

ヘルス・システムの変容と ヘルス・リテラシーに関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度

私立大学戦略的研究基盤形成支援事業

研 究 成 果 報 告 書

平成 24 年 5 月

学校法人名	梅 檀 学 園
大 学 名	東 北 福 祉 大 学
研究組織名	感性福祉研究所 感性福祉研究センター
研究代表者	萩 野 浩 基 (感性福祉研究所 所長)

「研究成果報告書」の発刊によせて

東北福祉大学 感性福祉研究所
所 長 萩 野 浩 基

本報告書は、東北福祉大学の感性福祉研究所：感性福祉研究センターが、文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の選定を受けて実施した、研究プロジェクト『ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究』：研究テーマ「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上法の開発」(平成 21～23 年度)の研究成果をとりまとめたものであります。

この戦略研究プロジェクトは、本研究所が文部科学省の学術フロンティア推進事業の選定を受けて実施した研究プロジェクト『五感を介する刺激測定に基づく健康向上のための人間環境システムの構築』(平成 16～20 年度)の継続として位置づけられるものであり、その一連のプロジェクトは、「21 世紀型健康福祉のあり方」にとって、健康・福祉に関わる基本概念にどのような改鑄が必要となるか、そして、新たに再定義される諸概念はどのような方策を通じて社会的実践に具体化されるか、さらに、それらを社会的サービスとして運用する組織論的・政策的・制度的モデルはどのようなものになるか、といった問題意識に立っています。

学フロ・プロジェクトでは、ポジティブ・タームで定義される「健康」概念にどのような操作的定義を与え、どのように指標化できるか、また、ポジティブな「健康」概念に基づく「健康」増進処方の効果はどのような手法によって測定できるかの問題への取り組みにより多くの努力を傾注いたしました。

この戦略研究プロジェクトでは、今日の健康と病気をめぐる世界を、従来の保健・医療の領域を越える、より広い「ヘルス・システム」として捉え、現代の「ヘルス・システム」のダイナミックスに内包されている偏向や問題点を解決するための一つの中心の方策として、「ポジティブ・ヘルス」概念に基づくヘルス・リテラシー向上法の実効的モデルの組み立てに取り組んできました。

この研究プロジェクトの実施過程において、計画年次の第 2 年度末に、3・11 東日本大震災に遭遇し、研究の中断や研究成果のまとめと公表の遅れのやむ無きに至ったことは誠に残念であります。しかし、同時に、大震災が、本研究所が掲げる「21 世紀型健康福祉のあり方の探求」にとっても大きなインパクトを与えることになりました。今次の大震災が我々に負荷することになった挑戦課題に正面から向き合い、本研究プロジェクトを形を変えてさらに発展させることを期するものであります。

21 世紀型健康福祉のあり方の探求 挑戦の途上にあつて

感性福祉研究所 副所長

戦略プロジェクト 総括班代表

阿部 四郎

2009 年 4 月から開始された、感性福祉研究センターにおける私立大学戦略的研究基盤形成支援事業—研究プロジェクト「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」：研究テーマ「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上法の開発」—が 2012 年 3 月をもって研究期間の終了を迎えることになった。加えて、2003 年から始まった足かけ 10 年にわたる一連のプロジェクトの一つの区切りともなるので、それらのプロジェクトの実施にあたって総括班代表の責（仙台ウェルネス・コンソーシアム代表 2003-2008、学フロ・プロジェクト総括班代表 2004-2008、戦略プロジェクト総括班代表 2009-2011）を負った立場から、これまでの歩みを振り返ってみたい。

その際、これまでの一連のプロジェクトが「どのような成果を上げてきたか」については、それぞれのプロジェクトの『事業成果報告書』や『研究成果報告書』に記載してあるので、ここでは「何を目指そうとしてきたのか」の視点から回顧してみることにする。2004 年に、感性福祉研究所が、「仙台ウェルネス・コンソーシアム」(SWC) プロジェクトと連携しながら、第Ⅱ期学術フロンティア推進事業(学フロ)を開始するに際して、研究の課題が第Ⅰ期の基礎的研究から応用・開発研究に重点を移行することになるため、改めて研究所のミッションの再確認を行い、時代の変化が課す知的及び実践的挑戦に対する一つの応答として、「21 世紀型(健康)福祉のあり方の探求」を掲げたのである(感性福祉研究所年報 第 6 号 2005)。

したがって、個々のプロジェクトは、「21 世紀型健康福祉のあり方の探求」にとって、健康福祉に関わる基本概念にどのような改鑄が必要となるか、また、新たに再定義される諸概念はどのような方策を通じて社会的実践に具体化されるかが、我々の側からの「応答としての挑戦」の中心主題となる。つまり、10 年にわたる一連のプロジェクトでは、「健康」をキーワードとしており、それを最も抽象的に定義すれば、「人間にふさわしい生」を生きるための、各人にとっての「生涯にわたる課題」となるが、現代の時代的条件の下でその「課題」に真正面から向き合う方途の探求が、我々の挑戦の中心主題であった。

ここで 10 年を回顧するにあたって、一連のプロジェクトが、その中心主題に則して、「どのような成果を上げてきたか」よりも、むしろ「何をどのように目指そうとしてきたか」を銘記しておくことの方が、今後にとってより有用であると思うのである。

1. 一連の事業の事実経過

一連のプロジェクトは、2003 年 10 月、経済産業省による「健康支援システム (EBH) に関するモデル地域調査研究」の募集に対して応募することから始まった。このプログラムは、1990 年代のアジア通貨危機に連動する日本経済の変調を背景に、経済財政諮問会議による「雇用創出型の構造改革」という緊急提案を受けて設置された、政府の産業構造改革・雇用対策本部への、経済産業省からの提案「新市場・雇用創出に向けた重点プラン」(2001)の中に「健康市場の創出」が書き込まれたことに端を発

し、『健康サービス産業創造研究会』が設置され、2003年6月、同「研究会報告書」が取りまとめられたのを機会に、そのフィジビリティ・スタディ調査として実施されたものである。

その公募に対して、本大学と仙台市とが連携を取りつつ、本大学が作業グループを立ち上げ、「新しい健康づくりプラットフォーム構築のための仙台ウェルネス・コンソーシアム」の提案を行った。その提案の趣旨は、我が国の医療サービスについて、早期発見、治療重視から健康増進、疾病予防への質的転換が求められているが、その課題に取り組むためには、健康概念そのものの転換を必要とするのではないかとの認識に立ち、新たな健康概念の練り上げによって、個人が積極的に自らの健康をマネージすることを可能とする健康増進プログラムを開発し、そのプログラムと支援サービスメニューを一体的に提供できるシステムの設計を図るとするものであった。

この提案が、107件の応募の中から採択された13件のうちの1つとして選ばれ、その年の12月25日に「仙台ウェルネス・コンソーシアム」(SWC)が正式に発足し、「新健康概念に基づく健康サービス支援システムの設計」に基づく事業計画の策定作業に着手した。そして、実質二ヶ月という短期日のうちに、事業モデル案一調査報告書全139ページを作成した(教育学術新聞 平成18年7月12日(水))。

次いで、2004年3月18日の経済産業省による「健康サービス産業創出支援事業」の公募に対して、上記事業案をもって応募し、6月18日に152件の応募中、選定された12件の1つとして採択通知を受けた。このSWCプロジェクトは、実施に入る段階で、「フィンランド健康福祉センタープロジェクト」(FWBC)との連携関係にもあったことから、「フィンランド型予防福祉・健康増進プログラム」と銘打った副題を付したが、それは、各人が均しく自己実現の機会を確保し、だれもが安心して暮らせる環境の確保を目標に、健康・医療サービスと社会福祉サービスの一体的運用のシステム作りを図ってきた、かの国の経験に学び、各人が消極姿勢から積極姿勢へと健康観の意識変革を図り、健康増進プログラムの実践がキャリア・アップとも連なって社会参加の機会を開き、それが健康増進を更に促進するという、正の循環を組み込む健康サービス事業の開発と展開を眼目としたからである。

また、2004年2月、感性福祉研究所が「私立大学学術研究高度化推進事業」の「学術フロンティア推進事業」(学フロ)に研究プロジェクト「五感を介する刺激測定に基づく健康向上のための人間環境システムの構築」(2004年-2008年度)を申請し、4月に採択された。これは、「生命科学を基礎とする感性和環境の相互作用に関する学際的研究」を研究課題とする第I期学フロ・プロジェクト(1998年-2002年度)を引き継ぐものであったが、研究の課題が基礎的研究から、「健康」に焦点をあてた応用・開発研究に重点を移行したのである。すなわち、このプロジェクトは、その目的を「超高齢化社会へ向う我が国の現状を踏まえ、心身の健康維持・増進を図る目的でヒトと環境の相互作用を捉え直し、それらの目的に有用な科学的指標と測定法を確立し、その上で、心身の健康の維持・増進を推進する環境調整、環境創造を含む人間環境システムの構築に関して研究を行う」としたからである。

こうして、同一時期に、同じタイムスパンでSWC(一旦し、経済産業省プログラムでは補助金は単年度のみ)と学フロの二つのプロジェクトが実施段階に入ることとなり、作業の細目とチーム編成に関して調整を行い、学フロは研究開発、SWCは現場的な社会実験に重点を置くこととした。すなわち、学フロは、「健康スケールの開発とその健康福祉サービスへの応用」に関する研究、「新たな健康福祉サービス及びそのシステム化の社会的・制度的諸条件」に関する研究、「健康・福祉サービスの品質向上とプラクティスの日常化を促進する器機・システムの開発」に関する研究、の三つの研究作業から編成し、SWCは、「健康セルフモニタリング・システム」「健康サービスの開発」「情報プラットフォーム」「コミュニティ型健康増進サービス提供」の事業内容で編成した。そして、両プロジェクトにとってカギとなる「新たな健康概念に基づく評価スケール」をテーマに7月28日、『健康スケールに関するセミ

ナー』を学フロと SWC の共催で開催することによって、実質的なキックオフとなった（感性福祉研究所年報 第 6 号 66-67、2005）。以後、SWC は、8 月 5 日の『ウェルコム 21』のオープン（元気祭り）、10 月 2 日からの『仙台元気塾』の開設によって事業を本格化したのである。

2008 年から、感性福祉研究所は、研究活動をさらに活性化するために、二つのセンター—『感性福祉研究センター』と『健康科学研究センター』—から構成される組織編成とした。そして、『健康科学研究センター』は、学術フロンティア推進事業を衣更えして新たに始まった、文部科学省の私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に申請し、採択による「児童青年期精神障害および高齢者関連疾患における先進的個別化予防ケアシステムの構築に関する研究」（2008 年～2012 年度）を開始した。

『感性福祉研究センター』では、第Ⅱ期学フロ・プロジェクトが 2008 年度で終了するのを機会に、その継続ともいえる「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」（2009 年～2011 年度）を私立大学戦略的研究基盤形成支援事業に申請し、採択された。この研究プロジェクトは、「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ」「各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発」の作業グループ編成に基づいて実施され、2012 年 3 月をもって、3 年の研究期間を終了することになったのである。

2. SWC と学フロ・プロジェクトの挑戦

(1) 問題の認識

2004 年度から同時に開始されることになる SWC と学フロの両プロジェクトに取り組むに際して、また企画から実施への進行過程で遭遇した最初の問いは、現代の「健康」をめぐる世界に起っている現象でどのようなことが顕著であり、そこにどのような問題が内包されているかであった。その視点からみると、三つの関連する現象、すなわち、「疾病構造の変化」「少子高齢化」健康保険や年金の今後に関する制度破綻の懸念等が重なる「健康不安」の増大、消費文化における「健康ブーム」、治療から予防に重点を移行させる政府の「健康増進運動」が相互に複合しており、「健康」をどのように捉えるかや「健康」の維持・増進にどのように取り組むかに関して、首尾一貫性の欠如やアンビバレンスの特徴としていえるようにみえたのである（阿部、2006、2-4）。

保健医療政策（英語の「パブリック・ヘルス」は歴史的には「公衆衛生」と対応していたが、その概念内容が拡張してきて、「ヘルス・ケア」や「ヘルス・サービス」をも含むようになり、日本でも「公衆衛生」「保健衛生」「保健政策」「健康政策」「保健医療」など無差別に使われている現状にあることから、ここでは「保健医療」の用語を使うことにする）の上では、オタワ憲章以後の現代は、「ニュー・パブリック・ヘルス」の時代（Ashton/Seymour, 1988）、あるいは、「第三次パブリック・ヘルス革命」の時代（Breslow, 1999, 1031）に入っているとされる。しかし、同じように「ニュー・パブリック・ヘルス」を著書の表題に使いながら、新自由主義的政治環境の下では、それは、基本において、我々が個人的にも集合的にもいかに生くべきかについての処方を含む、道徳的企てであるとの批判もあった（Peterson/Lupton, 1996）。

また、オタワ憲章の「ヘルス・プロモーション」という概念は、従来の疾病予防に焦点をおいたアプローチに対する批判に由来しているが、実際には、保健医療政策は、人々が暮らしている社会・経済的

コンテキストへの挑戦に責任を負うよりも個人や地域社会の能力附与を重視している (Strong, 1986) や、健康の決定因に対する投資よりも医療的ケアになお焦点があてられている (Kickbusch, 2003, 387) の評価、「ヘルス・プロモーション」の主要関心はエンパワーメントであるべきとする主張が受け入れられつつあるが、その受け入れは、政策や実践の形であるより、リップ・サービスの形であることがしばしばである (Tones/Green, 2004, 30)、との批判がみられた。日本の『健康日本 21』(2000)についても、「生活の質や人生の質の向上」という理念に対し、「疾病や障害を予防することに重点が置かれすぎて」との評価 (日本健康支援学会、2001、37) もあった。

経済産業省の「健康サービス産業創出支援事業」は、「個人の選択」「根拠に基づく健康づくり」「健康・予防重視」の三つをキーワードとする視点に立っていたが (島田、2004)、その三つのキーワードはいずれも問題含みの概念といえた。我々を取り囲む健康関連の情報環境には、「健康」をどのように概念化するか：ポジティブかネガティブか、全体論的か要素還元的か、生物医学的か社会・エコロジー的かなどと、「健康」問題に対してどのように対処するか：予防か治療か、個人的か集合的かなど、に関してさまざまな拮抗が見られたからである。

とりわけ、現代においては二つの傾向が顕著であると思われた。一つは、「日常経験の医療化」と言われるもので、医学的コントロールが疾病に対する正当な関わりを越えて、通常の人間経験をも包括するまでに拡張されることを「生活のメディカリゼーション」として批判した Illich(1977)の議論が大いにあずかっていたが、三つの相互に関連する側面一人間のすべての不安と精神的・肉体的苦痛を医学的問題として考えるように促されること、それらすべての問題から助け出してくれる専門家が存在するという信仰、自らの健康や生きることに責任を負う自らの能力に対する自信の喪失—が含まれている (Downie/Tannahill/Tannahill, 1996, 196) といわれる。

もう一つの傾向は、「健康の商業化」といわれるもので、「ヘルシズムが現代の消費文化の中心的な綱領になり」(Burrow/Nettleton/Bunton, 1995, 1)、健康増進情報と健康に関するコマーシャル情報の間の境界がますます不分明となり、健康と病気は今や病院の臨床的現場からさまざまな社会的、商業的領域を通じて拡散し、「健康の生産」と「健康の消費」の間の区別立てが崩れ (Nettleton/Bunton, 1995, 49)、我々が「健康なライフスタイル」を消費する健康消費者として描かれる、とされることであった。

こうした二つの傾向の挟み撃ちに合う中で、「自立」や「自己責任」という言葉が盛んに使われるが、「自立」のための条件、それを具備するための手立てがなければ、いくら「自立」といっても空念仏であり、また実利主義的にその時流に乗るだけの事業では、志しの質が問われるだけでなく、結果としても無駄なコストの積み増しになりかねない。また、自己決定・自制・自己責任・自己開発などを包括する、目指されるべき一つの価値を表わす「オートノミー」という西欧的概念 (Downie/ Tannahill/ Tannahill, 1996, 164-165) と対比すると、日本的文脈で強調される「自立」や「自己選択」概念の歪みも見えてきたのである。SWCプロジェクトが実施にあたって作製したパンフレットに、「フィンランド型予防福祉・健康増進プログラムの目指すもの」を副題として掲げたのは、フィンランドをモデルとするからではなく、日本における「健康」や「福祉」に関わる意識、サービスの実際、制度上の組み立ての実情を映し出す鏡として使うためであった。

(2) 課題としての「健康概念の改鋳」

SWCプロジェクトが、「新たな健康概念による自立型健康増進プラットフォームの構築」を事業課題として設定し、学フロ・プロジェクトが「21世紀型健康・福祉のあり方の探求にとって、健康・福祉に

関わる基本概念にどのような改鑄が必要となるか、そして、新たに再定義される諸概念はどのような方策を通じて社会的実践に具体化されるか、さらに、それらを社会的サービスとして運用する組織論的・政策的・制度的モデルはどのようなものになるか」を研究課題として設定したのには、今日の「健康」をめぐる世界についての上のような状況認識が基底にあった。

そして、「日常生活の医療化」と「健康の商業化」が交錯するなかで、健康の生産と健康の消費の間の矛盾的關係 (Evans/Stoddart 1990, Crowford, 2000) から脱しようとするならば、結局は、ポジティブな健康活動の向上へと焦点を移すことになるのではないかと、政府政策において、「疾病治療」から「病気の予防」への重点シフトが図られているが、病気のリスクに対する主要手段としての予防戦略は、未来の原理上の予測可能性を前提とする保険統計の見地と密接に関連する「予防的アフターケア」(Giddens 1994, 182-183) であり、何が起こるか分からないリスクに向かい合っただけのためには、ともかく、予防を越えて、ポジティブなタームで定義される挑戦としての健康の増進へと強調点を移すことになるのではないかと。

さらに、医療の質と費用対効果を改善するために EVM (Evidence-based Medicine) が導入されたのと同様、健康増進についてもエビデンス・ベースド・アプローチが推奨され、その主要な支柱として、RCT (randomized control trials) の疫学的手法が使用されているが、それは方法論的に還元主義の立場に立つもので、従って、健康についての不完全な見方、つまり、生物医学的な見方を補強するという結果をもたらしているのではないかと (Tannahill 1992, Green 2000)。

こうしたことから、「健康概念の改鑄」は、WHO 憲章によるポジティブなタームによる定義とネガティブなタームによる定義の対照のうち、前者に比重を置くことになった。しかし、現代の我々は、病気の原因についての還元主義的思考によって特徴づけられる生物医学モデルに基づいて、何が病気を引き起こすリスク要因なのかについてかなり知ることとなったが、それに比べ、前者の健康の追及に寄与する要因についての理解はむしろ薄くなっているように思えた。そこで、ポジティブな定義とネガティブな定義は古来あるが、ポジティブ・タームで健康を定義するという事は、健康をどのような性格をもつものとして捉えることになるのかを理解するために、健康理解に関するデュボス、ガダマー、アントノフスキーの洞察から学ぶところが多くあった。

生命の過程を環境に対する無休の反応の連続だとして、健康を物理的・科学的条件に対する受動的な適応以上のもの、個性の創造的な表現として捉え、健康は状態ではなく到達不可能な目標に達しようとする努力、つまり闘いの中にあり、健康を作り出す仕事には、一種の英知と洞察力がいるとするルネ・デュボス (1964,1970)、病気は打ち克たねばならない対象として自己を客体化する一方、健康は自分自身を生成し続ける生命力によって自分の全体に組み込まれていながら常には秘匿されているとし、健康と病気への対処は自分の人生を遂行することにかに習熟するかの問題だとするゲオルグ・ガダマー (1996,2006)、病気のリスク要因の観念から離れられず、ホメオスタシスを基本仮説とする「疾病生成論」(pathogenesis) から健康を助長するものに焦点をあてる「健康生成論」(salutogenesis) への転換を主張し、人々は健康人か病人かに二分されるのではなく、健康と健康破綻の連続線 (health ease/dis-ease continuum) で移動しているのであり、健康増進の主要な仕事は、世の複雑さや不確かから課される挑戦、つまりエントロピーとエントロピーの知覚を縮小し、それによって、理解可能・対応可能・意味づけ可能からなる「人生の筋立てができるという感覚」(sense of coherence) を生成することだとするアロン・アントノフスキー(1979,1984,1996)、そして彼らの考え方には、日本の伝統にあった「生老病死」や「養生・養生」の概念と通底するところがあるように思われたからである (阿部、2006,6)。

(3) 健康概念の操作化

ポジティブ・タームで定義される「健康」に操作的定義を付し、測度を与えることは、場合によっては疫学的方法が適用可能な、ネガティブ・タームで定義される「健康」の場合に比べ、極めて困難である (Kemmerling, 1993, 129)。それは、ポジティブ・ヘルスの定義をめぐっては一致がないからだとされるが (Bowling, 1997, 5)、ポジティブ・ヘルスは、「生きる」ということの全体を包括するホリスティックな概念にならざるを得ず、より多次元的な性格を持つことになるからである。

操作的定義という観点から健康を定義すると、健康の決定因に注目することになるが、この場合も、観察者の客観的視点に立つか、健康の維持・増進に取り組む行為者の主体的視点に立つかで異なるように思われる。前者に関しては、個人と社会の健康に影響を与える広範な決定因についての膨大な研究が積み重ねられ、概括的にいえば、今日では、パーソナルな諸要因と構造的な諸要因、つまり健康は複合的な生物・社会的現象一例えば、健康といった生物・社会的帰結は、社会史と個人の履歴の独自のかつ動態的な所産である (Bourdieu, 1990, Williams, 1995)、異なった社会的位置における人間の肉体は、彼らが成長してきた社会的諸経験の結晶された反映である (Tarlov, 1996, 84)、健康に向けたライフ・スタイルはライフ・チョイスとライフ・チャンスの間の弁証法的相互作用によって形造られる (Cockerham, 2000, 162)、ヘルス・キャピタルの決定因は、すぐれて個人的というより、世代的であり、個人の人生時間と社会史の時間上の動きとが結びついている (Blaxter, 2003, 81) 一として捉えられるにいたっている。

しかし、行為主体的視点に立つ場合に、Beattie は、健康増進に対するアプローチを、二つの二元論的対比一介入のモードに関する権威主義と交渉主義、介入の焦点に関する個人と集合体一を組み合わせ、4つに分ける概念図式を提示した (Beattie, 1991, 167-168)。すなわち、「健康説得技術」：上からの処方指示的仕方で、個人の行動の方向を向け直すために、保健医療専門家の権威を用いる、「健康のための立法行動」：上からの処方指示的な仕方で、環境規制や租税などの処置を通じて健康を改善するために、保健医療の権威を行使する、「健康のための個人相談」：個人あるいは集団を自身のライフスタイルについて、またそれらを変える余地について内省し、吟味するよう誘う、「健康のためのコミュニティ・デベロップメント」：健康に対する類似の関心をもつか、同じ境遇に置かれている人々が、健康への期待を改善するために共同行動をとる、の4タイプに区分した。

ここで、介入のモードに関する Beattie の二元的対比一上からの後見的・処方指示的形式と下からの参加的形式を、保健医療行政の立場と健康の維持・増進の行為主体である個人の立場として対比してみると、健康の決定因に関する構図の描き方が異なってくる。そして、保健医療行政の立場からすると、健康の決定因に対する政策的関与の可能性という視点から、例えば Lalonde レポートの“health field”概念一生物学的要因、環境、ライフスタイル、医療制度の相互作用一、あるいは、オタワ憲章の“main action areas”一政策、環境、コミュニティ・アクション、個人の技能、医療サービス一からなるものとなる。

そして、SWC 及び学フロ・プロジェクトの課題設定からすれば、健康の維持・増進の行為主体としての個人の立場からのモデル設定ということになるが、それを健康に対する責任の所在の問題と混同しないことが重要である。新自由主義的政治的雰囲気の下で、かつ「ヘルシズム」の消費文化の下で、ライフスタイル要因を疾病の主要な原因あるいは健康の生産のカギになるメカニズムと捉える健康増進法が広く盛行しているため、それに対する“Victim-braming”だとする批判一例えば、「健康医療の標

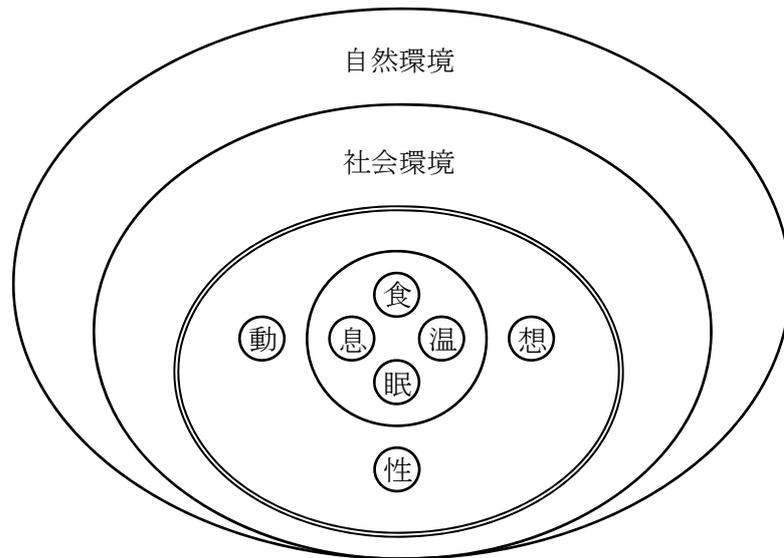
準的アプローチは、健康行動やライフスタイルを個人の選択の問題として扱い、大方は、教育を通じて、健康に有害な行動を変えることを目標としている（Cockerham, 2000, 160）や、「個人が、究極的には、自らの行動に対して責任があるように、そして、あたかもシステムの影響、社会・文化的文脈、行動に与えられる社会的意味などの問題が存在しないかのようにみられている」（Frohlick/Corin/Potvin, 2001, 784）一が繰り返される。しかし、健康に対する責任の問題は、今日では逆説的な様相を呈しており、自分の生活習慣が自身の健康に直接影響し、自分の制禦の範囲内にあると感じながら、同時にまた、自分の健康に直接関係する、自分の存在を囲み、規定する諸条件の環がますます広がってゆくのを感している（Martin, 2000）からである。

原因論と責任論、不可抗性と選択制などをめぐる古来の問題についてはひとまず措いて、個人を健康の維持・増進の行為主体とする作業前提に立って設定したモデルは、個人と環境の関係を個人を中心に置いて地図化する Dahlgren/Whitehead (1991) のモデルと人間行動の動機にとって基本的なニーズに関する Maslow の理論を参照したものであった。前者は、第 1 層の個人の行動や生活習慣、第 2 層の社会関係やネットワーク、第 3 層の社会的、経済的、文化的、環境的諸条件の構造的要因へと、ミクロとマクロの決定因の相関関係と位置づけを指標化するもの（Marmot, 1996, 63、Jones, 2000, 55）であった。また後者は、個人の行動を導くニーズに関して、包括的に五つのカテゴリー—生理学的、安全・安心、愛情・所属性、自己に関する評価、自己実現—に分類するものであった（Maslow, 1970）。（但し、Maslow の理論は、ニーズの五つのカテゴリーの間にピラミッド的な階層構造があると描いたが、人間が生命・生活・人生の三つの時間を同時に生きる存在であることから、各種ニーズの間の優先性は状況依存的に動的に動くように思われたが。）

それに加えて、SWC と学フロ・プロジェクトが課題として設定した「セルフ・モニター型健康スケール」を案出するためには、健康の決定因に関する包括的なモデルであると同時に、人々の健康選択や行動に影響する主要な要因と動機づけを組み込む枠組みでもある必要がある。その点からいえば、例えば、「ホリスティックな健康度診断」（本宮, 1995、日本ホリスティック医学協会, 1989）、「QOL 調査票」（永田他, 1989、永田, 1992）、「ADL 指標」（芳賀, 1992、古谷野, 1995）などは、専門家の立場から対象者に対する処方や介護法に導くための診断法という性格が強いのである。

開発しなければならない「セルフ・モニター型健康スケール」は、個人が健康行動を採り、継続するメカニズムに関する理論—例えば、Health Action Model (Tones/Tilford, 2001, 89-101) —を実践論の視点から読みかえながら、スケールの適用対象と適用主体を同一人として設定し、そのスケールによる自己点検作業が、健康の維持と増進に関わる知識や知恵の学習となり、自己評価が健康の維持と増進に向けた行動の動機づけとなりうるスケールであった。別の言い方をすれば、今や紋切型になった感のある“victim-blaming”の批判を乗り越えるために、「教育」の視点よりも「学習」の視点を重視し（島内, 1989）、自身の健康を制禦するための能力強化（self-empowerment）に資するもの、したがって、健康行動を採るために必要な知識の獲得だけでなく、問題解決のための技能（life skills）の自己開発に資するもの、そのために、自らの日常の実感や行動に引照しながら、自らの現状の確認や自己評価と自らの意志によって生活行動を変えることへの挑戦との間の弁証法的過程をとることを可能とするスケールであった。

そこで、まず、スケールの全体的な構図を、生命体の内部環境の調節、制禦に直接関わる「食」「息」「温」「眠」の生活行動、内部と外部環境との相互作用により関わる「動」「想」「性」の生活行動、そして、社会環境や自然環境の諸要因—それらは、云うまでもなく複合的な相互関連をもっている—一からなるものとして描いた。



健康の決定因に関する生活行動パラメータの分類と社会/自然環境との関係

次いで、「セルフ・モニター型健康スケール」は、ポジティブ・ヘルスの視点に立って細部項目が組み立てられることになる、上記8カテゴリーと、ネガティブ・ヘルスの視点に立つ、リスク管理に関わるカテゴリーを加えて構成されることになるが、前者については、実行可能で、健康の維持・増進に導くとされる知識や経験則からなる行動諸項目と機能状態に関する諸項目についての自己観察による評価と実感的な評価（満足度）、後者については、未病状態を自己チェックするための機能諸項目についての自己評価と、実感的な評価を組み込むことにした。そして、それらの諸項目に関する自己点検結果を明示的に可視化するために、評価を尺度化し、結果をダイアグラムで表すことにした。それによって、点検者は二つの面から一全人的な視点からと行動・機能・実感の関係という視点から一自らを捉えることができる。さらに、複数回による点検結果を時間差分として定量化して表示することによって、健康を動的に捉えることができる(感性福祉研究所年報7号, 2005, 171~211、同年報8号, 2006, 181-187)。

そして、この「セルフ・モニター型健康スケール」を『元気点検票』と命名することにした。それは、古来の「元気」が、病気や怪我、被災や要介護状態などの困難に遭遇したときにも、それを乗り越えてゆこうとする、「生」に対する「意欲」と「能力」の源泉を指す概念であり、どのような境涯にある人にとっても「健康」を挑戦の課題として捉える普遍性を有していること、「健康」を動的に捉えて、「守り」から前向きで能動的な「攻め」への姿勢の転換を表わしていること、そして、「元気」は「与え」「もらう」相互作用的な社会性を有していたからである。

参考文献

- 阿部四郎「現代の健康論に関する一考察」、『感性福祉研究所年報』第7号、1-14、2006
 Ashton, J./Seymour, H. , *The New Public Health*, Milton Keynes Open University Press, 1988
 Breslow, L. “From disease prevention to health promotion”, *Journal of the American Medical Association*, 281, 1030-1033, 1999
 Petersen, A. /Lupton, D. , *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*, London, Sage Publications, 1996

- Strong, P. "A new-modelled medicine: comments on the WHO's regional strategy for Europe" *Social Science and Medicine* 22, 193-199, 1986
- Kickbusch, I. "The contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion", *American Journal of Public Health* 93(3), 383-388, 2003
- Tones, K./Green, J. *Health Promotion: planning and strategies*, London, Sage, 2004
- 日本健康支援学会 編：『健康支援学入門』、京都、北大路書房、2001
- 島田晴雄+健康サービス産業創造研究会 編著 『日本を元気にする健康サービス産業』、東京、東洋経済新報社、2004
- Illich, I. *Limits to medicine*, Harmondsworth, Penguin, 1977 『イリッチ、イヴァン：脱病院化社会：医療の限界』 金子嗣郎訳、東京、晶文社、1998
- Downie, R. S./Tannahill, C./Tannahill, A. *Health Promotion: Models and Values*, Oxford, Oxford University Press, 1996
- Burrows, R./Nettleton, S./Bunton, R. "sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism" in Bunton, R. /Nettleton, S. /Burrows, R. eds. *The Sociology of Health Promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk.* , London, Routledge, 1-9, 1995
- Nettleton, S./Bunton, R. "sociological critiques of health promotion" in Bunton/ Nettleton/ Burrows, eds. *op cit*, 41-58, 1995
- Evans, R./Stoddart, G. "Producing health, consuming health care" *Social Science and Medicine*, 31(12), 1347-1363, 1990
- Crowford, R. "The ritual of health promotion" in Williams, S.J./Gake, J./Calman, M. eds. *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas*, London, Routledge, 219-235, 2000
- Giddens, A. *Beyond Left and Right: The Future of Radical Politics*, Cambridge, Polity Press, 1994
- Tannahill, A. "Epidemiology and health promotion: a common understanding" in Bunton, R./Macdonald, G. eds. *Health Promotion: disciplines and diversity*, London, Routledge, 86-107, 1992
- Green, J. "The role of theory in evidence-based health promotion practice" *Health Education Research* 15(2), 125-129, 2000
- デュボス, ルネ著『健康という幻想』田多井吉之介訳、みすず書房、1959-1964
- デュボス, ルネ著『人間と適応—生物学と医療—』木原弘二訳、みすず書房、1965-1970
- Gadamer, H-G. *The Enigma of Health*, Cambridge, Polity Press, 1996
- ガダマー, ハンス・ゲオルグ著『健康の神秘』三浦國泰訳、法政大学出版局、1993-2006
- Antonovsky, A. *Health, Stress, and Coping*, San Francisco Jossey-Bass Publishers, 1979
- Antonovsky, A. "The sense of coherence as a determinant of health" in Matarazzo, J.D eds. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, New York, John Wiley & Sons, 114-128, 1984
- Antonovsky, A. "The salutogenic model as a theory to guide health promotion" *Health Promotion International* 11(4), 11-18, 1996
- Kemm, J.R. "Towards an epidemiology of positive health" *Health Promotion International*, 8(2) 129-134, 1993
- Bowling, A. *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales, 2nd ed.* Buckingham,

Open University Press,1997

Bourdieu,P. *The Logic of Practice*, Cambridge, Polity Press, 1990

Williams,S. “Theorising class, health and lifestyles: Can Bourdieu help us?” *Sociology of Health and Illness*, 17, 577-604, 1995

Tarlov,A.R. “Social determinants of health: The sociological translation” in Blane,D./Brunner,E./Wilkinson,R. eds. *Health and Social Organization: Towards a health policy for the twenty-first century*, London, Routledge, 71-93, 1996

Cockerham,W.C. “The sociology of health behavior and health lifestyles” in Bird,C.E./Conrad,P./Fremont,A.N. eds. *Handbook of Medical Sociology 5th ed.* New Jersey, Prentice Hall, 159-172, 2000

Blaxter,M. “Biology, Social Class and Inequalities in Health: Their synthesis in “health capital” in Williams,S./Bieke,I./Bendelow,G.eds. *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Society*, New York, Routledge, 69-83, 2003

Frohlick,K./Corin,E./Patvin,L. “A theoretical proposal for the relationship between context and disease” *Sociology of Health and Illness* 23, 776-797, 2001

Beattie,A. “Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory” in Gabe,J./Calnan,M./Bury,M. eds. *The Sociology for the Health Service*, London, Routledge, 162-202, 1991

Martin,E. “Flexible bodies: Science and a new culture of health in the US” in Williams,S.J./Gabe,J./Calman,M.eds. *Health, Medicine and Society*, London, Routledge, 123-145, 2000

Marmot,M. “The social pattern of health and disease” in Blane,D./Brunner,E./Wilkinson,R. eds. *op cit*, 42-67, 1996

Jones,L. “Behavioural and environmental influence on health” in Katz,J./Peberdy,A./Douglas,J.eds. *Promoting Health: Knowledge and Practice*, The Open University, 37-57, 2000

Dahlgren,G./Whitehead,M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Institute for Future Studies*, Stockholm, 1991

Maslow,A.H. *Motivation and Personality 2nd ed.* , New York, Harper & Row, 1970

本宮輝薫「健康度のホリスティックな把握と評価」園田恭一、川田千恵子編著『健康観の転換：新しい健康理論の展開』、東京大学出版会、31-50、1995

日本ホリスティック医学協会編『ホリスティック医学入門』柏樹社、1989

永田勝太郎他「QOL(Quality of Life)とその臨床評価における意義と実施法」、『臨床医薬』5(2)、211-235、1989

永田勝太郎、『QOL：全人的医療がめざすもの』、講談社、1992

Tones,K./Tilford,S. *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity, 3rd ed.* Cheltenham, Nelson Thomas Ltd. 2001

古谷野亘『老人の健康度と自立性の指標』、園田、川田編、前掲書、17-30、1995

芳賀博「健康度の測定」、柴田博編『老人保健活動の展開』、医学書院、74-95、1992

島内憲夫編著『「健康」ライフワーク論：生涯健康学習のすすめ』、東京、垣内出版、1989

3. 戦略プロジェクトの挑戦

(1) 問題の認識

学フロ・プロジェクトの最終年度の2009年2月、それに次ぐプロジェクトを「私立大学戦略的研究基盤形成支援事業」に申請するに際して、研究課題を「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究：ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上法の開発」として設定することとした。それは、SWC や学フロ・プロジェクトを開始した際の問題意識をさらに先鋭化させる必要を促すような事態が、その間の健康をめぐる世界に起っていたからである。

英国で長年にわたって「健康教育」の問題に取り組んできたある研究者たちが、2004年に出版した著書の第二版(2010)の序論で、「初版が出版されて以来、社会的市場化やヘルス・リテラシー等のいくつかの論点がより突出し、今やより大きな注意が向けられている」と述べ、「健康増進運動は、オタワ憲章で方向づけられた理想に忠実たろうともがいている」現状に注目する論文(Wills/Douglas, 2008)を引用している。そして、「何よりも驚くべきことは、こうしたことが、歴史的に健康増進運動の最前線にあった国々で起こっていることである」と続けている(Tones/Green, 2004, Green/Tones, 2010)。

これに類似する現象は我が国の場合も例外ではなく、「健康日本21」と銘打った「健康増進法」(2003)は、2008年の改正で「特定健診・特定保健指導」の義務付けへと到り、2000年に始まる介護保険制度は幾度かの改正を通じて「介護予防」の重視へと傾斜し、現在の保健医療・福祉制度は、「社会全体のリスク管理」に重きを置いている。同時に、EBHを強調する健康サプリメントや各種健康増進方法の氾濫といった、消費文化的ヘルシズムが社会全体にますます浸透している。

これらの現象をどのように捉えるかについて、ある論者は、「メディカライゼーション」の用語を使いながら、しかし、Illichが意味しようとした医学帝国主義ではなく、それを駆動するエンジンに変化が起こったのだとする。その変化として三点—医療組織の政策が利用法からコスト・コントロールへと関心を移し、管理されるケアとなること、バイオテクノロジーに総称される、医学知識の新領域が優勢になり、医学的眼差しがより強まること、ヘルス・ケアがますます商品化され、市場の力に従い、消費者が主要要因となる—を上げ、なかでも第3番目のエンジンがより強力で、「市場駆動のメディカライゼーション」が進行するという(Conrad, 2009)。

ここで注目すべきは、健康問題の個人化とというものである。人はすべて無症候的あるいは前症候的に病気であると意識されること(Rose, 2000, 19)から、健康に対する潜在的リスクを細かに観察し続けるよう促され、また、より以上の健康を作り出しうるとの意識によって、「健康」という付加価値が付せられる製品やサービスのあふれ返る市場の消費者となるよう促される(Kickbusch, 2007, 147-152)。加えて、健康に関連する社会的規制の形態において、病気の時にいかに振舞うべきかや医療的介入をいかに受け入れるべきかを告げられる、いわば外からのアプローチから、自らの健康を監視するよう促される内的アプローチへの変化が生じ(Nettleton, 2006, 243-244)、健康資格に対する責任や咎が、医療クリニックだけでなく、各種のメディア、スーパーマーケットの陳列棚、インターネット等で見つけ出せる大量の健康情報や忠告に気を配って行動するよう促されている個人に置かれる(Nettleton, 2009, 635)からである。

そして、現代は、健康情報に対する広範囲に及ぶアクセスの時代に入っているといわれる(Sakellarides/Pedro/Mendes, 2009, 165)。しかし、健康製品やサービスの利用者を標的とする、先例を見ない大量の健康情報の氾濫する環境の中で、健康知識と健康行動の関係について、Giddensがいう

ところの“*reflexivity of the self*”に直面させられることになる。それは、「伝統の終焉」—伝統はなぜの問いを排除する真理の響きを持ち、疑う余地のない行動規範を提供するものを指し、近代以降の社会では、科学もその位置を占めてきたが、現代では、日常生活が伝統のしがらみから抜け出し、また、科学の発展が逆説的にその方法的懐疑の徹底化によって専門知識を修正可能なものとし、科学的発見さえ鵜呑みにできず、また、決定的な科学的証拠が出そろうまで待つというわけにもゆかない—の文脈で、個人は日々の生活において意思決定が求められる事態を指した (Giddens, 1994, 56-109) が、現代の健康をめぐる世界にもっともよくあてはまるように思われるからである。

大量の健康情報に取り囲まれて、健康とその決定因についての知識や自らが行っていることへの気遣い、そして、思慮ある生活の仕方への傾倒が増大しているのであろうか、むしろ、健康に関する細切れの情報によって、健康という課題がどういうことかを全体的に理解することを見失っているのではないか。そうした疑問が、この戦略プロジェクトを企画する際の問題意識の基にあった。

(2) 課題としての「ヘルス・リテラシー概念の改鋳」

オタワ憲章を起点とする健康増進運動の推進役の一人であった Kickbusch は、それから 20 年経った段階で、「1986 年に心に描いたものをはるかに越えてしまった」、「我々が今日生きている、健康をめぐる世界 (*health society*) は、二つの主要な社会過程—健康の領域の拡大と健康についての *reflexivity* の拡大—によって特徴づけられ」、「今日の健康システム (健康に対するアプローチの組み立て) を構成する 4 つのドメイン—行動、政府施策、医療的介入、製品とサービスを通じて、健康が「なしうるもの」と提示される、パーソナル・ヘルス、パブリック・ヘルス、メディカル・ヘルス、ヘルス・マーケット—のすべてが拡大し、ますます境界が流動的となっている」と述べる。

そして、「こうした事態が市民にとってもつ重大性は、健康選択の拡大とヘルス・システムの複雑さがかつて以上の洗練と参加を、個人の側に要求することである。ヘルス・リテラシーが死活的に重要となり、健康情報だけでなく、アドバイス、技能開発、知識の周旋の提供とそれらに対する需要が増大している。・・・より多くの、かつ新たな健康情報、製品、サービスが入手可能となるに従い、健康決定をし、ヘルス・システムを航行することが難しい挑戦になり、新たな健康不平等が出現しうる」とする (Kickbusch, 2007a, 89-90)。

Kickbusch にとっては、より長い歴史的眺望からみると、健康の決定因が変化し、健康についての理解が医学的よりも社会的となり、狭い医療の世界を越えた「ヘルス・ソサエティ」の概念を登場させるに到る状況への対応がオタワ憲章であったが、Giddens や Beck の近代化の徹底が“*reflexive modernization*”だとする論理と同様に、その趨勢の徹底化によって、健康がもはや所与ではなく、作り出され、維持され、高められるもの (*do-ability*) となり、健康だと今日考えられるものが明日にはそうでないかもしれないような事態、つまり“*reflexivity of health*”が今日のヘルス・ソサエティの実相と映る。そして、ヘルス・ソサエティのダイナミックスがヘルス・リテラシーの向上 (積極的で批判的な消費者) と新たなヘルス・ガバナンスの構築という挑戦を我々に課している、というのがその所論の主旨といえる (Kickbusch, 2007b, 6, 2009)。

Kickbusch は、積極的で批判的な消費者というモデルは、実際には少数の人々だけが達成できるにすぎない、一つの理想であり、ヘルス・ソサエティはエンパワーメントの多くの機会を提供しながら、健康を通じて、指図的な社会的規制を行使する社会にもなりうるから、ヘルス・ソサエティの内部で、健康に附せされる社会的価値についての絶え間ない民主的対話があるべきだが、そうした議論はめったに

始まってこなかった、と述べている (Kickbusch, 2009,17) が、これは、この戦略プロジェクトの問題認識と共通している。しかし、それらの問題に立ち向かうためには、「ヘルス・リテラシー」や「ヘルス・システム」の概念自体の改鑄が必要ではないか、とするのが、この戦略プロジェクトの課題設定である。これまでは、「ヘルス・リテラシー」を「健康に向けた知と技能」と捉え、学フロ・プロジェクトでは日常生活場面における自己省察と自己再生の演習を通じてヘルス・リテラシーの向上を図る一つの道具として『元気点検票』を開発してきたが、健康の維持・増進に向けた個々のプラクシス (知と技能) の向上だけでなく、我々が置かれている、健康をめぐる世界はどういう世界であるのか、その中で健康という課題はどういうことになるのかを全体的に理解することが、今日的に要請されるヘルス・リテラシー概念に含まれるべきではないか。加えて、そのためには、「ヘルス・システム」の概念にも改鑄が必要となるのではないか。「ヘルス・システム」の概念は、健康をめぐる世界に関する操作的定義といえるが、これまでは、Lalonde 報告の“health field” やオタワ憲章の“action areas”、そして、Kickbusch の“health system” にしても、健康の決定因の確認とそれらに対する対処主体、つまり、健康を作り出す生産者に対する介入の視点からの定義といえるが、介入に対するデマンド・サイド、直接的な生産者 (個人とコミュニティ) の視点に立った操作的定義を案出する必要があるのではないか。これらが、この戦略プロジェクトが設定した課題の主題であった。

そうすると、ヘルス・リテラシーの中に含まれるべき、健康をめぐる世界についての理解、そして、様々に提供される健康情報・製品・サービスをそれぞれの特性にそって位置づけることができるような健康世界の概念化、つまり、ヘルス・システム概念はどのようなものになるであろうか。恐らく、それは、健康という課題の性質をどのように捉えるか、その課題はどこを名宛とするものか、課題に取り組むための方策の特質は何か、それぞれの方策の成果を評価する方法として何が適合的か、などの間に整合的な論理関係が設定可能となる概念図式から組み立てられることになるのではないか。

その際、特に、健康及び健康増進 (維持を含む) の概念規定に含まれる固有の教育及び知識や技能の種類は何かを明確にするという見地から、理念的に、ヘルス・システムは、健康という課題に取り組むための方策に関する 4 つの概念連関モデル—個人を価値の単位とする①「ネガティブ・ヘルス概念に基づく予防的・医学的モデル」と②「ポジティブ・ヘルス概念に基づくエンパワーメント・モデル」、社会を価値の単位とする③「古典的な公衆衛生モデル」と④「拡張された健康決定因に基づくコミュニティ・エンパワーメントモデル」—から構成されるのではないか。

ヘルス・システムに関する概念図式

モデル	価値の単位	健康概念	健康増進		健康教育		エビデンス
		ネガティブ ポジティブ	リアクティブ	プロアクティブ	ねらい	リテラシー	
①	個人	病気・障害の欠如	治療	予防	情報と知識の移転	対象知と情報技能	疫学的
②		ウェルビーイング	生きる力の回復	個人のエンパワーメント	学習と省察の支援	実践知と人生技能	物語的
③	社会	社会の病いからの自由	匡正	リスク管理	情報と社会技術の移転	社会規範と組織技能	統計的
④		持続可能なよき社会	復活	コミュニティのエンパワーメント	意識変革と参加の支援	批判力と社会関係資本	歴史的

<健康の定義>

健康は、WHO 憲章の古典的定義—身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態—を引くまでもなく、多次元的な性格をもつことから、どの側面に焦点をあてるか、また、どのような視点から捉えるかによって、多様な説明あるいは定義がありうる (Stainton-Rogers, 1991、Blaxter, 2004)。そして、様々に異なる定義の間で、共存する場合もあれば対立する場合もあるが、単一で万能の定義というのは存在しない。ここで求められるのは、健康をめぐる諸問題を包括的に捉えることができ、かつ問題への取り組みの特徴を規定し、逆に取り組みの特性から、その取り組みが前提にしている健康の捉え方を理解するような定義という点から、古来の一組の定義—ポジティブなタームによるか、ネガティブなタームによるか、WHO 憲章の「ウェルビーイング」と「病気や障害のないこと」にあたる—を採用することにした。但し、両者は、同一次元の対極を占める二値的反対物ではなく (Downie/Tannahill/Tannahill, 1996, 20-21)、しかし、非対照的であるが全く独立というわけではない (Pelikan, 2007, 78-79)。また、価値として健康を捉えた場合も、他の目的に対する手段とも、また、目的それ自体ともなりうる、ダイナミックな性質をもっている。

<価値の主体としての個人と社会 (集合体) >

上の図式における個人対社会という対比は、健康の決定因に関する個人対社会、すなわち、パーソナルな要因と社会や自然の構造的要因、あるいは「下流」と「上流」 (Tones/Green, 2004,73) の対比ではない。また、いわゆる“**victim-blaming**”論にみるような、健康に対する責任の所在に関する区分ではない。かつて、福澤諭吉が「国の元気、国民の元気」といったことがあるが、健康は個人にとっても社会にとっても課題であり、そうした課題の名宛、つまり、価値の主体に関する区分である。しかし、この場合にも、個人対社会という区分には、健康の決定因に関して相互作用関係があり、責任論においても共働する相補関係にあるのと同様、社会の健康と個人の健康という課題の設定においても、リベタリアニズムとコミュニタリアニズムの古典的な対立におけるのと同形の、対立と弁証法的関係がある (Beattie, 1993, 268-269)。

<取り組みにおける「リアクティブ」と「プロアクティブ」>

課題としての健康に取り組む活動の領域や方法に関しても多様で、それを分類するモデル化も様々であるが (例えば、Tannahill, 1985, 168、Jones/Naidoo, 2000,82-83)、健康という課題の名宛に関する区分と課題の性格に着目した定義の区分を組み合わせると、その課題に取り組む視点がより明確に設定できる。その上で、4つの視点を通じて設定できる、課題に対する取り組みの仕方における区別は、時間軸上の区分、つまり、「リアクティブ」と「プロアクティブ」、あるいは「守り」と「攻め」の区分 (Nutbeam, 1996,320-321、Levin/Ziglio, 1996,37-38、Pelikan, 2007,80-82) となろう。

しかし、この区分に関しても、「予防のパラドックス」と指摘されてきた問題が伏在している (Rose, 1992, 12-13、Tones/Green, 2004,51-52)。同様に、「トップダウン」よりも「ボトムアップ」のアプローチという点から、「エンパワーメント」の概念を使っているが、健康の決定因との関連で「エンパワーメントは誤信ではないか」の批判に晒されてきたし (Nettleton, 2006,242-243)、それは健康という課題にとって、「到達点なのか、手段なのか」の問題 (Tones/Green, 2004,10-11) もある。さらに、レベルの違いによって、例えば、個人とコミュニティの場合には、夫々内容が異なり、かつ、コミュニティのエンパワーメントは個人のエンパワーメントの単なる総計以上のものとなるが、両者の間には弁証

法的な関係がある (Wallerstein/Bernstein, 1988,1994)。

<健康増進、健康教育、ヘルス・リテラシー>

「健康増進」は「健康教育」より新しい概念であり、「最近の数10年間の間に出現してきた、医学優先、個人焦点のヘルス・システムに対する反動を表わすもの」(Nutbeam, 2002, viii)であり、「健康教育におけるポジティブなアプローチ、つまり、病気の予防に焦点を当てるよりも健康を高め、健康の潜在力を作り出すことの必要に対する認識と、健康教育は構造的諸方策による支えがなければ十分にその潜在力を発展させることができないことが明白になってきた」(Kickbusch, 1986)ことから生まれたとされる。他方、「健康増進に対する関心の広がりが健康教育から学ばれるべき教訓を適切に考慮に入れるのでなければ、健康増進は、変革のためのより強力な力となるよりも、健康教育の単なる化粧張りや不適切な横領であることが露見するであろう」と指摘されていた(Downie/Tannahill/Tannahill, 1996, 27)。実際には、「教育」という概念が広い範囲の経験の学習をカバーし、「健康教育」は、健康行動を改善し、健康とクオリティ・オブ・ライフを高めるために、個人とその社会環境に影響を与える広い戦略と考えられていた(Sutlerland, 1979、Glanz et al, 2008)からである。

しかし、1980年代以降「健康増進」が前面に出て人気の用語になるに及んで、その意味が明確さを失って多様に解釈され、「パラダイムの眞のシフトであるよりもタイトルにおけるシフト」(Rawson, 1992)であるような様相を呈している。したがって、上の概念図式の構成においては、健康を維持・増進するためにはどのような諸過程が用意されねばならないかの視点から、Tones/Greenの所論—健康あるいは病気関連の学習を作り出すために設計された、意図されたいかなる活動をも健康教育と捉え、健康増進は健康教育と健康政策の函数であると要約する(Tones/Green, 2004, 24, 14)—と、Green/Kreuterの所論—健康に導く自発的な行動を助長するために設計された、経験学習のいかなる組み合わせも健康教育であり、健康に導く行動と生活諸条件を支える教育的・環境的支えのいかなる組み合わせも健康増進であると捉え、実践的必要・政治的便宜・哲学的託身の混じり合う健康教育がなければ、健康増進は操作的な社会工学的企てとなるであろうとする(Green/Kreuter, 1999, 27,19)—を採用することにした。そして、「ヘルス・リテラシー」は、前の学フロ・プロジェクトでは、自らの健康をマネージする上で、健康行動を採るために必要な知と技能と定義したが、ここでの文脈では、健康教育が改善を目指しているもの、そして、健康学習の成果となりうるものとなる。

<効果の評価とエビデンス>

WHOのジャカルタ会議(1997)における基調講演で、Kickbuschは「健康増進に『エビデンス・ベースト』といった臨床医学の用語法を適用するのが正しい道だと確信しているわけではない」(Kickbusch, 1997, 267)と述べたが、バンコク会議(2005)に提出された『健康増進用語解』では新たに定義された用語の一つが「エビデンス基盤型ヘルス・プロモーション」であり、2000年以降に書かれた「健康増進」を主題とする書物の中では、いずれも「評価」問題にかなりのページが割かれていた。それは、「リフレキシブ・モダニティーが最も集約的に現れる、生命・健康・死の政治、教育、社会福祉のような社会領域では、評価問題がより以上に頻繁に起る」(Dahler-Larsen, 2012, 149)からであろう。

しかし、健康増進運動は“エビデンス”を提出すべきだとする挑戦を受け(Nutbeam, 1999, 99)、「エビデンス基盤型の健康増進政策と実践の開発に関する決議」を採択した第51回World Health Assembly(1998)の当時、「エビデンス基盤型の実践についての議論の多くの主要焦点は、効果に関する適切な

測定をめぐってであり、理論の役割はそれほど注意を引かなかった」(Green, 2000, 125) や、「健康増進は、もしも厳密に科学的タームで評価を追求しようとする、かなりの挑戦に直面することになる。・・・健康増進の研究と実践における『エビデンス』と『エビデンスのルール』をめぐっては重大で解決されない三つの論点—『エビデンスのルール』はディスシプリンに結びつけられるが、健康増進の実践は多専門的アプローチを包含するプロジェクトである、エビデンスの『階層』についての一致はない、多専門的介入の複雑性は、エビデンスに関する単一の、普遍的なルールを擁護できない—がある」(McQueen, 2005, 95-96) と指摘された。しかし、それから 10 年経た段階においても、なお、「実験的あるいは擬似実験的な研究からのエビデンスにより大きな比重が置かれているのが実態である」(Green/Tones, 2010, 242) と指摘されている。

他方、今日の社会・文化的諸条件の下では、専門家のアドバイスに従うという意味で、健康の知識や技能が高まるとされるのであれば、新たな形のパターンリズムや新たな依存主義を作り出すのではないか (Abel, 2007, 60) の懸念だけでなく、ヘルス・リテラシーに関して最も困難なことは、様々な健康への取り組みと結びつくリスクをどのように理解したらよいか (Tulloch/Lupton, 2003、Petersen/Wilkinson, 2008) の問題もある。

したがって、評価やエビデンス問題には、何をもって実効性があると定義するか、そのパフォーマンスの諸指標をどのように設定するか、どのような時間スケールで測定するのかなどのも一種の方法論的・技術的な問題以上に、健康の概念定義に含まれる課題の性質、従って実効性の意味、そして評価するという作業自体の意味と性質の間の適合的な関連という理論的問題があるように思われる。

ヘルス・システムを様々な健康の維持・増進法からなるものと捉え、健康という課題の定義、課題の名宛、課題への取り組みと評価の特質の間の関連からなる概念図式—その 4 つのモデルは、健康や病気の決定因に関する注目点や社会哲学の差異によって比重の変動を免れないが、相互に排他的と捉えるのではなく、緊張を含んだバランスをとることが重要であり、いずれかに偏向した場合には、かえって、「専門家依存」「道徳主義」「監視型社会」「動員型社会」などに導く恐れがある—と、その概念図式に含まれるであろう諸論点について、試案的にスケッチしてみたのは、健康をめぐる今日の世界を混沌とみるのではなく、その世界の中を航行するためには、何らかの構造的連関からなっていて、かつ我々の行動選択とも相互規定関係をもつ地図を描いてみることに、このプロジェクトが課題として設定した「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」の取り組むべき最初の作業のように思われたからである。別の言い方をすれば、健康と病気への対処を、ガダマー流に、自分にとって、自分の人生を遂行することにはいかに習熟するかの問題とするならば、「ヘルス・リテラシー」は、その実践の過程における知と技能となるが、実践の認識論として今や古典になってしまった Schön の “The Reflective Practitioner” (1983) の議論を、専門家 (professionals) だけに限らず、自分が自分の人生の「専門家」であるという意味で、拡張して借用すると、現代の時代条件の下で思慮ある人生の実践家になるためには、「実践のなかでの省察」だけでなく、「実践についての省察」をも「ヘルス・リテラシー」概念の中に、何らかの形で組み入れる必要を感じたからである。

参考文献

- Wills,J./Douglas,J. “Health promotion: Still going strong?” *Critical Public Health*, 18(4), 431-434, 2008
- Tones,K./Green,J. *Health Promotion: Planning and Strategies*, London, Sage, 2004
- Green,J./Tones,K. *Health Promotion: Planning and Strategies 2nd ed.*, London, Sage, 2010
- Conrad,P. “The shifting engines of medicalization” in Conrad,P. ed. *The Sociology of Health & Illness: Critical perspectives 8th ed.* New York, Worth Publishers, 480-493, 2009
- Rose,N. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Priencton, Princeton University Press, 2007
- Kickbusch,I. “Health Governance: The health society” in McQueen,D.V. et al eds. *Health and Modernity: the role of theory in health promotion*, New York, Springer, 144-161, 2007a
- Nettleton,S. *The Sociology of Health and Illness 2nd ed.* Cambridge, Polity Press, 2006
- Nettleton,S. “Commentary: The appearance of new medical cosmologies and the re-appearance of sick and healthy men and women: a comment on the merits of social theorizing, *International Journal of Epidemiology*, 38(3), 633-636, 2009
- Sakellarides,C.T./Pedro,A.R./Mendes,M.S. “Knowledge-Centered Health Innovation: The care for citizen health information” in Kickbusch ed. *Policy Innvation for Health*, New York, Springer, 165-201, 2009
- Giddens,A. “Living in a Post-traditional Society” in Beck,U./Giddens,A./Lash,S *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Cambridge, Polity Press, 56-109, 1994
- Kickbusch,I. “Responding to the health society” *Health Promotion International*, 22(2), 89-91, 2007b
- Kickbusch,I. “Policy innovation for health” in Kickbusch,I. ed. *Policy Innovation for Health*, New York , Springer, 1-21, 2009
- Stainton-Rogers,W. *Explaining Health and Illness*, London, Harvester Wheatsheaf,1991
- Blaxter,M. *Health*, Cambridge, Polity Press, 2004
- Downie,R.S./Tannahill,C./Tannahill,A. *Health Promotion: Modes and Values,2nd ed.* , Oxford University Press,2004
- Pelikan,J.M. “Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory” in McQueen,D.V/Kickbusch,I. et al. eds. *Health and Modernity: the role of the theory in health promotion*, New York, Springer, 74-102,2007
- Beattie,A. “The changing boundaries of health” in Beattie,A./Gott,M./Jones,L/Sidell,M. eds. *Health and Wellbeing: A reader*, London, Macmillar, 260-271, 1993
- Tannahill,A. “What is health promotion?” *Health Education Journal* 44(4), 167-168, 1985
- Jones,L./Naidoo,J. “Theories and models in health promotion” in katz,J./Peberdy,A./Douglas,J.eds. *Promoting Health: knoeledge and practice 2nd ed.* Basingstoke, The Open University, 80-94, 2000
- Nutbeam,D. “Achieving “best practice” in health promotion: improving the fit between research and practice” , *Health Education Research*, 11(3), 317-326,1996

- Levin,L.S./Ziglio,E. “Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice” *Health Promotion International*, 11(1), 33-39, 1996
- Rose,G. *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford Medical Publications, 1992
- Wallerstein,N./Berstein,E. “Empowerment Education: Freire’s ideas adapted to health education”, *Health Education Quarterly*, 15(4), 379-394, 1988
- Wallerstein,N./Berstein,E. “Introduction to community empowerment, participatory education, and health”, *Health Education Quarterly*, 21(2)141-148, 1994
- Nutbeam,D. “Foreword” in Bunton,R./Macdonald,G. eds: *Health Promotion: disciplines, diversity and developments 2nd ed.* London, Routledge, vii-viii, 2002
- Kickbusch,I. “*Health Promotion: A global perspective*”, Canadian Journal of Public Health, 77(5), cited in Green/Kreuter, 19, 1999
- Sutherland,I. ed. : *Health Education: perspectives and choices*, London, Allen&Unwin, 1979
- Glanz,K./Rimer,B.K./Uiswanath,K. eds: *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice 4th ed.* SanFrancisco, Jossey-Bass, 2008
- Green,L.W./Kreuter,M.W. : *Health Promotion Planning: An educational and ecological approach*, California, Mayfield Publishing Company, 1999
- Kickbusch,I. “Think health: what makes the difference” *Health Promotion International* 12(4), 265-272, 1997
- Dahler-Larsen,P.: *The Evaluation Society*, California, Stanford Business Books, 2012
- Nutbeam,D. “The challenge to provide ‘evidence’ in health promotion” *Health Promotion International*, 14(2), 99-101, 1999
- Green,J. “the role of theory in evidence-based health promotion practice?” *Health Education Research*, 15(2), 125-129, 2000
- Tulloch,J./Lupton,D. : *Risk and Everyday Life*, London, Sage, 2003
- Petersen,A./Wilkinson,I. : *Health, Risk and Vulnerability*, Abingdon, Routledge, 2008
- Schön,D.A. : *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, Basic Books, 1983

今後に向けて

感性福祉研究所は、2004年、第Ⅱ期学術フロンティア推進事業を開始するに際して、改めて「21世紀型健康福祉のあり方の探求」をそのミッションとして掲げたが、その後の約10年にわたるプロジェクトが一つの区切りを迎えることになったことをもって、その挑戦が終わるわけではない。しかも、この10年にわたるプロジェクトは、「健康」という問題に焦点をあて、その挑戦の一部を担っただけであり、また「健康」という問題に関しても、個人を価値の主体とする取り組みに的を絞ったもので、社会あるいはコミュニティを価値の主体とする取り組みについては挑戦課題として残されたままになっている。

そこに、2011年の3・11に起った東日本大震災は、我々の挑戦に新たな課題を負荷することになった。東日本大震災は、生活基盤に関わるほとんどの諸条件と、家族や地域社会を崩壊させる複合大規模災害であったため、健康や福祉に関しても、諸施設の消失や諸制度の機能停止だけでなく、それらを支える諸条件も崩れたことによって、従来の研究が所与の定数としてきたものが変数化した。加えて、被災地における健康福祉システムの再建は、被災前の現状が様々の諸課題を内包していた上に、被災によって新たな諸課題が附加される一方、課題対応のための人的・物的及び社会的資源が大きく減殺されていることから、原状への復帰ではありえない。そうした事態に直面して、健康・福祉に関する理論の上でも、理論を実践に具体化する諸システムの上でも、今次の大災害がもたらしたインパクトを真正面から受け止め、理論と諸システムの根本的な再検討を通じた、地域の健康福祉システムにおける新たなモデルの構築という、緊急の挑戦課題が我々に課されているように思われる。

(感性福祉研究所年報第13号、3-19, 2012)

目 次

「研究成果報告書」の発刊によせて

21世紀型健康福祉の在り方の探求：挑戦の途上にあつて

I. 研究成果の概要	.....	1
II. 研究成果報告		
1. A Group		
1). 皆川研究班	.....	23
2. B Group		
1). 山本研究班	.....	35
2). 河村研究班	.....	45
3). 光永研究班	.....	63
4). 大城研究班	.....	83
5). 西野研究班	.....	103
3. C Group		
1). 渡部研究班	.....	119
2). 阿部研究班	.....	141
3). 山本研究班	.....	163
4). 西野研究班	.....	179
5). 福富研究班	.....	203

I. 研究成果の概要

I. 研究成果の概要

1 学校法人名 梅檀学園 2 大学名 東北福祉大学

3 研究組織名 東北福祉大学感性福祉研究所 感性福祉研究センター

4 プロジェクト所在地 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘 6-149-1

5 研究プロジェクト名 ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究
-ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上法の開発-

6 研究代表者

研究代表者名	所属部局名	職名
萩野 浩基	東北福祉大学	学長・所長・センター長

7 プロジェクト参加研究者数 23 名

8 該当審査区分 理工・情報 生物・医歯 人文・社会

9 研究プロジェクトに参加する主な研究者

研究者名	所属・職名	プロジェクトでの研究課題	プロジェクトでの役割
阿部 四郎	東北福祉大学・教授	ヘルス・システムの変容	ヘルス・プロモーション政策の再検討
園田 洋一	東北福祉大学・教授	ヘルス・システムの変容	ヘルス・プロモーション政策の再検討
山本 光璋	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・プロモーション理論の構築 ヘルス・リテラシーのモデル化
水野 康	東北福祉大学・准教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・プロモーション理論の構築
皆川 州正	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・リテラシーのモデル化
河村 孝幸	東北福祉大学・准教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・リテラシーのモデル化
阿部 一彦	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	障害者ヘルス・リテラシー向上法の創案
三浦 剛	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	障害者ヘルス・リテラシー向上法の創案
高橋 誠一	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	高齢者ヘルス・リテラシー向上法の創案
金 政信	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	高齢者ヘルス・リテラシー向上法の創案
渡部 芳彦	東北福祉大学・准教授	ヘルス・リテラシーの向上法	高齢者ヘルス・リテラシー向上法の創案
杉本 是明	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	大学生ヘルス・リテラシー向上法の創案
山口 政人	東北福祉大学・講師	ヘルス・リテラシーの向上法	大学生ヘルス・リテラシー向上法の創案
西野 美佐子	東北福祉大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	子どものヘルス・リテラシー向上法の創案
三浦 和美	東北福祉大学・准教授	ヘルス・リテラシーの向上法	子どものヘルス・リテラシー向上法の創案
水野 一枝	東北福祉大学・特別研究員	ヘルス・リテラシーの向上法	子どものヘルス・リテラシー向上法の創案

(共同研究機関等) 小坂 健	東北大学大学院・教授	ヘルス・システムの変容	ヘルス・プロモーション政策の再検討
田中 喜代次	筑波大学大学院・教授	ヘルス・システムの変容	ヘルス・プロモーション政策の再検討
長田 久雄	桜美林大学・教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・プロモーション理論の構築
前田 忠彦	統計数理研究所・准教授	ヘルス・リテラシーに関する理論的基礎づけ	ヘルス・リテラシーのモデル化
坪井 明人	東北大学・准教授	ヘルス・リテラシーの向上法	高齢者ヘルス・リテラシー向上法の創案
諏訪 雅貴	東北工業大学・准教授	ヘルス・リテラシーの向上法	大学生ヘルス・リテラシー向上法の創案
鈴木 道子	尚綱学院大学・教授	ヘルス・リテラシーの向上法	子ども及び学生ヘルス・リテラシー向上法の創案

10 研究の概要

(1) 研究プロジェクトの目的・意義及び計画の概要

目的: 本研究プロジェクトは、「ポジティブ・ヘルス」の視点に立った、ヘルス・リテラシー向上法の開発を目的としている。その背景には、健康問題が社会のあらゆる領域に浸透し、人々は、ますます、自らの健康についてモニターし、維持するよう促されているが、今日の健康問題へのアプローチは「ネガティブ・ヘルス」の概念に基づく「守り型」に偏りすぎているという時代認識がある。本プロジェクトは、「健康」という用語によって表現される人々の幸せは、負の状態が解消されることで完結的に達成されるものではなく、より積極的に「生きること」の質の向上が基本にならなければならないという理念に立って、哲学(各人の存在の尊重)、目的(自己実現の機会の確保と拡大)、知識や技能(経験的実効性)を基盤とする、健康の維持・増進法の基本的要素となるヘルス・リテラシーの向上法の開発を図ろうとするものである。

意義: 今日の人口構造の変化・疾病構造の変化・新たな各種リスクの判明による「健康不安」の増大、消費文化における「健康ブーム」、政府による「健康増進運動」等によって、健康と病気をめぐる世界が従来の保健・医療の領域をはるかに超えて社会生活の全面を覆い、「健康」が人々の日常生活における不可欠の価値用語となり、国及び地方政府の多くの政策領域で「健康増進」が政策常套句になっている。しかし、そうした健康問題への種々の取り組みが展開される世界を「ヘルス・システム」として捉えると、そこには、健康や病気をめぐる基本的な諸概念と健康や病気の問題への取り組みのいずれにおいても、大きな揺らぎや混線が生じている。本研究プロジェクトでは、そうした「ヘルス・システム」の現状を分析し、特に、ヘルス・プロモーションやヘルス・リテラシー概念に焦点をあて、それらに関わる諸施策や処方が基礎においている諸理論の再検討を通じて、それらのあり方の見直しを図るが、この種の研究企図に対する社会的要請は、現代の時代変化を背景にして、今後ますます大きくなると思われる。

計画: 本研究プロジェクトは、相互に関連する三つの研究課題

- 【A】ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考
- 【B】ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ
- 【C】各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発

を設定して、研究作業を実施することとし、これらの作業工程に関し、設定した年度別研究計画は、以下の通りであった。

平成21年度:ヘルス・システム、ヘルス・プロモーション、ヘルス・リテラシーの実態と理論の現状に関する検討から課題を析出し、課題解決に向けた試案的モデルを組

み立てる。

平成 22 年度：ヘルス・システム、ヘルス・プロモーション、ヘルス・リテラシーに関する理論の改鑄と課題解決のために提案するモデルの実効性の検証作業を行う。

平成 23 年度：ヘルス・システム、ヘルス・プロモーション、ヘルス・リテラシーに関する新たな理論を確立し、それに基づく具体的な問題解決法を提示する。

(2) 研究組織

本研究プロジェクトでは、東北福祉大学感性福祉研究所運営委員会一 所長、所長代行、事務局長、3 名の副所長から構成される一の下に組織された「戦略的研究基盤形成支援事業総括班」一 14 名で構成される一によって、研究の進行を管理する方式を導入した。

研究組織の編成については、本研究プロジェクトの設定する研究課題が、身体的、心的、社会的存在としての全人的個体モデルを指定する多専門型かつ応用・開発型のテーマであることから、異なる分野の研究者が学内及び学外の研究機関から糾合されており、研究の実作業においては「主な研究者」以外に多数の研究協力者も参加している。

その上で、本研究プロジェクトの課題達成に向け、問題連関と共同研究の実効的な進行という点から、相互に関連する大きな部分集合として三つの作業グループ三つの研究課題項目に対応する、A「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」、B「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ」、C「各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発」一を設定した。

さらに、B グループについては、b1; 文献収集とレビュー研究、及び、本研究プロジェクトに先行する学術フロンティア推進事業(平成 16-20 年度)の研究作業を通じて開発した、「ポジティブ・ヘルスの視点」に立った健康向上法の実践活動一b2; メディカル・フィットネス、b3; カウンセリング・エステ、b4; クリニカル・アート、b5; 児童の社会性練磨一のアクション・リサーチをサブグループとした。C グループについては、高齢者、障害者、学生、児童、地域を担当するサブグループを設定した。

参加者一覧

No.	研究課題の分担			氏名	所属・職名・専門
	A	B	C		
1	プロジェクト代表者			萩野 浩基	本学・学長・感性福祉研究所・所長
2	総括班代表			○阿部 四郎	本学・教授・地域政策
3	◆		地域・学生	園田 洋一	本学・教授・産業労働社会学
4	◆		障害者○	○阿部 一彦	本学・教授・障害者福祉学
5	◆		高齢者○	○渡部 芳彦	本学・准教授・地域歯科医療&老年歯科
6	◆		学生	杉本 是明	本学・教授・心身医学
7	◆		学生	山口 政人	本学・講師・生物資源科学
8	◆		児童○	○大関 信隆	本学・准教授・心理学
9	◆○	◆ b1	高齢者	○渡邊 誠	本学・教授・高齢者歯科学
10	◆○	◆ b1	地域	○小坂 健	東北大学・教授・公衆衛生学
11	◆	◆ b1	地域	相田 潤	東北大学・助教・公衆衛生学
12	◆	◆ b1	地域・学生	田中喜代次	筑波大学・教授・健康スポーツ医学
13	◆○	◆○b1	地域・学生○	○皆川 州正	本学・教授・心理学
14	◆	◆ b1	地域○・学生	○福富 哲也	本学・教授・民事訴訟法
15	◆	◆ b1	地域・学生	庭野 賀津子	本学・准教授・コミュニケーション障害学

16	◆	◆ b1	地域・学生	大内 真弓	本学・准教授・健康情報計測
17	◆	◆ b1	地域・学生	水野 康	本学・准教授・睡眠科学
18	◆	◆ b1	地域・学生	前田 忠彦	統計数理研究所・准教授・統計科学
19	◆	◆ b1	地域・学生	高安 秀樹	株式会社ソニーコンピュータサイエンス研究所・シニア研究員・統計物理学
20	◆	◆ b1	高齢者・学生	長田 久雄	桜美林大学・教授・老年心理学
21	◆	◆ b1	高齢者・学生	白川 修一郎	国立精神・神経医療研究センター・客員研究員・睡眠科学
22	◆	◆ b1	地域・学生	山口 行治	実行データサイエンス株式会社・社長・臨床試験学
23	◆	◆ b1	高齢者○	○坪井 明人	東北大学・准教授・加齢歯科学
24	◆	◆○b1○	地域・学生○	○山本 光璋	本学・教授・生体情報学
25	◆	◆ b2○	地域・学生	○河村 孝幸	本学・准教授・心臓リハビリテーション
26	◆	◆ b2	障害者	齋藤 昌宏	本学・特任准教授・介護予防&健康づくり
27	◆	◆ b2	地域・学生	鈴木 玲子	本学・特任准教授・運動学
28	◆	◆ b2	地域・学生	藤田 和樹	大阪大学・准教授・体力医学&運動学
29	◆	◆ b3○	障害者○	○光永 輝彦	本学・特任教授・経営社会学
30	◆	◆ b3	高齢者	高村 元章	本学・准教授・理学療法学
31	◆	◆ b5○	児童○	○西野美佐子	本学・教授・家族心理学&教育心理学
32		◆ b1	障害者・学生	杉田 義郎	大阪大学保健管理センター・教授・精神神経科学
33		◆ b3	障害者	根岸 直樹	本学・教授・生体材料科学
34		◆ b3	障害者	佐藤 俊人	本学・准教授・心理学
35		◆ b4○	障害者	○大城 泰造	本学・准教授・臨床美術
36		◆ b4	障害者	青木 一則	本学・准教授・臨床美術
37		◆ b4	障害者	保坂 遊	聖和学園短期大学・准教授・臨床美術
38		◆ b4	障害者	西田 清子	榊芸術造形研究所・代表取締役・臨床美術
39		◆ b4	障害者	宇野 正威	吉岡リハビリテーションクリニック・院長・臨床美術
40		◆ b4	障害者	木村 伸	木村クリニック・院長・臨床美術
41		◆ b4	障害者	関根 一夫	ミッション・エイド・クリスチャン・フェローシップ 牧師・臨床美術
42		◆ b4	障害者	武者 利光	株式会社 脳機能研究所 代表取締役社長・臨床美術
43		◆ b4	障害者	河合 規仁	東北文教大学 准教授・臨床美術
44		◆ b5	児童	西野 毅史	本学・助教・映像制作
45			地域・学生	金 義信	本学・特任准教授・国際武道文化論
46			地域・学生	本田 秋子	本学・学芸員・工芸
47			地域・学生	赤松 千鶴	本学・特別研究員・リハビリテーション
48			障害者	三浦 剛	本学・教授・障害者福祉&社会福祉援助技術
49			障害者	千葉 伸彦	本学・助教・障害者福祉&福祉教育
50			障害者	高野 亜紀子	本学・助教・障害者福祉&障害科学
51			障害者	工藤 洋子	本学・講師・慢性疾患の看護&在宅介護
52			障害者	矢吹 知之	本学・講師・障害者スポーツ&認知症介護
53			障害者	小崎 浩信	本学・准教授・障害者スポーツ&リハビリテーション
54			障害者	阿部 利江	本学・助手・障害者福祉&福祉教育
55			障害者	佐藤 泰伸	本学・助手・障害者スポーツ
56			高齢者	高橋 誠一	本学・教授・高齢者福祉&福祉経済学
57			高齢者・地域	金 政信	本学・教授・福祉情報学

58		高齢者	広浦 幸一	本学・准教授・福祉リスクマネジメント
59		学生	大泉 雅史	本学・嘱託職員・運動学
60		学生	諏訪 雅貴	東北工業大学・准教授・健康科学
61		学生	鈴木 道子	尚綱学院大学・副学長・教授・内科系臨床医学&生活科学
62		学生	稲瀬 正彦	近畿大学・教授・生理学&脳科学
63		学生	滝澤 武	帝京大学・講師・健康科学&精神保健社会学
64		学生	石出 信正	仙台白百合女子大学・教授・内科学
65		学生	尾股 健	宮城教育大学・教授・保健管理学
66		児童	平川 昌宏	本学・助教・心理学
67		児童	三浦 和美	本学・准教授・小学校社会科教育法
68		児童	水野 一枝	本学・特別研究員・睡眠環境&睡眠時の体温調節

※研究課題の分担の○印は、各研究グループ及びサブ研究グループの責任者 ※氏名の○印は、総括班メンバー

<研究代表者の役割>

研究代表者は本研究プロジェクトの発案者である。したがって、研究所長として研究所全体の運営を統括し、また、運営委員会の主宰者として、本研究プロジェクトの進行がその理念と目的に則ってなされているか、経理が適正に執行されているか、成果が達成されているかを、総括班及び事務局を介して監督する役割を担っている。

<各研究者の役割分担や責任体制の明確さ>

感性福祉研究所運営委員会の下に総括班を設置し、その管理下で A、B、C 各グループ単位、およびサブ研究テーマ単位の階層的な研究実施体制を構築したことにより、各研究者の役割分担や責任体制を明確なものとした。即ち、本研究プロジェクトに参画している研究者は「主な研究者」24名と研究協力者44名を含む総勢68名に及ぶ大規模なものであるが、個々の研究者は本研究プロジェクトの最終目標である各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発のサブグループのいずれかに属する形になっている。したがって本研究プロジェクトにおける責任体制は、研究課題別グループABCのリーダーと、各サブグループのグループ統括者—それら両者が総括班メンバーとなる—及び総括班代表者との間の双方向の情報の流れをスムーズに保つことができる体制の構築によって確保した。

<研究プロジェクトに参加する研究者・大学院生・PDの状況>

本研究プロジェクトに参加した研究者68名中、東北福祉大学に所属する教員等は44名、他大学等の関係者は17名、企業の研究所等の研究者は7名であった。大学院生については、Bグループのサブグループを構成する健康向上の実践活動には、補助者として参加しているが、本研究プロジェクトへの研究協力者としては参加していない。PDについては、受け入れていない。

<研究チーム間の連携状況>

本研究プロジェクトは、応用・開発に重点を置いた、多分野にまたがる学際性の強い研究であることから、研究チーム間の連携を密接に保つことが重要である。そのため、総勢68名の研究者は、その2/3が複数グループに所属する一方、A、B、Cの各グループはディスカッションを旨とする研究会—特にBグループは高頻度にわたる多数回の研究会—を開催し、また、A、B、Cに属する全メンバーが参加する全体研究会の開催によって、研究チーム間の連携を果たす仕組みを導入した。また、総括班会議の度重なる開催が、連携強化の場となった。

<研究支援体制>

- (1) 事務局体制-----事務局は感性福祉研究所にあって、本研究プロジェクトの研究計画の立案、予算案の作成、並びに予算執行等、研究管理に必要なあらゆる事柄について、個々の研究者、特に研究グループ・リーダー及びサブグループのリーダーとの間の連絡調整に当たっている。予算執行については、毎年度、個別研究グループ及びサブグループの研究計画が認められ、研究が開始された後であっても、一定額以上の物品等の購入、旅費や人件費の執行に当たって、研究者は『経費執行の手引き』に従って起案書を事務局に提出し、事務局財務部の点検を受けなければ予算執行が出来ない仕組みになっており、事業費の適正な支出が図られた。
- (2) 研究倫理委員会-----本研究プロジェクトの個々の研究は全てがヒトを対象にした研究であり、したがって、研究倫理審査は必須である。本研究プロジェクトの実施において該当する研究作業については、東北福祉大学に設置されている研究倫理委員会に審査を付託し、その認可を経て研究作業に着手するという手続をとった。
- (3) 感性福祉研究所年報委員会-----感性福祉研究所が公刊する年報が、毎年度の研究成果を公表する場となってきた。年報は、査読委員会の審査を経て、その成果公表の役割をもつことに加えて、本研究プロジェクトの社会に対するアカウンタビリティを果たすため、総括班による研究進捗状況に関する報告も併せて掲載することとした。
- (4) 感性福祉研究所MRI装置実務委員会-----感性福祉研究所に設置されたMRI装置を利用する実験研究が安全かつ適切に行なわれるよう、初回の利用者に対して講習会出席を義務付け、MRI実務委員は実験が安全を配慮して行なわれているか、実際に立ち会って点検しており、講習会の内容が正しく実践されていることを確認した。

<共同研究機関等との連携状況>

本プロジェクトにおける研究は学際性と応用・開発の視点から、拠点校の東北福祉大学の研究資源だけでは不十分であり、したがって、全国の大学、民間研究所、医療福祉機関等から研究者を迎えて研究作業を行った。三つの課題研究グループのうち、Aグループでは、9研究機関連携、Bグループでは11研究機関連携、Cグループでは22研究機関連携である。本プロジェクトに「共同研究者」や研究協力者として参加した東北福祉大学以外の研究者の所属機関は、下記の通りである。

- (1) 大学関係として東北大学、筑波大学、大阪大学、東北工業大学、東北文教大学、尚絅学院大学、近畿大学、帝京大学、仙台白百合女子大学、宮城教育大学、桜美林大学、聖和学園短期大学、(2) その他の研究機関として国立精神・神経医療研究センター、統計数理研究所、(3) 民間研究機関として実行データサイエンス(株)、(株)ソニーコンピュータサイエンス研究所(4) 医療福祉機関として吉岡リハビリテーションクリニック、木村クリニック、(7) 民間企業として(株)芸術造形研究所、(株)脳機能企業研究所

(3) 研究施設・設備等

感性福祉研究所(使用総面積 3,963 m²)には、本事業によって整備した研究施設・設備等はない。現施設の利用者数は、本事業に参加する研究者数 68 名を含め約 150 名である。

(4) 研究成果の概要

本研究プロジェクトの研究計画において掲げた三つの研究課題に即して、研究成果の概要を述べることとする。

- (1) ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考
今日の健康と病気をめぐる世界を従来の保健・医療の領域を超える、より広い「ヘルス・シ

システム」と捉えると、そこには、方向を異にする諸傾向—長寿化の進行と「長命地獄」の深刻化、リスクの増大による安全価値の優位とセーフティネットの希薄化や機能不全、日常生活の医療化と代替医療の成長、疫学的臨床のリスク計算に基づく健康増進と消費文化的ヘルシズムなどが作用しており、それらが人々の「健康意識にどのように反映されているかを解明することが本研究プロジェクトの最初の課題となり、そのため一般住民を対象とする『健康観に関する調査』を実施した。

