

見本

ISSN 0386-9598

VOL.43 NO.1

2001

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

学校保健研究

Jpn J School Health

日本学校保健学会

2001年4月20日発行



学校保健研究

第43巻 第1号

目 次

故 唐津秀雄先生のご逝去を悼む 3

巻頭言

川上 吉昭
健康教育と福祉教育 4

特集論文：薬物乱用防止教育

総 説

勝野 眞吾
学校における薬物乱用防止教育 —研究の動向— 5

論 説

石川 哲也
我が国における薬物乱用防止教育の変遷 15

原 著

和田 清
中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景 —1992年千葉県調査より— 26
市村 國夫, 下村 義夫, 渡邊 正樹
中・高校生の薬物乱用・喫煙・飲酒行動と規範意識 39

報 告

吉本佐雅子, 鬼頭 英明, 石川 哲也, 川畑 徹郎, 和田 清,
西岡 伸紀, 勝野 眞吾
薬物乱用防止システムに関する国際比較研究 第1報
イギリスにおける青少年の薬物乱用の実態および総合防止対策について 50

門田新一郎
児童のライフスタイルと健康状況に関する調査研究
—週休2日制を踏まえた検討— 61

堀田 法子, 古田 真司, 村松 常司, 松井 利幸
中学生・高校生の自律神経性愁訴と生活習慣との関連について 73

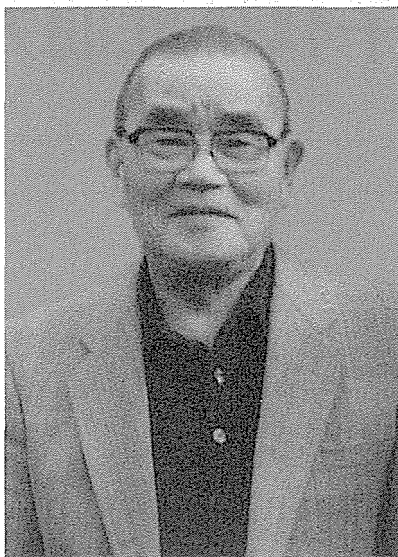
毛利 清美, 杉田 克生
重複障害児に対する「健康の保持」の指導
—医療相談におけるよりよい学校・医療機関・家庭の連携を探る— 83

会 報

第48回日本学校保健学会のご案内 (第2報) 93
第48回日本学校保健学会演題申込書 94
日本学校保健学会評議員の選出について—選挙管理委員会公示— 95
日本学校保健学会被選挙権保有者名簿 96
「学校保健研究」投稿規定の改正について 104

〔お知らせ〕 ● 「第9回JKYB健康教育ワークショップ報告書」発行のお知らせ 105
● シンポジウム「思春期のライフスキル (心の能力) を育てる」 105
● 第10回JKYB健康教育ワークショップ 105

編集後記 106



故 唐津秀雄 先生 略歴

1908年 4月10日生

- 1934年 3月 金沢医科大学卒業
- 1956年 5月 金沢大学医学部公衆衛生学専攻生修了
- 1959年11月 医学博士（金沢大学）
- 1934年 4月 医務衛生に関する事務嘱託（市谷刑務所）
- 1934年 7月 市谷刑務所保健技手
- 1934年 8月 金沢刑務所保健技手
- 1935年10月 保健技師 神戸刑務所勤務
- 1938年 3月 金沢医科大学副手嘱託
- 1938年 7月 学校衛生技師 愛媛県学校衛生技師
- 1942年 4月 愛媛県立教員保養所長
- 1946年 4月 刺令第193号に依り地方技官
- 1948年 3月 愛媛県教育部体育課長
- 1949年12月 文部教官 愛媛大学講師
- 1950年 4月 愛媛大学教授（教育学部）
- 1965年 7月 愛媛大学評議員（1974年 3月まで）
- 1970年 4月 愛媛大学教育学部長（1974年 3月まで）
- 1974年 4月 愛媛大学名誉教授
- 1974年 4月 桃山学院短期大学教授（1979年 3月まで）
- 2000年12月 9日 脳塞栓により逝去さる。享年92歳

故 唐津秀雄先生のご逝去を悼む

唐津秀雄先生は、10日余り病いに伏せ、2000年12月9日に脳塞栓でお亡くなりになりました。ここに謹んでご冥福をお祈り致します。

先生は、学校保健の学問的自立—教育保健学としての構築—を主張され、そのための研究対象と方法の独自性・固有性を追求してこられました。そのきっかけは、戦前、先生が学校衛生技師として愛媛県に赴任された頃、竹村一先生の「算術にも学校衛生はある」という主唱が強く脳裏に記録されていたようです。1949年愛媛大学の教師になられ、学校保健とは何かを問い直した時、先づアプローチとして取りあげたのが「学習」でした。

それは、教師の仕事や養護教諭の専門性を支えるためにも、学校保健の学問的自立のためにも、更には本学会に個有のレーゾン・デートルを確かめるためにも、決して間違っただけではなかったと先生は述べられています。また、1960年頃、学校保健関係者から教員養成系大学の教職科目に学校保健の必修化を求める声が出されるなかで、学校保健が教育科学として成立しうるだけの独自の学問的な蓄積があるのかと問われたことにもよるでしょう。

先生は、それ以後もその問いを自らに課し、「学習の衛生に関する2, 3の問題」(1961), 「人間形成の生理」(1964), 教育生理学の構想についての一試論(1968), 「教育保健学への模索」(1973), 「教育保健論」(1979)など、そして1984年には「教育法学的学校保健論の試み」の論述は76歳の高齢で書かれたものです。研究の息の長さと同時に、教育現実が求める実践的課題にどう答えるかと問いつづけられた研究者としての姿勢に敬服いたします。

先生の提唱されていることは、学校保健の「独自性」をほこる「学問体系」を構築しようとするものではなく、学校保健の仕事・養護教諭の仕事に役立ち、学校保健ならではの質的な個性をもった研究を発展させ、しかも多くの仲間と共有される学問を構築しようとするものです。先生のいくつかの論文は、沢山信一さん(吉備国際大学)により、「教育保健学序説」(1990)として発刊されています。

先生は、その序説の自序の中で「新しい学校保健学—私は教育保健学と呼びたい—構築のためには、未だ提言の域を出ていないのであり、云わばアピールにすぎないとも云えるものであるから、お読み下さる同学の方々をお願いしたいことは、同じ意図を持った実証的研究を1つでも多く蓄積してほしいということである」と結んでおられます。

最後に唐津秀雄先生は、青年医師のころより小林多喜二の直筆による「我々の藝術は 飯を食えない人にとっての料理の本で あってはならぬ。」(1931. 11. 10)を終生大切にされ、教育研究・大学運営・診療活動に励まれ、92歳の生涯を閉じられました。合掌 (向井康雄)

巻頭言

健康教育と福祉教育

川上 吉 昭

Health Education and Welfare Education

Yoshiharu Kawakami

指導要領の改正に伴い、高等学校の学習科目として『福祉』と『情報』が組み込まれる。おそらく時代のニーズによってのことと思うが、長い歴史をもつ学校保健の内容の1つに、公衆衛生学や、予防医学を根幹とした健康教育が綿々として教授されてきたのに…？。今何故福祉なのか…？

最近の時代を風潮しているのか毎度読み聞かせる言葉に、IT革命、高齢社会、痴呆老人、介護保険、医療事故、少年犯罪…等々がある。ことに高齢社会による介護問題、医療費の増加等を視中にいれ、高校教育の指針として改正されたものと思う。

ところで、今まで小学校から大学までの教育の中で行われていた健康教育には、福祉という言葉は使われなまでも、その意図は含まれていた。もともと福祉 (Welfare) とは Well, Well-being, Wellness の意味をもち (健康, 満足, 幸福, 福利, 救済…), Welfare と Well は語源的に似ている!?。もしかしたら福祉と健康は同じなのでは…と思う次第。一方、日本国憲法第25条にも「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」に続き、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と掲げている。ではここで、誰に健康で文化的な最低限度の生活を営む権利があり、また誰が社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならないのか?。その答えは、「前者は国民個人であり、後者は国である」(?)。大概の人はそう回答するに違いない。すなわち、「生存権は国民にあり、国には生活の向上に努める義務があるのだ…」と。確かに、それが正解かもしれないが、残念ながらここには国民個人に課せられている努力義務が欠けている。

要するに、健康教育にしても福祉教育にしても、他人事のように思い、病気になったら、あるいは貧困や障害者になったら保健、医療、福祉の厚生政策に頼れば…の如く、所謂『棚からボタ餅』的に理解され、自ら健康を増進し、自ら福祉について努力をする励みの強調が低かっ

た結果かもしれない。

筆者の反省にもなるが、少なくとも平成4年までは、健康教育の教師を養成する仕事に携わり、「人は如何にしたら健康で長生きできるか」をテーマとした科学研究を行ってきた。しかしその後、縁あって福祉大学に籍を置くことになり、現在は「健康福祉」について模索している。この意図は、前述したように、健康も福祉も国民全員に与えられた権利であり、且つ努力義務である以上、今までのような弱者救済的な保健や福祉だけではなく、健常者にも焦点をあてた福祉、所謂『転ばぬ先の福祉』を構築することである。端的に述べれば、今までの健康教育について、健康福祉の見地から更に検討を加えなければならないものと思う。

今後『福祉』の教科を担当する教師は、おそらく大学において広く福祉や介護を修得した人達であろうが、手元にある大学の社会福祉に関するシラバスを検分する限り、老人福祉、障害者福祉、生活保護、母子及び寡婦等々と、もっぱら弱者を対象とした福祉の考え方や制度を述べている。確かに現今の社会情勢では、弱者を救済することは当然であって、そのための考え方、制度、手技等を科目として教授することは必要なことであろう。しかし対策的な社会福祉の理解だけで、果たして日本の将来に向かっての福祉社会 (健康福祉社会) を樹立できるであろうか。

学校保健学会に所属する会員には、医師、看護婦 (士)、薬剤師、保健婦といった医療関係者や、養護教諭、保健体育教諭などの教育者が多数登録されているが、残念ながら社会福祉士や介護福祉士の先生方の入会は少ない。これも、保健、医療、福祉の縦割り3本の禍なのであろうか。

従来の健康教育が、健康の維持・増進に関わる理論と実践の教育であるならば、これこそ今後の福祉教育の柱でなければならないと思う。1つの提案であるが、『健康福祉』という科目があってもよいのでは…と思うこの頃である。合掌。

(東北福祉大学 教授)

総説

学校における薬物乱用防止教育
—研究の動向—

勝野真吾

兵庫教育大学 生活健康系教育講座

Perspectives of School-based Drug Abuse Prevention

Shingo Katsuno

Division of Epidemiology and Health Education,

Department of Health Sciences, Hyogo University of Teacher Education

Key words : drug abuse prevention, school-based program, primary prevention

薬物乱用防止, 学校教育, 第一次予防

はじめに

わが国では1989年(平成元年)の学習指導要領によって学校における薬物乱用防止教育が明確に制度化された。これにより中学校では1993年(平成5年)度から, 高等学校では1994年(平成6)年度からすべての中学校, 高等学校において薬物乱用に関する指導が実施されるようになった¹⁾。しかし, その後第三次覚せい剤乱用期と呼ばれる覚せい剤を中心とした薬物乱用の流行が起こった。1995年(平成7年)から始まった薬物乱用の増加は現在も続いており, 低年齢化と女性への浸透という危険な兆候を伴うものである²⁾。このような近年の薬物乱用の拡大を背景に, 1998年(平成10年)の小学校および中学校の学習指導要領改訂, 1999年(平成11年)の高等学校の学習指導要領改訂では, 薬物乱用防止に関する指導のさらなる充実が図られた³⁾。

わが国の教育システムは文部科学省を中心に各都道府県教育委員会, 学校が緊密な連携を持ち, National Guidelineである学習指導要領の方針のもとで全国的にほぼ均質の教育が行われることが特徴である。従って, 学習指導要領の

改訂はわが国の薬物乱用防止教育にとって極めて大きな意義を持つものである。わが国の教育システムの特徴はしかし一方で, 教科ごとの縦割りによる教科間, 教師間の連携の欠如や教育的働きかけの効果を単に知識の量のみで評価するという傾向も生みだしてきた。新しい学習指導要領において「総合的な学習の時間」が設定されたのはこの反省に立つものであり, 薬物乱用防止教育においても教育的働きかけを「薬物を使用しないという具体的な行動」にいかにつなげるかという観点が重視されている。

薬物乱用が深刻な欧米諸国では薬物乱用防止のための総合的戦略(Strategy)が構築され, これに基づいて教育プログラムが作られている^{4), 5), 6), 7)}。これらのプログラムは行動科学理論を中心にした包括的な内容で構成され, ステップごとの具体的な目標設定とその効果を客観的に評価するシステムを含むものである。わが国と欧米諸国では社会・文化的背景が異なり, また教育システムにも違いがあるが, 総合的な戦略に基づく教育プログラムの作成, 行動科学理論の取り入れ, 効果を客観的に評価するためのシステムは, 新しい学習指導要領のもとでのわ

が国の薬物乱用防止教育にも参考になるものである。

本論では薬物乱用防止教育に関する先行研究の多い米国を中心に、薬物乱用防止教育の研究の動向をまとめた。

米国の薬物乱用防止教育の変遷と特徴

薬物汚染の深刻な米国では児童、生徒、学生を対象とした薬物教育が、たばこやアルコールを含む薬物乱用を抑える最も本質的な方法であるという観点から過去10年以上にわたって様々な試みが行われてきた^{8,9),10),11)}。薬物乱用防止に関する教育的働きかけをBukoskiは「1. 知識・認識に関する領域」、「2. 意識・態度と対人関係に関する領域」、「3. 行動に関する領域」、「4. 環境に関する領域」、「5. 治療に関する領域」の5つの領域に分けている¹²⁾。「1. 知識・認識の領域」では依存性を持つ薬物の種類、化学的特性、薬理作用（身体および精神に及ぼす影響）、薬物乱用の結果としての社会的危険などについての知識を増すことによって薬物乱用の危険を認識させ、薬物乱用を予防することが目標となる。「2. 意識・態度と対人関係の領域」では児童、生徒、学生ひとりひとりに自己の価値を認識させ（Self Esteemの確立）、社会のなかでの自分自身と他人の価値およびその相互関係の重要性を気づかせることによって薬物乱用防止に結びつけることが目標となる。「3. 行動に関する領域」では友人・仲間、家族、あるいはマスメディアなどを通じた社会からの薬物乱用への誘惑（社会的圧力）に抵抗できるような能力（スキル）を会得することによって薬物乱用を予防することが目標となる。「4. 環境に関する領域」では学校における学級活動、クラブ活動、ボランティア活動などの特別活動や学校を取りまく地域の環境の整備によって薬物乱用を予防することが目標になる。そして最後に、「5. 治療の領域」では学校、家庭、あるいは社会ですでに暴力、無断欠席、薬物乱用などの様々な問題を起こしてしまった児童、生徒、学生が対象となり、その早期発見と早期対

処（予防的介入）が目標となる。すなわち治療的環境のなかで教育を継続する機会を保証しようとする。このように5つの領域はそれぞれの具体的目標を持ち、その達成のための異なった方法を持つ。

米国では1950年代から1960年代にかけて第一次予防の立場から心臓病や癌の死亡率低減のための禁煙教育が積極的に行われた。この喫煙予防教育は「1. 知識・認識の領域」を重視した学校教育の伝統的手法が中心となったものであった。しかし、大がかりで熱心な働きかけにもかかわらず、若年者の喫煙率は低下するどころかむしろ上昇したため、知識のみを重視した旧来の教育手法はたばこ、アルコールを含む薬物乱用の防止には有効ではないと考えられるようになった。そこでこれに代わるものとして「2. 意識・態度と対人関係に関する領域」、「3. 行動に関する領域」、「4. 環境に関する領域」を重視した包括的な薬物乱用防止教育プログラムが開発された。これらのプログラムは基本的に、1. 危険なもの、自分に都合の悪いと考えられるものを拒否したり、それに抵抗したりする能力・方法（スキル）を教える、2. ロールプレイングなどの手法により、友人・仲間、家族などからの誘いの手口とそれを断る方法を学ぶ、3. スキルの獲得に対する賞賛、4. 日常生活のなかで学んだスキルを生かす（普遍化）、という内容で構成され、児童、生徒参加型のプログラムが主流となっている。

薬物乱用防止教育プログラムの構成と内容

Learning to Live Drug Free¹³⁾は米国教育省が学校における薬物教育のモデルになるものとして提示したプログラムであり、このプログラムの中に上記の新しい包括的な薬物教育の戦略をみることができる。

Learning to Live Drug Freeでは、薬物に関する教育を子どもの発育・発達段階に対応して内容を幼稚園から3年生、4年生から6年生、7年生から8年生、9年生から12年生（このうち7年生から9年生は日本の中学生、10年

生から12年生は高校生に対応する)の4つに分割している。文末の資料は各段階の目標、授業計画の内容、カリキュラム領域を示したものである。

薬物乱用防止教育の評価と有効性

米国では薬物乱用防止教育プログラムの妥当性と有効性を客観的に評価しようとする試みが行われている。Dusenburyらは米国内で広範囲に実施されている学校をベースとした47の薬物乱用防止教育プログラムについて比較を行った¹⁴⁾。47のプログラムのうち、有効性について評価が行われているものは10(21%)に過ぎず、他のプログラムでは有効性についての評価が行われていなかった。評価が行われた表1に示す10のプログラムのうち、8つのプログラムにおいて実施後喫煙あるいは薬物の乱用が減少し、6つプログラムでは少なくとも2年間にわたってその効果の持続が認められた。評価研究の結果、最も長期にわたって効果が認められたのはLife Skills Training Program (LSTプログラム)であった。このように薬物乱用防止教育プログラムについては、単に実施するだけではなく、その有効性について評価を行うことが重要であると指摘され、現在ではメタ・アナリシ

表1 評価が行われた米国の薬物乱用防止教育プログラム

Alcohol Misuse Prevention Project **
DARE
Growing Healthy **
Know Your Body **
Life Skills Training **
Project Alert
Project Northland **
Social Competence Promotion Program
STAR **
Teenage Health Teaching Modules

** 少なくとも2年間にわたって効果がみられたプログラム

Dusenbury, L. Falco, M., and Lake A.: J School Health Vol. 67, 1997

ス (Meta-Analysis) によってプログラムの有効性が定量的に比較分析されるようになってきている¹⁵⁾。メタ・アナリシスとは報告された各プログラムの数値から効果の大きさ (Effect Size) を算出して比較する分析法であり、効果の大きさはプログラム実施群の平均値 (プログラム実施前後の喫煙、飲酒、あるいは薬物乱用者の出現率の差の平均値) から対照群の平均値を差し引いたものを対照群の標準偏差 (Hedges'gなどのプールした標準偏差を用いることがより望ましい¹⁶⁾) で割って求められる。実際の分析では各プログラムの対象人数の違いを補正して効果の大きさが比較される。図1はToblerが米国とカナダの学校において実施された106の薬物乱用防止教育プログラムについてメタ・アナリシスによる分析を行った結果である¹⁷⁾。社会的要因に焦点をあてた社会的学習理論に基づく学習プログラムや包括的なライフスキル教育プログラムのような児童・生徒参加型プログラムは知識や意識・態度面を中心とした児童、生徒不参加型プログラムにくらべて有効性が高いことが示されている。

このように薬物乱用防止教育プログラムには、その有効性を評価するための厳密な計画 (Study Design) が求められるようになり、これまで評価システムを持たなかった他の薬物乱用防止教育プログラムにも導入が図られている。しかし、その一方で、有効性が客観的に実証されたLSTなどのプログラムは米国の一般の学校に広く行き渡っておらず、むしろDrug Abuse Resistance Education (DARE) のように厳密な評価システムを持たないためその有効性が明らかでないプログラムが広範囲に実施されているという皮肉な現実がある。LSTなどのプログラムは研究者主導で開発され、DAREは警察によって開発されたことがその背景にあると考えられるが、米国では評価分析の結果その有効性が明らかにされている薬物乱用防止教育プログラムをいかに一般の学校に広めるか、あるいは逆に既に広範囲に実施されているプログラムの有効性をいかに検証するかが課題となっ

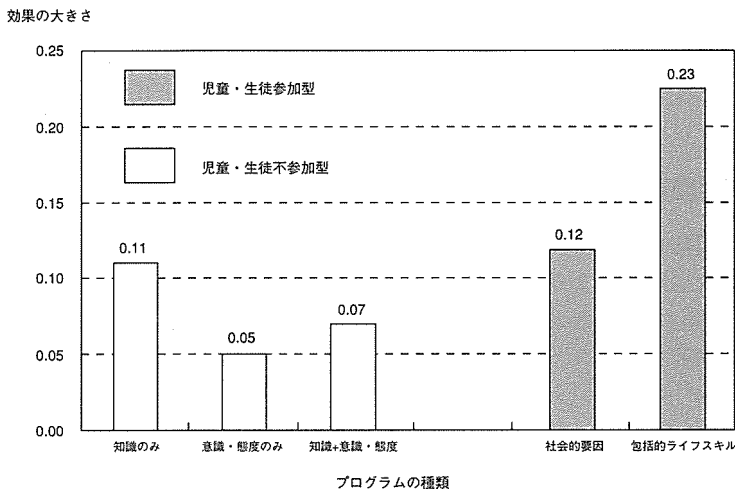


図1 薬物乱用防止教育プログラムの種類と効果の大きさ

Tobler, N.S.: Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs, NIDA Research Monograph, 1997

ている。なお、DAREに関してはMinnesotaのPerryらのグループによって学校と地域全体での取り組みを組み合わせさせたDARE PLUSプロジェクト (Drug Abuse Resistance Education + Play and Learning Under Supervision) についての評価研究が始められている¹⁸⁾。

薬物乱用のモニタリングと新しい疫学的知見

薬物乱用防止教育プログラムの有効性に関する個別の研究とは別に、米国では青少年の薬物乱用の実態に関する全国規模の精密な疫学調査 (モニタリング) が行われており、薬物乱用防止プログラムの総合的な評価指標を提供している。その代表的な調査がNational Institute on Drug Abuse (NIDA; 米国薬物乱用研究所) の支援を受けたMichigan 大学社会科学研究所のJohnstonのグループによる「The Monitoring the Future Study」¹⁹⁾とCenters for Disease Control and Prevention (CDC; 米国疾病管理予防センター) のKolbeらによるYouth Risk Behavior Surveillance System²⁰⁾である。後者は1990年という比較的最近始められ、薬物乱用を青少年期に特徴的な危険行動のひとつとして総合的な立場から捉えている。これに対し、前者

は1975年に始まり20年以上にわたって毎年実施されている調査であり、薬物乱用に焦点を絞っている点に特徴がある。薬物乱用防止教育プログラムを含む薬物乱用防止対策の総合的な評価には前者が用いられることが多い。

JohnstonのグループのBachmanらは1976年から1996年までの「The Monitoring the Future Study」資料をもとに多変量解析 (重回帰分析) を行い、マリファナ乱用という危険行動に関する要因について分析している²¹⁾。図2はこれをまとめたものである。従来、薬物乱用の背景要因として学業成績、学校の欠席率、夜間外出などの生活の乱れ (生活習慣要因) や時代的要因が重視されてきたが、Bachmanらはマリファナ乱用に対する生活習慣の寄与率は20%未満、時代要因は3%未満に過ぎず、これらの要因よりむしろ中・高校生ひとりひとりのマリファナ乱用の危険に対する認識や拒否的態度が実際の乱用と関連性が強いことを明らかにした (寄与率36.0%~47.0%)。

Johnstonらはこの分析結果を踏まえて、「The Monitoring the Future Study」の1975年から1999年までの25年間の調査結果をプロットしている (図3)¹⁹⁾。乱用の指標は「過去1ヶ月の間にマリファナを乱用した者の出現率」

であり、この指標は現在乱用を行っている者の指標となる。調査が開始された1975年、米国の高校生の約27%がマリファナを乱用していたが、その後数年のうちに乱用は著しく拡大して1978年には37%を越えるようになった。この間「マ

リファナ乱用が危険である」という認識を持つ高校生は42%から34%まで大きく低下した。乱用拡大の背景にはこのような乱用の危険性についての認識の低下があったと考えられる。このような深刻な状況に直面して1978年から米国で

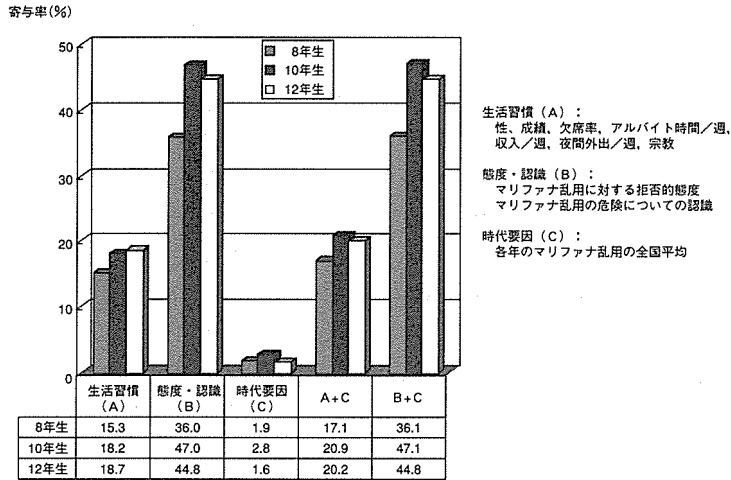


図2 中・高校生のマリファナ乱用に関連する要因
Bachmann, JG et al. American J Public Health Vol. 88, 1998

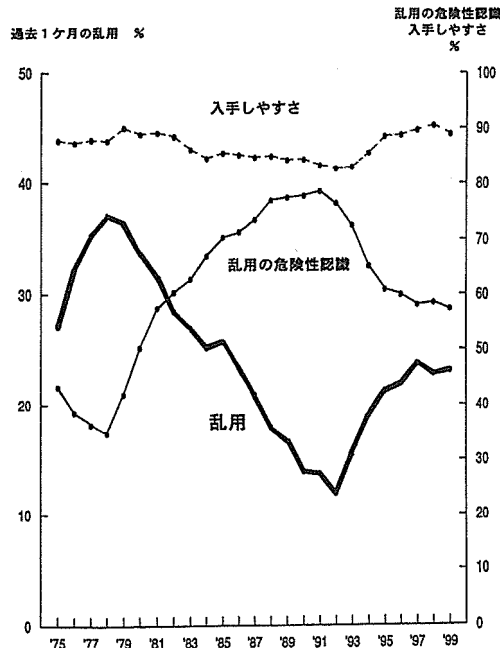


図3 高校生のマリファナ乱用と危険についての認識および入手しやすさ
The Monitoring the Future Study, 1975-1999 L.D. Johnston et al., NIDA, USA

は学校における薬物乱用防止教育を含めた様々な角度からの対策が強力に行われた。その結果は直ちに乱用の危険性に対する認識の上昇に結びつき、1991年には高校生の約80%が正しい認識を持つに至った。マリファナ乱用という危険行動は乱用の危険性に対する認識の上昇に1年遅れて減少し始め、1992年には12%にまで低下した。総合的な対策が有効に働いたのである。しかし、この成果のため薬物乱用防止対策の手がゆるめられたため、乱用の危険性に対する認識はまたすぐに低下し、それに対応してマリファナの乱用は再び増加した。そして1997年以降の現在、米国では約58%の高校生がマリファナ乱用の危険性を認識しており、実際の乱用者は23%程度という状態が続いている。図3にはマリファナの入手しやすさも示されている。この調査が始められてからの25年間、米国では高校生の約90%が「マリファナを手に入れようと思えばいつでも手に入る」と考えている状況が続いており、マリファナが極めて身近な存在となっている。この「The Monitoring the Future Study」の結果は、危険な薬物が身近にあってもひとりひとりがその乱用の危険性をしっかり認識しておれば、明らかに乱用は減少すること、すなわち予防的な働きかけが有効であることを示している。しかし、この結果はまた、予防的働きかけが弱まるとすぐに乱用の危険性に対する認識は低下し、乱用が拡大することも示しており、薬物乱用防止教育を含めた予防的働きかけは常に手を抜くことなく繰り返し行うことが重要であることを示している。

おわりに

わが国では新しい学習指導要領によって小学校の段階から薬物乱用防止教育を始めることが明示され、小学校では、高学年において「喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、健康を損なう原因となること。」、中学校では喫煙、飲酒、薬物乱用の健康への有害性ととも、「そのような行為には個人の心理状態や人間関係、社会環境が影響することから、それらに適切に対処する

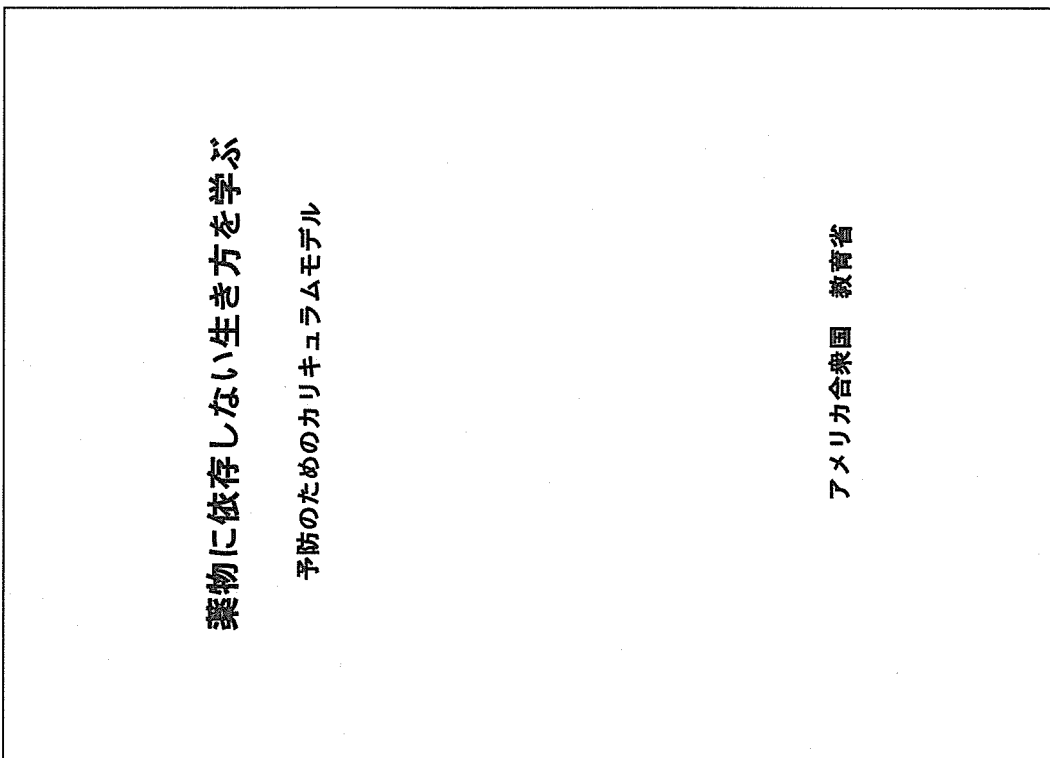
必要があること。」、高等学校では「喫煙、飲酒、薬物乱用に関する適切な意志決定や行動選択が必要であること。」など発育・発達の段階に対応して具体的な指導内容が示されている。薬物乱用防止に関する指導は小学校の段階から始めること、また単に知識を教えるのみでなく喫煙、飲酒を含めた薬物乱用という危険な行動をしないという具体的な行動に結びつく指導が必要であることなど、わが国学習指導要領の示した目標は世界各国の学校における薬物乱用防止教育にも共通するものである。しかし、この目標達成は容易ではなく、世界の学校で熱心な様々の試みが続けられている。ここでは薬物乱用防止教育プログラムの有効性について最も先進的な研究が行われている米国のプログラムについて紹介した。米国で得られた新しい知見は既に、わが国の薬物乱用防止教育プログラムにも盛り込まれている²²⁻²⁷⁾。我々は米国以外の欧州やアジア諸国の薬物乱用防止教育についても比較研究を進めている。そこで得られた知見については別の機会に報告したい。

文 献

- 1) 文部省：学習指導要領。1989
- 2) 勝野真吾：思春期の薬物乱用の実態と対策。思春期学 Vol. 17 415-421, 1999
- 3) 文部省：学習指導要領。1998, 1999
- 4) 勝野真吾他：薬物乱用防止教育の国際比較研究 I。学校教育学研究 Vol. 9, 155-163, 1997
- 5) 勝野真吾他：薬物乱用防止教育の国際比較研究 II。学校教育学研究 Vol. 10, 117-122, 1998
- 6) 勝野真吾他：欧州諸国における薬物乱用防止教育についての施策に関する調査研究報告書。1998
- 7) 勝野真吾他：諸外国におけるライフスキル教育に関する調査研究 報告書。1999
- 8) US Department of Education: Drug Prevention Curricula. 1988
- 9) US Department of Education: School without Drugs. 1988
- 10) WHITE HOUSE: US Drug Control Strategy.

- 1992
- 11) WHITE HOUSE,: America 2000. 1992
 - 12) Bukoski, W.J.: A Framework for Drug Abuse Prevention Research in Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues, NIDA , Research Monograph in 1991. 1991
 - 13) US Department of Education: Learning to Live Drug Free. 1988
 - 14) Dusenbury, L., Falco, M., and Lake, A.: A Review of the Evaluation of 47 Drug Abuse Prevention Curricula Available Nationally. J. School Health, Vol. 67, 127-132, 1997
 - 15) Hedges, L., and Olkin, I.: Statistical Methods for Meta-analysis. New York: Academic Press, 1985
 - 16) Hedges, L.: Advances in Statistical Methods for Meta-analysis. In Cordray, D. and Lipsey, M., eds. Evaluation and Statistical Review Annual. Vol, 11, Beverly Hills, CA, 1986
 - 17) Tobler N.S.: Meta-analysis of Adolescent Drug Prevention Programs. NIDA Research Monograph: Meta-analysis of Adolescent Drug Abuse Prevention Programs. 1997
 - 18) Perry C.L. et al.: The Minnesota DARE PLUS Project: Creation Community Partnerships to Prevent Drug Use and Violence. J. School Health, Vol. 70, 84-88, 2000
 - 19) U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health: The Monitoring the Future, National Survey Results on Drug Use, 1975-1999. 2000
 - 20) Kann, L. et al.: Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999., J. School Health, Vol. 70, 271-285, 2000
 - 21) Bachman, J.G., Johnston, L.D., and O' Malley P. M.: Explaining Recent Increase in Students' Marijuana Use: Impacts of Perceived Risks and Disapproval, 1976 through 1996. American J. Public Health, Vol. 88, 887-892, 1998
 - 22) 日本学校保健会：喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引（中学校編）。1995
 - 23) 日本学校保健会：喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引（高等学校編）。1996
 - 24) 日本学校保健会：喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引（小学校編）。1997
 - 25) 日本学校保健会：薬物乱用防止に関する指導—指導資料（中学校編）。1997
 - 26) 日本学校保健会：薬物乱用防止に関する指導—指導資料（高等学校編）。1997
 - 27) 日本学校保健会：薬物乱用防止教育指導者用ビデオ，2001
- 連絡先：〒673-1494 兵庫県加東郡社町下久米
942-1
兵庫教育大学生活・健康系教育講座(勝野)

資料 1



第2章

幼稚園から3年生

全般的な目標

- ・医薬品と違法な薬物の違いを知る
- ・誰から薬をもらったら適切であるかを知る
- ・子供が問題に直面することを知り、そしてその問題に関して助けを求めてもよいことを知る
- ・ほとんどの人々が違法な薬物を使っていないことを知る

授業計画

目標

1. 自分自身の良いところ（長所）を知る
2. 医薬品と違法な薬物との違いを見分ける
3. 他人を助ける社会的技能をのばす
4. 友情について学ぶ
5. 感情について知り、それがどのように行動に影響を及ぼすかを知る
6. 薬をもらっても良い（安全な）人を見分ける
7. ひとりひりが気がつけなければならぬことに責任感を持つ
8. 人は問題にぶつかることがあり、そんな時には助けを求めても良いことを知る

カリキュラム領域

1. 美術／音楽
2. 理科
3. 保健体育
4. 社会
5. 語学
6. 理科
7. 語学
8. 保健体育

第3章

4-6年生

全般的な目標

- ・違法な化学物質の名前を知る
- ・違法な薬物とそれらの影響についての情報を得る
- ・仲間からの誘惑をうまく断る技能（skill）を身につける
- ・友情を理解する
- ・他人を助けることの大切さを理解する
- ・仲間と上手につきあひ、その圧力（誘惑）に対する上手な対処の方法を学ぶ
- ・特に友情を尊重し学び続けるという将来への志向性をのばす
- ・拒絶、欲求不満、失望、失敗などへの対処の方法を向上させる

授業計画

目標

1. 仲間になどと伝えるようになる
2. 薬物の名前やそれがどのように売られているか学ぶ
3. 我々がどのように法律に影響を及ぼし、そして法律がどのように我々を守るか理解する
4. 情報源や質問が信頼できるかどうかを評価する方法を知る
5. 薬物使用が社会に与える経済的損失（支出）を理解する
6. 個性を保ち、同時に友人とグループでつきあう方法を知る
7. 他人を助けることの大切さを理解する
8. 決断に至るために科学的論理を用いる
9. 情報源としての映画、テレビ、音楽に対して批判的に評価をする
10. 決断することがもたらす短期及び長期の帰結を理解する
11. 健全な友情に必要な要因を知る
12. ストレスに対処する戦術と技能を向上させる

カリキュラム領域

1. 語学
2. 理科
3. 社会
4. 語学
5. 数学
6. 社会
7. 語学
8. 科学
9. 語学
10. 数学
11. 社会
12. 保健体育

第4章 7-8年生

目標

- ・薬物が身体とその他の機能にいかに関与するかを知る
- ・違法な薬物の使用のもたらす結果について知る
- ・仲間からの誘惑を断る技能(skill)を高める
- ・今決めたことと将来の結果の関係を理解する
- ・個人の存在についての肯定的な考え方を向上させる
- ・自らの教育を続けていくことの重要性を理解する
- ・問題に対処するための援助が受けられる人、機関、施設などを知る

授業計画

目標

1. 家族と家族の結束の重要性を認識する
2. 音楽やビデオ、映画、TV、広告などのメディアのメッセージを見分け評価する
3. 薬物使用が犯罪や経済にもたらす影響を知る
4. 将来の目標設定のしかたを学ぶ
5. 情報源としての人の信頼性を評価する
6. 薬物が身体に与える影響について知る
7. 健康な生活における身体活動の重要性を知る
8. 仲間からの薬物使用の誘いに対処する方法を見分ける
9. 他人を助けるよう若者にすすめる
10. 今決めたことが長期間にわたってどうのように関与を及ぼすのかを理解する
11. 決定を下す時、どのように科学的方法を用いるかを学ぶ
12. 薬物使用に關しての政策や法律について学ぶ

カリキュラム領域

1. 社会
2. 美術/音楽
3. 数学
4. 社会
5. 芸術
6. 理科
7. 保健体育
8. 語学
9. 社会
10. 語学
11. 理科
12. 社会

第5章 9-12年生

目標

- ・薬物使用の危険性を知る
- ・以下のことについての薬物使用の影響について知る
将来の勉学(学歴)
仕事
健康
子ども(子孫)
- ・仲間の誘惑に対して断る技術を身につける。そしてなぜ「NO」と言うことが大切であるかを理解する
- ・人々に影響を及ぼす、モデルとなるような人を批判的に評価する
- ・自分自信のモラル、倫理を理解する
- ・社会に対する自分の責任ある行動の重要性を理解する
- ・健全な対処法に關する戦略を向上させる
- ・自己の価値を肯定的に見る感覚をのばす

授業計画

目標

1. 違法薬物使用の法的な帰結を理解する
2. 違法薬物の身体に及ぼす影響を知る
3. 成長には時間がかかると理解する
4. 生まれてくる子どもに対処するアルコーンや他の薬物の有害な作用を理解する
5. 薬物使用を勧めめるような作り話やまじり文句があることを理解する
6. 薬物使用を勧めめるような友人や社会の圧力にうまく対処する方法をみつける
7. スteroid使用の身体および精神に及ぼす影響を知る
8. 薬物使用が個人の経済的資産に及ぼす影響を理解する

カリキュラム領域

1. 社会
2. 理科
3. 語学
4. 保健体育
5. 語学
6. 美術/音楽
7. 保健体育
8. 数学

論 説

我が国における薬物乱用防止教育の変遷

石 川 哲 也

神戸大学発達科学部

Development of School Drug Education in Japan

Tetsuya Ishikawa

Faculty of Human Development Kobe University

In this report, I summarized the development of drug education in schools. School drug education started after the World War II in Japan.

In 1958, the course of study was published by the Ministry of Education. Matters concerning drug abuse were mainly taught in the subjects of health and physical education at junior high school. The contents should be handled were the toxic effects of abused drugs on mental health. The type of drugs described was, however, only narcotics. This did not fit the fact of drug abuse because methamphetamine had been most popularly abused drug in Japan. In 1967, the course of study was revised and the description of amphetamine type stimulants was added in the area concerning drug abuse in health and physical education.

Drug education was, however, struck out from the newly revised course of study in 1977. During the period of the course of study, drug abuse and the related problems were not the subject under an obligation to teach in schools.

