

平成 17 年度 修士論文

慢性疾患のある高校生における支援の必要性の見えにくさに関する研究
—保健室利用実態・健康行動・疲労自覚症状の視点から—

筑波大学大学院教育研究科
カウンセリング専攻
リハビリテーションコース

学籍番号 200440063

東峰 明

指導教員 佐島 毅 先生

目次

I	研究の背景と目的	1
1	慢性疾患のある子どもの実情とその対応	1
2	通常の学校生活を送る慢性疾患のある高校生の健康行動 (療養行動、健康行動)の現状	4
3	慢性疾患のある生徒と保健室利用実態	5
4	研究の目的と構成	8
II	研究1 慢性疾患のある高校生の保健室利用実態についての調査	
1	研究の目的	15
2	調査の方法	15
(1)	調査対象	15
(2)	調査内容	15
(3)	保健室利用理由の分類基準	15
(4)	健康状態による疾患別の分類	16
3	結果	17
(1)	疾患別保健室利用実数	17
(2)	疾患別保健室利用理由	17
(3)	保健室利用生徒の疾患別相談内容	18
4	考察	19
III	研究2 慢性疾患のある高校生についての健康行動の特性	
1	研究の目的	30
2	研究の方法	31
(1)	調査対象者	31
(2)	調査内容	31
(3)	調査手続き	31
3	結果	31
4	考察	33

IV 研究3 慢性疾患のある高校生の健康行動と疲労自覚症状についての研究	
1 研究の目的	51
2 研究の方法	51
(1) 調査対象者	51
(2) 調査内容	52
(3) 調査手続き	53
3 結果	54
(1) 対象者の属性	54
(2) 健康行動	54
(3) 健康意識、生活意識	58
(4) 疲労自覚症状	60
4 考察	64
V 総合考察	102

参考文献

謝辞

I 研究の背景と目的

1. 慢性疾患のある子どもの実情とその対応

急速な医療の進歩により、生存すら望めなかった慢性疾患のある子どもが、学校や社会生活を送ることが可能となった。悪性新生物、慢性心臓疾患、喘息など小児特定慢性疾患の治療事業の給付人員は103,562人(厚生労働省,2001)となっている。また、表1-1に平成6年度から15年度の小学校、中学校、高等学校の心臓疾患、喘息、腎臓疾患の被患率の推移を示した。心臓疾患、喘息、腎臓疾患のある児童・生徒は平成6年度6.23%から平成15年度8.87%と増えていることがわかる。学校教育法施行令の規定によりおおむね6ヶ月以上の生活制限が必要な慢性疾患を含む病気の子どもたちの教育は、病院に隣接・併設して病弱養護学校や病弱養護学級、小学校・中学校内にある病弱・身体虚弱学級における病弱教育、あるいは通常の学級での教育が行われている。学期の小児特定慢性疾患児で病弱教育を受けている児童・生徒は15%にとどまっておろ、およそ85%の児童・生徒は通常の学級に在籍している(厚生省,1992)。

2004年の中央教育審議会において従来の「特殊教育」から、障害のある児童生徒一人ひとりの教育的ニーズに応じて適切な教育支援を行う「特別支援教育」への教育改革があった。これまでは、慢性疾患のある子どもの教育支援は学級担任と養護教諭が学校内のキーパーソン(三木,2002;森田,1998;村井,1999;大谷,2003;杉浦,1999;高石,2004)とされ、具体的な支援方法や支援制度はなく保護者、医療者や担当した教員など個人的な努力や力量にまかされてきた現状があった(堀内ら,2000;石原ら,1981;加藤ら,1998;近藤,1986;難病のこども支援全国ネットワーク編,2005;笹川ら,2003;高木,1992)。教育改革により、今後は小児特定慢性疾患等の難病の児童生徒で通常の学級に在籍する場合も特別支援教育の対象となったが、病気の子どもに対する学校保健体制や教育支援体制については従来も現在も具体的な提示はなく不十分である。

慢性疾患のある子どもは個々の疾患や病状により、食事制限、行動制限などの実情や対応が異なっている。さらに心身の発達の著しい高校生を含む思春期になると、学業成績や欠席などの学校生活上の問題、病気の予後や進路・将来への不安など解決が困難な心理社会的な問題をかかえるようになる。慢性疾患のある子どもや家族にとっては疾患による障害を最小限に抑え、生活の質の維持向上を図ることが重要な課題(武田,2004)であり、その課題解決のためには、医療、家庭、教育の適切な連携が必要である。

慢性疾患のある子どもや保護者は思春期の心的特徴や差別、将来への不安から学校や友人に秘密にしたがる傾向がある(長谷川ら,2004;猪狩ら,2001;石走ら,2001;吉川,1999;駒松,1996)。学校の予期しない事態の発生や、慢性疾患のある児童・生徒はもちろん、周囲の児童・生徒への配慮の必要性を考えると、学校側に保護者や医療からの報告があったほうが望ましいと考えられる。松本(2001)は、通常学級に在籍する児童・生徒の保護者で学校に疾患の説明を行っている保護者はおよそ71%と報告している。新平(1991)の調査では、日本ではごくまれで外見からは疾患のあることがわかりにくいインスリン依存型糖尿病児の保護者から学校に説明があったのは89%であった。特に中学生、高校生の保護者が学校に説明しない理由として「子どもが希望」「特別扱いされたくない」とあり、「高校生の自主的な連絡の割合が増える」と報告している。また、遠足・宿泊などの学校行事の際に「特別扱いされた」と感じた保護者は小学生ではおよそ10%、中学生およそ30%、高校生ではおよそ40%とあり高学年になるにつれて増加していた。また、保護者側は「学校の対応にほとんどが満足」としながらも「必要以上に心配をしている」「理解してもらえない」とあり、個々の子どもにおいて教育面へのニーズの違いがあることがうかがえる。堀内ら(2003)は家庭と学校との連携のきっかけとして、小学校では「保護者」が多かったが高校では「本人」が多いと報告している。また養護教諭が直接家庭と情報交換する割合は小学校62%、中学校67%、高校78%であった。高校では慢性疾患のある生徒と学校が直接連携している割合が高いことがうかがえた。石走・福田・天野(2001)は高校生の慢性疾患児が「病気を秘密にしたがる」「自己管理ができていることを前提に保護者や主治医からの連絡が十分でない」といった実態を報告している。大熊(2000)はてんかんのある子どもの保護者から病名の報告を受けたことがある養護教諭は91%あったと報告している。保護者の心情や報告しない権利に配慮しながらも「保護者からの連絡と主治医からの連絡が異なる」と3者間の連携のむずかしさを指摘している。石走ら(2001)、堂前ら(2004)も「保護者と本人の意識のズレ」に学校側が情報不足や児童・生徒への適切な対応について苦慮している様子が報告された。山崎ら(1989)は93.6%、また田中(1991)の報告では96%の養護教諭が病院と学校の連携の必要性を認識していると指摘している。また保護者や本人に「受診をすすめても応じない」「治療を拒否中の家庭に受診をすすめたら学校も拒否された」との実態の報告もあった(堂前ら,2004;谷口ら,1992;近藤,1986)。堀内は気管支喘息学童に対する学校の理解や指導体制の不十分さと疾患児の現状を配慮した医療と教育の連携の必要性を指摘している。このように先行研究では保護者、医療、教育

の連携の必要性やその困難さ、特に、本人の自主性に任されている高校生にその傾向が顕著であることが指摘されているといえよう。

猪狩ら(2001),佐藤ら(2004),堀内ら(1996)は大規模な学校や、教育上の困難な課題を抱える学校のなかで、学校側が慢性疾患児の現状を把握しにくい実態を指摘している。通常の学校には不登校・非行・軽度発達障害に代表されるような行動特徴や生活習慣から周囲の大人や生徒間において、教育上の課題や支援の必要性を発見しやすい生徒(有岡ら,1976; 石隈,1999; 河村ら,1997;小林,2002)が日常的に在籍している。また、高等学校では学習面や友人関係、家庭の事情などさまざまな訴えを表面的には、頭痛、腹痛、気持ちが悪い、疲労感などの自覚症状や不定愁訴で表現して支援の必要性を訴える生徒(保健室経営検討委員会,2002; 神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会,2003;神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会,2004;里見ら,1996)がいる中で、慢性疾患のある生徒は、本人・保護者等からの申し出がない限り援助の必要性を認識されにくい面がある。

これまでのことから、通常の学校における慢性疾患の子どもについては、

- ① 少人数である。
- ② 具体的な教育支援体制はなく、個々の教員の努力や力量に任されている
- ③ 個々の病状や心理・社会的背景によりきめ細かい対応が必要であるにもかかわらず、家庭・医療との連携は困難で、学校の対応に必要な専門的情報を把握しにくい。
- ④ 年令の高い高校生やその保護者が自主性に任せ、学校に連絡しなかったため学校側の支援の認識が困難である。
- ⑤ 学校側は医療との連携を高率にのぞんでいるが、プライバシーの問題や学校保健体制や特別支援教育体制の不備のため保護者・医療・学校の連携が不十分な現状がある。このため学校が情報不足となり、慢性疾患のある子どもの支援の必要性がわかりにくくなっている
- ⑥ 行動特徴や生徒本人の訴えから教育支援の必要性を認識しやすい生徒がいる中で、申し出のない慢性疾患のある生徒は教育支援の必要性を認識しにくい現状がある。

2. 通常の学校生活を送る慢性疾患のある高校生の健康行動(療養行動、健康行動)の現状

人生の中で健康度の高い時期にある高校生が、慢性疾患にかかっていることは、その長期経過や予後、治療効果等が不確かであることから、療養を続けながら生活していくことについて、さまざまな負担や困難があることは容易に推測できることである。思春期の子どもは心身両面の変化や成長、友人からの影響が著しく、また個人差も大きい。このため、丸(2004)は、思春期の慢性疾患のある子どものセルフケアの課題は、治療処方に対するアドヒランス(自身が納得して主体的に処方を守ること)を維持することであると述べている。適切なセルフケアやアドヒランスを維持するためには、世間一般に良く知られているような規則正しい生活、適度な睡眠、食事といった基本的な生活習慣の確立が必要である。

医師、看護師など医療職を中心とした多数の研究においては「療養行動の継続することの困難さ」「医療と学校の連携の必要性」について早くから指摘されてきた。二宮(1993)は思春期の小児糖尿病児が年令の増加にともなう生活のパターンや就職など環境の変化のなかで食事療法や薬物療法などの療養行動の継続を適応させることのむずかしさや心理面のサポートの必要性を報告している。今井ら(1992)は思春期にさしかかったインシュリン依存型糖尿病児が家庭環境や進学などの変化に際して療養行動の適応のむずかしさとコントロールの乱れに対して、周囲のサポートと自立支援の必要性を指摘している。大脇ら(2003)は大学病院や総合病院の小児慢性疾患外来に通院する患者の保護者への調査を通して予約診療、受付時間など通院負担への配慮の必要性を指摘している。また中島ら(1994)、武田ら(1997)の慢性疾患児の療養行動についての調査では、服薬、運動制限などの療養行動に否定的な気持ちがあるものはストレスが高く、また病名告知を正しくされていないものは療養行動の理解がむずかしく自立した行動がとれていないことが目立つと報告している。吉田ら(2003)は喘息児の母親の悩みは運動制限などの「行動の拘束」35%と最も多く、「子どもの将来」「発作の苦しみ」と続くと報告しており学校生活面での適応とサポートが必要であることがうかがわれる。

基本的な生活習慣の確立は、慢性疾患の有無などの健康レベルに関わらず、どの子どもにとっても学校生活を送るうえでの根本であることは良く知られている。

近年の高校生を取り巻く社会環境や生活様式は大きく変化し、飲酒や喫煙、薬物乱用、過食、長時間のアルバイト、逸脱行動などが、心身の健康における学校保健や健康

教育上の現代的かつ緊急対応を要する課題となっている。また学校における暴力、不登校、いじめ、高校中途退学などの教育問題は引き続き憂慮すべき状況にある(児童生徒の健康状態サーベイランス委員会,1999;児童生徒の心の健康と生活習慣に関する調査協力者会議,2003;文部科学省初等中等教育局児童生徒課,2003;高石,2005;総務庁青少年対策本部,1998)。

従来から生活習慣を身につけることは家庭の役目とされてきたが、心身の健康面からの日々の学校生活への影響は大きい。また、思春期の子どもは心身両面の変化や成長、友人関係からの影響が著しく、また個人差も大きい。学校が子どもの生活、家庭、行動上の問題を生活習慣の変化や未確立などの視点から早期発見・介入・対応を実施するきっかけとすることは有効な方法であると思われる。

このため、慢性疾患の有無など健康状態に関わらず学校からも、生活習慣の改善や、生涯の健康についての自己管理能力につながるような個別、集団の両面からの支援や指導は重要である。

喫煙、飲酒、疲労自覚症状、生活習慣などの近年の高校生の健康課題(市村ら,2001;楠本,1996,1997;門田,1990,1997;富田,1995,2005;植田,1996)についてのこれらの研究は、集団を学年、性別などの属性から分析し教育課題について考察されたものである。しかし、慢性疾患のある高校生の健康課題や教育課題について焦点をあてた研究は見当たらない。

3. 慢性疾患のある生徒の保健室利用実態

養護教諭は明治38年に「学校看護婦」として小学校に設置された。昭和22年に「養護教諭」と改称され「児童・生徒の養護をつかさどる」(学校教育法第28条)職として今日にいたる。養護教諭の職務は、設置当初のトラホーム大流行への対応から伝染病、いじめ、薬物乱用、性の逸脱行動、ナイフ事件とその時々々の社会状況により求められる役割や内容が変化している(飯田,2002;三木,2005;森,2002)。

「保健室」の設置は学校教育法施行規則第1条および学校保健法第19条により義務付けられている。保健室の用途として、学校保健法第19条に健康診断、健康相談、救急処置等をあげている。しかし今日では職務の内容の変化と同様に「居場所」「保健室登校」といった用語にあるような多様化した役割がある。

学校にはさまざまな健康課題や健康レベルの子どもが在籍しており、慢性疾患のある子どもも通学している。表1-2は児童生徒の現代的健康課題(高石,2005)を示したものである。慢性疾患のある児童生徒については「質的にみた疾病の重要性、数こそ多くないが、その後の経過を考えると、学齢期に十分な管理が必要」として位置づけられている。表1-3は健康問題に応じた養護活動(大谷ら,2004)を示したものである。「慢性疾患を抱えた子どもへの養護」が上げられている。表1-4は養護教諭の役割(高石,2004)を示したものである。「児童生徒の健康の実態把握」「保健指導、健康相談活動」など慢性疾患のある児童生徒支援に必要な項目がある。また、石隈(1999)は「一人ひとりの子どもの学習面、心理・社会面、進路面、および健康面における問題状況の解決を援助し、成長を促進すること」「学習面、心理・社会面、進路面だけでなく、健康面にもふれる」として、慢性疾患を含む疾病や障害のある児童・生徒の心理教育援助についての必要性を示している。

表1-5は中学生、高校生の疲労意識(NHK 放送文化局,2003)について示したものである。2002年度では、疲労を「よくある」「ときどきある」と意識している生徒は中学生39.7%、高校生47.9%となっており、高校生に疲労を自覚している生徒が多くなっていることがわかる。また、図1-1は小学生、中学生、高校生の学校に行きたくない理由(里見ら,1996)を示したものである。「なんとなく疲れていた」と答えたのは小学生23.2%、中学生36.7%に対して高校生は53.5%と年代が上がるとともに疲労の自覚する割合が増えていることがわかる。このように健康度の高い時期にある高校生に、疲労感や不定愁訴などの自覚症状の訴えが多くみられることから心身両面の健康面への支援の必要性が認識されている

(保健室経営検討委員会,2002; ,木村ら,1992;門田,1990)。

高等学校の保健室の年間利用生徒数は、在籍生徒数の3～5倍数と多数（神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会,2002、2003；笠井ら,2004）であることが報告されている。この数値は付き添い、身体測定、軽症疾患などをのぞいた保健室利用カードなどの記録の残っている件数のみであるため、実際に保健室に来室した生徒数は報告された利用数の数倍はあると推測される。日常的に養護教諭は、保健室来室時の対応、担任や教科・部活動の担当教員、管理職、事務職との情報交換、健康観察、保健室来室カード、健康診断から把握した児童の健康問題を出発点として保健指導や健康相談を行っている。

保健室での相談内容は家族間のトラブル、不和別居、離婚、保護者からの暴力、母親の干渉などの家族関係、友人ができない、嫌われる、友人とのトラブル、友人と話す方法がわからない、部活動でのトラブル、いじめなどの友人関係、進路、学業成績、不本意入学に関すること、妊娠や異性とのトラブル、色覚障害、自傷など多岐にわたっており、また、生徒自身が来室するもの、担任等からの相談依頼、家族が来室するものと様々である(神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会,2002,2003)。多い時期は一時に 5～10 数人の生徒が来室し、目や頭のケガの処置をしながら次の生徒の訴えを聴取し、さらに放課後にアルバイトのため相談時間の取れない生徒の深刻な相談対応をしている現状や、いじめっ子といじめられっ子、大怪我や慢性疾患に特徴的な発作症状など身体症状への秒単位の対応と丁寧さを要する精神症状への対応、引きこもり状態と繰り返す非行状態等多種多様な問題を持つ生徒に対して同時並行で対応し、必要に応じて医療機関、司法機関、福祉機関等学校外相談機関等と連携している実状がある(神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会(2002、2003)。

一方、慢性疾患のある高校生や保護者は、先にも述べたように、思春期の心的特徴や差別、将来への不安から学校や友人に病気のあることを秘密にしたがる傾向があるため学校での支援の必要性を把握されずに見過ごされてしまう可能性が考えられる。学校教員や心理教育援助の立場からは、慢性疾患のある生徒を対象とした先行研究は量的研究も相談ケースを対象とする質的研究も少ない。また、慢性疾患のある生徒の保健室利用状況の特性についての研究も見当たらない。このような点から、学校、特に高校における慢性疾患のある生徒の教育的なニーズを明らかにして、支援体制を把握、確立する必要がある。

4 研究の目的と構成

1. 研究の目的

本研究では、現職養護教諭の立場から高等学校における、慢性疾患のある生徒の保健室利用の実態、さらに慢性疾患のある生徒の療養行動、生活習慣や生活行動、意識などの健康行動の実態を調査し、その実態とニーズを明らかにして、学校、特に養護教諭としての支援のあり方を検討する。

2. 研究の構成

本研究は3つの研究から構成される。研究1においては慢性疾患のある高校生の保健室利用の実態を集計調査することで、慢性疾患のある高校生の特性について明らかにする。研究2においては慢性疾患のある高校生の健康行動、特に学校生活におけるアドヒランス行動(療養行動)について、面接調査と質問紙調査を実施し、その実態とニーズを明らかにする。研究3では慢性疾患のある高校生の生活行動、意識などの健康行動や、疲労自覚症状について質問紙調査を実施し、統計手法を用いて分析し、その実態を明らかにする。

研究1においては保健室利用生徒について疾患の有無、疾患別による比較を行い、その実態を明らかにして慢性疾患のある生徒の特性を考察する。調査対象生徒の具体的な分類は「慢性疾患群」「心理・精神的問題群」「その他の疾患群」「非疾患群」の3群とする。

研究3においては健康行動と疲労自覚症状の実態について保健室利用の有無、および疾患の有無による比較を行い、その実態を明らかにして慢性疾患のある生徒の特性、健康課題や学校、特に養護教諭としての支援のありかたを考察する。

調査対象生徒の具体的な分類にあたり、研究1における「心理・精神的問題群」「その他の疾患群」の生徒は疾患の特性による質問紙記入の困難さ、および在籍数の少なさの2点が予測されたため今回の研究対象からは除外した。このため「慢性疾患群」、非疾患および保健室利用者である「保健室利用群」、非疾患・非保健室利用の「対照群」の合計3群とした。

表 1-1 疾病異常被患率の推移 (%)

年度(平成)	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
心臓疾患	2.36	1.58	1.59	1.63	1.71	1.63	1.68	1.82	1.74	1.85
喘息	3.42	3.6	3.9	4.05	4.99	5.9	5.58	5.79	4.96	6.54
腎臓疾患	0.45	0.44	0.42	0.45	0.49	0.48	0.5	0.46	0.5	0.48
合計	6.23	5.62	5.91	6.13	7.19	8.01	7.76	8.07	7.2	8.87

資料:文部科学省.学校保健統計調査より

表 1-2 児童生徒の現代的健康課題

-
- 1、質的にみた疾病の重要性、数こそ多くないが、その後の経過を考えると、学齢期に十分な管理が必要
 - 2、量的にみた疾病の重要性、歯のう蝕、視機能の問題、耳鼻咽頭疾患などの数の多さが問題
 - 3、健康のゆがみ、半健康、肥満傾向身体虚弱
 - 4、感染症
 - 5、精神的健康
 - 6、事故障害
-

高石昌弘(2005)：、養護概説、ぎょうせい

表 1-3 健康問題に応じた養護活動

- 1、慢性疾患を抱えた子どもへの養護
 - 2、傷害を負った子どもへの養護
 - 3、心の問題を抱えた子どもへの養護
 - 4、対人関係上の問題を抱えた子どもへの養護
 - 5、生活上の問題を抱える子どもへの養護
-

大谷他(2004)養護学概論

表 1-4 養護教諭の役割

-
- (ア) 児童生徒の健康の実態把握（健康診断、健康観察、保健調査等）
 - (イ) 学校の環境衛生、安全についての実態把握（環境衛生検査、日常点検、安全点検等、）
 - (ウ) 保健指導（個別指導、小集団指導、集団指導等）
 - (エ) 健康相談活動（保健室へ来る子ども、アセスメントと援助計画、関係者（校内相談組織、学級担任、家庭、専門機関）との連携、記録、事例研究
 - (オ) 教科保健、総合学習
 - (カ) 救急処置・保健室経営、評価
-

高石(2004)学校保健マニュアル、南山堂.

