

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2022 Vol.64 No.3

目次

巻頭言

- ◆子どもたちのレジリエンスを育む…………… 205
村松 常司

特集 医療的ケア児の健やかな成長のために

- ◆学校における医療的ケア児を取り巻く現状と課題…………… 207
竹鼻ゆかり
- ◆小児神経専門医から見た学校における医療的ケアとその課題について… 212
宮本 雄策
- ◆医療的ケア児の現状と課題—小児看護の立場から—…………… 216
北村 千章
- ◆特別支援学校における医療的ケアの実際とその課題…………… 221
武田 鉄郎

原著

- ◆養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の検討…………… 226
松永 恵, 庄司 一子
- ◆小中学生における朝の健康観察の日常生活への活用
—恩恵, 負担, ソーシャルサポート, ヘルスリテラシーとの関連性—… 235
石井有美子, 奥田紀久子, 田中 祐子, 西岡 伸紀

資料

- ◆休日における日本人幼児のエネルギーバランスと生活習慣および親の
食意識の関連性…………… 248
村松愛梨奈, 堀江雅英子, 片岡 佑衣, 大矢 知佳, 乙木 幸道,
寺本 圭輔

連載

- ◆国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ：第17回「論文が採択される
ための条件(5)：緒言（イントロダクション）の書き方」…………… 259
佐々木 司, 大澤 功, 鈴江 毅, 宮井 信行
- ◆日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：第7回「保健教育を現場で担
当する立場から考える」
—養護教諭として保健教育を担当した経験をもとに—…………… 262
佐見由紀子
- 保健体育教師の声を聴く：課題をどのように認識するのか—…………… 269
七木田文彦

学校保健研究

第64巻 第3号

巻頭言

- 村松 常司
子どもたちのレジリエンスを育む 205

特集 医療的ケア児の健やかな成長のために

- 竹鼻ゆかり
学校における医療的ケア児を取り巻く現状と課題 207
- 宮本 雄策
小児神経専門医から見た学校における医療的ケアとその課題について 212
- 北村 千章
医療的ケア児の現状と課題—小児看護の立場から— 216
- 武田 鉄郎
特別支援学校における医療的ケアの実際とその課題 221

原著

- 松永 恵, 庄司 一子
養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の検討 226
- 石井有美子, 奥田紀久子, 田中祐子, 西岡伸紀
小中学生における朝の健康観察の日常生活への活用
—恩恵, 負担, ソーシャルサポート, ヘルスリテラシーとの関連性— 235

資料

- 村松愛梨奈, 堀江稚英子, 片岡 佑衣, 大矢 知佳, 乙木 幸道, 寺本 圭輔
休日における日本人幼児のエネルギーバランスと生活習慣および親の食意識の関連性 248

連載

- 国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ：
佐々木 司, 大澤 功, 鈴江 毅, 宮井 信行
第17回「論文が採択されるための条件(5)：緒言（イントロダクション）の書き方」 259
- 日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：
第7回「保健教育を現場で担当する立場から考える」
佐見由紀子
—養護教諭として保健教育を担当した経験をもとに— 262
- 七木田文彦
—保健体育教師の声を聴く：課題をどのように認識するのか— 269

会報

- 一般社団法人日本学校保健学会 第40回常任理事会・理事会（2022年7月10日開催） 276
- 一般社団法人日本学校保健学会 第68回学術大会のご案内（第4報） 279
- 機関誌「学校保健研究」投稿規程 285
- 「学校保健研究」投稿論文査読要領 290

関連学会の活動

- 日本教育保健学会 第20回年次大会のご案内（第1報） 291
- 米国学校保健学会 第96回年次学術大会（2022）の概要報告 292

お知らせ

JKYBライフスキル教育ワークショップ近畿2022開催要項293

編集後記 294

巻頭言

子どもたちのレジリエンスを育む

村 松 常 司

Fostering Resilience in Children

Tsuneji Muramatsu

レジリエンスは日本では比較的新しい概念であり、小塩¹⁾は、レジリエンスを困難で驚異的な状況に曝されることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、精神的病理を示さず、よく適応している状態と定義し、日本語では精神的回復力と訳している。現代の子どもたちにとって逆境に負けない心を持つこと、すなわちレジリエンスを高めることの重要性が高まってきているとしている。人は社会生活を営む中で、人間関係、仕事や勉強、事件・事故など様々なストレスやネガティブな出来事に直面し、少なからず精神的な影響を受けている。しかし、全ての人が抑うつや精神的な不適応状態に陥るわけではなく、それらを乗り越えている人も少なくない。このような人をストレスやネガティブな出来事から立ち直れる人、すなわちレジリエンスが高い人としている。

針間²⁾はオーストラリアのレジリエンスを育む学校教育としての「Mind Matters」を紹介している。それによると、「Mind Matters」は全国精神保健戦略と全国自殺予防戦略の下で、2000年に創設された学校ベースの精神保健プロジェクトであり、校長会によって運営されている。このプロジェクトが開発された背景にはオーストラリアの青少年の約20%が精神保健問題に影響を受け、その半数が学校と社会での発達に支障を来しているからとしている。この「Mind Matters」の実施規模は極めて大きく、2002年には教育用キットがすべての中学校に配布され、2010年末までには14万人以上の生徒が参加している。「Mind Matters」の目的は若者がその後の人生において遭遇する様々な精神的危機を効果的に乗り越えていくために必要となる技術や知識及び資源を提供出来る学校環境を実現することにあるとしている。レジリエンスの強化は「Mind Matters」の中核をなす部分であり、いじめ、自殺、精神疾患といった個別の問題に対して効果的に取り組むことが期待されている。近年、日本のレジリエンス研究は日本学校保健学会を始め関連学会で多々報告されるようになってきたが、学校現場でのレジリエンスに着眼した実践は少ない。今後、実践が進むことを期待したい。

2013年にイギリスの学校において、レジリエンス教育導入の成果をみるために11歳以上の生徒438人に対し、授業前後の「レジリエンス」、「自己効力感」、「セルフエスティーム」及び「抑うつ」の変化の調査³⁾が行われた。それによると、授業前と比べて授業後の「レジリエンス」、「自己効力感」及び「セルフエスティーム」の3要因は高く変化し、「抑うつ」は低く変化して、レジリエンス

教育の効果は認められたとしている。

深谷⁴⁾は、震災のように困った出来事があって、けがをしたり家族や友だちを亡くしたりした場合、ほとんどの人が失意の底に突き落とされるが、そのうちの多くは周りの人の支え等で立ち直っていく。比較的簡単に立ち直れる人、時間はかかるが確実に戻っていく人、反対に元に戻れず失意とあきらめの日々を送る人、さらには自ら命を絶とうとしてしまう人に分かれ、立ち直っていく人はレジリエンスが高く、レジリエンス育成は極めて大切なものであるとしている。

石田⁵⁾は、小学生のレジリエンスと攻撃性、社会的スキル及びセルフエスティームとの関連を調査し、レジリエンスの高い児童は社会的スキル、セルフエスティームが高く、攻撃性が低い、すなわち、レジリエンスの高い児童は良好な友達関係を持ち、好ましい自尊心であり、攻撃性が低いことを明らかにしている。また、原⁶⁾は、小学生のつらい経験とうれしい経験に注目してレジリエンス調査を行い、つらい経験よりうれしい経験を多くすることが小学生のレジリエンスを高めることに繋がり、学校生活にはそのような機会がたくさんあり、それらを増やすことが重要であるとしている。今後、どうしたら子どもたちのレジリエンスを高めることができるのかの追究が重要になる。

今日までのレジリエンス研究から子どもたちのレジリエンスを高くするとその後の良好なこころの成長に繋がることが期待できる。レジリエンスの概念には「育てる」という教育的な側面が含まれていることから学校教育には取り入れやすいと思われる。しかしながら、レジリエンスを育てる実践プログラムや要因は未だ統一された見解に至っておらず、実際に実践するにはどのようなプログラムや要因が適切であるかを探することが大切である。

文 献

- 1) 小塩真司, 中谷素之, 金子一史ほか: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性, 精神的回復力尺度の作成. カウンセリング研究 35 : 57-65, 2002
- 2) 針間博彦: レジリエンスを育む学校教育, オーストラリアでの取り組み. 臨床精神医学 41 : 181-186, 2012
- 3) Pluess M, Boniwell I, Hefferon K et al. : Preliminary evaluation of school-based resilience-promoting intervention in a high-risk population : Application of an exploratory two-cohort treatment/control design. PLoS ONE 12 : e0177191, 2017

- 4) 深谷和子, 上島博, 子どものレジリエンス研究会: 「元気・しなやかな心」を育てるレジリエンス教材集 1, 明治図書, 東京, 2015
- 5) 石田敦子, 村松常司, 廣美里ほか: いじめを受けた経験が小学生の心理社会的要因に与える影響について, 東海学校保健研究 40 : 53-63, 2017
- 6) 原郁水, 古田真司: 小学生のレジリエンスとつらい経験・うれしい経験との関連, 東海学校保健研究 37 : 77-87, 2013
(日本養護実践学会理事長・愛知教育大学名誉教授)

■特集 「医療的ケア児の健やかな成長のために」

学校における医療的ケア児を取り巻く現状と課題

竹 鼻 ゆかり

東京学芸大学 芸術・スポーツ科学系 養護教育講座

Practices and Problems of Children in Need of Medical Care in School

Yukari Takehana

Tokyo Gakugei University, Division of Arts and Sports Sciences, Department of School Health care and Health Education

本特集では、3号と4号の2回にわたり、医療的ケアにかかわるさまざまな立場の専門家から話題提供いただき、学校保健で考えねばならない医療的ケア児を取り巻く課題と方策について論じたい。2015年国際連合で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」の理念は「誰一人取り残さない」「持続可能な社会の実現」である¹⁾。医療的ケア児の健やかな成長のための取り組みは、この理念に通じるものと言える。その巻頭として、本稿では、医療的ケア児の現状と課題について、概説する。

I. 医療的ケア児の現状と課題

1. 医療的ケア児と医療的ケアの内容

図1に示すとおり、医療技術の進歩に伴い、医療的ケア児は年々増加している。2020年度、全国の在宅の医療的ケア児は推計で約2.0万人、直近10年で約2倍となり、そのうち人工呼吸器を装着している児童数は4,600人、直近7年で約2.6倍となった²⁾³⁾。また、表1、2に示すとおり2021年度、特別支援学校に在籍する医療的ケア児の数は8,485人（2019年度8,392人）、幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の数は1,783人（2019年度1,453人）であった⁴⁾。

彼らに対し学校で実施されている医療的ケアの項目⁴⁾をみると図2に示すとおり、特別支援学校で実施されている医療的ケアの数は31,018件であり、内訳は、喀痰吸引（口腔内）、喀痰吸引（鼻腔内）、経管栄養（胃ろう）、

喀痰吸引（気管カニューレ内部）の順に多かった。また、幼稚園、小・中・高等学校での実施数は2,641件で、導尿、血糖値測定・インスリン注射、喀痰吸引（気管カニューレ内部）361件、経管栄養（胃ろう）の順に多かった。

一方、彼らをケアする看護師・認定特定行為業務従事者の数は、特別支援学校において7,257人（2019年度7,075人）、幼稚園、小・中・高等学校では2,023人（2019年度1,283人）であった⁴⁾。

今後、特別支援学校ならびに幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の数は増えるとともに、歩行可能な医療的ケア児から重症心身障害児まで、その様態は多様となるが見込まれる。そのため、学校や教員が彼らの健やかな成長を育むためのかわりを考える必要に迫られている。

2. 医療的ケアの教育的意義

学校は、安全と安心が保たれた環境において、児童生徒が人と人とかかわるなかで、人格の形成とともに、自主自立をはかる場である。この点において医療的ケア児にとっての教育ならびに学校は大きな意義をもつ。適切な医療的ケアが学校で行われることにより、医療的ケア児の通学日数が増え、授業の継続性が保たれる。その結果、教育内容が充実する、教職員と医療的ケア児との関係性が深まる、といった成果は、教育の本質的な意義に通じる⁵⁾。具体的な意義と成果は、経管栄養や導尿等を行うことによって生活リズムが作れたり整ったりする、

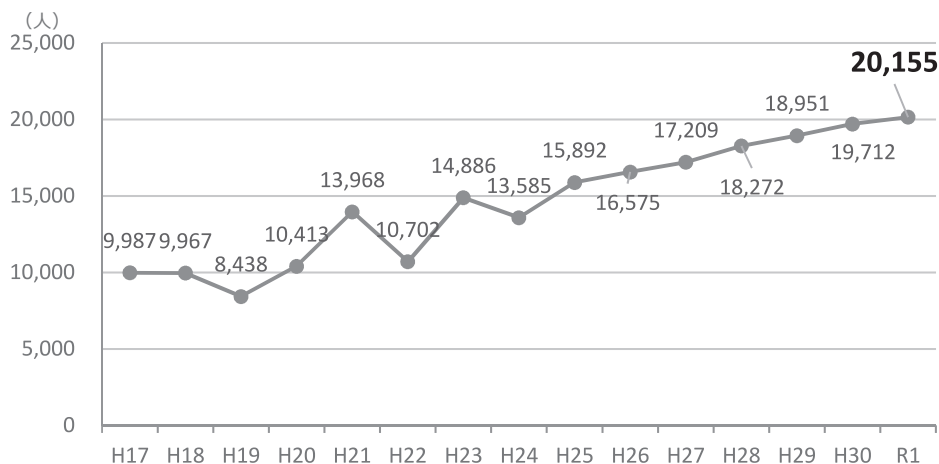


図1 在宅の医療的ケア児の推計値（0歳～19歳）文献²⁾³⁾を元に作図

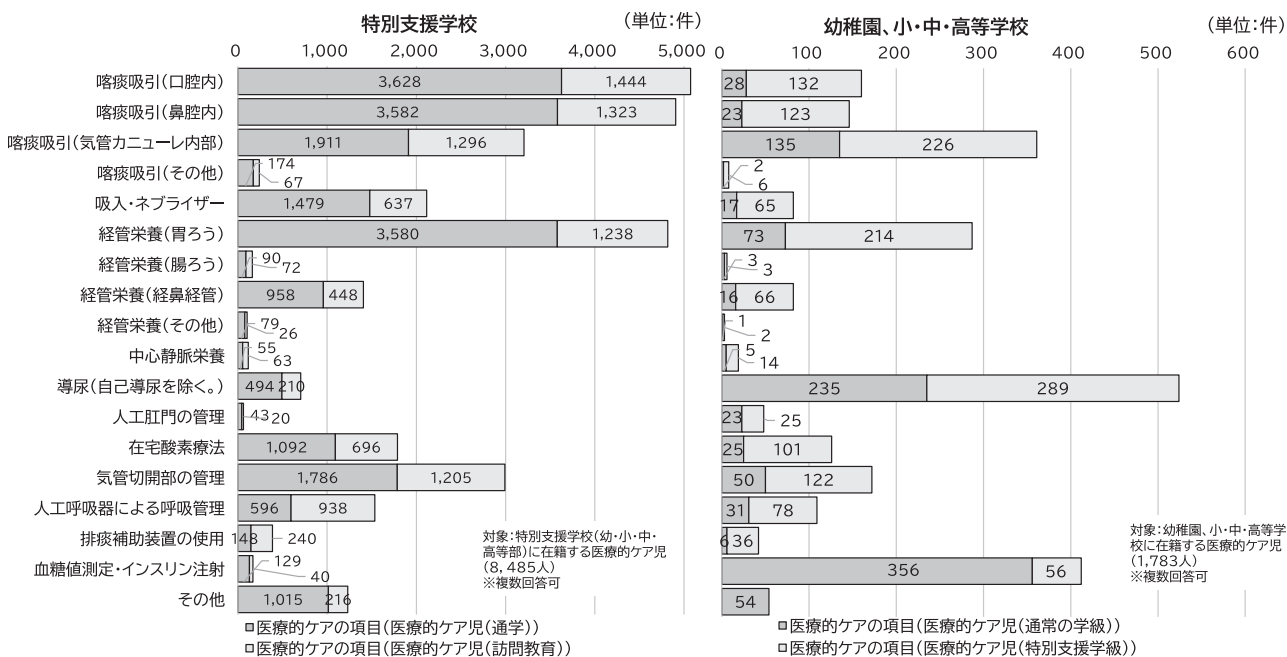
表1 2021年度 特別支援学校に在籍する医療的ケア児の数¹⁴⁾

学部	通学・訪問教育の別	国立	公立	私立	計
幼稚園	通学	0	39	1	40
	訪問教育	0	1	0	1
小学部	通学	8	3,288	0	3,296
	訪問教育	0	999	0	999
中学部	通学	2	1,560	0	1,562
	訪問教育	0	482	0	482
高等部	通学	1	1,583	0	1,584
	訪問教育	0	521	0	521
計	通学	11	6,470	1	6,482
	訪問教育	0	2,003	0	2,003
	計	11	8,473	1	8,485

表2 2021年度 幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の数¹⁴⁾

学校種	通常の学級・特別支援学級の別	国立	公立	私立	計
幼稚園	通常の学級	1	93	160	254
小学校	通常の学級	2	489	15	506
	特別支援学級	0	769	0	769
中学校	通常の学級	0	57	6	63
	特別支援学級	0	138	0	138
高等学校	通常の学級	0	27	26	53
	訪問教育	0	0	0	0
計	通常の学級	3	666	207	876
	特別支援学級	0	907	0	907
	計	3	1,573	207	1,783

(参考) 医療的ケア児が在籍する幼稚園 231園
 小学校 1,099校
 中学校 184校
 高等学校 38校

図2 学校で実施されている医療的ケアの項目¹⁴⁾

吸引や姿勢変換の必要性などを保護者以外の大人にわかってもらうことによって、自分の意志や希望を伝える力が育つ、排痰がうまくできたなど成功体験による自己肯定感・自尊感情が向上する、安全で円滑な医療的ケアが行われることによる子どもと教員や看護師との信頼関係ができるなどである⁶⁾。この具体例は、特別支援学校教育要領・学習指導要領の自立活動⁷⁾に挙げられている健康の保持、心理的安全、人間関係の形成、コミュニケーションの内容と同義である⁶⁾。そこで今、改めて医療的ケアの教育的意義を考える必要がある。

現実には、この教育的意義を踏まえた素晴らしい実践

が多く、多くの教育の場で行われ、成果が得られているはずである。今後はこの実践と成果を共有するため、本誌編集委員として、医療的ケア児の学校教育における成果や課題を、ぜひ『学校保健研究』で発信していただきたいと願う。

3. 医療的ケア児の保護者の負担

医療的ケア児の保護者の負担は大きい。2021年度における保護者が医療的ケアを行うために付き添いを行っている医療的ケア児の数は、特別支援学校に通学する医療的ケア児(6,482人)のうち、3,377人(52.1%)、幼稚園、小・中・高等学校では1,783人のうち、1,177人(66.0%)となっ

ていた⁴⁾。特別支援学校での保護者の付き添いが必要な医療的ケア児(376人)の理由で最も多かった項目は、「看護師や認定特定行為業務従事者はいるが学校・教育委員会が希望しているため」が約3割、その他約5割の理由としては、「主治医からの指示」、「健康状態が不安定」などであった⁴⁾。また、幼稚園、小・中・高等学校の医療的ケア児(530人)の付き添い理由で最も多かった項目は、「看護師が配置されていない及び認定特定行為業務従事者がいないため」で約6割、次いで多かった「その他」約1割は、「看護師が対応できない時間等があるため」、「保護者が看護師の配置を希望せず、自身で医療的ケアを行うことを希望しているため」などであった⁴⁾。この現状から、保護者が学校で付き添うことに伴う負担の大きさがわかる。また、学校や学級における医療的ケア児の自主自立や、友人とのかかわりなどの社会性をどう担保するかという課題のあることが推測される。

医療的ケア児者とその家族の生活の質にも多くの課題がある。医療的ケア児者とその家族の生活実態調査⁸⁾を概観すると、843件中、家族が主にケアを行っている人以外にケアを依頼できる人がいないは約4割、家事等を依頼できる人がいないは約5割、家族以外に医療的ケア児を預ける場がないのは約6割、相談に乗ってくれる相手がいらないは約3割、慢性的な睡眠不足、いつまで続くかわからない日々強い不安を感じる、自らの体調悪化時に医療機関を受診できない、日々の生活は緊張の連続である、はいずれも約7割であった。また、医療的ケア児から5分以上目を離せないは約4割、医療的ケア児からひと時も離れられなかったりトイレに入るのにも不安がつきまったりするは約4割であった。とりわけ、人工呼吸器管理が必要なケア児者では、5分以上目を話せない割合が高く、ケアに追われる生活や慢性的な睡眠不足の状況が見られた。また、医療的ケア児者のきょうだい児にストレスがある、保護者がきょうだい児に時間を割けないという課題もあった。

つまり、医療的ケア児の増加に伴い、彼らを取り巻く状況は多様化し、医療的ケア児及びその家族が個々の状況に応じた適切な支援を受けられることが課題となっていることがわかる。医療的ケア児の家族が孤立せず充実した生活を営むためには、学校のみならず広く社会としての取り組みが必要である。

Ⅱ. 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律ならびに医療的ケア看護職員

1. 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律

前述した医療的ケア児を取り巻く現状と課題をふまえ、2021年「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が制定された⁹⁾。この法律の目的は、医療的ケア児の健やかな成長を図るとともに、その家族の離職の防止に資すること、ならびに人々が安心して子どもを生

み、育てることができる社会の実現に寄与することである。この法律では、国・地方公共団体および保育所の設置者、学校の設置者に対しては、医療的ケア児の支援について、努力義務ではなく責務として示されている。

基本理念は次に示すとおりである。

- 1 医療的ケア児の日常生活・社会生活を社会全体で支援する。
- 2 医療的ケア児が医療的ケア児でない児童等と共に教育を受けられるように最大限に配慮しつつ適切に行われる教育に係る支援等、個々の医療的ケア児の状況に応じ、切れ目なく行われる支援である。
- 3 医療的ケア児が18歳に達し、又は高等学校等を卒業した後も配慮した支援が行われる。
- 4 医療的ケア児と保護者の意思を最大限に尊重した施策を講じる。
- 5 居住地域にかかわらず等しく適切な支援を受けられる施策を講じる。

なお参考として、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」⁹⁾など、国が示している医療的ケアに関連する言葉の定義を表3に紹介する。

2. 医療的ケア看護職員

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制定とともに同年(2021年)8月、学校教育法施行規則の一部が改正され、医療的ケア看護職員の名称と職務内容が規定された¹⁰⁾。この法律において医療的ケア看護職員は、学校において、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童の療養上の世話又は診療の補助に従事することとされた。職務内容と留意事項は表4のとおりである。この改正に至った背景には、学校教育の課題が多様化・複雑化し、学校における働き方改革の推進、GIGAスクール構想の実施、医療的ケアをはじめとする特別な支援を必要とする児童生徒への対応等の課題がある¹⁰⁾。なおこの改正では、多くの課題に対応する学校の指導・運営体制の強化・充実を図るため、学校において教員と連携協働しながら不可欠な役割を果たす支援スタッフとして他にも、情報通信技術支援員、特別支援教育支援員及び教員業務支援員について、新たにその名称と職務内容を規定している¹⁰⁾。

このように法整備がなされた今、行政が具体的な取り組みを加速させ、医療的ケア看護職員をはじめ特別支援教育支援員及び教員業務支援員が学校でうまく連携協働できる働きかけが必要である。

Ⅲ. 学校における医療的ケアのこれから

しかし、学校における医療的ケア児の受け入れや支援体制については、まだ緒についたばかりであり、現実には次に示すような課題がある¹¹⁻¹³⁾。

教員と看護師等の医療従事者が、学校におけるお互いの立場や職務を理解したうえで、連携・協働すること、

教員をはじめ医療的ケアにかかわる多職種が、学校で医療的ケアを行う教育的意義を理解すること、教員や看護師が医療的ケアの知識や技術を習得する学習会や研修会を行うこと、医療的ケアにかかわる多職種が、医療的ケア児の自立を促す支援の意義と方法を理解すること、学校における医療的ケア児の受け入れ態勢を整えること、例えば、エレベーターやスロープやICT環境の整った教室などの環境面、医療的ケア看護職員や支援員の人材確保、教員の医療的ケア児と医療的ケアに対する理解、などである。

医療的ケア児が学校で健やかに成長するためには、前述の教育的意義を踏まえながら、教育と医療、福祉、行政などの多職種による連携協働が必要なことは言うまでもない。現実には、合理的配慮と基礎的環境整備のもと、学校、教員、保護者、医療者等の当事者が各自、その立場と役割に応じながら、医療的ケア児の成長を願い、教育保障をするために努力を続けている。

しかし一方で、専門性や文化が異なる医療や福祉の専

門家が学校教育の場で働く難しさは容易に想像できる。そのなかで、さまざまな立場の思いがすれ違ったり、理解しあえなかったりする葛藤場面が生じることもあろう。ときには、医療的ケアを受ける児童生徒の思いや意志がわからないまま、周囲の大人の判断で教育方法や支援内容が決定される場合もあろう。優先しなくてはならないことは、医療的ケアを受ける子ども自身の意志の尊重と教育内容や学習環境などのニーズの見極めである。

本特集では、医療的ケア児と医療的ケアにかかわる課題解決を考える場として、さまざまな立場の専門家から話題を提供していただいた。ご寄稿いただいた方々は、筆者が兼ねてから多くのご示唆をいただいている先生方はもとより、筆者が是非とも原稿をお願いしたいと切望し、面識もないのにいきなりメールをお願いした先生方である。こんなご無礼なお願いをしたにもかかわらず、ご快諾くださった執筆者の方々にこの場をお借りし、心から感謝申し上げる。

表3 言葉の定義

医行為¹⁴⁾：医師及び看護師などの免許を有さない者による医行為は、医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう医行為とは、医師の医学的判断及び技術をもって行わなければ、人体に危害を及ぼし、又は、危害を及ぼすおそれのある行為を反復継続する意思をもって行うこととされている。

【参考】医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（平成17年8月25日付け文部科学省スポーツ・青少年局長初等中等教育局長通知）

医療的ケア⁹⁾¹⁴⁾：「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」において医療的ケアとは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。一般的には、医療的ケアとは、病院などの医療機関以外の場所（学校や自宅など）で日常的に継続して行われる、喀痰吸引や経管栄養、気管切開部の衛生管理、導尿、インスリン注射などの医行為を指し、病気治療のための入院や通院で行われる医行為は含まれないものとされている。

医療的ケア児⁹⁾：「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」において医療的ケア児とは日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である児童（18歳以上の高校生等を含む。）としている。

表4 医療的ケア看護職員の職務内容と留意事項¹⁰⁾

- ① 職務内容
 - ・医療的ケア児のアセスメント
 - ・医師の指示の下、必要に応じた医療的ケアの実施
 - ・医療的ケア児の健康管理
 - ・認定特定行為業務従事者である教職員への指導・助言
 - ② 医療的ケア看護職員は、保健師、助産師、看護師、准看護師（以下「看護師等」という。）をもって充てること。
 - ③ 医療的ケア看護職員は、例えば、施行規則第65条の3及び第65条の4で規定する、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーと同様、学校に配置される者の名称であり、この度の改正により、看護師等と異なる新たな資格を設けるものではないこと。
 - ④ 医療的ケア看護職員の職務内容として規定される「療養上の世話又は診療の補助」*とは、医療的ケア児に対して、施行規則第65条の2に規定される医療的ケアやそれに関連する業務を行うものであること。
- ※「療養上の世話又は診療の補助」とは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）において規定される看護師の業である

文 献

- 1) 国際連合：Sustainable Development Goals. Available at : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/> Accessed August 1, 2022
- 2) 田村正徳：医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）平成28年～平成30年度総合総括研究報告書). Available at : <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/27264> Accessed August 1, 2022
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課, 障害児・発達障害者支援室：「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」について. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000794739.pdf> Accessed August 1, 2022
- 4) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：令和3年度学校における医療的ケアに関する実態調査結果（概要）令和4年7月. Available at : https://www.mext.go.jp/content/20220711-mxt_tokubetu01-000023938_3.pdf
- 5) 文部科学省：学校における医療的ケアの今後の対応について, 2019. Available at : https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/__icsFiles/afieldfile/2019/03/22/1414596_001_1.pdf Accessed August 1, 2022
- 6) 公益財団法人日本訪問看護財団：学校における医療的ケア実施対応マニュアル 看護師用, 2020
- 7) 文部科学省：特別支援学校教育要領・学習指導要領解説 自立活動編（幼稚園・小学部・中学部）平成30年3月
- 8) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング：厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書 2020年3月. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf> Accessed August 1, 2022
- 9) 内閣府：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年. Available at : https://www.mext.go.jp/content/20210621-mxt_tokubetu01-000007449_01.pdf Accessed August 1, 2022
- 10) 文部科学省初等中等教育局：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）令和3年8月23日. Available at : https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/mext_00034.html Accessed August 1, 2022
- 11) 泊祐子, 竹村淳子, 道重文子ほか：医療的ケアを担う看護師が特別支援学校で活動する困難と課題. 大阪医科大学看護研究雑誌 2, 40-50, 2012
- 12) 西方弥生, 菅野由美子, 丸山有希ほか：特別支援学校における医療的ケアに関する養護教諭と看護師との連携・協働が困難となる要因と養護教諭の配慮・工夫—養護教諭のインタビューから効果的な連携・協働を考える—. 神戸女子大学看護学部紀要 4, 19-30, 2019
- 13) 岡田摩理：医療的ケアを必要とする小児の在宅医療支援における多職種連携に関する専門職の認識. 小児保健研究 7, 404-412, 2019
- 14) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：小学校等における医療的ケア実施支援資料～医療的ケア児を安心・安全に受け入れるために～令和3年6月. Available at : https://www.mext.go.jp/content/20220317-mxt_tokubetu01-000016489_1.pdf Accessed August 1, 2022

■特集 「医療的ケア児の健やかな成長のために」

小児神経専門医から見た学校における医療的ケアとその課題について

宮 本 雄 策

聖マリアンナ医科大学小児科学講座
日本小児神経学会社会活動委員会・委員長

Medical Care in Schools from a Physician's Perspective

Yusaku Miyamoto

Department of Pediatrics, St. Marianna University School of Medicine

要旨：日常生活に必要な医療的な生活援助行為を、治療行為としての医療行為とは区別して医療的ケアと呼んでいる。医師法17条に「医師でなければ医業をしてはならない」とあるため、医療的ケアは常に法的な問題を内在し、その普及は困難を伴うものであった。先人たちの活動の結果として、現在医療的ケアは法的根拠をもった行為として認められている。そして時代とともに変遷し、現在学校で行われている医療的ケアは、それが行われ始めた1980年代と比較すると、種類・実施数ともに飛躍的な増加を認めている。しかし現在においても医療的ケアの問題が全て解決したわけではない。本稿では医療的ケアの歴史について述べ、日本小児神経学会の活動も紹介する。「寛容であること」を心がけ、「学校は教育の場であり、教育の機会を保障するために必要な医療的ケアを行う」という原則に忠実に、関係者がお互いに敬意を持って対応することが重要と考えている。

I. はじめに

「医療的ケア」とは不思議な言葉である。「医療」でなく「医療的」であり、「cure」でなく「care」としている。これは「医療的であるけれど医療とはいえない」「治療行為ではなく世話や介護である」という奥ゆかしい言葉であると言えるかもしれない。この「医療的ケア」という言葉は平成初期に大阪の学校現場で使われ始めたとされている。言葉自体が苦心の作と思われるが、この言葉ゆえに広がってきたようにも思える。現在は法律上にも明記されるようになった言葉であり、完全に市民権を得ていると言って良いだろう。

医師法17条に「医師でなければ医業をなしてはならない」と定められている。しかし医業の意義を明確にする規定はなく、その内容は法令の解釈に委ねられている。医療的ケアの歴史は法令の解釈をめぐるせめぎあいの歴史であり、先人たちの努力により現在の形が成し遂げられた。筆者は医療的ケアに関わるようになって20年以上が経ち、現在は日本小児神経学会で同問題を管轄する「社会活動委員会」の委員長を務めている。そして、医師という法律に規定された職業に就いているからこそ、法の問題を曖昧にしてはいけないと日々感じていた。筆者自身は現在まで続いた法的問題の整理に貢献していないが、当学会の諸先輩方の尽力によって現在の形があると確信している。改めて歴史と法的な根拠について紹介することは、医師の立場から重要であると思っており、特に「違法性の阻却」は医療的ケアの発展に欠かせない転機であったと考えることから、今回紙幅の多くを割くことを御容赦頂きたい。

本稿では法的問題を中心にした医療的ケアの歴史について紹介し、小児神経学会の関わりを追記し、最後に医師として関わってきた経験からの私見を述べたい。

II. 医療的ケアの歴史

1. 始まりと背景

昭和22年に教育基本法が公布され義務教育が9年と規定されたが、同年公布された学校教育法第18条により、多くの重症心身障害児（以下：重症児）の保護者が就学免除または就学猶予の適応をうけることにより、教育を受けていない重症児が多く存在した。昭和54年に養護学校の義務化とともに、重症児が多く養護学校に通うようになった。その結果として昭和60年代より、保護者が医師より指導を受け自宅で行っていたケアを、学校でどのように行うべきかという問題が発生してきたと考えられる。

2. 地域による個別対応の時期

昭和60年代にはいと、横浜市では市レベルの取り組みとして、大阪府・市では現場の教員や養護教員の取り組みとして実践され、東京では都の取り組みとして対応されていたが、国としての行政的な取り組みは進んでいなかった。

3. 有志による要望書から違法性の阻却まで

平成10年3月に医師有志から厚生大臣宛に要望書が提出された。これは、「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為を、医療的ケア（医療的介護行為）として、下記の要件を充たす場合に、学校教職員や通所施設職員が行いうるという見解を明らかにして欲しい。」というものであった。下記

の要件とは、(1)その行為が必要である特定の対象児（者）に限定して、その特定の行為について、行われるものであること。(2)その行為は、その対象児（者）に、日常的に行われているものであること。(3)その行為が行われることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること。(4)その行為が行われることにつき、医師による同意および指示と、指導管理が継続的になされること。の4点である。その要望書が提出された平成10年に、文部省と厚生省が連携し「特殊教育における福祉・医療との実践研究」というテーマで研究事業を開始した。このときに対象となったのは福島、神奈川、静岡、三重、兵庫、和歌山、広島、高知、鹿児島、沖縄の10県であり、これが医療的ケアに対する国としての最初の施策である。この研究事業は平成15年より対象の県を拡大し、モデル事業として継続された。

医療的ケアとは直接の関係はないが、その歴史に大きな影響を与えたものに「筋萎縮性側索硬化症（ALS）」に対する国の政策がある。在宅のALS患者に対し、医師・看護師・家族以外の人（ヘルパーなど）が痰の吸引を行うことが平成15年7月に認められた。しかし、ALS以外の患者に対する対応が課題として残されたままであった。その課題には学校における教員による医療的ケアの実施も含まれていたと考えられる。

これらを背景に、平成16年に厚生労働省が「在宅および養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」を発足させる。ここでは、従来「研究」として行われてきたモデル事業の成果を、一般化することの是非がテーマとなった。すなわち、医療職でない教員が、養護学校において、モデル事業での三項目の医療的ケアを実施することについての検討である。この研究会では、養護学校が医療的ケアに対応する教育的意義として、「児童に対する担任の理解の深まり」「子供の精神的成長が見られ、母子分離ができた」「欠席日数の減少」「様々な活動に参加できるようになり、表情が豊かになった」などの教育的意義があることも報告された。この研究会の報告書において、「盲・聾・養護学校における教員のたんの吸引等の行為について、違法性阻却の考え方を当てはめることが、許容される」と法律の整理がなされた。違法性の阻却とは、「形式的には法律に抵触するが、実質的には違法性を問われない、処罰されない」ことを意味する。また、報告書において「実質的違法性阻却の条件」として、(1)目的の正当性（単に行行為者の心情・動機を問題にするのではなく、実際に行われる行為が客観的な価値を担っていること）(2)手段の相当性（具体的な事情をもとに、「どの程度の行為まで許容されるか」を検討した結果として、手段が相当であること）(3)法益衡量（特定の行為による法益侵害と、その行為を行うことにより達成されることとなる法益とを比較した結果、相対的に後者の法益の方が重要であること）(4)法益侵害の相対的軽微性（当該行為による法益侵害が相対

的に軽微であること）(5)必要性・緊急性（法益侵害の程度に応じた必要性・緊急性が存在すること）、の5項目を提示した。

その報告書を受けて平成16年10月には、厚生労働省から「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」が厚労省医政局長から文科省初等中等教育局長に通知される。この通知では「上記報告書を受け、当職としても、下記の条件が満たされていれば、医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等を盲・聾・養護学校全体に許容することはやむを得ないと考えるので、適切な医学管理の下に盲・聾・養護学校においてたんの吸引等が行われるようご配慮をお願いしたい。」とされており、医療的ケアが全国に広がっていくこととなった。

4. 法制化から医ケア児支援法まで

非医療職（介護福祉士、以外の介護職員等）による医療的ケア（一部）実施は、前に述べたように通達による「違法性の阻却」論により実施されてきた。しかし、平成23年6月に「介護保険法改正案」、10月には「社会福祉士及び介護福祉士法施行規則の一部を改正する省令」が公布され、平成24年4月より非医療職による医療的ケア実施が法的に認められることとなった。

平成28年6月には障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律が公布され、「医療的ケア児」への支援が法律に盛り込まれるとともに、自治体は医療的ケア児の支援の努力義務を負うことになった。また、令和3年6月18日には医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（以下：医ケア児支援法）が公布され（9月18日施行）、総則に「学校の設置者は、基本理念にのっとり、その設置する学校に在籍する医療的ケア児に対し、適切な支援を行う責務を有するものとした。」と明記されることにより、医療的ケア児に対する支援は、努力義務から責務に変わったことになる。

Ⅲ. 日本小児神経学会と社会活動委員会の活動

平成10年に厚生大臣宛に提出された要望書は「医師有志」を差出人としたものであるが、小児神経学会会員の先生方が中心になっての活動であったと聞いている。平成14年6月に日本小児神経学会社会活動委員会が発足した。この委員会は現在でも「重症心身障害児者・医療的ケア児者に関する現状の把握、ならびに適切な支援の普及に努める」ことを活動目標のひとつに挙げている。その後平成14年10月に日本小児神経学会から埜中征哉理事長名で「医療的ケア実施についての要望」が、厚労大臣・文科大臣を含む関係機関に提出された。この要望書は、小児神経疾患を日常的に診療している専門医の立場からの要望書であり、大きなインパクトを与えたと考えられる。

日本小児神経学会では平成16年11月に「第1回医療的ケア講師研修セミナー」を開始した。これは、学校現場、

入所施設、家庭で指導する機会の多い小児神経専門医への教育的見地、統一したレベルの高い医療的ケアの幅広い普及の観点から企画されたものである。本セミナーは平成21年より「医療的ケア研修セミナー」と名称を変え、現在まで継続して開催されている。また、セミナーの内容は「医療的ケア研修テキスト」(クリエイツかもがわ)として出版された。

その後小児神経学会は、平成23年に「日常的に医療的支援を要する重い障害のある児者の地域での生活への支援について～障害者制度改革にあたっての日本小児神経学会の意見～」と題する意見表明を行っている。また、平成28年6月には社会活動委員会に「学校における人工呼吸器使用に関するワーキンググループ」を設置して、特別支援学校で人工呼吸器使用児を受け入れる際にチェックすべき項目、支援するための体制・組織づくりまでを含んだガイドを策定することとした。その成果を平成30年に「学校における人工呼吸器使用に関する【ガイド】」として公表している。

このように小児神経学会および社会活動委員会は、医療的ケアを必要とする児およびその保護者や関係者を支援する活動を続けてきた。令和3年より筆者が社会活動委員会の委員長を務めているが、今後もこの活動は当委員会の原点であるという気持ちを忘れずに責務を果たしていきたいと考えている。

IV. 医師個人としての経験と感じた思い

筆者は平成10年3月に大学医学部を卒業した。当時は知る由もなかったが、「医師有志による要望書」が提出された時期である。当時は現在のような「初期研修医必修化」の施行前であり、医師国家試験の合格と同時に母校の小児科学講座に入局(就職)した。私が卒後初期研修を行ったのは「聖マリアンナ医科大学東横病院」(現在は改築後であり小児科診療は行っていない)である。この病院は新生児集中治療に早い時期から取り組んでいた施設であり、その影響もあってか小児科には重症児が多く入院されていた。私自身はそこで生まれて初めて重症児と接点を持ったが、正直当初はどのように児本人や家族とコミュニケーションを取れば良いのか戸惑った。私の研修期間にお亡くなりになった重症児も複数おられたが、私が初めて経験した担当患児の終末期医療は重症児に対してであった。当時大学を卒業したばかりであった筆者は何も出来ることなく立ちすくんでいただけだったのを覚えている。

小児の神経疾患を勉強しようと決めた平成12年には、「神奈川県立三ツ境養護学校」の修学旅行に同行する機会を頂いた。その時に初めて養護学校を訪問したが、重症児の日常生活に少し触れることが出来て新鮮だった。また、小児科医が接することが出来るのは病院での患児だけであり、それは子供の生活のごく一部でしかないと気づかせてくれた経験である。

その後「神奈川県立中原養護学校」と「神奈川県立麻生養護学校」の医療的ケア担当医を務めさせて頂いた。時期的には「違法性の阻却」論によって医療的ケアが実施されていた時期である。ただ、その頃から筆者自身少しずつ医療的ケアの行われ方について疑問を感じるようになっていた。具体的には以下の点についてである。

①医療的ケアは教育の一環ではないのか？

前述の(医療的ケアの歴史)でも述べたが、医療的ケアには教育的意義があることが示されており、あくまでも教育の一環であることが重要であると考えていた。しかし、学校で行われる医療的ケアの実施件数が増えてくると、どうしても「医療的効率や安全性」を優先せざるを得ない状況が出現し得る。筆者の業務は「教育の支援になっているのだろうか？」という疑問は増す一方であった。

②医療的ケアはレスパイトなのか？

生徒児童が登校する目的は「教育を受けるため」である。だとすれば、教育を受けるに適している体調でない場合、児が行くべきは学校でなく医療機関であろう。しかし、その時期「何とか登校させられないか？」という要望が多かったように感じた。「お母様の都合が…」という情報交換も私が保健室に居るときに耳にした。レスパイトの重要性は認めるが、それは学校の役割ではない。当時看護師が学校に常駐するようになっていたが「看護師さんがいるから診て貰いたい」といった要望も耳にするようになり、これでは教師も看護師も矜持を持って業務が行えないと感じていた。

③母子分離が強制的に推奨されていないか？

私が主治医を務めた重症児の母に、「私は仕事をしていないので、いつでも学校に行ってケアを行うことが出来ます。」という方がおられた。しかし、母に話を聞くと学校からも周囲の保護者からも、あまり歓迎されていないように感じるとのことであった。学校からは「母子分離が出来なくなる」、周囲の保護者からは「学校に行けない保護者が困る」という意見が出されたそうである。母子分離が教育的な成果の一つであることは理解しているが、その進め方はそれぞれの状況に合わせて良いと思っている。本来「児の教育機会を保障する」ための医療的ケアが「保護者が学校に同伴しない」ことへ目的が変わっているように感じた。

(医療的ケアとは直接関係ないが、現在小児科には精神的な問題を抱えた児が多く受診する。母子関係に起因すると推測される問題も多く、母子分離の進め方には十分な配慮が必要であると常々感じている。)

④保護者や主治医からの要望が過剰になっていないか？

(恐らく学校の状況を御存じないと思われる)主治医からの「看護師が常駐しているようなので、これも学校で実施して下さい。」という要望や、保護者からの「私が家でやっていることが、どうして看護師が出来ないのですか？」という苦情が寄せられるようになってきた。

教育の支援をしようと思い医療的ケア担当医を務めてきたが、求められているものが明らかに変化しているように感じた。

これらの疑問は解消することなくどんどん大きくなっていき、学校の教師や看護師とも意見の相違をみるが増えたように感じたため、（一部の看護師からは慰留して頂いたが）筆者は間もなく医療的ケア担当医を退任した。以降は学校との関りは、重症児の主治医としてのみとしている。

その後平成27年に「鳥取県立養護学校に勤務する看護師6名が一斉退職」という報道があった。同校の状況について知る立場にないため、原因の考察などは出来ない。しかし、筆者が医療的ケア担当医時代に疑問を感じていた状況が悪化している地域もあるのでは？と不安に感じたことを覚えている。

