

京都教育大学
平成 25 年度 修士論文

大学生の生活習慣病を予防する意識と 行動に関する研究

ートランスセオレティカル・モデルの観点からの検討ー

2013 年

京都教育大学大学院教育学研究科
学校教育専攻 学校教育専修 教育・発達心理学コース

125009 高尾 憲司

指導教員 藤岡 秀樹
指導教員 伊藤 崇達

目 次

歴史的概観	1
1 生活習慣病の動向	1
2 小学・中学・高等学校の生活習慣病に関する保健教育の動向	3
3 児童生徒期の生活習慣	6
4 大学生への生活習慣病に関する健康教育	7
問題と目的	13
方法	14
1 研究デザイン	14
1) 調査対象者	
2) 手続き	
(1) 看護大学生への調査	
(2) 一般大学生への調査	
3) 調査日	
4) 調査内容	
(1) 看護・一般大学生に共通で調査した項目	
(2) 一般大学生に調査した項目	
5) 使用尺度	
2 調査票	17
3 倫理的配慮	17
4 解析方法	18

結果	19
1 大学生の属性	19
2 現在の生活習慣病への予防意識と生活習慣	20
3 児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心と 保健学習内容	24
4 健康行動変容ステージの分布と併存的妥当性	28
5 変容ステージ，PHCSと生活習慣病への予防意識， 生活習慣との関連	30
6 大学生の生活習慣に及ぼす児童生徒期の生活習慣病に 関する保健学習の影響	34
考察	36
1 属性と生活習慣病への予防意識と生活習慣との関連	36
2 現在の予防意識，生活習慣と児童生徒期の保健学習と の関連	37
3 健康行動変容ステージの併存的妥当性と実態	40
4 一般大学生の生活習慣に影響する要因の検討	42
結論	44
本研究の限界と課題	45
要約	46
文献	48
謝辞	53

歴史的概観

1 生活習慣病の動向

生活習慣病とは、1996 年の公衆衛生審議会においてそれまでの「成人病」の概念に代わり、食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する糖尿病、高血圧、脳血管疾患、心疾患を筆頭とする疾患群と定義されている。1950 年までは死因第 1 位が脳血管疾患（主に脳内出血）、第 2 位が結核、第 3 位が悪性新生物といった疾患が上位 3 位を占めていた（図 1 参照）。しかし 1950 年以降、結核による死亡が大きく減少し、我が国の死因構造が感染症から生活習慣病に変化していくこととなる。1950 年代後半から約 60 年、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が死因上位 3 位を占めている。

主な死因別にみた死亡率の年次推移は、悪性新生物や心疾患は増加傾向であり、悪性新生物では部位別にみると、肺・胃・大腸・結腸・食道などが多い（図 2 参照）。全心疾患の中では虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）など生活習慣に関与するもの多く、脳卒中は低下傾向がみられるものの全脳血管疾患の中でも脳梗塞といった生活習慣が大きく関わるものが多くなってきている。超高齢化社会に伴い、2011 年には肺炎が脳血管疾患にかわり死因第 3 位になったとはいえ、生活習慣病による死亡は増加傾向にあり、現在、我が国の死因の 3 分の 2 が生活習慣病である。

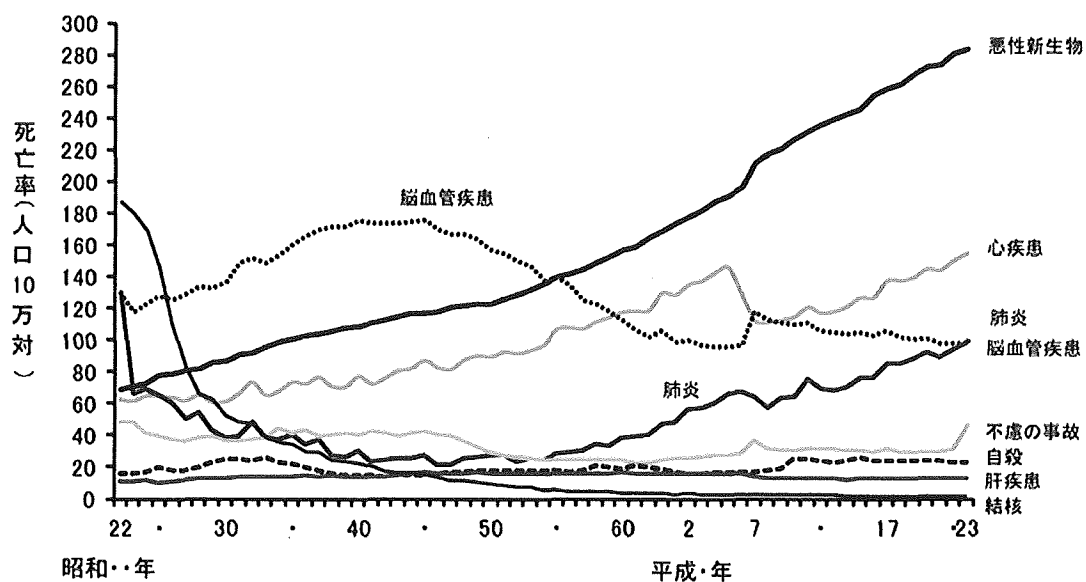


図1 主要死因別にみた死亡率(～平成23)

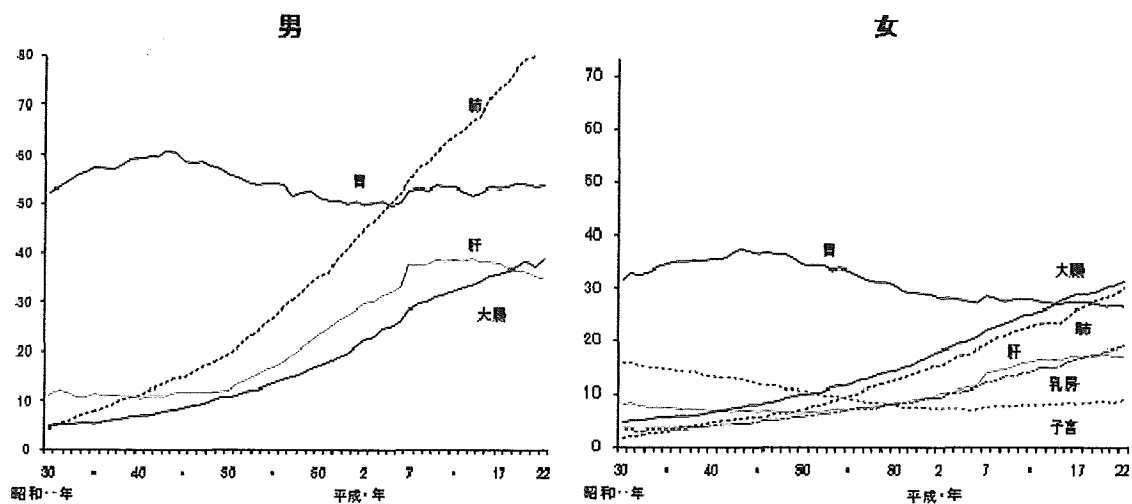


図2 悪性新生物の主な部位別死亡率(人口10万対)の年次推移

2 小学・中学・高等学校の生活習慣病に関する保健教育の動向

1958年に戦前からの「学校身体検査規定」,「学校伝染病予防規定」,「学校清潔法」などが統合され,学校保健法が制定された。学校保健の領域には保健管理と保健教育の2つに大別される。保健教育は学校教育法18条第1項第4号の「健康,安全で幸福な生活のために必要な習慣を養い,心身の調和的な発展を図ること。」を目的として行われる。2009年からは学校安全に関する条項が加えられ,学校保健安全法に改題された。藤岡(2013)に基づいて,1958年以降の中学校における保健の年間授業時数を表1に示した。

表1 小中高等学校における保健体育の年間授業時数 (単位時間)

	中学校	
	保健	体育
1958年版学習指導要領	70	245
1969年版	70	305
1977年版	55	260
1989年版	55	260~295
1998年版	48	222
今次の改訂	48	267

中学校保健分野の授業時数が最も多かったのは,1958年版と1969年版の学習指導要領の70単位時間であり,現行の授業時数はその当時の7割程度に過ぎないと藤岡(2013)は述べている。さらに「保健」分野は必ずしも年間計画に適正に位置づけされておらず「雨降り保健」と揶揄されるのが現状であるとしている。

現在の保健学習は,学校保健を構成する2つの領域「保健教育」「保健管理」の「保健教育」に位置づけられている。保健学習とは通常,小

学校では教科「体育」の保健領域，中学校では教科「保健体育」の保健分野，高等学校では教科「保健体育」の科目「保健」における授業のことをいい，学習指導要領にもとづいて小学校3年生か高等学校2年生まで各学年ともに必修で行われ，学校での健康教育の中核となっている（野津，2010）

文部科学省は，2002年から健康教育の一環として，小学・中学・高等学校学習指導要領に「生活習慣病」を明記し，要因や予防について教育することとしている．小学・中学・高等学校において保健学習の中で生活習慣病に関する教育は，小学6年生の「病気の予防」，中学3年生の「健康な生活と疾病の予防」，高等学校の「現代社会の健康」で実施されている（表2参照）．

表2 保健学習(野津, 2010より抜粋)

	教科	内容および学年	配当時間
小学校	体育科 (保健領域)	(1) 毎日の生活と健康・・・・・・・・ 第3学年 (2) 育ちゆく体とわたし・・・・・・・・ 第4学年	2年間で 8単位時間程度
		(1) 心の健康・・・・・・・・ 第5学年 (2) けがの防止・・・・・・・・ (3) 病気の予防・・・・・・・・ 第6学年	2年間で 16単位時間程度
中学校	保健体育科 (保健分野)	(1) 心身の機能の発達と心の健康・・ 第1学年 (2) 健康と環境 } 第2学年 (3) 傷害の防止 } (4) 健康な生活と疾病の予防・・・ 第3学年	3年間で 48単位時間程度
高等学校	保健体育科 (科目保健)	(1) 現代社会と健康 } (2) 生涯を通じる健康 } 入学年次およびその次の年次の2カ年 (3) 社会生活と健康 }	2単位 (35時間×2=70時間)

藤岡（2013）は現行の中学校保健体育科「保健」分野の教科書（2012年刊行）4冊について記述量，内容の分析を行っている．その内容を参考に現行の小学校教科「体育」の保健領域，高等学校の教科「保健体育」の科目「保健」分野の教科書を対象に「病気の予防」，「健康な生活と疾病の予防」，「現代社会の健康」について記載されているところに焦点をあててまとめたのを表3に示す．

