程度、この結果に関係があるか、その他にどのような要因があるかについて、今後、さらに検討する必要がある。

VI. 結 論

保健学習を未習の中学2年生と既習の3年生の「重大性」と「罹患性」の自覚について調査した。その結果、保健学習で取り上げる健康・安全の問題の8項目全てにおいて「重大性」の自覚は高い傾向があったが、欲求やストレスの心身への影響以外の7項目において、一定数、「罹患性」の自覚の低い生徒がいることがうかがえた。また、3年生は2年生に比べ、「重大性」の自覚の3項目で有意に高かったが、「罹患性」の自覚では別の1項目のみでしか有意な差が認められなかった。以上のことから、「重大性」の自覚については、学習や経験によって自然に高まる可能性があるが、「罹患性」の自覚については、十分に高まらない可能性があることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました中学校の生徒のみなさま、教職員のみなさまに御礼申し上げます。

文 献

- 1) 森昭三：保健の教科内容と教材. (森昭三, 和唐正勝編). 新版保健の授業づくり入門. 136, 大修館書店, 東京, 2005
- 2) 徐淑子, 池田光穂：健康教育における〈健康認識の個人化〉をうながす実践について. *Communication-Design* 12 : 23-38, 2015
- 3) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気. 106-110, メディカルフレンド社, 東京, 1996
- 4) Fishbein M, Ajzen I : Expectancy-value Theories. In : Belief, Attitude, Intention, and Behavior. 30-32, Addison Wesley Publishing Company, MA, USA. 1975
- 5) Becker MH, Drachman RH, Krinscht JP : A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American Journal of Public health* 64 : 205-216, 1974
- 6) Rogers RW, Prentince DS : Protection motivation theory. In : Handbook of Health Behavior Research. 113-132, Plenum Press, NY, USA. 1997
- 7) 畑栄一, 土井由利子：行動科学健康づくりのための理論と応用改訂第2版. 42, 南江堂, 東京, 2012
- 8) 薩田清明：エイズに関する意識及び知識について—大学生, 高校生, 中学生の調査から. *学校保健研究* 36 : 381-389, 1994
- 9) 荒川長巳：大学生のAIDSに関する知識と意識. *学校保健研究* 36 : 641-650, 1995
- 10) 高橋浩之：健康教育への招待. 57, 大修館書店, 東京, 2002
- 11) 植田誠治, 杉崎弘周, 物部博文ほか：日本の児童生徒のがんについての意識の実態. *学校保健研究* 56 : 185-198, 2014
- 12) 片野田耕太, 助友裕子：教育機関及び家庭におけるがんの知識の普及に関する研究. 平成22年国立がん研究センターがん研究開発費 がん情報ネットワークを利用した総合的がん対策支援とその評価の具体的方法に関する研究 (研究代表者 石川ベンジャミン光一) 報告書. 2011
- 13) 豊沢純子, 唐沢かおり, 福和伸夫：小学生に対する防災教育が保護者の防災行動に及ぼす影響—子どもの感情や認知の変化に注目して—. *教育心理学研究* 58 : 480-490, 2010
- 14) 藤田大輔, 後藤健介：アジア5カ国の小・中学生の Safety Concerns (安全関心度) の特徴について. *学校危機とメンタルケア* 8 : 23-32, 2016
- 15) 小竹雄介, 日野泰雄, 吉田長裕：児童生徒の自転車利用意識と交通安全教育の課題に関する調査研究. *土木計画学研究論文集* 29 : 1185-1191, 2012
- 16) 文部科学省：中学校学習指導要領解説保健体育編. 148-163, 東山書房, 京都, 2013
- 17) 大井田隆, 尾崎米厚, 兼板佳孝ほか：未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究 研究報告書 : 2013. Available at : <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201222027A> Accessed August 23, 2017
- 18) 嶋根卓也, 大曲めぐみ, 北垣邦彦ほか：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査. 平成28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政策研究事業 分担研究報告書, 2016. Available at : <http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html> Accessed August 28, 2017
- 19) 文部科学省：平成25年(2013)薬物等に対する意識等調査報告書. Available at : http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/___icsFiles/afiedfile/2013/08/07/1338369_02.pdf Accessed April 18, 2017
- 20) 内閣府：平成27年(2015)子供・若者白書. Available at : <http://www8.cao.go.jp/youth/whitepaper/h27honpen/pdf> Accessed February 6, 2017
- 21) 堺千紘, 川畑徹朗, 宋昇勲ほか：中学生の医薬品使用行動の実態とその関連要因—予備的質問紙調査の結果より—. *学校保健研究* 54 : 227-239, 2012
- 22) 高橋梓, 石原研治：中学生の医薬品の使用実態とセルフメディケーション能力の育成. 茨城大学教育学部紀要 教育科学 63 : 299-312, 2014