調査は、宮城県内の二つの町を対象地域とし、無作為抽出による成人 5,000 名に対する無記名式アンケートを郵送し、回収する方法で実施した。質問紙は、健康理解(48)、健康の維持・増進の主要方策(4)、健康の秘訣(11)、健康情報源(7)、生活習慣(7)、主観的健康感(4)、本プロジェクトが開発を試みている健康向上活動(10)、及び健康機能感(10)などを含む総計 125 項目から構成されている。結果は、有効回答数 2,590(回収率 51.8%)であった。

その調査資料の分析から引き出された知見の主なものを列記すると、以下の通りであった。

- ・通常の健康意識調査で使用される「主観的健康感」や「元気意識」は、主として身体的健康を反映し、本プロジェクトが開発中の「健康機能感」項目は身体的・精神的・社会的健康いずれをも反映することが確認された。
- ・「健康をどのように理解しているか」に関する 48 項目について、因子分析を行った結果、ネガティブ・ヘルスに相当する「疾病回避的健康理解」、ポジティブ・ヘルスに相当する「全人的健康理解」及び「個別体験的健康理解」と解釈できる三因子—以下それぞれ N 群、P 群、I 群と略記—が析出された。
- ・健康理解と「健康問題へのアプローチ」—個人あるいは社会による病気の予防重視、個人あるいは社会による生活習慣の重視の 4 つ—との関連をみると、N 群は、病気の予防と社会による生活習慣の重視の三者いずれとも高い相関を示し、P 群は、4 つの方策いずれとも中程度の相関を示し、I 群では、個人による二つの方策との間で低位の相関が示された。
- ・三つの健康理解の仕方のそれぞれを高・低の二群に分割して「健康に向けた行動」—健診、健康志向、健康向上行動—との相関をみると、三つの健康理解いずれについても高群が低群に比べ三つの行動項目のすべてで高い値を示すが、特に最も高い値を示すのは P 群であった。
- ・健康理解の三因子間には正の相関があり、個人の意識の中でのそれらの併存が想定されることから、N の高低と P の高低の交差から 4 群に分割すると、N 低 P 低 (30.7%)、N 高 P 低 (14.1%)、N 低 P 高 (13.2%)、N 高 P 高 (31.9%) の 4 群となる。そして、「健康問題へのアプローチ」との相関では、4 つの方策いずれについても、N 高 P 高群が最も強く重視し、N 低 P 低群では、それらを重視する度合いが弱い。また、「健康に向けた行動」—健診、健康志向、健康向上行動—との関連では、その 3 項目いずれについても N 高 P 高群が最も高く、N 低 P 低群が最も低い値を示すことが見出された。
- ・健康理解、健康の秘訣、健康志向、健康向上行動、健康機能感の関連をみるために行ったパス解析の結果からは、「全人的健康理解」と「健康の秘訣」の間には強い相関がみられ、三つの健康理解のうち、「全人的健康理解」が「健康向上行動」と密接に関連し、それが「健康機能感」につながっていることが明らかになった。

これらの知見は、本研究プロジェクトの目的の重要性を裏づけているだけでなく、1980 年代に従来の「健康教育」に置き換わって「健康増進」の用語が多用され、最近 10 年ほどの間に「ヘルス・リテラシー」の用語が急速に使われ出すという背景の中で、改めてそれらの概念内容及び連関について再検討し、明確化される必要のあることを含意している[※5,※6]。

(2) ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ

健康は生老病死という人間の条件に向き合うなかでの人間の希求を表すカテゴリー概念といえるが、その具体的内容は状況依存的な歴史的形成物であり、そこに包含される諸価値、

それらを実現するための資源、処方、制度は歴史的変遷を経ているため、論争的概念である。また、健康や病気の決定因に関する注目点の拡張と重点の変化、従来型対処法に対する批判から生まれる政策革新を通じ、健康増進、健康教育、ヘルス・リテラシー等の用語法や概念規定の変化が伴うため、それらの概念も論争的である。

本プロジェクトに於いては、そうした概念の混乱を整理し、自らの理論上の位置づけを明確にするため、文献調査とレビューを実施した【※5,※6】。

その際、健康及び健康増進の概念規定に含まれる固有の教育及び知識や技能の種類は何かを明確にするという見地から、理念的に、ヘルス・システムにおける課題解決のための方策に関する4つの概念連関モデル—個人を価値の単位とする①「ネガティブ・ヘルス概念に基づく予防的・医学的モデル」と②「ポジティブ・ヘルス概念に基づくエンパワーメント・モデル」、社会を価値の単位とする③「古典的な公衆衛生モデル」と④「拡張された健康決定因に基づくコミュニティー・エンパワーメントモデル」—を抽出した【※1】。

健康・健康増進・健康教育の概念連関モデル

モデル	価値の単位	健康概念	健康増進		健康教育		エビデンス
		ネガティブ ポジティブ	リアクティブ	プロアクティブ	ねらい	リテラシー	
①	個	病気の欠如	治療	予防	情報と知識の移転	対象知と情報技能	疫学的
②	人	ウェルビーイング	生きる力の回復	個人のエンパワーメント	学習と省察の支援	実践知と人生技能	物語的
③	社	社会の病いからの自由	匡正	リスク管理	情報と社会技術の移転	社会規範と組織技能	統計的
④	会	持続可能なよき社会	復活	コミュニティーのエンパワーメント	意識変革と参加の支援	批判力と社会関係資本	歴史的

また、本プロジェクトでは、健康教育が健康の維持増進における推進力であり、ヘルス・リテラシーは健康向上行動への性向を増大させる知と技能であるとしているが、具体的な健康の維持増進処方の実践過程で体験的学習がどのように達成されるかについて、4つのアクション・リサーチ・グループの検討から知見を得ることとした。

「メディカル・フィットネス」では、サービスの受け手の健康観がその効果に少なからぬ影響をもつことが示唆されることから、健康に関する理解と実践の組み合わせの創意工夫がより求められること【*2,*11】、「カウンセリング・エステ」では、認知症や脳梗塞等の超高齢者を対象に、施術による満足感、自信、よろこびの獲得が積極的な行動への一要因になること【※3】、「クリニカル・アート」では、造形活動を通じて自己の感性を開放し、表現の達成感の獲得が健康姿勢や健康状態に好ましい影響を与えていること【*3,*12】、「児童の社会性練磨」では、体験型の感性理解と表現という学習形式が対人関係上の基礎教育として有益であること【※10,※22,※26,※37】、がそれぞれ報告された。

それらの報告は、それぞれのサービスの実習において、サービスの受け手の実行行動と実感的内省の相互作用が働く場合に効果が上がることを示唆している。

以上のレビュー研究とアクション・リサーチに基づき、本研究プロジェクトは、次の三点—①「全体論的視点」：健康を他の諸価値を達成するための手段価値であると同時にそれ自体内在的な価値を有する目標価値と捉えること、また、健康を身体的、精神的、社会的健康の間のバランスと捉えること、②「多角的・複眼的視点」：健康概念におけるネガティブとポジティブ、価値の主体である個人と社会の間には、対極的ではなく相補的な関係があり、従って、4つの概念連関モデルを相互に排他的に捉えるのではなく、それらの間で緊張を含んだバランスをとることが重要であり、いずれかに偏重した場合には、かえって、「専門家依存」、「道徳

主義的ヘルシズム」、「監視型社会」、「動員型社会」などに導く恐れがある、④「ボトムアップの自発性の尊重」:健康についての人々の知覚に内包されている諸価値や概念から絶縁された、上からの教宣では健康の維持・増進は達成されず、実人生や日常経験の中に根づく自己学習を重視する一を立脚点とした。

今日のヘルス・システムの現状認識に基づき、それらの立脚点を具体化する、ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシー向上法の一般的モデルとして、本プロジェクトに先行する「学術フロンティア推進事業(平成 16-20 年度)において開発した「tfu 元気点検票」一食事・呼吸・睡眠・体温調節・運動・心の働き・人との接し方・自然及び社会環境・安心の 9 カテゴリーに関する総 96 項目の自己点検項目からなる一のヴァージョン・アップと洗練化を通じて、「能動的健康理解力向上自己生成システム(ニックネーム:tfu 元気点検道場)」を創案し、全国の学生もアクセス可能なウェブ上のシステムとして開設した。

このシステムには、健康に導く生活習慣に関する全人的知識と経験則に則して、点検者の生活習慣を観察し評価する自己確認型の項目文が組み込まれており、生活習慣の実践処方機能をもつ健康向上行動項目(50 項目)と自己管理目標の到達度評価機能をもつ健康機能感項目(21 項目)に関する自己評価、そして複数回の実施による時間軸上の2点における評価値を動的な「元気姿勢」として順次に定量化されることを通じ、自己観察、自己評価、自己生成の好循環が生まれ、健康の維持・増進に向けた生活の自己管理デザインを可能とするシステムであり、現在は効用の検証作業に入っている[※9]。

(3) 各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発

創案された「能動的健康理解力向上自己生成システム」は、一般成人及び大学生の健康教育においてはほぼ適合的であるが、それぞれ異なる諸条件と人生課題を持つ集団をターゲットとする、よりテイラー・メイドなヘルス・リテラシー向上法のバージョンを開発する必要がある、本プロジェクトにおいては、高齢者、障害者、大学生、児童の4つを対象集団とする研究グループと、加えて、個人のエンパワーメントとコミュニティーのエンパワーメントの両者を複合させ、具体的個別地域を対象とする地域モデルを創案するグループを編成した。

① 高齢者のヘルス・リテラシー向上法の創案

まず、高齢者の「健康観」に関する意識調査一住民調査の回収票のうちの前期高齢者 501 名と後期高齢者 575 名分の分析・検討を行い、一般高齢者について、近年の先行研究を支持する結果を明らかにした。しかし、高齢者をさらに前期と後期、介護の有無、独居と同居の群別に分析すると、多様な高齢者の在りように応じた、多岐にわたる対処の必要も明らかになった。次いで、老人福祉センターにおいて、パソコン・サークルに集う高齢者の協力を得て、「元気点検票」の高齢者バージョンの検討を行い、高齢者対応のヘルス・リテラシー向上法モデルの試案を作成した。現在は、その試案モデルの実効性の検証作業に入っているが、そのモデルの普及の方法をも併せて検討する必要があるため、大学近隣の地域で活動している地域リーダーにヒアリング調査を行い、地域における高齢者の健康対策や生活支援の活動とリンクする方法が有効であるとの示唆を得た[※34, *1]。

② 障害者のヘルス・リテラシー向上法の創案

障害のある人の健康増進や社会参加に関するニーズの把握や健康の維持増進支援体制の構築のため、計画初年度においては、直接的な障害者支援管理者、障害者団体活動主催者及び施策担当行政機関を対象として実施したヒアリング調査で概要把握を行い、計画 2 年度に、障害当事者や支援者を対象とした量的調査(対象者 456、回収数 245、回収率 53.7%)を実施した。それら 2 種類の調査結果から、障害者の側に健康の維持増進活動への

参加や社会参加への関心と意欲が半数以上を大きく超えてかなり多くあるが、障害の多様性に対応する個別のニーズを充足するプログラムの開発はこれまでほとんどなされておらず、また、健康の維持増進や社会参加の活動に参加するために、障害のある人にとって必要となる支援の内容や方法、参加の場や機会の提供、参加を支援する人材の確保や社会的支援ネットワークの構築も併せて課題となることが明らかになった。しかし、本プロジェクトによる障害者の健康の維持増進、リテラシー向上に関する調査への取り組みを通じて、関係者に問題意識を喚起することになり、両調査への協力者が参集し、横断的連携からなる「障害者の健康に関する研究会」が発足して定例化し、上記の課題解決に向けた提言をまとめるまでに到ったことは、大きな成果であり前進である【※8,※11,※20,※27】。

③大学生のヘルス・リテラシー向上法の創案

大学生の健康理解の構造を捉えるために実施した調査(2009年11~12月)資料を基に、「健康理解」の項目に関する回答の因子分析を行った結果、「疾病回避的」「精神的社会的」「目的志向的」「個別的」健康理解と解釈できる4因子が析出された。そして、それらの因子と「健康問題へのアプローチ」との関連をみると、「疾病回避的」が社会による生活習慣重視と、「精神的社会的」は社会からの病気予防や生活習慣重視と、「目的志向的」は個人による生活習慣重視と有意な相関を示すが、一般住民の場合に比べると、健康理解と「健康問題へのアプローチ」の間の相関度は全体的に低く、健康理解が意識の中で構造化されていないという若い年代の特徴が現れていた。また、計画2年度に、健康理解に関する質問紙と「tfu元気点検票」の併用による調査をパネルで行った。その結果の分析によると、「tfu元気点検票」の実施による健康向上行動の向上の効果はほぼどの行動項目についてもみられたが、健康理解における深化は、「疾病回避的理解」を除いてそれほど顕著にはみられなかった。それらのことから、大学生の場合には、「tfu元気点検票ガイドブック」を使う「tfu元気点検票」の実施に加えて、健康についての自らの理解の仕方の内省を促すような、健康教育の各種メディアの開発が課題となり、実験的な健康教育授業の実施や「元気点検カルタ」の作成とカルタ大会の実施、作文コンクールなどの方法を試みている【※4,※5,*6,*7,*8,*9,*10】。

④児童のヘルス・リテラシー向上法の創案

児童のヘルス・リテラシー向上法の開発を考える際、まず、児童の成長・発達が、大きく依存している足場でキーパーソンの先導的役割を担う存在に注目する必要がある。そこで、幼稚園・保育所と小学校の教師に焦点をあて、教師の視点から児童の健康状態、健康教育、健康の維持増進活動がどのように捉えられているかの調査を実施した。その結果の分析から、教師が把握する健康教育領域として、幼児の場合には、対人関係能力、心理的積極性、身体的充実、安定した生活リズム、衛生行動の確立、健康維持活動の6領域、小学生の場合にはさらに余暇の充実と正しい食生活を加えた8領域が抽出され、教師の働きかけが必要な領域は、対人関係能力と健康維持活動—幼児ではそれらに安定した生活リズムが加わる—であると認識されていることが明らかになった【※13,※14,※28,※29,※30,※31】。また、幼稚園・保育所から小学校への移行期にある子供理解として、情報がどのように伝達されているかを把握するために、両者の教師を対象として実施した調査の分析から、伝達の必要のある重要事項について両者間に不一致のあることが明らかになった。それらの発見をふまえ、児童自らが自分の健康状態について気付く手掛りが得られ、かつ教師にとっても児童の健康の実態を全体論的に捉える健康点検票の開発と、児童の健康の維持増進に向けて、幼稚園・保育園や学校と家庭や地域とが連携して行う取り組みを具体化するシステムづくりの検討が課題になっている【※18,※19,※23】。

⑤ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案

高齢者、障害者及び児童の場合にみるように、個人のエンパワーメントのためには、地域コミュニティのエンパワーメントとの連携や社会関係資本の育成が必要である。そのため一方で、個人のエンパワーメントのため、地域で多様な活動をしている趣味やボランティア・グループを対象に「能動的な健康理解力向上自己生成システム」や「tfu マイカルテシステム」の効用の検証作業を行っているが[*4,*5]、同時に、地域のエンパワーメントのため、具体的対象地域を定めて一本プロジェクトでは、住民意識調査を実施した2町が対象となる、「拡張された健康決定因に基づくコミュニティ・エンパワーメントモデル」の構築に必要な事項に関する調査が必要である。しかし、「3.11 東日本大震災」の発生により、その2町が地震と津波の被災地域となったため、調査の実施が不能となった。

<優れた成果があがった点>

人びとの健康意識調査に「健康理解」(ヘルス・リテラシー)という媒介変数を導入したことにより、健康教育が健康の維持・増進(ヘルス・プロモーション)の駆動力になることを明確にし、次いで、健康理解と健康増進行動を一方向的因果連鎖としてではなく、健康理解の向上と健康増進行動の実践とを相補関係にあるものとして捉え、日常的な健康維持増進行動の自己点検と健康機能の実感的な自己確認が自己強化の好循環を引き起こす、自己制御型の「能動的な健康理解力向上自己生成システム」を開発したことである。

<問題点>

本プロジェクトは、計画年次2年目の末に、「3.11 東日本大震災」に遭遇したことにより、参加研究者の大半(総勢 68 名中 52 名が仙台市及び近郊に在住)が被災し、研究の手段と環境(自宅及び勤務大学)が大きく毀損され、また、大きな困難を抱える被災者の救援や支援活動に従事する必要も生じ、さらに、調査環境も大きく変わり、地域住民を対象とするモデルの実効性の検証作業や調査の実施が殆ど不能になり、最終年度の作業遂行に大きな支障が生じた。加えて、研究成果の公表—特に研究論文・著書の作成も大きく阻害された。

さらに、今回の地震・津波・原発事故の複合大災害が、健康問題研究が通常は所与としてきた生活基盤や地域社会に壊滅的な被害をもたらしたことから、健康問題研究に対してもより根本的なインパクトを与えている。

<評価体制>

本研究プロジェクトでは、研究組織を組み立てる際に、研究の進行管理のために、総括班を設置した。この総括班は、研究作業を推進するための種々の企画や組織化の作業を行うだけでなく、研究計画と予算の適正性及び研究の進展について、自己評価作業を行うことも任務とした。そして、戦略的研究基盤形成支援事業という社会的付託に適う水準の実績と、適正な運営に対するアカウンタビリティを果たすため、毎年度末に自己評価の総括を行い、その結果を感性福祉研究所年報の誌上に公表している。また、研究評価作業と併せ、研究経費執行に関する監査については、法人として経費執行のチェック機能を強化・推進するために設置されている東北福祉大学の監査室に、監査の作業を付託している。さらに、全体研究会は、全国 160 の大学への参加呼びかけの下で、参加研究者以外からの評価も受け、オープンな形で開催されている。そして、それらの作業をさらに全体的に点検する機能を感性福祉研究所運営委員会が果たしている。しかし、当初最終年度に予定していた、外部評価委員会の設置による外部評価の実施は、大震災の発生により、取りやめざるをえなかった。

<研究期間終了後の展望>

大災害の発生は、ある日突然やってきて、我々の日常生活を一挙に崩壊させるが、今回の広域的複合大災害は、生活基盤や地域社会を崩壊させる壊滅的被害をもたらし、日常性の回復にはかなり長い時間を要する。そして、その復旧・復興の過程では、生活基盤の建て直しと地域社会の再生・再構築が課題となり、その課題達成のためには地域の福祉システムやヘルス・システムの再構築が重要な構成部分となる。とりわけ、ヘルス・システムの再構築という課題の達成は、本プロジェクトにおいて、概念連関の整理を通じて抽出した4つのモデルを、各々の被災地の様々に異なる諸条件の下で、如何に複合させてゆくかという問題である。従って、被災地に所在する大学として、また特に今回の研究プロジェクトを遂行している大学として、「被災地における福祉システムとヘルス・システムの再構築」の実践的な研究に取り組むことが社会的責任であると認識している。

<研究成果の副次的効果>

○東北福祉大学において、2011 年度に開講された初年次学生を対象にしたリエゾンゼミ I (2010 年度までの人間基礎論、いわゆる基礎ゼミ)における必修項目の一つとして「生活の自己管理デザイン」を挙げ、ポジティブ・ヘルスの視点が強調された「元気点検票」を活用したヘルス・リテラシー向上教育を開始した。

○特許取得:特許第 4711711 号 (発明の名称:元気・健康点検票; 発明者:阿部四郎、山本光璋、渡辺誠、他; 特許権者:学校法人梅檀学園; 取得日:平成 23 年 4 月 1 日)

○特許審査請求中:特願 2005-344720(発明の名称:元気姿勢測定装置; 発明者:阿部四郎、山本光璋、小松紘、松江克彦)

○商標登録:第 5427040 号 商標 元気点検票

指定区分:

第 41 類:技芸・スポーツ又は知識の教授、技芸・スポーツ又は知識の教授に関する助言・指導又は情報の提供、電子出版物の提供

第 44 類:健康診断、健康診断に関する助言・指導又は情報の提供、栄養の指導、医療情報の提供、入浴施設の提供、介護、医療用機械器具の貸与(登録日:平成 23 年 7 月 22 日)

11 キーワード

- | | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| (1) <u>ヘルス・システム</u> | (2) <u>ネガティブ・ヘルス</u> | (3) <u>ポジティブ・ヘルス</u> |
| (4) <u>ヘルス・プロモーション</u> | (5) <u>ヘルス・エデュケーション</u> | (6) <u>ヘルス・リテラシー</u> |
| (7) <u>予防</u> | (8) <u>エンパワーメント</u> | |

12 研究発表の状況(研究論文等公表状況。印刷中も含む。)

<雑誌論文>

*	査読	著者名	論文標題	雑誌名(巻)	発行年	ページ
※1		阿部四郎	21世紀型健康福祉のあり方の探究 挑戦の途上にあって	感性福祉研究所年 報第13号	2012	3-19
※2	有	阿部四郎	ヘルス・リテラシー概念に関する一 考察	感性福祉研究所年 報第13号	2012	23-38
※3	有	光永輝彦, 根岸直樹, 佐 藤俊人, 高村元章, 庭野 賀津子	サクセスフル・エイジングの視点か らみたカウンセリング・エステの実 践研究	感性福祉研究所年 報第13号	2012	39-57
※4	有	皆川州正, 山本光璋, 鈴 木道子, 滝澤武, 諏訪雅 貴, 稲瀬正彦, 石出信 正, 尾股健, 水野康, 庭 野賀津子, 大内真弓, 大 泉雅史, 河村孝幸, 鈴木 玲子, 福富哲也, 杉元是 明, 園田洋一, 山口政 人, 金義信, 本田秋子, 赤松千鶴, 前田忠彦, 長 田久雄, 田中喜代次, 白 川修一郎, 山口行治, 高 安秀樹, 杉田義郎, 藤田 和樹, 阿部四郎	「ポジティブ・ヘルスの視点に立った 『ヘルス・リテラシー向上法モデル』 の実効性の検討 -大学生を対象 とした調査-」	感性福祉研究所年 報第13号	2012	59-75

※5	有	皆川州正, 山本光璋, 水野康, 河村孝幸, 鈴木玲子, 庭野賀津子, 大内真弓, 前田忠彦, 福富哲也, 杉本是明, 山口政人, 長田久雄, 田中喜代次, 白川修一郎, 山口行治, 高安秀樹, 杉田義郎, 藤田和樹, 諏訪雅貴, 鈴木道子, 稲瀬正彦, 滝澤武, 石出信正, 尾股健, 阿部一彦, 渡部芳彦, 渡邊誠, 西野美佐子, 小坂健, 光永輝彦, 坪井明人, 高橋誠一, 大関信隆, 斎藤昌宏, 高村元章, 阿部四郎	健康理解力尺度の作成の試み – 一般住民と大学生の調査 –	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	5-21
※6	有	皆川州正, 山本光璋, 水野康, 河村孝幸, 鈴木玲子, 庭野賀津子, 大内真弓, 前田忠彦, 阿部四郎	一般住民の健康理解力に関連する要因の検討	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	23-44
※7	有	庭野賀津子, 河村孝幸, 水野康, 鈴木玲子, 皆川州正, 大内真弓, 西野美佐子, 山本光璋, 阿部四郎	ヘルス・リテラシー理論の再構築	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	45-54
※8	有	千葉伸彦, 阿部利江, 三浦剛, 高野亜紀子, 阿部一彦	障がいのある人の健康増進と社会参加に関するニーズ	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	55-68
※9	有	山本光璋, 水野康, 河村孝幸, 藤田和樹	自己点検に基づく再帰的健康向上スキーム – 生体情報学の立場から –	心身医学 51(2)	2011	116-127
※10	有	西野毅史, 松本祐一, 西野美佐子	児童の社会性練磨のプログラム開発 – 情操教育ソフトを用いた人形劇制作ワークショップの有効性 –	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	69-81
※11	有	千葉伸彦, 富樫亜紀子, 三浦剛, 阿部一彦	障がいのある人の健康と社会参加	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	35-49

※12	有	保坂 遊, 大城泰造, 青木一則, 西田清子	描画行為が健常者の脳活動に及ぼす影響 - 光トポグラフィー (NIRS)による検証-	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	51-58
※13	有	西野美佐子	幼稚園教師が把握する幼児の健康実態と健康教育の必要性 - 生活充実感と健康増進への取り組みとの関連を踏まえて-	保育と保健 16(2)	2010	67-73
※14	有	西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏	教師が把握する児童の健康実態と健康教育の必要性 - 学校における健康増進活動と連携との関連を踏まえて-	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	59-82
※15	有	平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆	保育者・小学校教員における情報伝達の重要性の認識に関する研究 - 小学校への移行時における子どもの共通理解をめざして-	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	83-94

<図書>

*	著者名	書名	出版社	発行年	総ページ数
※16	西野美佐子 共訳 監訳: 国立精神・神経医療研究センター	WHO 版 2011 年 Psychological First aid for field workers 心理的応急処置(サイコロジカルファーストエイド:PFA)-現場の支援者のガイド (日本語訳テキスト版)	2012.3.11.インターネット公開中 (出版準備中)	2012.3.	1-46
※17	ケア・宮城(役員: 西野美佐子)	被災者の心を支えるために-地域で支援活動をする人の心得-	公益財団法人プラン・ジャパン	2012.3.	1-18

<学会発表>

	発表者名	発表標題	学会名	発行年月	開催地
※18	西野美佐子, 平川昌弘	幼児の健康状態の理解と健康支援に関する研究(1)	日本発達心理学会第 23 回大会	2012 年 3 月	名古屋
※19	西野美佐子, 平川昌弘	幼児の健康状態の理解と健康支援に関する研究(2)	日本発達心理学会第 23 回大会	2012 年 3 月	名古屋

※20	千葉伸彦, 三浦剛, 阿部利江, 阿部一彦	障害のある人の健康増進と社会参加に関するニーズ -A 県 B 市におけるアンケート調査結果から-	第 59 回日本社会福祉学会	2011 年 10 月	千葉
※21	西野美佐子	発達障害児の話し合い活動に見られる発話分析 -フリートークのお話タイムでのテーマの発話内容のカテゴリ分析結果-	日本特殊教育学会第 49 回大会	2011 年 9 月	弘前
※22	西野美佐子, 西野毅史	情動表現を通して育む共感性 -情操教育ソフトを使用したワークショップ効果-	日本教育心理学会第 53 回総会	2011 年 7 月	札幌
※23	西野美佐子, 平川昌宏	小学校教師における健康教育と連携への取り組み -自由記述部分のカテゴリ分析結果から-	日本発達心理学会第 22 回論文集	2011 年 3 月	東京
※24	保坂遊, 宇野正威, 大城泰造, 青木一則	光トポグラフィーを用いた描画行為中の脳活動に関する検討 -描画方法及び経験が前頭前野に及ぼす影響-	臨床美術学会第 2 回大会	2010 年 11 月	東京
※25	大城泰造, ハンネレ・ニーニオ, ティーナ・プサ	日本とフィンランドにおける感性福祉実践にみる展望と課題	臨床美術学会第 2 回大会	2010 年 11 月	東京
※26	西野毅史, 松本祐一, 西野美佐子	情操教育ワークショップ用システムソフトウェアの制作 -社会性練磨のプログラム開発-	日本感性福祉学会第 10 回大会	2010 年 10 月	仙台
※27	千葉伸彦, 三浦剛, 富樫亜紀子, 阿部一彦	障害のある人の健康増進支援のあり方に関する研究 -福祉施設管理者および行政機関に対する聞き取り調査結果-	第 58 回日本社会福祉学会	2010 年 10 月	愛知
※28	西野美佐子	幼稚園教師が把握する幼児の健康実態と健康教育の必要性 -健康増進への働きかけと関連して-	東北心理学会第 64 回大会発表	2010 年 9 月	宮城
※29	西野美佐子	小学校教師が把握する子どもの健康実態と健康増進活動-児童の健康教育の必要度との関連からの考察-	日本特殊教育学会第 52 回大会発表論文集	2010 年 9 月	長崎

※30	西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏	教師が把握する児童の健康実態と健康教育への取り組みの必要度について(1) -働きかけの重要性に対する因子分析結果から-	日本教育心理学会第52回総会論文集	2010年8月	東京
※31	平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆	教師が把握する児童の健康実態と健康教育への取り組みの必要度について(2) -低学年担当教師と高学年担当教師の認識の違い-	日本教育心理学会第52回総会論文集	2010年8月	東京
※32	平川昌宏	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解-伝達情報に対する重要性の認識のずれに関する分析-	日本保育学会第63回大会発表要旨集	2010年5月	愛媛
※33	保坂遊, 青木一則, 前田泰弘, 小笠原明子	発達が気になる子に対する臨床美術の有用性(3) -適切な支援アプローチの検討-	日本保育学会第63回大会	2010年5月	愛媛
※34	Yoshihiko Watanabe	Long-term care insurance and community-based preventive oral health care service in the super-aged society	INTERNATIONAL WEEK, Metropolia University of Applied Sciences	2010年3月	Helsinki
※35	西野美佐子, 平川昌宏, 大関信隆	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解(1) -領域別指標結果について-	日本発達心理学会第21回大会	2010年3月	神戸
※36	平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解(2) -項目ごとの分析-	日本発達心理学会第21回大会	2010年3月	神戸
※37	西野美佐子, 西野毅史	情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究 -童話の登場人物の役割交代法を用いた教材開発とその実践-	日本感性福祉学会第9回大会	2009年11月	山形
※38	Musha T, Matsuzaki H, Asada T	New Monitoring Systems for Brain Disorders	BESETO CAT Conference	2009年10月	北京

※39	Kimura S, Ohshiro T, Musha T, Nishida K, Sekine K	The Effectiveness of Clinical Art for Children with Higher Brain Dysfunction	BESETO CAT Conference	2009年10月	北京
※40	保坂遊, 大城泰造, 青木一則, 前田泰 弘, 小笠原明子	発達が気になる子に対する臨床美術 の有用性(2)	日本保育学会第62回 大会	2009年5月	千葉

<研究成果の公開状況>(上記以外)

シンポジウム・学会等の実施状況、インターネットでの公開状況等

本プロジェクト主催によるもの

【平成21年度】

平成21年8月1日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第1回全体会議

- ・相田潤「ヘルス・プロモーション概念について」
- ・皆川州正「大学生を対象にした健康観調査項目の予備的検討経過について ―地域住民の健康観調査項目検討に先立って―」
- ・阿部一彦「障害者の健康観調査項目について」
- ・渡部芳彦「高齢者の健康観調査項目について」
- ・西野美佐子「子どもの健康観調査項目について」
- ・光永輝彦「カウンセリング・エステの健康向上効果」
- ・坪井明人「健康観調査とセルフ・モニター型健康スケール論」
- ・山本光璋「本年度新入生へのSWC元気点検票システムの適用速報」

平成22年3月6日(土)～7日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議

- ・渡辺誠, 小坂健, 相田潤, 園田洋一, 田中喜代次, 阿部四郎「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」
- ・山本光璋, 皆川州正, 福富哲也, 河村孝幸, 庭野賀津子, 大内真弓, 水野康, 鈴木玲子, 藤田和樹, 前田忠彦, 高安秀樹, 長田久雄, 杉田義郎, 白川修一郎, 山口行治「地域住民における「健康観」に関する意識調査結果 パート1」「地域住民における「健康観」に関する意識調査結果 パート2」
- ・渡部芳彦, 坪井明人, 高橋誠一, 金政信, 高村元章, 広浦幸一「高齢者における「健康観」に関する意識調査について」
- ・阿部一彦, 光永輝彦, 根岸直樹, 佐藤俊人, 三浦剛, 大城大造, 青木一則, 保坂遊, 西田清子, 千葉伸彦, 富樫亜紀子, 斎藤昌宏, 工藤洋子, 矢吹知之, 佐藤泰伸, 小崎浩信「障害者における「健康観」に関する意識調査について」
- ・山本光璋, 皆川州正, 杉本是明, 山口政人, 大泉雅史, 諏訪雅貴, 鈴木道子, 稲瀬正彦, 滝澤武, 石出信正, 尾股健「大学生における「健康観」に関する意識調査結果について」
- ・西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏, 西野毅史, 三浦和美, 水野一枝「児童における「健康観」に関する意識調査結果について」
- ・山本光璋, 阿部四郎, 皆川州正, 福富哲也, 阿部一彦, 光永輝彦, 渡辺誠, 西野美佐子, 河村孝幸, 渡部芳彦, 庭野賀津子, 大内真弓, 水野康, 鈴木玲子, 大関信隆「健康理解向上法(元気点検)の日常化とその社会化について 一次年度に向けて―」

【平成22年度】

平成22年8月28日(土)開放講座:攻めと守りの健康法 ―健康と健康理解を学ぶ―

- ・皆川州正「健康理解のあり方の大切さ」
- ・山本光璋「tfu元気点検票で健康理解力アップを」
- ・斎藤昌宏「体力維持・増進の体験学習」
- ・三浦和美「子どもの健康教育を考える」

*1 ・渡部芳彦「高齢者の生きがい」

平成 23 年 3 月 4 日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 3 回全体会議

- * ・渡邊誠「市民開放講座:攻めと守りの健康法 ―健康と健康理解を学ぶ― 開催報告」
- * ・庭野賀津子, 河村孝幸「ヘルス・プロモーション理論及びヘルス・リテラシー理論の改鑄に向けて」
- * ・皆川州正, 前田忠彦「地域住民の「健康観」に関する意識調査結果の解釈 ～自我の健康状態に関する認識の類型的把握～」
- * ・前田忠彦「社会調査における近年の調査不能の動向とその理由について」
- * ・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴, 山本光璋「地域住民及び大学生少数サンプルの「ヘルス・リテラシー向上法モデル」の実効性の縦断的検証」
- * ・山本光璋, 渡部芳彦, 阿部一彦, 西野美佐子「大学生・高齢者・障がい者・児童のヘルス・リテラシー向上法モデル」
- * ・高村元章, 河村孝幸, 大城大造「健康理解力向上法として元気点検かるたの効用について」
- * ・阿部四郎「とりまとめに向けて」
- *2 ・藤田和樹「メディカル・フィットネスの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
- * ・光永輝彦「カウンセリング・エステの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
- *3 ・大城大造「クリニカル・アートの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
- * ・西野美佐子「情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
- * ・山口行治「バイオマーカーの現状と元気点検票」
- * ・石出信正「福祉における非言語的コミュニケーション、特に顔について」
- *4 ・山本光璋「tfu マイカルテシステム 2011 について」
- *5 ・山本光璋「能動的な健康理解力向上自己生成システム(ニックネーム:tfu 元気点検道場)について」
(*感性福祉研究所年報第 12 号, 89-111, 2011)

【平成 23 年度】

平成 24 年 1 月 21 日(土)「第 6 回大学生の健康サポートシステム研究会」

- *6 ・鈴木道子「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上と授業科目『健康と栄養』への効用～元気点検かるた 2011 の活用を中心仁～」
- *7 ・滝澤武「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上と健康科目『健康への効用と今後の課題』」
- *8 ・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上のための教育プランの効用」
- *9 ・水野康「ポジティブ・ヘルスの視点を強調した H22 年度授業科目『健康科学』の実施体験」
- *10 ・山本光璋「ポジティブ・ヘルスの視点に立った授業科目『リエゾンゼミ I』及び『健康科学』の次年度実施計画」

(*感性福祉研究所年報第 13 号, 92-103, 2012)

平成 24 年 1 月 22 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 4 回全体会議

- *11 ・藤田和樹, 河村孝幸, 佐藤俊人, 鈴木玲子, 山本光璋「メディカルフィットネスの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
- * ・光永輝彦, 根岸直樹, 佐藤俊人, 高村元章, 庭野賀津子「カウンセリング・エステの実践研究の視点からのサクセスフル・エイジングーヘルス・リテラシー向上法の開発ー」
- * ・西野毅史, 西野美佐子「児童の社会性練磨のプログラム開発ー情操教育ソフトを用いた人形劇作成ワークショップを通して育む共感性ー」
- *12 ・大城泰造, 青木一則, 保坂遊, 河合規仁, 西田清子, 木村伸, 武者利光, 関根一夫, 宇野正威「東北福祉大学クリニカルアートの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」
 - ・阿部四郎(基調レクチャー)
 - ・田中喜代次(2006 年、2007 年の感性福祉研究所シンポジウムに参加した立場から)
 - ・皆川州正(住民健康観に関する調査結果に関して、全人的健康理解における友人の重要性、その他)
 - ・庭野賀津子(学生への健康教育の重要性について)
 - ・藤田和樹(メディカルフィットネスの実践研究の視点から)

- ・光永輝彦(カウンセリングエステの実践研究の視点から)
- ・西野美佐子(児童のヘルス・リテラシーの向上法の開発に関して、大震災後の問題点)
- ・高村元章(健康理解力向上法としての元気点検かるたの効用について)
- ・山口行治(バイオマーカー研究の立場から)
- ・坪井明人(賢く生きている高齢者のヘルス・リテラシー向上法の視点から)
- ・田中喜代次(健康寿命の延伸における心と食と体育、医療費の抑制、等の視点より)
- ・山本光璋(*tfu* マイカルテシステム利用状況グラフ配信システムの新規開発、デジタルサイネージ・システムの効用、動画:「ヘルス・リテラシーと *tfu* 元気点検票」の紹介)
(*感性福祉研究所年報第 13 号, 112-117, 2012)

その他の主催によるもの

【平成 21 年度】

平成 21 年 11 月 5 日(木)~7 日(土)臨床美術学会第 1 回大会

- ・宇野正威, 木村伸, 朝田隆, 全世一, 雀勇「臨床美術 ー 理性と感性および西洋医学と東洋医学の統合への役割ー」(シンポジウム II・医学分野)
- ・大城泰造, 六角鬼丈, 木村伸, 関根正文, 谷口千恵子「臨床美術の探求 ー 感性の視座から」(パネルディスカッション)

平成 21 年 11 月 14 日(土)日本感性福祉学会第 9 回大会

- ・桑田光平, 蒲池みゆき, 大城泰造「感性を科学する」(シンポジウム)

【平成 22 年度】

平成 22 年 9 月 16 日(金)ワークショップ「健康づくりとしてのノルディックウォーキングの科学」第 65 回日本体力医学会

- ・藤田和樹「肥満高齢者に対するノルディックウォーキング教室の有効性に関する研究:無作為割付対照試験」

平成 22 年 11 月 26 日(金)~27 日(土)臨床美術学会第 2 回大会

- ・山田修市, 青木一則, 片桐隆嗣, 宮元三恵, 小西行郎「幼少期における美術の可能性」(シンポジウム)

インターネットでの公開状況:

- ・*tfu* 元気点検票コーナー:

<http://www.tfu.ac.jp/special/genki/index.html>(2012 年 3 月 1 日公開)

- ・ヘルス・リテラシーについての詳細説明:

http://www.tfu.ac.jp/special/genki/health_literacy.html(2012 年 3 月 1 日公開)

- ・元気の度合いの測り方の詳細説明:

<http://www.tfu.ac.jp/special/genki/score.html>(2012 年 3 月 1 日公開)

- ・能動的健康理解力向上自己生成システム(ニックネーム: *tfu* 元気点検道場):

<http://202.167.243.36/genki/public/index.php>(2012 年 3 月 1 日公開)

- ・生活の自己管理デザインをしよう:

http://www.tfu.ac.jp/liaison/edu/navi_PDF/navi08-03.pdf(2012 年 3 月 1 日公開)

- ・元気点検票かるたをやってみよう:

http://www.tfu.ac.jp/liaison/edu/navi_PDF/navi08-04.pdf(2012年3月1日公開)

- ヘルス・リテラシー(健康理解力)を身につけよう

http://www.tfu.ac.jp/special/genki/health_literacy.html(2011 年 8 月 11 日公開)

- ヘルス・リテラシーと *tfu* 元気点検票

http://www.tfu.ac.jp/special/genki/hr_tfugenki8-1.pdf (2011 年 8 月 11 日公開)

- 元気の度合いの測り方(*tfu* 元気点検票詳細版の仕組みと元気姿勢スコアの付け方)

<http://www.tfu.ac.jp/special/genki/score.html>(2011 年 8 月 11 日公開)

- tfu* 元気点検道場(能動的健康理解力向上自己生成システム)

<http://www.tfu.ac.jp/special/genki/active.html>(2011 年 8 月 11 日公開)

- ・動画:ヘルス・リテラシーと *tfu* 元気点検票(原作:山本光璋&阿部四郎)

- ・動画:ある家族の物語(原作:山本光璋、作画:庄司佐保、構成:三木弘和)

- ・生活の自己管理デザイン・サポートネット

13 その他の研究成果等

- ・tfu 元気点検かるた 2009(健康理解向上かるた)(2009年10月25日発行)
- ・tfu 元気点検票詳細版冊子 V2010-3 (2010年3月1日発行)
- ・西野美佐子・平川昌宏・大関隆信「小学校の移行時における一貫性のある支援のための子ども理解」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・西野美佐子・大関隆信・平川昌宏「幼稚園および小学校における児童のヘルス・リテラシーに関する調査結果報告」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・tfu マイカルテシステム 2010 ガイドブック(2010年4月10日発行)
 - ・西野美佐子・平川昌宏・大関隆信「小学校の移行時における一貫性のある支援のための子ども理解」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・阿部一彦「東日本大震災と障害当事者団体」ノーマライゼーション障害者の福祉 7月号、pp32~33、2011
- ・阿部一彦「障害当事者団体の支援活動の中から総合リハビリテーションのあり方を考える」リハビリテーション研究 149号、pp4~8、2011
- ・大関隆信・西野美佐子「健康理解と健康教育について」日本健康心理学会ニュースレター掲載、2011年8月
- ・西野美佐子・大関隆信・平川昌宏「幼稚園および小学校における児童のヘルスリテラシーに関する調査結果報告」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・tfu 元気点検票詳細版冊子 V2011-3 (2011年3月1日発行)
- ・tfu 元気点検票活用ガイドブック 2011(2011年3月25日発行)
- ・tfu 元気点検かるた 2011(健康理解力向上かるた)(2011年3月1日発行)
- ・tfu マイカルテシステム 2011 ガイドブック(2011年3月25日発行)
- ・tfu 元気点検かるた 2012(健康理解力向上かるた)(2012年2月1日発行)
- ・tfu 元気点検かるた活用ガイドブック(2012年2月1日発行)
- ・阿部一彦「東日本大震災と障害当事者団体」ノーマライゼーション障害者の福祉 7月号、pp32~33、2011
- ・阿部一彦「障害当事者団体の支援活動の中から総合リハビリテーションのあり方を考える」リハビリテーション研究 149号、pp4~8、2011
- ・2011年6月~2012年2月 東日本大震災後子どもを支援する者の支援が必要性を考え、心理士有志で「ケア・宮城」を立ち上げ、宮城県教育委員会義務教育課およびスポーツ健康課と共催で県内各地市町の教育委員会や学校ならびに PTA の要請を受け、教員のための「心のケア」研修会を出前・無料で開催した。述べ58回の研修会開催となった。以下の表は、ケア・宮城の出動先一覧である。

NO	研修日	出勤市町	依頼者	会場	NO	研修日	出勤先	依頼者	会場
1	5/24	仙台市	私立中高総会	仙台ガーデンパレス	31	7/25	石巻市	石巻市M小学校	M小学校
2	6/9	塩釜市	塩釜市教育委員会	M中学校(1回目)	32	7/28	大河原町	大河原教育委員会	O小学校
3	6/10	仙台市	私立学校保護者連合会	仙台ガーデンパレス	33	7/28	宮城県	県教委	東北歴史博物館
4	6/12	気仙沼市	O小学校	O小学校	34	7/29	山元町	山元町教育委員会	Y小学校
5	6/13	加美町	N小学校	N小学校	35	8/2	宮城県	県教委	県立S高
6	6/14	多賀城市	T中学校	T中学校	36	8/3	美里町	美里町教育委員会	駅東地域交流センター
7	6/14	東松島市	東松島市教育委員会	Y中学校	37	8/17	東松島市	東松島市教育委員会	N中学校
8	6/15	仙台市	私立T大学附属高校	T大学附属高校	38	8/18	亶理町	亶理町教育委員会	W町中央公民館
9	6/16	岩沼市	岩沼市教育委員会	I市民図書館研修室	39	8/23	宮城県	県教委	東北自治研修センター
10	6/17	大崎市	大崎市教育委員会	ISコーレハウス	40	8/30	石巻市	O小学校	O小学校
11	6/18	松島町	県立M高校	県立M高校	41	9/5	塩釜市	塩釜市教育委員会	S中学校(2回目)
12	6/22	登米市	登米市教育委員会	T市N町生涯学習センター	42	10/12	東部教育事務所	石巻市Y中学校	教職員
13	6/22	七ヶ浜町	M小学校	M小学校	43	10/13	利府町教育委員会	利府町S小学校	教職員
14	6/24	仙台市	県立高校	県工業高校	44	10/28	B&G財団	ホテル白萩	海洋センター町職員
15	6/27	山元町	Y二小学校	Y小学校	45	11/4	気仙沼市教育委員会	気仙沼市K幼稚園	教職員・保護者
16	6/28	東松島町	O小学校	O小学校	46	11/11	東部教育事務所	東松島N小学校	教職員
17	6/28	涌谷町	涌谷町教育委員会	Y町役場	47	11/14	気仙沼市教育委員会	気仙沼市立T中学校	教職員
18	6/28	気仙沼市	気仙沼市教育委員会	T中学校	48	11/17	東部教育事務所	石巻市立W小学校	保護者
19	6/29	松島町	M小と幼稚園	M小学校	49	11/18	東部教育事務所	石巻市立I小学校	教職員・保護者
20	6/29	気仙沼	M小学校	M小学校	50	11/21	気仙沼教育委員会	気仙沼市立T小学校	教職員
21	7/1	南三陸町	I小学校	I小学校	51	11/21	東部教育事務所	石巻市O小学校	教職員
22	7/2	東松島市	N小学校	N小学校	52	12/4	気仙沼教育委員会	気仙沼市立O小学校	町職員
23	7/4	南三陸町	S中学校	S中学校	53	12/6	石巻市立K小学校	石巻市立K小学校	保護者
24	7/5	岩沼市	T小学校	T小学校	54	1/10	岩沼市教育委員会	岩沼市T小学校	教職員
25	7/6	大崎市	M小学校	M小学校	55	1/13	(盛岡市)	岩手県予防医学協会	保健師・養護教諭
26	7/7	山元町	S中学校	S中学校	56	1/20	南三陸教育事務所	気仙沼市K幼稚園	教職員・保護者
27	7/9	気仙沼市	S中学校	S中学校	57	1/20	気仙沼市	気仙沼保健福祉事務所	保育所・児童館職員
28	7/12	山元町	S小学校、N小学校	S小学校	58	1/31	南三陸教育事務所	気仙沼市立T小学校	教職員
29	7/15	気仙沼市	O小学校	O小学校	59	2/17	塩竈市立教育委員会	塩竈市立D中学校	教職員
30	7/20	山元町	山元町教育委員会	Y中学校	60	2/23	気仙沼市	気仙沼市	保育所・幼稚園教諭

以下は、この1年化に開催した子どもの支援者の支援のためのシンポジウムや研修会である。

- ・2011年5月26日(日)第1回子どもフォーラム 於:国際会議場 140名参加
- ・2011年8月20日(土)日本学校心理士会 2011年度大会 於:千里ライフサイエンスセンター(大阪)大会準備委員会企画 シンポジウム『危機対応と学校心理士の役割』
- ・西野美佐子「教師・保護者を対象とした“心のケア研修会”を開催して—その活動から見えてきた子供の現状—
- ・2011年9月18日第2回子どもフォーラム開催 於:仙台国際会議場 92名参加
- ・第6回 生と死の教育 実践事例研究会～震災に学ぶいのちの教育～報告書 協調講演 西野美佐子
上智大学グループケア研究所、兵庫・生と死を考える会
- 2012年2月5日(日)「第6回 生と死の教育・実践研究会～震災に学ぶ命の教育～ 於:聖トマス大学
- ・西野美佐子「東日本大震災から10カ月、教師支援活動から見えてきたこと～アンデンティティ喪失から再生に2に向けて～」
- 2012年3月11日(日)日本発達心理学会シンポジウム「東日本大震災後における中・長期的支援の方向性 —教師・保育者への支援を通じた子どもの理解と支援— 於:名古屋国際会議場
- ・西野美佐子「学校の教師のストレスとその回復 —子どもを中心とした取り組み—」

II. 研究成果報告

1. A Group

皆川研究班

「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及び ヘルス・リテラシー概念の再考」

研究テーマ：ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー
概念の再考

研究チームリーダー：皆川州正

共同研究者：小坂健、山本光璋、園田洋一、阿部一彦、渡部芳彦、杉元是明、山口政人、
水野康、河村孝幸、西野美佐子、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、坪井明人、

研究協力者：渡邊 誠、相田潤、庭野賀津子、福富哲也、大内真弓、光永輝彦、高安秀樹、
白川修一郎、山口行治、齋藤昌宏、鈴木玲子、藤田和樹、高村元章、大関信隆

皆川研究班

**テーマ「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及び
ヘルス・リテラシー概念の再考」**

◎皆川州正、小坂健、山本光璋、園田洋一、阿部一彦、渡部芳彦、杉元是明、山口政人、水野康、河村孝幸、西野美佐子、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、坪井明人、渡邊 誠、相田潤、庭野賀津子、福富哲也、大内真弓、光永輝彦、高安秀樹、白川修一郎、山口行治、齋藤昌宏、鈴木玲子、藤田和樹、高村元章、大関信隆

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

今日の人口構造の変化・疾病構造の変化・新たな各種リスクの判明による「健康不安」の増大、消費文化における「健康ブーム」、政府による「健康増進運動」等によって、健康と病気をめぐる世界が従来の保健・医療の領域をはるかに超えて社会生活の全面を覆い、「健康」が人々の日常生活における不可欠の価値用語となり、国及び地方政府の多くの政策領域で「健康増進」が政策常套句になっている。そこで、今日の健康と病気をめぐる世界を従来の保健・医療の領域を超える、より広い「ヘルス・システム」と捉えると、そこには、方向を異にする諸傾向―長寿化の進行と「長命地獄」の深刻化、リスクの増大による安全価値の優位とセーフティネットの希薄化や機能不全、日常生活の医療化と代替医療の成長、疫学的臨床のリスク計算に基づく健康増進と消費文化的ヘルシズムなどが作用してことがみてとれる。すなわち、ポジティブ・タームによる問題の定義とネガティブ・タームによる定義の間の拮抗、価値の単位としての個人と集合体との間の拮抗がみられるが、今日、健康や病気をめぐる基本的な諸概念と健康や病気の問題への取り組みのいずれにおいても、大きな揺らぎや混線が生じている。

そこで、そこに作用するダイナミックスに内包されている偏向や拮抗、混戦などが人々の「健康意識」にどのように反映されているかを解明することが本研究プロジェクトの最初の課題であり、本研究の目的である。そして、ヘルス・プロモーションやヘルス・リテラシー概念に焦点をあて、それらの再検討を通じて、問題解決の方向性を明らかにするところに、本研究の意義がある。

そのために、以下の研究計画で行った。

平成21年度

- (1)ヘルス・システムの変容に関する現状把握と問題点の析出
- (2)ヘルス・プロモーションの構成と概念地図の描出

初年度は、上記の 2 つのテーマについて文献的調査、専門分野の研究者からの情報収集等の作業を行い、一般住民を対象とする『健康観に関する調査』を実施した。ヘルス・リテラシー概念を再検討し、ヘルス・リテラシーとヘルス・プロモーションの関連を検討した。

平成22年度:

- (1)現代のヘルス・システムが内包する政策課題の明確化
一般住民を対象とした結果に基づいて、政策課題を提起した。

平成23年度:

- (1)ヘルス・システムにおける課題解決のための政策処方
課題解決の政策処方として、ヘルス・リテラシー向上法を提示し、その効果の検証をめざした。

2. 研究の実施体制

〈研究遂行のためのチーム組織〉

研究チームリーダー：皆川州正

共同研究者：小坂健、山本光璋、園田洋一、阿部一彦、渡部芳彦、杉元是明、山口政人、水野康、河村孝幸、西野美佐子、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、坪井明人、

研究協力者：渡邊 誠、相田潤、庭野賀津子、福富哲也、大内真弓、光永輝彦、高安秀樹、白川修一郎、山口行治、齋藤昌宏、鈴木玲子、藤田和樹、高村元章、大関信隆

〈研究遂行に関わった機関、団体等〉

東北福祉大学、東北大学、筑波大学、桜美林大学、大阪大学、国立精神・神経センター、統計数理研究所、実行データサイエンス(株)、(株)ソニー・コンピューターサイエンス研究所。これらのうち、大学は、本研究における中心課題である一般住民を対象とした「健康観に関する調査」を行うに先立ち、学生による予備調査への協力及び分析結果についての討論に参画、これに対し研究機関等は分析法の客観性の担保及び分析結果の解釈についての意見を大学のメンバーにフィードバックし、それぞれの機能と専門性の面で連携した。

〈各研究者の役割分担、連携状況、責任体制〉

研究チームリーダーは、研究の全体を統括し、研究の進捗状況を確認する役割を担った。

共同研究者と研究協力者は、ヘルス・プロモーションとヘルス・リテラシーに関する文献の収集を行い、概念整理と検討を行った。また、「健康観に関する調査」の項目案を挙げて、調査に協力した。さらに「健康観に関する調査」の結果の分析と考察について、助言等を行った。特に、研究の責任体制の視点からチームリーダーの皆川州正を中心に、専門分野を異にする山本光璋・鈴木玲子・庭野賀津子・水野康・大内真弓・河村孝幸・福富哲也は、他のメンバーにも呼び掛けて、初年度の平成 21 年度に毎月研究会を実施し、一般住民を対象とした「健康観に関する調査」をデザインし、自治体と連携調整を行って調査を実施し、結果の統計的な分析を担い、研究の実質的な進捗を担保した。また、各人の役割分担は以下の通りである。文献収集と概念整理（庭野賀津子、河村孝幸、渡邊誠、小坂健、相田潤、長田久雄）、「健康観に関する調査」の項目案の提案（阿部一彦、渡部芳彦、杉元是明、大内真弓、光永輝彦）、調査票のデザインと作成（園田洋一、山口政人、高村元章）、自治体との連携調整及び調査の実施（鈴木玲子、水野康、西野美佐子、坪井明人、齋藤昌宏）、データ分析（皆川州正、大関信隆）、統計解析法についてのアドバイス（前田忠彦）、分析結果の解釈（田中喜代次、福富哲也、高安秀樹、白川修一郎、山口行治、藤田和樹）

3. 研究方法

調査は、2009 年 10 月～12 月に宮城県内の 2 つの町について住民基本台帳より無作為抽出された 20 歳以上の一般住民 5000 名（それぞれの町ごとに 2500 名ずつで、男女比は 1:1）に対して無記名式のアンケート調査を郵送・回収する方法で実施した。有効回答数は、2590 票（回収率 51.8%）であった（男性 1759 名、女性 2141 名；平均年齢 58.70 歳±18.19）。

質問紙は、健康理解、健康の維持・増進の主要方策、健康の秘訣、健康に関する知識・情報の取得（以下、健康情報の取得）、病気予防の健康情報に対する不安、過去・現在の病気やケガ、健康に関連する生活習慣、家族・学校による健康維持・増進の協力・支援、疾病行動、健診・健康志向・健康向

上行動、健康感、フェースシートに関する項目から構成された。

(1)健康理解 大学生を対象とした予備調査をもとに作成された 48 項目について(表 1)、4 件法(そう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・そう思わない) で回答してもらった。

表 1 健康理解の項目

1	健康かどうかは遺伝による影響が大きい。
2	健康かどうかは個人の価値観や考え方によって変わる。
3	心の充実がなければ健康とはいえない。
4	健康には、病気に関する正しい知識をたくさん得ることが重要だ。
5	健康の維持・増進は、社会全体がやっている通りにすればまちがいない。
6	健康かどうかは自分の心がまえによる。
7	定期的に健診(健康診断、健康診査)を受けていれば安心である。
8	健康の維持・増進は、自分にあった目標を立てて取り組んだ方がいい。
9	健康には自然と接することが欠かせない。
10	健康は病気と対立する考え方である。
11	健康は、国や自治体が社会的に面倒をみってくれる方が安心だ。
12	生きがいがあれば健康とはいえない。
13	健康の維持・増進には薬が欠かせない。
14	健康の維持・増進のための方法は、自己選択することが大事だ。
15	健康にとって自分は健康であると信じていることが重要だ。
16	健康でいるためには医者 of 助言に従うのが最もよい。
17	個人の健康は社会全体の取り組みによって大きく影響を受ける。
18	人とのよい関係がなければ健康とはいえない。
19	健康かどうかは一定の医学的基準に照らして決まる。
20	健康の維持・増進には、自分がいいと思う健康法を行うのがよい。
21	心身に障害があっても健康意識(自分を健康と思う意識)を持つことはできる。
22	健康のためには、毎日、血圧や脈拍を測定することが大事だ。
23	健康を高める活動は学校や職場や自治体が社会的責任をもって一斉指導した方がよい。
24	健康の維持・増進は生活の質を高める手段として重要だ。
25	健康かどうかは、学校や職場や自治体の健診を受けていればわかることだ。
26	健康の維持・増進には、個人の自覚が欠かせない。
27	健康かどうかは自分の努力次第である。
28	健康は若者の特権である。
29	個人の健康感(自分は健康だと思うこと)を高めるための社会的施策が重要だ。
30	健康には感性が豊かになることが欠かせない。
31	健康でいるためには、ちょっとした体の異変も無視することなく、その都度病院を受診することが重要だ。
32	健康かどうかは、その人なりの健康感(自分は健康だと思うこと)も重要である。
33	健康の維持・増進には、心身のバランスがとれた人間になることが大事だ。

34	高齢者の多くは健康とはいえない。
35	健康かどうかは社会保障制度や健康政策による。
36	趣味や余暇活動は健康にとって欠かせない。
37	健康の維持・増進に必要な活動は専門家に決めてもらうのがよい。
38	健康の基準は人それぞれだ。
39	健康には家庭や社会の中で役割があることが重要だ。
40	健康には、病気にならないように殺菌・消毒に徹底して努めることが重要だ。
41	健康には、社会の支援が必要不可欠である。
42	健康にとって愛情は欠かせない。
43	健康には、すぐれた医者や有名な病院にかかることが重要だ。
44	健康の維持・増進には生活習慣の改善が欠かせない。
45	健康かどうかはかなり偶然による。
46	老いと上手につきあうことが健康には欠かせない。
47	健康には、こまめに手洗いやうがいをするのが欠かせない。
48	健康には、周囲の人々や環境に配慮することが欠かせない。

(2)健康の維持・増進の主要方策 健康理解に関する仮説に基づく4つの考えを提示し、6件法(非常に賛成・かなり賛成・やや賛成・やや反対・かなり反対・非常に反対)で回答してもらった。4つの考えは、「個人個人が医師や保健師などのアドバイスを受けて病気予防の努力をすべきだ」(病気予防・個人)、「個人個人が健康に良い生活習慣を身につけるべきだ」(生活習慣・個人)、「健康に良い生活習慣が身につくような施策を学校や職場や自治体などでもっと組織的に適用すべきだ」(生活習慣・社会)、「学校や職場や自治体などで病気予防の施策をもっと勧めるべきだ」(病気予防・社会)とした。

(3)健康の秘訣 健康的な生活習慣についての知識・経験則・一般常識などを踏まえた tfu 元気点検票の健康向上行動(50項目)の8カテゴリー(食・息・眠・温・動・想・愛・環)のそれぞれから最低1項目抜粋の11項目(No.1、No.9、No.16、No.23、No.32、No.42、No.52、No.62、No.71、No.72、No.75)について、「…することは健康の秘訣といえる」という表現に変え、①と同様の4件法で回答してもらった。

(4)健康に関する知識・情報の入手 情報源として、①テレビの健康番組、②健康に関する雑誌や本、新聞やインターネットウェブページの健康欄・広告欄、③市町村が発行する広報誌、④学校や職場、⑤家族、⑥友人・知人、⑦医師・保健師・その他の医療従事者などをあげ、得ている程度を4件法(しばしば得ている・時々得ている・たまに得ている・得ていない)で回答してもらった。

(5)病気予防の健康情報に対する不安 病気予防の健康情報に接した時の不安について4件法(かなりある・まあある・あまりない・ほとんどない)で回答してもらった。

(6)過去・現在の病気 ①過去に治療した病気やケガ(風邪などのごく軽いものや日常的なものを除く)について4件法(重い病気ケガ・中程度の病気ケガ・軽い病気ケガ・ない)で回答してもらった。②現在治療中の病気ケガについて同様の4件法で回答してもらった。

(5)疾病行動 ①病院に通院している程度について4件法(週に1回・月に2~3回・数ヶ月に1回・ほとんどない)で回答してもらった。②マッサージ・カイロプラクティック・鍼灸院・接骨院に通院している程度について同様の4件法で回答してもらった。③常服薬の種類について4件法(5種類以

上・3～4 種類・1～2 種類・ない) で回答してもらった。④健康維持や健康回復のためにサプリメントや栄養ドリンクを摂取している程度について4件法(ほぼ毎日・週に1～3日程度・一時的(体調不良時など)・ない) で回答してもらった。

(7)健康に関連する生活習慣 ①運動の程度について4件法(週に3回以上・週に1～2回・月に1～2回程度・ほとんどない)で、②食事の栄養のバランスについて4件法で(かなりよい・まあよい・あまりよくない・ほとんどよくない)で、③平均的な起床時刻と就寝時刻について、④睡眠および⑤休養について4件法(かなり十分・まあ十分・あまり十分でない・ほとんど十分でない)で、⑥毎日の生活の忙しさの程度について4件法(かなり忙しい・まあ忙しい・あまり忙しくない・ほとんど忙しくない)で、⑦趣味や余暇活動の程度について4件法(しばしば行う・時々行う・たまに行う・ほとんど行っていない)で、⑧学校や仕事での満足について4件法(かなり満足・まあ満足・あまり満足していない・ほとんど満足していない)で回答してもらった。

(8) 家族・学校による健康維持・増進の協力・支援 健康維持や健康向上(増進)について、①家族の配慮や協力の程度、②学校や職場の配慮や支援の程度について4件法(かなりしている・まあしている・あまりしていない・ほとんどしていない)で回答してもらった。

(9)疾病行動 ①病院への通院の頻度を4件法(週に1回以上、月に1～3回、数ヶ月に1回、ほとんどない)で回答してもらった。②常服薬の種類を4件法(5種類以上、3～4種類、1～2種類、ない)で回答してもらった。

(10)健診と健康志向、健康向上行動 ①健診(健康診断、健康診査)または人間ドッグを受けている程度について4件法(半年に1回・年に1回・数年に1回・受けていない)で回答してもらった(以下、健診)。②健康によいとされることを積極的にやっている程度を4件法(積極的にやっている・ある程度心がけている・医者に言われて行っている・行っていない)で回答してもらった(以下、健康志向)。③tfu 元気点検票の行動項目より10項目(No.1、No.16、No.23、No.32、No.42、No.52、No.62、No.71、No.72、No.75)を抜粋し、4件法(全く(常に)その通り・どちらかと言えばその通り・どちらかと言えば違う・全く(常に)違う)で回答してもらった(以下、健康向上行動)。

(11)健康感 ①元気の程度、②健康の程度、③身体的に良好な程度、④精神的に安定している程度、⑤人間関係の満足の程度について、主観的に4件法(かなり・まあ・あまりそうでない・ほとんどそうでない)で回答してもらった。⑥tfu 元気点検票の機能項目より9項目(No.13、No.20、No.29、No.37、No.47、No.58、No.66、No.78、No.79)および安心項目より1項目(No.94)を抜粋し、4件法(全く(常に)その通り・どちらかと言えばその通り・どちらかと言えば違う・全く(常に)違う)で回答してもらった。

4. 研究成果

調査資料の分析から引き出された知見の主なものを列記すると、以下の通りであった。

- ・通常健康意識調査で使用される「主観的健康観」や「元気意識」は、主として身体的健康を反映し、本プロジェクトが開発中の「健康機能感」項目は身体的・精神的・社会的健康いずれをも反映することが確認された。*1
- ・「健康をどう理解しているか」(健康理解)に関する48項目について、因子分析を行った結果、ネガティブ・ヘルスに相当する「疾病回避的健康理解」(項目5, 7, 11, 13, 16, 19, 22, 23, 25, 28, 29, 31, 34, 35, 37, 40, 43, 47)、ポジティブ・ヘルスに相当する「全人的健康理解」(項目3, 9, 15, 18, 24, 26, 30, 33, 36, 39, 42, 44, 46)及び「個別体験的理解」(項目6, 15, 20, 27, 32)

と解釈できる3因子が抽出された（以下、それぞれ下位尺度を構成してN得点、P得点、I得点と略記）。*1

- 健康理解と「健康問題へのアプローチ」（健康の維持・増進の主要方策）—個人あるいは社会による病気の予防重視、個人あるいは社会による生活習慣の重視の4つ—との相関をみると、N得点は個人・社会による病気の予防重視と社会による生活習慣の重視の三者いずれとも中程度の相関を示し、P得点は4つの方策のいずれとも中程度の相関を示し、I得点は個人による2つの方策との間で低い相関を示した。*1
- 3つの健康理解の仕方のそれぞれを平均値を基準として高・低の二群に分割して「健康に向けた行動」—健診、健康志向、健康向上行動—との関連をみると、3つの健康理解いずれについても高群が低群に比べ3つの行動項目のすべてで高い値を示すが、特に最も高い値を示すのはPの健康理解であった。*1
- 健康理解の3因子には正の相関があり、個人の意識の中でのそれらの併存が想定されることから、Nの高低とPの高低の交差から4群に分割すると、N低P低群（30.9%）、N高P低群（14.3%）、N低P高群（23.4%）、N高P高群（31.5%）の4群となる。そして、「健康問題へのアプローチ」との関連では、4つの方策いずれについても、N高P高群が最も強く重視し、N低P低群は、それらを重視する度合いが弱い。また、「健康に向けた行動」—健診、健康志向、健康向上行動—との関連では、その3項目いずれについてもN高P高群が最も高く、N低P低群が最も低い値を示すことが見出された。*1

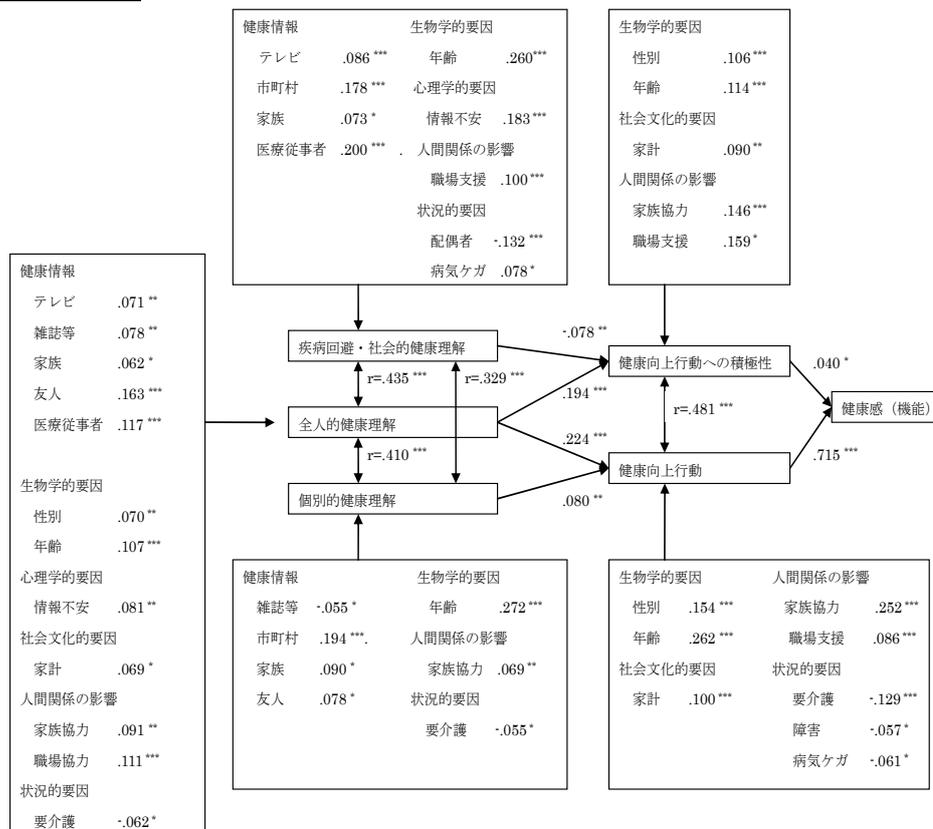


図1 パス解析の結果

- 健康理解、健康の秘訣、健康志向、健康向上行動、健康機能感の関連をみるために行ったパス解析の結果（図1）からは「全人的健康理解」と「健康の秘訣」の間には強い関連がみられ、3つの健康理解のうち、「全人的健康理解」が「健康向上行動」と密接に関連し、それが「健康機能感」に

つながっていることが明らかになった。*2

これらの知見は、本研究プロジェクトの目的の重要性を裏づけているだけでなく、1980年代に従来の「健康教育」に置き換わって「健康増進」の用語が多用され、最近10年ほどの間に「ヘルス・リテラシー」の用語が急速に使われ出すという背景の中で、あらためてそれらの概念内容及び連関について再検討し、明確化される必要のあることを含意している。

また、今回の研究から、以下の知見も得られた。

- ・ 全人的理解が高い人は栄養のバランス、趣味、役割の満足がやや高かった。疾病回避的健康理解および個別体験的健康理解が高い人は就寝が早く、睡眠時間が長かった。*2
- ・ 市町村広報誌から得ている人ほど3つの健康理解が高かった。疾病回避的健康理解が高いと健康情報への不安が高かった。*2
- ・ 家族の協力・職場の支援があるほど全人的健康理解が高かった。*2
- ・ 年齢が低いほど3つの健康理解が低かった。*2
- ・ 正社員以外で健診を受けない人が多かった。配偶者がいない人はいる人より健診を受けない人が多かった。家計が苦しい人ほど健診を受けない人が多かった。職場・学校の支援、家族の協力がいない人ほど健診を受けない人が多かった。市町村からの健康情報が得ていない人ほど健診を受けない人が多かった。*2

以上の結果から、以下の政策課題が明らかになった。

①健康理解には、疾病回避的健康理解だけでなく、全人的健康理解と個別体験的健康理解があり、これら3つをバランスよく高めることが重要である。

②3つの健康理解の中で、全人的健康理解が最もヘルス・プロモーション（健康増進）と関わっており、3つの中でも全人的健康理解を高めることに力を注ぐことが重要である。

③年齢が低いほど3つの健康理解が低いことから、若年層に対して3つの健康理解を高めることが重要である。

また、2町に対して、以下の政策提言を行った。

①全人的、疾病回避・社会的、個別的な健康理解を高めることが元気行動を高め、その結果健康感（健康意識）も高まると考えられる。したがって、健康感を高めるには、全人的、疾病回避・社会的、個別的な健康理解のいずれも高めることが重要である。

②健診受診率を高めるには、1)全人的な健康理解を高めることが鍵と思われる。2)市町村からの健康情報は健診と関連しており、市町村からの情報の意義が大きい。3)職場・学校による健康への支援、家族による健康への協力も重要であり、職場・学校や家庭への啓発活動が望まれる。4)パート・アルバイト・自営・主婦の人、家計の苦しい人、配偶者がいない人、市町村からの情報を得ていない人に対する健診受診の対策が望まれる。

③高齢でない者では、高齢者に比べて、いずれの健康理解も低いことから、高齢でない世代では、全人的、疾病回避・社会的、個別的な健康理解を高めることが望まれる。特に、全人的理解と個別的な理解は以前よりも低くなっていると思われ（疾病回避・社会的健康理解は加齢に伴って高くなっている）、高齢でない世代に対する市町村による啓発活動や家庭や学校・職場での健康教育の充実が求められる。この意味から、本学が開発した元気点検票システムの組織的活用が期待される。

5. 優れた成果があがった点

第一に、健康理解が疾病回避的健康理解、全人的健康理解、個別体験的健康理解の3因子構造からなることを明らかにした点が挙げられる。すなわち、当初の仮説通り、ネガティブ・タームで記述される健康（ネガティブ・ヘルス）とポジティブ・タームで記述される健康（ポジティブ・ヘルス）の見方があることが示された。これにより、健康増進に向けて、全人的にアプローチする健康教育が求められることが示めされる。また、健康は個別的な体験としてとらえられるということが示された。これにより、高齢者や障害者、子どもなど、それぞれの社会集団別の健康があることになり、社会集団別にアプローチすることが重要であることが示される。この知見はBグループ並びにCグループの研究の意義を支持するものでもある。

第二に、疾病回避的健康理解と全人的健康理解が拮抗するものではなく、一人の中に併存するものであることを示したことである。すなわち、どれか一つを高めるのではなく、3つの健康理解をバランスよく高めることが重要であることを示し、従来のヘルス・リテラシー概念ではとりあげられていなかった新たな視点を提起したことになる。画期的な成果といえる。

第三に、3因子構造に基づいてヘルス・リテラシーを測定する尺度を開発したことである。これにより、これまで概念的に扱われてきたヘルス・リテラシーを測定可能なものにした。つまり、その人のヘルス・リテラシーの現在の程度を示すことにより、どの健康理解が低いかという自己省察が可能となった。また、どの健康理解を高めることが必要かという処方も可能となった。

第四に、人々の健康意識調査に「健康理解」（ヘルス・リテラシー）という媒介変数を導入したことにより、健康教育が健康の維持・増進（ヘルス・プロモーション）の駆動力になることを明確にした点である。

第五に、従来の健康政策にはなかった、新たな視点による政策課題を明確に示したことにある。それは3つの健康理解をバランスよく高めるという課題である。また、大学生に対するヘルス・リテラシーの教育が重要かつすぐに取り組むべき課題であることを示したことも大きな成果である。

6. 研究成果の副次的効果

一般住民を対象とした調査では、市町村の広報誌による健康情報の有用性や健診の受診の程度についても調べた。その結果、以下のことが明らかになった。

①市町村からの情報を得ている人ほど、疾病回避的健康理解と個別体験的健康理解が高いことが示された。つまり、市町村からの健康情報が疾病回避的健康理解と個別体験的健康理解を高めることに効果があることが示唆された。他方、全人的健康理解との関連がみられなかったことから、今後は市町村からの広報誌で全人的健康理解に関する情報を積極的に提供することが重要であることが示めされた。

②健診の受診率を高めるには、1)全人的健康理解が高い人ほど健診を受けていることから全人的健康理解を高めるような健康政策を行うこと、2)市町村の広報誌などから健康情報を受けている人ほど健診を受けていることから市町村からの健康情報の発信と受け取りを確実にする工夫が望まれること、3)家庭の協力や学校・職場の支援があるほど健診を受けていることから家庭や学校・職場での健康教育の充実に入力することが示された。また、4)パート・アルバイト・自営・主婦の人、家計の苦しい人、配偶者がいない人、市町村からの情報を得ていない人は健診を受けていない割合が高いことから、それらの住民に対する健診受診の対策が望まれる。

③年代が若い人ほど3つの健康理解が低いことから、若年層に対する健康政策が重要であることが

示された。

このように、住民の調査データに基づいて、市町村の広報誌による健康情報の有用性と課題が示されたこと、健診の受診率を高める方策が得られたこと、自治体の健康政策への提言が得られたことは、副次的効果として大きなものがある。

なお、Aグループの研究成果は、Bグループの研究やCグループの研究にも直接的間接的に影響を与えることになった。とりわけ、ヘルス・リテラシー向上法としての元気点検票の改良に貢献することになった。

7. 研究遂行上の問題点

本研究は、計画年次2年目の末に、「3.11 東日本大震災」に遭遇したことにより、参加研究者の大半が被災し、研究の手段と環境（自宅及び勤務大学）が大きく毀損され、また、大きな困難を抱える被災者の救援や支援活動に従事する必要も生じ、さらに、調査環境も大きく変わり、地域住民を対象とするモデルの実効性の検証作業や調査の実施がほとんど不可能になり、最終年度の作業遂行に大きな支障が生じた。

その途中までの経過を述べると、一般住民の調査に引き続いて、地域住民を対象にヘルス・リテラシー向上法としての元気点検票による介入をパイロット・スタディ的に行った。その結果、単に元気点検票を行っただけでは効果が十分とはないことも示唆された。そこで、ヘルス・リテラシーの教育的効果を高めるために、元気点検票の説明部分を改良するとともに、元気点検票の実施に際してヘルス・リテラシーの説明を行うことも検討された。そして、地域住民の協力を得て、物語的な調査手法により、ヘルス・リテラシー向上法の効果を検証することを計画した。その時点で、東日本大震災が起き、地域住民では検証することは困難となり、大学生に対象を絞って検証することになった（Cグループのサブグループ「学生」の成果を参照）。

8. 評価体制

本研究は、総括班により、研究計画と予算の適正性及び研究の進展について、評価作業が行われた。すなわち、戦略的研究基盤形成支援事業という社会的付託に適う水準の実績と、適正な運営に対するアカウンタビリティを果たすため、毎年度末に総括が行われ、その結果は感性福祉研究所年報の誌上に公表されている。また、研究評価作業と併せ、研究経費執行に関する監査については、法人として経費執行のチェック機能を強化・推進するために設置されている東北福祉大学の監査室に、監査の作業が付託されている。さらに、全体研究会が全国160の大学への参加の呼びかけの下でオープンな形で開催されており、その場で参加研究者以外からの評価も受けている。しかし、当初予定されていた、外部評価委員会の設置による外部評価の実施は、東日本大震災の発生により取りやめになった。

9. 今後の展望

第一に、研究計画3年次のヘルス・システムにおける課題解決のための政策処方への提示が、東日本大震災により、不十分なまま終わっている。そこで、今後、課題解決のための政策処方としてのヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性を地域住民を対象として検証することが挙げられる。

第二に、一般住民を対象とした調査によって明らかになった政策課題に取り組むことが望まれる。

第三に、同じく健診の受診率を高めるための政策の提言についても、実施が望まれる。

10. 研究発表の状況（平成 21 年 4 月～平成 24 年 3 月までの状況）

<雑誌論文>

*	査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
* 1	有	皆川州正, 山本光璋, 水野康, 河村孝幸, 鈴木玲子, 庭野賀津子, 大内真弓, 前田忠彦, 福富哲也, 杉元是明, 山口政人, 長田久雄, 田中喜代次, 白川修一郎, 山口行治, 高安秀樹, 杉田義郎, 藤田和樹, 諏訪雅貴, 鈴木道子, 稲瀬正彦, 滝澤武, 石田信正, 尾股健, 阿部一彦, 渡部芳彦, 渡邊誠, 西野美佐子, 小坂健, 光永輝彦, 坪井明人, 高橋誠一, 大関信隆, 斎藤昌宏, 高村元章, 阿部四郎	「健康理解力尺度の作成の試み——一般住民と大学生の調査——」	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	5-21
* 2	有	皆川州正, 山本光璋, 水野康, 河村孝幸, 鈴木玲子, 庭野賀津子, 大内真弓, 前田忠彦, 阿部四郎	「一般住民の健康理解力に関連する要因の検討」	感性福祉研究所年報第 12 号	2011	23-44

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成 21 年度】

第1回全体会議、8月1日

- ・相田潤「ヘルス・プロモーション概念について」
- ・皆川州正「大学生を対象にした健康観調査項目の予備的検討経過について ―地域住民の健康観調査項目検討に先立って―」

第2回全体会議、3月6日～7日

- ・渡辺誠, 小坂健, 相田潤, 園田洋一, 田中喜代次, 阿部四郎「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」
- ・山本光璋, 皆川州正, 福富哲也, 河村孝幸, 庭野賀津子, 大内真弓, 水野康, 鈴木玲子, 藤田和樹, 前田忠彦, 高安秀樹, 長田久雄, 杉田義郎, 白川修一郎, 山口行治「地域住民における「健康観」に関する意識調査結果 パート1」「地域住民における「健康観」に関する意識調査結果 パート2」

【平成 22 年度】

第3回全体会議、3月4日

- ・渡辺誠「市民開放講座:攻めと守りの健康法 ―健康と健康理解を学ぶ― 開催報告」
- ・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴, 山本光璋「地域住民及び大学生少数サンプルの「ヘルス・リテラシー向上法モデル」の実効性の縦断的研究」
- ・皆川州正, 前田忠彦「地域住民の「健康観」に関する意識調査委結果の解釈 ～自我の健康状態に関する認識の類型的把握～」

【平成 23 年度】

第4回全体会議、1月22日

取りまとめに向けた討論における主な発言内容:

- ・阿部四郎(基調レクチャー)
- ・田中喜代次(2006年、2007年の感性福祉研究所シンポジウムに参加した立場から)
- ・皆川州正(住民健康観に関する調査結果に関して、全人的健康理解における友人の重要性、その他)

II. 研究成果報告

2. B Group

山本 研究班

「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの 理論的基礎づけ—文献収集とレビュー研究—」

研究テーマ：ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ
—文献収集とレビュー研究—

研究チームリーダー：山本光璋

共同研究者：皆川州正、水野康、長田久雄、前田忠彦、小坂健、田中喜代次、坪井明人

研究協力者：福富哲也、庭野賀津子、大内真弓、杉田義郎、相田潤
白川修一郎、山口行治、高安秀樹、渡邊 誠

山本班

テーマ：「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの 理論的基礎づけ—文献収集とレビュー研究—」

◎山本光璋、庭野賀津子、皆川州正、福富哲也、大内真弓、
水野康、小坂健、相田潤、渡邊誠、坪井明人、田中喜代次、白川修一郎、
杉田義郎、長田久雄、前田忠彦、山口行治、高安秀樹

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

研究の目的：本研究プロジェクトは、「ポジティブ・ヘルス」の視点に立った、ヘルス・リテラシー向上法の開発を目的としている。その背景には、健康問題が社会のあらゆる領域に浸透し、人々は、ますます、自らの健康についてモニターし、維持するよう促されているが、今日の健康問題へのアプローチは「ネガティブ・ヘルス」の概念に基づく「守り型」に偏りすぎているという時代認識がある。本プロジェクトは、「健康」という用語によって表現される人々の幸せは、負の状態が解消されることで完結的に達成されるものではなく、より積極的に「生きること」の質の向上が基本にならなければならないという理念に立って、哲学（各人の存在の尊重）、目的（自己実現の機会の確保と拡大）、知識や技能（経験的実効性）を基盤とする、健康の維持・増進法の基本的要素となるヘルス・リテラシーの向上法の開発を図ろうとするものである。特に、本研究では、「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ」を行うため、文献収集に基づいてレビュー研究を行う。

研究の意義：今日の人口構造の変化・疾病構造の変化・新たな各種リスクの判明による「健康不安」の増大、消費文化における「健康ブーム」、政府による「健康増進運動」等によって、健康と病気をめぐる世界が従来の保健・医療の領域をはるかに超えて社会生活の全面を覆い、「健康」が人々の日常生活における不可欠の価値用語となり、国及び地方政府の多くの政策領域で「健康増進」が政策常套句になっている。しかし、そうした健康問題への種々の取り組みが展開される世界を「ヘルス・システム」として捉えると、そこには、健康や病気をめぐる基本的な諸概念と健康や病気の問題への取り組みのいずれにおいても、大きな揺らぎや混線が生じている。本研究では、レビュー研究によって、そうした現状に至っている歴史的背景と理由を考察することが基本的に重要であると考えている。プロジェクトでは、「ヘルス・システム」の現状を分析し、特に、ヘルス・プロモーションやヘルス・リテラシー概念に焦点をあて、それらに関わる諸施策や処方が基礎においている諸理論の再検討を通じて、それらのあり方の見直しを図るが、その意味から、レビュー研究は意義が大きい。

研究計画：本研究プロジェクトでは、その研究計画で相互に関連する三つの研究課題—【A】ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考、【B】ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ、【C】各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発—を設定している。本レビュー研究は、この全体の研究計画に大きく影響を与える前提条件即ち作業仮説を立てる上で重要であり、できるだけ短期間で健康や病気をめぐるできるだけ多様な分野の文献を収集することが必要となる。

2. 研究の実施体制

〈研究遂行のためのチーム組織〉

研究チームリーダー：山本光璋

共同研究者：皆川州正、水野康、長田久雄、前田忠彦、小坂健、田中喜代次、坪井明人

研究協力者：福富哲也、庭野賀津子、大内真弓、杉田義郎、相田潤、白川修一郎、
山口行治、高安秀樹、渡邊誠

〈研究遂行に関わった機関、団体等〉

東北福祉大学、東北大学、筑波大学、桜美林大学、大阪大学、国立精神・神経センター、統計数理研究所、実行データサイエンス(株)、(株)ソニー・コンピューターサイエンス研究所。

〈各研究者の役割分担、連携状況、責任体制〉

研究チームリーダーは、研究の全体を統括し、研究の進捗状況を確認する役割を担った。

共同研究者と研究協力者は、それぞれの専門分野の立場から、文献収集を行いレビューし、取りまとめ役グループ（庭野賀津子、水野康、大内真弓）にその情報を送ることとした。それぞれの担当分野は以下の通りとした。

