

学校保健研究

Japanese Journal of School Health

ISSN 0386-9598

VOL.43 NO.5

2001

学校保健研究

Jpn J School Health

日本学校保健学会

2001年12月20日発行



本誌の直接出版費の一部として平成13年度科学研究費補助金「研究成果公開促進費」の交付を受けた

学校保健研究

第43巻 第5号

目 次

巻頭言

- 向井 康雄
教科書問題への見解 360

特 集 学校における医療的ケアを考える

- 磯辺啓二郎
学校における医療的ケアの基本理念 361
- 林 隆
小児科の観点から見た学校教育と医療的ケア 366
- 森田 光子
養護教諭から見た学校での医療的ケア 373
- 山本 昌邦
障害児教育における医療的ケアの現状と課題 380

原 著

- 荒川 雅志, 田中 秀樹, 白川修一郎, 嘉手苅初子, 平良 一彦
中学生の睡眠・生活習慣と夜型化の影響
～沖縄県の中学生3,754名における実態調査結果～ 388
- 川畑 徹朗, 西岡 伸紀, 春木 敏, 島井 哲志, 近森けいこ
思春期のセルフエスティーム,
ストレス対処スキルの発達と喫煙行動との関係 399

報 告

- 田部田 功, 鈴木 常元, 木原 令夫
めまいによる長期欠席児の指導事例 412
- 岡安多香子, 松永 尚子, 北島由希子, 西川 武志, 荒島真一郎
道東地方の児童・生徒における成長の時系列解析 418
- 大竹 恵子, 島井 哲志, 嶋田 洋徳
中学生の喫煙意図と保護者の喫煙行動, 養育態度との関係 426

会 報

- 第49回日本学校保健学会の御案内 (第1報) 435
- 常任理事会・拡大常任理事会議事概要 436
- 編集委員会議事録 438

地方の活動

- 第9回日本教育保健研究会開催要項 439
- 第58回北陸学校保健学会の開催報告 441
- 編集後記 442

巻頭言

教科書問題への見解

向井康雄

A View Point on School Text Book

YASUO MUKAI

欧米諸国においては、一般に学校の教科書は備品図書として、教室の書架に設置されている。児童生徒は授業毎に関係する教科書を活用し、教科書は貸与制となっている。

教科書の作成は出版社が執筆者を選択するか、既に発行されている図書を教科書とし、その採択は学校区単位で児童生徒・父母を含む委員会において、教科書出版社から提供された教科書を審議し、採用を決め学校区へ届出（登録）することになっている。

わが国のように政府による教科書の検定制ではなく、教師集団を中心に学校関係者により「検定・採択」となっている。それに教育課程も、わが国の学習指導要領とは異なり、授業をすゝめるのに必要な事項を簡潔に列記することに留めている。

この度の「新しい歴史教科書をつくる会」の教科書（扶桑社）の検定・採択の一連の事態は、教科書制度が抱える問題を改めて明らかにしている。

現行の教科書制度を見直すとき、上記の欧米諸国の教科書制度は大いに参考となる。例えば、備品図書としての教科書は学習内容の編成・充実、予算の節減などに役立つし教師集団を中心に児童生徒、父母も参画した採択方法を採用すれば、教科書の活用に納得が得られやすいことにもなる。

わが国の教科書の検定制は欧米諸国では類を見ない制度であり、その仕組みは、出版社の申請図書（白表紙本）を文科省の任用した教科書調査官により事前審査し、その際、学習指導要領通りの記述が求められるか否が決まる。したがって、教科書は「国家検定」となるから、そ

の内容が国の姿勢を示すことになり、外交問題にまで発展し近隣諸国から教科書内容が「侵略」されるのである。

この度の「つくる会」の教科書は、歴史（137カ所）、公民（99カ所）の修正意見を付し合格としたが、小学校の理科では、2つの教科書が何の意見のないまま、不合格になっている。検定の過程が「未必の故意」といわれる理由が存在し、文科省は2つの教科書の可否の過程を「公正を保つため」として審査過程では公表していない。

このような文科省がすゝめる教科書の検定制度は、根本的に見直す必要があり、むしろ廃止すべきであろう。

「つくる会」の教科書の採択における政治介入も深刻であった。その採択運動は200以上の地方議会で採用が可決され、教科書が政争の舞台となった。さらに採択の権限は教委にあることが強調され、愛媛県に見られるように県立養護学校への採用を県知事が「採択発言」をし、自ら任命した県教育委員が「密室」で決定する事態が公然と実施された。

そこには、実際に授業を行なう教師の意見、養護学校の生徒や父母の声も全く届かない「政治決着」の採択であった。

私は、教科書の発行・採用は、国家権力や政治介入を排する仕組みを前提に、学問・思想・表現と教育の自由を保障する中で、教科書は自由発行制度とする。粗悪な教科書の出現は、住民の教育への見識により「不合格」とする。教師集団による選択の自由を拡大し、教室においては教科書を備品図書にすることを提案したい。

（愛媛大学名誉教授）

■特集 学校における医療的ケアを考える

学校における医療的ケアの基本理念

磯 辺 啓二郎

千葉大学教育学部

Basic Consideration of Medicine-Based Care in School

Keijiro Isobe

Faculty of Education, Chiba University

今日の医学・医療の進歩の恩恵に思いを馳せる時、その進歩をどのように社会に還元させるべきかが重要な課題となるような気がする。この世に新たなヒトの生命が誕生することは人類にとって喜ばしいことであり、人間らしい存在に育ち、社会参加が可能となり、充実した生活、人生を実現するに至ることはすべての人類にとって普遍的な目標となろう。その意味で障害のある子ども達の最大限の成長を促し、成長後の社会参加をいかに可能にするかは、そのニーズの高まりとともに現代の可及的緊急な課題であらう。

とりわけ現代医学においてヒトの遺伝子の解明が急速に進展し、各個人の遺伝子からみた疾病発現の可能性の把握は遺伝子治療や予防医学を大きく発展させるであろうが、その根底に内在する倫理的、哲学的課題に十分な英知を導入することを怠ったならば、医学の進歩も人類の歴史のなかで形骸化してしまうであらう。

ここで人類の歴史を技術、哲学、科学の発達の見点から概観してみると、技術上の進歩は古代人が木や石などの自然界の物を道具として実用的に用いたことにはじまり、時代の流れとともに試行錯誤により発展をみた。外科的処置についても出月は「動物や外敵との戦い、自然現象のなかで受けた外傷や、創傷の手当てが外科の始まりであった。」、「AchillesがPeteoclusの手に包帯を巻いている絵や、トロイのIapyxがAeneasの足に刺さった矢じりを抜いている絵などから、もっとも原始的な形での外科治療、

すなわち外傷の手当てがお互いの助け合いとして始められたものであることがうかがわれる。」としている¹⁾。また、古代ギリシアにおいて自然界の注意深い観察とより深遠な疑問に対する推論から哲学が発展した。古代ギリシア哲学はその後アラビア語に翻訳されてイスラム教諸国に伝わり、そこで数学、天文学、光学、物理学、および医学などの実用的科学の急速な発展につながった。西ヨーロッパ諸国に現代科学が芽生えたのは12~13世紀になってからであった。とりわけ古代ギリシアの哲学者アリストテレスの影響はヨーロッパ中世に大きな影響を与えた。そして19世紀に入ってそれぞれ別個に進歩した科学と技術の融合が達成され、テクノロジーに支えられた科学はいよいよ加速度的に発展することになった。科学の一分野としての医学・医療も学問としてその哲学的基盤を失ってしまうことのないよう留意する必要があるものと思われる。すなわち、医学・医療の進歩は社会の発展とあゆみを同じくすることによってはじめてより本質的なものになり得ると考えられる。

そこで、社会における障害者（児）の立場は歴史的にみても、世界各地で様々な変遷をたどりながらも、障害のある人も障害をもつものの普通の人としての尊厳と権利を有するとの認識のもとに現在にいたっている。国連の障害者世界行動計画（1982）では、障害に関する主要3分野として予防、リハビリテーション、機会均等をあげ、「リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機

能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定したプロセスである。」、「機会均等とは、社会の一般システム、例えば、物理的、文化的環境、住宅と交通、社会・保健サービス、教育と労働の機会、スポーツやレクリエーションの施設等を含む文化・社会的生活をすべての人々に利用可能とすることである。」と定義している。わが国も紆余曲折はあったものの障害者施策に関して経済優先政策から生活重視政策への移行がみられ、世界全体と足並みがそろい、1970年代からアメリカ合衆国から発達した重度障害者の自立生活運動 (independent living; IL) と相俟ってリハビリテーションの理念と地域におけるノーマライゼーション (障害のある人にも普通の生活を送る権利を保障することを意味する概念) の思想の実現を目指していよいよ変革の時期を迎え、国や各都道府県がどのような政策を選択するかという意味で行政的決断が重大な鍵となっている。

本号の特集「学校における医療的ケアを考える」を契機に学校保健学会の場において大きく議論を展開させて行く場合、医学・医療、看護・介護・養護、教育、学校保健、哲学、倫理学、地域社会の構造・機能、法的、経済的問題などを広く視野に入れることが必要と思われる。

医療的ケアとは

医師法によると、医師は、診療をしたときは、本人または保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項を指導する義務があると定められており、単に医療施設における診断と治療に終始することなく、その他の医療関係者および保護者、介護者等と協力して患者 (児) の自立した生活に寄与する義務がある。そこで、医療行為とは看護婦など医療関係者が医師の指導・監督のもとに、医療を補助する行為を意味し、医療的ケアとは本人、家族、および介護者などが医師の許可により、医師や看護婦の指導のもとに、患者 (児) の生活を援助する行為を

意味するといえる。

そこで、患児が発病後病院に入院し、治療により全身状態が安定し、全身管理、維持が軌道に乗った段階で退院して自宅にもどり、外来通院しながら地域での生活に復帰し、学校生活を考えることになった場合を考えてみると、本人および家族が医療機関の病棟から外来までともに医療に携わった主治医や看護婦に通学について相談するのが通常であろう。そして、患児の歩む人生全体を考えると可能な限り修学を達成する方法を検討することになる。本人および家族の希望する学校は特殊教育諸学校以外に自宅に近い普通校の場合もある。また、特殊学級の場合もあり、通常学級の場合もある。病院医師や看護婦は自宅で保護者が実施している医療的ケアを学校で誰がどのように実施してくれるのかが気がかりであり、行政サイドに働きかけても都道府県により対応が異なるのが実情である²⁾。医療的ケアの必要となる疾患としては、神経・筋疾患、呼吸器疾患、心疾患、消化器疾患、慢性腎疾患、脊髄損傷、てんかん、精神障害、小児がんなどであるが、神経・筋疾患に罹患後医療的ケアとして在宅人工換気療法、および経管栄養を受けながら車椅子全面介助で、病弱養護学校に通う小学生の報告もある³⁾。医療的ケアの内容としては、胃チューブの挿入・交換、経管栄養法の管理、導尿・自己導尿の管理、膀胱内留置カテーテルの管理、CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, 持続外来腹膜透析法) の管理、エアウェイの管理、気管カニューレの交換・管理、痰の吸引、酸素療法の管理、人工呼吸器の管理、自己注射の管理、薬液注入、服薬の管理などであるが、どれも医療機関における医療 (medical care, medical treatment) から派生してきたものであり、本稿ではこれらを医療的ケア (medicine-based care) とした。

医療的ケアを必要とする児童生徒

近年医学・医療のめざましい進歩により従来自らの生命を存続させ得なかった患児が、重

度・重複障害があるものの生き延びることができるようになり、本来もっている能力を最大限に引き出し、よりよい社会参加ができるようにするために教育リハビリテーションの意義は重要性を増している。現在主にそれを担っているのが特殊教育諸学校であり、特殊学級である。特殊教育諸学校としては、盲学校、聾学校、知的障害養護学校、肢体不自由養護学校、病弱養護学校があり、1999年5月1日現在全国に988校が設置され、在学者数は88,814人にのぼる。特殊学級の種類としては、知的障害、肢体不自由、身体虚弱、弱視、難聴、言語障害、情緒障害があり、全国で25,067学級に70,089人の児童生徒が在籍している⁹⁾。これらの障害のある児童生徒のなかに医療的ケアを必要とする患児が多く存在する一方、障害のある子と障害のない子との触れ合う機会を持たせることが、子ども達にとってより豊かな人間性を形成する上で重要であるとの見解から、地域の一般校と養護学校との交流教育の試みもみられ、また学級の中に障害児を入れて一緒に教育（統合、integration）する方向性もみられる。さらに、1994年のユネスコの世界大会では、種々の障害のある子ども達を居住する地域の学校に入れて教育するインクルージョン（inclusion）の考え方が提示されている。すなわち、子ども達の教育における世界的議論と認識は、障害のあるなしにかかわらず子ども達が居住する地域を基盤としてそこで教育を受けることが望ましいとするものである⁹⁾。

学校において医療的ケアが求められる必然性

医学・医療の進歩によりその多くの領域で診断・治療・予後の推定が確立され、患者（児）の人生のQOL（生活の質）を高めるために早期離床、早期退院により自宅での生活と外来通院の時期を早めることが可能となっている。さらに、医療機関の主治医および看護婦は患児の学校生活への復帰を念頭に外来診療にあたっている。また、社会的にもハードおよびソフト面

でのバリアフリー化が推進されつつある。

そこで、自宅での医療的ケアが軌道に乗った段階で本人および家族に通学への強い希望が生まれてくる。通学には多くの意味で自宅の区域の学校を希望するのが自然であろう。それこそまさに障害者の地域リハビリテーション、社会リハビリテーションに通じるものであると考えられる。

また、特殊教育諸学校や特殊学級においては、重度重複障害児の増加とともに教育目標達成のために個別のさらにきめ細かい対応がもたえられるであろう。服巻は特殊教育現場における、個別の指導計画をめぐる連携とネットワークの重要性について、英米で法制化され実施されているIEP（Individualized Education Program）およびITP（Individualized Transition Plan、教育現場における個別の社会生活への円滑な移行計画）の導入を基本にして述べているが、方法論の模倣ではその実践の成功は期待できないとしている。そして、その「ノーマライゼーションの具現化」「指導の個別化」「保護者の参加」「ライフスタイルの尊重」という理念の本質的実質的理解と実践のためには、今後各方面それぞれの人材の養成が不可欠との考えを明らかにしている⁹⁾。

アメリカ合衆国におけるスクールナースの役割

日本の学校における児童生徒の健康管理は常勤教員としての養護教諭が担っているが、アメリカ合衆国では、巡回看護婦としてのスクールナースがそれを担っている。藤田によれば「アメリカでは、1975年に、障害をもった生徒も格差なく通常の学校に通えるようにすべきことを法律で規定して以降、どこの州でも重い障害をもった生徒が通常の学校に通うようになっている。筆者が訪問したいくつかの学校も、教室のいくつかがそういう子どもたちのために使われ、専門のトレーニングを受けた教師やボランティアの人（多くは父母）たちがその子どもたちの世話や指導にあたっていた。そのため、こうした子

どもたちに必要な専門的なケアが、スクールナースのかなり重要な仕事になっている。」と述べている⁷⁾。すなわち、スクールナースは専門的なケアの指導的立場にあって、学校において日常医療的ケアにあたっているのは、教師やボランティアであるとのことである。

このように日本とアメリカ合衆国では学校における児童生徒の健康管理・健康教育についての考え方、対応の仕方に歴史的に異なる経過をたどって今日に至っていることは明らかであるが、今後各都道府県がどのような基本理念に基づいて学校における医療的ケアの意義づけをし、システム化するかが重要な課題である。そのためには、学校保健関係者が中心となって全国的な議論を展開し、より多くの合意のもとに学校における医療的ケアが実践されることが望ましいと思われる。

学校における医療的ケアのもつ意味

現在学校において実際に医療的ケアを実践している担任教諭や養護教諭は、障害のある児童生徒を前にして、リハビリテーションの理念と地域におけるノーマライゼーション思想の実現のために、その児童生徒と家族のニーズに応じ、医療機関における主治医と看護婦の指導と要請を受けて、家庭において保護者が実施している医療的ケアと一体化したものを、各都道府県の指針に沿った形で実施するものであるとの認識が必要である。また、このような医療的ケアは主治医の指導のもとに看護サイドの助言を受けてマニュアル化された手順を踏んで実施されるべきものと考えられる。

このようにして障害のある児童生徒と教員が医療的ケアを通じて触れ合うことは、よりよい人間関係を構築する上で極めて根源的かつ本質的瞬間であり、教育目標達成のための基本的必要条件の一つと考えられる。

学校における医療的ケアの受け入れに関する論点

医療の延長線上にある医療的ケアを障害のあ

る児童生徒の自宅と同様に学校においても実施すべきものであるのかどうかの議論は、明確な結論を得ていないまま現実に進行しているのが現状であろう。この課題を議論するに際しての論点として考えられるのは以下の点であろう。医療的ケアを医療行為とみなすべきなのか、生活の一部と考えてよいのか。あるいは、学校における医療的ケアを教育上の医療的配慮を必要とする援助行為とみなせばよいのか。学校において医療的ケアを誰が担うのか、担任教諭と養護教諭の役割分担をどうするのか。学校看護婦の存在を必要とするのか。医療的ケアを実施するための指導医、訪問看護婦の派遣を必要とするか。保護者の付き添いを必要とするのかしないのか。必要とする場合レスパイトケア（保護者の役割を補完、代替するケア）の必要性をどう考えるか。専門のトレーニングを受けた教諭やボランティア（父母、地域住民など）の必要性をどう考えるか。不測の事態が起こったとき責任問題をどう考えるのか、などであろう。都道府県によっては教育行政の事業として障害児教育相談活動を総合的に実践している地域もあり⁸⁾、地域的な対応を主体とした医療的ケアのシステム作りにあたる考え方もある。

学校における医療的ケアの基本原則

学校における医療的ケアの基本原則として、患児および家族のニーズがあること、医療機関の主治医および看護婦が就学可能との判断をしていて主治医の指導や看護サイドの助言を受けることができること、学校医の協力が得られること、家族と学校が密に連携を取れること、救急事態に対応できるシステムを構築できることなどが基本的事項といえる。

学校における医療的ケアを可能にするためにはまず患児および家族のニーズがあることが必要である。これはWHOの提唱するヘルスプロモーションの概念やリハビリテーションの理念に照らしても第一の条件であろう。そして、医療機関の主治医および看護婦がそれまでの患児の治療経過、回復状況、全身状態の安定化など

の条件から就学可能との判断をしていて、患児の学校における医療的ケアについても主治医の指導や看護サイドの助言を受けることができることが大切な要素となる。また、学校サイドでは身近な相談医として学校医の協力が得られることが望ましく、また学校サイドから主治医や看護婦に助言を求めるためにも家族と学校が密に連携を取れることが不可欠となる。

このような基本原則のもとに確立した体制をつくり学校における医療的ケアが実践されるならば、子ども達にとっての学校教育はより質の高いものとなるであろう。

結 語

学校における医療的ケアは医療機関における医療行為の延長線上にはあるものの、障害のある児童生徒にとっては日常生活を送る上で欠かせない援助を受ける必要のある行為であり、WHOのリハビリテーションや機会均等の理念に照らしても地域や学校において実施されるべきものであり、また単なる技術的な援助ではなく社会的存在としての人間の本質に関わる行為と考えられる。その実施に際しては、患児とその家族を中心に医療、学校、行政が一体となったシステム作りをして、十分な体制で臨む必要があると考えられる。

文 献

- 1) 出月康夫：外科学の展開，(出月，古瀬，杉町編)，NEW外科学，3，南江堂，東京，1993
- 2) 多田羅勝義，里村茂子，澤口順子ほか：筋ジストロフィー在宅療養の問題点—入院例からの検討—，小児保健研究，58：501-505，1999
- 3) 津島ひろ江：医療的ケアを要する子どものトータルケアとサポートに関する研究—通常学級在席児の実態を中心に—，小児保健研究，59：9-16，2000
- 4) 山本昌邦：障害児の健康と教育，(高石，出井編)，学校保健マニュアル第5版，52，南山堂，東京，2001
- 5) 三澤義一：教育リハビリテーションと職業リハビリテーション，(小川，澤村，津山，原田編)，リハビリテーション論，44-45，中央法規出版，東京，2000
- 6) 服巻智子：個別の指導計画をめぐる連携とネットワーク，教育と医学，47：22-28，1999
- 7) 藤田和也：スクールナースの職務と仕事の実際，アメリカの学校保健とスクールナース，41，大修館書店，東京，1995
- 8) 佐藤紘昭：養護学校を中心としたネットワーク，教育と医学，47：30-37，1999

■特集 学校における医療的ケアを考える

小児科の観点から見た学校教育と医療的ケア

林 隆

山口県立大学看護学部

Soft Medical Caring for Severe Handicapped Children in School Life from View of Pediatric Medicine

Takashi Hayashi

Yamaguchi Prefectural University School of Nursing

1. 医療的ケア問題の背景—医療システムの変革

学校での医療的ケアが問題になってきた背景に医療技術の進歩と健康保険制度の拡充が深く関わっていることは間違いない。医療費の高騰を理由にして医療経済的な視点による在宅医療の推進が問題を加速化させている。高度の医療技術は各種疾患や外傷に救命率を向上させたが、一方で継続した医療技術の提供なしには維持できない命を生み出した。しかも、健康保険制度の改定により各種在宅医療の指導管理料が算定可能になり、現実的に医療技術が必要な状態での在宅療養が可能になった。小児科領域では呼吸や咀嚼・嚥下が困難な重度の心身障害児の在宅療養が可能になった。このような医療システムの変革が学校での医療的ケアの実施への保護者の要望の背景に存在する。

2. 医療的ケア問題の背景—インクルージョン（共生）概念の普及

障害者のノーマライゼーションの実現手続きとして、インクルージョンは重要な概念である。インクルージョンには地域で暮らすこと、社会に参加することは不可欠な項目であるが、子どもにとって学校に行くということは両者をみたく重要な社会活動である。人は人と触れあうことによってのみ社会的存在として機能していくため、どのような子どもでも学校生活を送るこ

とが重要な意味を持つ。重度の心身障害を持つ子どもたちにとって、就学は初めての社会参加であるため、保護者にとって就学を乳幼児期の療育のゴールであり、その正否を問われる総決算である。

3. 学校の現状

医療的ケアの必要な重度の子どもたちが在宅で存在し、保護者はなみなみならぬ意欲で就学に臨んでいるのが医療的ケアを受ける側の現状である。それでは学校の現状はどうであろうか？医療的ケアの問題提議にともない座薬の使用や与薬自体が医療行為とみなされ実施が困難な状況が生まれている。今ほど、学校に様々な要求がなされている時代はこれまで無かったのではないか？全てのこどもたちが学校に行く義務教育の徹底が、一定の年齢層の抱える全ての問題を学校が引き受ける（引き受けて当然）という視点を一般的なものにしていく。学校が法律と制度で運営されている以上、学校に求められる要求を全て学校独自の判断で解決することは困難である。医療的ケアの問題も一方の最前線にいる学校の教員（管理職である校長を含めて）あるいは教育行政を担う教育委員会が悪いと弾じるだけでは何ら解決策を見いだすことは困難であろう。第二次大戦直後につくられた現在の教員採用、教員配置、クラス定数、教育システムでは学校への様々な要求を解決するには構造的な困難がある。おそらく現場の教員もそのこ

とには気付いていても、国家資格と制度によりしばられている教職公務員として、制度の枠を越えた解決策を模索するのは現実には困難である。学校法人に属す教職非公務員の活躍を期待したいところだが、特殊教育に関わる学校法人は極端に少ないのも現実である。

4. 医療的ケアとは

「医療的ケア」の定義についてもう一度ここで冷静に考えてみる。医療的ケアとは学校でやってはいけない危険な行為ではなく、学校であろうが家庭であろうが、その子どもの生命維持に不可欠の支援行為と定義できる。本来どれが良くてどれが悪いなどと区別できる意味合いのものではない。文部科学省と厚生労働省の協議により、表1のように日常的・応急の手当として医療的ケアを定義している。これが文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の実施根拠となっている。だとすれば法制化されてはいないが、「学校での医療的ケア」とは公には(1)咽頭より手前の吸引、(2)咳や嘔吐、喘鳴等問題のない児童生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養、(3)自己導尿の補助の3つを指すことになる。以後はこの三つを（学校での）医療的ケアと考えて論を進めることにする。

表1 文部科学省と厚生労働省の協議状況

1. 日常的・応急の手当（いわゆる医療的ケア）
① 吸引（咽頭までの吸引、鼻からの吸引、気管切開部からの吸引）
② 吸入（気管支拡張剤の吸入、インタールの吸入）
③ 経鼻エアウェイ、導尿、酸素療法、呼吸補助装置、気管切開部の管理等
2. 教師が行うことができる日常的・応急の手当
① 咽頭より手前の吸引
② 咳や嘔吐、喘鳴等問題のない児童生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養
③ 自己導尿の補助

5. 医療的ケアの問題点

全国的に取り組まれている学校での医療的ケアにまつわる問題点を列挙し、問題の背景要因を列挙してみた（表2）。問題の背景を振り返ると法律論やシステム論が中心でその次に技術論が次に多いことがわかる。財政的な内容や教

表2 医療的ケアをめぐる諸問題とその背景

医療的ケアとは何か	法律論
医療行為とは何か	法律論
医療的ケアは医療行為か	法律論
既成事実っぽくなってきた4つの医療的ケア以外の軽度医療行為の問題	法律論
文部科学省研究班の成果報告が出ない理由は何故か	システム論 法律論
学校での養護教諭の役割は何か	システム論
医療的ケアはだれがやるのがよいか	システム論
学校看護婦配置はシステムの的に可能か	システム論
医療的ケアは学校で実施可能か	システム論
養護学校以外の学校での医療的ケアは実施可能か	システム論
適正就学の適正とは何をさすか	システム論
文部科学省研究班の成果報告が出ない理由は何故か	システム論 法律論
教員が関与する方法論は何か	技術論
養護教諭はどうかかわれるか	技術論
地方教育行政独自の医療的ケアへの試み	技術論
医療的ケアの必要な児の実態は明らかか	技術論
病院を追い出された重症児 自宅で暮らせる 義務的ケアの負担	医療経済
訪問看護ステーションの役割と限界	療 経 済
学校看護婦配置は予算的に可能か	教育財政
医療的ケアを行うことによる教育効果	教育論
訪問学級は学校か	教育論
保護書のレスパイトという視点での医療的ケア	福祉論

育論が少ない。これはおそらく「医療的ケア」の問題は法律論・システム論という総論で論議されることが多いことを示している。逆に総論で考えると恐らくこの問題に現実的には全く関わっていない人たちが議論に入って来る可能性がある。このことは話しをひどく複雑なものにしてしまう可能性が高いし、現実はそのような方向だと著者は感じている。実際に医療的ケアに関わっている人にとって最も重要なのは技術論だろう。すなわち、伝統的に医療と一線を画してきた学校現場で「医療的ケア」をどのように実施するかは技術的に十分な議論と研究が必要ということである。技術論でクリアできればその後は法律の解釈により実施は可能になるのではないかというのが現場の考え方である。文部省の実践研究「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」も、法律論・システム論を避けて技術論からこの問題に取り組もうとした点は高く評価できる。問題は文部科学省になって「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」という研究題目で研究が実質延長されたにもかかわらず、指定校は10校のままの研究で、積極的取り組みを実施している都道府県の教育委員会、養護学校を包括出来なかったことが残念である。

6. 発達小児科医が感じる医療的ケアの問題点

現実に発達障害児に関わってきた発達小児科医として感じる医療的ケアの問題点を述べてみる。

① 保護者への指導

在宅療養する患者の保護者に指導している介護上（保護者は専門職でないので、看護という言葉適当でないと考え）の簡単な手技がどうして「医療的ケア」と「医療」の代表の様に語られるのか？医療者側のいう保護者とは親権者ではなく、育児・介護に関わる人全てを指している。

② 医療的ケアよりももっと危険なこと

「医療的ケア」が危険という誤解が存在する。

もっと危険なことはたくさんある。摂食指導や動作法。「医療的ケア」はやっては行けない行為ではなく、やらないといけない（死んでしまう）行為であるという認識が必要である。喀痰の吸引はやらずに傍観するほうが確実に児の健康状態は悪くなる。

③ 医療器具使用への不安

道具への恐怖。管を体腔につっこむことへの恐怖・不安。「医療的ケア」として挙げられている吸引、経管栄養、導尿、気管カニューレ装着の共通点は、管を体の孔に入れるという点である。「医療的ケア」の必要な子どもに接したことのない教員はまず、怖いと感じるの当然である。逆に特別な道具を使わない摂食指導や動作法は感覚的に受容しやすいと考えられる。

④ 教育の責任主義

教育は責任問題にとらわれすぎていないか？責任とはどういうことなのか？預かる責任、ある行為へのみへの責任、場の提供への責任、管理責任。教育現場には「責任」のかけ声があふれている。

⑤ 教育システムの硬直化

教育は全体のルール作りでこだわり過ぎていないか？医療的ケアは個別性の高い問題であり、しかも少数の子どもの問題である。全ての学校が学校での医療的ケアを実施する必要はないし、重心児を受け持っていない人や、見たこともない人にはこの問題を議論して欲しくない。多くの教員にとっては無関係の問題だといえる。

⑥ 小児科医療と教育の類似点と相違点

小児科医は保護者に限りなく近く、個として子どもをみる。教育では集団の構成メンバーとして見る傾向がある。個と集団そのどちらを基に見るかが決定的に異なっている。

目的とプロセス。医療のゴールは明快であり、ゴールの為に手段を選ばない。一方、教育はプロセスを重んじる。組織・業界を維持するためのルールがたくさんあり、それを守ることに価値を見いだす。社会の円熟とともに教育の形骸化が進む。

⑦ 保護者の気持ち

学校に行かせたい。就学は中期目標。学校に行くために保護者は頑張る。保護者の生き甲斐。介護(障害児を育てていく)に必要なエネルギーかもしれない。教育界が躊躇する「医療的ケア」を24時間体制で365日支えるのは保護者であるということを再認識すべきでないか。

7. 発達小児科医の目指す学校での医療的ケア実施要領

① 技術論としての実施要領についての提案

技術論としての提案としては、学校看護婦の配置がまず第1段階であると考えられる。学校での医療ケアを教員のみで実施するということは、非常事態に際し選択肢の一つとなりうるかもしれないが、医療サイド、厚生労働省からの反発は必死であり、保護者からの全面的賛同も得がたいと思われる。筆者の保護者に対する調査で「誰が医療的ケアをやるのが良いか」という問に対し、出来れば医療職にという意見は少なくなかった。文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」および文部科学省「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」を通じて、学校での医療的ケアの導入については何らかの形で学校看護婦の導入を想定した方向性で検討が進んでいる。学校看護婦の導入には概ね賛同は得られても、どのような利用の仕方があるのかは更に検討の余地がある。学校看護婦の配置については常勤、非常勤、訪問看護ステーション(健康保険非適応)、個人契約などの選択肢がある。ここで重要になってくるのはシステム論的になるが養護教諭の役割論である。現状では養護教諭採用に際し、養護学校養護教諭といえども看護婦免許を義務づけていない。また看護婦免許があっても臨床経験の少ないものが多いのが実状である。本論文の冒頭に述べたように、養護学校に入学してくる児童生徒は少子化傾向とは裏腹に年々増加傾向にある。医療的ケアが必要な児童生徒についても、医療知識と経験が求められるのがこれからの特殊教育の大きな課題で

ある。看護免許と臨床経験を必要とする養護学校養護教諭免許制度などの導入も真剣に考慮すべき時期にきているのではないだろうか？

次に医療的ケアの内容についても吟味が必要である。つまり三つの医療的ケア行為、即ち(1)咽頭より手前の吸引、(2)咳や嘔吐、喘鳴等問題のない児童生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養、(3)自己導尿の補助を同じ様に扱うことは医療サイドからみると奇異に映る。緊急性・随時性を求められる吸引と待機性が十分な経管栄養、導尿についておのずと実施方法に違いが出て当然である。端的にいうと、経管栄養、導尿は巡回看護婦を待てるが、吸引は待てないということである。待てなければ最も身近にいる、教員が常時校内にいる養護教諭との連携により実施する体制を組まないと、それこそ危険極まりない状態になる。

② 法律論・システム論としての実施要領

医師法により医療行為が業務独占している以上、法律論・システム論となると医療的ケアを学校で実施することはかなり難しいことになる。それでは緊急避難という形でしか、この問題は処理できないのだろうか？