(受付 2017年4月26日 受理 2018年5月20日)
 代表者連絡先：〒184-8501 東京都小金井市貫井北町
 4-1-1
 東京学芸大学健康・スポーツ科学講座 (佐見)

資料 健康・安全の課題に対する重大さと身近さについての調査項目

「健康・安全の課題に対する重大さと身近さについての調査」

1. 健康・安全の課題に対する重大さについて

次の(1)から(8)は、保健の教科書に挙げられている健康・安全の課題です。あなたは、それぞれの課題が実際に起きた場合、その影響をどれくらい重大だと思いますか？ア～オのうち、最もあてはまるもの1つを選び、記号に○をつけてください。

*「重大さ」とは、その結果や影響が「重大な病気や死亡につながる大変なものである」ことをいいます。

(1) 欲求やストレスの心身への影響

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(2) 適応能力を超えた環境の健康への影響^{注1}

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(3) 交通事故による傷害

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(4) 自然災害による傷害

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(5) 二次災害^{注2}による傷害

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(6) 生活習慣病

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(7) 喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

(8) 医薬品の使用による健康への影響

ア. とても重大である イ. 重大である ウ. どちらともいえない エ. 重大ではない オ. 全く重大ではない

・注1：適応能力を超えた環境の健康への影響には、例えば、熱中症や山や海での遭難などがあります。

・注2：二次災害とは、地震に伴って生じる、津波、土砂崩れ、火災など二次的な被害のことをいいます。

2. 健康・安全の課題に対する身近さについて

次の(1)から(8)の健康・安全の課題は、あなたにとってどれくらい身近だと思いますか？ア～オのうち、最もあてはまるもの1つを選び、記号に○をつけてください。

*「身近さ」とは、「自分にも起きる可能性がある」ことをいいます。

(1) 欲求やストレスの心身への影響

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(2) 適応能力を超えた環境の健康への影響^{注1}

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(3) 交通事故による傷害

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(4) 自然災害による傷害

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(5) 二次災害^{注2}による傷害

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(6) 生活習慣病

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(7) 喫煙・飲酒・薬物乱用による心身への影響

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

(8) 医薬品の使用による健康への影響

ア. とても身近である イ. 身近である ウ. どちらともいえない エ. 身近ではない オ. 全く身近ではない

・注1：適応能力を超えた環境の健康への影響には、例えば、熱中症や山や海での遭難などがあります。

・注2：二次災害とは、地震に伴って生じる、津波、土砂崩れ、火災など二次的な被害のことをいいます。

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第65回学術大会のご案内（第4報）

年次学術大会長 **住田 実**（大分大学教授）

1. **メインテーマ**：「子どもの生活認識に寄り添う保健教育と学校保健」

2. **開催期日** 平成30年11月30日（金）～12月2日（日）

3. 会 場

- 11月30日（金）～12月2日（日） J：COMホルトホール大分（JR大分駅より徒歩3分）
- 〒870-0839 大分市金池南一丁目5番1号, TEL 097-576-7555 <http://www.horutohall-oita.jp/>
 - J：COMホルトホール大分へのアクセス
 - 大分空港……空港バス約60分……JR大分駅前から徒歩5分
 - JR小倉駅……日豊本線約80分……JR大分駅から徒歩3分
 - JR博多駅……日豊本線約120分……JR大分駅から徒歩3分
 - 福岡・天神バスセンター……高速バス約120分……大分（トキハ前）から徒歩10分