V. おわりに、そして今後への期待

学会の委員会活動として、再度医療的ケアに関わることになった。不安の方が大きいというのが正直な気持ちであるが、与えられた仕事に真摯に向き合っていきたい。筆者自身は委員会活動について「寛容であること」を心がけたいと思っている。医ケア児支援法の施行により、医療的ケア児に対する支援は、行政にとって努力義務から責務に変わったと理解されている。しかし、急には変わらないことも、変えない方が良いこともあると思う。「医ケア児支援法があるので、行政にとって責務ですよ！」という主張は、強すぎれば軋轢を生むであろうし、その軋轢が重症児自身に影響を与えることを危惧してい

る。福祉や教育については個人によって考え方が異なる領域も多いであろう。「理由があっても寛容に成れない」意見に対しても、寛容に対応することが重要であると考えている。

筆者自身は医療的ケア担当医である時期に「ここは学校ですよ！」という言葉は教職員に対しても、保護者に対しても、主治医に対しても、繰り返し発した。「学校は教育の場であり、教育の機会を保障するために必要な医療的ケアを行う」というのが筆者の基本理念である。法的整備も進み状況は変化していると思うが、この基本理念は忘れずに取り組んでいきたいと考えている。学校は教育の場であるがゆえに、教師は教育の専門家として十分に実力を発揮して頂きたい。その為には、医療者にも保護者にも毅然とした対応をして頂いて構わない。医療者はそのサポートを（可能であれば余り目立たないように）行うのが理想の形のように感じる。それぞれの専門家が矜持を持って重症児に対応し、保護者を含めてお互いに敬意を持ち合う。学校がそういう場になると皆にとって良い医療的ケア実践が可能になると期待している。

文 献

- 1) 日本小児神経学会社会活動委員会、北住映二、杉本健郎（編）：新版医療的ケア研修テキスト、クリエイツかもがわ、京都、2012
- 2) 三浦清邦：全国の学校での医療的ケア実施状況と課題、第18回日本小児神経学会医療的ケア研修セミナー資料集、2020

■特集 「医療的ケア児の健やかな成長のために」

医療的ケア児の現状と課題 —小児看護の立場から—

北 村 千 章

清泉女学院大学大学院看護学研究科

The Current Situation and Challenges Regarding Children who Require Medical Care in Schools —A pediatric Nursing Perspective—

Chiaki Kitamura

Graduate School of Nursing, Seisen Jogakuin College

1. はじめに

現在、医学の進歩によって生命予後が改善し、医療の支援を必要としながら、医療機関から在宅へ移行する子どもが増加している。田村らの調査によると平成30年度の医療的ケア児数は19,712名と年々右肩上がりに増加しており、10年前と比べて2倍以上となっている¹⁾。このような現状の中で、医療的ケア児やその家族を支援することが重要視されている。本稿において、医療的ケア児の現状や、日常生活や就学に関する課題、医療的ケア児とその家族を支えるための教育と医療の必要性について述べる。

2. 疾患や医療を必要とする子どもの変化

近年、医療の進歩が、疾患や医療を必要とする子どもの状況に変化を及ぼしている。

これまでは、日常的に医療的ケアは必要とせず、重度の知的障害に重度な肢体不自由をあわせもつ重症心身障害児と定義される子どもがほとんどであった。また、これまでほとんどが救命できなかった1,000gを切る超低出生体重児も救命できるようになった²⁾。さらに、1980年代後半の人工肺サーファクタントの導入により、新生児死亡率は大きく減少した。このような新生児医療の進歩により、歩けない、話せない上に日常的に医療的ケアがないと成長できない子ども、つまり重症心身障害児に医療的ケアが必要な「超重症心身障害児」が増加した。

そして、最近では歩けるし、話せるが日常的に医療的ケアが必要な子どもも増加している。例えば、学校へ歩いて通っており、発達障害はないが嚥下障害があり、口から給食を食べることができず、胃ろうにより食事を摂取している子どもや、運動機能や知的機能は正常であるが、気管軟化症により気管切開を必要としている子どもなどが該当する。このような知的障害や身体機能に障害がなく、医療的ケアのみが必要な子どもは、従来の福祉サービスでは対応できず、地域で生活するための社会制度や法律が追いついていないというのが現状である。

しかし、2021年度の障害福祉サービスの報酬改定や、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」により、医療的ケアを要する子どもへ支援が拡充している。ただ、今現在、医療的ケア児、重症心身障害児と分けて考えられていて、歩ける、話せるが、医療的ケアの必要な子どもに関しては、制度の改定や法案が可決されても、まだまだ地域の中で使える制度や資源がないのが現状である。

3. 医療的ケア児の現状

医療的ケアとは、文部科学省では、「法律上に定義されている概念ではないが、一般的に学校や在宅等で日常的に行われている、たんの吸引・経管栄養・気管切開部の衛生管理等の医行為」と示している³⁾。医療的ケアは医行為とされているが、治療行為としての医行為とは区別され、日常生活に必要とされる医療的な生活援助の行為であり、保護者が医師より指導を受け、家庭で行っている行為である⁴⁾。例えば、人工呼吸器や胃ろうが必要な子どもは、在宅で家族が人工呼吸器を管理し、気管や口腔内の痰を吸引し、胃ろうという胃に留置されたチューブから栄養剤を注入している。その行為は治療ではなく、呼吸をする、痰を出す、食事を摂取するという生活するために必要な援助である。

そのような医療的ケアを必要とする子どもを医療的ケア児と呼び、2016年度の児童福祉法の改正において、「人工呼吸器を装着している障害児、その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」と初めて定義された⁵⁾。その後、2021年に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」において、医療的ケア児とは「日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケア（人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為）を受けることが不可欠である児童（18歳以上の高校生も含む）」と定義された⁶⁾。このように医療的ケア児の定義が児童福祉法の定義から、この医療的ケア児支援法によって少し変化してきている。

医療的ケア児数は、小児医療の進歩により年々増加し

ており、特に、在宅で人工呼吸器管理を要する高度な医療的ケアが必要な子どもは、2005年には264名であったが、2019年は4,600名と17倍以上に増加している¹⁾。また、医療の進歩により、救命ができた子どもは、多岐に渡る課題を持ちながら地域に帰り、その子どものほとんどが成人期を迎えるようになってきている。

4. 医療的ケア児が日常生活を送る上での課題

高度な医療と共に地域で生活する子どもが増加している一方で、社会の制度や地域の体制、教育現場がまだまだ追いついていないのが現状である。その中で、子どもを育てている保護者の負担は大きく、受けられる支援にも限りがあり、保護者やその家族が孤立しがちな傾向がある。子どもと家族を支える地域社会での制度を整えていくことが課題であり、家族が「助けて欲しい」と声を上げることができる環境作りが必要である。このことは、災害が起こった時の支援とも大きく関わる。地域で生活する医療的ケア児についての理解と認知を進めることが重要である。医療的ケア児の状況把握や、子どもの生活を知ること、災害等が発生した時に、お互いに助け合うことができるのではないかと考える。

また、様々な障がいや医療的ケアを要する子どもに対応できる教育体制や、本人や家族の願いに沿った教育を選択できるような体制が必要である。

医療的ケア児が日常生活を送る上で必要不可欠なことは、地域の理解である。地域の理解が進めば、多くのことが可能になり、子どもと家族の生活の質がより向上すると考えられる。障がいや医療的ケアについて、知らない、わからないままでは、周囲にいる者たちの不安につながり、理解することが難しいと思い、医療的ケア児やその家族へ関わることから遠ざかってしまう。最も重要なことは、医療的ケア児の現状やその子どものことを知ってもらうことであり、双方の理解が進み、子どもの生活環境が整えば、子どもの将来に向けての可能性が増えてくるのではないかと考える。

5. 医療的ケア児の就学時の課題と現状

近年、特別支援学校及び特別支援学級に在籍する子どもが増加し、様々な障がいがあっても、教育を受けられる機会が増えている。

医療的ケア児の生活の場が、病院から地域へ移行しているに伴い、教育現場においても医療的ケア児が学べる環境が整ってきている。2013年の本人・保護者の意向を可能な限り尊重する就学制度の改正等により、医療的ケア児の学びの場は拡がり、2016年施行の「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」によって、学校は「不当な差別的取り扱いの禁止」、及び「合理的配慮の提供」を義務付けられた。文部科学省は2019年に「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議最終まとめ」を公表し、そこには「人工呼吸器をはじめ、特定行

為以外の医療的ケアについては、一律に対応するのではなく、個々の医療的ケア児の状態に応じてその安全性を考慮しながら対応を検討することが重要である」と示されている。さらに、医療的ケア児に対する国の方針として、2016年度児童福祉法の改正では、はじめて医療的ケア児の支援体制の整備が盛り込まれた。そして、2021年9月に施行された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」によって、国および地方公共団体の医療的ケア児の支援は「努力義務」から「責務」となり、教育を行う体制の拡充等が求められている。法案の中では、学校に在籍する医療的ケア児が保護者の付き添いなくても適切な医療的ケアやその他の支援を受け入れられるようにするため、看護師等の配置、その他必要な措置を講じている。

法案が可決され、予算が付くことで、今後は医療的ケア児の教育への支援が進むと考える。子どもが教育を受けられるようになると、本来持っている子ども自身の能力が引き出され、子どもの生きる力を強め、育むことへとつながるのである。子どもが成長し大人になっていく時には、地域における居場所も必要となってくる。子どもが長期間生活する場所は、生まれ育つ地域であり、地域の中で、その子どもを支えていくことが大切である。それを踏まえても、地域の学校で受け入れる体制作りが求められている。

地域によってまだまだ差はあるが、学校に看護師を配置することで、今まで保護者の付き添いを必要としていた子どもが保護者の付き添いなく学校へ通えるケースも増えている。学校に保護者の付き添いが必要な場合は、家庭の状況や保護者の都合で、一日中、学校に行くことは難しい。また、保護者の体調不良等で欠席しなくてはならないことにより、子どもが十分に学習を受けることができない現状がある。しかし、学校に看護師が配置され、保護者の付き添いが不要になることで、子どもは一日中、学校に行くことができ、学習時間もしっかりと確保され、友達と過ごす時間も十分に取れるようになる。また、看護師は日々のケアの中で保護者ではわからなかった状態の変化に早目に気づくことができ、子どもの体調悪化の軽減にもつながる。保護者の負担軽減はもちろんのこと、日中保護者が休息を取れることは、保護者の体調管理にもつながり、結果として子どもが安定して生活できることにもつながっていくと考える。

医療的ケア児の法案が可決したことで大きく変わったことは、医療的ケア児の健やかな成長を図るための予算化や体制づくりはもちろん、子どもの家族の離職の防止について取り組むということが公的になったことである。その目標達成のため、それぞれの地域で医療的ケア児に関わる医療職や福祉職を増やし、子どもを支え続けることが必要である。医療的ケア児の健やかな成長を図るとともにその家族の離職を防止し、家族が安心して子どもを産み育てることができる社会の実現に寄与する必要が

ある。

6. 医療と教育の連携

学校で働く看護師は、ひとりや少人数体制で勤務していることが多いことから、子どもの正常や異常の判断や緊急時の対応への責任を感じる人が多い。医療的ケア児に関わる看護師の不安として急変時の対応や医師がいないことなどが挙げられており、主な支援内容はマニュアル化されていても、日々「このような場合に他の看護師はどのように対応しているのか、統一された看護を行っているのか」と不安を感じることもある。また、子どもへの看護について看護師間で情報共有できる場が少ないことも不安を感じる要因である。

学校で働く看護師の離職も問題となっていることから、看護師の不安解消は取り組むべき課題である。多くの看護師は総合病院など複数の看護師がいる環境で仕事をしてきており、ダブルチェックや他の看護師間で相談ができない状況での仕事は、知識や経験が必要となる。学校で働く看護師に焦点を当てた研修会や近隣の地域で働く看護師との情報交換をする機会をもつことで、急変時の判断や看護内容を共有でき、看護師の不安を解消していけるのではないかと感じる。

また、学校で働く看護師と教員の連携が重要である。子どもの権利を守るために、教員と看護師が子どもを大切に思う気持ちは同じである。しかし、看護師には、教員が対象の子どもに対して、どこまでの学習や自律性を養いたいと思っているのかが見えないことが多い。結果、看護師として、子どもにどの程度関われば良いのかわからない時がある。これは教員も同様で、看護師が行っている看護の内容や看護師が考える子どもの自立性の尊重など不明瞭なところがあるのではないかと感じる。教員は教育的立場で、看護師は医療的立場で子どもをとらえており、その認識に違いがあることが多い。お互いの専門性を理解し、尊重していくには、日々の情報交換やコミュニケーションが必要である。看護師は、医療的ケアはもちろんであるが、子どもを支えるチームの一因として、教員との連携も大切にしていけることが必要である。

子どものためにどうしたら良いのかということを根本に置き、一緒に考えていくことで、連携をより円滑にすることが可能となり、学校という環境の中で看護師だけが孤立することがなくなるのではないかと考えられる。

教員との連携に加え、保護者との連携も重要である。保護者の思い、家庭環境、子どもの思いを中心に据え、将来を見据えながら教育や医療的ケアを考えていくことができれば、子どもの可能性を広げるサポートを行っていけると考える。

7. 教育と医療の連携による就学支援の一例

筆者らの医療的ケア児支援チームで関わった、人工呼吸器管理が必要な生徒の就学支援の一例を紹介する。

対象生徒は、進行性の神経疾患により、人工呼吸器管理や胃ろうによる栄養注入、口腔内の吸引が必要であった。自力での体位変換、手足の移動はできないが、両手首と指先を動かすことは可能であり、パソコンを使用することが得意であった。IQは発達段階相応の範囲であり、教育課程は中学校の学習指導要領に準じた年齢相応の教育を受けていた。

生徒は人工呼吸器を装着していたため、学校において保護者の付き添いが必要であった。県の医療的ケアガイドラインでは、県の雇用している学校看護師は人工呼吸器の取り扱いが禁止されており、学校で人工呼吸器を装着する際は保護者が常に付き添い、人工呼吸器を含む医療的ケアを実施していた。

しかし、毎日保護者が学校へ付き添うということは、夜中も1～2時間おきにケアをしている母親への負担が大きく、母親は体調不良となった。対象生徒は、その状況の中で、母親の負担を軽減し学校へ通うために、学校において人工呼吸器を装着しないことを自分自身で決断した。しかし、人工呼吸器を装着せずに学校へ通うことの生徒への負担は大きく、1日3～4時間、週3日程度しか学校へ通うことができなかった。また、人工呼吸器を装着しない時間が長いため、夜間の気管内・口腔内の痰の増加、それに伴う肺炎などによる体調の悪化に繋がった。体調の悪化によって、学校を欠席し、学習時間はさらに減少した。

そのような状況を知った筆者らは、生徒の「将来の夢のためにもっと勉強がしたい」という思いの実現や、登校日数・学習時間の確保、保護者の負担軽減のために支援を開始した。学校が雇用している看護師は人工呼吸器管理を実施してはいけなかったため、筆者らのチームと保護者が契約し、保護者の代わりに当チームの看護師を配置した。支援に至るまでに、最も重要であったのが教育との連携であった。教育関係者と共に、校内の教職員や学校看護師へ説明を繰り返し、様々な意見に対して丁寧に説明を行い、意見交換を繰り返し、お互いの信頼関係の構築に努めた。また、人工呼吸器管理の生徒が校内で安全に過ごすために、マニュアルの作成や整備、緊急時対応の訓練、外部の看護師の役割を明確に示した。このような連携により、筆者らのチームの看護師が保護者の代わりに就学支援に入るという合意形成に至った。

就学支援開始後は、対象生徒は人工呼吸器を装着し、保護者の付き添いなく、学校へ通うことができるようになった。その結果、対象生徒に大きな変化をもたらすことができた。支援前は週3回、1日3～4時間ほどしか登校できなかったが、支援後は毎日、1日6時間以上学校へ通うことができ、授業も中断なくスムーズに行うことができた。また、日中に人工呼吸器を装着できることで、肺炎や無気肺などの体調悪化を起こさず過ごすことができ、学校の欠席数も大幅に減少した。

対象の生徒からは、「学校で人工呼吸器を装着する前は、

疲労が大きく、学校で勉強か友達と遊ぶこと、どちらか一つをあきらめるしかなかった。しかし、今は、朝早く登校して、6時間目まで勉強ができ、昼休みも友達とあそべるようになった。今まで1つしか選択できなかったことが、今は2つも選択できるようになり、学校でできることが増え、今が楽しく充実している」と喜びの声が聞かれた。高度な医療的ケアがあるだけで教育を受けられないとあきらめてしまうのではなく、あたり前に学校生活を送ることを支援によって実現できた。また、生徒は将来の夢を持つことができ、「今までは、今の状況で自分がやれることしか考えなかった。しかし、今は自分がやりたいことを考えられるようになった」と話していた。

さらに、保護者の負担軽減にもつながった。夜間のケアの回数・間隔が短くなり、保護者の睡眠時間が確保され、保護者の日中の休息時間が増え、保護者の体調も落ち着いてきた。

対象生徒への教育に、このような大きな意義があったことにより、主治医や病院関係者、地域支援者、教職員、学校看護師とケースカンファレンスが開かれ、生徒の人工呼吸器は「生活補助具」とみなされた。「生活補助具」とみなされたことにより、教育委員会が雇用している学校看護師が、対象生徒の人工呼吸器を保護者の付き添いなく校内で取り扱うことが可能となった。そして、この事例が県のモデルとなり、ガイドラインの変更にも影響を及ぼした。

8. 子どもの疾患理解と成人期以降への支援

子どもが自分の病気の理解ができると、自分なりに充実した生活を過ごすことができることへつながる。そして子どもは病気を持つ自分を意識し始める頃、病気のことについて知りたいと思い、病気を持つ自分を肯定的に受け止める自己概念を養うことで将来に希望を持って生活できるようになる。

医療的ケア児の中でも、自分の病気のことを知りたいと思い、自分のことを自分で決めたいと思う子どもも多く存在している。また、保護者は、生まれながらに持っている子どもの特徴を生かし、大人になってからも豊かな社会生活を送れるように子どもの頃から準備をしたいと考えている。そのことを生涯にわたり相談できる人を求めている。

今後、私たち医療者は、医療的ケアや疾患を有する子どもが肯定的な自己概念を持って成人期を迎えられるように関わり続けていく。このことは、医療が担う役割のひとつであると考えている。医療的ケア児だけでなく、生涯において、疾患や障がいを抱えた子どもが、成人期へ移行できるように、医療と教育が連携して子どもたちを支えていくことが重要である。

9. 障がいのある子どもの母親の思い

近年、重い病気や障がいのある子どもが、新生児期よ

り高度な医療を受けて、かなりの確率で成人期を迎えられるようになった。例えば、先天性心疾患をもつ子どもの95%が生存可能となり、そのうち95%が成人へ達している。しかし、こうした子どもは少なからず、なんらかのハンディキャップを背負って一生を送らなければならない場合が多い。子どもは定期的な通院や内服のほかに、日常生活にさまざまな制限を受けながら成長している。その子どもの保護者である母親は特に、わが子を健康に産めなかったという「自責の念」から解放されることのない時間の中で、子どもの成長を見守り続けているのである。

障がいのある子どもは、健康な子どもが体験することのない時間を過ごすことになる。現在までに報告されている子ども自身の成長発達の特徴や母親の育児傾向、それらに伴う様々の多くは、思春期以降に表面化するとされている。思春期に多く見られる心理的問題は、乳幼児期からの子どもの社会経験が反映され、さらに、母親のかかわり方が、大人に成長するまでの、子どもの人格の形成にも深く影響を及ぼしている。母親は、子どもとのかかわりの中で、障がいの受容と葛藤を繰り返し、さまざまな生活上の制限に困難を感じながらも、かけがえのない日々の育児の中で、病気のコントロールと自立にむけての挑戦を続けている。子どもの障がいや特徴は一人ひとり違うため、母親が子どもの障がいを受容し、子育てに向き合う心理過程は個々に異なる。どの親にとっても、障がいのある子どもを育てるのは初めてのことが多く、その子どもがどのように成長するかがイメージしにくい中で、大変苦労しながら育児をしている。

そのような経過の中で、母親が変化する瞬間がある。子育ての初期には、母親はただひたすら子どもの症状が悪化しないようにと、子どもを大切に守り育てている。しかし、子育てをする過程のどこかで、「子どもの生きようとする力」に気づき、手を離せる瞬間がある。子どもにとって母親は、無条件に安心できる「安全の基地」であり、いつも励ましながら必要な時には手を差し伸べてくれる存在である。子どもは母親を安全基地と考えて、困ったことがあればその基地に戻ればよいという安心感を持っている。「安全基地」である母親の手で背中を押してもらってこそはじめて、子どもはいろいろな体験ができるのである。そのために、母親が不安なままに手を離すのではなく、安定した状態で離れることが必要である。離れるということは、子どもがひとりの人として歩んでいく一歩を意味する。しかし多くの母親は、どう手を離せばよいかわからないのが現状である。

就学という場面も、母親にとっては、子どもを手放す大きな一歩である。支援の対象は子どもに集中しがちだが、「障がいのある子どもの母親の気持ち」を理解し、子どもの支援と同様に、保護者の気持ちを支えていくことが重要である。

10. 保護者からのメッセージ

最後に、筆者が長年関わっている人工呼吸器管理などの医療的ケアが必要なお子さんのお母さんからメッセージをいただいたため、本稿に掲載する。

「娘は24時間人工呼吸器を装着して生活しています。ただそれだけのことですが、そのことで色々なことが制限されることが今までの生活の中でありました。学校に行きたい、お友達と一緒に遊びたい、それは当たり前のことだと思っていましたが、高度な医療的ケアが必要な娘にとっては、それはとても大きな夢であり、無謀な願いのように指摘されたことも多々ありました。娘には、できるだけ多くのことを経験してもらいたい、たくさんのことを本人の目で見えて感じて、娘なりの将来に夢を持って努力して欲しいと思っています。

そのためには、社会が障がいや医療的ケアについて、理解を深め、わからない、知らないから危険ではなく、知って理解することで、できる方法を一緒に考えることができるような環境になることを切に願っています。

出来ないことは出来る人が助けてあげればきっと、もっともっと社会は優しい世界になると思います。それは障がい者だけでなく、どんな人にとっても暮らしやすい世界であると思います。『大変そうだな』と思いながらも見て見ぬ振りをするのではなく、一緒にどうしたら出来るかな？そんな気持ちを持ってもらえたら嬉しいです。

まだまだ使える制度が整っていない現状の中、保護者の負担はなかなか軽減されません。そのあたりの資源が少しでも増えてきてくれたら、もっと娘との将来について前向きに考えられると感じています。

また、保護者が相談できる場の確保も必要であると感じます。就学等色々な問題にぶつかることが多々あります。そんな時に、一緒に考え、時には、保護者が直接交渉するのではなく、当人の思いや、保護者の願いを代弁する役割を担ってくれる存在が必要だと思っています。直接保護者が交渉することは、精神的にも大きな負担になっていることが多く、いつでも相談できる場ができると、

長い目で将来を見据えても大きな支えになると思います。

楽しいこと、辛いことも含めて、娘の人生ですが、今日も頑張ったねと笑って毎日を過ごしていけたらと思っています。娘にとって、病気だから諦めるだけの生活ではなく、どんなことにも前向きに捉え、やれることにどんどんチャレンジして、幸せな人生を送ってもらうことが親の願いです。そのために、隣でずっと応援していこうと思っています。」

文 献

- 1) 厚生労働省：令和2年（2020）医療的ケア児等の支援に係る施策の動向―第17回医療計画の見直し等に関する検討会―。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584473.pdf> Accessed August, 8, 2022
- 2) 前田浩利：小児在宅の対象；重症心身障害児，超重症心身障害児，医療ケア児．在宅新療0-100，157-161，へるす出版，東京，2016
- 3) 文部科学省：学校における医療的ケアの必要な児童生徒等への対応について。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000180999.pdf> Accessed August, 8, 2022
- 4) 文部科学省：学校における医療行為の判断，解釈についての Q & A。 Available at : https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2019/01/08/1411759_04.pdf Accessed August 8, 2022
- 5) 厚生労働省：平成28年（2016）療的ケア児の支援に関する保健，医療，福祉，教育等の連携の一層の推進について。 Available at : https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h280603/renkei_suishin.pdf Accessed August 8, 2022
- 6) 厚生労働省：令和3年（2021）「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」について。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000794739.pdf> Accessed August 8, 2022

特別支援学校における医療的ケアの実際とその課題

武 田 鉄 郎

和歌山大学教育学部

Practice of Problems in Medical Care in Schools for Special Needs Education

Tetsuro Takeda

Wakayama University, Faculty of Education

I. はじめに

医療的技術の進歩に伴い、医療的ケアを必要とする子どもが増加するとともに、その実態が多様化してきている。医療的ケアの必要な子どもやその家族が、個々の心身の状態等に応じた適切な支援が受けられるようにすることが重要な課題である。このような状況下で、令和3年6月18日に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年法律第81号）」が交付され、令和3年9月18日に施行された。

令和3年9月17日に出された「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律の施行について（通知）」（3文科初第1071号）¹⁾の中で、医療的ケアの必要な児童生徒に対する教育を行う体制の拡充等をするために、「学校における医療的ケアの今後の対応について（通知）」（平成31年3月20日30文科初第1769号）²⁾や「小学校等における医療的ケア実施支援資料～医療的ケア児を安心・安全に受け入れるために～」（令和3年6月文部科学省初等中等教育局特別支援教育課）³⁾等を参考にして、域内の学校における医療的ケアの対応の在り方などを示した医療的ケアに係るガイドラインを策定したり、教育関係者に加えて医療、保健、福祉等の関係部局や関係機関、保護者の代表者、医療的ケアに知見のある医師や看護師等などの関係者から構成される会議体を設置したりすることを通して、教育委員会における総括的な管理体制を整備することが明示されている。

一方で、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」は具体的な規制や罰則を定めたものではない理念法として位置付けられており、学校や自治体などにおける具体的な取組が重要になってくる。

そこで本稿では、医療的ケアの実施の意義等の確認、特別支援学校における移動支援の紹介、教員等による医療的ケアの実施までの手続きの問題、教員や看護師等との連携等について、具体的な取組を紹介し、その課題について考察することを目的とする。

II. 学校における医療的ケアの実施の意義について

医療的ケアの必要な子どもやその家族が安心して学校生活を送ることができる体制整備により、彼らの「学び」

を充実させることができる。例えば、訪問教育の対象である子どもに対して学校体制を整備して授業の継続性を確保できるようになれば、通学へ移行することや登校日数を増やすことも可能になる。そしてその中で、経管栄養や導尿等を通じた生活リズムの形成、吸引や姿勢変換の必要性など自分の意思や希望を伝える力の育成、排痰の成功などによる自己肯定感・自尊感情の向上、安全で円滑な医療的ケアの実施による信頼関係の構築等が期待できる³⁾。

なお、医師や看護師等の免許を持たない者は、反復継続する意思をもって医行為を行うことはできないが、平成24年度の制度改正により、教員等も、医行為のうち、「口腔内の喀痰吸引」「鼻腔内の喀痰吸引」「気管カニューレ内の喀痰吸引」「胃ろう又は腸ろうによる経管栄養」「経鼻経管栄養」の5つの特定行為に限り、研修を修了し、都道府県知事に認定された場合には、「認定特定行為業務従事者」として、一定の条件の下で実施できるようになった。

III. 事例を通した医療的ケアの実践紹介

1. スクールバスなど専用通学車両による登下校

「医療的ケアの今後の対応について」²⁾において、「スクールバスなど専用通学車両への乗車については、医療的ケア児の乗車可能性をできる限り追求し、個別に判断すること」、「スクールバスなど専用通学車両の登下校において、乗車中に喀痰吸引が必要となる場合には、看護師等による対応を基本とすること。運行ルート設定の際、安全に停車可能な地点をあらかじめ確認し、停車して医療的ケアを実施すること」、「緊急時対応が必要となる場合の対応策について、保護者と学校関係者（教育委員会の委嘱した学校医・医療的ケア指導医、看護師等を含む。）との共通理解を図ること」としている。

A特別支援学校では「胃ろう」の児童生徒はバスで通学しているが、吸引が必要な児童生徒はバスによる通学はしていない。吸引の医療的ケアの必要な児童生徒にもバスの座席は用意しているが、看護師が乗車しないため実際には保護者が自家用車で登下校を行っているのが現状である。スクールバス使用のメリットとしては学校への送り迎えの必要がないので保護者の負担軽減になり、

さらに子どもにとっても友達やバスの介助員、運転手等関わる人が増えることなどが挙げられる。

1) 事例1 高等部から福祉タクシーを利用し登下校

対象者は、人工呼吸器を装着する医療的ケアを必要としているB特別支援学校の高等部の生徒である。小学1年生から中学3年生まで、本児の学校への送迎は保護者が行ってきた。高等部に進学する際に、頻繁に吸引する必要がないほど体調が良好になったため、かねてから検討してきたタクシーによる通学について、保護者の要望を具現化できるように、保護者と学校、県教育委員会とで話し合いを重ねた。課題は、予算とタクシーの中での医療的ケアをどうするかであった。当時、タイミングよく、この地域で医療的ケアができるドライバーによる福祉タクシーが利用できるようになり、タクシーの中での医療的ケアの問題が解消された。経費も「特別支援教育就学奨励費*」の通学費区分でまかなうことになった。そこで、高等部進学後は、この福祉タクシーを利用し、登下校することになった。高等部1年時は週3回、あとの週2回は保護者が送迎し、高等部2年時は連絡を取りながら回数を増やしていくようにした。本児は、通学時に保護者と離れ、緊張することはあったものの、新しい人間関係ができ、自分の意思を伝える力が育ったとのことである。保護者は、学校への送り迎えの必要がない日は、自分の時間を持つことができて負担軽減となった。本事例は、本児の個性を重視し、主治医からの情報や保護者からの情報等を総合して学校長が判断し、進めた事例である。

2) 事例2 地元自治体の保健部局、福祉部局、教育委員会、県教育委員会、学校等との連携のもと、福祉タクシーを利用し登下校

対象者は、小児特定疾病の難病であり、気管切開をしている医療的ケアの必要な児童で、C特別支援学校の事例である。D町においては本児の乳幼児期から保健部局、福祉部局が支援体制を構築し支援してきた。D町教育長は、「全ての子どもは町が責任を持って教育をする」という考えで、本児の就学については、教育委員会が他部局と連携しながら計画的に進めてきた。本児の居住している地域は、山間部であり、地元にある町立の小学校ではなく、県立のC特別支援学校で学ばせたいという保護者の強い要望を受けて、以下のことについて協議を継続的に行った。

- ・スクールバス利用の問題：スクールバスが走っている路線までは距離があり、スクールバスには看護師が配置されていないため利用は困難。
- ・保護者による登下校の送迎：自宅からC特別支援学校まで片道35kmの山道。保護者が毎日送迎することになると保護者だけでなく本人にも負担が大きい。

保護者の要望と、スクールバス利用が難しいことなどを踏まえて、D町教育長が中心となり県教育委員会、町教育委員会、福祉、保健部局等の関係者と協議を重ね

た結果、D町が、福祉タクシーを手配し、看護師を配置することとなった。タクシー代は、就学奨励費を利用し、看護師の手配と雇用はD町が予算化し、予算の3分の2はD町が負担することになった。なお、当時、D町にあるタクシー会社は福祉タクシーを持っていなかったが、町教育委員会との話し合いの結果、タクシー会社が福祉タクシーを新たに購入してくれることとなった。

現在、対象児は、小学4年生になったが、生活リズムが形成され、ほとんど欠席することなく毎日元気に通学している。福祉タクシーには、車いすに乗っている本人のとなりに看護師が付き添っている。保護者の提案でタクシー内にはタブレットを設置し、母親といつでもコミュニケーションが取れるようにしている。保護者は、D町の子どもであることを誇りに思い、支えてもらっているという感謝の思いも強いという。ただし、市町村の財政等には当然限りがあり、個性が高い問題でもあるため、全ての子どもに公平に同様なことはできない現実がある。公平性を担保することが今後の課題である。

2. 学校における医療的ケア実施までの時間

現在A特別支援学校の小学部に在籍している小学1年生の事例である。児童は気管切開しており、吸引、経鼻経管栄養、酸素ボンベの交換など複数の医療的ケアを必要とする児童である。吸引回数が頻繁であり、就学前までは、学校としては在宅訪問による教育を考えていた。しかし、保護者は特別支援学校に通学して教育を受け、先生や友達と共に過ごすことを強く願っていた。その要望を受けて、主治医が通学可能と判断したこと、医療的ケアの内容に関しては看護師が実施可能であること、また幼児期から通園施設等を利用し母親以外の人との関わりや医療的ケアを受けていた経験があることなど、就学前から様々な情報を収集し総合的に判断して通学生となることができた。

現在は、看護師が1名常時付いていて医療的ケアを行っているが、入学後から5月下旬まで保護者が1日中付き添って医療的ケアを行っていた。5月下旬より看護師が実施できるようになったので保護者の付き添いの必要がなくなった。また、教員による医療的ケアができたのは8月以降であった。

「学校における医療的ケアの今後の対応について」²⁾においては、学校において医療的ケアが実施できるまでの手続きを示している。A特別支援学校においても基本的にはこの手順の通り行われている。しかし、教育現場では、医療的ケアが実際に行われるまでには時間がかかることが課題となっている。4月当初からすぐに教員等による医療的ケアができない現状があり、医療的ケアが学校で行われる手続きについては以下の手順がある。

①保護者からの申請を受ける。②主治医からの意見書、学校医からの意見書を受領する。③医療的ケア安全委員会等で協議する。そこで学校長による医療的ケアの実施の決定が行われると、④に進むことができるが、医療的

ケアを行わない決定がされた場合、保護者にその理由を説明する。④は、主治医研修である。教員は、法定研修における実地研修（当該児童生徒に対する医療的ケア及び健康状態等に係る研修）を受講する。⑤主治医からの指示書を受領する。⑥個別マニュアルを整備する。⑦保護者の承諾を受けて医療的ケアを実施する。教員は④の主治医の法定研修における実地研修を受けるまでに、まず県教育委員会の基本研修を受け、看護師による校内シミュレーター研修（対象者の医療的ケアの個別のマニュアルに従って手技を行い、実地研修に行くことができるかどうかを学校看護師に判断してもらうもの）を行い、実地研修が可能と判断されると、対象者の通院に合わせて病院に行き主治医の実地研修を受けるという流れになっている。さらに実地研修で主治医から指示書を受け取った後も教員の場合は県からの認定証が必要なので、教員の実施は看護師よりかなり遅くなるという現状があり課題でもある。しかし、児童生徒の安全性を考慮するのであれば、上記の手続きを踏み、確実に実地研修を含めた研修を受けることは必要かつ重要なことである。

3. 経口摂食していた生徒が胃ろうから注入するようになった事例

本児は、現在中学校3年生である。小学生の頃から食事の時に咽ることが多く、摂取量を計量して保護者に伝えていた。中学1年生の9月までは咽ながらも食物を180g～200gは摂取できていた。しかし、10月上旬から食事中に咽ることがさらに増え、給食時も30gほどしか食べられなくなった。医療機関からも誤嚥の可能性があることが指摘された。給食を経口摂取することで、食後に呼吸状態が悪化し、普段は動脈血酸素飽和度（SpO₂）の値が98であるが、95以下になるようになった。呼吸状態が安定するまで長い時間休憩することが必要となったが、休憩後にSpO₂値が98に戻って授業に参加しても授業の後半には再び苦しそうな表情をするようになり、聴診器で胸の音を聞くと、音が悪くなることが頻繁にあった。そこで10月末より経口摂取せずに母親に來校してもらって給食時に胃ろう部から注入する方法でエネーボ（栄養剤）を注入することにした。すると注入後のSpO₂値は98と安定し、胸の音もよく午後からの授業にも参加できるようになった。そこで、管理職、中学部主事、看護師、担任、養護教諭、主治医など医療的ケア安全委員会のメンバーで協議し、経口摂取を止めて胃ろう部から注入する方法で食物を摂取するように変更することを決定した。胃ろうとは、皮膚と腹壁と胃の間に作成した瘻孔（トンネル）で、そこから直接食事を注入することである。胃ろう造設により患児がより快適に生活でき、介護者の負担が軽減し、栄養面でもミキサー食やペースト食なども与えられるようになって選択の幅が広がる。当時、家庭においても経口摂取すると分泌物が多くなり、吸引することが多くなっていた。経口摂取しない方が本児も楽であることは保護者も理解していたのだが、経口摂取して

ほしいという要望は依然強かった。母親から給食時に学校に来てもらっての胃ろうは3月まで続いた。その間、母親の思いを受け止めながらも、学校での経口摂取の危険性を管理職や中学部主事が何度も丁寧に説明し、3月中旬によく母親の了承を得ることができた。すぐに主治医に指示書を依頼し、教員等が胃ろうによる経管摂取をすることで喀痰などの分泌物は減り、吸引する回数も減り、呼吸状態も安定した。このケースは、保護者の思いを大切にしながら、子どもの安全を第一に医療的ケアの変更を行った事例である。本児の場合は、小学3年生時に水分を確実に摂取できるようにするために既に胃ろうを造設していた。しかし、徐々に食べられなくなって新しく胃ろうの造設が必要となっており、手術することを考えなければならない場合は、今回のケースより保護者の思いはさらに深刻で複雑になるものと考えられる。

4. コロナ感染拡大の中での対応

武田らは、5つの特別支援学校の特別支援教育コーディネーターを対象に、コロナ禍における特別支援学校の対応及びコンサルテーションの実際について調査を行った⁶⁾。対象とした特別支援学校では、知的障害のある児童生徒と肢体不自由のある児童生徒と一緒に学んでいる。その中で特に気管切開をされていて人工呼吸器を使用するような医療的ケアを必要とする児童生徒へのコロナ禍における対応について紹介する。

これらの学校では、コロナ感染前から検温、検脈、血中酸素飽和度などきめ細かな健康観察を行ってきたが、コロナ禍では、さらに児童生徒の体調等の変化を即座に察知し、保護者との密な連絡を図るようにした。教室の頻回な換気、授業時、給食時の児童生徒間の間隔を保ち、教室の分割使用を徹底した。また、学習教室やマットは固定し一人の子どもが同じ教室、同じマットを使うように配置した。また、配膳は決まった教員が行い、個人の食器も毎日持ち帰るようにした。再調理で使用する調理用ハサミ等も共用しないようにした。授業終了後、教室や物品もアルコール消毒を毎日行い、清潔を保つようにした。肢体不自由の児童生徒の健康面を考え、知的障害のグループとの合同授業については当面一緒に行わないようにした。また、一日の中で一人の教員が複数の児童生徒に対応しないように配慮した。例えば、朝の迎えから、一日中同じ児童生徒を担当することとした。在宅訪問に行く前には着替え、在宅訪問後にも再び着替えてウイルスを持ち帰らずという意識を徹底した。

IV. 学校における医療的ケアの役割分担と連携

学校における医療的ケアの役割分担例は、表1に示したとおりである²⁾。学校内においては、校長等が医療的ケア安全委員会の設置・運営を行う。この委員会を中心に、各教職員、看護師等の役割分担や支援内容が具体的に決定され、児童生徒の医療的ケアが学校で行われる。

このケアにあたっては、保護者、看護師、教職員など

表1 学校における医療的ケアの実施に当たっての役割分担例

職種等	役割分担例
校長・副校長・教頭・一部の主幹教諭	・学校における医療的ケアの実施要領の策定・医療的ケア安全委員会の設置・運営・各教職員の役割分担の明確化・外部も含めた連携体制の構築・管理・運営・本人・保護者への説明・教育委員会への報告・学校に配置された看護師等・教職員等の服務監督・宿泊学習や課外活動等への参加の判断・緊急時の体制整備・看護師等の勤務管理・校内外関係者からの相談対応
全ての教職員	・医療的ケア児と学校における医療的ケアの教育的意義の理解・医療的ケアに必要な衛生環境理解・看護師等・認定特定行為業務従事者である教職員との情報共有・ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積と予防対策・緊急時のマニュアルの作成への協力・自立活動の指導等・緊急時の対応
認定特定行為業務従事者である教職員	(上記全ての教職員に加え)・医療的ケアの実施(特定行為のみ)・医療的ケアの記録・管理・報告・必要な医療器具・備品等の管理・緊急時のマニュアルの作成
養護教諭	(上記全ての教職員に加え) ・保健教育, 保健管理等の中での支援・児童生徒等の健康状態の把握・医療的ケア実施に関わる環境整備・主治医, 学校医, 医療的ケア指導医等医療関係者との連絡・報告・看護師等と教職員との連携支援・研修会の企画・運営への協力
保護者	・学校における医療的ケアの実施体制への理解と医療的ケア児の健康状態の学校への報告など責任を分担することの理解・学校との連携・協力・緊急時の連絡手段の確保・定期的な医療機関への受診(主治医からの適切な指示を仰ぐ)・健康状態の報告・医療的ケアに必要な医療器具等の準備(学校が用意するものを除く)・緊急時の対応・学校と主治医との連携体制の構築への協力
看護師等	・医療的ケア児のアセスメント・医療的ケア児の健康管理・医療的ケアの実施・主治医, 学校医, 医療的ケア指導医等医療関係者との連絡・報告・教職員・保護者との情報共有・認定特定行為業務従事者である教職員への指導・助言・医療的ケアの記録・管理・報告・必要な医療器具・備品等の管理・指示書に基づく個別マニュアルの作成・緊急時のマニュアルの作成・ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積と予防対策・緊急時の対応

*学校における医療的ケアの実施に関する検討会議(平成31年2月28日)より引用。ただし, 教育委員会, 主治医, 学校医などの役割分担は省略する。

子どもを取り巻く人々の連携が求められる。しかし, 特別支援学校で医療的ケアを担う看護師は, 担任と保護者との板挟みになることや担任とのコミュニケーションの困難さなど関係構築の難しさや, 異業種間でチームを組むことの難しさなどを課題として挙げている⁵⁾。また, 教師と看護師の連携において, 看護師が学校に勤務して悩む理由として, 「病院と学校で求められる考え方の違い(病院の場合, 看護師は患者に医療的行為を行い, 病状が回復したら退院するが, 子どもは学校に療養ではなく, 教育を受けるためにやってくるため看護師が医療優先の立場でいると, 教師のねらいや保護者の願いから外れてしまうことがある)を挙げて, 看護師は自分の中で築いてきた看護師としての価値観を変える必要があるが, うまくいかず悩んでいることを指摘している⁷⁾。

教員等と看護師, 保護者がよりよい連携を図っていくためには, 異業種間の専門性を尊重し, 積極的に相互依存して常に変化する状況において子どもを中心とした協働チームを構築していくことが求められる。そのためには, 共通の目標を持ち, お互いに平等であることを認識し, 成果に対する責任も全員で共有し, シェアしていくことが大切である。

子どもの医療的ケアを検討していくことは, 医療的ケアの必要な子どもを育てている母親の自己の実現にも深

く関わってくる。土橋・武田は, 母親へのインタビューを質的に分析し, 自分自身の時間を過ごすことがほとんどなかった母親が, 学校への送迎等がなくなることで常時子どもとかかわってきた時間を自分のために使えるようになり, 「母親自身のための有意義な時間を過ごすこと」ができ, 「専門家としての自己の確立」, 例えば, ホームヘルパーなどの資格を取得したなど「自己の内的欲求を社会生活において実現しようとする欲求」が強くなり, 母親自身の自己の実現に向けて動き出すようになったことを報告している⁸⁾。

以上, いくつかの事例を紹介したが, 文部科学省の通知¹⁾で示されているように, 「医療的ケア児の可能性を最大限に発揮させ, 将来の自立や社会参加のために必要な力を培うという視点にたつことが重要である」, 「保護者の意思を最大限に尊重しなければならない, また, 居住地にかかわらず適切な支援を受けられるようにする」という2つの点を重視することが大切である。今後とも引き続き, 参考となる具体的な取組を積み重ねていくことで医療的ケアのニーズのある子どもとその家族の支援の在り方を追究していくことが重要である。

*特別支援教育就学奨励費

障害のある幼児児童生徒が特別支援学校や小学校・中

学校の特別支援学級等で学ぶ際に、保護者が負担する教育関係経費について、家庭の経済状況等に応じ、国及び地方公共団体が補助する仕組みである。対象とする経費は、通学費、給食費、教科書費、学用品費、修学旅行費、寄宿舎日用品費、寝具費、寄宿舎からの帰省費などがある。

文 献

- 1) 文部科学省初等中等局長：「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（通知）」（令和3年9月17日3文科初第1071号）。2021
- 2) 文部科学省：学校における医療的ケアの今後の対応について（平成31年3月20日30文科初第1769号）。2019
- 3) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：小学校等における医療的ケア実施支援資料～医療的ケア児を安心・安全に受け入れるために～。2021
- 4) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課：学校における医療的ケア児の支援について。2019 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12204500/000836267.pdf>. Accessed July 12, 2022
- 5) 泊祐子, 竹村淳子, 道重文子ほか：医療的ケアを担う看護師が特別支援学校で活動する困難と課題。大阪医科大学看護研究雑誌 2 : , 40-50, 2012
- 6) 武田鉄郎, 竹澤大史, 寺尾朗代ほか：コロナ禍, ポストコロナ社会における特別支援学校の対応及びコンサルテーションの実際。和歌山大学教職大学院紀要：学校教育実践研究 5 : 1-13, 2021
- 7) 植田陽子：(2022) 学びの狙い, 教師と看護師で共有を。日本教育新聞, 2022. 2. 14
- 8) 土橋雅美, 武田鉄郎：重度・重複障害児の教育的支援及び保護者との連携の在り方：保護者のインタビューを通した質的研究。和歌山大学教育学部紀要教育科学 72 : 41-48, 2022

原 著 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の検討

松 永 恵^{*1}, 庄 司 一 子^{*2}

^{*1}茨城キリスト教大学看護学部

^{*2}筑波大学人間系

The Difficulties Faced by Yogo Teachers in Dealing with Children's Unidentified Complaints

Megumi Matsunaga^{*1} Ichiko Syoji^{*2}

^{*1}School of Nursing, Ibaraki Christian University

^{*2}Faculty of Human Science, University of Tsukuba

Background: Yogo teachers (school nurses) face difficulties in dealing with children's unidentified complaints. In general, the Yogo teachers support children in aspects of identifying the causes and accepting children in order to encourage them to resolve their problems independently. However, Yogo teachers often feel difficulties in listening to children and paying attention to their signs of danger. In particular, when Yogo teachers deal with children's unidentified complaints, they also feel difficulties in identifying the causes and returning them to the classroom.