表 1-5 NHK 中学生・高校生の生活と意識調査

疲れやすい		1982	1987	1992	2002
よくある	中学生	20.7	17.3	19.5	16.2
	高校生	20.8	18.4	21.2	22.7
ときどきある	中学生	26.8	23.8	26.2	23.5
	高校生	28.4	27.7	26.6	25.2
たまにある	中学生	38.6	38.6	35	30.6
	高校生	37.3	39.2	35.1	29.8
まったくない	中学生	13.6	20.1	18.9	29.5
	高校生	13.1	14.4	17.1	22.1
わからない、	中学生	0.4	0.2	0.4	0.2
	高校生	0.4	0.3	0	0.3

NHK 放送文化局(2003)

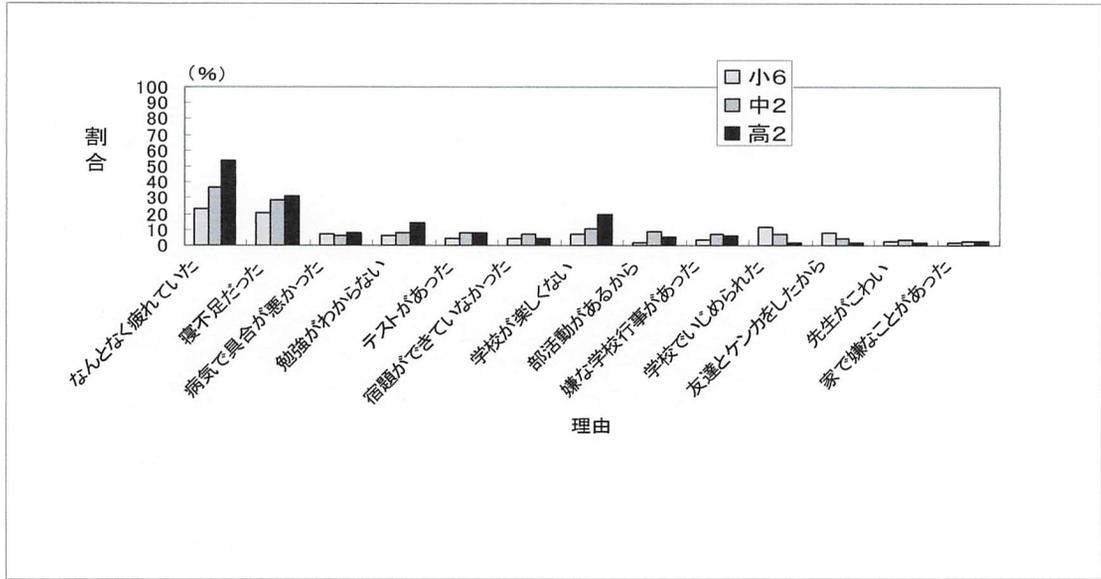


図 1-1 学校に行きたくない理由(日本教職員組合養護教員部,1996健康白書No.9,子ども)

Ⅱ 研究1 慢性疾患のある高校生の保健室利用実態についての調査

1 研究の目的:慢性疾患のある生徒の保健室の利用状況を調査し、その実態とニーズを明らかにして、学校特に養護教諭としての支援のあり方を検討する。

2 研究の方法

(1) 調査対象

首都近県の都市部に位置する公立 A 高等学校の 2001 年度から 2004 年度までの保健室利用状況とした。保健室に頭痛、腹痛、ケガなどの身体症状や相談を主訴に利用した延べ人数 7950 人を対象とした。

(2) 調査内容

保健日誌から疾患別に、延べ在籍生徒数、延べ保健室利用数、保健室利用理由(注1)、相談項目など内容を集計し、分析した。保健日誌は対象校の養護教諭が、生徒記入用の保健室利用カードや来室時の生徒からの主訴に基づいて記入したものであった。保健室利用理由とは、対象生徒の利用時の主訴とした。健康状態は、疾患の有無により分類した。

また、相談項目は生徒から養護教諭への主訴に基づき、保健室利用状況調査(日本学校保健会,1999)を引用し発育・健康、友人関係、異性関係、家族・家庭、部活動、生徒会活動、学習・学業、進路等、その他の学校生活、アルバイト、けいこごと・塾等学校外活動、漠然とした悩み、その他の 13 項目に分類した。

(3) 保健室利用理由の分類基準

本研究においては、以下のような基準で保健室利用の理由を 3 分類した。

① 内科的利用:頭痛、腹痛、月経痛、倦怠感(だるい)、嘔気(はきけ)、嘔吐、咽頭痛(どの痛み)等であった。

② 外科的利用:外傷、関節の腫脹(はれ)、打撲等であった。皮膚科、眼科、耳鼻科、歯科関連の症状も含めた。

③ 相談:保健室利用生徒の主訴および来室時の状況から養護教諭が相談の必要ありと判断したケースであった。なお本研究では、内科的利用、外科的利用の主訴で利用し

た生徒に対して相談的対応を実施したケースは含めなかった。

(4) 健康状態による疾患別の分類

本研究においては、対象生徒の健康状態について以下のような基準で疾患別に 4 分類した。

- ① 慢性疾患群：小児慢性疾患、難病該当疾患で定期健診中・通院中の生徒。心臓病、喘息、内分泌疾患等であった。
- ② 心理・精神的な問題群：心療内科等の専門医・心理カウンセラーに通院している生徒、および本人または保護者や教員など周囲の大人が、スクールカウンセラー・教育相談機関の相談担当者から継続的に支援の助言を受けている生徒であった。
- ③ その他の疾患群：上記以外の疾患でおおむね 3 ヶ月以上の通院加療中の生徒であった。該当疾患は鉄欠乏性貧血、胃潰瘍、婦人科疾患等であった。
- ④ 非疾患群：対照群。

注 1:保健室利用

本研究における保健室利用とは、生徒が利用したケースで、以下のような基準とした。

- ① 生徒の自発的理由による利用で、「具合がわるい」「ケガをした」といった身体的症状の主訴で保健室利用記録に記入があったケース。
- ② 「顔色がすぐれない」「ふだんと比べて元気がない」といった理由で、担任や教科担当教員からの健康観察の結果で来室をすすめられて利用した場合で、保健室利用カードに記録をしたケース。
- ③ 生徒から保健室で養護教諭に「相談したい」との主訴で利用したケース。

なお、保健室からの呼び出しによる健康相談、付き添い、身体計測等は含まない。

3 結果

(1) 疾患別保健室利用実数

調査総数(延べ数)は7950名、生徒数は2703名であった。表2-1に健康状態別保健室利用数を度数と比率で示した。保健室利用数は慢性疾患群129人(4.8%)、心理・精神的問題群34人(1.3%)、その他の疾患群27人(1.0%)、非疾患群2513人(93.0%)であった。保健室利用数は慢性疾患群170人(2.1%)、心理・精神的問題群665人(8.4%)、その他の疾患群108人(1.4%)、非疾患群7007人(88.1%)であった。

図2-1は疾患別の生徒数の割合を示したものである。非疾患群が88.1%と圧倒的に多く、慢性疾患群4.8%、心理・精神的問題群1.3%、その他の疾患群1.0%と続いた。図2-2は疾患別の保健室利用数を示したものである。非疾患群が圧倒的に多く7007人であった。2番目に多いのは心理・精神的問題群665人で、慢性疾患群170人、その他の疾患群108人であった。

図2-3に疾患別に見た一人あたりの年間平均保健室利用回数を示した。慢性疾患群1.3回、心理・精神的問題群19.6回、その他の疾患群4.0回、非疾患群2.8回であった。

非疾患群以外の3群の生徒数は慢性疾患群、心理・精神的問題群、その他の疾患群の順に多かった。しかし非疾患群以外の3群の保健室利用数は心理・精神的問題群が多く、慢性疾患群、その他の疾患群の順であった。

疾患別に年間の平均保健室利用回数を比較すると心理・精神的問題群が最も多く、その他の疾患群、非疾患群と続き、慢性疾患群の利用は少数回であった。

(2) 疾患別保健室利用理由

表2-2に疾患別の保健室利用理由を度数と比率で示した。慢性疾患群では内科的利用理由109人(64.1%)、外科的利用理由24人(14.1%)、相談37人(21.8%)であった。心理・精神的問題群では内科的利用理由148人(22.3%)、外科的利用理由57人(8.6%)、相談460人(69.2%)であった。その他の疾患群では内科的利用理由47人(43.5%)、外科的利用理由23人(21.3%)、相談38人(35.2%)であった。非疾患群では内科的利用理由4881人(69.7%)、外科的利用理由1601人(22.8%)、相談525人(7.5%)であった。

図2-4は疾患別に保健室利用の理由を内科的利用理由、外科的利用理由、相談の3分類し、平均利用回数別に度数と比率で示したものである。慢性疾患群では内科的利用理由

0.85 回(64.3%)、外科的利用理由 0.19 回(14.0%)、相談 0.29 回(21.7%)であった。心理・精神的問題群では内科的理由 4.14 回(21.7%)、外科的理由 1.56 回(8.2%)、相談 13.35 回(70.1%)であった。その他の疾患群では内科的理由 1.73 回(43.2%)、外科的理由 0.86 回(21.4%)、相談 1.42 回(35.4%)であった。非疾患群では内科的理由 1.94 回(69.5%)、外科的理由 0.64 回(23.0%)、相談 0.21 回(7.5%)であった。

心理・精神的問題群では相談的理由による保健室の利用理由別の平均利用回数は、およそ 70%以上と高率であったが、慢性疾患群の保健室利用は半数以上が内科的利用であった。

(3) 保健室利用生徒の疾患別相談内容

先に表 2-2 に示した疾患別の保健室利用理由より相談における保健室の利用数は、慢性疾患群 37 人(21.8%)、心理・精神的問題群 460 人(69.2%)、その他の疾患群 38 人(35.2%)、非疾患群 525 人(7.5%)であった。

また、先に図 2-4 に示した疾患別の保健室利用理由別の平均利用回数では、慢性疾患は 0.29 回(21.7%)、心理・精神的問題群は 13.35 回(70.1%)、その他の疾患群は 1.42 回(35.4%)、非疾患群は 0.21 回(7.5%)であった。相談については利用人数、利用回数ともに心理・精神的問題群が多いことがわかる。

表 2-3 は疾患別に、相談を理由に保健室を利用した生徒の相談の具体的項目について順位で示したものである。また図 2-5 に疾患別の相談理由の具体的項目を示した。慢性疾患群では発育・健康 12 人(32.4%)、友人関係 6 人(16.2%)、家族・家庭 4 人(10.8%)、学習・学業 4 人(10.8%)、漠然とした悩み 4 人(10.8%)、異性関係 3 人(8.1%)、クラブ活動 2 人(5.4%)、進路等 1 人(2.7%)、その他の学校生活 1 人(2.7%)、生徒会活動 0 人(0%)、アルバイト 0 人(0%)、学校外活動 0 人(0%)、その他 0 人(0%)であった。心理精神的問題群では漠然とした悩み 116 人(25.2%)、友人関係 66 人(14.3%)、家族・家庭 65 人(14.1%)、発育・健康 59 人(12.8%)、異性関係 49 人(10.7%)、学習・学業 36 人(7.8%)、その他 17 人(3.7%)、アルバイト 15 人(3.3%)、学校外活動 15 人(3.3%)、進路等 8 人(1.7%)、クラブ活動 6 人(1.3%)、生徒会活動 5 人(1.1%)、その他の学校生活 3 人(0.7%)であった。その他の疾患群では発育・健康 9 人(23.7%)、友人関係 8 人(21.1%)、異性関係 6 人(15.8%)、クラブ活動 3 人(7.9%)、学習・学業 3 人(7.9%)、進路等 3 人(7.9%)、家族・家庭 2 人(5.3%)、漠然とした悩み 2 人(5.3%)、アルバイト 1 人(2.6%)、学校外活動 1 人(2.6%)、生徒会活動 0 人(0%)、

その他の学校生活 0 人(0%)、その他 0 人(0%)であった。非疾患群では友人関係 121 人(23.3%)、発育・健康 84 人(16.0%)、異性関係 58 人(11.0%)、その他 56 人(10.7%)、漠然とした悩み 48 人(9.1%)、クラブ活動 37 人(7.0%)、家族・家庭 35 人(6.7%)、その他の学校生活 26 人(5.0%)、進路等 16 人(3.0%)、学習・学業 14 人(2.7%)、学校外活動 12 人(2.3%)、生徒会活動 10 人(1.9%)、アルバイト 8 人(1.5%)であった。

相談項目の分布では、心理・精神的問題群および非疾患群では 13 項目すべてにおいての利用があった。その他の疾患群では 10 項目、慢性疾患群では 9 項目であった。

上位 3 位の相談項目は慢性疾患群では「発育・健康」「友人関係」「家族・家庭」であった。心理・精神的問題群は「漠然とした悩み」「友人関係」「家族・家庭」であった。その他の疾患群では「発育・健康」「友人関係」「異性関係」、非疾患群では「友人関係」「発育・健康」「異性関係」であった。

4 考察

調査対象校の 2001 年から 2004 年度における延べ生徒数は 2703 名、延べ保健室利用総数 7950 名であった。1 年あたりの生徒数 675 名、保健室利用数約 2000 名と多数の保健室利用がある。この数値は記録のあるケースのみであるため付き添い、軽症のケガ、呼び出し等を含めた保健室来室数は数倍であることが推測される。先行研究および調査においても、都市部の高校では、保健室年間来室数約 4000 名(笠井ら,2004)、保健室年間利用数約 2000 名以上(神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会活動報告,2003)と、本調査の結果と同様に多数の保健室を利用する生徒の実態について報告されている。高校生の健康面はもちろん、学校生活上の心理社会面のニーズからの保健室利用があり、高校生の心的特徴を理解した対応の必要性は学校でも認識されてきているが、教育支援制度や複雑な要因のある生徒についての学校外の医療・教育・福祉機関との連携・共同するための具体的な支援対策は十分ではなく、個々の学校や担当した教員の力量に任されている現状がある。

また、保健室登校、保健室利用状況にみられる「心理面の問題」については、これまで養護教諭の果たしてきた役割が評価されるとともに、養護教諭の職務の拡大が期待されている(藤田,1997;文部科学省,1999;森,2002;竹下,2004)。しかし、養護教諭の複数配置率は、30 学級以上の義務教育校で 5%以下、高校では一部において養護教諭未配置

の現状があり、改善を要することが必要であると考えられる。

延べ生徒人数は非疾患群が 90%以上と高い結果であり、健康度の高い年代であること明らかであった。疾患別の在籍人数では慢性疾患群、心理・精神的問題群、その他の疾患群と続いた。慢性疾患群の延べ在籍人数は心理精神的問題群、その他の疾患群の 3～4 倍数の高い数値であった。本調査校では、慢性疾患のある生徒の在籍比率はおおよそ 5%であった。先行調査においても慢性疾患のある子どもの割合は 3-8%と報告があり、ほぼ同数の生徒が在籍していた。

保健室利用の実数では非疾患群が約 90%と高い結果であった。心身の健康面でのニーズのはっきりした生徒のみでなく、ごく一般的な生徒が利用している実態があると思われる。

疾患群では心理・精神的問題群 8.4%、に対し慢性疾患群 2.1%と低い数値を示しており、慢性疾患群の利用がきわめて少ないことが明らかであった。

年間平均保健室利用回数では心理・精神的問題群は 19.6 回と高い数値を示しており、その他の疾患群、非疾患群と続き、慢性疾患群の利用は最も少なかった。心理・精神的問題群は 4 年間で述べ在籍人数は 34 名と少数であったが利用延べ人数 665 名、年間平均利用回数 19.6 回と利用回数が多かった。その疾患や問題点の特性から「頻繁に保健室を訪れる」「身体症状を訴える」「学校内の避難所を求める」で保健室を訪れ、また保健室を利用することで問題を持つ子どもの早期発見や予防さらには教職員、スクールカウンセラーなどの学校職員と保護者の連携が可能となるケースも多々見受けられる。また心理・精神的問題群の生徒にとって保健室を利用することで学校生活への適応が可能となっている。その他の疾患群においても 4 年間で 27 名ときわめて少数の生徒数であることがわかる。その他の疾患群に該当する生徒の中には、若年女性に稀に発症する婦人科疾患、青年層に多い交通事故のような突発的な事態を因とする内臓損傷など通院開始後の日数も浅く、急性症状を含む身体的理由での保健室利用や、単位欠課も含めた当面の学校生活や進路への不安のような学校生活としての比較的ニーズの明確な理由からの保健室の利用がある。

非疾患群、心理・精神的問題群では多数の保健室利用があった。しかし、慢性疾患のある生徒は在籍数、保健室利用実数、年間保健室利用回数ともにきわめて少なかった。

相談項目の分布では心理・精神的問題群および非疾患群では 13 項目すべてにおいての利用があり健康面はもちろん学校、家庭、アルバイトなどの多方面にわたる相談内容

での保健室利用があった。その他の疾患群では 10 項目であったが慢性疾患群では 9 項目となっており相談項目も少なかった。疾患別上位 3 位の相談項目は慢性疾患群では「発育・健康」がおよそ 30%を占めていた。「家族・家庭」がその他の疾患群や非疾患群よりも割合が高かった。また高校生に関心の高い「異性関係」の相談はほかの 3 群に比較すると少なかった。

保健室利用実態についての先行研究では、学年、性別のような属性や生活習慣の視点から分析された調査(道山、1990;長澤ら,1999;保健室経営検討委員会,2002;神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会,2003-2004)はあるが、慢性疾患のある生徒の利用実態に焦点を当てた研究は見当たらない。先にも述べたように慢性疾患のある子どもや保護者は服薬、運動制限、通院などに伴うさまざまなストレスや学校生活への適応といった心理社会的な解決しがたい問題(長谷ら,1993;長谷川ら,2004;中島,1994;二宮,(1993);大脇,2003;武田,1997;吉田,2003)をかかえている。また、慢性疾患のある生徒についての健康面を含めた教育ニーズや教育保障について、養護教諭・学校保健・学校教育相談の立場からの研究や提言はほとんどなされていない実情がある。さらに、今日の教育現場における慢性疾患のある生徒への心理・社会的面へのサポートについての対応は、従来からの不登校や非行問題への対策、さらには教育改革である特別支援教育体制における ADHD、アスペルガー症候群のような発達障害のある生徒への対応ほどになされていない現状は、慢性疾患のある生徒へのニーズをさらに見えにくくさせていると考えられる。

本調査は一施設のみのデータであるため一般化には限界があると考えられる。今後は、調査対象校数や、小学校、中学校と学校種類を増やして、慢性疾患のある生徒の保健室利用実態からみた教育支援ニーズをさらに検討する必要があると考える。

表 2-1 疾患別保健室利用数

	慢性疾患群		心理・精神的問題群		その他の疾患群		非疾患群		合計	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
生徒数	129	(4.8)	34	(1.3)	27	(1.0)	2513	(93.0)	2703	(100.0)
利用数	170	(2.1)	665	(8.4)	108	(1.4)	7007	(88.1)	7950	(100.0)

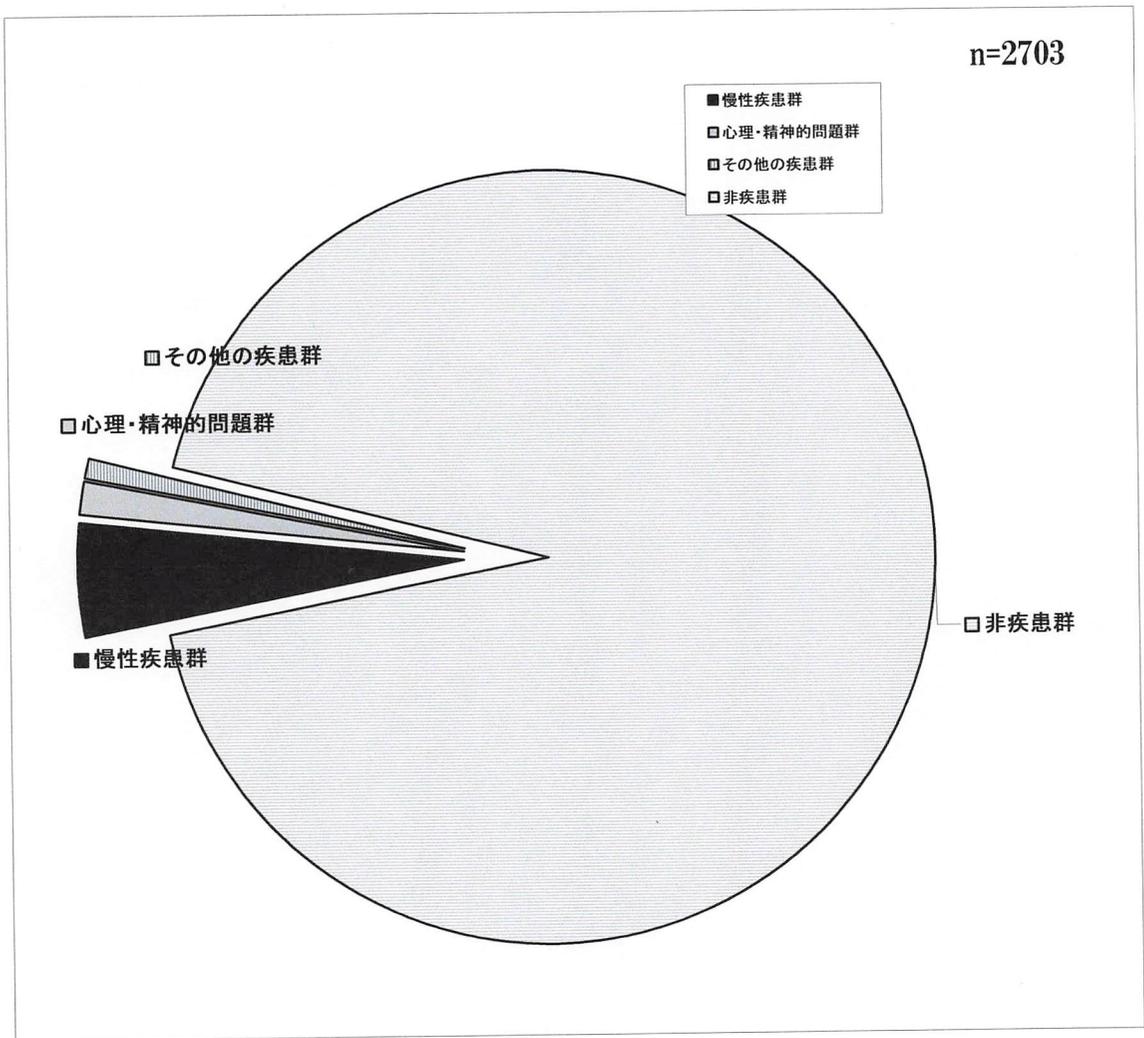
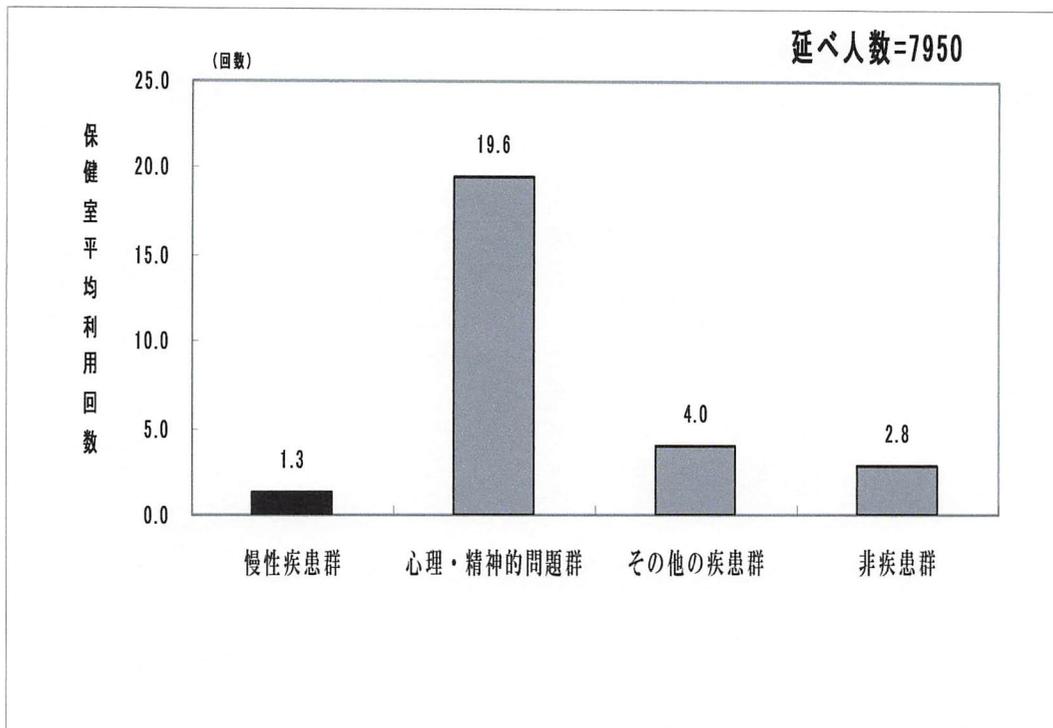