大分空港	空港バス約60分	JR大分駅前	徒歩5分
JR小倉駅	日豊本線約80分	JR大分駅	徒歩3分
JR博多駅	日豊本線約120分	JR大分駅	徒歩3分
福岡県から	天神バスセンター	高速バス約120分	大分（トキハ前）徒歩10分



○JR大分駅より徒歩3分 TEL:097-576-7555

4. 主 催 一般社団法人日本学校保健学会

5. 学会の概要（予定）

11月30日（金）

- 9：30～17：00 日本教育大学協会全国養護部門・理事会・総会・研究委員会
- 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）
- 15：00～15：15 常任理事会
- 15：20～15：50 理事会
- 16：00～17：30 定例総会（代議員会）

12月1日（土） 午前

- 9：30～10：20 大会長講演 住田 実（大分大学教授）
「子どもの生活認識に寄り添う保健教育と学校保健」

- 10:30~12:00 特別講演(1) 北折 一(元NHK「ためしてガッテン」専任ディレクター)
「健康番組制作の視点からみる健康教育に求められる発想」
- 12:10~12:50 理事長挨拶, 報告会, 名誉会員推戴式等

12月1日(土) 午後	
●12:30~13:30	ランチョンセミナー
●13:45~15:15	特別講演(2) 岡崎好秀(国立モンゴル医学科学大学客員教授) 「口の中は不思議がいっぱい~世界で一番聞きたい歯と口と健康の話~」
●13:45~14:45	特別講演(日本創傷外科学会共催) 清水史明(大分大学医学部附属病院形成外科教授) 「けがの治療とアフターケアについて」
●13:45~15:00	教育講演(1) 永井成美(兵庫県立大学環境人間学部教授) 「時間栄養学の最新知見から子どもの健康と教育を考える~『早寝早起き朝ごはん』と体内時計のサイエンス~」
●13:45~15:45	渉外委員会企画シンポジウム「新学習指導要領における保健の改善をどう評価するか」
●	〈コーディネーター〉野津有司(筑波大学教授), 植田誠治(聖心女子大学教授)
●13:45~15:45	シンポジウム(1) 「子どものメンタルヘルスの課題解決と生活習慣の改善~新学習指導要領を踏まえ養護教諭はどう関わるか~」 ・〈座長〉佐々木司(東京大学教授), 三木とみ子(女子栄養大学名誉教授) ・道上恵美子(埼玉県草加東高等学校養護教諭) ・澤村文香(所沢教育委員会指導主事) ・(指定発言)大沼久美子(女子栄養大学教授), 中村美智恵(千葉県船橋市立古和釜中学校養護教諭)
●15:00~17:00	招聘講師特別講演(国際交流委員会企画) ・鄭 恵美(國立臺灣師範大学衛生教育学系兼任教授)「台湾でのヘルスプロモーションスクールの創設と現状, その活動状況と課題」 ・胡 益進(國立臺灣師範大学衛生教育学系教授)「台湾での学校健康教育と養護教諭との協働活動状況, その現状と課題」
●16:00~18:00	シンポジウム(2) 「養護教諭の実践を科学する」 ・〈座長〉後藤ひとみ(愛知教育大学学長), 斉藤ふくみ(茨城大学教育学部教授) ・後藤ひとみ(愛知教育大学学長)「養護教諭実践研究会の活動の意義・推移・成果・今後の展望等について」 ・能智正博(東京大学教授)「質的研究について~特に養護実践の分析に活用する可能性の観点から~」 ・松永 恵(茨城キリスト教大学准教授)「養護教諭研究者の立場から」
●16:00~17:30	教育講演(2) 佐藤 弘(西日本新聞・編集委員) 「食卓の向こう側に見えるもの~「響育」に見る健康教育の可能性~」
●15:15~17:15	教育講演(3) 近藤真庸(岐阜大学地域科学部) 「試して, なるほど! そして, なぜ?~実験教育的アプローチによる『触発・追究型の健康教育』~」
●15:00~17:00	〔大会長指定:課題別セッション〕 川畑徹朗(神戸大学名誉教授), ほか 「[JKYBライフスキル教育研究会研究プロジェクト] 学校におけるいじめ防止プログラムの開発」
●15:00~17:00	〔大会長指定:課題別セッション〕 古角好美(大和大学保健医療学部教授), 久保昌子(熊本大学教育学部教授) 「現職養護教諭として大学院で学んで~日々の実践から研究テーマを見つけるために~」
●19:00~21:00	情報交換会 ・平成30年12月1日(土) 19時よりトキハ会館・5F「ローズの間」にて開催予定です。

