2021年10月20日発行

ISSN 0386-9598

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2021 Vol.63 No.3

目　次

巻頭言

◆養護教諭養成教育における現状と課題……………………………………… 134
遠藤　伸子

総説

◆学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した際の学校対応および保健所による積極的疫学調査の実際…………………………………………………… 136
康井　洋介，德村　光昭

資料

◆栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実態……………… 139
我那覇ゆりか，喜屋武　享，我那覇ゆり子，新城　澄枝

◆心肺蘇生教育に対する養護教諭の意識―経験年数による比較―
……………………………………………………………………………… 149
吉田　智子，岡本　　希

◆外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセスに関する質的研究……………………………………………………………………… 160
中下　富子，朝倉　隆司，上原　美子，武井　佑真，
内藤　美穂，松本　愛梨

連載

◆日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：
第３回「世界との比較で保健教育をどうみるか」
―米国と英国の動向からみた課題と解決の方向性―……………………… 175
植田　誠治
―フィンランドが指し示す日本の保健教育の未来―……………………… 181
小浜　　明

◆新型コロナ禍での学校保健：
第３回「新型コロナウイルス感染症に伴う養護教諭の実践に関する緊急アンケート（第１回から第３回）報告」…………………………………… 190
大沼久美子

一般社団法人
日本学校保健学会

学校保健研究

第63巻　第３号

目　　次

巻頭言

遠藤　伸子
養護教諭養成教育における現状と課題 ……………………………………………………134

総　説

康井　洋介，德村　光昭
学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した際の学校対応および保健所による積極的疫学調査の実際 ……………………………………………………………………………………136

資　料

我那覇　ゆりか，喜屋武　享，我那覇　ゆり子，新城　澄枝
栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実態 ……………………………139
吉田　智子，岡本　　希
心肺蘇生教育に対する養護教諭の意識―経験年数による比較― ………………………149
中下　富子，朝倉　隆司，上原　美子，武井　佑真，内藤　美穂，松本　愛梨
外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセスに関する質的研究 ……………160

連　載

植田　誠治
日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：
第３回 「世界との比較で保健教育をどうみるか」
―米国と英国の動向からみた課題と解決の方向性― ……………………………………175
小浜　　明
―フィンランドが指し示す日本の保健教育の未来― ……………………………………181
大沼　久美子
新型コロナ禍での学校保健：
第３回「新型コロナウイルス感染症に伴う養護教諭の実践に関する緊急アンケート（第１回から第３回）報告」……………………………………………………………………………………190

会　報

一般社団法人日本学校保健学会　第67回学術大会のご案内（第４報）……………………196
機関誌「学校保健研究」投稿規程 ……………………………………………………………202

関連学会の活動

米国学校保健学会第95回バーチャル年次大会（2021）の概要報告 ………………………207
第１回国際看護・学校保健シンポジウム及び第５回スペイン看護・学校保健大会（バーチャル学会）のご案内 ……………………………………………………………………………………208
米国スクールナース学会（NASN）第53回年次大会（2021，バーチャル）の概要報告 ……………209
日本養護教諭教育学会第29回学術集会（オンライン徳島学会）のご案内 ………………210
日本教育保健学会第19回年次大会と研究フォーラムのご案内 …………………………211

編集後記 ………………………………………………………………………………………212

巻頭言

養護教諭養成教育における現状と課題

遠　藤　伸　子

Current State of and Challenges Facing Educational Institutions for Student *Yogo* Teachers

Nobuko Endo

新型コロナウイルスによる感染症収束の見通しが立たないまま２度目の秋を迎える．養護教諭養成機関においても従来どおりの学事や授業こそ行えてはいないが，こうした状況を契機にICT活用が飛躍的に進み，教育の質は保証されているようだ．なお，懸念された緊急事態宣言下の養護実習や教育実習についても，受け入れ先の学校の最大限の努力と協力により，希望する学生の殆どは履修できたと聞く．また，幸いにも養護実習を体験できた学生達は，感染対策の最前線に立つ養護教諭の姿から多くを学び，災害とまで言わしめたコロナ禍において，チーム学校が果たす役割を目の当たりにするという貴重な経験ができたようだ．

養護教諭に期待される役割

先頃学校教育法施行規則の一部が改正され，学校の働き方改革の推進やGIGAスクール構想の実現，医療的ケアを必要とする児童生徒への対応などを充実させることを目的に，教員と連携協働しながら不可欠な役割を果たすとされる４つの職員の名称及び職務内容が規定された[1)]．その一つに医療的ケア看護職員がある．これは，６月に公布された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律[2)]」により，学校に在籍する医療的ケア児が保護者の付き添いがなくとも適切な支援が受けられるようにするため配置される職員である．医療的ケア児とは，恒常的に人工呼吸器による呼吸管理や喀痰吸引等の医療行為を受けることが不可欠である児童（18歳以上の高校生等も含む）であり，医療的ケア児は，医療技術の進歩に伴い，年々増加し現在２万人を超えたと推定される．これまで医療的ケア児が就学する際の最も高いハードルの１つが「家族の付き添い」とも言われただけにこの法律の制定は大きな前進である．しかし，次に控えるハードルも高い．医療的ケア看護職員の確保とチーム学校への定着である．コロナ禍において看護師が不足している状況では，魅力的かつ働きやすい環境でないと人材は集まらない．学校において医療的ケアを担う看護師の困難感と課題については複数の報告があり，かつ共通する内容が多い．主な課題としては，①教育現場における役割の不明確さ（アセスメントは求められず看護技術のみ期待されるなど）②判断の違い（症状についての判断が異なる．看護師のアセスメントを理解してもらう難しさ）③教育職員との関係構築（意見を言うとうるさがられる，理解されていないという思い）④不安定な身分や雇用⑤スキルアップのための機会や研修の不足があげられる．この度の改正[1)]において，医療的ケア看護職員の主な職務は，A．医療的ケア児のアセスメントとB．健康管理，C．医師の指示のもと必要に応じた医療的ケアの実施，D．認定特定行為業務従事者である教職員の指導・助言と規定された．また，新たに交付された法により身分保障や研修機会の不足については，学校の設置者や国，地方公共団体が講ずるべき課題とされた．これにより医療的看護ケア職員の働く環境が改善され，医療的ケア児とその保護者の権利が最大限保証されることを期待したい．しかし，看護師の働く意欲を低下させる一番の要因は，自身の役割や専門性が尊重されない，仲間として受け入れられていないという思いだとする指摘がある．その思いや専門的判断を理解し教職員との橋渡し役として最も相応しいのは養護教諭である．すでに養護教諭は，チーム学校の一員となったスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーなど学校内外の専門職や専門機関とのコーディネーター役を担っている．その職務は，児童生徒の保健管理と保健指導でありそれは今も変わることはない．しかし，急激な社会の変化により子供の健康課題は多様化複雑化し，その解決にあたっては学校内外の専門職との連携協働が不可欠となった．

養護教諭養成課程コアカリキュラム2020

前述したように養護教諭の役割は拡大し，その専門性の向上が求められてきたものの，養護教諭免許を取得するにあたり履修すべき科目については，免許法制定以来70年の間殆ど変わっておらず，養護教諭に必要なカリキュラムの共通項が明らかにされてこなかった．背景には，養護教諭養成も教員養成制度における開放性の原則に伴い，各養成大学の基盤となる学問体系が異なり，教育学系，看護学系，学際系と多様であり，それぞれ卒業時に与える学位についてのディプロマポリシーがあり，そのためのカリキュラムが優先されること，また，多くの分野で専門性が問われる時代になり，資格を取得するための大学・短期大学ではカリキュラムをスリム化するということは至難の業であることなどが考えられる．その結果，養護教諭の養成は各大学の裁量により任されてきたという長年の課題があった．そこで，日本養護教諭養成大学協議会[*1]は，先の免許法改正の折，加盟校全て

＊１　課程認定を受けた養護教諭養成機関（大学・短期大学）145大学中135校が加盟する団体．

が教授している３つの科目(「保健室経営の理論及び方法，健康教育の理論及び方法，小児疾病論」）を新設するよう求めたが叶わなかった．そのため，協議会の課題であった，多様な学問体系を基盤とした養護教諭養成機関が共通して活用できるコアカリキュラムを開発する際に要望した３つの科目に充当する内容を盛り込んだ．その他各種答申や他の組織が作成したコアカリキュラム，また，全国都道府県政令指定都市が作成した養護教諭の育成指標も参考に開発した[3]．今後は多くの養成大学に使用して戴き評価し検討を重ねていきたい．

（女子栄養大学，日本養護教諭養成大学協議会会長）

文　献

1）文部科学省：学校教育法施行規則の一部を改正する省令の施行について（通知），2021.8.23
2）内閣府・文部科学省・厚生労働省ほか：医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の公布について，2021.6.8公布
3）大川尚子，下村淳子，青柳直子ほか：養護教諭養成課程コアカリキュラム（養大協版）2020の開発―多様な学問体系の大学に活用できるコアカリキュラムの提案―．学校保健研究　63：91-101，2021

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；136－138

総　説

学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した際の学校対応および保健所による積極的疫学調査の実際

康　井　洋　介，德　村　光　昭
慶應義塾大学保健管理センター

Correspondence after Confirming a Case of COVID-19 among Students and Teachers in Schools and Active Epidemiological Investigation by Public Health Centers

Yosuke Yasui　Mitsuaki Tokumura
Health Center, Keiko University

Key words：COVID-19, school, school closure, close contact, active epidemiological investigation
新型コロナウイルス感染症，学校，臨時休業，濃厚接触者，積極的疫学調査

はじめに

2019年12月に中国武漢市で発見された新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）感染症（COVID-19）はその後瞬く間に全世界に流行が拡大した．ウイルス発見より１年半が経過した現在においても流行は持続しており，本邦においても感染状況は一進一退を繰り返している．本邦の学校では，新型コロナウイルス感染症発生時には学校保健安全法に基づいて児童・生徒の出席停止，および必要に応じて学級・学年・学校閉鎖が実施されている．新型コロナウイルス感染症ではウイルス感染者が特定された際に保健所による積極的疫学調査が実施され，感染者と接触した者のうちウイルス感染の可能性が一定程度存在する者は濃厚接触者と判定される．濃厚接触者は新型コロナウイルスの潜伏期が経過するまでの期間について健康観察が実施される．健康観察期間の児童生徒は出席停止，教職員は出勤停止となる[1]．本稿では，本邦の児童生徒の新型コロナウイルス感染症の現状，学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した際の学校対応，および保健所による積極的疫学調査の実際について解説する．

Ⅰ．日本国内における児童生徒などにおける新型コロナウイルス感染症の流行状況

日本国内では2020年１月15日に第一例が確認され，2021年８月27日現在1,385,022人の感染者が報告されている[2]．2020年４月，８月，2021年１月，４月，７月には感染者増加を認め，一斉休校および緊急事態宣言を始めとする様々な社会的介入が実施された．

一斉休校後の学校再開後，2020年６月１日から2021年６月30日までの期間に，児童生徒29,118人，教職員3,644人が新型コロナウイルスに感染した[3]．これまでの報告からは，児童生徒などの感染者数は日本国内の感染者数と並行して推移していることが判明している[3]．児童生徒などの感染経路は家庭内感染が最多であり，小学生では78％，中学生では64％，高校生では33％を占めている[3]．学校内感染は小学生４％，中学生８％，高校生25％と年齢とともに増加している[3]．感染経路が不明な者の比率も，小学生11％，中学生23％，高校生34％と学校内感染同様に年齢に応じた増加が認められている[3]．一方，教職員では感染経路不明な者の比率が50％を越えており，学校内感染は小学校８％，中学校８％，高等学校で16％と報告されている[3]．学校における感染者は孤発例がほとんどであり，複数の感染者が確認された事例は2,788件である[3]．2020年６月１日から2021年４月15日までの期間に文部科学省に報告された５人以上の感染者（クラスター）が認められた学校の比率は，小学校の0.27％，中学校の0.48％，高等学校の4.25％であり，高校生では活動範囲が拡大することによって感染者が増加することが示唆されている[4]．

Ⅱ．積極的疫学調査における濃厚接触者の判定について

新型コロナウイルスは会話，咳およびくしゃみなどによって放出された大小様々な飛沫を吸い込むことおよびウイルスが目などの粘膜に付着することにより感染が拡大する[5]．ウイルスに感染してから発熱などの症状が出るまでの潜伏期間は14日以内（平均５日から６日）である[6]．新型コロナウイルス感染者と接触があり，ウイルス感染の可能性が一定程度存在すると考えられる者を濃厚接触者（close contact）という．濃厚接触者については世界保健機関（World Health Organization）の暫定指針を基に各国で判定基準が作成され運用されている[6]．国立感染症研究所の作成した日本国内における濃厚接触者の定義を表に示す[7]．新型コロナウイルス感染者からウイルスが排出される期間は一部の重症な感染者を除き，発症２日前から発症10日後までであることが明らかになっている．このため，症状のある感染者とは発症２日前以降，無症状の感染者とは感染確認検査（PCR検査

表　濃厚接触者の定義

・感染者と同居あるいは長時間の接触（車内，航空機内等を含む）があった者*
・適切な感染防護なしに感染者を診察，看護若しくは介護していた者
・感染者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
・手で触れることの出来る距離（目安として１メートル）で，必要な感染予防策なしで，感染者と15分以上の接触があった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する）.

＊航空機内では，国際線では感染者の前後２列以内の列に搭乗していた者，国内線では感染者の周囲２メートル内に搭乗していた者をそれぞれ原則とする.
注：上記の濃厚接触者に該当する者の範囲を超えて，更に幅広い対象者に対してスクリーニング検査が行われる場合がある.
積極的疫学調査実施要領より筆者作成

（Polymerase Chain Reaction：ポリメラーゼ連鎖反応），抗原検査）が実施された２日前以降に表の何れかを満たし接触した者が濃厚接触者と判定される．咳やくしゃみにより感染者から放出された大きな飛沫の届く距離は１から２メートルであり，学校内では手で触れることの出来る距離（目安として１メートル）で適切な感染予防策なしで感染者と15分以上の接触があった者，および寮生活などで感染者と同居している者が濃厚接触者と判定される．濃厚接触者と判定された者は自治体におけるPCR検査の実施対象となる.

Ⅲ．学校内で新型コロナウイルス感染症患者が発生した際の対応

学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した場合には，学校が所在する地域の保健所による積極的疫学調査が実施される．積極的疫学調査の実施に関し，学校は感染者の行動履歴把握などに協力することが求められている[8)]．学校内における積極的疫学調査の実施方法は，日本公衆衛生学会による「保健師のための積極的疫学調査ガイド」に具体的に記述されている[9)]．学校においては，有症状の感染者では発症日２日前以降，無症状の感染者では感染確認検査の実施２日前以降に，感染者と１メートル以内で適切な感染予防策なしで15分以上の接触があった者が濃厚接触者と判定される．このため，感染者が発生した場合は発症日２日前または検査の実施２日前以降の授業内容，移動教室を含めた教室における座席位置，部活動の参加状況，感染者と同一学級内の体調不良者について確認を行う．加えて児童生徒では，習い事など学校外の活動による感染事例があることに留意する．濃厚接触者および濃厚接触者周辺の検査対象となる者の候補の判定については，文部科学省の学校で児童生徒等や教職員の新型コロナウイルスの感染が確認された場合の対応ガイドライン（第１版）に考え方が記載されている[1)]．一部の自治体では，濃厚接触者と判定された者に加えて同一学級に在籍する児童生徒に対してもPCR検査が実施されている．換気が不十分な空間における大声を出す活動や運動時には２メートル以上離れていても新型コロナウイルスに感染することがある[10)]．同一部活動内に複数の感染者が発生した場合，および合唱や修学旅行などの学校行事後に複数の感染者が発生した場合は，濃厚接触者と特定された者以外も検査対象と判断されることがある[1)].

新型コロナウイルス感染者では感染を拡大する可能性がある期間について，濃厚接触者は新型コロナウイルス感染症の潜伏期が経過するまでの期間を健康観察期間として出席停止となる（図）．有症状の感染者では，発症後10日を経過し，かつ症状軽快から72時間経過するまでの期間が健康観察期間とされる．無症状の感染者では，感染確認検査日から10日間健康観察が行われる．無症状の感染者において健康観察期間内に症状が出現した場合は，発症した日から新たに10日間の期間が健康観察期間となる．濃厚接触者では，感染者と最後に接触した日から14日間の健康観察を行い出席停止とする．濃厚接触者が健康観察期間内に新型コロナウイルス感染症と診断さ

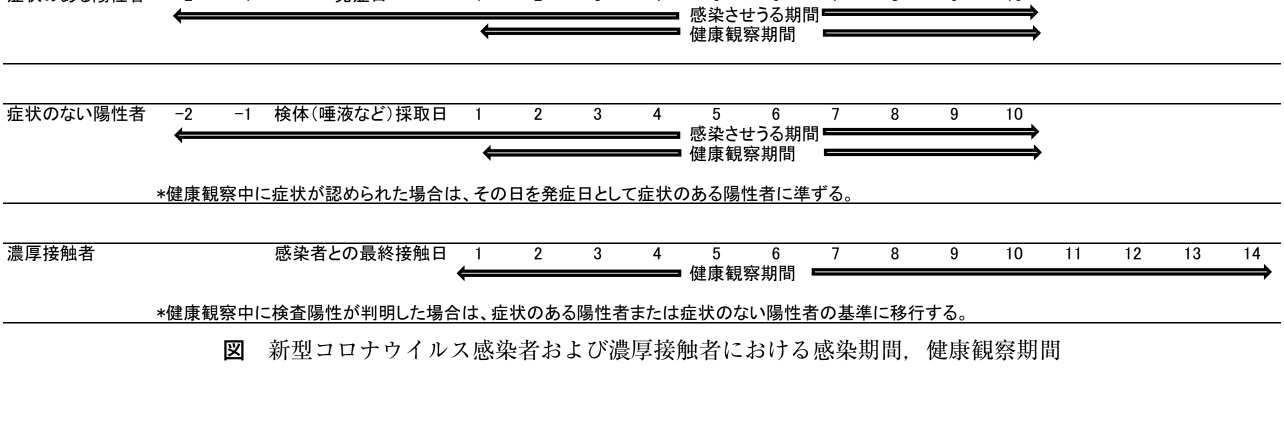


図　新型コロナウイルス感染者および濃厚接触者における感染期間，健康観察期間

れた場合は，発症日または検体採取日から10日間が新たに健康観察期間とされる．

Ⅳ．感染力の増加した変異株の流行に伴う今後の課題

SARS-CoV-2は流行開始以後，ヒトからヒトに感染する間に遺伝子に様々な変異を生じている[11]．WHOは感染性の増加および感染後の重症化に関与する遺伝子変異および，診断のための検査，ワクチンおよび治療に対する反応性が低下する遺伝子変異を有したウイルスをVariants of Concern（VOC．以下，「感染力の増加した変異株」と記載）と，今後，「感染力の増加した変異株」と指定される可能性がある遺伝子変異を有しているウイルスをVariants of Interest（VOI．以下，「注目すべき変異株」）と定義している[12]．2021年８月27日までに，2020年９月にイギリスで確認されたアルファ株，2020年５月に南アフリカで確認されたベータ株，2020年11月にブラジルで確認されたガンマ株，2020年10月にインドで確認されたデルタ株の４種が感染力の増加した変異株に，イータ株，イオタ株，カッパ株，ラムダ株の４種が「注目すべき変異株」に指定されている[12]．東京都では2021年４月よりアルファ株が，６月よりデルタ株の検出率が増加した[13]．2021年８月23日時点で，全国で流行している新型コロナウイルスは９割以上がデルタ株である[14]．感染性および重篤度は高い順にデルタ株，アルファ株，従来の流行株と考えられている[14]．2021年４月以降，新型コロナウイルス感染者に占める18歳以下の割合が増加していることが報告されている[15]．現時点では新型コロナウイルス感染症の流行の主体は成人である．感染力の増加した変異株が今後流行することにより若年における感染リスクが更に増加するのであれば，学校における新型コロナウイルス感染症対策，積極的疫学調査の実施方法および濃厚接触者の判定基準も見直しが必要となる．

文　献

１）文部科学省：学校で児童生徒等や教職員の新型コロナウイルスの感染が確認された場合の対応ガイドラインの送付について（令和３年８月27日）．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/index.html Accessed Aug 28, 2021
２）厚生労働省：国内の発生状況．Available at：https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kokunainohasseijoukyou.html#h2_1 Accessed Aug 28, 2021
３）文部科学省：学校関係者における新型コロナウイルス感染症の感染状況について（令和３年７月30日）．Available at：https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/mext_00684.html Accessed Aug 27, 2021
４）文部科学省：学校における新型コロナウイルス感染症に関する衛生管理マニュアル～「学校の新しい生活様式」～．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/mext_00029.html/Accessed July 28, 2021
５）Centers for Disease Control and Prevention：How COVID-19 Spreads. Available at：https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html Accessed July 27, 2021
６）World Health Organization：Contact tracing in the context of COVID-19. Available at：https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19 Accessed July 27, 2021
７）国立感染症研究所：新型コロナウイルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（2021年１月８日暫定版）．Available at：https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/ka/corona-virus/2019-ncov/2484-idsc/9357-2019-ncov-02.html Accessed July 28, 2021
８）文部科学省：新型コロナウイルス感染症に対応した持続的な学校運営のためのガイドライン．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/mext_00049.html Accessed July 30, 2021
９）日本公衆衛生学会：保健師のための積極的疫学調査ガイド．Available at：https://www.jsph.jp/covid/menu0125/index.html Accessed July 30, 2021
10）Centers for Disease Control and Prevention：Scientific Brief：SARS-CoV-2 Transmission. Available at：https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html Accessed Aug 31, 2021
11）慶應義塾大学医学部臨床遺伝学センター：日本国内新型コロナウイルス変異分子系統樹情報（2021年５月作成）．Available at：https://cmg.med.keio.ac.jp/covid-19-info/20210520-2414/Accessed July 28, 2021
12）World Health Organization：Tracking SARS-CoV-2 variants. Available at：https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/Accessed Aug 28, 2021
13）東京都健康安全研究センター：新型コロナウイルス変異株の検出状況について．Available at：http://www.tokyo-eiken.go.jp/lb_virus/mutation/Accessed Aug 28, 2021
14）厚生労働省：新型コロナウイルス感染症（変異株）への対応等．第49回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料５（令和３年８月25日）．Available at：https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000823698.pdf Accessed Aug 26, 2021
15）厚生労働省：鈴木先生提出資料．第49回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料３-２（令和３年８月25日）．Available at：https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000823689.pdf Accessed Aug 26, 2021

（受付　2021年８月17日　受理　2021年８月31日）

代表者連絡先：〒223-8521　神奈川県横浜市港北区日吉４-１-１
慶應義塾大学保健管理センター（康井）

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；139－148

資　料　栄養教論養成における食物アレルギーに関する教育の実態

我那覇　ゆりか[*1]，喜屋武　　享[*2,3]，我那覇　ゆり子[*4]，新　城　澄　枝[*1]

[*1]沖縄大学健康栄養学部管理栄養学科，[*2]神戸大学大学院人間発達環境学研究科
[*3]琉球大学医学部，[*4]琉球大学大学院教育学研究科高度教職実践専攻

Current Status of Food Allergy Education in Diet and Nutrition Teacher Training School

Yurika Ganaha[*1]　Akira Kyan[*2,3]　Yuriko Ganaha[*4]　Sumie Shinjo[*1]

[*1]*Faculty of Health and Nutrition, Okinawa University*
[*2]*Graduate School of Human Development and Environment, Kobe University*
[*3]*Faculty of Medicine, University of the Ryukyus*
[*4]*Graduate School of Education, University of the Ryukyus, University of the Ryukyus Professional Degree Program*

Key words：diet and nutrition teacher, food allergy, school lunch, dietitian, registered dietitian, pre-graduate education
栄養教諭，食物アレルギー，学校給食，管理栄養士，栄養士，卒前教育

Ⅰ．緒　　言

食物アレルギーの有病率は増加しており，小学校，中学校，高等学校の児童生徒を対象とした悉皆調査[1)]では，2004年に2.6％であった食物アレルギー有病率[2)]が，2013年は4.5％へ増加している．この現状を鑑み，2014年にはアレルギー疾患対策基本法[3)]が成立した．これにより，国，地方公共団体，医療保険者，国民，医師その他の医療関係者及び学校等の設置者又は管理者の責務が示され，アレルギー疾患対策の一層の充実が図られてきた．

学校における食物アレルギー対応は，学校長を責任者とし，養護教諭，学級担任，栄養教諭・学校栄養職員（以下，栄養教諭等），学校医等の関係者で組織する食物アレルギー対応委員会を校内に設置し，保護者や主治医との連携を図りながら進めていく[4)]．とりわけ，学校給食に関しては，栄養教諭等が主な業務を担う．具体的には，保護者，学校管理職，養護教諭，学級担任等を含む面談や保護者や児童生徒との個別相談指導，原因食物を除去した給食（除去食）あるいは原因食物の代替食材で作った給食（代替食）の献立作成，調理作業の指示・監督を担う．食物アレルギー対応食の献立は，料理名だけを記載する通常の献立とは別に，加工食品の原材料を含め使用している全ての食材を記載したうえで，事前に保護者による了解を得る必要がある．作業工程では，原因食物の混入を防ぐために通常食の調理とは別の部屋や専用スペースを区画し，各作業工程において誤調理がないかを調理員や栄養教諭等，複数で確認した上で，最終的に学年組名前を明記した対応食の個人容器を準備し，誤配，誤食のないようにする．

このような極めて煩雑な作業工程に困難感を抱えているのが現場の実情である．例えば，学校給食における食物アレルギー対応の実情に関する先行研究として，全国の栄養教諭等を対象とした調査[5)]では，９割以上がアレルギー対応に「（原因食物の）見落とし・間違い・混入などの恐れがあること」，「対応する人数の増加」に不安を感じていることが示されている．

さらに，このような作業工程としての煩雑さだけではなく，アレルギーについての高度な専門知識の必要性から，栄養教諭等に重い精神的重圧がかかっている．全国学校栄養士協議会が発刊した，栄養教諭等のための食物アレルギーに関するＱ＆Ａ集[6)]では，全国の栄養教諭等から寄せられた食物アレルギー対応における疑問・質問1,888件のうち，最も多い内容は「アレルゲンについて（食べられるか否かの境界線）」であった．具体的には，「鶏卵アレルギーなのに魚卵除去の指示があります．本当に除去の必要があるのでしょうか．」といったものであった．食物アレルギーの原因食物は多種多様かつ症状には個人差がある．さらに，交差抗原性は原因食物により異なり，十分に解析が進んでいない原因食物も多いことから，栄養教諭等は子ども達の食物アレルギーの理解に苦労している様子が見受けられる．我那覇ら[7)]は，栄養教諭等が食物アレルギー対応中の子どもに対し疑問を感じた事例から，栄養教諭等が食物アレルギーの耐性獲得や経口免疫療法などの理解に苦労している様子を示唆している．具体的には，「牛乳アレルギーだが，コーヒーミルクやヨーグルトは食べられる．」「陽性反応が出ているため，給食で代替食，除去食対応をしているが，家では食べている人もいる．」といったものであった．このような事例に対し，栄養教諭等が適切な対応を図るには，原因食物ごとの特性や交差抗原性，耐性獲得，経口免疫療法など食物アレルギーに関する総合的で高度な専門知識が必要となる．

以上のような煩雑な作業工程や高度な専門知識を伴う学校給食における食物アレルギー対応でも，入職すれば，

職歴の長短に関わらず直ちにミスの許されない職務を担う．この実情を踏まえると，栄養教諭養成の段階で食物アレルギーに関する知識や技術を習得することが強く求められる．

栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育は，主に，栄養教諭等の基礎資格である管理栄養士・栄養士免許の取得に係る科目と栄養教諭免許の取得に係る科目で教授される．栄養教諭一種免許は，管理栄養士養成課程修了に加え，「栄養に係る教育に関する科目」と「教職に関する科目」を履修することで取得できる[8]．管理栄養士・栄養士免許の取得に係る食物アレルギーの標準的教育内容として，「食物アレルギーの原因食品」「給食施設における危機管理」「免疫機構」「食物アレルギーの病態を理解した栄養ケアプロセス」が挙げられている[9]．他方，栄養教諭免許の取得に係っては，「栄養に係る教育に関する科目」の中で，食物アレルギー等食に関する特別な指導等を必要とする児童生徒への指導上の配慮に関して学習することが推奨されている[10]．これに準じて教科書が作成されており[11]，食物アレルギーに関する実務的手続きについて示された章が存在する．

このように，養成段階における食物アレルギー教育について一定の方向性が打ち出される一方，その実態は芳しくない．今井ら[12]が全国の管理栄養士・栄養士養成校213施設を対象に実施した食物アレルギー教育の実態調査によると，食物アレルギーに関連した講義及び実習の実施率はそれぞれ96％及び74％と高い割合を示したものの，講義時間は養成校により差があり，約40％は２コマ未満であった．さらに，食物アレルギー教育の自己評価として理想的とは言えないと回答した養成校が68％であった．この管理栄養士・栄養士養成における実態を踏まえると，栄養教諭養成のカリキュラムでその不足を補う必要があるが，栄養教諭等が食物アレルギーの対応に苦慮する実情[5-7]を鑑みると，栄養教諭養成においても教育が十分ではないことが推察される．我々が知る限り，栄養教諭養成における食物アレルギー教育の実態について言及した先行研究は皆無で，不明なままである．一般的な食物アレルギーに対応するための知識・技能の習得にとどまらず，学校給食に係る食物アレルギー対応を学習する必要がある栄養教諭養成において，教育の実態を明らかにすることは，卒前教育の必要性を検証する上で基盤的な研究となる．

以上の背景から，本研究では栄養教諭養成における食物アレルギー教育の実態について把握することを目的とし，栄養教諭養成校を対象に質問紙調査を実施した．また，食物アレルギー教育を今後追加的に行おうとする場合に，その余地があるかどうかも同時に検討する必要があるため，将来的な教育の充実の可能性についても調査した．

Ⅱ．方　法

１．調査対象

文部科学省が2019年時点で公表している「栄養教諭の免許資格を取得することのできる大学[13]」より，全国の栄養教諭一種及び二種免許を取得できる大学及び短期大学（以下，養成校），計193校の栄養教諭養成担当教員（以下，養成担当教員）を対象とした．質問紙の記入は主な養成担当教員１名が行うよう依頼した．

２．調査期間と方法

2019年９月に無記名・自記式質問紙及び返信用封筒を郵送し，回答後，返信用封筒にて返送を依頼した．回収率を高めるために，萩原ら[14]にて効果が検証された事前報酬及びリマインダーはがきの送付を行なった．調査票配布時に御礼品（文具マスキングテープ）を同封した．また，回答締め切りの前にリマインダーはがきを送付した．リマインダーはがきの内容は，協力者へのお礼と未回答者への回答依頼を記載し，全調査対象校に送付した．

３．質問項目

栄養教諭免許必修科目のうち，教職の意義や教育の基礎理論に関する科目などを除き，栄養に係る教育に関する科目，教育実習事前指導，教育実習，教育実習事後指導，教職実践演習（以下，栄養教諭養成科目）における食物アレルギー教育の実態を調査した．

質問項目は以下の通りであった．①養成校の属性（学校種，提供免許の種類，１学年あたりの栄養教諭免許を取得するおおよその学生数），②養成担当教員の属性（管理栄養士・栄養士として食物アレルギー対応の経験，栄養教諭あるいは学校栄養職員としての職歴，食物アレルギーの研究や調査にたずさわった経験，食物アレルギーの講演や研修会に参加した経験，食物アレルギーを専門的に研究・教育している者，食物アレルギーに関する教育の重要性の認知），③栄養教諭養成科目における食物アレルギーに関する教育の実施状況（回答選択肢：１．シラバス〈授業計画〉に記載し教育している，２．シラバス〈授業計画〉に記載していないが教育している，３．教えていない，４．新設校のため未実施），④実施科目（回答選択肢：１．講義，２．教育実習事前指導，３．教育実習，４．教育実習事後指導，５．教職実践演習），⑤試験や課題への出題（回答選択肢：１．試験に出題，２．レポートに出題，３．出題なし），⑥講義及び実習・演習における教育時間（分），⑦教育内容，⑧授業で活用している資料（回答選択肢：１．学校給食における食物アレルギー対応指針[4]，２．食物アレルギーの診療の手引き[15]，３．食物アレルギーの栄養食事指導の手引き[16]，４．学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン[17]，５．その他），⑨今より食物アレルギー教育を充実させることは現実的に可能か（回答選択肢：１．十分できる，２．ややできる，３．あまりできない，４．全くできない），⑨の質問で「あまりできない」「全くでき

ない」と回答した者に，⑩できない理由，⑪今後，食物アレルギーについて教えるために必要なもの，とした．

③栄養教諭養成科目における食物アレルギー教育の実施状況において，「(食物アレルギーについて) 教えていない」と回答した者には，④～⑧の質問は尋ねず，⑫教えていない理由を尋ねた．

⑦教育内容は，以下の項目について教授者別（養成担当教員，実習先の指導者，養成担当教員と実習先の指導者の両者）に教育の有無を尋ねた．質問項目は，食物アレルギーの原因食物，食物アレルギーの症状，食物アレルギーの診断方法，食物経口負荷試験，交差抗原性，耐性獲得，経口免疫療法，食物アレルギーの個別栄養相談，アドレナリン自己注射薬（以下，エピペン®）の使い方，食物アレルギー対応委員会（委員構成，基本方針の策定），食物アレルギー対応までの流れ（申請受付，面談，対応開始），食物アレルギー対応給食の献立作成，食物アレルギー対応給食の調理体制づくり（調理器具，調理担当者），食物アレルギー対応給食の調理作業（調理作業，安全管理），教室での対応（給食時間の配慮，緊急時対応），とした．これら教育内容は，食物アレルギーの診療の手引き2017[15]，学校給食における食物アレルギー対応指針[4]の内容を参考に項目を作成した．

⑧の授業で活用している資料について，食物アレルギーに関する指針や手引き，ガイドラインなど，公的機関が発行しておりオープンアクセスな資料[4, 15－17]を提示した．

⑪今後，食物アレルギーについて教えるために必要なものについては，以下の選択肢をもとに回答を求めた．1．食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材，2．教科書として活用できる本・参考書，3．研修会など大学教員が食物アレルギーについて学ぶ機会，4．栄養教諭や専門家をゲストスピーカーとした講話，5．学校の食物アレルギー対応に関する研究論文・調査報告，6．その他，とした．

⑩（今より食物アレルギー教育を充実させることが）できない理由及び，⑫（現在，食物アレルギーについて）教えていない理由について，以下の選択肢をもとに回答を求めた．1．他の科目で教えているため，2．教える自信がない，3．教える優先度が低い，4．教える時間がない，5．教える必要性を感じない，6．よい教材がない，7．その他，とした．

4．分析方法

全ての回収質問紙を解析対象とし欠損値は項目ごとに除外した．1学年あたりの栄養教諭免許を取得するおおよその学生数及び教育時間については，中央値（25-75パーセンタイル）で示した．教育実施状況別に食物アレルギー教育を充実させることへの可能性を比較するため，栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実施状況において，「シラバス（授業計画）に記載し教育している」と「シラバス（授業計画）に記載していないが教育している」と回答した者を教育有群，「教えていない」と回答した者を教育無群と分類した．統計ソフトは，SPSS 26 for Windows（日本IBM株式会社）を使用した．

5．倫理的配慮

質問紙調査は，無記名自記式とした．質問紙とともに研究説明文を同封した．研究説明文には，研究の目的，アンケートへの回答は任意であり回答を拒否したことによる不利益は一切ないこと，質問紙に回答することで本研究に同意したとみなすこと，無記名により調査を実施するためアンケートは提出後に研究協力に対する同意を撤回することができないことを記した．なお，本研究は，沖縄大学人を対象とする研究倫理審査委員会にて，個人情報を取り扱わない，人体から採取された試料等を用いない，観察研究で人体への負荷を伴わない，被験者の意思に回答が委ねられ質問内容が被験者の心理的苦痛をもたらさないとの要件を満たしており，倫理審査委員会の付議を要さない研究であると判定された（受付番号2019–02，2019年7月19日）．

Ⅲ．結　果

1．養成校および養成担当教員の属性

回収率は57.0％（110/193校）であった．養成校と養成担当教員の属性を示す（表1）．養成校について，私立大学71校（64.5％），私立短期大学23校（20.9％），国公立大学16校（14.5％）であった．免許種は，一種免許78校（70.9％），二種免許31校（28.2％），専修免許9校（8.2％）であった．1学年あたりの栄養教諭免許を取得するおおよその学生数の中央値は10名であった．

養成担当教員の属性について，管理栄養士・栄養士として食物アレルギー対応の経験有68名（61.8％），栄養教諭あるいは学校栄養職員としての職歴有44名（40.0％），食物アレルギーの研究調査にたずさわった経験有38名（34.5％），食物アレルギーの講演や研修会に参加した経験有99名（90.0％），食物アレルギーを専門的に研究・教育している者：①養成担当教員自身が12名（10.9％），②他教員が38名（34.5％）であった．食物アレルギーに関する教育は重要だと思うか尋ねたところ，「とても重要」93名（84.5％），「やや重要」15名（13.6％），「あまり重要でない」1名（0.9％），「全く重要でない」0名であった．「とても重要」，「やや重要」との回答を合わせると108名（98.2％）であり，養成担当教員のほとんどが食物アレルギーに関する教育は重要であると認知していた．

2．栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の状況について

栄養教諭養成における食物アレルギーの教育状況を示す（表2）．「シラバス（授業計画）に記載し教育している」59校（53.6％），「シラバス（授業計画）に記載していないが教育している」37校（33.6％），両者を合わせ

