

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

ISSN 0386-9598

VOL.39 NO.4

1997



学校保健研
<i>Jpn J School Health</i>

日本学校保健学会

1997年10月20日発行

本誌の直接出版費の一部として平成9年度文部省科学研究費補助金「研究成果公開促進費」の交付を受けた

学校保健研究

第39巻 第4号

目 次

故・能美光房先生を偲んで290

巻頭言

高桑 栄松
今日的課題：O-157, いじめ, 脳死 - 「死」の教育を考える -292

特集

誌上フォーラム-21世紀に向けての学校健康教育の再構築-中間総括
森 昭三
21世紀の学校健康教育再考 - 批判に答えて -293

原著

佐藤有紀子, 中野 正孝, 野尻 雅美
中学生の食品摂取状況と食生活習慣との関連299

渡部 基, 野津 有司
学校における性・エイズ教育推進に関わる要因 - DEMATEL法による構造化 -308

西田 弘之, 杉浦 春雄, 竹本 康史, 小野木満照, 島澤 司, 三浦 丈志, 中神 勝
女子大学生の入学時における骨密度測定が, その後の食生活や骨への意識に及ぼす影響
- 骨密度測定値別にみた違いについて -316

善福 正夫, 川田智恵子
学生における健康習慣と主観的健康状態の関連性に関する研究325

報告

李 應喆, 北田 豊治, 飯倉 修子, 朝野 聡, 野原 忠博
留学生のストレスと健康に関する研究
~ 在日韓国人留学生・在韓日本人留学生の比較検討を通して ~333

高田ゆり子, 坂田由美子
構成的グループ・エンカウンターが養護教諭課程学生の自己概念に及ぼす効果の研究347

新行内美穂, 石岡 和広, 上地 勝, 上濱 龍也, 田神 一美, 細川 淳一
保護者のライフスタイルとその子の健康行動との関連について355

吉宮 仁美, 尾崎 米厚, 母里 啓子
中学生をもつ親をとおした性・エイズ教育の実態と意識についての研究364

会報

平成9年度『学会共同研究』の選考結果についての報告374

常任理事会議事概要375

編集委員会議事録376

地方の活動

第44回近畿学校保健学会の開催報告377

〔お知らせ〕 ●第16回健康教育世界会議のご案内374

●誌上フォーラムへの意見原稿の募集について298

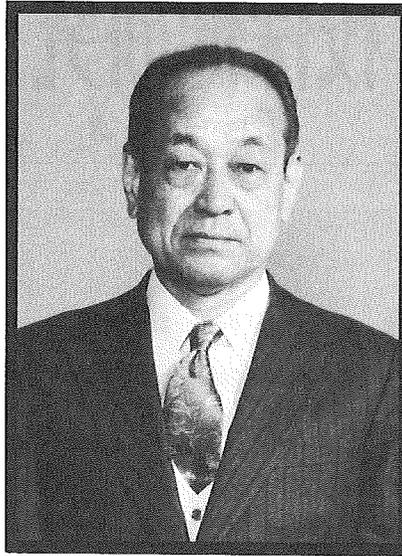
●JKYB 健康教育ワークショップ(東京)97' の案内332

●室内環境研究会「平成9年度研究発表会」のお知らせ363

●日本養護教諭教育学会第5回研究大会開催のご案内(第2報)373

機関誌「学校保健研究」投稿規定379

編集後記380



故 能美光房先生略歴

- | | | | |
|-------------|--|-----------|--|
| 大正13年 5月9日 | 東京府に生まれる。 | 42月 6月27日 | 医療協力計画に基づくタイ国がんセンター設立に関する医療協力調査のため、タイ国へ出張を命ぜらる(同年7月5日～7月19日) |
| 昭和22年 3月20日 | 東京歯科医学専門学校(現在の東京歯科大学)卒業 | 43年 4月16日 | 文部事務官(体育局学校保健課教科調査官) |
| 6月15日 | 第1回歯科医師国家試験合格 | 45年 4月1日 | 講師(東京学芸大学)併任 |
| 23年 5月11日 | 弘前医科大学(現在の弘前大学医学部)入学 | 50年 4月1日 | 体育局体育官に昇任 |
| 5月14日 | 歯科医師免許証交付 | 50年 8月2日 | 厚生省医務局歯科衛生課長 |
| 27年 3月20日 | 弘前医科大学卒業 | 53年 1月15日 | 厚生省を辞職 |
| 28年 4月1日 | 青森県技術吏員(青森県教育委員会技師) | 53年 1月16日 | 東京歯科大学教授(社会歯科学講座主任) |
| 28年 6月20日 | 第14回医師国家試験合格 | 4月1日 | 東北歯科大学(現・奥羽大学)・松本歯科大学・福岡歯科大学非常勤講師 |
| 8月22日 | 医師免許証交付 | 58年 4月1日 | 実践女子大学非常勤講師 |
| 10月1日 | 青森県衛生部技師(鯨ヶ沢・五所川原両保健所長) | 60年 4月1日 | 福島大学非常勤講師, 昭和大
学非常勤講師, |
| 32年 7月1日 | 福島大学助教授(学芸学部) | 9月1日 | 岩手医科大学非常勤講師 |
| 34年10月1日 | 厚生技官(医務局医事課)
以後, 厚生省医務局医事課, 歯
科衛生課, 国立病院課, 指導
課各課長補佐を歴任 | 平成元年 5月9日 | 東京歯科大学定年退職 |
| 35年 1月18日 | 医学博士の学位取得(東北大学) | 5月10日 | 同大学非常勤講師 |
| 37年10月3日 | ナショナル・デンタルサービスの組織と運営の研究のため, 東南アジア, 大洋州諸国への出張を命ぜらる(同年10月14日～38年4月10日まで) | 平成4年 8月1日 | 奥羽大学学長 |
| | | 平成9年 8月1日 | 逝去さる |

故・能美光房先生を偲んで

能美光房（よしみ・みつふさ）先生は、先年福島県の奥羽大学で開かれた日本学校保健学会年次学会で学会長をつとめられました。またその時の学会長講演では永年にわたる研究成果を披瀝なされたこともあり、多くの参加者にお元気なところを見せられたことで、このたびの訃報に驚かれた方も多々あったことと存じます。

能美光房先生は、大正13年5月、東京府に生まれ、府立2中を経て昭和22年東京歯科医学専門学校（現在の東京歯科大学）を卒業し、第1回歯科医師国家試験に合格し歯科医師免許を取得されました。さらに弘前医科大学（現在の弘前大学医学部）に入学し、昭和27年に卒業、1年間の実地修練終了後、第10回医師国家試験に合格し、医師免許を取得されました。

その後、衛生行政畑に進まれ青森県学校衛生技師を皮切りに、青森県衛生部技師（鱒ヶ沢・五所川原両保健所長）を経て福島大学教育学部助教授に就任。この間に東北大学医学部で医学博士号を取得されました。さらに厚生技官（厚生省医務局医事課・歯科衛生課・国立病院課・指導課の各課課長補佐）、文部事務官（体育局教科調査官、体育局体育官）を歴任した後、昭和50年8月厚生省医務局歯科衛生課長に任ぜられました。

昭和53年1月、厚生省を退職し、東京歯科大学教授（社会歯科学講座主任）に就任し、平成元年5月まで務め、同大学を定年退職されましたが、引き続き同大学非常勤講師を務めた後、平成4年、奥羽大学学長に就任されました。

この間、能美先生は衛生行政、文部行政の枢要な地位で業務に携わり、その推進に貢献されました。また、研究者、教育者としては、公衆衛生学、医事法学、社会歯科学、医学原論を専攻し、多数の著書、論文を発表するとともに、各地の大学からも乞われて学生教育に当たり、専攻分野の普及啓発につとめられました。

学会活動についても、日本口腔衛生学会、日本歯科医療管理学会等において指導的立場から参画してきたところでしたが、さらに日本歯科医療管理学会大会を昭和63年度（於・東京歯科大学）と平成6年度（於・奥羽大学）との2回にわたって主管しその大会長を務め、また、平成6年からは同学会々長の要職にありました。平成8年には、文頭で記したように第43回日本学校保健学会年次学会を奥羽大学にて主管し、その学会長を務めたのは記憶に新しいところであります。

先生はこのような広範囲の活躍の中から数多くの著作をなし、代表的なものに、「学校における健康診断（東山書房）」、「歯のはなし（ぎょうせい）」、「歯科小六法（中央法規出版）」、「歯科技工士関係法規（医歯薬出版）」、「歯科医療総論用語集（日本歯科評論社）」等があります。

以上のように同人は公衆衛生の広範囲な分野で常にその力量を発揮し、社会に裨益するところの功績は、まことに顕著なものであります。

お若い時から根っからのスポーツマンで、サッカーの公式審判員の資格も持ってられたという先生でしたが、今年に入ってから体調が思わしくなくなり、4月中旬から郡山市内の病院に入院加療を続け、一時は快方に向かっていたのですが、8月1日午後1時43分に逝去されました。直接の原因は前立腺癌で、享年73歳でした。

先生のご葬儀はご自宅での密葬に引き続き、平成9年8月7日、奥羽大学記念講堂で大学葬が執り行われました。その際には日本学校保健学会からもご懇篤なる弔意を頂戴致しました。この場を惜りまして厚く御礼申し上げます。

能美光房先生の多岐にわたるご業績を偲び、ここに心からご冥福をお祈り申し上げる次第であります。

（藤枝 真）

今日的課題：O-157, いじめ, 脳死 — 「死」の教育を考える —

高 桑 栄 松

Up-to-date Problems: O-157, Bullying, and Brain Death — Thinking about the Education on “Death” —

Eimatsu Takakuwa

近年、学校生活に関連して健康障害を引き起こし、その延長線上に死を想定させる事件が多発している。それらの中から筆者は「死」にかかわる二三の問題を学校保健の立場から取り上げてみた。ここで言う死の教育は言う迄もなく対策としての選択肢の一つである。

1. O-157, O-26等による食中毒は、統計的には致命率がごく低いものであるとしても、死の転帰をとった不幸な少数の人にとっては死亡100%の重大な被害である。

細菌性食中毒は原因菌が特定された場合、学校給食についてはその手続きの各段階における適切な洗浄・消毒・加熱など、通常処理により十分対処できるのが常識である。然るにO-157等による食中毒が時・所を選ばずに、世界的規模で発生していることは誠に解せない話である。最近の学校保健研究誌を見ると、特集が組まれているが研究報告が意外と少ないのは、対策は容易に見えて実は常識の範疇では難しいと言う事であろうか。薬剤耐性菌も出現しており、ここで改めて原点に帰って、早急に市町村並びに学校単位で原則的な給食手続き(マニュアル)の点検と安全な感染予防対策の確立を期待したい。

2. 「いじめ」は学校が設けられ、集団生活が始まった遠い昔から既にあった事と推察される。しかし昔との違いは、今の「いじめ」は集団暴行が執拗に繰り返され、肉体的精神的な苦痛を与えるのみならず、時に死亡事故を引き起こし、さらに被害者が自殺へと追い込まれるという事例も報じられている。誠に陰惨という外はない。

このように「いじめ」によるストレスの彼岸には死があり得るのである。「死」が「生」の対極にあることを考えれば、生命の尊厳の意識は死の認識に発すると言うことができよう。故に「死」の認識への医科学的アプローチは生命の大切さを知り、「いじめ」の阻止に役立つ一側面として十分な意義を持つものと考えられる。

最近起こった当時14歳中学3年の少年の殺人犯罪に関連して文部省が「心」の教育を中教審

に諮問するという記事(97・6・30, 朝夕)があったが、「心」の問題は主観的な色合いが濃く、普遍妥当性を求めることは難事である。一方、現代っ子が家族の臨終を体験する機会が少なくなっている事が「死」の認識、従って「生命の尊厳」が意識されない風潮を助長していると言われていた。筆者は「死」を医科学的な事象として取り上げて(脳死で触れる)客観的に教育することが合理的であり、児童生徒の理解を得られるものと考ええる。

3. 最近国会で論議された脳死は“新しい死の概念”として提起されたことと主張する人がいるが、脳死は従来の人の死とは別のものであるというのであろうか。

「死」を医科学的に考察すれば、「死」は医師により判定(臨終)され、宣告(死亡診断書)される。「死」の判定とは、生の状態から死に移行した瞬間に生とは決定的に異なる変化、即ち生には再び戻ることがない(no return, 不帰)ことの確認である。論議の中で「脳死状態」という表現が屢々使われているが、“状態”とは“変化する物事の、その時その時の様子”(大辞林)であり、変化することが前提なのである。辞書には“状態変化”という言葉が例示されている。脳死は「死」と明記されている通り、明らかに死(no return)であって、死は次の時点で変化する“状態”ではない。ガンの診断で使われる“前ガン状態”(変化を予想)とは全く異なることをしっかり認識する必要がある。人の「死」に新しい概念はありえないし、“脳死状態”という表現は間違いである。

生と死の決定的な違い、生と死の境界の厳しさを保健教育の中でとりあげて科学的に理解させることは、学校生活における「いじめ」をなくし、また人類の生存を危うくする環境破壊の問題意識を高めることに役立つものと考えられるのである。

(本学会名誉会員)

■特集 誌上フォーラム—21世紀に向けての学校健康教育の再構築—中間総括

21世紀の学校健康教育再考 —批判に答えて—

森 昭 三
筑波大学

Some Reconsideration on School Health Education in the 21st Century: Reply to Criticisms

Terumi Mori
University of Tsukuba

はじめに

今回の誌上フォーラムにおいて基調報告者であった筆者が、この試みの狙い・性格づけと筆者の立場について明確にしないままに論を展開したことを先ずは詫びなければならない。

筆者が基調報告(本誌, 第39巻, 第1号)をした次号(第2号)で植田誠治, 藤田和也, 家田重晴, 小沢治夫, 高橋浩之, 竹内宏一, 山梨八重子, 川端徹朗の7氏, 次次号(第3号)で佐藤真, 松岡弘, 笠原賀子, 林正, 広田理絵, 渡部猛の6氏から貴重な意見が述べられた。

しかしそれらは, 筆者の基調報告に対してまったく新しい視点・観点から提案したもの, 疑義を投げ掛けたもの, 不十分さを指摘したもの, などきわめて多様なものであった。それだけに貴重な意見も多かったが, 総じて抽象的で自己主張が強く, 基調報告とは無関係に論が展開されたものも少なくなかったのではないだろうか。こうなった責任の一担は, 冒頭に述べたように狙いと立場を明確にしなかった筆者にあると考えるを得ない。

ところで編集委員である友定保博は, 筆者の基調報告と次号における7氏の論文を総括し, 論点を次の5点に整理されている。

1) 「わかる」と「できる」をどうつなぐか

2) 保健授業で「行動科学の成果」を生かす道は

3) 「(ライフ) スキル」は学校健康教育の「教育内容」と言えるか

4) 「人権」の視点は「教育内容」をどう変えるか

5) 教科保健の不振を打開するためには

友定の論点整理を踏まえつつ, 13氏の個々の意見に対して論評したいところであるが, 紙幅が許さない。したがって, この小論では, 13氏の論文を読んで気づいたことや新たに関心をもった事項や補足しておきたいこと, などについて論じたいと思う。

教科指導と教科外指導をめぐって

このテーマに接した時, 筆者の念頭に去来したことは, 教科再編成が議論されている折から, 学校健康教育を教育課程のどこに, どのように位置づけるかということであった。来る『学習指導要領』の改訂を視野に入れての現実的提案の試みであった。

これまでの学校健康教育(一般的には保健教育と言う)は, 教科としての保健教授・学習と教科外としての保健指導で構成されている。そこで, 主として前者の教科としての保健教授・学習を対象として論じたのであるが, 保健指導

を視野に入れずに論じたことの問題が指摘された。

まず、なぜ教科指導を優先させたかを明確にして置きたいと思う。但し、このような論の立て方は、残念ながら健康教育は主要にはライフスキル教育であると主張する川端からは古い体質から脱却できない保健科教育論者として非難されるかも知れない。なお、誤解ないように付け加えて置けば、筆者は「学校教育課程全体を通して適切にライフスキル教育を行う」という方向性には賛同する者である。

学校教育課程を考える場合には、「何処で」「何時」「誰が」「何を」「如何に」に教えるかの5つの条件が問題とされる。但し、現行の『学習指導要領』をみると明らかなように、「如何に」の教授行為（技術）・方法に関することは明示されず担当者に委ねられている。

現行の『学習指導要領』の枠内のことであるが、保健教授・学習について言えば、「何処で」の教科、「何時」の時間数、「誰が」の担当教師、「何を」の学習内容の4つの条件（標準）が明示されている。一方、教科外の集団を対象とする保健指導は「特別活動」に位置づけられており、主要には「学級活動」と「学校行事」で実施することとなっている。「何を」の内容に関しては、例えば、学級指導では「健康で安全な生活態度や習慣の形成、性的な発達への適応、学校給食など」、「何時」に関しては「毎週実施するようにすること」、「誰が」に関しては「学級担任の教師が指導することを原則とする」と4つの条件が記されている。（中学校）

教科と教科外を比較するならば、教科外の保健指導については大枠が定められているに過ぎないことがわかる。言い換えれば、具体性に欠けるのであるが、このことは教科指導よりも地域や学校の実態及び生徒の心身の発達段階や特性等を十分考慮する必要のある教科外の保健指導の性格からして当然なことなのである。

ところで、小学校について言えば、保健教育は長い間に亘って特別活動（生活指導）のみに位置づけられていた。つまり、保健教育は「学

校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする」とされていたのである。

しかし、先人たちによってこのような実施形態では不十分であり、保健教育は一定の時間を確保し、教科として系統的に教えることが必要不可欠であるとの主張（要望）がなされた。こうした主張が実現したのが、昭和32年の『学習指導要領』においてであり、体育科に保健の学習内容が位置づけられたのである。教科指導に必要な教科書が認められたのは、平成元年の『学習指導要領』からである。

こうした歴史的変遷からみて、いま要求されることは、何よりも先ず保健教育を教科外としての保健指導とは別に、教科として系統的に教えることの必要性の根拠を教育内容を提示することによって明確にすることであると考へたのである。藤田が最後に指摘している「教科あるいは学校の再編成後に、一教育領域として『健康』というカテゴリーが確かな位置を占めるべくどのように理論構築していくかという課題」を最優先課題と見做したのである。

付随してさらに検討しておきたいことは、藤田が「教科保健と教科外保健の両方でそれぞれどのような教育内容と学習活動が保障されるべきなのか、両者がどのように連携し、補完しあっているのかを明らかにする必要がある」と指摘していることについてである。筆者も、保健教育の内容編成の構想に当たっては教科保健だけではなく、教科外も含めて検討すべきと考へる。但し、現在の教科再編成の議論において先ず要求されることは教科保健の必要性の根拠を明示することにあると考へる。

これは問題意識の差であったとも言える。筆者には教科再編成の議論において学校健康教育界内の議論よりも、本学会として外部に対してどう見解を表明すべきかに関心があった。そのためには、学会としての教科保健の教育課程に対する一定の合意が必要と考へるのである。フォーラムの意義もここにあると思う。繰り返すが、教科外保健だけでは対応できない教科保健の必

要性の根拠づくりが必要なのである。

あまり簡潔に表現すると誤解をうむ危険性があるが、筆者は日常生活に関連して行動的成果が期待される（健康習慣の形成も含む）健康問題の解決に関わる事項は主として「保健指導」で対応すべきと考える。つまり、系統性を重視する教科保健の成果はもっと長期的展望に立つべきと考えるのである。

山梨の論は藤田とやや異なるが、同じように包括的な視点を含んだ学校健康教育の体系化、教育課程づくりが必要不可欠と指摘した。筆者は必要性を認めながらも、とりあえず前述した理由から、主要には「教科保健」に焦点を当てて論じた。ところで山梨の論の中では、五日制の実施による「保健指導」の時間が削減される危惧が指摘され、その回避のためには基礎基本を視野に入れた「体系化」が必要であると強調された。しかし、これまで「保健指導」の時間は保障されたものでなく、個々の教師の努力によって確保されていたと考える。また、筆者の概念に従えば、山梨の主張する基礎的・基本的な内容は「教科保健」の範疇に相当するのではないかと考えるのである。

この時、小学校低学年からとの主張であるが、この点に関して筆者は4学年からと提案した。それは、現行の生活科や中央教育審議会の答申が提示した総合学習を視野に入れてのことである。

それにしても、この問題の議論が噛み合わないことには、保健教育課程編成の作業方法・過程についての研究がなされていない、つまり研究の未熟さによると痛感するのである。

教科保健の目標と内容における 「わかる」と「できる」

現行の中学校の「保健分野」の目標の一つは次の通りである。

「傷害の防止と疾病の予防について理解を深めさせるとともに、応急処置の基礎的スキルを習得させ、これを実践できる能力と態度を育てる。」

この目標からみる限り、「理解」「技能」「能力」

「態度」が目標とされている。今回、多くの人から意思決定や自己主張などのライフスキルに重点を置くべきとの指摘がなされたが、スキルに関しては現行の目標でも対応が十分可能なのである。

植田も指摘したが、問題は目標を実現する方法、つまりライフスキルをどう導入するか、その方法の開発がなされていないことにある。言い換えれば、現実的対応が可能な具体的提案がなされていないことによると言ってもよいであろう。例えば、川端は小学校高学年から中学生を対象としたセルフエスティーム形成の全10時間のプログラムを例示したが、冒頭で述べた5つの条件、特に教育課程のどこで、どのようにその「時間」の確保が可能かが明らかにされなければ展望がもてない。

ところで、目標として示されている他の2項目においても「技能」や「実践できる」といった表現は使用されていないが、と言って、スキルを導入できないということでもない。応急処置の目標として「技能」と「実践」ということが具体的に記述されていることには、学習の成果として「できる」ことを要求してのことである。言い換えれば、学習の成果として直接「できるという行為」を評価の対象とすべきであると言うことである。

他の2項目において、この具体的記述がなされていないことには、スキルと無関係ということではない。「できる」ということのレベル、つまりより具体的に言えば、スキルの評価の問題である。

評価の観点に触れたが、保健授業の目標はこのような授業で達成可能なものでなければならぬ。達成されたものを評価の対象とするということであり、そのためには評価できるという方法が確立されていなければならない。

これらを踏まえて、これまで保健の授業で可能なのは短期的評価であり、しかも主として認知的領域であるとされ、それらに重点が置かれてきたのである。

ところで、川端はセルフエスティーム形成に

関わる認知的領域の授業目標の例として、「子どもたちは、セルフエスティームを高める条件を列挙できるようになる」を分析的・客観的に評価できるとして示した。このようなブルームの言う「形成的評価」の必要性の指摘は理解できる。評価を客観的・数量的に実施することの大切さは言うまでもないことである。なお、ブルームの学習到達の程度と内容を測る目安として、あらかじめ教育目標を明確に定式化しておくことを重視した形成的評価については、すでに1974年に刊行した『現代保健科教育法』(大修館書店)の中で内山源によって紹介されているし、保健科教育でもかなり利用された時期があることを記しておこう。

ところで、こうした議論の食い違いは学校健康教育全体の目標と評価を問題としての論と、個々の授業の目標と評価を問題としての論との違いから生じているように思える。前者は、高橋の言う研究者や行政者に要求されることであろう。川端は保健教材研究会の評価研究活動について言及しているが、氏は読み取れなかったが、私たちが創造した個々の保健授業のプロセス評価や結果評価は実施している。ただそこには、個々の授業評価において客観的な「共通の物差し」を使用するという発想はない。わたしたちの保健授業研究の狙いは川端と異なるのであろうが、このことに関しては別の機会に譲りたいと思う。

ところで、筆者が「認識と行動」の「問題」を問題としなければならないと考えたことの一つには、保健教育課程の編成に関わってのことであった。学習成果としての「できる」(行為)に重点が置かれた場合は、ともするとトピックス的な健康問題の解決に関わる「健康行動」のみを対象にした編成がなされることの危惧からである。それは、健康科学の体系(本来、健康行動学は含まれる)を視野に入れた「保健認識」を対象にした編成とは異なるのである。歴史的変遷から教訓を得るならば、どちらかに偏することは避けなければならないことであり、両者の「統合」こそが保健教育課程編成における課

題解決の鍵と考えるのである。

川端は「健康教育の基本的視点は『健康行動』にある」と断定している。筆者は健康行動は重要な一つの視点・領域ないし項目と考える。例えば、現行の「心身の発育・発達」や「環境と健康」の領域は改善すべき点はあるにしろ重要な領域と考えるのである。と言って、この領域が「できる」と無関係とは考えない。この点に関しては、次項で述べる。

一方、家田は「『健康行動』教育と『健康科学』教育を、このように(行動目標の設定の仕方:筆者)行動科学の観点から新しく捉え直して統一しなければならない」との見解を提示したが、学会共同研究の成果を待ちたい。特に、「自己教育力の育成」の必要性を強調し「『行動をいかに形成するかという過程』の学習や、『健康問題をいかに解決するかという過程』の学習などを重視する」と例示していることに賛同したい。

筆者も、「保健諸科学の成果は教育内容として組み入れられているが、その『方法』が、言い換えれば、健康問題の解決の方法が学習の対象とされていない」ことが問題であると指摘したところである。

「役に立つ」保健教育

高橋は、「保健科の内容の中でも学習の出口が生活や行動に開いていかないような理科、社会的なものには一考の余地があると考えている。保健科は理科や社会科のように内容教科ではない。学ぶこと自体が大事なのではなく、学んだことにより何ができるようになるかが大事なのである」と強調している。筆者は理科や社会科が生活や行動に開いていかない教科とは思われないが、問題は、家田の言うところの目標設定のどこに「開いていく」とか、「できるようになる」とかが位置づくかである。

別の文脈のところでも高橋は、学校健康教育が社会から理解と評価を得るためには「学校健康教育は健康に貢献することを目標にしているのだから、子供や大人の健康や健康に関連した行動、あるいは適切な行動実現のための能力を評

働けるはずであり、またそれがどうしても必要である」と指摘した。渡辺も同じような視点で、「子供の保健や保健行動の向上に結び付いていないとすれば、保健科は社会的に認知されない」と言う。

これに対しても、「健康に貢献する」というのは日常生活において直ぐに「貢献する」ことを要求しているのであれば、系統性を重視する教科指導にはなじまないことになる。氏に言わせれば、そのような系統性は「教科保健」に存在するのか、と疑問を投げかけるかも知れないが、『学習指導要領』が示している教育内容においても一定の系統性を読み取ることができる。

本当は、もっと「役に立つ」とはどうことかが吟味されなければならないと思う。しかし、保健教育において行動や行動実現の能力の育成を否定している者はいないだろう。

高橋が、「これらの評価は一つの授業の評価とは異なり、必然的に大規模なものとなるため、～以下、省略」と指摘し、「学会や行政が協力するなら」と課題を提示しているが、このことに関しては誰も異論のないことである。既に、議論したことである。

筆者は、「健康教育の『対象』と『場』を考える」項で、地域健康教育と学校健康教育の役割の違いを明確にすべきと論じたが、高橋の言う「大規模なもの」とは、両者を含んでのことであろうし、そうでなければ不可能だし、意味のないことであろう。

筆者の立場は、学校健康教育研究者の立場であり、一つ一つの保健の授業改善を志向しているのである。こうすることによって、はじめて真に「役に立つ」保健の授業が実現可能と考えるのである。

高橋が、文末で「学校健康教育は他のあらゆる教育とは異なり特別なのだということである」と強調しているが、この「特別」とは、文脈から判断する限り「役に立つ」と言うことに帰結するのであろうが、あまりにも乱暴な表現と言わざるを得ない。

保健教育が社会からの期待に応える「役に立

つ」ことの実現のためには、山梨の言う「子どもの学習と社会（健康文化）参加を統一的に発展させていく」（括弧内筆者）教育内容と方法の開発が急務と考える。また、松岡は「先見性」と「参加」型の学習が求めらえると指摘しているが、この「参加」には「社会参加」も含んでいるのかどうかはわからないが、こうした視点からの保健教育課程編成が求められていると考える。もちろん、既に行動科学の視点からの必要性も指摘した通りである。

これらのことに関しては、竹内が「健康教育のパラダイムシフト」、植田は「新しい健康教育のパラダイム」が求められると指摘しているが、残念ながら具体的な提示はなされていない。いま求められることは、具体的な教育内容の検討に他ならない。

より具体的には、藤田、竹内が「健康を感じる」教育、笠原が「現実の生活と密着した、実感としてわかる」指導、また、小沢が「生徒のニーズ（学んでみたい内容）に合致した」教育内容、山梨が「ユネスコの学習権宣言、子どもの権利条約から問い直す学校健康教育」の必要性を指摘したが、これでも読者が同一のイメージを持つことは困難である。今後の課題であるが、佐藤も提案しているように教授法も含めて、こうした目標を持って試みた授業実践記録が提示されることを期待したい。

それにしても、学校健康教育に対する社会の要求とは何か、どう理解すべきか、どう応えていくか、の検討が深められなければならない。

健康教育担当教師の養成

筆者も検討すべき重要な課題の一つとして提案したところであるが、保健担当教師の資質の向上の必要性が小沢、植田、竹内、山梨の4氏によって指摘された。林の「健康教育のKey person」の養成、広田の「養護教諭の役割」も同じ文脈にあると考えても間違いのないであろう。

現行の保健体育教師という形態の養成では問題が多すぎる、との主張が多い。昭和22年当時の保健教育の担当者は、「誰に」と言う論争と同

一の背景にあると言ってよいだろう。保健教育関係者の独立した保健科の成立と保健科教師の養成制度の確立への要望が実現しなかった背景である。もちろん、当時は全く「新しきもの」の制度化であったことを考えると状況は好転しているであろう。

それにしても、「ゆとり」を標榜するこの時期に、研究者の立場から一定の展望ある方向性を出すことはきわめて困難と言わざるを得ない。保健体育審議会の答申が出されると言う。この点に関する答申内容に関わって誌上フォーラムが企画されることを切望する。

おわりに

学校保健研究者によって、教育基本法第一条(教育の目的)に「教育は、…自主的精神に充ちた心身ともに健康な国民の養成を期しておこな

われなければならない」と謳っているのであるから、教育の中核となるのは健康教育に他ならない、との論が展開されたことがある。

これは教育の目的であり、保健教育もこの目的を達成するための一翼を担っているのである。保健教育はどのような「一翼を担うか」を問うことが、他の教育では代替できない保健教育の独自性(高橋の言う「特別なもの」)である。この独自性を明確にし、独自性を発揮できる根拠を明確にした時、保健教育の必要性を主張できるのである。

最後に指摘しておいたことは、保健教育担当者が育っていないこと、保健教育が低調であること、保健教育の方法の未開発などに対して、日本学校保健学会は傍観者の立場にあるのではなく、その責任は本学会が負わなければならないと言うことである。

誌上フォーラムへの意見原稿の募集について

「学校保健研究」編集委員会

誌上フォーラム「21世紀に向けての学校健康教育の再構築」への会員の方々からの意見を再度下記のとおり募ります。奮って応募して下さい。

記

1. 表題——論点がわかるような簡潔な見出しをつけて下さい。
2. 字数——紙数の関係から、論点を絞り400字程度にまとめて下さい。
3. 投稿受付期限——12月20日発行予定の本誌第5号に掲載しますので、編集作業の関係で、11月10日に切り切ります。(当日消印有効)
4. 原稿の送り先——正・副2通の原稿を下記の編集部あて、簡易書留便で郵送して下さい。

〒640 和歌山市九番丁27

和歌山県立医科大学衛生学教室内

「学校保健研究」編集部

原 著

中学生の食品摂取状況と食生活習慣との関連

佐藤 有紀子 中野 正孝 野尻 雅美

千葉大学看護学部保健学研究室

Dietary Patterns and Lifestyles among Junior High School Students

Yukiko Sato Masataka Nakano Masami Nojiri

Department of Health Science, School of Nursing, Chiba University

To investigate the health attitude and lifestyles related with diet and dietary patterns of junior high school students, we sent 417 self-report questionnaires to junior high school students in three schools in Shizuoka prefecture, and 412 of them were returned.

About 40% of the students reported that they were doing something for health slightly or very positively. Most of them were not doing anything although they were conscious of health.

82% of them ate breakfast everyday. 44% of them were not particular about food. 64% of them ate breakfast, and 88% of them ate supper with their family.

Five factors were extracted through a factor analysis of 22 foods; factor 1 consisted of health conscious foods, factor 2 snacks, factor 3 side dishes, factor 4 main dishes, and factor 5 the staple foods.

Health conscious foods, side dishes, and main dishes were more frequently consumed by the group with positive health attitude, eating with family, eating regularly, and without particular about food.

Key words : junior high school students, dietary patterns, health attitude, dietary lifestyles, factor analysis

中学生, 食品摂取状況, 健康に対する姿勢, 食生活習慣, 因子分析

1. はじめに

子ども時代と思春期の様々な健康に関連する習慣や行動パターンの多くは、成人期に持ち越されるといわれており、健康づくりのための介入の重要な時期である¹⁾²⁾この時期の健康行動が、成人期の健康状態に影響することについては、既にコンセンサスが得られている³⁾

思春期の生活習慣の中で、中学生の食生活に関しては様々な研究が行われ、日常の食事構造⁴⁾や、食生活と肥満⁵⁾、血清脂質⁶⁾、愁訴⁶⁾⁷⁾等の健康状態との関係が検討されているが、健康に対す

る姿勢や意識、生活習慣と食生活の実態との関係を検討したものは少ない。健康に対する姿勢や意識は食生活等の健康に関連するライフスタイルを規定しているといわれる⁸⁾これらの関係を明らかにすることは、思春期の食生活に関する健康教育において有意義であると考えられる。

本研究では、中学生の食品摂取状況を主に食品摂取頻度の面から把握し、その傾向と、健康に対する姿勢、および食事に関連する生活習慣(以下食生活習慣)との関係を明らかにすることを目的として検討を行った。

II. 対象と方法

1. 対象

対象は、静岡県N町およびK村の中学校3校の1・2・3年生417名（男子197名、女子220名）である。

2. 方法

1) 調査方法

日本農村医学会ライフスタイル研究班の生活習慣調査の一環として、質問紙による調査を平成6年5月～6月に、担任教諭の協力により実施した。調査についての簡単な説明の後、自記式で回答してもらったが、回答にあたっては出席番号を記入してもらったが、回答した内容は直接研究者に送られ、学校の教師にはみられないことを伝えた。

質問紙は、日本農村医学会ライフスタイル研究班の生活習慣調査票・食べ物調査（児童・生徒用）⁹⁾を基に、町村保健婦、各学校の養護教諭らと検討して作成した。質問内容は、性別、学年、年齢、自覚的健康度、自覚症状20項目、骨折・ねんどの既往歴、健康に対する姿勢、生活習慣26項目、生活時間6項目、クラブ活動、学校以外でしている運動、塾・稽古事、およびふだんの食品摂取状況22項目についてである。

2) 分析方法

健康に対する姿勢については、「健康に気をつけていますか」という質問に対して「健康によいことをすすんでしている」「健康によいことを少しはしている」と回答した者を積極群、それ以外の回答の者を消極群とした。

食品摂取状況は、表1に示す食品22項目について、①～⑥の各カテゴリに対して1～6の点数を与えた。食品22項目間の相関係数行列を計算し、これをもとに主因子法による因子分析を行い、5つの因子を抽出した後、バリマックス回転を行った。また各因子の因子得点を計算し、健康に対する姿勢、および生活習慣に関する項目の中で特に食事と関連する9項目との関係をt検定、一元配置分散分析を用いて検討した。統計処理には、SPSSを用いた。

III. 結果

質問紙の回収数は男子195名、女子217名、回収率は99%であった。

1. 健康に対する姿勢

積極群は男子42%、女子36%であった（表2）。消極群の中では「健康に気をつけようと思っているが、何もしていない」が男女とも多かった。

2. 食生活習慣

毎日朝食を食べる者は82%、好き嫌いをしないで食べる者は44%であった。朝食を家族と食べる者は64%、夕食は88%で、夕食の方が家族と食べる者が多かった。食事の時間が規則的な

表1 食品摂取状況の調査項目

アイテム	カテゴリ
1) 肉類 2) 魚類 3) 卵・卵料理 4) まめ類・まめ製品 5) かいそう 6) いも類 7) くだもの 8) 油料理 9) ねり製品 10) 間食 11) スナック菓子 12) ジュース類 13) お茶 14) インスタント食品	①食べない (または①飲まない) ②月1～3日 ③週1～2日 ④週3日以上 ⑤ほとんど毎日
15) 牛乳・乳製品 16) 色の濃い野菜 17) その他の野菜 18) つけもの 19) 汁物	①食べない ②月1～3回 ③週1～2回 ④週3回以上 ⑤毎日1回 ⑥毎日2回以上
20) 米飯(1日)	①食べない ②1杯 ③2杯 ④3杯 ⑤4杯以上
21) パン 22) めん類	①食べない ②月1～3日 ③週1～2日 ④週3日以上 ⑤ほとんど毎日

者は朝食82%，夕食65%で，朝食の方が規則的な者が多かった。塩辛いものは食べない者は9%，甘いものは21%，油のとりすぎには28%が気をつけていた（表3）。

3. 食品摂取状況

1) 食品22項目間の相関係数行列を表4に示す。食品相互の相関係数が0.4以上であったものは，色の濃い野菜とその他の野菜，間食とスナック菓子，まめ類・まめ製品とかいそう，いも類とかいそう，いも類とまめ類・まめ製品，色の濃い野菜といも類であった。

2) 食品22項目について因子分析を行い，抽出した5つの因子のバリマックス回転後の因子負荷量を表5に示す。これら5因子の累積寄与率は35.1%であった。第1因子はかいそう，まめ類・まめ製品，いも類，くだものなどとの因子負荷量が高かった。第2因子はスナック菓子，間食，ジュース，インスタント食品，めん類，第3因子はその他の野菜，色の濃い野菜，汁もの，つけもの，第4因子は油料理，卵・卵料理，肉類，魚介類，ねり製品，第5因子は米飯，パンとの因子負荷量が高かった。

3) 第1因子～第5因子のそれぞれの因子得点を，性別，学年別に検討した結果を表6-1に示す。性別では第4，第5因子，学年別では第2，第4因子の因子得点で有意な差がみられた。

