思春期の子どもをもつ家族支援に関する研究

岸田泰子
（島根大学医学部看護学科）
松岡　恵
（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

<要　旨>

本研究は，思春期の子どもの養育上の健康問題およびそのニーズを明らかにし，必要とされる家族支援のあり方を検討することを目的とした。方法として，思春期の子どもたちとその家族，そして思春期の子どもたちの健康管理に携わる養護教諭を対象とした，3つの質的・量的調査を組み合わせ考察するトライアンギュレーションの手法を用いた。

調査1では，中学生，高校生を対象とし，男女別にフォーカスグループインタビューを行い，健康に関する意識と健康問題を抽出した。健康問題として不規則な生活からくる疲労感や睡眠障害，人間関係上，進路上のストレスが多く語られた。

調査2では，デルファイ法による繰り返しアンケート調査によって，養護教諭からみた思春期の子どもたちの抱える健康問題を明らかにした。島根県内および東京都下の養護教諭を対象とした3回の繰り返し調査を行い，特に高い同意の得られた44項目を7つの領域に分類した。

調査3では，上記調査1および2で得られた健康問題の項目をさらに吟味して48項目を抽出し，思春期の健康問題としてどの程度認知しているか，またどの程度当てはまるか，さらに子どもの健康と家族機能の関連を検討するため，中学生とその親に対して質問紙調査を行った。子どもたちの健康の捉え方，あるいは健康に影響するものの捉え方は比較的狭いものであり，親子の健康問題への認知に多少のズレが見られたことから，思春期の子どもたちにとって健康の知識や健康教育そのものが不足していると考えられた。また親から見た子どもの健康度と家族機能には相関が見られた。

子どもたちの生活に即して多方面から健康を見据えた教育的介入と家族が孤立しないようなサポート体制の整備が望まれる。

<キーワード>

思春期　中学生　高校生　養護教諭　健康問題　家族　家族機能　フォーカスグループインタビュー　デルファイ法

【はじめに】

近年，若者の生活行動は大きく様相を変えている。不登校やひきこもり，凶悪犯罪の低年齢化，性行動の活発化による人工妊娠中絶や性感染症の増加など，生活全般に多様な問題が存在し，社会的に早急な取り組みが必要とされる現状がある。

21 世紀の母子保健の主要な取り組みを提示する国民運動計画である「健やか親子 21」の

課題の１つに思春期の保健対策の強化と健康教育の推進があり，その主な目標には十代の自殺率と性感染症罹患率の減少が挙げられている[1]。これを踏まえて都道府県，市町村レベルで保健，医療，福祉，教育の各分野間の連携が図られつつ対策が推進されている最中であるが，それらの施策の中には思春期の子どもをもつ家族へのアプローチはほとんどない。

思春期は，身体的には二次性徴という大変化を遂げる時期であるとともに，親との心理的な別離をもたらす時期でもある。見かけ上は父母と一緒に暮らしながら，心の中ではそれまで抱いていた父母像を失い，乳幼児期に形成された愛着・依存対象としての父母の表象（イメージ）に関する内的な対象喪失があり，思春期特有のモーニング（adolescent morning）を起こす[2]ことから，家族との関係性は微妙であり，親側の対応も重要となる。

加えて，思春期の子どもたちを養育する家族に関して，現代の家族関係の希薄化が問題視される見方もあり，家族内コミュニケーションの欠如が家族機能を不全にしている[3]。ゆえに思春期の健康を考える上で，家族を含めた支援策を講じ，家族機能が良好に発揮されるための支援の必要性が高まる。

そこで本研究は，思春期の子どもの養育上の健康問題およびそのニーズを明らかにし，必要とされる家族支援のあり方を検討することを目的とした。本研究は，思春期の子どもたちとその家族，そして思春期の子どもたちにとって大切な生活の場である学校において身近な存在として健康管理に携わる養護教諭を対象とし，３つ質的・量的調査を組み合わせ，それらのデータを組み合わせながら考察するトライアンギュレーションの手法を取っている。

なお本研究における「思春期」とはおおむね中学生・高校生とし，「健康」とはWHOの定義に準じて精神的，身体的，さらに社会的にも良好な状態と定義した。また本研究は，調査実施にあたり，島根大学医学部「医の倫理委員会」の承認を得て行った。