- ・ トキハ会館【TEL】097-538-3125 <http://www.tokiwa-dept.co.jp/kaikan/partymeeeting.php>
- ・ 学会場から徒歩13分（トキハデパート横）. 多くの皆様のご参加をお待ちしております.

12月2日(日) 午前

- 9 : 20 ~ 10 : 20 学会賞・学会奨励賞授与式及び受賞講演
- 10 : 30 ~ 12 : 00 特別講演(3) 市川 衛 (NHK科学・環境番組部チーフ・ディレクター)
「健康課題解決に向けた『教育と医療とメディア』の協働」
- 10 : 00 ~ 12 : 00 学術委員会シンポジウム
「健康・保健教育の改善とその評価結果」
・ 〈座長〉羽賀将衛 (北海道教育大学保健管理センター教授), 郷木義子 (就実大学教授)
・ 井出和希表・川上浩司・尾板靖子・吉田都美「知的障害特別支援学校におけるセクシュアリティ教育の実施状況とその規定要因の検討」
・ 高田千鶴・郷間英世「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」
- 10 : 00 ~ 12 : 00 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—学校保健領域における研究倫理」
・ 〈座長〉大澤 功 (愛知学院大学教授), 鈴江 毅 (静岡大学教授)
・ 大澤 功 (愛知学院大学教授)「学校保健領域で研究を実施するにあたっての倫理的問題 (仮題)」
・ 高谷恭子 (高知県立大学看護学部講師)「看護学領域での研究倫理 (仮題)」
・ 鈴江 毅 (静岡大学)「研究倫理の最近の動向」
- 10 : 00 ~ 12 : 00 シンポジウム(3)
「学校におけるがん教育の課題と展望」
・ 〈座長〉中園直樹 (神戸大学名誉教授), 湯浅資之 (順天堂大学国際教養学部教授)
・ 助友裕子 (日本女子体育大学体育学部教授)「がん教育における現状と課題」
・ 野口直美 (北海道旭川永嶺高等学校養護教諭)「高等学校におけるがん教育—価値ある学びを目指して—」
・ 齊藤隆浩 (札幌市立円山小学校校長)「小学校におけるがん教育」
・ 湯浅資之 (順天堂大学国際教養学部教授)「子どもが大人をカエルがん教育」
- 10 : 00 ~ 12 : 00 [大会長指定: 課題別セッション]
数見隆生 (宮城教育大学名誉教授), ほか
「『子どもが身体・生活と対話する保健の授業づくり』の実践的検討」
- 10 : 30 ~ 12 : 30 [大会長指定: 課題別セッション]
伊藤裕子 (大分市薬剤師会理事・学校保健委員会), ほか
「学校薬剤師を活用した参加型健康教育 (アクティブラーニング)」

12月2日(日) 午後

- 12 : 30 ~ 13 : 30 ランチョンセミナー
- 13 : 45 ~ 15 : 15 教育講演(4) 今田真樹 (山口県立萩総合支援学校教諭)
「セクシュアルマイノリティの子どもたちの実態と対応」
- 13 : 45 ~ 15 : 15 教育講演(5) 山本万喜雄 (聖カタリナ大学人間健康福祉学部教授)
「生活実感と科学をつなぐ「保健」の授業実践〜いま,『未来の教師・養護教諭』に伝えたいこと〜」
- 13 : 45 ~ 15 : 15 [大会長指定: 課題別セッション]
高橋ひとみ (桃山学院大学教授)・衛藤 隆 (東京大学名誉教授)
「子どもの生活認識に寄り添う視力検査 (近見視力) を考える」
- 13 : 45 ~ 15 : 15 [大会長指定: 課題別セッション]
高柳 泰世 (本郷眼科・神経内科, 藤田保健衛生大学医学部客員教授), ほか
「学校健康診断における色覚検査と健康の自己管理能力」
- 13 : 45 ~ 15 : 15 [大会長指定: 課題別セッション]