4) 第1因子～第5因子の因子得点につい

て，健康に対する姿勢，食生活習慣との関係を検討した結果を表6-2に示す。第1因子の因子得点で有意な差がみられたものは，「健康に対する姿勢」「好き嫌いをしないで食べる」「朝食を家族と食べる」「朝食の時間」「夕食の時間」であり，健康に対する姿勢一積極群，好き嫌いをしないで食べる，朝食を家族と食べる，朝食および夕食の時間が規則的，の者で因子得点は高く正の方向に関係していた。第2因子では「好き嫌いをしないで食べる」「塩辛いものは食べないようにしている」「甘いものを食べ過ぎないようにしている」「油をとりすぎないようにしている」で有意な差がみられ，好き嫌いをしないで食べる，塩辛いもの，甘いもの，油をとりすぎないようにしている者で因子得点が負の方向に関係していた。第3因子では「健康に対する姿勢」「毎日朝食を食べる」「好き嫌いをしないで食べる」「朝食を家族と食べる」「朝食の時間」で有意な差がみられ，健康に対する姿勢は積極群，毎日朝食を食べる，好き嫌いをしないで食べる，朝食を家族と食べる，朝食の時間が規則的，の者で因子得点は正の方向に関係していた。第4因子では「好き嫌いをしないで食べる」「油をとりすぎないようにしている」で有意な差がみられ，好き嫌いをしないで食べる，の者で因子得点は正の方向，油をとりすぎないようにしている者で負の方向に関係していた。

表2 健康に対する姿勢

	男子	女子	合計
積極群			
健康によいことをすすんでしている	14(7)	7(3)	21(5)
健康によいことを少しはしている	69(35)	71(33)	140(34)
消極群			
健康に気をつけようと思っているが，何もしていない	75(38)	100(46)	175(42)
今まで健康に気をつけてこなかったが，これからは気をつけようと思う	21(11)	30(14)	51(12)
今までも健康に気をつけていないし，これからも気をつけようとは思わない	12(6)	6(3)	18(4)
合計人数 (100%)	195	217	412

注：表中の数字は人数（%），不明の者は除いて表示した。

第5因子の因子得点は今回検討した食生活習慣に関する項目と有意な関連はみられなかった。

IV. 考 察

1. 健康に対する姿勢について

積極群は男子が女子よりも多かった。山根ら¹⁰⁾の調査では「体によいことをしている」者は男子が50%、女子が35-47%、小山ら¹¹⁾では男子が49%、女子が43%であり、他の地区の調査でも男子の方の積極群がやや多い傾向がみられた。

また健康に関する意識はあるが行動はしていないという者が多いことが明らかであった。山根ら¹⁰⁾の調査では「体に気をつけようと思っているが何もしていない」者は40-50%、小山ら¹¹⁾では33-37%であり、中学生では意識はあるが行動はしていないという者が多い傾向が他の地区でもみられた。また今回対象とした地区と同じ地区の老人保健法による基本健診の受診者に調査した結果¹²⁾では、健康行動を実行している者は40-59歳で約43%、60-79歳で約62%であり、

表3 食事に関連する生活習慣

		男子	女子	合計
毎日朝食を食べる	はい	156(80)	180(83)	336(82)
	いいえ	39(20)	36(17)	75(18)
好き嫌いをしないで食べる	はい	104(53)	76(35)	180(44)
	いいえ	89(46)	141(65)	230(56)
朝食を家族と食べる	家族と食べる	122(63)	140(65)	262(64)
	ひとりで食べる	59(30)	65(30)	124(30)
	食べない	13(7)	8(4)	21(5)
朝食の時間	規則的	159(82)	180(83)	339(82)
	不規則	23(12)	27(12)	50(12)
	食べない	13(7)	8(4)	21(5)
夕食を家族と食べる	家族と食べる	171(88)	190(88)	361(88)
	ひとりで食べる	22(11)	23(11)	45(11)
	食べない	1(1)	1(1)	2(1)
夕食の時間	規則的	135(69)	133(61)	268(65)
	不規則	59(30)	82(38)	141(34)
	食べない	1(1)	1(1)	2(1)
塩辛いものは食べないようにしている	はい	22(11)	16(7)	38(9)
	どちらともいえない	108(55)	140(65)	248(60)
	いいえ	65(33)	61(28)	126(31)
甘いものを食べ過ぎないようにしている	はい	33(17)	55(25)	88(21)
	どちらともいえない	105(54)	110(51)	215(52)
	いいえ	57(29)	52(24)	109(27)
油をとりすぎないようにしている	はい	47(24)	70(32)	117(28)
	どちらともいえない	105(54)	112(52)	217(53)
	いいえ	43(22)	35(16)	78(19)
合計人数 (100%)		195	217	412

注：表中の数字は人数(%)、不明の者は除いて表示した。

中学生よりも積極群の割合が高かった。調査対象となった年代の子どもたちは多くが健康であり、また保護者のもとに生活しているために、それほど自分で健康を意識して行動していない場合が多いのではないかと考えられた。

2. 食品摂取状況について

食品摂取頻度調査は、比較的長期間にわたる平均的な摂取量、食習慣としての摂取状況を志向している¹³⁾といわれる。今回は食生活を行動面から把握する目的で、「ふだんつぎのような食品をどのくらい食べるか」という食品摂取頻度調査を行った。食品相互の関連については、食品摂取頻度として3日間の食品の摂取量と摂取回数から小中学生の食事構造を解析している大沢らの結果⁹⁾と比較すると、色の濃い野菜とその他の野菜、まめ類・まめ製品とかいそうなどで相関が高かったことは同様の傾向であったが、いも類とかいそう、いも類とまめ類・まめ製品などは異なった傾向であった。

3. 因子の解釈

食品22項目の摂取状況の因子分析によって抽出した5因子について、第1因子はかいそう、まめ類・まめ製品、いも類、くだもの、色の濃い野菜など、繊維質やビタミンに富み、一般に「体によい」というイメージの食品との因子負荷量が高かったことから、健康志向食品に関する因子と解釈した。第2因子はスナック菓子、間食などとの因子負荷量が高く間食に関する因子、第3因子はその他の野菜、色の濃い野菜などとの因子負荷量が高く副菜に関する因子、第4因子は油料理、卵、肉類などとの因子負荷量が高く主菜に関する因子、第5因子は米飯、パンとの因子負荷量が高く主食に関する因子と解釈した。

4. 食品摂取状況と健康に対する姿勢や食生活習慣との関係

食品摂取状況に関する第1因子（健康志向食品）、第3因子（副菜）の因子得点は、健康に

表4 食品22項目の相関係数行列

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	11)	12)	13)	14)	15)	16)	17)	18)	19)	20)	21)	22)	
1) 肉類	1.00																						
2) 魚介類	.31	1.00																					
3) 卵・卵料理	.33	.30	1.00																				
4) まめ類・まめ製品	.22	.29	.35	1.00																			
5) かいそう	.26	.23	.22	.46	1.00																		
6) いも類	.27	.29	.28	.40	.41	1.00																	
7) くだもの	.14	.21	.16	.21	.25	.34	1.00																
8) 油料理	.37	.31	.29	.16	.12	.19	.10	1.00															
9) ねり製品	.27	.31	.23	.37	.21	.33	.20	.23	1.00														
10) 間食	.19	.17	.07	.08	.09	.14	.18	.19	.11	1.00													
11) スナック菓子	.19	.10	.12	.04	.07	.18	.12	.19	.18	.54	1.00												
12) ジュース類	.19	.11	.02	-.04	.02	.10	.09	.11	.16	.37	.39	1.00											
13) お茶	.14	.15	.16	.17	.22	.22	.14	.14	.09	.03	.01	-.05	1.00										
14) インスタント食品	.14	.11	.14	.04	.06	.19	.02	.16	.18	.19	.35	.35	.04	1.00									
15) 牛乳・乳製品	.13	.14	.13	.17	.24	.17	.25	.10	.19	.01	-.03	.05	.03	.03	1.00								
16) 色の濃い野菜	.20	.21	.29	.38	.29	.40	.25	.15	.30	.05	.02	-.01	.21	.03	.30	1.00							
17) その他の野菜	.29	.18	.26	.29	.23	.32	.26	.17	.21	.11	.05	.00	.17	-.01	.22	.67	1.00						
18) つけもの	.10	.19	.11	.17	.07	.11	.10	.12	.18	.08	.11	.12	.18	.14	.08	.31	.30	1.00					
19) 汁物	.09	.18	.14	.20	.16	.19	.19	.19	.12	.07	.06	.13	.08	.05	.23	.25	.33	.20	1.00				
20) 米飯	.07	.18	.13	.14	.14	.03	-.07	.10	.02	.03	.05	.00	-.04	.14	.14	-.02	-.05	.07	.13	1.00			
21) パン	.13	.06	.14	.09	.02	.13	.19	.08	.15	.12	.03	.06	.07	-.04	.12	.21	.19	.03	-.01	-.28	1.00		
22) めん類	.15	.03	.18	.03	.04	.16	.09	.13	.19	.18	.17	.18	.13	.37	.01	.04	-.00	.03	-.02	-.02	.19	1.00	

対する姿勢—積極群, 好き嫌いをしないで食べる, 朝食を家族と食べる, 朝食の時間が規則的な者で有意に高かった. この結果から健康を意識して行動している者, 食事を家族と食べる, 規則的に食べる, 好き嫌いをしない等の生活習慣の者は, 食品摂取の面ではまめ類, かいそう, いも類, 野菜類等を使った副食やくだものをコンスタントに食べていると考えられた. 第2因子(間食)の因子得点は, 好き嫌いをしないで食べる者, 塩辛いもの, 甘いもの, 油をとりすぎないようにしている者で有意に低く, 間食やインスタント食品の摂取は健康を意識した行動のひとつとしてとらえられることが示唆され

た. 第4因子(主菜)の因子得点は, 好き嫌いをしないで食べる, の者で有意に高く, 油をとりすぎないようにしている者では低かった. 主菜料理は食事全体の栄養素総量決定に及ぼす影響が大きい¹⁴⁾といわれており, また特に思春期においては健康な成長発達の面から, 重要な因子である. しかし過剰な摂取は成人病予防の点から問題であり, 適切な摂取ができるように促していく必要がある. 第5因子(主食)の因子負荷量は, 米飯で負, パンで正の値を示しており, 第5因子の因子得点が低い者は米飯をよく食べ, 高い者はパンをよく食べることを表しているが, 因子得点の比較では, 食生活習慣と有

表5 食品摂取状況の因子分析

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	共通性
かいそう	.65243	.01959	.09477	.12038	-.10732	.46103
まめ類・まめ製品	.58673	-.05089	.18223	.25952	-.07398	.45287
いも類	.57629	.16100	.17668	.22102	.09968	.44804
くだもの	.39555	.13884	.19685	.04621	.18715	.25165
牛乳・乳製品	.27626	-.00801	.25462	.07695	-.03182	.14815
お茶	.22364	-.02701	.10776	.18984	.10039	.10847
スナック菓子	.05141	.71902	.05185	.07587	-.01271	.52823
間食	.08495	.61506	.09246	.05348	.06215	.40078
ジュース	-.02493	.60638	.06551	.05751	.00094	.37592
インスタント食品	.03812	.46764	-.02976	.23122	-.08231	.28126
めん類	.07042	.30425	-.12687	.27302	.20403	.22980
その他の野菜	.21669	-.02978	.76381	.15473	.20941	.69904
色の濃い野菜	.37192	-.06978	.63959	.16854	.19687	.61943
汁もの	.17225	.08237	.40353	.07749	-.14390	.22600
つけもの	.05748	.11273	.38647	.13706	-.04107	.18585
油料理	.05204	.16878	.14670	.51819	-.03480	.32244
卵・卵料理	.25701	.03008	.13935	.50674	.01437	.34337
肉類	.18911	.18262	.14232	.49192	.04324	.33322
魚介類	.26997	.11137	.16810	.41434	-.12152	.29999
ねり製品	.32470	.17147	.14421	.33834	.08585	.27747
米飯	.08877	.04225	.04446	.16489	-.60153	.40067
パン	.10599	.04826	.07304	.14861	.52593	.31758
因子負荷量の平方和	1.92192	1.75712	1.64335	1.49457	0.89434	7.71129
寄与率	8.7	8.0	7.5	6.8	4.1	35.1

意な関連はみられなかった。

食生活習慣の中では、「好き嫌いをしないで食べる」は、第1因子～第4因子の因子得点と有意な関連がみられ、中学生の食生活に関して重要な項目であると考えられた。また、平成5年の国民栄養調査では、朝食を子どもだけで食べる割合は11年前に比べて8.7ポイント増加、夕食を両親と食べているのは2人に1人である¹³⁾というように子どもだけの食事の増加が明らかになり、「孤食」の問題がいわれている。本結果では朝食や夕食をひとりで食べる者では、第1因子（健康志向食品）、第3因子（副菜）、第4因子（主菜）の因子得点が負の方向、すなわち摂取頻度が低く、家族とともに食事をとる者ほど、食事内容は充実していると考えられた。食事の時に家族がそろわなくなるほど、主菜・副菜・主食といった核となる料理がそろわなくなることが明らかにされている¹⁴⁾。成長期の子ども達にとっては、大人といっしょの食事は食べ方を学び、嗜好を広げ、深めるチャンスであり¹⁵⁾、その後の食生活習慣にも影響すると考えられる。本結果からも、家族そろっての食事が重要であることが示唆された。

中学生の多くは食品選択を直接食事担当者に依存しており、与えられた中から選択するという立場にある¹⁶⁾が、将来的には主体的に食品を選択して食べる必要がある。成人期に向

けて「自分の健康は自分でつくる」という認識をもち¹⁷⁾、行動していくための基礎をつくる意味でも、思春期の食生活に関する健康教育は家庭や学校など様々な教育の場やメディアを通じて行っていくべきである。

V. まとめ

中学生の食品摂取状況を、主に食品摂取頻度の面から把握し、その傾向と、健康に対する姿勢、食事に関連する生活習慣との関係を明らかにすることを目的に、静岡県N町とK村の中学生を対象に質問紙調査を行い、以下のことが明らかになった。

1. 健康に対する姿勢は、「健康によいことをすすんでしている」または「少しはしている」者が39%であり、「健康に気をつけようと思っているが何もしていない」者が42%であった。
2. 「毎日朝食を食べる」者は82%、「好き嫌いをしないで食べる」者は44%であった。朝食を家族と食べる者は64%、夕食では88%であった。
3. 食品22項目の摂取状況について、因子分析によって5因子を抽出した。因子負荷量の高かった食品から、第1因子は健康志向食品に関する因子、第2因子は間食に関する因子、第3因子は副菜に関する因子、第4因子は主菜に関する因子、第5因子は主食に関する因子と解釈した。

表6-1 因子得点の平均値と標準偏差の比較(1)

	人数	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
性別						
男子	180	.0391(.821)	.0802(.900)	-.0446(.890)	.0889(.698) *	-.2382(.726) **
女子	204	-.0345(.799)	-.0708(.809)	.0394(.800)	-.0784(.790)	.2102(.729)
学年						
1年生	116	-.0065(.762)	-.1479(.849) **	.1084(.851)	-.0397(.693) *	.0037(.735)
2年生	118	.0863(.833)	.2378(.805)	-.0386(.839)	.1619(.780)	-.0356(.743)
3年生	150	-.0628(.826)	-.0727(.865)	-.0535(.839)	-.0967(.758)	.0251(.796)

注1) 平均値（標準偏差）を示す。不明は除く。

注2) * : $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ (t検定および一元配置分散分析)

4. 第1～第5因子の因子得点と健康に対する姿勢、食生活習慣との関係を検討した結果、健康に対する姿勢が積極的な者、食事を家族と食べる、定期的に食べる、好き嫌いをしない等の食生活習慣の者は、健康志向食品、副菜、主菜に関する因子の因子得点が高く、食品摂取の

表6-2 因子得点の平均値と標準偏差の比較(2)

	人数	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
健康に対する姿勢						
積極群	152	.1487(.772)**	-.0826(.926)	.2224(.803)**	.0182(.727)	-.0208(.753)
消極群	227	-.1019(.826)	.0458(.797)	-.1499(.846)	-.0104(.771)	.0035(.759)
毎日朝食を食べる						
はい	310	.0259(.803)	-.0074(.858)	.0460(.820)*	.0333(.731)	-.0022(.766)
いいえ	73	-.1091(.841)	.0227(.853)	-.1797(.914)	-.1398(.834)	.0020(.743)
好き嫌いをしないで食べる						
はい	172	.0974(.796)*	-.1301(.932)*	.1119(.839)*	.0943(.727)*	-.0462(.767)
いいえ	210	-.0792(.815)	.1011(.776)	-.0922(.841)	-.0813(.765)	.0418(.757)
朝食を家族と食べる						
家族と食べる	245	.0403(.823)**	.0081(.864)	.0626(.804)**	.0466(.757)	-.0016(.730)
ひとりで食べる	114	-.0096(.767)	-.0127(.811)	-.0460(.863)	-.0285(.716)	-.0027(.823)
食べない	21	-.5330(.665)	.0769(1.011)	-.5230(1.016)	-.3318(.876)	-.0124(.825)
朝食の時間						
規則的	319	.0329(.827)**	-.0407(.855)	.0533(.821)**	.0222(.750)	-.0110(.776)
不規則	42	.0193(.673)	.2837(.725)	-.1435(.818)	.0087(.700)	.0542(.601)
食べない	21	-.5330(.665)	.0769(1.011)	-.5230(1.016)	-.3318(.876)	-.0124(.825)
夕食を家族と食べる						
家族と食べる	337	.0272(.795)	.0164(.850)	.0215(.835)	.0198(.759)	.0000(.770)
ひとりで食べる	42	-.2086(.876)	-.0676(.856)	-.0953(.826)	-.1376(.693)	-.0496(.708)
食べない ^{注3)}	2	.8129(1.325)	-.7340(1.738)	-.7675(.941)	-.0762(1.092)	.2935(.196)
夕食の時間						
規則的	251	.0574(.781)*	-.0067(.892)	.0313(.856)	.0504(.764)	.0079(.766)
不規則	130	-.1229(.847)	.0332(.767)	-.0574(.812)	-.0933(.725)	-.0270(.755)
食べない ^{注3)}	2	.8129(1.325)	-.7340(1.738)	-.7675(.941)	-.0762(1.092)	.2935(.196)
塩辛いものは食べないようにしている						
はい	37	.1476(.784)	-.1729(.823)**	-.1034(.859)	-.1869(.817)	.1661(.780)
どちらともいえない	230	-.0388(.793)	-.0755(.844)	.0228(.821)	-.0256(.719)	.0237(.782)
いいえ	117	.0296(.848)	.2031(.858)	-.0121(.885)	.1095(.785)	-.0991(.703)
甘いものを食べ過ぎないようにしている						
はい	80	.1000(.821)	-.3059(.847)**	.1155(.816)	-.0532(.731)	.1132(.805)
どちらともいえない	200	-.0400(.827)	-.0107(.840)	.0057(.790)	-.0542(.746)	-.0200(.723)
いいえ	104	.0001(.767)	.2559(.817)	-.0998(.952)	-.1451(.768)	-.0486(.795)
油をとりすぎないようにしている						
はい	107	.0587(.908)	-.1226(.847)*	.0186(.810)	-.1329(.765)**	.0246(.716)
どちらともいえない	203	-.0596(.757)	-.0149(.861)	.0534(.806)	-.0332(.704)	.0270(.762)
いいえ	74	.0786(.797)	.2181(.822)	-.1735(.971)	.2833(.798)	-.1096(.818)

注1) 平均値(標準偏差)を示す。不明は除く。

注2) *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ (t検定および一元配置分散分析)

注3) 夕食を食べない者は、検定では除いた。

面で充実していると考えられた。

本研究は、平成6年度厚生科学研究費補助金事業ライフスタイル研究班（主任研究者：山根洋右）の一環として、静岡県西伊豆町、賀茂村の協力のもとに行われた共同研究の一部である。

本研究の一部は、第43回日本学校保健学会で発表した。

稿を終えるにあたって、調査にご協力いただいた町村の生活環境課の方々、中学校の諸先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) Richmond JB, Koteichuck M: Personal health maintenance for children, In Personal health maintenance [Special Issue]. The Western Journal of Medicine, 141: 816-823, 1984
- 2) Health Promotion for Older Children and Adolescents, Bethesda: U. S. Public Health Service National Institute of Nursing Research; 1993. US Dept of Health and Human Services publication PHS 93-2420
- 3) 大沢清二, 深谷澄, 高橋徹三: 統計的分析からみた児童・生徒の食事構造, 栄養学雑誌, 41: 155-166, 1983
- 4) 北野直子, 北野隆雄, 稲岡司ほか: 小・中学生における肥満と食生活・生活習慣の関連, 栄養学雑誌, 48: 11-21, 1990
- 5) 丸山規雄, 甲田勝康, 田中諭ほか: 学齢期における成人病予防の基礎的検討 (第4報) 食生活と血清脂質との関係, 学校保健研究, 36: 464-469, 1994
- 6) 小林幸子, 石井荘子, 川野辺由美子ほか: 中学生の愁訴出現に関与する食生活因子について, 小児保健研究, 49: 573-579, 1990
- 7) 門田新一郎: 中学生の健康状態と食生活との関連について—簡易アンケート調査による検討—, 栄養学雑誌, 45: 209-222, 1987
- 8) 森本兼義: 健康意識と健康志向行動, ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究—, (森本兼義編), 33-52, 医学書院, 東京, 1991
- 9) 日本農村医学会ライフスタイル研究班: 生活習慣調査票 (児童・生徒用)・食べ物調査 (児童・生徒用), 平成五年度厚生科学研究費補助金事業報告書—農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究—, 17-19, 1994
- 10) 山根洋右: 島根県農村モデルコミュニティにおける分析 第2報, 平成六年度厚生科学研究費補助金事業報告書—農村におけるヘルスプロモーション技法の開発に関する研究— (主任研究者 山根洋右), 69-81, 1995.
- 11) 小山和作: 熊本県豊野村からの報告 第2報, 平成六年度厚生科学研究費補助金—農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究— (主任研究者 山根洋右), 99-115, 1995
- 12) 野尻雅美: 静岡県西伊豆地域住民の健康と生活 (第2報), 平成六年度厚生科学研究費補助金—農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究— (主任研究者 山根洋右), 34-44, 1995
- 13) W Willet: Nutritional Epidemiology, 1989, 田中平三監訳, 食事調査のすべて—栄養疫学—, 80-109, 第一出版, 1996
- 14) 足立己幸: 料理選択型栄養教育の枠組としての核料理とその構成に関する研究, 民族衛生, 50 (2): 70-107, 1984
- 15) 厚生省「国民栄養調査」, 国民衛生の動向: 95-96, 厚生統計協会, 1995
- 16) 足立己幸ほか: 「食事の健全さ自己点検のてびき」を使った私たち自身の食生活の見直し, 12-13, 全国農村婦人組織協議会, 1983
- 17) 成田美代: 特集 児童・生徒の食品選択と栄養問題, 学校保健研究, 33: 255-259, 1991
(受付 97. 3. 25 受理 97. 7. 3)

連絡先: 〒260 千葉市中央区亥鼻1-8-1

千葉大学看護学部保健学研究室 (佐藤)

原 著 学校における性・エイズ教育推進に関わる要因
—DEMATEL法による構造化—

渡 部 基*¹ 野 津 有 司*²

*¹北海道教育大学札幌校 *²秋田大学教育学部

A Study on Systematization of Problems About Developing
HIV/AIDS Education in School Using DEMATEL Method

Motoi Watanabe*¹ Yuji Nozu*²

*¹Hokkaido University of Education/ Sapporo *²Akita University

It is one of important things to develop HIV/ AIDS education in school in order to prevent adolescents from HIV infection. The purpose of this study is to recognize the construction of problems about developing the education. In this study, the issues concerned with developing the HIV/ AIDS education have been analyzed by DEMATEL method to accomplish the above mentioned purpose. As a result, the influential relationship of the problems has been clarified. It is important factor for developing the HIV/ AIDS education that 1) all teachers should recognize school instruction concerning HIV/ AIDS is significant, 2) all teachers should corporate to practice HIV/ AIDS education, 3) all teachers should modify attitudes toward human sexuality. All the three factors above are closely connected.

Key words : HIV/ AIDS, school teacher, inservice training,
DEMATEL method
HIV/ AIDS 教員 研修 DEMATEL法

目 的

若い世代、特に思春期の青少年を対象としたHIV感染予防対策として、学校における性・エイズ教育を推進することは重要な課題であり、教員はその役割を担っている。文部省は、昭和62年に「エイズの予防に関する知識の普及について」の通達を出し、すべての学校でエイズ予防教育を取り上げるように指示している。そして、各種の手引書や教材を作成・配布している。例えば、平成4年には、教員用手引書「エイズに関する指導の手引き」、高校生用パンフレット「AIDS—正しい理解のために」、平成5年には、高校生用ビデオ「AIDS—正しい理解と行動」、中学生用パンフレット「エイズを正しく

理解しよう!」、平成6年には小学生用ポスター・パネル「エイズってなーに?」、中学生用ビデオ「未来からのメッセージ 知ってほしいエイズのこと」である¹⁾²⁾

学校における性・エイズ教育は、学校教育全体の中で、それぞれの教科、特別活動等の特性を生かしつつ、相互補完的に指導を進めていかなければならない³⁾。例えば、池田は、エイズ教育推進上のポイントについて、(1)教師の認識を高める、(2)保護者に対する啓発、(3)教職員の研修を通して共通認識を図る、の3点を上げている⁴⁾。

このように、教員が性・エイズ教育を推進する際の課題(問題点)には、様々なものが考えられる。そして、そうした多くの問題を効果的

に解決していくためには、まず、それらが全体としてどのような構造を持つのかを明らかにし、その構造に応じた対策を講じなければならない。

そうした諸問題の全体構造を把握する方法として、教員自身が、学校における性・エイズ教育を推進する際の障害となる諸問題をどのように捉えているのかを明らかにする方法がある。従来、教員を対象としたエイズ教育に関する研究では、Watanabe M. et al.⁵⁾ 薩田⁶⁾⁷⁾によるものがあげられる。これらはいずれも、教員におけるエイズに関する知識・態度・行動のレベルを明らかにするものであり、性・エイズ教育推進に関わる問題点を扱ったものではない。他にも、学校における性・エイズ教育推進に関わる諸問題について検討し、その構造を明らかにした研究はみられない。そこで、本研究では、学校における性・エイズ教育推進に関わる諸問題の構造を明らかにすることを目的とした。

方 法

DEMATEL法

本研究では、学校における性・エイズ教育推進に関わる諸問題（評価要因）を構造化するために、DEMATEL (Decision Making Trial and Evaluation Laboratory) 法を用いた。この方法は、複雑に絡み合った問題点を構造化するために開発されたもので、各評価要因間の因果連鎖を視覚的に表現できる方法である⁸⁾⁹⁾。DEMATEL法的方法的利点は、①複合化された評価要因の構造を階層的に図示できる、②各評価要因間の関連度を定量的に分析できる、③意思決定のメカニズムを視覚的にとらえることができる、④複数の回答者の考えを統合することが可能である

ため共通認識を得やすい、という4点である¹⁰⁾

対象

調査は、秋田県教育委員会主催の平成7年度秋田県エイズ教育（性教育）指導者養成講座参加者44名に行い、このうち特殊教育諸学校教員3名を除いた41名を本研究の対象とした。これらの者は、以前に性・エイズ教育に関する研修を1回以上受講した者で、さらに、この指導者養成講座に自主的に参加を希望し、実際に参加した者である。したがって、学校における性・エイズ教育に関して、比較的良好に理解している者であると考えられる。

対象の性別は男子46.3%、女子53.7%、平均年齢は37.3±8.31歳、平均教職歴は13.5±8.47年である。校種別は、小学校が61.0%、中学校が26.8%、高等学校が12.2%である。一般教諭と養護教諭の割合は、一般教諭58.5%、養護教諭41.5%である。中学校教員免許を所有する者(N=28)のうち、保健体育を所有する者が50.0%、保健を所有する者が21.4%である。また、高等学校教員の免許を所有する者(N=24)のうち、保健体育を所有する者が54.2%、保健を所有する者が12.5%である。エイズ教育に関する研修の受講回数は、表1のとおりである。

評価要因の設定

平成7年度秋田県エイズ教育（性教育）指導者養成講座の中で、グループワークの一環として、学校における性・エイズ教育を推進する上での問題点について、ブレインストーミングを行った。さらに、そこで抽出された評価要因について定義づけを行い、要因間に重複がないよう、指導主事、性教育・健康教育研究者によって再

表1 エイズ教育に関する研修回数

(%)

研 修	N	1回	2回	3回	4回	5回～	なし	NA	計
校 内	41	17.1	9.8	4.9	0	0	65.8	2.4	100
校 外	41	46.4	12.2	9.8	2.4	7.3	19.5	2.4	100

検討した。その結果、19項目の評価要因が抽出された(表2)。

調査手順

抽出された19項目の評価要因に基づいて、DEMATEL法による自記式記名の調査票を作成し、郵送によって実施・回収した。回答方法は、各評価要因に対して、①その評価要因は現実として問題となっているかどうかを3段階で(問題がない場合は次の評価要因について回答する)、②その評価要因は性・エイズ教育推進の上でどの程度重要であるかを5段階で、③その評価要因は他の要因にどの程度影響を与えているのかを3段階で、それぞれ評価させた。調査期間は1996年2月で、有効回答率は100%である。

分析手順

まず、各評価要因間の直接影響の大きさに対する回答結果から、直接影響行列を算出した。しかし、現実には、各要因間で互いに他の影響

を介して影響するという間接影響も存在するため、他階段におよぶ間接影響行列も算出した。そして、直接影響行列と間接影響行列を加えることによって総合影響行列を算出し、その結果に基づいて、総合影響を「強」、「中」、「弱」の3段階に分けた。さらに、各要因毎に、他の要因に対する影響力の強さをみるため、総合影響行列の行和から各要因毎の影響度も算出した。

結 果

各要因の総合影響行列を表3に示した。そして、本研究では、特に、総合影響が「強」である評価要因、すなわち、他の要因へ強く影響を与える要因と、他の要因から強く影響を受ける要因の二つの要因に着目した。これらの要因に着目した理由は、大きな影響を与えたり受けたりする要因を構造的に整理することによって、学校における性・エイズ教育を推進する上で効果的な道筋が明らかになるからである。その結果、19要因中、10要因が抽出された。そして、それら10要因をそれぞれの影響度に基づいて図

表2 評価要因

- ①管理職における性・エイズに対する抵抗感
- ②管理職における性・エイズ教育の必要感の欠如
- ③教職員における性・エイズ教育に対する共通理解の欠如
- ④教職員における性・エイズ教育に対する指導体制の欠如
- ⑤学校における性・エイズ教育に関する指導計画の欠如
- ⑥学校における性・エイズ教育に関する授業時間の確保のむずかしさ
- ⑦教員における性・エイズに関する知識不足
- ⑧教員における性・エイズに対する偏見
- ⑨教員における性・エイズに対する抵抗感
- ⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如
- ⑪教員における性・エイズ教育の教育内容の理解不足
- ⑫教員における性・エイズ教育の教育方法の理解不足
- ⑬教員における性・エイズ教育の教材確保のむずかしさ
- ⑭教員における性・エイズ教育を行う自信の欠如
- ⑮児童生徒における性・エイズ教育の必要感の欠如
- ⑯児童生徒における性・エイズの対する理解度のちがいがい
- ⑰保護者における性・エイズに対する抵抗感
- ⑱保護者における性・エイズ教育の必要感の欠如
- ⑲マスコミにおける性情報の氾濫

1に示した。影響度については、影響度が最も大きかった要因である「⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如」を100%として、最も上になるように配置した。図における矢印は、各要因間での強い影響力の方向を示しており、左右の関係は特別な意味を持たない。

図1を見ると、抽出された10要因中、最も強い影響度を持つ要因が、「⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如」である。この要因

は、抽出された要因のほぼすべてに対して、強い影響を与えている。

80%前後の影響度を持つ要因が、「③教職員における性・エイズ教育に対する共通理解の欠如」、「⑨教員における性・エイズに対する抵抗感」である。これらの要因は、⑩を含め、他の要因に対しても強い影響を与えている。

70~50%の間の影響度を持つ要因は、「④教職員における性・エイズ教育に対する指導体制

表3 総合影響行列

		影響を受ける要因																		影響度	
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱		
影響を与える要因	①	-	-	△	○	○	△	-	-	○	△	-	-	-	-	-	-	△	-	-	31.83
	②	-	-	○	◎	◎	◎	△	△	△	○	△	△	-	-	-	-	-	△	-	54.04
	③	-	-	△	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	○	-	△	-	-	-	-	-	80.31
	④	-	-	△	△	◎	◎	○	○	○	○	○	○	-	○	-	-	-	-	-	64.45
	⑤	△	△	○	◎	△	◎	△	△	○	○	△	△	-	△	-	-	-	-	-	58.3
	⑥	-	-	-	△	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.36
	⑦	-	-	△	△	△	○	△	○	○	○	○	△	-	○	-	-	-	-	-	54.06
	⑧	-	-	○	△	△	○	-	△	○	△	△	-	-	△	-	-	-	-	-	33.14
	⑨	△	-	◎	○	◎	◎	○	◎	△	◎	◎	△	-	○	-	-	-	-	-	77.53
	⑩	-	△	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	△	◎	◎	○	○	-	-	-	-	-	100
	⑪	-	-	○	△	○	△	-	△	○	△	△	○	-	○	-	-	-	-	-	44.94
	⑫	-	-	-	△	△	-	-	-	-	-	-	-	○	○	-	-	-	-	-	23.13
	⑬	-	-	○	△	○	△	-	-	△	△	○	○	-	○	-	-	-	-	-	43.52
	⑭	-	-	△	○	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.33
	⑮	△	△	△	△	△	△	-	△	○	○	△	-	-	△	-	-	-	○	-	46.17
	⑯	-	-	-	△	△	△	-	-	-	-	-	-	-	△	-	-	△	△	-	20.34
	⑰	△	△	△	△	△	△	-	-	○	○	-	-	-	-	△	-	-	○	-	42.72
	⑱	-	○	△	△	△	△	-	-	△	○	-	-	-	-	○	-	-	-	-	32.82
	⑲	△	-	-	-	-	-	-	-	△	-	-	-	-	-	-	△	△	-	-	20.17

①~⑱の要因については表2を参照のこと。

◎：強，○：中，△：弱 それぞれ総合影響の強さを示す。

-：影響がないか、あるいはあってもほとんど影響しないことを示す。

影響度：影響力が最も大きい因子「⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如」を100%としたときの他の因子の割合を示す。

の欠如」, 「⑤学校における性・エイズ教育に関する指導計画の欠如」, 「②管理職における性・エイズ教育の必要感の欠如」である。これら④⑤の要因は、互いに強い影響を与え、他には「⑥学校における性・エイズ教育に関する授業時間の確保のむずかしさ」に対してのみ強い影響を与えている。また、②の要因は、④、⑤、⑥に対して強い影響を与え、他の要因からの強

い影響は受けない。

残る50%以下の影響度を持つ要因は、「①教員における性・エイズ教育の教育内容の理解不足」, 「⑧教員における性・エイズに対する偏見」, 「⑫教員における性・エイズ教育の教育方法の理解不足」, 「⑥学校における性・エイズ教育に関する授業時間の確保のむずかしさ」の4つである。これらの要因は、自らが他の要因に対し

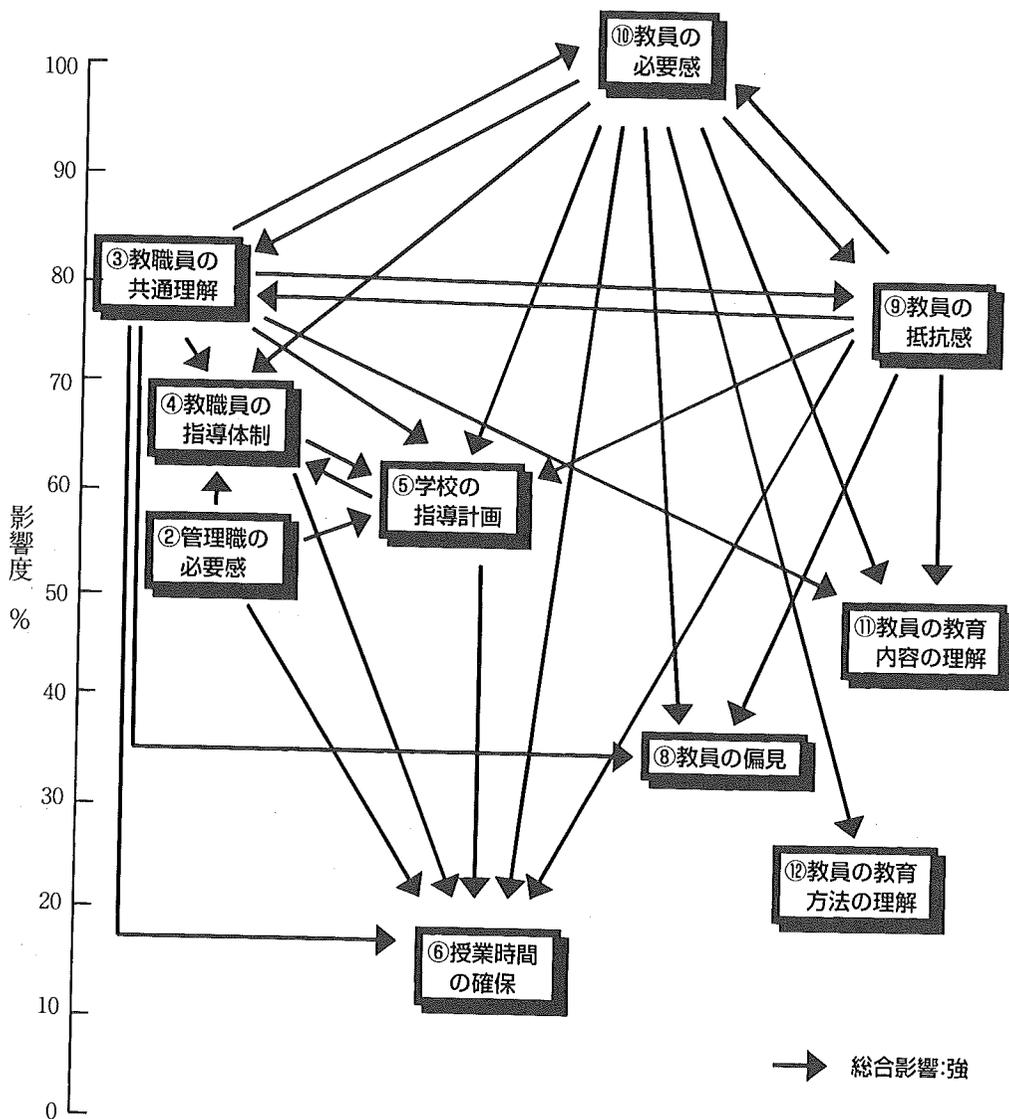


図1 影響度による諸問題の平均構造

て強い影響を与えることがなく、すべて他の要因から強い影響を受けれるのみである。

考 察

学校における性・エイズ教育は、青少年のHIV感染を予防するために重要な役割を担っている。しかし、学校における性・エイズ教育を推進するためには、改善すべき様々な問題点が存在している。そうした問題点は非常に多様であり、それらを効果的に改善していくためには、それらの問題点の全体構造を明らかにし、より効果的な解決プロセスを導き出すことが重要である。そこで、本研究では、問題の構造を捉えることができるDEMATEL法を用いて、学校における性・エイズ教育を推進する上で障害となる問題点の構造化を試みた。

