

## 学校における予防教育科学の展開

山崎 勝之<sup>\*,\*\*</sup>, 内田 香奈子<sup>\*\*</sup>

(キーワード：予防教育科学, ユニバーサル予防, 健康, 適応, 学校, 児童・生徒)

### I. 学校における「健康や適応のための予防教育」の重要性

#### 1. 学校の児童・生徒を取り巻く、健康・適応上の問題

日本は長寿の国である。2008年時点での平均寿命は、女性で86.05歳、男性で79.29歳となり（厚生労働省，2009 a），女性で世界第1位，男性で世界第3位を誇っている。しかし，この長寿は，健康で長生きをするという状況を示すものではなく，国民医療費の高騰からみてもそのことがよくわかる。国民医療費は年を追って増え続け，2008年度で33兆1千億円というから途方もない数字になる（厚生労働省，2009 b）。ガンや脳血管疾患等の生活習慣病，うつ病等の精神疾患に苛まれながらの生活を余儀なくされる人たちが多いということである。また，自殺者数も11年連続で3万人を越えている（警察庁，2009）。つまり，身体的にも精神的にも不健康で，生活環境に適応できない，成人の姿がある。

何事においても低年齢化の昨今，この成人の状況は，子どもの世界においても広がっている。象徴的な現象は，子どものうつ病であろう。これまでうつ病は大人の病気と考えられていたが，最近の小中学生を対象にした調査では，成人並みのうつ病罹患率が子どもにおいても確認されている（傳田・賀古・佐々木・伊藤・北川・小山，2004）。成人で増えているうつ病が，子どもにも蔓延し始めているのである。他方，生活習慣病それ自体は子どもではまだ少ないが，その予備軍は確実に増えている。たとえば，肥満傾向は，ここ数年は横ばいでも，10年ごとの区切りで見ると，最近にいたるまでどの年齢でもその割合が増えている（文部科学省，2008 a）。また，高コレステロールの児童生徒も増えているようで，境界域を含めると小学生でも20%ほどが高コレステロールになっている（日本学校保健会，2008）。

心身の健康が悪化していることから想像できるが，学校での問題行動も依然として多い。2007年度の文部科学省の調査報告（2008 b）では，学校での暴力行為は調査開始以来最高の件数に登った。2006年度より調査方法が変わったのでそれ以前の数値とは直接的な比較はできないが，いじめの発生を認知した学校数は小中高合わせて18,000校を越えている。不登校児童・生徒も減少の気配はなく，中学校ではここ10年間にわたり10万人を越え続けている（2005年度を除く）。

#### 2. 予防の重要性

##### (1) さまざまな予防

高騰する国民医療費を前に，厚生労働省は「厚生労働白書」（2007）において，その重要な対策の一つは予防であることを強調している。ガンを初め罹患率の高い生活習慣病の治療が困難をきわめることから，予防の重要性は明らかである。2000年に当時の厚生省により開始された，通称「健康日本21」においても，病気の予防，特に以下に述べる1次予防に重点が置かれていた。

予防には，1次予防から3次予防までである。1次予防（primary prevention）は，すべての人が不健康になる可能性があると考え，健康なうちにすべての人を対象に行われる予防である。2次予防（secondary prevention）は，健康問題の早期発見と迅速な治療，3次予防（tertiary prevention）は，すでに病気になった人の障害の程

\*鳴門教育大学大学院人間形成コース

\*\*鳴門教育大学予防教育科学教育研究センター

度を最小限にとどめる予防である。これと類似した予防分類に、ユニバーサル予防 (universal prevention)、選択的予防 (selective prevention)、指示的予防 (indicated prevention) という分類がある (Mrazek & Haggarty, 1994)。ユニバーサル予防は1次予防とほぼ同義で、選択的予防は、病気や不適應への危険性が平均より高まっている人たちへの予防、そして指示的予防は、病気や不適應の初期の兆候が見られる人たちへの予防である。

これら2種類の予防分類用語の意味的差違は小さいが、学校での予防教育においては病気や不適應に陥る前の予防という観点が重視され、この点から、ユニバーサル予防、選択的予防、指示的予防の分類の方が適している。この理由により、本論文においては、以下これらの用語を使用することとする。

## (2) 真の原因と予防教育的対処

病気になる前の予防が重要であることは先述したとおりであるが、予防においては病気や不適應に至る真の原因を対象にしやすという利点がある。西洋医学の多くは、対症療法と揶揄されるように、表に出ている症状の除去が治療の中心になる。高血圧症やII型糖尿病において、薬物療法で血圧を下げ、インスリン分泌を促す治療がその例である。つまり、血圧を上げる真の原因、インスリン分泌が不足するようになった真の原因に対処する試みがおろそかになる。症状に苦しむ患者が前にいて、一時的にせよ症状がなくなることで安堵を得る患者の姿があるかぎり対症療法の横行は止むことはないだろう。

真の原因を改善しない治療方法は病気の再発を招く。これが、真の原因を除去する原因療法の求められる理由となる。しかし、真の原因を見極めることは難しい。遺伝性の問題が指摘される場合も少なくないが、遺伝性の問題については善処できる現実的な方法はほとんどの病気で実現されていない。また、遺伝の問題に至る前に考える必要のある原因は数多くある。生活習慣病を例にとると、この名のとおりこの病気は生活習慣の悪化が原因になっている。運動をしない、肉食がすぎる、夜寝るのが遅い等、これらの生活習慣を改善すれば、生活習慣病の多くは予防できる。しかし、真の原因という点では、運動不足、肉食中心の食事、睡眠不足等をもたらすさらなる原因がある。その原因を求めると、個人の認知、感情、習慣以外の行動、そしてこれらの総合概念としての性格のあり方が生活習慣の悪化をもたらしている状況も少なくない。

## (3) 真の原因としての心的特性

本論文では、性格、認知、感情、行動を総称して心的特性と呼ぶが、この心的特性と病気の関係については、たとえば、タイプA性格(行動) (type A personality or behavior) を見るとよくわかる。タイプA性格(行動)は、冠状動脈性(虚血性)心臓疾患の危険因子として発見され (Friedman & Rosenman, 1959)、攻撃・敵意、時間切迫、精力的活動、達成努力等がいずれも高まった性格あるいは行動特徴である。この性格は同時に生活習慣の悪化とも関係があり、睡眠時間が短い (McKelvie, 1992; 山崎, 1996 a)、飲酒 (Camargo, Vranizan, Thoresen, & Wood, 1986) や喫煙 (Johnson, Hunter, Amos, Elder, & Berenson, 1989) の頻度の高さ、食事回数や糖分摂取量の多さ (Gallacher, Fehily, Yarnell, & Butland, 1988)、運動習慣の低さ (Buchman, Sallis, Criqui, Dimsdale, & Kaplan, 1991) と正に関連している。つまり、冠状動脈性心臓疾患に至る1つの道筋として、タイプA性格から生活習慣の悪化、そして心臓疾患に至る経路が仮説される (山崎, 1997)。この経路を想定すると、生活習慣を一時的に整えても、タイプAからの生活習慣への影響がある限り、再び生活習慣が悪化して心臓疾患に至る、つまり病気の再発が予想される。

他にも病気をもたらす性格は多数知られていて、ガンの病前性格としてのタイプC (Temoshock, 1987) やタイプ1 (Eysenck, 1987; Grossarth-Maticek, Eysenck, & Vetter, 1988)、うつ病親和性格としての執着気質 (下田, 1941) やメランコリー型性格 (Tellenbach, 1983) などとりわけよく知られている (性格と病気の関係全般については、Friedman, 1990 を参照されたい)。予防、特にユニバーサル予防では不健康や不適應に至る真の原因を対象にすることが必要になる。このことは、まだ問題が発生していない人たちが対象になることから当然のこととなる。もちろん、真の原因を1次的な原因として必須の予防対象とすれば、そこから派生する2次や3次的な原因も予防の対象になることは言うまでもないが、おおもとの原因ほど予防対象としての重要性が増す。

このような論を展開していくと、上記の心的特性を生み出すさらなる原因があるということも考えられる。たとえば、結局は、心的特性は中枢神経系(特に大脳)の機能によるものではないのかという見解である。しかしながら、人の心と脳の機能についての関係は単純ではなく、複雑に影響を及ぼし合っている。さらに言えば、脳と心、そしてその他の身体部位の相互の関係は複雑で、一般に考えられているように、脳が心をつくると言える

ほど単純なものではない。たとえば、近年の感情研究は、感情の生起が多分に脳以外の身体的変化に依存していることを示唆している（たとえば、Damasio, 2003; LeDoux, 1996）。また、たとえ脳が真の原因としても、現在のところ予防対象として直接的に操作できる対象ではなく、脳の機能に直接的に影響をもつ対象を操作することによってそこからの影響が脳の機能に波及するという操作過程も考えられる。予防教育においては、本当の原因、本当の原因と表裏一体にあり相互に直接的な影響を及ぼす原因、そして予防における教育対象としての操作可能性の間で、実の教育対象が決定されて行くと言えらる。こうして、心的特性は1次的な原因として有望であるばかりでなく、実際の教育対象としての操作可能性において優れていると考えられる。

