

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

2023 Vol.64 No.4

目 次

巻頭言

- ◆新たな時代に向けた学校保健の再考と創造
—広く、深く、そして豊かに—…………… 297
植田 誠治

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受け入れの課題と展望…………… 298
齋藤 千景
◆医療的ケアが必要な子どもを支える家族の思いや求める支援とは何か… 303
高野 陽介
◆Together Better —母親の立場から、幸せな自立を願って—…………… 308
大泉 えり

資料

- ◆子どもを対象としたヘルスリテラシー尺度の日本における利用可能性
—構成要素及び保健教育内容に着目した文献レビュー—…………… 313
萩原加奈子
◆COVID-19流行前後における児童の体力の比較…………… 322
青山 翔

連載

- ◆日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：
第8回「保健教育の未来に向けて」
連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって…… 331
植田 誠治
高校に「保健探究」を新設 専任制に…………… 332
小浜 明
保健教育で学べきもの…………… 333
大澤 功
小学校教員・中高保健体育科教員養成課程の立場から…………… 334
物部 博文
連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって…… 336
今村 修
—研究は実践と政策にどのように関わるのか—…………… 338
七木田文彦, 森 昭三
—保健教育はその価値を信じる教員によって行われなければならない—…… 342
高橋 浩之

学校保健研究

第64巻 第4号

巻頭言

植田 誠治

新たな時代に向けた学校保健の再考と創造—広く、深く、そして豊かに— 297

特集 医療的ケア児の健やかな成長のために

齋藤 千景

学校における医療的ケア児受け入れの課題と展望 298

高野 陽介

医療的ケアが必要な子どもを支える家族の思いや求める支援とは何か 303

大泉 えり

Together Better —母親の立場から、幸せな自立を願って— 308

資料

萩原加奈子

子どもを対象としたヘルスリテラシー尺度の日本における利用可能性
—構成要素及び保健教育内容に着目した文献レビュー— 313

青山 翔

COVID-19流行前後における児童の体力の比較 322

連載

日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：

第8回「保健教育の未来に向けて」

植田 誠治

連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって 331

小浜 明

高校に「保健探究」を新設 専任制に 332

大澤 功

保健教育で学ぶべきもの 333

物部 博文

小学校教員・中高保健体育科教員養成課程の立場から 334

今村 修

連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって 336

七木田文彦, 森 昭三

—研究は実践と政策にどのように関わるのか— 338

高橋 浩之

—保健教育はその価値を信じる教員によって行われなければならない— 342

英文学術雑誌

鈴木 裕美, 宮武 伸行, 日下 隆

日本人中学生におけるやり抜く力と自制心の親子関係, メンタルヘルス, 生活習慣との関係：

インターネット調査による横断研究 345

足立 節江, 多留ちえみ, 宮脇 郁子

中学生の日常生活での保健行動と認識を評価する尺度の開発 347

会報

一般社団法人日本学校保健学会 第41回理事会 議事録 (2022年10月2日開催) 349

一般社団法人日本学校保健学会 第18期選挙管理委員会報告 352

令和5年度日本学校保健学会企画研究の募集について 353

一般社団法人日本学校保健学会 第69回学術大会のご案内（第1報）	354
機関誌「学校保健研究」投稿規程	356
「学校保健研究」投稿論文査読要領	361

関連学会の活動

東北学校保健学会からの報告	362
日本教育保健学会 第20回年次大会のご案内（第2報）	363
第21回国際スクールナース学会（SNI2023）—日程変更のお知らせ—	364
第78回 北陸学校保健学会の開催報告	365

お知らせ

JKYBライフスキル教育1日ワークショップin名古屋2022開催要項	366
第13回JKYBライフスキル教育セミナー（綾部）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	367
第14回JKYBライフスキル教育セミナー（王子）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	368
総目次	369
編集後記	374

巻頭言

新たな時代に向けた学校保健の再考と創造 —広く、深く、そして豊かに—

植 田 誠 治

Rethinking and Recreating School Health for a New Era —Striving for Broader, Deeper, and More Enriching School Health—

Seiji Ueda

新型コロナウイルス感染症の流行により、私たちは様々な局面で新たな対応を求められることとなりました。健康問題を地球規模で考えること、問題解決に向けての幅広い連帯、個人の行動様式と社会の在り方の見直しなどについては、まったなしの対応が必要だったといえます。人類の感染症との闘いと共存という長い歴史から考えると、今回のことは、必ずしもイレギュラーな出来事とは言えないかもしれませんが、本学会関係者の多くは、学校をはじめ様々な場面で、このイレギュラーな状況への対応に追われました。ただし、改めて学校保健の担う重責を再認識できたようにも思います。

そして今、ポストコロナ期における物事の在り方が問われるようになってきています。今回の状況とも密接に関係して、変動性 (Volatility)、不確実性 (Uncertainty)、複雑性 (Complexity)、曖昧性 (Ambiguity) の頭文字を用いた未来の予測が困難なVUCAの時代の到来も叫ばれています。また、Society5.0のスマート社会や持続可能な開発のための目標 (SDGs) を目指す社会への模索も進んできています。

日本の学校保健は、学校の教育制度を定めた1872年(明治5年)の「学制」発布ののち、1890年前後からいくつかの施策や制度が作られ始まりました。それから約130年、その時々健康課題や社会の変化を踏まえたり先取りしたりしながら、そのあり方は検討され続けてきました。ただし、時代や社会が変わろうとも、児童生徒等(この「等」には、幼児や学生、そして教職員が含まれると考えています)の健康を守ること、発育・発達を支援し保障すること、そして保健認識や実践力を高めることなどに関係した学校保健の根本的な意義は変わらないように思います。歴史を踏まえ、かつ先に示した時代の変化を踏まえた新たな検討が必要となっています。

さて、このたび、一般社団法人日本学校保健学会第69回学術大会を、2023年11月10日(金)～12日(日)に、東京都渋谷区広尾にあります聖心女子大学キャンパスにて対面開催することとなりました。対面開催は、2019年以来となります。この3年間の経験を生かし、一部のプログラムについてはオンライン(オンディマンド)も活用し、キャンパスに来られない方にも提供できるよう検討中です。

今回のテーマは、この巻頭言タイトルに掲げました「新たな時代に向けた学校保健の再考と創造 ー広く、深く、そして豊かにー」です。学校保健の役割をあらためて再考し、新しい時代の学校保健のあり方を皆様とともに考えていきたいと思います。

聖心女子大学での学術大会の開催は今回で2度目となります。ちょうど10年前の2013年11月には、当時社会福祉法人恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所所長・東京大学名誉教授の衛藤隆先生を学術大会長とするテーマ「連携と協調の時代の学校保健」での開催でした。ここで掲げられた「連携と協調」は、今もそしてこれからも重要な課題であるように思われます。今回の学術大会では、私の恩師である筑波大学名誉教授森昭三先生と衛藤隆先生には、大会顧問としてご助言をいただきながら準備を進めています。

副大会長は、私の同僚である神前裕子先生に、事務局長は、東京学芸大学大学教職大学院の佐見由紀子先生に務めていただくことになりました。運営委員会、実行委員会の多くの先生方にも協力いただいております。

学術大会では、感染症対策を取りながら、参加者の活発な意見交換ができるようにしたいと考えています。口頭での一般発表、ポスターでの一般発表はもちろん、テーマに関連するシンポジウムや教育講演等を準備します。また、11月11日(土)夕方には意見交換会(かつての懇親会)も企画予定です。

新型コロナウイルス感染症の流行は私たちに厳しい状況をもたらしました。一方で、このような状況ゆえ、オンラインでの活動が躊躇なく行えるようになりましたし、普段当たり前で気づかなかつたり、何気なく通り過ぎて見落としてしまつたりしていた大切なことに気づくことも少なくありませんでした。また、これまでなくてはならないと思っていたものが意外になくても出来てしまつたり、場合によっては、あつた時よりもうまく出来てしまつたりすることも経験しました。

そのようなことも踏まえながら、参加者の皆様にとって有意義で、かつ社会に貢献できる学術大会にしたいと考えております。皆様のご参加を心よりお待ち申し上げます。

(聖心女子大学現代教養学部教授、第69回学術大会長)

学校における医療的ケア児受け入れの課題と展望

齋 藤 千 景

埼玉大学教育学部

Issues with and Prospects for Accepting Children Requiring Medical Care in Schools

Chikage Saito

Faculty of Education, Saitama University

I. はじめに

医療的ケア児は、特別支援学校のみならず、地域の小中学校においても増えている¹⁾。その背景として、医学の進歩によって医療的ケア児が増加傾向にあること、2021年に「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（以下医療的ケア児支援法）」が施行されたことが推察される。小中学校における医療的ケア児の在籍は、インクルーシブ教育の理念から考えると好ましい。しかし医療的ケア児を受け入れる学校には、不安や戸惑いが生じることは容易に想像できる。そこで本稿では、教員養成を行なっている立場から、学校における医療的ケア児受け入れ体制の在り方と教員養成における多職種連携教育の必要性について述べる。

なお現在、学校における医療的ケア児への対応は特別支援学校において、多くの実践と知見が蓄積されている。また、前号の特集においても特別支援学校での現状は報告されている。そこで本稿では、小中学校を中心に述べる。また、学校教育法施行規則には医療的ケア看護職員と表記されているが、本稿では看護師と表記する。

II. 医療的ケア児受け入れに対する教員の意識

はじめに、教員は医療的ケア児が通常学級に在籍することをどのように捉えているかを紹介する。通常学級の教員を対象とした医療的ケア児に関する調査はほとんどない。しかし、数少ない調査結果からは、教員が医療的ケア児を通常学級に受け入れることを肯定的に捉えていることがうかがえる。

具体的には児童生徒の多様化については8割が肯定し、通常学級においても医療的ケアを提供する必要性については5割が肯定している。さらに、児童生徒の学校生活に医療に関する配慮が必要であれば、積極的に研修に参加すると8割の教員が回答している²⁾。実際に通常学級で医療的ケア児に関わった教員を対象としたインタビュー調査³⁾では、医療的ケア児を受け入れたことで、周囲の児童の障害理解や人権教育が進んだことを報告している。また、通常学校に勤務する養護教諭を対象とした調査においても、医療的ケアを要する児童生徒が健康に学校生活を送れるようにサポートする役割があると認識してい

ることが明らかとなっている⁴⁾。筆者が医療的ケア児支援法施行後に訪問した、医療的ケア児が在籍する中学校の校長も、「人工呼吸器による呼吸管理が必要な生徒を受け入れるにあたり、教員から反対の意見は全く聞かれず、受け入れるにはどうしたら良いか、という前向きな話し合いとなった。」と話していた。

つまり、「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）」⁵⁾から10年が経ち、障害や病気のある児童生徒が、可能な限り他の児童生徒と共に教育を受けられる体制をとる必要性は、通常学級の教員にも理解されつつあると言える。しかしながら、同時に教員からは、医療的ケア児の受け入れ体制への不安も挙げられている。

III. 多職種間の連携と分担の難しさ

医療的ケア児が安心して通学できるためには、受け入れ体制の整備が急務である。体制作りには多職種の連携・分担による協働が求められる。特に医療的ケア児の対応では、医療職、具体的には看護師との協働が必須となる。しかしながら、教員、看護師の双方から、受け入れ体制における連携と分担の難しさが報告されている。

2015年に出された中央教育審議会答申「チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について（以下チームとしての学校答申）」⁶⁾では、多様化・複雑化する児童生徒の課題にはチームで対応することが明文化された。さらに、この答申では、校長のリーダーシップの下、教員がチームとして取り組むことができる体制を整えること、多職種の専門性を有するスタッフと体制を構築していくことが示され、チームとしての連携・協働の必要性が強調された。さらに、2021年に出された中央教育審議会答申「令和の日本型学校教育の構築を目指して～全ての子供たちの可能性を引き出す、個別最適な学びと、協働的な学びの実現～」⁷⁾では、多職種がチームとして協働するためには連携と分担が求められるとし、職種間の尊重、役割の明確化の必要性が明記された。また、チームとしての学校答申をうけて、2017年には学校教育法施行規則にスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、部活動指導員が規定された。そして、2021年には医療的看護職員、特別支援教育支援員、情報通信技術支援員、

教員業務支援員が規定されるなど、チームを構成するメンバーは増え続けている。

医療的ケア児の受け入れ体制においては、教員間と多職種間、中でも教員と看護師の役割分担が求められる。文部科学省は学校における医療的ケアの実施体制において、管理職、全ての教職員、認定特定行為業務従事者、養護教諭、看護師などの役割例を示している⁸⁾⁹⁾。具体的には、教職員の役割として、医療的ケアを学校で行うことの教育的意義を理解すること、医療的ケアに必要な衛生環境を理解すること、児童生徒の健康状態を把握し、看護師等と情報共有を行うこと、ヒヤリ・ハット等の事例を蓄積し予防対策を行うこと、緊急時にはあらかじめ定めたマニュアルに基づき対応することなどが記載されている⁸⁾⁹⁾。

しかし、先行研究では教員、看護師の双方から協働する際の困難点として、職務内容や役割の曖昧さがあげられている²⁾⁴⁾¹⁰⁾。特に、関係者間のコーディネーター役を担う養護教諭は、看護師と情報共有がしにくいこと、医療的ケアに対する捉え方が異なること、仕事が重複すること、看護師の学校文化に対する理解不足があることをあげている¹¹⁾。

一方、看護師からも教員や養護教諭との協働にあたり、教育現場での戸惑い、教育における看護師の役割の不明瞭さ、児童生徒の症状・重症度に対する教員との見解の違い、教員と良好な関係をつくる難しさがあげられている¹²⁾。

具体的には以下の場面が想定される。（以下の場面は筆者の調査及び先行研究を基に作成している）

【場面1】

看護師は人工呼吸器の管理のために、授業中も常時児童生徒のそばに付き添っている。授業中であっても必要であれば、吸痰を行う。その際に、教員と看護師は一緒に児童生徒に接しており、吸痰は看護師がするが、姿勢の補助や言葉がけの行為は教師も一緒に行う。しかし、児童生徒が咳込んで苦しそうな表情をすると、教員はどこまで関わって良いかわからなくなる。

【場面2】

教員は授業科目ごとに入れ替わるが、看護師は常に児童生徒と一緒にいる。そのために、児童生徒との意思疎通が教員より図れていることがある。教員が授業をしている際に、看護師は黒子に徹して、無言で付き添っているが、教員としてはコミュニケーションが取れている看護師に児童生徒の発言を代弁してほしいこともある。

【場面3】

看護師は児童生徒に自分の健康状態を判断できるようになってほしいので、自発的な訴えがあるまで、吸痰をしないで様子をみたいと思う場面がある。しかし教員は様子をみることに不安を訴えるので、吸痰をすることがある。

【場面4】

児童生徒や保護者が看護師に質問をすることがある。看護師は、保護者への連絡は原則として担任が窓口であることを知らなかった。看護師が、担任に確認せずに保護者に説明してしまい、事態が複雑になった。また、看護師と教員が言うことが違うことで、保護者が混乱することもある。

以上のように、実際の場面では教員と看護師が児童生徒と一緒に関わっているために、職務遂行上の境界が曖昧な行為が多くある。また医療職と教育職では医療的ケア児や保護者に対する見解や関わり方が異なる場合がある。つまり、マニュアルなどの紙面上で教員と看護師の役割分担を決めるだけでは、協働は機能しない。両者の専門性や互いの価値観を理解したうえで、児童生徒の対応をおこなう共同主観性を持つことが求められる。

Ⅳ. 医療的ケア児受け入れ体制の構築

では、どのような体制をとれば良いのだろうか。令和3年度の調査では、受け入れのためのガイドラインをすでに策定している教育委員会は13%にとどまっている¹⁾。医療的ケア児や学校の状況は個々で異なるため、一般化はできないが、筆者がインタビューを行った中学校の例を紹介しながらより良い受け入れ体制を考えたい。

【校長の話】

医療的ケアの生徒を受け入れるためには、制度、教員配置、組織体制、環境が重要である。校長は入学の半年前から、教育委員会と連携し、バリアフリーの環境、エアコンの設置などの環境面の整備、看護師の配置、支援体制のためのプロジェクトチームの設置を行なった。プロジェクトチームのメンバーは教頭、学年の教員、養護教諭とした。さらに、看護師と教職員との調整を担うコーディネーターとしてミドルリーダーの教員を指名した。また、プロジェクトチームは、小学校から引継ぎを受けて、体制作りの参考にした。

【コーディネーターの話】

特別支援学校での経験はない教員がほとんどであった。受け入れに際して、職員の不安を解消するために、職員会議で小学校の教員に学校での様子を話してもらったり、医療的ケア児を受け入れる意義について話をする機会を設けたりした。医療的ケアのマニュアル（緊急時の対応マニュアルも含む）は養護教諭が中心になり、入学までに作成した。現在は、コーディネーターが看護師と毎日情報交換を行うとともに、2週間に1回、看護師も交えてプロジェクトチームで支援会議を行っている。実際に学校が始まってみると想定外のことが起きた。例えば、看護師は個人を見ているため、クラス全体の様子はわかりにくい。他の生徒から看護師の動きで黒板が見えなくなる。音が気になるとの声があがった。さらに当初は看護師が学習支援も一緒に行う予定だった。しかし、看護師は学習支援の専門家ではないため、支援員を配置する

ことになった。すると、常時クラスに大人が4名以上いることになり、担任から、授業がやりにくいとの話がでた。このように、通学が始まってからわかる事がたくさんあり、その都度、関係者とコミュニケーションを図りながら対策を考えた。はじめはたいへんだったが、現在は看護師、学習支援員、教員とで良いチームが作れている。

連携はリンテージレベル（連絡）、コーディネーションレベル（定期的な情報交流）、インテグレーションのレベル（統合）の段階がある。リンテージレベルの連携であれば、各専門職の技術的合理性に基づいた多職種間の情報交換を行うことで達成できる。しかし医療的ケア児への関わりが教育的意義を持って、学校で行われる行為であるならば、チームとしての連携はリンテージレベルではなく、コーディネーションレベル、インテグレーションレベルが必要となる。しかし、コーディネーションレベル、インテグレーションレベルの連携では、複数の専門職の技術的合理性が交錯することで葛藤が生じ、体制が混乱する事態に陥やすいとされる¹²⁾。さらに、学校の忙しさを考えるとリンテージレベルの連携もままならない状況もある。

先に述べた学校の事例をみると、校長は医療的ケア児の受け入れに対して十分理解した上で、強いリーダーシップを発揮して、体制のハード面を整えていた。そして、実際の細かい調整は、コーディネーターが行っていた。実際に連携を進める中で混乱が生じる事態も起きたが、その都度、コーディネーターが中心となり、保護者、看護師、教員間で丁寧な対話を行うことで解決をしていた。つまり、インテグレーションレベルの連携には校長のリーダーシップと、ミドルリーダーのコーディネートが要となる。そして、関係者は単に医療的ケア児の情報を共有するだけでなく、医療的ケア児及び周囲の児童生徒両者にとっての良好な学びの環境を作ることを共通目標にして、丁寧な対話を重ねながら連携を行うことが求められる。

また、先の事例では教員がコーディネーターとなっていたが、養護教諭も医療的ケア児の受け入れ体制のコーディネーターとして期待されている¹⁰⁾¹¹⁾¹⁴⁾。実際に教員は医療的ケア児の校内体制の要として養護教諭を頼りにしている報告もある³⁾。学校における医療的ケアの実施に関する検討委員会の最終まとめ⁸⁾においても、教職員の役割に加えて養護教諭には主治医、学校医、医療的ケア指導医などの医療関係者との連携・報告、看護師と教職員の連携支援が求められている。養護教諭は保健管理の中核を担っており、児童生徒の健康を守るために日頃から学校医をはじめとして、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、外部の専門機関と常に連携を図りながら職務を行なっている。また、養護教諭は医療の専門知識を持つ教育職員として、保健主事や特別支援教育のコーディネーターを兼任している場合や、生徒

指導部会や教育相談部会で重要な役割を果たす場合も多い。筆者は養護教諭を対象に、文部科学省が示した医療的ケア実施にあたっての役割例⁸⁾についての自信度を尋ねた。その結果「主治医、学校医、医療的ケア指導医など医療関係者との連携・報告」「医療的ケア看護職員（看護師）との情報共有」「医療的ケア看護職員（看護師）と教員との連携支援」の多職種との協働に関する質問に対して、半数以上の養護教諭が自信あり・まあまあ自信ありと回答していた。もちろん、仕事の負担については検討しなければならないが、養護教諭への連携体制におけるコーディネーター役としての期待は大きいと言える。

V. 多職種連携教育の必要性

今後は教育分野において、教育と医療の連携を想定した多職種連携教育が必要である。

多職種連携教育（Interprofessional Education 以下IPE）は専門職連携教育とも訳される。以前は多職種連携のための実践能力は、実践現場で各自が身に付けるものであるとの認識が強かった。しかし、チームとして多職種連携活動を実施するうえで、連携を科学的に学ぶ教育が必要との考え方から多職種連携教育が行われるようになった。医療・福祉分野では多職種連携教育が先行して行われ教材も出版されており大いに参考になる。カリキュラムは大学により異なるが、将来協働して働く異分野の学生と一緒に学習する形式が多い。内容は、専門職理解と相互尊重を基本とし、多職種連携の理論、チーム形成理論、各専門職の理解などで構成される。さらに合同で演習を行う課題も設定されている¹³⁾。

教員養成においても、2019年に教育職員免許法施行規則の改正に伴い、教職の基礎理解に関する科目の教職の意義及び教員の役割・職務内容に「チーム学校運営への対応」が加えられたことを受けて、IPEが注目されつつある。一方で、教育分野における多職種連携は医療や福祉分野と異なることも指摘されている¹⁵⁾。チームの連携に必要な要素として共通の目的がある。医療現場では例えば、患者の疾患を適切に診断し治療するという、共通の目的を設定しやすい。一方、学校における連携ではかわる専門職において、児童生徒の見方や目標とすることが違うことも多く、共通の目標を図ることが難しい特徴がある¹⁵⁾。例えば、先の場面3で挙げた、吸痰をするタイミングの事例にもそれが見て取れる。看護師は医療的ケア児が自分の症状を判断して、伝えられることを目標にして、吸痰をしないで様子を見たいと思った。しかし、教員は医療的ケア児が授業内容を学ぶことを目標とし、早めに吸痰をして息苦しさがない状態で授業を行いたいと思ったのである。また、成長発達の途上である児童生徒への理解や学校独特の文化も医療や福祉の分野とは異なる点である。

さらに、現在教員養成で行われているIPEは連携する職種として、スクールカウンセラーなどの心理職、スクー

ルソーシャルワーカーなどの福祉職が想定されている。しかしながら、医療的ケアを前提とした看護師などの医療職との連携を想定したカリキュラムは見当たらない。今後、医療的ケア児が通常学級に在籍することが増えることが想定されるなか、IPEに医療職も含める必要がある。また、看護師側からも学校と病院の環境のギャップも挙げられていることから、教育と医療を学ぶ学生が合同でIPEを行うことも求められる。

現職の教員に対する研修も必要である。通常学校の教員は特別支援学校の教員に比べて、必要な情報を入手するための機会が少ないことが指摘されている²⁾。例えば、認定特定行為業務従事者等の医療的行為に関する通知については、特別支援学校の教員は7割が認知しているが、通常学級の教員は3割程度である。また、合理的配慮に対する意識に関しても、特別支援学校の教員より通常学級の教員は低い傾向にある¹⁶⁾。さらに、医療的ケア児を担当した通常学級の教員は、身体障害者手帳や訪問看護などの社会的なサービス情報を入手している割合が特別支援学校の教員より低いとの報告¹⁷⁾もある。

一方、看護師に対しては、研修や教材が整備されはじめている¹⁾。学校ではじめて働く看護師向けの研修プログラムや指導的な立場を担う看護師向けの研修プログラムなどの参考資料¹⁾が作成され、公開されている。つまり、今後は通常学級の教員に対しても、医療的ケアに対する知識、協働する医療職への理解、多職種連携の理論と方法についての研修を充実させることが求められる。

Ⅵ. 医療的ケアの教育的意義

本稿ではここまで、医療的ケア児受け入れ体制における多職種間の協働について述べてきた。しかし、協働は目的ではなく、目的を実現するための手段・プロセスである。支援チームの目的は医療的ケア児が安心して学校に通えることである。学校での医療的ケアは教育的意義を持って行われるのであるならば、当事者の児童生徒が学校に登校することでどのような成長や学びがあるかを検証する必要がある。

2019年に文部科学省から出された「特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について」の別添⁸⁾には、学校における医療的ケアに関する基本的な考え方として以下が記されている。「学校は、児童生徒等が集い、人と人との触れ合いにより人格の形成がなされる場であり、学校における教育活動を行う上では、医療的ケアの有無にかかわらず、児童生徒等の安全の確保が保障されることが前提である。こうした観点から、学校における医療的ケアの実施は、医療的ケア児に対する教育面・安全面で、大きな意義を持つものである。具体的には、医療的ケア児の通学日数が増加し、日々の授業の継続性が保たれることで、教育内容が深まったり、教職員と医療的ケア児との関係性が深まったりするなどの本質的な教育的意義がある」

しかし、残念ながら当事者である医療的ケア児や周囲にいる児童生徒の学びに着目した研究はほとんどみられない。幼稚園児を対象とした調査では、園児と医療的ケア児が自然に関わることで、医療的ケア児自身は集団生活の中で自立心、所属感や社会性が芽生えていくことが示されている。さらに、周りの園児も医療的ケア児と関わることで、互いの違いを認め合いながら成長・発達していくことが報告されている¹⁸⁾。今後、教育的意義を担保するために、医療的ケア児の学びやそのための実践を蓄積していくことが求められる。

Ⅶ. おわりに

小中学校における医療的ケア児の受け入れは始まったばかりで、課題は山積している。しかし、本稿の最初に述べたように、教員のインクルーシブ教育の理念への意識は大きく変化し、医療的ケア児が在籍している通常学校の実践も報告されつつある。医療的ケアを必要とする児童生徒が安心して登校できる学校は、全ての児童生徒にとっても安心して登校できる学校である。筆者も教員養成の立場から、医療的ケア児が多様性の中で、自分らしく生きる力を身に付けていくための支援のあり方について、発信していきたい。

文 献

- 1) 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.pref.osaka.lg.jp/attach/4475/00019460/03_bessi2_04_319.pdf. Accessed October 30, 2022
- 2) 吉利宗久：学校教育における「医療的ケア」の位置付けをめぐる意識調査—非医療的関係者である教員の現状把握と自己評価—。岡山大学大学院教育学研究科研究集録 162, 71-77, 2016
- 3) 田中亮, 平田正吾, 奥住秀之ほか：小学校・通常学級における肢体不自由児及び医療的ケア児の指導・支援と教育課程の工夫の一考察：教員への聞き取り調査をもとに。東京学芸大学教育実践研究 16, 35-42, 2020
- 4) 清水史恵：通常学校で医療的ケアを要する子どもをケアする看護師と養護教諭との協働—養護教諭からみた実態と認識—。千里金蘭大学紀要 8, 104-114, 2011
- 5) 中央教育審議会：共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）
- 6) 中央教育審議会：チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について（答申）
- 7) 中央教育審議会：令和の日本型学校教育の構築を目指して～全ての子供たちの可能性を引き出す、個別最適な学びと、協働的な学びの実現～（答申）
- 8) 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，別添。Available at : https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokube

- tu/material/_icsFiles/afldfile/2019/03/22/1413967-002.pdf. Accessed October 30, 2022
- 9) 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. Available at : https://www.mext.go.jp/content/20220317-mxt_tokubetu01-000016489_1.pdf. Accessed October 30, 2022
- 10) 大川尚子, 井澤昌子, 東由美子：養護教諭が行う医療的ケアの実施状況とその認識. 京都女子大学生活福祉学科紀要 16, 19-26, 2021
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 柴崎智美, 米岡裕美, 古屋牧子編：保健・医療・福祉のための専門職連携教育プログラム. ミネルヴァ書房. 京都. 2019
- 14) 遠藤伸子：学校における医療的ケア体制に関する養護教諭の役割と養成教育. 保健の科学 61, 309-316, 2019
- 15) 小田郁子：学校における多職種連携研究の課題と展望—連携概念の定義と連携研究を捉える視点—. 東京大学大学院教育学研究科紀要 61, 353-364. 2021
- 16) 吉利宗久, 三宅幹子, 石橋由紀子：病気の子どものための「合理的配慮」に対する教員の意識—学校種別に基づく分析を中心に—. 岡山大学大学院教育学研究科研究集録 165, 33-41. 2017
- 17) 中村泰子, 奈良間美保, 堀妙子ほか：子どもの医療的ケアにかかわる医療・教育職の情報入手の現状と希望の実態. 小児看護 34, 218-223. 2011
- 18) 植田嘉好子, 三上史哲, 松本優作ほか：医療的ケア児とその家族へのインクルーシブな支援の実際と課題—保育所を利用する医療的ケア児のケーススタディから—. 川崎医療福祉学会誌 30, 47-59. 2020

■特集 「医療的ケア児の健やかな成長のために」

医療的ケアが必要な子どもを支える家族の思いや求める支援とは何か

高 野 陽 介

横浜国立大学 ダイバーシティ戦略推進本部

The Thoughts and Needs of Families Supporting Children Requiring Medical Care

Yousuke Takano

Yokohama National University Diversity Strategy Promotion Headquarters

I. はじめに

近年、医療的ケアを必要とする子どもは小児在宅医療の発展や地域福祉の推進により、在宅生活が可能になり、地域社会でも生活を送れるようになってきた。2020年の厚生労働省の調査によると0～19歳の医療的ケア児数（在宅）は2005年には9,987人、2019年には20,155人と、14年の間に2倍強の増加を見せている¹⁾。医療の発展と医療的ケア児の人数の増加を鑑みると、地域において医療的ケア児やその家族を支える多職種支援体制の整備はニーズが高いといえる。

医療的ケアを必要とする子どもへの支援は、医療のみならず教育、福祉、子育て支援、保健等の多岐にわたる専門分野が連携・協力しながらサービスを円滑に進めていくことが不可欠である。しかし、医療的ケアを必要とする子どもやその家族が受けることのできるサービスは地域ごとに実状が異なり、窓口も様々あるため支援の輪の中心であるべきサービスの受け手がその現状を把握することは困難である。

上記のような背景もあり、厚生労働省による「医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」の告示より各地域での医療的ケア児を支える支援体制の整備や医療的ケア児等コーディネーターの人材育成が全国的に実施されるが²⁾、2019年8月1日時点では都道府県で26%、指定都市で55%、市区町村で21%の配置状況にとどまっている³⁾。一方で2016年6月公布の「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」においても地方公共団体に対して、医療的ケアを必要とする子ども等が円滑に支援を受けることができるよう、医療を中心として福祉・教育・保健等の各専門分野の支援体制整備を行うとともに多職種連携を推進することが努力義務とされている⁴⁾。

2021年6月には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が告示されることとなり、国及び地方公共団体は、地域において医療的ケアを必要とする子ども及びその家族に対する支援を行う体制を拡充し、保育・教育も含めた専門職種が連携して医療的ケアを適切

に提供する旨が定められている。ここでは「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¹⁾」とされている。すなわち安心して子どもを生み育てることができる地域づくりが求められている。

そこで本稿では、医療的ケアを必要とする子どもやその家族の視点から、医療的ケアに関する対応や課題等についてまとめられた先行研究を概観しながら、①在宅での生活、②保育所・幼稚園での生活、③学校（小・中学校や特別支援学校等）や地域での生活に焦点を当て、医療的ケアが必要な子どもを支える家族の思いや求める支援とはどのようなものであるのかを整理していく。

II. 医療的ケアを必要とする子どもを在宅で支えるために

前述の通り、小児医療の進歩や在宅医療の推進により、経管栄養や痰吸引等の医療的ケアを必要とする子どもたちの多くは、家庭で生活をしている。しかし、在宅で医療的ケアのある子どもを養育する家族は、家事との両立の困難さ、睡眠時間の不足、社会からの疎外感、金銭面での不安等将来に対する悩みを抱えているケースも多く存在する。特に、病院から退院後に医療的ケアの必要な子どもの養育者が認識する問題として、「子どもの体調管理・ケアについての問題」と「子どもと共に暮らしていくことに関連する問題」が指摘されている⁵⁾。在宅療養を始めたばかりの医療的ケアの必要な子どもは、医療的ケアを必要とするだけでなく、体も小さく、病状も不安定な状況である。主な養育者となる母親は、「障害のある子どもを産んでしまった」という自責の念を感じつつも、子どもの健康を必死で守ろうと、自信がない状況で医療的ケアを実施しており、子どもの健康を第一に考えた生活を送っている。場合によっては、仕事を辞めて子どものサポートに専念することもある。その子育ては母親が思い描いていたものとは大きくギャップがあり、子どものペースに合わせて子育てを行うことが大きなストレスとなる場合もある。またきょうだいがいる場合、母親は子育ての対象が医療的ケアのある子どもだけでなく、きょうだいの子育てもしなければならない。生活のペースをつかむまでに多くの時間が必要であり、子ども

たちの世話をする母親は同時にいくつもの課題に直面している。しかし、様々な問題を乗り越えながらも医療的ケアを担うことによって、その行為を子育ての一環と徐々に思えるようになり、新しいライフスタイルへの適応をすることができる。母親は、家族と一緒にいられることや自身が納得するケアができること実感すること、そして医療的ケアが必要の子どもの成長を感じられることで共にやっていこうと思う覚悟が徐々に形成されていくのであろう。

このような気持ちを母親がもてるようになるための支援として、まず医療機関による子どもの体調管理に関する継続的なサポート、退院後の子どもの成長や生活状況の変化に応じた支援内容の相談に関わること、子どもの体調悪化時の見極めの指導といったサポートが不可欠である。小児の在宅医療と成人の在宅医療の大きな違いは、成長発達に伴い症状が変化し、時には成長に応じて新たな医療的ケアが必要となることがある。子育てを確立し、落ち着いた生活を送り始めていたにもかかわらず、その生活が突然もしくは必然的に崩れてしまう場合の母親の困難さや負担は多大なものとなる。その際に、医療的ケアを必要とする子どもの体調管理等に関して、医師や看護師から適切なアドバイスや指導のサポートがあることは、持続可能な在宅生活を送る上での一助となる。