表3 保健分野及び生活習慣に関する教科書の記述量の比較

校種	出版社	文部科学省 検定済年月日	保健分野 頁数	項目 頁数
小学校	大日本図書	平成22年2月22日	45	20
	文教社		41	20
	光文書院		45	20
	学研教育みらい		41	20
中学校	東京書籍	平成23年2月15日	118	46
	大日本図書		97	41
	大修館図書		108	44
	学研教育みらい		102	38
高等学校	大修館書店	平成18年1月20日 *	104	54
		平成24年3月6日	110	58

註) いずれも目次・口絵・索引は除く．

すべてB5サイズである．

項目頁数は小学校「病気の予防」，中学3年生「健康な生活と疾病の予防」，高等学校「現代社会の健康」に関する頁数

* 旧学習指導要領の時の刊行

小学校の保健で主に用いられているとされる4社の教科書から頁数を比較したところ，保健分野頁数では4頁の差はみられたが，「病気の予防」に関する内容の頁数はどれも同じであった．中学校では，保健分野頁数が最大21頁の差はみられたものの，「健康な生活と疾病の予防」では8頁の差であった．高等学校では，1社の教科書において旧学習指導要領時と現学習指導要領時の頁数を比較したところ，「現代社会の健康」では4頁増加していた．

3 児童生徒期の生活習慣

生活習慣病(あるいは生活習慣病の原因となる高血圧,高脂血症など)の年代別の動向をみると,若年化の傾向にある。この点は,すなわち生活習慣病での死亡も若年化していくことが危惧される。実際に学校教育において学習指導要領に基づいて保健に関する教育するのは,通常中学・高校では保健体育科の教諭であるが,1998年に教育職員免許法が改定され,養護教諭が兼務発令を受けて「保健」の授業を行うことが可能となった。しかし,養護教諭はほとんどの学校では単数配置であって,保健室での常駐が必要であり,実施困難であるのが現状である。そのようななかで,子ども自身が望ましい生活習慣を身につけることが求められる。しかし核家族や両親共働きの家庭が増加傾向にある中で,家庭内において健康を維持するのは困難である。保健学習は学校における健康教育の中核であるように,日本の将来を担う子どもたちの健康を培っていくためには,学校保健における保健学習が重要な役割をもち,その充実に期待がかかる。

保健学習に関して,筆者の専門分野である小児看護学においても「小児看護は,健康な子どもがより健康な成長・発達をとげられるよう援助することにも,基礎教育から多くの時間を費やしている。医療機関だけでなく,学校や地域社会においては,健康な子どもの子育てに関する援助や,不登校や心の問題など,疾患をもたない子どもがより健康に成長・発達するための予防教育などに看護職への期待が寄せられている。」(奈良間・丸,2013)とされている。

欧米諸国との比較をしてみてもヨーロッパ諸国は,学校における子どもの保健教育は,教科横断的な形式で行っているのに対し,日本やアメリカは,「保健体育」や「保健」と独立した教科の中で指導されている

教科形態をとっている。将来罹患しうる病気に準備を促すというのは困難であるが、生活習慣は価値観が多様化しているので容易には変えられるものではない。

現在の大学生は、文部科学省（当時、文部省）が、1998年に告示した学習指導要領に基づく生活習慣病やその予防に関する内容の保健学習が小学・中学・高等学校のすべての学校で実施された年代である。小学・中学・高等学校における健康教育を評価し、学校における健康教育の在り方を検討する上においても必要不可欠であると考えられる。

さらには、児童生徒期について、生涯を通じて心身ともに健康で安全な生活を送るための基礎を培うという観点から、学校において組織的・体系的な教育活動を行うことは極めて重要である。生活習慣一般の指導については、生活習慣の形成の取組は個々人の状況に応じて児童生徒が選択するという基本姿勢の下、例えば、食習慣、運動習慣と肥満や糖尿病との関連など、生活習慣と個々の疾患等との関係についての知識はもとより、知識から適切な生活習慣の形成に結び付くような態度を育成するよう努めるべきである。とりわけ、喫煙・飲酒などの未成年者に対して法律で禁止されている生活習慣については、健康の保持増進の観点から、喫煙・飲酒と健康のかかわりについて認識し、これらの行為を行わないという態度を身に付けさせることが重要である。また、これらの指導を児童生徒に分かりやすく行えるような適切な指導資料や教材を開発することも重要である。

4 大学生への生活習慣病に関する健康教育

保健行動とは、個人または集団が健康の保持・増進のためになる行動あるいは健康上好ましい行動を指す。宮坂（2002）は、保健・医療の5段階（①健康増進、②疾病予防、③早期発見・早期治療、④完全な治療、

⑤リハビリテーション) に対応させ、健康行動、予防行動、受診行動、受療行動・患者行動、復帰行動・障害者行動という保健行動の名称を提唱している。健常者が最も早い時期から開始する行動は健康行動であり、一般に注目されるのは、食事、運動、睡眠、飲酒、喫煙、および心のもち方など、健康上、特にかかわりの強い行動である(宮坂, 2002)。1996年、公衆衛生審議会によって、望ましくない健康行動の習慣化によって引き起こされる「生活習慣病」という疾病概念が「成人病」に代わり導入された。

現在、我が国の死因は、生活習慣病が3分の2といわれている。その多くは、40歳以降に発症の増加が認められるが、近年は、ライフスタイルの変化による生活習慣の乱れに伴い、児童期、青年期における生活習慣病発症の増加が危惧されている。

こうしたことから、成年期から壮年期を対象とした健康保持・増進の取り組みだけでなく、生活習慣は、児童期からその基本が形成されるため、学校教育の中で、生活習慣病の予防に関する健康教育が求められている。特に、青年期において、徳永ら(2005)は、健康度・生活習慣に関して客観的に診断できる尺度(以下、DIHAL.2)を開発し、中学生から成人までの健康度・生活習慣を調査した結果、大学生は、男女ともに積極的健康維持・増進行動、運動意欲・環境、食生活状況(規則性やバランス)、睡眠状況が他の年代と比較して著しく悪く、健康度・生活習慣ともに最も望ましくない年代であると指摘している(図3参照)。

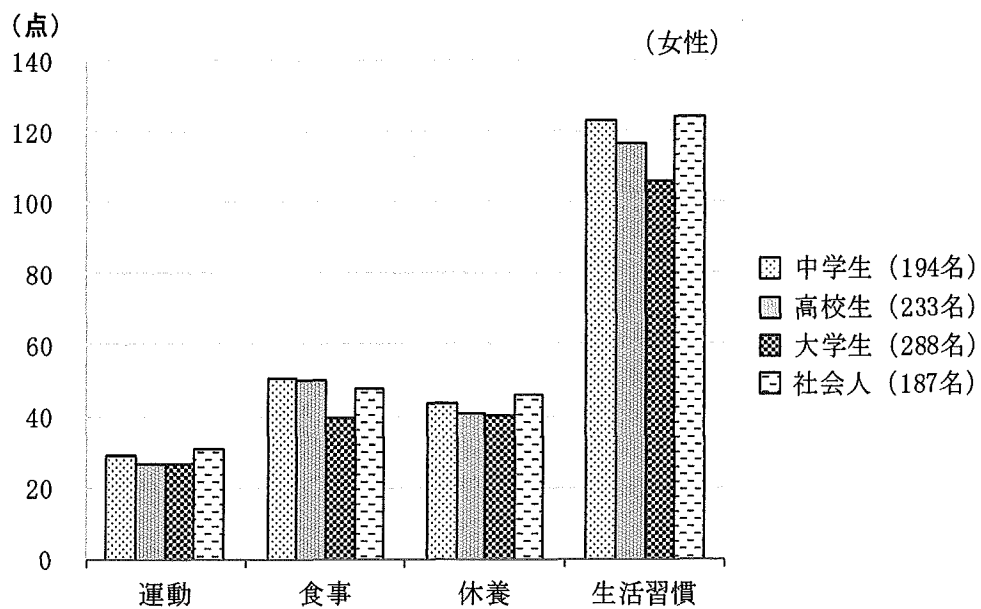
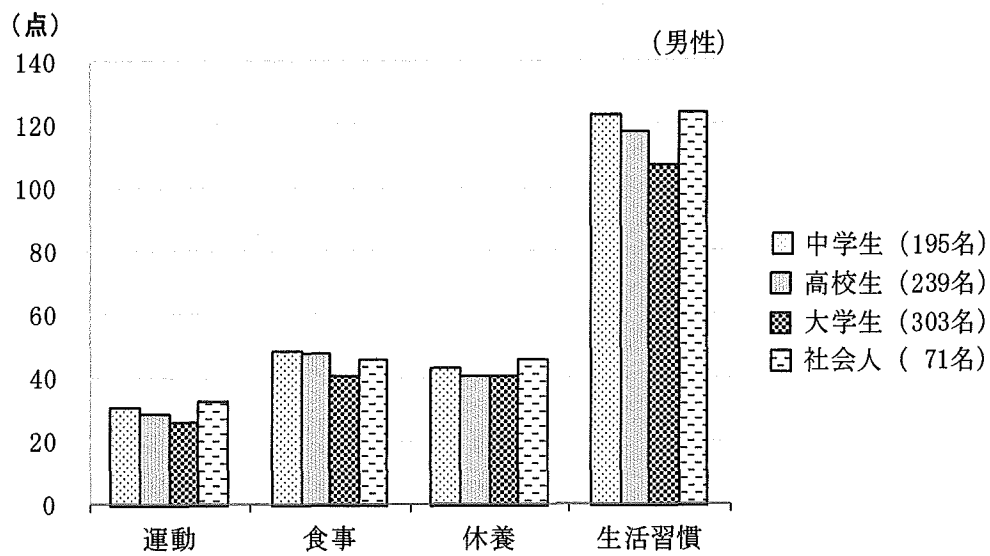


図3 DIHAL. 2を用いた世代別生活習慣得点 (上段：男性，下段：女性)

また，生涯の中で疾病による死亡率や罹患率が最も低い時期であり，食習慣や運動習慣に起因する肥満傾向などを除いては，生活習慣病の兆候は未だに少ない．しかし，他のライフステージにおける健康に関する教育・学習では代替できない重要な意義と役割をもっていると考える．