Objective: The purpose of study was to elucidate the difficulties that Yogo teachers faced in dealing with children's unidentified complaints.

Methods: A 20-item questionnaire was designed based on data from interviews with Yogo teachers. Seven hundred seventy Yogo teachers were surveyed. Data collected from 304 Yogo teachers were conducted on exploratory, confirmatory factor analyses, and compared for attributes.

Results: The results of the factor analysis revealed two potential factors for the difficulties of Yogo teachers in dealing with children's unidentified complaints. One was that they felt unable to help children to resolve their problems independently, and the other was that they felt unable to help children aware of the cause for the unidentified complaint. Confirmatory factor analysis revealed that the goodness-of-fit of this model was generally acceptable (GFI=.95, AGFI=.92, CFI=.96, RMSEA=.08). It was found that younger Yogo teachers with less age or experience were likely to face difficulties in supporting children.

Conclusion: The results suggest that Yogo teachers felt more difficulty in aspects of accepting children in order to encourage them to resolve problems independently rather than identifying the causes of unidentified complaints. There is a need to investigate the practical knowledge of experienced Yogo teachers in supporting children.

Key words : unidentified complaints, school nurses (Yogo teachers, in japan), difficulty, independent resolution, awareness
不定愁訴, 養護教諭, 困難, 自主的解決, 意識化

I. はじめに

不定愁訴は、1950年代、脚気と診断された患者のうち、治療に反応せず¹⁾、他の疾患にも診断できなかった症候に名づけたものであり、愁訴の原因に見合うだけの器質的疾患を見出し得ない状態を捉えたものであった²⁾。小児医療においても、症状の発現する部位や³⁾、時間や、基礎疾患が不定で⁴⁾、自覚症状は存在するが客観的所見が乏しい⁵⁾場合に用いられている。子どもの不定愁訴については、検査をして原因をみきわめ改善したという報告⁴⁾がある一方、次々に検査を追加することが、子どもにとって負担になるだけでなく、症状を固定化させ問題を複雑にする⁶⁾という指摘もある。子どもの不定愁訴は

必ずしも治療を必要とするものではなく、言語化ができないという発達段階⁵⁾、睡眠不足⁷⁾、発達障害⁴⁾などからも生じるといわれている。子どもの場合、発育により自然に解消することがあるため、医療の場においても検査や治療の要否に慎重な判断が求められていることがわかる。

通常、学校において養護教諭は、緊急を要する時を除き、保健室を訪れる子どもに、主訴を聴取したり、検診を行ったりして⁸⁾⁹⁾原因をみきわめ¹⁰⁾、診断的に支援する側面と¹¹⁾、子どもが安心してヘルス・ニーズを明確化したり、意識化したりして自主的に解決できるよう受容的に支援する側面から¹²⁻¹⁴⁾併行して¹⁵⁾対応を進める¹⁶⁾。その結果、子どもは生命の危機から守られながら、自己の

内面に目を向けるゆとりができ、自己の問題を直視できるようになる¹⁵⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。一方、言語的な発達の途上にある子どもたちから話を聞きとることは難しいという報告が複数あり¹⁹⁻²¹⁾、重篤な疾患を見逃す例も報告されていた²²⁾。養護教諭305名を対象とし、保健室で経験した症状の原因となった疾患や状態を尋ねた質問紙調査によると、頭痛の原因には19種類、腹痛の原因には22種類、吐き気や嘔吐の原因は21種類の疾患や状態が報告されていた²³⁾。こうした報告からは、緊急を要する時のみならず、通常行う対応においても子どもの命を守りながら対応することの困難さを窺うことができる。

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する場合、自覚症状はあるものの客観的な所見に乏しいという症候を呈する子どもたちに対し、通常と同様に対応するとすれば、より一層、困難を感じやすいのではないかと考える。養護教諭が頻繁に困難を経験する心の問題は、主として不登校と不定愁訴だったという報告や²⁴⁾、養護教諭養成課程の学生が子どもの不定愁訴への対応に困難を感じているという報告がみられていた²⁵⁾。第一筆者が養護教諭42名に対し実施した質問紙調査でも、23名(53.5%)が子どもの不定愁訴への対応に困難を感じたことがあると回答した²⁶⁾。メンタルヘルスの不調が健康課題となって久しい²⁷⁾。そのような不調も不定愁訴として表わされる²⁸⁾ことを鑑みると、養護教諭が子どもの不定愁訴に困難を感じている状況は依然として続いていると考える。

以上、医療の場のみならず学校においても、養護教諭が子どもの不定愁訴への対応に困難を感じていることを報告した。さらに、その困難感がどのようなものであるのかという検討は管見の限り行われていなかった。そこで先の調査において、養護教諭である第一筆者が困難を感じる場面を列挙し、42名の養護教諭に複数回答、2件法の質問紙調査を行った。最も回答が多かったのは、「子どもが教室に戻らない(9名, 21.4%)」、次に多かったのは「子どもの不定愁訴の原因がわからない(8名, 19.0%)」だった²⁶⁾。

前者の、養護教諭が「子どもが教室に戻らない」という場面に困難を感じるという結果は、通常行う対応の際に感じる困難に関する先行研究にはみられなかった。一般的に、保健室は学校において応急的に一時利用されるもので、経過観察の目的も考慮した休養時間が示されている²⁹⁾。子どもは自覚症状が解消すれば、教室に戻り、解消しなければ帰宅することになる。しかし自覚症状は存在するが客観的な所見に乏しい⁵⁾不定愁訴に対応する際には、適切な処置を判断することが難しいだけでなく、自覚症状を解消することも難しくなるだろう。そのような状態であれば、子どもが安心してニーズを明確化したり意識化したりして自主的に解決できるよう受容的に支援する側面からの対応が難しく、十分な支援を受けられなかった子どもは、教室に戻りたいという気持ちになれないのではないかと考える。

後者の、養護教諭が「子どもの不定愁訴の原因がわからない」という場面に困難を感じるという結果については、不定愁訴が、医療の場においても愁訴の原因に見合うだけの器質的な疾患を見出しえない状態を捉えたものであったことから²⁾養護教諭にとっては、通常でも言語的な発達の途上にある子どもたちから聞きとる困難さ¹⁹⁻²²⁾があるので、より一層、原因をみきわめ診断的に支援する側面にも困難が加わると考える。

この調査は、第一筆者が、自身の養護教諭としての体験に基づき困難を感じた場面を想起して質問項目を作成した調査であり、養護教諭という集団としての子どもの不定愁訴の対応に感じている困難感を的確に表現しているとは言い難い。また2件法を採用した点において、子どもの不定愁訴に対応する養護教諭が感じる困難の度合を十分に捉えられるものではなかったと考える。多くの養護教諭も子どもの不定愁訴への対応に困難を感じているとすれば、他の養護教諭が困難を感じた場面を考慮した質問項目を作成し、子どもの不定愁訴に対応する際にどのような困難感があるのかを検証したいと考えた。

養護教諭の対応に関しては、緊急度や重症度の判断根拠としてのフィジカルアセスメントに関する研究が進んでいる³⁰⁾。客観的な所見に乏しいという特徴を有する子どもの不定愁訴に対応する際には、フィジカルアセスメントから情報を得難く、対応の際の困難感を低減することが難しいのではないかと考える。ゆえに子どもの不定愁訴への対応の困難感を明らかにし、養護教諭による効果的な対応の開発に向けた基礎資料が必要である。

そこで本研究では養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感を検証するため、養護教諭からインタビューした内容をもとに困難を感じた場面に関する質問紙を作成し、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感を明らかにし、属性との関連から特徴を検討する。

Ⅱ. 方 法

1. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面に関する質問紙の作成

2008年8月～2009年12月、子どもの不定愁訴への対応に困難を感じていた15名の養護教諭にインタビューした内容から、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応して困難を感じていると解釈できる場面を抽出し、コードをつけた。15例につけたコードを合わせて分類し、質問項目を作成した。概ね「子どもの不定愁訴の原因がわからない場面」と「子どもが教室に戻らない場面」に分類でき、20項目からなる質問紙が作成された。

2. 項目妥当性の確認

20年以上の勤務経験を有する養護教諭4名、心理学を学んだことがある養護教諭2名、心理学を専攻する大学院生2名に依頼し、調査協力者に誤解を与えないような的確な表現に修正した。

質問項目は、文中に「子どもの様子」と「養護教諭の

対応」を含む複雑な内容表現であったが、子どもに対応する際の養護教諭の思いは、子どもと養護教諭自身の思いを行ったり来たりしているのが現実であると考え、修正せずに用いることにした。

3. 調査対象者

A県内に勤務する小学校・中学校養護教諭770名（小学校541名，中学校229名）とした。

4. 調査期間

2013年8月～9月に実施した。

5. 調査方法

調査対象者に調査用紙を郵送し，返信用封筒にて返信するよう依頼した。調査項目は以下の通りである。

- 1) 属性：性別，年齢，経験年数，勤務する学校種，児童生徒数，所有している免許，最終学歴，免許を取得した専門分野について回答を求めた。
- 2) 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に，困難を感じる場面に関する調査項目（20項目）
「子どもの不定愁訴の原因がわからない場面」と「子どもが教室に戻らない場面」に関する各10項目，計20項目を用いた。

評定尺度法を用い，「1（まったく困難に感じない）」から「4（かなり困難に感じる）」と困難を感じるほど数値が高くなるよう，4件法で回答を求めた。

6. 分析方法

SPSSVer.27, Amos27を用い，以下の分析を実施した。

1) 基本統計量

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に，困難を感じる場面に関する調査項目について，各項目の代表値である平均値，標準偏差を算出し，降順に並び替えた。

2) 潜在的な因子の探索

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面の各項目について，ヒストグラムを作成して分布が偏っていないことを確認し，また，天井効果・フロア効果がないことを確認した。項目間相関.70を超える項目については，項目の内容を検討し，どちらかの項目を削除した。先行研究から相関があることを予測できたため，スクリープロットから因子数を定め，因子負荷.40を基準にプロマックス回転による因子分析を実施し，養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面の潜在的な「因子」を探索した。探索した因子について，先行研究を踏まえ，養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感として解釈した。信頼性を確認するため，抽出された因子ごとにクロンバックの α 係数を算出した。

3) 構成概念妥当性の検討

前項で抽出した因子について，構造方程式モデリングによる確証的因子分析を行った。因子構造モデルのデータへの適合性は，適合度指標であるGoodness of fit index (GFI), Adjusted goodness of fit index (AGFI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Er-

ror of Approximation (RMSEA) で判定した。GFI = .90以上，AGFI = .85以上を適合性があるとした。またCFI = .95以上を適合性があるとし，.90以上を許容範囲，RMSEA = .05以下を適合性があるとし，.08以下を許容範囲とした³¹⁾。

4) 因子（困難感）と属性との関連の検討

2) と 3) で分析した因子（困難感）と属性との関連を検討した。属性の種類は，性別，年齢（20歳～29歳，30歳～39歳，40歳～49歳，50歳以上），経験年数（0～9年，10～19年，20～29年，30年以上），勤務する学校種（小学校，中学校），児童生徒数（199名以下，200名～399名，400名以上），所有している免許（養護助教諭，養護教諭二種，養護教諭一種，養護専修，教科保健，看護師，保健師，助産師，栄養士，臨床心理士），最終学歴（専門学校，短期大学，大学，大学院），免許を取得した専門分野（教育学，看護学，体育学，栄養学，福祉学，心理学，家政学，その他）であった。因子（困難感）について，属性ごとの分布を確認し，偏りがみられない2群間の比較にはt検定，3群間の比較には分散分析を行い，群間の差がみられた場合には多重比較を行った。偏りがみられた場合にはノンパラメトリック検定を行った。2群間の比較にはMann-WhitneyのU検定，3群以上の比較にはKruskal-Wallisの検定を行い，群間の差がみられた場合には多重比較を行った。いずれも有意水準は5%（両側検定）とした。

7. 倫理的配慮

所属していた大学の研究倫理審査会で承認を受けた（筑24-122）。調査協力者に対し，質問紙調査を郵送する際，以下の倫理的配慮を示した説明書を同封した。①回答を無記名で行う，②調査結果は個人を特定できない形で公表する，③調査協力者の自由意思により回答する，④調査協力者は回答開始後，自由に中断することができる，⑤所要時間，⑥回答用紙の返送をもって本調査への協力に同意したとみなし，返送しない場合も不利益を被らない，⑦データを分析する場所を特定し，ウイルス対策をしたコンピュータを使用する，⑧分析者を明示する，⑨得られたデータは研究終了後5年経過後に破棄する。

また，研究の内容についていつでも問い合わせることができるよう，研究者名と所属先の倫理委員会の連絡先を示した。

Ⅲ. 結 果

回収された回答は359名（46.6%）だった。回答が不十分なものを外し，分析対象者は304名（39.5%）であった。回答者の属性を表1に示した。

1. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面に関する調査項目の基本統計量（表2）

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面に関する調査項目について，平均値が最も高い項目は「19 養護教諭が子どもに身体症状を我慢させる」

表1 回答者の属性

	N (人)	n = 304 (%)
性別		
男性	2	0.7
女性	300	98.7
無回答	2	0.7
年齢		
20～29歳	79	26.0
30～39歳	60	19.7
40～49歳	80	26.3
50歳以上	85	28.0
経験年数		
0～9年	104	34.2
10～19年	68	22.4
20～29年	60	19.7
30年以上	69	22.7
無回答	3	1.0
勤務する学校種		
小学校	217	71.4
中学校	82	27.0
無回答	5	1.6
児童生徒数		
1-199	115	37.8
200-399	109	35.9
400-	80	26.3
所有免許		
養護助教諭	16	5.3
養護二種	44	14.5
養護一種	249	81.9
養護専修	6	2.0
教科保健	113	37.2
看護師	19	6.3
保健師	12	3.9
助産師	0	0.0
栄養士	2	0.7
臨床心理士	0	0.0
最終学歴		
専門学校	15	4.9
短期大学	45	14.8
大学	240	78.9
大学院	3	1.0
無回答	1	0.3
免許を取得した専門分野		
教育学	205	67.4
看護学	25	8.2
体育学	7	2.3
栄養学	14	4.6
福祉学	7	2.3
心理学	5	1.6
家政学（児童学含む）	32	10.5
その他	4	1.3
無回答	5	1.6

だった。平均値と標準偏差は $3.05 \pm .64$ だった。最も低い項目は「18 養護教諭が、子どもと、身体症状と関係ない話をする」だった。平均値と標準偏差は $1.68 \pm .64$ だった。

困難を高く感じる場面については、平均値の高い順に「19 養護教諭が子どもに身体症状を我慢させる」「07 養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について尋ねているうちに1時間が経過する」「16 養護教諭が他の来室者に対応して、子どもの不定愁訴に対応できない」であった。

2. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の探索（表3）

どの項目のヒストグラムも、回答が得点の高い方や低い方に偏っていなかった。また天井効果・フロア効果はみられなかった。

次に全項目間の相関を確認し、.70以上の相関を示した項目から、「05 養護教諭が心因の存在に気づき、聞こうとするが子どもが話し出さない」「08 養護教諭が、子どもの不定愁訴が心因によるものかどうか判断しきれず、教室に戻すかどうか判断に迷う」を分析対象から外した。

スクリープロットの減衰状況から因子数を2とした。最尤法による因子分析を行った。「18 養護教諭が、子どもと、身体症状と関係ない話をする」と「19 養護教諭が、子どもに身体症状を我慢をさせる」の項目間相関は $-.001$ だったが、それ以外の項目間相関は全て正の相関がみられたため、promax回転を行った。因子負荷量を.40以上とした。

その結果、第Ⅰ因子には、「子どもが教室に戻らない場面」に分類した項目のうち、子どもが養護教諭に身体症状を繰り返し、あるいは過剰に訴える様子を表す項目に高い負荷がみられ、さらに養護教諭が子どもにこのあとどうしたいのかと尋ねると子どもが首をかしげ答えなかったという項目にも高い負荷がみられた。加えて「子どもの不定愁訴の原因がわからない場面」に分類した項目のうち、子どもの不定愁訴の原因をみきわめることができずに養護教諭自身が判断に迷うという項目に高い負荷がみられた。子どもが自主的に解決できるように接しても、子どもは身体症状を訴え続けたり、問いかけに応じなかったり、養護教諭自身が判断に迷ってしまったりと、受容的に支援する側面からうまく進められなかった場面であると解釈できた。そこで「自主的な解決を支援する困難感」（以下、自主的解決支援困難感）と名付けた。

第Ⅱ因子には、「子どもの不定愁訴の原因がわからない場面」に分類した項目のうち、養護教諭が子どもに不定愁訴の原因について尋ねても否定されたり、答えなかったりした項目に高い負荷がみられた。負荷が高かった項目のうち2項目において、養護教諭は、不定愁訴の原因をみきわめられずにわからなかったと思っているのではなく既に思い当たることがあるような場面に見え、通常行う対応でいえば、診断的に支援する側面からある程度進められていたと解釈することができた。それにもかかわらず子どもは、養護教諭に尋ねられても答えな

表2 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面（基本統計量 降順）

n = 304

質問項目		平均値	標準偏差
19	養護教諭が、子どもに身体症状を我慢をさせる	3.05	.64
07	養護教諭が子どもに不定愁訴の原因について尋ねているうちに1時間が経過する	2.92	.86
16	養護教諭が他の来室者に対応して、子どもの不定愁訴に対応できない	2.91	.81
06	養護教諭が、子どもの気持ちを打ち明けてもらうよう対応しても、子どもが打ち明けてくれない	2.82	.81
05	養護教諭が心因の存在に気づき、聞こうとするが、子どもが話し出さない	2.81	.80
08	養護教諭が、子どもの不定愁訴が心因によるものかどうか判断しきれず、教室に戻すかどうか判断に迷う	2.78	.75
04	養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について思い当たることがあり、尋ねると、子どもが答えない	2.74	.81
17	養護教諭が、保健室で子どもが望むように過ごさせる	2.73	.78
09	養護教諭が、子どもの不定愁訴の原因を特定できず、教室に戻すかどうか判断に迷う	2.71	.81
12	養護教諭が友達と談笑している子どもに、教室へ戻るよう促すと、子どもが保健室に入ってきた時の様子に戻り「まだ頭痛い」と言う	2.70	.84
11	養護教諭が子どもに、このあとどうしたいのかと尋ねると、子どもが首をかしげ、答えない	2.63	.77
13	養護教諭が保健室に来た子どもの不定愁訴に対応し、教室で頑張るよう促したら、いったん教室に戻った子どもが1時間後に再度保健室を訪れ、体調不良を訴える	2.62	.77
20	養護教諭が、子どもに学習が遅れないよう、早く教室に戻るよう指示する	2.61	.74
03	養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について思い当たることがあり、尋ねると、子どもが「違う」と言う	2.53	.78
14	養護教諭に子どもが症状を過剰に訴える	2.50	.78
02	養護教諭が子どもに、不定愁訴の原因について尋ねると子どもが「わからない」と言う	2.47	.81
10	養護教諭が、子どもから不定愁訴の原因を聞きとったが、子どもの話した内容が不定愁訴の原因だとは思えない	2.43	.71
01	養護教諭が子どもに、熱がないので、教室に戻るように言う	2.22	.76
15	養護教諭に子どもが、ぴったりと体をくっつける	2.16	.81
18	養護教諭が、子どもと、身体症状と関係ない話をする	1.68	.64

表3 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感についての探索的因子分析の結果

n = 304

		第Ⅰ因子	第Ⅱ因子
第Ⅰ因子 自主的な解決を支援する困難感 ($\alpha = .826$)			
13	養護教諭が保健室に来た子どもの不定愁訴に対応し、教室で頑張るよう促したら、いったん教室に戻った子どもが1時間後に再度保健室を訪れ、体調不良を訴える	.79	-.03
14	養護教諭に子どもが症状を過剰に訴える	.76	-.10
12	養護教諭が友達と談笑している子どもに、教室へ戻るよう促すと、子どもが保健室に入ってきた時の様子に戻り「まだ頭痛い」と言う	.72	.04
11	養護教諭が子どもに、このあとどうしたいのかと尋ねると、子どもが首をかしげ、答えない	.51	.22
09	養護教諭が、子どもの不定愁訴の原因を特定できず、教室に戻すかどうか判断に迷う	.50	.17
第Ⅱ因子 原因の意識化を支援する困難感 ($\alpha = .781$)			
03	養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について思い当たることがあり、尋ねると、子どもが「違う」と言う	-.09	.85
04	養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について思い当たることがあり、尋ねると、子どもが答えない	.05	.80
02	養護教諭が子どもに、不定愁訴の原因について尋ねると子どもが「わからない」と言う	-.01	.78
06	養護教諭が、子どもの気持ちを打ち明けてもらうよう対応しても、子どもが打ち明けてくれない	.27	.52
因子間相関		.70	

最尤法 promax回転

かったり否定したりしていたことから、養護教諭が不定愁訴の原因に思い当たることがあり、子どもがヘルス・ニーズを意識化しよう支援しようとしても、子ども自身は意識しようという意思を表明しなかった場面であると解釈できた。そこで「原因の意識化を支援する困難感」（以下、原因意識化支援困難感）と名付けた。

抽出された因子のクロンバックの α 係数は、第Ⅰ因子 $\alpha = .826$ 、第Ⅱ因子 $\alpha = .781$ であった。

3. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の適合度の検討（図1）

確証的因子分析の結果、第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」から該当する各項目に.64～.76、第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」から該当する各項目に.73～.84と影響を与えていた。適合度指標はGFI=.95、AGFI=.92、CFI=.96、RMSEA=.08であり、概ね適合していた。

4. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の下位尺度平均

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」の下位尺度平均と標準偏差は $2.63 \pm .61$ 、第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」の下位尺度平均と標準偏差は $2.64 \pm .67$ だった。

5. 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感と属性との関連

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感を属性で比較した。結果を表4に示す。なお、表には有意差の見られた項目のみ示した。

1) 年齢

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、年齢別の4群で一元配置分散分析を実施した結果、 $F(3,300) =$

5.98で、有意確率は $p < .01$ だった。Tukey法による多重比較の結果、20～29歳群と50歳以上群、30～39歳群と50歳以上群の間に差がみられ、20～29歳群が50歳以上群より、また30～39歳群が50歳以上群より自主的解決支援困難感が有意に高かった。

第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」について、年齢別の4群で一元配置分散分析を実施した結果、 $F(3,300) = 3.29$ で、有意確率は $p = .02$ だった。Tukey法による多重比較の結果、20～29歳群と50歳以上群の間に差がみられ、20～29歳群が50歳以上群より原因意識化支援困難感が高かった。

2) 経験年数

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、経験年数の4群で一元配置分散分析を実施した結果、 $F(3,297) = 3.70$ で、有意確率は $p = .01$ だった。Tukey法による多重比較の結果、0～9年群と30年以上群の間に差がみられ、0～9年群が30年以上群より自主的解決支援困難感が高かった。

第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」について、経験年数の4群で一元配置分散分析を実施した結果、 $F(3,297) = 1.15$ で、有意確率は $p = .33$ だった。原因意識化支援困難感においては経験年数による差はみられなかった。

3) 勤務する学校種

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、小学校群（ $n = 217$ ）の得点平均と標準偏差は $2.66 \pm .60$ 、中学校群（ $n = 82$ ）の得点平均と標準偏差は $2.55 \pm .63$ だった。2群についてt検定を実施した結果、 $t = 1.375$ 、 $df = 297$ で、有意確率は $p = .17$ だった。自主的解決支援困難感につい

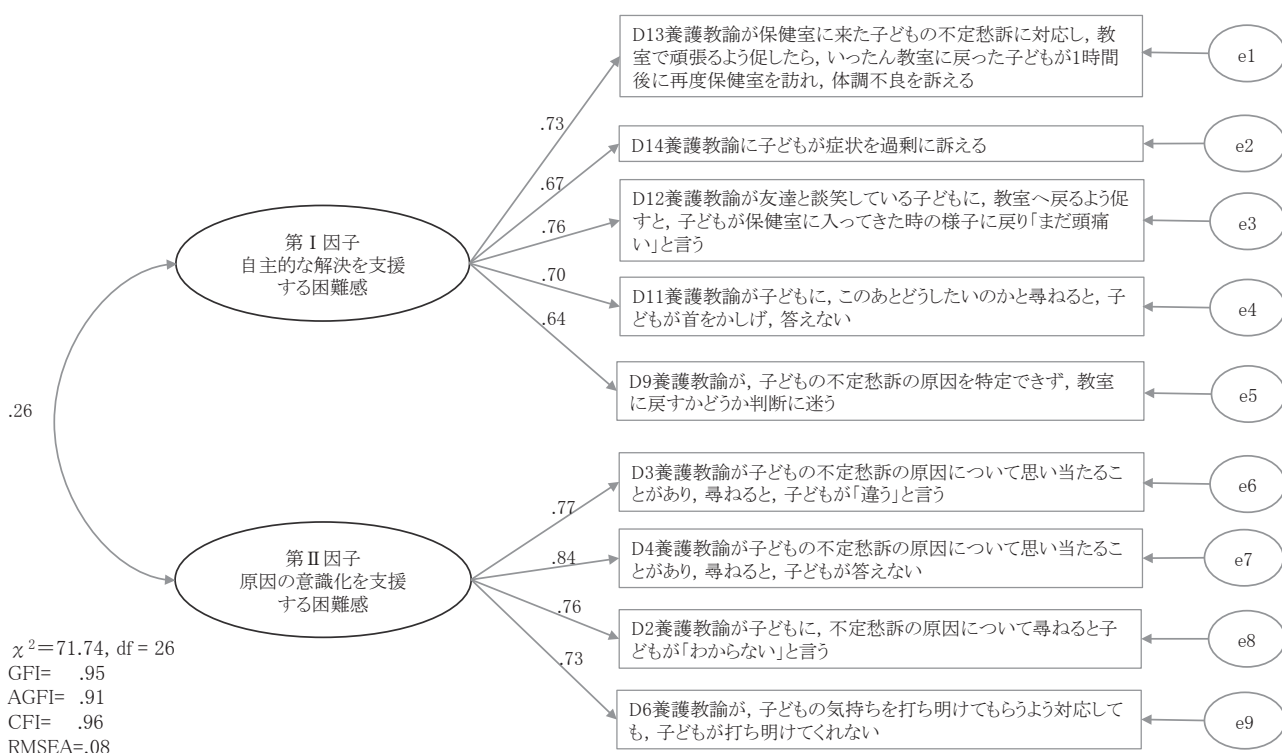


図1 養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感についての確証的因子分析結果

表4 養護教諭の属性と子どもの不定愁訴に対応する際の困難感（有意差がみられた結果のみ掲載）

n = 304

N(人)		第Ⅰ因子		自主的な解決を支援する困難感			第Ⅱ因子		原因の意識化を支援する困難感		
		平均値	標準偏差	F	p	多重比較	平均値	標準偏差	F	p	多重比較
年齢											
20～29歳	79	2.78	.61	5.98	<.01	20～29歳>50歳以上**	2.79	.60	3.29	.02	20～29歳>50歳以上**
30～39歳	60	2.77	.50			30～39歳>50歳以上**	2.68	.59			
40～49歳	80	2.59	.55				2.65	.65			
50歳以上	85	2.43	.68				2.47	.77			
経験年数											
0～9年	104	2.78	.58	3.70	.01	0～9年>30年以上**					
10～19年	68	2.64	.65								
20～29年	60	2.56	.55								
30年以上	69	2.48	.63								

一元配置分散分析 Tukey法 **<.01 *<.05

ては勤務する学校種による差はみられなかった。

第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」について、小学校群の得点平均と標準偏差は $2.67 \pm .66$ 、中学校群の得点平均と標準偏差は $2.56 \pm .69$ だった。2群についてt検定を実施した結果、 $t = 1.31$, $df = 297$ で、有意確率は $p = .19$ だった。原因意識化支援困難感については勤務する学校種による差はみられなかった。

4) 児童生徒数

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、児童生徒数1～199名群（ $n = 115$ ）の得点平均と標準偏差は $2.61 \pm .59$ 、200～399名群（ $n = 109$ ）の得点平均と標準偏差は $2.67 \pm .63$ 、400名以上群（ $n = 80$ ）の得点平均と標準偏差は $2.61 \pm .62$ だった。3群について一元配置分散分析を実施した結果、 $F(2,301) = .36$ で、有意確率は $p = .70$ だった。自主的解決支援困難感においては勤務する学校の児童生徒数による差はみられなかった。

第Ⅱ因子について、「原因意識化支援困難感」について、児童生徒数による3群で一元配置分散分析を実施した結果、 $F(2,301) = .14$ で、有意確率は $p = .87$ だった。原因意識化支援困難感においては勤務する学校の児童生徒数による差はみられなかった。

5) 所有している免許（養護助教諭、養護二種、養護一種、養護専修、教科保健、看護師、保健師）

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、Mann-WhitneyのUの検定を実施した結果、所有している免許（養護助教諭、養護二種、養護一種、養護専修、教科保健、看護師、保健師）による差はみられなかった。同様に第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」についてもMann-WhitneyのUの検定を実施した結果、所有している免許による差はみられなかった。

6) 最終学歴

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、Kruskal-Wallisの検定を実施した結果、学歴（専門学校、短期大学、大学、大学院）による差はみられなかった。同様に第Ⅱ

因子「原因意識化支援困難感」について、Kruskal-Wallisの検定を実施した結果、学歴による差はみられなかった。

7) 免許を取得した専門分野

第Ⅰ因子「自主的解決支援困難感」について、Kruskal-Wallisの検定を実施した結果、免許を取得した専門分野（教育学、看護学、体育学、栄養学、福祉学、心理学、家政学、その他）による差はみられなかった。同様に第Ⅱ因子「原因意識化支援困難感」についても、Kruskal-Wallisの検定を実施した結果、免許を取得した専門分野による差はみられなかった。

IV. 考 察

本研究では、保健室において子どもの不定愁訴に対応する際の養護教諭の困難感を検証するため、養護教諭にインタビューした内容から質問紙を作成し、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感に関する因子構造を検討した。

探索的因子分析の結果、養護教諭の困難感は、「自主的な解決を支援する困難感」「原因の意識化を支援する困難感」の2因子が抽出され、この2つがあると解釈された。確証的因子分析の結果、分析結果は概ね適合していることが示された。この結果に基づき、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の特徴について考察する。

1. 子どもの不定愁訴を受容的に支援することへの困難

養護教諭が行う通常の対応では2つの側面を併行して進めている¹⁵⁾。即ち、子どもたちに、主訴を聴取したり、検診を行ったりして⁸⁾⁹⁾原因をみきわめ¹⁰⁾診断的に支援する側面と¹¹⁾、子どもたちが安心してヘルス・ニーズを明確化したり、意識化したりして自主的に解決できるよう受容的に支援する側面¹²⁻¹⁴⁾である¹⁶⁾。その対応には、子どもたちから話を聞きとることの難しさ¹⁹⁻²¹⁾や重篤な疾患を見逃さないという命を守る困難さ²²⁾がある。

さらに、子どもの不定愁訴に対応する困難さについて

は、養護教諭である第一筆者が子どもの不定愁訴への対応で困難を感じたことがある場面を質問項目とした調査から、養護教諭は「子どもが教室に戻らない」「子どもの不定愁訴の原因がわからない」と感じる場面に困難を感じていると考えてきた²⁶⁾。この困難を、養護教諭が通常行う対応の側面から捉えると、前者は「自主的に解決できるように受容的に支援する側面からの困難さ」、後者は「原因をみきわめ診断的に支援する側面からの困難さ」にあたるのではないかと考えていた。

分析の結果、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際には「子どもの自主的な解決を支援する困難感」と、「原因の意識化を支援する困難感」があることがわかった。

後者の、「原因の意識化を支援する困難感」に関しては、質問紙を作成する際に養護教諭が「子どもの不定愁訴の原因がわからない」と感じる場面として分類した項目に、高い負荷がかかっていた。特に高い負荷がかかっていた2項目を見ると、養護教諭は原因に思い当たることがあるようだった。このことから、この困難感を、通常行う対応における「原因をみきわめ診断的に支援する側面からの困難」と解釈するより、むしろ、子どもが安心してヘルス・ニーズを明確化したり意識化したりして「自主的に解決できるよう受容的に支援する側面からの困難」として解釈する方が的確であると考えた。

さらに、基本統計量からも「自主的に解決できるように受容的に支援する側面からの困難さ」の存在を裏付けることができる。表2から、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際に困難を感じる場面として、上位の2項目「19 養護教諭が子どもに身体症状を我慢させる」「07 養護教諭が子どもの不定愁訴の原因について尋ねているうちに1時間が経過する」をみると、養護教諭が子どもに代わって判断したり指示しており、自主的に解決できるよう受容的に支援しているとは言い難い場面で困難を強く感じていると捉えることができた。養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際には、子どもが安心してヘルス・ニーズを明確化したり、意識化したりして自主的に解決できるよう受容的に支援する側面からみた困難感に着目する必要があると考える。

2. 養護教諭が子ども不定愁訴に対応する困難感における年齢や経験による差異

属性との関連を検討した結果、養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感の度合は、勤務する学校種、児童生徒数による差はみられず、子どもの発達段階や対応する子どもの人数とは関連しないことが示された。また所有免許、免許を取得した専門分野、最終学歴による差もみられなかった。養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感、養成課程の背景となる専門分野とは関連しないと考える。性別についてはサンプル数が少なく、今後、検討が必要である。

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感、年齢や経験年数と関連しており、年齢や経験年数の低い

養護教諭が困難を強く感じる結果であった。

先行研究では養護教諭養成課程の学生を対象とした調査において、子どもの不定愁訴への対応に困難を感じていることが報告されていた²⁵⁾。養成教育において、子どもの不定愁訴への対応を、通常の対応に含めて教授しているとすれば、養護教諭は子どもの不定愁訴に対応する際にも、診断的に支援する側面と受容的に支援する側面を併行して対応を進めるであろう。従って、年齢が若く経験年数の少ない養護教諭が原因の意識化や、自主的な解決を支援する困難を感じるという結果は妥当である。一方、年齢の高い養護教諭や経験の長い養護教諭の困難を感じる度合が低いのは、子どもの不定愁訴に対応する際、経験を積み重ねる中で、通常行う対応とは異なる実践知を生み出してきているからか、単に困難を感じなくなっていくのか、今後更なる検討が必要である。

V. 本研究の限界

本研究の調査対象者は1県にとどまる。性別や所有免許、最終学歴については、統計的な分析に十分な調査協力者数を得ることができなかったことから、今後、さらに調査対象を広げて検証していく必要がある。

VI. 結 論

養護教諭が子どもの不定愁訴に対応する際の困難感を検証するため、養護教諭にインタビューした内容から作成した子どもの不定愁訴に対応する際の困難感に関する質問紙を作成し、調査を実施した。結果は以下の通りである。

1. 養護教諭は、子どもの不定愁訴に対応する際、子どもの自主的な解決を支援する困難感や、不定愁訴の原因の意識化を支援する困難感があると解釈された。
2. 年齢の若い養護教諭や経験の浅い養護教諭においては、困難を感じる度合が高かったことから、年齢や経験による対応の差異についてさらに追究する必要がある。

付 記

本研究の一部を2017年に一般社団法人日本学校保健学会第64回学術大会（仙台国際センター）にて発表した。

謝 辞

ご指導いただいた元筑波大学人間系飯田浩之先生、同志社女子大学水本徳明先生、早稲田大学岡本智周先生、調査にご協力いただいた養護教諭の皆様へ感謝申し上げます。

文 献

- 1) 阿部達夫：脚気様症状の治療。日本臨床 13：1075-1081, 1955
- 2) 阿部達夫：不定愁訴の概念とその実態（“不定愁訴” 実地診療から職場管理まで（今月の課題））。治療 52：1483-

- 1488, 1970
- 3) 森本哲：小児の不定愁訴の疫学的検討-1-身体症状の出現頻度と不適応徴候との関連性. 小児保健研究 53 : 849-855, 1994
- 4) 星加明德：総論：不定愁訴—保健室から小児科外来まで (特集 焦点—今, 子どもに見られる健康問題(6)不定愁訴). 学校保健のひろば 24 : 64-67, 2002
- 5) 関口進一郎：不定愁訴へのアプローチ. 小児内科 35 : 1916-1919, 2003
- 6) 平岩幹男：不定愁訴への対応の原則 (特大号 こんなときどうする「学校保健」—すべきこと, してはいけないこと)— (不定愁訴・全身症状). 小児科診療 70 : 1795-1798, 2007
- 7) 伊藤淳一, 石井朋子, 沖潤一：小中学生の不定愁訴に関する検討. 日本小児科学会雑誌 104 : 1019-1026, 2000
- 8) 杉浦守邦：救急処置における養護教諭の専門性. 健康教室 27 : 31-48, 1976
- 9) 中桐佐智子：第5章養護のための技術・方法2養護ニーズを把握する方法. (大谷尚子, 中桐佐智子編著). 新養護学概論. 78-89, 東山書房, 京都, 2009
- 10) 杉浦守邦：養護教諭とヘルスカウンセリング. 健康教室 30 : 31-48, 1979
- 11) 杉浦守邦：改訂養護教諭のための診断学〈内科編〉第2版. (玉川進編集協力). 9-15, 東山書房, 京都, 2016
- 12) 浅田礼子, 小倉学：個別的保健指導の研究課題. 健康教室, 29 : 49-58, 1978
- 13) 盛昭子：救急処置における児童のヘルス・ニーズの明確化について (学校における救急処置-1-). 学校保健研究 26 : 9-14, 1984
- 14) 小倉学：個別的保健指導の進め方第2版, 106-111, 東山書房, 京都, 1987
- 15) 盛昭子：第4章 養護教諭と保健室 4. 保健室来室児童生徒への対応. (大谷尚子, 門田美千代, 楠本久美子編). 養護学概論, 69-72, 東山書房, 京都, 1999
- 16) 金田 (松永) 恵, 庄司一子：保健室における子どもの不定愁訴への養護教諭の対応について—先行研究の検討. 筑波大学発達臨床心理学研究 22 : 31-41, 2011
- 17) 大久保明子：心のいたみへの対応の基本-1-小学校の場合. 学校保健研究 29 : 213-216, 1987
- 18) 水野カナエ：心のいたみへの対応の基本-2-中・高校の場合. 学校保健研究 29 : 217-219, 1987
- 19) 相川勝代：養護教諭の役割とストレス (第I報)：盲・聾・養護学校の場合. 長崎大学教育学部教育科学研究報告 54 : 17-25, 1998
- 20) 佐光恵子, 伊豆麻子, 田村恭子：養護教諭が日常の養護実践において感じる困難感と研修ニーズ. 日本養護教諭教育学会誌 11 : 26-32, 2008
- 21) 菊地紀美子, 二木はま子, 奥井現理：児童生徒の心因性の健康相談に対して養護教諭が抱えている困難とその対応. 飯田女子短期大学紀要 31 : 89-114, 2014
- 22) 津村直子, 能登山裕美：判断処置に困難を要した救急処置事例の検討：内科系の事例について. 北海道教育大学紀要. 教育科学編 53 : 231-238, 2002
- 23) 三村由香里, 松枝陸美, 葛西敦子ほか：養護教諭に必要とされるフィジカルアセスメント：保健室でみられる原因を根拠とした提案. 岡山大学大学院教育学研究科研究集録 161 : 25-33, 2016
- 24) 岡田三津子, 岡孝和, 田中くみほか：小児うつ病早期発見を目指した養護教諭と精神科専門医との連携の確立：小学校養護教諭の視点から見た現状. 九州女子大学紀要. 自然科学編 45 : 43-61, 2008
- 25) 大森智子, 中野智美, 河田史宝：養護実習における救急処置に関する学生の不安内容：教育系養護教諭養成課程に着目して. 茨城大学教育実践研究 茨城大学教育学部附属教育実践総合センター編 29 : 149-163, 2010
- 26) 金田 (松永) 恵：不定愁訴のある児童生徒への対応について. 茨城大学教育学研究科修士論文, 2010
- 27) 文部科学省中央教育審議会：子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について (平成20年 答申), 2008
- 28) 時枝夏子, 高橋清美, 黒川雅幸ほか：小・中学生にみられる「いじめ」の早期発見・予防策の検討：児童・生徒の友人関係の問題に対する保健室対応の実態調査より. 日本赤十字九州国際看護大学紀要 14 : 21-29, 2015
- 29) 茨城県教育委員会：学校保健・学校安全管理の手引き (四訂版), 227, 茨城県教育委員会, 茨城, 2012
- 30) 丹佳子：養護教諭が行う学校救急処置の特徴をふまえた研修のあり方：重症例を念頭においた緊急度・重症度判断. 学校救急看護研究 13 : 8-14, 2020
- 31) 中山和弘：看護学のための多変量解析入門. 医学書院, 東京, 2018

(受付 2021年7月6日 受理 2022年7月5日)

代表者連絡先：松永恵 matsunagam@icc.ac.jp

0294-52-3215 (大学代表)

原 著 小中学生における朝の健康観察の日常生活への活用
—恩恵, 負担, ソーシャルサポート, ヘルスリテラシーとの関連性—

石 井 有美子^{*1}, 奥 田 紀久子^{*1}, 田 中 祐 子^{*1}, 西 岡 伸 紀^{*2}

^{*1}徳島大学大学院医歯薬学研究部

^{*2}兵庫教育大学大学院学校教育学研究科

Practical Use of Morning Health Check in Daily Life among Elementary
and Junior High School Students
—In Relation to Benefits, Risks, Social Support, and Health Literacy—

Yumiko Ishii^{*1}, Kikuko Okuda^{*1}, Yuko Tanaka^{*1}, Nobuki Nishioka^{*2}

^{*1}*Institute of Biomedical Sciences, Tokushima University Graduate School*

^{*2}*Graduate School of Education, Hyogo University of Teacher Education*

Background: Health checks at schools are increasingly important due to the spread of COVID-19 infections. However, although actual use of teachers' health examination results has been investigated, no studies have examined actual use by schoolchildren.

Objective: The objectives of this study were (1) to understand the actual status of health checks among schoolchildren, (2) to understand how health check results are utilized in daily life, and factors promoting their use.