表１ 養成校及び養成担当教員[†]の属性

			n	%
養成校	学校種			
	私立大学		71	64.5
	私立短期大学		23	20.9
	国公立大学		16	14.5
	提供免許の種類（複数回答）			
	一種免許		78	70.9
	二種免許		31	28.2
	専修免許		9	8.2
	１学年あたりの栄養教諭免許を取得するおおよその学生数[‡]		10	（5-11）
養成担当教員	管理栄養士・栄養士としてアレルギー対応の経験			
		有	68	61.8
		無	42	38.2
	栄養教諭あるいは学校栄養職員としての職歴			
		有	44	40.0
		無	66	60.0
	食物アレルギーの研究や調査にたずさわった経験			
		有	38	34.5
		無	71	64.5
		無回答	1	0.9
	食物アレルギーの講演や研修会に参加した経験			
		有	99	90.0
		無	11	10.0
	食物アレルギーを専門的に研究・教育している者（複数回答）			
		養成担当教員自身	12	10.9
		他教員	38	34.5
		いない	50	45.5
		わからない	12	10.9
	食物アレルギーに関する教育の重要性の認知			
		とても重要	93	84.5
		やや重要	15	13.6
		あまり重要でない	1	0.9
		全く重要でない	0	0.0
		無回答	1	0.9

n＝110
[†]栄養教諭養成担当教員
[‡]人数，中央値（25-75パーセンタイル値）

96校（87.3％）が教育していた．一方，「教えていない」との回答が10校（9.1％）であった．

食物アレルギーに関する教育を実施している科目について，「講義」が最も多く80校（72.7％）であった．続いて，「教職実践演習」44校（40.0％），「教育実習事前指導」28校（25.5％），「教育実習」22校（20.0％），「教育実習事後指導」９校（8.2％）であった．食物アレルギーに関する試験や課題への出題について，複数回答可にて尋ねた．「試験に出題」44校（40.0％），「レポートに出題」23校（20.9％），「出題なし」37校（33.6％）であった．食物アレルギーに関する教育時間の中央値（25-75パーセンタイル値）は，「講義」が90（45-90）分，「実習・演習」が30（0-90）分であった．講義における食物アレルギーに関する教育時間のヒストグラムを示す（図１）．講義では１コマ（90分）が最も多かった．次いで90分未満に分布が多く見られた．一方，２コマ（180分）の養成校も10校みられた．実習・演習における食物アレルギーに関する教育時間のヒストグラムを示す（図２）．実習・演習は，講義と比べて教育時間が短い傾向がみられた．０分（実習・演習では教育していない）と回答した養成校が42校存在した．90分が22校，次いで90分未満に分布が多く見られた．

３．教授者別食物アレルギーに関する教育内容

教授者別の食物アレルギーに関する教育内容を図３に示す．養成担当教員が教育している内容は，「食物アレルギーの原因食物」64校，「食物アレルギーの症状」64校，

表2　栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実施状況

	n	%
実施状況		
シラバス（授業計画）に記載し教育している	59	53.6
シラバス（授業計画）に記載していないが教育している	37	33.6
教えていない	10	9.1
新設校のため未実施	3	2.7
無回答	1	0.9
実施科目（複数回答）		
講義（栄養に係る教育に関する科目）	80	72.7
教職実践演習	44	40.0
教育実習事前指導	28	25.5
教育実習	22	20.0
教育実習事後指導	9	8.2
試験や課題への出題（複数回答）		
試験に出題	44	40.0
レポートに出題	23	20.9
出題なし	37	33.6
講義における教育時間[†]	90	(45-90)
実習・演習における教育時間[‡]	30	(0-90)

n ＝110
[†]n＝96，分，中央値（25-75パーセンタイル値）
[‡]n＝95，分，中央値（25-75パーセンタイル値）

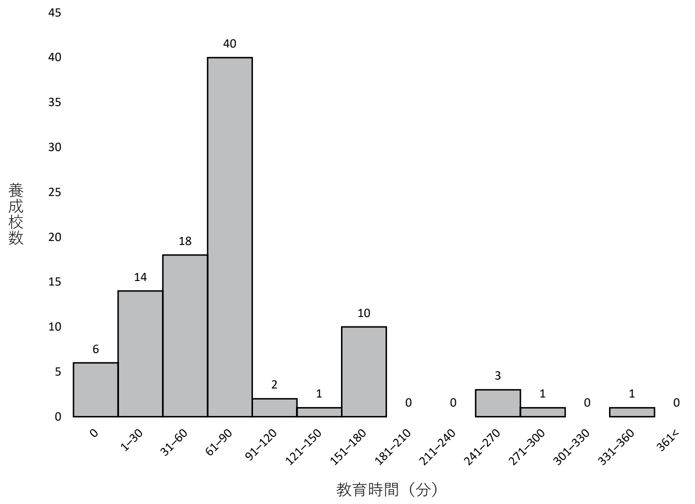


図1　講義における食物アレルギーに関する教育時間のヒストグラム　n ＝96

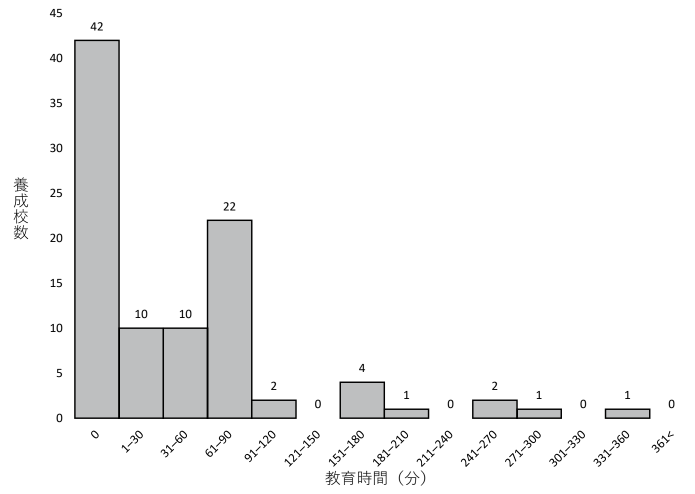
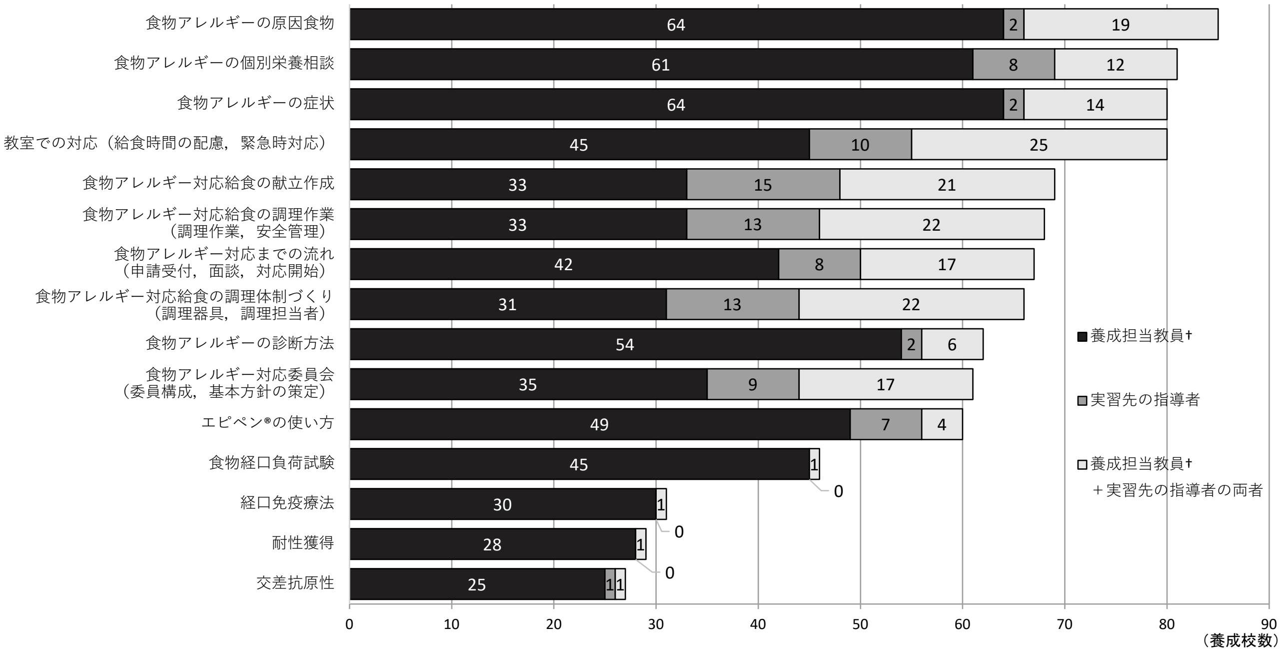


図2　実習・演習における食物アレルギーに関する教育時間のヒストグラム　n ＝95



†栄養教諭養成担当教員

図３ 教授者別食物アレルギーに関する教育内容（複数回答） n＝110

「食物アレルギーの個別栄養相談」61校など，食物アレルギーに関する基本的内容が上位であった．実習先の指導者が教育している内容は，「食物アレルギー対応給食の献立作成」15校，「食物アレルギー対応給食の調理作業（調理作業，安全管理）」13校，「食物アレルギー対応給食の調理体制づくり（調理器具，調理担当者）」13校など，実践的な内容が上位であった．養成担当教員と実習先の指導者の両者で教育している内容は，「教室での対応（給食時間の配慮，緊急時対応）」25校，「食物アレルギー対応給食の調理作業（調理作業，安全管理）」22校，「食物アレルギー対応給食の調理体制づくり（調理器具，調理担当者）」22校，「食物アレルギー対応給食の献立作成」21校など，実践的な内容が上位であった．各教授者の回答を項目別に合計すると，多く教育されていた項目は，「食物アレルギーの原因食物」85校，「食物アレルギーの個別栄養相談」81校，「食物アレルギーの症状」80校，「教室での対応（給食時間の配慮，緊急時対応）」80校，などであった．逆に，実施が少ない項目は「経口免疫療法」31校，「耐性獲得」29校，「交差抗原性」27校と，臨床的な内容であった．

４．授業で活用している資料

食物アレルギーに関する指針やガイドライン，手引きなどの資料について，授業へ最も多く活用されていたものは，文部科学省の「学校給食における食物アレルギー対応指針[4]」であり，67校（60.9％）であった．続いて，日本学校保健会の「学校の食物アレルギー疾患に対する取り組みガイドライン[17]」40校（36.4％），厚生労働科学研究班の「食物アレルギーの栄養食事指導の手引き[16]」が33校（30.0％），「食物アレルギー診療の手引き[15]」が26校（23.6％），その他30校（27.3％）であった．

５．食物アレルギー教育を充実させることへの可能性

食物アレルギー教育を充実させることへの可能性について，表３に示す．全体では「十分できる」13校（12.3％），「ややできる」61校（57.5％），両者を合わせると74校（69.8％）であった．「あまりできない」28校（26.4％），「全くできない」２校（1.9％）であった．

教育実施状況別にみると，教育無群（n＝10）は，「十分できる」２校（20.0％），「ややできる」５校（50.0％），両者を合わせると７校（70.0％）であった．「あまりできない」との回答は３校（30.0％），「全くできない」は０校であった．

教育有群（n＝96）は11校（11.5％）が「十分できる」，56校（58.3％）が「ややできる」，両者を合わせると67校（69.8％）であった．「あまりできない」との回答は25校（26.0％），「全くできない」は２校（2.1％）であった．

教育無群に対して「食物アレルギーについて教えていない理由」を尋ねたところ，「他の科目で教えているため」９校（90.0％），「教える自信がない」２校（20.0％），「教える優先度が低い」１校（10.0％）であった．「教える時間がない」「教える必要性を感じない」「よい教材がない」「その他」との回答は０校であった．教育有群に対しては「今より食物アレルギー教育を充実させることは現実的に可能か」との質問において「あまりできない」，「全くできない」と回答した者に「できない理由」を尋ねた．「教える時間がない」23校（85.2％），「他の科目で教えているため」10校（37.0％），「教える優先度が低い」４校（14.8％），「教える必要性を感じない」２校（7.4％），「その他」２校（7.4％），「よい教材がない」１校（3.7％），

表3 食物アレルギー教育を充実させることへの可能性

	食物アレルギーに関する教育					
	全体†		教育無群‡		教育有群§	
	n	%	n	%	n	%
1．今より食物アレルギー教育を充実させることは現実的に可能か						
十分できる	13	12.3	2	20.0	11	11.5
ややできる	61	57.5	5	50.0	56	58.3
あまりできない	28	26.4	3	30.0	25	26.0
全くできない	2	1.9	0	0.0	2	2.1
2．教育無：教えていない理由（複数回答）						
他の科目で教えているため			9	90.0		
教える自信がない			2	20.0		
教える優先度が低い			1	10.0		
教える時間がない			0	0.0		
教える必要性を感じない			0	0.0		
よい教材がない			0	0.0		
その他			0	0.0		
3．教育有：できない理由（複数回答）Ⅱ						
教える時間がない					23	85.2
他の科目で教えているため					10	37.0
教える優先度が低い					4	14.8
教える必要性を感じない					2	7.4
よい教材がない					1	3.7
教える自信がない					0	0.0
その他					2	7.4
4．今後，食物アレルギーについて教えるために必要なもの（複数回答）						
食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材	59	55.7	6	60.0	53	55.2
教科書として活用できる本・参考書	47	44.3	6	60.0	41	42.7
研修会など大学教員が食物アレルギーについて学ぶ機会	47	44.3	4	40.0	43	44.8
栄養教諭や専門家をゲストスピーカーとした講話	42	39.6	5	50.0	37	38.5
学校の食物アレルギー対応に関する研究論文・調査報告	37	34.9	5	50.0	32	33.3
その他	6	5.7	0	0.0	6	6.3

†n＝106：表2「栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実施状況」において「新設校のため未実施」「無回答」と回答した者を除いた
‡n＝10：表2において「教えていない」と回答した者を「教育無群」と分類した
§n＝96：表2において「シラバス（授業計画）に記載し教育している」と「シラバス（授業計画）に記載していないが教育している」と回答した者を「教育有群」と分類した
Ⅱn＝27：本表の「1．今より食物アレルギー教育を充実させることは現実的に可能か」との質問に「あまりできない」「全くできない」と回答した者

「教える自信がない」0校であった．

今後，食物アレルギーについてより良く教えるために必要なものについて，全体では「食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材」59校（55.7％），「教科書として活用できる本・参考書」及び「研修会など大学教員が食物アレルギーについて学ぶ機会」が47校（44.3％），「栄養教諭や専門家をゲストスピーカーとした講話」42校（39.6％），「学校の食物アレルギー対応に関する研究論文・調査報告」37校（34.9％），「その他」6校（5.7％）であった．

教育無群は「食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材」6校（60.0％），「教科書として活用できる本・参考書」6校（60.0％）との回答が上位であった．教育有群は「食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材」53校（55.2％）が最も多く，「研修会など大学教員が食物アレルギーについて学ぶ機会」43校（44.8％）が続いた．

Ⅳ．考　察

1．栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実態

栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実態として，教育している養成校は87.3％，教育していない養成校は9.1％であった．養成担当教員において，

食物アレルギーに関する教育は重要だと認知している者は98.2％であった．一方，食物アレルギーに関する教育時間や教育内容は各養成校でばらつきがみられた．

今井ら[12]は，管理栄養士・栄養士養成課程における食物アレルギー関連教育の実態を報告している．食物アレルギーに関連した講義や実習を行っている養成校は96％であり，食物アレルギー教育の必要性を強く感じる養成校が49％，感じるが50％，講義時間及び実習時間の中央値は，それぞれ210分（135-360分），157分（90-270分）であり，養成校により差があったことを報告している．栄養教諭養成を対象とした本研究も，概ね一致する結果であった．

食物アレルギーに関する教育時間の中央値は講義90分，実習・演習30分であった．実習・演習における教育時間が短い理由について，文部科学省が示している教育内容において講義には食物アレルギーに関する記載があるが[10]，実習・演習には「児童及び生徒への個別的な相談，指導の実習」[18]に留まっていることが一因と考えられる．この教育内容は2004年の栄養教諭制度の創設時に通知されて以降，更新されていない．実習・演習における食物アレルギー教育として，食物アレルギー対応給食の献立作成や個別栄養相談，緊急時の対応，エピペン®の使い方などが想定され，30分の教育時間では不十分である．教諭を対象とした研究[19]では，食物アレルギー対応について紙上訓練のみならず実技訓練を取り入れる効果が報告されていることから，講義だけでなく実習・演習に食物アレルギー教育を取り入れる意義は大きい．

食物アレルギーに関する教育内容は，各養成校でばらつきがみられるものの，食物アレルギーの原因食物や主な症状など，基本的な内容に加え，食物アレルギー対応給食の献立作成や調理作業，調理体制づくりなど学校給食管理における実践的内容が教育されていた．教授者別にみると，実習先の指導者からは実践的内容が多く教育されていた．一方，交差抗原性や耐性獲得，経口免疫療法に関する教育の実施は比較的少なかった．このような結果がみられた理由として，交差抗原性や耐性獲得，経口免疫療法については，臨床的な内容であるため，栄養教諭養成では教育されない可能性がある．また，栄養教諭養成においては，食物アレルギー対応給食の献立作成や調理作業など，より実践的内容が優先されていることが考えられる．さらに，交差抗原性や耐性獲得，経口免疫療法についての研究は，近年急速に発展している[20-25]ため，教育内容とするまでに至っていないことも考えられる．一方，先行研究からは，栄養教諭等が耐性獲得や経口免疫療法，交差抗原性の理解に苦労している現状がみられる．耐性獲得や経口免疫療法，交差抗原性については，「食物アレルギーの診療の手引き[15]」や「食物アレルギーの栄養食事指導の手引き[16]」に記載されているものの，本研究ではこれら資料の授業への活用は十分でなかった．今後，これらの手引きを栄養教諭養成において活用し，耐性獲得や経口免疫療法，交差抗原性に関する教育を充実させることにより，卒後の食物アレルギー対応における困惑感の改善に資する可能性がある．

授業で活用している資料について「学校給食における食物アレルギー対応指針[4]」と「学校の食物アレルギー疾患に対する取り組みガイドライン[17]」は，文部科学省は，これら資料を学校現場における食物アレルギー対応の拠り所とするよう通知[26]している．これらの資料は栄養教諭養成時にも必読の資料と考えられるが，その使用率はそれぞれ60.9％，36.4％であった．卒後の円滑な食物アレルギー対応のため，全ての養成校においてこれらの資料を用いて教育することが望ましい．

2．食物アレルギー教育を充実させることへの可能性

本研究では，今より食物アレルギー教育を充実させることは現実的に可能だと回答した養成校が69.8％であった．

管理栄養士・栄養士養成校を対象とした先行研究[12]では，82.0％が「今後の食物アレルギーの講義・実習を取り入れる予定はない」と回答しており，本研究食物アレルギー教育を充実させることへの可能性は，異なる傾向がみられた．質問内容が異なるため単純比較はできないが，今後，食物アレルギー教育を充実できる可能性が示唆された．

食物アレルギー教育無群は「食物アレルギーについて教えていない理由」として，「他の科目で教えているため」との回答が最も多かった．先述したように，食物アレルギーは，管理栄養士・栄養士養成においても扱われる教育内容である[9]．しかし，その教育内容は学校現場に特化したものではないため，他科目での学びに加えて，栄養教諭養成科目においても食物アレルギーについて詳細かつ実践的に学ぶ必要がある．少なくとも，「学校給食における食物アレルギー対応指針[4]」と「学校の食物アレルギー疾患に対する取り組みガイドライン[17]」など，国が定める指針等の資料については，栄養教諭養成において教育することが望ましい．

一方，教育有群は，食物アレルギーについて今より教えられない理由として「教える時間がない」との回答が最も多かった．教育有群であるので，十分な教育時間を確保しておりこれ以上の時間を確保できないと回答した可能性がある．一方，今以上の教育が必要であるが時間がない場合は，限られた授業時間で効率的に教育するため教育内容の精選や重みづけ，教材の工夫が有効だと考える．学校現場の栄養教諭等を対象に，卒前教育でどの項目を強化すべきかニーズを調査し，限られた時間内で効果的に教育できるよう教育内容を検討する必要がある．

食物アレルギーについてより良く教えるために必要なものとしては，「食物アレルギー対応に関するDVD・動画等の教材」，「教科書として活用できる本・参考書」，「研修会など大学教員が食物アレルギーについて学ぶ機会」などの回答が多かった．食物アレルギー対応に関する動画教材や資料[27,28]は幾つか存在するが，学校現場向けに

作成したものが多いため，養成校にはそれら教材の情報が十分に行き届いていない可能性がある．養成校向けに作成されたDVD教材[29]もあるが高額である．したがって，今後の円滑な食物アレルギー教育に関する教育のためには，養成担当教員の自助努力はもちろんであるが，加えて，既存の教材の情報提供や養成校向けの無料・安価な教材の開発，養成担当教員を対象とした研修会の開催など，食物アレルギー教育の充実に向けた環境整備が重要である．

本研究の限界を４点挙げる．１点目に，自記式質問紙調査であるため，一定のバイアスが含まれる可能性は避けられない．２点目に，郵送法であるため回収率57.0％と解析対象数は十分でない．しかしながら，本調査対象の学校種及び提供免許状の種類の割合は，日本の全養成校におけるその割合[13]と同等な結果を示しており，一定程度の代表性は担保できていると考えられる．３点目に，無回答バイアスが考えられる．食物アレルギー教育の実施が不十分である者ほど無回答である可能性がある．今後は，調査方法を改善する必要がある．４点目に，実習・演習の教育時間について，実際より過少評価されている可能性が考えられる．本調査の回答者は養成担当教員であるため，教育実習先での指導者による食物アレルギーに関する教育時間が回答に含まれていない可能性が無いとは言い切れない．今後，教育実習先での食物アレルギー教育について詳細に調査する必要がある．

以上の限界はあるものの，本研究は，我が国の栄養教諭養成における食物アレルギー教育の実態を把握した新しい知見である．本結果から，多くの養成校が食物アレルギーについて教育しているが，教育時間や教育内容にばらつきがあることが明らかとなった．現在，具体的な教育時間や内容は養成校の裁量に任されている現状であるため，国や学会等が栄養教諭養成における標準的で系統的な教育内容や教育時間を検討し，養成校に示す必要があると考える．加えて，養成校向け教材の提供や研修会の開催など，食物アレルギー教育の充実に向けた環境整備が重要である．今後の展望として，食物アレルギーは，管理栄養士・栄養士養成と栄養教諭養成の両課程で教育することから，課程や教科，教員間での教育内容の調整や連携の実態など，詳細を明らかにしていきたい．

Ⅴ．結　論

本研究では，我が国の栄養教諭養成における食物アレルギーに関する教育の実態を把握した．ほとんどの養成校が，食物アレルギーに関する教育を実施していた．一方，食物アレルギーに関する教育時間や教育内容には，養成校によりばらつきがみられた．

養成担当教員については，ほとんどが食物アレルギーに関する教育は重要だと認知しており，今後，食物アレルギー教育を充実させることへの可能性について前向きな回答の割合が高かった．

謝　辞

本調査にご協力いただきました全国栄養教諭養成担当教員の皆さまに心より感謝申し上げます．

利益相反

利益相反に相当する事項はない．

文　献

１）学校給食における食物アレルギー対応に関する調査研究協力者会議：今後の学校給食における食物アレルギー対応について最終報告．Available at：http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2014/03/26/1345841_1_1.pdf Accessed November 6, 2020
２）アレルギー疾患に関する調査研究委員会：アレルギー疾患に関する調査研究報告書．Available at：http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/286184/www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/04/07041301/002.pdf Accessed November 6, 2020
３）アレルギー疾患対策基本法．Available at：https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=78ab4117&dataType=0&pageNo=1 Accessed November 30, 2020
４）文部科学省：学校給食における食物アレルギー対応指針．Available at：https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2015/03/26/1355518_1.pdf Accessed November 6, 2020
５）鈴木洋子，杉本眞吾，真鍋美枝子ほか：学校給食における食物アレルギー対応の在り方について提言することを目的にした「食物アレルギー調査委員会」の調査研究．食物アレルギー研究会誌　17：38-40，2017
６）公益財団法人全国学校栄養士協議会：栄養教諭のための食物アレルギーに関するＱ＆Ａ集．3-39，文唱堂印刷株式会社，東京，2016
７）我那覇ゆりか，喜屋武享，新城澄枝：学校給食における不必要な食物アレルギー対応に関する実態調査―学校給食栄養管理者の経験より―．学校保健研究　61：21-30，2019
８）教育職員免許法．Available at：https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=324AC0000000147 Accessed November 30, 2020
９）特定非営利活動法人日本栄養改善学会：平成30年度管理栄養士専門分野別人材育成事業「教育養成領域での人材育成」報告書．Available at：http://jsnd.jp/img/H30_houkoku_all4.pdf Accessed November 6, 2020
10）文部科学省：平成16年（2004）新規則第10条の３に定める各事項について想定される具体的な内容，栄養教諭制度の創設に係る学校教育法等の一部を改正する法律等の施行について（通知）．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/eiyou/04111101/008/001.htm Accessed November 6, 2020

11）金田雅代：四訂 栄養教諭論―理論と実践―．147-156，建帛社，東京，2019
12）今井孝成，高橋享子，高松伸枝ほか：栄養士養成校における食物アレルギー関連教育の実態．アレルギー 68：1213-1220，2019
13）文部科学省：栄養教諭の免許資格を取得することのできる大学．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/kyoin/daigaku/detail/1287087.htm Accessed November 6, 2020
14）萩原剛，太田裕之，藤井聡：アンケート調査回収率に関する実験研究―MM参加率の効果的向上方策についての基礎的検討―．土木計画学研究・論文集 23：117-123，2006
15）国立研究開発法人日本医療研究開発機構：食物アレルギーの診療の手引き2017．Available at：https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/manual2017.pdf Accessed November 6, 2020
16）厚生労働科学研究班：食物アレルギーの栄養食事指導の手引き2017．Available at：https://www.foodallergy.jp/wp-content/themes/foodallergy/pdf/nutritionalmanual2017.pdf Accessed November 6, 2020
17）財団法人学校保健会（文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課）：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン．大東印刷工業株式会社，東京，2008
18）文部科学省：平成16年（2004）栄養教育実習について想定される具体的な内容，栄養教諭制度の創設に係る学校教育法等の一部を改正する法律等の施行について（通知）．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/eiyou/04111101/008/002.htm Accessed November 6, 2020
19）八木利津子：小学校における食物アレルギー対応と教職員研修のあり方に関する事例検証―養護教諭が行うリスク・マネジメントの観点から食物アレルギー研修に注目して―．日本幼少児健康教育学会誌 5：51-64，2020
20）Sicherer SH，Sampson HA：Food allergy：A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. Journal of Allergy Clin Immunol 141：41-58, 2018
21）佐藤さくら，小池由美，海老澤元宏：小児期の即時型食物アレルギーの予後．日本小児アレルギー学会誌 33：41-46，2019
22）松井照明：解説アレルゲン 甲殻類・貝類．日本小児アレルギー学会誌 34：408-418，2020
23）中島陽一：解説アレルゲン 魚類・魚卵．日本小児アレルギー学会誌 34：400-407，2020
24）高岡有理：食物アレルギーの経口免疫療法（OIT）の安全性をふまえた方法と管理．日本小児アレルギー学会誌 33：61-67，2019
25）二瓶真人，宇根岡慧，佐藤大記ほか：鶏卵，牛乳，小麦アレルギー児における経口免疫療法の長期的な有効性に関する検討．日本小児アレルギー学会誌 34：158-165，2020
26）文部科学省スポーツ・青少年局長：平成26年（2014）今後の学校給食における食物アレルギー対応について（通知）．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/sports/syokuiku/20200729-mxt_kouhou02_2.pdf Accessed November 6, 2020
27）独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における食物アレルギーへの対応調査研究報告書．Available at：https://www.jpnsport.go.jp/anzen/kankobutuichiran/tabid/1419/Default.aspx Accessed November 6, 2020
28）文部科学省：アレルギー疾患対応資料（DVD）映像資料及び研修資料．Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1355828.htm Accessed November 6, 2020
29）金田雅代，廣田美佐子，原田康子ほか：学校給食管理実践ガイド第３巻 学校の食物アレルギー対応．株式会社日本外語協会，東京，2014

（受付 2020年12月10日 受理 2021年６月15日）

代表者連絡先：〒902-8521 沖縄県那覇市国場555番地
沖縄大学健康栄養学部管理栄養学科（我那覇）

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；149－159

資　料

心肺蘇生教育に対する養護教諭の意識 —経験年数による比較—

吉　田　智　子[*1]，岡　本　　　希[*1]

[*1]兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科

Yogo Teacher' Awareness of Cardiopulmonary Resuscitation Education —Comparison with Number of Years of Work Experience—

Tomoko Yoshida[*1]　　Nozomi Okamoto[*1]

[*1]*The Joint Graduate School (Ph.D. Program) in Science of School Education, Hyogo University of Teacher Education*

Key words：cardiopulmonary resuscitation education，*Yogo* teacher，*Yogo* teachers' experience，automated external defibrillator
心肺蘇生教育，養護教諭，養護教諭歴，AED

Ⅰ．緒　　言

我が国において子どもが一日の大半を過ごす学校は，子どもの健康や安全の確保が保証される場所でなくてはならない．日本循環器学会AED検討委員会は，学校内の心停止の第一発見者は児童生徒のみの場面も多いため，救命法は教職員だけでなく児童生徒も学ぶ必要があり，カリキュラムの整っている学校こそがそれを学ぶ絶好の場所であるとしている[1)]．日本の学校では，毎年50件の心停止が発生しており[2)]，日本スポーツ振興センターの報告（2018年度に独立行政法人日本スポーツ振興センターが「死亡見舞金」「障害見舞金」「供花料」を支給した全事例487件を対象としたもの）によると，学校管理下における突然死（心臓系，中枢神経系，大血管系）は25件で死因別では最も多い[3)]．

心室細動などで意識不明の場合，バイスタンダーによる胸骨圧迫やAEDによる電気ショックなどの一次救命処置を施すことで生存率が高くなることは多くの研究で証明されている[2)4−8)]．運動中に発生した心停止の場合，第一発見者によってAEDを使用すると生存率が高くなるため，学校において積極的に児童生徒及び教職員に対して心肺蘇生教育を取り組むことは重要である[6)]．

ほぼすべての学校においてAEDが設置されるようになったが[9)10)]，児童生徒が死亡する事案が発生しているため，実技を伴う心肺蘇生講習の充実を国は学校に依頼している[11)]．学校における心肺蘇生教育は学校全体で取り組むことが重要であるが，一般の教員の約８割は養護教諭主体の救命活動を望んでいる[12)]．しかし，９割に及ぶ養護教諭が，救急処置に何らかの困難を感じていたり[13)]，緊急時対応に対して自信が低いことが問題視されている[14)]．

実際に起きてしまった学校での事故に対して，保護者から養護教諭への苦情の主な内容は，救急処置時のアセスメントの不具合や救急車要請の判断などであり[15)]，心肺蘇生，緊急度・重症度判断は養護教諭の職務として求められている[16)]．しかし，養護教諭自身の救急処置研修と自信に関する報告[17)]はあるものの，心肺蘇生教育に対する養護教諭の意識に着目した報告はまだされていない．

学校における心肺蘇生教育は，中学校学習指導要領保健体育科保健分野，高等学校学習指導要領保健体育科科目保健に明記されており[18)19)]，授業で取り扱われることになっているが，保健の授業におけるティーム・ティーチングへの養護教諭の参画に教職経験年数の長さが関連しているとの報告がある[20)]．

そこで，児童生徒の命を守るために重要である心肺蘇生教育への意識に養護教諭歴がどのように関連しているのかを検討した．

Ⅱ．研究方法

１．調査対象と調査方法

大阪府内にある国立，大阪市立，私立学校の小・中・高・特別支援（一貫校を含む）の養護教諭569名を対象に質問紙調査を実施した．養護教諭が複数配置の場合は，代表１名の養護教諭が回答するよう依頼した．調査は郵送にて対象者への依頼文書と質問紙を送り，郵送にて質問紙の回収を行った．

２．調査期間

2015年９月～11月

３．調査項目

１）対象者が勤務している学校に関する質問
①設置者による区分，校種，生徒数，教職員数
②AEDに関する内容：AEDが設置されているか，AEDの設置数（屋内，屋外，合計），夜間利用について，設置場所
③過去の救命の経験について
④学校における心肺蘇生教育の実施状況（生徒対象・

教職員対象）

２）対象者に関する質問

①属性：養護教諭歴，医療従事者免許の取得の有無

②心肺蘇生講習会参加状況：学生時代，就職後，最終受講の時期

③救命の経験

④養護教諭が校内で心肺蘇生教育を実施するために必要なこと

⑤児童生徒に対する心肺蘇生教育は誰が実施するべきか

⑥緊急時に救命活動する自信

⑦学校における心肺蘇生教育の重要度

⑧養護教諭が心肺蘇生教育を児童生徒に実施する必要度

⑨養護教諭が心肺蘇生教育を児童生徒に実施する困難度

⑩今後心肺蘇生教育の研修会への参加希望

⑪心肺蘇生教育に関する自由記述

４．分析方法

「１～10年未満」の養護教諭は，医学的判断や個の身体状態，疾病に合わせた対応の研修が必要であるとの先行研究[21]から，本研究において養護教諭歴による差を比較検討するため，養護教諭歴９年以下と10年以上の２群に分けた．養護教諭歴に関連するものを分析するためクロス集計を行いχ^2検定（有意水準0.05）で分析した．分析には，IBM SPSS Statistics Version 22を使用した．

心肺蘇生教育に関する自由記述についてはKJ法による分析を行った．KJ法は，ラベル作り，グループ編集，図解化，文章化の４段階を経て，データを分類・整理し解析する方法である．主観や先入観を抑えた解析を行うため，KJ法を頻回実施したことのある教員，養護教諭の合計４名により複数回ピア・チェックを行った．本文の記載にあたっては，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを《　》，コードを〈　〉で示した．

５．倫理的配慮

回答用紙は無記名とし，個人が特定されないように配慮した．対象者に調査用紙を郵送する際，研究趣旨，研究目的，匿名性の確保，研究結果を学会で発表すること，調査への協力は自由意志に基づいて判断して頂くこと，協力が得られなかった場合でも不利益を被ることはないことを文書にて通知した．回答用紙の提出をもって研究協力の同意を得たものと判断した．

Ⅲ．結　　果

対象者569名に質問紙調査を実施したところ，285名から回答を得た（50.1％）．そのうち，全ての質問項目に回答を得た277名（48.7％）を分析対象者とした．

１．対象者の属性および勤務校のAED設置状況・救命の経験・心肺蘇生教育に関する現状

１）対象者の属性（表１－１）

対象者の現在の勤務校は国公立209名（75.7％），私立68名（24.5％）であり，校種は小学校135名（48.7％），中学校58名（20.9％），高等学校40名（14.4％），一貫校34名（12.3％），特別支援学校10名（3.6％）であった．養護教諭歴の平均は18.6年（±12.8），９年以下の養護教諭は98名（35.4％），10年以上は179名（64.6％）であった．現在の学校での勤務年数の平均は6.5年（±7.4）であった．

２）勤務校のAED設置状況・救命の経験・心肺蘇生教育に関する現状（表１－１，１－２）

校内のAED設置は277名（100％）が設置していると回答し，設置合計台数は１～17台で，１台と回答したのは163名（58.8％）で最も多い回答であった．AEDは夜間利用が可能と回答したのは137名（49.5％），不可能は102名（36.8％）であった．設置場所で多い順に（表１－２），廊下104名（37.5％），職員室68名（24.5％），体育館60名（21.7％），保健室54名（19.5％）の回答があった．

現在勤務している学校において過去に救命の経験があ

表１－１　対象者の属性および勤務校のAED設置状況・救命の経験・心肺蘇生教育に関する現状（n＝277）

勤務校	国公立	209	(75.5)
	私立	68	(24.5)
校種	小学校	135	(48.7)
	中学校	58	(20.9)
	高等学校	40	(14.4)
	一貫校	34	(12.3)
	特別支援	10	(3.6)
児童生徒数		600	(±474.9)
教職員数		53.8	(±40.0)
養護教諭歴		18.6	(±12.8)
養護教諭歴９年以下		98	(35.4)
養護教諭歴10年以上		179	(64.6)
現在の学校での勤務年数		6.5	(±7.4)
校内にAEDは設置しているか	はい	277	(100)
	いいえ	0	(0)
AEDの合計数	１台	163	(58.8)
	２台	63	(22.7)
	３台	28	(10.1)
	４台	12	(4.3)
	５～17台	11	(4.0)
屋内AEDの数	１台	130	(46.9)
	２台	51	(18.4)
	３台	23	(8.3)
	４台	4	(1.4)
	５～14台	9	(3.3)
	設置なし	60	(21.7)
屋外AEDの数	１台	86	(31.0)
	２台	10	(3.6)
	３台	5	(1.8)
	４台	1	(0.4)
	設置なし	175	(63.2)
AEDは夜間利用が可能か	可能	137	(49.5)
	不可能	102	(36.8)
	わからない	38	(13.7)

数値は人数・年（％）あるいは平均値（±標準偏差）を示す

表1-2 対象者の属性および勤務校のAED設置状況・救命の経験・心肺蘇生教育に関する現状（n＝277）

AEDの設置場所	廊下	104	(37.5)
	職員室	68	(24.5)
	体育館	60	(21.7)
	保健室	54	(19.5)
	生徒用玄関	49	(17.7)
	校門	31	(11.2)
	運動場	23	(8.3)
	教職員玄関	16	(5.8)
	プール	12	(4.3)
	事務所	11	(4.0)
	体育教官室	6	(2.2)
	講堂	4	(1.4)
	食堂	2	(0.7)
	教室	0	(0)
現在勤務している学校で過去に救命の経験があるか	ある	40	(14.4)
	なし	206	(74.4)
	不明	31	(11.2)
勤務校における児童生徒に対する心肺蘇生教育の実施状況	実施している	116	(41.9)
	実施していない	161	(58.1)
・児童生徒に対する心肺蘇生教育の実施場所	校内	112	(96.6)
（実施していると回答した116名に質問）	消防機関	4	(3.4)
・児童生徒に対する心肺蘇生教育の実施頻度	毎年	94	(81.0)
（実施していると回答した116名に質問）	２～３年に１度	15	(12.9)
	不定期	7	(6.0)
勤務校における教職員に対する心肺蘇生講習の実施状況	実施している	251	(90.6)
	実施していない	26	(9.4)
・教職員に対する心肺蘇生講習の実施場所	校内	229	(91.2)
（実施していると回答した251名に質問）	消防機関	22	(8.8)
・教職員に対する心肺蘇生講習の実施頻度	毎年	184	(73.3)
（実施していると回答した251名に質問）	２～３年に１度	45	(17.9)
	不定期	22	(8.8)

数値は人数（%）を示す

るか質問したところ，40名（14.4%）があると回答した．

勤務校における児童生徒を対象とした心肺蘇生教育を実施していると回答したのは116名（41.9%）であった．そのうち112名（96.6%）が校内で実施していると回答し，実施の頻度において毎年実施していると回答したのは94名（81.0%）であった．教職員を対象とした心肺蘇生講習を実施していると回答したのは251名（90.6%）であった．そのうち229名（91.2%）が校内で実施していると回答し，実施の頻度においては毎年実施していると回答したのは184名（73.3%）であった．

２．養護教諭が心肺蘇生を学んだ経験，心肺蘇生教育に関する養護教諭の意識について

養護教諭歴９年以下（98名）と10年以上（179名）の２群に分けて比較検討した（表２-１，２-２）．

学生時代に心肺蘇生法を学習したと回答したのは260名（93.9%）で，そのうち９年以下の養護教諭96名（98.0%）は，10年以上の養護教諭164名（91.6%）よりも有意に割合が高かった（p＝.038）．心肺蘇生講習を１年以内に受講したと回答したのは200名（72.7%）で，そのうち９年以下の養護教諭79名（80.6%）は，10年以上の養護教諭121名（67.6%）よりも有意に割合が高かった（p＝.003）．