In 1989, the course of study was renewed again. The course of study described that the harmful effects of paint thinner (organic solvents) and those of narcotics and amphetamine type stimulants should be taught at junior high school and at senior high school, respectively. Those revision reflected the increase of drug abuse.

Recently drug abuse is rapidly increasing among adolescents with decreasing age of initiation. The increase generally called "The third period of stimulant drug abuse". To respond to the recent increase of drug abuse, the new course of study, which was revised in 1998, presented that drug education should be situated systematically in the school curriculum from the level of elementary school to the level of senior high school and that not only the knowledge on harmful effects of drugs, but also life-skills; communication skills, coping skills for mass-media and refusal skills against drugs etc., should be handled in school drug education.

Now in Japan, drug education suits to the fact of drug abuse in our society and occupies an important position in schools.

Key words : drug education, health and physical education, course of study, life
-skills

薬物乱用防止教育, 保健体育, 学習指導要領, ライフスキル

1. はじめに

1992年（平成4年）以来、我が国においては覚せい剤事犯による検挙者が増加傾向を示している。このため政府はこの時期を「第三次覚せい剤乱用期」と位置づけ、この傾向に歯止めをかけ、我が国において薬物のない社会を作るため、1997年（平成9年）、内閣総理大臣を長とする薬物乱用対策推進本部を設置し、1998年（平成10年）5月「薬物乱用防止5カ年戦略」を策定した。そして、その目標の一番面目には

「中・高校生を中心に薬物乱用の危険性を啓発し、青少年の薬物乱用傾向を阻止する。」とし、教育の重要性を指摘している。

これらの目標や教育課程審議会答申（1998年（平成10年）7月）を受けて、文部省は1998年（平成10年）及び1999年（平成11年）に改訂された学習指導要領においては、小学校¹⁾段階から薬物乱用防止について指導することとした。中学校²⁾、高等学校³⁾においてもその内容の充実を図っている。

この様な一連の流れから見ても、諸外国の

表1 薬物乱用防止に関する学習指導要領の変遷（小学校）

	小学校学習指導要領	小学校指導書体育編・小学校学習指導要領解説体育編
昭和33年 (1958年)		
昭和43年 (1968年)	(2) 健康な生活の組み立てについて理解させる（第5学年） ウ 飲食物の選び方と健康障害について知ること。 酒、たばこ、コーヒーなどと健康	
昭和52年 (1977年)		
平成元年 (1988年)		
平成10年 (1998年)	(3) 病気の予防について理解できるようにする（第5・6学年） ウ 生活習慣病など生活行動が主な要因となって起こる病気の予防には、栄養の偏りのない食事や口腔の衛生など、望ましい生活習慣を身に付けることが必要であること。また、喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、健康を損なう原因となること。 3 内容の取扱い (7) 内容の「G保健」の(3)のウの薬物については、有機溶剤の心身への影響を中心に取扱うものとする。また、覚せい剤等についても触れるものとする。	(3) 病気の予防 ウ 生活行動がかかわって起こる病気の予防 (エ) 薬物乱用については、シンナーなどの有機溶剤を取り上げ、一回の乱用でも死に至ることがあり、乱用を続けると止められなくなり、心身の健康に深刻な影響を及ぼすことを理解できるようにある。また、薬物の乱用は法律で厳しく規制されていることや、乱用される薬物には覚せい剤など様々なものがあることにも触れるようにする。 (オ) 日常の生活行動の積み重ねによっては生活習慣病が起こったり、好奇心から喫煙、飲酒、薬物乱用をはじめの場合などが多く見られることから、自分の健康は自分で守るという意識を高め、健康によい生活行動を自ら実践することが必要であることを理解できるようにする。

(注) 年号は学習指導要領が告示された年号を示しており、指導書及び解説はその年号とは異なっている。

表2 薬物乱用防止に関する学習指導要領の変遷（中学校）

	中学校学習指導要領	中学校指導書保健体育編
昭和33年 (1958年)	<p>(2) 精神衛生（第3学年）</p> <p>ア 精神の健康</p> <p>精神の健康は、身体の健康、家庭生活、社会生活と密接な関係があることや酒、たばこ、麻薬などの乱用によって精神の健康がそこなわれることおよび精神の健康がそこなわれると望ましくない行動をしがちになることを知らせ、精神の健康の意義や精神を健康に保つ必要を理解させる。</p>	<p>6 精神衛生</p> <p>(イ) 不健康な精神と不適応な行動</p> <p>b 酒、たばこ、麻薬などの害</p>
昭和44年 (1969年)	<p>(4) 健康な生活の設計と栄養（第2学年）</p> <p>栄養、薬品・嗜好品、疲労・休養などと健康との関係を理解させ健康な生活設計ができるようにする。</p> <p>ウ 薬品・嗜好品と健康</p> <p>薬品・嗜好品の種類の概要を知り、特に、麻薬、覚せい剤、催眠剤、抗生物質ならびに酒、たばこなどと健康の関係について理解すること。また、代表的な農薬、毒物および劇物と健康の関係についても知ること。</p>	<p>4 健康な生活の設計と栄養</p> <p>(ア) 薬品の種類</p> <p>薬品は病気を予防し、または治療することなどを主たる目的として作られたもので正しく用いることによって人間の健康に大きく寄与しているが、薬品のなかには特殊の成分を有するものもあるので、その使用法や保管にはじゅうぶん注意しなければならないことを知らせる。薬品は、法律によって取り扱い上の観点から医薬品や、医薬部外品などに、また、薬品の効力によって毒薬、劇薬、普通薬などに分類される。このほか薬品には、作用や形からいろいろな種類があることを知らせる。麻薬、覚せい剤、催眠剤、抗生物質はその成分の特性上、習慣性、耽溺性が生じやすく、中毒した場合には心身の健康が著しくそこなわれ、激しい副作用を起こす場合もある。さらに、これらの薬品は必ず医師の指示によって正しく用いなければならないことを法律で規定していることを知らせる。一般用薬品についても、服用量や時刻その他の注意を守って用いるほか、濫用、多用を避け、その用途に照らし正しく用いることができるようにする。</p>
昭和52年 (1977年)	<p>3 傷害の防止と疾病の予防</p>	<p>3 傷害の防止と疾病の予防</p> <p>ウ 疾病の発生要因とその予防</p> <p>更に、嗜好品としての煙草の常用及び過喫による健康障害について知らせるとともに、医薬品としての麻薬、覚せい剤の誤った使い方による健康障害についても取り扱うよう配慮する。</p>

	中学校学習指導要領	中学校指導書保健体育編・中学校学習指導要領解説保健体育編
平成元年 (1989年)	(4) 疾病の予防について理解を深めさせる。 イ 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、心身に様々な影響を与え、疾病の要因ともなること。	イ 喫煙、飲酒、薬物乱用と健康 薬物乱用については、シンナーを取り上げ、その主成分であるトルエンなどを吸引すると、中枢神経が麻痺し、酩酊状態となり、知覚異常・幻覚作用が起こり、最悪の場合には呼吸機能が停止して死亡すること、また、依存性が強く連用により肝臓や脳に影響を与えることを理解させる。さらに、人格にも影響を及ぼすこともあることを知らせる。
平成10年 (1998年)	(4) 健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。 ウ 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、心身に様々な影響を与え、健康を損なう原因となること。また、そのような行為には、個人の心理状態や人間関係、社会環境が影響することから、それらに適切に対処する必要があること。 3 内容の取扱い (8) 内容の(4)のウについては、心身への急性影響及び依存性について取り扱うこと。また、薬物は、覚せい剤や大麻等を取り扱うものとする。	ウ 喫煙、飲酒、薬物乱用と健康 (ウ) 薬物乱用と健康 薬物乱用については、覚せい剤や大麻を取り上げ、摂取によって幻覚を伴った激しい急性の錯乱状態や急死などを引き起こすこと、薬物の連用により依存症状が現れ、中断すると精神や身体に苦痛を感じるようになるなど様々な障害が起きることを理解できるようにする。 また、薬物乱用は、個人の心身の健全な発育や人格の形成を阻害するだけでなく、社会への適応能力や責任感の発達を妨げるため、暴力、性的非行、犯罪など家庭・学校・地域社会にも深刻な影響を及ぼすこともあることを理解できるようにする。 喫煙・飲酒・薬物乱用などの行為は、好奇心、なげやりな気持ち、過度のストレスなどの心理状態、周囲の人々の影響や人間関係の中で生じる断りにくい心理、宣伝・広告や入手のし易さなどの社会環境などによって助長されることを知り、それらに適切に対処する必要があることを理解できるようにする。

(注) 年号は学習指導要領が告示された年号を示しており、指導書及び解説はその年号とは異なっている。

例⁴⁻⁶⁾を見ても、薬物乱用防止教育は、今後も益々重要な教育課題となると考えられる。

本報告は、薬物乱用防止教育の一層の充実に資するため、戦後の学習指導要領の変遷を中心に学校における薬物乱用防止教育の変遷をまとめるとともに、時代的背景を踏まえて考察を加えた。

2. 薬物乱用防止教育の変遷

学校における薬物乱用防止教育は、主として教科体育・保健体育の「保健」において指導されてきた。

学習指導要領における薬物乱用防止教育の内

容の推移を表1—3に示した。また、学習指導要領等に記載されている薬物の種類の推移を表4に示した。

(1) 戦後から1957年(昭和32年)まで

1947年(昭和22年)学校体育指導要綱⁷⁾が文部省より発行され、体練科から体育科となり小学校から大学まで「運動」と「衛生」が課せられたが、これらの中には薬物乱用防止に関する記述はない。その後、中等学校保健計画実施要領(試案)(1949年(昭和24年))⁸⁾、小学校保健計画実施要領(試案)(1950年(昭和25年))⁹⁾が文部省からだされているが、この中にも薬物乱用防止に関する記述はない。

また、1956年（昭和31年）には、高等学校学習指導要領¹⁰が発行されたが、この中にも薬物乱用防止に関する記述はない。

(2) 1958年（昭和33年）～1968年（昭和43年）

1958年（昭和33年）に小学校学習指導要領¹¹及び中学校学習指導要領¹²が、1960年（昭和35年）には高等学校学習指導要領¹³が告示された。これらの学習指導要領は目標、内容等今日の様式の原点となるものとされている。

1958年（昭和33年）に告示された、中学校学習指導要領においては、「5 病気の予防」の単元で医薬品の正しい利用のしかたや医薬品の

誤った使用によって事故を起こさないようにする（下線部は学習指導要領の文言をそのまま引用したもの；以下同様）との内容が盛り込まれた。また、「(2) 精神の健康」の単元で酒、たばこ、麻薬などの乱用が明記されており初めて学習指導要領に薬物乱用防止に関する内容が盛り込まれた。

(3) 1969年（昭和44年）～1976年（昭和51年）

1969年（昭和44年）に告示された中学校学習指導要領¹⁴においては、「(4) 健康な生活の設計と栄養」の単元において薬品・嗜好品の種類の大要を知り、特に、麻薬、覚せい剤、催眠剤、

表3 薬物乱用防止に関する学習指導要領の変遷（高等学校）

	高等学校学習指導要領	高等学校学習指導要領解説保健体育編
昭和35年 (1960年)	(5) 公衆衛生	(5) 公衆衛生 b 母子衛生・家族計画・国民優生 国民優生については、その意義・重要性・対策などについて扱う。なお、特に性病やアルコール中毒の予防の国民優生に対する意義を扱い……。
昭和45年 (1970年)	(5) 生活と健康 ア 家庭生活と健康 イ 医薬品や食品添加物と消費者	(1) 家庭生活と健康 エ 医薬品は、主として疾病を治療し、予防するものであること、及びその種類さらには、それが製造から販売までの流通過程までが薬事法によって規制されていることを理解させる。また、我が国における医薬品の使用状況を知らせ、その乱用や多用によって起こる弊害について知らせる。
昭和53年 (1978年)	(1) 心身の機能 ウ 欲求と適応規制	3 内容の取扱い 「欲求と適応規制」の項については、これと関連して未成年者に見られる飲酒、喫煙や麻薬、覚醒剤などの使用の害についても触れる。
平成元年 (1989年)	(1) 現代社会と健康 イ ……、また、喫煙や飲酒、薬物乱用と健康の関係、医薬品の正しい使い方について理解させる。	(1) 現代社会と健康 イ 生活行動と健康 イ 喫煙や飲酒、薬物乱用と健康 喫煙や飲酒のほか、例えば大麻、覚せい剤などの薬物の乱用が心身の健康や社会に及ぼす影響について理解させ、健康に好ましくない行動は避けるという態度を身に付けることが重要であることを理解させる。 ウ 医薬品と健康 医薬品の有効性や副作用について理解させ、その正しい使用方法について理解させる。

	高等学校学習指導要領	高等学校学習指導要領解説保健体育編
平成11年 (1998年)	<p>(1) 現代社会と健康</p> <p>イ ……喫煙、飲酒に関する適切な意志決定や行動選択が必要であること。</p> <p>薬物乱用は心身の健康などに深刻な影響を与えることから行ってはならないこと。また、医薬品は正しく使用する必要があること。</p> <p>3 内容の取扱い</p> <p>(1) 内容の(1)のイの喫煙、飲酒、薬物乱用については、疾病との関連、社会への影響などについて総合的に取り扱い、薬物については、麻薬、覚せい剤等を取り扱うものとする。</p>	<p>(1) 現代社会と健康</p> <p>イ 健康の保持増進と疾病の予防</p> <p>ウ 医薬品の正しい使用、薬物乱用と健康</p> <p>医薬品の有効性や副作用及びその正しい使用方法について理解できるようにする。また、コカインなどの麻薬、覚せい剤などの薬物の乱用が心身の健康や社会に及ぼす影響について理解できるようにする。さらに、薬物乱用の背景には、自分の体を大切にする気持ちや社会の規範を守る意識の低下、周囲の人々からの誘い、断りにくい人間関係といった不適切な社会環境などがあることを取り上げ、薬物乱用を決して行わないことが必要であることを理解できるようにする。</p>

(注1) ……は筆者が付したものであり、文章が続いていることを示している。

(注2) 年号は学習指導要領が告示された年号を示しており、指導書及び解説はその年号とは異なっている。

表4 学習指導要領等に取り上げられている薬物の種類の推移

	1958年～1967年			1969年～1976年			1977年～1987年			1988年～1997年			1998年以降		
	小	中	高	小	中	高	小	中	高	小	中	高	小	中	高
有機溶剤											○		◎		
覚せい剤					◎			△	△			○	◎	◎	◎
麻薬		◎			◎			△	△						◎
大麻											○			◎	
睡眠薬 (催眠剤)					◎										

年は小学校学習指導要領が改訂された年代から次の改訂までの間を示す

◎は学習指導要領に具体的な薬物名が記載されているもの

○は指導書、解説書に具体的な薬物名が記載されているもの

△は学習指導要領に薬物乱用の内容がないが指導書、解説書のみで記載されているもの

抗生物質ならびに酒、たばこなどと健康の関係について理解することとしている。

さらに、1968年(昭和43年)の小学校学習指導要領¹⁵⁾においては、酒、たばこ、コーヒーなどと健康についての記述がある。

(4) 1978年(昭和52年)～1988年(昭和63年)

1978年(昭和52年)及び1979年(昭和53年)

の改訂においては、小学校、中学校及び高等学校の学習指導要領から薬物乱用防止に関する内容が見られなくなった¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾。

中学校指導書保健体育編¹⁹⁾及び高等学校学習指導要領解説保健体育編²⁰⁾において麻薬・覚せい剤が示されているのみである。

(5) 1989年(平成元年)～1997年(平成9年)

1989年（平成元年）の改訂においては、中学校及び高等学校において薬物乱用に関する内容が再度登場してくる²¹⁾²²⁾²³⁾。

(6) 1998年（平成10年）以降

1998年（平成10年）及び1999年（平成11年）に告示された学習指導要領²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾においては、小学校段階から薬物乱用防止について指導するとともに、中学校、高等学校においても薬物乱用防止教育の一層の充実を図っている。

3. 考 察

乱用される薬物の中でも、あへんは江戸時代より厳しい規制がなされていたが、その他の薬物であるモルヒネ、コカイン等が規制されたのは1920年（大正9年）の「モルヒネ、コカイン及び其ノ塩類ノ取締ニ関スル件」(内務省令第41号)である。その後、1930年（昭和5年）には、モルヒネやコカイン等を麻薬と称して「麻薬取締規則」が制定された²⁷⁾。しかしこれらは、国際間の条約に基づくものであり、第二次世界大戦前は、我が国においては、薬物乱用は皆無であったと言える²⁸⁾。このため、戦前の「衛生」の指導項目に薬物乱用の用語は見られない²⁹⁾。

また、1950年（昭和25年）までに作成された学校体育指導要綱、中等学校保健計画実施要領（試案）及び小学校保健計画実施要領（試案）には薬物乱用防止に関する記述はない⁷⁻⁹⁾。

ところが、覚せい剤は、戦後、薬事法により劇薬として売買の規制はあったもののヒロポンの名称で一般に販売されていたため、この乱用が拡大をしてきた²⁸⁾。このため、1951年（昭和26年）に「覚せい剤取締法」が制定され、所持も使用も禁止となった。そして、1954年（昭和29年）には55,664人という最高の覚せい剤事犯の検挙者をだすこととなった。

この様な背景であったが、1956年（昭和31年）に発行された、高等学校学習指導要領にも薬物乱用防止に関する記述はない¹⁰⁾。

1958年（昭和33年）に小学校学習指導要領及び中学校学習指導要領が告示されたが、この時初めて、薬物乱用として麻薬が中学校の学習指

導要領に明記された。取り上げられた単元は「精神の健康」であり、酒やたばこと同様に依存という概念で扱っている¹²⁾。当時は「ヒロポン国を滅ぼす」といわれ、薬物の精神毒性や依存性が大きな社会問題となっていた³⁰⁾。このため、精神の健康において取り上げられたものと考えられる。しかし、ここでは、薬物は麻薬のみが取り扱われており、1957年以降覚せい剤の乱用は押えられてくるものの当時我が国で問題となっていた覚せい剤に関する記述はない。

指導学年は、第3学年である¹²⁾。当時は、中学生の麻薬乱用事犯が多いという事実はないが、高等学校進学率は50%程度³¹⁾であるため、中学校における指導を考慮したとも考えられる。

1960年（昭和35年）に告示された高等学校学習指導要領においては薬物乱用防止に関する記述はない。ただし、アルコール中毒に関しては「公衆衛生」の単元の国民優生で扱っている¹³⁾。

1969年（昭和44年）に告示された中学校学習指導要領においては、覚せい剤や麻薬、催眠剤を取扱い、心身の健康とのかかわりについて指導するようになっている¹⁴⁾。

この改訂ではじめて覚せい剤が指導内容として示された¹⁴⁾。覚せい剤は1969年（昭和44年）以降増加に転じる。催眠剤が取り上げられたのは、1960年（昭和35年）頃から、若者の間にいわゆる「睡眠薬遊び」が広まり社会問題となっていた²⁸⁾³⁰⁾ためと考えられるが、「睡眠薬遊び」は、1963年（昭和38年）の薬事法施行規則の改正で急速に沈静化していった。

1970年（昭和45年）の高等学校学習指導要領には、医薬品の記述はあるが、薬物乱用については記載がない³²⁾。小学校においては、酒、たばこと健康について指導するようになっている¹⁵⁾。1969年（昭和44年）以降、覚せい剤事犯で検挙される者が増加を続け、第二次覚せい剤乱用期と呼ばれる時代に入る²⁸⁾。また、青少年のシンナーの乱用が問題となり1972年（昭和47年）には毒物及び劇物取締法により吸引や所持などが規制されることとなるが、補導人員は1982年（昭和57年）まで増加を続けることとな

る。

しかし、1977年（昭和52年）の中学校学習指導要領からは、薬物乱用に関する指導内容が削除された¹⁷⁾。ただし、中学校指導書保健体育編には、医薬品としての麻薬・覚せい剤の誤った使い方による健康障害についても取り扱うよう配慮するとの記述がある¹⁹⁾。1978年（昭和53年）の高等学校学習指導要領解説保健体育編においては、内容の取扱いの「欲求と適応規制」の項で麻薬、覚醒剤について触れるよう記述している²⁰⁾。しかし指導書、解説は学習指導要領のように法的な拘束力があるものとは見なされていない。

これは、各教科の授業時数が10%程度削減され、いわゆる「ゆとりの時間」が設けられた。このため各教科においては内容の精選が図られ、保健においても大幅な精選が行われた。また、概念を身に付ける学習との考え方が徹底し、内容の構造化が図られたため詳細な指導内容を示さなくなったためである。

その後、覚せい剤事犯は増加を続け、1984年（昭和59年）には24,372人ももの検挙者をだすに至った³³⁾。また、未成年者の喫煙や飲酒が社会問題となって来たため、文部省は、これらに対する指導を含め教師用の指導資料を作成することとし、財団法人日本学校保健会において「喫煙防止に関する保健指導の手引」の小学校版³⁴⁾（小学校は薬物乱用が含まれない）、「喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する保健指導の手引」中学校版³⁵⁾及び高等学校版³⁶⁾を作成、それぞれの学校に無償配付し、薬物乱用防止教育の充実を図った。

1989年（平成元年）に改訂された、学習指導要領は、この様な背景を受け、中学校及び高等学校の学習指導要領に薬物乱用防止に関する内容が再び登場してきている。そして、その取扱いも高校では「現代社会と健康」の単元で、中学校では、「病気の予防」の単元で、生活行動とのかかわりで指導するようになった。指導内容は、中学校は有機溶剤、高等学校は大麻、覚せい剤などの薬物を取り扱うこととなってい

る²¹⁻²³⁾。この時期は覚せい剤が中学生にまで広まり深刻な状態になるとは予想できない時期であったため、中学校の学習指導要領に覚せい剤の記述は見られない。青少年の薬物乱用の主流である有機溶剤は、この改訂ではじめて登場してくる²²⁾。

1992年（平成4年）以来覚せい剤事犯による検挙者が三度増加を始め、今日、「第三次覚せい剤乱用期」と称されるようになった。

このため、1997年（平成9年）内閣総理大臣を長とする薬物乱用対策推進本部を設置し、1998年（平成10年）5月「薬物乱用防止5カ年戦略」を策定し国を挙げて、薬物乱用防止に取り組んでいる。そこでは「青少年期は、たばこ（ニコチン）、酒（アルコール）を含めた依存性薬物を使用するきっかけが起りやすい時期であり、また、心身の発育・発達途上にあるため、依存状態に移行しやすく、人格の形成が妨げられるなど薬物の影響が深刻なかたちで現れやすい。したがって、初等中等教育段階からの薬物乱用防止に関する指導が、極めて重要な意義を持つ。現行の学習指導要領は、高等学校及び中学校では教科「保健体育」において指導内容が明示されているが、小学校では教科「体育」の保健領域において指導内容として薬物乱用防止については示されていない。このため、学習指導要領の改訂に当たっては、小学校においても、薬物乱用防止について指導する方向で検討する。」と指摘されている。

このため、文部省においては薬物乱用防止教育を総合的に推進することとなった。薬物乱用防止教育における文部省の取組みを表5に示す。

この様な背景を受けて、1998年（平成10年）及び1999年（平成10年）に改訂された学習指導要領においては、小学校段階から薬物乱用防止について指導することとなった²⁴⁾。

指導する薬物は、小学校ではシンナーなどの有機溶剤を中心に覚せい剤にも触れ²⁷⁾、中学校では、覚せい剤、大麻を²⁵⁾、高等学校ではコカインなどの麻薬、覚せい剤などを取り扱うようにしている²⁶⁾。この様に、今日的な課題である

表5 薬物乱用防止教育への文部省の取組み

1 現状

近年の青少年の薬物乱用の問題については、中・高校生の覚せい剤事犯検挙者数が高水準で推移しており、依然として予断を許さない状況である。

また、先般、総理府から発表された「薬物に関する世論調査」の結果においても、若い世代ほど自分の周囲に薬物乱用者や薬物への誘惑が多い一方で薬物問題への関心度が低いことが明らかになるなど、極めて深刻な問題である。

2 政府における取組

こうした状況にかんがみ、政府では平成9年1月に薬物乱用対策推進本部（本部長：内閣総理大臣、副本部長：文部大臣ほか）を設置。平成10年5月には「薬物乱用防止五か年戦略」を策定し、青少年の薬物乱用傾向を阻止すること等により、早期に第三次覚せい剤乱用期を終息させるよう、政府全体として緊急に対策を講ずることとした。

文部省では、同支部の「青少年対策ワーキンググループ」を主催し、関係省庁と緊密な連携を図りつつ児童生徒等への薬物乱用教育の充実に取り組んでいるところ。

3 学校や地域社会における薬物乱用防止教育の充実

文部省としては、学校や地域社会における薬物乱用防止教育の充実を図るため、以下について、都道府県教育委員会等に対して徹底。

- (1) 「薬物乱用防止教室」については、教師のみならず警察職員や麻薬取締役官OB等の専門家が一体となって指導することによる効果が認められることから、関係機関等との密接な連携を図って積極的に開催を進めること。また、今後すべての高等学校及び中学校において年1回は薬物乱用防止教室を開催するよう努めるとともに、地域の実情に応じて小学校においても薬物乱用防止教室の開催を推進すること。
- (2) 学校のみならず家庭、地域社会が一体となって薬物について生部ことができるよう、各教育委員会において学校への支援体制の強化・充実を図るとともに、社会教育施設等において地域住民を対象とした薬物乱用防止に関する講座の開設や相談窓口の設置を行うなど、その機会の提供や場の整備等に努めること。
- (3) PTAや青少年関係団体等と十分に連携・協力するなど、地域社会が一体となってこの問題に取り組むこと。

4 教育課程の改善

平成10年7月の教育課程審議会答申において、小学校段階から薬物乱用防止について指導するよう盛り込まれたところ。

これを受けて改訂された、新学習指導要領においては、新たに、小学校の教科「体育」においても、薬物乱用防止に関する指導を行うとともに、中学校及び高等学校においても、その指導内容を充実。

5 文部省の施設（平成12年度）

- | | |
|----------------------------------|------|
| (1) 児童生徒の覚せい剤等に対する意識調査 | (新規) |
| (2) 薬物乱用防止教育指導者用ビデオの作成・配布 | (新規) |
| (3) 薬物乱用防止教室の推進 | (継続) |
| (4) シンポジウムの開催 | (継続) |
| (5) 薬物乱用防止教育教材の作成・配布 | (継続) |
| (6) 競技場等の大型ディスプレイシステムを活用した広報啓発活動 | (継続) |
| (7) 中学生・高校生用パンフレットの作成・配布 | (継続) |
| (8) 研修会の開催 | (継続) |
| (9) 薬物乱用防止教育支援体制整備・活用モデル推進地域事業 | (継続) |

覚せい剤については、小・中・高すべての学校段階で取り扱うようになった。

さらに今回の改訂の大きな特徴は、知識だけでなく薬物乱用が起こる人間関係や社会環境にまで目を向けこれらに対処するスキルが必要なことを理解させようとしている点であるといえよう²⁴⁻²⁶⁾。

このように、薬物乱用防止教育は今回の学習指導要領の改訂によって我が国の薬物乱用の実態や社会の要求に合った学習内容となったといえよう。しかし、指導時数の問題は未だ解決されていない。

4. まとめ

薬物乱用防止教育は、戦後始まったものであり、当初は、中学校において精神への害について指導する内容であった。しかもその取り上げ方は、麻薬のみを取り上げており、当時の実態とは異なっていたといえる。その後の改訂で覚せい剤が指導内容となっている。

しかし、1977年（昭和52年）の改訂では、学習指導要領からその記述がなくなった。

薬物乱用防止に関する内容は、1989年（平成元年）にはその後の薬物乱用傾向に即して、新たに学習指導要領の内容として示され、中学校には有機溶剤が加わった。また、高等学校学習指導要領に初めて内容として示された。

そして現在、「第三次覚せい剤乱用期」と呼ばれる時代に入り小学校段階から薬物乱用について指導するようになり、その取り上げ方も、薬物乱用が起こる人間関係や社会環境にまで目を向け、これらに対処するスキルが必要なことを理解させようとしている。

今回（1998年及び1999年）の学習指導要領の改訂によって薬物乱用防止教育は我が国の薬物乱用の実情に合わせた指導内容となったといえる。

参考文献

- 1) 小学校学習指導要領, 文部省, 1998
- 2) 中学校学習指導要領, 文部省, 1998

- 3) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1999
- 4) 中井一士: EU (欧州連合)における薬物問題の現況と対策 (その1), NEWS LETTER第52号6-17, 麻薬・覚せい剤乱用防止センター, 2000
- 5) WHO: WORLD DRUG REPORT, 1997
- 6) The White House: TheNational Drug Control Strategie 1998
- 7) 学校体育指導要綱, 文部省, 1947
- 8) 中学校保健計画実施要領 (試案), 文部省, 1949
- 9) 小学校保健計画実施要領 (試案), 文部省, 1950
- 10) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1956
- 11) 小学校学習指導要領, 文部省, 1958
- 12) 中学校学習指導要領, 文部省, 1958
- 13) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1960
- 14) 中学校学習指導要領, 文部省, 1969
- 15) 小学校学習指導要領, 文部省, 1968
- 16) 小学校学習指導要領, 文部省, 1977
- 17) 中学校学習指導要領, 文部省, 1977
- 18) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1978
- 19) 中学校指導書保健体育編, 文部省, 1978
- 20) 高等学校学習指導要領解説, 文部省, 1979
- 21) 小学校学習指導要領, 文部省, 1989
- 22) 中学校学習指導要領, 文部省, 1989
- 23) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1989年
- 24) 小学校学習指導要領, 文部省, 1998
- 25) 中学校学習指導要領, 文部省, 1998
- 26) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1999
- 27) 桐原弘毅: 薬物取締法令の変遷等, 警察論集 46: 11, 95-122, 1993
- 28) 竹花豊: 薬物対策の課題, 警察論集46: 11, 1-22, 1993
- 29) 財)日本学校保健会編: 学校保健百年史, 1-290, 財)日本学校保健会, 1973
- 30) 和田清: 依存性薬物と乱用・依存・中毒, 18-25, 星和書店, 東京, 2000
- 31) 教育改革の推進: 文部時報: 1331, 16, 文部省, 1987
- 32) 高等学校学習指導要領, 文部省, 1970

- 33) 麻薬・覚せい剤行政報告：厚生省医薬安全局麻薬課，64，1998
- 34) 小学校喫煙防止に関する保健指導の手引，(財)日本学校保健会，東京，1986
- 35) 中学校喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する保健指導の手引，(財)日本学校保健会，東京，1987
- 36) 高等学校喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する

保健指導の手引，(財)日本学校保健会，東京，1988

(受付 00. 11. 2 受理 01. 4. 14)

連絡先：〒657-5801 神戸市灘区鶴甲3-11
神戸大学発達科学学部(石川)

ライフスキル教育に基づいた
薬物乱用防止の指導事例が
小、中、高等学校用にいっぱいの本

リブドラッグ フリー

石川哲也 編著
勝野真吾 川畑徹朗

- A5判/223頁
- 定価：本体2,400円(税別)

全国書店で発売中!

●店頭がない場合はご注文ください。

リブドラッグフリー

麻薬・覚せい剤・シンナーから子どもを守る本
石川哲也・勝野真吾・川畑徹朗



学研

出版者 学研 〒146-8502 東京都大田区上池台4-40-5 ●ご注文は書店へ/書店がご不便の場合は直接下記へ
電話 (埼玉・新宿) 048-479-1101 FAX (埼玉・新宿) 048-482-1151 ※この場合は別途送料がかかります。

原 著

中学生における有機溶剤乱用の実態と その生活背景 —1992年千葉県調査より—

和 田 清

国立精神・神経センター 精神保健研究所
薬物依存研究部

Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Results of Chiba Prefecture Survey in 1992

Kiyoshi Wada

*Division of Drug Dependence Research,
National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry*

The prevalence of solvent inhalation, and its correlation to certain lifestyle characteristics, was studied in 6,115 students enrolled in 14 junior high schools in Chiba prefecture in 1992. A lifetime prevalence of solvent inhalation was found in 2.5% of male subjects, 1.2% of female subjects and 1.9% of all subjects. The prevalence of solvent inhalation over the past year was 1.8%, 0.9% and 1.4%, respectively. Lifetime prevalence of alcohol drinking was found in 78.4%, 72.8% and 75.6%, respectively. Lifetime prevalence of cigarette smoking was found in 30.7%, 14.9% and 22.9%, respectively. The regularity of lifestyle rhythm was more significantly disturbed in Lifetime Users who had abused solvents at least one time than in Non-Users who had never abused solvents. School life, family life and friendships were less significantly pleasant in Lifetime Users than in Non-Users. Alcohol drinking with peers, at formal parties of friends and after a bath and cigarette smoking had a strong relationship with solvent inhalation. Knowledge of harmful effects of solvent inhalation was not directly related to solvent inhalation. The author suggests that family cohesion may be an important factor of prevention for solvent inhalation in Japan and that education for changing behaviors as well as for knowledge is necessary.

Key words : solvent abuse, alcohol drinking, cigarette smoking, junior high school students

有機溶剤乱用, 飲酒, 喫煙, 中学生

I. はじめに

有機溶剤の乱用（「シンナー遊び」）は、1967年以降、青少年間では、わが国最大の薬物乱用問題である¹⁾。有機溶剤を乱用した結果、精神

的障害をきたして精神病院を受診した138人を調査した福井ら²⁾は、有機溶剤の乱用開始年齢は14歳から16歳に全体の61%が集中しており、しかも、16歳以前に開始した者は全体の75.4%にものぼることを指摘している。この指摘は、

有機溶剤の乱用が中・高校生と深く結びついており、予防的観点からは中学生に対する対策の重要性を強く示唆するものである。しかしながら、乱用経験率を中心に、その実態を調査研究した報告は予想以上に少ない。

野見山ら³⁾は、1968年に計4校の中学・高校の生徒を対象に、尿中馬尿酸濃度の測定及び自記式調査により有機溶剤乱用経験率を調査し、馬尿酸濃度測定では全体の3.0%に有機溶剤の乱用が疑われ、自記式調査では経験率は12歳で3%、13歳で1%、14歳で1.5%、15歳で4%、16歳で8.5%であったと報告している。また、松下ら⁴⁾は、1970年頃に、2中学校の3年生685人に対して尿中馬尿酸濃度の測定を実施し、男子の3.2%、女子の5.8%、全体の4.4%に有機溶剤の乱用が疑われたと報告している。それ以外には、北村ら⁵⁾が、1968年～1981年にわたる学校精神衛生活動を通して知り得た諸情報をもとに、有機溶剤乱用経験率は男子で2.7%、女子で0.1%、全体で1.4%であったことを報告している。また、呉ら⁶⁾は、1993年に都内の公立中学校4校の生徒に対して自記式調査を実施し、シンナーなどの薬物の生涯経験率は男子で4.1%、女子で1.2%、全体では2.7%であったと報告している。しかしながら、これらの報告は対象校が限定されており、地域性等広がりをもった視点からの有機溶剤乱用経験率とは言えない限界を持っている。

筆者らは、1990年に地域性を考慮して選ばれた千葉県の公立中学校12校の生徒5,240人に対して、自記式調査を実施し、有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子で2.1%、女子で0.9%、全体では1.5%であったことを報告した⁷⁾。同時に、有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、学校生活、家庭生活、友人関係においても好ましくない傾向が有意に強いことを示した⁷⁾。さらに、中学生における有機溶剤の乱用は喫煙経験率⁸⁾、仲間との飲酒経験率⁹⁾¹⁰⁾と強く結びついていることも指摘した。

本報告は、1990年の千葉県調査の継続とし

て、1992年に地域性を考慮して選ばれた千葉県の公立中学校14校の生徒を対象に行われた自記式調査の結果である。この調査は、1990年調査と同様に、単に有機溶剤乱用経験率を調べるだけでなく、生徒の日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係をも調査すると同時に、喫煙・飲酒の実態をも調査し、中学生における有機溶剤乱用の実態を包括的に把握することによって、中学生に対する有機溶剤乱用防止対策のための基礎資料に供することを目的としたものである。本稿では、この調査結果を有機溶剤乱用の経験の有無から比較することによって、有機溶剤乱用経験者の諸特徴を明らかにしようと試みた。

II. 対象と方法

本調査は地域特性を考慮して選ばれた千葉県の公立中学校14校の原則的に全生徒を対象に、1992年10月～11月に実施した自記式調査である(表1)。この14校と1990年に実施した同種の調査対象校12校⁷⁾とは重複はない。調査項目は日常生活の規則性、家庭生活、学校生活、友人関係、喫煙・飲酒・「シンナー遊び」についての意識・実態について構成されており、全41問より成っている。調査用紙には個人を特定できる項目はなく、記入を終了した生徒は、同時に配布された封筒に用紙を入れ、封をし、クラス毎の回収用封筒に用紙を投函し、クラス毎の回収用封筒は学校毎にまとめられて、国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部に回収され、そこで初めて開封された。

以上の手続きにより、計画した対象の79.4%に当たる6,115人から回答が得られた(表1)。

統計処理に当たっては、分析毎に当該項目に関する回答が空白のケースは無効とした。したがって、分析毎に母数は多少異なっている。また、分析は、基本的には、「シンナー遊び」をこれまでに1回でも経験したことがあると回答した者の群を経験者群とし、「シンナー遊び」をこれまでに1回も経験したことがないと回答した者の群を非経験者群として、これら2群間

での比較を行った。有意差の検定には χ^2 分析及びFisherの直接確率法を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 有機溶剤乱用の実態と意識

1) 有機溶剤乱用の経験率

「シンナー遊び」をこれまでに1回でも経験したことがあると回答した者の割合（生涯経験率）、この1年間で「シンナー遊び」を経験したことの割合（1年経験率）、

「シンナー遊び」にこれまでに誘われたことのあると回答した者の割合（生涯被誘惑率）、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのあると回答した者の割合（生涯目撃率）、「シンナー遊び」をしている者をこれまでに身近に知っているとして回答した者の割合（生涯周知率）を表2に示した。生涯目撃率及び生涯周知率は、男子、女子、全体のいずれにおいても、学年が進むにしたがって有意に増加していた。生涯被誘惑率では、女子及び全体で学年による有意差が認め

表1 対象

学校No.	地 域 特 性	対 象	有効回答数				全学年在籍 生徒数(B)	(A/B)×100
			男子	女子	不明	全体(A)		
1.	首都圏近郊+新興住宅地	全生徒	336	296	0	632	673	93.9
2.	純農村部	全生徒	228	195	0	423	445	95.1
3.	首都圏近郊+新興住宅地	全生徒	378	370	0	748	765	97.8
4.	大都市周辺部+新興住宅地	全生徒	179	152	0	331	339	97.6
5.	純農村部	各学年2組ずつ	105	97	0	202	658	30.7
6.	県都周辺部	全生徒	416	418	0	834	867	96.2
7.	大都市中心部	全生徒	487	430	1	918	981	93.6
8.	地方都市中心部	全生徒	351	421	0	772	812	95.1
9.	地方都市周辺部	全生徒	236	215	0	451	502	89.8
10.	山間部	全生徒	69	92	0	161	179	89.9
11.	農村部+新興住宅地	各学年1組ずつ	57	55	0	112	687	16.3
12.	県都中心部	全生徒	152	142	0	294	328	89.6
13.	山間部	全生徒	64	78	0	142	148	95.9
14.	漁村部	各学年1組ずつ	46	49	0	95	319	30.7
全体			3,104	3,010	1	6,115	7,703	79.4

表2 「シンナー遊び」の実態

	男 子				女 子				全 体			
	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	全体
生涯経験率	(n) (1030)	(1060)	(997)	(3087)	(927)	(1041)	(1036)	(3004)	(1957)	(2101)	(2034)	(6092)
*(m)	% 1.8	3.5	2.0	2.5	0.9	1.2	1.5	1.2	1.4	2.4	1.8	1.9
1年経験率	(n) (1028)	(1060)	(998)	(3086)	(926)	(1041)	(1036)	(3003)	(1954)	(2101)	(2035)	(6090)
*(m,t)	% 1.3	2.7	1.5	1.8	0.5	1.1	1.1	0.9	0.9	1.9	1.3	1.4
生涯被誘惑率	(n) (1025)	(1056)	(990)	(3071)	(920)	(1035)	(1031)	(2986)	(1945)	(2091)	(2022)	(6058)
** (f, t)	% 2.1	3.6	3.5	3.1	1.2	3.2	3.7	2.7	1.7	3.4	3.6	2.9
生涯目撃率	(n) (1015)	(1048)	(982)	(3045)	(914)	(1032)	(1026)	(2972)	(1924)	(2080)	(2009)	(6018)
** (m, f, t)	% 18.8	22.3	25.2	22.1	13.8	17.1	20.4	17.2	16.4	19.7	22.7	19.7
生涯周知率	(n) (1027)	(1062)	(989)	(3078)	(923)	(1037)	(1033)	(2993)	(1950)	(2099)	(2023)	(6072)
** (m, t) * (f)	% 4.2	8.9	8.1	7.1	6.1	9.5	9.0	8.3	5.1	9.2	8.6	7.7