### 3. 発達の観点の重要性

#### (1) 教育対象としての遺伝と環境

心身の機能のほぼすべては、発達過程の中で形成され、完成される。その形成因は、大きく遺伝と環境の要因に分かれる。遺伝の影響が皆無という機能はないが、生後の環境要因からの影響が少なくとも半分近く（あるいは3分の1ほどでも）あるならば、生後の人的あるいは物的環境の操作で、その機能を大きく変えることができるものと期待される。

近年は、遺伝子研究や行動遺伝学の発展もあって、心的特性についての遺伝性の研究が盛んに行われている。新規性希求傾向 (Benjamin, Li, Patterson, Greenberg, Murphy, & Hamer, 1996; Ebstein et al., 1996; Ronai et al., 2001)、不安関連性格 (Melke et al., 2001)、攻撃や衝動性 (Manuck, Flory, Ferrell, Mann, & Muldoon, 2000) などの各性格の遺伝子同定の研究を初め、外向性、神経質、宗教性などの性格特徴の遺伝率が次々に算出されている (安藤, 2000 参照)。しかしながら、遺伝子研究の遅れや性格特徴において公表される遺伝率の低さ (算出精度は不明ではあるが) を見ると、やはり、少なくとも教育という観点と場では環境要因を重視するという姿勢に変わりはない。

#### (2) 養育態度と心的特性の形成

環境要因では、育ちの最初の重要要因である家庭環境が注目され、なかでも親の養育態度はその最たる要因となる。心的特性のうち、認知、感情、行動は、誕生時には (恐らく胎内期から) すでに機能している。誕生間もない新生児に何らかの行動の条件づけが形成されることは (たとえば、Siqueland & Lipsitt, 1966)、認知と行動がすでに機能していることを示唆している。また、新生児の泣き笑いの表情からして、いくつかの感情がすでに備わっていることが分かる。それに対して性格はどうか。この問題は性格の定義から考えていく必要がある。興奮しやすい、すぐにむずがる等の気質 (temperament) は間違いなく備わっている。しかし、以下に定義される性格という高次の概念はまだ備わっていないように見受けられる。

性格を認知、感情、そして行動の総合的な概念ととらえると、性格は、個々の認知、感情、行動がまとまりを持ち始めるとともに形成されていくものと考えられる。たとえば、母乳の摂取状況を考えてみると、ある家庭では、子どもが泣く (行動) と母親はすぐに子どものもとにやってきて母乳を飲ませるかもしれない。その結果、子どもは満足感に包まれる (感情)。この子どもには、泣くと母親がかけつけ、母乳をもらって満足を得るといふ環境変化のとらえ方も生まれるであろう (認知)。この繰り返し、お決まりの認知、感情、行動のパターンを形成し、そのまとまりが性格を形成すると考えられる。こう考えると、泣いてもなかなか母乳をもらえない家庭では、子どもの性格の特徴は異なったものになることがわかる。こうして一度性格が形成され始めると、今度は性格が認知、感情、行動をコントロールし始め、性格をみれば、その人がどう考え、感じ、動くのかをある程度は予想できることになる (山崎・倉掛・内田・勝間, 2007 参照)。

#### (3) 教育対象としての心的特性

こうして、おおもとのコントローラーとしての性格の存在とその構成要素としての認知、感情、行動の構成図式が明らかになる。この図式では、性格に問題があると、その心的構成要素はすべて問題があることになり、性格さえ健全化すれば、すべての心的要素は健全化されることを示唆している。しかし、教育の場で心的特性の健全化をはかる場合、性格を直接的な教育対象とすることはむずかしい。それは、概念の抽象性が高く、具体的な操作対象にはなりにくいからである。

そこで、性格を変えることを最終目標に置くとしても、性格の形成過程にならい、その構成要素としての認知、

感情、行動を変容させることを対象にして教育が展開されるという教育のあり方が示唆される。実際のところ、たとえば、生活習慣病には生活習慣という行動上の問題、うつ病には抑うつという感情やそこに至る認知の問題、またいじめ問題には被害者への共感の欠如という感情の問題等が指摘され、それぞれの心的要素を変容させることが教育目標になろう。その結果、性格の変容が期待されることは言うまでもない。

#### 4. 学校における予防と治療

##### (1) 治療と予防

日本の学校における近年のカウンセラーの配置は、学校生活で不適応になった子どもたちに援助の手をさしのべることを目的として1995年に開始された。すでに不適応になった子どもを救うという点は、治療的な試みであると言える。この学校カウンセラーの配置の効果についての科学的な検証はほとんどなく、その配置については賛否両論あるが、この治療的試みを学校において本格化させ始めている積極的な姿勢は評価される。

しかし、成人の健康問題がそうであったように、子どもの健康や適応の問題には、治療的な対処のみならず予防的な対処が不可欠である。治療と予防が両輪となって動いてこそ、学校において子どもの健康と適応を守る試みが十分に機能することになり、どちらもおろそかにすることはできない。不適応児童・生徒への対処はその人数の高まりとともに自ずと充実していくであろうが、目に見えた問題をいまだ示していない子どもたちへの予防はどうしても手薄になりがちである。しかし、この予防こそが大切であることは先述したとおりである。

##### (2) 予防教育実施者としての学校教員

学校カウンセラーの配置はいまだ不十分で、その上、学校カウンセラーの採用数が最も多い臨床心理士の大学院教育では学校現場に特化した訓練が不足している。このことは、学校カウンセラーの配置制度が十分な効果をあげる現状にはないことを示唆している。

クラス担任制度をとる日本の学校では、クラスに不適応の児童・生徒が現れると、担任はその子どもへの対処に相当な労力を使う。学校のクラス担任が不適応への対処法について専門的な知識と技能を有していることはまれで、ここから担任の手に負えない状況が生まれ、それは担任の健康問題にまで発展する可能性がある。ここには、1クラス最大40名もの子どもたちを担当しなければならない担任にとって、少数の不適応者に注意と労力を集中できない問題も指摘される。

それでは、担任がユニバーサル予防教育を行う場合はどうだろう。やはりこの場合も、専門的な知識と技能が必要になる。しかし、ユニバーサル予防教育がすべての子どもを対象にして実施され、教育的要素が強いものであるならば、担任を中心とした学校教員が実施者として適任となる。また、人的配置の問題から言っても、学校教員以外に継続的な実施者は想定しにくい。また、不健康や不適応に陥らない心的特性を形成することは、国語や算数等の教科を教えることと同様、学校において教員が率先して行うべき教育であると考えられる。この種の教育は家庭の仕事だと責任を転嫁できるほど、昨今の家庭の養育力や教育力は高くはなく、地域がその代役を務める可能性も低い。健康や適応を守ることは、誰の目にも子どもの教育において最重要な課題であり、家庭や地域でそのことが達成されない今、学校教育が家庭と地域での教育を先導する中心的役割を果たすことが強く求められる。

#### 5. 予防教育科学 —— 教育科学と予防教育の合体 ——

##### (1) 教育の科学性

学校教育指導要領は10年ごとに改訂されているが、その改訂は科学的な根拠（エビデンス）をもって行われているわけではない。また、日々の学校での教育も、採用される教育方法は科学的根拠をもつことはほとんどない（山崎・藤井・内田・勝間，2006）。ここでいう科学とは自然科学や社会科学のことであるが、科学としての教育は、エビデンスをもったデータ、そのデータから構築された理論や技法、そして統計学に支えられた効果評価がその主たる構成要素となる。

もちろん、日々の学校教育のすべてに科学的な根拠を付与することはできない。それほどに、学校教育に適用できる科学的な研究知見は少ない。その足りないところは、個々の教員の経験、主観、アイデア等で補うことになる。しかし現行の学校教育では、十分ではないとしても、現存する科学的な知見や方法がほとんど利用され

ないままに現況がある。事は、国や人類の将来を担う子どもたちの教育である。誰もが納得する証拠、誰もが納得する評価法をもって行われぬ教育は、子どもたちを間違った方向に導く危険性を少なからず孕んでいる。こうして、教育が科学となる日、つまり教育科学の成立はおぼつかないが、教育科学のあり方を全面に出し、その方向での教育の構築を速めることは必要であろう。自然科学の一つである医学でさえ、近年証拠にも基づいた医学（evidence-based medicine）の必要性が叫ばれている状況である。学校教育も、教育科学を標榜しながら、徐々に科学としての特徴を備えて行けばよいであろう。

## (2) 予防と教育科学の融合

教育科学を予防の領域に、予防を教育科学の領域に適用した学問が予防教育科学といえる。つまり、予防教育科学という学問はけっして目新しいものではなく、これまでもこの趣旨で展開されていた学校予防教育は散見される。ただ、その試みがあまりにも散発的で、個性が高く、まとまった潮流にはならなかった事実は指摘される。