大内真弓（ヘルス・システム）：公衆衛生学（小坂健・相田潤）、加齢歯科学（坪井明人・渡邊誠）、精神神経科学（杉田義郎）、臨床試験学（山口行治）、健康情報計測（大内真弓）

庭野賀津子（ヘルス・リテラシー）：心理学（皆川州正）、老年心理学（長田久雄）、コミュニケーション障害学（庭野賀津子）、民事訴訟法（福富哲也）

水野康（ヘルス・プロモーション）：睡眠科学（水野康・白川修一郎）、健康スポーツ医学（田中喜代次）、統計科学（前田忠彦）、統計物理学（高安秀樹）

3. 研究方法

レビュー研究は、本プロジェクト全体の作業仮説に拘わる役割であるので、必要な多様な分野の論文を迅速にピックアップし、レビューすることが求められる。チームリーダーの下で、3名の取りまとめグループのメンバーが、それぞれもチームメンバーと密に連絡を取り、作業の進捗状況をウォッチすることとした。その結果を受けてレビュー論文を出来るだけ早い時点で仕上げることにした。

4. 研究成果

ヘルス・プロモーションおよびヘルス・リテラシーの理論は欧米で生まれ、我が国では比較的新しい概念であるといえる。この両者の定義はいまだに統一されておらず、様々な理論が混在している。そこで本研究グループは、ヘルス・プロモーションおよびヘルス・リテラシーの概念が成立した背景について、欧米の文献をもとに整理をし、本プロジェクトの課題の一つであるヘルス・プロモーション理論とヘルス・リテラシー理論の改鋳作業のための、基礎資料を得ることを目的として活動をした。その研究成果をレビュー論文[*1, *2]としてまとめたので、以下そのレビューの概要を報告するとともに、阿部論文については、その内容目次と「あとがき」を原文のまま引用するとともに、同論文の末尾で触れている阿部による「21世紀型健康福祉のあり方の探究－挑戦の途上にあって」（『感性福祉研究所年報』、第13号に掲載）と題する一文[*3]について、同様にその内容目次と「あとがき」を原文のまま引用する。

論文[*1]及び [*2]の概要

1946年にWHOが示した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義は、健康に対する考え方にネガティブ・ヘルスだけではなくポジティブ・ヘルスの観点も含むべきという考え方のきっかけとなった。しかし、その概念がヘルス・プロモーションに活かされるようになるまでには、さらに40年後のオタワ憲章まで待つことになる。ヘルス・プロモーションという用語自体が用いられるようになったのは、1950年代のアメリカのことで、当時は感染症の予防のための健康増進を主とした健康教育を指していた。その後、1970年代のオイルショックにより、医療費を削減する目的からヘルス・プロモーションを積極的に推進する政策の転換がなされるようになった。1974年、カナダの保健省大臣であったLalondeは「健康は医療だけではなく生物学的要因、環境、ライフスタイルが相互に作用しあって決定される」とする報告を発表した。その報告は、カナダ国内では医療従事者からの反発が多くすぐには政策に反映されなかったが、アメリカの政策には強い影響を与えることとなった。そして、アメリカでは個人の生活習慣の改善による健康の実現を目指し、「ヘルス・プロモーションと疾病予防に関する報告書」をもとに「Healthy people」(1979)という健康づくり政策の基本が示された。これは後に日本の「健康日本21」のモデルとなった。このようにアメリカにおけるヘルス・プロモーションは、健康教育に主眼をおいたニュアンスで用いられるようになった。

1986年に開催された第1回ヘルス・プロモーション国際会議で採択されたオタワ憲章は、ヘルス・プロモーションの概念を明確にしたものであり、今日のヘルス・プロモーションの礎となっている。そこで述べられていることは、ヘルス・プロモーションとは単なる「健康増進」や「健康教育」にとどまらず、「人々が自ら健康をコントロールし、改善できるようにするプロセス」であり、「人生・生活における良好な状態をめざす」ことであるとされている。そのためには、各個人が自ら健康的な行動をとれるようにしていくことが必要であり、個人のエンパワーメント達成のためにヘルス・リテラシーが重要視されることとなった。

ヘルス・リテラシーは新しいヘルス・プロモーションの概念であるが、様々に定義されてきている。その中でもヘルス・プロモーション研究の第一人者である Nutbeam^{a)} (2000) は「ヘルス・リテラシーとは、健康情報を効果的に利用し、健康維持や促進に役立たせる能力」と述べている。リテラシーの本来の意味は「読み書き能力」であるため、ヘルス・リテラシーに関しても使われ始めた当初は「健康情報の理解力」という狭義で用いられることが多かった。また、個人の読み書き能力がヘルス・リテラシーと密接に関わっていることも指摘されてきた。しかしこのNutbeamの定義では、個人が主体的に健康改善へ向けて行動するための知識や技術までを含めており、ヘルス・リテラシーの概念を広げたという点において特筆されるべきものであろう。

行政によるヘルス・プロモーションは、リスクファクターに対して働きかけて疾病を減らし、結果として医療費を削減することを目的とする、いわばネガティブ・ヘルスの概念に偏ったものになりがちであるが、ヘルス・リテラシーの向上を図り、個人および地域において健康に関する自己決定能力とエンパワーメントを促進することにより、ポジティブ・ヘルスの観点に立ったヘルス・プロモーションが可能になると考えられる。

以上概観してきたように、ヘルス・リテラシーとは、単にリテラシーの水準と健康の達成の程度との関連ではなく、文化的、政治的意味合いを持つ幅広い概念であるという認識のもとに探究され、改铸されていくべきものである。

[*2] 阿部四郎によるレビュー論文「ヘルス・リテラシー概念に関する一考察」『感性福祉研究所年報』、
第13号、2012、23 - 38 の内容目次と「あとがき」より

ヘルス・リテラシー概念に関する一考察

Abstract

はじめに

1. 「ヘルス・リテラシー」概念の小史

- (1) 臨床医療のセッティングにおける「ヘルス・リテラシー」
- (2) 保健医療のセッティングにおける「ヘルス・リテラシー」

2. ヘルス・リテラシー概念の論争的性格

- (1) 「健康増進運動」以前
- (2) Lalonde レポートと WHO の “Health for All” プログラム
- (3) WHO の健康増進プログラム
- (4) オタワ憲章
- (5) ジャカルタ宣言
- (6) バンコク憲章

おわりに

「あとがき」(おわりに)の原文紹介

健康は、「生老病死」という人間の条件に向き合うなかでの人間の希求を表わすカテゴリー概念といえるが、その具体的内容は状況依存的な歴史的形成物、つまり、歴史の中における社会的構成物である (Kelman, 1975^{b)}、Pelikan, 2007^{c)})。したがって、その概念に包含される諸価値、それらを実現するための資源、処方、制度は、歴史的変遷を経ているため、論争的概念である。また、健康や病気の決定因に関する注目点の拡張と重点の変化、従来型対処法に対する批判から生まれる政策革新を通じ、新造語が登場し、例えば健康増進、健康教育、ヘルス・リテラシー等の用語法や概念規定にも変化が伴うため、それらの概念も論争的となる。

本論文の主題である「ヘルス・リテラシー」の概念は、保健医療のセッティングでは、その歴史的展開の中の「第三次革命」の進行過程で登場してきた。その「革命」は、オタワ憲章で始まるが、憲章は達成されるべき諸目標とそれらの目標を成功裡に追求するのに必要な事項を、相互に関連のある諸観念の複合的な図式として定式化する教義要綱であり、それには、それらを解説する『用語解』が附帯される。しかし、憲章は、健康をめぐる世界に起った新たな事態と在来型の対処法の間のずれの状況認識から、ある特定の時代条件の下で優勢となった在来型対処法への批判を強調するが、反面、「健康」の追及という仕事を遂行する上で、さまざまに積み重ねられてきた諸実践から抽象された諸観念の体系という性格をもつため、その種の短絡的抽象に対して、「健康増進の歴史の軽視」の危険を指摘する批判を導く (Green/Raeburn, 1988, 158^{d)})。また、指針たる憲章を実施に移すとなると、指針に盛り込まれている諸活動を如何に行ったらよいかに関して、これまで積み重ねられてきた諸活動の経験やそれに関する洞察に引照することなしには、指針として働かないため、その段階で登場した「ヘルス・リテラシー」概念は、健康教育における「エンパワーメント」の「再銘柄化」とみなされる (Tones, 2002^{e)}) ことにもなるのである。

しかし、“The move towards a new public health”を掲げた「第三次革命」も、オタワからジャカルタを経てバンコクへと到ると、リアリズムの時代に入り (Catford, 2003^{f)}、Wills/Douglas, 2008^{g)})、加えて、健康をめぐる世界に起っている新たな事態に直面することになる。そして、保健医療と消費文化との間のより一層の融合や、健康増進における“evidence-based”の至上命題化と個々人にとっての「健康な生活」の至上命題化を特徴的な趨勢とする新たな事態の中で、「ヘルス・リテラシーが死活的役割を演じ」、健康に対する政策の革新が要請されてくるが (Kickbusch, 2009,17^{h)})、その過程では「ヘルス・リテラシー」概念の改鑄も求められることになる (阿部, 2012) のである[*3]。

[*3] 阿部四郎「21世紀型健康福祉のあり方の探究－挑戦の途上にあつて」『感性福祉研究所年報』、第13号、2012、3-19の内容目次と「あとがき」及び「今後に向けて」より

まえがき

1. 一連の事業の事実経過
2. SWCと学フロ・プロジェクトの挑戦
 - (1) 問題の認識
 - (2) 課題としての「健康概念の改鑄」
 - (3) 健康概念の操作化

参考文献

3. 戦略プロジェクトの挑戦
 - (1) 問題の認識
 - (2) 課題としての「ヘルス・リテラシー概念の改鑄」

<健康の定義>

<価値の主体としての個人と社会(集合体)>

<取り組みにおける「リアクティブ」と「プロアクティブ」>

<健康増進、健康教育、ヘルス・リテラシー>

<効果の評価とエビデンス>

「あとがき」の内容紹介

ヘルス・システムを様々な健康の維持・増進法からなるものと捉え、健康という課題の定義、課題の名宛、課題への取り組みと評価の特質の間の関連からなる概念図式とその概念図式に含まれるであろう諸論点について、試案的にスケッチしてみたのは、健康をめぐる今日の世界を混沌とみるのではなく、その世界の中を航行するためには、何らかの構造的連関からなっていて、かつ我々の行動選択とも相互規定関係をもつ地図を描いてみるのが、このプロジェクトが課題として設定した「ヘルス・システムの変容とヘルス・プロモーション及びヘルス・リテラシー概念の再考」の取り組むべき最初の作業のように思われたからである。別の言い方をすれば、健康と病気への対処を、ガダマー流に、自分にとって、自分の人生を遂行することにかに習熟するかの問題とするならば、「ヘルス・リテラシー」は、その実践の過程における知と技能となるが、実践の認識論として今や古典になってしまった Schön の“The Reflective Practitioner” (1983) の議論を、専門家 (professionals) だけに限らず、自分が自分の人生の「専門家」であるという意味で、拡張して借用すると、現代の時代条件の下で思慮ある人生の実践家になるためには、「実践のなかでの省察」だけでなく、「実践についての省察」をも「ヘルス・リテラシー」概念の中に、何らかの形で組み入れる必要を感じたからである。

参考文献

「今後に向けて」の内容紹介

感性福祉研究所は、2004年、第Ⅱ期学術フロンティア推進事業を開始するに際して、改めて「21世紀型健康福祉のあり方の探求」をそのミッションとして掲げたが、その後の約10年にわたるプロジェクトが一つの区切りを迎えることになったことをもって、その挑戦が終わるわけではない。しかも、この10年にわたるプロジェクトは、「健康」という問題に焦点をあて、その挑戦の一部を担っただけであり、また「健康」という問題に関しても、個人を価値の主体とする取り組みに的を絞ったもので、社会あるいはコミュニティを価値の主体とする取り組みについては挑戦課題として残されたままになっている。

そこに、2011年の3・11に起った東日本大震災は、我々の挑戦に新たな課題を附加することになった。東日本大震災は、生活基盤に関わるほとんどの諸条件と、家族や地域社会を崩壊させる複合大規模災害であったため、健康や福祉に関しても、諸施設の消失や諸制度の機能停止だけでなく、それらを支える諸条件も崩れたことによって、従来の研究が所与の定数としてきたものが変数化した。加えて、被災地における健康福祉システムの再建は、被災前の現状が様々の諸課題を内包していた上に、被災によって新たな諸課題が附加される一方、課題対応のための人的・物的及び社会的資源が大きく減殺されていることから、原状への復帰ではありえない。そうした事態に直面して、健康・福祉に関する理論の上でも、理論を実践に具体化する諸システムの上でも、今次の大災害がもたらしたインパクトを真正面から受け止め、理論と諸システムの根本的な再検討を通じた、地域の健康福祉システムにおける新たなモデルの構築という、緊急の挑戦課題が我々に課されているように思われる。

5. 優れた成果があがった点

本研究では、「ポジティブ・ヘルスの視点に立つヘルス・リテラシーの理論的基礎づけ—文献収集とレビュー研究—」と称するテーマを与えられた。本研究により「ヘルス・リテラシー」は比較的新しい概念であり、その用語に二つの源、臨床医療のセッティングにおける“medical literacy”、“clinical health literacy”、“patient health literacy”の系列と、保健医療（public health）のセッティングにおける“health literacy”の系列が存在することが示された。保健医療のセッティングにおいてはその概念をめぐる様々な論争があることが明らかにされ、問題の整理が進み、ヘルス・リテラシー概念に改鑄が求められる理由も自明となった。

6. 研究成果の副次的効果

東日本大震災は、生活基盤に関わるほとんどの諸条件と家族や地域社会を崩壊させる複合大規模災害であったため、健康や福祉に関しても、諸施設の消失や諸制度の機能停止だけでなく、それらを支える諸条件も崩れたことによって、従来の研究が所与の定数としてきたものが変数化した。このことから、地域の健康福祉システムにおける新たなモデルの構築という挑戦課題が我々に課されることになった。

7. 研究遂行上の問題点

これまで、健康福祉にかかわる研究は、多くの場合、ネガティブ・ヘルス視点に立ったものであった。そのため、研究結果の検証は、統計的手法が有用であったが、ポジティブ・ヘルス視点に立った研究においては、そうしたエビデンス手法は使うことができず、代わって個々の例における時間軸上の推移を追跡することにより得られる物語的手法が有効となるが、これは、文理融合型の研究を行う

場合に重要なポイントであるので、今後こうした研究文化を育てていく必要があると感じた。

8. 評価体制

本研究プロジェクトでは、研究組織を組立てる際、研究の進行管理のために、総括班が設置された。当該研究を含む個々の研究事業は、総括班の下で研究の進捗について常にチェックを受ける体制が取られた。

9. 今後の展望

ヘルス・リテラシー概念は、個人の健康問題だけでなく、生命・生活・生涯のあらゆる問題の解決に共通した動態的思想が内包されていると考えられることから、今後は、価値の単位としての「個人」だけでなく「社会」のエンパワーメントにも応用面が広がって行くものと考えられる。

10. 研究発表の状況（平成 21 年 4 月～平成 24 年 3 月までの状況）

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
* 3	阿部四郎	21 世紀型健康福祉のあり方の探究 挑戦の途上にあつて	感性福祉研究所年 報第 13 号	2012	3-19
* 2 有	阿部四郎	ヘルス・リテラシー概念に関する一 考察	感性福祉研究所年 報第 13 号	2012	23-38
* 1 有	庭野賀津子、河村孝幸、水 野康、鈴木玲子、皆川州 正、大内真弓、西野美佐 子、山本光璋、阿部四郎	ヘルス・リテラシー理論の再構築	感性福祉研究所年 報第 12 号	2011	45-54

<研究成果の公開状況>（上記以外）

【平成 21 年度】

- 3 月 6 日(土)～7 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 2 回全体会議
 ・山本光璋、皆川州正、福富哲也、河村孝幸、庭野賀津子、大内真弓、水野康、鈴木玲子、藤田和樹、前田忠彦、高安秀樹、長田久雄、杉田義郎、白川修一郎、山口行治「地域住民における「健康観」に関する意識調査結果」

【平成 22 年度】

- 8 月 28 日(土)開放講座:攻めと守りの健康法 ―健康と健康理解を学ぶ―
 ・皆川州正「健康理解のあり方の大切さ」
 ・山本光璋「tfu 元気点検票で健康理解力アップを」

- 3 月 4 日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 3 回全体会議
 ・庭野賀津子、河村孝幸「ヘルス・プロモーション理論及びヘルス・リテラシー理論の改鑄に向けて」

- ・皆川州正, 前田忠彦「地域住民の「健康観」に関する意識調査結果の解釈」
- ・前田忠彦「社会調査における近年の調査不能の動向とその理由について」
- ・山口行治「バイオマーカーの現状と元気点検票」
- ・石出信正「福祉における非言語的コミュニケーション、特に顔について」

【平成 23 年度】

- 1 月 22 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」 第4回全体会議
- ・庭野賀津子(学生への健康教育の重要性について)
 - ・山口行治(バイオマーカー研究の立場から)
 - ・坪井明人(賢く生きている高齢者のヘルス・リテラシー向上法の視点から)
 - ・田中喜代次(健康寿命の延伸における心と食と体育、医療費の抑制、等の視点より)
 - ・山本光璋(*tfu* マイカルテシステム利用状況グラフ配信システムの新規開発、
デジタルサイネージ・システムの効用、動画:「ヘルス・リテラシーと *tfu* 元気点検票」の紹介)

11. 参考文献

- Nutbeam, D. Health literacy as public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267, 2000.
- Kelman, S. "The Social nature of definition problem in health" *International Journal of Health Services*, 5(4), 625-642, 1975
- Pelikan, J.M. "Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory" in McQueen, D.V. et.al eds. : *Health and Modernity: the role of theory in health promotion*, New York, Springer, 74-102, 2007
- Green, L. W. /Raeburn, "Health promotion: What is it? What will it become? " *Health Promotion*3(2), 151-159, 1988
- Tones, K. "Health literacy: new wine in old bottle?" *Health Education Research*, 17(3), 287-290, 2002
- Catford, J. "Health promotion—origins, obstacles, and opportunities" in Keleher, H./Murphy, B eds. : *Understanding Health: a determinants approaches*, Oxford, Oxford University Press, 2003
- Wills, J./Douglas, J. "Health promotion: still going strong?" , *Critical Public Health*, 18(4), 431-434, 2008
- Kickbusch, I. "Policy Innovations for health" in Kickbusch, I. ed. : *Policy Innovation for Health*, New York, Springer, 1-21, 2009

河村 研究班

「メディカルフィットネスの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

研究テーマ：メディカルフィットネスの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発

研究チームリーダー：河村孝幸

共同研究者：山本光璋

研究協力者：藤田和樹、鈴木玲子

河村研究班

テーマ：「メディカルフィットネスの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎河村孝幸、山本光璋、藤田和樹、鈴木玲子

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

【肥満高齢者に対するノルディックウォーキングの有効性研究*1】

東北福祉大学予防福祉健康増進センター（当時）では、健康リスクや生活障害の内容と程度に応じて様々なメディカルフィットネスサービスの開発・提供を行ってきた。なかでも、ノルディックウォーキングは東北福祉大学予防福祉健康増進センターにおけるメディカルフィットネスのサービスの主力であり、これまでに中高年者を対象に運動機能や心血管病の危険因子に対する効果について検証を行ってきた。しかし、近年、抗動脈硬化作用の面から注目されている高分子量アディポネクティンに対してノルディックウォーキングがどのような影響を与えるかについては検討を行っていなかった。そこで、本研究では、肥満高齢者を対象にノルディックウォーキングを活用したメディカルフィットネス・サービスの高分子量アディポネクティンへの影響をランダム比較試験により検証することを目的とした。

【メディカルフィットネスのサービスの受け手の健康観に関する研究*2】

基本的に、メディカルフィットネスのプログラムの中心は運動であるが、プログラムの随所に運動以外の健康面への気づきを促す工夫がされている。一例を挙げると、ウォーキング中のエネルギー消費量の測定はエネルギー収支のバランス、すなわち、食事によるエネルギー摂取量に関する意識改革のきっかけとなる。このように、メディカルフィットネスのプログラムには、高齢者が抱える共通の健康問題に対して解決のヒントが含まれており、受講者の健康意識や健康姿勢が自然に改善される効果が確認されている。

しかし、同じメディカルフィットネスのサービスを受けても、受講後の健康効果にはかなりのばらつきがある。健康サービスの場合、効果のばらつきの主たる原因は、受け手に内在する健康観によるのではないかと我々は経験的に推察している。しかし、これまでに健康サービスを受ける側からサービスの効果が論じられることはほとんどなく、受け手の健康観がサービスの効果にどの程度の影響を与えているのかサービス提供者側も十分に理解できていなかった。そこで、本研究では、メディカルフィットネスのサービスの受け手の健康観の視点から健康効果を検証することを目的とした。

2. 研究の実施体制

1) 研究組織と役割

- ・研究チームリーダー（河村孝幸）：研究組織の統括とプロジェクトの企画運営
- ・共同研究者（山本光璋）：研究プロジェクトへの助言およびリスクモニタリング
- ・研究協力者（藤田和樹、鈴木玲子）：介入研究の実施（健康管理、運動指導、データ分析等）

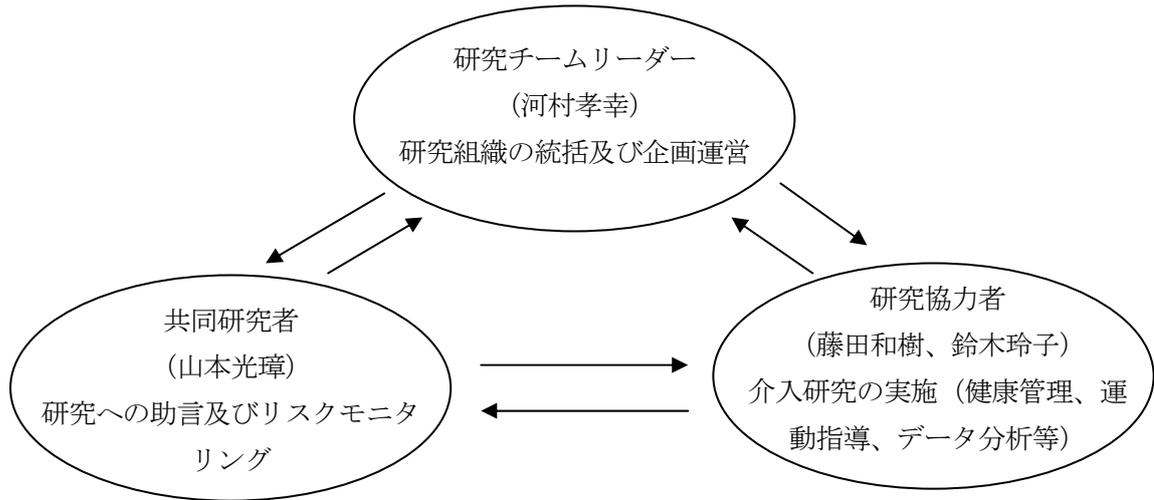


図1 本研究における研究組織と役割

- ・研究協力団体（大阪府泉佐野市保健センター）：
 研究対象者の募集（研究参加条件に基づく対象者の抽出、市の広報紙における研究の募集案内、参加希望者との連絡）、研究場所の提供、保健師・健康運動指導士などセンタースタッフの研究参加、など

3. 研究方法

1) 対象者の抽出

図2に本研究における対象者の抽出方法を示す。平成21年9月上旬に、大阪府泉佐野市在住の65～74歳男女の内、以下の参加条件を満たす357名に対してノルディックウォーキング教室の募集案内を郵送した。

- －生活機能チェックリストの運動5項目の内、1～2項目に該当あり
- －H20年度国保加入者で特定健診を受診
- －25<BMI<30
- －心血管病の既往歴なし
- －血圧180/100未満
- －心電図上異常所見なし

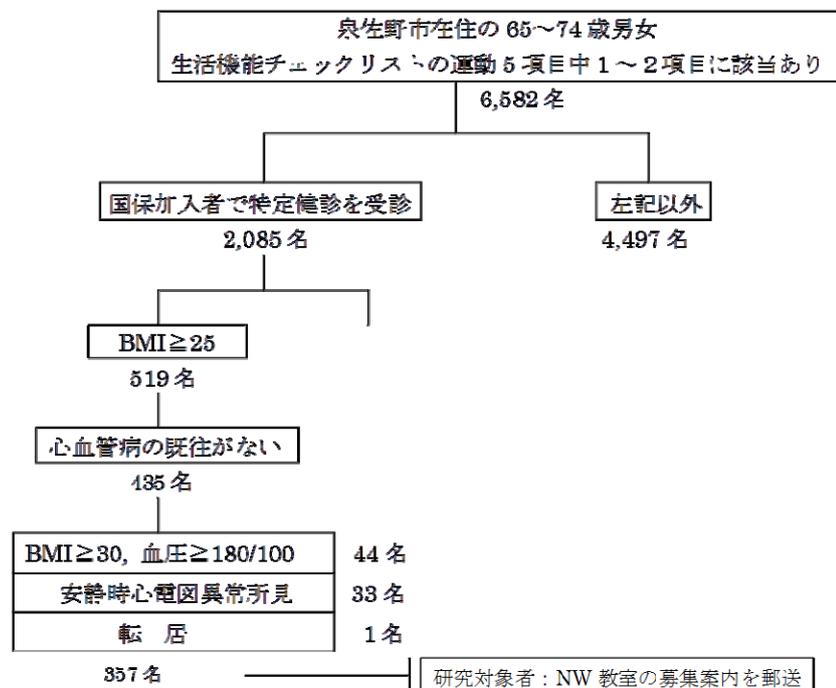


図2 本研究における対象者の抽出方法

平成21年10月下旬に、参加希望者48名を対象に研究説明会を開催した。研究説明会では、健康状態と生活習慣に関する問診と体重・血圧測定を行った後、研究事業の概要（研究参加に伴う利益・不利益、個人情報等の保護等）について説

明を行った。この結果、40名が研究への参加に同意した。

2) 研究の流れ

図3に本研究の流れを示す。平成21年11月中旬、研究への参加に同意した40名に対して研究開始前（第1回）の血液検査及び体組成・体力測定、健康観に関する調査を実施した。検査実施後、参加者を介入群（NW群：N=20）と対照群（Waiting list：N=20）に無作為に割付けた。

平成21年12月上旬から平成22年3月中旬の間、介入群に対しては、泉佐野市保健センター及び近隣の公園で週1回の頻度で12週間、ノルディックウォーキング教室を実施した。また、教室とは別に週1回の頻度で自主トレーニングを実施するよう求めた。対照群に対しては、同期間中、栄養講話とストレッチ実技の講習会を1回実施した。

平成22年3月中旬、介入群18名と対照群18名に対して、研究終了後（第2回）の血液検査及び体組成・体力測定、健康観に関する調査を実施し、介入による効果を検証した。

平成22年4月下旬から平成22年7月中旬の間、対照群に対する倫理的配慮から対照群18名に対して泉佐野市保健センター及び近隣の公園で週1回の頻度で12週間、ノルディックウォーキング教室を実施した。また、教室とは別に週1回の頻度で自主トレーニングを実施するよう求めた。

平成22年7月下旬、介入群16名と対照群17名に対して、第3回の血液検査及び体組成・体力測定、健康観に関する調査を実施し、介入終了から4か月後の効果を検証した。

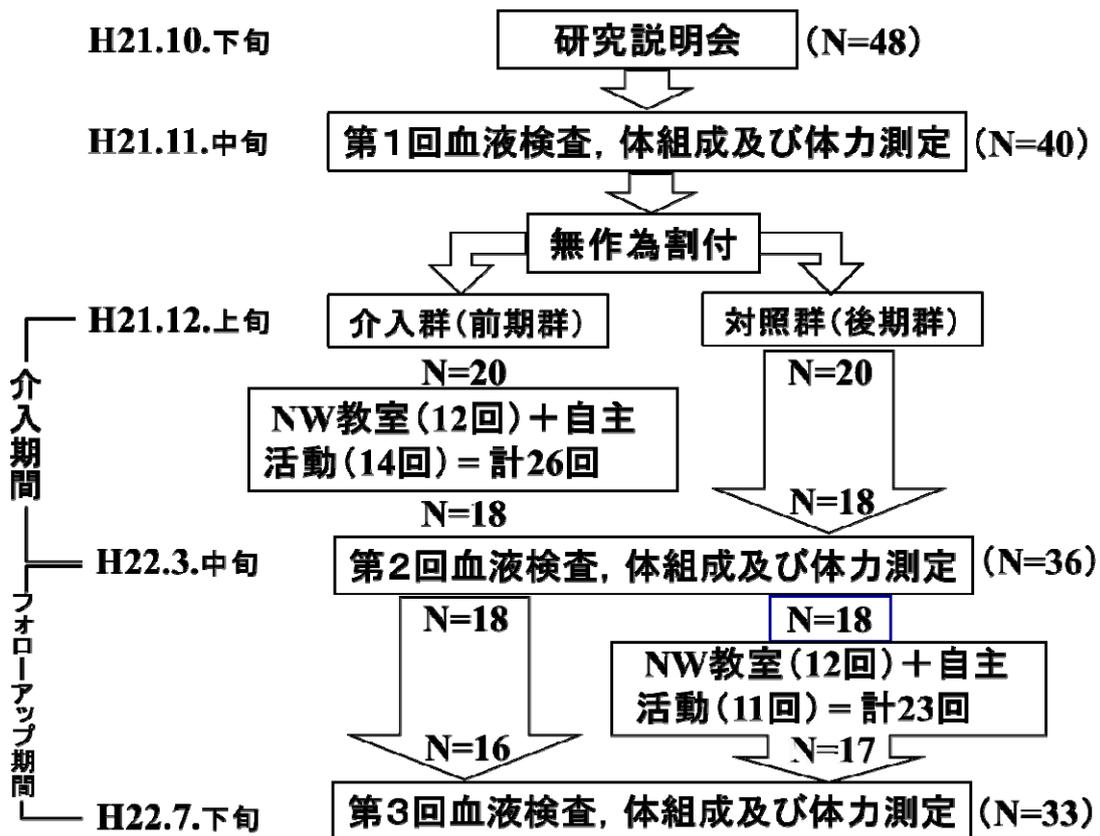


図3 本研究の流れ

3) ノルディックウォーキング教室のプログラム

介入期間中、介入群に対して1回当たり2時間のノルディックウォーキング教室を12回実施した。また、フォローアップ期間中、対照群に対しても介入群と同様のノルディックウォーキング教室を12回実施した。

表1~3にノルディックウォーキング教室の期分け、ねらい、プログラムの内容について示す。本研究では、ノルディックウォーキング教室を導入・教育期、強化期、自立支援期の3期に分け、対象者のテクニックの習熟度や体力の向上に合わせてプログラムを進めた。

表1 ノルディックウォーキング教室の進め方（導入・教育期）

期分け	導入・教育期			
ねらい	①対象者の健康状態、体力、NWテクニックの観察・評価、②W-up, C-downの習慣付け、③NW(ヘルスレベル)のテクニック完成			
回数	第1回	第2回	第3回	第4回
全体のトレーニング時間	120分	120分	120分	120分
I 理論、講話、情報提供など	45分	10分	20分	10分
①挨拶、スタッフ紹介	●			
②検査結果報告	●			
③理論、講話、諸注意など	●教室の進め方	●W-up, C-down		
④テクニック解説	●		●	
II ボールの説明	10分	5分	5分	5分
①ボールの長さ	●	●	●見直し	●
②アスファルトパッド	●	●	●	●
③ストラップ調節	●	●	●	●
III ウォーミングアップ	15分	15分	15分	15分
①ハンドリング、ゲーム				
②上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
③体幹、特に体側	●	●	●	●
④大腿、殿部	●	●	●	●
⑤下腿	●	●	●	●
IV 自然なウォーキング、姿勢	15分	25分	15分	15分
①自然なウォーキングフォーム	●	●	●	●
②立位姿勢チェック(骨盤、視線)	●	●	●	●
③足の運び(ローリング)	●	●	●	●
④自然な腕振り(後方を意識)	●腕振りの位置	●	●	●バトン手渡し
V ノルディックウォーキング	20分	50分	50分	60分
距離(時間)		新池中学校1周(600m)	→	→
①ST1:ボールの中央部を持って歩く	●水平移動	●電車ごっこ	●電車ごっこ逆向き	●水平移動
②ST2:ボールを引きずる	●自然なフォーム	●胸張り・両腕伸展	●アスファルト上でパッドなしでボールを引きずる、音がしないよう振り戻す	→
③ST3:ボールの振り戻し		●その場で振り戻し	→	→
④ST4:ボールを突く		●位置、角度、長さ	→	●胸張り・両突き
⑤ST5:ボールを押す			●腰の位置まで押す	→
⑥ST8:上体の前傾			●ボールに寄りかかる	→
⑦ST7上り坂			●上体の前傾、肘角度	●ボールの位置
⑧ST8下り坂			●重心の位置、膝角度	●ボールの位置
⑨テクニック撮影		●		●
VI クーリングダウン	15分	15分	15分	15分
①上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
②体幹、特に体側	●	●	●	●
③大腿、殿部	●	●	●	●
④下腿	●	●	●	●

表2 ノルディックウォーキング教室の進め方（強化期）

期分け	強化期			
ねらい	①対象者の健康状態、体力に合ったグループ別指導、②RPE11～13の歩行ペースの習得、③RPE11～13のペースの持続(連続40分間)、④W-up, C-downの徹底			
回数	第5回	第6回	第7回	第8回
全体のトレーニング時間	120分	120分	120分	120分
I 理論、講話、情報提供など	30分	10分	10分	10分
①理論、講話、諸注意など	●RPE, ペース	—	●運動強度と健康	
②テクニック解説	●			
III ウォーミングアップ	15分	15分	15分	15分
①ハンドリング、ゲーム				●
②上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
③体幹、特に体側	●	●	●	●
④大腿、殿部	●	●	●	●
⑤下腿	●	●	●	●
V ノルディックウォーキング	60分	80分	80分	80分
距離(時間)	1km(10～13分)	2km(20～26分)	3km(30～39分)	4km(40～52分)
①ST1:ボールの中央部を持って歩く				
②ST2:ボールを引きずる				
③ST3:ボールの振り戻し				
④ST4:ボールを突く				
⑤ST5:ボールを押す	●両突き・両押し			
⑥ST6:上体の前傾	●ボールに寄りかかる			
⑦ST:7上り坂	●ボールの位置	→	→	→
⑧ST:8下り坂	●ボールの位置	→	→	→
⑨テクニック撮影				
⑩1kmタイム測定	●タイム計測(RPE13で1km)			●タイム計測(RPE13で1km)
⑪NW実践		グループ別にNW 1周目: RPE11(休憩) 2周目: RPE13	グループ別にNW 1周目: RPE11(休憩) 2-3周目: RPE13	グループ別にNW 1-3周: RPE11-13
⑫トレーニング			階段昇降2分	→ Squat, Lunge
VII クーリングダウン	15分	15分	15分	15分
①上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
②体幹、特に体側	●	●	●	●
③大腿、殿部	●	●	●	●
④下腿	●	●	●	●

表3 ノルディックウォーキング教室の進め方（自立支援期）

期分け	自立支援期			
ねらい	①HR測定による運動強度(RPE11～13)の客観的評価と歩行ペースの見直し、②W-up, C-downの自立、③LCによる運動量の評価と運動習慣の見直し、④教室終了後の自主活動に向けた話し			
回数	第9回	第10回	第11回	第12回
全体のトレーニング時間	120分	120分	120分	120分
I 理論、講話、情報提供など	30分	15分	15分	15分
①検査結果報告	●LCの結果返却、LCの配布・装着、HRM装着	●HRM装着	●HRM装着 ○自主活動に関する話し合い	●自主活動に関する話し合い
②理論、講話、諸注意など	●減量及び食生活の改善事例、C-downの徹底			
III ウォーミングアップ	15分	15分	15分	15分
①ハンドリング、ゲーム				
②上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
③体幹、特に体側	●	●	●	●
④大腿、殿部	●	●	●	●
⑤下腿	●	●	●	●
V ノルディックウォーキング	55分	70分	70分	70分
距離(時間)	4km(40～52分)	5km(50～65分)	5km(50～65分)	ハイキング(5km)
⑪NW実践	グループ別にNW 1-4周: RPE11-13	グループ別にNW 1-5周: RPE11-13	グループ別にNW 1-5周: RPE11-13	
⑫心拍数測定	Aグループ装着	Bグループ装着	Cグループ装着	
⑬トレーニング	Squat, Lunge	→	→	
VII クーリングダウン	20分	20分	20分	20分
①上肢、特に肩甲骨	●	●	●	●
②体幹、特に体側	●	●	●	●
③大腿、殿部	●	●	●	●
④下腿	●	●	●	●
⑥ボールなしでウォーキング	5分	→	→	→

4) 検査測定

本研究では、介入前後及び介入終了から4か月後に検査測定を3回実施した。本研究で行った検査測定の項目は以下の通りである。

●血圧測定

- ・収縮期血圧、拡張期血圧

●血液検査

- ・血清脂質（中性脂肪、総コレステロール、LDL コレステロール、HDL コレステロール）
- ・血糖、HbA1c、インスリン、アルブミン
- ・高分子量アディポネクティン

●体組成測定

- ・腹囲
- ・XMe-9 を用いて、体重、除脂肪量、体脂肪量、体脂肪率など

●体力測定

- ・左右ファンクショナルリーチ
- ・Timed Up & Go Test
- ・握力

●健康観に関する調査¹⁾

山本らの作成による健康観に関する調査(133項目)

表4 介入前における対象者の特性

項目	介入群(N=20)	対照群(N=20)	P-値*
女性比(%) [§]	65	65	1.000
年齢(歳)	71.3 (2.7)	70.8 (2.8)	0.563
体重(kg)	63.7 (7.3)	62.7 (8.1)	0.694
BMI	26.0 (1.8)	25.8 (1.7)	0.698
体脂肪率(%)	33.2 (3.9)	32.6 (5.2)	0.654
腹囲(cm)	96.4 (4.8)	93.9 (5.4)	0.127
アディポネクチン(μg/mL)	7.5 (3.8)	6.7 (3.5)	0.520
収縮期血圧(mmHg)	147.5 (13.7)	145.8 (16.0)	0.724
拡張期血圧(mmHg)	76.5 (5.7)	78.4 (7.9)	0.405
血糖(mg/dL)	93.5 (9.6)	101.5 (22.9)	0.160
中性脂肪(mg/dL)	126.7 (105.5)	119.9 (48.8)	0.797
LDL-cho(mg/dL)	125.5 (40.0)	124.8 (31.0)	0.951
HDL-cho(mg/dL)	58.2 (13.6)	56.8 (11.5)	0.718
HOMA-R	1.3 (0.8)	1.4 (0.7)	0.550
TUGT(秒)	6.9 (1.0)	7.1 (1.1)	0.506
LR(右:cm)	17.4 (4.0)	19.3 (3.6)	0.115
LR(左:cm)	17.9 (3.6)	16.0 (3.4)	0.093
握力(右:kg)	25.9 (8.6)	27.7 (10.0)	0.546
握力(左:kg)	26.2 (7.4)	25.1 (9.0)	0.689

(): 標準偏差, *: t-検定, §: χ^2 -検定

4. 研究成果

結果

1) 介入前における対象者の特性

表4に介入前における対象者の特性について示す。介入群と対照群の間で、有意差の認められる項目はなかった。

2) 介入前後における検査項目の変化

i) 体組成 (図4)

体重は、介入群で1回目は63.9±1.8kgであったが、2回目は62.5±2.0kgとなり、1.4kg有意に減少した(p<0.05)。一方、対照群では1回目

62.4±2.0kg から 2 回目 62.6±1.9kg へと 0.2kg 増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-1.6±0.5kg であり、この差は有意であった ($P<0.01$)

BMI は、介入群で 1 回目は 26.0±0.5 であったが、2 回目は 25.2±0.5 となり、0.8±0.2 有意に減少した ($p<0.001$)。一方、対照群では 1 回目 25.9±0.4 から 2 回目 25.8±0.4 へと 0.1±0.1 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-0.7±0.2 であり、この差は有意であった ($p<0.01$)。

体脂肪率は、介入群では 1 回目は 33.3±0.9% であったが、2 回目に 32.3±0.7% となり、1.0±0.4% 有意に減少した ($p<0.05$)。一方、対照群では 1 回目 33.2±1.2% から 2 回目 33.5±1.0% へと 0.3±0.3% 増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-1.3±0.5% であり、この差は有意であった ($p<0.05$)。

腹囲は、介入群で 1 回目は 96.4±1.2cm であったが、2 回目は 92.8±1.2cm となり、3.6±0.9cm 有意に減少した ($p<0.01$)。一方、対照群では 1 回目 94.1±1.3cm から 2 回目 93.3±1.4cm へと 0.8±0.7cm 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-2.8±1.2cm であり、この差は有意であった ($p<0.05$)。

ii) 血圧

収縮期血圧値は、介入群で 1 回目は 146.6±3.4mmHg であったが、2 回目は 151.4±4.4 mmHg となり、4.8±4.4mmHg 増加傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 145.2±3.9 mmHg から 2 回目 148.1±4.9mmHg へと 2.9±3.4 mmHg 増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、1.9±5.6mmHg であり、有意差は認められなかった。

拡張期血圧値は、介入群で 1 回目は 76.2±1.3mmHg であったが、2 回目は 82.6±2.1mmHg となり、6.4±1.9mmHg 増加傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 77.6±1.9 mmHg から 2 回目 82.3±1.8mmHg へと 4.7±1.5mmHg 増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、1.7±2.4mmHg であり、有意差は認められなかった。

iii) 血液検査 (図 5)

アルブミン値は、介入群で 1 回目は 4.3±0.4g/dL であったが、2 回目は 4.4±0.6g/dL となり、0.1±0.03g/dL へと有意に増加した ($p<0.001$)。一方、対照群では 1 回目 4.2±0.5g/dL から 2 回目 4.4±0.5mg/dL へと 0.2±0.04g/dL へと有意に増加した ($p<0.01$)。介入群－対照群の正味の差は、-0.1±0.05mg/dL であり、有意差は認められなかった。

中性脂肪値は、介入群で 1 回目は 108.6±12.9mg/dL であったが、2 回目は 93.9±8.3mg/dL となり、14.7±10.8mg/dL 減少傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 120.8±11.7mg/dL から 2 回目 103.6±9.3 mg/dL へと 17.2±8.7mg/dL 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、2.5±13.8 mg/dL であり、有意差は認められなかった。

総コレステロール値は、介入群で 1 回目は 217.2±9.1mg/dL であったが、2 回目は 214.1±7.9mg/dL となり、3.1±5.4mg/dL 減少傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 209.2±7.8mg/dL から 2 回目 203.8±8.7 mg/dL へと 5.4±5.0mg/dL 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、2.3±7.3mg/dL であり、有意差は認められなかった。

LDL コレステロール値は、介入群で 1 回目は 130.6±8.8mg/dL であったが、2 回目は 130.7±7.5mg/dL となり、0.1±4.9mg/dL 増加傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 123.9±7.7mg/dL から 2 回目 121.7±8.7 mg/dL へと 2.2±4.0mg/dL 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-2.1±6.3mg/dL であり、有意差は認められなかった。

HDL コレステロール値は、介入群で 1 回目は 57.9±2.9mg/dL であったが、2 回目は 57.8±4.2mg/dL となり、0.1±2.1mg/dL 減少傾向を示した。一方、対照群では 1 回目 56.4±2.8mg/dL から 2 回目 56.3

±2.0mg/dL となり、0.1±1.2mg/dL 減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、0.0±2.4mg/dL であり、有意差は認められなかった。

血糖値は、介入群で1回目は92.6±2.1mg/dLであったが、2回目は98.4±3.9mg/dLとなり、5.8±2.8mg/dL増加傾向を示した。一方、対照群では1回目100.8±5.6mg/dLから2回目99.6±5.5mg/dLへと1.2±3.1mg/dL減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、7.0±4.2mg/dLであり、有意差は認められなかった。

HbA1cは、介入群で1回目は5.5±0.1%であったが、2回目は5.6±0.1%となり、0.1±0.1%増加傾向を示した。一方、対照群では1回目5.6±0.2%から2回目5.7±0.2%となり、0.1±0.02%有意に増加した(p<0.001)。介入群－対照群の正味の差は、0.0±0.1%であり、有意差は認められなかった。

HOMA-IRは、介入群で1回目は1.2±0.2であったが、2回目は1.4±0.2となり、0.2±0.1増加傾向を示した。一方、対照群では1回目1.4±0.2から2回目1.7±0.2となり、0.3±0.1有意に増加した(p<0.01)。介入群－対照群の正味の差は、-0.2±0.2であり、有意差は認められなかった。

高分子量アディポネクティン値は、介入群で1回目は7.6±0.9μg/mLであったが、2回目は7.6±1.0μg/mLとなり、変化は認められなかった。一方、対照群では1回目6.9±0.8μg/mLから2回目6.8±0.9μg/mLとなり、0.1±0.2μg/mL減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-0.1±0.4μg/mLであり、有意差は認められなかった。

iv) 体力

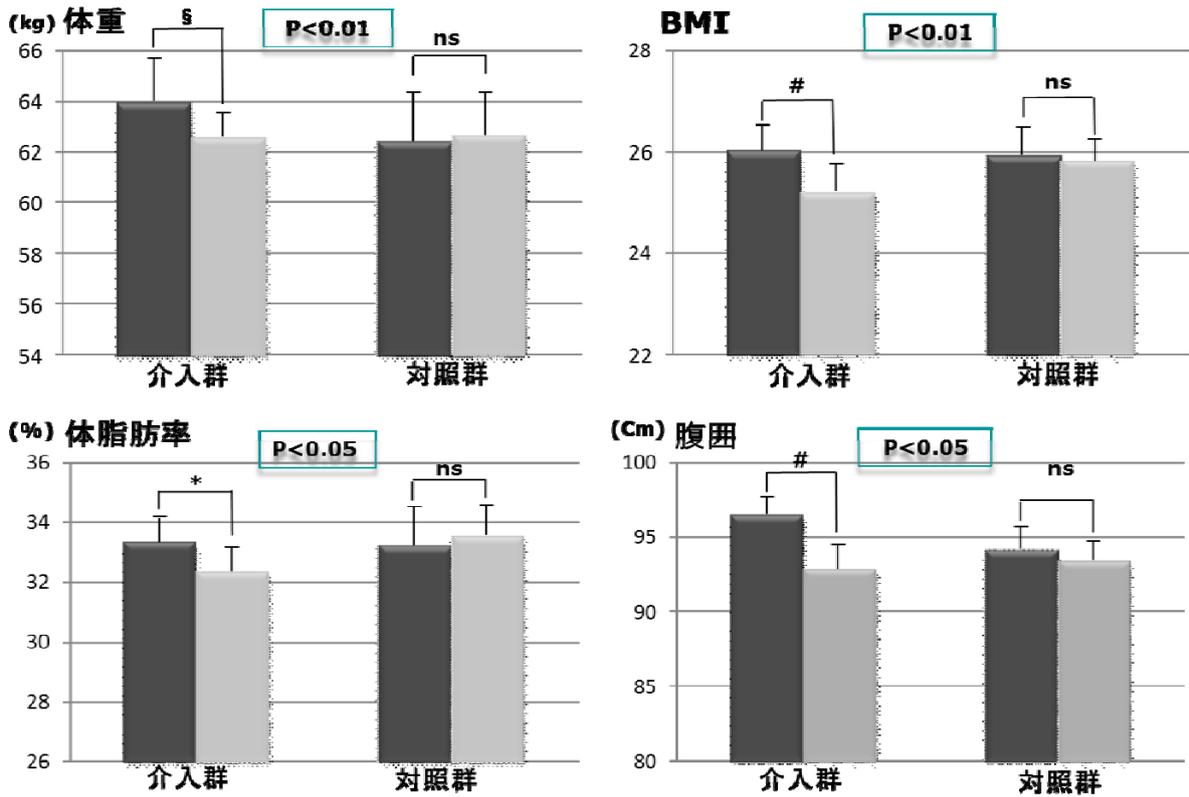
ファンクショナルリーチ(右)は、介入群で1回目は17.4±1.0cmであったが、2回目は20.7±0.8cmとなり、3.3±0.9cm有意に増加した(p<0.01)。一方、対照群では1回目19.4±0.8cmから2回目19.1±0.6cmへと0.3±0.6cm減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、3.6±1.1cmであり、この差は有意であった(p<0.01)。

ファンクショナルリーチ(左)は、介入群で1回目は18.1±0.9cmであったが、2回目は17.5±0.8cmとなり、0.6±0.9cm減少傾向を示した。一方、対照群では1回目16.2±0.6cmから2回目16.0±0.8cmへと0.2±0.9cm減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-0.4±1.3cmであり、有意差は認められなかった。

Timed Up & Go Testは、介入群で1回目は7.0±0.2secであったが、2回目は6.6±0.2secとなり、0.4±0.2sec有意に減少した(p<0.05)。一方、対照群では1回目7.1±0.2secから2回目6.9±0.2secへと0.2±0.1sec減少傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、-0.2±0.2secであり、有意差は認められなかった。

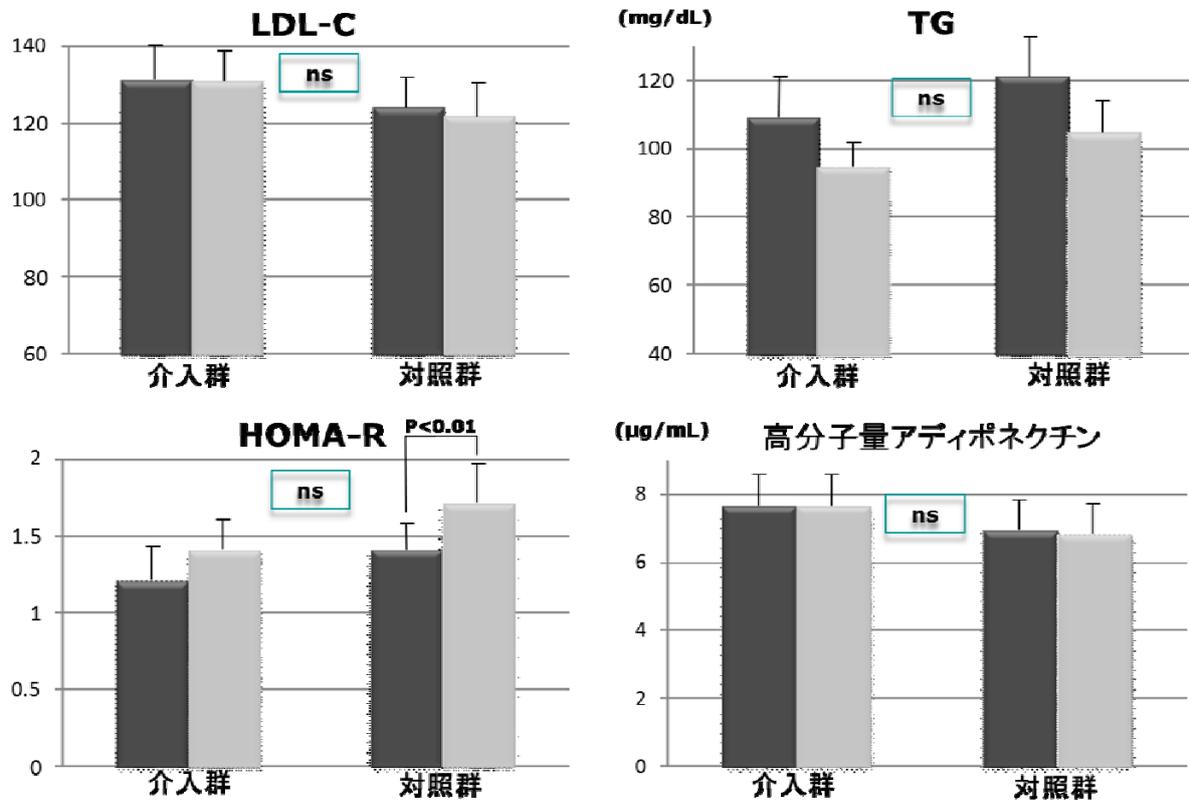
握力(右)は、介入群で1回目は26.1±2.1kgであったが、2回目は27.8±2.2kgとなり、1.7±0.9kg増加傾向を示した。一方、対照群では1回目26.8±2.3kgから2回目27.1±2.3kgへと0.3±0.5kg増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、1.4±1.0kgであり、有意差は認められなかった。

握力(左)は、介入群で1回目は26.7±1.8kgであったが、2回目は27.2±2.0kgとなり、0.5±0.7kg増加傾向を示した。一方、対照群では1回目24.6±2.1kgから2回目24.7±1.9kgへと0.1±0.6kg増加傾向を示した。介入群－対照群の正味の差は、0.4±0.9kgであり、有意差は認められなかった。



† 介入群: N=18, 対照群: N=18 群内比較; paired t-test, 群間比較; t-test, * p < 0.05, § p < 0.01, # p < 0.001

図4 介入前後における体組成の変化



† 介入群: N=18, 対照群: N=18 (HOMA-RのみN=17)

群内比較はpaired t-test, 群間比較はt-testにより解析

図5 介入前後における血液検査の変化

3) 高分子量アディポネクティン値の改善率に影響を及ぼす因子

本研究では、高分子量アディポネクティン値の改善率に影響を及ぼす因子を明らかにするため、介入前後における高分子量アディポネクティン値の変化率を独立変数とし、各因子（性別、年齢、身長、出席率、収集期血圧、AG比、HbA1c、LDL-C、TG、HOMA-R、体重、腹囲、右側方リーチ、右握力）の変化率を説明変数とする重回帰分析を行った。

表5に高分子量アディポネクティン値の改善率に影響を及ぼす因子を示す。高分子量アディポネクティン値の改善に強い影響を及ぼす因子は、HDLコレステロール（ $\beta = 0.573$, $p < 0.05$ ）と体重（ $\beta = -0.433$, $p < 0.05$ ）であることが明らかとなった。

表5 高分子量アディポネクティン値に影響を及ぼす因子

変数	β	t値	p値
性別	-0.246	-1.209	0.245
年齢	0.237	1.149	0.268
身長	-0.107	-0.485	0.635
体重	-0.433	-2.371	<0.05
腹囲	-0.244	-1.120	0.280
HDL-C	0.573	2.798	<0.05
握力(右)	0.329	1.697	0.110

高分子量アディポネクティン値の変化率を独立変数とし、各因子（性別、年齢、身長、出席率、収集期血圧、AG比、HbA1c、LDL-C、TG、HOMA-R、体重、腹囲、右側方リーチ、右握力）の変化率を説明変数とする重回帰分析

4) 介入群における高分子量アディポネクティン値、体重、腹囲の長期的変化

本研究では、介入の長期的効果を明らかにするため、介入終了から4か月後（介入開始から7か月後）に検査測定を行った。

高分子量アディポネクティンは、介入前には $7.6 \pm 1.0 \mu\text{g/mL}$ 、介入後には $7.7 \pm 1.1 \mu\text{g/mL}$ であり、ほとんど変わらなかったが、介入終了から4か月後に $7.9 \pm 1.1 \mu\text{g/mL}$ となり、増加傾向を示した。体重は、介入前には $63.5 \pm 1.9 \text{kg}$ であったが、介入後には $62.0 \pm 2.0 \text{kg}$ へ減少し、介入終了から4か月後も $62.1 \pm 2.0 \text{kg}$ と介入前に比べて低い傾向を示した。腹囲は、介入前には $96.5 \pm 1.3 \text{cm}$ であったが、介入後には $92.8 \pm 1.1 \text{cm}$ へ減少し、介入終了から4か月後も $92.3 \pm 1.1 \text{cm}$ と介入前に比べて有意に低かった ($p < 0.05$)。

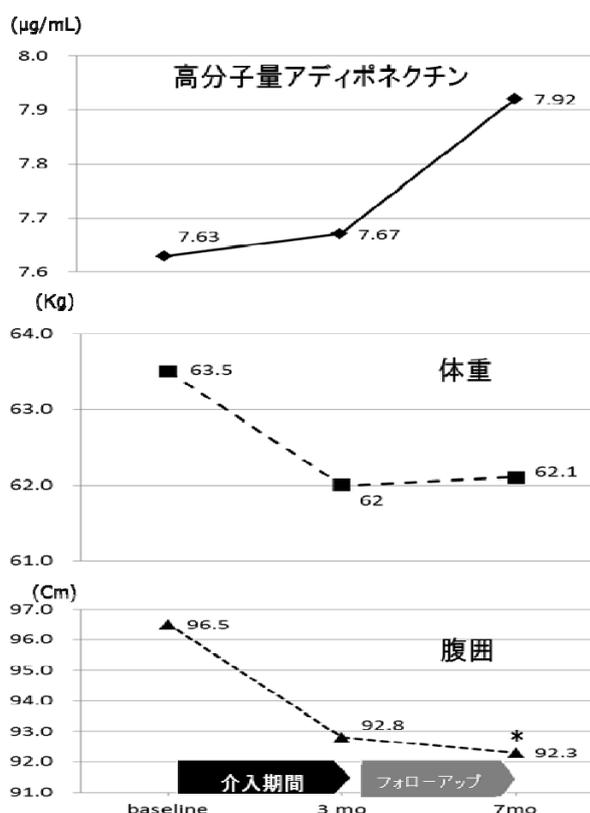


図6 介入群における高分子量アディポネクティン値、体重、腹囲の長期的変化[†]

[†] N=16
 ANOVA with post hoc analyses (Tukey method)
 * $p < 0.05$ vs baseline

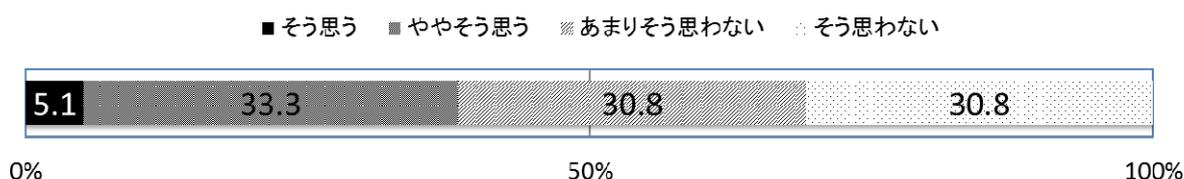
5) 健康観がメディカルフィットネスのサービスの効果に与える影響

本研究では、まず、ノルディックウォーキング教室前の参加者の健康観を示したうえで、健康観がメディカルフィットネスのサービスの効果に与える影響について検討した。

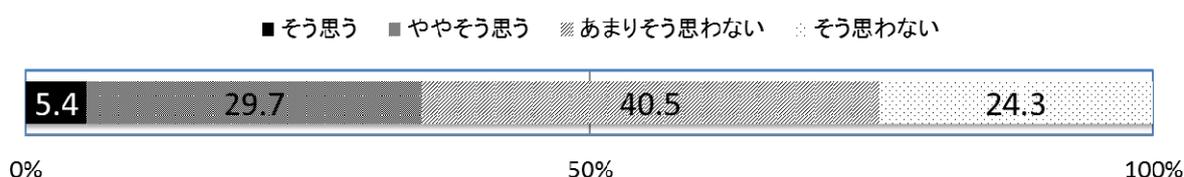
i) ノルディックウォーキング教室の参加者の健康観

健康観の調査対象は、ノルディックウォーキング教室に参加する肥満高齢者 39 名（男性 13 名、女性 26 名、年齢 71.1±2.7 歳）であった。図 7 に、ノルディックウォーキング教室前の参加者の健康観の内、特にサービスの効果に影響を与えたと考えられた項目を示す。

Q1. 健康かどうかは遺伝による影響が大きい



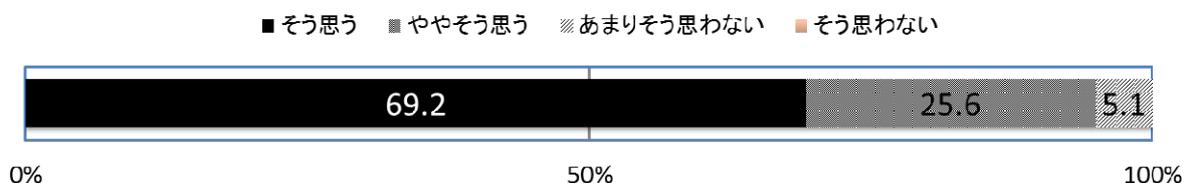
Q45. 健康かどうかはかなり偶然による



Q14. 健康の維持・増進のための方法は、自己選択することが大事だ



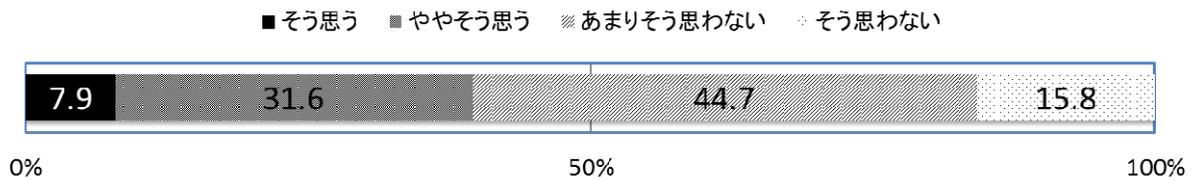
Q26. 健康の維持・増進には、個人の自覚が欠かせない



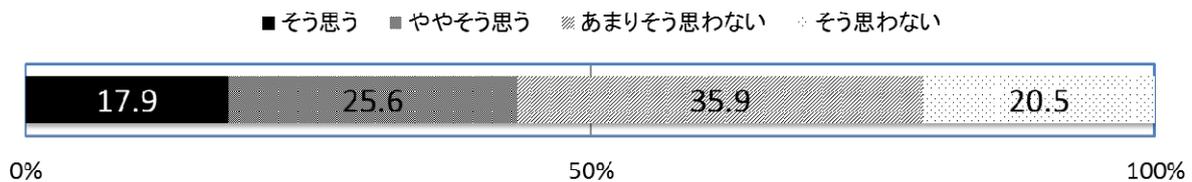
Q17. 健康かどうかは自分の努力次第である



Q5. 健康の維持・増進は、社会全体がやっている通りにすればまちがいない



Q37. 健康の維持・増進に必要な活動は専門家に決めてもらうのがよい



Q20. 健康の維持・増進には、自分がいいと思う健康法を行うのがよい

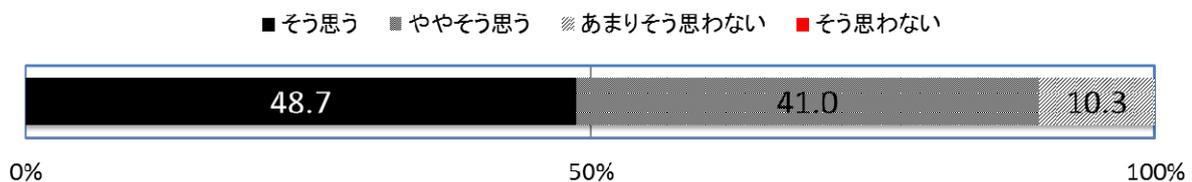


図7 ノルディックウォーキングのプログラム参加者の健康観

「健康かどうかは遺伝による影響が大きい」「健康かどうかは偶然による」に対して、肯定的な回答をした者の割合はそれぞれ 38.5%、35.1%と少なかった。「健康の維持・増進のための方法は、自己選択することが大事だ」「健康の維持増進には、個人の自覚が欠かせない」「健康かどうかは自分の努力次第である」に対して、肯定的な回答をした者の割合はそれぞれ 89.8%、94.9%、87.2%と多かった。また、「健康の維持・増進は、社会全体がやっている通りにすればまちがいない」「健康の維持・増進に必要な活動は専門家に決めてもらうのがよい」に対して、肯定的な回答をした者の割合はそれぞれ 39.5%、43.5%と過半数に満たなかった。これに対して、「健康の維持・増進には、自分がいいと思う健康法を行うのがよい」に対して肯定的な回答をした者の割合は 89.7%と多かった。

ii) 健康観と BMI、腹囲の関連

図8に、ノルディックウォーキング教室前の健康観と BMI、腹囲の間の関連を示す。BMI は、「健康かどうかは遺伝による影響が大きい」の質問に対して「そう思わない」と回答した者では 25.3、「あまりそう思わない」と回答した者では 25.5、「ややそう思う」と回答した者では 26.9、「そう思う」と回答した者では 26.6 であり、否定的な回答をした者に比べて、肯定的な回答をした者では BMI が高くなる傾向が見られた ($p=0.075$)。腹囲は、「健康かどうかは遺伝による影響が大きい」の質問に対して「そう思わない」と回答した者では 91.8cm、「あまりそう思わない」と回答した者では 94.9cm、「ややそう思う」と回答した者では 97.8cm、「そう思う」と回答した者では 100.2cm であり、「そう思わない」と回答した者に比べて「ややそう思う」と回答した者では腹囲が有意に大きかった ($p<0.05$)。

健康観：健康かどうかは遺伝による影響が大きい

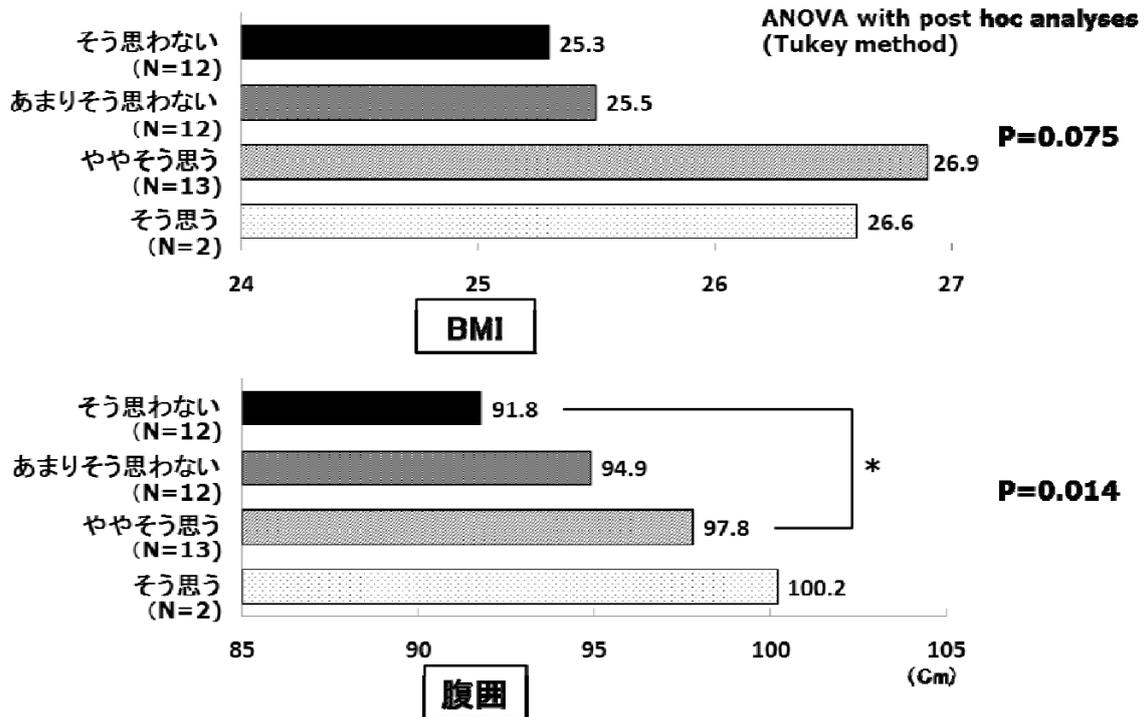


図8 ノルディックウォーキング教室前における健康観とBMI、腹囲の関連(N=39)

iii) 健康観がBMI、腹囲の改善率に与える影響

図9に、ノルディックウォーキング教室前の健康観がBMI、腹囲の改善率に与える影響について示す。BMIの改善率は、「健康の維持増進には個人の自覚が欠かせない」の質問に対して「あまりそう思わない」と回答した者では0.9%の増加だったが、「ややそう思う」と回答した者では1.9%の減少、「そう思う」と回答した者では2.1%減少する傾向が見られた。腹囲の改善率は、「健康の維持増進には個人の自覚が欠かせない」の質問に対して「あまりそう思わない」と回答した者では1.5%の増加だったが、「ややそう思う」と回答した者では4.0%の減少、「そう思う」と回答した者では4.1%の減少が見られ、「あまりそう思わない」と回答した者に比べて、「そう思う」と回答した者では、腹囲の減少率が有意に大きかった ($p < 0.05$)。

健康観：健康の維持・増進には、個人の自覚が欠かせない

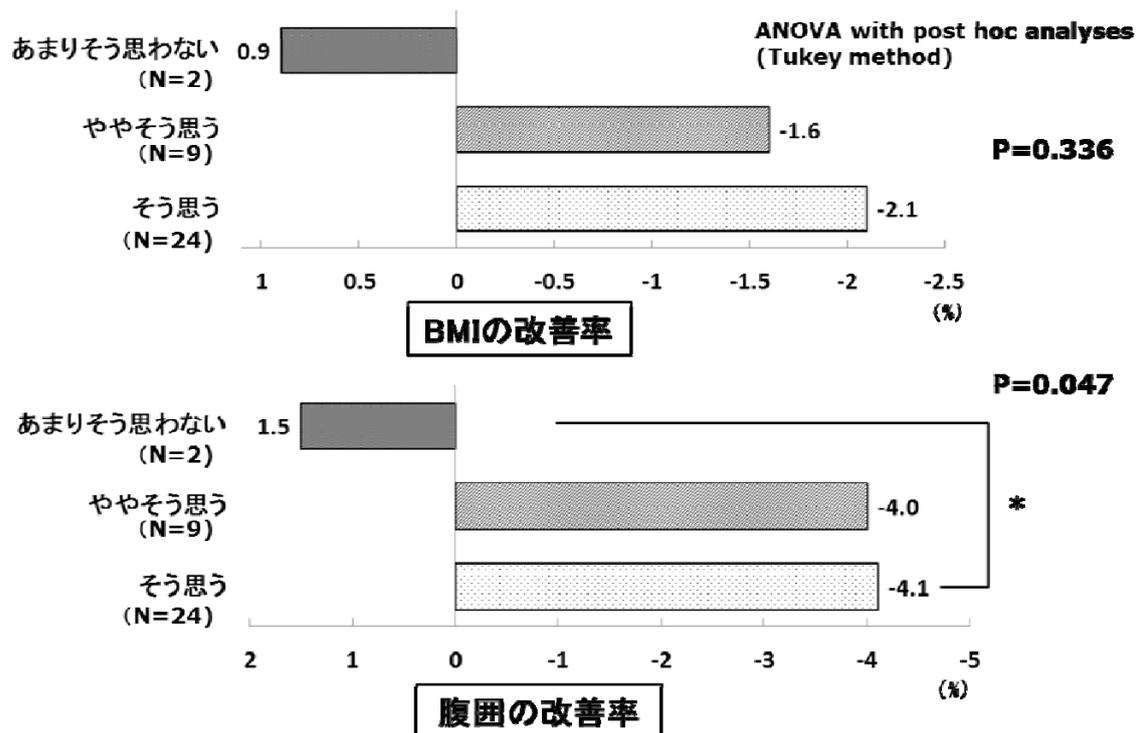


図9 ノルディックウォーキング教室前における健康観とBMI、腹囲の改善率の関連(N=39)

考察

【肥満高齢者に対するノルディックウォーキングの有効性研究】

運動機能の低下した高齢者に対してノルディックウォーキングを活用したメディカルフィットネスのサービスの有効性をランダム比較試験により検証した。

12週間のノルディックウォーキング教室により、介入群では体重、腹囲などの体組成が有意に改善されたが、高分子量アディポネクティン値に変化は見られなかった。しかし、ノルディックウォーキング教室終了後も介入群の対象者は自主的にノルディックウォーキングを継続した結果、教室終了から4か月後に高分子量アディポネクティン値は増加傾向を示した。

ノルディックウォーキングは、通常のウォーキングに比べてテクニックの習得に時間を要する。今回の研究結果から、肥満高齢者がノルディックウォーキングにより身体的適応を引き起こすには12週間では不十分である可能性が示唆された。研究終了から4か月後に高分子量アディポネクティン値が増加傾向を示したことから、肥満高齢者を対象としたノルディックウォーキング教室は、週1回の実施ならば少なくとも24回程度は実施する必要があると考えられた。

本研究では、ノルディックウォーキングが抗動脈硬化作用を有する高分子量アディポネクティン値を改善する有効な手段であるという研究目的を明らかにすることはできなかった。しかし、上述の研究目的を達成するために必要なプログラムの条件など有用な情報を得ることができた点で本研究の目標は50%程度達成できたと考える。

【メディカルフィットネスのサービスの受け手の健康観に関する研究】

本研究の結果、メディカルフィットネスのサービスに参加する高齢者は、概ね健康に対して前向きな姿勢をもち、健康であるかどうかは自己選択、自己責任、自助努力によると考える傾向が明らかと

なった。また、メディカルフィットネスのサービスによる健康効果には受け手の健康観が少なからぬ影響を与えていることが示唆された。したがって、メディカルフィットネスのサービスを提供する側には、常にサービスを受ける者の健康観を変えることができるか、という視点が必要となる。

メディカルフィットネスのサービスを受ける者の健康観を望ましい方向へ変えることができれば、心血管病の危険因子など健康リスクのより一層の改善が期待できる。しかし、長い年月をかけて培われた高齢者の健康観を変えることは容易ではなく、これを変えるためには健康観の形成・変容に関わる要因を特定し、健康に関する理解と実践を組合せるなどの教育方法の創意工夫がより必要となる。第3回全体会議では、健康サービスにより受講者の健康観の変化を促すためにサービス提供者はどのような点に配慮すべきか、また、どのような視点で受講者と向かい合うべきかについて種々の意見交換を行った。その結果、健康サービスの受け手の健康観を望ましい方向へ促すための一つの方策として、サービスの受け手に地域で健康づくりの役割を与えること、すなわち、サービスの受け手から提供側への転換が重要であることが提起された。

メディカルフィットネスのサービスの受け手の健康観によりサービスの効果が異なるという、従来とは異なる視点からサービスの効果を検証することができた。この意味で、当初の目標を達成することはできたと言えるが、研究成果を公表するまでに至らなかった点で目標を達成できたとは考えてはいない。今後、本研究で得たデータをより深く分析し、得られた成果を論文化していくことが必要である。

5. 優れた成果があがった点

なし

6. 研究成果の副次的効果

なし

7. 研究遂行上の問題点

研究遂行の場が大阪であったため、研究チームリーダーや共同研究者との連携が十分に取れなかった点。

8. 評価体制

毎年度、自己評価は実施している。平成21年度、22年度は当初の目標通り研究計画を達成することはできたが、平成23年度に関しては達成できなかったと自己評価している。

9. 今後の展望

平成21年度に実施したノルディックウォーキングの介入研究では、ノルディックウォーキングの高分子量アディポネクチンへの有効性を実証することができなかった。現在、平成23年度～25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金（基盤研究C））で上記の研究課題を明らかにするため研究を遂行中である。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<研究成果の公開状況>

【平成21年度】

【平成22年度】

3月4日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第3回全体会議

・藤田和樹「メディカル・フィットネスの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」*2

(感性福祉研究所年報第12号, 98, 2011)

9月16日(金)ワークショップ「健康づくりとしてのノルディックウォーキングの科学」第65回日本体力医学会

・藤田和樹「肥満高齢者に対するノルディックウォーキング教室の有効性に関する研究:無作為割付対照試験」*1

【平成23年度】

1月22日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第4回全体会議

・藤田和樹「メディカル・フィットネスの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

(感性福祉研究所年報第13号, 112, 2012)

11. 参考文献

- 1) 皆川州正ら：健康理解力尺度の作成の試み——一般住民と大学生の調査——, 感性福祉研究所年報, 12号, 5-21, 2011年

光永 研究班

「カウンセリング・エステの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

研究テーマ：カウンセリング・エステの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発

研究チームリーダー：光永輝彦

共同研究者：根岸直樹、佐藤俊人、高村元章

研究協力者：庭野賀津子

光永班

テーマ：「カウンセリング・エステの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎光永輝彦、根岸直樹、佐藤俊人、高村元章

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

長寿化、複雑化した超ストレス社会の時代にあって、高齢者の人間環境への適応と「場と社会」との関わりを重視した「こころ」と「からだ」の元気と社会的な中における元気を含めた健康サービスの構築を目指し、「生きる喜びに満ち、幸福感を持った自立型の健康な高齢者づくり」に貢献するカウンセリング・エステの有効性を検討した。

カウンセリング・エステ^{a) b) c)}は、ヘルス・リテラシーやウェルネス・リテラシーの包括概念であるサクセスフル・エイジング^{d)}の重要要素である生活の質(Quality of Life)と生きがい(Value of Life)に影響を与える。

今回の実践研究は、認知症・脳梗塞等の機能低下した超高齢者のヘルス・リテラシーやウェルネス・リテラシーを高める一つの概念としてサクセスフル・エイジングを探求した。サクセスフル・エイジングの要素である健康・満足感・楽しさ・生きがいを考察した。

カウンセリング・エステの目的を「美容心理的見地」と「化粧行動の感性福祉^{e)}的解釈」を背景として「はだ・こころ・からだ」の三者間相互作用の良循環を達成し、自信や満足感の高揚する対自的効果^{f)}と、他人の認知・評価による行動的な対他的効果^{g)}とを有する健康サービスを検証した。

対象者の行動性や社会性の上昇に伴って、仲間や家族、施設の職員・スタッフ（介護士・看護師）とのコミュニケーション・場づくりを観察した。

また、カウンセリング・エステの健康サービスを受ける人の施術前の「こころの状態」、施術中、施術後の「こころの変化」、「元気度の変化」、「行動の変化」、「社会性の変化」を観察した。

さらに、カウンセリング・エステ健康サービスを行った対象者の中で長期間の追跡ができた対象者の人格的描写についてのケース研究を報告する。

2. 研究の実施体制

<研究遂行のためのチーム組織>

研究チームリーダー：光永輝彦

共同研究者：根岸直樹、佐藤俊人、高村元章

研究協力者：庭野賀津子

<研究遂行に関わった機関、団体等>

東北福祉大学、社会福祉法人・東北福祉会「せんだんの杜」

3. 研究方法

実践調査方法

本実践調査研究は、東北福祉大学・感性福祉研究所の倫理規定に従って実施した。

1) 介護老人福祉施設におけるカウンセリング・エステ健康サービス

東北福祉大学の関連施設である社会福祉法人・東北福祉会「せんだんの杜」にて入居者25人を対象にカウンセリング・エステ健康サービスを延べ回数にして382回実施した。具体的には、手技（ハンド）による徒手のフェイシャル・マッサージとハンド・マッサージを中心に美容療法による効果ならびに施術者の「聞く・話す・触れる」というスキンシップ・コミュニケーションによる効果を調査した。

調査は、聞き取り方式のアンケートで、施術前の対象者の状況は、スタッフとの会話（プレカウンセリング）でスタッフが記入し、施術中は施術者が語らいの中で問診し、施術後は対象者の回答とスタッフの語らい（アフターカウンセリング）による観察によって評価した。また、写真などでも評価した。

2) サービス・プログラムの概要

今回の「せんだんの杜」におけるプログラムでは、対象者が高齢者であることを考慮して肌診断は省略し4ステップ（30-40分）とした（図1）。

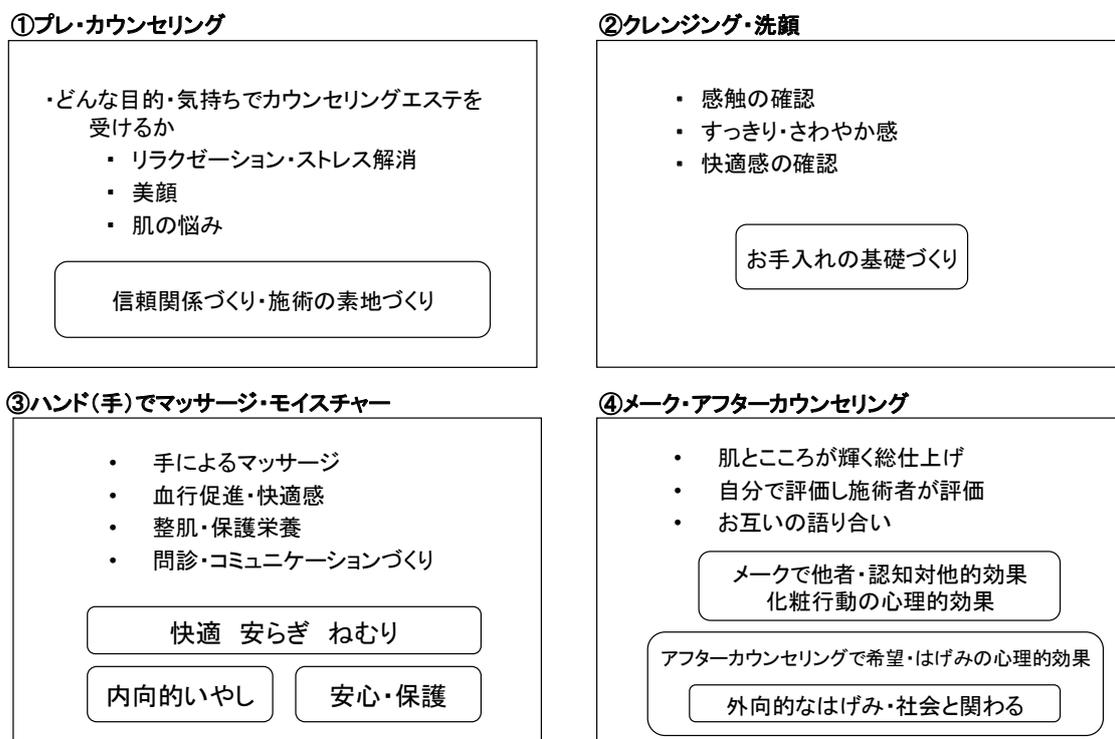


図1 カウンセリング・エステ — 肌・こころ・からだ・良循環の重点ステップ —

本ステップの目的について簡単に触れると、施術前のプレカウンセリングは、カウンセリング・エステ健康サービスを受ける人と施術をするスタッフとの信頼関係づくりと施術に入る素地づくりで、重要なステップである。具体的には、緊張感、不安感、警戒心を和らげて施術方法とエステの施術者・サポーター（学生）を理解してもらう。施術者にはできるだけ聞くことに徹して人間関係づくりを心がける。

施術中のステップは、洗顔、化粧水・乳液等によるスキンケア、特に手技によるマッサージに重点を置いている。手によるスキンケアは、触れる安心感と語りかけによる信頼感の形成が達成され、五感と施術が一致することを目標にしている。

施術後のステップは、メイク、アフターカウンセリング（生活全般の語らい）であり、肌と心が輝く総仕上げの段階である。メイクをすることや他人による評価で対他的効果が生じ、他人から誉めってもらう喜び

を体験することになる。以下に施術および調査における留意点を記す。

(1) 施術前

対象者の気持ちの状況、表情、特に会話の有無、言葉の状況(ポジティブな言葉、ネガティブな言葉)に着目しながらスキンシップ・コミュニケーションに配慮する。施術者が対象者の名前を呼ぶことが大切である。

(2) 施術中

対象者である施術対象者の話を聞き、施術者(エステティシャン)が施術をしながら技術の状況、気持ちの状態を問診し、話を引き出し、対象者の表情・気分・全体の状態(眠りや会話など)を把握する。

(3) 施術後

対象者の感想(満足した、気持ちが良い、気持ちがウキウキ等)を尋ねる。対象者の発する言葉の中身、量的なものを評価する。他人の評価としてスタッフ・サポーター(学生)、仲間(通所・入居者)、施設のスタッフ(看護師・介護士・職員)の評価を聞いて判断する。特に施術者や学生サポーターとの語らいを重視し、話す・聞く・アドバイスと感受性・共感性を重視した触れ合いのスキンシップ・コミュニケーションに配慮した。

調査期間

文部科学省・第Ⅱ期学術フロンティア推進事業の2006年5月から2008年11月までと文部科学省・私立大学戦略的研究基盤形成支援事業の2009年9月から2012年1月までの期間に実施した。

調査対象

社会福祉法人・東北福祉会「せんだんの杜」において何らかの疾患を有している前期高齢者(65～74歳)、後期高齢者(75～84歳)、超高齢者(85歳以上)に任意の声掛けによる自由参加をお願いした。この結果、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業では25名(女性24名・男性1名)に対してカウンセリング・エステ健康サービスを延べ382回実施した。対象者の平均年齢は、84.8歳(2011年)であった。なお、対象者の介護度は、**表1**の認知症高齢者の日常生活自立度^{b)}(以下、自立度)を用いて示した。