【研究Ⅰ】思春期の子どもたちを対象としたフォーカスグループインタビュー法による質的調査

１．　研究目的

思春期の子どもたちの抱える健康問題およびニーズを明らかにする。

２．　研究方法

島根県内および東京都内の中学生・高校生を対象としたフォーカスグループインタビューを実施した。学校単位で協力を要請し，島根県内の中学校１校，東京都内の中学校１校，東京都内の高校１校の同意が得られ，男女別とし，１グループ４～９名のグループを編成し，中学生グループ４つ（うち男子２グループ，女子２グループ），高校生グループ２つ（男女各１グループ）の計６グループに約60分ずつの集団面接調査を行った。調査内容は，思春期の子どもたちの健康に関する意識，健康問題，健康に関して必要な支援とした。

インタビューは，フォーカスグループインタビューについてのトレーニングを受けた研究者が行い，面接内容は参加者の同意を得た上で，すべてＩＣレコーダーに録音した。

その後，録音内容から逐語録を作成し，思春期の健康に関連していると思われる内容全てを抽出し，意味単位ごとのアイテムに整理した。

倫理的配慮として，研究の趣旨と方法，所要時間を説明し，研究への参加はあくまでも自由意志であることを確認し，同意を得た。データの分析においては個人や学校が特定されないよう配慮し，分析終了後に録音内容を破棄することを保証した。

3．　主要な結果

6グループのインタビューで得られた結果を，内容に沿って，また中学生・高校生別，男女別に整理し，表1のような結果が得られた。6グループのインタビューでは，健康問題として不規則な生活からくる疲労感や睡眠障害が多く語られた。男子に特有なものとして喫煙による害や性欲があげられ，女子に特有なものとして月経や帯下に関することがあげられた。また男女を問わず，人間関係上，進路上のストレスを抱えていた。家族関係では子どもたちは親の過干渉や父親との接触が少ないと感じているものが多く，家族関係でのストレスを感じているものもあった。

4．　考察

中学生男女に共通して語られた疲労感，だるさ，また高校生男子に語られた睡眠不足などは生活習慣の乱れが影響しており，このことは家庭生活，すなわち養育環境そのものの見直しが必要であり，家庭における家族からの支援がもっとも重要となる健康問題である。

また中高生の悩みや健康問題として人間関係によるものが多くの割合を占めているといわれるように[4) 5)]，本研究の対象者もまた人間関係でのストレスを感じていた。対象者らの年代では，健康とはただ単に病気でないという身体的健康に限定されやすく，心の問題やストレスを精神的健康ととらえる発想は乏しい。しかしながら，彼らの生活上の大きなウェイトを占める問題であることにはちがいなく，精神的健康が身体的健康を害することにもなり得ることから，「健康」そのものに対する概念やそれを維持するための教育的な関わりが早期から必要であると考えられた。

本研究では思春期をおおむね中学生，高校生として，双方へのインタビューを行ったが，年齢的には開きがあり身体的発育の差異，特に性意識に関しては中学生と高校生では話題の内容が異なるものであった。たとえば高校生のインタビューでは性感染症や妊娠について非常に身近なものとして語られ，中学生女子では性

表1.　語られた健康問題

	男子		女子	
中学生	身体的	疲労感、だるさ 睡眠不足 喫煙による害 性欲	身体的	疲労感、だるさ 寝つきが悪い、不眠 不規則な生活 肥満、ダイエット 視力低下 月経、帯下に関すること 性行動への嫌悪感
	心理・社会的	ストレス 勉強 人間関係（友達） 恋愛関係	心理・社会的	ストレス 人間関係（友達、教員、親） 恋愛関係
高校生	身体的	睡眠不足 運動不足 食生活の乱れ 肥満 性感染症 妊娠、人工妊娠中絶	身体的	にきび 月経に関すること 性感染症 妊娠
	心理・社会的	ストレス 進路、受験 人間関係（友達、家族） 恋愛関係	心理・社会的	ストレス 進路、受験 人間関係（友達、家族） 恋愛関係

行動に関して否定的な嫌悪感，自分とは無縁のものと捉えられていた。近年，若者の性行動の活発化，低年齢化が叫ばれ[6]，性教育のあり方が問われており，年代に応じた[7]，また地域性や学校の風紀など対象者を見据え，その対象に見合った性教育の提供が求められる。

海外の先行研究[7]によれば，若者の性に関する調査の場合，フォーカスグループインタビューによって忌憚のない意見を聴取することが可能であることが示されているが，日本においては大勢の中での性的な話題をタブー視する地域性もあり，インタビューの中で性に関する話題を取り扱うことについては再考する必要がある。