図1からも明らかのように、「⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如」の問題は、性・エイズ教育を推進する上で最も影響力の大きな要因であった。すなわち、教員自身が性・エイズ教育の必要性を明確に感じるものが、性・エイズ教育の強力な推進力となることが示された。このことから、教員研修等を通じて、性・エイズ教育の必要性に関する理解を深めることが重要であることが確認された。しかし、「⑩教員における性・エイズ教育の必要感の欠如」の問題は、全体構造の中で、他の要因から独立して存在しているわけではない。この問題は、「③教職員における性・エイズ教育に対する共通理解の欠如」及び「⑨教員における性・エイズに対する抵抗感」の問題と、相互に強い影響を与えあいながら存在している。したがって、これらの3要因は、個別に解決していくのではなく、あわせて解決していくことが性・エイズ教育推進にとって効果的であることを示している。つまり、1) 性・エイズ教育に対する教員の必要感の向上、2) 性・エイズ教育に対する教職員の共通理解の推進、3) 性・エイズに対する教職員の抵抗感の軽減が、性・エイズ教育推進の三大要件と考えられる。

「②管理職における性・エイズ教育の必要感

の欠如」の問題は、今回着目した10の評価要因のうち、唯一、他の要因からは強い影響を受けない要因である。一方で、この要因は、教職員の指導体制の確立や、学校の指導計画の作成等に対して強い影響を与えている。すなわち、学校管理職は、学校での組織活動やカリキュラム作成に対して、強いリーダーシップがあることを示している。

しかしながら、この「②管理職における性・エイズ教育の必要感の欠如」の問題は、他の要因から強い影響を受けることがないため、他の要因からの波及効果による改善を期待することはできない。したがって、この問題を改善するためには、例えば、校長会などの機会を捉えて、学校管理職に焦点を絞った集中的な対策を講じる必要がある。

「①教員における性・エイズ教育の教育内容の理解不足」、「⑧教員における性・エイズに対する偏見」、「⑫教員における性・エイズ教育の教育方法の理解不足」、「⑥学校における性・エイズ教育に関する授業時間の確保のむずかしさ」の問題は、他の問題の影響をすべて受ける形で存在している。すなわち、これらの問題を解決するためには、まず強い影響を与えている他の要因を先に解決しなければならないことを示している。例えば、性・エイズ教育に対する教員の必要感の向上や性・エイズ教育に対する教職員の共通理解の推進がない状態で、性・エイズ教育の教育内容や方法について教員に理解させようとしても効果的ではないと言える。同様に、性・エイズ教育の時間をどのようにして確保していったらよいかを考えることよりも、先に他の影響力の大きな問題を解決していった方が、結果として時間確保が可能になると考えられる。

以上のように、学校における性・エイズ教育を推進する上での諸問題の構造が明らかとなった。そして、影響度の大きな評価要因に着目し、影響を与えている方向から問題解決のためのいくつかのプロセスも示唆された。

今後は、所属校の規模によるちがいがいなど、対

象の属性による意識構造のちがいを検討するとともに、本研究で得られた示唆に基づいて、教員研修等の機会を活用し、学校における性・エイズ教育の推進を目指して、より効果的な対策を講じる必要があると考える。

なお、本研究の要旨は、第43回日本学校保健学会（郡山、1996）において発表した。

謝 辞

本研究は、平成6～7年度に、秋田県健康教育研究会（代表：野津有司秋田大学教育学部教授）が秋田県教育委員会から研究委託を受けて行ったものの一部である。本研究にご協力いただいた秋田県教育委員会エイズ教育推進のための委員会委

参考 調査票記入例

①『管理職における抵抗感の問題』

学校管理職が性・エイズの問題を扱うことに対して抵抗感を示す。

問A あなたは、上記のことが現実として問題だと考えますか。

- ①. はい 2. いいえ 3. わからない

問B 上記のことは、「学校における性・エイズ教育の推進」を図る上で、どの程度重要であると考えますか。

1. きわめて重要 ②. 重要 3. やや重要 4. 重要でない 5. わからない

問C 上記の問題が解決された場合、他の問題で直接影響を受ける項目は何ですか。また、その影響の度合いはどの程度だと考えますか。影響があると思われるものについて、項目の先頭にある□印の中にチェックを入れ、影響の度合いを選んで○で囲んでください。なお、ここにあげた問題以外に影響があると思われる項目があれば、追加して同様の判断をしてください。

		(影響の度合い)
管理職の抵抗感がなくなれば	<input checked="" type="checkbox"/> ④性・エイズ教育に対する教職員の指導体制が確立される。	(強 ④ 弱)
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑤学校全体の性・エイズ教育に関する指導計画が作成しやすくなる。	(強 ④ 弱)
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑨教員自身が性・エイズの問題を扱うことに対して抵抗感がなくなる。	(⑨ 強 中 弱)
	<input type="checkbox"/>	(強 中 弱)
	<input type="checkbox"/>	(強 中 弱)
	<input type="checkbox"/>	(強 中 弱)
	<input type="checkbox"/>	(強 中 弱)
	<input type="checkbox"/>	(強 中 弱)

※この設問に対して、ご意見がありましたらご記入ください。

員各位，ならびに本研修に参加し調査にご協力いただいた教員各位に深く感謝いたします。また，DEMATEL法に関してご指導いただいた秋田工業高等専門学校環境都市工学科折田仁典助教授，秋田大学大学院加藤裕康氏に深謝いたします。

文 献

- 1) 北島智子：文部省エイズ教育最前線，スポーツと健康，25（4）：41-43，1993.
- 2) 学校健康教育課：エイズ教育教材の作成について，スポーツと健康，27（8）：36-37，1995.
- 3) 日本学校保健会：エイズに関する指導の手引き，12-17，1992.
- 4) 池田 焜：学校におけるエイズ教育の進め方，スポーツと健康，27（11）：11-14，1995.
- 5) Watanabe M., Nozu Y., Iwai K.: AIDS-related knowledge and attitude among high school teachers in Akita: Results from Akita AIDS Education for Adolescent Survey (AAAS), XVth World Conference on the International Union for Health Promotion and

Education Proceedings, 310-311, 1996.

- 6) 薩田清明：都区内小・中学校教員のエイズに対する意識について，第42回日本学校保健学会講演集，210，1995.
- 7) 薩田清明：エイズに対する小・中学校教員の意識について，第54回日本公衆衛生学会総会講演集，1261，1995.
- 8) 計測自動制御学会システム工学部会：システムのStructural Modeling—複雑なシステムの構造を扱う方法—，37-56，講習会テキスト，1977.
- 9) 菊地茂，菊地康之，前田正人：ヒューリスティックな手法の適用性に関する考察，土木計画学研究発表会講演集 5，309-314，1983.
- 10) 折田仁典，加藤裕康，湯沢昭：DEMATEL法による定期市問題の構造化に関する研究，第30回日本都市計画学会学術研究論文集，505-510，1996.

(受付 97. 4. 2 受理 97. 7. 25)

連絡先：〒002 札幌市北区あいの里5条3丁目1-5

北海道教育大学札幌校（渡部）

原 著

女子大学生の入学時における骨密度測定が、
その後の食生活や骨への意識に及ぼす影響
—骨密度測定値別にみた違いについて—

西田 弘之*¹ 杉浦 春雄*¹ 竹本 康史*²
小野木 満照*³ 島澤 司*⁴ 三浦 丈志*⁵
中 神 勝*⁶

*¹岐阜薬科大学保健体育学研究室

*²岐阜医療技術短期大学保健体育学研究室

*³岐阜医療技術短期大学診療放射線技術学研究室

*⁴岐阜医療技術短期大学薬理学研究室

*⁵加茂医師会立総合保健センター

*⁶大阪府立大学健康科学講座

Influence of Bone Density Measurement at Entrance
into Women's College on Their Subsequent Consciousness
to Dietary Life and Bone

—On the Relationship of Bone Density Difference to Later Results—

Hiroyuki Nishida*¹ Haruo Sugiura*¹ Yasufumi Takemoto*²
Michiteru Onogi*³ Tsukasa Shimazawa*⁴ Takeshi Miura*⁵
Masaru Nakagami*⁶

*¹Department of Health and Physical Education, Gifu Pharmaceutical University

*²Department of Health and Physical Education, Gifu College of Medical Technology

*³Department of Radiological Technology, Gifu College of Medical Technology

*⁴Department of Pharmacology, Gifu College of Medical Technology

*⁵Laboratory of Kamo General Health

*⁶Laboratory of Health Science, University of Osaka Prefecture

In the present study, how the bone density that was measured when women entered college make influences on the consciousness to bone or life style was examined with respect to the differences of bone density. The results are summarized as follows.

- 1) The women found to be in a lower bone density were anxious about osteoporosis and were aware of the importance of life style to strengthen their bone.
- 2) The women in a lower bone density were inclined to take foods with high protein or calcium including meat.
- 3) The women in a high bone density showed high body mass index (BMI) at the entrance into college. About half of them reduced their diet.
- 4) What the way of life style should be is influenced by increase and decrease in bone density after

one year.

These results showed that substantial understanding of women's bone density at the entrance into college and getting the knowledge about bone at this period, particularly in the case of women in a lower bone density contribute to not only the improvement of ability to self-control health in wide sense, but also the positive prevention of osteoporosis from younger age.

Key words : women's college student, bone density measurement, dietary life, consciousness to bone,
女子学生, 骨密度測定, 食生活, 骨意識

1. 緒 言

社会の高齢化に伴い、骨粗鬆症が临床上あるいは福祉の場などで大きな問題となっている。

骨粗鬆症は現在のところ治療が困難なため、予防の重要性が叫ばれており、これまで主として、閉経期前後の年齢層や高齢期女性を対象に、骨塩量と生活習慣との関係などが詳細に検討され予防のための要因が明らかにされつつある¹⁻³⁾。また、最近では、獲得最大骨量が低い状態で中高年期を迎えてからの予防には限界があることも否めないとの観点⁴⁾から、若年期において最大骨量を高めておき骨粗鬆症の危険を少なくしようとする積極的予防にも焦点があてられるようになってきている。^{5,6)}

一方、日本人女性の最大骨量 (peak bone mass) 到達年齢に関する最近の知見では、諸外国と同様に18歳頃と報告⁷⁾されており、大学学齢期ではほぼ最大骨量に達しているものと考えられている。

しかしながら、女子大学生の6人に1人が⁸⁾50歳代並みの低骨密度であるとのショッキングな報告⁸⁾や、女子大学生のライフスタイルに関しては、極端なダイエットを始めとする食生活の偏り、運動不足者の増加など骨密度の維持増加には好ましい状況下ではないと思われる報告も多くみられている。^{9,10)} すなわち、骨粗鬆症は主として、閉経後から危険性が増大する疾患であるためか、女子大学生にとっては、さほど身近な問題となっていないのが現状であると思われ

る。

そこで著者らは、大学学齢期から骨粗鬆症を予防するためには、まず骨に対して関心を持たせることが重要であると考え、その方法の一つとして、自分自身の骨密度を認識させる目的から大学入学時に骨密度測定を実施した。

本研究では、そうした入学時における骨密度測定が、その後1年間の食習慣や骨に対する意識および1年後(2回生時)の骨密度にどのような影響を及ぼすのかを、骨密度測定値の違いにより検討し若干の知見を得たので報告する。

II. 研究方法

対象は1995年に岐阜県下のA短期大学の看護学科に入学した女子学生77名のうち、本調査は僅かではあるが放射線に被曝することなどを説明した上で、参加を承諾した71名であり、入学時の平均年齢±標準偏差は、18.3±0.5歳である。

骨量の測定は、入学直後の1995年4月下旬と1年後(2回生時)の1996年4月下旬の2回実施した。測定には、DCS-600 (ALOKA社製)を用い、DEXA (Dual Energy X-ray Absorptiometry)法により、前腕橈骨遠位1/3部位 (非利き腕)のProfile Scan (R3: single Scan)にて骨塩量 (g/cm) [BMC: Bone Mineral Content] と骨幅 (cm) [BW: Bone Width] を測定した。骨量の指標としての骨密度 (g/cm²) [BMD: Bone Mineral Density] は骨塩量/骨幅で表した。なお、測定に際しては2回とも同一検者により測定誤差が生じないよう特に留意した。

表1 調査表(質問内容)

- I. 1) 前回(入学時)の骨密度(骨塩量)の数値をどのように感じましたか.
1. あまり低いのでビックリした
 2. 予想どおり低かった
 3. 人並みにあったのでビックリした
 4. 予想どおり人並みだった
 5. 予想どおり高かった
 6. 予想以上に高かったのでビックリした
- 2) 骨粗鬆症に関する知識はありますか.
1. まったくない
 2. ない方
 3. ある方
 4. かなりある
- 3) 高齢期の骨粗鬆症に不安はありますか.
1. まったくない
 2. ない方
 3. ある方
 4. かなりある
- 4) この1年間で骨を丈夫にしようと意識したことがありますか.
1. まったくない
 2. ない方
 3. ある方
 4. かなりある
- ☆問4で、3および4と回答された方は、どのような方法で丈夫にしようとしましたか具体的に記入して下さい。()
- II. 1) 毎日の生活は規則正しい方ですか.
1. 不規則
 2. 時々不規則
 3. 規則正しい方
 4. 非常に規則正しい
- 2) 睡眠時間は平均するとくらいですか.
1. 6時間以下
 2. 6~7時間
 3. 7~8時間
 4. 8時間以上
- 3) 朝食は食べますか.
1. 食べない
 2. 週2~3回
 3. 週4~5回
 4. 毎日食べる
- 4) 間食(菓子類)をしますか.
1. よく食べる
 2. 食べる方
 3. 食べない方
 4. まったく食べない
- 5) 体力についてどのように感じていますか.
1. ほとんどない
 2. ない方
 3. ある方
 4. かなりある
- 6) 日常生活の中で身体活動量はどのくらいですか.
1. ほとんど動かない
 2. 動かない方
 3. 動く方
 4. かなり動く
- 7) 運動(スポーツ)をどの程度行なっておられますか(体育の時間は除く).
1. ほとんどしない
 2. 月1回程度
 3. 週1~2回
 4. 週3回以上
- 8) 食物の好き嫌いはありますか.
1. かなりある
 2. ややある
 3. ない方
 4. ほとんどない
- 9) 毎日の食事の栄養バランスはいかがでしょう.
1. かなり悪い
 2. 悪い方
 3. 良い方
 4. 非常に良い
- III. 毎日の食事などの品目についてお尋ねします.
- ①肉類は
 - ②魚介類は
 - ③緑黄色野菜は
 - ④その他の野菜は
 - ⑤卵は
 - ⑥牛乳・乳製品は
 - ⑦芋類は
 - ⑧めん類は
 - ⑨海藻類は
 - ⑩豆類は
 - ⑪パン類は
 - ⑫果実類は
 - ⑬インスタント麺は
 - ⑭レトルト食品は
 - ⑮清涼飲料水は
 - ⑯コーヒー・紅茶は
1. あまり食べなかった
 2. 食べなかった方
 3. 食べた方
 4. よく食べた
- IV. 1) 現在の身長と体重のバランスについてどのようにお考えですか.
1. 肥りすぎ
 2. 肥満気味
 3. ちょうどよい
 4. やせ気味
 5. やせすぎ
- ☆あなたの身長には、どのくらいの体重が理想的だと考えていますか。() kg
- 2) 大学入学後にダイエットを実施したことがありますか.
1. ない
 2. ある: ダイエット方法は()・期間は()ヶ月

表2 群別にみた入学時と2回生時の身長、体重、BMIおよび骨密度

群 (人数)		上位群 (24名)	中位群 (21名)	下位群 (26名)
入学時	1. 身長 (cm)	157.9±4.5	157.9±6.4	157.9±5.4
	2. 体重 (kg)	54.1±7.7	52.2±6.5	50.3±5.4
	3. BMI (指数)	21.6±2.3	20.9±2.3	20.4±1.9
	4. 骨密度 (g/cm ²)	0.694±0.029 a, b ^{**}	0.639±0.016 c ^{**}	0.581±0.026
2回生時	1. 身長 (cm)	158.1±4.7	158.0±6.8	157.2±5.6
	2. 体重 (kg)	54.4±7.0	52.9±6.3	50.5±5.5
	3. BMI (指数)	21.7±1.9	21.2±2.0	20.4±2.0
	4. 骨密度 (g/cm ²)	0.660±0.037 a, b ^{**}	0.621±0.025 c ^{**}	0.582±0.027
骨密度増減率(入学時-1年後/入学時)(%)		-4.93±4.68	-2.74±3.36	0.021±3.40 b ^{**}

***= $p<0.01$ (a=上位群：中位群, b=上位群：下位群, c=中位群：下位群)

入学1年後、すなわち骨密度測定後1年間の状況に関する調査は、1996年(2回生時)4月下旬の体育講義時間の一部を利用して一斉記入させた。調査項目は表1に示したように、骨粗鬆症に対する意識などに関する4項目、運動などを含めた生活習慣に関する9項目、食品群別(16品目)摂取頻度に関する項目および理想体重などに関する2項目の合計16項目で構成した。

分析方法は、入学時の骨密度測定値によって、全体の平均値を基準に標準偏差の1/2により、上位群(0.663g/cm²以上)、中位群(0.612~0.662g/cm²)、下位群(0.611g/cm²以下)の3群に区分し比較検討した。各群毎に単純集計をした後、調査表の各々の質問に対する4段階の自己評価尺度結果を、「1. 強く否定」…1点、「2. やや否定」…2点、「3. やや肯定」…3点、「4. 強く肯定」…4点と得点化し平均値および標準偏差を算出し、Duncanの多重比較を用い統計学的有意差の検討を行なった。なお、有意水準は5%および1%とした。

III. 結 果

1. 対象者の概要および骨密度

群別にみた対象者の住居別内訳は、「自宅」31.0%、「寮」11.3%、「下宿」57.7%であり、この比率は3群間にほとんど差はなく、また、これら住居

形態別に調査項目について検討したがいずれも有意差は認められなかった。

表2に、群別に入学時と2回生時の身長、体重、BMI (body mass index: 体重/身長²)および骨密度結果を示した。BMIで上位群が最も高値を示し、ついで中位群、下位群の順であったが有意差はなかった。また、入学時の骨密度の平均値は0.637±0.052g/cm²であり、最も低い者は0.531、最も高い者で0.730であった。本研究で用いた同機種での橈骨1/3遠位部の判定基準値¹¹⁾における50歳代の平均値(0.564)を下回る者が6名(8.5%)みられた。なお、各群の平均値は、上位群(24名)0.694±0.029、中位群(21名)0.639±0.016、下位群(26名)0.581±0.026であり3群間に有意差を認めた($p<0.01$)。なお、測定値に対する感想では、「低値でビックリした」および「予想どおり人並みだった」とする者が共に28%で最も多かった。また、群別にみると、上位群では「予想どおり人並みだった」(42%)や「予想以上に高かった」(33%)が、中位群は「予想どおり人並みだった」(43%)や「人並みにあったのでビックリした」(29%)が、また、下位群では「低値でビックリした」(69%)や「予想どおり低かった」(27%)が多かった。2回生時(1年後)の骨密度の平均値は0.620±0.044g/cm²であり、52名(73%)の者が低下した。また、各群の平均

表3 群別にみた骨粗鬆症に関する項目の自己評価得点 (高得点ほど肯定的回答を示す)

項目	群 (人数)	上位群 (24名)	中位群 (21名)	下位群 (26名)
1. 骨粗鬆症に関する知識はありますか		2.71±0.55	2.67±0.48	2.50±0.58
2. 高齢期の骨粗鬆症に不安はありますか		2.46±0.51	2.90±0.70 a*	3.12±0.65 b**
3. この1年間で骨を丈夫にしようと意識したことがありますか		2.21±0.83	2.57±0.75	2.77±0.71 b*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ (a=上位群:中位群, b=上位群:下位群, c=中位群:下位群)

値は、上位群 0.660 ± 0.037 、中位群 0.621 ± 0.025 、下位群 0.582 ± 0.027 であった。なお、各群の増減率(入学時-2回生時/入学時 $\times 100$)では、上位群-4.93、中位群-2.74、下位群+0.02で、上位群と下位群で有意差($p < 0.01$)を認めた。

2. 骨粗鬆症に対する意識などについて

群別にみた骨粗鬆症に関する項目の自己評価得点を表3に示した。骨粗鬆症に対する知識では、3群間に有意な差はなかった。因みに「知識がある方」との肯定的回答をした者は全体で61%であった。骨粗鬆症に対する不安では、「ある方」(56%)および「かなりある」(16%)など不安を持つ者が多く全体の約7割が不安を持っていた。また、群別では下位群に不安を持つ者が最も多く、ついで中位群、上位群の順となっており3群間に有意差が認められた。

一方、骨密度測定後の1年間に意識的に骨を丈夫にする努力をしたかでは、全体では「ある」と「ない」はほぼ半数ずつであったが、群別では下位群が最も高得点を示し上位群との間で有意差を認めた($p < 0.05$)。なお、努力の方法では、「牛乳・乳製品の摂取に心がける」(43%)が最も多く、ついで「カルシウム含有食品の摂取」(18%)、「カルシウム剤などの摂取」(13%)、「運動」(10%)などであった。

3. 生活習慣について

毎日の生活は、「規則正しい」と「時々不規則」とする者は、ほぼ半数ずつであった。睡眠時間は、半数の者が「6~7時間」であり、ついで「7~8時間」(23%)「6時間以下」(21%)であった。朝食摂取では、78%の者は「毎日」摂っているが、「食べない」者も9%存在していた。

間食は、「食べない方」が45%で最も多く、ついで「食べる方」(35%)「よく食べる」(20%)の順であった。また、偏食の有無では、偏食が「ない方」および「ほとんどない」とする者が60%であった。一方、食事の栄養バランスが悪いとする者も約半数を占めた。嗜好品では、飲酒の習慣をもつ者は認められなかったが、喫煙習慣がある者は7%存在した。

現在、体力が「ある」者は18%にしかみられず、「ほとんどない」および「ない方」の否定的回答が8割以上を占めた。また、群別に「ある」者をみると、上位群が最も高かったが有意差はなかった。運動習慣については、約8割の者が体育実技授業以外はほとんど運動をしていなかったが、「週1~2回以上」の運動実施者の割合は、下位群が最も多かった。また、日常生活における身体活動量でも「動く方」とする者は少なく、全体の76%の者が活動量の少ない生活であった。これらの基本的な生活習慣に関しては、いずれの項目とも3群間に有意な差はなかった。

4. 食品群別摂取頻度

食品群別にみた。その結果、「よく食べた」および「食べた方」の者が半数以上を占めた食品群は、肉類(62%)、緑黄色野菜(63%)、その他の野菜(79%)、卵(75%)、牛乳(71%)、麺類(56%)、パン類(65%)、果実類(59%)などであり、逆に「あまり食べない」および「食べない方」の者が半数以上を占めた食品群は、魚介類(69%)、海藻類(61%)、豆類(65%)であった。

また、群別に摂取頻度についてみたものを表4に示した。その結果、「肉類」「緑黄色野菜」

表4 群別にみた食品群別摂取の自己評価得点 (高得点ほど摂取頻度が高いことを示す)

項目	群 (人数)	上位群 (24名)	中位群 (21名)	下位群 (26名)
①肉類		2.46±0.93	2.33±0.91	2.88±0.77 c*
②魚介類		2.00±0.83	2.10±0.83	2.00±0.89
③緑黄色野菜		2.96±0.86a*	2.52±0.60	2.58±0.70
④その他の野菜		3.29±0.55 a** b*	2.52±0.81	2.85±0.54
⑤卵		2.79±0.88	2.62±0.92	3.38±0.64 b* c**
⑥牛乳・乳製品		3.00±0.88	3.05±0.92	2.69±0.93
⑦芋類		2.75±0.94	2.57±0.81	2.46±0.76
⑧めん類		2.58±0.93	2.57±0.87	2.50±0.81
⑨海藻類		2.17±1.01	2.00±0.89	2.27±0.87
⑩豆類		2.17±0.87	2.38±0.92	2.04±0.96
⑪パン類		2.83±0.92	3.00±0.95	2.62±0.85
⑫果実類		2.96±0.81	2.57±0.87	2.50±0.86
⑬インスタント麺		1.63±0.77	1.57±0.75	1.73±0.78
⑭レトルト食品		1.88±0.90	1.86±0.85	1.81±0.85
⑮清涼飲料水		1.21±0.41	1.33±0.13	1.38±0.11
⑯コーヒー・紅茶		1.50±0.13	1.67±0.16	1.58±0.15

*=p<0.05, **=p<0.01 (a=上位群：中位群, b=上位群：下位群, c=中位群：下位群)

「その他の野菜」および「卵」の食品群で有意差を認めた。すなわち、上位群では緑黄色野菜とその他の野菜が、下位群では肉類と卵の摂取が多かった。

5. ダイエット経験および理想体重

入学後1年間に意識的にダイエットを行なった者は全体の28%にみられ、その方法で最も多かったのは、歩行を中心とした「運動」50%、ついで「食事制限」32%であり、「ダイエット食や薬物」による者も23%にみられた。また、ダイエット経験者を群別でみると上位群が42%と最も多く、ついで中位群(29%)、下位群(15%)の順であった。また自分自身の身長と体重のバランスに対する意識では、「ちょうどよい」とした者は30%であり、6割以上の者が、「肥りすぎ」(11%)および「肥り気味」(52%)としていた。これらの「肥りすぎ」および「肥り気味」とする者を群別にみると、上位群83%、中位群62%、下位群46%の順であり、逆に「やせ気味」とする者は、下位群(19%)だけにしかみられなかった。なお、各群の入学時のBMIの平均値は、各々上位群21.6±2.3、中位群20.9±2.3、下位群20.6±2.1で

あった。また、学生が理想とする体重から算出したBMIの平均値は19.20±0.98であったが、3群間に差異はなかった。

IV. 考 察

女子大学生に低骨密度の者が多いとの報告がある⁸⁾。発育期における栄養の偏り、運動不足など種々の要因が考えられているが¹²⁾本研究でも広田ら⁸⁾の報告よりは少なかったが50歳代に相当する低骨密度者が8.5%存在した。これは、ある程度予想されたこととはいえ、高齢化社会に向け若年時からの骨粗鬆症予防の必要性を再認識させられる結果となった。

生活の規則性や睡眠時間などに関する項目については、いずれも3群間に有意な差は認められず、測定結果が学生の基本的な生活スタイルにまでは影響しなかったと考える。しかし、食品群摂取頻度では若干異なった傾向が窺えた。

一般に骨発育や密度に好影響を及ぼす食品群としては肉類や魚介類などの蛋白質食品、牛乳・乳製品および海藻類などが考えられている¹³⁾。このことから考えると、発育期にはこれらの食品

摂取が上位群では多く、また下位群では少なかった可能性も考えられる。しかし、骨密度測定後では、下位群では肉類や卵などを、また、上位群では緑黄色野菜やその他の野菜を多く摂取する者が多くみられた。このことは、下位群では意識的に蛋白質を摂取するよう心掛けている可能性が示唆され、一方、上位群は、入学時の BMI が他の群より高値を示し、また、ダイエット経験者が42%存在したことなどから低カロリー食である野菜を多く摂取したものと考えられた。すなわち、上位群では高い骨密度レベルに安心し、骨よりも自己の体型に関する関心の方を現実では優先していることが窺えた。

骨粗鬆症に対する知識については、「ある」と回答したものが約6割存在した。今回の質問では、どの程度の知識かは測り知れないが、本対象者が看護学生であることも高率を示した要因であるのかも知れない。また、骨粗鬆症に対する不安では、当然ながら下位群の者ほど多かったが、下位群では同時に骨の強化を計ろうと何らかの努力を行なった者も多く、低骨密度の者にとっては自己の骨密度認識によって骨に対する意識が高揚されるものと思われた。

女性の骨密度は、20歳前後で最大に達した後、40歳位までそれを維持し、骨量の急激な減少は閉経を契機として起こるとされており、したがって、大学学齢期はほぼ最大骨量に達し比較的安定した状態に入る頃と推測できる。しかし、入学時に比べ1年後における骨密度は多くの者で減少がみられた。本研究で用いた機種における同部位の C. V. 値 (coefficient of variation) は 0.25~0.94%程度¹⁴⁾ や 1.23%¹⁵⁾ と比較的安定した測定精度および再現性を有していることが報告されている。そこで本研究では、DEXA 法の被曝線量は僅かではあるが被検者への影響を考慮し、測定は各々1回づつとしたため若干の測定誤差は否めないかも知れない。いずれにせよ、入学時との増減率では、下位群0%、中位群-2.7%、上位群-4.9%と入学時の骨密度が低い群ほど減少率が小さい傾向がみられた。このことは前述の、食品群の摂取状況や骨への意識の違

いなどから、下位群では栄養面を始め骨の強化を計ろうとの努力をした結果であると思われる。

これらの点から、大学学齢期においても、ライフスタイルなどの在り方によっては骨密度が低下する可能性が示唆された。しかし、これまで、この年齢層に関して短期間の骨密度の縦断的推移についてみたものは少なく、今後さらに詳細な検討が必要であると考えられる。

若年時の骨密度測定について、板橋¹⁶⁾ は、20歳の成人を節目とした検診を推奨し、その意義について、この段階ではほぼ最大骨密度に達しているが、同時に、この時期はカルシウムの摂取や運動の強化により骨密度を高めることが可能であることを指摘している。これに関して、広田⁸⁾ は、低骨密度の19~25歳女子専門学校生に4~7ヵ月に亘る栄養および運動指導により平均8.9%骨密度が増加したと報告しており、また、本研究でも、具体的に栄養や運動に関して指導を行なわなかったが、僅かながらでも増加した者は1/4に存在した。このことは更年期や高齢期にはほとんど期待できない効果も、今回対象とした年齢層(18~19歳)にはある程度期待でき得ることを示している。

本研究は、看護学生という限られた集団を対象としたものではあるが、以上述べたように、女子大学生の入学時における骨密度健診は、骨密度が低い場合には、これまでの生活を振り返り丈夫な骨格が形成できるような自覚を持たせるきっかけとなりうるものと推察された。このような学生に対しては、とくに牛乳・乳製品、海藻類などの主要なカルシウム含有食品の十分な摂取によりバランスのとれた食生活と併せて、適度な運動などの重要性を指導する必要があると思われる。

しかし一方では、骨密度が高い場合には、測定値に慢心してしまうのか、骨密度よりもダイエットなどへ関心が向けられる傾向が窺えた。一般に体重および BMI と骨密度とは正の相関を示すとの報告が多く^{17,18)} 本研究でも高値群は低値群より入学時の BMI が大であった。そうした

ことから高値群ではこの1年間でダイエット実施者が約半数近く存在している。若年女性の瘦身願望について、木田ら¹⁹⁾の理想体重についての調査では、女性の「ふつう」の基準範囲19～24値 (BMI)²⁰⁾より大きく下回った17.5であったことを報告している。本研究での理想体重から算出したBMIの平均値は19.2であり極端な瘦身願望はみられなかったが、BMI 19.0以下を理想とする学生は全体の46%にもみられた。若年女性の急激なダイエットによる骨密度の低下²¹⁾や低体重の者ほど閉経が早いとの指摘もある²²⁾したがって、骨密度が高かった場合でも、肥満に対する誤った認識や間違ったダイエットをしないような教育と、併せて骨密度は不変ではないとの知識や高い骨密度を維持増進するため栄養や運動をはじめとする基本的なライフスタイルの在り方を十分に指導することが大切であると思われる。

V. 結 論

本研究では、大学入学時に骨密度検診を実施し、その結果が彼女らの骨に対する意識やライフスタイルにどのような影響を及ぼすのかを骨密度測定値別に検討した。

結果を要約すると以下のとおりである。

- 1) 骨密度が低かった者ほど、骨粗鬆症に対する不安は大きく、骨の強化を計ろうと意識した生活が随所になされていた。
- 2) 骨密度が低い者ほど、肉類などの蛋白質やカルシウム含有食品の摂取が多い傾向が認められた。
- 3) 骨密度の高かった者は入学時のBMIも高かった。なお、ダイエットを実施したものが約半数にみられた。
- 4) 1年後の骨密度の増減は、ライフスタイルの在り方に左右されると考えられた。

以上の結果から、若年時における積極的な骨粗鬆症予防策として、女子大学生が入学時に自身の骨密度の実態を認識し、併せて骨に対する知識を得ることは、とくに骨密度の低い学生の骨に対する意識の高揚化など、広く健康の自己

管理能力獲得に資する点が少なくないものと思われる。

文 献

- 1) 宮村季浩, 山縣然太郎, 飯島純夫, 浅香昭雄: 骨粗鬆症危険因子の骨塩量に与える影響についての検討, 日本公衛誌, 41: 1123-1130, 1994
- 2) 梶田悦子, 伊木雅之, 飛田芳江ほか: 中高年女性の腰椎骨密度とそれに影響する要因 (第3報) 有経者と閉経者別にみた体力指標および Lifestyle 要因との関係, 日衛誌, 50: 893-900, 1995
- 3) 上田晃子, 吉村典子, 盛岡聖次, 笠松隆洋, 木下裕文, 橋本勉: 骨密度に影響を及ぼす要因に関する検討, 和歌山県一地域における骨密度調査より, 日本公衛誌, 43: 50-60, 1996
- 4) Matkovic, V., Kostial, K., Simonovic, L., Buzina, R., Brodarec, A. and Nordin, B. E. C.: Bone status and fracture rates in two regions of Yugoslavia, Am. J. Clin. Nutr. 32: 540-549. 1979
- 5) 竹本康史, 西田弘之, 小野木満照, 三浦丈志, 島澤司, 中神勝: 女子大学生の骨密度と体格・体力および生育歴との関係, 学校保健研究, 38: 315-322-1996
- 6) 広田孝子, 真砂江美, 奈良正子, 大栗美保, 安藤弘行, 広田憲二: 若年時からの骨粗鬆症の積極的予防法, 体力研究, 77: 113-121. 1991
- 7) 清野佳紀, 田中弘之, 西山宗六, 井本岳秋, 福永仁夫: 日本人若年女子の最大骨量, 医学のあゆみ, 170: 1041-1042, 1994
- 8) Hirota, T., Nara, M., Ohguri, M., Manago, E. and Hirota, K.: Effect of diet and lifestyle on bone mass in Asian young women. Am. J. Clin. Nutr. 55: 1168-1173, 1992
- 9) 二宮加代子, 池上久子, 村松園江ほか: 女子短期大学生の健康・体力・運動に関する意識調査 (第4報) 食・疲労・体力・防衛体力・運動興味についての自己評価, 大学保健体育研究, 13: 41-64, 1993
- 10) 高橋哲雄: 大学生の健康・生活の実態, 保健の科学, 27: 281-287, 1985
- 11) 骨粗鬆症財団: 骨粗鬆症の早期発見のための検

- 診手法の開発に関する研究, その1, 骨粗鬆症検診システムの開発研究, 平成5年事業報告, 81-84, 1993
- 12) 折茂肇: 骨粗鬆症, 87-95, ライフ・サイエンス, 東京, 1988
- 13) 阿部登茂子, 笠井宗一郎: 女子学生の骨密度と生活習慣との関連性, 日公衛誌, 42: 874, 1995
- 14) 友光達志, 大塚信昭, 小野志磨人ほか: Dual energy X-ray absorptiometry による尺骨骨塩量の測定, 川崎医師会誌, 15: 493-498, 1989
- 15) 三宅真理子: 二重エネルギーX線吸収測定法により測定された人間ドック受診男性の骨量に関する研究, 川崎医師会誌, 19: 319-336, 1993
- 16) 板橋明: [特集] 骨粗鬆症, 骨粗鬆症を見落とさないために, 治療, 78: 58-61, 1996
- 17) 水口久美代, 宮地佐栄, 小金丸泰子, 吉村典子, 橋本勉: 若年者の骨密度に及ぼす要因の分析, 運動時間・朝食摂取状況との関連, 学校保健研究, 37, 15-19, 1995
- 18) 百武衆一, 後藤澄雄, 山縣正庸ほか: 健常男女の骨塩量に対する体重の影響に関する研究, 日骨形態誌, 1, 51-55, 1991
- 19) 木田和幸, 田伏千代子, 真野由紀子ほか: 思春期女子の体型認識と理想像, 学校保健研究, 37: 561-566, 1994
- 20) George, A. B.: Definition, Measurement, and classification of the syndromes of obesity. *Int. J. Obesity*, 2: 99-112, 1978
- 21) 原田郁子, 中川直之, 佐野公昭: 自然閉経年齢と出生年, 居住地, 結婚年齢, 肥満度等の要因との関係, 民族衛生, 55: 259-272, 1989

(受付97. 4. 14 受理97. 8. 7)

連絡先: 〒502 岐阜市三田洞東5-6-1

岐阜薬科大学保健体育学研究室 (西田)

原 著

学生における健康習慣と主観的健康状態の 関連性に関する研究

善 福 正 夫 川 田 智 恵 子

東京大学医学部健康社会学教室

A Study on the Relationship between Health Practices and Subjective Health Status in University Students

Zenfuku Masao

Kawata Chieko

Department of Health Sociology, Faculty of Medicine, The University of Tokyo

It was cleared in the study by Breslow et al. (1972) that the way people live, what they do day after day, affects their physical and mental health status. The physical health status was assessed by objective health status such as biochemical data from blood test or blood pressure etc. But, subjective health status is thought to be directly related to private welfare. The purpose of this study was to examine the relationship between ways of living and subjective health status.