こうして、学校における予防教育科学は、理想的には、次の主たる特徴をもつ。①教育科学のもとに、学校場面において子どもたちの健康と適応を予防するために、教育的介入プログラムが開発され、実施される。②教育プログラムでは、健康と適応をもたらすためのエビデンス（証拠）をもったデータ、理論、そして方法が適用される。③教育効果の評価においては、科学的な評価方法が適用され、誰もが再現できる評価手続きをもって、各方法から教育効果への道筋を特定できる。この科学的効果評価は、プログラムの改善や発展への主要な情報にもなる。④上記の教育を統括する理論体系を有する。すなわち、予防教育科学で展開される個々の教育は、それぞれ独立したのではなく、予防教育科学としての理論体系のもとにある程度の統一性をもつ。⑤生活習慣病やうつ病の疾病予防、いじめ、不登校、暴力等の問題行動予防に適用され、その効果を発揮する。

この予防教育科学のもと、学校において本格的かつ継続的に実践されている健康や適応への予防は、日本においては確認されない。この点から、学校で児童生徒の健康や適応を守るユニバーサル予防教育はこれからの教育であると言える。その教科書があるわけではなく、また大学の教員養成課程でこのことを専門に指導する必修の科目があるわけでもない。実質上これからの教育である。それだからこそ、これまでの学校教育にはない科学性を付与でき、教育科学の実現への突破口がここにあることが期待される。

日本は予防が苦手な国だとされている。そして、人の至福や知的活動を支えるのは、心身の健康や社会適応であることは明らかである。この生活の基盤となる心身の健康と適応ならびにその問題へのユニバーサル予防をおろそかにした学校教育はあり得ない。そのことに気づくときが、今ここに来ている。

## Ⅱ. 健康と適応に関連する心的特性

### 1. 健康と適応をもたらすおおもとの性格

#### (1) 健康に関連する性格や行動の研究

前節では、おおもとの健全な性格が健康や適応を保障し、反対に言えば、その性格の歪みが健康や適応を阻害することになることを示唆した。ここでは、そのおおもとの性格が何なのかを考えてみたい。

性格や行動が健康に影響する現象は、古くは古代ギリシャのヒポクラテス（Hippocrates）やガレヌス（Galenus）の研究により確認される。しかし現代科学の観点から言えば、そこには科学性は認めることはできない。その後1900年代に入って、精神分析（psychoanalysis）や精神身体医学（psychosomatic medicine）のもと、科学的な研究の兆しが見られるようになったが、そこでの研究も結論に一貫性がなく、解釈にも矛盾が目立ち、少なくとも当時の心理学者の注目をひかなかった（Suls & Rittenhouse, 1990）。この領域の研究が真に科学性をもつに至ったのは、先にも登場した、冠状動脈性（虚血性）の心臓病の危険因子として発見されたタイプA性格（行動）が最初であり、それは1950年代の終わり頃のことであった（Friedman & Rosenman, 1959）。このタイプAの研究を契機に、数多くの性格や行動と健康との関係が調べられはじめ、セルフ・エスティーム（self-esteem）、ハーディネス（hardiness）、楽観主義（optimism）、コヒーレンス（coherence）、統制の位置（locus of control）、タイプC（type C）、アレキシサイミア（alexithymia）等枚挙にいとまがないほどその例が挙がる。

しかし、このような研究がひとしきり出た頃には、この領域の研究も混乱を呈し始めた。それは、性格や行動としての個々の構成概念に概念上大きな重なりがあったり、ほぼ同様の概念を別の用語でとらえてみたり、提起

された構成概念の測定法に不備があり、研究結果に大きな不一致が見られたことであった。このような状況に対して、健康に影響を及ぼす性格や行動にまとまりをとらえようとする研究が見られるようになった。それは、健康に関連する多くの性格や行動を一挙に測定する総合調査研究(たとえば, Friedman, Tucker, & Reise, 1995)、過去の研究をある基準で精選し、その統計量を総合的に分析するメタ分析(たとえば, Friedman & Booth-Kewley, 1987)、そして過去の文献をレビューしながらそのまとまりを探る文献レビュー研究(たとえば, Scheier & Bridges, 1995)であった。

残念ながら、これらの研究が性格や行動と健康との関連を整理し、明確なまとまりを生み出すものとはならなかったが、そこから次のような示唆が得られる。すなわち、①特定の性格と特定の疾患との独立した関係はほぼない。②特定の性格は多くの疾患と関係する。③特定の性格は、他の健康影響性格と、概念上の重なり、健康影響上の重なりがあり、その点でそれらの性格はまとまる。④まとまった性格は、特定の疾患というよりも疾患群と関連する。そして、そのまとまった性格、つまり健康を阻害するものとしてまとまった性格の可能性としては、Scheier & Bridges (1995) のレビュー研究等を見ると、外的対象に直接的欲求不満を覚えやすい、つまり怒りや敵意を感じやすい性格、そしてそのような欲求不満を抑圧し、本来怒りを感じ、自己主張をすべきようなところでも、そのような感情をもったり、行動したりすることがない性格である。前者は攻撃的性格、後者を依存・消極的性格と呼ぶことができよう。前者には、タイプ A や Grossarth-Maticek et. al.(1988) の分類でのタイプ 2、後者には、タイプ C や Grossarth-Maticek らのタイプ 1 などが相当する。

そして、この攻撃的でもない、依存・消極的でもない性格は自律的な性格であり、同じく Grossarth-Maticek らの分類で言えばタイプ 4 に相当し、この自律性は、健康を守り、向上させる性格として位置づけられる。

## (2) 発達の観点からみた健康・適応関連性格と他の心的特性

性格の発達には二つの方向がある。一つは、先に形成された性格が後の性格に影響を及ぼしながら徐々に性格が変容、変遷していく方向。今一つは、それぞれの発達段階に性格発達の課題があり、そこで形成された性格はほぼそのまま成人期にまで残るといった性格の発達である。とりわけ後者の性格発達の見方は重要である。性格は可塑性があり、いつの発達段階でも変容できる可能性があるものの、どの発達時期にもその時期に形成すべき性格特徴があることを後者の考え方は示し、どの時期においても養育や教育は手を抜けないことを示唆している。

後者の観点を強調して、最初の性格発達段階を見てみたい。前節で述べたように、誕生直後は気質があっても性格はないという立場をとると、最初の区切りは誕生から生後 2 年ほどになる。もちろん 2 年というのは平均的な区切りで、個人差は大きいことには注意する必要がある。新生児期(生後 1 か月ほど)、乳児期(その後 1 年半ほど)、そして幼児期(その後小学校入学まで)の最初が、この区切りになる。この最初の段階での性格の発達課題は、自己信頼心、他者信頼心、そして内発的動機づけ(intrinsic motivation)になる。このうち、内発的動機づけは形成するというよりも、守り維持する対象であり、それほどに生後間もない頃からこの内発的動機づけは高まっている。教育や養育のかかわりは、この動機づけを内発的なものから外発的なものに変えてしまうことが多い。この内発的動機づけが低下することは、たとえば、外発的動機づけ(extrinsic motivation)が高まったタイプ A 者の研究をみると、健康面、社交面、知的面のすべてにわたって悪影響があることを示している(福西・山崎, 1995; 山崎, 1995, 1996 b を参照)。

そもそも人生最初の段階での性格は、子どもがもつ空腹等の生理的欲求がいかに処理されるかによって形成されていく。たとえば、先に紹介した乳児期の空腹状況をもう一度考えてみよう。空腹になると子どもは泣く。その泣き声を聞き、親がかけつける。生後の交互作用から泣き声ひとつで空腹状況をみてとれる母親が(Sagi, 1981)、母乳を与える。母親がかけつけるまでにはそれほど時間はかからず、子どもが欲しがらだけたっぶり母乳を与える。これが、子どもに愛情を注ぐ家庭で見られる自然な光景であろう。このとき、子ども側の心には何が起きているのであろうか。自分のとる行動(泣く)は、自分の思うような結果(母乳をもらえる)をもたらす。ここに、自分には(外界をコントロールする)力があるという、自己信頼心が芽生える。この状況を母親の動きに注目してみると、自分の思うような結果をもたらしてくれる母親は信頼できるという他者信頼心が芽生える。そして、内発的動機づけを阻害する要因である外的コントロール(Deci, Koestner, & Ryan, 1999)がこの状況にはほとんどなく、母親は掛け値のない愛で、子どもの欲するままに空腹を満たし、この点において内発的動機づけは守られる。自己信頼心、他者信頼心、そして内発的動機づけは、その後の長い人生を適応的に生きることを保障する三大性格といえる。この時期のこのような性格の形成課題は、時期に若干のずれがあるとはいえ、Freud の口唇期と肛門期(たとえば, Freud, 1905)、Erikson の信頼対不信、自律性対恥と疑惑の発達段階

階（たとえば、Erikson, 1982）、Bowlby のアタッチメント理論（たとえば、Bowlby, 1969/1982）、そして Deci の自己決定理論（たとえば、Deci, 1975）等にも関連した見解がみられ、普遍の黄金律ともいえるこの時期の性格発達課題である。

このときの性格の達成課題のうち自己信頼心と内発的動機づけに注目すると、それは自律的な性格（自律性）であることがわかる。一般に自律性は、「何かをするとき、自分が自分の意思で動き、自分がその営みそのものを楽しみ、自分で独自なものを創造していく」特徴と考えられ、これは内発的動機づけと自己信頼心の高まりと強く関連していることは容易に理解できよう。また、残り1つの性格発達課題である他者信頼心とこの自律性の関係についてもふれる必要があるが、この点については後述したい。