【研究II】養護教諭を対象としたデルファイ法による質問紙調査

1．　研究目的

学校関係者であり，健康管理の専門家としての養護教諭からみた思春期の子どもたちの抱える健康問題を明らかにする。

2．　研究方法

島根県内および東京都下の中学校・高校の養護教諭568名を対象とし，デルファイ法による3回にわたる繰り返しアンケート調査を行い，郵送にて配布回収した。デルファイ法は，明らかにしようとする事象をある程度予測し，評価できる専門家に対して最低3回以上実施する繰り返しアンケートであり，初回は対象者の意見を広く取り上げる自由記載方式とし，その後は初回の結果を元に作成し，その結果への同意の程度を点数化して問題を予測するという調査方法を取った。

倫理的配慮として，調査への協力は，あくまで個人の判断に任せ，調査票の配布回収とも個別郵送とした。調査への協力に対して途中辞退の権利とそれによる不利益がないことを保証した。さらにデータの取り扱いは厳重に行い，プライバシーを厳守し，また個人や学校が特定されぬよう細心の注意を払うことを約束した。

3．　結果

3回の調査手順とそれぞれの結果は次の通りである。またそれぞれの調査票配布・回収数を表2に示した。

表2．　デルファイ調査配布・回収数

	配布	回収	回収率(%)
第1回	568	81	14.3
第2回	55	40	72.7
第3回	37	32	86.5

1）　第1次調査：対象者568名に思春期の健康問題についての自由記載を求め，データを収集した。回収した81名（回収率14.3%）から得られたデータ数は237であり，内容分析により89項目を抽出した。

2）　第2次調査：第1次調査の結果に基づいて質問紙を作成した。抽出した89項目に対して，どの程度同意するかを0から9までの数値で得点化するよう回答を求めた（全く同意しない＝0点，完全に同意する＝9点）。55名に調査票を郵送し，40名から回答を得た（回収率72.7%）。

3）　第3次調査：第2次調査で得られた回答のそれぞれの平均得点を項目ごとに示した上で，第2次調査と同様の項目について，もう一度同意の程度を0から9までの数値で得点化するよう回答を求めた（全く同意しない＝0点，完全に同意する＝9点）。32名（回収率86.5%）から回答が得られ，この結果を再び集計した。

それら89項目は内容別に7つの領域に分類できた。すなわちそれらは，日常生活に関すること（13項目），精神的なこと（11項目），自己発達に関すること（22項目），対人関係に関すること（5項目），社会的なこと（12項目），家庭や家族に関すること（13項目），性に関すること（13項目）であった。これら89項目のうち，それぞれの50パーセンタイルにおいて同意の程度が8点以上で非常に高く同意が得られたと考えられる44項目を領域ごとにまとめたものが表3である。

養護教諭が考える健康問題として，大きなウェイトを占めていたのは，自己発達に関する問題（12項目），家族に関する問題（8項目），性に関する問題（8項目）であった。

4．　考察

得られた結果からわかるように，調査対象である養護教諭らは，健康問題を多岐にわたり広く捉えていた。また日常生活に関わる問題や家族の養育上の問題も多くあげられていたことから，家族との関係や養育環境が思春期の健康に影響することを示唆する結果であり，家庭における健康管理の重要性が再認識された。

さらに精神面や自己発達に関する問題も多く，現代の若者の精神的成長を促し，社会性を助長する支援の必要性が示唆された。食生活の欧米化により近年の子どもたちの身体的発達は順調であっても，精神的発達がそれに伴わないという指摘も多く見られ，その影響として社会的問題も関連している。社会全体のあり方が健康問題の1つにあげられていることは現代社会の特徴的背景があると考えられ，地域における思春期の子どもへの関わり，あるいは地域社会そのものが子どもたちを見守り育てる力を育むことが求められているのではないだろうか。またこの時期の子どもたちの社会性を育てるためには父親の役割が大きく[8]，現代の家族病理として母親が子どもを巻き込み母子対父という関係が母子の連合関係をさらに強める[3]との指摘や，父親とのコミュニケーション量が子どもの精神的健康に影響するとの先行研究[9]もあることから，思春期の子どもたちに対する父親役割への期待が高まる。