(1) 医療行為のオーファン化

オーファン(Orphan)とは、本来「みなし子」の意味である。日本製薬工業協会(製薬協)広報委員会によるとオーファンドラッグ(Orphan Drug:希少疾病用医薬品)とは、患者数が少なくかつ発病原因の究明が進んでいないために薬剤の開発リスクが高く、また製造しても利益が見込まれないために開発対象からは見捨てられた医薬品のことを指す。しかし、利益を生まないかも知れないが患者にとっては喉から手が出るようなこのような医薬品の開発は医療福祉の向上には不可欠である。1983年米国でオーファンドラッグ法が制定され、この中で希な疾病とは「患者数が20万人以上または20万を越えているにもかかわらず、医薬品の売上高から研究費、開発費が回収できない疾病である」と規定された。我が国では、1985年厚生省により「極めて発症数が少ない疾病、適切な代替医

表3 オーファンドラッグ

I. 対象患者数が本邦において5万人未満であること
II. 難病など重篤な疾病を対象とするとともに、特に医療上の必要性が高いもの、すなわち代替する適切な医薬品または治療方法がないこと、あるいは既存の医薬品と比較して著しく高い有効性または安全性が期待されていること
III. 開発の可能性が高いこと。すなわち、対象疾病に対して当該医薬品を使用する理論的根拠があるととも開発計画の妥当性が高いこと

薬品及び治療方法がないこと、医療上の必要性が高く、早期に承認取得が望まれるもの」と規定され、これらの条件を満たすものを希用薬としている。日本製薬工業協会の提言の元にオーファンドラッグ指定制度が実現し表3の基準を満たすものとして指定を受けた医薬品をオーファンドラッグと認められている。オーファンドラッグの指定を受けたものには、1) 医薬品機構から3年間、研究開発費の2分の1を限度とする助成金の交付（ただし発売後一定額以上の売上に達した場合は、同機構への納付金として返還する）、2) 試験研究費に対する6%の税額控除、3) 医薬品機構による指導・助言、4) 優先審査および再審査期間の最高10年までの延長の措置が講じらるなどの数々の優遇措置を受けることになる。いわば超法規的、特別扱いを受けることになる。

数が少ない、儲けにもならない、けれども医療福祉として重要なことについては特別扱いしようというのがオーファンドラッグの考え方である。

翻って、医療的ケアの問題を見つめなおすと、「学校での医療的ケア」はまさにオーファンで「みなし子」状態ではなからうか。病院からは在宅で出来るからと退院させられ、学校からは医療行為だから学校では出来ないといわれます。医療と教育から見放されたみなし子が「医療的ケア」なのです。

(2) 医療的ケアの必要な子どもの実態—オー

ファンドラッグ的対応に見合う数か？

学校での医療的ケアの問題は確かに学校での健康管理の問題として一般化できる要素もあるが、実際には学校で医療的ケアを必要とする子どもの数は多くは無いはずである。数が少ないということは多くの場合不利である。大きな声にならない、圧力団体に成り得ない、選挙での得票数が期待できないなど通常は具合が悪い。ところがオーファンドラッグの世界では少数は宝でなのである。いくつかの医療的ケア対象児の実態を表4～7にしめす。何を日常生活における医療というのか明確でなく、養護学校のデータのみであるため、いずれも実数より少ない可能性がある。しかし、多く見積もっても1万人を越えることはないのではないと思われる。この数自体は十分オーファンドラッグの基準Iを満たしている。しかも医療的ケアの内容は代替がない（他に良いやり方がない、親が付き添うか訪問教育という教育に馴染まない選択肢しかない）という点もIIを満たす。医療的ケ

表4 肢体不自由養護学校の状況(文部科学省資料)

通学生	2,185名(15%)
訪問教育(家庭・施設在籍)	603名(60%)
訪問教育(病院内学級籍)	290名(27%)
合計	3,078名(19%)

表5 平成13年3月国立特殊教育総合研究所実態調査報告

知的障害養護学校	734名(1.8%)
肢体不自由養護学校	1,340名(10.5%)
病弱養護学校	466名(10.2%)

表6 近年の医療的ケア必要児童の急増(東京都教育委員会)

	平成元年	平成12年
日常生活	200名	494名
学校生活	80名	287名

*特に人工呼吸器装着児童の増加

表7 山口県内養護学校に於ける医療的ケア必要児童生徒数（平成13年5月現在）

通学生					
児童数	経管栄養	吸引	吸入	導尿	
小学部	11	10	3	2	0
中学部	4	3	0	0	1
高等部	4	3	3	0	0
計	19	16	6	2	1

訪問生					
児童数	経管栄養	吸引	吸入	導尿	
小学部	4	3	4	2	0
中学部	3	2	2	1	0
高等部	4	3	4	1	1
計	12	8	10	4	1

アの問題はオーファンドラッグ制度の設立背景ととても似通っている。医師法、保助看法の解釈を拡大するか、特別措置として養護学校養護教諭という専修免許を作るか、いずれにしても「学校での医療的ケア」を特別扱いくるという視点で取り組んでいく必要がある。

8. 介護福祉論からみた医療的ケアの問題

① 医療的ケアの必要な子どもの就学の選択

医療的ケアの必要な子どもの就学の選択肢は限られている。一部の先進地域は普通学級も選択可能であるが、一般的には養護学校の在宅訪問学級になるか、保護者同伴での通学となる。訪問学級が就学の保証といえるかという視点については次項でふれるとして、ここでは付き添いを前提とする通学が保護者にとってはどういふものかを考えてみたい。24時間体制で自宅で医療的ケアの当事者たる保護者にとっては通学に伴う送迎と待ち時間という空白時間の忍耐を強いられる事になる。家事から解放されて母子関係を築くという経験は多くの保護者が、通園施設で就学前に経験済みである。日常業務としての家庭での医療的ケアに加わるこの負担をどのような視点で検討すれば良いのだろうか。

② 介護者としての保護者のレスパイトの視点からみた医療的ケア

保護者の介護負担については、医療的ケアの是非論の中核的議論ではない。しかし、現実的な意味合いでは教育論よりも重要な意味を持つ。教員が実施しても看護婦が実施するにしても、学校で医療的ケアが実施されると、保護者にとっては介護負担が格段に軽減されることになる。24時間体制で医療的ケアに従事している親にとって、同じ通学でも負担が軽減する単独通学と負担度が倍増する付き添い通学は全く異質のものとなる。レスパイトサービスとは障害児を持つ親が、自由な時間を持てるように民間施設などが障害児を一時的に預かるサービスをいう。レスパイトとは休息、中休みの意味である。障害児を育てることは必ずしも大変なことではないかも知れないが、当たり前でないことがたくさんあることは確かである。夜中に喀痰の吸引に数時間おきに起きることは当たり前ではない。夜はゆっくり休むという当たり前のことが出来ない人が少し休憩を希望することは決して我が儘とはいえないだろう。学校がレスパイトサービス機関とみなすことに多くの反論があることは承知の上で、医療的ケアの必要な児童生徒が増加傾向にある現状を見ると、敢えて特殊教育諸学校にはレスパイトの視点が今後ますます必要となることを強調したい。

9. 小児科医の考える教育論からみた医療的ケア

① 訪問学級は学校か

養護学校の教育目標の重要な要素として生活習慣の確立が挙げられる。在宅訪問学級は学校教育を受ける場が家庭になる。他の生徒の刺激がない、タイムスケジュールを経験するにはあまりに短い時間と少ない頻度が訪問学級の特徴であろう。著者の良く知る保護者が訪問学級と通学の選択に際して、「学校に通うというのは家にいて指導を受けるのとは全然違うと思います。たとえ付き添いが必要であってもと学校に行くことにより生活にリズムができます。子ど

ものリズムだけでなく家族のリズムができます。訪問学級でずっと家にこの子がいるのなら、私もパジャマを着替えなないかもしれません。」と語ってくれた。特殊教育の眼目とされる生活習慣の確立も、訪問学級という教育システムには全くその機能は期待できないといわざるを得ない。

② 重度の障害児の値打ち

重症心身障害児の存在価値はいくつもある。確かに彼らが物理的に物を生産するのは難しい。ただ、保護者の労働の原動力となって、保護者を通して生産し税金を払い、社会に貢献している。生活して行く上で人の手を取ると言う意味では、非常に高いコミュニケーション能力を持っている。何とかしなければと思う人を集めて、いくつもの業界を作ってしまうあたりは商売の才覚も持っている。障害児医療、障害児教育も障害児がいればこそ成り立つ業界である。重症心身障害児と関わる業界人が、重症心身障害児が重症心身障害児たるゆえんの医療的ケアの問題に関われないとすれば、重症心身障害児に関わったことにならず、いくら養護学校の教員といっても、もはや業界人ではなく単なる素人に成り下がってしまう。そうなると業界自体が消滅する可能性がある。著者は教育システムを論じられるほど教育には精通してないが、構造改革の時代にニーズが無くなれば教育といえども消滅する事くらいは容易に想像できる。

10. おわりに

平成10年に一人の子どもの親の提言をきっかけに保護者、教員、医療関係者、施設職員などが集まって、山口県で「学校での医療的ケアを考える会」を立ち上げた。定例勉強会や公開講

演会・シンポジウムを重ね、県議会議員、県医師会・小児科医会など関係機関の後押しもあって、県教育長への学校での医療的ケアの充実を要望した。その結果、平成12年から山口県教育委員会の中に学校での医療的ケアの検討委員会（メディカルサポート研究会）が立ち上がった。いまだ文部科学省の指針が明確でない現状では、残念ながら全国的に誇れる成果はでていない。今後とも全国レベルの動向を参考にしながら、ユニークな発想と根気強い地道な活動で、現実に沿っただれもが納得できる形の医療的ケアの実施ができるべき実践を重ねたい。

参考資料

- 1) 21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議編：21世紀の特殊教育の在り方についての最終報告。2001
- 2) 医療と教育研究会編：医療的ケアの基礎知識—東京都立肢体不自由養護学校の実践から—。2001
- 3) 国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部編：常時「医療的ケア」を必要とする重度・重複障害児への教育的対応に関する実態調査報告書。2001
- 4) 全国肢体不自由養護学校校長会編：全国肢体不自由養護学校児童生徒病院別調査。2001
- 5) 下川和洋：医療的ケアが必要な子どもと学校教育：山口県医療的ケアを考える会資料。2001
- 6) 林 隆：山口県における障害児の学校での医療的ケアの実態：癌と化学療法，26：supplement II, 315-319, 1999
- 7) 薬事審査研究会編。希少疾病用医薬品ハンドブック—オーファンドラッグ指定制度等の概要。じほう 1999

■特集 学校における医療的ケアを考える

養護教諭から見た学校での医療的ケア

森田光子

千葉大学

School Medical Care in School Nurse Teacher

Mitsuko Morita

Chiba University

1. はじめに

子どもの健康問題が変化し、学校教育のさまざまな問題点が指摘されるなかで、養護教諭への期待が高まってきている。なかでも「心の居場所」や「保健室登校」などに代表される子どもの心の健康問題に対応する養護教諭の役割は、中央教育審議会答申や保健体育審議会答申に盛り込まれ、社会的にも認知を得るに至っている。

しかし学校現場で養護教諭にもっとも期待される専門性は、「医学的素養をもつ教諭」であることであろう。それは養護教諭自身も自己の職業アイデンティティとして自覚し、学校でも実際に、医療と教育の接点にある活動をしていることは確かである。その接点にもっとも近い活動として医療的ケアがあり、応急処置がある。医療的ケアは、多くは養護学校の問題と考えられていた。養護学校は1979年（昭和54年）に義務化されて以来、児童生徒の障害の重度化重複化が進み、医療的ケアを必要とする子どもが増加している。

ところで一方医療は、入院中心から、在宅ケアを重視する方向へと転換し、医療的ケアを必要とする人々が、往診や訪問看護を受けながら地域で生活することが一般化しつつあり、小児医療も例外ではない。医療的ケアを要する子どもたちが、地域の小中学校に入学する例も、次第に増加しているといわれる。

学校は医療を行う場ではないとされているが、このような社会の流れのなかで、学校は、養護

教諭はこの問題をどう考えていくのか、研究の動向にも触れながら、考えて見たい。

2. 医療的ケアとは

医療的ケアをここでは「医療行為を伴うケアと日常生活上の基本的ケア」を含む言葉として使用したい。医療行為は法によって医師が行うことが定められているが、医師の指示・指導のもとで、特定の職種つまり看護婦・保健婦・救急救命士・介護福祉士、薬剤師などが、一定の条件のもとで医療行為を行うことは、法的に認められている。認められていることは、つまり法的にその行為が保障されているものである。また、家族は医療行為を行うことを認められているが、教師は医療行為を行うことは認められていない。

3. 養護教諭と医療的ケアに関する研究の動向

養護教諭と医療的ケアに関する研究は極めて少なく、この表題で文献をネット検索しても見あたらない。そこで最近5年間の学校保健学会誌および年次学会講演集のなかから、医療的ケア及び医療関連の養護教諭に関する文献を探索した。次にその概要を紹介しながら、養護教諭の立場からこれらの問題について考えてみたい。

4. 養護教諭と医療的ケアに関する研究

津島らが¹⁾、学校は「医療行為を行えない」と指導されている某県内の公立小中学校を対象

として1998年に行った調査では、95校中9校(9.5%)の養護教諭が医療行為を伴うケアつまり酸素療法、人口呼吸器装着管理、紫外線の遮断管理、重度アレルギーの環境調整、変形・拘縮予防の訓練、腹膜透析時のケアなどに対応していた。もちろん医療的ケアのうち日常生活上の基本的ケアである特別食の介助や、薬物塗布、薬物管理、車椅子移動介助などは、かなり高率に養護教諭が対応していると報告している。

さらにこの調査対象となった学校の養護教諭は、経管栄養児のチューブ挿入、気管カニューレの交換、痰の吸引、自己導尿のケア、酸素吸入、薬液吸入、自己注射の管理、人工呼吸器使用中の管理、エアウエイの挿入などを、現在は実施していないが、自分で実施できるケアあるいは研修して実施したいケアとして回答している。

これとは別に、小林ら⁹⁾が1998年に公立肢体不自由養護学校187校(回答84校)の養護教諭を対象として行った調査では、肢体不自由養護学校の学校保健業務は医療に関わる業務が活動の大半を占め、ほとんどが養護教諭もしくは養護教諭と教諭の二人三脚で行われていた。具体的な活動内容は「児童生徒の日常の健康観察」「緊急、救急時の応急処置」「緊急、応急処置時の判断」で、養護教諭は生命に関わりかねない事態の発生を、常に深く懸念している様子が窺われた。その一方「児童生徒の健康状態を充分把握していると思う」養護教諭は、半数に満たなかった。

医療的ケアを学校保健として行うことに対する養護教諭の意識は、賛成42%、反対37%であり、医療的ケアを行うことへの不安は、非常にある47%、多少あるが46%であった。これらのことから、医療的ケアに対する養護教諭の意見は賛否両論で、困惑している者、賛成であっても看護婦の免許を有する者(看護婦)が行うのが適切だと考えて者も多く、背景には医療的ケアを行うことへの不安や恐れがあることが推測された。

5. 養護学校における医療行為の現状と一般教諭の意識

東京都では一般的な「医療行為」を、「導尿・気管切開部の管理・痰の吸引・酸素吸入・鼻腔経管による食物、水分の注入」と定義づけ、その介助は保護者が原則として行うが、緊急時は経験のある教職員がこれを行うものとし、特に養護教諭の業務としてはいない。

加藤ら⁹⁾は1998年に東京都下の全養護学校から無作為に抽出した30校600名の教諭を対象に(回収274, 回収率45.7%), 医療行為の実態とその認識、不安等について調査した。

結果は、医療行為の実施割合は低かったが、医療的ケアのうち日常生活上の基本的ケアである食事、排泄時の介助、慢性疾患(てんかん等)への対応は高い割合を示した。医療行為等に対する教諭の意識は、食事介助、排泄介助は、年齢階級に関わらず養護学校教諭の職務と認識する割合が高かった。医療機器を用いる行為、医療技術を必要とする行為についての教諭の意識は、年齢階級でばらつきが見られ、これらの行為は養護学校教諭の職務であるが、専門家に任すべきであると答えた割合が20歳代の教諭に多い傾向であった。本調査報告者は、養護学校教諭に対する医学知識と医療行為技術の講習、医療機器の整備を前提とし、何らかの法的根拠の整備が必要と提言している。

6. 養護学校に勤務する養護教諭の現状

横山ら⁹⁾は、医療的配慮を要する児童生徒が多い養護学校12校の養護教諭に、1992年～1993年にかけて、面接調査を行った。その結果養護学校の養護教諭は、児童生徒の健康管理を中心に、健康観察を重要視し、緊急事態への対応に備えていた。さらに保健室に養護教諭あるいは看護婦のどちらかが常に在室することを定めている学校もあった。

このような養護学校のニーズに対して、健康管理の医療的側面に中心的な働きをしている養護教諭もあるが、学級担任が児童生徒に深く関

わり養護教諭が入る間がない、担任から情報がもらえないと、不満を感じている養護教諭もいる。また東京都の肢体不自由養護学校では、保健室に養護教諭と看護婦が配置されており、連携に問題はないが、看護婦とは違うであろう養護教諭の職務について悩んでいるという結果であった。

この結果から報告者は、養護学校における児童生徒の健康管理は、養護教諭が直接児童生徒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、担任との連携が重要であるとしている。さらに病院併設校には、看護婦勤務経験者が配置されることが望ましく、また養護学校養護教諭は、初任、経験者に関わらず研修が必要であると述べている。

7. 一般学校における医療的ケア・緊急時対応・医療行為と養護教諭

地域の小・中・高等学校の場合、医療的ケアを必要とする児童生徒は増加していると言われるが、現状はそれほど多くない。その理由は、地域の学校は多くの児童生徒が在籍し、介助員などのスタッフもいない。また教師は医療的ケアを行えない。そこで一般学校のほとんどは、医療的ケアを必要とする児童生徒は、それを保護者が行うことを条件として入学を認めているのが現状である。

では一般学校で医療行為を要する問題はないかという点、重要な疾患を持つ子どもの健康管理と緊急時対応および救急処置があるが、その多くは養護教諭にお任せの状態である。

堂腰ら⁵⁾の北海道内200校(250名以上の在籍校)の調査では、養護教諭不在時は保健室を閉鎖し、必要時に開放するが全体の70.2%であった。養護教諭不在時も普段と同様保健室を開放しているのは、小学校では46.2%であるのに対して、中学校は皆無、高等学校では3.4%である。この調査結果は、北海道だけでなく全国的に学校の救急処置、保健室の管理が、養護教諭に全面的に依存している実態を示すものと考えられよう。

同様に向井田ら⁶⁾の学校事故に対する救急体制の現状に関する調査では、全体の3分の1の学校が養護教諭不在時の救急体制が明確になっていなかったと報告している。つまり学校の救急処置や医療関連の諸問題は、養護教諭一人の肩にかかっていると考えられる。この実態に対して調査対象となったほとんどの養護教諭は、校内に養護教諭以外の1次救命処置可能者が「必要である」と回答し⁷⁾、さらに教職員の62.0~72.9%が1次救命処置可能者であることを希望している。しかし可能者割合の平均は25.8%であり、理想と現実の差は大きい。

学校の緊急時対応・救急処置が養護教諭任せの現状は、養護教諭の職務にさまざまな影響を与えている。その一つは、救急事故の発生が予測困難なため、長時間の待機が必要で、養護教諭の出張、研修参加、休暇の行使などに、制限が加えられることである。最新の医学的な知識・情報・技術を必要とする職種であるだけに、それらを得る機会が制限されることは、職務遂行上にさまざまな影を投げかけている。

さらに、医療的ケアを必要とする児童生徒の入学が拡大傾向にあるとすれば、一般学校では教育とは切り離された問題として養護教諭にお任せになるのではないかと、危惧するところである。

8. 教育活動の一環とされる緊急時対応・救急処置・医療行為

中村ら⁸⁾は、学校の救急処置活動の問題点を、救急処置活動は学校保健の目的達成に主要な位置を占めるが、法律制度、理論の如何を問わず、養護教諭は苦しい対応と役割を担っていると述べている。さらに同報告のなかで、法は養護教諭が救急処置をするとは述べておらず、学校医が「校長の求めにより、救急処置に従事すること」とある。しかし養護教諭は学校現場で医師と同じような判断を求められ、処置を行っており、法律とのずれがあると指摘している。そして実際にどのような判断と処置が必要であったか実例を挙げている。例えば、腹痛の主訴と吐

き気、前屈姿勢、顔面蒼白、下痢、頭痛などの症状から虫垂炎と判断し、同じく腹痛の主訴と吐き気、微熱、顔面蒼白、嘔吐、腹壁緊張から胃または十二指腸穿孔を判断している。しかし同じく虫垂炎を、明確な症状が出ない段階であったため見落とし、危うく手遅れ一歩前であった例もあげられている。これらの判断は、医師の診断に匹敵する難しい判断であり、もし一歩誤れば責任を問われる問題である。

救急処置は一回限りで、日常繰り返し行われる医療的ケアではないが、救急処置の過程で行う観察、問診、触診等の一連の行為とそれに基づく判断は、医療における診断行為とほぼ類似の行為、あるいはより困難な条件つまり臨床検査なしに、瞬時に、判断しなくてはならない行為である。救急処置は、さらにこれらの判断に引き続き、応急手当を行い傷病の種類、緊急度、重症度に応じ医療機関と移送方法を選択し、子どもと保護者の同意を得て医療機関に移送する。

また保健室へは、気分不良、発熱、かぜ、喘息や過呼吸、擦過傷や切り傷、刺し傷など「一般医療の対象とならない、さまざまな傷病」が持ち込まれる。養護教諭は子どもの健康破綻に直面し、ここまでは救急処置で教育活動の範囲、ここからは医療行為と、一々の行為を吟味しながら子どもに対応することはできない。子どもの生命の危機や苦痛を目のあたりにすれば、自分の出来る限りの対応をするのが当然である。まして教育は信頼関係を基盤に成り立っている。その期待に応えようとするとき、それが法的に許されるか許されないかは、考慮の外にある。しかしその行為を教育ではなく医療として捉えられると、養護教諭だけでなく教諭も、法に触れる可能性も持っている。

宍戸洲美編⁹⁾「養護教諭の役割と教育実践」によれば、子どもがトゲを刺して保健室に来たので消毒をして、針でトゲを抜いたところ、そのことで保護者から校長、教育委員会あてにクレームがついた。その内容は「学校が子どもの体に針を刺すという医療行為を行ってもよいか」ということだった。教育委員会も校長も、

針を使ってとげを抜くことが医療行為であるかどうかということに奔走して、養護教諭に謝罪するようにと求められた。養護教諭は納得がいかず、保護者と話し合う時間をとってもらった。そこで解ったことは、保護者の不満はトゲのことというより、学校への不満を言いたかったということである。

9. 緊急時対応・救急処置と医療行為

このような場面で指導しあるいは、校長の求めに応じ救急処置に当たると定められている学校医の救急処置参加状況は、同じく中村らの調査によると、小学校66.7%、中学校59.0%、高校67.7%で、およそ3~4割の養護教諭は、救急処置について、学校医に、依頼、相談しないと回答している。

救急処置は突発的な傷病への対応である。もし仮に学校医の指導・監督のもとで、定められた範囲の医療的ケアを含む救急処置を行う必要があれば、事前に文書等で指示を得ておくことが望まれるが、それを明確に文書化している例は、研究の動向からも窺えるものはない。もし仮にこれを「覚書」の形で文書化するとしたら、医師は、医療行為を行う資格を持たない教師に、書くことをためらうのではなからうか。

またその「覚書」を取り交わす医師は、主治医であるのか、学校医であるのかという問題もある。

類似の状況にあるホームヘルパーは¹⁰⁾、医療行為を行うことは出来ないが、高齢者の在宅ケアの現場で、医療行為を期待され、思わずサービスしてしまうことが少なくない。実際にホームヘルパーが、血圧測定、服薬管理、外用薬の塗布、爪きり、などの医療行為を経験した割合は、91.8%に及んでいるという。(ヘルスケア総合政策研究所「ホームヘルパー消滅の危機」日本医療企画、2001. 5)

ホームヘルパーの職務内容には融通性が求められ、現在ホームヘルパーが行っている介護サービスには、違反と捉えられる行為や、法的解釈が曖昧な行為が数多く含まれているが、そ

これは責任・義務・法的保護が一切ない、黙認の行為となっているという。

学校の教師も教育活動の一環として、さまざまな活動を行っているが、それは黙認の行為なのだろうか。むしろ人間を一人のかけがえのない存在として、危険や苦痛から脱出させ、生きる意欲につなぐ大切な活動ではなからうか。教師もホームヘルパーも、トータルな人間に関わるという点では共通している。一人の人に対し多くの技術者が、専門分野ごとに、バラバラに関わることは、ケアを受ける側からみればどう映るだろうか。

医療行為の具体的内容を、現実には即して洗いなおし、日常生活上の基本的ケアを中心に、教育活動として、教師が担当できることを明確にする必要があると考えられる。

10. 教育職の職務専念の義務

もし緊急時対応や救急処置を医療行為と解釈するならば、学校医と「医療行為に関する覚書」取り交わすことになるが、その場合、医師の指導を受け医療行為を行うことが出来る資格は、保健婦、看護婦、助産婦その他の資格となり、養護教諭はその職種に該当しない。したがって養護教諭がそれらを行うとしたら、教育職と医療職の兼務ということになる。

ところで職務専念の義務は、養護教諭だけでなく総ての教諭に共通する問題である。例えば学校の危険物（化学実験用の薬品等）の取り扱いや保管に関しては、危険物取り扱い主任者の資格が必要であり、50人以上の教職員を擁する学校では、衛生管理者を選任しなくてはならない。しかし教員は教育活動以外のこれらの業務を兼務することは出来ない。

緊急時対応・救急処置のなかで、養護教諭・教諭が医療行為を行ったとしても、これらはあくまでも教育活動の一環であり、教育の範囲に含まれる事項である。

つまり学校で行うことは総て教育活動として、伝統的に学校の自治に委ねられてきた。修学旅行の企画立案も、生徒会の規則も、生徒の進路

開拓も、教育の一環として教師が行っている。養護学校教諭は医療的ケアのいくつかも、自分の職務と認識しているという結果（加藤らの研究）であった。

このような実態から医療的ケアのうち、どこまでを教育と考え教師が行うか、どこからを医療行為と考えるかを、明らかにすることが求められている。教育か医療か、多分その境界は明確ではないが、時代・社会の変化の中で今、その考え方を具体的に示すことが求められている。

11. 緊急時対応と養護教諭

近年プライバシー保護の観点から、子どもの健康状態把握は困難を抱えている。養護教諭は情報・資料不足のまま、突然の緊急時対応・救急処置を求められる。

向井田らの研究「学校事故への対応能力に関する養護教諭の自己評価」によると、救命及び救急処置スキルの自己評価は、経験年数1～5年のグループは、「あまり自信がない」や「自信がない」が多く、経験年数が多くなるにつれて「ふつう」から「やや自信あり」「自信あり」へと変化が見られ、養護教諭経験年数と救命救急処置スキルの自己評価には、強い関連性が認められた。肯定的な自己評価が多くなり始めるのは経験年数がおよそ10年目以降であり、20年目以降になると自信を持って救命救急処置を行っている者が多くなる様子が窺えた。さらに救命救急処置以外の「緊急時の判断力」「救急処置」「観察力、注意力」「日常的な処置」のスキルについては、事故経験が多いグループよりも、「少ない」グループのほうが肯定的な自己評価を行っていた。

これは事故経験が多くなるにつれて、問題点や反省点が多く見出され、それが低い自己評価へとつながるものと考えられ、養護教諭として思いとおりに行動できなかったという心理的外傷を負ってしまったと考えられる。専門職であるが故に責任を感じている養護教諭に対して、何らかの心理的サポートも必要であろうと考察を加えている。

12. 養護教諭から見た医療的ケアおよび医療に関連する諸問題

以上に述べた論文・報告から、学校における医療的ケアに関する意見、提言はおよそ次の二つにまとめられる。第一の意見は、学校における医療的ケアは、講習（研修）を行い、条件整備（法の保障と機器の整備）をした上で、教師（教諭・養護教諭）が行うという考えである。第二の意見は、学校における医療的ケアは、相応の資格と経験をもつ人員を配置して行うというものである。

第一の医療的ケアを教師が行う場合の長所は、教師は子どもの生活を知り、価値観・将来像を見通し、人格形成に関与しながら、教育の一環として行うことである。第二の資格と経験を持つ者が医療的ケアを行うという意見は、スタッフの経験や技術への信頼を重視するものである。

両者の論点は突き詰めれば、教育を優先するか、安全を優先するかということにつながる。勿論生命の安全が第一に優先されなければならないが、生きがいや生き生きと生きることは、どう考えればよいだろうか。ここであらためて、「生きるとは」「教育とは」という根源的な問いへの答えが求められる。「生きる意欲を引き出す」ことを目指すなら、教育の一環として教諭が関わるのが望まれよう。勿論医療的ケアの内容は、日常生活上の基本的ケアを中心とし、高度の医療技術を要するものや、取り扱いを誤れば生命の危険につながる行為は、除外されなくてはならない。法的整備も必要である。

養護学校では医療的ケアについて、教諭・養護教諭の区分はなく、児童生徒の健康状態をよく把握している教諭が保護者に代わり、医療的ケアを行う場合が多い。この点に関して養護教諭は、医学的素養を持つ教諭でありながら、担任教諭と同列であることに、自己の職業アイデンティティを揺さぶられる。さらに養護教諭は、児童生徒の健康実態を把握し、そこから得られた問題を、教育活動に生かしていく専門性をもつが、養護学校における教育活動とはどのよう

なものか、自己の職務観を確立し得ていない問題も抱えている。

学級担任が医療的ケアの一部を担当するとき、養護教諭は勿論それ以上の知識とケア技術を持つことが、その専門性からも必要であり、リーダーシップを取ることが望まれる。養護学校の養護教諭は、教諭の医療的ケアを取りまとめるとともに、一般学校の養護教諭と同様、健康管理と緊急時対応・救急処置が職務の中心となるものと考えられる。養護教諭は、養護学校も一般学校も、免許状、身分、異動・転勤の範囲も共通である。しかし職務の量と質の格差が、これほど大きい職種はないと考えられる。

児童生徒の健康状態が変化しやすく、医療的ケアを必要とする子どもが多い養護学校では、健康管理と緊急時対応が極めて重い職務であり、養護教諭はつねに不安と緊張をもって、保健室に常時待機の態勢をとっている。ある養護教諭は昼食を、重積発作を繰り返す子どものベッドの傍で摂る事が日課という。

同じ養護教諭の機能である緊急時対応・救急処置も、一般学校ではまた異質である。工業高校勤務中筆者は、フライス盤実習中の眼外傷やアルミ鋳造実習での爆発事故、普通高校では、運動部活動中の死亡事故、脳挫傷、環椎脱臼骨折、運動性アナフィラキシーショックなどの重大事故に遭遇し、健康センター新規件数は、年間120件に上ったが、一方では、健康センター申請件数が年間零ないし1～3件で、養護教諭は健康教育を中心に職務を展開しているという。

医療的ケア及び医療関連の問題について、養護教諭の担う役割は極めて重く困難で、学校差が大きい。医療関連のニーズが高い学校に勤務し、その経験が多い養護教諭ほど「これでよかったか」という外傷体験をもち、自己評価が低い事実は、養成教育と現職研修にとって重要な課題である。児童生徒の健康管理と緊急時対応・救急処置は、病院看護とは異なる学校独自の領域であるが、養成¹¹⁾教育¹²⁾は勿論¹³⁾現職教育も、そのニーズに応える教育・研修は行われていない。それは臨床医の研修にも通ずる臨床

指導が望まれるが、そのような場と指導者が得られるか課題も大きい。また何よりも法的に黙認の行為とされている現状を前提として、教育・研修が可能なことか、制度の矛盾もある。しかし医療に関連する諸問題は、養護教諭の職務の中核にあり、児童生徒と保護者の幸福に直結する問題である。

養護教諭は転勤するたびに、児童生徒のヘルスニーズが異なり、そのアイデンティティが揺さぶられ、適応に2～3年を要する。とくに医療に関連する職務量と質が、養護教諭の職業アイデンティティを規定する傾向がある。前記調査報告者の多くが指摘するように、学校ニーズに応じて、適切に最新医療の知識・情報・技術が得られる研修が設定されるよう期待したい。同時に、医療的ケア内容の洗い直しと法的整備が行われた上で、医療的ケアの一部を教育活動として教諭が担当し、養護教諭はこれらを取りまとめるとともに、一般学校と同様、健康管理、緊急時対応、救急処置健康教育を担当することが、妥当ではないかと考えるものである。

13. 終わりに

社会の変化の中で、近年養護教諭はさまざまな役割を期待されている。保健学習、総合学習、健康相談活動、連絡調整役さらに医療的ケアの担い手等々、養護教諭は今、自分の職務の中心をどこにおくのか、戸惑いながら模索しているのが現実である。