分析調査は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業(2009年9月～2012年1月)において年間平均8回以上、継続期間3年以上の代表例6人を対象とした。分析対象者の中には第2期学術フロンティア推進事業(2006年5月～2008年11月)の参加者も含まれている。

対象者の笑顔分析ⁱ⁾は以下の**表2**ⁱ⁾の評価項目を用いて5点法で検討した。笑顔の特徴は、口角が上がることで、そして目尻が下がることであるが、上述の5項目を画像分析し、平均2.5ポイント以上を笑顔になったと評価した。なお、頬の変化とは、鼻翼から口の脇に向かう法令線(鼻唇溝)の変化や頬の膨らみを評価した。加齢による目尻のシワや法令線のシワなどがあっても笑顔らしい頬の変化があれば加点した。

対象者の唾液分析には、唾液アミラーゼ活性による交感神経モニタを用いた^{j)k)}。具体的には、「唾液アミラーゼモニター(ニプロ社製)」を活用して唾液測定を実施し、「アミラーゼ」の高低の変化による「やすらぎ」「安心感」の対自的効果、「はげみ」の対他効果などを測定した。「唾液アミラーゼモニター(ニプロ社製)」の数値単位は酵素の国際的学術単位[KU/L]を使用している。対象者は調査の安全性を総合的に配慮し施設看護師が選出した。測定実施に際しては、あらかじめ本人家族の同意を得た。健常者のデータとしては、東北福祉大学社会福祉法人東北福祉会せんだんの杜職員・スタッフ(介護士・看護師)7名(女性)で平均年齢は47.6才を対象とした。施設入居対象者は4名(女性)で平均年齢81.3才であった。

参加回数：29回(2007年14回, 2008年15回) 2008年代末 笑顔度の平均点：1.9

第1回目は、せんだんの杜のスタッフに連れられての参加で、施術前の段階では会話も無く順番を待っている状態であった。施術中は、気持ち良さそうにリラックスしていた。施術後は、施術スタッフや仲間に「キレイになった」と言われ、「うれしそう」な表情であった。第3回目では、施術後のアフターカウンセリング(語らい)では、「とても気持ち良く、眠くなってしまいました」とポジティブな会話となった。また、せんだんの杜のスタッフが「化粧をしたみたいキレイになったね」と語ると、A.S.さんは、「口紅もつけた」と機嫌よく答えており、言語的コミュニケーションも自然であった。5回目位からは、他人のメイクアップの変化にも興味を示すようになっていた。

10回目頃からは、施術前のプレカウンセリングで「お久しぶりです」と挨拶するようになり、施術中は安らぎと安心感で眠ることが多かった。アフターカウンセリングでは、「キレイにしてもらって、とても感謝している」と語るようになった。

20回を越えると、施術前の会話に量的・質的向上も認められるようになった。A.S.さんの娘さんが訪問された際に、エステ後の母親の姿に感謝し、対象者の笑顔の写真を見て「こんな明るい姿を見たことがない」と喜んでいた。

認知症で沈みがちな表情が多い中で、本ケースは、聞く・話す・触れるという五感を介して安らぎ・安心感が向上し、良好なスキンシップ・コミュニケーションが具現化した好事例であると言える¹⁷⁻¹⁹⁾。

2010年代 82歳

参加回数：14回 笑顔度の平均点：2.7

- ・1回目：にこやかで穏やかな表情。エステ後、「あら奥様ステキ」と言われた。
- ・3回目：ニコニコ。エステ後の口紅をさす時、自分で口を開きメイクされた。
- ・6回目：施術中は、無口で途中から居眠り。施術後は嬉しそう。
- ・9回目：施術中のエステは眠そう。施術後のメイクは嬉しそう。
- ・12回目：施術中に話に対して頷く。施術後は鏡を見てニコニコする。
- ・13回目：施術中に珍しく話をする。施術後は鏡で満足した顔を見せる。

2011年代 83歳

参加回数：12回 笑顔度の平均点：4.7

カウンセリング・エステを施術した対象者に短期間で表れる直接的効果と回数・年度を重ねるにつれて確認できる波及効果の結果を総括すると以下ようになった。

直接的効果(短期間で表れる効果)

①表情の変化

豊かな表情を見せるようになった。このことは、感受性の向上を表象している。

②情緒の安定

「快」の要素をもたらすトリートメント：スキンケアという身体的接触によるリラックス感により、人と触れ合うことに対する不安や警戒心が軽減された。

③施術者との対話の増加

アイコンタクトがとれるようになった。明らかに会話が増えた。自身の個人史や家族に関することを自分から話し出した。単なる「傾聴」ではなく、「心地よい身体的接触によって、このような快の感覚をもたらす施術者に対する信頼感が増し、コミュニケーション能力の向上や記憶力の向上につながる」という点が重要である。

波及的効果(回数・年度を重ねるにつれ確認できる効果)

①生きる意欲・向上心の高まり

「もっとキレイになりたい」「キレイになった自分を〇〇さんに見せたい」という気持の変化が表れた。「キレイになった」と他人からほめられることによる幸福感の増加が感じられた。

②他者に対する関心度の増加

自身に対する関心(第1段階)の強まりから他者の視線を気にし、やがて他者に対する関心(第2段階)へと意識・好奇心の識域が広がった。その結果として、社会性・コミュニケーション能力の向上が認められた。

施術者との会話をきっかけに、あるいは「キレイになった」と他者から言われたことをきっかけに、積極的に自ら他者に関わろうとする傾向が強まった。

③行動性の向上

写真を撮る際、「ニココ」とし、「ハハハッ」とはにかんで笑うようになった。

④記憶力の回復

今まで話さなかった過去の事柄を話題にするようになった。

ケース・レポート 2

向上心・チャレンジ型^{m)}サクセスフル・エイジング

S.S.(女性)

「せんだんの杜」特養「リベラ荘」入居者 左手不自由 車イス(自立度Ⅲa)

2010年代 83歳

参加回数：15回 笑顔度の平均点：3.2

- ・S.S.さんは自分が関心のあることには自主的に生き生きと話をする。
- ・「杜」の職員に好感を持っていて職員の存在が日々の生きがいとなっているようである。
- ・「きれい」になることに関心度が高く前向きでカウンセリング・エステに好奇心を示している。
- ・アフター・カウンセリング(語り合い)では、メイクアップ後、施術者や職員やサポーターに認めてもらうことに生きがい感を持っている。
- ・仲間がエステを受けている際に氏名を呼んで声をかけ、11回目位から仲間とのコミュニケーションが活発化してきた。
- ・フルメイクアップ後、自分の鏡の顔に大満足し、「ありがとうございます」と感謝の言葉が聞かれたⁿ⁾。
- ・初期は「遅い」とか心の不安定を示す言葉を発していたが、やがて静かにエステの準備を待つ心の安定が感じとれるような態度に変化していった。
- ・12回目にはカーディガンとスカーフのコントラストを配慮したおしゃれな服装であった。
- ・職員やサポーターに認めてもらう満足感を示していた。

2011年代 85歳

参加回数9回 笑顔度の平均点：4.2

- ・施術はいつも職員・スタッフに付き添われ車椅子に乗って参加。
- ・施術前の表情が回数を増すごとに穏やかな表情で入室することが多くなった。
- ・施術前に施術者との会話が出来るようになったが、現実と離れた会話が出る時、例えば「子供を出産した」「主人は20才」等の内容の時もある。
- ・健康サービスを受ける目標に施設の職員・スタッフ(男性Dさん)に「きれい」になったことを評価さ

れてほめてもらうことに満足感を得ている。

・2011年も7回目になると明るい表情で来場し自分の氏名をはっきり元気に施術者に伝え弾んだ気持ちで毎回口紅をぬって綺麗になると表情が明るくなりスタッフ「D」さんの評価を求めている。

S.S.さんの直接的効果について振り返ると、初めは車イスで施設職員の同行で来場し、緊張気味で口数も少なく、表情に乏しい状況だった。しかし、質問にはしっかりと答えていた。5回を過ぎるころから、施術後（メイクアップ後）に鏡を自分でみると嬉しそうに満足して、他者より褒められると笑顔で「ありがとう」と答えていた。10回を越えるころからは情緒が安定し、静かに自分の順番を待っていた。波及的効果としては、周りの人、特に職員のDさんに褒められると表情豊かな笑顔となり、サクセスフル・エイジングの要素の一つである生きがい感に発展している。好奇心と向上心に裏付けられたチャレンジ型で、化粧の心理的効果、対他的評価を求めている。

ケース・レポート 3

好奇心・自分の思い実現型⁹⁾サクセスフル・エイジング

T.S. (女性)

「せんだんの杜」特養「リベラ荘」入居者 難聴・車イス(自立度Ⅲa)

2009年報告 95歳、

参加回数：25回(2007年13回、2008年12回)

第1回目は、「ドキドキする」と表現し、施術中、施術後も短い会話が成立し、施術後の利用者の感想は「ほっとする」と答えている。学生サポーターの評価は、笑顔が素晴らしく、「変化がはっきりとしている」という意見であった。写真もポーズをとった笑顔であった。第2回目のフェイス・マッサージの際は、施術前は緊張感もなく「楽しみ」と答えて、施術中は眠ったような状態で、「安心している」ように感じられた。施術中、施術スタッフ及び学生サポーターは、「施術中に利用者の手を握ってあげることで、安心している様子である」と認識し、「肌(フェイス)と肌(ハンド)の触れ合いによるコミュニケーションでないだろうか」と表現した。施術後の対象者の感想は「綺麗になったことは嬉しい」、「恥ずかしい」、「お肌はつるつる」になったと評価している。第3回目は、声をかけても乗り気ではなかったが、何度か誘うとフェイシャル・マッサージを受けることになった。施術後の会話で判明したことだが、お嫁さんが入院中のため、その事が心配で元気の無い日々が続いていたようであった。施術全般で「ゆったりと気持ちを落ち着かせ休んでいる様子」で、後半のマッサージ中は深い眠りにおちいていた。施術後は、自分で選んだ色の口紅をつけてもらって喜んでいて、心も肌も輝いた感じで「ありがとう」と深々と頭を下げて戻っていった。

10回目を越えた時点から、アフターカウンセリングの際に鏡を見てとても満足するようになった。心理的効果として、鏡に向かうことによって自己満足・自己意識が高まったと言える⁹⁾。また、加齢とポジティブ感情に関しては、年齢の高い人ほど、ひとたびポジティブ感情が生起すると、その状態が持続しやすい傾向があると言われている⁹⁾が、同様なポジティブ感情の持続傾向が認められた。

2010年代 96歳

参加回数：9回 笑顔度の平均点：2.5

- ・毎月・約2回平均的に参加している。
- ・最初はハンド・マッサージのお手入れ、3回目からフェイシャルエステ、4回目は自分で手鏡を持ちじっと見つめて小指で自分の口紅をつけ直すように伸ばし、うなずき納得、笑顔あり。「ありがとう」と言って帰って行った。

- ・7回目になると「キレイ」「キレイ」を連発し大満足の様子。
- ・9回目になると鏡を自分の手に持って、鏡を見ながら髪を耳に掛けたり、服装の胸元を直したり「もう少し口紅を薄くして」と注文をつけている。
- ・「こころ」の変化は第1回目は「照れくさそう」で、第2回目は「何だか悪いね」という表現から「ありがとう」「キレイ・キレイ」とポジティブな言葉に変化した。

2011年代 97歳

参加回数：6回 笑顔度の平均点：3.5

- ・オシャレと言うと笑顔になった。
- ・エステで表情が明るくなったので、口紅をさすとさらに嬉しそうにニコニコした。
- ・不機嫌であった時もあったが、施術後は笑顔に変わった。

T.S.さんの直接的効果についてみると、比較的無表情だったものがメイクアップ後の自分の顔を見て、「いいね」と笑顔が出るようになった。2010年代になると、施術者との問診で昔、勤めていた頃の話やお花見の楽しい思い出話し等、自己保存型^{m)}のサクセスフル・エイジングの一端を感じる。波及的効果として、自分の顔を鏡でみて「ありがとう」と感謝し、次の施術予定者に対して「あなたも早くしなさい」とカウンセリング・エステを勧め、他者に対する関心度が上昇した。

ケース・レポート 4

健康・元気に向かう努力型^{m)}サクセスフル・エイジング

S.W.(女性)

「せんだんの杜」特養「リベラ荘」入居者 脳梗塞の後遺症(左手の麻痺)(自立度Ⅱb)

2010年代 68歳

参加回数：21回(2009年4回, 2010年17回) 笑顔度の平均点：3.7

- ・S.W.さんは日々の生活にメリハリをつけて外部の人との触れ合いの場、自分の「場」を創っている。
- ・施設外への買い物は木曜日に設定している。
- ・おしゃれに気を使っており、髪のカットは毎月決められた日に1回、パーマは4ヶ月に1回と決めている。
- ・カウンセリング・エステについては自分の意志で毎回一番に参加して健康サービスを受けている。
- ・家族とのコミュニケーション要素が拡大し顔の表情が柔和に変化している。

2011年代 69歳

参加回数：17回 笑顔度の平均点：4.0

- ・朝の散歩を施設から東北福祉大学の野球場まで約500mの目標を設置している。朝に散歩が出来なかった際にはカウンセリング・エステ健康サービスを受けた後に散歩を実行している。
- ・毎回自主的に参加している。
- ・エステの流れをよく理解して施術中は、食べ物や料理・息子・孫の話が出て施術者とのコミュニケーションが良くとれている。
- ・施術前は化粧に対する話題でにこやかでうれしそうな表情となり、施術後はよろこびに変化し肌の艶が良くなる。会話も夏は夏の話、冬は「雪道」の話題と季節感に対応する内容が多い。

笑顔評価は、2010年の平均3.7点の評価から2011年の4.0点に上昇した。

唾液のアミラーゼ活性の平均値は、スキンケアの「いやし」で39KU/L、メイクアップの「はげみ」で126KU/L

であった。

S.W.さんは直接的効果が早期に表われていた。第1回目からカウンセリング・エステに自主的に参加し、2回目以降からは一番目に参加することを自主目標とし、施術前の時間を上手に活用し施術者との会話の楽しさに満足されていた。結果的に施術者との信頼関係とコミュニケーションづくりに役立っていた。波及効果としては、「もっと肌の状態を良くしたい」との願いで始まったカウンセリング・エステが「やすらぎの時」や「楽しみの時」へと変化・適応し、施術後に散歩をしたり、おしゃれに興味を示すなどの行動性や社会性の向上がみられた。

唾液アミラーゼ活性の平均値は、スキンケアの「いやし」により39KU/L、メイクアップの「はげみ」で126KU/Lに上昇した。

ケース・レポート 5

行動性・社会性向上型サクセスフル・エイジング

E.H (女性)

「せんだんの杜」特養「リベラ荘」入居者 車椅子・背中90度曲がり（自立度Ⅱb）

2010年代 83歳

参加回数 30回(2009年・2010年17回, 2011年13回) 笑顔度の平均点: 3.4

- ・施術中に施術者（エステシャン有資格者）との話を良くする。
仲間(T.Sさん97才)に声をかけ「キレイになったね」と声をかけている。
- ・7回目のエステの時に俳句を習っていたこと、最近月一度の俳句を始めたこと、松尾芭蕉が好きで芭蕉が旅した土地や俳句を施術者やサポーターに詠んで聞かせた。
- ・施術後S.Sさん(84歳)が近くで車椅子で順番を待っていたので「あら、お先にごめんなさい、どうぞ」と声をかけた。
- ・9回目を越える頃から施術中にお喋り花が咲き、生き生き楽しそうである。施術後も同様に本人が一番楽しそう。
- ・10回を超える頃から自分でアシストカーを押して来場することがあり、施術後「あーあ、気持ちよかった」と満足の表情で「音楽会に行かなくちゃ」と微笑んで帰られた。
- ・回数を重ねるに従って「エステに来るのが楽しみ」、「美しくなるのが当面の目標」と話し、施術前の待ち時間にニコニコ入居者の仲間との会話がある。
- ・2011年後半になると、前年に比べて生きる意欲の向上要素の発言、例えば施術中に「主人(故人)に見て欲しい」、「どなたかいい人でもいるといいけどね」等の会話や童謡「富士は日本一の山」等を口ずさみ、仲間との会話が多くなり楽しんでいる。
- ・カウンセリング・エステの施術者・学生(サポーター)とのコミュニケーションが深くなり、施術前・施術中・施術後の会話が弾んで、学生に対して自分の施術中・施術後の状態を「良く見てくれたか?」との質問をしている。
- ・会話の量や質、範囲が広がり「息子・亡夫」の話題から、父が教育者で厳しく「私は自分のことは自分で出来る」、「孫2人が美術大学に居る」ので「自分も絵を見に行かなくては」と希望を述べている。
- ・カウンセリング・エステの施術室は「緑があっていいね」「安らぎの色だから私は好きなの」と施術中にエステシャン(有資格者)と穏やかな表情で対話をしている。
- ・E.Hさんに、エステ実施日に声をかけると「自分自身でアシストカーを押して参加する意欲」が感じられる。

- ・施術後の写真撮影のときは、いつも背筋を伸ばしている。
- ・E.Hさんにとって、毎週のカウンセリング・エステが楽しみで「いい場所」となっている。
- ・笑顔評価は2010年の2.7点から2011年の4.0点へと1.3ポイント増えている。
- ・第Ⅱ期学術フロンティア（2004年～2008年）の実践研究の際もカウンセリング・エステに参加した人である。

E.H.さんのケースは、直接的効果と波及的効果が良く現われ、サクセスフル・エイジングの「老いを上手に受け入れた」⁴⁾生き方と思われる。「美くなる」ことを当面の目標とし、施術中もお喋りで生き生きと楽しそうに、施術後の言動にも結びついている。施術者との対話が回数を重ねるに従い量や質、範囲が深まって、穏やかな表情でコミュニケーションの輪も広がっていた。特に波及的効果においては、生きる喜びや向上心が高まり、他者に対する配慮や行動性・社会性の上昇に結びついているものと思われる。E.H.さんにとってカウンセリング・エステの時と場所は一つの「場」（社会・環境）であり、「いい場所」となっている。

ケース・レポート 6

満足・自己保存型^{m)}サクセスフル・エイジング

K.S（女性）

「せんだんの杜」特養「リベラ荘」入居者・（自立度Ⅲa）

2010年代 89歳

参加回数 29回（2009年・2010年 14回、2011年 15回） 笑顔度の平均点：4.1

- ・スタッフと徒歩にて参加、身なりも美しく上品感を漂わせ、写真を撮る際に髪を自分で整え施術者に「いいかしら」と聞きコミュニケーションが成立している。
- ・施術中の施術者の問診にもハキハキと明確に答え、エステ開始中はベッドに静かに横たわり、施術後は「ありがとう」と丁寧にっこり笑って部屋に戻る。
- ・施術前は笑顔で、施術中は娘さんに「最近キレイになったんじゃない」と言われたことを嬉しそうに話し、ゆったりとエステを楽しんでいる。
- ・施術後、手鏡を見せると「まあ・・・」と笑顔で「髪を染めたほうがいいかしら」との質問があった。
- ・髪を染めたことを施術者が「Sさん若々しいですね」と褒めるとうれしそうに「ありがとう」との返事がある。美意識が高いようだ。
- ・施術前にエステ担当者に丁寧に朝挨拶をして、エステ中は「ゆったり」とした状態で健康サービスを受け、施術後は背筋を伸ばして写真撮影、笑顔で「ありがとう」とスタッフに感謝している。
- ・エステを10回越える頃から施術中に「好きな歌」の話、昔電話交換士をしていた頃の休み時間に歌を聞いたという思い出話をしている。手を振って挨拶をする。
- ・2011年に入り15回を越える頃になると施術中、施術後に「若い」ということばが数多く出るようになる。例えば「若い人達にお手入れしてもらってうれしい」とか、「若い時はバレーボールをして相手チームに怖がられた」と自分の若かった頃の話が多くなり、施術後の挨拶も大きな声に変化し、左膝を痛めてもエステに参加している。
- ・施術後の写真を三枚手渡したら自分でじっと眺めているとのこと。そして「娘さんにも見せたい」と喜んで表情が明るくなっている。
- ・「娘も見たいと言って」いるから写真の複写を施術スタッフに依頼して会話を楽しんでいる。

2010年代 笑顔度の平均点：3.6、2011年代 笑顔度の平均点：4.6であった。

K.S.さんのケースは、初期のカウンセリング・エステの体験が本人にとって大変満足であったことが継続に結びついている。身なりも整え、美意識が高く、施術中の問診についても明確に答え、施術者やサポーター（学生）との挨拶も丁寧に交わしてコミュニケーションを確かなものとしている。直接的効果は比較的早い時期に表われることが証明された。施術者との対話の増加、話題の広がり、自分史や家族に関する会話が弾むようになっている。2011年に入り10回を越えるころから「若い」という言葉が頻繁に出るようになった。施術後の笑顔撮影の時には自分で髪を整え、施術者から若いと褒められると「ありがとう」と感謝する波及的効果を達成し、「満足して今の自分を努力して維持させたい」^{m)}自己保存の事例でサクセフル・エイジング型の生きがいのある人生と思われる。

2) ケース・レポートのまとめ 2010

カウンセリング・エステ健康サービスの実践は、サクセフル・エイジングの要素であるヘルス・リテラシー向上の評価ができるものと思われた。対象者は加齢に伴って様々な機能低下があり、その障碍(しょうがい)を上手に受け入れ、残された機能やその人それぞれの資源を活用して「幸福感」を感じ日常生活の内容を豊かにしている。主観的幸福感は元気で長生きする要因の一つとも言われている。周囲の人から認められ新しい自分を発見し、報われたと実感し対象者の生きがい感に結びつき、サクセフル・エイジング達成の一助となっている。今回の対象者のカウンセリング・シートや特色から判断すると内面的な福祉援助・ソーシャル・サポートの一要因となっているとも言える。

3) ケース・レポートのまとめ 2011

カウンセリング・エステ健康サービスは、マッサージ・整肌・メイクアップの美容ステップに加え、施術前、施術中、施術後のカウンセリングで対象者に励みを与える「語り合い」や情緒の評価を施術者、サポーター、施設の職員、スタッフがポジティブな会話を中心としてコミュニケーションに配慮したカウンセリング・エステを実施した。対象者はエステの回数を重ねる中で心理的なこころの変化が現れ、表情が明るく豊かになってくるⁿ⁾。・カウンセリング・エステの4ステップの流れの中で、施術者が「肌が輝いている」「肌がフックラしている」等、肌の変化を具体的に伝えコミュニケーションを高め、対象者の会話の発展に貢献した。

・エステ回数の増加と施術者とのコミュニケーション力の向上で記憶力が増幅し、主として過去の一番良かった時代を思い起こし新しい行動の欲求に発展している。

・美容心理的要素「自分が美しく変化」した満足感、他者に「美しい」と評価されたことで社会性が向上している。

・美しくなるのが目標と施術者に訴え、亡夫、娘、孫に、他人（男性）に是非みせたいという自発的な発言を繰り返し、生きる意欲づくりの一つの要素としている。

周囲の人から認められ新しい自分を発見し、報われたと実感し、対象者の生きがい感に結びつきサクセフル・エイジング達成の一助となっている。

サクセフル・エイジングはヘルス・リテラシー向上の要素であり、健康感の向上ができると評価されている。

10回以上継続した対象者に共通する傾向について

対象者の「聞き取りアンケート」に対するコメントと施術者・サポーター・施設職員との会話を分析し

た。

傾向としてうかがわれたのは、8回を超えると対象者の表情が「ニコニコ」してくる特徴があり、また施術中はゆったりと座ったり眠ったりして「こころ」の安定感が出現した。ハンド・マッサージやフェイスイエステの際は、安心して落ち着いた様子で思い出の童謡や懐かしの歌を口ずさむ時もあった。メイクアップ(特に口紅)については色の濃淡や引き方等を注文するようになり、「うれしさ」を感じ「満足感」に結びついているように思われた。特にメイクアップ後のアフター・カウンセリング(語り合い)では、鏡に映る自分の顔に対してあらゆる表情・手段で満足感を表していた。会話可能な対象者では、「うなずき」から「お願いします」「ありがとうございます」等のポジティブな言葉を使用するようになり、コミュニケーションの質が高まった。会話困難な対象者は、施術者・サポーター・施設職員の目をみたり、笑顔でうなずき、うれしい、ありがとうの感謝のこころを自主的に表現するようになっている。また施術中に、自身の評価は「あっ私?」「美しくなった」等のポジティブな言葉が発せられた。施術後には自分から「喜んで鏡を見る」行為や「家族・娘にほめられた」という表現が出るようになった。8回を超え頃から美意識、おしゃれ心が向上し、「左手にネイル」でおしゃれをしたり、「髪を染める方が良いか?」との質問をし、ステキにコーディネートした洋服を着用して参加する対象者も出現した。生活全般の語り合いでは、「自分の昔のこと」「家族のこと」などの会話が増えて心が開いている状況が観察された。このことは、スキンシップ・コミュニケーションにより「ラポート(調和的な良い関係)の形成」が行われたことを示している。

美容心理的見地からも「美容」、「おしゃれ」、「身だしなみ」は、対象者の表情をイキイキさせ、「こころの元気」を明るくする要素となっているようである。対象者が加齢を上手に受け入れて豊かに老いて、失うものを恐れるよりも得ることの喜びを実感する「生きがいのある人生を求めているのではないだろうか」⁹⁾。以下にカウンセリング・エステの心理的効果を総括する。

カウンセリング・エステがもたらす安心感

人間は誰でも心理的縄張りであるパーソナルスペースを有している。身体的接触を伴うカウンセリング・エステにおいて、パーソナルスペースの壁を越えることは大きな課題のひとつだと考えられる。しかし、十分なコミュニケーションとともに行われ、十分なラポートの形成と並行して行われる継続的な施術は、パーソナルスペースの侵害というマイナスの要素よりも、むしろ「安心感」というプラスの効果を生み出していたと考えられる。アカゲザルを使ったハーロウの代理母の実験¹⁾で明らかにされているように、「温かみのある接触」は「安心感」をもたらすものである。当初は慣れない形での身体的接触に戸惑いなどの感情が生じる可能性もあるが、慣れるに従い、抵抗よりも喜びや安心感を感じるようになる対象者もいる。すなわち、最初はパーソナルスペースを侵害されて「ドキドキ」していた対象者も、ひとたび施術を受けることによって「ほっと」し、さらには「楽しみ」の感情を持つという変化を見せているのである。

高齢者福祉の現場では必要に応じてさまざまな身体的接触が行われることになるが、本研究において、継続的なカウンセリング・エステでは、その目的が「介護」、「支援」、「心のケア」にとどまらず、施術対象者の「満足感」、「自信」、「よるこび」という高次の欲求満足をもたらす可能性があることが示唆されていると言えよう。そして、そのことがさらに施術者との関係を良好にするという相乗効果も期待できたものと考えられる。

生涯発達の視点からみたカウンセリング・エステの効果

生涯発達という考え方は、人間は生まれてから死ぬまで変化し続ける可能性を重視するものである。そこには、加齢による生物学的な要因とともに、対人関係などの個人の経験や文化的要因などさまざまな要

因が複雑に絡み合っているが、そのような生涯発達の目標となるべきもののひとつにサクセスフル・エイジングが挙げられよう。サクセスフル・エイジングにつながる可能性がある要因のひとつとして、ニューゲーター¹¹⁾は社会生活の継続性についても言及している。本研究のカウンセリング・エステでは、アフターカウンセリングにおいて「昔のこと」を積極的に話すようになった事例も報告されており、施術をきっかけにして、対象者自身がこれまでの人生の上に現在の自分が存在するを感じることができたのではないだろうか。

カウンセリング・エステのさらに大きな特徴は、コミュニケーションと身体的接触により心理的な効果をもたらすだけでなく、施術前後の肌の変化が明確に自覚できる点にある。そしてその変化を他者からも認められた場合、さらなる心理的効果が期待できる。すなわち、人間は出生直後から親をはじめとするまわりの環境に積極的に働きかけ、その反応を求め続ける存在である。自らの働きかけが環境に影響を与えたという経験によって、いわゆる自己効力感¹²⁾が高まり、なにごとにも積極的に活動することにつながり得るものである。今回「孫にほめられる」ことに繰り返し言及していた対象者がいたが、施術後の肌の変化を自分で感じただけでなく、その変化を孫から認めてもらうという形での反応があったことが、積極的な施術への参加の要因になり、さらに施術を通して孫とのコミュニケーションの幅が広がったこともうかがわれる事例である。

また、自己効力感により高齢者がやる気をだしてくれることにより、「自分で歩ける」というプラス思考の発言など、身体的なリハビリテーションへの効果を期待できる事例も存在した。一般に「可能なこと」と「実際にやること」とは同じではない。高齢者福祉の現場においても、たとえば、排泄の自立が可能であるにもかかわらず、実際には無気力という心理状態により介護を要求する例も少なくないものである。身体的なリハビリテーションには本人の努力と長い時間を要することが多いが、変化がすぐに、そして明確に自覚できるカウンセリング・エステの経験によって自己効力感が高まることにより、身体的なリハビリテーションへのプラスの影響も期待できると考える。

以上のように、施術により肌の状態の変化を明確に自覚できた今回のカウンセリング・エステは、肌の変化だけにとどまらず、自分自身が生涯にわたり変化し続けられることを実感させてくれる、ひとつのきっかけになってくれていると信じるものである。

化粧療法と心理的効果

化粧行為は、する人自身の自己意識や自信・満足感・自己充実感を高め、「ほっとする」安心感を与えたり、「しゃきっとする」などの心理的効果がある。

また、周囲の人にも好印象を与え、人間関係を促進するうえでも役立つ。化粧行為は人の意識を活性化させ自立を促し、社会復帰の一環として有用な方法と言える。

高齢者や障碍(しょうがい)をもつ人に化粧をすると、明るい表情が見られるようになったり、会話が弾むようになるなど、化粧療法としての効果が注目されている。

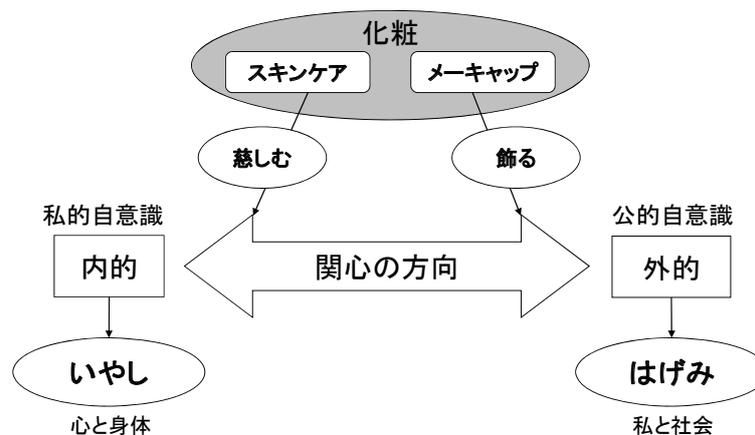


図2 化粧療法の心理的効果

出典：阿部^{*)} (2002), 一部改変

化粧療法の心理的効果は図2^{*)}に示したが、「癒し」・「はげみ」による「唾液アミラーゼ」の高低の変化を健常者とカウンセリング・エステ対象の測定を実施した。

唾液のアミラーゼ活性の健常者（施設介護士・看護師・職員）の平均値は、スキンケアの「いやし」で38KU/L、メイクアップの「はげみ」で42KU/Lであった。また、唾液のアミラーゼ活性の対象者の平均値は、スキンケアの「いやし」で23KU/L、メイクアップの「はげみ」で46KU/Lであった。特に、対象者（S.W）の場合、唾液のアミラーゼ活性の平均値は、スキンケアの「いやし」で39KU/L、メイクアップの「はげみ」で126KU/Lであった。アミラーゼ活性は、エステのスキンケアによる「いやし」で副交感神経系が優位となり低くなり、メイクによる「はげみ」で交感神経系が優位となり高くなる。すなわち、『カウンセリング・エステ』の施術であるマッサージ・モイスタチャーによる『やすらぎ感』や『癒し感』の対自的効果でアミラーゼ活性値が低くなり、『メイクアップ』後は『励み』の対他的効果や『色相感』^{x)} 者の高揚感が高まりアミラーゼ活性値が上昇したものと推察される。

5. 優れた成果があがった点

社会科学的な健康は、「こころ」と「からだ」の元気と共に社会性のある元気を含めた総合的なものである。

今回のような機能低下のある超高齢者に関しては、高齢者福祉の現場では必要に応じてさまざまな身体的接触が行われることになるが、本研究における継続的なカウンセリング・エステでは、その目的が「介護」・「支援」・「心のケア」にとどまらず、施術対象者の「満足感」・「自信」・「よろこび」という高次の欲求満足をもたらす可能性があることが示唆されていると言える。その結果として、行動性・社会性の向上に結びついている。

カウンセリング・エステ健康サービスの実践は、サクセスフル・エイジングの要素であり、ヘルス・リテラシー向上の評価ができるものと思われる。対象者は加齢に伴って様々な機能低下があり、その障碍（しょうがい）を上手に受け入れ、残された機能やその人それぞれの資源を活用して「幸福感」を感じ日常の生

活の内容を豊かにしている。主観的幸福感は元気で長生きする要因の一つとも言われている。周囲の人から認められ新しい自分を発見し、報われたと実感し対象者の生きがい感に結びつき、ヘルス・リテラシーの向上の一助となっている。今回の対象者のカウンセリング・シートや特色から判断すると内面的な福祉援助・ソーシャル・サポートの一要因となっているとも言える。

・エステ回数の増加と施術者とのコミュニケーション力の向上で記憶力が増幅し、主として過去の一番良かった時代を思い起こし新しい行動の欲求に発展している。

・美容心理的要素「自分が美しく変化」した満足感、他者に「美しい」と評価されたことで社会性が向上している。

・美しくなるのが目標と施術者に訴え、亡夫、娘、孫に、他人（男性）に是非みせたいという自発的な発言を繰り返し、生きる意欲づくりの一つの要素としている。

周囲の人から認められ新しい自分を発見し、報われたと実感し、対象者の生きがい感に結びつきサクセスフル・エイジング達成の一助となっている。

サクセスフル・エイジングはヘルス・リテラシー向上の要素であり、健康感の向上ができると評価される。

6. 研究成果の副次的効果

東北福祉大学の関連施設である社会福祉法人・東北福祉会「せんだんの杜」の看護師、介護福祉士、施設職員31人に対するアンケート調査とヒアリング調査を実施した。

対象者の言葉の変化と表情の変化より「こころ」の安定感を、対象者の行動の変化より「からだ」の元気を、総合的に評価してカウンセリング・エステ健康サービスの有効性を検討した。すなわち、対象者の言葉の変化と表情の変化については、前向きな(ポジティブな)感情語・情動語や「穏やか」な表情への変化や明るくなることを評価した。対象者の行動の変化については、日常生活での対象者の変化について介護士として特に気付いた状態変化を検討した。

その結果、対象者の心の変化については、「うれしそう」、「穏やか」などの表情が良くなり、笑顔が戻ったり明るくなることがわかった。また言葉の変化は、やさしく大きな声が出るようになることが挙げられた。

施術者やサポーター(公認サークル：ビューティーズの学生)との関わりやコミュニケーションについては、出会う回数が増えるにしたがって「安心感」、「顔見知りの関係」が出現し、スキンシップ・コミュニケーションが違和感なくできていた。

対象者同士のコミュニケーションについては、「お互いにほめあっている」、「声の掛け合いがある」、「名前を呼ぶ」などであった。

対象者の行動性の変化については、介護士として特に気付いた日常生活での状態変化として、「エステを自主的に楽しみに待つようになった」、「足取りが軽くなったようだ」、「日常生活の一部として楽しみのある生活となった」等の対象者が身だしなみに気をつけるようになったと回答していた。

また、対象者の心が穏やかで精神が安定しているので、

- ①介護士の呼びかけに対象者の受け入れ態勢ができています。
- ②対象者の気持ちが豊かになって、人を受け入れる心の幅ができ、仕事の対応がスムーズである。
- ③人間の関係性が作りやすく、コミュニケーションが取りやすくなった。

結果として、「仕事の関係性が楽になった」、「喜びを分かち合える」というヒアリングであった。

7. 研究遂行上の問題点

平成22年6月-7月には、施設「せんだんの杜」内におけるノロウイルス感染症の蔓延し、実践研究者の施設立ち入りが禁止となった。平成23年3月-4月においては東日本大震災の発生により「せんだんの杜」が地域福祉避難所に指定され、カウンセリング・エステ実践研究の部屋も提供した。また、本実践研究は任意の声掛けによる自由参加であり、施設の定例プログラム以外の特別開催の音楽会などが実施され、参加対象者が一時減少した。

8. 評価体制

本研究プロジェクトでは、研究組織を組み立てる際に、研究の進行管理のための総括班が設置された。当該研究を含む個々の研究事業は、総括班の下で研究の進捗について常にチェックを受ける体制が取られた。

9. 今後の展望

今後の課題と実践研究の方向としては、高齢者への心理的・行動的な変化と「場」の中での社会性を重視して形成される健康サービスを実践研究する必要がある。対象者と施術者・サポーター(学生)との関わりによって「聞く」「話す」「触れる」という行為によるスキンシップ・コミュニケーションを活性化させ、超高齢者が「幸福感」、「生きがい」を感じる健康プログラムを創生することが求められる。スキンシップ・コミュニケーションは、「言葉によらないコミュニケーション」すなわち非言語メディアも含まれている。例えば、動作、目による表情、沈黙(うなずき)、身体接触、对人的空間(パーソナル・スペース)が非言語的コミュニケーションを形成している。

10. 研究発表の状況(平成21年4月～平成24年3月までの状況)

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文タイトル	雑誌名(巻)	発行年	ページ
有	光永輝彦、根岸直樹、佐藤俊人、高村元章、庭野賀津子	サクセスフル・エイジングの視点からみたカウンセリング・エステの実践研究	感性福祉研究所年報第13号	2012	39-57

<研究成果の公開状況>(上記以外)

【平成21年度】

8月1日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第1回全体会議
 ・光永輝彦「カウンセリング・エステの健康向上効果」

【平成22年度】

3月4日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第3回全体会議
 ・光永輝彦「カウンセリング・エステの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

【平成 23 年度】

1 月 22 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」 第 4 回全体会議
・光永輝彦「カウンセリング・エステの実践研究の視点からのサクセスフルエイジング — ヘルス・リテラシー向上法の開発 —」

11. 参考文献

- a) 光永輝彦「カウンセリングエステ」『平成 16 年度経済産業省健康サービス産業創出支援事業, 仙台ウェルネス・コンソーシアム調査研究報告』, 51, 60, 126-127, 2005.
- b) 光永輝彦, 根岸直樹, 高橋佳子「カウンセリング・エステ健康サービスの実践と展望」『感性福祉研究所年報』6, 195-201, 2005.
- c) 光永輝彦, 根岸直樹, 佐藤俊人, 高橋佳子, 西條尚美「カウンセリング・エステ健康サービスの創成研究と実践」『感性福祉研究所年報』8, 319-325, 2007.
- d) 「サクセスフル・エイジング」については、「失うものを恐れるよりも、得るものに喜びを感じる生き方」をすること。サクセスフル・エイジングは、老いを上手に受け入れて、その人に合ったその人らしい幸福感を達成する一つの手段である。Rowe JW, Kahn RL “Human aging: usual and successful”, Science, 237, 143-9, 1987. 松本啓子, 若崎淳子「高齢者におけるSuccessful Agingに関する現状」『川崎医療福祉学会誌』16, 67-72, 2006. 梶田叡一(著)「自己意識の心理学」, 東京大学出版会, 94-97, 186-193, 1988.
- e) 「感性福祉」については、総合的な感受性を認知して行う内面的福祉援助技術と定義。
- f) 「対自的効果」とは、「やすらぎ」「安心感」「自信」などの内面的な効果。野澤桂子「メイクアップの心理的、生理的効果」『こころの科学』, 117(9), 63-67, 2004.
- g) 「対他的効果」とは、「外向性」「社交性」「社会性」「他者の認知」などの外面的な効果。前掲文献 63-67.
- h) 旧厚生省老人保健福祉局長通知(老健第 135 号)に一部改正(老発 0403003 号). 2006
- i) オムロン「リアルタイム笑顔度測定技術を開発」, <http://www.omron.co.jp/press/2007/09/c0905.html>
- j) 山口昌樹, 金森貴裕, 金丸正史, 水野康文, 吉田博「唾液アミラーゼ活性はストレス推定の指標なり得るか」『医用電子と生体工学』39(3), 234-239, 2001.
- k) 山口昌樹, 花輪尚子, 吉田博「唾液アミラーゼ式交感神経モニタの基礎的性能」『生体医工学』45(2), 161-168, 2007.
- l) 花輪 尚子, 才木 祐司, 山口 昌樹「日本由来の香りが日本人にもたらす交感神経活動の鎮静作用」『日本生理人類学会誌』13(1), 49-56, 2008.
- m) 松本啓子, 若崎淳子「高齢者における Successful Aging に関する現状」『川崎医療福祉学会誌』16, 67-72, 2006.
- n) 菅千穂子「メイクアップの心理的、生理的効果」『こころの科学』117(9), 58-62, 2004.
- o) 小田利勝「サクセスフル・エイジングに関する概念的考察と研究課題」『徳島大学社会科学研究』6, 127-139. 1993.
- p) 大坊郁夫「魅力の心理学」『ポーラ文化研究所』, 72-73, 1997.
- q) 畑山俊輝(編集代表)「感情心理学パースペクティブ」—感情の豊かな世界—『北大路書房』, 61, 2005.
- r) Kan, Chihoko “Psyconeuroimmunological benefit of Cosmetics”, 18th IFSCC(International Federation of Societies of Cosmetic Chemists) Congress, October 6, 1994, Venice, Italy.

- s) 山本思外里 (著) 「老年学に学ぶ」サクセスフル・エイジングの秘密 『角川学芸出版』 61 - 64, 2008.
- t) 「ハーロウの代理母の実験」 H. F. Harlowがアカゲザルの子どもに対して行った発達心理学実験。子ザルは、ミルクの出る針金製の代理母よりミルクの出ない布製の代理母を選んだ。ハーロウ、H・F 著, 浜田寿美男 訳, 愛のなりたち, ミネルヴァ書房, 1980.
- u) B. L. Neugarten (Ed.), Middle age and aging. University of Chicago Press, 1968, 社会福祉士養成講座編集委員会編, 老人・障害者の心理, 中央法規, p27, 2001.
- v) Bandura, A. , Self-efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review, 84, 191-215, 1977.
- w) 阿部恒之(著) 「ストレスと化粧の社会生理心理学」 『フレグランスジャーナル社』, 2002.
- x) 菅千帆子「色彩－メイクアップによるストレス緩和」 『日本化粧品科学会第23回教育セミナー』, 30, 1998.
- y) 「予防福祉」については、予防衛生の福祉社会科学的側面となる福祉と定義。具体的には、子どもに対する事故予防、自殺予防、高齢者に対する介護予防などを包含した危機管理福祉学を指す。
- z) 「ソーシャル・サポート」については、対象者が施設の環境に適応してストレスや不安を軽減し、気分を調整するための手段である。ソーシャル・サポートは、対象者の不安感・抑鬱された精神状態の回復や適応に有効である。畑山俊輝(編集代表) 「感情心理学パースペクティブ」 —感情の豊かな世界— 『北大路書房』, 24, 2005. 春木豊, 森和代, 石川利江, 鈴木 平(共著) 「健康の心理学」 『サイエンス社』, 26, 2007.

大城 研究 班

「クリニカル・アートの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

研 究 テ ー マ：クリニカル・アートの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法
の開発

研究チームリーダー：大城泰造

研 究 協 力 者：青木一則、保坂遊、西田清子、宇野正威、木村伸、関根一夫、
武者利光、河合規仁

大城研究班

テーマ：「クリニカル・アートの実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎大城泰造、青木一則、保坂遊、西田清子、宇野正威、木村伸、
関根一夫、武者利光、河合規仁

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

本研究班は、これまで感性福祉研究所において主に認知症高齢者とその家族、MCI の高齢者、発達が気になる子ども達に対して、感性福祉を基盤とした包括的ケアに関する手法の観点からクリニカル・アートの基礎研究と実践研究を推進してきた。その研究から得られた知見により、自立的・予防的生活をおくることを目指した社会福祉援助のあり方の重要性和、積極的な「健康」の構築にかかるクリニカル・アートのさらなる研究と展開の必要性を認識するに至った。従って、本研究班はその目的を、対象者・参加者＝「個」の為の健康法の確立とポジティブ・ヘルスの推進および健康理解の向上に、クリニカル・アートの実践研究を通して寄与することとした。

クリニカル・アートをサービスとして捉えた場合、芸術活動に対する苦手意識を取り除き、対象者・参加者に興味とセルフエフィカシーを抱かせることが、持続可能性を高める第一段階である。具体的には、障害者に対するクリニカル・アートの実践研究を通して、「個」のためのヘルス・リテラシー向上法の開発を行うこととなる。サービスの持続可能性を高めるための第二段階は、その構造化である。それぞれの実践場所で、人材育成を含めたサービス提供システムの構築がその内容となる。それらの成果は、学術的な報告書や年報の発刊に加え、地域福祉センターなどにおける住民を対象とした啓蒙活動によって社会に還元していく。研究成果を測るうえで、脳機能の推移や認知機能テストの推移のみでなく、「個」の行動がどのように変化していったのか、また「個」の発言内容がどのように変容していったのか、自身の「健康」意識がどう変化したのかといった推移を観察することによって、参加者・対象者の「健康」向上を立証することができれば、クリニカル・アートの実践研究を通して、「個」と、さらには「個」が活かされる社会における「健康」向上法に寄与することができ、障害者のヘルス・リテラシー向上の具体的な方法論に、寄与することができる。

さらに、多次元的・複眼的視点にたつてネガティブヘルス・ポジティブヘルスの価値、また、「個」と社会の価値は対極的なものではなく相互補完的な関係であり、バランスをいかにとれるかが課題となるという全体プロジェクトの仮説の下、クリニカル・アートが大事にする「個」のポジティブ・ヘルスをベースにしつつ、国際比較研究には欠くことができない社会・文化的側面や認知症の予防や進行抑制に代表されるネガティブ・ヘルスの視点に立ったアプローチを網羅した社会的役割の側面を含んだ健康・健康増進・健康教育の連関に具体的に寄与することができる。

2. 研究の実施体制

・研究遂行のためのチーム組織 I

①ヘルス・リテラシー向上法に係る基礎研究：「描画行為が健常者の脳活動に及ぼす影響－光トポグラフィ（NIRS）による検証－」

・研究チームリーダー；宇野正威、研究協力者；保坂 遊、青木一則、大城泰造

- ・研究遂行に関わった機関；株式会社 芸術造形研究所、NPO 法人 日本臨床美術協会
- ・研究遂行に関わった機関の役割：株式会社 芸術造形研究所は臨床美術プログラム及びオリジナル画材の提供において、NPO 法人 日本臨床美術協会は臨床美術士の派遣において連携をとった。

① 研究目的】

臨床美術の様々な表現方法は、認知症高齢者やまた美術表現に苦手意識を持っている人でも、創造的かつ個性的な作品表現が可能となるカリキュラムを用いる。そのプロセスは、一般的な美術表現とどのように異なるのか、脳科学的知見から、解明を試みるのが本研究の目的である。中でも、本研究で関心領域としたのは、前頭前野（前頭連合野）である。前頭前野は大脳皮質の三割を占める領域で、人類で最大の発達を遂げた新皮質であり、人が人たる基礎を与える高次精神機能にとって最も重要な場所であり、前頭前野に損傷のある人の詳細な研究からも、感情や意志発動の制御機能や高次の認知活動を行う上で不可欠な機能をもつ領域であることが明らかにされている。船橋（2002）によれば、前頭前野は、解剖学的、機能的に見ると外側面が異種感覚情報処理や統合の関わる複合モダリティ連合野と、内側面及び眼窩面は感情や情動や動機付けなどに関わる辺縁系周辺領域の異なる2種類の領域から構成されている。さらに最近の多くの研究により、前頭前野がワーキングメモリー（作業記憶）に深く関わっていることが明らかにされてきている⁵⁾。船橋は Goldman-Rakic(1992)の解釈を挙げ、ワーキングメモリーを認知に必要な働きであり、決定や判断を下したり、反応を生じるために、情報を更新したり、情報を長期記憶から取り出したり、次々に入力する情報を統合する機構であるとしている。ワーキングメモリーは、脳科学からみれば「脳内システム（構造）と結びついた機能」であり、いくつかの脳領域が関与していると考えられる。このワーキングメモリーのもっとも重要なメカニズムである中央実行系が前頭前野に存在する可能性を Baddeley ら（1974）が示唆し、近年その密接な関係を支持する研究が脳科学の立場から報告されている⁶⁾。また、アルツハイマー病についても前頭前野が萎縮しワーキングメモリー機能が低下することや、ワーキングメモリーが統合失調症における認知障害の中核をなすとして注目されている。さらに高次機能の発達障害児における前頭前野の機能障害も注目されており、前頭前野とワーキングメモリーの関連を検討していくことは臨床美術研究において重要な課題であるといえるであろう。

本研究では臨床美術の構成因子の一つである美術創作行為をとりあげ、その前頭前野の機能活性化への効果の有無を検証するとともに、機能活性化に効果的な描画課題を科学的に検証することを研究目的とし、前頭前野機能に焦点をあて、同機能に及ぼす臨床美術描画法の影響を NIRS(Near-infrared Spectroscopy)を用いて測定した。

課題A「シンボル画」

太陽 	月 	星 
木 	チューリップ 	家 
目 	手 	傘 

課題B「アナログ画」(例：怒り・喜び)

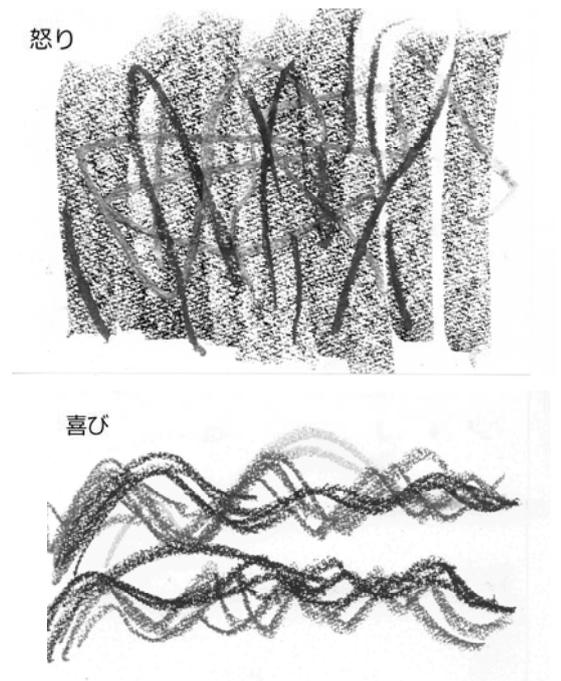


Fig. 1

・研究遂行のためのチーム組織Ⅱ

②子どもに対する実践研究：「発達が気になる子に対する臨床美術の有用性の検討」

- ・研究チームリーダー；保坂 遊、研究協力者；前田泰弘、小笠原明子、青木一則、大城泰造
- ・研究遂行に関わった機関；東北福祉大学関連機関
- ・研究遂行に関わった機関の役割；対象となる幼児の紹介と個別支援プログラムにおいて連携をとった。

②【研究目的】

発達支援の問題を検討するにあたり、特定の機能や障害などの改善や軽減、また発達を促進させるといった機能面の向上のみならず、様々な側面から人間的な可能性を発揮し成長する子どもの発達を援助し保障していく必要がある。そのような観点から発達障害児や発達が気になる子どもに対し、造形表現活動の導入がどのような効果を齎すのか検討していくことが本研究の試みである。自己資質を引き出すことを目的とする臨床美術は、脳科学知見に基づくエビデンスを蓄積しつつある芸術療法であり、その効果を期待され、医療福祉、教育といった様々な現場に導入されている。発達支援においては、そのプログラムの個々のケースへの応変な適応性や全人的な発達への有用性といった課題が挙げられ、より効果的な援助法を構築することが求められている。

・研究遂行のためのチーム組織Ⅲ

③臨床美術の国際比較研究：「フィンランドにおける臨床美術の展開」

- ・研究チームリーダー；大城泰造、研究協力者；ハンネレ・ニーニオ (Hannele Niiniö)、ティーナ・プサ (Tina Pusa)、リータ・アホス (Riitta Aho)
- ・研究遂行に関わった機関；ラウレア応用科学大学
- ・研究遂行に関わった機関の役割；実践研究及び教育プログラムにおいて連携をとった。

③【研究目的】

ラウレア応用科学大学の研究者と共同研究を行い、臨床美術（クリカルアート）とフィンランド型臨床美術（エンカウンターアート）の国際比較研究を行う。日本とフィンランドにおいてアートが障害者福祉や高齢者福祉の中でいかなる役割を果たし、どのような影響を及ぼすのかについて比較研究することにより、これまでの国内の研究結果を国際的に精査でき、その成果を国際的に発信し、発展に繋げていくことができる。

3. 研究方法

①ヘルス・リテラシー向上法に係る基礎研究：「描画行為が健常者の脳活動に及ぼす影響—光トポグラフィー（NIRS）による検証—」

【方法】

1. 実験装置

描画中の脳活動を計測するために、描画行為を可能にしながら大脳皮質を非侵襲的に計測できる（株）日立メディコ製の光トポグラフィー（NIRS）⁷⁾装置（ETG-4000）を用いた。付属の3×11プローブを使用し、前頭前野中央、前頭前野左脳、前頭前野右脳周辺を計測範囲とした。国際10/20法に示されるFPzが前頭中央部チャンネルとほぼ一致するとし、酸素化ヘモグロビン[Oxy-Hb]、脱酸素化ヘモグロビン[Deoxy-Hb]、総ヘモグロビン[Total-Hb]濃度の変化を計測して脳機能の活性化を計測した。

2. 対象

20歳代健常者11名(女11名、平均年齢20.9歳±0.79歳、右利き11名)を対象とし、データ収集には、東北福祉大学倫理審査委員会によって承認された手続きに基づき、被験者からは、同意により署名を得た。実験方法について、事前に十分な説明を行った上で測定を行い、一定期間を置いて、2回目の測定を同様に行う再試験によって課題の影響を分析した。

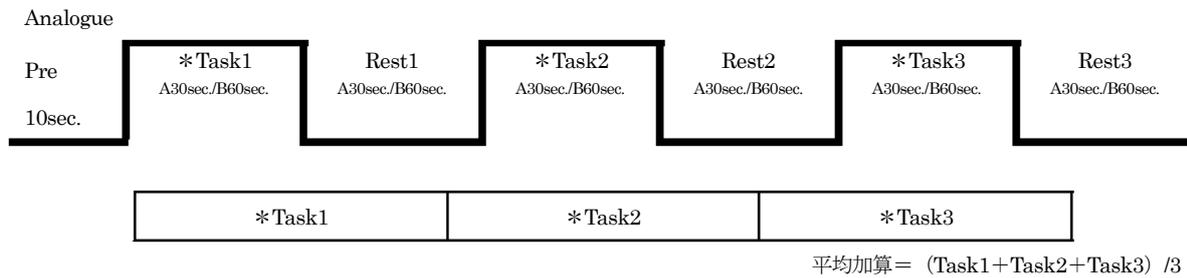
3. 実験課題

描画表現と一般的にいても、その内容や手法によって、プロセスと結果は多種多様である。描画の発達段階では、スクリブルなどの感覚的表現から、象徴的なシンボルを用いての描画表現を獲得していく。梅澤は、この発達過程を感性の発生と分化芽生えから、イメージやシエマの形成へと捉えている⁸⁾。しかし、美術の専門教育を受けない多くの人の場合、このシンボル表現(言葉からイメージした記号的、説明的な表現であり、経験より修得された共通的、一般化された画を用いて絵画表現を構成していくことが多々ある。一方、抽象画と呼ばれるような表現は、ときに言語的な解釈が難解になり、極めて視覚的、感情的、感覚的な構成表現であり、臨床美術では、このような手法をカリキュラムへ多く用いて、実践している。このように描画表現は、手法によって、結果(作品)が大きく異なり、その描画プロセスにおいてイメージから表現までの脳内活動においてもなんらかの差異があるのではないかと推察される。本実験は、その一端として、二つの描画行為が、脳機能にどのような影響を及ぼすかを検証するものである。

本実験では、言葉からイメージして描く描画法と、臨床美術描画法の2つの描画作業課題を行わせ、安静時及び各描画作業セッション後の脳活動を測定した。検証課題は、前者をA「シンボル画」とし、後者の臨床美術画法B「アナログ画」とした。それぞれの描画行為によって含まれると考えられる脳内処理過程は、Aシンボル画―「書かれた名詞で形成した表象をもとに画像イメージを象徴的に創造する作業(例:太陽、月などの名詞)」と、Bアナログ画―「感情を表現する文字による表象をもとに画像イメージを抽象的に創造する作業(例:怒りや喜びなどの感情を意味する言語)」とし(Fig. 1)、それぞれが前頭前野機能を効率的に活性化するかを検討した。また、予備実験より、被験者が集中して課題を行える計測時間の考慮と、また同一タスクの複数回実施により加算平均値を求めるために1セッション中に課題遂行時間と安静時間を3回繰り返して設けるブロックデザイン(Fig. 2)を採用した。課題Aについては課題遂行時間と安静時間をそれぞれ30秒とし、課題Bについては、描画表現を十分に行うのに必要な時間を考慮して課題遂行時間及び安静時間を60秒と設定して計測を実施した。それぞれの描画表現に適した描画材としてシンボル画では鉛筆を使用した線描表現とし、アナログ画では、臨床美術で使用されるオイルパステルによる彩色表現とした。また、課題教示について、音声言語による脳活動への影響を最大限に避けるため、紙に描かれた文字(テーマ)を被験者には描画してもらい、作業開始時、終了時のタイミングは機器より出される合図音に従うよう指示した。終了合図が鳴れば、描画途中であっても、作業を中止し、検者が課題を回収して、被験者には、ぼんやりと安静状態であるよう指示した。この間、身体の動きは極力最小限にとどめるようにも付け加えた。

測定の流れ（ブロックデザイン）と平均加算方法

A : Symbol B :



②子どもに対する実践研究：「発達が気になる子に対する臨床美術の有用性の検討」

【方法】



Figs.1 「葉っぱの世界地図」

本研究は、東北福祉大学関連機関(以下センターとする)に來所する幼児 A 児(男児・5 歳)を対象にセンターの個別支援プログラムに平行して実施された臨床美術カリキュラムを導入した事例である。A 児は「小さなことへのこだわりや些細なことを怖がる」「新しい環境に慣れにくい」などの傾向が強いという主訴を持ち、積極性や自発性、自信、また臨機応変な環境への適応性が課題であった。表現活動において①臨機応変な適応性②主体的な意欲と積極性の向上③計画や見通しにとらわれず、感覚的で自由な表現を促すことを目的とし、臨床美術カリキュラムの様々な手法を取り入れながら個別支援プログラムを組み立てた。活動前の導入

には野外活動などによる直接的な感覚刺激によるイメージ喚起を行なった。2007年7月～12月までに、1回(90分)の計7回実施し、臨床美術士及び指導員(保育士)が支援にあたりながら観察記録、ビデオ記録より幼児の行動・発話の変容、作品表現の変化を分析した。

③臨床美術の国際比較研究：「フィンランドにおける臨床美術の展開」

【方法】

Art and increased creativity bring something new to all social encounters and learning. Encounter Art has been developed in international cooperation to meet the needs of further education in visual art-based work methods. Encounter Art constitutes structured, target-oriented, group-based art activities. The starting point is the process of creating visual art, although the approach is multisensory. Encounter Art group sessions are divided into the following focus areas: Stimulation, Art Work and Appreciation. Stimulation forms the basis for working together and helps to relax and concentrate. This can take place through music, fragrances or creative movement, depending on the theme and the group. Art Work covers the use of various methods and different materials and tools. The focus area of Appreciation involves examining the final outcomes, thus expressing mutual

appreciation related to the works of art.

The goals of Encounter Art are

- to promote well-being by means of art and group work and to enhance inclusion at the individual, community and societal levels
- to support and improve clients' well-being by means of art-based methods while working with small client groups
- to improve clients' psychosocial well-being using Encounter Art as a systematic method in clients' rehabilitation and planned care

The specialization studies in Encounter Art are part of Laurea's supplementary and further education. The goal of specialization studies is to provide training for expert roles, supporting the career development of students. The studies are often carried out alongside and closely tied with work, allowing students to benefit from their work experience. The specialization studies advance, expand and develop new knowledge, skills and abilities acquired by the students during the basic studies, which are necessary for the ever-changing labor market. The studies are carried out in cooperation with international developments in the field, particularly with Japanese Clinical Art activities. Encounter Art lecturers cooperate with Japanese Clinical Art experts and receive further education in Japan.

The curriculum sees students as active, responsible actors with an important role in the progress of the studies. Learning is based on an investigative, developing, reflective, experiential and cooperative approach of students. The studies particularly focus on developing self-assessment skills as tools for target-oriented learning with a focus on social interaction in learning. Cooperative learning and interaction in small groups diversify and expand learning as well as create new, unanticipated situations and entities.

So far, Encounter Art has mainly been applied to geriatric work in Finland. The activities are developed in the specialization studies to also suit the needs of other client groups. Eligible applicants include Bachelors of Social Services, Bachelors of Health Care (Nurse), Bachelors of Health Care (Public Health Nurse) and others with suitable higher education degrees. Applicants must be willing to apply target-oriented, art-based group activities in cooperation with clients in the areas of social services and health care, education or leisure time activities.

【Learning Process】

As the topics arise for development needs in society, the region or sector, the specialization studies at Universities of Applied Sciences usually respond to the challenge of developing as an expert. The studies aim to create new competence, which takes into account the needs and starting points of students and their learning environments. Students draw up a personal competence target description during the Encounter Art specialization studies. Orientation towards responsible learning and personal starting points for conscious learning are launched during the admission exam at the application stage. Supported by the guidance of lecturers, the students' actively reflective approach towards their learning process advances as the studies progress.

Students' professional development is supported by feedback and guidance for individuals, small groups and seminar groups. The feedback is interactive and relates to the students' competence

targets. Feedback is provided by lecturers as well as other students and workplace partners. The subjects of feedback and assessment include interaction situations and written assignments. Feedback situations encompass seminars, reflective discussions on activities in pairs, as well as individual and small group guidance. The feedback and assessments are recorded in the tutor folder, which functions as both a portfolio for tutor development and as research material for developing the field of Encounter Art further. Assessment is either qualitative in verbal or written form, or numerical, depending on the learning exercise. The grading scale of Pass/Needs more work means that students must possess knowledge and skills equivalent to H3 / Good 3 in order to pass the study unit. 'Needs more work' means that students must use the provided feedback to develop their assessed performance to a level that can be graded as a pass, in order to progress to the subsequent study units.

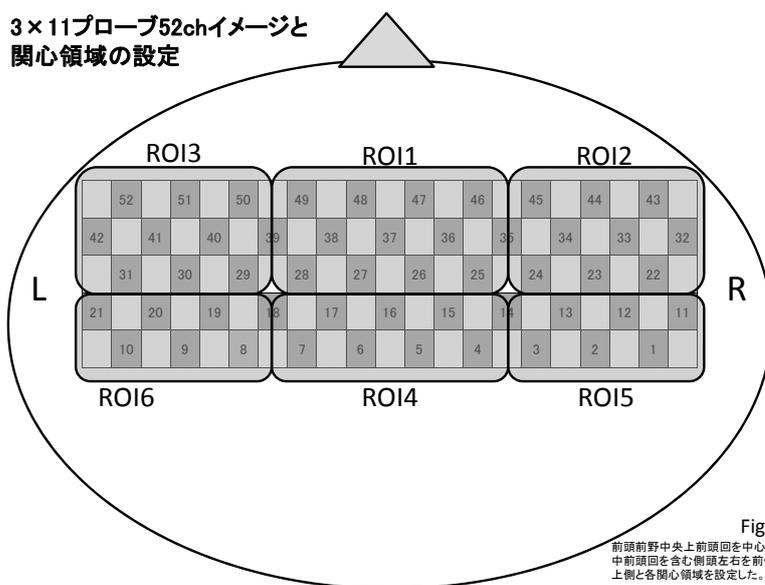
4. 研究成果

①ヘルス・リテラシー向上法に係る基礎研究：「描画行為が健常者の脳活動に及ぼす影響—光トポグラフィ（NIRS）による検証—」

【結果】

1. 関心領域の設定

NIRS 検査装置 ETG4000 の 52 チャンネル 3×11 計測プローブは、Brodmann の脳地図、領野 9, 10, 11, 44, 45, 46, 47 を含む、上前頭回、中前頭回、下前頭回、前頭前野背外側部まで広く前頭前皮質をカバーしており、各チャンネルごとのヘモグロビン濃度の変化における平均波形には、領域ごとに特徴がみられ、本分析では領域ごとに Fig. 3 のように大別した。本研究では、ETG4000 に内蔵される Wave Analysis 機能を用いて、関心領域 (Region of Interest : 以下 ROI と称す) を区分けし、前頭部前側を ROI1 (前頭極及び眼窩前頭野を含む)、側等部左右前側をそれぞれ ROI2、ROI3 (前頭前野背外側部左右、下前頭回を含む)、前頭部上側左右を ROI4、ROI5、ROI6 (前頭前野背外側部の一部) と定め、ROI1~6 までの領域ごとの平均加算データ (Integral) を分析の対象値として使用した。



2. 課題の再現性
 実験において、被検者には、計測間隔を置いて2回の計測を行った(8.9 ± 7.3 日)。課題 A シンボル画及び B アナログ画において、測定には、名詞、感情を意味する言葉を毎回テーマを変更し教示したため、測定課題が適切であるか、課題の信頼性を検証するために各課題

における2回の検査結果をもとに、[Oxy-Hb]、[Deoxy-Hb]、[Total-Hb]のRoiごとの平均値を比較検討した。2回の測定値の平均波形は、形状にそれぞれずれが認められるものの概ね近似形を表した。2回の[Oxy-Hb]における平均値比較からは、実験の前後差に有意差は認められなかった。Fig. 4は、代表的な[Oxy-Hb]の波形を示す。また、相関係数 Pearson の積率相関係数からは、[Oxy-Hb]、[Total-Hb]において、おおむね強い相関が認められた (Table. 1)。[Deoxy-Hb]では、一部、相関の弱い領域があった。各課題における Pearson 係数 (r) の平均値は、課題 A Oxy-Hb:0.957、Deoxy-Hb:0.919、Total-Hb:0.965、課題 B Oxy-Hb:0.939、Deoxy-Hb:0.552、Total-Hb:0.916 (0.1 ≤ r ≤ 1) であった。また、級内相関係数 (ICC) の比較検討でも一部の、[Deoxy-Hb]を除いて、各課題におけるそれぞれの部位で強い相関が認められる結果が得られた。以上のことから、各課題における脳活動の再現性については信頼値が確認され、描画の表現プロセスは複雑で高次の課題ではあるが、脳活動にある一定の変化パターンがあることが示唆された。また、本実験で最も相関が強かった酸素化ヘモグロビン濃度の変化を本研究の分析対象とすることにし、このことは、酸素化ヘモグロビン濃度が脱酸素化ヘモグロビン濃度よりも皮質の血流量の変化を反映するとも考えられていることも理由として挙げられる。また、実験結果の安定している2回目のセッション時のデータを扱うこととした。

各領域における [Oxy-Hb] 濃度増加平均値

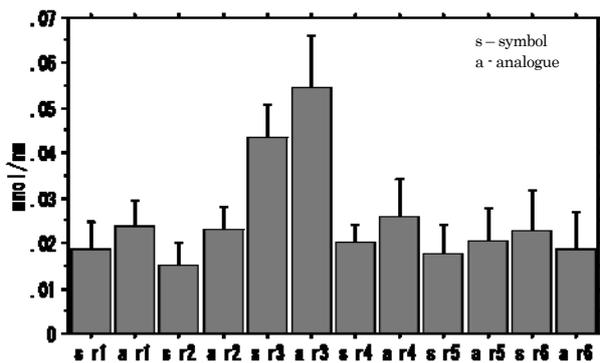


Fig.5

3. 各領域における酸素化ヘモグロビン濃度の変化

課題 A シンボル画、課題 B アナログ画の3回の加算平均値より、各関心領域における被験者 (n=11) の平均値を求め、Oxy-Hb 変化量を算出した (Fig. 5)。課題開始前と比較して、課題A、Bともに各領域すべてにおいて有意な、Oxy-Hb 増加が見られた。また、課題A、B間における[Oxy-Hb]濃度の増加平均値比較では、アナログ画の増加量が、シンボル画より高い評価となったが、

再検査による2回の代表領域の平均波形比較 (ROI1 [Oxy-Hb])

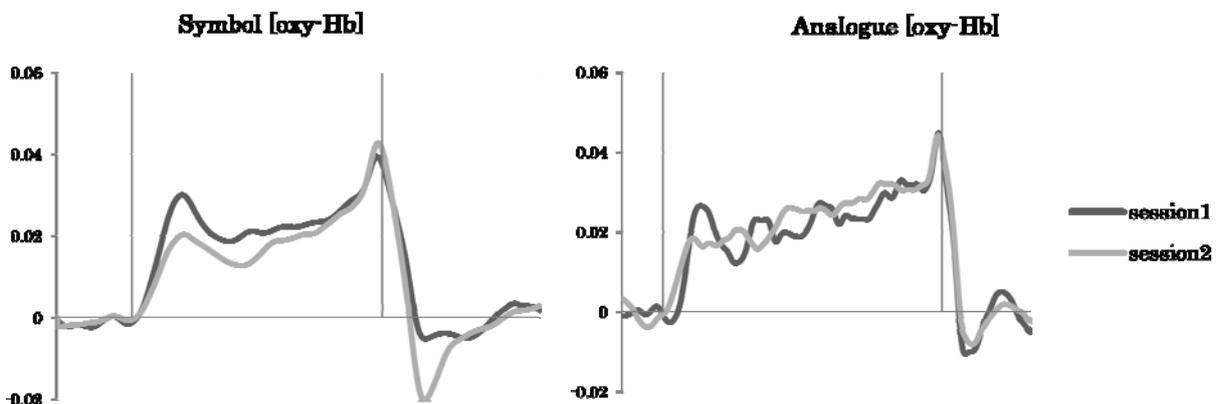
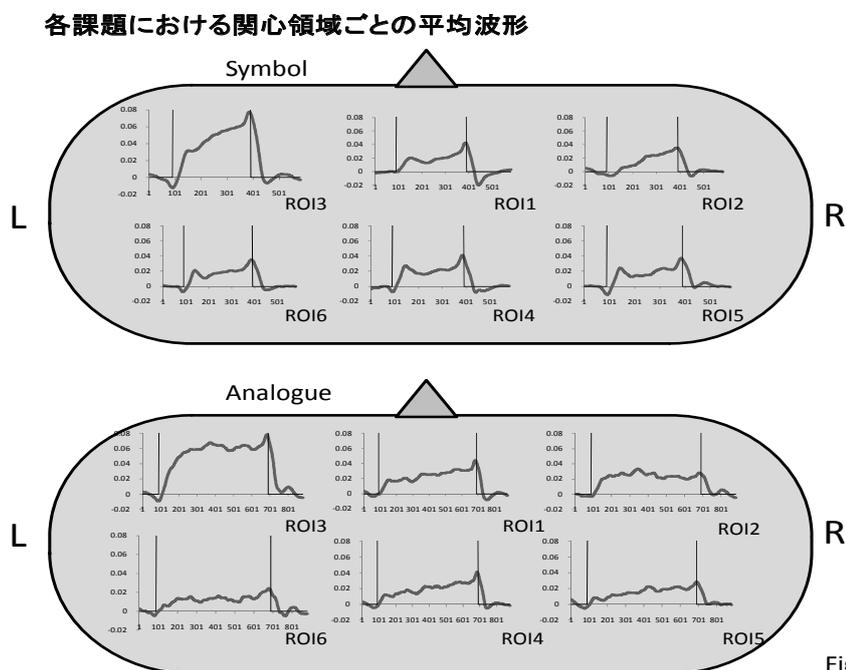


Fig.4

課題間における各領域の比較では、有意差は認められなかった。

また、課題間における平均波形には、それぞれ特徴が認められた。光トポグラフィーの解析ではTaskによる脳血流量の変化が、Task開始からやや遅れて現れることが報告されており、それぞれの課題開始時に酸素化ヘモグロビン濃度が遅れて増加していることが本実験でも認められた。それぞれの描画課題において、各ROIとも[Oxy-Hb]濃度の増加が認められたが、課題Aシンボル画では、課題開始時と終了時に酸素化ヘモグロビン濃度の急激な増加が目立ち、両端が鋭角な台形型の波形が代表的である。課題Bアナログ画では、課題遂行中により複雑なゆらぎノイズが波形より認められる。この差異の要因として、課題の特殊性による作業の複雑差が考えられるが、課題遂行時間の差(symbol:30sec./analogue:60sec.)が課題を遂行する上での集中力に影響を及ぼしている可能性、また使用描画材の違いによる影響を検討する余地がある。いずれも課題A,Bのそれぞれの描画行為において、前頭前野左脳領域(ROI3)が顕著に賦活される結果が得られた。



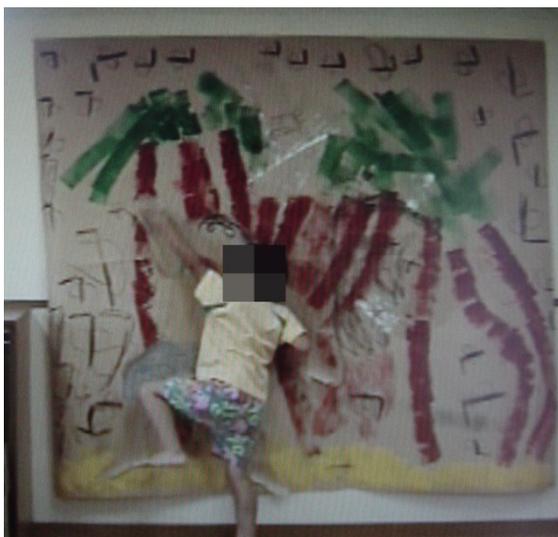
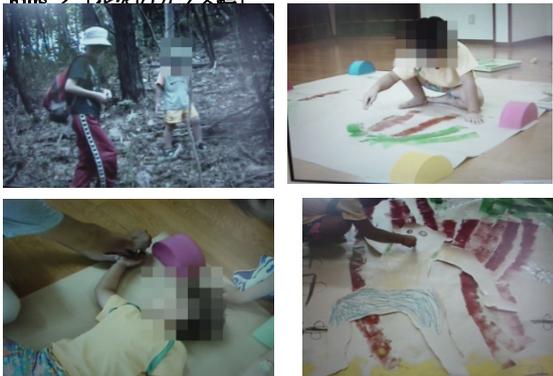
① 【考察】

美術表現において、B. Edwards⁹⁾が、象徴的なイメージを描く行為と感覚的な美術表現の間には、活用される脳機能の差異を指摘して以来、様々な感覚を駆使して創造表現力の向上を図るメカニズムに対して、様々な議論がされてきた。ある言葉や文字から想起される概念的(象徴的)なイメージを再現するいわゆる記号的な絵(美術の専門教育を受けていない一般的な方の多くは、主としてこの描画法で描きやすい。)と、感覚的に色彩や形態をイメージしながら構成していく抽象的表現では、脳の活動はどのように異なってくるのであろうか。個人差の大きいNIRSの測定では、各被験者の平均値データから判断することに慎重を期さなければならない。また、領域のグルーピングをしたことで、外郭的な区分けとして考察するしかない。しかし、光トポグラフィーのプロブを頭形の様々な多数の被験者に、同部位へ確実に設置することは、現実的に課題が多く、ある領域でそれぞれ特徴的な値が認められたことは、今後の研究の一助になると考えられる。本実験の結果からは、課題Aシンボル画、課題Bアナログ画ともに各部位における[Oxy-Hb]増加が見られ、描画行為が前頭前野領域の脳を活性化させることが認められた。とくに左脳側頭部位に大きく関連することが示唆されたといえるで

あろう。檀らのNIRSにおける空間解析による標準脳との対応によれば^{10) 11) 12)}、3×11プローブによる前頭前野左脳領域は、ブローカ野をカバーしており、Roi3領域と一致していると考えられる。ブローカ野は発話性言語処理における機能局在が知られており、また酒井らは特に同部位の文法処理や文章理解の中枢を報告している¹³⁾。絵画表現作業においても、同部位が賦活されている本結果から考えられることは、文字による課題教示の刺激により、なんらかの言語イメージを伴いながら、描画作業を行っていると考えられる。また、描画行為には、イメージを表現するために高次な意思決定の連続であり、アナログ画にいたっては、感情のイメージを具現化するために、様々な経験に基づく



Fig.2 「花火のガラス絵」



Figs.3 「セルフイメージ」

感情や感覚が呼び起こされると考えられ、これらは、前頭前野機能の高次な行動目標の意思表示¹⁴⁾や、前頭前野眼窩面及び外側面の情動統合機能¹⁵⁾、自己認知や自己評価に対する右側運動前野、右側下前頭回の関連性¹⁶⁾ 前頭前野背外側部と側頭極及び眼窩皮質の共感 (empathy) との関連の報告¹⁷⁾とも関連づけられると考えられる。メカニズム解析においても前頭前野が注目されており、今後、様々な表現行為における脳活動の相関について検証すべきであろう。また、関心領域ごとの[0xy-Hb]増加平均値からは、アナログ

画がデジタル画より上回る値となったが、有意差は認められなかった。このことがチャンネル局部による検証方法¹⁸⁾とどのように相関しているかの解明も課題である。しかし、各課題遂行中の[0xy-Hb]増減変化の波形では、両者の間に明らかに差異がみられている。このことが、課題の特殊性によるものであるものか、画材や課題遂行時間によるものかについては、今後もさらに検討していかなければならないであろう。

①【結論】

美術表現行為という高次な精神的作業は、様々な脳内機能やシステムを用いて行われていると考えられ、前頭前野や皮質だけの検証では十分とはいえない。しかし、絵画イメージを起想し、色彩や形態を感覚的に選択、判断し絵画を構築していく作業の中には、複雑な前頭前野の高次機能を司り活動していると考えられ、認知症高齢者への効果も報告されていることは、脳機能への影響も大きいと考えられる。更に研究を進めていく根拠となる。

②子どもに対する実践研究：「発達が気になる子に対する臨床美術の有用性の検討」

【結果】

6ヶ月の介入の中で、前期では平面表現技法を主とし、A児の感覚や表現力を解放する様々なテーマを実施した。自由に色彩を選択していくことや臨機応変に変化する画面に対応した展開力や発想力を養い、伸び伸びと制作することを目的とし、毎回様々なテーマ、手法、教材を取り入れ、絵画制作を行った。更に後期では立体表現技法を取り入れ、新聞紙や粘土などの素材に直接触れながら、具象的、抽象的テーマの中で、計画や見通しに捉われず、自由な発想を広げ、楽しみながら制作することができた。

事例1 「葉っぱの世界地図」 Figs.1

野外散策で畑の野菜や葉っぱに関心を持ったため、自然形態の偶然の形を利用し、ネガポジ画（色面構成）を行う。偶然並べた葉っぱの形から、興味を持っていた世界地図を連想する。大陸別に塗りわけ、大陸名も絵に書き込む工夫が見られたが色の選択については規則性を重視する傾向にある。最後にネガ空間（周囲）をパチック技法で塗り、海を表現する。臨床美術士の指示に促されながらも、自らイメージを見つけ展開する姿勢が見られたが、意欲的、積極的な発話はまだ少ない。

事例2 「花火のガラス絵」 Figs.2

音に対する過剰な嫌悪反応を持ち、花火の大きな音に恐怖心を抱くため、写真掲示の視覚的イメージ喚起による導入を行った為、混乱は見られなかった。ガラス板や綿棒といった様々な教材や技法に関心を持ち、制作への意欲をわかせる。色彩の選択に際して、以前同様、絵の具箱の端から並べられた順に絵の具を使っていく規則性を重視する点が見られた。始めは自分の方法論に固執する傾向がみられたが、臨床美術士が提案する具体的な技法の教示に徐々に興味を示すようになった。このことから、多くの方法を具体的に提示していくことで、イメージを発展させることが可能であると示唆された。

事例3 「セルフイメージ」 Figs.3

経験を超える大きな画面制作（1.5m×2m）を目的に指導員との共同制作を行なった。ローラーを使用し解放的に森のイメージを描く。導入での野外活動より特に印象深かった蚊を反復して数十匹描き画面を埋め尽くし、ユニークな絵の重要な構成要素となった。別紙に等身大の自分を型取り、切り抜きは最後まであきらめずにA児がやり遂げた。森の絵の中に元気にジャンプする自分をイメージして貼りつけ、さらに、指導員の姿も描き加えた。色彩に対しては、画面に対した的確な選択し、表現性の高いものとなった。2時間に及ぶ制作では一貫して自ら積極的に、また集中力を持って取り組む姿勢が認められ、その時点での感覚を生かし、他者もイメージの中に取り組むなどの受容性も見られた。完成作品は壁面に展示し、とても満足感と自信をつけさせるセッションとなったと思われる。

課題目的から見た制作態度及び作品表現に対する評価 表1

	制作態度	作品表現
事例1 葉っぱの 世界地図	臨床美術士の指示に促されながらも自分でイメージを見つけ取り組む展開力がみられる。色彩の選択には規則性を重視する。形からはみ出さず丁寧に塗る点などから、まだ心理的解放感はあまり見られない。指示に従順であるが、積極的、意欲的な発話は少ない。	ある形から具体的なイメージへの見たてる展開力を感じるものの、自由な柔軟性のある発想に対し、積極性が未だ弱い。
事例2 花火のガラス絵	様々な教材の提示により意欲を促す有効性が認められた。色彩選択には、順列に固執する傾向がある。多くの方法を具体的に提示していくことで、関心を持ち、イメージを発展させることができる。イメージと現実の差異に一時落胆するが、思わぬ作品の出来に満足感を表す。	計画的ではなく、疑似体験的な制作により、感覚的に解放されつつある画面となった。本人は戸惑いがありつつも、柔軟な描画法を受け入れつつあるように感じられる。

<p>事例3 セルフイメージ</p>	<p>大画面制作に対し、意欲的に望む姿が見られた。絵の具からは、イメージに対する的確な色を選択。画面の進行によって、臨機応変に制作する柔軟性がみられた。散策時の印象を制作に反映する展開力や自分や指導員をよく観察して描く積極性がみられる。完成作品は壁面に展示し、満足感と自信につながるものであった。</p>	<p>巨大な画面であったが、意欲と集中力を持って描かれた為、その作業量から迫力ある作品となる。体験から描かれた数十匹の蚊の大群が、作品の魅力の大きな要素となる。</p>
<p>事例4 かぼちやの新聞工作</p>	<p>素材に対する興味や制作手順を自ら見通し、工夫するなど積極性が見られる。複雑な立体制作にも意欲的に丁寧に作業できる。概念的な色彩イメージに捉われず、自由に色和紙を選択し、豊かな色彩表現となる。発話からは、常に制作段階での臨機応変な判断と工夫を考える積極的な姿勢が感じられる。</p>	<p>自由で大胆な形と色彩表現からは、解放感あふれる柔軟性が感じられる。また、プロセスにおいて、適材適所に自ら考え工夫された表現からは、高い構成感覚が感じられる。</p>

②【考察】

6ヶ月の介入の結果、様々な表現や技法を体験することで造形表現へのより深い意欲や幅広い関心、積極性の向上が認められた。また、セッションを重ねるごとに、様々なテーマに対する臨機応変な反応と展開力、発想力の向上がみられた。色彩表現に関し、主訴にあった単色による表現や概念的な規則性にこだわる傾向は見られなくなり、イメージに適した色彩選択、また自由な色彩表現を積極的に楽しむ姿が見受けられた。発話からは、初期に見られた指示に対する従順な姿勢から、活動に対する意欲的な発言や進行状況に応じた自由な表現を楽しむポジティブな発言へと変容が見られた。更に新たな展開や発想を生かそうとし、周囲へ思いやる配慮も感じられた。作品表現からは、介入前に見られた消極的、規則的な表現から豊かな色彩感覚の向上や結果にとらわれない解放的、感覚的表現が認められる結果となった。(表1)

②【結論】

総合的効果として臨床美術メソッドによる造形活動を通して、様々な環境を臨機応変に取り入れながら自己の感性を解放し、自由な表現力と発想力を引き出す効果が認められた。また、主訴にみられた消極性は、表現活動の達成感とともに克服されつつあり、臨床美術の相対的なプログラムがA児の心理的発達を援助する有効的な手立てであることが示唆された。このことは様々な発達成長の可能性を持つ子どもの発達支援において、局機能的視点にとどまらず、多角的視野を持った全人的な支援を検討していくことの重要性が認められるものであり、更なる様々な事例の蓄積と柔軟な対応性を持ったカリキュラムの構築が課題として挙げられる結果が導かれた。

③臨床美術の国際比較研究：「フィンランドにおける臨床美術の展開」

【結果】

Students implement a personal development exercise during the study unit. In some cases, the exercise can be carried out in pairs or groups. The subject matter must arise from a development need related to Encounter Art within the workplace and demonstrate the student's personal study plan targets. The development exercise can constitute a study or centre on an activity. In both cases, a report is drawn up on the development exercise, which is presented as agreed during a seminar or development event of the Encounter Art community.