養護教諭たちが挙げた健康問題には性に関するものも多く，また具体的問題として項目が

表3.　養護教諭が考える思春期の健康問題

日常生活上の問題	対人関係に関する問題
生活習慣の乱れ	コミュニケーション能力の低下
喫煙・飲酒	対人関係・人間関係がうまく作れない
不眠症・睡眠不足	ありがとうや挨拶のようなちょっとした言葉が言えない
	集団生活不適応
精神的問題	**家族に関する問題**
子ども自身が傷つきやすい	家庭における教育力の低下（放任や過保護）
ストレス	親子であっても一番大切な話ができない
不登校、ひきこもり	家族関係に問題がある
精神的問題が身体の健康状態に影響し様々な症状を呈する	家庭において基本的な養育がなされていない
心身症、うつ傾向、統合失調症などの精神疾患	親が子どもの健康問題に対処できない
身体的発達と精神的発達のアンバランスさ	家族の日常会話の不足
リストカット	家族からの愛情不足
	家族内のトラブルが問題行動につながる
自己発達に関する問題	**性に関する問題**
自己肯定感の低さ	安易な気持ちで性交渉をもつ
自己信頼、他者信頼がうまくできない	男女交際のあり方
忍耐力の低下	性やエイズの問題をどこまで指導すればよいか
健康問題に直面したときの適切な対処方法がわかっていない	性行動が活発化している
問題解決能力不足	10代妊娠
自己中心的な生徒が多い	性教育不足
自立、自律できていない	性感染症（エイズを含む）の増加
自分自身の体調管理が他人任せである	人工妊娠中絶
健康問題に対処する知識がない	
自分自身を大切にすることができない	**社会的問題**
社会的ルールが守られない	社会全体のあり方が子どもへ大きく影響している
生きることへの希望が持てない	情報の氾濫

挙がった。このことは，現実問題として養護教諭たちがそのような事例を体験していることも考えられる。早すぎる性教育については議論されるところだが[10]，実際の問題は存在するのであるから，性に関して消極的介入であってはならないことを裏付けるものである。

【研究Ⅲ】思春期の子どもたちとその家族への質問紙調査

1．　研究目的

研究ⅠおよびⅡから得られた思春期の子どもたちの抱える健康問題およびニーズについて，子どもたちとその家族を対象として量的に検証し，また親子間の認識の相違を検討する。

2．　研究方法

島根県内の中学校において，中学2年生，3年生とその保護者を対象とし，学校を通して研究の趣旨を説明し，320組の生徒とその家族へ無記名自己記入式調査票の配布を行った。

倫理的配慮として調査への協力は，あくまで個人の判断に任せ，回収は料金受け取り人払いの個別郵送とした。調査への協力を辞退してもそれによる不利益がないこと，さらにデータの取り扱いは厳重に行い，プライバシーを厳守し，また個人や学校が特定されぬよう細心の注意を払うことを紙面において説明し同意を得た。

調査内容は，研究ⅠおよびⅡで得られた結果から思春期の健康問題として得られた内容である。研究Ⅰおよび研究Ⅱにおいて得られた項目内容を合わせ，7つの領域から総数48項目を抽出した。内訳は，日常生活に関すること(8項目)，精神的なこと（6項目），自己発達に関すること(12項目)，対人関係に関すること(4項目)，社会的なこと（2項目），家庭や家族に関すること(9項目)，性に関すること(7項目)であった。この48項目について一般的な思春期の子どもの健康問題としてどの程度認知しているかを4件法でたずねた（1：全く関連しない，2：あまり関連しない，3：やや関連する，4：非常に関連する)。またこれら48項目の健康問題に対象者である子どもたちが該当するか否か(4件法，1：全くあてはまらない，2：あまりあてはまらない，3：ややあてはまる，4：非常にあてはまる)，期待するサポートに関する質問項目（4件法，1：全くそう思わない，2：あまりそう思わない，3：ややそう思う，4：非常にそう思う)，子どもの主観的健康度（4件法，1：健康ではない，2：あまり健康ではない，3：まあまあ健康，4：とても健康)，家族機能に関する質問項目（日本版FACES-Ⅲ[11]）をたずねた。

3．　結果

子どもからは13名（回収率4.1%)，親から29名分（回収率9.1%）を回収した。そのうち本報では，親と子どものマッチングが成立した11組を分析対象とした。なお親の回答はすべて母親であり，その平均年齢は42.7±3.8歳であった。子どもの性別は男4名（36%)，女7名（64%）であり，平均年齢は13.8±0.6歳であった。

1）思春期の子どもの健康問題としての認知

48項目について，親と子どもの値およびも検定の結果を表4に示した。親はすべての項目について一般的な思春期の子どもの健康問題と認知していた。全般に子どもの認知のほうが親より低いが，有意差が認められた項目は家庭や家族に関すること，性に関することの領域において多く見られた。