The health questionnaires used were the Todai Health Index (THI) developed by Suzuki S. et al. It must be thought that health status affects ways of living, when we assess ways of living. So, we selected students specializing in physical training and belonging to an athletic club in university as subjects. As we can think that they are not in so bad health status as to be incapable of performing health practices.

We obtained results as follows.

Students who reported more health practices had lower scores of eye and skin, and irregularity of life among males and females. And among only females, students who reported more health practices had lower scores of vague complaints, respiratory, mouth and anal, and irritability.

Key words : subjective health status, health practices, questionnaire, THI

主観的健康状態, 健康習慣, 調査票, T H I

1. 緒 言

ライフスタイルが、身体的および精神的健康度に影響を与えることに関しては、米国における Breslow ら¹⁾ の先駆的研究が有名である。その後も、身体的および精神的健康度に影響を与える具体的なライフスタイルが明らかにされているが^{2,3,4,5,6)} 身体的な健康度の指標として用いられるのは、血液検査から得られる生化学的データや、血圧などの客観的健康度が多い。しかし

主観的な健康度は、個人の福祉・幸福に直接関与する重要な情報である⁷⁾

そこで今回主観的な、身体的および精神的健康状態を包括的に評価する自記式質問紙として既に広く用いられ、かつ信頼性・妥当性の高い東大式健康調査票⁸⁾ (以下 THI) を用いて、ライフスタイルと主観的な健康度との関連を明らかにした。

また、ライフスタイルを評価する際、健康状態により健康習慣が規定され得るということ

Table 1 Health practices in 257 male and 313 female student athletes

Health practice	Good	Not good
Breakfast time	regular	irregular
Present smoking habit	no	yes
Body Mass Index*	$\text{mean} + \text{SD} \geq$ or $\geq \text{mean} - \text{SD}$	$> \text{mean} + \text{SD}$ or $\text{mean} - \text{SD} >$
Hours of sleep	7 or more	6 or less
Frequency of alcoholic beverage consumption	none or sometimes	often
Frequency of eating between meals	none or sometimes	often

* $|\text{weight}/(\text{height})^3| \times 10^4$.

考慮に入れなければならない⁹⁾。そこで本研究では、健康習慣を実行するのに障害となるような健康状態にはないと考えられる、体育を専攻する大学生でかつ体育系のクラブ活動を行ってい

る者を対象に選んだ。

II. 方 法

1. 調査対象および調査時期

Table 2 Number and content or meaning of questions for each scale in THI questionnaire

Scale	Abbreviation	Number of questions	Content or meaning
Vague complaints	VCOM	20	Dullness or heaviness in the legs, desire to lie down, head feels heavy or dull, headaches, stiffness or pain in the shoulders, pains in various parts of the body, feel flushed or feverish, etc.
Respiratory	RESP	10	Cough up phlegm, sneeze, have a runny nose, cough, have mucus in the throat, irritation or pain in the throat, etc.
Eye and skin	EYSK	10	Sensitive skin, itchy skin, skin eruptions or rashes, pain or itching in the eyes, inflamed or red eyes, etc.
Mouth and anal	MOUT	10	Rough or raspy tongue, swelling or inflammation in the mouth, bleeding hemorrhoids, bleeding gums, constipation, etc.
Digestive	DIGE	9	Stomach problems, stomach pain, discomfort in the stomach, diarrhea, indigestion, etc.
Irritability	IMPU	9	Easily irritated, lose temper, act without considering the consequences, get upset, etc.
Lie scale	LISC	10	Like to make people think that one is a better person, social desirability, acquiescence tendency, etc.
Mental instability	MENT	14	Worry about small things, feel uneasy when work is observed by others, nervous and shaky, tremble or feel weak, worry about the past, cold sweats, become mentally tired, mania and depression, etc.
Depression	DEPR	10	Hopeless, lonely, unhappy and depressed, less confidence, etc.
Aggression	AGGR	7	Never become ill, not timid, overweight, no orthostatic dizziness, drink a lot, not sensitive to cold, etc.
Nervousness	NERV	8	Nervous, sensitive, worry about soil and dirt, worry about everything, etc.
Irregularity of life	LIFE	11	Do not go to bed early, do not get up early, difficult in awaking early, often skip breakfast, meals are irregular, poor appetite, low energy, etc.

調査は、1989年11月中旬に、東京都内の4年制体育大学の学生を対象として行った。大学の正規の授業時間を利用し、教室内で教員の説明のもとに実施した。授業登録者数607名に調査票を配布し、1～3年生の男子257名、女子313名、合計570名から回収を得た(回収率93.9%)。その内、体育系クラブに所属していない者を除外したため、分析対象人数は、男子186名、女子215名、合計401名となった(有効回収率66.1%)。

2. 調査内容

健康習慣としては、Breslowら¹⁰⁾およびWileyら¹¹⁾の研究成果に基づき、Table 1に示すように、規則正しく朝食を摂る、喫煙をしない、適正体重を維持する、適度な睡眠時間を保つ(7時間以上)、アルコールをひかえる(まったく飲まない、時々飲む)、間食をひかえる(まったく摂らない、時々摂る)の6項目を選んだ。健康度としては、Table 2¹²⁾に示すように、多愁訴(SUSY)、呼吸器(RESP)、眼と皮膚(EYSK)、口腔と肛門(MOUT)、消化器(DIGE)、直情径行性(IMPU)、虚構性(LISC)、情緒不安定(MENT)、抑うつ性(DEPR)、攻撃性(AGGR)、神経質(NERV)、生活不規則性(LIFE)の12の尺度からなるTHIを用いた。調査は、すべて質問紙を用いて実施した。

適正体重の維持については、Body Mass Index(以下BMI)を用いて評価した。BMIは、{体重[kg] / (身長[cm])²} × 10⁴で算出され、身長との関連が弱く、皮脂厚との関連が強いと言われている¹³⁾。具体的には、対象者の平均値±SDの範囲内を、本研究における適正体重維持範囲とした。その結果男子は、平均値22.3, SD=1.9より、20.4～24.2が、女子は、平均値21.3, SD=1.6より、19.7～22.9が、適正体重維持範囲となった。

3. 分析方法

1) 変数の尺度化

健康習慣については、その実行個数を加算することの効果明らかになっていることから^{10,11,14)}本研究においても、実行個数による評価を行った。

THIについては、原法⁹⁾に基づき各尺度得点を

求めた。そして、各尺度毎に内的整合性に基づく信頼性係数であるCronbachの α 係数^{15,16)}を算出した。その結果、男女共に虚構性尺度と攻撃性尺度の α 係数が0.5未満であり、質問文に配点されている点数を単純に加算した尺度の信頼性は低いと考えられるため、以下の分析では、この2つの尺度を解析から除外した。

2) 統計学的方法

まず、6つの健康習慣それぞれを実行しているか否かの2群間で、THI尺度得点の比較を行った。その後、人数分布が均一になるように、健康習慣の実行個数によって3群にわけ、THI尺度得点との関連を調べた。その結果、実行個数が1から3、4、5から6の3群に分かれた。

分析はすべて男女別に行い、検定には分散分析を用いた。

なお計算解析は、東京大学大型計算機センターにおいて、統計パッケージSPSS^xを用いて行った¹⁷⁾。

III. 結 果

THI尺度の信頼性を検討した結果を、Table 3に示す。

それぞれの健康習慣の実施状況をTable 4に示す。女子は男子と比べ、喫煙や飲酒の頻度が有意に少なく、逆に男子は女子と比べ、十分な睡眠が有意に多く、間食が少なかった。朝食の摂

Table 3 Cronbach's Alpha coefficients

	Males	Females
VCOM	0.87	0.86
RESP	0.81	0.76
EYSK	0.74	0.71
MOUT	0.69	0.56
DIGE	0.76	0.76
IMPU	0.76	0.75
LISC	0.36	0.34
MENT	0.80	0.77
DEPR	0.84	0.81
AGGR	0.25	0.12
NERV	0.69	0.71
LIFE	0.50	0.53

Abbreviations are the same as in Table 2.

Table 4 Health practice in 186 male and 215 female student athletes^a

	Males	Females	Difference
Eat breakfast			
regularly	82(44.1)	107(49.8)	NS
irregularly, rarely, never	104(55.9)	108(50.2)	
Smoke cigarettes currently			
no	92(49.5)	205(95.3)	***
yes	94(50.5)	10(4.7)	
Hours of sleep			
7 or more	131(70.4)	107(49.8)	***
6 or less	55(29.6)	108(50.2)	
Drink alcoholic beverages			
sometimes, hardly ever or never	157(84.4)	203(94.4)	**
often	29(15.9)	12(5.6)	
Eat between meals			
sometimes, hardly ever or never	118(63.4)	99(46.1)	***
often	68(36.6)	116(53.9)	
Body Mass Index	22.3±2.0	21.2±1.6	***
Hours of sleep	6.9±1.1	6.5±1.1	**

a: Number with percentage in parentheses (χ^2 -test) or mean \pm standard deviation (t-test)

p<0.01; *p<0.001; NS, p \geq 0.05

取状況に有意な男女差は認められなかった。

THI 尺度得点を Table 5 に示す。呼吸器, 直情径

Table 5 THI scores in 186 male and 215 female student athletes^a

	Males	Females	Difference
VCOM	31.9±7.6	35.6±7.1	***
RESP	16.1±4.0	15.4±3.7	NS
EYSK	15.2±3.7	16.6±3.7	***
MOUT	12.4±2.6	13.2±2.4	**
DIGE	13.0±3.4	14.3±3.5	***
IMPU	19.2±3.8	19.7±3.5	NS
MENT	24.3±5.5	27.2±4.7	***
DEPR	15.3±4.1	17.6±4.1	***
NERV	16.9±3.3	17.6±3.1	*
LIFE	21.4±3.9	22.8±3.7	***

a: Mean \pm standard deviation (t-test)

Abbreviations are the same as in Table 2.

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; NS, p \geq 0.05

行性以外の尺度得点は全て女子が有意に高かった。

それぞれの健康習慣を実行しているか否かにより THI 尺度得点を比較した結果を Table 6 に示す。男子で間食の回数が、女子では睡眠が THI 尺度得点と最も多く有意な関連が認められ、いづれも間食の回数が少ないあるいは睡眠が長い方が訴えが少ない、あるいは生活の不規則性が下がるという関連であった。

さらに、健康習慣の実行個数で分けられた 3 群間で THI 尺度得点を比較した結果を Table 7 に示す。男子で、眼と皮膚および生活不規則性の 2 つの尺度、女子においては、多愁訴、呼吸器、眼と皮膚、口腔と肛門、直情径行性、生活不規則性の 6 つの尺度について、健康習慣の実行個数が多い方が訴えが少ない、あるいは生活の不規則性が下がるという有意な関連が認めら

Table 6 THI scores by health practice in 186 male and 215 female student athletes

	Breakfast time		Present smoking habit		Body Mass Index		Hours of sleep		Frequency of alcoholic beverage consumption		Frequency of eating between meals	
	regular	irregular	no	yes	mean-SD \geq or \leq mean-SD	>mean-SD or mean-SD>	7 or more	6 or less	None or sometimes	Often	None or sometimes	Often
Males:												
Number	82	104	92	94	137	49	131	55	157	29	118	68
VCOM	33.2*	30.9	32.4	31.5	32.0	31.7	31.4	33.1	31.7	33.3	30.8**	33.9
RESP	15.9	16.2	15.7	16.5	16.2	15.7	15.9	16.5	15.8	17.5	15.8	16.7
EYSK	15.3	15.1	15.2	15.2	15.1	15.3	14.9	15.9	14.8*	17.3	14.5**	16.3
MOUT	12.3	12.5	12.4	12.4	12.5	12.2	12.5	12.3	12.2	13.6	12.0**	13.1
DIGE	13.2	12.9	12.9	13.2	12.8	13.8	13.0	13.1	12.7**	14.9	12.6*	13.8
IMPU	19.5	19.0	19.3	19.2	19.3	19.1	18.8**	20.4	19.0*	20.8	18.5***	20.5
MENT	25.1	23.8	24.9	23.8	24.6	23.7	24.1	24.8	24.2	25.0	23.4**	26.0
DEPR	15.8	14.9	16.0*	16.4	15.4	15.0	15.2	15.6	15.3	15.3	14.8*	16.3
NERV	16.7	17.0	17.3	16.4	16.8	16.9	16.8	17.1	16.9	16.8	16.8	16.9
LIFE	20.4***	22.3	20.9*	22.0	21.4	21.6	20.8**	22.8	21.4	21.8	20.6***	23.0
Females:												
Number	107	108	205	10	143	72	107	108	203	12	99	116
VCOM	34.9	36.2	35.4	38.4	35.1	36.4	34.3*	36.8	35.3*	40.0	34.5*	36.5
RESP	15.1	15.7	15.4	16.8	15.2	15.9	15.0	15.9	15.3*	17.7	14.9	15.9
EYSK	16.6	16.7	16.7	15.8	16.5	16.9	15.8***	17.4	16.6	16.8	16.1*	17.1
MOUT	13.1	13.2	13.2	13.2	13.1	13.3	12.9	13.5	13.1	13.8	12.8*	13.5
DIGE	14.2	14.4	14.3	14.0	14.1	14.7	13.8*	14.8	14.3	15.3	14.1	14.5
IMPU	19.4	20.0	19.6	20.1	19.3*	20.4	19.7	19.7	19.6	21.2	19.2	20.1
MENT	27.5	26.9	27.3	26.5	26.9	27.8	27.3	27.1	27.3	26.4	26.7	27.7
DEPR	17.5	17.7	17.6	17.7	17.4	18.0	17.2	18.0	17.6	17.7	17.1	18.0
NERV	17.3	18.0	17.6	18.3	17.6	17.7	17.0**	18.2	17.7	17.2	17.5	17.8
LIFE	21.6***	24.1	22.8	23.1	22.9	22.7	21.7***	23.9	22.8	23.4	21.9***	23.6

Abbreviations are the same as in Table 2.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$ (ANOVA)

れた。

IV. 考 察

1. THI 各尺度の信頼性

THI の妥当性および信頼性に関する論文は数多く見られ、これから得られる情報は、集団や個人の健康状態の把握・評価に有効であることが明らかにされてきている。そのため、THI の原法による尺度計算結果を用いた研究が数多いのが現状であるが、今回は12の全ての尺度に対し、その信頼性を検討した結果、男女共に虚構性と攻撃性の2つの尺度において、 α 係数が0.5に満たないという特に小さい値が得られた。こ

の2つの尺度に関しては、尺度名が否定的なものなので自己評価とのずれが大きい尺度であるとの報告がある¹⁹⁾ 今回の調査では、対象者に対して12の尺度名は知らされてはいないものの、問題文から受ける印象から回答に影響が及び、内的整合性が崩れる可能性が推測され、またそれが自己評価とのずれを生むものとも考えられる。

また、青木ら¹⁹⁾が指摘しているように、攻撃性尺度はいわゆる猛烈社員タイプの性格を表す内容であり、学生には不向きな質問文である表れとも考えられる。

2. THI 尺度得点について

Table 7 THI scores in 186 male and 215 female student athletes^a

	Health Practice Level			Difference (Scheffe Contrast)
	Low(L)	Moderate(M)	High(H)	
Males:				
Number	71	70	45	
VCOM	32.4±8.3	31.4±7.1	32.0±7.2	NS
RESP	16.9±4.7	15.9±3.6	15.2±3.3	NS
EYSK	16.1±4.3	14.6±2.7	14.6±3.5	L>M*
MOUT	12.7±3.0	12.5±2.5	11.8±1.7	NS
DIGE	13.8±3.8	12.5±2.9	12.7±3.2	NS
IMPU	20.0±4.2	19.0±3.3	18.3±3.5	NS
MENT	24.3±5.7	24.1±4.9	24.8±6.1	NS
DEPR	15.0±4.3	15.1±4.1	16.3±3.9	NS
NERV	16.8±3.1	16.9±3.6	16.9±3.0	NS
LIFE	22.6±4.0	21.5±3.7	19.5±3.6	L,M>H*
Females:				
Number	66	80	69	
VCON	37.9±7.6	35.2±6.3	33.7±6.9	L>H*
RESP	16.5±4.2	15.3±3.2	14.6±3.6	L>H*
EYSK	17.8±4.1	16.2±3.6	16.0±3.1	L>M,H*
MOUT	13.9±2.7	12.9±1.9	12.7±2.5	L>M,H*
DIGE	15.0±3.7	14.2±3.4	13.8±3.3	NS
IMPU	20.8±3.3	19.3±3.4	19.0±3.6	L>M,H*
MENT	27.6±4.7	26.7±4.7	27.5±4.9	NS
DEPR	18.5±4.0	17.3±4.0	17.0±4.2	NS
NERV	18.3±2.9	17.5±2.7	17.1±3.6	NS
LIFE	24.5±3.7	23.2±3.1	20.9±3.5	L,M>H*

a: Mean±standard deviation (ANOVA)

NS, $p \geq 0.05$; * $p < 0.05$

Abbreviations are the same as in Table 2.

青木ら²⁰⁾による20代の男女商社員(男性1217名,女性2190名)を対象としたTHI調査では,多くの尺度得点において女性の方が得点が高かったと報告している。一方影山²¹⁾は,高校生と大学生を対象としたTHI調査の結果,顕著な男女差は認められなかったと報告している。しかし,影山の研究では,男子大学生101名に対して女子大学生が43名であり,対象者数が小さい為に統計的に有意な差を認めることができなかつたにすぎないのではないかと考えられ,一般的に自覚症状の訴えは,男子より女子の方に多いと

いう傾向は,大学生にも認められる傾向であると考えられる。

3. 健康習慣とTHI尺度得点との関係

健康習慣の内,生活の規則性に関する項目の,睡眠に関して,7時間以上の睡眠をとらない者は,男子が約1/3,女子はほぼ半数であり,間食に関して,よくする者の割合は同様であった。しかし,朝食に関しては,規則的でない者が,男子で約55%,女子は約50%であった。生活が不規則な学生は不定愁訴が多く²²⁾CMI健康調査結果においても,より不健康であるという報告^{23,24)}があるが,本調査でも,適度な睡眠時間は,女子の身体的訴えと関連が認められた。また間食に関しては,男子の身体的および精神的訴え双方に,女子については身体的訴えと関連が認められた。またTHI生活不規則性尺度と3つの健康習慣,つまり,適度な睡眠時間,規則正しい朝食摂取,および間食の摂取状況との間に男女共に関連が認められた。ただし,間食の摂取状況についてはTHI生活不規則性尺度の計算に用いる質問文を利用しているので,両者間に有意な関連があるのはその為であるとも考えられる。しかし,適度な睡眠と規則的な朝食は,THI質問文とは別の質問文であるので,適度な睡眠時間および規則正しい朝食摂取と,THIの生活不規則性尺度得点との間に得られた関連は,質問文の信頼性を表しているものと考えられる。さらに健康習慣の実行個数とTHI各尺度との関連についても,得点が高い群に訴えが少ないという傾向が見られ,その傾向は男子よりも女子において多く認められた。これは,自覚的健康度と生活習慣との関連は,男子よりも女子において強く認められるという先行研究^{25,26)}と同様であった。

健康習慣を包括的に捉えた健康習慣の実行個数の威力は明白であり,結合することによって,より健康状態により大きな影響をあたえる¹⁴⁾と言われている。

以上より,本研究では,体育を専攻する大学生でかつ体育系クラブに所属している者を対象としたことから,健康状態に特に問題がないと

考えられる者にとっても、日常の生活習慣の良い群では、主観的な、身体的および精神的健康度がさらに高いことが示唆される。

V. 結 論

体育を専攻する大学生を対象として、東大式健康調査票を用いてライフスタイルと主観的な、身体的および精神的訴えとの関連を検討した。東大式健康調査票から算出される12尺度について、信頼性係数を検討したところ、虚構性尺度と攻撃性尺度が、尺度として用いるのは不適であると判断された。尺度として信頼性が保たれた10の尺度の得点を男女比較したところ、呼吸器尺度と直情径行性以外の尺度で有意な得点差が認められ、全て女子の得点が高かった。また、男子で、眼と皮膚および生活不規則性の2つの尺度、女子では、多愁訴、呼吸器、眼と皮膚、口腔と肛門、直情径行性、生活不規則性の6つの尺度において、ライフスタイルの実行個数が増えると、訴えが減る、という有意な関連が認められた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただいた方々に、心から感謝いたします。

文 献

- 1) Belloc N. B., Breslow L. : Relationship of Physical Health Status and Health Practices, *Preventive Medicine*, 1 : 409-421, 1972
- 2) Belloc N. B. : Relationship of Health Practice and Mortality, *Preventive Medicine*, 2 : 67-81, 1973
- 3) Metzner H. L., Garman W. J., House J. : Health Practice, Risk Factor and Chronic Disease in Tecumseh, *Preventive Medicine*, 12 : 491-507, 1983
- 4) Frederick T., Frerichs R. R., Clark V. A. : Personal Health Habits and Symptoms of Depression at the Community Level, *Preventive Medicine*, 17 : 173-182, 1988
- 5) Hansen V., Jacobsen B. K. : Mental distress and social conditions and lifestyle in northern Norway, *British Medical Journal*, 299 : 85-88, 1989
- 6) Cohen S. D., Schwartz J. E., Bromet E. J., Parkinson D. K. : Mental Health, Stress, and Poor Health Behaviors in Two Community Samples, *Preventive Medicine*, 20 : 306-315, 1991
- 7) 鈴木庄亮, 青木繁伸, 河正子, 柳井晴夫, 斎藤陽一, 細木照敏 : 質問紙健康調査票 THI による神経症者, 分裂症者などの判別診断のこころみ, *行動計量学*, 6 : 28-38, 1979
- 8) 鈴木庄亮, 青木繁伸, 柳井晴夫 : THI ハンドブック-東大式自記健康調査のすすめ方-, 篠原出版(東京), 1989
- 9) Berkman L. F., Breslow L. : *Health and Ways of Living*, 95-100, Oxford Univ. Press, New York, 1983
- 10) Breslow L., Enstrom J. E. : Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality, *Preventive Medicine*, 9 : 469-483, 1980
- 11) Wiley J. A., Camacho T. C. : Life-Style and Future Health: Evidence from Alameda County Study, *Preventive Medicine*, 9 : 1-21, 1980
- 12) Suzuki S., Roberts R. E. : *Methods and Applications in Mental Health Surveys: The Todai Health Index*, 59-87, University of Tokyo Press, Tokyo, 1991
- 13) 鈴木継美, 妹尾寛子, 錦戸典子 : 日本人中高年婦人は肥満しているか, *医学のあゆみ*, 129 : 787-792, 1984
- 14) Berkman L. F., Breslow L. : *Health and Ways of Living*, 195-196, Oxford Univ. Press, New York, 1983
- 15) Cronbach L.J. : Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests, *Psychometrika*, 16 : 297-334, 1951
- 16) 三宅一郎, 山本嘉一郎, 垂水共之, 白倉幸男, 小野寺孝義 : 新版 SPSS^x III 解析編 2, 196-222, 東洋経済(東京), 1991
- 17) 三宅一郎, 山本嘉一郎 : 新版 SPSS^x I 基礎編, 東洋経済(東京), 1986
- 18) 本多正喜, 城田陽子, 金子鈴ほか : THI による評価の妥当性-自己評価と他者評価-, *民族衛生*, 59 : 88-96, 1993
- 19) 青木繁伸, 鈴木庄亮, 柳井晴夫, 本郷四郎 : THI 結果と自己評価のつき合わせ, *日本公衆衛生雑誌*, 33 : 139, 1986

- 20) 青木繁伸：健康調査票 THI の妥当性の検討—第 1 報 性・年齢別自覚症状の量的・質的な差—, 日本衛生学雑誌, 34: 751-765, 1980
- 21) 影山隆之：若年者における自覚症状の横断的調査—高校生・大学生への THI (東大式健康調査票) の適用, 学校保健研究, 33: 239-245, 1991
- 22) 渡辺紀子：鹿児島における女子学生の不定愁訴, 保健の科学, 23: 787-792, 1981
- 23) 門田新一郎：学生の健康管理に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 30: 368-379, 1983
- 24) 門田新一郎：学生の健康管理に関する研究, 広島大学医学雑誌, 31: 241-255, 1983
- 25) 近藤卓：中高生におけるライフスタイルと身体的健康度, ライフスタイルと健康, 126-129, 医学書院 (東京), 1991
- 26) 鈴木雅子, 三谷璋子：学生における食生活と健康状態との関連性, 栄養学雑誌, 37: 69-74, 1979 (受付 97. 6. 16 受理 97. 8. 26)
- 連絡先：〒113 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学医学部健康社会学教室 (善福)

ライフスキル (生きる力) の形成を目指す JKYB 健康教育ワークショップ (東京) 97' の案内 ～ “楽しくて, できる” 健康教育プログラムの開発をめざして! ～

主催 JKYB 研究会

代表・神戸大学発達科学部 川畑 徹朗

喫煙・飲酒・薬物乱用, 早期の性行動, 非行, いじめ, 不登校など, 青少年の現在および将来の身体的・精神的・社会的健康レベルを低下させたり, 自己実現を阻害したりする行動の根底には, 共通してセルフエスティーム (健全な自尊心), 対人関係能力, ストレス対処能力, 合理的な意志決定能力などに代表されるライフスキル (生きる力) の問題が存在しているといわれています。

私たち JKYB 研究会は, ライフスキル (生きる力) の形成を基礎とする健康教育プログラムの開発を目指して1988年に発足した研究グループです。本ワークショップは, 青少年の健康教育あるいは健全育成に関心を持っておられる方を対象として, JKYB 研究の概要, ライフスキル教育, ライフスキル形成を基礎とする喫煙防止教育プログラムの理論と実際について解説するとともに, 指導法を実際に経験してもらうことを目的としています。

【JKYB 健康教育ワークショップ (東京97') の開催要項】

参加対象：青少年に対する健康教育や健全育成に関心をお持ちの方 (80名程度)

開催日時：1997年12月12日 (金) 午前10時～13日 (土) 午後5時 (2日間)

会場：三菱養和会巣鴨スポーツセンター

参加費用：7,000円 (1997年度 JKYB 研究会会員は6,000円)

参加申し込み期日：11月30日

参加希望の方は, 氏名, 連絡先住所を明記した返信用封筒 (80円切手を貼付) を同封して, 下記の問い合わせ先に申込用紙を請求してください。

【参加申込・問い合わせ先】〒657 神戸市灘区鶴甲3-11 神戸大学発達科学部健康発達論講座

川畑徹朗 Tel&Fax. 078-803-0910

報告

留学生のストレスと健康に関する研究
～在日韓国人留学生・在韓日本人留学生
の比較検討を通して～

李 應 喆*¹ 北 田 豊 治*¹ 飯 倉 修 子*¹
朝 野 聡*² 野 原 忠 博*²

*¹杏林大学大学院保健学研究科

*²杏林大学保健学部健康教育学教室

A Study on the Stress and Health from
International Students in Korea and Japan

Eung Cheol Lee*¹ Toyoharu Kitada*¹ Shuko Iikura*¹
Satoshi Asano*² Tadahiro Nohara*²

*¹Graduate School of Health Sciences, Kyorin University

*²Department of Health Education, School of Health Sciences, Kyorin University

This paper is devoted to study the stress upon the different culture influencing their mental health. To find out the level of satisfaction, anxiety in their daily lives, the way they cope problems, General Health Questionnaire (GHQ), social support and the others, the questionnaire survey were taken by mail survey or recollect survey. The objects were 103 Japanese students in Korea lived in Seoul city and 97 Korean students in Japan lived in Tokyo area.

1) From the levels of satisfaction concerning studies, human relation, residence, tuition and living cost, it was observed higher tendency among Korean students in Japan than among Japanese students in Korea. 81.6% of Japanese students in Korea showed anxiety concerning diseases or injuries in their daily lives, which was significantly higher than 49.5% of Korean students in Japan ($p < .001$).

2) Almost same problems were listed as anxiety in both group, such as language, money, studies, medical care, what they are going to do after graduation, getting a job, residence and the different customs.

3) Comparing the scale of social support, the mean 9.5 ± 3.5 of Korean students in Japan was significantly lower than 10.9 ± 2.9 of Japanese students in Korea ($p < .01$).

4) When they faced some troubles like human relation, diseases and health care, studies, residence, language and money, higher percentage were shown among Korean students who settle the issue by themselves than Japanese students.

5) From the comparison of mental health using GHQ, the mean 5.6 ± 3.1 of Korean students showed significantly higher than 4.8 ± 3.1 of Japanese students ($p < .05$).

While the higher level of satisfaction among Korean students were observed, they were stressed more upon different custom from the results of GHQ.

6) International students anxiety and stress was associated closely with their personality, purpose of study abroad, level of achievement, and their perception of a way to cope to stress in visiting country and of culture, history and social condition.

Key words : International students, level of satisfaction, stress, General Health Questionnaire, social support,
留学生, 満足度, ストレス, GHQ, ソーシャルサポート

1. 緒 言

国際間の交流が盛んになってきており、様々な国の文化に対する認識が相互に深まりつつある。しかし、偏った情報や先入観によって他の文化を誤って理解してしまう場合も少なくない。そのような誤解が、一方で異文化理解を妨げる大きな障害要因となり、異文化に身を置いた者の精神衛生に好ましくない影響を与えていることが指摘されている。¹⁾²⁾ 異文化に接触するとき³⁾、人々は多かれ少なかれ異なる体系の文化にさらされ、自らの文化的価値観に強いインパクトを受け、精神的、身体的な動揺により心理的不適応反応が生じ、さらに進むと心身に好ましくない影響を強く受けることもある。⁴⁾⁵⁾⁶⁾ これは異文化ストレス⁷⁾⁸⁾といわれ、自文化との相違点によって生じるものであり、自文化と異文化の間に共通点が少なければ少ないほど、環境変化によるストレスも増加すると言われている。帰国子女や留学生への教育はこのような観点からも多くの問題点を今後とも提起すると考えられる。

ところで、日本に滞在している留学生は1983年には約1万人程度であったが、日本政府が留学生の受け入れ人数を大幅に増やす方針を打ち出してから在日留学生が急増し1995年には5万人を越えた。特にアジアからの留学生が90%以上と最も多く、今後も留学生の増加が予想される中で、留学生の受け入れ体制と日本社会への適応が問われている。⁹⁾¹⁰⁾ 在日留学生に関するこれまでの研究では、日本に住んでいる留学生の約50%が健康上なんらかの不安を感じている¹¹⁾ということや、留学生は精神的なストレスが高く、身体症状として現われる度合いも高くなっているということ等がされている。¹²⁾¹³⁾ しかしこれらの結果は、日本社会に特有な現象なのか、あるいは留学生の個人的な背景や出身国による違い

なのかは詳細に検討されていない。

一方、韓国での留学生は1980年の1,015人から徐々に増え、1992年には2,272人、それ以後、在韓留学生は減少し、1993年には1,908人となった。¹⁴⁾ 1996年4月に韓国政府は、2000年までに在韓留学生1万人受け入れ体制計画¹⁵⁾を打ち出した。また、国は国際間の学術文化交流の促進として、外国人に韓国を正しく理解してもらうため、国費留学生に対する支援強化や人数を年次的に増やし、私費留学生のプログラムを多様化し、国と大学が一体で留学生に対する支援および関係を強化する計画を樹立させた。¹⁶⁾ しかし韓国においては、在韓留学生に関する調査研究はほとんど行なわれていない。本稿では、留学生が留学生生活に適応していく際に、どのような困難な問題があるのか、また、留学生生活がストレスとして感じられる特定状況などを、日本に住む韓国人留学生と韓国に住む日本人留学生の比較を通じて、両国における留学生の異文化適応¹⁷⁾¹⁸⁾に伴うストレスと健康状態を比較検討することによって、今後の健康教育のあり方を模索すべく実態調査を行なったので若干の考察を論じていきたい。

II. 方 法

1. 調査対象および調査方法

日本に留学している韓国人学生に対する調査は、関東近郊に在住している在日韓国人留学生(以下「韓国人留学生」とする)250名を対象として行った。調査方法は、以下の二つの方法で行った。

a) 「財団法人」留学生支援企業協力推進協会登録の留学生名簿から100名を無作為に抽出し、自記式の日本語の質問紙を郵送法により調査を行った。有効回答数は28名(28.0%)であった。

b) 関東地区留学生の体育大会に参加した留学

生に、前回と同じ自記式の日本語の質問紙を配布し、留置き法により150名に配布して調査を行った。有効回答数は69名(46.0%)であった。なお調査期間は1995年11月12日～12月15日であった。

一方、韓国のソウルに留学している在韓日本人留学生(以下「日本人留学生」とする)に対しては、日本語の質問紙を対象者150名に郵送法と集合調査法で実施した。有効回答数は103名(68.6%)であった。調査期間は、1996年6月1日～6月30日であった。

2. 調査内容

調査項目は、留学生の不安、満足度、悩み事などの対処方法、精神的健康度の尺度として General Health Questionnaire (以下「GHQ」とする)、ソーシャルサポート、日常生活の健康習慣などから構成された。

留学生活の不安については、留学生のストレスの研究¹⁹⁾、モイヤー²⁰⁾の心理ストレスの要因と対処の仕方を参考に16項目を設定し、各項目ごとに留学前の不安、現在の不安、将来の不安について回答を求めた。また、留学生活の満足については、住居、人間関係、経済、学業について4段階の選択肢から回答を求めた。悩み事や困った時の対処方法については、人間関係、病気や健康管理、学業や勉強、下宿や住居、言葉、生活費などの経済の6項目について質問した。

ソーシャルサポートについては、手段的、情緒的支援にかかわる13項目で構成された尺度²¹⁾を用いた。精神的健康度の尺度は、中川ら²²⁾のGHQ日本語版を用いた。GHQの得点は、不幸、心理的障害、社会的適応障害、自信(精神的、身体的)欠如の内容に関する12項目の簡略版をGHQ法により得点化し、この得点が高い程、精神的健康度が低いことを意味している。日常生活の健康習慣の実行状況についてはプレスロウら²³⁾の方法を用いた。

3. 面接による事例調査

韓国人留学生および日本人留学生の男女4名に対して、留学の動機、言葉、授業環境、住居環境、健康状態、現在の生活状況などについて

行った。

4. 分析方法

統計処理は、GHQ、ソーシャルサポートの尺度得点の平均値の比較にはt検定を、その他の分析についてはカイ二乗検定を用い、いずれの場合も危険率5%未満を有意とした。なお、これら一連の分析は統計プログラムパッケージSPSS6.1Jを用いて行った。

III. 結 果

1. 対象者の諸属性

1) 調査対象者について

対象者は、日本人留学生が103名で、男性が42名(40.8%)、女性が61名(59.2%)であった。韓国人留学生は91名で男性62名(68.1%)、女性が29名(31.9%)で若干男女比に違いがあった。日本人留学生の平均年齢は26.4歳(男性：平均28.1歳、女性：平均25.2歳)であり、韓国人留学生の平均は27.8歳(男性：28.8歳、女性：25.3歳)であった。滞在期間は日本人留学生は、平均17.7ヶ月で、韓国人留学生は、平均48.8ヶ月で日本人留学生の方が短い傾向にあった(表1)。また既婚率は日本人留学生が13.7%、韓国人留学生が22.1%であった。留学の形態としては、日本人留学生が国費が11.7%、私費79.6%で、韓国人

表1 留学生の諸属性：人数(%)

		韓国人留学生	日本人留学生
性 別	男性	62(68.1)	42(40.8)
	女性	29(31.9)	61(59.2)
	不明	6(-)	-
年 齢	25歳以下	34(37.4)	42(40.8)
	26～30歳	32(35.2)	44(42.7)
	31歳以上	25(27.4)	17(16.5)
	不明	6(-)	-
滞在年数	1年未満	25(27.5)	56(55.5)
	1～3年未満	36(39.5)	29(28.7)
	3年以上	30(33.0)	16(15.8)
	不明	6(-)	2(-)
全 体	97(100.0)	103(100.0)	

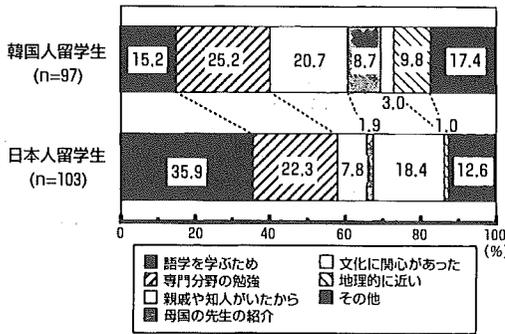


図1. 留学の動機

留学生は国費が10.1%、私費85.4%とほぼ同様の傾向であった。生活費については、日本人留学生は「親からの仕送りだけ(33.0%)」、「アルバイトだけ(13.6%)」、「奨学金や助成金だけ(9.7%)」、「親からの仕送りとアルバイト(6.8%)」の順であった。韓国人留学生は「奨学金や助成金とア

ルバイト(30.3%)」、「アルバイトだけ(15.7%)」、「親からの仕送りだけ(13.5%)」、「奨学金や助成金と仕送り(12.4%)」の順であった。

留学動機について、日本人留学生は「韓国語の勉強のため」が35.9%、次いで「専門分野の勉強のため」が22.3%、「韓国の文化に関心があるから」が18.4%、「親戚や知人がいた」が7.8%の順であった(図1)。また韓国人留学生は「専門分野の勉強のため」が25.2%、次いで「親戚や知人がいた」が20.7%、「日本語の勉強のため」が15.2%、「地理的に近いから」が9.8%の順であった。

2) 両国の教育制度の比較

両国の教育制度を比較すると、韓国の教育制度は初等学校、中学校、高等学校、大学の6-3-3-4制で日本とほぼ同じであり、学期が3月に始まり2月に終了する点が異なる。両国の留学生の受け入れ態勢、大学の状況、留学生