この自律的な性格が形成されない場合は、2つの方向が考えられる。1つは、親から子どもへの働きかけが希薄になり、子どもが外界をコントロールする意欲を失い、依存的で消極的になっていく場合。今1つは、親からの働きかけが子どもからの欲求を示すシグナルとは不対応あるいは対応が間欠的になり、子どもの怒りや敵意が高じ、攻撃的になっていく場合である。これらは、上述した不健康をもたらす2つの性格タイプに合致し、精神健康面では、どちらのタイプもうつ病に罹患する確率が高まり、身体健康面では、依存・消極的性格では免疫系機能の低下からガンに、攻撃性格では循環器系への影響から心臓病（特に冠状動脈性心臓病）に罹患する確率が高まる。また、攻撃的な性格や依存・消極的な性格が、暴力、いじめ、不登校、引きこもり等の様々な不適応行動と関連することも容易に想像できる。

## 2. 自律性に続く教育対象

こうして自律性は、健康や適応をもたらす基幹となる性格としての姿が明らかになり、健康や適応の予防教育においては最終的な目標に位置づけられる性格と言える。

それでは、この自律性を基盤とするにしても、他に重要な位置づけにある性格は何であろうか。また、そのような位置づけにくる性格が他にあるのであろうか。自律性は、「何かをするとき、自分が自分の意思で動き、自分がその営みそのものを楽しみ、自分で独自なものを創造していく」特性であることは先述した。この意味内容からすると、直接的には、他人と歩調を合わせる、思いやる等の向社会性（prosociality）が含まれていない。社会生活を行う人間が健康で適応的に生活するには、この向社会性を必要とする。向社会性の構成要素を細かくいうと、人が他人の感情や状況（特に困ったり、悲しんだりしている場合の）に気づき、共感（エンパシー、empathy）し、なんとかしてあげたいと思い（シンパシー、sympathy）、実際に援助行動を行うことである。この中でも重要な要素は、エンパシーやシンパシーといった感情的要素であろう。つまり、向社会性を性格と考えると、これらの認知、感情、行動上の諸要素を含むことになる。

しかし、上記の自律性の形成過程や内容を見ると、向社会性とは関係がないとは言えない。たとえば、自律性獲得の過程で同時に形成される他者信頼心は、向社会性の基盤になる。たとえば、信頼できない他者にシンパシーを感じることはむずかしい。また、上記の自律性の形成過程には、母子の感情交流が多分に含まれ（たとえば、お腹がすき泣く、泣く子を見て心配する、母乳を得て満足、満足な子を見て安心）、相手の感情を認知し、共感する下地がここに確認される。

また、自律的な性格として紹介したタイプ4は、その定義には、「・・・自分たち自身の自律性と自分たちが一緒にいたいと願う人たちの自律性の両方を自分たちの幸福の最重要条件と考える」（Eysenck, 1991, p.56）という内容があり、他者を尊重する要素が入っている。また、自己決定理論においては、人は、自由に活動の遂行を選び（自律、autonomy）、活動をマスターし（コンピテンス、competence）、そして自分にとって大切な人と結びつきサポートされていると感じるとき（関係性、relatedness）、内発的に動機づけられるとし（Gagné, 2003）、自律性と関係性の関連を強調している。この関係性は、他者との良好な関係を示し、それは向社会性の重要な基盤となる。また、実証的な研究でも、一般に内発的動機づけを損なうと考えられる報酬の付与（Deci et al., 1999）は、後の援助行動を阻害することが指摘されている（たとえば、Kunda & Schwartz, 1983）。また、Gagné(2003)では、自律性とボランティア活動時間には正の関係があること、またその場合、自律性からボランティア時間への影響の方向を示唆している。また、向社会性を高めると考えられるキャラクター・エデュケーション（character education）を実施した後は、自律性との関連が深い自己効力感（self-efficacy）が高まったという研究もある（Battistich, Schaps, Watson, & Solomon, 1996）。

こうして、自律性の形成は同時に向社会性の形成に関連することがわかるが、自律性の形成は向社会性の形成

を保証するという関係ではなく、自律性の形成は向社会性の形成には必須であるが、かならずしも自律性が向社会性をもたらすものではないことが予想される。これは、向社会性の構成要素が複雑で高度なソーシャル・スキル (social skill) を含んでいること等を考えると、発達後に完成されていくことが推測される。つまり、自律性の形成を基幹としながらも、向社会性の形成には特別に配慮する必要がある。

この自律性と向社会性を重視する考えかたは、日本では昨今何かと話題になっている生徒の学習到達度調査 (Programme for International Student Assessment: PISA) の背景にあるキー・コンピテンシー (key competency) にも見られることは偶然の一致であろうか。このキー・コンピテンシーは、経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) による DeSeCo (Definition & Selection of Competencies; Theoretical & Conceptual Foundations) (コンピテンシーの定義と選択: その理論的・概念的基礎) プロジェクトによって提起された概念である。コンピテンシーは広く能力を指すが、DeSeCo では、人生の成功と正常に機能する社会のために必要な能力として、その中核となるコンピテンシー (キー・コンピテンシー) を選択・定義しようとした。その結果、自律的に活動する力、異質な集団で交流する力、相互作用的に道具を用いる力という3つのキー・コンピテンシーを導いた (Rychen & Salganik, 2003)。この最後のコンピテンシーは PISA で査定されようとする知的側面の能力と考えられるが、最初の2つのコンピテンシーは、本論文で強調する健康や適応のための自律性と向社会性に深くかかわる概念であることがわかる。

### 3. おおもとの性格がもたらす認知、感情、行動特徴、そして、ベース教育とオプション教育

健康や適応への性格の根幹として自律性と向社会性をとらえると、その性格は様々な認知、感情、行動特徴を生み出すことになる。それらの基幹性格に歪みがあれば、その歪みは認知、感情、行動にも反映されることになる。その認知、感情、行動の歪みは無数にあり、適応上、健康上の各問題によって異なる。

教育対象としての性格と認知、感情、行動については、先に述べたとおり、性格は、教育目標の一大指針になったとしても、教育が直接的に行われる対象としては大きすぎ、また曖昧度も高い。そこで、実際の教育では、個々の認知、感情、行動を教育対象とし、その変容が最終的には性格の変容をももたらすことを期待することになる。これは、発達の過程で、認知、感情、行動が性格を形成する過程と同様のことを行うことになることも先にふれた。

こう考えると、自律性あるいは向社会性の向上を目指し、それらの基幹性格をもたらす認知、感情、行動の向上を対象にして行う教育は、すべての健康と適応問題に共通した教育になろう。つまり、この教育を健康と適応へのユニバーサル予防教育のベースとすることができる。このベース教育は、学校における既存の教科に対応するような、広く継続的に適用される教育とすることができる。

しかし昨今の教育現場では、学校適応関係の問題では、いじめ、不登校、暴力、非行、人権侵害、心身健康関係の問題では、生活習慣病、うつ病、乱れた食行動等、具体的な教育対象が浮かび上がり、学校によってそれらのプログラムへのニーズが異なる。いずれの問題の場合も、自律性や向社会性の基幹となる性格の歪みが問題になっていることが予想され、それに伴って認知、感情、行動が特徴的な歪みをもっていることも予想される。たとえば、生活習慣病ならば、食や運動など具体的な行動上の問題、うつ病ならば、原因帰属等への特徴的な認知の歪み、暴力ならば怒り感情のコントロール不足等である。これらの具体的健康・適応問題に関する現代的な課題では、自律性や向社会性の教育の必要性を背景に持ちながらも、それらを強く意識せず、各問題に特徴的な認知、感情、行動上の問題の改善に焦点を当てた教育も必要になろう。これらの教育は、上述の自律性や向社会性の教育を必須のベース教育とすれば、オプション、つまり選択して行う教育として学校側が必要に応じて実施することもできるし、学年進行で散発的に挿入することもできよう。

### 4. 教育目標、教育方法、そして、教育評価の構成

現行の学校教育の問題の1つは、教育目標と方法が乖離しがちであることであろう。すなわち、大きな教育目標を掲げても、実際の教育方法がその目標の達成に結びついていないという問題である。この点では、教育においての大きな目標 (大目標) を大切にしながらも、その大目標を具体的な教育方法につなげるため、大目標のもとに下位の目標を設定しながら方法につなげるという目標構成が必要になる。山崎ら (山崎, 2000; 山崎他, 2007) は、この点について、大目標を構成する構成目標、そして各構成目標を方法に結びつける操作目標とい

う階層的な目標構成を設定し、操作目標の下に具体的な方法を展開している。このような方法をとると、個々の教育方法と最終的な大目標とのつながりを見失うことはない。

予防教育科学のもとでは、この目標の設定は、関連領域の実証的な基礎データや理論から導出されるべきである。もちろん、目標設定に際してニーズを満たすだけのデータや理論がない場合があり、そのため、教員や研究者の経験や主観が入ることは教育の場ではやむを得ない現状である。それほどに、教育上の問題やニーズに対応する実証的な研究が不足している。