養護教諭が校内で心肺蘇生教育を実施するために必要なこととして回答の多い順に，自身の知識・技術の習得（80名，28.9%），管理職等の理解や協力（73名，26.4%），訓練用AEDや人形の確保（39名，14.1%），開催時間の確保（34名，12.3%）であった．

「管理職等の理解や協力」と回答した９年以下の養護教諭36名（36.7%）は，10年以上の養護教諭37名（20.7%）よりも有意に割合が高かった（p＝.004）．「児童生徒の理解や協力」と回答した９年以下の養護教諭５名（5.1%）は，10年以上の養護教諭１名（0.6%）よりも有意に割合が高かった（p＝.022）．

児童生徒に対する心肺蘇生教育は誰が実施することが望ましいか質問したところ，回答の多い順に消防職員（148名，53.4%），保健体育教員（62名，22.4%），養護教諭（48名，17.3%）であった．消防職員と回答した９

表2-1 養護教諭が心肺蘇生を学んだ経験、心肺蘇生教育に関する養護教諭の意識について（n＝277名）

			養護教諭歴						p値
			全体		9年以下（n＝98）		10年以上（n＝179）		
			n	（%）	n	（%）	n	（%）	
学生時代に心肺蘇生法を学んだか		はい	260	（93.9）	96	（98.0）	164	（91.6）	.038
		いいえ	17	（6.1）	2	（2.0）	15	（8.4）	
心肺蘇生講習の最終受講の状況		1年以内に受講	200	（72.2）	79	（80.6）	121	（67.6）	.003
		1年以上前に受講	67	（24.2）	13	（13.3）	54	（30.2）	
		受講していない	10	（3.6）	6	（6.1）	4	（2.2）	
養護教諭が校内で心肺蘇生教育を実施するために必要なこと	自身の知識・技術の習得	はい	80	（28.9）	22	（22.4）	58	（32.4）	.096
		いいえ	197	（71.1）	76	（77.6）	121	（67.6）	
	管理職等の理解や協力	はい	73	（26.4）	36	（36.7）	37	（20.7）	.004
		いいえ	204	（73.6）	62	（63.3）	142	（79.3）	
	訓練用AEDや人形の確保	はい	39	（14.1）	10	（10.2）	29	（16.2）	.207
		いいえ	238	（85.9）	88	（89.8）	150	（83.8）	
	開催時間の確保	はい	34	（12.3）	7	（7.1）	27	（15.1）	.058
		いいえ	243	（87.7）	91	（92.9）	152	（84.9）	
	自身の時間確保	はい	21	（7.6）	8	（8.2）	13	（7.3）	.815
		いいえ	256	（92.4）	90	（91.8）	166	（92.7）	
	手伝ってくれる人員の確保	はい	16	（5.8）	6	（6.1）	10	（5.6）	1.000
		いいえ	261	（94.2）	92	（93.9）	169	（94.4）	
	消防機関との連携	はい	6	（2.2）	4	（4.1）	2	（1.1）	.190
		いいえ	271	（97.8）	94	（95.9）	177	（98.9）	
	児童生徒の理解や協力	はい	6	（2.2）	5	（5.1）	1	（0.6）	.022
		いいえ	217	（78.3）	93	（94.9）	178	（99.4）	
	PTA・保護者の理解や協力	はい	1	（0.4）	0	（0.0）	1	（0.6）	1.000
		いいえ	276	（99.6）	98	（100.0）	178	（99.4）	
	開催場所の確保	はい	1	（0.4）	0	（0.0）	1	（0.6）	1.000
		いいえ	276	（99.6）	98	（100.0）	178	（99.4）	
児童生徒に対する心肺蘇生教育は誰が実施することが望ましいか	消防職員	はい	148	（53.4）	63	（64.3）	85	（47.5）	.008
		いいえ	129	（46.6）	35	（35.7）	94	（52.5）	
	保健体育教員	はい	62	（22.4）	19	（19.4）	43	（24.0）	.451
		いいえ	215	（77.6）	79	（80.6）	136	（76.0）	
	養護教諭	はい	48	（17.3）	11	（11.2）	37	（20.7）	.048
		いいえ	229	（82.7）	87	（88.8）	142	（79.3）	
	全教職員	はい	38	（13.7）	13	（13.3）	25	（14.0）	1.000
		いいえ	239	（86.3）	85	（86.7）	154	（86.0）	
	その他の教員	はい	22	（7.9）	6	（6.1）	16	（8.9）	.491
		いいえ	255	（92.1）	92	（93.9）	163	（91.1）	
	外部講師	はい	6	（2.2）	1	（1.0）	5	（2.8）	.429
		いいえ	271	（97.8）	97	（99.0）	174	（97.2）	
今後心肺蘇生教育の研修会に参加したいか		はい	206	（74.4）	83	（84.7）	123	（68.7）	.012
		どちらでもない	65	（23.5）	13	（13.3）	52	（29.1）	
		いいえ	6	（2.2）	2	（2.0）	4	（2.2）	

数値は人数（%）を示す

年以下の養護教諭63名（64.3%）は，10年以上の養護教諭85名（47.5%）よりも有意に割合が高かった（p＝.008）．養護教諭と回答した10年以上の養護教諭37名（20.7%）は，9年以下の養護教諭11名（11.2%）よりも有意に割合が高かった（p＝.048）．

今後心肺蘇生教育の研修会に参加したいと回答したのは206名（74.4%）であった．そのうち9年以下の養護教諭83名（84.7%）は，10年以上の養護教諭123名（68.7%）よりも有意に割合が高かった（p＝.012）．

緊急時に養護教諭自身が救命活動できる自信，学校における心肺蘇生教育の重要度，養護教諭が心肺蘇生教育を実施する必要度，養護教諭が心肺蘇生教育を実施する

困難度について「思う」「やや思う」「どちらでもない」「あまり思わない」「思わない」の回答を求めたが９年以下と10年以上でいずれの質問も有意差はみられなかった．（表２－２）

緊急時に養護教諭自身が救命活動できる自信は全体で「やや思う」の回答が多かった（118名42.6％）．養護教論歴２群にわけると，９年以下の養護教諭では「どちらでもない」が多く（44名44.9％），10年以上では「やや思う」が多かった（79名44.1％）．学校における心肺蘇生教育の重要度は，全体で「思う」が多く（198名71.5％），養護教諭が心肺蘇生教育を実施する必要度は，全体で「どちらでもない」が多かった（119名43.0％）．養護教論が心肺蘇生教育を実施する困難度は，全体で「どちらでもない」の回答が多かった（88名31.8％）．養護教論歴２群にわけると，９年以下の養護教諭では「やや思う」が多く（33名33.7％），10年以上では「どちらでもない」が多かった（63名35.2％）．

３．養護教諭の心肺蘇生教育に対する意識

心肺蘇生教育に対して自由記述を求め，KJ法で分析した．59のコードを抽出し15サブカテゴリー，３カテゴリーに分類した．総意見数は253件で，養護教諭歴９年以下（87件）と10年以上（166件）に分けて分析した．

・養護教諭歴９年以下の結果について（表３－１）

カテゴリーは回答の多い順に【学校における心肺蘇生教育】（38件，43.7％），【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】（31件，35.6％），【心肺蘇生教育の重要性】（18件，20.7％）のであった．【学校における心肺蘇生教育】は，《小学生に対する心肺蘇生教育》（11件），《心肺蘇生教育に重要なこと》（11件），《心肺蘇生教育の開始時期に関すること》（５件），《消防機関の協力体制》（５件），《中学生に対する心肺蘇生教育》（２件），《特別支援学校での心肺蘇生教育》（２件），《望ましい指導者》（１件），《現在の教育および指導法の難しさ》（１件）の８サブカテゴリーで構成された．《小学生に対する心肺蘇生教育》の〈小学生は大人を呼ぶ，119番通報することなど知識が重要〉（９件）が全コードの中で最も多かった．【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】では，《協力体制および環境整備の不足》（12件），《学校全体で取り組むこと》（７件），《資格取得および技術の向上》（６件），《緊急時対応の不安》（３件），《心肺蘇生教育の実施検討》（３件）の５サブカテゴリーで構成された．このうち《協力体制および環境整備の不足》は最も多いサブカテゴリーの一つであり〈教職員の協力体制が難しい〉，〈時間の確保が困難〉，〈実施が困難である〉と回答があった．《学校全体で取り組むこと》では〈養護教諭だけでなく学校全体として行ってほしい〉，〈養護教諭に任せられており負担である〉という意見や，《資格取得および技術の向上》として〈応急手当普及員が取得しにくい〉

表２－２　養護教諭の救命活動に対する自信と心肺蘇生教育に対する意識について（n＝277名）

		養護教論歴 全体 n	(%)	９年以下 (n＝98) n	(%)	10年以上 (n＝179) n	(%)	p 値
緊急時に養護教諭自身が救命活動できる自信がある	思う	27	(9.7)	8	(8.2)	19	(10.6)	
	やや思う	118	(42.6)	39	(39.8)	79	(44.1)	
	どちらでもない	109	(39.4)	44	(44.9)	65	(36.3)	.705
	あまり思わない	19	(6.9)	6	(6.1)	13	(7.3)	
	思わない	4	(1.4)	1	(1.0)	3	(1.7)	
学校における心肺蘇生教育は重要か	思う	198	(71.5)	68	(69.4)	130	(72.6)	
	やや思う	59	(21.3)	25	(25.5)	34	(19.0)	
	どちらでもない	18	(6.5)	5	(5.1)	13	(7.3)	.406
	あまり思わない	2	(0.7)	0	(0)	2	(1.1)	
	思わない	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
養護教諭が心肺蘇生教育を実施することは必要か	思う	57	(20.6)	22	(22.4)	35	(19.6)	
	やや思う	72	(26.0)	29	(29.6)	43	(24.0)	
	どちらでもない	119	(43.0)	37	(37.8)	82	(45.8)	.738
	あまり思わない	20	(7.2)	7	(7.1)	13	(7.3)	
	思わない	9	(3.2)	3	(3.1)	6	(3.4)	
養護教諭が心肺蘇生教育を実施することは困難か	思う	33	(11.9)	10	(10.2)	23	(12.8)	
	やや思う	69	(24.9)	33	(33.7)	36	(20.1)	
	どちらでもない	88	(31.8)	25	(25.5)	63	(35.2)	.085
	あまり思わない	45	(16.2)	18	(18.4)	27	(15.1)	
	思わない	42	(15.2)	12	(12.2)	30	(16.8)	

数値は人数（％）を示す

表３－１　心肺蘇生教育に対する養護教諭の考え（９年以下）（総意見数87件）

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	〈コード〉	件
学校における心肺蘇生教育（38件43.7％）	小学生に対する心肺蘇生教育（11件）	小学生は大人を呼ぶ、119番通報することなど知識が重要	9
		小学生は実技が大切	1
		小学生はけがの手当ての知識があればよい	1
	心肺蘇生教育に重要なこと（11件）	知識が重要	6
		経験・体験することが重要	3
		定期的に繰り返し行うことが大切	2
	心肺蘇生教育の開始時期に関すること（５件）	早い時期から開始することが重要	3
		中学生から理解できる内容なので中学生から開始するのがよい	2
	消防機関の協力体制（５件）	消防機関の協力が必要だが学校に呼ぶことが難しい	4
		緑色のランプに達せず子どもたちは助けられないと思うし怒られる	1
	中学生に対する心肺蘇生教育（２件）	中学生は知識が大切で補助的な実習でよい	2
	特別支援学校での心肺蘇生教育（２件）	特別支援学校の生徒に対して実施することは難しい	1
		特別支援学校では教員研修に重点を置いている	1
	望ましい指導者（１件）	保健の授業で保健体育教員が実施できるとよい	1
	現在の教育および指導法の難しさ（１件）	現状の教育では不十分	1
心肺蘇生教育についての養護教諭の考え（31件35.6％）	協力体制および環境整備の不足（12件）	教職員の協力体制が難しい	6
		時間の確保が困難	3
		実施が困難である	2
		訓練用機材の確保が困難	1
	学校全体で取り組むこと（７件）	養護教諭だけでなく学校全体として行ってほしい	3
		養護教諭に任せられており負担である	2
		養護教諭が直接するべきではない	2
	資格取得および技術の向上（６件）	応急手当普及員を取得しているもしくは受講予定	3
		応急手当普及員が取得しにくい	1
		指導できる資格が必要	1
		自分の知識・技術の向上が必要	1
	緊急時対応の不安（３件）	いざという時に行動できるか不安	2
		実際したことも見たこともないので不安だらけ	1
	心肺蘇生教育の実施検討（３件）	このアンケートから実施しようと思う	2
		実施している学校を見学してみたい	1
心肺蘇生教育の重要性（18件20.7％）	児童生徒に対する心肺蘇生教育の重要性（12件）	児童・生徒への心肺蘇生教育が必要	6
		心肺蘇生教育は命の教育として大切である	5
		学校で行うことが重要	1
	教職員が心肺蘇生を学ぶ重要性（６件）	全教職員が受講し重要性を認識するべき	4
		学校現場で行う教職員研修から学ぶことが大きい	2

という現状があがった．《緊急時対応の不安》においては，〈いざという時に行動できるか不安〉，〈実際したことも見たこともないので不安だらけ〉との回答であった．《心肺蘇生教育の実施検討》では〈このアンケートから実施しようと思う〉，〈実施している学校を見学してみたい〉という回答も見られた．【心肺蘇生教育の重要性】は，《児童生徒に対する心肺蘇生教育の重要性》（12件），《教職員が心肺蘇生を学ぶ重要性》（６件）の２サブカテゴリーで構成された．

・養護教諭歴10年以上の結果について（表３－２）

カテゴリーは回答の多い順に【学校における心肺蘇生教育】（90件，54.2％），【心肺蘇生教育の重要性】（39件，23.5％），【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】（37件，22.3％）であり，９年以下の養護教諭と異なる結果となった．【学校における心肺蘇生教育】は，《心肺蘇生教育に重要なこと》（24件），《小学生に対する心肺蘇生教育》（19件），《心肺蘇生教育の開始時期に関すること》（18件），《望ましい指導者》（11件），《現在の教育および指導法の難しさ》（８件），《中学生に対する心肺蘇生教育》（５件），《消防機関の協力体制》（４件），《特別支援学校での心肺蘇生教育》（１件）であった．《心肺蘇生教育に重要なこと》は最も多いサブカテゴリーで〈定期的に繰り返し行うことが大切〉，〈知識が重要〉，〈経験・体験することが重要〉という回答であった．《小学生に対する心肺蘇生教育》の〈小学生は大人を呼ぶ，119番通報することなど知識が重要〉（16件）が全コードの中で最も多く９年以下の養護教諭と同じ結果であった．【心肺蘇生教育の重要性】では，《児童生徒に対する心肺蘇

表3-2 心肺蘇生教育に対する養護教諭の考え（10年以上）（総意見数166件）

【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	〈コード〉	件
学校における心肺蘇生教育（90件54.2％）	心肺蘇生教育に重要なこと（24）	定期的に繰り返し行うことが大切	13
		知識が重要	8
		経験・体験することが重要	3
	小学生に対する心肺蘇生教育（19）	小学生は大人を呼ぶ、119番通報することなど知識が重要	16
		小学校は時間の確保が難しい	1
		小学生にとっては重いテーマのためユーモアがある授業展開が必要	1
		小学生に着衣泳を実施している	1
	心肺蘇生教育の開始時期に関すること(18)	中学生から理解できる内容なので中学生から開始するのがよい	6
		早い時期から開始することが重要	5
		体の機能について理解できる年齢でなければ教育は困難	4
		義務教育中に知っておくべき知識	1
		高校卒業までに全生徒が受けることが望ましい	1
		年齢に応じてできることはちがう	1
	望ましい指導者（11）	有資格者が実施したらよい	3
		担任が実施	2
		教員だれもが指導できればよい	2
		保健の授業で保健体育教員が実施できるとよい	1
		教える人は重要ではない	1
		指導者の力量が問われる	1
		実施者は小中高で適任者が異なる	1
	現在の教育および指導法の難しさ（8）	現状の教育では不十分	5
		効果的な指導法の「全国統一」が必要	1
		知識・技術のハードルを下げて指導することが重要	1
		心肺蘇生教育も大切だがアレルギー対応も必要	1
	中学生に対する心肺蘇生教育（5）	中学生はふざけてしまう	2
		中学生は保健体育の時間に実施している	2
		中学生は知識が大切で補助的な実習でよい	1
	消防機関の協力体制（4）	消防機関の協力が必要だが学校に呼ぶことが難しい	3
		毎年職員向けに講習会を開催してもらっている	1
	特別支援学校での心肺蘇生教育（1）	特別支援学校の生徒に対して実施することは難しい	1
心肺蘇生教育の重要性（39件23.5％）	児童生徒に対する心肺蘇生教育の重要性(23)	児童・生徒への心肺蘇生教育が必要	13
		心肺蘇生教育は命の教育として大切である	8
		児童・生徒が家族を救命した	2
	教職員が心肺蘇生を学ぶ重要性（16）	全教職員が受講し重要性を認識するべき	10
		学校現場で行う教職員研修から学ぶことが大きい	3
		養護教諭の救命体験	3
心肺蘇生教育についての養護教諭の考え（37件22.3％）	協力体制および環境整備の不足（19）	訓練用機材の確保が困難	6
		管理職の理解・協力が得られない	4
		教職員の協力体制が難しい	3
		時間の確保が困難	3
		実施が困難である	3
	学校全体で取り組むこと（8）	養護教諭だけでなく学校全体として行ってほしい	4
		養護教諭に任せられており負担である	3
		養護教諭が直接するべきではない	1
	資格取得および技術の向上（5）	応急手当普及員を取得しているもしくは受講予定	3
		応急手当普及員が取得しにくい	1
		指導できる資格が必要	1
	緊急時対応の不安（3）	いざという時に行動できるか不安	2
		自分が勉強してきた内容とずいぶん変わってきたので不安	1
	心肺蘇生教育の実施検討（2）	このアンケートから実施しようと思う	1
		養護教諭として重要性を働きかけていきたい	1

生教育の重要性》(23件),《教職員が心肺蘇生を学ぶ重要性》(16件）の２サブカテゴリーで構成された.《児童生徒に対する心肺蘇生教育の重要性》はサブカテゴリーの中で２番目に多い回答であった.〈児童生徒への心肺蘇生教育が必要〉であり,〈心肺蘇生教育は命の教育として大切である〉という考えが示された.〈児童生徒が家族を救命した〉事例が２件あがった.《教職員が心肺蘇生を学ぶ重要性》では〈全教職員が受講し重要性を認識するべき〉,〈現場で行う教職員研修から学ぶことが大きい〉との回答があり，さらに〈養護教諭の救命体験〉が３件あった.【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】では,《協力体制および環境整備の不足》(19件),《学校全体で取り組むこと》(８件),《資格取得および技術の向上》(５件),《緊急時対応の不安》(３件),《心肺蘇生教育の実施検討》(２件）であった.《協力体制および環境整備の不足》の中で最も多いコードは〈訓練用機材の確保が困難〉であった.

Ⅳ. 考　察

１．学校のAED設置状況及び心肺蘇生教育の現状

心臓突然死は何の前触れもなく誰にでも起こりうる特徴をもっている．最初の数分間の初動で傷病者の社会復帰が決定してしまうため，いざという時に躊躇せずに勇気をもって一次救命処置をすばやく実践できる体制が学校に求められている．

今回の調査対象である養護教諭が勤務しているすべての学校（277校，100％）にAEDが設置されていた．文部科学省の調査では，2019年度にAEDを設置もしくは設置を予定している学校は95.1％で，２台以上設置している学校は25.1％であった[9]．大阪府，兵庫県及び奈良県の最新の調査ではAED設置率100％と報告されており[10]，本研究の結果と同様である．AEDを使用する緊急時は，その場にたまたま居合わせた人に心肺蘇生法をゆだねるという性質上，ある程度高い救命率が期待できるような状況でAEDを使用できる環境整備が必要なため，日本救急医療財団[22]は，施設内でのAED配置にあたって考慮すべきこととして，心停止から５分以内に電気ショックを可能にするために，現場から片道１分以内の密度で配置をすることが望ましいとしている．学校では，運動に起因した心停止が多く発生していることから，保健室よりも運動場や体育館などの運動施設への配置を優先するべきであり，可能な限り24時間誰でもアクセスできるよう設置することが必要である．しかしAEDの配置場所を決定した理由が不明な学校が多く，ガイドランを踏まえて設置した学校は少ないため[10]，配置場所を見直すことが急務である．

児童生徒に対して心肺蘇生教育を実施していると回答したのは116名（41.9％）で，教職員に対して実施していると回答したのは251名（90.6％）であった．全国の調査では，児童生徒に対して（特別支援学校・幼稚園を除く）51.6％，教職員に対して92.4％[9]と本研究と同じような傾向であった．教職員がそばにいない環境で，学校生活を送る場面もあり，児童生徒への指導は大変重要であるため，積極的に教育を進めていく必要がある．

２．養護教諭の心肺蘇生教育への意識と養護教諭歴との関連

今回，心肺蘇生教育に養護教諭歴がどのように関連しているのかを検討するため，９年以下の養護教諭と10年以上の養護教諭に分けて比較検討した．学生時代に心肺蘇生教育を受講した割合は９年以下の養護教諭の方が高い結果であった．養護教諭の教職課程において養護に関する科目の看護学（臨床実習及び救急処置を含む）に心肺蘇生法は含まれている[23]．カリキュラムや授業時数，養護実習，教育体制等は各養成機関に任されている部分もあるが，養護教諭養成大学の教員は，学校看護技術として生命の危機的状況のアセスメントや胸骨圧迫，AEDなどの救命救急処置技術は必要であり[24]，８割以上が救急処置は実習を通して学ばせたいとして取り組んでいること[25]が今回の結果に反映されているものと考える．教育職員免許法の改正及び同法施行規則の改正により，教職課程で履修すべき事項が約20年ぶりに全面的に見直されたが，養護教諭の教職課程においては，看護学を含む養護に関する科目の変更はなかった[23]．理論と実践を統合し，専門的な知識・技術を基盤とした実践力をもつ養護教諭を育てるためには養成課程の果たす役割は大きい[26]ため養成機関の創意工夫がさらに求められている．

養護教諭が校内で心肺蘇生教育を実施するために必要なこととして,「管理職等の理解や協力」,「児童生徒の理解や協力」と回答したのは９年以下の養護教諭の方が多い結果であった．養護教諭は，学校経営目標を学校保健の視点で捉え，専門的視点を生かし学校教育全体を俯瞰することにより，組織の課題を明確に提案していくことが，管理職の理解に繋がっていく[27]ため，提案力という点で経験年数による差が出たものと考える．新任の養護教諭は自分の仕事は教育にとって重要な役割を担っていると認識しながらも，組織活動の展開が困難と感じている[28]．しかし，心肺蘇生教育の対象となる児童生徒の協力がなければ，教育の効果を期待することはできない．保健主事や保健体育教員はもとより，児童生徒を日頃から観察している担任から情報収集を行い効果的な授業展開についてのアドバイスを得ることも解決策の一つである．

心肺蘇生教育は９年以下の養護教諭は10年以上の養護教諭よりも消防職員が実施することが望ましいと考えていた．消防機関は高齢社会に伴い救急出動件数，搬送人員共に過去最多を更新し続けている．このような救急需要の多さから学校に出向して救命講習会を実施することが困難な状況にある．救急車の現場到着所要時間は全国平均8.7分で前年度と比べて0.1分延長している[29]ため，より一層その場に居合わせた第一発見者の一次救命処置が傷病者の生死に影響する時代となった．国は，救命講

習会を実施するために必要な資格である応急手当普及員の講習会を，学校教員のみ短縮する制度を導入し教員の資格取得を推進している[30]．学校における心肺蘇生教育は応急手当普及員を取得した教員が中心となって展開しほしい，つまり学校に任せたいと思っている[31]．養護教諭は「救急処置」が職務として挙げられている以上，児童生徒の命を守る専門職として，心肺蘇生教育に携わることは必要である．養護教諭は学校保健活動を推進するコーディネーターとして積極的に関与し役割を担うことが重要である[32]が，組織的に取り組むためには，他の教職員に必要性を共通認識させるための説明ができなければならない．経験が浅い養護教諭は，準備や連携など具体的な行動目標を設定すること自体が困難であるため，専門的技術やコミュニケーション能力，組織全体の方向性や戦略の示唆，外部環境との調整などのマネジメント力は研修を通して獲得していく必要がある[33]．たとえ優れた保健教育であっても，養護教諭が単発的に実施するだけでは系統性や継続性が担保できない．特に心肺蘇生教育は一度体験すればよいというものではなく，短時間でも繰り返し訓練することで胸骨圧迫等の技術が保持されるため[34-36]，いざという時に自信をもって救命活動することができるよう，学校全体が組織として「計画的」に指導を展開していくことが求められている．

今後心肺蘇生教育の研修会に参加したいと回答したのは９年以下の養護教諭の方が多かった．沖西ら[21]は，「１～10年未満」の養護教諭は，医学的判断や個の身体状態，疾病に合わせた対応の研修が必要であると報告しており，本研究の結果と合致している．新任の養護教諭は，養成大学で学んできたはずの救急処置・救急体制を今後最も学びたい内容[29]とあげており，学びたいニーズの背景には困難感があるものと推測される．養護教諭の研修参加に影響する条件として，自分自身の意欲や家族の理解と協力，管理職の理解と支援や組織体制がある[37]．養護教諭の経験年数だけでなくライフステージごとの養護教諭の研修ニーズやキャリア発達につながる体系的な研修の積み上げが学校保健活動の推進につながるため[38]個々の養護教諭の状況にあった研修参加の形態を検討していく必要がある．

３．養護教諭の心肺蘇生教育に対する意識

心肺蘇生教育に対する意識を自由記述で求めKJ法にて分析した．コードで最も多かったのは【学校における心肺蘇生教育】《小学生に対する心肺蘇生教育》の〈小学生は大人を呼ぶ，119番通報することなど知識が重要〉であったが，９年以下の養護教諭と10年以上の養護教諭で同じ結果となった．小学校では心肺蘇生法は「けがの手当て」[39]の領域である．日本臨床救急医学会と日本循環器学会は，小学校，中学校，高等学校において心肺蘇生とAEDについて実技を交えて繰り返し学べるようにするために，学習指導要領における心肺蘇生・AEDに関する実技をともなった指導体制の位置づけを強化することを提案している[40]ため，早急に検討していくことが必要である．

２番目に多いカテゴリーは９年以下の養護教諭は【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】，10年以上の養護教諭は【心肺蘇生教育の重要性】であり結果が異なった．９年以下の養護教諭は【心肺蘇生教育についての養護教諭の考え】において〈教職員の協力体制が難しい〉ことや〈養護教諭に任せられており負担である〉ため〈養護教諭だけでなく学校全体として行ってほしい〉と認識している．養護教諭の職務は健康診断や救急処置と並んで保健教育の必要性が示されている[41]が保健学習を担当した養護教諭は15.8％にとどまっている[42]．しかし，保健学習未経験の養護教諭が授業を経験したことで，養護教諭自身の活動への取り組みに対する意欲や達成感が向上したとの報告がある[43]．養護教諭が主体的に学校経営に参加し根拠を明確にして課題を提案することによって学校保健目標が組織の共通目的となるため，集団を対象とした保健教育を通して積極的に働きかけていくことが肝要であり[27]，今後養護教諭が挑戦していくべき領域であると考える．また，《緊急時対応の不安》や《資格取得及び技術の向上》が必要であると認識していた．養護教諭の行う救急処置の判断における意思決定を阻害する要因は，救急処置に自信がないことと焦りでありネガティブな感情が影響している[44]．養護教諭は採用と同時に児童生徒の健康問題解決に対する資質と能力を求められるが，救急処置や救急体制に対して困難感を抱く新採用者は約50％[45]にも及ぶ．卒後教育の充実だけでは十分とは言い切れないため，養護教諭養成課程における教育の質を高めることが必要である．一方，〈応急手当普及員を取得しているもしくは受講予定〉であったり〈このアンケートから実施しようと思う〉などの前向きな意見もあった．消防機関が学校に出向しづらい今だからこそ，教職員が積極的に応急手当普及員資格を取得し，心肺蘇生教育を推し進めていく意識をもつことが重要であると考える．

10年以上の養護教諭は【心肺蘇生教育の重要性】の中で，〈児童生徒への心肺蘇生教育は必要〉であり〈心肺蘇生教育は命の教育として大切である〉と認識しており，〈児童生徒が家族を救命した〉り〈養護教諭の救命体験〉もあげられた．学校で心肺蘇生教育を学んだ後，家族を救命することができた事例[46,47]も報告されている．学校において心肺蘇生教育を展開することは，将来日本を背負ってたつ人材すべてがAEDを使った心肺蘇生を行うことができるようになり，心停止例の救命率向上，災害時の地域の救急対応能力の向上につながる[48]重要な責務であると受け止めて学校全体で取り組んでいくことが今後の継続した課題である．

４．研究の限界と今後の展望

本研究は限られた地域の養護教諭を対象とした研究であるため，我が国の養護教諭の意識をすべて反映してい

るとは言い難い．養護教諭歴が心肺蘇生教育に対する意識に関連しているかを検討したが，養護教諭歴だけではなくその他の要因の影響について検討しきれていない．学校において心肺蘇生教育を展開していくためには，全教職員の理解・協力のもと学校全体として取り組んでいく必要がある．本研究は養護教諭の意識に着目したが，校種や職種の違いなどを考慮し，管理職を含めた教職員の意識をさらに検討していく必要がある．

謝　辞

本研究に快くご回答頂いた養護教諭の皆様に心から感謝申し上げます．KJ法の作業及び分析にご協力頂いた兵庫教育大学連合大学院　衛藤佑喜様，現職の教員の皆様に心から感謝申し上げます．

付　記

本研究は，2015年度科学研究費奨励研究「学校における心肺蘇生教育の効果的な指導方法についての研究（15H00668）」の助成により実施しました．

文　献

１）一般社団法人日本循環器学会AED検討委員会：学校での心臓突然死ゼロを目指して．Available at：http://j-circ.or.jp/cpr/suggestion.html. Accessed November 28, 2020
２）Kiyohara K, Sado J, Kitamura T et al.：Epidemiology of pediatric out-of-hospital cardiac arrest at school - an investigation of a nationwide registry in Japan. Circulation Journal：82：1026-1032, 2018
３）独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下の災害［令和元年版］. Available at：https://www.jpnsport.go.jp/anzen/kankobutuichiran/tabid/1928/Default.aspx. Accessed November 28, 2020
４）Kitamura T, Kiyohara K, Sakai T et al.：Public-accessd Defibrillation and out-of-hospital cardiac arrest in Japan. New England Journal of Medicine 375：1649-1659, 2016
５）Kitamura T, Iwami T, Kawamura T et al.：Nationwide public-access defibrillation in Japan. New England Journal of Medicine 362：994-1004, 2010
６）Kiyohara K, Sado J, Matsuyama T et al.：Out-of-hospital cardiac arrests during exercise among urban inhabitants in Japan：Insights from a population-based registry of Osaka city. Resuscitation 117：14-17, 2017
７）Matsuyama T, Kitamura T, Kiyohara K et al.：Impact of cardiopulmonary resuscitation duration on neurologically favourable outcome after out-of-hospital cardiac arrest：A population-based study in Japan. Resuscitation 113：1-7, 2017
８）Okubo M, Kiyohara K, Iwami T et al.：Nationwide and regional trends in survival from out-of-hospital cardiac arrest in Japan：A 10-year cohort study from 2005 to 2014. Resuscitation 115：120-128, 2017
９）文部科学省：学校安全の推進に関する計画に係る取組状況調査（平成30年度実績）. Available at：https://anzenkyouiku.mext.go.jp/report-gakkouanzen/data/report-h30.pdf. Accessed November 28, 2020
10）近畿管区行政評価局：学校における救命活動に関する調査―AEDの使用を中心として―．Available at：https://www.soumu.go.jp/main_content/000677478.pdf Accessed November 28, 2020
11）文部科学省：心肺蘇生等の応急手当に係る実習の実施について（依頼）. Available at：https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1351843.htm. Accessed November 28, 2020
12）古池雄治，大熊裕香：学校における救急医療体制と養護教諭の役割．小児科　56：1813-1817，2015
13）武田和子，三村由香里，松枝睦美ほか：養護教諭の救急処置における困難と今後の課題―記録と研修に着目して．日本養護教諭教育学会誌　11：33-43，2008
14）細丸陽加，三村由香里，松枝睦美ほか：養護教諭の救急処置過程における困難度について―外傷に対しての検討．学校保健研究　57：238-245，2015
15）辻立世，永石喜代子，岡本陽子ほか：養護教諭に対する保護者のクレームの考察―養護教諭の看護能力に関する調査研究より―．日本養護教諭教育学会誌　13：151-158，2010
16）河本妙子，松枝睦美，三村由香里ほか：学校救急処置における養護教諭の役割―判例にみる職務の分析から―．学校保健研究　50：221-233，2008
17）神崎園子：高等学校における養護教諭の救急処置の現状と救急処置の自信との関連性．日本養護教諭教育学会誌　24：51-59，2020
18）文部科学省：平成29年改訂中学校学習指導要領解説．Available at：http://www.mext.go.jp/a menu/shotou/new-cs/1387016.htm. Accessed November 28, 2020
19）文部科学省：高等学校学習指導要領解説．Available at：http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/1387016.htm. Accessed November 28, 2020
20）片岡千恵，野津有司，宮本昌子ほか：保健授業における養護教諭のティーム・ティーチングの状況―授業の準備，実施，評価の各段階に注目して―．学校保健研究　61：147-156，2019
21）沖西紀代子，津島ひろ江：代表的な健康課題に関する養護教諭の学校種別・経験年数別研修ニーズ―A県下の養護教諭を対象として―．日本養護教諭教育学会誌　17：17-26，2014
22）日本救急医療財団「AEDの適正配置に「関するガイドライン」．Available at：https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000510061.pdf Accessed November 28, 2020
23）文部科学省：教育職員免許法・同施行規則の改正及び教職課程コアカリキュラムについて．Available at：https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2017/07/27/1388004_2_1.pdf. Accessed

November 28, 2020
24）籠谷恵，遠藤伸子，佐久間浩美ほか：養護教諭養成教育における学校看護技術体系の提案．学校保健研究 62：153-165，2020
25）齋藤千景，竹鼻ゆかり，朝倉隆司ほか：養護実習における学生の目標達成度，満足度に関連する要因．学校保健研究 60：75-83，2016
26）日本養護教諭養成大学協議会：「養護教諭養成課程コアカリキュラム（養大協版）2020」．Available at：http://www.j-yogo.jp/info/20200501-core-curriculum.shtml. Accessed November 28, 2020
27）本岡千草，宮本香代子，伊藤武彦：生活習慣の定着に向けて実践できる力を育む学校保健のあり方についての一考察―養護教諭が行った集団を対象とした保健指導を通して―．日本養護教諭教育学会誌 23：3-16，2020
28）櫻田淳，大原榮子，大嶺智子ほか：養成大学における養護教諭初任者支援に関するニーズアセスメント．日本養護教諭教育学会誌 21：39-47，2018
29）総務省：令和元年版救急・救助の現状．Available at：https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01shoubo01_02000245.html. Accessed November 28, 2020
30）総務省消防庁：応急手当の普及啓発活動の推進に関する実施要綱の一部改正について．Available at：http://www.fdma.go.jp/laws/tutatsu/items/tuchi2804/pdf/280425_kyu37.pdf. Accessed November 28, 2020
31）吉田智子，岡本希：消防機関側からみた学校における心肺蘇生教育の課題．学校保健研究 62：178-186，2020
32）秋光恵子，白木豊美：チーム援助に関するコーディネーション行動とその基盤となる能力・権限が養護教諭の職務満足感に及ぼす影響．教育心理学研究 58：34-45，2010
33）西村孝江，上野芳子，保坂小百合ほか：健康教育推進のために養護教諭が必要とするマネジメント力：実践研究を通して分析した行動目標の提案．日本養護教諭教育学会誌 20：39-48，2017
34）Ahn J, Cho GC, Shon YD, et al.：Effect of a reminder video using a mobile phone on the retention of CPR and AED skills in lay responders. Resuscitation 82：1543-1547, 2011
35）Nishiyama C, Shimamoto T, Kiyohara K, et al.：Effectiveness of a One-minute Self-retraining for Chest Compression-only Cardiopulmonary Resuscitation：Randomized Controlled Trial. AEM Education and Training 1：200-207, 2017
36）Sakai T, Kitamura T, Nishiyama C, et al.：Cardiopulmonary Resuscitation Support Application on a Smartphone -Randomized Controlled Trial-. Circulation Journal 79：1052-1057, 2015
37）下村淳子：養護教諭の研修に関する研究：自主的研修の参加に影響する要因．学校保健研究 54：294-306，2012
38）古角好美：養護教諭の研修参加が学校保健活動に及ぼす影響．日本養護教諭教育学会誌 19：17-28，2016
39）文部科学省：小学校学習指導要領解説Available at：https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2019/03/18/1387017_010.pdf. Accessed November 28, 2020
40）日本循環器学会：学校での心肺蘇生教育の普及並びに突然死ゼロを目指した危機管理体制整備の提言．Available at：https://jsem.me/contactus/images/shiryo1.pdf. Accessed November 28, 2020
41）文部科学省：中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」．Available at：https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/__icsFiles/afieldfile/2009/01/14/001_4.pdf. Accessed November 28, 2020
42）全国養護教諭連絡協議会：平成30年度養護教諭の職務に関する調査．Available at：http://yougo.jp/pdf3/survey_report30.pdf. Accessed November 28, 2020
43）松原紀子，山崎隆恵，後藤ひとみ：養護教諭の保健学習への取り組みに関する一考察：授業未経験者の授業体験による気づきを通して．日本養護教諭教育学会誌 19：49-58，2016
44）岡美穂子，松枝睦美，三村由香里ほか：養護教諭の行う救急処置―実践における「判断」と「対応」の実際―．学校保健研究 53：399-410，2011
45）中下富子，高橋英子，佐光恵子：経験の浅い養護教諭が抱く職務上の困難感と課題―A県スクールヘルスリーダー事業にかかわる調査結果から―．埼玉大学紀要，79-94，2010
46）茨進一，宮本芳行，岩畔哲也ほか：中学生による一次救命処置が功を奏し社会復帰した虚血性心筋症による心停止の１例．救急医学 43：241-245，2019
47）清水木綿，筈井寛，大石康男ほか：中学生（14歳）の胸骨圧迫により社会復帰した難治性心室細動の１例．心臓 47：454-460，2015
48）日本臨床救急医学会：学校への心肺蘇生教育導入についての提言 Available at：http://j-circ.or.jp/cpr/img-suggestion/san1-suggestion120410.pdf. Accessed November 28, 2020

（受付 2020年12月22日 受理 2021年６月21日）
代表者連絡先：〒673-1494 兵庫県加東市下久米942-１
兵庫教育大学大学院連合学校教育学研究科（吉田）