Method: The survey was conducted in December 2020 in 2 public elementary schools and 3 public junior high schools with a total of 1177 participants, 353 elementary students (grades 5 and 6) and 824 junior high students (grades 1 to 3), using an anonymous, self-administered questionnaire. The content was designed with the dependent variables as four items related to health checkup use: "useful for daily life," "considering how to spend today," "considering future life," and "telling family members about poor health," and the independent variables as "benefit," "burden," "social support," and "health literacy" of the health checkup, with adjustment variables designed as "grade" and "gender". For the association analysis, we used binomial logistic regression analysis, dividing "benefit", "burden", "social support", and "health literacy" into high and low groups, respectively, for the presence or absence of each item of utilization status. We received approval from the Ethical Review Committee of Tokushima University.

Results: The data used in the analysis were 778 responses excluding missing values (valid response rate: 68.9%). Utilization of the health check differed by item, with "useful for daily life" and "telling family members about poor health" having the highest rates. The utilization status was significantly higher for elementary students than for junior high students. The associations are as follows.

- ・ Third graders in junior high were cutting down their use more than fifth graders in "Useful for daily life" and "Considering how to spend today".
- ・ The high-benefit group showed strong implementation in use of all 4 daily use items
- ・ The high friend support group showed strong implementation in using "considering how to spend today," while the high adult support group showed strong implementation in using "useful for daily life" and "telling family members about poor health."
- ・ In health literacy, "considering how to spend today" and "considering my future life" showed strong implementation in the high daily health care group.

Conclusion: When "benefits" in using health checks increases, the practical use of health checks is broadly related to all items, but "social support" and "health literacy" are only partially related.

Key words : health check, elementary and junior high school students, use in daily life, benefits
健康観察, 小中学生, 日常生活への活用, 恩恵

I. 緒 言

学校で行う健康観察は、新型コロナウイルス感染症の拡大により、健康管理の一つとして一層重要視されている¹⁾。健康観察は、学校保健安全法において教師の役割として位置づけられており、学校生活全般を通して行われている。中でも学級担任等により行われる朝の健康観察は、朝の会やショートホームルームの時間に、児童生徒が自分自身の健康状態を教師に申告する。健康観察の目的は、子どもの「心身の健康問題の早期発見・早期対応」「感染症などの集団発生状況を把握、感染の拡大防止や予防」「自他の健康に興味・関心をもち、自己管理能力の育成を図る」²⁾ことである。すなわち、学校における教育活動を円滑に進めるための活動²⁾だけでなく、将来にわたる健康の保持増進のための教育的機能も含まれている。

教員対象の健康観察の実施状況調査によれば、健康観察の目的である心身の健康問題の早期発見・早期対応、感染症などの集団発生状況の把握、感染の拡大防止や予防の保健管理的側面については実施状況が良好である。例えば、一般教員を対象に行った調査では、健康観察の実施状況が高く、教員が「いじめ・不登校・虐待等の早期発見」「児童生徒理解や生徒指導」等に健康観察結果を活用している割合が高かった³⁻⁵⁾。養護教諭の職務等に関する調査では、各学級で行われた健康観察結果を集計・分析している養護教諭は、2011年度調査で高等学校は6割と実施率が少ないものの、小学校、中学校、特別支援学校では9割～10割であった⁶⁾。また、新型コロナウイルスの感染拡大前に実施された2019年度調査は、高等学校の実施率が7割に上昇していた⁷⁾。

しかしながら、健康観察結果を活用して、保健指導に繋げるような取り組みは十分とは言えない³⁾⁵⁾。例えば、一般教員対象の調査では、健康問題の早期発見や感染の拡大防止に比べ、健康の自己管理能力を高めることや、健康相談・保健指導への活用は5～6割に留まっていた⁵⁾。さらに、児童生徒を対象とした、健康観察に対する認識や健康観察結果の日常生活への活用に関する研究は見当たらない。これらのことから、健康観察における教育的機能についての方策が十分に検討されているとはいえない。

日常生活に活用できる学校の健康情報には、健康観察による自覚症状などの主観的情報と健康診断などの客観的情報がある。従来、健康診断については、受診や診断結果の活用を促す関連因子が明らかにされている。例えば成人対象の調査では、健康診査・検診受診行動の変容ステージが高い人は、負担よりも恩恵が高く受診行動が促進されていた⁸⁾。小中高校生においても、学校健康診断の結果の活用に影響する過程には、健診結果の理解、リスク・対策の認識、予防動機があることが示されている⁹⁾。また予防接種や検診受診、疾病予防行動などの疾

病予防や生活環境評価、健康のための活動への参加などに関わるヘルスリテラシーにおいて、健診結果の活用や要精密検査の場合の受診行動に関連がみられた¹⁰⁾。加えてソーシャルサポートとの関連では、夫から妻に対する健康に関する道具的なソーシャルサポートは、健診・検診受診を促す可能性があることが示されている¹¹⁾。

以上の関連性は、主観的な健康情報である健康観察においても有益なものであると考えられ、本調査では健康観察結果の日常生活への活用の関連要因として恩恵、負担、ソーシャルサポート、ヘルスリテラシーに着目する。健康観察結果の日常生活への活用の促進因子が明らかとなれば、子どもたちにとって意義のある健康観察の充実、健康に関する自己管理能力の向上に寄与できる。そこで本研究の目的は、①健康観察の実態を把握すること、②健康観察結果の日常生活への活用状況を把握すること、③健康観察結果の日常生活への活用を促進する要因を明らかにすることとした。

なお、本研究では、健康観察の中でも朝の健康観察に着目する。朝の健康観察は、1日の中で一番重要な健康観察である。学校によって方法が異なるものの、毎日同じ時間帯に行われ、出席している児童生徒自身が自分の健康状態を意識する機会であり、児童生徒にとって朝の健康観察が一番イメージしやすいためである。

また、本研究における健康観察結果の日常生活への活用（以下、日常生活への活用）とは、健康観察で把握した健康情報を基に自分の生活を振り返り、その日の一日の過ごし方や今後の生活のことを考え、自らの行動について意思決定し実践につなげる等、生活に役立てていることと定義する。

II. 方 法

1. 調査時期・対象

1) 予備調査

予備調査は、本調査で使用する調査票を用いた。予備調査の目的は、質問項目の回答状況の確認及び健康観察の際の気持ちについて追加の質問作成の情報を得ることである。調査は、X県1市の公立小学校のうち機縁法により調査依頼を行い、校長から同意が得られた1校の4年生80人を対象に、無記名自記式の質問紙調査を2020年10月に実施した。その際、調査に関わった教員に児童からの質問内容や回答時の様子を記述してもらった。

2) 本調査

先行研究の結果から、健康観察の実施率が高い小中学校⁶⁾を対象とした。中学生を調査に加えた理由は、小中学生では、対人関係の状況や情報活用能力に差があると考えたためである。予備調査の回答状況を踏まえ、対象学年は5年生以上とし、質問項目や選択肢を再構成した。本調査は、X県の3市の公立学校に対して、機縁法により調査を依頼し、校長から同意が得られた小学校2校及び中学校3校において、無記名自記式の質問紙調査を

2020年12月に実施した。対象は、小学校5・6年生353人及び中学校1～3年生の824人、合計1,177人であった。

2. 調査項目

1) 健康観察の方法

健康観察の実施方法について、「担任の先生が一人ひとり名前を呼ぶと、児童生徒が自分の健康状態を伝える」等6項目の中から選択することを求めた。

2) 健康観察の目的の理解度

「欠席確認」「感染症等の流行の防止」等6項目の中から複数回答を求めた。

3) 健康観察での健康状態の申告状況

自分の健康の様子を正直に伝えられているかについて、「よく伝えられている」「どちらかと言えば伝えられている」「どちらかと言えば伝えられていない」「まったく伝えられていない」の4件法で回答を求めた。

4) 健康観察をして良かったと感じたこと、健康観察で負担に感じたこと

教員を対象とした先行研究⁵⁾¹²⁾¹³⁾や筆者の養護教諭としての勤務経験、また予備調査において自由記述に書かれた内容を取り上げた。健康観察をして良かったと感じたことについては、「症状を伝えたことで保健室に行かせてもらえた」を含む9項目とした。健康観察で負担に感じたことについては、「クラスみんなの前で、体調が悪いことを伝えにくい」を含む12項目とした。回答形式は、「よくあてはまる(4点)」「だいたいあてはまる(3点)」「あまりあてはまらない(2点)」「まったくあてはまらない(1点)」の4件法とした。

5) 日常生活への活用状況

日常生活への活用状況として、具体的に、「朝の健康観察が自分の生活に役立っている(以下、生活に役立つ)」「朝の健康観察でその日の1日の過ごし方を考えたことがある(以下、1日の過ごし方を考える)」「朝の健康観察で、これからの生活の仕方を考えたことがある(以下、今後の生活の仕方を考える)」「学校で体調が悪かったので、家に帰ってから家の人に伝える(以下、体調不良を家族に伝える)」について上記と同様の4件法で回答を求めた。また、健康観察で今後の生活の仕方を考えたことがある人については、どんなことを考えたことがあるのか、具体的に記述するよう求めた(記述については別の論文で報告予定)。

6) ソーシャルサポート

友人や大人からのソーシャルサポートと、日常生活への活用との関連性を探るために、小中学生用ソーシャルサポート尺度¹⁴⁾の12項目を用いて、友人及び大人からのソーシャルサポートの認知について上記と同様の4件法で回答を求めた。

7) ヘルスリテラシー

日常生活への活用促進との関連性を探るため、ヘルスリテラシーの質問項目を作成した。具体的には、健康に関する自己管理能力を測定する先行研究¹⁵⁻¹⁸⁾を参考に健康管理、健康診断の結果の活用、健康情報の入手、ヘルスコミュニ

ケーション等について、小学生でも回答できる項目19項目を選定した。回答形式は、HLS-EU-Q47 Japanese version¹⁵⁾を参考に「とても簡単(4点)」「簡単(3点)」「難しい(2点)」「とても難しい(1点)」の4件法とした。

3. 分析方法

1) 健康観察の実態及び校種・性別の検討

健康観察の方法、健康観察の目的の理解、健康状態の申告状況について、度数分布や割合を算出した。目的の理解については、校種との関連を χ^2 検定で調べた。また申告状況については、校種及び性別との関連を χ^2 検定で、尺度との関連をSpearmanの順位相関係数で検討した。

2) 因子分析及び校種・性別の検討

因子分析は、健康観察をしてよかったこと、健康観察で負担に感じたこと、ソーシャルサポート、ヘルスリテラシーの項目について行った。因子分析の項目の選出にあたっては、分布の偏り、天井効果・床効果(平均値 ± 1 SDが1以下または4以上である)の有無を確認した。床効果があった項目については、因子における項目の必要性、項目を削除することの内容的妥当性の観点から取舍を判断した。探索的因子分析は、主因子法、プロマックス回転を行った。因子数は、スクリープロットにより決定し、因子負荷量が.40未満の項目、および複数の因子に高い因子負荷量を示す項目は除外するという手順を繰り返した。尺度の信頼性は、Cronbachの α 係数から内的整合性を検討した。また、各尺度の選択肢の得点を合計し、平均値と標準偏差を求め、校種及び性別の比較にt検定を行った。

3) 日常生活への活用状況の検討

日常生活への活用に関する4項目の割合を算出すると共に、校種及び性別の比較にはMann-WhitneyのU検定を行った。

4) 日常生活への活用を促進する要因の検討

日常生活への活用の有無の各項目を従属変数に、恩恵、負担、ソーシャルサポート、ヘルスリテラシーを独立変数、学年と性別を調整変数として、関連性を探るために二項ロジスティック回帰分析を行った。その際、日常生活への活用の有無は、「よくあてはまる」「だいたいあてはまる」=1、「あまりあてはまらない」「まったくあてはまらない」=0とした。調整変数の学年は、小学校5年生を基準カテゴリ=0、6年生=1、中学校1年生=2、中学校2年生=3、中学校3年生=4。性別は男子=0、女子=1のダミー変数を作り強制投入した。独立変数の投入の際には、恩恵、負担、ソーシャルサポート、ヘルスリテラシーは、因子毎に中央値で低群と高群の2群に分けた。

統計解析は、SPSS Statistics 27 for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、徳島大学大学院社会産業理工学研究部社会総合科学域研究倫理審査の承認(第220号)を得て実施した。調査は学校長の文書による承認に加え、保護者か

らの同意と児童生徒本人からの同意を得て調査を行った。

Ⅲ. 結 果

1. 予備調査

予備調査の参加者は4年生80名で、そのうち保護者及び本人の同意が得られた児童77名(男子38人、女子39人)を分析対象者とした。対象者の中には、質問項目の理解が不十分で回答が困難な様子が見られる児童が認められたため、本調査の対象者を5年生以上とした。また、健康観察をしてよかったと感じたこと等について、経験がなく回答に困っている様子や回答状況から選択肢を一部修正した。加えて、自由記述を参照し質問項目を追加した。

2. 本 調 査

1) 対象者の基本属性

本調査の対象者1,177人のうち、保護者及び本人の同意が得られた児童生徒は1,129人であった。分析対象者は、一つでも欠損値があったものは除外し、小学生232人(男子:98人、女子:134人)、中学生546人(男子:266人、女子280人)、合計778人であった(有効回答率68.9%)(表1)。

2) 健康観察の方法

表2に健康観察の方法を示した。新型コロナウイルス感染症に関わり、令和2年4月から児童生徒等の検温結果及び健康状態を把握するために、家庭で朝晩の体温、体調、同居家族の状況、保護者のサイン等を記入した個人の「健康観察表」を記入し登校時に持参することになっ

ている¹⁾。①～④(健康観察表回収+児童生徒が個別に反応)、⑥(同表回収のみ)の方法は、以前の健康観察の方法に付け加えて令和2年度から実施されていた。⑤(同表提示を担当が確認)の方法は、新型コロナウイルス感染症流行以前から、個人の健康観察表を家庭で記入し、朝のショートホームルームで提出するシステムを導入しており、新型コロナウイルス感染症対策として体温記入欄を追加していた。

観察方法は校種により異なり、小学校では、家庭で記入した新型コロナウイルス感染症対策の個別の健康観察表を回収後に、呼名への反応等(①～③)により全体で確認している学級が大半を占めた。中学校では、個別の健康観察表を提出させていたが、全体に呼びかけることはせず班毎や個別に確認していた(④～⑥)。

3) 健康観察の目的の理解、健康状態の申告状況

表3に目的の理解について示した。健康観察の目的の理解の割合が高い順に、「自分の健康の様子を確かめる」443人(全体:56.9%,小:53.0%,中:58.6%),「自分の健康管理」402人(全体:51.7%,小:34.9%,中:58.8%),「感染症等の病気の流行を早く見つける」394人(全体:50.6%,小:50.4%,中:50.7%),「欠席している人を確認」300人(全体:38.6%,小:57.8%,中:30.4%)「友達の健康の様子を知る」199人(全体:25.6%,小:47.8%,中:16.1%)であった。目的の理解と校種との関連で有意な差がみられたのは、「欠席している人を確認」「友達の健

表1 分析対象者の属性

	男子 n (%)	女子 n (%)	男女計 n (男女計%)	男女計 (学年内%) ^{a)}
小学校5年生	37 (37.3)	62 (62.6)	99 (100)	(12.7)
小学校6年生	61 (45.9)	72 (54.1)	133 (100)	(17.1)
小学校計	98 (42.2)	134 (57.8)	232 (100)	(29.8)
中学校1年生	79 (47.5)	87 (52.4)	166 (100)	(21.3)
中学校2年生	80 (48.5)	85 (51.5)	165 (100)	(21.2)
中学校3年生	107 (49.8)	108 (50.2)	215 (100)	(27.6)
中学校計	266 (48.7)	280 (51.3)	546 (100)	(70.2)
全体	364 (100)	414 (100)	778 (100)	(100)

a) 分析対象者全体に占める割合

表2 健康観察の方法

	全体 n (%)	小学校 n (%)	中学校 n (%)
① 個人の健康観察表回収+呼名し出席確認する	12 (1.5%)	12 (5.2%)	0 (0%)
② 個人の健康観察表回収+呼名すると自分の健康状態を伝える	87 (11.2%)	87 (37.5%)	0 (0%)
③ 個人の健康観察表回収+症状を読み上げ、当てはまる児童生徒が手を挙げる	106 (13.6%)	106 (45.7%)	0 (0%)
④ 個人の健康観察表回収+班ごとに班長が班員の体調を確認する	53 (6.8%)	0 (0%)	53 (9.7%)
⑤ 個人の健康観察表を自分の机上に提出+担任が確認してまわる	361 (46.4%)	0 (0%)	361 (66.1%)
⑥ 個人の健康観察表の回収のみ	159 (20.4%)	27 (11.6%)	132 (24.2%)

表3 健康観察の目的の理解

	全体 (778)		小学校 (232)		中学校 (546)		$P^a)$
	n	%	n	%	n	%	
欠席している人を確認	300	38.6	134	57.8	166	30.4	0.001
感染症等の病気の流行を早く見つける	394	50.6	117	50.4	277	50.7	0.939
いじめ等発見	42	5.4	20	8.6	22	4.0	0.010
自分の健康の様子を確かめる	443	56.9	123	53.0	320	58.6	0.150
友だちの健康の様子を確かめる	199	25.6	111	47.8	88	16.1	0.001
自分の健康管理	402	51.7	81	34.9	321	58.8	0.001

a) χ^2 検定, 複数回答

康の様子を確かめる」「自分の健康管理」が($p < .001$), 「いじめなどの発見」($p < .01$)であった。

また, 健康状態の申告状況は, 正直に伝えられているかについて「どちらかと言えば伝えられている」「よく伝えられている」が722人(92.8%), 「全く伝えられていない」「どちらかといえば伝えられていない」が56人(7.2%)であった。申告状況における校種間及び性別における有意差はなかった。

4) 因子分析

①健康観察をしてよかったこと

9項目のうち, 「体育などの授業が中止になったり, 授業の内容が変更になったりした」は床効果がみられた。加えて児童生徒には, 授業の中止や内容の変更の理由が

明確に示されていないことがあり, 項目として採用するのは十分でないと判断し, 因子分析の対象から除外した。残った8項目に対して探索的因子分析を行った結果, 1因子8項目が抽出された(表4)。その内容は, 「担任の先生が心配して声をかけてくれた」「友達がやさしく声をかけたり, 励ましてくれたりした」など自己にとっての利益を表すことから「恩恵」と命名した。 α 係数は.89であった。また「恩恵」の得点(範囲: 4-32)については, 高得点ほど恩恵が大きい。

②健康観察で負担に感じたこと

12項目に対して探索的因子分析を行った(表5)。因子分析の過程で, 因子負荷量.4以下であった「忘れていて答えられない」「昨日の体の様子とあまり変わらない」

表4 健康観察における恩恵の因子分析結果

	因子負荷量
恩恵 $\alpha = .89$	
正直に体の症状を伝えたことで, 保健室に行かせてもらえた	0.781
体育の授業の時, 見学するなど考えてもらえた	0.781
担任の先生が心配して声をかけてくれた	0.777
その日の生活をどうしたらいいのか, 担任の先生や保健室の先生がアドバイスしてくれた	0.766
友達がやさしく声をかけたり, はげましてくれたりした	0.720
給食の内容や量を調整してもらえた	0.710
授業の前に, 自分で健康の様子を確認できてよかった	0.557
冷暖房をつけたり, 換気をこまめにしてもらえた	0.555

表5 健康観察における負担の因子分析結果

	因子負荷量
負担 $\alpha = .86$	
クラスのみんなに, 体の様子のことを知られたくない	0.767
クラスのみんなの前で, 体調が悪いことを伝えにくい	0.743
体調が悪いことを伝えるのははずかしい	0.724
自分の体調をうまく言葉で伝えられない	0.716
体調が悪くても, 思わず元気と答えてしまう	0.642
体調が悪いことを伝えたことで, 先生や友達に声をかけられることが嫌だ	0.632
体調が悪いことを伝えたことで, 特別扱いされたくない	0.569
クラスのみんなや先生に心配かけたくない	0.561
体の様子を伝えるのは面倒だ	0.411

「毎日、健康観察を行うことが必要かと思う」の3項目を削除し、再度因子分析を行った結果、1因子9項目が抽出された。その内容は、「クラスのみんなに、体の様子のことを知られたくない」や「体調が悪いことを伝えたことで、特別扱いされたくない」などマイナスな気持ちや不利益を表すことから「負担」と命名した。 α 係数は.86であった。「負担」の得点（範囲：4-36）については、高得点ほど負担が大である。

③ソーシャルサポート

12項目に対して探索的因子分析を行い、村山らと同様に2因子12項目が抽出された（表6）。それぞれ6項目で構成され、第Ⅰ因子は「大人からのサポート」、第Ⅱ因子は「友人からのサポート」と命名した。 α 係数は「大人からのサポート」.93、「友人からのサポート」.95であった。各下位尺度の得点（範囲：4-24）については、高得点ほど支援的である。

④ヘルスリテラシー

19項目に対して、探索的因子分析を行った（表7）。因子分析の過程で、因子負荷量.4以下であった「学校で行う健康診断が、それぞれ何を調べているのか理解する」「緊急時に自分で救急車を呼ぶ」「お医者さんに言われたことを守る」を含む5項目を削除し、再度因子分析を行った結果、3因子14項目が抽出された。第Ⅰ因子は6項目で構成され、その内容は「健康診断の結果を、自分の健康を守ったり、よくしたりするために利用する」「頭痛や腹痛など体調が悪い時、その原因について考える」など健康管理に関わることから「日常の健康管理」と命名した。第Ⅱ因子は4項目で構成され、その内容は「テレビやインターネットなどの情報が、本当かどうか調べる」「保健の授業で学んだことを、後で詳しく調べる」など情報の利用に関わることから「情報の選択と活用」と命名した。第Ⅲ因子は4項目で構成され、その内容は

「体の調子が悪い時、薬を使うかどうか、家族に相談する」「自分の健康の様子を他人にはっきり伝える」など体調不良時の行動に関わることから「体調不良時の行動」と命名した。 α 係数は「日常の健康管理」.78、「情報の選択と活用」.75、「体調不良時の行動」.78であった。各下位尺度の得点（範囲：4-24、4-16、4-16）については、高得点ほど健康的である。

5) 各尺度の校種別・性別の比較

各尺度を校種、性別に比較した（表8）。恩恵全体では、校種間で差があり、小学校の方が中学校よりも高かった（ $p < .001$ ）。性別における有意差はみられなかった。

負担については、項目ごとの比較では、「体の様子を伝えるのは面倒だ」「体調が悪いことを伝えたことで、先生や友達に声をかけられることが嫌だ」は、中学校の方が有意に高かった（ $p < .001$ ）。加えて「体調が悪くても思わず元気と答えてしまう」は、小学校の方が有意に高かった（ $p < .05$ ）。しかし、尺度全体では、校種間の有意差はみられなかった。性別では、女子の方が高かった（ $p < .001$ ）。

ソーシャルサポートについては、大人のサポートの認知では、校種間、性別共に有意差はみられなかった。友人のサポートの認知では、女子の方が有意に高かった（ $p < .001$ ）。校種における有意差はみられなかった。

ヘルスリテラシーについては、校種間における有意差はみられなかった。性別では、全ての因子において男子の方が有意に高かった（ $p < .01 \sim .05$ ）。

6) 恩恵、負担と健康状態の申告状況との関連

恩恵、負担と正直に伝えられているかとの関連は、負担との間に負の弱い相関がみられた（ $r_s = -.30$, $p < .001$ ）。恩恵については相関がみられなかった。

表6 ソーシャルサポートの因子分析結果

	因子負荷量	
	I	II
Ⅰ：大人からのサポート認知 $\alpha = .93$		
あなたの周りの大人は、あなたが何か失敗しても助けてくれますか	0.932	-0.011
あなたの周りには、何か困っている時にどうしたらいいのか教えてくれる大人がいますか	0.927	-0.050
あなたの周りの大人は、あなたが助けてほしい時に力になってくれますか	0.886	0.030
一人ではできないことがあったときに、あなたの周りの大人は手伝ってくれますか	0.845	0.045
あなたの周りの大人は、あなたが落ち込んでいると元気づけてくれますか	0.786	0.081
あなたの周りの大人は、あなたのことをよくほめてくれますか	0.783	0.040
Ⅱ：友人からのサポート認知 $\alpha = .95$		
あなたの周りの友だちは、あなたが何か失敗しても助けてくれますか	-0.026	0.912
あなたの周りの友だちは、あなたが助けてほしい時に力になってくれますか	0.006	0.885
一人ではできないことがあったときに、あなたの周りの友だちは手伝ってくれますか	0.001	0.839
あなたの周りには、何か困っている時にどうしたらいいのか教えてくれる友だちがいますか	0.017	0.826
あなたの周りの友だちは、あなたが落ち込んでいると元気づけてくれますか	0.041	0.758
あなたの周りの友だちは、あなたのことをよくほめてくれますか	0.105	0.642
因子間相関	—	0.634

表7 ヘルスリテラシーの因子分析結果

	因子負荷量		
	I	II	III
I：日常の健康管理 $\alpha=.78$			
身長や体重測定の結果を、自分の健康を守ったり、よくしたりするために利用する	0.694	0.016	-0.052
健康診断の結果を、自分の健康を守ったり、よくしたりするために利用する	0.635	0.190	-0.068
つかれを感じた時、その原因について考える	0.596	-0.044	0.005
腹痛や頭痛など体調が悪い時は、その原因について考える	0.588	-0.050	0.078
便の量・かたさ・形から体調がよいかどうか考える	0.520	0.003	0.015
食欲から体調がよいか考える	0.498	-0.028	0.147
II：情報の選択と活用 $\alpha=.75$			
テレビやインターネットなどの健康の情報が、本当かどうか調べる	-0.028	0.760	-0.121
自分の体や病気に等について調べる時、インターネットや本からの情報を探す	-0.012	0.658	-0.002
保健の授業で学んだことを、後で詳しく調べる	0.016	0.567	0.116
テレビやインターネット等の情報から、病気にかからないための方法を決める	0.082	0.531	0.104
III：体調不良時の行動 $\alpha=.78$			
体の調子が悪い時、薬を使うかどうか、家族に相談する	0.083	-0.179	0.782
体の調子が悪い時やけがの時、病院へ行くべきかどうか家族や学校の先生に相談して決める	-0.109	0.130	0.731
自分の健康の様子を他人にはっきり伝える	0.094	-0.003	0.629
保健室の先生や病院のお医者さんの説明で分からない時、質問する	0.001	0.233	0.475
因子間相関			
I	—	0.498	0.545
II	—	—	0.521

表8 尺度別の校種・性別の比較

尺度 (合計点の範囲)	全体		小学校		中学校		$p^{a)}$	男子		女子		$p^{a)}$
	n = 778		n = 232		n = 546			n = 364		n = 414		
	M	SD	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
恩恵 (4-32) ^{b)}	18.5	7.7	22.0	6.8	17.1	7.6	0.001	18.1	7.9	18.9	7.6	0.155
負担 (4-36) ^{c)}	18.4	6.4	17.9	6.0	18.6	6.6	0.141	17.6	6.5	19.1	6.3	0.001
ソーシャルサポート ^{d)}												
友人のサポート (4-24)	20.8	3.6	20.9	3.8	20.7	3.5	0.141	20.2	3.9	21.3	3.3	$p<0.001$
大人のサポート (4-24)	20.4	3.9	20.9	3.9	20.3	4.0	0.488	20.3	4.0	20.6	3.9	0.228
ヘルスリテラシー ^{e)}												
日常の健康管理 (4-24)	17.0	3.4	17.2	3.5	16.9	3.3	0.062	17.4	3.5	16.7	3.2	0.003
情報の選択と活用 (4-16)	11.2	2.5	11.2	2.6	11.2	2.5	0.981	11.4	2.8	11.0	2.3	0.023
体調不良時の行動 (4-16)	11.7	2.6	11.8	2.5	11.7	2.6	0.604	12.0	2.7	11.5	2.5	0.008

a) Student's t-test, b) 高得点ほど恩恵大, c) 高得点ほど負担大, d) 高得点ほど支援的, e) 高得点ほど健康的

7) 日常生活への活用状況の比較

日常生活への活用の4項目の中で「だいたいあてはまる,よくあてはまる」と回答した者の割合について,高かったものは,「生活に役立つ」(小学校76.3%, 中学校61.3%, 男子67.8%, 女子64.0%),「体調不良を家族に伝える」(小学校68.6%, 中学校56.9%, 男子55.5%, 女子64.7%)であった。一方,割合が低かったものは,「1日の過ごし方を考える」(小学校44.8%, 中学校31.1%, 男子34.4%, 女子36.0%),「今後の生活の仕方を考える」(小学校34.5%, 中学校33.0%, 男子33.3%, 女子33.6%)であった。

校種及び性別の日常生活への活用状況については(表9),「生活に役立つ」「1日の過ごし方を考える」「体調不良を家族に伝える」は校種間に有意差があり,小学生の方が有意に高かった($p<.001$)。性別では「体調不良を家族に伝える」のみ,女子の方が有意に高かった($p<.05$)。8) 日常生活への活用と学年,恩恵,負担,ソーシャルサポート,ヘルスリテラシーとの関連

日常生活への活用の4項目について,それぞれ二項ロジスティック回帰分析を行った(表10)。なお,説明変数の投入にあたっては事前にSpearmanの順位相関係数

表9 健康観察の日常生活への活用状況

校種	性	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	だいたいあてはまる	よくあてはまる	中央値		$p^{\text{a)}$	性	全くあてはまらない	あまりあてはまらない	だいたいあてはまる	よくあてはまる	中央値		$p^{\text{a)}$
		n	n	n	n	25%値	75%値			n	n	n	n	25%値	75%値	
		%	%	%	%					%	%	%	%			
生活に役立つ	小学校	12	43	88	89	3.0		0.001 中<小	男子	43	74	133	114	3.0		0.184
		5.2	18.5	37.9	38.4	(3.0-4.0)				11.8	20.3	36.5	31.3	(2.0-4.0)		
	中学校	78	133	200	135	3.0			女子	47	102	155	110	3.0		
		14.3	24.4	36.6	24.7	(2.0-3.0)				11.4	24.6	37.4	26.6	(2.0-4.0)		
1日の過ごし方を考える	小学校	60	68	58	46	2.0		0.001 中<小	男子	129	110	65	60	2.0		0.434
		25.9	29.3	25.0	19.8	(1.0-3.0)				35.4	30.2	17.9	16.5	(1.0-3.0)		
	中学校	187	189	99	71	2.0			女子	118	147	92	57	2.0		
		34.2	34.6	18.1	13.0	(1.0-3.0)				28.5	35.5	22.2	13.8	(1.0-3.0)		
今後の生活の仕方を考える	小学校	68	84	57	23	2.0		0.622	男子	123	120	77	44	2.0		0.490
		29.3	36.2	24.6	9.9	(1.0-3.0)				33.8	33.0	21.2	12.1	(1.0-3.0)		
	中学校	179	187	109	71	2.0			女子	124	151	89	50	2.0		
		32.8	34.2	20.0	13.0	(1.0-3.0)				30.0	36.5	21.5	12.1	(1.0-3.0)		
体調不良を家族に伝える	小学校	41	32	54	105	3.0		0.001 中<小	男子	101	61	89	113	3.0		0.029 男<女
		17.7	13.8	23.3	45.3	(2.0-4.0)				27.7	16.8	24.5	31.0	(1.0-4.0)		
	中学校	141	94	165	146	3.0			女子	81	65	130	138	3.0		
		25.8	17.2	30.2	26.7	(1.0-4.0)				19.6	15.7	31.4	33.3	(2.0-4.0)		

a) Mann-WhitneyのU検定

表10 日常生活への活用と学年、恩恵、負担、ソーシャルサポート、ヘルスリテラシーとの関連

		生活に役立つ			1日の過ごし方を考える			今後の生活の仕方を考える			体調不良を家族に伝える		
		OR	[95%CI]	<i>p</i> ^{a)}	OR	[95%CI]	<i>p</i> ^{a)}	OR	[95%CI]	<i>p</i> ^{a)}	OR	[95%CI]	<i>p</i> ^{a)}
学年	小学校5年生	1.00			1.00			1.00			1.00		
	小学校6年生	0.90	[0.48, 1.70]	0.741	1.16	[0.66, 2.02]	0.614	1.27	[0.71, 2.28]	0.417	1.09	[0.60, 1.98]	0.772
	中学校1年生	0.79	[0.44, 1.43]	0.437	0.93	[0.54, 1.62]	0.804	1.73	[0.98, 3.05]	0.061	0.81	[0.46, 1.41]	0.446
	中学校2年生	0.60	[0.33, 1.08]	0.099	1.11	[0.63, 1.62]	0.725	1.84	[1.03, 3.27]	0.038	1.05	[0.60, 1.86]	0.854
	中学校3年生	0.45	[0.25, 0.79]	0.006	0.57	[0.33, 0.99]	0.048	1.12	[0.64, 1.97]	0.698	0.90	[0.52, 1.55]	0.702
恩恵	低群	1.00			1.00			1.00			1.00		
	高群	1.97	[1.41, 2.74]	0.001	2.83	[2.00, 4.00]	0.001	2.51	[1.78, 3.56]	0.001	3.22	[2.32, 4.49]	0.001
負担	低群	1.00			1.00			1.00			1.00		
	高群	1.00	[0.71, 1.39]	0.991	1.26	[0.89, 1.78]	0.187	1.23	[0.87, 1.73]	0.233	1.42	[1.02, 1.97]	0.039
SS ^{b)}	友人のサポート	低群	1.00		1.00			1.00			1.00		
		高群	0.88	[0.60, 1.30]	0.523	1.50	[1.01, 2.23]	0.043	1.25	[0.84, 1.85]	0.271	1.41	[0.96, 2.06]
	大人のサポート	低群	1.00		1.00			1.00			1.00		
		高群	1.86	[1.25, 2.75]	0.002	1.36	[0.92, 2.02]	0.122	1.34	[0.90, 1.99]	0.150	1.59	[1.08, 2.33]
HL ^{c)}	日常の健康管理	低群	1.00		1.00			1.00			1.00		
		高群	1.32	[0.93, 1.87]	0.117	1.44	[1.01, 2.05]	0.044	1.83	[1.28, 2.60]	0.001	0.08	[0.56, 1.13]
	情報の選択と活用	低群	1.00		1.00			1.00			1.00		
		高群	1.09	[0.77, 1.54]	0.638	1.39	[0.97, 1.99]	0.075	1.52	[1.06, 2.18]	0.024	1.04	[0.74, 1.47]
	体調不良時の行動	低群	1.00		1.00			1.00			1.00		
		高群	1.20	[0.83, 1.73]	0.335	1.24	[0.85, 1.81]	0.261	1.03	[0.71, 1.50]	0.877	1.23	[0.85, 1.77]

OR：オッズ比, 95%CI：95%信頼区間

a) 二項ロジスティック回帰分析, b) ソーシャルサポート, c) ヘルスリテラシー

を算出し、 $rs>.8$ となる強い相関関係がないことを確認した。変数の投入の結果、性別による有意差がみられなかったため、性別を調整変数から除外した。「生活に役立つ」の活用促進に関連を示したのは、恩恵高群（オッズ比1.97, 95%信頼区間1.41-2.74）、ソーシャルサポートの大人からのサポートの認知高群（1.86, 1.25-2.75）であった。一方、活用抑制に関連を示したのは、中学校3年生（0.45, 0.25-0.79）であった。「1日の過ごし方を考える」の活用促進に関連を示したのは、恩恵高群（2.83, 2.0-4.0）、ソーシャルサポートの友人からのサポートの認知高群（1.50, 1.01-2.23）、ヘルスリテラシーの日常の健康管理高群（1.44, 1.01-2.05）であった。一方、活用抑制に関連を示したのは、中学校3年生（0.57, 0.33-0.99）であった。「今後の生活の仕方を考える」の活用促進に関連を示したのは、中学校2年生（1.84, 1.03-3.27）、恩恵高群（2.51, 1.78-3.56）、ヘルスリテラシーの日常の健康管理高群（1.83, 1.28-2.60）、情報の選択と活用高群（1.52, 1.06-2.18）であった。「体調不良を家族に伝える」の活用促進に関連を示したのは、恩恵高群（3.22, 2.32-4.49）、負担高群（1.42, 1.02-1.97）、ソーシャルサポートの大人からのサポートの認知高群（1.59, 1.08-2.33）であった。

IV. 考 察

本研究では、小中学生の朝の健康観察の実態を把握すること、日常生活への活用状況を把握すること、日常生活への活用を促進する要因を明らかにすることの3点について検証した。中でも、児童生徒の健康観察結果の日常生活への活用促進の関連因子を調査した研究は調べる限り認められず、新しい知見と言える。本研究の結果から、健康観察の実態、日常生活への活用状況、日常生活への活用を促進する要因について考察する。

1. 健康観察の実態について

1) 健康観察の方法

小学校では全体で確認、中学校では個別や班で確認しており、発達段階に合わせた方法を選択していると考えられた。子どもは、自分の気持ちを言葉でうまく表現できないことが多く、心の問題が顔の表情や行動に現れたり、頭痛・腹痛などの身体症状となって現れたりすることが多い²⁾。また負担の項目の「体調が悪くても思わず元気で答えてしまう」ことが、小学校が有意に高かったことから、口頭での申告と実際の様子が異なることが推測された。そのため、特に小学校では、呼名したり、症状を口頭で申告させたりする方法を用いることで、反応、表情、声のトーン、態度等、心の状態も含めた細やかな観察を行っていると考えられた。

一方、中学校については、担任が大勢の生徒がいる教室で健康問題という個人情報扱う困難さがあることが示されている¹²⁾。これは、中学生が精神的な自立とともに生活の自己管理が進んでいる¹⁹⁾ことと関係していると

推測される。本研究では、負担の項目「体の様子を伝えるのは面倒だ」「体調が悪いことを伝えたことで、先生や友だちに声をかけられることが嫌だ」について中学生が有意に高く、自己管理が進むがゆえの心理だと想像できる。これらのことから、中学校では、個人情報全体では扱わない健康観察の方法を選択していると考えられた。

2) 健康観察の目的の理解

目的の理解は、校種で差がみられたものがあつた。小学校では全体で健康状態を確認するため、クラスの子どもの様子が分かり「欠席している人を確認」や「友だちの健康の様子を知る」が、中学校よりも有意に高くなったと考えられた。反対に、「自分の健康管理」については、中学校の割合が有意に高く、生活や健康管理を概ね保護者に委ねている段階の小学生との違いが差となって表れたと推測された。

3) 健康観察の申告状況

健康状態を申告する際に、正直に伝えられていない割合が7.2%であった。朝の健康観察を行う担任は、方法の違いがあっても自己申告の際に正直に答えられていない子どもたちがいることを想定しなければならない。そのため、健康観察の際には、子どもの自己申告だけに頼らず、普段と違った様子がみられる、元気がないといった他覚症状の観察²⁰⁾も必要であり、朝だけでなく授業中、休憩時間、部活動等1日を通して健康観察を継続して行う必要がある。

2. 日常生活への活用状況

1) 学年における日常生活への活用の差

日常生活への活用の4項目のうち「生活に役立つ」「1日の過ごし方を考える」「体調不良を家族に伝える」は、中学校3年生において活用が一番低くなった。中学生の日常生活の保健行動の調査によれば、大切だと言われていてもできないことがたくさんあったり、自分のしたいことを優先し、日常生活の中で必要な保健行動を後回しにしたり、保健行動ができない状況が見られた²¹⁾。また、救急処置場面における中学生のエピソード²²⁾として、具合が悪いことよりやりたい気持ちが勝って無理をする等、好きなことを基準に自己判断する傾向が指摘されている。中高生は、これまで獲得した基本的な生活習慣を自己管理していく重要な時期であり²³⁾、親や教師の言うことに対して全て従順に行動するのではなく、自分で考え、判断して行動をとる時期であるといえる²⁴⁾。このように自己管理について自立していく発達段階であり、自身で試行錯誤していることが、日常生活への活用の低下に影響している可能性がある。

2) 性別における日常生活への活用の差

日常生活への活用4項目の中で男女差がみられたのは「体調不良を家族に伝える」であった。16歳から17歳のコミュニケーションに関する調査²⁵⁾によれば、父親、母親と顔を合わせて話す時間（電話除く）は、いずれも男性よりも女性の方が長く、有意な差がみられた。また、

小学5年生及び中学2年生における家族との食事中的自発的コミュニケーションについて調べた調査²⁶⁾によれば、自発的コミュニケーションが多い男子の割合が、小学5年生の44.2%から中学2年生の19.1%へと有意に減少した。一方、女子は有意な変化はみられなかった。このように女子の方が保護者とのコミュニケーションが密であることが、体調不良を家族に伝えることに影響したのではないかと推測された。

3. 日常生活への活用を促進する要因について

1) 恩恵

恩恵高群は、日常生活への活用の4項目全てにおいて活用が促進された。中でも日常生活への活用が最も促進されたのは「体調不良を家族に伝える」ことであった。本研究において、「体調不良を家族に伝える」ことが「よくあてはまる・だいたいあてはまる」と回答した割合は、小学生で68.6%、中学生で56.9%であった。内閣府の13歳から29歳を対象にした子供・若者の意識に関する調査²⁷⁾によれば、家族・親族との関わり方の「困ったときは助けてくれる」について年齢区分別でみると、「そう思う」は13~14歳が9割を超えており、全体と比べ10ポイント以上高く、有意差も認められていた。このように中学生にとって家族はサポートしてくれる大きな存在であり、更に発達段階が低い小学生にとっては、それ以上の存在であることが想像できる。このことから学校で体調不良であったことを家族に伝えることは、小中学生にとって身近な日常生活への活用方法であり、健康状態を伝えたことで恩恵を得る経験を積むことが必要である。

次に日常生活への活用が高められたのは、「1日の過ごし方を考える」や「今後の生活の仕方を考える」であった。恩恵の項目には、「体育の授業の参加」「給食の内容や量の調整」「冷暖房などの環境調整」「担任や養護教諭のアドバイス」があった。これらは体調不良であっても、体調に合わせて工夫すれば学校生活が送れることへの気付きを示している。またこれまでの生活を振り返ったり、体調不良の原因を考えたりする経験が、児童生徒にとって利益となれば、自分の健康状態に合わせて過ごし方を考えることにつながると示唆された。

2) 負担

負担については、「自分の健康の様子を正直に伝える」との間に弱い負の相関がみられ、負担と感ずる気持ちが強いと、学校の健康観察で正直に担任に伝えられていない可能性が示唆された。そのため負担高群は、帰宅後に家族に体調不良を伝えることが促進されたと推測される。また負担が高いのは女子であり、家族に伝えるのは女子の方が有意に高かった。負担の項目には「みんなの前で体調が悪いことを伝えにくい」「クラスみんなに体の様子を知られたくない」「クラスのみんなに心配をかけたくない」などが含まれていた。健康信念モデルを使った行動促進につながる対象者への働きかけの一つに、本人にとっての行動の「障害」をできるだけ減らすように

することがあげられる²⁸⁾。健康観察の時には、負担と感ずる気持ちが少しでも軽減できるよう、発達段階によって健康観察の方法を変えたり、その後の個別の対応に配慮したりする必要性が示唆された。

3) ソーシャルサポート

これまでの研究から、ソーシャルサポートは心身ともに健康を促進することが示されている²⁹⁾。中でも認知されたサポートは、病気やストレスへのより積極的な対処³⁰⁾や、健康に配慮した行動³¹⁾をとることで身体的な健康が促進される³²⁾。学校で子どもたちが体調不良の際に利用するのが保健室である。小学生における外傷・体調不良回数と心理的要因との関連性について調べた調査によれば、「体調不良」による保健室利用回数と「家族」や「友人」のソーシャルサポート認知との間に負の相関がみられた³³⁾。このように、ソーシャルサポート認知の程度が子どもの行動に影響する。

本研究では、友人のサポートの認知が高いと、「1日の過ごし方を考える」ことが促進された。サポート認知の項目には、「助けてほしい時に力になってくれる」「困っている時に、どうしたらいいのか教えてくれる」「落ち込んでいると元気づけてくれる」があり、学校生活の中でこのようなサポートを身近な友人から受けることが、1日の過ごし方を考える機会になる可能性がある。友人は、日々の事柄の主要なソーシャルサポート源であり³⁴⁾、特に思春期は、大人からの自立が進むにつれて、重要な他者である友人からのサポートの比重が大人からのサポートよりも高くなる³⁵⁾。そのため、子ども達が周囲の身近な人からサポートが得られると認知できるレベルを高めておくことが必要であり、学校で困った時に助けてもらえる人間関係づくりが重要であると考えられた。