表4. 思春期の子どもの健康問題としての認知

（数値が高いほど健康との関連が高いと認知していることを示す）　＊p <0.05　＊＊p <0.01

		親	子ども	t値	有意差
1.	日常生活に関する項目				
1)	生活習慣の乱れ	3.91	3.55	1.49	
2)	疲れ	3.55	3.19	1.17	
3)	運動（スポーツ）	3.45	2.55	3.19	＊
4)	体調が悪いこと	3.73	3.00	2.39	＊
5)	喫煙	4.00	3.27	1.90	
6)	飲酒	3.91	3.45	1.61	
7)	不眠あるいは睡眠不足	3.63	3.09	1.94	
8)	ダイエット	3.63	3.00	1.88	
2.	精神的なことに関する項目				
1)	精神的に傷つくこと	3.82	3.36	1.61	
2)	ストレス	3.73	3.36	1.79	
3)	不登校、ひきこもり	3.64	3.00	1.64	
4)	精神的に弱っていること	3.82	3.09	2.39	＊
5)	身体的発達と精神的発達のバランスがとれていないこと	3.64	3.27	1.17	
6)	リストカット	3.91	3.27	1.64	
3.	自己発達に関する項目				
1)	自己肯定感が低いこと	3.55	2.82	2.19	
2)	自分を信頼できないこと	3.55	2.45	2.50	＊
3)	他人を信頼できないこと	3.45	3.00	1.10	
4)	忍耐力がないこと	3.45	2.82	1.88	
5)	問題解決能力が不足していること	3.27	2.64	2.06	
6)	自己中心的であること	3.45	2.64	1.85	
7)	自立していないこと	3.36	2.73	1.75	
8)	自分自身を大切にできないこと	3.45	2.91	1.49	
9)	社会的ルールが守れないこと	3.55	2.64	2.09	
10)	生きることへの希望がないこと	3.64	2.91	1.70	
11)	自分の健康管理は自分でできないこと	3.55	3.00	1.40	
12)	健康問題への適切な対処法がわからないこと	3.45	2.73	2.03	
4.	対人関係に関する項目				
1)	人とのコミュニケーションがとれないこと	3.36	2.36	2.35	＊
2)	人間関係がうまく作れないこと	3.36	2.55	1.63	
3)	あいさつできないこと	3.18	2.45	1.55	
4)	集団生活に適応できないこと	3.27	2.64	1.30	
5.	社会的なことに関する項目				
1)	社会全体のあり方	3.45	2.73	2.39	＊
2)	世の中の情報が氾濫（はんらん）していること	3.55	2.91	2.06	
6.	家庭や家族に関する項目				
1)	放任されること	3.55	2.55	3.71	＊＊
2)	過保護であること	3.55	2.55	2.80	＊
3)	親子であっても大切な話ができないこと	3.55	2.45	2.50	＊
4)	家族関係に問題があること	3.55	2.64	1.77	
5)	基本的な養育がされていないこと	3.73	2.82	2.32	＊
6)	親が子どもの健康問題に対処できないこと	3.64	2.73	2.19	
7)	家族の日常会話が、じゅうぶんされないこと	3.45	2.36	2.50	＊
8)	家族からの愛情が、じゅうぶんでないこと	3.73	2.45	3.13	＊
9)	家族の中に何らかのトラブルがあること	3.55	2.73	1.85	
7.	性に関する項目				
1)	性行動が活発であること	3.64	3.00	2.06	
2)	10代の妊娠	4.00	2.82	3.14	＊
3)	10代の人工妊娠中絶	4.00	3.00	3.03	＊
4)	10代の性感染症の増加	4.00	3.00	3.03	＊
5)	安易な気持ちで性交渉をもつこと	3.91	3.18	2.39	＊
6)	男女交際のあり方	3.50	2.70	3.21	＊
7)	性教育が不足していること	3.18	2.73	1.00	