表2 韓国と日本人留学生の留学の現状の比較

項目	韓国	日本
総人口	4,543 (万人)	12,400 (万人)
大学数	131	565
在学者数	1,187,735	2,330,000
大学の進学率	30.4%	32.1%
4年制大学名称	大学校	大学
学部名称	単科大学 例) 保健大学	学部 例) 保健学部
留学生の人数	294	12,644
住居	賄付き下宿, アパート	アパート
保険	無	有 (国民健康保険, 留学生保険)
アルバイト	有	有
奨学金	無	有 (政府, 民間団体)
受け入れ	国費, 自費	国費, 自費
語学研修	大学付属語学堂	専門学校, 大学別科
国立大学学費	人文大学 132,000円 (円で換算) 社会大学 173,400 医科大学 183,500 芸術体育大学 199,000	全学部 717,600円
私立大学学費	人文社会大学 309,000円 (円で換算) 理工系大学 358,000 医科大学 401,000 芸術体育大学 467,000	社会学部 1,100,000円 保健学部 1,850,000 医学部 8,800,000

らの健康保険や奨学金等の諸状況については表2に示した。韓国に留学している留学生は全体で1,908名であり、そのうち日本人留学生は294名(15.4%)であるのに対して、日本に留学している韓国人留学生は12,644名(23.5%)であった。なお韓国の大学数は131校で在学生の数は約1,187,735名そのうち女性が、31.9%を占めており、大学進学率は30.4%で、日本とほぼ同じ割合である。留学生の受け入れ態勢としては、韓国に留学している日本人留学生は健康保険や奨学金等の制度はないが、日本に留学している韓国人留学生の場合は健康保険は2種類で奨学金も多くの種類があり約54%の留学生が奨学金を受けている。留学生の語学研修は、韓国の場合は大学付属の語学堂で行われるのに対して、日本の場合は、語学専門学校や大学の別科でおこなわれる。^{14)20)~27)} 両国の学費について比較すると、総じて日本の大学の方が高いといえるが、韓国では度重なる授業料の値上げが実施されている。

2. 留学生活の満足度と不安

留学生活の満足度について比較すると、住居、人間関係、学業、経済の全ての項目で韓国人留学生の方が満足度が高く、特に住居については、韓国人留学生の方が満足と答えた割合が高かった(図2)($p < .05$)。病気や怪我をしたときの心配や不安について質問したところ、日本人留学生は、「非常に不安」と「やや不安」を合わせると

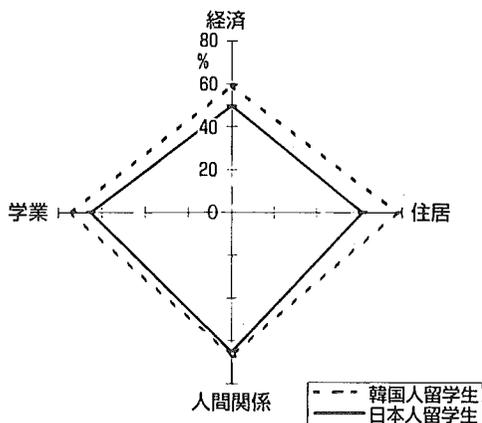


図2. 留学生の満足度

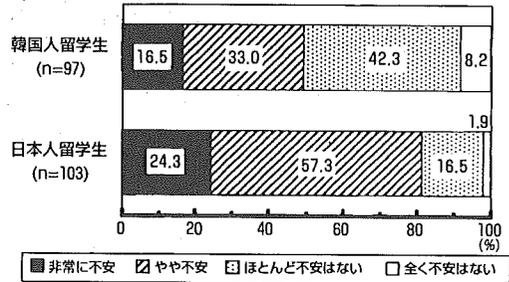


図3. 健康に対する不安

81.6%が不安と答えたのに対し、韓国人留学生は「非常に不安」と「やや不安」を合わせると49.5%の者が不安と回答しており、日本人留学生の方が不安と答えた者の割合が高い傾向が示された(図3)($p < .001$)。不安の理由としては、日本人留学生は「支払いに関すること(39.3%)」が最も多く、「医者が言葉を理解してくれない(26.2%)」「日本の医者に治療してもらえない(11.9%)」の順であった。一方韓国人留学生は「世話をしてくれる人がいない(43.5%)」が最も多く、「授業に出席できないから(26.1%)」、「支払いに関すること(10.9%)」の順であり、両国の不安理由は異なる傾向を示した。次に不安に思うこととして留学前、現在、将来に分けて質問したところ、留学前の不安は、日本人留学生は「勉強と授業(37.9%)」、「お金(35.9%)」、「言葉(31.1%)」「住居や生活環境(31.1%)」、「習慣や文化の違い(25.2%)」と「医療(25.2%)」をあげたが、韓国人留学生の場合は「言葉(57.1%)」、「お金(47.2%)」、「勉強や授業(24.1%)」、「住居や生活環境(19.8%)」であった。次に、現在の不安については、日本人留学生は「言葉(45.5%)」が最も多く、次いで「勉強や授業(33.7%)」、「医療(28.2%)」、「進路や就職(27.2%)」の順であった(図4)。これに対して、韓国人留学生は「言葉(41.7%)」、「進路や就職(37.4%)」、「勉強や授業(32.9%)」、「漠然とした不安(16.5%)」であった。

また、将来の不安については、日本人留学生は「進路や就職(55.3%)」が最も多く、「言葉(29.1%)」、「結婚(27.2%)」、「漠然とした不安

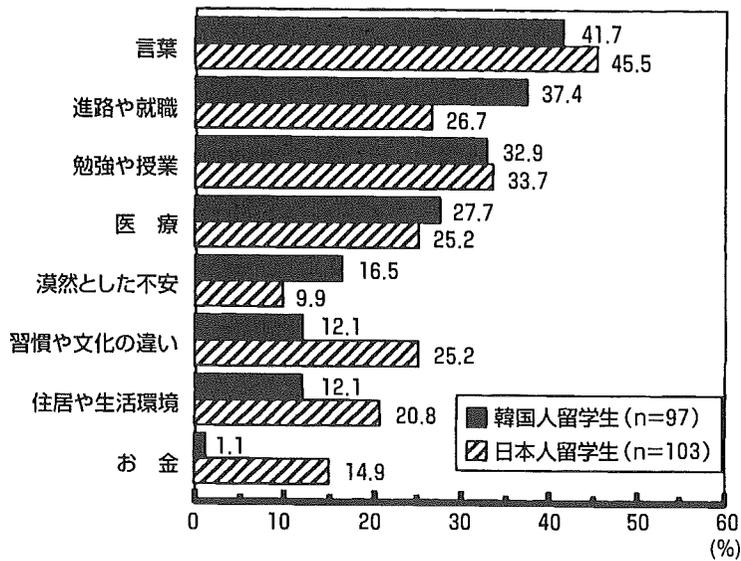


図4. 留学生の不安項目 (現在)

(24.3%)」と答えたのに対して、韓国人留学生は「結婚 (32.9%)」, 「漠然とした不安 (20.9%)」, 「進路や就職 (68.1%)」が最も多く、次いで「言葉 (17.6%)」の順であった。

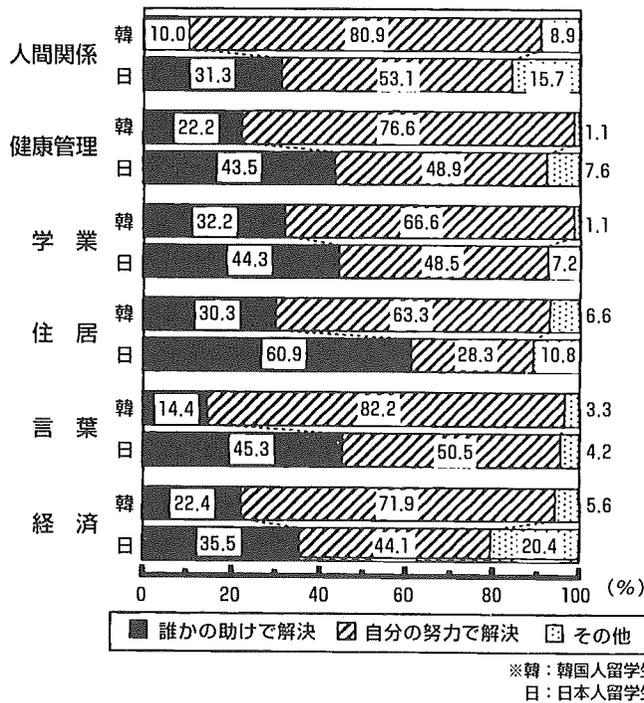


図5. 生活上の困難に対する対処方法

3. 悩み事等への対処方法

図5は留学生の生活上の困難に関する対処方法をみたものである。悩みごとや困った時にどのように解決したかを人間関係、病気や健康管理、学業や勉強、下宿や住居、言葉、経済などの項目について質問したところ、全ての項目において韓国留学生の方が日本人留学生より「自分で解決した」と答えた割合が高い傾向にあった。性別で見ると、両国とも男性の方が女性よりも自分で解決したと答えた割合が高い傾向がみられたが、年齢による違いはみられなかった。滞在期間別には、韓国留学生は病気や健康管理、学業、言葉については滞在期間が短いほど「誰かに助けを求めて解決した」と答えた者の割合が多かったが、「経済」については滞在期間が長いほど「誰かに助けを求めて解決した」と答えた者の割合が多かった。それに対して日本人留学生は滞在期間別による違いはみられなかった。

留学を辞めたいと思ったことがあるかについて質問したところ、日本人留学生は「よくある(10.7%)」、「時々ある(20.4%)」を合わせると31.1%であるのに対して、韓国留学生は「よくある(12.2%)」、「時々ある(37.8%)」と合わせると50.0%と多い傾向が示された。

4. ソーシャルサポートとストレス

13項目のソーシャルサポート尺度を用いて、量的なソーシャルサポートを測定したところ、

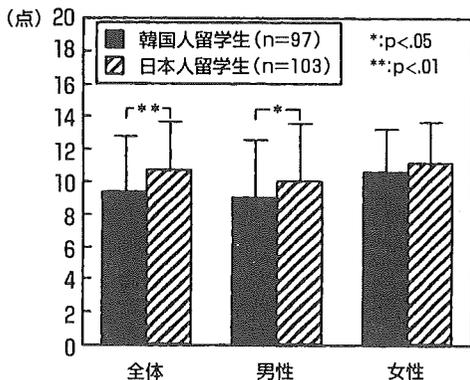


図6. 留学生のソーシャルサポート得点の比較

韓国留学生は全体の平均値は 9.34 ± 3.49 であった。これに対して日本人留学生は 10.66 ± 3.10 であり、日本人留学生の方が有意に高く、性別では両群とも、男性の方が低い傾向が見られた(図6)。最も頼りになる人は誰かをたずねたところ、日本人留学生では「家族や親戚(28.2%)」「恋人(19.4%)」「大学の友人(外国人)(7.8%)」の順であったのに対して、韓国留学生は「家族や親戚(33.7%)」、「同じ出身地の人(9.6%)」、「大学の友人(外国人)と婚約者(7.8%)」であり、両群においてソーシャルサポートの供給源は家族や親戚が最も多かった。同国人との食事や会合について、日本人留学生は57.4%が「参加する」と答えたのに対して、韓国留学生は82.1%が「参加する」と答えていた。次に一番ストレスを感じる事は何かを質問したところ、日本人留学生は「他人とのつき合い(44.7%)」が最も多く、「韓国語がわからない(26.2%)」、「大学の講義や勉強(25.2%)」、「お金がない(21.4%)」「寮やアパートでの生活(12.6%)」の順であった。これに対して、韓国留学生は「日本語がわからない(33.7%)」が最も多く、「大学の講義や勉強(19.1%)」、「寮やアパートでの生活(15.7%)」、「他人とのつき合い(11.2%)」の順であった。

5. 留学生の精神的健康度と健康習慣の実行

精神的健康度について、GHQによって測定したところ、日本人留学生の全体の平均値は 4.77 ± 3.11 であった。一方韓国留学生の全体の平均値は 5.57 ± 3.13 と日本人留学生と比べて有意に高く、不安の傾向が強いことが示された(図7)($p < .05$)。性別では両群とも男性より女性の方

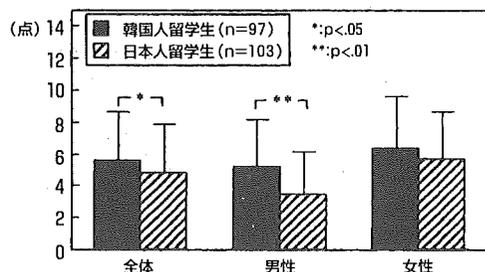


図7. 留学生のGHQ得点の比較

表3 留学生 GHQ 項目の回答

項 目	韓国人留学生 (%)	日本人留学生 (%)
1. 幸せと感じなかった	31.5	24.3
2. 気が重く、憂鬱になった	60.0	62.1
3. 生きがいを感じなかった	26.7	14.7*
4. 何もすることができなかった	44.9	26.2**
5. 自分は役に立たない人間だと感じた	47.2	40.8
6. 自信を失った	58.2	68.9
7. 問題を解決できなかった	63.3	58.3
8. いつもストレスを感じた	67.8	64.1
9. 心配ごとがあって眠れなかった	67.8	48.5*
10. 積極的に解決できなかった	25.6	16.7
11. 容易にものごとを決めなかった	28.9	21.4
12. 集中できなかった	32.2	31.1

χ^2 検定による比較

*: $p < 0.5$, **: $p < .01$

が平均値が高い傾向にあり、また日本人留学生と韓国人留学生の男性同士または女性同士で比較した場合、いずれも韓国人留学生の方が高い傾向がみられた。GHQの項目別に日本人留学生と韓国人留学生の回答を比較して見ると「生きが

いを感じなかった」「何もすることができなかった」「心配ごとがあって眠れなかった」の項目で著しい違いがみられ、ほとんどの項目で韓国人留学生の方が高い傾向が見られた(表3)。次に、日常生活における健康習慣の実行についてプレ

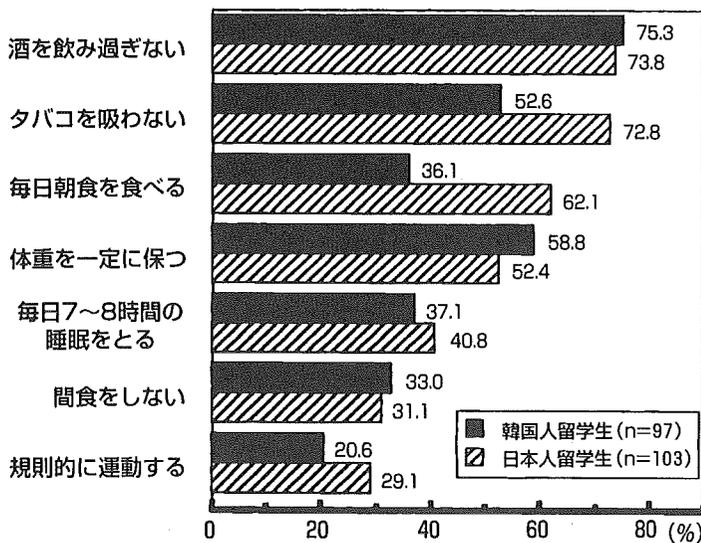


図8. 留学生の保健行動の実行率

スロウの7項目の健康習慣について質問したところ、実行項目数の平均は日本人留学生が3.6±1.6だったのに対して、韓国人留学生は3.2±1.4と日本人留学生が多く健康習慣を実行していた(図8)($p<.05$)。実行項目別にみると、日本人留学生で最も実行率が高かったのは「酒を飲みすぎないようにしている」の73.8%であり、次に「タバコを吸わない(72.8%)」、「毎日朝食を食べる(62.1%)」、「体重を一定に保つように気をつけている(52.4%)」、「毎日7-8時間睡眠をとる(40.8%)」、「間食をしない(31.1%)」、「定期的に運動をする(29.1%)」の順であったに対し、韓国人留学生で、最も実行率が高かったのは「酒を飲みすぎないようにしている」の75.3%であり、次いで「体重を一定に保つように気をつけている(58.8%)」、「タバコを吸わない(52.6%)」、「毎日7-8時間睡眠をとる(37.1%)」、「毎日朝食を食べる(36.1%)」、「間食をしない(33.0%)」、「定期的に運動をする(20.6%)」の順であった。両国を比較してみると「タバコを吸わない」という項目に違いがみられた。

6. 面接による事例

事例1)

Nさんは、26歳の女性で、来韓してから3年になった。現在K大学の政治外交学科修士課程に在学中である。韓国への留学動機は、日本で大学生時代にゼミナールでアジア関係学を選択したときに、韓国に関心を持ったのがきっかけだった。

韓国に留学を決めたのは大学4年の終わり頃であったが、家族全員に反対された。留学する前に訪韓したことはあったが、韓国語は日本にいる時には全く話せなかった。韓国に来てから語学堂で勉強し、来韓1年目は言葉のことで辛かったが、現在は会話と書くことができるようになって、大学の授業の内容もほぼわかるようになった。大学の授業は90%が英語で行われており、レポートは2週間に1回で試験は学期末に1回、試験の内容は論述式と授業がない科目はテストが実施される。出席は毎日とるので学校には毎日行き、現在はサークル活動に参加し

ており、アルバイトは国際会議などの時、通訳としてアルバイトをする程度である。住居は現在外国人留学生の寮に住んでいるが、寮は食堂がなく、食事はほぼ外食で韓国食を食べることが多い、韓国の食べものの中で嫌いなものはキムチと参鶏湯である。また、朝食は重視しているが寮では週2回しか食べない。日本についての情報はおもに新聞から得るが、韓国のテレビやラジオもよく見る。レジャーや旅行は語学堂の時は時々行ったが、現在は時間がないので行かない。友達は10人くらいで同じ留学生が多く(日本人と外国人)、友達の下宿先を訪ねたりもする。現在は健康であるが、来韓してから3ヵ月目に、まかない付き下宿先で食事と言葉のことで精神的に強いストレスを受けたことがある。薬は日本から持ってきた。家族との連絡ははじめは手紙でやったが、現在は電話で2週間に1回くらいする程度である。現在一番不安なことは経済状況で、楽しいことは勉強である。今まで、最もまごついたことは、大学院1学期の時、授業が英語で行われるので苦しかったことと父親が病気にかかった時だった。現在は将来の進路について心配をしているが、もし余裕があればアメリカやヨーロッパに留学したいとも思っている。

事例2)

Oさんは、25歳で沖縄県出身の男性。H大学の人文大学、社会学科2年生で、来韓してから2年目である。留学前は、高校卒業後に自衛隊に2年間つとめていた。

はじめは中国に行きたかったが、沖縄で韓国人の友人と出会ったのをきっかけに韓国に留学することになった。留学する前に訪韓したことがあった。韓国語は留学前に留学生に2ヵ月間教わり、現在では会話が40%、書くのは30%程度理解できる。入学試験の時、面接と筆記試験に加えて、英語も必要であったので大変であった。授業中に先生の話は80%程度理解できるが、まだ専門用語などは分かりにくい。レポートは月1回くらいで、試験は中間、学期末2回あるが、試験準備は友達にノートを借りたり、

難しい科目の場合は先生に相談することが多い。授業中は学生がうるさいと感じており、出欠席は全て先生がとるので学校には毎日行っている。サークルなどの活動はしていない。食事は自炊ができない寮（寮費は8万ウォン-12ウォン、日本円で1万4千円程度）なので、主に外食で韓国食を食べるがキムチにはまだ慣れていない。朝食は重視する方で毎日パンとコーンスープを食べる。寮に風呂はあるがシャワーだけで、部屋にはテレビ、ラジオがあるのでドラマやニュースをよく見る。日本の情報はソウルにある県の観光事務室に行つて得ることが多い。友人は大学生で3人（全部韓国人）と大学以外は10人くらいであるが、下宿先を訪ねたことはまだない。現在まで病気になったことはなかったが、薬は頭痛薬だけ日本から持ってきた。家族との連絡は週1回電話をする程度である。現在の生活状況で、一番不安になっていることは就職（将来韓国で就職する予定）であり、一方楽しみにしていることはソウル近郊を旅行することである。現在まで、最もまごついたことは、大学の出席、試験、レポート等で、おもに学校のことが多い。（注、なお本人は、今年日本に帰国し、R大学の編入試験に合格し、文化人類学を専攻することになった）。

事例3)

Kさんは、26歳でソウル出身の男性。K大学の外国語学部3年生で、在日5年目である。韓国では勤めた経験はなく、留学動機はただ進学が目的であった。韓国にいるときは日本語は全然話せなかった。日本に来てから2年間は日本語学校で学んで現在の大学に入学した。日本語は90%程度できるが、まだ分かりにくい専門用語はある。大学のレポートは月1回程度であつて、試験は期末試験だけで、必須科目はテストで選択科目はレポートで行っている。出席している授業では、授業中うるさいと感じている。サークル等の活動はしていないが留学会の会合には参加する方である。アルバイトは週5日、5時間、時給は1000円であり、住まいのマンションの家賃は6万円程度、テレビやラジオをよく

利用する。韓国の情報は大学にある韓国新聞と日本の新聞、そしてテレビなどで得ている。日本に来てレジャーとして旅行には行ったことはない。食事は自炊と外食の割合が半々であるが、外食の場合は主に日本食であり、納豆だけは食べられない。朝食は全然食べない。友人は2人（男1女1）で韓国人のみで、友人のアパートを訪ねたことはなく、いつも外で会うことが多い。現在は健康であるが去年風邪が原因で肺炎となり5日間病院に入院（国民健康保険は受けた）したが治らず、また世話してくれる人もいないので韓国に帰つて2週間通院した後、再来日した経験がある。家族に連絡は電話で週2~3回程度している。現在一番不安な事は卒業後の進路問題で家族と意見が合わないこと。留学してよかったことは、自分がものごとを客観的に考えること、つまり視野を広くもつことができるようになった点である。最もまごついたことは友人がいなくて寂しいことで、将来はアメリカか中国に留学したいと思っている。

事例4)

Yさんは、27歳で京畿道出身の女性。K大学の大学院で日本語を専攻している。大学4年生の時に私費から国費留学生になった。在日6年目である。留学前には高校卒業してアルバイトしていた。留学の目的は、日本で特殊教育を学ぶことであつた。日本には父方の親戚はいるけど父に反対されて、留学資金は友人らに借金してきた。韓国にいるときは日本語は平仮名をかける程度であつた。日本に来てからの1年間日本語学校で学んで現在の大学に入学した。大学講義の内容は95%程度理解しており、レポートは学期ごとに1回程度であつて、試験はレポートで実施される。履修科目のほとんどが出欠席はとらないので学校は週3回行く程度である。サークルの活動はしていないが、毎週日曜日には韓国教会に行っている。アルバイトは市民センターなどで週5日間で1日6時間くらい韓国語を教えている。住まいは世田谷区にある留学生会館で、家賃は月3万5千円、風呂はあるが食堂がないので自炊している。外食も時々する

が、おもに日本食の方が多い。朝食は重視するが、週3～4回しか食べていない。部屋ではテレビでドラマやニュースをよく見る。韓国の情報はテレビと学校の新聞、そして時々韓国の友達から得ている。友人は8名程度で中には日本人は一人いるが、他は全部韓国人である。お互いに友人の下宿先を訪ねたりしている。現在まで大きな病気はなかったが便秘などで苦しかったことはあった。薬は韓国から持って来た。家族との連絡は電話で1週間に2回くらいする。現在一番不安なことは、留学期間に比べて日本の文化や日本語に関する知識が十分ではないことと、やるべきことをやりきれないことである。楽しいことは日本人に韓国語を教える時である。最もまごついたことはカルト宗教の信者から誘われたことであった。将来は韓国に帰って勉強を続けていきたいと思っている。

IV. 考 察

1. 留学生活の満足度と不安

留学生活の満足度についての質問では、韓国人留学生の方が日本人留学生と比べて、住居や生活環境、人間関係、学業、経済すべての項目において満足度が高い傾向を示していた。学業と経済については表2に示した通り、日本の方が韓国に比べて奨学金制度やアルバイトの機会など、いくらか留学生の受け入れ環境が良いことが影響していると考えられる。人間関係については、一番ストレスを感じることはなにかと聞いたところ、韓国人留学生は他人とのつき合いと答えた者が11.2%だったが、日本人留学生は44.7%と高かった。つまり日本人留学生は人間関係に対するストレスが満足度に影響していると考えられる。

また、病気や怪我に対する心配や不安について、日本人留学生が不安に思う割合が有意に高い傾向を示した現状は、韓国では現在まで在韓外国人に健康保険制度が適用されていないこと（例外：外交官と韓国企業の社員）とソウルには日本人が経営する病院などの情報がないことなどが考えられる。また不安の理由として、日本

人留学生は支払に関するものと答えた者が最も多かったことも、健康保険がないので医療費が高いからではないかと思われる。これに対して韓国人留学生は不安の理由として、世話をしてくれる人がいないからと答えた者が最も多かったことは、医療費の問題が健康保険の存在によって少なくなり、むしろソーシャルサポートの重要性が求められていると考えられる。

また、両国における留学生の生活不安の項目を留学前、現在、将来に分けて聞いたところ、両群とも「言葉」を上位にあげており、在日留学生の不安で最も多いのは、勉強と言葉であるという姚ら¹⁹⁾の指摘と一致する。また、稲永ら²⁰⁾の米国における日本人留学生の調査でも、留学生の適応困難の第一に言葉の不自由さがあげられたこととも合致し、留学生において、「言葉」は共通した不安であることが示唆された。さらに、留学生にとって滞在期間が長くなるにつれ、生活の不安の内容が「言葉と勉強」から「就職や進路、結婚」に変わってくることが示された。また、韓国人留学生は他国の留学生に比較して日本語の習熟に対する障害は少ないといわれており、¹⁹⁾言葉の不安は解消しやすいと考えられるが、依然として多くの者が不安を持っていることが示された。

2. 対処行動とソーシャルサポート

対処行動とは、ある問題状況に対し、それを解決、予防、回避しようとするような行動の事である。²¹⁾²⁸⁾ 対処行動のためには資源が必要であると指摘されており、その資源は大きく自己資源と社会資源の2つに分けられる。さらに、自己資源は自我の強さ、自我の豊かさ、過去の経験、情報収集力があり、このような資源が問題解決能力となる。一方社会資源としては、社会的な側面からの様々なサポートが考えられる。つまり、生活環境の変化などによって生じる一連のストレス、それに立ち向かう個人の対処能力やソーシャルサポートとのバランスの如何によっては、ストレス反応が健全なレベルから疾病のレベルまでおよび得ることが指摘され、ソーシャルサポートが健康に重要な関連性を持

つことが示唆されている。²⁹⁾³⁰⁾

これまでの留学生活において悩みごとや困った時にどのように解決したかを人間関係、病気や健康管理、学業や勉強、下宿や住居、言葉、経済などについて聞いたところ、全ての項目において、韓国人留学生の方が「自分で解決した」と答えた者の割合が高かった。このことは韓国人留学生が、日本人留学生よりも自主的に問題に対処する傾向が強く、日本人留学生は他者依存的な傾向にあることが示唆される。しかし、自分で解決したという回答はむしろ、他人に頼れない状況すなわちソーシャルサポートがなく、自分で解決せざるをえなかったのではないかと解釈できる。この点からみるとソーシャルサポート尺度の得点は、韓国人留学生の全体の平均値が 9.34 ± 3.49 であったのに対して、日本人留学生の平均値は 10.66 ± 3.10 で、日本人留学生の方が有意に高かったことと合致する。朝倉¹²⁾は留学生における、ソーシャルサポートの有無は、生活ストレスを下げる効果を持っていると指摘している。また高井¹⁷⁾は、留学生の異文化適応の要因として、留学の満足度やソーシャルサポートの供給源、ソーシャル・スキル機能が密接に関連していることを示唆している。つまりソーシャルサポートが良好であれば留学生活の満足度も高くなることが指摘されている。しかし、留学生活の満足については、韓国人留学生が高いのに対してソーシャルサポートの尺度得点が日本人留学生と比較して有意に低いという矛盾した結果が得られた。このことは今回用いたソーシャルサポート尺度はソーシャルサポートの量を測定するものであり、質的な側面については検討できなかった点があげられる。頼りになる人をあげる質問に対する回答として韓国人留学生は「家族や親戚」の項目に高い傾向がみられ、ソーシャルサポート尺度で測定される量的なものより「家族や親戚」などから得られる質的に良いソーシャルサポートを得ていることも予想される。また、韓国人留学生は留学動機において、「親戚や知人がいた」をあげる者が多く、ソーシャルサポートを得やすい状況を重視して留学

してきていることも事実である。

金ら²⁹⁾中川ら³¹⁾は、ソーシャルサポートの供給源が社会構造や文化的特徴、パーソナリティなどにおいては、かならずしも良い影響だけではなく、ストレスになる場合もあることも指摘している。いずれにしても、これらの点を踏まえたさらに掘り下げた調査をしていく必要性が示唆された。

3. 精神的健康としてのGHQ

日常生活の健康習慣の実行率が高いほど、健康状態が良好で死亡率も有意に低いと言われていた。³²⁾ プレスロウの7項目の健康習慣について質問したところ、日本人留学生の方が韓国人留学生と比べて健康習慣の実行率が有意に高く、性別では男女とも日本人留学生の方が高かった。

精神的健康度の測定としてGHQを用いて評価したところ、日本人留学生に対して、韓国人留学生の方が有意に高いことが示された。また性別では男女とも韓国人留学生の方が高かった。野原ら³³⁾は、アジア留学生のGHQの平均値は 4.3 ± 3.0 で、留学経験のない日本人学生は 4.1 ± 2.8 であったことを報告している。これらの日本人学生と本研究の日本人留学生とをくらべると若干日本人留学生の方が高い傾向がみられるものの、韓国人留学生の平均値は、日本人留学生、日本人学生に比較して著しく高いことがわかった。これが留学によるストレスなのか、韓国人特有のものなのかは今後の研究課題である。しかし、いずれにしても精神的健康にとって好ましいことではなく、強いストレス状況下におかれているのではないかとということが推測される。今後留学していない韓国人大学生との比較調査によって韓国人留学生の精神的健康が留学によるものか、国民性なのかについて十分な検討をする必要がある。

V. 結 論

留学生の異文化適応に対するストレスが精神的健康に及ぼす影響について検討するために、ソウル市内に在住している日本人留学生(103名)と東京近郊に在住している韓国人留学生(97名)

を対象として、自記式質問紙による郵送方と留置き法を併用した調査と面接による事例調査を行った。調査内容は留学生活の満足度や不安、対処方法、GHQ、ソーシャルサポート等でそれぞれ比較検討をした結果、以下のような結論を得た。

1) 留学生活に関する満足度は、学業、人間関係、住居、経済のいずれの項目においても、韓国人留学生の方が高い傾向を示した。また、留学生活中の病気や怪我の不安については、韓国人留学生 (49.5%) よりも日本人留学生 (81.6%) の方が有意に高かった。

2) 現在、不安に思うこととしては、言葉、お金、学業、医療、進路や就職、住居、習慣や文化の違いなどが韓国人留学生、日本人留学生ともに上位を占めていた。

3) ソーシャルサポートに関して、尺度の平均点を比較すると、日本人留学生よりも韓国人留学生の方が有意に低かった。

4) 生活で困ったことがあった場合に、人間関係、病気や健康管理、学業、住居、言葉、経済の全ての項目において、韓国人留学生の方が「自分で解決した」と答えた者の割合が多いことが示された。

5) GHQ を用いて精神的健康度を比較したところ、日本人留学生よりも韓国人留学生の方が平均点が有意に高かったことから、韓国人留学生の方が精神的健康度が低いことが示された。

6) 留学生のかかえる不安やストレスは個人の特性、留学の動機、達成水準はいうに及ばず、受け入れ国のストレス対処法についての理解や、文化的、歴史的、社会的条件についての理解なども深く関連していた。

引用文献

- 1) 石井 敏：異文化コミュニケーションの基礎概念と研究領域, (吉田 暁), 異文化コミュニケーション, 62-140, 有斐閣, 東京, 1996
- 2) 稲永和豊, 土屋直裕, 長谷川和夫, 近藤喬一：米国における日本人留学生の生活適応, 精神医学, 7: 413-418, 1965
- 3) 馬越 徹：異文化接触と留学生教育, 異文化間教育, 5, 異文化間教育学会: 21-34, アカデミア出版会, 京都, 1995
- 4) 石井 敏, 岡部朗一, 久米秋元, 平井一弘：異文化と人間関係, (吉田 暁), 異文化コミュニケーションキーワード, 110-123, 有斐閣, 東京, 1993
- 5) 野田文隆：異文化接触とメンタル・ヘルス, (渡部文夫), 異文化接触の心理学, 169-178, 川島書店, 東京, 1995
- 6) 近藤 祐：カルチャ・ショックの心理, 4-56, 創元社, 大阪, 1993
- 7) 原 裕視：異文化襲撃とその影響, 生活ストレスは何か, 石原邦夫, 山本和朗, 坂本 弘編, 222-267, 垣内出版, 東京, 1985
- 8) 野村 忍, 末松弘行：異文化ストレス, 保健の科学, 30: 14-16, 1988
- 9) 文部省：留学生受け入れの概況, 文部省資料, 東京, 1996
- 10) 岩男寿美子, 萩原 滋：日本で学ぶ留学生, 117-168, 頸草書房, 東京, 1991
- 11) 栖原 暁：在日留学生の現況, アジア留学生の壁, 49-89, 日本放送出版社, 東京, 1996
- 12) 朝倉隆司, 陣 利：アジア留学生の生活ストレスと健康に関する研究, 東京学芸大学紀要, 5: 97-103, 1993
- 13) 江川 緑：在日留学生のメンタルヘルスの現状と課題, Health Sciences, 10: 241-249, 1994
- 14) 韓国教育部：大学概況, 大学年鑑, 166-256, 教育部, ソウル, 1994
- 15) 朝鮮日報：外国人留学生一万名に拡大, 4月8日, 38面, ソウル, 1996
- 16) 教育部：教育計画, 第7次経済計画, 155-169, 教育部, ソウル, 1995
- 17) 高井次郎：日本人との交流と在日留学生の異文化適応, 異文化間教育, 8, 異文化間教育学会: 106-116, アカデミア出版会, 京都, 1995
- 18) 井上孝代, 伊藤武彦：来日1年目の留学生の異文化適応と健康, 異文化間教育, 9: 異文化間教育学会, 128-142, アカデミア出版会, 京都, 1995
- 19) 姚 霞玲, 松原達哉：留学生のストレスに関する

- る研究 (1) -生活ストレスを中心に-, 学生相談研究11, 1990
- 20) モイヤー康子: 心理的ストレスの要因と対処仕方-在日留学生の場合, 異文化間教育, 1: 81-97, アカデミア出版会, 京都, 1987
- 21) 宗像恒次: ストレスと対処行動, 医療・健康心理学, 中川米造, 宗像恒次, 8-42, 福村出版, 東京, 1996
- 22) Goldberg, D. P. : THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE, NFER-NELSON PUBLISHING CO, LTD (中川泰杉, 大坊郁夫訳: GHQ の質問内容, 精神健康調査票 (日本版 GHQ), 4-13, 日本文化科学社, 東京, 1985
- 23) Belloc, N. B., Breslow, L.: Relationships of physical health status and health practices, Preventive Medicine, 1: 409-421, 1972
- 24) 文部省: 文部省統計要覧, 学校教育総括, 2-24, 大蔵省印刷局, 東京, 1996
- 25) 文部省: 留学生受け入れの概況, 1996
- 26) 文部省: 韓国編, 諸外国の学校教育-アジア・オセアニア・アフリカ編, 2-15, 大蔵省印刷局, 東京, 1996
- 27) 日本国際教育協会留学情報センター: 日本留学奨学金パンフレット, 2-9, 日本国際教育協会留学情報センター, 東京, 1996
- 28) Lazarus, R. S: Measuring Stress to Predict Health Outcome, A Lecture by R. S. Lazarus, ph. D, 1990 (林俊一朗訳: ストレスとコーピング, 11-45, 星和書店, 東京, 1990
- 29) 金 東朱: ストレス・コーピングにおける研究の動向および方法論, 健康観の転機, 園田恭一, 川田智恵子, 213-228, 東京大学出版, 東京1996
- 30) 小澤 温: ソーシャルサポート研究の歩みと保健・福祉, 健康観の転機-新しい健康理論の展開, 園田恭一, 川田智恵子, 267-31, 東京大学出版, 東京, 1996
- 31) 中川 薫: ソーシャルサポート, 医療・健康心理学, 中川米造, 宗像恒次, 200-231, 福村出版, 東京, 1996
- 32) 野原忠博, 朝野 聡, 野原三洋子: 健康生活の社会学の潮流と課題, 健康生活の社会学, 9-20, 高文堂出版社, 東京, 1990
- 33) 野原忠博, 朝野 聡: 日本人学生とアジア留学生における社会的不安への対処能力に関する文化的研究, 平成7年度科学研究費補助金 (一般研究C) 研究成果報告書, 1996
(受付 '97. 3. 6 受理 '97. 7. 3)
- 連絡先: 〒192 東京都八王子市宮下町476
杏林大学保健学部健康教育学教室 (李)

報 告

構成的グループ・エンカウンターが
養護教諭課程学生の自己概念に及ぼす効果の研究

高 田 ゆり子*¹ 坂 田 由美子*²

*¹東京都立農産高等学校

*²東洋大学大学院社会学研究科

Studies on Effect of Structured Group Encounter
to Self-concept of School Nurse-teacher Course Students

Yuriko Takata*¹

Yumiko Sakata*²

*¹Tokyo Metropolitan Nosan High School

*²Toyo University Graduate School

The aim of the studies was to verify:

1. effectiveness of structured group encounter (SGE) to deepen understanding of oneself and others among school nurse-teacher course students
2. effect of SGE when these students have training at school

SGE was provided for one day to 17 one-year course students before school training. In Method 1, effects of SGE to deepen students' understanding of oneself and others was measured by conducting battery to 17 participants before and after SGE was provided. In Method 2, SGE participants were considered as demonstration group 1 (17 students), demonstration group 2 (15 students), and SGE nonparticipants as control group (17 students). The day before school training SGE participants were considered as demonstration group 1. Two months before school training SGE participants were considered as demonstration group 2. Same battery was conducted before and after three-week school training and effect of SGE to school training was investigated.

The following was the results.

- (1) Students' understanding of oneself and others of SGE participants was significantly higher after SGE.
- (2) In demonstration group 1, there was deep understanding of role as archetype of father in school nurse-teacher after school training.

These results indicated the effectiveness of SGE as educational method to deepen understanding of oneself and others among the students.