田中生弥子（大分大学附属中学校養護教諭），ほか
「大分大学附属四校園カリキュラムによる計画的・系統的・組織的な性に関する指導～校種を超えた互見授業と実践事例集から～」

6. 情報交換会 平成30年12月1日(土) 19時よりトキハ会館・5F「ローズの間」にて開催予定です。
トキハ会館【TEL】097-538-3125 <http://www.tokiwa-dept.co.jp/kaikan/partymeeting.php>
学会場から徒歩13分（トキハデパート横）。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

7. 一般発表（口演・ポスターセッション）の演題登録

- (1) 登録期間（講演集原稿の提出も含む）：平成30年6月25日(月)～7月31日(火)まで
- (2) 登録に際しての注意
 - 演者（筆頭）及び共同研究者の全員が（一社）日本学校保健学会の会員である必要があります。演題登録にあたっては、会員番号を入力いただく予定となっております。会員番号は学会誌の入った封筒の宛名面でご確認いただけます。なお、会員番号が不明の方は、日本学校保健学会事務局 jash-post@kokusaibunken.jp までメールでお問い合わせください。
 - 学会員でない方は、速やかに入会の手続き（（一社）日本学校保健学会ホームページ <http://jash.umin.jp/>）をお願いします。なお、会員登録中の方は、「9999」と入力して進めて頂くことになります。
 - 演者（筆頭）は、必ず早期事前申し込み（8月31日(金)締切）にて、大会参加の登録と参加費の支払いを行ってください。
 - 登録する演題は、学校保健に関する内容であり、未発表のものに限ります（演題区分は次ページ参照）
- (3) 発表形式
 - ① 形式の基本的考え方
 - 発表は、「口演」か「ポスター」の2つの形式をとります。演題数や会場等の関係で、ご希望にそえない場合があります。
 - ② 口演
 - 口演時間（発表及び討論）については、1演題15分程度（質疑を含む）を予定しています。
 - すべての会場で、パワーポイントを使用できます。スライドやOHPは使用できません。
 - ③ ポスター
 - ポスター発表は12月1日(土)及び2日(日)のいずれかに指定されます。ポスター発表では座長制を取りません。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。
- (4) 登録方法
 - 第65学術大会のホームページ <http://jash65.jp/> の「演題登録」（UMINオンライン演題登録システム）により行ってください。演題登録の際には、講演集原稿の提出も同時に行うことになります。
 - 締切日以降に、登録した演題の削除や講演集原稿の訂正等はできません。
 - 締切直前はアクセスが集中し、システムに支障をきたす恐れもあります。余裕をもって登録してください。
- (5) 演題の採否及び発表日時等の通知について
 - 演題の採否、発表形式、発表日時等の決定は、学会長に一任ください。
 - 演題の採否及び発表形式等の通知は、演題登録の際に入力されたE-mailアドレス宛にお知らせします。
 - 演題の発表日時等の一覧は、第65回学術大会ホームページ <http://jash65.jp/> に掲載します。
- (6) 演題登録に当たっては、下記の演題区分を参照ください。
口演及びポスターの方は下記の【演題区分】をご覧ください。

	入力番号
(1) 学校保健の原理・歴史・制度	1
(2) 児童・生徒の心身の健康問題	
① 体格・体力問題	2
② 発育・発達・発達障害	3
③ 歯科保健問題	4
④ 諸種の疾病とその問題	5
⑤ 喫煙・飲酒・薬物乱用の問題	6