表5. 子ども自身の健康問題

（数値が高いほどあてはまっていると認知していることを示す）　　＊p <0.05　＊＊p <0.01

		親	子ども	t値	有意差
1.	日常生活において				
1)	生活習慣が乱れていると思う	2.09	2.18	−0.36	
2)	疲れやすい	2.91	2.91	0.00	
3)	(授業科目以外で)運動をしている	2.73	2.82	−0.56	
4)	体調が悪いと感じることがある	2.27	2.64	−1.19	
5)	喫煙したいと思ったことがある	1.09	1.00	1.00	
6)	飲酒したいと思ったことがある	1.45	1.72	−1.15	
7)	不眠あるいは睡眠不足だと感じている	2.45	2.36	0.25	
8)	ダイエットしている	1.55	1.45	1.00	
2.	精神的なことについて				
1)	傷つきやすいほうだと思う	3.00	2.64	1.49	
2)	ストレスを感じるほうだ	2.91	2.91	0.00	
3)	不登校、ひきこもりの経験がある	1.55	1.45	1.00	
4)	精神的問題から身体の健康状態に影響することがある	2.09	2.18	−0.29	
5)	精神的に弱っていると感じることがある	2.27	2.27	0.00	
6)	身体的発達、精神的発達のバランスはとれていると思う	3.00	2.45	1.94	
7)	リストカットしてみたいと思ったことがある	1.18	1.55	−1.31	
3.	子ども自身について				
1)	自己肯定感は低いと思う	2.09	2.18	−0.27	
2)	自分を信頼することができない	2.00	2.18	−0.69	
3)	他人を信頼することができない	2.00	2.09	−0.36	
4)	忍耐力がない	2.09	2.27	−0.69	
5)	問題解決能力が不足していると思う	2.18	2.09	0.27	
6)	自己中心的である	2.45	2.27	0.56	
7)	自立していると思う	2.64	2.73	−0.43	
8)	自分自身を大切にしている	3.18	3.00	0.69	
9)	社会的ルールを守っている	3.18	3.18	0.00	
10)	生きることへの希望がある	3.36	3.18	1.00	
11)	自分の健康管理は自分でできる	2.72	3.18	−1.46	
12)	健康問題への適切な対処法がわかっている	2.91	3.18	−1.40	
4.	対人関係について				
1)	人とのコミュニケーションはうまくとれるほうだ	3.18	2.91	1.40	
2)	人間関係がうまく作れない	1.91	1.82	0.36	
3)	あいさつするのは苦手だ	2.00	2.09	−0.43	
4)	集団生活には適応しやすいほうだ	3.00	2.91	0.29	
5.	社会一般について				
1)	社会全体のあり方が子ども自身に影響していると思う	2.91	2.73	0.80	
2)	世の中の情報が氾濫(はんらん)していることは子ども自身にとって問題だと思う	3.00	2.36	4.18	＊＊
6.	家庭やご家族について				
1)	子どもを放任していると思う	1.55	1.36	0.52	
2)	子どもに対して過保護だと思う	2.00	1.64	1.17	
3)	親子であっても大切な話ができない	1.45	1.55	−0.36	
4)	家族関係に問題があると感じる	1.45	1.45	0.00	
5)	子どもに対して基本的な養育はしている(されている)と思う	3.73	3.64	0.43	
6)	親は子どもの健康問題に対処できている	3.60	3.30	1.41	
7)	家族の日常会話は、じゅうぶんされていると思う	3.30	3.00	1.96	
8)	子どもに対して家族からの愛情は、じゅうぶんに与えて(与えられて)いる	3.82	3.36	2.89	＊
9)	家族の中に何らかのトラブルがあると思う	1.55	1.18	2.39	＊
7.	子ども自身の性に関して				
1)	性衝動にかられることがあると思う	1.64	1.36	1.15	
2)	妊娠しているかもしれないと考えたことがある (子どもが男性の場合は、誰かを妊娠させたかもしれないと考えたことがある)	1.00	1.18	−1.00	
3)	性感染症にかかっているかもしれないと考えたことがある	1.09	1.09	0.00	
4)	安易な気持ちで性交渉をもつと思う	1.18	1.45	−1.15	
5)	現在の性教育は子ども自身にとって不足していると思う	2.40	1.60	2.75	＊

2）子ども自身の健康問題

1）と同様の項目について，本人もしくは自分の子どもにどの程度あてはまるかたずねた結果を表5に示した。1）の回答に比べ，自分自身あるいは自分の子どもについて，健康問題のあてはまりの程度は低かった。親と子に有意差が見られた項目は，情報が氾濫していること（$p<0.01$），子どもに対して十分な愛情を与えている（$p<0.05$），家族の中にトラブルがある（$p<0.05$），現在の性教育が不足している（$p<0.05$）の4項目であり，いずれも親のほうが高かった。