図 2-1 疾患別生徒数の比率



2-2 疾患別保健室利用数 延べ人数=7950

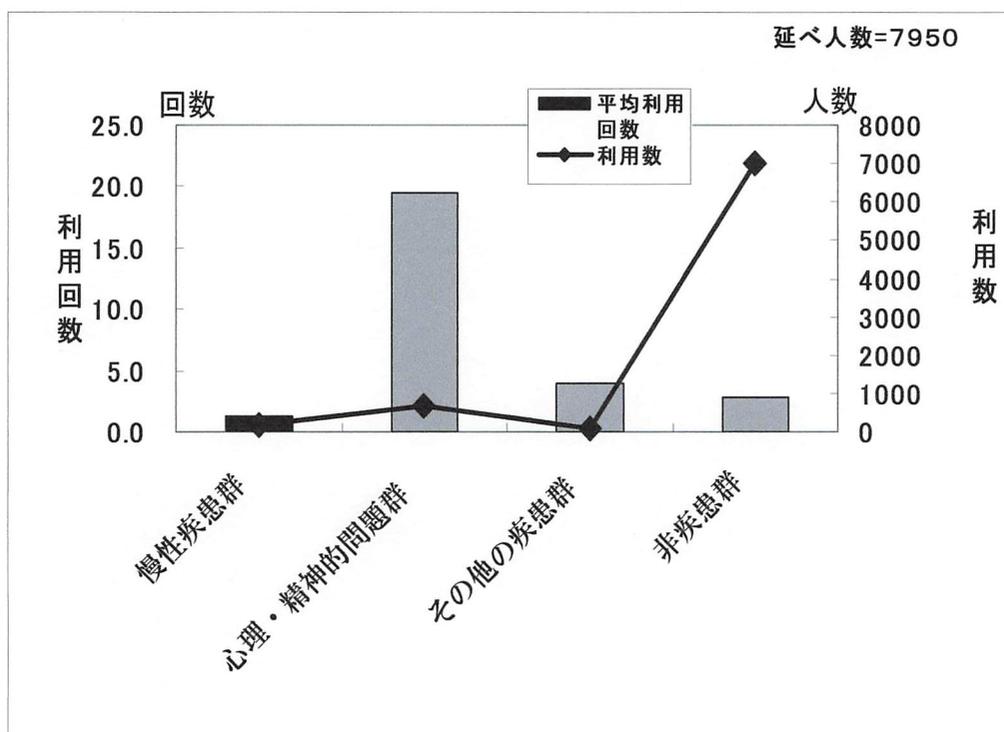


図 2-3 疾患別年間平均保健室利用回数

表 2-2 疾患別保健室利用理由 述べ人数 = 7950

	慢性疾患群		心理・精神的問題群		その他の疾患群		非疾患群	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
内科的	109	(64.1)	148	(22.3)	47	(43.5)	4881	(69.7)
外科的	24	(14.1)	57	(8.6)	23	(21.3)	1601	(22.8)
相談	37	(21.8)	460	(69.2)	38	(35.2)	525	(7.5)
合計	170	(100.0)	665	(100.0)	108	(100.0)	7007	(100.0)

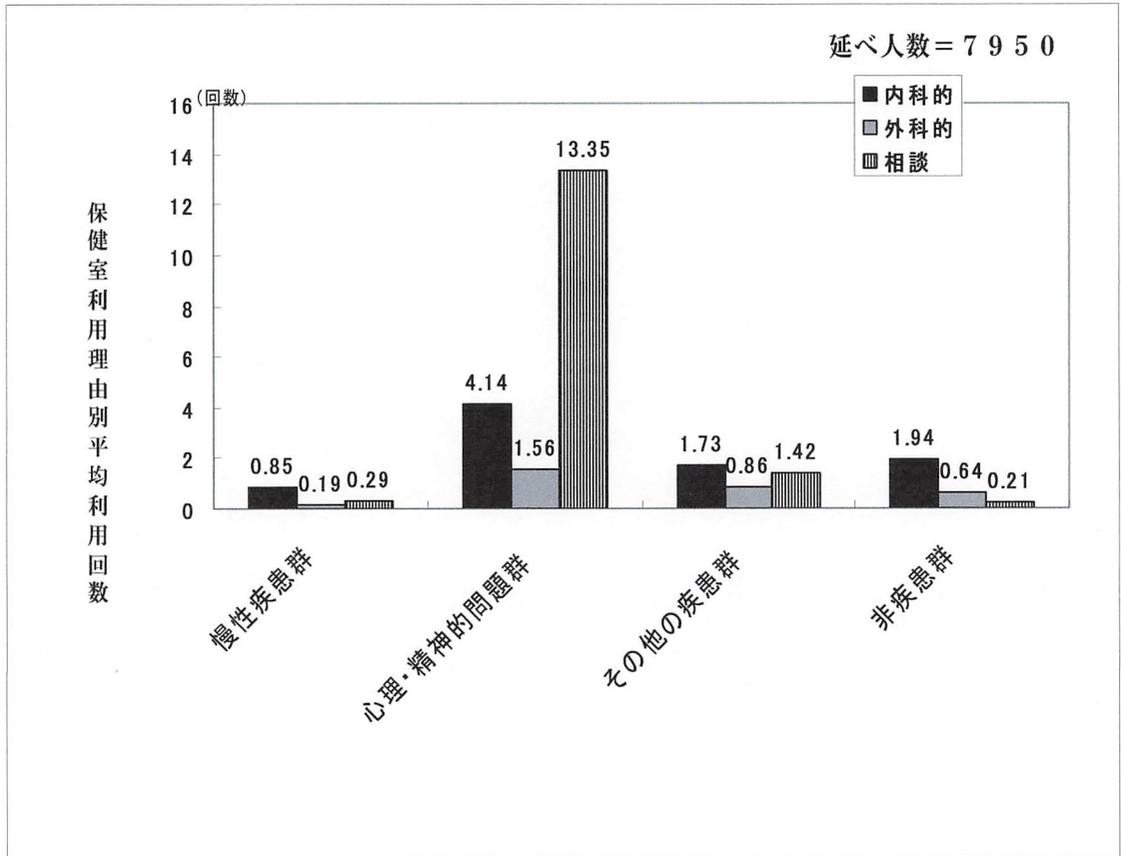
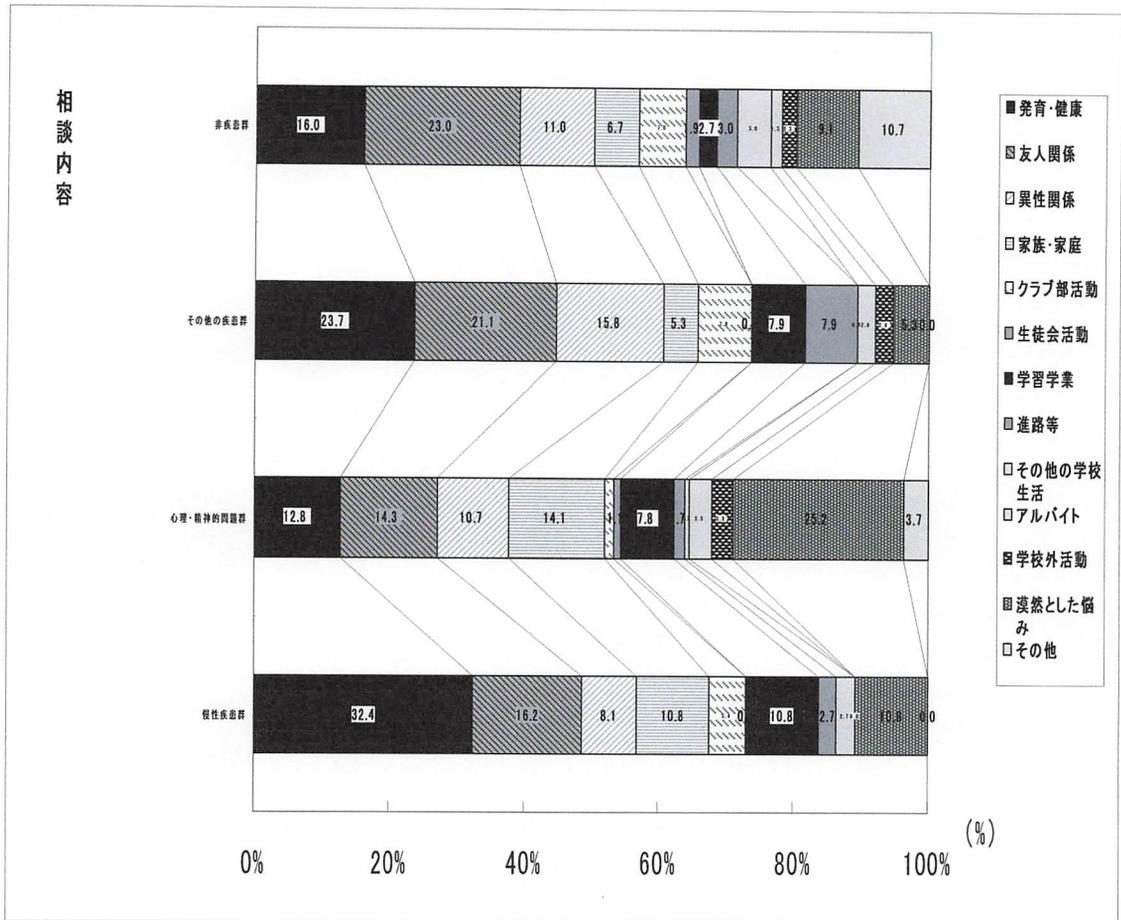


図 2-4 疾患別保健室利用理由別平均利用回数

表 2-3 保健室利用生徒の疾患別相談の具体的項目(順位)

延べ人数 = 1060

	慢性疾患群		心理・精神的問題群		その他の疾患群		非疾患群	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
1	発育・健康	12 (32.4)	漠然とした悩み	116 (25.2)	発育・健康	9 (23.7)	友人関係	121 (23.0)
2	友人関係	6 (16.2)	友人関係	66 (14.3)	友人関係	8 (21.1)	発育・健康	84 (16.0)
3	家族・家庭	4 (10.8)	家族・家庭	65 (14.1)	異性関係	6 (15.8)	異性関係	58 (11.0)
4	学習学業	4 (10.8)	発育・健康	59 (12.8)	クラブ部活動	3 (7.9)	その他	56 (10.7)
5	漠然とした悩み	4 (10.8)	異性関係	49 (10.7)	学習学業	3 (7.9)	漠然とした悩み	48 (9.1)
6	異性関係	3 (8.1)	学習学業	36 (7.8)	進路等	3 (7.9)	クラブ部活動	37 (7.0)
7	クラブ部活動	2 (5.4)	その他	17 (3.7)	家族・家庭	2 (5.3)	家族・家庭	35 (6.7)
8	進路等	1 (2.7)	アルバイト	15 (3.3)	漠然とした悩み	2 (5.3)	その他の学校生活	26 (5.0)
9	その他の学校生活	1 (2.7)	学校外活動	15 (3.3)	アルバイト	1 (2.6)	進路等	16 (3.0)
10	生徒会活動	0 (0.0)	進路等	8 (1.7)	学校外活動	1 (2.6)	学習学業	14 (2.7)
11	アルバイト	0 (0.0)	クラブ部活動	6 (1.3)	生徒会活動	0 (0.0)	学校外活動	12 (2.3)
12	学校外活動	0 (0.0)	生徒会活動	5 (1.1)	その他の学校生活	0 (0.0)	生徒会活動	10 (1.9)
13	その他	0 (0.0)	その他の学校生活	3 (0.7)	その他	0 (0.0)	アルバイト	8 (1.5)
	合計	37 (100.0)	合計	460 (100.0)	合計	38 (100.0)	合計	525 (100.0)



2 - 5 保健室利用生徒の疾患別相談の具体的項目(比率) 延べ人数=1060

Ⅲ 研究2 慢性疾患のある高校生についての健康行動の特性

1 研究の目的

通常の高校生活を送る高校生の健康行動の実態を調査し、その実態とニーズを明らかにして、学校特に、養護教諭の支援のあり方を検討する。

2 研究の方法

(1) 調査研究対象者

都市部にある A 高等学校に在籍する生徒で小児特定慢性疾患、難病対策該当疾患等があり、通常の学校生活を送っている同意を得た生徒とする。なお、不登校や注意欠陥障害、心身症等の顕著な心理的問題のある生徒、長期欠席のある生徒はのぞいた。

(2) 調査内容

養護活動に必要な項目(本田ら,2001;松嶋,1999;森田,1998)として①学年・性別・部活動の所属、②病名、③治療開始年齢、④学校生活における健康行動の実行状況、⑤学校で困っていること、⑥病気になって学んだこと、であった。

(3) 調査手続

調査期間は 2005 年 5 月下旬～6 月下旬であった。

小児特定慢性疾患、難病対策該当疾患のある生徒に半構成的面接および自己記入式質問紙調査を行った。質問紙は回収箱に任意に提出してもらった。研究の目的、参加は無記名で任意であること、参加したくない場合は白紙提出または調査用紙未提出でもかまわないこと、成績や生活指導とは無関係であること、プライバシー保護等を口頭説明および掲示にて周知した。26 名に配布し記入提出のあった 22 名を対象とした。

3 結果

(1) 対象者の属性

① 学年と性別、部活動の所属

表 3-1 は対象者の学年性別を示したものである。学年は 1 年生 1 年生 9 名(40.9%)、2 年生 3 名(13.6%)、3 年生 10 名(45.5%)であった。性別では、男性 4 名(18.2%)、女性

18名(81.8%)であった。図3-1は部活動の所属を示したものである。運動部2名(9.1%)、文化部11名(50.0%)、未加入9名(40.9%)であった。

(2) 対象疾患

表3-2は調査対象者の疾患を示したものである。喘息がもっとも多く13名(59.1%)であった。そのほか、内分泌系疾患、脳波異常、心臓疾患等であった。

(3) 治療開始年齢

図3-2は治療開始年齢を示したものである。0～5歳を就学前、6歳以降を学童期以降とし、それぞれ14名(63.6%)、8名(36.4%)であった。

(4) 学校生活における健康行動の実行状況

① 通院の実行

表3-3は通院の必要性について示したものである。通院の指示では、定期通院16名(72.7%)、症状出現時5名(22.7%)、その他1名(4.5%)であった。症状出現時と答えた生徒の病名は全員喘息であった。「定期通院を指示されている」生徒の通院間隔は、2週間ごと1名(4.5%)、1月毎6名(27.3%)、2月毎2名(9.1%)、3月毎3名(13.6%)、1年毎4名(18.2%)であった。

図3-3は通院の実行について示したものである。「ちゃんと守っている」10名(45.5%)、「だいたい守っている」3名(13.6%)、「あまり守っていない」3名(13.6%)、「ぜんぜん守っていない」6名(27.3%)であった。通院指示の実態を2群に分別すると「実行している」13名(59.1%)、「実行していない」9名(40.9%)であった。

表3-4は通院実行の理由について示したものである。通院を実行する理由は「悪化する」「薬がきると症状が出る」であった。通院を実行しない理由は「症状がない」「保護者が言わない」「アルバイトの都合」「欠席したくない」であった。

② 服薬の実行

表3-5は通常の学校生活における服薬指示について示したものである。定期的な服薬10名(45.5%)、症状のある時の服薬6名(27.3%)、服薬なし6名(27.3%)であった。図3-4は服薬のある16名について、服薬指示を実行の実態について示したものである。「ち

ちゃんと守っている」7名(43.8%)、「だいたい守っている」2名(12.5%)、「あまり守っていない」5名(31.2%)、「ぜんぜん守っていない」2名(12.5%)であった。服薬指示の実行2群に分類すると、「実行している」9名(56.3%)、「実行していない」7名(43.7%)であった。

表3-6は服薬指示の実行の理由について示したものである。実行している理由は「体調が良い」「毎日飲むことで活動できる」であった。実行していない理由は「面倒」「症状がないので」「病院が混んでいて、(薬を)もらいに行くのが面倒」「保護者が飲まなくても良いと言った」「以前より、症状が落ち着いた」「副作用が心配」であった。

③ 運動制限の実行

表3-7は通常の学校生活における運動制限の実態を示したものである。「種目により制限」が10名(45.5%)、「制限なし」が12名(54.5%)であった。

図3-5は運動制限の実行について示したものである。「ちゃんと守っている」6名(60%)、「だいたい守っている」3名(30%)、「あまり守っていない」1名(10%)、「ぜんぜん守っていない」0名(0%)であった。運動制限の実行の実態を2群に分類すると、「実行している」9名(90%)、「実行していない」1名(10%)であった。

表3-8は運動制限の実行の理由について示したものである。運動制限を実行している理由は「周りに迷惑をかける」「無理したらよくないから」「自分が苦しい、きつい」「教員が配慮してくれる」「運動が嫌い」、実行していない理由は「禁止されている水泳は好きなので、時々やっている」であった。

(5) 学校生活で困っていること

表3-9は通常の学校生活において困っていること、悩んだことを示したものである。「休日に薬を飲み忘れる」「症状があると記憶が飛ぶ」「通院に配慮してもらっていても、授業のことが気にかかる」「体育見学のレポートが大変」「小学生の頃、“うつる”といじめられたのが悔しかった」とあった。

(6) 病気を通して学んだこと

表3-10は「病気を通して学んだこと」を示したものである。「自分で(できることはやって)症状を防ぎたい」「気合だけではどうにもならないことがわかった」「健康に興味を持った」「入院生活を通して進路を決めるきっかけになった」「入院生活でお姉さん役を体験できて

うれしかった」「家族の協力(禁煙)がうれしかった」「体育見学、レポートは大変だが自分のためと思ってがんばってる」とあった。

4 考察

対象者 22 名の学年は 1 年生 9 名(40.9%)、2 年生 3 名(13.6%)、3 年生 10 名(45.5%)で 1 年および 3 年生が多かった。性別は男性 4 名(18.2%)、女性 18 名(81.8%)で女性が多かった。対象疾患は喘息 13 名(59.1%)と最も多く、半数を占めていた。この他に内分泌疾患、脳波異常、心臓疾患等と多様な疾患となっていた。

(1) 治療開始年齢

就学以前である 5 歳以下 14 名(63.6%)、学童期以降である 6 歳以降 8 名(36.4%)であった。就学以前から 10 年以上の闘病生活を送っている生徒が半数以上を占めていた。

(2) 学校生活における健康行動の実行状況

① 通院の実行

通院状況は定期通院 16 名(72.7%)、症状出現時 5 名(22.7%)、その他 1 名(4.5%)であった。通院間隔は 2 週間ごと 1 名(4.5%)、1 月毎 6 名(27.3%)、2 月毎 2 名(9.1%)、3 月毎 3 名(13.6%)、1 年毎 4 名(18.2%)で 1 ヶ月ごとが最も多かった。通院行動の実行状況については「実行」13 名(59.1%)、「非実行」9 名(40.9%)でおよそ 40%に「非実行」があった。

通院行動の「実行」の理由は「悪化する」「症状が出る」等自覚症状に由来するもの、「保護者が同行」「保護者が代理受診」等保護者の意向に由来するものであった。「非実行」の理由は「症状がない」との自覚症状に由来するもの、「アルバイトの都合」「欠席したくない」「面倒」と自己管理に由来するもの、保護者の意向であった。

慢性疾患の症状進行は無自覚のうちに起こることがあり、症状の有無にかかわらず通院行動を実行することは健康管理の上からも大切である。病気のある生徒が、通院や運動指示の実行など自己管理をしていけるように支援することは、本来であれば家庭や医療専門家の役割であると考えられる。医療者を中心とした先行研究では、慢性疾患のある子どもに対して予約診療、受付時間など通院負担への配慮の必要性を指摘している(大脇,2003)が、現状では解決しがたい問題と思われる。生徒にとっては1日の大半を過

ごす生活の場である学校も、ある程度は病状や自己管理の状況を把握して、安全面、健康面や教育面から支援していくことは必要であると考え。

今回の調査では通院行動の実行、非実行どちらにも保護者の意向が反映されていた。未成年者、扶養家族である高校生においては通院行動に保護者の意向が反映されるのは当然のことであると思われる。このため、通院行動においては生徒本人、保護者双方に働きかけていくことが必要であると考え。特に健康度の高い年代の高校生が多数在籍する学校においては「欠席が気にかかる」「休みたくない」との生徒の通院行動を継続させることへのさまざまな負担や困難を教員が積極的に理解していくことが必要であると考えられる。

② 服薬の実行

服薬があると回答した者は22名中16名であった。定期的な服薬10名(45.5%)、症状のある時の服薬6名(27.3%)、服薬なし6名(27.3%)であり、半数の生徒に定期的な服薬があった。服薬行動については「実行している」9名(56.3%)、「実行していない」7名(43.7%)であった。実行している理由は「体調が良い」「毎日飲むことで活動できる」であった。実行していない理由は「面倒」「症状がないので」「病院が混んでいて、(薬を)もらいに行くのが面倒」「保護者が飲まなくても良いと言った」「以前より、症状が落ち着いた」「副作用が心配」であった。服薬行動の「実行」「非実行」どちらにも自覚症状の有無、保護者の意向が反映されていた。一般的に不正確な服薬行動は症状の変化や悪化をもたらすことがあるとされている。服薬行動の管理も通院行動同様に、本来であれば家庭や保護者の役割であると思われる。しかし、生徒は1日のうちの大半を学校で過ごしており、生徒の生活の場である学校も、ある程度は病状や自己管理の状況を把握して、安全面、健康面や教育面から支援していくことは必要だと考えられる。

② 運動制限の実行

学校生活における運動制限は「種目により制限」が10名(45.5%)、「制限なし」が12名(54.5%)であった。「実行している」9名(90%)、「実行していない」1名(10%)であった。

運動制限を実行している理由は「周りに迷惑をかける」「無理したらよくないから」「自分が苦しい、きつい」「教員が配慮してくれる」「運動が嫌い」であった。実行していない理由は「禁止されている水泳は好きなので、時々やっている」であった。運動制限は90%の生徒が実行しておりおおむね良好であった。しかし、先行研究では病児の保護者の悩みや慢性疾患児のストレスは運動制限などの「行動の拘束」が多い(中島ら,1994;武田ら,1997;

吉田ら,2003)と報告しており運動の実行、非実行双方の生徒への学校生活面での適応とサポートが必要であると考えられた。

(3) 学校生活で困っていること

学校生活で困っていることは「休日の自己管理の難しさ」の他、「通院に配慮してもらっていても、授業のことが気にかかる」「体育見学のレポートが大変」と通院行動や運動指示の実行に伴う解決しがたい問題に困っている様子が伺えた。「小学生の頃、“うつる”といじめられたのが悔しかった」と周囲のサポートの必要性を示唆する回答もあった。

(4) 病気を通して学んだこと

病気を通して学んだことは「自分で(できることはやって)症状を防ぎたい」「気合だけではどうにもならないことがわかった」「健康に興味を持った」「入院生活を通して進路を決めるきっかけになった」「入院生活でお姉さん役を体験できてうれしかった」「家族の協力(禁煙)がうれしかった」「体育見学、レポートは大変だが自分のためと思ってがんばれている」とあった。「気合だけではどうにもならないことがわかった」「自分で(できることはやって)症状を防ぎたい」「体育見学、レポートは大変だが自分のためと思ってがんばれている」と生徒なりに病気の受容をしている様子が伺える回答があった。また「健康に興味を持った」「入院生活を通して進路を決めるきっかけになった」「入院生活でお姉さん役を体験できてうれしかった」「家族の協力(禁煙)がうれしかった」と闘病生活を前向きに捉えている回答もあった。