学校保健研究 *Jpn J School Health* 63；2021；160－174

資　料

外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセスに関する質的研究

中下富子[*1]，朝倉隆司[*2]，上原美子[*3]
武井佑真[*4]，内藤美穂[*5]，松本愛梨[*6]

[*1]群馬パース大学
[*2]東京学芸大学
[*3]埼玉県立大学
[*4]東京学芸大学附属高等学校
[*5]埼玉県小川町立竹沢小学校
[*6]白鴎大学足利高等学校

A Qualitative Study on the Health Support Process of *Yogo* Teachers Provided to School-age Children and Students Connected with Foreign Countries

Tomiko Nakashita[*1]　Takashi Asakura[*2]　Yoshiko Uehara[*3]
Yuma Takei[*4]　Miho Naito[*5]　Airi Matumoto[*6]

[*1]*Gunma Paz University*
[*2]*Tokyo Gakugei University*
[*3]*Saitama Prefectural University*
[*4]*Tokyo Gakugei University Senior High School*
[*5]*Saitama Prefecture Ogawa Town Takesawa Elementary School*
[*6]*Hakuoh University Ashikaga High School*

Key words：school children connected with foreign countries, *Yogo* teacher, health support process, qualitative study
外国につながる児童生徒，養護教諭，健康支援プロセス，質的研究

Ⅰ．はじめに

1990年に在留資格を再編した「出入国管理及び難民認定法」改正によりブラジル，ペルー等の中南米諸国から「出稼ぎ」を目的とした日系人の在住者が増加し，さらに2018年の同法の改正により新たな外国人材受け入れのための在留資格が創設され，2019年春から多様な外国人労働者の受け入れ拡大が始まった[1)]．その結果，在留外国人統計によると2020年６月末の在留外国人数は，約289万人と過去最高を記録した[2)]．在留外国人の増加に伴い，その家族・子供も増加しており，受け入れ体制の整備や共生社会の実現に向けた取り組みは差し迫った社会的課題となっている[3)4)]．そこで日本学術会議は「外国籍の子ども」を教育システムから排除されている個人・集団とし，事態を改善すべき課題として提言した[5)]．文部科学省も2019年に「日本人と外国人が共に生きる社会に向けたアクション」を発表し，「新たに取り組むべき施策」として「外国人児童生徒等への教育の充実」を挙げ，多文化共生社会の実現に向けた教員の資質向上を求めている[6)]．

すでに1990年から30年を経過したが対策の進展は遅く，外国につながる児童生徒における国籍や宗教，言語，ライフスタイルなどの文化的多様性，さらに来日の経緯や家族・親族の背景など社会・経済的背景の多様性を理解した上で，彼らを学校が受け入れて適切に支援する体制を整備することは，依然として日本社会の課題なのである[3)]．日本学術会議の提言[5)]では，年月を経て進路の問題に焦点が移りつつあると述べているが，外国につながる児童生徒を受け入れる小学校や中学校において学習のための日本語習得や学校適応の問題は依然として重要であり，むしろ課題の幅が広がったと見るべきであり，支援的な教育環境の整備は喫緊の課題である．

実際に，外国籍の児童生徒の就学状況をみると，ブラジル人学校のように母国の教育法に基づくカリキュラムに従って教育する外国人学校等に通う者もいるが，多くは日本の公立学校に在籍している．2019年５月１日時点で義務教育の「学齢相当の外国人の子供」（113,698人）の内訳は，日本の義務教育諸学校84.8%，外国人学校等4.4%，不就学の可能性がある者10.8%と推計されている[7)]．ちなみに，2020年度の統計では，公立学校に在籍する外国人児童生徒数は小学校70,401人，中学校26,847人で計97,248人である[8)]．さらに，最新の統計（2018年度の数値）によると，外国人児童生徒のうち日本語指導が必要な者は，40,755人と1991年度の調査開始以来最多を記録して

いた[9]．しかも，日本語指導が必要な児童生徒（外国籍）の学校種別在籍状況（都道府県別）[10]をみると，多くの学校が少数の児童生徒を受け入れている一方で，学校は首都圏，中京圏，阪神圏と大都市経済圏に集中している．

ところで，「外国につながる子供」とは誰のことを指すのか，その規定にはいくつかある[11-13]．本研究では佐々木[12]の規定をもとに，「外国につながる児童生徒」を「国籍にかかわらず，父・母の両方，またはそのどちらかが外国出身者である子ども」であり，一定期間以上日本に滞在し多文化的背景をもつ児童生徒を指し，来日した時期や日本での生活期間によって，「日本語の不自由さや日本の文化，社会の知識及び経験の不足（等）から，（本人の自覚にかかわらず）日本での生活，特に学校生活（や健康管理）において何らかの困難（支援ニーズ）を抱える子ども」とし，帰国子女は含めないことにした（括弧内は，著者が加えた）．このような児童生徒を想定して本研究を立案した．

本研究の調査地は，首都圏にあって在留外国人の人口規模，日本語指導が必要な児童生徒数が多く，研究チームのネットワークがある埼玉県である．埼玉県の在留外国人の統計[14,15]を見ると，年々増加傾向にあり，2020年６月末では全国で５番目に多い196,537人である．国籍は，中国（台湾を除く），ベトナム，フィリピン，韓国，ブラジル，ネパールの順であり，総数158カ国に及び多国籍化が進んでいる．また，県内の６歳から18歳の外国籍の人口は14,467人であり，日本語指導が必要な児童生徒は外国籍2,245人，日本国籍461人であり合計2,706人は全国６番目の多さである．その在籍校数も外国籍586校と日本国籍221校であり，全国で５番目に多い．石戸[16]は，埼玉県内の日本語を母語としない中学生，保護者への調査を実施し，在日年数別にみると来日後０～３年が約40％を占めており，進学問題，いじめ問題等の課題を指摘し，多様な子どもの状況に適した教育支援ネットワークの必要性を指摘している．したがって，在留外国人の人口規模，６歳から18歳の外国籍の人口，日本語指導が必要な児童生徒数やその在籍校数からみて，外国につながる児童生徒の文化的多様性と社会的背景の多様性を理解して，彼らを学校で適切に支援するという課題は，埼玉県の喫緊の教育課題といえる．なお，埼玉県の事例は，新潟県，山形・福島県の外国人散在地域の事例[12,13]に対し，外国人が集住する都市地域の事例と位置づけられる．

さて，これまでの在日外国人児童生徒の健康に関する先行研究をみると，日系ブラジル人児童生徒について学校や家庭への生活適応と心身のストレス症状の関連[17]，学校適応，親子関係及び地域参加における心理学的調査[18]，在日中国人就学生の異文化ストレッサーとソーシャルサポート源がメンタルヘルスに及ぼす影響[19]等，心身の健康状態と生活習慣，適応状況等との関連性について報告されている．在日外国人の児童生徒の健康支援課題に関しては，在日ブラジル人学校での健康診断とその健康実態[20,21]，在日ブラジル人の母親と子どもの使用する言語の違いから性教育に悩む外国人母親の存在が報告されている[22]．

外国につながる児童生徒の問題を理解する上で，彼らが来日する原因を作っている親，すなわち多くは外国人労働者として来日した親の労働，生活と健康の課題を理解しておく必要がある．そこで，在日外国人の健康に関する先行研究をみると，健康課題に関係する要因として「言葉が通じないこと」「周囲とのつながりに乏しいこと」「労働条件が厳しいこと」をあげ，国籍，在留資格，職業形態，生活環境等による要因が健康に影響していることが指摘されている[23]．日系ブラジル人ではライフスタイルや食生活が健康状態に大きく関与していること[24,25]，在日フィリピン人では労働条件と食生活が肥満に影響していること[26]等が報告されている．さらに，健康課題への支援関係の構築に関して，在日外国人と看護師の関係構築では，患者との間に存在する文化的「違い」を認識し，自らの価値観と照らし合わせながら患者に歩み寄ろうとするプロセスが重要であることが報告されている[27]．

しかし，先行研究を概観したところ，外国につながる児童生徒の健康課題や支援ニーズに対して，もう一方の当事者である養護教諭がどのように健康支援に取り組んでいるのか，明らかにされていない．そもそも養護教諭は，WHOヘルスプロモーションの考え方に基づいて学校保健活動の中核的な役割を担っており[28-30]，在籍する日本国籍の児童生徒のみでなく外国につながる児童生徒の健康支援に対しても責務を有している．すなわち，健康を支援する養護教諭の立場から「外国人児童生徒等への教育の充実」[10]に積極的に取り組み，多文化共生社会の実現に向けた資質向上を図ることが求められている[31]．

そこで，養護教諭が彼らに対する健康支援に取り組み，資質向上を図るには[3]，養護教諭が養護活動の一環として，学校現場で彼らの生活文化，健康状態や生活状況，教育観，医療・健康への価値観等をどのように認識して支援してきたのか，そのプロセスを検討する必要がある．その探求に際しては，養護活動の過程の第１段階：健康実態の把握・健康問題の発見において，養護教諭の「気づき」は自身の子ども観，健康観，教育観により導き出され，目の前の子どもをどのように捉えるかによって問題が見過ごされることもあり[32]，養護教諭の価値観が支援初期の問題認知に及ぼす影響に十分注意を払う必要がある．このことは，支援内容のみでなく，養護教諭が体験する戸惑いや困難さといった認識や感情が，その後の支援関係の構築に影響し，健康支援のあり方を左右する可能性があることを意味しており，初期の健康支援プロセスにおける重要な構成要素として，健康支援の語りを分析する観点として位置づける必要があることを示している．

以上より，本研究は，養護教諭が外国につながる児童生徒の文化的多様性と社会・経済背景の多様性をどのよ

うに理解し，どのように受け止めて健康支援に取り組んできたのか，養護教諭の支援経験の語りを，支援内容のみでなく対象者や健康課題に対する認識面からも分析し，そのプロセスを明らかにすることを目的とした．この検討を通じて，多文化共生の視点に立った健康支援のあり方と学校と社会における支援的教育環境の整備に向けた課題を明らかにできると考える．

Ⅱ．方　法

1．対　象

本研究に協力を依頼した養護教諭は，埼玉県内の２つの市内の公立小・中学校に所属し，外国につながる児童生徒に対する支援を行った経験を持ち，３年以上の養護教諭経験年数を有する養護教諭である．ちなみに，養護教諭の一人前意識の研究[33]によると，３年から５年で高まり一人前と認識され，６年以上はプラトー現象が生じている．よって，３年以上の経験年数は，一通り自立して仕事ができるひとつの目安になるといえる．

対象者のリクルートに際しては，研究者のネットワークを通じて条件を満たす養護教諭のリストアップを依頼し，研究協力者の候補を決定した．条件は，３年以上としたが，結果的に10年以上の長い経験を持つ養護教諭に偏った．候補者に対して研究者から研究の趣旨説明を行い，協力を依頼し，養護教諭自身と所属する学校長の同意が得られた６名をインタビューの対象とした．

2．データ収集方法と調査時期

外国につながる児童生徒が多く在籍する小・中学校に勤務する養護教諭，Ｘ市３名，Ｙ市３名で地域単位のグループを構成し，安梅[34]によるフォーカス・グループ・インタビュー（Focus Group Interview：FGI）の方法を参考にして，インタビューガイドを用いた半構造化面接を実施し，語りのデータを収集した．グループインタビューを用いた理由は，FGIと同様に，共通性を持った者同士が集まり，他者の発言に刺激を受けて共感し合うことによって本音の発言が期待でき，幅広い情報を引き出せるメリットが期待できるからである[34]．さらに，グループインタビューはデータとして豊かな語りを引き出せるだけではなく，参加した養護教諭が日頃から思い感じている外国につながる児童生徒に対し，様々な視点から相互に発言をしていくことで，児童生徒の置かれている状況を再認識するとともに共通の思いや考え方に気づき，今後の支援に向けた発展的な視点や，実践への意識を高めることが可能となり，対象者にとってもメリットになると考えた．

本研究のグループインタビューは，複数の共同研究者が陪席する中で，研究代表者がインタビュアーとなりインタビューガイドをもとに実施した．インタビュアーは，対象者が他者の意見に引きずられ過ぎず，相互作用による自発的な意見が出やすいように，自由な語りを聴くことに専念しつつ，語りのなかで曖昧な部分や，思いや考えが十分に表出されていないと判断した際には質問を加える等，インタビューの流れが本来のテーマから逸れることのないよう進行に努めた．

また，グループインタビューは，学校長の許可のもとに，対象者が指定した勤務校の会議室等のプライバシーを確保できる静かな場所で実施した．所要時間はグループあたり１時間30分程度であった．インタビューの経過は，対象者の了解のもと，承諾を得てICレコーダーに録音した．なお，回顧期間は５年以内とした．

本研究のグループインタビューは，2015年６月～７月に実施した．

3．インタビューガイドの主なポイント

インタビューガイドの主なポイントは，今までにかかわった外国につながる児童生徒に関して，①心身の健康状態，健康課題で印象に残っていること，②学校，教育や健康課題に関連して，保護者や家族への対応で印象に残っていること，③支援の内容と支援の経験を通して印象に残っていること，支援上，難しいと思うこと，④支援上工夫している点，また連携体制について思うこと，⑤児童生徒とかかわって養護教諭や教諭また他の子どもたちが何か見方や考え方が変わった点である．

本研究では，養護教諭が文化的，社会的な多様性を持つ外国につながる児童生徒と関わる体験に伴う戸惑いや困難さといった認識や感情についての，語りを分析する観点として位置づけている．それは，健康支援提供者の主観的体験が関係構築[27]や養護活動の過程[32]に影響を及ぼすことが指摘されているからである．したがって，養護教諭がどのように相手を見，自分の体験を認識したのかを検討することは，良好な関係性を築き健康支援を進めるうえで重要と考え，インタビューガイドに含めた．

4．分析方法

分析は実践的質的研究法である修正版グラウンデッド・セオリー（Modified Grounded Theory Approach：以下，M-GTA）を用いた[35)36]．M-GTAは実践的なヒューマンサービス領域で問題となっている事象で，研究結果がその解決や改善に向けて実践的に活用可能なプロセス的特性を持った事象の研究に適しているといわれている[36]．本研究は，養護教諭が外国につながる児童生徒に対し，日々の学校生活において継続して行っている支援が対象であり，そのプロセスを明らかにすることが目的であるため，M-GTAは研究方法として適している．

まず，概念を抽出するために分析テーマと分析焦点者を設定した．分析テーマは，「外国につながる児童生徒への養護教諭による健康支援のプロセス」であり，分析焦点者は「外国につながる児童生徒に健康支援を行った経験がある３年以上のキャリアの養護教諭」とした．具体的な手順として逐語録からそれぞれの対象者の発言について数字記号を付け，さらに対象者ごとに発言順の番号を付けた．次いで，分析焦点者の視点で分析テーマに関する概念を生成した．概念生成は，逐語録から順次，

養護教諭が児童生徒の状況や反応をもとに支援した場面ごとに文脈を解釈し，支援に関連した内容や思い，考えを構成する文脈を損なわないようにヴァリエーションを選び，分析ワークシートを立ち上げた[36]．ひとつの概念に対して，ひとつの分析ワークシートを立ち上げ，分析ワークシートは概念名，定義，ヴァリエーション（具体例），理論メモの項目で構成した（表１）．ヴァリエーションの内容や関係性に着目した意味を考え，倫理的配慮をしつつ，できる限り対象者の言葉を活用して意味が理解できるように簡潔な文章で定義を作成し，そのエッセンスを凝縮した言葉を概念名とした．理論メモは解釈上の考えを記録した[36]．この作業を進めながら，作成した概念名と定義が捉えようとする事象内の多様性を一定程度説明できるかどうか，ヴァリエーションを比較して判断した．同様にして，分析テーマと分析焦点者の視点から新たに別の個所に着目して，２つ目の分析ワークシートを立ち上げ，データに対して同様の作業を行った．３つ目，４つ目と同じ方法で新たな概念を生成しながら，すでに生成した概念が成立するかどうかを確認するため，ヴァリエーションを追加する作業を同時並行で行った[36]．さらに，概念間の関係についても絶えず比較検討を行い，それぞれの概念が独自に成立するのかどうかを検討した．全ての概念の導出が終了した後，概念間の類似性や関係性を比較検討して，サブカテゴリー，カテゴリーを生成し，カテゴリー相互の関係を検討した．分析結果全体に対して，概念相互の関係，サブカテゴリー，カテゴリー相互の関係，全体としての総合性，重要な部分が抜け落ちていないかを検討して，理論的飽和状態と判断した[36]．最後に，カテゴリーの類似性，関係性に基づいて「外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセス」を説明する結果図とストーリーラインを作成した．

５．分析の確かさと適切さの確保

M-GTAは，分析者が「研究する人間」として自分の問題関心，すなわち研究疑問である「分析テーマ」を明確に意識して，それに沿って「分析焦点者」の視点と対話しながらデータの分析を進める方法論である[35]．したがって，本研究の問題関心をリードする筆頭著者が，まず「研究する人間」として一人でインタビュー逐語録から分析ワークシート，概念，サブカテゴリー，カテゴリーを生成するまでの過程を分析した．その後，分析の確かさと解釈の適切さを確保するために，一連の分析過程とヴァリエーション，概念，サブカテゴリー，カテゴリーの解釈に歪みや偏りがないか，学校保健並びに質的研究に精通した研究者１名のスーパーバイズを受けながら，共同研究者間で複数回検討し修正を行った．

６．倫理的配慮

本研究は，インタビュー調査対象として選定した養護教諭の勤務する学校に，研究の趣旨，調査内容，プライバシーの保護など個人情報の保護について明記した依頼文を郵送し，インタビューが可能か否か学校長と養護教諭の同意を得て実施した．また，インタビュー調査当日，対象養護教諭には，研究の趣旨，研究協力にすることによる利益，不利益について同意説明書を用いて説明を書面及び口頭で行い，同意書によって研究参加の同意を得た．研究協力することによる不利益への対応として，インタビュー調査への参加は任意で自由意思であり，任意性を強調し，少しでも躊躇する場合には語らなくてもよいこと，いつでも撤回の自由があることを保障した．インタビューの際には，学校名，児童生徒名，保護者名が特定されないよう語ってもらい，個人情報やインタビュー中に話される内容の守秘義務の厳守について依頼した．また，母国名は匿名化を行い，取り扱いには識別番号を用い，データは研究以外には使用しない，研究室の鍵のかかる箇所に保管するといった取り扱い等，十分に配慮することを説明した．

なお，本研究は，埼玉大学倫理委員会の承認（承認本

表１　分析ワークシートの例

概念名	食文化の違いが給食に表れることを認識
定義	母国の食文化の違いが，給食に表れることを認識する
ヴァリエーション	・家庭からはアレルギーといって，診断書も一応出ているんですけど，給食が全く食べられず，二人ともお弁当です．毎日，ベジタリアンな感じもするんですが．普段はお弁当を持ってきてくれるから良いんですけど，宿泊の代替食はお魚の出汁もダメだったので，旅館に全部やっていただいた．けれど，アレルギーではそうではなさそうな感じもしています． ・牛乳は母国では飲んでいないから飲めないと言われました． ・信仰上，給食とか食べられなくて，お弁当を持ってくる子もいるし，給食を全部食べる子もいるし，やはり差があるんですよね．自分でよける子もいるし，対応はいろいろで，日本の子も外国の子も家庭によっていろいろ違うんだなって思います．後は食べ慣れていないから食べないって． ・信仰上の問題で食べられないものがあったりとかします．６年生の子が断食って言葉をこの前初めて言ってました．
理論的メモ	・アレルギーと診断書が提出されているものの，子どもの食生活の様子から診断名に疑いをもっている． ・信仰と関連した母国の食習慣もあるが，家庭背景によっても子どもの食べ方に違いがあるのではないか，と認識している．

号H27-13，2015年６月）を得て実施した．

Ⅲ．結　果

１．研究対象者の属性

６名は全員女性で平均年齢は43.8歳±標準偏差11.5歳であり，学校種は小学校５校，中学校１校であった（表２）．養護教諭経験年数は３～34年（平均22.5年±標準偏差11.6年）であった．年齢構成は，20歳代，30歳代，40歳代，50歳代で構成されており，常勤の年齢層をカバーしている．

２．ストーリーライン

M-GTAによって得られたデータを分析した結果，４つのカテゴリー，８つのサブカテゴリー，18の概念が生成された．外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセスのストーリーラインは次のようであった（図１）．ここでは，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを《》，概念名を〔　〕，インタビューで語られた言葉であるヴァリエーションを「」で示した．

まず，外国につながる児童生徒への健康支援に関わる養護教諭の体験は，彼らの背景にある【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】ことから始まっていた．そのカテゴリーには，《子供の健康状態や文化による行動の違いを認識する》体験と，《親の滞日生活や人間関係の不安定さが就学へ影響することを認識する》体験が含まれていた（表３）．

このような生活文化の違いや日本で不安定な社会経済的な生活を送っている児童生徒とその親を支援する健康相談や健康管理の場面で，養護教諭は【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】体験をしていた．その困難や戸惑いには，《言語の壁による健康診断・健康相談上の戸惑いと困難》と，《子供のけがに対する親の対応への戸惑い》が含まれていた（表4）．

そのような困難に直面し，戸惑いながらも，養護教諭は【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】よう取り組んでいた．その取り組みにおける配慮・工夫や他機関との連携には，《言語と文化の違いに配慮した保健指導や生活適応を促す指導をする》と《社会制度の活用や多職種と連携して健康を支援する》が含まれていた（表５）．

そして，養護教諭は【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】体験と【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】体験を通じて，改めて外国につながる児童生徒への健康支援を充実させていく上で障害となっている【社会的包摂に向けた教育面の支援体制整備の課題を実感する】に至っていた．この課題を実感するカテゴリーには，外国につながる児童生徒の健康支援の体験に基づいた専門職としての自覚である《養護教諭の感度を高める必要性》と《日本語指導，進路指導

表2　対象者の属性

年齢	養護教諭経験年数	学校種	居住地域
20歳代	３年以上	小学校	X市
30歳代	10年以上	小学校	X市
50歳代	30年以上	小学校	X市
40歳代	20年以上	小学校	Y市
50歳代	30年以上	小学校	Y市
50歳代	30年以上	中学校	Y市
43.8±11.5[1]	22.5±11.6[1]		

[1] 平均±標準偏差

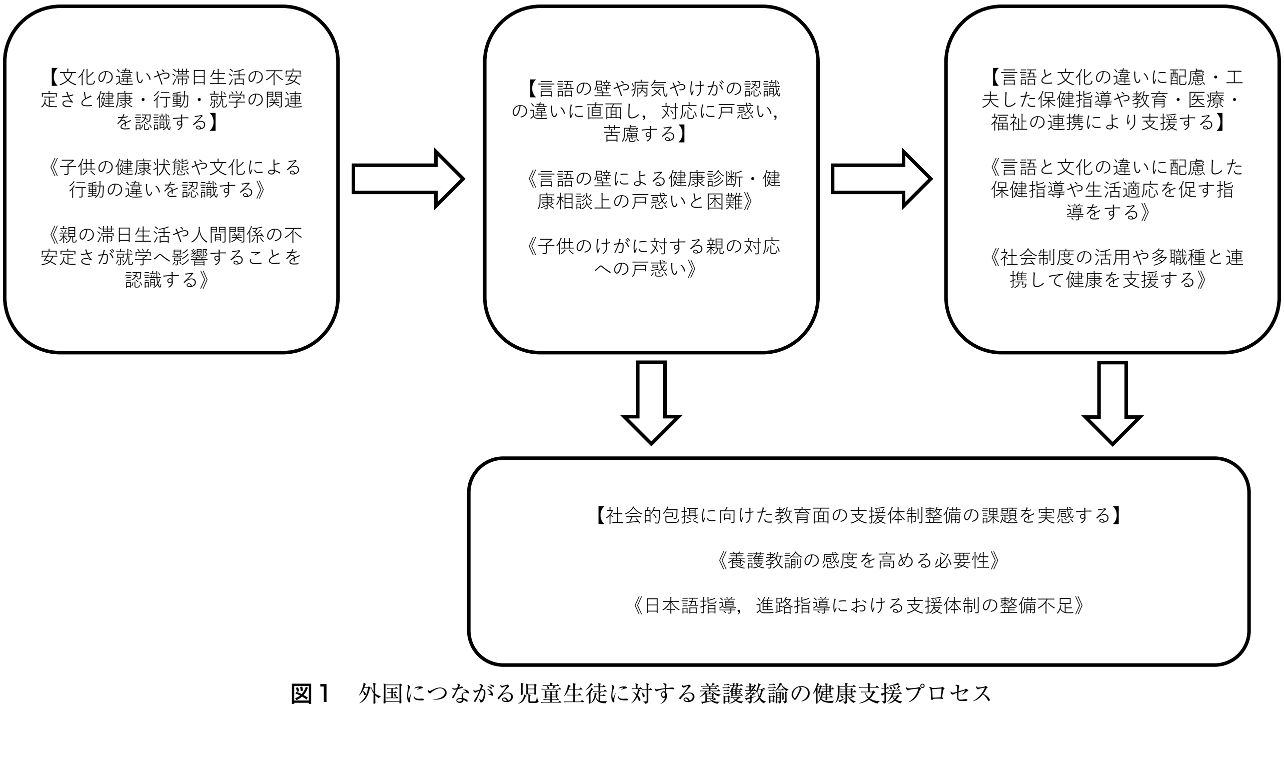


図１　外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセス

における支援体制の整備不足》という教育面の支援体制整備の課題があげられていた（表６）．

３．カテゴリー，サブカテゴリーと概念の説明

【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】のカテゴリーは，《子供の健康状態や文化による行動の違いを認識する》と《親の滞日生活や人間関係の不安定さが就学へ影響することを認識する》の２つのサブカテゴリーからなっている（表３）．

表３　【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】のサブカテゴリー，概念，概念の定義，ヴァリエーション

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名	定義	主なヴァリエーション
文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する	子供の健康状態や文化による行動の違いを認識する	健康状態の個人差の大きさの認識	子供の健康状態に個人差が大きいことを認識する	・健康状態は日頃からすごく問題になっているお子さんはごく一部（YT1）． ・むし歯が多い子は多く，一番多い子は９本，他にも４本持ってたり３本持ってたり（YT4）．
		食文化の違いが給食に表れることの認識	母国の食文化の違いが，給食に表れることを認識する	・信仰上で給食が食べられなくて，お弁当を持ってくる子もいるし，給食を全部食べる子もいるし，自分でよける子もいるし，対応はいろいろで，後は食べ慣れていないから食べないって（YT3）． ・牛乳は母国では飲んでいないから飲めないと（YT2）．
		文化的な集団生活上の行動の違いの認識	母国の文化により集団生活上の行動に違いがあることを子どもの様子から認識する	・（国によって）ペースも違い，すごくのんびりで集団行動が１歩２歩３歩遅れてしまう（YT6）． ・並ばないで普通に抜かしたりとか割り込んだりとか．逆にすごく真面目で掃除とかよくやるなって真面目な子が多いとか二極化しています（YT5）．
		身なりや態度に文化の違いが表れることの認識	ピアス等の装飾や衣装などの身なり，大人びた態度に文化の違いが表れることを認識する	・ピアスが普通に．それでも化粧をしたりマニキュアしたりピアスしたりって，小学生は私服なので……（省略）（YT）． ・ストレートで好きなら好きっていう気持ちをはっきりと（YT6）．
	親の滞日生活や人間関係の不安定さが就学へ影響することを認識する	親の滞日生活の不安定さによる影響の認識	親の都合で帰国が決まるなど，滞日生活が不安定であることの影響を認識する	・働くお父さんを残してお母さんと子供だけ（母国に）帰る．お金が無くなった頃に戻ってくる（YT6）． ・ずっと日本で生活していくのか，それとも国に帰るのかというのも不安定で，本人も分かっていない人もいて（YT1）．
		子供の就学に対する親の動機の弱さの認識	親の都合で子供を退学させるなど，就学に対する親の動機が弱いことを認識する	・卒業しないままの子たちが多くて親御さんから電話が来て，学校やめますって．（私の国）は義務教育の年齢ではないし，本人もいやだって行きたくないって言ってるのでやめますって（YT1）． ・学力よりも働き手が欲しいっていうお家も多くいます（YT1）．
		同国の親同士の関係が就学に影響することの認識	親の都合で子供を転校させるなど，同国の親同士の関係性が不安定なことを認識する	・同国の親同士で（けんかして）引っ越しちゃいます．（略）…親が仲悪いと子ども同士も絶対口をきかないくらいで，転校し，転入先に一人がいくとそれを追って行く（YT3）．

注１）ヴァリエーション内の（　）の記述は，著者の補足である．
注２）バリエーションの後の養護教諭の記号は，同一人の発言を示す目的であり，表２の対象者の順番とは一致しない．

さらに《子供の健康状態や文化による行動の違いを認識する》は，４つの概念からなっており，健康課題のある児童生徒はごく一部と少ない傾向にあるが，むし歯の多い児童生徒もいるという〔健康状態の個人差の大きさを認識〕すること，「信仰上で給食が食べられなくて，（以下略）」や「牛乳は母国では飲んでいないから飲めない」のように母国の〔食文化の違いが給食に表れることを認識〕すること，掃除などにおける子どもの様子から母国の文化により〔文化的な集団生活上の行動の違いを認識〕すること，ピアス等の装飾や衣装などの〔身なりや態度に文化の違いが表れることを認識〕することであった．

《親の滞日生活や人間関係の不安定さが就学へ影響することを認識する》は，４つの概念で構成され，「ずっと日本で生活していくのか，それとも国に帰るのかというのも不安定で，本人も分かっていない人もいて」のように親の都合で帰国が決まるなど〔親の滞日生活の不安定さによる影響を認識〕すること，「学力よりも働き手が欲しいっていうお家も多くいます」とか「（私の国）は義務教育の年齢ではないし，本人もいやだって行きたくないって言ってるのでやめますって」のように，親の都合や判断で子供を退学させるなど〔子供の就学に対する親の動機の弱さを認識〕すること，「同国の親同士で（けんかして）引っ越しちゃいます」のように親の人間関係の影響で子供が転校するなど〔同国の親同士の関係が就学に影響することを認識〕することで構成されていた．

【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】のカテゴリーは，《言語の壁による健康診断・健康相談上の戸惑いと困難》と《子供のけがに対する親の対応への戸惑い》の２つのサブカテゴリーで構成されている（表４）．さらに，《言語の壁による健康診断・健康相談上の戸惑いと困難》は，「保健調査票とか色々な調査が全部ひっかかって，日本語が分かればその書類関係はスムーズに出たんですが，回収が困難をきたしました．（以下略）」のように〔言語の壁による健康診断の困難さ〕と「子供たちの健康課題はやはり具合が悪くなった時に言葉で意思疎通ができないので，細かい所がちょっと分からないです．（略）子供が子供を通訳して私に言ってくるっていう感じになっています」のように〔言語の壁による不調の訴えの理解，判断，対応の困難と戸惑い〕の体験により構成された．先の困難や戸惑いは，児童生徒本人の健康支援の場合であったが，困難と戸惑いの体験は児童生徒への対応に限らない．《子供のけがに対する親の対応への戸惑い》は，「親がすごく主張してきます．うちの子は悪くないって．ちょっと顔をけがしたら治らなかったら訴えてやるって」のように〔子供のけがに関する親の主張の強さへの対応に戸惑う〕体験，「捻挫ですごく足の腫れた子がお母さんに連れられてきて保健室で湿布をしたんですけど，絶対にお医者さんに行かなくて知り合いのところに行って，石鹸水みたいな水に足をつけたからもう大丈夫って」のように，養護教諭の判断と指示とは異なった〔子供の病気やけがに対する親の認識と対応に戸惑う〕体験で構成されている．

養護教諭は，そのような困難に直面し，戸惑い，苦慮しながらも，外国につながる児童生徒の健康支援に対して責務を果たそうと工夫していた．**【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】**のカテゴリーは，《言語と文化の違いに配慮した保健指導や生活適応を促す指導をする》と《社会制度の活用や多職種と連携して健康を支援する》の２つのサブカテゴリーで構成されている（表５）．《言語と文化の違いに配慮した保健指導や生活適応を促す指導をする》は，「（略）保健室では言葉の通じない子供に対しては何で来たのか分からないので頭が痛い，お腹が痛い，気持ちが悪いっていう絵が置いてある」のように〔言語の壁を，視聴覚教材を使って補う工夫をした保健指導〕や，「ゴミ一つ，日本ではすごく細かく分けて捨てるけど，他の国では全部捨てちゃうって言っていました．でも日本人は小さい時からそうやって捨てているんだよって教えてあげると，あーそうなんだって，するようになりました」のように〔日本の学校生活に適応するために生活・衛生面の“ルール”への理解を促す指導〕の２つの概念で構成された．《社会制度の活用や多職種と連携して健康を支援する》は，「難民はこども医療費が使えていたので，通訳して市に問い合わせてしてもらう」のように医療費の負担を軽減する〔社会制度を利用して子供の受療を促す支援〕，「（略）一人入院していたお子さんは，病院の通訳さんから手紙をいただいて退院して順調に生活してますが，通訳さんとも手紙でやりとりをして今も健康管理しています」のように〔健康課題のある子供を多職種で連携した支援〕の２つの概念で構成された．

最後に，**【社会的包摂に向けた教育面での支援体制整備の課題を実感する】**のカテゴリーは，《養護教諭の感度を高める必要性》と《日本語指導，進路指導における支援体制の整備不足》の２つのサブカテゴリーで構成されていた（表６）．さらに《養護教諭の感度を高める必要性》は，「もうちょっとアンテナを高くして（外国の）子どもに気を付けないといけないのかなって」のように「外国の子がまた休んでるっていう感覚（略）」の〔マンネリから脱し養護教諭の感度を高める必要性〕という概念で構成した．《日本語指導，進路指導における支援体制の整備不足》は，「学力にも遅れがある以外にも将来に展望が持てないお子さんもいます」や「なかなか日本の生活習慣になじめない子もいます」のように支援体制が整備不足であるために〔日本での生活適応の困難さと将来展望の不透明さ〕を抱えているという概念と，「日本語指導で来てくれる先生なので毎日来ないで週に２～３回とか」や，学校内の予算や人材の問題もあるだろうが「（翻訳した保健調査は）あっても本校は一番多い母国語用を作ってくださいって言っても作ってもらえない

表4 【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】のサブカテゴリー，概念，概念の定義，ヴァリエーション

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名	定義	主なヴァリエーション
言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する	言語の壁による健康診断・健康相談上の戸惑いと困難	言語の壁による健康診断の困難さ	言語の問題で，健康診断時の調査票，検査・検診に困難が生じる	・保健調査票とか色々な調査が全部ひっかかって，日本語が分かればその書類関係はスムーズに出たんですが，回収が困難をきたしました．翻訳したプリントもあるので，それを活用するにあたっても80人近かったので，すごくバタバタしました（YT1）． ・ぎょう虫卵検査を説明するのがすごく難しかった（YT3）． ・就学時（検診）は困難で，言葉の検査にしても知能検査にしても（YT6）．
		言語の壁による不調の訴えの理解，判断，対応の困難と戸惑い	言語の問題で，子供の心身の不調の訴えを理解，判断，対応するのが難しく，戸惑いを感じる	・子供たちの健康課題はやはり具合が悪くなった時に言葉で意思疎通ができないので，細かい所がちょっと分からないです．この前も頭痛いって来たけど，結局はめまいだったんです．それはちょっと通訳してもらって，子供が子供を通訳して私に言ってくるっていう感じになっています（YT2）．
	子供のけがに対する親の対応への戸惑い	子供のけがに関する親の主張の強さへの対応に戸惑う	子供のけがに対する親の強い主張への対応に戸惑う	・親がすごく主張してきます．うちの子は悪くないって．ちょっと顔をけがしたら治らなかったら訴えてやるって．けがをしたら誰にやられたの，どうしたって，すぐ聞いて，足を引っ掛けられたとか，この辺を擦り傷したらもう大変なので（YT1）．
		子供の病気やけがに対する親の認識と対応に戸惑う	子供が病気やけがをしても病院を受診させない親の認識と対応に戸惑う	・捻挫ですごく足の腫れた子がお母さんに連れられてきて保健室で湿布をしたんですけど，絶対にお医者さんに行かなくて知り合いのところに行って，石鹸水みたいな水に足をつけたからもう大丈夫って（YT3）． ・熱が２～３週間続いたらお医者さんに行くとか．熱がすごく出ているから，口内炎もできているから病院に行ってくださいっていっても行かないですよ．そのうち治るってお家の人は言うんですよ．（略）……歯にしろ，体のことにしろ，いよいよ悪くなるまでお医者さんには行かない（YT2）．

注１）バリエーションの後の養護教諭の記号は，同一人の発言を示す目的であり，表２の対象者の順番とは一致しない．

のが実情です」のように〔学校や地域での日本語教育面の支援体制の不十分さ〕を体験し，再認識するという概念で構成されている．

Ⅳ．考　察

本研究の目的は，外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援プロセスを明らかにし，多文化共生の視点に立った健康支援のあり方と学校と社会における支援的教育環境の整備に向けた課題を探索することであった．その結果，養護教諭の健康支援プロセスは，【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】ことから始まり，このことにより【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】体験をしていた．しかし，困難に直面し，戸

表５　【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】のサブカテゴリー，概念，概念の定義，ヴァリエーション

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名	定義	主なヴァリエーション
言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する	言語と文化の違いに配慮した保健指導や生活適応を促す指導をする	言語の壁を，視聴覚教材を使って補う工夫をした保健指導	言語の問題を乗り越える工夫として，視覚による教材を用いて子供の訴えを把握し保健指導を行う	・普段の授業でも耳と視覚とに訴えられるように授業で工夫をしていたり，保健室では言葉の通じない子供に対しては何で来たのか分からないので頭が痛い，お腹が痛い，気持ちが悪いっていう絵が置いてある（YT6）.
		日本の学校生活に適応するために生活･衛生面の“ルール”への理解を促す指導	母国と異なる日本の学校生活に適応するために必要な生活のルールや衛生習慣の理解を促す	・夜は何時に寝る，外には出ちゃいけないよとか，すごく厳しくして．うちの学校のルールは守っていこうねって，日本ではこうだよってきちんと教えて，（略）……（YT2）. ・ゴミ一つ，日本ではすごく細かく分けて捨てるけど，他の国では全部捨てちゃうって言っていました．でも日本人は小さい時からそうやって捨てているんだよって教えてあげると，あーそうなんだって，するようになりました（YT2）. ・こちらもずっと日本で生活をしていくのであれば，適応していく力を一緒に考えていきたい（YT1）. ・だいたい日本の言葉も分かるし，日本の習慣も分かるし，（略）……，外国籍だからっていうのはあまりなくなります（YT6）.
	社会制度の活用や多職種と連携して健康を支援する	社会制度を利用して子供の受療を促す支援	医療費の負担を軽減する支援制度を紹介するなど，子供の受療を促すよう働きかける	・難民はこども医療費が使えていたので，通訳して市に問い合わせてしてもらう（YT1）. ・日本はタダで行ける，申請できることも勧める（YT2）.
		健康課題のある子供を多職種で連携した支援	健康課題のある子どもを学校･医療･福祉が連携して支援する	・病気を持っているお子さんも一人います．一人入院していたお子さんは病院の通訳さんから手紙をいただいて退院して順調に生活してますが，通訳さんとも手紙でやりとりをして今も健康管理しています（YT1）. ・（外国籍の生徒が）すごく少ない学校にいる時は，お友達ができなくて不登校になりがちなお子さんもいました．女の子でしたけど．お母さんもお友達ができなくて担任の先生が家族ごと支えていたような感じなんです（YT1）.