*: p<0.05, **: p<0.01 (χ^2 検定), m=男子, f=女子, t=男子+女子

全体には性別不明者1名を含む

られたが、男子では有意差が認められなかった。生涯経験率では男子で学年間による有意差が認められ、1年経験率では男子及び全体で学年による有意差が認められた。

2) 有機溶剤乱用による健康への害知識

「シンナー遊び」による健康への害について、「知っている」を選択した者の割合を非経験者群と経験者群とで比較した(表3)。

男子ではフラッシュバックを除けば、害を「知っている」を選択した者の割合は非経験者群で高い傾向にあったが、女子では、知っているを選択した者の割合はすべての質問項目において経験者群の方が高かった。また、全体でも、フラッシュバックについては、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合は有意に高かった。

3) 法的規制に対する考え

法により禁じられている「シンナー遊び」について、どう思うかについて尋ねた結果を表4に示した。男子、女子、全体のいずれにおいても、非経験者群では94~95%の者が「禁じられているから、すべきではない」を選択したのに対して、経験者群では男子の36.8%、女子の21.6%、全体の31.9%が「禁じる必要はない」を選択し、両群間での回答の分布には有意差が

認められた。また、「シンナー遊び」が法により禁じられていることについてどう思うかを尋ねた結果にも、両群間で有意差が認められ、非経験者群では、男女ともに89%前後が「当然だと思う」を選択したのに対して、経験者群では、男子の34.2%、女子の48.6%が「法律で決めずに、個人の自由にするべき」であるを選択していた。

4) 有機溶剤乱用者に対する認識

有機溶剤乱用者に対して、どう考えているかについての結果を表5に示した。

男子、女子、全体のいずれにおいても、非経験者群では90%前後の者が「自分には無関係の人」を選択したが、経験者群では「『シンナー遊び』する気持ちがわかる」を選択した者が少なからずいた。特に女子では、それを選択した者が56.8%にもなった。回答の分布には、男子、女子、全体のすべてにおいて有意差が認められた。

また、「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについては、非経験者群では男子の74.4%、女子の66.4%、全体の70.4%が「親しくなりたくない」を選択したのに対して、経験者群では男子の38.2%、女子の67.6%、全体の47.8%が「シンナー遊びだけでは決めたくない」

表3 「シンナー遊び」の害について知っている者の割合 (%)

	男子				女子				全体			
	非経験者群 (%)		経験者群 (%)		非経験者群 (%)		経験者群 (%)		非経験者群 (%)		経験者群 (%)	
急性中毒死	n=3004	78.4**	60.5	n=76	n=2961	81.7*	94.6	n=37	n=5966	80.1*	71.7	n=113
精神病状態	n=3004	82.7**	71.1	n=76	n=2963	84.1	91.9	n=37	n=5968	83.4	77.9	n=113
無動機症候群	n=2987	65.1	62.7	n=75	n=2954	72.1	78.4	n=37	n=5942	68.6	67.9	n=112
フラッシュバック	n=3000	38.5	47.4	n=76	n=2954	40.6	51.4	n=37	n=5955	39.6*	48.7	n=113

* : p<0.05, ** : p<0.01 (Fisherの直接確率法)

全体には性別不明者1名を含む

急性中毒死：「シンナー遊び」で死亡することがあることを知っていますか？

精神病状態：「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり(幻視)、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり(幻聴)、誰も何とも思っていないのに、人が自分のことを非難していると思ひ込んだり(妄想)する状態(精神病状態)になることがあるのを知っていますか？

無動機症候群：「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなり、それでいて、いらいらしやすく、ちょっとしたことで興奮しやすくなること(無動機症候群、動因喪失症候群)があるのを知っていますか？

フラッシュバック：「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴が出るようになってしまうと、それを治療しても、その後、「シンナー遊び」をしていなくても、疲れ・ストレス・飲酒等によって、幻視、幻聴、妄想が再出現すること(フラッシュバック)があるのを知っていますか？

を選択した。回答の分布には、男子、女子、全体のすべてにおいて有意差が認められた。

2. 有機溶剤乱用と喫煙との関係

1) 喫煙の実態

喫煙の生涯経験率は、男子で30.7%、女子で

14.9%、全体で22.9%であった。喫煙する事への好奇心・欲求及び喫煙経験についての質問に対する結果を表6に示した。非経験者群と経験者群とでは回答の分布に明らかな違いが認められた。また、喫煙経験では、非経験者群での喫

表4 「シンナー遊び」に対する認識 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
「シンナー遊び」についてどう思うか?	n=2994**	n=76	n=2950**	n=37	n=5945**	n=113
禁じられているから、すべきではない	94.1	51.3	95.3	43.2	94.7	48.7
禁じられてはいるが、それほど大きな問題ではない	3.2	11.8	2.6	35.1	2.9	19.5
禁じる必要がない	2.7	36.8	2.1	21.6	2.4	31.9
「シンナー遊び」の禁止をどう思うか?	n=3004**	n=76	n=2957**	n=37	n=5962**	n=113
当然だと思う	88.8	44.7	89.4	24.3	89.1	38.1
しかたのないことだと思う	6.3	10.5	6.7	18.9	6.5	13.3
麻薬・覚せい剤と違って、禁止しなくてもよいのでは	0.8	10.5	0.5	8.1	0.7	9.7
法律で決めずに、個人の自由にすべき	4.0	34.2	3.3	48.6	3.7	38.9

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$ (χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

表5 「シンナー遊び」をしている人に対する認識 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
「シンナー遊び」をしている人について、どう思うか?	n=2998**	n=76	n=2949**	n=37	n=5948**	n=113
自分には無関係の人	91.9	46.1	89.4	29.7	90.6	40.7
「シンナー遊び」する気持ちがわかる	7.3	25.0	9.9	56.8	8.6	35.4
関心があり、近づきたい	0.8	28.9	0.7	13.5	0.8	23.9
「シンナー遊び」をしている人と、親しくなることについてどう思うか?	n=2999**	n=76	n=2952**	n=37	n=5952**	n=113
親しくなりたくない	74.4	35.5	66.4	10.8	70.4	27.4
「シンナー遊び」だけで決めたくない	23.4	38.2	32.4	67.6	27.9	47.8
親しくなりたい	2.1	26.3	1.3	21.6	1.7	24.8

** : $p < 0.01$ (χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

煙生涯経験率は、男子で29.6%、女子では14.0%、全体では21.8%であったのに対して、経験者群では、順に76.3%、86.1%、79.5%と明らかな違いが認められた。

2) 喫煙に対するイメージ

喫煙に対してどのようなイメージを持っているかについての質問に対する回答の結果を表7に示した。男女ともに、「臭いが嫌だ」「健康に良くない」というイメージは、非経験者群に有意に強く、逆に「臭いがいい」「格好いい」「男らしい」「大人っぽい」というイメージは、経験者群に有意に強かった。また、「格好悪い」というイメージについては、男女ともに非経験者群で強い傾向が窺われたが、男子では有意差が認められなかった。

3) 喫煙に対する認識

喫煙をどう認識しているかについての質問に対する回答を表8に示した。

健康面から喫煙をどう思うかについては、2群間には回答の分布に明らかな違いが認められ、非経験者群では「吸うべきでない」を選択した者が男子で71.8%、女子で76.8%、全体で74.3%であったのに対して、経験者群では「かまわない」を選択した者が男子で36.8%、女子で37.8%、全体で37.2%にのぼった。

法規制と喫煙についても結果は同様であり、非喫煙群の男子の78.3%、女子の81.8%、全体の80.0%は、「(未成年者の喫煙は) 禁じられているから吸うべきでない」を選択したのに対して、経験者群では、男子の42.1%、女子の

表6 喫煙への態度・経験 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
喫煙してみたいと思ったことがあるか？	n = 2980**	n = 74	n = 2950**	n = 36	n = 5931**	n = 110
ある	31.3	71.6	16.7	83.3	24.6	75.5
喫煙経験	n = 2996**	n = 76	n = 2960**	n = 36	n = 5957**	n = 112
ない	70.4	23.7	86.0	13.9	78.1	20.5
何回かある	24.8	28.9	11.9	41.7	18.4	33.0
ときどき吸う	3.1	14.5	1.7	22.2	2.4	17.0
毎日のように吸う	1.7	32.9	0.4	22.2	1.0	29.5

** : p<0.01 (Fisherの直接確率法, および χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

表7 喫煙に対するイメージ (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
	n = 2979	n = 75	n = 2954	n = 37	n = 5934	n = 112
臭いがいい	6.2**	28.0	2.7**	24.3	4.5**	26.8
臭いが嫌だ	54.4**	33.3	76.2**	37.8	65.3**	34.8
健康に良くない	79.0**	46.7	85.3**	54.1	82.2**	49.1
格好悪い	12.6	9.3	19.5**	2.7	16.0*	7.1
格好いい	8.5**	33.3	5.4**	27.0	7.0**	31.3
男らしい	5.5**	28.0	2.1**	21.6	3.8**	25.9
大人っぽい	15.0**	34.7	11.3**	40.5	13.2**	36.6

* : p<0.05, ** : p<0.01 (Fisherの直接確率法)

全体には性別不明者1名を含む

51.4%, 全体の45.1%が「禁じる必要はない」を選択した。また、「未成年者に対する喫煙禁止をどう思うか?」という質問に対しては、非経験者群では男子の59.8%, 女子の61.9%, 全体の60.8%が「当然だと思う」を選択したのに対して、経験者群では男子の42.1%, 女子の48.6%, 全体の44.2%が「法律で決めず、個人の自由にすべき」を選択し、回答の分布には明らかな違いが認められた。

3. 有機溶剤乱用と飲酒との関係

1) 飲酒の実態

飲酒の生涯経験率は、男子で78.4%, 女子で72.8%, 全体で75.6%であった。また、非経験者群では、男子で78.1%, 女子で72.6%, 全体で75.4%であり、経験者群では、男子で92.0%, 女子で94.6%, 全体で92.9%であり、男子、女子、全体のすべてにおいて、飲酒の生涯経験率は経験者群の方が有意に高かった。しかし、そもそもの生涯経験率自体は両群ともに高かった

(表9)。この高さは、「シンナー遊び」の生涯経験に関わらず、「冠婚葬祭時」「家族の晩酌時」における飲酒の生涯経験率の高さに由来すると考えられる(表9)。「冠婚葬祭時」での飲酒経験は女子及び全体では、非経験者群の方が高くなっており、女子では非経験者群の方が有意に高かった。

一方、「風呂上がり」「クラス会、打ち上げ等の際」「仲間といる時」の飲酒経験率は、男子、女子、全体のすべてにおいて、経験者群で有意に高かった(表9)。

2) 飲酒に対する認識

法規制と飲酒についても、2群間で有意な違いが認められた(表10)。男子、女子、全体のすべてにおいて、非経験者群では「(未成年者の飲酒は)禁じられてはいるが、時と場合に応じてかまわない」を選択した者が最も多く、経験者群では「禁じる必要がない」を選択した者が最も多かった。また、未成年者に対する飲酒

表8 喫煙に対する認識 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
健康面から喫煙をどう思うか?	n=2978**	n=76	n=2945**	n=37	n=5924**	n=113
吸うべきではない	71.8	35.5	76.8	24.3	74.3	31.9
少々ならかまわない	23.3	27.6	20.4	37.8	21.9	31.0
かまわない	5.0	36.8	2.7	37.8	3.8	37.2
未成年者の喫煙をどう思うか?	n=2996**	n=76	n=2952**	n=37	n=5949**	n=113
禁じられているから吸うべきではない	78.3	35.5	81.8	24.3	80.0	31.9
禁じられてはいるが少々ならかまわない	13.7	22.4	13.7	24.3	13.7	23.0
禁じる必要がない	7.9	42.1	4.5	51.4	6.7	45.1
未成年者に対する喫煙禁止をどう思うか? (%)	n=2996**	n=76	n=2955**	n=37	n=5952**	n=113
当然だと思う	59.8	25.0	61.9	16.2	60.8	22.1
しかたのないことだと思う	25.7	19.7	26.1	18.9	25.9	19.5
未成年者だけが吸えないのはおかしい	4.2	13.2	3.4	16.2	3.8	14.2
法律で決めずに、個人の自由にすべき	10.2	42.1	8.6	48.6	9.4	44.2

** : $p < 0.01$ (χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

の禁止自体についても、男子、女子、全体のすべてにおいて2群間で明らかな違いが認められ、非経験者群では「当然だと思う」と「しかたのないことだと思う」とが拮抗して最も多く選択されたのに対して、経験者群では「法律で決めずに、個人の自由にすべき」を選択した者が多かった(表10)。

4. 生活背景について

1) 日常生活の規則性

起床時間、就床時間の規則性、及び朝食摂取率を表11に示した。

男子、女子、全体のすべてにおいて、経験者群での規則性及び摂取率の低さが明らかであった。

2) 学校生活

学校生活をどう捉えているか、及び部活動への参加状況を表12に示した。

学校生活では、男子、女子、全体で、2群に

表9 飲酒経験とその機会 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
飲酒生涯経験率	n = 2976** 78.1	n = 75 92.0	n = 2948** 72.6	n = 37 94.6	n = 5925** 75.4	n = 112 92.9
飲酒の機会	n = 2976	n = 75	n = 2960	n = 36	n = 5925**	n = 112
冠婚葬祭時	48.8	50.7	47.6*	29.7	48.2	43.8
家族の晩酌時	40.1	46.7	37.2	40.5	38.6	44.6
風呂上がりに	9.0**	32.0	7.3**	40.5	8.2**	34.8
クラス会、打ち上げ等の際	7.4**	26.7	7.5**	35.1	7.4**	29.5
仲間といる時	16.6**	54.7	17.8**	73.0	17.2**	60.7

* : p < 0.05, ** : p < 0.01 (Fisherの直接確率法)

全体には性別不明者1名を含む

表10 飲酒に対する認識 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
未成年者の飲酒をどう思うか?	n = 2999**	n = 75	n = 2959**	n = 37	n = 5959**	n = 112
禁じられているから飲むべきではない	38.5	18.7	34.4	8.1	36.5	15.2
禁じられてはいるが時と場合に応じてかまわない	51.0	30.7	58.9	43.2	54.9	34.8
禁じる必要がない	10.5	50.7	6.7	48.6	8.6	50.0
未成年者に対する飲酒禁止をどう思うか?	n = 2999**	n = 76	n = 2956**	n = 37	n = 5956**	n = 113
当然だと思う	40.2	18.4	39.7	13.5	40.0	16.8
しかたのないことだと思う	38.0	18.4	41.4	27.0	39.7	21.2
未成年者だけが飲めないのはおかしい	7.9	13.2	6.7	13.5	7.3	13.3
法律で決めずに、個人の自由にすべき	14.0	50.0	12.2	45.9	13.1	48.7

** : p < 0.01 (χ²検定)

全体には性別不明者1名を含む

関わらず、「どちらかと言えば楽しい」を選択した者が最も多かったが、「あまり楽しくない」「全く楽しくない」を選択した者は経験者群に多く、2群間では回答の分布に有意差が認められた。部活動への参加状況では、男子、女子、全体に関わらず、2群とも「積極的に参加している」を選択した者が多かったが、「参加していない」を選択した者は経験者群で多く、回答の分布には有意差が認められた。

3) 友人関係

友人関係についての結果を表13に示した。

「親しく遊べる友人はいるか?」という質問に対しては、「いる」を選択した者の割合は、女子では経験者群でやや高い傾向が窺われたが

有意差はなく、男子及び全体では非経験者群で有意に高かった。「相談事のできる友人はいるか?」という質問に対しては、「いる」を選択した者の割合は、男子、女子、全体のすべてにおいて、非経験者群で高く、男子、全体では有意に高かった。

4) 家庭生活

家庭生活に関する質問の結果を表14に示した。「家族全員での夕食頻度」「父親との夕食頻度」「母親との夕食頻度」は、男子、女子、全体のすべてにおいて、非経験者群で頻度が高く、有意差が認められた。ただし、男子、女子、全体ともに、2群に関わらず、「父親との夕食頻度」は「家族全体での夕食頻度」よりも低く、論理

表11 日常生活の規則性 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
ふだん起床時間がほぼ一定している率	n=3004** 85.7	n=76 63.2	n=2960** 89.9	n=37 73.0	n=5965** 87.8	n=113 66.4
ふだん就床時間がほぼ一定している率	n=2996** 57.8	n=75 38.7	n=2948** 61.4	n=37 24.3	n=5945** 59.6	n=112 33.9
ふだんの朝食摂取状況	n=2997**	n=76	n=2959**	n=37	n=5957**	n=113
ほとんど毎日食べる	84.4	63.2	85.9	62.2	85.1	62.8
ときどき食べる	9.5	25.0	9.6	21.6	9.6	23.9
ほとんど食べない	6.1	11.8	4.5	16.2	5.3	13.3

** : p<0.01 (Fisherの直接確率法, および χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

表12 学校生活 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
学校生活は楽しいか?	n=3000**	n=76	n=2957**	n=37	n=5958**	n=113
とても楽しい	32.4	13.2	39.2	27.0	35.8	17.7
どちらかといえば楽しい	50.6	40.8	45.0	35.1	47.8	38.9
あまり楽しくない	13.2	25.0	12.7	21.6	12.9	23.9
まったく楽しくない	3.9	21.1	3.1	16.2	3.5	19.5
部活参加状況	n=2989**	n=76	n=2941**	n=36	n=5931**	n=112
積極的に参加している	68.4	42.1	66.7	44.4	67.5	42.9
消極的に参加している	19.9	34.2	21.3	25.0	20.6	31.3
参加していない	11.7	23.7	12.0	30.6	11.9	25.9

** : p<0.01 (χ^2 検定)

全体には性別不明者1名を含む

表13 友人関係 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
親しく遊べる友人はいるか？	n = 2995**	n = 75	n = 2952	n = 37	n = 5947**	n = 112
いる	95.8	81.3	96.1	97.3	95.9	86.6
相談事のできる友人はいるか？	n = 2961**	n = 76	n = 2934	n = 37	n = 5896**	n = 113
いる	80.2	64.5	90.2	86.5	85.2	71.7

** : p < 0.01 (Fisherの直接確率法)

全体には性別不明者1名を含む

表14 家庭生活 (%)

	男 子		女 子		全 体	
	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群	非経験者群	経験者群
家族全員での夕食頻度(週当たり)	n = 2986**	n = 76	n = 2947	n = 37	n = 5934**	n = 113
ほとんど毎日	35.4	18.4	37.3	37.8	36.6	24.8
5～6回	11.9	5.3	10.9	0	11.4	3.5
3～4回	21.9	13.2	20.5	16.2	21.2	14.2
2回前後	16.4	13.2	17.8	18.9	17.1	15.0
ほとんどなし	14.3	50.0	13.5	27.0	13.9	42.5
父親との夕食頻度(週当たり)	n = 2992**	n = 76	n = 2954	n = 35	n = 5947**	n = 111
ほとんど毎日	25.4	11.8	25.6	31.4	25.5	18.0
5～6回	11.5	10.5	11.9	2.9	11.7	8.1
3～4回	22.6	7.9	21.3	20.0	21.9	11.7
2回前後	18.7	21.1	19.7	8.6	19.2	17.1
ほとんどなし	21.8	48.7	21.5	37.1	21.7	45.0
母親との夕食頻度(週当たり)	n = 2983**	n = 75	n = 2945**	n = 37	n = 5929**	n = 112
ほとんど毎日	59.6	33.3	66.2	37.8	62.9	34.8
5～6回	12.7	10.7	10.8	8.1	11.8	9.8
3～4回	15.5	13.3	12.1	24.3	13.8	17.0
2回前後	4.9	5.3	5.0	8.1	5.0	6.3
ほとんどなし	7.3	37.3	5.8	21.6	6.6	32.1
家庭は「うまくいっている」か？	n = 2996**	n = 73	n = 2957**	n = 36	n = 5954**	n = 109
うまくいっている	70.2	39.7	70.9	36.1	70.5	38.5
どちらともいえない	23.3	27.4	22.7	33.3	23.0	29.4
うまくいっていない	6.4	32.9	6.4	30.6	6.4	32.1
悩み事があるとき、親と相談するか？	n = 3003**	n = 76	n = 2964*	n = 37	n = 5968**	n = 113
よくする方である	7.2	6.6	12.0	8.1	9.6	7.1
どちらかと言えばする方である	22.4	6.6	26.8	24.3	24.6	12.4
どちらかと言えばしない方である	28.5	21.1	26.6	10.8	27.5	17.7
ほとんどしない方である+親がない	41.9	65.8	34.5	56.8	38.3	62.8

* : p < 0.05, ** : p < 0.01 (χ²検定)

全体には性別不明者1名を含む

的矛盾が認められた。

「家庭は『うまくいっている』か?」に対する回答では、男子、女子、全体に関わらず、非経験者群では「うまくいっている」を選択した者が多いのに対して、経験者群では「うまくいっている」「どちらともいえない」「うまくいっていない」の3つが拮抗する結果であった。

「悩み事があるとき、親と相談するか?」については、男子、女子、全体のすべてにおいて、2群に関わらず、「ほとんどしない+親がいない」を選択した者が最も多かった。しかし、2群間での回答の分布には有意差が認められ、全体としての相談頻度は非経験者群で低いことが示唆された。

IV. 考 察

薬物乱用状況を表現するデータとして、わが国では薬物事犯者数が使われてきた。しかし、薬物事犯者は薬物乱用者の氷山の一角に過ぎないことは自明であり、一般住民、一般学生等を母集団としたデータが必要である。しかし、違法性薬物の使用(乱用)自体が違法行為であるため、そのような調査は個人の違法性を暴露する一面を有しており、困難を極める。そこで、現在、世界的に用いられている方法としては、米国のMonitoring The Future Study¹¹⁾に代表されるような、妥当なサンプリングに基づく、個人の匿名性を保証した上での自記式調査である。

しかし、特に違法性に関する自記式調査の最大の問題点は、その結果の真偽は誰にもわからず、結果としての数字自体には絶対数的意味合いは望めないという限界がある。したがって、同じ手法にもとずく調査を継続的に繰り返すことによって、結果の増減トレンドを把握することが第一義的利用価値となる。

ただし、上記の手続きにより得られた結果は、増減トレンド上の不自然さが無い限り、目的とする事態の近似的状況をそれなりに表現していると考えられる。したがって、その結果を利用して、有機溶剤乱用経験者の一般像を把握しよ

うとする試みは妥当なことと思われる。

本調査による有機溶剤乱用の生涯経験率は男子で2.5%、女子で1.2%、全体では1.9%であった(表2)。この結果は1990年の同調査結果⁷⁾より、わずかながらの増加傾向を示している。当時、有機溶剤の乱用が急激に増減したという報告はなく、この微増は、本調査の対象校サンプリングが適切であったことを示唆していると考えられる。

一方、1年経験率は、調査の直近1年間での経験率であるため、調査時点での乱用流行の勢いをより敏感に反映すると考えられる。表2に示した1年経験率は、男女を問わず、生涯経験率と接近しており、このことは、有機溶剤の乱用開始が中学生の年代に多いことを示唆しており、有機溶剤乱用開始年齢が14歳から16歳に集中していると報告した福井ら²⁾の指摘を裏付ける結果として解釈できる。

また、有機溶剤乱用者の74.3%が誘われて初回使用を始めている¹²⁾ことを考えると、生涯被誘惑率が生涯経験率より常に高いことはもともともであるが、表2の結果を利用した生涯経験率/生涯被誘惑率は0.38~0.97(全体で0.66)であり、中学生にとっての誘惑と実行の結びつきの強さが示唆される。

さらに、生涯目撃率が学年、男女に関わらず20%前後(表2)であったことは、有機溶剤の乱用が中学生にとって、それなりに身近な問題であることを示唆している。

生活背景に関する本調査の結果(表11~表14)は、1990年調査⁷⁾と同様に、有機溶剤乱用経験者群における日常生活の規則性の低さ、学校生活及び家庭生活の満足度の低さ、友人関係の貧困さを顕著に示した。

かつて、筆者は、1990年調査の結果を『孤独な彼ら』の姿を浮かび上がらせる。彼ら……にとって、学校生活は楽しいものではない。しかも、家庭生活には『一家団らん』としての食卓も少ない。……親は相談相手とは言えない。結局彼らの行く所は、彼らにとって受け入れてくれたと感じられる『仲間』であり、こ

の『仲間』は必然的に学校から『はみ出した』仲間によって構成されるグループ（その代表が非行グループ）と言うことになる。……『非行グループ』に『シンナー遊び』はつき物である。結局彼らはそこで『シンナー遊び』を経験する。……『シンナー遊び』経験者にとって『シンナー遊び』とは、孤独な人間を受け入れてくれるグループに入るための通行手形的役割を果たしていると筆者は考えている¹³⁾と論じた。今回の調査でも、有機溶剤乱用経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちがわかる」と答えた者が、男子では25.0%、女子では56.8%もいた（表5）事実上、この推論を支持するものであり、有機溶剤乱用経験者の求めているものは、受容感と帰属感であろうという筆者の推論¹⁴⁾の一査証となっている。

しかも、表6～表10に示した有機溶剤乱用経験と喫煙・一部の飲酒との強い結びつきも、上記解釈の仲間との関係の中で考えることができる。未成年者にとって、飲酒・喫煙・有機溶剤乱用はすべて法により禁止された行為であり、法の順守性に関わる問題である。本調査による法の順守性は、有機溶剤乱用（表4）、喫煙（表8）、飲酒（表10）の順に有機溶剤非経験者群でも許容度が増しているが、有機溶剤乱用経験者群と非経験者群との対比では、いずれにおいても、有機溶剤乱用経験者群での法の順守性の低さが明らかである。

和田ら¹⁵⁾は、有機溶剤乱用者の58.8%は有機溶剤の初回使用前に、すでに非行グループと何らかの関係を有しており、67.8%は友人、知人等に薬物乱用者を持っていたと報告しているが、有機溶剤乱用と喫煙・一部の飲酒との結びつきも、仲間との結びつきからくる法の順守性の低さと一体化している傾向⁹⁾¹⁵⁾を窺わせる。

ただし、喫煙・飲酒に関しては、仲間及び法の順守性以外に、大人の影響も考慮する必要がある。中・高校生の喫煙者の周囲には親を含めて喫煙者が有意に多く¹⁶⁾¹⁷⁾、中学生の飲酒は冠婚葬祭や晩酌の影響を強く受けている⁹⁾¹⁰⁾からである。

そもそも、有機溶剤乱用の原因には家族のあり方の重要性が指摘されてきた。特に単親家庭のハイリスク性が注目され¹⁸⁾、和田¹⁹⁾は15歳以前での親との離別がハイリスクになっていることを指摘しながらも、20歳以前に親との離別を体験した有機溶剤乱用者は全体の30%にしか過ぎないことをも指摘している。そこで注目されるのが「家族性の希薄さ」¹⁹⁾であり、仕事上帰宅の遅い父親の存在と結果としての母子の共生傾向¹⁹⁾である。そのような家庭を和田²⁰⁾は「精神的単親家庭」と称している。

本調査による家族全員での夕食頻度は、男女に関わらず、有機溶剤乱用経験者群で明らかに低い。このことは単親かどうかに関わらず、「家族性の希薄さ」に結びつく可能性を秘めていると考えられる。特に、父親との夕食頻度が家族全員での夕食頻度よりも低いという論理的矛盾（表14）は、1990年調査⁷⁾でも認められた結果であり、中学生にとって夕食時の家族という概念からは、父親ははずされているという日常的問題性が強く示唆される。

中学生に限らず、我々を取り巻く今日の社会環境は、種々雑多ともいえる情報過多社会にある。特に依存性薬物問題は、ややもすれば、人間としての好奇心をくすぐるような一部のマスメディア優位に情報が流されるきらいがある。したがって、正しい知識を青少年に教え込む不断の努力が必須であろう。しかしながら、薬物乱用問題には知識が行動に結びつくとは限らないという重要な課題がある。本調査においても、非経験者群の方が「知っている」と有意に答えた害知識はむしろ少なく、女子では、尋ねた害のすべてにおいて、経験者群の方が「知っている」と答えた者が多かった（表3）ことは、この問題の切実さを強く示唆している。そのためにも、知識を行動に結びつける試みが重要と考えられる²¹⁾。

同時に、「『シンナー遊び』をする気持ちがわかる」と答えた者たちの「わかる」と感じている気持ちの内容を大人が理解できるかどうか、予防、介入の両面において重要なポイントにな

るであろう。

本稿で示した調査結果は、薬物乱用問題への対応には、各家庭はもとより、教育機関、医療機関、司法・取締機関等各種領域の連携が必須であることを強く示唆する結果であったといえよう。

謝 辞

本調査研究は平成4年度厚生科学研究費補助金(麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究」によった。調査に協力いただいた対象校の皆様、調査実施に向けて力添えをいただいた千葉県学校保健会、千葉県教育庁学校教育部学校保健課の方々に深謝したい。

文 献

- 1) 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒。pp. 17-36, 星和書店。東京。2000.
- 2) 福井進, 和田清, 伊豫雅臣：最近の有機溶剤依存の臨床的 特徴—有機溶剤乱用の現状と問題点。精神保健研究 35: 107-131, 1989.
- 3) 野見山一生, 野見山紘子：有機溶剤乱用の疫学。日衛誌 24: 454-458, 1969.
- 4) 松下敏夫, 上田忠子, 三角順一：中学生の有機溶剤乱用に関する研究。日衛誌 28: 276-283, 1973.
- 5) 北村陽英, 北村栄一, 福永知子, 他：中学生の有機溶剤吸引—17年間の学校精神衛生活動より。児童青年精神医学とその近接領域 26: 183-200, 1985.
- 6) 呉鶴, 川田智恵子, 山崎喜比古, 吉田享：中学生における薬物使用経験・未経験者の心理社会的要因。学校保健研究 37: 210-219, 1995.
- 7) Wada, K. and Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and Background lifestyle of users. *Addiction*, 88: 89-100, 1993.
- 8) Wada, K., Price, R.K. and Fukui, S.: Cigarette smoking and solvent use among Japanese Adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 46: 137-145, 1997.
- 9) Wada, K., Price, R.K. and Fukui, S.: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 381-386, 1998.
- 10) 和田清：中学生における飲酒—飲酒文化の反映—。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.
- 11) Johnston, L.D., O'Malley, P.M. and Bachman, J.G.: National Survey Results on Drug Use from The Monitoring The Future Study, 1975-1998. NIDA, NIH Publication No. 99-4660, 1999.
- 12) 和田清, 福井進：薬物依存の発生因をめぐって。精神医学 33: 633-642, 1991.
- 13) 和田清：有機溶剤乱用発生の社会的背景—青少年にとり有機溶剤とは何か—。アルコール医療研究 8: 179-184, 1991.
- 14) 和田清：薬物関連精神障害に関する医療の現状と問題点—有機溶剤乱用・依存を中心に—。警察学論集 46: 178-205, 1993.
- 15) 和田清：有機溶剤と覚せい剤 乱用—依存と社会問題—非行, 犯罪の背後にあるもの—。Clinical Neuroscience 9: 646-648, 1991.
- 16) 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, 1993.
- 17) 高橋浩之, 川端徹朗, 西岡伸紀, ほか：青少年の喫煙行動規定因子に関する追跡調査。日本公衛誌 37: 263-271, 1990.
- 18) 永野 潔：有機溶剤乱用者とその親世代にみられるアルコール症との関連についての研究。アルコール研究と薬物依存 27: 297-312, 1992.
- 19) 和田清：有機溶剤乱用と家族。精神保健研究 40: 13-17, 1994.
- 20) Wada, k. and Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. *The American Journal on Addictions* 3: 165-176, 1994.
- 21) 川畑徹朗：喫煙・飲酒・薬物乱用防止におけるライフスキル学習の進め方。スポーツと健康 30: 16-19, 1998.

(受付 00. 9. 28 受理 01. 2. 1)

連絡先：〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3

国立精神・神経センター (和田)

原 著

中・高校生の薬物乱用・喫煙・
飲酒行動と規範意識

市 村 國 夫*¹ 下 村 義 夫*² 渡 邊 正 樹*³

*¹常磐短期大学

*²岡山大学教育学部

*³東京学芸大学

Harmful Substance Abuse, Cigarette Smoking, Alcohol Drinking and
Perceived Norms among Junior and Senior High School Students

Kunio Ichimura*¹ Yoshio Shimomura*² Masaki Watanabe*³

*¹ *Tokiwa Junior College*

*² *Faculty of Education, Okayama University*

*³ *Tokyo Gakugei University*

The purpose of this study was to investigate the association of the prevalence of harmful substance abuse, cigarette smoking and alcohol drinking with perceived norms among junior and senior high school students. This study was conducted in 1997 and 1998 at 5 junior high schools (876 2nd graders) and 7 senior high schools (2,028 2nd graders) in two centrally located rural cities. The anonymous questionnaire measured experiences and behavioral prospects concerning harmful substance abuse, cigarette smoking and alcohol drinking. It also contained a scale of perceived general norm (11 items included human relations, social customs and etc., Kuze et al., 1987) and 7 specific norms concerning cigarette, alcohol, and harmful substances.

There was significant association of the score of perceived general or specific norms with the experience and prospects of harmful substance abuse, cigarette smoking and alcohol drinking. Those who had never used substances including cigarette and alcohol esteemed general norm highly and so did those who had prospect of not using substances. Similarly, those who had never smoked nor drunk esteemed specific norms highly. Those who had used both cigarette and alcohol or had used cigarette only esteemed specific norms low. Senior high school boys had higher score on substance-specific norms than junior high school boys, while junior high school boys had higher score on cigarette or alcohol-specific norm than senior high school boys. Girls did not esteem specific norms lower than boys except junior high school girl who had used both cigarette and alcohol or had use cigarette only. These results suggest that perceived norm is one of the critical determinants of substance abuse and that normative education is an effective strategy for preventing substance abuse.

Key Words : perceived norm, harmful substance abuse, cigarette smoking, alcohol drinking, junior and senior high school students
規範意識, 薬物乱用, 喫煙, 飲酒, 中・高校生

I はじめに

近年わが国における薬物乱用の深刻な状況の下、平成9年に薬物乱用対策推進本部が薬物乱用防止五か年戦略を作成した¹⁾。その中で学校等において喫煙・飲酒を含む薬物乱用防止教育の充実が述べられている。青少年に対する薬物乱用防止教育プログラムの開発は緊急を要する課題である。従来我が国では、欧米の薬物乱用防止教育あるいは喫煙・飲酒防止教育の内容と方法の導入が図られてきた。近年の薬物乱用防止教育(飲酒, 喫煙を含む)プログラムを比較した報告では²⁻⁴⁾, 薬物に関する適切な情報, 周囲の人やメディアなどによる社会的影響, 拒否スキルトレーニングなどを含むプログラムが数多く紹介されている。しかし教育効果に関しては, 必ずしも一貫した結果が出ていない。また薬物乱用に関して厳しく規制されている日本では, 喫煙や飲酒に関して寛容であるが, 欧米では国によって喫煙あるいは飲酒に関して否定的であったり, 薬物使用に関しては自己使用については認めたりなど, 日本よりも寛容な国もある⁵⁾。したがって, 欧米で開発された薬物防止プログラムをそのまま用いるのではなく, 日本の薬物乱用・喫煙・飲酒の実態や社会的・文化的背景を考慮したプログラム開発を図る必要があるといえよう。

規範は集団の行為を統制する機能を持ち, 集団の維持や目標達成において重要な役割を果たしていると言われる⁶⁾。帰属する集団によって規範が異なれば, 行動へ及ぼす影響も異なってくる。欧米諸国とわが国における法的規制や社会的・文化的背景の差異は, 規範意識の違いとして表れ, 青少年の行動と社会的態度の形成に影響を及ぼすと考えられる。薬物乱用の背景にそれぞれの集団のもつ規範が存在しているならば, 社会的・文化的背景, あるいは規範意識との関連で薬物乱用防止教育を考えていく必要がある。

薬物乱用防止においては, 「不法な薬物は使用すべきではない」という規範意識の育成は

薬物乱用防止教育において重要な要素となることが指摘されており⁴⁾, 拒否スキルトレーニングよりも規範学習の方が高い教育効果が得られたという報告もある⁷⁾。また伝統を重んじるなどの社会規範への反発が薬物乱用を含む問題行動の背景にあることも指摘されている⁸⁾。わが国の青少年の薬物乱用に関する調査では, 高校生の約20%が薬物(シンナー・大麻・覚せい剤)の使用を「本人の考えにまかせればよい」と回答しており⁹⁾, このような意識が本人はもちろん周囲の人を薬物へ容易に接近させる要因となりうるということが予想される。

本研究では, 薬物乱用防止教育の内容や方法を検討する上で, 青少年の規範意識が実際の薬物乱用とどのような関係をもつのか, またそれは喫煙, 飲酒とはどのように異なるのかを明らかにし, 薬物乱用防止における規範教育の可能性について検討することを目的とした。

II 対象および方法

調査は, 中核都市(関東および中国地区)2市において, 中学校5校の2年生876名(以下中2), 高校9校の2年生2,028名(以下高2), 計2,904名を対象に実施した。調査方法は自己記入式質問紙法であり, 教室での集合調査である。回答の秘匿性を保護するために無記名調査とし, かつ回答後に生徒自身が調査票を封筒に入れて封をしてから, 教師が回収した。有効回答数(率)は中2で866(98.9%), 高2で2,018(99.5%)であった。調査時期は1997年および1998年の2, 3月であった。

調査内容は, 薬物乱用(大麻・シンナー・覚せい剤), 喫煙, 飲酒に関する経験, 現在の行動および将来の行動予測, そして一般的な規範意識と薬物乱用に関する規範意識, その他についてである。薬物乱用の経験では, 過去1回以上の使用経験の有無についての質問に加え, 過去に使用したいと思った経験について「使用したいと思ったことがある」, 「ちょっと使用したいと思ったことがある」, 「使用したいと思ったことはない」, 「わからない」の4つの選択肢で

質問した。また喫煙と飲酒については、過去1回以上の経験の有無と過去1ヵ月間における1回以上の経験について質問した。将来の行動予測については、大麻、シンナー、覚せい剤のそれぞれについて、これから先使用するかどうかを、「きっとする」、「たぶんする」、「わからない」、「たぶんしない」、「きっとしない」の5段階評定で尋ねた。同様に喫煙と飲酒についても20歳時の行動予測を5段階評定で質問した。さらに薬物乱用、喫煙、飲酒のそれぞれについて、最初の使用のきっかけ、使用したことのある場所についても質問した。薬物乱用の経験、行動の将来予測、使用のきっかけ、使用した場所などにおける学年および性による回答の割合の差を検討するために、 χ^2 検定を行った。

一般的な規範意識については、久世らによる11項目からなる一般的な規範意識に関する尺度を用いた¹⁰⁾。久世らによると規範とは「多くの人々に共有されている価値基準と、その実現のためにとられるべき行為の様式」であり、その規範が内面化されたものが規範意識とされる。この尺度の各項目は、親子や先輩後輩などの上下関係や、伝統・慣習、儀礼などを尊重する傾向を測定している。回答は、例えば「親などの目上の人の意見にはしたがったほうがよい」などの各項目に対して、「非常に賛成である」～「非常に反対である」の5段階評定となっており、各段階に1～5点の得点を与え、規範意識が高くなるように得点を算出している。本研究の分析にあたっては、久世らの方法に従い11項目の得点の平均値を尺度得点（規範意識得点）とし、校種別性別に平均値を求めた¹⁰⁾。さらに、喫煙、飲酒、シンナー遊びの経験および薬物乱用に関する行動予測と規範意識得点との関連を検討した（一元配置分散分析）。

今回の調査ではこれら一般的な規範意識項目に加え、喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する規範意識について7項目（例えば「覚せい剤は使うべきではない」）を設定し、同じく5段階評定で回答させた。そして、これまでの喫煙や飲酒経験との関連をみるために、喫煙と飲酒の両

方とも経験および喫煙のみ経験している群（喫煙・飲酒経験群）、飲酒のみ経験している群（飲酒のみ経験群）、喫煙と飲酒の両方とも経験していない群（非経験群）の3群に分け、さらに性差を考慮し6群にして、6群間の規範意識を比較した（ χ^2 検定）。また学年と喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する規範意識との関連も調べた（ χ^2 検定）。

解析には岡山大学総合情報センターのACOS 3700に搭載されているSPSSプログラムパッケージ2.22版を使用した。

III 結 果

1. 喫煙、飲酒、薬物乱用の経験

喫煙、飲酒、薬物乱用を経験したとする割合を表1に示した。喫煙経験者の割合は男子の中2で24.6%、高2では49.9%と学年進行に伴って約2倍の増加がみられた（ $p < 0.01$ ）。女子では中2で10.7%、高2で24.8%と経験率は男子に比べて低率であったが（ $p < 0.01$ ）、学年進行による増加傾向は男子と同様であった。現在喫煙している者（過去1ヵ月間の行動で「毎日吸った」+「数日、吸った」）は高2では男子22.2%、女子7.0%を示し、中2に比べて高率であった（ $p < 0.01$ ）。飲酒経験者の割合は中2、高2それぞれ男女合わせて58.2%、84.1%であり、学年差は認められたが性差はみられなかった。現在飲酒している者（過去1ヵ月間の行動で「毎日飲んだ」+「数日、飲んだ」）の割合も高2で男子31.9%、女子27.7%と中2に比べて高率であった（ $p < 0.01$ ）。

薬物乱用の経験については、大麻は中2で0.9%、高2で0.7%、シンナーは中2で2.8%、高2で2.1%、覚せい剤は中2で0.8%、高2で0.4%と回答しており、いずれの経験率も高2よりは中2が高い値を示した（ $p < 0.01$ ）。なお中2で無回答が多かったため、ここでは経験の有無だけではなく無回答を含めて検定を行った。また中2では女子よりは男子において経験率が高率であり、高2ではシンナー遊びの経験のみに性差が認められた（ $p < 0.01$ ）。実際の