医療的ケアのニーズが増大する中で、学校で養護教諭が継続的にケアを担うことは、単に養護教諭だけの問題にとどまらない。それは教育に医療を取り込むことであり、養護教諭の教育職・医療職兼務につながる。今後、教育活動となり得る医療的ケアの内容、医療的ケアの一部を学校で行う条件等が、広く教育の中で論議されることを望みたい。さらに競争原理が導入されつつある学校現場に、病とともに生きる思想をどのように根付かせられるか、地域・保護者を含む社会的コンセンサスも必要ではなからうか。

注および文献

- 1) 津島ひろ江・柳修平：学校現場における医療的支援とその課題，第46回日本学校保健学会，1999. 11，名古屋
 - 2) 小林保子・鈴木路子：養護教諭から見た肢体不自由養護学校の学校保健活動に関する基礎調査，第45回日本学校保健学会，1998. 11，つくば
 - 3) 加藤英世・井筒和香菜・松田博雄他：養護学校における医療行為についての一考察，第46回日本学校保健学会，1999. 11，名古屋
 - 4) 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37，1996，484-492
 - 5) 堂腰律子・安部奈生・柴木美沙子・笹嶋由美：養護教諭不在時の応急処置活動について，学校保健研究41，1999，127-137
 - 6) 向井田紀子・小林正子・田中哲郎：学校事故に対する救急体制の現状に関する研究，学校保健研究42，2000，105-116
 - 7) 向井田紀子・小林正子・田中哲郎：学校における救命救急体制整備に関する要因の研究，第46回日本学校保健学会，1999. 11，名古屋
 - 8) 中村朋子・内山源：学校保健と救急処置活動との関連，第43回日本学校保健学会，1996. 11，郡山
 - 9) 宍戸洲美：養護教諭の役割と教育実践，56-57，2000. 3，学事出版
 - 10) ヘルスケア総合政策研究所：ホームヘルパー消滅の危機，157-169，2001. 5，日本医療企画
 - 11) 本田優子・岡田加奈子・天野敦子他：教育学部養護教諭養成の看護関連科目・臨床実習に対する卒業生の学習ニーズ，第46回日本学校保健学会，1999. 11，名古屋
 - 12) 小林育枝：学校救急処置の特殊性と養護教諭の能力，第44回日本学校保健学会，1997. 10，松山
 - 13) 小林育枝：学校救急処置に関する現職養護教諭の要望，第47回日本学校保健学会，2000. 11，福岡
- 連絡先：自宅・東村山市富士見町1-4-28

■特集 学校における医療的ケアを考える

障害児教育における医療的ケアの現状と課題

山本昌邦

横浜国立大学教育人間科学部

The Present Situation and Issue of Medical Care in Education for Handicapped Children

Masakuni Yamamoto

Faculty of Education and Human Sciences, Yokohama National University

1. 我が国の特殊教育の現状

(1) 我が国の特殊教育のシステム

障害等により、小・中学校等の通常の学級における指導だけではその能力を十分に伸ばすことが困難な児童生徒については、その障害の種類や程度等に応じて、特別な配慮のもとに、一人一人の能力や可能性を最大限に伸ばすために適切な教育を行う必要がある。このために用意された教育システムを我が国では「特殊教育」とよんでいる。具体的には、盲学校、聾学校及び養護学校（総称して「特殊教育諸学校」という。）の教育、小・中学校の特殊学級の教育及び通級による指導を指している。

① 特殊教育諸学校における教育

障害の状態が比較的重度の幼児児童生徒を対象にした教育機関として、盲学校、聾学校及び養護学校が設置されている。このうち、養護学校は、知的障害、肢体不自由、病弱の三種に法令上区分されている。

盲学校、聾学校及び養護学校には、義務教育段階の小学部及び中学部を置くことになっており、また、幼稚部又は高等部を置くことができることになっている。これら盲学校、聾学校又は養護学校の教育対象となる盲（強度の弱視を含む。）、聾（強度の難聴を含む。）、知的障害、肢体不自由又は病弱（身体虚弱を含む。）の幼児児童生徒の障害の程度については、学校教育法施行令に定められている。

なお、障害の状態のため通学して教育を受けることが困難な児童生徒に対しては、家庭、病院又は児童福祉施設に養護学校等から教員を派遣して教育（いわゆる「訪問教育」）を行っている。

② 特殊学級における教育

障害の状態が比較的軽度の児童生徒を対象に、小学校、中学校及び高等学校に特殊学級を置くことができることになっているが、現在のところ、小・中学校のみに設置されており、中等教育学校や高等学校には特殊学級が設けられていない。

また、特殊学級は、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、弱視、難聴、言語障害、情緒障害の障害種別ごとに設置できることになっている。なお、疾病により療養中の児童生徒に対しては、病院内に特殊学級を設けることができることになっている。

③ 通級による指導

「通級による指導」とは、小・中学校の通常の学級に在籍している軽度の障害のある児童生徒に対して、各教科等の指導を通常の学級で行いながら、障害に基づく種々の困難を改善・克服するための特別の指導を特別の指導の場（「通級指導教室」とよんでいる。）で行うという教育形態である。

なお、通級による指導の対象となる障害の種類は、言語障害、情緒障害、弱視、難聴等であり、知的障害は対象外となっている。

表1 特殊教育諸学校の学校数及び在学者数

区 分	学校数	在学者数 (人)					
		幼稚部	小学部	中学部	高等部	計	
盲 学 校	71校	228	693	491	2,677	4,089	
聾 学 校	107	1,282	2,112	1,400	2,024	6,818	
養護学校	計	814	126	25,698	18,798	34,575	79,197
	知的障害	523	48	16,670	12,847	27,513	57,078
	肢体不自由	196	74	7,475	4,496	5,841	17,886
	病 弱	95	4	1,553	1,455	1,221	4,233
総 計	992	1,636	28,503	20,689	39,276	90,104	

表2 重複障害学級在籍率の推移

表2-1 小・中学部

区 分	55年度	60年度	2年度	7年度	12年度
総 計	% 31.0	% 36.6	% 38.3	% 43.8	% 45.1
盲 学 校		26.6	30.9	35.4	41.9
聾 学 校		12.7	12.7	15.7	17.9
知的障害養護学校		34.1	34.0	37.2	37.6
肢体不自由養護学校		53.9	59.9	71.4	75.0
病弱養護学校		33.3	33.0	31.4	32.5

(各年度5月1日現在)

表2-2 高等部

区 分	55年度	60年度	2年度	7年度	12年度
総 計			% 15.6	% 18.8	% 23.9
盲 学 校			7.2	8.0	7.6
聾 学 校			5.3	6.0	7.9
知的障害養護学校			9.0	13.6	17.9
肢体不自由養護学校			32.3	51.1	60.5
病弱養護学校			28.8	30.6	45.1

(各年度5月1日現在)

(2) 特殊教育諸学校の児童生徒の実態

前項では、我が国の特殊教育のシステムの概要を紹介したが、本稿で論述する医療的ケアの対象は、主として養護学校に在学する障害の重度な児童生徒であるため、以下は特殊教育諸学校、特に養護学校の視点から述べる。

① 特殊教育諸学校の学校数及び在学者数

平成12年5月1日現在の特殊教育諸学校の学校数及び在学者数（国・公・私立計）は表1のとおりである（文部科学省調査¹⁾）。

これによると、特殊教育諸学校に在学する幼児児童生徒数は約9万人であり、全就学幼児児童生徒数（幼・小・中・高）約1,750万人の約0.51%となっている。

② 重複障害学級在籍率の推移

特殊教育諸学校に在学する児童生徒の実態の推移をみると、昭和54年度の養護学校教育の義務制実施以降、特に養護学校の児童生徒の障害が多様化するとともに、重度・重複化の傾向が顕著になっている。

この傾向を裏付ける資料として、重複障害学級在籍率の推移を小・中学部及び高等部についてみると表2のとおりである（文部科学省調査¹⁾）。なお、ここでいう重複障害とは、学校教育法施行令第22条の3に定める盲、聾、知的障害、肢体不自由又は病弱の障害を二以上併せ有する者を指している。また、重複障害の児童生徒のみで編制する学級を重複障害学級とよんでおり、現行では、児童生徒3人で一学級を編制できることになっている。

これをみると、特殊教育諸学校全体として重複障害学級在籍率が上昇しており、特に、脳性まひ等の脳性疾患の児童生徒が全児童生徒の75.8%（平成12年5月1日現在、全国肢体不自由養護学校長会調査）を占めている肢体不自由養護学校において小・中学部及び高等部ともに最も高い比率となっている。また、病弱養護学校においては、在学者のうち重症心身障害（重度の知的障害と重度の肢体不自由の重複障害）の児童生徒が22.3%となっている（平成13年5月1日現在、全国病弱虚弱教育研究連盟等調

査）。

2. 医療的ケアが必要な児童生徒への対応

(1) 医療的ケアの対象児の実態

前項で述べたように、肢体不自由養護学校及び病弱養護学校には、障害が重度で重複している児童生徒が相当数在学している。

このうち、肢体不自由養護学校における医療的ケアの対象児童生徒の実態を示すと表3のとおりである（平成12年5月1日現在、全国肢体不自由養護学校長会調査）。

表3のうち、通学籍の児童生徒は、家庭、寄宿舎又は隣接の肢体不自由児施設等から通学している者である。また、訪問学級籍の児童生徒は、肢体不自由養護学校の教員が家庭、病院又は児童福祉施設に訪問して教育している者である。さらに、病院内学級籍の児童生徒は、病院内にある肢体不自由養護学校の分教室で教育を受けている者である。

日常的に必要な医療的ケアの種類は、吸引、経管栄養等多岐にわたっている。また、医療的ケアの対象児の比率は通学籍が14.8%、訪問学級籍が60.0%、病院内学級籍が27.3%となっており、訪問教育籍において医療的ケアの必要な児童生徒の比率が最も高い。

なお、病弱養護学校における医療的ケアの対象児の実態調査は実施されていないが、重症心身障害児や重度の筋ジストロフィー児等の医療的ケアの必要な児童生徒が在学している。これは、全国の病弱養護学校の約95%が病院等に隣接（併設）しており、当該病院等に入院療養中の慢性疾患、重症心身障害、筋ジストロフィー等の児童生徒が病弱養護学校の教育対象となっていることによる。

このため、肢体不自由養護学校及び病弱養護学校等においては、医療的ケアを必要とする児童生徒への適切な教育的対応が課題になっている。

(2) 医療的ケアの問題への対応

① 各自自治体及び文部科学省の対応

医療的ケアを必要とする児童生徒の学校教育

表3 常時医療的ケアを必要とする児童生徒の実態（小・中学部及び高等部計）

項 目		通 学 籍	訪問学級籍	病院内学級籍	合 計
在 籍 者 数		14,740	1,005	1,062	16,807
医療的ケアの必要な児童生徒数及び比率 (%)		2,185 (14.8)	603 (60.0)	290 (27.3)	3,078 (18.3)
栄養管理 の必要な 児童生徒	経 管 栄 養	879	446	178	1,503
	胃 瘻	126	67	28	221
呼吸管理 の必要な 児童生徒	吸 引	913	442	198	1,553
	ネブライザー	393	151	137	681
	気 管 切 開	201	183	92	476
	そ の 他	205	188	111	504
排泄管理 の必要な 児童生徒	自 己 導 尿	209	2	17	228
	介 助 導 尿	134	21	13	168
その他の医療的管理		10	1	1	12

における問題は、昭和63年に東京都教育委員会が「訪問学級において教育を行うことを原則」、「保護者が希望し、児童・生徒の体力、医師の診断、学校の指導体制等から判断して通学が可能な場合は、保護者による経管栄養等を条件に通学」という方針を出したことに始まる²⁾。

平成12年度現在、医療的ケアの必要な児童生徒の学校教育における問題について審議する検討委員会が、18都府県に設置されている。これら検討委員会の答申・報告に基づいて、巡回の指導医や看護婦の配置、手引書作成等の事業を展開したのは5自治体（横浜市、神戸市、東京都、神奈川県、千葉県）である。しかし、それ以外の自治体においても、看護制度の活用や医師の巡回相談など独自の取り組みが行われている²⁾。

一方、文部科学省においては、各自治体や養護学校における対応の現状を考慮し、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒への対応について、平成10年度から10県を対象に、医療的なバックアップ体制の下で、養護学校において医療的ケア（痰の吸引、経管栄養、導尿）を教員が行っていくことの可能性について調査研究を行って

いる。なお、当初は平成10年度から3か年計画の事業であったが、平成13年度も研究は継続されている³⁾。

次に、各自治体の取り組みのうち、東京都及び横浜市における実践を紹介する。

② 東京都における対応

東京都教育委員会においては、平成2年度に「医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会」を設置し、これら児童生徒の教育の在り方について検討した。

続いて、平成4年度には、上記委員会の報告に基づき、指導医の配置、研修の実施、医療機器の整備等を内容とする「医療体制整備事業」を実施した。この事業を推進させるため、東京都立村山養護学校をモデル校に指定し、「望ましい肢体不自由養護学校を目指して」を研究主題として、2年間調査研究を行った。

また、この事業の一環として、平成4～5年度に「医学的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック」を作成した。本書は、常時医療的配慮を要する児童生徒の健やかな成長・発達を促す指導の充実に資することを目的に作成され、平成9年に一部改正の後発行され

た。本書の内容は、基礎編、実践編及び資料編から構成されており、基礎編では呼吸ほか各種の障害とその対応について解説し、続く実践編では、体温調節、呼吸障害、重度の摂食障害及び排泄障害のある子供の指導事例が紹介されている⁴⁾。

平成12年度現在、肢体不自由養護学校では、保護者もかかわっているが、医師（主治医、学校医、指導医等）と学校看護婦の指導・助言を受けながら、教員も協力して医療的ケアを行っている。この場合、学校看護婦とは、学校に配置された看護婦の資格をもつ養護教諭以外の職員である⁵⁾。

③ 横浜市における対応

横浜市教育委員会は、昭和54年度の養護学校教育の義務制実施を契機に、重度・重複障害児のための養護学校を設置し、いかなる障害の児童生徒も学校教育を受けられるように体制を整えた。また、重度・重複障害児の教育の充実を図るため、施設・設備の改善・充実、改良スクールバスの配車、臨床指導医の派遣、教職員の研修などを逐次行ってきた。

また、平成4年には、重度・重複障害児の指導の充実に資するため、「重度・重複障害児の安全指導のために」を発行した。本書の内容は、「日常の健康管理」、「安全に指導をすすめるために」及び「応急処置の方法」の三つの章から構成されている⁵⁾。

平成12年度現在、横浜市の肢体不自由養護学校では、児童生徒の状態によっては、一部保護者による対応もあるが、ほぼ教員（一般の教諭及び養護教諭）が医療的ケアを行っている²⁾。この場合、教員は、横浜市養護教育総合センター主催の様々な研修、神奈川県立こども医療センターにおける実際的な研修を受け、主治医や校医の指導に基づき、医師や家族から確実な方法の伝達を得て、安全且つ確実に必要なケアが行えるよう努力を続けている⁶⁾。

3. 養護学校における医療的ケアの課題

(1) 養護学校に通学して教育を受けることの意

義

養護学校の対象となる児童生徒が、養護学校に通学して教育を受ける場合と教員の訪問を受けて教育を受ける場合を比較すると、授業時数や教育内容・方法等に違いがみられる。

すなわち、訪問教育では、授業時数が一般に週当たり6時間（週3日、1日2時間）程度に制限せざるを得ない現状から、学習内容が限定され、また、授業形態も教員と一对一の個別指導が基本となる。このため、養護学校においてスクーリングを実施している場合もみられるが、集団による学習活動を経験することが極めて限られる。

一方、養護学校に通学する場合は、一定の授業時数が確保され、また、集団活動が計画的に取り入れられ、学習の場や学習活動も多様になる。さらに、小・中学校等の児童生徒や地域の人々との交流も教育活動として行われている。例えば、横浜市の肢体不自由養護学校のうち4校は、医療的ケアの必要な重度・重複障害児を教育対象にしているが、小学校と廊下のドアを隔てて校舎がつながっているため、小学校の児童と日常的に交流が行われている。

このように、児童生徒の学習効果、知的・情緒的発達や社会性の涵養等を考慮すると、たとえ障害が重度であっても、通学して養護学校で教育を受けるほうが教育効果が大きいと考えられる。

(2) 養護学校において医療的ケアを行うことの意義

次に、養護学校において教員が医療的ケアを行うことの意義についての考え方をみると、保護者にとっては、時間の拘束や労力等の負担が軽減され、また、教員にとっては、児童生徒の理解をより深めたり、児童生徒とのコミュニケーションを緊密にするのに有効であるなど、教育的に有意義であることが報告されている。

例えば、都立の養護学校に勤務している大石恒子教諭は、平成11年6月に行われた「子供の難病シンポジウム 新・どーする医療的ケア」（難病のこども支援全国ネットワーク主催）に

において、日常の教育実践を基に医療的ケアの意味について、生徒、教員及び保護者の視点から以下のような内容を報告している⁷⁾。

① 生徒にとっての意味（担任に痰を吸引してもらっているT君）

- 1) 常にそばにいてくれる人が、つらいときに痰を取ってくれることであり、それは体にとって良いことである（生命の安全の保障）。
- 2) 痰をとってもらってほっとする（心の安定）。
- 3) たんを取ってくれる人がいることを感じる（人への信頼）。
- 4) 気持ち良くなると、自分の体以外のことを感じたりする余裕が出てくる（外界の刺激への関心）。

② 教員にとっての意味

- 1) 教育の内容として医療的ケアを視野に入れることの必要性に気づいた。
- 2) 医療的ケアを必要とするような重度の障害をもった児童生徒の理解を深めた。
- 3) 教員にとっての医療的ケアは、看護婦や保護者の代理ではなく、教育方法の一形態として成立するのではないかと感じた。
- 4) 医療的ケアを含め、主体的に豊かに生きる力を育てる教育のあり方について再認識した。

③ 保護者にとっての意味

- 1) 常時学校に付き添っていなくても危険がない（安心感）。
- 2) 子供が自分の生活をつくっていくことに期待できる（子供の親離れ＝自立への予感）。
- 3) 保護者の生活時間を少しだけ確保できる（保護者の子離れへの予感）。
- 4) 子供を巡るネットワークづくりが期待できる。

なお、同シンポジウムに参加していたある小児科医は、教員が医療的ケアをすることが障害の重度な児童生徒を理解したり、児童生徒との

コミュニケーションを深めたりするのに有効である旨の発言をし、大石教諭と同様の考えを示した。

筆者は、医療的ケアを養護学校の教育に組み入れることができるとすれば、学校保健の保健管理に位置づけたらよいのではないかと考えていた。この場合は、学校医や養護教諭を中心に学校の全教員が協力体制を整えて、管理的視点から対応することになる。ところが、大石教諭等は、医療的ケアの取り組みを、重度の障害がある児童生徒への理解の視点や教育内容・方法の一つとしてとらえている。

(3) 養護学校における医療的ケアに対する学生の見解

前項では、障害の重度な児童生徒に接している教員や医師の考え方を紹介したが、本項では、養護学校や小・中学校の教員等を目指している本学教育人間科学部の学生の見解を紹介する。

筆者が大学で担当している授業科目のうち、養護学校の教員免許状を取得するための必修科目である「特殊教育概論」の授業において、肢体不自由養護学校における医療的ケアの状況を説明した後、「養護学校の教員が、障害の重度な児童生徒に対して医療的ケアをすることは是非」についてレポートを書かせているが、本年度受講した学生（学部2～4年）34人のレポートの内容を要約すると以下のとおりである。

教員が医療的ケアをすることに肯定的な意見（賛成である、やってよい、やる必要がある）を述べたのは17人（50.0%）であり、否定的な意見（反対である、すべきではない）は6人（17.6%）であった。なお、「どちらともいえない」とする意見が11人（32.4%）から出された。このうち、肯定的な意見と否定的な意見の内容を整理すると以下のようになる。

① 肯定的な意見の概要

子供や親の視点から「障害の重度な子供も通学して教育を受ける権利がある。」、「親が付き添う負担を軽減することができる。」の2点が挙げられ、また、教員の視点からは以下のような条件付きで賛成であるとの意見が出された。

- 1) 適切な知識と技術をもっている必要がある。
 - 2) 研修を受けて、専門的な知識と技術を修得する必要がある。
 - 3) 関係者（医師、保護者等）との連携を図る必要がある。
 - 4) 専門家（医師、看護婦）を学校に配置する必要がある。
 - 5) 医療的ケアをするための資格制度を設ける必要がある。
- ② 否定的な意見の概要
- 1) 教員本来の仕事（子供の精神面についての教育的ケア等）に専念すべきである。
 - 2) 教員の負担が大きすぎる。
 - 3) 教員が医療的ケアをするのは危険を伴う。
 - 4) 子供の命にかかわるので、医師が行うべきである。

これらの意見をみると、学生たちが医療的ケアの問題の本質をとらえていると感じられた。

(4) 養護学校における医療的ケアの課題

これまで、養護学校における医療的ケアの取り組みなどを述べてきたが、こうした現状を踏まえた今後の課題について、文部省（現「文部科学省」）の委嘱によって編成された「21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」から出された報告を基に言及してみたい。

同調査研究協力者会議では、平成12年6月から12月までの約半年間に7回の会議を開催し、今後の我が国の特殊教育の在り方について様々な観点から討議を行った。その結果、平成13年1月15日付けで「21世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について～」(最終報告)が公表された。

この報告の一項目として取り上げられた「障害の重度・重複化や社会の変化に対応した指導の充実」において、以下の提言及び解説が示された。

養護学校に在籍する日常的に医療的ケアが必要な児童生徒等への対応については、教育関係機関と福祉、医療関係機関がそれぞれの機能をより効果的に果たすための相互の連携の在り方や医師、看護婦、養護教諭、教諭、保護者による対応の在り方、養護学校における医療機関と連携した医療的バックアップ体制の在り方等について検討を行い、その成果を踏まえ指導の充実を図ること。

養護学校において、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒等への対応が求められている。この課題については、これまで国から都道府県教育委員会に委嘱し調査研究を行ってきたが、今後は教育関係機関と福祉、医療関係機関がそれぞれの機能をより効果的に果たすための相互の連携の在り方や医師、看護婦、養護教諭、教諭、保護者による対応の在り方、養護学校における医療機関と連携した医療的バックアップ体制の在り方等について引き続き実践的な研究を行うことが必要である。こうした研究の成果等を踏まえ、国においては、緊急時の対応も含め、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒等に対する盲・聾・養護学校における対応の在り方を整理し、これを基に指導の充実を図ることが必要である。

以上の提言及び解説によると、①関係機関相互の連携の在り方、②医療的ケアが必要な児童生徒等にかかわる人々の対応の在り方、③医療的バックアップ体制の在り方の三点が示されている。

これらの点について、文部科学省の委嘱による10県の実践研究の成果等を十分参考にしながら、教育、医療、福祉及び行政等の関係者が慎重に検討して問題点を漸進的にクリアし、条件整備を行い、医療的ケアを必要とする障害の重度な児童生徒ができるだけ養護学校等に通学して教育を受けることができるようにすることが望まれる。

文 献

- 1) 文部科学省：特殊教育資料（平成12年度），4-6，文部科学省初等中等教育局特別支援教育課，2001
- 2) 下川和洋：医療的ケアの現在—全国の動向—，IEP JAPAN，3：17-19，2001
- 3) 池原充洋：我が国が目指す21世紀の特殊教育，IEP JAPAN，4：11，2001
- 4) 東京都教育委員会：医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック，1-4，日本肢体不自由児協会，東京都，1997
- 5) 横浜市養護教育総合センター：重度・重複障害児の安全指導のために，横浜市教育委員会，1992
- 6) 横浜「難病児の在宅療育」を考える会：いのちの輝き=Quality of Life，97，日本小児医事出版社，東京都，1996
- 7) 大石恒子：T君の学校生活—教育の捉え直し—，第20回「新・どーする医療的ケア」報告書，16-19，難病のこども支援全国ネットワーク，東京都，2000

原 著

中学生の睡眠・生活習慣と夜型化の影響
～沖縄県の中学生3,754名における実態調査結果～

荒川 雅志*¹ 田中 秀樹*² 白川 修一郎*³
嘉手苅 初子*¹ 平 良 一 彦*¹

*¹琉球大学教育学部生涯健康基礎学講座

*²広島国際大学人間環境学部臨床心理学科

*³国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部

Sleep Habits and Lifestyles of Junior High School Students
and the Influence of Nocturnal Lifestyles
—A Survey of 3,754 Junior High School Students in Okinawa—

Masashi Arakawa*¹ Hideki Tanaka*² Shuichiro Shirakawa*³
Hatsuko Kadekaru*¹ Kazuhiko Taira*¹

*¹ *Department of Life Long Health Promotion Faculty of Education, Ryukyus University*

*² *Department of clinical Psychology, Faculty of Human and Social Environment, Hiroshima International University*

*³ *Department of Psychogeriatrics, National Institute of Mental Health, NCNP*

A total of 3,754 students of 14 junior high schools on Okinawa Island were surveyed to clarify their sleep habit and the influence on night lifestyle. The survey showed that as their grades go higher, the proposition of students evidencing lack of sleep, showing irregular bed times, falling asleep in class, and breakfast skip increased significantly. The survey also revealed that the time they go to bed at night and they wake up in the morning became significantly later, and the total hours of sleep decreased significantly as student's grades go higher. The proposition of students who has irregular sleep time and fall asleep in class increased in the second grade students. There is a remarkable increase in the proposition of students who skipped breakfast at the third grade. Moreover, among students who sitting up late at night, a high percentage of complaints of feeling bad when waking, a need for sleep and drowsiness. A significantly high percentage also experiences intolerable sleepiness during the daytime, fall asleep during class, or skipped breakfast. The study indicated that along with later bedtimes, staying up late resulted in deterioration of sleep health, poor dietary habits and feeling ill, contributing to sleepiness during class.

Key words : sleep habit, junior high school student, nocturnal lifestyles,
skipped breakfast, nodding
睡眠習慣, 中学生, 夜型化, 朝食欠食, 居眠り

I. 緒 言

現在、国民の5人に1人が何らかの睡眠問題を抱えていることが報告されている¹⁾²⁾。社会の複雑化、ライフスタイルの多様化にともない、生活の夜型化はさらに進行し、日本人の睡眠時間は年々短縮している³⁾⁴⁾。こうした状況を反映し、思春期の生徒においても、睡眠時間の短縮化が指摘されている⁵⁾⁶⁾⁷⁾。また、都市化の進行した一地域の、中学2年生を対象とした調査では、都市化以前に比べ12時以降に就床する生徒の割合が増加したと報告している⁸⁾。睡眠不足や睡眠障害は、学習や感情コントロールに関わる、高次脳機能を顕著に障害することが指摘されている⁹⁻¹¹⁾。また、中高年以降増加する不眠などの睡眠障害は、その原因の多くが生活習慣に起因すると近年考えられており¹²⁻¹⁴⁾、生活習慣の確立は思春期が重要な時期であると推定されている。以上の面より、思春期において、適正な睡眠を確保することは重要である。一方、思春期を対象とした食習慣調査においては、朝食を欠食する生徒の増加が指摘されている。平成10年の国民栄養調査¹⁵⁾では、全国の15歳から19歳の若者の約10人に1人が朝食を欠食し、年齢層があがるにつれ、その割合は増える傾向であることが報告されている。生活の夜型化が大きな要因と考えられる睡眠不足は、起床時の気分の悪化や食欲減退を引き起こしている可能性もあり、その結果、朝食を欠食する生徒の増加といった、教育現場に関わる問題の背景要因であることが推察される。しかし、こうした現代の生徒を取り巻く諸問題は、それぞれを、独立した項目として問題提起されることが多く、生徒の睡眠習慣の実態を含めて検討した研究は少ない。

一方、これまで長寿県として知られる沖縄の高齢者の睡眠は、東京と比べ、遙かに良好で健康であること、その要因のひとつに、早寝、早起きの睡眠習慣や、短い昼寝や夕方の軽い運動等の生活習慣が挙げられることが報告されている¹⁶⁾¹⁷⁾。しかし、思春期の生徒においては、本

土の都市部と同様に、生活の夜型化が進行し、生活習慣も本土化していることも推察される。

本研究では、沖縄の中学生を対象とした睡眠・生活習慣の調査をおこない、睡眠習慣と朝食欠食、生徒の日中の眠気や授業中の居眠りとの関連を中心に、夜型化の影響について検討した。さらに、適正な睡眠を確保するための有効な手段の探索と、教育現場、家庭での指導上の示唆を得ることを試みた。

II. 方法および分析

対象：沖縄県本島内の中学校14校の生徒3,754名を対象とした。有効回答数は3,671名であった（内訳は男子1,841名、女子1,830名、1年生1,279名、2年生1,214名、3年生1,178名）。対象者は通常の学校生活、家庭生活を送っている生徒で、問題となる疾患（悪性腫瘍、腎機能疾患により透析中の者、重篤な心臓病、精神科疾患、手術を必要とされる前立腺肥大、激しい痛み、痒みを有する疾患を治療中の者）に罹患している生徒は分析から除外した。

調査方法：1999年7月中旬から7月下旬における、学期中の授業時間に調査をおこなった。各校とも教室ごとに、教師が記入マニュアルに基づき、記入要領を十分に説明したうえで調査票を配布し、自記式質問紙を回収した。調査票は、睡眠の健康と生活習慣に関する構造化された調査票¹²⁾¹³⁾¹⁸⁾を用いた。生活習慣および睡眠の健康に関する質問項目（77項目）で構成された調査票で、質問紙の冒頭には「あまり特別な場合は考えずに、ここ一ヶ月のふつうの生活についてお答えください」との注意書きを付した。睡眠に関わる生活習慣（以下、睡眠習慣）に関して、就床時刻、起床時刻、睡眠時間等を含む、小児から高齢者まで共用の質問項目で構成され、その他の生活習慣及び睡眠健康に関しては、治療中の病気の有無、日中の眠気、居眠り、食事等についての項目を含め構成した。

データ分析：数量化可能な項目にt検定、分散分析を用いて検定した。下位検定にはTukey法を用い、その他の項目に関してはクロス集計

により出現頻度を算出し、 χ^2 検定をおこなった。今回、統計的有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. 睡眠不足, 睡眠時間の不規則, 朝食摂取状況, 日中の状態の学年比較

表1には、睡眠不足, 睡眠時間の不規則性, 朝食摂取状況, 授業中の居眠りについての学年比較を示した。睡眠不足であると回答した生徒の割合は、1年生70.5%, 2年生74.9%, 3年生75.7%と、全学年において高い傾向がみられ、高学年にその割合が有意に高かった ($p < 0.01$)。また、睡眠時間の不規則な生徒の割合も高学年に有意に高く ($p < 0.01$)、2年生では50%以

上に達していた。さらに、授業中に居眠りをする生徒の割合も高学年に有意に高く ($p < 0.01$)、2年生では51.4%と、いずれも2年生で過半数を超えていた。一方、朝食を欠食する生徒は、1年生で10.9%, 2年生で11.8%, 3年生では14.3%と、学年を追うにつれ有意に多かった ($p < 0.05$)。学年間の変化は、特に3年生での顕著な増加がみられた。また、これらの項目は男女共、高学年に有意に高い割合を示すこと、どの学年にも性差がみられ、女子が男子に比べ悪化していることが明らかになった。そこで次に、これらの背景の一要因と考えられる睡眠習慣について検討した。

表1 生徒の朝食欠食及び日中の状態の学年比較

	睡眠不足			有意水準
	1年	2年	3年	
全 体	70.5	74.9	75.7	$p < 0.01$
男 子	62.8	71.3	71.5	
女 子	78.3	78.4	79.9	
	睡眠時間不規則			有意水準
	1年	2年	3年	
全 体	49.4	54.0	55.7	$p < 0.01$
男 子	45.7	52.6	52.4	
女 子	53.1	55.5	58.9	
	朝食欠食			有意水準
	1年	2年	3年	
全 体	10.9	11.8	14.3	$p < 0.05$
男 子	9.7	10.3	13.9	
女 子	12.1	13.3	14.7	
	授業中の居眠り			有意水準
	1年	2年	3年	
全 体	44.5	51.8	54.0	$p < 0.01$
男 子	37.7	46.1	50.6	
女 子	51.3	57.5	57.5	

: χ^2 検定, 数値は出現頻度 (%)