生涯において、青年期における望ましい健康行動を習慣とすることが、現在のみならず成人期以降を、より健康な生活が送れるといっても過言ではない。

健康における行動変容に多くの健康行動理論がある。代表的な理論として、主に個人を対象とする健康信念モデル (Rosenstock, 1966) や合理的行為の理論・行動計画理論 (Fishbein & Ajzen, 1975), 複数対象者集団に対する社会的学習理論 (Bandura, 1978), 環境や規則に働きかけるヘルスプロモーションやプリシード・プロシードモデルなどがある (森谷, 2007)。

その中で近年、最も注目されているのが、健康行動の変容に関するさまざまな理論を統合させた Prochaska (1994) が提唱したトランスセオレティカル・モデル (Transtheoretical model 以下, TTMと略す) である (岡, 2000)。TTMでは、行動変容の過程には段階があり、段階にそったアプローチが重要であるという考えが基本となっている。TTMを説明する構成概念は、行動変容ステージ (stage of change), 変容プロセス (process of change), セルフ・エフィカシー (以下, SEと略す) (self-efficacy), 意思決定バランス (decisional balance), である。中でも、中心的構成要素である行動変容段階は、対象者の行動変容の準備性により、無関心期 (precontemplation), 関心期 (contemplation), 準備期 (preparation), 実行期 (action), 維持期 (maintenance) の5段階で分けられる。

生活習慣病予防に対する健康行動の変容段階を Prochaska & Velicer (1997) のステージ分類を用い、一部改変して独自にあてはめた場合、無関心期 (予測できる将来には生活習慣病予防の健康行動をする意図がない段階), 関心期 (予測できる将来に生活習慣病予防の健康行動をす

る意図はあるが、実際に現在は健康行動をしていない段階）、準備期（望ましい水準ではないが自分なりに生活習慣病予防の健康行動をしている段階）、実行期（健康への恩恵を得る望ましい水準で生活習慣病予防の健康行動をしているが、始めてまだ間もない段階）、維持期（望ましい水準での生活習慣病予防の健康行動を長期にわたって継続している段階）と捉えられる。

これまでにT T Mを用いた代表的な先行研究は、喫煙行動を対象としたものを皮切りに、運動行動、食習慣、ストレスマネジメント、コンドーム使用などといった幅広い健康行動を対象とした多くの研究論文が紹介されている。しかし、一つ一つの健康行動を対象としたものが多い。

筆者は、看護大学生を対象に、DIHAL.2を用い、健康度と生活習慣（運動、食事、休養）の実態を調査した（高尾・園田・浅野，2013）。調査の結果、徳永（2005）が示した先行研究における中学生から社会人までの全体平均より、生活習慣の得点を下回る者が6割を超える結果となった。

生活習慣病予防には、ある一つの健康行動だけでなく、複数の健康行動を同時に変容させることが求められる。学校教育において、生活習慣病予防に寄与できるような食行動、運動行動、休養行動全ての健康教育が求められる。

「健康日本 21」では、次世代の健康、大学において健康教育はメンタルヘルスに依る内容のものは多く検討されているが、フィジカルヘルス特に生活習慣病に関しては、ならないものといって後回し教育にされているのが現状で、教育内容も多くは明らかにされていない。

本研究で用いる用語の操作的定義は以下のようにする。

生活習慣病： 1996年の公衆衛生審議会において、それまでの「成人病」

の概念に代わり，食習慣，運動習慣，休養，喫煙，飲酒等の生活習慣が，その発症・進行に関与する疾患群と定義されている．本研究では，主に悪性新生物，心疾患，脳血管疾患，糖尿病とし，その他の精神疾患や口腔疾患を除外する．

健康行動：健康増進を目的とし，健常者によって日常繰り返される生活行動のなかで，意図的な，または習慣化した健康上好ましい行動のことである（宮坂，2008）．よって本研究では生活習慣と健康行動を同義として用いることとした．

児童生徒期：学校教育法に基づき，教育段階が初等教育（小学生）の者を児童，中等教育（中学生，高校生）の者を生徒とした期間．

問題と目的

発達段階に応じた生活習慣病に関する予防教育や今後親になる青年に対する啓発活動は重要な意味があると考え、このような教育や啓発活動を行っていく上で、生活習慣病予防に関する健康行動に対する影響要因の検討は欠かすことができない。また、文部科学省は、2002年から健康教育の一環として、小学・中学・高等学校学習指導要領に「生活習慣病」を明記し、要因や予防について教育することとしているが、この効果については、明確にはなっていない。また大学生を対象に生活習慣すべてに関してTTMを用いて変容ステージの分布や変容ステージ間の比較検討されたものが見当たらない。

そこで本研究はまず、児童・生徒期の生活習慣病に関する保健学習と大学生の現在の生活習慣病への予防意識、生活習慣との関連を明らかにすることを目的とする。次にTTMを用い、大学生の生活習慣病予防に関する健康行動変容ステージを明らかにし、今後、大学生への健康教育に関する基礎資料とすることを目的とする。

方法

1 研究デザイン

1) 調査対象者

筆者が所属している大学の看護学科学生（以下「看護学生」と呼ぶ）
全学年 327 名，医療看護系でない A，B 大学の大学生（以下「一般学
生」と呼ぶ）165 名

・調査対象者の選定理由

大学生の生活習慣が最も望ましくない時期であるという先行文献に
基づいて，大学生の中でも一般学生と医学・看護学教育を受け，疾病予
防に対する意識が高いとされる看護学生を対象とした．

2) 手続き

(1) 看護学生への調査

2012 年 9 月 28 日に K 医科大学医学倫理審査委員会で承認を得た．調
査は各学年の必修科目の授業終了時に，研究の趣旨，回答方法，調査票
の提出をもって調査協力に同意となること等を説明し，調査票を手渡し
回収した．

(2) 一般学生への調査

授業終了時に，研究の趣旨，回答方法，調査票の提出をもって調査協
力に同意となること等を説明し，調査票を手渡し回収した．

3) 調査日

看護学生：2012 年 10 月～2013 年 1 月

一般学生：2013 年 7 月

4) 調査内容

(1) 看護・一般学生に共通で調査した項目

- i) 対象の属性 (性別, 年齢, 学年)
- ii) 児童生徒期の保健学習への関心, 内容
- iii) 大学生の現在の生活習慣病に対する予防意識と生活習慣
- iv) 自己管理スキル尺度 (SMS) は, 高橋ら (2000) によって作成された健康行動の実現に貢献する一般性の高い心理的なスキルを測定する尺度であり, 「当てはまる」 (4 点) から「当てはまらない」 (0 点) の 4 件法を用い, 得点範囲は 10~40 点で, 高得点ほど自己管理スキルが豊富であることを表す.
- v) 養育者の生活習慣について (食事、運動、休養、飲酒、喫煙、趣味)
和田が提唱してきた「一無、二少、三多」を参考に 6 項目を作成し、回答は 2 件法で得点範囲は 0~6 点

(2) 一般学生に調査した項目

- vi) TTM を構成する変容ステージ (健康行動変容ステージ), 生活習慣 SE (PHCS).
- iii), vi) の使用尺度については以下に示す.

5) 使用尺度

(1) 大学生の生活習慣

大学生の現在の生活習慣の測定には, 徳永 (2003) が作成した健康度・生活習慣診断検査 (Diagnostic Inventory of Health and Life Habit 以下, DIHAL.2) の使用し, 健康度を除外した生活習慣のみを用いた. 生活習慣は 3 尺度 (運動, 食事, 休養) で構成され, すべての尺度において得点が高いほど望ましいとされている. しかし今回の研究では生活習慣を主に運動, 食事, 休養, 喫煙, 飲酒としている.

DIHAL.2 は喫煙と飲酒に関して食事尺度の嗜好品因子に含まれているので、喫煙と飲酒は独立させて測定した。すなわち生活習慣を運動、食事、休養、喫煙、飲酒の5尺度とし、この5尺度の総合得点が高得点であるほど望ましい生活習慣である。運動は2因子（運動行動・条件、運動意識）8項目、食事2因子（食事のバランス、食事の規則性）11項目、休養4因子（休息、睡眠の規則性、睡眠の充足度、ストレス回避）14項目、喫煙・飲酒は各1項目で構成し、それぞれの得点範囲は運動が8～40点、食事11～55点、休養14～70点、喫煙1～5点、飲酒1～5点である。回答はすべて5件法（5点；よくあてはまる、4点；かなりあてはまる、3点；どちらともいえない、2点；あまりあてはまらない、1点；あてはまらない）、生活習慣総合得点の範囲は35～175点である。

（2）健康行動変容ステージ

Prochaska (1997) の T T M の中心的構成要素である変容ステージを健康行動に関する内容に改変したものを使用した。5つのステージは、「無関心期；現在、健康行動をしていない。また、これから先もするつもりはない。」、「関心期；私は現在、健康行動をしていない。しかし、近い将来（6ヶ月以内）に始めようとは思っている。」、「準備期；私は現在、健康行動をしている。しかし定期的ではない。」、「実行期；私は現在、健康行動をしている。しかし、始めてから6ヶ月以内である。」、「維持期；私は現在、健康行動をしている。また、6ヶ月以上継続している。」であり、現在の健康行動に最もあてはまるものを1つ選択させた。

（3）修正版 Perceived Health Competence Scale (P H C S) 日本語版

Smith ら (1995) は、健康に関連する習慣や行動の変容にかかわる能

力を測定する主観的健康管理能力尺度（Perceived Health Competence Scale；PHCS）を報告している．PHCSは健康関連習慣の予期信念尺度，なかでも領域特定のSE尺度として開発されたとされている（戸ヶ里ら，2006）．8項目で構成され，回答は5件法（1点：そう思わない，2点：どちらかというと思わない，3点：どちらともいえない，4点：どちらかというと思う，5点：そう思う）で，得点範囲は8～40点である．

2 調査票

本研究において，調査協力者の意志が多く反映され，有効回答率が高くなるように調査票の作成に際して以下の点に留意した．

- ・回答者の負担をできる限り軽減するため，選択肢数，項目の並べ順，質問数を考慮し，自由記述はなるべく使わない等の工夫を行った．
- ・ワーディング問題の回避するために，一質問一論点とし，難解語やあいまいな語，誘導的な質問の排除に努めた．
- ・調査票の全体的構成では，レイアウトとして，字体，強調文字，下線を引き，質問文の並べ方の工夫として，一般的な質問から調査テーマに即した質問になるように配置した．

3 倫理的配慮

（1）対象者への人権擁護の説明事項

- ①研究の趣旨，調査方法，結果公表についての詳細．
- ②調査への参加は自由意思に基づくものであること．
- ③調査への参加に同意しない場合も不利益な対応を被らないこと．
- ④参加を途中で取りやめた場合も不利益な対応を被らないこと．
- ⑤調査票の回答・返信をもって調査への参加に同意を得たものとする
と．