注１）ヴァリエーション内の（　）の記述は，著者の補足である．
注２）バリエーションの後の養護教諭の記号は，同一人の発言を示す目的であり，表２の対象者の順番とは一致しない．

惑いながらも【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】よう文化の違いを認めて取り組んでいた．この支援の過程で，多文化共生の視点に立った健康支援の課題として，外国につながる児童生徒と保護者の【社会的包摂に向けた教育面の支援体制整備の課題を実感する】までに至るプロセスであった．このプロセスから，外国につながる児童生徒に対する養護教諭の健康支援のあり方と課題を考察する．

表６　【社会的包摂に向けた教育面での支援体制整備の課題を実感する】のサブカテゴリー，概念，概念の定義，ヴァリエーション

カテゴリー	サブカテゴリー	概念名	定義	主なヴァリエーション
社会的包摂に向けた教育面での支援体制整備の課題を実感する	養護教諭の感度を高める必要性	マンネリから脱し養護教諭の感度を高める必要性	マンネリ化した感覚から脱して，養護教諭が感じ取る力を鋭くする必要があるとの自覚	・もうちょっとアンテナを高くして（外国の）子供に気を付けないといけないのかなって．外国の子がまた休んでるっていう感覚になりつつあるので気を付けていきたいなと思います（YT3）．
	日本語指導，進路指導における支援体制の整備不足	日本での生活適応の困難さと将来展望の不透明さ	日本での進路や将来展望が不透明であるという課題があること	・子供も自分の将来が（略）…まだ見えていないので，（略）……，学力にも遅れがある以外にも将来に展望が持てないお子さんもいます（YT1）． ・なかなか日本の生活習慣になじめない子もいます（YT2）． ・不安定な感じで，自信を無くしちゃう子も多いです．学力的にも高校進学っていうのはね．どうやって生きていくのか親子で見えてない家も多いです（YT1）．
		学校や地域での日本語教育面の支援体制の不十分さ	学校や地域において日本語教育における支援体制が整っていないという課題があること	・親の日本語が少しでも習得できれば，もうちょっと上手くコミュニケーションとか連携が取れる（YT2）． ・（翻訳した保健調査は）あっても本校は一番多い母国語用を作ってくださいって言っても作ってもらえないのが実情です（YT5）． ・（日本に）来たばかりで，一番支援してあげなくちゃいけないのに言葉（言語）が分からなくて支援をしてあげられない．何となくジェスチャーで言って困っている様子は分かるんだけど，どうしたいって聞いても向こうも私に話せない（YT2）． ・一定期間日本の学校に慣れる前に集めて言語面等の支援することをしてから，各地域の学校に行くっていうことはできないかって．学校側も良いし家庭もある程度，外の輪ができたりする（YT1）． ・日本語指導で来てくれる先生なので毎日来ないで週に２～３回とか（YT4）． ・日本語指導員の方が日本語を指導するんです，特に（他の国の）言葉が分かるわけではない（YT3）．

注１）ヴァリエーション内の（　）の記述は，著者の補足である．
注２）バリエーションの後の養護教諭の記号は，同一人の発言を示す目的であり，表２の対象者の順番とは一致しない．

１．文化の違いや滞日生活の不安定さが健康・生活・就学に影響することの認識

本研究で明らかになったプロセスの第１段階は【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】のカテゴリーであった．文化・社会的な多様性を持つ外国につながる児童生徒の健康支援では，健康状態，生活状況の把握とともに，親の日本での滞在状況，生活状況，地域での人間関係等を把握すること，母国における生活文化や価値観等の特徴を理解しようとする姿勢が求められており[3)31)]，その表れといえる．

そもそも養護教諭は健康支援を行う際に，身体的問題，生活習慣等の生活行動上の問題，いじめや不登校等の心の問題，発育の問題，健康意識等の保健面の知識・態度や意欲の問題等，多面的に捉える必要がある[37)]．そのためには，外国につながる児童生徒の健康支援では，彼らの生活習慣を規定する信念や認識は個々の生育過程で培

われ，母国や地域の文化の影響を受けて形成されていること[21]，さらに親の滞日生活や人間関係の不安定さが彼らの生活習慣や就学に影響することを認識し，彼らの健康状態や生活状況，態度等とともに母国の生活文化を含めて捉える必要がある．この点からは，本研究のプロセスの第１段階は，養護活動の第１段階として，ある程度適切な対応であったといえる[32]．

さらに，在日外国人家族の立場からすれば，母国と日本では教育に関する法律や制度が異なり，言語の壁や文化の壁もあるため，学校行事等を含め，日本の学校教育に対して理解不足や情報不足となりがちである．しかも，彼らの生活背景は非常に多様であり，国籍や現在の居住地域のみならず，親の国籍や結婚，生活歴等，複数の要素が関連し合い，家族の来日時期や日本での生活期間によって，多様な支援ニーズをもっている[38]．そこで，養護教諭は外国につながる児童生徒を，地域の生活者として地域―家族―個人の中で位置づけて認識する必要がある[37]．つまり，養護教諭をはじめ教育関係者は，文化の違いや滞日生活の不安定さに関する認識にとどまらず，日本の学校でのPTA活動や学校行事や日本の子育て文化等の学校生活に関する知識や情報と，生活者としての多様な支援ニーズに適した社会的サービスの情報を積極的に提供する態勢を備える必要がある[37]．この点に関しては，今後対象者を日本語指導員，通訳者，管理職，担任等にまで広げて探求する必要がある．

２．言語・文化の違いによる戸惑い・苦慮と，乗り越えるために配慮・工夫した保健指導

１）言語・文化の違いに配慮・工夫した保健指導

健康支援プロセスの第２段階は【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】体験であった．養護教諭に限らず，保健や医療場面において言語・文化の違いがある人の健康支援の場面では，対応に戸惑いや苦慮を体験している．たとえば，保健師による在日外国人母子の支援事例では，日本語による情報伝達困難に起因する問題が多岐に派生しており[38]，言語の壁から支援者である保健師の苦手意識や対応経験の乏しさが対象者理解やニーズ把握に影響を与えていると報告されている[40]．看護師の研究では，在日外国人患者の持つ生活習慣，食文化の違い，宗教や異なる価値観への対応を懸念し，その関わりに抵抗を感じていたと報告されている[27]．しかし，外国につながる児童生徒を教育システムから排除することなく，健康支援を行っていくには，戸惑いや苦慮に対処しつつ，言語・文化の違いに配慮して工夫した保健指導の実践を積み重ね，養護教諭間で共有する取り組みが必要である．

養護教諭のフィジカルアセスメントでは，観察やバイタルチェックなど非言語的な情報とともに，身体的な症状やけがの訴えなど児童生徒から得る言語化された情報を合わせて，予測される疾患・外傷や異常を念頭に置きながらアセスメントする[41]．そのため，対象者の養護教諭も，【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】のカテゴリーが生成されたように，言葉の壁により心身の不調の訴えを理解，判断，対応する上で困難さや戸惑いを体験しており，苦手意識が生じていた可能性がある．

しかし，本研究のプロセスでは，言語の壁によって日本語の情報伝達が困難でありながらも，《言語と文化の違いに配慮した保健指導や生活適応を促す指導をする》のサブカテゴリーが生成され，困難な中でも〔言語の壁を，視聴覚教材を使って補う工夫をした保健指導〕の実践が示された．このように，外国につながる児童生徒の傷病に対して絵カードなど視聴覚教材等を用いて言葉の壁を補う工夫をすれば，支援が可能であることを示している．

２）日本の学校生活に適応するための生活･衛生面のルールの指導

日本の学校や社会への適応を助ける支援と母国の文化的資源を尊重し育む支援とが両立する社会環境の必要性が報告されている[17,31]．本研究の健康支援プロセスにおいても，〔日本の学校生活に適応するために生活・衛生面の“ルール”への理解を促す指導〕の概念が生成され，保健指導のみでなく，母国と異なる日本の学校生活に適応するために必要な生活のルールや衛生習慣の理解を促す指導が認められた．これは，日本社会に適応して長く生活していく力を育てる意図からであるが，母国の文化的資源を尊重し育む支援と両立する支援となっているかという点では，課題がある．

この背景には，公立学校の多くにおいて学校文化のマジョリティの価値が維持され，マイノリティの多様な価値を排除しがちな学校文化[42]や，日本人が異文化に対する理解を示しながらも日本文化に適用させようとする意識が強く働く[43]ことがあげられる．そのため，養護教諭においても，生活文化の違いがみえやすい生活習慣において集団生活の仕方や健康習慣，食習慣，清潔習慣等，日本の学校文化のマジョリティに価値観を置いて偏ったものの見方をしてしまう可能性がある．

したがって，養護教諭が，児童生徒の母国の生活習慣や親の状況，他の児童生徒との関係性に配慮しつつ，日本の学校社会の中でいじめ等の排除の問題が発生しないよう支援するには，自身が持っている価値基準と自分と異なる文化的価値観や思考について振り返り[44]，絶えず問い直していくことが重要な課題となる．そのためには現職研修のみでなく，養成課程での教育が必要である．

３．教育・医療・福祉の連携による支援

知人やきょうだい等に通訳者がいても医療通訳の知識や経験がない場合，母国に存在しない制度等は理解できないことも少なくない[39,40]．そこで，健康課題のある外国につながる児童生徒に対して養護教諭は，《社会制度の活用や多職種と連携して健康を支援する》のサブカテゴリーが生成されたように，社会制度の活用や多職種と

連携した健康支援も行っていた．病気のある児童生徒の場合はとくに，言語の壁による情報不足や母国との保健医療制度の違いがあっても，医療へのアクセスや医療保険制度を利用できるよう〔社会制度を利用して子供の受療を促す支援〕が重要である．養護教諭には，児童生徒の健康問題への迅速な対応のために保護者への助言も必要とされている．したがって，養護教諭には，医療や福祉の専門機関や専門家と連携して，児童生徒の健康状態により必要と判断すれば，通訳者の確保を求めたり，親に保健医療の情報を提供したりできるような支援態勢を整えておくことが求められる．とりわけ，医療や保健に関して知識があり説明できる通訳者や日本語指導員等の人材配置が欠かせず[39)40)45)]，その整備は多文化共生の視点に立った健康支援の課題であり，学校における支援的教育環境の整備の喫緊の課題である．

４．社会的包摂に向けた教育面での支援体制整備の課題

学校や教育における支援体制の課題は，２点あげられた．ひとつは，外国につながる児童生徒の健康や教育の課題に対する養護教諭の専門職としての自覚の問題である．もう一つは，彼らの学校や地域における生活適応や将来の進路を支援していくための，日本語教育と進路・キャリア面での支援体制の整備の問題である．

１）養護教諭の専門職としての自覚

在日外国人の子どもの生活課題として，幼稚園，小・中学校におけるコミュニケーションや生活習慣，文化の相違に伴う問題，日本語能力や母語保持，不就学，不登校，非行等といった教育課題があげられている[16)44)46)]．そもそも，養護教諭には，他の教職員と連携して，多様化複雑化する園児・児童生徒の問題に対応して，全ての園児・児童生徒が生涯にわたって健康な生活を送るために必要な力を育成する役割が求められている[47)]．したがって，養護教諭には，外国につながる児童生徒の健康課題に対してマンネリ化，あるいはステレオタイプ化した見方をするのではなく，アンテナを高くして感知し，保健医療や福祉，言語，教育等に関する関係者と連携・協働して，多様な支援を展開する力量形成が必要である．

マルティネスによると，母国に保健師が存在しないこと，育児では通常母親に相談するという文化により，ペルー人の母親は保健師の存在を理解していなかった[48)]．すなわち，日本では，諸外国のスクールナースとは異なる学校教育法に基づいた養護教諭という専門職が設けられており，児童生徒の健康状態に応じた支援を行っているが，母国にない制度であるため，外国につながる児童生徒や親には認識されづらい．したがって，彼らに健康診断や救急処置，健康相談，保健指導等を職務とする養護教諭の存在と学校保健システムに関する情報提供を行い，健康課題がある場合には，専門職である養護教諭に支援を求めることができるとの理解を促進することも必要である．

２）日本語教育や進路・キャリア面での支援体制の整備

早期の日本語教育支援が得られないために，日本語能力が伸びず，学力にも遅れが生じることで，学校でのいじめや嫌がらせで自信を失いやすく，学校での居場所を失い，学校になじめなくなってしまう[31)46)]．いじめ等により学校で傷ついた体験をしながら，〔親の滞日生活の不安定さによる影響を認識〕で取り上げたように，家庭の経済的不安定さは家庭での居心地の悪さにもつながるとともに，親や身近にロールモデルとなる人が見つけにくい状態を生み，アイデンティティの形成や将来像も不透明になる[46)]．しかも，「学力よりも働き手」という親の就学動機の弱さ，高校入試のハードルの高さは，就学の継続や進学への意欲をそぐ要因になっているだろう．このように《日本語指導，進路指導における支援体制の整備不足》における〔学校や地域での日本語教育面の支援体制の不十分さ〕の問題は，〔日本での生活適応の困難さと将来展望の不透明さ〕の一つの大きな原因とみなせる．

「外国人児童生徒等の教育の充実について」[31)]でも，「日本語の能力が十分でない外国人児童生徒等は，言葉のハンディから，学習や交友関係の形成に困難を抱えがちである．このため，適切な指導・支援の下で将来への現実的な展望が持てるよう，学校の内外を通じ，日本語教育のみならず，キャリア教育や相談支援などを包括的に提供する必要がある」との認識を示し，日本語教育の体制整備とキャリア教育や相談支援などが，対策として挙げられた．

日本語教育の体制整備に関しては，2019年に「日本語教育の推進に関する法律」が施行され，外国人等である幼児，児童，生徒等を対象に，「幼児期及び学齢期にある外国人等の家庭における教育等において使用される言語の重要性に配慮」しつつも，日本語教育の機会を拡充することを示している．有識者会議の報告書[31)]では，日本語指導のための教師等の確保に関して，2026年までに「日本語指導が必要な児童生徒18人に対し教師１人を標準とした配置を実現する」としている．さらに，「「チーム学校」の観点に基づき，学校全体で外国人児童生徒等教育の体制を構築することが重要である」とも述べられている．

キャリア支援に関しては，「中学校段階においては，小学校での学習の積み重ねを基に，外国人生徒等の日本語能力の評価を一層充実し，適切な日本語指導・教科指導を行うことにより，高等学校への進学を促進することが求められる」[31)]としている．

1990年から30年を経過して，やっと日本社会で外国につながる児童生徒の受け入れ体制整備が進み始めた．しかし，外国につながる児童生徒への対応は，彼らの親の理解のもとで進められることになる．教員の多忙さと多重役割が一層増すことに加えて，本研究で明らかになった親の経済的不安定さ，人間関係の不安定さ，就学に対

する価値づけの低さ，親の日本語能力の低さなど，学校や教育的対応を越えた課題がある．さらに，日本語のハンディや容姿や行動様式などの違いからくる，学校でのいじめや嫌がらせ，差別といった問題，それに伴うメンタルヘルスの問題にも，対応が求められる[50]．すなわち，多文化共生の焦点は，外国につながる児童生徒への差別，偏見と，学校や社会全体がどのように立ち向かっていくのか，を視野に入れる必要がある．それゆえに，日本語教育や多文化教育，多文化カウンセリングの専門家が不足する中で，現職教員と教員養成課程の学生に対する多文化理解教育が不十分な現状で，果たして「チーム学校」に基づく支援体制の構築が可能だろうか．この支援チーム体制の中で，養護教諭は専門職として何を自覚し，どのような役割を担うのかが，これから問われてくる．

５．本研究の限界と今後の課題

本研究は，外国につながる児童生徒の多い公立学校に勤務する養護教諭６名の語りによる結果である．この分析結果は，外国人が集住する都市地域の学校の養護教諭における健康支援であり，外国人散在地域の養護教諭による健康支援の特徴とは異なる可能性がある．したがって，養護教諭の経験年数の幅や地域を広げて検討することが課題である．

今後導入され，整備されていく「チーム学校」の方針に基づいた，外国につながる児童生徒の支援体制の中で，養護教諭はどのような役割を担い，健康支援を行っていくのか，今後の研究課題である．さらに，高校に進学した外国につながる生徒の健康支援についても，検討する必要がある．

Ⅴ．結　　語

養護教諭の外国につながる児童生徒に対する健康支援のプロセスは，【文化の違いや滞日生活の不安定さと健康・行動・就学の関連を認識する】【言語の壁や病気やけがの認識の違いに直面し，対応に戸惑い，苦慮する】【言語と文化の違いに配慮・工夫した保健指導や教育・医療・福祉の連携により支援する】【社会的包摂に向けた教育面の支援体制整備の課題を実感する】という５つのカテゴリーで構成されていることが明らかになった．

謝　　辞

本研究にご協力をいただきました養護教諭の皆様，関係者の皆様に深く感謝いたします．本研究は，日本学校保健学会企画研究助成を受けて実施したものである．

文　　献

１）法務省入国管理局：出入国管理及び難民認定法及び法務省設置法の一部を改正する法律案の骨子について　資料１. 2018. Available at: https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gaikokujinzai/kaigi/dai2/siryou1.pdf Accessed March 14, 2021

２）出入国在留管理庁：在留外国人統計（旧登録外国人統計）統計表．Available at: http://www.moj.go.jp/isa/policies/statistics/toukei_ichiran_touroku.html Accessed March 13, 2021

３）文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課：外国人児童生徒受入れの手引き改訂版．Available at: https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/clarinet/002/1304668.htm Accessed March 13, 2021

４）日本学術会議地域研究委員会　多文化共生分科会：提言　外国人の子どもの教育を受ける権利と修学の保障―公立高校の「入口」から「出口」まで．令和２年　Available at: http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t289-4.pdf Accessed March 24, 2021

５）日本学術会議心理学・教育学委員会　排除・包摂と教育分科会：提言　すべての人に無償の普通教育を　多様な市民の教育システムへの包摂に向けて．2020年．Available at: http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/kohyo-24-t295-2-abstract.html Accessed March 22, 2021

６）文部科学省：外国人の受入れ・共生のための教育推進検討チーム報告書．2018. Available at: https://www.mext.go.jp/a_menu/kokusai/ukeire/1417980.htm Accessed March 22, 2021

７）文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課：外国人の子供の就学状況等調査結果（確定値）概要．2019. Available at: https://www.mext.go.jp/content/20200326-mxt_kyousei01-000006114_01.pdf Accessed March 14, 2021

８）文部科学省：令和２年度　学校基本調査．Available at: https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00400001&tstat=000001011528. Accessed March 22, 2021

９）文部科学省：「日本語指導が必要な児童生徒の受入状況等に関する調査（平成30年度）」の結果の訂正について　2020年. Available at: https://www.mext.go.jp/content/20200110_mxt-kyousei01-1421569_00001_01.pdf. Accessed March 22, 2021

10）文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課：外国人児童生徒等教育の現状と課題．Available at: https://www.soumu.go.jp/main_content/000684204.pdf Accessed March 13, 2021

11）田中宝紀：内閣府第２回「外国人の子ども・若者支援セミナー」配付資料　外国にルーツを持つ子どもの課題と支援．2014 Available at: https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/mondai/h26/k_2/pdf/s2-1.pdf Accessed March 14. 2021

12）佐々木香織：外国につながる子どもの学習支援の現状と課題―外国人散在地域・新潟の事例より―．日本語教育 170：1-10．2018

13）土屋千尋，内海由美子，中川祐治ほか：外国人散在地域における外国につながる子どもの教育支援の連携・協働―山形・福島の事例として―．帝京大学教育学部紀　２：

147-155, 2014
14）e-Stat統計で見る日本：在留外国人統計（旧登録外国人統計）2020年６月．Available at: https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E5%A4%96%E5%9B%BD%E4%BA%BA&layout=dataset Accessed March 22, 2021
15）法務省：平成30（2018）年　埼玉県在留外国人統計．Available at; https://www.pref.saitama.lg.jp/a0306/keikakutoukei/h30-12toukei.html Accessed August 2, 2020
16）石戸教嗣：埼玉県における「日本語を母語としない子ども」に対する教育支援ネットワークの形成．2014 Available at: https://documen.site/download/pdf698kb_pdf# Accessed March 22, 2021
17）朝倉隆司：日系ブラジル人児童生徒における日本での生活適応とストレス症状の関連―愛知県下２市の公立小・中学校における調査から―．学校保健研究　46：628-647, 2005
18）谷渕真也：滞日日系ブラジル人の学校適応，親子関係及び社会参加に関するコミュニティ心理学的調査―同一地域の日本人親子との比較を中心に―．広島大学大学院教育学研究科紀要第三部　58：183-192, 2009
19）江　志遠，顧　佩霊，李　欣曄ほか：在日中国人就学生の異文化ストレッサーとソーシャルサポート源がメンタルヘルスに及ぼす影響．心理臨床学研究　29：563-573, 2011
20）佐藤由美，斎藤智子，山田淳子ほか：在日ブラジル人学校に通う児童・生徒を対象にした健康診断の取り組み．保健師ジャーナル　66：996-1001，医学書院，2010
21）小島祥美：ブラジル人学校における日本の学校検診モデルの適用と可能性．学校保健研究　56：427-434, 2015
22）宮原香里，近田玲子：在日ブラジル人の母親の子どもへの性教育に関する悩み―小児健康評価相互作用モデルを基盤とした質的研究―．佐久大学看護研究雑誌　4：39-49, 2012
23）中嶋知世，大木秀一：外国人住民における健康課題の文献レビュー．石川看護雑誌　12：93-102, 2015
24）松本秀明，榎　悦子，小川哲平ほか：日系ブラジル人のライフスタイルと健康状態に関する疫学的研究．東海大学健康科学部紀要　7：53-58, 2002
25）松本秀明，横山公通，小川哲平ほか：日系ブラジル人と日本人の食生活習慣と生活習慣病関連因子に関する疫学的研究．東海大学健康科学部紀要　8：13-20, 2003
26）呉　珠響，斉藤恵美子，河原加代子：都市部の一地域に暮らす在日フィリピン人の肥満と生活習慣の実態．日本地域看護学会　11：74-79, 2009
27）野中千春，樋口まち子：在日外国人患者と看護師との関係構築プロセスに関する研究．国際保健医療　25：21-32, 2010
28）World Health Organization: Making every school a health promoting school: Available at: https://www.who.int/healthpromotion/en/ Accessed August 2, 2020
29）文部科学省：保健体育審議会答申「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興について」平成９年９月22日
30）文部科学省：中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」平成20年１月27日
31）外国人児童生徒等の教育の充実に関する有識者会議：外国人児童生徒等の教育の充実について（報告）令和２年３月 Available at: https://www.mext.go.jp/content/20200528-mxt_kyousei01-000006118-01.pdf Accessed July 14, 2021
32）小林央美，盛　昭子：養護活動の過程．（岡田加奈子，河田史宝編著）．養護教諭のための現代の教育ニーズに対応した養護概論―理論と実践―．65-76，東山書房，京都，2016
33）石田有紀，園田直子：養護教諭の経験年数の違いによる一人前意識．久留米大学心理学研究　15：1-7, 2016
34）安梅勅江：ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法―科学的根拠に基づく質的研究法の展開―．1-126，医歯薬出版株式会社，東京，2004
35）木下康仁：GTAタイプ別コーディング方法の比較，グラウンデッド・セオリー論，45-150，弘文堂，東京，2014
36）木下康仁：ライブ抗議M-GTA実践的質的研究法　修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて，15-303，弘文堂，東京，2013
37）池波志乃：学校看護概論．（岡田加奈子，遠藤伸子，池波志乃編著）．養護教諭，看護師，保健師のための学校看護―学校環境と身体支援を中心に―，9-45，東山書房，京都，2012
38）橋本秀実，伊藤　薫，山路由美子ほか：在日外国人女性の日本での妊娠・出産・育児の困難とそれを乗り越える方略．国際保健医療　26：281-293, 2011
39）田中郁子，柳澤理子：外国人医療通訳者の体験した困難とその対処，国際保健医療　28：305-316, 2013
40）青山京子，国井由生子，柳澤理子ほか：特別な保健医療ニーズをもつ在日外国人母子の保健福祉サービス活用にかかわる保健師の支援プロセスと影響要因．日本地域看護学会誌　16：22-31, 2014
41）岡田加奈子：養護教諭にとってのフィジカルアセスメント（山内豊秋監修，三村由香里，岡田加奈子編者）．保健室で役立つフィジカルアセスメント，22-32，東山書房，京都，2014
42）加賀美常美代：グローバル社会における多様性と偏見（加賀美常美代，横田雅弘，坪井健ほか編著）．多文化社会の偏見・差別―形成のメカニズムと低減のための教育，12-36，明石書店，東京，2012
43）日暮トモ子：多文化共生社会に求められる保育とは．教育と医学　743：54-61, 2015
44）久米昭元，長谷川典子：異文化摩擦の要因．ケースで学ぶ異文化コミュニケーション．223-239，有斐閣選書，東京，

2014
45）高橋謙造，重田正信，中村安秀ほか：臨床医からみた在日外国人に対する医療保健ニーズ―群馬県医師会小児科医会における調査報告―．国際保健医療 25：181-191，2010
46）毎日新聞取材班編：にほんでいきる 外国からきた子どもたち．明石書店，東京，2020
47）文部科学省：「現代的健康課題を抱える子供たちへの支援～養護教諭の役割を中心として～」平成29年３月
48）マルティネス真喜子，畑下博世，河田志帆ほか：労働目的で来日した在日ペルー人女性の生活と育児．日本地域看護学会誌 15：97-106，2012
49）閣議決定：日本語教育の推進に関する施策を総合的かつ効果的に推進するための基本的な方針 令和２年６月23日．Available at: https://www.bunka.go.jp/seisaku/bunka_gyosei/shokan_horei/other/suishin_houritsu/pdf/92327601_02.pdf
50）人権教育啓発推進センター：平成27年度法務省委託調査研究事業 ヘイトスピーチに関する実態調査報告書．2016 Available at: http://www.moj.go.jp/content/001201158.pdf Accessed March 25, 2021

（受付 2020年３月18日 受理 2021年８月18日）
代表者連絡先：〒370-3511 群馬県高崎市金古町1534-20
（中下富子）

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；175－180

■連載　日本学校保健学会が保健教育の未来を考える
Let's Talk about the Future of School Health Education in Japanese Association of School Health

第３回 「世界との比較で保健教育をどうみるか」 —米国と英国の動向からみた課題と解決の方向性—

植　田　誠　治
聖心女子大学現代教養学部

Issues in School Health Education Found through Trends in Other Countries —Challenges and Solutions of the Trends Found in the United States and the United Kingdom—

Seiji Ueda
Faculty of Liberal Arts, University of the Sacred Heart, Tokyo

Ⅰ．はじめに

1985年，日本の文化を米国に紹介する恩賜財団のミッションに参加し，米国マサチューセッツ州ボストン郊外に３週間滞在した．その際，州教育庁に足を運び，同州の保健教育カリキュラムの資料をいただいた．当時大学院生として保健教育内容の現代化に関する研究に取り組んでおり，その資料には大いに刺激を受けた．それから約35年，その間米国ペンシルヴェニア州とカリフォルニア州での長期研修，英国，カナダ，スウェーデン，フランスなど諸外国の教育機関での調査などを経験した．保健教科書教材の開発や学習指導要領作成協力などの作業に従事する際には，常にそのあり方を考える際の視座の１つとして，世界の保健教育の動向を意識してきた．これらの経験から感じているのは，当然ながらそれぞれの国ごとの保健教育には特徴がみられるものの，意外に保健教育の抱える課題や保健教育の置かれる位置については共通するものが多いということである．そして世界との比較で最も参考になるのは，抱える課題に対してそれぞれの国が，どのようなアプローチで解決しようとしているかではないかと考えている．

本稿では，以上のことも踏まえ，連載第１回の高橋氏が示した３つの枠組みに沿いながら，特に米国ならびに英国（英国は連合王国であるが，ここではイングランドを中心とする）での近年の動向を中心にしながら標題に迫ることとしたい．

Ⅱ．保健教育が教科と教科外に分かれるという形に必然性はあるのか？

１．教科であることの意味

2015年12月10日，米国学校保健学会（American School Health Association）のメーリングリストを使って，次のようなニュースが届いた[1)]．

「本日オバマ大統領が新しい初等中等教育法である“Every Students Succeeds Acts（ESSA）—すべての児童生徒を成功に導く法”（以下ESSAとする）に調印した．この新法では，包括的な教科（Well-Rounded Education Subject）が定義され，そこに保健と体育が含まれている．このように両方の教科が，同時にかつ明確に，主要な教科として連邦法に含まれるのは初めてであり，記念すべきことである．」

米国保健体育教師協会（Society of Health and Physical Educators, SHAPE America）も，すぐに同様の内容とともに，「ESSAは，保健と体育のプログラム（専門能力開発を含む）のための資金へのアクセスを増やし，州と学区が資金と説明責任のために独自の優先順位を設定することを可能にする」ことをホームページに提示した[2)]．

これらは，ESSAによって，保健が（体育とともに）主要な18の教科の１つとして位置付けられたことを歓迎する情報である．2015年以降であるが，2017年秋までにESSAに基づきすべての州は実施計画を米国教育省に提出し承認されている．そして，2017～2018年度に変更が開始され，新型コロナウイルス禍によって遅れがみられるものの，2019～2020年度の完全な実施を目指して各州での作業が進められてきている．

英国では，1988年の教育改革法により，必修10教科から成る全国共通カリキュラム（National Curriculum）が導入された．ここには体育は含まれているが，保健は含まれていない．現在は，12の教科を基礎教科（Foundation Subjects）と呼び必修化している．保健に関係するものとしては，「人格，社会性及び保健の教育（Personal, Social and Health Education）」（以下PSHEとする）と呼ばれる教科横断的な領域を設けて教育課程を構成することが推奨されてきた．このPSHEは，現在は「人格，社会性，保健及び経済の教育（Personal, Social, Health and Economic Education）」に改変されている．なお，性の教育については，これらとは別に，1993年の教育法によって必修の内容とすることが定められている．

2020年９月から，PSHEは，初等教育では「人間関係

の教育（Relationships Education）」，中等教育では「人間関係と性の教育（Relationships and Sex Education（RSE））」，そして保健については，州予算による初等・中等教育での「保健教育（Health Education）」に改変されている．そして，PSHEは依然必修教科ではないものの，すべての児童生徒の教育に重要かつ必要なものであり，すべての学校は，よい実践例（Good Practice）を利用してPSHEを教える必要があることが明示されている[3]．また学校には，PSHE教育を利用して，必要に応じて，薬物教育，金融教育，性と人間関係の教育，健康的なライフスタイルのための身体活動と食事に関する内容を構築することを求めてもいる．さらに国は登録慈善団体であるPSHE協会に助成金を提供し，このPSHE協会では，学校が独自のPSHEカリキュラムを開発し，教育の質を向上することができるように，学校に資料を提供したり，PSHEを推進する教師のための教育を行ったりするなどの積極的な活動を行っている．

2013年にPSHE協会を訪問して聞き取り調査をした際，PSHE協会はPSHEを必修教科にする働きかけを強く国に対して行ってきており，ちょうどその時そのことが実現しそうであったが最終的に否決されたと担当者がとても残念がっていたことを覚えている．先に示した米国と同様に，教科として位置付けるかどうかは，教育政策的に，特に予算や資金獲得上重要なのである．

教科とは，教育の目的を達成するために組織される教育課程（Curriculum）の編成の構成要素となるもので，児童生徒に教える知識・技能等の内容を，教育的な観点から系統立てて組織した領域群であり，教科の目的や価値は，児童生徒が，当該教科の内容そのものを学ぶこととその教科の内容を通して陶冶的価値を学ぶことによって，人間形成をはかることにある[4]．教科のこのようないわば第一義的な目的や価値は揺るぐものではないが，米国や英国の例から，知識・技能等の内容を教科として位置付けることは，その教科の持つ目的や価値の実現可能性を高める条件としての意味を持つということを押さえておく必要がある．当たり前のことではあるが，教科として位置付けることが目的ではなく．

２．教科を主張する過程

先に，米国ではESSAで保健が（体育とともに）主要な18の教科の１つとして位置付けられたことを示したが，ESSAの特徴は，2001年から続いてきた旧法“No Child Left Behind（NCLB）―すべての子どもを落ちこぼれさせない法”（以下NCLBとする）と異なり，連邦政府の裁量を，州や地域の裁量に移行する（もどす）点にある．

米国では，1990年代に児童生徒の高いレベルの学業達成のための新しい教育戦略，ツール，資料などの必要性の機運（教育の卓越性）と教育政策（National Education Goals, Goals 2000: Educate America Act）のリードにより，芸術，国語，理科，体育など様々な教科の背景にある学問分野において，児童生徒が何を知り，何ができるようになるべきかを特定するスタンダード（共通基準）が作成された．そして，2001年以降，NCLBにより，連邦政府が示すスタンダードが拘束力を持つようになる．米国においては，教育に関する連邦政府の権限が憲法で定められておらず，教育はそれぞれの州の管轄事項であるが，全国的な学力低下という状況も背景としながら，この約四半世紀は，連邦政府の裁量が強くなってきていたのである．

保健もこのような流れの中で，1995年に米国がん協会がスポンサーとなり，米国公衆衛生学会，米国学校保健学会，米国健康教育学会の合同委員会により，National Health Education Standardsが作成される（2007年に改訂版作成）．

スタンダード運動とも呼ばれるこの動向は，その遂行により学力間格差をなくそうとするものであったが，そもそも列挙されたスタンダードの数がそれらを学ぶに必要な時間として使える時間を上回っており，この問題を定量化した研究では，児童生徒がすべてを学ぶとすると今の学校教育の時間に15,465時間，すなわちあと９年間の学校教育が必要になると推測しており，内容が過剰で時間が不十分という過剰負担の問題を抱えていた[5]．なかでも特に強調された教科は，数学と国語と理科であり，数学と国語は，３年生から８年生まで，毎年到達度テストを行い，理科については，小・中・高校の校種それぞれで少なくとも１度は行い，このスタンダードの達成をはかろうとした．しかし，理念はよいとしても，その進め方が各地域特有のニーズを考慮しておらず実際にはうまくいっていないこと，テスト対策にあまりに多くの授業時間が取られすぎたことによる他教科とのバランスのくずれ等が指摘されてきていた．NCLBには，保健と体育は中核的な教科には含まれておらず，その法の下ではそれらの教科の連邦政府への資金アクセスは限定的であり，全国的に保健と体育のプログラムと予算は減少することとなった．

そして現在，ESSAに基づき，保健ではマサチューセッツ州やカリフォルニア州をはじめ各州において，州のスタンダードの見直しが進められてきている．

以上のような過程を振り返ると，米国の教育界での最も大きな課題が学力低下の問題であり，国はそれに焦点化して改革を進めた．各教科でスタンダードが作られ，保健も遅れることなくスタンダードを作成した．しかしそれらスタンダードは過剰であることや，それぞれの州のニーズにあっていないことが課題となった．ただし，各教科のスタンダードが作られていたことから，各州はそれを大きな手掛かりとしてそれぞれのニーズにあった形で独自のものを作成するようになってきている．このようにスタンダードの内容を基にして，課題の明確化と解決の検討，そして連邦政府レベルでの検討と州レベルでの検討といった大きなうねりの中で，最もよいあり方が模索されてきている．この検討の際には，保健教育の

教科内・教科外といった発想はない．むしろできればすべてを教科で，という発想といえる．

筆者は，いわゆる教科としての保健教育を「生涯を通じる保健教養を身に付けるよう，基礎・基本の内容が系統性を持って構成されて行われるもの」，そしていわゆる教科外の保健教育（保健指導）を「その空間（地域や学校など）と時間（時代や季節など）が有する緊急性・重要性のある喫緊の健康課題を解決するよう行われるもの」として，両者はベン図のように関連して重なるところも多いものの，それぞれの特徴を生かして，児童生徒の生涯と今の健康づくりに貢献しようとしてきたと考えてきた．「保健教育が教科と教科外に分かれるという形に必然性はあるのか？」と問われると正直答えに窮したが，その問いでハッとしたことがある．米国や英国での教科としての位置付けへのこれまでの取り組みは，上に示した「生涯を通じる保健教養を身に付けるよう，基礎・基本の内容が系統性を持って構成されて行われる」いわゆる教科としての保健教育と「その空間（地域や学校など）と時間（時代や季節など）が有する緊急性・重要性のある喫緊の健康課題を解決するよう行われる」いわゆる教科外の保健教育の両方の目的や価値を，保健という教科の目的や価値として踏まえたパラダイムでの奮闘であり，それゆえ今日に至っているのではないかということである．

教科は絶対的なものではなく，社会の変化に伴い，その存在価値が問われるは当然である．今日の情報化社会，知識基盤社会における教科としての保健の存在価値や存在理由について，教科としての保健教育と教科外の保健教育を統合して，あらためて問い主張していくという検討も必要であるように思われる．

Ⅲ．保健体育という枠組みは妥当か？

米国では，保健と体育を１つの教科として扱っている州や学区もあれば，保健と体育をそれぞれ別の教科として扱うところもある．近年では，多くの学校において，保健と体育を別に教え始めているところが多くなってきている[6]．州の法令上の教科構成で保健と体育が別になっているのは，カリフォルニア州，フロリダ州，ニューヨーク州，ウィスコンシン州などである[7]．公立及び私立の学校で資格を持つ保健教師の必要性は高まり続けており，米国労働統計局（U.S. Bureau of Labor Statistics）は，2010年から2020年の間に，認定健康教育者（Certified Health Educator）の仕事が37％増加し，それらの仕事の多くが小学校，中学校，高校の保健教師によって占められると推定していて，このことは他の分野の中学校や高校の教職を含め同様の職業を大幅に上回っている[8]とする情報もある．このような動向には，先に示したスタンダードが保健と体育それぞれに作成されたことも関係しているであろうし，米国保健社会福祉省（U.S. Department of Health and Human Services）が作成したHealthy People2020において，小学校，中学校，高校の保健教育を必修とする割合を増やすことが目標とされ，それに付随して様々なリソースを整備することが明示された[9]ことも大きい．