表中の有意水準は、全体について統計的に検討した結果を示す

2. 就床時刻、起床時刻、睡眠時間の学年比較

沖縄の中学生における睡眠習慣について、就床時刻、起床時刻、睡眠時間の時間帯ごとの人数、頻度をそれぞれ図1～3に示した。就床時刻については、全体では、午後11時から11時30分の間に就床する生徒が最も多く（971名）、午後11時以降に就床する生徒の割合は全体で64.6%と過半数を占めていた（図1最上段）。また、24時以降に就床する生徒の割合は全体で16.4%であった。学年ごとでは、1年生で9.0%（図1，2段目）、2年生で16.8%（図1，3段目）、3年生で24.2%（図1最下段）と、より高学年で24時以降に就床する生徒が多かった。一方、学年ごとの性別でみると、1年生で男子8.2%、女子9.8%、2年生で男子14.1%、女子19.4%、3年生では男子20.2%、女子28.2%と、いずれの学年においても女子に就床時刻の遅い生徒が多かった。

起床時刻では、午前7時から7時30分にかけて起床する生徒が最も多く（1,621名）、午前7時以降に起床する生徒の割合は54.3%であった（図2最上段）。午前7時以降に起床する生徒の割合を学年ごとにみると、1年生で49.4%（図2，2段目）、2年生で56.0%（図2，3段目）、3年生で57.7%（図2最下段）と、より高学年で午前7時以降に起床する生徒が多かった。また、学年ごとの性別でみると、1年生で男子53.6%、女子45.0%、2年生で男子60.7%、女子51.6%、3年生では男子63.2%、女子52.2%と、いずれの学年においても女子に午前7時以降に起床する生徒が少なかった。

睡眠時間では、8時から8時間30分の間の生徒が最も多く（741名）、8時間未満の生徒の割合は47.4%であった（図3最上段）。8時間未満の生徒の割合を学年ごとにみると、1年生で40.6%（図3，2段目）、2年生で46.4%（図3，3段目）、3年生で55.7%（図3最下段）と、より高学年で睡眠時間が8時間未満の生徒が多かった。また、学年ごとの性別でみると、1年生男子35.2%、女子46.5%、2年生男子37.1%、女子54.4%、3年生男子50.3%、女子

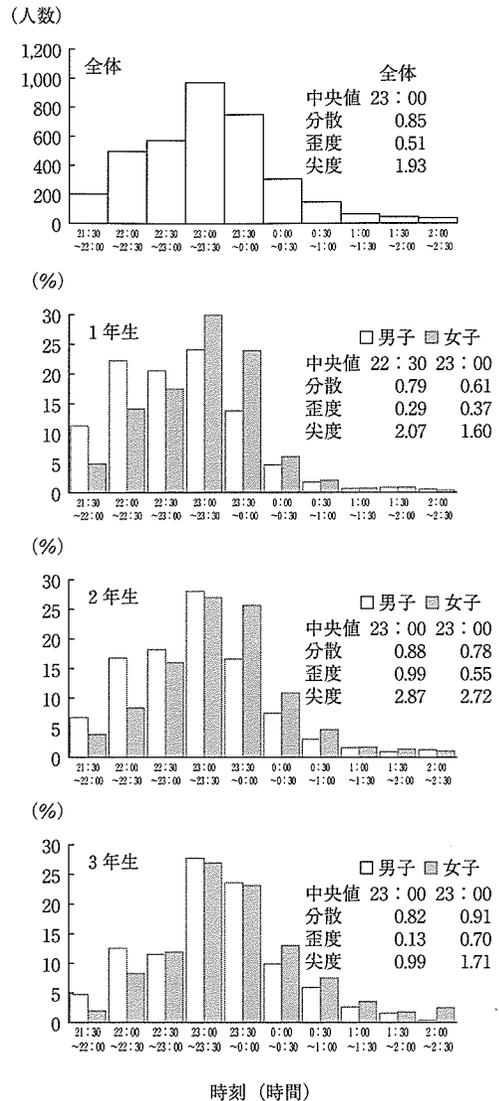


図1 就床時刻の全体・学年・男女別による頻度

60.8%と、いずれの学年も女子に8時間未満の生徒が多かった。一方、6時間以下の睡眠取得者を短時間睡眠者として分類⁹⁾すると、1年生では5.9%、2年生では8.1%、3年生では10.8%の割合で存在し、学年を追うにつれ短時間睡眠者の割合は多いことがわかった。

表2には、就床時刻、起床時刻、睡眠時間について、学年ごとの平均値、標準偏差を示した。就床時刻は1年生で22:50、2年生で23:05、

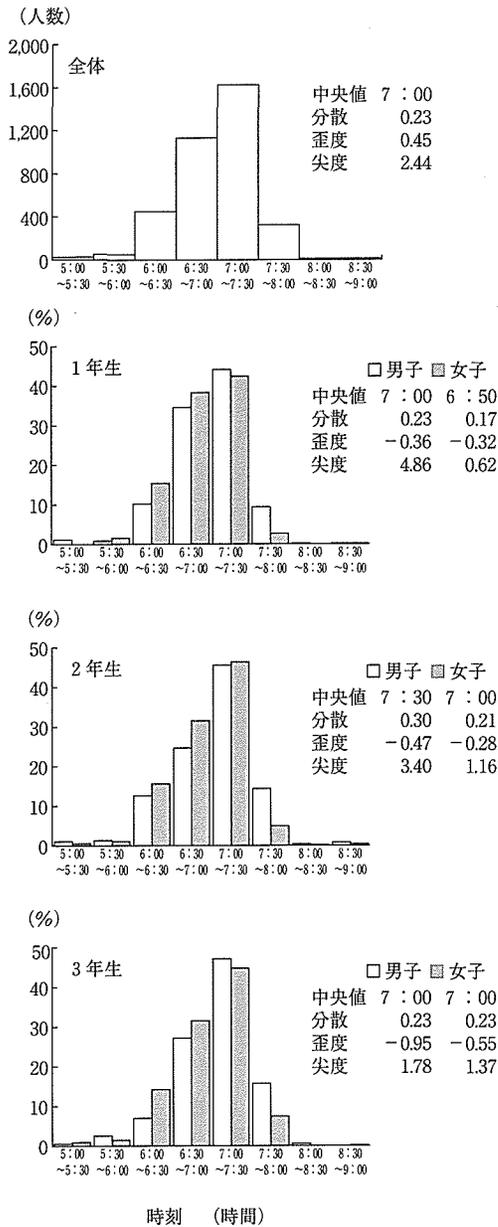


図2 起床時刻の全体・学年・男女別による頻度

3年生では23:17と、学年を追うにつれ遅延し、1年生と3年生では約30分近く就床時刻が後退していた。分散分析の結果、学年による主効果が認められ、下位検定の結果いずれの学年間にも差がみられ、学年間における就床時刻の有意な遅延が明らかとなった。一方、起床時刻

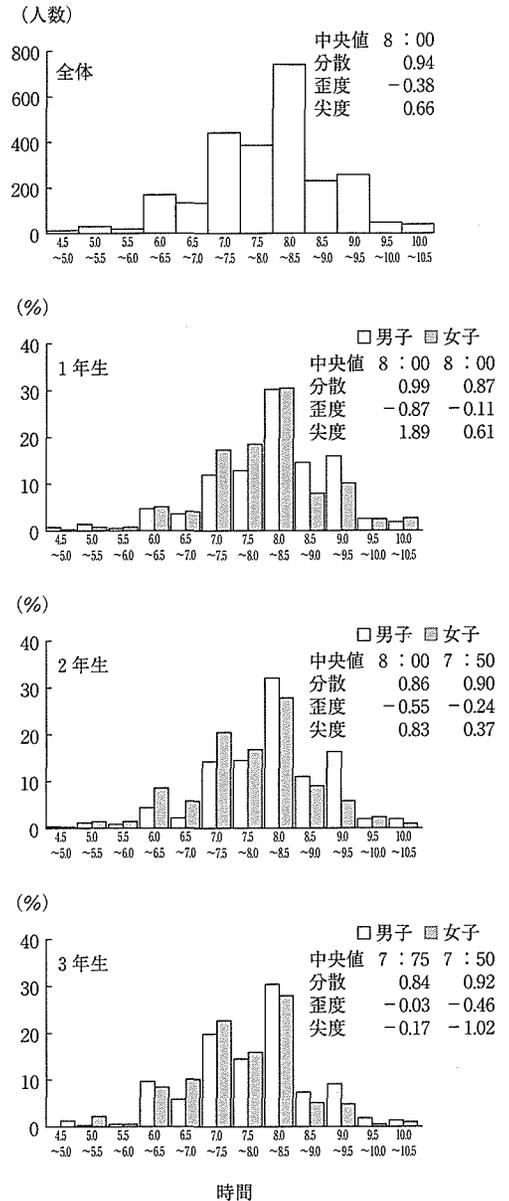


図3 睡眠時間の全体・学年・男女別による頻度

では、高学年に起床時刻が僅かに遅れる傾向がみられたが、1年と3年の間で有意に遅いのみで、就床時刻ほどの学年差は認められなかった。睡眠時間については、1年生で7時間52分、2年生で7時間43分、3年生で7時間29分と、就床時刻同様に、高学年ほど睡眠時間が短縮していた。学年による主効果も認められ、学年間に

表2 就床時刻，起床時刻，睡眠時間の学年比較

	就床時刻			有意水準
	1年	2年	3年	
全体	22:50 (00:51)	23:05 (00:55)	23:17 (00:56)	p<0.01
男子	22:41 (00:53)	22:57 (00:56)	23:10 (00:54)	
女子	22:58 (00:47)	23:12 (00:53)	23:23 (00:57)	

	起床時刻			有意水準
	1年	2年	3年	
全体	6:47 (00:27)	6:49 (00:31)	6:50 (00:29)	p<0.01
男子	6:49 (00:29)	6:53 (00:33)	6:54 (00:29)	
女子	6:44 (00:25)	6:46 (00:27)	6:47 (00:29)	

	睡眠時間			有意水準
	1年	2年	3年	
全体	7:52 (00:58)	7:43 (00:57)	7:29 (00:57)	p<0.01
男子	7:55 (01:00)	7:55 (00:56)	7:38 (00:55)	
女子	7:47 (00:56)	7:33 (00:57)	7:22 (00:58)	

: *t*検定，()内は標準偏差 就床・起床時刻は時刻表示，睡眠時間も（時間：分）で表示
 表中の有意水準は，全体について統計的に検討した結果を示す

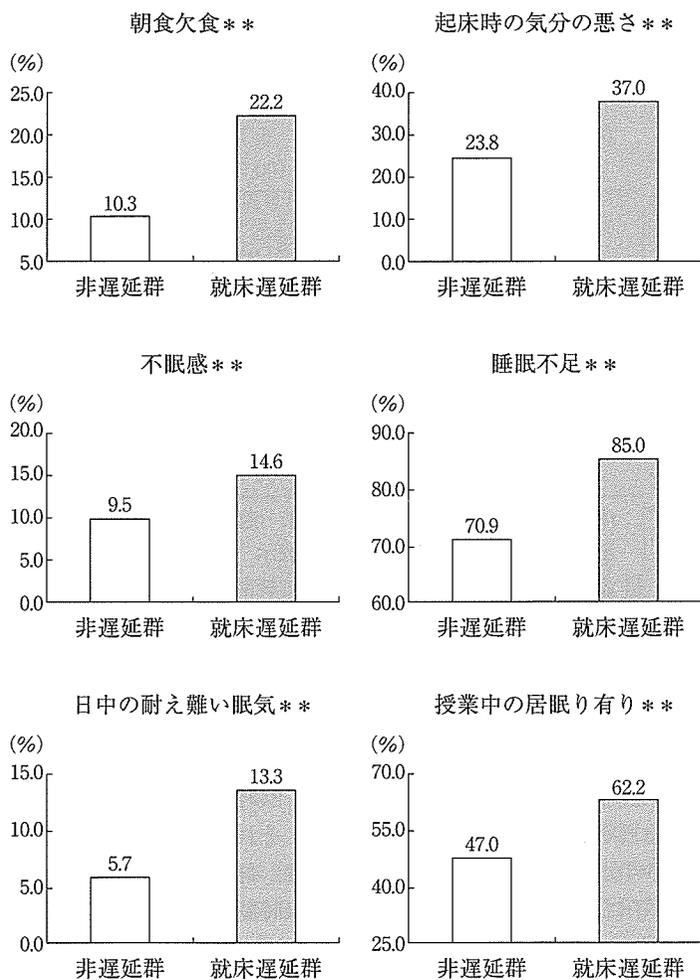
における睡眠時間の有意な短縮が確認された。一方，これらの睡眠習慣は性別においても，男女共に，高学年になるほど就床遅延，睡眠時間の短縮が明らかになった（同表2）。就床時刻はどの学年でも男子に比べ女子で遅く，起床時刻はどの学年も女子が男子に比べ早かった。また，睡眠時間はいずれの学年においても女子が男子に比べ短く，女子で就床時刻が遅く，起床時刻が早い結果と対応していた。

3. 夜型化のもたらす影響について

夜型化と日中の状態について検討するため，24時以降に就床する群（以下，就床遅延群）と，それ以前の就床群（以下，非遅延群）とに分け，群間比較した結果，就床遅延群において起床時刻の有意な遅延（非遅延群6:47，遅延群7:01），睡眠時間の有意な短縮（非遅延群7時間47分，遅延群6時間37分）が確認できた（いずれもp<0.01）。そこで，就床遅延群と非遅延群による朝食摂取状況，不眠感や睡眠不

足感、起床時の気分、日中の状態を検討したところ、朝食を欠食する生徒の割合は、非遅延群の10.3%に対し、遅延群が22.2%と顕著な差であることが判明した(図4左上段)。また、起床時の気分の悪さを訴える生徒も遅延群に有意に多いことが判明した(図4右上段)。一方、不眠感を訴える生徒の割合は、非遅延群が9.5%に対し、遅延群は14.6%と、就床遅延群に有意に多く(図4左中段)、睡眠不足を訴える生徒も、非遅延群の70.9%に対し、遅延群が85.0%と、就床遅延群に有意に多いことが明ら

かになった(図4右中段)。さらに、日中の状態では、日中の耐え難い眠気を訴える生徒の割合が、非遅延群5.7%に対し、遅延群13.3%と顕著に差がみられ(図4左下段)、授業中に居眠りの混入する生徒も、非遅延群の47.0%に対し、遅延群が62.2%と、就床遅延群に有意に多いことが明らかになった(図4右下段)。



χ^2 検定, ** $p < 0.01$

図4 就床時刻別による生徒の日中の心身状態、朝食欠食の割合

IV. 考 察

1. 中学生の睡眠習慣と朝食欠食の割合、日中の状態との関連

沖縄における中学生の睡眠習慣は、午後11時以降に就床する生徒が全体の過半数を占めており、24時以降に就床する生徒は、3年生で4分の1近く存在することが今回の調査で明らかになった。また、睡眠時間では8時間未満の生徒が全体で半数近く存在していた。一方、起床時刻は、始業時刻に制約を受けているが、通学時間に学年間の有意な差は見られない中でも、より高学年に遅延する生徒が多かった。さらに、学年を追うごとに有意に就床、起床時刻が遅延し、睡眠時間が短縮していることが明らかになった。こうした睡眠習慣の実態把握により、生活時間の実態調査²⁴⁾や、就床時刻の遅延化、睡眠時間の短縮化を報告した研究⁵⁻⁷⁾と同様に、沖縄の中学生においても生活スタイルが夜型化していることが確認された。一方、学年を追うにつれた就床、起床遅延、睡眠時間の短縮といった睡眠習慣の変化に対応し、朝食を欠食する生徒や睡眠不足を訴える生徒、また、睡眠時間の不規則の生徒や授業中に居眠りをする生徒が、高学年に多いことを明らかにした。調査の結果、学年変化は、2年生で睡眠不足、睡眠時間の不規則な生徒が増加し、授業中に居眠りをする生徒も2年生からの顕著な増加がみられ、朝食を欠食する生徒は3年生で顕著に増加を示すことが判明した。学年の進行にともなって、就床、起床時刻は遅延し、睡眠負債が増加することが明らかとなっている²⁰⁾。また、15才から19才までを対象とした5年間の追跡調査²¹⁾では、学年の進行にともない睡眠習慣の不規則性や睡眠時間帯の遅延が単調に増加することが報告されている。今回のこうした2年生における睡眠健康の悪化は、3年生における朝食欠食を主とした、食習慣の不規則化を招いている可能性があると考えられた。また今回の結果は、睡眠健康の悪化が、朝食欠食や気分悪化に関与すること¹⁸⁾も示し、睡眠健康の悪化が中学生の時期で

既に始まっていることを示唆した先行研究²²⁾を、学期中のデータから支持する結果となった。一方、性別ごとの検討でも、男女ともに学年の進行にともなう就床時刻の遅延、睡眠時間の短縮が示され、いずれの学年においても女子が男子に比べ就床時刻が遅く、起床時刻は早く、睡眠時間は短いことがわかった。これまで性別について東京都の調査²³⁾では、小、中、高等学校を合わせた男女において、女子に就床時刻が遅く、睡眠時間はやや短い傾向であることが報告されている。全国の生活時間調査⁴⁾では、10才から15才における年層別の男女で女子に睡眠時間の短いことが報告されている。今回の調査でも、沖縄の女子中学生の就床時刻が有意に遅く、睡眠時間も有意に短いことが示された。さらに、男女共に学年を追うごとに、睡眠不足、睡眠時間の不規則、授業中の居眠り、朝食欠食の割合は有意に増加しているが、いずれの学年においても女子にその割合が多いことを明らかにした。こうした性差は、就床時刻の遅れ、睡眠時間の短縮が、女子に顕著であることと対応する結果であったが、睡眠習慣の変化は、社会環境要因と共に、性差を含む思春期の発育、発達過程と関連のあることが示唆されており²⁴⁾、この時期の性差については今後、成熟度をはかる尺度を合わせ検討していくことが有効な手法の一つであることが考えられた。以上の結果より、沖縄の中学生において、学年を追うごとに生活の夜型化も進行していることが示唆され、こうした睡眠習慣の変化と生徒の日中の状態、気分、及び食習慣が関連していることが考えられた。

2. 生活の夜型化による影響

そこで次に、生活の夜型化が進行する、中学生の就床遅延の影響について検討した。就床時刻別の群間比較により、就床時刻の遅延している群ほど、不眠感、睡眠不足を訴える生徒が有意に多く、起床時の気分の悪さや朝食を欠食する生徒、日中の耐え難い眠気や授業中に居眠りの混入する生徒が有意に多いことが判明した。睡眠不足や睡眠障害は、学習、感情コントロール等の高次脳機能を特に顕著に障害することが

指摘されている⁹⁻¹¹⁾。また、概日リズム障害は、従来、視覚障害者など特異な疾患のある人々にみられると考えられていたが、心身に障害のない健常者においてもみられ、特に、その発症が思春期・青年期にきわめて多いことが明らかにされつつある²⁵⁻²⁸⁾。一方、思春期の生徒では、学年が上がるにつれ、睡眠負債は増加することが明らかとなっている²⁰⁾。就床時刻の遅延は、始業時刻による起床時刻の制約から、睡眠短縮を生じ、睡眠不足を引き起こしやすくなると考えられる。こうした要因が生徒の不眠感や日中の気分、さらには食習慣に影響を及ぼし、日中の耐え難い眠気や授業中の居眠り混入といった、教育現場に関わる重要な問題を引き起こしている可能性を本研究の結果は示していた。平成10年の国民栄養調査¹⁵⁾では、全国の15歳から19歳の若者の約10人に1人が朝食を欠食し、年齢層が上がるにつれ増加傾向を示している。また、日本学校保健会による児童生徒の実態調査²⁹⁾でも、小学生から高校生にわたり、朝食欠食の割合が漸増することを報告している。本研究の結果でも、中学生徒の学年を追うごとに朝食欠食の割合は多かった。さらに、就床時刻が遅延する群では2倍以上と、朝食を欠食する生徒が顕著に多いことが明らかとなり、就床遅延を主とした睡眠習慣の乱れが、生徒の食習慣に強く影響を及ぼしていることが示唆された。生活の夜型化の進行は、必然的に就業や始業時刻に間に合う間際まで寝たい身体的、精神的欲求を引き起こすと考えられる。朝食欠食の理由として、「時間がない」、「食欲がない」といった項目が上位に挙げられるが³¹⁵⁾²⁹⁾、こうした内訳には、生活の夜型化にともなう就床遅延が、朝の時間的余裕をなくし、結果的に、朝食を抜く行動につながる要因である可能性が見いだせる。また、就床遅延は始業時刻の固定により、必然的に睡眠不足を生じさせやすい。その結果、起床時の気分の悪化につながると推定され、さらに食欲の減退を招く要因である可能性も同様に見いだせる。研究により、思春期における朝食欠食の実態は、学年が上がるにつれて変化する

睡眠習慣に、顕著に影響を受けている可能性を示唆した。さらには、朝食欠食の問題を、日常生活行動を基盤とした睡眠健康の観点を含め検討する必要性を示した。こうした生徒の食習慣に影響を及ぼす、睡眠習慣の悪化の一因として、生活スタイルの社会状況変化に対応せず、依然として始業時刻により制約された起床時刻等、学校カリキュラムからの問題提起もされているが³⁰⁾³¹⁾、早急且つ現実的な対応として、就床時刻に対する教育現場、家庭での適正な指導が、思春期における睡眠健康の確保を含む、現場の問題として重要であることが今回の結果より指摘できる。

本研究の結果、中学生の時期で既に、夜型の都市型生活が定着していること³²⁾や、中学期での不適切な睡眠習慣や食行動を含む生活習慣の定着が、成人期以降での睡眠障害と関与している可能性も示唆された。不眠を主とする睡眠健康の悪化が健康感を損ない、生活ストレスを高めること³³⁾が指摘されており、その一方で、睡眠健康の良好な者は、精神的・身体的健康状態も良好であることも明らかにされている¹⁶⁾¹⁷⁾。また、睡眠健康の悪化は、欠席や遅刻率を高め、疲労や精神健康の悪化、集中困難性を高めていることが指摘されている⁷⁾。これらのことは、この時期の睡眠健康の悪化が、思春期の心身の健康、学校教育に関わる重要な問題であることと同時に、生涯健康の管理上の重要な課題であることを示している。従って、睡眠習慣を主とした規則正しい生活習慣の確立が、この時期での重要な指導課題の一つであることも本研究は明確にした。本研究者は、現在、睡眠健康悪化へ関連する要因と具体的な改善策を明らかにするために、生理学的指標を用いて検討中であり、今後、さらに詳細な報告を行う予定である。

まとめ

沖縄の中学生を対象として、睡眠・生活習慣について調査を行ない、生活の夜型化の影響を検討した。その結果、朝食を欠食する生徒や、睡眠不足、睡眠時間の不規則、授業中の居眠り

をする生徒は、高学年に有意に多かった。一方、学年を追うごとに就床時刻、起床時刻の有意な遅延、睡眠時間の有意な短縮がみられた。睡眠不足、睡眠時間の不規則な生徒、授業中に居眠りをする生徒は2年生で増加し、朝食を欠食する生徒は3年生で顕著な増加を示すことが明らかとなった。さらに、生活の夜型化している群、就床遅延群では、朝食欠食の割合が非遅延群の2倍以上と、顕著な差であることが判明した。また、起床時の気分の悪さ、不眠感、睡眠不足を訴える割合が多く、授業中の居眠り混入や日中の耐え難い眠気を訴える割合も有意に多いことが判明した。本研究の結果、就床時刻の遅延は、睡眠時間の短縮化を招き、睡眠健康の悪化、食習慣の乱れや気分の悪化、授業中の眠気や居眠りの増加に関与していることが示唆され、就床時刻に対する適正な指導が、思春期の生徒の睡眠健康に重要であることを示していた。

謝 辞

本研究に際し、御理解と御協力を頂きました沖縄県中学校の各校長、教頭先生をはじめ、担当の先生各位に厚く御礼申し上げます。

文 献

- Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et al: An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population, *Sleep*, 23 (1): 41-47, 2000
- 厚生省精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害の診断・治療及び疫学に関する研究班」報告書, 1998
- NHK放送文化研究所：1990年度国民生活時間調査, 日本放送出版協会, 1991
- NHK放送文化研究所：データブック・国民生活時間調査1995, 日本放送出版協会, 1996
- 石原金由, 江口由佳子, 三宅 進：小・中学生における睡眠・覚醒習慣の変化, 睡眠と環境, 第3巻, :90-97, 1995
- Ishihara K, Saitoh S, Miyasita A, et al: Validity of the Japanese version of the Morningness-Eveningness Questionnaire, *Percept Mot Skills*, 59: 863-866, 1984
- 田中秀樹：青年期における睡眠健康と心の健康, 疲労, ライフスタイル—首都圏医療系大学生の調査結果—, MRIT教育研究年報, 第1号, 2001 (印刷中)
- 佐藤昭三, 竹内一夫, 青木繁伸ほか：都市化進行一地域の中学生徒の精神的健康とライフスタイルの7年後の変化について, *学校保健研究*, 38: 276-284, 1996
- Bonnet MH: Sleep deprivation. In: *Principals and practice of sleep medicine*, Kryger MH, Roth T, Dement WC, 50-67, W.B. Saunders Co., Philadelphia. 1994
- Dinges DF: An overview of sleepiness and accidents, *J Sleep Res* 4: 4-14, 1995
- Feinberg I: Effects of maturation and aging on slow wave sleep in man. In: *Slow Wave Sleep. Physiological, Pathophysiological, and Functional Aspects*. Wauquiere A, Dugovic C, Radulovacki M, 31-48, Raven Press, New York, 1989
- 白川修一郎：高齢者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発(1). 厚生省厚生科学研究費長寿科学総合研究平成7年度研究報告, Vol. 3. 老年病総論: 252-258, 1996
- 田中秀樹, 白川修一郎, 鍛冶 恵ほか：生活・睡眠習慣と睡眠健康の加齢変化, 性差, 地域差についての検討; 30歳から85歳を対象として, *老年精神医学雑誌*, 10: 327-335, 1999
- 白川修一郎, 田中秀樹：睡眠・覚醒障害の生活・習慣指導, 精神科治療の理論と技法—薬物療法と生理学的治療—, (井上雄一, 岸本 朗編), 星和書店, :158-167, 1999
- 健康・栄養情報研究会 [編]: 国民栄養の現状, 平成9年度国民栄養調査結果, 1999
- 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子ほか：高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討～長寿県沖縄の調査結果～, *精神保健研究*, 45: 63-68, 1999
- 田中秀樹, 平良一彦, 上江洲榮子ほか：長寿

- 県沖縄と大都市東京の高齢者の睡眠健康と生活習慣についての地域間比較による検討, 老年精神医学雑誌, 11 : 425-433, 2000
- 18) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志ほか: 思春期における心身の健康保全に係わる適正な睡眠確保の為の生活習慣についての検討, 学校メンタルヘルス 3 : 57-62, 2000
- 19) Hartmann E, Beakland F, Zwillling G, et al.: Sleep need: how much sleep and what kind?, *American Journal of Psychiatry*, 127,: 1001-1008, 1971
- 20) Masashi Arakawa, Kazuhiko Taira, Hideki Tanaka, et al.: A survey of junior high school students' sleep habit and lifestyle in Okinawa, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 2001 (in press)
- 21) 田中秀樹, 林 光緒, 堀 忠雄: 青年期における睡眠問題の発達の検討~教育現場での臨床的応用をめざして~, 広島大学総合科学部紀要 IV理系編, 23, : 141-154, 1997
- 22) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志ほか: 沖縄県の中学生における夏休み中の睡眠習慣, ~生涯健康の観点からの検討~, *精神保健研究*, 46,: 65-71, 2000
- 23) 東京都教育委員会: 学齢期からの健康づくりのために, -東京都公立学校児童・生徒の健康実態等調査結果報告書-, 1993
- 24) Carskadon M.A, Vieira C, Acebo C.: Association between puberty and delayed phase preference, *Sleep*, 16,: 258-262, 1993
- 25) Manni R, Ratti MT, Marchioni G, et al.: Poor sleep in adolescents: A study of 869 17-year-old Italian secondary school students, *J. Sleep Res*, 6,: 44-99, 1997
- 26) 高橋清久, 森田伸行, 三島和夫: 我が国における睡眠覚醒リズム障害の多施設共同研究第一報, *人口統計学研究*, *精神医学*, 35 : 605-614, 1993
- 27) 太田龍朗, 安藤勝久, 早河敏治: 不登校とリズム障害, *脳と精神の医学*, 4 : 93-99, 1993
- 28) Thorphy MJ, Korman E, Spielman AJ, et al.: Delayed sleep phases syndrome in adolescents. *J Adolesc Health Care*, 9,: 22-27, 1988
- 29) 平成10年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書, 日本学校保健会, 1998
- 30) Mary A. Carskadon, Amy R. Wolfson, Christine Acebo, et al.: Adolescent sleep Patterns, circadian timing, and sleepiness at a transition to early school days, *Sleep*, 21 (8) : 871-881, 1998
- 31) R. Epstein, N. Chillag, P. Lavie.: Starting times of school: Effects on daytime functioning of fifth-grade children in Israel, *Sleep*, 21 (3): 250-256, 1998
- 32) 堀 忠雄: 睡眠習慣の実態調査と睡眠問題の発達の検討, 平成7~9年度文部省科学研究費補助金基盤研究(A)課題番号07301013, 1998
- 33) 堀 忠雄: 不眠, 同朋舎出版, 163-193, 1988

(受付 01. 3. 15 受理 01. 10. 6)

連絡先: 〒903-0213 沖縄県西原町字千原1
琉球大学教育学部 生涯健康基礎学講座(荒川)

原 著

思春期のセルフエスティーム、
ストレス対処スキルの発達と喫煙行動との関係

川 畑 徹 朗*¹, 西 岡 伸 紀*², 春 木 敏*³
島 井 哲 志*⁴, 近 森 けいこ*⁵

*¹神戸大学発達科学部

*²兵庫教育大学学校教育学部

*³兵庫大学健康科学部

*⁴神戸女学院大学人間科学部

*⁵神戸大学大学院総合人間科学研究科

Development of Self-Esteem and Stress Management Skills and
their Relationships to Smoking Behavior among Early Adolescents

Tetsuro Kawabata*¹, Nobuki Nishioka*², Toshi Haruki*³, Satoshi Shimai*⁴, Keiko Chikamori*⁵

*¹Faculty of Human Development, Kobe University

*²Faculty of School Education, Hyogo University of Teacher Education

*³Faculty of Health Sciences, Hyogo University

*⁴School of Human Sciences, Kobe College

*⁵Graduate School of Cultural Studies and Human Science, Kobe University

The purpose of this longitudinal study was to clarify the association between Japanese early adolescent development and self-esteem and stress management skills and their relationships to smoking behavior.

This three-year cohort study comprised all fourth graders from two elementary schools in the Itami City in the Hyogo prefecture and one elementary school in the Niigata City in the Niigata prefecture, and all seventh graders from two junior high schools in the Itami City (N=894). Data were collected each year using a confidential self-administered questionnaire, and 758 students who participated in all three surveys were included in the analysis. Self-esteem was measured using the Rosenberg Scale, the Harter Scale, and the Pope Scale. Stress management skills were measured using the scale developed by Sakano et al.

The main results were as follows.

- 1) Self-esteem decreased generally as grade increased for both genders, while boys showed higher self-esteem scores than girls, except for the family subscale.
- 2) For the stress management skills, there were no gender and grade differences in elementary schools. For junior high school girls, values of the negative coping behavior increased with grade and girls showed significantly higher negative coping behavior scores than boys in all grades.
- 3) According to the results of stepwise discriminant analyses for junior high school students, smoking behavior of their friends, siblings, and parents proved to be the best predictor. The physical, family, social, and cognitive self-esteem subscales were also related. The higher self-esteem in the family, social, and cognitive subscales at the 7th grade was

related to the lower likelihood of smoking behavior at the 9th grade. However, the higher self-esteem in the physical subscale was related to the higher likelihood of smoking behavior.

The results of this study were consistent with those of existing cross-sectional research on the factors related to smoking behavior among Japanese adolescents and suggest that effective smoking prevention programs for early adolescents in Japan should include self-esteem enhancement training as well as training of specific skills to resist pressures to persuade them smoking.