2) 対象者のプライバシーの保護

- ①調査票は自己記入式無記名とした。
- ②得られた回答を本研究以外の目的で使用しないことを説明した。
- ③回収した調査票は人目につかないよう管理し，入力後は密封し，厳重に管理することを説明した。
- ④研究終了後は調査票およびデータを溶解処理することを口頭で説明した。

なお，本研究の看護学生を対象とした調査は，K医科大学医学倫理審査委員会の審査を経て承認された（2012 年 9 月 28 日付，受付番号 E-384）。

4 解析方法

有効回答は，対象の属性，児童生徒期の保健学習への関心・内容，大学生の現在の生活習慣病に対する予防意識と生活習慣を全回答したもの，一般学生ではさらに行動変容ステージ，PHCS の質問に対して全回答している者とした。さらに 2002 年以降のカリキュラムによる保健学習を受けたとされる 24 歳以下を対象とし，合計 380 部を有効回答とした（有効回答率 77.2%）。統計処理は IBM SPSS Statistics 20 を用いて実施した。ただし，今回の解析対象から自己管理スキル尺度（SMS），親の生活習慣は除外した。

結果

1 大学生の属性（表 4 参照）

大学生の属性を頻度集計した。大学生の性別は、男性が 49 名（12.9%）、女性が 331 名（87.1%）であった。年齢は 20.14 ± 1.20 歳（範囲 18－24 歳）であり、学年は 2 年生が最も多かった。看護学生は 224 名（58.9%）、一般学生 156 名（41.1%）であった。

表 4 調査対象者の属性		n=380	
		n	(%)
性別	男性	49	12.9
	女性	331	87.1
年齢	18	11	2.9
	19	129	33.9
	20	105	27.6
	21	82	21.6
	22	38	10.0
	23	13	3.4
	24	2	0.5
大学	看護	224	58.9
	一般	156	41.1
学年	1年生	51	13.4
	2年生	175	46.1
	3年生	87	22.9
	4年生	67	17.6

2 現在の生活習慣病への予防意識と生活習慣

大学生の現在の生活習慣病への予防意識について図4に示す。「意識している」と回答した者は36名（9.5%）, 「少し意識している」174名（45.8%）, 「あまり意識していない」133名（35.0%）, 「意識していない」37名（9.7%）であった。

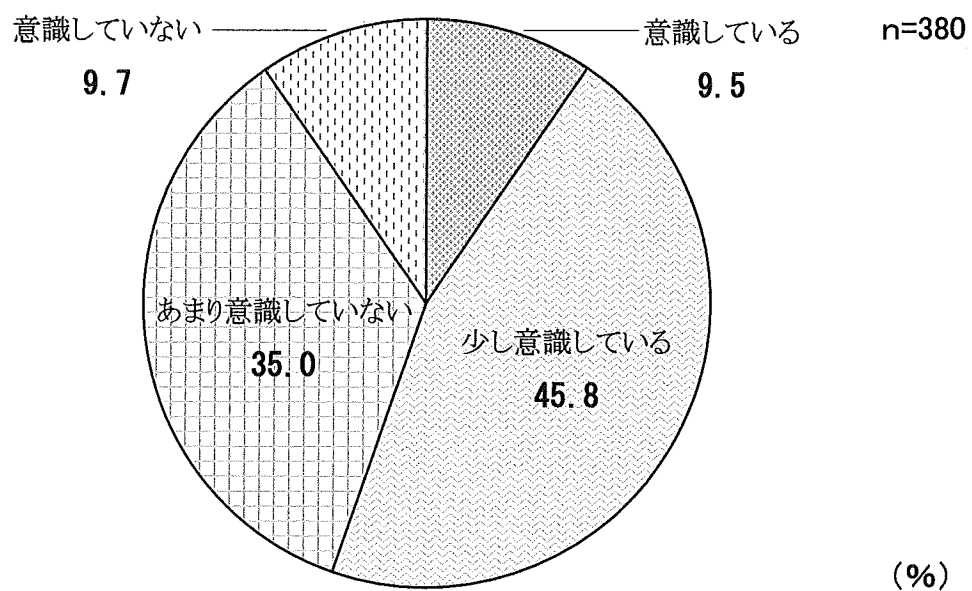


図4 大学生の生活習慣病に対する予防意識

大学生が評価する飲酒，喫煙，運動，食事，休養の各尺度の平均点および 5 尺度を合計した生活習慣総合得点の平均点は，飲酒 4.49 ± 0.89 ，喫煙 4.86 ± 0.69 ，運動 26.05 ± 7.26 (M $\pm$ SD)，食事 32.54 ± 8.09 (M $\pm$ SD)，休養 39.45 ± 8.24 (M $\pm$ SD) であり，生活習慣総合得点は 107.39 ± 16.71 (M $\pm$ SD) であった．大学生の現在の生活習慣病への予防意識，生活習慣と性差および大学との関連をみるために，予防意識には χ^2 検定を行い，生活習慣各尺度において正規分布が確認された調査項目には t 検定，正規分布が確認されなかった項目には Mann-Whitney U 検定を行った（表 5，6 参照）．

まず大学を説明変数，現在の生活習慣病への予防意識と生活習慣を目的変数としたとき，予防意識において「意識している」「少し意識している」の合計は，看護学生が 143 名 (63.8%)，一般学生 67 名 (42.9%) と看護学生が有意に高かった ($p < .001$)．生活習慣を大学別で比較したとき，喫煙において看護学生が一般学生に比べて有意に高かった ($p < .05$)．すなわち一般学生の方が喫煙しているものが多いという結果であった．さらに休養尺度の「睡眠の充足度」因子で看護学生が有意に高かった ($p < .05$) ．

次に性別を説明変数，現在の生活習慣病への予防意識と生活習慣を目的変数としたとき，予防意識において「意識している」「少し意識している」の合計は，男性 24 名 (48.9%)，女性 186 名 (56.2%) と女性が有意に高かった ($p < .001$)．運動で有意差が認められ ($p < .001$)，因子においても運動行動・条件 ($p < .01$)，運動意識 ($p < .001$) とすべて男性が有意に高かった．その他に喫煙では男性が有意に低く ($p < .05$)，食事の規則性の因子 ($p < .05$) は女性が有意に高かった．

表5 所属大学による生活習慣の差違

	大学			t値	p値
	合計 n=380	看護 n=224	一般 n=156		
生活習慣病への予防意識 ^{a)}					
意識している	36 (9.5%)	28 (12.5%)	8 (5.1%)	31.15 ^{b)}	p<.001
少し意識している	174 (45.8%)	115 (51.3%)	59 (37.8%)		
あまり意識していない	133 (35.0%)	73 (32.6%)	60 (38.5%)		
意識していない	37 (9.7%)	8 (3.6%)	29 (18.6%)		
生活習慣総合得点 ^{c)}	107.39±16.71	108.00±16.08	106.51±17.59	0.859	n. s.
飲酒	4.49±0.89	4.50±0.78	4.47±1.04		n. s.
喫煙	4.86±0.69	4.91±0.56	4.78±0.83		p<.05
運動	26.05±7.26	25.71±6.73	26.54±7.97		n. s.
運動行動・条件	15.11±5.51	14.73±5.14	15.65±5.96		n. s.
運動意識	10.43±2.37	10.97±2.16	10.90±2.65		n. s.
食事 ^{c)}	32.54±8.09	32.93±7.88	31.99±8.38	1.108	n. s.
食事のバランス	21.01±5.69	21.27±5.68	20.63±5.70		n. s.
食事の規則性	11.54±3.65	11.66±3.37	11.37±4.04		n. s.
休養 ^{c)}	39.45±8.24	39.96±8.30	38.72±8.12	1.435	n. s.
休息	8.87±3.06	9.05±3.21	8.61±2.82		n. s.
睡眠の規則性	6.14±2.72	6.01±2.57	6.33±2.92		n. s.
睡眠の充足度	10.56±3.17	10.91±3.00	10.06±3.35		p<.05
ストレス回避	13.88±2.65	13.99±2.57	13.72±2.76		n. s.

註：^{a)} χ^2 検定 (df=3) , ^{b)} χ^2 値, ^{c)} t検定でその他はMann-Whitney U検定

n. s. ; no significant

表6 性別による生活習慣の差違

	性別			t値	p値
	合計 n=380	男性 n=49	女性 n=331		
生活習慣病への予防意識 ^{a)}					
意識している	36 (9.5%)	1 (2.0%)	35 (10.6%)	17.02 ^{b)}	p<.001
少し意識している	174 (45.8%)	23 (46.9%)	151 (45.6%)		
あまり意識していない	133 (35.0%)	13 (26.5%)	120 (36.3%)		
意識していない	37 (9.7%)	12 (24.5%)	25 (7.6%)		
生活習慣総合得点 ^{c)}	107.39±16.71	108.53±19.90	107.22±16.21	0.512	n. s.
飲酒	4.49±0.89	4.29±1.14	4.52±0.85		n. s.
喫煙	4.86±0.69	4.59±0.98	4.89±0.63		p<.001
運動	26.05±7.29	30.00±6.76	25.47±7.16		p<.001
運動行動・条件	15.11±5.51	18.29±4.88	14.64±5.44		p<.001
運動意識	10.94±2.37	11.71±2.55	10.83±2.33		p<.01
食事 ^{c)}	32.54±8.09	30.84±8.51	32.80±8.01	-1.586	n. s.
食事のバランス	21.01±5.69	20.41±5.41	21.09±5.73		n. s.
食事の規則性	11.54±3.65	10.43±4.34	11.70±3.52		p<.05
休養 ^{c)}	39.45±8.24	38.82±8.98	39.54±8.14	-0.576	n. s.
休息	8.87±3.06	8.59±3.03	8.91±3.07		n. s.
睡眠の規則性	6.14±2.72	5.73±2.95	6.20±2.68		n. s.
睡眠の充足度	10.56±3.17	10.12±3.63	10.62±3.10		n. s.
ストレス回避	13.88±2.65	14.37±2.67	13.81±2.64		n. s.