また、在宅で医療的ケアを必要とする子どもをサポートするためには、父親の存在や役割も重要となる。2020年の厚生労働省による障害者総合福祉推進事業の医療的ケア児とその家族の生活実態調査報告書によれば、20歳未満の医療的ケア児者の主たる介護者843名の回答者のうち94%が母親であったことが報告されている⁶⁾。医療的ケアを必要とする子どもの養育者に関する調査を主に母親を対象としており、父親にスポットが当たることは少ない。父親は仕事時間の調整や転職、家族旅行のコーディネート等といった父親の役割を模索する一方で、育児での戸惑いや妻への申し訳なさ、医療的ケアを必要とするわが子の将来や現在の生活の不安等を抱えていることが指摘されている⁷⁾。特に、父親は家族との時間を確保するために様々な方法で子どもに合わせた働き方を考えているが、一般的に男性という性役割において職業上の成功が求められていることから、働き方を調整していく上で昇進への考えを改めたり、困難感を抱くといったストレスフルな状況が生じている⁸⁾。父親、母親ともに固定的な役割分担から解放するためには、子育ての初期における父親の関与を保障する施策が必要となる。例えば、ピアグループの活動には、子どもの理解が進み、子育ての楽しさや自信につながる等の効果が報告されており、夫婦で参加できるようなピアグループ活動への参加を促す必要もあるだろう。医療的ケアを必要とする子どもを在宅で受け入れるためには、ステレオタイプの思い描く子育ての概念から脱却し、新たな家族としての形を再構築していく必要がある。そのためには、家族、夫

婦の役割を明確化させるとともに、医療を中心とした関係機関が密な情報共有を行いながら養育者が適切な症状判断や対処行動を獲得できるように支援を行っていくことが重要となる。

Ⅲ. 医療的ケアを必要とする子どもを保育所や幼稚園で支えるために

医療的ケアを必要とする子どもと家族の生活状況を把握するために、厚生労働省は2015年に「平成27年度障害者支援状況等調査研究事業『在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査』」を実施した。その調査結果によれば、学校等に通学（訪問教育も含む）している子ども（6歳～17歳）は94%であったが、保育所・幼稚園等を利用していた子ども（0歳～5歳）は21%であった。保育所・幼稚園の医療的ケアを必要とする子どもの受け入れは、学校等の状況と比べると少ないが、この背景には保護者が保育所等を利用したいと考えていても「安全確保ができない」、「看護師を配置できない」といった医療的ケアを理由に入園を断られたり、諦めていることが報告されている⁹⁾。

このような状況もあり、2017年度より厚生労働省は保育所において、医療的ケアを必要とする子どもの受け入れを促進するため、看護師等を派遣する「医療的ケア児保育支援モデル事業」を開始した。具体的には、都道府県等において看護師等を雇い上げ保育所等へ派遣することや保育士が認定特定行為業務従事者となるための研修受講を支援することが事業の目的となっている。やや年代は古いが、2009年に日本保育協会が実施した全国調査によると、保育所の約30%に保育所看護職が配置されていた¹⁰⁾。保育士が期待する保育所看護職の役割は、「子どもの健康管理」、「病気・けがへの対応」、「子どもと保護者への保健指導・相談」、「環境衛生管理」等であり、保健活動に関する業務を重視している¹¹⁾。しかし、これら関連する保健活動の役割遂行が十分に進んでいないと88%の保育所看護職が捉えている¹²⁾。保育所看護職は、各保育所に1名の配属であるケースが多く、困った時にすぐ相談できる相手が近くにないという状況もある。保育所においてクラス担任や保育所看護職のみが医療的ケアの必要とする子どもを受け入れるのではなく、保育所全体で受け入れる体制を整えることが必要である。保育所看護師が不在の場合には、近隣の保育所看護職や保健師の支援体制を調整することも重要となる。また、健康で安全に医療的ケア児と他児と一緒に保育を受けるためには、保育士が医療的ケアを他人事とせず理解し、保育に生かすことも大切である。日頃から保育士と保育所看護師が医療的ケアの必要な子どもの情報を共有し、保育士が医療的ケアについて理解できるように促さなければならない。保育所における医療的ケアの対応に必要な体制について、医療機関・専門家との連携を94%の保育所看護職が挙げている¹³⁾。多くの場合、主治医との連携は

保護者を通して行っている。「保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン」によると、主治医との連携は、保護者の同意のもと当該児の受診時に保育所に関係する職員が同行する等して、主治医と直接情報共有を行い、集団生活の可否や医療的ケアへの対応に対する内容の確認、変更に関する指示等の協力を得ることが望ましいとしている¹⁴⁾。厚生労働省社会・援護局は、医療的ケア児等コーディネーターを配置し、医療的ケアを必要とする子どもに対して切れ目のない支援ができるように人材の養成を進めている。保育所と医療機関をつなぐ役割の人材およびシステム構築の検討が必要となる。

保育所とは「日々保護者の委託を受けて、保育に欠けるその乳児又は幼児を保育することを目的とする施設(児童福祉法第39条第1項)」であり、元来、保育の欠けた状態を回復するための保護者への支援が含まれている。つまり、保育所におけるインクルージョンとは、障害や病気のある子どもと、ない子どもを包み込んで保育をするだけでなく、そのことによって保護者の子育てを社会的に支えるということの意味する。保護者は保育所の利用を通して病児保育や職場の子育て支援制度に出会い、医療的ケアの必要なわが子の子育てをすべて一人で担わなくてもよいことに気づけるようにサポートすることが重要となる。また、インクルーシブな保育では、社会そのものを多様な人々が共生する場と考え、特別なニーズをもつ子どもが十分に参加できるよう集団づくりをしていくことが求められる¹⁵⁾。例えば、3歳児の段階では、子どもから主体的な集団遊びも展開しにくく、保育者がどのように医療的ケアを必要とする子どもに接しているかは、他の子どもたちにとっても重要なモデルとなる。こういった大人のかかわりを見ながら、5歳児クラスになり、周囲の子どもが医療的ケアを必要とする子どもの吸引器や人工鼻の使用に対して疑問を抱くようになった時、なぜそれが必要なのか、どのようなことに注意しなければならないのかといった違いを知り、互いに関係性を築きながら成長発達を促すことがインクルーシブ保育の重要な意義となる。そして、医療的ケアを必要とする子どもも自己の医療的ケアに関心をもち、自分でできることを自分で行えるように周囲が保育の段階から自立に向けた支援を促していく必要がある。例えば間欠的自己導尿について、幼児期は遊び等に夢中になり嫌がるため、間欠的導尿を始められない幼児に対しては、その気にさせるような声かけが必要であるとの報告もある¹¹⁾。保育所における生活は、集団生活を通じて就学に向けて社会性が発達していく時期である。医療的ケアが必要な子どもが小学校生活を嫌にならず、保育所から小学校に円滑に移行するためには、保育所における医療的ケアを含めたセルフケア能力の獲得への支援に繋がるように早期からかわることが重要であるといえる。

IV. 医療的ケアを必要とする子どもを学校や地域で支えるために

2021年度の学校における医療的ケア実施体制状況調査によると、医療的ケアの必要な幼児児童生徒は10,268名(前年度は9,845名)と増加傾向が継続しており、そのうち特別支援学校の在籍児数は8,485名であった。また特別支援学校だけではなく、幼稚園、小・中・高等学校の医療的ケア児の在籍も2018年度の974名から約800名増加し1,783名となっている¹⁶⁾。2019年3月に文部科学省は、「特別支援学校における医療的ケアの今後の対応について」として学校における医療的ケアの実施に関する検討会議の最終の取りまとめ結果を公表している。その中では学校における医療的ケアに関する基本的な考え方として、①必要な職員の確保と安全な実施、②医療的ケアに係る関係者の役割分担と相互連携の必要性、③保護者の理解と協力、④教育委員会の役割等が具体的に示されており、この考え方に基づいて学校現場での体制整備が進められているところである¹⁷⁾。筆者は、2020年に医療的ケアを必要とし、地域の小・中学校、特別支援学校に在籍する児童生徒の保護者に対して質問紙調査を実施し、学校付き添いや就学支援等に関する学校生活のサポートについての実態調査を進めてきたため、そちらの内容も踏まえ、①保護者の学校への付き添い、②外部サービスの活用の2つの観点から医療的ケアが必要な子ども学校で支える上での課題等について整理していく。

まず、保護者の学校への付き添いであるが、学校での医療的ケアにあたっては、教育委員会において学校看護師(特別支援学校等で医療的ケアを行う看護師)等を十分確保し、適切な配置を行った上で、学校看護師等を中心に教職員等が連携協力してケアにあたることを前提としている。しかしながら、特に小・中学校では、学校看護師が配置されていない学校も多く、現在でも医療的ケアのサポートを実施するために、常時もしくは一時的な保護者の学校付き添いを求められるケースが存在する。また、学校看護師が配置されていても、学校現場で行う医療行為に関する規則の制限(例えば、教育委員会で気管内の吸引圧が一律に決められているため痰が吸いきれない等)により、十分な医療的ケアが実施できず、保護者が学校に常駐せざるをえない場合もある。まずは、就学に向けて医療的ケアに関する情報の引継ぎや連携体制の構築が不可欠である。個別的教育支援計画を活用し、当事者、学校関係者、医療従事者等による就学に関する話し合いの中で、教育環境の整備や学校看護師の配置、生活・学習面のサポート等、各関係者の役割や合理的配慮のあり方を明確化しておくことが重要である。保護者は、教員と話ができる時間も限られていることも多く、連携すべき相手も多いため、情報共有は難しいとの考えももっている。就学後のスムーズな情報共有のためにも、特別支援教育コーディネーター等を相談窓口として、

学校関係者との情報共有を担うことで保護者の負担を軽減することができる。また、学校看護師の配置・活用については、多くの自治体で検討されているが、厚生労働省の報告によれば、政令指定都市20市のうち、事業として「看護師資格をもつ人員配置（特別支援学校を除く）」を明記しているのは半数の10市であり、雇用に地域差が生じている¹⁸⁾。これまでも看護師を募集しても集まらなかったり、処遇等の環境が未整備であるため人材の確保が難しいとの報告もある。例えば、大阪府豊中市教育委員会では、19名の学校看護師のうち3名の常勤看護師が教育センター事務室に常駐し調整業務等を行い、16名の非常勤看護師が公立小・中学校で医療的ケアを提供している¹⁹⁾。学校看護師らは各学校を巡回し、担当校・児童生徒は日々変わるが、どの看護師がケアに入っても同じケアができるように情報共有に取り組んでいる。豊中市のように、学校看護師の「固定配置制」ではなく「巡回派遣型」のシステムによって、看護師の病欠等による人員不足が解消され医療的ケアを必要とする児童生徒が地域の小・中学校等へ通うことができている例もある。学校看護師の配置が着実に進められていくことが望まれるが、地域の実情にあわせて「巡回派遣型」システムの採用や整備等、医療的ケアを必要とする子どもの進路選択の幅を広げるサポート整備も期待される。

次に外部サービスの活用についてであるが、保護者は、親と子どもが分かれて、それぞれの時間を過ごせるようになることを求めている。そのためには人工呼吸器の管理や痰の吸引等の医療的ケアの対応ができる介護者を増やしていかなければならないが、下校後や休学時に医療的ケアを必要とする子どもが利用できるサービスには限りがあるのが現状である。実際に保護者からは、「医療的ケアを必要とする子どもが利用できる放課後等デイサービス等を地域で充実してほしい」、「保護者が体調不良等の緊急時に預けられる場所がほしい」といった要望は多く、レスパイトケアのための外部サービスの充実を図らなければならない。療育を目的とした放課後等デイサービス事業では、2020年に事業所数が15,513で前年度から11%増加し、利用実人員も400,096人となった²⁰⁾。このような事業所の大幅増加の一方で、利益追求のために支援の質の低下や不適切な支援を行っている事業所が増加しているという指摘の声もあり、2017年4月に放課後等デイサービスの人員配置基準の見直しが行われた。厚生労働省の定めるガイドラインでは、放課後等デイサービスの基本的役割とは、①子どもの最善の利益の保障②共生社会の実現に向けた後方支援③保護者支援の3つであると述べている²¹⁾。これらの基本的役割を満たすためにどの程度の水準が必要であるかは、各事業所の提供されるサービス内容や利用する子どもの障害特性、保護者のニーズによって大きく異なる。また、保護者のレスパイトだけに大きくウェイトを絞るのではなく、学校との積極的な連携を行い、小学校から高校卒業、さらに高校

卒業以降も継続した発達支援が行われるよう地域でサポートできるネットワークを構築していく必要がある。そのためには、事業所の自助努力だけでなく、国や自治体からの財政支援や人材育成の場の提供、医療的ケア児等コーディネーターによる地域総合支援の調整等、就学前からの発育保障を進めるための外部サービスの積極的な活用に向けた体制整備が望まれるだろう。

V. おわりに

医療的ケアを必要とする子どもやその家族は、在宅や保育所・幼稚園、学校での生活を送る過程で様々な思いを抱き、そしてその時々で様々な課題にも直面している。だからこそ、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が公布されたことは大きな進歩であり、医療的ケアを必要とする子どもとその家族や支援者の方々にとって待ち望んだ法整備である。この法律の基本理念には「医療的ケア児の日常生活及び社会生活を社会全体で支えること」、「医療的ケア児でない児童と共に教育を受けられるよう最大限配慮すること」、「個々の医療的ケア児の年齢、必要とするケアの種類及び生活の実態に応じた支援を医療、保健、福祉、教育、労働等の業務を行う関連機関及び民間団体の緊密な連携のもとに切れ目なく行うこと」、「医療的ケア児が18歳に達し又は高等学校卒業後も適切な保健医療福祉サービスを受けられるように配慮すること」、「医療的ケア児およびその保護者の意思を最大限に尊重すること」、「医療的ケア児とその家族が居住地域に関わらず等しく適切な支援を受けられるようにすること」が明記されている¹⁾。新しい法律ができたことにより急速にすべての問題が解決されるわけではないが、医療的ケアを必要とする子どもの家族が望む自分の時間をもつことや、家族以外のサポートを充実させること等がこの法整備により着実に実現されていくことを期待したい。そのためには、医療的ケアを必要とする子どもをもつ家族からの相談支援の中核を担う「医療的ケア児支援センター」の早急な体制整備が必須である。様々なニーズをもつ医療的ケアを必要とする子どもの家族が、どこに相談をすれば適切な支援につながるのかわかりにくく、複数の施設や機関をたらいまわしにされ、最終的に課題を解決できないというケースも非常に多くみられる。現状、医療的ケア児支援センターは、まだ整備の途中であり、十分に機能している状況とはいえない。地域によっては医療的ケア児支援センターが設置されていても形骸化していたり、職員の不足により当事者のニーズに対応できない場合もある。各都道府県の地域資源等は大きく異なるため、今後各自治体がどのように医療的ケア児支援センターを活用していくのかを真剣に検討しなければ、これまでと何も変わらない当事者の努力任せの状況となってしまう。

そして最後に、本稿は、医療的ケアを必要とする子どもやその家族の視点から支援の現状や課題等について調

査した研究を概観しながらまとめていったが、特に保護者の視点から子どもをサポートする上での思いや課題について言及した研究は比較的多くみられた。しかし、医療的ケアを必要とする子ども本人の発達や教育的な効果に焦点を当てた研究はまだ少ない。具体的には、家庭ではなく保育所で周りの子どもたちとともに生活することで、医療的ケアを必要とする子ども本人の社会性の発達にどのような影響をもたらしているのか、医療的ケアを受けながら学校生活を過ごすことで子ども本人の学習・生活面の成長にどのような影響を及ぼしているのか等、家族の思いにただ寄り添うだけではなく、医療的ケアを必要とする子どもを主体として本人の持てる力を伸ばすために適した養育・教育環境となっているのかもしっかり検証していかなければならない。一口に医療的ケアといっても、障害の状態もケアの内容も家族の状況もすべて違い、一人一人のニーズにあわせて対応できるきめ細やかな支援が求められている。医療的ケアを必要とする子どもとその家族が忙しい日常の中で、ささやかな願いが叶えられる社会であってほしいと願う。

文 献

- 1) 厚生労働省：「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> Accessed October 26, 2021
- 2) 厚生労働省：平成28年（2016）医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, Accessed October 24, 2016
- 3) 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。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000584473>, Accessed October 29, 2020
- 4) 厚生労働省：「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」について。 Available at : https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000128863, Accessed October 30, 2016
- 5) 小坂素子：医療的ケアを必要とする在宅療養児の母親の諸相に関する文献検討。研究紀要 19 : 169-178, 2018
- 6) 厚生労働省：医療的ケア児とその家族の生活実態調査報告書。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf> Accessed October 30, 2022
- 7) 芳賀亜紀子, 遠山京子, 徳武千足：在宅で重症心身障害児を育てる両親の障害受容から考える養育に対する思い。長野県母子衛生学会誌 17 : 8-17, 2015
- 8) 田中美央：重症心身障害のある子どもを育てる父親の体験。自治医科大学看護学ジャーナル 5 : 15-23, 2007
- 9) 厚生労働省：在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査 Available at : <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihouken-fukushibu/0000130383.pdf> Accessed October 28, 2016
- 10) 日本保育協会：保育所の環境整備調査研究報告書—保育所の人的環境としての看護師等の配置—平成21年度。 Available at : <https://www.nippo.or.jp/Portals/0/images/research/kenkyu/h21kankyoul.pdf> Accessed October 30, 2010
- 11) 片岡亜沙美, 矢野智恵, 山崎美恵子：保育所の保育所看護職者への認識と期待する役割。高知学園短期大学紀要 42 : 55-66, 2012
- 12) 木村留美子, 棚町祐子, 田中沙季子ほか：保育園看護職者の役割に関する実態調査：保育園看護職者の役割遂行状況と看護職者に対する保育士・保護者の認識。小児保健研究 65 : 643-649, 2006
- 13) 空田朋子：保育所における医療的ケアが必要な子どもに対する支援の実態と保育所看護職者の認識。山口県立大学学術情報 7 : 57-63, 2014
- 14) 保育所等における医療的ケア児への支援に関する研究会：保育所等での医療的ケア児の支援に関するガイドライン（令和2年度子ども・子育て支援推進調査研究事業）。 Available at : https://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/h30kosodate2018_0102.pdf, Accessed October 30, 2019
- 15) 植田嘉好子, 三上史哲, 松本優作ほか：医療的ケア児とその家族へのインクルーシブな支援の実際と課題—保育所を利用する医療的ケア児のケーススタディから—。川崎医療福祉学会誌 30 : 47-59, 2020
- 16) 文部科学省：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。 Available at : https://www.pref.osaka.lg.jp/attach/4475/00019460/03_bessi2_04_319.pdf Accessed October 30, 2022
- 17) 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。 Available at : https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1414596.htm Accessed October 30, 2019
- 18) 厚生労働省：地域における医療的ケア児の支援に関する状況等調べ。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/cotent/000465665.pdf> Accessed October 13,
- 19) 植田陽子, 草間亜希, 森川智瑛：看護師と教員の協働によって「ともに学び、ともに育つ」教育を支える—豊中市教育委員会事務局児童生徒課支援教育係の実践から—。小児看護 41 : 1092-1098, 2018
- 20) 厚生労働省：令和2年社会福祉施設等調査の概況。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/20/dl/kekka-kihonhyou02.pdf> Accessed October 14,
- 21) 厚生労働省：放課後等デイサービスガイドラインについて。 Available at : https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/kourei/kaigo_hoken/kyo/iryouteikea/index.data/tokutei.pdf Accessed October 30, 2015

■特集 「医療的ケア児の健やかな成長のために」

Together Better —母親の立場から、幸せな自立を願って—

大 泉 え り

高度医療ケアラー/在宅おふろ研究家

Together Better —for Happy Independence from a Mother's Perspective—

Eri Oizumi

Advanced medical Carer/ Researcher of bathing habits in home medical care

I. 健康とは「能力」である？

「はい、元気です！」小学校の朝の健康観察で娘の返事はいつも決まっていた。毎朝この返事を聞くたびに、私は肚の底から滑稽で誇らしい気持ちになったものだ。

私の一人娘は、先天性の神経難病SMA (Spinal Muscular Atrophy：脊髄性筋萎縮症)^{注1} I型を持ち、24時間人工呼吸器を使いながら生活している。おかげさまで、体調不良での入院は12年間せず記録を更新中である。現在は地域の公立中学校の通常級に通い、あー言えばこー言う思春期真っただ中の13歳を生きている。

娘はこれまで13年間、自分の足で立ったことも歩いたこともなく、自分の口から食べ物を食べたこともない。食事は、胃に穴を開けた胃ろうから注入している（同級生たちにはいつも、胃にピアスみたいなボタンを付けていて、そこからスムージーみたいなものを入れていてと説明している）。人工呼吸器を外せば、自発呼吸がほぼなく10秒と体内の酸素濃度を保つことができない。彼女が自分で動かせる体の部位は、目と、口角と指先のみである。

そんな娘は、小学一年生から毎朝、冒頭のように元気に答えるのである。医学的には、超重症児スコア^{注2}34点の超重症児だが、自宅で1歳から過ごし、地域の公立幼稚園で同世代の子どもたちの中で育った彼女は、いつし

か自分の体と心を自分のものとして受容し活かす力を身につけていったように思う。

「健康」を身体や精神の「状態」ではなく、問題に適応したり体調を管理したりする「能力」としてとらえる。これは「ポジティブヘルス」と言われる新しい健康の概念だそうだ。

II. 「ポジティブヘルス」について

『ポジティブヘルスは、2011年にオランダの家庭医でその後研究者となったマフトルド・ヒューバー氏によって発表された^{注3}。その考え方によると、健康とは、「社会的、身体的、感情的な問題に直面した時に適応し、本人主導で管理する能力としての健康」というものである。つまり、健康を「適応してセルフマネジメントをする力」として見ることを提案している。「疾患や障害があっても、周りの力などを支えにして、気落ちすることなく人生を前向きに歩いて行けること、その力こそが健康！」とする捉え方である。』¹⁾

ポジティブヘルスの概念や、様々な現場での活用方法と効果についての詳細は、マフトルド・ヒューバー氏の立ち上げた団体のホームページ^{注3}や、専門書、専門家の解説を是非ご一読いただけたらと思う。

III. 地域で育まれたものと本人告知

このポジティブヘルスの考え方に寄せて娘を眺めてみると、よくぞここまで「健康の力」を獲得したと感慨深い。

1. 確定診断と人工呼吸器装着

生後6か月の時自宅で窒息し救急搬送され、子ども専門病院に転送された3か月後に、遺伝子検査の結果、先天性の神経難病だと判明した。当時、人工呼吸器を付けなければ2歳まで生きられない命だと説明を受けた。判断は親である私たちに委ねられ、命の選択を迫られていった。私は最終的には勇気だけを元手に、人工呼吸器をつけて娘を生かすことに決めた。人工呼吸器という医療機器を携えて懸命に生きる先達の姿を知ったことは、



写真1 娘のさほと

私の背中を大いに押してくれた。気管切開し人工呼吸器を付ける手術の日の私のメモには、『新しい命一式、ありがとうございます』と書いてある。娘の命をリニューアルして共に生きていく覚悟と感謝の気持ちが書き留めてあった。

娘が生きるか死ぬかという問題で精一杯だった私は、娘の呼吸が安定した頃、同じ疾患の子どもを持つ先輩に「これからはよく育てることよ」と言われハッとした。「この子も育つんだ…」と。娘の生活に必要な全ての医療的ケアを約3か月で習得して、1歳の誕生日を迎える頃退院し自宅での生活をスタートした。

2. 孤独の谷と自分の中のバリア

しかし、いざ病院を出て在宅生活を始めてみると、そこにあったのは「高度医療依存児」と社会との間の孤独の谷だった。

娘が生まれたのが2009年5月である。2008年に起こった「妊婦死亡事件」（出産間近で体調不良を訴えた東京都内在住の女性が、8つの病院から受け入れを断られ、亡くなってしまった事件）をきっかけに、ちょうど「NICU満床問題」が社会的に注目された結果、長期入院児を減らすさまざまな試みが全国的に行われた背景と重なる形で、私たちは社会に出て生きてきた。全国的な数字でみると、2008年には約470人だった人工呼吸器を使う子どもが2010年にはおよそ3倍となり社会に増えたということだが、全国ではたった約1,300人である（図1）。地域に帰ってみると、『前例がない』と言われ続け、『人工呼吸器のお子さんは受け入れていない』『人工呼吸器は…』と断られた。子どもを対象とした訪問看護や訪問介護サービス事業所も少なかった時代だ。

東京都の在宅重症心身障害児（者）等訪問事業の看護師の力添えで何とか1歳で児童デイサービス（現在の児童発達支援）に通い始め、自治体の保健師を巻き込みつつ、4歳で公立幼稚園に入園した。いずれにも医療的ケアを行う看護師は在籍していなかったため、私は送迎と付き添いを担った。かれこれ付き添い歴は12年となる。

娘の難病を告知され絶望で未来が見えない頃もあったけれど、有難いことに折に触れて私のレジリエンスを呼

び起こしてくれる出会いや出来事があって、何とか生きて来られた。

公立幼稚園に入園しようと決めたのは、娘が3歳の頃から遊びボランティアに来ていた女子大生が誘ってくれた文化祭での出来事だった。当日行ってみると、誘われたダンスの発表会会場が、階段しかない体育館の二階フロアだった。医療機器を積載した大きな車椅子では無理だと諦めて帰ろうとしていた時、黄色いTシャツを着た元気な女子大生が話しかけてきた。事情を話すと彼女は笑顔で「お母さん、持ち上げますか?」と言った。私は当時その選択肢は全く思いついていなくてとても驚いたけれど、彼女の体育大生としての風貌と結集した女子大生たちを信頼してやってみることにした。結果は無事に二階まで担ぎ上げてくれて、楽しくダンスも見られた。後から聞けば、黄色いTシャツの彼女たちはライフセービング部員だった。

私はこの時、バリアフリーでなくては進めないという固定観念が、自分の中に存在していたことに愕然とした。ああ、バリアは自分の中にあったのだと気が付いた。それまで、人に迷惑をかけてはいけないと必死に頑張ってきたけれども、娘は人を信じて頼ることで道が開けていくことがあるのだと知った。階段しかない木造二階建ての最寄りの公立幼稚園へ入園希望を固めた出来事だった。

3. ママ友の教えと恩師の言葉

幼稚園時代は、副園長先生が教育委員会に掛け合ってくださって、階段を持ち上げるにも人が必要だと介助員が2名体制で付いた。娘は同世代の子どもの中でたくさんの貴重な経験を積み重ね、親子共々様々な出会いによって多くの学びと友人を得た。

忘れられないエピソードの一つを紹介したい。別室待機をしていた私に、クラスメイトのお母さんが話しかけてきた。「私の上の子、お兄ちゃん、大学生なんだけど、この前、何か悩み事があったらしくってね、小さい子どもの元気をもらおうと一人で幼稚園の前を歩いてたんだった。そしたら、さほちゃんとお母さんが歩いて来てすれ違ったらしいの。『あ、弟のクラスメイトの子だ』って。」ひと呼吸おいてから、「あの子、『俺、その時、悩みなくなっちゃったんだよね、なんかさ』って言ってたよ。」と。

私は驚いてしまって恥ずかしいくらい大泣きしていた。ただ歩いていただけだったから。人に助けてもらえばかりの私たちが、そのままの存在でよいと思いがけず教えてもらった。

小学校への就学については「友達と同じ学校に行きたい」という娘の気持ちを尊重し、幼稚園の向かいにある、幼小連携の活動も盛んであった地域の公立小学校の通常級に進んだ。私の恩師からは「人は人を浴びて、人となる」という言葉をもらい、在校生千人の児童の中に飛び込んでいくことになる。

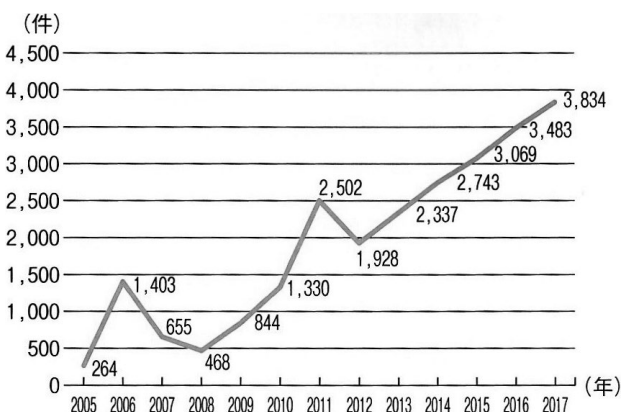


図1 人工呼吸器児数（0～19歳）の推移²⁾

4. 「なんで治らないのに、病院に行くの？」

これは娘が四年生10歳の頃に私に尋ねた質問である。

ちょうどギャングエイジと言われるこの時期に、娘のクラスは荒れていて、大人の部分と子どもの部分が絡み合って反動的な態度になってしまう子もいて、授業にならないこともあった。ケンカが頻発し、クラスメイトに「どうせ動けないんだろ？イエー」とからかわれたこともあった。机を蹴飛ばす男子をみて、娘が「ケンカしてみたい」と言ったのには、改めて共感した。

そんなクラスメイトたちと同様に、娘も自我の確立のステップに入っていき、自分と友達との違いを認識して考えていたのだろう。「1/2成人式」の学習の中でもこれまでの十年間を振り返っていたので、「治らない病気を抱える自分」を客観的に捉えるようになっていたのかもしれない。

私は、SMAを持っていることは、彼女のアイデンティティに大きく関わっていることなので、いつか改めて「本人への難病告知」は必要だと思っていた。遂にこの時が来た！と思い、確定診断のセカンドオピニオンの頃からお世話になっているSMA専門医チームの心理士に相談してから、娘の疑問に答えた。さらに娘の希望により、専門医との面談を設定し、娘の「なんで病気になるの？」「いつ治るの？」という質問に直接答えていただいた。「本人への難病告知」の第一弾だった。

5. 小学校で育まれたもの

高学年になってクラス替えも行われ、娘の学年は落ち着きを取り戻し、娘も難病告知後は不安を口にすることはなくなった。変化はと言えば、「わたしも困っている人を助けたい」とレモネードスタンドを開催して小児がん支援団体に寄付をしたり³⁾、運動会のソーラン節リーダーに立候補したり⁴⁾と、積極的なチャレンジが垣間見えたこと。この愚かな母親が「みんなみたいに体を動かせたらよかったよねえ…」と言うと、「大丈夫。さほちゃん指、動くから」と、娘の圧倒的な前向きさに救われることもあった。

振り返れば、幼稚園から含め小学校までの8年間で育んでいただいたものは、「娘なりにできる」力、友達(人)を信じる心、人に助けてもらって生きる力、だと思う。これは親子共にだし、障害児者に限らずどんな人にも必要なもののように思う。

IV. 学校生活での医療的ケア

1. 支えてくれる人も守りたい

2016年によく児童福祉法と障害者総合支援法が改正され、「医療的ケア児」が明確に障害児として地域での支援対象となった。医療・福祉・保健・教育が連携した支援体制づくりが地方自治体の努力義務になったものの、高度な医療的ケアを受け入れる社会資源は不足している状況は変わらなかった⁵⁾。奇しくも同年に、「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律(障害者差

別解消法)」も施行されたが、小学校に入学した娘の学校での医療的ケアは、全て保護者に任せ私は付き添いを続けていた。幼稚園での実績を踏まえ、支援要員は2名体制で配置となり、その中にはベテラン訪問看護師も含まれていたが、看護師として配置され医療的ケアができるまでには、教育委員会との本格的な対話を始めて3年かかった。

娘が小学三年生の頃始まった自治体による試行的「学校看護師制度」は、子ども専門病院の主治医とその在宅医療支援室室長の医師、メディカルソーシャルワーカー、難病の子ども支援全国団体の理事、教育委員会の係長らと我々親子が、まさに膝を突き合わせる形で対話をスタートした。私には、ささやかながら「支えてくれる人も守る」という信条があるので、制度作りに際して、実施する看護師だけに命の責任を負わせるのではなく、関わる職種、保護者も含めてみんなで責任を分け合っていきたいと、みんなが安心安全な仕組みを作ること求めた。

2. 「医療的ケア児」という名前ではなく

法律に「医療的ケア児」の文言が入ったことで社会的に存在が認められ、さらに2021年には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律(医療的ケア児支援法)」が施行され、各省庁および地方自治体の支援が「努力義務」から「責務」に変わった。私たちにとっては大変有り難い歴史的な出来事だった。

しかし一方、カテゴライズは便利な反面、ある種の共通項で括られたり、先入観をもって捉えられがちになったりという落とし穴があることは忘れてはならない。各々の現場で出会う「医療的ケア児」は、代わりのない命に名前の付いた一人の子どもである。ケアの手技においても個別性は高い。大切なことは、目の前の子どもと家族のニーズに寄り添い、成長のタイミングを見極めながら、ハレの日もケの日も同じ方向を見て(向き合うのではなく)関わっていくことだと思う。

「医療的ケア児者」への支援については、学校においても未だ黎明期を脱したとは言えない。全国各地での取り組みや個別の事例など、実践知の共有こそが今求められていると感じる。

3. 必要なサポートは医療的ケアだけではない

人工呼吸器を使うような重度の医療的ケア児の母親の実態を説明する時、私は「一人五役」と話している。つまり、一人ICU、一人保健所、一人教育施設長、一人特別支援教育、一人だけの母親としての役割を全て担っているイメージである。

病院のICUでは三交代制で行われることを一人でやりながら、介護保険制度と違ってケアマネージャーがいないので、母親が各種の社会サービスを探して調整しているという現状がある。相談支援員制度はようやく浸透してきてはいるが医療に精通している相談支援員というのはなかなかいない。

学校生活では、校内の安全な環境を作り事故が起きないよう工夫を重ね、医療的ケアを行う人の教育もして、一つのプロジェクトとしてきちんと運用できるように整えている。毎日の送迎と終日付き添いに加えて、自己責任以上の本来は社会が担うべき責任も随分と背負っていると思う。