Key words : smoking behavior, self-esteem, stress management skills, early adolescents, longitudinal study

喫煙行動, セルフエスティーム, ストレス対処スキル, 思春期, 縦断研究

I. はじめに

今日の我が国における主要な死亡原因であるがん, 心臓病, 脳血管疾患の発生と進行には, 喫煙, 過度の飲酒, 偏った食生活, 運動不足など, 人の取る行動が深い関わりを持っている。また, 近年になって次第に深刻化している青少年の喫煙・飲酒・薬物乱用, 早期の性行動, いじめ, 暴力, 不登校などの行動は, 短期および長期の健康問題を引き起こすだけでなく, 彼らの知的・情緒的・社会的発達に対して重大な影響を及ぼす。こうした危険行動は, 人生の比較的早い段階において形成され, 一度形成されるとその変容が困難であることから, できるだけ早期に健康教育を実施して, その発現を防止することが重要視されている。

青少年の危険行動を効果的に防止するためには, 危険行動の形成に関わる要因および要因間関係を明らかにし, そうした知見から導かれた妥当な理論に基づいた健康教育を実施する必要がある。そして, 最近の欧米における研究によれば, こうした危険行動は青少年にとって重要な周囲の人, 例えば家族や友人などの行動や態度, あるいは宣伝・広告などのマスメディアの影響などの社会的要因と, 健康に関する態度や信念, 自己効力感, セルフエスティーム, スキルなどの個人的要因によって規定される複雑

な行動であるにとらえられている。例えば, 米国の青少年の喫煙行動形成に関わる要因について検討したBotvinら¹⁾は, 喫煙開始に関しては友人の喫煙行動が重要な関わりを持つ一方, 喫煙の継続に関しては喫煙行動に対する規範意識, 自己効力感, セルフエスティーム, 意志決定スキルなどの個人的要因が重要な役割を果たすとしている。

我が国においても, 青少年の喫煙行動に関しては多くの研究がなされ, 周囲の人, とりわけ友人の喫煙行動や態度が青少年の喫煙行動と強い関連性を持っていることが, 幾つかの横断研究²⁻⁴⁾や縦断研究⁵⁻⁷⁾によって確認されている。また個人的要因としては, 将来の自分の喫煙行動の予測や喫煙意思が強い関連性を持っていることが示されている^{3,5-7)}。

一方最近になって, 喫煙行動を始めとするさまざまな危険行動の形成に関わる共通要因として, 一般的心理社会能力であるライフスキルやセルフエスティームに対して研究の関心が向けられるようになり, とりわけセルフエスティーム, すなわち自分の価値, 能力, 適性などに対する自己評価⁸⁾と喫煙行動との関係について幾つかの研究⁹⁻¹²⁾がなされている。そしてこれらの研究は一致して, セルフエスティームと喫煙行動との間には負の関係があることを示している。また, 小・中学生を対象とした川畑ら¹⁰⁾や

Kawabataら¹¹⁾の研究結果によれば、小学校高学年から中学校にかけて喫煙経験者率は上昇する一方、セルフエスティームが低下する傾向にあることが示されている。

以上の研究結果は、青少年の喫煙行動を防止するためには、ただ単に知識を獲得させるだけではなく、社会的要因の影響に気付かせ、それらに対処するスキルの形成に加えて、セルフエスティームを高めることが有効であることを示唆している。しかしながらセルフエスティームと喫煙行動との関係に関する従来の研究は、欧米で実施された研究¹³⁻¹⁹⁾を含めて、Abernathyら¹⁹⁾の研究を除けばすべて横断データに基づくものであり、両者の因果関係について論じるには限界があった。そこで本研究においては、喫煙経験者の割合が急増する小学校中・高学年の児童および中学校の生徒をそれぞれ対象とした縦断研究を実施し、セルフエスティームの発達的变化および喫煙行動との関連性を検討することによって、青少年の喫煙行動を防止するためにセルフエスティームを高めることの妥当性を検証することを主な目的とした。加えて、ライフスキルの一つであり、セルフエスティームとの密接な関係が指摘されている²⁰⁾ストレス対処スキルの発達的变化および喫煙行動との関連性についても併せて検討し、より総合的な喫煙防止教育そして健康教育の内容と方法を追究するための基礎的情報を得ることを目的とした。

II. 方 法

1. 対象

兵庫県伊丹市の小学校2校と新潟県新潟市の小学校1校の4年生と、兵庫県伊丹市の中学校2校の1年生を、平成8年度から3年間にわたる縦断調査の対象とした。表1には各年度の調査対象者数を性別に示した。本論文においては、3年間の調査データを照合できた小学生374人(男子211人, 女子163人), 中学生384人(男子199人, 女子185人), 計758人(男子410人, 女子348人)を分析の対象とした。

表1 年度別調査対象者数

	平成8年度	平成9年度	平成10年度
	小学校4年	小学校5年	小学校6年
男子	249	264	245
女子	198	202	203
不明	0	2	0
計	447	468	448
	中学校1年	中学校2年	中学校3年
男子	235	240	228
女子	211	220	209
不明	1	0	1
計	447	460	438

2. データ収集

調査は各年度とも11月から1月にかけて、調査対象クラスの学級担任が、研究者によって作成された調査実施者用手引書に従って実施した。調査実施者用手引書には、児童生徒への説明や指示を具体的に記すとともに、指示内容以外の説明を行わないように求めて、調査実施方法の統一を図った。

調査項目の中には、喫煙や飲酒など、未成年者においては法律によって禁止されている行動に関する調査項目も含まれているので、できるだけ正確な回答を得るために、回答した内容についての秘密の保持に配慮した。第一に、調査は自記入式の無記名調査とした。第二に、記入後はあらかじめ各人に配付した封筒に記入済みの調査票を入れ、封をさせた。第三に、調査中は机間巡視をしないように調査実施担当教師に求めた。

縦断調査のデータ照合のために、初年度の調査時に4桁のID番号を印字した3枚(新潟市の小学校では6年間の縦断調査を実施するために6枚)のタックシールが入った小封筒を無作為に各人に配布した。児童生徒は、調査票に記入後、調査票の所定の位置にシールを貼り、残りのシールは各自が小封筒に入れて密封し、小封筒の表紙に自分の名前を書いた後に返却した。回収した小封筒は研究者が保管し、次年度の調査実施時に調査実施者が再配布した。以上の手

続きによって、無記名調査でありながら、個人のデータを照合することが可能となった。

3. 調査項目と解析法

図1には、本調査の質問項目間の関係を、Greenら²¹⁾のプリシードモデルに基づいて概念化して示した。以下では、本研究の中心的内容に関わる質問項目を中心に説明する。

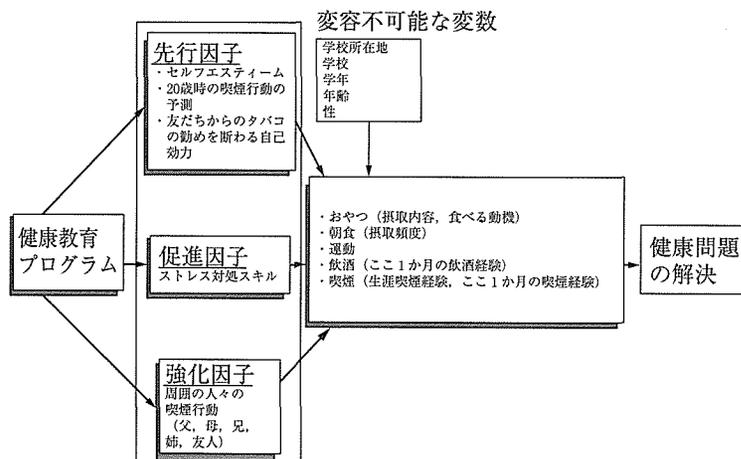
セルフエスティームの測定には、これまで我が国で実施された横断研究によって喫煙行動との関係が示唆されている尺度、即ち、全般的なセルフエスティームのレベルを測定するためのRosenbergの尺度²²⁾と、領域別のセルフエスティームのレベルを測定するためのHarter²³⁾そしてPopeら²⁴⁾の尺度の一部を用いた。

全般的なセルフエスティームのレベルを測定するRosenbergの尺度は、10項目から成っている。回答形式は3件法（1. よくそう思う, 2. ときにはそう思う, 3. ほとんどそうは思わない）であり、各項目の選択肢は数値が大きいほどセルフエスティームのレベルが高くなるように変換し、合計得点（10～30点）を求めた。即ち、得点が高いほど全般的なセルフエスティームのレベルが高いことを示している。

Harterの尺度からは、「学習」、「友人」、「運動」の3つの下位尺度を用いた。各下位尺度は7項目から構成され、各領域における認知され

た有能感を測定している。回答形式は2回の2件法による4段階評定である。例えば、対象者は「イ 勉強はとてもよくできると思います」と「ロ 勉強は、よくできるかどうかわかりません」の2つの記述のうち、自分によりあてはまる方を選ぶ。続いて「だいたいあてはまる」か「とてもよくあてはまる」かのいずれかを選ぶ。得点化の方法は、各項目について有能性を最も高く認知している反応を4点、最も低く認知している反応を1点とし、各下位尺度の合計得点（7～28点）を求めた。即ち、得点が高いほど各領域における認知された有能感のレベルが高いことを示す。

Popeらの尺度からは、「身体」と「家族」の2つの下位尺度を用いた。各下位尺度は10項目から構成され、「身体」は自分の容貌や体型などに関して、「家族」は家族の一員としての自分に関して、セルフエスティームのレベルを測定している。回答形式は3件法（1. よくそう思う, 2. ときにはそう思う, 3. ほとんどそうは思わない）であり、各項目の選択肢は数値が大きいほどセルフエスティームのレベルが高くなるように変換し、各下位尺度の合計得点（10～30点）を求めた。即ち、得点が高いほど各領域におけるセルフエスティームのレベルが高いことを示している。



プログラムの実施によって変容可能な変数

図1 質問項目間の関係

ストレス対処スキルの測定には、坂野らの尺度²⁵⁾を用いた。この尺度は「積極的対処」と「消極的対処」の2つの下位尺度から構成されている。すなわち積極的対処とは、「どうすればよいか、計画を立てる」などのように、ストレスの原因に対して積極的に立ち向かう行動(10項目)であり、消極的対処とは、「その問題についてあまり考えないようにする」などのように、ストレスの原因から逃げたり、問題を先送りする行動(5項目)である。回答形式は4件法(1. 全然そうしない, 2. あまりそうしない, 3. 時々そうする, 4. よくそうする)であり、各項目について選択肢の数値をそのまま得点化し、各下位尺度の合計得点(積極的対処: 10~40点, 消極的対処: 5~20点)を求めた。即ち、得点が高いほど各対処スキルをよく使うことを示している。

喫煙行動に関しては、JKYB²⁾およびJASS²⁶⁾の定義にならない、「あなたは、今までに、タバコを一口でも吸ったことがありますか」という質問に対して「吸ったことがある」と回答した者を喫煙経験者と定義し、「あなたは、この1か月間にタバコを吸いましたか」という質問に対して、「1本吸った」、「2~19本吸った」、「20本以上吸った」のいずれかを選んだ者を喫煙者(月喫煙者)と定義した。

分析の手順としては、まずセルフエスティーム、ストレス対処スキルの各尺度についてクロンバックの α 係数、各年度間の得点の相関係数を算出した。次に各尺度の得点を性別・学年別に求め、性差の有意性の検定にはt検定を、学年差の有意性の検定には繰り返しのある測度のための分散分析を用いた。次に喫煙経験者率と喫煙者率を性別・学年別に求めた。性差の有意性の検定には χ^2 検定を、学年差の有意性の検定には繰り返しのある測度のための分散分析を用いた。最後に、初年度の調査から得られた諸変数から、第3年度の調査時の喫煙行動を予測するために、ステップワイズ法による判別分析を行った。分析に際しては、マッキントッシュ用統計プログラムパッケージSPSSを使用し、

統計上の有意水準は5%とした。

Ⅲ. 結 果

1. セルフエスティームとストレス対処スキル

表2には、各尺度のクロンバックの α 係数を調査年度別、小中別に示した。数値はおおよそ0.7~0.9の範囲にあり、小学生と中学生の間に顕著な差異は認められなかった。特に α 係数の大きい尺度は「SE(セルフエスティーム、以下同じ)―運動」と「SE―家族」であり、調査年度や小中の別を問わず0.8以上であった。

表2 セルフエスティームおよびストレス対処スキル尺度のクロンバックの α 係数

	平成8年度	平成9年度	平成10年度
	小学校4年	5年	6年
	中学校1年	2年	3年
【SE―学習】			
小学生	.787	.818	.851
中学生	.778	.795	.800
【SE―友人】			
小学生	.728	.788	.783
中学生	.746	.803	.781
【SE―運動】			
小学生	.865	.882	.894
中学生	.838	.892	.894
【SE―身体】			
小学生	.672	.734	.716
中学生	.702	.741	.755
【SE―家族】			
小学生	.822	.834	.837
中学生	.816	.823	.861
【SE―全般】			
小学生	.760	.746	.736
中学生	.680	.731	.766
【ストレス―積極的対処】			
小学生	.755	.763	.675
中学生	.758	.753	.760
【ストレス―消極的対処】			
小学生	.627	.737	.733
中学生	.627	.685	.708

また「SE—学習」もほぼ0.8に近い値を示した。一方、「ストレス—消極的対処」の α 係数は、特に調査初年度の数値が0.627とやや低かった。

表3には、各尺度について年度間の得点の相関係数（ピアソンの積率相関係数）を示した。相関係数はいずれも有意であった。特に「SE—学習」と「SE—運動」の相関係数は、年度間や小中の別を問わず相関係数が0.5以上であった。ストレス対処スキル尺度の相関係数は0.271～0.577であり、セルフエスティーム尺度の場合に比べて総じて低かった。また、中学生の得点の相関係数は小学生に比べて総じて高く、

表3 セルフエスティームおよびストレス対処スキル尺度の年度間の相関係数

	平成8年度 —9年度	平成9年度 —10年度	平成8年度 —10年度
【SE—学習】			
小学生	.590	.781	.562
中学生	.731	.736	.646
【SE—友人】			
小学生	.499	.616	.390
中学生	.705	.694	.570
【SE—運動】			
小学生	.734	.804	.697
中学生	.806	.837	.742
【SE—身体】			
小学生	.596	.705	.408
中学生	.732	.728	.634
【SE—家族】			
小学生	.569	.686	.446
中学生	.664	.752	.599
【SE—全般】			
小学生	.487	.666	.378
中学生	.595	.655	.508
【ストレス—積極的対処】			
小学生	.416	.517	.271
中学生	.566	.563	.459
【ストレス—消極的対処】			
小学生	.433	.470	.309
中学生	.404	.577	.380

相関係数はすべて有意 ($p < 0.05$)

他の年度間に比べて低い平成8年度と平成10年度間の相関係数でも、ストレス対処スキルの2つの尺度を除いて0.5以上あった。一方小学生の場合、平成8年度と平成10年度間の相関係数は、「SE—学習」と「SE—運動」を除いて0.5以下であり、特にストレス対処スキルの2つの尺度は0.271, 0.309と低かった。

表4には、セルフエスティームとストレス対処スキルの各尺度の得点の平均値を性・学年別に示した。

セルフエスティームの得点の性差に関しては、総じて男子の得点は女子に比べて高かった。特に「SE—運動」と「SE—全般」についてはすべての学年において、「SE—学習」と「SE—身体」については小学校4年を除く各学年において、また「SE—友人」については小学校5年と6年において統計的に有意な差があった。「SE—家族」については各学年とも性差は認められなかった。

セルフエスティームの得点は、総じて学年が進むにつれて低下した。特に「SE—学習」（小学校女子、中学校女子）、「SE—友人」（中学校男子、同女子）、「SE—運動」（小学校男子、同女子、中学校女子）、「SE—家族」（小学校男子）、「SE—全般」（小学校女子）においては統計的に有意な差があった。

ストレス対処スキルの得点の性差に関しては、「積極的対処」については各学年とも性差は認められなかった。一方「消極的対処」については中学校のすべての学年において有意差があり、女子の得点は男子に比べて高かった。

ストレス対処スキルの得点の学年差に関しては、「積極的対処」については男女、小中の別を問わず学年差は認められなかった。「消極的対処」については中学校女子において有意差があり、学年が進むにつれて得点は上昇する傾向が認められた。

2. 喫煙行動

図2には、喫煙経験者と月喫煙者の割合を性・学年別に示した。

喫煙経験者の割合は、すべての学年において

表4 セルフエスティームおよびストレス対処スキル各尺度得点の性・学年別平均値

	平成8年度	9年度	10年度	平成8年度	9年度	10年度
	小学校4年	5年	6年	中学校1年	2年	3年
【SE—学習】						
男子	17.5	17.5*	17.3*	15.6*	15.5*	15.3*
女子	16.8	16.1	15.7#	14.4	14.0	13.5#
【SE—友人】						
男子	19.9	20.0*	19.9*	19.6	19.3	18.8#
女子	19.3	19.0	18.8	19.2	18.5	18.4#
【SE—運動】						
男子	18.1*	17.4*	17.0*#	18.1*	17.7*	17.6*
女子	16.4	15.3	14.9#	16.2	15.4	14.9#
【SE—身体】						
男子	20.0	20.1*	19.7*	20.0*	19.9*	19.5*
女子	19.3	18.2	17.6	17.5	17.1	16.9
【SE—家族】						
男子	23.7	23.6	22.8#	23.1	22.1	21.3
女子	24.3	23.4	22.7	22.7	21.6	21.1
【SE—全般】						
男子	21.9*	21.8*	21.2*	20.7*	20.6*	20.4*
女子	21.1	20.3	20.2#	19.8	19.3	19.3
【ストレス—積極的対処】						
男子	29.1	29.3	29.0	28.9	28.4	28.3
女子	29.5	29.4	28.9	28.3	28.3	28.7
【ストレス—消極的対処】						
男子	10.8	11.2	11.3	11.0	11.3	11.2
女子	11.3	11.6	11.9	11.7*	12.1*	12.3*#

* : p<0.05で性差があることを示す
 # : p<0.05で学年差があることを示す

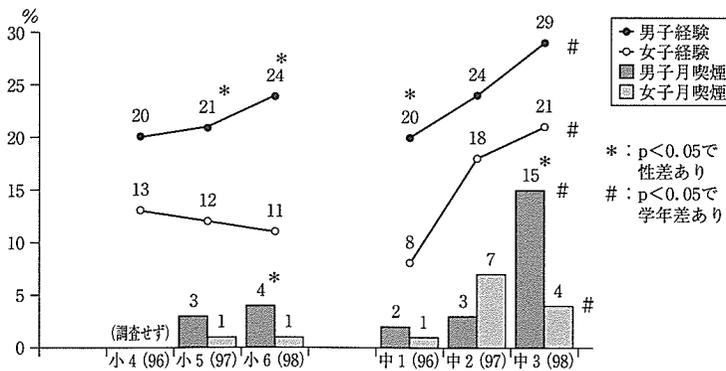


図2 喫煙経験者と月喫煙者の性・学年別割合

男子が女子に比べて高く、小学校5年、6年、中学校1年では有意であった。また、月喫煙者の割合は、中学校2年を除いて男子の割合が女子に比べて高く、小学校6年と中学校3年では有意であった。

学年差を検討するために、これまでに喫煙経験がない場合は0点、ある場合は1点、またここ1か月間に喫煙経験がない場合は0点、ある場合は1点として、繰り返しのある測度のための分散分析を適用した所、中学校においては男女ともに、いずれの喫煙行動についても有意差

が認められた。喫煙経験および男子の月喫煙については、学年が進むにつれて数値は上昇したが、女子の月喫煙については中学校2年の数値が他の学年に比べて高かった。

3. 喫煙行動の予測

図2に示したように小学校段階ではほとんど喫煙行動に変化が認められなかったので、ここでは中学生のみを分析の対象とした。なお、中学校男子では、喫煙経験者率よりも月喫煙者率の変化が大きく、中学校女子では、月喫煙者率よりも喫煙経験者率の変化が大きかったので、

表5 中学3年時の喫煙行動を目的変数としたステップワイズ法による判別分析

変数 (追加順)	residual variance	β	変数 (追加順)	residual variance	β
男子：中学校1年時に非月喫煙者であった190人を分析対象			女子：中学校1年時に喫煙未経験者であった170人を分析対象		
1. 喫煙する親友	0.92	0.73	1. 飲酒	0.93	0.52
2. 喫煙する兄	0.88	0.43	2. 喫煙する姉	0.88	0.44
3. 喫煙する母	0.86	0.48	3. SE—運動	0.86	0.51
4. 喫煙する父	0.84	-0.31	4. 喫煙行動の予測	0.84	0.36
5. SE—運動	0.83	0.31	5. 喫煙する母	0.81	-0.45
6. SE—家族	0.82	-0.30	6. SE—学習	0.80	-0.30
7. 喫煙する姉	0.81	-0.26	7. 喫煙する親友	0.79	-0.26
		(的中率：74.9%)	8. SE—友人	0.77	-0.27
					(的中率：71.1%)

β : Standardized canonical discriminant function coefficients

目的変数 (中学校3年時) :

- ここ1か月間の喫煙行動 (男子) …… 1. 吸っていない 2. 1本以上吸った
 これまでの喫煙経験 (女子) …… 1. 吸ったことがない 2. 吸ったことがある

説明変数 (中学校1年時) :

- 喫煙する父, 母, 兄, 姉, 親友 …… 1. いない 2. いる
 喫煙行動の予測 …… 1. 絶対に吸っていない ~ 5. 絶対に吸っている
 タバコの勧めを断わる自己効力 …… 1. 必ずできると思う ~ 3. まったくできないと思う
 飲酒 …… 1. 飲んでいない 2. 飲んだ
 朝食の摂取 …… 1. 毎日食べている ~ 4. ほとんど食べない
 運動習慣 …… 1. ほとんど毎日している ~ 4. ほとんどしていない
 SE—学習, SE—友人, SE—運動 …… 7 ~ 28
 SE—身体, SE—家族, SE—全般 …… 10 ~ 30
 ストレス—積極的対処 …… 10 ~ 40
 ストレス—消極的対処 …… 5 ~ 20

男子の場合は中学校1年時に非月喫煙者であった190人について中学校3年時の月喫煙行動を目的変数とし、女子の場合は中学校1年時に喫煙未経験者であった170人について中学校3年時の喫煙経験を目的変数とし、中学校1年時の調査によって得られた18変数(表5)を男女ともに説明変数として、ステップワイズ法(変数増減法)による判別分析を用いて予測した。なお、ステップワイズの変数選択方式としては、残差割合を最小にする変数を選択する方法を用いた。表5には、ステップワイズ法によって取り込まれた変数を順に示した。

月喫煙を目的変数とした男子の場合、まず「喫煙する親友」が変数として取り込まれ、次いで「喫煙する兄」、「喫煙する母」、「喫煙する父」といった周囲の人の喫煙行動に関係する変数が取り込まれた。セルフエスティームに関係する変数としては、「SE—運動」と「SE—家族」がそれぞれ5番目と6番目に取り込まれた。標準化された判別関数の係数の絶対値は、大きい順に「喫煙する親友」、「喫煙する母」、「喫煙する兄」であり、符号はいずれも正であった。セルフエスティーム尺度の係数の絶対値は周囲の人の喫煙行動に比べれば小さかった。また係数の符号は「SE—家族」の場合は負、「SE—運動」の場合は正であった。残差割合は0.81であり、予測の的中率は74.9%であった。ただし、実際の非月喫煙者の80.0%が正しく判別されたのに対して、正しく判別された月喫煙者の割合は41.7%に過ぎなかった。

喫煙経験を目的変数とした女子の場合、まず「飲酒」が、次いで「喫煙する姉」が変数として取り込まれた。セルフエスティームに関係する変数としては、「SE—運動」が3番目に、「SE—学習」と「SE—友人」がそれぞれ6番目と8番目に取り込まれた。標準化された判別関数の係数の絶対値は、大きい順に「飲酒」、「SE—運動」、「喫煙する母」、「喫煙する姉」であり、符号は「喫煙する母」を除いて正であった。セルフエスティーム尺度の係数の絶対値は、「SE—運動」を除けば他の変数に比べて小さかった。

また係数の符号は、「SE—運動」は男子の場合と同様に正であり、「SE—学習」と「SE—友人」は男子の「SE—家族」の場合と同様に負であった。残差割合は0.77であり、予測の的中率は71.1%であった。そして実際の喫煙未経験者の74.4%、喫煙経験者の53.8%が正しく判別された。

IV. 考 察

セルフエスティームとストレス対処スキルのクロンバックの α 係数は、調査初年度におけるストレスに対する「消極的対処」の尺度が0.627と低いことを除けば、調査年度、小中の別を問わず0.7~0.9という高い数値を示した。なかでも「運動」、「家族」、「学習」の α 係数は0.8以上もしくはそれに近い数値を示した。次に、各尺度について年度間の得点の相関係数を求めた結果によれば、ストレス対処スキルの2尺度の相関係数が0.271~0.577であったのに対して、セルフエスティームの各尺度の相関係数は総じて高く、特に「学習」と「運動」そして中学生の得点の相関は高かった。以上のことは、セルフエスティーム尺度の信頼性が高いこと、また中学生になると各人のセルフエスティームの集団内における相対的レベルは次第に固定化することを示している。言い換えれば、中学校1年時にセルフエスティームの高い生徒は中学校3年時も相対的に高く、逆に中学校1年時にセルフエスティームの低い生徒は3年時にも相対的に低い傾向にあることを意味している。

セルフエスティームの得点は、学年が進むにつれて総じて低下し、また「家族」を除いて男子の得点は女子よりも高かった。本研究の結果は、思春期の間にとりわけ女子のセルフエスティームが急激に低下するという横断研究の結果^{10,11,27)}と一致している。

Harterの尺度を用いて、小学校3年生~中学校3年生のセルフエスティームを調べた桜井²⁷⁾によれば、加齢に伴うセルフエスティームの低下や、身体的能力以外のセルフエスティームの性差は、米国では認められないという。我が国

の青少年のセルフエスティームが年齢が進むにつれて低下することについて桜井は、受験戦争という日本の教育事情が、次第に児童生徒の自己確信や自己有能感を低下させているものと解釈している。また、桜井の研究と同様にHarterの尺度を用いて、小学校4年生～中学校3年生のセルフエスティームと喫煙行動との関係を調べた川畑ら¹⁰⁾も、加齢に伴うセルフエスティームの低下を認め、受験に必要な能力のみが過度に重視され、それ以外の能力が認められにくい学校や家庭を始めとする社会環境の下で子どもたちが育つとすれば、そうした能力の面では劣る子どもたちは重大なセルフエスティームの問題を抱え、喫煙などの不適応行動を引き起こす危険性が高いとしている。

我が国の思春期女子のセルフエスティームが男子に比べて低い理由については、これまでの研究では十分な解明はなされていない。ただし、帰国子女教育学級が置かれ、小・中一貫教育が実施されている国立大学附属校の小学校5年から中学校2年生のセルフエスティームを調べた川畑ら²⁸⁾の研究によれば、小学校6年生における「学習」に関するセルフエスティームを除いて性差は認められず、むしろ米国における研究結果に近い結果が得られている。また同研究によれば、女子の「友人」や「学習」に関するセルフエスティームのレベルは、一般校の児童生徒よりも高かった。セルフエスティームの高い子どもを持つ親の養育行動のパターンとして、「子どもに対する態度・行動が独立的で、弾力性に富み効果的である」、「子どもの態度・行動に対して受容的である」、「子どもを尊重し、慎重に対応している」、「保護と自立の適度なバランスを保っている」などの特徴が認められる²⁹⁾ことを考えあわせると、我が国の思春期女子のセルフエスティームが男子に比べて低い理由として、我が国の親の養育態度・行動、あるいは学校の心理社会的環境が、女子のセルフエスティームの形成に好ましくない影響を与えているのではないかと推察される。ただし、こうした仮説の妥当性について論じるためには、親の

養育態度・行動あるいは学校の心理社会的環境を含めた、より総合的な研究が必要である。

ストレス対処スキルの得点は、「積極的対処」については性差、学年差ともに認められなかった。一方「消極的対処」については、中学校ではすべての学年において有意差があり、女子の得点は男子に比べて高かった。また、中学校女子においては有意な学年差があり、学年が進むにつれて得点は上昇した。

本研究で用いた尺度と同じ尺度を用いて、首都圏の中学生を対象とした坂野ら²⁹⁾の調査では、女子は「消極的対処」を、男子は「積極的対処」を多く用い、1年生は2、3年生に比べて積極的に対処しようとするが、3年生は他の学年に比べて消極的な対処行動を多く行う傾向にあることが示され、「消極的対処」に関する結果は本研究の結果と一致していた。一方、同じ尺度を用いて、9都府県の小・中学生を対象とした島井ら²⁹⁾の調査では、「消極的対処」については性や年齢による差はなく、男子の「積極的対処」の得点が中学生になると低下し、男子の得点は女子に比べて低く、本研究とは全く異なった結果を示した。

以上のように、セルフエスティームに関する結果とは異なり、ストレス対処スキルの発達の傾向や性差に関しては一致した結果は得られていない。その理由の一つとして、本研究でも示されたようにセルフエスティームがかなり安定したものであるのに対して、人の取るストレス対処行動は置かれた状況や直面している問題にかなり左右されるためではないかと考えられる。また、本研究でも示されたように、ストレス対処スキルの尺度の信頼性がセルフエスティームの尺度の信頼性と比較するとそれほど高くなくとも一因として考えられる。ストレス対処スキルの発達の傾向や性差に関して論じるためには、なによりもまず信頼性の高い尺度を開発することが求められる。

本研究の主な目的の一つは、縦断データに基づいて、セルフエスティームあるいはストレス対処スキルと喫煙行動との関係を明らかにする

ことにあった。喫煙行動の学年推移について見ると、小学校段階では男女ともにほとんど変化が認められなかった。一方、中学校男子の月喫煙者率は2年の3%から3年の15%へと急激に上昇し、また女子においては、1年から2年にかけて喫煙経験者率が8%から18%へ、月喫煙者率が1%から7%へと急激に上昇した。そこで、本研究では中学生を対象とし、中学校1年時の調査で得られた諸変数から中学校3年時の喫煙行動（男子の場合はここ1か月間の喫煙行動、女子の場合はこれまでの喫煙経験）を予測した。

ステップワイズ法を用いた分析結果によれば、男子では、親友や家族の喫煙行動など、周囲の人の喫煙行動が最も強い関係を持っていた。この結果は、これまでに我が国で行われた横断研究²⁻⁴⁾や縦断研究⁵⁻⁷⁾の結果と一致していた。また、セルフエスティームの尺度である「運動」と「家族」が判別関数に取り込まれた。喫煙経験を目的変数とした女子の分析結果でも、飲酒行動、将来の喫煙行動の予測、周囲の人の喫煙行動とともに、セルフエスティームの尺度である「運動」、「学習」、「友人」が変数として取り込まれた。Harterの尺度を用いて小・中学生のセルフエスティームを測定し、喫煙行動との関係をステップワイズ法に基づいて分析した川畑ら¹⁰⁾の横断研究の結果においても、セルフエスティーム尺度の「運動」と「全般」が判別関数に取り込まれている。

縦断データに基づいた本研究の結果と川畑ら¹⁰⁾の横断研究の結果は、セルフエスティームと喫煙行動との間に関係があることを一致して示している。ただし、判別関数の係数の符号は「運動」とその他の尺度とは異なり、「運動」に関するセルフエスティームのレベルが高い程喫煙をやすく、「家族」、「友人」、「学習」に関するセルフエスティームが低い程喫煙をしやすいと解釈された。川畑ら¹⁰⁾やKawabataら¹¹⁾の横断研究においても、喫煙経験者の「運動」のセルフエスティームの得点は非喫煙者よりも高いことが示されている。この点についてKaw-

abataら¹¹⁾は、すべてのセルフエスティームの領域が同じように喫煙行動との関係を持つのではなく、例えば身体的成熟が早いために運動能力に関するセルフエスティームは高いものの、学習、家族、そして全般的なセルフエスティームのレベルが低い青少年が喫煙をしやすいのではないかと解釈している。縦断データに基づく本研究の結果もKawabataらの仮説を支持するものと言える。

セルフエスティームの場合と異なり、ストレス対処スキルの尺度と喫煙行動との間には関係は認められなかった。一方、本研究と同じ尺度を用いて間食行動との関係を検討した島井ら²⁹⁾の研究によれば、積極的対処をする子どもは乳製品やくだものなどの健康的な間食を取る一方、消極的対処をする子どもは家におやつがあると食べるなどの外発性間食や、イライラしている時におやつを食べるなどの情動性間食など、好ましくない間食行動を取ることが示されている。こうした結果の違いは、喫煙と間食行動、あるいは縦断研究と横断研究という差異から生まれるものかも知れない。ストレス対処スキルの尺度の信頼性の問題も含めて更に検討して結論を得たい。

本研究の結果は、これまでに我が国で行われた喫煙行動とセルフエスティームの関係に関する横断研究⁹⁻¹²⁾の結果を支持するものであり、思春期の喫煙行動を防止するためにセルフエスティームを高めるための教育を取り入れることが妥当であることを裏付けるものである。そして、中学生期にセルフエスティームが低下する一方、喫煙経験者あるいは喫煙者が増加することを考慮すると、遅くとも小学校高学年ではセルフエスティームを高めるための教育を本格的に導入する必要があると考えられる。

欧米における思春期のセルフエスティームを育てる教育プログラム³⁰⁾においては、個性の自覚、自分の能力に対する自信、周囲の重要な人との絆感を形成することが重要視されている。本研究の結果でも、家族や友人関係あるいは学習能力に関するセルフエスティームが高い程喫