表 3-1 学年・男女別人数

学年	男性	女性	合計
1 年	2	7	9
2 年	1	2	3
3 年	1	9	10
合計	4	18	22

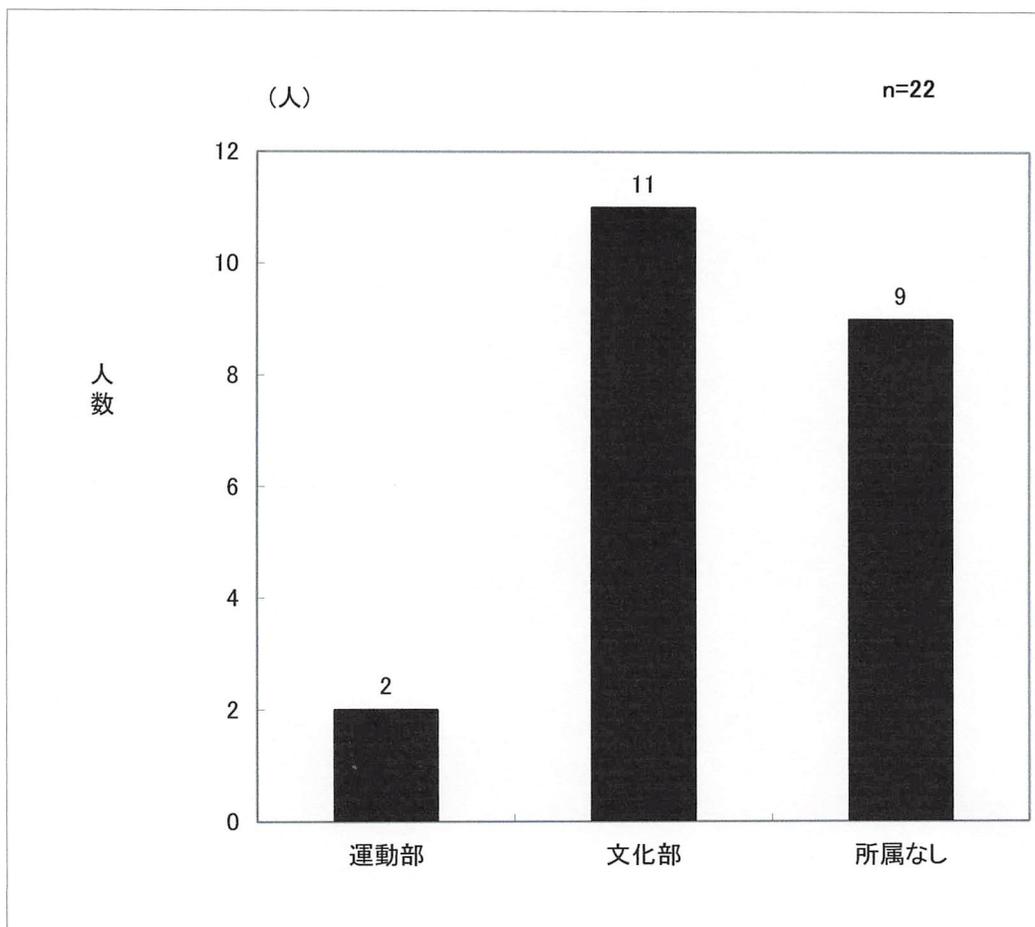


図 3-1 部活動の所属

表 3-2 対象疾患

病名	人数
喘息	13
内分泌疾患	3
心臓疾患	3
脳波異常	2
その他	1
合計	22

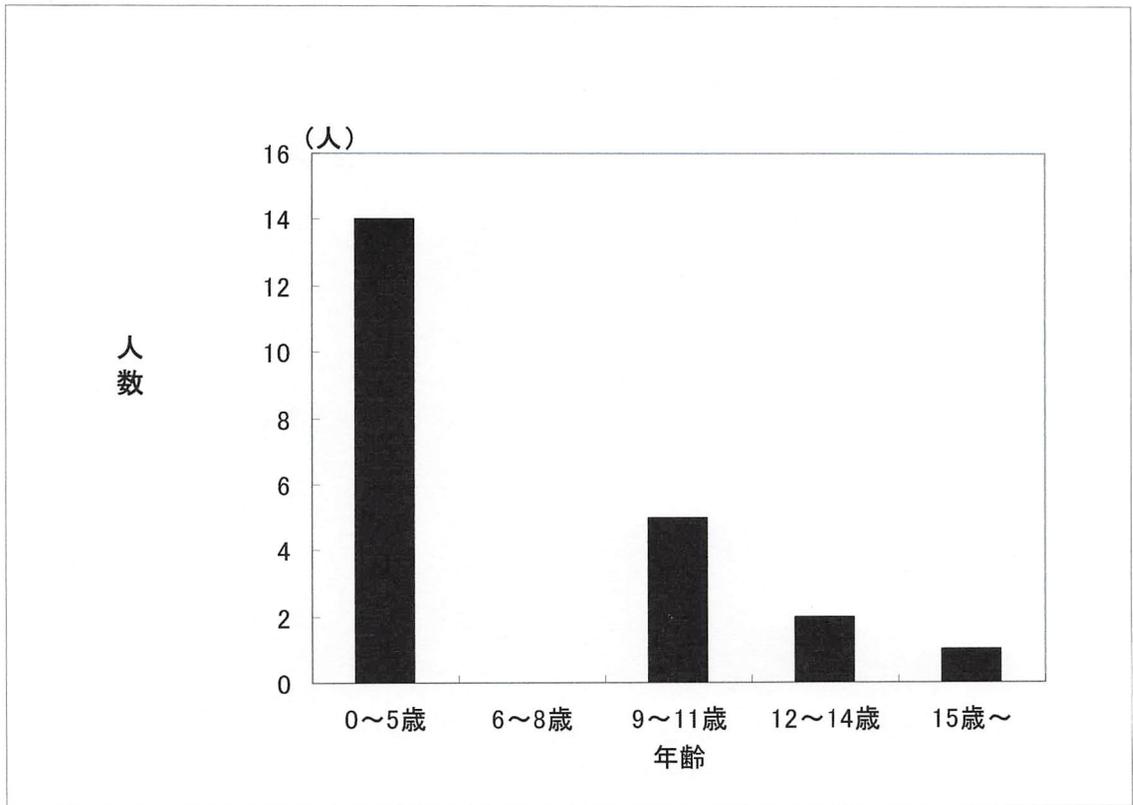


図 3-2 治療開始年齢 n=22

表 3-3 通院指示の有無

	度数	比率
定期的	16	72.7
症状のある時	5	22.7
なし	0	0.0
その他	1	4.5
合計	22	100

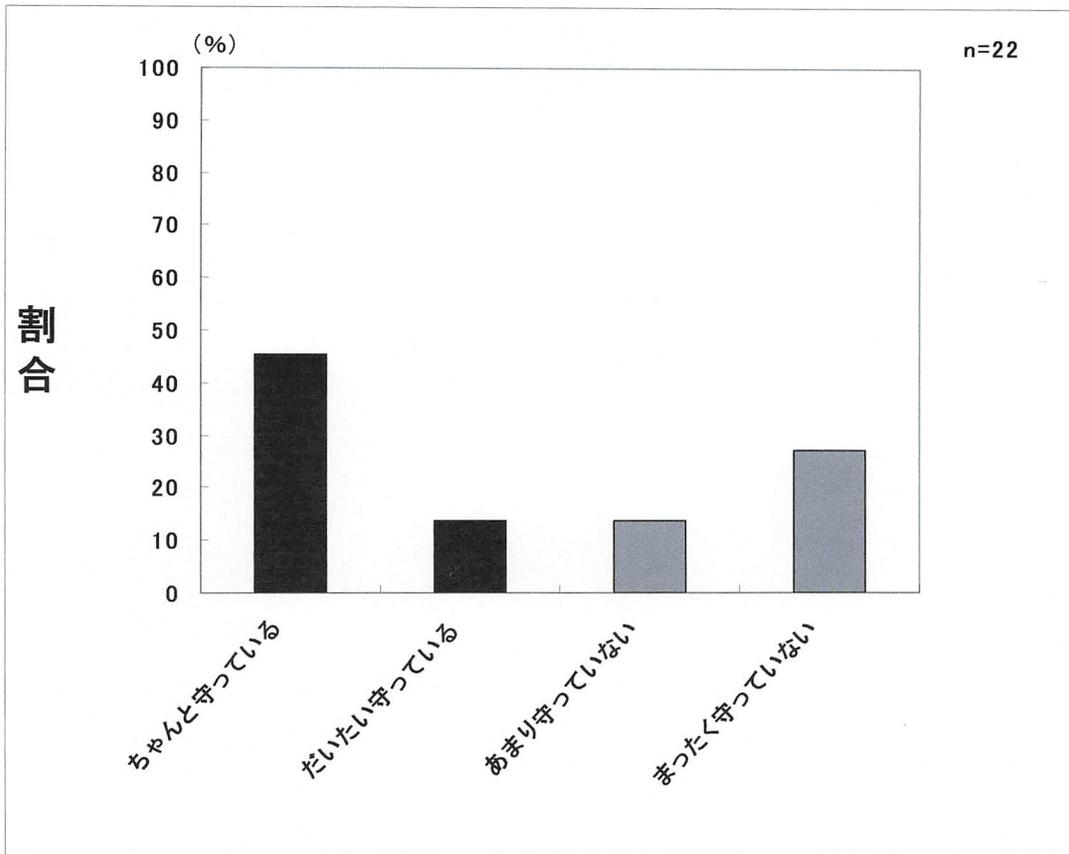


図 3-3 通院の実行 (%)

表 3-4 通院行動の実行についての理由

実行する

薬がきれると症状が出る

保護者が同行

悪化するから

自分のため

大病院なので予約をキャンセルすると、次回の予約が取れなくなり、病気が悪化する

(自分の体が)心配だから

保護者が代行受診してるから(大病院なので診察時間内に通えない)

実行していない理由

アルバイトが忙しいので受付に間に合わない

学校を休みたくなかった

(欠席による)授業の遅れが心配

病院が遠い

保護者が何も言わないから

面倒

保護者が行かなくて良いと言った

引越し

症状がない

表 3-5 服薬の有無

	度数	比率
定期的	10	45.5
症状のある時	6	27.3
なし	6	27.3
合計	22	100.0

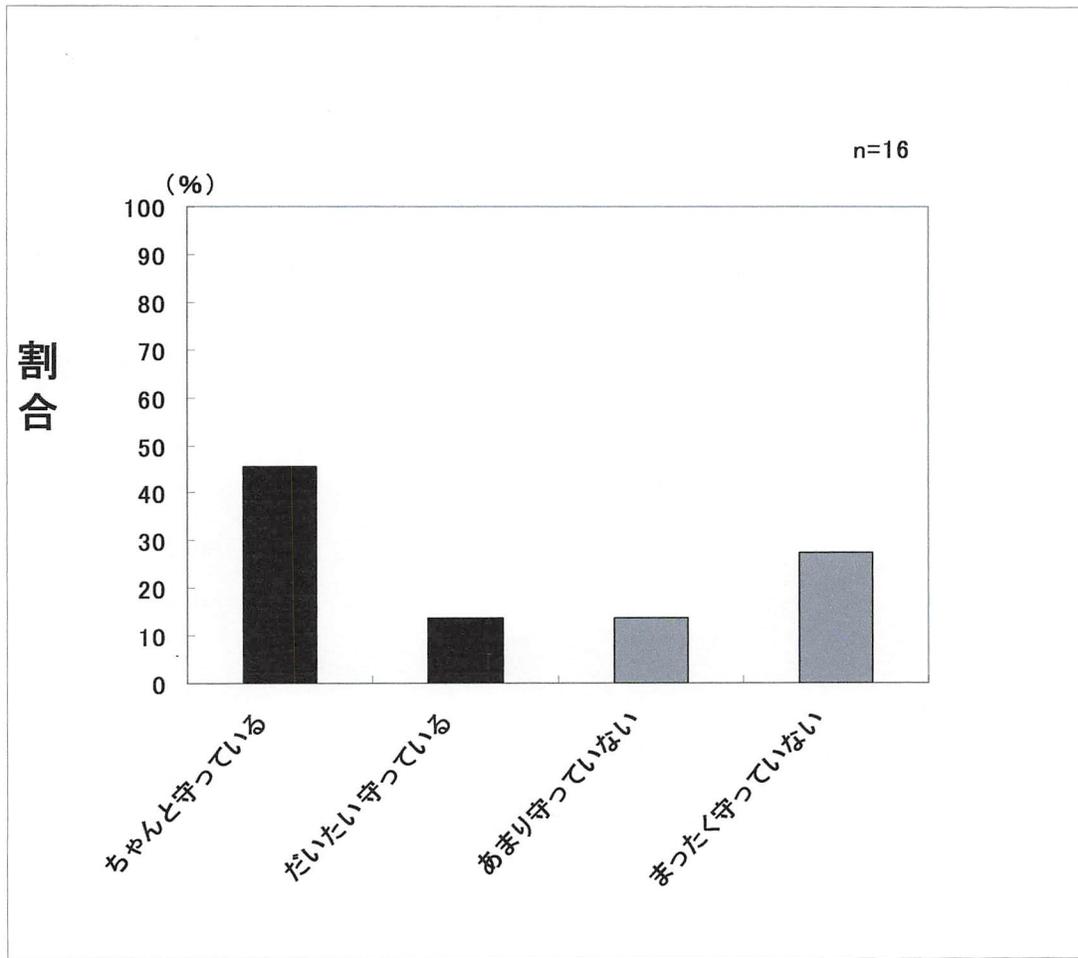


図 3-4 服薬の実行(割合)

表 3-6 服薬の実行についての理由

実行してる

体調が良い

毎日飲むことで活動できる

実行していない

忘れる

面倒

症状がないので

病院が混んでいて、(薬を)もらいに行くのが面倒

保護者が飲まなくても良いと言った

以前より、症状が落ち着いた

副作用が心配

表 3-7 運動の制限の有無

	度数	比率
禁止	0	0
一部制限	10	45.5
制限なし	12	54.5
合計	22	100

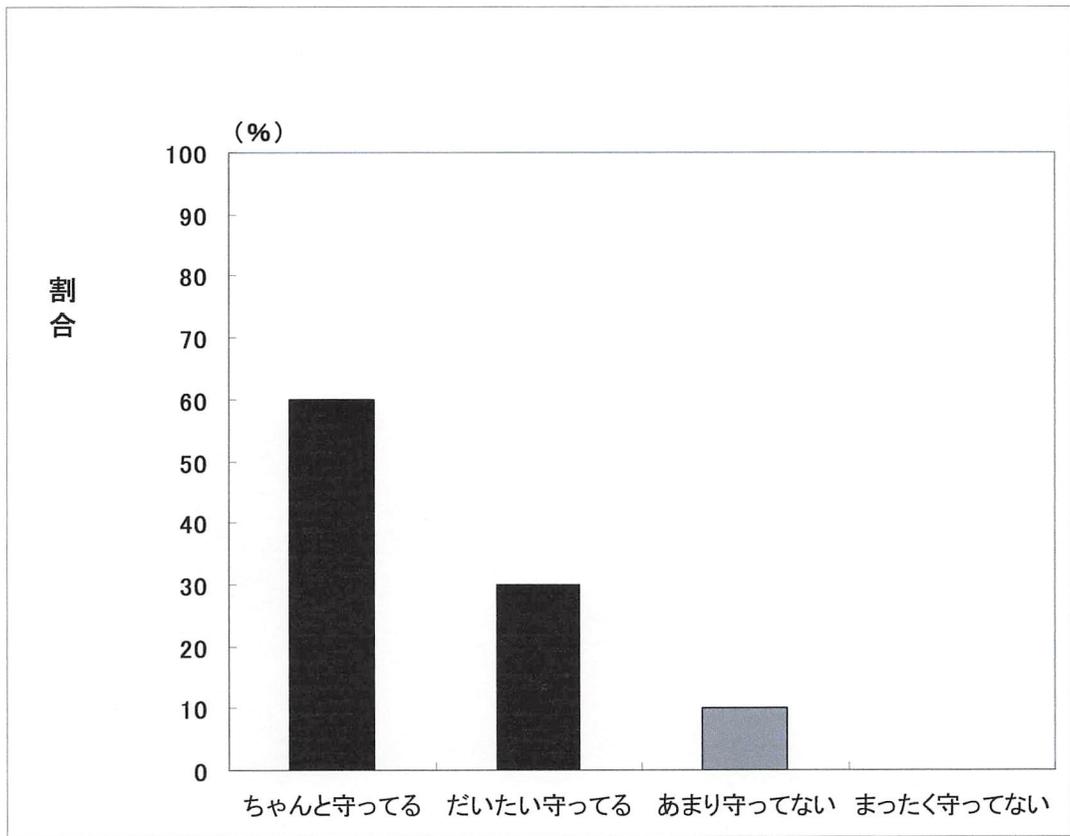


図 3-5 運動制限の実行

表 3-8 運動制限実行の理由

実行している
周りに迷惑をかける
無理したらよくないから
自分が苦しい、きつい
教員が配慮してくれる
運動が嫌い
実行していない
禁止されてる水泳は好きなので、やっている

表 3 - 9 学校生活で困ったこと、悩んだこと

休日に薬を飲み忘れる

症状があると記憶が飛ぶ

通院に配慮してもらっていても、授業のことが気にかかる

体育見学のレポートが大変

小学生の頃、“うつる”といじめられたのが悔しかった。

表 3-10 病気を通して学んだこと

自分で(できることはやって)症状を防ぎたい

気合だけではどうにもならないことがわかった

健康に興味を持った

入院生活が通して進路を決めるきっかけになった

入院生活でお姉さん役を体験できたうれしかった

家族の協力(禁煙)がうれしかった

体育見学、レポートは大変だが自分のためと思ってがんばれてる

IV 研究3:健康行動、学校生活意識、疲労自覚症状との関連についての調査

1 研究の目的:慢性疾患のある高校生の健康行動、学校生活意識、疲労自覚症状との関連を調査し、指導や支援の必要性を探る。

2 研究の方法

(1) 研究対象者

都市部に位置する公立A高等学校に在籍する高校1年生～高校3年生の生徒を対象に調査を行った。調査対象は慢性疾患のある生徒のほか、非疾患の生徒を保健室利用群と非保健室利用群に分類した以下の3群とした。

慢性疾患のある生徒39名に調査用紙を配布した結果、30名(1学年11名、2学年13名、3学年6名・男子10名、女子20名)の有効回答を得た。慢性疾患以外の3ヶ月以上の医療を要する疾患のある生徒(研究1において心理・精神的問題群およびその他の疾患群に該当する生徒)6名の回答は除外した。保健室を利用した生徒42名、非疾患・非保健室利用の生徒80名の有効回答を得た。慢性疾患群の学年比・男女比を基に層化抽出し、保健室利用群30名、非疾患群・非保健室利用群として60名を分析対象とした。なお、保健室利用群および非疾患群・非利用群に17名の回答不備があったため無効回答とした。

慢性疾患群:小児特定慢性疾患、難病対策該当疾患があり、定期的に通院しながら、通常の学校生活を送っている、K県内にある普通高校に在籍する同意を得た生徒とした。不登校や注意欠陥障害等の顕著な心理的問題のある生徒は除いた。

保健室利用群:調査期間中に保健室を利用した生徒とした。慢性疾患のある生徒、おむね3ヶ月以上の通院を要する慢性疾患以外の疾患のある生徒、顕著な心理的問題のある生徒、止むを得ないケガや高熱など明らかな病的状態が観察された生徒は除外した。つまり非疾患群の保健室利用者である。

非疾患・非利用群:対照群として上記の2群に該当しない生徒とした。

(2) 調査内容

① 健康行動:

1) 健康習慣:森本(1986)、門田(1990)の先行研究を参考に「睡眠時間」、「朝食摂取状況」、「栄養のバランス」、「間食」、「運動」の5項目を作成した。睡眠時間はスケール尺度で回答を求め、門田(1990)の先行研究を引用して3段階で得点化した。朝食摂取状況、栄養のバランス、間食、運動については3段階での評定を求め、望ましい健康習慣が高得点になるように点数化した。また飲酒喫煙の有無については未成年者対象の調査であるため現在までの飲酒・喫煙の実態についての調査は避け、成人後の飲酒・喫煙の意識について3段階で回答を求めた。この他に健康習慣の実態として「アルバイトの実行」、「歯みがき回数」、「学校で具合の悪いときは先生に言う」、「将来の目標がある」、「健康について家の人とよく話す」について調査した。

2) セルフケア行動・アドヒランス行動 この研究でセルフケア行動とは小笠原(2003)の「自らの健康は自らが守るという信念に基づき、本人自身が行う、保健もしくは治療行動(運動継続、健康診断、休養)」とした。またアドヒランス行動とは「自己決定に基づく自己コントロールによって、自分の健康は自分で主体的に管理していくことを目指す」とした。

アドヒランス行動:慢性疾患群に対して定期通院の実行について4段階での解答を求め2項目に分類した。

セルフケア行動:学校保健法に基づく歯科検診、眼科検診の結果の認識について「異常なし」「受診をすすめられた」「覚えていない」「欠席した」の4項目の回答を求めた。さらに受診勧告のあった生徒に受診の実行について解答を求めた。

②:健康意識、生活意識

1) 健康意識

木村(1992)、門田(1997)門田,中永(2002)の中学、高校生、大学生等の思春期・青年期対象の健康意識の調査内容を参考に作成した。「健康状態はよいと思うか」について「あてはまる」「だいたいあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の4段階で回答を求め「あてはまる」「あてはまらない」の2項目に分類した。

2) 生活意識

高校生活満足意識について先行研究よりモノグラフ高校生(2003)の質問項目 4 項目、および友枝ら(2003)の 6 項目を引用および参考にして、独自に 4 項目作成した。「学校生活全般」「学校で友達との関係」「学校の先生との関係」「放課後の生活全般」について「満足している」「まあ満足」「あまり満足してない」「満足してない」の 4 段階で回答を求めた。さらに「満足」「不満足」の 2 項目に分類した。

③ 疲労自覚症状

中学、高校生等の思春期の子どもの自覚症状の調査として門田(1990,1997)、富田(1995,2005)、楠本(1996、1997)、大澤(1999)に引用の産業疲労研究会の「自覚症状調べ」30項目を使用した。「自覚症状調べ」は身体的症状(ねむけとだるさ)、精神的症状(注意集中の困難)、精神的症状(注意集中の困難)の 3 群で構成されている。原文は「自覚する」「自覚しない」の 2 件法だが、本研究では回答しやすさを考慮して「ぜんぜんない」「あまりない」「たまにある」「よくある」の 4 段階での回答を求め「ない」「ある」の 2 項目に分類した。また質問形式は門田(1997)の形式を引用して「ふだん次のようなことがよくありますか」と修正した。

データの集計、解析は Excel 2003 および SPSS13.0 j for Windows を使用した。

(3) 調査手続き:

調査期間は 2005 年 9 月下旬から 12 月上旬であった。

自己記入式質問紙調査を配布し回収した。慢性疾患群は健康相談、保健室利用時に配布し、回収箱にて回収した。保健室利用群は保健室利用時および教室で一斉配布し、回収箱にて回収した。対照群は担当教員が教室で一斉に配布し、回収箱にて回収した。

研究の目的、参加は無記名で任意であること、参加したくない場合は白紙提出または調査用紙未提出でもかまわないこと、成績や生活指導とは無関係であること、プライバシー保護等を口頭説明および掲示にて周知した。

なお、作成した質問紙を用いて 9 月中旬に現職養護教諭 3 名、現職教諭 2 名、高校生 6 名に予備調査を行い、調査用紙のチェックを行った。

3 結果

(1) 対象者の属性

表 4-1 は対象者の属性を示したものである。調査総数は 120 名であった。慢性疾患群および保健室利用群は 1 年男子 5 名、1 年女子 6 名、2 年男子 2 名 2 年女子 11 名、3 年男子 3 名、3 年女子 3 名の合計 30 名であった。対照群は 1 年男子 10 名、1 年女子 12 名、2 年男子 4 名、2 年女子 22 名、3 年男子 6 名 3 年女子 6 名の合計 60 名であった。

(2) 健康行動

① 健康習慣

1) 健康習慣 5 項目(睡眠時間、朝食摂取状況、栄養バランス、間食、運動習慣)および成人後の喫煙・飲酒習慣についての記述、統計的検定(χ^2 検定、分散分析)

表 4-2 は健康習慣 5 項目(睡眠時間、朝食摂取状況、栄養バランス、間食、運動習慣)および喫煙、飲酒といった成人後の健康習慣の意識について示したものである。

睡眠時間は慢性疾患群では 5.9 時間以下 8 人(26.7%)、6.0~6.9 時間 14 人(46.7%)、7 時間以上 8 人(26.7%)であった。保健室利用群では 5.9 時間以下 10 人(38.3%)、6.0~6.9 時間 13 人(43.3%)、7 時間以上 7 人(23.3%)であった。対照群では 5.9 時間以下 11 人(18.3%)、6.0~6.9 時間 13 人(36.7%)、7 時間以上 27 人(45.0%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。表 4-3 および図 4-1 に睡眠時間の平均値を示した。慢性疾患群 6.2±SD1.32 時間、最小値 4 時間、最大値 10 時間であった。保健室利用群 6.0±SD1.14 時間、最小値 3 時間、最大値 9 時間であった。対照群 6.5 時間 SD±1.16 時間、最小値 4 時間、最大値 9 時間であった。一元配置の分散分析の結果は有意な差はなかった。3 群間における睡眠時間に差はないと言える。しかし図 4-1 に示したように最大値で比較すると慢性疾患群では 10 時間であり慢性疾患群では睡眠時間に個人差が大きいといえる。

朝食摂取は慢性疾患群では「毎日食べる」21 人(70.0%)、「時々食べる」5 人(16.7%)「食べない」4 人(13.3%)であった。保健室利用群では「毎日食べる」21 人(70.0%)、「時々食べる」5 人(16.7%)「食べない」4 人(13.3%)で慢性疾患群と同数であった。対照群では「毎日食べる」76 人(63.3%)、「時々食べる」30 人(25.0%)「食べない」14 人(11.7%)

であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

栄養のバランスは慢性疾患群では「考えている」4 人(13.3%)、「少しは考えている」12 人(40.0%)、「あまり考えていない」14 人(46.7%)であった。保健室利用群では「考えている」3 人(10.0%)、「少しは考えている」9 人(30.0%)、「あまり考えていない」18 人(60.0%)であった。対照群では「考えている」8 人(13.3%)、「少しは考えている」26 人(43.3%)、「あまり考えていない」26 人(43.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