さらには、母親が国内外から情報を集め、専門家に問い合わせ、自ら実践し、教材を作り、特別支援教育も担っている。例えば、四肢麻痺のSMA I型のような子どもが意思を表出する手段は限られているので、系統立てた専門的なコミュニケーションの発達支援が粘り強く継続的に行われることと並行して、所謂ICT支援機器の操作も合わせて獲得していかなければならない。その子どもに適合する「スイッチ」や固定装具の製作とフィッティングなど、環境整備の時点から、専門家や支援者が全国的に非常に少なく居住地域内で適切な支援を受けられない状況がある。

地域の学校の通常級と特別支援級と特別支援学校では、やはり事情や環境が各々異なっている前提はありつつも、SMA I型児の母親の実態は概ね同じである⁶⁾。私の場合は、娘が通常級の中学生になってからは塾の先生の役割が増え「一人六役」になったように思う。

ここで申し上げたいのは、ご周知のこととは思いますが、医療的ケア児が学校生活を健やかに過ごすためには、医療ケアを行う人がいればよいというわけではないということだ。医療的ケア看護職員、教員、特別支援教育支援員、スクールカウンセラーなど多面的なサポート人材が、各々をフォローし合える関係性をもった「チーム学校」として、一人一人の子どもをサポートする必要があると実感する。

そして、これは医療的ケア児に限ったことではない。医療・福祉・保健・教育が連携してサポートすべき様々な子どもたちが学校にはいる。地域の小学校に入学した時、未熟な私は「重度の医療的ケア児の娘こそ、多様性の最たるものだ」と思っていた。だが、しばらくして「娘は多様性の一粒にすぎない」と気が付いた。

4. 特別支援教育コーディネーターについて

そのような中、「チーム学校」の要となるのは、やはり特別支援教育コーディネーターになると思われる。特別支援教育コーディネーターは、2007年4月の学校教育法の一部改正に伴い明確に校務に位置付けられ、2013年にはほぼ全ての公立学校に配置されている⁷⁾。発達障害など教育ニーズを持つ子どもや不登校の子ども、自殺などの増加が背景にあったが、現在もそれらの数は増え続け⁸⁾、特別支援教育コーディネーターの担う役割はますます大きく重くなっていると推察される。

特別支援教育コーディネーターを担当する役職は各学校で異なるが、特別支援級のない地域の学校においては、養護教諭が兼務することが多いのではないだろうか。校内での養護教諭としての担務に加えて、近年は感染症対

策の業務もある中、特別支援教育コーディネーターの役割まで十分に果たせるだろうか。全国的な教員不足も深刻化し、その上医療的ケア児まで増えていくという状況に、正直なところ疲弊感は否めないのではないだろうか。

医療の専門職として学校に入る学校看護師にとっても、養護教諭は拠り所になるのだが、円滑な連携は悩ましい実情がある。そもそも、感染症対策にシビアな医療的ケア児は、体調不良の子どもに対応する保健室には近寄りたがいのだ。

V. 本質はコミュニケーション

医療的ケア児の健やかな成長のためには、多様な人との出会いや関わり、支え合いが不可欠である。多職種連携の必要性が説かれるが、多職種連携とは何か。とどのつまり、コミュニケーションであると私は思っている。相手を否定しない会話、つまり「対話」を継続したところに生まれる「関係性を育てること」である。当然、一朝一夕では至らない。人と人同士が相手を知るには時間がかかる。単に相手の気持ちを共有するシンパシーというより、別の価値観や考えを持つ相手の身になって想像するエンパシーを持って、同じ時間と空間の中で丁寧に関わり続けていくことだ。

人は変えられないことは、皆さんもうご存知のことだろう。変えられるのは自分だけである。我々は、誰も取り残さない社会を目指して、自分自身に問いかけながら進みしかないのだ。専門職や医療者や当事者としての自分の中に、バリアはないか？相手の事情を含めたその存在に架橋したコミュニケーションをとっているか？「医療的ケア児」ではなく、代わるもののない目の前の命に寄り添っているか？

そして「Together Better」で行こう。完全完璧を目指すのではなく、ガチガチに気を張らなくてもよい緩さで、医療的ケア児と共に生活することで、みんながより良い感じになることを目指して。「Together Better」は、ポジティブヘルスのコンセプトに基づき、本人にとって本当に必要とされるサポートが垣根を取り払って行われるように工夫されているオランダの健康センターの合言葉だそう¹⁾。

ADL(Activities of daily living)^{注4)}全介助を必要とする娘は、これからも誰かの力を借りなければ生きていけないけれど、13歳の現在、英語の授業で「How are you?」と尋ねられると必ず「I'm happy.」と答える。「I'm fine.」ではなく、彼女に育まれた健康観と「自分をご機嫌にする力」を見習いたいと思う。つつい大人として、教えよう守ろうとしがちな私から日々の自戒を込めて書けば、「本人が大切だと考えること」をサポートすることを忘れずに、私も彼女とのかけがえのない関係性を生きていきたい。

VI. 終わりに

今回の特集寄稿に際しては、「母親の立場から」の一人称での記述とし、筆者の主観をもとに述べさせていたでいています。これまで私たち親子に出会い、関わってくださった方々、日々を支えてくれている皆様に感謝いたします。

注1：脊髄性筋萎縮症（SMA）は、脊髄の前角細胞の変性による筋萎縮と進行性の筋力低下を特徴とする下位運動ニューロン病である。上位運動ニューロン徴候は伴わない。発症年齢、最高到達運動機能により、0型、I型、II型、III型、IV型に分類される。0型は胎児期の発症で出生直後から人工呼吸器管理を必要とする最重症型である。I型は新生児期から乳児期の発症で、フロッピーインファントの代表格であり、人工呼吸器管理をしない場合には2歳までに90%以上が呼吸不全で死亡する重症型である。呼吸障害、関節拘縮、脊柱側弯、摂食・嚥下障害などを認めるが、知的障害は通常認めない。（脊髄性筋萎縮症（SMA）診療の手引き⁹⁾より）

注2：「超重症児」は、鈴木ら（1995）¹⁰⁾が提唱した概念で、医学的管理下に置かなければ呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある障害児を、必要な医療処置によって「超重症児スコア」として点数化した。医療介護の進歩に伴う改定が行われ（鈴木ら、2008）¹¹⁾、運動機能が座位までを前提に、スコア25点以上を超重症児、10～24点を準超重症児とした。さらにその後「動く医療的ケア児問題」から、2020年に「医療的ケア児（者）の新判定スコア」¹²⁾が前田浩利により提唱され、福祉サービスの事業所報酬の基準として採用されていることも申し添える。

注3：ポジティブヘルス

- ・Machteld Huberほか：How should we define health?（健康をどのように定義すべきか?），BMJ2011; 343 :2011. Available at : <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163> Accessed November 11, 2022.
- ・Huber M, van Vliet M, Giezenberg Mほか：Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health : a mixed methods study（健康の新しい動的概念の「患者中心」の運用化に向けて：混合方法研究），BMJ Open2016; 6 : e010091.
- ・Institute for Positive Health (IPH). Available at : <https://www.iph.nl/> Accessed November 11, 2022.

注4：ADL(Activities of daily living) は、「日常生活動作」という意味で「食事・排泄・更衣・整容・入浴・移動」などを言う。

文 献

- 1) 長谷川フジ子：病気があっても健康に！オランダ発「ポジティブヘルス」。JAHMC 31 : 14-17, 2020. Available at : <https://ifi.u-tokyo.ac.jp/wp/wp-content/uploads/2020/09/b78603ca4826fc4d11135ba65ac73c93.pdf> Accessed November 11, 2022
- 2) 奈倉道明：小児在宅医療の実態 医療的ケア児の全国の動向，在宅新療0-100 4 : 315-320, 2019
- 3) NPO法人 サクセスみらい科学機構（SUCCESS）：「さほ店長のレモネードスタンド」開催報告!!，Available at : <http://nposuccess.jp/topics/saho-lemosta> Accessed November 11, 2022
- 4) 大泉えり：グッとくるよ『子どものことば』は，東京大学大学院教育学研究科附属バリアフリー教育開発研究センターバリアフリー教育リソース集。Available at : <https://www.p.u-tokyo.ac.jp/cbfe/interview/report20220111/> Accessed November 11, 2022
- 5) 高橋昭彦：医療的ケアが必要な子どもと家族の暮らし。難病と在宅ケア 24 : 41-45, 2019
- 6) 佐々木千穂監修：合意形成のショコラティエー医療的ケア児の発達支援における合意形成に関するワークショップ報告集一，在宅医療助成勇美記念財団，52-64, 2020
- 7) 文部科学省：平成27年度特別支援教育体制整備状況調査結果について。 https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2017/04/07/1383638_02.pdf Accessed November 11, 2022
- 8) 文部科学省：令和3年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要。 https://www.mext.go.jp/content/20221021-mxt_jidou02-100002753_2.pdf Accessed November 11, 2022.
- 9) 脊髄性筋萎縮症（SMA）診療の手引き編集委員会（代表：斎藤加代子）：脊髄性筋萎縮症（SMA）診療の手引き，メディカルレビュー社，4，30，2022
- 10) 鈴木康之，田角勝，山田美智子：超重度障害児（超重症児）の定義とその課題。小児保健研究 54 : 406-410, 1995
- 11) 鈴木康之，武井理子，武智信幸ほか：超重症児の判定について：スコア改訂の試み。日本重症心身障害学会誌 33 : 303-309, 2008
- 12) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課：医療的ケアを必要とする障害児への支援に係る報酬の取扱いについて（VOL. 2）。 Available at : <https://www.mhlw.go.jp/content/000781454.pdf> Accessed November 11, 2022

資料

子どもを対象としたヘルスリテラシー尺度の 日本における利用可能性 —構成要素及び保健教育内容に着目した文献レビュー—

萩原 加奈子

聖路加国際大学大学院看護学研究科

Feasibility of Employing a Health Literacy Scale for Children in Japan: Literature Review Focusing on Scale Components and Health Education Content

Kanako Hagiwara

Graduate School of Nursing Science, St. Luke's International University

Background: With the widespread use of the internet, children have been exposed to health-related information provided in multiple modes, such as text, numerical and video formats from various sources. It is imperative that children develop health literacy in order to make their own medical and health decisions based on reliable information that is appropriate for them. However, the level of health literacy among adults in Japan is lower than in eight EU countries and six other Asian countries. Acquiring health literacy at an early age is an urgent issue.

Objective: Through a thorough literature review, the present study examined the feasibility of employing a comprehensive health literacy scale for children in Japan and overseas.

Methods: A literature search was conducted on PubMed, PsycINFO and CiNii Articles for health literacy scales that targeted participants aged under 20 years. Each item on the available scales was classified in accordance with the 14 components of health literacy for children and youth, which Bröder et al. (2017) identified, as well as the eight components of health education content of the Curriculum Guidelines of the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology for defining the basic standards for education.

Results: In total, 21 scales were found, including 17 from outside Japan. Four of the questionnaires were unavailable, thus leaving 17 scales for examination. All 17 scales were developed between 2000 and 2020, and reliability was confirmed for 13. Among 17 scales, all four health literacy skills (accessing, understanding, appraising and applying) were included with eight. Several scales included child-specific components, such as communication and self-efficacy. Regarding health education content, health promotion was included in all 17 scales; the use of medical facilities, mental health, environment, and health was incorporated in several scales. Most of the scales were self-administered and involved questions about subjective experiences; however, some scales employed objective measures, such as of health knowledge and BMI.

Conclusion: Numerous scales have been developed in Japan and overseas; the assessment methods and components of health literacy and health education content differed among them. In Japan, the HLS-Child-Q15 for elementary school students aged 9 years and above and the MOHLAA-Q for junior and senior high school students aged 14 years and above are notable. With other scales, it is necessary to make a selection based on differences in the components of health literacy and health education content.

Key words : health literacy, decision-making, scale, health promotion, children

ヘルスリテラシー, 意思決定, 尺度, ヘルスプロモーション, 子ども

I. 緒言

新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、感染防止対策を徹底し、子ども達の学びを最大限保障¹⁾するため、ICT活用が進み、児童生徒に個別のタブレット端末が普及した。また、インターネットの普及により、子ども達

はSNS等様々な情報源から、複数のモード（文章、数値、動画、絵文字等）で提供される情報に触れる機会が増えた²⁾。一方、10代の脳は衝動の制御やリスクと報酬の判断を司る部分が未発達であり、大脳辺縁系の発達と前頭前皮質の発達がずれる約10年間、行動は感情的で反応的な扁桃体によって決められ、論理的な前頭前皮質には決

められない³⁾。つまり、子ども達は膨大な情報を入手する一方で、それら情報をエビデンスに基づき適切に評価し判断することが困難な状況にあるといえる。

特に、健康情報についての情報リテラシーはヘルスリテラシーと呼ばれ、「健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの」と定義される⁴⁾。そもそもヘルスリテラシーは、アメリカで1970年代臨床現場におけるリテラシー（識字能力）及びニュメラシー（数的能力）を評価することから始まった。その後臨床現場に限定せずヘルスプロモーションの観点へと広がり、1990年頃から様々な定義がなされてきた（表1）。これらの定義に共通する点は、「情報を得て、意思決定する」という点である⁴⁾。「意思決定とは、問題を解決するための行動であり、そして情報とは問題を解決するための選択肢を知り、それぞれのメリット・デメリットを評価するために必要なもの」⁴⁾とされる。ヘルスリテラシーの概念を広めたNutbeam⁵⁾の定義は、WHO（世界保健機関）のヘルスプロモーション用語集のもので、情報の「入手」「理解」「利用」という3つのプロセスを含み、米国医師会のものは、臨床場面に限定され「理解」のみが含まれる⁴⁾。Sørensenら¹⁰⁾の定義は既存の文献から、ヘルスリテラシーについての17の定義と12の概念モデルを整理したもので、健康情報の「評価」を追加し、「入手」「理解」「評価」「活用」の4つの能力にまとめ、「活用」には意思決定と行動が含まれた。また、健康情報を活用する場について、Sørensenら¹⁰⁾は「ヘルスケア」「疾病予防」「ヘルスプロモーション」の3つの領域にまとめ、ヘルスケアは症状や病気への対処など医学的な問題に、疾病予防は個人の病気のリスクファクター（危険因子）に、ヘルスプロモーションは人を取り

巻く環境を健康的なものに変える方向に焦点を当てている。そのため従来の定義に対しSørensenら¹⁰⁾の定義は、包括的ヘルスリテラシーとされた。

そして、こうしたヘルスリテラシーは、諸外国では幼少期から獲得することが求められている。アメリカ、イギリス、フィンランド、台湾、シンガポールでは、幼児期から体や健康に関する正しい知識とライフスキルについて、日常生活に即した具体的な教育が系統立てて行われ、学校教育の目標としてヘルスリテラシーの獲得が掲げられている¹¹⁾。アメリカのNHES（National Health Education Standards：全国保健教育基準）¹²⁾は、未就園児から高校3年生（12学年）までの子どもを対象に、身体や健康に関する正しい知識とライフスタイルについて、日常生活に則して具体的な目標を発達段階ごとに定めており、未就園児の段階から、健康情報の入手、理解、評価、活用と幅広い能力が求められている。ドイツのBröderら¹³⁾は子どもや若者を対象としたヘルスリテラシーのシステマティックレビューを行い、Sørensenら¹⁰⁾の4つの能力（入手、理解、評価、活用）以外に、子ども特有の構成要素を明らかにした。

一方で日本では、2017年の学習指導要領の改訂によって、従来の知識ベースから資質・能力ベースの学力観へ転換が行われ、学習した知識を活用し、生涯を通じて心身の健康を保持増進し、健康課題を解決するための資質・能力として、「思考力・判断力・表現力等」の育成が目指されている¹⁴⁾。子どもは必ずしも正しい情報のみにアクセスしているとは限らないことから、子ども自身が得た情報を正しく理解し、それを思考・判断して、適切な意思決定に結び付けていくことが重要となり、日本の学校において子どもたちに育成が目標される資質・能力とヘルスリテラシーには共通する点が見られる。そのため、幼少期からヘルスリテラシーを獲得することは重要であり、喫緊の課題である。しかし日本の一般成人のヘルス

表1 ヘルスリテラシーの定義⁴⁾

発表年	発表者	内容
1998	Nutbeam	●よい健康状態を推進して維持させられるような、情報にアクセスし、理解し、利用するための個人の意欲と能力を決める認知的社会的スキル ⁵⁾
1999	米国医師会	●ヘルスケアの場面で求められる基本的な読みや計算の能力を含む様々なスキル ⁶⁾
2000	Healthy People 2010	●健康に関する適切な意思決定を行うのに必要な基本的な健康情報やサービスを手に入れて、整理して、理解する能力の程度 ⁷⁾
2006	Zarcadoolas Cら	●情報を得た選択によって健康リスクを減少させ、生活の質を向上させるために、健康情報を探し、理解し、評価して利用できる生涯を通して発達する幅広い範囲のスキルと能力 ⁸⁾
2008	Kickbuschら	●家庭とコミュニティ、職域、ヘルスケア、商業界、政界において、健康のために適切な意思決定ができる能力、人々の自身の健康をコントロールする力、情報を探し出す能力、責任をとれる能力を増大させる重要なエンパワーメント戦略 ⁹⁾
2012	Sørensenら	●健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって、日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの ¹⁰⁾

リテラシーはEU8か国、アジア6か国と比較し低いことが明らかになっている¹⁵⁻¹⁷⁾。特に、日本人は「評価」「活用」に困難を感じており、入手し理解することまではできても、判断し行動することが出来ていない¹⁵⁾。

ヘルスリテラシーは時代と共に変遷し、それぞれの定義に対し尺度が開発された¹⁸⁾。そのため、子どもを対象としたヘルスリテラシー測定尺度も国内外で複数開発されているが、ヘルスリテラシーの能力としても、利用する場面としても、包括的なヘルスリテラシー尺度が整理されていない。そのため、本研究は文献レビューにより既に開発された国内外の子どもを対象とした包括的なヘルスリテラシー尺度の、日本における利用可能性について検討することを目的とする。

II. 方 法

20歳未満の子どもを対象としたヘルスリテラシー尺度を、文献検索サイトPubMed, PsycINFO, CiNii Articlesにて検索した。尺度の検索条件として、①対象者の年齢が20歳未満であること、②読み書き計算能力に限定せず幅広いヘルスリテラシーを取り扱うこと、③健康問題を限定せず幅広い健康の内容を取り扱うこと、④英語または日本語を使用していることとした。出版年は2020年12月31日までとした。

次に、質問項目が入手できた尺度について、尺度開発の調査実施時の対象、尺度の対象、作成方法、評価方法、項目数、統計的評価指標として信頼性を整理した。そして尺度の特性を評価するため各質問項目を、ヘルスリテラシーの構成要素と保健教育内容に分けて分類した。構成要素はヘルスリテラシーの定義を反映しており、各尺度が測定する要素を明らかにすることができる。また、保健教育内容はヘルスリテラシーを活用する場面を検討することができる。構成要素は、Bröderら¹³⁾のシステムティックレビューによって明らかになった子どものヘルスリテラシーの構成要素である、健康情報の①入手、②理解、③評価（分析・判断・選択を含む）、④活用（行動を含む）、そして⑤知識、⑥基本的・基礎的スキル（読み書き）、⑦批判的思考（推論や計画立案等）、⑧コミュニケーション、⑨ヘルスケアシステムのナビゲーションスキル（医療サービスへのアクセス、予約、問診票の記入、保険の手続きなど）、⑩市民権（社会的責任ある行動や能力、地域社会への参加、民主社会への理解や行動）、⑪自己認識・内省、⑫セルフコントロール・自己制御、⑬自己効力感、⑭関心・モチベーション、に分類した。保健教育内容は、学習指導要領を参考に、①健康の保持増進及び生活習慣・健康行動（危険行動含む）、②精神保健（他者からの情報入手、対人コミュニケーション含む）、③性と生殖（性感染症は⑥に含む）、④発育と発達、⑤傷害防止と応急手当、⑥感染症予防、⑦保健・医療機関や医薬品の利用（医療者とのコミュニケーション含む）、⑧環境・社会と健康、に分類した。著者が中心となって

分類を行い、看護情報学を専門とする研究者複数人を含め、検討を行った。

III. 結 果

国外で17件、国内で4件、計21件の尺度が抽出された。質問項目が入手できなかった4件を除き計17件について、尺度の対象とする年齢順に検討を行った（表2）。国外の尺度13件の内、日本語に翻訳されたのはHLS-EU-Q47（No. 17）のみであった。

尺度は2000～2020年に開発され、尺度の主な対象者が小学生4件、中学生3件、中学生・高校生5件、高校生以上5件であった。作成方法は子どもや教師・専門家へインタビューを行ったものが9件、NHES（National Health Education Standards；全国保健教育基準）¹²⁾に基づき作成されたものが2件、その他（文献レビュー、アンケートの自由記述及びカリフォルニア州ガイドライン、経験に基づき作成）が6件であった。統計的評価は、信頼性（内的一貫性）が確認されているもの（Cronbach's $\alpha=.70$ 以上）が13件であった。GeKoKids Questionnaire（No. 2）、MOHLAA-Q（No. 12）については、下位尺度の一部において内的整合性の指標が低かった。

尺度はHLS-EU-Q47を除いてすべて自記式であった。HLS-EU-Q47について、開発者のSørensenら¹⁹⁾はインタビュー形式で実施していたが、諸外国で翻訳された際には自記式質問紙として使用されていた。また、尺度の評価方法は回答者の主観のみを問うものが13件であったが、GeKoKids Questionnaireは生活習慣（喫煙、歯磨き、運動習慣、果物を食べる頻度）を質問、Taiwan Children's Health Literacy Test（No. 4）はクイズ形式で正しい回答の選択、MOHLAA-Qは健康に関する知識を問い、HELMA（No. 13）はBMI（肥満度を示す体格指数）を計算させ、客観的な評価方法も用いていた。

次に、ヘルスリテラシーの構成要素（表3）及び保健教育内容（表4）について分類した。構成要素において、システムティックレビューを行ったSørensenら¹⁰⁾のヘルスリテラシーの4つの能力（①入手、②理解、③評価、④活用）全てを含むものは8件（HLS-Child-Q15（No. 1）、Kids-Health KidsPoll（No. 3）、Taiwan Children's Health Literacy Test、HLSAC（No. 5）、ヘルス・リテラシー・インベントリー（No. 9）、MOHLAA-Q、HELMA、HLS-EU-Q47）であった。2015年以降開発された尺度8件中5件で、また、小学生を対象とした尺度4件中3件で、4つの能力全てを含んでいた。構成要素を8つ以上含む尺度は、Kids-Health KidsPoll、健康リテラシー評価尺度（No. 8）、ヘルス・リテラシー・インベントリー、MOHLAA-Q、HELMA、AAHLS（No. 16）であった。また、構成要素においては、①入手14件、④活用14件、③評価13件、⑧コミュニケーション13件が多く、の尺度に含まれていた。情報の入手元や判断する情報の出所として挙げられたメディアは、インターネットが6

表2 対象とした尺度

No.	名前	年	国	筆頭著者	調査の対象	尺度の対象	作成方法	評価方法	項目数	信頼性
1	HLS-Child-Q15 ⁽²⁰⁾	2020	ドイツ	Bollweg, T.M.	9～12歳	9～10歳	Review, Interview 専門家協議	主観的	15	$a = .791$
2	GeKoKids questionnaire ⁽²¹⁾	2010	ドイツ	Schmidt, C.S.	小学5年 (ave 10.4)	9～13歳	Self-developed	両方	17	$a = .73$ $a = .53$
3	Kids-Health KidsPoll ⁽²²⁾	2007	アメリカ	Brown, S.L.	9～13歳 (ave10.5)	Early Adolescents (grade5-8)	NHES	主観的	8	—
4	Taiwan Children's Health Literacy Test ⁽²³⁾	2018	台湾	Liu, C.H.	小学6年	Children under the age of 12	Interview	客観的	25	$a = .79$
5	HLSAC ⁽²⁴⁾	2016	フィンランド	Paakkari, O.	中学1・3年	School aged children	概念化, 専門家協議	主観的	10	$a = .93$
6	健康情報の批判的思考尺度 ⁽²⁵⁾	2014	日本	山本浩二	中学1年生	中学生	Review	主観的	7	$a = .72$ $a = .82$ $a = .80$ $a = .91$ $a = .76$ $a = .71$
7	中学生用ヘルスリテラシー尺度 ⁽²⁶⁾	2018	日本	山本浩二	中学生	中学生	Review	主観的	35	$a = .75$ $a = .71$
8	健康リテラシー評価尺度 ⁽²⁷⁾	2008	日本	宮本友弘	中学2年, 高校2年	中学生, 高校生	自由記述・ガイドライン	主観的	16	$a = .75$ $a = .71$
9	ヘルス・リテラシー・インベントリー ⁽²⁸⁾	2000	日本	渡邊正樹	大学1・2年生	中学3年～高校2年	NHES	主観的	46	—
10	HAS-A ⁽²⁹⁾	2015	アメリカ	Manganello, J.A.	12～19歳 (ave15.6)	Adolescents	Review	主観的	15	$a = .77$ $a = .73$ $a = .76$
11	Multidimensional health literacy instrument ⁽³⁰⁾	2013	アメリカ	Massey, P.	中学生・高校生 (ave14.8)	Adolescents	Interview	主観的	24	$a = .83$
12	MOHLAA-Q ⁽³¹⁾	2020	ドイツ	Domanska, O.	14～17歳	Adolescents	Review, Interview, 専門家協議	両方	29	$a = .772$ $a = .589$ $a = .539$ KR20 = .263
13	Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA) ⁽³²⁾	2016	ブラジル	Ghanbari, S.	15～18歳 (ave16.2)	Adolescents aged 15-18	Interview	両方	44	$a = .93$ ICC = .93
14	ICHL ⁽³³⁾	2016	アメリカ	Smith, S.R.	高校生 (ave17.0)	Adolescents	Interview	主観的	9	—
15	HLAT-8 ⁽³⁴⁾	2014	ドイツ	Abel, T.	大学生 (ave19.6)	Young adult	Experience	主観的	8	$a = .64$
16	AAHLS ⁽³⁵⁾	2013	イギリス	Chinn, D.	15～82歳 (ave38)	15歳以上	Interview	主観的	14	$a = .75$
17	HLS-EU-Q47 ⁽³⁶⁾	2013	ヨーロッパ8 か国	Sørensen, K.	over 15	15歳以上	Review, Interview, 専門家協議	主観的	47	$a = .97^{(15)}$

件, (Kids-Health KidsPoll, Multidimensional health literacy instrument (No. 11), MOHLAA-Q, HELMA, HLAT-8 (No. 15), HLS-EU-Q47), テレビが5件(健康リテラシー評価尺度, Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q, HELMA, HLS-EU-Q47), ラジオが3件(Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q, HELMA), 雑誌が3件(健康リテラシー評価尺度, Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q)であった。③評価に該当するものの内, 情報の質について評価することを含む尺度は9件であった(Kids-Health KidsPoll, HLSAC, 健康情報の批判的思考尺度, MOHLAA-Q, HELMA, ICHL (No. 14), HLAT-8, AAHLS, HLS-EU-Q47)。⑦批判的思考には様々な内容が含まれており, 健康情報の批判的思考尺度(No. 6)は情報の目的や裏を考える, 中学生用ヘルスリテラシー尺度(No. 7), 健康リテラシー評価尺度は体調から原因を考える, ヘルス・リテラシー・インベントリーは影響の予想や計画立案, ICHLは健康を考える, AAHLSは情報の合理性を考える, 医療提供者のアドバイスに疑問を抱く, を含んでいた。④活用にも様々な内容が含まれ, HLS-Child-Q15, Taiwan Children's Health Literacy Test, HLSAC, HAS-A (No. 10), MOHLAA-Q, HLS-EU-Q47には医療従事者の指示や薬の内服指示に従う, HLS-Child-Q15, Kids-Health KidsPoll, HELMAには教えや授業での学びを守る, を含んでいた。その他には, HLS-Child-Q15は食生活, GeKoKids questionnaireは食事, 運動, 歯磨きや喫煙, Taiwan Children's Health Literacy Testは歯磨き, 応急処置, 感染症予防や環境保全の行動, 中学生用ヘルスリテラシー尺度は運動・食習慣の改善, 健診結果の活用, 健康リテラ

件, (Kids-Health KidsPoll, Multidimensional health literacy instrument (No. 11), MOHLAA-Q, HELMA, HLAT-8 (No. 15), HLS-EU-Q47), テレビが5件(健康リテラシー評価尺度, Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q, HELMA, HLS-EU-Q47), ラジオが3件(Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q, HELMA), 雑誌が3件(健康リテラシー評価尺度, Multidimensional health literacy instrument, MOHLAA-Q)であった。③評価に該当するものの内, 情報の質について評価することを含む尺度は9件であった(Kids-Health KidsPoll, HLSAC, 健康情報の批判的思考尺度, MOHLAA-Q, HELMA, ICHL (No. 14), HLAT-8, AAHLS, HLS-EU-Q47)。⑦批判的思考には様々な内容が含まれており, 健康情報の批判的思考尺度(No. 6)は情報の目的や裏を考える, 中学生用ヘルスリテラシー尺度(No. 7), 健康リテラシー評価尺度は体調から原因を考える, ヘルス・リテラシー・インベントリーは影響の予想や計画立案, ICHLは健康を考える, AAHLSは情報の合理性を考える, 医療提供者のアドバイスに疑問を抱く, を含んでいた。④活用にも様々な内容が含まれ, HLS-Child-Q15, Taiwan Children's Health Literacy Test, HLSAC, HAS-A (No. 10), MOHLAA-Q, HLS-EU-Q47には医療従事者の指示や薬の内服指示に従う, HLS-Child-Q15, Kids-Health KidsPoll, HELMAには教えや授業での学びを守る, を含んでいた。その他には, HLS-Child-Q15は食生活, GeKoKids questionnaireは食事, 運動, 歯磨きや喫煙, Taiwan Children's Health Literacy Testは歯磨き, 応急処置, 感染症予防や環境保全の行動, 中学生用ヘルスリテラシー尺度は運動・食習慣の改善, 健診結果の活用, 健康リテラ

表3 各尺度の構成要素

No.	名前	① 入手	② 理解	③ 評価	④ 活用	⑤ 知識	⑥ 基本的 スキル	⑦ 批判的 思考	⑧ コミュニ ケーション	⑨ ナビゲー ション	⑩ 市民権	⑪ 自己 認識	⑫ 自己 制御	⑬ 自己 効力感	⑭ 関心
1	HLS-Child-Q15	○	○	○	○					○					
2	GeKoKids questionnaire				○	○			○						○
3	Kids-Health KidsPoll	○	○	○	○				○			○			○
4	Taiwan Children's Health Literacy Test	○	○	○	○				○			○			○
5	HLSAC	○	○	○	○	○						○			○
6	健康情報の批判的思考尺度	○		○				○							
7	中学生用ヘルスリテラシー尺度	○			○	○		○	○						
8	健康リテラシー評価尺度	○	○		○	○		○	○						○
9	ヘルス・リテラシー・インベントリー	○	○	○	○	○		○	○	○	○				○
10	HAS-A		○	○	○		○		○	○					
11	Multidimensional health literacy instrument	○			○		○		○	○	○				○
12	MOHLAA-Q	○	○	○	○	○			○			○	○		○
13	Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA)	○	○	○	○		○		○				○		○
14	ICHL			○	○			○	○	○					
15	HLAT-8	○	○	○					○						
16	AAHLS	○		○			○	○	○		○	○			
17	HLS-EU-Q47	○	○	○	○					○	○				

注) 該当する構成要素が含まれる場合、○とした

表4 各尺度に含まれる保健教育の内容

No.	名前	①健康増進	②精神保健	③性と生殖	④発育発達	⑤傷害防止	⑥感染症予防	⑦医療利用	⑧環境
1	HLS-Child-Q15	○	○				○	○	
2	GeKoKids questionnaire	○	○						
3	Kids-Health KidsPoll	○						○	
4	Taiwan Children's Health Literacy Test	○	○	○	○	○	○	○	○
5	HLSAC	○						○	○
6	健康情報の批判的思考尺度	○							
7	中学生用ヘルスリテラシー尺度	○	○					○	○
8	健康リテラシー評価尺度	○	○	○				○	○
9	ヘルス・リテラシー・インベントリー	○	○			○		○	○
10	HAS-A	○	○					○	
11	Multidimensional health literacy instrument	○	○					○	
12	MOHLAA-Q	○	○			○	○	○	○
13	Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA)	○	○			○		○	
14	ICHL	○	○					○	○
15	HLAT-8	○	○					○	
16	AAHLS	○	○					○	○
17	HLS-EU-Q47	○	○				○	○	○

注) 該当する保健教育内容が含まれる場合、○とした

シー評価尺度は食事バランスや受診、ヘルス・リテラシー・インベントリーは危険を回避するための行動、ストレス対処、自分の計画の実行、他者の援助、Multidimensional health literacy instrumentは権利や責任を持つこと、MOHLAA-Qはケガから身を守る行動、環境づくりの行動、HELMAは体重管理、ICHLは環境づくり、HLS-EU-Q47は病気から身を守る方法や予防接種の意思決定、生活環境を変える、が含まれていた。⑧コミュニケーションには、意思表出2件(Taiwan Children's Health Literacy Test, 中学生用ヘルスリテラシー尺度)、家族・友人とのコミュニケーション7件(GeKoKids questionnaire, Taiwan Children's Health Literacy Test, 中学生用ヘルスリテラシー尺度, MOHLAA-Q, HELMA, ICHL, HLAT-8)、医療者とのコミュニケーション2件(Multidimensional health literacy instrument, AAHLS)、他者とのコミュニケーション2件(健康リテラシー評価尺度, ヘルス・リテラシー・インベントリー)、

医療者への質問6件(Kids-Health KidsPoll, 中学生用ヘルスリテラシー尺度, HAS-A, MOHLAA-Q, HELMA, AAHLS)であった。