註: ^{a)} χ^2 検定 (df=3), ^{b)} χ^2 値, ^{c)} t検定でその他はMann-Whitney U検定

n. s. ; no significant

3 児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心と保健学習内容

大学生における児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心について大学別，性別で比較するために χ^2 検定を行った．その結果を表 7，8 に示す．まず大学生全体でみたとき，小中学時では「なかった」と回答した者が最も多く，小学時では 157 名（41.3%），中学時 142 名（37.4%）であり，高校時では「少しあった」と回答した者が 144 名（37.9%）で最も多かった．「あった」「少しあった」と回答した者は小学時では 38 名（10.0%）と 1 割であったが，中学時では 104 名（27.4%），高校時では 218 名（57.4%）と増加傾向であった．

児童生徒期の保健学習への関心と大学との関連をみたとき，小・中学時での有意差は認められなかったが，高校時には看護学生が有意に高かった（ $p<.05$ ）．

児童生徒期の保健学習への関心を性別との関連をみたとき，中学時のみ女性が有意に高かった（ $p<.01$ ）．男性で「あった」「少しあった」と回答した者は，小学時で 4 名（8.1%），中学時 10 名（20.4%），高校時 22 名（44.9%）で，女性は小学時で 34 名（10.3%），中学時 94 名（28.4%），高校時 186 名（59.2%）と男女ともに増加傾向であった．

表7 大学別にみた児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心

		合計		大学				χ^2	p値
		n=380	(%)	看護		一般			
				n=224	(%)	n=156	(%)		
関心 (小学)	あった	9	2.4%	5	2.2%	4	2.6%	3.091	n. s.
	少しあった	29	7.6%	16	7.1%	13	8.3%		
	あまりなかった	63	16.6%	38	17.0%	25	16.0%		
	なかった	157	41.3%	86	38.4%	71	45.5%		
	覚えていない	122	32.1%	79	35.3%	43	27.6%		
関心 (中学)	あった	22	5.8%	13	5.8%	9	5.8%	8.41	p<.10
	少しあった	82	21.6%	54	24.1%	28	17.9%		
	あまりなかった	95	25.0%	59	26.3%	36	23.1%		
	なかった	142	37.4%	71	31.7%	71	45.5%		
	覚えていない	39	10.3%	27	12.1%	12	7.7%		
関心 (高校)	あった	74	19.5%	48	21.4%	26	16.7%	10.478	p<.05
	少しあった	144	37.9%	91	40.6%	53	34.0%		
	あまりなかった	88	23.2%	51	22.8%	37	23.7%		
	なかった	66	17.4%	28	12.5%	38	24.4%		
	覚えていない	8	2.1%	6	2.7%	2	1.3%		

 χ^2 検定 (df=4)

n.s. ; no significant

表8 性別でみた児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心

		合計		性別				χ^2	p値
		n=380	(%)	男性		女性			
				n=49	(%)	n=331	(%)		
関心 (小学)	あった	9	2.4%	1	2.0%	8	2.4%	9.366	p<.10
	少しあった	29	7.6%	3	6.1%	26	7.9%		
	あまりなかった	63	16.6%	5	10.2%	58	17.5%		
	なかった	157	41.3%	30	61.2%	127	38.4%		
	覚えていない	122	32.1%	10	20.4%	112	33.8%		
関心 (中学)	あった	22	5.8%	3	6.1%	19	5.7%	18.959	p<.01
	少しあった	82	21.6%	7	14.3%	75	22.7%		
	あまりなかった	95	25.0%	8	16.3%	87	26.3%		
	なかった	142	37.4%	31	63.3%	111	33.5%		
	覚えていない	39	10.3%	0	0.0%	39	11.8%		
関心 (高校)	あった	74	19.5%	9	18.4%	65	19.6%	8.861	p<.10
	少しあった	144	37.9%	13	26.5%	131	39.6%		
	あまりなかった	88	23.2%	12	24.5%	76	23.0%		
	なかった	66	17.4%	15	30.6%	51	15.4%		
	覚えていない	8	2.1%	0	0.0%	8	2.4%		

 χ^2 検定 (df=4)

児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習の内容の重複回答を図5に示す。「喫煙」「薬物」「飲酒」(70.5~78.2%)といった学習内容が7割以上と上位を占め、続いて「食生活」「運動」「休養と睡眠」(42.6~63.7%)といった生活に関する内容であり、疾患に関する「発生要因」「がん」「糖尿病」「脳卒中」「心臓病」(8.9~23.2%)の内容が下位となった。

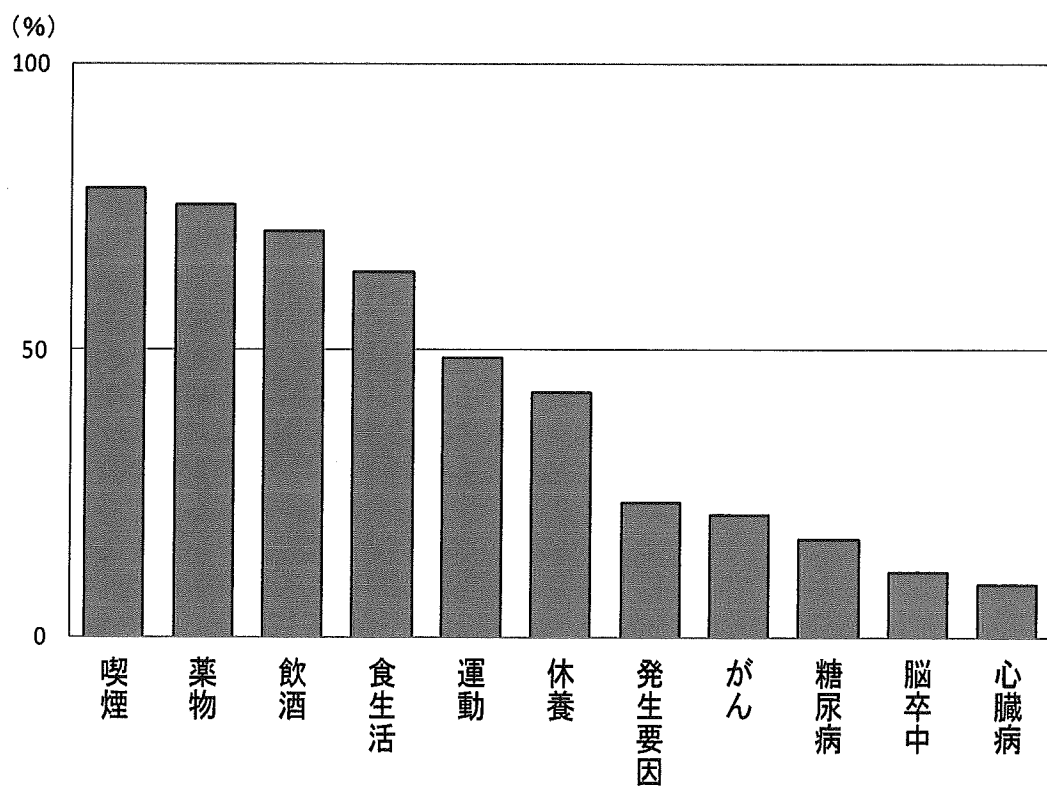


図5 児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習内容(複数回答)

児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習の内容の重複回答に関して、「7 - 12 つ」回答した者を学習得点の上位群、「4 - 6 つ」回答した者を学習得点中位群、「0 - 3 つ」回答した者を学習得点下位群とすると、学習得点上位 129 名 (33.9%)、学習得点中位 160 名 (42.1%)、学習得点下位 91 名 (23.9%) であった。予防意識は「意識している；4 点」、「少し意識している；3 点」、「あまり意識していない；2 点」、「意識していない；1 点」と得点化し、予防意識得点とした。学習得点 3 群を説明変数とし、生活習慣病への予防意識と生活習慣との関連を検証した。児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習の内容が多い者ほど、現在の生活習慣総合得点が有意に高かった ($p < .01$)。その中でも運動に有意差が認められ ($p < .001$)、飲酒にも有意差が認められた ($p < .05$) (表 9 参照)。

表 9 学習得点と生活習慣との関連

	下位群 (n=129)		中位群 (n=160)		上位群 (n=91)		F 値	p 値	多重比較 ^{a)}
	M	SD	M	SD	M	SD			
予防意識得点	2.47	0.86	2.53	0.77	2.70	0.74	2.39	$p < .10$	
生活習慣総合得点	104.04	15.57	108.00	16.37	111.07	18.09	5.01	$p < .01$	H > L
飲酒	4.30	1.00	4.58	0.81	4.59	0.83	4.39	$p < .05$	H, M > L
喫煙	4.81	0.76	4.88	0.66	4.88	0.63	0.35	n. s.	
運動	24.09	6.80	26.16	7.44	28.64	6.80	11.07	$p < .001$	H > M > L
食事	32.24	8.07	32.62	7.84	32.85	8.61	0.16	n. s.	
休養	38.60	8.24	39.76	7.95	40.11	8.72	1.10	n. s.	

註：M±SD；平均値±標準偏差，n. s.；no significant

^{a)}Tukey HSDを使用，H；上位群，M；中位群，L；下位群

4 健康行動変容ステージの分布と併存的妥当性

大学生の健康行動変容ステージの分布を図6に示す。「無関心期；現在，健康行動をしていない．また，これから先もするつもりはない．」が29名（18.6%），「関心期；私は現在，健康行動をしていない．しかし，近い将来（6ヶ月以内）に始めようとは思っている．」が30名（19.2%），「準備期；私は現在，健康行動をしている．しかし定期的ではない．」61名（39.1%），「実行期；私は現在，健康行動をしている．しかし，始めてから6ヶ月以内である．」2名（1.3%），「維持期；私は現在，健康行動をしている．また，6ヶ月以上継続している．」34名（21.8%）であった．

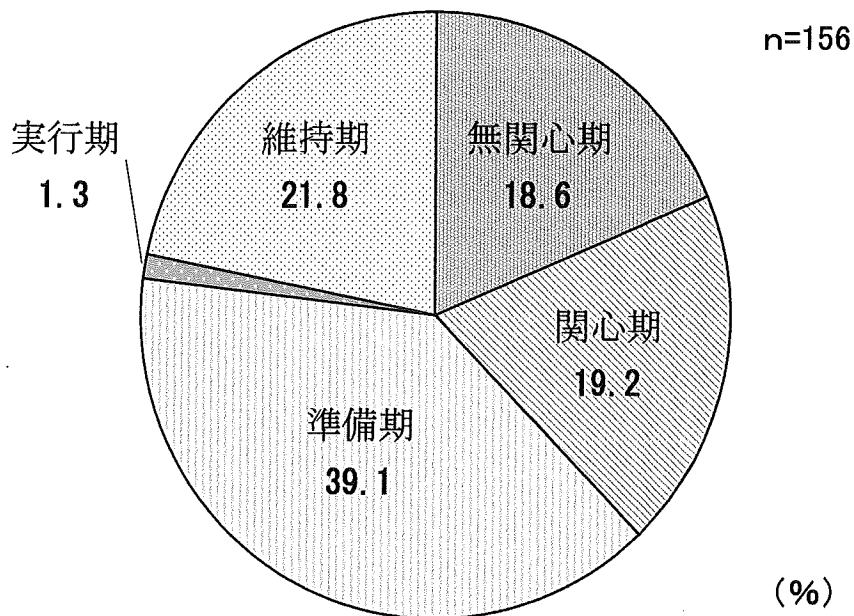


図6 行動変容ステージ

健康行動変容ステージの妥当性を確認するために、生活習慣、PHCSとの併存的妥当性をみた。生活習慣各尺度、PHCSとの関連をSpearmanの順位相関係数で求めた。すべての項目において有意な正の相関を認め、TTMの中心的要素である変容ステージとした健康行動変容ステージと生活習慣SEとしたPHCSの相関に関しても有意な正の相関を認めた（表10参照）。