Key words : structured group encounter ; school nurse-teacher course students;
self-understanding ; others-understanding; training at school
構成的グループ・エンカウンター ; 養護教諭課程学生 ; 自己理解 ; 他
者理解 ; 学校実習

1. 緒 言

養護教諭の職務は昭和47年の保健体育審議会
答申¹⁾に「養護教諭は、専門的立場からすべての

児童・生徒の保健および環境衛生の実態を的確に把握して、疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等心身の健康に問題を持つ児童・生徒の個別指導に当たり、また、健康な児童・生徒についても健康の増進にあたるのみならず、一般教員の行う日常的教育活動にも積極的に協力する役割を持つものである。」と示されている。そして、最終的には、今日の児童・生徒の健康問題の特徴を捉えながら、児童・生徒に健康の自己管理能力を培わせることである。

今日の学校保健は、児童・生徒の精神的な健康問題が大きくクローズアップされてきており、養護教諭の役割は以前にも増して拡大され、期待されている。平成7年4月、学校教育法施行規則²⁾が改正され、養護教諭も保健主事に充てることができるようになった。このことは養護教諭が保健主任として、中心になって学校の保健活動を進めていけるようになったことを意味するとともに、養護教諭に対する期待が大きいことを示している³⁾。このように重要な養護教諭の職務を遂行していくためには、児童・生徒への共感的理解が不可欠の要素として大きく関わってきている。児童・生徒への共感的理解のためには、自己理解の上に立った他者理解が必要である。また、第15期中央教育審議会答申⁴⁾に示された教育における学校保健の役割は、「子どもの生きる力をはぐくむ」ことである。生きる力は自己肯定度と深く関わっている。すなわち、自己肯定度が高ければ生きる力も強いのである。このように、これからの学校保健の役割として期待されている子どもの生きる力をはぐくむためには、まず子どもに関わる養護教諭の自己肯定度を高める必要がある。

養護教諭養成課程に在籍している学生（以下養護教諭課程学生とする）は、養護実習を通して、養護教諭の役割と機能の理解を深めていく。養護実習の目標は、日本学校保健学会共同研究班⁵⁾が示しているように、これまでに学習してきた知識や技術を、学校現場の実習を通して、具体的に適応させ発展させていくことである。そこには、何よりもまず児童・生徒を知り、理

解することが基本として存在しなければ、子どもたちの実態も見えてこないであろう。養護教諭課程学生が児童・生徒理解を深め、子どもたちの生きる力をはぐくむためには、自己を肯定し、他者を理解することが不可欠であると思われるが、養護教諭課程学生に関するこの種の研究はほとんどみられない。

國分⁶⁾は「エンカウンターとは、心と心ころの触れ合いであり、ホンネとホンネの交流である。終局的目標は自分の行動変容であり、深いレベルでの人間関係がもてるようになることである」と述べている。中桐ら⁷⁾の報告にあるように、現職の養護教諭が卒前教育で不足している領域としてあげているものの1つに人間関係論がある。エンカウンターはまさに人間関係論の教育そのものである。そこで、養護教諭課程学生の自己理解・他者理解の教育方法の1つとして構成的グループ・エンカウンター（以下SGEと略す）を実習前に導入した。

本研究の目的は、養護教諭課程学生の自己肯定感を高め、自己理解・他者理解を深化するための教育方法としてのSGEの効果を検証することである。

目的を明らかにするために、方法1として養護実習直前のSGE実施前後の調査、方法2として養護実習前後の調査を行った。方法1では、SGE体験により、自己理解・他者理解が深まるという仮説を検証した。方法2では、①SGEを体験した養護教諭課程学生は、養護実習終了後も自己理解及び児童・生徒理解が深まる、②SGEを体験する時期によって、養護実習終了後、自己理解及び児童・生徒理解に差がでる、という2つの仮説を検証した。

II. 方 法

1. 養護実習直前のSGE実施前後の調査

(1) 調査対象

看護婦の免許を基礎資格とした公立の1年課程の養護教諭養成機関（同時に保健婦養成機関でもある）の女子学生17名。

被験者の選定は、偶数の出席番号によるラン

ダム選定として、休日のためにやむをえず出席できない場合は出席番号の前後で交替することにした。参加者の平均年齢は24.5歳。

(2) 調査期間

養護実習直前の1996年1月14日(日)

(3) 調査方法と調査内容

表1に示すエクササイズのSGEを、教育課程外の休日を利用して、1日(8時間)実施した。エクササイズは1日という短期間の実施であること、参加者がクラスメート同士という既知の集団であることを考慮し、ファシリテーターと相談のうえ決定した。

SGEの効果測定は、SGE実施後の自己理解の変容を測定するために、伊東⁹⁾による自己肯定度インベントリ(以下SEIと略す)25項目、菅沼・橋口・西村⁹⁾によるアサーティブ=チェックリスト(以下ACLと略す)30項目、角田¹⁰⁾による共感経験尺度改訂版(以下EESRと略す)20項目、東大式エゴグラム第2版¹¹⁾(以下TEGと略す)、さらに独自に作成したエクササイズの評価(5件法-自分にとって大変意味があった:5 意味があったかどうか不明:3 自分にとって全く意味がなかった:1)、SGEを体験した感想(自由記述)のテストバッテリーを用いた。SEIは2件法、ACLは4件法、EESRは7件法、TEGは3件法で行った。そしてSEI、ACL、EESR、TEGはSGE実施前と実施後に集合調査で行い、エクササイズの評価とSGEの感想はSGE実施後に集合調査で行った。

(4) 分析方法

SGE実施前と実施後のそれぞれの平均値を算出し、対応のあるt検定を行った。

2. 養護実習前後の調査

(1) 調査対象

調査1と同じ学校である公立の養護教諭養成機関(1年課程)の女子学生49名である。

(2) 調査時期

1996年1月~2月。

(3) 調査方法と調査内容

養護実習直前の1996年1月と養護実習終了直後の2月の2回、自記式質問紙による集合調査

を行った。調査内容は調査1で使用したテストバッテリーと同一のもの(SEI、ACL、EESR、TEG)で、養護実習前と後に実施した。さらに養護実習後には、20の形容詞対からなる養護教諭のイメージ調査(7件法)と、SGE体験者には養護実習にSGEが及ぼした効果について自由記述による回答を求めた。

なお養護実習は3週間である。実習校は小学校、中学校、養護学校と多岐にわたっているが、小学校が最も多く、1校には学生1~2名の配置となっている。

(4) 分析方法

調査結果を、養護実習直前にSGEを1日体験した実験1群(17名、方法1の「養護実習直前のSGE実施前後の調査」の対象と同一の学生)、養護実習2か月前にSGEを1日体験した実験2群(15名)、SGEを体験していない統制群(17名)の3群に分け、養護実習前後の3群間の変化をみるために、分散分析による解析を行った。また、養護教諭のイメージについては、因子分析と多重比較を行った。なお、実験1群と実験

表1 プログラムと評価

順番	カテゴリー	エクササイズ	平均値
		オリエンテーション	
1	自己理解	1本の直線	3.59
2	自己理解・自己表現	黒-白、青-赤 大-小、堅-柔	3.24
3	自己主張	リクエスト・ゲーム	3.71
4	自己表現・自己開示	S - K 法	4.47
5	自己主張・自己表現	体操	3.00
6	自己主張・自己表現	2人組フルーツ・ バスケット	3.35
7	自己主張	ウイंक・キラー	3.71
8	自己理解・自己開示	アイ・コンタクト	4.18
9	自己開示	背中合わせ	3.94
10	自己表現	手による会話	4.18
11	自己理解・自己開示	私は私が好きです。 なぜならば	4.06
12	自己理解・自己開示	思い出のアルバム	3.94
13	自己表現	相手に印象を伝える クロージング	4.71
		全体を通して	4.29

2群は同じプログラム・同じ時間数のSGEを同じ場所で同一のファシリテーターによって実施した。実験1群は養護実習直前の1996年1月、実験2群は養護実習2か月前の1995年10月にSGEを実施した。実験1・2群ともどちらか一方のみの参加とした。

それぞれの平均年齢は実験1群24.5歳、実験2群24.0歳、統制群24.2歳であった。

III. 結 果

1. 養護実習直前のSGE実施前後の調査結果

(1) プログラムの評価

表1にSGEの各エクササイズのねらいと平均値を示した。

1日を通しての全体の評価は4.29、各エクササイズの平均値も3以上を示していた。すなわち参加した学生全員がSGEを自分にとって意味があるものとして評価していた。また、自由記述による感想でも、そのほとんどが自分について、友人について、より深く知る機会になった等の肯定的な回答であった。

(2) SEI・ACL・EESR・TEGの変化

SEIの採点表に従って算出した合計（最低0、最高25）の得点は、SGE実施前は15.94、実施後は16.94であった。さらにSEIの項目を領域別に①一般的自己、②仲間関係での自己、③家庭場

表2 SEIの領域別の得点比較

項目評定の領域 (得点範囲)	Pre-Test		Post-Test		t 値
	M	SD	M	SD	
合 計 (0~25)	15.94	5.60	16.94	4.48	1.38n.s
一 般 的 自 己 (0~12)	6.29	3.51	7.35	2.74	2.55*
仲 間 関 係 での自己 (0~4)	3.18	1.02	3.29	0.85	0.81n.s
家 庭 場 面 での自己 (0~6)	4.35	1.62	4.12	2.03	0.89n.s
学 校 場 面 での自己 (0~3)	2.12	0.99	2.18	0.81	0.44n.s

n=17

*p<.05

表3 EESRの因子別の得点比較

尺 度 (得点範囲)	Pre-Test		Post-Test		t 値
	M	SD	M	SD	
共有経験尺度 (0~60)	39.00	8.55	40.65	8.68	1.88+
共有不全経験尺度 (0~60)	34.76	14.51	36.53	14.61	1.30n.s

n=17

+p<10

面での自己、④学校場面での自己に分けて平均値を算出した。その結果、一般的自己はSGE実施前に比べSGE実施後が有意に高い結果であった(t=2.55, df=16, p<.05)(表2)。

ACLは①正当な権利主張、②自己信頼、③自己開示、④受容性、⑤断る力、⑥対決の6つの領域に分けて集計した。その結果、SGE実施前と実施後では有意差は認められなかった。

EESRは①共有経験尺度、②共有不全経験尺度の2つの尺度に分けて集計した。その結果、共有経験尺度の平均値はSGE実施前39.00、実施後40.65でSGE実施前に比べ実施後は高い傾向がみられた(t=1.88, df=16, p<.10)(表3)。

TEGはSGE実施前と実施後の変化は認められなかった。

2. 養護実習前後の調査結果

(1) SEI・ACL・EESR・TEGの変化

「養護実習直前のSGE実施前後の調査」と同じ方法で集計し、それぞれの領域毎に群(実験1群、実験2群、統制群)×実習(実習前、実習後)の2元配置の分散分析を行った。

SEIは総合計、一般的自己、仲間関係での自己、家庭場面での自己、学校場面での自己、ACLは正当な権利主張、自己信頼、自己開示、受容性、断る力、対決、EESRは共有経験尺度、共有不全経験尺度のいずれの領域でも有意差は認められなかった。また、TEGも有意差は認められなかった。

さらに実習校の校種も要因の1つとして検討するために、普通学校と養護学校別・群別に実習前後の変化をみたが、いずれも有意差は認め

られなかった。

(2) 養護教諭のイメージ

実習終了後の養護教諭のイメージは、因子分析の結果、3因子が抽出された。

第1因子はあたたかい、やさしい、やわらかい等から構成されているので包み込む機能の「母親元型¹²⁾ イメージ」、第2因子は深い、永遠な、重い等から構成されているので「大人のイメージ」、第3因子は強い、するどいから構成されているので切断の機能をもつ「父親元型¹³⁾ イメージ」と命名した。3因子の信頼性を示す α 係数は、第1因子が0.94、第2因子が0.78、第3因子が0.66であった。この3因子を実験1群、実験2群、統制群の3群間で比較すると、実験1群は統制群に比べ父親元型イメージが高い傾向がみられた($p < .10$)。

また、普通学校と養護学校別、群別に比較した養護教諭のイメージは、有意差は認められなかった。

(3) 実習後のSGEの評価

「自分の考えを押しつけてはいけないことを学んだ」「自分に自信がない時、緊張した時、色々なピンチに立たされた時、自分は自分でいいんだと思うと落ち着いた」「年を重ねるごとに自分に少しずつ自信がつき認められるようになったかなと思ひ、SGEはそれを促してくれた。養護実習が楽しく充実したものになったのも、自分の自信が助けてくれたこともあるのかと思う。そうすると、SGEは役にたったのかと思う。SGEはとても良い経験で今の私に良い影響を及ぼしている」「自然に影響を受けており意識していないだけかもしれない」など、SGEが養護実習にポジティブな影響を及ぼしているというものがほとんどであった。

IV. 考 察

SGEのプログラムの評価は4.29で、参加した学生は自分にとって意味があったと位置づけていた。感想もそのほとんどが自分について、友人について、より深く知る機会になった等の肯定的なものであり、SGEの有効性が示唆された。

これはオリエンテーションからクロージングまでの一連のエクササイズへの導入がファシリテーターによって適切に意味づけされた成果のあらわれともいえよう。今回のファシリテーターは長年SGEのワークショップを実践している臨床心理士に依頼した。このファシリテーターは不登校の子ども達との関わりがあったり、看護学校での講義も担当しているため、学校保健や看護に対する理解が深いSGEの実践者である。そのため、学校保健を学んでいる学生に対して理解しやすい導入がなされていた。

今回エクササイズ毎のふりかえり調査は行っていないが、各エクササイズ終了時の学生の表情が生き生きとした明るい表情をしていたことから、SGEの効果が推察された。しかし、今後はより詳細な効果の検証のために、各エクササイズ毎にふりかえり調査を実施していくことも課題の1つであると考えられる。

また、自己肯定度を測定するSEIでSGE実施後有意に高い結果が得られたことは、これまで学生たちが受けてきた教育課程が基盤にあると考えられる。すなわち、学生たちは3年間の看護基礎教育と10か月余りの養護教諭・保健婦教育における人間理解教育を受けてきている。そのため、学習や体験に基づいた人間理解が培われているので、学生集団の凝集は早く行われ、1日だけの短期間のSGE体験でも自己肯定度が高まったと推察された。また、プログラムの展開の上でファシリテーターの適切なエクササイズへの意味づけもその一因であろう。

さらに、共有経験尺度ではSGE実施後のほうが実施前に比べて高い傾向であった。このことは、SGE体験によって他者との共有経験ができた結果である。人間関係が希薄化してきているなかで育ち、その上多忙なカリキュラムのため時間的な余裕が少ない学生にとって、10か月余りクラスのなかで一緒に学習をしてきても、お互いにじっくりと話し合う機会や術が少なくなってきている。このことは今回のSGEで、今まであまり話さなかった人と話しができてよかったなどの感想からも、日常生活のなかでは、仲

間との共有経験をもつ深い関わりが少なくなってきた現状を窺わせる。このような現状から、今回 SGE を体験したことによって、今までの関係より一歩踏み込んでコミュニケーションを図ることができ、共有経験が高まったものと推察された。

従来 SGE の先行研究は 2～3 日の宿泊研修の効果がほとんどであった。¹⁹⁾ ²⁰⁾ しかし、多忙なカリキュラムの現状の中では、宿泊研修の時間を確保することが困難で、本研究では 1 日の研修とした。このような宿泊を伴わない、高等教育の授業のなかでの SGE も取り入れられてきている。しかし、その効果についての研究はまだ少ないのが現状である。今回、短期間の 1 日だけでも自己・他者理解が深められたことは、通常カリキュラムに比較的簡便に取り入れても効果が見込めることが推察された。

TEG は、SGE 実施前後ともエネルギーの量がほぼ同じ平坦型の中段階を示していた。デュセイは平坦型を適応タイプに分類している。¹⁶⁾ 平坦型の中段階は一番の適応タイプであり、精神的に安定し、バランス感覚がとれているとされている。¹⁷⁾ つまり被験学生はバランス感覚がとれた生き方ができるタイプである。そのため特に SGE 体験による自我状態の変化は認められなかったと推察された。

次に養護実習前後の調査結果について考察する。養護教諭の機能は、包み込む優しさで代表される母親元型とともに、子どもの成長発達としての自立を促すためには切断の機能としての父親元型も必要である。國分¹⁸⁾ は「教師の基本的態度は母性原理と父性原理の両方を配する姿勢で、この姿勢に命名すればカウンセリングマインドということになる。人を育てるには母性と父性の統合された姿勢で臨まなければならない」と述べている。養護教諭課程学生の所属校では、養護教諭の機能として母親元型の機能とともに父親元型の機能をも学びとることを実習の目標の 1 つにしている。川上¹⁹⁾ は養護実習生の実習前後における意識の変容として、養護教諭が職務を遂行していくためには、やさしさ、

思いやりの他に「厳しさ」も必要であることを学生が認識したと報告している。母親元型の機能のみが強調されがちな養護教諭の機能を、実習 1 群が父親元型の機能をも養護教諭の機能の 1 つとしてより深く学び得たことは、実習直前に体験した SGE による人間理解の効果によるものと推察された。

このことから、SGE 体験は養護実習直前のほうが養護実習 2 か月前より効果があることが示唆された。

SGE の養護実習への効果については、感想からポジティブな影響を及ぼしていることが窺われた。

また、養護実習はマンツーマンの指導を受けることが多く、その具体的関わりにおいては校種によっても異なることから、今回、普通学校と養護学校における差をみたが、有意な差は認められなかった。

山本²⁰⁾ は大学生に対する SGE 実践の体験から、集団体験と人間関係の学習は、情報化・システム化・流動化・核家族化の進展とともに、その必要性を高めていることを述べている。

今回、SGE 体験群別の養護実習前後における自己理解・他者理解には差は認められなかった。しかし、児童・生徒を理解するうえで大切なことの 1 つとして共感的理解があることはいうまでもない。実習にともなう自己理解・他者理解には輻輳する多くの要因が関係してくる。今後は自己理解・他者理解に及ぼす日常的な要因の影響なども考慮しながら SGE を実施し、さらに詳細な分析を継続していくことが課題である。

さらに、SGE の効果についての研究をみると、SGE 終了直後では自己肯定や人間関係認知に関する尺度は上昇しているが、その後のフォロー調査では下降したという研究結果が多く、²¹⁾²²⁾ いかにも SGE の効果を持続させていくかは研究課題の 1 つである。

V. 結 語

養護教諭課程学生の自己理解・他者理解を深化させる教育方法として SGE 導入し、その効果

について研究を行なった。対象は養護教諭課程学生49名である。

方法1では養護実習直前にSGEを1日体験した学生17名(実験1群)のSGE前後の自己理解・他者理解の変化について、方法2では実験1群(17名)、養護実習2か月前にSGEを1日体験した実験2群(15名)、SGEを体験していない統制群(17名)の3群間の実習前後の自己理解・他者理解について検討した。SGEを体験した学生はどちらか1回のみ参加である。

その結果、以下の知見が得られた。

1. SGE体験により自己理解・他者理解が深まった。したがって、1日という短期間でもSGEは養護教諭課程学生にとっての自己理解・他者理解の教育方法として有効であることが示唆された。

2. 「SGEを体験した養護教諭課程学生は、養護実習終了後も自己理解及び児童・生徒理解が深まる」は統計学的には検証されなかった。しかし、養護実習終了後の感想からはSGEが実習に及ぼした効果が推察された。

3. 養護実習直前にSGEを体験した実験1群が養護実習を通して養護教諭の機能の1つとしての父親元型イメージをより深く学び得た。すなわち、SGEを実習直前に体験した学生が実習2か月前に体験した学生より児童・生徒理解はより深まったと推察された。

以上の結果から、実習直前にSGEを取り入れ、人間理解の教育を通じて児童・生徒理解を促すことは有効であることが示唆された。

本論文の要旨は第43回日本学校保健学会(1996年)において発表した。

文 献

- 1) 高石昌弘：学校保健概説，12，同文書院，東京，1983
- 2) 解説教育六法編修委員会：解説教育六法，78-104，三省堂，東京，1997
- 3) 東京都教育委員会：とうきょうの教育，34：6，東京都教育庁総務部教育情報課編，東京，1995
- 4) 解説教育六法編修委員会：解説教育六法，741-751，三省堂，東京，1997
- 5) 日本学校保健学会「養護教諭養成教育のあり方」共同研究班：養護実習，これからの養護教諭の教育，90-95，東山書房，京都，1990
- 6) 國分康孝：エンカウンター，3-32，誠信書房，東京，1990
- 7) 中桐佐智子，大谷尚子，中村朋子ほか：養護教諭養成カリキュラムの全体構想-養護教諭養成に必要な教育内容を中心に-，学校保健研究，30：346-354，1988
- 8) 伊東博：ニュー・カウンセリング，193-201，誠信書房，東京，1983
- 9) 菅沼憲治：診断アサーティブ=チェックリスト，青年心理，13(75)：94-96，1989
- 10) 角田豊：共感経験尺度改定版(EESR)の作成と共感性の類型化の試み，教育心理学研究，42：193-200，1994
- 11) 東京大学医学部診療内科：東大式エゴグラム第2版，金子書房，東京，1995
- 12) 織田尚生：現代における父性と母性(挟間秀文・織田尚生編，精神衛生)，60-61，放送大学教育振興会，東京，1987
- 13) 山本銀次：構成的グループ・エンカウンターの追跡調査に見る効果と課題，カウンセリング研究，28：1-20，1995
- 14) 山田洋子，犬塚文雄，稲垣応顕：自己および他者受容を向上させる体験学習-コミュニケーションワークショップの体験効果に関する一研究，看護教育，37：439-444，1996
- 15) 片野智治：構成的エンカウンター・グループ参加者の体験的事実の検討，カウンセリング研究，27：27-36，1994
- 16) Dusat, J.: Ego-grams-How I See You And You See Me, Harpar and Raw, New York, 1977 (新里里春(訳)：エゴグラム，(池見酉次郎監修)，創元社，東京，1980)
- 17) 和田迪子：TEGのパターン分類による活用(東京大学医学部診療内科編著，新版エゴグラム・パターン)，47-130，金子書房，東京，1995
- 18) 國分康孝：教師の生き方・考え方，125，金子書房，東京，1995

- 19) 川上幸三：養護実習生の教職意識の変容について—養護教諭特別科学生の場合—, 北海道教育大学紀要 (第1部C), 45: 129-138, 1994
- 20) 山本銀次：エクササイズ開発と人間関係の教育 (國分康孝編, 構成的グループ・エンカウンター), 228-239, 誠信書房, 東京, 1992
- 21) 林真一郎, 國分康孝, 高橋真理：構成的エンカウンターグループが青年の心理的成熟度に及ぼす効果—イニシエーションとの類似点からの考察,

- 日本カウンセリング学会第29回大会発表論文集, 256-257, 1996
 - 22) 小林要慈, 石隈利紀, 高橋真理：大学生の人間開発プログラムに関する研究 (その53) —Self-esteemの変化と関係認知—, 日本カウンセリング学会第29回大会発表論文集, 264-265, 1996
(受付 '97. 1. 6 受理 '97. 7. 14)
- 連絡先：〒277 千葉県柏市松葉町1-19-17-3
(高田)

大澤清一・森山剛一・上野純子・西岡光世共著

学校保健学概論

A5判二〇〇頁 価二二一〇円

読者はこの本によって学校保健の全貌とその要点を簡明に知ることが出来るはずです。これから学校保健という大きな森に足を踏み入れようとする方には森の全容を知る案内マップになります。

藤沢良知 (財)日本栄養士会会長) 著

人生一〇〇年のQOL食事学

—食事で変わるあなたの寿命・健康・そして病氣—

A5判二四六頁 価二九四〇円

栄養や食事の問題は、人生のQOLを高め、価値観を高めるための基本にはかぎりません。食の持つ意義と大切さを、各種のデータ等を基に探ってみたいとの発想でまとめられたものです。

内山 源也著	健康・ウエルネスと生活	価二四二五円
内山 源也著	健康のための生活管理	価二二〇〇円
飯田澄美子著	養護活動の基礎	価二二〇〇円
大澤 清二著	生活統計の基礎知識	価二二〇〇円
大澤 清二著	生活科学のための多変量解析	価三九九〇円
A・ゲゼル著	乳幼児の心理学 (出生より五歳まで)	価五六七〇円
A・ゲゼル著	学童の心理学 (五歳から十歳まで)	価五六七〇円
A・ゲゼル著	青年の心理学 (十歳より十六歳まで)	価五六七〇円

報 告

保護者のライフスタイルと
その子の健康行動との関連について

新行内 美 穂^{*1a} 石 岡 和 広^{*1} 上 地 勝^{*2}
上 濱 龍 也^{*3} 田 神 一 美^{*3} 細 川 淳 一^{*3}

^{*1}筑波大学体育専門学群保健環境学研究室

^a現(株)リクルート シーズ スタッフ勤務

^{*2}筑波大学大学院博士課程医学研究科

^{*3}筑波大学体育科学系保健環境学研究室

Parental Health Attitudes Effects
on Daily Health Behaviour of Their Child

Miho Shingyouji^{*1a} Kazuhiro Ishioka^{*1} Masaru Ueji^{*2}
Tatsuya Kamihama^{*3} Kazumi Tagami^{*3} Jyun-ichi Hosokawa^{*3}

^{*1}Laboratory of Exercise and Environmental Health,

Undergraduate school of Health and Sport Sciences, University of Tsukuba

^{*2}Graduate School of Medicine, University of Tsukuba

^{*3}Institute of Health and Sport Sciences, University of Tsukuba

To present some effects of parental attitudes or life style for health on daily health behaviour in their child, 551 families and their 6th grade pupils of elementary schools in Tokyo and Gunma districts attended this study. The main results of this study are demonstrated as follows;

- (1) parental disposition to know medical/health information and to keep a longer sleep habit were highly associated with self-recognition of health for their child.
- (2) parental attending health examinations, keeping a longer sleep habit and exercising were highly associated with positive behaviour to keep their child healthy.
- (3) parental presenting less cooperation to spouse and lack of breakfast habit were highly associated with negative health behaviour toward their child.
- (4) also, parental attending less health examinations, and presenting a shorter sleep, less cooperation to spouse, less contact to their child, less exercising, lack of breakfast, and frequent midnight meal habit were highly associated with poor eating behaviour toward their child.

Based on these results, we are demonstrating that parental daily practices for health made their child's behaviour healthy.

Key words : family, health behaviour, parental lifestyle

親子, 健康行動, ライフスタイル

1. 緒 言

現代の日本では、三大成人病（悪性新生物・心疾患・脳血管疾患）が、死因の6割を占める状況が出現している¹⁾。「成人病」は、1956年頃から使われ始めた行政用語で「40歳前後から死亡率が高くなり、全死因の中で高位を占め、働き盛りに多い疾患」と定義されていた。成人病はその名の示すとおり、40代以降の中年者に多く見られるため、働き盛りの病気というイメージが強く、若い世代には「成人病は先の話し」との意識が定着するという悪弊を生んできている。成人病の多くは生活習慣が大きく影響している²⁾こと、さらに糖尿病などの日常生活に支障をきたす慢性疾患の患者が増加していることから、厚生省は1996年9月、40年間にわたって使われてきた「成人病」の名称を「生活習慣病」と変え、「発病や症状の進行に、喫煙や食生活、運動などの生活習慣が関係した疾患」と定義し、胃潰瘍や歯周病、肝疾患を新たに加えて、悪性新生物、循環器病など疾病ごとにすすめられてきた一次予防（健康維持）対策を「生活習慣改善」の観点から一本化しようとしている。

悪性新生物や心臓病、糖尿病などの疾病は、個人差はあるものの食事^{3,4)}運動^{5,6)}喫煙といった日常的なライフスタイル⁷⁾と深く関連していることが明らかにされている。また、生活習慣に起因する慢性疾患は、小児期からその萌芽がみられる^{8,9)}ことが指摘されているが、無自覚に過ごす長い年月のライフスタイルが発症に影響を与える¹⁰⁾ことはいうまでもない。それゆえに、子どもの時から健康的なライフスタイルを築き上げていくことが、こうした疾病の予防につながる^{11,12)}と考えられる。

しかし、子どものライフスタイルは独立して存在するのではなく、大人のライフスタイルに依存的であり^{13,14)}学童期の子どもが自ら健康的なライフスタイルを身につけるといことは非常に困難なことと思われる。子どもに健康的なライフスタイルを獲得させるためには栄養、運動、休養、喫煙、飲酒などと発症や発症のメカ

ニズムとの関連を理解させる健康教育を充実させる¹⁵⁾だけではなく、家族ぐるみの取り組みが必要と思われるが、保護者のライフスタイルが子どものライフスタイルに与える影響についての研究はほとんど行なわれていない。

そこで本研究では、子どもの健康に関する認識や状態、生活行動等と保護者の家庭での生活実態を把握し、子どものライフスタイルのなかでも特に健康的な生活行動を規定する要因を探り、子どもにとってよりよい生活環境を構築するための保護者の望ましい姿を明らかにすることを目的とする。

2. 調査方法

本調査では、一人当たり民力水準¹⁶⁾（生産・消費・文化などの分野にわたって国民が持っているエネルギーを示す）を指標に、東京都と群馬県の同程度（水準100程度）である小学校を抽出し、小学生の中でも受験などの影響で生活習慣が乱れやすい学年である6年生の児童とその保護者を対象とし、小学校を通じて調査を依頼した。

協力の得られた小学校（東京都3校、群馬県5校）の担任教師を通じ、平成8年10月下旬～11月中旬に、各学級の児童に児童用と保護者用の無記名自記式質問紙によるアンケート調査用紙を配布した。児童用アンケート調査用紙は、クラス毎に教室で記入させて回収した。保護者用アンケート調査用紙は児童を介して保護者に配布記入後、密封して回収した。

児童用の調査用紙は43問からなり、健康に対する認識及び健康状態（健康観、健康優先度、疲労感、メガネ使用・虫歯・病歴の有無、BMI：体重(kg)／身長(m)²、排便の頻度）、健康的な生活行動（歯磨き・手洗いの頻度、睡眠時間、親子間の会話、手伝いの頻度、学校でのクラブ活動、学校外でのスポーツ活動）、健康的でない生活行動（テレビの視聴率、テレビゲームで遊ぶ時間、朝寝坊の頻度、コンビニエンスストアの利用頻度、学習塾への通塾頻度）、食行動（朝食の頻度、誰と朝食をとるか、夕飯の摂食状況、

表1 子どもの健康行動得点による分類 N=551

	平均点	人数	%
健康に対する認識及び健康状態			
良い群	12	302	54.8
悪い群	17	236	42.8
無回答		13	2.4
健康的な生活行動			
良い群	11	304	55.2
悪い群	15	231	41.9
無回答		16	2.9
健康的でない生活行動			
良い群	12	262	47.5
悪い群	16	286	51.9
無回答		3	0.5
食行動			
良い群	15	256	46.5
悪い群	20	287	52.1
無回答		8	1.5

触時間、健康に関する会話、健康診断の受診、運動の頻度、朝食・間食・夜食の頻度、喫煙・飲酒量などであった。

児童589人、保護者553人の回答が得られ、両者が揃わないために分析が不可能であるものを除き、551組(男子児童276人、女子児童275人)の有効回答を得た。有効回答率は96.5%であった。

回収したアンケート調査用紙の集計および分析にはすべてパーソナルコンピューターを用いた。子どもの健康行動に関する質問項目は、平均点を基準にそれぞれを「認識及び健康状態が良い群(平均12点)／悪い群(平均17点)」「健康的な生活行動が良い群(平均11点)／悪い群(平均15点)」「健康的でない生活行動が良い群(平均12点)／悪い群(平均16点)」「食行動が良い群(平均15点)／悪い群(平均20点)」の2群に分類(表1)し、保護者の質問項目と χ^2 独立性の検定を有意水準は5%で行なった。

3. 結果

(1) 子どもの健康に対する認識及び健康状態と保護者のライフスタイル

保護者のライフスタイルが、子どもの健康に対する認識及び健康状態に与える影響について検討を行ない、さらに男子と女子に分けて検討を行なった。子どもの健康に対する認識及び健康状態と保護者への各質問項目についての分析

家族揃って夕飯をとる頻度、清涼飲料水の摂取量、夜食・手作りおやつ(の頻度)に分類した。各質問の選択肢は、望ましくない回答になるにつれて数字が大きくなるように配点した。例えば、「よくある(1点)」、「ある(2点)」、「ときどきある(3点)」、「あまりない(4点)」、「全くない(5点)」のような感覚尺度を用いた。保護者用の質問用紙は32問からなり、健康観、健康に関する情報収集、睡眠時間、子どもとの接

表2 子どもの健康に対する認識及び健康状態と保護者のライフスタイル

	子どもの健康に対する認識									人 (%)
	全体			男子			女子			
	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P	
保護者の健康情報 (n=537)										
見る	266(49.5)	219(40.8)	<0.05	149(55.6)	89(33.2)	0.428	117(43.5)	130(48.3)	0.061	
見ない	36(6.7)	16(3.0)		21(7.8)	9(3.4)		15(5.6)	7(2.6)		
保護者の睡眠時間 (n=536)										
長い	193(36.0)	125(23.3)	<0.05	109(40.7)	59(22.0)	0.524	84(31.3)	66(24.6)	<0.01	
短い	108(20.1)	110(20.5)		61(22.8)	39(14.6)		47(17.5)	71(26.5)		

P=P value

表3 子どもの健康的な生活行動と保護者のライフスタイル

	子どもの健康的な生活行動						人 (%)		
	全体			男子			女子		
	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P
保護者の健康診断 (n=529)									
受診	214(40.5)	142(26.8)	<0.05	113(42.8)	72(27.3)	0.166	101(38.1)	70(26.4)	0.055
未受診	85(16.1)	88(16.6)		41(15.5)	38(14.4)		44(16.6)	50(18.9)	
保護者の睡眠時間 (n=532)									
長い	190(35.7)	124(23.3)	<0.05	104(39.2)	62(23.4)	0.075	86(32.2)	62(23.2)	0.264
短い	112(21.1)	106(19.9)		51(19.2)	48(18.1)		61(22.8)	58(21.7)	
保護者の運動 (n=527)									
する	85(16.1)	43(8.2)	<0.05	48(18.4)	24(9.2)	0.120	37(13.9)	19(7.1)	0.067
しない	216(41.0)	183(34.7)		106(40.6)	83(31.8)		110(41.4)	100(37.6)	

P=P value

結果を表2に示す。

保護者への質問項目中、「健康に関する情報を注意して見ているか (p<0.05)」, 「睡眠時間の長さ (p<0.05)」の2項目では, 男女を含めた子どもの健康に対する認識及び健康状態が良い群と悪い群との間に有意な差が認められた。それ以外の保護者への質問項目については, 両群間に有意な差が認められなかった。

これらの項目について男子では, いずれも有意差は認められなかったが, 女子では「睡眠時間の長さ (p<0.01)」で有意差が認められた。

(2)子どもの生活行動と保護者のライフスタイル

保護者のライフスタイルが, 子どもの健康的な生活行動に与える影響について検討を行った。子どもの健康的な生活行動と保護者への各質問項目についての分析結果を表3に示す。保護者への質問項目中, 「健康診断受診の有無 (p<0.05)」, 「睡眠時間の長さ (p<0.05)」, 「運動の頻度 (p<0.05)」の3項目では, 子どもの健康的な生活行動が良い群と悪い群との間に有意な差が認められた。それ以外の保護者への質問項目については, 両群間に有意な差が認められなかった。

表4 子どもの健康的でない生活行動と保護者のライフスタイル

	子どもの健康的でない生活行動						人 (%)		
	全体			男子			女子		
	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P
配偶者の協力 (n=528)									
協力的	172(32.6)	163(30.9)	<0.05	76(28.5)	88(33.0)	0.066	96(36.8)	75(28.7)	0.198
非協力的	79(15.0)	114(21.6)		36(13.5)	67(25.1)		43(16.5)	47(18.0)	
保護者の朝食 (n=545)									
食べる	244(44.8)	245(45.0)	<0.01	107(39.3)	136(50.0)	0.090	137(50.2)	109(39.9)	<0.05
食べない	17(3.1)	39(7.2)		8(2.9)	21(7.7)		9(3.3)	18(6.6)	

P=P value

男女別での検討ではいずれも有意差は認められなかった。

また、保護者のライフスタイルが、子どもの健康的でない生活行動に与える影響について検討を行った。子どもの健康的でない生活行動と保護者への各質問項目についての分析結果を表4に示す。保護者の質問項目中、「配偶者の協力度 ($p<0.05$)」、「朝食の頻度 ($p<0.01$)」の2項目では、子どもの健康的でない生活行動が良い群と悪い群との間に有意な差が認められた。それ以外の保護者への質問項目については、両群間に有意な差が認められなかった。

男女別に集計した結果、朝食を摂る頻度が高ければ、女子はこれに追随するが、男子では必

ずしもそうでない状況が見られた。

(3)子どもの食行動と保護者のライフスタイル

保護者のライフスタイルが、子どもの食行動に与える影響について検討を行った。子どもの食行動と保護者への各質問項目についての分析結果を表5に示す。保護者への質問項目中、「健康診断受診の有無 ($p<0.05$)」、「睡眠時間の長さ ($p<0.05$)」、「配偶者の協力度 ($p<0.05$)」、「接触時間の満足度 ($p<0.001$)」、「運動の頻度 ($p<0.05$)」、「朝食の頻度 ($p<0.05$)」、「夜食の頻度 ($p<0.001$)」の7項目では、子どもの食行動が良い群と悪い群との間に有意な差が認められた。その他の保護者への質問項目については、両群