加えて大人のサポートの認知が高いと、体調不良を家族に伝えており、「生活に役立つ」が促進された。保護者からの支援は、緊急事態において重要である³⁴⁾。子どもが体調不良を伝えることで、今後の過ごし方についての具体的なアドバイスや、安心感が得られることで生活に役立つと認識できるのではないだろうか。これらのことから、学校や家庭における大人のサポートも、日常生活への活用を促進させる要因として重要であり、大人側がサポートする姿勢を示すことや具体的なサポート体制を作ることも必要である。

4) ヘルスリテラシー

3つの下位尺度のうち、「情報の選択と活用」「日常の健康管理」との関連がみられた。

まず、情報の選択と活用高群は、「今後の生活の仕方を考える」ことが促進された。両者の関連について断定はできないものの、今後の生活の仕方を考える上で健康に関する情報は必要である。情報の選択と活用の項目の語尾は「探す、調べる、決める」であり、情報を探したり、調べたりして情報が正しいかどうか判断し、これからの生活の仕方を考える等の意思決定のプロセスで両者

がつながっている可能性があると考えられる。

次に日常の健康管理高群は、「1日の過ごし方」や「今後の生活の仕方を考える」ことが促進された。日常の健康管理の項目には、「身長・体重の結果の利用」「健康診断結果の利用」「疲れを感じた時、その原因について考える」「腹痛・頭痛からその原因を考える」「便の量・かたさ・形から体調がよいかどうか考える」「食欲から体調がよいか考える」の6項目であった。すなわち、大きくは健康診断と健康観察に関わる内容であった。

学校では毎年、全ての子どもを対象として健康診断を実施する。その際、健康診断の意義や健康診断の受け方等について学級活動での保健指導³⁶⁻³⁸⁾や、掲示物を活用した保健指導が各校で行われており、実践例が紹介されている³⁸⁾。しかしながら、健康診断結果について個別に保健指導を行ったのは7.9%であり、集団指導で健康診断の結果の見方や、自分の健康の維持促進のための活用方法についての内容はみられず³⁶⁾、学ぶ機会は少ないと考えられる。また大人でも健康に対する関心が低い場合には、健康診断の結果を理解しないままになっている可能性がある³⁹⁾と指摘されている³⁹⁾。児童生徒の研究からも健康診断結果を活用した健康の自己管理に関する保健教育の必要性⁹⁾が指摘されており、本研究からも健康診断結果の活用についての指導の必要性が示された。

一方、保健に関する教科学習は、小学校3年生から高等学校2年生まで系統的に計画され、中学校での「がんの予防」、高等学校での「精神疾患の予防と回復」など疾病の回復も取り上げられているものの、健康の保持増進のための予防行動に関する内容が多い⁴⁰⁻⁴²⁾。すなわち体調の捉え方や、体調不良時の対処方法について、教科における学習の中で学ぶ機会は少ない。

子どものセルフケア能力の獲得には、子どもの健康状態に関係する家族などからのケアの充足と経験的な学習が貢献すると捉えられている⁴³⁾。学校では体調不良時、担任が教室で対応方法を指導⁴⁴⁾⁴⁵⁾したり、保健室で養護教諭が検温や問診等からアセスメントし適切な対処方法を指導したりする機会が重要な学びの機会となる。これらを保健指導の機会ととらえ、体調不良の原因や生活習慣などの問題点に目を向けさせ改善できるよう支援³⁶⁾していくことが必要になろう。子どもたちが自分の生活の課題をみつけたり、改善策を考えたりすることこそ、日常生活への活用であり、日常生活に活用することが習慣化すれば、自己管理能力の育成につながる。特に高校生は、親の保護のもとから、社会へ参画し貢献する、自立した大人となるための最終的な移行時期である⁴⁶⁾。高校卒業までの段階でヘルスリテラシーを高める教育を行っておく必要がある。

V. 限界と課題

本研究は、限られた地域を対象とした横断研究であり、結果の一般化には慎重であるべきである。今後の課題を

四つ示す。一つ目に日常生活への活用について、健康観察の方法別での検討の必要性である。本研究では六つの方法があり、方法の違いが日常生活への活用に影響していることも考えられる。二つ目に縦断研究の必要性である。日常生活への活用は、小学生と中学生では異なっていた。発達段階によってどのように変化するのか年齢を広げて探る必要がある。三つ目に、ヘルスリテラシーの「情報の選択と活用」と健康観察結果の日常生活への活用の「今後の生活の仕方を考える」の関連が示されたが、その根拠について具体的に明らかにすることができなかった。今後、その過程が明らかにできるような研究が必要である。最後に、日常生活への活用の4項目について関連性を明らかにしたが、他の具体的な日常生活への活用との関連や、健康行動に関わる他の因子、例えばHealth Locus of Control等との関連についても更なる研究が必要である。

以上のような限界と課題はあるものの、本研究では日常生活への活用を促す関連因子を明らかにした。小中学生の健康観察の充実、健康に関する自己管理能力の向上のための健康教育や保健指導を行う上で参考になることを期待する。

VI. 結 論

小学校5年生から中学校3年生を対象として、児童生徒の朝の健康観察結果の日常生活への活用状況及び関連を調べた結果、健康観察結果の日常生活への活用促進には、健康観察において恩恵を受けることが全項目に幅広く関連し、ソーシャルサポート認知及びヘルスリテラシーが部分的に関連した。

付 記

本研究にご協力いただきました佐藤充宏先生、小中学校の児童生徒及び保護者、教員の皆様に、心より感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費（奨励研究、課題番号：20H00785）（基盤研究C、課題番号：16K01758、21K02579）の助成を受けて行われたものです。本研究の内容の一部は、日本学校保健学会第67回学術大会において発表しました。

文 献

- 1) 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」～（2021. 4. 28 Ver. 6）。Available at : https://www.mext.go.jp/content/20210514-mxt_kouhou01-000007426_1.pdf Accessed June 3, 2021
- 2) 文部科学省：教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応。6-8, 2009
- 3) 石山志央子, 小林央美, 新谷ますみ：学級担任が行う健康観察に関する実態調査。弘前大学教育学部紀要 116：31-36, 2016

- 4) 江寄和子, 土生素子: 小学校における朝の健康観察簿の活用に関する研究. 九州女子大学紀要 49: 161-182, 2013
- 5) 沢田真喜子, 物部博文, 植田誠治: 健康観察の実施に関する研究 (第2報). 学校保健研究 59: 435-444, 2018
- 6) 日本学校保健会: 学校保健の課題とその対応—養護教諭の職務等に関する調査から—. 96-102, 2012
- 7) 日本学校保健会: 学校保健の課題とその対応—養護教諭の職務等に関する調査結果から— (令和2年度改訂). 102-110, 2021
- 8) 長塚美和, 荒井弘和, 平井啓: 健康診査・検診受診行動に関する行動の変容ステージと意思決定のバランス. 行動医学研究 15: 61-68, 2010
- 9) 大西瞳, 衛藤佑喜, 林眞季ほか: 健康の自己管理のための学校健診結果の理解と活用に関連する要因—A府における小・中・高校生を対象とした調査より—. 学校保健研究 63: 5-18, 2021
- 10) 木村宣哉, 小原健太郎, 秋林奈緒子ほか: 日本の鉄道会社における包括的ヘルスリテラシーの実態と職場の健康診断・健康相談等に関する行動との関連. 産業衛生学雑誌 61: 123-132, 2019
- 11) 山本久美子, 赤松利恵, 溝下万里恵ほか: 配偶者の健診・検診受診と配偶者への健康に関するソーシャルサポートとの関連—既婚男性を対象とした検討—. 日本健康教育学会誌 20: 233-240, 2012
- 12) 沢田真喜子, 物部博文, 植田誠治: 健康観察の実施に関する研究 (第1報)—健康観察の実施状況—. 学校保健研究 59: 123-132, 2017
- 13) 石山志央子, 小林央美, 新谷ますみ: 学級担任が行う健康観察に関する実態調査. 弘前大学教育学部紀要 116: 31-36, 2016
- 14) 村山恭朗, 伊藤大幸, 大嶽さと子ほか: 小中学生におけるメンタルヘルスに対するソーシャルサポートの横断的効果. 発達心理学研究 27: 395-407, 2016
- 15) Nakayama K, Osaka W, Togari T et al: Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. BMC public health 15: 1-12, 2015
- 16) 山本浩二, 渡邊正樹: 中学生におけるヘルスリテラシーの構造と保健知識及び生活習慣との関連—中学生用ヘルスリテラシー尺度の開発と保健教育への応用の検討—. 日本教科教育学会誌 41: 15-26, 2018
- 17) 山本浩二, 谷百合香: ヘルスリテラシーの構造に基づくがん教育の研究. 中学校・高等学校における授業評価. 教育学部紀要 52: 251-266, 2018
- 18) 古田真司, 若園万莉奈, 若林瑞希: 中学生の健康情報リテラシーに関する基礎的検討. 愛知教育大学紀要 63: 65-73, 2014
- 19) 文部科学省: 生徒指導提要. 153, 教育図書株式会社, 東京, 2011
- 20) 文部科学省: 教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応. 11, 2009
- 21) 足立節江, 多留ちえみ, 宮脇郁子: 中学生が日常生活の中で行っている保健行動とその認識についての予備的研究. Bulletin of health sciences Kobe 36: 27-44, 2020
- 22) 亀崎路子, 荻津真理子: 小学生および中学生の傷病に関する表現と養護教諭の対応. 学校保健研究 60: 219-232, 2018
- 23) 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗: 最新公衆衛生看護学各論 1, 50-66, 日本看護協会出版会, 東京, 2016
- 24) 榎本淳子: 青年期Ⅱ. (中澤潤編) 発達心理学の最先端認知と社会化の発達科学, 191-206, あいり出版, 京都, 2009
- 25) 辻大介: 若者の友人・親子関係とコミュニケーションに関する調査研究概要報告書 首都圏在住の16~17歳を対象に. 関西大学社会学部紀要 34: 373-389, 2003
- 26) 衛藤久美, 中西明美, 武見ゆかり: 家族との夕食共食頻度及び食事時の自発的コミュニケーションと食態度, 食行動, QOLとの関連—小学5年生及び中学2年生における横断的・縦断的検討—. 栄養学雑誌 72: 113-125, 2014
- 27) 内閣府: 子供・若者の意識に関する調査 (令和元年度). Available at : <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/ishiki/r01/pdf-index.html> Accessed March 19, 2022
- 28) Rosenstock IM: Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs 2: 328-335, 1974
- 29) 久田満: ソーシャルサポート研究の動向と今後の課題. 看護研究 20: 2-11, 1987
- 30) Aspinwall LG, Taylor SE: A stitch in time: self-regulation and proactive coping. Psychological bulletin 121: 417-436, 1987
- 31) DiMatteo MR: Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health psychology 23: 207-218, 2004
- 32) Uchino BN: Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. Perspectives on psychological science 4: 236-255, 2009
- 33) 藤田大輔, 豊沢純子, 佐々木靖ほか: 小学生の学校における外傷・体調不良回数と心理的要因との関連性について. 学校危機とメンタルケア 6: 1-8, 2014
- 34) 文部科学省: 生徒指導提要. 68-69, 教育図書株式会社, 東京, 2011
- 35) 尾見康博: 子どもたちのソーシャル・サポート・ネットワークに関する横断的研究. 教育心理学研究 47: 40-48, 1999
- 36) 加納亜紀, 上村弘子, 田嶋八千代ほか: 養護教諭が行う保健指導の現状—個別及び集団の保健指導の校種間比較—. 学校保健研究 57: 323-333, 2016
- 37) 日本教育保健学会: 教師のための教育保健学 子どもの

- 健康を守り育てる実践と理論, 87-91, 東山書房, 京都, 2016
- 38) 佐々木好美, 山崎純子, 桂恵美ほか：特集「健康診断」ちょこっと指導のアイデアファイル. 健康教室 (2020年4月号) : 9-38, 2020
- 39) 武田彩乃, 當仲香, 河邊博史：健康診断結果の見方 生活習慣病関連項目の基準値, 基準範囲を中心に. 慶應保健研究 33 : 47-52, 2015
- 40) 文部科学省：小学校学習指導要領 (平成29年度告示) 解説 体育編. 105-107, 東洋館出版社, 東京, 2018
- 41) 文部科学省：中学校学習指導要領 (平成29年度告示) 解説 保健体育編. 207-215, 東洋館出版社, 東京, 2018
- 42) 文部科学省：高等学校学習指導要領 (平成30年度告示) 解説 保健体育編. 198-204, 東洋館出版社, 東京, 2018
- 43) ドロセア・E オレム (小野寺杜訳)：オレム看護論 看護実践における基本概念 第4版, 134-138, 医学書院, 東京, 2005
- 44) 森菜乃, 竹鼻ゆかり：小学校における子供の健康に対する若手教員の意識と対応の変化のプロセス. 東京学芸大学紀要 芸術・スポーツ科学系 72 : 161-172, 2020
- 45) 沢田真喜子, 植田誠治：養護教諭のインタビューに基づく小学校教員の良い健康観察の特徴. 日本教育保健学会年報 28 : 17-28, 2020
- 46) 文科省：子どもの徳育の充実に向けた在り方について (報告) 子どもの発達段階ごとの特徴と重視すべき課題. Available at : https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/053/gaiyou/attach/1286156.html Accessed August 20, 2021
- (受付 2022年1月17日 受理 2022年8月12日)
- 代表者連絡先：〒770-8509 徳島県徳島市蔵本町3-18-15 徳島大学大学院医歯薬学研究部 (石井)

資料

休日における日本人幼児のエネルギーバランスと 生活習慣および親の食意識の関連性

村松 愛梨奈^{*1}, 堀江 稚英子^{*2}, 片岡 佑衣^{*3},
大矢 知佳^{*4}, 乙木 幸道^{*5}, 寺本 圭輔^{*6}

^{*1}鈴鹿工業高等専門学校

^{*2}水俣市役所

^{*3}九州女子短期大学

^{*4}ユマニテク短期大学

^{*5}(株)ファインライズジャパン

^{*6}愛知教育大学

Relationship among Energy Balance, Lifestyle, and Parental Food Awareness in Japanese Pre-school Children during Weekends

Erina Muramatsu^{*1} Chieko Horie^{*2} Yui Kataoka^{*3}
Chika Oya^{*4} Kodo Otoki^{*5} Keisuke Teramoto^{*6}

^{*1}National Institute of Technology (KOSEN) Suzuka College

^{*2}Minamata City Government

^{*3}Kyushu Women's Junior College

^{*4}Humanitec Junior College

^{*5}Fine Rise Japan., Co. Ltd

^{*6}Aichi University of Education

Background: Unsuitable lifestyle habits such as lack of exercise and over-eating can cause an imbalance between energy intake and expenditure in children and expose them to obesity, which is a risk factor for lifestyle related diseases. To reduce the risk of obesity, it is necessary to understand the status of energy balance and corresponding lifestyle habits of children. Additionally, as children are influenced by the eating habits of their parents, understanding parents' food awareness becomes essential.

Objective: This study aimed to 1) clarify the status of energy balance in pre-school children and 2) examine the relationship between energy balance, lifestyle habits such as eating behavior and physical activity, and parents' food awareness.

Methods: The participants were 15 healthy boys and girls (boys: n=7, girls: n=8, Age: 72.1 ± 8.3 months) attending a nursery school. We determined energy expenditure using the doubly labeled water method, energy intake using the habitual dietary intake questionnaire, and energy balance by comparing total energy expenditure and energy intake. Dietary habits, physical activity and parents' food awareness was determined using questionnaire surveys.

Results: The mean energy balance values of all participants were in the appropriate range; however there were variations among individuals. Excessive energy intake and less physical activity were found to cause positive energy balance. Intakes of carbohydrates and fats were linked to excessive energy intake. Parents' food awareness influenced children's excessive energy intake.

Conclusion: We suggested that low physical activity and excessive energy intake influenced excessive positive energy balance. Hence, paying attention to food intake of children and adjusting the proportions of carbohydrates and fats are important in preventing childhood obesity.

Key words : energy balance, doubly labeled water method, lifestyle habits, pre-school children
エネルギーバランス, 二重標識水法, 生活習慣, 幼児

I. 緒 言

肥満は生活習慣病の危険因子の一つとされており、子どもの肥満も成人と同様に高血圧や脂質異常症などの健康障害を引き起こす可能性がある¹⁾。赤松ら²⁾は食生活の変化により小学生の肥満傾向児の出現率は過去40年右肩上がりであると報告しており、令和元年度の学校保健統計調査³⁾によると、児童における肥満傾向児の割合は4.5%~10.0%を示し、10年間でほぼ横ばいもしくは増加傾向と報告されていることから、子どもの肥満予防や改善は重要な健康課題である。また、肥満に伴う健康障害と内臓脂肪蓄積には関連性があるとされており⁴⁾、幼児期にはすでに過体重による内臓脂肪の蓄積が始まっていることから⁵⁾、就学前からの肥満予防が必要であると考えられる。特に、幼児期の肥満は乳児期と比較して学童期の肥満に移行することが多いと言われており⁶⁾、幼少期の肥満は70%以上の割合で⁷⁾、小児期の肥満は60~85%の割合で⁸⁾成人期の肥満に移行するとされている。このことから、成人期以降の肥満を予防するためにも、学童期よりも早い幼児期からの取り組みが重要である。

特定の疾病や病態に由来しない原発性の肥満は遺伝的な要因以外に生活習慣の要因が関与していると想定され⁹⁾、幼児期の運動不足や食習慣などの生活習慣は児童生徒の肥満と関連していると報告されている¹⁰⁾。特に、栄養状態および食習慣ではエネルギーや脂肪の取りすぎ以外に朝食欠食や偏食、孤食などが小児肥満の要因として挙げられており¹¹⁾、胎児期から乳幼児期の栄養状態は将来の肥満発生と関わりがあるとされている⁴⁾。したがって、児童生徒の肥満予防のためには、まず幼児期の生活習慣や栄養状態の把握が重要であり、現状を踏まえた上で幼児期に正しい生活習慣を身につけることが必要である。

子どもの食習慣においては親の習慣に影響されることが示され、母親自身の食習慣と幼児の食習慣の相関は高いことが明らかにされている¹²⁾。幼児の母親における食生活の意識は栄養成分表示の参考の有無と有意な関連性が認められており、栄養成分表示を参考にしていない者は参考にしている者と比較して、食への意識が低く、幼児へのおやつとの与え方について時間や栄養面に注意を払わないなど、食品の摂り方への意識が低いことが報告されている¹³⁾。このことから、幼児の食習慣は幼児本人の実態把握だけでなく、幼児の食習慣に影響を与える親の食意識も同時に検討することが必要である。

さらに、栄養面のほか身体活動量の減少も小児肥満の要因とされている⁹⁾。例えば、現代社会における生活習慣の課題のひとつとして、子どもたちの運動遊びの減少が挙げられており、特に外遊びの機会も時間も減少していることが示されている¹⁴⁾¹⁵⁾。外遊びのような活動的な身体活動が減少し、情報機器の普及などによる身体活動を伴わない遊びが増加することで、子どもの消費するエ

ネルギー量が低下すると考えられる。また、幼児期において室内遊びの増加による身体活動量の低下は、思春期以降の肥満に繋がる可能性も示唆されている¹⁰⁾。このように室内遊びが増加し、室外遊びが減少したことによる身体活動量の低下は、1日のエネルギー消費量(Total energy expenditure: TEE)の低下を引き起こし、食習慣の変化によるエネルギー摂取量(Energy intake: EI)の増加が加わることで、エネルギーバランス(Energy balance: EB)は大きく崩れ、結果として肥満やそれに伴う健康障害を引き起こすと考えられる。したがって、EBを構成するTEEとEIの現状、そしてそれらを構成する要素との関係性を明らかにするとともに、生活習慣の現状を合わせて把握することが必要である。しかしながら、先行研究ではTEEもしくはEIのみが検討されていることが多く¹⁶⁾、日本人幼児を対象とした研究においてもTEEおよびEIを同時に検討した研究¹⁷⁾¹⁸⁾は少ない。さらにはそれらと生活習慣との関係性は十分に検討されていない。また、現時点で自由な生活環境下においてTEEを正確に把握する唯一の手法は二重標識水(Doubly labeled water: DLW)法¹⁹⁾とされている。DLW法は日本人の食事摂取基準(2020年版)²⁰⁾の策定にも活用されているが、DLW法を用いたアジアの就学前小児の研究報告はほとんどなく²¹⁾、日本人幼児を対象としたTEEの報告もほとんどみられない。このことから、日本人幼児の正確なTEEの現状を明らかにすることや、TEEに対するEIのバランス、それに関連する生活習慣の現状を明らかにすることが必要である。

特に、家庭で過ごす時間の長い休日では、起床や就床時刻が遅くなり、外遊びの時間や歩数が少なくなる傾向があることが報告されている²²⁾²³⁾。さらに、幼児の活動量は平日の活動よりも休日の活動の影響が大きいことが報告されており²⁴⁾、休日は中高強度の活動量が平日よりも短くなることが報告されている²⁵⁾。このように、休日の生活習慣は平日よりも課題を抱えやすいため、休日における幼児のEBの現状や生活習慣との関係性を明らかにすることは重要である。

そこで本研究では日本人幼児を対象に、休日におけるEBの現状およびその構成要素であるエネルギー消費や栄養状態を明らかにするとともに、生活習慣(食習慣・運動習慣)や親の食意識との関係性を検討することを目的とした。

II. 方 法

1. 対象者

宮崎県のA保育園に通う健康な幼児40名を対象とし、そのうちDLW法によるTEE測定、EIの調査および幼児の生活習慣・親の食意識に関する質問紙調査の協力に18名が同意した。18名のうち、質問紙調査およびEI調査の両方に回答したのは16名であり、EIの調査用紙の記入に不備がみられた1名を除く15名(4-5歳児クラス:

男児7名, 女児8名, 月齢: 72.1 ± 8.3 ヶ月) を分析対象とした。調査は2009年1月~2月に行い, 調査開始にあたり, 通園している保育園および保護者に書面を用いて十分な説明を行い, 保護者から書面による同意を得られた対象者のみを調査対象とした。調査前には対象者にインフォームドアセントを行い, 自由意志で参加・不参加の決定を保証した。なお本研究は, 愛知教育大学研究倫理委員会の承諾を得て実施した(承認番号: 第4-55号)。

2. 測定・調査項目

1) TEEおよび関連指標

TEEの測定はゴールドスタンダード法とされるDLW法¹⁹⁾を用いた。測定期間はDLW投与日から1週間後の計8日間とした。DLW投与前日は21時までに食事を終えることとし, その後就寝まで絶食, 起床後は絶食もしくは軽食とした。DLW投与日はベースラインとなる尿サンプルを採取した後, 体重の80%と仮定した総体水分量(Total body water: TBW)を基準に, ^2H (99.8atm% : 大陽日酸) を0.05g/kg TBW, ^{18}O (10.0atm% : 大陽日酸) を0.25g/kg TBWの割合で経口摂取させた。採尿はベースラインとなる尿以外に, 投与3時間後, 1日後, 3日後, 7日後に実施した。尿サンプルは10℃以下で数日間保存し, その後-30℃で冷凍保存した。同位体の分析はPyrOH-lsoprime同位体比質量分析計(GV Instruments, UK)を用い, 1検体あたり9回の分析を行った。DLW投与1日後および7日後の尿中の ^2H と ^{18}O の同位体の減少率を求め, Schoellerら²⁶⁾の式より算出したTBWの値を用いて, 二酸化炭素産生量(rCO_2)を求めた。TEEは rCO_2 を用いて, Weirら²⁷⁾の式により算出を行った。

また, 基礎エネルギー消費量(Basal metabolic rate: BMR)は年齢別の体重1kgあたりの基準値²⁰⁾から算出し, 身体活動レベル(Physical activity level: PAL)はTEEをBMRで除すことで算出した。身体活動に伴うエネルギー消費量(Physical activity energy expenditure: PAEE)はTEEからBMRおよび食事誘発性熱産生量(Diet induced thermogenesis: DIT=10% TEE)を減じることで算出した。

2) EIおよび三大栄養素摂取量

EIは, 対象者(園児)が最近の休日に家庭でとった日常的な食事について尋ねる食事調査を行い, 食事記録法(目安量法)²⁰⁾を用いて保護者に記入を依頼した。食事調査用紙は園を通じて保護者へ配布し, 回答後に返信用封筒にて直接郵送してもらい回収した。朝食・昼食・夕食については, それぞれ主食・汁物・おかず・その他上記に分類しにくいものについて記入してもらい, 保護者の負担を軽減するために, 主食と汁物については代表的なものとその目安量(茶碗に1/2杯か1杯か)を例として記載し, そこから選択してもらうようにした。おかずについては, 「何を」, 「どのくらい(小鉢1つ分, 何人分等)」, 「その中に入っていた食材」をそれぞれ自由に記述してもらった。果物と牛乳については, 1日に

「何を」, 「どのくらい」, 「いつ」食べたかを尋ねた。上記以外に摂取したものについては, 「何を」, 「どのくらい」とったかを自由に記述してもらった。これら全ての食事調査および分析は熟練した管理栄養士の協力を得て実施した。1日あたりのEI, 三大栄養素摂取量, および三大栄養素別のエネルギー構成比率(Protein, Fat, Carbohydrate比; PFC比)は5訂増補食品標準成分表²⁸⁾を用いて算出した。また, EBは算出したEIよりTEEを減じることにより算出した。

3) 生活習慣調査

生活習慣調査では保護者を対象に, 対象者である園児の食習慣や運動習慣, 保護者の食意識について尋ねた。園児の食習慣に関する項目として, 「朝食の摂取頻度」, 「朝食または夕食を大人と一緒に食べる共食の頻度」について尋ね, 常に大人との共食が行われている場合のみ「常に大人と共食である」として判断した。運動習慣に関しては, 「子どもは活動的だと思うか」, 「運動スクールに通っているか」, 「休日に行う室外での遊び時間はどのくらいか」について回答を得た。保護者の食意識については, 「朝食および夕食で重視していること」, 「外食時や食品を購入するときに, 保護者は栄養成分表示を活用しているか」について回答を得た。「朝食および夕食について重視していること」については, 各食事で「栄養バランス」を重視しているかどうかについて回答を得た。

4) 形態・身体組成

形態測定では身長, 体重を測定し, 体型指数(Body mass index: BMI)を算出した。肥満度の算出には, 標準体重算出法²⁹⁾³⁰⁾により算出した標準体重を用いた。なお, 幼児肥満の判定においては肥満度15%以上を「肥満」, -15%超かつ15%未満を「ふつう」としている³¹⁾。

身体組成は仰臥位による生体インピーダンス法(TP-95K, トーヨーフィジカル社製)を用いて測定を行った。身体組成は, 測定したインピーダンス値よりMasudaら³²⁾の推定式を用いて体水分量を求め, Fomonら³³⁾による水和定数を用いて除脂肪量を算出し, 体重と除脂肪量の差を脂肪量とした。肥満の判定では肥満の本質である過脂肪状態を判定する必要があるため, 長期間のEBの崩れは脂肪蓄積に影響することから¹⁶⁾, 体脂肪率を評価することは重要である。そのため, 体重と体脂肪量の値を用いて体脂肪率を算出した。

III. 統計学的検討

統計学的検討には, 統計分析プログラムIBM SPSS Statistcs Version 27を用いた。各測定項目の結果は平均値と標準偏差で示し, Shapiro-Wilk検定を用いて正規性の確認を行った。まず, 本研究の対象者は男女が含まれているため, EBおよびその構成要素における性差の検討を行った。性差の検討には, 正規性が保証されたEI以外の項目には対応のないt検定を, 正規性が保証されなかったEIについてはMann-WhitneyのU検定を用いた。

また、EBおよびその構成要素に関する項目同士の関係性の検討では、正規性が保証された項目はPearsonの相関係数を、正規性が保証されなかった月齢、室外遊び時間、EIについてはSpearmanの相関係数を用いた。EBの崩れと各指標との関係性について明らかにするために、TEEの生物学的変動である $\pm 200\text{kcal}^{34)}$ を基準として、個々のEBの結果に基づき群分けを行った。群分けでは、適切なバランスを示す園児（ $\pm 200\text{kcal}$ 以内の値）と変動範囲外（ -200kcal 未満もしくは 200kcal よりも大きい値）を示す園児に分類し、各項目について検討を行った。ここで、成長に利用されるエネルギーはEIの約2%と僅かであり、EBを検討する研究においては考慮の必要はないと考えられるため³⁵⁾、本研究では成長に伴う組織増加分のエネルギー蓄積量については考慮しないこととした。群間における項目の差の検定では、正規性が保証された項目については対応のないt検定を用い、正規性が保証されなかった月齢、EI、たんぱく質エネルギー比率についてはMann-WhitneyのU検定を用いた。質問紙調査における名義データ同士の関係性の検討にはFisherの正確確率検定を行い、有意であった場合は残差分析を行った。なお、有意水準は5%未満とした。

また、標準化された指標である効果量については、t検定ではCohen's d、Mann-WhitneyのU検定ではr、

Fisherの正確確率検定では ϕ を用いた。Cohen's dについては効果量 >0.2 は効果小、 >0.5 の場合は効果中、 >0.8 は効果大と判断した。rおよび ϕ については効果量 >0.1 の場合は効果小、 >0.3 の場合は効果中、 >0.5 は効果大と判断した³⁶⁾。

IV. 結 果

表1には対象者の特性と身体組成およびエネルギー関連指標の結果を男女別に示した。肥満度の評価では肥満および痩せに該当する者はいなかった。性差については除脂肪量のみ有意な性差が認められたが（ $p=0.03$ ）、それ以外の項目に性差は認められなかった。除脂肪量以外では体脂肪率や推定BMRの効果量が大きく、身体組成に性差がある可能性が示された。エネルギー消費および摂取に関連する項目については有意な性差が認められなかった一方で、体格から算出した推定BMR以外のエネルギー消費に関連する項目ではPALやPAEEなど活動量に関する項目で中程度の効果量を示しており、身体活動には性差がある可能性が示された。しかしながら、有意な性差および効果量が大きい項目は認められなかったため、測定・調査項目における群間差および関係性の検討については、性別に分けず全体データを用いて検討を行った。全体のEBの平均値は1日あたり $159 \pm 280\text{kcal}$

表1 対象者の身体特性およびエネルギー関連指標の性差（ $n=15$ ）

		男児 ($n=7$)	女児 ($n=8$)	p value	効果量
月齢	(月)	73.6 ± 7.8	72.3 ± 8.4	0.76	0.16
身長	(cm)	113.7 ± 6.9	110.6 ± 4.5	0.31	0.55
体重	(kg)	19.7 ± 2.9	18.2 ± 1.5	0.20	0.70
BMI	(kg/m^2)	15.2 ± 1.0	14.9 ± 1.0	0.49	0.37
体脂肪率	(%)	18.9 ± 4.5	21.7 ± 6.6	0.13	-0.83
脂肪量	(kg)	3.8 ± 1.4	4.0 ± 0.6	0.80	-0.13
除脂肪量	(kg)	15.9 ± 1.6	14.2 ± 1.0	0.03*	1.27
肥満度	(%)	-0.2 ± 7.4	-2.4 ± 2.1	0.54	0.32
TEE	(kcal/day)	$1,307 \pm 155$	$1,301 \pm 156$	0.94	0.04
推定BMR	(kcal/day)	925 ± 104	849 ± 71	0.12	0.87
PAL		1.42 ± 0.12	1.54 ± 0.19	0.17	-0.75
PAEE	(kcal/day)	252 ± 92	322 ± 128	0.25	-0.62
EI	(kcal/day)	$1,431 \pm 140$	$1,490 \pm 263$	0.87	$r = -0.06$
EB	(kcal/day)	124 ± 235	190 ± 327	0.67	-0.23
たんぱく質エネルギー比	(%)	14.7 ± 3.5	15.0 ± 1.6	0.88	-0.08
脂質エネルギー比	(%)	29.6 ± 8.0	30.6 ± 11.5	0.84	-0.11
炭水化物エネルギー比	(%)	55.7 ± 9.5	54.4 ± 11.4	0.81	0.12
体重あたりのたんぱく質摂取量	(g/kg/day)	3.1 ± 0.8	3.3 ± 0.7	0.62	-0.26
体重あたりの脂質摂取量	(g/kg/day)	2.8 ± 0.8	3.0 ± 1.1	0.67	-0.22
体重あたりの炭水化物摂取量	(g/kg/day)	11.8 ± 2.3	11.9 ± 3.1	0.91	-0.06

注) 平均値 $\pm$ 標準偏差, BMI: body mass index, TEE: total energy expenditure, BMR: basal metabolic rate, PAL: physical activity level, PAEE: physical activity energy expenditure, EI: energy intake, EB: energy balance

* $p < 0.05$, 効果量はEI以外の全ての項目で「Cohen'd」を算出, EIは「r」を算出

を示しており、正の値を示した。

EBについては、適切なバランスを示す園児（±200kcal以内の値）と変動範囲外（-200kcal未満もしくは200kcalよりも大きい値）を示す園児で群分けを行い、各項目について検討を行った（表2）。その結果、EBが変動範囲外の群では、負の値を示す園児は認められず、TEEに対してEIが200kcal以上の過剰摂取を示す園児のみであった。そこで、EBが適切な群（Appropriate balance group: AB群、n=10）と200kcalよりも大きいEBを示す群（Excessive positive balance group: EPB群、n=5）に分けて2群間の差を検討したところ、体格では身長のみ有意な差が認められ、AB群の方が高い結果であったが、それ以外の体格指標では有意差が認められなかった。効果量としては、身長以外に除脂肪体重で効果量大を示し、体重や脂肪量については中程度の効果量が示された。エネルギー消費に関連する指標ではTEEに有意差が認められ、AB群が有意に高値を示した（p=0.03）。しかしながら、体重あたりのTEEや、体格に影響されるBMRを用いて補正したPALにおいては有意差が認められず、両群間において体格に対するエネルギー消費量に差は認められなかった。効果量としては、有意差が認められたTEE以外に、PAEEで効果量大を示し、体重あたりのPAEEやPALについても中程度の効果量が示された。EIにおいても有意差が認められており（p<0.01）、体重あたりのEIにおいても両群間で有意差が認められ、EPB群が有意に高い値を示した（p=0.01）。また、EIの内訳を示す三大栄養素摂取量を検討したところ、体重あたりの炭水化物摂取量（p=0.03）および脂質摂取量（p=0.03）について有意にEPB群が高い値を示した。エネルギー摂取量の関連項目としては、有意差が認められた上記の項目以外に、たんぱく質エネルギー比率に中程度の効果量が示され、AB群がEPB群よりもエネルギー比率が高い可能性が示された。

対象者全体の生活習慣および親の食意識に関する質問紙調査の結果では、子どもが「毎日朝食を食べる」と回答した保護者は86.7%（13人）であり、「時々食べる」と回答した保護者は13.3%（2人）であった。朝食については、常に大人と食べる共食であると回答した保護者は80.0%（12人）であり、大人と食べる共食ではない、もしくは共食ではない場合があると回答した保護者は

表2 エネルギーバランス評価群別の身体特性とエネルギー関連指標

		AB群, n=10 (男児5名, 女児5名)	EPB群, n=5 (男児2名, 女児3名)	p value	効果量
月齢 [#]	(月)	74.4±7.4	69.8±8.8	0.37	r=0.25
身長	(cm)	114.0±5.7	108.2±3.7	0.03*	1.12
体重	(kg)	19.5±2.3	17.7±2.2	0.09	0.76
BMI	(kg/m ²)	15.0±1.0	15.1±0.9	0.38	0.17
体脂肪率	(%)	20.7±4.1	19.8±2.5	0.35	0.22
脂肪量	(kg)	4.1±1.1	3.5±0.8	0.18	0.51
除脂肪量	(kg)	15.4±1.5	14.2±1.5	0.08	0.82
TEE	(kcal/day)	1,354±121	1,204±166	0.03*	1.09
TEE/wt	(kcal/kg/day)	70.1±7.0	68.8±13.4	0.41	0.13
推定BMR	(kcal/day)	896±111	862±40	0.20	0.35
PAL		1.52±0.16	1.40±0.16	0.09	0.79
PAEE	(kcal/day)	322±95	222±131	0.06	0.93
PAEE/wt	(kcal/kg/day)	16.8±5.5	12.9±8.1	0.14	0.62
室外遊び時間	(min/day)	144±95	135±75	0.43	0.10
EI [#]	(kcal/day)	1,347±104	1,694±171	p<0.01**	r=0.76
EI/wt	(kcal/kg/day)	69.8±7.5	97.1±17.9	0.01*	2.32
たんぱく質エネルギー比率 [#]	(%)	15.6±2.2	13.4±2.9	0.16	r=0.36
脂質エネルギー比率	(%)	29.3±11.9	31.8±2.5	0.33	0.24
炭水化物エネルギー比率	(%)	55.1±12.5	54.8±3.3	0.48	0.03
体重あたりのたんぱく質摂取量 [#]	(g/kg/day)	3.1±0.6	3.4±1.0	0.95	r=0.03
体重あたりの脂質摂取量	(g/kg/day)	2.6±1.0	3.5±0.3	0.03*	1.12
体重あたりの炭水化物摂取量	(g/kg/day)	11.0±2.7	13.7±1.5	0.03*	1.13
EB	(kcal/day)	-7±113	490±202	p<0.01**	3.40

注) 平均値±標準偏差, AB: appropriate balance, EPB: excessive positive balance, BMI: body mass index, TEE: total energy expenditure, BMR: basal metabolic rate, PAL: physical activity level, PAEE: physical activity energy expenditure, EI: energy intake, EB: energy balance

*p<0.05 and **p<0.01, 効果量は[#]以外の項目で「Cohen'd」を算出, [#]のみ「r」を算出

20.0% (3人)を示した。一方で、夕食では全ての保護者が常に大人と共食であると回答した。保護者が朝食および夕食での重視している事項について、「栄養バランス」を選択した保護者は朝食で26.7% (4人)、夕食で80.0% (12人)を示し、栄養バランスは夕食時に重視している保護者が多いことが示された。また、外食時や食品を購入するときに、栄養成分表示を活用していると回答した保護者は60.0% (9人)であり、活用していないと回答した保護者は40.0% (6人)であった。子どもの活動については、活動的であると回答した保護者は80.0% (12人)であった。運動スクールに通っているかについての回答は、通っていると回答した保護者が46.7% (7人)を示した。また、休日の室外の遊び時間については、1名を除いた14名の回答を得た。その結果、休日における室外の遊び時間は1日あたり141±87分を示した。群別の検討においては、AB群の保護者がEPB群の保護者よりも「栄養成分表示を活用している」と回答した保護者が有意に多く ($p=0.047$)、その他の項目において群間差は認められなかった (表3)。効果量としては、「子どもが活動的か否か」、「運動スクール利用の有無」、「朝食・夕食で栄養バランスを重視しているか否か」に関して中程度の効果量が認められた。

次に、体格、エネルギー消費および摂取関連指標および質問紙項目間の関連性の結果を表4に示した。体格指標間で有意な関係性が認められたが、体格と消費・摂取関連指標間では有意な関係性は認められなかった。一方で、EBはTEE、PAEE、EIとの有意な関係性が認められ (TEE: $p=0.005$, PAEE: $p=0.048$, EI: $p<0.001$)、PALはTEE、PAEEとの有意な関係性が認められた (TEE: $p=0.036$, PAEE: $p<0.001$)。また、TEEとEIは関係性が認められなかった。効果量については、上記の有意な相関関係以外で、EBと身長、体重、脂肪量、除脂肪量、PALの間に中程度の効果量が認められ、TEEと体重、体脂肪率、脂肪量、室外遊び時間においても中程度の効果量がみられた。さらに、室外遊び時間は月齢や体格指標以外にPALやTEEとも中程度の効果量が認められた。

V. 考 察

幼児期の肥満は乳児期と比較して、学童期、成人期への肥満移行率が高いと言われており⁹⁾、幼児期からの肥満予防が重要である。そこで本研究では、幼児15名を対象に肥満を引き起こす要因の一つであるEBの崩れに影響する項目を検討するために、DLW法を用いたTEE、EI

表3 エネルギーバランス評価群別の生活習慣および親の食意識の違い

	AB群, n=10 (男児5名, 女児5名)		EPB群, n=5 (男児2名, 女児3名)		p value	効果量 (ϕ)
朝食の摂取頻度	n	%	n	%		
朝食を毎日食べる	8	80.0	5	100.0	0.429	0.28
朝食を時々食べる	2	20.0	0	0.0		
大人との共食の頻度 (朝食)						
常に大人と共食である	8	80.0	4	80.0	0.736	0.00
そうではない	2	20.0	1	20.0		
大人との共食の頻度 (夕食)						
常に大人と共食である	10	100.0	5	100.0	—	—
そうではない	0	0.0	0	0.0		
子どもは活動的か						
活動的である	7	70.0	5	100.0	0.264	0.35
どちらともいえない	3	30.0	0	0.0		
運動スクール利用の有無						
通っている	6	60.0	1	20.0	0.182	0.38
通っていない	4	40.0	4	80.0		
栄養バランスを重視している (朝食)						
重視している	4	40.0	0	0.0	0.154	0.43
重視していない	6	60.0	5	100.0		
栄養バランスを重視している (夕食)						
重視している	9	90.0	3	60.0	0.242	0.35
重視していない	1	10.0	2	40.0		
栄養成分表示の活用						
活用している	8	80.0	1	20.0	0.047*	0.58
活用していない	2	20.0	4	80.0		

注) AB: appropriate balance, EPB: excessive positive balance, * $p<0.05$

表4 身体特性およびエネルギー関連指標間の相関関係

	月齢	身長	体重	体脂肪率	脂肪量	除脂肪量	室外 遊び時間	PAL	TEE	PAEE	EI
月齢											
身長	0.716**										
体重	0.621*	0.850**									
体脂肪率	0.061	0.379	0.559*								
脂肪量	0.332	0.662**	0.852**	0.907**							
除脂肪量	0.651**	0.839**	0.939**	0.244	0.621*						
室外遊び時間	0.441	0.358	0.424	0.346	0.431	0.242					
PAL	0.174	-0.042	-0.166	-0.020	-0.102	-0.172	0.458				
TEE	0.004	0.272	0.379	0.452	0.469	0.266	0.482	0.545*			
PAEE	0.211	0.027	-0.028	0.131	0.061	-0.072	0.568*	0.966**	0.733**		
EI	-0.222	-0.421	-0.223	-0.043	-0.057	-0.236	0.172	-0.229	-0.111	-0.182	
EB	-0.088	-0.476	-0.423	-0.264	-0.376	0.393	-0.140	-0.426	-0.678**	-0.518*	0.725**

注) PAL: physical activity level, TEE: total energy expenditure, PAEE: physical activity energy expenditure, EI: energy intake, EB: energy balance, * $p < 0.05$ and ** $p < 0.01$

や三大栄養素摂取量について検討を行うとともに、行動面の生活習慣や幼児の食習慣に影響を及ぼすと考えられる親の食意識との関係を明らかにすることを目的とした。

対象者の身長および体重は厚労省「平成22年乳幼児身体発育調査」³⁷⁾における同年代の値と比較すると同程度の値を示したことから、本研究の対象者は一般的な体格を有する幼児であると考えられる。また、肥満度については全ての園児で「ふつう」(-15%超かつ+15%未満)を示し、調査時点では肥満や痩せの園児は認められなかった。DLW法により算出したPALについては日本人の食事摂取基準(2020年版)²⁰⁾に記載されている同年代の基準値である1.45-1.55と同程度の値を示し、先行研究における日本人幼児を対象とした研究のPAL(1.44)²¹⁾や、諸外国の研究レビューにおけるPAL(1.27-1.58)³⁸⁾と同程度の値を示したことから、本研究の対象者は同年代と同等な活動量および消費量を有すると考えられる。現在、DLW法を用いた日本人幼児を対象とした研究は少なく、寺本ら³⁹⁾、Yamada et al.²¹⁾および低身長児を対象とした西本ら⁴⁰⁾の研究の3例のみに限られている。DLW法を用いて算出されたPALは、栄養を管理する上で重要な1日に必要なエネルギー量の算出に用いられる大変重要な指標であり、日本人の食事摂取基準(2020年版)²⁰⁾にも採用されている一方で、先述のように日本人幼児の報告は少ないため、本研究で示した日本人幼児のPALは貴重なデータであると考えられ、今後も継続的にDLW法を用いた幼児期のエネルギー消費および関連指標のデータ収集が必要であると考えられる。