Encounter Art activities that promote welfare undergo continuous dynamic change and act in dialogue with clients and experts as well as society and globalization. Increased

internationalization and societal change in maintaining welfare create new challenges to welfare services. International cooperation with Japanese Clinical Art activities generates new competence for Encounter Art participants and experts. The expert community functions as a developer and promoter of Encounter Art. Joint meetings, seminars and websites help maintain national and international connections and expertise.

Students who have completed the study will be able to:

- Participate in diverse research and development environments
- Act as responsible innovators in work environments within their field
- Address issues in society from the perspective of their field

Contents:

- Implementing a development exercise individually, in pairs or in groups
- Presenting the development exercise in a joint seminar and/or through publishing
- Providing constructive verbal and written feedback to other students as part of seminar work, and participating in joint research, development and innovation discussions

Assessment:

The subjects of assessment include the outcome of the development studies as exercise and the attached demonstration of innovation competence. Assessment of the study unit is based on self-assessment, assessment by workplace representatives and feedback from teachers.

Quality Assurance

Students participating in the study unit provide feedback at the end of each study unit and at the end of the entity, and this is used for further development of the studies. Cooperation with regional workplace partners and participation in national networks is carried out in dialogue and generates knowledge on the quality of the studies. Organizers of the studies form international partnerships with the key purpose of promoting the competence, operating models and processes of participants.

5. 優れた成果があがった点

健康理解と健康増進行動を一方向的因果連鎖としてではなく、健康理解の向上と健康増進行動の実践とを相補関係にあるものとして捉え、日常的な健康維持増進行動の自己点検と健康機能の実感的な自己確証が自己強化の好循環を引き起こす、自己制御型の「能動的な健康理解力向上自己生成システム」の開発に寄与したことである。

本研究班は全体プロジェクトにおける4つのアクション・リサーチ・グループ（メッディカル・フィットネス、カウンセリング・エステ、児童の社会性練磨、クリニカル・アート）の1つとして、健康教育が健康の維持増進における推進力であり、ヘルス・リテラシーは健康向上行動への性向を増大させる知と技能であり、具体的な健康の維持増進処方の実践過程で体験的学習がどのように達成されるかについて検討する役割を担っていた。既述の実践研究によって、クリニカル・アートの造形活動を通じて自己の感性を開放し、表現の達成感の獲得が健康姿勢や健康状態に好ましい影響を与えていること、 国際的にも教育的にも発展の可能性が得られたことが具体的な成果である。

6. 研究成果の副次的効果

東北福祉大学の海外交流協定締結校であるラウレア応用科学大学において、ポジティブ・ヘルスの視点を持つ臨床美術を活用したフィンランド型臨床美術（エンカウンターアート）の教育を開始された。（2010～）

7. 研究遂行上の問題点

「3.11 東日本大震災」に遭遇したことにより、研究の手段と環境（自宅及び勤務大学）が大きく毀損され、また、大きな困難を抱える被災者の救援や支援活動に従事する必要も生じ、さらに、調査環境も大きく変わり、最終年度の作業遂行に大きな支障が生じた。加えて、研究成果の公表—特に研究論文・著書の作成も大きく阻害された。

8. 評価体制

本研究プロジェクトでは、研究組織を組み立てる際に、研究の進行管理のために、総括班を設置した。この総括班は、研究作業を推進するための種々の企画や組織化の作業を行うだけでなく、研究計画と予算の適正性及び研究の進展について、自己評価作業を行うことも任務とした。そして、戦略的研究基盤形成支援事業という社会的付託に適う水準の実績と、適正な運営に対するアカウンタビリティを果たすため、毎年度末に自己評価の総括を行い、その結果を感性福祉研究所年報の誌上に公表している。また、研究評価作業と併せ、研究経費執行に関する監査については、法人として経費執行のチェック機能を強化・推進するために設置されている東北福祉大学の監査室に、監査の作業を付託している。さらに、全体研究会は、全国 160 の大学への参加呼びかけの下で、参加研究者以外からの評価も受ける、オープンな形で開催されている。そして、それらの作業をさらに全体的に点検する機能を感性福祉研究所運営委員会が果たしている。しかし、当初最終年度に予定していた、外部評価委員会の設置による外部評価の実施は、大震災の発生により、取りやめざるをえなかった。

9. 今後の展望

東日本大震災における「復旧・復興の過程では、生活基盤の建て直しと地域社会の再生・再構築が課題となり、その課題達成のためには地域の福祉システムやヘルス・システムの再構築が重要な構成部分となる。とりわけ、ヘルス・システムの再構築という課題の達成は、本プロジェクトにおいて、概念連関の整理を通じて抽出した4つのモデルを、各々の被災地の様々に異なる諸条件の下で、如何に複合させてゆくかという問題である。」という報告の通り、臨床美術の立場から、「被災地における福祉システムとヘルス・システムの再構築」に実践的に寄与することが社会的責任であり、その成果を国内、そして世界へと発信し、教育にも活かしていくことが課題である。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
有	保坂 遊, 大城泰造, 青木一則, 西田清子	描画行為が健常者の脳活動に及ぼす影響 - 光トポグラフィー(NIRS)による検証 -	感性福祉研究所年報第11号	2010	51-58

<学会発表>

* 発表者名	発表標題	学会名	発行年月	開催地
保坂遊, 宇野正威, 大城泰造, 青木一則	光トポグラフィーを用いた描画行為中の脳活動に関する検討 - 描画方法及び経験が前頭前野に及ぼす影響 -	臨床美術学会第2回大会	2010年11月	東京
大城泰造, ハンネレ・ニーニオ, ティーナ・ブサ	日本とフィンランドにおける感性福祉実践にみる展望と課題	臨床美術学会第2回大会	2010年11月	東京
保坂遊, 青木一則, 前田泰弘, 小笠原明子	発達が気になる子に対する臨床美術の有用性(3) - 適切な支援アプローチの検討 -	日本保育学会第63回大会	2010年5月	愛媛
Musha T, Matsuzaki H, Asada T	New Monitoring Systems for Brain Disorders	BESETO CAT Conference	2009年10月	北京
Kimura S, Oshiro T, Musha T, Nishida K, Sekine K	The Effectiveness of Clinical Art for Children with Higher Brain Dysfunction	BESETO CAT Conference	2009年10月	北京
保坂遊, 大城泰造, 青木一則, 前田泰弘, 小笠原明子	発達が気になる子に対する臨床美術の有用性(2)	日本保育学会第62回大会	2009年5月	千葉

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成 21 年度】

11 月 5 日(木)～7 日(土)臨床美術学会 第 1 回大会

- ・宇野正威, 木村伸, 朝田隆, 全世一, 雀勇「臨床美術 — 理性と感性および西洋医学と東洋医学の統合への役割—」(シンポジウムⅡ・医学分野)
- ・大城泰造, 六角鬼丈, 木村伸, 関根正文, 谷口千恵子「臨床美術の探求 — 感性の視座から」(パネルディスカッション)

11 月 14 日(土)日本感性福祉学会 第 9 回大会

- ・桑田光平, 蒲池みゆき, 大城泰造「感性を科学する」(シンポジウム)

【平成 22 年度】

11 月 26 日(金)～27 日(土)臨床美術学会 第 2 回大会

- ・山田修市, 青木一則, 片桐隆嗣, 宮元三恵, 小西行郎「幼少期における美術の可能性」(シンポジウム)

3 月 4 日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 3 回全体会議

- ・大城泰造「クリニカル・アートの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

【平成 23 年度】

1 月 22 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 4 回全体会議

- ・大城泰造, 青木一則, 保坂遊, 河合規仁, 西田清子, 木村伸, 武者利光, 関根一夫, 宇野正威「東北福祉大学クリニカルアートの実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

11. 参考文献

- 1) 金子健二編：「臨床美術」日本地域社会研究所，2003
- 2) 木村伸 金子健二 西田清子 関根一夫 武者利光 王増富：「DIMENSION(Diagnosis Method of Neuronal Dysfunction)を用いた造形療法の効果判定について」『感性福祉研究所年報』第 3 号，2002，195-200
- 3) 木村伸 金子健二 西田清子 関根一夫 武者利光 王増富：「老人性痴呆症は予防可能か？」『感性福祉研究所年報』第 2 号，2001，255-259
- 4) 宇野正威 松岡恵子 金子健二 西田清子 鍋島次雄：「認知症の知能面に対する臨床美術の効果」『感性福祉研究所年報』第 7 号，2006，67-71
- 5) Funahashi .S “Prefrontal cortex and working memory processes.” Neuroscience 139, 2006, 251-261
- 6) 金田みずき 荻阪直行「長期記憶情報の利用における中央実行系の役割」『基礎心理学研究』第 23 巻 第 1 号
- 7) 福田正人、伊藤誠、須藤友博、亀山正樹、山岸裕、上原徹、井田逸郎、三國雅彦「精神医学における近赤外線スペクトロスコピー-NIRS 測定の意義—精神疾患の臨床検査としての可能性—」『脳と精神の医学』第 14 巻第 2 号，2003，155-171
- 8) 梅澤啓一『感性と造形表現 —その発達とメカニズム—』晃洋書房
- 9) B. エドワード 北村孝一訳「内なる画家の眼—創造性の活性化は可能か」エルテ出版，1988
- 10) 檀一平太 續木大介 ルハムスレンエンクトゥル「fNIRS の空間解析の実演」
- 11) Tuduki.D “Virtual spatial registration of stand-alone fNIRS data to MNI space.” NeuroImage34 ,2007,1506-1518
- 12) Tzourio-Mazoyer N. “Automated anatomical labeling of activations SPM using a macroscopic

- anatomical parcellation of the MNI MRI single subject brain.” *NeuroImage*15,2002,273-289
- 13) K.L.Sakai “language Acquisition and Brain Development.” *Science* 310, 2005, 815-819
- 14) 虫明元「前頭前野における行動目標としての意思表現」*NII-Electronic Library Service*
- 15) 佐藤光源「視床下部性情動に対する前頭前皮質の統合機構」『精神身体医学』第12巻, 第1号, 1972, 11-13
- 16) 守田知代 板倉昭二 定藤規弘「自己認知と自己評価の発達とその神経基盤」
- 17) 米田英嗣 楠見考 仁平義明「物語理解における読者の感情 一予感、共感、違和感の役割一」『心理学研究』Vol75, No,6, 2005, 479-486
- 18) 保坂遊「芸術による表現行為が人間に与える作用について 一光トポグラフィー (NIRS) による検証を中心に一」『東北福祉大学大学院社会福祉学専攻紀要』第4巻, 2007, 114-124
- 19)Bardy, Marjatta, Haapalainen, Rikka, Isotalo, Merja, Korhonen, Pekka (Ed.): *Taide keskellä elämää. Museum of Contemporary Art Kiasma Publications 106/207. Like-kustannus. Helsinki.*
- 20)von Brandenburg, Cecilia: *Kulttuurin ja hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä. Näköaloja taiteen soveltavaan käyttöön. Ministry of Education Publications 2008:12. Yliopistopaino, Hesinki.2008.*
- 21) Eirtola, Elina: ”*Taide rakastaa elämää*”. *Sosiokulttuurinen toiminta sosiaalisena innovaationa. Pro gradu. Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä. Spring 2007.*
- 22)Girad, Liisa-Ihanus, Laine, Juhani, Riitta-Ropponen, Mari (Ed.): *Suhteessa kuvaan-kuvataideterapian teoriaa ja käytäntöä. Espoo.2009.*
- 23)Haataja, Seija : *Iloa ja eheyttä kuvailmaisusta, maahanmuuttajien kokemuksia saamastaan tuesta. Thesis, Helsinki, 2005, Diakonia University of Applied Sciences.*
- 24)Harju, Kirsi, Seppänen, Asta: *Taide rakastaa elämää. Taidepiirin merkitys sosiaaliseen osallistumiseen. Thesis. 2008. Metropolia University of Applied Sciences.*
- 25)Hohenthal-Antin, Leonie: *Kutkuttavaa taidetta. Taidetoiminta seniori- ja vanhustyössä. Ps-kustannus, Jyväskylä. WS Bookwell. 2006.*
- 26)Ihanus, Juhani (Ed.): *Koskettavat tarinat, johdantoa kirjallisuusterapiaan, BTJ Kirjastopalvelu, Gummerrus, 2002*
- 27)Kallioinen, Outi: *Osaamisjuonteiden määrittely Laurea-ammattikorkeakoulussa, Regional Curriculum Seminar for Universities of Applied Sciences, 2-3 February 2006*
- 28)Kettunen,Kaisa, Hiltunen, Mirja, Laitinen, Sirkka, Rastas, Merja (Ed.): *Kuvien keskellä, 2006. Like. Otavan kirjapaino, Keuruu.*

29)Kurki, Leena: Innostava vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa. Anjalankoski: Solver Services. 2007.

30)Kurki, Leena: Sosiokulttuurinen innostaminen. Tampere. 2000.

31)Liikanen, Hanna-Liisa, Kaisla, Susanna, Viljaranta, Liisa: Gerontologisen sosiaalityön pioneerit kentällä, Socca and Heikki Waris Institute Publication Series no. 12. Yliopistopaino. 2007

32)Malchiodi, Cathy A: Expressive Therapies, 2005. The Guilford Press. New York. London.

33)Ruohotie, Pekka and Honka, Juhani: Ammatillinen huippuosaaminen. Kompetenssitutkimuksen avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja johtamiseen. Hämeenlinna, 2003

34)Mönkkönen, Kaarina, 2007: Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Edita, Helsinki, 2007.

Internet References:

Finnish Higher Education Evaluation Council 2004-2007. Specialisation Studies. (www-document)

<http://www.kka.fi/erikoistumisopinnot>

Retrieved 24 August 2009

<http://www.ncp.fi/ECTS/seminaarit/tampere>

Ruohotie: Ammattikorkeakoulun kompetenssiprofiili (Competence profiles of universities of applied sciences). Retrieved 24 August 2009

<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaaja/article/viewArticle/176/359>

Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot asiantuntijuuden kehittäjänä (University of Applied Sciences specialisation studies developing expertise)

Kuoppamäki,Ritva: Tieto-ja viestintäteknikka haastaa terveydenhuollon asiantutijat kehittämään osaamistaan (ICT challenges health care experts to develop their competence)

Retrieved 27 August 2009

西野研究班

「情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究の視点 からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

研究テーマ：情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究の視点からの
ヘルス・リテラシー向上法の開発

研究チームリーダー：西野 美佐子

研究協力者：西野 毅 史

西野班

テーマ：「情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究の視点からの ヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎西野美佐子、西野毅史

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

少子社会の中で、子どもたちの社会性の発達に歪みが生じていることが懸念されている。今日学校教育において、規範意識の確立と同時に他者の情動への共感と思いやり行動の意図的育成が必要となっている。我々は、これまで児童の社会性と情動の発達促進プログラムの開発を目的として研究を進めてきた。そして小学校低学年向け・高学年向けの社会性と情動育成のためのプログラムとクラスにおけるそのプログラム効果検証のための評価表を開発し、児童用「社会性と情動の発達促進プログラム」と名付けた¹⁾。その後、開発したプログラムと評価表を活用し、保育所や小学校、そして地域（東北福祉大学特別支援教育研究センター）の小集団で実践研究を行い、そのプログラムが子どもの社会性と情動の発達促進の一助となることを確認した^{2) 3)}。

さらに、児童にとって親しみのある多様メディア活用型の情動に注目した社会性練磨のPCソフト『情操教育ソフト』を開発し、実践研究を行ってきた⁴⁾。自分の情動（気持ち）に近い色彩を選択し、色彩の共感覚を用いて音楽を伴ったアニメーション映像で表現し、さらに複数の友達との情動のコミュニケーションのあり様を視覚的にPC画面上で鑑賞できる仕組みとなっている。参加者の大多数は、自分の気持ちのアニメーション映像がスクリーン上に投影されると、驚きとともに自己の気持ちに共感を示した。その結果から十分に言語化できない情動、さらに情動の交流を映像（視覚）と音楽（聴覚）を通して鳥瞰的に対象化することは、情動の気づきと自己内対話を促すと同時に他者とのコミュニケーションの面白さを実感できることを確認した。しかし、アニメーションの制作過程で映像と音楽の個性よりも普遍性を尊重した結果、低学年の児童や想像力に欠ける発達障害児の中には、アニメーション映像を自分の気持ちが表現されていると受け止めることに困難を感じるケースも生じた。さらに映し出された動きと音楽を伴うアニメーション映像が自分の気持ちと一致していると感じる参加者の中にも、形態の大きさと動きの表現と自己の感情とのあいだに微妙な“ずれ”を感じると報告する人もいた。したがって、想像力に欠ける人でも容易に理解しやすいようにするために具体性を付与すること、すなわち物語性を加えることと、アニメーションの映像の“動き”と“形の大小”表現に変更可能性の幅を拡大することが課題として残された。そこで、本研究では、情操教育ソフトを参加者の表現したい情動に近付ける工夫と理解しやすさのための物語性を加えたプログラムに修正し、実践研究を行うことにした。

これまで開発した「社会性と情動の発達促進プログラム」では社会性の発達を促すために「情動」の気づきを重視する。情動や感情は、表情や身体、空間、音声などで表出されるが、また楽器や道具（文字、PCや絵具等）を媒体としても表現される。従来は、無意図的・無意識的に行われる情操や感情の表現教育に、本研究は、情動表現の媒体を多様化し同時にメディア化を図り、ワークショップ形式の共同制作過程とそこで制作された作品を鑑賞するという2段階の学習過程を通して、情動理解の深化を図る。その仮説は、情動の気づきは自己・他者理解を深め、仲間意識の促進につながり、仲間との共同活動欲求が向上する結果として自己の情動抑制に影響を与えると推察したからである。さらに、

他者を意識し、他者と情緒的な共有ができ、双方向的なコミュニケーション力は、対人関係を構築・発展させる上で欠かすことのできない社会的スキルである。そこで、自分たちでテーマを決め自由な話し合い活動を行い、他者を意識した話し合いが展開するための指導計画を立案し実践したのでその経過を報告する。

2. 研究の実施体制

西野毅史・松本祐一は、情操教育ソフトの開発（修正と追加）。また、西野毅史は、人形劇づくりで用いる「泣いた赤おに」の脚本制作、そしてワークショップのファシリテーターを担当。

西野美佐子は、童話「泣いた赤おに」の著作権者の承諾を得ること、ワークショップ参加者の募集ならびに会場準備等を行った。さらに、参加者と鑑賞者に、実施する「評価アンケート」を作成した。

ワークショップの場を提供してくれた横浜象の鼻テラスならびに仙台市立貝ヶ森児童館、ハナジョセさんは、ワークショップを実施した際に、ファシリテーターとして参加し、人形の操作を行い、語り等を担当してくれた。

3. 研究方法

1. 情操教育ソフト用システムソフトウェアの内容と使用法

情操教育ソフト用システムソフトウェア（以後、情操教育ソフト）は、色（9色）、数（3つ）、形（9つ）を選択することにより、そこからアニメーションが生成されるシステムになっているが、今回は、形の一部デザインと形の大きさ、及び、動きの速さの選択幅を拡大できるように修正した（後のMacbookProの準備の説明を参照されたい）。

また、表現する素材に物語性を付与するために、主人公の喜怒哀楽の表現が明快な浜田廣介著作の児童文学「泣いた赤おに」を用いることにした。著作権者浜田留美氏から、東北福祉大学感性福祉研究所で開発中の情操教育ソフトを使用したワークショップにおいて浜田廣介作「泣いた赤おに」を用いることの著作物使用許諾を得ている。「泣いた赤おに」の児童文学を人形劇として上演するための脚本制作と情操教育ソフトのバージョンアップのための映像等のデザインは西野毅史が担当、PCシステム制作は、松本祐一（東京藝術大学先端表現芸術科非常勤講師、2008年度武満徹作曲賞第1位受賞、2009年度芥川賞にノミネートされたクリエイター）が担当した。

情操教育ソフトは、MAX/MSP JITTER上で動作するパッチプログラムとして作成されている。したがって、このプログラムを使用するには、MAX/MSP JITTERがインストールされたコンピュータを準備する。このコンピュータに入力用インターフェイス端末としてのiPad、映像出力装置としてのプロジェクター、音声出力装置としてのスピーカーなどを接続し、情操教育ワークショップの補助用マルチメディアシステムとして使用した。

（1）使用機材と動作環境

使用機材は、MacbookPro（もしくはこれに準ずるMac：MAX/MSP JITTERが動作するコンピュータ）とiPad、映像の外部出力装置（プロジェクタ等）、音声の出力装置（スピーカー等）、情操教育ソフトウェアのパッチプログラムを収録したCDである。

（2）情操教育ソフトウェアの動作環境

MacbookProにおいてOS：Mac OS X 10.6.4～ に設定し、MAX/MSP JITTER Version 5.1.5 をインストールする。機材の準備と設定として周辺機器を準備した。

（3）MacbookProの準備

1) システムソフトウェアの設定

情操教育ソフトウェアのパッチプログラムは、パッチプログラムの収録されたCD内のtfu2010 フォルダをMacbookProの任意のローカルディレクトリ（デスクトップ等）にコピーし起動させる。ローカルディレクトリにコピーしたtfu2010 フォルダ内のtfu20101016. 2. maxpatをダブルクリックすると、二つのウィンドウが立ち上がる。そこで、表示用ウィンドウを外部ディスプレイへ出力する。

2) 映像出力の開始

ウィンドウ上部のバーにtfu20101016. 2 と表示されたウィンドウの左上の空白のboxをクリックし、box内に×が表示された状態にする。すると出力用のウィンドウに白い背景が表示される。box内に×が表示された状態になっていれば、iPadからの入力が表示用ウィンドウに反映、表示される。もう一度boxをクリックすると、映像出力が停止し、最後に出ていた映像が表示されたままになり、iPadからの入力が反映されない状態になる。

3) 音声出力の開始

右下のスピーカーマークのboxをクリックし、box内の背景が青色になる。もう一度boxをクリックして、背景が灰色に戻れば、音声出力は停止する。

(4) 情操教育ソフトウェアの使用方法

1) iPadの操作方法： iPadのホーム画面でguiExampleという名称のアイコンをタッチし、入力用画面を表示する。アニメーションの出力方法は、以下の手順で行う。

① 色、形、動き、数の選択

入力用画面の右下に再生ボタンと一時停止ボタンの二つが並んでいるが、再生ボタンが濃い状態（一時停止状態）で、縦線で区切られた、色、形、動き、数の各ボタン群から、それぞれひとつずつを選んで、タッチする。次に、再生ボタンをタッチすると選択に基づくアニメーションが表示用の画面に表示される。一時停止ボタンを押すと表示されなくなる。再生中は色、形、動き、数のボタンの再入力は映像に反映されないが、一時停止後、再度再生すると再入力の内容が反映される。

② 大きさの変更

画面の右端のスライダでアニメーションの大きさを変更することができる。スライダ内の円形をタッチし上に移動するとアニメーションが大きくなり、下に移動すると小さくなる。スライダによる速さの変更は再生状態でも一時停止状態でもアニメーションに反映される。

③ 速さの変更

画面の左端のスライダでアニメーションの速さを変更することができる。スライダ内の円形をタッチし上に移動するとアニメーションの動きが速くなり、下に移動すると遅くなる。スライダによる速さの変更は再生状態でも一時停止状態でもアニメーションに反映されるようになっている。

2) MacbookProによるシナリオの進行と終了および再スタート方法

背景とシナリオとナレーション音声の出力：スペースキーを押すと、シナリオに沿った背景とト書きとセリフが順番に、表示される。ナレーション場面ではナレーションが音声出力される。スペースキーを押す度にシナリオが一段階ずつ進行して行き、シナリオの最後まで到達すると進行が停止する。また、MacbookProのアプリケーションとしてのMaxMSPを終了することにより、情操教育ソフトウェアのプログラムが終了する。情操教育ソフトウェアの終了後、再度、tfu20101016. 2. maxpatをダブルクリックにより起動すると、シナリオの最初より再スタートすることができる。iPadの入力用画面の終了は、iPadのホームボタンを押すと入力用画面の表示が消える。図1～図4は、iPad画面上の操作ボタン表示である。

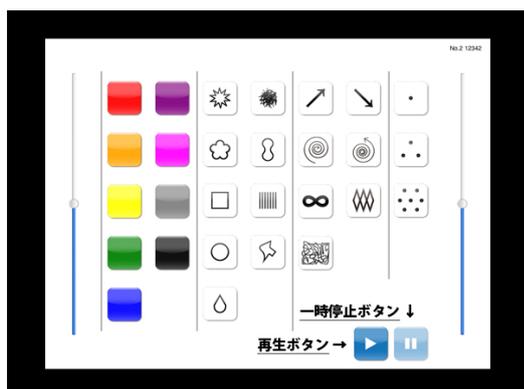


図1 再生ボタンと一時停止ボタン

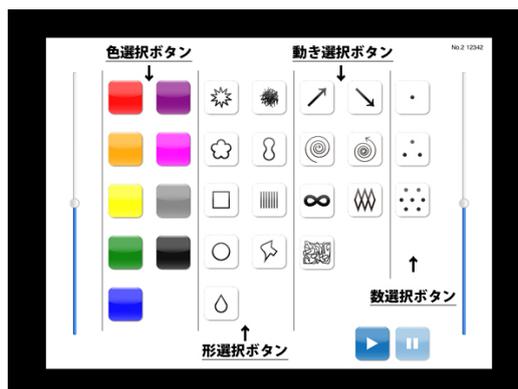


図2 色・形・動き・数の選択ボタン

II. 情操教育ワークショップの手順

今回のワークショップにおいては、浜田廣介作「泣いた赤おに」を脚色したお話をを用い、9つの場面で構成された人形劇の共同制作をおこなう。参加児(者)は、その物語のキャラクターの”気持ち”を、情操教育ソフトを用いたアニメーション、または楽器や台詞で表現し、共同で人形劇を創作する。「音楽・アニメーションで影絵劇を作ろう!」と称したワークショップ第1回目の手順を示す。

ステップ1：自分の“気持ち”をアニメーションと音で表現する。

A アニメーションで表現する。(情操教育ソフトを使用)

- 1) 今の“気持ち”はどんな色、形、動き、大きさを想像してもらおう。
- 2) 情操教育ソフト(iPad)で想像した色、形、動き、大きさを各一つ選択する。
- 3) 生成されたアニメーションを鑑賞する。

B 音で表現する。

- 1) 音を出してみる。(さまざまな楽器を使用)
大きい音⇔小さい音、高い音⇔低い音、速い音⇔遅い音、色んなリズムなどで音を出してもらおう。
- 2) 音で“気持ち”を表現する。
 - (1) いろいろな音を聞いて、その音はどんな“気持ち”なのか想像してもらおう。
 - (2) 今の自分の“気持ち”について、実際に楽器を使って音で表現してもらおう。

ステップ2：他者の“気持ち”を想像し表現する。

影絵の人形の仕草を観てその“気持ち”を想像して表現する。

A アニメーションで表現する。(情操教育ソフトを使用)

- 1) 影絵の人形の仕草を観てその“気持ち”を想像してもらおう。
- 2) その“気持ち”を情操教育ソフトでアニメーションにする。
- 3) 影絵とアニメーションの重なった映像を鑑賞する。

B 音で表現する。

- 1) 影絵の人形の仕草を観てその“気持ち”を想像してもらおう。
- 2) その“気持ち”を音で表現してもらおう。
- 3) 影絵の人形の仕草にあわせて音を出してみる。

ステップ3：影絵劇にあわせて“気持ち”を表現する。

影絵劇の進行にあわせて場面毎にアニメーションと楽器で登場人物の“気持ち”を表現する。

ステップ2-A、ステップ2-B 合同で物語の9つの場面毎に表現する。

- 1) 人形劇の物語展開を場面毎に紹介し、登場人物の“気持ち”を想像してもらう。
- 2) 人形遣いの操作する人形の影絵にあわせてアニメーションと音を出してみる。
- 3) 実際に影絵劇の進行にあわせてアニメーションと音を出してみる。

同時に、ビデオカメラで音声・映像記録を撮影する。

ステップ4：共同制作した影絵劇を鑑賞する。

9つの場面を通して撮影記録を再生し、参加児（者）は自分達で制作した影絵劇を鑑賞する。付き添いの保護者や見学者も一緒に上映された影絵劇を鑑賞する。

III. ワークショップの目的とファシリテーターの役割

ワークショップ第1回目は、インドネシアの伝統芸能ワヤン・クリの演者に人形操作を依頼し、民俗芸能伝承家の演じる影絵芝居の上に、参加児童の表現した情動(気持ち)のアニメーションと音楽がリアルタイムに重なり、ひとつの物語を形づくる仕組みとなっている。その体験を通して、子どもたちが情動の理解と表現の影響を体感することが期待される。ワヤン・クリは、本場インドネシアの芸術大学でガムランを学び、王宮の民俗芸能伝承家としての活動実績もあるHANA JOSSに依頼した。

情動表現ワークショップ第1回目の参加者には、ガムラン楽器による音での表現とiPadを用いてワークショップ用システムソフトウェアによるアニメーション映像表現を交互に行なったが、第2回目のワークショップ参加者は、さらに人形操作による仕草表現と、物語のナレーションやせりふの朗読にも参加できるようにした。こうした共同制作への参加の工夫により、物語上のキャラクターの情動を表現するポイントの数や種類を検討し直し、参加者がより多く登場人物の情動について考えられるように配慮した。

その他ワークショップの参加人数に合わせて適切な時間でワークショップが進行できるように随時修正して行った。例えば、ワークショップ第2回目では、システムソフトウェアによる映像表現におけるアニメーション映像の微調整やボタンの種類を変更するとともに、物語上必要な映像の要素(おにの家・おにの立てた立て札・はりがみ等)を追加した。また、ナレーションをPCで行い、場面のはじめのト書きが、裏画面の上部に表示され人形操作や台詞の読み手から確認できるように追加した。ワークショップ3回目～5回目では、ワヤンクリの人形に代わる素朴な手作りペーパー人形を制作し用いた。

ワークショップは、合計5回行った。各ワークショップの目的とファシリテーターの役割は以下の通りである。

ワークショップ第1回目

＜目的＞楽器と映像で児童文学「泣いた赤おに」のキャラクターの気持ち(情動)を表現する。参加児は、ワークシート上に、楽器による表現やアニメーションの映像表現の演出を考え書き出す時間をとった。ワークシートの演出を書き終えたら、9場面を通した影絵劇づくりを行い、それは同時にワークショップ成果の発表の機会とした。

＜ファシリテーターの役割＞民俗芸能伝承家が、ナレーションと台詞の朗読、および人形操作という、合図出しを行うのが主な役割であった。



ワークショップ第2回目

<目的>人形の仕草表現と台詞読み、楽器による情動表現、iPadを用いたアニメーションの映像表現を、場面毎に担当グループを変え、順繰りにかつ即興的に共同で人形劇制作を行った。すなわち芸術家および民族芸能伝承家と参加者のコラボレーションの度合いをより深めることをねらいとした。

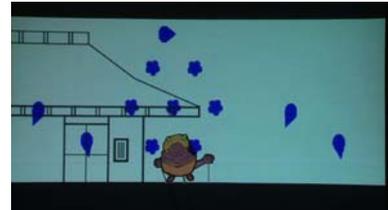
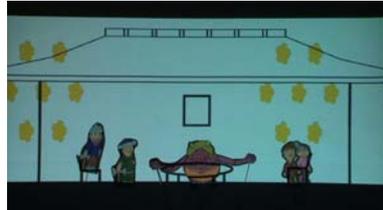
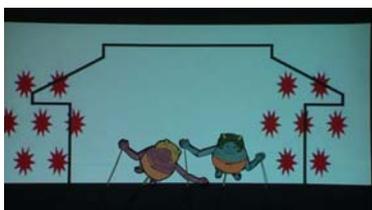
<ファシリテーターの役割>ファシリテーターは、参加者に場面の移動などの進行を指示し、各場面の共同制作中は民俗芸能伝承家が、楽器の演奏指導、セリフ指導・人形操作指導を行った。iPad操作は、訓練を行い実施した。補助学生が見守り、必要に応じて指導した。



ワークショップ第3回目～第5回目

<目的>ペープサート人形を制作し、その人形操作も参加者が行うことで、情操養育ソフトの汎用性を高めることを検証するねらいで行った。また、「泣いた赤おに」の脚本を短縮したこと、参加者は、場面ごとに順次人形操作、せりふ読み、物語のキャラクターの情動のアニメーションによる映像表現を行うことで、ペープサート人形でも、共同人形劇制作過程が情動の気づきと情動表現の影響を検証することがねらいである。

<ファシリテーターの役割>ファシリテーターは、最初にこれから共同制作する「泣いた赤おに」の物語を読み聞かせ理解させることと、参加者に場面の移動や進行を指示した。



ワークショップの実施は、2010年8月から12月の期間に行った。

参加者の募集方法：第1回目は会場のwebサイトに掲載して参加者を募集した。また、第2回目は、会場となった市民センターの近隣小学校にワークショップ開催案内を配布し参加を呼び掛けた。第3回目～第5回目のワークショップは、本学学生に呼びかけ本人の承諾を得て行った。ワークショップ開催に関しては、東北福祉大学感性福祉研究所倫理委員会の承認を得ている。

IV 質問紙調査の実施

鑑賞後、全参加者を対象に効果検証のための質問紙調査を実施した。

NO	質問内容	ワークショップ		
		1	2	3 5
問1	ワークショップ開始前後に、今感じているおにの人格特性20項目に「よくあてはまる：4」から「まったくあてはまらない：1」の4段階評定を求めた。	×	×	○
問2	ワークショップは楽しめたかを4件法で回答を求め、その理由を自由記述させた。	○	○	○
問3	物語の10場面における主人公の気持ちを9つの気持ちから選択してもらおう。	○	○	○
問4	登場人物の気持ちをうまく表現できたか4件法で回答を求めた。	○	○	○
問5	ワークショップに参加して“おに”のイメージが変わったか、4件法で回答を求めた。	○	○	○
問6	今感じている“おに”のイメージを8つの人格特性に対して5段階評定をもらった。	○	○	×
問7	ワークショップに参加して人の気持ちについて以前より考えるようになったか、5件法で回答してもらおう。	○	○	○

質問紙調査の内容は、フェースシート(学年・その他・性別・地域)と以下の7つの質問から構成されている。

問1は、前後の変化をより明確に確認するためにワークショップ3回目以降に追加された項目である。

問6の代替質問であるので、ワークショップ3回目以降は、問6は削除されている。

4. 研究成果

情操教育ソフトを用いたワークショップの有効性の検討

質問紙調査の結果から検討する。5回行った「泣いた赤おに」のワークショップで実施した質問紙調査に回答してくれた参加者の一覧を表1に示す。総数で子供21名、保護者等見学者37名、大学生33名の合計91名である。

表1 質問紙調査回収人数		小:小学生 中:中学生					単位:人			
学年		小3年生	小4年生	小5年生	小6年生	中1年生	子ども計	保護者	大学生	総数
性別	男	1	3	2	4	3	13	13	7	33
	女	4	2	1	1	0	8	24	26	58
合計		5	5	3	5	4	21	37	33	91

表2は、ワークショップ参加児(者)と鑑賞者等に、影絵劇「泣いた赤おに」を楽しめましたか?と質問し、「とても楽しめた、まあまあ楽しめた、あまり楽しめなかった、楽しめなかった」の4件法で回答を求めたものである。「とても楽しめた」と回答した割合は、鑑賞者が45.9%(17人)で、ワークショップで影絵(人形)劇制作に参加した児童81.0%(17人)や大学生69.7%(23人)の方が楽しんでいる割合が高い。「とても楽しめた」と「まあまあ楽しめた」の回答を合わせると、参加児童100%(21人)、参加大学生100%(33人)、鑑賞者97.3%(36人)と、鑑賞者の一人以外は、みな楽しめたと回答していた。

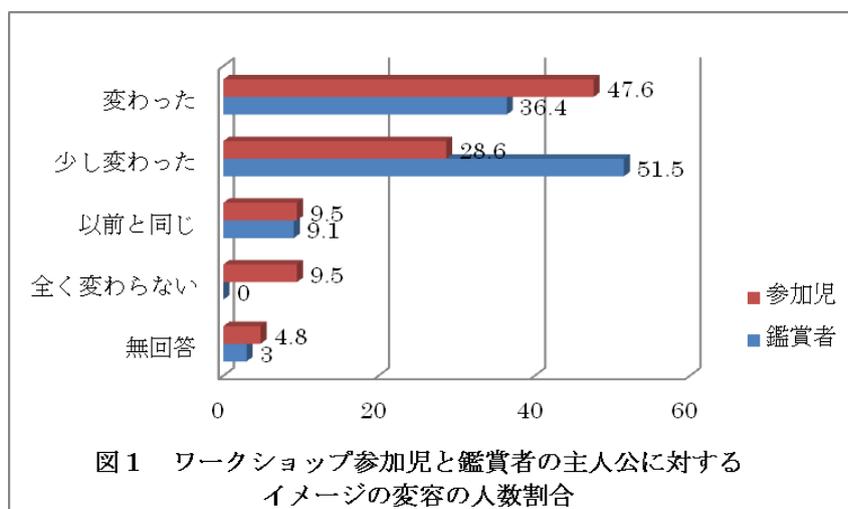
項目	人数()内%			
	参加児	鑑賞者	大学生	合計
とても楽しめた	17(81.0)	17(45.9)	23(69.7)	57(62.6)
まあまあ楽しめた	4(19.0)	19(51.4)	10(30.3)	33(36.3)
あまり楽しめなかった	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
楽しめなかった	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
無回答	0(0.0)	1(2.7)	0(0.0)	1(1.1)
合計	21(100)	37(100)	33(100)	91(100)

参加児の「楽しめた」と回答した理由の自由記述をカテゴリ分類すると、「楽器について言及している者」：7人（33.3%）、「人形を扱うことについて言及している者」：5人（23.8%）、「映像の面白さについて言及している者」：2人（9.5%）、「力を合わせてできた・大人が教えてくれたから等協働で行ったことや楽器・人形操作・iPadによる感情表現を順繰りに全部できたことなど」：4人（19.1%）となった（付録表1参照）。一方鑑賞者の自由記述に記入した理由のカテゴリ分類では、13人（68.4%）が「伝統芸能とPCの新技术の融合や新奇性、表現の面白さなどの総合メディア芸術に対する評価」で、残りは「子どもの自由な表現を指摘する者」：4名（21.1%）であった（付録表2参照）。第1回目の語りの感想で、“おに”という実在しない架空の生き物として独特な言い回しにしたのが聞きとりにくさにつながったようであった。そこで、2回目のワークショップでは、PCによるナレーション導入、台詞の語りは参加者に行わせることにした。

次に表3は、「このワークショップに参加して今まで抱いていた“おに”のキャラクターイメージが変わりましたか？」と訊ね、あてはまるところの番号に○をつけてもらった結果である。はっきりと「変わった」と回答している人は、鑑賞者12人（36.4%）に対し、参加児童では10人（47.6%）と、参加児童の方が高いが、「少し変わった」と回答した人を加えると鑑賞者29人（87.9%）、参加児童16人（76.2%）と鑑賞者のほうが若干高い。つまりワークショップに参加し人形劇制作に携わった参加児童と鑑賞者を合計した人数の83%以上が、おにのキャラクターイメージが変わったと回答している。鑑賞者は参加児童の付き添いで参加したり、第1回目のワークショップでは、同時開催の芸術イベントに自由参加したり、主催している芸術家たち大人である。その為一概に結論付けられないが、ワークショップ後、物語の主人公のキャラクターイメージが変化したことは、ワークショップの効果として捉えることができると考える。

表4は、第1回目と第2回目のワークショップの参加児と鑑賞者間のワークショップ後のおにのキャラクターイメージ項目に対する評定値の平均に対して有意差検定を行った結果である。大人の鑑賞者の評定値は、“おに”に対して「優しい」「思いやりがある」「可愛い」の項目において参加児童の評定値より高かった。逆に参加児童の、“おに”項目「悪い」の評定値平均は、鑑賞者の評定値より高い傾向が出ており、ステレオタイプなキャラクターイメージを捨て切れていないことを示唆する結果となった。比較的高い評定値を示した「勇気がある」と低い評定値を示した「我が儘」「乱暴」は鑑賞者と参加児童2者間における評定値の有意差は認められなかった。したがって、児童の評定は中心に偏る傾向（評定の中心化傾向）が顕著で、ワークショップに参加し、主人公である“おに”の気持ちを楽器や台詞、あるいはPCを用いてアニメーション映像で表現することを経験しても、子どもにとってはたった1回のワークショップ経験では、登場人物に対するイメージに対して劇的な変化をもたらさなかったことを示唆しており、ステレオタイプのイメージに疑念を抱く程度の変化になったと考えられる。それに対して大人の鑑賞者は、鑑賞するだけでも（以前より親しんでいる物語であること

も要因と考えられるが) その物語のキャラクターである“おに”の気持ちに共感し、イメージの変容をもたらしたと考えられる。



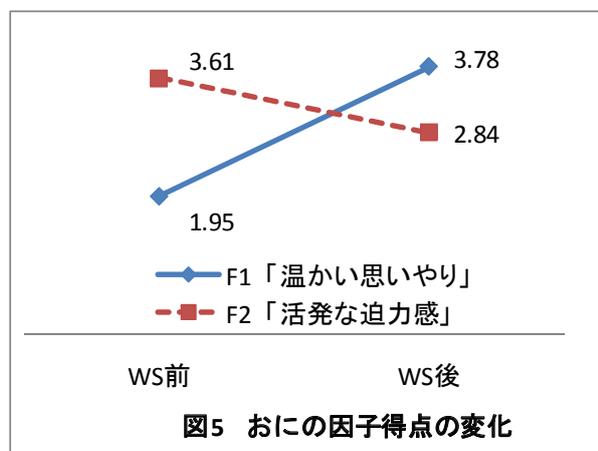
イメージ	鑑賞者 n=37		参加児 n=21		t値	有意確立(両側)	
	平均値	SD	平均値	SD			
優しい	4.58	0.67	3.80	1.40	2.33	0.03	*
思いやりがある	4.37	0.93	3.53	1.31	2.44	0.01	**
勇気がある	3.97	0.95	3.60	1.23	1.20	0.24	ns
可愛い	3.61	0.92	2.10	1.37	4.34	0.00	***
悪い	2.26	1.24	2.95	1.47	-1.81	0.08	傾向
我が儘	2.26	1.12	2.70	1.30	-1.29	0.20	ns
乱暴	2.13	1.18	2.35	1.63	-0.52	0.58	ns

* p<.05、** p<.01、***p<.001、ns. 有意差なし

そこで、物語の主人公“おに”のキャラクターイメージがワークショップ前後で変化したか、第3回～第5回のワークショップの参加者に対して行った質問紙調査の結果から比較してみる。

表5は、ワークショップ3回目から5回目の参加者33名に実施したワークショップ開始前の“おに”のキャラクター評定値をもとに主因子法・バリマックス回転の因子分析を行った結果である。項目内容から、第1因子は、「温かい」「穏やかである」「思いやりがある」に高い因子負荷得点があり、「乱暴」にマイナスの高い因子負荷得点がみられたので、「温かな思いやり」の因子と命名した。第2因子には、「迫力がある」「活発な」「勇気がある」に高い因子負荷得点が認められたので、「活発な迫力感」の因子と命名した。

NO	項目内容	F1	F2	共通性
16	温かい	0.89	-0.13	0.45
15	穏やかである	0.84	-0.15	0.42
9	乱暴	-0.83	0.24	0.86
20	思いやりのある	0.81	-0.20	0.90
5	人をあざむき悪い	-0.79	0.05	0.78
4	ずるい	-0.76	-0.01	0.87
17	恐ろしい	-0.75	0.18	0.69
18	包容力のある	0.74	0.02	0.74
13	落ち着いている	0.68	0.04	0.48
3	やさしい	0.63	-0.03	0.48
10	可愛らしい	0.57	-0.31	0.75
14	ほっとしている	0.54	-0.02	0.67
1	攻撃的である	-0.51	0.23	0.68
6	わがまま	-0.50	0.34	0.72
19	迫力がある	-0.25	0.81	0.81
12	活発な	0.13	0.78	0.73
2	勇気がある	0.21	0.48	0.65
11	むかつく	-0.27	0.43	0.65
7	自分勝手	-0.33	0.36	0.82
寄与率		39.47	10.71	
累積寄与率		39.47	50.18	



第1因子の項目の中でマイナスの因子負荷得点の項目に対しては逆転項目とみなし、評定値を値の再割り当てを行い、新たな評定値をもとに各因子の因子得点を算出し、ワークショップ前後の各因子毎の因子得点の平均値の有意差検定を行った結果が図5である。「温かい思いやり」「活発な迫力感」でそれぞれ有意差が認められた（「温かな思いやり」の因子 ワークショップ前：平均値=1.95 SD=0.67 ワークショップ後：平均値=3.78 SD=0.55 t=-11.51 p<.001、「活発な迫力感」の因子 ワークショップ前：平均値=3.61 SD=0.66 ワークショップ後：平均値=2.84 SD=0.62 t=4.87 p<.001）。ワークショップ前は、活発に迫力感が高く、温かな思いやりは低く評定されていたが、ワークショップ後は、「温かな思いやり」の評定が上昇し、逆に「活発な迫力感」の評定が低下した（図5参照）。ワークショップ経験が、登場人物のキャラクターイメージの変容をもたらしたと言える。

項目	参加児 n=21	鑑賞者 n=37	大学生 n=33	合計 N=91
とても感じる	7(33.3)	11(29.7)	17(51.5)	35(38.5)
少し感じる	9(42.9)	13(35.1)	11(33.3)	33(36.3)
どちらでもない	4(19.0)	5(13.5)	4(12.1)	13(14.3)
あまり感じない	0(0.0)	1(2.7)	0(0.0)	1(1.1)
まったく感じない	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
無回答	1(4.8)	7(18.9)	1(3.1)	9(9.8)
合計	21(100)	37(100)	33(100)	91(100)
				人数()は%

質問紙調査の最後の質問項目は、ワークショップを演じた後で、人の気持ち、あるいは赤おにの気持ちについて以前より想像できるようになったと感じるか訊ね、5件法で回答してもらった結果を表示したのが表6である。ワークショップの参加者である大学生の51.5%、子どもの参加者の33.3%、そして鑑賞者の29.7%が「とても感じる」と回答している。さらにワークショップに参加した子どもの42.9%に当たる9人、鑑賞者の35.1%に当たる13名、大学生の参加者の33.3%に当たる11人が、「少し感じる」を選択している。すなわち、「どちらともいえない」と回答した1割から2割弱と鑑賞者の一人を除いて、大方の参加者・鑑賞者が、通常は見えない人の気持ちやおにの気持ちを以前より想像できるようになったと回答している。これは、人間関係の気持ちに対して意識が向上したことを

示唆している。

5. 優れた成果があがった点

音楽・アニメーションで人形劇創作という参加児の関与度が高く、表現媒体が語り、アニメーション、楽器、人形の仕草表現と多媒体で行われる体験型ワークショップは、感情理解と表現の体験不足を補う学習形態として有効であると言えるということが実証できたことである。

読書あるいは演劇鑑賞という受け身的な情操教育よりも、主人公の情動表現を通じた人形劇制作という共同性、また、情操教育ソフトを搭載した iPad 等、新メディアを用いた芸術性、今回はソフト開発に携わった芸術家や、伝統芸術伝承家などがファシリテーターとなった協働性なども、本ワークショップの特徴であり、参加児は短時間で主人公のキャラクターイメージの変容をもたらしたことが深い鑑賞経験となったことの証である。さらに、その深い体験効果は、ワークショップ後人の気持ちに対して以前より想像できると感じるかに6割以上（鑑賞者：約65%、参加児童：約76%、参加大学生：約85%）がそう感じると回答している事からも裏付けられると言えよう。

しかし、つけ加えておかなければならないことは、ワークショップ参加児は、以前に抱いていたおにのキャラクターイメージに対して、たった1回のワークショップだけではそのキャラクターイメージを十分に崩せなかった点であるが、幼児に繰り返し読みが効果的であるように、児童に対しても対象理解を促すためには、多様な児童文学作品を用い情操教育ソフトを用いた感情理解と表現のワークショップ経験を繰り返す必要性を示唆している。

6. 研究成果の副次的効果

本研究の副次的効果として2つの点があげられる。一つは児童文学作品を題材とした劇活動のワークショップの子供に与えるポジティブな効果の確認である。本研究の最終年度は、地域に根ざした民話や児童向けの創作物語を脚本にして、情操教育ソフトを用いた劇づくりワークショップを実践する予定で準備を進めていた。しかし、東日本大震災が起き、協力校をはじめとする被災地の学校は、学校の日常性を取り戻すのに勢力を注がざるを得ない状況であった。体育館が10月初旬まで避難所となっていた学校では、2学期より運動会や生活発表会などを行うことができるようになった。その中で教師達は、子どもたちが震災を乗り越え、辛い体験を糧に成長することができるようにと、学習発表会で創作劇に取り組んでいた。児童が生活する地域に密着した創作物語の劇に児童がともに取り組むことで、取り組んだ児童ばかりでなく一心不乱に取り組む児童の姿を見た保護者は「子供たちが頑張る姿を見て、自分たちも頑張らなければ」と思ったと語っていた。このことは、子供たちが協同で劇づくりをする表現活動は、演ずる児童達ばかりでなく、それをそばで見る大人たちにも勇気を奮い立たせる効果があることを示唆している。また、創作物語の内容が、ケンカや意地の張り合いばかりをしていた地域の2つの村の人々が、震災を期に食べ物を分け合い、お互い助け合い支え合うことになったという物語である。震災後津波の難を逃れた太鼓が学校に寄贈されたことが学習発表会の創作劇へと発展させた教師達の力に負うところが大きい。震災後ストレス（PTSD）などネガティブな影響が心配される中で、様々な辛い体験を子供たちがそれを乗り越え力強く成長させたのは、学校における教師達の結束力であると思われる。

つぎに小集団における“話し合い”活動の指導が子供達のコミュニケーションの向上に果たす効果である。最近の児童は、友人関係を築くための健全な自己効力感や自尊感情を持ち、他者を意識した

双方向的なコミュニケーションを養う経験が持ちにくい。対人関係を構築し発展させる上で欠かすことのできない社会的スキルであるコミュニケーション能力を養うための「話し合い活動」の実践研究に取り組んだ。T大学の特別支援教育研究室のSSTに通う小学校高学年・中学生の発達障害児グループに、自分たちでテーマを決め自由な話し合い活動を行い、他者を意識した話し合い指導を行ったのでその経過を報告するものである。

【方法】 SSTセッションは、年間16回開催された。

<対象児> SSTに参加する中学1年生3名(ABC) 学校6年生4名(DEFG) 合計7名の発達障害児。彼らの診断名はA:AS, B:HA, C:PDD, D:HA, E:PDD, F:AS, G:HAである。彼らの共通する主訴は、友達関係とのコミュニケーションに問題を持つ。活動当初の話し合い行動の特徴としては、自分が関心のあるものに関しては、沢山話す傾向がある、考えをまとめるのに時間がかかる等想像力が欠如している、感覚過敏、こだわりの他、小さい声や早口、抑揚なく話す、他者が分かっているかお小間いなく一方的に話すなど、個別の課題もある。

<手続き> お話タイムは、セッション開始直後に、参加した対象児の話し合いで今日の話題と司会者を決め行った。初回・最終回・キャンプ等を除いた10回分を分析対象とした。

<指導のポイント> ①話題を提供する②順番でなく、自由に発言する③前の人が発表したことと関連した発表をする④質問するときは関連した質問をする⑤話し始めや話題を変えるときは、みんなの了解を得る⑥自分の意見を相手の分かるように話す である。また、対象児の目に留まるように「上手なハなしの仕方4カ条」「上手な話しの続け方」「上手な話しの聞き方5カ条」のポスターを掲示した。

<分析方法> 話し合いの様態をビデオ記録し、逐語録を作成し、発話のカテゴリー分類を行った。発話の分類は、「話の進め方に関する発言」「話題提供や意見表明」「質問」「応答」「逸脱」に分類し、その後それぞれの小カテゴリーに分類した。今回は、会話の指導のポイントとして重視した、相手の発言を考慮した「質問」と、相手とのやり取りを示す「応答」的発話に注目して分析した。

【結果】 10回の話し合いの話題は、Ⅰ期：「ここまでの交通手段」「最近経験した失敗」「修学旅行の思い出」「怪奇現象・夏休みにしたいこと」、Ⅱ期：「夏休みの宿題の進み具合・夏休みの出来事」「夏休みにしたこと」「学校行事について」、Ⅲ期：「勉強に秋」「歴史について」「クリスマス会でやりたいこと」であった。各回の話し合いの所要時間の平均は、Ⅰ期が6分29秒、Ⅱ期が14分40秒、Ⅲ期が19分15秒と次第に長くなっている。話し合い中に提出されたエピソード数の期毎の合計は、Ⅰ期(4回)：10個 Ⅱ期(3回)：15個 Ⅲ期(3回)：15個と、Ⅰ期よりⅡ・Ⅲ期で多くなると同時に同じ話題で長く話すようになっていた。初回の「交通手段」についての話し合いを除いた9回分について、話し合いの総発話数をエピソード数で割って、エピソード毎の発話継続数を算出した。最も発話継続数が多かったのは、9回目「歴史について」：61.25、7回目「学校行事」：60.75、8回目「勉強の秋」：58.2で後半に集中していた。次に発話のカテゴリー分類結果と、「質問」「応答」領域の詳細な再分類結果を下記に示す。

【考察】 期毎に発話数とエピソード数が増加したが、これは参加児の共通体験を話し合いのテーマと決め

たこと、Ⅰ期とⅡ期の間にデイキャンプを行い交流が深まり親密感が増したことも影響していると考えられる。参加児が、自分の期末考査時のカンニングを披露するなどからも信頼関係の深まりをうかがえよう。又友達の話の一部について踏み込んだ質問をしている事も良く友達の話に耳を傾けている証である。また、返答の増加も問答の多さ、即ち会話のやり取りが上達していること示す。また、応答領域における「同意・うなずき」「友達の話の反復」「話題に応じた情動表現」の増加は、相手への関心の高まりと傾聴と共感の姿勢が養われたと解釈できる。

結論として、お話タイム（テーマと司会者を決め、自由に話す）の場面は、コミュニケーション力の向上をもたらす。しかし、その効果は参加児の親密性の向上の影響も大きいことが示唆された。

7. 研究遂行上の問題点

特になし

8. 評価体制

情操教育ソフトの開発は、専門的技術者とデザイン等の専門家の力が必要であった。それを改良し、さらに、ワークショップ実演には、ワヤンクリというインドネシアの人形使いの方に参加していただき、人形提供と種々の助言をいただきながら、ワークショップ形式の実践に取り組むことができた。情操教育ソフトの修正・改良と汎用性のあるワークショップ企画ではないが専門的人形使いの民族芸術家をお招きしたことは、研究者が当初に意図したワークショップの目的をほぼ達成できる内容となったと考える。

9. 今後の展望

今後感情の理解と表現の関連についてはより詳細な分析を行う必要がある。また、今回制作し改訂した『情操教育ソフト』を学校現場において、一般的に使用できるよう使用説明書の作成や、人形劇に脚本制作およびワークショップで使用するワークシートなどの見本などをつくり、汎用性の高いソフトにしていくことが今後の課題である。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
有	西野毅史、松本祐一、西野美佐子	児童の社会性練磨のプログラム開発 — 情操教育ソフトを用いた人形劇制作ワークショップの有効性 —	感性福祉研究所年報第12号	2011	69-81

<学会発表>

*	発表者名	発表標題	学会名	発行年月	開催地
	西野美佐子	発達障害児の話し合い活動に見られた発話分析 -フリートークのお話タイムでのテーマと発話内容のカテゴリ分析結果-	日本特殊教育学会第49回大会	2011年9月	弘前
	西野美佐子, 西野毅史	情操表現を通して育む共感性 -情操教育ソフトを使用したワークショップ効果-	日本教育心理学会第53回総会	2011年7月	札幌
	西野毅史, 松本祐一, 西野美佐子	情操教育ワークショップ用システムソフトウェアの制作 -社会性練磨のプログラム開発-	日本感性福祉学会第10回大会	2010年10月	仙台
	西野毅史, 西野美佐子	情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究 -童話の登場人物の役割交代法を用いた教材開発とその実践-	日本感性福祉学会第9回大会	2009年11月	山形

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成 21 年度】

- 8月1日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第1回全体会議
・西野美佐子「子どもの健康観調査項目について」
- 3月6日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議
・西野美佐子「児童における「健康観」に関する意識調査結果について」

【平成 22 年度】

- 3月4日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第3回全体会議
・西野美佐子「情動に注目した児童の社会性の練磨の実践研究の視点からのヘルス・リテラシー向上法の開発」

【平成 23 年度】

- 1月22日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第4回全体会議
・西野毅史, 西野美佐子「児童の社会性練磨のプログラム開発-情操教育ソフトを用いた人形劇作成ワークショップを通して育む共感性-」

11. 参考文献

- 1) 西野美佐子編著 2007 子どもの社会性と情動の発達促進プログラム『お友達いっぱい元気プログラムと評価の開発』 東北福祉大学 感性福祉研究所 1-61
- 2) 西野美佐子・小室直子他 2005 社会性と情動の発達プログラムと評価の開発 『感性福祉研究所』第7号 149-160
- 3) 西野美佐子、高橋晶子他 2009 「社会性と情動の発達促進プログラム」の効果的活用についての実践的検討 感性福祉研究所年報第10号 43-65
- 4) 西野毅史・松本祐一・西野美佐子 2009 社会性と情動の発達促進プログラムの開発—情操教育ワークショップ用システム・ソフトウェアの制作と有効性の検証— 感性福祉研究所年報(10) 67-78
- 5) 西野毅史, 松本祐一, 西野美佐子 2011 児童の社会性練磨のプログラムの開発 —情操教育ソフトを用いた人形劇制作ワークショップの有効性— 感性福祉研究所年報第12号 69-81
- 6) 西野美佐子 2011 発達障害児の話し合い活動に見られた発話分析 —フリートークのお話タイムでのテーマと発話内容のカテゴリー分析結果— 日本特殊教育学会第49回大会

II. 研究成果報告

3. C Group

渡部 研究班

「高齢者のヘルス・リテラシー向上法の開発」

研 究 テ ー マ：高齢者のヘルス・リテラシー向上法の開発

研究チームリーダー：渡部芳彦

共 同 研 究 者：坪井明人、高橋誠一、金政信

研 究 協 力 者：高村元章、広浦幸一

渡部研究班

テーマ：「高齢者のヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎渡部芳彦、坪井明人、高橋誠一、金政信、高村元章、広浦幸一

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

他国に先駆けて人口の高齢化が進む日本（高齢化率 22.6%，平成 21 年 7 月 1 日現在の概算値）では、健康寿命の延伸を目指し、先駆的な取り組みが実施されてきた。平成 12 年に始まる健康日本 21 における目標値を設定した取り組みや、介護保険制度の社会福祉基盤に立脚して創設された介護予防の取り組みは、地域の高齢者を巻き込むサービスとして整備されてきており、徐々にそのような取り組みの成果は現れていると考えられる（平成 21 年版高齢社会白書）。

例えば、内閣府の「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」（平成 18 年度）では、60 歳以上の男女を調査対象としているが、その 6 年前の平成 12 年の同調査と比較して、医療サービスの利用状況には減少傾向がみられる。また、同調査の「60 歳以上の高齢者の健康についての意識」の調査結果では、病気で一日中寝込んでいる（0.5%）、病気がちで寝込むことがある（5.2%）、あまり健康であるとはいえないが病気ではない（29.9%）、健康である（64.4%）という結果となった。この結果は、6 年前の日本の同調査と比較して良好であり、また、他国（アメリカ、フランス、韓国、ドイツ）と比較しても良好である。

他にも、教養講座を受講する高齢者を対象とした健康意識に関する調査において、高齢者の健康に対する関心は非常に高く、健康の三本柱である栄養・運動・休養の重要性が確認できたとの報告⁴⁾や、介護予防教室参加者を対象とした調査では、高齢者であるが故に何らかの病気を抱えており、症状もあり、薬も服用している人が大半であったが、健康状態は比較的良好、運動や体操などの健康行動も積極的に実施していることは明らかなどといった報告がある。

身体機能が低下すると、そうでない時よりも健康に気を配るようになるなら、高齢者は若者よりも健康意識が高いと考えられる。しかし、近年、評価の高まっている社会情動選択性理論⁵⁾によると、高齢者は若者よりも健康への動機づけが低い。その理由は、時間が限られていると認識する高齢者は、将来の健康に役立つ情報よりも、現在の精神的幸福を求める傾向にあるからである。その結果、身体的低下があるにもかかわらず、幸福感が高いという「加齢のパラドックス」が生じるために、健康理解を高めようとする動機は大きくない。このような高齢者の情動への傾斜は、健康意識が高まっても、健康理解が高まることにはならない可能性が大きい。

本研究班では、上記のような背景を踏まえて、高齢者のヘルス・リテラシーに関する現状を調査するとともに、その向上法を創出することを目的とした。

2. 研究の実施体制

渡部芳彦：研究の統括

坪井明人：調査結果の分析・考察

高橋誠一：調査結果の分析・考察

金政信：高齢者団体の調査協力に関する調整、結果のとりまとめ

高村元章：調査結果のとりまとめ

広浦幸一：調査結果の分析・考察

3. 研究方法

1) 地域住民を対象とした健康観調査の分析

G2 班が実施した地域住民を対象とした健康観調査（対象：5000 名（利府町・山元町の 20 歳以上の住民各 2500 名）、回答総数 2630（回収率 52.6%））の結果について、高齢者に焦点を当てて分析・考察を行った。なお、本調査における 65 歳以上の高齢者群のサンプル数は 1076 名（42.4%、平均年齢 76.0 歳、標準偏差 7.3）であり、それ以外のいわゆる未高齢者群は 1464 名（57.6%、平均 46.0 歳、標準偏差 12.4）であった。

2) 高齢者の聞き取り調査とヘルス・リテラシー向上案の作成

高齢者のパソコンサークル参加者 16 名を対象に、tfu 元気点検票の実施とその内容についての聞き取り調査を実施した。その結果をもとに、高齢者のヘルス・リテラシー向上に有効な項目を抽出して、高齢者版元気点検票を作成した。

4. 研究成果

1) 地域住民を対象とした健康観調査の分析

1. 高齢者と未高齢者の比較

この 2 群で比較を行い、統計学的な分析（二標本 t 検定、Bonferroni/Dunn 法）を行った結果を 1)～9) に示す。

1) 健康感について

高齢者は未高齢者より「元気」、「健康」、「身体的健康」は低いが、「社会的健康」と「元気点検票抜粋機能」は高い。「精神的健康」には差が見出せない（表 1）。

2) 健康理解について

高齢者は「病気回避的」、「ホリスティック」、「個別的」健康理解のいずれも高い（表 2）。

3) 健康秘訣の理解と健康行動について

高齢者は未高齢者より「健康の秘訣」をよく捉え、「元気点検票抜粋行動」、「健康行動」、「健康診断の受診」も高い（表 3）。

4) 健康関連要因について

高齢者は未高齢者より「運動」、「栄養」、「睡眠」、「休養」、「趣味」、「役割」のいずれも高い（表 4）。

5) 家族の協力と職場の支援について

高齢者は未高齢者より「家族の協力」が高く、「職場の支援」には差が見出せない。（表 5）

6) 起床時刻・就寝時刻・睡眠時間について

高齢者は未高齢者より早く就寝し、睡眠時間が長い。起床時刻に差は見出せない。睡眠時間の平均は高齢者群が 8.9 時間、未高齢者群が 7.3 時間であった（表 6）。

7) 忙しさ・家計について

高齢になるほど忙しくない。高齢者は未高齢者より家計が苦しくない。

8) 健康状況について

高齢者は未高齢者より過去も現在も重い病気ケガをしており、病院やマッサージに通う頻度も高く、服薬している薬の種類も多い。サプリメント等については差が見出せない（表 7）。

9) 健康情報の取得と不安について

高齢者は未高齢者より健康情報を多く得ている。その入手経路は、テレビ、雑誌・本、新聞、ネット、市町村広報誌、家族、友人知人、医療従事者で、いずれも未高齢者よりも有意に高い。職場からについては差がない。また、高齢者は未高齢者より健康情報への不安が高い（表8）。

表1 未高齢者・高齢者別に見た健康感の平均値

	群	n	平均	S D	t 値 (d f)	
元気	未高齢者群	1458	2.90	0.561	4.983	***
	高齢者群	1060	2.78	0.608	(2173.325)	
健康	未高齢者群	1458	2.85	0.570	6.512	***
	高齢者群	1055	2.69	0.622	(2149.085)	
身体的健康	未高齢者群	1453	2.83	0.577	7.381	***
	高齢者群	1052	2.65	0.642	(2117.058)	
精神的健康	未高齢者群	1453	2.80	0.673	-0.708	
	高齢者群	1055	2.82	0.657	(2506)	
社会的健康	未高齢者群	1453	2.74	0.651	-5.795	***
	高齢者群	1056	2.88	0.617	(2340.108)	
元気点検票抜粋機能	未高齢者群	1402	28.14	4.043	-10.435	***
	高齢者群	889	29.94	4.046	(1888.484)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表2 未高齢者・高齢者別に見た健康理解の平均値

	群	n	平均	S D	t 値 (d f)	
病気回避的	未高齢者群	1350	42.59	8.208	-14.798	***
	高齢者群	882	48.82	10.588	(1552.361)	
ホリスティック	未高齢者群	1371	42.13	5.693	-7.360	***
	高齢者群	912	43.94	5.881	(2281)	
個別的	未高齢者群	1422	14.74	2.689	-16.063	***
	高齢者群	1005	15.54	2.728	(2425)	

注：***p<.001、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表3 未高齢者・高齢者別に見た健康秘訣・健康行動の平均値

	群	n	平均	S D	t 値 (d f)	
健康の秘訣	未高齢者群	1404	35.77	5.238	-7.672	***
	高齢者群	980	37.44	5.216	(2382)	
元気点検票抜粋行動	未高齢者群	1397	28.54	4.357	-13.690	***
	高齢者群	900	31.09	4.360	(2295)	
健康行動	未高齢者群	1311	2.05	1.094	-5.607	***
	高齢者群	760	2.33	1.097	(1581.170)	
健診	未高齢者群	1457	2.63	0.829	-5.343	***
	高齢者群	1034	2.82	0.874	(2489)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表4 未高齢者・高齢者別に見た健康関連要因の平均値

	群	n	平均	S D	t 値 (d f)	
運動	未高齢者群	1453	1.94	1.138	-6.021	***
	高齢者群	1020	2.24	1.272	(2034.658)	
栄養	未高齢者群	1456	2.73	0.638	-9.286	***
	高齢者群	1055	2.95	0.550	(2434.001)	

睡眠	未高齢者群	1459	2.83	0.669	-9.332	***
	高齢者群	1052	3.08	0.637	(2326.222)	
休養	未高齢者群	1460	2.74	0.687	-12.624	***
	高齢者群	1055	3.07	0.597	(2429.710)	
趣味	未高齢者群	1457	2.34	1.033	-2.899	**
	高齢者群	1036	2.47	1.074	(2175.891)	
役割	未高齢者群	1446	2.65	0.694	-3.805	***
	高齢者群	958	2.76	0.673	(2093.885)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表5 未高齢者・高齢者別に見た家族の協力・職場の支援の平均値

	群	n	平均	SD	t 値 (d f)	
家族の協力	未高齢者群	1429	2.73	0.824	-7.358	***
	高齢者群	1006	2.97	0.764	(2258.807)	
職場の支援	未高齢者群	1264	2.13	0.872	2.438	
	高齢者群	529	2.02	0.933	(932.667)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表6 未高齢者・高齢者別に見た起床時刻・就寝時刻・睡眠時間の平均値

	群	n	平均	SD	t 値 (d f)	
起床時刻	未高齢者群	1342	6.22	1.060	-1.371	
	高齢者群	934	6.28	0.968	(2274)	
就寝時刻	未高齢者群	1331	22.94	1.875	1.534	***
	高齢者群	912	21.40	1.272	(2241)	
睡眠時間	未高齢者群	1300	7.29	1.752	-22.462	***
	高齢者群	891	8.88	1.537	(2061.199)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表7 未高齢者・高齢者別に見た健康状況の平均値

	群	n	平均	SD	t 値 (d f)	
過去の病気ケガ	未高齢者群	1450	2.29	0.998	-9.729	***
	高齢者群	1024	2.69	1.017	(2472)	
現在の病気ケガ	未高齢者群	1453	1.64	0.921	-16.378	***
	高齢者群	1015	2.28	0.981	(2093.767)	
通院	未高齢者群	1450	1.85	0.863	-25.520	***
	高齢者群	1044	2.67	0.738	(2419.705)	
マッサージ等	未高齢者群	1451	1.28	0.673	-4.127	***
	高齢者群	992	1.41	0.856	(1786.966)	
服薬	未高齢者群	1458	1.60	0.883	-27.410	***
	高齢者群	1049	2.67	1.021	(2052.511)	
サプリメント等	未高齢者群	1455	1.95	1.059	-1.109	
	高齢者群	1039	2.00	1.136	(2138.474)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

表8 未高齢者・高齢者別に見た健康情報の取得と不安平均値

	群	n	平均	S D	t 値 (d f)	
テレビ	未高齢者群	1458	2.56	0.831	-8.531	***
	高齢者群	1049	2.85	0.816	(2281.697)	
雑誌・本、新聞、ネット	未高齢者群	1452	2.29	0.867	-4.416	***
	高齢者群	1037	2.44	0.900	(2180.167)	
市町村広報誌	未高齢者群	1457	2.13	0.939	-17.991	***
	高齢者群	1045	2.82	0.967	(2208.553)	
職場	未高齢者群	895	2.10	0.933	-0.964	
	高齢者群	104	2.20	0.999	(124.807)	
家族	未高齢者群	1446	2.42	0.869	-11.448	***
	高齢者群	992	2.83	0.891	(2436)	
友人知人	未高齢者群	1450	2.28	0.853	-9.435	***
	高齢者群	1001	2.61	0.843	(2449)	
医療従事者	未高齢者群	1447	2.22	0.937	-16.343	***
	高齢者群	1002	2.82	0.870	(2250.232)	
健康情報への不安	未高齢者群	1446	2.48	0.731	-4.759	***
	高齢者群	1035	2.62	0.726	(2479)	

注：*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、* $p < .05$ 、+ $p < .10$ 、分散が異なる場合はWelchの検定を行った。

注：職場からの情報は正社員・正職員・正教員、嘱託・派遣、パート・アルバイトの場合を対象とした。

2. 前期高齢者と後期高齢者

高齢者を前期高齢者と後期高齢者に区分して、未高齢者と併せて3群の比較を行った。サンプル数は、未高齢者群（65歳未満）1464名、前期高齢者群（65～74歳）501名、後期高齢者群（75歳以上）575名である。この分析において、年齢依存的傾向が見られなかった項目、すなわち前期高齢者が、後期高齢者並びに未高齢者と比較して統計的に有意な差($p < 0.001$)を認めたのは、次の5項目あった。

- ・健康感における「精神的健康」は、前期高齢者が未高齢者並びに後期高齢者よりも高い（表9）。
- ・健康秘訣の理解・健康行動の「健康行動の積極性」は、前期高齢者が最も高く、未高齢者が最も低い（表10）。
- ・健康関連行動「運動」、「趣味」、「役割」は、前期高齢者が後期高齢者・未高齢者より高い（表11）。

表9 健康感における「精神的健康」

群	n	平均	S D	F 値	多重比較
未高齢者	1452	2.80	0.672	6.017	前>未=後 df=2, 2504 p<.001
前期高齢者	494	2.89	0.595		
後期高齢者	561	2.76	0.701		

表10 健康秘訣の理解・健康行動の「健康行動の積極性」

	n	平均	S D	F 値	多重比較
未高齢者	1310	2.05	1.094	18.697	未<後<前 df=2, 2067 p<.001
前期高齢者	377	2.43	1.077		
後期高齢者	363	2.23	1.110		

表 11 未高齢者・前期高齢者・後期高齢者別に見た健康関連要因の平均値

	群	n	平均	S D	F 値	多重比較
運動	未高齢者	1452	1.94	1.138	42.410	未<後<前 df=2, 2469 p<.001
	前期高齢者	489	2.50	1.279		
	後期高齢者	531	2.00	1.218		
栄養	未高齢者	1455	2.73	0.638	41.619	未<前=後 df=2, 2507 p<.001
	前期高齢者	495	2.94	0.531		
	後期高齢者	560	2.96	0.567		
睡眠	未高齢者	1458	2.83	0.669	46.769	未<前<後 df=2, 2507 p<.001
	前期高齢者	496	3.02	0.604		
	後期高齢者	560	3.13	0.661		
休養	未高齢者	1458	2.75	0.686	83.738	未<前<後 df=2, 2511 p<.001
	前期高齢者	496	2.99	0.581		
	後期高齢者	556	3.14	0.601		
趣味	未高齢者	1459	2.34	1.033	17.537	後=未<前 df=2, 2489 p<.001
	前期高齢者	495	2.64	1.039		
	後期高齢者	560	2.31	1.081		
役割	未高齢者	1456	2.65	0.693	10.598	未=後<前 df=2, 2399 p<.001
	前期高齢者	490	2.82	0.616		
	後期高齢者	546	2.70	0.719		

3. 介護の有無による比較

65歳以上の高齢者について、介護の有無による比較を行った。「介護あり」群は、要支援の37名も含めた計97名、平均年齢83.4歳で、「介護なし」群は893名、平均年齢75.0歳である。この2群で比較を行った結果、以下の項目において、統計学的に有意な差 ($p<0.05$) が見られた。

1) 健康感について

「元気」、「健康」、「身体的健康」、「精神的健康」、「社会的健康」、「元気点検票抜粋行動」のいずれの項目も介護なし群が介護あり群より高かった。

2) 健康理解について

「疾病回避的」、「ホリスティック」、「個別的」のいずれも、介護の有無で差がなかった。

3) 健康秘訣の理解と健康行動について

「健康の秘訣の理解」には差が見られないものの、「元気点検票抜粋行動」、「健康行動への積極性」、「健診」は、介護なし群が介護あり群より高い。

4) 健康関連要因について

「運動」、「趣味」、「役割」は介護なし群が介護あり群より高い。「休養」は介護あり群が介護なし群より高い。「栄養」、「睡眠」については差がなかった。

5) 家族の協力・職場の支援について

介護の有無で差がない。

6) 起床時刻・就寝時刻・睡眠時間について

介護あり群は介護なし群より、起床時刻が遅く、就寝時間が早く、睡眠時間が長い。

7) 忙しさ・家計について

介護あり群は介護なし群よりも忙しくない。家計については差がない。

8) 健康状況について

介護あり群は介護なし群より、過去・現在の病気が多くあり、通院の頻度が高く、服薬の種類が多い。サプリメント等については差がない。

9) 健康情報の取得と不安について

介護なし群は介護あり群より、テレビ、雑誌、市町村広報誌、友人知人から健康情報を多く得ている。職場、家族、医療従事者からの情報には差がない。健康情報への不安についても差がない（表 12）。

表 12 高齢者の介護なし・あり別に見た健康情報の取得と不安の平均値

	群	n	平均	SD	t 値 (d f)	
テレビ	なし	879	2.87	0.794	3.493	**
	あり	93	2.51	0.974	(105.335)	
雑誌・本、新聞、ネット	なし	876	2.45	0.893	3.074	**
	あり	92	2.15	0.937	(966)	
市町村広報誌	なし	877	2.86	0.944	4.796	***
	あり	91	2.27	1.116	(103.782)	
職場	なし	92	2.18	1.005	-0.003	n. s.
	あり	5	2.20	0.837	(95)	
家族	なし	836	2.85	0.890	1.216	n. s.
	あり	90	2.71	1.008	(104.469)	
友人知人	なし	842	2.64	0.832	3.808	***
	あり	90	2.26	0.931	(104.785)	
医療従事者	なし	840	2.82	0.872	-1.083	n. s.
	あり	94	2.93	0.883	(932)	
健康情報への不安	なし	868	2.60	0.725	-0.420	n. s.
	あり	91	2.64	0.753	(957)	

注：*** $p < .001$ 、** $p < .01$ 、+ $p < .10$ 、分散が異なる場合は Welch の検定を行った。

注：職場からの情報は正社員・正職員・正教員、嘱託・派遣、パート・アルバイトの場合を対象とした。

4. 独居と同居による比較

65 歳以上の高齢者について、独居・同居による比較を行った。独居群は 129 名 (12.3%)、平均年齢 75.8 歳、同居群は 919 名 (87.7%)、平均年齢 75.9 歳であった。この 2 群で比較を行い、統計学的な有意差が認められた結果 ($p < 0.05$) を 1) ~ 9) に示す。

1) 健康感について

「元気」、「健康」、「身体的健康」、「精神的健康」、「社会的健康」については差がないものの、「元気点検票抜粋機能」は、同居群が独居群より高い。

2) 健康理解について

「疾病回避的」、「ホリスティック」、「個別的」のいずれも、独居・同居で差がない。

3) 健康秘訣の理解と健康行動について

「健康秘訣の理解」、「元気点検票抜粋行動」、「健康行動への積極性」は差がないものの、「健診」は同居群が独居群より高い。

4) 健康関連要因について

同居群は独居群よりも、栄養のバランスがよく、役割の満足が高い。

5) 家族の協力・職場の支援について

家族の協力が同居群で高く、職場の支援は差がない。

6) 起床時刻・就寝時刻・睡眠時間について

独居群は同居群より、就寝時間が遅い。

7) 忙しさ・家計について

同居群は独居群より、忙しく、家計にゆとりがある。

8) 健康状況について

過去の病気ケガ、現在の病気ケガ、通院、マッサージ等、服薬、サプリメント等はいずれも差がない。

9) 健康情報の取得と不安について

独居群は同居群より、テレビから健康情報を多く得ている。同居群は独居群より、家族と医療従事者から健康情報を多く得ている。雑誌・本、新聞、ネット、市町村広報誌、職場、友人知人からの情報には差がない。健康情報への不安についても差がない（表 13）。

表 13 高齢者の独居・同居別に見た健康情報の取得と不安の平均値

	群	n	平均	SD	t 値 (d f)	
テレビ	独居	129	3.00	0.800	2.267	*
	同居	893	2.83	0.815	(1020)	
雑誌・本、新聞、ネット	独居	127	2.41	0.971	-0.319	n. s.
	同居	884	2.44	0.887	(1009)	
市町村広報誌	独居	128	2.73	1.023	-1.026	n. s.
	同居	889	2.83	0.955	(1015)	
職場	独居	14	1.93	0.997	-1.091	n. s.
	同居	96	2.24	1.006	(98)	
家族	独居	110	2.31	1.115	-5.314	***
	同居	859	2.89	0.839	(125, 281)	
友人知人	独居	123	2.68	0.944	0.959	n. s.
	同居	856	2.60	0.826	(150, 114)	
医療従事者	独居	123	2.60	0.964	-2.669	**
	同居	856	2.85	0.851	(150, 653)	
健康情報への不安	独居	125	2.58	0.785	-0.606	n. s.
	同居	885	2.63	0.716	(1008)	

注：***p<.001、**p<.01、*p<.05、+p<.10、分散が異なる場合は Welch の検定を行った。

注：職場からの情報は正社員・正職員・正教員、嘱託・派遣、パート・アルバイトの場合を対象とした。

以上の地域住民を対象とした健康観調査の分析から、一般的な高齢者の健康観を描出すると、次のようになる。高齢者は未高齢者と比較して自分が健康であると感じる意識は低い。その反面、健康理解は高く、健康の秘訣をよく捉え、積極的に健康行動をしている。また、健康関連要因でみれば、栄養のバランス・運動・睡眠・休養・趣味・役割の充実度や満足度は高く、日常的に健康づくりに幅広く配慮していることが伺える。また、高齢者は様々な媒体や経路によって健康情報を多く得ている。このような傾向の背景には、高齢者は、未高齢者と比較して病気や怪我の経験頻度が高く、またそのリスクが経年的に高くなることから、結果として健康意識や健康行動が未高齢者よりも高いものと考えられる。

これらの結果は、近年のいくつかの先行研究を支持する。すなわち、教養講座を受講する高齢者を対象とした健康意識に関する調査において、高齢者の健康に対する関心は非常に高く、健康の三本柱である栄養・運動・休養の重要性が確認できたとする報告（小田、加藤、内田ほか高齢者の生活習慣に関する調査—身体状況と健康意識について—名古屋文理大学紀要8号、2008年）や、介護予防教室参加者を対象とした調査で、高齢者であるが故に何らかの病気を抱えており、症状もあり、薬も服用している人が大半であったが、健康状態は比較的良好で、運動や体操などの健康行動も積極的に実施している（広沢俊宗、長谷憲明、高見彰、介護予防事業に関する研究（I）—一般高齢者の健康に対する意識と行動—関西国際大学 地域研究所 研究叢書2007年）といった先行研究と同じ傾向を示している。

しかしながら、本調査において、高齢者をさらに前期と後期に分けて分析すると、健康感における「精神的健康」は、前期高齢者が後期高齢者と未高齢者よりも高い。また、健康行動の積極性と、健康関連行動の「運動」「趣味」「役割」についても前期高齢者が後期高齢者と未高齢者より高い。すなわち、前述のように年齢依存的に健康感は低下しつつ、反対に健康理解は高まるものの、後期高齢者では、元気さや身体的健康が低下して、健康行動が阻害され、運動・趣味・役割などは「制限」されるものと考えられる。

一方、前期高齢者が精神的に健康であるのは、健康を阻害する病気や怪我の頻度が後期高齢者よりも低く、仕事や育児を終え、経済的にも時間的にも、ある程度ゆとりがある時期だからと考えられる。そのような時期は、自身の健康づくりのための行動に積極的であり、運動や趣味に打ち込んだり、家族や社会の役割などを積極的に担い、そのような状況に満足している人が多いと考えられる。

「介護あり群」とした要支援・要介護高齢者（97名、平均年齢83.4歳）は、身体機能の低下が顕著な群と考えられるが、この群は、先の分析において区分した後期高齢者群（575名、平均年齢81.6歳）の中に、概ね含まれているものと考えられる。介護あり群は、介護なし群と比較して健康感が低い。健康理解については差がないものの、健康行動は「制限」され、運動、趣味、役割が低下するという結果は、先の年齢区分による分析と同じ傾向と言える。しかし、健康情報の取得において、介護の有無で顕著な差を示す項目が見られた。すなわち、介護あり群では、テレビ、雑誌・本、新聞、ネット、市町村広報誌、友人・知人からの情報が少ない。これらの項目について前期高齢者と後期高齢者の比較で差がないことから、介護が必要な人に特有の傾向であり、要支援・要介護状態は、健康情報弱者としての側面があるといえよう。

高齢者の健康観は、家庭環境や家族構成にも影響を受けると考え、独居群（129名、平均年齢75.8歳）と同居群（919名、平均年齢75.9歳）での比較を行った。両群は平均年齢に差はない。比較結果において著明なのは、健康関連要因の中で、「栄養」と「役割」であった。すなわち、独居は同居よりも食事の栄養のバランスが良くなく、仕事や家庭での役割の満足度が低い。一人暮らしの場合、食事を簡単に済ませる傾向が強まり、また家庭内では役割がないことから、このような結果になったと考えられる。その他にも、家族の協力や就寝時刻、忙しさ、家計などに差があるが、「健康情報の入手経路」において、興味深い知見が得られた。すなわち、独居は同居より、テレビから健康情報を多く得ている。一方、同居は独居より、家族と医療従事者から健康情報を多く得ている。独居の場合、家庭内でテレビを見て過ごす時間が多く、家族に会う機会は少ないので、このような結果になると考えられるが、医療従事者からの健康情報の入手に差が見られたのは、同居の場合、家族が医療従事者から得た情報などが伝達されたり、共有されたりしていることが示唆される。反対に、独居の場合は、直接、医療機関等に行かない限り、医療従事者からの健康に関する情報が得にくい。また、このような

医療従事者からの間接的な情報は、マスコミを通じた情報よりも、受療を促すきっかけとなり易かったり、より積極的な健康行動に反映される可能性が高いと思われる。そのようなことから、独居高齢者の健康を考えた場合、身近な人が健康に関する情報提供に努めたり、独居高齢者の健康上の問題を拾い上げて受療を促したり、健康増進活動への参加を促すことが、より重要と考えられる。

大学近隣地域の代表（連合町内会・会長）のヒアリング調査からは、町内会や、老人クラブ、体育振興会、社会福祉協議会、民生委員などにおいて、前期高齢者が積極的に活動している事例が多くあり、「地域とつながること」イコール「健康」という考え方も一側面であることが確認された。また、地域での取り組みとしては、独居高齢者の孤立化を防いだり、災害時に援護が必要な人の把握に努める取り組みなどが紹介され、地域住民を対象とした健康観の調査結果から浮かび上がった課題と同様の課題に、地域として対処しようとしている取り組みがあることが確認された。

高齢者ヘルス・リテラシーの向上を考えた場合、まずは、高齢者の多様性に配慮する必要がある。前期高齢者においては、「運動」や「趣味」などを楽しめる場の提供や、地域で「役割」を担うことを通した健康づくりや、そのための支援が重要と考えられる。また、独居や要介護高齢者では、健康情報を伝達する手段に配慮することが重要となるだろう。

2) 高齢者の聞き取り調査とヘルスリテラシー向上案の作成

日時：平成22年7月7日 10:00～12:30

会場：台原老人福祉センター

調査協力：仙台市シニアシニアネットクラブ 参加者16名

アンケート記入に関して

Q：アンケート記入に要した手間はどの程度か？（記入者16名）

⇒1回読んで記入できた 9名

2回・3回に分けて 7名

⇒30分程度 10名

30分～1時間程度 5名

『食』の項目に対する意見

1. 食事はゆっくり楽しんで食べています

- ・段階別の表記が付けにくい
- ・「楽しんでいる」という言葉にちょっと引っかかった。「ゆっくり」は食べているが、「楽しんで」いるかは疑問があり、判断に迷った。

⇒1つの設問の中に、2つ以上の要素が混じっていると答えにくい。

2. 食事は3食を規則的に摂り、夕食のカロリーは控え目にしています。

- ・3度の食事のことを基準に考えるのか、夕食のことだけに限定するのか、点数としてどちらをとるのか迷った。
- ・1～5までの設問については、3を除けばみんな似かよっているのではないか。
- ・「3食を規則的に」は当たっているが、「夕食のカロリーは控え目に」は該当しない。これまでの長い間の習慣で、どうしても夕食をボリュームたっぷりで食べている。そのため、付けるのが困難だった。
- ・同感である。
- ・そういう疑問があった場合には、結局、標準的なところで「3」と付けた。

8. 旬の食事を用いた季節感のある料理を食べています。

- ・この設問には非常に迷った。意味としてはよく分かるのだが、そんなことを意識して、買い物や食事はしていない。その日安い物や好きなものを買っている。抵抗がある。
- ・この項目は「なるほどな」と理解している。かつて、薬膳料理の先生から話を聞いたとき、旬のものをたくさん食べるように言われた。健康上大変良いからという理由かだったが、この設問もこういう観点から出たのかなと理解した。
- ・評点の付けようがないとなれば、常識的に3点につけてしまう。

Q：5段階評価についてはいかがでしたか？

⇒設問の中で、「できるだけ」とか、「十分」、「しっかり」という言葉が出てくると非常に紛らわしい。

もっとシンプルにやってもいいのではないかな。5段階の答えが細かくなっているから、設問はシンプルでもよいと思った。

⇒5点をつけるには、「十分」という言葉がないとダメだと思う。5点評価はいいと思うよ。

10. お酒は飲みすぎません。

- ・「飲みすぎ」の判断は、何を基準に判断すべきか迷った。毎日飲んでいるのが飲みすぎなのか？それとも1日の飲む量で判断するのか？その辺が難しかった。

「その他」

- ・年をとった人を対象とするならば、妻に先立たれた男性の食事などというような設問もあるといいかなと思った。

『息』の項目に対する意見

15. 呼吸は口を閉じています。

- ・子供の頃から息を吸うときは鼻から、吐くときは口で吐く。ウォーキングのときもそうやっているから、この設問はちょっとひっかかった。ここでいう呼吸とは口を閉じて、鼻だけでやる人が「5」という意味ですよ。半々だから「3」とした。
- ・なかなかつけられなかった。口を閉じてという意味が分からない。これはもう意識したことがないから分からない。「5」はどういう状態なのか？意識的にやったことがないから、迷ったということ。質問の意図が分からないわけではない。
- ・普通は、口を閉じて息をするんじゃないの。普段は、口を閉じて呼吸をしているから「5」になるんじゃないのか。

17. 時々ゆっくり腹式呼吸をしています。

- ・これはやっているが、意識しては行っていない。自分で意識してやっているのか、いないのか。まあ、やっているとしたら無意識にやっているということだと思うが。

『眠』の項目に対する意見

25. 夕方や夕食後、居眠りはしません。29. 昼間、耐えがたい眠気を感じることはありません。

- ・25と29の関係から、29の耐えがたい眠気を感じて、昼寝をしているから、夕方は眠らない。年寄りには昼寝ができる環境にある。昼寝をしているから、眠気が起きない。もし昼寝をしなかったとしたら、夕食後にすぐに眠気が出てくるのではないかと思っている。⇒昼寝をした人としらない人では答えが違ってくるのでは。
- ・うちにいた時は昼寝をしたくなるが、外に出ていると昼寝ができないので、帰って夕食後に一回どうしても眠くなることもある。
- ・うちにいるときは必ず昼寝をする。

- ・うたた寝みたいなものはする。
- ・朝起きる時間も関係あるかもしれない。
- ・「夜何時に寝ますか?」「朝は何時に起きますか?」「昼寝をする割合は?」などの質問が飛び交った。
- ・必ずしも何時から何時までというふうには考えられない。昼寝の時間も含めて、1日の中でどのくらいの睡眠をとっているかという方が適切かもしれない。

Q: 睡眠時間はおよそどのくらいか?