表10 健康行動変容ステージの
併存的妥当性

予防意識	.243*
生活習慣	.543**
飲酒	.203*
喫煙	.165*
運動	.496**
食事	.264**
休養	.338**
PHCS	.444**
Spearman の順位相関係数	
* p<0.05 ** p<0.01	

健康行動変容ステージ，PHCSと学習得点との関連は，健康行動変容ステージのみに有意差が認められ，低位群に比べて高位群が有意に高かった（表 11 参照）。

表11 一般大学生の学習得点と健康行動変容ステージ，PHCSとの関連

	下位群 (n=46)		中位群 (n=63)		上位群 (n=47)		F値	p値	多重比較 ^{a)}
	M	SD	M	SD	M	SD			
予防意識得点	2.02	0.86	2.30	0.78	2.55	0.80	5.033	p<.01	H>L
健康行動変容ステージ	2.41	1.20	2.98	1.33	3.21	1.41	4.577	p<.05	H>L
PHCS	23.04	4.82	23.60	6.38	23.77	7.40	0.17	n. s.	

註：M±SD；平均値±標準偏差，n. s.；no significant

^{a)}Tukey HSDを使用，H；上位群，M；中位群，L；下位群

5 変容ステージ，PHCSと生活習慣病への予防意識，生活習慣との関連

健康行動変容ステージを説明変数とし，生活習慣病への予防意識，生活習慣，PHCSとの関連をみるため，一元配置分散分析を行った．その結果を表 12 に示した．健康行動変容ステージと飲酒，喫煙との関連に有意差は認められなかったが，生活習慣，運動，PHCSとの関連に有意差が認められ（p<.001），生活習慣病への予防意識，食事，休養との関連に有意差が認められた（p<.01）．運動は運動行動・条件，運動意識それぞれの因子に有意差が認められた（p<.001）．食事では食事の規則性因子のみに有意差が認められ（p<.001），休養では睡眠の規則性，睡眠の充足の因子といった睡眠に関して有意差が認められ，さらにストレス回避因子にも有意差が認められた（p<.05）．

次に P H C S の平均点 (23.49 ± 6.28) をカットオフポイントとし、下位群と上位群の 2 群に分け、これを説明変数とし、生活習慣病への予防意識、生活習慣との関連をみるために、t 検定を行った。その結果を表 13 に示した。予防意識、飲酒、喫煙には有意差が認められなかったが、生活習慣、休養に有意差が認められ ($p < .001$)、運動、食事にも有意差が認められた ($p < .01$)。休養では睡眠の充足性とストレス回避の因子に有意差が認められ ($p < .001$)、運動は運動行動・条件、運動意識に有意差が認められた ($p < .05$)。食事では食事のバランスのみに有意差が認められた ($p < .01$)。

表12 生活習慣と変容ステージの多重比較

健康行動変容ステージ													
	①無関心期 n=29		②関心期 n=30		③準備期 n=61		④実行期 n=2		⑤維持期 n=34		F値	p値	多重比較 ^{a)}
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
予防意識得点	1.76	0.74	2.30	0.88	2.49	0.77	2.50	2.12	2.38	0.74	4.373	**	⑤>①, ③>①
生活習慣総合得点	94.69	15.97	99.13	14.38	106.82	15.19	115.50	20.51	122.00	14.05	15.588	***	⑤>③>①, ⑤>②
飲酒	4.21	1.29	4.27	1.11	4.57	0.87	5.00	0.00	4.65	1.01	1.295	n. s.	
喫煙	4.55	1.12	4.77	0.82	4.82	0.76	5.00	0.00	4.88	0.69	0.741	n. s.	
運動	21.66	8.16	23.23	7.05	26.61	6.76	36.00	4.24	32.97	5.96	13.592	***	⑤, ④, ③>①, ⑤>②, ⑤>③
運動行動・条件	13.03	6.08	13.03	5.31	15.21	5.15	23.00	1.41	20.53	4.70	12.048	***	⑤>③, ②, ①
運動意識	8.62	2.74	10.20	2.55	11.39	2.27	13.00	2.83	12.44	1.80	12.382	***	⑤>②, ①, ③>①
食事	29.52	9.19	30.27	8.91	31.54	7.40	31.50	13.44	36.47	7.40	3.654	**	⑤>①, ②, ③
食事のバランス	18.90	5.99	20.47	7.06	20.48	4.37	20.50	10.61	22.53	5.81	1.661	n. s.	
食事の規則性	10.62	4.11	9.80	3.63	11.07	4.18	11.00	2.83	13.94	2.99	5.489	***	⑤>③, ②, ①
休養	34.76	7.24	36.60	7.71	39.28	7.70	38.00	2.83	43.03	8.22	5.214	**	⑤>②, ①
休息	8.00	2.66	8.43	3.02	8.97	2.96	10.00	4.24	8.56	2.48	0.732	n. s.	
睡眠の規則性	5.52	2.94	5.13	2.16	6.51	2.92	3.00	0.00	7.97	2.78	5.871	***	⑤>②, ①
睡眠の充足性	8.72	3.60	9.47	2.94	9.89	2.85	8.00	1.41	12.15	3.53	5.498	***	⑤>③, ②, ①
ストレス回避	12.52	2.84	13.57	3.15	13.92	2.49	17.00	0.00	14.35	2.57	2.744	*	
PHCS	20.34	4.34	22.50	5.96	22.49	5.12	19.50	6.36	29.06	6.67	11.906	***	⑤>③, ②, ①

註: M±SD; 平均値±標準偏差, *** p<.001, ** p<.01, * p<.05, n.s.; no significant

^{a)} 多重比較は有意差が確認された変数のすべてのペアにおいてTukey法を実施した。

表13 生活習慣とPHCSとの関連

	PHCS				t値	p値
	低位群		高位群			
	n=82		n=74			
	M	SD	M	SD		
予防意識得点	2.27	0.80	2.32	0.86	-.421	n.s.
生活習慣総合得点	100.84	15.00	112.78	18.19	-4.489	***
飲酒	4.49	1.00	4.45	1.09	.251	n.s.
喫煙	4.84	0.76	4.70	0.90	1.041	n.s.
運動	24.98	7.70	28.28	7.94	-2.639	**
運動行動・条件	14.59	5.79	16.82	5.96	-2.377	*
運動意識	10.39	2.61	11.46	2.60	-2.556	*
食事	30.20	8.15	33.99	8.24	-2.886	**
食事のバランス	19.33	5.73	22.07	5.34	-3.078	**
食事の規則性	10.87	3.96	11.92	4.08	-1.635	n.s.
休養	36.34	7.88	41.36	7.60	-4.043	***
休息	8.35	2.72	8.89	2.92	-1.192	n.s.
睡眠の規則性	6.05	2.82	6.65	3.01	-1.284	n.s.
睡眠の充足性	9.01	3.01	11.22	3.34	-4.336	***
ストレス回避	12.93	2.93	14.61	2.28	-3.972	***

註:M±SD; 平均値±標準偏差, *** p<.001, ** p<.01, * p<.05, n.s.; no significant

6 大学生の生活習慣に及ぼす児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習の影響

大学生の生活習慣に影響する要因を検討するため、性別に分け、生活習慣を目的変数とし、強制投入法による重回帰分析を行い、その結果を表 14 に示し、モデル図を図 7 に示した。

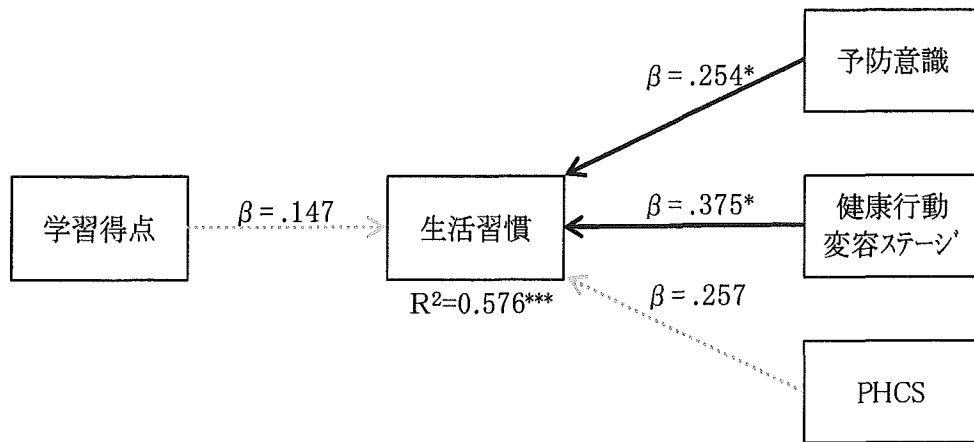
男性において、生活習慣に有意であったのは予防意識 ($\beta = .254$, $p < .05$)、健康行動変容ステージ ($\beta = .375$, $p < .05$) であり、男性の生活習慣の決定係数 (R^2) は、0.1%水準で有意であった ($R^2 = .576$, $p < .001$)。女性において、生活習慣に有意であったのは児童生徒期の学習 ($\beta = .169$, $p < .05$)、健康行動変容ステージ ($\beta = .237$, $p < .01$)、PHCS ($\beta = .470$, $p < .001$) であり、女性の生活習慣の決定係数 (R^2) は、0.1%水準で有意であった ($R^2 = .440$, $p < .001$)。表 14 の結果から、男性では生活習慣にプラスに働く要因として、「予防意識」と「健康行動変容ステージ」が、女性では「学習得点」、「健康行動変容ステージ」、「PHCS」が挙げられることが分かる。