⑥	メンタルヘルス・心身症	7
⑦	いじめ問題・虐待問題	8
⑧	不登校・保健室登校	9
(3)	児童生徒の生活と心身の健康	
①	生活習慣・生活リズムと健康問題	10
②	食生活の問題・食物アレルギー	11
③	メディア・IT・SNS環境と健康	12
(4)	養護教諭の仕事と保健室の在り方	13
(5)	健康管理・疾病予防・健康診断・救急処置活動等	14
(6)	学校環境・学習環境・環境衛生	15
(7)	健康相談・相談活動・心のケア	16
(8)	保健教育, 等	
①	保健指導・保健学習	17
②	ライフスキル教育	18
③	性教育・性の多様性と学校	19
④	がん教育	20
(9)	学校安全・危機管理・学校防災	21
(10)	学校保健組織活動・学校と地域の連携	22
(11)	ヘルスプロモーション・国際保健	23
(12)	その他	24

8. 参加申し込み

			大会参加費		情報交換会参加費	
			一般 (会員・非会員)	学生 (学部生・大学院生)	一般 (会員・非会員)	学生 (学部生・大学院生)
(1) 早期事前	参加登録申込 支払い締切日	8月31日(金)まで 8月31日(金)まで	7,000円	3,000円	5,000円	3,000円
(2) 通常事前	参加登録申込 支払い締切日	9月1日(土)～ 9月30日(日)まで 9月30日(日)まで	7,500円	3,500円	5,500円	3,000円
(3) 当日参加	10月1日(月)～大会当日 会場にて現金でお支払いください。		8,000円	4,000円	6,000円	3,000円

- ① 大会参加費には、講演集代が含まれます。
- ② 早期・通常事前参加申し込み（9月30日(日)まで）の場合は、講演集の事前送付が可能です。
- ③ 事前送付を希望される方は、送料500円を加えてお申し込みください。
- ④ 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。
- ⑤ 早期事前参加申し込み（8月31日(金)まで）の場合
 - まず、第65回学術大会ホームページ<http://jash65.jp/>の「参加申込」から、オンライン登録をしてください。
 - その上で、大会参加費等を8月31日(金)までに、銀行振り込み、コンビニ決済のいずれかにてお支払いください。
- ⑥ 通常事前参加申し込み（9月1日(土)～9月30日(日)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。
- ⑦ 当日参加申し込み（10月1日(月)～大会当日）の方は、大会当日、受付にて参加の登録及び参加費の支払いを行ってください。
- ⑧ 講演集のみの購入の場合
 - 9月30(日)まで、1冊3,000円と送料500円で販売いたします(11月に郵送予定)。第65回学術大会ホームページ<http://jash65.jp/>の「参加申込」から、オンライン登録をし、その上で講演集代及び送料を9月30(日)までに銀行振り込み、コンビニ決済のいずれかにてお支払いください。

- 大会当日は、1冊3,000円で販売します。

9. 大会当日の昼食について

ランチョンセミナーについては検討中です。なお、会場内のレストランのほか、隣接のJR大分駅には大型のショッピング施設内に飲食店街等があり、食事の不便はありません。

10. 学会関連行事及び自由集会の申し込み

学会関連行事及び自由集会（11月30日（金） 18：30～21：00）の問い合わせ、申し込みは、下記にご連絡ください。
（大分大学／住田 実）sumita@oita-u.ac.jp

11. 宿泊・交通

運営事務局（下記）までお問合せください。

12. 大会事務局

〒870-1192 大分市大字旦の原700, 大分大学教育学部

事務局長 玉江和義 jash65@oita-u.ac.jp

企画・プログラム関係の問い合わせ（大分大学／住田 実）sumita@oita-u.ac.jp

13. 運営事務局

（株）日本旅行九州法人支店Global MICEセンター（担当：香田，坂東）

〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5階

【E-mail】jash65@nta.co.jp 電話 092-451-0606 FAX 092-451-0550

14. 大会ホームページ

一般社団法人 日本学校保健学会第65回学術大会 <http://jash65.jp/>

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り（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、ひらがな使用とし、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文字を収める。
4. 数字は、すべて算用数字とし、1字分に半角2文字を収める。
5. 図表及び写真