また教育方法に関しても、科学（自然科学や社会科学）で培われた技法や理論が利用されることが基本方針であることは言うまでもない。主として技法にかかわるものでは、認知(行動)療法(cognitive behavioral therapy)、感情焦点型療法(emotion-focused therapy)、種々のカンセリング技法(counselling)、ソーシャル・スキル・トレーニング(social skills training)、応用行動分析(applied behavioral analysis)、諸々のリラクゼーション技法(relaxation)等々、主として理論にかかわるものでは、社会的認知理論(social cognitive theory)、条件づけ理論(conditioning theory)、認知理論(cognitive theory)、ヘルス・ビリーフ・モデル(health belief theory)、プリシード/プロシード・モデル(PRECEDE/PROCEED model)等々、枚挙にいとまがない。この理論や技法の多さは、選択肢が広がるという利点があるが、それを学び取り入れる側の立場にたつと、その多さから逆に煩雑さと学習の困難さに圧倒されることになる。このことは、予防教育において利用できる理論や技法はある程度整理される必要があることを示唆している。

さらに教育効果の評価についても、学校で行われている評価には問題が多い。教育中や教育後に、児童・生徒が書いた作文や保護者からの散発的な感想をまとまりなく少数とりあげ、教育の評価に変える場合が多い。この評価の問題は後にもふれるが、何らかの標準的な方法を設定する必要がある。米国で行われた、学校心理学におけるエビデンスに基づいた介入に関するTask Force(2003)による効果評価の推奨手続きを見ると、何らかの介入の効果評価は煩雑できわめて難しい。研究界で推奨される方法をそのまま教育界に取り入れることは現実的ではなく、たとえば、教育や介入を受けない統制群との比較などは学校では難しいし、またその必要もないかもしれない。つまり、ある程度研究上効果評価が確認された教育プログラムを使用する限り、実践適用の場である教育現場でその効果評価を同様の精度で行う必要はないであろう。しかし、後述するように、ある程度の科学性をもった効果評価は教育の場でも必須で、この評価をどのレベルでどのように行うかを明示することは今後の重要な課題になる。

こう考えると、新規教育プログラムの開発時においては、真にプログラムが効果をもつのかどうかは、煩雑であろうと科学的な評価方法をとることの重要性が強調される。この科学的な評価方法の要点を述べると、まず、教育を行うグループ(介入群)と行わないグループ(統制群)を設定し、両群は教育を行うか行わないかという点においてのみ異なり、グループ内には分析単位としての複数の学校が含まれる。この場合、各群内の学校は、評価の効果を適用する母集団を代表していることも必要になる。そして、教育目標の達成度が測定できる信頼性と妥当性の高い尺度を、教育前後に測定することを必須とし、場合によっては、教育中や教育終了後の一定期間を経て測定することも推奨される。この細部の理想的な実施条件はきわめて複雑で、上述のTask Force(2003)等を参照していただければよいが、このような効果評価は学校の教員が行うことは現実的ではなく、研究者が経費的に多大な援助を受けながら行う必要がある。

さらに効果評価については、教育の全体的な評価のみならず、教育に参加した個々の児童・生徒の個別評価が必要になる。実際の学校教育においてはこの個別評価の方が重要になるが、この点については後述したい。

## 5. 学校教員が学ぶ必要がある実証的データと理論

学校で行われる予防教育は、大学等の研究者のみが開発すべきものではないであろう。ベース教育でもオプショナル教育でも、ひな形は研究者側が用意することがあっても、その完成は当該の学校の協力のもとに行われることが必要である。実際の実施者は学校教員であり、実施の場は学校であるから、その方が現実的に適用度の高い教育プログラムが導かれる。

この点において、学校教員は予防教育の基礎から応用にいたる実証的データと理論を学ぶ必要があり、その学びを円滑に進めるための利用資料をまとめて用意する必要がある。また、実際に適用される各教育においても、教科書や実施マニュアル(解説、指導書)等を、学校教員がすぐにでも当該の教育を実施できるかたちで準備する必要がある。これらの学習資料や教育実施マニュアル等は十分には作成されておらず、また既存のものを整理

したとしても必要とする資料やマニュアルはまったく不十分であるのが現状である。

### Ⅲ. 学校における予防教育の特徴

#### 1. 学校教員と予防教育

本論文で扱う予防教育は、小、中、高校が主たる実施場面になる。もちろん、保育園、幼稚園、大学等でも実施されることもある。また、単発的に行うものではなく、ある程度の年間計画をもって継続的に実施することが多くなる。このことから、学校の外部の者が教育実施者になることは想定できず、やはり当該の学校の教員が行うことになる。このことは、別の観点からも先述した。具体的には、クラス担任教員を中心とし、養護教諭、栄養教諭、家庭科教員、保健主事等がこの教育を実施することになる。もちろん、教育計画と実施の最高責任者は各学校の校長になろう。

そこで問題になるのが、学校教員がこのような予防教育の実施についてほとんど学んだことがないということである。学校の教育では、学習指導要領、教科であれば学習指導要領解説〇〇編があり、教師用指導書等も各出版社から出ている。つまり、多忙を極める学校教員が随時参照して進められるマニュアルがある。このマニュアルがあることから、学校教員は日々の教育活動を円滑に進めることができる。もっとも、この教育のマニュアル化が各教員の教育への創造性を奪っている側面は強調しておきたい。

また近年では、学校での通常の授業にはなかった教育も公に推奨され始め、たとえば最近では食育が推進されている。食育基本法（2005年施行）、食育推進基本計画（2006年）、食に関する指導の手引き（2008年）などが立て続けに公表され、各都道府県ではさらに具体的な指導計画を立てているところも少なくない。また、少し前から始まっている読書活動の推進についても、「子どもの読書活動の推進に関する法律」（2001年施行）、「子どもの読書活動の推進に関する基本的な計画」（2002年）をはじめ多数の指導指針となる資料が用意されている。これらの食や読書の教育活動は、本論文の予防教育と接点があり、食育は健康にかかわり、読書も内容によってはじめや暴力予防にかかわる内容をもつ。ただ、これらの食や読書の教育資料の内容は、本論文で考える学校における予防教育とはわずかな接点をもつだけで、また、そこでの諸々の指導、教育資料もその作成だけに終わり、実際の学校ではほとんど利用されていない点も気にかかる。

そこで、学校教員を対象とした研修、予防教育を推進するリーダーの育成、予防教育にかかわる多くの教育マニュアルや書籍等の発行が必要になる。この研修等は学校における予防教育の遂行にとっては極めて重要な位置づけにあり、別の機会にその詳細を示すことを考えている。また、将来的には教員養成系の大学において、授業カリキュラムの中に予防教育科学に関する授業を設けることも柔軟に検討する必要がある。

#### 2. 固定化の度合いが高い学校カリキュラムに入る

##### (1) 学校教育に予防教育が入る余地

日本の学校教育では、授業等のカリキュラムがほとんど隙間なく組み込まれている。そこで、文部科学省の学習指導要領の枠からはずれたければ、研究開発校制度があるようだが、その指定は狭き門であるし、期間限定でもある。またこの受験競争の中、その枠から出ようとする学校はほとんどない。大学の附属学校などはすべて研究開発校に認定されてもよいようなものだが、附属学校においてもこの制度を受けることは少ない。

学校における授業は、小・中学校では、教科、道徳、外国語活動（小学校のみ）、総合的な学習の時間、特別活動になる。高校では道徳がなくなったり、学校設定科目や教科を設けることが可能になる特徴が加わる。各授業の時数もさまざまであり、学習指導要領に詳しく定められている。なお学習指導要領については、2008年3月28日に小学校学習指導要領・中学校学習指導要領が告示され、小学校では2011（平成23）年度、中学校では2012（平成24）年度から完全実施される。また、2009年3月9日に高等学校学習指導要領、特別支援学校学習指導要領が公示され、2013（平成25）年度の第一学年から学年進行で実施される。高等学校においては引き続き学校設定科目（教科）が認められ、生徒の実態等に合わせて、学校独自の授業が設定できる。

他には、学校種によって分類が異なるが、授業時間以外では、休憩時間、給食時間、部活動等の課外時間、そして、特別活動の範疇にある児童・生徒会活動や諸々の学校行事等がある。また、捻出できるわずかな時間を利用して朝の読書活動に充てたり、一部の児童・生徒を対象に土曜日に教科指導等を行う例もある。

このような現行の学校教育の中で予防教育を実施しようとした場合、どの時間で実施することができるのかを考える必要がある。基本的には、実施しようとする予防教育の目的と整合性があれば、どの教科、どの授業でも実施することができる。教科であれば、社会、国語、生活、家庭、保健体育、他の授業では、道徳や総合的な学習の時間や特別活動に入ることができる。授業時間以外では、給食時間や朝の読書時間のように短時間でも捻出してその実施に充てることは可能であろう。実際、キャラクター・エデュケーション (character education) で名高い、米国のニューヨーク州立大学コートランド校の Thomas Lichona は、キャラクター・エデュケーションはどの教科でも教えることができることを指摘し、メイン州ポートランドで行われた多教科に及ぶこの教育の展開例を紹介している (Lichona, 1991)。