表5 子どもの食行動と保護者のライフスタイル

	子どもの食行動						人 (%)		
	全体			男子			女子		
	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P	良い群	悪い群	P
保護者の健康診断 (n=537)									
受診	181(33.7)	180(33.5)	<0.05	98(36.6)	90(33.6)	0.069	83(30.9)	90(33.5)	0.320
未受診	72(13.4)	104(19.4)		32(11.9)	48(17.9)		40(14.9)	56(20.8)	
保護者の睡眠時間 (n=540)									
長い	163(30.2)	157(29.1)	<0.05	89(33.1)	79(29.4)	<0.05	74(27.3)	78(28.8)	0.340
短い	92(17.0)	128(23.7)		41(15.2)	60(22.3)		51(18.8)	68(25.1)	
配偶者の協力 (n=524)									
協力的	169(32.3)	164(31.3)	<0.05	85(32.3)	77(29.3)	0.060	84(32.2)	87(33.3)	0.160
非協力的	77(14.7)	114(21.8)		41(15.6)	60(22.8)		36(13.8)	54(20.7)	
子どもとの接触時間 (n=537)									
満足	170(31.7)	143(26.6)	<0.001	81(30.5)	66(24.8)	<0.05	89(32.8)	77(28.4)	<0.01
不満足	82(15.3)	142(26.4)		47(17.7)	72(27.1)		35(12.9)	70(25.8)	
保護者の運動 (n=535)									
する	72(13.5)	60(11.2)	<0.05	40(15.1)	34(12.8)	<0.05	32(11.9)	26(9.6)	0.111
しない	180(33.6)	223(41.7)		88(33.2)	103(38.9)		92(34.1)	120(44.4)	
保護者の朝食 (n=540)									
食べる	236(43.7)	249(46.1)	<0.05	122(45.7)	117(43.8)	<0.01	114(41.8)	132(48.4)	0.579
食べない	18(3.3)	37(6.9)		7(2.6)	21(7.9)		11(4.0)	16(5.9)	
保護者の夜食 (n=540)									
食べる	166(30.7)	142(26.3)	<0.001	82(30.7)	65(24.3)	<0.01	84(30.8)	77(28.2)	<0.05
食べない	88(16.3)	144(26.7)		47(17.6)	73(27.3)		41(15.0)	71(26.0)	

P=P value

間に有意な差が認められなかった。

男子では、保護者への質問項目中、「睡眠時間の長さ ($p<0.05$)」、「子どもとの接触時間の満足度 ($p<0.05$)」、「運動の頻度 ($p<0.05$)」、「朝食の頻度 ($p<0.01$)」、「夜食の頻度 ($p<0.01$)」の5項目に食行動の良い群と悪い群との間に有意な差が認められた。女子は、「子どもとの接触時間の満足度 ($p<0.01$)」、「夜食の頻度 ($p<0.05$)」で食行動の良い群と悪い群の間に有意差が認められた。

4. 考 察

子どもの身体的健康状態やライフスタイルは母親の健康意識²⁰⁾や体格^{21, 23)}また母親の実際の生活行動^{21, 25)}と密接な関係があることが知られている。しかし、父子家庭の場合は、母親ではなく父親が子どもに影響を与える要因となりうると考えられるため、本研究では、保護者のライフスタイルと子どもの健康行動との関連について検討を行った。

子どもの健康に対する認識及び健康状態は、保護者への質問項目「健康に関する情報を注意しているか」、「睡眠時間の長さ」が高い群と低い群との間で有意な差が認められた。

健康に関する情報をよく収集している小学生の母親は、収集していない母親に比べて健康や病気の原因を自分自身に帰属させる傾向があると吉田らは報告¹⁴⁾している。健康に関する情報を収集するという行動をとることによって、自分の健康は自分である程度守ることができるという認識を持つのではないかと考えられる。その結果、子どもも自分自身の健康について考える機会が多くなり、健康状態などに対する興味関心が高くなるのではないかと考えられる。男子と女子に分けて集計した結果では、男女ともに保護者の健康情報への関心とその子どもの健康観との間に明確な関係が現われなかった。これは、保護者の健康情報への関心が高く (90.3%) なり過ぎたために、男女に分けて集計した際に、その差を検出しにくい状況にあったためと考えられている。

子どもの「不健康な大人のイメージ」は、第1位が喫煙者で、続いて飲酒、怒りっぽい、イライラしている、運動不足、睡眠不足の大人を挙げると宮崎ら²⁶⁾は報告している。本調査の結果でも、保護者の睡眠時間が長い子どもは、睡眠時間が長い傾向が見られる ($p<0.01$)。したがって、睡眠時間が短い保護者を、子どもは不健康なイメージで見えており、さらに睡眠時間の短い子どもが自分自身を評価する場合に、不健康と判断しているものと思われる。

しかし、学校における健康診断の項目のなかに歯科検診や視力検査などの項目があることや養護教諭を中心とした保健関連の活動も、子どもの認識や健康状態を規定する一要因と考えられる。よって、保護者の健康情報の収集や睡眠時間の影響だけでなく、学校での健康教育・保健活動との関連も明らかにしてゆく必要性があると考えられる。

子どもの健康的な生活行動は、保護者への質問項目「健康診断受診の有無」、「睡眠時間の長さ」、「運動の頻度」が高い群と低い群との間で有意な差が認められた。

健康診断を受診するという保護者の行動は健康の維持・管理に対する意識の高さが実際の行動として現われていることがうかがえる。健康診断を受診している保護者は、健康診断を受診するという行動に限らず、健康に関連した行動をとっている可能性が高い。子どもも保護者の行動から歯磨きや手洗い、運動などの健康に対して積極的な生活行動を身につけられたのではないかと考えられる。また、睡眠時間を充分にとっている保護者は、子どもとよく会話する傾向にある ($p<0.05$)。睡眠を充分とることによって、精神的にも余裕が生まれ、会話を通して子どもの積極的な生活行動の確立に寄与しているものと思われる。さらに、運動を習慣的に行っている保護者の子どもほど、学校以外で運動系のスポーツに関わっているものが多かった ($p<0.01$)。保護者が運動を習慣的に行っていれば必然的に一緒に運動を楽しむ機会が多くなると考えられる。小学校4年生の運動をしたがらず、

かつ運動能力の劣る群では、活発で運動能力のある群と比較すると、抗動脈硬化性リポ蛋白であるHDL・コレステロールは有意に低値であり、また動脈硬化指数も有意に高いと岡田ら⁷⁾は報告している。保護者の習慣的な運動は子どもの運動習慣形成に貢献するだけでなく、生活習慣病を予防する上で効果を上げるものと推測される。

子どもの健康的でない生活行動は、保護者への質問項目「配偶者の協力度」、「朝食の頻度」が高い群と低い群との間で有意な差が認められた。

配偶者が非協力的だと感じている保護者の子どもは、健康的でない生活行動が悪い傾向が強い。保護者は、父親・母親の2人であるが、両者が異なるライフスタイルの場合、不健康なライフスタイルの保護者が子どものモデルとなり、子どもの生活行動も悪い傾向に陥るのではないかと思われる。また、朝食を食べる保護者の子どもの10%、食べない保護者の子どもの24%が、朝食を食べない傾向にある ($p < 0.01$)。食べる時間がないのか、食べたくないのかは明らかにできないが、テレビを長時間見ていたり、テレビゲームで夜遅くまで遊んでいたりするなど、一日の生活のリズムが不規則であるために朝起きることができない、あるいは食欲がわかないといった悪循環を招いている可能性が考えられる。

子どもの食行動は、保護者への質問項目「健康診断受診の有無」、「睡眠時間の長さ」、「配偶者の協力度」、「接触時間の満足度」、「運動の頻度」、「朝食の頻度」、「夜食の頻度」が高い群と低い群との間で有意な差が認められた。

子どもの食行動は、保護者への多くの質問項目で高い群と低い群との間に有意な差が認められた。つまり、食行動の良い群は、健康に対する認識及び健康状態 ($p < 0.001$) や健康的な生活行動 ($p < 0.01$)、健康的でない生活行動 ($p < 0.01$) が良い傾向にある。このことから、子どもの食行動は、保護者のそれによって最も直接的で大きな影響を受けていると考えられる。

保護者と子どもの肥満度に相関が見られるこ

とが、これまでも報告^{21)・23)}されており、保護者の朝食や夜食の頻度が、子どもの食行動に影響を与えていることが明らかである。また、保護者の子どもとの接触時間の満足度は、子どもの食行動が良い群と悪い群との間だけに有意な差が認められたが、これは食事の時間が子どもとの触れ合いの場になっている可能性を示しているのではないかと思われる。

幼児の生活習慣に対する母親の勤務時間の長短の影響はほとんどなく、子どもの生活の乱れは、まず、親の意識の低さに帰する点が大きいと上延ら¹⁶⁾は報告している。本研究においても、保護者の仕事の有無が、子どもの健康行動に与える影響はほとんど認められず、保護者の意識のうち、「配偶者の協力度」と「子どもとの接触時間の満足度」の2項目では、子どもの健康行動との間に有意差が認められ、子どもと一緒に過ごす時間の長さよりも、どのような意識をもって子どもと接するかという点が重要であると思われる。さらに、保護者の睡眠、健康診断、運動や食事などの実際の行動と子どもの健康行動に有意な差が認められたことから、保護者の健康に対する意識の高低だけでなく、保護者の実際にとる行動そのものが子どもの健康行動を規定する一要因となっていると考えられる。

男子の食行動は女子に比べてより広範な親の健康意識や健康行動の影響を受けていると考えられる結果が得られ、食行動のような基本的な生活習慣でも男子では小学校6年生の段階で、改善の可能性を十分に有することを示していると考えられる。白木らは規則的な食事や睡眠などの生活習慣の乱れが子どもの健康状態に大きく影響していることを報告²⁷⁾しており、学齢期における家庭を中心とした生活習慣改善が、将来の疾病予防の観点から重要であることが示唆された。

本研究では、学校における保健活動が子どもに与える影響については明らかにしていないが、子どものライフスタイルは保護者のライフスタイルに依存的であり、⁷⁾子どもが生涯にわたって

健康を享受していくためには、子どもだけではなく保護者の意識の向上を図り^{4, 28)}子どもの良きモデルとなることが必要であると思われる。しかし、保護者は地域保健、子どもは学校保健の対象と別々の制度下にあるため、今後、子どもの健康を考えていく上では、地域保健や労働衛生と学校保健の取り組みをうまく活用し^{29, 30)}家庭と学校の連携を保ちつつ、子どもの健康に配慮することが望ましいと思われる。

5. 総括ならびに結論

本調査では、(1)子どもの健康に対する認識は、保護者の健康に関する情報収集、睡眠時間と、(2)子どもの健康に対する積極的な生活行動は、保護者の健康診断の受診、睡眠時間、運動の頻度と、(3)子どもの健康に対する非積極的な生活行動は、保護者の配偶者への協力度、朝食の頻度と、(4)子どもの食行動は、保護者の健康診断の受診、睡眠時間、配偶者の協力度、接触時間の満足度、運動・朝食・夜食の頻度との関連性が指摘された。

さらに、学校保健等の影響を検討する必要があるが、これらの結果から、保護者の意識よりも保護者の行動そのものが、子どもの健康行動を規定する一要因となっていることが明らかになった。

謝 辞

本稿を終えるにあたり、調査に御協力を戴きました父兄及び児童、並びに各小学校の先生方に感謝申し上げます。

参考文献

- 厚生省大臣官房統計情報部：平成6年度人口動態統計，134-239，財団法人厚生統計協会，東京，1996
- 道場信孝，日野原重明：習慣病，からだの科学臨増巻（患者学ガイダンス）：117-121，1989
- 村田光範：ライフスタイルと子どもの健康，保健の科学，38（9）：580-583，1996
- 深谷奈穂美，白木まさ子：肥満児の食事状況と生活習慣，学校保健研究，36：225-230，1994
- 宇佐見隆広，佐伯圭一郎，木村一元，山根則幸，中村康夫，中江公裕：中学生における動脈硬化促進リスクの軽減・是正に関する検討，日本公衛誌，40（9）：881-891，1993
- 浅井利夫，山崎香：子どものスポーツ，保健の科学，35（1）：21-25，1993
- 岡田知雄，大国真彦，梁茂雄：小児の成人病，小児保健研究，50（3）：333-341，1991
- 大国真彦：成人病は若年化しているか，からだの科学，172：34-37，1993
- 角田正史，中平浩人，遠藤和男，山本正治：小児肥満の要因に関する検討，日本公衛誌，41（10）：1032-1036，1994
- 鏡森定信：小児からの成人病予防，日本公衛誌，38（8）：539-540，1991
- 村田光範：小児期からの成人病予防，保健婦雑誌，47（8）：593-599，1991
- 岡田知雄：危険因子の現状，Pharma Medica，9（11）：23-27，1991
- 山本公弘：ライフスタイルと保健管理，学校保健研究，35：270-277，1993
- 吉田由美，高木広文，稲葉裕：保健情報の収集行動と Health Locus of Control との関連，日本公衛誌，42（2）：69-76，1995
- Osaki Y., Minowa M. : School factors and smoking prevalence among high school students in Japan, Environmental Health and Preventive Medicine, 1 : 107-113, 1996
- 上延富久治，山本信弘，竹内和子：幼児の健康を中心とした生活習慣に関する調査研究（2），学校保健研究，27（2）：84-92，1985
- 歌川孝子：5歳児の健康に影響を及ぼす要因，小児保健研究，48（5）：525-530，1989
- 赤星隆弘，北山敏和，渡邊正樹，中井久純，松浦尊麿，勝野真吾：中学生の健康に関する知識と生活様式についての疫学的研究，民族衛生，58（2）：87-98，1992
- 民力／朝日新聞社編，朝日新聞社，東京，1995
- 星秋夫，稲葉裕：母親の健康意識と小学生の身体的健康度および生活習慣の関係について，日衛

- 誌, 47 (1) : 382, 1992
- 21) 森尾真介, 杉原純, 岡本直幸, 陶山昭彦, 岡本幹三, 中山英明: 小学校低学年の肥満と生活様式の追跡調査, 日本公衛誌, 43 (3) : 238-245, 1996
- 22) 宮川路子, 吉田勝美, 島田直樹ほか: 3歳児の生活習慣, 肥満形成に関する調査, 日衛誌, 49 (1) : 285, 1994
- 23) 吉永正夫, 湯浅由啓, 川下智子ほか: 鹿児島市における児童の肥満に関する調査成績, 日本小児科学会雑誌, 97 (1) : 13-20, 1993
- 24) 吉原瑛, 瓜生紀彦: 児童の健康認識・ライフスタイル・疲労感と母親の健康認識・ライフスタイルとの関連性について, 群馬大学教育学部紀要芸術・技術・体育・生活科学編, 30 : 111-131, 1995
- 25) 合田恵子, 武田則照, 星川洋一ほか: 母とその児の相互調査法による歯科保健を中心とした生活習慣等に関する検討, 日衛誌, 51 (1) : 264, 1996
- 26) 宮崎次郎: 教育アンケート調査年鑑 (上), 健康に関する子どもの意識・関心アンケート調査, 813-830, 創育社, 東京, 1996
- 27) 白木まさ子, 井上明美: 静岡県下の山間部及び都市部に居住する小学生の生活行動と自覚症状について, 学校保健研究, 38 : 241-252, 1996
- 28) 村田光範: 学校保健と小児肥満, 学校保健研究, 35 : 222-229, 1993
- 29) 竹内宏一: 小児期からの成人病予防への公衆衛生的アプローチ, 公衆衛生, 56 (11) : 755-758, 1992
- 30) 村田光範: 小児成人病の現状とその対策, 日本医師会雑誌, 105 (9) : 1489-1492, 1991

(受付 97. 4. 4 受理 97. 7. 28)

連絡先: 〒305 茨城県つくば市天王台1-1-1

筑波大学体育科学系保健環境学研究室 (田神)

室内環境研究会「平成9年度研究発表会」のお知らせ

日 時: 平成9年12月20日(土)

場 所: ムーブ町屋 (〒116 東京都荒川区荒川7-50-9 センターまちや3F, 4F)

内 容: シンポジウム「室内環境の快適性に関する要因 (仮題)」

一般研究発表 (口頭発表およびポスター発表)

参加費: 参加費 会員1,000円 非会員2,000円

講演要旨集代 会員 無料 非会員1,000円

連絡先: 〒305 茨城県つくば市小野川16-2 国立環境研究所内

室内環境研究会事務局 (小野雅司)

Tel: 0298-50-2421 Fax: 0298-50-2588

報告

中学生をもつ親をとおした性・エイズ教育の
実態と意識についての研究

吉宮仁美*¹ 尾崎米厚*² 母里啓子*¹

*¹横浜市戸塚保健所

*²国立公衆衛生院疫学部

A Study on the Experience and Attitude of Sex and AIDS Education
through Parents to Junior High School Children

Hitomi Yoshimiya*¹

Yoneatsu Osaki*²

Hiroko Mori*¹

*¹Totsuka Public Health Center, Yokohama, Japan.

*²The National Institute of Public Health, Tokyo, Japan

Objectives : 1. To investigate the prevalence of Experience (discussions about AIDS between parents and their children) and Willingness (the desire to talk about AIDS with one's children).

2. To investigate the Attitude to SEX and AIDS education.

Focus Group : Parents of children who attend a public junior high school in Yokohama, Japan.

Term : November 9, 1995 to November 16, 1995.

Method : Anonymous questionnaires addressed to both parents were distributed through children. After the parents had completed the form, the children brought it back to the school.

Participants : 616 Families of 1,117 individuals (509 fathers, 608 mothers), Response Rate: 72.4%

Results : 1. Talking about Sex with Children: Parents are more likely to talk with a child of the same gender. (=Fathers tend to talk with sons. Mothers tend to talk with daughters.)

2. Talking about AIDS with Children: Experience Rate were 26% for fathers and 63% for mothers. The most prevalent item of talking about AIDS is "Fear of the disease". Comparing with Fathers, Mothers were more mark practical items such as "How to prevent transmission of AIDS". Reasons that they have never talked about AIDS were likely to "Understand that AIDS is not only someone else's problem" for fathers, and "Have not enough knowledge about AIDS" "Difficulty for them to talk about Sex" for mothers.

3. Talking about Sex and AIDS with Children: Willingness Rate (Fathers 49%, Mothers 70%) Fathers tend to want to talk more with their sons.

4. Fathers reported "School" as the best educator on Sex and AIDS, while mothers reported "Parents". Most fathers and mothers agreed the importance of educating in their home (80~90%). The most prevalent purpose for home education was Children can think, judge and act by themselves. Mothers tended to think children should be educated more smaller age.

Key words : education of sex and AIDS, fathers, mothers, home, junior high school children

性・エイズ教育, 父親, 母親, 家庭, 中学生

1. はじめに

1996年、バンクーバーで開催された国際エイズ会議では、「世界中で新たに毎日 HIV に感染する数は約7,500人（1994年の横浜会議当時では毎日6,000人であった.）」と発表された。性的接触による感染が増える中、日本では現在、血液製剤受注によるものを除く全エイズ患者・感染者の中で20歳未満と20歳代の若者が半数を占めている状況であり、10代からの教育が大切である。

その教育を担う場として学校での教育と同様に家庭における親の役割が期待されている。エイズ研究会は、家庭における親は子供に対して影響力を持ち、普及啓発活動において役割をもつエイズ教育の対象者として位置づけている。そして国立公衆衛生院は教育とキャンペーン効果により5年後、性的接触による新感染者を半分に減らせるというシミュレーション結果を出している。

日本において、子供に対するエイズに関する調査は行われているにもかかわらず、親を通じた家庭内の性・エイズ教育に関する調査や親への教育はほとんど行われていない現状である。横浜市では戸塚区の小・中学校の各1校において、文部省エイズ教育指定校として子供に対するエイズ教育を行った。又、保健所は家庭での親を通じた子供へのエイズ教育を「親子でエイズ・トーク」事業として、小学生・中学生を持つ親に対して行っている。子供へのエイズ教育を学校と家庭と両面からアプローチしている。今回の研究は、今まで焦点のあたっていなかった親を対象に、家庭において親（父親と母親のそれぞれ）が子供に対して性・エイズ教育をどの様に行い、どの様に考えているのかを明らかにし、親を通じた子供へのエイズ教育のための基礎資料として活用されるよう調査を行った。

表1 調査票

調査項目	調査内容
生活状況	親の性別、年齢、家族構成、子供の性別、学年、兄弟の状況
親子のエイズ会話の状況	会話の経験、この1ヶ月の会話、会話の内容、親の対応、会話しなかった理由、今後の会話希望
知識	知識の有無（主観的）、知識の正解数（客観的）
患者・感染者の増加見通し	増加の有無、増加する理由、増加しない理由
他人事感	他人事感の有無、親および子供の感染の可能性
患者・感染者への対応	子供の友達、クラスの子、家族が感染したらの対応
エイズ教育	家庭での教育の必要性、必要な理由、家庭・学校での教育の時期、教育の最適任者

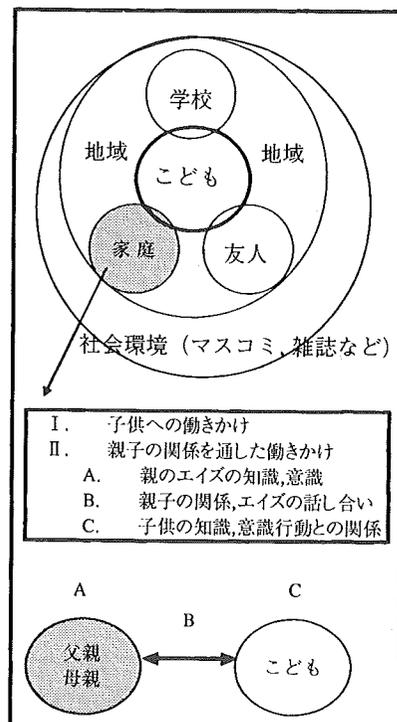


図1 研究の枠組み

II. 対象, 時期, 方法, および調査内容

学校長が調査の参加を受け入れた横浜市内のある1つの中学校の父親と母親に対して調査を行った。学校で教師から生徒へ無記名の調査票が配布され、家庭で父親、母親それぞれが記入し、同一の封筒にいれた後、生徒が学校に持参し、教師に提出することにより回収された。調査項目は親のエイズに関する知識と態度、親子のエイズ会話などであった(表1)。

調査期間は1995年11月9日から16日までであった。856世帯(約1,700名)に対して、回収は620世帯で回収率は72.4%であった。501世帯より父親、母親の両方から回答があり、無効回答を除いた有効回答数は616世帯、1,113名(父親505名、母親608名)であった。解析方法はパソコン用統計解析ソフトSPSSを用いて解析した。

研究の枠組みは図1のとおりである。子供を

取り巻く環境は学校、家庭、友人とそこに住んでいる地域、又、広い意味での社会環境がある。その中で、今回は焦点を家庭にあてた。家庭の親子関係を通じた働きかけの中の「A親の知識、意識」「B親子の関係、エイズの話し合い」についての絞りを調査を行った。尚、「C子供の知識、意識、行動との関係」は調査していない。

III. 結果

1 調査対象者の属性

回答者として母親が多く、年齢別では父親は、40歳から59歳までで90%を、母親は、30歳から49歳までで95%を占めていた。家族構成は80%が核家族であった。回答者の子供の性別では、女の子、男の子ほぼ同じ数で、学年では中学3年生が一番少なかった。(表2)

2 親子の日常会話の状況

日常会話について、父親は30分までが多く、

表2 調査対象者の属性

	616世帯の回答 (うち、501世帯は父親・母親の両方から回答)		
	父親	母親	計 (%)
親の性別	505(45.4)	608(54.6)	1113(100)
親の年齢			
20歳代	2(0.4)	2(0.3)	4(0.4)
30歳代	40(7.9)	140(23.0)	180(16.2)
40歳代	389(77.0)	446(73.4)	835(75.0)
50歳代	64(12.7)	18(3.0)	82(7.4)
60歳代	3(0.6)	2(0.3)	5(0.4)
不明	7(1.4)	0(0.0)	7(0.6)
家族構成			
親と子供	398(79.0)	481(79.1)	879(79.0)
親と子供と祖父母(同居人も含む)	105(20.8)	126(20.7)	231(20.8)
その他	2(0.2)	1(0.2)	3(0.2)
子供の性別			
男の子	250(49.5)	294(48.4)	544(48.9)
女の子	255(50.5)	314(51.6)	569(51.1)
子供の学年			
1年生	173(34.3)	210(34.5)	383(34.4)
2年生	194(38.4)	233(38.3)	427(38.4)
3年生	138(27.3)	165(27.1)	303(27.2)

母親は30分以上が多かった。母親は男の子とは日常の会話時間が短い傾向であり、女の子との会話時間は長い傾向であった。それは統計的に有意の関連が認められた。そして母親は男の子と21.3%、女の子と28.7%に2時間以上の会話をしており、父親に比べて高率であった。(表3)

3 性に関する親子の会話状況

性についての会話の経験は全体に父親は25%、母親は60%であった。父親は男の子、母親は女の子と会話をしていた傾向が統計的に有意に認められた。しかし男の子との性の会話の経験について見ると、父親より母親の方が24%も多く話していた。この1ヶ月(調査前1ヶ月の意味)の性の会話状況について母親は父親の2.5倍ほどの会話を子供と行っていた。その時の親の対応として、「はっきり話した」と「不十分だが正直に話した」を合わせると、父親は75%、母親は90%といずれも子供に対して前向きに答えていた。父親の約20%が「答えなかった」と回答し

ていた。(表3)

4 エイズに関する親子の会話状況

エイズの会話の経験は父親26%、母親63%であった。親と子供の性別は関連が認められなかった。この1ヶ月での会話では母親が男の子より女の子の方に多く話していた。(表4)

会話経験のある人の会話の内容は、父親母親とも「病気の恐ろしさ」「患者・感染者のこと」の順に多かった。次に父親は「感染経路のこと」、母親は「予防の仕方」と母親の方がより実践的な会話の内容だった。

会話経験のなかった人の理由は、父親は「性・エイズは身近ではない」「性について話しにくい」「自分の家族には関係がない」の順に多く、母親は「性・エイズは身近ではない」「知識が不十分、話す自信がない」「性について話しにくい」の順に多かった。(表4)

子供以外の誰と会話経験があるかの設問では、父親は「友人」「夫あるいは妻」の順、母親は「夫

表3 性に関する親子の会話状況

	父親		計	母親		(%) 計
	男の子	女の子		男の子	女の子	
日常会話		$\chi^2=4.11$	$p=0.66$		$\chi^2=18.21$	$p<0.01$
ほとんどない	29(11.9)	32(12.6)	61(12.2)	2(0.7)	3(1.0)	5(0.8)
10分まで	73(29.9)	69(27.2)	142(28.5)	15(5.2)	8(2.6)	23(3.8)
30分まで	72(29.5)	94(37.0)	166(33.3)	75(25.8)	51(16.5)	126(21.0)
1時間くらい	42(17.2)	37(14.6)	79(15.9)	92(31.6)	90(29.0)	182(30.3)
1時間半くらい	9(3.7)	8(3.1)	17(3.4)	37(12.7)	63(20.3)	100(16.6)
2時間以上	15(6.1)	11(4.3)	26(5.2)	62(21.3)	89(28.7)	151(25.1)
分からない	4(1.6)	3(1.2)	7(1.4)	8(2.7)	6(1.9)	14(2.3)
性の会話の経験		$\chi^2=5.70$	$p<0.05$		$\chi^2=11.16$	$p<0.001$
はい	75(30.0)	52(20.7)	127(25.3)	157(53.6)	208(66.9)	365(60.4)
いいえ	175(70.0)	199(79.3)	374(74.7)	136(46.4)	103(33.1)	239(39.6)
性の会話のこの1ヶ月		$\chi^2=0.92$	$p=0.34$		$\chi^2=10.58$	$p<0.01$
はい	19(7.6)	14(5.5)	33(6.6)	34(11.6)	67(21.5)	101(16.7)
いいえ	230(92.4)	240(94.5)	470(93.4)	259(88.4)	245(78.5)	504(83.3)
性の会話時の対応						
はっきり話した		42(22.8)		94(25.4)		136(24.5)
不十分だが正直に話した		96(52.2)		238(64.3)		334(60.3)
ごまかした		11(6.0)		21(5.7)		32(5.8)
答えなかった		35(19.0)		17(4.6)		52(9.4)

あるいは妻」「友人」の順に多かった。父親と比べて母親は「近所の人」「他の親」が多かった。(表4)

5 性会話とエイズ会話の関係

父母別に見た、性の会話(父親:経験25%,この1ヶ月7%,母親:経験60%,この1ヶ月17%)とエイズの会話(父親:経験26%,この1ヶ月5%,母親:経験63%,この1ヶ月15%)の実績はほぼ同じ傾向であった。(図2)

6 性・エイズ会話の今後の希望

会話の今後の希望は、父親は約50%,母親は約70%であった。父親に男の子と話したい希望が多く、統計的に有意の関連が認められた。有意の関連は認められなかったが、母親も女の子より男の子との会話の希望があった。(表4)

7 子供の性・エイズ教育の最適任者

子供への性・エイズ教育は誰が行うのが最も望ましいかの質問では、全体にみると「両親」

表4 エイズに関する親子の会話状況

	父親			母親			(%)
	男の子	女の子	計	男の子	女の子	計	
エイズの会話の経験		$\chi^2=0.84$	$p=0.36$		$\chi^2=2.39$	$p=0.12$	
はい	70(28.0)	62(24.4)	132(26.2)	176(60.1)	207(66.1)	383(63.2)	
いいえ	180(72.0)	192(75.6)	372(73.8)	117(39.9)	106(33.9)	223(36.8)	
エイズ会話のこの1ヶ月		$\chi^2=2.74$	$p=0.10$		$\chi^2=7.35$	$p<0.01$	
はい	8(3.4)	16(6.8)	24(5.1)	29(10.5)	53(18.5)	82(14.6)	
いいえ	226(96.6)	220(93.2)	446(94.9)	248(89.5)	233(81.5)	481(85.4)	
性・エイズの会話の今後の希望		$\chi^2=12.06$	$p<0.01$		$\chi^2=5.50$	$p=0.06$	
はい	132(56.7)	95(40.6)	227(48.6)	199(72.1)	198(67.6)	397(69.8)	
いいえ	32(13.7)	43(18.4)	75(16.1)	8(2.9)	21(7.2)	29(5.1)	
分からない	69(29.6)	96(41.0)	165(35.3)	69(25.0)	74(25.3)	143(25.1)	
エイズの会話の内容(会話経験あり方)(いくつでも)							
感染経路		57(9.3)		5(0.8)		62(5.1)	
予防の仕方		15(2.4)		93(15.1)		108(8.8)	
患者・感染者のこと		63(10.2)		204(33.1)		267(21.7)	
病気の恐ろしさ		97(15.7)		281(45.6)		378(30.7)	
その他(薬害エイズ, 生命の尊さ)		3(0.5)		14(2.3)		17(1.4)	
会話をしない理由(会話経験のない方)							
自分の家族には関係ない		108(40.4)		50(31.3)		158(35.9)	
性について話しにくい		144(54.1)		81(51.3)		225(52.7)	
性・エイズは身近でない		154(56.8)		95(57.9)		249(57.4)	
教育は学校で行っているため		92(35.5)		66(42.6)		158(39.1)	
知識が不十分・話す自信ない		97(37.0)		91(56.9)		188(47.0)	
関心ない		57(22.4)		21(13.7)		78(18.1)	
子供以外のだれとエイズの会話経験あり(いくつでも)							
夫あるいは妻		227(36.9)		295(47.9)		522(42.4)	
他の親		29(4.7)		74(12.0)		103(8.4)	
友人		256(41.6)		275(44.6)		531(43.1)	
近所の人		8(1.3)		100(16.2)		108(8.8)	
ない		107(17.4)		111(18.0)		218(17.7)	
その他(会社の人, 姉妹)		59(9.6)		29(4.7)		88(7.2)	

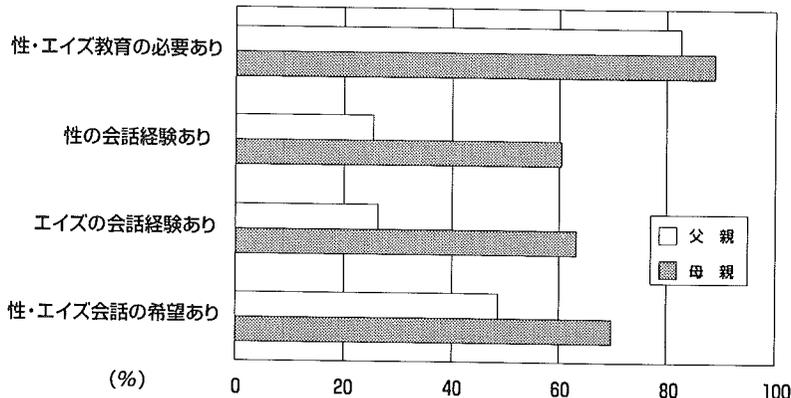


図2 父親・母親別の教育の実態と意識

と「学校」が約40%とほぼ同率に望ましいと、回答している。しかし、性別でみると父親は、「学校」が40.7%、母親は「両親」が41.7%を最も望ましいと考えていた。母親では、家庭以外には「学校」に次いで「保健所」が挙げられていた。「教育を行う必要がない」と思っている人は少なかった。(表5)

8 家庭での性・エイズ教育について

80~90%の父親と母親は、家庭での教育は必要であると思っている。(図2)(表5)

教育の必要理由を尋ねると、1位に「子供が自分で考え、自分で判断、行動できるようになるため」、2位は「思いやりのある生命尊重、人間尊重が大切だから」、3位は「性及び性感染症の性情報の誤りを正すため」であった。(表5)

家庭での教育の開始は、全体でみると「小学校から」が42%と最も多い。しかし、性別では父親は「中学校から」が40%、母親は「小学校から」が46%と最も望ましいと答えていた。父親は「小・中学校・高校から」と母親は「幼児・小・中学校から」とそれぞれ約90%を占めていた。父親より母親の方が小さい頃からの教育が必要と思っている傾向であった。(表5)

9 学校での性・エイズ教育について

学校での教育の開始は性別に関係なく、父親、母親ともに50%前後が「小学校から」と考えていた。(表5)

IV. 考 察

1 性に関する親の教育実態

今回の結果では、性会話とエイズ会話の「経験」と「この1ヶ月の経験」は同じ割合を示しており、エイズ教育は性教育をぬきにしては語れないという証明となった。

そして性やエイズの会話ができる素地には、日常の会話が親子でなされているかが大切なポイントである。東京都生活文化局の中学2年生に対しての調査では、平日に父親とは51.0%、母親とは21.8%の者が「会話を全然しない」という結果だった⁹⁾ 今回の調査対象者はある一定の地区に住んでいる親なので単純に東京都の調査結果と比較はできないかもしれないが、しかし今回の親子は会話時間が多い傾向であった。

性についての会話はとても話づらいと言う声が多いが、今回の結果から父親は男の子に、母親は女の子により会話をした経験があった。つまり、同性同士が話しやすいという事である。

そして性の会話の場面になると父親母親ともに一生懸命答えたり話したりしている事が分かった。父親の20%が「答えなかった」とあったのは、父親の意識の中に家庭での子供の教育は母親に任せるといった考えがあったり、性をネガティブに捉えていて話したくないのかもしれないし、話したいが性についてどう話したらよい

表5 性・エイズ教育についての親の意識

	父親	母親	計(%)
子どもの性・エイズ教育はだれが行うのが最も望ましいと思いますか？			
父親	10(2.1)	8(1.4)	18(1.7)
母親	35(7.3)	27(4.7)	62(5.9)
両親	163(34.2)	242(41.7)	405(38.3)
学校	194(40.7)	197(34.0)	391(37.0)
保健所	29(6.1)	50(8.6)	79(7.5)
行う必要がない	3(0.6)	0(0.0)	3(0.3)
分からない	43(9.0)	56(9.7)	99(9.4)
家庭において、性・エイズ教育は必要ですか？			
はい	410(82.7)	536(89.0)	946(86.2)
いいえ	19(3.8)	5(0.8)	24(2.2)
分からない	67(13.5)	61(10.1)	128(11.7)
家庭において性・エイズ教育が必要な理由は何ですか？(上記の回答で「はい」と答えた人)			
思春期の心と体の発達に親が対応できるために	19(5.4)	35(7.6)	54(6.7)
思いやりのある生命尊重、人間尊重が大切だから	92(26.2)	138(30.0)	230(28.5)
性・および性感染症の性情報の誤りを正すため	64(18.2)	76(16.5)	140(17.3)
性非行・性被害の防止のため	29(8.3)	38(8.3)	67(8.3)
エイズにかかると大変だから	41(11.7)	21(4.6)	62(7.7)
自分で考え、自分で判断、行動できるようになるため	103(29.3)	152(33.0)	255(31.6)
家庭において性・エイズ教育はいつから行うのが望ましいですか？(上記の回答で「はい」と答えた人)			
幼児から	22(5.7)	85(16.4)	107(11.8)
小学校から	141(36.3)	238(45.9)	379(41.8)
中学校から	156(40.2)	139(26.8)	295(32.5)
高校から	41(10.6)	30(5.8)	71(7.8)
成人してから	5(1.3)	2(0.4)	7(0.8)
分からない	23(5.9)	25(4.8)	48(5.3)
学校での性・エイズ教育はいつから行うのが望ましいですか？			
幼稚園・保育園から	33(6.6)	66(11.0)	88(8.1)
小学校から	223(44.9)	339(56.4)	562(51.7)
中学校から	189(38.0)	155(25.8)	334(31.6)
高校から	25(5.0)	21(3.5)	46(4.2)
行う必要はない	4(0.8)	1(0.2)	5(0.5)
分からない	23(4.6)	19(3.2)	42(3.9)

のか分からなかったりなどの理由があるのではないかと思う。

2 エイズに関する親の教育実態

エイズ会話を今まで行った人の割合は、全国20歳以上を対象にした門田らの調査(40.4%)の結果に比べて本調査(46.3% 性別調整済み割合)の方が高かった³⁾。アメリカのJanine Jasonらの調査⁵⁾においてエイズ会話の経験は10歳か

ら17歳の子供をもつ父親の49%、母親の74%であった。これは、本調査の結果よりもかなり高い結果であった。それはエイズ患者数の違いなどからくる社会的関心の差によるのかもしれない。

父親、母親別で見ると、「エイズ会話のこれまでの経験」、「この1ヶ月のエイズ会話の経験」、「今後の会話の希望」いずれも、父親より、母親の

方が多かった。特に母親は、仕事などで帰宅が遅い父親と比較して時間的に子供との会話をしやすい状況にあるのではないだろうか。しかし、それだけではなく、母親の方が会話しようという意欲も高いのではないかと考えられる。

会話の内容についての選択肢を指定したのは不適当であったかもしれないが、エイズ＝死ぬ＝恐いというエイズのイメージがあるために、「病気の恐ろしさ」が父親母親とも最も多かったのではないだろうか。これはエイズ患者が日本で初めて認定された時に、マスコミがセンセーショナルに「恐い」というイメージで取り上げられたという事があったのが影響していると推察される。