間食は慢性疾患群では「食べない」2 人(6.7%)、「時々食べる」21 人(70.0%)、「毎日食べる」7 人(23.3%)であった。保健室利用群では「食べない」4 人(13.3%)、「時々食べる」19 人(63.3%)、「毎日食べる」7 人(23.3%)であった。対照群では「食べない」3 人(5.0%)、「時々食べる」39 人(65.0%)、「毎日食べる」18 人(30.0%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

「体を動かす習慣」は慢性疾患群では「こころがけてる」11 人(36.7%)、「すこしはこころがけてる」10 人(33.3%)、「あまりこころがけてない」9 人(30.0%)であった。保健室利用群では「こころがけてる」13 人(43.3%)、「すこしはこころがけてる」12 人(40.0%)、「あまりこころがけてない」5 人(16.7%)であった。対照群では「こころがけてる」21 人(35.0%)、「すこしはこころがけてる」27 人(45.0%)、「あまりこころがけてない」12 人(20.0%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

成人後の飲酒は慢性疾患群では「飲酒したい」16 人(53.3%)、「わからない」5 人(16.7%)、「飲酒したくない」9 人(30.0%)であった。保健室利用群では「飲酒したい」21 人(70.0%)、「わからない」7 人(23.3%)、「飲酒したくない」2 人(6.7%)であった。対照群では「飲酒したい」31 人(51.7%)、「わからない」18 人(30.0%)、「飲酒したくない」11 人(18.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

成人後の喫煙は慢性疾患群では「喫煙したい」3 人(10.0%)、「わからない」5 人(16.7%)、「喫煙したくない」22 人(73.3%)であった。保健室利用群では「喫煙したい」5 人(16.7%)、「わからない」7 人(23.3%)、「喫煙したくない」18 人(60.0%)であった。「喫煙したい」8 人(13.3%)、「わからない」8 人(13.3%)、「喫煙したくない」44 人(73.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

2) 健康習慣 5 項目についての点数化および統計的検定(分散分析)

表 4-4 は健康習慣のうち睡眠時間、朝食摂取状況、栄養バランス、間食、運動習慣の 5 項目について得点化した数値の平均値(±標準偏差)を示したものである。慢性疾患群

では 10.1(±1.70)点、保健室利用群では 10.1(±1.61)点、対照群では 10.3(±1.50)点であった。一元配置の分散分析の結果優位な差はなかった。

図 4-2 は健康習慣 5 項目を得点化のグラフである。中央値、分散に差は見られなかった。

3) その他の健康習慣(部活動、アルバイト、歯磨き、学校での不調時の申し出、将来の目標、家庭での健康についての対話)の実態

表 4-5 は健康習慣すなわち、部活動、アルバイト、歯磨き、学校での不調時の申し出、将来の目標、家庭での健康についての対話の実態について示したものである。

部活動は慢性疾患では運動部 4 人(13.3%)、文化部 7 人(23.3%)、所属なし 19 人(63.3%)、運動部と文化部 0 人(0%)であった。保健室利用群では運動部 5 人(16.7%)、文化部 9 人(30.0%)、所属なし 16 人(53.3%)、運動部と文化部 0 人(0%)であった。対照群では運動部 11 人(18.3%)、文化部 18 人(30.0%)、所属なし 29 人(48.3%)、運動部と文化部 2 人(3.3%)であった。5 以下のセルがあるため検定は実施しなかった。

アルバイトは慢性疾患では「アルバイトをしていない」16 人(53.3%)、「アルバイトをしている」14 人(46.3%)であった。保健室利用群では「アルバイトをしていない」17 人(56.7%)、「アルバイトをしている」13 人(43.3%)、であった。対照群では「アルバイトをしていない」34 人(56.7%)「アルバイトをしている」26 人(43.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

歯磨き回数は慢性疾患では「1 回以下」5 人(16.7%)、「2 回」18 人(60.0%)、「3 回以上」7 人(23.3%)であった。保健室利用群では「1 回以下」6 人(20.0%)、「2 回」19 人(63.3%)、「3 回以上」5 人(16.7%)であった。対照群では「1 回以下」11 人(18.3%)、「2 回」40 人(66.7%)、「3 回以上」9 人(15.0%)であった。 χ^2 乗検定では有意差はなかった。表 4-6 は歯磨き回数の平均値を示した。慢性疾患群では $2.1 \pm SD 0.94$ 時間であった。保健室利用群では 2.1 ± 0.87 時間であった。対照群では 2.0 ± 0.62 時間であった。一元配置の分散分析では有意差はなかった。

「学校での具合の悪いときは教員に申し出る」は慢性疾患では「申し出る」16 人(53.3%)、「申し出ない」14 人(46.7%)であった。保健室利用群では「申し出る」19 人(63.3%)、「申し出ない」11 人(36.7%)であった。対照群では「申し出る」37 人(61.7%)、「申し出ない」23 人(38.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

「将来の目標がある」は慢性疾患では「目標がある」24 人(80.0%)、「目標がない」6 人

(20.0%)であった。保健室利用群では「目標がある」17人(56.7%)、「目標がない」13人(43.3%)であった。対照群では「目標がある」43人(71.7%)、「目標がない」17人(28.3%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

「健康について家の人とよく話す」は慢性疾患群では「話す」16人(53.3%)、「話さない」14人(46.7%)であった。保健室利用群では「話す」10人(33.3%)、「話さない」20人(66.7%)であった。対照群では「話す」24人(40.0%)、「話さない」36人(60.0%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。

その他の健康習慣においても有意な差のある項目は無かった。本研究対象者においては疾患の有無、保健室利用の有無など健康状態と生活習慣には関連が無いといえる。

② セルフケア行動,アドヒランス行動

1) 歯科検診の結果についてのセルフケア行動

表 4-7 は歯科検診の結果についての解答を示したものである。慢性疾患群では「異常なし」8人(26.7%)、「受診勧告」17人(56.7%)、「覚えていない」5人(16.7%)であった。保健室利用群では「異常なし」12人(40.0%)、「受診勧告」8人(26.7%)、「覚えていない」10人(33.3%)であった。対照群では「異常なし」18人(30.0%)、「受診勧告」27人(45.0%)、「覚えていない」15人(25.0%)であった。3群ともに「欠席」は無かった。

表 4-8 は歯科検診後のセルフケア行動の実行について示したものである。全数は52人であった。慢性疾患群では受診勧告のあった生徒は17人であった。「勧告後受診した」8人(47.1%)、「勧告後未受診」9人(52.9%)であった。保健室利用群では受診勧告のあった生徒は8人であった。「勧告後受診した」2人(25.0%)、「勧告後未受診」6人(75.0%)であった。対照群では受診勧告のあった生徒は27人であった。「勧告後受診した」8人(29.6%)、「勧告後未受診」19人(70.4%)であった。5以下のセルがあるため検定は未実施である。

歯科検診後のセルフケア行動においては保健室利用群 25%、対照群 29.6%と望ましいとは言えない結果であった。しかし慢性疾患群はおよそ半数が実行しており、健康度の高い生徒と比較すると良好であった。

2) 視力検査の結果についてのセルフケア行動

表 4-9 は視力検査の結果についての回答を示したものである。慢性疾患群では「異常なし」17人(56.7%)、「受診勧告」8人(26.7%)、「覚えていない」5人(16.7%)であった。保健室

利用群では「異常なし」19人(63.3%)、「受診勧告」7人(23.3%)、「覚えていない」4人(13.3%)であった。対照群では「異常なし」34人(56.7%)、「受診勧告」21人(35.0%)、「覚えていない」5人(8.3%)であった。3群ともに「欠席」は無かった。

表 4-10 は視力検査後のセルフケア行動の実行について示したものである。全数は 36 人であった。慢性疾患群では受診勧告のあった生徒は 8 人であった。「勧告後受診した」4人(50.0%)、「勧告後未受診」4人(50.0%)であった。保健室利用群では受診勧告のあった生徒は 7 人であった。「勧告後受診した」1人(14.3%)、「勧告後未受診」6人(85.7%)であった。対照群では受診勧告のあった生徒は 21 人であった。「勧告後受診した」9人(42.9%)、「勧告後未受診」12人(57.1%)であった。5 以下のセル数があるため検定は未実施である。視力検査後のセルフケア行動において保健室利用群は 14.3%ときわめて少ない数値であった。対照群および慢性疾患群における勧告後受診者はおよそ半数であった。

保健室利用群、対照群の歯科検診後および視力検査後の受診行動の結果から、非疾患の健康度の高い年代生徒の受診行動のむずかしさが示唆されると同時に、慢性疾患のある生徒のセルフケア行動は、望ましいとはいいがたいが同年代の健康度の高い生徒との比較においては良好であった。慢性疾患群の歯科検診後および視力検査後の受診行動は、保健室利用群、対照群よりも良好であった。慢性疾患群の生徒が非疾患の生徒よりも歯科、視力の健康に留意している様子が伺えた。

3) 慢性疾患群の通院行動についてのアドヒアランス行動

表 4-11 は慢性疾患群の通院についてのアドヒアランス行動について示したものである。「実行している」22名(73.3%)であった。「実行していない」8名(26.7%)であった。2項検定の結果、有意な差は無かった。

通院行動を実行していない生徒がおよそ 30%であることについては健康管理上の課題であろう。

(3) 健康意識・生活意識

① 健康意識

表 4-12 は健康意識、生活意識について示したものである。慢性疾患群は「健康状態は良い」17人(56.7%)、「健康状態は良くない」13人(43.3%)であった。保健室利用群は「健康状態は良い」16人(53.3%)、「健康状態は良くない」14人(46.7%)であった。対照群では

「健康状態は良い」45 人(75.0%)、「健康状態は良くない」15 人(25.0%)であった。 χ^2 検定では有意差はなかった。疾患の有無、保健室利用の有無においては健康意識に差は無かった。

② 生活意識

「高校生活の満足度」では慢性疾患群は「満足」17 人(56.2%)、「不満足」13 人(43.3%)であった。保健室利用群は「満足」16 人(53.3%)、「不満足」14 人(46.7%)であった。対照群は「満足」46 人(76.7%)、「不満足」14 人(23.3%)であった。 χ^2 検定の結果有意差があった($p < .05$)。表 4-13 は、どのセルが有意性に貢献したのかを判定するために、残差分析を行った結果を示したものである。対照群に有意差があった。残差分析の結果、保健室利用群は「高校生活の満足度」では「満足」が少なく「不満足」が多かった($p < .10$)。また対照群は「不満足」が少なく「満足」が多かった($p < .05$)。

「学校の友達との関係」では慢性疾患群は「満足」21 人(70.0%)、「不満足」9 人(30.0%)であった。保健室利用群は「満足」21 人(70.0%)、「不満足」9 人(30.0%)で、慢性疾患群と同数値であった。対照群は「満足」54 人(90.0%)、「不満足」6 人(10.0%)であった。 χ^2 検定の結果有意差があった($p < .05$)。表 4-14 は残差分析の結果を示したものである。対照群は「学校の友達との関係」では「不満足」が少なく「満足」が多かった($p < .01$)。

「学校の教員との関係」では慢性疾患群は「満足」17 人(56.7%)、「不満足」13 人(43.3%)であった。保健室利用群は「満足」17 人(56.7%)、「不満足」13 人(43.3%)で慢性疾患群と同数値であった。対照群は「満足」48 人(80.0%)、「不満足」12 人(20%)であった。 χ^2 検定の結果有意差があった($p < .05$)。表 4-15 は残差分析の結果を示したものである。対照群は「学校の教員との関係」では「不満足」が少なく「満足」が多かった($p < .01$)。

「放課後の生活の満足度」慢性疾患群は「満足」22 人(73.3%)、「不満足」8 人(26.7%)であった。保健室利用群は「満足」25 人(83.3%)、「不満足」5 人(16.7%)であった。対照群は「満足」51 人(85.0%)、「不満足」9 人(15.0%)であった。5 以下のセルがあるため検定は未実施である。しかし、慢性疾患群は「満足度」が低い傾向にあった。

(4) 疲労自覚症状

① 疲労自覚症状 30 項目

1) 疲労自覚症状(30 項目)

表 4-16 は疲労自覚症状の訴え(30 項目)の有無について度数と比率で示したものである。図 4-3 は身体的疲労(10 項目)、図 4-4 は精神的疲労(10 項目)、図 4-5 は神経感覚的疲労(10 項目)それぞれの訴え数を比率で示したものである。図 4-6 は 疲労自覚症状訴え率のなかで有意差のあった項目 (* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$)を示したものである。統計検定の結果、有意差の無い項目については、統計結果の記述を省略した。

「1.頭がおもい」では慢性疾患群は「あり」18 人(60.0%)、「なし」12 人(40.0%)、保健室利用群は「あり」22 人(73.3%)、「なし」8 人(26.7%)、対照群は「あり」22 人(36.7%)、「なし」38 人(63.3%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p < .01$)。表 4-17 は残差分析の結果を示したものである。保健室利用群は訴え数が多く($p < .01$)、対照群は少なかった($p < .01$)。

「2.全身がだるい」では慢性疾患群は「あり」22 人(73.3%)、「なし」8 人(26.7%)、保健室利用群は「あり」28 人(93.3%)、「なし」2 人(6.7%)、対照群は「あり」35 人(58.3%)、「なし」25 人(41.7%)であった。5 以下のセルがあるため検定未実施ではあるが、慢性疾患群、保健室利用群の訴え数は明らかに多かった。

「3.足がだるい」では慢性疾患群は「あり」18 人(60.0%)、「なし」12 人(40%)、保健室利用群は「あり」23 人(76.7%)、「なし」7 人(23.3%)、対照群は「あり」30 人(50.0%)、「なし」30 人(50.0%)であった。

「4.あくびが出る」では慢性疾患群は「あり」24 人(80.0%)、「なし」6 人(20.0%)、保健室利用群は「あり」29 人(1%)、「なし」1 人(3.3%)、対照群は「あり」48 人(80.0%)、「なし」12 人(20.0%)であった。5 以下のセルがあるため検定未実施ではあるが、3 群とも 80%の訴え数を示しており多いことは明らかであった。

「5.頭がぼんやりする」では慢性疾患群は「あり」23 人(76.3%)、「なし」7 人(23.3%)、保健室利用群は「あり」26 人(86.7%)、「なし」4 人(13.3%)、対照群は「あり」86 人(60.0%)、「なし」24 人(40.0%)であった。5 以下のセルがあるため検定未実施ではあるが、慢性疾患群、保健室利用群に訴え数が多かった。

「6.ねむい」では慢性疾患群は「あり」24 人(80.0%)、「なし」6 人(20.0%)、保健室利用群は「あり」29 人(96.7%)、「なし」1 人(3.3%)、対照群は「あり」48 人(80.0%)、「なし」12 人(20.0%)であった。5 以下のセルがあるため検定未実施ではあるが、3 群とも 80%の訴え数を示して

おり多いことは明らかであった。

「7.目がかかる」では慢性疾患群は「あり」24人(80.0%)、「なし」6人(20.0%)、保健室利用群は「あり」24人(80.0%)、「なし」6人(20.0%)、対照群は「あり」39人(65.0%)、「なし」21人(35.0%)であった。

「8.動作がぎこちない」では慢性疾患群は「あり」12人(40.0%)、「なし」18人(60.0%)、保健室利用群は「あり」13人(43.3%)、「なし」17人(56.7%)、対照群は「あり」14人(23.3%)、「なし」46人(76.7%)であった。

「9.足もとがたよりない」では慢性疾患群は「あり」14人(46.7%)、「なし」16人(53.3%)、保健室利用群は「あり」11人(36.7%)、「なし」19人(63.3%)、対照群は「あり」15人(25.0%)、「なし」45人(75.0%)であった。

「10.横になりたい」では慢性疾患群は「あり」人(%)、「なし」人(%)、保健室利用群は「あり」人(%)、「なし」人(%)、対照群は「あり」人(%)、「なし」人(%)であった5以下のセルがあるため検定未実施ではあるが、保健室利用群に訴えが多いことは明らかであった。

「11.考えがまとまらない」では慢性疾患群は「あり」18人(60.0%)、「なし」12人(40.0%)、保健室利用群は「あり」19人(63.3%)、「なし」11人(36.7%)、対照群は「あり」30人(50.0%)、「なし」30人(50.0%)であった。

「12.話をするのがいやになる」では慢性疾患群は「あり」16人(53.3%)、「なし」14人(46.7%)、保健室利用群は「あり」17人(56.7%)、「なし」13人(43.3%)、対照群は「あり」27人(45.0%)、「なし」33人(55.0%)であった。

「13.いらいらする」では慢性疾患群は「あり」17人(56.7%)、「なし」13人(43.3%)、保健室利用群は「あり」21人(70.0%)、「なし」9人(30.0%)、対照群は「あり」32人(53.3%)、「なし」28人(46.7%)であった。

「14.気が散る」では慢性疾患群は「あり」19人(63.3%)、「なし」人(%)、保健室利用群は「あり」人(%)、「なし」人(%)、対照群は「あり」人(%)、「なし」11人(36.7%)であった。

「15.物事に熱心になれない」では慢性疾患群は「あり」17人(56.7%)、「なし」13人(43.3%)、保健室利用群は「あり」15人(50.0%)、「なし」15人(50.0%)、対照群は「あり」19人(31.7%)、「なし」41人(68.3%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p < .05$)。表4-18は残差分析の結果を示したものである。慢性疾患群は訴え数が多く($p < .10$)、対照群では少なかった($p < .05$)。

「16.ちょっとしたことが思い出せない」では慢性疾患群は「あり」16人(53.3%)、「なし」14

人(46.7%)、保健室利用群は「あり」23人(76.7%)、「なし」7人(23.3%)、対照群は「あり」34人(56.7%)、「なし」26人(43.3%)であった。

「17.することに間違いが多くなる」では慢性疾患群は「あり」13人(43.3%)、「なし」17人(56.7%)、保健室利用群は「あり」13人(43.3%)、「なし」17人(56.7%)、対照群は「あり」23人(38.3%)、「なし」37人(61.7%)であった。

「18.物事が気にかかる」では慢性疾患群は「あり」19人(63.3%)、「なし」11人(36.7%)、保健室利用群は「あり」16人(53.3%)、「なし」14人(46.7%)、対照群は「あり」23人(38.3%)、「なし」37人(61.7%)であった。

「19.きちんとしていられない」では慢性疾患群は「あり」14人(46.7%)、「なし」16人(53.3%)、保健室利用群は「あり」17人(56.7%)、「なし」13人(43.3%)、対照群は「あり」18人(30.0%)、「なし」42人(70.0%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p < .05$)。表4-19は残差分析の結果を示したものである。保健室利用群では訴え数が多く($p < .05$)、対照群では少なかった($p < .05$)。

「20.根気がなくなる」では慢性疾患群は「あり」18人(60.0%)、「なし」12人(40.0%)、保健室利用群は「あり」21人(70.0%)、「なし」9人(30.0%)、対照群は「あり」23人(38.3%)、「なし」37人(61.7%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p < .05$)。表4-20は残差分析の結果を示したものである。保健室利用群は訴え数が多く($p < .05$)、対照群は少なかった($p < .01$)。

「21.頭が痛い」では慢性疾患群は「あり」22人(73.3%)、「なし」8人(26.7%)、保健室利用群は「あり」20人(66.7%)、「なし」10人(33.3%)、対照群は「あり」22人(36.7%)、「なし」38人(63.3%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p < .05$)。表4-21は残差分析の結果を示したものである。慢性疾患群($p < .05$)、保健室利用群($p < .10$)では訴え数が多く、対照群では訴え数は少なかった($p < .01$)。

「22.肩がこる」では慢性疾患群は「あり」17人(56.7%)、「なし」13人(43.3%)、保健室利用群は「あり」20人(66.7%)、「なし」10人(33.3%)、対照群は「あり」27人(45.0%)、「なし」33人(55.0%)であった。

「23.腰が痛い」では慢性疾患群は「あり」15人(50%)、「なし」15人(50%)、保健室利用群は「あり」19人(63.3%)、「なし」11人(36.7%)、対照群は「あり」28人(46.7%)、「なし」32人(53.3%)であった。

「24.息苦しい」では慢性疾患群は「あり」14人(46.7%)、「なし」16人(53.3%)、保健室利用

群は「あり」14 人(46.7%)、「なし」16 人(53.3%)、対照群は「あり」14 人(23.3%)、「なし」46 人(76.7%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p<.05$)。表 4-22 は残差分析の結果を示したものである。対照群では訴え数は少なかった($p<.01$)。

「25.口がかわく」では慢性疾患群は「あり」13 人(43.3%)、「なし」17 人(56.7%)、保健室利用群は「あり」12 人(40.0%)、「なし」18 人(60.0%)、対照群は「あり」14 人(23.3%)、「なし」46 人(76.7%)であった。

「26.声がかすれる」では慢性疾患群は「あり」13 人(43.3%)、「なし」17 人(56.7%)、保健室利用群は「あり」11 人(36.7%)、「なし」19 人(63.3%)、対照群は「あり」14 人(23.3%)、「なし」46 人(76.7%)であった。

「27.めまいがする」では慢性疾患群は「あり」17 人(56.7%)、「なし」13 人(43.3%)、保健室利用群は「あり」19 人(63.3%)、「なし」11 人(36.7%)、対照群は「あり」27 人(45.0%)、「なし」33 人(55.0%)であった。

「28.まぶたや筋肉がびくびくする」では慢性疾患群は「あり」15 人(50.0%)、「なし」15 人(50.0%)、保健室利用群は「あり」15 人(50.0%)、「なし」15 人(50.0%)、対照群は「あり」28 人(46.7%)、「なし」32 人(53.3%)であった。

「29.手足が震える」では慢性疾患群は「あり」9 人(30.0%)、「なし」21 人(70.0%)、保健室利用群は「あり」11 人(36.7%)、「なし」19 人(63.3%)、対照群は「あり」12 人(20.0%)、「なし」48 人(80.0%)であった。

「30.気分がわるい」では慢性疾患群は「あり」15 人(50.0%)、「なし」15 人(50.0%)、保健室利用群は「あり」17 人(56.7%)、「なし」13 人(43.3%)、対照群は「あり」18 人(30.0%)、「なし」42 人(70.0%)であった。 χ^2 検定の結果、有意差があった($p<.05$)。表 4-23 は残差分析の結果を示したものである。保健室利用群では訴え数が多く($p<.10$)、対照群では訴え数は少なかった($p<.01$)。

図 6 は

2) 疲労自覚症状 3 群(身体的疲労、精神的疲労、神経感覚的疲労)による比較

表 4-24 およびは疲労自覚症状 3 群(身体的疲労、精神的疲労、神経感覚的疲労)ごとの平均値を示したものである。図 4-7 は身体的疲労、図 4-8 は精神的疲労、図 4-9 は神経感覚的疲労の訴え数の平均値を示したものである。

身体的疲労(10 項目)においては慢性疾患群 6.6、保健室利用群 7.7、対照群 5.3 であ

った。一元配置の分散分析の結果有意差があった($p<.01$)。精神的疲労(10項目)は慢性疾患群 5.6、保健室利用群 6.1、対照群 4.3であった。一元配置の分散分析の結果有意差があった($p<.05$)。神経感覚的疲労(10項目)は慢性疾患群 5.0、保健室利用群 5.3、対照群 3.4であった一元配置の分散分析の結果有意差があった($p<.01$)。全項目(30項目)では慢性疾患群 17.2、保健室利用群 19.0、対照群 13.0であった。一元配置の分散分析の結果有意差があった($p<.01$)。

身体的疲労、精神的疲労、神経感覚的疲労のどの項目においても保健室利用群が一番多く、慢性疾患群、対照群と続いた。

4 考察

(1) 健康行動

① 健康習慣

1) 健康習慣 5項目(睡眠時間、朝食摂取状況、栄養バランス、間食、運動習慣)