一方，筆者が米国50州の教員免許から調べたところ，保健体育として教えているのは，コロラド州，ニュージャージー州，ペンシルヴェニア州，ワシントン州などであり，名称が保健フィットネス，体育保健安全などいった保健体育とはやや異なるものや体育という名称ではあるが保健的内容も含まれているものも含めると20州となっている．そして，注目すべきは，コロラド州，コネチカット州，ニュージャージー州では，総合保健体育（Comprehensive Health and Physical Education）という教科名を用い始めていることである．例えば，ニュージャージー州では，幼稚園から高校３年生（K-12）までのすべての児童生徒たちがウェルネスと健康と体育の間の自然で学際的な関連を強調する総合的で系統性のある保健体育プログラムに参加することを求め，この総合保健体育という教科を教育課程の中核をなす１つとして位置付けている[10]．

このように米国では，保健と体育を別に教えようとする流れと，保健と体育を統合して総合的に教えようとする流れがみてとれる．米国保健体育教師協会では，保健と体育それぞれのスタンダードを大事にしながらも，140年続く保健体育という枠組みは崩さず，全米20万人以上の保健体育教師の支援を続けてきている[2]．また，保健と体育の教員免許をそれぞれに資格として出している州にある教員養成の学部を持つ大学のプログラムを調べると，保健と体育のそれぞれの教員免許を取得できるコースを設けつつ，保健と体育の両方の教員免許を取得することのできるコースを設けている[11]．

英国では，先にも述べたように，伝統的に教科として体育が重視され，全国共通カリキュラム（National Curriculum）でも必修教科として位置付けられている．保健についての内容は必修教科ではないPSHEで扱われている．そして体育には，1999年の全国共通カリキュラムの改訂以後（PSHEも1999年の改訂以後設けられている），その内容の一つとして「体力と健康に関する知識と理解」が加えられた[12]．この内容は保健的なものではあるが，体育の教科の一部として扱われているに過ぎない．

カナダやオーストラリアは，体育から保健体育という教科への改変が顕著となっている[13,14]が，学校での実際の運営上の問題（特に時間の問題）と教員養成の問題も指摘されている．また，体育，保健体育，身体リテラシー，健康リテラシーといった用語の氾濫が教育現場に混乱をもたらしているとの指摘もある[15]．

「保健体育という枠組みは妥当か？」という問いに対して枠組みが妥当かどうかを諸外国との比較だけで答えることは難しいが，同様の問いに対して，諸外国，とりわけ英語圏において，今日議論されていることは確かで

あり，その際，保健と体育を分けて考える方向性と保健と体育を統合して考える方向性，そしてその両者の方向性に共通して，新しい用語や概念を整理して，新たな形での保健体育とはどのような教科で，あるいは新たな体育とはどのような教科であるのかという検討がなされており，今後それら諸外国とも意見を交換しながら検討していくことに意義があるのではないかという点は指摘しておきたい．

Ⅳ．教科の中であるいは教科の外で保健教育は正しく機能しているか？

さて，この問いに対しては，正しく機能しているかどうかを見極めていく際に参考となる事例を２つ紹介することとしたい．

１．保健教育評価システム

米国では，Healthy People2020の目標達成を目指して，連邦政府レベルでの検討と，州や学区レベルでの検討，そして実行という点で，疾病予防センター（Center for Disease Control and Prevention, 以下CDCとする）の活動が特徴的である．保健教育に関しては，その情報収集・提供と保健教育カリキュラムの評価ツールの開発・提供をしている．情報収集・提供は，保健教育の全国の動向について，「学校保健政策とプログラムに関する研究（School Health Policies and Programs Study）」があり[16]，その中で保健教育に関する調査結果について，1994年から今日まで公表が続いている．評価ツールの開発・提供は，保健教育カリキュラム分析ツール（Health Education Curriculum Analysis Tool）（以下HECATとする）であり[17]，2006年に最初のものが提供され，2012年に改訂，そして2021年からはオンラインでデジタル化も図られている．HECATの目的は，州や学区の教育機関に，保健教育カリキュラムの選択または開発を支援するためのツールを提供することである．National Health Education Standardsにも対応し，総合的な保健教育カリキュラムのみならず，アルコール及びその他の薬物，健康的な食事，精神保健，個人衛生とウェルネス，身体活動，安全，性，タバコ，暴力の防止といった個別の内容の保健教育にも対応し，州や学区のニーズに準拠してカスタマイズできるように工夫されている．

２．効果性や保健と学力の関係などの知見の蓄積

2015年，NCLBの下，全国的に保健と体育のプログラムと予算が減少している際に，米国学校保健学会年次総会に参加したが，その際報告されていたCDCの継続した調査でも体育の授業の減少によって児童生徒の健康が脅かされていることが問題視されていた．当時カリフォルニア州サンディエゴで研修していた筆者も実際に，サンディエゴに在住する保護者や大学院生などから，体育の授業時間がこんなに少なくてよいのかといった声を耳にしていた．そこでサンディエゴ州立大学で体育科教育を専門としていたMckenzie氏を訪問し聞き取り調査をしたことがある．すでに名誉教授となっていた氏は，幼稚園から12年生（日本の高校３年生）までの身体活動がいかに彼らの健康にとって必要かを，氏が開発に関わったSPARKプログラム[18]の効果のエビデンスを示しながら熱く語られた．Mckenzie氏は，その後2018年に米国保健体育教師協会の最高賞を取られ殿堂入りされている．SPARKプログラムはいわば，商品化された（Commercial）プログラムで，（幼児）児童生徒の健康を改善するための身体活動プログラムであり，このようなプログラムのエビデデンスは協会の年次大会や様々な学術雑誌に紹介されてきている．

保健においては，Teenage Health Teaching Moduleや日本にも紹介されたKnow Your Bodyのほか，Reducing the Risk やGrowing Healthyといった民間の商品化された保健教育課程（カリキュラム）があり，多くの州で学区や学校に推奨されている．

米国では，これらの民間プログラムの効果性についての検討がなされることが多い．またその効果性のエビデンスがミシガン州保健教育モデル（Michigan Model for Health, K-12）などの保健教育カリキュラム作成に応用されている．

倫理的配慮や利益相反を踏まえつつ，このような前向き（Prospective）な研究が必要である．

さらに，米国や英国では，児童生徒の健康と学業成績の関係に関する研究が多く認められ[19, 20]，間接的であれ保健教育の必要性を裏付けるものとなっている．

Ⅴ．おわりに

以上，米国と英国の動向を中心に検討を進めてきた．第１回で示された問いに対してダイレクトに答えきれていないところもあるが，今回の検討から日本での保健教育の課題解決のための提言，特に学術団体としてすべきことを意識して２，３提言し，まとめに代えたい．

現在日本では，小学校で体育科が，中学校・高校では保健体育科が教科として置かれている．米国，カナダ，オーストラリアも似た状況にあり，体育科なのか保健体育科なのか，さらにそれら教科の中身はどうあるべきかが検討されている．その際に指摘されている課題には，時間の確保と教員養成（現職教育を含む）がある．教科の形態は異なるが，英国においても同様の課題がみられる．

日本の場合，小学校体育科の保健領域は３～６年生だけにしかなく，３，４年生は２学年で８時間程度，５，６年生は２学年で16単位時間程度しか教えられる時間がない．高校では，２単位（70時間）あるものの，中学校では３年間で48時間しかない．米国ウィスコンシン州では，小学校１，２年生は週に75分，３，４年生は週に100分，５，６年生では週に125分が保健教育に充てられている[7]．日本の状況は，あまりに時間が小学校，中学校で少な過ぎると言わざるをえない．スタンダード運動の動向に関す

る記述では，過剰負担の問題を指摘したが，米国ではその経験を生かして，各教科の時間のバランスを考えてきている．その際には各教科（学問領域）の境界を保ちながら関連を持たせていく工夫もなされている．このような教育政策決定過程の必要性に影響を与える研究と主張が必要である．

そして教員養成（現職教育）の質の向上である．時間が一定確保されれば（確保されるためには），その時間で充実した授業を行うことのできる教師が当然必要となる．米国では1990年代以降，多くの州において，高い水準の教育成果を達成するために必要十分な資源を求める考え方である「適切性」の観点から学校財政制度改革が進められている．そして教育の目標や基準を達成するために教育費が算定されるようになっており，教育の成果を基にして，予算が編成されるようになってきている．そのような制度改革をリードするニュージャージー州では，主要な教科を定め，その１つである総合保健体育でも基準が設けられ，５年ごとに見直し更新することが義務付けられている．基準の設定とともに，実際にその基準を満たしているのかどうかを評価し，その成果を問うというシステムが整備されてきている[21)]．日本において，このようなアカウンタビリティのシステム開発は遅れている．少し教員養成（現職教育）とは異なると感じられるかもしれないが，成果は教師の力量と密接に関係する．アカウンタビリティのシステム開発と並行して，成果をあげる授業を行うことのできる保健教師の養成・採用・現職教育の研究やワークショップなどの取り組み，そして保健教師へのプログラムや教材の効果性の提示などが必要である．

保健教育の位置付けに関して，米国の場合は，Healthy People2020（そして2030）での目標設定，CDCによる情報収集・提供と保健教育カリキュラムの評価ツールの開発・提供という連携や，米国がん協会がスポンサーとなり，３つの学会の合同委員会により，National Health Education Standardsが作成されたことを示したが，これらが与えた影響は大きい．複数の組織，複数の学術団体あるいは複数の行政機関の連携や合同作業など横のつながりによる，国民の持つべき保健（安全）の共通教養とは何か，そして保健教育はどうあるべきかといった基本的な保健教育設計の検討が必要である．

文　献

１）植田誠治：アメリカ最新「保健体育」情報トピック．体育科教育　64:56, 2016

２）Society of Health and Physical Educators（SHAPE America）：Every Students Succeeds Acts. Available at https://www.shapeamerica.org/advocacy/essa.aspx Accessed July 31, 2021

３）Department for Education（Gov. UK）：Guidance Personal, Social, Health and Economic（PSHE）Education. Available at https://www.gov.uk/government/publications/personal-social-health-and-economic-education-pshe/personal-social-health-and-economic-pshe-education Accessed July 31, 2021

４）日本教科教育学会編：教科とその本質—各教科は何を目指し，どのように構成するか—．教育出版，東京，2020

５）Wiggins G, McTighe J：Understanding by Design（Expanded 2nd Ed.）, Person Education Inc., New Jersey, 2006

６）Britannica for Kids：Health and Physical Education. Available at https://kids.britannica.com/students/article/health-education-and-physical-education/274805 Accessed July 31, 2021

７）文部科学省：諸外国の初等中等教育．明石書店，東京，2016

８）Teaching Certification Com.：Health Teacher Certification. Available at https://www.teaching-certification.com/health-teacher-certification.html Accessed July 31, 2021

９）U.S. Department of Health and Human Services：2020 Topics & Objectives, Early and Middle Childhood. Available at https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/early-and-middle-childhood/objectives Accessed July 31, 2021

10）New Jersey Department of Education：New Jersey Student Learning Standards. Available at https://www.nj.gov/education/cccs/ Accessed July 31, 2021

11）例えば南アラバマ大学では保健教育プログラムと体育プログラムとは別に統合保健体育プログロム（Merged Health and Physical Education Program）を開設している．Available at https://www.southalabama.edu/colleges/ceps/hks/under-healthpe-merged.html Accepted July 31, 2021

12）植田誠治：イギリスの保健教育，保健のカリキュラムの改善に関する研究—諸外国の動向—，「教科等の構成と開発に関する調査研究」研究報告書(17)．国立教育政策研究所，31-42，2004

13）Kilborn M, Lorusso J, Francis N：An Analysis of Canadian Physical Education Curricula. European Physical Education Review 22, 23-46, 2016

14）Lynch T：Australian Curriculum Reform II Health and Physical Education. European Physical Education Review, 20, 508-524. 2014

15）Lynch T："Physical Education", "Health and Physical Education", "Physical Literacy" and "Health Literacy"：Global Nomenclature Confusion. Cogent Education（Online Journal）, 3, 2016

16）Center for Disease Control and Promotion（CDC）：CDC Healthy Schools. Available at https://www.cdc.gov/healthyschools/index.htm Accessed July 31, 2021

17）Center for Disease Control and Promotion（CDC）：

HECAT Health Education Curriculum Analysis Tool 2021. Available at https://www.cdc.gov/healthyyouth/hecat/pdf/2021/full-hecat-2021.pdf Accessed July 31, 2021
18）SPARK：SPARK PE Available at https://sparkpe.org/ Accepted July 31, 2021
19）Center for Disease Control and Promotion（CDC）：Health and Academic Achievement. Available at https://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/pdf/health-academic-achievement.pdf Accessed July 31, 2021
20）Public Health England：The Link Between Pupil Health and Wellbeing and Attainment. Available at https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/370686/HT_briefing_layoutvFINALvii.pdf Accessed July 31, 2021
21）植田誠治：米国ニュージャージー州におけるコアカリキュラム基準の一つとしての教科「総合保健体育」の動向．日本学校保健学会第67回学術大会（発表予定），2021

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；181－189

■連載　日本学校保健学会が保健教育の未来を考える
Let's Talk about the Future of School Health Education in Japanese Association of School Health

第３回「世界との比較で保健教育をどうみるか」
―フィンランドが指し示す日本の保健教育の未来―

小　浜　　明
仙台大学

Issues in School Health Education Found through Trends in Other Countries
―Finland's Today Shows Japan's Future Health Education―

Akira Kohama
Sendai University

Ⅰ．はじめに

世界の国々では，健康に関する教育が様々な形態でおこなわれている．たとえば，国別でみた健康に関連する教科等の教育課程における位置づけには，大きく分けて次の四つの類型を見出すことができる[1]．

第一の類型は，保健科という独立した教科形態を採っている国である．フィンランド，アイルランド[2)3)]，韓国などでは独立した教科となっている[4]．第二の類型は，日本と同じように体育科との合科形態を採っている国である．ニュージーランド，台湾[5]，ネパール[6]などがこれに該当する．第三の類型は，関連教科や特別活動の中で実施する形態を採っている国である．スウェーデン[7]，ドイツ，フランス，シンガポール，中国[8]などがこれに該当する．第四の類型は，国内で多様な形態が認められる国である．アメリカ（詳細は後述）やオーストラリア（６州とその他の特別地区で相違），イギリス（イングランド，スコットランド，ウェールズ，北アイルランドで相違）などがこれに該当する[9]．

この中で特に注意が必要なのが，アメリカである．学習指導要領で全国一律に履修させる教科とそれに充てる授業時数が厳格に定められている日本と違って，教育の地方分権が徹底しているアメリカでは，全米の１万５千を超える学区（School District）ごとに公教育の様相が異なる．

その理由は，アメリカには「学習指導要領」といった国家基準がないため，州の教育委員会が，保健教育の一定の枠組み（StandardsやFrameworkなど）は定めるが，実質的なカリキュラム作成や授業時数決定などの多くを「学区教育委員会」に権限委譲している[10]ことによる．このため，たとえ同じ州でも，公立学校で保健を独立教科として実施している学区もあれば，その隣の学区では保健と体育の合科形態で実施している場合もあり，さらにその隣の学区では保健という教科が無いということもある[11]．また，カリキュラムの概要について州の教育法で規定されている場合でも，その内容はごく大まかなものであり，とくに小学校段階では，個々の学校，そして個々の教師の自由裁量の余地が大きい[12]．

加えて，1990年代半ば以降から公表されているNational Health Education Standards（1995，2007）も，全米レベルの民間の学会が示した保健教育のあるべき指針であって，地方分権型教育行政が展開されているアメリカでは，日本の学習指導要領ほどの浸透力は持っていないと考える方が妥当といえる．結論を言えば，一言でアメリカの教育の事情を語ることは困難であり，アメリカの保健教育に関する報告も，あくまでも特定の州や学区，特定の学校の事例的なものとして捉える慎重さが必要となる．

Ⅱ．比較保健教育研究の可能性

比較研究は国と国との合わせ鏡である．他国の保健教育を介して，自国の保健教育において気がつかなかったところを知ることになる．そこでは，日本の保健教育が抱えている課題を他から学ぶということが比較研究にとって重要なことであり，これがよその国に学ぶ意味となる．この比較研究であるが，学問的研究として有効におこなわれるためには，次の３つの条件が必要といわれている．

①比較する２つ，あるいはそれ以上の国々に同一の事象が存在していること
②同一の事象が共通の基盤の上に立脚していること
③同一の事象に相異なった特質が表出していること[13]

日本では，「フィンランドの大学入学資格試験における保健科の試験」『体育学研究』（2014）[14]が公表されるまで，この国で保健の授業がおこなわれていることは知られていなかった．国立教育政策研究所『保健のカリキュラムの改善に関する研究―諸外国の動向』（2004）[15]でも，フィンランドは「空白」となっている．

その保健教育は，フィンランド語で「"Terveystieto"

（**て**るべすていと）以下，保健科（太文字はアクセント）」と呼ばれ，この国の教育課程上に位置づけられている．すなわち，フィンランドも日本も，同じ事象（保健科）が，同じ基盤（教育課程）の上に立脚している．ところが，同じ事象が同じ基盤に立脚しながらも，その表出には大きな違いがある．端的にいえば，フィンランドの保健科は，この国の物理，化学，生物，社会，歴史，地理などの科目と同程度か，それ以上の存在として教師や生徒たちに認知されている．

小論は，2017年８月にLasse Kannas（**ら**っせ **か**んなす）氏[16]が来日し，現在のヨーロッパの保健教育の状況も踏まえて講演した際に，最も成功している事例のひとつであると話す[17]フィンランドの保健科について紹介しながら，日本の保健科の未来について考察するものである．

さて，もうすでに言明しているが，小論では保健教育を教科保健という意味で用いている．ただし，それは決して教科と教科外とを二項対立的に捉えているものではない．地域や社会の実態や変化に合わせて日常的に教科外から教育内容を教科に取り入れ，それらを有機的に結合して授業を構想するという，フィンランドの保健科の在り方に沿った考え方[18]なのである．

Ⅲ．フィンランドの教育体系

この国の基本的な教育体系は，就学前教育（保育所，就学前学級），基礎教育（小学校１～６年と中学校７～９年），後期中等教育（普通高校と職業専門学校が各３年），高等教育（大学３年と高等職業専門学校３または４年，修士課程２年と博士課程３年）と，大まかに四段階に分けられる．1999年からは基礎教育が９年一貫の総合学校となり，現在は約98％の生徒が普通高校または職業専門学校へと進学する．授業料は公私立に関わらず就学前教育から高等教育に至るまで全て無償である．新学期が始まる2021年９月からは，これまで基礎教育までであった義務教育が，後期中等教育まで拡大されることになっている．

Ⅳ．教育課程における保健科の位置づけと担当教師

フィンランドでは，保健科と体育科はそれぞれ独立した教科となっている．ただし，小学校の６年間は合科的に環境科に保健の教育内容が含まれている．そののち中学に進むと，保健は教科として独立し，各学年に38時間，中学全体で114時間が配当されている．さらに普通高校では保健Ⅰ（必修１単位），保健Ⅱ・保健Ⅲ（選択各２単位）が，職業専門学校では保健Ⅰ（必修１単位）が，週１回，各36時間ずつ配当されている．特徴的なのは，保健Ⅲが，自然・社会・科学技術の保健サービスや健康に与える影響，政策が健康獲得に与える影響，小規模健康調査の計画（写真１）[19]・実施・評価・批評・発表，健康増進に関する事例研究などをおこなうための探究学習となっていることである．なお，保健Ⅱ・保健Ⅲは，第Ⅵ章で述べる高校卒業試験（日本では一般に「大学入学資格試験」と呼ばれているので，以下それに従う）で，保健科目を受験する生徒の大多数が履修する．

保健科担当教師は，教育課程の上では小学校が学級担任，中学と高校が保健科教師となっている．しかし，中学と高校の保健科教員養成は2002年にユヴァスキュラ大学を中心に始まったばかりであり，実際に大学を卒業して保健科免許を取得した教師は少ない[20]．そのため，現

写真１　ルセオ・ユルハ高校「保健Ⅲ」の授業風景：36時間の内の2時間目の授業（健康調査：生徒は二人一組になって調査票を作成中．タトゥ・ラウハンサロ先生は目的や方法等を教授したあとに個別に巡回指導している）

実的には体育科教師の多くが中学と高校で保健科も担当している．保健科担当教師の増員策としては，生物や物理,社会科,家庭科等の教師が,ユヴァスキュラ大学,テゥルク大学，オウル大学，クオピオ大学の夏季認定講習を受講することで保健科免許の取得を可能としている．

Ⅴ．保健科の教育課程とHealth Literacy

2000年代に入り，フィンランドでは保健科の教育課程改革を急速に進めてきた．そこに至るまでの歴史的な経緯は拙書[21]を参考にしていただきたいが，それまで不安定な位置づけだった保健科を，基礎教育法・後期中等教育法改定によって，教科として独立（2001）させ，保健科教師養成を開始（2002）し，保健科を含むNational Core Curriculumの改訂（高校2003，基礎教育2004）をおこない，保健科目の大学入学資格試験への導入決定（2006）とその開始（2007），保健科の学習状況調査（2013）の実施，新National Core Curriculum（基礎教育2014，高校2015）の公表，及び大学入学資格試験のCBT化（2017，なおCBT化については第Ⅶ章）と，計画的段階的に進めながら保健科の教科としての地位を高めてきた．

新National Core Curriculumは，基礎教育が2014年，高校が2015年に公表され，2016年の新学期から完全実施となっている．なお，新National Core Curriculumの英語版は，フィンランド語版から少し遅れて，基礎教育が2016年[22]，高校が2020年[23]に出版された．表１，２には，これら英語版を翻訳し，基礎教育と高校とも「必修・選択の別」「教科全体の役割と領域」「教科のねらい（目標）」「内容（単元）」の項目に分類してまとめて示した．

また，Health Literacyの考え方はヨーロッパや北米ではよく浸透しており，フィンランドでも表１，２に示した保健科の教育課程を通じて，子どもたちに形成させることが使命となっている．Health Literacyは，フィンランド国家教育委員会の「保健科の目的と価値」の中に次のように規定されている．

「保健科は学際的な知識を基盤とした教科です．保健科の使命は生徒に多様なヘルスリテラシーをはぐくむことです．健康，ウエルビーイング，安全に関する現象は，ヘルスリテラシーの様々な分野が，年齢に応じた形で出現しています．ヘルスリテラシーは，健康に関連する⑴理論的な知識，⑵実践的な知識，⑶批判的思考，⑷自己の気づき，⑸倫理的な責任（市民性）を含んでいます．」（National Board of Education, 2016）[24]

フィンランドの保健科は，これら⑴～⑸のヘルスリテラシーを子どもたちに身につけさせることが最終目的になっている．そして，それらがどれぐらい達成されているかの到達度を，高校卒業時に実施する大学入学資格試験で確認するという構造となっている．

Ⅵ．大学入学資格試験（Matriculation Examination）

フィンランドでは，大学入学資格試験があり，その試験科目の一つに保健科の試験がある．しかも，保健科目を受験する生徒は，一般科目12科目中最も多く，受験生に人気の科目となっている．ヨーロッパの国々では，イギリスのGCSE（General Certificate of Secondary Education）やドイツのアビトゥーア，フランスのバカロレアのような，大学入学資格試験が実施されている．しかし，保健科を全受験生が受験可能な科目として設定している国は，フィンランド以外にはない．また，2013年４月に実施されたフィンランド統一学力試験では，中学３年生を対象に，保健科と数学科の到達度テストがおこなわれている[25]．しかし，このような実態は日本の保健科教育研究者の間でもほとんど知られていない．

フィンランドの大学入学資格試験は，1852年に開始されたヘルシンキ大学入学試験が時代とともに変化してきたもので，現在はNational Core Curriculumに示された高校で履修すべき教科目の到達度を測定する卒業試験も兼ねている．試験は春と秋の２回，各高校の体育館や教室，各地区のアリーナなどを会場に実施され，連続する３回の実施期間内に必要な科目に合格しなければならない．必要な科目は４科目で，母国語１科目が必修，他に第二公用語，外国語，数学，一般科目の４科目の中から３科目を選択する．一般科目には，保健，心理，社会，物理，歴史，化学，生物，地理，哲学，倫理などの12科目がある．保健科目を選んだ場合，第Ⅶ章で述べるデジタル入学試験が導入されてからは全９問の出題となり，その中の６問を選択して解答する．

試験は１日１科目，朝９時の開始から15時の終了までの６時間と，保健科目の１問の解答に１時間が配当されるという，子どもにとっては非常にタフな試験時間となっている．また，その６時間には，いつ休息を取るか，いつ昼食を取るかも含まれており，それらの時間管理も各個人に委ねられている．保健科目の導入が決定されたのが2006年で，その翌年から試験が実施され，2010年以降はどの年も一般科目で保健科目を選択する受験者数が最大となっている（図１）．さらに，学部や学科，専攻によっては二次試験が課されており，その受験要件に保健科目を必須としている大学も複数存在する．

Ⅶ．大学入学資格試験の電子化と実際の出題例

大学入学資格試験全体の電子的試験（CBT：Computer Based Tests）化は，2016年から各科目で漸進的に導入され，保健科目も2017年９月から実施された（写真２[26]）．

受験者は，ネットにつながっていないパソコンに，当日渡される試験問題や情報が入ったメモリースティックを差し込んで，それに解答を保存して提出するように

表１　フィンランドにおける保健科の教育課程（小・中学校）

	基礎教育（小・中学校）		
学年	第１・２年	第３～６年	第７～９学
教科名（必修・選択）	環境科（必修）		保健科（必修）
⑴教科全体の役割 ⑵保健領域・教科のねらい	⑴①学習の意義，価値観，意識，②探究や実行力の育成，③知識及び理解 ⑵保健領域では，環境と関連づけて，健康を支援・防御する活動や，衛生や安全及び健康の保持増進する内容の理解を必須で扱う		⑴保健科では，環境と関連づけて，健康を支援・防御する活動や，衛生や安全及び健康の保持増進する内容の理解を必須で扱う
内容（●領域：「単元」）	●発育・発達：「人体の各器官の機能の理解，人生の各段階と男女の発育・発達の違い，情意的技能と精神的健康の維持，自己と他者」●家や学校：「家の周りの環境の安全」「道路標識と交通安全」「外気と服装の選択」「体の不可侵権といじめ防止」「身の回りの清潔」「援助の求め方」●生きるために必須な基本的なものへの深い認識：「水，食べ物，空気，保温，ケア」「栄養や飲み物」「健康維持の習慣と実践」「幸福や喜び」●持続可能な生活：「廃棄物，リサイクル，分別」	●人としての私：「人の体の構造と機能，人の発育と発達」「二次性徴と相手を尊重した生殖に関する議論」「心とからだの変化，期待・責任・態度や価値への気づき」「毎日の生活習慣，精神や病気の予防」「感情の理解・表現・調整」●生活や共同体：「車や火事，電磁波と安全，交通事故，食中毒，酒や薬物，水質汚濁，いじめ防止，体と心の不可侵権」「応急処置の仕方，恐怖やリスクのある状況での行為」●環境：「健康の見方・考え方と地域の環境」「環境を守る義務と責任」●自然の原理と周期：「食物連鎖」●持続可能な未来の創造：「持続可能な自然素材の使用，健康増進，現在と未来までも人にやさしい福祉，グローバルに考えローカルに参加する方法」	●発育・発達と健康：「簡単な健康増進と病気の予防」「人の一生と発育・発達」「自己，自己イメージ，気づき，性発達，ケアの意義，家族と友人，精神衛生，自己評価」「安全な技能，相互作用の注意，感情の表現及び調整技能，感情のコントロール」「葛藤・問題状況・ストレス・危機の管理」●健康阻害と病気の要因：「健康的な生活リズム，睡眠，栄養，運動などの生活習慣」「セクシュアリティ，男女の性の異なる側面，性発達の多様性」「メンタルヘルス，健康を守る環境と共同体，レジャー活動」「安全の技能と能力，応急処置，自己管理，援助の求め方」「健康の指標や評価の信頼性」「能動的なライフスタイル，栄養問題や睡眠問題，ストレスによる健康被害」「若者の精神的苦痛や薬物依存の防止」「新興・再興感染症と国民病の予防」●共同体，社会及び文化と健康：「思春期で必要な基礎的能力」「持続可能な生活様式，社会，思慮深い責任ある消費」「生活環境の健康への影響，健康の保持増進，病気の予防，公共の健康運動やサービスの利用の仕方，環境的健康危機への対処」「市民としての平等と参加，人権の尊重」

参考：基礎教育ナショナルコアカリキュラム（2016）英語版

なった．これによって，これまでの紙媒体の試験では出題が制限されていた視聴覚資料（動画，音声等）が使用できるようになった．さらに，指定された計算ソフトなどを使って図やグラフの作成を要求されることもあり，PCというICT環境を活かした出題回答形式が随所に見られる．ここでは，近年の大学入学資格試験で出題された問題を，２例だけであるが紹介したい．

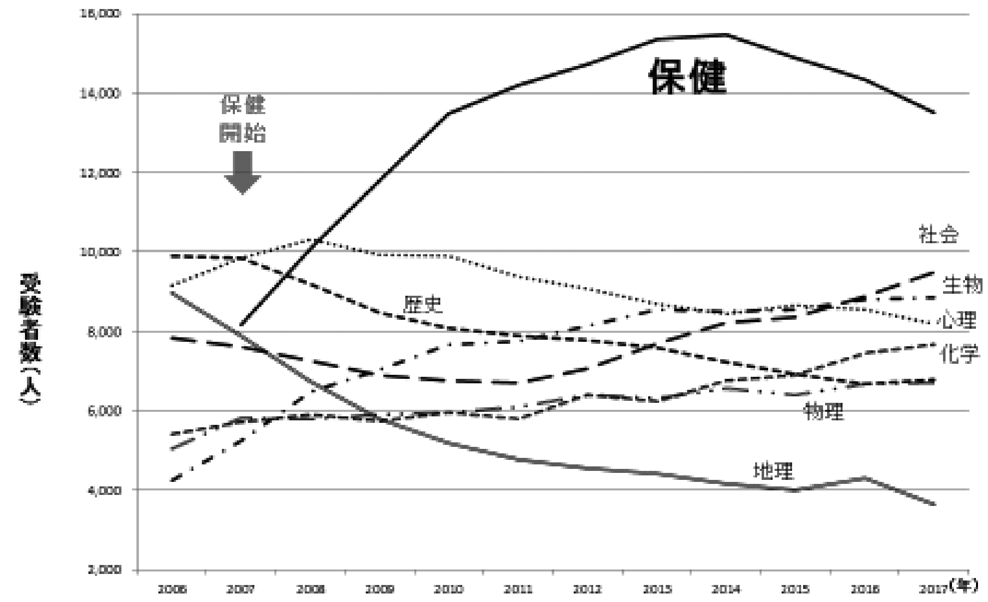
①〈2019.秋の試験〉表３は1977～2017年における国内の10万人あたりの主な死因を示しています．表のデータに基づいて死因別推移を折れ線グラフで描き，その図をスクリーンショットで解答欄に貼り付けて下さい．そのうえで，フィンランドの主な死因にはどのような変化があり，その変化の要因がどこにあるのかを論述しなさい．

日本ではがんが1981年より死因の第１位となっており，がん患者も年々増加している．新学習指導要領でもがん

表２　フィンランドにおける保健科の教育課程（高校）

後期中等教育（高校）			
学年	第１学年	第２学年	第３学年
教科（必修・選択）	保健科（必修１単位，選択２単位）		
⑴教科全体の役割 ⑵保健領域・教科のねらい	⑴保健では，学際的な知識を基盤とし，健康，幸福，および安全を支える能力を促進させる． ⑵グローバルな視点から個人，共同体，社会における多次元の存在としての健康と病気の関連した現象を調査し評価できる．健康と病気のリスク，原因，行動のメカニズム，結果を説明する際に，科学的概念と生活的概念の間の意味に違いを理解できる．自分自身と環境の健康と安全を促進できるように，最も一般的な病気の予防と治療の原則を理解し，セルフケアやメンタルヘルスの保護に関連した実践ができる．健康情報，保健教育の概念を適切に使用し，健康と病気，コミュニケーション，および健康文化に関連した多様な現象や情報を解釈し，批評的に評価できる．健康に関連した倫理的な課題を省察し，それらに関連する見解を述べることができる．社会の健康や政策決定，及び両方が公衆衛生，人口集団間の違い，医療体制，人々の健康行動にどのように影響するのかを理解できる．		
教科名と必修・選択	保健Ⅰ（必修）	保健Ⅱ（選択）	保健Ⅲ（選択）
目標	①健康リテラシーの促進，肉体的・精神的・社会的な要因が活動や機能に与える影響の理解，重要な生活や環境での達成度を評価できる②健康や病気の情報を獲得，使用，評価し，健康文化やメディア，技術開発の現象に，倫理と健康の観点から反映できる③科学的知識や生活知識の観点からの健康習慣や，健康や病気を説明する理論モデル，現象を認識し，理解できる④セルフケア関連の運用モデルと実践を適用できる⑤個人と社会の視点から非感染症と最も一般的な感染症の重要性を理解し，発生した要因及び感染防止のために社会が取った決定を反映できる	①心理社会的，人工的や自然環境など，どのような要因が遺伝子と環境に関連して，健康と機能的能力に関連と影響を与えるかを知って評価する②人生や発達で起こる出来事を知って，行動や対処法を提示する③健康，病気，安全と価値の熟考に健康リテラシーを適用できる④ソーシャルサポートと健康への相互作用の重要性を評価し，メンタルヘルスに影響を与える主要な要素とメカニズム，および危機管理のための代替案を提示できる⑤健康コミュニケーションに関連する現象を解釈して批判的に評価できる⑥ライフスタイル，文化，環境において，健康と福祉が重要性な選択であることを正しく評価できる⑦安全と暴力の防止に関連する要因を分析し，さまざまな対話状況，コミュニティ，環境において個人の境界を尊重し保護することの重要性を理解できる	①人口や社会条件，社会政策，技術が保健サービスや健康に与える関連性を記述し，その変化と推移を分析できる②フィンランドおよび世界の健康と健康の不平等に影響を与える要因を評価し，不平等が健康に与える要因を説明できる③健康に関連する研究知識や日常情報を取得して評価でき，小規模な健康調査や機能的能力の測定を計画できる④病気の予防法と治療法だけでなく，科学的研究によって提供される健康増進の例にも触れる⑤健康や病気の倫理的な問題を省察することができる⑥世界的な健康問題と健康増進に取りくんでいる組織の役割と任務を認識する
内容（単元）	①「肉体的・精神的・社会的な能力と勉強や活動及び機能：健康を増進する身体活動，栄養，体重の管理，睡眠と休息，性的健康，学校生活における健康」②「自他のセルフケアと応急処置」③「自他のタバコ，アルコール，薬物，ゲームおよびオンライン依存症への対処」④「非感染症と主要な感染症」⑤「健康，健康習慣，健康問題を説明する生物・心理・文化的な現象と理論モデル」	①「遺伝子，自然環境，人工環境，ならびに心理社会的環境およびコミュニティなどの健康への影響」②「健康と人生，人生の一環としての死」「対人関係とソーシャルサポート」③「セクシュアリティと性に関する権利，および性と生殖についての健康」④「メンタルヘルスの保護と発生要因」⑤「危機とその対処」⑥「人間工学と労働」⑦「安全と暴力の防止」⑧「メディアと文化的環境における健康コミュニケーションの重要性と批判的思考」	①「社会的状況，人口，健康政策，科学的研究，健康概念，テクノロジーが健康を促進し変貌させ結合させること」②「医療機関と社会保健サービスの役割及びその発展と変化」③「フィンランドと世界に関して健康格差に影響を与える要因と減じる要因」④「健康行動と健康についての研究」⑤「健康と病気や患者の権利に関する倫理的で法的な問題」⑥「人類に影響を与える世界的な健康問題」

参考：後期中等教育ナショナルコアカリキュラム（2020）英語版



（出典）Ylioppllastutkintolautakunta（13.08.2018）の一部を翻訳・作成（小浜）

図１ 一般教科の主要教科の総受験者数の推移（2006年以降）

写真２ 2021年春の大学入学資格試験開始直前の風景：マスクを着け，ノートパソコンと昼食・飲み物を準備し，長丁場の試験に臨む（ラウム・ライシーアム高校）

表３ 死因別にみた死者数の推移（人口10万対）1977～2017

	1977	1987	1997	2007	2017
悪性新生物（がん）	307	288	261	231	217
認知症・アルツハイマー病	12	80	110	121	172
糖尿病	30	17	15	12	10
循環器疾患	1052	842	628	472	340
呼吸器疾患	193	123	123	51	36
消化器疾患	47	44	41	32	22

教育を取り扱うことが明記された．一方，フィンランドでは1977年以降がんでの死因は減少傾向にある．さて，みなさんはこの国の主な死因の変化と要因をどう推論し，どう論述するだろうか．

②〈2019.春の試験〉動画（図２は静止画）は，健康な食事を促進するフードピラミッドです．このピラミッドが示す選択の内容を倫理的観点から論述しなさい．

国連は，2015年に「持続可能な開発目標（SDGs）」として17の目標を採択し，その12番目に「つくる責任・つかう責任」を掲げた．動画は，この目標に関連した「エシカル消費」について問うており，ピラミッドの下部と中央は基礎的な食品で，頂点からは慎重に食べるべき食品であり，また上にいくほど加工などで食品のコストが高いことを示している．日本の保健科では，「SDGs」も，「フードピラミッド」も，「エシカル消費」も扱われていないが，さて，みなさんはどう論述するだろうか．

フィンランドの大学入学資格試験では，保健科目でも穴埋めや多肢選択など，単に知識を問う設問はまったくない．それよりも，子どもが現代社会の中で直面する健康課題に対して，保健の科学的認識を根拠に，論理的な結論が構成できるのかを問うものがほとんどである．一方で記述式問題にも，作問（適切な難易度）や採点（評価基準）といった課題があることは知られている．しかし，フィンランドは，これらの課題を解消か，あるいは縮小させている，保健科では世界で唯一の先行的事例なのである．

自立して社会に参画する能力の形成が叫ばれている今日，もし仮に日本の保健科でも，現代社会の中で直面する健康課題について思考し，判断し，表現する力を測定評価するようになり，フィンランド型の学習評価が実施可能ということになれば，それ自体に重要な試行的意義があると同時に，保健科でも「考える力」や「深い学び」が大切なのだという明確なメッセージを，保健科担当教師や教育関係者に送り得ることになるのかもしれない．

Ⅷ．おわりに

フィンランドの保健科が，日本の保健科と比べて，相当程度に充実していることが理解されたと思われる．

ところで，本連載の企画者らからは，「前提なし，タブーなしで，根源的なところから，これからの保健教育のあらゆる可能性を検討してほしい[27]」と依頼されている．そこでこの最後の章では，フィンランドの保健科が充実するに至ったターニングポイントには何があったのかに言及しながら，高橋氏の「保健体育という枠組みは妥当か？」[28]や，七木田氏の「『保健』の専任化によって『保健』の専門家を誕生させる」[29]の提案について考察してみたい．

日本では，文部省が1949年に中学校と高校の体育科を保健体育科と改称し，中学70時間，高校２単位を設けて「健康教育」を実施するよう通達を出してから，まもなく三四半世紀になろうとしている．この通達によって，保健科と体育科の合科形態が，制度としては成立した．一方のフィンランドでは，専科制となる以前の1970年代には公民科と，1980年代から90年代には体育科との合科形態で健康に関する教育がおこなわれていた[30]．それが1990年代後半の様々な健康実態調査の中で子どもの体の「おかしさ」が報告され始めると，健康に関する教育は合科形態のままでよいのかという議論が沸き起こってくる[31]．

> 「子どもの健康行動や健康にみられる驚くべき変化は，学校の各教育法に改定が必要なことを促そうとしていた．それは，子どもたち自身が自らの健康を管理していけるような知識と技能を獲得できる教科が必要と認められることであった．子どもたちの首や肩の痛み，頭痛，腰痛，睡眠障害や居眠りなどを伴う慢性的な疾患や障害が増加しているとの数多くの報告がなされるようになった．それと同時に，健康を管理していける技能を獲得していないため，子どもたち自身が十

図２　動画の一部：エシカル消費とバルト海のフードピラミッド（フィンランド料理）

分な手段を身に付けていないと指摘されるようになる．政府の報告書には，保健教育や安全の技能（応急処置，リスク防御への対処，防火・安全など），生活を管理するための一般的能力や，シチズンシップが十分に強調されていないという見解が示された．そして，健康に関わる教育内容は，他の教科との合科形態では成功しないし，重大な欠陥のある状態に導いてしまうということも示された．[32]」（傍点筆者）

第Ⅱ章の冒頭，「比較研究は国と国との合わせ鏡である」と述べたが，フィンランドの保健科が乗り越えた今の姿に，まさに日本が越えられずに留まっている保健科の未来の姿が映し出されているように思えてならない．反対に，1949年から合科形態を続けている日本の保健科には，「健康に関わる教育内容は，他の教科との合科形態では成功しないし，重大な欠陥のある状態に導いてしまう」というのは真か偽かという判定を，フィンランドから突き付けられているようにも思えてくる．

2013年３月，初めてひとりでユヴァスキュラ大学に行ってLasse Kannas氏と会い，フィンランドの保健科が独立できたわけを伺ったことを思い出した．

氏は，「2000年代の初め，この時うまく行ったのは，保健教育が重要という人たちが集まったことと，国民の健康を扱う専門家たちも一緒になり，あとは医師たちも同じような動きとなって，それらが一緒になって健康が重要な問題だということになり，この時は大きなうねりとなって出てきた．[33]」という．さらには，「法律改正される数年前には，前フィンランド体育科教師協会（the former Finish Association of Physical Education Teachers）が，保健科誕生のための大々的なキャンペーンを開始し，またその名称を体育保健科協会（The Association of Physical Education and Health Education）と変更して[34]」，体育科教育関係者も保健科の教科としての誕生に，一緒に協力して後押ししてくれたのであった．

日本の保健科の「現状」は，フィンランドの事例が物語るように，さらには日本のおける保健科の成り立ちを考えてみても，保健体育という枠組みを基本に据え，体育科の後押しを得ながら進めることで改善していくのではないだろうか．

“We’re all in the same boat.”