3）期待するサポート

日常生活上の問題，精神的な問題，対人関係の問題，家族に関する問題，性に関する問題が生じたとき，家族，地域の専門家，学校のそれぞれからのサポートをどの程度期待するかをたずねた結果を表6に示した。親はすべての領域での問題について家族でサポートしたいという気持ちをもっていた。しかしながら，各項目間について親と子でも検定したところ，期待するサポートには有意差が見られた。特に性に関する問題について家族からのサポートには親子間に差異が見られた（$p<0.001$）。また性に関する項目で，親子とも学校からのサポートへの期待が低く，親子間にも有意差が見られた（$p<0.05$）。

4）主観的健康度と家族機能

子どもの主観的健康度を4件法で親と子それぞれにたずねた。その結果，親は3.18±0.40，子どもは3.18±0.60であった。

家族機能については下位尺度の凝集性と適応性を検討した。なおそれぞれの信頼性係数は親の凝集性0.89，適応性0.71，子どもの凝集性0.91，適応性0.48であり子どもの適応性以外は高い値が得られ，内的一貫性はほぼ保たれていた。それぞれの下位尺度の平均点は親の凝集性 40.82±6.97，適応性 34.27±4.31，子どもの凝集性 36.55±6.90，適応性 32.45±4.30であった。これらの相関を調べた結果を表7に示した。親から見た子どもの健康度と家族機能には相関が見られたが（$p<0.05$），一方，子どものほうは，健康度と家族機能に相関は見られなかった。

4．　考察

本調査における回収率はかなり低率で，数量化するにはパワー不足であるため参考値と考えなければならないことを言及しつつ考察する。回収が進まなかった原因には調査票がかなりプライベートな内容を含んでおり，また性に関する項目が保護者に受け入れられず，協力への賛同が得られなかったことが考えられる。さらに家庭に持ち帰っての調査用紙の記入は他の家族メンバーの存在から，子どもたちの自律性を妨げる可能性があることを考慮せねばならない[12]。

表6．期待するサポート（数値が高いほど期待が高いことを示す）

＊p <0.05，＊＊p <0.01，＊＊＊p <0.001

	親	子ども	t値	有意差
1. 日常生活上の問題について				
*家族*からのサポート	4.00	2.91	2.96	*
*地域の専門家*からのサポート	2.73	2.00	2.39	*
*学校*からのサポート	3.09	2.27	3.61	**
2. 精神的な問題				
*家族*からのサポート	4.00	3.00	3.71	**
*地域の専門家*からのサポート	3.00	2.18	2.76	*
*学校*からのサポート	3.18	2.45	2.67	*
3. 対人関係の問題				
*家族*からのサポート	4.00	3.00	2.80	*
*地域の専門家*からのサポート	2.91	2.00	3.63	**
*学校*からのサポート	3.27	2.36	3.63	**
4. 家族に関する問題				
*家族*からのサポート	4.00	2.91	2.96	*
*地域の専門家*からのサポート	2.82	2.27	1.94	
*学校*からのサポート	2.55	2.09	1.17	
5. 性に関する問題				
*家族*からのサポート	4.00	2.36	5.29	***
*地域の専門家*からのサポート	3.09	2.27	2.17	
*学校*からのサポート	2.82	1.82	2.47	*

表7.　子どもの健康度と家族機能の相関

Pearson の相関係数　*p < 0.05，***p < 0.001

		子どもの健康度	凝集性	適応性
親	子どもの健康度			
	凝集性	0.387 *		
	適応性	0.431 *	0.816 ***	
		子どもの健康度	凝集性	適応性
子ども	子どもの健康度			
	凝集性	0.269		
	適応性	0.181	0.733 ***	

本調査への協力が得られた分析対象者は，一般の思春期の健康問題の認知と自分自身あるいは自分の子どもへのあてはまりの得点をみても，非常に健康レベルの高い集団であると考えられるため，結果の普遍化は困難である。また子どもたちの健康問題のあてはまりについて親子の認識に差異が少なかったことは，対象者親子はコミュニケーションがよく取れる関係性にあり，普段から子どものことに関心を示す親たちであると思われる。

しかしながら，一般の思春期の子どもの健康問題として家族に関する項目と性に関する項目の多くで，親子間の認識に有意差が見られた。このことは子どもたちにとって家族に関することや性に関することは，大人が思うほど健康に影響を与えると考えていないことを示す。調査対象となった子どもたち自身にとっての性教育は，親には若干不足と考えられていたが，子どもたちは不足とは考えていないという結果から，子どもにとって十分な性教育がなされているというよりも，親が子どもにどの程度の性教育が行われているのかその実態を知っているかという疑問が浮かぶ。そして，調査対象の子どもたちが中学生ということで，まだ性行動に関して活発ではなく具体的な性に関する教育を希望していない可能性が考えられた。大人が必要と思う内容と子ども自身が欲する内容に差異があるなら，その教育は不消化となるだろうし，過剰な刺激ともなり得る。年代とそして子どもたちのニーズに応じた性教育を吟味した上で実践する必要がある。