⇒7時間 10名
7~8時間 2名
それ以上 4名

- ・夜に熟睡はしているが、年齢とともにトイレに1回起きるが、そのあとすぐに熟睡する。これが、「27. 夜中に目覚めることはありません。」とも関わってくる。途中で起きたら、どのように評価する。トイレに起きる回数によって変わってくる。

26. 寝る前は照明を落としてリラックスし眠くなってから床に入ります。

- ・この設問にも要素が2つ入っている。1つは照明を明るくしていても眠くなった場合には5段階評価で「2」や「3」になるのか?もう1つは、床に入ると眠くなる方なので、「寝る前は照明を落としてリラックスし眠くなってから」などという余裕はなく、ギリギリになってさっさと寝ている。そうすると何点を付ければよいかと迷う。
- ・この設問は健康を維持するための模範的な例を取り上げているのだから、回答のためにあんまりいじくってはダメなのではないか。これを参考にして、「リラックスして眠くなる」というふうな状態だと理想的であると教えてくれるものなのでしょう。
- ・そうすると、年寄り向きの教え方になっているかということが一番。
- ・設問全体が、これからの生活で健康を維持していくためには、これが理想的ですよ、ということ教えている設問になっている。それを見てあなたの自分の欠陥を見つけ出しなさい、という意図がうかがわれる。そういう感じでは受け取っているが、じゃあ大いに参考にしてやるかという、もう年をとり過ぎているので、そぐわない。かなり頑固になっているから。そういう意図にはそぐえない状況になっている。だから非常に付けにくかった。元気とどう関係するのか疑問だった。

『温』の項目に対する意見

35. 自分のいる部屋には温・湿度計を置いて確認しています。

- ・計器は置いていないが、だいたい身体で感じている。「温度計、湿度計を置いて」というのが気になった。
- ・各部屋に全部、温度計と湿度計を置いている。
- ・「自分のいる部屋」ということだから、寝室も居間も置いている人が「5」点ということで、居間だけ置いている人は「3」ですか?という疑問のある設問ですね。

38. 暑い環境では自然と汗が出てきます。

- ・当たり前なことではないか。設問の中で整理していくならば、その対象となるのではないか。自然に汗が出ない人というのは明らかに病気ですよ。全体として他の項目は病気について触れないようにしているのになぜここだけ病気のことを聞くのか。

『動』の項目に対する意見

45. ときどき自分にとって大きな筋力を発揮しています。

- ・「大きな筋力」というところが、どういう意味か分からない。具体的には大きなものを持ったとか、力仕事をしたということか。
 - ・ちょっと意味が分からない。
47. 体力に余裕があります。
- ・若かりし頃には相当自信があったが、最近が若かりし頃と比較するとかなり落ちてきているので、その辺を余裕があるという表現だと難しい。まあ、若い人ならばこれでもいいのだろうが、われわれの年代ならばもっとほかに適切な言い回しがあるのではないか。
48. 全身の間接は柔軟に動きます。
- ・「柔軟に動きます」ということだが、年をとって、膝や足の関節は痛いので、日常の行動でさえ痛いとか、痛さは伴うけど何とかやっているとか、正座ができないということで、「柔軟に」はできない方かと思って「2」と付けたが、それでよかったのか。
49. (満足度) 動作、運動の現状に満足しています。
- ・私なんかは以前から運動してないし、その能力も持っていないということでほとんどの項目で「2」と付けた。
- * 「動」の項目については、もっと高齢者用に工夫をする必要があると感じた。例えば、仙台に出掛けた時などは、最近、エレベーターを意識して探すようになった。お年寄りでは多いと思う。そういった行動パターンも考えると良いのではないか。

『想』の項目に対する意見

50. 将来の希望や実現したい夢を持って人生を送っています。
- ・年寄り若い人に比べて先が短くなっているもので、こういう設問はちょっと答えにくい。自分の健康の問題もありますしね。
 - ・若者向きになっている。
 - ・違和感があり、質問として向かない。
 - ・表現を前向きに変えた方が良い。
51. 毎日、目的意識を持って生活しています。
- ・目的達成というとかえって焦ったり、イライラしてしまうので、のんびり生きたいと思っている。目的達成なんていうのは、ずっと下げなければならぬとも思っている。

『愛』の項目に対する意見

63. 責任ある愛情行動をとっています。
64. スキンシップの愛情表現をしています。
- ・意味が分からない。
 - ・どうすれば、責任あるのか。
 - ・63、64は一番答えにくい。特に、老人にとってはね。多分我々にとっては理想の姿になる。これを答える時は、家内の顔が浮かぶわけで、果たしてどこまでスキンシップをできているのか。
 - ・映画のようにはいかないという気持ちですね。
 - ・我々は若いうちから、気持ちと行動とは別々になっている生活をしているからね。
 - ・日頃の行動を反省させられたという感じです。
 - ・先ほどもあったが、設問自体は皆理想的な方向へというふうには言っていたが、「責任ある愛情行動」や、「スキンシップ」をとりなさいというところまでは分かるが、「65、異性に対する性的感情」をもっと持ちなさいというようなことを考えた方がいいのかは、ちょっと迷うかもしれない。実際に

我々が倫理観として持っていることと、異性に対する性的な感情は持っているのかどうかということとは、非常に…。本当はみんな持っていると思うが持っているのがいいのかどうか、そちらにかかっているのではないかと。

- ・この設問は、年をとっても異性に対して感情を持っているかということ、やはり若さを保つための秘訣をはかるためのものではないか。それはその人が感じることを率直にかけばいいんじゃないか。
- ・これを高齢者向けに直すのに、設問全体に若い人対象に作っているわけで、異性に対する性的な感情について、いいとか悪いとかという判断できるものなのかどうか。お医者さんがどう考えているか知りませんが。問題意識もあると思う。異常な性欲になると問題となるが、正常な性欲ならいいけど、異常になるとうまくない。難しいところだなと思っていた。
- ・PC上は、まだ「性」になっている。色々な解説が入っているがかなり抜けているところがありました。つい最近、変わった部分でもあり、まだ煮詰まらないんですかね。

『環』の項目に対する意見

70. ごみは出さないように注意し、出したごみはしっかり分別してます。

- ・「しっかり」という言葉が引っかかる。それがなければ、5段階評価が付けやすくなる。「しっかり」などの形容詞が入ると、答える時に迷う。
- ・プラスチックとか、燃えるごみとかに分けていれば、「5」でいいんじゃないの。
- ・しっかりの程度にも差があり、綺麗に洗って出しているかまで考えると、しっかりというか厳密にはやっていないかなとなる。厳格な人ほど厳しく採点してしまうような気がする。

Q：ごみを出しに行っている人は？

Q：ごみ出しは、何歳くらいから出すようになりましたか？

- ・おそらく現役時代はなかったでしょ。
- ・そんな暇はなかったね。

Q：リタイヤしたら、すぐに出すようになりましたか？

- ・仕事を辞めたらすぐに出すようになったし、今はごみ出しの担当をやっている。
- ・町内会の状況や自分自身の経験などをふまえると、リタイヤしてしばらくは旦那さんがごみ出しはしないね。出すようになるまでに、2～3年はかかるような印象だね、
- ・うちの方は、結構、旦那さんがごみを出すね。

『安心』の項目に対する意見

86. 排尿は問題なくできます。

- ・86、87の項目は、高齢者に対しては具体的でないと正確に書けない。排尿は問題なくできるのと、夜に2回も3回も起きる人がいると思う。だから、このような書き方では我々の年代の正確な答えは出てこないと思う。

87. 身体のどこにも痛みはありません。

- ・若いころに比べて、足、腰、膝に痛みが伴っているので、もう少し具体的な設問の方がいいと思う。

91. 虫歯など、歯や義歯、顎、口などに不具合を感じていません。

- ・今まで身体の部分について具体的でなかったものが、急にここだけが虫歯、歯、…と、1つの設問の中にたくさん内容がありすぎるので、もう少し分けた方がよいのではないかと感じた。

全体に対する意見

- ・全体的な設問をみると、ある種、専門性のついよいところだけはかなり出ていて、誰かのご意見でこれも入れた方がよいのでは、というので入れていったのが、これこれに入っているという形になって、なかなか全体として整合性を持たせるのは難しいのではないかと思った。
- ・設問の数は多くても答えることは苦にならない。むしろ多くてもよいのだが、もっと具体的な内容で聞かれれば答えやすくてよい。中身として具体性を持たせれば、例えば、「排尿」なら問題なく行われていますか？を逆に質問形式にすれば、3回とか、5回ということで皆答えやすい。それでは、元気度という目的の狙いどころからは外れていくという意味なのかがちょっと気になったところである。皆さん、きっと「安心」危機管理が一番、ある意味では関心が強いところではないか。
- ・まだ前立腺がそんなに腫れていないので排尿自体に問題はないが、夜に1回は起きる。ひん尿までにいかないと思うが、これが排尿とあん(?)関係があるのかどうか。どのように評価したらいいのか？ということだと思う。
- ・この年代でたとえば「1」回というのが、正常なのか異常なのかという迷いが我々にはあるということである。
- ・医者の話しでは、この年齢ならば1回はやむを得ないでしょうね、と言っている。
- ・そうすると、排尿は問題なく行われているということで、「5」点をつけてもよいかと思うけど、色々な状況があるかと思うので、「4」としたような気がする。
- ・元気度を測定して、あとは自己管理のためにやってくださいと目的だろうから、皆さんはこれ以上立ち入らないという遠慮があると思う。本当のことを言うと、全体を付けた後、なんとなく物足りない感じがする。具体的な「今、病気をしていますか？」など、病気を前提にして、今こういう努力をしているという形の年代に入っている。だから、「こういった病気を持っている」あるいは「何歳である」という前提条件に立って、これを見ていけたり、自己管理できるような状況になれば理想的だと感じる。
- ・自分のためだけなら年齢はいらないが、調査する場合には年齢を入れるところが必要ではないか。そうじゃないと、なんとなく回答に安心ができない。
- ・高齢者の方に、このシステムを使って自分の健康管理に役立てなさいという形で捉えるとなんか不安がある。
- ・この設問を回答するとき、元気度がこれとどう関係があるのかなど絶えず考えながら書いていた。どういうふうにするかという問題が出てくる。それから身内に病気があったり、自分が病気になったりすれば元気度はガクッと下がる。また、その日の気分によっても、若干記載する内容も評価も変わるのではないかと思う。ですから、非常に難しいのではないかと感じた。

PCシステムに関して

- ・インストールがうまくできなかったケースもある。数名に対してはかなり粘り強く対応した。
- ・インストールの後に、継続的に使用している人はまだいない。
- ・インストール終了のサインがでないので、不安な面もある。
- ・デスクトップにアイコンを出せないのが、やや使いにくい。出しにくいので、使わないということにもつながってくるかもしれない。

高齢者版元気点検票

- 食 1◎ 「食事はよく嚙んでゆっくり食べています。」
- 食 13○ 「ふつうに食欲があり、食事はおいしく感じています。」
- 食 14 満足度「食生活の現状に満足しています。」
- 息 15◎ 「普段、意識せずに口を閉じて、鼻で呼吸をしています。」
- 息 20○ 「日常の生活動作で息切れを感じません。」
- 息 22 満足度「息呼吸機能の現状に満足しています。」
- 眠 23◎ 「毎朝ほぼ決まった時刻に起床しています。」
- 眠 28○ 「朝、目覚めた時、熟睡感や爽快感があります。」
- 眠 31 満足度「睡眠時間や睡眠の質の確保の現状に満足しています。」
- 温 33◎ 「脱水を避けるため、こまめに水分補給をします。」
- 温 37○ 「温度や湿度の変化を感じることができます。」
- 温 39 満足度「体温調節行動の現状に問題を感じません。」
- 動 42◎ 「なるべく乗り物を使わず、身体を動かすようにしています。」
- 動 47○ 「体力には余裕があります。」
- 動 49 満足度「日常生活動作や運動習慣の現状に満足しています。」
- 想 50◎ 「過去に執着せず、前向きに人生を送っています。」
- 想 58○ 「日常のことが気分良くやれています。」
- 想 60○ 「他人の心の痛みを理解できます。」
- 想 61 満足度「心の動きの現状に満足しています。」
- 愛 62◎ 「家族や身近な人に心くばりしています。」
- 愛 65○ 「家族や身近な人から心くばりをされています。」
- 愛 68 満足度「人との愛情ある接し方の現状に満足しています。」
- 環 69◎ 「習慣的に住まいの内外の掃除をしています。」
- 環 74◎ 「生活上、まわりの人に必要以上に迷惑をかけないように配慮しています。」
- 環 77○ 「いろいろ相談できる人がいます。」
- 環 79○ 「自分の生活の場における自然環境は快適です。」
- 環 80 満足度「社会・自然環境とのかかわりに満足しています。」
- 安 81○ 「胃痛、腹痛、便秘、下痢ではなく消化器系に問題を感じていません。」
- 安 85○ 「動悸や息切れ、脈の乱れ、胸痛など循環器系に問題を感じていません。」
- 安 86○ 「排尿に問題はなく、泌尿器系に問題を感じていません。」
- 安 87○ 「身体のどこにも持続的な痛みや動かす時の痛みはありません。」
- 安 89,90○ 「視覚、聴覚、平衡感覚、味覚、嗅覚に問題を感じていません。」
- 安 91,92,93○ 「咬み合わせ、咀嚼、飲み込みなど、口腔機能、摂食・嚥下機能に問題を感じていません。」
- 安 94○ 「過度に大きなストレスや、持続的・慢性的なストレスは感じていません。」
- 安 95 満足度「心身の健康状態に満足しています。」

高齢者版・元気点検票の作成にあたっては、平成 22 年度に行った高齢者を対象とした「*tfu* 元気点検票 詳細版」実施後の聞き取り調査の結果をもとに検討を重ねた。その結果、「食・息・眠・温・動・

想・愛・環・安心」の9つのカテゴリーの中でも、特に高齢者において特記すべき項目について以下に取り上げる。

「息」のカテゴリーでは、これまでの点検項目の「急ぎ足や坂道、階段でも息切れを感じません」から「日常の生活動作で息切れを感じません」のように高齢者の体力と状況に合わせた表現に改変した。同様に「動」のカテゴリーにおける「歩いたり、階段や自転車を利用したりして身体を動かしています」の項目は、「なるべく乗り物を使わず、身体を動かすようにしています」とし、自動車やエレベーターなど日常的な移動手段の利用状況を点検項目に取り入れた。

「想」のカテゴリーでは、「将来の希望や実現したい夢を持って人生を送っています」という項目に対しては、多年に亘る経験豊富な高齢者にとっては違和感を覚えるとの意見が多くあり、「過去に執着せず、前向きに人生を送っています」という表現を採用した。

そして、最も特徴的な意見が多かったカテゴリーは「安心」の項目である。加齢に伴い身体の高齢者に多彩な症状や問題を抱える機会が他の世代に比較して格段に増加するとともに、対象者の方々の多くの興味がこのカテゴリーに集中していた。したがって、点検項目においてもより具体的な内容が反映されていることを期待する意見が多かった。そこで、胃痛・腹痛・便秘・下痢などの消化器系の問題、咳・痰・喘息・いびきなどの呼吸器系の問題、動悸・息切れ・脈の乱れ・胸痛などの循環器系の問題、排尿などの泌尿器系の問題、視覚・聴覚・平衡感覚・味覚・嗅覚などの感覚系の問題という形で具体的に例示した。また身体の痛みについては、多くの場合どこかに存在することが必然の状態であるため、痛みの持続性や運動時の痛みの有無という観点より捉えた。

以上のように高齢者版元気点検票の作成にあたり、聞き取り調査からのデータは大変有用な情報源となった。対象者一人ひとりが毎日の生活の中で感じている老化に伴う身体的な普遍的变化に関する意見や様々な面での個人間の差の大きさを象徴するような意見も多数聞かれ、これまでの元気点検票の各点検項目からでは十分に捉えきれない側面も存在することが窺われた。また、一部の項目については高齢者の視点からするとややしっくりとこない表現もあり、必要に応じて部分的な修正を加えた結果が高齢者版元気点検票である。

5. 優れた成果があがった点

1) 地域住民を対象とした健康観調査の分析からは、高齢者の健康観に関する特徴を抽出することができた。高齢者といってもその年代の違いや生活状況（同居か独居か）などによって差異がある。本調査の分析によってそのような差異を見出したことは、他の様々な研究やサービス提供に応用可能な基礎的な知見の獲得といえる。

2) 高齢者の聞き取り調査では、パソコンのサークルに集う高齢者にご協力いただき、忌憚のないコメントをいただくことができた。このような活動に関わっている高齢者は比較的元気で、新しい物事に対して積極的な関心を示す人たちと考えられるが、この調査についても、非常に興味を持って関わっていただいた。同時に、高齢者（の立場）としてのコメントが明確に示されており、このような聞き取り調査を行う上では、適した対象者群であったと考えられる。ユニバーサルなツールとして開発された元気点検票ではあるが、年齢によって受け止め方が異なる設問も少なくない。今回の聞き取りは、元気点検票が必ずしも万人に対して適切とは言えないことを明確にし、そして、それぞれの世代や置かれた状況に適した内容にリメイクする必要があることを示す結果であった。そのようなコメントをもとに、既存の元気点検項目を選択・抽出することができたのは、当初の目的を達成する成果であるといえる。

6. 研究成果の副次的効果

本研究の成果は、本学で昨年一年間にわたって実施した平成 23 年度老人保健健康増進等事業「複合大規模災害地域の高齢者福祉に関する総合的調査研究事業」を遂行する上での基礎情報となった。

本研究班のメンバーの一部は、東日本大震災を契機に福祉系教育・研究機関の責務として、上記、津波被災地の高齢者福祉の研究にも従事することとなったが、本研究班の「地域住民を対象とした健康観調査の分析」によって得られた基盤的な知見は、上記研究事業に極めて有益な示唆を与えるものであった。また、被災住民が生活する仮設住宅において、世代を超えた住民の交流やレクリエーションのツールとして、また、ヘルス・リテラシー向上の手段として、元気点検カルタを作成して配布することとなったが、これまでの研究事業の成果を、タイムリーに応用普及させることにつながったのは、副次的効果といえる。

7. 研究遂行上の問題点

限られた人材によって研究実施体制が生まれ、研究を進めなければならなかったことは、研究の効果的な推進が図れず、大きな課題を残したと言える。すなわち、研究を円滑に追行するうえでは、機動性のある人材や、時間と労力を費やすことができる人材をあと数名程確保して進めるべきであった。また、研究成果の公表は、最終年度に積極的に行うことを目論んでいたが、震災の影響を受け、当初の計画通りに研究や成果公開を遂行することができなかった。しかしながら、結果的に前述の副次的効果を得ることにつながったことは、良かったと言える。

8. 評価体制

多様な業務を兼ねておりながらも研究を遂行してゆく上では、そのモチベーションを維持する相互の刺激が必要である。また、本研究事業のような研究であれば、研究の成果を社会に実装し、それを検証することも意義がある。しかしながら、これらが、上記の研究遂行上の問題点から多分に成しえたとは言い難い。その一方で、調査結果の分析が一定の知見をもたらし、震災という臨時の状況において新たな調査事業の遂行に役立てることができたことは意義深く、本研究事業の成果として一定の評価が得られるものと考ええる。

9. 今後の展望

高齢者のヘルスリテラシーの向上を目指す上で、高齢者版元気点検票を活用することが、一つの具体策となる。そこで、この元気点検票を多くの人々が利用できる手段と具体的な方法を考える必要がある。これまでカルタなどでその活用が試みられてきた。カルタについては子供から高齢者まで、集団で楽しみながら知識を身に着ける手段として非常に有効であり、被災地の仮設住宅などにおいて好評を得ているが、その他にも、日常生活の中で、目に触れる仕組みをつくったり、定期的に自身の健康を顧みる機会を如何にして設けるかということを検討し、実践する必要があると考える。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<学会発表>

* 発表者名	発表者名	発表タイトル	学会名	発行年月	開催地
	Watanabe Y	Long-term care insurance and community-based preventive oral health care service in the super-aged society	INTERNATIONAL WEEK, Metropolia University of Applied Sciences	2010年3月	Helsinki

<研究成果の公開状況>（上記以外）

【平成21年度】

8月「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第1回全体会議

・渡部芳彦, 坪井明人, 高橋誠一, 金政信, 高村元章, 広浦幸一. 「高齢者の健康観調査項目について」

3月6日(土)～7日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議

・渡部芳彦, 坪井明人, 高橋誠一, 金政信, 高村元章, 広浦幸一. 「高齢者における「健康観」に関する意識調査について」

【平成22年度】

8月28日(土)開放講座: 攻めと守りの健康法 —健康と健康理解を学ぶ—

・渡部芳彦「高齢者の生きがい」

【平成23年度】

1月22日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第4回全体会議

・坪井明人「賢く生きている高齢者のヘルス・リテラシー向上法」

11. 参考文献

- a) 小田、加藤、内田ほか高齢者の生活習慣に関する調査—身体状況と健康意識について— 名古屋文理大学紀要8号、2008年
- b) 広沢俊宗、長谷憲明、高見彰介「介護予防事業に関する研究（I）—一般高齢者の健康に対する意識と行動—」関西国際大学 地域研究所 研究叢書2007年
- c) Löckenhoff, C. E. and Carstensen, L. L. (2004), Socioemotional Selectivity Theory, Aging, and Health: The Increasingly Delicate Balance Between Regulating Emotions and Making Tough Choices. *Journal of Personality*, 72: 1395–1424. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x

阿部研究班

「障害者のヘルス・リテラシー向上法の創案 に関する研究」

研 究 テ ー マ：障害者のヘルス・リテラシー向上法の創案に関する研究

研究チームリーダー：阿部一彦

共 同 研 究 者：三浦剛

研 究 協 力 者：千葉伸彦、阿部利江、齋藤昌宏、工藤洋子、佐藤泰伸、高野亜紀子、
矢吹知之、小崎浩信

阿部班

テーマ：「障害者のヘルス・リテラシー向上法の創案」

◎阿部一彦、三浦剛、
千葉伸彦、阿部利江、齋藤昌宏、工藤洋子、佐藤泰伸、
高野亜紀子、矢吹知之、小崎浩信

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

ICF（国際生活機能分類）において、活動制限や参加制約と障害、健康との関連性が明確に示され、障害がある人の健康と社会参加の関係は一層深いものとなっている。健康に関する概念も、単に病気にならないという視点から、社会活動への参加、「元気」といったポジティブ・ヘルスへ展開してきた。加えて「健康日本 21」には、「社会全体としても個人の主体的な健康づくりを支援していくことが不可欠」と述べられており、各地域における健康づくり支援のための環境整備が推進されている現状がある。

障害がある人への健康増進のための支援は、これまでもその必要性は述べられてきたが、ニーズや支援の実態に関する詳細な研究は少なかった。

このような背景から、本研究は、障害がある人への健康観の理解を進めるとともに、健康増進支援のためのニーズと支援の現状と課題を整理し、対応する支援方策を検討することを目的として行われた。

また、健康増進支援の具体的方策として、「健康増進サービスに関する情報の集約・提供、関係機関・施設のコーディネート、健康増進サービスの『拠点』づくりの必要性についても検討を加える。

2. 研究の実施体制

東北福祉大学に所属する主として障害者福祉分野の研究者と障害者スポーツ、健康づくりの実務を担う研究者などが協力して取り組まれた。1から2カ月に一度の定例的な研究会をもとに検討を行った。

さらに、本プロジェクトによる障害者の健康の維持増進、リテラシー向上に関する調査の協力者のうち、障害当事者団体のリーダー・障害当事者団体職員、障害者スポーツ協会職員、市の障害支援課職員、更生相談所職員、健康福祉事業団職員が参集し、「障害者の健康に関する研究会」が発足して定例化し、研究実施にあたっての検討、助言に加わるとともに横断的連携がつけられた。

3. 研究方法

(1) サービス提供側調査「障害のある人の健康増進支援のあり方に関する調査」*1、*3

1) A県B市の障害当事者支援団体会長、知的障害者福祉施設長、発達障害者の団体活動を主催する親の会代表の3名、および障害者保健福祉に関わる行政4機関を対象としてヒアリング調査を行った。

2) ヒアリング内容と方法

支援者対象に、「障害者の健康」、「障害者家族の健康観」、「健康と社会参加の関連性」、「自己管理チェックリストの利活用と利点」、「制度上、健康増進支援サービスとして不足している点」について個別のヒアリングを行った。

行政4機関を対象に「これまでの健康増進サービス利用者およびニーズの変化と対応状況」、「健康

増進ニーズに対する現状(具体的対応)と課題」、「関連機関・施設との連携の現状と問題点」についてグループインタビュー方式でヒアリングを行った。

3) 調査は平成22年1月27日～3月25日に実施し、ヒアリングは各1回2時間程度で、各施設・各機関・大学で実施した。

(2) ニーズ側調査「障害のある人の健康増進と社会参加に関する実態調査」^{*2、*4}

1) A県B市の障害のある本人を対象としてアンケート調査を行った。

2) 調査内容と実施方法

①「基本属性」、「健康増進や社会参加活動に対する意識や意向」、「健康増進や社会参加活動の機会の有無や状況、具体的内容」、「障害者自立支援法施行前後の健康増進活動および社会参加活動の変化とその理由」、「健康増進や社会参加活動に関する情報取得方法と具体的内容」について調査した。

②調査の依頼の際には、当事者団体代表および関係機関代表の方々に対して、本研究メンバーが本調査の趣旨を説明し、承諾を得た上で、調査票の配布を行った。

3) 平成23年2月14日～平成23年2月28日に実施、回答した用紙は本学に返送を依頼した。

4) 東北福祉大学研究倫理委員会において本調査の目的および内容を審査・承認を得た上で、実施した。調査の対象者には、個人情報および調査データは研究目的以外で使用することのないこと、調査票は施錠できる保管庫で厳重に管理すること、調査に同意いただけないことによって不利益になることや生活に支障をきたすことがないことを調査票に明示し承諾を得た上で、調査にご協力いただいた。

(3) 運営職員調査「福祉避難所についての実態調査」

1) 3か所の福祉避難所についてそれぞれ複数の職員を対象にヒアリング調査を行った。

2) ヒアリング内容と方法

「福祉避難所の運営」、「避難所生活並びに支援にあたって注意したこと」、「食事、排泄・トイレ、入浴、睡眠」、「健康維持・医療」、「福祉避難所退所後の生活への準備」についてヒアリングを行った。

4. 研究成果

(1) サービス提供側調査「障害のある人の健康増進支援のあり方に関する調査」^{*1、*3}

(1-1) 結果

支援管理者側として障害者当事者支援団体会長・知的障害者福祉施設長、発達障害者の団体活動を主催する親の会役員と行政機関を対象にヒアリングを行った。障害当事者支援団体会長は障害児(虚弱児児童施設、肢体不自由児施設等)施設の職員としての長年の勤務経験、知的障害者福祉施設長は行政の障害施策の策定と運営に長年携わっていた経験、発達障害の団体活動を主催する親の会役員は、発達障害のある子どものこれまでの子育て経験がある。それらの背景を踏まえ、本人の語りを重視するという観点から、ヒアリング内容を逐語記録として作成して整理した。

1) 支援管理者として

(1) 障害者の健康について

①障害者の健康に関する考え

障害の種別によって、健康に対する意識や健康の捉え方が異なることが指摘された。身体的な健康と心の健康をどう扱うかについては、支援者間において、それぞれ価値観などの差がみられた。

②障害者自身の健康に対する意識

障害者自身の健康観は、障害や疾病が引き起こす身体的な痛みや身体的状態の不安定など身体的側面に、特に関心が向けられていることが示された。また、健康やレクリエーションに関する講座への参加希望が多いものの、現状としては、講座の実施回数が少ないことが語られた。

③障害者の健康状態

障害者の健康状態として、肥満・生活習慣病などの身体的に不健康な状態がみられることが語られた。加えて運動不足について懸念されており、運動する機会が少ないことが示唆された。また、心の健康に関する側面についても状態の悪い障害者がいることが示された。

④障害者自身の健康管理能力

障害者の健康増進については、施設活動場面における健康管理や食事指導のみの支援の困難性と限界性が示された。具体的には、障害者の自宅における栄養管理が難しい状況にあると語られ、家族を含めた周囲の人間のサポートが必要不可欠であると述べられた。それぞれの障害者の健康の自己管理状況については、身体障害については一定程度実施されている。知的障害については施設活動の食事場面における職員の食事・栄養指導が健康づくりとしてある一定の成果が示されている。

(2) 障害者家族の健康観について

①障害のある子どもの健康に対する意識

障害のある子を持つ親が健康について「気にしている」姿をうかがうことができた。しかし、具体的な健康管理の知識や健康管理の方策については障害者の親が習得するまでに至っていないことが語られ、健康の重要性と日常的な健康増進方法を周知する必要性が訴えられた。

また、施設と家庭における健康観の捉え方にも若干の開きが見られることが語りから推察された。

(3) 健康と社会参加の関連性

社会参加の定義について、支援者と家族、また福祉職と医療職の認識や捉え方に違いがあることが示された。障害のある人同士が集まって交流する機会はあるものの、現在は障害者が参加できる講座や行事等が少ないこと、居住地域住民との交流機会が非常に少ない現状をうかがうことができた。地域との連携を模索している窮状を訴えられ、地域生活におけるニーズとして捉えることができた。

また障害のある子をもつ保護者間においては、親の年齢差によって社会参加に対する考え方の違いがみられ、親が生まれ育った社会背景と併せ現在の障害者に対する社会の認識が影響し、障害者自身の社会参加が制限されているケースが推測された。ただし、社会参加するためにも障害者自身が健康であることが前提となっており、日常の生活において健康をいかにコントロールし、改善するかが課題となっていることがわかった。

(4) 自己管理チェックリストの利活用と利点について

日常的に健康管理できるツールが利用可能であることが示されており、特に障害者本人が簡単にチェックできるツール、または視覚的に見て楽しく理解しやすいツールは利活用の可能性が広がっていると考えられる。「障害者版の元気点検票」の活用が大きな役割を果たすと期待される。

(5) 制度上、健康増進支援サービスとして不足している点

自宅から医療機関への通院やスポーツ・レクリエーション教室などの各種講座に参加するためには、日常生活における移動手段の確保がニーズとして挙げられた。また定期的・継続的な健康診断や体力測定など、データ管理や障害者自身が自らの健康を確認できる機会が望まれている。

加えて、地域の居場所作りなど、障害者およびその家族が気軽に立ち寄れる場所の確保や地域に根ざした活動が望まれていることが明らかとなった。

2) 発達障害者の団体活動を主催する親の会役員として

(1) 障害者の健康について

①障害者の健康に関する考え

障害者本人が健康の大切さや日常的な健康管理を理解することの難しさが語られた。健康に関する知識の一時的な提供のみではなく、日常的な健康管理をいかに生活に根付かせるかについて語られた。

障害者自身の健康観は、幼少期からの経験と学習が重要であり、家庭内において健康に関する教育がなされていないケースでは難しいと示された。

②障害者の健康状態

障害者の健康状態として、食事内容の偏りから細身または肥満体の傾向がみられており、食事内容の改善や栄養指導が必要であることが語られた。

③障害者自身の健康管理能力

発達障害については幼少期からの継続的支援が健康づくりには必要であると示された。さらには、自己管理が難しいために周囲のサポート体制が重要であり、一人ひとりの能力を活用し、健康づくりを推進することが語られた。

(2) 障害者家族の健康観について

① 障害のある子どもの健康に対する意識

子どもの障害の程度によって、健康観や健康管理の重要度が異なるケースがあることが語られた。障害の重い子どもをもつ親の健康に対する意識として、生活場面における優先順位が異なることが示されており、健康の大切さに対する親の意識を変えていく必要性が訴えられた。

(3) 健康と社会参加の関連性

障害者を取り巻くソーシャルサポートに対するニーズが高く、現状としては不足している。社会参加に関する必要性や重要性を感じている一方で、社会参加することが難しい状態にある人や社会参加することをニーズとして望んでいない家族の存在も語られた。また現在の生活環境に即した社会参加、ソーシャルサポートを望んでおり、家庭の状況に配慮した支援が必要となる。

(4) 自己管理チェックリストの利活用と利点について

障害者自身が健康管理できるツールについては期待感があり、日常生活において有効的な利活用が望まれているとうかがうことができた。また、ツールの開発時には障害特有の困難さに対する配慮とツール活用に至るまでの支援については十分な検討が必要であることが示された。障害特性に対応した「障害者版の元気点検票」の活用が大きな役割を果たすと期待される。

(5) 制度上、健康増進支援サービスとして不足している点

運動プログラムや健康づくりについては、一人ひとりの障害に応じたプログラム策定や専門性が必要であると示された。さらには、直接的な健康指導・健康管理と同時に、障害者および障害者家族に必要な情報提供と各機関・施設とのマネジメントとコーディネートする人材や地域のキーパーソンを必要としていることが明らかとなった。情報を必要としている家族に対してのサポート体制の構築をモデル事業とするなどの取組みが求められている。

3) 行政機関として

障害者の健康増進施策にかかわる行政機関におけるヒアリング結果を以下の4点についてまとめた。

(1)行政機関としての健康増進施策へのニーズのとらえ方

- ・行政としてはこれまで「健康増進」という視点でニーズを把握してこなかった。健康ブームや身体障害者の二次障害への関心の高まりから平成18年の障害者保健福祉計画に健康増進施策を盛り込

んだが、青年教室などの先行したグループ活動をもとにレクリエーションの枠組みで事業化したものであり、健康増進へのニーズによるものではない。

- ・これまで主に施設利用者を中心とした生活習慣病予防、健康診査へのニーズととらえ、個別、グループごとのプログラムを提供してきた。しかし、その効果を数値的には認めることはできない。
- ・障害種別ごとに健康増進施策へのニーズは異なるが、知的障害、発達障害児者は「グループ活動」として健康よりも集いの楽しさを求めている。身体障害者は健康増進への関心も高くニーズも多いが、それは「移動」支援へのニーズとして現れてくる。精神障害者では施設でのグループ活動により意識が高まりつつある。グループ活動に対しては危惧があったが、実際には活動への関心、ニーズは高い。
- ・またこれらの活動がどこで、どのように行われているのかについての情報が欲しいという障害者及び家族のニーズはどの機関も把握している。

(2) 健康増進施策の現状と問題点

- ・市行政全体として健康増進施策の普及に努めてこなかった。単発の事業としてとらえ、支援システムとしての視点が不足していた。
- ・健康増進に関する機関を中心としてこれまで来所者へのサービス、施設への出前サービス、電話相談などを展開してきたが、周知は不十分で参加は多くはない。
- ・様々な研修会などでこのサービスについて紹介している。しかし健康増進の重要性には気づいているものの優先順位が低いのか、利用は後回しになっている。
- ・障害者自立支援制度施行以降、施設での余暇メニューが消滅に近い状況となってしまった。人材確保の問題もあり、レクリエーションや余暇活動として健康増進活動が広がらない原因である。
- ・活動への参加に関して、特に発達障害児者、高次脳機能障害者などへは障害特性別、個別的配慮が必要だが、たとえば専門機関として発達支援センターが活動やプログラムに支援していく仕組みはまだできていない。
- ・活動の場が量的に不足している。月に一回しか活動できないプログラムにも希望者があふれてしまい、参加できない人もいる。活動の場の拡大が求められる。
- ・インフォーマルな資源が組織化されておらず、その情報も集約されていないので活用が十分ではない。

(3) 各行政機関間の連携の問題点

- ・連携の必要性の感じ方、連携のイメージが各機関の間で違う。
- ・健康増進施策に関する拠点が無い。
- ・情報の集約、発信力が弱い。
- ・グループ、親の会グループなどは「閉じて」いて、もっと気軽に参加できるようなコーディネートが不足している。
- ・相談支援事業、個別支援計画との関係はまだ検討の余地が大きい。

(4) 健康増進施策に関する支援システムへの期待

- ・情報の集約と提供。集約に関しては運動教室やインストラクター研修などの場を活用し、広い範囲の情報を多く集めていく必要がある。提供に関しては特に個のニーズに応じた情報を加工、パッケージ化する機能が求められる。
- ・地域単位の情報の把握。地域での活動の範囲を単位としたプログラム活動ばかりでなく、支援者、コーディネーターのための情報も必要である。

- ・移動サービスの充実とその情報の集約、提供が求められる
- ・地域の住民の参加、障害当事者の参加、活用を促すような機能が必要である。

4) まとめ

直接支援に携わる支援管理者、親の会グループ主催者、そして支援行政を担当する4機関からの聞き取り結果は以下のようにまとめることができる。

- (1) 利用者のニーズを病気予防のみならず、「活動への参加」のニーズととらえる。
- (2) 現状において、あるいは上記のようなニーズに対応していこうとしたとき、その情報の集約、提供を中心とした支援システムが必要である。
- (3) 参加する活動、社会資本の整備が必要（特に「地域」という単位での見直し）である。
- (4) 量的にも不足している部分、移動支援のサービスや施設における余暇メニューについては強化していく必要がある。
- (5) (1)と関連して、社会参加、「元気」を指標とした健康管理ツールの必要性和利用可能性についても一定の結果が示され、今後検討を続けていく必要がある。障害特性に対応した「元気点検票」の活用が想定される

(1-2) 考察

1) 「健康」ニーズのとらえ方

支援管理者が捉えている健康ニーズとして、身体的健康に関するニーズと心の健康に関するニーズがそれぞれ示されている。

身体的な健康に関する具体的なニーズについては、肥満対策・運動指導(運動不足)・食生活(栄養)指導等が挙げられていることから、家庭・施設においてこれらに関する何らかの健康状態の悪化や健康問題が発生しているものと考えることができた。この現実的な生活課題の解決を推進するためには、すでに福祉施設で行われている健康管理・健康指導・栄養指導を家庭においても、継続的に行うことが健康を維持する鍵となる。健康と捉えると身体的な運動が主に考えられることがあるが、併せて日々の食生活の自己管理と栄養指導を行っていくべきである。

障害のある子をもつ親に対する健康教育の実施が必要となる。しかしこの側面については親自身の学ぶ理由、学ぶ姿勢がなければ、現実的には難しいと思われる。日常の生活上では親は一日一日をとにかく無事に何事もなく過ごすことに追われ、時間に追われる日々である可能性が高く、健康に関連する点に目を向ける気持ちの余裕がないことも想定される。親の健康観を涵養することは大切なことではあるが、その過程においては一人ひとりの生活状態に即したサポートが必要なことはここで論じるまでもない。加えて、生活リズムの崩れている子どもでは、運動習慣を身に付けるということよりも一日の生活を成り立たせることが非常に難しいことが語られており、幼少期からの段階的な教育・支援が望まれている。健康の大切さをいかに本人に伝え、理解させるかが福祉従事者としての悩みであることも考えられ、幼少期からの子ども、そしてその保護者への教育と見守りが必要とされている。

心の健康に関するニーズとして、社会参加機会の充実と居住地域における住民との関係性構築および行事等への参加、身近な支援者(サポーター)の必要性について挙げられている。社会参加の充実については、健康であること・体調が良いことが前提であるとしながらも、レクリエーションの講座や健康に関する講座の実施回数の増数が求められている。人との交流・自己表現の機会・自己選択する機会を生活に根ざしていくことが求められていると言える。その講座等への参加、そして今後の継続的な参加が障害者自身の意欲や健康管理に関する姿勢につながっていくと考える。障害者の心理的な

健康の側面については支援者側のサポートが必要である。

居住地域における地域住民との交流や行事等に参加する機会が望まれている一方で、社会参加をあまりニーズとしない家族がいることも示されており、その家庭を取り巻く環境や親自身の価値観等を把握し、支援することが必要である。社会参加として様々な活動をするのがすなわち心の健康に直結するといった安易な方法論ではなく、今後は活動前・中・後の変容を観察し、それが健康にどのような影響を与えているか分析する必要があると考える。

障害の特徴を把握・理解した身近なサポーター、いわゆるインフォーマルな支援者の存在が求められている。地域住民との交流と併せ、障害の理解や障害者との交流機会を設け、ソーシャルサポート・ソーシャルネットワークの確立が急務であると言える。

「障害者自身も健常者の世界に飛び込んでいく必要がある。溝を浅くすることはできる、うめることは難しい。双方で歩み寄っていく。」という語りから、行政・関係機関や福祉従事者の取組みのみではなく、今後は障害者自身が自らの住み慣れた地域に参画し、自身の障害や特性を地域住民に理解してもらおう機会づくりが必要となってくると考える。

健康に関するニーズを通して分析すると、支援者側と障害者の家族の健康観に対する意識の違いが語られており、その差異をうめるために具体的な方策を講じることが、今後の一貫性のある重層的な健康支援の実施になると考える。障害のある子どもの健康管理に視点が集約することが多くみられるが、障害者の親自身が地域で孤立している状況があり、それが誘因となり、うつ症状を発症しているケースも見受けられる。親自身の健康管理と健康増進がニーズとして顕在化しているものと捉えることができる。障害のある子ども・その親ともに自己管理のできるよう教育・助言・支援を展開することが重要である。幼少期からの教育をいかに充実し、障害の種別・程度に応じて、障害者自身が理解しやすいアプローチを展開できるか課題となると考える。

2) 健康増進のための支援の現状とあり方

(1) 健康増進支援の現状

支援管理者の語りからは、各障害によって健康に対するとらえ方が異なること・障害の程度によって生活上の優先順位が異なることが示されている。また、福祉職と医療職の価値観と生活全体をとらえる視点が異なることなどが示されている。行政や福祉施設による健康増進の支援が展開されている一方で、関係機関の支援に頼らず、障害のある子どもをもつ家族が常に子どもの健康管理を支援している現状を訴える語りもみられた。

行政主催の健康増進に関する講座が実施回数減・担当職員減と縮小傾向がみられている。その一方で施設が主催となり、障害者・家族対象に各種講座(健康教育・スポーツ・レクリエーション等)が行われている状況がある。その実施に至っては、施設職員が勤務時間外や土日でボランティアとして実施している様子がうかがうことができる。健康講座については、施設側から保健師に対して障害者が理解しやすい表現や伝達方法を依頼するなど、各専門職が連携を図りながら健康増進を推進している側面がみられる。レクリエーションやスポーツ講座については、行政や施設職員が企画進行を担い、一般社会人や学生がボランティアとして協力している。学生を資源として大いに活用している状況である。

また、障害のある子どもに関わる両親・家族の健康観を把握することは今後の健康管理および健康支援を実施するにあたり必須である。なおかつその健康観を涵養し、健康に関する知識を家族が利活用することが可能となることによって、より一層の健康増進が期待できうるものとする。

(2) 健康増進支援のあり方

今回のヒアリングを通じて、今後の健康増進支援のあり方として4つの点が考えられる。

①財源の確保

健康増進に関する講座の増数が望まれているが、行政・福祉施設主催の講座を実施する計画を策定するためには所要経費を捻出できる財源が必要となる。加えて定期的な健康管理のための通院や健康増進に関する講座への参加、社会参加の機会を充実するためには、移動支援がなくてはならない資源である。しかし現状としては、移動支援を利用するためには、費用がかかり非常に利用しにくいものとなっており、これは健康管理・健康維持に大きな支障となっていることが推測でき、改善が望まれる。また、身体的介護のみのホームヘルパーではなく、障害者の余暇時間の充実のための一助として、学習や遊び・趣味活動時に利用のできるヘルパー制度やボランティアの増数が求められる。学生を資源として活用しながら、ある一定程度の費用を負担できるぐらいの財源が必要である。

②運動・健康指導と栄養指導の一貫性のある実施

定期的な体力測定実施とその後の運動指導と健康増進支援計画の策定が望まれており、一時的な健康講座のみではなく、重層的な支援体制の構築が必要となっている現状がある。また運動指導と併せて栄養指導を行い、日々の食生活の確認と管理を行っていくことも健康増進に有効的であると考えられる。

専門家が直接運動指導や栄養指導を行う機会と併せて、障害者およびその家族が自己管理のできるツールの開発・作成が健康増進を推進する具体的方策の一つとなると考える。楽しみながら健康をチェックするという工夫が必要であり、いかに日常生活に馴染んだツールとするか、障害者自身が手に取りやすいものが望ましい。

施設職員が日々の生活に応じた丁寧な指導・助言を行い、その成果が生活場面にあらわれているケースがみられ、食事の量内容を制限するというだけのアプローチではなく、「何を食べたらいいか」「何を食べるとどうなるか」といった生活に馴染んでいく支援が必要ではないだろうか。

③社会参加活動の増数、地域のたまり場の確保

身体的側面の健康のみならず、心の健康についても重要性が示されており、いかに心理的側面のケアとその充実を図っていくかが課題となっている。そのためには、人と人とのつながりや社会とのつながりが実感できる機会が身近に存在するかどうかということであろう。具体的には、地域における居場所の確立、地域に根ざした活動の実施と参加である。小学校区・中学校区を軸とした社会参加活動の機会を増やしていくことや地域の公民館や町内会集会所などのコミュニティセンターや小・中学校の空き教室を利用した定期的な講座や催事が必要であると考えられる。

「周りの親、職員が場面、チャンスを提供しないとだめだ。先天的、障害が重いと危ないという。冒険する、挑戦する機会を与える、それが支援。ある程度の年齢で挑戦する、それが施設の役割。」という語りから、障害者自身が地域に出て行く機会を家族・支援者がいかに充実できるか、そして効果的に支援に取り組んでいくかが鍵を握っている。障害者自身が参加するという意思をもち、自らが参加する活動を選択し、自己表現をする場づくりを提供できるかが、心の健康の増進の一助となると考える。

④地域のキーパーソン育成と発掘、ソーシャルサポート・ソーシャルネットワークの確立

講座を実施するためには人材の確保が必要であり、施設職員だけではなく、地域のサポーターの育成が必要である。また講座を進行するボランティアは存在しているが、講座の企画・運営を担う人材の不足が否めない。行政からの支援が縮小されつつある現在、インフォーマルなサービス供給源を確立し、社会的なつながりを太く強くすることが望まれる。しかし、自然発生的にネットワークが構築されることは期待できうるわけもなく、意図的に人材を育成する仕組みが求められている。地域に潜

在している地域力の掘り起しをすることが大切であり、地域のネットワークを重層化し、地域福祉の向上を図るべきである。

「先の見通しが立たないことが一番。」親の会活動主催者のこの言葉から、障害のある子をもつ母親が地域で孤立し、不安感を抱きながら生活をしている姿が容易に想像できる。子どもの健康増進を図る上では、幼少期から一生涯を視野に入れた一貫的・重層的なサポートが必要となる。そのためには、健康増進に関するサポートのあり方としては、関連する情報の集約と加工、発信を行うキーパーソンが必要であり、利用者が簡単に情報を入手し、関連機関・施設と簡単にアクセスできるシステムづくりが急務の課題である。

3) 健康増進支援の具体的方策

健康増進サービス提供側としての直接支援者や担当行政機関からの聞き取り調査から、これまで述べてきたような健康増進ニーズのとらえ方と支援のあり方が示された。

はじめに述べたように今後のニーズ側(サービス利用者、地域住民)の調査結果と合わせた分析が必要であるが、この時点での健康増進サービスの具体的方策を簡単にまとめておきたい。

(1) 健康増進サービスに関する情報の集約、提供

活動の内容、場所、人材、移動手段など情報提供のフォーマットを検討し、広く多くの情報の集約。また、できれば個のニーズに応じた情報の加工とパッケージングを含む情報の提供。

(2) 関係機関、施設のコーディネート

情報に関するもののみならず、活動やプログラムの増進の支援や人材育成、地域住民や当事者の参加を促進するために地域、施設、機関のコーディネートをおこなう。

(3) 健康増進サービスの「拠点」づくり

上記のような機能をシステムとして提供していくための拠点が必要である。

(2) ニーズ側調査「障害のある人の健康増進と社会参加に関する実態調査」^{*2、*4}

(2-1) 結果

1) 対象者について

調査票は456部配布し、245部(回収率53.7%)の回答を得た。回答者の性別は、男性が63.7%(156名)、女性が33.9%(83名)だった。回答者の年齢については、～19歳が3名、20～29歳が49名、30～39歳が68名、40～49歳が37名、50～59歳が36名、60～69歳が26名、70～79歳が18名、80歳以上が1名、無回答が7名であった。

回答者の就業状況については、就労支援事業を利用している人が最も多く31.8%(78名)、次いで自立訓練や生活介護などを利用している人が27.8%(68名)、パートやアルバイトに従事している人が5.7%(14名)、フルタイムで従事している人が4.1%(10名)、入所施設5.7%(14名)、無職・退職2.9%(7名)、その他1.2%(3名)という結果となった。

通勤や通所の際の交通手段については、「公共交通機関」が91名、「徒歩または自転車」が43名、「自家用車を使って家族が送迎している」が30名、「事業所の送迎利用」が26名、「自家用車を使って自分が運転している」が16名という結果となった。

障害種別については、「知的障害」が38.8%(95名)、「身体障害」が24.9%(61名)、「精神障害」が17.6%(43名)、次いで「発達障害」1.6%(4名)、「高次脳機能障害」0.8%(8名)、「難病」0.4%(1名)、「その他」10.6%(26名)だった。

2) 障害のある人の健康増進、社会参加に対する意識

健康増進について、「考えたことがある」と答えた人は 53.5%(131 名)と最も多く、「少し考えたことがある」22.0%(54 名)と回答した人を合わせると、健康増進に関する意識がある人が 70%以上の結果となった。

「社会参加」について、「考えたことがある」と答えた人が 44.9%(110 名)と最も多く、「少し考えたことがある」29.4%(72 名)と回答した人を合わせると、社会参加に関する意識がある人が 70%以上の結果となった。

3) 自宅における健康増進活動の実態

自宅で（専門の指導員や施設などなしに）健康増進に関わる活動をしてみたいと思うかという質問に対して、自宅で健康増進に関わる「活動をしたいと思う」と回答した人が 54.3%(133 名)で、約半数の人が希望している結果となった。「活動をしたくない」が 41.6%(102 名)だった。

自宅で具体的にどのような活動がしたいか尋ねたところ（複数選択可）、回答の多い順にストレッチ 59 名、体操 42 名、筋力トレーニング 42 名、健康診断 42 名、身体に関する定期的な自己管理 42 名、健康に関する情報をテレビ・ラジオから入手する 37 名、体力測定 22 名、テレビやラジオ・インターネットなどを介した運動の実施 17 名、健康に関する情報をインターネットから入手する 15 名、その他 8 名の結果となった。

4) 健康増進活動・社会参加活動の機会の有無

日常生活における健康増進活動の機会の有無について尋ねてところ、「はい」と回答した人が 62.4%(153 名)、「いいえ」と回答した人が 35.5%(87 名)の結果となった。日常的に健康増進に関わる活動を行っている人が多い傾向が伺える。

Table 健康増進活動の機会の有無

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
はい	153	62.4	62.4	62.4
いいえ	87	35.5	35.5	98.0
未記入	5	2.0	2.0	100.0
合計	245	100.0	100.0	

Table 社会参加活動の機会の有無

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
はい	132	53.9	53.9	53.9
いいえ	107	43.7	43.7	97.6
未記入	6	2.4	2.4	100.0
合計	245	100.0	100.0	

健康増進活動の機会があるかとの問いに対し、「いいえ」と回答した人のうち、その理由については、「どのような活動があるのか分からない」25 名、「現在その意思がない」14 名、「体力的に不安がある」13 名、「続ける自信がない」12 名、「連れていってくれる人がいない」9 名、「時間がない」6 名、「金銭的余裕がない」5 名、「移動手段がない」4 名、「その他」51 名という結果となった。

日常生活における社会参加の活動をする機会の有無について尋ねたところ、「はい」と回答した人が 53.9%(132 名)、「いいえ」と回答した人が 43.7%(107 名)の結果となった。約半数の人が社会参加の機会があると回答した一方で、社会参加する機会の無いと回答した人が約 40%いる結果となった。

社会参加活動の機会があるかとの問いに対し、「いいえ」と回答した人のうち、その理由について

は、「どのような活動があるのかわからない」38名、「体力的に不安がある」17名、「現在その意思がない」16名、「時間がない」9名、「続ける自信がない」8名、「金銭的余裕がない」6名、「移動手段がない」5名、「その他」66名という結果となった。

5) 健康増進活動・社会参加活動への希望と取り組みたい具体的活動内容

健康増進のための活動を「やってみたい」と回答した人は78.0%(191名)、「やってみたくない」と回答した人が15.5%(38名)という結果となった。健康増進活動への意識は高いと考えられる。

Table. 健康増進活動参加意思

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
やってみたい	191	78.0	83.4	83.4
やってみたくない	38	15.5	16.6	100.0
未記入	16	6.5	100.0	
合計	245	100.0		

健康増進についてどのような内容を活動してみたいか尋ねたところ、回答の多い順に、「陸上や水泳、球技などのスポーツ教室」44名、「障害のある人で構成されているスポーツクラブの活動」42名、「健康について専門的な指導や講義を受ける教室」40名、「障害者団体が企画したもの」40名、「毎日イキイキと過ごす事」40名、「食事などに関する栄養相談」37名、「からだの健康について相談をする機会」36名、「趣味活動」36名、「自分自身の健康状態の相談・診断」35名、「ダンスやレクリエーション教室」34名、「自分自身の体力測定・スポーツテスト」27名、「悩み事を相談すること」17名、「その他」8名という結果となった。

社会参加に関する活動を「やってみたい」と回答した人は74.3%(182名)、「やってみたくない」と回答した人が18.8%(46名)という結果となった。社会参加活動への意識は高いと考えられる。

社会参加についてどのような内容を活動してみたいか尋ねたところ、回答の多い順に、「旅行・キャンプ・つり等の活動」41名、「音楽」38名、「スポーツ」36名、「レクリエーション」36名、「趣味のサークルなど」35名、「当事者団体・当事者グループの活動」32名、「ボランティア等の社会活動」29名、「お祭りなど地域のイベント」25名、「文化・芸術活動」18名、「生涯学習活動」18名、「自治会・町内会の活動」18名、「その他」7名という結果となった。

6) 健康増進や社会参加活動の変化の実態

障害者自立支援制度施行(平成18年4月)後に、健康増進や社会参加に関わる活動の変化の有無について尋ねたところ、変化が「ある」と回答した人が25.3%(62名)、変化が「ない」と回答した人が67.3%(165名)という結果となり、変化を感じていない人が多い傾向となった。

健康増進や社会参加に関わる活動が増えたその理由としては、「活動を支援してくれる人が増えたため」30名、「活動する機会が増えたため」23名、「新たに始まったプログラムがあるため」3名、「一緒に参加する人ができたため」24名、「その他」2名という結果となった。健康増進や社会参加に関わる活動は減ったその理由としては、「活動を支援してくれる人が減ったため」8名、「活動する機会自体が減ったため」8名、「新たなプログラムがないため」5名、「一緒に参加する人がいないため」10名、「その他」4名という結果となった。

7) 健康増進や社会参加活動のために必要な資源

健康増進や社会参加活動のために必要な資源について尋ねたところ(複数選択可)、回答の多い順に、「人手(支援者)」122名、「施設」108名、「自分自身(体力ややる気)」100名、「健康増進や社会参

加に関わる支援の専門職」84名、「ボランティア」78名、「情報」75名、「家族の協力」62名、「メニュー(行事)」39名、「その他」5名という結果となった。

Table 健康増進や社会参加活動に必要な資源

	度数	パーセント
人手、支援者	122	49.8
施設	108	44.1
自分自身の体力ややる気	100	40.8
健康増進や社会参加に関 わる支援の専門職	84	34.3
ボランティア	78	31.8
情報	75	30.6
家族の協力	62	25.3
メニュー、行事	39	15.9

8) 健康増進・社会参加活動に関する情報取得の現状と情報内容に関するニーズ

健康増進に関わる活動の内容や実施場所等の情報は得られているか尋ねたところ、「十分得られている」と回答した人が24.5%(60名)、「得られているが不十分」と回答した人が44.9%(110名)、「得られていない」と回答した人が26.5%(65名)という結果となった。

Table 健康増進活動情報の取得状況

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
十分得られている	60	24.5	25.5	25.5
得られているが不十分	110	44.9	46.8	72.3
得られていない	65	26.5	27.7	100.0
未記入	10	4.1	100.0	
合計	245	100.0		

社会参加に関わる活動の内容や実施場所等の情報は得られているか尋ねたところ、「十分得られている」と回答した人が22.0%(54名)、「得られているが不十分」と回答した人が43.7%(107名)、「得られていない」と回答した人が28.2%(69名)という結果となった。

Table 社会参加活動情報の取得状況

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
十分得られている	54	22.0	23.5	23.5
得られているが不十分	107	43.7	46.5	70.0
得られていない	69	28.2	30.0	100.0
未記入	15	6.1	100.0	
合計	245	100.0		

「十分得られている」「得られているが不十分」と回答した人に、現在得られている健康増進や社会参加に関わる活動の情報の内容について尋ねたところ、「教室やプログラム・行事の案内や申し込みの方法」112名、「教室やプログラムの具体的な内容」69名、「移動手段の確保」36名、「コミュニケーション支援の確保」34名、「個別の支援計画」27名、「その他」8名という結果となった。

健康増進や社会参加に関わる支援の情報取得方法について尋ねたところ、「市政だよりによる広報やインターネット検索などのような行政からの発信」38.0%(93名)、「相談支援事業所など身近な相談機関に行って相談すること」35.5%(87名)、「その他」7.9%(22名)という結果となった。

Table 情報収集方法の希望

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
市政だよりなどの広報や行政からの情報発信	93	38.0	46.0	46.0
相談支援事業所相談機関への相談	87	35.5	43.1	89.1
その他	22	7.9	7.9	97.0
未記入	43	17.6	3.0	100.0
合計	245	100.0	100.0	

健康増進や社会参加に関わる具体的にどのような情報が欲しいか尋ねたところ、自由記述内容として、「具体的内容」12名、「情報提供」8名、「社会参加の機会」6名、「就労」5名、「一人で参加することの可否」3名、「移動手段」5名、「バリアフリー」4名、「場所」4名、「趣味・サークル」4名、「スポーツ・運動」4名、「相談件数」3名、「支援者」3名、「健康相談」2名、「当事者の集まり」2名、「利用方法」2名、「健康管理」2名、「その他」13名という結果となった。

(2-2) 考察

本調査結果と併せ、(1) 施設管理者および行政担当者のヒアリング内容と比較検討し、障害のある人自身の健康増進と社会参加に関する意識やニーズの内容について考察する。

1) 障害のある人の健康増進、社会参加に対する意識

本調査の結果、健康増進および社会参加について、「考えたことがある」・「少し考えたことがある」と回答した人が70%以上となり、障害のある人の日常生活において健康増進や社会参加は関心の高いテーマ、日常生活におけるニーズであることが推察される。平成21年度に実施した施設管理者に対するヒアリング結果では、「健康、どの障害でも身体があちこち痛いぐらいの認識しかないのではないかと障害のある方があまり関心を示していない、「健康は不安に思っている」と関心を示していると双方の見解があった。本調査の結果、障害のある人の多くが健康増進に関心を示しており、支援者側にとって利用者自身の健康増進に関するニーズについては潜在的なニーズであると推察することができた。日常の生活の中で、健康増進という視点が埋没してしまうことがあるが、障害のある人が自身の健康、健康活動や健康管理に対して意識、関心が高いことが明らかとなった。また社会参加については、地域社会との接点や他者との交流等を望む意識があることが明らかとなった。

2) 健康増進・社会参加に関する活動支援の現状

現在、健康増進活動の機会がある方は60%以上という結果から、日常生活において何らかの健康増進活動を実施、参加している様子をうかがうことができた。社会参加の機会については、50%以上の人が機会があると回答しているものの、約40%の人が社会参加する機会がないと回答しており、その機会をいかに提供していくかという課題が改めて浮き彫りになった。社会参加の機会が無いと回答した人は「どのような活動があるのか分からない」と回答している人も多く、障害のある人への情報提供・情報発信という点において、現在の支援体制では不十分であると感じていると考えられる。

さらに、健康増進や社会参加の活動に参加するために必要な資源について検討してみると、「自身の体力ややる気」が必要であると回答した人が100名おり、疾病や障害の程度、日々の身体状況のため活動に制限があることが窺える。活動支援の方策としては、自宅に近く、短時間で通える場所で、健康増進活動や社会参加活動を行うことが選択肢の一つとしてあることが望ましいと考える。また、障害のある人が身体状況に不安を抱えている場合も想定され、看護師や保健師などの専門職や活動を支援する者のいる環境の中で安心した精神状態でリラックスして活動することが本人にとっても負担が小さくなると思われる。また、健康増進活動や社会参加活動に参加する予定であっても、疾病や身体状況により急遽活動に参加ができない、参加が難しいといった場合には、その後のアフターフォローやサポート対応などの配慮が欠かせないと考える。

平成21年度の調査結果には、「居住地域住民との交流機会が非常に少ない」といった声が聞かれたことから、今後は自分の住んでいる小学校区や中学校区での健康増進や社会参加の活動の充実が望まれていると考えられた。また住み慣れた環境下に、健康増進活動や社会参加活動に取り組むことによって、地域住民との関係性や信頼関係が構築されるという点については、障害のある人にとっても安心、リラックスした精神状態を確保出来得ることであると言える。そういった観点からも障害のある人の生活拠点である自宅等を軸とした、健康増進活動や社会参加活動の機会が望まれていると考える。加えて、参加のために必要な資源として「施設」と回答した人も多くいることから、地域において住民が利用しやすい、低料金施設の充足が健康増進や社会参加活動の促進につながっていくと考える。

3) 健康増進活動・社会参加活動に関するニーズと具体的内容

健康増進、社会参加について、参加意思を示す人が多い結果となり、回答者の70%を超える割合で参加の意思を持っていることが分かった。具体的には、健康増進に関するニーズとしては、ニーズの幅が大変広く多様であることが明らかとなった。自宅における活動については、身体を動かす方法・メニューや健康の自己管理に関するニーズが多い傾向がみられた。一方では、自宅での活動を望まない方も40%以上おり、自宅で一人で取り組む活動ではなく、他者と関わりながら活動したいという意向が見受けられた。また、地域における活動については、健康増進では他者と関わりながらスポーツ教室やレクリエーション活動に取り組みたい、健康に関する専門職への相談といったニーズ、そういったニーズを充足しながら、毎日いきいきと生活したいという傾向がみられた。社会参加については、スポーツ・レクリエーション、音楽活動、アウトドア活動に関するニーズが多い傾向がみられた。健康増進、社会参加活動のニーズに共通している点は、まさに他者と関わりながら楽しみ、自分自身が「参加する」といった視点が求められていることが窺える。つまり障害のある人が健康増進のみを目的としているのではなく、他者との交流や社会との接点などを求めているとも言えるだろう。

しかし、活動の参加にあたっては、「人手(支援者)」、「健康増進や社会参加に関わる支援の専門職」、「ボランティア」等といった障害のある人の活動を支援する人材の不足状況が見受けられる。健康増進や社会参加の活動をサポートする人材をどのように確保し、どのように育成するか、そして地域にどのように根付かせていくかという点では、社会関係資本(ソーシャル・キャピタル)の構築、発展、そしてその利活用という視点について今後は検討していくことが重要であると考えられる。

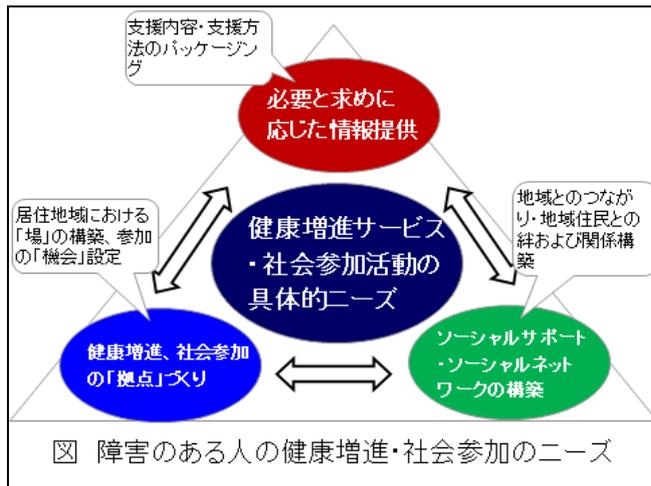
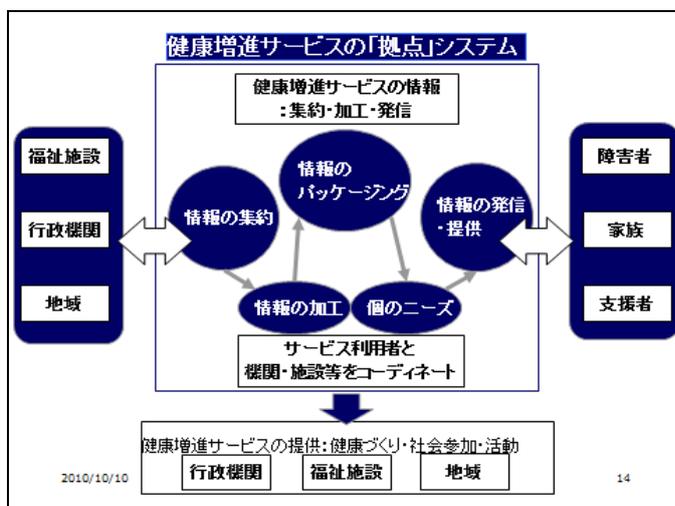


図 障害のある人の健康増進・社会参加のニーズ

4) 健康増進・社会参加活動に関する情報取得の現状と情報内容に関するニーズ

現在、障害のある人は、70%以上の方は健康増進や社会参加に関する情報を得ている結果となった。しかし、一方では「得られているが不十分」「得られていない」と回答した人を合計すると70%以上になることから、現在取得している情報の内容には不満や不足を感じている人がいるという側面が窺える。現在得ている情報の内容を具体的にみていくと、「教室プログラムや行事案内、申し込み方法」に関する内容が最も多い結果となったことから、日常的に行われている健康増進、社会参加活動がいつ、どこで実施され、どの機関が窓口になっている等についての情報は取得している状況である。しかしながら、「教室やプログラムの具体的内容」の情報については取得できていない状況が見受けられ、障害のある人がどのような活動をするのか、自分自身にとって何ができるのかについてイメージしにくいといった情報内容であることが推察される。また、健康増進活動、社会参加活動の際には、「移動手段(移動支援)」や「コミュニケーション支援」、「個別支援計画」といった情報については、ほとんど取得できていない状況にある。今後、障害のある人が参加するためには、健康増進活動および社会参加活動の具体的内容と併せ、移動支援・コミュニケーション支援に関する情報をパッケージングして周知することによって、障害のある人の参加希望を充足することになると考える。一人ひとりの障害や疾病の状況には違いがあることなども踏まえると、できる限り個のニーズに応じた情報発信をする必要があると考える。



5) 今後の支援の具体的方策について

障害のある人を対象にしたアンケート調査からは、これまで述べてきたような健康増進と社会参加

に関する意識とニーズの具体的内容が示された。平成 21 年度に実施した聞き取り調査結果と検討すると、今後の健康増進サービスおよび社会参加の具体的方策への提言として以下の 3 点の機能が必要とされる。

①健康増進サービスに関する情報の集約、提供する機能

活動内容、場所、人材、移動手段など情報提供のフォーマットを検討し、広く多くの情報を集約。個のニーズに応じた情報の加工とパッケージングを含む情報の提供を行う。

②関係機関、施設のコーディネートする機能

活動やプログラムの増進の支援や人材養成、地域住民や当事者の参加を促進するために地域、施設、機関のコーディネートを行う。

③健康増進サービスの「拠点」

このような機能をシステムとして提供していくためには「拠点」が必要となる。

これらの機能をもたせた障害がある方の健康増進、社会参加活動支援サービスの「拠点」システムを、健康増進に関する情報の一元化と健康増進相談のワンストップサービスのシステムとらえ、以下の機能を持たせたシステムの構築を提言する。

- ・行政 機関が、健康増進サービスに関する情報を集約・加工し、障害者およびその家族のニーズに応じたパッケージングを行い、情報を発信・提供を行う。
- ・相談対応（情報提供、紹介、連絡調整、連携等）等のコーディネート機能を併せ持つ拠点としての役割を担う。

(3) 運営職員調査「福祉避難所についての実態調査」

福祉避難所の運営に取り組んだ 3 つの障害者福祉センターについて聞き取り調査を行い、以下のよう整理した。3 福祉避難所は同一法人に属し、互いに連絡をとりながら取り組んだ。環境条件の違いから医療的ケアの必要な人の受け入れについては違いがみられたが、共通の取り組みがみられたので、とくに区別せずに整理した。

1) 福祉避難所の運営など

震災前に予め福祉避難所の指定を受けた時の行政との契約では、場所の提供であり、介助を要しない障害者を受け入れることであった。スタッフは行政が派遣するということがあった。しかし、実際はほとんど介助を要する人ばかりで、しかも市からの十分なスタッフの派遣のないまま支援するマンパワー不足の中、ライフラインが大きく破綻している状況下に、諸団体の応援をもとに、取り組んだ。

福祉避難所に関する周知は行われていなかった。福祉避難所は二次避難所として位置づけられ、原則として一般避難所を巡回した保健師等の判断と紹介によって利用された。バリアフリーは進んでいたが、生活施設ではないので、ベッドなどの確保には困難があった。しかし、通所事業を行っていた利点を生かし、バイタルチェックや日中活動の支援を行うことができた。日中の活動では、くつろぎの空間、簡単なゲームや運動など、普段の事業で取り組んでいた内容を生かすことができた。

2) 支援にあたって注意したこと並びに避難生活について

様々な障害のある人や高齢者が福祉避難所を利用した。寝たきりに近い人、発作を起こす危険性のある人、医療的なケアが必要な人、認知症の人、パニックになる人もいたが、一人ひとりの状況に応じて個別リストや表を作り、注意点などについて毎日把握し、意識的に対応した。初対面の人たちだったが、職員が話を聞きながら情報を収集し、どこまで介入していいのか、あまり過剰な支援にならないように気をつけて、適切な距離感を保ちながらかわりをもった。夜間など、「自宅に帰りたい。」

「何故帰れないの？」という人もいたが、静かな夜を送ることができるよう配慮した。

精神障害の方が、にぎやかな知的障害の方を気にしていたくらいで、そのほかには人間関係での問題はなかった。大声を出した場合などはロビーと一緒にいき、現状の説明をし、不安を取り除いたりして対応した。マンパワー不足のため、なるべく部屋数を増やさないようにしたが、同室が難しい場合には別室で支援した。必要なのはマンパワーの確保であった。また、職員は適切なローテーションを組んで、疲労やストレスが蓄積しないようにした。

日中、通所事業に通う人もいた。原則、自由に外出できるようにした。外出時には職員に声をかけていただくようにしていたが、無断で外出したり、夜遅くまで帰ってこなかったりする人もいた。

3) 食事、トイレ、入浴、睡眠について

支援物質に助けられたが、配給されるアルファ米などは硬くて咀嚼しにくく、飲み込みも難しいので高齢者や嚥下に障害のある人にとっては食べにくいし、パサツキがあったりするのでむせたり、誤嚥しやすいという心配があった。そこで、カセットコンロなどを使って、再調理し、形状を変えて食べやすくした。また、食材も単調なので、毎日食べることはつらいようだった。同じメニューにならないように、食事内容についても職員間で引き継ぎ、工夫を加えた。栄養の偏りによる体調不良が危惧されたので、食材確保に努力した。次第に店もオープンされるようになってきたが、長蛇の列ができ食材購入は大変だった。

トイレ介助に手のかかる方もいたり、頻繁にトイレに行く高齢者の方もいたりしたが、細やかに対応した。お風呂が使えるまでにはかなりの期間をまたなければならなかったが、シャワー用の椅子に座ってもらい、お湯をかけて身体を洗うようにした。

周辺からベッドを借りてきて対応した福祉避難所もあった。ベッドを使わなくて済む人は低床でマットを敷いて寝ていただいた。また、福祉避難所に来る方にベッドがないけれども大丈夫か確認してから来ていただいたので、混乱は少なかったという福祉避難所もあった。通所事業所なので生活機能がないため、不便なことが多かった。

4) 健康維持・医療

毎日の健康管理が大変だった。寒かったので体調を崩したり、エコノミークラス症候群に陥ったりする危険性も懸念された。感染症の予防のため換気などに気を配った。断水により、手洗い水が無くなったので、消毒液やうがい薬を活用したり、備蓄のマスクで感染症防止に取り組んだりした。

夜中に勝手に薬を飲む人がいたので、服薬管理が大変だった。必要な時間になったら服薬するような支援が必要になった。どんな薬を服用していたか、どこの病院に通っていたかなど医療的な側面の情報が極端に少なかった。

在宅酸素を利用する方が退院後来たが、管理が難しかった。体調が安定しなかったり、感染症の心配もあったので、ケアマネに相談し、退院した病院に連絡を取ったが、病院側から断られたケースもあった。その他にも入院が必要だったが、病院がいつばいで入院できなかったケースもあった。

在宅酸素を利用している人や医療的ケアの必要な人がいて、吸引や体調の管理に苦労した福祉避難所もあった。一方、医療的ケアの必要な人を受け入れることができなかった福祉避難所もあった。福祉避難所の立地条件や周囲の環境も左右した。たまたま、隣が病院だったこともあり、診ていただいて対応できた福祉避難所もあった。近くのお医者さんに来て頂いたり、受け入れもできると言われて安心した福祉避難所もあった。特定の医師とのかかわりを持てなかった福祉避難所もあった。病院との連携の重要性が実感された。

大きなトラブルは無かったが、認知症のある人の徘徊等に対応するのが大変だった。

しばらくの間、都市ガスの復旧が遅れたため、空調が使えず寒かった。灯油が入ってきてからストーブで暖をとることができたが、在宅酸素の人は火気厳禁だからストーブから離さざるをえなかった。

5) 福祉避難所退所後の生活への準備

福祉避難所内の支援だけでなく、福祉避難所を出た後のことに配慮して支援に取り組んだ。避難所生活の中で車いすを使用するようになった人に、歩行訓練を行ったり、トイレなどに行くときにも付き添ったりして、以前のように杖歩行で生活できるように取り組んだ。寝たきり気味の人にもリハビリ対応を行った。知的障害のある人は通所事業やグループホームに戻れるように、精神障害の人は本人たちのやれる範囲で生活に取り組むように配慮した。自立するためには大切なことである。

同一法人内の3つの福祉避難所での調査結果を上記に整理した。このうち2つの福祉避難所は3月末で運営を終了し、4月中は比較的ライフラインが回復した福祉避難所に集約した。そのときには、県外の事業所などの人的応援を得て取り組むことができた。

さらに、研究代表者は3月30日から12月初旬までに宮城県内の障害のある被災者支援のために開設された日本障害フォーラム（JDF）みやぎ支援センターの代表を務めた。同支援センターは約1週間単位で交替する県外から参集したボランティア支援員の引継ぎによって毎日40名前後の支援員が被災地で活動を展開した。支援員の報告によると一般避難所で出会う障害者の数は予想をはるかに下回った。障害があると様々な理由から避難所を自主退去して被災している自宅に戻ったり、親戚宅等を転々としたりせざるを得なかった。障害理解が不足しているために、他の避難者との関係性が悪化したり、障害者自身が過度に遠慮してしまったのである。

時間の経過とともに被災生活は大きく変化し、震災発生後1年が過ぎた現在、応急仮設住宅での生活が営まれている。応急仮設住宅にはプレハブ仮設住宅と借り上げ民間賃貸住宅（みなし仮設）がある。プレハブ仮設住宅はバリアフリーが十分ではないうえに、通院・通所、買い物に不便なため、障害があったり、疾病があったりする場合にはみなし仮設を利用している人が多い。宮城県内では応急仮設住宅約5万戸のうち、プレハブ仮設とみなし仮設はほぼ半数ずつである。そのうちの約1万戸の応急仮設住宅が仙台市内にあるが、みなし仮設の割合が圧倒的に大きく、約8割を占めている。

応急仮設住宅、とくにみなし仮設を利用している人々は、周りに知り合いができず、社会とのつながりを失う危険性が高い。やがて、被災者間の格差、孤立の危険性はさらに大きくなり、障害者や高齢者が取り残されてしまう心配がある。孤立しないように見守り、つながるシステムを構築することが必須であるが、そのとき、健康維持に留意するとともに、ソーシャルキャピタル(社会関係資本)の再構築を図る必要がある。そのとき、今回得られた成果が大きく役立つと考えられる。

5. 優れた成果があがった点

上記のように、本研究が障害者の健康に関する取り組みに関する関係者の問題意識を喚起することにつながった。そして、ヒアリング調査やアンケート調査の協力者がその後、原則月に1回ではあるが、定期的に参集するようになり、「障害者の健康に関する研究会」が定例化した。このように関係者・関係機関間に障害者の健康維持支援に関する横断的な連携が生じ、今回の研究成果をもとにした政策提言が仙台市における障害者の健康増進事業に反映する可能性が大きくなってきている。

6. 研究成果の副次的効果

本プロジェクトによる障害者の健康の維持増進、リテラシー向上に関する調査への取り組みを通じ

て、関係者に問題意識を喚起することになり、両調査への協力者が参集し、横断的連携からなる「障害者の健康に関する研究会」が発足して定例化し、上記の課題解決に向けた提言をまとめるまでに至ったことは大きな成果であり前進であると考えられる。

7. 研究遂行上の問題点

平成23年3月11日に発生した東日本大震災は、とくに障害者の避難生活における健康維持の困難性を実証することになった。そこで、福祉避難所の運営に関する聞き取りを行い、健康の維持という視点から福祉避難所のあり方について検討した。

さらに、社会参加の場、すなわち、ソーシャルキャピタル（社会関係資本）が大幅に被害を受けている現状を踏まえた検討が強く求められる。震災によって、参加活動する場、人と人とのつながり、支え合いの重要性が強く認識されるとともに、それらと障害者の「元気な生活」、「ポジティブ・ヘルス」、「ヘルス・リテラシー」の関係性を強く意識した研究の必要性が強く認識された。新たに生じ、新たに強く認識されたこれらの大きな課題について今後とも取り組んで生きたい。今後長く続く復興の道のりの中で検討の充実が求められる。

8. 評価体制

2. 研究の実施体制でも記したが、本プロジェクトによる研究の進行に伴い、障害当事者団体、サービス提供側、行政職員などからなる「障害者の健康に関する研究会」が発足して定例化してきたので、多角的、重層的な評価を行いながら、研究に取り組むことができた。

9. 今後の展望

今回の研究の結果として「具体的方策への提言」として整理できた事柄については、行政への提言を含めた社会への提言を行い、実践に向けた取り組みを進行させたい。

また、東日本大震災の発生に伴って、障害のある人の健康増進や社会参加に関する取り組みは負の大きな影響を受けたことは否めないが、その再構築を図るために、今回得られた成果が大きな役割を担うと期待される。

震災発生後に生じた諸問題に関して、今回は十分な検討を行うことができなかったが、復興という長い道のりの中で取り組むべき多くの重要な課題を見出すことができた。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
有	千葉伸彦、阿部利江、三浦剛、富樫亜紀子、阿部一彦	「障がいのある人の健康増進と社会参加に関するニーズ」	感性福祉研究所年報 第12号	2011	55-68
有	千葉伸彦、富樫亜紀子、三浦剛、阿部一彦	「障がいのある人の健康と社会参加」	感性福祉研究所年報 第11号	2010	35-49

<学会発表>

*	発表者名	発表標題	学会名	発行年月	開催地
	千葉伸彦、三浦剛、阿部利江、阿部一彦	「障害のある人の健康増進と社会参加に関するニーズ—A県B市におけるアンケート調査結果から—」	第 59 回日本社会福祉学会	2011 年 10 月	淑徳大学 (千葉)
	千葉伸彦、三浦剛、富樫亜紀子、阿部一彦	「障害のある人の健康増進支援のあり方に関する研究—福祉施設管理者および行政機関に対する聞き取り調査結果—」	第 58 回日本社会福祉学会	2010 年 10 月	日本福祉大学 (愛知)

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成 21 年度】

8 月 1 日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 1 回全体会議

・阿部一彦「障害者の健康観調査項目について」

3 月 6 日(土)～7 日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第 2 回全体会議

・阿部一彦、光永輝彦、根岸直樹、佐藤俊人、三浦剛、大城大造、青木一則、保坂遊、西田清子、千葉伸彦、富樫亜紀子、斎藤昌宏、工藤洋子、矢吹知之、佐藤泰伸、小崎浩信「障害者における「健康観」に関する意識調査について」

11. その他の研究成果等

1.阿部一彦「東日本大震災と障害当事者団体」ノーマライゼーション障害者の福祉 7 月号、pp32～33、2011

2.阿部一彦「障害当事者団体の支援活動の中から総合リハビリテーションのあり方を考える」リハビリテーション研究 149 号、pp4～8、2011

12. 参考文献

*1 千葉伸彦、富樫亜紀子、三浦剛、阿部一彦「障がいのある人の健康と社会参加」感性福祉研究所年報第 11 号、pp35～49、2010.