会話を今までしなかった人の理由は、父親は「性について話しにくい」に加えて、「性・エイズは身近ではない」「自分の家族には関係ない」という事だった。一方、母親は「性・エイズは身近ではない」と同様に、「知識が不十分・話す自信がない」「性について話しにくい」という事であった。

今後の親への教育を考えると、父親へは今の日本の子供を取り巻く性の実態やエイズの問題を認識出来る教育の内容が必要ではないかと考えられる。一方、母親はむしろ性・エイズの確かな知識の習得や子供への教育の具体的な方法を学ぶ事により、子供との会話を推進出来るのではないかと考えられる。

子供以外の人との会話で、父親は仕事などで外とのつながりがあるので「友人」が多く、一方母親は「夫」「友人」に次いで地域でのつながりがあるので「近所の人」「他の親」が多かったと思われる。

比較するものはないが半数もの父親が今後エイズ会話の希望があったことは、予想より高い値である。

特に父親は男の子と話したい傾向があり教育に対しての父親の受け皿は十分あると思われる。

3 家庭での性・エイズ教育に関する意識

図2のとおり、父親は83%、家庭においての性・エイズ教育が必要だと思っていたが、実際

の経験は26%で今後の会話の希望は49%であった。母親は89%は必要だと思っており、実際の経験は63%、今後の希望は68%であった。母親は考えている事を実践にし、今後の希望も実現可能な線を出している。しかし、父親は考えている事と実際と今後の希望はアンバランスで性・エイズ教育は必要と考えていてもなかなか行動が伴わない傾向がある。母親は女の子と性やエイズの会話をしており、しかもそれが十分だと思っていると考えられる。一方男の子とは会話が出来ておらず、しかし会話したいという希望があるといえる。この母親の希望を支援できるようなアプローチが重要と考える。すなわち母親はどのように話のきっかけをつかんでどの程度、どういう面から男の子と話をしたら良いのか、教育上のヒントを提供する必要があると考える。

教育の必要な理由として「子供が自分で考え、自分で判断、行動出来るようになるため」が最も多かった。その子の生き方をも含む自己選択・自己決定の為の教育が必要であると親が認識している証拠である。文部省の新指導要領⁶⁾における教育理念の目標の1つは「意思決定、行動選択」が挙げられ、武田はエイズ教育を大別すると、①生物・医学知識教育②保健教育③人権教育④性教育のなかで「子供が適切な選択をし、意思決定する力」が必要であると述べている⁷⁾。疋田はKAP(Knowledge 知識, Attitude 態度, Practice 実践)が性・エイズ教育の大切なポイントであり、いかに「P」を学習させるかが大切であると述べている⁷⁾。国外では国際エイズ会議で得た情報によると、アメリカのコネル大学が開発した親へのKAP教育プログラム⁸⁾やサンフランシスコのエイズ予防財団が実施している演劇プログラムがあり今後、日本でも参考になるのではないかと考えられる。

家庭での教育の開始について母親は父親より小さい頃からの性・エイズ教育が必要と思っている傾向であった。その理由として母親は我が子の出産、育児を通しての母性的背景の中で、子供と小さい頃から身近に接し、性やエイズに

について聞かれたり話す機会があった事が関係しているのではないかとと思われる。

教育の最適者として父親は「学校」母親は「両親」と挙げたのは、父親は性・エイズ教育は不得意とするところで「学校」にして欲しいという思い、母親は「両親」がすべきという義務感の強い表れでないかと考えられる。

V. 結 論

中学生をもつ親の家庭における性・エイズ教育の実態と意識に関する研究を行った。

この調査は横浜市のある1つの中学校の親を対象にしたものであり、結果を一般化する事は出来ないし、活用には配慮が必要である。しかし、子供に対する親の教育の実態と意識についての一面を引き出すことが出来たのではないかとと思われる。

結果は次のとおりである。

①性に関する会話について父親は25%、母親は60%の経験があった。その会話は父親は男の子に、母親は女の子に話していた傾向があり、統計的に有意の関連が認められた。

②エイズに関する会話について父親は26%、母親は63%の経験があった。親の性別、子供の性別に関連は認められなかった。

父親、母親とも会話内容の第1位は「病気の恐ろしさ」であった。父親より母親の方が「予防の仕方」という実践的な会話内容だった。会話経験のなかった理由として、父親は「他人事である」という意識が多く、母親は「知識が不十分、性について話しにくい」という結果であった。

③今後の性・エイズの会話希望について父親は約49%、母親は約70%であった。父親は男の子と話したい希望が多く、統計的に有意の関連が認められた。

④性・エイズ教育の最適者として父親は「学校」、母親は「両親」と考えていた。家庭での教育の必要性は父親母親ともに80~90%であり、その理由の第1位は「子供が自分で考え、自分で判断、行動出来るようになるため」であった。家庭での教育時期は父親より母親の方が小さい

頃からとっている傾向であった。

以上から両親に対する教育プログラムを考えるにあたり次の事が示唆された。

①家庭で必要と思っていた教育をより確実に実践していた母親の方に焦点をあわせるならば、性・エイズ教育の時期は子供が小さい時から行うのが望ましい。幼児や小学生をもつ親を対象とした教育プログラムを計画していくのが良いと思われる。

②基本的には父親、母親は子供の性別に関係なく教育を担当するのが望ましい。しかし、今回の結果では性については親子の同性同士が会話していた事から、父親は男の子を母親は女の子の性・エイズ教育を担当した方がよいのではないかと考えられる。

③教育は全般的にエイズをネガティブに捉えない様な内容とする。父親へは今の日本の子供を取り巻く性の実態や性感染症の1つであるエイズ問題を認識出来る教育内容、母親へは確かな知識の習得や子供への教育の具体的な方法を学べるプログラムを内容とするのが良いと思われる。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本研究に多大な御協力をいただきました横浜市立豊田中学校の杉澤勝廣校長先生、水野晴行先生はじめ諸先生方、並びにこの度の調査に快く応じてくださいました保護者の皆様に厚くお礼を申し上げます。

参考文献

- 1) エイズ対策研究会：普及啓発活動の組み立てと展開。エイズ対策，東京法規出版，260-263，1995
- 2) NHK 取材班：国立公衆衛生院による HIV 感染者数の推定と予測および対策評価のシミュレーション，NHK スペシャルエイズ危機，74-83，1992
- 3) 東京都生活文化局：「東京子ども基本調査」1992
- 4) 門田充宏：世論調査リポート，エイズ知識と共生意識，放送研究と調査，10：68-71，1994
- 5) Janine Jason, MD, Gloria Colclough, Eileen M. Gentry: The Pediatrician's Role in Encouraging Parent-Child Communication About the Acquired

- Immunodeficiency Syndrome. American Journal of Diseases of Children, Vol 146,7869-875,1992.
- 6) 武田敏：家庭におけるエイズ教育，日本臨床51巻，1993年増刊号
- 7) 正田哲也：中学校におけるエイズ教育，学校保健研究，Vol.34 No.6. 1992年6月。
- 8) Jennifer Tiffany, Donald Tobias, Arzeymah Raqib, Jerome Ziegler: Talking with Kids about AIDS (Resource Manual/ Teaching Guide), The Department of Human Service Studies at Cornell University, 1993.
(受付 97. 3. 27 受理 97. 7. 31)
- 連絡先：〒244-70 横浜市戸塚区戸塚町157-3
戸塚保健所 保健課指導係 (吉宮)

日本養護教諭教育学会 第5回研究大会開催ご案内(第2報)

1. 日 時：平成9年11月8日(土) 9:30~16:00 (受付9:00~)
2. 場 所：愛知教育大学 大会会館 (刈谷市井ヶ谷町広沢1)
3. メインテーマ：養護教諭の力量形成に向けて
4. 内 容：
 - (1) パネルディスカッション 9:40~12:00
「養護教諭の研究能力とは 一よりよい養護活動をめざして一」
座長 後藤ひとみ (北海道教育大学旭川校)
 - パネリスト：
中安紀美子 (徳島大学総合科学部) 養護教諭の研究能力一実践を深めるための質的研究を中心に一
森 千 鶴 (名古屋市立西前田小学校) 大学院での研修から養護活動を考える
林 せつ子 (安城市立安城北中学校) 養護教諭の研究能力を考える一安城市研究派遣生の経験から一
平岩真佐子 (愛知県立一色高等学校定時制) 働きながら学ぶ一大学院科目等履修生としての経験から一
 - (2) 研究発表 13:00~14:40
座長 中川 勝子 (伊勢市立城田小学校)
 - ①現職養護教諭の立場から考える卒後教育の現状と課題一研修を通して一
山崎隆恵 (神奈川県立藤沢北高等学校)
 - ②養護教諭に必要な資質・能力について一養護教諭対象調査から一
成田みどり (弘前大学教育学部), 他
座長 藤井寿美子 (愛知女子短期大学)
 - ③養護教諭教育学会における研究領域について
一関連職種のエデュケーションにおける研究動向をふまえて一 大谷尚子 (茨城大学教育学部)
 - ④養護教諭の複数配置に関する研究 その2 一養護教諭の複数制に関する調査一
日本養護教諭教育学会・養護教諭の複数配置に関する研究班
美馬信 (大阪女子短期大学), 他
 - (3) 総会 (会員のみ) 14:50~15:50
5. 参加費：会員2000円，非会員3000円，学生1000円 いずれも当日受付
6. 研究大会についての問い合わせは，第5回研究大会事務局へ
〒448 刈谷市井ヶ谷町広沢1 愛知教育大学養護教育教室 天野敦子 Tel (0566-26-2492)
7. 入会手続き：下記研究会事務局にある入会申込書を送付の上，年会費5000円 (1997年度分) を郵便振替で納入する。問い合わせは返信用封筒を添えて研究会事務局まで。
研究会事務局：〒448 刈谷市井ヶ谷町広沢1 愛知教育大学養護教育教室
堀内研究室内 Tel (0566-26-2491) Fax (0566-26-2490)
郵便振替口座番号：00880-8-86414 加入者名：日本養護教諭教育学会

会 報 平成9年度『学会共同研究』の選考結果についての報告

学会活動委員会委員長・学術担当理事 森 昭三

本誌において行った平成9年度学会共同研究の募集に対し2件(新規)の応募があった。選考は地区学会活動委員(委員7名)と常任学会活動委員(委員8名)とで別々に審査を実施したところ、同様の結果であった。その結果について7月19日開催の常任理事会において慎重に審議し、次の1件(研究費補助20万円)の採択を決定したので、ここに報告します。

なお、「審査の観点」は昨年同様に次の5点に置いた。(1)研究目的の明確さ(2)研究計画の妥当性(3)学会への貢献度(4)特色性・独創性(5)研究遂行の能力

研究代表者 小磯 透(筑波大学附属中学校教諭)

研究課題 「マルチメディア教材によるエイズ教育の実験的研究」

共同研究者 鈴木和弘(筑波大学附属中) 石川哲也(文部省)

中川正宣(東京工業大学) 勝野真吾(兵庫教育大学)

渡邊正樹(兵庫教育大学) 吉田勝美(聖マリアンナ医大)

予定研究期間 2年(平成9年~10年度)

来年度も本年度同様、募集が予定されています。その際には奮って応募下さい。

第16回健康教育世界会議のご案内

日本学校保健学会 国際交流委員会委員長 内山 源

IUHPE(国際健康教育ユニオン)の第15回健康教育世界会議が平成7年8月に千葉県幕張メッセで開催されてから、早いもので、もう2年が経過しました。

第16回会議は、来年の平成10年6月21日(日)から27日(金)まで、中米のプエルト・リコの首都サン・ファンで開催されます。皆様の積極的なご参加をお勧めします。

今回のメインテーマは「新しい健康の展望—その理念から実践へ—」であり、「公正、エンパワーメント、環境、経済」の4つのサブテーマについて基調講演や一般口演/ポスター/ビデオセッション/スペシャルセッション、IUHPEネットワーク開発セッションが行われます。

会議終了に当たって、サン・ファン/プエルト・リコ宣言を出すとか、会議と平行して、ヘルスプロモーション・健康教育芸術祭を開催することが計画されています。

また、社交行事として、開会式及び閉会式後のレセプションやプエルト・リカン・ナイト、宴会、同伴者のためのプログラム等も用意されています。

一般口演/ポスター/ビデオセッションの演題締切りは本年10月31日となっております。

参加登録料は来年1月末日までに登録する場合は、IUHPE会員は350ドル、非会員は450ドル、3月末日までの登録は会員400ドル、非会員500ドル、それ以降に登録の場合は会員は450ドル、非会員は550ドルとなっています。会議の開催要領をご希望の方は郵便番号、住所、氏名を書いた紙片と390円の切手を同封して、国際交流委員会委員長 内山源:〒310-91 水戸市堀町1147-16, TEL・FAX; 029-252-3139 までお申し出下さい。

会 報

常任理事会議事概要

平成9年度 第2回

日 時：平成9年6月14日(土) (13:00~15:15)

場 所：大妻女子大学人間生活科学研究所内 学会事務局

出席者：高石昌弘 (理事長), 武田眞太郎 (編集), 内山 源 (国際交流)

大澤清二 (庶務, 事務局長), 向井康雄 (年次学会長), 吉田春美 (事務局)

1. 前回常任理事会議事録の確認を行った。
2. 事業報告
 - (1) 庶務関係 (大澤庶務担当理事)
 - ①文部省科学研究費補助金の交付申請を(5/15付提出)していたところ, 23万円の補助を受けることとなった。
 - ②ニューズレターは, 7月中に刊行の予定である。
 - ③年次学会長推薦手続検討委員会を7月20日に開催する予定である。
 - (2) 編集関係 (武田編集担当理事)
 - ①「学校保健研究」の投稿論文とその査読, 受理状況について説明がなされた。
 - ②編集委員会において, 「学校保健研究」投稿論文査読要領および「査読結果記入用紙」を作成したとの報告があった。
 - (3) 国際交流関係 (内山国際交流担当理事)
 - ①台湾 (学校衛生学会) との交渉を進めているが, 現在最終的な回答の返答待ちとなっている旨報告があった。
 - ②海外へ送付する学会誌の送付先や年次学会開催等の広報について, 検討を進めているとの報告があった。
 - ③平成10年2月に, 台湾において関連国際学会が開催される予定となっている。このことをふまえ, 今後, 海外等で開催される学会等へも本学会関係者が出席することは活性化につながるので, 検討していきたい旨の報告があった。
3. 平成9年度年次学会について (向井年次学会長)

現在までの準備状況について, 説明がなされた。
4. 学会奨励賞の実施手順について (高石理事長)

学会「奨励賞」規定(案)および選考内規(案)についての骨子は, 平成8年度年次学会(郡山)時の総会で了承されているのでその具体的実施手順等を含め, 全国学会活動委員ならびに全国の理事による意見等をまとめ, 常任理事会として再度認識した。
5. 平成11年度年次学会について (高石理事長)

開催地は, 東日本ブロック(北海道・東北・北陸・東海地区)となっているので, 4地区の担当理事間で検討した結果, 東海地区(佐藤祐造理事・名古屋大学)を推薦することにしたとの報告があった。理事長より今後の諸手続き方についての報告があった。
6. その他
 - (1) 学会共同研究の募集が締切となった。今年度は, 2件の応募があった。
 - (2) 大澤庶務担当理事より将来的には, 学会誌として英文誌も発行していくべく財務を含めてその方法について今後検討していきたい旨提案があった。

会 報

編集委員会議事録

平成9年 第3回

日 時：平成9年8月2日(土) 午後2時～4時

場 所：大阪ガーデンパレス

出席者：武田、天野、荒島、佐藤、白石、鈴木、寺田、友定、美坂、宮下、山本、南出

(12名、五十音順、敬称略)

資 料：No.1 第2回編集委員会議事録(案)

No.2 投稿論文一覧

No.3 平成8年度会計報告

No.4 科学研究費交付通知

議 題：1. 編集委員会議事録の承認(資料No.1)

原案どおり承認された。

2. 投稿原稿に関する報告(資料No.2)

査読の段階で問題のあった2編について、具体的な取扱いを協議した。これに関連して、原著としての概念はなにか、rejectの基準が必要であるが、基準をつくることは困難である。査読領域が広いので細かな専門系を網羅できるか、査読者の構成にも問題が出てくる等の意見があった。

現実的な対応として、第3査読をたてた上で編集委員と協議する。

論文の中には目的と結論が合致して、論文の体裁が整っていても、論旨が貧弱で原著としてふさわしくないのもあるので、より質の高い論文を望む等の意見が出された。

3. 機関誌の発行の現状について

第39巻2号は原稿の遅れで、約半月遅れた。3号も学会プログラムの原稿が少々遅れたがほぼ予定通りに8月25日前後に発送する。

論文については査読終了後次号に順次掲載しており、現在3編が掲載待ちである。至急掲載は普通掲載に比してはほぼ1号早く掲載している。

4. 特別企画について

誌上フォーラムは次号で3回目になる。読者6名からの投稿があり次号に掲載する。10月号の特集として森昭三先生に中間総括をお願いし、これを受けて12月号特集に再度会員からの「21世紀への健康教育の提言」を集め掲載する。さらに2月号には友定、植田編集委員でまとめを掲載する予定である。

また、次年度は次世紀へ向けての学校保健の課題を取り上げていきたい。養護教諭と保健主事の問題は4月号を目途に天野委員がまとめる。スクール・カウンセラーに関しては佐藤委員が平成10年度学会長してまとめる。また、養護教諭の養成制度をめぐる問題も取り上げていきたい。

5. 平成8年度会計報告(資料No.3)

平成8年度機関誌編集発行に関する会計決算の報告がなされた。

6. その他(資料No.4)

平成9年度文部省科学研究費補助金「研究成果公開促進費」の交付(23万円)を受けた旨報告があった。

地方の活動

第44回近畿学校保健学会の開催報告

会長 奈良女子大学教授 山本 公弘

第44回近畿学校保健学会は平成9年6月7日、奈良女子大学において開催された。

一般演題

- A-01 心に病をもつ子どもの対応について考えるー思春期疾患班の取り組みとアンケート結果についてー
柿内順子 (奈良市立三笠中学校)
- A-02 易疲労を訴える女子短大生の性格特性
美馬信, 北村由美 (大阪女子短期大学保健科)
- A-03 高校生のセルフエスティームについて
西牧真理, 西牧謙吾, 新平鎮博, 平野久美子 (大阪市立大学生生活科学部)
- A-04 学校教育相談と養護教諭に関する実践的研究ー新任養護教諭の相談活動へのかかわりー
元田綾子 (大阪府立能勢高等学校), 徳山美智子 (大阪府立桜塚高等学校)
- A-05 インスリン依存型糖尿病における学校検尿の意義
新平鎮博, 平野久美子 (大阪市大生活科学部)
西牧謙吾, 川村智行, 稲田浩, 一色玄 (大阪市大医学部)
- A-06 奈良市における小児成人病予防対策ーパイロットスタディ4年間のまとめー
三谷博之, 岩崎圭子
栗國琴代, 西村芳枝, 神箸圭子, 北山勘解由, 八木哲, 谷掛駿介, 竹田斌郎 (奈良市学校保健会)
- A-07 奈良県下の学校における歯科健診器具と洗口場・蛇口数のアンケート調査
川井健二郎, 小池恭弘, 岸文隆, 下村信明, 木村雅年 (奈良県歯科医師会学校歯科部)
- A-08 心疾患を有する児童生徒の体育指導のあり方
藤原寛 (京都教育大学大学院学校保健研究室)
- A-09 気管支喘息学童の保健指導の実態調査
大道乃里子, 堀内康生 (大阪教育大学養護教諭養成課程)
- A-10 アトピー性皮膚炎学童に対する理解と対応
大道乃里子, 堀内康生 (大阪教育大学養護教諭養成課程)
- A-11 アレルギー性疾患児に対する保健指導について
大髭桂子 (大阪市立旭東中学校)
福嶋恵子 (大阪市立日本橋小学校附属幼稚園)
山名康子 (大阪市立佃南小学校), 丹羽弘子 (大阪市立神路小学校)
- A-12 阪神大震災による影響ー児童の身心に対してー
亀井絵里 (大阪府立柴島高等学校), 松嶋紀子 (大阪教育大学)
- A-13 発育から知る'95兵庫県南部地震が小学生の身心に与えた影響
東郷正美, 高岸由香 (神戸大学発達科学部)
- B-01 運動生理学のためのSOD活性の新測定法
藪下典子, 安地真理子, 小河弘之, 堀内康生 (大阪教育大学)
- B-02 姿勢に関する研究 (歯科咬合, 足蹠刺激に関連して)
河瀬雅夫 (天理大学体育学部), 嶋田竹雄 (奈良白鳳女子短期大学)
- B-03 保健室入室記録ソフト (Windows版) 開発記事に対する関心の地域分布について
横尾能範 (神戸大学国際文化学部)
- B-04 最大酸素摂取量の1週間の逐日的変化 (その2)ー本学女子学生の場合ー
下村尚美, 倉敷千稔 (神戸女子大学)
- B-05 女子大学生にみる身体組成と生活習慣
加藤弘, 本山貢, 矢野勝, 松岡勇二 (和歌山大学教育学部)
- B-06 男子大学生にみる身体組成と生活習慣
矢野勝, 本山貢, 加藤弘, 松岡勇二 (和歌山大学教育学部)
- B-07 肥満学生における6ヶ月間の身体組成の変化
本山貢, 矢野勝, 加藤弘, 松岡勇二 (和歌山大学教育学部)
- B-08 エイズ教育情報ネットワークのプロセス評価: ID配布および利用状況
勝野眞吾 (兵庫教育大学)
- B-09 青少年の危険行動のモニタリングに関する基礎的研究 (1) 米国 CDC の Youth Risk Behavior

- Surveillance
- 永井純子, 武内克朗, 野口康枝, 釜谷仁士
渡邊正樹, 勝野眞吾 (兵庫教育大学), 吉本佐雅子 (鳴門教育大学)
- B-10 米国の学校における薬物教育プログラム (1) 幼稚園児から小学3年生 野口康枝, 永井純子
武内克朗, 釜谷仁士, 渡邊正樹, 勝野眞吾 (兵庫教育大学), 吉本佐雅子 (鳴門教育大学)
- B-11 小学校における薬物乱用防止教育の試み 武内克朗, 永井純子, 野口康枝
釜谷仁士, 渡邊正樹, 勝野眞吾 (兵庫教育大学), 吉本佐雅子 (鳴門教育大学)
- B-12 児童生徒のライフスタイルとライフスキルとの関連性についての研究
橋本利恵子, 重川綾, 川畑徹朗 (神戸大学大学院教育学研究科)
- B-13 小・中学生の食生活上の健康行動とライフスキルの関係について
重川綾, 橋本利恵子, 川畑徹朗 (神戸大学大学院教育学研究科)
- B-14 小学生のライフスタイルへの教育的介入のための基礎調査—食習慣について—
西口敏世, 濱口さおり, 武用百子, 武田眞太郎 (和歌山県立医科大学看護短期大学部)
山本博一, 森岡郁晴, 宮下和久 (和歌山県立医科大学衛生学教室)
- C-01 女子学生の「やせ願望」についての実態調査—生理学的・栄養学的な知識との関連を中心に—
白石龍生, 戸部秀之 (大阪教育大学)
- C-02 女子大生のやせ願望と精神的不安及び主観的健康観について
藤田大輔, 田中洋一, 南哲 (神戸大学発達科学部)
- C-03 女子高校生の意識と健康観について 北口和美 (西宮市立西宮高等学校)
- C-04 学校管理下での災害報告についての一考察 堂道智子, (西宮市立春風小学校)
- C-05 行動化の教育活動をめざして (その1) —学校保健活動の起点と医学的対応の起点—
北村翰男 (奈良市学校薬剤師会)
- C-06 パソコンによるデータ処理を活かした歯の指導について
松永かおり (大阪市立高津小学校), 須藤勝見 (大阪教育大学)
- C-07 簡易健康調査による中学生の追跡調査の検討
板持紘子 (滋賀大学教育学部附属中学校), 林正 (滋賀大学教育学部)
- C-08 生徒保健委員会の実践より 西村敬子 (奈良県養護教育研究会)
- C-09 自己のからだを見つめ, 生きる力を育てるために 村井洋子 (奈良県養護教育研究会)
- C-10 性教育副読本発刊と性教育に取りくんで 小松充代 (奈良県養護教育研究会)
- C-11 体重測定時を利用した保健指導 長田育子 (奈良県吉野町立国栖小学校)
- C-12 病原性大腸菌O-157からの教訓を生かす連携 岩本スミ子 (堺市立百舌鳥小学校)
- C-13 エイズ教育の取りくみ 平尾美李 (近江八幡市立八幡東中学校)
- 学会長講演
「臨床医学からみた現代食生活指導の落とし穴—医学情報をどう伝えるか—」
山本公弘 (奈良女子大学教授)
- 教育講演
「現代における子どもの健康問題」
- ①適応障害とその指導—不登校を中心に— 飯田順三 (奈良県立医科大学助教授)
- ②肥満指導のポイント 奥田忠美 (国立奈良病院小児科医長)
- ③コンピュータ学習による眼の疲れの予防 西信元嗣 (奈良県立医科大学教授)
- ④歯肉の保健指導 (歯周組織の健康指導) 岸文隆 (奈良県歯科医師会理事)
- ⑤アルコールの麻酔作用—危険なイッキ飲み— 田村雅宥 (奈良教育大学教授)
- ⑥病原性大腸菌O-157感染の予防 柳生善彦 (奈良県内吉野保健所所長)

機関誌「学校保健研究」投稿規定 (平成6年4月1日改正)

1. 本誌への投稿者(共著者を含む)は、日本学校保健学会会員に限る。
2. 本誌の領域は、学校保健およびその関連領域とする。
3. 原稿は未発表のものに限る。
4. 本誌に掲載された原稿の著作権は日本学校保健学会に帰属する。
5. 本誌に掲載する原稿の種類と内容は、次のように区分する。

原稿の種類	内 容
総 説	学校保健に関する研究の総括, 文献 解題
論 説	学校保健に関する理論の構築, 展望, 提言等
原 著	学校保健に関して新しく開発した手 法, 発見した事実等の論文
報 告	学校保健に関する論文, ケースレポ ート, フィールドレポート
会 報 その他	学会が会員に知らせるべき記事 学校保健に関する重要な資料, 書評, 論文の紹介等

- ただし、「論説」、「原著」、「報告」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。
6. 投稿された原稿は、専門領域に応じて選ばれた2名の評議員による査読の後、原稿の採否、掲載順位、種類区分は編集委員会で決定する。
 7. 原稿は別紙「原稿の様式」にしたがって書くこと。
 8. 原稿の締切日は特に設定せず、随時投稿を受け付ける。
 9. 原稿は、正(オリジナル)1部のほかに副(コピー)2部を添付して投稿すること。
 10. 査読のための費用として5,000円の定額郵便為替(文字等は一切記入しない)を投稿原稿に同封して納入する。
 11. 原稿は、下記あてに書留郵便で送付する。
〒640 和歌山市九番丁27
和歌山県立医科大学衛生学教室
「学校保健研究」編集部
TEL 0734-26-8324
 12. 同一著者、同一テーマでの投稿は、先行する投稿原稿が受理されるまでは受け付けない。
 13. 掲載料は刷り上り8頁以内は学会負担、超過頁分は著者負担(1頁当たり6,000円)とする。
 14. 「至急掲載」希望の場合は、投稿時にその旨を記すこと。「至急掲載」原稿は査読終了までは通常投稿と同一に扱うが、査読終了後、至急掲載料(50,000円)を振り込みの後、原則として4ヶ月以内に掲載する。「至急掲載」の場合、掲載料は全額著者負担となる。
 15. 著者校正は1回とする。

原稿の様式

1. 原稿は和文または英文とする。和文原稿は原則としてワードプロセッサを用いA4用紙21字×20行(420字)横書きとする。
英文はすべてA4用紙にダブルスペースでタイプする。
2. 文章は新仮名づかい、ひら仮名使用とし、句読点、カッコ(「, 『, (, [など)は1字分とする。
3. 外国語は活字体を使用し、1字分に2文字を収める。
4. 数字はすべて算用数字とし、1字分に2文字を収める。
5. 図表の原図は墨または黒インクを使って明瞭に書く。縮小することが適当と考えられる図は、図内に数字または文字を縮小率に応じて大きく書く。
6. 図表はすべて本文とは別紙とし、本文中に挿入すべき箇所を原稿の欄外に朱書により明瞭に指定する(図8または表4など)。
7. 印刷・製版に不相当と認められる図表は、書換えまたは割愛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)。
8. 原稿には表紙をつけ、表題、著者名、所属機関名、代表著者の連絡先(以上和英両文)、表および図の数、希望する原稿の種類、別刷必要部数を明記する(別刷に関する費用はすべて著者負担とする)。
9. 和文原稿には800語以内の英文抄録、英文原稿には1,500字以内の和文抄録をつけ、5つ以内のキーワード(和文と英文)を添える。これらのない原稿は受け付けない。
10. 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),3)}」のように文献番号をつける。著者が7名以上の場合には最初の3名を記し、あとは「ほか」(英文ではet al.)とする。
〔定期行物〕著者名:表題,雑誌名,巻:頁一頁,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,引用頁一頁,発行所,発行地,発行年

一記載例一

〔定期行物〕

- 1) 三木和彦:学校保健統計の利用と限界,学校保健研究,24:360-365,1992
- 3) 西岡伸紀,岡田加奈子,市村国夫ほか:青少年の喫煙行動関連要因の検討-日本青少年喫煙調査(JASS)の結果より-,学校保健研究,35:67-78,1994
- 10) Glenmark, B., Hedberg, G., Kaijser, L. and Jansson, E.: Muscle strength from adolescence to adulthood-relationship to muscle fibre types, Eur. J. Appl. Physiol. 68:9-19, 1994
〔単行本〕
- 22) 白戸三郎:学校保健活動の将来と展望,(船川,高石編),学校保健活動,216-229,杏林書院,東京,1994

編集後記

松山で開かれた第44回日本学校保健学会は落ち着いた雰囲気の中に秘められた熱気を感じさせる学会であった。学会記録は第6号に掲載される。

近年、本誌への投稿が増えてきたが、今年になってその傾向が顕著になり、査読の依頼や査読者からのコメント、訂正原稿の整理などに追われ、うれしい悲鳴を上げている。論文をなるべく早く掲載できるよう努めているが、著者の側でも最低限投稿規定は守っていただきたい。一方、学会誌として正当な評価を受けるには、質の高い原著論文の掲載が必須の条件で、そのためには多少時間がかかっても厳しい査読が不可欠である。

ところで、最近、ある出版社から本誌の掲載論文のなかで、標準化された性格テストが改変して用いられており、結果判定の信頼性を損なうおそれがあること、そして、このことが著作権侵害に

もなるという指摘があった。現在、事実関係の確認と厳正で誠意ある対応を検討しているが、一般論として、原著論文の著者は、先行研究のオリジナリティーを尊重すべきであり、そのためにこそ論文のプライオリティーが問題になるのである。また、先行研究は正しく引用されなければならない。2名の査読者による査読を経て掲載された今回の論文が指摘を受けたように著作権を侵害しているかは慎重に判断されなければならないが、この機会に全ての著者に対して誤解を受けたり、指摘されることのないよう注意を促しておきたい。なお、ヒトを対象とした研究では、バイオ・エシックスの側面から、被験者の自決権が最大限に尊重されなければならない。これらの研究者や著者が遵守すべき倫理綱領については、いずれ編集委員会の見解を示すこととする。(武田眞太郎)

「学校保健研究」編集委員会	EDITORIAL BOARD
編集委員長 (編集担当常任理事)	<i>Editor-in-Chief</i>
武田眞太郎 (和歌山医大)	Shintaro TAKEDA
編集委員	<i>Associate Editors</i>
天野 敦子 (愛知教育大)	Atsuko AMANO
荒島真一郎 (北海道教育大, 札幌校)	Shin-ichiro ARASHIMA
植田 誠治 (金沢大, 教育)	Seiji UEDA
佐藤 祐造 (名大, 総合保健体育科学センター)	Yuzo SATO
實成 文彦 (香川医大)	Fumihiko JITSUNARI
白石 龍生 (大阪教育大)	Tatsuo SHIRAIISHI
鈴木美智子 (九州女子短大)	Michiko SUZUKI
曾根 睦子 (筑波大附属駒場中・高校)	Mutsuko SONE
寺田 光世 (京都教育大)	Mitsuyo TERADA
友定 保博 (山口大, 教育)	Yasuhiro TOMOSADA
林 謙治 (国立公衆衛生院)	Kenji HAYASHI
美坂 幸治 (鹿児島大, 教育)	Koji MISAKA
宮下 和久 (和歌山医大)	Kazuhiisa MIYASHITA
盛 昭子 (弘前大, 教育)	Akiko MORI
山本 公弘 (奈良女子大, 保健管理センター)	Kimihiro YAMAMOTO
編集事務担当	<i>Editorial Staff</i>
南出 京子 (和歌山医大)	Kyoko MINAMIDE

「学校保健研究」編集部【原稿投稿先】 〒640 和歌山市九番丁27

和歌山県立医科大学衛生学教室内
電話 0734-26-8324

学校保健研究 第39巻 第4号

1997年10月20日発行

Japanese Journal of School Health Vol.39 No.4

(会員頒布 非売品)

編集兼発行人 高石昌弘

発行所 日本学校保健学会

事務局 〒102 東京都千代田区三番町12

大妻女子大学 人間生活科学研究室内

電話 03-5275-9362

事務局長 大澤 清二

印刷所 株式会社 昇和印刷 〒640 和歌山市中之島1707

学校保健と養護教諭の実践・研究・討論の〈ひろば〉をめざす

『体育科教育』別冊

学校保健のひろば

年4回発行
(3, 6, 9, 12月)

編集代表 森 昭三 ●B5判・124頁平均 ■第5号までは定価1,427円、第6号からは定価1,200円。(税込)

[1996年春号]

- 特集1 一戦後50年の学校健康教育
- 特集2 一子どものからだを心を支える

[1996年夏号]

- 特集1 一子どもの健康と病気
- 特集2 一期待にこたえる養護教諭

[1996年秋号]

- 特集1 一「生きる力」「ゆとり」と学校保健
- 特集2 一いま、健康教育でこれだけは教えたい!

[1997年第5号]

- 特集1 一養護教諭とスクールカウンセラー
- 特集2 一「教育改革」への期待と注文(1)

[1997年第6号]

- 特集1 一養護教諭の複数配置

[1997年第7号]

- 特集1 一養護教諭が当面する
疑問・問題を解決するために

[1997年第8号]

12月末発売

- 特集1 一保健主事としての養護教諭の活動

保健主事の制度改正の経緯と期待

保健主事制度の変遷

保健主事の現状とその役割

これから期待される保健主事の役割

——管理者の立場から保健主事を考える

養護教諭が保健主事になることをどう考えるか

保健主事としての養護教諭の現状

【対談】保健主事としての養護教諭の活動を考える

【学校現場からの報告】

保健主事を経験して／養護教諭との連携

- 教育改革への期待と注文(4)

学校健康教育に期待するもの 川島ひろ子(石川中央保健所所長)

これからの学校と教員養成の方向 菊池龍三郎(茨城大学教育学部長)

保健科教育 改善の視点を考える 数見 隆生(宮城教育大学)

- 連載(順不同)

教師の心の健康はいま／21世紀の健康教育とライフスキル／養護教諭の保健指導とチーム・ティーチング／子どもの心の健康にとりくむ／実践から新しい養護教諭像を求めて／教材づくりの〈眼〉から保健授業・指導を見る／保健指導に活かす歯の知識／サイコドラマを楽しく／世界の窓／読書時評 他

保健授業づくり 実践論

近藤真庸 [著]

授業づくりの「舞台裏」がみえてくる!

すぐれた保健授業を豊富に開発してきたことで知られる著者が、自身の実践記録に材をとって、授業づくりのポイントを明らかにしていく。实际的で具体的な指針として、また、モデル授業例集として、その利用価値は高い。

●A5判・上製・240頁 本体2,200円

例解 健康・スポーツ科学のための
統計学

出村慎一 著

本体4,000円

『体育科教育』別冊

エイズと教育 2

村瀬幸浩・池上千寿子 [編集]

20代の性感染者による鼎談、最新の医療実態など、子どもの行動変容を促す情報を満載。

●B5判・140頁 定価1,400円(税込)

アメリカの学校保健とスクールナース

藤田和也 著

本体1,800円

健康教育への招待

保健体育教師、養護教諭、学級担任のために

高橋浩之 著

本体1,600円

書店にない場合やお急ぎの方は、直接ご注文ください。

Tel. 03-5999-5434

大修館書店 〒101 東京都千代田区神田錦町3-24



JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

CONTENTS

Preface:

- What Can We Expect from the Study of School Health ?
— A Re-examination of its Paradigms —Terumi Mori 382

Research Papers:

- Investigation on Countermeasures against Pollinosis Taken
by University StudentsNariko Takano *et al.* 383
- Changes in Mental Health and Lifestyle amongs Small City's
Junior High School Students over Seven YearsSyozo Sato *et al.* 393
- Seasonal Variation in Growth of Elementary and
Junior High School Children Living in Southern Hokkaido
.....Takako Okayasu *et al.* 402
- A Study on the Assessment of Motor Coordination in Healthy Children.
— A Comparison between Two Types of Assessment Technique. —
.....Toshiya Kayamura 413

Reports:

- Sexual Harassment and the Attitude of Female College Students.
.....Kenji Omata 423
- A Study of Factors Related to Physical and Mental Complaints of
Male University Students Belonging to an American Football Club
.....Masao Zenfuku *et al.* 432
- The Study of Fatigue and the Measurement of
Dominant Brain Waves in Relation to the Cause of
External Injuries among Fuzoku High School StudentsKumiko Kusumoto 438
- A Study of Association Between Attitudes Toward AIDS/HIV and
Sexual Behavior in Japanese University StudentsKoh-ei Minagawa *et al.* 446

Special Issues: A forum through journal discussion

- Reconstruction of School Health Education in the 21st Century — (5) Some Opinions
Hiroyuki Takahashi, Kikunori Shinohara 454
Kikunori Shinohara, Noriyuki Kondo 455
Yukiko Koga 456

Japanese Association of School Health