保健教育内容においては、①健康の保持増進及び生活習慣・健康行動は全ての尺度に含まれていた。次いで、⑦保健・医療機関や医薬品の利用が15件、②精神保健が14件、⑧環境・社会と健康が9件であった。保健教育内容を扱う数は、Taiwan Children's Health Literacy Testは7分野全て扱っていたが、健康情報の批判的思考尺度は①健康の保持増進及び生活習慣・健康行動のみであった。

IV. 考 察

ヘルスリテラシーの概念や定義は時代と共に変遷し、当初は臨床場面におけるリテラシーやニュメラシーを評価することに限定されていたが、現在ではヘルスプロモーションにおける問題解決を含む意思決定に必要な情報の入手、理解、評価、活用が含まれている。本研究に

において、国内外で開発された17件の尺度を整理した結果、構成する内容や評価方法は尺度により異なっていた。

まず、Sørensen¹⁰⁾が明らかにした健康情報の入手、理解、評価、活用という4つの能力をすべて含む尺度は、2015年以降開発された9件の内6件であり、小学生を対象とした尺度では4件中3件で全ての能力を含んでいた。アメリカの保健教育におけるNHESは、8つの基準に対し、未就学児から12学年までを4段階に分け、段階毎に達成すべき行動指標を示している¹²⁾。例えば基準5「より良い健康のために意思決定のスキルを使う」で示される活用の能力に対する、幼稚園～2学年の行動指標は「健康に関する意思決定を個人で行える場合と、援助が必要な場合を区別することができる」となっている。この様に発達段階に応じて程度に差はあるが、年齢を問わず幼少期から4つの能力を獲得することが重要とされる。つまり、入手、理解、評価、活用という4つの能力は大人に限らず、子どもにおいても求められる能力であり、4つの能力を含まない尺度をヘルスリテラシーの測定として使用するには限界がある。また、これらの能力以外の構成要素については、コミュニケーションが最も多く含まれていた。年齢に関係なく、医療に関する情報を取り扱う際にコミュニケーションスキルは欠かせない。家族や友人とのコミュニケーションに始まり、自分の意思を相手に伝えること、医療者とのコミュニケーションや医療者への質問など、実際に受診した際患者自身に求められるスキルが含まれていた。そして、尺度によって保健教育内容は、幅広く取り扱うものから限定的なものまであったが、特に環境や社会と健康について半数以上の尺度で扱われていた。個人の健康を維持増進するためには、個人の行動を健康的なものへ変えるだけでなく、個人を取り巻く社会経済的環境へもアプローチし、健康の決定要因をコントロールできるようになることが重要である³⁶⁾。ヘルスリテラシーは健康の社会的決定要因を知り、その要因に対し行動することであり、生きる力や生活スキルの重要な要素である³⁶⁾。そのためヘルスリテラシーを個人や社会を変化させる資源として捉え³⁶⁾、ヘルスプロモーションの概念として獲得することが求められている。

そして、GeKoKids questionnaire²¹⁾とMOHLAA-Q³¹⁾、HELMA³²⁾は、評価方法として、客観的評価指標を主観的評価指標に組み合わせていた。これは、子ども（特に思春期）は、自分の能力を過大評価する傾向があり³⁷⁾、自己申告による測定ではバイアスの原因となる可能性があるためである。主観的評価は、自己効力感、知識、エンパワメント、またはヘルスケアシステムに対する信頼など、いくつかの要因に基づく可能性がある³⁸⁾。しかし、ヘルスリテラシーは医学用語の発音や栄養ラベルからの情報抽出だけでなく、日常生活の様々な状況における健康情報を扱うために用いられる知識であり、意欲であり、能力である。そのため、自己報告による測定は、より包括的なヘルスリテラシーの定義に取り組む上で有用であ

ることが証明されている¹⁰⁾。つまり、包括的なヘルスリテラシーの定義において、ヘルスリテラシーの異なる側面を測定するためには、自己申告による主観的評価と合わせて、客観的評価を組み合わせたことが有意義である²⁰⁾。しかし、HELMA³²⁾は、基本的スキル（読み書き、数的能力）を44の質問項目中7問で扱い、他の尺度に比べ基本的スキルを問う設問数が多かった。これは開発、調査が実施されたブラジルにおいて、15歳以上の識字率が2018年では93%³⁹⁾であり、尺度の構成に文化的背景が影響を及ぼした可能性がある。また、GeKoKids questionnaire²¹⁾とMOHLAA-Q³¹⁾は内的整合性が低い。しかし、その理由としていずれの下位尺度も項目数が少なく、構成要素が等しい因子負荷を持たない可能性や、測定された単一の共通因子がない可能性が考えられる。

また、国外で複数の尺度が開発されているものの、日本語へ翻訳された尺度は、欧州ヘルスリテラシー調査質問票（HLS-EU-Q47）¹⁵⁾¹⁹⁾のみであった。尺度を翻訳する場合、文化的妥当性や言語学的妥当性を考慮する必要があるが、大きな利点として国際比較を可能にする。国際比較を行うことによって、国内の現状を把握することに限らず、国内の保健教育における課題を多角的に明らかにすることができる。また、エビデンスに基づき、ヘルスリテラシーを促進させる介入を今後行うためにも、国際的に共通した評価ツールを使用することで、介入の比較検討が可能になる。HLS-EU-Q47は、異なる国、異なる場で行われた研究において信頼性と妥当性が確認されていた¹⁵⁾¹⁶⁾⁴⁰⁻⁴³⁾。HLS-EU-Q47は、特定の文脈のみで、特定のヘルスリテラシーに関するスキルを測定するのではなく、ヘルスリテラシーに関連する様々な側面を幅広く包括的に測定することができる。しかし、HLS-EU-Q47を思春期の子どもにも適用できるか、認知面接によって検討された結果、思春期の子どもはいくつかの用語をよく知らず、用語の解釈が異なっていた³⁷⁾。HLS-EU-Q47の項目の中には抽象度が高いものがあり、また、若者の日常生活への言及がないため、「難しすぎる」と捉えられたと考えられる³⁷⁾。そして、項目の理解度に問題があるにもかかわらず、回答者である思春期の子どもは「非常に簡単」または「かなり簡単」と評価しており、回答が適切に行われていなかった³⁷⁾。そのため、そのままHLS-EU-Q47を思春期の子どもに使用することは難しい。また、本研究で取り上げた尺度の内、統計的評価指標である信頼性が確認されたものは13件であった。各尺度が一貫してヘルスリテラシーを測定できるかどうかを示す指標であるため、確認されていない尺度を使用する場合には注意が必要である。

一方、国内では4つの尺度が開発されていた。日本語の尺度は翻訳の必要がないため利用可能性が高い。中でも、ヘルス・リテラシー・インベントリ²⁸⁾は4つの能力を含み、10の構成要素、5つの保健教育内容を含んでいた。しかし、いずれの日本語尺度も、開発過程に当事

者である子どもが参加していなかった。子どもを活動的な市民、社会における主体として捉え、子どもと協働して尺度開発を行うことは、より正確に子どもの認識を明らかにし、実践的なヘルスリテラシー向上の介入策の開発を促進する可能性がある⁴⁴⁾⁴⁵⁾。

本研究の限界として、取り上げた尺度は英語または日本語を使用しているものに限定され、他言語で開発されたものを検討することはできなかった点を挙げる。ヘルスリテラシーは国際的に重要性が高まる一方で、各国において母国語で尺度の開発が行われている。そのため検討された内容は一部の国における限定的な内容であり、今後、他言語を含め、さらなる検討が求められる。

以上のような限界はあるが、本研究によってヘルスリテラシーの構成要素や評価方法が尺度により異なることが明らかになった。尺度の利用可能性として、各尺度の特性が異なることから、最も信頼性のある尺度を決定することは困難であるが、包括的なヘルスリテラシーを測定でき、信頼性の高いエビデンスを提供する尺度として以下を提案する。9歳以上の小学生の場合HLS-Child-Q15²⁰⁾が候補に挙げられる。HLS-Child-Q15²⁰⁾は、HLS-EU-Q47¹⁵⁾¹⁹⁾を基に、ヘルスリテラシーの4つの能力と3つの場面で構成されるフレームワークを崩さずに、9歳と10歳の子どもが理解できる内容及び言語に項目を開発したものであり、信頼性が確認されている。また、14歳以上の中学・高校生の場合MOHLAA-Q³¹⁾が候補に挙げられる。この尺度は、4つの能力を始めとした幅広い構成要素及び保健教育内容を含み、客観的評価指標を導入し、信頼性が確認されている。しかし、いずれの尺度も翻訳を要するため日本における利用可能性が高いとは言いきれない。また、他尺度においても各尺度の特性があることから違いを踏まえ、使用する尺度を選択することが求められる。

V. 結 語

本研究は文献レビューにより既に開発された国内外の子どもを対象とした包括的なヘルスリテラシー尺度の、日本における利用可能性について検討することを目的とした。国内外において複数の尺度が開発され、構成要素や保健教育内容、評価方法が尺度により異なった。9歳以上の小学生の場合HLS-Child-Q15、14歳以上の中学・高校生の場合MOHLAA-Qが候補に挙げられるが、他尺度の構成要素や保健教育内容の特性を踏まえ、尺度を選択することが求められる。

付 記

本研究は日本学校保健学会第65回学術大会での発表に加筆修正を加えたものである。また、本研究の実施には科学研究費基盤 (B) 20H03967の助成を受けた。

開示すべきCOI状態はない。

文 献

- 1) 文部科学省：子供たちの「学びの保障」：Available at : https://www.mext.go.jp/a_menu/coronavirus/1411020_00004.html Accessed March 31, 2022
- 2) Tse CK, Bridges SM, Srinivasan DP et al. : Social Media in Adolescent Health Literacy Education : a Pilot Study. JMIR Research Protocols 4 : e18, 2015
- 3) Giedd JN : The Amazing Teen Brain. Scientific American 312 : 32-37, 2015
- 4) 中山和弘：ヘルスリテラシーとは。(福田洋, 江口泰正編). 健康教育の新しいキーワード, 1-22, 大修館書店, 東京, 2016
- 5) Nutbeam D : Health promotion glossary. Health Promotion International 13 : 349-364, 1998
- 6) Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association : Health Literacy : Report of the Council on Scientific Affairs 281 : 552-557, 1999
- 7) U.S. Department of Health and Human Services : Healthy People 2010, Department of Health and Human Services, Government Printing Office, Washington, DC, 2000
- 8) Zarcadoolas C, Pleasant AF, & Greer DS. : Advancing health literacy : A framework for understanding and action, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2006
- 9) Kickbusch I, Maag D. : Health Literacy. In : Heggenhougen K, Quah S, eds. International encyclopedia of public health. Vol. 3, 204-211, Academic Press, San Diego, USA, 2008
- 10) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al. : Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12 : 80-80, 2012
- 11) 国立教育政策研究所：保健のカリキュラムの改善に関する研究—諸外国の動向—。「教科等の構成と開発に関する調査研究」研究成果報告書(17), 2004
- 12) Joint Committee on National Health Education Standards : National Health Education Standards Achieving excellence (second ed.), American Cancer Society, 2007
- 13) Bröder J, Okan, O, Bauer U et al. : Health literacy in childhood and youth : a systematic review of definitions and models. BMC Public Health 17 : 361, 2017
- 14) 文部科学省：学習指導要領「生きる力」。Available at : https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/index.htm Accessed September 7, 2021
- 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 : 505, 2015
- 16) Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. : Health literacy

- in Europe : comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25 : 1053-1058, 2015
- 17) Duong TV, Aringazina A, Baisunova G et al. : Measuring health literacy in Asia : Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology* 27 : 80-86, 2017
 - 18) 中山和弘. 健康を決める力1. 健康のためには情報に基づく意思決定を. Available at : https://www.healthliteracy.jp/kenkou/post_32.html Accessed September 7, 2021
 - 19) Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM et al. : Measuring health literacy in populations : illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 13 : 948-948, 2013
 - 20) Bollweg TM, Okan O, Freĳian AM et al. : Adapting the European Health Literacy Survey Questionnaire for Fourth-Grade Students in Germany : Validation and Psychometric Analysis. *Health Literacy Research and Practice* 4 : e144-e159, 2020
 - 21) Schmidt CO, Fahland RA, Franze M et al. : Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health Education Research* 25 : 542-551, 2010
 - 22) Brown SL, Teufel JA, Birch DA : Early adolescents perceptions of health and health literacy. *The Journal of School Health* 77 : 7-15, 2007
 - 23) Liu C, Liao L, Cheng CJ et al. : Development and validation of the Taiwan Children's Health Literacy Test. *Global Health Promotion* 25 : 34-46, 2018
 - 24) Paakkari O, Torppa M, Kannas L et al. : Subjective health literacy : Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 : 751-757, 2016
 - 25) 山本浩二, 渡邊正樹 : 健康情報リテラシーを育てる中学校保健授業の研究 : 健康情報評価カードの開発と授業効果の分析. *日本教科教育学会誌* 37 : 29-38, 2014
 - 26) 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 : 一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一. *日本教科教育学会誌* 41 : 15-26, 2018
 - 27) 宮本友弘, 小浜明, 上野奈初美ほか : 中高生の健康リテラシーに関する調査(1) : 健康リテラシー評価尺度の構成. *日本教育心理学会総会発表論文集* 50 : 317, 2008
 - 28) 渡邊正樹 : 大学生のヘルス・リテラシーの評価. *日本健康心理学会第13回大会発表論文集* : 188-189, 2000
 - 29) Manganello JA, DeVellis RF, Davis TC et al. : Development of the Health Literacy Assessment Scale for Adolescents (HAS-A). *Journal of Communication in Healthcare* 8 : 172-184, 2015
 - 30) Massey P, Prelip M, Calimlim B et al. : Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American Journal of Health Behavior* 37 : 342-350, 2013
 - 31) Domanska OM, Bollweg TM, Loer A et al. : Development and Psychometric Properties of a Questionnaire Assessing Self-Reported Generic Health Literacy in Adolescence. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 : 2860, 2020
 - 32) Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A et al. : Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA) : Development and Psychometric properties. *PLoS One* 11 : e0149202, 2016
 - 33) Smith SR, Samar VJ : Dimensions of Deaf/Hard-of-Hearing and Hearing Adolescents' Health Literacy and Health Knowledge. *Journal of Health Communication* 21 : 141-154, 2016
 - 34) Abel T, Hofmann K, Ackermann S et al. : Health literacy among young adults : A short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International* 30 : 725-735, 2015
 - 35) Chinn D, McCarthy C : All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) : Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling* 90 : 247-253, 2013
 - 36) 中山和弘 : 第1章健康への力とは. (戸ヶ里泰典&中山和弘). 健康への力の探究. 9-26, 放送大学教育振興会, 東京, 2019
 - 37) Domanska OM, Firnges C, Bollweg TM et al. : Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) - German version? Findings from cognitive interviews of the project "Measurement of Health Literacy Among Adolescents" (MOHLAA) in Germany. *Archives of Public Health* 76 : 46, 2018
 - 38) Gerich J, Moosbrugger R : Subjective Estimation of Health Literacy—What Is Measured by the HLS-EU Scale and How Is It Linked to Empowerment?. *Health Communication* 33 : 254-263, 2018
 - 39) The World Bank : Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above) -Brazil. Available at : <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=BR> Accessed September 7, 2021
 - 40) Amoah PA, Phillips DR, Gyasi RM et al. : Health literacy and self-perceived health status among street youth in Kumasi, Ghana. *Cogent Medicine* 4 : 1275091, 2017
 - 41) Duong TV, Aringazina A, Baisunova G et al. : Measuring health literacy in Asia : Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *Journal of Epidemiology*

- 27 : 80-86, 2017
- 42) Pelikan JM, Ganahl K : Measuring Health Literacy in General Populations : Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort. *Studies in Health Technology and Informatics* 240 : 34-59, 2017
- 43) Toçi E, Burazeri G, Sørensen K et al. : Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *European Journal of Public Health* 25 : 482-486, 2015
- 44) Macleod E, Woolford J, Hobbs L et al. : Interviews with children about their mental health problems : The congruence and validity of information that children report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 22 : 229-244, 2017
- 45) Okan O, Lopes E, Bollweg TM et al. : Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents : a systematic review of the literature. *BMC Public Health* 18 : 166, 2018
- (受付 2021年11月5日 受理 2022年8月24日)
- 代表者連絡先：〒104-0044 東京都中央区明石町10-1
聖路加国際大学大学院看護学研究科（萩原）

資 料

COVID-19流行前後における児童の体力の比較

青 山 翔

山口大学教育学部

Comparison of Physical Fitness in Elementary School Children before and after the Onset of the COVID-19 Pandemic

Sho Aoyama

Faculty of Education, Yamaguchi University

Background: Physical fitness in elementary school children may decline due to a decrease in exercise opportunities effectuated by school closures and restrictions on the use of playgrounds, which were intended to prevent the spread of COVID-19. However, few studies have clarified the actual condition of the physical fitness of children who have experienced school closures and restrictions on the use of playgrounds after the onset of the COVID-19 pandemic by comparing the results of the physical fitness tests of children conducted before and after the onset of the pandemic.

Objective: This study aimed to determine the difference in physical fitness in elementary school children who did (the school closures and playground use restrictions group) and did not (the control group) experience school closures and playground use restrictions during the COVID-19 pandemic.

Methods: Overall, 50 and 38 fifth-grade elementary school children were selected for the school closures and playground use restrictions group and the control group, respectively. Physical fitness tests were conducted for the former group while in the third grade (pre) in June 2019 and in the fifth grade (post) in June 2021, and in (pre) June 2017 and in (post) June 2019 for the latter group. For the measurement items, we performed a variance analysis of the groups (the school closures and playground use restrictions group and the control group) $\times$ the time (pre and post) by genders.

Results: The results showed that the interaction of the 20m shuttle run for boys was significant ($F(1, 86) = 8.95, p < .01$). The simple main effect test demonstrated no significant difference in the results between the school closure and playground use restrictions group ($M = 41.0, SD = 13.9$) and the control group ($M = 46.6, SD = 17.2$) during the pre phase. However, in the post phase, the results for the school closure and playground use restriction group ($M = 40.7, SD = 15.7$) were significantly lower ($p < .01$) than those of the control group ($M = 57.0, SD = 19.9$). Additionally, although the results in the post phase ($M = 57.0, SD = 19.9$) were significantly higher ($p < .001$) than in the pre phase ($M = 46.6, SD = 17.2$) for the control group, there was no significant difference in the pre ($M = 41.0, SD = 13.9$) and post ($M = 40.7, SD = 15.7$) phases in the school closures and playground use restrictions group.

Conclusion: This study revealed that the aerobic capacity of boys who experienced the school closures and playground use restrictions after the COVID-19 pandemic was significantly lower than the result of boys who did not experienced the school closures and playground use restrictions.

Key words : elementary school children, COVID-19, physical fitness

小学生, COVID-19, 体力

I. 緒 言

小学生の体力低下は長期に渡って問題視されてきた。日本では、国民の体力の現状を把握するために、スポーツテストを用いて、昭和39年から体力の調査が実施されている¹⁾。その後、調査項目の修正が加えられ、現在は新体力テスト²⁾を用いて体力の調査が全国の公立小学校で幅広く実施されている。児童を対象とした新体力テスト²⁾の結果を概観すると、最近10年では、ほとんどの項

目について横ばいもしくは向上傾向を示している³⁾。しかし、体力の水準が高かった昭和60年頃と比較すると、依然として児童の体力が低い事実は大きく改善されているとは言えない³⁾。児童期における体力の高さは青年期における身体活動量の多さを予測することが明らかになっている⁴⁾。また、身体活動量を増やすことは、児童期および青年期に肥満になるのを防ぎ、成人期以降の肥満のリスクを減らすために重要な役割を果たす⁵⁾。生活習慣病に罹患するリスクとなる肥満という健康上の問題

にも繋がる身体活動量の確保を長期的に促進するために、児童期における体力の向上が求められる。

2019年12月以来、世界は、新しいタイプのコロナウイルスによって引き起こされた新型コロナウイルス感染症（以下COVID-19と称す）の脅威にさらされてきた。2020年3月11日に、世界保健機関はCOVID-19がパンデミックであることを宣言した⁶⁾。COVID-19の感染拡大を抑えるために、多くの国において、社会的距離を置く措置が実施された⁷⁾。日本においても、国や県による住民への自宅待機や休校措置の要請、映画館や美術館などの人々が集まる場所の入場制限等の措置が取られるようになった⁸⁾。社会的距離を置く措置の中でも多くの国で実施された措置の一つとして学校の休校措置が含まれる⁹⁾。感染症拡大予防における人々の活動制限は必要であるとみなされたが、長期の休校措置は子どもの身体活動量の低下等の身体的健康への悪影響が懸念されている。なぜならば、夏休み等の学校に通学しない期間は子どもたちの身体活動量が低下することが先行研究¹⁰⁾により明らかになっているからである。実際に、小学校に通う子どもをもつ保護者を対象として、休校措置が実施されていた2020年の4月から5月にかけて子どもの身体活動量に関する調査を行った結果、5歳～13歳の子どもをもつ親は、COVID-19の流行前から流行初期にかけて、子どもの身体活動量の大幅な減少と座位行動の大幅な増加を認識していたことが報告されている¹¹⁾。また、身体活動量の多い児童は新体力テストの合計点が高いことが先行研究¹²⁾で明らかになっており、休校措置により身体活動量が低下することは、子どもの体力に悪影響を及ぼすと考えられる。さらに、文部科学省¹³⁾は、COVID-19の感染拡大を防止する観点から、学校において、一度に大人数が集まって人が密集する運動をしない等の配慮が必要であると報告している。休校措置解除後においても、子どもが学校にいる間の長い休み時間に運動場に出て遊ぶことについて、学年ごと運動場の使用時間を割り振るなどの措置を取りながら運動場使用制限を実施している小学校が多くある。

以上のことを踏まえると、COVID-19の感染予防を意図した休校措置や運動場使用制限が実施され、運動機会が減少することで、児童の体力低下に繋がる懸念が懸念される。実際には、COVID-19流行後の2020年度に実施された新体力テストの小学生の結果について、ほとんどのテスト項目で、前年度と比べてほとんど同じか、わずかながら高いという報告が見られる¹⁴⁾。しかし、COVID-19流行の状況により、例年よりも新体力テストの実施時期が後ろ倒しとなり、成長に伴う発達の影響が結果に反映されている可能性が指摘されている¹⁴⁾。また、COVID-19流行前とCOVID-19流行後の児童における新体力テストの平均値のみを比較することを通して、休校措置が児童の体力に及ぼした影響は少なかったことが報告されている¹⁵⁾。しかし、この報告においても、COV-

ID-19流行前の新体力テストの実施時期は5～7月で、COVID-19流行後の新体力テストの実施時期は6～9月と実施時期が後ろ倒しとなっている。したがって、COVID-19流行後における児童の体力の実態についてより詳細に明らかにするためには、COVID-19流行後の児童とCOVID-19流行前の児童を対象として、それぞれ同じ時期に実施した体力の測定結果を比較検討する必要があると考えられる。また、2020年度の新体力テスト実施前にCOVID-19の流行が社会に及ぼした影響の期間は数か月と短いことから、COVID-19の流行が児童の体力に及ぼした影響については、継続的に分析していくことが求められている¹⁴⁾。

そこで、本研究では、COVID-19流行後の休校措置および運動場使用制限を経験した児童（以下休校措置・運動場使用制限経験群と称す）とCOVID-19流行前の休校措置・運動場使用制限経験群と同じ小学校に通っていた児童（以下対照群と称す）の同時期において実施された新体力テストの結果を比較検討することを通して、両群間の体力に違いが見られるのかということについて明らかにすることを目的とした。本研究により、対照群と比較して休校措置・運動場使用制限経験群の体力の中でもどの要素が低下しているのかが明らかになり、COVID-19の流行による影響を受けたことが示唆される体力の低下を防ぐことについて議論する重要性が高まると期待される。

Ⅱ. 方 法

1. 対象者と測定時期

休校措置・運動場使用制限経験群として、2021年6月に、公立のA県B小学校に在籍する小学5年生50名（男児24名、女児26名；平均年齢10.7歳、標準偏差0.3）を対象とした。また、対照群として、2019年6月に、休校措置・運動場使用制限経験群と同じ小学校であるA県B小学校に在籍する小学5年生38名（男児20名、女児18名；平均年齢10.8歳、標準偏差0.3）を対象とした。休校措置・運動場使用制限経験群は、2019年6月の3年生時（以下preと称す）と2021年6月の5年生時（以下postと称す）に体格項目（身長および体重）を含む体力測定を行った。対照群は2017年6月（pre）と2019年6月（post）に体格項目（身長および体重）を含む体力測定を行った。

2. 休校措置・運動場使用制限経験群および対照群それぞれにおける身体活動環境に関する状況

対象者が通うA県B小学校は、COVID-19の流行により、2020年4月15日から2020年5月31日までの約一カ月半の間、休校措置を実施した。そのため、休校措置・運動場使用制限経験群に含まれる児童は、この休校措置期間中、小学校へ通学することが出来ず自宅待機を経験した。したがって、休校措置期間中、学校において運動する機会は得られず、運動する機会は自宅や自宅周辺でできるもののみに限定された。また、A県B小学校は、通

常、2時間目と3時間目の間と5時間目の直前に確保された20分間という2つの長い休み時間において、運動場で運動することが許されている。しかし、休校措置解除後も、COVID-19の感染拡大予防の観点から密集、密接を避けることを目的として、1日の2つの長い休み時間における運動場使用許可を片方のみとする運動場使用制限を学年ごと割り振りながら実施した。そのため、休校措置・運動場使用制限経験群に含まれる児童は、休校措置解除後から休校措置・運動場使用制限経験群のpost測定が行われた2021年6月までの間、継続的に長い休み時間における運動場で運動する機会が制限された。尚、休校措置・運動場使用制限経験群のpre測定が行われた2019年6月から休校措置が実施されるまでの期間において、休校措置・運動場使用制限経験群は休校措置に伴った自宅や自宅周辺でできる運動のみの制限を経験することなく、学校での週3回ある体育や一日に2回ある20分間の長い休み時間において運動する機会を得ることができた。

一方、対照群のpre測定が行われた2017年6月からpost測定が実施された2019年6月までの期間はCOVID-19流行前であったことから、対照群は休校措置や運動場の使用制限を経験することはなかった。したがって、対照群はpreからpostまでの期間中、休校措置に伴う運動機会の制限はなく通学でき、学校での週3回ある体育や一日に2回ある20分間の長い休み時間において運動する機会を継続的に得ることができた。

3. 測定項目

対象者の体力を測定するために、6歳～11歳対象の新体力テスト²⁾を実施した。また、体格項目(身長および体重)の測定も合わせて実施した。body mass index (BMI)は、体重(kg)を身長(m)の2乗で除して算出した。新体力テスト²⁾は、6歳～11歳の年齢における総合的な体力の測定課題として信頼性および妥当性が示されており、日本全国の公立小学校で毎年実施されている¹⁾ことから、本研究でも体力の測定課題として適切と考えた。新体力テストの下位項目(体力要素)は、握力(筋力)、上体起こし(筋持久力)、長座体前屈(柔軟性)、反復横跳び(敏捷性)、20mシャトルラン(全身持久力)、50m走(速度)、立ち幅とび(瞬発力)、ソフトボール投げ(巧緻性)であり、測定は新体力テストの実施マニュアル¹⁾²⁾に準拠して行った。尚、体力測定は、小学校の体育主任主導のもと、小学校の職員が分担して小学校の体育館および運動場で実施した。一人当たりの体力測定の所要時間は約45分であった。

4. 倫理的配慮

本研究では、休校措置・運動場使用制限経験群のpre測定(2019年6月実施)、対照群のpre測定(2017年6月実施)とpost測定(2019年6月実施)といった過去に実施した体力測定のデータを扱う必要があった。したがって、対象となった児童の所属する小学校の校長、教諭お

よび保護者に対して、過去に実施した体力測定のデータを使用する旨を含む本研究の趣旨説明を書面にて行い、文書による同意を得たうえで、必要な測定結果の収集を行った。尚、本研究は、対象者に本研究の趣旨説明を行う前に、広島女学院大学研究倫理委員会にて倫理審査を受け、2020年9月に承認(承認番号2020-2)を得たうえで実施した。

5. 解析方法

本研究の統計解析には、IBM SPSS Statistics for Windowsバージョン25(IBM, Armonk, New York, USA)を使用した。各測定項目について、群(休校措置・運動場使用制限経験群と対照群)×測定時期(preとpost)の2要因分散分析を行った。有意水準は5%未満とした。交互作用が有意な場合には、単純主効果の検定を行った。対象となった休校措置・運動場使用制限経験群の50名及び対照群の38名について、欠損データはなく、対象者全員を分析対象とした。

Ⅲ. 結 果

本研究の対象者とスポーツ庁による2017年度、2019年度、2021年度の新体力テストに関する報告³⁾¹⁶⁾¹⁷⁾をもとに作成した全国の公立小学校における2021年度の5年生と2019年度の5年生における新体力テストの平均値と標準偏差を表1に示す。

男児の新体力テストの測定項目について、本研究の対象者におけるpostの両群の平均値を比較して、対照群よりも休校措置・運動場使用制限経験群の成績が低値を示した項目は、上体起こし(回)(対照群: $M=20.7$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=18.0$)、反復横跳び(回)(対照群: $M=45.3$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=43.5$)、20mシャトルラン(回)(対照群: $M=57.0$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=40.7$)、50m走(秒)(対照群: $M=8.6$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=8.8$)、立ち幅跳び(cm)(対照群: $M=158.5$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=156.1$)、ソフトボール投げ(m)(対照群: $M=30.1$, 休校措置・運動場使用制限経験群: $M=29.4$)であった。また、全国の2021年度の5年生と2019年度の5年生の平均値を比較して、2019年度の5年生よりも2021年度の5年生の成績が低値を示した項目は、握力(kg)(2019年度の5年生: $M=16.5$, 2021年度の5年生: $M=16.2$)、上体起こし(回)(2019年度の5年生: $M=20.8$, 2021年度の5年生: $M=18.9$)、反復横跳び(回)(2019年度の5年生: $M=43.6$, 2021年度の5年生: $M=40.4$)、20mシャトルラン(回)(2019年度の5年生: $M=54.8$, 2021年度の5年生: $M=46.8$)、50m走(秒)(2019年度の5年生: $M=9.2$, 2021年度の5年生: $M=9.5$)、立ち幅跳び(cm)(2019年度の5年生: $M=155.4$, 2021年度の5年生: $M=151.4$)、ソフトボール投げ(m)(2019年度の5年生: $M=22.9$, 2021年度の5年生: $M=20.6$)であった。一方、女兒の新体力テス

表1 本研究の対象者及び全国の公立小学校における新体力テストの平均値と標準偏差

測定項目	性別	休校措置・運動場使用制限経験群				対照群				全国の2021年度の5年生				全国の2019年度の5年生			
		pre		post		pre		post		3年生時		5年生時		3年生時		5年生時	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
握力 (kg)		15.0	2.8	20.0	3.7	16.8	3.6	19.0	4.6	12.7	2.8	16.2	3.9	13.1	2.8	16.5	3.5
上体起こし (回)		14.9	7.6	18.0	4.2	15.9	8.4	20.7	7.8	16.7	5.8	18.9	6.0	16.7	5.8	20.8	5.5
長座体前屈 (cm)		34.0	8.4	38.5	6.6	30.0	5.6	37.6	6.6	29.7	6.9	33.5	8.7	29.5	6.9	33.5	7.8
反復横跳び (回)		34.4	7.9	43.5	7.5	39.9	10.4	45.3	6.0	35.4	7.2	40.4	8.4	36.5	7.1	43.6	6.7
20mシャトルラン (回)	男児	41.0	13.9	40.7	15.7	46.6	17.2	57.0	19.9	38.4	17.3	46.8	21.0	38.5	17.2	54.8	21.2
50m走 (秒)		10.4	1.6	8.8	0.6	9.9	0.8	8.6	0.7	10.0	0.8	9.5	1.1	10.0	0.8	9.2	0.7
立ち幅跳び (cm)		139.0	17.4	156.1	22.9	140.0	17.4	158.5	17.1	136.8	18.5	151.4	23.4	135.6	17.6	155.4	19.2
ソフトボール投げ (m)		19.2	8.3	29.4	12.9	23.3	7.0	30.1	9.7	15.7	6.1	20.6	8.2	15.9	5.8	22.9	8.1
握力 (kg)		13.8	2.7	19.7	4.0	14.3	2.4	17.8	3.1	11.8	2.5	16.1	3.9	12.3	2.6	15.9	3.6
上体起こし (回)		15.1	6.5	18.1	5.3	15.7	5.7	18.9	4.9	15.9	5.2	18.1	5.3	15.9	5.1	19.2	5.0
長座体前屈 (cm)		34.0	6.3	41.7	8.5	32.7	4.3	41.5	6.6	32.1	6.9	37.9	8.9	32.7	7.1	37.4	8.3
反復横跳び (回)	女児	35.0	8.7	43.7	8.5	36.3	5.5	43.2	6.0	33.6	6.5	38.7	7.5	34.6	7.0	41.5	6.2
20mシャトルラン (回)		35.1	12.6	37.2	12.6	34.2	9.5	41.4	8.9	29.2	12.6	38.2	16.2	29.2	12.7	44.1	17.1
50m走 (秒)		10.9	1.3	9.5	1.1	10.6	0.7	9.3	0.8	10.4	0.8	9.6	0.9	10.4	0.8	9.5	0.7
立ち幅跳び (cm)		136.3	17.6	155.6	17.8	128.7	13.2	145.3	17.3	128.1	17.5	145.2	21.8	129.5	16.8	147.4	19.1
ソフトボール投げ (m)		12.1	3.4	18.0	5.8	12.0	5.2	18.8	9.9	9.4	3.1	13.3	4.7	9.9	3.2	13.6	4.2