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. 福井次矢監訳), 129-150, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2006 (Fletcher RH, Fletcher SW: Clinical Epidemiology. The Essentials. Fourth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, USA, 2005)

[報告書]

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

[インターネット]

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

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

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（投稿規程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。

関連学会の活動

第75回北陸学校保健学会の開催と 演題募集のご案内

北陸学校保健学会 会長 **中川 秀昭**
(金沢医科大学教授)

下記の要領にて、第75回北陸学校保健学会を開催致しますので、多数ご参加ください。

1. 期日：平成30年11月17日(土) 午前9時から午後4時(予定)

会場：富山大学人文学部 2階 第3, 4講義室

(〒930-8555 富山市五福3190 富山大学五福キャンパス)

2. 日程：午前 一般口演, 理事会

午後 総会

特別講演 「裁判例から見た学校事故と法」

講 師：坂田 仰 先生 (日本女子大学・教職教育開発センター・教授)

3. 申込方法

一般口演

- ① 演題申込 平成30年9月14日(金)までに、演題名を添えて葉書
もしくはE-mailにて下記までお申込ください。

- ② 口演時間 発表10分, 質疑応答5分(予定)

- ③ 抄録原稿 演題のお申し込みがあれば、直ちに、講演原稿作成の手引きをお送りいたします。

- ④ 原稿〆切 平成30年10月12日(金)

4. 演題申込及び問い合わせ先

〒920-1192 金沢市角間町 金沢大学人間社会学域

北陸学校保健学会事務局 (河田史宝 宛)

Tel : 076-264-5607

E-mail : kawata.h@staff.kanazawa-u.ac.jp

関連学会の活動日本教育保健学会「第16回年次学会」
「2018年度第1回フォーラム」のご案内

1. 2018年度 第16回年次学会の開催
 - 会 期 2019年3月9日(土)～10日(日)
 - 会 場 九州女子短期大学(年次学会長 橋口文香)

2. 2018年度 第1回 日本教育保健学会フォーラムの開催
 - 日 時 2018年10月13日(土)13:30～16:00(受付13:00～)
 - 場 所 日本体育大学 世田谷キャンパス
 - 内 容 学校医がみた子どものからだと心～教育の課題を探る～(仮)
 - 講 師 岩田祥吾(南寿堂医院・院長)

*参加費無料

※続報は、学会ホームページ(<http://www.educational-health.jp/>)でご確認ください

[問い合わせ先]

日本教育保健学会 事務局 中村千景
e-mail: office@educational-health.jp

会 報

お詫びと訂正

「学校保健研究」60巻1号 安藤格先生の追悼文におきまして、略歴の一部に誤記がございましたので、ここに謹んで訂正させていただきます。

【誤】 大分県福岡市に出生

【正】 大分県豊後高田市に出生

関係各位に大変ご迷惑をおかけしたことを深くお詫び申し上げ、ここに訂正させていただきます。
なお、訂正した追悼文は、本号の140ページに掲載しております。

〈日本学校保健会〉

関連学会の活動

第66回東北学校保健学会開催のご案内

【趣 旨】 研究発表や討論を通じて、教師、行政、医療関係者等の学校保健に関連する者および研究者の密接な連携をはかり、東北地方における学校保健の発展に寄与する。

【主 催】 東北学校保健学会

【後 援】 青森県教育委員会、弘前市教育委員会、青森市教育委員会

【学 会 長】 弘前大学教育学部教授 小玉 正志

【参加資格】 学校保健に関心を持つ方であれば、誰でも参加して研究発表や討論を行うことができます。

【期 日】 平成30年9月1日(土) 午前10時～午後5時(予定)
(受付開始時刻 午前9時30分)

【会 場】 弘前大学教育学部1階大教室 〒036-8560 弘前市文京町1番地

【特別講演】

【日本創傷医学会連携講演】 11:00～12:00

演 題 「キズと傷跡治療のup to date～より目立たなくするために～(仮)」
講 師 漆 館 聡 志 先生
(弘前大学大学院医学研究科形成外科学講座・教授)