1)-1 睡眠時間

平均睡眠時間(±標準偏差)は慢性疾患群では 6.2(±1.32)時間、利用群 6.0(±1.14)時間、対照群 6.5(±1.16)時間であった。一元配置の分散分析の結果、差は見られなかった。睡眠時間を 5.9 時間以下、6.0~6.9 時間、7 時間以上に 3 分類して比較した結果慢性疾患群、利用群は 6.0~6.9 時間 46.7%、43.3%、対照群は 6.0~6.9 時間 36.7%、7 時間以上に 45.0%と半数近い値を示した。慢性疾患群、利用群での 7 時間以上は 26.7%、23.3%と少ない結果であった。最大値は慢性疾患群 10 時間、利用群、対照群は 9 時間であった。慢性疾患のある生徒の睡眠時間には個人差が大きいといえる。望ましい睡眠時間には諸説があるが、15 歳以上は 7 時間以上とされている。本調査の結果では平均値においては慢性疾患群、利用群、対照群とも睡眠不足の傾向があった。またカテゴリー分類においても睡眠時間 7 時間以上を示したのは慢性疾患群、利用群ともおよそ 20~30%と少なかった。先行調査においてもほぼ同様の結果(児童生徒の健康状態サーベイランス委員会,2002;横浜市,2004)があり、高校生全体に夜型生活、睡眠不足の傾向が指摘されている。

1)-2 朝食摂取状況は慢性疾患群では「毎日食べる」70.0%、「時々食べる」13.3%、「食べない」13.3%であった。「食べない」では利用群 13.3%対照群 11.0%とおおよそ 10%以上

の生徒が朝食を摂取していない状況があった。

1)-3 栄養バランスは慢性疾患群では「考えている」13.3%、「少しは考えている」40.0%、「あまり考えていない」46.7%であった。「考えている」「考えていない」を合わせると慢性疾患群では53.3%、利用群40.0%、対照群56.9%であった。慢性疾患群では栄養のバランスを意識している生徒は利用群よりは高い数値であるがおよそ半数しかいなかった。

1)-4 間食は慢性疾患群では「食べない」2人(6.7%)、「時々食べる」21人(70.0%)、「毎日食べる」7人(23.3%)であった。「時々食べる」「毎日食べる」を合わせると慢性疾患群93.3%、利用群86.9%、対照群85.0%であった。慢性疾患群は90%以上の生徒が間食を摂っていた。都市型文化生活的の今日において若者のファーストフードやスナック菓子、清涼飲料水の摂取過剰による肥満、貧血、生活習慣病などの健康面への影響が懸念されている。今後は間食の内容についての詳細な調査を実施し、適切な生活習慣についての健康教育が必要であると思われた。

1)-5 「体を動かす習慣」は慢性疾患群では「こころがけてる」11人(36.7%)、「すこしはこころがけてる」10人(33.3%)、「あまりこころがけてない」9人(30.0%)であった。「こころがけてる」「すこしはこころがけてる」を合わせると慢性疾患群70.0%、保健室利用群83.3%、対照群80.0%で慢性疾患群は他の2群と比較して「体を動かす習慣」は少なかった。

2) 健康習慣 5 項目の点数化

健康習慣のうち睡眠時間、朝食摂取状況、栄養バランス、間食、運動習慣の5項目についての点数化の平均値(±標準偏差)は慢性疾患群では10.1(±1.70)点、保健室利用群では10.1(±1.61)点、対照群では10.3(±1.50)点であった。生活習慣においては慢性疾患群と他の群に差はなかった。

3) 成人後の飲酒・喫煙意識

成人後の飲酒意識は慢性疾患群では「飲酒したい」16人(53.3%)、「わからない」5人(16.7%)、「飲酒したくない」9人(30.0%)であった。「飲酒したくない」は慢性疾患群30.0%、利用群6.7%、対照群18.3%であった。慢性疾患群は「飲酒したくない」と回答した生徒が多かった。

成人後の喫煙意識は慢性疾患群では「喫煙したい」3人(10.0%)、「わからない」5人

(16.7%)、「喫煙したくない」22人(73.3%)であった。「喫煙したくない」は慢性疾患では73.3%、利用群では60.0%、対照群では73.3%であった。慢性疾患群、対照群に「喫煙したくない」と回答した生徒が多かった。

② その他の健康習慣

3)-1 部活動は慢性疾患では運動部4人(13.3%)、文化部7人(23.3%)、所属なし19人(63.3%)、運動部と文化部0人(0%)であった。部活動への所属率は慢性疾患群36.9%、利用群46.7%、対照群51.6%であった。慢性疾患群の部活動参加は少なかった。

3)-2 アルバイトの実行は慢性疾患では「アルバイトをしていない」16人(53.3%)、「アルバイトをしている」14人(46.3%)であった。「アルバイトの実行率」は慢性疾患群46.3%、利用群43.3%、対照群43.3%であった。半数近い生徒がアルバイトをしている実態があった。

3)-3 歯磨き回数は慢性疾患群では「1回以下」5人(16.7%)、「2回」18人(60.0%)、「3回以上」7人(23.3%)であった。「1回以下」は慢性疾患群16.7%、保健室利用群20.0%、対照群18.3%であった。学校保健統計調査速報(2006)では「むし歯」の者の割合は減少傾向にある。しかし、生徒を取り巻く社会環境の変化は過食、欠食など不規則な食生活をもたらし、その結果、歯周疾患の増加など口腔衛生上の問題が生じている。およそ20%の生徒の歯磨き回数が「1回以下」であり、歯科保健上の指導の必要性が示唆されていた。

3)-4 「学校での具合の悪いときは教員に申し出る」は慢性疾患では「申し出る」16人(53.3%)、「申し出ない」14人(46.7%)であった。「申し出る」は慢性疾患群53.3%、保健室利用群63.3%、対照群61.7%であった。慢性疾患群の「申し出る」が少なかった。

3)-5 「将来の目標がある」は慢性疾患では「目標がある」24人(80.0%)、「目標がない」6人(20.0%)であった。「目標がある」は慢性疾患では80.0%、保健室利用群では56.7%、対照群では71.7%であった。慢性疾患群では「目標がある」が多かった。

3)-6 「健康について家の人とよく話す」は慢性疾患群では「話す」16人(53.3%)、「話さない」14人(46.7%)であった。「話す」は慢性疾患群53.3%、保健室利用群33.3%、対照群40.0%であった。慢性疾患群では「健康について家の人とよく話す」が多かった。

② セルフケア行動、アドヒランス行動

1) 歯科検診の結果についてのセルフケア行動

慢性疾患群では「異常なし」8人(26.7%)、「受診勧告」17人(56.7%)、「覚えていない」5人(16.7%)であった。「受診勧告」は慢性疾患群では56.7%、保健室利用群では26.7%、対照群45.0%であった。慢性疾患群では「勧告後受診」47.1%、「勧告後未受診」52.9%であった。「勧告後受診」は慢性疾患群では47.1%、利用群25.0%、対照群29.6%であった。「覚えていない」は慢性疾患群16.7%、利用群33.3%、対照群25.0%であった。慢性疾患群は歯科受診率、歯科検診の結果の把握率とも他の健康度の高い生徒より良好な結果であった。

2) 視力検査の結果についてのセルフケア行動

慢性疾患群では「異常なし」56.7%、「受診勧告」26.7%、「覚えていない」16.7%であった。「勧告後受診」は慢性疾患群50.0%、保健室利用群14.3%、対照群42.9%であった。「覚えていない」は慢性疾患群16.7%、利用群13.3%、対照群8.3%であった。慢性疾患群は「勧告後受診」は他の群よりも多かった。

3) 慢性疾患群の通院行動についてのアドヒアランス行動

慢性疾患群の通院についてのアドヒアランス行動については「実行している」22名(73.3%)であった「実行していない」8名(26.7%)であった。通院行動を実行していない生徒がおよそ30%であることについては健康管理上の課題と考えられた。

(2) 健康意識・生活意識

① 健康意識

慢性疾患群は「健康状態は良い」17人(56.7%)、「健康状態は良くない」13人(43.3%)であった。「健康状態は良い」は慢性疾患群56.7%、保健室利用群53.3%、対照群75.0%であった。慢性疾患群、保健室利用群は対照群よりも健康意識が低い結果であった。

② 生活意識

1) 「高校生活の満足度」は慢性疾患群では「満足」17人(56.2%)、「不満足」13人(43.3%)であった。「満足」は慢性疾患群56.2%、利用群53.3%、対照群は76.7%であった。学校生活に不満足を感じる者は慢性疾患群、利用群に多く認められた。

2) 「学校の友達との関係」は慢性疾患群では「満足」21人(70.0%)、「不満足」9人(30.0%)であった。「満足」は慢性疾患群70.0%、利用群70.0%、対照群90.0%であった。学校の友

達との関係において不満足と感じる者は慢性疾患群、利用群に多く認められた。高校生における友達との関係の満足度について友枝ら(2003)77.4%、ベネッセ教育研究所(2003)84.6%との報告がある。先行研究と比較すると、本調査における慢性疾患群の学校の友達との満足度は低い傾向にあった。

3) 「学校の教員との関係」は慢性疾患群では「満足」56.7%、「不満足」43.3%であった。「満足」は慢性疾患群では56.7%、利用群56.7%、対照群は80.0%であった。学校の教員との関係において不満足と感じるものは慢性疾患群、利用群に多く認められた。高校生における学校の教員との関係の満足度について友枝ら(2003)39.7%、ベネッセ教育研究所(2003)69.5%との報告があった。

4) 「放課後の生活の満足」は慢性疾患群では「満足」22人(73.3%)、「不満足」8人(26.7%)であった。「満足」は慢性疾患群では73.3%、利用群83.3%、対照群85.0%であった。慢性疾患群の満足度は他の生徒に比べて低い結果であった。

③ 疲労自覚症状

1) 身体的疲労自覚症状(10項目)について

身体的疲労自覚症状の平均訴え数は慢性疾患群では6.6(±2.80)、利用群では7.7(±1.75)、対照群では5.3(±2.66)であった。慢性疾患群は利用群の次に多かった。

身体的疲労自覚症状10項目の中で慢性疾患群では「あくびが出る」「ねむい」「目が疲れる」で80.0%、利用群では「全身がだるい」「あくびが出る」「ねむい」に90%以上対象群では「あくびがでる」「ねむい」に80.0%と高い結果があった。先行研究においても「あくびが出る」「ねむい」は高い訴え数であった(門田1990)。「頭がおもい」に χ^2 検定で1%水準の有意差があり、残差分析の結果、保健室利用群は訴え数が多いことが認められた。

2) 精神的疲労自覚症状(10項目)について

精神的疲労自覚症状の平均訴え数は慢性疾患群では5.6(±3.31)、利用群では6.1(±3.17)、対照群では4.3(±2.99)であった。慢性疾患群は利用群の次に多かった。

精神的疲労自覚症状では慢性疾患群では「気が散る」63.3%、「物事が気にかかる」63.3%、利用群では「いらいらする」「ちょっとしたことが思い出せない」「根気がなくなる」で70%以上の高い結果があった。先行研究においても「気が散る」

「根気がなくなる」では訴え率が高い結果であった(門田 1990)。「物事に熱心になれない」「きちんとしていられない」「根気がなくなる」で χ^2 検定で5%水準の有意差があり、残差分析の結果、慢性疾患群では「物事に熱心になれない」で訴え数が多いことが認められた。

3) 神経感覚的疲労自覚症状(10項目)について

神経感覚的疲労自覚症状の平均訴え数は慢性疾患群 5.0(±2.59)、保健室利用群 5.3(±3.16)、対照群 3.4(±2.46)であった。

神経感覚的疲労自覚症状では慢性疾患群では「頭が痛い」73.3%と高い訴え数であった。利用群では「頭が痛い」「肩がこる」「めまいがする」において60%以上の訴え数があった。先行研究では「肩がこる」に訴え率が高い結果であった(門田 1990)。対象群は10項目すべてにおいて訴え率は50%以下であった。 χ^2 検定の結果「頭が痛い」に1%水準、「息苦しい」「気分がわるい」に5%水準で有意差があった。残差分析の結果、慢性疾患群は「頭が痛い」に訴え数の多さが認められた。

表 4-1 対象者の属性

学年	性別	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
1年	男子	5	5	10
	女子	6	6	12
2年	男子	2	2	4
	女子	11	11	22
3年	男子	3	3	6
	女子	3	3	6
合計		30	30	60

表 4-2 健康行動の調査項目の 카테고리 別人数と比較

		慢性疾患群		保健室利用群		対照群		合計		3 群別 比較
		N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	N=120	(%)	
睡眠時間	5.9 時間以下	8	26.7	10	33.3	11	18.3	29	24.2	
	6.0~6.9 時間	14	46.7	13	43.3	22	36.7	49	40.8	
	7.0 時間以上	8	26.7	7	23.3	27	45.0	42	35.0	
朝食	毎日食べる	21	70.0	21	70.0	34	56.7	76	63.3	
	時々食べる	5	16.7	5	16.7	20	33.3	30	25.0	
	食べない	4	13.3	4	13.3	6	10.0	14	11.7	
栄養のバランス	考えている	4	13.3	3	10.0	8	13.3	15	12.5	
	少しは考えている	12	40.0	9	30.0	26	43.3	47	39.2	
	あまり考えていない	14	46.7	18	60.0	26	43.3	58	48.3	
間食	食べない	2	6.7	4	13.3	3	5.0	9	7.5	
	時々食べる	21	70.0	19	63.3	39	65.0	79	65.8	
	毎日	7	23.3	7	23.3	18	30.0	32	26.7	
からだを動かす 習慣	こころがけてる	11	36.7	13	43.3	21	35.0	45	37.5	
	すこしはこころがけてる	10	33.3	12	40.0	27	45.0	49	40.8	
	あまりこころがけてない	9	30.0	5	16.7	12	20.0	26	21.7	
成人後の飲酒	飲酒したい	16	53.3	21	70.0	31	51.7	68	56.7	
	わからない	5	16.7	7	23.3	18	30.0	30	25.0	
	飲酒したくない	9	30.0	2	6.7	11	18.3	22	18.3	
成人後の喫煙	喫煙したい	3	10.0	5	16.7	8	13.3	16	13.3	
	わからない	5	16.7	7	23.3	8	13.3	20	16.7	
	喫煙したくない	22	73.3	18	60.0	44	73.3	84	70.0	

疾患別 3 群比較 *P<0.05 **P<0.01

表 4-3 睡眠時間の平均値, 標準偏差

	慢性疾患群 n=30	保健室利用群 n=30	対照群 n=60	全体 n=120
平均値	6.2	6.0	6.5	6.3
標準偏差	1.32	1.14	1.16	1.20
最小値	4	3	4	3
最大値	10	9	9	10

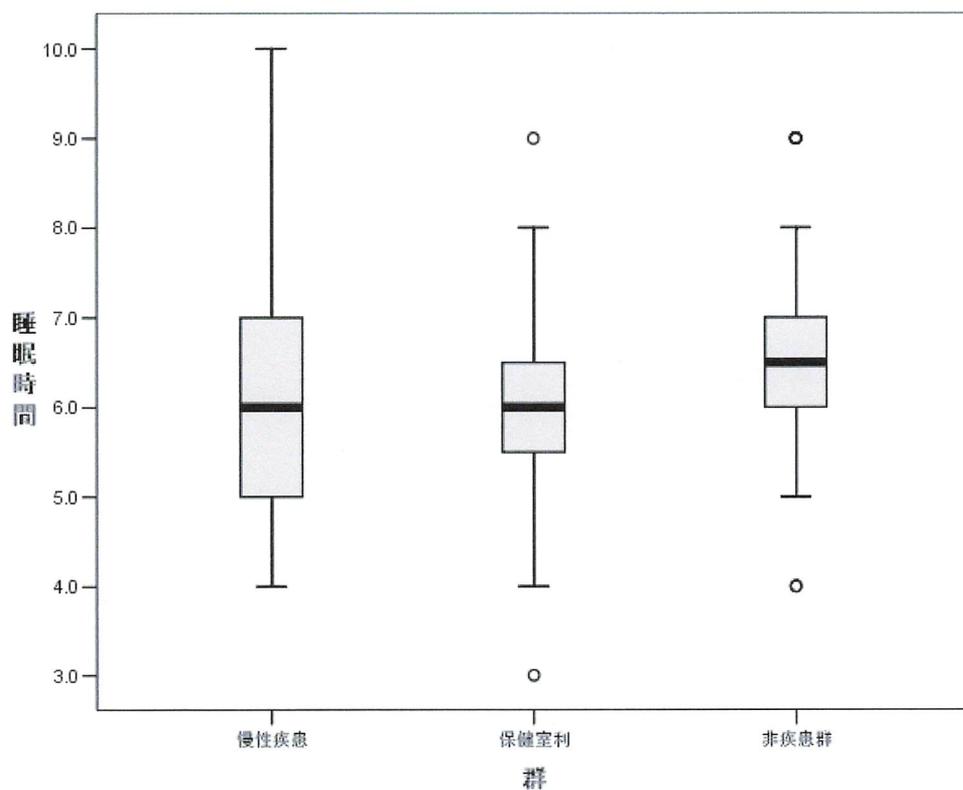


図 4-1 睡眠時間

表 4-4 生活習慣 5 項目の平均値、標準偏差

	慢性疾患群 n=30	保健室利用群 n=30	対照群 n=60	全体 n=120
平均値	10.1	10.1	10.3	10.2
標準偏差	1.70	1.61	1.50	1.57

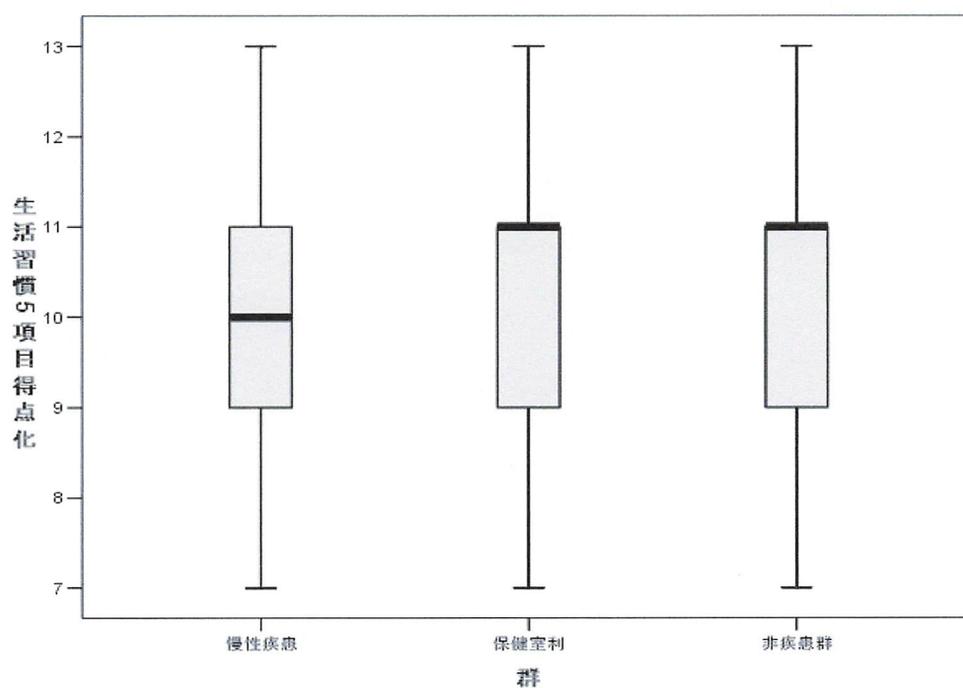


図 4-2 健康習慣 5 項目の点数化 (15 点満点)

表 4-5 健康習慣の実態のカテゴリー別人数と比較

		慢性疾患群		保健室利用群		対照群		合計		3 群別 比較
		N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	N=120	(%)	
部活動	運動部	4	13.3	5	16.7	11	18.3	20	16.7	
	文化部	7	23.3	9	30.0	18	30.0	34	28.3	
	所属していない	19	63.3	16	53.3	29	48.3	64	53.3	
	運動部と文化部	0	0.0	0	0.0	2	3.3	2	1.7	
アルバイト	していない	16	53.3	17	56.7	34	56.7	67	55.8	
	している	14	46.7	13	43.3	26	43.3	53	44.2	
歯みがき	1 回以下	5	16.7	6	20.0	11	18.3	22	18.3	
	2 回	18	60.0	19	63.3	40	66.7	77	64.2	
	3 回以上	7	23.3	5	16.7	9	15.0	21	17.5	
学校で具合 の悪いときは 先生に申し 出る	言う	16	53.3	19	63.3	37	61.7	72	60.0	
	言わない	14	46.7	11	36.7	23	38.3	48	40.0	
将来の目標 がある	目標がある	24	80.0	17	56.7	43	71.7	84	70.0	
	目標がない	6	20.0	13	43.3	17	28.3	36	30.0	
健康について の家族との 会話	ある	16	53.3	10	33.3	24	40.0	50	41.7	
	ない	14	46.7	20	66.7	36	60.0	70	58.3	

疾患別 3 群比較 *P<0.05 **P<0.01

表 4-6 歯みがき回数の平均値, 標準偏差

	慢性疾患群 n=30	保健室利用群 n=30	対照群 n=60	全体 n=120
平均値	2.1	2.1	2.0	2.0
標準偏差	0.94	0.87	0.62	0.77

表 4-7 歯科検診後のセルフケア行動

	慢性疾患群		利用群		対照群		全体	
	N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	N=120	(%)
	1. 異常なし	8	26.7	12	40.0	18	30.0	38
2. 受診勧告	17	56.7	8	26.7	27	45.0	52	43.3
3. 覚えていない	5	16.7	10	33.3	15	25.0	30	25.0
4. 欠席した	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 4-8 歯科検診後のセルフケア行動の実行

		慢性疾患群		利用群		対照群		全体	
		N=17	(%)	N=8	(%)	N=27	(%)	N=52	(%)
		歯科検診	1. 勧告後受診	8	47.1	2	25.0	8	29.6
	2. 勧告後未受診	9	52.9	6	75.0	19	70.4	34	65.4

表 4-9 視力検査の結果

	慢性疾患群		利用群		対照群		全体	
	N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	N=120	(%)
	視力検査							
1. 異常なし	17	56.7	19	63.3	34	56.7	70	58.3
2. 受診勧告	8	26.7	7	23.3	21	35.0	36	30.0
3. 覚えていない	5	16.7	4	13.3	5	8.3	14	11.7
4. 欠席した	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

表 4-10 視力検査後のセルフケア行動の実行

		慢性疾患 群		利用群		対照群		全体	
		N=8	(%)	N=7	(%)	N=21	(%)	N=36	(%)
		視力検査	1.勧告後受診	4	50.0	1	14.3	9	42.9
	2.勧告後未受診	4	50.0	6	85.7	12	57.1	22	61.1

表 4-11 通常の学校生活を送っている慢性疾患群の通院の実行

		N=30	(%)
受診	実行している	22	73.3
	実行してない	8	26.7

表 4-12 健康意識・生活意識のカテゴリー別人数と比較

		慢性疾患群		保健室利用群		対照群		合計		3群別比較
		N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	N=120	(%)	
健康状態は良い と思うか	良い	17	56.7	16	53.3	45	75.0	78	65.0	
	良くない	13	43.3	14	46.7	15	25.0	42	35.0	
高校生活の 満足度	満足	17	56.7	16	53.3	46	76.7	79	65.8	*
	不満足	13	43.3	14	46.7	14	23.3	41	34.2	
学校の友達との 関係	満足	21	70.0	21	70.0	54	90.0	96	80.0	*
	不満足	9	30.0	9	30.0	6	10.0	24	20.0	
学校の先生との 関係	満足	17	56.7	17	56.7	48	80.0	82	68.3	*
	不満足	13	43.3	13	43.3	12	20.0	38	31.7	
放課後の生活の 満足度	満足	22	73.3	25	83.3	51	85.0	98	81.7	
	不満足	8	26.7	5	16.7	9	15.0	22	18.3	

健康状態別 3群比較 *P<0.05 **P<0.01

表 4-13 学校生活全般の満足度の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
満足	-1.2	-1.7†	2.5*
不満足	1.2	1.7†	-2.5*

(注) † $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$ (残差分析)

表 4-14 「学校の友達との関係の満足度」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
満足	-1.6	-1.6	2.7**
不満足	1.6	1.6	-2.7**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-15 「学校の教員との関係の満足度」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
満足	-1.6	-1.6	2.7**
不満足	1.6	1.6	-2.7**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-16 疲労自覚症状の訴え数と訴え率 n=120