経験とは別に、薬物乱用をしてみたいと「思った」とする回答は、3.5~9.2%という値を示した。

2. 喫煙、飲酒、薬物乱用のきっかけと使用した場所

喫煙、飲酒、薬物乱用の経験者において、それらのきっかけを表2に、使用場所を表3に示した。なお薬物乱用では経験率の低い大麻と覚せい剤は分析から省いてある。喫煙のきっかけは「好奇心」、「なんとなく」、「友人にすすめられて」の3つの回答率が他の項目に比べて高率であった。また、飲酒では「家族にすすめられて」とする回答が最も高率であり、次に「好奇心」、「なんとなく」であった。喫煙、飲酒ともに学年、性において顕著な差はみられなかった。シンナー遊びについては、中2では回答が分散しており、高2では「友人にすすめられて」と「好奇心」の2項目で70%以上を占めていた。いずれの行動も人からの勧めが高い回答率を占めていたが、「好奇心」、「なんとなく」、「わか

らない」の回答率の合計はそれを上回っていた。

使用場所については、喫煙と飲酒では中2、高2ともに「自宅」が最も高率であった。また、高2では「友だちの家」と「飲酒店、カラオケ、ディスコ」も、中2に比較して高率であった。シンナー遊びでは、中2は「自宅」が「友だちの家」に比べて高率であった。高2では中2とは逆転しており、「友だちの家」の方が高率であった。

3. 喫煙、飲酒、薬物乱用の将来予測

将来の行動予測については表4に示すとおりである。20才になった時に喫煙しているとする回答は中2男子、高2男子、中2女子、高2女子でそれぞれ20.9%、27.5%、6.3%、7.9%であった。なお大麻、シンナー、覚せい剤の使用については、これから先「きっとする」あるいは「たぶんする」と回答した割合は、いずれも2%未満であった。

表1 喫煙、飲酒、薬物乱用の経験について

項 目	中学生2年生			高校生2年生					
	男子	女子	計	男子	女子	計			
対象者数：n	435	431	866	1059	959	2018			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
喫煙について									
1-1. 喫煙経験	107(24.6)	46(10.7)	153(17.7)	**	528(49.9)	238(24.8)	766(38.0)	**	**
1-2. 1カ月間の喫煙経験	25(5.7)	9(2.1)	34(3.9)	**	235(22.2)	67(7.0)	302(15.0)	**	**
飲酒について									
2-1. 飲酒経験	270(62.1)	234(54.3)	504(58.2)	*	895(84.5)	803(83.7)	1698(84.1)	—	**
2-2. 1カ月間の飲酒経験	86(19.8)	57(13.3)	143(16.5)	*	338(31.9)	266(27.7)	604(29.9)	*	**
大麻について									
3-1. 大麻使用の経験	7(1.6)	1(0.2)	8(0.9)	**	10(0.9)	4(0.4)	14(0.7)	—	**
3-2. 大麻を使用したいと思ったことがある	20(4.6)	12(2.8)	33(3.7)	—	119(11.2)	66(6.9)	185(9.2)	**	**
シンナーについて									
4-1. シンナー遊びの経験	18(4.1)	6(1.4)	24(2.8)	**	35(3.3)	8(0.8)	43(2.1)	**	**
4-2. シンナー遊びをしたと思ったことがある	29(6.6)	30(7.0)	59(6.8)	*	62(5.9)	68(7.1)	130(6.5)	—	**
覚せい剤について									
5-1. 覚せい剤使用の経験	6(1.4)	1(0.2)	7(0.8)	**	6(0.6)	2(0.2)	8(0.4)	—	**
5-2. 覚せい剤を使用したいと思ったことがある	16(3.7)	14(3.2)	30(3.5)	**	79(7.4)	44(4.6)	123(6.1)	**	**

・*印は1)性差, 2)学年差が認められた項目(chi-square test * : p<0.05, ** : p<0.01)

3-2, 4-2, 5-2 : 「思ったことがある」+「ちょっと思ったことがある」の割合

表2 喫煙，飲酒，薬物乱用のきっかけ

項 目	喫煙のきっかけ		飲酒のきっかけ		シンナー遊びのきっかけ	
	中学2年	高校2年	中学2年	高校2年	中学2年	高校2年
対象者数：n	153	766	504	1698	24	43
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 友人にすすめられて	29(19.0)	218(28.5) **	20(3.9)	191(11.2)	4(16.7)	18(41.9) *
2 家族にすすめられて	7(4.6)	19(2.5)	174(34.5)	524(30.9)	—	—
3 友人，(家族) 以外にすすめられて	8(5.2)	11(1.4)	20(3.9)	61(3.6)	0(0.0)	0(0.0)
4 好奇心	50(32.7)	301(39.5)	119(23.6)	418(24.6)	2(8.3)	13(30.2)
5 カッコいいので	4(2.6)	15(2.0)	3(0.6)	2(0.2)	—	—
6 大人の気分を味わいたい	3(2.0)	7(0.9)	19(3.7)	24(1.4)	—	—
7 やせるため	0(0.0)	2(0.3)	—	—	—	—
8 なんとなく	35(22.9)	128(16.8)	76(15.0)	299(17.6)	4(16.6)	5(11.6)
9 わからない	6(3.9)	17(2.2)	12(2.3)	46(2.7)	4(16.6)	3(6.9)
10 その他	11(7.2)	45(5.9)	68(13.4)	135(7.9)	6(25.0)	6(14.0)

・*印は学年差が認められた項目 (chi-square test * : p<0.05, ** : p<0.01)

表3 喫煙，飲酒，薬物乱用の場所

項 目	喫煙の場所		飲酒の場所		シンナー遊びの場所	
	中学2年	高校2年	中学2年	高校2年	中学2年	高校2年
対象者数：n	153	766	504	1698	24	43
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1 学校内	35(22.8)	243(31.7) *	25(4.9)	85(5.0) —	—	—
2 自分の家	96(62.7)	553(72.3) **	453(89.8)	1515(89.2) *	15(62.5)	13(31.7) *
3 友だちの家	55(35.9)	508(66.3) **	132(26.1)	1218(71.7) **	9(37.5)	21(48.8) —
4 飲酒店，カラオケ，ディスコ	42(27.4)	448(58.6) **	107(21.2)	817(48.1) **	—	—

・*印は学年差が認められた項目 (chi-square test * : p<0.05, ** : p<0.01)

表4 喫煙，飲酒，薬物乱用についての将来予測

項 目	中学生2年生			高校生2年生		
	男子	女子	計	男子	女子	計
対象者数：n	435	431	866	1059	959	2018
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
20歳になった時の喫煙	91(20.9)	27(6.3)	118(13.7) **	292(27.5)	76(7.9)	368(18.3) ** **
20歳になった時の飲酒	273(62.8)	273(63.3)	546(63.1) *	795(75.0)	786(82.0)	1581(78.3) ** **
これから先，大麻を使用すると思う	7(1.6)	2(0.5)	9(1.0) —	13(1.2)	6(0.6)	19(0.9) ** —
これから先，シンナー遊びををすると思う	7(1.6)	3(0.7)	10(1.1) —	6(0.6)	3(0.3)	9(0.4) * **
これから先，覚せい剤を使用すると思う	8(1.9)	5(1.2)	13(1.5) *	14(1.3)	11(1.1)	25(1.2) ** —

・*印は1) 性差，2) 学年差が認められた項目 (chi-square test * : p<0.05, ** : p<0.01)

将来予測 (%) : 「きっとする」+「たぶんする」の割合

4. 喫煙・飲酒・薬物乱用と一般的な規範意識との関連

喫煙，飲酒，薬物乱用の経験と規範意識得点との関連について示したのが表5—1である。なお大麻および覚せい剤の経験については経験率の値が低率であったので分析からはずした。20歳時の飲酒予測を除いて，喫煙，飲酒，薬物乱用のすべての項目と規範意識得点との間に有意な関連がみられた ($p < 0.01$)。喫煙，飲酒，シンナー使用の経験がない群で規範意識得点が高かった。また，喫煙，飲酒，薬物乱用についての行動の将来予測と規範意識得点との関連を示したのが表5—2である。「吸っていない」，「飲んでいない」，「使用しない」などの回答，つまり，将来使用しないとする回答群で規範意識得点が高く，喫煙，飲酒，薬物乱用と規範意識との関連を認めた (中2の飲酒を除き， $p < 0.01$)。ただし高2の飲酒，大麻，覚せい剤の将来予測では，「わからない」とする回答群において，最も規範意識が低かった。

喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する規範意識7項目と喫煙や飲酒の経験群との関連を中2，

高2ごとに示したのが図1—1と図1—2である。方法で述べた喫煙・飲酒経験群，飲酒のみ経験群，非経験群に分け，それぞれ男女別に喫煙・飲酒・薬物乱用を行うべきではないという回答率を示している。中2では，非経験が全般的に回答率が高く，規範意識が高かった (規範意識の全項目で $p < 0.01$)。次に飲酒のみ経験群で規範意識が高かったが，飲酒に関する規範意識は低かった。喫煙・飲酒経験群は他の群に比べて，薬物乱用に関する規範意識が最も低かった。高2でもほぼ同様な傾向がみられた。しかし，中2と高2を比較した場合，薬物乱用に関する規範意識で，覚せい剤では中2，高2の回答率がそれぞれ82.1%，87.4%，シンナーでは82.7%，87.7%，大麻では82.1%，86.7%であり，高2が中2より高かった (すべて $p < 0.01$)。一方，「年齢に関係なくタバコを吸うべきでない」では，中2，高2の回答率がそれぞれ62.5%，51.6%であり，同様に，「同年齢の人，飲酒すべきでない」では50.8%，21.9%で，喫煙や飲酒に関する規範意識では中2の方が高かった (すべて $p < 0.01$)。また，喫煙・飲酒

表5—1 喫煙，飲酒，薬物乱用の経験と規範意識得点との関連

項 目 対 象 者 数	中学2年生			高校2年生							
	男子	女子	計	1)	2)	男子	女子	計	1)	2)	3)
<u>喫煙経験 (1ヵ月間)</u>											
0 喫煙経験なし	3.31	3.27	3.29	**	—	3.23	3.26	3.25	**	—	—
1 1ヵ月間，全く吸っていない	3.19	3.03	3.13			3.21	3.19	3.20			
2 1ヵ月間，(「毎日」+「数日」)吸った	2.71	2.83	2.74			3.09	3.16	3.11			
3 わからない	2.95	2.55	2.91			3.26	3.07	3.20			
<u>飲酒経験 (1ヵ月間)</u>											
0 飲酒経験なし	3.36	3.33	3.34	**	—	3.16	3.34	3.24	**	—	—
1 1ヵ月間，全く飲んでいない	3.34	3.20	3.27			3.29	3.23	3.26			
2 1ヵ月間，(「毎日」+「数日」)飲んだ	2.97	3.11	3.03			3.20	3.24	3.22			
3 わからない	2.91	3.14	3.01			3.01	3.15	3.07			
<u>シンナー遊びの経験</u>											
1 1度もない	3.26	3.26	3.26	**	—	3.20	3.24	3.22	**	—	—
2 ある	2.61	2.55	2.59			2.85	3.23	2.93			

One-way; 1) 項目, 2) 性差, 3) 学年差 (**: $p < 0.01$)

表5—2 喫煙，飲酒，薬物乱用の行動予測と規範意識得点との関連

項 目 対 象 者 数	中学2年生			高校2年生			1) 2) 3)	1) 2) 3)	1) 2) 3)
	男子	女子	計	男子	女子	計			
<u>20歳になった時の喫煙</u>									
1	きつと吸っている	2.99	2.85	2.96	** —	3.11	3.26	3.13	** — —
2	たぶん吸っている	3.20	3.00	3.15		3.23	3.11	3.20	
3	わからない	3.18	3.10	3.15		3.15	3.08	3.13	
4	たぶん吸っていない	3.32	3.27	3.30		3.25	3.14	3.20	
5	きつと吸っていない	3.31	3.30	3.31		3.22	3.29	3.26	
<u>20歳になった時の飲酒</u>									
1	きつと飲んでる	3.21	3.09	3.16	— —	3.19	3.21	3.20	** — —
2	たぶん飲んでる	3.25	3.27	3.25		3.20	3.25	3.23	
3	わからない	3.25	3.35	3.30		3.14	3.29	3.20	
4	(「きつと」+「たぶん」) 飲んでいない	3.25	3.27	3.26		3.30	3.32	3.31	
<u>これから先，大麻を使用すると思うか</u>									
1	(「きつと」+「たぶん」) 使用する	2.18	2.36	2.22	** —	2.71	3.52	2.97	** — —
2	わからない	2.96	2.78	2.89		2.82	2.89	2.84	
3	(「たぶん」+「きつと」) 使用しない	3.28	3.28	3.28		3.24	3.25	3.24	
<u>これから先，シンナー遊びをすると思うか</u>									
1	(「きつと」+「たぶん」) する	2.65	2.58	2.63	** —	2.58	3.24	2.80	** — —
2	わからない	2.91	2.81	2.87		2.83	2.93	2.85	
3	(「たぶん」+「きつと」) しない	3.27	3.27	3.27		3.22	3.25	3.23	
<u>これから先，覚せい剤を使用すると思うか</u>									
1	(「きつと」+「たぶん」) 使用する	2.37	2.82	2.55	** —	2.88	3.26	3.05	** — —
2	わからない	2.93	2.61	2.82		2.86	2.89	2.87	
3	(「たぶん」+「きつと」) 使用しない	3.28	3.27	3.28		3.23	3.25	3.24	

One-way ; 1) 項目, 2) 性差, 3) 学年差 (** : p<0.01)

経験群の中2の女子で薬物乱用に関する規範意識がもっとも低かった。

IV 考 察

今回の調査対象者の喫煙・飲酒・薬物乱用行動の実態と過去の大規模調査とを比較すると¹¹⁻¹³⁾，中2については喫煙経験率と飲酒経験率ともに今回の調査はやや低い値を示していた。また過去の大麻，シンナー，覚せい剤の使用経験率と，全体の傾向として，顕著な差はみられなかった。高2においても，他の喫煙と飲酒についての大規模調査と比較して，結果に顕著な差がないといえよう。ただし，高2では20歳時に喫煙すると予測している回答は18.3%であっ

た。この1ヵ月間に喫煙の経験がある，すなわち現在喫煙している割合は15.0%であり，高校での喫煙が常習喫煙につながる事が考えられる。また「薬物を使ってみたと思った」とする回答は10%弱であり，これも過去の調査¹⁴⁾とほぼ一致していた。したがって，喫煙，飲酒，薬物乱用に関する経験や行動の実態はこれまでの大規模調査と類似した結果を示しており，本調査の対象者は一般的な中高生ととらえることができる。

これまでの青少年における薬物乱用に関する調査において，「薬物を使うことは個人の自由」という回答の高さが報告されており，特に高校生においては15~20%程度の生徒がそのように

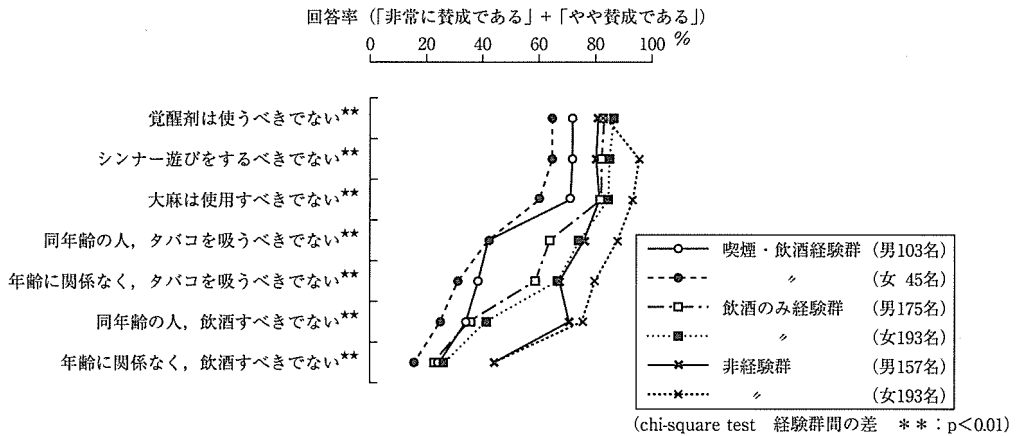


図1-1 喫煙、飲酒の経験と規範意識との関連 (中学2年生)

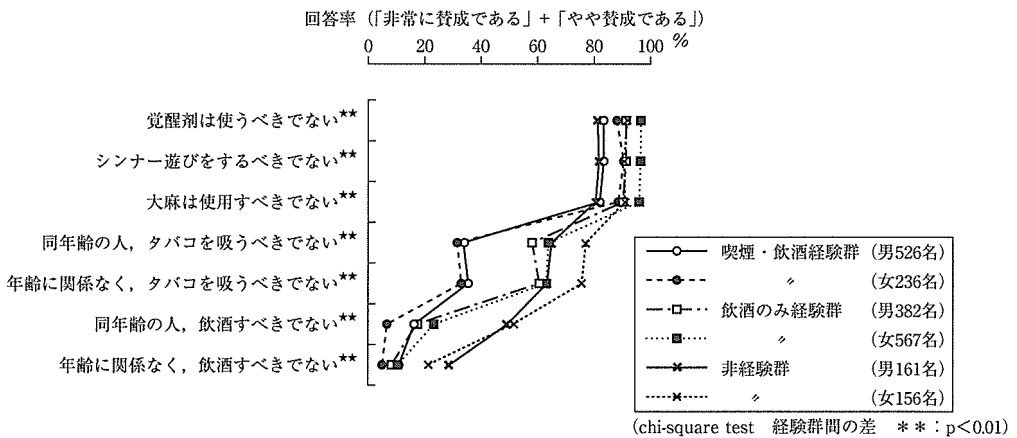


図1-2 喫煙・飲酒の経験と規範意識との関連 (高校2年生)

回答している^{9,15)}。反社会的な行動である薬物乱用に関して、規則を遵守するよりも個人的な判断を優先する生徒が少なくない。このことは規範意識に関連していることを示すものと考えられる。喫煙、飲酒、シンナー遊びのきっかけについては、これまでの調査と同様の結果がみられたが、「好奇心」や「なんとなく」が多い背景にも、規範を遵守する意識の低下が予想できる。本調査では薬物を使用してみたいとする回答が10%弱であった。経験した割合よりも高率であることから、実際の経験がなくても状況によっては乱用する可能性があることが推察される。

また本研究において、特に喫煙・飲酒経験者

群で薬物乱用防止に関する規範意識が低いことが認められた。従来より喫煙や飲酒が薬物乱用への入口(ゲートウェイ・ドラッグ)として機能することが指摘されている¹⁶⁾。本研究で明らかになった青少年時の喫煙・飲酒の高い経験率に加え、喫煙や飲酒を経験している群ほど喫煙、飲酒、薬物乱用に関する規範意識が低いという結果は、喫煙や飲酒への規範意識低下が薬物乱用への規範意識の低下につながっている可能性がうかがえる。

青少年期の発達過程においては、親からの自立や仲間からの信頼を得るために、伝統的な規範への反発を強め、そこから問題行動が生じることが指摘されている^{8,17)}。これは青少年期に

みられる正常な発達過程の中で現れるものであり、規範意識の低下は決して特異な現象ではない。本研究では、シンナー遊びの経験者に加え、特に中2でみられた傾向だが、将来薬物を乱用するという予測者において、一般的な規範意識が低かった。このことは規範意識が著しく低下することと薬物乱用とが密接に関連していることを裏づけていると考えられる。一方、高2にみられた傾向で、将来薬物を乱用するかどうか「わからない」とする回答群で、規範意識が低い傾向も認められた。喫煙や飲酒経験においても「わからない」とする回答群で規範意識が低かった。現状認識や将来展望について判断できない、曖昧な判断をする者ほど規範意識が低いことが推察され、「わからない」とする回答群は「将来薬物を乱用する」危険性が大きいことが予想される。規範意識の低下が薬物乱用に直接つながると断定できないが、青少年期に規範意識が著しく低下する集団で薬物乱用の可能性が大きいという本研究の結果とともに、薬物を使用しやすい環境、心理的な状況、また他の危険行動の存在などと関わって薬物乱用を促すと考えるべきであろう¹⁸⁾。

ところで本研究とこれまでの調査による結果との間で異なっている点として、高校生よりも中学生の方が薬物乱用防止に関する規範意識が低いということが挙げられる。従来、青少年期では年齢の上昇とともに規範意識が低下するという傾向が指摘されている^{9,15)}。しかし本研究では逆の結果が得られた。その理由として、薬物乱用が反社会的な行動であることを中学生よりも高校生で理解されていることが推察できる。つまり、わが国では薬物乱用に対して批判的な規範が存在するため、社会との接点が多くなるほど、大半の生徒がその影響を受け、薬物乱用に関する規範意識が高まると考えられる。しかし一般少年よりも非行少年の方が社会との係留を確保している面が多いとの報告もある¹⁹⁾。また本研究において、中学生よりも高校生の方が友人の家で喫煙、飲酒、薬物乱用を経験している割合が高いことから、たとえ一般的な規範意

識が高まっても、薬物乱用をしているような友人集団に係わっている場合は、むしろそちらの規範に左右されることも予想される。これらの点に関しては、さらに研究を進めていく必要があると考えられる。

また薬物乱用に関する規範意識において、中2女子の喫煙・飲酒経験群は他の群に比較して規範意識が最も低いという結果であった。過去の調査においても、女子の方が薬物乱用を誘われた経験率が高い、あるいは女子において薬物乱用に対して関心が高いことが指摘されているが¹⁴⁾、本研究の結果もそれらを支持するものと考えられる。また未成年者の覚せい剤取締法違反の送致人員では、近年女子の比率が高いという実態もある²⁰⁾。本研究の結果は、女子において薬物乱用のリスクが高いことを示すものといえるだろう。

今回の調査では、規範意識と薬物乱用の経験および将来予測との間に関連が存在することが示された。しかし規範を遵守するかどうかに対しては、その時の状況に左右されること¹⁹⁾、集団の種類や性質が異なることが影響すると考えられる。今後は様々な条件下での規範意識を測定することや、青少年が帰属する一般社会、家庭、学校、友人などにおける規範意識を測定することが必要ではないかと思われる。それによってさらに詳細に規範意識と薬物乱用との関係が明らかになってくると考えられる。

最後に本研究の結果を踏まえ、今後の薬物乱用防止教育の方向性について述べたい。前述したように、欧米においては薬物乱用防止教育の中では規範の教育は重要な要素とされ、長期的な教育効果をあげるための決め手になるという指摘もある⁴⁾。本研究において規範意識と薬物乱用との間に関連性が認められ、わが国においても規範意識を高めることが薬物乱用防止教育の中で重要な役割を果たすと期待できる。特に一般的な規範意識と薬物乱用との間に関連がみられたことから、薬物乱用防止教育のみならず、学校教育全般、さらには家庭や地域においても、規範についての教育力を高めることが求められ

るだろう。

また、これまでの青少年の規範意識に関する調査では、問題行動を起こす青少年(非行少年)においては、大人の規範意識とのずれ、家族や学校の規範よりも仲間集団の規範を優先する傾向があること、逸脱行為が他人に迷惑をかけているという意識が低いなど、特徴的な結果が報告されている^{19,21)}。規範の教育においては、規範を遵守することだけを指導するのではなく、同じ集団の人々との間のコミュニケーションを高め、その集団にとって規範がなぜ大切なのか、規範から逸脱することで誰にどのような影響があるかをきちんと伝えることを重視した教育プログラムの開発が必要になるだろう。

V ま と め

本研究では、薬物乱用防止教育の内容や方法を検討する上で、青少年の規範意識が実際の薬物乱用とどのような関係をもつのか、またそれは喫煙、飲酒とはどのように異なるのかを明らかにするため、中学生2年生および高校生2年生を対象に質問紙調査を行った。

その結果、一般的な規範意識得点と喫煙、飲酒、薬物乱用の経験および将来予測との間に関連がみられた。すなわち、経験との関連では、喫煙、飲酒、シンナー使用の経験がない群で規範意識得点が高く、行動の将来予測においても「使用しない」とする回答群で規範意識得点が高かった。

また喫煙・飲酒・薬物乱用に関する規範意識との関連では、飲酒・喫煙のいずれも経験していない群において規範意識が高かった。逆に、喫煙と飲酒の両方とも経験および喫煙のみの経験している群は、薬物乱用に関する規範意識が最も低かった。中2と高2を比較した場合、高2では薬物乱用に関する規範意識が高く、逆に喫煙や飲酒に関する規範意識では中2の方が高かった。

以上の結果から、薬物乱用と規範意識との間に関連があることが明らかになり、規範に関する教育が今後の薬物乱用防止教育の重要な教育

内容となると考えられた。

本研究は、平成10、11年度科学研究費補助金基盤研究(C)2「薬物乱用・飲酒防止教育に関するカリキュラム開発」(課題番号10680293, 研究代表者市村國夫)によって行われた。

文 献

- 1) 薬物乱用対策推進本部：薬物乱用防止五か年戦略(教育関連部分), 学校経営, 43(9), 103~110, 1997
- 2) Hansen, W.B.: School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990, Health Education Research, 7, 403-430, 1992
- 3) Bosworth, K. and Sailes, J.: Content and teaching strategies in 10 selected drug abuse prevention curricula, Journal of School Health, 63, 247-253, 1993
- 4) Dusenbury, L. and Falco, M.: Eleven components of effective drug abuse prevention curricula, 65, 420-425, 1995
- 5) 法務総合研究所：諸外国における薬物犯罪とその取締りの現状, 平成7年版犯罪白書—薬物犯罪の現状と対策—, 357-394, 大蔵省印刷局, 1995
- 6) Hewstone, M., Stroebe, W., Codol, J. and Stephenson, M. (ed): Introduction to social psychology: a European perspective, Basil Blackwell, London, 1988, 末永俊郎, 安藤清志(監訳), 社会心理学概論—ヨーロッパ・パースペクティブ—2, 165-170, 誠信書房, 東京, 1995.
- 7) Hansen, W.B. & Graham, J.W.: Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms, Preventive Medicine, 20, 414-430, 1991
- 8) Jessor, R., Chase, J.A., Donovan, J.E.: Psychosocial correlates of marijuana use and problem drinking in a national sample of adolescents, American Journal of Public Health, 70, 604-613,

- 1980
- 9) 総務庁青少年対策本部：青少年の薬物認識と非行に関する研究調査，1998
 - 10) 久世敏雄，和田実，鄭暁齊ほか：現代青年の規範意識と私生活主義について，名古屋大学教育学部紀要—教育心理学—，35，21-28，1988
 - 11) 薬物依存・中毒者の疫学調査および精神医療サービスに関する研究班：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究，平成8年度厚生科学研究費補助金，1997
 - 12) 尾崎米厚，箕輪眞澄，鈴木健二，和田清：中高生の飲酒行動に関する全国調査，日本公衆衛生雑誌，46：883-893，1999
 - 13) 尾崎米厚，箕輪眞澄：わが国の中・高校生の喫煙実態に関する全国調査（第1報）中・高校生の喫煙率，日本公衆衛生雑誌，40：39-48，1993
 - 14) 総務庁行政監察局：薬物乱用問題に関するアンケート調査，1998
 - 15) 文部省体育局学校健康教育課：児童生徒の覚せい剤等の薬物に対する意識等調査報告書，文部省，1997.
 - 16) 呉鶴，山崎喜比古，川田智恵子：日本における青少年の薬物使用の実態およびその説明モデルの検証，日本公衆衛生雑誌，45：870-882，1998
 - 17) Donovan, J.E., Jessor, R. and Costa, F.M.: Adolescent Health Behavior and Conventionality—Unconventionality: An Extension of Problem—Behavior Theory, Health Psychology, 10, 52-61, 1991.
 - 18) Newcomb, M.D., Bentler, P.M.: Substance use and abuse among children and teenagers, American Psychologist, 44, 242-248, 1989
 - 19) 総務庁青少年対策本部：青少年の規範意識形成要因に関する調査研究，1993
 - 20) 法務省法務総合研究所：平成10年版犯罪白書，大蔵省印刷局，東京，1998
 - 21) 総務庁青少年対策本部：規範意識と非行の深化との関係についての調査研究，1989
- (受付 00. 10. 31 受理 01. 3. 9)
連絡先：〒310-8585 水戸市見和1-430-1
常磐短期大学（市村）

報告 薬物乱用防止システムに関する国際比較研究
第1報 イギリスにおける青少年の薬物乱用の実態
および総合防止対策について

吉本 佐雅子*¹, 鬼頭 英明*², 石川 哲也*³, 川畑 徹朗*³
和田 清*⁴, 西岡 伸紀*⁵, 勝野 眞吾*⁵

*¹鳴門教育大学 生活健康系教育講座

*²文部省 体育局 学校健康教育課

*³神戸大学 発達科学部 人間発達科学科

*⁴国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部

*⁵兵庫教育大学 生活健康系教育講座

Cross-national Study on Drug Abuse Prevention System
(1) Trends of Drug Misuse and National Drug Control
Strategy in Britain

Sachiko Yoshimoto*¹ Hideaki Kito*² Tetsuya Ishikawa*³ Tetsuro Kawabata*³
Kiyoshi Wada*⁴ Nobuki Nishioka*⁵ and Shingo Katsuno*⁵

*¹ *Department of Health Sciences, Naruto University of Education*

*² *Division of School Health Education, Physical Education and Sport Bureau, Monbusyo*

*³ *Department of Health Promotion, Faculty of Human Development, Kobe University*

*⁴ *Division of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

*⁵ *Department of Health Sciences, Hyogo University of Teacher Education*

As a part of cross-national study on drug abuse prevention system, we had investigated the fact of drug misuse and strategy for tackling drug misuse among young people in Britain and reviewed the trends of drug misuse and national drug control strategy.

The facts and the risk factors of drug misuse among young people, which had been shown by the large population surveys (mainly from 1994 to 1998) are as follows:

Drugs experimentation was still spreading among the English population, particularly among the young (under 25 years) as 34% of 11 to 15 years-olds and 55% of 20 to 24 years-olds have tried illegal drugs. The first drug use was becoming younger and school children were likely to start using around the age of 13 or 15 years of age, in particular, among girls. Cannabis was easily the most commonly-used drug among young people. The next most widely used set of drugs—amphetamines, poppers, LSD and ecstasy—, as those drugs including magic mushroom are called “Dance drugs”. For young people, there were strong links between drugs problem and, socio-economic and lifestyle variables (from the poorest and richest households, unemployment, out-of-home leisure as visiting to a club or pub, smoking, drinking). The fact of drug misuse by young people reinforces the importance for school of keeping approaches to drug education.

In 1998, the government launched its ten-year strategy, Tackling Drugs to Build a Better

Britain, building on the previous *government's* strategy Tackling Drugs Together (1995). The new strategy maintains the commitment to coordination of local strategies by Drug Action Teams, commits the government to the task of examining best practice in all areas of the drug strategy. The strategy had four elements for young people, communities, treatment and availability. The strategy for the most important element, "Young people", have a key object to help young people resist drug misuse in order to achieve their full potential in society and a programme of action including education for school.

Key words : drug misuse, britain, adolescents, drug control strategy
薬物乱用, イギリス, 青少年, 薬物対策

緒 言

今日、薬物乱用の拡大、ことに若年層と女性への浸透は世界各国に共通してみられ、現代社会における最も深刻な健康問題および社会問題となっている。欧米では青少年の薬物乱用の生涯経験者率（一度でも薬物乱用を経験した者の出現率）は、アメリカで57.5%、オーストラリアで52%、イギリスでは49%と極めて高率である¹⁻³⁾。わが国も平成7年度以降覚せい剤乱用が急増して現在第3次覚せい剤乱用期にあるが、わが国でも薬物乱用の若年化と女性への浸透が著しい⁴⁾。薬物乱用に対しては薬物依存の特性から、薬物に手を染めることそのものを防止しようとする第一次予防が最も本質的な防止策である。この観点から、薬物乱用のきっかけが起ることが多く、また発育・発達過程にあるため薬物の有害な影響が深刻な形で現れる青少年に対しての教育を通じた働きかけ—薬物乱用防止教育—が、世界のいずれの国においても薬物乱用防止対策の中心に位置づけられている。

薬物乱用は全地球規模の社会現象であるが、それぞれの国、社会の持つ歴史、文化、地理的環境により複雑な影響を受けるため多様な流行パターンを持つことが特徴である。このため各国の薬物乱用防止対策は様々であり、学校の薬物乱用防止教育の位置づけ、内容、実施方法なども異なる点が多い。このような特性を持つ薬物乱用防止教育において、実行可能で有効なプログラムを構築するためには、国際比較研究

(Cross-national Study, Cross-cultural Study)は有効な手法のひとつとなる。著者らは1992年より薬物乱用防止に関する総合対策および学校における薬物乱用防止教育に関する国際比較研究を行っている。イギリスは欧州諸国のなかでも国をあげて総合的薬物乱用防止対策を進めている国であり、著者らの主な研究対象国のひとつである。本報ではイギリスにおける青少年の薬物乱用の実態および総合防止対策について報告する。

資料と方法

イギリスでは薬物乱用の実態を把握し、それをベースにして総合防止対策がたてられている。薬物乱用防止のための国家的戦略作成を目的とした定期的な実態調査は1990年代に本格的に開始された。本研究では1992年から2000年にかけての8年間に、イギリス薬物依存研究所 (ISDD; Institute for the Study of Drug Dependence)、イギリス教育・雇用省 (Department of Education and Employment) を中心とする薬物乱用防止関連機関を訪問し、担当者に対するインタビューを行うとともに、薬物乱用の実態調査および総合防止対策に関する資料収集を行った。収集資料は経年的に整理し、イギリスにおける薬物乱用防止の現状を青少年を中心にまとめるとともに、総合防止対策の戦略を分析した。

本報では以下の調査報告を主な資料とした。

(1) British Crime Survey (BCS) 報告⁵⁻⁷⁾ :

BCSは薬物乱用の実態を把握するために

Home Office (内務省) が実施した全国的疫学調査である。EnglandとWalesの16歳から59歳、約1万人の抽出サンプルを対象とし、1994年から隔年で世帯調査 (House Hold Survey) として実施されている。

- (2) Office for National Statistics (ONS) による児童・生徒調査報告^{8,9)}：ONSの調査は11歳から15歳の児童・生徒約5,000人を対象にして1998年実施された。喫煙、飲酒、薬物乱用に関する調査である。
- (3) イギリスにおける喫煙の動向¹⁰⁾：ONSによりまとめられた1976年から1996年までの喫煙に関する統計調査結果の報告である。
- (4) イギリスにおける飲酒の動向¹¹⁾：ONSによりまとめられた1976年以降の飲酒に関する統計調査結果である。
- (5) Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse¹²⁾：1998年4月に発表された薬物乱用防止10カ年戦略についての白書である。

I. イギリスにおける薬物乱用の実態

1. 薬物乱用の動向

違法行為である薬物乱用の実態を知ることは極めて難しい。このため各国は様々な手法を用いてその実態把握に努めているが、多く用いられているのは(1)個人を対象とした質問紙法による疫学調査、(2)違法薬物の押収量および件数、(3)薬物関連法規違反検挙者数、(4)薬物依存者の治療に関する実態調査である。イギリスにおいても基本的にこの4種類の方法で薬物乱用の実態把握が試みられている。最初にこれら4つ指標で捉えられたイギリスの薬物乱用の動向をながめてみる。

1) 疫学調査による薬物乱用の実態

イギリスでは薬物乱用に関する種々の疫学調査が行われているが、明確なStudy Designのもとに経年的に全国規模で実施されている調査は内務省によるBritish Crime Survey (BCS)と統計局 (ONS) による児童・生徒の調査報告で

表1 イギリスの16—29歳および16—59歳の年齢層における薬物乱用者の出現率 (%)

	1994年		1996年		1998年	
	16—29歳	16—59歳	16—29歳	16—59歳	16—29歳	16—59歳
生涯経験者率	43	28	45	29	49	32
最近1年間経験者率	23	10	24	10	25	11
最近1ヶ月巻経験者率	14	6	15	6	16	6

(BCSの1994, 1996, 1998年の調査結果から作表)

ある。調査の性質上BCSは16歳以上、ONSの調査は11歳から15歳の学齢期の児童・生徒を対象としている。

表1はBCSの1994年から1998年⁵⁻⁷⁾の結果を16—29歳と16—59歳の年齢層別に分けて示したものである。まず、1998年の現状をみると、16—59歳の全年齢層では生涯経験者率 (これまで一度でも薬物乱用を経験した者の出現率) は32%、最近1年経験者率 (最近1年間に薬物乱用を行った者の出現率) は11%、そして最近1ヶ月経験者率 (最近1ヵ月間に薬物乱用を行った者の出現率) は6%である。なお、依存性薬物乱用の場合、最近1年経験者率は「現在乱用を行っている者の割合」、最近1ヶ月経験者率は「常習的に乱用を行っている者の割合」を示す指標になると考えられている。薬物乱用は若年層で著しく、16—29歳の年齢層に限ってみると、生涯経験者率は49%となる。イギリスではこの年齢層の国民の約半数、約500万人が薬物乱用を経験していることになる。そして最近1ヶ月経験者率をあわせて考えると、その1/3は常習的に乱用を続けている者である。1994年から1998年にかけての推移をみると、16—29歳の年齢層での薬物乱用者は生涯経験率、最近1年経験者率、最近1ヶ月経験者率のいずれの指標でも、緩やかではあるが増加傾向にある。

2) 違法薬物の押収量および件数

1997年、警察および税関による違法薬物の押収件数¹³⁾は139,174件に上り、前年より14%増加した。そのうち24,718件がクラスAの薬物 (コカイン、クラック、ヘロイン、LSD, MDMA;

Ecstasy, Methadone, Morphine), 119,491件がクラスBの薬物(覚せい剤; Amphetamine, 大麻; 大麻草, 大麻樹脂等を含む), 2,630件がクラスCの薬物(その他の違法薬物)である。覚せい剤の押収件数は18,575件, 押収量は3.3トンになり, 1995年の押収量の3倍以上に増加した。このイギリスの覚せい剤の押収量は世界の総押収量の約25%にあたり, 1996年, 1997年には世界で第一位の座を占めている¹⁴⁾。ヘロインの押収量も増加しており, 前年の約2倍となった。大麻押収件数は106,753件で, 押収量は1995年の約3倍の150トンに上った。MDMA; Ecstasyの押収量は1996年前までは増加する傾向があったが, 1997年には前年度の約1/3まで減少した。また, LSDの押収量も前年の約3/4に減少した。

3) 薬物事犯

1995年に検挙された薬物事犯の総数は113,000人であり, その57%を24歳以下の青少年が占める¹³⁾。また, 検挙者の90%が男性である。検挙者のうち約半数に警告, 22%に罰金, 9%に収監刑が下された。平均収監期間は22.9月である。この1997年の薬物事犯数は1991年の約2.5倍に当たる。薬物事犯の大部分(78%)は大麻に関連するものである。1997年の薬物の密輸に関する犯罪は17,604件であり, 1991年度の約3倍に上った。

4) 薬物依存者の治療に関する実態調査

イギリスでは内務省によって薬物依存者の登録が行われている。登録されているのは逮捕されたり, 医療機関で治療を受けている者などで薬物依存者の一部ではあるが, 1995年の時点で37,164人が登録されており, 前年に比べて9%増加した¹⁵⁾。登録された薬物依存者の40%(14,735人)が新規登録者であり, 新規登録者の割合はこの数年ほぼ一定である。また, 21歳未満の登録された薬物依存者は1991年から1995年の間で8%から11%に増加した。1995年に新規に登録された薬物依存者のうち21歳未満の者は20%に上り, 1991年の14%に比べて増加した。

この登録システムではヘロイン乱用者が最も多く, 1995年には全登録者2/3(24,530人)である。Methadone(ヘロイン類似の合成麻薬)乱用者は16,654人(47%)である。また, コカイン依存者は3,357人で前年より8%増加したが登録者全体の10%未満である。静脈注射による薬物乱用は減少しつつあるが(1988年68%, 1995年51%), この方法で薬物を乱用した者の半数以上が依然として静脈注射を用いて薬物乱用を行っている。

以上のように, 薬物乱用に関する各種の指標は, イギリスでは薬物乱用が社会の広い範囲に及んでいること, 特に, 近年の29歳以下の青少年における薬物汚染が深刻な状況にあることを示している。

2. 青少年における薬物乱用の実態

薬物乱用の若年化は世界的な傾向であるが, イギリスにおいても違法薬物の乱用は若年層に高頻度に見られる。そこでBCSおよびCNSの調査結果をもとに, イギリスの青少年における薬物乱用の実態についてさらに詳しく触れる。

1) 薬物乱用者の性, 年齢分布

表2は1998年に実施されたBCSとONSの最も新しい調査結果を性別, 4区分の年齢層別に示したものである。それぞれ11—15歳の結果はONS^{8,9)}, 16—59歳の結果はBCS⁷⁾から引用した。

薬物乱用者の出現率は, 全体としてみると16—19歳, 20—24歳の年層で高い。両年齢層の男女を併せた16—24歳についてみると生涯経験者率は52%, 最近1年間経験者率は29%, 最近1

表2 イギリスにおける薬物乱用者の性別・年齢層別の出現率(%)