全体のEBの平均値についてはEBが正の値を示しており、TEEの生物学的変動を ± 200 kcalと仮定すると、対象者全体の平均値は適切なEBを示していたと考えられる。先行研究の報告においても¹⁶⁾¹⁷⁾、幼児のEBの平均値は適切な値を有しており、本研究は先行研究と同様の結果を示したと考える。しかしながら、EBの個人差は

大きく、EBが大きく正の値を示し、適切でないEBを有すると考えられる園児も認められた。そこで、EBが適切であるAB群および不適切であると考えられるEPB群を対象に、身体組成を含む体格、EBおよびその内訳、生活習慣の調査結果について比較検討を行った結果、体重により補正されたTEEは群間差が認められず、EIはEPB群においてAB群よりも高値を示したことから、不適切なEBを引き起こす一要因としては、相対的に過剰なEIが関係している可能性が示された。効果量の検討ではPAEEや体格により補正された体重あたりのPAEEやPALについても群間差がある可能性があり、AB群はEPB群と比較して身体活動に伴うエネルギー消費量が高い可能性が考えられる。そのため、EPB群の不適切なEBは、過剰なEIだけでなく活動量の低さも影響している可能性が考えられた。先行研究⁴¹⁾では不活動によりエネルギー消費量に応じた摂取量の調節が難しくなることが報告されており、幼児においても適切なEBを保持するためには、活動量の確保も重要な要素である可能性が考えられる。

しかしながら、対象者全体の休日の室外遊び時間は1日あたり 141 ± 87 分であり、日本の幼児期運動指針⁴²⁾で示されている「毎日合計60分以上、楽しく体を動かすことが望ましい」という基準を満たしており、休日1日あたり60分以上の室外遊び時間を有する園児の割合は92.9%を示していることから、対象者は休日においては十分な活動量を有していると考えられる。また、先行研究における1時間以上の室外遊び時間を有する幼児の割合は76%⁴³⁾や62-64%²⁵⁾と報告されていることから、本研究の対象者は先行研究よりも活動的な園児が多く、活動強度は別として室外遊びを通した運動量が不足している園児が少なくと考えられる。これらのことから、休日に室外遊びを積極的に行っており、活動的と考えられる園児のEBの崩れを予防するためには、室外遊び以外の

活動量や時間以外の指標として身体活動強度の評価についても、検討する必要があると考えられる。

次に、2群間におけるEIの内訳である三大栄養素摂取量の差を検討したところ、体重あたりの炭水化物摂取量および脂質摂取量に有意差が認められたことから、EPB群においては炭水化物摂取量および脂質摂取量の過剰摂取が影響し、TEEに対するEIが過剰となっていることが明らかとなった。杉浦ら⁴⁴⁾は、過剰なEIを示す肥満児が糖類や油脂類を過食していることを報告しており、本研究においても過剰なEI摂取を行う対象者は同様の結果を示し、過剰なEIに炭水化物や脂質の摂取量が関係することが改めて確認された。また、EPB群の脂質エネルギー比率の平均値を検討したところ、摂取基準値である20-30%²⁰⁾の範囲を超える値を示したことから、EIが過剰な要因は特に高い脂質摂取割合が影響している可能性が考えられる。先行研究においても、小児肥満の要因として脂質の過剰摂取が示されており¹¹⁾、子どもの脂質の摂取は体脂肪との関連が認められている⁴⁵⁾ことから、改めて脂質摂取に関して保護者への注意喚起が必要であると考える。また、EPB群の保護者においては、AB群の保護者よりも栄養表示を活用していない現状が示されており、保護者の食意識の違いによる幼児の栄養摂取状況への影響が考えられた。先行研究では、栄養成分表示を参考にしない母親は食品の摂り方への意識が低く、食品の摂り方や栄養面に注意を払っていないことが報告されており¹³⁾、胎内環境と出生後の環境のミスマッチにより将来の健康や疾病の発生を規定するとされているDOHaD理論⁴⁶⁾による胎内期における親の影響はもちろん、親の生活習慣や食意識は出生後においても子どもの肥満や生活習慣病へ及ぼす影響が大きいと考えられる。また、保護者の食意識として、「朝食・夕食での栄養バランスを重視するか否か」について群間の効果量を検討したところ、上記の項目では群間差がある可能性が考えられた。これらのことから、幼児のEBの崩れには親の栄養面に対する意識が関係している可能性が考えられる。先行研究では母親の食意識と子どもの肥満の関連性が報告されており⁴⁷⁾、母親自身の食習慣と幼児の食習慣の関連性が高いことも報告されている¹²⁾。これらのことから、適切なEBを保ちながら子どもの肥満を予防するためには、保護者の食意識の向上に繋がる栄養表示の活用や栄養バランスの重要性などを学ぶ機会の提供も重要であろう。

EBの崩れは、保護者の食意識や幼児の実際の栄養状態に加えて食習慣や運動習慣についても検討する必要がある。食習慣においては、朝食の摂取頻度の効果量は小さく、大人との共食の頻度については効果量が認められず、今回の調査項目では強い関係性は認められなかった。共食が多い子どもの食事は、主食や主菜、副菜などをバランス良く揃えている割合が高いと報告されているが⁴⁸⁾、本研究では多くの対象者が大人との共食を行っていた。また朝食の欠食も少なく、共食や朝食摂取頻度の観点で

対象者全体の食環境が良好であったために、群間差が認められなかったと考えられる。さらに「子どもが活動的か否か」、「運動スクール利用の有無」については中程度の効果量が認められ、子どもの活発さや運動への定期的な関わりがEBの崩れに影響している可能性も考えられた。しかしながら、本研究ではEBの崩れと関係する習慣的な生活行動の一部を検討したのみであり、上記の項目だけでは十分に検討できていなかった可能性がある。そのため、今後はより詳細に食習慣および運動習慣を検討し、EBの崩れに繋がる幼児期の生活習慣の現状を明らかにする必要があるだろう。

また、体格、エネルギー消費・摂取指標および質問紙調査の各項目について、EBは構成要素であるTEE、PAEE、EI以外に体格やPALとも関係しており、さらにTEEは体格との関係性が示されているため、体格の成長や変化に応じてTEEが増加すると推察される。また、室外遊び時間はPALやTEEの増加にも貢献しており、室外遊びを増やしTEEを増加させることで相対的にEIが過剰になることを防止できる可能性も考えられる。しかしながら、子どもの身体活動は室外遊びだけに限定されず、活発な室内遊びや運動スクールへの参加なども含まれるため、今後は子どもの室外遊び以外にも着目した評価が必要だと考えられる。また、TEEはEIとの関係性が認められなかったことから、本対象者では体格の成長や活動量の増減に合わせた食事量や内容の調整が十分になされていない現状も明らかとなった。成長や活動量に見合わない摂取を行うことで、過剰摂取による肥満や摂取不足による痩せを引き起こす可能性がある。本研究では、EBの崩れによる対象者の体型や身体組成への影響は認められなかったが、好ましくない食習慣や栄養摂取状況の継続により今後体脂肪の蓄積など肥満等の体格への影響が認められる可能性があるため、体格や身体組成を継続的に追跡し、注意を払う必要がある。

以上のことから、標準的な活動量を有する幼児期のEBの崩れはEI、特に脂質摂取量の増大による影響が大きく、肥満予防においては保護者によるEIの調整が必要であるため、保護者を対象としたEIの調整につながる食意識や食習慣改善の呼びかけが重要であると考えられた。さらに栄養面だけではなく、身体活動量の確保もEBの崩れを予防する重要な要素である可能性が考えられる。

2018年に日本肥満学会で示された神戸宣言⁴⁹⁾においては、小児の肥満は家庭や学校を含めた取り組みも重要であると述べられていることから、幼児の肥満対策においても小児同様に家庭はもちろん、保育園や幼稚園との連携が重要であろう。さらに、幼児のEBの現状を明らかにすることは、小学校以降の食習慣や運動習慣の改善に関わる健康教育を考えていく上でも重要であり、今後の健康教育における幼保小の連携を考えていく上で必要と考える。そのためにも、今後は幼児のEBに影響を及ぼ

すエネルギー消費や栄養状態の調査だけでなく、TEEやEIを決定する食習慣や運動習慣をより詳細に検討し、現場への情報提供が必要であろう。

本研究ではEBに関係する様々な項目を詳細に検討することができた一方で、対象とした保育園が1園であり、かつ対象者の人数も限定されており、個人差の影響も大きいと想定されることから、結果の一般化は慎重に行う必要がある。しかしながら、DLW法を用いた研究は費用や分析面での課題が多く、サンプルサイズが30未満の研究が多いとされている⁵⁰⁾。このような課題があるために、日本人幼児を対象としたデータはほとんど示されていないことから、本研究では日本人幼児の不適切なEBを予防する上で基礎的な資料を提供できたと考える。また、本研究の対象者は保育園児であり、食事調査は保護者に依頼をしているため、保護者の負担を考え、今回の食事調査では食事の写真や詳しい秤量、十分なデータを確保するための継続した3日間を対象とした詳細な調査を実施できなかった点がある。このように対象者数や手法による限界点があるが、引き続き今後も現場で利用可能な手法を用いて調査を行い、現場の負担が大きくならずに保育現場の現状を示すデータを継続的に収集することで、縦断的な傾向も示すことが重要であろう。また、回収後に面接にて記入内容の確認ができなかったこともあり、今後は記入内容の確認できるような調査方法を検討したい。

VI. 結 論

本研究では、幼児15名を対象に、EBやその構成要素の現状を明らかにするとともに、食習慣、運動習慣などの生活習慣や親の食意識との関係性を検討することを目的とした。

その結果、本対象者における不適切なEBを引き起こす原因は室外遊びに限定されない身体活動量の低さに加えて、相対的なEIの過剰が原因である可能性が示された。また、過剰なEIの原因としては炭水化物や脂質摂取量に影響されることが改めて確認された。さらに、過剰なEIを引き起こす要因の一つとして保護者の食への関心の低さが影響している可能性も考えられた。

以上のことから、幼児期のEBの正方向への大きな崩れは身体活動に加えて、EI、とくに炭水化物や脂質摂取量の増大による影響が大きく、肥満予防においては親による食への関心の向上や、消費量に見合う炭水化物・脂質摂取量の調整が重要である可能性が示された。

文 献

- 1) 日本肥満学会：第3章小児肥満の要因と小児肥満症の疫学「2. 小児肥満に伴う健康障害」。小児肥満症診療ガイドライン2017（第3刷），13-15，ライフサイエンス出版，東京，2020
- 2) 赤松利恵：食環境の変遷と子どもの体格・食生活，子どもと発育発達 17：9-13，2019
- 3) 文部科学省：学校保健統計調査—令和元年度（確定値）の結果の概要。Available at : https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/1411711_00003.htm Accessed August 20, 2021
- 4) 原光彦：小児肥満症の新たな診断基準。子どもと発育発達 14：182-188，2016
- 5) 寺本圭輔，石川恭，山下玲香ほか：超音波法を用いた幼児の腹部体脂肪の評価。人間と生活環境 22：103-110，2015
- 6) 日本肥満学会：第3章小児肥満の要因と小児肥満症の疫学「5. 長期予後」。小児肥満症診療ガイドライン2017（第3刷），20-22，ライフサイエンス出版，東京，2020
- 7) 藤井勝紀：成人肥満へのトラッキングを評価する—BMIの加齢変化に基づく肥満判定からの検討—。子どもと発育発達 14：230-237，2016
- 8) 富樫健二：肥満小児の長期予後。小児保健研究 72：649-654，2013
- 9) 日本肥満学会：第3章小児肥満の要因と小児肥満症の疫学「1. 小児肥満の要因」。小児肥満症診療ガイドライン2017（第3刷），8-12，ライフサイエンス出版，東京，2020
- 10) 石原融，武田康久，水谷隆史ほか：思春期の肥満に対する乳幼児期の体格と生活習慣の関連—母子保健長期縦断研究から—。日本公衆衛生雑誌 50：106-117，2003
- 11) 児玉浩子，小川英伸：小児の食育と生活習慣病。静脈経腸栄養 27：1163-1167，2012
- 12) 中村伸枝，遠藤数江，荒木暁子ほか：幼児と母親の生活習慣の実態と，母親の健康に関する認識。千葉大学看護学部紀要 30：25-29，2008
- 13) 田中恵子：幼児を持つ母親の栄養成分表示の参考状況—成分表示教育に関する一考察—。京都文教短期大学研究紀要 59：67-75，2021
- 14) 中央教育審議会：子どもの体力向上のための総合的な方策について（答申）。Available at : https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/021001.htm Accessed August 20, 2021
- 15) 村瀬浩二，落合優：子どもの遊びを取り巻く環境とその促進要因：世代間を比較して。体育学研究 52：187-200，2007
- 16) Dhurandhar NV, Schoeller D, Brown AW et al. : Energy balance measurement : when something is not better than nothing. International Association for the Study of Obesity 39：1109-1113，2015
- 17) 灘本雅一：幼児期の休日の生活行動とエネルギー摂取量との関連について。プール学院大学研究紀要 58：203-212，2017
- 18) 山口蒼生子：幼児（3～6歳児）の安静時代謝量の実態ならびに1日のエネルギー摂取量と消費量に関する研究。日本栄養・食糧学会誌 46：287-297，1993

- 19) 齋藤慎一, 海老根直之, 島田美恵子ほか：二重標識水法によるエネルギー消費量の測定の原理とその応用：生活習慣病対策からトップスポーツ選手の栄養処方まで. 栄養学雑誌 57 : 317-332, 1999
- 20) 厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2020年度版）, 23-86, 第一出版, 2020
- 21) Yamada Y, Sagayama H, Itoi A et al. : Total energy expenditure, body composition, physical activity, and step count in Japanese preschool children : A study based on doubly labeled water. *Nutrients* 12 : 1223, 2020
- 22) 小島由記子, 山田浩平：幼児の生活習慣の実情と課題—付属幼稚園における園児を対象として—, 愛知教育大学保健環境センター紀要 10 : 15-22, 2011
- 23) 石井莊子：幼児の運動量に影響する健康・食生活の要因について. 和洋女子大学紀要 家政系編 40 : 97-105, 2000
- 24) 田中千晶, 田中茂穂：幼稚園および保育所に通う日本人幼児における日常の身体活動量の比較. 体力科学 58 : 123-130, 2009
- 25) 田中千晶, 安藤貴史, 引原有輝ほか：幼児の外遊び時間と日常の中高強度活動との関係および身体活動量の変動要因. 体力科学 64 : 443-451, 2015
- 26) Schoeller DA, Ravussin E, Schutz Y et al. : Energy expenditure by doubly labeled water : validation in humans and proposed calculation. *The American Journal of Physiology* 250 : 823-830, 1986
- 27) Weir JB : New methods for calculating metabolic rate with special reference to protein metabolism. *The Journal of Physiology* 109 : 1-9, 1949
- 28) 香川芳子監修：五訂増補食品成分表2006, 女子栄養大学出版部, 東京, 2006
- 29) 母子保健事業団：平成12年乳幼児身体発育調査報告書. (厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課編). 2002
- 30) 伊藤善也：肥満度判定曲線. 藤枝憲二（編）. 成長曲線は語る. 39-43, 診断と治療社, 東京, 2005
- 31) 日本小児科学会：幼児肥満ガイド. 第2章幼児肥満の判定法. 2019 Available at : http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/2019youji_himan_G_2.pdf Accessed November 28, 2021
- 32) Masuda T, Komiya S : A prediction equation for total body water from bioelectrical impedance in Japanese children. *Journal of Physiological Anthropology and Applied Human Science* 23 : 35-39, 2004
- 33) Fomon SJ, Haschke F, Ziegler EE et al. : Body composition of reference children from birth to age 10 years. *The American Journal of Clinical Nutrition* 35 : 1169-1175, 1982
- 34) 厚生労働省：日本人の食事摂取基準（2010年版）, 43-61, 第一出版, 東京, 2009
- 35) Block G : Human dietary assessment : methods and issues. *Preventive Medicine* 18 : 653-660, 1989
- 36) 水本篤, 竹内理：研究論文における効果量の報告のために：基本的概念と注意点. 関西英語教育学会紀要 英語教育研究 31 : 57-66, 2008
- 37) 厚生労働省：平成22年乳幼児身体発育調査の概況について. Available at : <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042861.html> Accessed August 20, 2021
- 38) Torun B : Energy requirements of children and adolescents. *Public Health Nutrition* 8 : 968-993, 2005
- 39) 寺本圭輔, 片岡佑衣, 村松愛梨奈ほか：日本人幼児におけるエネルギー消費量が運動能力および身体組成に与える影響. 愛知教育大学保健体育講座研究紀要 43 : 1-8, 2019
- 40) 西本裕紀子, 位田忍, 恵谷ゆりほか：二重標識水法と呼気ガス分析法による低身長児の総エネルギー消費量についての検討. 日本栄養・食糧学会誌 66 : 133-139, 2013
- 41) Stubbs RJ, Hughes DA, Johnstone AM et al. : A decrease in physical activity affects appetite, energy, and nutrient balance in lean men feeding ad libitum. *The American Journal of Clinical Nutrition* 79 : 62-69, 2004
- 42) 文部科学省幼児期運動指針策定委員会：幼児期運動指針. Available at : http://www.mext.go.jp/a_menu/sports/undousi/1319192.htm Accessed August 20, 2021
- 43) 渡辺悦子, 李延秀, 川久保清：幼児の平日の外遊び時間とテレビ等視聴時間に影響する家族環境と近隣環境. 運動疫学研究 14 : 37-46, 2012
- 44) 杉浦令子, 坂本元子, 村田光範：幼児期の生活習慣病リスクに関する研究. 栄養学雑誌 65 : 67-73, 2007
- 45) McGloin AF, Livingstone MB, Greene LC et al. : Energy and fat intake in obese and lean children at varying risk of obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26 : 200-207, 2002
- 46) 福岡秀興, 尾崎貴視, 真鍋正博：胎生期の栄養環境と出生後の健康・疾病リスク. 子どもと発育発達 14 : 219-225, 2016
- 47) 大木薫, 稲山貴代, 坂本元子：幼児の肥満要因と母親の食意識・食行動の関連について. 栄養学雑誌 61 : 289-298, 2003
- 48) 黒川通典, 角谷千尋, 吉田幸恵ほか：乳幼児の朝食と夕食の共食頻度とその関連要因. 医学と生物学 157 : 170-175, 2013
- 49) 日本医学会連合「領域横断的肥満症ワーキンググループ」23学会：神戸宣言2018. Available at : http://www.jasso.or.jp/data/data/pdf/kobe2018_text.pdf Accessed August 20, 2021
- 50) Speakman JR, Pontzer H, Rood J et al. : The international atomic energy agency international doubly labelled water database : aims, scope and procedures. *Annals of Nutrition and Metabolism* 75 : 114-118, 2019

(受付 2021年9月1日 受理 2022年7月4日) 愛知教育大学
代表者連絡先: 〒448-8542 愛知県刈谷市井ヶ谷町広沢1

(村松)

■連載 国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ
Learning New Findings of School Health

第17回「論文が採択されるための条件(5)：緒言（イントロダクション）の書き方」

佐々木 司^{*1, 2, 3}, 大澤 功^{*2, 4}, 鈴江 毅^{*2, 5}, 宮井 信行^{*2, 6}

^{*1}日本学校保健学会国際交流委員会, ^{*2}日本学校保健学会編集委員会

^{*3}東京大学, ^{*4}愛知学院大学, ^{*5}静岡大学, ^{*6}和歌山県立医科大学

What are Required for Papers to be Accepted: Basic Principles in Writing the “Introduction”

Tsukasa Sasaki^{*1, 2, 3} Isao Ohsawa^{*2, 4} Takeshi Suzue^{*2, 5} Nobuyuki Miyai^{*2, 6}

^{*1}International Communication Committee, JASH ^{*2}Editorial Committee, JASH

^{*3}The University of Tokyo ^{*4}Aichi Gakuin University ^{*5}Shizuoka University ^{*6}Wakayama Medical University

Key words : introduction, aim and hypothesis, rationale, smooth flow

I. はじめに

この特集で前回（第64巻2号，2022年7月発行）は，考察の書き方について説明した．今回は緒言（イントロダクション，以下「イントロ」）を書く際の基本について述べたい．言うまでもなくイントロの役割は，その研究の目的あるいは仮説を示すことにある．また，研究の目的や仮説を設定するには（要するに研究を行うには），しっかりした論理的根拠（rationaleと呼ばれる）が必要であり，それを明確に示すこともイントロでは求められている．これらを出来るだけ簡潔に，しかし論理の流れが途絶えることなく記述することが，イントロでは求められる．

反対に，目的や仮説が具体的かつ明確に記述されていないかったり，読みにくかったり，あるいは不必要に長々と書かれて言いたいことが分からないイントロでは，読み手は「読む気」をなくしてしまう．また投稿の段階では査読者や編集者の心証を損ねるリスクが高い（意味不明瞭の原稿を強制的に読ませられるので）．

とはいえ，簡潔・明瞭で内容に過不足のないイントロを書くことは，簡単ではない．初学者にそれなりのトレーニングが必要なことは言うまでもないが，著者の年齢に至っても簡単ではない．また学生の手稿の修正ではいつも苦労させられている．やはり，気を付けるべきポイントを整理し，覚えておく必要がある．本稿ではそれらのポイントについて著者なりに工夫してまとめた．

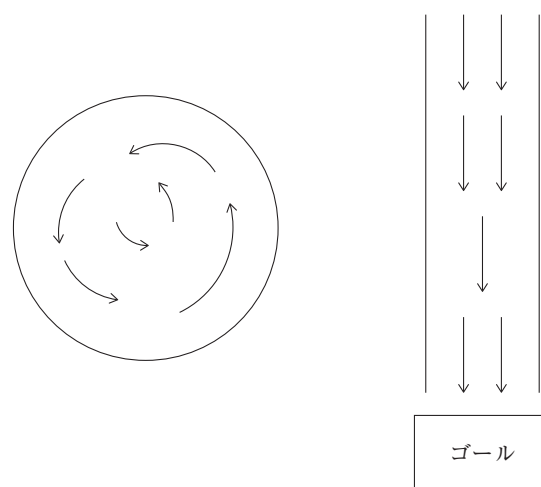
ポイントその1．「知ってること」のオンパレードはやめる：

学生の手稿にも時々みられるのだが，研究テーマに関連して自分の知っていることを，何でもかんでも書き込もうとする人がいる．これは良くない．論旨の流れがよどんで泥沼のようなイントロになってしまう（図1）．特に多く見られるのは，文献検索を一生懸命やったあと，

「興味深い」と思われた文献を，論旨の流れと無関係にイントロに放り込もうとすることである．苦心して興味深い論文を見つけたのだから，という気持ちなのだろう．しかし教科書や解説文を書いているなら別だが，研究論文を書いている以上，いくら「興味深い」研究や知見であっても，自分が書いている論文の目的や仮説の説明に必要な文献を引用してはいけない．まして，「私はこんなに知っています」「勉強しました」と読者に誇りたくて研究の目的・仮説の説明に必要なことを書くのは問題外である（折角勉強したことを誰かに知らせたくて仕方ない場合は，内輪の勉強会で行えば良い）．

ポイントその2．行き止まりは厳禁（図2）：

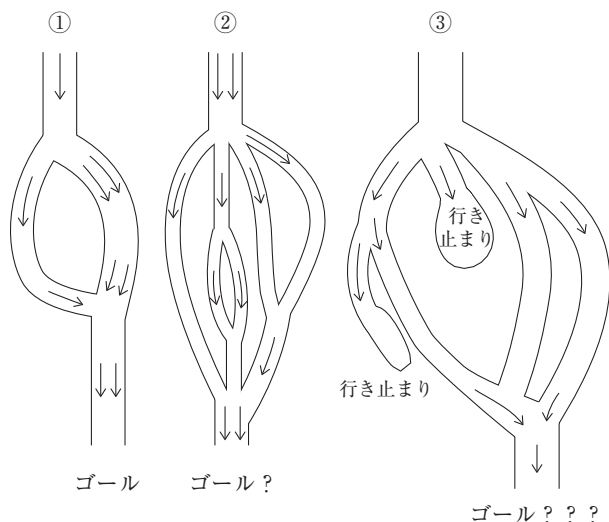
図1に示したように，分かりやすいイントロにするに



よどんだ泥沼状態のイントロ（ゴールが見つけられない）

論旨によどみのないイントロは，まっすぐな川の流れのようにサッと流れる

図1 泥沼状態のイントロと1本の川のように論旨が流れるイントロ



読者が理解できる枝分かれは、せいぜい①が限界。
②では話の流れは理解困難。③は問題外。

図2 論旨の枝分かれ（川の分岐）はほどほどに！

は、まっすぐな川のように、話がスッパリ流れていく必要がある。とはいえ、仮説の根拠や研究目的を少し別の側面からも説明したい場合もある。その場合、「川」の途中に支流を作ることになる。もちろん川の流れが主流1本だけだと、話は最も簡潔となり分かりやすいのだが、「支流は一切禁止」ということはない。必要な場合もある。

ただ余りにも枝分かれして支流が多くなると、読む方の頭が混乱する。要するに「訳の分からないイントロ」になりやすい（図2の②）。従って、書き手の方で、頭の中に色々の「支流」が浮かんでくる場合は、まず頭の中を整理して主流と支流を区別し、かつ出来るだけ支流の数を減らすべきである。読み手に理解してもらうには、流れはせいぜい2本くらいまでだろう。またその方が、書き手の頭も混乱が避けられるので、分かりやすく書きやすい。

また最悪なのは、図2の③のように途中で行き止まりになって、ゴール（目的の説明や仮説の根拠立て）にたどり着かない支流のある場合である。そのような支流（話）は無駄そのものであり、躊躇なく削るべきである。

ポイントその3. 書く内容は三段階の構造で（表1）：

では具体的に何を書けば良いか？これは意外と単純で、1. （先行研究などから）分かっていること、2. まだ分かっていること、3. （1. 2. を踏まえて）自分たちは具体的に何を調べるのか、の三段階で書けば良い（したがって最も簡潔なイントロは3段落で構成されることになる）。なお1. の「分かっていること」には、そのテーマの重要性を具体的に示す役割もある。また2. 「分かっていること」は、(1)その点についての研究がこれまで全く無い場合や(2)いくつか先行研究があっても研究ごとに結果が相反していて結論が出ていない場合など、いく

つかの場合がありえる。ちなみに「先行研究の結果の違い」には、各研究の対象の違いや方法の違いなども影響するので、それらを把握し、明記しつつ論ずる必要がある。また、自分の思いつくことは大抵ほかの人も思いついているので、(1)かどうか、つまり先行研究が本当に皆無かどうかは、よくよく調べて判断する必要がある。日本語の論文は「皆無」であっても、英文の研究は「山のようにあった」ということも稀でない。

なお1. 2. を書く際には、上に書いた「ポイントその1.」について注意する必要がある。大きな研究テーマや研究領域全体の中で「明らかにされていること、いないこと」を全て書こうとしたら、「泥沼」イントロになってしまうからである。1. 2. で書くことは、自分が調べようとしていること、つまり3. の「何を明らかにしようとしているのか」と直接関係したことに絞らなくては行けない。関係ないことをあれこれつまみ食いの的に書いては、行き止まりの泥沼を作ってしまう。

この点を逆から言うとな次のようになる。すなわち、「まっすぐで流れの良い川」を描くには、その研究で自分たちが「何を明らかにしようとしているのか」を明確に、かつとても具体的に描く必要がある。これについて次で説明したい。

ポイントその4. 「テーマ」と「目的・仮説」は別物：

これは極めて重要なポイントである。両者の区別ができていないか否かで、イントロだけでなく、論文の質全体が大きく変わってくる。では両者はどう別物なのか？

例えばあなたが、「保健室での精神的健康の評価における質問紙使用」について研究したいとしよう。この場合、研究テーマは「学校での子どもの精神的健康評価で質問紙は役立つか」といったことになるかもしれない（勿論もっと別のテーマもあり得るが）。しかしこれがそのまま「研究の目的・仮説」になるわけではない。これでは漠然として具体性に欠けるからである。個々の論文の「目的・仮説」は明確に具体的で、データのまとめや解析に直接つながるものでなくてはならない。そうでないと「研究の結論」を導くこともできない。そして、この「具体化」の作業には、かなり頭をひねる必要がある。

ポイントその4-2. 「目的・仮説」の具体化（表2）：

具体化するポイントはいくつかある。上記のテーマの場合、まず「質問紙は役立つか」の「役立つ」が何を意味するのかを明確にする必要がある。「役立つ」にも色々

表1 イントロで書くべき「三段階」

その1	（先行研究などで）分かっていること
その2	まだ分かっていること
その3	（したがって）自分たちの研究で調べるべきことは具体的に何か

注：その1、その2を「泥沼」にせず、話の流れ・論理のつながりが明確な三段階となっていることが必要。

あって、例えば(1)「正確な結果が得られる（より正確で確立された方法による評価と同じ結果が得られる）」こと(2)「再現性が高い（同じ子供を別の養護教諭や教員が評価しても、質問紙を使えば極めて近い結果が得られる）」ことのどちらも「役立つ」である。また(3)「誰にも（例えば、どの教員・養護教諭にも）使いやすい」や(4)「子供にとって答えやすい」(5)「短時間で評価できる」といったことも「役立つ」の中に入るだろう。これらのうち、何を調べるのかを明確に決める必要がある。また通常、調べることはそのうちの1つである。なぜなら、「調べること」が違えば「調べる方法」も違うからである。

ちなみに「何を調べるか」は、まずは1) 研究を進めようとしている「あなた」が実際に何を知りたいかによる。ただ、2) 何を「目的・仮説」に選ぶ場合も、それを調べることの根拠や学問的意味が明確に示せなくてはいけない。つまり「ポイントその3.」の「三段階の1. 2.」が流れ良く論理的に書ける「目的・仮説」でなくてはならない。中でも「2.」は大切である。「まだ分かっていない・結論が得られていない」から調べる訳で、それが示せなければ、「その研究をやる意味は特にない」と査読者や読者に判断されてしまう。

例に示した「テーマ」では、ほかにも具体化のポイントはある。例えば、「精神的健康を評価する質問紙」といっても、実に様々なものがある。その中のどのような質問紙について調べたいのかを決める必要がある（これも、三段階の1. 2. から考える必要がある）。それと、どの「役立つ」を選ぶにしろ、科学的検証での「役立つ」は常に比較級なので、何に比べて役立つのかを決める必要

がある（統計検定とは常に「何かと何かの比較」である）。なお年齢その他、対象の特徴を具体化することも必要である。

ポイントその4—3.「目的・仮説」が具体的なら結論も書ける

時々みられる分かりにくい論文に、あの表・この表など色々な結果が羅列してあるだけで、そこから「何が言えるのか」、つまりまとまった結論が書かれていない論文がある。バラバラな結果の羅列にとどまり、まとまった結論が書けていない論文は、論文としての価値も低い（教科書などで引用するには、短い一文にまとめられる明確な結論が必要だからである）。実は、そのようなまとまった「結論」が書けていない論文では、具体的な「目的・仮説」を明確に設定できていないことが多い。反対に、具体的な「目的・仮説」が設定できていれば、「あれや・これや」の結果の羅列に陥ることも避けられる。実施すべき解析も具体的な「目的・仮説」に沿って、おのずから限定されてくるためである。

ポイントその5.「(これは)重要だから」でイントロを終えない

具体的でまとまった「目的・仮説」を提示しているイントロと対照的なのが、「このテーマは重要」「だからこのテーマについて検討する」で終わるイントロである。漠然とした「テーマ」の提示でイントロを終えてはいけない。「テーマの重要性」を示すのは、論文のスタートポイントにしすぎない。もし書くならイントロの最初の部分が良い。また、なるべく簡潔に書いた方が良い（よほど読者に馴染みのないテーマでない限り）。

イントロの中心は、「具体的な目的・仮説の提示」をゴールとした話の論理的展開であることを忘れてはいけない。イントロの最後では、この論文の「目的・仮説」（具体的に何を調べるのか）を明確に提示して終えたい。

なお「政策や法律がいつからこうなって、どうなって」といった話に字数を使いすぎてイントロの中心部分になってしまい、「だからこのテーマは重要だ」でイントロが終わってしまう論文をたまに見かける。政策や法律・制度について論ずることが目的の論文ならそれで良い。しかし一般の「科学論文」では、そのような記述は最小限に留めた方が良く、その方が本来の大切な部分を書きやすく読みやすくなる。また、法律や政令を書き連ねても科学論文のrationaleにはならない。

本稿の最初に述べたように、余計なことを書けば書くほど、肝心な話の流れは分かりにくくなる。読み手と書き手双方の頭の混乱を避けるため、不必要なことは出来るだけ削る努力が大切である。

表2 「研究テーマ」から「研究の目的・仮説」への具体化 & 研究方法の検討：

(例) 研究テーマ「学校での子どもの精神的健康評価で質問紙は役立つか？」の場合 (例えば)	
1.	「役立つか？」の意味を具体的に考えると様々な可能性がある： 「正確な結果が得られるか？」 「再現性が高いか？」 「どの教員にも使いやすいか？」 「子供にとって答えやすいか？」 「短時間で評価できるか？」等々
2.	自分は調べようとしているのは、このうちの何なのかを考える。
3.	それにそって具体的な「目的や仮説」を決める。
4.	それに合わせてデータの収集方法（質問紙の種類など）、解析方法を検討する。

■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7回「保健教育を現場で担当する立場から考える」 —養護教諭として保健教育を担当した経験をもとに—

佐 見 由紀子

東京学芸大学

Thoughts of School Health Education Practitioners —Based on the Experience in Health Education as a Yogo Teacher—

Yukiko Sami

Tokyo Gakugei University

I. はじめに

筆者は、国立大学附属中学校の養護教諭として勤務した約16年間、保健教諭の兼職発令を受け、教科としての保健教育を担当していた。もちろん、必要に応じて、教科外の保健教育も担当してきた。この中学校では、筆者が着任する20年近く前^{注1}から、保健体育教師2名は体育授業のみを担当し、養護教諭1名が保健授業を担当することとなっていた。そのため、養護教諭は3学年の保健のカリキュラムを立案し、うち2学年の授業を実施し、評価・評定を出すまで担当していた^{注2}。また、保健体育科の教育実習生の保健授業の指導も行ってきた。

筆者が着任した当初は、養護教諭が保健授業をしている間、保健室には鍵をかけ、体調不良者、けが人への対応は、各学年（各階）にある職員室で授業の空いている教員が対応していた。しかし、年々、精神疾患など個別のケアが必要な生徒が増加し、緊急の対応に迫られ、授業の空いている教員がほとんどいない場面を教職員全員が経験することによって、学校全体での議論になった。その後、入試で慢性疾患のある生徒が入学する可能性が生じた際に、「本校で病気を抱える生徒へのケアが十分に行えるのか」といった意見が出てきた。議論の結果、養護教諭が保健授業を担当することを尊重し、保健授業中に保健室勤務の養護教諭または看護師を別に置くという判断がされ、現在もその体制は維持されている。

このように、養護教諭として保健授業を担当してきた経験を中心に、保健教育の特性を発揮するにはどうあるべきかについて論じたい。また、学校現場での現状を伝えるために、現職において、教育実習校や、授業研究会で小学校から高校までの保健やその他の授業を参観した

り、現職教員の方から意見を聞き取ったりしたことも取り上げたい。さらに、保健体育を専攻する小学校や中学、高校教員志望の教職大学院生と保健や体育の授業について議論する授業を担当している。その授業の中で、今回の連載原稿を読み合い、いずれ保健授業を担当する立場としてどう考えるか、意見を聴取したので一部を紹介したい。調査結果として公表されていない内容も取り上げることから、アカデミックではないとのご指摘も受けるかもしれない。また、各学校によって異なる状況、校種によって異なる状況も多々あるであろう。そういったご批判は承知の上で、敢えて学校現場でどのようなことが起きているのか、教師がどのようなことを考えているのかを伝え、今後の保健教育について検討するきっかけとしたい。

II. 保健教育が当たり前に行われる状況にするために

教科保健の特性は、ヘルスリテラシーの〈製造装置〉としての機能を果たすことにある¹⁾といえる。現状は、教科保健と教科外保健とを組み合わせ、保健教育全体でその機能を果たそうとしている。その特性を発揮し、子どもたちが将来にわたり、健康に生きていくことができるようにするには、教科保健に焦点を当て、1. 時数を確保すること、2. 専任教員を置くこと、3. 授業実践記録や実践研究を蓄積することの3点が必要である。この3点は、どれが先には言えないが、いずれも強く関連し、いずれかが進められれば、他も付随していくものと考えられる。学校現場の状況を踏まえ、これら3つが必要であるとする理由を以下に述べたい。

注1. 養護教諭が授業を担当できるようになる20年以上前から、保健教諭の免許を取得した養護教諭が兼職発令を受け、保健授業を担当してきた。

注2. 3学年中、1学年は保健授業を非常勤講師に依頼するか、保健体育教師が担当していた。

1. 教科保健の時数の確保～教科保健と教科外保健の区分けをなくす～

まず、中学校の教科保健を担当していた立場から、いち早く改善を求めたいのは、年間の時数をもっと増やすということである。毎週1回、保健の授業がある、授業があるのが当たり前という状況にできないだろうか。高校と同様に、年間35時間が中学校3年間続けば、授業担当者も生徒も授業が毎週あることで、保健で何をどう学ぶのが日常的に問われることとなるであろう。さまざまな健康課題の変化に対応できる力を子どもたちに身に付けさせるには、1つのテーマについてじっくり学び、さらに、子どもたちが自分で追究したい健康課題を見つけ、その解決のために、情報収集し、まとめ、発表し、批評し合うといった活動をぜひ取り入れたい。しかし、1学年に1つのテーマを取り上げてじっくり学ぶほどの時数はなく、結果、教科書にある細分化された内容を1時間のみ取り上げ、次の回にはまた別な内容といったように、分断した授業が行われることが多くなっている。保健が、考え、工夫する教科とみなされていない²⁾³⁾のは、このような課題解決に向けて調べたり、話し合ったりし、その活動の中で工夫したり考えたりしたくても、そのようなねらいに即した活動を設定できないほど、授業時数が不足しているためと考えられる。

現状、中学校では教科保健の時間が3年間で48時間設定されている。3学年で単純に割ると年間16時間となる。16時間の授業を実施する場合、1学期初めから2学期の途中まで、あるいは、2学期から3学期の途中までという変則的な授業の開設となる。学期の途中から授業が開始、終了する場合、学校でどのようなことが起きるかと言えば、時間割の中に「保健」を設定せず、「体育」と設定しておき、体育の時間割の一部を保健に置き換えて実施するようにしている中学校もある。体育授業を担当する保健体育教師が様々な状況から時期を決めて実施するため、いつ実施したのか、また何時間実施したのか、他教員からすると把握しづらい。その結果、いわゆる雨降り保健になったり、定期テスト前にまとめて保健授業を実施したりする状況も起こりえてしまう。こういった状況を作り出している時数不足を解消し、中学校で週に1回の教科保健の時間を確保し、時間割に「保健」が位置付けられるようにすることが先決である。

また、教科保健の時数が確保できれば、教科外保健の必要性はほとんどなくなるのではないだろうか。高橋氏も取り上げていた²⁾ように、「教科としての保健教育は健康に関する基本的な概念を習得させ、教科外の保健教育で実践的な能力を獲得する」⁴⁾とされていたが、多くの保健教育に関する指導案を見る限り、本時の展開部分では、その授業が教科保健の枠組みで行われる授業か、教科外保健の枠組みで行われる授業かわからないことの方が多い。そのことについて、筆者は特に問題を感じていない。むしろ、よりよい保健教育を目指し、教科保健、

教科外保健の枠組みに関係なく、子どもの興味をひきつけたり関心を持たせたりするために、現代的な健康問題（現在でのコロナウイルス感染症のような題材）を一教材として取り入れる工夫がこれまでもなされてきた。また、健康な生活や行動が必要である理由や根拠を取り上げ、最終的に学んだことを子ども自身の生活に結び付けられることを意識するような活動、発問を工夫してきたであろう。教科保健の枠でも教科外保健の枠でも、保健教育に関わる時間を設定できるところに、今、目の前の子どもに必要なであると考えられる学びが提供できるようにしているのが学校現場でみられる状況であると言える。

特に、中学、高校では、小学校に比べ、より教科の標準授業時間数の確保に力が注がれ、教科外保健の時間を設定することが難しい。そのため、保健教育は、全て教科保健の時間内で網羅するしかないという状況を経験してきた。この経験から、時間確保がいつできるかわからない教科外保健の計画は置いておき、確実に実施できる教科保健の時間内に、子どもにとって必要な健康についての学びをどう盛り込み、カリキュラムを立てるかに注力していた。ただ、中学や高校でも、宿泊行事前、長期休暇前、受験期、卒業前などには必ず学年教員から依頼があり、養護教諭として、教科外保健の指導を実施していた。それは、毎年、学年の担任教員が変わっても継続しており、勤務していた3校（県立定時制高校、私立中高一貫校、附属中学校）すべてで同様であった。このような取り組みは、教科外保健の枠を設定できる、あるいは設定しなければならないから実施するという発想ではなく、これまでの経験から、子どもにとって必要であると考えて設定されていたのであり、教科外保健という枠組がなくても成立したであろうし、今後、その枠組がなくなっても継続されると予想される。

小学校では、教科保健の時数はさらに少なく、3、4年生併せて8時間、5、6年生併せて16時間、計24時間である。1、2年生で教科保健が設定されていないことや3年生以上の時数が非常に少ないことも影響しているのか、小学校における教科外保健の時間の設定は積極的であるように受け止められる。それでも、地域や学校の実況や、養護教諭の考え方によって、どの程度、教科外保健の時間が設定されているかに違いがあるのが現状であろう。

ある小学校で、3年生の第一回目の教科保健の授業において「みんなが元気でいられるためには、どんなことが関係しているのでしょうか？」という発問に沿ってグループで考え、発表する活動を参観していた時のことである。何人かの子どもが何度も「先生、今日は何の勉強だったっけ？」と質問するシーンが見られた。子どもたちが、何を目指して考えてよいか、どう意見を述べればよいのかがわからなくなっているのである。小学校1、2年生で教科保健の授業がないことに加え、年間約4時間しかない保健の授業では、何を学ぶのか、何をどう考

えたらよいのか、子どもたちが戸惑い、学びが何度も中断してしまうのは理解できなくもない。それにしても、このように何の授業か子どもがわからなくなり、活動が停滞してしまう場面を他教科の授業では見たことがない。

小学校の担任教員からも、「健康についての学習はとても重要であると感じている。もっとがんばって保健の教材研究をしたい、よい授業を実施したいが、時数が足りなすぎる。」という意見や、「子どもたちの意見を拾っていくと、どんどん話題が広がっていく。でも広がっていくと保健の授業内容から外れてしまう（個人の健康を守るという視点から外れてしまう）し、自分では収集がつかなくなる。結局、時間内におさめるためには、意見の広がりを抑え、教科書の内容を説明してまとめることになってしまう。」といった意見を耳にする。このように時数の不足によって、小学校では、さらに中学、高校以上に教科保健の中で指導したい内容が取り上げきれず、内容を深めたり、広げたりすることもできず、教科外保健の時間や他教科の学びに頼らざるを得ない状況になっている。小学校、中学校ともに教科保健の授業時数を増やすことで、少なくとも現状よりは健康のために必要な学びが保障されるようになって考えられる。そうなれば、教科外保健という枠組みの必要性は薄まるであろう。

また、小学校でも、中学校同様に全ての学年で週1時間といった教科保健の時数が確保されることが望ましいが、現状、実現可能な方法を考えると、1,2年生に教科保健の時間を数時間ずつでも設定するか、あるいは、現在ある3年生以上の時数を数時間ずつでも増やすかであろう。しかし、どの学年で最低限どの程度の学びを保障すれば、子どもの健康に関する学びが定着し、実践に活かせるようになるのかなどについては、判断する材料がない。中学校でも同様で、どの程度時数が増えればどの程度学びが広がったり深まったりするかについては不明である。こういった視点での実践的な研究が蓄積されるべきである。

2. 保健授業担当専任教員の育成を

教科保健の時数が増えれば、保健体育教師が保健と体育を両方担当することや、養護教諭が学校保健の業務と両立することはさらに難しくなる。一方、保健授業担当専任教員が養成され、各校に配置されるためには、やはり一定の時数が確保されなければ実現しないであろう。現実的に考え、七木田氏が述べた、合科型教科「保健体育科」の形態でもかまわない。そこで担当する教師が「保健」を担当する教師と「体育」を担当する教師として分離・独立することで、はじめて両翼として機能するのではないか⁵⁾との考えに、物部氏⁶⁾、今村氏⁷⁾と同様に筆者も賛同する。