## (2) 予防教育を実施できる時間

上述のように、どの授業、どの授業外の時間でも予防教育を実施できる可能性がある。ここでは、そのうち、利用可能性の大きな時間を新学習指導要領での授業内容にそってまとめてみたい。

①総合的な学習の時間 第Ⅱ節で述べたように、病気や学校適応の問題は、個人の自律的な性格の欠如に根本的な原因があることが多い。これは、総合的な学習の時間の重要な目的である自己学習力を支える力と言え、生きる力の重要構成要素である自己学習力の教育はこの性格特性の教育を抜きにしてはあり得ない(詳しくは、山崎, 2000 参照)。この点に、心身の健康や学校適応への予防教育が、総合的な学習の時間を利用して実施する根拠を確認できる。

②道徳 これも第Ⅱ節で述べたように、健康や適応の土台となる自律的な性格は、他人を尊重する力を形成する基礎にもなる。高い自己信頼心と内発的動機づけからなる自律性は向社会性と関連が深いことは先述した。この向社会性は道徳の授業が目指すところであり、また健康や適応のために、向社会性が自律性と双璧の基幹性格であることも先述した。社会生活を余儀なくされる人間にとって、他人との円滑な相互交渉力は、健康や適応のためには必須のスキルとなる。こうとらえると、予防教育と道徳とは多くの接点をもつことがわかる。

③国語や外国語 (小学校では外国語活動) 上述したように、健康や適応には他人との円滑な相互交渉が必要であり、この相互交渉の多くは言語的コミュニケーションの技能からなる。言うまでもなく、国語や英語などの言語はコミュニケーションの重要な手段である。それは単に文法や単語等を学ぶこと以上に、適切な相互交渉を保証する道具になる必要があり、その教育において予防教育との関連がある。

④(保健)体育 体育と保健は、健康な心身を形成することが授業の目的であるから、予防教育とは大きな接点があり、当然のことながら多様な利用価値がある。

⑤(技術・)家庭の時間 衣食住は人の健康的な生活の基本となり、この点において予防教育との接点をもつ。

⑥生活 (小学校1, 2年) この授業の目標は、具体的な活動や体験を通して、自分と身近な人々、社会及び自然とのかかわりに関心を持ち、生活上必要な習慣や技能を身につけさせ、自立への基礎を養うことである。この点は、健康や適応をはかる基礎となることができ、目的によっては予防教育が参入することができる。

⑦特別活動 この時間も、集団内での適切な対人関係力を形成するために利用できる。学級活動、児童・生徒会活動、クラブ活動などいずれの活動も利用可能であり、とりわけ成員の凝集性が高くなるこれらの特別活動は、予防教育との目的が合致すれば、予防教育の効果的な場とすることができる。

⑧給食の時間 食は心身の健康の基礎になる。小中学校ではほとんどの学校で給食があり、これは生きた教育の場になり、日々の給食の献立に沿ってさまざまな予防教育が展開できる。

その他、課外活動の利用、土曜日、長期休暇の利用等は、先述のように柔軟に利用したい。

こう考えると、固定化されている学校カリキュラムにおいても、工夫次第でかなりの時間がとれることがわかる。思いもよらないところで予防教育の対象となる教育時間が多いことには注意を喚起したい。他にも例を挙げると、学校では人権教育が重要視され、研究校として指定されることがよくある。人権の基本は、簡単に言えば、「自分の大切さとともに、他の人の大切さを認める」ことである (文部科学省, 2008 c)。これは、先述したように、健康や適応につながる性格の基本型、自己信頼心、他者信頼心、内発的動機づけに対応した特徴になる。つまり、人権教育の最終目標と多くの予防教育の究極の目標である自律性とは合致する。このような性格の基本型の観点から人権教育を考える試みはほとんど行われていないし、人権を尊重する心の重要な特徴とその発達過程を考慮することがなければ、本当の人権教育、真に効果がある人権教育にはならない可能性は否定できない。

補足であるが、学習指導要領では、各学校において授業時間を柔軟に設定することができることを示し、時間割の弾力的な編成も可としている。この点は、予防教育という新教育を学校教育に導入する好材料になろう。

しかし、他人の家を借りて教育時間とするような試みだけでは心もとない。その都度借りる時間との目的上の整合性等を考えなくてはならない。この点を考慮すると、近い将来、予防教育に専用の授業時間が週に1時間ほど設定される方向での学習指導要領の改訂を目指すべきであろう。事は、子どもの健康と適応という、最重要事である。この方向での授業参入に臆する必要はなく、来るその日にために、恒常的な授業となれる準備をしておく必要がある。本論文は、そのことを念頭に置いて書かれていると言ってもよい。

### (3) 心身健康と適応を保障することへの意識の高揚

近年学校教員の疲弊度は高く、心身の健康を損ね休職や退職を余儀なくされる教員の数は多い。学校教育職員の病気休職者は年々増加し、2007年度には8,069人、そのうち精神疾患による休職者は61.9%を占めた（文部科学省、2008 d）。その原因は多様であろうが、他の教師、親、そして児童・生徒との対人関係上の問題に起因するケースが多いものと推測される。特に多くの児童・生徒と一度に接する必要がある教員にとって、クラス内で問題行動を示す一人、二人の児童・生徒がいるとかなりの負担を強いられる。そして、その負担の多くは、問題が起こってから事後の対処に由来している。そのような問題行動を示す子どもにならないように予防教育が充実していれば、負担の発生もかなり抑えられることになろう。

学校では、知的側面、健康的側面、社会的側面を中心とした教育が行われる。この3者がバランスのとれた教育が望まれるところであるが、実際には知的側面の教育に費やされる時間が圧倒的に多い。しかし、誰の目にも、心身の健康や適応が最重要で、その重要度においては、知的側面の教育に勝ることがあっても劣ることはないことは明らかである。

しかし、この点がおろそかになり、多くの子どもの健康や適応を損なう学校教育の現状は、大きな価値転換を迫られていると言えよう。もっとも、その価値を十分に理解しているのだが、どのようにその教育を進めたらよいのか、その評価をどうしたらよいかかわからず、途方に暮れている教員がいることも事実である。また、効果を大きく望める予防教育などあり得ないという諦観や不信があることも指摘される。これは、学校における予防教育が十分に開発されていないことと、またそのような教育があっても十分な時間をもって学校に適用できず、その点から効力が発揮されていないことも一因となっている。つまり、学校側と予防教育の開発側の双方に大きな問題があり、これら双方の問題を解決することが必要になる。

### (4) 全体あるいは個別評価において効果を見せる必要性

なぜ知的教育に直接的にかかわる教科に重点が置かれるのか、それには様々な理由がある。旧来より指摘される日本の受験制度や、序列化された大学や学校の存在はその最たる理由であろうが、今ひとつ見過ごせない点は、知的教育にかかわる科目においてはその成績の優劣が点数化されることである。つまり、その精度や妥当性はさておき、出された点数の多少は優劣を明確に示すことになる。相対的に社会的地位等が決定される人間社会では、どうしても優劣に通じる得点には敏感にならざるを得ない日常がある。

昨今の経済協力開発機構（OECD）において教育インディケータ事業として進められている「生徒の学習到達度調査」（PISA）の結果が、日本の教育界に与えた影響を見るとこのことが如実に伺える。国別順位の低下に過敏になり、そのことが次の学習指導要領のあり方にまで大きな影響を与えることになった。つまり、ゆとり教育を見直し、総合的学習の時間を減らし、一部の教科の時間を増やす方向での学習指導要領の改訂である。この改訂の是非には多くの議論がなされる場所であるが、明確に出される結果（得点成績）、その変化や他者との相対的な比較が、児童・生徒のみならず、教育者や保護者に与える影響は甚大である。

この点、予防教育における評価や効果は、教育直後に明確な数値をもって示すことは困難を極める。たとえば、身体的健康面をみると、その教育効果は、学校において十分な予防教育を受けた者が、後に（中年期以降になることも少なくない）病気（生活習慣病等）に罹患する確率が減るかどうかを調べて結果を出すほど、時間的にかなり先に確認されることも少なくない。これでは、時間を置かず目に見えた効果を期待する保護者や教育者から支持を受ける教育にはなり得ない。

こうしたことから、この予防教育においては、長期的な効果だけでなく短期的な効果を得て、それを明示する必要がある、しかもその効果を数値など明確なカタチで提示しなければならない。長期的に効果があるものは、短期的にも何らかの効果をもっているはずであり、それを提示しなければならない。ただし、その評価は相対的

なものになるべきではなく、個人内の継時的変化等の評価を重視すべきであろう。相対的な評価に敏感になることは、予防教育の最重要課題になる自律性を損なうことになることは言うまでもない。

### 3. 学校における予防教育の進め方 —— その他の留意点 ——

これまで、学校で行う予防教育プログラムそのものに焦点を当てて説明してきた。しかし、予防教育プログラムの実践は、その効果を最大のものにするためにプログラムには直接関連しない教育面も重要になる。