【参 加 費】 1人2,500円(抄録代を含む。学生・大学院生1,000円)を学会当日、受付で申し受けます。尚、共同研究者で当日欠席の方の分(1,000円。抄録集代を含む)も、お支払い願います。抄録を希望する場合には、1,000円で配布いたします。

【事 務 局】 〒036-8560 弘前市文京町1番地
弘前大学教育学部教育保健講座
第66回 東北学校保健学会会長 小玉 正志
Tel&Fax ; 0172-39-3464
E-mail : mkodama@hirosaki-u.ac.jp
※お問い合わせにつきましては、できる限りメールでお願いします。

編 集 後 記

論文を学術雑誌に投稿することは、研究成果を多くの人と共有したり、議論したりする貴重な機会となります。ここ数年、学校保健研究の投稿数は着実に増加しており、それとともに、原著論文の掲載数も多くなっています。しかし、その一方で、不採択となる論文や、大幅な修正を指摘されて採択までにかなりの時間を要する論文も少なくありません。

これには様々な理由が考えられますが、編集委員として論文審査に携わるなかで感じるのは、不採択や大幅修正が必要な論文の多くが、表題が抽象的で漠然としている、抄録が研究内容を反映していない、研究の位置づけや意義、目的がはっきりしない、研究方法の記載が不正確である、図表が効果的に使用できていない、結果と考察の論述に乖離がある、結論が目的に対応していないなど、研究論文としての基本的な体裁が整っていないということです。

論文は、内容の一貫性、読みやすさ、正確性も大切な要素になります。そのためには、論文を書くときは、論文の構成の枠組みと各構成で何を記載するべきかを理解

しておく必要があります。ただし、論文を書くための能力は一朝一夕には身につけにくいものです。論文を書き終えたら、共著者どうして推敲を重ねたり、可能であれば経験の豊富な人に校閲を依頼したりして、投稿する前に、論文をより質の高いものにしていくことが望まれます。そうすることで、貴重な研究成果が学術雑誌に掲載される可能性は少なからず高まるはずです。

また、学校保健研究の第54巻、第55巻、第57巻には、「学校保健の研究力を高める」シリーズとして、研究を進めるときの各プロセスの要点、学会発表や論文執筆の留意点、論文の批判的吟味、有用な論文の見分け方、効率的に読む方法などが解説されています。論文を書くための知識や技術を学ぶうえで大いに役立つと思いますので、ぜひ参考になさってください。

優れた研究論文が数多く掲載され、本誌が一層充実・発展することを期待しています。会員の皆様のご支援とご協力をお願い申し上げます。

(宮井信行)

「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)	<i>Associate Editors</i> Takeshi SUZUE (Vice)
池添 志乃 (高知県立大学)	Shino IKEZOE
北垣 邦彦 (東京薬科大学)	Kunihiko KITAGAKI
佐々木 司 (東京大学)	Tsukasa SASAKI
住田 実 (大分大学)	Minoru SUMITA
高橋 浩之 (千葉大学)	Hiroyuki TAKAHASHI
竹鼻ゆかり (東京学芸大学)	Yukari TAKEHANA
土井 豊 (東北生活文化大学)	Yutaka DOI
宮井 信行 (和歌山県立医科大学)	Nobuyuki MIYAI
森田 一三 (日本赤十字豊田看護大学)	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60巻 第3号	2018年8月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 60 No. 3	(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:

- Mental Health Literacy and Schools: Effectively applying a similar model to
help build good youth mental health outcomes in Japan and Canada
.....Stanley Kutcher, Tsukasa Sasaki, Yifeng Wei 141

Review:

- What Should We do to Make Evidence-Based Practices Prevalent in School Settings ?
.....Satoshi Yamaguchi, Tsukasa Sasaki 150

Original Article:

- Development of Sleep-Promoting Behavior Menu for High School Students with
Sleep DebtNorihiisa Tamura, Hideki Tanaka 154

Research Report:

- Inner World of Third-Year Junior High School Students Who Attend
Sex Education ClassesYoko Yoshimori 166
- Perceived "Severity" and "Susceptibility" of Health or Safety Problems of
Junior High School Health InstructionYukiko Sami, Seiji Ueda 179