			疾患群		利用群		対照群		3群別比較
			N=30	(%)	N=30	(%)	N=60	(%)	
1	頭がおもい	あり	18	60.0	22	73.3	22	36.7	**
		なし	12	40.0	8	26.7	38	63.3	
2	全身がだるい	あり	22	73.3	28	93.3	35	58.3	未実施
		なし	8	26.7	2	6.7	25	41.7	
3	足がだるい	あり	18	60.0	23	76.7	30	50.0	
		なし	12	40.0	7	23.3	30	50.0	
4	あくびが出る	あり	24	80.0	29	96.7	48	80.0	未実施
		なし	6	20.0	1	3.3	12	20.0	
5	頭がぼんやりする	あり	23	76.7	26	86.7	36	60.0	未実施
		なし	7	23.3	4	13.3	24	40.0	
6	ねむい	あり	24	80.0	29	96.7	48	80.0	未実施
		なし	6	20.0	1	3.3	12	20.0	
7	目がつかれる	あり	24	80.0	24	80.0	39	65.0	
		なし	6	20.0	6	20.0	21	35.0	
8	動作がぎこちない	あり	12	40.0	13	43.3	14	23.3	
		なし	18	60.0	17	56.7	46	76.7	
9	足もとがたよりない	あり	14	46.7	11	36.7	15	25.0	
		なし	16	53.3	19	63.3	45	75.0	
10	横になりたい	あり	20	66.7	25	83.3	31	51.7	未実施
		なし	10	33.3	5	16.7	29	48.3	
11	考えがまとまらない	あり	18	60.0	19	63.3	30	50.0	
		なし	12	40.0	11	36.7	30	50.0	
12	話をするのがいやになる	あり	16	53.3	17	56.7	27	45.0	
		なし	14	46.7	13	43.3	33	55.0	
13	いらいらする	あり	17	56.7	21	70.0	32	53.3	
		なし	13	43.3	9	30.0	28	46.7	
14	気が散る	あり	19	63.3	20	66.7	30	50.0	
		なし	11	36.7	10	33.3	30	50.0	
15	物事に熱心になれない	あり	17	56.7	15	50.0	19	31.7	*
		なし	13	43.3	15	50.0	41	68.3	
16	ちょっとしたことが思い出せない	あり	16	53.3	23	76.7	34	56.7	
		なし	14	46.7	7	23.3	26	43.3	
17	することに間違いが多くなる	あり	13	43.3	13	43.3	23	38.3	
		なし	17	56.7	17	56.7	37	61.7	
18	物事が気にかかる	あり	19	63.3	16	53.3	23	38.3	
		なし	11	36.7	14	46.7	37	61.7	
19	きちんとしていられない	あり	14	46.7	17	56.7	18	30.0	*
		なし	16	53.3	13	43.3	42	70.0	
20	根気がなくなる	あり	18	60.0	21	70.0	23	38.3	*
		なし	12	40.0	9	30.0	37	61.7	
21	頭が痛い	あり	22	73.3	20	66.7	22	36.7	**
		なし	8	26.7	10	33.3	38	63.3	
22	肩がこる	あり	17	56.7	20	66.7	27	45.0	
		なし	13	43.3	10	33.3	33	55.0	
23	腰が痛い	あり	15	50.0	19	63.3	28	46.7	
		なし	15	50.0	11	36.7	32	53.3	
24	息苦しい	あり	14	46.7	14	46.7	14	23.3	*
		なし	16	53.3	16	53.3	46	76.7	
25	口がかわく	あり	13	43.3	12	40.0	14	23.3	
		なし	17	56.7	18	60.0	46	76.7	
26	声がかすれる	あり	13	43.3	11	36.7	14	23.3	
		なし	17	56.7	19	63.3	46	76.7	
27	めまいがする	あり	17	56.7	19	63.3	27	45.0	
		なし	13	43.3	11	36.7	33	55.0	
28	まぶたや筋肉がびくびくする	あり	15	50.0	15	50.0	28	46.7	
		なし	15	50.0	15	50.0	32	53.3	
29	手足が震える	あり	9	30.0	11	36.7	12	20.0	
		なし	21	70.0	19	63.3	48	80.0	
30	気分がわるい	あり	15	50.0	17	56.7	18	30.0	*
		なし	15	50.0	13	43.3	42	70.0	

†p<0.10 *P<0.05 **P<0.01

表 4-17 「頭がおもい」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	1.1	2.7**	-3.3**
なし	-1.1	-2.7**	3.3**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-18 「物事に熱心になれない」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	1.8†	1	-2.4*
なし	-1.8†	-1	2.4*

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-19 「きちんとしてられない」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	0.8	2*	-2.4*
なし	-0.8	-2*	2.4*

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-20 「根気がなくなる」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	1.1	2.3*	-2.9**
なし	-1.1	-2.3*	2.9**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-21 「頭が痛い」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	2.5*	1.7†	-3.7**
なし	-2.5*	-2.7†	3.7**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-22 「息苦しい」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	1.5	1.5	-2.7**
なし	-1.5	-1.5	2.7**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

表 4-23 「気分がわるい」の調整された残差

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
あり	1.1	1.9†	-2.6**
なし	-1.1	-1.9†	2.6**

(注) †p<.10,*p<.05,**p<.01(残差分析)

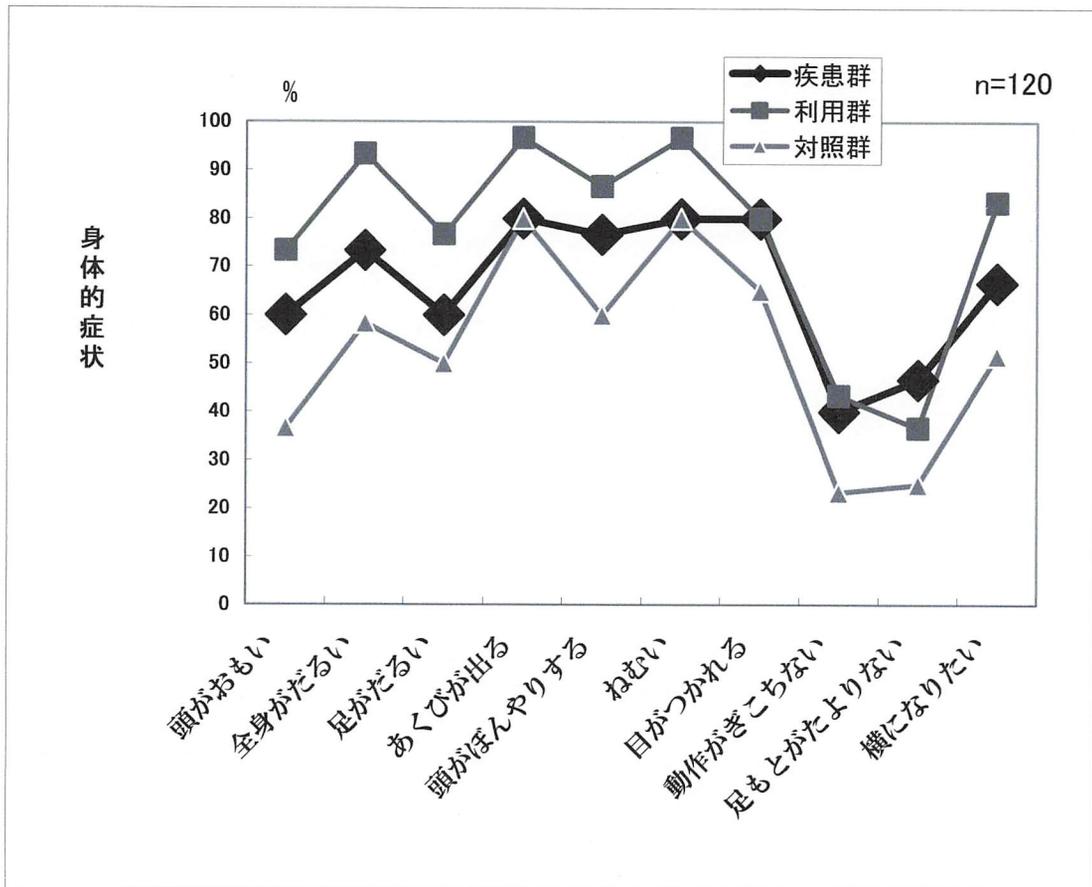


図 4-3 身体的症状訴え率 (%)

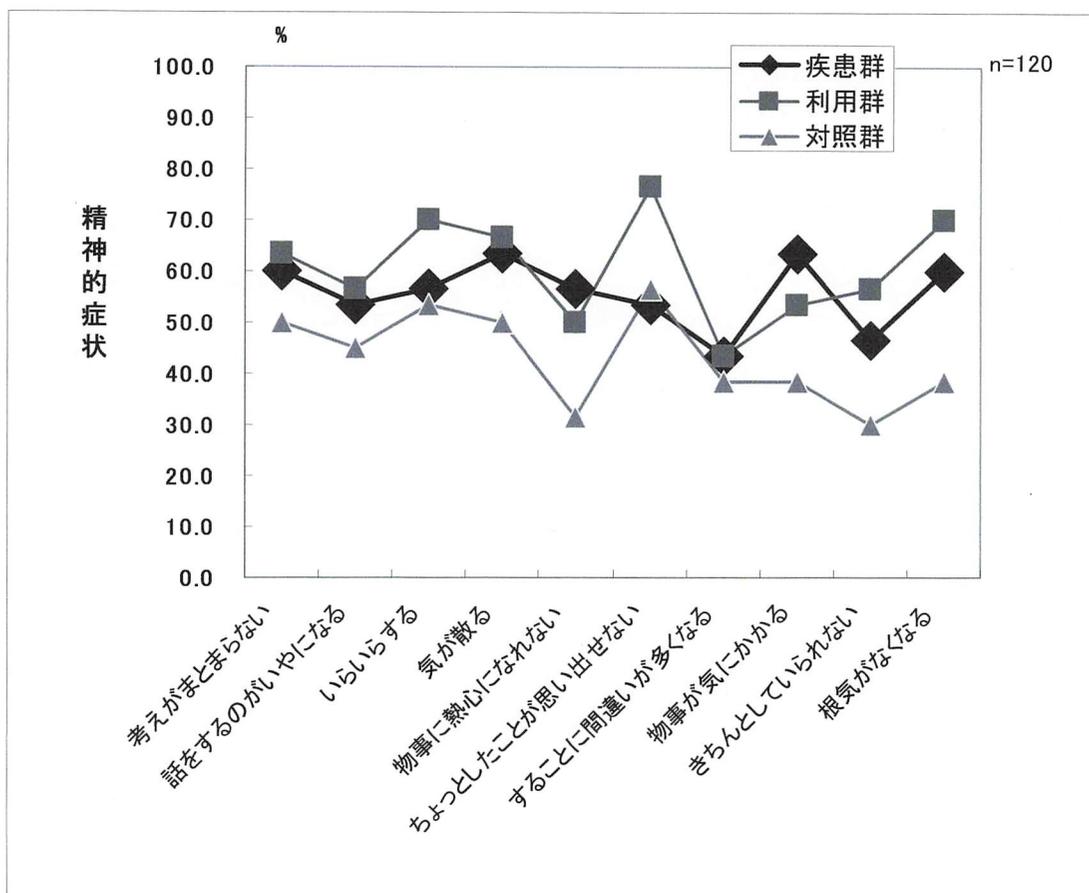


図 4-4 精神的症状訴え率 (%)

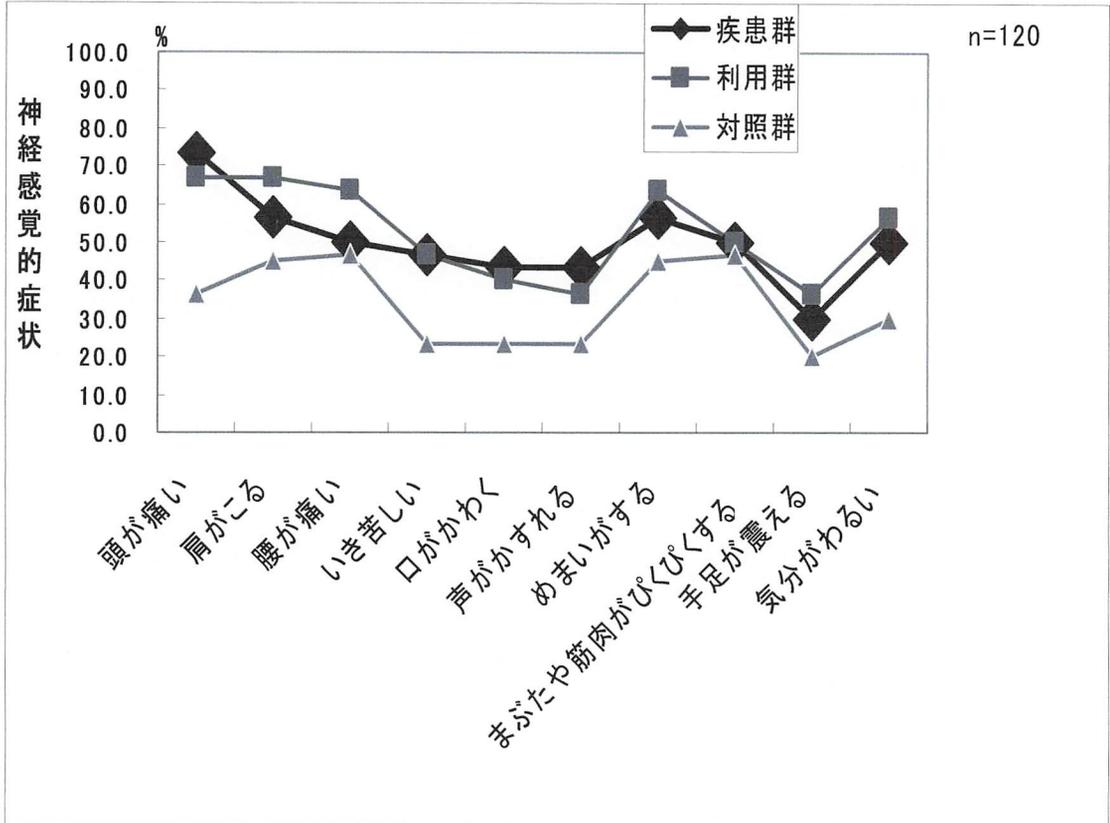


図 4-5 神経感覚的の症状訴え率 (%)

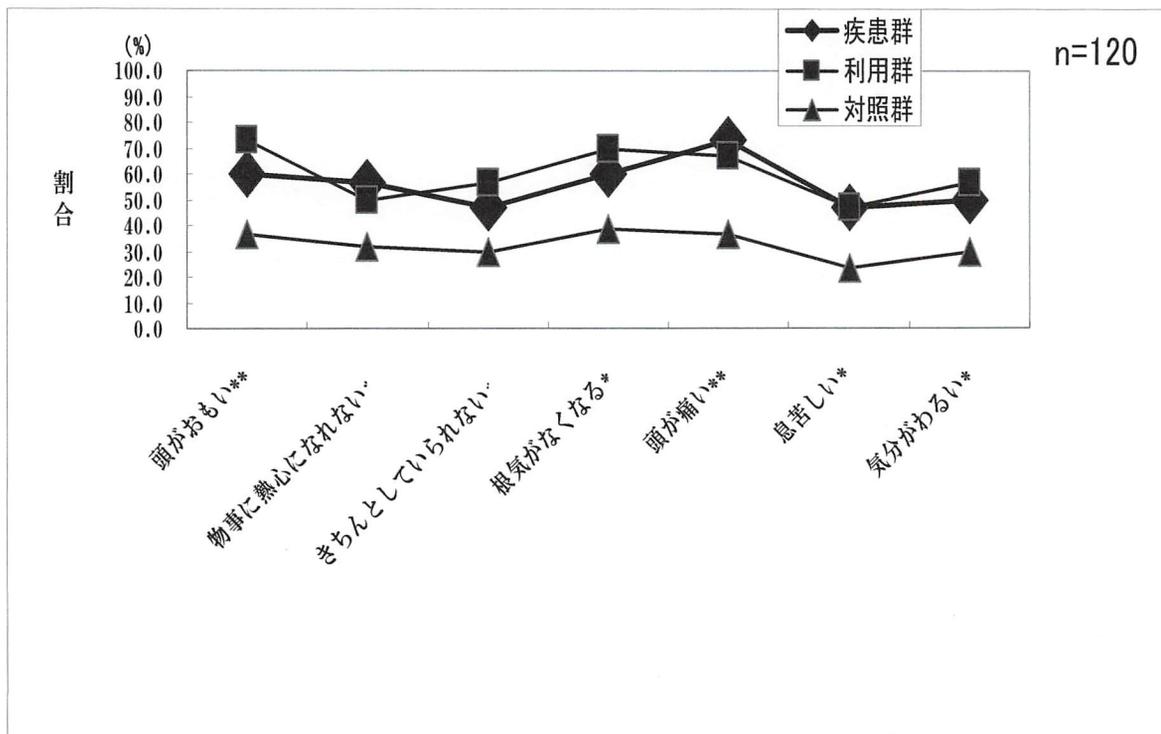


図 4-6 疲労自覚症状訴え率のなかで有意差のあった項目 (* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$)

表 4-23 自覚症状の訴え数(平均値)

	慢性疾患群	保健室利用群	対照群
身体的疲労	6.6	7.7	5.3
精神的疲労	5.6	6.1	4.3
神経感覚的疲労	5.0	5.3	3.4
全項目	17.2	19.0	13.0

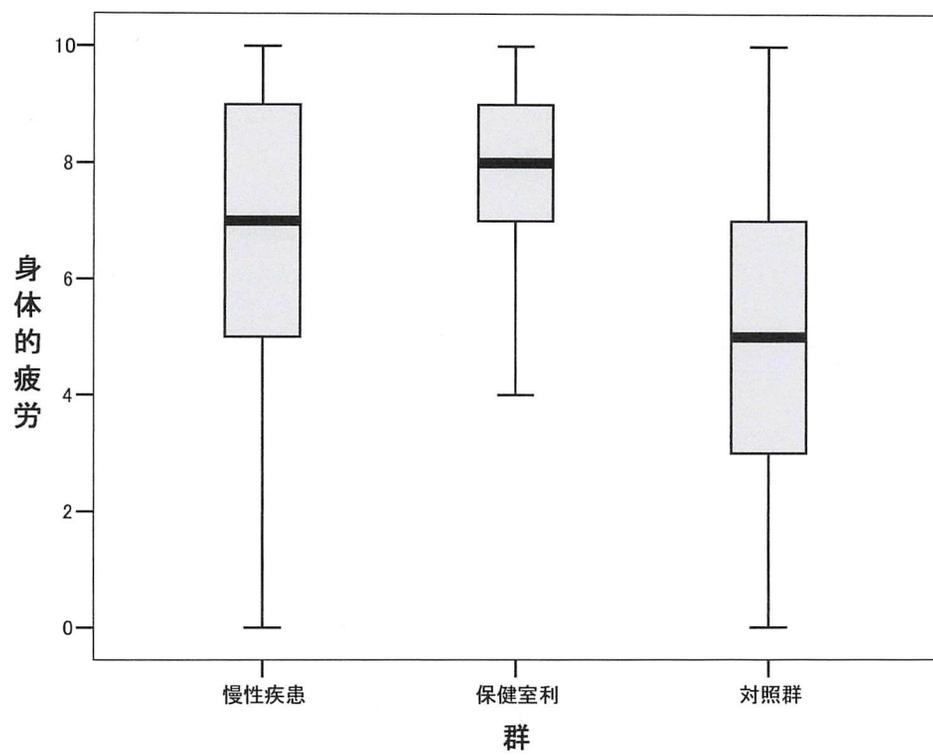


图 4-7 身体的疲劳訴之数(平均值)

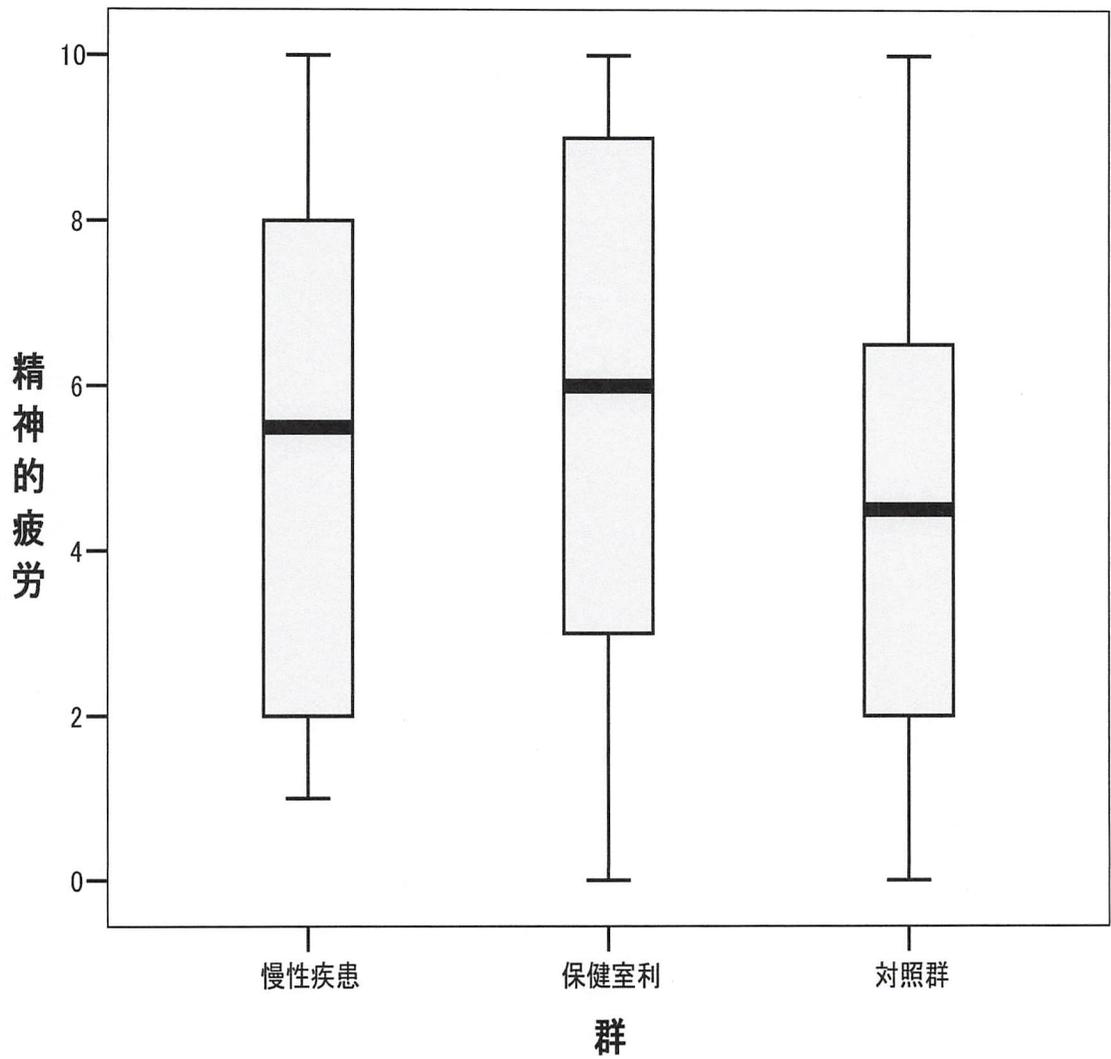


图 4-8 精神的疲劳訴之数(平均值)