	11-15歳		16-19歳		20-24歳		25-29歳		30-59歳	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
	子	子	子	子	子	子	子	子	子	子
生涯経験者率	36	32	55	42	64	48	56	36	30	21
最近1年間経験者率	12	10	35	27	37	22	29	11	7	4
最近1ヶ月間経験者率	7	6	25	19	24	12	17	6	4	2

(11—15歳の結果はONSの1998調査から, 16—59歳の結果はBCSの1998調査から作表)

ヵ月経験者率は19%である。この結果から、16—24歳の年齢層の青少年では一度でも乱用を経験した者のうち約55%の者は現在も乱用しており、約37%が常習的に乱用していると推定できる。より若い11—15歳の年齢層では薬物乱用者出現率は全体として16—24歳より低い。しかし、この年齢層を詳しく見ると、生涯経験者率は11歳15%、12歳19%、13歳30%、14歳44%、15歳61%であり、13から15歳にかけて薬物乱用者出現率が急激に上昇する。この結果は薬物乱用の開始が13—15歳に起こりやすいことを示している。

さらに、薬物乱用の開始年齢の若年化に関しては次のような調査報告がある。1995年に健康教育委員会(Health Education Authority; HEA)が実施した調査¹⁶⁾では12—13歳の9%が薬物乱用を経験したと答えており、乱用経験は年齢が上がるにしたがって上昇し、14—15歳では30%、15—16歳では37%に達している。これらのデータも近年の薬物乱用の若年化を示しており、1995年の12—13歳の薬物乱用経験率は8年前(1987年)15—16歳の薬物乱用経験率とほぼ等しい。

次に性差についてみると、いずれの年齢層においても男性の薬物乱用者出現率は女性より高い。また、一度でも薬物を乱用した者のうち常習的な乱用に移行している者の割合(最近1ヶ月経験者/生涯経験者)は男子では21%であり、女子の15%より高い。薬物乱用にみられる性差

は年齢層によって異なり、年齢が低い程、女性の薬物乱用者の比率が高くなる傾向がある。例えば生涯経験率についてみると、男女比は25—29歳で1.6(56% : 36%)、20—24歳で1.3(64% : 48%)、16—19歳で1.3(55% : 42%)、11—15歳で1.1(36% : 32%)である。この傾向は最近1年間および最近1ヵ月経験者率においても認められる。

2) 乱用される薬物

イギリスにおいてもハシッシュを含む大麻(Cannabis, マリファナ)が最も多く乱用される薬物であり、乱用される薬物の80%以上を占めている。しかも大麻乱用者の40%は同時に他の薬物も乱用する多剤乱用者である。

表3は11—15歳、16—24歳、16—59歳の年齢層における薬物乱用者出現率を乱用される薬物の種類別に示したものである。いずれの年齢層においても、何らかの違法薬物を乱用した者のうち約80%が大麻(Cannabis)を乱用していた。16から59歳までを合わせた年齢層で見ると、イギリス人の25%が大麻を一度は乱用した経験を持ち(生涯経験者率)、9%がこの1年間に大麻を乱用していたことになる。この結果は一度でも大麻乱用を経験した者の36%が現在でも大麻乱用を続けていることを示している。16—24歳の若年層に限ると、この値は約60%になり、結局16—24歳の大麻乱用経験者の約半数は現在でも大麻乱用を続けているという現状が明らかにされた。また、11—15歳の義務教育年限にあ

表3 イギリスの11—59歳の薬物種類別の乱用者の出現率(%)

	11—15歳		16—24歳		16—59歳	
	生涯経験者率	最近1年間経験者率	生涯経験者率	最近1年間経験者率	生涯経験者率	最近1年間経験者率
Cannabis	26	10	44	27	25	9
Amphetamine	7	2	21	10	10	3
Poppers	6	1	17	5	7	1
LSD	6	1	12	3	5	1
Magic Mushroom	6	1	11	4	5	1
Ecstasy	6	1	11	5	4	1
違法薬物のいづれか一つ以上	34	11	52	29	32	11

(11—15歳の結果はONSの1998調査から、16—59歳の結果はBCSの1998調査から作表)

る生徒でもその26%が大麻の乱用を経験している。

同様の結果は1995年のHEAの調査¹⁰⁾でもみられているが、これらの最近の調査データを過去のものとは比べると社会階層や生活状況に関係なく、大麻乱用はこの数年間で50%以上増加しており、現在のイギリスでは11—24歳のすべての若者が大麻乱用の危険にさらされていると言っても過言ではない状況にある。

上記のように、イギリスでは乱用される薬物の大半を大麻が占めるが、この10年間で最も注意を要する変化は、いわゆるダンスドラッグと呼ばれるAmphetamine(覚せい剤)、LSD、Ecstasy(MDMA)などの薬物の乱用が若者を中心に急激に広がったことである。これらの薬物の乱用は16—24歳の年齢層に集中していることが大きな特徴である。表3に示すようにこの年齢層の乱用経験者率はAmphetamine(覚せい剤)21%、LSD12%、Ecstasy(MDMA)11%である。最近10年間のこれらの薬物の若者への浸透は極めて激しく、乱用者はAmphetamineで約2倍、LSDで約4倍、Ecstasyで約7倍となった。ダンスドラッグ乱用の最近の傾向で特に注意を要する点は、いったんこれらの薬物のどれかに手を染めると、すぐ他の薬物の乱用を始めるという多剤乱用傾向が著しいことである。多剤乱用はこの3つの薬物に留まらず、Magic mushroom(幻覚きのこ)やPopper(Amyl-and butyl-nitrite)の乱用、大麻の乱用へも容易に拡大している。

Magic mushroomとPopper(Amyl-and butyl-nitrite)は新しいダンスドラッグとして最近若年層その乱用が広まっている薬物である。これらの薬物の乱用に関してはその実態が不明であったが、1998年のBCS調査では16—24歳の17%がPopperを、11%がMagic mushroomを乱用していることが明らかにされ、現在ではEcstasyやLSDよりむしろこれらの薬物の乱用が広範に行われているという実態が明らかになった。

有機溶剤は、イギリスでは学齢期の子ども達

が一過的に乱用を経験する薬物という感覚で捉えられている。1994年のBCSの調査⁵⁾では16—19歳の2%が過去1年の間に有機溶剤乱用を経験しているが、25—44歳では現在有機溶剤を乱用している者はいないという結果が得られている。有機溶剤の生涯乱用経験者の割合は16—19歳の女子8%、男子6%であった。また、いわゆる「Hard Drug」と呼ばれるコカイン、クラック、ヘロインの乱用は上記の薬物に比べて少なく、いずれも生涯経験者率は約1%(16—59歳)程度である。多くの調査はヘロイン乱用がほぼ頭打ちになっているのに対してコカイン、クラック乱用は増加傾向にあることを示している。「Hard Drug」乱用も若年層で高率である傾向がみられる。16—59歳全体では1%がヘロインを、1%がクラックを、4%がコカインを乱用しているのにくらべ、11—15歳の年齢層では4%がヘロインを、3%がクラックを、6%がコカインを乱用している。

薬物を乱用する方法のうち静脈注射による乱用は少ない。15—16歳を対象とした調査では男子で0.7%、女子で0.6%が静脈注射による薬物乱用を経験したと答えている。

3. 薬物乱用と社会・家庭環境要因およびライフスタイル

1) 青少年における薬物乱用の関連要因

BCS(1998)⁷⁾の調査では薬物乱用に関わる社会・家庭環境の要因およびライフスタイルについて分析している。このなかから16—29歳の青少年に関する部分をみると、まず、薬物乱用者出現率は居住地域によって異なる。現在薬物を乱用している者は新興都市に在在する者に多い(最近1年間経験者率43%)。繁華街、人口移動の少ない地域、発展途上の地域など他の地域の最近1年間経験者率は約25%でこれにくらべると低い。薬物乱用は家庭の経済状態とも関連している。家庭の収入が5,000ポンド未満の低所得家庭の青少年における薬物乱用者出現率は約35%と高い。しかし、30,000ポンド以上の高所得家庭の青少年においても薬物乱用者出現率は約30%と高率である。最も薬物乱用者が少な

いのは、その中間の10,000—30,000ポンドの収入がある家庭の青少年であった。全体としていわゆる中間層の家庭の青少年が最も薬物乱用経験が少ないとBCSは結論づけている。有職、無職は薬物乱用の背景要因として知られている。イギリスでは職に就いている青少年においてもその25%は何らかの薬物乱用を経験しているが、無職の者ではこの値はさらに40%に上昇する。

薬物乱用におよぼすライフスタイルの要素として婚姻状況も検討されている。独身者における最近1年間薬物乱用者率は31%であったが、結婚/同棲あるいは離婚/離別している者では約17%とむしろ少ない。さらに余暇の遊びについて項目、「この1週間に夜出かけた」「この1ヵ月に昼食にパブに行った」「この1ヵ月に夕食にパブに行った」「この1ヵ月にクラブに行った」において、これらの頻度が週3回以上の者はその約半数が現在薬物を乱用していたことが認められた(週3回以下の者では約20%)。BCSは、独身者の青少年、ことに職のない青少年はクラブやパブへの出入りする機会が多く、ダンスドラッグなどの薬物に関わる危険が高いと指摘している。

青少年の飲酒や喫煙は薬物乱用の重要な危険因子(Risk Factor)である。BCS(1996)⁶⁾の調査においても飲酒と喫煙のリスクが分析されている。16—29歳の年齢層で飲酒をほとんどしない群で現在薬物を乱用している者は15%であるに対し、飲酒をする群では39%とその割合が増加する。さらにHeavy Drinker群では薬物乱用者出現率は70%にも上り、危険度は4倍以上になる。喫煙についても、16—29歳の年齢層で喫煙をする群の薬物乱用者出現率は喫煙をしない群にくらべて高い(喫煙群、および非喫煙群の最近1年間経験者はそれぞれ40%および15%)。

BCS(1996)の調査からも青少年の飲酒、喫煙が危険度の高いものであることが示されたが、イギリスではONSが飲酒、喫煙に関してまとめているので、その資料をもとに、イギリスにおける青少年の飲酒、喫煙について追加的に触れておきたい。

2) 飲酒

イギリスでは成人の90%以上が大なり小なり飲酒している。イギリスの法律では5歳未満の飲酒のみが法律で禁止されているため学齢期の児童・生徒の飲酒そのものは違法ではない。ONSの動向報告は¹⁰⁾、女性の飲酒量が増加していることを最近の問題点として上げている。1990年と1996年の飲酒者(16歳以上)の飲酒量を比較すると男性では16.3 unit/週(1 unit純アルコールの10mlの相当)から16.0とむしろ減る傾向があるが、女性では5.3から6.3と飲酒量が増えている。また、深酒する者(男性:21 unit/週以上, 女性:14 unit/週以上)は男性では1990年, 1996年両年で27%と変わらないが女性では11%から14%に増加している。

1996年には「Alcopops」とか「Softアルコール飲料」と呼ばれるアルコール飲料(イギリスではHooch, Thickheadの名称で売られている)が、18歳未満の若年齢層をターゲットに販売されていることが大きな社会問題となった。生徒(11—15歳)の飲酒者率(最近一週間以内飲酒)は1988年20%から1996年で27%に上り、飲酒量も約2.5倍に増加した。この増加傾向はことに15歳の女子で著しく、1996年では55%の者が最近一週間以内に飲酒していた。

(注) イギリスでは16歳未満の未成年にたばこを売ることが禁止されている。飲酒に関しては5歳未満の小児にアルコールを与える事が禁止されており、また特別の許可なく飲酒目的で酒場へ自由に入出りできるようになるのは18歳以上である。青少年の飲酒に関する法律には地域差がある。例えば北アイルランドでは18歳未満の酒場への立ち入りを禁止しているが、他地域では立ち入りそのものは禁止されていない。

3) 喫煙

イギリスは西暦2000年までの国家目標のひとつに喫煙率(シガレット)を20%まで減少させることを挙げている。しかし、1996年のONSの動向報告¹⁰⁾では男性の28%、女性の27%が喫煙(シガレット)していることが明らかになり、

この目標達成の困難さが改めて浮き彫りにされた。

イギリスでは若年層での喫煙率が全体に高く、我が国とは異なって女性の喫煙者が男性より多いのが特徴である。15歳では男子の常習喫煙経験率は28%であるのに対して女子では33%である。若年者の喫煙を防止するため、イギリスでは11—15歳のより低年齢層の喫煙率を1994年までに6%以下に抑えることを目標にした喫煙防止対策が展開された。しかし、11—15歳の常習喫煙率は1986年から1996年の10年間に男子では7%から11%に、女子では12%から15%になり、皮肉なことにこの期間に喫煙率はむしろ増加した。

II. イギリスにおける薬物乱用防止総合戦略

イギリスでは1994年10月、前政権のメイジャー内閣が1995—1998年にかけての新しい薬物乱用防止に関する白書「Tackling Drugs Together: A strategy for England 1995—1998」¹⁷⁾を公表し、この枠組みのもとで薬物乱用の実態把握、違法薬物の需要と供給の抑制に関する総合的な対策を実行した。

1998年に国連は国際薬物統制に関する国連特別総会を開催した¹⁸⁾。そして、これを契機にして世界各国の薬物乱用に対する協調した取り組みが本格的に開始されている。同年、アメリカ合衆国では「The National Drug Control Strategy, 1998: A Ten Year Plan」¹⁹⁾を、わが国では「薬物乱用防止五か年戦略」を策定し、国レベルでの新たな薬物乱用防止対策を開始した。イギリスでは1998年4月にブレア内閣が薬物乱用防止10か年戦略を策定し、先の「Tackling Drugs Together」¹⁷⁾をもとに新しい白書「Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse」¹²⁾を公表し、これにもとづいて総合的な薬物乱用防止対策を展開している。なお、イギリスでは薬物乱用を意味する公用語として「Misuse」が用いられており、アメリカ合衆国や我が国で用いられている「Abuse」は

用いられていない。学校教育のなかでも薬物乱用防止教育「Education for the Prevention of Drug Abuse」ではなく、薬物教育「Drug Education」が使われている。Misuse, Drug Educationなどの用語はイギリスを含めヨーロッパ圏、オーストラリアなどで用いられている。この背景には社会問題としての薬物乱用に対する考え方がアメリカ合衆国やわが国とは異なることがあると考えられるが、この考察は別報で行いたい。

1) 薬物乱用防止10か年戦略

新しい白書「Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse」¹²⁾では薬物乱用のない、健康で信頼できる社会を作することを目的に、薬物の需要と乱用の危険性を抑制することを目指している。新しい白書はこの目的のためには、教育および福祉、医学・健康科学、法制、経済などの様々な分野の連携により地域ごとにDrug Action Teamsを設置して総合的な薬物乱用防止対策を展開する必要があると強調している。

薬物乱用防止10か年戦略は、(1)青少年の薬物乱用防止：青少年が社会において能力を十分に発揮出来るようにするため、青少年が薬物乱用に打ち勝つよう支援する。(2)地域の安全：薬物乱用に関わる反社会的および犯罪的行動から地域を護る。(3)薬物依存の治療：薬物問題を克服し、健康で犯罪のない生活ができるようにする。(4)薬物供給抑止：イギリス社会において違法薬物の売買を絶滅する。の4つを薬物乱用防止対策の柱としている。このうち、青少年への働きかけは第一番にあげられ、薬物乱用防止対策のなかでも最も重要視されている。

2) 青少年に対する薬物乱用防止対策

青少年に対する薬物乱用防止対策は表4に示す基本方針のもとに、「25歳未満の青少年の違法薬物乱用者率（最近1ヵ月および最近1年間の乱用）を低減する。」ことを具体的目標としている。そして、この目標を達成するために表5に示すようなAction Programが提示された。

表4 青少年に対する薬物乱用防止に関する基本方針

- ・ 青少年, そして青少年に関わる家庭, 地域のすべての人々が薬物乱用そのものを防止し, また薬物乱用がもたらす様々な問題に立ち向かい解決するという姿勢を持つようにする。
- ・ 薬物乱用防止に必要な情報, スキル, および支援は青少年の年齢や環境に合わせた方法で提供する。また, 薬物乱用の危険性が高い集団にも対策が行き届くよう, 特別に配慮をする。
- ・ 薬物乱用防止は早い時期から始める。小学校の段階では, ライフスキル獲得のための総合的なアプローチを, 青少年に対しては発育・発達に応じて適切な内容のプログラムを作成する。これらのプログラムは学校における学習, 仕事, 仲間の集まり, そしてより広範囲な地域における取り組みなどさまざまな機会を通じて実施する。
- ・ 薬物乱用防止を目的に国と地域の有機的連携システムを構築する。

表5 青少年に対する薬物乱用防止Action Programme

- ・ 違法な薬物乱用の危険性と有害性に関する信頼できる情報を青少年, 保護者および周囲の人々に提供する。その際, アルコール, たばこ, 有機溶剤などの薬物も関連させる。
- ・ 薬物に関する教育は5歳から始め, 教科の授業および教科外の授業を通じて薬物乱用に対抗できるスキルを学ばせる。スキル獲得のためのより総合的なアプローチはPersonal Social and Health Education (定期の授業カリキュラムではないが各教科授業に取り込んで展開される。ライフスキル学習を中心とした指導)で行う。指導にあたっては, 1998年にイギリス教育・雇用省が提示した教育指導要領を参照する。
- ・ 地域において, 青少年が薬物乱用に手を染めることのない社会的・文化的環境を作る。その際, 国及び地方自治体の薬物乱用防止に関する広報, 情報を積極的に利用する。
- ・ 違法薬物や他の薬物(アルコール, たばこ, 有機溶剤)の乱用に関わらない, 青少年の健康なライフスタイルおよびそれに向けての積極的な活動を促進する。
- ・ 薬物乱用の問題あるいは危険を抱えている青少年に対して適切な特別の対策(介入)を行う。
- ・ 文化的背景, 性, 人種に係わらず, すべての青少年が適切な薬物乱用防止プログラムを受けられるようにする。
- ・ 薬物乱用の予防およびそれに関連する教育活動で優れていると認められたものを具体的なモデルとして広める。

表6 包括的モニタリングシステムの構成

- ・ 5歳以上の青少年を対象にした薬物乱用とその関連要因に関する総合的調査。
- ・ 常習的薬物乱用者における乱用パターンの調査・研究。
- ・ 予防および教育プログラムの成果に関する長期追跡調査。
- ・ 薬物乱用に係わる社会的要因に関する長期的モニタリング。
- ・ 薬物乱用に対する効果的な予防法および教育・指導法に関する調査。

表7 評価の観点

- ・ 25歳未満の青少年において違法薬物の乱用者(最近1ヵ月および最近1年間に乱用)の割合が低減したか。
- ・ 5歳—16歳の青少年において薬物乱用の危険性と有害性についての知識が高まったか。
- ・ 薬物乱用の開始年齢を遅らせることができたか。
- ・ 薬物に関係する事件による学校からの離脱を減少させることができたか。
- ・ 25歳以下のヘロインの乱用者を減少させることができたか。
- ・ 薬物乱用の危険性が高い生活環境にいる青少年—学校から追放された者, 仕事を怠ける者, 犯罪者, ホームレス, 薬物乱用者の子供—への情報およびサービスの提供を増やすことができたか。

また、Action Programを具体的に立案する際に必要な基礎的情報を提供すること、その有効性を評価することを目的とした包括的モニタリングシステムの整備が進められている。表6、表7はモニタリングシステムの内容と評価の観点をまとめたものである。

このように、イギリスでは薬物乱用防止10カ年戦略のもとで薬物乱用防止のため総合的取り組みが始められている。その成果が明らかになるにはしばらくの時間が必要であるが、イギリスにおける今後の薬物乱用防止総合対策の進展を見守り、今後わが国およびアメリカ合衆国における薬物乱用防止総合対策との比較検討を試みたい。

まとめ

我々は青少年に対する有効な薬物乱用防止教育プログラムを作成する目的から薬物乱用防止教育の国際比較研究を行っている。本報告はその一環として、イギリスの薬物乱用の実態と背景要因を青少年を中心に調査するとともに、イギリスの新しい薬物乱用防止10カ年戦略について調査し、まとめたものである。

イギリスでは薬物乱用が深刻な広がりを見せており、青少年ことに25歳以下の若年層が乱用流行の中心となっている。薬物乱用は10歳代、20歳代の青少年に蔓延しており、一度でも薬物を乱用したことがある者は11—15歳の年齢層では34%、20—24歳では55%に達している。薬物乱用を始める年齢も若年化する傾向があり、最近では13—15歳で乱用を始める者が多い。また、若年層では女子の乱用者が多いという危険な傾向がみられる。青少年が乱用する薬物はその約80%が大麻であり、次いでダンスドラッグと呼ばれる薬物群；Amphetamine, Popper, LSD, Magic Mushroom, Ecstasyの乱用が多い。青少年の薬物乱用は、低収入の家庭と高収入の家庭双方で多く、また無職、独身、クラブやパブの出入りが多い者、飲酒および喫煙者で高頻度に見られ、薬物乱用に関連する社会・経済的環境やライフスタイル要因が明らかにされた。これ

らの調査研究結果から、薬物乱用防止対策において、青少年は最も重要な対象であり、学校における薬物乱用教育が極めて重要であることが指摘された。

1998年、イギリス内閣は新たに薬物乱用防止10カ年戦略を策定し、その対策を示した白書「Tackling Drugs to Build a Better Britain: The Government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse」を発表した。イギリスの薬物乱用防止対策はこれをベースにして展開されており、薬物乱用のない健康で信頼できる社会を作ることを目指している。薬物乱用防止10カ年戦略は青少年の薬物乱用防止、地域の安全（薬物乱用のない地域）、薬物依存の治療、薬物供給抑止の4つを柱に構成されている。そしてそのなかでも青少年の薬物乱用防止は最重要課題に位置づけられ、学校教育を通じた系統的な働きかけ—薬物乱用防止教育—へ大きな期待が寄せられている。

イギリスの総合的な薬物乱用防止対策では、具体的な到達目標が設定されていること、その目標への到達度を評価するためのモニタリングシステムがAction Programmeとセットにされて整備されていることが特徴であり、これらの点はわが国の薬物乱用防止対策にも大いに参考になるものである。

本研究は文部省科学研究費補助金（国際学術研究）「欧米における薬物乱用防止に関する総合システムの調査研究（課題番号04041054）」1992—1994、文部省委託調査研究「欧州諸国における薬物乱用防止教育についての施策に関する調査研究」1998、および文部省科学研究費補助金（基盤A）「諸外国における薬物乱用防止教育に関する調査研究（課題番号11691083）」1999—2001によるものである。

文 献

- 1) United National International Drug Control Programme: World Drug Report, Oxford University Press, 1997
- 2) Community Epidemiology Work Group: Epidemiologic trends in drug abuse, U.S. Depart-

- ment of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1999
- 3) Ramsay, M., Patridge, S. and Byron, C.: Drug misuse declared in 1998: Key results from the British Crime Survey, Home Office Research Finding, No. 93, London: Research, Development and Statistics Directorate, Home Office 1999
 - 4) 警察庁編 平成11年度版警察白書 1999
 - 5) Ramsay, M. and Percy, A.: Drug misuse declared: results of the 1994 British Crime Survey, Home Office Research Study, No. 151, London: Home Office, 1996
 - 6) Ramsay, M. and Spiller, A.: Drug misuse declared in 1996: latest results from British Crime Survey, Home Office Research Study, No. 172, London: Home Office, 1997
 - 7) Ramsay, M., Patridge, S.: Drug misuse declared in 1998: results from the British Crime Survey, Home Office Research Study, No. 197, London: Home Office, 1999
 - 8) Goddard, E. and Higgina, V.: Smoking, drinking and drug use among young teenagers in 1998 Volume I: England, London, The Stationery Office, 1999
 - 9) Office for National Statistics: Statistics on young people and drug misuse: England, 1998, Statistical Bulletin, 2000/18, The Stationery Office, 2000
 - 10) Office for National Statistics: Statistics on smoking: England, 1976 to 1996, Statistical Bulletin, 1998/25 London, The Stationery Office, 1998
 - 11) Office for National Statistics: Statistics on alcohol: 1976 onwards, Statistical Bulletin, 1999/24 London, The Stationery Office, 1999
 - 12) Her Majesty's Stationery Office: Tackling Drugs to Build a Better Britain: The government's Ten-Year Strategy for Tackling Drugs Misuse, The Stationery Office, April, 1998
 - 13) Corkery, J.: Drug seizure and offender statistics, Statistical Bulletin, 1999/8 London, The Stationery Office, 1999
 - 14) United National Office for Drug Control and Crime Prevention: Global illicit drug trends 1999, United Nation Publication, 1999
 - 15) The Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD): Drug misuse in Britain, ISDD, 1996
 - 16) Health Education Authority: Drug Use in England—Results of the 1995 National Drugs Campaign Survey., Health Education Authority, 1997
 - 17) Her Majesty's Stationery Office: Tackling Drugs Together: A Strategy for England 1995–1998, The Stationery Office, May, 1995
 - 18) 国際連合広報センター：国際薬物統制に関する国連特別総会—何が決まったか—（ニューヨーク，1998，6月），麻薬・覚せい剤乱用防止センター，東京，2000
 - 19) Office of National Drug Control Policy: The National Drug Control Strategy, 1998: A Ten Year Plan, Office of National Drug Control Policy, 1999
- (受付 00. 11. 2 受理 01. 2. 13)
- 連絡先：〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島
字中島748番
鳴門教育大学 生活・健康系教育講座（吉本）

報 告 児童のライフスタイルと健康状況に関する調査研究
—週休2日制を踏まえた検討—

門 田 新一郎

岡山大学教育学部学校保健研究室

A Study on Lifestyle and Health of Pupils
—Analysis Based on the Five-day Week School System—

Shinichiro Monden

Department of School Health, Faculty of Education Okayama University

The purpose of this study is to analyze the relationship between pupils' lifestyle and health on the basis of five-day week school system. The subject matter for analysis is 301 fifth- and sixth-year pupils of elementary schools.

In October 1999, the questionnaire were given on Friday and Saturday under the current five-day week.

The results were as follows :

- 1) 87% of the pupils were in favor of five-day week school system mainly in terms of play, rest and recovery from fatigue.
- 2) Their lifestyle proved to be according to the day of the week. On Saturday, unhealthy activities such as inadequate physical exercise, no breakfast and long hours of television watching were observed.
- 3) The average number of the 30 items of subjective symptoms was 5.1 for Friday and 4.0 for Saturday.
- 4) On Saturday, the time allocation of their daily activities and the regularity of meal-taking were closely related to the number of their subjective symptoms, which were increased by unhealthy activities.

Key words : pupils, lifestyle, health, subjective symptoms, five-day week school system

児童, ライフスタイル, 健康, 自覚症状, 週休2日制

I 緒 言

児童期における健康的なライフスタイルの確立は、生涯にわたる健康づくり対策の基盤として、学校保健の重要な課題となっている。そして、児童を取り巻く社会状況の変化は、体力・運動能力の低下、生活習慣病の兆候、不登校など、彼らの心身の健康問題を多様化・複雑化し

てきていることから、国民一人一人が健康に対する意識を高め、健康的なライフスタイルを実現できるような学校健康教育の推進が期待されている¹⁾。

一方、2002年度から導入される学校完全週休2日制によって、学齢期にある児童生徒は、学校での生活から家庭を含む地域社会での生活の比重がさらに増えてくることになる^{2,3)}。した

がって、家庭や地域社会での生活行動要因はこれまで以上に彼らの心身の健康に影響を及ぼすことが考えられることから、学校健康教育だけでなく、児童期からの家庭教育や地域社会における健康教育の推進が必要である⁴⁾。そのため、週休2日制を踏まえて児童のライフスタイルと健康状況との関連を把握し、ヘルスプロモーションの視点に立った健康増進対策が必要であると考えられる。

著者は、既報⁵⁻⁹⁾において、児童生徒の自覚症状ないしその訴えを彼らのライフスタイルを反映した心身の状態、すなわち、健康状態の指標として捉え、児童生徒の健康的な生活行動のあり方を検討してきた。そして、睡眠時間の不足、長時間のテレビ視聴、運動不足、朝食欠食などの不健康な生活行動は、自覚症状の訴え数を増加させることから、児童生徒の主体的な健康管理能力を育成するための学校健康教育の必要性を指摘してきた。これまでにも、児童生徒のライフスタイルと健康状況との関連を検討した報告は数多くなされているが、それらの報告は児童生徒の一般的、日常的な傾向を分析したものであって、週休2日制を視野に入れて児童生徒の生活行動要因と自覚症状の訴えなどの健康状況との関連を検討したものはみられない。

そこで、本研究では、小学校の児童を対象に、週休2日制に関する意識調査と、週休2日制の週の金曜日と土曜日（休日）の生活時間や食事の摂取状況などのライフスタイル、及び、健康意識や自覚症状などの健康状況に関する調査を行い、週休2日制との関連を踏まえて検討してみた。

II 研究方法

1. 調査対象と分析対象

N市内の公立小学校2校の5、6年生男女計335名を調査対象とした。その内、資料の収集できた301名を分析対象とした。

2. 調査方法と調査時期

質問紙調査による留置法によって実施した。各小学校の学級担任を通じて調査用紙を児童に

持ち帰らせ、週休2日の週の金曜日と土曜日（休日）の就寝前にその日のライフスタイルと健康状況を記入させた。調査は、主に選択式とし、一部記述式とした。

調査時期は、1999年10月8日（金）、9日（土）である。

3. 調査内容

調査内容は、週休2日制に関する意識調査と、金曜日と土曜日のライフスタイルと健康状況に関する調査である。ライフスタイルと健康状況に関する調査は2日間とも同じ内容とした。

1) 週休2日制に関する意識調査

週休2日制の賛否とその理由、及び、土曜日の過ごし方について調査した。

2) ライフスタイルに関する調査

(1) 生活時間

昨夜の就床時刻、今朝の起床時刻、昨夜の睡眠時間、テレビ視聴時間、家庭学習時間、運動・スポーツ実施時間、通塾時間について調査した。睡眠時間は、記述式とした就床時刻と起床時刻から算出した。

(2) 食事の摂取状況

朝食、昼食、夕食、間食（夜食を含む）の摂取状況と間食の種類について調査した。

3) 健康状況に関する調査

(1) 健康意識

昨夜の寝つき、今朝の目覚め、朝の排便、今日の体調について調査した。

(2) 自覚症状

産業疲労研究会⁹⁾の「自覚症状しらべ」30項目を用いて調査した。この調査は、調査時点における自覚症状の有無をしらべるものであるため、本調査では、質問形式を「今日、次のようなことがありましたか」というふうに修正して用いた。

4. 資料の集計と分析

資料は学年別・性別を一括して全体で集計した。

生活時間、食事の摂取状況、健康意識に関する調査項目は、2～4段階にカテゴリー化して集計した。

自覚症状30項目の項目別訴え率は、対象集団の人数に対する訴え数の百分比 (%) で求めた。また、訴え数については、各個人の訴え数の度数分布から3段階にカテゴリー化した。

各調査項目の曜日別比較、及び、項目間のクロス集計については、 χ^2 検定を行い、危険率5%以下を有意の差(関連)があるものとした。

III 結 果

1. 週休2日制に関する調査

1) 週休2日制の賛否とその理由

週休2日制に対する賛否では、「賛成」が262名(87.0%)と多く、「反対」が10名(3.3%)、「どちらでもない」が26名(8.6%)となっていた。

表1に、週休2日制に賛成の理由(複数回答)を示した。「自由な時間が増える」(75.2%)が最も多く、次いで、「のんびりできる」(59.5%)となっていた。

反対の理由(複数回答)は、「学校が楽しい」8名、「休みはつまらない」6名、「友達と先生に会えない」5名などとなっていた。

2) 週休2日制による土曜日の過ごし方

表2に、週休2日制の土曜日の過ごし方(複数回答)を示した。「友達と遊ぶ」(67.8%)が最も多く、次いで、「からだを休ませる」(55.8%)となっていた。

2. ライフスタイルの曜日別比較

1) 生活時間

表3に、生活時間の曜日別比較を示した。7項目中6項目で有意の差がみられた。土曜日は金曜日に比較して、昨夜の就床時刻が「12時以後」、今朝の起床時刻が「9時以後」、昨夜の睡眠時間が「10時間以上」、テレビ視聴時間が「1時間未満」、家庭学習時間が「していない」、通塾時間が「2時間以上」がそれぞれ多くなっていた。運動・スポーツ実施時間は曜日差はみられず、土曜日でも「していない」が36.5%となっていた。

2) 食事の摂取状況

表4に、食事の摂取状況の曜日別比較を示した。朝食、昼食、夕食、間食(夜食を含む)ともに、曜日差はみられなかった。しかし、土曜日は金曜日に比較して、朝食を「食べない」(11.0%)、昼食を「食べない」(4.0%)、間食を「食べない」(22.6%)がやや多くなっていた。

3) 間食の種類

表5に、間食の種類を曜日別に示した。金曜日、土曜日ともに同様の傾向がみられ、「ご飯・パン・めん類」が37.7~40.9%と最も多く、次いで、「清涼飲料・ジュース類」が33.9~35.0%、「アイスクリーム類」が29.2~30.5%となっていた。

3. 健康状況

1) 健康意識

表6に、健康意識の曜日別比較を示した。今朝の目覚めで有意の差がみられ、土曜日は金曜

表1 週休2日制に賛成の理由 (%) N=262
(複数回答)

1. 自由な時間が増える	75.2
2. のんびりできる	59.5
3. たくさんの友達と遊べる	56.9
4. からだの疲れがとれる	48.9
5. 家族と外出できる	42.0
6. たくさん眠れる	40.5
7. 運動・スポーツができる	34.0
8. 勉強する時間が増える	9.5
9. 家の手伝いができる	8.8
10. その他	6.1

表2 週休2日制の土曜日の過ごし方 (%) N=301
(複数回答)

1. 友達と遊ぶ	67.8
2. からだを休ませる	55.8
3. 家族と外出する	48.8
4. 運動・スポーツをする	37.2
5. 勉強をする	16.3
6. 読書をする	15.9
7. 塾に行く	13.3
8. 家の手伝いをする	13.3
9. ボランティア活動をする	2.3
10. その他	8.3

表3 生活時間 (%) N=301

項	目	金曜日	土曜日	χ^2
昨夜の就床時刻	1. 10時以前	21.9	15.6	p<0.01
	2. 10~11時	43.9	35.5	
	3. 11~12時	25.6	35.2	
	4. 12時以後	8.0	11.6	
	無回答	0.7	2.0	
今朝の起床時刻	1. 7時以前	25.6	22.9	p<0.01
	2. 7~8時	63.8	39.2	
	3. 8~9時	4.7	17.3	
	4. 9時以後	5.3	18.3	
	無回答	0.7	2.3	
昨夜の睡眠時間	1. 8時間未満	19.6	17.6	p<0.01
	2. 8~9時間	39.5	27.9	
	3. 9~10時間	26.2	30.9	
	4. 10時間以上	13.6	20.9	
	無回答	1.0	2.7	
テレビ視聴時間	1. 1時間未満	10.3	18.3	p<0.05
	2. 1~2時間	22.3	21.3	
	3. 2~3時間	20.3	16.3	
	4. 3時間以上	45.8	42.5	
	無回答	1.3	1.7	
家庭学習時間	1. していない	39.9	52.2	p<0.05
	2. 1時間未満	38.5	31.2	
	3. 1~2時間	15.6	11.0	
	4. 2時間以上	3.7	3.0	
	無回答	2.3	2.7	
運動・スポーツ 実施時間	1. していない	41.2	36.5	
	2. 30分未満	13.0	15.9	
	3. 30~60分	13.6	12.3	
	4. 60分以上	29.6	31.9	
	無回答	2.7	3.3	
通塾時間	1. 行っていない	77.4	80.7	p<0.01
	2. 1時間未満	8.3	3.7	
	3. 1~2時間	8.6	4.3	
	4. 2時間以上	3.0	6.6	
	無回答	2.7	4.7	

日に比較して、朝の目覚めが「良かった」(40.5%)が多くなっていた。また、土曜日には朝の排便が「あった」(34.2%)もやや多くなっていた。

2) 自覚症状

(1) 自覚症状の項目別訴え率

表7に、自覚症状の項目別訴え率の曜日別比較を示した。土曜日は金曜日に比較してほとん

どの項目の訴え率が低くなっており、30項目中5項目で有意の差がみられ、4項目でそれに近い傾向がみられた。しかし、土曜日でも「4. あくびがでる」、「6. ねむい」、「10. 横になりたい」、「7. 目がつかれる」の4項目では42.9

～21.9%と高い訴え率を示していた。

(2) 自覚症状の訴え数

図1に、自覚症状の訴え数の度数分布を曜日別に示した。土曜日は訴え数「0」が301名中77名(25.6%)と最も多く、金曜日は訴え数「2」が44名(14.6%)と最も多くなっていた。30項目の平均訴え数は金曜日は5.1(標準偏差4.9)、土曜日は4.0(4.9)となっており、有意の差(t検定, P<0.01)がみられた。

図2に、自覚症状の訴え数のカテゴリー別の

表4 食事の摂取状況 (%) N=301

項	目	金曜日	土曜日
朝食	1. 食べた	92.4	87.4
	2. 食べない	7.0	11.0
	無回答	0.7	1.7
昼食	1. 食べた	94.0	94.7
	2. 食べない	2.7	4.0
	無回答	3.3	1.3
夕食	1. 食べた	94.7	97.0
	2. 食べない	1.0	0.7
	無回答	4.3	2.3
間食	1. 食べた	78.4	73.1
	2. 食べない	19.9	22.6
	無回答	1.7	4.3

注) 間食には夜食を含む。

注) 曜日別比較では、朝食、昼食、夕食、間食とも有意差なし。

表5 間食の種類 (%) (複数回答)

種	類	金曜日 n=236	土曜日 n=220
1.	ご飯・パン・めん類	37.7	40.9
2.	清涼飲料・ジュース類	33.9	35.0
3.	アイスクリーム類	29.2	32.7
4.	ビスケット・スナック菓子類	29.2	30.5
5.	牛乳・乳製品	25.4	27.7
6.	あめ・チョコレート類	20.8	22.7
7.	果物	20.8	20.5
8.	ケーキ類	2.1	5.5
9.	その他	6.8	4.5

表6 健康意識 (%) N=301

項	目	金曜日	土曜日	χ^2
昨夜の寝つき	1. 良かった	43.5	44.2	
	2. まあ良かった	45.8	46.2	
	3. 良くなかった	6.6	6.3	
	無回答	4.0	3.3	
今朝の目覚め	1. 良かった	33.9	40.5	p<0.01
	2. まあ良かった	45.8	48.2	
	3. 良くなかった	18.9	10.0	
	無回答	1.3	1.3	
朝の排便	1. あった	27.6	34.2	p<0.1
	2. なかった	72.4	64.1	
	無回答	-	1.7	
今日の体調	1. 良かった	33.2	34.2	p<0.1
	2. まあ良かった	48.2	41.5	
	3. 良くなかった	8.6	8.6	
	無回答	10.0	15.6	

表7 自覚症状の項目別訴え率 (%) N=301

項 目	金曜日	土曜日	χ^2
1. 頭がおもい	5.0	5.0	
2. 全身がだるい	15.6	14.6	
3. 足がだるい	16.3	16.6	
4. あくびがでる	58.1	42.9	p<0.01
5. 頭がぼんやりする	19.9	14.6	p<0.1
6. ねむい	48.8	37.2	p<0.01
7. 目がつかれる	23.9	21.9	
8. 動作がぎこちない	8.3	7.6	
9. 足もとがたよりない	5.3	6.3	
10. 横になりたい	34.2	28.9	
11. 考えがまとまらない	18.3	11.6	p<0.05
12. 話をするのがいやになる	7.6	6.6	
13. いらいらする	16.9	13.3	
14. 気がちる	14.6	11.6	
15. 物事に熱心になれない	15.6	12.6	
16. ちょっとしたことが思いだせない	27.2	15.0	p<0.01
17. することに間違いが多くなる	14.0	10.3	
18. 物事が気にかかる	14.6	10.6	
19. きちんとしていられない	15.3	10.6	p<0.1
20. 根気がなくなる	10.3	8.3	
21. 頭がいたい	12.6	11.3	
22. 肩がこる	19.6	17.9	
23. 腰がいたい	12.3	14.0	
24. いき苦しい	6.6	5.0	
25. 口がかわく	23.3	15.0	p<0.05
26. 声がかすれる	11.6	7.0	p<0.1
27. めまいがする	7.6	9.6	
28. まぶたや筋肉がピクピクする	9.3	5.6	p<0.1
29. 手足がふるえる	4.7	4.3	
30. 気分がわるい	7.6	7.6	

注) 各項目の訴え率は、「今日、次のようなことがありましたか」という質問に回答した者の割合である。

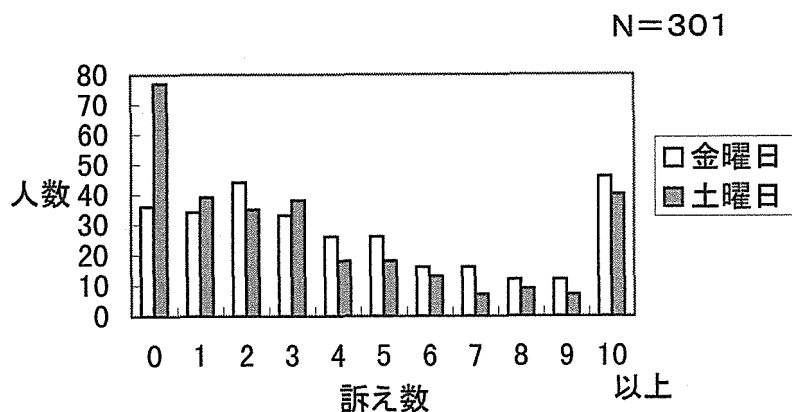
割合を示した。土曜日と金曜日の訴え数の度数分布と平均訴え数から、「0～1」、「2～5」、「6以上」の3段階に区分して比較してみると、土曜日に訴え数の少ない者が多く、有意の差がみられた。