現在、筆者の勤務校で保健体育教師と小学校の教員を養成する中で、教育実習中の教科保健の教材研究を通して、保健授業の面白さを実感し、「体育授業より保健授業の準備の方が楽しかった」「中学か高校の保健授業

を専門で担当する教員になりたい」といった声が毎年聞かれ、保健のみの非常勤講師に進んで取り組む大学院生、卒業生にも出会う。そのため、保健授業担当専任教員としての就職を希望する保健体育教師は一定数いるであろうと予想される。大学の養成段階で、体育を専門で担当するか、保健を専門で担当するか決定し、保健を専門で担当する者は、保健の教員免許を取得する、あるいは同等の時数の保健に関する授業を履修するようなくみをつくることも考えたい。

ただ、筆者自身が養護教諭として保健授業を担当していた経験から考えると、確かに、養護教諭が他の仕事と両立させて保健授業の専門家となる余裕はない⁵⁾。しかし、多くの養護教諭は、学校保健業務の中で、子どもの健康実態をよくつかんでおり、健康問題についての解決への意欲も高く、その責任感も強くもっていると感じられる。現に、養護教諭向け研修会では、保健授業をテーマにした研修が頻繁に行われており、自ら参加する養護教諭も一定数おり、教科保健にT.Tで恒常的に参加している方、教科外保健を積極的に実施している方、これからは是非実施したいと考えている方に毎年、多く出会う。保健体育教師の中で体育か保健かに分けるだけでなく、今村氏が保健の教員免許を持つものや養護教諭も有力な候補者である⁷⁾としているように、保健授業担当専任教員には、希望する養護教諭も加わることができるようにしたほうがよい。子どもの健康に関心があり、教科保健を担当する意欲があれば保健体育教師でも養護教諭でもどちらでも担当者としてふさわしいと考える。ただし、養護教諭が教科保健の担当者となる場合には、養護教諭を複数配置とするか、授業時に保健室勤務などを担当する非常勤講師の手配は必須になるであろう。

一方、筆者自身は、養護教諭以外に保健の教員免許も取得していたが、授業担当当初、保健の専門知識、授業を展開する知識やスキルのいずれにも自信がもてなかった。養護教諭の中に一定数、授業に踏み込めない理由として、授業についての学びの少なさとそのことによる自信のなさを挙げる方がいる。学校保健学や衛生・公衆衛生、栄養学、生理学、薬理学、精神医学、看護学などを受講することで、学校保健管理に関わる基礎知識は身に付いたものの、子どもを対象とした視点は薄く、子どもに教科保健として指導するには、知を再構築する必要がある。こういった経験から言えば、「保健科教育学（保健科学）」といった教科保健に必要な基礎科学を学習する必要がある。保健体育科や養護教諭の別なく、養成コースでは、教科保健としての基礎科学を確実に学ばせることで、その重要性や意義が十分に伝わり、教科保健を担当したいという意欲が高まるよう注力すべきではないだろうか。また、現場に出て、実際に子どもを目の前にし、その特性や健康実態を知った際、筆者自身もどう教科保健の授業をすすめたらよいか、強い問題意識をもった。同時に、学びたい意欲と授業への強い不安もさらにもつ

ようになった。こういった経験からは、学部や大学院のコースで学校現場における実践をより多く体験しながら、大学教員によるスーパーバイズを得て、理論とのすり合わせをすることができるようにしてはどうか。また、現職教員が実践をしながら、教科保健の授業をよりよくしていくために、学部や大学院の授業を容易に受講できるしくみをつくっていく必要があるのではないだろうか。

3. 教科保健の実践記録と実践研究の蓄積を

授業を実践する際に、これまでどのような教科保健の実践があったのか、参考にしたくてもどこでどう情報を収集してよいかわからないといった声が学生からも現職教員からもよく聞かれる。このような事態も、教科保健の実践とその質の向上を阻害する要因であると考えられる。

学校保健研究にアクセスすると、他の雑誌や学会誌に掲載されたものを含め、過去のよりよい実践や、実践研究が集約され、どのような教材、展開が子どもたちの知識や意識にどういった影響を与えたのかといった情報やデータにアクセスできるしくみが構築されることを望む。また、学会誌において教科保健の特集を組む、学会大会においてシンポジウムや講演を設定することを継続して実施し、よりよい実践や実践研究に役立つ情報提供や意見交換の場の提供をしていくことも引き続き期待したい。

物部氏は理科教育学会を例に、実践知を蓄積されるような仕組みづくり⁶⁾の必要性を述べているが、筆者も賛同する。他にも、公益社団法人日本数学教育学会では、小学校向け「算数研究」、中学・高校向け「数学研究」をそれぞれ年6回刊行し、実践に役立つ研究を取り上げている。さらに、「数学教育学論究」を年に2回刊行し、算数・数学の基礎的、科学的研究を取り上げており、参考になる。その他、例を挙げると教育心理学会では、教科保健の内容ともかかわりの深い心の健康に関する授業実践を頻繁に取り上げ、原著【実践研究】として、掲載している。編集規程には、「原著論文は、実証的、実践的、または理論的な研究とする。原著論文の内、実践研究は、教育方法、学習・発達相談、心理臨床等の教育の現実場面における実践を対象として、教育実践の改善を直接に目指した具体的な提言を行う教育心理学的研究を指す。この場合、小・中・高校の学校教育のみでなく、幼児教育、高等教育、社会教育等の教育実践を広く含めるものとする。」⁸⁾とある。実践的な研究と基礎的な研究のいずれもが重視され、対等に取り上げられる工夫がされており、参考になる。あるいは、基礎的な研究は学校保健学会で、実践的な研究は保健科教育学会で取り上げていくという考え方もあろう。それぞれの学会がどのような目的、特徴をもって活動を進めていくのかについても議論が必要であろう。

教育研究において証拠に基づいた政策立案のための証拠が固められていくには、再現研究・追試研究を含めた、証拠の積み重ねが「推奨される」土壌と、理論と実践を

超えて幅広く信頼性を確認する制度が発展していくこと⁹⁾が期待されている。教科保健に関する実践研究がさらに遂行され、蓄積されていくためには、まず実践そのものが重要視され、その上で、量的データはもちろんだが、それに限らず、授業の内実がわかる実践研究、例えば教師と子どもの言葉のやりとりや感想文といった質的データの分析についても、重要な研究データとして位置付け、査読により研究の質を高めていくことが期待される。

Ⅲ. 保健科教育学の構築のために

先に述べたように、教科保健の実践の根拠となる保健科教育学の構築は必須であるが、未だ構築途上にある¹⁰⁾。保健科教育学を構築するために、どのようなことが必要であろうか。

1. さまざまな教科による議論を通して教科保健の特性と重要性を見出す

前述の通り、筆者が勤務していた中学校では、完全に保健と体育の授業を分担していたが、保健体育教師2名と養護教諭1名の計3名が保健体育科チームとして、体育と保健の授業を互いに参観し合い、意見交換を常に行っていた。毎年、研究協議会、公開授業や校内研究会といった授業を公開する機会が複数回あったことも大きい。教科としての共通したテーマ、目標を設定するために議論し、それぞれの共通点を見いだすようにしてきた。また、保健と体育の授業それぞれの特性、違いについても話し合ってきた。1つの教科でありながら、共通点以上に相違点を知ることによって、自身の担当する保健や体育の授業の特性を把握し、授業の中身を深めたり、広げたりすることが可能になっていったと感じている。

校内の全教科の教員で、それぞれの教科の授業を参観し、その教科の特性を議論するという機会も毎年数回設けられていた。その中で、「保健の授業の特性は何か？」と問われた際、授業を担当する1年目の筆者が、「生活に密着し、今とこれからの自分の生活に役立つ内容である」といった説明をしたところで、国語科、数学科の教員から痛烈に批判されたことを覚えている。国語で扱う言葉や数学で扱う数の概念は、いずれも生活に密着しており、今とこれからの自分の生活に役立つ内容であること、生活に役立つように授業の工夫をするのが教師の仕事であり、保健のみの特性ではないというのである。すべての教科が「健康」「言葉」「数」などの窓を通して、子ども自身の生活をよりよくすることを目指して学びを展開しているのだということに気付かされた。また、保健の授業参観後、理科の教員からは、「理科でも保健でも体を扱うが、理科で取り上げる体はヒトという生物としての体であり、冷たく概念化されたものである。しかし、保健で取り上げる体は、生きた自分の体であり、成長したり老化したり、変化する温かい体だと思う」といった意見が挙げられた。こういった他教科の教員の意見が、その後も筆者が保健の特性を意識し、授業づくりをする

礎となっていた。

保健科が単一教科となっても、現状のままの体育との合科であっても、他教科との合科となったとしても、体育と保健の授業担当者が互いに議論し合ったり、あるいは、他教科の授業担当者と議論し合ったりすることがなければ、その特性を明確にしたり、学校内でその必要性を見出したりしていくことは難しい。学校現場において、こういった教科を超えた教員同士の議論によって教科保健の必要性を見出していくことが大切である。

同時に、現職教育が学習者の学力を向上させるために効果的な7つのポイントの1つに「学校内の教師だけで取り組むよりも、学校外の専門家も加わることの方がより効果的」¹¹⁾であるとされている。学校内の教員同士だけでなく、本学会の学会員である教科保健の専門家が学校内の研修会に積極的に参画していくことも求められる。

2. 保健独自の評価・評定の設定～特に中学校の評価・評定の改善～

高校では、保健科と体育科で分けて評定を記載する。また、小学校では、体育科として保健と体育を合算した評定を出す。3年生以上では、保健に関わる観点別評価欄があり、保健授業を実施していない学期には斜線が引かれ、保健授業を実施した際には観点到に評価が記載される。しかし、中学校だけは、体育と保健を合算して観点別評価も評定も記載する。そのため、筆者の勤務していた中学校では、体育と保健の観点別評価と評定を合算した上で、1人1人の生徒について体育での取り組み、保健での取り組みを共有し、評価が妥当であるか検討する時間を設けていた。保健授業で見せる姿と体育授業で見せる姿が全く異なる場合もあり、生徒理解には繋がったものの、どう評価・評定に反映させるべきか、悩み、夜遅くまで議論することもあった。しかし、どんなに議論を重ねて決定した評価・評定であっても、多くの子どもたちから、その後、問い合わせがあり、体育と保健のそれぞれの評価・評定はどうであったのか、個別に対応することがほとんどであった。子どもにとって、合算であることのメリットは果たしてあるのだろうか。体育授業の中でも、陸上の単元と球技の単元の評価を合算して1学期の評価を出している場合は、子どもの関心や特性によっては、それぞれの単元で異なる評価がでている場合もある。ましてや、体育と保健では全く異なる取り組みを行っているため、それぞれについてのフィードバックが子どもには必要である。

2016年度に、2年間保健の授業を実施せず、体育の授業に充てていた中学校について新聞やニュースで報道された。生徒指導上の課題対応として、体育分野の指導に力を注ぎ、保健分野での学習指導をしてこなかったという¹²⁾¹³⁾。このようなことがなぜ起きたのか、小学校の教員や、中学・高校の保健体育科教師が集まる研修会で意見を求めたことがある。小学校から高校までの教員を含むグループで意見交換をした結果、複数のグループから

次のような意見が出た。「小学校や高校と異なり、中学では、評定も観点別評価もすべて保健と体育とを分けずに合算で記載するため（ニュースの当時は「技能」の観点を除く）、中学校では保健授業を実施しなくても、体育授業のみで評価・評定を記載できてしまうから、実施しない学校が出てきてしまう」というものである。考えてみると、さまざまな研究協議会、公開授業などに参加すると、新しい授業の提案があった後に、授業の協議会では、必ずと言ってよいほど「そういった授業をした後、どのように評価・評定を出すのですか？」という質問が出る。筆者が思っている以上に、現場の教員は、最終的に出さなければならない評価・評定を意識し、それに縛られているとも考えられる。であるとすれば、まずは、中学校の保健体育科の評価・評定を、高校と同様に保健と体育で分けて記載するようにするよう変更できないだろうか。子どもたちにとっても、評価を通して、自身の学びを振り返り、今後の学びに生かしていくことを考えると、体育と保健の授業の評価・評定が合算になっていることのメリットはないと考えられる。中学校の子どもたち、保健体育教師いずれにとっても、体育と保健の評価・評定を分けることで、保健授業自体の取り組みへの意識を変えていく可能性があるのではないだろうか。そして、その先にこそ、保健独自の評価・評定のあり方について議論がさらに深まっていくはずである。

3. 保健体育科の大学院生は保健教育がどうなっていくべきだと考えているか？

現職教員3名を含む大学院生計11名（体育科教育分野10名、保健科教育分野1名）に、今回の連載論文をすべて読んでもらい、保健教育の未来について意見交換をした。その結果、ほとんどの院生が体育から保健を独立させ、保健授業担当専任教員を置いた方がよいと考えていた。主な記述例としては以下の3つが挙げられる。

- ・保健科は保健体育科という枠組みだけで考えることができない教科である。「健康で豊かな生活を送る」という教育の目標を達成するにあたり、保健は軸になる教科であり、保健体育科で教えれば良いのではなく、様々な教科の成果として保健科の目標が達成される。保健科を独立させ専門家の育成が、教科として充実する道である。
- ・日本の保健科教育は合科という形をとっているが、フィンランドの保健科教育の仕組みや制度¹⁴⁾、授業での議論も踏まえると、日本も独立した教科として保健を扱う方がよいのではないか。合科の場合、保健科教育の存在が薄れてしまう。科学的認識や、保健観を育てていくよう内容が充実した授業を実施するには、保健科の専門家や保健科の重要性を理解した教師でないと、それを子どもたちに伝えたり理解させたりすることは難しい。
- ・保健体育科の教員に「先生の専門は何ですか？」

と聞くと、自身が学生時代に行っていたスポーツを答える者がほとんどであろう。「保健です」と回答する教員はまずいない。ここに、「自分は運動を教えるのが仕事だ」という暗黙の了解があることを指摘できるのではないだろうか。そのような教員が保健の授業に消極的であるのは、いわば当然のことと言えるかもしれない。教科保健を担当する教員の専門性を高め、生徒が深く学ぶことのできる授業を展開するためにも、まずは「保健科」として教科を独立させ、それに見合った教員養成機関へと大学、学部・学科を改変するべきである。

院生の議論を聞く限り、よりよい教科保健の授業を目指すということを中心に据えて、保健科の独立と保健授業担当専任教員が必要だと考えていた。決して、自身が体育を専門としており、保健は専門でなく、担当できないといった考えに基づくものではない。現に、議論の中で、もし保健授業担当専任教員の制度ができたなら、自身は保健を担当したいという意見を述べた者も数名いた。

また、以下のように、海外の例を参考に、教科再編や自治体レベルでのよりよい授業の実践と蓄積を求める意見や、教員採用試験の保健の問題の増加を求めるといった意見も挙げられた。

- ・フィンランドの事例¹⁴⁾をもとに、今後の日本の健康を支える体制を作るためには、理科・社会科・家庭科等の内容を踏まえた教科の再編成、体育・保健の分科を検討すべき。
- ・植田氏が紹介したアメリカの連邦政府レベル、州レベルでの検討¹⁵⁾のように日本でも自治体などの自由裁量に任せ、保健教育のあり方を検討し、よい実践を蓄積していく。
- ・保健体育科の教員採用試験における保健の出題数の比重を大きくすることで、より詳しく学ぶ必要もでてくるし、大学でも授業をしっかりと行わなければならない。

さらに、現職教員の立場から、中学校では、さまざまな外部講師を巻き込んだ取り組みにより、保健の教材研究への意識が改善した例、小学校では、学年間の内容のつながりや保健と体育の内容のつながり、現実性のある教材の開発により、保健の授業をよりよくしていくという提案がみられた。

- ・（中学校勤務）保健体育教師が保健の重要性を認識し、重要性を把握し、体育や他の教科との関連、歴史的な流れやコロナウイルス感染拡大など旬の話題を生かした授業作りをすることが大切である。所属校ではさまざまな外部講師を巻き込んで保健授業を実施している、このような取り組みは保健

体育教師6名に刺激を与え、それぞれの教材研究につながっている。教員の意識をどう変えていくかがまず第1歩ではないか。

- ・（小学校勤務）授業時数の少ない小学校では毎時間がトピック的になってしまい知識の伝達と保健的な生活指導になりがちである。科学的認識を大切にするのであれば、学習内容を精選しなくてはならない。一方で小学校段階の子どもでは健康ということ概念化しにくいという課題もある。子どもが健康について切実に考える必然性や必要感、または健康について考えさせられるような経験が学校内外においてほとんど無いことも要因であると考えられる。そこで、保健の学年間の関連や保健と体育の関連、健康について学ぶ切実性のある教材の提示などが必要である。

中でも、注目したいのが、「保健科教育学」の構築に関する以下のような記述である。

- ・教員養成の段階でより保健科の重要性や何を学ぶ教科なのかを考えられる機会や内容を学生に提供できるようなカリキュラムを検討することや、フィンランドのように現職教員が講習を受けられる制度¹⁴⁾と内容を検討するところから変えていくことが必要なのではないだろうか。少しでも教員や教員になる学生が保健科とは何を学ぶのか、なぜ必要なのかを考えたり学んだりする機会があるだけでも日本の保健科教育は変わる。
- ・養成段階での保健科に関するカリキュラムや現職教員が受ける講習内容を吟味していくことで、保健科教育学が構築していけるのではないか。
- ・まずは現場の保健体育教員が体育と同様か、それ以上に保健授業に対して研究を深めていくことが重要である。保健体育教員の中で保健教育の重要性を共有し授業研究を行うことで、時数の不足や教科書の質の問題がより顕在化し、制度改革や教科書の内容に関する研究、保健科教育学に関する研究が進んでいくことが考えられる。そうすることによって徐々にではあるが悪循環から、好循環に変化してくのではないだろうか。

こういった保健体育科を専攻する若者たちの意見も聞いていくと、新しい視点はもちろん、これまで議論されてきたものの、置き去りにされてきた視点についても改めて見直さなければならないという気持ちにさせられる。体育や他教科の教員、研究者はもちろん、これから保健授業を担当する学生や院生の意見も取り込みながら、従来のしくみややり方、考え方に捕らわれず、新たな発想で保健科教育学を構築していくことが必要である。

Ⅳ. 終わりに

主に、保健教育を学校現場で担当した立場から述べてきた。しかし、これらの意見は、現在、教員養成をし、保健教育について研究している立場の自身に全て跳ね返ってくる。実践者を経験した研究者として学校現場の状況にはこれまで同様に敏感でありたいし、学校現場と研究をつなぐ役割も果たしていけたらよいと考えている。

最後に、教職大学院の保健体育科コースにおいて、授業・研究指導をする立場で感じていることを補足して取り上げたい。

まず、保健科の授業研究をしている院生が論文発表している際、体育科教育を専門とする大学院生や現職教員から、「こういう保健授業は私の学校でも実施していた」「こういう実践は過去の研究発表で見たことがある」、「よって、新規性に欠ける研究である」という意見がでることがたびたびある。しかし、雑誌論文、附属学校や大学の紀要論文、学会誌の投稿論文、成書などをくまなく調べても、そういった実践が公表されていないことが多い。たとえ、過去に見たことがある、聞いたことがある実践、すぐれた実践であっても、それが公にされていなければ、その実践はないに等しい。これまでのすぐれた実践、現在、進行しているすぐれた実践を見出し、みなとの共有財産にしていく必要があると実感する。同時に、過去のすぐれた実践について、客観的な視点で授業による影響を分析されていなければ、あらためて実践し、分析し、どういった点ですぐれていたのかを示す実践研究の蓄積も必要であろう。

また、実践研究論文を院生と輪読する授業では、体育科教育における実践研究論文の豊富さに驚くとともに、その問題意識や分析方法においては、大変、参考になる。一方、体育科教育の教員に保健科教育の研究論文を読んでもらい、保健科教育の歴史や、授業実践上の課題や過去に開発された教材などを紹介すると、大いに関心を示してくれている。同一教科でありながら、実践や研究の交流がどの場でも十分に行われているとはいえないことに気づかされる。同時に、体育科教育の実践研究では、執筆者が陸上競技、バレーボール、体操競技など専門種目を持ち、自身の実践経験を踏まえ、授業での指導を考えているという点で授業の実践研究における専門性の高さを痛感する。筆者の例でいうと、保健教育で取り上げる発育発達、生活習慣病、交通事故、栄養学、環境問題などといった内容において専門であるわけではなく、保健授業での指導が専門と言える。しかし、内容的に専門性の高い方に研究に入ってもらうことで、もっと有益な議論が行われ、よりよい授業が作り上げられるのではないかと感じる人が多い。保健教育の目標論、内容構成論、教材論を含めた保健科教育学を構築していく際、こ

れまで以上に積極的に、保健教育のそれぞれの内容における専門家を取り込んで議論していく必要があると痛感している。

文 献

- 1) 森昭三：改めて健康教育を考える—保健科教育は特性を発揮しているであろうか—。日本健康教育学会誌 21：334-337, 2013
- 2) 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
- 3) 日本学校保健会：平成28年度 保健学習推進委員会報告書。2017 Available at : https://www.gakkohoken.jp/book/ebook/ebook_H280040/index_h5.html Accessed August 21, 2022
- 4) 吉田螢一郎：保健学習と保健指導。健康教室 34：20-30, 1983
- 5) 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見るのか。学校保健研究 63：106-112, 2021
- 6) 物部博文：保健教育が教科にある意味を考える—保健科教育の立場から—。学校保健研究 64：52-57, 2022
- 7) 今村修：保健教育の教員養成と研究者養成を考える—保健体育教師養成の立場から—。学校保健研究 64：164-169, 2022
- 8) 日本教育心理学会、『教育心理学研究教育』編集委員会：心理学編集規程。Available at <https://www.edupsysh.jp/henshuu> Accessed August 24, 2022
- 9) シャベルソン JS, タウン L：科学的な教育研究をデザインする—証拠に基づく政策立案 (EBPM) に向けて—(齊藤智樹監訳, 米国学術研究会議監修), 95, 北大路書房, 京都, 2019
- 10) 和唐正勝：それって、保健っぽくない？ 体育科教育 63：9, 2015
- 11) ハッティ J：教育の効果 メタ分析による学力に影響を与える原因の効果の可視化 (山森光陽監訳), 142-143, 図書文化社, 東京, 2019
- 12) 教育新聞：保健分野を2年間未履修 体育分野に充てる。2016年6月9日 Available at https://www.kyobun.co.jp/news/20160609_01/ Accessed August 21, 2022
- 13) テレビ朝日ニュース：「保健」の代わりに「体育」東京・東村山市の中学校。2016年6月8日 Available at https://news.tv-asahi.co.jp/news_society/articles/000076574.html Accessed August 21, 2022
- 14) 小浜明：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—。学校保健研究 63：181-189, 2021
- 15) 植田誠治：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見た課題と解決の方向性—。学校保健研究 63：175-180, 2021

■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7回「保健教育を現場で担当する立場から考える」 —保健体育教師の声を聴く：課題をどのように認識するのか—

七木田 文彦

埼玉大学教育学部

Thoughts of School Health Education Practitioners Listening to Voice of Health and Physical Education Teacher—Recognition of Issues—

Fumihiko Nanakida

Faculty of Education, Saitama University

Key words : health and physical education practice, teaching material research,
professional development, extracurricular sports activities, life-history interview
保健体育の実践, 教材研究, 専門性の開発, 運動部活動, 教師の語り

I. はじめに

2016（平成28）年6月、東京都東村山市の公立中学校において、2年間にわたり保健の授業が行われていないことが報道され大きな問題となった。これに対応して全国各地の教育委員会は所管する学校の実態について実施状況の確認を行った。5年を経過した今日においても、中学校における保健授業時数48単位時間（3年間）^{註1)}のうち、授業時数が40時間に満たない学校は依然として存在する^{註2)}。

授業実施時数の少なさについてはこれまで幾度となく指摘されてきた。しかし、教室・学校の実態を観察するならば、それ以上に保健授業の厳しい現状と課題が浮かび上がってくる。

本稿では、北海道から鹿児島県までの小学校、中学校、高等学校の体育・保健体育を担当する教諭20名の証言（1名あたり約2時間の聞き取りを行った）をもとに、その語りの中から保健教育の課題を顕在化したい。

II. 試験問題から見える教師の意識

首都圏のある公立中学校で、2021（令和3）年に実施された定期試験を見せてもらうと目を疑う内容が出題されていた。

第一学年一学期末に実施された保健体育の試験問題には、「保健の授業を担当した先生の名前を書きなさい」と出題されていた^{註3)}。この解答が学期の保健の学力として点数化されているのである。同じ試験問題は、この学校に限定したことはない。同県他市の中学校においても同様の試験問題が出題されていた。このような実態について各地の保健体育教師に話を聴くと思いがけない反応が返ってきた。

その問題が実際に出題されていることに驚きを示す一方で、「出題の意図を理解できる」という。

これまでの教育困難事例や教職の多忙さ¹⁾と関係して、「そうした学校が存在していてもおかしくない状況だと思う。ただ本当にそうした問題を出題してしまうことには驚きます」と教師は驚きながらも理解を示した。

上記2校は、教育困難校と進学校における実態である。教育困難校では、保健の授業にかかわらず、授業の成立が難しく、進学校では五教科以外の教科は重要視されていない。保健の試験は、高等学校受験の内申点に反映させる試験として作成されている側面がある。

二極分化した学校の実態は、首都圏の中学校に限らず、全国の高等学校でも散見される。試験問題に担当教師の名前を書くことを求めないまでも、学力で輪切りにされた教育困難校や進学校においては、保健授業の実施、または成立要件は大きく異なる。高等学校の実態について、東北地方の保健体育教師は、「保健の授業に限らず、体育の授業も同様に授業の成立が難しい状況にある」と語る。

この言葉に偽りはないだろう。そうした状況においても授業を成立させる工夫や生徒に対応した授業を行うことで学びを生み出すことは可能だろう（他教科を考えてみれば、学力に応じて授業を構成している）。そうならば、このような状況に対応できない教員の意識、または力量が問題となる。それは教員の個人的特性によるものなのか、それとも保健体育教師の特性によるものなのか、または保健体育教師の意識と力量ではどうすることもできない構造的な課題が存在するのが重要な検討課題となる。

III. 常態化した極端な一斉指導

保健授業の実態は、さらに深刻な状況にある。

首都圏のある公立中学校における保健授業は3クラス

合同で行われている。体育館に3クラスの生徒が集められ、パワーポイント（以下、PPTと表記）に示されたスライドの説明で授業が進む。体育館に座る生徒たちは膝の上に置いたノートとプリントに穴埋めでキーワードを書き込むだけである。「主体的・対話的で深い学び」と言われて久しいが、そうした学びの姿とはほど遠い授業である。体育館の後方に座る生徒たちはPPTに映し出される文字が小さすぎてよく見えず、前後左右で答えを確認しながらノートに書きうつす。このような授業は、同市だけではなく、近接する市の保健授業でも日常的に行われており、教育実習生への研究授業も同様のスタイルで行われている場合がある。

なぜ、こうしたことが生じているのだろうか。

これらの中学校における学年のクラス数は6～8クラスで、保健体育の教師は講師を含め4～5名、1名の教師が1日に担当する授業数は、保健体育の授業にロングホームルーム（ホームルーム活動）、特別活動、道徳の授業を含めると平均約5時間（曜日によっては6時間、4時間の曜日もある）、空き時間は1日平均1時間（50分）である。その1時間も生徒指導や保護者対応、学校行事、中体連等の仕事ですぐに消費される。放課後は部活動の指導があるために18時過ぎまでは余裕がない。そこで、3クラス合同で保健授業を行うならば、3名のうち1名の教師が授業を行うと2名の教師はフリーとなる。授業を行わない2名の教師は、そこを空き時間として他の仕事をこなしているのである（または、体育館の後ろで授業を見守っている）。

働き方改革²⁾にて退勤の時間が早まった結果、学校でしかできない仕事は早朝に出勤して行うか（朝の残業）、空きコマを作り出すしかない。そこで考えられたのが保健の授業時間利用であった。

このことについて長野県の中学校教師は次のように語る。

「同じ時間に2クラス合同で2名の教師が同じ授業を並行してやっておいて、4月、5月にある程度生徒を躰けておいて、授業はこうやって流すということを生徒がわかっているならば、2クラス同時に流れているので、教師は2人いない。もう1人が中体連の会議に行くとか」

もちろん、ここで紹介した学校の実態は全国的に見れば一般的ではないだろうし、この話を聞いて憤慨する保健体育教師もいるだろう。同じような勤務状況の中で、わずかな時間や休日を教材研究にあてて授業に取り組んでいる教師も存在する。

他教科では、3クラス合同の授業はまず行わないだろう。都合がいいからとの理由で、なぜ保健の授業では3クラス合同という発想になってしまうのだろうか。生徒一人ひとりの学びよりも授業を行う上での効率性が重視されてしまうのはなぜなのだろうか。

Ⅳ. 「雨降り保健」は解消したのか

これまで保健と体育の関係は、体育優位の効率性から「雨降り保健」として行われてきた。

「雨降り保健」という言葉は、戦後の保健授業について、体育の授業時に雨が降ったことでグラウンドが使えないことから、そのときに保健の授業を行うことを意味し、表現した言葉である。このことが体育優先、保健軽視の象徴として語られてきた。

今日の授業において、「雨降り保健」の状況はどうなっているのだろうか。

東京都内の中学校で保健体育を担当する教師に現状をたずねると、「雨降り保健」は年間指導計画上も、実際の運用上も、効率的な方法であるという。一学年8クラスの中学校の場合、全学年で24クラス、このクラス数と人数がグラウンド、体育館、武道場の限られた体育施設を分け合い、過密時間割の中で体育の授業が行われている。ひとたび雨が降るとグラウンドは使えないし、雨や雪の日に実施できなかった体育の授業はスケジュールを調整して組み込まなければならない。この調整は体育施設の調整だけではなく、他教科の授業スケジュールを巻き込んでの調整となる。そのため、雨の日に保健の授業を実施することは調整が容易である。梅雨の時期や台風の時期、地域性を考慮すると長雨による時間割調整は困難であることも多く、「雨降り保健」は効率的な方法となる。

学校では、担当教員の人数、体育施設、天候、年間指導計画等を考慮して「雨降り保健」を現時点でも積極的に選択しているところがある。やり方しだいでは「雨降り保健」を効率的に機能させていることもあるのだろう。

しかしながら、こうした保健の効率的運用も、これまでと同様、体育優先の立場から保健を都合良く配置しているに過ぎない。つまり、体育の優位性は変わっていない。

これまで「保健」と「体育」は両輪と語られてきた³⁾。その機能は、どちらかへの依存の関係を乗り越えた両分野の独立性の上に求められるものだろう。それが内容を抜きにして、運用上の機能のみで接続されているように見える。有機的連関として機能することが合科型教科「保健体育科」としての本当の意味である。これが単に接合だけの合科型教科であれば、合科である合理性と根拠をどこに求めればいいのかを明確に示すことが求められるし、それを担う授業担当者もわかるべきか、わけざるべきかの担当者適切性への議論へ進むことになるだろう。

Ⅴ. 保健と体育の単元・教材研究の受け止め方

埼玉県の保健体育科教師は、「保健と体育の単元と内容構成は、教材研究の見方に影響を与えている」と話す。

例えば、サッカーの単元が一つの種目で10時間のまとまりをもつのに対して、保健の学習内容は、多岐にわたる内容が一つの単元にまとめられている。体育は10時間

連続した一つの種目として教材研究ができるのに対し、保健は「心身の機能の発達と心の健康」の単元の中に「身体機能の発達」「生殖に関わる機能の成熟」「精神機能の発達と自己形成」「欲求やストレスへの対処と心の健康」と多くの内容が含まれている。そのため教師の感覚として、保健は1時間あたりの教材研究に多くの時間が費やされる感覚を持っている。言い過ぎかもしれないが、サッカー10時間の教材研究と保健授業の1時間分の教材研究が同じ程度に受けとめられている。こう受けとめられている保健の内容について、山形県の教員は次のように語っている。

「保健は1時間に学習する内容が多く、かつ時間も限られていることから深められずに終わってしまう。だから、これだけの量を全部やるって思わないで、抑揚をつけながら整理して、絶対大切なところはじっくりやる。さらっとやるところもでてくるけど、そこを含めて保健は整理することが大切だと思う」

さらに長野県の教員は保健と体育の授業の関係を次のように語る。

「今の子どもたちは運動経験が少ないので、これまでとは異なり技能習得に時間がかかる。バスケの教材準備を行いながら保健の準備もしなければならないのはすごく大変です」

このように、保健体育教師の意識には、子どもの実態の変化に対応して、保健と体育の教材研究を同時に行うことへの困難、保健の教育内容と時間のバランスの中でできることをできる範囲で行う選択がなされている。

VI. 手厚い資料等の提供は教師の力量を向上させるか

インタビューに答えた教員は、「今日の勤務状況では、教材研究にまとまった時間をとることはとても難しい」と口を揃えて語る。保健体育の教員の場合、生徒指導や運動部活動、これに付随した中学校体育連盟、高等学校体育連盟（以下、中体連、高体連と表記）と多くの役割（または役職）を負っている場合が多い。そのためか、教材研究に取り組む時間は限定的である。

多くの教員が時間のない中で保健授業の教材研究の活動としてあげるのは、「身近な疑問から立ち上がる疑問を書きとめ、日々のニュースや新聞、雑誌等に網を張り、授業に使える話題を収集する」ことであるという。

「学期中は授業の準備はできても教材研究までは手が回らないので、集めた話題について、土日や長期休暇中のまとまった時間に教材研究を行う」

こう語るのは、「保健の教材研究は体育の教材研究と

同様に熱心に行っている」と自評する教師である。そうした教師であっても参考にできる教材にアクセスできる環境の整備、または身近なサポートを望んでいる。手軽にアクセスできる媒体としてあげられるのは、教師用指導書、商業雑誌、専門書籍、インターネットでのアクセス情報等である。特にインターネットで得られる情報や、QRコードから「手軽に入手できる情報の充実は必須」と語る。

これらの媒体による教師へのサポートは、ICTの充実と共に年を追うごとに手厚くなっている。手軽にダウンロードできる指導案や教材・教具の素材集、板書例、さらに検定教科書には、発問や学習者の具体的な活動までもが記載されている。

教師が様々な媒体に求めているのは、自らが教材開発をしなくても使えるよい教材、その教材や発問を用いれば上手く授業をおこなえる方法である。

便利で手厚くサポートされた環境が網の目のように整備されていくことに、教員の声は様々である。

若年層の教員は教材研究の時間がとれないこと、また経験知もなく、体育の教材研究に時間がとられてが回らない。そのため、オンラインでの情報入手やQRコード等からアプローチできる素材の充実は歓迎される傾向にある。

一方、力を入れて保健の教材開発に取り組んできた（self-made）ベテランの保健体育教師の反応は逆で、近年の流れは教員の力量を低下させてしまう（layman）との危惧をおぼえている。

教材研究は自らの力で行い、子どもとの相互関係の中で力量を形成してきた世代からすると、容易に教材や発問が提供される媒体に対しての危惧がある。「教師の特権である教材研究を自ら放棄しているのではないか」というのである。

そして次のように述べる。

「充実させてもいい。それを使うかどうかはその教師の判断に任せられている。ただ、これをきっかけとして、自らの教材研究に発想などを落とし込みながら保健の授業ができるようになってほしい」

ここで述べているのは、「提供された教材でも授業はできるだろう。しかし、子どもの学びを生み出す実践はこれとは別であるとの意味を理解してほしい」との声である。

このことは何も保健体育の教員に限ったことではないが、以上のような教員へのサポートが授業の実施（do）に寄与するのではなく、学びを生み出す関係を形成する視点（practice）から準備されていると受けとめる必要がある⁴⁾。

VII. 保健授業と体育授業の熟達の違い

教師は、授業を行うことによって専門家としての力を発揮している。自らの判断と行動にもとづき授業を創り出すところに教師の専門性があり、そこに教師一人ひとりの独自性が現れるとされる⁵⁾。教師の認識として、保健体育教師の熟達過程では「保健」と「体育」には大きな違いが見られるという。

中学校における体育は3年間で267時間程度、保健が48時間程度とされているように、保健体育教師が担当する授業の多くは体育である。そのため、教師は体育の教材研究・授業準備を優先して行うこととなる。

教員に採用されて間もない頃の授業準備は、それなりに時間をかけて教材研究をおこなう。これが上手いかわからないときには、「同僚のベテラン教員の授業を横目に参考にすることが多い」という。体育の授業は、グラウンドや体育館で行われているため、他の教員が行っている授業は容易に観察できるし、すぐに参考にできる。同僚教員に影響を受けるこの頃が、「教師としての教育観・授業観を形成する重要な時期となる⁶⁾」といずれの教員も口を揃えてそう語る。先のように体育の授業は、他教科と比べて日々の中に熟達・洗練できる環境が整っている。

一方、保健の授業は教室で行われる。他教科と同様、授業が教室に閉じているために、特別に授業を見せてもらわない限りは、保健の授業を目にすることはないし、参考にすることもできない。

教師は、「研究会で体育の授業を見ることはたくさんあるけど、保健の授業を見ることはまず滅多にない。そういう中で自分が保健の授業に手をつけるときに、どこから手をつけていいかわからない。ということがあるんだと思う」と語る。そこで保健の授業イメージを形成する段階で頼りになるのは、自らの被教育経験か教員養成における学びである⁷⁾。

このような状況を教師歴30年以上になる教師は次のように話す。

「体育は他の教員が近くで授業をやっているから下手なことではできないし、お互い参考にしながらやっていくことができるんだけど、保健の授業は体育の授業のようには見えないし、教員の意識レベルがかなり違うと思う。保健の授業は学年で一応打ち合わせはするけど、範囲の確認だけで、授業は全部個人に任せられているから適当に流せてしまう。ほとんどやらずに済ませちゃっている人もいると思う。どこからもチェックや点検がされずにやれてしまうから」(傍点筆者)

保健体育教師にとっては、「体育は人を動かさないといけないけど、保健は座っていてくれるからそれだけで授業が成立しているように見えてしまう」といった「やれてしまったような感覚」があるという。

VIII. 保健の授業は簡単な

保健体育の教員は、教員免許状取得後、すぐに教員として採用される者だけではない。様々な立場、経験を経て保健体育の教師となっている場合も多い。教科の特性上、これまでの競技経験を経てから採用される教員、また、年代によっては教員採用人数が少なく、一般企業への就職を経て教員となる場合、数年の臨時採用経験の後に採用される場合など、そのルートは様々である。

そして、保健体育の免許状だけではなく、小学校教諭免許状、中学校・高等学校の他教科の免許状を有している教員もいる。

このような多様な教員経験をもつ教員へのインタビューからは興味深い声が聞こえる。

他教科を担当した経験や他校種を経験したことのある茨城県の教員は、「保健の授業は他教科よりも授業が行いやすい」、「教材研究が他教科よりもやりやすい」と語る。

例えば、社会科(歴史)と比較した場合、「生徒の興味関心は日常生活に接点を持つ保健の方が学びにつなぎやすい」、また、「教材研究を行う際、インターネットで検索すると、身体に関すること、病気に関することなどは情報が豊富で調べやすい」という。

これに対して歴史は「インターネットでは保健よりも情報が少なく、調べることに困難が伴うことがあり、かつ現在の生活に接点が見出しにくいために生徒の興味関心を引き出しにくい」といった声が聞かれる。

一方、保健体育の教員の中には、「保健」と「体育」を比較して「保健」よりも「体育」の授業の方が難しいという教員もいる。そう話す埼玉県の教員は、「自身の専門であるがゆえに体育が難しい」という(体育の中にも様々な単元、種目があるが、自らの専門種目の方が難しいことを意味している)。逆に考えるならば、専門でないことは、その本質がわかっていない(専門ではないから)、見えていないために難しいとは感じないのかもしれない。これを保健に置き換えて考えるならば、保健を容易と考えるのは、保健の本質に迫りきれていない、見えていないがゆえの考えとして見ることもできるのではないだろうか。

「保健の授業は難しい」との言葉もよく耳にするが、そこには、保健について何を教えていいのかははっきりしない(よくわかっていない)ために、単に難しいと表現される場合と、逆に保健の本質がわかっているための難しさとして表現される場合との二つの考えが混在しているとみるべきだろう。

IX. 評価／成績付けをめぐる

限られた時数の保健授業で教師が気にするのは評価という名の成績付けである。このことが授業の展開に大きな影響を与える。「もっと自由で、創造的な授業を行ってみたいが、学習範囲を終わらせることで精一杯」になっ

てしまう。「学習内容を取りこぼさないように授業を行わなければ定期試験には出題できず、成績もつけられない」、だから成績付けを気にするという。

しかしながら、定期試験の実態は、「生徒が付け焼き刃として試験のために勉強しているように見え」てしまう。このような実態について、「保健を「特別の教科道徳」と同じように「特別の教科保健」といった形にして成績を付けなくていいならば、もっと自由に創造的な学びを生み出す授業をおこなえるのではないか」と語ったのは鹿児島県の教員である。

また、定期テストから保健体育の試験を廃止した中学校もある。近年、東京都千代田区立麹町中学校のように、中間・期末テストを廃止した学校⁸⁾や通知表をやめた神奈川県茅ヶ崎市立香川小学校が注目されている。これと同様に東京都内のある中学校では保健体育の定期テストを廃止した。

成績は、授業内で確認する問題とレポート、課題にて評価をする。授業前に評価基準と方法を生徒と保護者に明確かつ詳細に説明する。こうすることで、学期末に向けて時間に余裕ができる。これまでのように学期末が迫ってきてドタバタと保健の授業をこなすこともなくなり、教師も生徒も各時間とも保健授業は落ち着いて展開・学習ができており、定期試験を廃止したことと成績について保護者からの苦情は一切ないという。

上記の例は、保健授業の改革は授業だけの改善ではなく、成績付けと連動した一連の改革としてデザインされなければいけないことを示している。

X. 「教育課程」の保健と「教育課程外」の部活動

保健体育教師にとって部活動（特に運動部活動）は関心事の一つである。

教員は多忙さゆえに教材研究の時間さえ確保できないことは先に示したとおりである。では、近年の部活動と働き方改革と関係して、「運動部活動とこれに伴う中体連、高体連の負担がなくなれば、もう少し保健の授業準備や教材研究にも時間をかけることができるのではないか」と話を切り出すと、多くの教師は、保健の授業準備に目を向けた解答ではなく、「負担があっても部活動の指導は続けたい」というこたえが返ってくる。

本来、部活動は「教育課程外の活動」であり、「[生徒の自主的、自発的な参加により行われる]」もので、「学校教育の一環」でかつ「自主的、自発的な参加」で成り立っているという原則⁹⁾で行われている。これに対して保健の授業は、正規の「教育課程」に位置づいている。

教育課程に位置づけられた保健が先の実態のように置きに置かれ、教育課程外の活動である部活動に積極的に関わりたいとする保健体育教師の認識は、どこで、どのように形成されるのだろうか。

これについて中澤篤史は、部活動に関わろうとする積極的な教師は、負担や困難を乗り越えて、ポジティブな

教育機会としての教育効果、生活指導を達成するための活用ととらえていると説明する。消極的な教師であっても人事評価等を含むいくつかの理由によって部活動に関わるのが方向付けられているという¹⁰⁾。

さらに、教員を志す動機も「部活動を指導したい」との理由で教員を目指すきっかけとなっていることも少なくない¹¹⁾。また、運動部活動の指導を熱心に行う国語や英語等の教員を含め、保健体育の教員が運動部活動の指導を行う動機になっているのは、「自らの運動部活動での成功体験が介在している」と教員は語る。保健よりも部活優位の認識は、このように正当化されつつ再生産されているのである。

以上のようなケースでは、保健体育教員の仕事は体育の授業と運動部活動が仕事の両輪（work）であり、そうした教員の認識としては、保健と体育理論、道徳、総合的な学習の時間などは補助輪程度（labor¹²⁾）にしか認識されていないように思われる。