※ preは3年生時を示し、postは5年生時を示す。

※ 休校措置・運動場使用制限経験群のpre値は2019年6月、post値は2017年6月、対照群のpre値は2019年6月に測定された。

※ 休校措置・運動場使用制限経験群について、男児 (n=24)、女児 (n=26)、対照群について、男児 (n=20)、女児 (n=18) であった。

トの測定項目について、本研究の対象者におけるpostの両群の平均値を比較して、対照群よりも休校措置・運動場使用制限経験群の成績が低値を示した項目は、上体起こし（回）（対照群： $M=18.9$ ，休校措置・運動場使用制限経験群： $M=18.1$ ），20mシャトルラン（回）（対照群： $M=41.4$ ，休校措置・運動場使用制限経験群： $M=37.2$ ），50m走（秒）（対照群： $M=9.3$ ，休校措置・運動場使用制限経験群： $M=9.5$ ），ソフトボール投げ（m）（対照群： $M=18.8$ ，休校措置・運動場使用制限経験群： $M=18.0$ ）であった。また、全国の2021年度の5年生と2019年度の5年生の平均値を比較して、2019年度の5年生よりも2021年度の5年生の成績が低値を示した項目は、上体起こし（回）（2019年度の5年生： $M=19.2$ ，2021年度の5年生： $M=18.1$ ），反復横跳び（回）（2019年度の5年生： $M=41.5$ ，2021年度の5年生： $M=38.7$ ），20mシャトルラン（回）（2019年度の5年生： $M=44.1$ ，2021年度の5年生： $M=38.2$ ），50m走（秒）（2019年度の5年生： $M=9.5$ ，2021年度の5年生： $M=9.6$ ），立ち幅跳び（cm）（2019年度の5年生： $M=147.4$ ，2021年度の5年生： $M=145.2$ ），ソフトボール投げ（m）（2019年度の5年生： $M=13.6$ ，2021年度の5年生： $M=13.3$ ）であった。

本研究の対象者における測定項目ごとの分散分析の結果を表2に示す。

分散分析の結果、男児女児ともに、身長、体重、BMI、握力、上体起こし、長座体前屈、反復横跳び、50m走、立ち幅跳び、ソフトボール投げについて交互作用は有意ではなかった。また、女児の20mシャトルランについて

も交互作用は有意ではなかった。一方、男児の20mシャトルランの交互作用が有意であった（ $F(1, 86) = 8.95$, $p < .01$ ）。男児の20mシャトルランについて、交互作用が有意であったことから、単純主効果の検定をそれぞれに実施した。その結果、postにおいて、休校措置・運動場使用制限経験群（ $M=40.7$, $SD=15.7$ ）が対照群（ $M=57.0$, $SD=19.9$ ）よりも有意に成績が低かった（ $p < .01$ ）。また、対照群において、post（ $M=57.0$, $SD=19.9$ ）がpre（ $M=46.6$, $SD=17.2$ ）よりも有意に成績が高かった（ $p < .001$ ）。

交互作用が有意を示した男児の20mシャトルランについて、休校措置・運動場使用制限経験群と対照群における個人毎の変化をそれぞれ図1と図2に示す。

IV. 考 察

本研究の分散分析の結果から、男児女児の身長、体重、BMI、筋力、筋持久力、柔軟性、敏捷性、速度、瞬発力、巧緻性について、休校措置・運動場使用制限経験群と対照群との間に有意な差は見られないことが明らかになった。中国の6歳から17歳までの子どもを対象として、COVID-19流行前よりも流行後における身体活動量の大幅な減少が認められたと報告されている¹⁸⁾。一方、ドイツの4歳から17歳までの子どもを対象として、COVID-19流行後のロックダウン中に実施されなかった学校やスポーツクラブにおけるスポーツ活動での身体活動量は減少したものの、外遊び、ウォーキング、サイクリング等の習慣的な身体活動量は増加したことが報告されて

表2 本研究の対象者における測定項目ごとの分散分析の結果

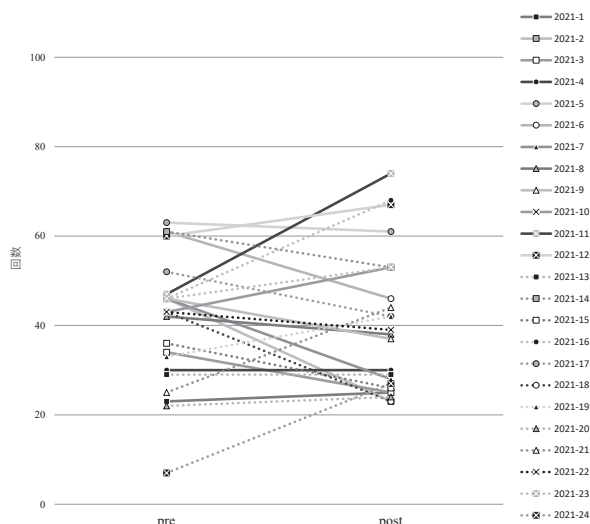
測定項目	性別	休校措置・運動場使用制限経験群				対照群				時期の主効果	群の主効果	交互作用
		pre		post		pre		post		F	F	F
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
身長 (cm)	男児	129.0	0.0	140.0	0.1	128.0	0.1	139.0	0.1	3441.03***	0.56	0.08
体重 (kg)		28.9	6.9	35.8	6.8	27.2	3.9	34.0	5.8	271.84***	1.01	0.01
BMI (kg/m ²)		17.2	3.0	18.1	5.9	16.5	1.6	17.5	2.5	17.04***	0.75	0.03
握力 (kg)		15.0	2.8	20.0	3.7	16.8	3.6	19.0	4.6	99.3***	0.12	1.50
上体起こし (回)		14.9	7.6	18.0	4.2	15.9	8.4	20.7	7.8	38.51***	1.09	0.86
長座体前屈 (cm)		34.0	8.4	38.5	6.6	30.0	5.6	37.6	6.6	73.75***	2.07	1.47
反復横跳び (回)		34.4	7.9	43.5	7.5	39.9	10.4	45.3	6.0	62.07***	2.21	2.10
20mシャトルラン (回)		41.0	13.9	40.7	15.7	46.6	17.2	57.0	19.9	13.94***	5.33*	8.95**
50m走 (秒)		10.4	1.6	8.8	0.6	9.9	0.8	8.6	0.7	185.39***	1.39	1.39
立ち幅跳び (cm)		139.0	17.4	156.1	22.9	140.0	17.4	158.5	17.1	101.92***	0.88	0.03
ソフトボール投げ (m)		19.2	8.3	29.4	12.9	23.3	7.0	30.1	9.7	133.25***	0.87	0.88
身長 (cm)	女児	127.0	0.1	142.0	0.1	126.0	0.0	140.0	0.1	630.27***	0.96	1.32
体重 (kg)		27.2	5.7	36.2	8.5	26.9	4.0	35.6	7.8	190.92***	0.06	0.08
BMI (kg/m ²)		16.6	2.2	17.8	3.1	16.8	2.0	18.1	3.1	24.68***	0.09	0.04
握力 (kg)		13.8	2.7	19.7	4.0	14.3	2.4	17.8	3.1	103.75***	0.76	0.69
上体起こし (回)		15.1	6.5	18.1	5.3	15.7	5.7	18.9	4.9	12.52***	0.23	0.02
長座体前屈 (cm)		34.0	6.3	41.7	8.5	32.7	4.3	41.5	6.6	58.58***	0.18	0.27
反復横跳び (回)		35.0	8.7	43.7	8.5	36.3	5.5	43.2	6.0	28.52***	0.04	0.38
20mシャトルラン (回)		35.1	12.6	37.2	12.6	34.2	9.5	41.4	8.9	8.05**	0.29	2.33
50m走 (秒)		10.9	1.3	9.5	1.1	10.6	0.7	9.3	0.8	94.24***	0.41	0.35
立ち幅跳び (cm)		136.3	17.6	155.6	17.8	128.7	13.2	145.3	17.3	52.37***	3.90	0.29
ソフトボール投げ (m)		12.1	3.4	18.0	5.8	12.0	5.2	18.8	9.9	77.17***	0.04	0.42

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

※ preは3年生時を示し、postは5年生時を示す。

※ 休校措置・運動場使用制限経験群のpre値は2019年6月、post値は2021年6月、対照群のpre値は2017年6月、post値は2019年6月に測定された。

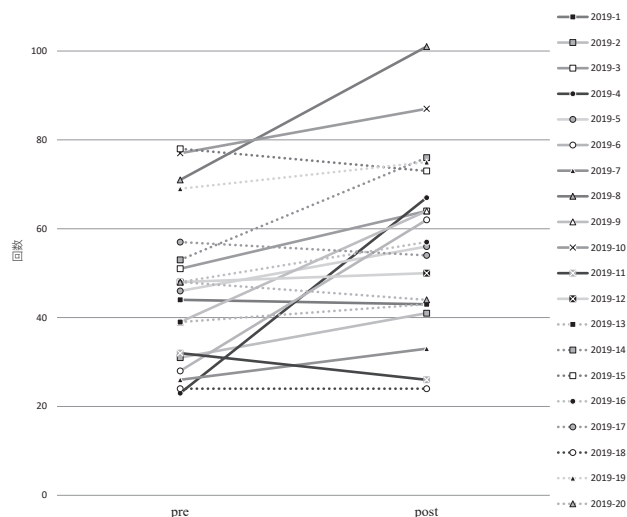
※ 休校措置・運動場使用制限経験群について、男児（ $n=24$ ），女児（ $n=26$ ），対照群について、男児（ $n=20$ ），女児（ $n=18$ ）であった。



- ※ preは3年生時を示し、postは5年生時を示す。
 ※ 2021年度にpost測定を行った休校措置・運動場使用制限経験群の男児24名における個人毎の変化を示す。

図1 休校措置・運動場使用制限経験群の男児における20mシャトルランの個人毎の変化

いる¹⁹⁾。COVID-19の流行による活動制限が人々の身体活動量に与える国家間の影響の違いについては、中国において都市の封鎖中に屋外に出て運動することすら許可されていなかった²⁰⁾ことから、外出禁止といった国家間の行動制限措置の程度の違いによる影響が示唆されている¹⁹⁾。日本においては、2020年4月16日に主要都市で緊急事態宣言が発令され、全国の小中学校や高等学校の一時閉鎖、スポーツセンターや公園等の遊び場の使用制限措置が実施されたものの、外出禁止といった厳しい行動制限は行われなかった²¹⁾²²⁾。2020年2月から2020年5月の間にCOVID-19の流行で実施できなくなった運動は、主に民間や公共のスポーツ施設で行われるもので占められており、COVID-19の流行による施設休業の影響がうかがえる²³⁾。一方で、新たに始めた運動としては、「ウォーキング」、「筋力トレーニング」、「散歩(ぶらぶら歩き)」、「体操(軽い体操、ラジオ体操など)」、「なわとび」の順で多く、自宅や自宅周辺でできる運動が中心であった²³⁾。本研究の対象者が所属する小学校においても2020年4月16日から休校措置が実施されたが、約1か月半後の2020年5月31日に休校措置は解除された。本研究で測定した体力の要素について、筋が収縮することにより発揮可能な力の大きさに関係する筋力、筋収縮を伴う作業をどの程度持続できるかに関係する筋持久力、短い時間にどの程度大きな力を発揮できるかに関係する瞬発力は筋機能という生理機能に分類される²⁴⁾。運動の素早さに関する敏捷性、決められた運動を正確かつ円滑に遂行できるかに関係する巧緻性、1つの運動の完了にかかる時間の長短に関係する速度は神経機能という生理機能に分類される²⁴⁾。関節の可動域の大きさに関係する柔軟性は関節機能という生理機能に分類される²⁴⁾。これらの生理機能は



- ※ preは3年生時を示し、postは5年生時を示す。
 ※ 2019年度にpost測定を行った対照群の男児20名における個人毎の変化を示す。

図2 対照群の男児における20mシャトルランの個人毎の変化

身体運動との関係が深いと考えられている²⁴⁾。休校期間が約1か月半に抑えられたことや、休校措置期間中は自宅や自宅周辺において、休校措置解除後は普段の体育の授業や1日2回ある長い休み時間のうち1回(20分間)は運動場において、筋機能、神経機能、関節機能に含まれる体力要素それぞれの特徴に関わる身体運動の機会を得ることはできたと想定されることから、男児女児の筋力、筋持久力、柔軟性、敏捷性、速度、瞬発力、巧緻性の両群間に有意な差が見られなかったと考えられる。

一方、女児の全身持久力について、休校措置・運動場使用制限経験群と対照群との間に有意な差は見られなかったが、男児の全身持久力について、対照群よりも休校措置・運動場使用制限群の成績が有意に低値を示した。表2より、2019年度の全国の小学3年生男児における20mシャトルランの結果($MD=38.5$, $SD=17.2$)と、休校措置・運動場使用制限経験群のpreの結果($MD=41.0$, $SD=13.9$)との間にはそれほど大きな差は見られなかったが、2019年度の全国の小学5年生男児における20mシャトルランの結果($MD=54.8$, $SD=21.2$)と比べると、休校措置・運動場使用制限経験群のpostの結果($MD=40.7$, $SD=15.7$)は大きく下回っており、休校措置・運動場使用制限経験群の男児における20mシャトルランのpostの成績はCOVID-19流行以前の全国値と比べても低かったことがうかがえる。小学校中・高学年の男女ともにCOVID-19流行後に実施された新体力テストの中でも特に20mシャトルランの平均値が、COVID-19流行前の過去3年間に比べて低下傾向を示し、その傾向は男子が女子に比べて大きかったとの報告¹⁵⁾が見られる。この報告は、平均値のみの収集による分析ということやCOVID-19流行後と流行前の新体力テストの実施時期がずれているという限界はあったが、本研究の結果と同様の傾

向を示している。全身持久力は酸素を摂取しながら運動をどれだけ長く持続できるかに関係する体力の要素であり²⁴⁾、最大心拍数の85%~90%といった強度の高い運動を継続することで向上するという点で他の体力とは異なる特徴をもつ²⁵⁾。休校措置期間中は、COVID-19流行前には行われていた週3回ある体育で運動する機会や朝と昼にそれぞれ20分間ある休み時間において外で運動する機会といった体育的活動全般が失われた。学校周辺の状況についても、先述したように、民間や公共のスポーツ施設で行われる運動はCOVID-19の感染拡大に伴う施設休業により実施できなくなり、自宅や自宅周辺でできる運動に限定されていた²³⁾。したがって、休校措置期間中の子どもたちの身体活動量は低下していたことが予想される。また、休校措置解除後は、体育で運動する機会が得られたものの、朝と昼にあるそれぞれ20分間の休み時間における運動場使用許可はどちらか一方のみと制限された。COVID-19流行前と異なっていた自宅や自宅周辺でできる運動に限定された運動機会の制限や学校における体育的活動全般の制限といった影響により、休校措置・運動場使用制限経験群は全身持久力の向上で必要とされる強度の高い運動を継続するような運動機会を得ることが難しくなったことで、対照群と比較して全身持久力が低下したと考えられる。逆に考えると、COVID-19の流行に伴う休校措置や運動場使用制限の全身持久力以外の体力要素への影響は見られなかった。15歳から17歳の子どもを対象に、全身持久力、筋持久力、柔軟性を夏休み前後で比較した研究²⁶⁾では、全身持久力のみに夏休み前後の有意な低下が見られたとの結果が報告されている。この結果から、夏休み期間中は自宅で過ごす時間が増えて身体活動量が低下するが、全身持久力は身体活動量の低下の影響を他の体力要素よりも受けやすいことが示唆されている²⁶⁾。また、新体力テストで測定される体力要素の中でも、全身持久力は身体活動量と最も高い相関があることが明らかになっている²⁷⁾。したがって、本研究においても、全身持久力はCOVID-19流行後の休校措置や運動場使用制限に伴う身体活動量の低下の影響を他の体力要素よりも受けやすかったことが考えられる。夏休み前後の体力の変化を検討した先行研究²⁶⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾において、通学しない夏休み期間中は身体活動量が低下することから、夏休み前後の体力が向上したという報告はほとんど見られない。対象者の年齢や評価する体力の測定方法が異なることからこれらの先行研究と本研究による体力の変化の結果を単純に比較することは難しいが、本研究では夏休み前後よりも小学3年生から小学5年生までというより長い期間において男児の全身持久力の有意な向上が認められなかった。

休校措置・運動場使用制限経験群の中でも男児のみ全身持久力の成績が対照群と比較して有意に低値を示した。2019年度の全国の小学5年生女児における5年生時の20mシャトルランの平均値は3年生時よりも14.9回向上

しているが、男児については16.3回とより大きく向上している(表2参照)。したがって、20mシャトルランが評価する全身持久力は3年生時から5年生時にかけての発達が元々女児よりも男児の方が顕著であったことから、休校措置や運動場使用制限による運動機会の減少の影響を男児の方が受けやすかったと推察される。

休校措置および運動場使用制限の経験による比較を明確にするために、COVID-19の流行前後の同時期に同じ小学校に所属する児童を対象として測定した結果を比較検討している点は本研究の強みであるといえる。また、休校措置や運動場使用制限といった長期に及ぶ運動機会の制限が子どもの体力にどの程度関係しているのかということについて検討した本研究は、今後、運動機会の減少に関わる感染症予防対策を実施するうえで、子どもの体力という観点から注意する必要があると示唆された点において意義深い。本研究で得られたこれらの成果は、COVID-19の感染拡大防止としてやむをえず休校措置や運動場使用制限を経験した児童に普段から関わることの多い小学校の教員やその保護者における児童の体力における貴重な知見に繋がった。全身持久力は、小学校卒業後の中学生以降もその発達が継続される体力であり、トレーニングにより高められることが先行研究により明らかになっている³⁰⁾⁽³¹⁾。COVID-19の感染が落ち着き、COVID-19流行前と同じ制限のない生活にいつ戻るのかを予測することは難しい。また、今後も様々な感染症の流行により、休校措置や運動場使用制限を実施する必要が出てくる可能性も考えられる。そのような場合においては、本研究で得られた知見を生かして、男児において全身持久力を高める運動機会をもつための手立てを学校以外の場所において設けることが求められる。

本研究の結果は、小学校1校の5年生の児童のみを対象として得られた結果であった。また、児童期の体力には男女差があることが先行研究により明らかになっている¹⁾ことから、本研究では男児と女児を分けて分析を行い、男児女児それぞれの対象者も少なくなった。休校措置および運動場使用制限の経験による比較に焦点化するために、COVID-19流行前後の同時期に同じ小学校で測定した結果の比較を行ったが、対象者が少なくなってしまうことは本研究の限界である。COVID-19流行前後の体力を比較検討することについて、多くのサンプル数を確保し、幅広い年齢の子どもを対象とすることで発達段階における影響の違いを含めて明らかにしていくことが求められる。

本研究では、休校措置・運動場使用制限経験群の休校期間から約1年後という期間を空けて実施したpost測定の結果を扱っている。また、運動場使用制限は、休校措置解除後からpost測定まで継続的に実施されていた。したがって、休校措置および運動場使用制限による影響であったという結果の解釈については慎重である必要があり、本研究の限界である。

V. 結 論

COVID-19の流行に伴う休校措置および運動場使用制限を経験した男児の全身持久力が対照群と比較して有意に低値を示したことが明らかになった。本結果について、休校措置や運動場使用制限が実施されたことにより、強度の高い運動を継続することで向上する全身持久力の発達において求められる運動機会を得ることが難しかったと考えられる。また、3年生から5年生にかけての全身持久力の発達が元々女児よりも男児の方が顕著であったことにより、休校措置や運動場使用制限による運動機会の減少の影響を男児の方が受けやすかったと考えられる。休校措置や運動場使用制限を実施する必要性が今後出てきた際に、本研究で得られた知見を生かして、男児における全身持久力を高める運動機会をもつ手立てが求められる。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力くださいました児童とその保護者、小学校の教職員の皆様方に、心より感謝申し上げます。

本研究は、著者が調査の実施時に所属していた前任校である広島女学院大学の研究倫理委員会において倫理審査を受け、承認をいただいた上で行った。

文 献

- 1) 文部科学省：新体力テストー有意義な活用のためにー5-75, 株式会社ぎょうせい, 東京, 2016
- 2) 文部科学省：新体力テスト実施要項（6～11歳対象）。Available at https://www.mext.go.jp/a_menu/sports/stamina/05030101/001.pdf Accessed August 8, 2022
- 3) スポーツ庁：令和元年度体力・運動能力調査結果の概要及び報告書について。Available at https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/chousa04/tairyoku/kekka/k_detail/1421920_00001.htm Accessed August 8, 2022
- 4) Barnett LM, van Beurden E, Morgan PJ et al : Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *Journal of Adolescent Health* 44 : 252-259, 2009
- 5) Hills AP, Andersen LB, Byrne NM : Physical activity and obesity in children. *British Journal of Sports Medicine* 45 : 866-870, 2011
- 6) World Health Organization : WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Available at <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> Accessed August 8, 2022
- 7) Tison GH, Avram R, Kuhar P et al : Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity : A Descriptive Study. *Annals of Internal Medicine* 173 : 767-770, 2020
- 8) Looi M K : Covid-19 : Japan declares state of emergency as Tokyo cases soar. *BMJ*, 369, m1447, 2020.
- 9) Tang S, Xiang M, Cheung T et al : Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure : The importance of parent-child discussion. *Journal of Affective Disorders* 279 : 353-360, 2021
- 10) Tanskey LA, Goldberg J, Chui K et al : The state of the summer : a review of child summer weight. *Current Obesity Reports* 7 : 112-121, 2021
- 11) Dunton GF, Do B, Wang SD : Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. *BMC Public Health* 20 : 1-13, 2020
- 12) 新本惣一郎, 山崎昌廣 : 小学生の体力と身体活動量の関係. *発育発達研究* 61 : 9-18, 2013
- 13) 文部科学省：新型コロナウイルス感染症対策のための小学校、中学校、高等学校および特別支援学校等における一斉臨時休業に関するQ & Aの送付について（3月9日時点）。Available at https://www.mext.go.jp/content/202000309-mxt_kouhou01-000004520_4.pdf Accessed August 8, 2022
- 14) スポーツ庁：令和2年度体力・運動能力調査結果の概要（速報）について。Available at https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/chousa04/tairyoku/kekka/k_detail/1421920_00002.htm Accessed August 8, 2022
- 15) 鈴木和弘, 高橋愛 : 長期にわたる学校休校措置が子どもの体力に及ぼす影響～山形県の児童生徒を対象とした事例報告～. *子どもと発育発達* 19 : 5-15, 2021
- 16) スポーツ庁：平成29年度体力・運動調査結果の概要及び報告書について。Available at https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/chousa04/tairyoku/kekka/k_detail/1409822.htm Accessed August 8, 2022
- 17) スポーツ庁：令和3年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果。Available at https://www.mext.go.jp/sports/b_menu/toukei/kodomo/zencyo/1411922_00003.html Accessed August 8, 2022
- 18) Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K : Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in Cardiovascular Diseases* 63(4) : 531-532, 2020
- 19) Schmidt SCE, Anedda B, Burchartz A et al : Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany : a natural experiment. *Scientific Reports* 10 : 21780, 2020
- 20) Chen P, Mao LJ, Nassis GP et al : Coronavirus disease (COVID-19) : The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of Sport and Health Science* 9 : 103-104, 2020
- 21) Hyunshik K, Jiameng M, Sunkyoung L : Change in

- Japanese children's 24-hour movement guidelines and mental health during the COVID-19 pandemic. *Scientific Reports* 11 : 22972, 2021
- 22) Hino K, Asami Y : Change in walking steps and association with built environments during the COVID-19 state of emergency : A longitudinal comparison with the first half of 2019 in Yokohama, Japan. *Health & Place* 69 : 102544, 2021
- 23) 笹川スポーツ財団 : 新型コロナウイルスによる運動・スポーツへの影響に関する全国調査 (2020年6月調査) 報告書. Available at https://www.ssf.or.jp/files/covid19_nr2020_rv.pdf Accessed August 8, 2022
- 24) 出村慎一, 村瀬智彦 : 健康・スポーツ科学入門改訂版 24-26, 大修館書店, 東京, 2010
- 25) Armstrong N, Tomkinson G, Ekelund U : Aerobic fitness and its relationship to sport, exercise training and habitual physical activity during youth. *British Journal of Sports Medicine* 45 : 849-858, 2011
- 26) Park K S, Lee M G : Effects of summer school participation and psychosocial outcomes on changes in body composition and physical fitness during summer break. *Journal of Exercise Nutrition & Biochemistry*, 19 : 81-90, 2015
- 27) 真家英俊 : 中学年児童における日常の身体活動量と体力・運動能力との関係. *東京未来大学研究紀要* 10 : 145-153, 2017
- 28) Rodriguez A X, Olvera N, Leung P et al : Association between the summer season and body fatness and aerobic fitness among Hispanic children. *Journal of School Health*, 84 : 233-238, 2014
- 29) 笹山健作, 引原有輝, 足立稔 : 小学6年生の夏休み前後における身体活動量, 生活習慣, 運動能力の比較. *発育発達研究* 88 : 22-29, 2020
- 30) 大澤清二 : 最適な体力トレーニングの開始年齢 : 文部科学省新体力テストデータの分析から. *発育発達研究* 68 : 25-35, 2015
- 31) 牛島一成, 渡辺裕晃, 志村正子 : 中学生の体力, 学力, ストレス, 生活習慣の関連性. *発育発達研究* 72 : 19-30, 2016
- (受付 2021年12月27日 受理 2022年9月24日)
代表者連絡先 : 〒753-8513 山口県山口市吉田1677-1
山口大学教育学部 (青山)

■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8回「保健教育の未来に向けて」 Towards the Future of School Health Education

2年にわたる連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」は第8回をもって一区切りとなる。第8回では、これまで連載を引き受けて下さった学会員の皆様に全体を振り返っていただき、ご意見、ご提言、ご感想などを賜った。それらを以下に掲載し、さらに連載を企画した高橋、七木田、森の論考をもって最終回とさせていただく（連載企画者）。

連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって

植 田 誠 治

聖心女子大学

はじめに、このような連載を企画された高橋浩之氏、七木田文彦氏に敬意を表したい。学術学会の活動は、当然ながら深く社会とコミットしている。学校保健に関わる課題解決のための知の応用、知の社会的奉仕は、本学会の使命といえる。以下、連載を通して筆者が考える本学会としてなすべき事項を、優先順位を意識して述べることにする。

連載第1回において、高橋氏は「現在の保健教育の課題を整理する」というテーマで論述し、「本連載は学会として保健教育の未来を見つめ、その責任を果たそうとする試みである。具体的には、学会の知を結集して、今後の保健教育に関する制度や政策決定に寄与するような考え方を示したいと考えている」とした。そして、議論を拡散させないために3つの枠組みを提示した。その枠組みを、あえて帰無仮説的に表現し直すと、1) 保健教育が教科と教科外に分かれるという形に必然性はない（のではないか）、2) 保健体育という教科の枠組みは妥当ではない（のではないか）、3) 教科の中であるいは教科の外で保健教育は正しく機能していない（のではないか）、ということになる。

3つの枠組みに共通して出てくる「教科」について、筆者は日本教科教育学会の「教科とは、教育の目的を達成するために組織される教育課程（Curriculum）の編成の構成要素となるもので、児童生徒に教える知識・技能等の内容を、教育的な観点から系統立て組織した領域群であり、教科の目的や価値は、児童生徒が当該教科の内容そのものを学ぶこととその教科の内容を通して陶冶的価値を学ぶことによって、人間形成をはかることにある」を引用し、そのうえで「教科のこのようないわば一義的な目的や価値は揺るぐものではないが、米国や英国の例から、知識・技能等の内容を教科として位置付けることは、その教科の持つ目的や価値の実現可能性を高める条件としての意味をもつということを押さえておく必要がある」と指摘した。連載第5回において、佐藤学氏は教科を「学びの文化領域」の一つとして位置付け、「保健」の教科としての意義を整理したうえで、学際性と越境性が教科の備えるべき必須の要件と述べている。保健教育の知識・技能等の内容は、現代の社会において我々に必要な教養であり、その内容には学際性と越境性があり、学校教育の教科として位置付けることによって、人間形成の責任の一翼を担っていることを、今回の連載で改めて確認することができた。

では我々に必須の教養としての「保健」の内容はどのようなものになるのであろうか。日本には、学習指導要領があり、ある意味その内容が定められている。学習指導要領のもつ意義を否定するものではないが、その内容には教える時間（時数）という制約がかかっており、その緊張感あるいは限界性を持って内容が定められている。筆者は、連載第3回において、米国のスタンダード運動と呼ばれる中での保健教育の動向を紹介したが、学術学会として、教える時間（時数）をまずは考えず、必須となる「保健」の内容（ここでいう内容には、保健の概念のみならず、保健リテラシーといった方法知も含まれる）を整理することが必要と思う。その際には当然ながら教科であるか教科外であるかは関係ない。本学会の知を結集し、かつ複数の学協会等による共同作業により創りあげてを提言したい。

現行の保健体育という教科形態がよいのか、保健と体育を分けて考えるのがよいのかについては、諸外国においても同様の議論があることを筆者の担当回で述べた。どちらがよいのかの検討は単純ではない。教科の存在は絶対ではなく、時代や社会の変化に影響を受ける。高等学校では、今回の学習指導要領の改訂により、新たに「情報」という教科が設けられた。また、近現代の歴史の変化に関わる諸事象について、世界とそこにおける日本を広く相互的な視野から捉え、現代的な諸課題の形成に関わる近現代の歴史を考察する「歴史総合」も設けられた。「保健」の内容の整理とは、まったく異なる次元となるが、教育課程全体を見通したうえで、学際性と越境性から「保健」の位置付

けを再整理することが必要である。

先に、教科として位置付けることは、その教科のもつ目的や価値の実現可能性を高める条件としての意味を有することを示した。その中でも、まず優先すべき事項は、筆者も担当回の「おわりに」に示し、連載第7回で佐見由紀子氏も述べているように、時間（時数）の確保と思う。中学校・高等学校を例にすると、時間（時数）が一定確保されれば、その時間で充実した授業を行うことのできる教員を採用しなければならない。現在「保健体育」とは別に存在する「保健」の教員免許取得のための単位数と内容が1つの基準になるのではないかと、学会としては、保健担当教員への教材提供やワークショップ、あるいは米国のCertified Health Education Specialistのような資格提供も考える必要がある。時間（時数）を確保するためには、「保健」が、社会に広く認知されるように、そして実際に「保健」が長期的に社会に貢献し、社会を良くしていくことが認知されるように広報面の強化が必要なことも指摘しておきたい。そのような作業の中に、教育行政における様々な審議会等への応用が含まれる。

本稿では、高橋氏の提示した3つの枠組みを今回あえて帰無仮説的に示し直し、本連載の理論的な検証によって棄却したか否かを結論づけてみようとしたが、この文章をまとめる中で、むしろその検証ではなく、今回示した事項を学会として急ぎ取り組み、行動する必要がある、それにエネルギーを注ぐべきと感じてきた。そのためには、学会内外の組織づくりを進めなければならない。高橋氏も同様のことを考えておられるようであり、まず学会内に委員会を設けるなどして実働していくことであろう。もちろん、学間に王道はなく、知見の蓄積を怠ることなくである。

高校に「保健探究」を新設 専任制に

小 浜 明

仙台大学

1. もう一つの道

「保健」はこれまでも何度か分岐点に立たされてきた。初めは第二次世界大戦後の間もない頃のことだろう。当時は理科や家庭科などの一部でも「保健」の教育内容が扱われていたし、その時は「体育」という伴侶を得たが、将来は「独り立ち」という話もあった（七木田、第2回）。

そして「体育」と同じ屋根の下で暮らすようになってからまもなく3四半世紀になろうとしたとき、高橋氏より「保健体育という枠組みは妥当か」（第1回）との問題提起があった。このままの道を歩むべきか、別の道を選ぶべきか。長年連れ沿った伴侶がいる。黙って別れるわけにはいかない。物部氏は「体育科教育学の研究者とは、今後も対話を継続する必要がある」（第5回）という。迷う。

一方は、いわばすでに慣れた、見通しのついた道である。いまの伴侶と一緒にならば、安心だ。他方の道は、何かしら危険を感じる。もしそっちに進むと、自分たちはいったいどうになってしまうのか、不安なのだ。

だが、惹かれてしまう。なぜならそれは、本来そちらの道の方が、「保健」に関わる教師たちが情熱を覚える、本当の道なのだから。

2. 「保健」で培うヘルスリテラシー

フィンランドの大学入学資格試験における「保健」の問題を収集分析してみると、そこで出題されている形式が、物語や解説、議論、文書または記録、動画、ハイパーテキストといった「連続型テキスト」や、図・グラフ、表・マトリックス、宣伝・広告、添付文・証明書といった「非連続型テキスト」であることがわかってきた。それらは、健康に関連したWeb記事（新聞や研究など）であったり、動画（映画やYouTubeなど）であったり、宣伝（雑誌広告など）や表・グラフ（数値データなど）であったりと、「保健」で子どもたちに培おうとする学力が、いわゆる「教科書」だけに限定されることなく、社会生活を営むにあたって必要とされる実用的で機能的なヘルスリテラシーの提案となっている。

しかもそこでの能力観は、①テキストの中からの「情報の取り出し」、②取り出した情報から推論してテキストの意味を理解する「情報の解釈」、③解釈した情報を自らの知識や経験に関連づける「熟考・評価」の三つから成り立っている。とりわけ、フィンランドの「保健」が育成しようとしている能力の特徴をよく示しているのが、「熟考・評価（Pohdinta・Arvio）」である。「熟考・評価」するのは、テキストの内容とともに形式であって、高校生は内外の知識を総動員して、テキストへの賛否についての根拠を明確にして批評するように求められる。そこには、ヘルスリテラシーにおける、機能的リテラシーという日常生活を過ごすために必要とされる能力のみならず、現代的な健康課題の改革に必要とされる能力、いわゆる批判的リテラシーも育成しようとする姿が映し出されている。

これが具現化された事例を一つ紹介しよう。コロナ禍の2021年9月23日、大学入学資格試験の「保健」で出題され

た。原文は長文なのだが、紙数の関係で要約を掲載する。

〈問題〉二つの文章を読んで、倫理的観点から論述しなさい。(試験時間6時間で5問解答する中の1問)