たとえば、学校全体に予防教育にかかわるキャンペーンを張ることも効果的であろう。何らかの教育や普及を行う場合、それに関連したシンボルを用い、多くの人の注目を集めようとするのがよく行われる。たとえば、米国における例であるが、ガン予防プロジェクトで有名な「健康増進のために毎日5サービング」(the 5 A Day for Better Health Initiative) (一日5サービング以上、野菜やフルーツをとることを推奨する運動)が始まると(たとえば, Havas et al., 1994), 販売されている野菜パッケージには「EAT 5 A DAY」のロゴが記載され、それを購入する者は自然とこのプロジェクトに注意が向く。教育に関連したポスターを貼ったり、広告を出したりする類のものでも、学校など教育対象が限定されている場合は、キャンペーンを張るとそれだけで教育効果が上がることもしばしばない。キャンペーンを張ることには、その背景となる科学性や学問性はあまり必要なく、アイデア勝負で、場合によってはある程度の費用がかかることもある。

次には、プログラム実施者が児童・生徒に接する一般態度の問題がある。同じ教育をしても、誰が担当して実施するかによってその教育効果が異なる場合があることは事実である。それは、教育実施者の人格(性格)からにじみ出る態度が、知らないうちに子どもたちに影響を及ぼすからである。筆者たちは、教育プログラムを実施する先生がたに身につけて欲しい教育態度や知識として以下のものを挙げている。①知識をさずけるだけでは子どもたちは変わらない。②子どもは、本来自分で正しく伸びていく力をもっている。③賞罰の危険性と与えるときの注意点。④内発的動機づけの重要性。⑤子ども同士の交わりや助け合いを多用すること。⑤子どもの個人差は大きく、その個人差を考慮した働きかけをすること、などである。その詳細は、山崎他(2006)に詳しいので参照されたい。このような態度や知識は、何も予防教育を実施するときだけに必要なものではなく、また予防教育の実施者だけにもってもらいたいものでもない。子どもに接する誰もが身につけてもらいたい態度や知識になる。

そして最後に、学校におけるシステムの問題である。たとえば、小学校のあるクラスで暴力的な児童が出たとすると、学級王国と擲擻されるほどクラスのことは担任に任せられる。しかし、最大40名もの児童を一度にコントロールしなければならない担任がその不適応児に時間と労力を裂いて対処することは並大抵のことではない。もし、そうしなければならないとすると、担任は疲弊し、担任の健康問題にもかかわることになる。このとき、学校長がイニシャチブをとって、手が空いている先生がたがスムーズにそのクラスに入り援助できるシステムと雰囲気があれば、一人の問題児も多くの教員のサポートのもとに対処されることになる。このようなシステムづくりに、地域や家庭やボランティア学生を取り入れることも可能であろう。このシステム作りでは、もと民間校長で東京都の和田中学の校長であった藤原和博の試みなどはその例として挙げられ(たとえば、藤原, 2008), その試みに賛否両論があっても、そのアイデアと情熱は買いたい。

### 4. 今後明示すべきこと

こうして本論文では、学校における予防教育科学について、その特徴や留意点等を広く紹介してきた。その過程において随所に、さらに詳しく記述する必要があることや今後新たに記述する必要があることを示唆してきた。

本論文の最後に、学校における予防教育科学に関連して、今後明示すべき諸点を以下にまとめておきたい。

#### (1) 予防教育に関連して学校教員が学ぶための、基礎から応用にわたる実証的データならびに理論の整理と提示

予防教育を科学的に実施するには、科学の領域(自然科学や社会科学)で蓄積された実証的研究データや理論を参照して教育目標を構成したり、教育方法を構築したりする必要がある。この点については、研究者のみならず、プログラム実施に関与する学校の教員にもそのデータと理論の基礎を知っていただく必要がある。

そこで、現行の学習指導要領解説や教師用指導書に匹敵する参考資料を用意する必要がある。多くの実証的研

究データや理論をどのように精選し、そして、この領域に専門性をもたない学校教員にどのように提示するかを考え、徐々にその資料を公表していくことが求められる。

## (2) 予防教育の実際 —— ベースとオプション教育について ——

本論文で導出したベース教育の目標を達成する教育を実際に開発する必要がある。自律性と向社会性全般の向上を目指した教育プログラムは日本においても散見されるが、健康や適応を守る教育の核として、対象とする発達段階のすべての子どもに実施できるまでの中身はない。そこで、このベース教育をあらたに開発する必要がある。そして、その開発されたプログラムは、教科書のような位置づけをもつ資料として提示する必要がある。

また、健康や適応での特定の問題（いじめやうつ病予防等）にかかわる教育プログラムは数多く現存するが、それをオプション教育として学校側が使用するとき、その適用を容易にするような資料の準備をする必要がある。また、どの発達段階でどのオプション教育が必要になり、各発達段階で必要になるオプション教育プログラムをすべてそろえる必要がある。

学校での現行の予防教育は大学等の研究者が指導者となって学校教員が行うか、あるいは大学等の研究者たちが実際に行っていることが多い。しかし、この予防教育が広域の学校で継続的に実施されるには、学校教員が自分で進めることができる教科書や参考資料が必須となり、この方向での準備をしなければならない。

## (3) 教育プログラムの効果評価

教育プログラムの効果評価は科学的に実施される必要があることは本論文において述べた。それを目に見えるかたち、しかも短期的な効果のかたちで示す必要も述べた。さらには、実際に統制群を設定した上での評価が教育場面では現実的でないことにも言及した。

こうした条件をもった学校での教育評価をどのように実施したらよいか、その基本的な考え方と方法を示す必要がある。特に、学校教員は、この科学的な評価についての知識は乏しいので明確にそれを示すことが必要になる。

## (4) 研修システムの詳細と普及方法

大学の教員養成課程では、健康や適応への予防教育の授業はほとんど実施されていないのが現状であるから、すぐにでもこの予防教育を実施するとなると、実施教員への研修とその普及を考えていかなければならない。

広域の学校で実施するとなると、多くの教員がかかわることになるので、その研修はシステム化する必要がある。大学の研究者がすべての実施教員に研修をすることは時間面あるいは労力面から考えると現実的ではないので、プログラム実施教員の中核となるコア・リーダー、そして各地域で中心的位置づけに来るサポート・リーダーを育成し、リーダーから各プログラム実施教員への研修というシステムを考えることも一案であろう。いずれにしても、その研修システムと研修内容を構築して、機能させる必要がある。

最近、特別支援の推進のために、特別支援コーディネーターやその校内委員会ができ、また食育の推進のために、食育コーディネーターが各学校に置かれることが多くなった。保健主事などは以前から児童・生徒の健康と適応を守るために設置されている。この保健主事の発展でもよいが、新たに健康・適応支援コーディネーターを設置し、そのための校内委員会制度も確立して、この予防教育の普及をはかる方向も考えてみたい。

また、大学における教員養成課程での授業カリキュラムへの参入も考える必要がある。学校教員になる前の学生の段階で、この予防教育について学習することは最高の研修になり、また教員を目指すすべての者が対象になるので効率がよい。このためには、文部科学省を動かす必要があるが、予防教育の効果と必要性についての意識の高まりがそのことを実現していくことになるだろう。

本論文では、学校においてユニバーサル予防を中心に実施される予防教育について、その特徴と在り方、そして、今後の発展上の必要点について詳述した。子どもの健康や適応問題は何よりも大切であることは誰もが認めるところであるが、学校でのその教育の実現は遅い。その理由は、本論文において随所に指摘した。それを指摘するだけの作業は容易であるが、それら実現への障壁を乗り越えることは並大抵のことではない。

日本においてこの種の予防教育を実践している研究者や教育者が知恵をしまり、また共同することが最初に必要になることであろう。学校における予防教育科学の展開は、明日の日本の教育を変える可能性に満ちている。その展開の前途は厳しいが、それを進めることが、子どもの健康と適応、そして至福を達成するためには、どう