3) 健康意識と自覚症状の訴え数との関連

表8に、土曜日の健康意識と自覚症状の訴え数との関連を示した。昨夜の寝つき、今朝の目

覚め、朝の排便、今日の体調の4項目ともに有意の差がみられ、健康意識の低い者は自覚症状の訴え数が多くなっていた。

金曜日の健康意識と自覚症状の訴え数との関連においても、4項目とも土曜日と同様の傾向がみられた。



注) 訴え数の10以上は一括して示した。

図1 自覚症状の訴え数の度数分布

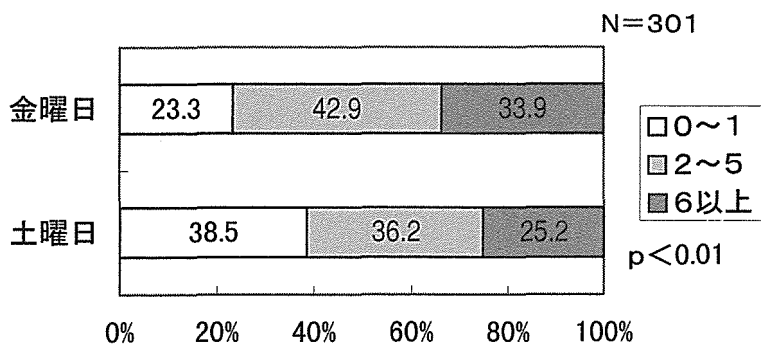


図2 自覚症状の訴え数の曜日別比較 (%)

表8 土曜日の健康意識と自覚症状の訴え数との関連 (%)

項目	内容	人数	訴え数			χ^2
			0~1	2~5	6以上	
昨夜の寝つき	1. 良かった	n=133	45.1	36.8	18.0	p<0.01
	2. まあ良かった	n=139	36.0	36.0	28.1	
	3. 良くなかった	n= 19	5.3	42.1	52.6	
今朝の目覚め	1. 良かった	n=122	46.7	38.5	14.8	p<0.01
	2. まあ良かった	n=145	36.6	35.9	27.6	
	3. 良くなかった	n= 30	10.0	33.3	56.7	
朝の排便	1. あった	n=103	48.5	30.1	21.4	p<0.05
	2. なかった	n=193	32.6	39.9	27.5	
今日の体調	1. 良かった	n=103	56.3	30.1	13.6	p<0.01
	2. まあ良かった	n=125	29.6	44.0	26.4	
	3. 良くなかった	n= 26	3.8	19.2	76.9	

表9 土曜日の生活時間及び食事の摂取状況と自覚症状の訴え数との関連 (%)

項 目	人 数	訴え数			χ^2
		0～1	2～5	6以上	
今朝の起床時刻	1. 7時以前	n=69	43.5	37.7	p<0.05
	2. 7～8時	n=118	34.7	39.8	
	3. 8～9時	n=52	50.0	32.7	
	4. 9時以後	n=55	25.5	34.5	
テレビ視聴時間	1. 1時間未満	n=55	43.6	40.0	p<0.05
	2. 1～2時間	n=64	46.9	32.8	
	3. 2～3時間	n=49	34.7	46.9	
	4. 3時間以上	n=128	32.0	32.8	
運動・スポーツ実施時間	1. していない	n=110	36.4	30.0	p<0.1
	2. 30分未満	n=48	41.7	31.3	
	3. 30～60分	n=37	32.4	48.6	
	4. 60分以上	n=96	39.6	43.8	
朝食	1. 食べた	n=263	39.9	36.9	p<0.05
	2. 食べない	n=33	24.2	33.3	
昼食	1. 食べた	n=285	39.3	36.5	p<0.05
	2. 食べない	n=12	8.3	41.7	

注) 生活時間と食事の摂取状況の項目の中で自覚症状の訴え数と有意の関連、又は、それに近い傾向がみられたものを示した。

表10 金曜日の生活時間と自覚症状の訴え数との関連 (%)

項 目	人 数	訴え数			χ^2
		0～1	2～5	6以上	
昨夜の就床時刻	1. 10時以前	n=66	24.2	51.5	p<0.05
	2. 10～11時	n=132	22.0	48.5	
	3. 11～12時	n=77	20.8	33.8	
	4. 12時以後	n=24	33.3	20.8	

4. ライフスタイルと自覚症状の訴え数との関連

表9に、土曜日の生活時間及び食事の摂取状況と自覚症状の訴え数との関連を示した。生活時間では、今朝の起床時刻、テレビ視聴時間の2項目で有意の関連がみられ、起床時刻の遅い者、テレビ視聴時間の長い者は訴え数が多くなっていた。また、運動・スポーツ実施時間の少ない者は訴え数が多くなる傾向がみられた。食事の摂取状況では、朝食と昼食で有意の関連がみられ、食べない者に訴え数が多くなっていた。

表10に、金曜日の生活時間と自覚症状の訴え数との関連を示した。昨夜の就床時刻でのみ有意の関連がみられ、就床時刻の遅い者は訴え数が多くなっていた。金曜日には食事の摂取状況と訴え数には関連はみられなかった。

IV 考 察

2002年度から導入される学校完全週休2日制は、児童のライフスタイルをさらに変化させ、学校での生活から家庭や地域での生活を一層増加させることになる。したがって、週休2日制を踏まえて児童のライフスタイルと健康状況と

の関連を検討することは、学校保健の課題としてだけでなく、家庭や地域での健康増進対策を検討する上においても重要な課題であると考えられる^{1,4)}。特に、児童期の健康増進対策は、生涯にわたる健康教育の基盤として最も重視されなければならないと考えられる。これまでも、著者は、小学校の児童を対象に、生活意識・行動などのライフスタイルと自覚症状などの健康状況との関連を検討してきたが、それらは一般的、日常的な生活調査^{5,6)}であって、週休2日制に視点をあてたものではなかった。そこで、本研究では、小学校の児童を対象に、週休2日の週の金曜日と土曜日（休日）に質問紙調査による留置法で、2日間の生活時間と食事の摂取状況などのライフスタイルと、健康意識と自覚症状などの健康状況を調査し、併せて、週休2日制に関する意識を調査してみた。

週休2日制に関する意識では、その賛否と理由及び土曜日の過ごし方について調査してみた。その結果、週休2日制には児童の9割近くが賛成していたが、主な理由は、遊び、休養、疲労回復を期待したものであった。また、土曜日の過ごし方もほぼ同じ様な内容となっていた。健康増進対策として推進されている運動・スポーツの実施をあげた者は35%前後と期待したほど多くなかった。

最近の児童には睡眠不足、朝食欠食、長時間のテレビ視聴、通塾などによって不定愁訴などの自覚症状を訴える者が多いと言われているが、週休2日制が休養や疲労回復のためのものであるならば、本来の健康増進対策とは言えない。完全週休2日制に併せて今回改訂された学習指導要領¹⁰⁾は、児童のライフスタイルにゆとりと充実をもたらすことを目的としたものであるので、家庭及び地域での運動・スポーツ、ボランティア、社会奉仕などの積極的、行動的な活動を一層推進する必要があると考える。

生活時間と食事の摂取状況の曜日別比較では、生活時間の差が大きく、特に土曜日は、昨夜の就床時刻が「12時以降」と遅い者が多く、今朝の起床時刻も「9時以降」と遅くなって、睡眠

時間が「10時間以上」と長くなる者が多いと考えられた。そして、土曜日でも運動・スポーツを「していない」が36.5%、「30分未満」が15.9%と併せて過半数となっていたことや、テレビ視聴時間は「3時間以上」が40%以上となっていたことから、一層の運動・スポーツなどの身体活動の推進が必要と考えられる。一方、食事の摂取状況では、曜日差はみられなかったが、土曜日にも朝食を「食べない」が11.0%と金曜日よりもやや多くなっていたり、昼食も「食べない」が4.0%みられるなど、健康的でない食事の摂取状況にある者が少なくなかった。このように、遅寝遅起が原因と推察される身体活動の不足、長時間のテレビ視聴、朝食や昼食の欠食などは、児童の健康的なライフスタイルとは言えず、この様な生活行動要因は児童の健康状況にも少なからず影響を及ぼしていると考えられる。

健康状況と生活習慣との関係については、Breslow, Jの7項目（睡眠時間、喫煙、適正体重、飲酒、スポーツ、朝食、間食）が代表的なものとしてあげられている⁹⁾。児童の場合もこれらの項目に関心を持たせ、健康生活を实践させ、主体的に健康管理ができるような知識と科学的認識を育成することは健康教育の重要な課題である。そのためには、これらの生活習慣が健康状況に及ぼす影響について把握しておく必要があると考える。ここでは、児童の生活行動要因として重要と考えられる生活時間と食事の摂取状況を取り上げ、週休2日制を踏まえながらライフスタイルと自覚症状の訴え数との関連を中心に検討してみた。

心身の自覚症状ないし訴えは、パーソナリティ・システムと彼の生活全体および訴えが行われる状況を変数とする全人格的な表現としての側面がある¹¹⁾とされている。そこで、著者は、これまでも自覚症状の訴えを児童の生活行動を反映した心身の状態、すなわち、健康状態の指標として捉えて検討してきた⁵⁻⁸⁾。自覚症状調査にはCMI¹²⁾、THI¹³⁾、CFSI^{14,15)}など種々あるが、本研究で用いた産業疲労研究会⁹⁾の「自

覚症状しらべ」は、他の調査に比べて項目数が30項目と比較的少なく、児童が訴えやすい項目も多く含まれていることから小学生にも適用できると考えられる。また、この「自覚症状しらべ」は、調査時点の自覚症状の有無をしらべるものであることから、これまでは「ふだん、次のようなことがよくありますか」という質問形式に変えて用いてきた⁵⁻⁸⁾。本研究では、金曜日と土曜日の訴え数の比較を行うことを考えて、2日間とも就寝前に「今日、次のようなことがありましたか」という質問形式で調査した。その結果、30項目の平均訴え数は金曜日は5.1、土曜日は4.0となっており有意の差がみられた。この訴え数は、2日間ともこれまで調査してきたふだんの訴え数に比べてかなり少なくなっていた^{5,6)}。これは質問形式の違いによるものと推察されるが、本研究の方が調査方法からみて、児童の訴えをより具体的に捉えていると考えられる。しかし、訴え数の少ない土曜日でも「あくびがでる」、「ねむい」、「横になりたい」、「目がつかれる」の訴え率は42.9~21.9%とかなり高くなっていた。このことは、土曜日の健康的ではないライフスタイルの影響と考えられる。

自覚症状の訴え数を健康指標とするためには、健康意識との関連をみておく必要もあると考える。そこで、本研究では、健康意識として、昨夜の寝つき、今朝の目覚め、朝の排便、今日の体調の4項目を取り上げ、曜日別比較と自覚症状との関連をみてみた。健康意識には、今朝の目覚めのみ曜日差がみられ、土曜日に今朝の目覚めが「良かった」が40.5%と多くなっていた。しかし、朝の排便が「なかった」が土曜日でも64.1%みられるなど、土曜日の健康意識は必ずしも高くなかった。自覚症状の訴え数を土曜日と金曜日の訴え数の度数分布から「0~1」、「2~5」、「6以上」に3区分し、健康意識との関連をみてみると、これらの健康意識は、土曜日、金曜日ともに自覚症状の訴え数との関連がみられ、健康意識の低い者は訴え数が多くなっていたことから、本調査方法で捉えた自覚症状の訴え数も健康状態の指標として用いられ

るものと考えられる。

そこで、週休2日制という視点に立って、生活時間及び食事の摂取状況と自覚症状の訴え数との関連を曜日別に検討してみた。その結果、金曜日は昨夜の就床時刻でのみ関連がみられ、就床時刻が11時以降と遅い者は自覚症状の訴え数がかかなり多くなっていた。一方、土曜日は今朝の起床時刻、テレビ視聴時間、運動・スポーツ実施時間、朝食と昼食の摂取状況で有意又はそれに近い関連がみられ、今朝の起床時刻が「9時以降」、テレビ視聴時間が「3時間以上」、運動・スポーツ実施時間が「していない」、朝食、昼食を「食べない」とした者は自覚症状の訴え数がかかなり多くなっていた。このように、土曜日は自覚症状の訴え数は少なくなっているにもかかわらず、生活時間や食事の摂取状況との関連が多くみられたのは、週休2日制による休日の生活行動が健康的でないことを反映しているものと考えられる。

平日(月~金曜日)は、学校生活が中心であるために、生活時間や食事の摂取状況などのライフスタイルは、健康的であるか否かは別にして、学校の始業時刻や時間割などの生活時間に拘束されて、比較的規則的であると考えられる^{2,3)}。そのことが金曜日の自覚症状の訴え数を多くしているにもかかわらず、生活時間や食事の摂取状況との関連を少なくしていると考えられる。そして、平日のゆとりのない生活行動の反動が、休日である土曜日の生活行動を不健康なものにして、自覚症状との関連を多くするものと推察される。このことは、週休2日制に賛成する理由や土曜日の過ごし方に、遊び、休養、疲労回復が多かったことから考えられる。

以上のように、児童のライフスタイルと健康状況を週休2日制を踏まえて検討してみると、休日の土曜日は金曜日と比較して自覚症状の訴え数は少なくなっていた。しかし、土曜日には健康的でない生活行動の者が多く、生活行動要因と自覚症状の訴え数との関連が多くみられたことから、週休2日制の導入にあたっては、学校と家庭、さらには、地域とが一体となった健

康増進対策と健康教育の推進が必要であると考えられた。

V 要 約

小学校の児童301名を対象に、週休2日制を踏まえたライフスタイルと健康状況に関する調査を週休2日の週の金曜日と土曜日（休日）に行い、生活時間や食事の摂取状況と自覚症状の訴えとの関連を中心に検討した。

結果は、以下のとおりである。

- 1) 週休2日制の賛否では、賛成が87.0%と多くなっていた。賛成の理由は、「自由な時間が増える」、「のんびりできる」、「たくさんの友達と遊べる」が過半数と多くなっていた。
- 2) 週休2日制の土曜日の過ごし方では、「友達と遊ぶ」、「からだを休ませる」が過半数と多くなっていた。
- 3) 生活時間では、就床、起床、睡眠、テレビ視聴、家庭学習、通塾に曜日差がみられ、平日と休日の生活行動の違いが大きかった。しかし、運動・スポーツに曜日差はみられず、土曜日でも「していない」が36.5%みられた。
- 4) 食事の摂取状況では曜日差はみられなかった。しかし、土曜日には朝食を「食べない」が11.0%とやや多くなっていた。
- 5) 健康意識では曜日差は少なかったが、土曜日には目覚めが「良かった」40.5%、排便が「あった」34.2%とやや多くなっていた。
- 6) 自覚症状の訴えでは曜日差がみられ、30項目の平均訴え数は金曜日5.1、土曜日4.0となっていた。しかし、土曜日でも、「あくびがでる」、「ねむい」、「横になりたい」の訴え率は42.9～28.9%高くなっていた。
- 7) 健康意識と自覚症状の訴え数には、土曜日と金曜日ともに関連がみられ、健康意識の低い者は訴え数が多くなっていた。
- 8) 土曜日には、生活時間及び食事の摂取状況と自覚症状の訴え数には関連が多くみられた。遅い就床、遅い起床、長時間のテレビ視聴、運動不足、欠食など健康的でない生活行動の者は訴え数が多くなっていた。

以上のように、児童は週休2日制に賛成しているが、遊び、休養、疲労回復を期待するものが多かった。ライフスタイルと健康状況には曜日差がみられ、土曜日には自覚症状の訴え数は少なくなっていたが、生活時間や食事の摂取状況に問題点が多くみられた。休日の健康的ではない生活行動は自覚症状の訴え数を多くすることから、週休2日制を視野に入れた健康増進対策と健康教育の充実が必要であると考えられた。

稿を終るにあたって、調査にご協力いただいた長崎市立仁田小学校、小島小学校の諸先生方並びに児童に感謝の意を表します。

参考文献

- 1) 保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について（答申）、スポーツと健康、29(1)、50-92、1997。
- 2) NHK放送文化研究所：日本人の生活時間・1995～NHK国民生活時間調査～、日本放送出版協会、79-110、1996。
- 3) 日本子ども家庭総合研究所編：日本子ども資料年鑑（第六巻）、KTC中央出版、433-490、1998。
- 4) 公衆衛生審議会：生活習慣病に着目した疾病対策の基本的方向性について（意見具申）、栄養学雑誌、55(5)、285-290、1997。
- 5) 門田新一郎：小学生の健康と食生活との関連について～簡易質問調査法による検討～、幼小児健康教育研究、5(2)、59-69、1996。
- 6) 門田新一郎：小学生の健康状況に関連する要因の検討～自覚症状の訴え数と行動要因との関連について～、岡山大学教育学部研究集録、91、95-104、1992。
- 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、41(5)、209-222、1987。
- 8) 門田新一郎、奥田久徳、平岡幸夫：中学生の生活管理に関する研究～疲労自覚症状と体力及び生活行動との関連について～、日本公衆衛生雑誌、34(10)、653-660、1987。
- 9) 産業疲労研究会：産業疲労の「自覚症状」しら

- べ」(1970)についての報告, 労働の科学, 25 (6), 1970.
- 10) 文部省: 小学校学習指導要領, 大蔵省印刷局, 1998.
- 11) 鈴木庄亮: 自覚症状, 田中恒夫・江口篤寿編, 健康調査の実際, 医歯薬出版, 114-131, 1976.
- 12) 深町健, 金久卓也: 日本版コーネル・メディカル・インデックス~その解説と資料~, 三京房, 2-9, 1976.
- 13) 鈴木庄亮, 柳井晴夫, 青木繁伸: 新質問紙調査票THIの紹介, 医学のあゆみ, 99(4), 217-225, 1976.
- 14) 越河六郎, 藤井亀: 「蓄積的疲労徴候調査」(CFESI)について, 労働の科学, 63(5), 229-246, 1987.
- 15) 越河六郎: CFESI (蓄積的疲労徴候インデックス)の妥当性と信頼性, 労働の科学, 63(4), 145-157, 1991.

(受付 00. 10. 16 受理 01. 2. 13)

連絡先: 〒700-8530 岡山市津島中3-1-1

岡山大学教育学部 (門田)

講談社の自然科学専門書

最新公衆衛生 第3版 **新刊**

臼谷三郎/西山敬太郎/菅原和夫・編 A5・230頁・定価:本体2,200円(税別)

社会状況の変化に対応して改訂し、最新データを駆使したパラメディカル向けテキスト。現場の保健活動実践にも役立つ知識を満載した。昨年よりスタートした介護保険についても紹介。



主な内容

I 総論 II 人口・保健統計 III 生活環境と保健 IV 環境保全 V 国民栄養 VI 食品衛生
VII 疫学 VIII 母子保健 IX 学校保健 X 産業保険 XI 成人保健・老人保健 XII 精神保健
XIII 地域保健活動 XIV 衛生行政 XV 社会保障・社会福祉

公衆衛生学 第3版

竹本泰一郎/齋藤 寛・編 B5・174頁・定価:本体2,500円(税別)

健康と病気の成り立ちを総合的に理解し、生涯にわたる保健活動の流れをとらえる公衆衛生学の最新テキスト。社会福祉、介護福祉、精神保健福祉をさらに充実。

栄養科学シリーズ NEXT 公衆衛生学

村松 幸/梶本雅俊・編 B5・166頁・定価:本体2,400円(税別)

従来の公害問題、感染症の予防、人口集中・爆発などのテーマに加えて、高齢少子化社会を背景とした在宅医療、QOL、生活習慣病、地球環境問題などの新しい問題を多く組み入れて編集。疫学方法論もわかりやすく紹介。

東京都文京区音羽2-12-21
振替 00180-1-3930

講談社

編集部 ☎ 03(3235)3701
販売部 ☎ 03(5395)3624

報 告

中学生・高校生の自律神経性愁訴と
生活習慣との関連について

堀 田 法 子¹, 古 田 真 司², 村 松 常 司², 松 井 利 幸²

名古屋市立大学看護学部¹

愛知教育大学教育学部²

Relationship between Vegetative Complaints and Lifestyle
in the Junior High/High School Students

Noriko Hotta¹, Masashi Furuta², Tsuneji Muramatsu², Toshiyuki Matsui²

¹ *Nagoya City University School of Nursing*

² *Faculty of Education, Aichi University of Education*

The present study examined relationship between vegetative complaints and lifestyle by a questionnaire survey of 1,458 junior high and high school students. The lifestyle items included sleeping hours, breakfast, mealtimes, eating between meals, an unbalanced diet, exercise. Subjects were classified as having either a "positive lifestyle" or a "negative lifestyle." The results were as follows:

1. Of the 43 vegetative complaint items on the questionnaire, those for which there were the highest number of complaints were the same among male and female junior high and high school students: "sometimes feel weary with fatigue," "stiff neck and shoulder muscles," and "motion sickness." Females had more the number of vegetative complaints than did males, and there were more among high school students than junior high school students.
2. The number of vegetative complaints was greater in students who had a "negative lifestyle" within any of the lifestyle items. Among students with a "negative lifestyle," items for which there were a significantly greater number of vegetative complaints were sleeping hours, breakfast, and mealtimes among junior high and high school students.
3. 43 vegetative complaint items were factor-analyzed into 5 factors: "fatigue and listlessness," "gastrointestinal symptom," "cardiopalmus and vertigo," "skin and vasomotion" and "shortness of breath."

The factor scores for 5 factors tended to be higher for almost all lifestyle items in subjects with "negative lifestyles." Of these 5 factors, "fatigue and listlessness" was the most common, and was related to lifestyle. Next, "cardiopalmus and vertigo" was related to lifestyle. There were no factors for males only, whereas "shortness of breath," which is related to exercise, was a factor for females only. The lifestyle item related to the greatest variety of factors was sleeping hours.

Key words : junior high school students, high school students, lifestyle,
vegetative complaints

中学生, 高校生, 生活習慣, 自律神経性愁訴

はじめに

近年, 中・高校生に疲労感や心身の不調などの不定愁訴を訴えるものが増加している¹⁻²⁾. 不定愁訴とは, 自律神経系の変調による機能性の障害を有する場合にみられる身体・精神の不定な愁訴のことである³⁾. 自律神経系は心と体を連結するルートであり, 情動ストレスが加わると, 大脳新皮質より末梢器官に伝達され様々な症状として現れる⁴⁻⁵⁾. 中・高校生のような思春期は, 心身が急速に発達するため不安定な時期であることから, 現代社会の不規則な生活習慣や生活環境は, 自律神経系に過敏に影響されることが考えられる.

小倉¹⁾は, 頭痛, 腹痛, 気分不良の3主訴の要因として, 心理的要因が20年間で3倍に増加したことを報告し, 小牧ら²⁾は, 福岡県の中・高等学校の約7割弱の学校が, 内科系主訴を訴える生徒の割合が最近4, 5年で増加しているという. このように現代の中・高校生の健康不調の訴えは, 増加の一途を辿っている. 1970年後半から今日まで, 中・高校生の健康状態と生活習慣の関連をみた先行研究には, 小倉ら⁶⁻⁸⁾, 門田⁹⁻¹¹⁾, 高倉¹²⁻¹⁵⁾の研究があり, 健康状態としての疲労自覚症状や心身の不調など様々な症状は, 睡眠時間や朝食摂取状況などが影響していることを報告している. 不定愁訴や健康不調などの主観的健康状態の指標には, CMI (コーネル・メディカル・インデックス)¹⁶⁾, 日本産業衛生学会産業疲労研究会の疲労自覚症状しらべ¹⁷⁾, 東大式健康調査票 (THI)¹⁸⁾, 蓄積的疲労徴候調査 (CFSI)¹⁹⁾, 抑うつ性自己評価尺度 (SDS)²⁰⁾などが用いられている.

先行研究では, 健康状態の指標として, 阿部³⁾が考案した自律神経性愁訴43項目を用いたものはみられず, また, 中学生と高校生を対比

した検討もほとんどみられていない. そこで今回, 中・高校生の自律神経性愁訴の特徴を明らかにし, 生活習慣との関連を中学生と高校生で比較検討することを目的とした. その結果, 若干の知見を得たので報告する.

I 調査方法

1. 調査対象

愛知, 広島県下の中学生男子568名, 女子447名, 高校生男子181名, 女子262名の合計1,458名である.

2. 調査方法

無記名自記式の質問紙調査を用いて行った. 調査時期は1997年7月である.

3. 調査内容

自律神経性愁訴および生活習慣である.

1) 自律神経性愁訴

阿部³⁾によるもので, 日本語版CMIの中から自律神経に関係の深い項目をピックアップし, さらに乗り物酔いや季節による変動などの新しい項目を加えた43項目の自律神経性愁訴である. この43項目の質問について「はい」または「いいえ」のいずれかに答える様式とした.

2) 生活習慣

Breslowの健康習慣の基準を参考²¹⁾に睡眠時間, 朝食, 食事時間, 偏食, 間食, 運動の6項目の日常生活状況を調査した. 各項目を3~5段階で質問し, 選択する様式とした.

睡眠時間は, 「9時間以上」「8時間」「7時間」「6時間」「5時間以下」の5段階, 朝食は「ほぼ毎日食べる」「時々食べる」「食べない」, 食事時間は「規則的である」「やや不規則的である」「不規則である」, 間食は「ほとんど食べない」「時々食べる」「ほぼ毎日食べる」, 偏食は「ある」「ややある」「ない」の選択肢を各々設定した. 運動については「週に3回以上運動

する」「週に3回未満運動する」「運動しない」の3段階の質問とした。

4. 調査分析方法

1) 自律神経性愁訴

43項目の自律神経性愁訴について、愁訴が「ある」と回答したものの項目数を自律神経性愁訴数とした。さらに、43項目の自律神経性愁訴を因子分析し、5つの因子を抽出した。

2) 生活習慣の再カテゴリー化

睡眠時間、朝食、食事時間、間食、偏食、運動について、3～5段階で回答したものを、森本²²⁾の健康習慣の基準を参考に「好ましい習慣」と「好ましくない習慣」に再カテゴリー化した。

データは、数値化してパーソナルコンピューターに入力し、分析には統計解析パッケージソフト「HALBAU」を用いた。

II 結果

1. 生活習慣

「好ましい生活習慣」と「好ましくない生活習慣」に再カテゴリー化したものを表1に示した。睡眠時間は、中・高校生とも、約40～45%が「好ましくない習慣」であった。朝食は約15～20%、食事時間は約50%、間食は約80～90%、偏食は約70～80%が「好ましくない習慣」であった。運動は、中学生と男子高校生が約15～30%、女子高校生は約60%が「好ましくない習慣」であった。

2. 43項目の自律神経性愁訴の愁訴率と愁訴数

43項目の自律神経性愁訴の愁訴率を表2に示した。愁訴率の最も高い項目は、中・高校生ともに「35. 疲れてぐったりすることがある」で約50～60%にみられ、次いで「19. 肩や首筋がこる」「43. 乗り物によろ」であった。中学生

表1 中学生および高校生の生活習慣

	中 学 生		高 校 生	
	男子	女子	男子	女子
睡眠時間				
好ましい習慣 (7, 8時間)	334(61.5)	235(55.3)	113(62.8)	141(54.2)
好ましくない習慣 (9時間以上, 6時間以下)	209(38.5)	190(44.7)	67(37.2)	119(45.8)
朝食				
好ましい習慣 (ほぼ毎日食べる)	426(77.9)	349(81.2)	152(84.0)	223(86.1)
好ましくない習慣 (時々食べる, 食べない)	121(22.1)	81(18.8)	29(16.0)	36(13.9)
食事時間				
好ましい習慣 (規則的)	256(47.1)	207(48.6)	91(50.8)	135(52.1)
好ましくない習慣 (やや不規則的, 不規則)	288(52.9)	219(51.4)	88(49.2)	124(47.9)
間食				
好ましい習慣 (ほとんど食べない)	101(18.5)	50(11.6)	39(21.5)	30(11.6)
好ましくない習慣 (時々食べる, ほぼ毎日食べる)	446(81.5)	381(88.4)	142(78.5)	228(88.4)
偏食				
好ましい習慣 (ない)	157(28.8)	91(21.1)	62(34.3)	80(30.9)
好ましくない習慣 (ある, ややある)	388(71.2)	340(78.9)	119(65.7)	179(69.1)
運動				
好ましい習慣 (3回以上する)	464(85.0)	297(69.2)	132(73.4)	97(37.7)
好ましくない習慣 (3回未満する, 全くしない)	82(15.0)	132(30.8)	48(26.6)	160(62.3)

註1) 数字は人数, () は%

表2 43項目の自律神経性愁訴の愁訴率

	中学生 (n=1015)			高校生 (n=443)			中・高差
	男子 (n=568)	女子 (n=447)	男女差	男子 (n=181)	女子 (n=262)	男女差	
1. いつも耳鳴りがする	24(4.2)	28(6.3)		7(3.9)	14(5.3)		
2. 心臓がしめつけられる	101(17.8)	120(26.8)	***	35(19.3)	78(29.8)	*	
3. 心臓がおさえつけられる	76(13.4)	75(16.8)		23(12.7)	38(22.1)	*	
4. 動悸が気になる	26(4.6)	50(11.2)	***	12(6.6)	24(9.2)		
5. 心臓が狂ったように早く打つ	25(4.4)	26(5.8)		12(6.6)	10(3.8)		
6. よく息苦しくなる	44(7.7)	58(13.0)	**	16(8.8)	29(11.1)		
7. 人より息苦しい	36(6.3)	16(3.6)		11(6.1)	16(6.1)		
8. 時々座っていても息切れがする	13(2.3)	16(3.6)		7(3.9)	7(2.7)		
9. 夏でも手足が冷える	27(4.8)	46(10.3)	**	11(6.1)	33(12.6)	*	
10. 手足の先が紫色になる	10(1.8)	21(4.7)	*	2(1.1)	18(6.9)	**	
11. いつも食欲がない	27(4.8)	29(6.5)		7(3.9)	7(2.7)		△
12. はきけがあつたりはいたりする	30(5.3)	30(6.7)		8(4.4)	19(7.3)		
13. 胃の具合が悪くて困る	43(7.6)	46(10.3)		16(8.8)	49(18.7)	**	△△
14. 消化が悪くて困る	24(4.2)	17(3.8)		10(5.5)	18(6.9)		
15. いつも胃の具合が悪い	14(2.5)	18(4.0)		12(6.6)	21(8.0)		▲△
16. 食後や空腹時に胃が痛む	46(8.1)	43(9.6)		14(7.7)	48(18.3)	**	▲△
17. よく下痢をする	60(10.6)	30(6.7)	*	32(17.7)	44(16.8)		▲▲△△
18. よく便秘をする	29(5.1)	74(16.6)	***	6(3.3)	81(30.9)	***	△△△
19. 肩や首筋がこる	244(43.0)	253(56.6)	***	74(40.9)	159(60.7)	***	
20. 足がだるい	160(28.2)	136(30.4)		58(32.0)	93(35.5)		
21. 腕がだるい	107(18.8)	92(20.6)		33(18.2)	48(18.3)		
22. 皮膚が非常に敏感でまげやすい	57(10.0)	84(18.8)	***	18(9.9)	67(25.6)	***	△
23. 顔がひどく赤くなることがある	43(7.6)	68(15.2)	***	13(7.2)	41(15.6)	*	
24. 冬でもひどく汗をかく	42(7.4)	28(6.3)		18(9.9)	10(3.8)	*	
25. よく皮膚に蕁麻疹ができる	35(6.2)	53(11.9)	**	9(5.0)	26(9.9)		
26. よくひどい頭痛がする	67(11.8)	63(14.1)		13(7.2)	34(13.0)		
27. いつも頭が重いか痛むためきがふさぐ	25(4.4)	36(8.1)	*	17(9.4)	26(9.9)		▲
28. 急に体があつくなったり冷たくなる	17(3.0)	40(8.9)	***	7(3.9)	22(8.4)		
29. たびたびひどいめまいがする	86(15.1)	86(19.2)		21(11.6)	31(11.8)		△
30. 気が遠くなり倒れそうな感じになる	83(14.6)	78(17.4)		25(13.8)	43(16.4)		
31. 今までに2回以上、気を失った	26(4.6)	24(5.4)		14(7.7)	20(7.6)		
32. 体のどこかにしびれや痛みがある	50(8.8)	25(5.6)		12(6.6)	17(6.5)		
33. 手足がふるえることがある	62(10.9)	70(15.7)	*	19(10.5)	35(13.4)		
34. 体がカーとなって汗がでることがある	77(13.6)	80(17.9)		39(21.5)	42(16.0)		▲
35. 疲れてぐったりすることがある	289(50.9)	274(61.3)	**	98(54.1)	160(61.1)		
36. 特に夏になるとひどく体がだるい	172(30.3)	185(41.4)	***	61(33.7)	110(42.0)		
37. 学校へ行くと疲れきってしまう	131(23.1)	130(29.1)	*	54(29.8)	93(35.5)		
38. 朝起きるといつも疲れきっている	117(20.6)	115(25.7)		49(27.1)	56(21.4)		
39. ちょっと運動しただけで疲れる	72(12.7)	107(23.9)	***	28(15.5)	84(32.1)	***	△
40. ご飯が食べられないほど疲れる	26(4.6)	31(6.9)		12(6.6)	24(9.2)		
41. 気候の変化で体調が変わる	113(19.9)	139(31.1)	***	55(30.4)	97(37.0)		▲▲
42. 特異体質と医者にいわれたことがある	16(2.8)	23(5.1)		0(0.0)	4(1.5)		△
43. 乗り物による	204(35.9)	219(49.0)	***	67(37.0)	123(46.9)	*	

註1) 数字は人数, () は%

註2) 検定は χ^2 検定で, 中学・高校生別に男女を比較した. * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$
また, 男女別に中学生と高校生を比較した. 男子: ▲ $p<0.05$ ▲▲ $p<0.01$ ▲▲▲ $p<0.001$
女子: △ $p<0.05$ △△ $p<0.01$ △△△ $p<0.001$

と高校生を比較すると、男子では、中学生に有意に愁訴率が高い項目はみられなかったが、「15」「17」「27」「34」「41」は高校生に有意に愁訴率が高かった。女子では、「11」「29」「42」が中学生に、「13」「15」「16」「17」「18」「22」「39」が高校生に有意に愁訴率が高かった。男女とも、中学生より高校生に有意に愁訴率の高い項目は多かった。また、男女を比較すると、中学生では「17」が男子に、「2」「4」「6」など19項目が女子に、高校生では「24」が男子に、「2」「3」「9」など12項目が女子に有意に愁訴率が高かった。中・高校生ともに、男子より女子に有意に愁訴率が高い項目は多かった。自律神経性愁訴数は、表3に示すように、中学生より高校生にやや多く、男子より女子に有意に多かった。

表3 中学生および高校生の自律神経性愁訴数

	男		子		女		子		検定
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	
中学生	568	5.2	4.7	447	7.1	5.8	***		
高校生	181	5.8	5.8	262	7.8	5.8	***		

註1) n=人数, M=自律神経性愁訴数(43項目の自律神経性愁訴の訴えた数)の平均値, SD=標準偏差。

註2) 検定はt検定で、男女差をみた。*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

性別中学・高校生の比較では有意差はなかった。

3. 自律神経性愁訴数と生活習慣

睡眠時間、朝食、食事時間、間食、偏食、運動を「好ましい習慣」と「好ましくない習慣」のものに分け、その自律神経性愁訴数を表4に示した。「好ましくない習慣」の方に有意に自律神経性愁訴数が多かった生活習慣は、中学生では、睡眠時間、朝食、食事時間、女子はそれに加え運動、高校生では、男子が朝食、女子が睡眠時間と食事時間であった。

4. 因子分析による自律神経性愁訴

男女計1,458名のデータを用いて、43項目の自律神経性愁訴の因子分析を行い、バリマック

表4 生活習慣別自律神経性愁訴数

		「好ましい習慣」			「好ましくない習慣」			検定
		n	M	SD	n	M	SD	
男子 中学生	睡眠時間	334	4.8	4.2	209	6.1	5.5	***
	朝食	426	4.8	4.3	121	6.9	5.6	***
	食事時間	256	4.6	4.4	288	5.9	5.0	**
	間食	101	4.7	4.4	446	5.4	4.8	
	偏食	157	4.7	4.2	388	5.5	4.9	
女子 中学生	運動	464	5.2	4.7	82	5.8	5.0	
	睡眠時間	257	6.6	5.7	190	7.9	6.0	*
	朝食	349	6.7	5.5	81	9.0	7.0	**
	食事時間	207	6.1	5.2	219	8.2	6.3	***
	間食	50	8.3	7.2	381	7.0	5.6	
男子 高校生	偏食	91	7.1	6.4	340	7.2	5.7	
	運動	297	6.6	5.4	132	8.3	6.5	**
	睡眠時間	113	5.5	5.7	67	6.2	5.9	
	朝食	152	5.3	5.5	29	8.4	6.4	**
	食事時間	91	5.4	5.7	88	6.2	5.8	
女子 高校生	間食	39	4.9	4.3	142	6.1	6.1	
	偏食	62	5.2	5.8	119	6.2	5.7	
	運動	132	5.5	5.5	48	6.9	6.4	
	睡眠時間	141	6.9	5.3	119	8.8	6.3	**
	朝食	223	7.7	5.7	36	8.6	6.6	
男子 高校生	食事時間	135	6.8	5.2	124	8.9	6.3	**
	間食	30	8.5	6.0	228	7.0	5.6	
	偏食	80	7.5	5.5	179	7.9	6.0	
	運動	97	7.1	5.4	160	8.3	6.1	

註1) n=人数, M=自律神経性愁訴数の平均値, SD=標準偏差。

註2) 検定はt検定で、「好ましい習慣」と「好ましくない習慣」の自律神経性愁訴数を比較した。*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ス回転を用いて5つの因子を抽出した。43項目の自律神経性愁訴と因子負荷量を表5に示した。各々の因子の因子負荷量が0.3以上のものを選び、5つの因子については、以下のような解釈を与えた。第1因子は因子負荷量の高い順に「20」「36」「21」「37」「38」「35」などの10項

表5 43項目の自律神経性愁訴の因子分析による因子負荷量

	第1因子 (疲れ・だるい)	第2因子 (胃腸)	第3因子 (心臓・めまい)	第4因子 (皮膚・血管)	第5因子 (息苦しい)
20. 足がだるい	0.6122	0.0505	0.0121	0.2173	0.0612
36. 特に夏になるとひどく体がだるい	0.5856	0.0359	0.1781	0.1444	0.0931
21. 腕がだるい	0.5689	0.1150	0.0207	0.2272	0.1147
37. 学校へ行くと疲れきってしまう	0.5157	0.1200	0.1299	0.1342	0.1130
38. 朝起きるといつも疲れきっている	0.5065	0.1247	0.1022	0.0903	0.0815
35. 疲れてぐったりすることがある	0.4511	0.0035	0.1700	0.1920	0.0942
39. ちょっと運動しただけで疲れる	0.3465	0.1229	0.1197	0.1411	0.1572
27. いつも頭が重いか痛むためきがふさぐ	0.3384	0.2291	0.3110	0.0137	0.0850
19. 肩や首筋がこる	0.3345	0.0494	0.0897	0.2631	-0.0442
41. 気候の変化で体調が変わる	0.3267	0.1616	0.1724	0.2012	0.1175
13. 胃の具合が悪くて困る	0.0739	0.6963	0.0969	0.1335	0.0980
15. いつも胃の具合が悪い	0.1155	0.6471	0.0094	0.0630	0.0610
14. 消化が悪くて困る	0.0470	0.4765	0.0895	0.1118	0.0676
16. 食後や空腹時に胃が痛む	0.1580	0.3854	0.0896	0.1250	0.0680
17. よく下痢をする	0.0394	0.3179	0.0461	0.1767	0.0859
2. 心臓がしめつけられる	0.0655	0.0165	0.5292	0.2995	0.1036
3. 心臓がおさえつけられる	0.0931	0.0422	0.4836	0.3706	0.1196
30. 気が遠くなり倒れそうになる	0.2044	0.1101	0.4319	0.0369	0.1332
29. たびたびひどいめまいがする	0.2849	0.1063	0.4098	0.0567	0.1017
23. 顔がひどく赤くなることもある	0.1219	0.1079	0.0837	0.4471	0.0064
22. 皮膚が非常に敏感でまげやすい	0.1549	0.1430	0.0050	0.4130	0.0542
25. よく皮膚に蕁麻疹ができる	0.0870	0.0941	-0.0385	0.3355	0.0545
33. 手足がふるえることがある	0.1403	0.0967	0.0994	0.3048	0.1554
7. 人より息苦しい	0.0763	0.0996	0.0565	0.0893	0.6942
6. よく息苦しくなる	0.2244	0.1006	0.2058	0.1246	0.5963
8. 時々座っていても息切れがする	0.0902	0.1971	0.1560	0.0433	0.3990
1. いつも耳鳴りがする	0.1324	0.1487	0.1461	0.0793	0.1219
4. 動悸が気になる	0.1111	0.1012	0.2646	0.2170	0.2951
5. 心臓が狂ったように早く打つ	0.0776	0.0373	0.2591	0.0934	0.1865
9. 夏でも手足が冷える	0.1598	0.1651	0.1481	0.1938	0.0288
10. 手足の先が紫色になる	0.0821	0.1389	0.1304	0.2022	-0.0058
11. いつも食欲がない	0.1838	0.1359	0.1210	-0.0034	0.0254
12. はきけがあったりはいたりする	0.1395	0.2516	0.1785	0.0490	0.1118
18. よく便秘をする	0.0638	0.2270	0.1104	0.1464	-0.0201
24. 冬でもひどく汗をかく	0.1472	-0.0189	0.0589	0.1790	0.1877
26. よくひどい頭痛がする	0.2179	0.2204	0.2864	0.0560	0.0880
28. 急に体があつくなったり冷たくなる	0.0904	0.1427	0.2070	0.2466	0.1468
31. 今までに2回以上、気を失った	0.0716	0.1073	0.2024	-0.0128	0.0229
32. 体のどこかにしびれや痛みがある	0.1799	0.0975	0.0930	0.1823	0.1027
34. 体がカーとなって汗がでることがある	0.1864	0.0009	0.1282	0.2833	0.2284
40. ご飯が食べられないほど疲れる	0.2447	0.1192	0.0884	0.0912	0.0702
42. 特異体質と医者にいわれたことがある	0.0578	0.0671	0.0587	0.1530	0.0748
43. 乗り物による	0.1654	0.0421	0.1227	0.0019	0.0363
因子の寄与率 (%)	6.7440	4.6104	3.9498	3.7959	3.4932
累積寄与率 (%)	6.7440	11.3545	15.3043	19.1002	22.5934