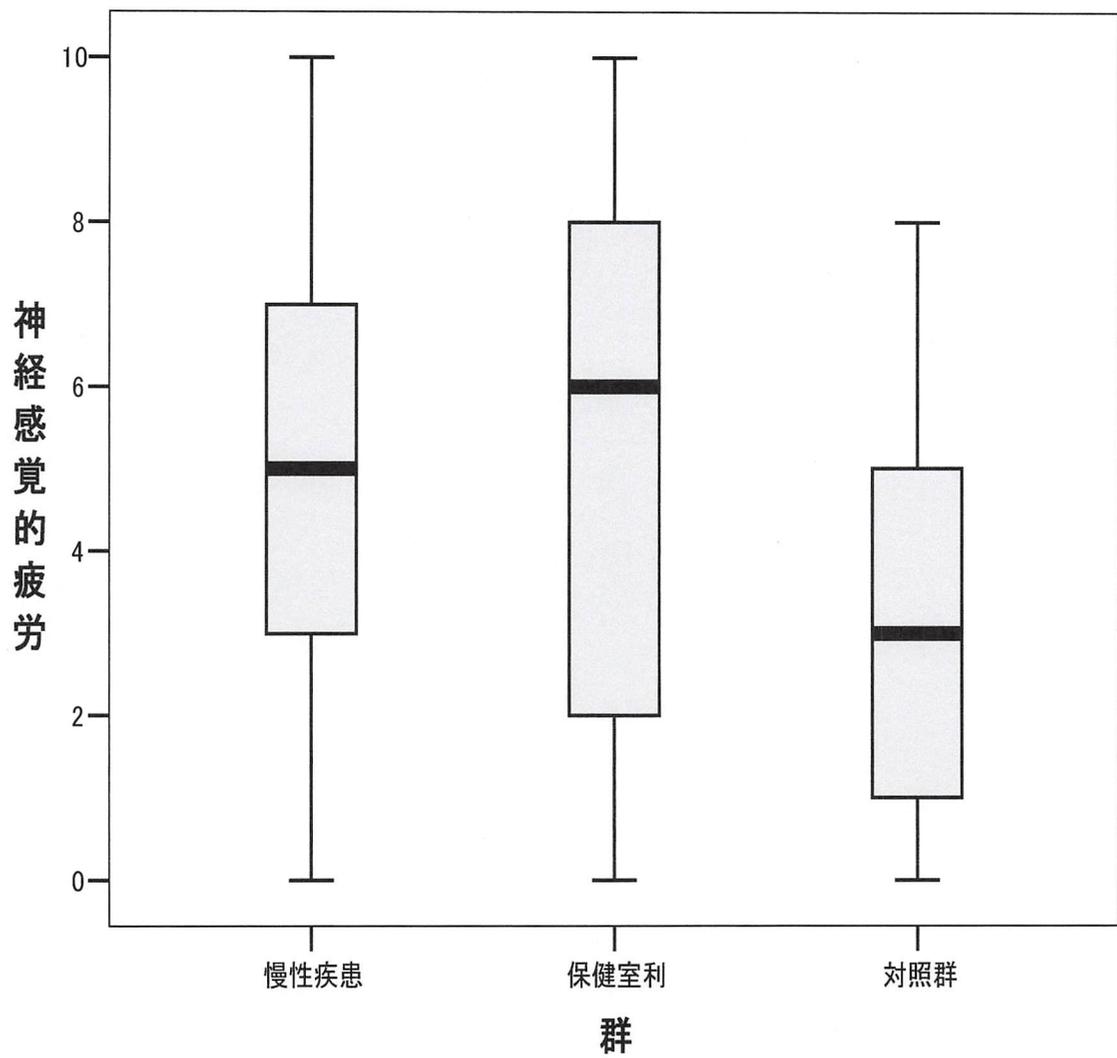


图 4-9 神經感觉的疲劳訴え数(平均值)

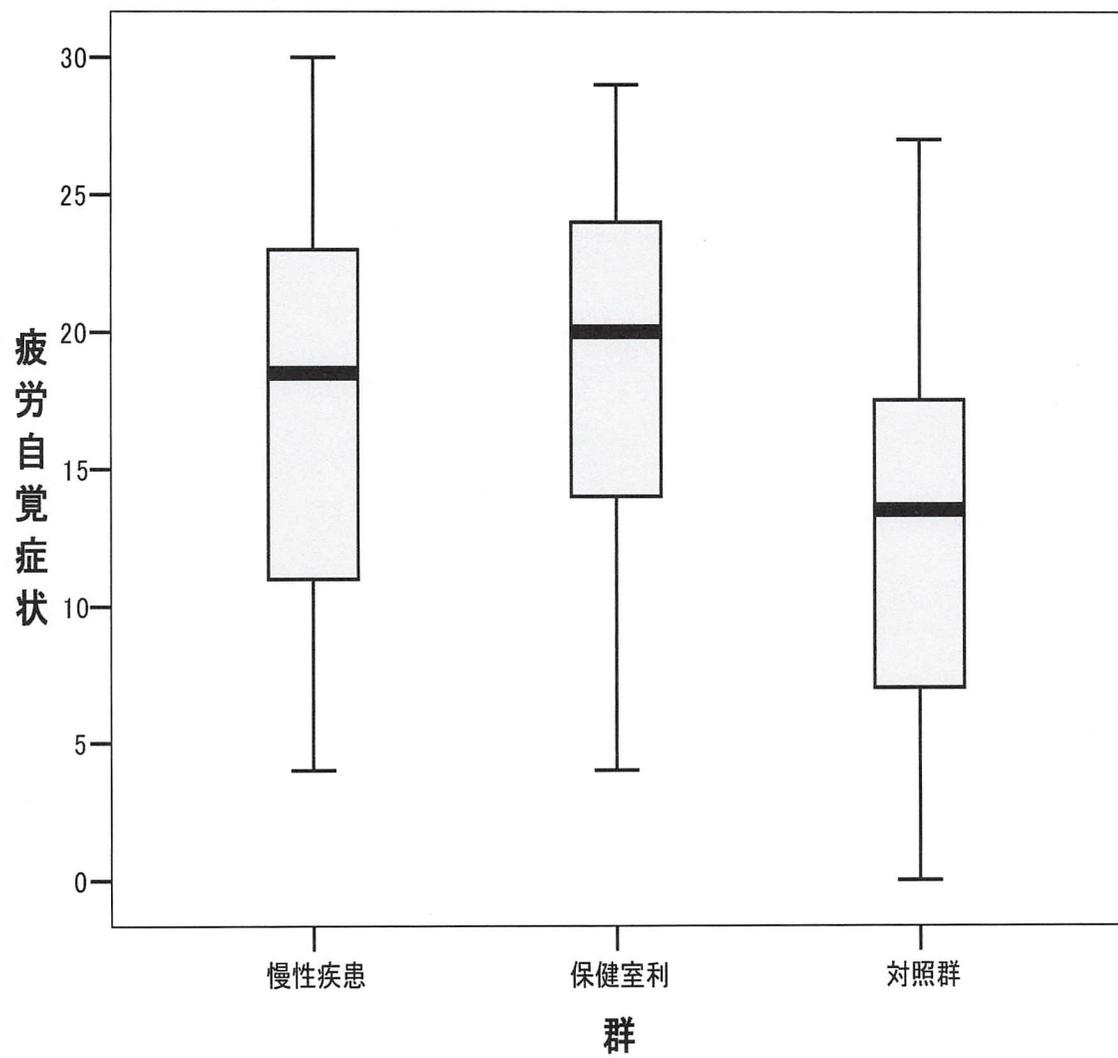


図 4-10 疲労自覚症状 30 項目訴え数(平均値)

総合考察

(1) 慢性疾患群の在籍数は、心理・精神的問題群、その他の疾患群と比較すると3～4倍数であった。しかし、保健室利用数、保健室利用回数においては心理・精神的問題群の利用、とりわけ自主的な相談における利用が目立った。しかし、慢性疾患のある生徒の利用は、きわめて少なかった。学校においては保健室利用状況から不登校、いじめのような教育上の問題の早期支援につながるきっかけとなることがある(有岡ら、1976)。本調査においては慢性疾患群の生徒は疲労自覚症状の訴えは対象群の生徒より顕著に多いにもかかわらず、対照群、保健室利用群の生徒と比べて「身体不調時の教員への申し出」が少ない傾向にあった。ケガ、自覚症状の訴え、悩み相談などから教育的支援を要する問題が認識される中で、慢性疾患のある生徒への支援の必要性は把握されにくいと考えられた。

(2) 療養上の健康行動では運動面においてはよく実行されていた。しかし、健康度の高い年代である高校生にとり運動制限はストレスとなりうる。今回の調査では運動部への参加生徒が少数であった。今後は部活動参加の動機、理由も含めた調査を通して支援の必要性を検討することが必要と考えられた。さらに学校の教員、学校の友達や学校生活への不満足度が高い結果であり、高校生の心的特徴について深めていく必要があると考える。

無自覚症状の生徒への通院支援や通院実行にあたり「配慮してもらっても学校のことを気にかかる」との学校だけでは解決しがたいと考えられる問題があった。通院、服薬を含めた健康行動の実行においては「非実行」の割合も高く、その理由として保護者の意向の影響も大きいと考えられた。このため学校と保護者、必要に応じて医療との連携が必要と考えられる。しかし、先にも述べたように、現状では医療と学校の連携は制度的な不十分さや困難もあり、担当した医療者、教育者などの個人的力量に任されている実情がある。慢性疾患のある生徒への教育保障を適切に行うためにも、早急な連携支援体制の確立が必要であると考えられる。

(3) 生活習慣において慢性疾患群と他の群に差は見られなかった。しかし、3群すべてにおいて睡眠時間の不足と、睡眠不足に由来すると考えられる疲労自覚症状「ねむい」「あくびが出る」に高い数値の訴えがあった。慢性疾患のある生

徒にとって健康的な生活習慣は高校生活上の療養行動の基盤となるが、健康状態に関係なく、どの生徒においても望ましい健康行動についての保健指導や健康教育の必要性が示唆されていた。30項目の疲労自覚症状ではほとんどの項目に慢性疾患群と利用群との差は少なく、対照群より高い訴え数であった。また、学校生活満足意識においても慢性疾患群と利用群の差は少なく、対照群より低い傾向にあった。しかし、慢性疾患群の自覚症状の訴えや自発的な相談による保健室利用は、非疾患や他の疾患の生徒と比較するときわめて少なく教育支援の必要性が見えにくくなっていることが考えられた。

(4) 慢性疾患のある生徒にとっての豊かな学校生活を支援するためには、プライバシーへの配慮、申し出ない権利への尊重についての配慮を視野に入れての教育支援上必要な個々の状況把握は必要であると考えられる。しかし現状では、学校保健制度や教育相談体制を含む教育制度の不備、医療連携の困難など早急な支援体制の確立なくしては解決が難しい問題もあると思われる。今回の調査で慢性疾患のある生徒は、個々に長年の闘病体験を前向きにとらえ学校生活に適応している一方で、通院行動の非実行など学校だけでは解決できない難しい問題があると考えられた。

ふだんの学校生活を送る上での生活習慣においては対照群の生徒と同様に送っていた。しかし疲労自覚症状、学校生活への不満足感が多く認められるにもかかわらず、不調時の申し出が少ない傾向にあった。さらに、慢性疾患以外の疾患や心理・精神的問題のある生徒、非疾患のいわゆる健康度の高い生徒と比較すると保健室利用行動が少ない実態があった。日常的に養護教諭は、保健室来室時の対応、担任や教科・部活動の担当教員、管理職、事務職との情報交換および連携から把握した生徒の健康問題を出発点として保健指導や健康相談を行っているが、保健室利用の少ない慢性疾患のある生徒の学校における健康面を含めた教育面の支援の必要性が見えにくくなっている現状を理解することが必要であると考えられた。

今回の調査は一施設のみのデータであるため一般化には限界があるが、慢性疾患のある生徒への支援は、支援の必要性の見えにくい特性に理解と共感を示し、本人および保護者の自己管理への認識を深めることであると考えられた。さらに、今日の子どもの健康問題は学校教育のみならず生涯の健康・発達においても重要な課題である。保

健室登校や発達障害、非行問題などの教育問題への認識と養護教諭の実践に対する評価が進んだ一方で、条件未整備のまま授業兼務など保健室の機能拡大の現状がある。当面、養護教諭の複数配置と研修の充実、学校保健制度を含めた教育システムの充実、教育と医療を含む他機関との連携支援システムの確立が必要と考えられる。

参考文献

有岡巖・勝山信房(1976):学校恐怖症.東京金原出版.

堂前有香・中村伸枝(2004):小学校,中学校における慢性疾患患児の健康管理の現状と課題—養護教諭を対象とした質問紙調査から— 小児保健研究, 63(6), 692-700.

NHK放送文化研究所編(2003):NHK 中学生・高校生の生活と意識調査 楽しい今と不確かな未来日本放送出版協会.

長谷川ちゆ子・松島紀子・西岡伸紀・勝野眞吾(2004):学校管理下における死亡事故発生の実態—1989年～1998年の10年間について—.学校保健研究,46,661-673.

長谷優子・青島三枝子・臼井清美(1993):“IDDM 患児の学校生活を支える体制づくりをめざして—児のセルフケア能力を高める援助”日本看護学会集録. 小児看護 / 日本看護協会. 24.

本田優子・小出弥生・松嶋紀子・三村由香里(2001):慢性期の疾患を持った人に対する看護技術,中桐佐智子他編,養護教諭必携シリーズNo.3 最新看護学,東山書房.262-285.

藤田和也(1997):養護教諭と学校カウンセリング、610;72,教育,国土社.

文部省(1995-2005):学校保健統計.

保健室経営検討委員会(2002):保健室利用状況に関する調査報告書.日本学校保健会.

堀内久美子・濱嶋奈美恵(2003):慢性疾患をもつ児童生徒の支援における学校内外及び家庭との連携.東海学校保健研究 27(1),69-79.

堀内康生・飯倉洋治・椿俊和他(1996):気管支喘息児学童の学校生活 第3報担任教師の理解と対応について.小児保健研究,55(4),556-563.

堀内康生・山名康子・福嶋恵子・津田祐子・丹羽弘子・大髪桂子・稲田浩・新平鎮博・長谷豊(2000):気管支喘息が駆動の学校生活第6報学校における喘息保健指導・健康相談のためのネットワーク構築について.小児保健研究,59(3),451-458.

飯田澄美子(2002):学校健康相談の時代的変遷.学校保健研究,44(2)

猪狩恵美子・高橋智(2001):通常教育における子どもの健康・保健問題と特別な教育的配慮の現状—都内公立小・中・高校の養護教諭調査から—病気の子どもと医療・教育.9(2),75-85.

猪狩恵美子・高橋智(2001):通常学級在籍の病気療養児の問題に関する研究動向—特別ニーズ教育の視点から—.東京学芸大学紀要1部門,52,191-203.

今井加奈子・小野美晴・坂野豊子・浜田珠美・鳥居すみ(1992):思春期 IDDM 児の自己管理への支援.日本小児看護研究,1(2).

石走知子・福田博美・天野敦子(2001):慢性疾患を持つ子どもをめぐる家庭および医療機関と学校との連携に関する研究.愛知教育大学教育講座研究紀要,6(1),3-11.

石原昌江・狩谷礼子・太田泰子・橋本淑子・小山和栄(2002):養護教諭の行う保健指導について(第6報)アンケート調査と実践事例の分析から.岡山大学教育学部研究集録119,107-115.

石原幸夫・白戸三郎監修(1981):精神衛生事例集—高校生のこころの問題とそのとりくみ—.神奈川県立学校保健会,135-140.

石隈利紀(1999):学校心理学.東京、誠信書房.

市村國夫,下村義夫,渡邊正樹(2001):中・高校生の薬物乱用・喫煙・飲酒行動と規範意識.学校保健研究,43(1),39-49.

児童生徒の健康状態サーベイランス委員会(1999):ゆたかな身体と心をはぐくむための「望ましい生活習慣づくり」.財団法人日本学校保健会.

児童生徒の健康状態サーベイランス委員会(2002):平成14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.

児童生徒の心の健康と生活習慣に関する調査協力者会議(2003):心の健康と生活習慣に関する指導.文部科学省.

亀岡雄(1997):学校不適應への対応 高校中退の現状と課題.月刊高校教育,54-57.

神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会(2003):2002年度活動報告.36-48.

神奈川県高等学校教職員組合養護専門委員会(2004):2003年度活動報告.29-37.

加藤泉・高梨葉子・佐藤洋子(1998):アレルギー疾患児の学校生活と家庭・学級・医療機関の連携の実態.日本小児看護研究学会誌,7(1).

神村栄一・向井隆代(1998):学校のいじめに関する最近の研究動向.カウンセリング研究,31;190-201.

神田育男(1997):学校不適應への対応 生徒を学校にどう対応させるか.月刊高校教育,58-62.

河村茂雄・田上不二夫(1997):いじめ被害・学級不適應児童発見尺度の作成.カウンセリング研究,30;112-120.

木村一彦・米谷正造・小野恵(1992):大都市における定時制高校生の生活習慣と健康意識.川崎医療福祉学会誌,2(1).

吉川一枝(1999):慢性疾患患児の支援をめぐる養護教諭の対応と連携の現状.日本小児看護学会誌,8(2):87-91.

吉川一枝(2000):慢性疾患患児の学校生活支援と養護教諭の関わりに関する研究—病院・家庭・学校相互間の連携の視点から—.筑波大学大学院教育研究科修士論文抄録.

小林正幸(2002):先生のための不登校の予防と再登校援助.ほんの森出版.

駒松仁子(1996):川崎病既往児の家族の実態調査:第2報.小児保健研究,55(1):75-81.

厚生省児童家庭局厚生労働省(1992):小児慢性特定疾患対策調査結果.

近藤文子(1986):起ち上がれ子どもたち!:養護教諭からのメッセージ.京都,東山書房.

楠本久美子・柳井勉(1996):高校生の疲労と外傷発生との関係について—付属高校生の疲労調査による外傷発生予防について—.学校保健研究,38,473-480.

楠本久美子(1997):疲労調査・優勢の右派測定による付属高校生の外傷発生の原因調査について.学校保健研究.39,438-445.

松嶋紀子(1999):健康問題の応じた養護活動,大谷尚子編,養護学概論.東山書房、59-169.

松本久美子・吉利宗久・藤井聰尚(2001):通常学級に在籍する慢性疾患児の学校生活に関する実態調査.教育実践学論集 2,37-49.

三木とみ子(2005):養護概説.ぎょうせい.

三木とみ子他(2002):保健室利用状況に関する調査報告書.日本学校保健会.

道山京子(1990):保健室利用者と朝食との関連—藤村中学高等学校の保健室利用状況.日本私学教育研究所紀要 26(2),339-355.

文部科学省保健体育審議会(1999):養護教諭の新たな役割,平成9年度保健体育審議会答申.

文部科学省初等中等教育局児童生徒課(2003):生徒指導の現状と課題について.

門田新一郎(1997):中学生の体型および自覚症状と健康意識との関連について.日本公衛誌,2:131-137.

門田新一郎(1990):高校生の疲労自覚症状と生活意識・行動との関連について.学校保健研究,32(5)239-247.

門田新一郎(2002):女子学生の健康意識及び排便回数とライフスタイルとの関係について.学校保健研究,44,3-13.

森昭三(2002):変革期の養護教諭,56-57,東京,大修館書店.

森本(1991):ライフスタイル研究の意義と展望.ライフスタイルと健康,医学書院.

森田光子(1998):保健室でのカウンセリングの進め方,國部康孝編,保健室からの育てるカウンセリング,図書文化社,16-17.

長澤美代子・山根充子(1999): 高校生の保健室利用状況に関する一考察. 湊川短期大学, 75-80.

中桐佐智子・大谷尚子・中村智子 (1988): 養護教諭養成カリキュラムの全体構想-養護教諭養成に必要な教育内容を中心に-. 学校保健研究, 30(7)346-354.

難病のこども支援全国ネットワーク編(2005): 子どもの死の受容と家族支援. 大月書店.

新平鎮博・西牧謙吾・川村智行・稲田浩・青野真由美・青野繁雄・上原優子・一色玄(1991): インスリン依存型糖尿病児の学校生活について-. 小児保健研究, (6)764-768.

二宮啓子(1993): 小児糖尿病の思春期における療養生活の援助. 日本小児看護学会誌 2(1), 19-24.

小笠原正志(2003): 健康行動の概念, 健康教育学概論. 日本健康心理学会編, 健康心理学基礎シリーズ④, 実務教育出版, 17-21.

大熊真由美, 杉田克生(2000): てんかん児の学校生活における現状と対処法について-千葉県内の養護教諭アンケート調査-. 千葉大学教育学部研究紀要 48(I:教育科学編)181-192.

大澤清二(1999): 疲労について, 児童生徒の健康状態サーベイランス委員会, ゆたかな身体と心をはぐくむための「望ましい生活習慣づくり」. 財団法人日本学校保健会, 28-29.

大谷尚子・河野美佐子(1991): 高校生のアルバイトが生活行動・意識に及ぼす影響に関する実態調査-健康・学校生活, 労働観等への影響-. 学校保健研究, 33(4)186-195.

大脇淳子, 太田ひろみ, 橋本佳美(2003): 小児慢性疾患専門外来の診療に対する保護者の期待. 第 62 回日本公衆衛生学会抄録集.

産業疲労研究会(1970):産業疲労の「自覚症状しらべ」についての報告.労働の科学,25(6),12-62.

笹川まゆみ・砂村京子・高橋朋子(2003):日々の対応からみた「養護」に関する研究 第2報—慢性疾患を持つ子どもの自己成長に着目して—.日本養護教諭教育学会誌,6(1),44-58.

里見宏・大谷尚子(1996):子どもの学校生活と養護教員.日本教職員組合,30-31.

佐藤伸子・酒瀬川恵子・立石理恵・米村健一(2004):慢性疾患を抱える子どもへの養護教諭の対応—子どもの実態および養護教諭の対応—.学校保健研究,46.

総務庁青少年対策本部(1998):青少年の薬物認識と非行に関する研究調査.

高石昌弘(2005):児童生徒の現代的健康課題.養護概説,ぎょうせい,102.

高木悦子(1992):特集 病気とともに生活している小児の看護 養護教諭の立場から—学校における病弱児への援助—.小児看護,15(12),1563-1569.

武田淳子・兼松百合子・古谷佳由理・丸光恵・中村伸枝・内田雅代(1997):通院中の慢性疾患患児の日常生活—学校生活および療養行動の実際と気持ち—.千葉看護学会会誌,3(1),64-72.

武田鉄郎(2004):病気の子どもの実情とその対応.平成15年度一般研究報告書 慢性疾患児の自己管理支援に関する研究.独立行政法人 国立特殊教育総合研究所.1-11.

竹下智美(2004):創生期学校看護婦の執務内容の検討—雑誌「養護」の検討の分析を通じて,学校保健研究,46;252-253.

田中丈夫(1991):小学校養護教諭へのアンケート調査よりみた糖尿病・慢性疾患をもつ児童の養育管理上の問題点－病院・学校・家庭の連携について－.小児保健研究,50(3):384-388.

谷口洋子・秋田静香・山平トモ(1992):小児慢性特定疾患の児童・生徒に対する養護教諭としての対応.千葉大学教育学部研究紀要,40(2),229-255.

富田勤(1995):高校生における授業の好き嫌いの意識と疲労感-大都市と小都市の比較- .学校保健研究,37,131-140.

亀岡雄(1997):学校不適應への対応,高校中退の現状と課題.月刊高校教育,54-57.

筒井(1998):不登校事例に対する教師の前兆行動の把握と対応に関する研究.カウンセリング研究,31;117-125.

友枝敏雄・鈴木讓(2003).現代高校生の規範意識.九州大学出版会.

植田誠治(1996):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・薬物使用医師との関連.学校保健研究,38,460-472.

山崎美恵子・竹内美佳子・宮上多加子・梅原良子・西岡美知子・広末ゆか(1989):慢性疾患をもつ児童生徒の健康管理上の問題点－.小児保健研究,48(2)280-281.

柳沢正義(2002):21世紀の小児医療.小児保健研究,61(①),3-8

横田雅史(1995):病弱教育の現状と課題.教育と医学43(7),慶応義塾大学出版会.592-609.

横浜市(2004).青少年基本調査.

吉田美紀(2003):気管支喘息児と母親の心理特性.小児保健研究,62(3)341-349.

謝辞

本研究の指導教員である佐島毅先生には2年間ご指導を賜りました。ご多忙にもかかわらず、多大なご配慮を賜り、暖かく励ましてくださいました。心から感謝の意を表します。

また、副指導教員の飯島節先生、小畑文也先生はじめリハビリテーションコースの先生方からもご助言ご指導を賜りました。心より感謝申し上げます。

この2年間、力不足と研究の現実の厳しさをいつも実感してまいりました。自分が考えていることを他の人に伝えることがこんなに難しいことなのかと身にしみることばかりでした。正しく分析すること、適切に伝えること、わかりやすく表現することを2年間の研究実習を通して繰り返し学ばせていただきました。

調査に協力してくださった高校生の皆さん、また応援してくださった教職員の皆さんに心より御礼申し上げます。

研究を通して得られたこと、学んだことを必ず役立てていけるように精進してまいります。

2006年1月