XI. おわりに

本稿では、保健体育教師の語りから保健授業を取り巻く課題を取り上げてきた。わずか20名の声であったが、そのことばに現れた意識を語りの文脈の中でとらえ解釈した。

これを整理すると、多忙とされる日常と限られた時間の中で、これまでと同様に体育の優位性は変わらない実態が見えてくる。体育の優位性は保健と体育の配当時間の差からくとも考えられるが、時間の差は意識の差とも関係する。また、限られた保健の授業時間内に多岐にわたる学習内容を終わらせなければならないとの教員の認識が教材研究への取り組みにも影響を与えている。先にあげた試験問題や3クラス合同授業の例は、他教科ではみられないことから、保健体育の特徴的課題である。

不定期な時間と学校（または保健体育科）の自由裁量が都合よく解釈される状況を生み出し、さらに体育の授業や部活動業務の関係から、ときに保健はあきらめられ、専門的意識を形成することも難しい状況におかれてきた。地域の差こそあれ、このような実態が許されてしまう状況は教科発足当初から変わらず存在する。

以上の問題群の源泉はどこに求められるのだろうか、今一度、教師の語りの文脈と結びつけながら解釈を試みたい。一種の力技にすぎないといえるかもしれないが、ここから導かれる結論が、試行に値し、本質に絡むものであれば、改善に向けた一歩となると思われる。

保健体育教師に、「保健と体育の授業の両者を担当することについて、どのように思っているか」とたずねると、「考えたことがない。そのようにおこなうことが決められているので保健もやらなければいけないと思っている」（傍点筆者）といった義務の意識（task）の返答がかえってきた。

さらに、保健体育の教員を志望した理由をたずねると、

「中学校（または高等学校）の保健体育の教員をロールモデルとしていること」、「運動部活動を担当した保健体育教師の指導によるパフォーマンスの向上経験」、「部活動の競技成績との関連」等について理由をあげ、保健に関しての動機を聞くことはなかった。

つまり、保健体育の教員の多くは体育／運動部活動と接点をもった動機で教員となっていることが多い。そのこと自体に保健を担当する上での課題があっても、教員養成、現職教育において保健についての動機が開拓できていないこともまた課題としてあげられるだろう。

これを個々の教員の責任といってしまうまでもだが、戦後70年を経て左記に示した「やれてしまう授業」や「3クラス合同の授業」のような状態がみられるのは、保健体育科という教科が構造的に何らかの課題を負っているといった見方もできる。

「先生のご専門は何ですか」と聞くと、サッカー、ソフトボール、バレー、剣道、柔道、陸上競技等、自身の専門競技をこたえる。各競技種目が専門（professionalism）であるのは、自身の競技経験、または指導経験がもたれている。保健が保健体育教師の専門であることを説明する場合、「そのようにおこなうことが決められているので保健もやらなければいけない」とはこたえられないだろう。こたえられないのは、内発的動機として選択されたことではなく、外部から与えられた専門性（technic）となっているからである。だから保健は義務（obligation）と化してしまう。その義務は、学習者への学びを生み出すこと（learning）、または生徒と学習内容をつなぎ合わせる（soldering）への義務ではなく、授業を行うこと（do）への義務として機能しているように見える。ここに専門性（professionalism）は見当たらない。

専門性がないということは、外部からみて保健の専門職性（professionalism）も有していないと見えてしまい、さらに保健体育教師の専門性意識の欠如につながる負のスパイラルに陥る¹³⁾。

では、専門性をどう構築できるのか。保健体育教師は次のように提案する。

「これを改善するには、保健と体育を時間でしっかりとわけて、時間割編成のときに、実技と保健をしっかりと割り当てないと時間まで曖昧になってしまうと思う。中学校では、高等学校の科目保健のように、週一時間の保健の授業が定期的に時間割に組み込まれていないために、よくも悪くも自由度が高く受け止められ、今日の状況を生み出す一要因となっているのではないかな。中学校の保健の授業も、高等学校と同様に定期的な授業実施をカリキュラムの中に位置づけることはできないのだろうか」

このような提案でもまだ不十分だろう。それは、先に

指摘したように高等学校における保健の実態をみても授業は行われてはいるものの、保健についての教師の専門的意識が形成されているとは言い難いからである。

保健体育の専門性としてこれまでさまざまなサポートや改革が提案されてきたが、保健授業を変え得なかったのは、授業を担当する教師だけではなく、社会全体が保健に対する懐疑（incredulous）をもっているからではないか。言いかえるならば保健の内容（pedagogical content knowledge）に関する信頼（rely）の問題ともいえる。

中学校における「健康と環境」の授業のやりにくさについて、「日常生活との接点を見出すことができないし、生徒も授業にのってこないから教科書に示された太字部分をさっと説明して終わり」と語る教員は多い。これに示されるように、教員が学習内容に「学ぶことの意味（meaning）」と「価値（value and worth）」と「効果（efficacy）」を見出していない。このことは学ぶ内容に信頼を置いていない現れともいえる。ダン・ローティは「この「不確実性（uncertainties）」が教師の複雑で繊細な感情（sentiment）を生み出す要因」となっていると指摘する¹⁴⁾。つまり懐疑である。

さらに、「保健の授業をおこなっても最終的には個人に帰する（個人の判断・選択となる）」、「学んだ内容がいつ自身の役に立つかわからない（本当に役に立つのか）」など、保健が個人に寄与する内容であるがゆえの責任回避となっているのではないかな。これを時数の少なさに原因を求めたり、教材研究ができない状況に求めたり、教員になる際の動機に求めたりしてきた。しかしながら、保健への信頼（rely）と確信（certain）に裏付けられた専門性（professionalism）の開拓にこそ改善の視点が向けられるべきではないか。

日本の学校における保健は、教育機会の枠組みは確保され、担当者も位置づけられている。これをどのように機能させるかといったときの議論として、外形的な環境整備とともに、保健担当教員の専門意識をどのように開拓できるのか。保健のみの授業を行う教員を位置づけて半強制的に専門性を生み出せる環境を作り出すか。別の方法があるならばその方向性を模索し続けるか。いずれにしても戦後70年の専門家の不在ともいえる状況に対して、これまでに様々な側面から試みられたアプローチは困難を極めていたといわざるを得ない。

本稿では、保健授業の課題を教師の証言から解釈してきたが、実際にこれを改善する具体案については、概念的整理ではなく事例をもとに提案した方がいいだろう。紙面の関係上、これについては別稿としてあらためて示すことができらばと思う。

註

註1) 以下、本稿では、「保健授業」と表記する場合、小学校、中学校、高等学校における教科としての保健教育を意味す

る。また、断りが無い限り、1単位時間（小学校は45分、中学校・高等学校は50分）を形式的に「1時間」と表記する。
註2）新型コロナウイルス感染症の影響ではなく、各学年十数時間の授業実施にとどまっている実態がある。三年間に換算すると40時間を下回る学校もある。

註3）2022（令和4）年の試験においても同様の問題が出題されており、「ひらがなで書いた場合は1点減点」と付記されている。

文 献

- 1）内田良，斉藤ひでみ：教師のブラック残業—「定額働かせ放題」を強いる給特法とは？—，学陽書房，東京，2018
- 2）高橋哲：聖職と労働のあいだ—「教員の働き方改革」への法理論—，岩波書店，東京，2022
- 3）今村嘉雄：健康教育と保健学習．学校体育 1：8-12，1954
- 4）アンディ・ハーグリーブス：（木村優，篠原岳司，秋田喜代美監訳）知識社会の学校と教師—不安定な時代における教育—，金子書房，東京，2015（Hargreaves A：Teaching in the Knowledge Society—Education in the Age of Insecurity—，Teachers College Press, New York, USA, 2003）
- 5）秋田喜代美：教師の実践的思考とその伝承．（稲垣忠彦，久富善之編）日本の教師文化，84-96，東京大学出版会，東京，1994
- 6）前田一男：学校という場とその影響．（稲垣忠彦，寺崎昌男，松平信久編）．教師のライフコース—昭和史を教師として生きて，123-132，東京大学出版会，東京，1988
- 7）今津孝次郎：教師が育つ条件，81-122，岩波新書，東京，2012
- 8）工藤勇一：学校の「当たり前」をやめた．—生徒も教師も変わる！公立名門中学校校長の改革—，時事通信社，東京，2018
- 9）内田良：部活動の社会学—学校の文化・教師の働き方—，岩波書店，東京，2021
- 10）中澤篤史：運動部活動の戦後と現在—なぜスポーツは学校教育に結びつけられるのか—，青弓社，東京，2014
- 11）嶋崎雅規：（友添秀則編著）運動部活動の理論と実践，208，大修館書店，東京，2016
- 12）ハンナ・アーレント：（志水速雄訳）人間の条件，ちくま学芸文庫，東京，1994（Hannah Arendt：The Human Condition, The University of Chicago Press, Chicago, USA, 1958）
- 13）今津孝次郎：新版 変動社会の教師教育，46-77，名古屋大学出版会，愛知，2017
- 14）ダン・ローティ：（佐藤学監訳）スクールティーチャー—教職の社会的考察—，学文社，東京，2021（Rortie D C：School Teacher—A Sociological Study：Second Edition—，The University of Chicago Press, Chicago, USA, 1975）

会 報一般社団法人日本学校保健学会
第40回常任理事会・理事会（2022年7月10日開催）

日 時：2022年7月10日 13：00～14：10

場 所：Zoomによるオンライン開催

出席者：衛藤 隆（理事長）・植田誠治・大澤 功・森岡郁晴・佐々木司・野津有司（常任理事）・羽賀将衛・黒川修行・小林央美・高橋浩之・物部博文・渡邊正樹・岩田英樹・下村淳子・後和美朝・西岡伸紀・宮井信行・棟方百熊・住田 実・照屋博行（理事）・三木とみ子・中川秀昭（監事）・内山有子（事務局長）欠ノ下郁子・田中和香菜（幹事）・古田真司（学会賞選考委員会委員長）・辻あさみ（第68回学術大会事務局長）

欠席者：朝倉隆司・瀧澤利行・村松常司・池添志乃・郷木義子

議 題

理事長挨拶

衛藤理事長より新型コロナウイルス感染が再拡大している中、第40回理事会の開催における挨拶が行われ、第39回理事会議事録の確認が行われた。

1. 審議事項

1) 入退会者の確認

内山事務局長より、資料1に基づき2022年3月11日から2022年7月5日までの入退会者等についての説明があり、原案が承認された。

2) 学会賞・学会奨励賞の選考について

古田学会賞選考委員長より、資料2に基づき2021年度の学会賞・学会奨励賞の選考方法について説明された。また、選考結果については、学会賞候補論文として大西瞳氏他の「健康の自己管理のための学校健診結果の理解と活用」に介在する要因—A府における小・中・高校生を対象とした調査より—が推薦され、審議の結果原案が承認された。

また、学会奨励賞論文として北川裕子氏他の「精神不調アセスメントツール（RAMPS）を活用した高校生の自殺予防の実践例—新潟県内高等学校養護教諭へのインタビュー調査から—」が推薦され、審議の結果原案が承認された。

3) 第70回学術大会候補地について

棟方理事より、資料3に基づき2024年度第70回学術大会の候補地として、西日本ブロックから岡山大学の伊藤武彦教授を大会長とした中国地区での開催が提案され、審議の結果原案が承認された。

4) その他

植田法・制度委員長より、文部科学省からのパブリックコメントについて、法・制度委員会でパブリックコメントの回答原案を作成し、臨時理事会（メール会議）で検討した後、期日である7月29日までに衛藤理事長名でパブリックコメントを発表することが提案され、原案が承認された。また、小林理事および三木監事よりパブリックコメントの要点が補足された。

- (1) 公立の小学校の校長及び教員としての資質の向上に関する指標の策定に関する指針（改正案）については、学校保健的な子ども達健康課題の内容が少ないため、明記したい。
- (2) 教員免許更新制が廃止となり、研修履歴を活用した研修制度に変更となる。そこで、研修を主催する学会として、積極的に関わることを表明したい。
- (3) 学校教育法の施行規則改正において、保健主事の他に研修主事が置かれることになった。しかし、研修主事は、指導教諭又は教諭をもってこれに充てるとなっているため、学校保健の専門職である養護教諭の追加について明記したい。

2. 報告事項

1) 第68回学術大会の進捗状況について

辻事務局長より、資料4に基づき第68回学術大会の日程、メインテーマ、プログラム等の進捗状況について報告された。また、森岡学術大会長より（第67回学術大会の約160演題と比べて）演題登録が68演題と少ないため、ホームページ上で演題登録期間を7月14日まで延長することが説明された。そのため、コロナ禍における感染対策等

の実践発表も含めて大学院生および共同研究者の方に演題登録を促して欲しい旨の依頼があった。早期の参加登録が8月末までとなっているため、参加登録についても協力依頼があった。

2) 第69回学術大会の進捗状況について

植田学術大会長より、資料5の年次大会の文言は削除することが説明された。続けて、資料5に基づき第69回学術大会の日程、メインテーマ、会場、概要、会議開催計画案、予算案、および対面で開催予定であることが報告された。

3) 名誉会員の推薦依頼について

内山事務局長より、資料6に基づき名誉会員の推薦方法が報告された。なお、名誉会員を推薦する場合は、8月末まで各地区代表理事より内山事務局長へ書類を提出することが確認された。

4) 名誉会員の学会活動終了の依頼について

内山事務局長より、名誉会員である北海道教育大学の荒島真一郎先生から学会活動終了についての依頼があり、今後学会活動を行わないことが報告された。

5) 編集委員会報告

大澤委員長より、資料7に基づき機関誌発行状況、学校保健研究の連載企画、委員会開催状況、謝礼のルール、論文投稿数および査読状況、機関リポジトリの申請、第68回学術大会の編集委員会企画の進捗状況について報告された。

6) 学術委員会報告

森岡委員長より、資料8に基づき令和4年度企画研究（テーマ：学校保健活動における情報リテラシー）の公募について報告された。5月15日が期日であったが、応募が無かったため7月31日まで期日が延長になった。そのため、次年度の企画研究において積極的な応募の協力依頼があった。

また、第68回学術大会の学術委員会シンポジウムの進捗状況および来年度の企画研究テーマを検討していることが報告された。

7) 法・制度委員会報告

植田委員長より、資料9に基づき広報に係るワーキンググループを立ち上げ、次期において本学会のホームページの抜本的な更新ができるように、国際文献社とも協議をしながら予算も含めて検討していることが報告された。

物部理事より、黒川理事、大沼代議員、事務局と共に現行ホームページのスリム化、バックナンバーへのアクセス、地域学会へのリンクについてUMINシステムを利用して更新を行っているが、セキュリティの問題や若い会員に向けた情報発信や更新に手間がかかるため、新しいシステムの再構築が必要となることが報告された。

大澤常任理事より、学術大会ホームページの追加、若い会員への情報発信におけるスマートフォン対応、衛藤理事長より、本学会の沿革の追加について提案され、今後検討されることになった。

8) 渉外委員会報告

野津委員長より、資料10に基づき委員会開催状況、第68回学術大会渉外委員会企画の進捗状況、関連団体等への対応について報告された。

9) 国際交流委員会報告

佐々木委員長より、第68回学術大会の国際委員会企画の進捗状況について報告された。理事各位の研究室などに海外の学校保健および健康教育について日本語で報告できる留学生がおられる際は、紹介して欲しい旨の依頼があった。また、学校保健研究における国際交流委員会の連載企画の進捗状況が報告された。

10) 時限委員会（幼稚園健康管理委員会）報告

内山事務局長より、科学研究費助成事業基礎研究についての進捗状況について報告された。

11) 選挙管理委員会報告

内山事務局長より、資料11に基づき本学会ホームページ上で7月1日から選挙の投票が開始になったことが報告された。また、選挙の有権者数は1,415名（今年度3月31日までに学会費の支払いがあった方）、代議員候補者数は1,275名（3年間の年会費を支払っている方）であり、7月10日現在において180名が投票（投票率は12.72%）を行ったことが報告された。なお、選挙の投票期日は、7月25日23時59分までとなっているため、7月20日発行の学校保健研究第2号および学会の一斉メール等で投票を促す予定であることが報告された。

また、代議員と名誉会員を重複する可能性がある場合は、名誉会員の推薦の際に事務局に一報入れて欲しい旨の依頼があった。選挙の規定に基づき、「被選挙権保有者の所属地区は、2022年5月20日現在に学会本部事務局登録されている勤務先または在籍校の所在地とする。又は、このいずれもなき者は自宅住所とする」と定められている。5月20日に在籍校が海外の場合は、自宅の住所のある地区で登録されることが確認された。

12) 次回理事会の日時について

次回理事会（オンライン）開催日は、10月2日（日）とし、予備日を10月15日（土）とする。

13) その他

大澤常任理事と佐々木常任理事より、第68回学術大会開催にあたり一般演題やシンポジウムのオンデマンドコンテンツは開催日より前に配信することで、コメント入力期間が延び、議論が活発になることが提案された。森岡学術大会長より、今後検討されることが確認された。

議長 理事長	<u>衛 藤 隆</u>	㊞
出席監事	<u>三 木 とみ子</u>	㊞
出席監事	<u>中 川 秀 昭</u>	㊞

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第68回学術大会のご案内（第4報）

学術大会長 **森岡 郁晴**（和歌山県立医科大学）

新型コロナウイルス感染症対策としてWeb形式を主体に開催します。

大会長講演，特別講演，シンポジウム1，課題別セッション等のメイン企画は，参加人数を限定して，和歌山県立医科大学伏虎キャンパスで開催し，ライブ配信します。教育講演，他のシンポジウム，一般演題等は，オンデマンド配信になります。

現地参加者は，学会役員（理事），メイン企画の登録者，現地実行委員に限定しています。一般の方につきましては，Webでの参加とさせていただくことをご了承ください。

1. メインテーマ

「学校保健，人生100年時代の礎」

2. 開催期日

2022年11月4日（金），5日（土），6日（日）

*11月30日まではオンデマンドで開催予定

3. 会 場

和歌山県立医科大学伏虎キャンパス（薬学部）（〒640-8156 和歌山県和歌山市七番丁25番1）

メイン企画はライブ配信，11月7日以降オンデマンドで配信

その他の企画はオンデマンドで配信

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，近畿学校保健学会，和歌山県教育委員会，大阪府教育委員会，兵庫県教育委員会，京都府教育委員会，滋賀県教育委員会，奈良県教育委員会，和歌山市教育委員会，和歌山県医師会，和歌山県歯科医師会，和歌山県薬剤師会，和歌山県看護協会，和歌山県養護教諭研究会，和歌山市医師会，和歌山市歯科医師会，和歌山市薬剤師会，和歌山市養護教諭研究会

6. 学会行事・学会関連行事

11月4日（金）

常任理事会 15：00～15：15 南棟3階実習室301

理事会 15：20～15：50 南棟3階中講義室304

定時総会（代議員会） 16：00～17：30 リモート会議

（定時総会の途中一時休会し，新理事による臨時理事会が開かれます）

11月6日（日）

教員養成系大学保健協議会 15：00～17：00 リモート会議（予定）

7. 学術関係プログラム

【ライブ配信プログラム】

11月5日（土）

●大会長講演 9：00～9：30

「学校保健，人生100年時代の礎」

講師 森岡郁晴（和歌山県立医科大学・第68回学術大会長）

座長 植田誠治（聖心女子大学・第69回学術大会長）

●シンポジウム1 9:35~11:05

「人生100年時代を見据えた生活習慣の形成」

座長 川畑徹朗（神戸大学）

シンポジスト

「児童生徒のインターネット利用・依存傾向と健康問題—生まれたころからインターネット社会という視点から—」

戸部秀之（埼玉大学）

「子どもの体力・運動能力の現状と課題」

佐藤善人（東京学芸大学）

「家庭・学校・地域における「生きる力」に向けた社会情動的スキルの育成 ソーシャル・エモーショナル・ラーニングの切り口から」

渡辺弥生（法政大学）

●報告会 11:20~12:00

●スポンサードセミナー1（株式会社大塚製薬工場） 12:10~13:10

「学校保健領域における脱水症とその対策～経口補水液を上手く使いこなそう～」

講師 谷口英喜（済生会横浜市東部病院）

座長 森岡郁晴（和歌山県立医科大学）

●特別講演1 13:20~14:20

「学校現場における子ども虐待の発見とその対応 学校現場で出来ること」

講師 柳川敏彦（南紀医療福祉センター）

座長 山田和子（四天王寺大学）

●課題別セッション1 14:25~15:40

「子ども時代の運動 子どもが身体活動を積極的に実施できる環境づくり—アクティブ・チャイルド・プログラムの提案—」

コーディネーター 笠次良爾（奈良教育大学）

●学会賞・学会奨励賞受賞講演 15:45~16:45

座長 古田真司（椋山女学園大学）

・学会賞

「健康の自己管理のための学校健診結果の理解と活用に介在する要因—A府における小・中・高校生を対象とした調査より—」

受賞者 大西 瞳（宇治市立菟道第二小学校）

・学会奨励賞

「精神不調アセスメントツール（RAMPS）を活用した高校生の自殺予防の実践例—新潟県内高等学校養護教諭へのインタビュー調査から」

受賞者 北川裕子（東京大学相談支援研究開発センター）

※授賞式は、11月5日（土）報告会（11:20~12:00）の終了後に行います。

11月6日（日）

●特別講演2 9:30~10:30

「明日からはじめる、学校における災害の備え CSCATTTを中心に」

講師 那須 亨（医療法人大植会葛城病院、和歌山県立医科大学）

座長 藤田大輔（大阪教育大学）

●課題別セッション2 10:35~12:05

「養護教諭とICTの活用—新型コロナウイルス感染症対策における養護教諭に必要な力—」

コーディネーター 大川尚子 (京都女子大学)

●課題別セッション3 13:20~14:35

「学校での子どもたちのウェルビーイング (Well-being) を育む」

コーディネーター 大平雅子 (滋賀大学)

●課題別セッション4 14:40~15:55

「子どもたちのヘルスリテラシー：関わる実態及び育成の方略」

コーディネーター 西岡伸紀 (兵庫教育大学大学院)

【オンデマンドプログラム】

●シンポジウム2 (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」

座長 郷木義子 (新見公立大学), 下村淳子 (愛知学院大学)

シンポジスト

「オンラインを活用した心肺蘇生教育における短時間の自己再訓練の効果に関する研究」

吉田智子 (兵庫教育大学大学院)

「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の感染拡大による子どもたちの運動器機能への影響」

鎌田浩史 (筑波大学)

可西泰修 (筑波大学)

山崎正志 (筑波大学)

「運動部活動指導者におけるスポーツ関連脳震盪の知識と対策の状況 高等学校運動部活動指導者へのパイロット調査」

村田祐樹 (中京大学)

大伴茉奈 (国立スポーツ科学センター)

内田 良 (名古屋大学大学院)

●シンポジウム3 (渉外委員会)

「教科としての「保健」のさらなる改善に向けて～注目される課題と提案～」

座長 野津有司 (筑波大学), 岩田英樹 (金沢大学)

シンポジスト

「幼少連携からみた小学校低学年の保健の位置づけ」

内山有子 (東洋大学)

「高等学校における新科目『保健探究』(仮)の構想に向けて」

野津有司 (筑波大学)

「保健の『技能』における他教科での取扱いから見た課題」

岩田英樹 (金沢大学)

「安全に関する課題の変遷とこれからの保健の内容」

渡邊正樹 (東京学芸大学)

「性に関する指導の現状と課題」

渡部 基 (北海道教育大学)

「保健における外部講師の有効活用の課題」

棟方百熊 (岡山大学)

●シンポジウム4 (国際交流委員会)

「アジア諸国の学校保健 カンボジアとマレーシアにおける実状・政策と課題」

座長 照屋博行 (国際交流委員会), 大沼久美子 (女子栄養大学), 佐々木司 (東京大学)

シンポジスト

「カンボジア王国の学校保健の現状と政策および国際支援の課題 日本型学校保健室体制のエクスポート」

清水裕子（香川大学）

「School Health in Malaysia School health system, issues and problems: the Malaysian experience」

テワン リン（Teh Wan Lin）（女子栄養大学大学院）

●ワークショップ（編集委員会）

「学術論文を書こう！—科学的でわかりやすい日本語文章とは？—」

コーディネーター 大澤 功（愛知学院大学）、宮井信行（和歌山県立医科大学）、鈴江 毅（静岡大学）

●教育講演 1

「怪我をしたキズの対応はどうしたらいいの？」

講師 朝村真一（和歌山県立医科大学）

座長 橋爪 洋（和歌山県立医科大学）

●教育講演 2

「学校における環境衛生活動の進め方 学校薬剤師による定期検査・臨時検査結果をふまえて児童生徒と考えよう」

講師 太田栄美（和歌山県薬剤師会学校薬剤師部会）

座長 太田 茂（和歌山県立医科大学）

●教育講演 3

「神経発達症の理解と支援」

講師 倉澤茂樹（福島県立医科大学）

座長 宮井信行（和歌山県立医科大学）

●教育講演 4

「子どもの成長・発達～発育曲線の活用による成長障害の早期発見～」

講師 望月貴博（医療法人希望の森 成長発達クリニック）

座長 後和美朝（大阪国際大学）

●教育講演 5

「子どもを性暴力の加害者・被害者にしないための予防教育のススメ 言葉にならないSOSに気づき、介入する」

講師 小笠原和美（警察庁 群馬県警察本部）

座長 内海みよ子（東京医療保健大学）

●スポンサードセミナー 2（一般社団法人電気安全環境研究所 電磁界情報センター）

「携帯電話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（電気安全環境研究所 電磁界情報センター）

●市民公開講座

「毎日しっかり眠って成績を伸ばす 合格睡眠 成績だけじゃない！ 人生が変わります！」

講師 福田一彦（江戸川大学）

座長 森岡郁晴（和歌山県立医科大学）

●一般演題

「健康管理・ヘルスプロモーション」「性・ジェンダー」「健康教育・ライフスキル」等、145演題

8. 参加申し込み

1) 通常申し込み：10月1日（土）以降（11月30日までを予定）

- ・第68回学術大会ホームページ（[http:// web.apollon.nta.co.jp/jash68](http://web.apollon.nta.co.jp/jash68)）の「参加申込・当日のご案内」リンクから「参加登録・講演集購入」ページを開き、オンライン登録してください。
- ・登録から1週間以内に参加費を銀行振込、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完了とします。

2) 講演集購入（講演集費は参加費に含まれません）

- ・ 1冊1,800円（税、送料込）で販売します。
- ・ 第68回学術大会ホームページの「参加申込・当日のご案内」リンクから「参加登録・講演集購入」ページを開き、講演集の購入申し込みをし、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。講演集のみの購入も可能です。
- ・ 10月1日（土）以降の購入は、事前送付が難しいことをご了承ください。
- ・ 参加登録者は講演集を第68回学術大会ホームページの「学術大会特設Webサイト」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（土）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。

9. 学術大会に参加される方へのお知らせ（聴講のご案内）

第68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、Web開催を主体とします。
オンデマンド配信を基準としますが、一部のプログラムはライブ配信します。

1) ライブ配信

(1) ライブ配信

2022年11月5日（土）9時から16時45分まで

2022年11月6日（日）9時30分から15時55分まで

(2) オンデマンド配信

2022年11月7日（月）9時から11月30日（水）17時まで

2) 聴講方法

参加申し込み後、お支払いを完了された方は、第68回学術大会のホームページの「参加申込・当日のご案内」リンクから「参加登録・講演集購入」ページを開き、「当日のご案内」より、「学術大会特設Webサイト」を視聴いただけます。
参加登録がお済でない場合は、参加登録後、前述の「当日のご案内」が閲覧可能になります。

「学術大会特設Webサイト」では、抄録等を閲覧する際にパスワードが必要となります。「当日のご案内」で確認してください。

オンデマンド配信は、配信期間中どのセッションからも24時間ご自由に聴講が可能です。ご都合の良い時間に聴講・閲覧してください。

3) シンポジウム、課題別セッション、一般演題等への質問

「学術大会特設Webサイト」内の「座長のコメント、質問欄」を利用して実施します。

4) オンライン企業展示

「学術大会特設Webサイト」内では、協賛企業様の紹介文や製品動画等を配信しております。

5) 画像コピーや収録など無断流用の禁止について

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、無許可で他へ流用することを禁止いたします。個人の資料として保管することも禁止していますので、くれぐれも画像のコピーやキャプチャーをしないでください。

盗撮および画像コピー等の不正行為が発覚した場合は、速やかに法的な対応をとらせていただきます。

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。

※参加登録された方は、聴講・閲覧が可能です。ライブ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・閲覧が可能です。ぜひご覧ください。

10. 大会事務局

和歌山県立医科大学保健看護学部（〒641-0011 和歌山県和歌山市三葛580）

第68回学術大会事務局 e-mail : jash68@wakayama-med.ac.jp

担当 辻あさみ（事務局長）

11. 運営事務局

(株)ブランドゥ・ジャパン

〒105-0012 東京都港区芝大門2-3-6 大門アーバニスト401

担当：小幡・山岸

電話 03-5470-4401 FAX 03-5470-4410

Email : jash68@nta.co.jp

*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. 年次学会ホームページ・その他

<http://web.apollon.nta.co.jp/jash68/>

最新の情報はホームページでご確認ください。

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、ひらがな使用とし、句読点（「,」「.」）、カッコ（「(,」,「[」など）は1字分とする。
- 3. 英文は、1字分に半角2文字を収める。
- 4. 数字は、すべて算用数字とし、1字分に半角2文字を収める。
- 5. 図表及び写真
図表、写真などは、直ちに印刷できるかたちで別紙に作成し（図表、写真などは1頁に一つとする）、挿入箇所を原稿中に指定する。なお、印刷、製版に不相当と認められる図表は、書替えまたは削除を求めることがある。（専門業者に製作を依頼したものの必要経費は、著者負担とする）
- 6. 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, policy-makers, school administrators, and community leaders. Available at : <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/01.CIR.0000109486.45545.ADV1.pdf> Accessed April 6, 2004

附則：

本投稿規程の施行は平成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、掲載にあたっては、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。

会 報

「学校保健研究」投稿論文査読要領

日本学校保健学会 機関誌編集委員会

平成30年12月1日

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

関連学会の活動

日本教育保健学会
第20回年次大会のご案内（第1報）

年次大会長 鎌田 克信（東北福祉大学）

1. 日 時：2023年3月4日（土）12：30～17：30, 5日（日）9：30～15：10
2. 会 場：東北福祉大学ステーションキャンパス（宮城県仙台市青葉区国見1丁目19-1）
【対面で開催予定】
3. テーマ：子どもの声が聞こえる研究・実践と教育保健
4. 日 程：1日目 (1)開会 理事長挨拶 年次大会長挨拶
(2)メイン・シンポジウム
テーマ：研究・実践で子どもの声が聞こえるとき
シンポジスト：養護教諭，学校関係者，研究者の立場からを予定
(3)総会
(4)教育講演
2日目 (1)一般発表 演題申込 締切：2022年12月9日（金）
抄録原稿 締切：2023年 1月6日（金）
(2)研究委員会シンポジウム
テーマ：いま考える！子どもにとっての学校とは？
～実態グループ，実践グループ，歴史グループの研究成果を基に
コーディネータ：岡崎勝博（東海大学），野井真吾（日本体育大学）
シンポジスト：鹿野晶子（日本体育大学），下里彩香（港区立東町小学校）
鎌田克信（東北福祉大学）を予定
5. 参加費：会員・会員外5,000円 学生1,000円
参加申込についての詳細は，下記の学会ホームページをご覧ください。
日本教育保健学会：<http://www.educational-health.jp/>（10月初旬に発表予定）
6. 事務局：伊藤常久（東北生活文化大学） 20th@educational-health.jp
黒川修行（宮城教育大学）

関連学会の活動

米国学校保健学会 第96回年次学術大会（2022）の概要報告 （American School Health Association (ASHA), In-person & Virtual Conference）

面澤 和子（弘前大学名誉教授）

米国学校保健学会第96回年次学術大会（2022年）は対面とバーチャルの2つの方式で開催された。

- 開催日時：対面：2022年7月21日（木）08：00～7月23日（土）12：00，バーチャル：7月25日（月）
- 会場：ニューメキシコ州アルバカーキ市，ニューメキシコ大学・学生会館（対面学会）
- 大会長：Dr. Jeanie Alter（ASHA理事長），Dr. Kayce Solari Williams（ASHA学会長）
- 学会概要：ASHAホームページ<https://www.ashaweb.org/>，(<https://pheedloop.com/ASHA2022/site/home/>)
- 参加者数：対面学会（156人），バーチャル学会（213人；対面学会との重複参加者も含む）
- 協賛：6団体（ニューメキシコ州保健局，セントルイス小児病院，ヒューストン大学，ニューメキシコ大学他）
- 参加費：対面方式：正会員（\$195），退職者（\$150），学生（\$95），非会員（\$375），非会員学生（\$180）
バーチャル：正会員（\$95），退職者（\$75），学生（\$30），非会員（\$275），非会員学生（\$115）
- プログラム：対面方式：7月21日（13題），22日（17題），23日（6題），徒歩企画，受賞式，夜の夕食
バーチャル：7月25日（24題），ポスター発表：29題（画像＋3分間の録画発表）
- 筆者が参加したバーチャル学会の24セッションの演題名と代表スピーカーを紹介する。

時刻	セッションの演題名と代表スピーカー	(2022年7月25日（月），第96回ASHAバーチャル学会)
08：00-08：30	歓迎（Jeanie Alter：ASHA理事長，Kayce Solari Williams：ASHA学会長）	
08：30-09：30	1 ソーシャルメディア，TikTok他：青少年の健康と危険な決定への影響，我々はいかに教育し，健康的なメッセージを再形成できるか (Elena Saldutti：PD, Joseph Donnelly：モントクレア州立大学教授) 2 学校保健カリキュラムの中に社会的公正と健康公平性についての議論をまとめる：私たちは何度でもできる (Shannon Gifford：スプリングフィールド大学) 3 十代の電子タバコ使用への取組：あなたの学級のための手段と方略（Alexandra Parks：副社長，Strategic Partnerships, Truth Initiative）	
09：30-10：30	4 「子ども全体」を支援するシステム間共通アプローチ（Anna Browar：シカゴ小児病院，Lauren Pett：シカゴ公立学校・保健マネージャー） 5 学校保健調査：CDCの2022年改訂（Catherine Rasberry：CDC，Nancy Brener：CDC/DASH） 6 40%の慢性疾患児のための医療チームと学校保健計画を共同作成する（Christie Ruehl，Kyle Landry：ウイスコンシン州小児病院）	
10：30-11：30	7 地域社会の意見と関係を強化する一思春期保健ネットワークを説明する事例研究（Alicia Hoke：ペンシルバニア州立大学医学部） 8 ASHA 2022年度受賞者によるパネル討論（Stephen Sroka：ケースウエスタンリザーブ大学（学会賞受賞者），他4名） 9 アメリカの性教育の歴史（Beth Williams-Breault：Sex Ed ソリューションズ LLC：講師） 10 全国的な学校保健実践—2020年学校保健分析の結果（Nancy Brener：CDC/DASH） 11 K-12公立学校の全国的代表サンプルにおけるCOVID-19予防対策の実施：CDCの全国学校COVID-19予防対策調査（Catherine Rasberry：CDC）	
11：30-12：00	ポスター発表（29演題）（昼食）	
12：00-13：00	12 CPS（シカゴ公立学校）健康ネットワークの専門家の介入：シカゴ公立学校の地域ネットワーク内学校への支援提供 (Elizabeth Jarpe-Ratner：イリノイ大学シカゴ校，臨床講師) 13 トラウマ情報に基づく性教育の実践：ボルティモア市の教師の経験の総括（Chanel Lee，Annie Smith：ジョンズホプキンス大学公衆衛生学部） 14 参加した後どのようにWSCCを実践するのか？：学校の方針と実践を強化するための青写真（Sandra Chafouleas：コネティカット大学） 15 ヘルシースクールプロジェクト：COVID-19蔓延下で対面式保健プログラムをどのようにバーチャルプログラムに取り入れるか (Melissa Boguslawski：ミシガン大学) 16 包括的な性の健康教育方針の実践：あるシカゴ公立学区の事例（Marisa Dipaolo：シカゴ公立学校，他3名） 17 学校敷地内保健センターにおけるSBIRT（スクリーニングから治療までの戦略的指針）：薬物陽性検査後の関与の改善 (Mary Ramos：ニューメキシコ大学小児科)	
13：00-14：00	18 バーチャルヘルシースクール：学校保健担当者のための「スカベンジャー・ハント」研修（Elisa McNeill 他：テキサスA&M大学） 19 高校における一般的なメンタルヘルススクリーニング実施上の障壁の特定（Krista Pattison：ペンシルバニア州立大学医学部） 20 中学生の幸福度介入調査（Darcy Kyle：デラウェア大学） 21 小児病院と地域の学校間のパートナーシップはパンデミック時の児童生徒のヘルスニーズの対処に機能する（Crystal Nelson：セントルイス小児病院）	
14：00-14：30	15分間ウォーキング（The Daily Mile主催）	
14：30-15：30	22 LGBTQ+の若者達のためのより安全な学校づくり（Suzannah Ward，Tazmine Weisgerber：ASHA担当者） 23 資金を監視する：K-12学校のためのCOVID-19救済金の支出を監視する（Melissa Boguslawski：ミシガン大学） 24 青少年のメンタルヘルスへの総合的效果を上げるために非営利団体，病院，学校間のパートナーシップを構築する (Gretta Strand：セントルイス小児病院)	
15：30-16：00	閉会	

- ポスター発表の概要（29題）：遠隔による学習（体育も）・家庭学習・医療等が7題，メンタルヘルスが4題でそのうち1題は遠隔医療の実践に関する発表，性教育2題，生活習慣と健康教育3題，WSCCが2題，運動選手の脳震盪，高校生のサイバーセキュリティと安全等に関する発表であった。

お知らせ**JKYBライフスキル教育ワークショップ近畿2022
開催要項**

1. **趣 旨**：コロナ禍で人と接する機会が減少し、心の免疫力となるライフスキルに与える影響が懸念される。子どもたちのライフスキルを育むことを基盤にしたJKYBライフスキル教育プログラムについて、グループワークを通して体験的に学ぶ。また、ライフスキルを基礎に置いた食生活教育の重要性と課題を確認し、食を通してより良く生きることを考える機会とする。
2. **主 催**：JKYBライフスキル教育研究会近畿支部
共 催：JKYBライフスキル教育研究会
3. **後 援**：大阪市教育局
4. **日 時**：2022年11月19日（土） 10：15～17：00（受付10：00より）
5. **会 場**：大阪公立大学 文化交流センター
〒530-0001 大阪市北区梅田1-2-2-600 大阪駅前第2ビル6階
6. **内 容**：ライフスキル教育の理論的基礎を確認し、ストレスフルな環境でもしなやかに生きる力を育むための考え方、心のもち方をグループワークを通して学ぶ。さらに、学校における食の場面などの現状を共有し、子どもたちが直面する食の課題に対して適切な対処ができるよう、ストレス対処スキルや意志決定スキルを育む意義を学ぶ。
7. **対 象**：教諭 養護教諭 栄養教諭 管理栄養士 栄養士 保健師 学生等
8. **定 員**：18名
9. **講 師**：神戸大学名誉教授 川畑 徹朗
大阪青山大学特任講師 蜂須賀のぞみ
羽衣国際大学准教授 宇佐見美佳 他
10. **参加費**：2,000円（学生1,000円）（当日徴収いたします）
※別途テキスト代1,000円（当日テキストと引換に徴収いたします）
テキスト（第27回報告書）をお持ちの方はご持参下さい。
11. **参加申込方法**：
メールにて受付〈申込〆切 11月5日（土）〉
下記の必要事項を申込先メールアドレスに送信してお申し込みください。
【申込先メールアドレス】jkyb_kinki@yahoo.co.jp
【件名の欄】WS近畿2022申込（氏名）とご記入ください。
例：WS近畿2022申込（近畿花子）
【参加申込メール必要事項】
①氏名 ②ふりがな ③所属（勤務先） ④職種 ⑤連絡先電話番号
⑥連絡先メールアドレス（パソコンのメールアドレスのみ可 携帯メールアドレス不可）
⑦これまでのJKYB主催のワークショップ参加回数
*上記、⑥のアドレスに詳細プログラム、当日の持ち物等を配信します。
*申し受けた個人情報は本ワークショップ以外には用いません。
12. **問い合わせ先**：事務局 吉田 聡 E-mail：jkyb_kinki@yahoo.co.jp

編 集 後 記

今期編集委員会の末席に加わり、あっという間に1期3年が経とうとしています。初回委員会こそ対面で開催されましたが、それ以降は例に漏れず全てオンラインでの委員会となりました。この間、自身の力量不足を痛感するとともに、委員・事務局の皆様の研究に対する熱意や、編集作業に真摯に取り組む姿勢に触れることができ、新たな学びを得る機会となりました。この場をお借りして感謝申し上げます。特に委員長、副委員長については、全ての原稿に目を通し、あらゆる指示を出し、時には査読結果や著者からの回答への対応に苦慮する委員の相談に乗り、助言するなど、これらが全て奉仕精神の上に成り立っていることに鑑みると、敬服の念を抱かざるを得ません。学会員、投稿者の皆様にもその点をご理解いただけますと幸いです。

さて、お気づきのことと思いますが、機関誌「学校保健研究」は年間6号発刊から、第63巻（令和3年度）からは年間4号発刊へと切り替わりました。そのため、各

号の内容が豊富になり、読み応えが増しました。今号は原著2本、資料1本が掲載されており、調査対象者を見るだけでも養護教諭、小中学生、幼児とその親と、本誌における研究の幅広さが伝わってきます。その他、巻頭言に始まり、次号まで続く特集「医療的ケア児の健やかな成長のために」4本、連載2件3本と盛り沢山の内容となっています。

学会の活性化は、投稿論文数や学術大会での演題数に表れるものですが、本学会において、それらはそのまま子どもたちの健康に直結するものと言えます。学会員の皆様が日々取り組んでおられる実践や研究の成果を、学術大会で発表し、論文化して「学校保健研究」に投稿し、掲載される、その蓄積が学校保健関係者の財産となり、子どもたちの健康の保持増進を支える基盤となります。本誌への多くのご投稿をお待ちしております。

（上地 勝）

「学校保健研究」編集委員会		EDITORIAL BOARD	
編集委員長		<i>Editor-in-Chief</i>	
大澤 功（愛知学院大学）		Isao OHSAWA	
編集委員		<i>Associate Editors</i>	
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（フェリス学院大学）		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		<i>Editorial Staff</i>	
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64巻 第3号	2022年10月20日発行
Japanese Journal of School Health		Vol. 64 No. 3	(会員頒布 非売品)
編集兼発行人 衛 藤 隆			
発 行 所 一般社団法人日本学校保健学会			
事務局 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5			
アカデミーセンター			
TEL. 03-6824-9379 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			

JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

CONTENTS

Preface :

- Fostering Resilience in children
.....Tsuneji Muramatsu 205

Special Issues : For the Healthy Growth and Development of Children in Need of Medical Care

- Practices and Problems of Children in Need of Medical Care in School
.....Yukari Takehana 207
- Medical Care in Schools from a Physician's Perspective
.....Yusaku Miyamoto 212
- The Current Situation and Challenges Regarding Children who Require Medical Care in Schools—A pediatric Nursing Perspective—
.....Chiaki Kitamura 216
- Practice of Problems in Medical Care in Schools for Special Needs Education
.....Tetsuro Takeda 221

Original Articles :

- The Difficulties Faced by *Yogo* Teachers in Dealing with Children's Unidentified Complaints
.....Megumi Matsunaga, Ichiko Syoji 226
- Practical Use of Morning Health Check in Daily Life among Elementary and Junior High School Students
—In Relation to Benefits, Risks, Social Support, and Health Literacy—
.....Yumiko Ishii, Kikuko Okuda, Yuko Tanaka, Nobuki Nishioka 235

Research Note :

- Relationship among Energy Balance, Lifestyle, and Parental Food Awareness in Japanese Pre-school Children during Weekends
.....Erina Muramatsu, Chieko Horie, Yui Kataoka, Chika Oya, Kodo Otoki, Keisuke Teramoto 248

Serial Articles :

- Learning New Findings of School Health
17. What are Required for Papers to be Accepted: Basic Principles in Writing the "Introduction"
.....Tsukasa Sasaki, Isao Ohsawa, Takeshi Suzue, Nobuyuki Miyai 259
- Let's Talk about the Future of School Health Education in Japanese Association of School Health
7. Thoughts of School Health Education Practitioners
—Based on the Experience in Health Education as a *Yogo* Teacher—
.....Yukiko Sami 262
- Listening to Voice of Health and Physical Education Teacher
—Recognition of Issues—
.....Fumihiko Nanakida 269

Japanese Association of School Health