表14 現在の生活習慣を目的変数とした性別の重回帰分析結果における標準偏回帰係数

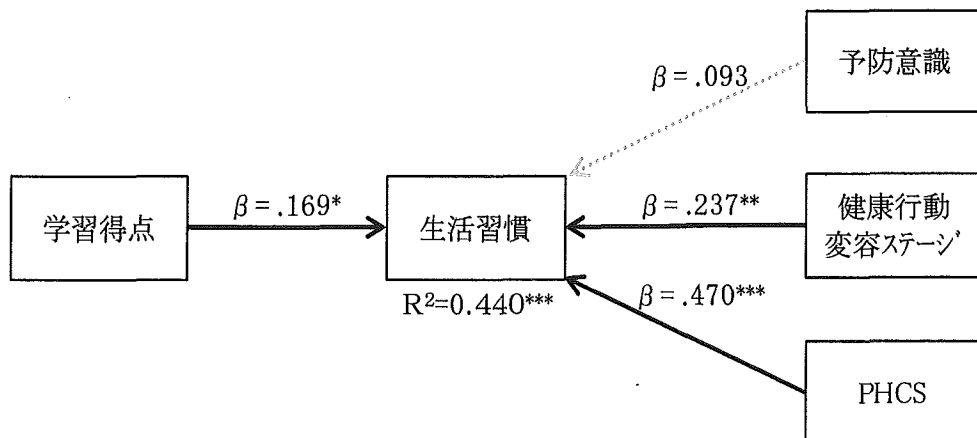
	性別 (β)			
	男性 (n=47)		女性 (n=109)	
学習得点	.147	n. s.	.169	*
予防意識	.254	*	.093	n. s.
健康行動変容ステージ	.375	*	.237	**
PHCS	.257	n. s.	.470	***
R^2	.576	***	.440	***
調整済み R^2	.536	***	.418	***

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, n. s.; no significant

男性 (n=47)



女性 (n=109)



$\longrightarrow$: 有意なパス
 $\cdots\cdots\cdots\longrightarrow$: 有意でないパス
 $***p<.001$ $**p<.01$ $*p<.05$

図7 生活習慣を従属変数とした性別の重回帰分析におけるモデル図

考察

本研究は、大学生の生活習慣病への予防意識、客観的に評価する生活習慣と児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習との関連を検証した。さらに、一般学生の予防意識と生活習慣に関して、TTMの中心的要素である変容ステージと生活習慣SEとしたPHCSを用いて考察していく。

1 属性と生活習慣病への予防意識と生活習慣との関連

生活習慣病への予防意識と生活習慣に関して、看護学生と教育学部等を対象とした一般学生を比較した場合、予防意識では看護学生の方が一般学生に比べて有意に高く、看護学生などの医療系大学生は文系等の一般学生に比べて、生活習慣病への予防意識が高かったという先行研究（風間，2008）の結果を支持する結果となった。看護学生は、大学のカリキュラムにおいて医学・看護学に関する科目数が多く、生活習慣病に関する疾患や予防に関して学ぶ機会が多い。小学・中学・高等学校で学習した内容と大学での学びで生活習慣病への予防意識を高めていることが推測される。

生活習慣の比較では「喫煙」と「睡眠の充足度」に有意差が認められた。「喫煙」に関して厚生労働省国民健康栄養調査（2013）によると、成人喫煙率は20.1%であり、男性では32.4%、女性は9.7%であった。喫煙率を年齢別にみても20歳代男性39.2%、20歳代女性12.8%とされていることから、大学生においても男性の喫煙率が高いことが考えられる。今回、一般学生の方が有意に高いことが示されたのは、対象とした大学生において女性が9割以上の看護学生と約3割が男性であった

一般学生の比較によるものであったことが考えられる。「睡眠の充足度」では看護学生が有意に高かったことは、看護学生の4年生の割合が高かったことが考えられる。高尾（2013）は、看護学生の学年進捗による生活習慣の差違を明らかにし、その中で睡眠の充足度において4年生は他学年に比べて有意に高いことを示している。これは看護学生の調査が後期であったため、4年生は卒業に必要な単位をほぼ履修し、選択科目が多く、履修する授業数も少ないことが考えられる。また国家試験、就職への準備や卒業研究への取り組みなどの自己学習が求められる時期であり、時間に余裕をもって生活を送ることができているとしている。そのため、今回看護学生が一般学生に比べて睡眠が満たされているという結果になったことが考えられる。

予防意識と生活習慣に関して性差による比較をした時、男性が有意に高かったのは運動1尺度2因子すべてであった。これは井上（2011）が大学生を対象とし、DIHAL.2を用いた先行研究と同様であり支持する結果となった。女性が有意に高かったのは予防意識、禁煙、食事の規則性因子であった。朴（2004）は、国立がんセンター監修の『がんを防ぐ為の12か条』やBreslowらが挙げている健康習慣を参考に項目を構成し、大学生（342名）を対象とした調査を実施したところ、喫煙は男子が有意に多いということを明らかになっていたが、本研究でも同様の結果を得ることとなった。

2 現在の予防意識、生活習慣と児童生徒期の保健学習との関連

児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心は、小・中学校時に有意差は認められなかったが、高校時の関心において看護学生が有意に高かった。野津ら（2007）は経験した保健学習の状況を報告している。小学6年生の保健で学習した「病気の予防」に関しては中学1年生に、

中学3年生の保健で学習した「健康な生活と疾病の予防」に関しては高校1年生に、高校で学習した保健には高校3年生に保健学習が好きであったかを問うている。肯定的な「好きだった」「どちらかといえば好きだった」と回答した者の割合はすべて4割程度であった。

本田(2010)は義務教育における食物学習と生活習慣病学習への興味を大学生に問うている。その結果、「興味があった」「少し興味があった」と回答した者はそれぞれ69.1%、62.8%としている。本調査で大学生に児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への関心について問うたところ、小学時の関心で肯定的な回答であったのは看護学生、一般学生ともに1割程度であった。中学時では看護学生3割、一般学生2割程度で、高校時では看護学生約6割、一般学生約5割であった。保健学習に対して「好きだ」という捉え方の認知に関してはどの学年もほぼ同等であったが、関心については学年が進行するにつれて上昇傾向であることが推察された。生活習慣病への関心は高校生で半数以上が関心をもっていることがうかがえる。

また、看護学生と一般学生との比較では、高校時の関心において看護学生が有意に高かった。これは医学の知識を学習することや看護師といった医療職への関心が芽生え始めていることがうかがえた。性別での比較においては、野津(2007)が小学6年生で学習する「病気の予防」、中学3年生で学習する「健康な生活と疾病の予防」、高校2年生での保健学習は女性の方が「好きだ」と回答した者が有意に高いことを見出している。本研究においても、中学生では女性の関心が有意に高く、小学、高校時でも女性の方が関心をもっている傾向にあった。

保健学習内容に関して小橋(2003)は大学1、2年が高校時代までに受けた健康教育の程度について「しっかり教わった」「多少教わった」

回答した者が運動，食事，喫煙，飲酒，薬物のすべてにおいて関して 8 ～ 9 割であった。本田（2010）は義務教育における学習内容（食物学習，生活習慣病学習）の実践状況を問うている。その結果，学習内容（食物学習，生活習慣病学習）の実践状況において「かなり実践していた」「少し実践していた」と回答した者はそれぞれ 35.8%，29.0%であった。

児童生徒期の保健学習の中で生活習慣病に関する内容に関しては、「喫煙」「薬物」「飲酒」といった長期的あるいは多量に摂取することで害をもたらす嗜好品や薬物の内容が多いことがうかがえる。反対に生活習慣病といった疾病そのものについての学習は，今回の結果からではあまり見受けられなかった。現在の保健で使用する教科書では，生活習慣病の一例として病名が書かれている程度である。また保健学習を実施するのは主に保健体育教諭あるいは養護教諭であり，医学の知識が豊富な専門家とはいえない。しかし今後，がんについては，2012 年度に定めたがん対策基本計画でがんに関する知識の普及・啓発を進めると明記されたため，文部科学省は小学・中学・高校でがんに関する保健教育を強化する方針を決定し，保健教科書の拡充を検討することとなった。2014 年度からモデル校で先進的な授業が展開され，保健体育科教諭を中心に，がんへの知識や理解を深める研修も実施される予定であり，学校教育の中で，生活習慣病の疾病そのものの学習を実施されることが期待される。

児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習の内容の量と現在の生活習慣病への予防意識，生活習慣との関連をみると，学習得点が高い者ほど現在の生活習慣総合得点が有意に高かった ($p < .01$)。その中でも運動に有意差が認められ ($p < .001$)，飲酒にも有意差が認められた ($p < .05$)。その他の予防意識，喫煙，食事，休養において有意差は認められなかつ

たものの、学習得点が上位になるほど高得点になる傾向が認められた。すなわち児童生徒期に生活習慣病に関する保健学習を実施していくことは大学生以降、望ましい生活習慣であることが示唆された。しかし大学入学以降、生活習慣病に関する学習をするのはごく一部の学生に限られ、大学以降も体系的に学習できる環境を整えていくことが今後の課題ではないかと考える。

3 健康行動変容ステージの併存的妥当性と実態

ここでは生活習慣病の予防にむけて、T T Mの中心的構成要素である変容ステージとS Eを用いる。これまでに大学生を対象とし、T T Mを用いた行動変容に関する先行文献は禁煙、身体活動、食行動など特定の行動であるものが多い（中村，1998；岡，2003；赤松ら，2001）。しかし今後は、特定の行動だけではなく特定の領域に関してすべての変容ができる効率的な健康教育が求められると考える。今回特定の領域を生活習慣（飲酒、喫煙、運動、食事、休養）とし、その変容ステージを健康行動変容ステージ、S Eを健康関連習慣の予期信念尺度、なかでも領域特定のS E尺度として開発されたP H C Sとしたとき、生活習慣診断検査（DIHAL.2）の5尺度との併存的妥当性を得ることができるか検証した。ただし今回の設問には「健康行動とは、健康増進を目的とし健常者によって、日常繰り返される生活行動の中で意図的なまたは習慣化した健康上好ましい行動をいいます。主に食事、運動、睡眠、飲酒、喫煙のすべてを指します」と説明を加えて実施した。その結果、すべての生活習慣に正の相関を示し、行動変容段階が後期に移行するに伴い、5つの生活習慣の得点が高くなることから健康行動変容ステージの併存的妥当性は確認されたといえる。また健康行動変容ステージはP H C Sとも正の相関を示したので、P H C SがT T MのS Eとして妥当であること