註1) 因子分析：回転後の因子負荷量（直交回転）バリマックス法

表6 因子得点による5つの因子と生活習慣

	睡眠時間	朝食	食事時間	間食	偏食	運動
男子中学生	n=334/n=209	n=426/n=121	n=256/n=288	n=101/n=446	n=157/n=388	n=464/n=82
疲れ・だるい	-0.17/ 0.06**	-0.17/ 0.24***	-0.18/ 0.01**	-0.14/-0.07	-0.11/-0.08	-0.09/-0.04
胃腸	-0.10/-0.07	-0.11/-0.03	-0.13/-0.04	-0.13/-0.08	-0.15/-0.07	-0.10/-0.02
心臓・めまい	-0.11/-0.02	-0.11/-0.04	-0.11/-0.04	-0.14/-0.06	-0.10/-0.07	-0.08/-0.04
皮膚・血管	-0.16/-0.09	-0.12/-0.17	-0.16/-0.10	-0.17/-0.12	-0.16/-0.12	-0.12/-0.19
息苦しい	0.04/ 0.01	0.01/ 0.07	-0.01/ 0.05	0.01/ 0.03	-0.06/ 0.06	-0.00/ 0.14
女子中学生	n=235/n=190	n=349/n=81	n=207/n=219	n=50/n=381	n=91/n=340	n=297/n=132
疲れ・だるい	-0.02/ 0.19*	0.02/ 0.31**	-0.04/ 0.19**	0.02/ 0.08	-0.09/ 0.11	0.04/ 0.13
胃腸	-0.06/ 0.01	-0.07/ 0.16	-0.13/ 0.03*	0.06/-0.04	0.09/-0.06	-0.07/ 0.04
心臓・めまい	0.12/ 0.06	0.06/ 0.30*	0.05/ 0.15	0.19/ 0.09	0.17/ 0.08	0.04/ 0.23*
皮膚・血管	0.05/ 0.21*	0.11/ 0.13	0.05/ 0.18	0.37/ 0.08	0.15/ 0.10	0.08/ 0.18
息苦しい	-0.04/-0.00	-0.02/ 0.02	-0.08/ 0.05	0.06/-0.02	-0.01/-0.02	-0.08/ 0.13*
男子高校生	n=113/n=67	n=152/n=29	n=91/n=88	n=39/n=142	n=62/n=119	n=132/n=48
疲れ・だるい	-0.02/ 0.03	-0.05/ 0.35*	-0.06/ 0.06	-0.10/ 0.04	-0.20/ 0.12*	-0.00/ 0.06
胃腸	0.01/-0.03	-0.01/ 0.05	0.01/-0.01	-0.16/ 0.05	-0.02/ 0.01	-0.05/ 0.14
心臓・めまい	-0.17/ 0.07	-0.16/ 0.28*	-0.16/-0.00	-0.18/-0.06	-0.13/-0.06	-0.12/ 0.02
皮膚・血管	-0.12/-0.16	-0.14/-0.15	-0.11/-0.18	-0.19/-0.13	-0.10/-0.16	-0.12/-0.18
息苦しい	0.06/ 0.07	0.03/ 0.22	-0.00/ 0.12	0.18/ 0.03	0.16/ 0.01	-0.01/ 0.27
女子高校生	n=141/n=119	n=223/n=36	n=135/n=124	n=30/n=228	n=80/n=179	n=97/n=160
疲れ・だるい	-0.03/ 0.13	0.04/ 0.17	-0.09/ 0.22**	0.12/ 0.05	0.01/ 0.07	-0.05/ 0.14
胃腸	0.17/ 0.35	0.27/ 0.12	0.15/ 0.36	0.48/ 0.21	0.34/ 0.21	0.24/ 0.26
心臓・めまい	-0.03/ 0.17*	0.05/ 0.11	0.01/ 0.12	-0.05/ 0.08	-0.01/ 0.09	0.12/ 0.02
皮膚・血管	0.14/ 0.30	0.19/ 0.35	0.19/ 0.25	0.35/ 0.19	0.21/ 0.22	0.16/ 0.24
息苦しい	-0.09/-0.03	-0.08/ 0.05	-0.11/-0.02	-0.05/-0.06	-0.13/-0.04	-0.25/ 0.04**

註1) 数字は、好ましい習慣(左側)/好ましくない習慣(右側)の因子得点の平均値。nは人数。

註2) 生活習慣の各項目別に「好ましい習慣」と「好ましくない習慣」の因子得点の比較をt検定で行った。

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

目から構成され「疲れ・だるい」に関わる因子と解釈した。第2因子は「13」「15」「14」「16」「17」の5項目であり、「胃腸」に関わる因子と解釈した。第3因子は「2」「3」「30」「29」の4項目であり「心臓・めまい」に関わる因子と解釈した。第4因子は「23」「22」「25」「33」の4項目であり、「皮膚・血管」に関わる因子と解釈した。第5因子は「7」「6」「8」の3項目であり、「息苦しい」に関わる因子と解釈した。43項目の自律神経性愁訴から、第1因子～第5因子「疲れ・だるい」「胃腸」「心臓・めまい」「皮膚・血管」「息苦しい」がみいだされた。

5. 因子得点による5つの因子と生活習慣

因子得点は、因子負荷量から対象者すべてに対し、5つの因子「疲れ・だるい」「胃腸」「心臓・めまい」「皮膚・血管」「息苦しい」の各々に算出されたものであり、因子得点が高いほどその因子を感じていることになる。5つの因子と生活習慣との関連を表6に示した。

最も多くの生活習慣と関連があった因子は、第1因子の「疲れ・だるい」であり、中学生は、睡眠時間、朝食、食事時間と、高校生は、男子が朝食と偏食、女子が食事時間と関連があった。次いで、生活習慣と関連があった因子は、第3因子の「心臓・めまい」であり、女子中学生は、朝食と運動、高校生は、男子が朝食、女子が睡眠時間と関連があった。第2因子の「胃腸」、第4因子の「皮膚・血管」の因子は、女子中学生だけに関連がみられた。いずれも、「好ましくない習慣」の方に有意に因子得点が高かった。

第5の因子の「息苦しい」は、女子にだけ運動と関連があった。運動をすることが週に3回以上より3回未満(しないも含む)の方に「息苦しい」の因子が有意にみられた。

一方、生活習慣のなかで、最も多種の因子と関連があったものは、睡眠時間であり、「疲れ・だるい」「心臓・めまい」「皮膚・血管」の3種の因子と関連があった。どの因子も「好ましくない習慣」の方に有意に因子得点が高かつ

た。

Ⅲ 考 察

1. 生活習慣について

1993年の中学生・高校生の生活調査²³⁾では、朝食を毎日食べるものは中・高校生ともに約8割であり、睡眠時間は中学生が平均7時間42分、高校生は6時間40分であった。朝食、睡眠時間は、今回の対象も同様な状況であった。

2. 自律神経性愁訴について

門田^{9,24)}の中学1年と高校2年の疲労自覚症状、齊藤ら²⁵⁾の中学2年と高校2年の疲労自覚症状の報告によると中学生より高校生に愁訴数は多かった。今回の調査も、同様な結果であった。中学生より高校生に愁訴が多くなる理由には、高校入学後から自意識の高まり、社会的関心の広がり、性衝動のコントロールなど自我機能への負担が大きくなることなどが考えられる。また、小林²⁶⁾によるTHIの調査、高倉¹⁵⁾の蓄積疲労の調査、齊藤ら²⁵⁾のTHI、GHQの調査、門田²⁴⁾の疲労の自覚症状調査、安田ら²⁷⁾のCMI調査によると、健康不調の訴えは、中・高校生ともに女子に訴え率が高いことを報告している。海外の文献でも、Chen²⁸⁾、Kroenkeら²⁹⁾は女子の方が男子より自覚症状の訴えが多いことを報告し、既報と同様な結果であった。中・高校生のような思春期は、第二性徴を迎え性ホルモン等の著しい分泌から心身にアンバランスが起ることから健康不調などの訴えも多く、とくに女子は月経周期の面からも不定愁訴が多くなることが予測できる。

43項目の自律神経性愁訴を因子分析により抽出した最も代表的な因子である第1因子の「疲れ・だるい」は、今では小学生にもみられ、自律神経系の愁訴の一つとして、学童期から更年期に一般的にみられる愁訴であると考えられる。第2因子の「胃腸」は、思春期心身症の一つの症状として消化器系の症状もあり、心因的な誘因から出現する愁訴と考えられる。第3因子の「心臓・めまい」は、思春期による急速な体位や運動量の増加、女子の月経による失血によ

て鉄欠乏性貧血になりやすいことが影響していると推察される。したがって、これらの因子が中・高校生にみられる思春期の代表的な愁訴との解釈ができると考えられる。

3. 自律神経性愁訴と生活習慣について

自律神経性愁訴数と生活習慣との関連では、睡眠時間や朝食については、中・高校生ともに、門田^{9,24)}や高倉ら¹²⁻¹³⁾の調査と同様な結果であった。しかし、運動については、今回の結果では週に3回以上運動をする方が自律神経性愁訴数は少なく、とくに、女子中学生は顕著であり、既報とは差異があった。高倉¹²⁾は、週3回以上運動するものに慢性疲労を訴え、北島ら³⁰⁾は、運動選手の方が愁訴を多く訴えることを報告している。これについては、運動内容や持続時間などの調査も考慮に入れて検討する必要がある。

次に、因子得点による5つの因子と生活習慣の関連をみると、因子分析により抽出された第1因子の「疲れ・だるい」は、中・高校生の自律神経性愁訴としても最も代表的な愁訴であり、さらに、生活習慣とも最も関連があった。しかし、第2因子の「胃腸」は、第3因子の「心臓・めまい」より、生活習慣との関連がなく、生活習慣にはあまり影響されないと考えられる。便通異常を主体とした腹部症状が出現する過敏性大腸症候群は、思春期の心身症の一つであり、心因的要素と密接に関与している³¹⁾ことから、「胃腸」の愁訴は、心因的な原因で症状が現れやすいと考えられる。したがって、生活習慣に影響されやすい因子は、「疲れ・だるい」と「心臓・めまい」であることが明らかになった。なお、女子にだけみられた「息苦しい」と運動との関連は、女性ホルモンの増加により皮下脂肪が増大する時期であるため、運動不足が呼吸・循環系への影響を強めていることが推察される。

一方、最も多くの因子と関連があった睡眠時間については、高倉¹²⁻¹³⁾は、7～8時間の睡眠時間にうつ症状出現度が少なく、6時間以下のものにイライラの訴えが多いことを述べている。また睡眠時間が4時間以下、10時間以上のものは、7～8時間のものより死亡率が高いことや

また不適当な睡眠時間は心臓に影響を与えると考えられ、徐波睡眠は身体的疲労の回復に、レム睡眠は脳や心理的な回復に必要であると考えられていることから睡眠時間は7～8時間とることが望ましい³²⁾という報告がある。今回の結果から生活習慣項目の中でも睡眠時間が最も自律神経系に影響されることが考えられ、適切な睡眠時間をとることの重要性が示唆された。

自律神経性愁訴の愁訴率の高い項目や愁訴数は、中学生より高校生に多くみられが、自律神経系の働きが生活習慣と密着しているのは、高校生より中学生、とくに女子中学生であることが明らかになった。中学生の生活習慣の見直しは、自律神経性愁訴の軽減に繋がる可能性が高いと推察される。

Ⅳ まとめ

中学生・高校生1458名を対象に、自律神経性愁訴と生活習慣について調査し、中・高校生の自律神経性愁訴の特徴を明らかにし、生活習慣との関連を中学生と高校生で比較検討した。

1. 生活習慣については、中・高校生とも、睡眠時間は約40～45%、朝食は約15～20%、食事時間は約50%が「好ましくない習慣」であった。運動は、中学生と男子高校生が約15～30%、女子高校生は約60%が「好ましくない習慣」であった。
2. 43項目の自律神経性愁訴のなかで、訴え率の高い項目は、「疲れてぐったりすることがある」「肩や首筋がこる」「乗り物による」であった。自律神経性愁訴数は、中学生より高校生にやや多く、男子より女子に有意に多かった。
3. 自律神経性愁訴数は、「好ましくない生活習慣」の方に多かった。とくに睡眠時間、朝食、食事時間は、中・高校生ともに有意に自律神経性愁訴数が多かった。生活習慣と自律神経性愁訴数との関連性は、高校生より中学生に多かった。
4. 43項目の自律神経性愁訴を因子分析し、第1因子「疲れ・だるい」、第2因子「胃腸」、第3因子「心臓・めまい」、第4因子「皮膚・血

管」第5因子「息苦しい」の5つの因子を抽出した。5つの因子の因子得点は、「好ましくない生活習慣」の方が高い傾向であり、「疲れ・だるい」が最も多く生活習慣と、次いで、「心臓・めまい」が関連していた。なお、女子にだけみられた「息苦しい」の因子は、運動との関連があった。さらに、最も多種の因子と関連があった生活習慣は、睡眠時間であった。5つの因子と生活習慣との関連性は、高校生より中学生に多くみられた。

謝 辞

本質問紙調査に当たり、御理解を頂きました中学校、高等学校の校長先生および、質問紙の配布、回収していただきました諸先生方に心から御礼申し上げますとともにご協力していただきました中学校、高等学校の生徒の皆様へ深く感謝致します。

引用・参考文献

- 1) 小倉学：子どもの心身の健康—その心理・社会的要因，こころの科学，11：37-43，1987
- 2) 小牧元，前田基成，久保千春：中学校・高等学校における生徒の心身の健康状況—養護教諭に対する調査から—，思春期学，13：297-303，1995
- 3) 阿部達夫：不定愁訴の概念とその実態，治療，52(8)，9-14，1970
- 4) 筒井末春，中野弘一：自律神経失調症，永井書店，PP1-44，1986
- 5) 手嶋秀毅：ストレスの生理，ストレスの科学と健康 河野友信，田中正敏（編）朝倉書店，24-66，1986
- 6) 黒須洋子，小倉学：中学生の心身の健康に関する要因の研究（前編）第2報 学校差・学年差を中心に，健康教室，32(3)：53-60，1981
- 7) 黒須洋子，小倉学：中学生の心身の健康に関する要因の研究（後編）第2報 学校差・学年差を中心に，健康教室，32(5)：31-36，1981
- 8) 小倉学，岡本照美：児童の心身の健康に関する諸要因，学校保健研究，29：174-183，1987
- 9) 門田新一郎：中学生の生活管理に関する研究

- 一疲労自覚症状に及ぼす生活行動の影響について, 日本公衛誌, 32 : 25-35, 1985
- 10) 門田新一郎, 奥田久徳, 平岡幸夫: 中学生の生活管理に関する研究 (第2報) 一疲労自覚症状と体力および生活行動との関連について一, 日本公衛誌, 34 : 652-659, 1987
- 11) 門田新一郎: 中学生の精神的健康に関連する要因の検討一情緒不安定傾向の型分布と不安・悩みとの関連について一, 岡山大学教育学部研究集録, 101 : 215-228, 1996
- 12) 高倉実: 中学生の蓄積的疲労徴候と生活の質, 生活様式の関連について, 民族衛生, 60 : 3-11, 1994
- 13) 高倉実, 崎原盛造, 新屋信雄, 平良一彦, 三輪一義: 高校生の抑うつ症状と健康習慣との関連性について, 学校保健研究, 38 : 335-345, 1996
- 14) 高倉実, 崎原盛造, 秋坂真史ほか: 高校生における抑うつ症状と心理社会的要因との関連, 学校保健研究, 39 : 233-242, 1997
- 15) 高倉実, 平良一彦, 新屋信雄, 三輪一義: 高校生の抑うつ症状の実態と人口統計学的変数との関係, 日本公衛誌, 43 : 615-623, 1996
- 16) 金久卓也, 深町健: CMI コーネル・ネデイカル・インデックス その解説と資料, 三京房, 1997
- 17) 吉竹博: 改訂産業疲労一自覚症状からのアプローチ, 労働科学研究所出版部, 1993
- 18) 鈴木庄亮, 柳井晴夫, 青木繁伸: 新質問紙健康調査法THIの紹介, 医学のあゆみ, 99 : 217-225, 1976
- 19) 越河六郎, 藤井亀: 「蓄積的疲労徴候調査」(CFSI) について, 労働科学, 63(5) : 229-246, 1987
- 20) 川上憲人: 職場でみられる抑うつ症状のリスクファクター, 労働の科学, 42(8) : 15-18, 1987
- 21) 森本兼囊: ライフスタイル研究の意義と展望, (森本編), ライフスタイルと健康, 2-32, 医学書院, 東京, 1995
- 22) 森本兼囊: ライフスタイルと健康 1. 身体的健康度と精神的健康度, 公衆衛生, 51 : 63-71, 1987
- 23) 水野清子: 栄養・食生活, (平山編), 日本子ども資料年鑑第5巻, 233, 259, KTC中央出版, 名古屋, 1996
- 24) 門田新一郎: 高校生の疲労自覚症状と生活意識・行動との関連について一数量化Ⅱ類を用いた検討一, 学校保健研究, 32 : 239-247, 1990
- 25) 斉藤和雄, 岩田昇, 安栄鉄男, 菅野正人, リスカ・リナ・ダルウイタ: 最近の児童生徒をとりまく環境とストレス問題, 学校保健研究, 33 : 52-62, 1991
- 26) 小林幸子, 石井莊子, 川野辺由美子ほか: 中学生の愁訴出現に關与する食生活因子について, 小児保健研究, 49 : 573-579, 1990
- 27) 安田道子, 加藤京子, 丹理子: CMIによる高校生の自覚症状についての研究, 学校保健研究, 34 : 426-431, 1992
- 28) Chen, M.K.: The epidemiology of self-perceived fatigue among adults, Preventive Medicine, 15: 74-81, 1986
- 29) Kroenke, K., Wood, D.R., Mangelsdorff, A.D. et al.: Chronic fatigue in primary care, JAMA, 260: 929-934, 1988
- 30) 北島晴夫, 赤塚順一: 思春期不定愁訴とその誘因, 思春期学, 12 : 384-353, 1994.
- 31) 筒井末春, 芝山幸久: 学童・思春期の心身医学的ケア, 南山堂, 67-68, 1993
- 32) 森本兼囊監訳: 生活習慣と健康 ライフスタイルの科学, HBJ出版局, 60-98, 1996 (Berkman, L.F., Breslow, L.: Health and Ways of Living)

(受付 00. 9. 8 受理 01. 3. 5)

連絡先: 〒467-8601

名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1番地

名古屋市立大学看護学部(堀田)

報告

重複障害児に対する「健康の保持」の指導
—医療相談におけるよりよい学校・
医療機関・家庭の連携を探る—

毛利清美^{*1}, 杉田克生^{*2}

^{*1}千葉県立市原養護学校

^{*2}千葉大学教育学部臨床医科学

Instruction for "Health Protection" in Children with Multiple Handicap
—Search for Better Liaison between School,
Hospital and Home in Medical Counseling—

Kiyomi Mouri^{*1} Katsuo Sugita^{*2}

^{*1} *Chiba Ichihara School for Mentally Retarded*

^{*2} *Department of Clinical Medicine, Faculty of Education, Chiba University*

We studied about medical care to students with multiple handicap and searched for better liaison between school, hospital and home in medical counseling by examining the current situation of medical counseling. From both aspects of school and medicine, medical counseling has been performed mainly by school teachers under the aids of school-nurse teachers at school. There are, however, little relationships between them. Most school teachers had an information about their students' medical condition via their parents although they usually passed little clear message to the parents. We also found that no concrete questions or problems have been presented to any doctors who followed the students. It is suggested that three points are important as the role of school for the improvement of these situation, 1. accomplishment of staff training for health control in handicapped children, 2. system for demonstrating the special role of school-nurse teachers, 3. mutual understanding and improvement of counseling methods between teachers and parents.

Key words : multiple handicap, health control, health protection, medical counseling, liaison

重複障害, 健康管理, 健康の保持, 医療相談, 連携

I. はじめに

養護学校に在籍する児童生徒の障害の重度・重複化に伴い, 子どもたちの生命を維持し, 健康状態の維持・改善を図るための指導(自立活動「健康の保持」の指導¹⁾)が重要となってきた²⁻⁴⁾. 米山は, 重度・重複障害児の健康

の維持増進を図るための取り組みの内容を「生活リズムの確立」「生理的管理」「食事・栄養」「身体・運動」「その他」の5項目に整理し, それぞれの具体的な対応を「学校の中で教員が実際におこなえるもの」という観点からまとめている⁵⁾.

これらの指導にあたっては, 子どもの障害や

病気の状況を知り、家庭での様子や医療機関での治療内容を把握することが重要である⁶⁾。また、障害が重いゆえに子どもたちの健康状態は、環境の変化や加齢などに伴う体の状態の変化、さらに障害があることによって引き起こされる二次的障害（体の変形・拘縮、肥満等）などによって、常に不安定な状況下にある。これらの状況に対応するためにも医療機関や家庭との連携は不可欠である²⁷⁾。とりわけ医療機関からの医療情報（障害や病気の状況、治療内容、学校生活での配慮事項についての情報）は、児童生徒が学校や家庭で生活していく上での指針となり、学校と家庭の共通理解を図る基礎情報になり得ることから重要な意味を持つ。しかし、これまで学校と医療機関との情報交換に関して、日常行われている主治医への質問や相談に焦点をあてた研究はほとんど行われていない。

そこで、本研究では、学校から医療機関、特に主治医への質問や相談（以下医療相談）に焦点をあて、その実態を調査し、「学校と医療機関と家庭がどのように連携していくことが『健康の保持』の指導を行っていく上で望ましいのか」という点について、学校の役割を中心に明らかにした。

II. 対象と方法

1. 質問紙調査

(1) 調査対象と内容

調査対象とした学校は、千葉県内で重複学級を設置している養護学校全29校であった。

調査1は、平成10年度重複学級担任（小学部・中学部・高等部各2名）166名を対象とした。平成10年度の実践を取り上げ、重複学級児童生徒の健康上の課題、主治医への相談状況、医療相談に際しての保護者との共通理解の図り方、養護教諭との連携状況について調査を行った。

調査2は、平成11年度に当該養護学校に所属する養護教諭29名を対象とした。平成11年度の実践を取り上げ、児童生徒の健康把握や管理の状況、医療相談における担任や保護者との連携

の図り方について調査を行った。

回答形式は、いずれも無記名による選択式、摘出式の方法を主とし、一部品等式、自由記述式で実施した。

(2) 調査期間

調査1、2ともに、平成11年6月～7月に実施した。

(3) 調査方法

各養護学校長宛に質問紙を送付し、同年7月15日までに回答を依頼した。

2. 面接調査

(1) 調査対象と内容

調査対象は、重複学級児童生徒が基礎疾患で通院している割合の高い病院14カ所の医師17名（小児科医16名、小児整形外科医1名）であった。病院は、養護教諭に各学校の重複学級児童生徒が基礎疾患で通院している割合の高い病院を2つあげてもらい、その中から抽出した。抽出にあたっては、一部の地域に偏らず、またあげられた2つの病院のうち1つは含まれることを考慮した。

養護学校からの相談内容・方法、養護学校からの相談に対する意見・要望等について調査を行った。

(2) 調査期間

本調査は、平成11年9月～12月に実施した。

(3) 調査方法

各病院内で、1人2時間程度の個人面接による質問法で実施した。

III. 結果

1. 医療相談の実施状況

調査した全養護学校（29校）から回答があった。重複学級担任からの回答数は147部で、回収率は88.6%であった。また、養護教諭からの回答数は29部で、回収率は100%であった。

(1) 主治医への相談

回答のあった重複学級担任147名が担当していた児童生徒455名のうち、医療相談を実施したのは233名（49%）だった。これは、医師からのアドバイスが必要であると担任が判断した

児童生徒の74%にあたった。医師からのアドバイスが必要であると判断しながらも相談しなかった児童生徒の担任は、主な理由として「保護者が自主的に主治医に聞いてくれる」「相談しなかったができなかった」をあげていた。

医療相談を実施した担任117名が相談した内容を図1に示した。「体の変形・拘縮」「食事」「てんかん発作」の相談が特に多かった。これは、担任が医師からのアドバイスを必要とする課題としてあげた上位三つの内容と一致した。

相談方法は、担任の79%が「保護者に聞いてもらう」をあげており、圧倒的に多かった。相談頻度は、児童生徒の32%が「診察日等を利用して定期的実施」、次いで27%が「年に1回実施」であった。以下「半年に1回」「学期に1回」「必要に応じて」の順だった。

(2) 校内での連携

児童生徒の健康上の課題について、96%の担任が普段から養護教諭と話す機会があったとした。しかし、医療相談前に話す機会があった担任は67%で、医療相談を行う際必ずしも養護教諭と話をしていなかったことがわかった。一方、医療相談後88%の担任が養護教諭に結果を話し

たとしており、その数は医療相談前に話をしていた担任の数と比べて増加していた。

養護教諭全員が、普段から担任と話し合いをもっていた。その中には、「担任からあまりアドバイスを求められない」と答えた養護教諭が2名いた。医療相談の前には、43%の養護教諭が「担任からの申し出があれば」また39%の養護教諭が「積極的に」担任と話し合ったり、担任にアドバイスしたりすると回答した。

校内での連携について、担任や養護教諭から自由記述で得た意見を表1にまとめた。

多くの担任から「専門的な知識（医療の基礎知識・病気の正しい理解等）や技術の向上」の必要性について意見があげられた。養護教諭に対しても、研修の必要性や有資格者の必要性などを求める意見がだされた。一方養護教諭からは、「担任が主で、養護教諭はサポート（応援）にまわる」と両者の関係をあげる意見が多く、これらの関係を基盤とした情報交換についての意見がだされた。

(3) 家庭との連携

健康上の課題について、77%の担任が普段から保護者と頻繁に情報交換をしていた。さらに

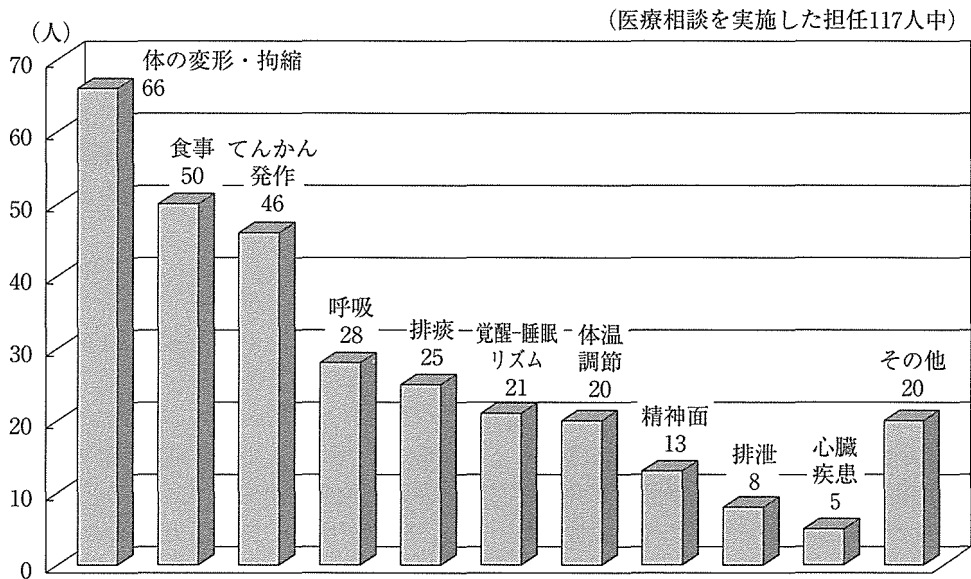


図1 医療相談内容

表1 校内での連携に関する意見

項目	担 任	養 護 教 諭
教員の資質の向上	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもを見る目を養うこと ・専門的な知識（医療の基礎知識・病気の正しい理解等）や技術の向上 ・養護教諭の研修の必要性及び有資格者の必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・アドバイスを求められたときに、難しい課題が多いと自分の力量のなさを感じる。
校内の体制	<ul style="list-style-type: none"> ・学校として、学部として、学級として、その子を見ていくという姿勢、体制づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間の共通理解を図る。（担任によって意識に差がありうまく情報交換が行われていない）
担任と養護教諭との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・養護教諭の頻繁な巡回の必要性 ・相互の共通理解とその上での保護者との共通理解 ・養護教諭から必要とする情報が得られない場合がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・担任が主で、養護教諭はサポート（応援）にまわることが多い。 ⇒保護者との窓口は担当 うまく橋渡しをしてほしい ・情報交換を密にする必要あり（一緒に考える） ・担任との意見（健康に関する考え方等）の相違

普段から健康状態等の記録表をつけている担任の58%は、記録表を見せて話す機会をもっていた。

医療相談では、96%の担任が保護者に目的や内容を説明していた。しかし、毎回説明していた担任は18%であった。医師の回答を基に保護者と話し合った担任の割合は「連絡帳によるやりとりですんだ」「話し合わなくてもよいと思った」の理由から、相談時に説明をした担任の割合よりも6%減少した。

児童生徒の健康管理について、76%の養護教諭が普段保護者と話し合う機会があるとしていた。話し合いは、保護者が来校している時間を利用して行うことが多かった。また、話す機会がないとした養護教諭も「担任を通じて」「電話、手紙などで」と間接的ではあるが、保護者と関わりをもっていた。

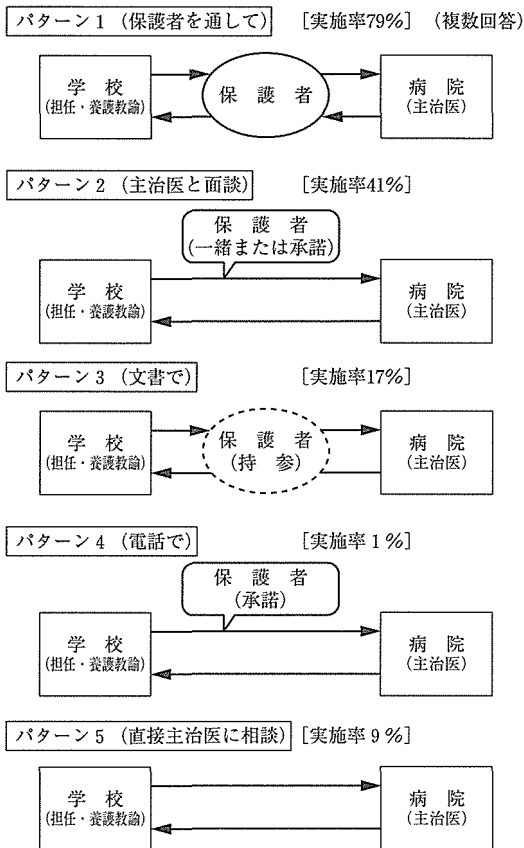
家庭との連携について、担任や養護教諭から自由記述で得た意見では、特に保護者と共通理解を図りながら連携していくことの必要性が多くあげられた。

(4) 医療機関との連携

医療相談を実施した担任117名が用いた相談方法を図2に示した。相談方法は、5つのパターンに分けられた。パターン1は保護者が担任の代わりに主治医に聞く方法、パターン2は担任や養護教諭が保護者と同伴あるいは保護者の承認を得て主治医と面談する方法、パターン3は保護者を通じて文書で主治医に聞く方法、パターン4は保護者の承認を得て電話で主治医に聞く方法、パターン5は主に病院や施設併設校で行われている方法で、病棟などで直接主治医に聞く方法であった。

相談実施率は、パターン1が79%で圧倒的に高く、パターン2が41%、パターン3が17%であった。パターン4の実施率は1%で、ほとんど実施されていなかった。

パターン3で用いられる文書について、養護教諭に「学校として医師宛に相談の目的や内容を書いた文書を作成しているか」尋ねたところ、63%が作成していると答えた。また、「所見やアドバイスを医師から文書でもらうことができるか」については、93%がもらうことがで



*主に学校併設の病院や施設の場合に実施

図2 学校から主治医への相談方法

きるとした。しかし、なかには文書でもらうことについて、手数料がかかるとの指摘があった。

主治医に普段つけている健康観察記録表を見せて相談したことがある担任は、117名中23名(20%)だった。この23名が普段つけていた記録表の内容は「てんかん」「睡眠」「食事」が多く、そのうち11名が「てんかん」「睡眠」の両方をつけていた。

医師からの回答に納得することが多かったかどうか担任に尋ねたところ、69%の担任は納得することが多かったと答えた。理由として「保護者を通して求めていた回答を得られた」「直接主治医と話すことで求めていた回答を得られた」が多くあげられた。一方、納得することが少なかった27%の担任は、理由として「回答に保護者の思いが加わり、求めていた回答が得ら

れなかった」「回答の内容が納得いかなかった(よくわからなかった)」をあげた。

相談方法別では、主治医と話す方法(パターン2)で実施した担任の85%が納得することが多かったと答えた。以下、保護者に聞いてもらう方法(パターン1)60%、文書でやりとりする方法(パターン3)35%であった。

相談後の様子を主治医に知らせた担任は54%だった。知らせしていない担任は「保護者が話してくれると思った」を主な理由にあげていた。一方、68%の養護教諭は何らかの機会に知らせるとしてしていたが、14%は「担任に任せている」または「行っていない」と答えた。

医療との連携について、担任や養護教諭から自由記述で得た意見をまとめ、表2に示した。

主治医と連絡を取り合ったり、直接話したりする機会の必要性をあげたうえで、医師に「学校の様子を知ってほしい」「定期的に相談できるとよい」また「気軽に情報交換できるとよい」といった意見が多かった。

2. 学校からの相談に対する医師の意見

(1) 相談内容

医師が学校から受ける相談内容について表3に示した。6割以上の医師が「行事参加」「てんかん」に関する内容をあげていた。

(2) 相談方法

相談方法は、「文書で」「担任がついて(面談)」「保護者を通して」の三つが主にあげられた。「電話で」の具体的な相談は、患者の守秘義務により受けないとする医師が多かった。

相談頻度は「保護者を通して」が一番多く、以下「文書で」「担任がついて」の順だった。養護学校が併設されていない病院の医師の多くが「担任がついて」の相談は少なく「1ヶ月に1件に満たない」「学校によっては相談にこない」と述べていた。

(3) 相談での健康観察記録表の提示

学校で普段つけている健康観察記録表を提示されたことがあったのは5名で、うち2名はよくあると回答した。提示される表は、ほとんどがてんかんの記録表であった。一方で、学校で

表2 医療との連携に関する担任、養護教諭の意見

<p>医師の学校理解</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活の中で子どもについて理解してもらえよう医師に働きかけていく必要あり。 ・医師に学校の様子を見に来てもらってアドバイスを受けたい。 ・ちょっとしたことで相談やアドバイスをしてくれる協力的な医師の数がまだ少ない。 <p>医師との話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医と連絡を取り合ったり、直接話したりする機会は必要。 ・もっと気軽に、その都度連絡をとって話せるような関係ができるとよい。 ・年度始めなど、最低1回は医師から話を聞く場がもてたらよい。 	<p>相談の仕方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・子どもの気になる様子を的確に伝えるための方法の工夫が必要。(バイタルチェックの数値や発作の様子をビデオで撮る等) ・積極的に資料等を提供するなどして共通理解を図る。 ・連絡ノートの活用。 ・情報を共有できるシステム作り。(オンラインシステム/電子メール等) <p>医師との意見の相違について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行事参加についての認識の違い。 ・専門家(医療スタッフ)と教師との危険認識の違い。 ・時には医師の意見を全面的に受け入れにくいこともある。
--	---

表3 相談内容(2人以上の医師の意見を記載) 17人中

内 容	人数
行事参加に関する事(校外学習・宿泊学習・水泳等)	13人
てんかんに関する事(判別・対処の仕方・投薬等)	11人
食事に関する事(形態・時間・姿勢・量等)	5人
問題行動に関する事(多動・自傷・反抗的・不登校等)	4人
医療的援助行為に関する事	4人
リハビリに関する事	3人
補装具や車椅子の作成に関する事	3人
日常生活に関する事	3人
姿勢に関する事(側わん等非対称な姿勢)	2人
病気に関する事	2人

記録表を使用していることを知らない医師もいた。

(4) 相談のなかで困ること

学校からの相談で困ることについての意見を整理し、表4に示した。「質問内容が把握しづらいこと」をあげる医師が多かった。また「学校との意見の食い違い」や「学校側の意見の裏付けとして、学校の都合を優先した意見を求められること」をあげた医師もいた。

(5) 医療相談を受けるときに必要な情報

相談の際に、医師が学校から知らせてほしい情報については、6割以上の医師が「相談内容に関する具体的な記録(様子・回数・時間等)」をあげた。また、「具体性のある質問内容」と答えた医師もいた。

(6) 文書での相談

文書で回答する場合の手間について、意見をまとめると、次の通りだった。

表4 相談の中で困る事項（2人以上の医師の意見を記載）

17人中

項目	内容	人数
相談内容	学校側の意見の裏付けとしての意見を求められるとき（学校の都合を優先した内容）	3人
質問内容	漠然とした質問（何が困っているのかわからない・学校の様子が見えない）	8人
	絶対的な回答を求められる質問	4人
	（子どもが違うのに）一律の質問内容の文書《形式的》	2人
相談方法	保護者を介しているのに、相談内容がわからなかったり、ニュアンスが変わってしまったりする	4人
共通理解	学校との意見の食い違い	4人

- ・文書は記録として残るため、書くときには慎重にならざるを得ない。それだけ時間と労力を要する。
- ・基本的に診療中に書くことが多いため、短時間での作業となると負担がかかる。
- ・漠然とした質問は答えづらく、回答により一層の時間と手間がかかる。

他に文書による回答は「学校側に細かいニュアンスまで伝わっているのか」「学校側が納得しているのか」疑問だとする意見もあった。一方で相談は「記録として残る文書で行うべきだ」という意見も聞かれた。また、文書に対する手数料は、学校が作成した質問書に記入する場合、一つの病院を除き請求されていなかった。

(7) 定期的な話し合いの実施

多くの担任の「年1回程度の定期的な話し合いの場を設けたい」という意見に対し、17名中14名が実施可能と回答した。実施時間については、「診察時間内で」が7名、「診察外の時間を設定して」が3名、「必要に応じて診察の枠内でも、時間を設定してもよい」が3名、その他1名であった。なかには、年1回だけではなく、必要に応じて行うべきだとする意見もあった。一方で、主旨はよいと思うが、実際養護学校に通う対象児童生徒が全員実施できるように考えると、システムや要綱の作成が必要であり、現実的にはかなり難しいとの指摘があった。

また、特に地域性のある病院の場合は、学校に主治医を招いて実施してもよいのではないかと

といった意見もだされた。

IV. 考 察

今回、学校、医療機関の両側から調査を行った。調査方法の違いから、相談内容や相談頻度など、一概に両者を比較できない部分もある。しかし、医療相談におけるそれぞれの傾向はつかめたものと考えられる。

今回の調査では、担任が「医師からのアドバイスが必要である」と判断した児童生徒の74%が医療相談を実施していた。一方で実施しなかった担任は、理由として「保護者が主体的に聞いてくれる」「実施したかったができなかった」をあげていた。前者は保護者任せとはいえ、主治医から必要な情報を得ている点では、広義の意味での医療相談を行っていたと考える。問題は「実施したかったができなかった」と答えた担任である。その理由として、日常の忙しさから機会を逸してしまったなどの担任側の問題がある一方、保護者との意見の相違など、保護者との共通理解の問題も多く存在していると考えられる。保護者との意見の相違については、児童生徒の抱える健康上の問題についての担任と保護者の認識の違いと捉えることができる。石井らは、「家族も“いつもと同じだから問題ない”と、健康上の問題点を見過ごしている」と述べている⁸⁾。このことが両者の認識の違いに大きく関係している要因の一つであると思う。