- ① **ヘルシンキ新聞の論説** (2020年8月17日付) 約4,000ワード (A4ダブルスペースで約16枚分) 〈タイトル〉新型コロナウイルス感染症ワクチンの開発状況 〈要約〉 アストラゼネカ、ファイザー、モデルナ各社のワクチン開発がフェーズ3にまで進んでいる。結果が良好で、有効性と安全性が満たされた場合は、社会保健省によって承認され、2021年の初頭までに接種が開始される予定となっている。
- ② **タンペレ大学ワクチン研究所のWeb解説** (2020年10月23日付) 約3,000ワード (A4ダブルスペースで約12枚分) 〈タイトル〉 ワクチン開発のプロセス 〈要約〉 ワクチン開発には一般に10年以上の歳月を必要とする。実験室での前臨床段階(フェーズ0)に始まり、効果と安全性を評価するためのフェーズ1、フェーズ2、フェーズ3の三段階を経て申請がなされ、承認後には副作用の可能性も考慮して承認後テスト(フェーズ4)が実施される。フェーズ2からは盲検法が用いられ、フェーズ3では、数か月から数年のあいだに、数千から数万人の治験者が参加する。

フィンランドで医療従事者等へのワクチンの接種が始まったのが2020年12月27日^{注)}、その9カ月後には上記の問題が高校生に出題された。もちろんこの時点でまだ教科書には、新型コロナウイルスも、ましてやこの感染症ワクチンの開発状況も登場していない。

コロナ禍のフィンランドの「保健」は、いまのこの世界を生きていくための国民的保健教養とは何か、子どもたちは学校教育で何を身につけるべきなのかについて考えるための手がかりや材料を、同じコロナ禍の日本の「保健」に提示しているようにも見えてくる。

3. 高校に「保健探究」を新設して専任制に

日本でも「熟考・評価」能力を培う保健授業は可能なのだろうか。佐藤氏は「教科『保健体育』を分割再編成したとしても、実践の実態が大きく変わることは期待できないだろう」(第5回)という。既存の「保健体育」の分割再編成だけでは、実践の実態を大きく変えることは不可能に近いというのだ。そこで提言したい。

高校に「保健探究」を新設することを。

「保健探究」担当には、現代的で高度な保健科学の知識が不可欠となる。対応には高校の専任制は避けられない。これにより、七木田氏の「『保健』の専任化によって『保健』の専門家を誕生させる」(第2回)は、正鵠を射た指摘となろう。と同時に、「休眠中」の保健科免許を目覚めさせ、本来の教育職員免許法の趣旨を生かして「保健探究」担当教師には保健科免許を必須とし、併せて、保健科免許の「教科に関する専門的事項に関する科目」を、真に「保健」を教えるに値する「教科専門科目(群)」へと刷新する必要があると出てくる。

注) 日本で医療従事者等を対象に先行接種が始まったのは2021年2月17日、同年4月12日からは高齢者等を対象に接種が始まった。(国立感染症研究所：2021年8月13日掲載)

保健教育で学ぶべきもの

大 澤 功

愛知学院大学心身科学部健康科学科

筆者の勉強不足を恥じるばかりだが、最近「包括的性教育(Comprehensive Sexuality Education)」という言葉を知った。性に関する知識やスキルだけでなく、人権やジェンダー観、多様性、幸福を学ぶための重要な概念で、ユネスコが中心となって作成した性教育の国際的指針である「国際セクシュアリティ教育ガイダンス(International Technical Guidance on Sexuality Education)」で提唱されている。家族や友情、恋愛、人権の尊重やジェンダー平等などを含めて多角的な視点から性を学び、「一生幸せな生活を送るために」必要な学習目標をまとめた性教育とも紹介されている。

本連載の第4回で、筆者は健康教育の意義として、「心と身体の健康を学ぶことは、人が幸せに暮らすにはどうしたら良いかを学ぶことにつながる。自分だけの幸せではない。みんなが幸せになるために必要な力を学ぶことである。」と書いた。まさに包括的性教育と同じである。科学的に正確であること(科学的根拠に基づいていること)も包括的性教育の特徴のひとつとなっており、筆者の考えと一致している。包括的性教育を中心として、拡大(発展)したものが、筆者が求める健康教育と言えそうである。

医師という立場からも、以前から保健教育のメインが性教育だと考えていた。精子と卵子が受精して、女性の胎内で成長を続けて出産を迎える。出産後は多くの大人が子どもの成長に関わり、成人になっていく。そしてまた次の世代を産むこととなる。こういった一連の流れを学ぶことによって、自分はどこから、どのように生まれて、そしてどうなっていくのか、どうしたいのか……、これらを学び、考え、行動していくことは、自分の幸福のためだけでなく、周囲の幸福、次世代の幸福につながる。そのプロセスでは、身体や生殖等の生物学的な知識だけではなく、人間関係（家族、友人、恋愛……）、ジェンダー観、性の多様性等を学ぶ必要がある。

これを機会にもう一度中学校と高等学校の学習指導要領解説（保健体育編）を読んでみた。残念ながら現在の学習指導要領は、性教育に関する部分は限られており、包括的性教育が目指すものには到底及ばない。これでは、進学、恋愛、就職、結婚、出産、育児、死亡等の人生の重大な選択の際に、適切な意思決定が難しい。もちろん保健教育で学ぶべきことは性教育以外にもたくさんある。しかしながら、極端なことを言わせてもらえば、子どもたちにとってみれば、性の問題は生活習慣病対策やがん教育よりよっぽど関心が高いと思う。心身の成長段階である学校でこそ、適切な性教育を受けなければならない。それに必要な概念が包括的性教育には含まれている。

ただ、この内容のすべてを現在の保健体育教員や養護教諭に委ねるのは難しい。内容的には保健以外の科目が適している項目もある。今まで以上に保健以外の教科や活動との連携が必要である。また、子どもたちに教えるために教員自身が勉強することは大切だが、外部の人材の活用も進めていくべきである。その方が子どもたちにとっての学びが広がるであろう。すべての大人が子どもたちの教育に責任があると考えれば、外部からの協力は得られるはずである。

ずっと以前の話だが、本学の養護教諭コースの女子学生に、試験問題で「月経のしくみを説明しなさい」という問題を出したことがある。しかし、その解答には唖然とした。満足に書くことができない学生や、間違っただけを書いている学生が多く、まともに書けている学生はほんのわずかであった。対象が2年生だったので、まだまだ養護教諭としての勉強が不十分な時期であったかもしれないが、健康意識が比較的高い養護教諭コースの女子学生でもこの程度である。ましてや一般の女子学生は、もっとひどいであろう。男子学生はさらにひどいと思われる。

女性の心と身体を知ることは、今さら言うことでもないが男性にも必要である。女性の心と身体についての知識や理解の不足が、セクハラや性暴力にも関係する。一方で、女性も男性の心や身体についての知識と理解は必要である。学校や職場において、今や男性だけ、あるいは女性だけの人間関係は少なくなり、男性も女性もいる社会は当たり前になっている。また、身体的な性だけでは単純に男女に分けることができない性的マイノリティーの存在についても正しい知識と理解が必要となっている。これは、性の問題に留まらずに、あらゆる社会のマイノリティーや自分と異なるものへの理解、すなわち人権の尊重につながる。これが自分も他人も大切にするという心を育てる。

私事で恐縮だが、最近妻を病気で亡くした。その前後で子どもたちの結婚と孫の誕生を経験した。恋愛、結婚、夫婦、家族、妊娠、出産、成長、そして身近な人の死と、人生についていろいろ考えさせられた。医療に従事してきこともあり、こういった問題には関わってきたつもりではあったが、他人（患者は他人である）と身近な家族とは違った。医師としての知識、経験と覚悟があったので、なんとか対処できているつもりではあるが、もし医師でなかったら異なった展開になったかもしれない。やはり、こういった人間が生まれて死ぬというプロセス、その間における社会との関わりといった問題（人間としての生き方とも言える）は、心身の成長段階である学校でもっと学ぶべきと思う。そこに包括的性教育を含めた保健教育（健康教育）の役割のひとつがあると思われる。

連載の最終回にあたって、保健教育の未来について感じることを書いた。今回の連載をひとつのきっかけとして、保健教育への関心が高まり、保健教育の質が向上することを、連載企画を進めてきた編集委員長としても期待したい。

注1：包括的性教育の詳細については、関連の書籍やサイトを参照してほしい。今回もいくつかを引用したが、誌面の都合で割愛させていただいた。

注2：「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」の原文（英文）は以下からダウンロードできる。

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf

小学校教員・中高保健体育科教員養成課程の立場から

物 部 博 文

横浜国立大学

森昭三氏の問題意識に高橋氏と七木田氏が応えて始まった連載は、相当の熱量をもって開始され、各担当者に引き継がれ展開されてきた。第3回で植田氏が指摘するように独立した保健科か、体育科との合科かは、世界的に統一的

な見解は見出されていない。それゆえに、小浜氏が指摘する2000年代初頭のフィンランドで生じた保健科独立のように、保健教育が重要であると考え人々が集まり、国民の健康を扱う専門家や医師たちも加わり生じた大きなうねりを、日本でも起こせるかが焦点である。今回の連載を日本学校保健学会の会員各位が受けとめ、それぞれが研究や実践を展開し、社会を巻き込むムーブメントを起こしうかが今後の保健教育の浮き沈みにかかっていると言える。日本学校保健学会は、教師、養護教諭、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、行政等、さまざまな会員がいる。均一な集団は、変化に弱く活力が失われていくが、さまざまな個性が互恵的な相互の関わりの中で機能する集団は、多様化する社会にも対応でき、組織としての力をより発揮する。多様な会員がいる日本学校保健学会だからこそ実現可能なこともあるだろう。

今回の問題提起の中心人物のひとりである高橋氏は、東京大学教育学部健康教育学教室を出自とし、千葉大学教育学部において養護教諭養成課程を担う教育・研究者であり、「子ども達の健康に生きる力を育てようとする保健教育」を願う立場である。一方、私は、東京学芸大学大学教育学部初等教員養成課程保健体育科を出自とし、横浜国立大学教育学部保健体育講座で学校保健および保健科教育を担う教育・研究者として、小学校教員や中学校や高等学校の保健体育科教員として排出した卒業生が児童生徒の健康の生きる力に資するような「保健科」の授業実践を願う立場である。出自で言うならば、東京帝国大学と東京府師範学校、職務で言えば養護教諭養成と小学校教員・保健体育科教員養成という明確な違いが存在する。第5回でも指摘したが、同僚から日本学校保健学会に関わってきた研究者は、社会の在り方を変えるべく研究を実施してきたと側聞している。もちろん、その成果だけではないだろうが、そのような研究・教育活動が車両の禁煙化につながったり、喫煙率の低下につながったりしていると考えている。第6回で高橋氏の言う「問いたい。それは日本全体の保健の授業を力強く改善するようなものと言えるのか。氏自身が書いているように「参加者の多くが養護教諭」など、問題は、良い実践例や素晴らしい研究活動の周辺に保健教育担当の主役である保健体育の教員が極めて少ないということである。それこそが保健教育の改善が進まない本質的な構造的欠陥の現れではないだろうか」という問いは、社会を変えなければ意味がないと考える氏の強い意思の表れであると真摯に受け取りたい。

しかし、少なくとも私の周囲では「保健科」の授業に熱心に取り組んだり、研修に参加したりする保健体育科教員は増えており、研修会や教員向けの指導資料づくりで出会う保健体育科教員は、「保健科」の授業に対してもきわめて前向きで熱心である。もちろん小学校教員や養護教諭の熱心な実践家との関りもある。私は、社会を変えていくためにも今、目の前にいるそれらの熱意ある人たちとの出会や関わりを大切に、自身が置かれた立場からやるべきことをしたい。（公財）日本学校保健会の保健教育推進委員会の調査によれば、保健と体育の授業実践は関連があり、体育の授業を実践している教員は、保健の授業も実践していると報告されている。さらに、保健の授業を実践する背景としては、養成段階では保健科教育法を履修していること、教育実習で保健を担当した経験があること、現在の職務状況にあつては、保健に関する研修の受講や周囲の研修の状況が関与していると言われている。第6回で今村氏も指摘するように部活動中心の保健体育教員に課題があると考えている。そして、その悪循環を断ち切り、保健教育のムーブメントを起こすためには、私たちのそれぞれが置かれた立場で最大限の努力をすべきである。

私の立場からは、担当している保健科教育法を充実させること、担当している学校保健を保健科教育法と関連させながら内容を充実させること、教育実習で学生に「保健科」の授業を担当させるべく働きかけること、そして、小学校教員および中学校・高等学校保健体育科教員に対する「保健科」を含む保健教育の研修に関わること、小学校教員、中学校・高等学校保健体育科教員、養護教諭など職種に関わらず保健教育の授業づくりを考えている教員と、よりよい実践について議論し、かれらと一緒に授業開発をすること、各学校での保健教育の実践をエンゲージメントすること、日本学校保健学会のみならず日本保健科教育学会において保健科教育に関する学術的知見を発信すること、「保健科」に関わる若手研究者を支援することである。特に保健科教育の実践者とは、児童生徒が保健の学習活動に没頭できるような授業実践を開発したい。それは第7回で佐見氏の指摘する「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」から脱却させ、魅力的な実践に繋がると信じている。

七木田氏の論説の中で語られる岩原の願いから、すでに70年を経過している。保健体育科教員の養成課程を経て、学校保健に関わる教育・研究者として活躍している者も多く存在するのは否定のしようのない事実である。この連載を起点として日本学校保健学会が保健教育の未来を考え、変えるのであれば、会員各位が保健教育に対して何ができるかを改めて考えなおし、行動すべきである。そして、組織としての日本学校保健学会も保健教育の推進に何をなすべきかを真剣に考えるべきである。

連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって

今 村 修

東海大学名誉教授

1. COVID-19が頭わにした問題

COVID-19（新型コロナウイルス感染症）は、我が国においては2020年2月以降、全都道府県を席捲し、人々は大きな惨禍に見舞われ、今もって収束には至っていない。その間、政府や自治体をはじめ多くの関係機関から、感染防止のための様々な施策とともに幾つかの提言がなされた。曰く、「3密の回避」「対人距離の確保」「マスクの着用」「手洗いの励行」「十分な換気」「大声での会話の抑制」「積極的なワクチン接種」等々である。より多くの人々がこれらの意味をよく理解し、日々実践していれば、全国各所でこれほどまでの蔓延は起こらない（かった）筈である。

しかし、現実はその様にはなっていない。第4回で大澤氏も述べている（265頁）様に、個々人の価値観や生き方、人間性が関与している事は間違いないだろうが、やはり提言を受け止める人々の側の、基礎的・基本的知識の欠如も指摘され得る。小・中・高校で感染症及びその予防の意義や原則、具体的方法などを、保健教育で学んだ（事になっている）にも関わらず、人々の言動を見聞しているところでは、十全に理解しているとは言い難い。即ち保健教育は、関係者が思うほどには十分に機能・浸透してはいなかったのではないかと、との疑念を浮かび上がらせた。

だがより深刻なのは、「保健教育」がほとんど期待されていないのでは、という問題である。第5回で佐藤氏は「『保健』領域の学びは、すべての教科領域の中で最も周縁的に扱われ」と述べ、そのあと大要「新型コロナ・パンデミックが中心的な問題になっているにもかかわらず、学校ではその科学的知識の教育はほとんど実施されていない」（51頁）、と続けている。もちろん筆者は、「ほとんど実施されていない」などとは思っていないが、他者からはその様に見えるのも事実であろう。マスコミ等においても今次コロナ禍にあって、学校で行われている保健教育を話題にする事はほぼ皆無であり、等閑視も甚だしいと感じているのは筆者だけではないだろう。

儀賀氏らは第4回で、保健教育は「（前略）生きる『いのち』を感じ、考え、学ぶ学際（教科横断）的な場として非常に重要な役割を果たし得ると信じている」と述べ、「保健教育には、我が国の教育を根本から再構築する程の可能性が秘められていると言っても過言ではない」（269頁）と言う。個人及び社会の健康を確保するためには、人々の持つ健康知識は決定的に大切である、という事実が今回の災禍で明白となった。やはり「保健教育」は極めて重要であり、とりわけ学校教育におけるその充実と重要性は、もっともっと強調されて然るべきである。

2. 制度の問題

日本の学校教育制度は、危機に瀕し破綻寸前である。眼前にある「保健教育」をどうするのか、現在の担当者に難があるのでは、といった議論も必要ではあるが、現在の日本の学校教育全体の課題も見据えるべきであるとの趣旨で、筆者は「教員を取り巻く日本の現況」（164頁）を第6回で書いた。特に教員の過重労働や志望者の減少等は、保健教育担当者に限定された話ではなく、まさに教育制度全体で考えるべき喫緊の課題である。

保健教育に限った制度上の問題は主に2つに集約される。1つは、授業時数の確保である。佐見氏は第7回において特に中学校の授業時数に言及し、「中学校で週に1回の教科保健の時間を確保し」て、時間割に「保健」が位置付けられることが先決である、と述べている（263頁）。授業時数の確保は教科存立の基盤であり重要である事は論を待たないが、学校教育制度の根幹に関わる問題であり、大いなる難題と言える。

もう1つの大問題は、第6回で高橋氏が指摘している（158～159頁）様に、教職免許法、及び教員養成制度である。免許法上、教科に関しても教職に関しても、力量ある「保健体育教師」や、保健を担当する「養護教諭」を育てるには、相当程度貧弱な科目設定であると言わざるを得ない。また、各大学における「保健体育教師」「養護教諭」養成課程においても、「保健教育」に関するカリキュラムは、甚だ心許ない。学会としても個人としても、免許法や教員養成カリキュラムの改善には、粘り強く意を尽くすべきである。

3. 人の問題

第3回で植田氏は、米国、カナダ、オーストラリア、あるいは英国でも「時間の確保と教員養成（現職教育を含む）」が課題とされる（178頁）、と述べている。国や時代を問わず、やはり「人」の問題が大きいのだろう。端的に言えば、誰が「保健教育」を担当し誰が彼らを育てるのか、という事である。もちろん、養成者の養成の問題も含まれる。

七木田氏は第2回で、短期的、中期的な改革として、「保健授業を担当する教師の専任化」を提案している（110頁）。これには、物部氏（第5回、56頁）、筆者（第6回、167頁）、佐見氏（第7回、264頁）が賛意を示している。また第3回で小浜氏は、フィンランドの保健科が充実に至った経緯を述べつつ（188頁）、日本においても「保健」の独自の発展を志向している。いずれも、より良い「保健教育」を実現するために、担当者の専門性を高めようとの心積もりから発している。「保健担当教師の専任化」や、「保健」と「体育」との分離案などは、大いに検討し議論して然るべ

きである。

本学会においては、他の関連学会は元より、様々な関係諸機関との連携を広範に模索すべきである。我が国でも、「学校における保健教育は重要である！」という、より大きく力強い「うねり」を作り出さなければならない。櫂を漕いで船を前に進めるためには、志を同じくした沢山の人が必要である。操舵手も欠かせない。結局は「人」の問題である。

■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8回「保健教育の未来に向けて」 —研究は実践と政策にどのように関わるのか—

七木田 文彦^{*1}, 森 昭三^{*2}

^{*1}埼玉大学教育学部

^{*2}筑波大学名誉教授・びわこ成蹊スポーツ大学名誉教授

Towards the Future of School Health Education —Perspective of Research Related to Educational Practice and Policy—

Fumihiko Nanakida^{*1} Terumi Mori^{*2}

^{*1}Faculty of Education, Saitama University

^{*2}Professor Emeritus, University of Tsukuba, Professor Emeritus, Biwako Seikei Sport College

I. はじめに

連載最終回では、連載に執筆した論者の議論を引き受けながら、十分に議論できなかった教育実践と教育政策への研究者の関わりについて検討したい。

学会に所属する保健教育を専門とする会員は各々の立場から推進や改善に向けて課題にアプローチしているだろう。例えば、論文を執筆し政策へのインパクトをねらったり、政府の審議会等に参画し、政策に研究成果を反映しようと試みたり、教育委員会への関わりから所管地域へ貢献したり、直接学校や教師に関わることによって授業を変えていこうと試みたり、書籍の刊行、講演などによって啓発活動を行ったり、検定教科書等の充実を目指したり、教員養成の充実、教員研修への参画による教師の力量形成に取り組むなどがあげられる。

上記アプローチだけでも、保健教育の改善に向けた取り組みは研究者の課題認識によって大きく異なる。課題の認識は、以前と比較して保健授業が行われるようになったことを積極的に評価する立場もあれば、著者のように教室における子どもの学びの様子を見て危機的な認識をもってしまふ立場もある。

保健教育を専門としながらも、立脚点が違えば評価も目指す方向も異なってくる。では、どこまで課題の共通認識は得られるのだろうか。

II. 教育政策と教育実践にどう関われるのか：研究者の認識を問う

連載第2回にて著者は、これまでの保健教育に関する改革と研究動向を概括し、直接的に実践と関わる改革は希薄であったことを指摘した。同指摘は、物部博文（第5回）、佐見由紀子（第7回）も実践研究の蓄積を希求し、これを今後の課題としていることからその重要性が確認できる。

このような認識は、改革の核心は教育実践にあること、教室で営まれる実践の中心に子どもの学びを位置づけ、これを核としての条件整備を考えようとする改革のスタンスである。

教育改革は教育実践における子ども一人ひとりの学びなくして改革は成立しないこと、これに異論を挟む者はいないだろう。

しかしながら、実践における学びのイメージが定まらない、または共有できていない中での改革は、明文化され合意できる法制度の改革として進められ、制度の遂行（または徹底）が改革の中心におかれてしまう。つまり、「制度を改革すれば実践も変わる」といった発想として展開されてしまう。そうすると、改革は教育行政に関わることに重きが置かれ、研究者もこれに引きつけられていく（研究者の役割は実践における学びのイメージを政策や実践に反映させることなく、行政が策定した方針を実践に反映させることが役割となってしまう）。

戦後教育改革において教育行政学の確立に大きな影響を与えた宗像誠也は、教育行政と実践の関係を次のように説明する。

「教育政策とは権力によって支持された教育理念であり、教育行政とは権力の機関が教育政策を現実化することだ（中略）注意しておかなければならないのは、権力によって支持された教育理念が、行政を通じていつも残りなく末端まで浸透し、教育の実際の上に実現するとは限らないことである。教育行政に関して、外的事項（externa）と内的事項（interna）とを分つことは、一つの重要な意味をもつ¹⁾」

宗像は、「権力によって支持された教育理念が、行政を通じていつも残りなく末端まで浸透し、教育の実際の上に実現するとは限らない」ことを前提として、教育行

政を「外的事項」と「内的事項」に分ける。「外的事項」とは、教育の外部的条件として、「財政を整え、建築し、教員を配置し、学校の開講日を定め、等々の用意によって、学校に学校としての形を与える」ことであり、「内的事項」とは、教育そのものの内容や方法に関すること（カリキュラムに関すること）である。そして、「外的事項に対しては教育行政の統制が強く及んでもいいが、内的事項に対してはそうあるべきではない、という考え方である」とし、「教師と生徒との接触関係—それがまさに教育の本質なのであるが—には、極端に言えば、いかなる法律も行政手段も踏み込めない」とした²⁾。

戦後改革期に示された見解とはいえ、当時の指摘は今日に至ってもなお示唆的である。ときを隔てて、行政の中心にいた元文部科学事務次官の前川喜平も同様の見解を示している。

「私の矜持を抱いて言えることは、私は常に、教育の本質的部分は現場にしかないと考えてきたことだ。そして教育と教育行政とは隣接するが別の仕事であり、自分は教育のプロではなく教育行政のプロだと考えてきたことだ³⁾」

70年前の教育研究者である宗像も今日の行政の中心にいた前川も教育の本質は教師と生徒の関係から生み出される学びを中心に置き（内的事項）、それを支えることが教育行政の役割（外的事項）との認識を示している。

しかしながら、今日の教育改革は「教育のプロ」ではない行政と研究が実践領域へと深く入り込むことを求めているように見える。それは、教育行政だけの責任ではなく、学校現場もそれを求め、研究もその磁場に引きつけられているように感じる。

連載第5回で佐藤学は、教科体系として「外的事項」の整備を必要と認めながらも、「教科「保健体育」を分割再編したとしても（外的事項）、実践の実態（内的事項）が大きくかわることは期待できないだろう」（括弧内筆者）と指摘する。つまり、「内的事項」の核心を抜きにしての改革はあり得ないとの見方である。

以上の指摘を聞くと研究者は積極的に実践に関わろうとするだろう。しかし、誤った関わり方は教育実践を変質させてしまう。研究者が実践に関わる際、改革のキーワードの解釈や新たな制度、そして抽象的で多義的な概念を説明する役割を担いながら授業の進め方までも細かく解説し教育現場に介入すると、実践は画一化され、教師の創造性は脆弱になってしまう。

例えば、「学びの改革」としてアクティブ・ラーニングが注目されて以降、「知識構成型ジグソー法」の推進によってこれを具体化しようとする試み（授業）をたびたび目にしてきた。しかし、教師の関心は活動的な手続きにのみ終始し、「学びの改革」でありながらも子どもの学びは置き去りになっていることも少なくなかった。

「外的事項」としての行政の役割、研究の役割は、実践の内容を詳細に定め、トップダウンによって実践を徹底して遂行させるのではなく、教師の多様な実践を展開できるように支える準備をし、創造的な実践を蓄積し、それを批評する体制を確立することにある。

実践に関わる場合、行政も研究も実践をリスペクトし、常に自制心を持ちながらこれと関わらなければならないだろう。

Ⅲ. 実践研究をどのように蓄積するのか

では、実践を研究するとはどのようなことなのだろうか。そして何を蓄積すればいいのだろうか。

教育委員会には併設する教育センターに多くの「実践の記録」が蓄積されている。この「実践の蓄積」が意味するものは、多くの場合、指導案や実践報告の蓄積のことであり、教員はそこにアクセスして参考にすることができる。しかしながら、教育委員会の担当者は、「せっかく蓄積していても利用がなく、もっと活用してほしい」と語る。

「実践の蓄積」が実践に示唆を与えるためには条件があるだろう。指導案は授業を計画する上では参考になるかもしれない。しかし、教師と子どもの個性豊かな営みである「実践」は必ずしも計画通りには進まない。教師は計画の参考になるものを求めているのではなく、実践のインスピレーションになる実践記録を求めている。だから前者の蓄積はあまり利用されることがない。

日本における実践記録の伝統は、1920年代の池袋児童の村小学校にまで遡る。その記録は、教育実践の文脈をナラティブな記録として、かつ省察をとまなうかたちでまとめられている。このような実践記録が「ナラティブ・メソッド」として教育実践の質的研究と教師研究を支え、実践研究の中心領域を形成してきた。一人称による教師の語りと固有名による子どもの記述は、教師と子どもの関わりをアクチュアルなドキュメントとして刻印している⁴⁾。実践の省察と実践の解釈をとおして教師の経験世界とふれることにこそ実践記録の蓄積の意味があり、教師の創造性に示唆を与えることになる（「再ストーリー化」(restorying)⁵⁾）。教育実践の蓄積とは以上の視点を含むものであり、単に指導案や実践の報告を示すものではない。

商業誌に見られる実践の紹介は指導案と授業展開の説明として掲載されていることが多い。また、形式的に「こうすればよい授業を展開できる」とするマニュアル的方法の紹介も、先の実践研究や日本におけるレッスン・スタディの伝統とは価値を異にするものである⁶⁾。

実践記録の蓄積は、実践に関わる研究を多様な解釈とともに蓄積し、実践者に新たな視座を提供し、創造性を切り拓くものでなくてはならない。

しかし、以上の実践の解釈は、「教育のプロ」である教員を越えるほどに実践を参観し、参加し、実践を解釈する目と見識を養ってこそ可能となる⁷⁾。

Ⅳ. 機能する「外的条件」の模索

教育実践は、「外的条件」である政策や制度によって支えられる。

「教育」は「教育のプロ」である教師に、「教育行政」は「政策を現実化する行政のプロ」である文部科学省と教育委員会によって営まれるならば（前川）、研究者はどこに関わればいいのかのだろうか。

研究者はそのいずれにも関わりながら、実践と政策を批評し、これからの社会を見通した上で、新たなヴィジョンを形成し、それを支える理論的枠組みを示しながら、各方面に示唆を与える役割がある。学会における研究活動、研究成果もそこに寄与することが求められる。

ときに政策は、宗像の指摘にあるように、「権力によって支持された教育理念」の遂行を意味する。この教育理念に課題をみるならば、これを批評することが研究の役割であるし、一方で、政治の力学によって本来進むべき方向とは異なるベクトルとなるならば、これに働きかけることもまた研究の役割だろう。

連載第2回で指摘したように、歴史的経緯で誕生した合科型教科「保健体育科」は出自に多くの課題を背負っていた。この教科体系と「保健」と「体育」の両内容を「保健体育」の免許状を有する一人の教員が担当するようになったことも、ラディカルな面よりも運用面を優先した決定であった。

また、教員養成に目を向けても矛盾を指摘できる。

中学校教諭普通免許状（保健体育）を取得する際、教育職員免許法施行規則の第二欄「教科及び教科の指導法に関する科目」に「学校保健（小児保健、精神保健、学校安全及び救急処置を含む。）」が位置づけられている。教科専門の科目は、社会科を例にあげると、「日本史、外国史、地理（地誌を含む.）、法律学、政治学、社会学、経済学、哲学、倫理学、宗教学」となっている。つまり、教科の専門は子どもが学習する内容の体系として位置づけられている。しかし、「学校保健」は保健体育の学習内容（学習指導要領と教科書の内容）ではなく、第三欄「教育の基礎的理解に関する科目」に位置づけられなければならない科目である⁸⁾。

このことは教員養成における教科の専門性が確立していないこと、または独立性がないことを示している。以上のように、保健を専門とする教員養成のカリキュラムにも課題が見られる。

Ⅴ. 専門家とは誰か—おわりにかえて—

以上に見てきたように、保健教育の専門家として研究者に求められる責任と役割は何だろうか。物部も取り上げているように責任（responsibility）には、何かへの応答（response）をとまなう。実践が示した学び（「内的事項」）への応答、行政の示した方針（「外的事項」）への応答などである。応答には批評がともなう。そして、

批評には専門性が求められる。他者が示した方針に自身の考えを投影すること（見せかけの専門性）は同化であり「ものさしの不在」を意味する。そうすると明文化された制度・政策といったものさしに引きつけられ、専門家は自律性を失ってしまう⁹⁾。近年の専門家の減少については連載第6回で今村修が取り上げているが、専門性と研究は、本来、様々なものとの対話的行為（応答）の中から知的創造として新たな価値を生み出す役割を担っている。

具体的には、保健教育に関する「内的事項」、「外的事項」の関係を編み直しながら、改革へのグランドデザインを示し、多様な実践を展開できるプラットフォームを構築することなどである。

そこには、連載第3回で植田誠治と小浜明が紹介した海外の例、第4回にて大澤功、儀賀理暁ら、医師をはじめとする多様な立場からの考えに応答しながら、その議論の過程が改革の過程となるようにデザインされる必要があるだろう（デザイン合理性）。

さらに自戒を込めていえば、保健の研究者は体育の研究者とは別に歩み、各々の課題へアプローチしながら専門性を追究してきた。そして、実践が上手いできないときには、教科体系のあり方を問題にしてきた。確かにそうした側面も指摘できるだろうが、一方で、ジリアン・テットが『サイロ・エフェクト—高度専門化社会の罠¹⁰⁾』で指摘したように、専門性の追求（サイロ：たこつぼ化）が実践における機能を不自由にしてきた側面も指摘できるだろう。本当の意味において保健と体育がお互いに理解を深めることがなかったことが現状を生み出している可能性もある。

改革には、研究者一人ひとりの課題に対する深い洞察（認識）と機関誌や学術大会の議論における課題の共有をみながら（批評）、実践と政策と研究をつなぐ学会としてのアクション、実践の積み重ねとネットワークの構築が求められる。研究は創造性のもとに具体的な改革案を示し、各方面へのバックアップを行うこと、そして、改革後の実態にも責任を持つべきだろう。

これを具体化するための今後の学会におけるアクションについては、続く高橋の論考を確認してもらいたい。

文 献

- 1) 宗像誠也：教育行政学序説、4-7、有斐閣、東京、1954
- 2) 同前
- 3) 児美川孝一郎・前川喜平：日本の教育、どうしてこうなった？ 総点検・閉塞30年の教育政策、211-214、大月書店、東京、2022
- 4) 浅井幸子：教師の教育研究の歴史的位相、（佐藤学・秋田喜代美・志水宏吉・小玉重夫・北村知人編）岩波講座教育 変革への展望4 学びの専門家としての教師、35-64、岩波書店、東京、2016
- 5) 田中昌弥：ナラティブ・アプローチによる教育学の再構

- 成, (田中孝彦・田中昌弥・杉浦正幸・堀尾輝久) 戦後教育学の再検討 下—教養・平和・未来—, 241-260, 東京大学出版会, 東京, 2022
- 6) 秋田喜代美, キャサリン・ルイス編著: 授業の研究 教師の学習—レッスンスタディへのいざない—, 明石書店, 東京, 2008
- 7) 森昭三: 「保健科教育法」教育の理論と実践—すぐれた保健授業の創出をめざして—, 東山書房, 京都, 1979
- 8) 村上賢三: 日本学校保健学会二十年史, 39-40, 日本学校保健学会, 東京, 1974
- 9) 新藤宗幸: 権力にゆがむ専門知—専門家はどうか統制されてきたのか—, 朝日選書, 東京, 2021
- 10) ジリアン・テット: (土方奈美訳) サイロ・エフェクト—高度専門化社会の罠, 文春文庫, 東京, 2019 (Tett G: The Silo Effect: The Peril of Expertise and the Promise of Breaking Down Barriers, Simon & Schuster, New York, USA, 2015)

■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8回「保健教育の未来に向けて」 —保健教育はその価値を信じる教員によって行われなければならない—

高橋 浩之

千葉大学教育学部

Towards the Future of School Health Education —School Health Education Must Be Provided by the Teacher Who Believe in Its Value—