保健体育，養護教諭，医師，文科省・スポーツ庁などの関係者で，保健教育が重要だと考える人たちが一緒に力を合わせて櫂（オール）を同じ方向へと漕ぎ出さないと，船は前へと進まない．

文　献

１）小浜明：諸外国の保健教育．保健科教育学会編；保健科教育学入門，29-36，大修館書店，東京，2016
２）小浜明：アイルランドにおけるSPHEのカリキュラム．日本体育学会大会予稿集　69：234，2018
３）小浜明：アイルランド中学校国家統一試験における「保健」の学力．日本体育学会大会予稿集　70：286，2019
４）分類は2020年現在のものである．前掲書１では，シンガポールは教科として独立していると分類したが，その後にカリキュラムの大改革があり保健は他教科と統合された．教育課程における健康に関する教科等の位置づけは各国のカリキュラム改革によって変わっていく．
５）賴翠廷，小浜明：台湾の保健科教育についての一考察．保健科教育研究　６：57，2021
６）藤原昌太：ネパールの保健教育．保健科教育研究　６：58，2021
７）戸野塚厚子：スウェーデンの義務教育における「共生」のカリキュラム― “Samlevnad” の理念と展開，明石書店，東京，2014
８）張銘蘂，小浜明：中国の中学「生物」における性の教育内容．保健科教育研究　６：57，2021
９）前掲書１）
10）佐藤仁，二宮皓：忠誠宣言とスクールバスがある学校―アメリカ．新版世界の学校―教育制度から日常の学校風景まで，128-140，学事出版，東京，2014
11）前掲書１）
12）矢野裕俊：カリキュラムの比較―アメリカ・イギリスと日本．石附実編著；比較・国際教育学（補正版），222-241，東信堂，東京，2001
13）小浜明：保健科教育における比較研究の方法．（今村修，植田誠治，岡崎勝博，野村良和，森良一編著）．保健科教育学の探究―研究の基礎と方法，233-237，大修館書店，東京，2020
14）小浜明：フィンランドの大学入学資格試験における保健科の試験．体育学研究　59：829-939，2014
15）国立教育政策研究所：保健のカリキュラムの改善に関する研究―諸外国の動向―．平成16年８月
16）Lasse Kannas（専門は保健科教育学）は，フィンランドの保健を教科として確立し，その後の発展に尽力した中心人物．2019年までユヴァスキュラ大学スポーツ健康科学部学部長，大学入学資格試験評議会保健専門会議評議員等を務めた．
17）Lasse K: Health Education as a real stand alone school subject, A success story from Finland.〈特別講演会〉フィンランドの教科保健の発展に尽力されたユヴァスキュラ大学ラッセ・カンナス教授来日記念講演集，39-64，2017年８月21日講演（東北大学百周年記念会館川内萩ホール）
18）小浜明：保健科の「学力」概念の中の「考える力」に関する実証的研究―フィンランドの保健科教育と大学入学資格試験からの評価論的接近―．学位論文（博士）東北大学：1-248，2016
19）2017年10月に筆者撮影
20）2013年３月に当時ユヴァスキュラ大学スポーツ健康科学部学部長だったLasse Kannas氏へのインタビュー記録よ

り．氏によると，教師の「質の確保」のためユヴァスキュラ大学で保健科免許を取得できるのは年間20名と内規で決められており，そのうちの半数の10名ほどが保健科教師として採用されているという．
21）前掲書18）
22）Finnish National Board of Education: NATIONAL CORE CURRICULUM FOR BASIC EDUCATION 2014. 256-264, 429-435, Publications 2016
23）Finnish National Board of Education: NATIONAL CORE CURRICULUM FOR GENERAL UPPER SECONDARY EDUCATION 2019. 214-217, Publications 2020
24）Lasse K：ラッセ・カンナス教授（ユバスキュラ大学）来日記念講演．翻訳：小浜明，記録：板野百合恵，保健科教育研究　３，25-30，2018
25）小浜明：フィンランドで初めて実施された保健科の学習状況調査．日本体育学会大会予稿集　66：341，2015
26）フィンランド国営放送株式会社（YLE）からの引用（使用許可通知済み）
27）2021年７月29日の高橋氏，七木田氏とのZoomによるオンライン会議
28）高橋浩之：現在の保健教育の課題を整理する．学校保健研究　63：33-36，2021
29）七木田文彦：日本における保健教育の歴史から現代をどうみるか．学校保健研究　63：106-112，2021
30）小浜明：「センター試験」に保健科目がある国⑹―フィンランドにおける保健教育の歴史⑴．体育科教育　62：大修館書店，東京，62-65，2014
31）小浜明：「センター試験」に保健科目がある国⑺―フィンランドにおける保健教育の歴史⑵．体育科教育　63：大修館書店，東京，50-53，2015
32）Leena P: Widening Horizons. University of Jyvaskyla, 15-19, 2012
33）2013年３月のインタビュー記録より．
34）前掲書32）

学校保健研究　*Jpn J School Health* 63；2021；190－195

■連載　新型コロナ禍での学校保健
School Health Activities during the COVID-19 Pandemic

第３回 「新型コロナウイルス感染症に伴う養護教諭の実践に関する緊急アンケート（第１回から第３回）報告」

大　沼　久美子
日本健康相談活動学会　緊急アンケート特命担当理事　（女子栄養大学）

Report of the 1st to 3rd *Yogo*-Practice Questionnaire on COVID-19

Kumiko Onuma
Kagawa Nutrition University

Ⅰ．はじめに

学校は次世代を担う子供たちが集う教育活動の場であり，児童生徒にとって健康で安全・安心な学びの場でなくてはならない．新型コロナウイルス感染症が2019年12月に武漢で発生し，感染拡大を危惧して学校が2020年３月に全国一斉の臨時休業をした．2020年６月，感染不安の中，学校は再開した．文部科学省は「学校の新しい生活様式」を示し「マスクの着用」「三密回避」「手洗いの徹底」「共用物の消毒」などこれまでに経験したことのない対応を学校に求めた．また「学びを止めない」ことを打ち出し，「令和の日本型学校教育」の構築を目指して～全ての子供たちの可能性を引き出す，個別最適な学びと，協働的な学びの実現～（答申）（中教審第228号，令和３年１月26日）を示した．令和３年８月末現在，第５波が襲来し新型コロナウイルス感染者数は全国で累計147万人を超えている．デルタ株の猛威により子供たちへの感染が拡がっており学校は危機に直面している．

Ⅱ．日本健康相談活動学会が緊急アンケートを行うに至った経緯

日本健康相談活動学会は，「今を生きようとする子供たちの心や体の健康課題に対応する養護教諭の実践とその根拠となる理論との融合を図り，教育科学として教育現場に還元されるような健康相談活動の展開に応えること」を使命として活動をしている．養護教諭が行う健康相談は養護教諭の職務の特質と保健室の機能を活かし，常に心的な要因や背景を念頭に，心身の観察，問題の背景の分析，解決のための支援，関係者との連携等心と体両面への対応を通じて，子供たちの自己実現に寄与する教育活動である．また養護教諭は学校保健活動の中核的役割を担っており，コロナ禍においては学校医・学校歯科医・学校薬剤師・保健所等の専門家との調整役をこれまで以上に果たしながら，日々子供たちの心身の健康を守り育てる教育職員として尽力している．

コロナ禍生活は，不登校や自殺，差別や偏見，不安の増大，「学校の新しい生活様式」に適応が困難な子供，子供同士の関わりやコミュニケーションの変化などさまざまな影響を及ぼすことが予測された．そこで，「新型コロナウイルス感染症に伴う養護教諭の実践に関する緊急アンケート」を定期的に実施することとした．本稿ではその一部について報告する．

なお，詳細は日本健康相談学会ホームページに報告書が掲載されているので参考にしていただきたい．

Ⅲ．アンケート概要

１．目　　的

学校保健の専門職としての養護教諭の視点で新型コロナウイルス感染症の発生に伴って生じた学校での困りごとや実践の工夫を把握する．これを踏まえ，よりよい手立てや仲間の実践，正しい情報を発信することで学校現場に貢献する．

２．方　　法

１）アンケート実施期間及び回答者数（図１）

（１）第１回
2020年４月29日（水）～５月11日（月）（全国一斉休校期間中）

（２）第２回
2020年８月５日（水）～８月25日（火）（学校再開後，１学期が終了した時点）

（３）第３回
2021年５月３日（月）～５月23日（日）（第１回調査から１年後）

２）対象

日本健康相談活動学会会員及び本アンケートについて学会ホームページ等で情報を得た会員外の現職養護教諭，学校保健に携わる行政担当者，学校医，スクールカウンセラー等

３）実施方法

Web調査とし，日本健康相談活動学会ホームページにアンケートURLを掲載した．また会員向けにアンケートURLをメール送信した．会員向けメール配信の際は，

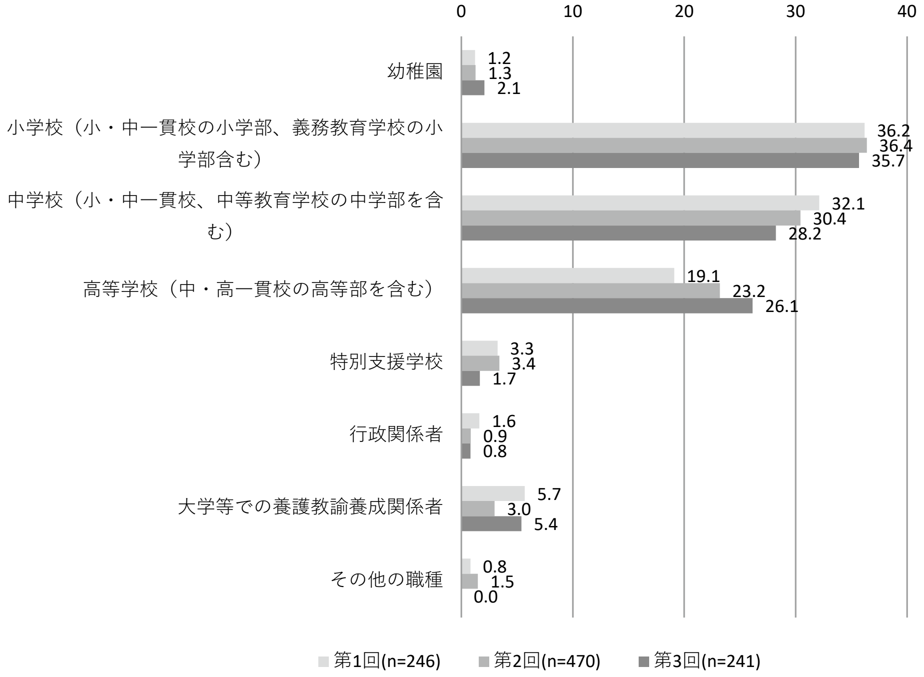


図１　回答者の属性（学校種等％）

周囲の養護教諭等に本アンケートについて周知してもらうよう依頼した.

４）調査内容

属性（勤務学校種・職種・経験年数・勤務地），新型コロナウイルス感染症の対応で困っていることの有無（選択式），困っていることの詳細（養護教諭の職務役割別に記述式），現在実施しているまたは検討している実践や工夫（記述式），感染症対策活動の実施状況（選択式），保健室登校や不登校の現状（選択式及び記述式），健康相談の状況（選択式及び記述式），養護教諭の複数配置の影響（選択式及び記述式），現状を踏まえた養護教諭に必要な資質能力（記述式），学会への要望（記述式）

５）倫理的配慮

本アンケートの目的は会員あてメールの文中に記載するとともにWeb調査の冒頭に明記した．回答は本人の自由意思によるものとし，結果を公表する際には個人が特定されるような記載はしないこと，いつでも回答を中止できることなどを明記した．回答の送信をもってアンケート調査への同意が得られたものとした.

６）集計方法

単純集計を行った．記述回答は個人が特定できるような情報は削除し，文脈を損なわない程度に修正し表記した.

Ⅳ．結果及び考察

１．学校保健活動で困っていること（図２-１・図２-２）

３回のアンケートを通じて「困っていることがある」と回答した者は約９割であった．第１回調査では，「何に困るのかわからない」と回答した者も10％程度おり，未知なる感染症に対して予測困難な状況であったことがわかる.

養護教諭の困っている内容の変化を図２-２に示した．特徴的な内容を以下に述べる.

２．健康診断の円滑な実施にむけて

第１回，第２回のアンケートでは，健康診断の見通しが立たず，どのように実施できるのか，感染対策はどのように行うのか等に困っていた．第３回の調査では昨年度の経験や養護教諭同士の情報共有，学校医，学校歯科医からの助言，行政からの感染対策に対する予算配置もあり多少の改善傾向が見られた．「マスク着用」「会場入退場時の手洗い・手指消毒」「換気」「三密回避」という基本的な感染対策はもとより，「例年より広い会場使用」「入室の人数制限」「ゾーニングの徹底」「距離を保つために足形･テープで指示」「ゆとりを持った時間設定」「発声をしない指示＝掲示物を増やす，電子黒板に動画を流すなど活用」等，日常の感染対策と同時に教育活動の一環として指導を充実した様子がうかがえる.

なかでもICT機器の活用事例は参考になる．「事前指導はできる限りオンラインで進める」「健診の待ち時間を削減するために進行状況をタブレット（Teams）で発信」などの各校の工夫は参考になる.

３．健康観察は電子化へ，そして感染者の早期発見・早期対応，心の健康相談につなぐ

健康観察はコロナ禍以前から行われている．コロナ禍では，学校内に「ウイルスを持ち込まない」ために，子供たちが学校に入る前に体調を確認する健康観察が実施されていた．子供たちは登校時に校門や昇降口で健康観察票を提出し教員がそれを確認するとともに目視で体調を確認したり，非接触型体温計で体温を測定したりする

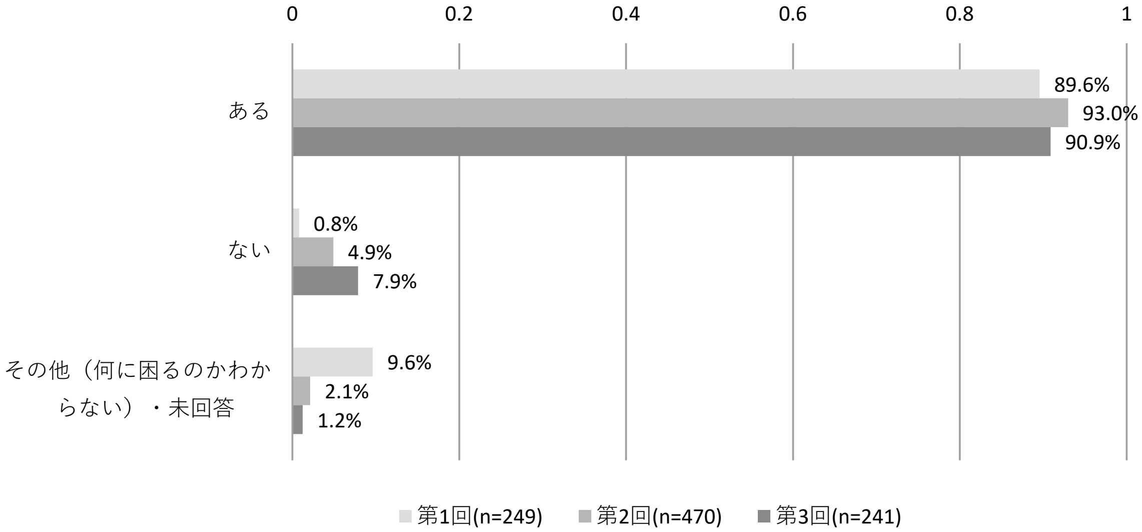


図2-1　新型コロナウイルス感染症に関連した学校保健活動で困っていることの推移

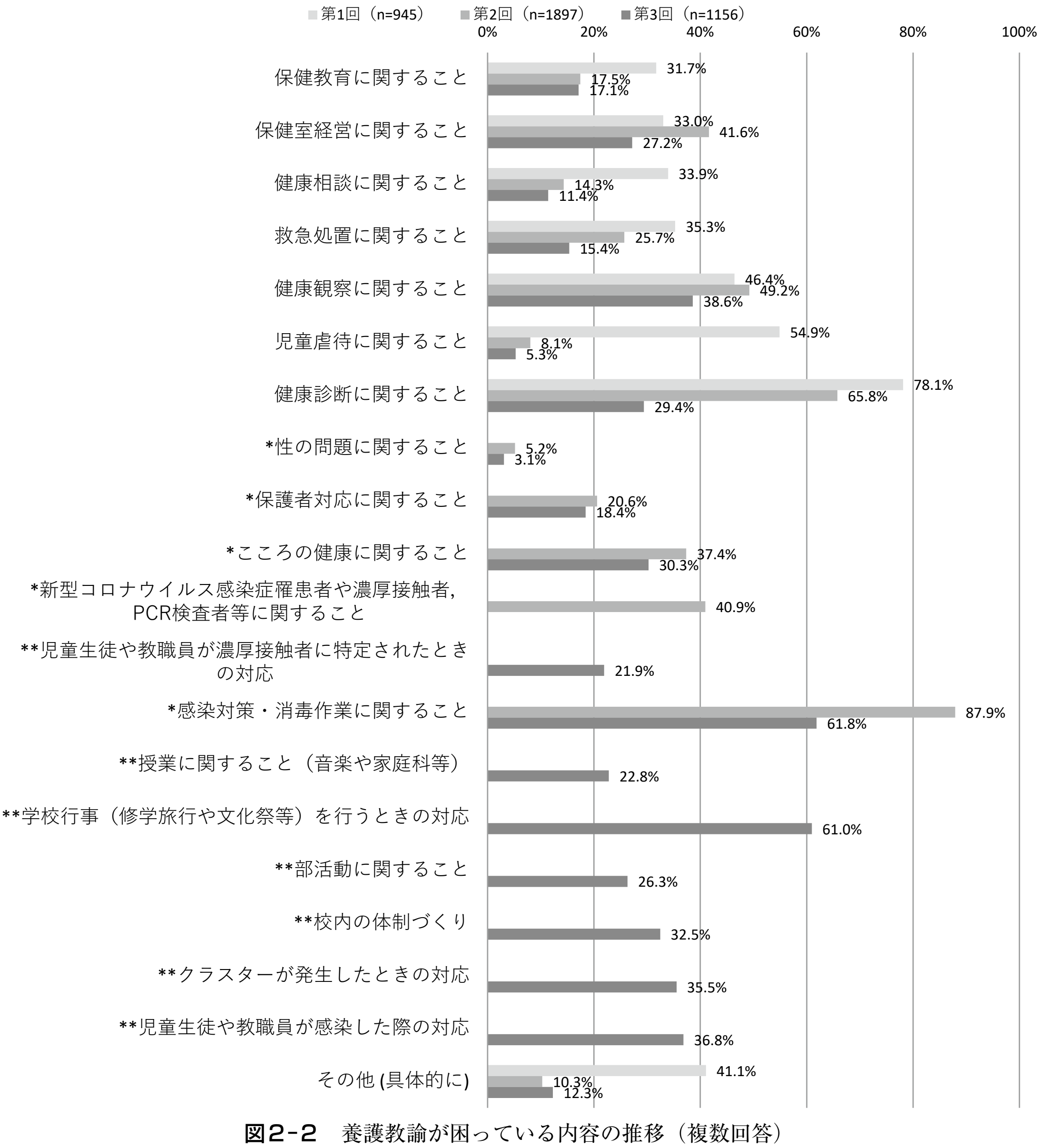


図2-2　養護教諭が困っている内容の推移（複数回答）
*は第2回に追加した項目　**は第3回に追加した項目

などしていた．第１回・第２回の調査では，その体制整備，実施方法，有症者の帰宅のさせ方，保健室内のゾーニングなどの困りごとが多かった．第３回の調査では，コロナ禍の長期化により健康観察のマンネリ化や徹底困難，紙媒体の健康観察表の管理や保管等に事務負担が増えていた．

GIGAスクール構想により一人１台のタブレット端末が配付されている．これを活用して健康観察の情報化を行う学校も見られた．Google FormやMicrosoft Formsを活用した健康観察である．中教審答申[1]でも「学校保健情報の電子化」が提言されていることから，このような学校の取り組みを支援することが重要である．

また，健康観察は身体面だけでなく心の面からも行う必要がある．コロナ禍生活が長引き，子供たちの心の健康問題は深刻化している．健康観察の電子化は，個別性が高く，気軽に心の状態を自己申告できるため定期的にスクリーニングを実施しやすい．これにより早期発見・早期対応を行うことが可能になると考える．すでに導入し始めている学校もあることから，今後の発展が期待できる．

４．心の健康は深刻化

第１回調査においては，全国一斉臨時休業となり学校を居場所としていた子供たち（家庭に居場所がない子供たち）に養護教諭は心配を募らせていた．学校は子供たちにとって同世代の仲間と相互関係を築きながら，心身ともに成長・発達していく場である．その中で子供たちは悩んだり，仲間と喜びを共感したり，励まし合ったりしている．保健室はそのような子供たちの本音が見える場所である．それゆえ，学校に来られなくなった子供を心配していた．一方，全国一斉臨時休業はこれまで必死に学校に来ていた子供にとっては「ほっと一息つける時間」となった．部活動の制限は，過密スケジュールの子供たちにとっては「休養の時間」でもあったようだ．

第３回調査では，保健室登校は昨年（2020年６月）に比べ「減った」と回答するものが多かった（図３−１）．一方で不登校は，昨年（2020年６月）に比べ「増えた」と回答する者が多かった（図３−２）．健康相談の件数は「増えた」と回答する者が多かった．（図３−３）．このことから保健室登校をしていた子供が不登校に移行したり，学校に来ている子供は健康相談を求めていたりすることが推察される．

「保健室登校をしていた児童生徒が不登校になってしまった」「ギリギリ頑張っていた生徒が不登校になってしまった」という記述回答があった．感染対策上，これまでのように時間を取って対応できず「体調不良者は早退」とする決まりがあり，通常であればじっくり話を聴いてもらったり，寄り添ってもらえた子供が学校に居られず，結果として不登校になった可能性も否定できない．「健康相談」件数が第２回調査に比べ増えたことも，「相談が必要」と判断される子供や「関わりを求めている子供」の増加がうかがえる．三密回避，マスク着用，黙食などの「新しい学校の生活様式」は子供の心にじわりじわりと影響を与えている．養護教諭はもはや単数配置では立ち行かない．例えば，健康相談担当養護教諭，感染対策担当養護教諭，保健教育担当養護教諭，コーディネーター担当養護教諭など，役割を分担した養護教諭の複数配置が強く求められると考える．

本学会では，「子ども健康相談士」資格認定制度を創設し2016年から運用している．子供たちの心身両面に対応できる健康相談スペシャリスト人材育成に更に努める必要がある．

５．心と体の健康相談のオンライン化

子供は言葉にして自分の気持ちを表出することが難しいため，身体症状として表わすことが多い．養護教諭が行う健康相談は，子供の身体症状の訴えからヘルスアセスメントを行い，同時に，苦痛を軽減するかかわり，例えば「痛みの部位に直接触れて観察」したり，「痛みや辛さを受容する言葉かけを行いながら処置」したりして心の健康問題に対応してきた．コロナ禍では対面での健康相談に限界があると感じた養護教諭が子供に思いを寄せ，電話やメール，オンラインよる健康相談を始めた．心と体の健康相談のオンライン化の必要性を感じている養護教諭は第３回調査で７割を占めた．コロナ禍では感染対策上体調不良者は「学校に登校してはいけない」ため，欠席してしまう．欠席した子どもには，電話やメール等オンラインを活用してまずは体調を心配して連絡を取ることが重要である．この連絡は子供に「先生は自分のことを心配してくれている」と感じさせるだろう．子供との信頼関係の構築がその後の支援につながる．子供たちは自分から援助希求しない．援助希求できる環境や体制の構築と養護教諭による「体から心をふれる」かかわりが重要である．

健康相談対象者の判断は，欠席している子供，欠席が続く子供，欠席が頻繁な子供，早退・遅刻を頻繁にする子供，これまでメンタルヘルスの課題を抱えていた子供，健康観察で体調不良を頻繁に訴えている子供等があげられる．子供自ら健康相談を求めてくる場合は少ないため，子供が表出する行動をとらえ，早めの声かけ（対面だけとは限らない），電話やメール，オンラインを通じた健康相談の機会の確保が求められる．この点において，Google FormやGoogle Classroom，Microsoft Teamsによるチャット機能を活用した健康相談の整備や実施は，今すぐにでもできそうなことである．そのためにも保健室にインターネット環境やタブレット端末，保健室専用相談メールアドレスやアカウント等を整備し，子供からの相談や訴えを広く受け入れられる体制を早急に整備していく必要がある[2]．

６．「学びを止めない」ことと「感染対策」の両立

子供たちは日々の授業はもとより，修学旅行や運動会，文化祭や学習発表会等の学校行事にむけた取り組みによ

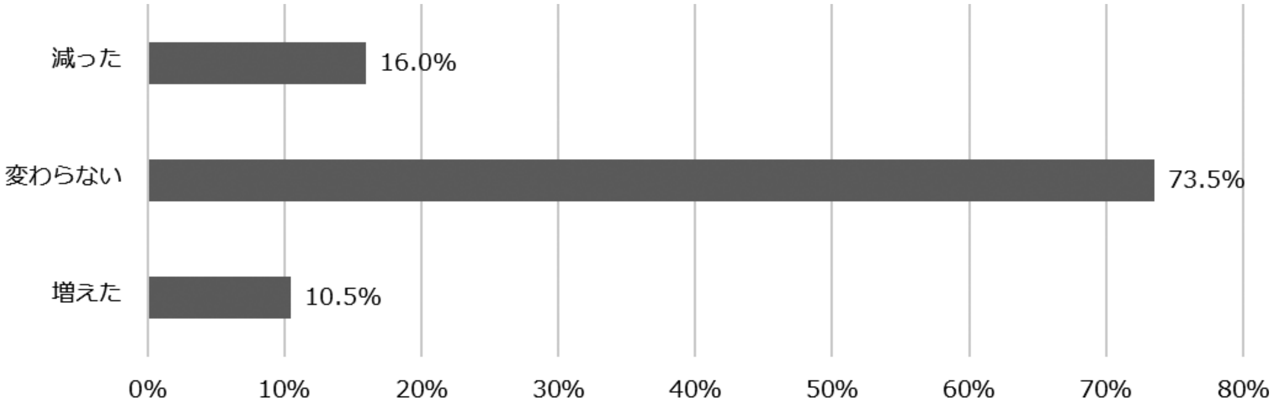


図3-1　保健室登校は昨年の学校再開時（2020年６月）と比べてどうですか？

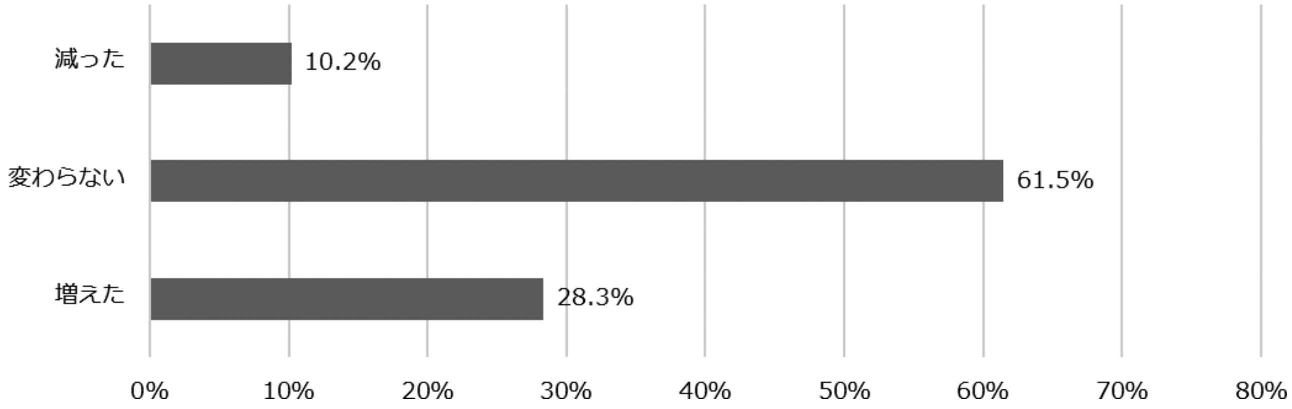


図3-2　不登校は昨年の学校再開時（2020年６月）と比べてどうですか？
（不登校とは何らかの心理的，情緒的，身体的，あるいは社会的要因・背景により，児童生徒が登校しないあるいはしたくともできない 状況にある者，ただし病気や経済的理由による者を除くとします）

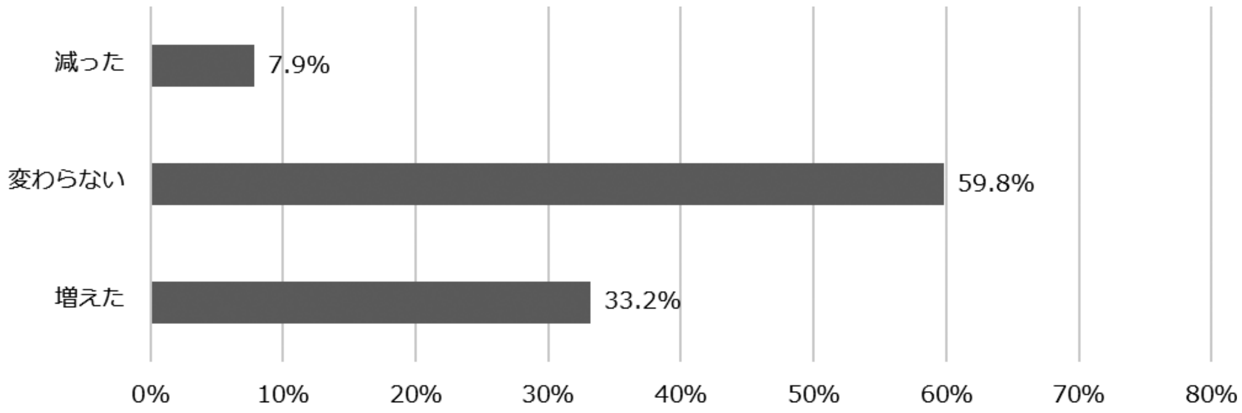


図3-3　健康相談の件数は学校再開時（2020年６月）に比べてどうですか？

り力を発揮し成長する．子供たち，保護者，教師はこれらの教育活動による成長を期待している．コロナ禍でも感染対策と並行してこれらの学校行事が継続できないものかと苦悩していることが第３回調査では明らかとなった．文部科学省が示すガイドラインやマニュアルでは一定の方向性が示されているが，地域の感染状況や実態が異なるため，各学校の判断が求められる．各学校の各教育場面に応じて，どのような感染対策を行うのか，養護教諭として常に意見や判断を求められる現状がある．感染対策の三原則に基づき学校医等の助言を得て対応方針を定め，教職員や保護者の認識の差をうめる共通理解が重要である．

文部科学省は令和３年８月20日付の事務連絡において，「現在，デルタ株への置き換わりが進む中で，全国の新規感染者数が急速に増加しているが，地域一斉の臨時休業は，当該地域の社会経済活動全体を停止するような場合に取るべき措置であり，児童生徒等の学びの保障や心身への影響等の観点を考慮し，慎重に検討する必要があ

ること．特に小学校及び中学校については，現時点で家庭内感染が大部分であることも踏まえれば，子供の健やかな学びの保障や心身への影響等の観点からも，地域一斉の臨時休業は避けるべきであること．なお，緊急事態宣言の対象区域の高等学校については，生徒の通学の実態等も踏まえた上で，設置者の判断により，時差登校や分散登校とオンライン学習を組み合わせたハイブリッドな学習等の可能性を積極的に検討し，学びの継続に取り組むこと[3]」と全国の学校関係機関に通知した．感染者が147万人（2021年８月末）以上にも及び，デルタ株の猛威により感染のフェーズがこれまでより厳しくなった今，新学期を迎えるにあたり学校はこれまでの経験を生かし，より一層の感染対策を強化し，教育活動を展開することが求められている．

Ⅴ．おわりに

ワクチン接種が進み，治療薬が開発される中，変異株が次々と現れ，感染者は増大している．「Withコロナ」といわれるが「新しい学校の生活様式」は子供たちの心と体にストレスを与え健康に影響を与えている．学校の最前線で感染対策を担う「養護教論」の視線で定期的に現状を把握することはその先にいる子供の心身の健康の保持増進につながると考える．今後も実態をふまえた，その時々に求められる情報を発信していくことは本学会の使命であると考える．

なお，本情報は令和３年８月31日現在であることを申し添える．

おわりに，コロナ禍の中，本調査にご協力いただいたすべての皆様，そしてコロナ対応にあたっている医療関係者，学校関係者すべての皆様に感謝を申し上げます．

1　中央教育審議会：令和の日本型学校教育の構築を目差して～全ての子供たちの可能性を引き出す個別最適な学びと協働的な学びの実現～（答申），第228号，令和３年１月26日

2　日本健康相談活動学会：第３回COVID-19に伴う養護教諭の実践に関するアンケート報告書，99-137，令和３年８月６日

3　文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課：小学校，中学校及び高等学校等における新学期に向けた新型コロナウイルス感染症対策の徹底等について（事務連絡），令和３年８月20日

会　報

一般社団法人日本学校保健学会
第67回学術大会のご案内（第４報）

学術大会長　**大澤　功**（愛知学院大学）

新型コロナウイルス感染症対策としてWeb形式を主体として開催します．特別講演，教育講演，プレナリーセッション等のメイン企画は，参加人数を限定（学会役員　現地実行委員のみ）して愛知学院大学で開催しライブ配信しますが（その後オンデマンド配信予定），シンポジウム，一般発表等はオンデマンド配信となります．

１．メインテーマ：「学校保健，その原点に立ち返る」

２．開催期日：2021年11月５日(金)，６日(土)，７日(日)
※11月末まではオンデマンドで開催

３．会　　場
Web開催
メイン企画はライブ配信，その他の企画はオンデマンド配信
メイン企画の一部については，11月８日以降オンデマンド配信予定
配信会場：愛知学院大学日進キャンパス
〒470-0195　愛知県日進市岩崎町阿良池12
ホームページ　https://www.agu.ac.jp/

４．主　　催：一般社団法人　日本学校保健学会

５．後　　援：文部科学省，愛知県教育委員会，岐阜県教育委員会，三重県教育委員会，静岡県教育委員会，長野県教育委員会，名古屋市教育委員会，日進市教育委員会，愛知県医師会，愛知県歯科医師会，名古屋市医師会，名古屋市歯科医師会

６．学会行事・学会関連行事

11月５日（金）

常任理事会　15：00～15：15　14号館会議室
理事会　15：20～15：50　リモート会議
総会　16：00～17：30　リモート会議
臨時理事会　17：30～17：45　リモート会議

11月７日（日）

教員養成系大学保健協議会　15：00～17：00　リモート会議

７．学術大会プログラム

【LIVE配信プログラム】

11月６日（土）

●大会長講演　９：30～10：00
「学校保健，その原点に立ち返る」
講師　大澤　功（愛知学院大学教授・第67回学術大会長）
座長　森岡郁晴（和歌山県立医科大学教授・第68回学術大会長）

●プレナリーセッション１　10：05～10：45
座長　山田浩平（愛知教育大学）

●特別講演１　10：50〜12：00
「新型コロナウイルス感染症　その現状と課題」
講師　脇田隆字（国立感染症研究所所長）
座長　大澤　功（愛知学院大学教授・第67回学術大会長）

●スポンサードセミナー２　12：00-13：00
「介助犬を通して福祉を学ぶ〜誰もが挑戦できる社会へ〜社会福祉法人 日本介助犬協会のとりくみ」
講師　高柳友子（社会福祉法人　日本介助犬協会）