煙をしないことが示されており、周囲の人との良い人間関係を築くためのコミュニケーションスキル、自分の能力に対する自信を育てるための意志決定や目標設定スキルなどのライフスキルを育てることが具体的教育内容になると考えられる。また我が国では、これまで子どもの能力の中でも学習能力が過度に重視されてきた。その結果、学習能力の面で劣る子どもが深刻なセルフエスティームの問題を抱え、喫煙などの危険行動を取る可能性が高かったと考えられる。そうした点からして、お互いの多様な能力を認めあい、個性の自覚を育てることも極めて重要な教育内容となると考えられる。

文 献

- 1) Botvin, G.J., Baker, E., Botvin, E.M. et al. : Factors promoting cigarette smoking among Black youth : a causal modeling approach, *Addictive Behaviors*, 18 : 397-405, 1993
- 2) 川畑徹朗, 中村正和, 大島明ほか : 青少年の喫煙・飲酒行動—Japan Know Your Body Studyの結果より—, *日本公衆衛生雑誌*, 38 : 885-899, 1991
- 3) 西岡伸紀, 岡田加奈子, 市村国夫ほか : 青少年の喫煙行動関連要因の検討—日本青少年喫煙調査 (JASS) の結果より—, *学校保健研究*, 35 : 67-78, 1993
- 4) 尾崎米厚, 木村博和, 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2報) 生徒の喫煙に関連する要因, *日本公衆衛生雑誌*, 40 : 959-968, 1993
- 5) 高橋浩之, 川畑徹朗, 西岡伸紀ほか : 青少年の喫煙行動規定要因に関する追跡調査, *日本公衆衛生雑誌*, 37 : 263-271, 1990
- 6) Kawabata, T., Orlandi, M.A., Takahashi, H. et al. : Prediction of smoking behavior in Japanese young adults, *Health Education Research*, 7 : 437-442, 1992
- 7) 渡邊正樹, 岡島佳樹, 高橋浩之ほか : 7年間の追跡調査に基づく青少年の喫煙行動予測, *日本公衆衛生雑誌*, 42 : 8-18, 1995
- 8) 吉森護, 浜名外喜男, 市河淳章ほか編 : 社会心理学用語辞典, 北大路書房, 京都, 1987
- 9) 植田誠治 : 思春期のセルフ・エスティームと喫煙・飲酒・薬物使用ならびに将来の喫煙・飲酒・薬物使用意思との関連, *学校保健研究*, 38 : 460-472, 1996
- 10) 川畑徹朗, 島井哲志, 西岡伸紀 : 小・中学生の喫煙行動とセルフエスティームとの関係, *日本公衆衛生雑誌*, 45 : 15-26, 1998
- 11) Kawabata, T., Cross, D., Nishioka, N. et al. : Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents : Initial results from a three-year study, *J Sch Health*, 69 : 280-284, 1999
- 12) 村松常司, 鎌田美千代, 村松園江ほか : 小学生の喫煙行動・態度とセルフエスティームに関する研究, *愛知教育大学研究報告*, 49 : 93-101, 2000
- 13) Dielman, T.E., Leech, S.L., Lorenger, A.T. et al. : Health locus of control and self-esteem as related to adolescent health behavior and intentions, *Adolescence*, 19 : 935-950, 1984
- 14) Bonaguro, J.A. and Bonaguro, E.W. : Self-concept, stress symptomatology, and tobacco use, *J Sch Health*, 57 : 56-58, 1987
- 15) Murphy, N.T. and Price, C.J. : The influence of self-esteem, parental smoking, and living in a tobacco production region on adolescent smoking behaviors, *J Sch Health*, 58 : 401-405, 1988
- 16) Young, M., Werch, C.E. and Bakema, D. : Area specific self-esteem scales and substance use among elementary and middle school children, *J Sch Health*, 59 : 251-254, 1989
- 17) McDermot, R.J., Sarvela, P.D., Hoalt, P.N., et al. : Multiple correlates of cigarette use among high school students, *J Sch Health*, 62 : 146-150, 1992
- 18) Emery, E.M., McDermott, R.J., Holcomb, D.R., et al. : The relationship between youth substance use and area-specific self-esteem, *J Sch Health*, 63 : 224-228, 1993

- 19) Abernathy, T.J., Massad, L. and Romano-Dwyer, L.: The relationship between smoking and self-esteem, *Adolescence*, 30: 899-907, 1995
- 20) 川西陽子：セルフ・エスティームと心理的ストレスの関係, *健康心理学研究*, 8: 22-30, 1995
- 21) Green, L.W. and Kreuter, M.W.: *Health Promotion Planning - An Educational and Environmental Approach*, Mayfield Publishing Company, Mountain View, 1991
- 22) 遠藤辰雄, 井上祥二, 蘭千壽編：セルフエスティームの心理学—自己価値の探究—, ナカニシヤ出版, 京都, 1992
- 23) Harter, S.: The perceived competence scale for children, *Child Development*, 53: 87-97, 1982
- 24) Pope, A.W., McHale, S.M. and Craighead, W. E.: *Self-esteem enhancement with children and adolescents*, Pergamon Press, NY, 1988
- 25) 坂野雄二, 三浦正江, 嶋田洋徳：中学生の心理的ストレスに対する認知的評価がコーピングに及ぼす影響, *ヒューマンサイエンス*, 7: 5-13, 1995
- 26) 川畑徹朗, 皆川興栄, 西岡伸紀ほか：青少年の喫煙行動の定義の標準化—日本青少年喫煙調査 (JASS) の結果より—, *日本公衆衛生雑誌*, 38: 839-867, 1991
- 27) 桜井茂男：認知されたコンピテンス測定尺度 (日本語版) の作成, *教育心理学研究*, 31: 60-64, 1983
- 28) 川畑徹朗, 舟橋睦美, 小林晶子ほか：一人っ子のライフスキル, *神戸大学発達科学部紀要*, 6: 67-77, 1999
- 29) 島井哲志, 川畑徹朗, 西岡伸紀ほか：小・中学生の間食行動の実態とコーピング・スキルの関係, *日本公衆衛生雑誌*, 47: 8-19, 2000
- 30) Zevin, D.: *Self-Esteem*, ETR Associates, Santa Cruz, 1996
- (受付 01. 7. 13 受理 01. 10. 6)
連絡先：〒657-8501 神戸市灘区鶴甲3丁目11
神戸大学発達科学部健康発達論講座
(川畑)

報告

めまいによる長期欠席児の指導事例

田部田 功^{1),2)}, 鈴木 常元^{2),3)}, 木原 令夫²⁾

¹⁾明星大学人文学部

²⁾木原病院心療内科

³⁾立正大学文学部

Department of Psychology and Pedagogy

ISAO TABETA, Tsunemoto Suzuki, Norio Kihara

¹⁾*Faculty of Humanities and Social Science, The University of Meisei*

²⁾*Psychosomatic Medecine, Kihara Hospital*

³⁾*Faculty of Literature, The University of Risshou*

These days, the number of school avoider is increasing and has come to be a grave problem in Japan. There are a lot of reasons why they cannot go to school. Non-attendance at school is merely a symptom and that, as a symptom, it must be reconsidered from a general physical and psychological and social point of view. Dizziness is one of the reasons it, and I presented one case that cannot go to school because of dizziness.

Case presentation. Our case was nine years old girl. She cannot go to her school because of she suffered from dizziness. Physical examination was normal and no abnormal neurological sign. In social situation, she has one elderly brother and he prepared for his entrance examination to junior high school with his parents. Everybody of her family focused on her brother's examination. Her symptom started at those days. We diagnosed her dizziness comes from psychological issues. We rearranged behavior of her parents. Her symptoms become to decrease after rearrangement.

Dizziness comes from many reasons, which come from organic disease like brain tumors, functional disease like orthostatic hypotension and psychological problems like anxiety. It is important to how care to a school avoider who has dizziness is focus on side, physiological, psychological and social factor.

Key words : school avoider, dizziness, organic disease, functional disease, orthostatic hypotension

不登校, めまい, 器質的疾患, 機能的疾患, 起立性調節障害

はじめに

近年, 小中学生, 高校生の長期欠席生徒数は14万人と増加の一途をたどり深刻な社会問題となっている。心療内科にもさまざまな理由により長期欠席となった生徒が受診する。このような生徒の中には頭痛, 動悸, 嘔気, 腹痛, 全身

倦怠感等の身体的症状を訴えるため, まず内科を受診する場合がある¹⁻³⁾。ところが, 医療機関での対応は, 身体的疾患についてのみの診察であったり, 十分な身体的診察なしに心理的問題として治療が開始されたりなどまちまちである。今回, 筆者は「動いているものを見ると目がまわる」ことを理由に長期欠席となった一例を経

験した。ここではその症状の成り立ちを考察し、長期欠席者のめまいについての検討を行った。

ケース呈示

ケース：9歳，女兒。

受診までの経過：3年生の夏休みが終わり、2学期が始まった頃より「揺れているものを見ていると気分が悪くなる」と訴えるようになった。「授業中、先生が黒板に書いている手先を見ていると気持ちが悪くなる」、「蛍光灯の紐が動いているを見ていると気分が悪くなる」という訴えであった。そのため、授業途中で保健室へ行く、朝食中、テレビの画面が動いているのを見て気分が悪くなる、あるいは、「また気分が悪くならないか」と心配するなどの理由により、欠席、遅刻が増えたため当院受診となった。

生育歴は、成長、発達とも問題なく、健康であったが、小学校入学以前より軽度の吃音を認めた。性格は、温和で感情の起伏も小さく、小さい頃から甘えん坊であったがその感情を素直に表現できないことが多かった。家族は両親、小学校6年生の兄、父方の祖父母の6人家族。父親は39歳で、父の両親と自営業を営み、自宅の一階が職場、二階、三階が住居になっていた。父親の性格は、明るく豪放であり本ケースとよく遊んでくれたがあくまでも父親のペースであった。母親は37歳で、性格は明るく、本ケースとの関係は良好であった。兄が中学受験することになり本ケースが3年生の7月頃より家族での外出はほとんどなくなっていた。

学校は、私立大学付属小学校の、1学年1クラスと小規模校で、児童、父兄、教員との連携もとれてまとまりがある。学校生活では、成績は上位で学級担任からの信頼もあり学業達成能力は十分認められ、先生、友人との関係も良好で相互交流能力も問題はなかった。

治療経過：診察は、1回約30分の面接を2週間に1度のペースで行い、原則として、筆者と本ケース、母親の3人で行ったが、2回目、3回目の面接では父親も同席した。本ケースは、

「動くものを見ていると気分が悪くなる」という身体症状を主訴としていることから、まず、身体的に器質的、機能的疾患を除外することから診察した。

治療方針は、①身体的症状についての治療、②家族、学校における環境調節、③吃音の評価とした(図1)。

①では、診察所見、検査所見では異常を認めなかった。Shellongの起立試験(表1)では安静時95/49mmHg、立位1分後101/43mmHg、立位10分後95/61mmHgであり低めながら年齢相応の正常範囲内にあり、かつ起立性調節障害も認められなかった。身体的な問題はないと保証し、気分が悪くなくても重大な事態が引き起こされることはないと説明し、症状が出現しても慌てることなく様子を見ているように指導した。一方で、症状に振り回されることなく、症状をそのままにし、自分でやりたいと思うこと、できると思うことをやるように指導をした。また、血圧が正常範囲内ながら低めであるため自律神経機能をよくするため運動を促した。脳波については症状の経過を観察した上で、必要ならば検査を行う方針とした。

②では、両親に、身体的な大きな問題は認められないが自律神経機能をよくするため積極的に身体を動かすように指導、説明した。さらに、身体症状の出現時期が兄の受験と重なり、家族の関心が兄の受験に移り、本ケースが孤独感を感じ、身体化することによって家族の関心を自分の方へ引き寄せようとしている可能性を示唆した。医師から身体的に保証されているという安心感を与えた上で、気分が悪いことを十分に認め、叱咤激励することはしないようにした。両親の行動の変化を意識的に行い、コミュニケーションの場を増やすようにした。話を聞く、スキンシップをとる、母親が兄の塾などで本ケースに関われない時は父親が積極的に本ケースに接するなどの対策を立てた。

学校へは、状況を理解してもらい欠席、遅刻などが増える可能性があることを伝え、遅刻した際は叱責されない、授業中気分が悪くなった

表1 Shellong's Tilting Test

	before	1min	3min	5min	7min	10min
SBP (mmHg)	95	101	102	94	91	95
DBP (mmHg)	49	43	58	54	61	61
HR(beat/min)	85	86	93	100	87	97

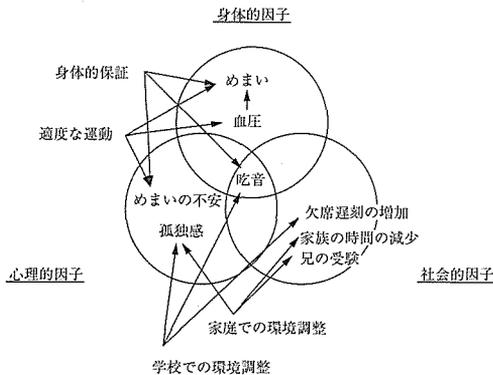


図1 身体心理社会的因子別問題点とその対策

時はできるだけ希望を聞くなどの環境調節を行った。

教育援助導入段階では、気分の悪くなった場合は、近くの動くものを見つめるのではなく、遠くの風景を見てみる、授業中に気分が悪くなった場合は、遠慮なく先生に連絡して保健室で休ませてもらうなど具体的対策を考えた。朝、登校時に気分が悪くなった場合は、家で休んでいて、気分が良くなったら2時間目、3時間目など、いつでもいいから登校するように促した。両親には、身体症状を十分に認めてあげることとし、それら症状を決して「甘えている」、あるいは、「気分のせい」、「わがまま」などとたしなめるようなことはしないように指導した。登校時、気分不調を訴えた際にも無理に登校をすることをすすまず、休んでいて気分が良くなってから登校させるようにした。

本ケースは、意見を積極的に言えない傾向があり、母子で共同作業を行う目的も含めて月1回、箱庭療法を併用した。箱庭療法は、臨床心理士が、母親同席のもと約60分間行った。箱庭療法の場面では、治療者が特に指示することな

く本ケースに自由に創作してもらい、終了後、「これは、どんな場面ですか」という簡単な質問を行った。幸い、本ケースでは、箱庭療法を積極的に受け入れることができた。

治療開始後、両親の行動の調整が行われ、父親が兄の塾へついて行った際には、母親が本ケースを買物に連れていく、夕食時に、学校であった出来事や日常生活で起こったことなどを、皆なで話しをするなど意識的に行われた。このような指導で通院回数を重ねる毎に学校への欠席日数は減少し、「気持ちが悪くなる」という訴えは徐々に減少していった。箱庭療法の作品は、家族でスキーへ行った様子、うさぎに囲まれている本ケースなどであったが、少しづつ自分の考えで創作できるようになった。

治療が半年を経過し兄の試験が終わり、両親の協力により家族間で自由になる時間が増え本ケースが一人で取り残されるという印象を持つこともほとんど無くなった。家族で過ごす時間が増えるにつれ、身体症状はほぼ消失していった。同時に、「私はお兄ちゃんに負けたくない」と兄が受験に合格した後より発言するようになった。兄に対するライバル意識を発言できるようになった。吃音に関しては、治療終盤でも残っていた。ゆっくり話す場面や、家族、親しい人と話す場面での吃音は認められないが、緊張を強いられるような場面では出現していた。同級生に吃音を指摘され、それに対して嫌がってはいるものの登校することができていたが、両親から学級担任に、同級生のなかで吃音をからかう児童がいることは話しておくように指導した。今後も吃音については経過を観察する方針で治療を終結した。現在、新学期を迎えているが、身体症状を訴えることなく元気に通学している。

考 察

本ケースは、兄の受験を契機に「めまい」という身体症状が出現し、適応障害を起こし不登校に陥っていた。両親の本ケースへの接し方を変えることにより身体症状は消失し長期欠席も終結した。ここでは不登校の定義として、宮腰らの定義を用いた⁴⁾。清水らの報告にもあるように⁵⁾、不登校の際、心気症状が前面にでることがあり、本ケースのように主訴が身体症状のケースも少なくない。めまいは、身体、心理、社会的問題のいずれもが原因になりえる。

しかし、まず身体的評価を行うことが重要である。めまいを訴えて不登校状態になる症例のうち、器質的疾患、機能的疾患が見つかる場合も少なくない。めまいは、いわゆるVertigoといわれる回転性のめまいと、Dizzinessといわれるふわふわ感、浮遊感を訴えるものと分けられる。その病因として中枢性のめまい、内耳、前庭障害による末梢性のめまい、さらには、不安によって起こる心因性のめまいなどに分けられる(表2)。身体的要因として、田中ら⁶⁾は、めまいを主訴に過去5年間に受診した41例を対象とした調査で、11例の起立性調節障害(OD)を認め、急性小脳失調症、多発性硬化症がこれに続くとして報告した。その中で、低年齢層では麻痺による運動バランスの異常が多く、知覚の異常はそれより上の年代の方が多くなっており、ODの症例は殆どが10歳以上での発症であったとしている。そして、主訴から鑑別診断を考える場合は疾患の年齢的特徴と発達段階を考慮しなければならないと指摘している。また、田中らは⁷⁾、男児23名、女児47名、8歳～18歳(平均年齢13歳)の70名を対象とした起立性調節障害と不登校に関する研究で、起立直後性低血圧と診断されたものが31名、登校拒否と診断されたものが25名、この中で起立直後性低血圧を伴った登校拒否は9名であったとしている。治療1年後には全体の67%が復学していたが、起立直後性低血圧を伴った登校拒否9名の内7名が1年後も不登校であり、起立直後性低血圧も

表2 めまいを来す病態

-
- | |
|-----------------------|
| 1. vertigo (回転性) |
| 1) 末梢性障害 |
| メニエール病, 突発性難聴, 前庭神経炎 |
| 良性発作性頭位眩暈症等 |
| 2) 中枢性障害 |
| 小脳梗塞, 脳幹脳炎等 |
| 2. dizziness (非回転性) |
| 1) 中枢神経疾患 |
| Shy-Drager病, 脳炎, 髄膜炎等 |
| 2) 末梢神経疾患 |
| 糖尿病性神経障害等 |
| 3) 循環器系疾患 |
| 低血圧, 起立性低血圧, 不整脈等 |
| 4) 心因性疾患 |
| 過換気症候群, 不安障害等 |
-

持続し難治性であった。その結果より不登校の初期治療に登校拒否か起立循環異常かの判断を行うことは重要としている。永田ら⁸⁾は、朝起きることができず、気分不快、腹痛などを理由に不登校に陥っている児童、生徒の血圧は、健常な児童、生徒の血圧と比較すると有意に低かったと指摘している。その中で、朝、交感神経機能が十分発揮されないため、血圧が十分上昇せず、低血圧症状を認める。それを心因性の不登校と解釈され治療が行われているケースがあるとしている。本ケースにおいても、正常範囲内ではあるが、血圧が低めであったことは、自律神経機能の改善余地はあると推察でき、調子のいい時は運動するなどの指導も有効と考えられる。

その一方で、心理的要因によりめまい症状を作り出しているケースも認められる⁹⁾(表3)。めまいは、精神的にも強い不安を与え、不安症状からくるめまい症状のように、症状に対する囚われが強くなると難治性を示す場合がある。また、I. Nozawaら¹⁰⁾は、小児のめまいについて心身両面からの検討が必要であるとしている。85例(男26, 女59)の症例にJapanese Edition Cornell Medical Index-Health Questionnaire及びYatabe-Guilford Personality testを

表3 心因性めまいの診断, 治療

-
- 1) 器質的疾患の除外(身体所見, 検査所見, 画像所見で異常を認めない)
- 2) 臨床症状
- (i) vertigo (回転性めまい) < dizziness (フラフラするめまい)
 - (ii) ふわふわする, 船に乗っている気分, 乗り物酔いのような気分, 何か物に掴まっていなくて立ってられないといった何となくフラフラする表現がし難い症状が多い
- 3) 臨床所見
- (i) 眼振は伴わないことが多い
 - (ii) 鎮暈薬が効きにくい
 - (iii) 抗不安薬, 抗うつ薬が効く
 - (iv) 心理療法が有効
-

行った研究では, Type III (possible neurotic) 或いはType IV (probable neurotic) が男性で46.1%, 女性で47.4%と判定され, これらテストの成績はよく相関していたと述べている. 本ケースは, 幸いなことに身体的には器質的疾患, 機能的疾患ともに認められなかったことから, 現時点では心因性のめまい症と考えられた. そこで, 心理的問題が身体的症状を形成していることが考えられた. 本ケースでは身体症状の把握に注意を払いながら, さらに社会的問題からアプローチを行った.

社会的問題からのアプローチでは, 家族の関わりについて焦点をあてて教育援助を行った. 本城ら¹¹⁾は, 学校不適応で精神科外来を訪れる児童, 生徒の調査で, 身体症状では, 腹痛, 社会的状況では, 家庭内暴力が増加し, 家庭環境の調査では, 父親, 母親との力関係に歪みが生じている場合が多いと指摘している. 高橋ら¹²⁾はSCTの父親や母親に対する葛藤内容を見ると, 父親が厳格であるよりは父性性が欠如或いは曖昧であり母親は過保護, 過干渉, 支配的というものが多くみられ, 最近の対人恐怖症の病像において自我の確立や社会化を困難にさせる現代の家族関係の病理が反映されていると述べている. この中で, 思春期など自立が必要とされる時期にさまざまな理由で適応障害を起こしているケースでは, 父親の役割が十分果たされず, 母親の力が前面に押し出されたケースが少なく

ないとしている. 本ケースにおいても両親の性格, 力関係を把握するため両親を伴う診察場面を設定した. 当事者は, 不適応状態の中では客観的な状況を把握できないことがある. 本ケースの父親も治療には積極的であったが, 治療者に兄の受験によって本ケースが孤独感, 疎外感を家族の中で受け, そうしたことが身体症状の原因となっている可能性を指摘されて初めて納得するという場面があり, 当事者は客観的視点が失われていた状態にあったと考えられる. 治療者はこのような場合, 家族の抱える問題が, 現在, どのような状況になっているのかを客観的に示し, 家族間で再検討する場面を提供することが重要と考える. 本ケースでは, 家族3人で診察を受け, 父親, 母親に現在の本ケースの心理状態を, 推察ではあるが疎外感, 孤独感を味わっている状況であると提示し, それに対して両親が対策をたて, 行動を変えた結果, 本ケースの心理状態に変化をもたらしたものと考える.

発達途上にある児童, 生徒に教育援助を行う場合, そのケースの発育, 発達の段階を考え, 治療を行うことを前提にしなければならず, 時間経過を見ながらの治療が必要になってくる. ところが適応障害を起こしている時間が長くなれば長くなるほど学校への復帰への障壁は大きくなってしまふ. 学校などの環境をすべて絶ってしまい改善した段階で復帰して良好な結果を

得るケースもあるが、わずかではあっても学校とのつながりが残っている場合の方がより復帰しやすい。本ケースでは、良好な関係で学校との繋がりが残り、両親による環境調整が行われるにつれて症状が改善し不登校の状態も比較的容易に離脱できた。現実には、ケース、両親の抱える問題が大きく、時間的にも社会的にも環境調節が行えず治療に難渋しているケースがほとんどであると推察される。しかし、医師、心理士としてそのような児童、生徒と接する際には、その人の抱える問題を客観的に考え、調節可能なものは何かを共に考え解決の糸口を探ることが大切と考える。

おわりに

めまいという身体症状は様々な原因によってもたらされる症状であるが、それは不登校の原因の一つと成りえる。しかし、その成因としては、器質的疾患、機能的疾患、心理的問題など様々な理由で症状を引き起こしてくるためこのような患児の経過を追う際には、身体、心理、社会各側面からの治療を常に意識しなくてはならない。

参考文献

- 1) 久保千春：心身医学標準テキスト，192-197，医学書院，東京，1996
- 2) 高橋隆一，野本文幸，中屋みな子ほか：不登校の類型分類，児童青年精神医学とその近接領域，28：299-311，1987
- 3) 大高一則，若林慎一郎，本城秀次ほか：登校拒否の追跡調査について，児童青年精神医学とその近接領域，27：213-229，1986
- 4) 石井厚，宮越孝，福田一彦ほか：精神衛生，107-122，医学出版社，東京，1982
- 5) 清水將之，竹内浩，奥村透ほか：登校拒否に関する疾病学的研究，児童青年精神医学とその近接領域，32：241-248，1991
- 6) 田中学，坂田英明，奈良隆寛ほか：小児神経科におけるめまい・平衡障害を主訴とする症例の検討，埼玉県医学会雑誌33：370-371，1999
- 7) 田中英高，山口仁，竹中義人ほか：登校拒否か？起立性調節障害か？（フィナプレス起立試験法を用いた不登校の心身医学的鑑別診断と治療成績の検討），子どもの心とからだ，7：125-130，1999
- 8) 永田勝太郎：起立性低血圧，自律神経，22：320-330，1985
- 9) 田淵哲：診療の秘訣 心因性めまい，Modern Physician，19：1444-1445，1999
- 10) Nozawa, I., Imamura, S., Hashimoto, K. and et al.：起立性調節障害を有しめまい感或いは眩暈を訴える患者の心身症的側面（英語），Auris・Nasus・Larynx，25：33-38，1998
- 11) 本城秀次，金子寿子，名和美幸ほか：登校拒否像の時代的変遷について，児童青年精神医学とその近接領域28：183-191，1987
- 12) 高橋俊郎，渡辺直樹，渡辺勉ほか：聖マリアンナ医科大学病院精神療法センターにおける対人恐怖症の臨床的検討，メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集9：75-79，1997

（受付 01. 4. 5 受理 01. 10. 6）

連絡先：〒191-8506 東京都日野市程久保2-1-1
明星大学人文学部（田部田）

報 告

道東地方の児童・生徒における
成長の時系列解析

岡 安 多香子, 松 永 尚 子, 北 島 由希子
西 川 武 志, 荒 島 真一郎

北海道教育大学札幌校

Seasonal Variation in Growth of Elementary and Junior High School Children
Living in Eastern Hokkaido

Takako Okayasu Naoko Matsunaga Yukiko Kitajima
Takeshi Nishikawa Shinichiro Arashima

Department of Child Health, Hokkaido University of Education, Sapporo

The monthly stature and body weight of 96 Japanese school children living in eastern Hokkaido over a 36 months period were investigated to elucidate the patterns and amplitudes of seasonal variation. Time-series analysis was made by the program of Census Method II X-11 in SAS/ETS.

Significant seasonal variation of body weight was observed in 71.9% of school children, that of stature was 53.1% that of BMI was 64.6%. The number of children who have significant seasonal variation in eastern Hokkaido was smaller than that in southern Hokkaido and larger than that in Sapporo in all parameters. The average of seasonal variations of body weight of elementary school children was high in spring and summer and low in winter. However that of junior high school students was high in spring and winter but low in summer, which was similar to the pattern reported in Japan previously. The reason why seasonal variation of body weight of elementary school children was low in winter was regarded that they have little snow and cold winter and winter sports such as skating was popular. The seasonal variation of stature was high in summer and winter but low in spring, which was similar to that in southern Hokkaido and in Sapporo, but was different from that of body weight. The seasonal variation of BMI was high in spring and low in winter, which was similar to that of body weight.

Degree of over-weight (DOW; weight/standard weight by every sex, age and height x 100-100, %) was calculated according to the data at the last month of this measure, and school children with DOW over 20% were grouped into the obesity. The seasonal variation of body weight in junior high school students was high in summer only in obese group, but that in elementary school children was high in summer in both obese and non-obese groups. However, monthly body weight gain in summer was also significantly higher in obese group than in non-obese group of elementary school children. These results suggested that healthy control in the summer vacation in school children was important for the prevention of obesity.

Key words : time-series analysis, seasonal variation, obesity, body weight, body mass index

時系列解析, 季節変動, 肥満, 体重, BMI

はじめに

我々は、児童・生徒個々の身長・体重を縦断的に解析してきた¹⁾。毎月の測定値を、時系列的に見ていくことで児童・生徒の発育に季節変動を探求できる。季節変動は環境要因と身体との相互作用として生じるもので、環境の異なる地域間の季節変動のパターンや変動の大きさの違いが地域特異性を知る手段となる。体重は一般に秋から冬にかけて増加する季節変動があるといわれており、これまで報告されているものでは、戸部²⁾らによる東京・群馬・栃木の小学生について8月を除いた毎月の測定から、体重の季節変動は群馬と栃木の女子以外は夏に低く秋もしくは冬に高いことが示された。小林³⁾らによる長崎市の小学生や荒居⁴⁾らによる東京の小学生の体重は、一般的には秋から春に増加し夏には停滞または減少するという季節変動がみられたが、すでに肥満であるか、やがて肥満になる児童では夏に体重が増加する季節変動がある事が示された。岡安⁵⁾らによる南北海道の児童・生徒の季節変動の報告でも、冬に体重が増加し夏に減少するという結果であった。貝塚⁶⁾らによる札幌の小学生でも体重は春・夏に減少し、冬に増加することが示された。

以上のように体重の季節変動は、報告されたほとんどの地域で夏低く、冬高いパターンが示されている。そこで、本研究では道東地方の児童・生徒の毎月の身長・体重測定値から肥満度とBMIを算出し、それらを時系列解析し季節変動成分について既報と比較検討した。その結果体重に関して本研究は他地域とは違う季節変動パターンが得られたので報告する。また身長・肥満度・BMIについても相互関係を検討した。更に肥満群に特徴的なパターンを解析し、肥満対策に効果的な保健指導のあり方について考察

した。

対象および方法

対象者は道東地方の酪農地帯にあるA小学校とB中学校に平成5年から平成11年まで在籍した全児童生徒の内、3年間以上(36カ月以上72カ月以下)の毎月の身長・体重の測定値が揃っている1981年生まれから1991年生まれの96人(小学生:71人,中学生:25人)で、年度別学校別対象者数を表1に示した。測定は1993年12月から2000年3月にかけて毎月15±2日の午前中(昼食前で体育の直後を除く)に行い、測定間隔をほぼ1ヶ月に保った。

毎月の身長・体重の測定値および肥満度・BMIを北海道大学大型計算機センターのHITAC M-880を使ってTogo & Togo⁷⁾が発育の解析に用いた時系列解析(センサス局法Ⅱ X-11, 乗法モデル)で処理した。センサス局法では原時系列は循環傾向成分(トレンド成分)(C)・季節変動成分(S)・不規則成分(I)の3つの成分からなっているが、ここではそれらの積を仮定する乗法モデルを用いた⁸⁾。

$$\text{原時系列} = S \times C \times I$$

なお、トレンド成分(C)は原時系列を移動平均によって平滑化した成分であり、成長に伴う自然増加はここに含まれる。季節変動成分(S)はSI比(原時系列とトレンド成分の隔たり)の中で1年間の周期を持つ成分で、SI比の月別移動平均によって求められる。不規則成分(I)はSI比の中で季節変動成分以外のすべての変動(測定誤差等)が含まれる。季節変動成分S(%)は、傾向成分を100とした比率で表現される。

$$S(\%) = 100 \times (S \star + C \star) / C \star$$

☆: (cmまたはkg)

季節変動は分散分析により5%未満水準で有

表1 年度別学年別対象者数

	'93	'94	'95	'96	'97	'98	'99	計
男子								
中3				3				3
中2			3	4				7
中1		3	4	2				9
小6	2	4	2	5	3	5	3	24
小5	4	2	5	3	5	3	8	30
小4	2	5	3	6	4	8	7	35
小3	5	3	6	4	8	7	4	37
小2	3	6	4	8	7			28
小1	6	4	8	7				25
男子計	22	24	28	33	27	23	22	
女子								
中3				6				6
中2			6	8				14
中1		6	8	2				16
小6	5	8	2	5	5	3	3	31
小5	8	2	5	6	3	3	6	33
小4	2	5	6	3	3	6	3	28
小3	5	6	3	3	6	3	8	34
小2	6	3	3	6	3			21
小1	3	3	6	3				15
女子計	29	27	25	26	20	15	20	
男女計	51	51	53	59	47	38	42	

意性を検討した。

肥満度は村田光範の性別年齢別身長別標準体重の算出方法⁹⁾に新しい係数(平成2年版)を組み込み総合計算ソフトで計算した。その結果から、最終測定時肥満度20%以上の肥満群と20%未満の非肥満群に分けて比較した。

計算式:

$$\text{肥満度} = \frac{\text{実測体重} - \text{標準体重}}{\text{標準体重}} \times 100 (\%)$$

検定はDr. SPSS for Windowsを使い、独立サンプルのT検定、一元配置の分散分析と多重比較、二元配置の分散分析と多重比較、同等性の検定を行い、 $P < 0.05$ を有意とした。