しても必要であることを再度強調しておきたい。

## 引用文献

- 安藤寿康 (2000). 心はどのように遺伝するか 講談社
- Battistich, V., Schaps, R., Watson, M., & Solomon, D. (1996). Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trail. *Journal of Adolescent Research, 11*, 12–35.
- Benjamin, J., Li, L., Patterson, C., Greenberg, B.D., Murphy, D.L., & Hamer, D.H. (1996). Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of novelty seeking. *Nature Genetics, 12*, 81–84.
- Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss, Vol.1: Attachment. New York: Basic Books.
- Buchman, B.P., Sallis, J.F., Criqui, M.H., Dimsdale, J.E., & Kaplan, R.M. (1991). Physical activity, physical fitness, and psychological characteristics of medical students. *Journal of Psychosomatic Research, 35*, 197–208.
- Camargo, C.A., Vranizan, K.M., Thoresen, C.E., & Wood, P.D. (1986). Type A behavior pattern and alcohol intake in middle-aged men. *Psychosomatic Medicine, 48*, 575–581.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow and the Feeling Brain*. New York: Harcourt. 田中三彦 (訳) (2005). 感じる脳 ダイアモンド社
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Press. 安藤延男・石田梅男 (訳) (1980). 内発的動機づけ —— 実験社会心理学的アプローチ —— 誠信書房
- Deci, E., Koestner, R., & Ryan, R.M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin, 125*, 627–668.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊東耕一・北側信樹・小山 司 (2004). 小・中学生の抑うつ状態に関する調査 —— Birleson 自記記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて —— 児童精神医学とその近接領域, 42, 277–302.
- Ebstein, R.P., Novick, O., Umansky, R., Priel, B., Osher, Y., Blaine, D., Bennett, E.R., Nemanov, L., Katz, M., & Belmaker, R.H. (1996). Dopamine D4 receptor (D4 DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking. *Nature Genetics, 12*, 78–80.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: W.W. Norton & Company.
- Eysenck, H.J. (1987). Personality as a predictor of cancer and cardiovascular disease, and the application of behaviour therapy in prophylaxis. *European Journal of Psychiatry, 1*, 29–41.
- Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, personality, and stress*. New York: Springer-Verlag.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Fischer: Frankfurt am Main. *Three Essays on the Theory of Sexuality*, trans. James Strachey. (1962). New York: Basic Books.
- Friedman, H.S. (Ed.) (1990). *Personality and disease*. New York: John Wiley & Sons.
- Friedman, H.S., & Booth-Kewley, S. (1987). The “disease-prone personality”: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist, 42*, 539–555.
- Friedman M, & Rosenman R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association, 169*, 1286–1296.
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., & Reise, S.P. (1995). Personality dimensions and measures potentially relevant to health: A focus on hostility. *Annals of Behavioral Medicine, 17*, 245–253.
- 福西勇夫・山崎勝之(編) (1995). ハートをむしばむ性格と行動 —— タイプ A から見た健康へのデザイン —— 星和書店
- 藤原和博 (2008). つなげる力 文藝春秋
- Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behaviour engagement. *Motivation and Emotion, 27*, 199–223.
- Gallacher, J.E., Fehily, A.M., Yarnell, J.W., & Butland, B.K. (1988). Type A behaviour, eating pattern and

- nutrient intake: the Caerphilly Study. *Appetite*, 11, 129–136.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H.J., & Vetter, H. (1988). Personality type, smoking habit and their interaction as predictors of cancer and coronary heart disease. *Personality and Individual Differences*, 9, 479–495.
- Havas, S., Heimendinger, J., Reynolds, K., Baranowski, T., Nicklas, T.A., Bishop, D., Buller, D., Sorensen, G., Beresford, S.A.A., Cowan, A., & Damron, D. (1994). 5 a day for better health: A new research initiative. *Journal of the American Dietetic Association*, 94, 32–36.
- Johnson, C.C., Hunter, S.M., Amos, C.I., Elder, S.T., & Berenson, G.S. (1989). Cigarette smoking, alcohol, and oral contraceptive use by type A adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 13–24.
- 警察庁 (2009). 平成20年中における自殺の概要資料
- 厚生労働省 (2007). 厚生労働白書
- 厚生労働省 (2009 a). 日本人の平均余命平成20年簡易生命表
- 厚生労働省 (2009 b). 平成20年度医療費の動向
- Kunda, Z., & Schwartz, S.H. (1983). Undermining intrinsic moral motivation: External reward and self-presentation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 763–771.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Lickona, T.S. (1991). *Educating for character*. New York: Bantam Books. 三浦 正 (訳) (1997). こころの教育論 慶應義塾出版会
- Manuck, S.B., Flory, J.D., Ferrell, R.E., Mann, J.J., & Muldoon, M.F. (2000). A regulatory polymorphism of the monoamine oxidase-A gene may be associated with variability in aggression, impulsivity, and central nervous system serotonergic responsivity. *Psychiatry Research*, 95, 9–23.
- McKelvie, S.J. (1992). Sleep duration and self-reported Type A behaviour. A replication. *Journal of Psychology*, 126, 285–289.
- Melke, J., Landén, M., Baghei, F., Rosmond, R., Holm, G., Björntorp, P., Westberg, L., Hellstrand, M., & Eriksson, E. (2001). Serotonin transporter gene polymorphisms are associated with anxiety-related personality traits in women. *American Journal of Medical Genetics*, 105, 458–463.
- 文部科学省 (2008 a). 学校保健統計調査年次統計
- 文部科学省 (2008 b). 平成19年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について
- 文部科学省 (2008 c). 人権教育の指導方法等の在り方について「第三次とりまとめ」
- 文部科学省 (2008 d). 平成19年度教育職員に係わる懲戒処分等の状況について
- Mrazek, P.J., & Haggarty, R.J. (Eds.). (1994). *Reducing the risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- 日本学校保健会 (2008). 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書
- Ronai, Z., Szekely, A., Nemoda, Z., Lakatos, K., Gervai, J., Staub, M., & Sasvari-Szekely, M. (2001). Association between Novelty Seeking and the -521 C/T polymorphism in the promoter region of the DRD4 gene. *Molecular Psychiatry*, 6, 35–38.
- Rychen, D.S., & Salganik, L.H. (Eds.) (2003). *Key competencies for a successful life and a well-functioning society*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber. 今西幸蔵・岩崎久美子・猿田祐嗣・名取一好・野村 和・平沢安政 (訳) (2006). キー・コンピテンシー —— 国際標準の学力をめざして —— 明石書店
- Sagi, A. (1981). Mothers' and non-mothers' identification of infant cries. *Infant Behaviour & Development*, 4, 37–40.
- Scheier, M.F., & Bridges, M.W. (1995). Person variables and health: Personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine*, 57, 255–268.
- 下田光造 (1941). 躁うつ病の病前性格について 精神経誌, 45, 101–102.
- Siqueland, E.R., & Lipsitt, L.P. (1966). Conditioned head-turning in human newborns. *Journal of Experimental Child Psychology*, 3, 356–376.

- Suls, J., & Rittenhouse, J.D. (1990). Models of linkages between personality and disease. In H.S. Friedman (Ed.), *Personality and disease* (pp.38–64). New York: Wiley.
- Task force on evidence-based interventions in school psychology (2003). *Procedural and coding manual*. (Sponsored by Division 16 of the American Psychological Association and the Society for the Study of School Psychology and endorsed by the National Association of School Psychologists)
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie: Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik* (der 4. Auflage). Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer. 木村敏訳 (1985). メランコリー みすず書房
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 545–567.
- 山崎勝之 (1995). タイ A からみた世界 —— ストレスの知られざる姿 —— (現代のエスプリ 337) 至文堂
- 山崎勝之 (1996 a). 生活習慣に及ぼすタイプ A 特性の影響 行動医学研究, 3, 28–35.
- 山崎勝之 (1996 b). タイプ A 性格の形成に関する発達心理学的研究 風間書房
- 山崎勝之 (1997). 健康とパーソナリティ 島井哲志編 健康心理学 (pp.87–97) 培風館
- 山崎勝之 (編) (2000). 心の健康教育 —— 子どもを守り, 学校を建て直す —— 星和書店
- 山崎勝之・藤井誠治・内田香奈子・勝間理沙 (2006). 心理学を取り入れた生活習慣病予防プログラム 東山書房
- 山崎勝之・倉掛正弘・内田香奈子・勝間理沙 (2007). うつ病予防教育 —— 小学校から始めるメンタルヘルス・プログラム —— 東山書房

# The Establishment of the Science of Preventive Education in Schools

YAMASAKI Katsuyuki<sup>\*,\*\*</sup> and UCHIDA Kanako<sup>\*\*</sup>

(Key words : the science of preventive education, universal prevention, health, adjustment, school, children)

This paper introduced the science of preventive education that is applied to schools. This education is developed and implemented mainly as a universal intervention using empirical scientific data and theories to prevent health and adjustment problems for school children. Since it is an emerging cutting-edge education in schools, it includes various problems to overcome so that it could be run on a regular basis in the present school curricula. This paper attempted to comprehensively seize such problems and to suggest promising directions to overcome them. In the first part of this paper, after indicating the worsening of children's health and adjustment problems in recent years, the basic characteristics of the science of preventive education were explained in details emphasizing the necessity of universal prevention at schools as well as treatment-like attempts. Thereafter, it was underscored to regard the fundamental causes of diseases and maladaptation as the main targets to remove in universal preventive educations. Specifically, it was suggested that such causes should be psychological ones such as distortions of personality, cognition, emotions, and behaviors. In the second part, the fundamental psychological causes leading to diseases and maladaptation were clarified focusing personality characteristics, which resulted in revealing that they are lacks of autonomy and prosociality. In doing so, we also scrutinized the developmental process of such psychological factors. In the last part, it was discussed on how this education is implemented at schools on a regular basis. Although it is difficult to implement the education at schools because of inflexible curricula, we suggested a number of crucial tactics to actualize this implementation. Finally, the collaboration of researchers and practitioners on preventive education was underscored, expecting the future status in which preventive education will be added to official classes in schools.

---

\*Department of Human Development, Naruto University of Education,

\*\*Center for Education and Research on the Science of Preventive Education, Naruto University of Education