*2 千葉伸彦、阿部利江、三浦剛、富樫亜紀子、阿部一彦「障がいのある人の健康増進と社会参加に関するニーズ」感性福祉研究所年報第 12 号、pp55～68、2011.

*3 千葉伸彦、三浦剛、富樫亜紀子、阿部一彦「障害のある人の健康増進支援のあり方に関する研究—福祉施設管理者および行政機関に対する聞き取り調査結果—」、第 58 回日本社会福祉学会、2010 年 10 月.

*4 千葉伸彦、三浦剛、阿部利江、阿部一彦「障害のある人の健康増進と社会参加に関するニーズ—A 県

B市におけるアンケート調査結果からー」、第59回日本社会福祉学会、2011年10月。

山本 研究班

「大学生のヘルス・リテラシー向上法の創案」

研究テーマ：大学生のヘルス・リテラシー向上法の創案

研究チームリーダー：山本光璋

共同研究者：皆川州正、園田洋一、杉元是明、山口政人、河村孝幸、水野康、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、諏訪雅貴、鈴木道子

研究協力者：福富哲也、庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、金義信、本田秋子、赤松千鶴、大泉雅史、稲瀬正彦、滝沢武、白川修一郎、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹、石出信正、尾股健、山口行治

山本研究班

テーマ「大学生のヘルス・リテラシー向上法の創案」

◎山本光璋、皆川州正、園田洋一、杉元是明、山口政人、河村孝幸、水野康、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、諏訪雅貴、鈴木道子、福富哲也、庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、金義信、本田秋子、赤松千鶴、大泉雅史、稲瀬正彦、滝沢武、白川修一郎、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹、石出信正、尾股健、山口行治

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

目的: 本研究は、「ポジティブ・ヘルス」の視点に立った、ヘルス・リテラシー向上法の開発を目的としている。その背景には、健康問題が社会のあらゆる領域に浸透し、人々は、ますます、自らの健康についてモニターし、維持するよう促されているが、今日の健康問題へのアプローチは「ネガティブ・ヘルス」の概念に基づく「守り型」に偏りすぎているという時代認識がある。本研究は、「健康」という用語によって表現される人々の幸せは、負の状態が解消されることで完結的に達成されるものではなく、より積極的に「生きること」の質の向上が基本にならなければならないという理念に立って、哲学(各人の存在の尊重)、目的(自己実現の機会の確保と拡大)、知識や技能(経験的実効性)を基盤とする、健康の維持・増進法の基本的要素となるヘルス・リテラシーの向上法の開発をはかろうとするものである。

また、それぞれ異なる諸条件と人生課題をもつ集団をターゲットとする、よりテイラー・メイドなヘルス・リテラシー向上法のバージョンを開発する必要がある。

本研究では、大学生を対象集団として研究を行う。すなわち、学生の「健康観」の実相を諸調査を通じて明らかにし、「ポジティブ・ヘルス」の視点からのヘルス・リテラシー向上法の試案モデルを設計し、その実効性の検証を経て、学生対応のヘルス・リテラシー向上法を創案する。

意義: 大学生の健康観を明らかにし、大学生に対応したヘルス・リテラシー向上法を開発し、その実効性を検証するところに、本研究の意義がある。

そのために、以下の研究計画で行った。

平成21年度：

- (1) 学生の「健康観」に関する意識調査
- (2) 学生対応のヘルス・リテラシー向上法モデルの試案作成

大学生を対象にした健康観調査を行い、そのひずみの存在についての作業仮説の検証を行なった。また、それを踏まえ、大学生に対して行ってきたプロトタイプである SWC 元気点検票の再検討を行い、健康理解向上法モデルの試案を作成した。

平成22年度：

- (3) 学生のヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性の検証

大学生を対象にヘルス・リテラシー向上法モデルの介入前・介入後の比較による調査研究を行い、ヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性について検討した。

平成23年度：

- (4) 学生のヘルス・リテラシー向上法の創案

平成22年度の検討結果を踏まえ、ヘルス・リテラシー向上法モデルを改良した。そして、ヘルス・リテラシー向上法を含む「元気点検票教育プラン」を開発した。大学生を対象に「元気点検票教

育プラン」の実施前と実施後の比較による調査研究を行い、ヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性について検討した。

2. 研究の実施体制

〈研究遂行のためのチーム組織〉

研究チームリーダー：山本光璋

共同研究者：皆川州正、園田洋一、杉元是明、山口政人、河村孝幸、水野康、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、諏訪雅貴、鈴木道子

研究協力者：福富哲也、庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、金義信、本田秋子、赤松千鶴、大泉雅史、稲瀬正彦、滝沢武、白川修一郎、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹、石出信正、尾股健、山口行治

〈研究遂行に関わった機関、団体等〉

東北福祉大学、東北工業大学、尚絅学院大学、仙台白百合女子大学、宮城教育大学、帝京大学、近畿大学、筑波大学、桜美林大学、大阪大学、国利精神・神経医療センター、統計数理研究所、実行データサイエンス(株)、(株)ソニー・コンピュータサイエンス研究所

これらのうち、大学は学生に対するアンケート調査実施への主体的協力及び分析結果についての討論に参画、これに対し研究機関等は分析法の客観性の担保及び分析結果の解釈についての意見を大学のメンバーにフィードバックし、それぞれの機能と専門性の面で連携した。

〈各研究者の役割分担、連携状況、責任体制〉

- (1) 研究チームリーダーは、研究の全体を統括し、研究の進捗状況を確認する役割を担った。また、ヘルス・リテラシー向上法モデルの主たる開発と大学生への試行を担った。
- (2) 諏訪雅貴・滝沢武・鈴木道子・石出信正・尾股健・稲瀬正彦は大学生を対象とした「健康観に関する調査」を実施した。また、諏訪雅貴・滝沢武・鈴木道子は2度にわたる「大学生を対象としたヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性の検討に関する調査」を実施するとともに、この中、滝沢武と鈴木道子はポジティブ・ヘルスの視点に立って、ヘルス・リテラシー即ち健康に向けた知と技能の向上を図る手段について提言した。
- (3) 山本光璋・皆川州正・鈴木玲子・庭野賀津子・水野康・大内真弓・河村孝幸・福富哲也・大泉雅史・赤松千鶴・杉元是明・山口政人は、大学生を対象とした「健康観に関する調査」および2度の「ヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性の検討に関する調査」をデザインし、予備調査および東北福祉大学での調査、データの入力、結果の統計的な分析を担った。
- (4) 園田洋一、田中喜代次、前田忠彦、長田久雄、福富哲也、金義信、本田秋子、白川修一郎、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹を含む共同研究者と研究協力者は、「健康観に関する調査」および2度の「ヘルス・リテラシー向上法モデルの実効性の検討に関する調査」の結果の分析と考察について、助言等を行った。特に、田中喜代次は、最終の全体会議に出席して研究成果の取りまとめについて、また前田忠彦は統計的分析法の妥当性について、アドバイスをを行った。

3. 研究方法

大学生を対象とした調査は、本学以外では3大学で行われた。また、本学では、予備調査およびパイロットスタディ的な調査が行われた。以下では、本学以外での3大学での調査について報告する。

【調査I】

調査Iは、2009年11-12月に6大学の大学生を対象として講義時間を用いて実施した。有効回答数は332票（男性177名、女性155名；1年生172名、2年生52名、3年生7名、4年生100名）であった。

質問紙は、健康理解、健康の維持・増進の主要方策、健康の秘訣、健康向上行動に対する態度（以下、健康向上行動態度）、健康に関する知識・情報の取得（以下、健康情報の取得）、病気予防の健康情報に対する不安（以下、健康情報の不安）、過去・現在の病気やケガ、健康に関連する生活習慣、疾病行動、健診・健康向上行動、健康感、健康満足度、フェースシートに関する項目から構成された。

(1)健康理解 大学生を対象とした予備調査をもとに作成された48項目について（Aグループの報告書の研究方法参照）、4件法（そう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・そう思わない）で回答してもらった。

(2)健康の維持・増進の主要方策 健康理解に関する仮説に基づく4つの考えを提示し、6件法（非常に賛成・かなり賛成・やや賛成・やや反対・かなり反対・非常に反対）で回答してもらった。4つの考えは、「個人個人が医師や保健師などのアドバイスを受けて病気予防の努力をすべきだ」（病気予防・個人）、「個人個人が健康に良い生活習慣を身につけるべきだ」（生活習慣・個人）、「健康に良い生活習慣が身につくような施策を学校や職場や自治体などでもっと組織的に適用すべきだ」（生活習慣・社会）、「学校や職場や自治体などで病気予防の施策をもっと勧めるべきだ」（病気予防・社会）とした。

(3)健康の秘訣 健康的な生活習慣についての知識・経験則・一般常識などを踏まえたtfu元気点検票の健康向上行動（50項目）の8カテゴリー（食・息・眠・温・動・想・愛・環）のそれぞれから最低1項目抜粋の11項目（No.1、No.9、No.16、No.23、No.32、No.42、No.52、No.62、No.71、No.72、No.75）について、「…することは健康の秘訣といえる」という表現に変え、①と同様の4件法で回答してもらった。

(4)健康向上態度 健康の維持・増進に対する態度に関する28項目について（表1）、4件法（そう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・そう思わない）で回答してもらった。

(5)健康情報の取得 情報源として、①テレビの健康番組、②健康に関する雑誌や本、新聞やインターネットウェブページの健康欄・広告欄、③市町村が発行する広報誌、④学校や職場、⑤家族、⑥友人・知人、⑦医師・保健師・その他の医療従事者などをあげ、得ている程度を4件法（しばしば得ている・時々得ている・たまに得ている・得ていない）で回答してもらった。

(6)健康情報不安 病気予防の健康情報に接した時の不安について4件法（かなりある・まあある・あまりない・ほとんどない）で回答してもらった。

(7)過去・現在の病気 ①過去に治療した病気やケガ（風邪などのごく軽いものや日常的なものを除く）について4件法（重い病気ケガ・中程度の病気ケガ・軽い病気ケガ・ない）で回答してもらった。

②現在治療中の病気ケガについて同様の4件法で回答してもらった。

(8)疾病行動 ①病院に通院している程度について4件法（週に1回・月に2~3回・数ヶ月に1回・ほとんどない）で回答してもらった。②マッサージ・カイロプラクティック・鍼灸院・接骨院に通院している程度について同様の4件法で回答してもらった。③常服薬の種類について4件法（5種類以

上・3～4 種類・1～2 種類・ない) で回答してもらった。④健康維持や健康回復のためにサプリメントや栄養ドリンクを摂取している程度について4件法 (ほぼ毎日・週に1～3 日程度・一時的 (体調不良時など)・ない) で回答してもらった。

(9)健康に関連する生活習慣 ①運動の程度について4件法 (週に3 回以上・週に1～2 回・月に1～2 回程度・ほとんどない) で、②食事の栄養のバランスについて4件法で (かなりよい・まあよい・あまりよくない・ほとんどよくない) で、③平均的な起床時刻と就寝時刻について、④睡眠および⑤休養について4件法 (かなり十分・まあ十分・あまり十分でない・ほとんど十分でない) で、⑥毎日の生活の忙しさの程度について4件法 (かなり忙しい・まあ忙しい・あまり忙しくない・ほとんど忙しくない) で、⑦趣味や余暇活動の程度について4件法 (しばしば行う・時々行う・たまに行う・ほとんど行っていない) で、⑧学校や仕事での満足について4件法 (かなり満足・まあ満足・あまり満足していない・ほとんど満足していない) で回答してもらった。

(10)健診と健康向上行動 ①健診 (健康診断、健康診査) または人間ドッグを受けている程度について4件法 (半年に1 回・年に1 回・数年に1 回・受けていない) で回答してもらった (以下、健診)。②tfu 元気点検票の行動項目 50 項目について、4件法 (全く (常に) その通り・どちらかと言えばその通り・どちらかと言えば違う・全く (常に) 違う) で回答してもらった (以下、健康向上行動)。

(11)健康感 ①元気の程度、②健康の程度、③身体的に良好な程度、④精神的に安定している程度、⑤人間関係の満足の程度について、主観的に4件法 (かなり・まあ・あまりそうでない・ほとんどそうでない) で回答してもらった。⑥tfu 元気点検票の機能項目のポジティブ・ヘルスの視点に立つ8 カテゴリーについての 21 項目 (以下、ポジティブ機能感; P 機能感)、ネガティブ・ヘルスの視点に立って未病状態を自己確認する安心カテゴリーの 14 項目 (以下、ネガティブ機能感; N 機能感) について、4件法 (全く (常に) その通り・どちらかと言えばその通り・どちらかと言えば違う・全く (常に) 違う) で回答してもらった。

(12)健康満足度 元気点検票の満足度項目、安心度、総合満足度を用いた。8 カテゴリーについての満足度 8 項目 (以下、P 満足度)、心身の現状についての安心度 1 項目 (以下、N 安心度)、総合的に見た健康の現状についての満足度 1 項目 (以下、総合満足度) について4件法 (全く (常に) その通り・どちらかと言えばその通り・どちらかと言えば違う・全く (常に) 違う) で回答してもらった。

表1 健康向上態度の項目

1	健康の維持・増進に取り組むことによって、病気を予防できる
2	健康の維持・増進に取り組むことは、時間的に負担になる
3	健康の維持・増進に取り組むことによって、元気になる
4	悩みや心配事があれば、健康の維持・増進どころではない
5	健康の維持・増進に取り組むことによって、生活の質が高まる
6	忙しいときは、健康の維持・増進に取り組む余裕がない
7	健康の維持・増進に取り組むことによって、身体的に良好になる
8	健康の維持・増進のために我慢する生活は嫌だ
9	健康の維持・増進に取り組むことによって、医療費の出費を減らせる
10	健康なときは、健康の維持・増進に取り組む必要性を感じない
11	健康の維持・増進がはかられると、達成感が得られる

12	自分なりに健康の維持・増進に取り組んでいれば、十分だ
13	健康の維持・増進に取り組むことによって、自分を変えることができる
14	健康の維持・増進に取り組むことは、生活で制約を受ける
15	健康の維持・増進に取り組むことによって、精神的に安定する
16	健康の維持・増進に取り組んでも、健康状態は今と変わらないと思う
17	健康の維持・増進への取り組みは、充実感をもたらす
18	健康の維持・増進に取り組むのは面倒だ
19	健康の維持・増進に取り組んでいる姿勢は、周囲から評価されると思う
20	健康の維持・増進に取り組んでも、途中で挫折すると思う
21	健康の維持・増進に取り組んでいると、家族が安心すると思う
22	健康の維持・増進をいつも気にする生活は嫌だ
23	健康の維持・増進に取り組むことによって、人間関係が良好になる
24	健康に良くない生活習慣であっても、心地よいものはやめられない
25	健康の維持・増進に取り組むことによって、長生きできる
26	健康の維持・増進への取り組みは、人から言われてやるのは嫌だ
27	健康の維持・増進への取り組みは、家族の健康の維持・増進にも役立つ
28	健康の維持・増進に取り組んでも、生活習慣を変えることは難しいと思う

【調査Ⅱ】

調査は、元気点検票介入前を2010年6月に、元気点検票介入後を9月～10月に3つの大学の大学生を対象として講義時間を用いて、まず健康理解に関する質問紙を実施し、次いで元気点検票を実施し、回収した。介入前と介入後の両方に回答した有効回答数は155票（男性85名、女性67名；1年生114名、2年生39名、4年生1名）であった。

質問紙は、健康理解短縮版に関する項目と元気点検票から構成された。

健康理解短縮版では、健康理解に関する21項目について（表2）、4件法（そう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・そう思わない）で回答してもらった。

元気点検票では、食、息、眠、温、動、想、愛、環の8カテゴリーについての行動項目50項目、8カテゴリーについての機能項目21項目、安心カテゴリーについての機能項目14項目、8カテゴリーについての満足度8項目、安心度1項目、総合満足度1項目について、5件法（全く（常に）その通り・ほぼその通り・どちらかといえばその通り・どちらかと言えば違う・全く（常に）違う）で回答してもらった。

また、実施終了後に、システム評価アンケートに回答してもらった（表3）。4件法（思う・やや思う・あまり思わない・思わない）で回答してもらい、思う・やや思う場合は、それについて自由に記述してもらった。

表2 健康理解短縮版の項目

1	健康には、すぐれた医者や有名な病院にかかることが重要だ
2	健康にとって愛情は欠かせない
3	健康の維持・増進には、自分がいいと思う健康法を行うのがよい

4	健康の維持・増進には薬が欠かせない
5	健康の維持・増進には、心身のバランスがとれた人間になることが大事だ
6	健康にとって自分は健康であると信じていることが重要だ
7	健康であるためには医者や助言に従うのが最もよい
8	健康には、周囲の人々や環境に配慮することが欠かせない
9	健康かどうかは、自分の健康意識（自分は健康だと思うこと）も重要である
10	健康かどうかは社会保障制度や健康政策による
11	趣味や余暇活動は健康にとって欠かせない
12	健康かどうかは自分の努力次第である
13	健康かどうかは、学校や職場や自治体の健診を受けていればわかる
14	健康には家庭や社会の中で役割があることが重要だ
15	健康かどうかは自分の心がまえによる
16	健康の維持・増進は、社会全体がやっている通りにするのがまちがいない
17	人とのよい関係がなければ健康とはいえない
18	健康の維持・増進には、自分に合うやり方を自己選択することが大事だ
19	健康かどうかは一定の医学的基準に照らして決まる
21	生きがいや充実感がなければ健康とはいえない
21	健康の維持・増進には、自分で目標を設定して自ら取り組むことが大事だ

表3 システムアンケート評価

1	以前に比べて健康知識が豊かになったと思いますか？
2	以前に比べて健康についての考え方が変わったと思いますか？
3	以前に比べて元気になったと思いますか？
4	以前に比べて健康になったと思いますか？
5	そのほか、感想等を自由にお書きください。

【調査Ⅲ】

調査Ⅱの結果を踏まえ、元気点検票にヘルス・リテラシー（主に健康理解と健康向上行動）に関する説明を追加した。また、web システム上で元気点検票を行う元気点検道場を開発した。さらに、元気点検票の行動項目を五七五七七調の文言に表した元気点検票かるたを創案した。そして、かるたの文言を元気点検票の行動項目にも付記した。これらを活用する教育プランを「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上のための教育プラン」と命名した（以下、元気点検票教育プラン）。

調査は、元気点検票教育プランの介入前を2011年5～6月に、介入後をその2ヶ月後の7月～8月に、3つの大学の大学生を対象として、講義時間を用いて、健康理解と健康向上態度に関する質問紙を実施し、回収した。元気点検票教育プランの実施に際しては、まず元気点検票についてヘルス・リテラシーを含めて説明した。そして、元気点検票の実施、元気点検道場へのログイン、元気点検票かるたの実施を勧めた。介入前と介入後の両方に回答した有効回答数は225票（男性108名、女性117名；1年生106名、2年生109名、3年生9名、4年生1名）であった。

質問紙は、健康理解短縮追加版と健康向上態度短縮版に関する項目から構成された。

健康理解短縮追加版は、健康理解短縮版の一部修正と 9 項目を追加した 29 項目から構成されている（表 4）。追加の 2 項目は個別的理解に関する項目である。追加の 6 項目は家族や社会による健康の維持・増進に関する項目である。これは、友人やサークルなどの小集団で元気点検票に取り組むことが効果的であったこと、および東日本大震災により人と人との絆が注目されたことを踏まえて加えた。追加の 1 項目は「健康の維持・増進のために元気は必要条件である」という項目である（以下、「元気必要条件」項目）。

健康向上態度は、調査 I の因子分析の結果を踏まえて作成され、12 項目で構成されている（表 5）。

いずれも、4 件法（そう思う・ややそう思う・あまりそう思わない・そう思わない）で回答してもらった。

また、実施後に、システム評価アンケートに回答してもらった（表 6）。4 件法（思う・やや思う・あまり思わない・思わない）で回答してもらい、思う・やや思う場合は、それについて自由に記述してもらった。

表 4 健康理解短縮追加版の項目

1	健康には、すぐれた医者や有名な病院にかかることが重要だ
2	人とのよい関係がなければ健康とはいえない
3	健康かどうかは、学校や職場や自治体の健診を受けていればわかる
4	健康にとって自分は健康であると信じていることが重要だ
5	健康の維持・増進は、社会全体がやっている通りにするのがよい
6	生きがいや充実感がなければ健康とはいえない
7	健康の維持・増進には家族やその周りの地域社会で取り組むべきだ
8	健康でいるためには医者や助言に従うのが最もよい
9	健康には家庭や社会の中で役割があることが重要だ
10	健康かどうかは一定の医学的基準に照らして決まる
11	健康になるには、家族や周りの人々の助け合いが欠かせない
12	健康かどうかは社会保障制度や健康政策に大きく依存する
13	健康の維持・増進には、目標を設定して自ら取り組むことが大事だ
14	健康かどうかは自分の考え次第だ
15	健康は家族や周りの社会の人々と共に創っていくものだ
16	健康かどうかは自分の価値観によって違ってくる
17	健康にとって愛情は欠かせない
18	健康の維持・増進には、心身のバランスのとれた人間になることが大事だ
19	健康の維持・増進には家族や学校・職場の人が協力し合うことが大事だ
20	健康かどうかは、自分の健康意識（自分は健康だと思うこと）も重要である
21	健康かどうかは自分の感じ方によって異なる
22	健康には、周囲の人々や環境に配慮することが欠かせない
23	健康の維持・増進では、自分の健康についてのとらえ方も欠かせない
24	健康の維持・増進には薬が欠かせない

25	健康かどうかは家族や周りの人々が支え合っているかどうかにもよる
26	健康には、他人には健康でなくても、自分にとっては健康だということがある
27	健康の維持・増進のために元気は必要条件だ
28	健康の維持・増進は自分自身の目標達成のために必要だ
29	自分が健康であることは、家族や周りの人々の健康にも影響する

注) 項目 27 は元気必要条件項目

表5 健康向上態度短縮版の項目と元気必要条件の項目

1	健康の維持・増進に取り組むことによって、自分をより良く変えることができる
2	健康の維持・増進に取り組むことによって、家庭生活や社会生活に意欲的になる
3	健康の維持・増進に取り組むことは負担だ
4	健康の維持・増進に取り組むことによって、不安やイライラが少なくなる
5	健康の維持・増進のために我慢する生活は嫌だ
6	健康の維持・増進に取り組むことによって、体調が良くなる
7	健康の維持・増進に取り組むことによって、病気にかかりにくくなる
8	健康の維持・増進をいつも気にする生活は嫌だ
9	健康の維持・増進の取り組みには、充実感がある
10	健康の維持・増進に取り組むのは面倒だ
11	健康の維持・増進に取り組むことによって、元気になる
12	健康によくない生活習慣であっても、心地よいものはやめられない

表6 システム評価アンケート

1	ヘルス・リテラシー（健康理解力）の概念は身についたと思いますか？（4:思う 3:すこし思う 2:あまり思わない 1:思わない）
2	元気点検票が主として行動項目と機能項目、それに満足度からできていることをよく理解しましたか？（4:理解した 3:まあ理解した 2:あまり理解しなかった 1:理解しなかった）
3	元気点検票はより良い生活習慣に関わる 96 の自己確認型の項目文からできています。これによって、そうしようという気持ちが湧いてきましたか？（4:湧いてきた 3:少し湧いてきた 2:あまり湧いてこなかった 1:湧いてこなかった）
4	【3】の結果として、健康向上に向けて生活の自己デザインが可能になったと思われましたか？（4:思う 3:すこし思う 2:あまり思わない 1:思わない）
5	元気姿勢スコアの意味を理解しましたか？（4:理解した 3:まあ理解した 2:あまり理解しなかった 1:理解しなかった）
6	七五調の元気点検かるたは 50 の行動項目に基づいて考案されており、行動項目の内容が健康によいことの理由が下の国表現されていますが、気が付いていましたか？（4:気が付いていた 3:少し気が付いていた 2:あまり気が付かなかった 1:気が付かなかった）
7	カードを用いたかるたゲームを友達とやりましたか？（2:やった 1:やらなかった）
8	能動的な健康理解力向上自己生成システム（ニックネーム：tfu 元気点検道場）には何回ログインしましたか？（0:0回 1:1回 2:2回 3:3回 4:4回 5:5回 6:6回 7:7回 8:8回 9:9回 10:10回）

	以上)
9	初回に、機能項目等の点検を行いましたか？ (2:行った 1:行わなかった)
10	初回に、50 の行動項目全てを選び、1,2,3,4,5 の評価値はランダムに選ぶように指示が出ていましたが、その通り実行しましたか？ (2:その通り実行した 1:実行しなかった)
11	元気点検票の項目内容が身についたと思いますか？ (4:思う 3:すこし思う 2:あまり思わない 1:思わない)
12	評価値の棒グラフと元気姿勢スコアの折れ線グラフからなる「点検履歴グラフ」は時々眺めましたか？ (2:眺めた 1:眺めなかった)
13	アバターの着せ替えは楽しめましたか？ (4:楽しめた 3:多少楽しめた 2:あまり楽しめなかった 1:楽しめなかった) 楽しめなかった理由は？ (ログインに仕方が分からなかった、パソコン環境が良くなかったから、その他⇒)
14	システム上でかるたの早押しゲームをやりましたか？ (2:やった ⇒ 秒数は? 1:やらなかった)
15	社会性を育む元気点検票は持参しましたか？ ⇒ 持参した人は提出して下さい。
16	東北福祉大学の HP の元気点検票コーナーに入って、高齢者が死早稲に生を全うできない「逆説」問題があることを認識しましたか？ (2:認識した 1:まだ認識してない)
17	tfu 元気点検道場には今後も入ることができます。まだの人も含めて今後も入って続けて見たいと思いますか？ (2:思う 1:思わない)
18	健康とは身体的・精神的・社会的に良好な状態(ポジティブヘルス)であり、単に病気や病弱でない(ネガティブヘルス)だけではないと WHO が定義しています。ヘルス・リテラシーとは、このことを深く理解できる能力の事です。そのことを自分のためだけでなく自分の家族や周りの人びと、将来の子どもにもちゃんと伝えて行くことが大切です。そうすれば、皆さんが高齢者になった時には逆説問題も解消されていることでしょう。元気点検かるたはそのための有力なメディアと考えられます。元気点検かるたをそらんじ、広めて行って下さい。そのために元気点検インストラクター制度を立ち上げる予定です。詳しい情報は、後日、上記の元気点検票コーナーをご覧ください。感想があればお書きください。

4. 研究成果

【調査 I】

調査資料の分析から引き出された知見の主なものを列記すると、以下の通りであった。

- ・通常健康意識調査で使用される「主観的健康観」や「元気意識」は、主として身体的健康を反映し、本プロジェクトが開発中の「健康機能感」項目は身体的・精神的・社会的健康いずれをも反映することが確認された。この結果は、Aグループの一般住民を対象とした調査結果と同じであった。

*1

- ・「健康をどう理解しているか」(健康理解)に関する48項目について、因子分析を行った結果、ネガティブ・ヘルスに相当する「疾病回避的健康理解」(項目5, 7, 13, 16, 19, 35, 37, 43)、ポジティブ・ヘルスに相当する「全人的健康理解」(項目2, 18, 30, 39, 42)、ポジティブ・ヘルスに相当する「目標志向的健康理解」(項目8, 24, 26)及び「個別体験的健康理解」(項目6, 15, 32)と解釈できる4因子が抽出された(以下、それぞれ下位尺度を構成してN得点、P1得点、P2得点、I得点と略記)。この結果は、Aグループの一般住民を対象とした調査結果と全体的には同じであったが、違いとしてはポジティブ・ヘルスに相当する健康理解が2つに分かれたこと、下位尺度ご

との項目数が少ないことがみられ、一般住民に比べると健康理解が構造化されておらず、健康理解のあいまいさが示唆される。*1

- 健康理解と「健康問題へのアプローチ」（健康の維持・増進の主要方策）一人あるいは社会による病気の予防重視、個人あるいは社会による生活習慣の重視の4つとの相関をみると、N得点は個人・社会による病気の予防重視と社会による生活習慣の重視の三者いずれとも弱い正の相関を示し、P1及びP2得点は4つの方策のいずれとも弱い正の相関を示し、I得点は社会による2つの方策と弱い正の相関を示した。この結果は、Aグループの一般住民を対象とした調査結果とN得点とP得点では同じであったが、一般住民に比べると相関の強さが低く、健康理解のあいまいさが示唆される。また、I得点については、一般住民では個人による2つの方策と相関を示したのに、大学生では社会による2つの方策と相関を示しており、大学生では矛盾した結果となっている。この点でも、健康理解のあいまいさが示唆される。*1
- 全人的健康理解、目標志向的健康理解、個別体験的健康理解は健康の秘訣と弱い正の相関を示した。一般住民を対象とした調査と比べると、関連性が弱く、大学生における健康理解のあいまいさが示唆される。*1
- 4つの健康理解の仕方のそれぞれを平均値を基準として高・低の二群に分割して「健康に向けた行動」－健診、健康向上行動－との関連をみると、健診については目標志向的健康理解で高群が低群より高い値を示し、健康向上行動では全人的健康理解、目標志向的健康理解、個別体験的健康理解で高群が低群に比べ高い値を示した。ポジティブ・ヘルスによる健康理解の重要性が示された点では一般住民を対象とした調査結果と同じであったが、一般住民ほど強い関連はみられなかった。*1
- 目標志向的健康理解以外の他の3因子には正の相関があり、個人の意識の中でのそれらの併存が想定されることから、Nの高低とP1の高低の交差から4群に分割すると、N低P低群（28.4%）、N高P低群（26.2%）、N低P高群（20.4%）、N高P高群（25.0%）の4群となる。そして、「健康問題へのアプローチ」との関連では、個人による病気予防重視の方策については、N高P1低群が最も強く重視し、N低P1群はそれらを重視する度合いが弱い。それ以外の3つの方策については、N高P1高群が最も強く重視し、N低P1低群は、それらを重視する度合いが弱い。また、「健康に向けた行動」－健診、健康向上行動－との関連では、健診については有意な差が認められず、健康向上行動についてはN高P1高群とN低P1高群が高く、N低P低群とN高P1低群が低い値を示すことが見出された。一般住民を対象とした調査ではポジティブ・ヘルスによる健康理解とネガティブ・ヘルスによる健康理解が健康向上行動に関連していたが、大学生ではポジティブ・ヘルスによる健康理解は健康向上行動に関連していたが、ネガティブ・ヘルスによる健康理解は関連がみられなかった。
- 健康向上態度28項目に関する因子分析の結果、「利得感」（項目5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 27）と「負担感」（項目2, 6, 8, 14, 18, 20, 22, 28）の2因子が抽出された。*2
- 健康理解と情報源の関連をみるために行ったパス解析の結果からは、全人的健康理解は友人と雑誌などによる健康情報と関連し、目標志向的健康理解は学校による健康情報と関連し、個別体験的健康理解はテレビ等による健康情報と関連していることが明らかになった。
- 健康理解と生物学的要因、生活状況、健康情報への不安との関連をみるために行ったパス解析の結果からは、男性および家族と同居している人は疾病回避的健康理解が高く、健康情報への不安が高い人は全人的健康理解が高く、女性は目標志向的健康理解が高く、現在病気をしている人は個別体

験的健康理解が低いことが明らかになった。

- 健康理解、健康向上行動への利得感・負担感、健康向上行動、健康機能感、観光満足度の関連をみるために行ったパス解析の結果（図1）からは、4つの健康理解のうち、「全人的健康理解」が「健康向上行動」と密接に関連し、それが「ポジティブな健康機能感」「ネガティブな健康機能感」の両方に関連し、さらにその両方が総合満足度につながっていることが明らかになった。また、健康向上態度の利得感と負担感は健康向上行動に密接に関連していることが明らかになった。*2

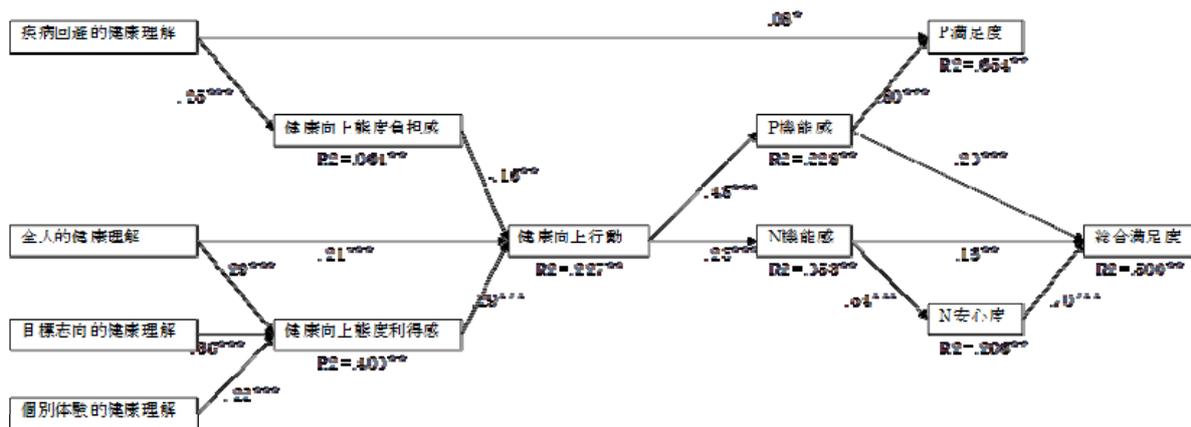


図1 パス解析の結果。健康理解、健康向上態度、健康向上行動、健康機能感、健康満足度の関連のパス・ダイアグラム（注：数字はパス係数を示す）

【調査Ⅱ】

調査資料の分析から引き出された知見の主なものを列記すると、以下の通りであった。

- 健康理解に関する21項目について、因子分析を行った結果、ネガティブ・ヘルスに相当する「疾病回避的健康理解」（項目5, 7, 13, 16, 19, 35, 37, 43）、ポジティブ・ヘルスに相当する「全人的健康理解」（項目2, 18, 30, 39, 42）、及び「個別体験的理解」（項目6, 15, 32）と解釈できる3因子が抽出された。この結果は、Aグループの一般住民を対象とした調査結果と一致するものであった。*2
- 疾病回避的健康理解では、元気点検票の介入の効果が認められた。*2
- 全人的健康理解では、介入前の理解が低い人については、介入の効果が認められた。*2
- 健康向上行動については、食、息、温、動、想、愛、平均の行動項目で、介入の効果が認められた。眠および環では、介入前のその行動が低い人については、介入の効果が認められた。*2

【調査Ⅲ】

調査資料の分析から引き出された知見の主なものを列記すると、以下の通りであった。

- 健康理解に関する21項目について、因子分析を行った結果、ネガティブ・ヘルスに相当する「疾病回避的健康理解」（項目1, 4, 7, 10, 13, 16, 19）、ポジティブ・ヘルスに相当する「全人的健康理解」（項目2, 5, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 21）と「個別体験的理解」（項目3, 6, 15）と解

積できる3因子が抽出された。この結果は、Aグループの一般住民を対象とした調査結果及び調査Ⅱの結果と一致するものであった。*2

- ・健康向上態度に関する12項目について、因子分析を行った結果、「利得感」(項目1, 2, 4, 6, 7, 9, 11)と「負担感」(項目3, 5, 8, 10, 12)と解釈できる2因子が集抽出された。この結果は、調査Ⅰの結果と一致するものであった。*2
- ・疾病回避的健康理解と全人的健康理解では、元気点検票の介入の効果が認められた。*2
- ・個別体験的健康理解では、介入前の理解が低い人については、介入の効果が認められた。*2
- ・健康向上態度の利得感については、介入の効果が認められた。*2

以上の結果から、ヘルス・リテラシー向上法モデルとして元気点検票は有効であることが示された。

5. 優れた成果があがった点

第一に、健康理解が疾病回避的健康理解、全人的健康理解、個別体験的健康理解の3因子構造からなることを、一般住民同様に大学生においても確認した点が挙げられる。すなわち、当初の仮説通り、ネガティブ・タームで記述される健康(ネガティブ・ヘルス)とポジティブ・タームで記述される健康(ポジティブ・ヘルス)の見方があることが大学生においても示された。また、健康は個別的な体験としてとらえられるということが示された。

第二に、3因子構造に基づいてヘルス・リテラシーを測定する尺度の短縮版を開発したことである。これにより、ヘルス・リテラシーの研究がしやすくなった。

第三に、ヘルス・リテラシー向上法モデルとしての元気点検票の実効性を検証した点にある。これにより、本プロジェクトの目的が大学生においてはほぼ達成されたといえる。

6. 研究成果の副次的効果

第一に、健康向上行動には、健康理解と合わせて、健康向上態度の利得感と負担感も影響することが明らかになった。さらに、ヘルス・リテラシー向上法モデルはこの健康向上態度の利得感を高める効果もあることが示された。

第二に、ヘルス・リテラシー向上法モデルによって高められた健康向上行動は、ポジティブ・ヘルスのみならず、ネガティブ・ヘルスも高めることが示された。つまり、開発されたヘルス・リテラシー向上法モデルは健康感を総合的に高める効果を持つといえる。

7. 研究遂行上の問題点

本研究は、計画年次2年目の末に、「3.11 東日本大震災」に遭遇したことにより、参加研究者の大半が被災し、研究の手段と環境(自宅及び勤務大学)が大きく既存され、また、大きな困難を抱える被災者の救援や支援活動に従事する必要も生じ、最終年度の作業遂行に支障が生じた。そのため、開発されたヘルス・リテラシー向上法モデルにはまだ改良の余地があると思われる。

また、方法上の問題がある。調査Ⅱと調査Ⅲでは、元気点検票による介入を行わない対照群をあえて作らなかった。その理由は、元気点検票の感想等によって、その効果がすでに報告されており、それを確かめることを目的としていたからである。その点では、元気点検票の効果以外にも、調査した講義科目におけるその後の学習内容の影響や他の講義の影響なども可能性としては否定しきれない。今後、さらに検討を重ねていくことが望まれるが、ポジティブ・ヘルスの検証には、疫学的調査より

も物語的（ナラティブ）調査も必要であろう。

8. 評価体制

本研究は、総括班により、研究計画と予算の適正性及び研究の進展について、評価作業が行われた。すなわち、戦略的研究基盤形成支援事業という社会的付託に適う水準の実績と、適正な運営に対するアカウンタビリティを果たすため、毎年度末に総括が行われ、その結果は感性福祉研究所年報の誌上に公表されている。また、研究評価作業と併せ、研究経費執行に関する監査については、法人として経費執行のチェック機能を強化・推進するために設置されている東北福祉大学の監査室に、監査の作業が付託されている。さらに、全体研究会が全国160の大学への参加の呼びかけの下でオープンな形で開催されており、その場で参加研究者以外からの評価も受けている。しかし、当初予定されていた、外部評価委員会の設置による外部評価の実施は、東日本大震災の発生により取りやめになった。

9. 今後の展望

第一に、ヘルス・リテラシー向上法モデルの更なる改良が望まれる。例えば、個別的な健康理解に対する元気点検票の介入の効果が部分的であった。そこで、今後は、個別的な健康理解についての説明を工夫することが望まれる。

第二に、ヘルス・リテラシー向上法モデルの実施の効果が大学卒業後も継続するかどうか、また働き盛りの中年期、さらに高齢者となる老年期まで持続するものかどうか、長期的な継続研究が望まれる。

第三に、ヘルス・リテラシー向上法モデルを全国の大学に普及していくことが望まれる。

10. 研究発表の状況（平成21年4月～平成24年3月までの状況）

<雑誌論文>

*	査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
* 2	有	皆川州正、山本光璋、鈴木道子、滝澤武、諏訪雅貴、稲瀬正彦、石出信正、尾股健、水野康、庭野賀津子、大内真弓、大泉雅史、河村孝幸、鈴木玲子、福富哲也、杉元是明、園田洋一、山口政人、金義信、本田秋子、赤松千鶴、前田忠彦、長田久雄、田中喜代次、白川修一郎、山口行治、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹、阿部四郎	「ポジティブ・ヘルスの視点に立った『ヘルス・リテラシー向上法モデル』の実効性の検討－大学生を対象とした調査－」	感性福祉研究所年報第13号	2012	59-75
* 1	有	皆川州正、山本光璋、水野康、河村孝幸、鈴木玲子、庭野賀津子、大内真弓、前田忠彦、福富哲也、杉元是明、山口政人、長田久雄、田中喜代次、白川修一郎、山口行治、高安秀樹、杉田義郎、藤田和樹、諏訪雅貴、鈴木道子、稲瀬正彦、滝澤武、石田信正、尾股健、阿部一彦、渡部芳彦、渡邊誠、西野美佐子、小坂健、光永輝彦、坪井明人、高橋誠一、大関信隆、斎藤昌宏、高村元章、阿部四郎	「健康理解力尺度の作成の試み－一般住民と大学生の調査－」	感性福祉研究所年報第12号	2011	5-21

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成 21 年度】

- 3月6日(土)～7日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議
・山本光璋, 皆川州正, 杉元是明, 山口政人, 大泉雅史, 諏訪雅貴, 鈴木道子, 稲瀬正彦, 滝澤武, 石出信正,
尾股健「大学生における『健康観』に関する意識調査結果について」

【平成 22 年度】

- 3月4日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第3回全体会議
・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴, 山本光璋「地域住民及び大学生少数サンプルの「ヘルス・リテラシー向上法モデル」の実効性の縦断的研究」

【平成 23 年度】

- 1月21日(土)大6回大学生の健康サポートシステム研究会
・鈴木道子「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上と授業科目『健康と栄養』への効用～元
気点検かるた2011の活用を中心～」
・滝澤武「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上と健康科目『健康への効用と今後の課題』
・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上のための
教育プランの効用」
・水野康「ポジティブ・ヘルスの視点を強調したH22年度授業科目『健康科学』の実施体験」
・山本光璋「ポジティブ・ヘルスの視点に立った授業科目『リエゾンゼミⅠ』及び『健康科学』の次年度実施計画」

西野研究班

「子どものヘルス・リテラシー向上法の開発」

研究テーマ：子どものヘルス・リテラシー向上法の開発

研究チームリーダー：西野美佐子

共同研究者：三浦和美、水野一枝

研究協力者：大関信隆、平川昌宏

西野研究班

テーマ：「子どものヘルス・リテラシー向上法の開発」

◎西野美佐子、三浦和美、水野一枝、大関信隆、平川昌宏、

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

子どもたちの体格は向上したが運動能力（なかでも持久力や懸垂）や体力の低下が叫ばれて久しい。昨今では「キレる子」「怒りをコントロールできない子」や不登校・ひきこもりなど心のひずみや社会性の発達につまずきを持つ子どもの健康問題が社会問題となっている。厚生労働省によると、全国の児童相談所が対応した児童虐待件数は、統計を取り始めた平成2年以降増加し続け2009年（平成20年度）には4万2664件に上り、親が親として子どもと向き合えない、育児力の低下が浮き彫りになっている。また、今日の情報化社会の中で子どもたちは直接社会環境と接近する機会も増大してきているが、教育力の低下した家庭や地域が社会環境の悪影響から子どもを守る防波堤にはなりえていないことも指摘されている。その結果、子どもをとりまく社会の変化の悪影響を子どもが直接ストレスとして受けることが多くなった結果も一因として、生活リズムの乱れや生活習慣病の低年齢化等の問題が引き起こされていると考えられる

子どもは、所定の地域の所与の家庭に生まれ、やがて保育園や幼稚園等人格形成の場を拡大しながら大人へと育っていく。換言すると、子どもは自己完結的に存在するのではなく、生れ落ちた社会文化的環境の中で、家庭や学校、あるいは地域の一員として、その中の他（文化財や人間を包括する）との関係性の中で成長し発達を遂げていく。したがって、子どもが所属する地域や家庭・学校等の子どもに関与する大人が、子どもたちの“成長の足場”を形成する重要な役割を担うのであり、その役割と責任の大きさは子どもの年齢と反比例する関係となるであろう。子どもという存在は、子どもの成長・発達（時間軸）とともにその足場は徐々に外され、やがては足場がいない自立した大人となっていく発達途上にある。子どもの発達を理解するとき、子どもの成長・発達に沿った時間的連続性と生活の場という横の空間的・関係軸を考え一貫性のある教育や支援の充実が重要であることは教育基本法³⁾・幼稚園教育要領・保育所保育指針でも強調されているところである。本研究で、子どもの健康を維持・促進していくためのキーパーソンとして、学校の教師に注目したのは、教師が子どものみならず、家庭や地域へ働きかける先導的な役割を担う存在と考えたからである。

世界保健機構（WHO）では、「健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的によい（安寧な）状態であることを意味し、単に病気でないとか、虚弱でないということではない。」と健康を定義している。すなわち健康とは、病気や虚弱でないというだけではなく、身体的健康・精神的健康・社会的健康のバランスが取れた状態であるが、それに加えて近年全人的（ホリスティック）なものであるという考え方と、健康の確保において人間の尊厳の確保や生活の質などの追求が重要との立場が議論されている。我々が今回問題にするのは、健康についての知識・能力のことを表すヘルス・リテラシーと言われるものであり、それを具体的な生活レベルで表現すると、「生活習慣や生活状況の改善を通して健康増進を図るよう主体的に行動するための知識や生活上の技能、あるいは自信の成熟度」ということができる（Nutbeam D,2006）。また、健康は個人を対象に考えることを基本としているので、そのためには健康の自己責任、自己管理、自己評価の3つが問題にされることが多いのも事実である。したがって、子どものヘルス・リテラシー獲得過程においても、子どもの発達段階のレベルに応じて自分

が健康かどうか自分自身で判断し、自分の健康について責任を持って管理し、そのためにすべきことも自分で決定し、健康行動を実行していけるようになることが期待される。したがって子どもの健康増進は、家庭や地域との連携のもと、子どもが積極的に健康行動を遂行することに加えて、健康に関連した情報に接する機会を増やし、それを効果的に利用したり、あるいは日常生活で行ったりすることによって生活の質を高めること、つまりヘルス・リテラシーを向上させることは不可欠と考えられる。

児童のヘルス・リテラシー向上法の開発を研究するためには、まず子どもの健康を支援する環境として、1日の大半の時間を過ごす幼稚園・保育所や小学校の教師に焦点をあて、教師の視点から捉える児童の健康状態の把握と、教師が試みている健康教育・健康増進に関わる諸活動と児童を支援するために試みられている他との連携について、そして子どもの生活の質を調査することにした。幼稚園・小学校における教師が、現在の児童の心身の健康をどのように捉え、かつ児童の健康向上のために、何を必要と考えているのかが明らかになれば、児童のヘルス・リテラシー向上のためのツールの開発に役立つ見解や指標および効果的な介入法についての知見を得ることができるだろう。

本研究の目的は、児童用元気点検票の作成のための予備調査として、児童の健康についての実態と学校教師の健康教育に関する認識を明らかにすることである。さらに東日本大震災が最終年度に起きたので、震災前後の子どもの生活における行動変化を調査し、東日本大震災の子育て環境への影響に関する調査を行い検討したものである。また、児童の健やかな成長・発達を実現するために一貫性のある支援を行う必要があることから、移行時の情報共有の内容について実証的に検討を行ったので報告するものである。

2. 研究の実施体制

グループリーダー：西野美佐子

メンバー：三浦和美〔東北福祉大学 子ども科学部準教授：児童用元気点検項目選定担当〕

メンバー：水野一枝〔東北福祉大学 特別研究員：自覚症状検査分野担当〕

協力メンバー：大関隆信〔東北福祉大学 総合福祉学部講師：健康診断開発〕

協力メンバー：平川昌宏〔東北福祉大学 総合福祉学部助教：幼児・小学生ヘルスチェック担当〕

本研究の質問紙調査に協力してくれた教育機関ならびに保育施設の関係者は、以下の通りである。

宮城県内の小学校ならびに幼稚園の教師

宮城県内の保育所に勤務する保育士

東北福祉大学関連施設の福聚幼稚園に勤務する教師ならびに保護者、

東北福祉会せんだんの杜国見ヶ丘保育園の保育士ならびに幼児を通所させている保護者

小学校健康調査の予備調査の実施にご協力いただいた方々は以下の通りです。

東北外国語専門学校の郡司拓氏、宮城県七ヶ浜町立小学校の教師の方々

宮城県大和町教育委員会委員長 堀籠美子氏 大和町立小学校の教師の方々

日本学校心理士会宮城支部の会員（学校現場の教師）

幼稚園質問紙調査項目の選定ならびに語彙表現にご教示いただきました方々は以下の通りです。

大山道子先生・高橋由美子先生（泉チェリー保育園）

工藤紀子先生（高森サーラ保育園）

関澄子先生（学校法人福聚幼稚園）

金野純恵先生（東北福祉会せんだんの杜国見ヶ丘保育園）

吉田尋子先生（青森県八戸市福聚保育園）

3. 研究方法

児童の健康実態と健康教育に関する調査（*1）

質問紙調査を実施した。

＜調査対象者＞ 調査対象者は幼稚園教師と小学校教師である。幼稚園教師 262 名、小学校教師 441 名、合計 703 名から回答が得られた。同一県内の数か所の市にある幼稚園・小学校に勤務する教師である。

＜手続き＞ 各教育機関に郵送法で送付し、学校毎に一括して郵送法で回収した。

＜質問紙調査の質問内容＞ 幼稚園調査および小学校調査の質問項目の構成は、フェースシート（性別・年齢・在職年数・現在の役職・現在の担任・クラス児童数）、子どもの健康に関する質問項目として①身体レベルの健康項目（運動・健康に関する知識・罹患後の手当て・自己の身体状況への気付き）、②心理的レベルの健康として、個人内の心理的健康（興味関心・創造性・自尊感情・感情調整力・積極性・学業・遊びに対する取り組み）、個人間の心理的健康（協調性・感情調整力・助け合い・基本的社会的スキル）と③日常生活レベルの健康（食事・睡眠・衛生・その他 TV や携帯や PC の使用状況）の 3 つの領域を想定し、今の子どもの実態として 4 段階評定（当てはまらない：1～非常に当てはまる：5）、次に健康増進・向上のために今後取り組む必要性の程度を 4 段階評定（必要性は低い：1～非常に必要である）で回答してもらった。

健康増進のために教師が今実践している取り組みの実際と、今後取り組んでみたいこと、また、子どもの健康増進のためには、子どもが今所属する学校内外（家庭や地域）の連携の試みの実態も調査項目に入れることにした。即ち現在取り組んでいる健康増進のための諸活動 22 項目について取り組みの有無を記入してもらった。また、22 項目以外で取り組んでいること、今後取り組みたい活動について自由記述で回答してもらった。さらに、上記の健康増進のための取り組みを実現するための学校内外（施設内外）と行っている教員（職員）の相互サポートや連携についての 6 項目に 4 段階評定（試みていない：1～非常に試みている：4）を求めた。また、6 項目以外で試んでいることについてその内容と、その理由について自由記述で回答を求めた。

＜期間＞ 2009 年 12 月末配布 2010 年 1 月回収

本質問紙調査は、東北福祉大学倫理審査委員会の審査の承認を得て実施された。

4. 研究成果

回収率は、配布した学校総数を返却があった学校数で割って算出した。また、1 教育機関に複数冊の質問紙を同封し依頼したので回収数は、依頼した教育機関数より多くなっている。回収率は、小学校 80.2%（65 小学校/81 小学校）441 名、幼稚園 63.6%（75 幼稚園/118 幼稚園）262 名。総数 703 名の教師から回答が得られた。幼稚園教師の回答者の役職は、園長・副園長 11 人（4.0%）、主任 31 人（11.2%）、クラス担任 187 人（67.5%）、その他 16 人（5.8%）であった。小学校教師の対象者の役職は、教頭 35 人（8.2%）、主任 31 人（7.3%）、クラス担任 292 人（68.4%）、養護教諭 38 人（8.9%）、その他 12 人（2.8%）であった。

1. 教師の考える子どもの健康の実態を把握する領域の因子分析結果

幼稚園教師が評定した、幼児の心身の健康に関連した行動 49 項目に対する「今後の健康維持し増進するための働きかけの必要性（以後健康教育と記す）」に関する評定値を基に因子分析法を行った。

方法は、最尤法で、回転法は Kaiser の正規化を伴うエカマックス法による。その結果、どの因子にも.3以下の低い因子付加得点を持つ3項目を除き、再度同様の因子分析を行った。その結果から6つの因子が抽出された。第1因子は『規範意識と対人関係能力』、第2因子は『心理的積極性』、第3因子は『身体的充実』、第4因子は睡眠時間と食生活の項目からなるので『安定した生活リズム』、第5因子は『衛生行動の確立』、第6因子は『健康な生活習慣の形成』の因子と命名した。各因子の項目の妥当性指数を α 係数で示すと、それぞれ対人関係能力：.97、心理的積極性：.95、身体的充実：.90、安定した生活リズム：.91、衛生行動の確立：.93、健康維持行動：.74であり、項目の妥当性が高いことが確認された。回転後の累積寄与率は、68.12%であった。

小学校教師が評定した、小学生の心身の健康を促進・向上に関連した行動58項目に対して健康教育の必要性に関する評定値を基に因子分析を行った。方法は、最尤法で、回転法は Kaiser の正規化を伴うエカマックス法による。その結果、8因子が抽出された。第1因子は『規範意識と対人関係能力』、第2因子は『心理的積極性』、第3因子は『安定した生活リズム』、第4因子は『身体的充実』、第5因子は『衛生行動の確立』、第6因子は『正しい食生活』、第7因子は『余暇の充実』、第8因子は『健康維持行動』の因子と命名した。各因子項目の妥当性を示す、 α 係数は、対人関係能力：.84、心理的積極性：.86、安定した生活リズム：.83、身体的充実：.71、衛生行動の確立：.63、正しい食生活：.81、余暇の充実：.68、健康維持行動：.60であり、それなりの項目の信頼性が示された。回転後の累積寄与率は、66.44%であった。

2. 教師が捉える今の児童の姿（以後健康実態と記す）と健康教育の必要性の比較

上記因子分析の結果、抽出された各因子の評定値を単純加算し、項目数で割り平均値を算出し、今の児童の健康実態と今後の健康教育（健康の維持・増進するための働きかけをここでは総称として健康教育と表記する）の必要性の平均値を算出し、さらに因子別平均値の差の有意差検定を行った結果を表2・表3に示した。

(1) 幼稚園教師が把握する幼児の健康実態と健康教育の必要性

幼稚園教師の場合は、今の幼児の健康実態で得点が高いのは「身体的充実」(M=3.30 SD=.52)「心理的積極性」(M=3.28 SD=.35)であり、最も低いのが「健康維持するための生活習慣」(M=2.16 SD=.50)、次に低いのが「安定した生活リズム」(M=2.71 SD=.38)であった。その中間に「対人関係能力」(M=3.02 SD=.33)と「衛生行動の確立」(M=3.05 SD=.37)があった。今後の健康教育として取り組む必要性の得点が最も高かったのは「対人関係能力」(M=3.37 SD=.68)であったが、残り5因子の健康教育の必要性の得点は、2.8~2.95の範囲内であった。更に今の子どもの健康実態と健康教育の必要性の平均値の差を比較してみると、今後重点的に健康教育の必要性があると評定された領域は、「対人関係能力」「安定した生活リズム」「健康維持するための生活習慣」の領域であった。今後健康教育にそんなに力を入れなくてもいいと判断された領域は「心理的積極性」「身体的充実」「衛生行動の確立」であった。健康実態と健康教育の必要性の平均値に有意な差がない領域はなかった。

健康領域	子どもの実態	健康教育の必要度	t値	有意差
F1 対人関係能力	3.02(0.33)	3.37(0.63)	-7.9	***
F2 心理的積極性	3.28(0.35)	2.95(0.79)	6.14	***
F3 身体的充実	3.30(0.52)	2.89(0.86)	6.58	***
F4 安定した生活リズム	2.71(0.38)	2.94(0.71)	-4.17	***
F5 衛生行動の確立	3.05(0.37)	2.80(0.71)	4.5	***
F6 健康を維持する生活習慣	2.16(0.50)	2.83(0.60)	-12.84	***
***: p<.001				

(2) 小学校教師が把握する小学生の健康実態と健康教育の必要性

小学校教師が評定した今の小学生の健康実態の平均値が高かったのは「身体的充実」(M=3.20 SD=.46)「衛生行動の確立」(M=3.05 SD=.45)の2因子であり、最も低かったのは、「余暇の充実」(M=2.41 SD=.38)「健康維持行動」(M=2.47 SD=.44)「正しい食生活」(M=2.52 SD=.46)の3つであった。その他の「対人関係能力」(M=2.74 SD=.38)「心理的積極性」(M=2.76 SD=.41)「安定した生活リズム」(M=2.73 SD=.53)はともに2.7点台であった。それに対して健康教育の必要性の平均値が最も高いのは、「対人関係能力」(M=3.06 SD=.69)で、次いで「心理的積極性」(M=2.91 SD=.70)であった。健康教育の必要性の低かったのは、「衛生行動の確立」(M=2.39 SD=.79)「余暇の充実」(M=2.39 SD=.57)「正しい食生活」(M=2.45 SD=.64)の3因子であった。

小学校教師が評定した小学生の健康実態と今後の健康教育の必要性の平均値を表3および図2に示した。今後重点的に健康教育の働きかけの必要性が高いと判断された領域(全て1%有意)は、「対人関係能力」「心理的積極性」「健康維持行動」の3つであった。逆に今後そんな力いれなくても良い(全て1%有意)と判断された因子は「身体的充実」「衛生行動の確立」の2つ、今後もこれまで同程の取り組みで良い(有意差なし)と評定されたのは「安定した生活リズム」「正しい食生活」「余暇の充実」の3つであった。

表3 小学校教師が把握する子ども健康実態と健康教育の必要度評定

	健康領域	子どもの実態	健康教育の必要度	t値	有意差
F1	対人関係能力	2.74(0.38)	3.06(0.69)	-7.71	***
F2	心理的積極性	2.76(0.41)	2.91(0.709)	-3.5	***
F3	安定した生活リズム	2.73(0.53)	2.79(0.78)	-1.09	ns
F4	身体的充実	3.20(0.46)	2.63(0.849)	11.12	***
F5	衛生行動の確立	3.05(0.45)	2.39(0.79)	13.23	***
F6	正しい食生活	2.52(0.46)	2.45(0.64)	1.65	ns
F7	余暇の充実	2.41(0.38)	2.39(0.57)	0.42	ns
F8	健康維持行動	2.47(0.44)	2.80(0.62)	-8.29	***
	***:p<.001 ns:有意差無し				

(3) 児童の健康実態と健康教育の必要性の因子別平均値の学年比較

各因子別得点の平均値を小学校の低学年(1.2年生)・中学年(3.4年生)・高学年(5.6年生)別に算出し表4に示した。教師が把握する児童の健康実態や今後の健康教育の必要性の学年差について検討するために、因子別に子どもの現在の健康実態と今後の健康教育の必要性(2)×学年(3)の分散分析を行った。その結果、以下のことが明らかとなった。「対人関係能力」「心理的積極性」において、3つの学年を通して児童の現在の健康実態に対する評定値より今後の健康教育の必要性に対する評定値の方が有意に高かった。(「対人関係能力」:F(1,311)=44.68, p<.01, 「心理的積極性」:F(1,316)=6.52, p<.05)。逆に、「身体的充実」「衛生行動の確立」「正しい食生活」においては3つの学年を通して児童の現在の健康実態に対する評定値の方が今後の健康教育の必要性に対する評定値よりも有意に高かった(「身体的充実」:F(1,316)=57.02, p<.01, 「衛生行動の確立」:F(1,311)=162.21, p<.01, 「正しい食生活」:F(1,292)=8.19, p<.01)。「余暇の充実」において、児童の現在の健康実態に対する評定値と今後の健康教育の必要性に対する評定値のいずれも、中学年・高学年の方が低学年より有意に高かった(F(2,305)=5.48, p<.01)。「安定した生活リズム」では交互作用が有意であった(F(2,310)=3.07, p<.05)。単純主効果検定の結果、児童の現在の健康実態については低学年より高学年の方が有意に低くなっているのに対し、今後の健康教育の必要性では有意な学年差が見られなかった。「健康維持活動」においても交互作用が有意であった(F(2,310)=44.03, p<.05)。単純主効果検定の結果、児童の現在の健康実態については低学年・中学年より高学年の方が有意に高くなっているの

に対し、今後の働きかけの必要性については有意な学年差が見られなかった。

表4 児童の現在の姿と今後の働きかけ(健康教育)の必要性(学年別)

因子名	低学年 n=106		中学年 n=106		高学年 n=102		検定結果	
	現在の姿	働きかけの必要性	現在の姿	働きかけの必要性	現在の姿	働きかけの必要性	主効果	交互作用
F1:対人関係能力	2.73(0.37)	3.11(0.73)	2.71(0.37)	3.11(0.67)	2.80(0.43)	2.97(0.67)	今後>現在	
F2:心理的積極性	2.84(0.43)	2.95(0.76)	2.76(0.40)	2.89(0.65)	2.74(0.44)	2.88(0.70)	今後>現在	
F3:安定した生活リズム	2.88(0.49)	2.68(0.82)	2.73(0.48)	2.83(0.77)	2.63(0.56)	2.74(0.75)		現在:低>高 今後:ns 低:現在>今後 中・高:ns
F4:身体的充実	3.31(0.49)	2.67(0.90)	3.25(0.43)	2.68(0.88)	3.12(0.47)	2.53(0.75)	現在>今後 低>高	
F5:衛生活動の確立	3.12(0.39)	2.40(0.78)	3.02(0.42)	2.46(0.81)	3.04(0.51)	2.17(0.71)	現在>今後 低・中>高	
F6:正しい食生活	2.53(0.41)	2.37(0.64)	2.54(0.43)	2.47(0.70)	2.57(0.50)	2.37(0.62)	現在>今後	
F7:余暇の充実	2.36(0.45)	2.24(0.54)	2.43(0.36)	2.44(0.57)	2.47(0.37)	2.40(0.57)	中・高>低	
F8:健康維持行動	2.33(0.43)	2.71(0.649)	2.44(0.42)	2.83(0.59)	2.61(0.45)	2.74(0.58)	今後<現在 中・高>低	現在・高>低・中 今後:ns 低・中・今後>現在 高学年:ns

3. 児童の生活充実尺度の結果

幼稚園・小学校の生活充実度の各項目の評定値を単純加算し、幼児及び小学生の「生活充実得点」とした。幼児(N=261)の生活充実得点(M=3.29 SD=.38)のほうが、小学生(N=415)の生活充実得点(M=2.72 SD=.40)より、項目の内容が少し異なるが高くなっている。

幼児の年齢別の生活充実得点の平均値が最も高いのは4歳児で、最も低いのは2歳児であった。生活充実得点の平均値の年齢別差をみるために一元配置の分散分析を行った結果、1%水準の有意差が認められた(F(4,205)=3.76 p<.01)。多重比較の結果、4歳児は2歳児より有意に高く(p<.01)、また4歳児は3歳児より有意に高い(p<.05)ことが明らかになった。その他の年齢間では有意差は認められなかった。

幼児の生活充実得点の項目毎の年齢比較は、「自分は今元気だと感じている」は4歳児および5歳児が混合クラスの幼児より高かった。また、「遊びの中で自分の順番がわかる」「他人の身体具合を気にかけることができる」「周りの人の助けを求めれば応じてくれると思う」「頼まれたら嫌なことでも頑張る」は、4歳児が2歳児および3歳児より有意に高いことが認められた。(毎日活気に満ちて生活している」「友達に会うのが楽しみである」「幼稚園が楽しいと感じている」「クラスの仕事やお手伝いを喜んでする」の4項目は有意差が認められなかった。

小学生における生活充実得点の学年比較を行った結果、学年差が有意であった(F(2,311)=5.21 p<.01)。その後の多重比較の結果、低学年の生活充実得点の平均値が高学年の生活充実得点の平均値より有意に高かった(低学年 n=105 M=27.92 SD=3.74、高学年 n=102 M=26.15 SD=4.10 p<.01)。中学年(n=107 M=27.03 SD=3.95)は低学年・高学年間では有意差は認められなかった。

生活充実度尺度の項目毎の学年比較は、表5に表示した通りである。「毎日いきいき生活」「気持ちよく生活」「クラスの仕事が楽しみ」の3項目が、学年の上昇とともに有意に低下していた。また「大切にされていると感じることがある」と「教師を信頼している」の2項目は、低学年のほうが高学年より有意に得点が高かった。その他の「友達との関わりが楽しみ」「他者の健康を意識」「自分の健康状態に満足」「学校が楽しいと感じる」「友達から頼りにされている」の5項目では学年差は認められなかった。

生活充実項目	低学年 n=107	中学年 n=108	高学年 n=105	検定結果
1: 毎日いきいきと活動	2.93 (0.53)	2.73 (0.57)	2.53 (0.57)	低>中>高
2: 気持ちよく生活	2.86 (0.50)	2.76 (0.54)	2.54 (0.56)	
3: 友達との関わりが楽しみ	3.31 (0.56)	3.17 (0.56)	3.17 (0.60)	
4: 他者の健康に気づかう	2.21 (0.61)	2.35 (0.67)	2.30 (0.59)	
5: 自分の健康状態に満足	2.77 (0.58)	2.64 (0.62)	2.69 (0.56)	
6: 大切にされていると感じる	2.66 (0.63)	2.56 (0.55)	2.46 (0.57)	低>高
7: 学校が楽しいと感じる	3.05 (0.54)	2.94 (0.56)	2.96 (0.59)	
8: 友達から頼りにされている	2.38 (0.58)	2.46 (0.57)	2.41 (0.55)	
9: クラスの仕事が楽しみ	2.95 (0.74)	2.72 (0.68)	2.57 (0.68)	低>中>高
10: 教師を信頼している	2.81 (0.52)	2.67 (0.56)	2.55 (0.56)	低>高

4. 子どもの健康増進活動

4-1 今取り組んでいる健康増進活動

幼稚園・小学校において、幼稚園教師あるいは小学校教師が現在取り組んでいる児童の健康増進のために取り組んでいる活動（幼稚園：32 活動、小学校：22 活動）を上げ、その取り組みの有無の記入を求めた。「取り組んでいる」の有無の回答割合についてカイ二乗検定を行った。表6・表7は、教師が取り組んでいると回答した割合が取り組んでいないと回答した割合より有意に多い活動（.0水準の有意差あり）と取り組みの有無の程度に有意な差が認められなかった項目と、取り組んでいないと回答した割合が取り組んでいると回答した割合より有意に多い活動（.0水準で有意差あり）に分けて表示した。

(1) 幼稚園の場合

●取り組みが顕著に多い活動(60%以上)		()内は%	
活動内容	頻度	活動内容	頻度
・毎朝の視診	239(86.9)	・花壇・菜園などの緑化活動	199(72.4)
・手洗い・食後の歯磨きの励行	245(89.1)	・保護者参加・参観	248(90.2)
・読み聞かせ	220(80.0)	・保護者との個別面談	211(76.7)
・「早寝・早起き・朝ごはん」の呼びかけ	178(65.1)	・保護者懇談会	210(76.4)
・帽子の着用	232(84.4)	・朝夕のお集まりにおける指導	228(82.9)
・必要に応じた着替え	242(88.0)	・クラスのお集団作り	212(79.39)
・グループワーク	179(65.1)	・クラス活動の充実と活用	201(95.3)
・たてわり活動	178(64.7)	・運動奨励	178(64.7)
・集団遊び・ゲーム	257(93.5)	・戸外での遊びの奨励	262(95.3)
・ルールのある遊びの奨励	242(88.0)		
・運動ゲーム	191(69.5)		
●取り組みが50%前後の活動			
活動内容	頻度	活動内容	頻度
・保健・体育行事の参加	128(46.5)	・リズム遊び	1389(50.5)
●取り組みが顕著に低い項目(30%以下)		・子育て相談の充実	
頻度	頻度	頻度	頻度
・年間の保育目標の設定	77(28.0)	・予防接種の呼びかけ	32(11.6)
・生活設計表・記録表の作成	61(22.4)	・散歩の奨励	26(9.5)
・朝食給食	23(8.4)	・毎日マラソン	21(7.6)
・ソーシャルスキル教育	36(13.1)	・裸足保育	20(7.5)

質問で取り上げた 32 の活動のうち、健康増進のために取り組んでいると回答した割合が取り組んでいないと回答した割合より有意に多かったのは全項目中の 66%であった。取り組んでいる割合が有意に少なかった活動は 25%であった。この結果は、幼稚園での遊びや生活の中で、教師が幼児の健康増進活動に力を入れて取り組んでいることが分かる。幼稚園教師が取り組んでいると回答した割合が有意に高い項目の割合を分野別で見ると、最も高いのが「クラスづくり」100%（3 項目全部）、次いで「人間関係能力」83%（6 項目中 5 項目）、「校内環境整備」80%（5 項目中 4 項目）、「生活習慣の

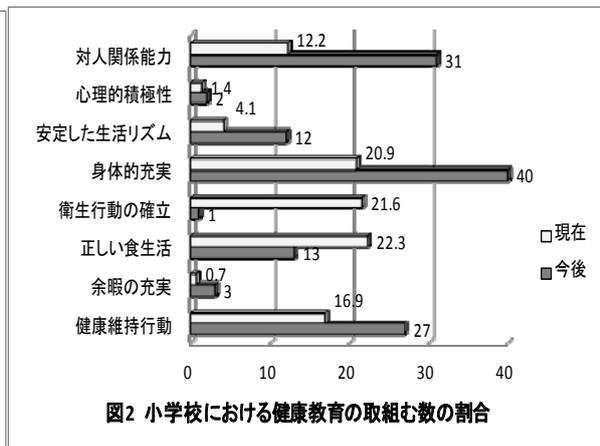
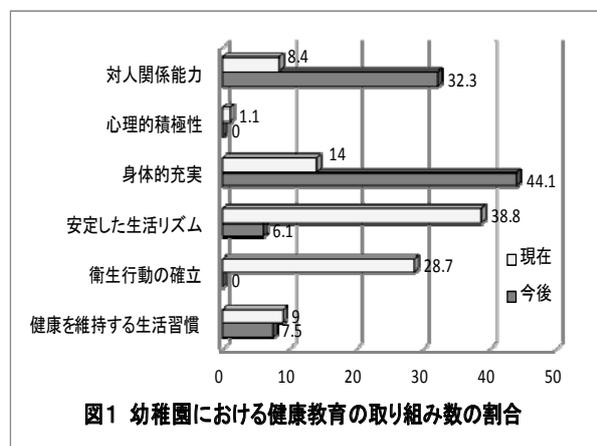
確立」70%（10項目中7項目）と続き、「身体的健康」は25%（8項目中2項目）と最も低かった。項目別で80%以上の教師が取り組んでいると回答した項目は、「戸外での遊びの奨励」（95.3%）、「集団遊び・ゲーム」（93.5%）、「保護者参加・参観」（90.2%）、「手洗い・うがいの励行」（89.1%）、「必要に応じた着替え」「ルールのある遊びの奨励」（ともに88%）、「毎朝の視診」（86.9%）、「帽子の着用」（84.4%）、「読み聞かせ」（80%）であった。集団遊びやゲーム、ルールのある遊びなど社会性を促進する活動や、また体力づくりのために戸外での運動、清潔な衣服や帽子の着用、手洗い・うがい・歯磨きなどの日々の生活習慣や確立に熱心に取り組んでいることが伺える。

（2）小学校の場合

小学校では、小学校教師の取り組んでいると回答した児童の健康増進や健康向上させるための活動が取り組んでいないと回答した割合より有意に高かった活動はわずか36%（22項目中わずか8項目）であった。回答した教師の70%以上が取り組んでいると回答した活動は、「手洗い・うがい・歯磨きの励行」（88.1%）、「早寝・早起き・朝ごはんの呼びかけ」{79.4%}、「始業前・業間・昼休み・放課後等の戸外での遊び」（77.5%）、「毎朝の健康調査」（76.8%）、「運動の奨励」（73.1%）、「学級づくり」（70.5%）であった。昨年新型インフルエンザが流行したこともあり風邪予防と全国的・全国的な取り組みである「早寝・早起き・朝ごはん呼びかけ」「戸外遊び」「運動奨励」などの健康的な生活リズムを奨励した活動と異年齢の活動や学級作りなどが上位を占めた。しかし「意識的に取り組んでいない」と回答された活動の方が5割（22項目中11項目）と顕著に多いのが特徴である。

表7 小学校で取り組まれている健康増進活動		（ ）内は%	
●取り組みが顕著に多い活動(60%以上)			
活動内容	頻度	活動内容	頻度
・手洗い・食後の歯磨きの励行	376(88.1)	・学級づくり	339(70.5)
・「早寝・早起き・朝ごはん」の呼びかけ	339(79.4)	・たてわり活動	227(63.7)
・毎朝の健康調査	328(76.8)	・始業前・業間・昼休み・放課後の戸外での遊び	331(77.5)
・毎朝読書	272(63.7)	・運動の奨励	312(70.5)
●取り組みが50%前後の活動			
活動内容	頻度	活動内容	頻度
・月毎の保健目標の設定	208(46.7)	・緑化活動	208(48.7)
・グループワーク	210(49.2)		
●取り組みが顕著に少ない活動(30%以下)			
活動内容	頻度	活動内容	頻度
・生活設計表・生活記録表の作成	71(16.6)	・ホームルームでの学級指導	192(45.0)
・朝食給食	101(23.7)	・教育相談の充実	148(43.1)
・ソーシャルスキル教育	94(22.0)	・保健・体育行事の参加	176(41.2)
・エンカウンター	113(26.5)	・クラス活動の充実	160(37.5)
・ストレスマネジメント	18(4.2)	・毎日マラソン	68(15.9)

4-2 自由記述された上記評定以外の健康増進活動の因子領域別集計結果



「児童の健康を促進するために、先の質問で上げた取り組み以外で、教師自身が現在学校で取り組んでいることがあるか」尋ね、自由記述で回答を求めた。記述された回答内容を分析した結果、幼稚園教師は総数 178 件、小学校教師は総数 148 件の項目があった。さらに次の質問で「児童の健康を促進するために現在は取り組んでいないが、今後取り組んでみたいこと」として自由記述を求めて回答された内容は、幼稚園教師で総数 93 件、小学校教師で総数 129 件あった。因子分析で抽出された因子別に内容をみて集計した。

幼稚園教師は、「生活リズム」に関連した活動が最も多く 38.8% (69 件) で、次いで「衛生行動」が 28.7% (16 件)、そして「健康維持行動」(9.0%) と「人間関係・クラスづくり」(8.4%) が 1 割未満であった。それに対して、現在は取り組んでいないが今後取り組んでみたいこととして、「身体的充実」(44.1%) 約 4 割、次いで「人間関係・クラスづくり」(32.3%) が 3 割を占めていた。

小学校の教師たちの自由回答の結果今取り組んでいるものは、「正しい食生活」(22.3%) 「衛生行動」(21.6%) 「身体的充実」(20.9%) が約 3 割、「健康維持行動」(16.9%) が 2 割弱であった。それに対して、今後取り組みたい活動は、「身体的充実」(31%) 約 3 割、「対人関係能力」(24%) 「健康維持活動 (20.3%)」 がともに約 2 割となっていた。

5. 児童の健康増進のための学校内サポートと他との連携の実際

児童の健康教育のために職場内の相互サポートや家庭や地域等との連携をどの程度試みているかの「教師間の個人的な連携や相互サポート」「職員会議・幼稚園内部会での提案」「保護者との連携」「他機関との連携」「地域との連携」「行政、社会政策・制度に対して提案」の 6 項目に対する 4 段階評定（試みている、多少試みている、比較的試みている、非常に試みている）の回答結果を分析した。

幼稚園では、「非常に試みている」「比較的試みている」を合計した割合で見ると、「教師間の個人的な連携や相互サポート」(83.4%)、「保護者との連携」(83.9%) については 8 割以上の教師が試みていると回答し、次いで「職員会議・幼稚園内部会等での提案」(71.6%) が 7 割となっている。それに対して学校外の連携への試みは「他機関との連携」(35.3%)、「地域との連携」(29.8%)、「行政等、社会政策・制度に対しての提案」(12.1%) であり、低いことが示された。

小学校教師の試みは、幼稚園教師の試みに比較して相対的に低かった。すなわち「非常に試みている」「比較的試みている」の回答を合計した割合が、「教師間の個人的連携や相互サポート」(62.1%)、「保護者との連携」(61%) が 6 割台であるが、「職員会議・学校内部会等での提案」(48.9%) と 5 割を割っており、幼稚園教師の場合よりおよそ 2 割落ち込んでいる。「地域との連携」(23%)、「他機関との連携」(15.1%) とともに低く、「行政等、社会政策・制度に対して提案」(6.9%) は 1 割を切りさらに試みは低くなっている。

学校内部の連携と、学校外との連携の実施には差があることがわかったので、次に職務別で学校内・及び学校外それぞれ 3 項目の評定値を加算し、学校内連携得点と学校外連携得点を算出した。職務別平均値の差をみるために一元配置の有意差検定を行った結果、学校内連携得点で職務に有意な差が認められた ($F(3,378) = 10.09, p < .000$)。その後の検定の結果、教頭が学年主任やおよびクラス担任より学校内連携得点が有意に高かった。また、養護教諭の学校内連携得点がクラス担任より有意に高い傾向が認められた。また、学校外連携得点では、教頭が学年主任やクラス担任より、また養護教諭がクラス担任より有意に高いことが分かった (表 8 参照)。

連携内容	教頭	学年主任	クラス担任	養護教諭	F値	多重比較
	n=30	n=28	n=262	n=38		
学校内連携	9(1.44)	7.64(1.83)	7.69(1.86)	8.71(1.89)	10.09***	教頭>クラス担任 教頭>学年主任 養護教諭>クラス担任
学校外連携	6.7(1.91)	5.32(2.37)	4.86(1.66)	6.24(2.05)	14.71***	教頭>クラス担任 教頭>学年主任 養護教諭>クラス担任

6. 学校の健康増進活動・連携の取り組み度と児童の生活充実得点との関連

予備調査から得られた幼稚園で取り組んでいる 32 項目の健康増進活動について、今幼稚園での取り組みの有無を聞いた。そして取り組み「有り」と回答したものを単純加算し取り組み得点として平均値を算出した。その平均値±1/2SD を基準として健康増進活動の取り組みの高群と低群を割り出した。その高低群別に前述した児童の生活充実得点の平均値を算出し有意差検定を行った。その有意差検定の結果、健康教育の取り組みの高い群が取り組みの低い群より子ども生活充実得点が有意に高いことが示された（高群 M=33.51 SD=3.44 低群 M=31.55 SD=4.25 t=3.80 p<.001）。次に予備調査から得られた小学校で取り組んでいる 22 項目の健康増進活動について、今取り組んでいるかの有無を尋ねた。その結果、取り組み有りと回答した健康増進活動数を単純加算し取り組み得点とした。平均値±1/2SD を基準として高低群を割り出し、児童の生活充実得点の比較を行った。有意差検定の結果、小学校においても健康増進活動の取り組みの高群が低群より、児童の生活充実得点が高い（高群 M=27.63 SD=4.12 低群 M=26.50 SD=3.88 t=2.22 p<.001）。

健康増進活動で、自由記述された諸活動を前述の健康増進活動得点に加えて新たに健康増進活動の平均値を算出し、平均±1/2SD を基準に児童の生活充実得点の平均値を算出し、有意差検定結果とともに表示したものである。

同様に幼稚園教師に対する連携の試みの 6 つの質問に対する評定値を単純加算し連携得点とした。その平均値±1/2SD を基準として連携の試み高低群を割り出し、子どもの生活充実得点の平均値の有意差検定を行った結果、連携の試みの高い群の方が低い群より有意に生活充実得点が高いことが示された（高群 M=35.14 SD=2.30, 低群 M=31.51 SD=4.64 t=5.12 p<.001）。小学校教師の連携高低群間で児童の生活充実得点の有意差検定を行った結果、高い群が低群より児童の生活充実得点が高いことが示された（高群 M=28.34 SD=4.25 低群 M=26.03 SD=3.63 t=4.58 p<.001）。

健康教育・増進活動	生活充実得点	t値	有意差	連携に向けた取り組み	生活充実得点	t値	有意差		
幼稚園	高群	33.51(3.44)	3.8	***	幼稚園	高群	35.14(2.30)	5.12	***
	低群	31.56(4.25)				低群	31.51(4.64)		
小学校	高群	27.63(4.12)	2.22	**	小学校	高群	26.34(4.25)	4.58	***
	低群	26.50(3.86)				低群	26.03(3.63)		

5. 優れた成果があがった点

本研究では、まず第1に教師が把握する児童の今の健康実態と健康教育の必要性について発達的に検討した。健康教育の必要性の評定値に基づく因子分析の結果、幼児では6因子、小学生では8因子が抽出された。図3の因子構造図に示されているように、幼児と小学生の因子構造の相違は、幼児の睡眠と食事にかかわる項目からなる「安定した生活リズム」が、小学生では睡眠を主な項目とする「安

定した生活リズム」と食事に関連した項目からなる「正しい食生活」に分かれたこと、さらに「余暇の充実」が新たに小学生において抽出されたことである。他の因子「対人関係能力」「心理的積極性」「衛生行動の確立」「健康維持行動」に関しては共通していた。

今の子どもの健康実態と健康教育の必要性を低・中・高学年別に因子得点の平均値で比較した結果、幼児では今の取り組みで十分と考えられた「心理的積極性」が小学生では健康教育の必要性が高いと評定され、逆に幼児では健康教育の必要性が高いと評定された「安定した生活リズム」は小学生では今までと同様の働きかけで十分と捉えられていた。しかし、幼児および小学生ともに共通して健康教育として働きかける必要性が低いと判断されたものに「身体的充足」「衛生行動の確立」があげられ、また今後重点的に働きかける必要性が高いと評定されたものは、幼児・小学生ともに規範意識の向上を含む「対人関係能力」と正しい生活習慣・定期健診などの「健康維持行動」があった。



図3 児童に対する健康教育の領域に関する因子構造

幼睡眠と食生活は未分化な状態で全体として生活リズムを形成していた幼児期の段階から、小学生になると睡眠と正しい食生活は分化してくること、次に、幼児では健康を維持するための生活習慣の形成が小学生では健康維持行動として子どもの能動的な行動へと変化していることが示唆された。教師が把握する子どもの健康実態と健康教育の必要性の比較を各因子の因子得点から再度分析する。従来から日本の子どもたちは発達とともに自尊感情が低下することが指摘されている。今回の結果でも「心理的積極性」が小学生で重点課題となっていたことは、今なおその傾向は変わらないことを示唆している。さらにメディア等でも子どもの社会性やモラルの低下が話題となることが多いが、それを裏付けるように規範意識や対人関係能力の育成には力を入れる必要性を教師は強く感じていることが確認できた。

第2点として、本研究では、児童の生活の質を調査するために実施した生活充実度について発達的に検討を行った。まず生活の質を表す生活充実尺度は年齢に応じ10項目の尺度によって測定されたものではあるが、生活充実度得点は幼児のほうが小学生より高いことが示された。さらに幼児では年齢別、小学生では学年別に項目ごとの分析を行った結果、次のような特徴が見いだされた。幼児では4歳児が2歳児あるいは3歳児より「遊びの中で自分の順番が待てる」「他人の身体具合を気にかけることができる」「周りの人の助けを求めれば応じてくれると思う」「頼まれたら嫌なことでも頑張れる」