また，家族機能は思春期の精神面や学校適応に影響するといわれるが[13]，使用した尺度のちがいはあるものの，本調査においては親の考える子どもの健康と家族機能には相関が見られたが，子どもの主観的健康度と子どもからみた家族機能には相関が見られなかった。これらのことは，研究Ｉで得られた結果と同様に，子どもたちの意識下にある健康の概念は意外と狭いものであるか，もしくははっきりとした健康という概念が備わっていないのではないかということが示唆される。

対象となった子どもたち自身の健康問題の中で親子間にもっとも差異が見られたのは，情報の氾濫に関する項目であった（$p<0.01$）。これは大人たちが情報過剰なことの有害性を健康問題としてとらえているのに対し，子どもたちは情報化社会に慣れてきており，情報環境があたりまえの生活になっているのではないかと考えられる。

期待するサポートについては，親は子どもに生じるあらゆる健康問題について家族でサポートすることの意識が高い。しかし思春期の子どもたちの抱える健康問題は多様であり，もしも問題が生じたときには家族が孤立することなく，専門的あるいは地域からの多様なサポートが得られることが望ましく，そのことを家族自体が認識していなければならない。

また家族機能では非常に凝集性の高い集団であることからも対象者らの家族システムそのものが健康であると推察される。そのためサポートの必要性を強く感じてはいないことが考えられる。また親が思うほどに子どもたちは

あらゆるサポートを期待しているわけではなく,自己解決しようと考えているかもしれない。もしもそうであってもサポート体制が不要なわけではなく,受け皿としてのリソースを準備しつつ,子どもたちの問題解決能力を高めるような働きかけが重要となるだろう。

【まとめ】

3つの質的・量的調査をもとに,思春期の健康問題と家族を含めての必要な支援について検討した。

養護教諭や親たちが,多くの健康問題を認識しているのに対し,子どもたちの健康の捉え方,あるいは健康に影響するものの捉え方は比較的狭いものであり,また健康という概念がまだ備わっていない可能性が示唆された。さらに量的調査で親子の健康問題への認知に多少のズレが見られたことから,思春期の子どもたちにとって健康の知識や健康教育そのものが不足しているように思われる。日常生活上の健康問題から身体的発達に関わる健康問題,精神的発達に関わる健康問題など,思春期の子どもたちの生活に即して多方面から健康を見据えた教育的介入が必要であると考えられ,家族が孤立しないようなサポート体制の整備が望まれる。

今回の調査は特に量的検証においてパワー不足であった。今後もデータの集積を重ね,さらに可能な支援策の検討を続けていく予定である。

【引用文献】

1) 厚生統計協会:厚生の指標,臨時増刊 国民衛生の動向,51(9),90-91,2004

2) 服部祥子:生涯人間発達論,医学書院,76-77,2000

3) 平木典子:「家族の病理」とその理解,月間福祉,24-27,2004年8月号

4) 厚生統計協会:厚生の指標,臨時増刊 国民衛生の動向,51(9),414-415,2004

5) 小林優子,朝倉隆司:思春期のヘルスコンサーンに関する研究ー高校生と母親サンプルとの比較ー,学校保健研究,42,393-412,2000

6) 日本性教育協会:「若者の性」白書,小学館,2001

7) Aquilino M.L.,Bragadottire H.: Adolescent pregnancy-teen perspectives on prevension-, American Jounal of Maternal & Child Nursing, 25(4),192-197, 2000

8) 林道義:父性の復権,中公新書,1996

9) 小西史子,黒川衣代:子どもの食生活と精神的な健康状態の日中比較(第2報)親子のコミュニケーション度と精神的な健康状態との関連,小児保健研究,61(1),34-43,2002

10) 日本家族計画協会ほか(編):アメリカの禁欲主義教育と日本の性問題,エイデル研究所,2003

11) 貞木隆志,榧野潤:円環モデルによる家族機能のアセスメントーFACES 質問紙の臨床場面における有用性ー,精神科診断学,8(2),125-135,1997

12) Dashiff C.: Data collection with adolescents, Journal of Advanced Nursing, 33(3), 343-349, 2001

13) 増田彰則,山中隆夫,武井美智子他:家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について,心身医学,44(12),903-909,2004