Hiroyuki Takahashi

Faculty of Education, Chiba University

I. はじめに

最終回を迎えるにあたり、連載を担当して下さった著者の皆様、このような企画を許して下さった編集委員会及び会員の皆様に謝意を表したい。学校保健における実際の仕組みである保健教育に関して、その未来を考えるというテーマで多くの会員が論文を書くという企画はこれまでの連載では見られなかったものであり、それは多くの方々の理解によって実現したものである。しかし、当然のことながら、言いたいことを言うだけで満足して終わるわけにはいかない。多くの著者が今回指摘しているように、本連載が今後の本学会の活動にどのような影響を与え、結果として、どのような保健教育の未来が生まれるかにこそ本連載の意味がある。

最終回にあたり、連載を担当して下さった会員から意見、感想、提言をいただいたが、それらも含めて連載の企画者の一人としてまとめを行いたい。

II. 保健教育不振の現状を認める

最初に確認したいことは、現在の保健教育が本学会の望むような状況になっていないということである。これを認めないことには始まらない。もちろん「他の多くの国に比べて教科として健康教育があるのは素晴らしいではないか」「少なくとも保健に関する知識は提供され子どもたちはそれを獲得している」「昔に比べれば保健の授業はしっかりと時間をとって行われている」「この学校では（この地域では）素晴らしい保健教育の実践がなされている」などポジティブな意見はいくらでも言うことは可能である。しかし、実際のところ、本連載やその他の調査を通して、数十年前から本学会の指摘してきた不十分な状況が近年においてもさほど変わっていないことは明確に示されているのではないか。そのことを考えるなら、それらのポジティブな意見は自己欺瞞に近いというのは言いすぎであろうか。いずれにせよ、学校保健

を専門とする学会ならば、会員の多くが望むような保健教育の姿を日本全体で実現させることに心血を注ぐべきだと考えるものである。

不振さを認めなくてはならないのは教科としての保健に限らない。本連載のテーマは「保健教育」なので、様々な場面で連載担当者に「教科外の」保健教育も考慮して欲しいと要望してきたが、私自身の論文も含めて、教科外の保健教育に触れた箇所は本当に限られている。実際、教科外の保健教育に関して論を展開できる著者を探すことは難しく、また、教科外の保健教育の実態などを扱った文献はほとんど見つからなかった。第7回の七木田の論文¹⁾にかかわって多くの現職教員と話をしたが、教科外の保健教育に関して話が聞けたのは極めて稀であった。特別活動において健康や安全にかかわる指導はないのかと具体的に聞いても、養護教諭が保健教育に強い関心を持っている一部の学校以外ではほとんど反応がなかった。小学校低学年等でのブラッシング、手洗いなどの指導、それ以外の学年も含めた性や薬物にかかわる指導以外に教科外の保健教育の実態はあるのだろうかと正直なところ感じている。

そのような不振な状況に対しては様々なことが考えられるが、筆者は一つの論点に絞って話をすすめることにする。

III. 保健教育の担当者がその価値を信じていない

すでに述べたように本連載にかかわって保健（以下、簡略化のために教科としての保健教育を単に保健と記述する）を担当している多くの教員と話す機会があったが、その中でも特に衝撃的だったのは、ある小学校で体育主任を担当している先生が「教員の働き方改革が叫ばれている中、保健をがんばってくれと他の教員に言いにくい」と述べたことである。その先生は「教員の働き方改革が叫ばれている中、体育をがんばってくれと他の教員に言いにくい」あるいは「教員の働き方改革が叫ばれている

中、授業をがんばってくれと他の教員に言いにくい」などと言うのであろうか。すべての背景には保健教育にかかわっている教員の多くが保健を軽んじているということがある。このことは、「教師自身の保健の重要性や、健康教育に対する関心が薄すぎるのではないか」という第6回²⁾に紹介した大学生からのコメントなどからもよくわかる。また、小浜³⁾が第3回で紹介したフィンランドの状況などと比較しても教員が保健の価値を低く見積もっている実態は明白と言える。保健を軽んじているから、多くの保健教育を担当する教員は、研修にも行かない、授業にも工夫がない、教材研究もしない、授業はやらなくてはならないが楽な形でこなしたい、できれば他の人にやってほしい、となるのである。

喫煙防止教育において、喫煙をしている教員は、健康よりも法令遵守を強く意識し、授業での扱い方も消極的であるという研究結果⁴⁾があるが、保健教育の実施に教員のそれを重んじる気持ちが関連しないわけがない。当たり前のことだが保健教育はその価値を信じる教員によって行われる必要がある。

それでは、なぜ、価値を信じない教員が保健教育を担当するのか、また、それはどのように解消できるのであろうか。

IV. なぜ価値を信じない教員によって保健教育が担当されることになるのか

本来、教員になる際には、その担当教科の価値を信じる気持ちを持って学びを開始するものであろう。また、教育内容や教育方法を学びながら、同時にその担当教科等を尊重する気持ちなども育っていくものではないか。なぜ、保健ではそこが上手くいかないのであろうか。

一つには、保健と体育の特性があまりに離れていることがあるのではないだろうか。体自体を動かすことが中心の教科、部活動や場合によってはより高いレベルのスポーツとも関連している教科など、体育にはどの教科とも大きく異なる特性がある。そのことが第6回で今村⁵⁾が指摘するように、体育には情熱や意欲を持つが保健のことはあまり考えたことがないという学生が保健体育教員を目指すことにつながる。また、保健と体育の特性があまりに離れていることは保健と体育の両方を尊重する気持ちを育てる教員養成をも難しくする。

それとも関連するのが免許法の問題である。第6回²⁾で述べたが「保健体育」の免許及び「保健」の免許の制度には明らかな歪さがある。「保健体育」の免許は「保健」の免許を完全に包含するのにもかかわらず、取得のために必要な単位数は同じなのである。そして、免許取得のための各科目には単位数に関して緩い制限しか存在しないので、「保健」に関する単位の取り方は多くの場合、他の教科とかけ離れた少ないものとなっている。そのことが保健体育の教員になる上で必要な適切な価値観が育たない原因となっており、また、さらには教員養成機関

における保健を専門とする研究者の少なさにつながり、それが保健に関する教員養成自体や教員養成に関する研究の発展に不適切な影響を与えるということではないだろうか。

V. 保健教育の価値を信じる教員によって保健教育が担当されるために

それでは保健教育の価値を信じる教員によって保健教育が担当されるためにはどのような改革が必要なのであろうか。最初にお断りするが、ここまでの記述でもわかるように本稿では教科としての保健教育を主に話を進めることにしたい。自分で教科外の保健教育に関する議論が弱いと言っておきながら無責任だという批判を受けるかもしれない。しかし、この連載を通して、残念なことではあるが、日本学校保健学会をもってしても現段階では教科外の保健教育について考えるのは極めて難しいという実感を得た。また、米国では保健教育に関して教科内・教科外という発想はなく、できればすべてを教科で（おそらく確実性が高いという意味で）必要な教育を行おうとしているという第3回における植田⁶⁾の指摘が参考になった。さらに、教科外の保健教育は子どもにとって必要であると学校に受け止められたなら保健教育を専門としていない教員もかわり学校では実施されるものなので、その枠組みにこだわらず、むしろ教科としての保健教育をそれだけで健康教育として成立するようなものにすべきだという第7回における佐見⁷⁾の考え方に納得がいったということもある。

さて具体的な改革案に関して述べていきたい。根本的なものから順に3つの改革案を示す。もちろん、これはたたき台のようなものであり、組織的に検討されたものではないことをお断りしておく。

1. 教科の枠組みを再編する

健康に大きな価値があり、それを意識することは教育にとってますます重要なことであることは、家庭科や体育科などが近年の学習指導要領改訂のたびに「健康」という言葉を多用するようになったことや世界の教育改革において健康が注目されてきていることから明らかであろう。そのような状況において、保健教育を教科として実装しているということはわが国の大きなアドバンテージといえる。問題は、それが肝心の保健の充実につながらない構造になっていることである。そのことは日本国民に大きな不利益を与えているといえないだろうか。そこで考えられるのは教科再編である。その際には、保健が単独になることも考えられるし、親和性が高いのなら家庭科などと保健を合科にしても良いであろう。それにより、現在よりも知識、技術、そして何よりもプライドを持って教員は保健を担当するようになるであろう。ただし、新しい教科ができた場合、それを担当する教員をどう養成するかという課題は大きい。

2. 免許法上で保健教育担当能力を保証する

すでに述べたように免許法上では「保健体育」と「保健」が歪な関係になっている。したがって、「保健体育」という免許種をなくし「体育」としてしまふことが考えられる。「体育」の免許要件から「学校保健」や「衛生学・公衆衛生学」を削除したなら体育に関する学びも充実させられるであろう。そもそも保健体育の免許を取る上で履修が求められている「学校保健」は、森⁸⁾が指摘するように保健体育を担当する教員の履修事項というより学校の教員全体が学ぶべきことなのである。

同時に保健の側も教員全体や養護教諭が学ぶ「学校保健」などという曖昧な名称ではなく、「衛生学・公衆衛生学」「小児保健」「精神保健」など、保健の専門的事項が明確になるような名称の科目を必修とする必要がある。それにより、保健という教科に関する専門性を育成することが可能となる。連載の中では保健の専任教員を置くべきだという意見が多く見られたが、そのことを確固とした制度に反映するなら免許法の改正が当然の帰結になると思うがいかがであろうか。ただし、これに関しては、将来的に保健の授業を担当する教員をどのように養成・採用していくかという問題が生ずる。

3. 中学校において週1回の時間数を確保する

第7回の佐見の指摘⁷⁾にあったが、中学校において年間を通して週1回の授業を存在させられない姿が保健をしっかりと考えられない、また、保健を軽視してしまう状況の背景になっている。高校1, 2年では1年を通して保健の授業が存在するので、中学校でも同様な形にしたい。3年間週1時間という形が望ましいが、少なくとも、現在のように毎週授業ができない状況は解消したい。なぜなら、毎週授業がないことが無計画な保健の授業運営を生み出しているという面が大きいからである(七木田¹⁾が指摘した現代も続く「雨降り保健」である)。このことは、佐見が授業を担当した経験から述べたように「主体的・対話的で深い学び」を実現する上では保健の授業時間が不足しているということへの対応にもなる。ただし、これに関しては体育等との時間の調整という課題が出てくる。

以上が筆者の改革案だが、もちろん、良い保健の授業のモデルを提示する、保健に関する教員研修を充実する、なども真っ当な改革案である。しかし、そのようなことは当たり前のことであり、数十年の不振がそれで改善するとは筆者には考えられない。

これらの案は読者には無謀な夢物語と感じられたかもしれない。しかし、この状況において、学校保健を専門とする学会がドラスチックな改革案を考えることはむしろ義務といって良いと筆者は考える。具体的な改革案に関しては、もちろん本学会の会員でも意見は分かれるかもしれない。また、学術的な点のみならず政治的・行政的な観点からも考え、実現性を考慮しなくてはならないことは当然のことである。

VI. 終わりに

すでに述べたように保健教育の未来は学術的な問題というだけでなく、制度がかかわるために政治的・行政的な問題と言える。日本学校保健学会のように現実の仕組みと密接な関連を持っている学術団体には社会的な責任があり、我々は研究をするので社会はそれを活かしてくれという姿勢は許されないと考える。その意味で、今回、植田が指摘しているように、学会としてこれまでの研究成果や本連載がどのように現実の保健教育に貢献できるのか考え活動していく必要がある。

それを具体的に推進していくために、「保健教育の未来を考える委員会(仮称)」を学会として作れないか検討している。その委員会の中では、次期学習指導要領改訂・免許法改正等への本学会のアクション、本学会の保健教育の実践知センターとしての役割、その他、保健教育を充実させるために本学会がやるべきことについて、2ヶ月に1回程度、Zoom等を活用して会議を行う。そして、適宜、学会誌を利用して会員に情報を提供するとともに意見を求め、必要な時期に学会に議論の結果を報告する予定である。

委員会構成は今後考えることになるが、学会をあげてのことなので開かれたものにしたいと考えている。設置が認められたなら人選を始めるが、それ以前でも構わないので加わりたい方は是非知らせていただきたい。

文 献

- 1) 七木田文彦：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—。学校保健研究 64：269-275, 2022
- 2) 高橋浩之：保健教育の教員養成と研究者養成を考える—国立大学教員養成学部・大学院での経験をもとに—。学校保健研究 64：158-163, 2022
- 3) 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
- 4) 川上幸三：中・高校教員の喫煙行動・喫煙意識。北海道教育大学紀要教育科学編 38(1)：59-73, 1987
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 佐見由紀子：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—。学校保健研究 64：262-268, 2022
- 8) 森昭三：教師教育と学校保健。学校保健研究 49：160, 2007

School Health Vol. 18, 2022

【Original Article／原著】

The Association of Grit and Self-Control with Parent-Child Relationships, Mental Health, and Lifestyles of Japanese Adolescents: A Cross-Sectional Online Survey

Hiromi Suzuki, Nobuyuki Miyatake and Takashi Kusaka

[School Health Vol. 18, 52-61, 2022]

<http://www.shobix.co.jp/sh/contents/journal.cfm?lang=ja>

Background: Non-cognitive skills (NCS) are vital components of a socially and financially successful life, developed through childhood education, family and school environments, and social settings. The effects of NCS in adulthood have been studied, whereas those in adolescents have rarely been examined in Japan. Grit and self-control are significant components of NCS. This study focused on the influence of grit and self-control on lives of adolescents.

Objective: The aim of this study was to examine the relationship between grit and self-control, and Japanese adolescents' mental health, lifestyle at school and home, and parent-child relationships. Their children answered questions about their grit, self-control and mental health.

Methods: In April 2016, we performed an observational cross-sectional study using an online survey. Participants were 1,566 mothers and their children (8th year of school) in Japan. The survey included items on background, grit and self-control scales, and mental health (DSRS-C); mothers provided social, financial, and educational information and information on parent-child relationships.

Results: Of the 1,566 adolescent participants, 783 were boys and 783 were girls. Mean scores for grit and self-control were 3.07 ± 0.60 and 2.97 ± 0.64 , respectively. Grit and self-control were significantly correlated with mental health scores ($r = -0.34, p < 0.0001$). All adolescent lifestyle parameters were significantly associated with both grit and self-control ($p < 0.0001$). Adolescents with good parent-child relationships exhibited higher grit and self-control scores. Moreover, good parent-child relationships were significantly associated with better mental health scores.

Conclusions: Our results implied that good parent-child relationships may promote the development of grit, self-control, and good mental health among adolescents, leading to favorable lifestyles at home and school.

日本人中学生におけるやり抜く力と自制心の親子関係、メンタルヘルス、生活習慣との関係：インターネット調査による横断研究

鈴木裕美, 宮武伸行, 日下 隆

背景: 非認知スキル (NCS) は、社会的、経済的な成功をもたらす重要な要素で、幼児教育や家庭と学校、社会生活を通して育まれる。成人期におけるNCSの影響は研究されているが、学童期での影響は日本ではほとんど調べられていない。NCSの中でもやり抜く力と自制心は重要な要素である。この研究では中学生の生活におけるやり抜く力と自制心の影響に着目する。

目的: 本研究の目的は、日本の中学生におけるNCSとメンタルヘルスの関係、NCSと学校や家庭での生活、そして親子関係との関係を明らかにすることである。

方法: 2016年4月にインターネット調査にて観察横断研究を実施した。対象は日本の1,566組の母親と子ども (中学2年生) である。調査項目には、対象の背景とやり抜く力と自制心スケール、メンタルヘルス (DSRS-C) が含まれた。母親が社会、経済、教育関係の項目および親子関係について回答し、子どもはやり抜く力と自制心、メンタルヘルスについて回答した。

結果：本研究に1,566人（男子女子共に783人）の中学生が参加した。やり抜く力の平均値は 3.07 ± 0.60 、自制心は 2.97 ± 0.64 であった。やり抜く力と自制心はメンタルヘルスと有意に相関を認めた（ $r = -0.34$, $p < 0.0001$ ）。やり抜く力と自制心は、すべての子どものライフスタイル指標と有意に相関していた（ $p < 0.0001$ ）。よい親子関係を認めた中学生は、やり抜く力と自制心が有意に高かった。また、よい親子関係は、よいメンタルヘルスと有意な関連を認めた。

結論：調査結果からよい親子関係はやり抜く力と自制心を育むだけでなく、学童期のメンタルヘルスをより良いものにし、結果的に学校や家での生活習慣を好ましいものにする可能性が示唆された。

School Health Vol. 18, 2022

【Original Article／原著】

Developing a Scale to Assess Daily Health Behaviors and Perceptions among Junior High School Students

Setsue Adachi, Chiemi Taru and Ikuko Miyawaki

[*School Health* Vol. 18, 39–51, 2022]<http://www.shobix.co.jp/sh/contents/journal.cfm?lang=ja>

Background: Junior high school students are currently living in rapidly changing social and living environments and have diversified interests. Classes that encourage their intellectual curiosity are therefore needed. Junior high school is a fundamental period as students acquire healthy behaviors that may last a lifetime. However, challenges remain as these students typically do not fully apply their health education learnings to their daily lives.

Objective: The objective of this study is to design a scale that evaluates junior high school students' health behaviors and their perceptions thereof, and to clarify the relationships between junior high school students' health behaviors, perceptions thereof, daily life habits, and psychosocial factors.

Methods: A self-administered questionnaire survey, the Questionnaire on the Everyday Health Behaviors and Perceptions of Junior High School Students (Q-EHBP-JHSS), was conducted on 645 students from three junior high schools. To test the questionnaire's reliability and validity, factor validity, internal consistency, stability, and criterion-related validity were evaluated. Structural equation modeling (SEM) was also performed to understand the overall structure of the relationships between the Q-EHBP-JHSS and the Diagnostic Inventory of Health and Life Habits (DIHAL.2), Rosenberg's Self-esteem Scale (RSES), and the Children's Health Locus of Control Scale (CHLCS).

Results: There were 486 valid questionnaires from the 574 questionnaires received (89%). The exploratory and confirmatory factor analyses showed a total of 48 items under eight factors of the Q-EHBP-JHSS. The SEM of the Q-EHBP-JHSS, DIHAL.2, RSES, and CHLCS revealed that of the eight Q-EHBP-JHSS factors, exercise, appropriate behaviors, setting times, and mobile phone use affected daily exercise, diet, and rest habits the most. These four factors were also correlated with one another. Stress avoidance/prevention was associated with students' degree of health and internal and external health locus of control, while sleep fulfillment was associated with physical and social health. Sleep regularity was associated with the external health locus of control. Exercise behavior/environment was associated with physical and social health, while physical and mental health was associated with self-esteem. Exercise consciousness affected the internal health locus of control.

Conclusions: The reliability and validity of the Q-EHBP-JHSS were confirmed. The results of SEM revealed that factors such as exercise, appropriate behaviors, setting times, and mobile phone use can be used as course content for health education that increases students' intellectual interest. Further, these results can contribute to the development of courses that support junior high school students' implementation and continuation of appropriate health behaviors.

中学生の日常生活での保健行動と認識を評価する尺度の開発

足立節江, 多留ちえみ, 宮脇郁子

背景: 中学生は現在, 急激に変化する社会環境や生活環境の中で生活しており, 彼らの関心も多様化している。そのため, 中学生の知的な関心を高める授業が必要とされている。中学生期は生涯にわたる保健行動の基礎を培う時期であるが, 中学生は保健教育で学んだことを日常生活に十分に生かしていないことが課題である。

目的: この研究の目的は, 中学生の健康行動とその認識を評価する尺度を作成し, 中学生の保健行動とその認識と生活習慣および心理社会的要因との関連を明らかにすることである。

方法: 中学校3校の645名の生徒を対象に自記式質問紙調査Q-EHBP-JHSSを実施した。Q-EHBP-JHSSの信頼性と妥当性を検証するために, 因子妥当性, 内部一貫性, 安定性, 基準関連妥当性を確認した。Q-EHBP-JHSSと健康度・生活習慣診断検査 (DIHAL2), ローゼンバーグ自尊感情尺度 (RSES), および小児用Health Locus of Control尺度 (CHLCS) との全体的な構造を理解するために, 共分散構造分析 (SEM) を行った。

結果: 回答は返却された574名 (89%) のうち, 有効回答は486名であった。探索的および検証的因子分析の結果, Q-EHBP-JHSSは48項目 8 因子であった。Q-EHBP-JHSS, DIHAL2, RSES, 及びCHLCSのSEMの結果, Q-EHBP-JHSSの8因子のうち, 運動, 適切な行動, 時間設定, 及び携帯電話の使用が, 毎日の運動, 食事, 及び休養の習慣に最も影響を及ぼしていた。これらの4つの因子も相互に相関が見られた。ストレスの回避/予防は, 中学生の健康度と内的, 外的ヘルス・ローカス・オブ・コントロール (HLC) に影響を及ぼし, 睡眠の充足は身体的及び社会的健康に影響を及ぼしていた。睡眠の規則性は, 外的HLCに影響を及ぼしていた。運動行動/条件は身体的及び社会的健康に影響を及ぼしており, 身体的及び精神的健康は自尊感情に影響を及ぼしていた。運動意識は, 内的HLCに影響を及ぼしていた。

結論: Q-EHBP-JHSSの信頼性と妥当性が確認できた。SEMの結果は, 運動, 適切な行動, 時間設定, 携帯電話の使用などの因子が生徒の知的な興味を高める保健教育の指導内容として活用できることを示している。さらに, 中学生の適切な保健行動の実施, 継続を支援するための授業展開に寄与できると考えられる。

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第41回理事会 議事録（2022年10月2日開催）

日 時：2022年10月2日13：00～14：30

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・朝倉隆司・高橋浩之・瀧澤利行・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・池添志乃・郷木義子・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）・辻あさみ（第68回学術大会事務局長）・岡本
陽（学会賞選考委員会委員）

欠席者：村松常司

議 題

理事長挨拶

衛藤理事長より第41回理事会の開催における挨拶が行われ、第40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7月6日から2022年9月27日までの入退会者についての説明があり、
原案が承認された。また、2年間の会費滞納による資格喪失者は67名であり、再入会の際には未納分の会費、入
会金および会費を支払う必要があることが確認された。

2) 2021年度定時総会開催の件

(1) 2021年度事業報告承認の件

衛藤理事長より、資料2に基づき2021年度事業報告として、会員数、役員数、学術大会、総会、理事会・各
委員会、機関誌発行、英文学術雑誌発行、日本学校保健学会賞・学会奨励賞の選考などの実施について報告さ
れ、原案が承認された。

(2) 2021年度決算報告承認の件

内山事務局長より、資料3-1に基づき2021年度の予算対比正味財産増減計算書、正味財産増減計算書およ
び財産目録に基づき経常収益、経常費用について説明があり、約532万円の黒字決算であったことが報告され、
原案が承認された。

三木監事より、資料3-2に基づき2022年9月27日に三木監事、中川監事、衛藤理事長、および内山事務局
長と共に国際文献社においてオンライン併用による厳正な事業監査を行った結果、適正に運営されていること
が報告された。

また、中川監事より、学会員の漸減、学会誌の投稿数の減少、学術大会参加人数の減少などに伴う学会運営
上の課題の検討、および学会が活性化されるための対策が必要であることが提起された。

(3) 2022年度事業計画承認の件

衛藤理事長より、資料4に基づき2022年度事業計画として学術大会、総会、理事会・各委員会、機関誌発行、
英文学術雑誌発行、学会企画研究の選考、学校保健学会賞・学会奨励賞の選考などの事業計画について報告さ
れ、原案が承認された。

(4) 2022年度収支予算承認の件

内山事務局長より、資料5に基づき2022年度予算案—正味財産増減ベースの経常収益、経常費用について会
員数の減少、理事会および委員会の対面開催、および代議員選挙費用を勘案した予算案が説明された。また、
2022年度学術大会の予算が修正されること、学会HPの改修費が臨時経費に計上されることが説明され、原案
が承認された。

また、瀧澤理事より日本学校保健学会70周年記念行事を検討する場合、積立予算の計上が提案され、次期理
事会へ引き継がれることが確認された。

(5) 一般社団法人日本学校保健学会第10回定時総会の議題案について

内山事務局長より、資料6に基づき一般社団法人日本学校保健学会第10回定時総会の議題案について説明さ
れ、原案が承認された。また、内山事務局長より定時総会に配布される資料については、10月24日に発送予定

であるため、資料の締め切りは10月17日となることが確認された。

3) 第18期役員選挙結果について

岡本選挙管理委員より、資料7に基づき第18期代議員選挙、地区選出理事選挙、および理事長選挙の投票率、選挙方法および選挙結果について報告され、原案が承認された。インターネットを用いた選挙における課題と申し送り事項として、学会誌の発行回数が年4回となったことに伴い被選挙権保有者名簿の郵送が必要であること、投票率が前回選挙とほぼ同様の約23.0%であったこと、理事長選挙における得票数同数の場合の取り扱いについて検討の必要があることが説明された。

4) 名誉会員の推挙について

内山事務局長より、2名名誉会員の推挙があったことが報告された。東海地区の大澤常任理事より、資料8-1に基づき、主な学歴、職歴、業績および日本学校保健学会への功績より村松常司氏が名誉会員として推挙され、原案を承認した。

また、東北地区の黒川理事より、資料8-2に基づき、主な学歴、職歴、業績および日本学校保健学会への功績より面澤和子氏が名誉会員として推挙され、原案を承認した。

5) 日本学校保健学会ホームページ改修について

植田法・制度委員長より、資料9-1に基づき現会員に対する情報提供サービスの向上、若手研究者を含む新規会員の獲得、スマートフォン対応、セキュリティ対策の強化、情報更新・メンテナンスのしやすさなどの観点からHPの改修案をたたき台とした抜本的な改修計画が報告された。また、資料9-2に基づきHP改修に約105万円の予算が必要であることが説明され、原案が承認された。

6) その他

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10-1に基づきWeb形式を主体とした第68回学術大会の進捗状況について報告された。11月4日の常任理事会および理事会は対面開催となること、学術大会のライブおよびオンデマンド形式のプログラムについて説明され、引き続きご協力いただきたい旨の依頼があった。

また、森岡学術大会長より、資料10-2に基づき第68回学術大会予算について説明され、

事前登録数が第67回学術大会の半分程度であること、広告や協賛企業が少ない状況が説明され、理事の先生方に周りの方への事前登録を促してほしい旨の協力依頼があった。

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、第69回学術大会の開催日程を2023年11月10日～12日として、東京都渋谷区広尾にある聖心女子大学を会場として対面を中心とした学術大会を計画していることが報告された。また、第68回学術大会の広告・協賛獲得の課題を受け、次期に向け準備を進めることが報告された。

3) 編集委員会報告

大澤委員長より、資料11に基づき機関誌発行状況、委員会開催状況、論文投稿数および査読状況、受理後の変更についての対応ルール、謝金のルールについて報告された。また、学会員の座長や査読者への謝金を含めた学会のあり方については、次期への検討課題とすることが確認された。

4) 学術委員会報告

森岡委員長より、資料12に基づき令和4年度企画研究の採否について、5件の申請課題から北澤武氏の「児童生徒のSNSトラブルを予防するためのケースメソッド教育の開発と実践」、角田紘子氏の「女子高校生に対するがんリテラシー教育の実施と効果の検証」、宋昇勲氏の「情報リテラシーと青少年の健康行動との関連」の3題が採択された。なお、審査結果の用紙については、各自で破棄していただきたい旨が依頼された。

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令和5年度の企画研究テーマ、次期への申し送り事項について報告された。

5) 法・制度委員会報告

植田委員長より、資料13-1～13-4に基づき①公立小学校等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、②研修履歴を活用した対話に基づく受講推奨に関するガイドライン、③学校教育法施行規則の一部を改正する省令案に関するパブリックコメントに対する本学会からの変更案について報告された。

また、ホームページのリニューアル、学会の委員会としての広報委員会の新設、若い研究者の増加および学会の活性化、理事の任期及び会計年度の見直しなどの次期への申し送り事項について報告された。

6) 渉外委員会報告

野津委員長より、資料14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について報告された。

7) 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および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。

8) 時限委員会報告

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。

9) 次回理事会等の日時について

- ・第42回常任理事会（11月4日15：00-15：15）対面とオンライン
- ・第42回理事会（11月4日15：20-15：50）対面とオンライン
- ・第10回定時総会（11月4日16：00-17：30）オンライン
- ・臨時理事会（11月4日定時総会を中断し15分程度実施）対面とオンライン

10) その他

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

会 報

一般社団法人日本学校保健学会
第18期選挙管理委員会報告

選挙管理委員会

委員長 大川 尚子
笠井 直美
岡本 陽

一般社団法人日本学校保健学会第18期役員選挙の結果をお知らせいたします。

1) 代議員選挙

学校保健研究第64巻1号（4月号）で役員選挙の告示を行い、5月20日現在の会員数および所属地区より各地区の代議員定数を確認した。投票期間は2022年7月1日（金）から7月25日（月）とし、7月27日（水）に開票作業をおこなった。投票率は22.61%（前回21.64%）であった。なお、得票数同数の場合は代議員規程の「学会入会期間が長い学会員順」に基づき選出した。

2) 地区選出理事選挙

投票期間は2022年8月22日（月）から9月5日（月）とし、9月7日（水）に開票作業をおこなった。投票率は89.55%（前回90.48%）であった。なお、得票数同数の場合は代議員規程の「代議員選挙の得票数が多い学会員順」に基づき選出した。

3) 理事長選挙

投票期間を2022年9月21日（水）から9月27日（火）とし、9月28日（水）に開票作業をおこなった。投票率は85.00%（前回96.00%）であった。なお、選挙に先立ち理事長決定の方針及び得票数同数の場合の取扱いについて「学会入会期間が長い学会員」とした。

一般社団法人日本学校保健学会 第18期役員選挙結果

★理事長、☆常任理事、◎地区代表理事、○理事、◆事務局長（各地区50音順）

北海道地区 (理事1) (代議員2)	東北地区 (理事1) (代議員4)	関東地区 (理事7) (代議員27)	北陸地区 (理事1) (代議員2)	東海地区 (理事3) (代議員9)	近畿地区 (理事3) (代議員11)	中国・四国地区 (理事2) (代議員7)	九州地区 (理事2) (代議員5)	監 事	幹 事
◎羽賀 将衛 山田 玲子	新井 猛浩 ◎黒川 修行 小林 央美 瀧澤 透	青柳 直子 朝倉 隆司 今関 豊一 ★植田 誠治 ○上地 勝 ◆内山 有子 衛藤 隆 遠藤 伸子 大沼久美子 笠井 直美 久保 元芳 ☆佐々木 司 佐見由紀子 杉崎 弘周 ○高橋 浩之 ☆瀧澤 利行 ◎竹鼻ゆかり 武見ゆかり 戸部 秀之 ○七木田文彦 野井 真吾 野津 有司 三木とみ子 ○物部 博文 森 良一 山縣然太朗 渡邊 正樹	◎岩田 英樹 櫻井 勝	☆大澤 功 ◎岡本 陽 鎌塚 優子 ○下村 淳子 鈴江 毅 福田 博美 古田 真司 ○森田 一三 山田 浩平	大川 尚子 笠次 良爾 川畑 徹朗 甲田 勝康 ◎後和 美朝 寺田 和史 中村 晴信 西岡 伸紀 ☆宮井 信行 宮下 和久 ○森岡 郁晴	○池添 志乃 伊藤 武彦 奥田紀久子 上村 弘子 丹 佳子 三村由香里 ◎棟方 百熊	○高倉 実 樋口 善之 ◎松浦 賢長 宮城 政也 和氣 則江	荒木田美香子 北垣 邦彦	沢田真喜子 田中和香菜

会 報**令和5年度日本学校保健学会企画研究の募集について**

日本学校保健学会 理事長 **植田 誠治**
学術委員会 委員長 **佐々木 司**

日本学校保健学会では学会活性化の施策のひとつとして、学会企画研究の募集を行っています。学会企画研究は、指定した課題に関して個人またはチームで応募し、研究費の交付を受けた上で研究を実施し、その成果を翌年の学術大会の学術委員会企画シンポジウムで発表することを基本としています。

令和5年度は以下の要領で募集を行います。会員の皆様からの応募を歓迎します。

応募に際しては以下の規程を周知の上、下記の必要事項を記載した学会企画研究申請書を学会事務局に、令和5年5月15日（消印有効）までにお送りください。

【研究課題】

学校におけるこれまでの感染症対策の振り返りと今後の在り方

【研究の対象・内容】

研究対象は「学校における感染症対策全般」とし、研究内容は実態調査や取組事例（実践）などの成果を含む。

【応募の資格】

応募は令和3年／令和4年度学会費を納入している本学会の正会員に限る。チーム内の研究者も同様でなければならない。

また、同一会員が複数の研究代表者及びチーム内の研究者になることはできない。

【研究費と研究期間】

研究費は一件につき、10万円（個人研究）、15万円（チーム研究）とする。

研究期間は1年とし、期間の延長は原則認めない。

【研究成果の報告】

研究費の交付を受けた場合は、令和6年5月末までに研究成果の報告書（A4用紙2枚程度）を学会事務局に送らなければならない。

また、令和6年度の学術大会におけるシンポジストとして、研究成果を報告する。

【研究課題の選考】

採択は一定の基準のもとに二段階の審査（学術委員会の選考および理事会での承認）を経て3件（上限）を決定する。決定次第その採否を研究代表者へ文書で通知する（令和5年7月の予定）。

【応募の方法】

申請書に下記の必要事項を記入し、期日までに学会事務局へ郵送する。

送付先 〒162-0801 東京都新宿区山吹町358-5

国際文献社 日本学校保健学会理事長

封筒には、「令和5年度日本学校保健学会企画研究申請書」と朱書する。

「令和5年度学会企画研究申請書」への記載事項**研究課題****研究代表者**

氏名、年齢、会員番号、所属機関名、職名、所属機関の所在地、電話番号、メールアドレス

所属先が無い方は、自宅住所、電話番号、メールアドレス（あれば）

チーム内の研究者

氏名、年齢、会員番号、所属機関名、職名、役割（具体的な分担事項）

研究計画と内容（具体的に）

アピールポイント（研究の独創性、発展性等について）

キーワード（3つ）

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

会 報

一般社団法人日本学校保健学会 第69回学術大会のご案内（第1報）

学術大会長 **植田 誠治**
(聖心女子大学)