の項目で顕著に高い。つまり4歳児は2・3歳児よりも自己調整力や他者や自己への信頼が深まり、責任感が生まれてきていると言える。4歳児・5歳児は混合クラス児より「自分は今元気だと感じている」ことが示された。子どもは例え同年齢でも発達個人差や月齢差も大きいので、違いを生かす生活の支援を行うよう配慮している面が強いため、一概に混合クラスが子どもの生活の質を下げる要因とは考えにくいが一時的な負荷なども含まれるのが低下した理由の一つで、そうした生活の恒常性・友達仲間の安定性なども考慮される必要があり、さらなる詳細な分析が必要である。小学生の生活充実尺度の学年別の項目ごとの分析からは以下のことが分かった。「毎日いきいき生活」「気持ちよく生活」「クラスの仕事が楽しみ」は学年が上昇するに伴って低下していた。クラスの一員としての自覚が高まり役割意識が高学年では負担に感じていることが示唆された。また「大切にされている感がある」「教師を信頼している」の2項目は低学年より高学年で有意に低下していたが、発達に伴って親や教師から離れ徐々に友達仲間に移行する時期でもあり発達の健全な姿と言える。

第3点は、現在教師が児童の健康増進のために取り組んでいる事については、幼稚園教師のほうが健康への働きかけを積極的に行っている事が示された。幼児の心身の健康増進活動は、幼稚園生活のねらいと直結するものであり、幼稚園の毎日のクラス活動の中で、保護者とともに取り組もうとする姿勢が顕著であった。質問項目にあげた健康教育活動への回答は、予備調査で得られた項目に対しての取り組みの有無を調査したに過ぎないので、自由記述で回答された健康増進活動とともに健康教育の必要性和照らし合わせてみると、教師の実践や今後実践してみたいことが今話題となっている「食育」「体力づくり」呼応したものになる傾向があり、子ども時歳の姿や健康教育の必要性和直結しないところもあるように思われる。

最後に児童の健康増進のために行った学校内の相互サポートや連携への取り組みと家庭や地域・行政への働きかけについて、その試みの程度を検討した。幼稚園教師と小学校教師で共通していることをあげると、学校内の個人的相互サポートや職員会議・部局内等の連携と家庭の保護者との連携は、学校外の連携より格段に取り組まれているが、地域・他機関・行政等への取り組みは教師個人レベルでは直接取り組みが行われにくいということ、そして先述した幼稚園のほうが職場内・家庭と連携および地域との連携の試みが小学校より多く行われている。また、職務別では、教頭および養護教諭が学年主任およびクラス担任より顕著に多く学校内の連携を試みていることが明らかになった。学校外連携においては、教頭は学年主任やクラス担任より、養護教諭はクラス担任より顕著に多く連携を試みていることが示された。学校内および学校外の連携の在り方は、職務による相違が認められたことは、職務に応じた連携がうまく機能することが連携の質を向上させることに結び付くことを示している。

こうした教師が取り組む健康増進活動や教師間の相互サポートや学校内外の連携の程度と児童の生活充実度との関連を検討した結果、教師が積極的に児童の健康維持・増進させようとする取り組みを積極的に実践することで、児童の日常の生活充実が向上することが確認された。同様なことは、学校内の相互サポートや保護者と連携をとる程度が高いほど児童の生活の質は向上することも示された。この結果は、幼児期、学童期はまだ子どもが所属する生活の場における大人の支援の如何によって児童の健康を維持促進することができるということを示唆している。

6. 研究成果の副次的効果

副次的効果が以下の3つの成果があげられる。

6-1. 幼児教育・保育機関から小学校への移行に伴う情報共有の問題に関する質問紙調査 (*2)

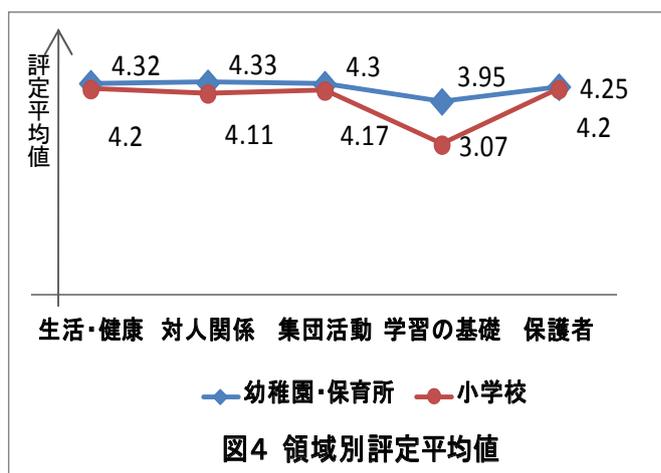
【目的】幼稚園教諭・保育所保育士・小学校教師への面接調査ならびに質問紙調査の実施、

平成20年度に幼稚園教育要領ならびに保育所保育指針が改定され、平成21年度より新教育要領ならびに保育所保育指針に基づく教育ならびに保育が開始された。これまでも幼稚園においては、就学にあたり幼稚園幼児指導要録¹⁾を小学校に提出し、幼稚園・小学校との連携が図られていた。平成21年度からは、保育所においても保育所児童保育要録²⁾を作成し、小学校との密な連携が図られることになった。就学時までには何を育てる必要があるのか、また小学校側では児童の健康資料として何を必要としているのかを質問紙により調査した。参考にしたのは、就学前幼児教育が1年間〔必要によりもう1年〕義務化されているフィンランドの就学前幼児教育対象児の就学指導要録³⁾である。

【方法】a) 対象 宮城県内の161小学校、105保育所および95幼稚園に質問紙調査を依頼した。

b) 調査内容 幼稚園・保育園(所)での子どもたちの行動や態度について、①基本的な生活習慣・健康面の19項目(〈生活・健康領域〉)、②対人関係・コミュニケーション面の12項目(〈対人領域〉)、③集団活動面の14項目(〈集団活動領域〉)、④学習の基礎となる力に関連した17項目(〈学習の基礎領域〉)、さらに⑤教師・保育士と保護者との関係に関連した5項目(〈保護者領域〉)からなる計67項目に関して、伝達の重要度について5段階〔1:重要でない～5:極めて重要である〕で評定を求めた。また、特に小学校との連携・接続に大切と思われることを自由記述で記入してもらった。c) 時期 2009年9月～10月

【結果】幼稚園・保育園(所)合わせて103施設(回収率51.1%)、小学校は107校(回収率66.5%)から回答を得た。1施設に複数の質問紙を配布したため、実質回答者数は、幼稚園教諭78人、保育士159人、幼稚園・保育園所属不明33人、小学校教諭398名の計668人であった。回答者の幼保小連携・接続のための研修会参加率は、幼稚園55人(74.3%)、保育所(園)108人(69.7%)、所属不明25人(80.6%)、小学校133人(33.9%)、合計すると回答者中321人(49.2%)であった。



5つの領域別に項目の妥当性指数を α 係数で示すと、〈生活・健康領域〉.94、〈対人領域〉.92、〈集団活動領域〉.94、〈学習の基礎領域〉.94、〈保護者領域〉.79であり、項目の信頼性が高いことが示された。各領域別得点の平均値を幼稚園・保育園(所)と小学校別に図1に示した。施設(2)×領域(5)の分散分析の結果、施設と領域の主効果(施設： $F(4, 2664)=217.04$, $p<.01$, 領域： $F(1,666)=18.25$, $p<.01$)、

および、両者の交互作用($F(4,2664)=12.22$, $p<.01$)がそれぞれ有意であった。単純主効果検定の結果、〈保護者領域〉以外の4領域で、幼稚園・保育園(所)の方が、小学校よりも平均値が有意に高かった。また、幼稚園・保育園(所)と小学校いずれにおいても〈学習の基礎領域〉の平均値が他の領域より有意に低く、さらに、小学校においてのみ、〈対人領域〉の平均値が〈生活・健康領域〉〈集団活動領域〉〈保護者領域〉の平均値より有意に低いことが示唆された。

5 領域に含まれる項目分析を行い、子どもが小学校に移行する際に、幼稚園・保育所（園）から小学校へ伝達すべき情報として両者が重要視している内容、及び、あまり重要視していない内容をより具体的に検討した。**a) 評定値5（「非常に重要である」）の頻度が半数以上であった項目** 表6-1-1に評定値5点の回答が半数以上見られた項目を示した。幼稚園・保育所（園）、小学校ともに挙げられた項目は、〈生活・健康領域〉で8項目、〈集団活動領域〉で2項目、さらに〈対人領域〉および〈保護者領域〉で1項目ずつであり、〈学習の基礎領域〉では該当する項目が1つもなかった。学校生活の基盤となる基本的な生活習慣にかかわる情報や健康・安全面での配慮にかかわる情報、さらに、集団活動の中でも特に授業場面への参加にかかわる情報の重要性を、幼稚園・保育所（園）と小学校ともに強く認識していること、また、〈対人領域〉では、特に他者・他児とのコミュニケーションや、その際の情動調整にかかわる項目が、幼稚園・保育所（園）においてのみ挙げられた。つまり、特に幼稚園・保育所（園）では、このような情報を小学校に伝達することが、以後の子どもたちの適応や発達を支援する上で、非常に重要だと認識されていることが示唆された。**b) 評定値3（「どちらとも言えない」）以下の頻度が計40%以上であった項目** 評定値3点以下の回答頻度が合計40%以上であった項目は、小学校のみに見られ、そのほとんどが〈学習の基礎領域〉であった。つまり、特に小学校で学習の基礎となる認知能力や態度についての情報は、比較的重要視されない傾向にあることが示唆された。

		幼稚園 保育園(所)	小学校			幼稚園 保育園(所)	小学校
〈基本的な生活習慣・健康領域〉				〈対人関係・コミュニケーション領域〉			
1	1日の生活リズムが習得されているか	64.8	60.6	3	自分の意見や思いを我慢したり、謝ったりするか	50.6	
2	自分の持ち物を管理したり、身近な物を整理できるか	55.6		4	自分の感情や思いを言葉でうまく伝えられるか	61.5	
3	ひとりで食事ができるか	60.7	57.9	5	他の子の意見や考えを聞くことができるか	57.2	
4	途中心やみに席を立つことなく食事を行えるか	58.2		6	保育者や友だちとのかわりの中で、善悪を判断して行動できるか	66.3	
7	食物アレルギーがあるか(具体的に何アレルギーか)	92.6	94.7	8	大人を信頼できているか	60.2	
9	朝食を食べて登園するか	65.6	52.8	12	他児や教師・保育者に対して、突然叩いたり、引っ張ったり	65.3	71.4
10	ひとりで衣服の着脱を行えるか	58.2	54	〈集団活動場面領域〉			
13	ひとりでトイレに行けるか	71.9	72.3	1	全体への指示に従うことができるか	67.7	61.1
14	安全に気をつけて行動できるか	69.3	57.2	4	集団の中でも立ち歩きをせず、指示された活動を続けることができるか	55.6	51.3
15	自分の身体の異常を教師・保育者に知らせるか	61.7	59.3	11	先生の話を最後まで聞くことができるか	68.4	
※ 表内の数値はパーセント				〈教師・保育士と保護者の関係領域〉			
				2	子どもの家庭での様子や保育所・幼稚園での様子について教師・保育者と情報交換を行っているか	52.8	
				3	子どもへの関わり方や発達の見通しについて、保護者から相談を受けたことがあるか	50.4	55.8
				4	子どもの保育所・幼稚園での様子について、肯定的なことで肯定的なことをどちらも伝えることができるか	54.1	

6-2. 幼児の健康状態の理解と健康支援に関する質問紙調査研究 (*3)

【目的】現在の子ども健康実態と東日本大震災が子どもの健康に及ぼしている影響について明らかにすることである。【方法】〈調査対象〉2011年9月、仙台市北部にある幼稚園と保育園各1か所で実施した。質問紙を担任経由で保護者に手渡し、調査趣旨に同意する場合のみ記入を求めた。その結果、幼稚園児の保護者263名（回収率83.5%）、保育園の保護者38名（回収率52.1%）から回答が得られた。3歳児79名、4歳児111名、5歳児111名の合計301名であった。〈質問紙の構成〉1)フェイスシート 子どもの年齢、家族構成、記入者の続柄など 2)子どもの健康実態調査項目 「他者との関わり」「意欲的態度」「充実した体」「安定した生活リズム」「健康維持する生活習慣」各4項目と「衛生活動」5項目、さらには、震災の影響を把握するために、震災における急性ストレス反応に関連する「ストレス反応」6項目。各項目の内容

がどの程度当てはまるかを、大震災前の子どもの様子と調査時の子どもの様子について 5 段階評定を求めた。3)「現在お子さんの健康について気になっていること」を自由記述で回答してもらった。

【結果と考察】①震災前後の健康理解カテゴリーとストレス反応項目についての得点比較

表 6-2-1 各カテゴリーの評定平均値と(カッコ内は標準偏差)

		3才	4才	5才	検定結果 (有意確率が5%未満のものを示した)	
					主効果	交互作用
1. 他者とのかかわり(4項目)	震災前	3.55 (0.64)	3.81 (0.51)	3.87 (0.56)	震災前<調査時	3才のみ 震災前<調査時
	調査時	3.76 (0.53)	3.80 (0.57)	3.86 (0.56)	3才<4才<5才	震災前の 3才<4才<5才
2. 意欲的態度(4項目)	震災前	3.97 (0.69)	4.20 (0.58)	4.34 (0.49)	震災前<調査時	3才<4才のみ 震災前<調査時
	調査時	4.20 (0.54)	4.27 (0.50)	4.38 (0.48)	3才<5才	震災前のみ 3才<4才<5才
3. 身体的充実(4項目)	震災前	4.20 (0.67)	4.34 (0.55)	4.11 (0.66)	4才>5才	3才のみ 震災前<調査時
	調査時	4.36 (0.57)	4.32 (0.53)	4.06 (0.69)		震災前 4才>5才 / 調査時 3才<4才>5才
4. 安定した生活リズム(4項目)	震災前	4.28 (0.62)	4.44 (0.57)	4.29 (0.56)	震災前<調査時	3才のみ 震災前<調査時
	調査時	4.44 (0.51)	4.44 (0.59)	4.27 (0.58)		
5. 衛生行動(5項目)	震災前	4.32 (0.50)	4.40 (0.47)	4.39 (0.43)	震災前<調査時	3才のみ 震災前<調査時
	調査時	4.42 (0.43)	4.41 (0.46)	4.39 (0.42)		
6. 健康維持する生活習慣(4項目)	震災前	3.22 (0.72)	3.06 (0.67)	3.07 (0.74)	震災前<調査時	3才のみ 震災前<調査時
	調査時	3.29 (0.70)	3.10 (0.69)	3.05 (0.75)		
7. ストレス反応項目(6項目)	震災前	3.54 (0.61)	3.61 (0.59)	3.63 (0.60)	震災前<調査時	
	調査時	3.43 (0.72)	3.52 (0.64)	3.56 (0.67)		

表 6-2-1 に、各カテゴリーの評定平均値、さらには時期（震災前・調査時）×年齢（3才・4才・5才）の分散分析の結果を示した。いずれのカテゴリーにおいてもすべての学年で評定平均値が3以上であり、全体的に保護者は子どもの健康状態を良く捉えていることが明らかとなった。また、「ストレス反応項目」以外のすべてのカテゴリーで、時期と年齢との交互作用が有意であり、主に3才児で震災前よりも調査時の方が健康状態が向上していることが示唆された。一方、「ストレス反応項目」は時期の主効果のみ有意であり震災前よりも調査時の方が有意に得点が低かった。震災から6か月たった9月においても、子どものストレス反応を保護者が認識していることが示唆された。

②震災前と調査時の評定値の違いに着目した項目ごとの分析：

子どもの健康に関する行動や態度に関連する各カテゴリーに含まれる項目それぞれについて、震災前の子どもの評定と調査時の子どもの評定の違いに着目して分析を行う。そして、震災前の3月から調査時（9月）の子どもの健康状態の変化について、震災の影響を考慮に入れながら詳細に検討することを目的とする。

健康調査の項目ごとに、調査時の子どもの健康に関する保護者の評定値と震災前の子どもの健康に関する保護者の評定値との差を算出し、差が+であった子ども、-であった子どもの割合を年齢ごとに算出した。その割合が10%以上であった項目を、震災前と現在で変化が比較的多く見られた項目として表 6-2-2 に示した。+の変化が比較的多く見られたのはほとんどが3才児であり、3才児において震災前の3月より調査時の方が、健康状態が向上していることが示唆された。また、-の変化が比較的多く見られた項目では、3才児・4才児における「ストレス反応項目」が多く挙げられ、とりわけ情緒面に関連する項目で評定値を下げた子どもが比較的多いことが示唆された。これに関連して、今後の子どもの健康について気になることを保護者に自由記述で回答を求めた結果、震災後の子どもの行動や態度の変化を挙げた内容が見られ、そこでも情緒的な側面の変化が述べられていた（表 6-2-3 参照）。以上より、子どもの発達や家庭でのかかわり、さらには保育・教育の結果、3月よりも子どもの健康状態が向上している一方で、震災の影響によ

って情緒的に不安定な状態が9月においても見られることが明らかとなった。なお、「ストレス反応項目」の中で、表2に該当しなかった項目は「無気力になることがある」「便秘あるいは下痢をよくする」の2項目であった。

表 6-2-2 震災前と調査時で評定値に差が見られた項目(+の変化)

項目	カテゴリー	年齢	度数 (%)
園やクラスのルールを守ろうとする気持ちがある	他者	3才	20 (26.7)
お絵かきや工作などものを作ることが好きである	意欲	3才	18 (23.1)
自分から人にあいさつをする	他者	3才	17 (21.5)
園や家庭での出来事を家族に話す	意欲	3才	14 (18.4)
早寝早起きである	生活リズム	3才	14 (17.7)
将来の夢を持っている	意欲	3才	14 (17.7)
園や家庭で自分の身長や体重を時々測っている	健康維持	3才	13 (16.5)
手洗いやうがいをよく行う	衛生行動	3才	12 (15.2)
家庭で長時間(1時間以上)テレビを見ない	健康維持	3才	11 (13.9)
よく運動をする	身体的充実	3才	10 (12.7)
家庭では、食事の時間がだいたい決まっている	生活リズム	3才	10 (12.7)
よく外で遊んでいる	身体的充実	3才	9 (11.5)
人の話を素直に聞くことができる	他者	3才	9 (11.4)
清潔な衣服を好む	衛生行動	3才	9 (11.4)
体を動かすことが好きである	身体的充実	3才	9 (11.4)
お絵かきや工作などものを作ることが好きである	意欲	4才	12 (10.8)
困ったときに誰かに話すことができる	他者	3才	8 (10.3)
遊ぶことが楽しいと感じている	意欲	3才	8 (10.1)
睡眠をしっかりと取っている	生活リズム	3才	8 (10.1)
朝食をほとんど毎日とっている。	生活リズム	3才	8 (10.1)

表 6-2-3 震災前と調査時で評定値に差が見られた項目(-の変化)

項目	カテゴリー	学年	度数 (%)
すぐ怒ったり、興奮しやすい*	ストレス	3才	19 (24.1)
夜泣きをすることがある*	ストレス	3才	16 (20.3)
すぐ怒ったり、興奮しやすい*	ストレス	4才	16 (14.4)
よく外で遊んでいる	身体的充実	5才	16 (14.4)
気分が崩れた時立て直すのが難しい*	ストレス	3才	10 (12.8)
食欲がないことがある*	ストレス	3才	10 (12.8)
気分が崩れた時立て直すのが難しい*	ストレス	4才	14 (12.7)
人の話を素直に聞くことができる	他者	3才	10 (12.7)
よく外で遊んでいる	身体的充実	4才	14 (12.6)
夜泣きをすることがある*	ストレス	4才	14 (12.6)
すぐ怒ったり、興奮しやすい*	ストレス	5才	13 (11.7)
食欲がないことがある*	ストレス	4才	11 (10.2)

※は逆転項目(評定値を変換した上で差を算出した)

表 6-2-4 今後の子どもの健康について気になる内容(自由記述 n=301)

内容	度数 (%)
放射能の影響・対応	53 (17.6)
食事面(小食・好き嫌いなど)	28 (9.3)
子どもの体質に関する事柄 (風邪をひきやすい・アトピー・喘息など)	31 (10.3)
震災後の子どもの変化	23 (7.6)
不安・地震に対する敏感な反応	13
夜泣き	5
子どもの対人関係(人見知り・親への依存など)	6 (2.0)
その他	15 (5.0)

6-3. WHO 版 心理的応急処置 (サイコロジカルファーストエイド: PFA) - 現場の支援者のガイドの翻訳 (共訳) とその短縮版の制作 (*4)

震災後の心のケア等支援に入る人達の基本的態度と、「して良いこと」「してはいけないこと」を示した WHO 版 心理的応急処置 (サイコロジカルファーストエイド: PFA) - 現場の支援者のガイド (日本語訳テキスト版) を国立精神・神経医療研究センターで翻訳出版する際に、現場で支援した経験を生かして訳者の一人として参加した。また、西野美佐子らが、東日本大震災直後の4月に立ち上げた「ケア・宮城」は、宮城県教育委員会と連携し、子どもの最も身近にいる教師の支援を行ってきた。そこで、PFAの短縮版を「被災者の心を支えるために - 地域で支援活動をする人の心得 -」として要約し、公益財団法人プランジャパンが費用を出し小冊子として出版した。今後起こりえる自然災害等の大震災の時の子どもの支援者のためのガイドブックとして利用されることを期待する。

7. 研究遂行上の問題点

平成 23 年度研究計画: 研究のまとめとして、児童用元気点検票を作成し、児童を対象に実施する予定であったが、東日本大震災に見舞われ、家庭や学校では震災以前の日常性を取り戻すまで時間が要したこともあり検証するまでには至らなかったことが課題として残った。

8. 評価体制

児童を取り巻く環境の中でも重要な教育・保育機関の協力を得て、保育者や教師が認識している児童の現状を把握することができ、十分な資料収集効果を得たと考えられる。

9. 今後の展望

今回の調査は、比較的農村地区や都市の郊外に当たる地域が多いので、地域差や家族形態の違いなどと合わせて更に検討することが必要である。従って、こうした内容を踏まえて生活の質の点数配分をすることで、発達にとってフェアな尺度になると考えられる。

これまでの分析からは教師が児童の健康の姿を適切にとらえ、そこから必要とする児童の健康増進への働きかけに至るプロセスについては本研究では明らかにされていない。児童の健康の実態を踏まえて健康の維持増進を図る活動をどのように具体化していくのかについても、ある年度の学校教育課程は前年度に児童の実態を踏まえて作成されることが多い。したがって中長期的な発達の展望を抱きながら学校が子どもの全人格的な健康理解を深め、取り組みを具体化していくためのシステム作りについて課題は何か、より詳細に検討していく必要があると考えられる。

そして、職場内の支援に支えられて、子どもの健康増進活動の内容によっては、家庭とあるいは、地域と連携しながら、児童を取り巻く環境を児童の健康増進にふさわしい状況に変えていくことが求められる時、迅速かつ適切な連携を取るにあたって必要なことは何か明らかにされる必要があるだろう。連携のための具体的条件や段取り等を事例検討的に明らかにしていくことは、逆に連携を阻むものは何かを詳細に検討していくことに結び付くので、今後の課題である。

10. 研究発表の状況（平成 21 年 4 月～平成 24 年 3 月までの状況）

<雑誌論文>

* 査読	著者名	論文標題	雑誌名（巻）	発行年	ページ
*1 有	西野美佐子	幼稚園教師が把握する幼児の健康実態と健康教育の必要性 ー生活充実感と健康増進への取り組みとの関連を踏まえてー	保育と保健 16(2)	2010	67-73
*1 有	西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏	教師が把握する児童の健康実態と健康教育の必要性 ー学校における健康増進活動と連携との関連を踏まえてー	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	59-82
*2 有	平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆	保育者・小学校教員における情報伝達の重要性の認識に関する研究 ー小学校への移行時における子どもの共通理解をめざしてー	感性福祉研究所年報第 11 号	2010	83-94

<図書>

* 番号	著者名	書名	出版社	発行年	総ページ数
*4	西野美佐子 共訳 監訳:国立精神・神経医療 研究センター	WHO 版 2011 年 Psychological First aid for field workers 心理的応急処置(サイコロジ カルファーストエイド:PFA)ー現場の支援者 のガイド (日本語訳テキスト版)	2012.3.11.インター ネット公開中 (出版準備中)	2012.3.	1-46
*4	ケア・宮城(役員:西野美 佐子)	被災者の心を支えるためにー地域で支援 活動をする人の心得ー	公益財団法人プラ ン・ジャパン	2012.3.	1-18

<学会発表>

* 番号	発表者名	発表標題	学会名	発行年月	開催地
*3	西野美佐子, 平川昌弘	幼児の健康状態の理解と健康支援に 関する研究(1)	日本発達心理学会第 23 回大会	2012 年 3 月	名古屋
*3	平川昌弘, 西野美佐子	幼児の健康状態の理解と健康支援に 関する研究(2)	日本発達心理学会第 23 回大会	2012 年 3 月	名古屋
*1	西野美佐子, 平川昌宏	小学校教師における健康教育と連携 への取り組み ー自由記述部分のカ テゴリー分析結果からー	日本発達心理学会第 22 回論文集	2011 年 3 月	東京
*1	西野美佐子	幼稚園教師が把握する幼児の健康実 態と健康教育の必要性 ー健康増進 への働きかけと関連してー	東北心理学会第 64 回 大会発表	2010 年 9 月	宮城
*1	西野美佐子	小学校教師が把握する子どもの健康 実態と健康増進活動ー児童の健康教 育の必要度との関連からの考察ー	日本特殊教育学会第 52 回大会発表論文集	2010 年 9 月	長崎
*1	西野美佐子, 大関信 隆, 平川昌宏	教師が把握する児童の健康実態と健 康教育への取り組みの必要度につい て(1) ー働きかけの重要性に対する 因子分析結果からー	日本教育心理学会第 52 回総会論文集	2010 年 8 月	東京
*1	平川昌宏, 西野美佐 子, 大関信隆	教師が把握する児童の健康実態と健 康教育への取り組みの必要度につい	日本教育心理学会第 52 回総会論文集	2010 年 8 月	東京

		て(2) -低学年担当教師と高学年担当教師の認識の違い-			
*2	平川昌宏	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解-伝達情報に対する重要性の認識のずれに関する分析-	日本保育学会第63回大会発表要旨集	2010年5月	愛媛
*2	西野美佐子, 平川昌宏, 大関信隆	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解(1)-情報共有に関わる領域別指標結果について-	日本発達心理学会第21回大会	2010年3月	神戸
*2	平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆	小学校への移行時における一貫性のある支援のための子ども理解(2)-項目ごとの分析-	日本発達心理学会第21回大会	2010年3月	神戸

<研究成果の公開状況> (上記以外)

【平成21年度】

3月6日(土)~7日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議
 ・西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏, 西野毅史, 三浦和美, 水野一枝「児童における「健康観」に関する意識調査結果について」

【平成22年度】

8月28日(土)開放講座:攻めと守りの健康法 -健康と健康理解を学ぶ-
 ・三浦和美「子どもの健康教育を考える」

【平成23年度】

1月22日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第4回全体会議
 ・西野毅史, 西野美佐子「児童の社会性練磨のプログラム開発-情操教育ソフトを用いた人形劇作成ワークショップを通して育む共感性-」

11. その他の研究成果等

「10 研究発表の状況で記述した論文、学会発表等以外の研究成果、企業との連携実績があれば具体的に記入してください。また、上記、4に記載した研究成果に対応するものには下線及び*を付してください。

・2011年6月～2012年2月 東日本大震災後子どもの心を支援する者の支援が必要性を考え、心理士有志で「ケア・宮城」を立ち上げ、宮城県教育委員会義務教育課およびスポーツ健康課と共催で県内各地市町の教育委員会や学校ならびに PTA の要請を受け、教員のための「心のケア」研修会を出前・無料で開催した。述べ58回の研修会開催となった。約3000人の教員がこの「心のケア」研修に参加した。以下の表は、ケア・宮城の出動先一覧である。

NO	研修日	出勤市町	依頼者	会場	NO	研修日	出勤先	依頼者	会場
1	5/24	仙台市	私立中高総会	仙台ガーデンパレス	31	7/25	石巻市	石巻市M小学校	M小学校
2	6/9	塩釜市	塩釜市教育委員会	M中学校(1回目)	32	7/28	大原町	大原教育委員会	O小学校
3	6/10	仙台市	私立学校保護者連合会	仙台ガーデンパレス	33	7/28	宮城県	県教委	東北歴史博物館
4	6/12	気仙沼市	O小学校	O小学校	34	7/29	山元町	山元町教育委員会	Y小学校
5	6/13	加美町	N小学校	N小学校	35	8/2	宮城県	県教委	県立S高
6	6/14	多賀城市	T中学校	T中学校	36	8/3	美里町	美里町教育委員会	駅東地域交流センター
7	6/14	東松島市	東松島市教育委員会	Y中学校	37	8/17	東松島市	東松島市教育委員会	N中学校
8	6/15	仙台市	私立T大学附属高校	T大学附属高校	38	8/18	亶理町	亶理町教育委員会	W町中央公民館
9	6/16	岩沼市	岩沼市教育委員会	I市民図書館研修室	39	8/23	宮城県	県教委	東北自治研修センター
10	6/17	大崎市	大崎市教育委員会	Iスコールハウス	40	8/30	石巻市	O小学校	O小学校
11	6/18	松島町	県立M高校	県立M高校	41	9/5	塩釜市	塩釜市教育委員会	S中学校(2回目)
12	6/22	登米市	登米市教育委員会	T市N町生涯学習センター	42	10/12	東部教育事務所	石巻市Y中学校	教職員
13	6/22	七ヶ浜町	M小学校	M小学校	43	10/13	利府町教育委員会	利府町S小学校	教職員
14	6/24	仙台市	県立高校	県工業高校	44	10/28	B&G財団	ホテル白萩	海洋センター町職員
15	6/27	山元町	Y二小学校	Y小学校	45	11/4	気仙沼市教育委員会	気仙沼市K幼稚園	教職員・保護者
16	6/28	東松島町	O小学校	O小学校	46	11/11	東部教育事務所	東松島N小学校	教職員
17	6/28	涌谷町	涌谷町教育委員会	Y町役場	47	11/14	気仙沼市教育委員会	気仙沼市立T中学校	教職員
18	6/28	気仙沼市	気仙沼市教育委員会	T中学校	48	11/17	東部教育事務所	石巻市立W小学校	保護者
19	6/29	松島町	M小と幼稚園	M小学校	49	11/18	東部教育事務所	石巻市立I小学校	教職員・保護者
20	6/29	気仙沼	M小学校	M小学校	50	11/21	気仙沼教育委員会	気仙沼市立T小学校	教職員
21	7/1	南三陸町	I小学校	I小学校	51	11/21	東部教育事務所	石巻市O小学校	教職員
22	7/2	東松島市	N小学校	N小学校	52	12/4	気仙沼教育委員会	気仙沼市立O小学校	町職員
23	7/4	南三陸町	S中学校	S中学校	53	12/6	石巻市立K小学校	石巻市立K小学校	保護者
24	7/5	岩沼市	T小学校	T小学校	54	1/10	岩沼市教育委員会	岩沼市T小学校	教職員
25	7/6	大崎市	M小学校	M小学校	55	1/13	(盛岡市)	岩手県予防医学協会	保健師・養護教諭
26	7/7	山元町	S中学校	S中学校	56	1/20	南三陸教育事務所	気仙沼市K幼稚園	教職員・保護者
27	7/9	気仙沼市	S中学校	S中学校	57	1/20	気仙沼市	気仙沼保健福祉事務所	保育所・児童館職員
28	7/12	山元町	S小学校、N小学校	S小学校	58	1/31	南三陸教育事務所	気仙沼市立T小学校	教職員
29	7/15	気仙沼市	O小学校	O小学校	59	2/17	塩釜市立教育委員会	塩釜市立D中学校	教職員
30	7/20	山元町	山元町教育委員会	Y中学校	60	2/23	気仙沼市	気仙沼市	保育所・幼稚園教諭

以下は、この1年化に開催した子どもの支援者の支援のためのシンポジウムや研修会である。

- ・2011年5月26日(日)第1回子どもフォーラム 於:国際会議場 140名参加
- ・2011年8月20日(土)日本学校心理士会2011年度大会 於:千里ライフサイエンスセンター(大阪)大会準備委員会企画 シンポジウム『危機対応と学校心理士の役割』
- ・西野美佐子「教師・保護者を対象とした“心のケア研修会”を開催して—その活動から見えてきた子供の現状—
- ・2011年9月18日第2回子どもフォーラム開催 於:仙台国際会議場 92名参加
- ・大関隆信・西野美佐子「子どもの健康実態と教師の健康教育的働きかけの必要性」日本健康心理学会ヘルスサイコロジスト、No55、6、2011年
- ・西野美佐子・平川昌宏・大関隆信「小学校の移行時における一貫性のある支援のための子ども理解」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・西野美佐子・大関隆信・平川昌宏「幼稚園および小学校における児童のヘルス・リテラシーに関する調査結果報告」東北福祉大学感性福祉研究所、2010年
- ・第6回 生と死の教育 実践事例研究会～震災に学ぶいのちの教育～報告書 協調講演 西野美佐子
上智大学グループケア研究所、兵庫・生と死を考える会

2012年2月5日(日)「第6回 生と死の教育・実践研究会～震災に学ぶ命の教育～ 於:聖トマス大学

- ・西野美佐子「東日本大震災から10カ月、教師支援活動から見えてきたこと～アンデンティティ喪失から再生に2向けて～」

2012年3月11日(日)日本発達心理学会シンポジウム「東日本大震災後における中・長期的支援の方向性 —

教師・保育者への支援を通じた子どもの理解と支援― 於:名古屋国際会議場
・西野美佐子「学校の教師のストレスとその回復 ―子どもを中心とした取り組み―」

12. 参考文献

- 1) 西野美佐子, 大関信隆, 平川昌宏:2010 「教師が把握する児童の健康実態と健康教育の必要性 ―学校における健康増進活動と連携との関連を踏まえて―」感性福祉研究所年報第11号 59-82
- 2) 西野美佐子:幼稚園教師が把握する幼児の健康実態と健康教育の必要性 ―生活充実感と健康増進への取り組みとの関連を踏まえて― 保育と保健 16 (2) 67-73
- 3) 平川昌宏, 西野美佐子, 大関信隆:2010 保育者・小学校教員における情報伝達の重要性の認識に関する研究 ―小学校への移行時における子どもの共通理解をめざして― 感性福祉研究所年報第11号 83-94
- 4) 西野美佐子 平川昌宏:2012 幼児の健康状態の理解と健康支援に関する研究(1)日本発達心理学会第23回大会 大会論文集
- 5) 平川昌宏 西野美佐子:2012. 幼児の健康状態の理解と健康支援に関する研究(2)日本発達心理学会第23回大会 大会論文集
- 6) 西野美佐子 氏家康治 畑山みさ子:2012 教員のための心のケア研修会の意義とその内容 ―東日本大震災における子どものための支援者の支援― 日本学校心理士会年報(平成11年度版) (印刷中)
- 7) 西野美佐子 共訳 監訳:国立精神・神経医療研究センター:2012 WHO版 心理的応急処置(PFA)―現場の支援者のガイド (日本語訳テキスト版) 国立精神・神経医療研究センターのHP公開中
- 8) ケア・宮城(西野美佐子):2012 「被災者の心を支えるために―地域で支援活動をする人の心得―」公益財団法人プラン・ジャパン発行 1-18

福 富 研 究 班

「ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案」

研 究 テ ー マ：ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案

研究チームリーダー：福富哲也

共 同 研 究 者：園田洋一、小坂健、田中喜代次、皆川州正、金政信、河村孝幸、水野康、
前田忠彦、山本光璋、金義信、

研 究 協 力 者：庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、相田潤、藤田和樹、高安秀樹、山口行治、
本田秋子、赤松千鶴

福富研究班

テーマ「ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案」

◎福富哲也、園田洋一、小坂健、田中喜代次、皆川州正、金政信、河村孝幸、水野康、前田忠彦、山本光璋、金義信、庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、相田潤、藤田和樹、高安秀樹、山口行治、本田秋子、赤松千鶴

1. 研究の目的、意義及び計画の概要

本事業では、健康教育が健康の維持増進における推進力であり、ヘルス・リテラシーは健康向上行動への性向を増大させる知と技能であるとしているが、先行の平成16-20年度学術フロンティア推進事業「五感を介する刺激測定に基づく健康向上のための人間環境システムの構築」では、具体的な健康のヘルス・プロモーション処方の実践過程では、それぞれのサービスの実習において、サービスの受け手の実行行動と実感的内省の相互作用が働く場合に効果が上がることが示唆された。

本研究の目的は、多様な環境の下に多様な人びとが住んでいる地域に置いて、この示唆が有効に機能するヘルス・リテラシー向上法の“地域”モデルを創案することにある。

この研究が成功裏になされれば、各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法を開発する際にも環境因子に配慮した有用な情報が得られることが期待され意義がある。

研究計画としては、Aグループで行う健康観調査の対象地域の住民、及び、本学等の大学生を対象に、4班を設けて、各種のエンパワーメント技法を開発し、その検証を行うものとする。

2. 研究の実施体制

〈研究遂行のためのチーム組織〉

研究チームリーダー：福富哲也

共同研究者：山本光璋、皆川州正、金政信、河村孝幸、水野康、金義信、園田洋一、田中喜代次、小坂健、前田忠彦

研究協力者：庭野賀津子、大内真弓、鈴木玲子、藤田和樹、本田秋子、赤松千鶴、相田潤、山口行治、高安秀樹

〈研究遂行に関わった機関、団体等〉

東北福祉大学、筑波大学、東北大学、大阪大学、実行データサイエンス(株)、(株)ソニー・コンピューターサイエンス研究所

〈各研究者の役割分担、連携状況、責任体制〉

本研究チームでは、責任体制・役割分担を明確にするために以下の4班を設け、研究チームリーダーは、研究の全体を統括し、研究の進捗状況を確認する役割を担った。

(1) 第1班：テーマ：能動的健康理解力向上自己生成システム（略称：tfu 元気点検道場）の構築：メンバー：山本光璋（班長）・河村孝幸・田中喜代次（筑波大学）

(2) 第2班：テーマ：tfu マイカルテシステムの利用状況グラフ配信システム（略称：Web グラフ）の構築：メンバー：園田洋一（班長）・水野康・大内真弓・高安秀樹（ソニー・コンピューターサイエ

ンス研究所)

(3) 第3班：テーマ：「健康科学」教育法の改鑄：メンバー：皆川州正（班長）・庭野賀津子・金政信・前田忠彦（統計数理研究所）・山口行治（実行データサイエンス研究所）

(4) 第4班：テーマ：ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案：メンバー：福富哲也（班長）・河村孝幸・鈴木玲子・小坂健（東北大学歯学研究科）・相田潤（東北大学歯学研究科）

各班を通じて、東北福祉大学のメンバーが主体的にコミットするが、田中喜代次（筑波大学）は元気点検道場の利用を筑波大学学生に奨めることに積極的に協力する。高安秀樹（㈱ソニー・コンピューターサイエンス研究所）はネットを介しての討論に参加する。前田忠彦（統計数理研究所）は、健康観調査に当たってのアドバイスと調査票の回収率について分析を実際に行い、統計的分析結果が合理的であったことを実証する。山口行治（実行データサイエンス㈱）はポジティブ・ヘルスの意義をバイオマーカーの研究の視点から論ずる。小坂健（東北大学歯学研究科）・相田潤（東北大学歯学研究科）は、ヘルス・プロモーションについて公衆衛生の立場から意見を述べることとした。

各大学は、教育機関としての任務に支障のない範囲で、共同研究者や研究協力者等が自分の研究室の学生が本研究で開発されたシステムを試験的に利用することを許可し、各研究機関も、データ収集や解析、討論に参加することに許可を与えた。

3. 研究方法

(1) 第1班；テーマ：能動的健康理解力向上自己生成システム（略称：tfu 元気点検道場）の構築

趣旨：ヘルス・リテラシー（健康に向けた知と技能）の視点から見ると、現代の多くの人びとは、自らの健康問題について病気というネガティブな状態でなければよしとする「他人まかせ」の守りの健康法にかたより、ポジティブな言葉で「自己省察」する攻め健康法を忘れてしまっているかのようにみえる。結果的に、類まれな高寿命社会が実現したにもかかわらず、高齢者の中には、人間としての尊厳を失うような状態で生き続けなければならない、すなわち、幸福な生をまっとうするには難しい長命地獄^{a)}といわれるような“逆説”を生じているとみられる。

この守りへの偏りは、我国では、1960年代に世界に先駆けて国民皆保険制度が導入されて以降、半世紀の長きに亘って続いてきたとみられることから、様々な国民文化に影響を与えていることが考えられる。したがって一朝一夕には是正されるものではないと考えるべきであろう。しかし、だからと言って手をこまねていることは、問題を先送りにするだけでなく、長命地獄の現実は一層深刻化するに違いない。したがって、ネガティブ・ヘルスに偏っている国民文化をポジティブ・ヘルス重視の方向に引き戻す施策（政策）を、長期的視点に立って、子どもから高齢者まで、あらゆる現場を捉えて一刻も早く開始することが肝要となる。この考えを実行に移すための一案は、本学が開発してきた *tfu* 元気点検票の実践をあらゆる国民層が日常化することであると考えているが、通常の施策では困難であると見られる。それは、「たとえ健康に良い習慣であることが判っていても、より楽しいことや快いことがあれば、それが優先する」ことを行動心理学が教えているからである。そこで、ここでは、快適感を本能的に覚えるような娯楽性を導入し、それと元気点検作業を連動することで、「能動的にシステムを使うようになる」という目的が達成できる可能性に挑戦する。すなわち、仕様条件は以下の通りとする。

- 1) 快適感を本能的に覚えるような娯楽性を導入する。
- 2) 娯楽性と元気点検作業を連動させる。
- 3) 対象は学生を含む地域住民とする。

★年次計画

- 2009 年度：地域の高齢者を対象にしたシステム（初版）の制作と検証
- 2010 年度：学生を対象にしたシステム（第2版）の制作と検証
- 2011 年度：学生を対象にしたシステムの改良（第3版）の制作と検証

(2) 第2班：テーマ：tfu マイカルテシステムの利用状況グラフ配信システム（略称：Web グラフ）の構築

趣旨：第1班が開発する tfu 元気点検道場は、「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上法」の構築を目指す具体的方策として有力な方法であるが、本システムの開発は、それとは別に、先行研究で開発された tfu 元気点検票が内包されたスタンド・アローン型の「tfu マイカルテシステム」を改修してその利用状況データ把握機能をウェブ化すれば、集団としての学生たちの利用状況を各メンバーが共有することができるようになり、それによって学生間の意識の相互作用が活性化されることが期待される。このことはヘルス・プロモーションにおいても、個人のエンパワーメントが、集団の中で向上していく可能性を示唆している¹⁾。

tfu マイカルテシステムは日常・非日常の体験や出来事を記録・登録・検索。表示ができるシステムであり、以下の13の大・中分類項目の記録欄が用意されており、それぞれの記録欄の累積利用回数が、常にカウントされているように設計され、実際に機能している。

- ①日記と心の分析記録、 ②-1 日常生活行動記録—1項目元気点検記録（中分類）、
- ②-2 日常生活行動記録—毎日の行動記録（中分類）、 ②-3 日常生活行動記録—家庭経済情報記録（中分類）、
- ③非日常的行動記録、 ④病気の治療記録、 ⑤福祉サービス利用記録、 ⑥自宅等での測定記録、
- ⑦病院等での検査記録、 ⑧歴史情報記録、 ⑨自然環境情報記録、
- ⑩-1 フレッシュモード詳細版元気点検、 ⑩-2 フォローアップモード詳細版元気点検

しかし、記録・登録・表示・検索画面に表示されている文字情報が多く、ユーザビリティがよくないという欠点があった。そこで本プロジェクトでは、2010年度にその改良を行い、2011年度に累積利用回数データに限ってウェブ化し、ウェブ上でグラフ化して閲覧できるシステム、即ち、tfu マイカルテシステムの利用状況グラフ配信システム（略称：Web グラフ）を構築することとした。

★年次計画

□2009～2010 年度：tfu マイカルテシステムの活用促進とユーザビリティの改良

- 1) 各クラスの教員に、1年生に対して、tfu 元気点検票詳細版冊子に掲載されている1項目元気点検票に関して宿題を与えその提出を促す。ついで、tfu マイカルテシステムにも1項目元気点検機能があることを知らしめ、その活用を促す。
- 2) 2,3,4年生については、演習科目の教員を介して、tfu マイカルテシステムのインストール法の講習会を定期的の実施することをPRする。
- 3) ユーザビリティの主たる改良点：
 - 3-1) 各細分類項目記録欄の詳細説明文をポップアップ・ウインドウに移動する。
 - 3-2) 大分類項目の選択画面はフローチャート画面で置換する。

□2011 年度：Web グラフ・システムの仕様策定と構築と検証

- 1) 前記の tfu マイカルテシステム側のデータベースから累積利用回数データを、CSV ファイル化した上で、Web 上からアップロードし、「私（各ユーザー）の累積利用回数及び増分」と「皆（データ提供に同意した人びと）の週次合計累積利用回数及び増分データ」のグラフ表示システムを新規に

構築する。

2) tfu マイカルテシステムの必要な改修を行う。

3) 教職員も学生の利用状況を実感できるように、tfu マイカルテシステムの自動インストールプログラムを新規構築する。

4) 第3班と連携し、パソコンを持参して授業を受ける授業科目（健康科学、リエゾンゼミⅠ）を東北福祉大学に設けて、ユーザビリティが改良されたかチェックするとともに、構築された Web グラフ・システムを検証する。

(3) 第3班：テーマ：「健康科学」教育法の改鋳

趣旨：どのような環境変化が起ころうとも、生存し続けることができるよう、全国民の「自立と相互支援」の理念の実践を目指し、文化人類学的経験と現代科学が教える知識の結晶としての、全人的健康理解向上のための一つの技法である tfu 元気点検票を学生に継承する。そのためには、“何ゆえに元気点検なのか”の論理をヘルス・リテラシーの視点に立って明確にする必要がある。そのポイントは、

1) 人間は、生命・生活・生涯の3つの時間軸上で生きている存在である。その際、個々人は過去から現在への履歴と情報に基づき、未来を予測し、予測の視点から現在をデザインしながら自己管理して生きていくことが賢明である。

2) 情報とは「データと知識と経験」とからなるが、人を動かす情報は、文字通り情け伝えるものであること。赤池理論は、「データと知識と経験」に基づき、近未来の予測の視点から現在を設計して実践するという「攻め」の論理を教えている^{b)、c)、d)}。

3) ここでは、知識として健康に定義を与え、ポジティブ・ヘルスとネガティブ・ヘルスのバランスが重要であること、また価値の単位には個人と社会があり、両者のバランスが重要であること、等を明確にする。

★年次計画

□2009年度：理念を固め、基本的問題点を整理する。新規授業科目を検討し、(3)に則ったヘルス・リテラシー概念を教えるとともに、個々人が自らの行動をデザインすることができるための情報（データと知識と経験）を与えるツールを開発する。その産物として、tfu 元気点検票活用ガイドブック（2009年度版）の改定を行い、「tfu 元気点検票かるた」（2009年度版）を創案する。

□2010年度：授業を試行し、問題点を抽出し、次年度の授業計画を立てる。

□2011年度：改訂された授業計画に基づいた授業を実施し、実用可能な「健康科学」教育法を樹立する。

(4) 第4班：テーマ：ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案に向けた動画製作

趣旨：各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発においては、高齢者・障害者・大学生・児童の4カテゴリーの視点から、目的に向けた研究がデザインされ実施されたが、地域にはこれらのカテゴリーに属す多様な人びとが住んでいる。したがって、ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案に際しては、そうした人びとが、地域という自然及び社会環境のもので実生活を送っていることに配慮することが必要となる。同じ大学生でも都会と地方では、異なる対応が必要だからである。しかしながら、どのような集団であろうとも、そのベースには、「ポジティブ・ヘルス」の重要性を、エンパワーメント教育の根幹に据える必要がある。その教育は、恐らく単なる論理だけではなく、人びとの心に浸透させる情緒面も重要であると認識される。したがってここでは、この目的に沿った動

画の制作にチャレンジすることにした。

★年次計画

2009～2010年度：A、B、Cグループの研究の進捗状況をウォッチし、問題点を検討する。

2011年度：ヘルス・リテラシー、tfu 元気点検票、元気姿勢などの言葉をキーワードとする2本の動画を製作し、学内に設置したデジタル・サイネージ上で放映し、学生等の反応からその効用を検証した上で、インターネット上にも発信する。また、2009年度にAグループが行った調査研究の対象に可能なエンパワーメント法を適用し、その前後における健康観調査を行う。

4. 研究成果

(1) 第1班の研究成果：テーマ：能動的健康理解力向上自己生成システム（略称：tfu 元気点検道場）の構築[*1]

1) 2009年度

地域の人びと、特に趣味を同じくする高齢者、を対象にしたシステム（初版）の制作を行った。当初、本システムは、地域社会の人びとが、ウェブ上に導入される娯楽性を楽しみながら能動的に元気点検票を実践するようになることを期待し、2009年度にその初版の制作に着手した。原理は元気姿勢スコアの向上と美しい草花の成長とをリンクさせるというアイデアであった。制作されたシステムの検証に際して、元気点検票を初めて体験する人びとに、本学に来ていただき、96項目からなる紙ベースのtfu 元気点検票システムを適用し、その意味するところを理解してもらった上で、ウェブシステムに入ってもらったことを考えた。しかしながら、ウェブ環境を自宅に持ち、且つ長期に亘って協力してくれる協力者は限られていたため、趣味を同じくする高齢者グループ（約20名）に対して、約2ヶ月おきに3回、研究者が現場に出向いて96項目の点検データの受領と前回のデータについての解析レポートを説明を行った。その合間にウェブシステムへの必要な入力情報を個人個人から聴きとるという方法を採用した。つまり、その情報は大学に持ち帰りウェブ入力し、娯楽性部分のハードコピーを取って次回各人に手渡ししたわけである。この方法は、高齢者グループのメンバーと研究者との間の良好な人間関係の構築もたらし、ポジティブ・ヘルスの推進に元気点検票及び同システムが有効であることが物語的に示された（未公表データ：表1参照）。しかし、肝心のウェブシステムの効用については、実証するに至らなかった。

表1 「自分の生活習慣を振り返ってみて、明らかに変化したということがあるでしょうか。また、その結果として、ご自分の健康感に変化はありましたでしょうか。」という質問に対する回答集より

各カテゴリーから一項目を選び挑戦しましたが、常に健康という事を意識していないとつい楽な方に傾いてしまいます。心身共に現状維持でありたいと思います。生活習慣としては常に体を動かし柔軟性、歩行に気をくばる様になり、月に5～6回はウォーキングを仲間の人達と楽しんでいます。健康の有難さをつくづく感じます。
自分が選択していました項目は日々意識して生活をしていました。その中でも疲れた時等は評価が低い時もあり、家族の介護の時も同じ時間に食事が取れない時もあり、波がありました。今回はキャラクターにも大きな朝顔の花が咲き満足しました。有り難うございました。
参加してから、特に健康の事を気にする様になりました。運動、食事を考えて行動しています。でも気がしているのに、体重だけはふえて行きます。今年の夏の暑さに負けず食欲だけはありました。
健康については日頃から関心を持ち、健康に関する講演講話には出来るだけ参加しています。又健康維持のため運動教室にも通っています。今回の貴大学のモニターに参加し、項目別に具体的にチェックすることにより健康管理について一層理解できました。今後の生活の中に取り入れて行きます。
以前よりは気をつけて生活するようになり、食事時間もかけて、よくかんで食べるように気をつけております。階段を一段でも多く考えたり、近いところは歩いて行こうと思ったり、頭の中は常に健康という文字があります。今後も続けて行動しようと思っております。ありがとうございました。
日常的に体重を量ることは、ほとんどしていませんでしたが（健康診断の時以外）、このプロジェクトに参加させて頂いてからは、いつも体重計をそばにおいて、体重を量る習慣がついたことは自分でもとても良かったと思っています。意識して、朝のすがすがしい空気を満喫することを続けて行きたいと思っています。ありがとうございました。

2) 2010年度[*1]

将来高齢化することが確実な若年層ことに大学生に事の重大性を訴え、彼らが高齢化した時には、

そうした問題が回避されるようになる道筋の一環として、開発されたウェブシステム（第2版）を彼らに適用することに方針を転換した。この方針転換はある程度奏功した。すなわち、納品されたシステムは2010年度末であったので学生への適用は2011年度の入学者に対してなされたが、2011年6月期にウェブサイトに入力して行動項目の元気点検を行った学生8名の累積点検回数の時間推移をみると、ほぼ毎日着実に点検した学生が3名いたほか、途中で挫折したように見える学生、途中から開始した学生などさまざまであった。この中、ほぼ毎日点検した学生は少なくとも現れるアバター・アイテムを揃えるという意図を持ってウェブシステムに入ったことが後日確認された。この学生の場合は、娯楽性にある程度興味を持ったことは確かである。他の学生についても多かれ少なかれその点は事実であった。しかし、1300名程度の入学者の中、6月の段階でこのように点検者の実数が少ないことについては、問題であった。この点については、学生を対象にすることに方針を転換し、初版では草花の成長過程に利用者の感性が共鳴することに期待したのに対し、第2版では利用者の分身と言える“アバター”と、アバターが身につける服装や風景等の“アイテム”に娯楽性を持たせるという大幅な機能の変更を行ったため、それがリリースされたのは2010年度末となった。この第2版に熱心取り組んだ2011年度の学生については上で紹介したが、2011年度全体を通しての点検回数の累計は図1の通りとなった。このグラフから、年度を通しての累計は1600件

に及んだものの、前半は、特に授業科目の「健康科学」受講者に対し、授業の一環として利用を推奨したため伸びているが、後半は頭打ちになっていることが判った。結論として、個々の学生が能動的にウェブシステムに入って点検したという証拠は得られなかった。このような結果となった理由について検討すると、以下のようにまとめることができた。

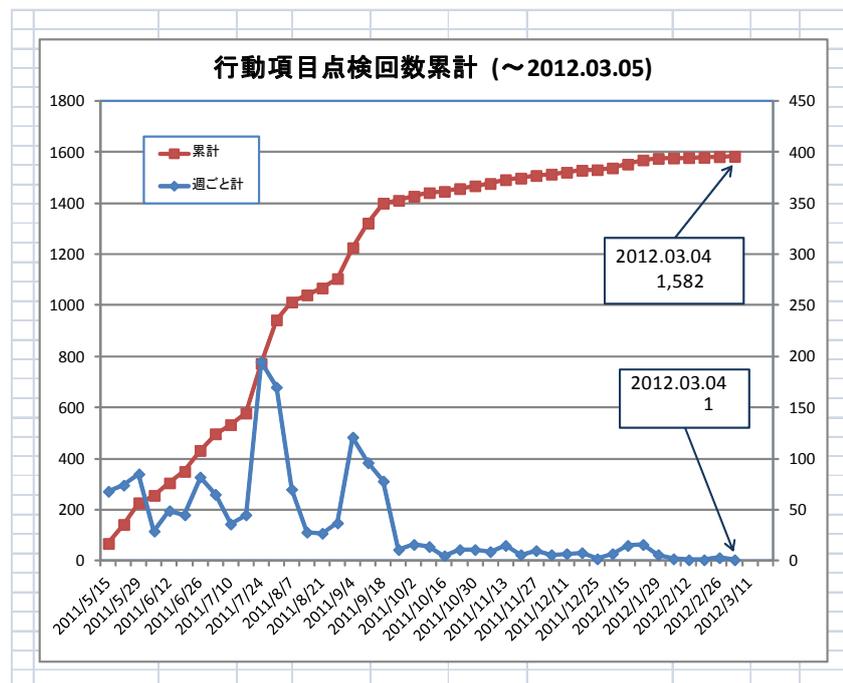


図1. 2011年度（2011.5.15～2012.3.04）における行動項目点検回数累計の推移（第2版利用）

に及んだものの、前半は、特に授業科目の「健康科学」受講者に対し、授業の一環として利用を推奨したため伸びているが、後半は頭打ちになっていることが判った。結論として、個々の学生が能動的にウェブシステムに入って点検したという証拠は得られなかった。このような結果となった理由について検討すると、以下のようにまとめることができた。

□ウェブシステムへのログインの方法に関して

通常ウェブページに入るためにはログイン ID とパスワードが用いられる。当初本システムでは、利用者全員が共通の ID とパスワードで認証入力した上で、各自の ID とパスワードを入力するという2段階システムを採用した。しかし、このことが不徹底だったため、認証の意味を理解せず、ログインができない学生が続出してしまった。このため、途中で2段階システムを改めたが、多くの学生に周知させるに至らなかった。

□アバター・アイテムに関して

結果論であるが、複数の学生の意見として、アバターの髪型は全て黒色であり威圧感があるなど、

アイテムに魅力が乏しかったことがあった。バックの風景についても限られた予算とはいえ芸術性に乏しかった。さらに大きな問題点は、各アイテムの購入価格を、後半ほど高く設定してしまったので、点検項目数を増やさないと買えないという事態が頻発した。点検項目数を多くすることは、ヘルス・リテラシー即ち知と技能の推進には好ましいことであったが、点検に時間がかかるというネガティブな面が出てきてしまった。この事実を把握したのは、2011年秋になってからであり手遅れとなった。

3) 2011年度[*1]

第3版の仕様概要

第2版の問題点を洗い出しそれに対処する仕様を策定し、構築した第3版について以下に説明する。

□第2版では、標準的な8項目選択では、獲得したアイテムを購入することができなかったが、第3版では、それが可能になるように、どのカテゴリーのアイテムでも共通の低価格設定を行った。

□学生を対象にアバター・アイテム・コンテストを行い、入選したアバター・アイテムの線画作品に基づいて専門家が着色し、仕上げたものを導入するとともに、既存のアイテムについても、カラフルなものへの修正や追加を大幅に行った。また、髪型とその色合いについても改良した。図2は、モノクロであるが、代表的なアイテムの例を示す。

□第2版では、48種類のアイテムは、ユーザーがカテゴリーを自分で選択する方法を取っていたが、第3版では、8カテゴリーのアイテムが、システム側から自動的に出てくるように改めた。これにより、ユーザーが予めアイテムを選択する自由度は減ったが、設定するための時間的負荷は大幅に小さくなった。また、設定を失念したまま、元気点検を始めてしまう失態も防ぐことができるようになり、毎回必ず1アイテムを獲得することができるようになった。

□獲得した任意の背景のもと

で着飾ったアバターの姿を拡大表示し、随時印刷可能にした。

□第2版から第3版への移行に際して、初心者に親切にというモットーを徹底し、アバター・アイテム



図2. 第3版で採用したアバター・アイテムの例. 最下段は、学生の応募作品を基にデザイナーが仕上げた「特殊衣装」であり、獲得した服装に無関係に切り替わるものである。中央は、実際の点検過程で獲得したアイテムを基に着せ換えたものである。

ムの獲得・購入・着せ替えのプロセスで迷子にならないための様々な工夫をした。

- 初めての人のために、はじめての方へというページを設けるとともに、そのなかで、目的がゲームにあるのではなく、たゆまぬ健康向上にあるというヘルス・リテラシーの基本理念を明示した。
- 機能項目等の点検は、自分の弱点を発見し行動項目の元気点検に伴う努力の程度を評価する手段として利用することができることを明確に示した。
- 各項目の点検画面に置いた「*tfu* 元気点検票かるた」の上の句カードに付随して、下の句を言えませんか？言えない人はかるたをクリックしてみようという誘いの文言を挿入した。
- かるたゲームに「イラストのないバージョン」を設けた。
- 以上、システム開発が主体の研究テーマであるため、システムの詳細を説明したが、さらに詳しい内容は、東北福祉大学のホーム・ページ上にも公開した【*2】。

利用状況

第3版は、2012年の年度末に、仕様条件にマッチしたものであることを確認した後公表され、約5000名の東北福祉大学の在校生にIDとパスワードが配布され、利用が開始されている。本報告の内容は、東北福祉大学感性福祉研究所年報13号に平成23年度研究プロジェクトの活動報告として掲載される予定になっているが（2012年4月現在）、2011年度に第2版を体験した学生の一人はそれを読んで、次のような感想を寄せてきたので紹介する。

『報告書を読んで、長命地獄を回避させるような健康的な生活を若い世代に送らせるために元気点検票というシステムを作ったことは、素晴らしいと思いましたし、さらに娯楽性を出すことによって、どんな世代にでも親しみやすく、能動的に取り組めると思いました。前年度は元気点検票のサイトに何度か入り、元気点検をし、アバターのアイテムを受け取っていました。確かに、アバターの種類が乏しかったり、購入時にかかる費用が若干高めであるという印象があり、このことが原因となり途中で投げ出す人も出てくるのではないかと思います。ですが、報告書を読むと、アバターのデザインや、種類、購入時の値段など大幅に変更されているので、利用する側としてはとても良い改善だと思います。もし自分が来年度の新1年生で、新しくなった元気点検票を利用するとしたら、おそらく今まで以上に利用し、アバターのアイテムの収集などを頑張ったかもしれません。ほかの生徒も前年度以上に興味を持つ生徒が出てくると思います。』

まとめ

現代に生きている日本人にとって、冒頭に述べたように、ネガティブ・ヘルスに偏っている国民文化をポジティブ・ヘルス重視の方向に引き戻す政策が一刻も早くとられることが必要不可欠であると思われることから、より望ましい生活習慣の自己点検作業と快適感を与える娯楽性とを連動させた本システムを構築した。その真価は2012年度の学生によって証明されるであろう。本能が導く快適感も時代とともに移り変わって行く面があると思われるので楽観はできないが、より芸術性に優れたアバター・アイテムに置換していく努力も同時に行うべきである。しかし一方、大震災が起こったことで地域社会が崩壊し、私たち日本国民の価値観にも激震が走っていると認識することが肝要である。その現実を踏まえるならば、学生たちが単に娯楽性に耽るところから一步先に進み、改鑄されたヘルス・リテラシー概念のもとで、周辺の社会を巻き込んだ新たな文化の創造に寄与することを期待したい。

(2) 第2班の研究成果：テーマ：tfu マイカルテシステムの利用状況グラフ配信システム（略称：Web グラフ）の構築

年次計画に従いシステムの構築を行ったが、2011.3.11の東日本大震災の影響は大きく、システムの納品は年度末になってしまった。しかし、学生2名、教員4名（内1名は他大学）の計6名による実験であったが、延べ157回のtfu マイカルテシステムの記録登録が行われ、図3に見るような、「皆」が共有した増分（上側）と累積回数（下側）の①～⑩-2までの利用状況グラフを、前日までの過去n日間（実験ではn=3）について得ることができた。「私」についても、同様に増分と累積利用回数グラフを、前回から今回までの間の記録登録期間に関して得ることができた。

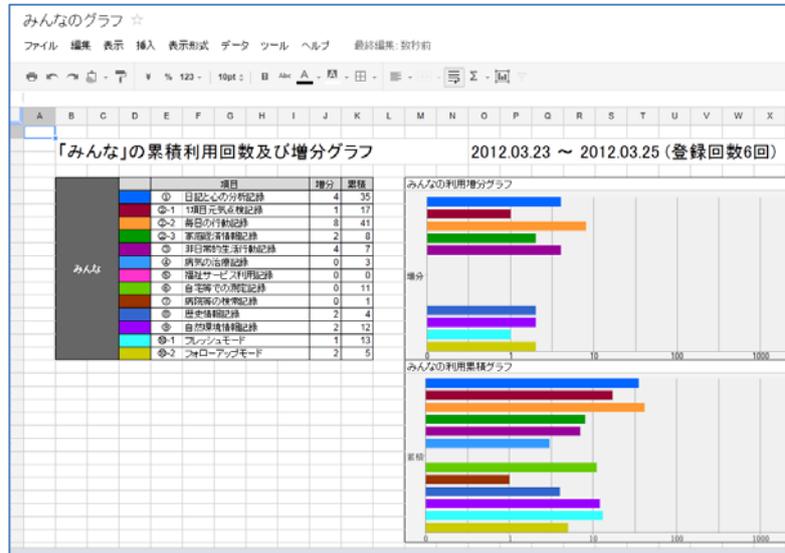


図3. 参加者6名が共有した増分（上側）と累積回数（下側）の①～⑩-2までの利用状況グラフ。3月23日～3月25日の3日間（本番環境では7日間となる予定）に6回に及ぶ各々人からの登録があったことを示している。

この実験に参加した学生A君は以下のように述べている。
 『今回実験に参加してみて 毎日の記録をWebにアップロード

することを体験してみると、他人のデータと自分のデータを比べて自分との違いを理解し、見直すことができたと思うので、以前に言った通り「グラフを見ることによって日々の記録を残すことはとても大切な事だと思い、その後、毎日記録に残そうとする」と思います。新しくなった元気点検票システムによって、毎日続けていくことも難しくありませんでした。』また、Bさんは、『私は実験期間に旅行に行っていたのでパソコンが手に無く更新することが出来ませんでした。なので、いつかは携帯からでも利用出来るようになれば良いなと思いました。パソコンでやるとなると少しサボり癖が出てしまうような気がします。ですが、これをやることによっていつ病院に行ったかな？と分からなくなったときでもこれを見ればすぐ分かるので便利だと思いました。』

検証実験としては、不十分であったが、本システムが学生間の自己省察機能の相互作用を呼び起こす可能性が示された。このことはヘルス・プロモーションにおいても、個人のエンパワーメントが、集団の中で向上していく可能性を否定することはできないことを示しているように思われる。

(3) 第3班の研究成果：テーマ：「健康科学」教育法の改鑄

計画で掲げた趣旨と年次計画に則り、改鑄された「健康科学」の授業を、2010年と2011年の2回にわたり、12名の教員によるオムニバス形式で実施した。その結果を踏まえ、ここでは、2012年度に予定されているシラバス（授業計画）を研究成果として以下に示す【*3】。

健康科学 2012年度 前期 火曜日1限

【授業の到達目標】

(1) ヘルス・リテラシー（健康に向けた知と技能）の概念

http://www.tfu.ac.jp/special/genki/health_literacy.html を理解する。[*2]

(2) ヘルス・リテラシーを向上させ健康向上に向けた実践処方を与えるツールとしての tfu 元気点検票 <http://www.tfu.ac.jp/special/genki/score.html> の原理を理解し、その日常化のために創案・開発された短歌形式の tfu 元気点検票かるたを体験的に学ぶ。[*4]

(3) tfu 元気点検票を継続的に実践することができるように開発されたウェブ上のシステム:「能動的健康理解力向上自己生成システム(略称: tfu 元気点検道場)

<http://www.tfu.ac.jp/special/genki/active.html> 」を日常的に活用するとともに、食・息・眠・温・動・想・愛・環・安心の各カテゴリーの詳細な実践処方を学ぶ。[*5]

(4) 家族や周囲の健康向上にも気を配るようになる。

【授業の概要(基本的枠組み)】

(1) 最初の4回で、ヘルス・リテラシーに関する理論と方法論について、学んだ上で、その後は、食・呼吸・睡眠・体温調節・運動・心の働き・人との愛情ある接し方・自然及び社会環境・安心のカテゴリーの専門分野の教員から、詳細な実践処方を学ぶ。

(2) 学生は、フル充電したPCを立ち上げ、デスクトップ上にある tfu マイカルテシステムに入り、大分類項目>日常生活行動記録>毎日の行動記録欄に細分類項目:「健康科学」を設け、教員が適宜指示するキーワード等の記録をしていく。

【受講学生への要望】空き時間や自宅等では、できるだけ毎日 tfu 元気点検道場に入って継続的に元気点検作業を行うよう心がけてください。

【評価の方法・基準】試験、および web 上のシステムを利用した生活習慣管理体験を元にしたレポートにより評価する。

前期授業計画

①	4. 10	イントロダクション:ヘルス・リテラシーとは(水野、阿部)
②	4. 17	能動的健康理解力向上自己生成システム及び tfu マイカルテシステムの活用法(Ⅰ)(山本、水野、河村)
③	4. 24	tfu マイカルテシステムの活用法(Ⅱ)(山本)
④	5. 8	tfu マイカルテシステムの活用法(Ⅲ)(坪川)
⑤	5. 15	健康向上のための生活習慣行動の実践処方(眠1)(水野)
⑥	5. 22	同(眠2)(水野)
⑦	5. 29	同(食)(畠山)
⑧	6. 5	同(想)(皆川)
⑨	6. 12	同(息)(河村)
⑩	6. 19	同(動)(齋藤)
⑪	6. 26	同(愛)(庭野)
⑫	7. 3	同(温)(水野一)
⑬	7. 10	同(環)(大内)
⑭	7. 17	同(安心)(杉本)
⑮	7. 23	まとめ(水野)
⑯		試験

なお、第3班では、関連してこの期間、各年度に以下の教育用支援ツールを公表した。tfu 元気点検かるた 2009(健康理解向上かるた)(2009年10月25日発行)[*13]、tfu 元気点検かるた 2011(健康理解力向上かるた)(2011年3月1日発行)[*14]、tfu 元気点検票かるた(2012年2月1日発行)[*15]、tfu 元気点検票詳細版 V2010-3(2012年3月1日発行)[*16]、tfu 元気点検票詳細版 V2011-3(2012年3月1日発行)[*17]、tfu 元気点検票詳細版(2012年2月1日発行)[*

18]、tfu 元気点検票かるた活用ガイドブック (2012年2月1日発行) [*19]、tfu 元気点検票かるた読み札一覧 (2012年2月1日発行) [*20]、tfu マイカルテシステム 2012 (2011年3月6日稼働) [*22]

(4) 第4班の研究成果：テーマ：ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案に向けた動画制作

趣旨に則り、また、年次の検討を経て、改铸されたヘルス・リテラシー概念取り入れた2本の動画：「ヘルス・リテラシーとtfu 元気点検票」及び「ある家族の物語」を学内に設置したデジタル・サイネージ上で放映し、その効果を検証した [*6]。また、これらの動画は、何れもYoutubeにアップロードし、本学ホーム・ページ上のtfu 元気点検票コーナーの2. ヘルス・リテラシー、及び、3. 元気姿勢スコアの付け方からリンクが張られている [*7, *8]。同コーナーの4. tfu 元気点検道場は、第1班が開発した「能動的健康理解力向上自己生成システム (略称：tfu 元気点検道場)」の詳細説明の場を提供しており、高校から大学へのリエゾン教育のためのテキスト・ブックを収めた「TFU リエゾン・ナビ」の第8章3節：「生活の自己管理デザインをしよう [*9]」及び同4節の「元気点検票かるたをやってみよう [*10]」ともリンクしている。このうち、前者においては、生命・生活・生涯の3つの生を同時に生きていくために必要となる自己管理デザインの思想とそこからtfu 元気点検票が創案された道筋が詳述されている。「生活」という言葉は「生命・生活・生涯」という言葉の代名詞である。この文脈から分かる通り、娯楽性が取り入れられている“tfu 元気点検道場”は、他大学も含む大学に入学したばかりの学生を主な対象とした初心者用のシステムと位置付けられている。さらに、第2班が開発した「tfu マイカルテシステムの利用状況グラフ配信システム (略称：Web グラフ)」は、スタンド・アロウンの「tfu マイカルテシステム 2012 [*22]」を中心にした学内システムであるが、それには96項目からなるtfu 元気点検票詳細版を用いた元気点検機能と解析レポート及びアドバイス機能を有する「tfu 元気点検票システム」が大分類項目⑩と称されて含まれているため重要である。これは、点検項目数が多いこともあり、3ヵ月に一度程度は自己点検するように推奨されている。「tfu 元気点検票システム」に関連して、ウェブ上には、PC 端末または携帯端末のどちらからでもログインすることが可能な“SWC 元気点検票システム”と呼ばれるシステムがtfu 元気点検票コーナーの5. 及び7. からリンクされている。【注】ただし2012年4月からサーバーの置換作業のためサービスはしばらく停止状態になっている。

以上の諸システムは、tfu 元気点検票コーナーを中心に関連付けられているので、生活の「自己デザイン・サポートネット [*11]」と称され、スタンド・アロウンのtfu マイカルテシステム 2012 と、外部サーバーに入っている関連部分を除いて公開されている。このことは、本研究の成果の主要部分が、全国民に公開されていることを意味している (図4参照)。

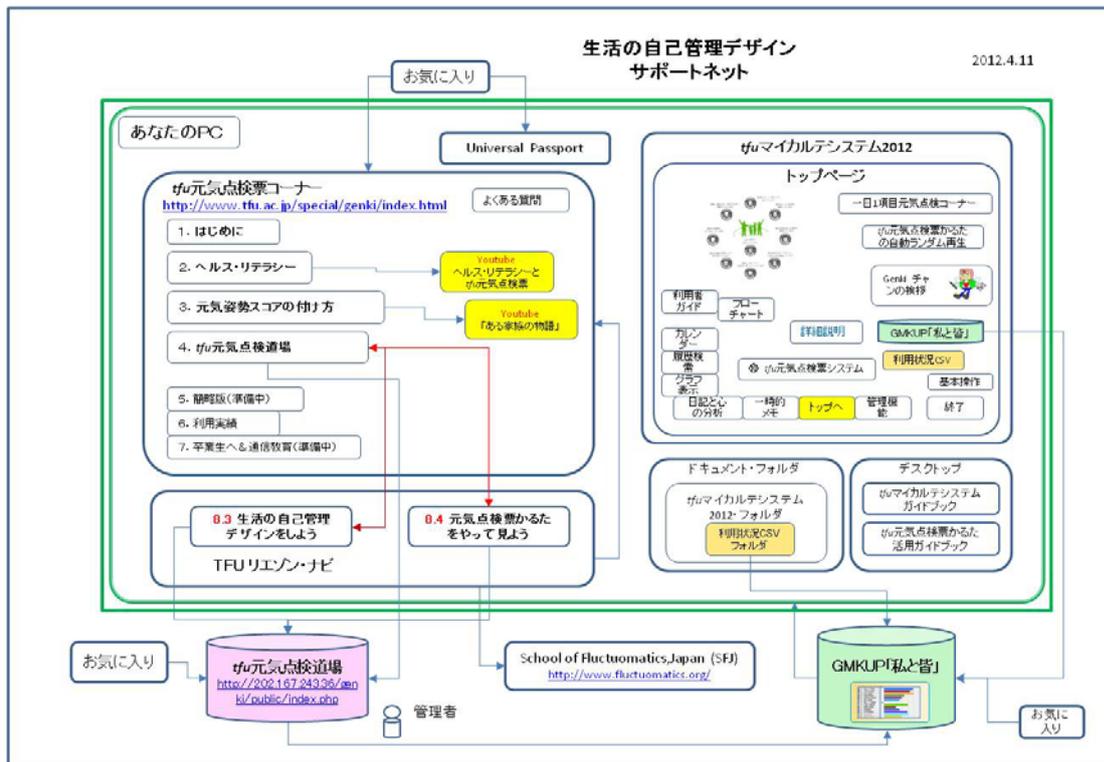


図4. 東北福祉大学のHP上にある tfu 元気点検票コーナーを中心とする“生活の自己管理デザイン・サポートネット”

5. 優れた成果があがった点

<優れた成果があがった点>

ヘルス・リテラシーを「健康に向けた知と技能」と明確に再定義したことで、静態としての健康ではなく動態としての健康向上をたゆまず追求し続けることが健康に取っての必要条件であることを、論理的に明快に説明できるようになった。そのことはまた、8年前に提唱した元気点検票に根拠を与えるものでもあった。これらにより、「ヘルス・リテラシーと tfu 元気点検票」という動画を制作する動機付けにもなった。第1班の研究手法の冒頭で述べた通りであるが、ヘルス・リテラシー（健康に向けた知と技能）の視点から見ると、現代の多くの人びとは、自らの健康問題について病気というネガティブな状態でなければよしとする「他人まかせ」の守りの健康法にかたより、ポジティブな言葉で「自己省察」する攻め健康法を忘れてしまっているかのように見える。結果的に、類まれな高寿命社会が実現したにもかかわらず、高齢者の中には、人間としての尊厳を失うような状態で生き続けなければならない、すなわち、幸福な生をまっとうするには難しい長命地獄といわれるような“逆説”を生じているとみられる^{a)}。この守りへの偏りは、我国では、1960年代に世界に先駆けて国民皆保険制度が導入されて以降、半世紀の長きに亘って続いてきたとみられることから、様々な国民文化に影響を与えていることが考えられる。したがって一朝一夕には是正されるものではないと考えるべきであろう。しかし、だからと言って手をこまねいていることは、問題を先送りにするだけでなく、長命地獄の現実は一層深刻化するに違いない。したがって、ネガティブ・ヘルスに偏っている国民文化をポジティブ・ヘルス重視の方向に引き戻す施策（政策）を、長期的視点に立って、子どもから高齢者まで、あらゆる現場を捉えて一刻も早く開始することが肝要となる。この考えを実行に移すための一案は、本学が開発してきた tfu 元気点検票の実践をあらゆる国民層が日常化することであると考えるが、通常の施策では困難であると見られる。それは、「たとえ健康に良い習慣であることが判っていても、

より楽しいことや快いことがあれば、それが優先する」ことを行動心理学が教えているからである。そこで、ここでは、快適感を本能的に覚えるような高度な娯楽性を導入し、それと元気点検作業を連動することで、「能動的にシステムを使うようになる」という目的が達成できる可能性に挑戦し一定の成果を得た。

6. 研究成果の副次的効果

- 東北福祉大学において、2011年度に開講された初年次学生を対象にしたリエゾンゼミⅠ（2010年度までの人間基礎論、いわゆる基礎ゼミ）における必修項目の一つとして「生活の自己管理デザイン」を挙げ、ポジティブ・ヘルスの視点が強調された「元気点検票」を活用したヘルス・リテラシー向上教育を開始した。
- 特許取得：特許第4711711号（発明の名称：元気・健康点検票；発明者：阿部四郎、山本光璋、渡辺誠、他；特許権者：学校法人梅檀学園；取得日：平成23年4月1日）
- 特許審査請求中：特願2005-344720（発明の名称：元気姿勢測定装置；発明者：阿部四郎、山本光璋、小松紘、松江克彦）
- 商標登録：第5427040号 商標 元気点検票 指定区分：第41類：技芸・スポーツ又は知識の教授、技芸・スポーツ又は知識の教授に関する助言・指導又は情報の提供、電子出版物の提供、第44類：健康診断、健康診断に関する助言・指導又は情報の提供、栄養の指導、医療情報の提供、入浴施設の提供、介護、医療用機械器具の貸与（登録日：平成23年7月22日）

7. 研究遂行上の問題点

本プロジェクトは、計画年次2年目の末に、「3.11東日本大震災」に遭遇したことにより、参加研究者の大半が被災し、研究の手段と環境が大きく毀損され、また、大きな困難を抱える被災者の救援や支援活動に従事する必要も生じ、さらに、調査環境も大きく変わり、地域住民を対象とするモデルの実効性の検証作業や調査の実施が殆ど不能になり、最終年度の作業遂行に大きな支障が生じた。加えて、研究成果の公表—特に研究論文・著書の作成も大きく阻害された。

8. 評価体制

本研究プロジェクトでは、研究組織を組み立てる際に、研究の進行管理のために、総括班が設置された。当該研究を含む個々の研究事業は、総括班の下で研究の進捗について常にチェックを受ける体制が取られた。

9. 今後の展望

本研究は、本研究プロジェクトの中でも、研究のゴールとしての、「各種社会集団対応のヘルス・リテラシー向上法の開発」という任務を負い、かつ、高齢者・障害者・大学生・児童という個別対応の成果を踏まえて、ヘルス・リテラシー向上法の地域モデルの創案という総括的任務を負ってきた。そのため、第1班～第4班の班を組織し、それぞれ具体的目標を定めて研究作業を進めてきた。今回の広域的複合大災害によって、我々の研究も多大な影響を受けたが、社会の崩壊現象を目の当たりにしたことで、逆に様々なアイデアを生んだと思う。今後は、開発したそれぞれのシステムを実社会で運用し成果を挙げていく段階に入ったと認識される。

10. 研究発表の状況（平成 21 年 4 月～平成 24 年 3 月までの状況）

＜研究成果の公開状況＞（上記以外）

【平成 21 年度】

3月6日(土)～7日(日)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第2回全体会議

- ・山本光璋, 阿部四郎, 皆川州正, 福富哲也, 阿部一彦, 光永輝彦, 渡辺誠, 西野美佐子, 河村孝幸, 渡部芳彦, 庭野賀津子, 大内真弓, 水野康, 鈴木玲子, 大関信隆「健康理解向上法(元気点検)の日常化とその社会化について 一次年度に向けて」

【平成 22 年度】

3月4日(土)「ヘルス・システムの変容とヘルス・リテラシーに関する研究」第3回全体会議

- ・高村元章, 河村孝幸, 大城大造「健康理解力向上法として元気点検かるたの効用について」

【平成 23 年度】

1月21日(土)「第6回大学生の健康サポートシステム研究会」

・皆川州正, 鈴木道子, 滝澤武, 諏訪雅貴「ポジティブ・ヘルスの視点に立ったヘルス・リテラシー向上のための教育プランの効用」

- ・水野康「ポジティブ・ヘルスの視点を強調した H22 年度授業科目『健康科学』の実施体験」

- * 3 ・山本光璋「ポジティブ・ヘルスの視点に立った授業科目『リエゾンゼミ I』及び『健康科学』の次年度実施計画」

インターネットでの公開状況:

- * 2 ・tfu 元気点検票コーナー: <http://www.tfu.ac.jp/special/genki/index.html>
- * 4 ・ヘルス・リテラシーについての詳細説明: http://www.tfu.ac.jp/special/genki/health_literacy.html
- * 21 ・元気の度合いの測り方の詳細説明: <http://www.tfu.ac.jp/special/genki/score.html>
- * 5 ・能動的健康理解力向上自己生成システム(ニックネーム:tfu 元気点検道場):
<http://202.167.243.36/genki/public/index.php>
- * 9 ・生活の自己管理デザインをしよう: http://www.tfu.ac.jp/liaison/edu/navi_PDF/navi08-03.pdf
- * 10 ・元気点検票かるたをやってみよう: http://www.tfu.ac.jp/liaison/edu/navi_PDF/navi08-04.pdf
- * 7 ・動画:ヘルス・リテラシーとtfu元気点検票(原作:山本光璋&阿部四郎)
- * 8 ・動画:ある家族の物語(原作:山本光璋、作画:庄司佐保、構成:三木弘和)
- * 8 ・生活の自己管理デザイン・サポートネット

11. その他の研究成果等

- * 1 ・能動的健康理解力向上自己生成システム - 健康に向けた知と技能向上支援ツール、年報 13 号
- * 6 ・tfu 元気点検道場用 デジタルサイネージ・システム、年報 13 号
- ※12 ・山本光璋,水野康,河村孝幸,藤田和樹:自己点検に基づく再帰的健康向上スキーム - 生体情報学の立場から, 心身医学 51(2), 116-127, 2011
- * 13 ・かるた 2009(健康理解向上かるた)(2009 年 10 月 25 日発行)
- * 14 ・tfu 元気点検かるた 2011(健康理解力向上かるた)(2011 年 3 月 1 日発行)
- * 15 ・tfu 元気点検票かるた(2012 年 2 月 1 日発行)
- * 16 ・tfu 元気点検票詳細版 V2010-3 (2012 年 3 月 1 日発行)
- * 17 ・tfu 元気点検票詳細版 V2011-3 (2012 年 3 月 1 日発行)
- * 18 ・tfu 元気点検票詳細版 (2012 年 2 月 1 日発行)

- * 19 ・tfu 元気点検票かるた活用ガイドブック(2012年2月1日発行)
- * 20 ・tfu 元気点検票かるた読み札一覧(2012年2月1日発行)
- * 22 ・tfu マイカルテシステム 2012(2012年3月6日より稼働)

12. 参考文献

- 1) 小崎浩信、前田泰弘、大城泰造、山口政人、中林稔晴、山本光璋：揺らぐメカニズム-創造への活用 -、東北福祉大学、2012
 - a) 久道茂：公衆衛生の責任 —これからの保健・医療をめざして—、東北大学出版会、2000年、p229
 - b) Akaike, H.: On the role of statistical reasoning in the process of identification, SYSID'97, 11th IFAC Symposium on System Identification, Vol.1, p1-8, 1997年
 - c) 赤池弘次, 真理への近さを測る：ゆらぎの科学10、ゆらぎ現象研究会, 33-66, 森北出版, 1999年
 - d) 赤池弘次:モデリングの技—ゴルフスイングの解析を例として—, オペレーションズ・リサーチ, Vol. 50, No. 8, 2005年