校内の連携では、担任が主となり、養護教諭

が応援にまわる関係が明らかになった。横山らは、養護学校に勤務する養護教諭の現状についての調査で「養護学校における児童・生徒の健康管理は、養護教諭が直接子ども達に関わるのではなく担任を通して行うことが必要であり、担任との関係が重要である」と述べている⁹⁾。しかし、今回の調査では、相談の前に担任から必ずしも話を聞いていなかったり、担任からの申し出を待って対応する養護教諭が多かったりするなど、お互いに歩み寄れていないことがわかった。養護教諭の専門性の発揮を求める声が聞かれるなかで、養護教諭からは「担任との健康に対する考え方の違い」があげられている。考え方の相違は、担任の障害児の健康管理に対する見識不足が関係していると思う。さらに担任、養護教諭双方の「それぞれの立場で独自に子どもの健康管理にあたらうとする姿勢」が、お互いに歩み寄れていない原因の一つになっているものと考えられる。横山らの調査では、養護教諭の意見として「担任からの情報がもらえない」「担任が児童・生徒と密に関わっているために養護教諭が関わる間がない」をあげ、これに対し、「養護教諭の方から担任に提供できる情報なり、技術なりをもつ必要があるのではないか」「担任と児童・生徒の間に割って入るのではなく、両者の密接な関わりをさらに活用して、児童・生徒の健康管理に関わっていくべきではないか」と述べている⁹⁾。今回の調査でも同様のことがいえる。校内では今後ますます養護教諭の専門性が必要とされる。担任だけでなく、養護教諭の専門性の向上を図れるような研修の場を設けていく必要があると考える。

相談方法では、「保護者を通して」つまり担任や養護教諭の代わりに保護者が相談し、回答を戻す形での実施が多いことが確認された。石井らは「家族を通しての情報伝達は、“家族の思い”というバイアスがかかり、正確で詳細な情報交換ができない」としている⁹⁾が、今回の調査では、この方法は担任が医師から納得した回答を得るための賛否両論をもっていることがわかった。保護者を通して正確な情報を得るた

めには、いかに保護者の思いと学校（担任、養護教諭など）の考えを一致させておくか、また相談にあたって児童生徒の様子や相談内容（質問事項）の共通理解を図るかが大きな課題である。

一方、納得した回答を得やすい方法として、主治医と面談する方法が有効であるといえるが、現状はなかなか実施できていない。その理由として、出張扱いの場合の旅費の問題、学級を空けることの問題、医師との面談時間の問題等がある。最低年に1回程度は主治医と会って相談できるような学校側の体制をとれることが望まれる。

次に、医療相談で学校に求められることとして、「子ども主体の相談」がある。相談のなかには、学校の都合を優先する内容があるとの指摘があった。南条は、主治医との連携の心得として「学校の立場や事情は控えめに」「子どもを中心に、同じ目的で連携できるように」をあげている¹⁰⁾。健康の維持・向上や学習活動の確保など、なによりも子どもを一番に考えた相談であることが重要である。

さらに、相談方法の如何に関わらず、「何がどのように困っているのか」「学校ではどのようにしたらよいのか」を明確に伝えることが大切である。また、つい「何回（何分）だったら大丈夫か」「あるかどうか」など絶対的な回答を求めたくなるが、子どもの体調や周りの環境が変われば、おのずと事の有無や回数・時間などの許容範囲も変わってくる。より具体的な場面を想定した質問をすることが必要である。

一方、文書は記録として残ることから、医師は、文書で回答する場合には慎重に対応している。しかも短い診療時間内に適切な回答を書かなければならないことから、かなり手間のかかる作業でもある。そこで、文書で回答を求めるときには、より具体的に、短時間で答えやすいような質問を用意する必要がある。

また、お互いの意図を確認しながら意思の疎通を図るには、直接会って面談するのが一番の方法である。教員が申し出れば医師の対応は可

能であるため、教員の積極的な姿勢が望まれる。

以上のことから、「健康の保持」の指導、特に医療相談において、学校・医療機関・家庭がよりよく連携していくためには、学校の役割として、次のことが考えられる。

医療相談では、医療情報を扱う関係上、教員の医療的な基礎知識や病気に関する理解が必要不可欠である。しかし、現実には児童生徒のニーズに教員側の知識や理解が必ずしも追いついていない。担任が知識や理解を深めるために研鑽を積むことはもちろんであるが、養護教諭もより専門性を発揮し、担任との関係でイニシアチブをとることも必要であると考え。それにより、お互いの情報交換が活発化し、児童生徒の実態を捉える目が養われるとともに、主治医への的確な情報提供や質問の実施につながっていくものと思われる。

医療相談では、保護者の理解を得ることが重要である。相談の多くが「保護者を通して」ということであればなおさらである。医師との情報交換の際に、保護者を通して的確な情報を得るためには、①担任が養護教諭と相談しながら、児童生徒の問題点や相談内容を整理し、明確にすること、②その上で必ず機会を設けて保護者に説明し理解を得ること、③主治医に相談の主旨が伝わるように努めることが大切である。記録表やVTRなどの活用は、保護者への説明や主治医への相談の際に、問題点や相談内容を具体的に示すための有効な方法である⁹⁾。

医師との情報交換を円滑に行うためには、相談の方法として「保護者を通して」だけでなく、必要に応じて主治医と面談したり、文書を用いたりすることも必要であると考え。主治医との面談に関してあげられた経費や学級の問題は一概に論ずることはできないが、面談については十分可能であり、医師も望んでいることから、今後積極的に連絡していけるとよいであろう。そうすることが医師の学校理解にもつながり、よりの確なアドバイスを得やすくするものと考えられる。

V. まとめ

本研究では、医療相談の実態を調査することにより、学校・医療機関・家庭のよりよい連携のあり方を探った。

学校・医療機関の両面から調査した結果、校内では、担任が主となり、養護教諭が応援にまわるという関係で医療相談が進められていた。しかし、両者の情報交換はあまり密にはされていなかった。また医療相談は、主に保護者を通して実施されていた。しかし担任は保護者に相談の主旨を明確に伝えていない場合が多く、主治医に相談の主旨が的確に伝わっていないことが問題であった。

これらの改善を図るために学校に求められる役割として、1. 障害児の健康管理に関する職員研修の充実、2. 養護教諭の専門性を発揮できる体制づくり、3. 保護者との共通理解や相談方法の検討が示唆された。

文 献

- 1) 文部省：盲学校、聾学校及び養護学校，教育要領・学習指導要領，1999
- 2) 文部省：重複障害児指導事例集，3-20，東洋館出版，東京，1983
- 3) 川住隆一：生命の極めて脆弱な重複障害児の健康管理に関する課題と研究動向，特殊教育学研究，36：41-49，1998
- 4) 村田茂：肢体不自由教育における医療と教育の歴史，医療と教育研究会研究集録：48-51，1999
- 5) 米山美穂：重度・重複障害児の健康の維持増進を図るための教育的対応について—文献研究に基づく内容の整理—，日本特殊教育学会第35回大会発表論文集：506-507，1997
- 6) 庄司伸哉：障害の重い子どもとかわるこつ—医療的ケア—，肢体不自由教育，125：16-17，1996
- 7) 西山公司：肢体不自由教育，健康教室，34：23-26，1983
- 8) 石井光子，斉藤桂子：養護学校と医療機関の

連携の重要性, 第3回千葉県学校保健学会講演集: 59-60, 1999

自由教育, 125: 56, 1996

- 9) 横山由美, 金田鈴江: 養護学校に勤務する養護教諭の現状, 学校保健研究, 37: 484-492, 1996

(受付 00. 5. 9 受理 01. 3. 9) 連絡先: 〒290-0011

千葉県市原市能満1519-5

- 10) 南条敬子: 主治医との連携の進め方, 肢体不

千葉県立市原養護学校 (毛利)

内山 源 (茨城大学名誉教授) 編著

公衆衛生学

A5判二六二頁 定価二三一〇円

本書は「概念、理論を使って考える公衆衛生」「現実の生活、社会を変え、改善する公衆衛生」をねらったものである。本書が教育、保育、栄養、福祉等の関係者、学生による、公衆衛生・学の理解や実践・行動の基礎、入門書としての活用を望む。

藤沢良知 (日本栄養士会会長) 著

生き生き食事学

四六判一九〇頁 定価一六八〇円

生活習慣病の時代に入って、一次予防としての健康づくりや食生活の改善が重要視されています。予防に使う百円は治療費の一万円に等しいと言われますが、もつと病気の予防のため、健康づくりのため日々の食生活を大切にしたい。〔著書「はじめに」より〕

- 大澤清二他著 学校保健学概論 定価二三一〇円
- 内山 源他著 健康・ウエルネスと生活 定価二四一五円
- 内山 源他著 健康のための生活管理 定価二一〇〇円
- 大澤 清二著 生活統計の基礎知識 定価二一〇〇円
- 大澤 清二著 生活科学のための多変量解析 定価三九九〇円
- エルキンンド著 居場所のない若者たち 定価二九四〇円
- A・ゲゼル著 学童の心理学 定価五六七〇円
- A・ゲゼル著 青年の心理学 定価五六七〇円

〒112-0015 東京都文京区目白台3-21-4

家政教育社

電話 03-3945-6265
FAX 03-3945-6565

会 報

第48回日本学校保健学会のご案内(第2報)

学会長 和唐 正勝

1. 期 日 平成13年11月17日(土) 18日(日)
2. 会 場 栃木県総合文化センター 〒320-8530 宇都宮市本町1-8
3. テーマ 学校保健のこれまでとこれから
4. 企 画
 - 1) 特別講演 多田羅浩三先生(阪大・医・公衆衛生) 演題未定
 - 2) シンポジウム
 - シンポジウム1 これからの教科「保健」を考える
 - シンポジウム2 学校における“ケア”の役割と課題を考える
 - シンポジウム3 栃木県における学校保健の現状と課題(仮題)
 - 3) 学会長講演 和唐正勝 演題未定
 - 4) 一般発表(口演, ポスターセッション)
 - 5) 懇親会(会場内のレストラン; オーベルジュ)
 - 6) その他
5. 学会参加費(講演集代含む)
 - 1) 事前申込(8月20日まで) 7,000円(講演集代込み)
(学生・大学院生会費) (3,500円)(講演集代込み)
 - 2) 当日参加 7,500円(講演集代込み)
(学生・大学院生会費) (4,000円)(講演集代込み)
 - 3) 懇親会費 5,000円
 - 4) 講演集代のみ 3,000円
6. 年次学会事務局 〒321-8505 宇都宮市峰町350
宇都宮大学教育学部保健体育研究室
(事務局長: 益子詔次, 補佐: 千葉芳則)
電話: 和唐(028-649-5380) 益子(028-649-5381)
7. 一般発表申込締め切り 平成13年7月23日(月) 当日消印有効
 - 1) 次ページの演題申し込み用紙をコピーし, 必要事項をご記入の上お申し込み下さい。(1演題1枚)
 - 2) その際に発表内容の概要をB5版用紙にご記入の上, 同封して下さい。(200字程度・演題, 発表者氏名を明記)
 - 3) 発表内容は未発表の研究成果に限ります。発表者(共同研究者も含む)は本学会の会員で, 今年度の会費を納入済みの方に限ります。非会員の方は至急入会手続きをおとり下さい。
 - 4) 発表形式は, 口演とポスター発表にします。OHP, スライドは使用できません。
 - 5) 演題の採否は学会長に一任させていただきます。発表資料は発表当日, 各会場の資料受付係にお渡しください。
8. 講演集原稿締め切り 平成13年8月23日(木) 当日消印有効
9. 原稿送付先 〒321-8505 宇都宮市峰町350 宇都宮大学教育学部
第48回日本学校保健学会長 和唐正勝行
10. 交通・宿泊 事務局では一切取り扱いません。次号以降の折り込み用紙に記入の上お申し込みください。
11. 英文抄録(プロシーディング)の刊行については本年次学会でも, 学会常任理事会, 国際交流委員会の要望により第48回学会の英文抄録(プロシーディング)を作成いたします。なお, プロシーディングに掲載を希望される方は, 演題申し込みの所定欄にご記入下さい。プロシーディングの原稿は平成13年12月14日(金)までに, 日本学校保健学会事務局までご送付下さい(当日消印有効)。

第48回日本学校保健学会演題申込書

楷書で丁寧に書いて下さい。 発表内容の概要（200字）を同封して下さい。

*欄は記入しないでください。

*	申込受付： 月 日 用紙発送： 月 日 原稿受理： 月 日	演題番号： 発表日時： 17・18 AM・PM 時 分 会場： 1・2・3・4・5・ポスターセッション	備 考
演題名			
注) 途中での変更はできません。			
発表者（所属機関）			
共同研究者（所属機関） 会員記入してください。			
注) 非会員の氏名の前に△印を付けて下さい。			
演題区分 番 号	第一希望	第二希望	キーワード（3つ以内）
*	住所：〒 _____		
発表者	氏名： _____		
連絡先	TEL： _____ FAX： _____		
英文抄録（プロシーディング）の掲載を希望する（ ） 希望しない（ ）（いずれかに○をつけて下さい） 希望する方のみ英文タイトルを記入してください。 タイトル： _____			

*	住所：〒 _____
発表者 連絡先	_____ 様

◎一般演題領域区分

- | | | |
|------------------|---------------|---------------|
| 1. 原理・歴史・方法 | 2. 喫煙・飲酒等防止教育 | 3. 発育・発達 |
| 4. 国際学校保健 | 5. 健康意識・健康行動 | 6. 保健学習 |
| 7. 保健指導 | 8. 学校安全・安全教育 | 9. 性教育・エイズ教育 |
| 10. 健康相談・相談活動 | 11. 健康評価 | 12. 精神保健 |
| 13. 疾病予防・健康管理 | 14. 歯科保健 | 15. 心身障害 |
| 16. 食品保健・学校給食・栄養 | 17. 健康増進・体力 | 18. 環境保健・環境教育 |
| 19. 学校保健組織活動 | 20. 学校保健関係職員 | 21. その他 |

(申し込みにはこのページをコピーして使用して下さい)

会 報

日本学校保健学会評議員の選出について

—選挙管理委員会公示—

選挙管理委員会は役員選出規定により、下記の公示を行います。

公 示

日本学校保健学会役員選出規定第2条により、評議員の選出について次のように公示する。

- (1) 期 日 平成13年7月10日(火)締切 (ただし、7月10日の消印のあるものまで有効とする)
- (2) 有権者 選挙権所有者には被選挙権者の名簿を添えて6月下旬までに投票用紙を送付する。
- (3) 投 票 所定の投票用紙を使用し、所定の手続きに従い、郵送により投票する。

平成13年5月23日

日本学校保健学会選挙管理委員会

なお、以下のことを念のため付記いたします。

1. 会員は本会の目的に賛同し、所定の入会金・会費を納入した個人および組織とする。ただし、会費を2年間納入しなかった会員は、その資格を失う。(日本学校保健学会会則第5条)
2. 役員選出の手続きは日本学校保健学会役員選出規定第2条に次のように示されている。
 - (1) 有権者は、選挙有権者名簿の作成時に、その年度の会費を納入した個人会員とする。(第2条第2項)
 - (2) 評議員は、地区別に、その有資格者のうちより、会員の選挙によって選出する。(中略)地区別評議員の有資格者は会則第5条に定める個人会員でひきつづき3年以上会員であったものとする。(第2条第3項)
 したがって、今回の有権者(選挙権を有する者)と被選挙権者(評議員の有資格者)は以下のようになります。
 1. 有権者は、平成13年3月31日現在で、平成12年度会費納入の者です。
 2. 被選挙権者は、平成13年3月31日現在で、平成10年度～平成12年度(3か年)の会費完納者です。
 3. 会員の所属地区は、原則として、平成13年4月1日現在の学会本部事務局登録の勤務先又は在籍校の所在地によります。このいずれもなきものは、自宅住所によります。

日本学校保健学会評議員選出のための名簿確認についてのお願い

評議員選挙のための被選挙権所有者の名簿の確認を、以下のような要領で行いますのでよろしくお願ひ申し上げます。なお、投票用紙は6月下旬までにお送りいたします。

1. 引き続き3年以上会員であった方(平成10～12年度の学会費完納者)は、被選挙所有者名簿に氏名が掲載されていますので、氏名、所属地区に誤りがないかどうかをご確認下さい。なお、名誉会員、賛助会員は、選挙権・被選挙権ともにありません。
2. 氏名、所属地区が誤っている場合、被選挙権があるはずなのに名簿に氏名がない場合、逆に被選挙権がないはずなのに名簿に載っている場合など、異議や訂正のある方は、必ず平成13年6月5日(必着)

までに、下記の選挙管理委員会宛、書面（FAX・E-mailを含む）でお申し出下さい。同日までにお申し出がない場合は、名簿どおり異議なく認められたものとさせていただきます。

3. 今号に公示してあるように、会員の所属地区は原則として平成13年4月1日現在の学会本部登録の勤務先または在籍校の住所によります。ただし4月1日以降の異動について、学会本部事務局に対して平成13年3月31日までに届け出のなかった方については、旧地区所属といたしました。なお、海外会員の方々につきましては、学会本部事務局のおかれている関東地区所属となっております。
4. 各都道府県の所属地区は以下のとおりとなっております。

北海道地区（北海道）

東北地区（青森、岩手、秋田、宮城、山形、福島）

関東地区（新潟、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、山梨）

北陸地区（富山、石川、福井）

東海地区（静岡、長野、愛知、岐阜、三重）

近畿地区（滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、兵庫）

中国・四国地区（岡山、広島、鳥取、島根、山口、徳島、高知、愛媛、香川）

九州地区（福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄）

平成13年5月23日

日本学校保健学会選挙管理委員会

〒102-0075 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所内

TEL・FAX 03-5275-9362

E-mail bureau@jash.qr.jp

日本学校保健学会 被選挙権保有者名簿

《地区別》

《北海道》

安部 奈生	荒鳥 真一郎	安栄 鉄男	石井 好二郎	井瀧 千恵子
一條 由美	稲葉 佳江	岡安 多香子	門崎 千代	兼平 孝
川上 幸三	斎藤 和雄	酒井 英美	佐々木 胤則	笹嶋 由美
芝木 美沙子	常通 佳子	関口 昭平	扇子 幸一	園山 和夫
高井 由美子	竹原 順次	田村 典子	津村 直子	富田 勤
土井 芳美	堂腰 律子	中村 公也	長谷川 久子	堀口 雅美
本多 丘人	望月 吉勝	矢沢 洋一	安井 友康	山本 道隆
横田 正義	吉田 瑠美子	渡部 基		

《東北》

相澤 久美子	浅利 恵子	我妻 則明	新井 猛浩	井沢 キヌエ
--------	-------	-------	-------	--------

石川宣子	板橋豊子	伊藤藤常久	伊藤藤順子	稻山貴代
岩館公子	本田誠子	植木貫義三人	内野原秀忠	遠藤野元進
大越恵子	田見隆ふじ	加藤藤田幸世	荻鎌木黒郷佐須只津中橋古村安	小川楠桑斎佐須立照中早堀目矢
貝塚あづさ	菅野藤林田幸ツ	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
神田千賀子	工小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
工藤明夫	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
小浜俊光	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
齋藤光毅	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
佐藤優子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
菅原裕治	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
高崎敏良	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
田附厚子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
戸野紀子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
長坂幸子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
早三承和子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢
三面澤山和子	小榊佐杉竹立土西平三盛	木工今坂佐鈴竹田中西藤村師	黒郷佐須只津中橋古村安	桑斎佐須立照中早堀目矢

《関東》

相川りゑ子	藍原貴宏	青木和浩	青木美幸	青木優美子
青山昌二	赤羽野茂	秋坂真史	朝倉隆陽	浅野立己
朝野明浩	阿井狩芳浩	安藤嵐治	飯田澄美	飯田孝子
阿部喜一郎	井井浩幸	五十嵐井條	五十嵐益敏	五十嵐靖み
飯田和夫	石板伊井今岩上白浦江大太岡小	石井一條	石井村藤股	石井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
池田啓二郎	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
磯辺義二	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
井手逸子	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
井上豊一	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
今関淳誠	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
岩城田隆	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
植田見隆	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
宇佐澤祥	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
梅本稔隆	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
大井田恵美子	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
大仁陽加奈子	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
岡田本知子	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須
岡原静子	板伊井今岩上白浦江大太岡小	井井一條	井村藤股	井筒戸井今岩上上采榎逢大岡岡須

鏡片加鎌川河岸君工小小小小小木近斎坂佐佐塩新発清杉鈴鈴関高高高高滝竹田田田塚鶴富土中	宣美尚志博弘晶育恵美奈とみ玄昭純杏み知加裕幸廣美抄武由千恵美恵和純明一玲	昭子世子緒史子満綾枝子敏子子どり代子枝文陽子子恵美力世子博子泉	柿沼月子桂田宏真よ志口川川城北木久保磯小林松藤斎斎坂佐塩柴下杉鈴曾高高高瀧田田田塚出豊豊道中	子美弓子鶴佳子子乃透臻二子を基根毅子美昭和生亮津史一一子行る太郎功子子之衣子三	笠井直美加藤金亀河菊北木熊小小小近斎斎坂薩沢鹿島下鈴関曾高高高竹楯田谷田辻東戸豊内中	美雄昭子子子一伸子法子茂能子明二京千昌房陸二たつ保一哲幸秀純芳義博西村	笠原賀子加藤金子輕川菊北木劍小小小近斎坂佐澤重嶋末鈴関高高高高竹田田千辻東戸中	子己茂男はつ潤潤人恵昭子子卓苗之美子一彦和子弘美良喜代なつみ南正秀央優浩道	鹿島幸子加藤納合河貴鬼桐小兎小林山藤坂櫻佐塩穴清菅鈴関高高高田田千網遠砥鳥中	子己子今日齧泉明美晃子み文浩子雄惠淳久惠美子夫弘司久子ゆり之美穂弘子典誠子信子吾子
--	--------------------------------------	---------------------------------	--	---	--	-------------------------------------	---	---------------------------------------	--	---

中本哲	中山恭一	中西尾ひとみ	中西岡昌子	長島祥子	七木田文彦
南里清一郎	西尾井真吾	野井原則子	岡光世子	西川浩昭	西嶋尚彦
根本節子	野原則子	野畑中高子	野井友和	野崎とも子	野田剛夫
野津有司	畑中高子	林公介	服部恒明治	白野幸子	橋口幸枝
畑栄一	林公介	平岩美禰子	林謙治	服部光男	浜山口文子
早川東作	兵頭圭介	平瀬菜々子	岩美禰子	原田幸男	春山宏美
樋口倫宏	平山素子	福永茂	川俊功	平川理絵	平館原紀恵
平山宗宏	福島紀子	藤江善一郎	廣田孝允	廣西邦彦	福西武由美
深谷いづみ	藤井香	二見大和	藤澤久子	藤見美和子	藤古川春雄
福渡靖也	藤田多英子	前田若葉	舟見かやの	前田美和子	正松波栄子
藤田和也	本益子	三木とみ子	水田嘉重	増田美二	皆宮崎直丸
堀内玲子	松本輪眞美	宮崎有紀子	宮城幸秀	宮田秀樹	宮地芳園
真崎千恵子	益本輪眞美	向井久美江	向山一光	村田政子	武藤松昭
松村聖美	宮崎美千子	村物森	桃崎田光美	森田隆恵	森柳山崎
箕輪真一	宮崎幸生	八藤後忠	柳山崎中	山崎隆二	山梨本澄
宮崎恭一	向井文江	山崎公恵	山崎中本	山崎浩二	山横吉田
宮部黎子	村井永岡	山田万智子	湯舟岡	湯舟有紀子	吉田松辺
村井佐代子	元倉卷一	山田孝弘	吉原辺	吉原隆	吉渡和
妻鳥和正	八倉卷一人	山村浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
森山剛雅	山下眞理子	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
山上雅実	山辺幸咲	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
山崎佳子	矢満田正	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
山成幸春	横溝田佳	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
山本利睦	吉田佳美	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
横田勝美	依田美	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
吉田英子	渡	湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
吉村正樹		湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和
渡邊正勝		湯浅山	吉原辺	吉原隆	吉渡和

《東海》

赤田信一	龜丸武臣	天生野敦子	荒木田美香子	家田重晴
池上久子	池山純子	伊藤千陽子	石川淑人	石原伸佳
出井美智子	伊東純子	宇佐美愛子	井上眞由美	今田垣弘
岩田徳太郎	岩見真由実	大原榮稔	内山兼恵	梅小川雄一
大沢功子	小俣子修己	狩野美憲	加藤洋	加藤濱龍
奥村雅尚	小金山良子	川浪一信	上岡美絵子	北上井美奈子
金谷尚代	龜山本	木	神戸美代子	北野孝子
神谷尚代			木村貴代子	
橘田紘洋				

久保みさほ	熊沢昭子	桑原信治	甲田勝康	小島淳仁
小林恭子	小林井誠	強力さとみ	齋藤禎一	島藤治俊
酒井映子	小坂井祐造	坂田利弘	櫻井しのぶ	佐々木恵子
佐藤和子	佐藤祐浩	爾見かね子	篠原菊紀	島澤まさ子
清水弘之	下杉浦春雄	村木健司	白石千春	白木登修
杉浦菊代	芹沢幹雄	鈴木和夫	鈴木裕子	鈴木峰史
関泰世	高山純子	田口喜久恵	高橋宏一	竹本康健
高柳憲秀	山中清博	田中豊穂	棚橋昌子	谷戸安士
田原淳子	塚山本恵子	鶴原垣晴男	寺川武夫	中西村晴房
富永祐美	外山文子	中屋幸郎	成田美代子	丹羽昇俊
中西澤常子	西谷昌博	西村和忠	二野村美智子	長谷川勝力
野澤明子	長谷部尚美	花井真篤	林井内久美	林岡正利
長谷川久子	樋口真司	藤堀秀克	堀尾美紀	藤松井谷常
早水サヨ子	古田島淳千	松宮森山	三武八木	水村安山
古田加代子	古松井堀本	山田本林	武橋田森	村安山横
松浦えい治	森井千朗	山本浩慎	山田野嘉	安井中邊
水野照久	柳山本勝貢	若渡	渡邊	和田節
安田真津子				
山田真津子				
吉田かなえ				

《北陸》

東章弘	阿部百合子	荒川彌	飯島忍	石川育子
稲葉智子	阿岩田英樹	受川美紀	浦田栄進	戎川哲也
岡田晃子	河野宝孝	木下洋子	小阪佳子	佐田中弘美
瀬川宣恵子	瀬野秀豊	高野喜美子	高川秀昭	田畑直美
丁子玉美	寺坂一江	戸瀬幸美	中船崎嘉一	中峯純子
長岡玉慶子	野向永光	広山		

《近畿》

赤倉貴子	秋葉昌樹	天富美禰子	天沼史	荒地秀明
五十嵐裕子	池川典子	池田順子	石川哲也	石樽清司
石樽登志子	板持紘子	一色百合子	出井梨枝	乾谷外志士
乾道生一	井上文夫	井上野奈初美	今川恵美子	入谷仁富久
色谷純愛	岩井良太郎	繪野尚	上野昌佑	植江原悦子

大岡小加龜菅北北楠小後坂白石杉田武玉出中中西長坂藤松松丸三森柳山山吉	大江米次郎 橋郁代 田晃太郎 笹藤親 高美果子 野洋美 口由美 村久美 本島廣 後藤英 坂田清 白石修 杉本尾 田眞太 玉城晴 出口庄 中川八 西岡伸 長谷川 坂東井 藤原賢 松岡勇 丸谷宣 三森岡 柳生善 山根允 山本信 吉岡隆	大川佳代子 大乃里江 岡田由慶 小加藤俊哉 萱菊地美奈 北野村李基 黑田西俊恵 小後藤井川 桜白杉高竹 辻徳中山 中村牧部垣 西服日藤船 松浦山下丸 宮森矢山山 山芳田	太田久子 大山本重慶 岡小原愛子 小金井秀初 河岸本陽 北木戸増成 小西博喜 後和藤容太郎 進杉橋村俊 竹辻富中 中野花百藤古 松松溝宮森柳山 山本本本本 本本本本本	子徳慶子美肇英子厦喜朝子太郎ひと彦世耕三志子記輔子潤久子勉子 久良重愛秀初陽増成博美容美代俊立二正浩節三大敬道紀和英暎恭	大竹惠子 大小脇川松谷畑本村林泉山藤原宅藤橋田尾野井本本内浦原輪田下本良 大脇川松谷畑本村林泉山藤原宅藤橋田尾野井本本内浦原輪田下本良	西崎熊野谷崎尾村村塚藤井銅川保川原神畑平谷磨井原山岡本野井木名本尾 西崎熊野谷崎尾村村塚藤井銅川保川原神畑平谷磨井原山岡本野井木名本尾	喜延桂眞和清翰龍正みどり哲利清敦尚常朋鎮修澄眞孝廣秀康京能 喜延桂眞和清翰龍正みどり哲利清敦尚常朋鎮修澄眞孝廣秀康京能	代代之世枝美男雄宏章志恵子美己雄勝美博一澄眞直弘子耕樹保雄世 代代之世枝美男雄宏章志恵子美己雄勝美博一澄眞直弘子耕樹保雄世
------------------------------------	--	--	--	---	---	--	--	--

《中国・四国》

青阿石宇	木部原都	邦美昌朝	男代子江奈	青山英長是武	山川藤田	康巳みち夫	浅池伊太	川宗原田	富和由泰	美雄美子	雪雄美子	足立本場大	池射友	稔子春夫	阿石今大	部原井原	清金兼啓	子由武志
------	------	------	-------	--------	------	-------	------	------	------	------	------	-------	-----	------	------	------	------	------

岡崎節子	小笠原鈴音	小倉俊郎	尾崎米厚	尾瀬裕
小田聡	小原充子	門田美千代	鎌田俊彦	川内ツルキ
河内信子	川田智恵子	川田久美	河野由美子	菊永茂司
貴志知恵子	北窓隆子	喜多村望	木戸久美子	木村一彦
木村達志	木村浩之	吉良尚平	劔持順子	小出彌生
小海節美	國土将平	小西寛子	小西美智子	小林春男
駒井説夫	古谷野厚子	小山和栄	郷木義子	小合田恵子
後藤安津子	斎藤美磨	佐伯里英子	坂田つた江	澤山信一
塩見優子	芝本英文	下村美佳子	下村義夫	白石隆子
白橋香代	高見京太	杉本泰江	杉山祥子	鈴木則昭
高田利恵子	武本千恵	詫間裕博	武田佐和代	谷本智恵子
土取洋子	寺岡弘和	友定保江	豊田頼子	中永征太郎
中桐佐智子	中丸昭彦	鳴野村公	西村淑子	西村洋仁
野々上敬子	信本田優子	馬場ゆかり	橋本三和子	長谷川和子
花川千津子	藤井多津子	藤岩秀樹	藤本比登美	藤原章司
福永一郎	細川健治	本間耕二	前橋公美子	増谷昌千代
祝部大輔	松本康雄	棟方百真	万基山口	森山崎
松浦弘子	向岡美恵子	山崎早勉	山本	山下順
三村由香里	安山本			
門田新一郎	山本			
山崎勝之	柳			
山階優子				
吉本佐雅子				

《九州》

赤星隆弘	秋吉清美	東美樹	天野洋子	有村信子
石井美紀代	石田彰男	石原千草	石本耕治	磯谷誠一
一丸俊恵	伊藤武樹	伊藤雄平	伊東るみ	伊福さとみ
林 姫辰	上原康代	内立輪まさ代	浦田秀子	大音成陽
大石和代	大内紘三	大庭茂美	奥山隆治	加藤健一
小野正子	甲斐順也	柿山哲久	影山豊淳	古賀由紀子
門田光司	川津利昇	神野美根子	北原仁美	木坂元崎
浄住護雄	金城圭一郎	草野ふくみ	栗方昭子	古賀元崎
近藤功洋	佐崎盛造	斉藤伸澄	三宮美智子	篠川洋子
坂本彰夫	進藤宗一	高倉実昭	鈴木百合子	砂田中分
住田実守	平谷弘治	高田原永村	高堤公憲	網山智子
田中俊三	照屋博正	富野	永野浩	永羽立
西原洋子				

林 辰 美	原 信 也	馬 場 泰 光	東 博 文	疋 田 理 津 子
日 高 三 郎	廣 瀬 春 次	深 田 高 一	福 富 和 博	藤 島 和 孝
藤 林 武 史	銚 之 原 昌	本 田 優 子	前 田 恵 子	増 井 絢 子
松 田 芳 子	松 本 敬 子	美 坂 幸 治	道 向 良	峰 松 和 美
宮 城 利 恵 子	宮 元 章 次	餅 原 尚 子	本 純 一 郎	百 瀬 義 人
森 谷 励 子	守 山 正 樹	森 山 善 彦	門 司 れい 子	與 古 田 孝 夫
吉 岡 義 正	吉 田 順 太	渡 辺 謙	渡 辺 猛	渡 辺 紀 子

平成13年度 (平成13年4月から平成14年3月) 会費納入のお願い

3月をもって平成12年度の会費切れとなりました。同封の振替用紙をご利用の上、個人会員会費7,000円、団体会員会費10,000円、賛助会員会費100,000円をお支払い下さい。

尚、退会を希望される会員は、至急文書にて事務局までご一報下さい。とくにお申し出のないかぎり継続とみなされます。また、住所変更等がございましたら、下記変更届けの所要事項をご連絡下さい。

振替口座 00180-2-71929

日本学校保健学会

銀行口座 富士銀行本郷支店 (普通) 460934

日本学校保健学会 森 昭三

連絡先 〒102-0075 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

日本学校保健学会事務局 TEL. FAX 03-5275-9362

勤務先・自宅住所変更届

フリガナ 名前		雑誌送付先 勤務先/自宅
旧所属	新所属 _____	職名 _____
住所	住 所 〒 _____ _____	
	TEL代表/直通 _____	
	FAX _____	
	e-mail _____	
旧自宅住所	新自宅住所 〒 _____ _____	
旧自宅TEL	新自宅TEL _____	
	FAX _____	

会 報

「学校保健研究」投稿規定の改正について

平成13年4月14日

「学校保健研究」編集委員会

投稿論文の査読の迅速化と一貫性をもたせるために、投稿規定の改正を行ないます。なお、改正された規定は平成13年7月1日以降の投稿論文より適用します。

現 行	改 正
規定なし	16 審査過程で返却された原稿が、特別な事情なくして、学会発送日より3ヶ月以上返却されないときは、投稿を取り下げたものとして処理する。
規定なし	17 原稿受理日は、編集委員会が審査の終了を確認した年月日をもってする。

訂正のお知らせ

「学校保健研究」第42巻6号の482頁の記載において、執筆者から事実と異なる記載をしたことによる訂正の申し出がありました。編集委員会では、記事が本学会総会におけるシンポジウムのまとめであり、発言者からも執筆者に対して事実と異なる旨の申し入れがあったことを考慮して、訂正の申し出を受理し、以下のように訂正いたしますので、ご周知願います。

訂正内容 「学校保健研究」第42巻6号482頁右側 11行目

(誤)「養護」は実践の科学である。

(正)「保健」は実践の科学である。

以上

「学校保健研究」編集委員会

お知らせ 「第9回JKYB健康教育ワークショップ報告書」 発行のお知らせ

昨年8月に兵庫県伊丹市で開催された「第9回JKYB健康教育ワークショップ」の報告書が発行されました。ご希望の方は、郵便為替でお申し込み下さい。

郵便振替口座番号：01160-2-75393

加入者名：JKYB健康教育ワークショップ

代金：本体1,500円（送料別310円）→合計1,810円

連絡先：〒657-8501 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. 078-803-7739

シンポジウム「思春期のライフスキル（心の能力）を育てる」

開催要領

主催 JKYB研究会（代表 神戸大学発達科学部 川畑徹朗）

後援 伊丹市教育委員会、国際青少年育成財団日本事務局（IYFジャパン）

対象：教師、保護者を始めとして青少年の健全育成に関心のある方（約1,000名）

日時：2001年8月22日（水）13:00～17:00

会場：兵庫県伊丹市立文化会館「いたみホール」（大ホール）（兵庫県伊丹市宮ノ前1-1-3）

参加費用：1000円

申し込み受付期限は7月31日といたしますが、定員に達し次第締め切らせていただきます。参加費用のお支払い方法については、参加申し込み受付の時点でお知らせいたします。

【申し込み先】

〒657-8501 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. 078-803-7739

ライフスキル（心の能力）の形成を目指す

第10回JKYB健康教育ワークショップ

“楽しくて、できる” ライフスキル教育&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）

後援 伊丹市教育委員会

対象：一般教諭、養護教諭、栄養士、保健婦、歯科衛生士など約120名（初参加者70名、参加経験者50名）

日時：2001年8月23日（木）午前9時～24日（金）午後5時（2日間）

会場：兵庫県伊丹市立文化会館「いたみホール」

参加費用：12,000円（一般参加費：資料費、事後報告書費、懇親会費を含む）

申し込み受付期限は6月30日といたしますが、定員に達し次第締め切らせていただきます。参加費用のお支払い方法については、参加申し込み受付の時点でお知らせいたします。

【申し込み先】

〒657-8501 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. 078-803-7739

編集後記

今回は特集として、「薬物乱用防止教育」を取り上げました。薬物乱用防止教育は、喫煙・飲酒防止教育、エイズ教育などと共に、学校教育現場での実践が不可欠であることは言うまでもありません。先日の編集委員会で本学会誌の論文の内容や性格が話題になりました。現行の投稿規定では原著、報告を重視しており、学校教育現場からの実践報告が少なくなるという意見が出ました。教

育現場からの実践報告を原著、報告として積極的に取り上げる必要性を感じます。

本学会では、毎年、多くの養護教諭が学校保健活動の実践を発表されています。演題には学会誌に投稿して欲しいものも数多く見受けられます。本学会誌が21世紀の学校保健の研究と実践の架け橋となるためにも、学校教育現場からの投稿を期待しています。
(門田新一郎)

「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) 和唐 正勝 (宇都宮大学)	<i>Editor-in-Chief</i> Masakatsu WATO
編集委員	<i>Associate Editors</i>
磯辺啓二郎 (千葉大学)	Keijiro ISOBE
小沢 治夫 (筑波大附属駒場中・高等学校)	Haruo OZAWA
川上 幸三 (北海道教育大学函館校)	Kouzo KAWAKAMI
小阪 栄進 (金沢市立森山町小学校)	Eishin KOSAKA
佐藤 祐造 (名古屋大学総合保健体育科学センター)	Yuzo SATO
佐見由紀子 (東京学芸大附属小金井中学校)	Yukiko SAMI
鈴木 庄亮 (群馬大学)	Shosuke SUZUKI
瀧澤 利行 (茨城大学)	Toshiyuki TAKIZAWA
宮下 和久 (和歌山県立医科大学)	Kazuhisa MIYASHITA
百瀬 義人 (福岡大学)	Yoshito MOMOSE
盛 昭子 (弘前大学)	Akiko MORI
門田新一郎 (岡山大学)	Shin-ichiro MONDEN
渡邊 正樹 (東京学芸大学)	Masaki WATANABE
編集事務担当	<i>Editorial Staff</i>
山野 由紀 (大妻女子大学)	Yuki YAMANO

【原稿投稿先】「学校保健研究」事務局 〒102-0075 東京都千代田区三番町12
大妻女子大学 人間生活科学研究所内
電話 03-5275-9362

学校保健研究 第43巻 第1号	2001年4月20日発行
Japanese Journal of School Health Vol. 43 No. 1	(会員頒布 非売品)
編集兼発行人 森 昭三	
発行所 日本学校保健学会	
事務局 〒102-0075 東京都千代田区三番町12	
大妻女子大学 人間生活科学研究所内	
電話 03-5275-9362	
事務局長 大澤 清二	
印刷所 勝美印刷株式会社 〒112-0002 文京区小石川1-3-7	

JAPANESE JOURNAL OF SCHOOL HEALTH

CONTENTS

Preface:

Health Education and Welfare Education.....Yoshiharu Kawakami 4

Special issues: Drug Education in School

Review:

Perspectives of School-based Drug Abuse PreventionShingo Katsuno 5

Article:

Development of School Drug Education in Japan.....Tetsuya Ishikawa 15

Research Papers:

Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and
Their Background Lifestyle: Results of Chiba Prefecture Survey in 1992
.....Kiyoshi Wada 26

Harmful Substance Abuse, Cigarette Smoking, Alcohol Drinking and
Perceived Norms among Junior and Senior High School Students
.....Kunio Ichimura *et al.* 39

Report:

Cross-national Study on Drug Abuse Prevention System
(1) Trends of Drug Misuse and National Drug Control Strategy in Britain
.....Sachiko Yoshimoto *et al.* 50

Reports:

A Study on Lifestyle and Health of Pupils
—Analysis Based on the Five-day Week School System...Shinichiro Monden 61

Relationship between Vegetative Complaints and Lifestyle
in the Junior High/High School Students.....Noriko Hotta *et al.* 73

Instruction for "Health Protection" in Children with Multiple Handicap
—Search for Better Liaison between School,
Hospital and Home in Medical Counseling—
.....Kiyomi Mouri *et al.* 83

Japanese Association of School Health