結 果

1. 対象の身体的特徴について

対象の測定終年度4月時の体重は全国平均の ± 1 SDの範囲内であった(表2)。身長は中学1年男子が全国平均の -8.7cm (-1.1SD)、小学4年女子が全国平均の -6.0cm (-1.0SD)の値をとった以外は全国平均の $\pm 0.6\text{SD}$ の範囲内であった。肥満度は小学4年男子が $25.5 \pm 23.0\%$ 、中学1年男子が $22.9 \pm 16.3\%$ 、中学2年男子が $20.9 \pm 23.0\%$ で、肥満がみられた。肥満群の内訳は小学生では男子10人(27.0%)、女子12人(35.2%)、中学生では男子3人(33.4%)、女子4人(25.0%)と肥満者の割合の高い集団であった。

2. 有意者数について

時系列解析による季節変動が有意であった者は、体重では小学生男子67.6%、小学生女子73.5%、中学生男子77.8%、中学生女子75.0%と大差はなかった(表3)。一方身長では、中学生(男子66.7%、女子75.0%)が小学生(男子:48.6%、女子44.1%)より有意者が多かった。肥満度では中学生女子が93.8%で小学生男女(62.2%、61.8%)、中学生男子(55.6%)よりは顕著に高率であった。BMIは中学生(男子77.8%、女子81.3%)が小学生(男子59.5%、女子58.8%)より高率で身長と同じ傾向であった。

3. 季節変動成分について

有意性のあった者の体重季節変動成分を月毎に平均すると、小学生は5・8月に高値を12月に低値をとったが、中学生は5・1月に高く7月に低いという本州と似た傾向であった(図1)。夏休み明けは小学生の変動の増加が見られるが中学生には見られず、冬休み明けは中学生の増加がみられた。季節変動の最大値と最小値の差である季節変動幅(%)は小学生では $2.56 \pm 0.63\%$ 、中学生では $1.59 \pm 0.57\%$ であり、小学生の方が変動は大きかった。

身長では、小学生は8・1月に高く、6月に低くなっており、中学生は小学生よりも変動が

表2 対象の身体的特徴

測定終年度4月時 (平均±SD)

	男子 (人数)	全国平均	女子 (人数)	全国平均
身長 (cm)				
小学3年	128.0± 2.9 (4)	128.0± 5.37	125.8± 7.9 (8)	127.4±5.49
小学4年	129.9± 3.5 (8)	133.5± 5.68	127.5± 6.4 (3)	133.5±6.17
小学5年	139.8± 5.2 (9)	139.1± 6.19	139.4± 4.4 (7)	140.3±6.81
小学6年	146.2± 8.1 (16)	145.3± 7.10	149.4± 6.2 (16)	147.1±6.68
中学1年	144.0± 3.0 (2)	152.7± 8.01	152.3± 1.4 (2)	152.2±5.88
中学2年	160.5± 2.8 (4)	160.0± 7.61	156.9± 4.8 (8)	155.1±5.35
中学3年	167.6± 2.2 (3)	165.5± 6.62	156.0± 3.6 (6)	156.7±5.22
体重 (kg)				
小学3年	27.1± 1.9 (4)	27.7± 5.55	30.1± 7.9 (8)	27.0±5.14
小学4年	34.8± 7.1 (8)	31.2± 6.70	25.0± 3.5 (3)	30.7±6.37
小学5年	38.4± 6.1 (9)	35.1± 7.98	37.1± 7.7 (7)	34.9±7.45
小学6年	42.4±11.2 (16)	39.3± 8.95	44.5± 9.0 (16)	40.0±8.28
中学1年	45.6± 8.9 (2)	45.1±10.19	49.5± 4.2 (2)	45.1±8.59
中学2年	59.5±10.1 (4)	50.2±10.37	51.7± 8.5 (8)	48.2±8.21
中学3年	60.7± 4.6 (3)	55.3±10.54	57.0±16.4 (6)	50.7±7.88
肥満度(%)				
小学3年	1.8±11.7 (4)	3.7	18.1±19.2 (8)	3.2
小学4年	25.5±23.0 (8)	3.9	12.9± 7.1 (3)	3.2
小学5年	16.4±19.5 (9)	4.4	10.7±20.2 (7)	2.5
小学6年	9.7±25.9 (16)	3.4	9.4±18.9 (16)	2.8
中学1年	22.9±16.3 (2)	3.4	13.1±12.5 (2)	2.9
中学2年	20.9±23.0 (4)	2.5	6.7±13.8 (8)	2.4
中学3年	8.3±12.7 (3)	2.4	14.7±27.4 (6)	1.9

表3 季節変動の有意者数

	小学男子(37人)	小学女子(34人)	小学生(71人)	中学男子(9人)	中学女子(16人)	中学生(25人)
体重	25 (67.6%)	25 (73.5%)	50 (70.4)	7 (77.8%)	12 (75.0%)	19 (76.0)
身長	18 (48.6%)	15 (44.1%)	23 (32.4)	6 (66.7%)	12 (75.0%)	18 (72.0)
肥満度	23 (62.2%)	21 (61.8%)	44 (62.0)	5 (55.6%)	15 (93.8%)	20 (80.0)
BMI	25 (59.5%)	20 (58.8%)	42 (59.2)	7 (77.8%)	13 (81.3%)	20 (80.0)

*人数 (%)

小さく、トレンド成分の±0.1%以内であり特徴はなかった(図2)。

BMIでは小学生は5・8月に高値で、12月に低値であり、一方中学生は5・1月に高く7月に低くなっており、体重と同じ傾向がみられた

(図3)。

次に3つの項目に共通して有意性があった33人(肥満群13人、非肥満群20人)を抜粋し、単独有意群と月平均を比較した結果、3つの項目とも単独有意群と変動パターンがほぼ同じで、

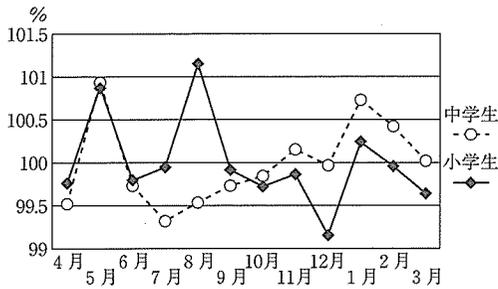


図1 学校種別体重季節変動成分 (S) の平均的変化

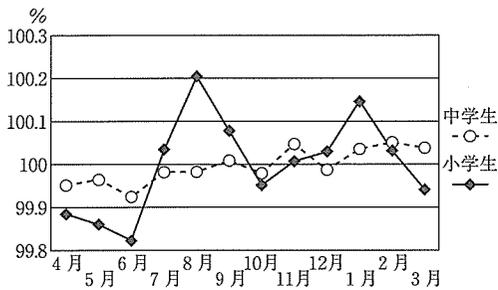


図2 学校種別身長季節変動成分 (S) の平均的変化

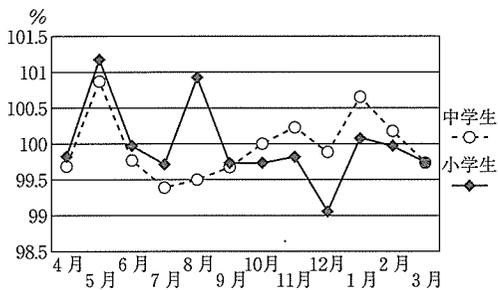


図3 学校種別BMI季節変動成分 (S) の平均的変化

5月に体重の季節変動成分が高値で6月に身長が低値, 8月には体重と身長が高値で12月に体重とBMIが低値, 1月に身長が高値であった。

4. 肥満群に特徴的な体重季節変動パターンについて

小学校6年生で肥満度70%であった男子の4年間の体重季節変動を図4に示したが, この地域で一般的な春のピークはみられず, 最高値に

なるのは8月の夏休み明けであった。他の肥満群の児童・生徒も全体で見られた5月にピークのある者は少なく, 夏から秋冬に高値であった。体重季節変動成分 (S) が101%以上で且つ個人の最高値となった月の80%以上である月の季節分布を肥満度別グループにより比較すると (表4), 肥満度が高い方が夏を含む季節に体重季節変動増加の山が現れる割合が高く, 肥満群は有意者の男子91.7%女子85.7%をしめた。一方, 非肥満群では男子45.0%, 女子21.7%でその差は荒居らの報告⁹⁾ほどではないが, 肥満群は夏に体重が増加する季節変動ある事が示唆された。また中学生では肥満群の9月の体重季節変動成分が非肥満群よりも有意に大きかった ($P < 0.05$) (図5)。更に毎月の体重増加量は小学生では両群とも春・夏・冬休み中に体重の増加が見られ, 6-7月に肥満群は0.51kgで非肥満群の1.6倍, 7-8月に肥満群は1.01kgで非肥満群の1.8倍で有意に大きかった。中学生は両群とも春と冬に体重の増加が見られたが, 7-8月に肥満群は0.97kgで非肥満群の3.5倍と有意に高かった。小中学生共通して肥満群は夏に有意に体重が増加していた。従って既報^{3,4)}の他地域と同様に夏休み中の体重増加が肥満に影響すると思われた。

考 察

体重の季節変動の有意者率は小学生と中学生で差が無かったが, 身長では中学生が小学生より有意者が多く, 学齢に対応した成長パターンの差による可能性が考えられた。小学生の体重季節変動の有意者は, 本研究が70.4%で, 同じ北海道で比較すると南北海道の70.8%, 札幌の68.8%と同程度であった。一方本州の戸部ら²⁾の研究では, 東京は80.0%, 群馬は87.9%, 栃木は94.1%に有意差がみられ, また荒居⁴⁾らの東京の小学生は87.0%に有意差がみられ, 関東は本研究結果よりも体重の季節変動有意者数が多かった。身長の季節変動の有意者は46.6%で, 南北海道の66.7%よりも少なく, 札幌の42.2%と同程度であった。東郷¹¹⁾らの保育園児の研究

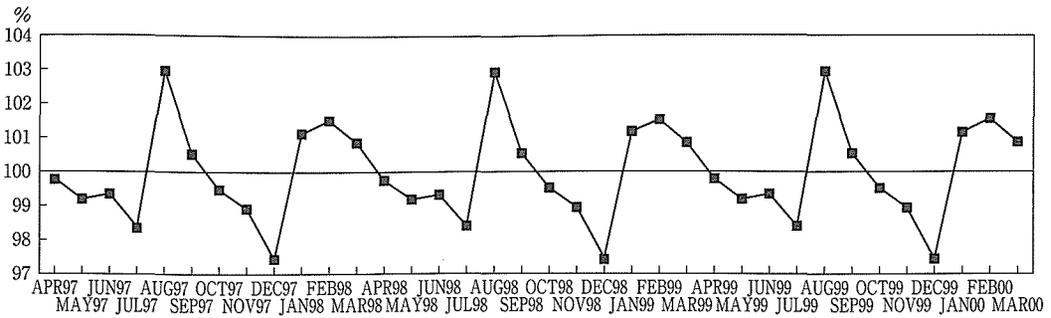


図4 高度肥満小学生男子Aにおける体重の季節変動成分 (S)

表4 肥満度別グループにおける体重季節変動増加の季節分布 (*)

肥満度	男子	夏	夏秋	夏秋春	夏冬	夏春	夏冬春	秋	秋冬	秋冬春	冬	冬春	春	春秋	なし	有意差		夏を 含む	夏を 含まない	夏を 含む割合
																有	無			
30%以上	10	2	3		2	1	1		1							10	0	9	1	90.0
20~30%	3					2										2	1	2	0	100.0
10~20%	5	1				1	1				1					4	1	3	1	75.0
-10~10%	23			1	1	3	1	1			2	4	1		1	15	8	6	9	40.0
-20~-10%	5										1					1	4	0	1	0.0
合計	46	3	3	1	3	7	3	1	1	0	4	4	1	0	1	32	14	20	12	62.5
肥満群	13	2	3	0	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	12	1	11	1	91.7
非肥満群	33	1	0	1	1	4	2	1	0	0	4	4	1	0	1	20	13	9	11	45.0
肥満度	女子	夏	夏秋	夏秋春	夏冬	夏春	夏冬春	秋	秋冬	秋冬春	冬	冬春	春	春秋	なし	有意差		夏を 含む	夏を 含まない	夏を 含む割合
																有	無			
30%以上	9	2	2		1	1	1					1				8	1	7	1	77.8
20~30%	7	1	1		3			1								6	1	5	1	83.3
10~20%	8					2		2				2	2			8	0	2	6	25.0
-10~10%	23		1	1					3		1	1	3		2	12	11	2	10	16.7
-20~-10%	3					1					1		1			3	0	1	2	33.3
合計	50	3	4	1	4	4	1	3	3	0	2	4	6	0	2	37	13	17	20	45.9
肥満群	16	3	3	0	4	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	14	2	12	2	85.7
非肥満群	34	0	1	1	0	3	0	2	3	0	2	3	6	0	2	23	11	5	18	21.7

(*) 体重季節変動成分 (S) が101%以上で且つ本人の最高値となった月の80%以上である月の季節分布を表す。

春 (4~6月), 夏 (7~9月), 秋 (10~12月), 冬 (1~3月)とし⁴⁾, 該当する人数を記載している。

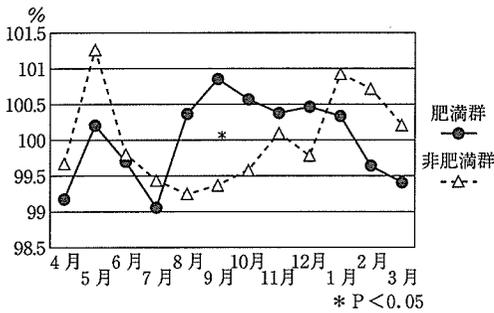


図5 中学生群別体重季節変動成分(S)の平均的变化

では、石垣島から鹿児島までの緯度が32度までは体重の有意性が身長よりも上回っていたが、北九州では体重の有意性が身長を下回っていた事から、緯度や気候の違いが影響を与えると示唆されたが、本研究との年齢差の影響も考慮する必要があるであろう。肥満度の季節変動の有意者は66.7%で、体重よりは少ないが身長よりも多かった。

体重の季節変動成分について、中学生は春・冬に高く夏に低く、北海道や全国と似ていたが、小学生は春・夏に高値で、冬に低値となっており特異なパターンを示した。道東地方は冬には雪が少なく、冷え込みが厳しいという気候であり、この小学校でもグラウンドが散水によりスケートリンクとなり、体育の授業及び朝や放課後によく利用されるため、冬期運動量は他の地域と比べても多い。対象校が道東全体の傾向を代表しているとは言い難いが、都会型である札幌と温暖な道南地方との差が、冬に体重が増加しないというパターンで現れたのは興味深い結果であった。対象の中学校のようにスケートリンクがなく、朝夕の運動が一般的でない場合にはこの現象が見られない事も傍証になると考えられる。今後アンケート調査等を行い、運動量との関係を実証する研究を行いたい。また、北海道の方が関東地方よりも変動幅は大きい値をとる傾向がみられ、気象条件の影響が推察された。

肥満群に特徴的な体重の季節変動は、一般的な春のピークはみられず、最高値になるのは

8月の夏休み明けであった。体重季節変動増加の山も夏または夏を含む季節に見られた。これは東京や長崎の小学生の肥満群に見られた傾向と類似しており、非肥満群の体重季節変動パターンが冬に低くなるという特異な地方であっても、肥満群のパターンが他地域と類似しているのは、「小学生の肥満は夏休みに始まる」という小林³⁾の報告を強く指示するものであった。以上の時系列解析は一般校で行うのは制限があるが、肥満群は夏休み後の体重増加量が有意に非肥満群より高かった事から、年間の体重測定をこまめに行うことにより肥満児もしくは肥満に陥りやすい者を見つける事が出来ると考えられる。以上の事から、保健指導により夏休み中も食事や活動の面で学校に行っている時と同じような生活スタイルを保持させることが肥満対策として有効であると考えられた。

結 論

道東地方に住む小中学生(96人)の毎月測定した身長と体重から肥満度、BMIを算出し、それらのデータを時系列解析し、季節変動パターンを検討したところ、次のような結果が得られた。

1. 有意な季節変動に関しては、体重は71.9%、身長は53.1%、肥満度は66.7%、BMIは64.6%の児童生徒に認められ、4つの項目全てで同じ北海道の道南よりも少なく、札幌よりも多くなっていた。
2. 体重の季節変動成分は、小学生では春・夏に高値で、冬に低値となっていたが、中学生は春・冬に高く夏に低い北海道や全国と類似していた。小学生の特異なパターンは、雪が少なく冷え込みが厳しい中で、スケートなどの冬のスポーツが活発に行われるような気候や発育環境が大きく影響していると考えられた。北海道内でも生活環境が違っていると発育に関しても大きく差があらわれると考えられた。
3. 身長の季節変動成分は夏と冬に高値、春に低値という体重とは異なる傾向であったが、北海道、札幌とも共通していた。BMIは

春・夏に高値で、冬に低値であり体重と連動していた。3つの項目に共通して有意性があった33人（肥満群13人，非肥満群20人）を抜粋し，単独有意者と月平均を比較した結果，3つの項目とも単独有意者と変動パターンが同じであった。

- 4) 肥満群と非肥満群で比較すると，本研究や南北海道の小学校肥満群では夏に体重の季節変動増加がみられた。毎月の体重増加量は両群とも春・夏・冬休み中に体重の増加が見られたが，6—7月と7—8月に肥満群は非肥満群よりも有意に体重が増加した。中学生でも肥満群は夏の体重季節変動が非肥満群よりも有意に増加していた。これらの結果より小学生時期からの夏休み中の健康管理が肥満の予防に重要と考えられた。

参考文献

- 1) 岡安多香子・綾博子・小原真由美・岡部明子・荒島真一郎：児童・生徒の肥満に関する縦断的解，学校保健研究，36：55-58，1994
- 2) 戸部秀之：体重発育における季節変動とその地域性に関する研究，民族衛生，59：158-167，1993
- 3) 小林正子・竹本泰一郎・田原靖昭・田川宜昌・東郷正美：小学生の肥満は夏休みに始まる，民族衛生，61：309-316，1995
- 4) 荒居和子・小林正子・田中茂穂・東郷正美：小学生における体重の季節変動と肥満度との関係，民族衛生，59：179-185，1993
- 5) 岡安多香子・向井田紀子・武岡道子・萩野悦子・西川武志・荒島真一郎：南北海道に住む児童・生徒における成長の季節変動，学校保健研究，39：402-412，1997
- 6) 貝塚優子・大和田ゆかり・西川武志・荒島真一郎・岡安多香子：札幌市小学生の体重・身体組成・身長・体格指数における季節変動パターンの研究，学校保健研究，42：227-233，2000
- 7) Togo, M. & Togo, T.: Time-series analysis of stature and body weight in five siblings, Ann. Human Biol. 9：425-440，1982
- 8) SASETS(日本語)1982年版：X11プロシジャー147-176
- 9) 村田光範：小児肥満の判定について，小児科の進歩，1：65-73 1981
- 10) 文部省 学校保健統計調査報告書，大蔵省印刷局，平成6年度～平成11年度
- 11) 東郷正美・呉俐里・ト昭明：緯度による身長と体重の有意な季節変動の変化，平成6年度～平成8年度科学研究費補助金（基盤研究(A)(1)）による発育の時系列解析で得られる健康情報とその伝達及び活用についての研究成果報告書（研究代表者 東郷正美）：9-11，1997

(受付 01. 3. 19 受理 01. 10. 6)

連絡先：〒002-8502 札幌市北区あいの里5条3丁目
北海道教育大学教育学部札幌校（岡安）

報告

中学生の喫煙意図と保護者の喫煙行動、
養育態度との関係

大竹恵子^{*1}、島井哲志^{*2}、嶋田洋徳^{*3}

^{*1}神戸女学院大学人間科学研究科

^{*2}神戸女学院大学人間科学部

^{*3}新潟大学人文学部

The Relationship between Smoking Intention of Junior High School Students and
Smoking Behavior and the Attitude of Bringing up in Their Parents

Keiko OTAKE^{*1} Satoshi SHIMAI^{*2} Hironori SHIMADA^{*3}

^{*1} Graduate School of Human Sciences, Kobe College

^{*2} Department of Human Sciences, Kobe College

^{*3} Faculty of Humanities, Niigata University

The present study was to investigate the relationship between smoking intention of junior high school students and smoking behavior and the attitude of bringing up in their parents. The participants were 641 junior high school students (332 boys and 309 girls) and their parents who responded to our questionnaire. The results showed that the students who had smoking intention felt the merit of smoking behavior. The students who had smoking intention had interested in other risk behaviors. Furthermore, the parents who did not smoke strongly opposed the smoking behavior of their children in the future than the parents who smoke. Finally, the parents whose children had smoking intention showed the high scores of control and strict attitude of bringing than the parents whose children had not smoking intention. These results suggested that parents whose smoking behavior and the attitude of bringing up had relation to smoking intention of their children in junior high school students. It is suggested that the smoking prevention and intervention not only for children but also parents are important issues for the future research in Japanese junior high school students.

Key words : junior high school students, parents, smoking intention, and the
attitude of bringing up

中学生、親（保護者）、喫煙意図、養育態度

はじめに

青少年の喫煙開始が低年齢化してきていると言われており、喫煙が習慣化する前に防止する必要がある。青少年を対象に喫煙防止教育を行う場合、個人の知識やスキルを養成するなどの個人要因に焦点をあてた取り組みだけではなく、

保護者を含めた家庭環境に対して喫煙防止を働きかけることも効果的な対策の1つだと考えられる。

青少年、特に若年層の場合、児童・生徒は家庭で過ごす時間が長く、親の考えや養育態度に影響を受けることが予測される。とりわけ、子どもの喫煙や飲酒、薬物などの行動には、親の

意見や家庭環境が大きな影響を及ぼす可能性が考えられる。Farkas et al.¹⁾は、15歳から17歳の青少年とその保護者を対象に調査研究を行い、青少年の喫煙行動にもっとも影響する要因として、保護者の禁煙行動をあげている。そして、タバコをやめた保護者をもつ青少年は、喫煙行動に至る割合が少ないことを示している。また、Fearnow et al.²⁾は、自分の子どもの現在あるいは将来の喫煙に対する意思決定に関する親の影響について研究し、自分の子どもが喫煙することを望まないという親の意思や価値観、喫煙が及ぼす健康への悪影響などの信念、ストレスに対する親からの援助など、保護者に関するさまざまな要因が子どもの実際の喫煙行動に関連していることを明らかにしている。このほかにも多くの研究から、親の喫煙行動や親の喫煙に関する考えや価値観が子どもの喫煙行動に影響していることが報告されている^{3),4)}。

さらに、このような親が子どもの喫煙行動に与える影響は、親以外の社会的な環境要因や周囲、親しい友人などの要因と比較した場合においても、非常に大きいことが報告されている。例えば、Simons et al.⁵⁾は、小学6年から中学2年生を対象に調査を実施し、青少年の喫煙行動に影響を及ぼす要因として心理社会的要因、学校要因、家族要因の3つを取り上げ、ロジスティック回帰分析を行っている。その結果、青少年の喫煙行動には、友人や周囲の環境といった要因だけではなく、母親の喫煙行動や親の権威的な養育態度、親の知識・学歴の低さが影響していることを明らかにしている。また、Engels et al.⁶⁾は、青少年のアルコールやタバコなどの薬物使用について、親と親友のどちらが強く影響するかを検討し、5年間の縦断的研究の結果、薬物使用行動に親友の影響は示されず、説明変数は小さいが親の影響のみが有意であったことを報告している。

このように、子どもの喫煙行動や喫煙意図には、保護者が非常に大きな影響を及ぼしていることから、小学生や中学生などの若年層において喫煙防止教育を行う場合は、とりわけ、個人

要因だけではなく、保護者に焦点をあてた働きかけも重要になってくると考えられる。しかしながら、子どもと保護者の両方に調査を実施することは両者の多大な理解を要することであり、実施やデータの収集が非常に困難であるという障害があることも事実である。わが国においても、このような問題が存在することは否定できないと考えられる。

青少年の現在、あるいは将来の健康を考え、より効果的な喫煙防止教育を実現するためには、このような保護者の喫煙行動や養育態度が子どもの喫煙行動を予測する喫煙意図とどのように関連しているかを明らかにする必要がある。さらに、親の喫煙行動や養育態度は、子どもの喫煙行動やその意図だけではなく、アルコールや薬物使用など他の問題行動にも影響していることが報告されていることから⁶⁾、保護者と子どもの両方に調査を実施することは、今後のわが国の薬物防止教育や健康増進活動において、非常に重要な意味をもつと考えられる。

そこで、本研究では、中学生の喫煙意図と保護者の喫煙行動および養育態度との関係について検討することを目的とした。

方 法

1. 対象者

調査対象者は、公立中学校に在籍する生徒、男子332名、女子309名、合計641名とその保護者であった。生徒の学年内訳は、1年生315名、2年生328名であった。回収率は、生徒は96.29%、保護者は94.03%であった。なお、保護者の内訳は95%以上が母親であった。

2. 調査時期

調査は、1999年1月から2月に実施した。

3. 調査内容

生徒に対する質問内容は、喫煙に関する項目として、「タバコを吸ってみたいと思うことがある」という喫煙意図と「タバコを吸っている人はカッコよいと思う」という喫煙に対する印象の2項目をたずねた。

その他、中学生の問題行動と考えられる項目

は、「テレクラ（テレホンクラブ）に興味がある」「知らない大人におごってもらうのは悪いことだと思う」「中学を卒業したら、すぐにも茶髪にしてみたい」「万引きは盗みと同じであり、絶対に許されないことだと思う」「お酒を飲んでいる大人は、とても楽しそうだと思う」「親に内緒でゲームセンターなどに行ってもよいと思う」「買い物以外の目的でコンビニで時間を過ごしてもよいと思う」「携帯電話やPHSなどは中学生にも必要だと思う」「同じ服装やカバンでも、高価なブランド品でないと満足できない」「自分は流行に敏感な方だと思う」「インターネットに興味がある」「非行に走るのには、その本人が悪いと思う」「休日には、中学生も自由な身なり（服装、化粧、髪型）が許されていていいと思う」という計15項目とした。これらの項目は中学校の現職教員が提案した内容であり、現場の必要性和中学生における問題行動を把握する目的で作成された。以上の項目の回答方法は、「まったくあてはまらない」「あまりあてはまらない」「よくあてはまる」「とてもよくあてはまる」の4件法であり、各項目を1点から4点として得点化した。

保護者に対する質問内容は、現在の喫煙の有無、子どもの将来の喫煙をどう思うか、子どもに禁煙をすすめられたらやめることができるかの3項目とした。現在の喫煙の有無は、現在タバコを吸っているかどうかを問う内容であり、回答方法は「はい」「いいえ」の2件法であった。自分の子どもが将来タバコを吸うことをどう思うかという項目については、「絶対に反対である」「反対である」「どちらでもない」「賛成である」「その他」という回答方法であった。また、子どもからタバコをやめるようにすすめられたら、やめることができるかという問いに対しては、「必ずやめると思う」「少しやめると思う」「あまりやめないと思う」「絶対にやめないと思う」「昔吸っていたが、子どもに言われてやめた」「今、吸っていないのであてはまらない」という回答方法であった。

また、保護者の養育態度については、鈴木

ら⁷⁾の養育態度尺度を用いた。この尺度は、親が子どもに対してどのような態度や考え、育て方をもっているのかをたずねるものであり、受容的・子ども中心のかかわり尺度（10項目）、統制的かかわり尺度（10項目）、責任回避的かかわり尺度（10項目）の3下位尺度から構成される計30項目の質問紙であった。

受容的・子ども中心のかかわり尺度とは、「子どもの悩みや心配ごとを理解している」「子どものことにじゅうぶん気を配っている」「自分にとって子どもが何より大切だ」「子どもがこわがっている時には安心させてやる」「うちで子どもと楽しい時間を過ごす」「子どもと一緒に外出や旅行をするのが好きだ」「子どもにたびたび話しかける」「子どもが喜びそうなことをいつも考えている」「自分のことは我慢しても子どものためにしてやるのがよくある」「私の全生活は子どもを中心に動いている」という10項目であり、子どもへの愛情的なかわり方や受容を示す内容であった。

統制的かかわり尺度とは、「子どもを自分の言いつけどおりに従わせている」「子どもが言いつけどおりにするまで、子どもを責めたてる」「子どもに対しては決まりをたくさん作り、それをやかましく言わなければならないと思う」「子どものした悪いことはみな何かのかたちで罰を与えるべきだと思う」「子どもが外から時間通り帰ってくるようにいつもさせている」「子どもの行儀をよくするために罰を与えるのは正しいことだと思う」「子どもに何事もどんなふうにしたらよいかを事細かに言い聞かせる」「子どもがすべきことをちゃんとしてしまうまでは何回でも指示する」「子どもにはできるだけ私の考え通りにさせたい」「子どもに自分で物事を決めさせることはあまりない」という10項目であり、子どもを厳しく統制する傾向を示す内容であった。

最後に、責任回避的かかわり尺度とは、「その時の気分しだいで子どもにきまりを押し通したり、ゆるめたりする」「子どもの言いなりになる方だ」「子どもが同じことをしても時によ

て叱ったりほうっておいたりしてしまう」「やっ
てはいけないと私が言ったことを子どもがして
いても黙って見ていることがある」「子どもの
ために作った決まりをよく変える」「決まりを
守るようにと子どもに強く言う日もあれば忘れ
ている日もある」「子どもが物を欲しがるとだ
めだといえない」「子どもが悪いことをしても
あまりとがめだてしない」「言いつけに対して
子どもが不平を言うと言いつけを取りやめるこ
とがある」「子どもに頑張られて子どもの考え
通りになりやすい」という10項目であり、統制
の仕方に一貫性がなく、責任を回避する傾向を
示す内容であった。この養育態度尺度の回答方
法は、「まったくそうではない」「あまりそうで

はない」「どちらともいえない」「まあそうだ」
「たしかにそうだ」の5件法であった。各項目
を1点から5点として得点化し、下位尺度ごと
合計得点を算出した。

4. 手続き

調査方法を統一するため、学級担任には指示
内容を教示し、調査は学級単位で一斉に行った。
保護者への調査は生徒を通じて行い、封筒ごと
配布し、密封回収した。

結 果

1. 生徒の喫煙意図と問題行動との関係

タバコを吸ってみたいと思うことがあるとい
う質問に対する男女別の回答分布を図1に示し

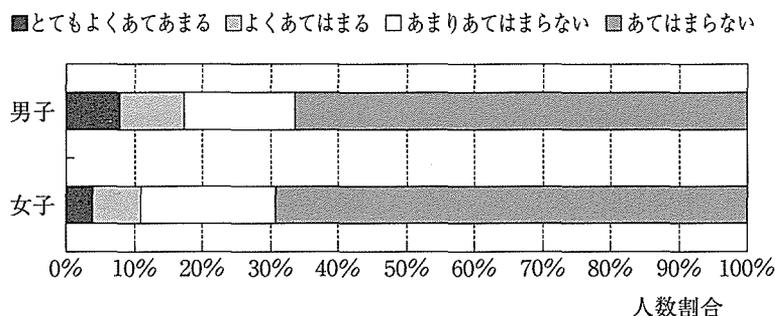


図1 男女別における喫煙意図の実態

表1 喫煙意図の高い生徒と低い生徒における喫煙への印象・問題行動の人数割合

質 問 項 目	タバコを吸ってみたいという喫煙意図		χ^2 値
	高い生徒 (n=91)	低い生徒 (n=549)	
タバコを吸っている人がかっこいいと思う	38.5%	6.4%	82.50*
テレクラ (テレフォンクラブ) に興味がある	23.1%	5.1%	35.68*
知らない大人におごってもらうのは 悪いことだと思う	56.0%	74.9%	13.77*
中学を卒業したら、すぐにでも茶髪にしてみたい	53.8%	23.9%	24.39*
お酒を飲んでいる大人はとても楽しそうだと思う	69.2%	45.4%	17.81*
親に内緒でゲームセンターなどに 行ってもよいと思う	76.9%	43.4%	35.24*
買い物以外の目的でコンビニで時間を 過ごしてもよいと思う	71.4%	45.7%	20.64*
携帯電話やPHSなどは中学生にも必要だと思う	62.6%	43.2%	11.91*
同じ服装やカバンでも、 高価なブランド品でないと満足できない	25.3%	9.9%	16.98*

* $p < .001$

た。これを見てもわかるように、喫煙してみたいと思うという問いに対して、「よくあてはまる」あるいは「とてもよくあてはまる」と回答した、喫煙意図が高い生徒は、男子が57名、女子が34名、計91名(14.2%)であり、男子の方が女子よりも有意に回答の割合が高かった($\chi^2=5.06, p<.05$)。