来年度開催の第69回学術大会は、2019年度以来の対面開催といたします。ぜひご参加ください。なお、一部オンデマンド配信の予定です。詳細は次号以降に掲載いたします。

1. 主催 (一社) 日本学校保健学会

2. 後援 (予定) 文部科学省, 厚生労働省, 東京都教育庁 (東京都教育委員会), 公益財団法人日本学校保健会, 東京都医師会, 学校法人聖心女子学院 等

3. メインテーマ

「新たな時代に向けた学校保健の再考と創造—広く、深く、そして豊かに—」

4. 開催期日

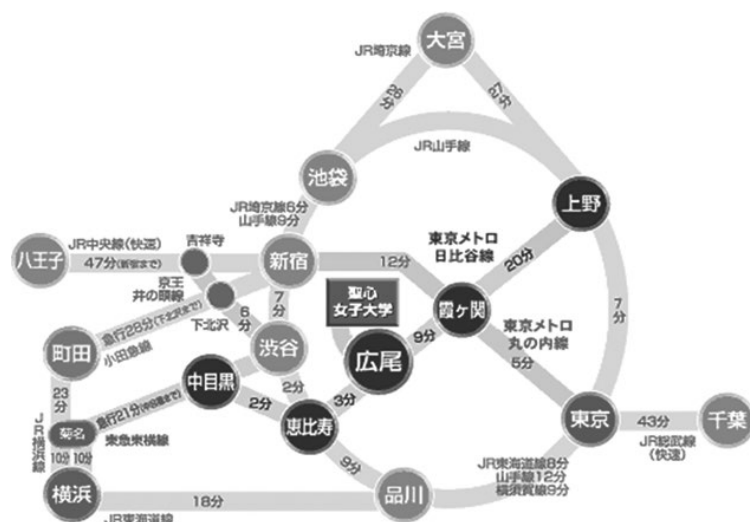
2023年11月10日(金)~12日(日)

なお、11月10日は理事会、総会および関連行事等の開催を予定しています。

5. 大会会場

聖心女子大学 〒150-8938 東京都渋谷区広尾4丁目3番地1号

ホームページ: <https://www.u-sacred-heart.ac.jp/>



■東京メトロ日比谷線「広尾駅」

(2番「天現寺橋(聖心女子大学)方面」出口)下車 広尾商店街(散歩通り)を通り約3分

■JR渋谷駅東口または恵比寿駅より都バス

「日赤医療センター前」行 終点「日赤医療センター前」下車 約3分

■JR品川駅より都バス「新宿駅西口」行「広尾橋」下車 約4分

■JR目黒駅より都バス「千駄ヶ谷駅」, 「新橋駅」行「広尾橋」下車 約4分

6. 大会の概要 (予定)

2023年11月10日(金): 常任理事会, 理事会, 総会

※日本教育大学協会保健協議会, ※日本教育大学協会全国養護部門

11月11日(土) : 大会長講演, メインシンポジウム, シンポジウム, 学会賞・学会奨励賞講演, 教育講演, 一般口演・ポスター発表, ランチョンセミナー, ワークショップ, 報告会, 名誉会員推戴式, 学会賞・学会奨励賞表彰式, 会員情報交換会他
11月12日(日) : シンポジウム, 教育講演, 一般口演・ポスター発表, ランチョンセミナー, ワークショップ他
※自由集会

7. 一般発表(口演・ポスター)の演題申し込み

一般発表には, 口演・ポスターがあります。演題登録と講演集原稿の提出は, 学術大会ホームページのUMINオンライン演題登録システムにより行っていただきます。なお, 演題申し込み・講演集原稿提出期間は2023年5月1日(月)~2023年7月15日(土)を予定しております。詳細は次号以降に掲載いたします。

8. 情報交換会

2023年11月11日(土)18:20~聖心女子大学4号館La Mensa jasmin(カフェレストラン)にて開催予定です。

9. 宿泊・交通

大会事務局ではお取り扱いはいたしません, ご案内はいたします。

10. 学会関連行事および自由集会の申込み

・申込締切: 2023年5月31日(水)といたします。

学会関連行事および自由集会につきましては, 事務局にお申し込みください。プログラムや講演集, ホームページなどで, 会場のご案内や内容のご紹介をさせていただきます。

・学会関連行事: 2023年11月10日(金)に聖心女子大学にて会議室等をご用意する予定です。

・自由集会: 2023年11月12日(日)17:00~1時間30分の枠で会場を用意いたします。

*学会関連行事, 自由集会を企画されている方はお手数ですが, 下記事務局までご連絡ください。

11. 学術大会事務局

〒184-8501 東京都小金井市貫井北町4-1-1 東京学芸大学教職大学院

佐見研究室 e-mail: jash69@u-gakugei.ac.jp

(お問い合わせは下記運営事務局をお願いいたします)

12. 学術大会運営事務局

一般社団法人日本学校保健学会第69回学術大会運営事務局

(株)ブランドゥ・ジャパン(日本旅行グループ)

担当: 小幡・山岸

〒105-0012 東京都港区芝大門2-3-6 大門アーバニスト401

e-mail: jash69@nta.co.jp

13. ホームページ・その他

<http://web.apollon.nta.co.jp/jash69/>

*大会参加に関する詳細は, 次号以降に掲載いたします。



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。

- 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。
- 原稿は、「原稿の様式」にしたがって書くものとする。
- 随時投稿を受け付ける。
- 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。
- 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

東北学校保健学会からの報告

東北学校保健学会事務局 黒川 修行 (宮城教育大学)

2021年12月に第68回、2022年9月に第69回東北学校保健学会が開催されました。コロナ禍のために第68回学会は1年延期の後に実施されました(東北体育・スポーツ学会との共同開催)。以下に開催概要を示します。

○第68回東北学校保健学会

1. 開催日 2021年12月11日(土)
2. 共催 宮城教育大学
3. 後援 宮城県教育委員会, 仙台市教育委員会, 宮城県学校保健会
4. 会場 宮城教育大学 2号館
5. 学会長 宮城教育大学 教職大学院 准教授 黒川修行
6. 特別講演 日本スポーツ界でのメンタルヘルスケアのあり方を考える
～アスリートの, アスリートによる, みんなのためのメンタルヘルス～
講師: 小塩 靖崇 先生(国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)
7. 一般演題 20題(すべて口頭発表, 東北体育・スポーツ学会分を含む)
8. ホームページ <https://sites.google.com/staff.miyakyo-u.ac.jp/t-shs68/>



○第69回東北学校保健学会

1. 開催日 2022年9月17日(土)
2. 後援 福島県教育委員会, 福島市教育委員会, 福島県学校保健会
3. 会場 福島県立医科大学福島駅前キャンパス
4. 学会長 福島大学 人間発達文化学類 教授 安田俊広
5. 特別講演 「現代社会において求められる学力と学校保健」
講師: 高橋 浩之 先生(千葉大学教育学部)
6. 一般演題 7題(すべて口頭発表)
7. ホームページ <https://sites.google.com/ipc.fukushima-u.ac.jp/t-shs69/>



第68回および第69回の講演集(抄録集)を2冊合わせて, 送料込1,000円にてお譲りいたします。ご希望の方は, 東北学校保健学会事務局(n-kuro+tshs@staff.miyakyo-u.ac.jp)まで, ご連絡ください。

また, 2023年には, 第70回東北学校保健学会を山形県で開催予定となっております。

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2報）

年次大会長 鎌田 克信
(東北福祉大学)

【開催日時】 令和5（2023）年3月4日(土)、5日(日)
※新型コロナウイルス感染症の感染状況次第では、オンライン開催へ切り替える可能性があります。
主催：日本教育保健学会 共催：東北福祉大学 後援：宮城県教育委員会、仙台市教育委員会

【年次大会長】 東北福祉大学 鎌田 克信

【会 場】 東北福祉大学ステーションキャンパス
〒981-8523 宮城県仙台市青葉区国見1-19-1
アクセス：JR利用 JR仙台駅—仙山線愛子・山形方面（12分）—東北福祉大前駅—徒歩0分
市営バス利用
市営バスJR仙台駅前（西口バスプール15番のりば）—（約25分）
—JR東北福祉大駅前

【テーマ】 子どもの声が聞こえる教育保健研究・実践

【参加費】 会員・当日会員5,000円 教職員等3,000円 大学院生2,000円 学生1,000円

【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
コーディネーター：鎌田克信（東北福祉大学）、伊藤常久（東北生活文化大学）
シンポジスト：現役養護教諭、村口喜代（婦人科医師）、新谷ますみ（弘前大学）
(3)総会
(4)教育講演 数見隆生（宮城教育大学名誉教授）
「子どものいきづらさ」と向き合う教育としての実践と研究を問う（仮題）
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
コーディネーター：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

【ホームページ】 <http://www.educational-health.jp/>

【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 第21回国際スクールナース学会 (SNI2023) 21st Biennial School Nurses International (2023) —日程変更のお知らせ—

面澤 和子

(元第21回SNI東京2023実行委員会代表)

本誌第64巻第2号(2022年7月号)でお知らせした第21回国際スクールナース学会(SNI2023)の開催日程に変更がありました。また大会テーマが決まりましたので、以下のとおりお知らせいたします。

第21回国際スクスナース学会 (SNI2023) のご案内

1. 大会テーマ: Building Bridges across the Globe: School Nurses Reconnecting
(世界中に橋を架ける: スクールナースが再びつながる)
2. 開催日時: 2023年7月16日(日)~21日(金)
3. 開催場所: ノースイースタン大学 (米国マサチューセッツ州, ボストン市)
4. SNIのホームページ: School Nurses International-Home (<https://schoolnursesinternational.com/>)
5. SNI 理事長: Karen Farrell

※発表演題・抄録(口頭及びポスター発表)の登録〆切は、残念ながら2022年12月15日に終了しています。

※今後のプログラムや参加申し込み等の詳細案内は2023年4月末頃にあると思います。SNIのホームページに留意して、時々ご覧ください。フェイスブックのリンクもあります。

※この学会は隔年開催なので、第22回大会は2025年7月に開催されます。

今後、日本で第22回大会(2025年)が開催可能と判断した場合はエントリーします(2023年7月に発表)。しかしスペインも開催に意欲を示しているので、日本で開催できるかどうか現在は不明です。

(School Nurses Internationalのホームページから引用)

私達が行っていること

国際スクールナース学会は児童生徒のために働いている世界中のスクールナースにフォーラムを提供し、彼らが刺激的で知的で幸せな環境に集い、学齢期の子供達の情緒的・社会的・身体的ニーズに関する知識と理解を共有できるようにします。

1981年以来、メンバーは自主的に国際委員会を結成し、隔年学会を共同で組織、計画、主催してきました。学会には大学や学生寮を使用することで、経済的な宿泊施設や学術的支援が得られ、多くの場合、スクールナースとその家族が学会前後にホスト国の家族の家に迎えられ、それを通じて多くの友情が築かれました。

私たちの目的は、各国の教育システムで子供たちの養護に関する知識を共有することであり、それが子供たちの生活に違いをもたらすと確信しています。

関連学会の活動

第78回 北陸学校保健学会の開催報告

第78回北陸学校保健学会は、令和4年11月26日（土）、金沢大学角間キャンパスにおいて開催されました。

午前の部

座長：森 慶恵（金沢大学）

①. 大学生におけるデジタル機器の学習効果と疲労に関するオンライン調査

- 市川 純（富山大学医学部）
- 染川 真由（富山大学医学部）
- 山田 正明（富山大学医学部 疫学健康政策学講座）

②. てんかんのある児童への対応に向けた校内体制づくりおよび環境整備の取組

- 木村 絢歌（野々市市立富陽小学校）

座長：岩田 英樹（金沢大学）

3. 養護教諭制度の変遷過程における「養護婦」の存在 ～雑誌『健康教室』より～

- 日下 純子（つくば国際大学）

4. 高校生の居眠りとその要因についての検討

- 中島 素子（金沢医科大学 衛生学）
- 櫻井 勝（金沢医科大学 衛生学）
- 村井 裕（石川県立小松高校学校医・恵仁クリニック）

（「優秀発表賞」は、○印の2演題に授与された。）

午後の部

理事会

総会

特別講演

演題：コロナ禍におけるこどもたちの心とからだ 学校現場の皆様に向けて

講師：澤田 なおみ（国立成育医療研究センター研究所 社会医学研究部）

座長：中川 秀昭（金沢医科大学・教授）

以上。（岩田英樹）

お知らせ JKYBライフスキル教育1日ワークショップ in 名古屋2022 開催要項

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

1. 日 時：2023年2月25日（土）9：30～16：30
2. 会 場：名古屋学芸大学看護学部（名城前医療キャンパス）401, 402講義室等
（愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1 TEL：052-954-1222）
3. 内 容：レジリエンシー（精神的回復力）、ライフスキル、セルフエスティーム、いじめ防止、
歯と口の健康等に関する教育
4. 講 師：川畑 徹朗（神戸大学名誉教授）
近森けいこ（名古屋学芸大学教授）
湯之上志保（ライオン歯科衛生研究所）ほか
5. 参加費：別途テキスト代1,000円

	一般	JKYB会員及び学生
基礎コース（初参加者）	4,000円	3,000円
実践コース（2回目以上参加者）	4,000円	3,000円

※初参加の方は必ず基礎コース（午前中）を受講してください。

※午後はコースを選択（A：いじめ防止コース・B：歯と口コース）していただきます。

6. 申込方法：メールのみの受付となります。〈申込メ切 2/14（火）〉

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

【申込先メールアドレス】jkybnagoya@gmail.com

【件名の欄】

「WS名古屋2022申込（氏名）」とご記入ください。

（例）「WS名古屋2022申込 愛知太郎」

【参加申込メール必要事項】

- ①氏名 ②ふりがな ③所属（勤務先） ④職種
- ⑤連絡先電話番号（※確実に連絡がとれる番号をお知らせください）
- ⑥連絡先メールアドレス（パソコンのメールアドレスのみ、携帯のメールアドレス不可）
- ⑦今までのJKYB主催のワークショップ参加回数
- ⑧希望コース（午後：A〈いじめ防止〉コース・B〈歯と口〉コースのいずれか）
- ⑨会員番号（JKYB会員のみ）

*⑥のアドレスに詳細プログラム、参加費振込先、当日の持ち物等を配信します。

*申し受けた個人情報は本ワークショップ以外には使用しません。

7. 問合せ先：JKYBライフスキル教育研究会東海支部事務局（名古屋WS担当）

愛知県名古屋市立笹島小学校 養護教諭 山口 美由紀

※お問い合わせ及び申込はメールでお願いします。

お知らせ**第13回JKYBライフスキル教育セミナー（綾部）****「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」**

主催 JKYBライフスキル教育研究会

後援 京都府教育委員会（申請中）

後援 綾部市教育委員会（申請中）

1. 日 時：2023年2月11日（土）9：30～16：30

2. 会 場：「あやべ・日東精工アリーナ（綾部市市民センター）」1階研修室（予定）
（京都府綾部市西町3丁目南大坪39-10 JR綾部駅北口から東へ3分）

3. 内 容：

本セミナーでは、「人生上の変化や課題に適応し、困難な時に回復する能力や特性」であるレジリエンシーを育てることによって、「いじめを受けない、いじめをしない、いじめを見た時に被害者を助ける」児童生徒を育成することを目指すJKYBいじめ防止プログラムの理論と実際について、体験的に学習します。

【セミナーの主な内容】

- ・いじめの実態と影響
- ・レジリエンシー形成を基礎とするいじめ防止の内容と方法
- ・目撃者の行動変容に焦点を当てたいじめ防止の内容と方法

4. 定 員：40名

5. 講 師：川畑 徹朗（神戸大学名誉教授）ほか

6. 参加費：	一般	JKYB会員及び学生
	5,000円	4,000円

（テキスト「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム—小学校高学年版—」代を含む）

7. 申し込み方法：メールのみの受付となります

下記の必要事項をご記入の上、申込先メールアドレスに送信してお申し込みください。（申込締切2/4（土））

【申込先メールアドレス】jkybws-seminarkinki@memoad.jp

【件名の欄】「第13回JKYBセミナー綾部申込〈氏名〉」とご記入ください。

（例）第13回JKYBセミナー綾部申込川畑徹朗

【参加申込メール必要事項】

- ①氏名 ②ふりがな ③所属（勤務先等） ④職種 ⑤連絡先電話番号
- ⑥連絡先メールアドレス（パソコンのメールアドレスのみ、携帯のメールアドレス不可）
- ⑦JKYB主催のワークショップ参加経験の有無（ある、ない のいずれか）
- ⑧会員番号（JKYB会員のみのみ）

*⑥のアドレスにプログラム等を配信します。そのため、携帯電話のメールアドレスではなく、パソコンのメールアドレスをお知らせください。

*申し受けた個人情報本セミナー以外には使用しません。

「連絡先メールアドレス」はご案内の送付のみに使用いたします。お差し支えなければご自宅のメールアドレスをお知らせください。

問い合わせ先：JKYBライフスキル教育研究会事務局

〒664-0836 伊丹市北本町2-55-1 クレール北本町102 川畑徹朗 方

TEL&FAX 072-744-3665 *電話はお問い合わせのみで受付はいたしません。

e-mail：jkybbs@kfy.biglobe.ne.jp

お知らせ **第14回JKYBライフスキル教育セミナー（王子）**
「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」
主催 JKYBライフスキル教育研究会

1. 日 時：2023年3月4日（土）9：30～16：30

2. 会 場：「北とぴあ」1602会議室
（東京都北区王子1-11-1 JR王子駅北口／南北線王子駅（5番出口）徒歩2分）

3. 内 容：

本セミナーでは、「人生上の変化や課題に適応し、困難な時に回復する能力や特性」であるレジリエンシーを育てることによって、「いじめを受けない、いじめをしない、いじめを見た時に被害者を助ける」児童生徒を育成することを目指すJKYBいじめ防止プログラムの理論と実際について、体験的に学習します。

【セミナーの主な内容】

- ・いじめの実態と影響
- ・レジリエンシー形成を基礎とするいじめ防止の内容と方法
- ・目撃者の行動変容に焦点を当てたいじめ防止の内容と方法

4. 定 員：30名

5. 講 師：川畑 徹朗（神戸大学名誉教授）
吉田 聡（文部科学省総合教育政策局防災教育係員）
宋 昇勲（大阪公立大学研究員）

6. 参加費：	一般	JKYB会員及び学生
	5,000円	4,000円

（テキスト「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム—小学校高学年版—」代を含む）

7. 申し込み方法：メールのみの受付となります

下記の必要事項をご記入の上、申込先メールアドレスに送信してお申し込みください。（申込締切2/24（金））

【申込先メールアドレス】jkybws-seminarkanto@memoad.jp

【件名の欄】「第14回JKYBセミナー王子申込〈氏名〉」とご記入ください。

（例）第14回JKYBセミナー王子申込川畑徹朗

【参加申込メール必要事項】

- ①氏名 ②ふりがな ③所属（勤務先等） ④職種 ⑤連絡先電話番号
- ⑥連絡先メールアドレス（パソコンのメールアドレスのみ、携帯のメールアドレス不可）
- ⑦JKYB主催のワークショップ参加経験の有無（ある、ない のいずれか）
- ⑧会員番号（JKYB会員のみ）

*⑥のアドレスにプログラム等を配信します。そのため、携帯電話のメールアドレスではなく、パソコンのメールアドレスをお知らせください。

*申し受けた個人情報は本セミナー以外には使用しません。

「連絡先メールアドレス」はご案内の送付のみに使用いたします。お差し支えなければご自宅のメールアドレスをお知らせください。

問い合わせ先：JKYBライフスキル教育研究会事務局

〒664-0836 伊丹市北本町2-55-1 クレール北本町102 川畑徹朗 方
TEL&FAX 072-744-3665 *電話はお問い合わせのみで受付はいたしません。
e-mail：jkybbs@kfy.biglobe.ne.jp

学校保健研究

第64巻 総目次

[] 内の数字は号数を示す

巻頭言

コロナ禍とコロナ後の学校保健

世帯の社会経済的状況と子どもの食生活：学校給食と学校保健の重要性

子どもたちのレジリエンスを育む

新たな時代に向けた学校保健の再考と創造
— 広く、深く、そして豊かに —

岡 明…………… [1] 3

村山 伸子…………… [2] 103

村松 常司…………… [3] 205

植田 誠治…………… [4] 297

総 説

おねしょ・おもらしについて

～『夜尿症診療ガイドライン2021』の紹介を中心に～

西崎 直人…………… [2] 104

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

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

医療的ケア児の現状と課題

— 小児看護学の立場から —

特別支援学校における医療的ケアの実際とその課題

学校における医療的ケア児受け入れの課題と展望

医療的ケアが必要な子どもを支える家族の思いや求める支援とは何か

Together Better

— 母親の立場から、幸せな自立を願って —

竹鼻ゆかり…………… [3] 207

宮本 雄策…………… [3] 212

北村 千章…………… [3] 216

武田 鉄郎…………… [3] 221

齋藤 千景…………… [4] 298

高野 陽介…………… [4] 303

大泉 えり…………… [4] 308

原 著

新聞を用いた児童生徒のいじめが関連した自殺の定量的検討

— 形式知による自殺予防 —

	瀧澤 透……………	[2] 111
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, 庄司 一子……………	[3] 226
小中学生における朝の健康観察の日常生活への応用		
—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, 奥田紀久子, 田中 祐子, 西岡 伸紀……………	[3] 235

資料

発達障害のある児童生徒への支援における養護教諭の専門性の発揮と合理的配慮の理解に対する自己評価への要因		
	古藤 雄大, 波田野希美, 太田 泰子, 永井利三郎, 岡本 啓子, 古川 恵美……………	[1] 4
大学生の生活習慣改善と自己管理スキルとの関連性		
	衛藤 佑喜, 西岡 伸紀, 岡本 希……………	[1] 11
高校の運動部活動指導者におけるスポーツ関連脳振盪の知識と対策状況に関するパイロット調査		
	村田 祐樹, 大伴 茉奈, 内田 良……………	[1] 22
スクールバス通学が児童生徒, 教員, 保護者及び地域住民に及ぼす影響		
—学校管理職へのインタビューによる検討—		
齋藤 千景, 竹鼻ゆかり, 伊藤 秀樹, 朝倉 隆司, 青柳 直子, 北澤 武, 城所 哲宏, 中西 唯公, 涌井佐和子……………		[1] 32
全国の都道府県及び市町村における公立学校敷地内禁煙の実施状況について		
—2021年調査の結果—		
	家田 重晴, 市村 國夫, 高橋 浩之, 中村 正和, 野津 有司, 村松 常司……………	[2] 121
COVID-19 感染症流行期における大学生の手洗い・手指消毒及び食事時のマスク着用に関連する要因		
	中出麻紀子, 坂本 薫, 内田 勇人……………	[2] 127
学校における新型コロナウイルス感染症対策の実施状況と課題		
—令和3年度開始当初における養護教諭を対象とした調査より—		
	戸部 秀之……………	[2] 135
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, 堀江稚英子, 片岡 佑衣, 大矢 知佳, 乙木 幸道, 寺本 圭輔……………	[3] 248
子どもを対象としたヘルスリテラシー尺度の日本における利用可能性		
—構成要素及び保健教育内容に着目した文献レビュー—		
	萩原加奈子……………	[4] 313
COVID-19流行前後における児童の体力の比較		
	青山 翔……………	[4] 322

実践報告

小学校における口腔内写真を活用した個別の歯磨き指導効果の検討		
	松田 朋生, 高橋 浩之……………	[2] 146

特別報告

第67回日本学校保健学会 渉外委員会企画シンポジウム報告		
教科としての「保健」を学ぶ本質とは何か(2)		
—高校保健の新たな学習内容を手がかりにして—		
	野津 有司, 岩田 英樹……………	[1] 43

連 載

国際交流委員会企画—学校保健の新知見を学ぶ

第16回「論文が採択されるための条件(4)：考察の書き方」

佐々木 司, 大澤 功, 鈴江 毅, 宮井 信行…………… [2] 155

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, 大澤 功, 鈴江 毅, 宮井 信行…………… [3] 259

日本学校保健学会が保健教育の未来を考える：「保健教育が教科にある意味を考える」

第5回—教科としての保健教育の意義—

佐藤 学…………… [1] 48

第5回—保健科教育の立場から—

物部 博文…………… [1] 52

第6回—国立大学教員養成学部・大学院での経験をもとに—

高橋 浩之…………… [2] 158

第6回—保健体育教師養成の立場から

今村 修…………… [2] 164

第7回—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…………… [3] 262

第7回—保健体育教師の声を聴く—課題をどのように認識して改善を目指すのか—

七木田文彦…………… [3] 269

第8回—連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって

植田 誠治…………… [4] 331

第8回—高校に「保健探究」を新設 専任制に

小浜 明…………… [4] 332

第8回—保健教育で学べきもの

大澤 功…………… [4] 333

第8回—小学校教員・中高保健体育科教員養成課程の立場から

物部 博文…………… [4] 334

第8回—連載「日本学校保健学会が保健教育の未来を考える」にかかわって

今村 修…………… [4] 336

第8回—研究は実践と政策にどのように関わるのか—

七木田文彦, 森 昭三…………… [4] 338

第8回—保健教育はその価値を信じる教員によって行われなければならない—

高橋 浩之…………… [4] 342

英文学術雑誌

自律的セルフ・エスティームを高める学校ユニバーサル予防プログラムの効果：評価ツールとして潜在連合テストを用いて

山崎 勝之, 横嶋 敬行, 内田香奈子…………… [1] 58

中学生における医薬品使用とメンタルヘルスの関連：反抗期に着目して

吉永 真理, 竹内 辰徳, 横山 絢香…………… [1] 60

大学生を対象としたオンライン遠隔双方向型の性教育ワークショップの試み

佐久田幸空, 片岡 千恵, 佐藤 貴弘, 泉 彩夏, 古田 映布…………… [2] 170

コロナ禍における成人式：学生の行動とSARS-CoV-2の感染拡大防止対策について

前島伸一郎, 野村 隆士, 野上 悦子, 山根 淳子, 山本 拓哉…………… [2] 172

日本人中学生におけるやり抜く力と自制心の親子関係, メンタルヘルス, 生活習慣との関係：インターネット調査による横断研究

鈴木 裕美, 宮武 伸行, 日下 隆…………… [4] 345

中学生の日常生活での保健行動と認識を評価する尺度の開発

足立 節江, 多留ちえみ, 宮脇 郁子……………〔4〕 347

会 報

一般社団法人日本学校保健学会	第38回理事会（2021年11月5日開催）議事録（案）……………	〔1〕	61
一般社団法人日本学校保健学会	第39回理事会（2022年3月21日開催）……………	〔2〕	173
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）……………	〔3〕	276
一般社団法人日本学校保健学会	第41回理事会議事録（2022年10月2日開催）……………	〔4〕	349
一般社団法人日本学校保健学会	第9回定時総会（代議員会）……………	〔1〕	63
一般社団法人日本学校保健学会	第10回臨時理事会（2021年11月5日開催）議事録（案）……………	〔1〕	66
貸借対象表……………		〔1〕	67
正味財産増減計算書……………		〔1〕	68
予算対比正味財産増減計算書……………		〔1〕	69
財産目録……………		〔1〕	70
一般社団法人日本学校保健学会代議員の選出について—選挙管理委員会告示—……………		〔1〕	71
人日本学校保健学会代議員選のための名簿登録の確認についてのごお願い……………		〔1〕	72
日本学校保健学会 被選挙権保有者名簿……………	〔1〕	73,〔2〕	176
インターネット選挙における電子投票について〈投票の方法〉……………	〔1〕	78,〔2〕	181
一般社団法人日本学校保健学会 代議員選挙への投票依頼……………	〔2〕		175
一般社団法人日本学校保健学会 第18期選挙管理委員会報告……………	〔4〕		352
査読委員の募集……………	〔1〕		82
「学校保健研究」をJ-STAGEで閲覧する際の購読者番号（ID）とパスワード……………	〔1〕		83
令和5年度日本学校保健学会企画研究の募集について……………	〔4〕		353
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2報）……………	〔1〕		84
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3報）……………	〔2〕		185
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）……………	〔3〕		279
一般社団法人日本学校保健学会 第69回学術大会のご案内（第1報）……………	〔4〕		354

関連学会の活動

第1回スペイン主催/国際看護・学校保健シンポジウム（オンライン）……………	〔1〕	93
第19回日本教育保健学会年次大会の報告……………	〔1〕	94
第69回九州学校保健学会……………	〔2〕	195
第78回北陸学校保健学会の開催と演題募集のご案内……………	〔2〕	196
第65回 東海学校保健学会のご案内……………	〔2〕	197
米国スクールナース学会第54回年次学術大会（2022）の紹介……………	〔2〕	198
第21回国際スクールナース学会（2023）のお知らせ……………	〔2〕	199
第21回国際スクールナース学会（2023）—日程変更のお知らせ—……………	〔4〕	364
米国学校保健学会 第96回年次学術大会（2022）の概要報告……………	〔3〕	292
日本教育保健学会 第20回年次大会のご案内（第1報）……………	〔3〕	291
日本教育保健学会 第20回年次大会のご案内（第2報）……………	〔4〕	363
東北学校保健学会からの報告……………	〔4〕	362
第78回 北陸学校保健学会の開催報告……………	〔4〕	365

お知らせ

査読ご協力の感謝に代えて……………	〔1〕	95
第15回JKYB健康教育ワークショップ中国・四国 開催要項……………	〔1〕	96

第9回JKYBライフスキル教育セミナー（横浜）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	[1]	97
第31回JKYBライフスキル教育・健康教育ワークショップ開催要項	[1]	98
JKYBライフスキル教育ワークショップかごしま（鹿児島）2022開催要項	[1]	99
第6回JKYBライフスキル教育セミナー（福山）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	[2]	200
第10回JKYBライフスキル教育セミナー（伊丹）「豊かな人間関係を築くために」	[2]	201
JKYBライフスキル教育ワークショップ近畿2022開催要項	[3]	293
JKYBライフスキル教育1日ワークショップin名古屋2022開催要項	[4]	366
第13回JKYBライフスキル教育セミナー（綾部）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	[4]	367
第14回JKYBライフスキル教育セミナー（王子）「レジリエンシー（しなやかに生きる心の能力）を育むJKYBいじめ防止プログラム」	[4]	368
機関誌「学校保健研究」投稿規程	[1]	88, [2] 189, [3] 285, [4] 356
「学校保健研究」投稿論文査読要領	[2]	194, [3] 290, [4] 361
総目次	[4]	369

編 集 後 記

本号は二期目を務めました編集委員長として最後の「学校保健研究」となりました。さらに、私にとりましては15年間の編集委員会活動の最後にもなりました。

私が本学会に関わり始めたのは、確か1992年（平成4年）開催の第39回大会（安藤志ま会長）に実行委員として参加した頃だったと思います。その頃は、まさかこんなに関わるようになるとは思ってもみませんでした。ましてや、編集委員会に15年間も所属することになることも、編集委員長を二期も務めることも想像していませんでした。

この15年間で学校保健に関する多種多様の論文を読むことができました。また、この活動を通じて、たくさんの友人を得ることができました。私にとりましては、多くのことを学び、そして創り上げるという充実した幸せな15年間になりました。

編集委員会業務は正直に言って大変でした。論文を審査するということは、当然ですがこちらも勉強しなければなりません。特に本学会は幅広い領域の研究者が属しており、医学の世界しか知らなかった私にとって、投稿論文は新たな世界を広げてくれました。それぞれの領域

において、著者が強い思いで仕上げてきた論文ですので、こちらも真剣に対応してきたつもりです。

このような著者の気持ちを大切にしたいかったので、審査から掲載に到るまで丁寧な雑誌づくりを心がけてきました。そのため、著者対応はしばしば遅れがちになり、著者には不安や不満を抱かせることがしばしばあったと思います。この点につきましては、この場を借りてお詫びいたします。ただ刊行されました雑誌の質は、ある程度のレベルを保ち続けることができたと思っています。

長年にわたって編集委員会の活動にご協力いただいた学会員の方々には心より感謝いたします。また、ずっとつきあってくれました編集事務局の方にも感謝します。このように毎号無事刊行できたのは、編集事務局の力によるところが大きいと思っています。

私はこれで編集委員会活動からは退きます。次号からは新しい体制でスタートします。学会員の皆様におかれましては、引き続き編集委員会へのご支援とご協力を、よろしくお願いいたします。

（大澤 功）

「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（九州女子大学・短期大学）		Minoru SUMITA	
高橋 浩之（千葉大学）		Hiroyuki TAKAHASHI	
竹鼻ゆかり（東京学芸大学）		Yukari TAKEHANA	
森田 一三（日本赤十字豊田看護大学）		Ichizo MORITA	
編集事務担当		<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4号	2023年1月20日発行
Japanese Journal of School Health		Vol. 64 No. 4	(会員頒布 非売品)
編集兼発行人	植	田	誠 治
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 :

- Rethinking and Recreating School Health for a New Era
—Striving for Broadler, Deepler, and More Enriching School Health—
.....Seiji Ueda 297

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

- Issues with and Prospects for Accepting Children Requiring Medical Care in Schools
.....Chikage Saito 298
- The Thoughts and Needs of Families Supporting Children Requiring Medical Care
.....Yousuke Takano 303
- Together Better —for Happy Independence from a Mother's Perspective—
.....Eri Oizumi 308

Research Notes :

- Feasibility of Employing a Health Literacy Scale for Children in Japan: Literature
Review Focusing on Scale Components and Health Education Content
.....Kanako Hagiwara 313
- Comparison of Physical Fitness in Elementary School Children before and after the
Onset of the COVID-19 Pandemic
.....Sho Aoyama 322

Serial Articles :

- Let's Talk about the Future of School Health Education in Japanese Association of
School Health
8. Towards the Future of School Health Education
—Perspective of Research Related to Educational Practice and Policy—
.....Fumihiko Nanakida, Terumi Mori 338
- School Health Education Must Be Provided by the Teacher Who Believe in
Its Value—
.....Hiroyuki Takahashi 342

Japanese Association of School Health