●報告会　13：00〜13：45

●特別講演２　14：00〜15：00
「新しい時代における養護教諭の実践・養成・研修の課題と展望〜ニューノーマルやデジタル化等を見据えて〜」
講師　後藤ひとみ（愛知教育大学特別教授・前学長）
座長　宮尾　克（公益財団法人 名古屋産業科学研究所　上席研究員）

●教育講演１　15：10〜16：05
「学校現場の教育実践からエビデンスを生み出す方法とその課題」
講師　古田真司（椙山女学園大学生活科学部教授）
座長　中垣晴男（愛知学院大学名誉教授）

●ワークショップ（編集委員会）　16：10〜17：30
「論文投稿において注意すべき統計のポイント　編集委員会からの示唆」
講師　朝倉隆司（東京学芸大学）
進行　鈴江　毅（静岡大学）
※この企画は，ZOOM meetingで開催します．参加方法は，大会特設サイトで案内します．

11月７日（日）
●プレナリーセッション２　９：30〜10：20
座長　福田博美（愛知教育大学）

●教育講演２　10：30〜11：25
「食物アレルギーから子どもたちを守る―安全な給食提供と，学校現場の安全管理について―」
講師　伊藤浩明（あいち小児保健医療総合センターセンター長）
座長　都築一夫（名古屋学芸大学 名誉教授）

●教育講演３　11：30〜12：25
「保健室での外傷初期対応から病院での治療・アフターケア」
講師　鳥山和宏（名古屋市立大学医学研究科形成外科学分野教授・日本創傷外科学会）
座長　渡邉智之（愛知学院大学教授）

●学会賞・学会奨励賞受賞講演　12：30〜13：30
学会賞
「永久歯齲蝕と社会経済因子および学校給食後の歯みがき時間設定状況との関連」
受賞者　我部杏奈（琉球大学教育学部附属小学校）
学会奨励賞
「身長スパートから予測する初経発来時期：個別の成長曲線を用いて」
受賞者　渡邊法子（埼玉大学教育学部附属小学校）
座　長　古田真司（椙山女学園大学生活科学部教授）

●教育講演４　13：40～14：35
「子どもにケガはつきものか？　「見える化」活動の成果報告」
　講師　内田　良（名古屋大学大学院教育発達科学研究科准教授）
　座長　村松常司（愛知教育大学名誉教授）

【オンデマンドプログラム】

●シンポジウム１
「学校保健研究の原点にせまる―設立時の理念とその後の研究の展開から今後の方向性を探る―」
　コーディネーター　七木田文彦（埼玉大学），瀧澤利行（茨城大学）
シンポジスト
　「日本学校保健学会における研究の原点とは何か―実践のための理論と理論を導く実践―」
　　瀧澤利行（茨城大学教育学部）
　「学校保健政策にアプローチする研究の可能性と医学分野から教育へのアプローチについて」
　　衞藤　隆（東京大学名誉教授）
　「学校現場から見る学校保健学会・研究のあり方～健康問題への対応の根拠となる研究を～」
　　佐見由紀子（東京学芸大学）

●シンポジウム２
「ポスト・コロナ時代の保健室経営を考える ―コロナ禍から私たちが得たもの―」
　コーディネーター　石田敦子（愛知みずほ大学），森慶惠（金沢大学）
シンポジスト
　青嶋裕子（長野県喬木村立喬木第二小学校）
　牛山美奈（愛知県立高浜高等学校）
　出川久枝（東海学園大学）
　林　三奈（名古屋市教育委員会）

●シンポジウム３
「学校健康診断における色覚に関わる考え方の変遷と今後の在り方」
　コーディネーター　高柳泰世（本郷眼科）
シンポジスト
　「一人一人の子どもの色の見え方への理解と教育的配慮・支援の重要性」
　　森　千鶴（元養護教諭）
　「色覚当事者から見た学校色覚検査の不合理」
　　小田愛治（元高校教諭）
　「色覚検査をめぐる21世紀の新しい展開　多様で連続的な色覚観の勃興」
　　川端裕人（作家）

●シンポジウム４
「小学生への脱タバコ教育の現状と展望」
　コーディネーター　稲垣幸司（愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科，子どもをタバコから守る会愛知）
シンポジスト
　「小学生への脱タバコ教育の現状と展望　「タバコのない学校」推進プロジェクトの活動を振り返って」
　　家田重晴（中京大学スポーツ科学部，子どもをタバコから守る会愛知）
　「小学生への脱タバコ教育の現状と展望―小学校児童への脱タバコ授業での歯周病，加熱式タバコに対する認識と社会的ニコチン依存度の関係からみた現状」
　　稲垣幸司（愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科，子どもをタバコから守る会愛知）
　　増田麻里（愛知学院大学短期大学部歯科衛生学科，子どもをタバコから守る会愛知）

●シンポジウム５

「次世代につなげる歯科保健教育」
　コーディネーター　森田一三（日本赤十字豊田看護大学）
シンポジスト
　「児童が行う口腔の健康のための生活習慣自己評価票「お口の花まるチェックシート」の開発」
　　柴田博子（愛知県西尾保健所）
　　吉田彩乃（現愛知県半田保健所　元愛知県西尾保健所）
　　森田一三（日本赤十字豊田看護大学）
　「授業書「歯と口の健康のために〜よい生活習慣を考えてみよう〜」の作成と実践」
　　吉田彩乃（現愛知県半田保健所 元愛知県西尾保健所）
　　柴田博子（愛知県西尾保健所）
　　森田一三（日本赤十字豊田看護大学）
　「花まるチェックシート（自己点検票）の実施と歯磨き指導」
　　山口佳織（前福地南部小学校）
　「花まるチェックシート（自己点検票）を活用した歯科指導」
　　杉浦文子（西尾市立鶴城小学校養護教諭）

●シンポジウム６（学術委員会）
「学校保健活動の充実に向けた取り組みとその評価」
　コーディネーター　羽賀將衛（北海道教育大学），西岡伸紀（兵庫教育大学）
シンポジスト
　「保健教育の実践とその評価：学校医等が参加する保健教育の可能性を考える」
　　伊藤武彦（岡山大学学術研究院教育学域）
　　伊藤恵子（くらしき作陽大学食文化学部）
　　岩田祥吾（南寿堂医院）
　「チャレンジスクールの生徒を対象とした精神保健教育プログラム実践の試み　３年間の実践評価」
　　宮城真樹（東邦大学看護学部）

●シンポジウム７（渉外委員会）
「教科としての「保健」を学ぶ本質とは何か－高校保健の新たな学習内容を手がかりにして－」
　コーディネーター　野津有司（筑波大学名誉教授），岩田 英樹（金沢大学）
シンポジスト
　「「安全な社会生活」の位置づけと内容」
　　渡邉正樹（東京学芸大学教職大学院）
　「高等学校学習指導要領「科目保健」における精神疾患に関する指導」
　　森　良一（東海大学）

●シンポジウム８（国際交流委員会）
「台湾におけるCOVID-19と学校保健」
　コーディネーター　佐々木　司（東京大学），照屋博行（福岡教育大学・九州共立大学名誉教授）
　　　　　　　　　　大沼久美子（女子栄養大学）
シンポジスト
　　廖邕（国立台湾師範大学　健康増進・健康教育学科）

●市民公開シンポジウム（日本学術会議との合同開催）
「幼小児期・若年期からの生活習慣病予防」
　コーディネーター　八谷　寛（名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学）
　　　　　　　　　　佐藤祐造（名古屋大学名誉教授，健康評価施設査定機構理事長）
シンポジスト
　「保健教育における生活習慣病予防　その内容に関する歴史的検討と国際比較」
　　高橋浩之（千葉大学教育学部）

「子どもの「生活とからだ」を軸にして学ぶ保健の授業　小学校での生活習慣病の授業から」
　鎌田克信（東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科）
「小中学生を対象とした生活習慣病予防のための健康副読本教育について～多機関が協働する，茨城県筑西市・秋田県井川町における副読本活用事業の紹介～」
　佐田みずき（慶應義塾大学衛生学公衆衛生学・筑波大学社会健康医学）
※市民公開シンポジウムは，参加費は無料です．学術大会ホームページから聴講できます．

●スポンサードセミナー１
「送電線の電磁波って危ないの？―WHOの見解を紹介します―」
　講師　大久保千代次（一般財団法人 電気安全環境研究所　電磁界情報センター　所長）

●一般演題
「新型コロナウイルス感染症」，「健康管理，疾病予防」「保健教育」「養護教諭，保健室」等，164演題

８．参加申込

１）通常申し込み：10月１日（金）以降（11月30日までを予定）
・第67回学術大会ホームページ（http://web.apollon.nta.co.jp/jash67/）の「参加申込」から，オンライン登録をしてください．
・参加費を，銀行振込，クレジットカード，コンビニ決済のいずれかにてお支払いください．参加費の支払いをもって参加申込とします．

２）講演集購入（講演集費は参加費には含まれません）
・１冊1,800円（税，送料込）で販売します．
・第67回学術大会ホームページの「参加申込」から，オンライン登録をし，銀行振込，クレジットカード，コンビニ決済のいずれかにてお支払いください．
・10月１日（金）以降の購入は，事前送付が難しいことをご了承ください．
・講演集のみの購入も可能です．第67回学術大会ホームページからお申し込みください．
・参加登録者は講演集を第67回学術大会ホームページからダウンロードできます．

学術大会参加および講演集申し込み

区分	期　間	学術大会参加		講演集	
		一般参加費（会員・非会員）	学生参加費（学部生･大学院等）	講演集費（税，送料込）	事前送付
通　常	10月１日（金）以降（11月30日までを予定）	7,000円	3,000円	1,800円	×

＊本大会ホームページからオンライン登録できない場合は，運営事務局にお問い合わせください．

不測の事態や止むを得ない事情により，開催期間及び開催時間などの変更，大会の日程または一部を中止する場合があります．この場合，主催者が相当と認める額を返金することを検討しますが，準備状況により返金が難しい場合があることをご了承ください．

９．学術大会に参加される方へのお知らせ（聴講のご案内）

一般社団法人日本学校保健学会　第67回学術大会は，新型コロナウイルスによる感染防止のため，これまでの学術大会とは異なりWeb開催を主体とします．

オンデマンド形式を基準といたしますが，一部プログラムはLIVE配信いたします．
１）聴講期間
①オンデマンド配信期間
　2021年11月５日（金）９時　～11月30日（火）17時まで
　※上記の期間，24時間いつでも何回でも聴講が可能となっております．
②LIVE配信期間

2021年11月６日（土）９時30分～17時30分
2021年11月７日（日）９時30分～14時35分

２）聴講方法
・事前登録後，お支払いを完了された方は，一般社団法人日本学校保健学会　第67回学術大会ホームページの参加申込の「当日のご案内」より，「学術大会特設Webサイト」を視聴いただきます．
・参加登録が未登録の場合は，参加登録後，前述の当日のご案内が閲覧可能となります．
・「学術大会特設Webサイト」では，抄録の閲覧のために，パスワード（PW）が必要となります．当日のご案内にて確認ください．
・オンデマンド配信については配信期間中，24時間どのセッションからもご自由に聴講が可能です．ご都合の良い時間にご聴講ください．

３）画像コピーや収録など無断流用の禁止
・本学術大会で使用された写真や動画，または研究成果などの記事について無許可で他への流用を禁止いたします．個人の資料として保管することも禁止としますので，くれぐれも画像のコピーやキャプチャーを使用しないでください．

※盗撮及び画像コピー等が発覚した場合は速やかに法的な対応をとらせていただきます．
※万が一，参加者による不正行為が発覚した場合，一般社団法人日本学校保健学会およびそれが指定する者は責任を負うものではないこととします．

４）参加者からの演題への質問
・特設Webサイト内の「座長コメント，質問欄」を利用して実施いたします．

５）オンライン企業展示
・特設Webサイト内には協賛企業様の紹介文や製品動画等を配信しております．

※参加登録された方は聴講・閲覧可能です．LIVE形式のセッション以外は配信期間中24時間いつでも聴講・閲覧可能です．是非ご覧ください．

10．大会事務局

〒470-0195　愛知県日進市岩崎町阿良池12　　愛知学院大学心身科学部健康栄養学科
担当：渡邉　智之　　e-mail：jash67@dpc.agu.ac.jp

11．運営事務局

㈱プランドゥ・ジャパン
〒105-0012　東京都港区芝大門２－３－６　大門アーバニスト401
電話 03-5470-4401　FAX 03-5470-4410
e-mail：jash67@nta.co.jp
担当：小幡・山岸
＊演題登録，協賛，参加登録に関するお問い合わせは運営事務局にお願いします．

12．年次学術大会ホームページ・その他

http://web.apollon.nta.co.jp/jash67/
最新の情報はホームページでご確認ください．

現地会場での参加について

新型コロナウイルス感染症の収束状況によっては，会場にお越しいただき，より密接な交流を図っていただきたく計画しておりましたが，会場準備など，未だに多くの課題がありますことから，現地参加者は学会役員・企画演題ご登壇者・現地実行委員に限定することとしました．一般の方の参加につきましては，Web開催とさせていただくことをご了承ください．

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．
・内容は未発表のもので，他の学術雑誌に投稿中でないものに限る（学会発表などのアブストラクトの形式を除く）．
・投稿に際して，所定のチェックリストを用いて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
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，提言など
2．原　著 Original Article	学校保健に関する研究論文
3．実践報告 Practical Report	学校保健の実践活動をまとめた報告
4．資料 Research Note	学校保健に関する資料
5．会員の声 Letter to the Editor	学会誌，論文，学会に対する意見など（800字以内）
6．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，論文の紹介など

「総説」，「原著」，「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，審査の後，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）1部を添付して投稿する．

11．投稿料
投稿の際には，審査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，先行する原稿の審査が終了す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，審査終了までは通常原稿と同一に扱うが，審査終了後，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
原稿は和文とする．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（連続番号）を付す．

2．文章は新仮名づかい，ひら仮名使用とし，句読点（「，」「．」），カッコ（「，『，（，［など）は１字分とする．

3．英文は，１字分に半角２文字を収める．

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，製版に不適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．原稿の内容
・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．ただし原著以外の論文については，これを

省略することができる．
・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），代表者のメールアドレス，原稿枚数，図及び表の数，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, policymakers, 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30年(2018年)12月１日とする．

投稿時チェックリスト（平成30年12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の会員である．
□ 著作権委譲承諾書に，共著者全員が署名した．
□ 本論文は，他の雑誌に掲載されていたり，印刷中もしくは投稿中の論文ではない．
□ 同一著者，同一テーマでの論文を「学校保健研究」に投稿中（査読審査中）ではない．

□ 原著として投稿する原稿には，400語程度の構造化した英文抄録とその日本語訳をつけた．
□ 英文抄録は，英語に関して十分な知識を持つ専門家の校正を受けた．
□ キーワード（和文と英文，それぞれ五つ以内）を添えた．
□ 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．
□ 文献の引用の仕方が投稿規程の「原稿の様式」に沿っている．
□ 本文には頁番号を入れ，原稿全体の左余白に行番号（連続番号）を付した．
□ 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．
□ 図表，写真などの挿入箇所を原稿中に指定した．
□ 本文，図及び表の枚数を確認した．

□ 原稿は，正（オリジナル）１部と副（コピー）１部がある．
□ 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．
　□ 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）
　□ 代表者のメールアドレス
　□ 原稿枚数
　□ 図及び表の数
　□ 希望する原稿の種類
　□ 別刷必要部数
　□ キーワード（和文と英文）
□ 副（コピー）原稿１部の表紙には，表題，キーワード（以上和英両文）のみが記載されている（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．
□ 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．

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択された場合，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．なお，掲載にあたっても，その年度は学会員であることを必要とします．

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

米国学校保健学会
第95回バーチャル年次大会（2021）の概要報告
（American School Health Association（ASHA）, 2021 Virtual Conference）

面澤　和子（弘前大学名誉教授）

米国学校保健学会第95回年次大会（2021年）はCOVID-19の蔓延により，バーチャルで以下のように開催された.

1．開 催 日 時：2021（令和３）年７月19日(月)13：00～７月21日(水)18：00～（今年から10月から７月に時期を変更）
2．会　　　場：ニューメキシコ州アルバカーキ市の予定から，COVID-19蔓延のためバーチャル学会となった.
3．大　会　長：Kayce Solari Williams（理事長，ヒューストン大学臨床講師，保健研修コーディネーター）
4．学 会 概 要：ASHAホームページ参照；ASHA | American School Health Association（ashaweb.org）
年次大会ページ；ASHA 2021 95th Annual Conference - July 19, 2021（pheedloop.com）
5．参 加 者 数：257名（外国人：２人（日本人１名（筆者），韓国１名非学会員）～（昨年より94名少なかった）
6．参加者の背景：保健教育・スクールナース，カウンセラー等（研究者他），学校保健指導主事，管理職，院生他.
7．展 示 ・ 協 賛：14団体（NM州保健局，SOPHE，CATCH，米国小児科学会，セントルイス子ども病院，Wiley他）
8．参　加　費：学会員　　現職者（$120），学生（$30），退職者（$65），～（昨年と同額）
非学会員　現職者（$295），学生（$110），継続教育単位取得希望者は他に$50が必要.
9．プ ロ グ ラ ム：セッション10（基調講演３題を含む），ポスター発表39，学習図書館（９）：事前に録画された有益な講演で，Dr. Kenneth Ginsburgの2020年大会基調講演，ASHA2021年ウエビナー他.

１）10のセッションの演題名と講師及び基調講演３題（①，⑨，⑩）の概要は以下のとおりである.

①飛翔する風船と深刻な拘束―最も困難な子供たちが飛翔するのを助ける：Heidy LaFleur：「Heidy & WHY, Inc」設立者～彼女の目標は，すべての子供たちが毎日を幸せに過ごすためのABCの頭文字による26以上の社会感情的信条を広めることである（責めるより認める，等）. トラウマの実話から，私たちの「行動，言葉と表現（AWE：Actions, Words, Expressions）」が生徒とのやり取りに与える影響を理解する方法を紹介．トラウマ，トラウマサイクル，積極的になるためにできることを理解し，子供たちと共に活動する13の方法を講演.

②学校保健活動創設会議：物語の再構成（招待者のみ参加）～生徒の健康問題に対応する全国団体の指導者会議.

③学校保健アドボカシー（支援活動）～WSCCを促進するアドボカシーの定義とその重要性，教材を講義した.

④開会セッション～理事長，事務局長が全国PTA次期会長及び青少年大使（16才）と健康支援や協働を話し合った.

⑤学校再開と取り戻し：すべての子どものための調整～６人の教育，心理，体育専門家が健康影響と対応を議論.

⑥「生徒のメンタルヘルス」ワールドカフェ～ワールドカフェの進行と精神的健康の課題と対処をグループ討議.

⑦COVID-19下の社会的公平性の確保～公衆衛生と社会正義（食糧不安，医療アクセス等），健康格差を議論.

⑧失われた時間を償う：生徒の健康影響の調整～パンデミックによる学習損失，健康格差対応の資金調達や取組.

⑨児童生徒の健康を調整する：Hope Sullivan McMickle, M.Ed（予防コンサルタント，予防インサイト（依存症他の健康解決を社会的視点で解決する専門家））～参加者は，学校職員や生徒が直面する課題（精神的健康）について，少人数の討論方式の１つである「ワールドカフェ」でWSCC要素を分析し，学校や地域社会の健康を確保するための解決策を模索して方針を立て，対処方法を討論し，関与する識別したWSCC要素を評価した.

⑩COVID後の教訓―学校保健サービスの公平性と調整：Vin Guputa, MD, MPA（公衆衛生医，医療政策専門家），NBCニュースの健康政策アナリスト他，CDC, WHO, The Harvard Global Health Institute等で公衆衛生に従事した. ～ASHAは，科学的な学校健康教育を進め，家庭を通して保健習慣を一層広め，地域によって格差のあるワクチン接種率や保健医療専門家の充実等を，地域，連邦レベルの行政に働きかけることが重要と話した.

２）閉会挨拶「行動の呼びかけ―リードし，教育し，活性化する」：理事長と事務局長が，ASHAが2014年に作成し，毎年更新し続けているアドボカシー（支援活動）の手引きである“ASHA: Advocacy 101 on Whole School, Whole Community, Whole Child Model（WSCCモデルに関するアドボカシーの基礎）”（2021年版，全34頁）を紹介し，学会参加者に手引きを活用して，地域，州，連邦レベルへの健康政策改善への働きかけを呼びかけた.

文献：ASHA’s Advocacy 101 on Whole School, Whole Community, Whole Child Model (ashaweb.org)

３）ポスターセッション（39発表）：著者の３分間のビデオ発表を含め，期間中は常時閲覧できる．７月20日(火)午後３時30分～４時30分は著者が待機. COVID-19関連が10題（学習プログラム，リモート学習，ワクチン１等），性・月経教育６題，栄養５題，運動，学校・保健所の役割，等であった.

４）授賞式：６つの学会賞の発表．William A. How賞（学会賞）は，Phyllis Lewis（元IN州SN指導主事，大学講師）

関連学会の活動

第１回国際看護・学校保健シンポジウム及び 第５回スペイン看護・学校保健大会（バーチャル学会）のご案内

面澤　和子（弘前大学名誉教授）

このシンポジウムは，国際スクールナース・ヘルスプロモーション学会（ISNA：International Association of School Nurses & Health Promotion）とスペイン看護・学校保健学会（ACEESE：Spanish Scientific Association of Nursing and School Health）の共催である．ISNAは，教育センターで世界中の児童生徒のために，学校での医療支援と健康増進を提供する権利を求めて日々仕事に励むすべての看護師の支援を目的としている．

〈目的〉諸外国のSNの経験や日常業務を共有し，SNの仕事を可視化して，配置数を明確にする．国内及び国際的なSNの緊密な絆を確立し，国際レベルの学校看護基準を作成する．学校看護及びヘルスプロモーションに関する研究論文等を公開し，利用可能とする．SNの適切な養成と実践の高度化を図り，学校看護を通じて健康管理と健康教育を促進し，他の専門家と共働して，国際大会，会議，セミナーを開催する．

【使命】SNの知識と経験を統合して，世界中のすべての学校で適切な健康管理と教育を保証する．

【ビジョン】SNが今日の社会に不可欠であることを示す．〈関心のある方は以下の要項をご参照下さい〉

１．主　催：国際看護・学校保健学会（ISNA）及びスペイン看護・学校保健学会（ACEESE）

２．日　時：2022年３月23日(水)～25日(金)，15-20時（CET（中央ヨーロッパ時間），日本時間23時-４時）

３．主要テーマと分科会：(1)学校の看護師の能力と役割，(2)特別支援が必要な子供と青少年，(3)健康教育とプロモーション，(4)学校の健康調査，(5)学生の健康記録，(6)スクールナースの養成，(7)パンデミック時のヘルスケア，(8)その他の諸課題．

４．抄録の提出（提出期限：2021年10月20日迄）

１）すべての抄録の特性：題名，筆頭著者（口頭・ポスター発表の責任者），共同研究者（筆頭著者を含めて５人以下．全著者を登録すること），電子メール．

２）書式：最大250ワード．・はじめに，目的，方法論，結果，および結論，・電子メールで発表形式（ポスターか口頭発表）を明記する，・使用言語：スペイン語，英語，またはフランス語が可能．
推奨：パワーポイントは口頭発表の使用言語とは異なる言語も可能（スペイン語か英語が望ましい）

３）抄録提出先：aceese.nacional@gmail.com（全国大会），isna.schoolnurses@gmail.com（シンポジウム）．

５．参加登録情報（2021年10月25日～2022年３月20日迄）

１）ISNA/ACEESE/ACISE会員：20€（ユーロ，早期申込：2022年１月15日迄），30€（延滞料：2022年３月20日迄）
非会員：70€（早期申込：2022年１月15日まで）｜85€（延滞料）．

２）参加費支払い：口座名義：ASSOCIACIÓ CATALANA D'INFERMERIA I SALUT ESCOLAR
IBAN（国際銀行口座番号）：ES70 2100 0191 1102 0025 1451
BIC（金融機関識別コード）：CAIXAESBBXXX
科学委員会は20の口頭発表を選択する．招聘講師は無料．

６．口頭およびポスター発表（抄録通知は，2021年10月20日～24日）

１）ポスター：組織委員会が指定した定型書式で発表すること．

２）口頭発表：10分のビデオ発表．

３）シンポジウムの口頭発表は，できれば英語で行う．
ただしビデオに英語の字幕，パワーポイントが英語の場合は，スペイン語またはフランス語で発表してもよい．

４）すべての口頭発表とポスター発表は，パワーポイントを用いる．

７．抄録の要件：・最大1750～2500語（文献を含む），
・タイトル，著者名，および電子メールを記載する．
・フォント：Time NewRoman，
・使用言語：英語，スペイン語，またはフランス語
・提出期間：2021年７月30日～９月30日．

●ISNAのホームページは次の通り．ISNA：www.isna.info

関連学会の活動

米国スクールナース学会（NASN）第53回年次大会（2021，バーチャル）の概要報告

(NASN2021, National Association of School Nurses, 53rd Annual Virtual Conference)

面澤　和子（弘前大学名誉教授）

本年６月に開催された米国スクールナース学会の第53回バーチャル年次学術大会の概要を報告する．

1．開 催 日 時：2021（令和３）年６月21日（月）11：00～６月25日（金）15：50（東部標準時）

2．大　会　長：Laurie G. Combe（NASN理事長，MN，RN，NCSN）

3．大会テーマ：生徒の健康を変える：先導するスクールナース（Transforming Student Health School Nurses Leading the Way）

4．参　加　費：早期登録（会員：$325，学生・退職者：$275，非会員：$425）～昨年より会員$105，学生$75安い．
通常登録（会員：$400，学生・退職者：$350，非会員：$500）～昨年より会員$145，学生$65安い．

5．参 加 者 数：2,036名．うち海外からの参加者は14名（タイ１，プエルトリコ１，ネパール１，メキシコ１，日本５（筆者及びイングリッシュスクールのSN），フィンランド１，カナダ２，オーストラリア１他）

6．発表等日程：NASNホームページ参照：https://www.nasn.org/home（Annual Conference）

7．展　　　示：23（Moderna,他），後援：16（金スポンサー８：School Health，Perkin Elmer, BD, 他, & 銀８）

8．プログラム：内訳はセッション20（全体会６），ポスター発表14は，「21世紀学校看護実践構想」の，①実践基準，②ケアの調整，③リーダーシップ，④質の向上，⑤地域/公衆衛生の５分野に区分されていた．

１）セッションの全体会（６演題：各１～1.5時間）の概要は以下のとおりである．

⑴子ども達のチャンピオンを祝う：「21世紀学校看護実践構想」の５年間：Dr.Erin Maughan他５名．

「21世紀の学校看護実践構想」が公表されて５年間，スクールナース（以後SN）が各地区の生徒の複雑なニーズを満たすための重要な根拠となってきた．「構想」がCOVID-19の間にSNにどのように役立ち，今後の学校の課題対応への指針となるのか．複数学区や地域のSNの活動が紹介され，実践要素を強化する必要性が議論された．

⑵感じる許可：不確実でストレスに満ちた時代の健全な情動表出の制御：Dr.Marc Brackett（エール大学子ども研究センター教授）～子供も大人も，感情を制御し，幸福をもたらす方法を学ぶ．感情メーターで，あなた自身の注意力，意思決定，人間関係の質，創造性等を理解し，RULER技能（感情の認識，原因の理解, 感情のラベリング，感情を名付ける，効果的な調整）を学ぶ．７つの方法（感じる許可，生理学の規制，身体的セルフケア，心理的セルフケア，社会的つながり，認知的方法，ルーチン）を統合する．ロールモデルになること．

⑶パワーアワー：シンプルに働き，精一杯生きる：Carson Tate ～“Working Simply社”の業務執行社員で著者．

ビジネスコンサルタントとして企業等の業務の生産性向上を図る．シンプルに仕事し，精一杯生きるには，①あなたの選択力を高める，②賢く時間に投資する，③やることリストに対処する，である．時間を賢く投資するには，①ルーチンを確立する，②同様の作業をまとめる，③スプリントし，短時間集中の仕事を複数行う．

⑷デジタル時代における個人ブランド確立：Baldwin Cunninghamデジタルブランドパートナーシップ副社長．

デジタルマーケティングとソーシャルメディアの利点およびコミュニティへの影響を話す．様々なソーシャルメディアプラットフォームを利用することの重要性を示し，作成された内容が，SNの専門分野に対するコミュニティの理解を刺激し，SNとコミュニティの間の信頼を構築するのにどのように役立つかを示す．

⑸メンタルヘルスシンポジウム・パネルディスカッション：DR.Sarah Vinson 他４名～生徒，保護者，学校コミュニティが直面している様々なメンタルヘルスの課題が話された．世界的なパンデミック時代に，SNは学校コミュニティを支援し，奨励し，医療資源でもあるという課題に直面している．学校再開を迎える秋には，生徒，家族，教職員等が様々なトラウマを抱えて戻ってくる．SNはメンタルヘルスに関するタブー，危機前後の生徒や家族を支援するための様々なヒントやテクニック，生徒の精神的健康への影響について学ぶ．

⑹スクールナースが破壊者になる９原則：リーダーシップと不平等の破壊への強さに基づくアプローチ：Byron M. McClure, D.Ed.,（DC公立学校の再設計副校長）～学校に人種的不平等と不均衡がどのように生じるのか見極める．そして「学校から刑務所へのパイプライン」等の問題は，はるかに大きな人種的不平等から始まり，私たちの行動，政策，アイデアに現れて，不均衡につながる．SNが不均衡を破壊し，リーダーシップを発揮して，システムの不平等を破壊するために必要な９つの原則を学ぶ．

２）ブレインデート：６/22～６/24にはブレインデートの時間がそれぞれ２回ずつあった（責任者の提示したテーマに４～５人が申込み，小グループで意見交流をする機会）

9．第54回年次大会　日時：2022年６月28日（火）～７月１日（金），場所：ジョージア州アトランタ市

関連学会の活動

日本養護教諭教育学会第29回学術集会（オンライン徳島学会）のご案内

学会長 **貴志　知恵子**（徳島文理大学）

先生方におかれましては，子ども達の健康を守り育てる活動に日々ご尽力されていることと拝察いたします．現在，新型コロナウィルスによる感染症が少し落ち着いてはきたものの，今後も予断を許さない状況が続いております．このような中，第29回学術集会はWebによるオンライン学会とすることに致しました．

今回のメインテーマは「子どもの主体性・探究心を育てる養護実践のあり方を問う」としました．

混沌とした先の見えない状況の中で，子ども達が生涯にわたって健康・安全に生きていくためには，自ら率先して行動することや仲間と協力して課題解決していくことが強く求められます．そのために子ども達は，主体性や探究心を持つことが不可欠であると考えます．そこで，本学術集会においては，養護教諭の職務において子どもの主体性・探究心を育てる養護実践をどのように考え，どのように行うかについて議論し，その可能性を探ることで，全ての子ども達の健康レベルの向上を目指します．特別講演は，歯周病予防に熱心に取り組まれている歯科医の篠原啓之氏より，歯科保健と全身の健康との関係を熱く語っていただきます．教育講演は，これまで，学校における子どもの適応と健康を守る予防教育開発や介入研究を全国的に行われている鳴門教育大学の山崎勝之氏にお願いします．先生方のご出席をお待ちしております．

１．期　　日
　2021年11月27日（土）12：00～17：00，11月28日（日）９：30～15：50
２．開催形態
　Webによるオンライン学会（徳島文理大学）
３．学 会 長
　貴志　知恵子（徳島文理大学人間生活学部）（副学会長：同大学同学部　竹内　理恵）
４．メインテーマ
　「子どもの主体性・探究心を育てる養護実践のあり方を問う」
５．内　　容
　【11月27日（土）】
　◇開会行事（12：00）理事長挨拶・学会長挨拶　◇学会長講演　貴志　知恵子（徳島文理大学）
　◇特別講演（13：10-14：10）「歯周病が全身に及ぼす影響～デンタルクリニックの報告から～」
　　篠原　啓之（エス・デンタルクリニック歯科医師）
　◇シンポジウム（14：30-17：00）　テーマ：「子どもの主体性・探究心を育てる養護実践のあり方を問う」
　　コーディネーター　入駒　一美（東京医療保健大学），松永　恵（茨城キリスト教大）
　　シンポジスト　住吉　美保（岩手県一関市立桜町中），近藤　真理（徳島市立高等学校），
　　　　　　　　　古角　好美（元大和大学）
　【11月28日（日）】
　◇一般口演発表　A.B.C会場（９：30-11：30）◇研究助成金研究発表（11：30～12：00）
　◇教育講演　（13：00～14：00）「健康と適応を守る予防教育の理論と進め方」
　　山崎　勝之（鳴門教育大学特命教授）
　◇課題別分科会（14：20-15：50）
　　①「問題＝チャンスにして自分で解決できる力を身につける保健指導」　藤井　梓（徳島科学技術高等学校）
　　②「学校で使える解決志向アプローチ」　猪井　淑子（徳島文理中学・高等学校SC）
　　③「外在化療法を活用した絵本の作成とその活用」
　　　中津　達雄（徳島文理大学大学院教授，臨床心理士・公認心理師）　木下　梓（徳島県阿南市立伊島小学校）
６．参 加 費
　会員・会員外　2,500円，学生（社会人大学院生を除く）2,000円（11月15日迄の事前申込者に限る）
　抄録集のみ　2,500円（送料込み）

【参加申込フォーム】https://forms.gle/UXMYMw2MGk7sW8bj9
　詳細は学会HPをご覧ください．

右のQRコードからも参加申込できます

関連学会の活動

日本教育保健学会
第19回年次大会と研究フォーラムのご案内

日本教育保健学会

第19回年次大会

1．日　時：2022年3月5日（土）13：00～17：00，6日（日）10：00～15：00

2．会　場：新潟青陵大学（新潟市中央区水道町1-5939）対面での開催を予定

3．テーマ：共生と教育保健

4．日　程：1日目　年次大会長挨拶，公開シンポジウム，共同研究発表，総会
2日目　研究委員会シンポジウム，一般発表

5．参加費：4,000円

研究フォーラム

1．日　時：2021年12月5日（日）13：00～15：000

2． Zoomにて配信

3．テーマ「養護教諭のキャリアと教育保健」

4．発表者：塚原加寿子（新潟青陵大学）
大森　悦子（新潟市立小針中学校）
冨永　範子（新潟県糸魚川市立南能生小学校）

5．参加費：無料

第19回年次大会，研究フォーラムのいずれも学会ホームページよりお申込みください．
http://www.educational-health.jp

お問い合わせ：日本教育保健学会第19回年次大会長　杉崎　弘周
E-mail sugisaki@nuhw.ac.jp

編集後記

一般社団法人日本学校保健学会第67回学術大会（大会長・大澤　功　愛知学院大学教授）は，新型コロナ禍の影響により開催を１年延期して，令和３年11月５日（金）～11月７日（日）に愛知学院大学日進キャンパスより本学会･初のリモート学会として開催されます. メインテーマは,「学校保健,その原点に立ち返る」です. 多くの方々の参加と活発な論議が期待されます.

それにしても，新型コロナウイルス感染症は，世界を一変させました．学校現場も一斉休校中は休業中の子どもたちの対応に追われ，授業再開後は感染対策に駆け回るといったように，以前からは想像もできなかった毎日が続きました．そこで本誌では，康井洋介，徳村光昭両氏に総説「学校内で新型コロナウイルス感染者が発生した際の学校対応および保健所による積極的疫学調査の実際」をお書きいただきました.

本誌は「学校保健の専門家のみならず，関連諸学会の研究者，行政関係者，現場の指導的教員においても教育と医学を結び，教育に科学的基礎を与え，かつ健康教育に教育科学的指針をもたらす」ことを目的としています. もとより学校保健は，教育学，医学をはじめ，その周辺領域まで含めるときわめて広い領域にわたることから，「学校保健に密接に関与しかつ現代の子供の心身の健康とその教育問題の解明に結びつく緊急課題を優先的に取り上げて特集を行う」（学会ＨＰ）ことで，切実な教育課題に対して学術誌としての立場から積極的に支援しています．どうか積極的なご投稿もお願いいたします.

（住田　実）

「学校保健研究」編集委員会	EDITORIAL BOARD
編集委員長	*Editor-in-Chief*
大澤　　功（愛知学院大学）	Isao OHSAWA
編集委員	*Associate Editors*
宮井　信行（和歌山県立医科大学）（副委員長）	Nobuyuki MIYAI（Vice）
朝倉　隆司（東京学芸大学）	Takashi ASAKURA
池添　志乃（高知県立大学）	Shino IKEZOE
上地　　勝（茨城大学）	Masaru UEJI
上村　弘子（岡山大学）	Hiroko KAMIMURA
黒川　修行（宮城教育大学）	Naoyuki KUROKAWA
佐々木　司（東京大学）	Tsukasa SASAKI
鈴江　　毅（静岡大学）	Takeshi SUZUE
住田　　実（フェリシアこども短期大学）	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
森田　一三（日本赤十字豊田看護大学）	Ichizo MORITA
編集事務担当	*Editorial Staff*
竹内　留美	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63巻　第３号　2021年10月20日発行
Japanese Journal of School Health　Vol. 63　No. 3　（会員頒布　非売品）

編集兼発行人　衞　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. 03-6824-9379 FAX. 03-5227-8631

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

Volume 63, Number 3 October, 2021 ISSN 0386-9598

JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

CONTENTS

Preface :

Current State of and Challenges Facing Educational Institutions for Student *Yogo* Teachers ……… Nobuko Endo 134

Review :

Correspondence after Confirming a Case of COVID-19 among Students and Teachers in Schools and Active Epidemiological Investigation by Public Health Centers ……… Yosuke Yasui, Mitsuaki Tokumura 136

Research Note :

Cument Status of Food Allergy Education in Diet and Nutrition Teacher Training School ……… Yurika Ganaha, Akira Kyan, Yuriko Ganaha, Sumie Shinjo 139

Yogo Teacher Awareness of Cardiopulmonary Resuscitation Education —Comparison with Number of Years of Work Experience— ……… Tomoko Yoshida, Nozomi Okamoto 149

A Qualitative Study on the Health Support Process of *Yogo* Teachers Provided to School-age Children and Students Connected with Foreign Countries ……… Tomiko Nakashita, Takashi Asakura, Yoshiko Uehara, Yuma Takei, Miho Naito, Airi Matumoto 160

Serial Articles :

Let's Talk about the Future of School Health Education in Japanese Association of School Health

3. Issues in School Health Education Founud through Trends in Other Countries
—Challenges and Solutions of the Trends Found in the United States and the United Kingdom— ……… Seiji Ueda 175
—Finland's Today Shows Japan's Future Health Education— ……… Akira Kohama 181

School Health Activities during the COVID-19 Pandemic

3. Report of the 1st to 3rd *Yogo*-Practice Questionnaire on COVID-19 ……… Kumiko Onuma 190

令和三年十月二十日 発行

発行者 衞藤 隆

印刷者 勝美印刷株式会社

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

Japanese Association of School Health