次に、これらの喫煙意図とタバコに対する印象や他の問題行動に対する意識との関係について検討した。表1には、喫煙意図の高い生徒と低い生徒における喫煙への印象、他の問題行動に対する意識の違いとして、統計的に有意であった項目の人数割合を示した。表にもあるように、「タバコを吸っている人をかっこいい」と感じている人数割合は、喫煙意図の高い生徒は38.5%、一方、喫煙意図が低い生徒は6.4%であり、喫煙意図の高低によって喫煙への印象が異なっていた。さらに、タバコ以外の問題行動についてみてみると、喫煙意図が高い生徒は、低い生徒に比べて、「テレクラ(テレホンクラブ)に興味がある」「中学校を卒業したらすぐにでも茶髪にしてみたい」「お酒を飲んでいる大人は、とても楽しそうだと思う」「親に内緒でゲームセンターなどに行ってもよいと思う」「買い物以外の目的でコンビニで時間を過ごしてもよいと思う」「携帯電話やPHSなどは中学生にも必要だと思う」「同じ服装やカバンでも、高価なブランド品でないと満足できない」という、テレクラやお酒、ゲームセンター、茶髪、ブランド品への興味を高く示していた。一方、

「知らない大人におごってもらうのは悪いことだと思う」という質問に対しては、喫煙意図が高い生徒は低い生徒よりも、悪いことだと思っている人数割合が低いことが示された。

2. 生徒の喫煙行動に関する保護者の考え

次に、保護者の喫煙行動と保護者の喫煙に関する考えについて検討した。現在、タバコを吸っていると回答した保護者は、160人(24.9%)であった。自分の子どもが将来、喫煙することをどう思うかという質問に対して、「絶対に反対である」あるいは「反対である」と回答した保護者は389人(60.6%)、「どちらでもない」という回答は241人(37.5%)であった。

次に、現在、喫煙している保護者と喫煙していない保護者について、子どもの将来の喫煙行動を反対か賛成かという子どもの喫煙に対する考えの違いを検討し、その回答分布を図2に示した。図に示したように、現在喫煙していないと回答した保護者の72.0%が将来、子どもが喫煙することについて、「絶対に反対である」あるいは「反対である」と答えており、一方、現在喫煙している保護者では反対だという割合は26.3%であり、現在喫煙していない保護者の方が現在喫煙している保護者よりも、子どもの将来の喫煙について強く反対していることが示された($\chi^2=105.26, p<.001$)。また、現在喫煙している保護者のうち、子どもにタバコをやめるようにすすめられたらやめることができると回答した人は36.3%存在することが示された。

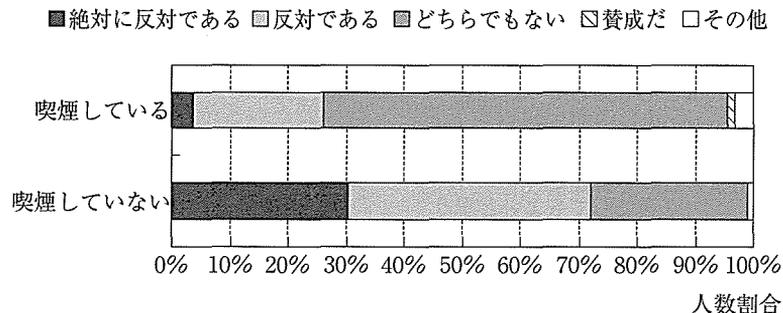


図2 保護者の現在の喫煙行動と子どもの将来の喫煙に対する保護者の意見

3. 生徒の喫煙意図と保護者の喫煙、養育態度

子どもの喫煙意図の高さと保護者の喫煙行動、養育態度との関係について明らかにするため、中学生を喫煙意図が高い生徒と低い生徒の2群に分類し、その保護者の現在の喫煙状況と養育態度得点について比較した。表2には、喫煙意図の高い群と低い群における保護者の現在の喫煙状況と養育態度の各下位尺度の平均得点および標準偏差を示した。

表に示したように、「現在、喫煙している人数割合」では、喫煙意図が高い生徒を持つ保護者の喫煙率は33.0%、一方、喫煙意図が高くない生徒を持つ保護者では喫煙率は23.5%であり、生徒の喫煙意図の違いによって、現在喫煙している保護者の割合が異なることが示された ($\chi^2 = 3.91, p < .05$)。また、保護者の養育態度について見てみると、統制のかかわり尺度得点について統計的な有意差がみとめられ、喫煙意図の高い生徒を持つ保護者の平均得点は 27.82 ± 5.65 点、一方、喫煙意図の低い生徒を持つ保護者の平均得点は 26.68 ± 5.07 であり、喫煙意図が高い保護者の方が子どもを厳しく統制する統制のかかわり養育態度が強いことが示された ($t = 2.21, p < .05$)。

ほかの2つの養育態度下位尺度である受容的・子ども中心のかかわり尺度と責任回避のかかわり尺度については、有意な差はみとめられなかった。

考 察

本研究の結果から、中学生の喫煙意図と保護

者の喫煙行動、統制的な養育態度が関連していることが明らかにされた。この結果は、欧米の研究においても支持されており^{8),9)}、わが国においても保護者に焦点をあてた喫煙防止の取り組みが必要であることを示唆していると考えられる。

また、本研究から、喫煙意図が高い生徒は、喫煙に対していいイメージをもっていることが示された。このような喫煙に関するメリットは、喫煙行動が進行するにしたがって増加していくことが明らかにされている^{12),13)}。タバコや危険行動に対するポジティブな認知であるメリットを低下させるような働きかけも重要な喫煙防止教育の1つであると考えられる。さらに、本研究の結果から、喫煙意図が高い生徒は低い生徒に比べて、他の問題行動を引き起こす可能性が高いことが考えられた。喫煙行動への興味・関心という喫煙意図は、アルコールや薬物などの他の危険行動に関連していることから^{10),11)}、喫煙行動を食い止めることは、他の問題行動への進行を防止することにもつながると考えられる。

本研究では、喫煙行動に至る前段階と位置づけられる「喫煙したいと思う」という喫煙意図についてとりあげたが、実際に喫煙したいとまでは思わないが、喫煙ということに興味や関心があるという青少年の段階も存在することが考えられる。このような青少年の喫煙行動の獲得行動について段階を考え、それぞれの段階ごとに個人要因が変化することが明らかにされている^{14),15),16)}。より効果的な喫煙防止プログラムを開発するためにも、喫煙獲得行動の段階を考慮

表2 喫煙意図の高い生徒と低い生徒における保護者の喫煙行動と養育態度得点

		生徒(子ども)の喫煙意図	
		高群(91人)	低群(550人)
保 護 者	喫煙行動	現在、喫煙している人数割合	33.0% 23.5%
	養育態度	受容的・子ども中心のかかわり尺度	35.96 ± 4.88 36.49 ± 4.81
		統制のかかわり尺度	27.82 ± 5.65 26.68 ± 5.07
		責任回避のかかわり尺度	22.84 ± 5.01 22.47 ± 5.06

した研究を行い、青少年の健康増進を促す働きかけも今後の課題の1つだと考えられる。

さらに、本研究の結果から、現在喫煙している保護者としていない保護者の違いとして、喫煙意図が低い生徒の保護者の方が将来自分の子ともが喫煙することを強く反対していることが明らかにされた。このことは、自分自身の喫煙行動である喫煙に対する価値観が自分の子どもに対する願望に関連していることを示唆していると考えられた。また、現在喫煙している保護者のうち、約4割弱の保護者の喫煙行動が子どもの禁煙の勧めによって変容する可能性が示された。このことは、青少年の喫煙防止教育を行うことによって、保護者という重要な環境要因にも働きかけることができることを示唆しており、非常に興味深いと考えられる。

生徒の喫煙意図と保護者の養育態度との関係では、喫煙意図の高い生徒の保護者の方が喫煙意図の低い生徒の保護者よりも、子どもを自分の言いつけ通りに従わせるなどの統制する養育態度傾向が強いことが明らかにされた。このことから、保護者の統制的な養育態度が著しく低く、子どもが何でも自由勝手に好きなようにできる、というような家庭環境は問題であると考えられるが、一方で、統制的な養育態度が高すぎることは、子どもを束縛し、無理やりでも言いつけ通りに従わせるような状況も起こる可能性がある。したがって、統制的で厳しい養育態度と子どもの喫煙意図や実際の喫煙行動とがどのように関係しているのかということについては、今後さらに検討する必要があると考えられる。

本研究では、しつけなどの全般的な親の養育態度を取り上げたが、今後は、養育態度の中でもより喫煙行動に焦点をあて、青少年の喫煙行動との関連を明らかにすることが有効な防止教育につながると考えられる。Proescholbell et al.¹⁷⁾は、家庭での喫煙に対する親の態度である制限や厳しさと青少年の現在および将来の喫煙行動との関係について検討している。そして、タバコを吸うことを家庭においても厳しく反対している親をもつ子どもは、現在あるいは将来

の喫煙行動の割合が低く、一方、家庭においてのみ喫煙を許している親をもつ子どもの場合は、年齢が上がるにつれて青少年の喫煙率が増加していくことを示している。このように、保護者の養育態度の1つとして、親が子どもの喫煙についてどのように教育し、育てているのかという親の態度や行動が子どもの喫煙行動に大きく影響している可能性が示唆される。

以上の結果から、青少年に対する喫煙防止教育を行う場合、生徒自身や同年代の友人の喫煙防止だけではなく、保護者や家庭での禁煙を促すような活動や保護者の養育態度への働きかけが効果的であることが予測される。保護者を含めた社会環境全体に対する対策を今後強化することによって、より効果的な一次予防が期待できると考えられる。

まとめ

本研究では、中学生とその保護者を対象に、喫煙に関する質問紙調査を実施した。中学生の喫煙意図に焦点をあて、保護者の喫煙行動や子どもの将来の喫煙に対する考え、養育態度について検討した。

その結果、喫煙意図が高い中学生は、喫煙意図が低い生徒に比べて、タバコを吸っている人にかっこいいと感じている人数割合が高く、他の問題行動への興味や関心が強いことが示された。一方、保護者の喫煙に関する考えについては、喫煙していない保護者は、現在喫煙している保護者よりも、将来、自分の子どもが喫煙することへ強く反対していた。最後に、喫煙意図の高い中学生を持つ保護者と低い生徒を持つ保護者の養育態度について比較したところ、喫煙意図が高い生徒の親の方が、「統制的かかわり尺度」である統制する養育態度傾向が強いことが明らかにされた。

これらの結果は、中学生の喫煙意図と保護者の喫煙行動や養育態度が関連していることを示しており、タバコや飲酒、薬物といった問題行動に関しては、親の意見や家庭環境が大きな影響を及ぼす可能性が考えられた。今後、青少年

を対象に喫煙防止教育を行う場合，個人要因だけではなく，保護者を含めた家庭環境に喫煙防止を働きかけることも有効な対策の1つであると考えられた。

引用文献

- 1) Farkas, A.J., Distefan, J.M., Choi, W.S., Gilpin, E.A., Pierce, J.P. : Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Prevent. Med. : An Inter. J. Devoted to Practice and Theory.* 28 : 213-218, 1999
- 2) Fearnow, M., Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J. : Determinants of parental attempts to deter their children's cigarette smoking. *J. Appl. Dev. Psychol.* 19 : 453-468, 1998
- 3) Chassin, L., Presson, C.C., Todd, M., Rose, J.S., Sherman, S.J. : Maternal socialization of adolescent smoking : The international transmission of parenting and smoking. *Dev. Psychol.* 34 : 1189-1201, 1998
- 4) Hoppe, M.J., Wells, E.A., Haggerty, K.P., Simpson, E.E., Gainey, R.R., Catalano, R.F. : Bonding in a high-risk and a general sample of children : Comparison of measures of attachment and their relationship to smoking and drinking. *J. Youth. Adoles.* 27 : 59-81, 1998
- 5) Simons, M.B., Crump, A.D., Haynie, D.L., Saylor, K.E., Eitel, P., Yu, K. : Psychosocial, school, and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls. *Prevent. Med. : An Inter. J. Devoted to Practice and Theory.* 28 : 138-148, 1999
- 6) Engels, R.C., Knibbe, R.A., de-Vries, H., Drop, M.J., van-Breukelen, G.J. : Influences of parental and best friends' smoking and drinking on adolescent use : A longitudinal study. *J. Appl. Soc. Psychol.* 29 : 337-361, 1999
- 7) 鈴木眞雄, 松田惺, 永田忠夫, 植村勝彦 : 子どものパーソナリティ発達に影響を及ぼす養育態度・家族環境・社会的ストレスに関する測定尺度構成, 愛知教育大学研究報告, 34 : 139-152, 1985
- 8) Astrom, A.N. : Parental influences on adolescents' oral health behavior : two-year follow-up of the Norwegian Longitudinal Health Behavior Study participants. *Eur. J. Oral. Sci.* 106 : 922-930, 1998
- 9) Kegler, M.C., Cleaver, V.L., Yazzie-Valencia, M. : An exploration of the influence of family on cigarette smoking among American Indian adolescents. *Health. Educa. Res.* 15 : 547-557, 2000
- 10) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J. C. : In research of how people change : Applications to addictive behavior. *Am. Psychol.* 47 : 1102-1114, 1992
- 11) Baumert, P.W., Henderson, J.M., Thompson, N. J. : Parental influences predict adolescent smoking in the United States. *J. Adoles. Health.* 22 : 460-465, 1998
- 12) Prochaska, J.O., Velicer, W.F. : The transtheoretical model of health behavior change. *Am. J. Health. Promot.* 12 : 38-48, 1997
- 13) Otake, K., Shimai, S. : Adopting the stage model for smoking acquisition in Japanese adolescents. *J. Health. Psychol.* (in press).
- 14) Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. : Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in behavior modification.* 28. Sycamore : Sycamore Publishing Company, 1992
- 15) Pallonen, U.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.E., Prokhorov, A.V., Smith, N.F. : Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: An empirical integration. *Addict. Bevv.* 23 : 303-324, 1998
- 16) 大竹恵子, 島井哲志 : 中学生の喫煙ステージと行動関連要因との関係, 行動医学研究, 7 (2) : 117-124, 2001

- 17) Proescholbell, R.J., Chassin, L., MacKinnon, D.
P.: Home smoking restrictions and adolescent
smoking. Nicotine. Tob. Res. 2 : 159-167, 2000

(受付 01. 6. 27 受理 01. 10. 6)
連絡先: 〒662-8505 西宮市岡田山4-1
神戸女学院大学人間科学研究科(大竹)

内山 源 (茨城大学名誉教授) 編著

公衆衛生学

A5判二六二頁 定価三三二〇円

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、もっ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49回日本学校保健学会の御案内 (第1報)

年次学会長 荒島真一郎

1. 期 日 2002年9月14日(土), 15日(日)
2. 会 場 北海道大学高等教育機能開発総合センター(札幌市北区北17条西8丁目)
3. テーマ 「北の国から新世紀へ(仮題)」
4. 企 画
 - 1) 特別講演, 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
助教授 齊藤 健(演題未定, 環境教育関係)
 - 2) 会長講演 (仮題) 養護教諭の大学院における現職研修
 - 3) 記念講演 大林組 林 章(仮題) 五稜郭と函館
 - 4) シンポジウム
 - 5) 教育講演
 - 6) 一般発表(口演, ポスターセッション)
 - 7) 懇親会(札幌ビール園予定)
 - 8) その他

5. 事務局

〒002-8502 札幌市北区あいの里5-3-1 北海道教育大学札幌校内

第49回日本学校保健学会事務局(事務局長: 西川 武志)

TEL: 011-778-0426 (西川研究室)

TEL: 011-778-0424 (荒島研究室)

FAX: 011-778-8822 (必ず西川宛とご記入ください。)

6. 宿泊, 交通

事務局では直接取り扱いはいたしません。

7. 大筋は, 従来 of 学会 of 形式を踏襲する予定です。

会報

常任理事会・拡大常任理事会議事概要

平成13年度 第4回

日 時：平成13年8月30日(木) (12:00~16:30)

場 所：大妻女子大学人間生活科学研究所内学会事務局 大妻女子大学C棟242室・A棟358室

出席者：森 昭三 (理事長), 和唐正勝 (編集・年次学会長), 衛藤 隆 (国際交流), 林 正 (学術)
大澤清二 (庶務 事務局長)

地区代表理事：市村國夫 (関東), 数見隆生 (東北), 勝野眞吾 (近畿), 佐藤祐造 (東海)

美坂幸治 (九州), 向井康雄 (中国・四国)

笠井直美 (幹事), 神山晴江 (事務局)

1. 前回常任理事会の議事録の確認を行った。

2. 事業報告

(1) 庶務関係 大澤庶務担当常任理事より以下の事項が報告された。

- ① 会計監査が8月31日に行われる予定
- ② 平成13年度会計は概ね順調であり, 9月31日締めの中間報告(案)を次回常任理事会にて行う
- ③ 第48回学会演題申し込み者に約100名の未会員がいて, 現在入会催促中
- ④ 2年間(1999・2000年度)会費未納者に対する会費督促中
- ⑤ 事務局備品老朽化および編集作業効率を向上のためFAXを買い替え, ノートパソコンを新規購入
- ⑥ 会員の慶弔関連情報収集依頼
- ⑦ ニュースレター・学会ホームページに関する活動状況(市村広報担当)

(2) 編集関係 和唐編集担当常任理事より以下の事項が報告された

- ① 「学校保健研究」投稿論文の査読・受理状況
- ② 「学校保健研究」第43巻4号は10月20日発行予定
- ③ 「編集者への手紙」(仮題)の設置を編集委員会にて継続的に検討中

(3) 学術関係 林学術担当常任理事より以下の事項が報告された

- ① 平成13年度奨励賞について審査中

(4) 国際交流関係 衛藤国際交流担当常任理事より以下の事項が報告された。

- ① 10月6日に国際交流委員会会議を開催予定

(5) 50周年記念事業について 理事長・各担当常任理事より以下の事項が報告された。

- ① 50周年記念大会 開催地等についてのアンケートを行い集計中
- ② 50周年記念誌の進捗状況
- ③ 学校保健研究用語集の進捗状況
- ④ 英文誌の進捗状況
- ⑤ 50年史の進捗状況

(6) 第11回役員選挙について 市村選挙管理委員長から以下の事項が報告された。

- ① 評議員選挙投票率33%・理事選挙の投票率95%
- ② 現在, 理事長・常任理事選挙期間であり, 9月1日に開票する

3. 議題 ※議題に関しては拡大常任理事会(地区代表理事との合同)会議にて行われた

(1) 第48回日本学校保健学会について(和唐学会長)

- ① 企画(案)準備状況について説明がなされ, 審議が行われた。

- ② 役員会に関して; 第11期役員については例年通りオブザーバーとして出席してもらうこととなった。
- ③ 地区学会の活動報告は九州地区・関東地区が行うこととなった。
- (2) 50周年記念事業について (理事長・各担当常任理事)
 - 第11期各委員会への引継ぎについて審議が行われ, 各委員長・委員会が責任を持って次の役員会へ引継ぎをすることとなった。
- (3) 庶務関係について (大澤庶務担当常任理事)
 - ① 各担当の会計・引継ぎについて, 第11期担当に迅速に交代できるように審議が行われ, 了承された。
 - ② 科研費補助金の審査, 申請について
日本学術会議・予防医学研究連絡委員会より, 科研費補助金の審査員候補者の推薦の在り方について学会に意見提出依頼があり, 継続して検討することとなった。
また, 本学会内に科研費補助金の申請等に関する委員会を発足させることが必要との方向で今後検討することとなった。
 - ③ 個人情報および倫理的配慮について
日本学術会議より「個人情報および倫理的配慮について」の学会の対応方を打診され, 現時点では特にそのような対応はしていない旨の回答をし, 第11期学術担当理事が原案を作成・検討することとなった。
- (4) 第50回年次学会開催地について (向井理事)
 - 西日本ブロック地区代表理事により審議された結果, 近畿地区で実施する旨の報告がなされた。学会長・開催地等詳細については追って報告される予定である。
- (5) 各地区選出代表委員の選出・依頼方法について
 - 理事選挙における各地区上位3名の中から各地区選出代表委員 (地区代表理事・編集委員・学会活動委員) を依頼することとなった。また, 理事枠が3名以下の地区に関しては評議員選挙の結果を用いることとし各担当者の決定については各地区に委ねることとなった。
- (6) 役員選挙見直しについて
 - 選挙制度見直しについて, 役員の増員や選挙規約の改正などについて審議され, 今後検討していくこととなった。
- (7) その他 (事務局長)
 - ① 名誉会員の推薦がなされ, 審議された。
 - ② 理事長より「無評議員県における評議員の推薦」について提案され, 客観的な資料をもとに5人以内程度を目安に推薦することが提案され了承された。
 - ③ 「青少年の喫煙防止に関する提言」についての取り扱いが検討された。

会 報

編集委員会議事録**平成13年 第3回**

日 時：平成13年6月30日（土）15：00～16：30

場 所：大妻女子大学C棟2階 282室

出席者：和唐正勝（編集委員長）、佐藤祐造、鈴木庄亮、瀧澤利行、宮下和久、百瀬義人、渡邊正樹、
植田誠治（50年記念誌関連）
（事務局）大澤清二、山野由紀

資 料：No.1 投稿論文一覧

No.2 第2回編集委員会議事録（案）

No.3 特集論文（案）

No.4 事務作業関連資料

No.5 50年記念誌関連資料

報 告：1. 投稿原稿に関する報告（資料No.1）

投稿原稿の受稿・受理状況につき報告があった。今委員会の任期中に審査中の原稿の円滑な進行が確認された。

議 題：1. 前回議事録（案）の検討（資料No.2）

前回議事録の確認が行われ、検討の上了承された。

2. 投稿原稿について

No.1310, No.1245, No.1246の査読結果につき審議し、対応を決定した。

No.1311の査読者を決定した。

3. 特集論文について（資料No.3）

特集論文につき、第5号にむけて「学校における医療的ケアを考える」をテーマに、医師、養護教諭、障害児教育関連の会員または非会員に基本的考え方、現場での対応、今後の課題などにつき総説論文を依頼する原案が編集委員長および編集委員会幹事より提案され、審議の結果、基本的に了承され執筆者への依頼を行うことになった。

4. 事務作業の効率化について（資料No.4）

編集委員会事務局より、事務局体制の変更にもなう事務作業の軽減に向けて、一部事務作業の効率化について提案がなされ、審議の結果おおむね事務局案に沿って事務の効率化を図ることが了承された。

5. 50周年記念誌について

編集委員長および植田50周年記念誌担当世話人より、50周年記念誌の編集についてワーキンググループの活動に関して、キーワードなどの抽出作業が行われている旨の報告がなされた。

6. その他

学会誌上に新たに「編集者への手紙」欄を設けることが新たに提案され、審議の上、800字程度の記事として投稿を検討することが了承された。

以 上

地方の活動

第9回日本教育保健研究会開催要項

1. 主催：日本教育保健研究会 会長 森 昭三（筑波大学名誉教授）
2. 日時：平成14年3月30日（土）9：00～17：30，31日（日）9：00～15：00
3. 会場：愛知学院大学歯学部（名古屋市中千種区楠元町 地下鉄東山線本山駅下車 徒歩10分）
4. 内容：
 - ・キーノートレクチュア「養護教諭の仕事と教育保健の考え方」
講 師：宍戸洲美（渋谷区中幡小学校）
 - ・シンポジウム「学校空間と子どもの居場所・心身への影響を考える」
コーディネータ：数見隆生（宮城教育大学）
シンポジスト：上野 淳（東京都立大学）ほか
 - ・共同研究「保健室登校の教育的意義に関する実証的研究」中間報告
 - ・ラウンドテーブルセッション
 - ①「養護教諭の実践づくりと記録・分析のあり方」藤田和也（一橋大学）ほか
 - ②「看護・養護・教育の概念をめぐって（パート2）」工藤宣子（岩手県立宮古工業高等学校）ほか
 - ③「学校歯科保健を考える」渡邊貢次（愛知教育大学）ほか
 - ④「障害児・病弱児と教育保健」瀧澤利行（茨城大学）ほか
 - ⑤「養護教諭は保健学習・総合学習にどうかかわるべきか」友定保博（山口大学）ほか
 - ⑥「保健室登校の教育的意義を考える」数見隆生（宮城教育大学）ほか
 - ・一般演題：1 演題につき15分発表，15分討論
 - ・特別企画：「学校保健 なんでも相談コーナー」
相談員：森 昭三，和唐正勝，数見隆生，野村和雄，他予定
5. 参加費：会員 1,500円，非会員 2,500円（一日のみ参加 1,500円），学生 1,500円
当日受付にてお支払ください。講演抄録集等をお渡します。
6. 演題申込・締切および原稿締切：

一般演題の申し込みは実行委員会まで，はがき・Fax・E-mail等でお願ひします。記載要項を送ります。

申し込み期限は平成14年1月15日。なお，原稿締め切りは2月22日です。
7. 参加申込：予約なしでも参加できますが，資料を確実に受け取るために事前に参加予約を実行委員会まで，はがき・Fax・E-mail等でお知らせください。
8. 交流会：30日（土）18：00より交流会を予定しております。
9. 交通機関：会場には駐車場がありません。公共交通機関でお越しください。
10. 実行委員会連絡先：

〒448-8542 愛知県刈谷市井ヶ谷町広沢1 愛知教育大学養護教育講座
実行委員長 渡邊貢次 Tel & Fax：0566-26-2496
E-mail：wnkoji@aeucc.aichi-edu.ac.jp
全国世話人 野村和雄 Tel & Fax：0566-26-2494
 高橋裕子 ：0566-26-2463
11. ホームページ：
<http://www.yokyo.aichi-edu.ac.jp/yoko.htm>

◎日程表

・30日(土)

9 : 00 9 : 30 12 : 00 13 : 00 13 : 30 14 : 30 17 : 30 18 : 00 19 : 30

受付	一般演題発表	昼食	総会	キーノート レクチュア	シンポジウム	移動	交流会
	一般演題発表						

・31日(日)

9 : 15 9 : 50 11 : 45 13 : 00 15 : 00

共同研究 中間報告	テーブルセッション①	特別 企画	テーブルセッション④
	テーブルセッション②		テーブルセッション⑤
	テーブルセッション③	昼食	テーブルセッション⑥

地方の活動

第58回北陸学校保健学会の開催報告

会長：金沢大学名誉教授 **岡崎 康夫**

第58回北陸学校保健学会は、平成13年11月10日（土）、石川県女性センターにおいて開催されました。

座長：河田 史宝（金沢大学教育学部附属中学校 養護教諭）

1. 学校健康教育における性に関する実践報告の動向
○池田 美喜子（石川県立野々市明倫高等学校 養護教諭・金沢大学大学院 教育学研究科）
2. 中・高校生の歯科保健行動とその背景
○丁子 智恵子（石川県立総合看護専門学校）
関 秀俊（金沢大学医学部保健学科）
3. 子どもの疑問からつくる喫煙防止教育の授業づくり
○諸井 珠江（柳田村立柳田中学校 養護教諭）

座長：岩田 英樹（金沢大学 助教授）

4. 幼稚園児への保健指導～健康教育の一方法として～
○山岸 千恵美（福井大学教育地域科学部附属幼稚園 養護教諭）
5. 児童一人ひとりのQOLを高めるための取り組み
藤沢 和郎（ふじさわ小児科医院・福井市和田小学校学校医）
○前川 まさい（福井市和田小学校 養護教諭）
6. 学童期における生活習慣病予防教室を実践して
○村井 綾（敦賀市健康管理センター）

座長：長峰 伸治（金沢大学 助教授）

7. 思春期を対象にした構成的グループエンカウンターの実践
○坂井 朋子（吉田内科心療内科医院）
辰野 由紀子（吉田内科心療内科医院）
金木 智子（吉田内科心療内科医院）
安井 慶祐（吉田内科心療内科医院）
吉田 秀義（吉田内科心療内科医院）
8. 「ひきこもり」のカウンセリング技法—ヴァン・ジョインズ（交流分析）の治療ドアのアプローチ—
○吉田 秀義（吉田内科・心療内科医院）
9. 保健室における子供との人間関係づくりの工夫をめざして
○高崎 千恵子（富山県井波町立井波小学校 養護教諭）
10. 学校保健分野に生かすエンカウンター—保健学習とエンカウンター—の授業を連動させて—
○酒井 緑（福井大学教育地域科学部附属小学校 養護教諭）

座長：岡崎 康夫（北陸学校保健学会 会長）

特別講演 睡眠と心身の健康

神川 康子（富山大学教育学部 教授）

〈連絡・問い合わせ先〉

（北陸学校保健学会事務局 金沢大学教育学部保健教室（岩田）

〒920-1192 金沢市角間町

Tel : 076-264-5566

Fax : 076-234-4117

E-mail : iwata@ed.kanazawa-u.ac.jp

編 集 後 記

今号は「学校における医療的ケア」を特集した。養護教諭、特に養護学校の養護教諭にとっては最も関心をかきたてられるテーマであろう。しかし、医療的ケアの問題は学校保健の場にとどまらず、重症心身障害児施設、特別養護老人ホーム、保育所など、福祉の場においてもしばしば議論されていることである。医師の行う「医療行為」に対して、相対的に軽度な、しかし障害をもった子どもや病弱の子どもにとっては重要なケアを「医療的ケア」としてそのあり方を考える動きは徐々に高まっている。医師法などの法的規制の現実と、実際の教育現場で起きている実態とのギャップをどのように埋めていくのか。この課題は、現場のリアルな問題として考えていくと同時に、学校保健

の理論的問題としても考えていく必要があろう。そのような意識からこの特集を企画した。多くの意見や論議が起こることがこの問題を現実的かつ建設的に考えていく契機となるだろう。

本委員会も今11月17日をもって形式上の任期を終えた。なお本巻第6号の編集を残しているが、実質的に次期体制への実務継承を行う時期に入った。当期委員会において残された課題を次期委員会で積極的に議論し、解決してもらう準備をすることも当期委員会の責任に属する。和唐編集委員長のリーダーシップの下、最後の課題整理をしていきたいと考えている。本誌の編集上の課題について事務局あてに細大を問わずお寄せいただきたいと念じている。(瀧澤利行)

「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)

編集委員

磯辺啓二郎 (千葉大学)

小沢 治夫 (筑波大附属駒場中・高等学校)

川上 幸三 (北海道教育大学函館校)

小阪 栄進 (金沢市立森山町小学校)

佐藤 祐造 (名古屋大学総合保健体育科学センター)

佐見由紀子 (東京学芸大附属小金井中学校)

鈴木 庄亮 (群馬大学)

瀧澤 利行 (茨城大学)

宮下 和久 (和歌山県立医科大学)

百瀬 義人 (福岡大学)

盛 昭子 (弘前大学)

門田新一郎 (岡山大学)

渡邊 正樹 (東京学芸大学)

編集事務担当

山野 由紀 (大妻女子大学)

Editor-in-Chief

Masakatsu WATO

Associate Editors

Keijiro ISOBE

Haruo OZAWA

Kouzo KAWAKAMI

Eishin KOSAKA

Yuzo SATO

Yukiko SAMI

Shosuke SUZUKI

Toshiyuki TAKIZAWA

Kazuhisa MIYASHITA

Yoshito MOMOSE

Akiko MORI

Shin-ichiro MONDEN

Masaki WATANABE

Editorial Staff

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5号

2001年12月20日発行

Japanese Journal of School Health Vol. 43 No. 5

(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:

A View Point on School Text Book.....Yasuo Mukai 360

Special Issues:

Basic Consideration of Medicine-Based Care in School.....Keijiro Isobe 361

Soft Medical Caring for Severe Handicapped Children
in School Life from View of Pediatric Medicine.....Takashi Hayashi 366

School Medical Care in School Nurse Teacher.....Mitsuko Morita 373

The Present Situation and Issue of Medical Care in
Education for Handicapped Children.....Masakuni Yamamoto 380

Research Papers:

Sleep Habits and Lifestyles of Junior High School Students
and the Influence of Nocturnal Lifestyles
—A Survey of 3,754 Junior High School Students in Okinawa—
.....Masashi Arakawa *et al.* 388

Development of Self-Esteem and Stress Management Skills and
Their Relationships to Smoking Behavior among Early Adolescents
.....Tetsuro Kawabata *et al.* 399

Reports:

Department of Psychology and Pedagogy.....Isao Tabeta *et al.* 412

Seasonal Variation in Growth of Elementary and Junior High School Children
Living in Eastern Hokkaido.....Takako Okayasu *et al.* 418

The Relationship between Smoking Intention of Junior High School Students
and Smoking Behavior and the Attitude of Bringing up in
Their Parents.....Keiko Otake *et al.* 426

Japanese Association of School Health

平成十三年十二月二十日 発行

発行者 森 昭三

印刷者 勝美印刷株式会社

発行所

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