が確認された。

T T Mを用いて、大学生の生活習慣を望ましい習慣とするためには変容ステージを把握することが健康教育上、重要である。今回の調査によって、生活習慣（喫煙，飲酒，運動，食事，休養）の変容ステージを一度に把握できる可能性を示したと考えられる。

本調査による健康行動変容ステージの分布では無関心期と関心期の大学生が合わせて 37.8%と約 4 割であった。先行研究において、食習慣に関する変容段階の無関心期と関心期の割合は約 4 割であり（武部ら，2009），本研究でも同様の結果を得た。身体活動において、松本ら（2007）が女子大学生を対象にした調査では無関心期と関心期の割合が約 7 割であった。上地ら（2003）の小学 4 ～ 6 年生を対象にした結果では，2 割にも満たなかった。徳永ら（2002）が大学生は生活習慣に関して最も望ましくない年代としているように，小学・中学・高等学校で形成されてきた生活習慣が大学入学後に望ましくない生活習慣に移行し，健康行動変容ステージも大学入学後に逆戻りすることが示唆された。

今後，大学生への生活習慣病の予防に関する教育は，健康行動変容ステージが逆戻りしない教育が求められる。また，男女ともに児童生徒期の保健学習は，健康行動変容ステージに影響を及ぼしていることが示唆されたが，P H C S への影響は認められなかった。P H C S は健康管理能力を測定する尺度であり，領域特定の S E 尺度として開発されたものである。S E は，T T Mにおいて重要な構成要素であり，S E の高い者は望ましい健康行動をとる可能性が高いとされている。今回の調査からでも，P H C S が高い者ほど生活習慣，特に運動，食事，休養が望ましい生活習慣であることが明らかになった。これにより児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習には，P H C S を上昇させるような学習が求め

られる。

次に生活習慣別のステージ分布を順にみていくと、まず飲酒、喫煙では健康行動変容ステージでは有意差が認められなかったが、無関心期から維持期へ変容していくにかけて飲酒量が少ない、喫煙量が少ないといった傾向であることが示唆された。

運動に関しては運動行動・条件、意識ともに無関心期から維持期にかけて得点が有意に高く、食事では食事の規則性、休養では睡眠に関して望ましい結果となった。大学生は他の年代と比べて生活習慣が最も望ましくなく、健康行動変容ステージにおいても無関心期、関心期、準備期である学生が約8割を占め、実行期、維持期に比べて望ましくない生活習慣であることが明らかとなった。Prochaska (1994) は各変容ステージにおける最も有効な変容プロセスを示している。無関心期から準備期にかけて有効な変容プロセスは、「意識の高揚」「情動的喚起」「環境の再評価」「自己の再評価」「コミットメント」としている。大学生の生活習慣に関する健康教育を実施していくには、上記に示した5つの変容プロセスを考慮して展開していくことが求められる。

4 一般大学生の生活習慣に影響する要因の検討

生活習慣を目的変数、学習得点、予防意識、健康行動変容ステージ、PHCSを説明変数とした重回帰分析の結果、性差が認められた。

男性の一般学生は、児童生徒期に学習した生活習慣病に関する内容が現在の生活習慣に影響はみとめられなかった。しかし学習得点が高い者ほど予防意識が高く、健康行動変容ステージも進行していることから、男性は保健学習から豊富に知識を得ることで予防意識を高め、健康行動変容ステージを、より進めていくことで生活習慣を望ましい傾向に変容していくことが示唆された。

女性の一般学生は児童生徒期に学習した生活習慣病に関する内容が現在の生活習慣に強く影響していた。女性は男性に比べて、生徒期いわゆる中学、高校時に生活習慣病に関する保健学習への関心が高く、生活習慣病に関して豊富な知識をもつことにより現在の生活習慣が望ましい傾向であることが示された。

P H C S に関しては女性のみに影響を及ぼしていることがうかがえた。P H C S が高い者ほど運動を定期的に行っているや喫煙をしないといった生活習慣との関連性が示されている（戸ヶ里，2006）。しかし P H C S と学習得点には関連が認められなかった。これは児童生徒期における生活習慣病に関する保健学習において、健康行動を実施していくことに強く関連している S E の向上を考慮した保健学習の展開の困難さがうかがえた。

今後、大学生に生活習慣病に関する健康教育を実施していくには、健康行動変容ステージを把握した上で、知識をつけるための健康教育と P H C S を養えるような学習方法の検討が必要である。

結論

- ・看護学生と一般学生の生活習慣病への予防意識と生活習慣を比較すると、看護学生の予防意識が高く、喫煙数が少なく、睡眠が充たされていた。
- ・生活習慣病への予防意識と生活習慣を性差で比較したとき、男性は運動で有意に高く、女性は予防意識が高く、喫煙数が少なく、食事の規則性が有意に高かった。
- ・児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への興味関心は、看護学生が高校時に「あった」「少しあった」と回答する者の割合が高かった。
- ・児童生徒期の保健学習内容は、喫煙、薬物、飲酒の内容に触れていることが多く、次に生活習慣に関する内容が多く、疾病に関する内容が少なかった。
- ・児童生徒期の学習内容が多いほど、現在望ましい生活習慣であった。特に飲酒と運動に有意差が認められた。
- ・一般学生の健康行動変容ステージは、無関心期・関心期が約4割、準備期が約4割、実行期・維持期が約2割となった。
- ・児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習は、女性の生活習慣に影響を及ぼしていることが示唆された。
- ・健康行動変容ステージは、男女の生活習慣に強く影響し、PHCSは女性の生活習慣のみ影響していることが示唆された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界

- ・看護大学生と教育学部等を主とした一般学生を対象として調査したため、対象の偏りが懸念される。
- ・健康行動変容ステージは、併存的妥当性は確認できたものの、その他の妥当性や信頼性が確認されていない。

今後の課題

実証された結果を一般化するためには限界があり研究のフィールドを拡大するなど検討していくこと、健康行動変容ステージは内容妥当性・構成概念妥当性・信頼性を確認していくことである。

要約

目的

本研究はまず，児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習と大学生の現在の生活習慣病への予防意識，生活習慣との関連を明らかにすることを目的とした．次にトランスセオレティカル・モデルを用い，一般学生の生活習慣病予防に関する健康行動の健康行動変容ステージを明らかにし，今後，大学生への健康教育に関する基礎資料とすることを目的とした．

方法

大学生 429 名（看護学生 327 名，一般学生 165 名）を対象に，質問紙調査を行った．調査項目は，対象の属性，児童生徒期の保健学習への関心と内容，現在の生活習慣病に対する予防意識と生活習慣（DIHAL.2）を調査し，一般学生には健康行動変容ステージ，PHCS を追加調査した（有効回答率 77.2%）．基本的集計を行い，関連要因の検討には χ^2 検定，t 検定，Mann-Whitney の U 検定を用い，複数水準の分散分析を行った場合は，有意差が確認された変数において，Tukey 法を用いて，全てのペアに対し，多重比較を行った．生活習慣や TTM の構成要素に学習内容が与える影響を検討するために単回帰分析を行った．

結果および考察

- ・看護学生と一般学生の生活習慣病への予防意識と生活習慣を比較すると，看護学生の予防意識が高く，喫煙数が少なく，睡眠が充たされていた．

- ・生活習慣病への予防意識と生活習慣を性差で比較したとき，男性は運

動で有意に高く、女性は予防意識が高く、喫煙数が少なく、食事の規則性が有意に高かった。

- ・児童生徒期の生活習慣病に関する保健学習への興味関心は、看護学生が高校時に「あった」「少しあった」と回答する者の割合が高かった。

- ・児童生徒期の保健学習内容は、喫煙、薬物、飲酒の内容に触れていることが多く、次に生活習慣に関する内容が多く、疾病に関する内容が少なかった。

- ・児童生徒期の学習内容が多いほど、現在望ましい生活習慣であった。特に飲酒と運動に有意差が認められた。

- ・一般学生の健康行動変容ステージは、無関心期・関心期が約4割、準備期が約4割、実行期・維持期が約2割となった。

- ・現在の生活習慣に影響している要因は、男性では予防意識と健康行動変容ステージ、女性では児童生徒期の学習、健康行動変容ステージ、PHCSであった。

文 献

- 赤松利恵・島井哲志（2001）．青年期女性のダイエット行動における
変容段階と心理的要因の関係．日本公衆衛生学雑誌，48，395-401．
- Bandura, A. (1977) ． Self-efficacy : toward unifying theory of
behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- 藤岡秀樹（2013）．中学校保健体育科「保健」分野の教科書分析．京都
教育大学教育実践研究紀要，13，119－127．
- 本田 藍・中村 修・片渕結子（2010）．義務教育における学習と大学
生の食生活，生活習慣病予防態度との関連．日本食育学会誌，4（2），
91-101．
- 井上文夫・國方功大・納富美帆（2011）．運動部活動との関連からみた
大学生の生活習慣について．京都教育大学紀要，118，167－174．
- 風間眞理・矢野秀典・糸井志津乃・林 美奈子・内山千鶴子・曾田玉美・
藤谷 哲・堤 千鶴子（2008）．医療系大学生の生活実態調査(健康・
医療教育)．目白大学健康科学研究，1，167-175．
- 小橋 元・太田薫里・森谷 絜・福地安馬（2003）．大学生が小中高時
代に受けてきた健康教育について．社会医学研究，21，80-88．
- 厚生労働省（2011）．平成 23 年国民健康・栄養調査結果の概要．
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002q1st-att/2r985200002q1wo.pdf>（2013 年 11 月 1 日閲覧）
- 公衆衛生審議会（1997）．生活習慣病に着目した疾病対策の基本的方向
性について（意見具申）．栄養学雑誌，55(5)，285-290．

松本裕史・酒井和明・野老 稔（2007）．女子大学生の身体不活動を規定する心理的要因の縦断的検討．大学体育学，5，27－34．

宮坂忠夫・川田智恵子・吉田 亨（2008）．最新保健学講座別巻1 健康教育論 株式会社メヂカルフレンド社．

宮脇千恵美・間瀬知紀・甲田勝康（2011）：女子大学生における運動習慣の有無と運動への意識，および過去の運動習慣との関連性．医学と生物学，155（8），469-476．

門田新一郎（2002）大学生の生活習慣病に関する意識，知識，行動について．日本公衆衛生雑誌，49(6)，554-563．

森 昭三・佐伯年詩雄（2012）．中学保健体育 学研教育みらい

森 昭三（2012）．みんなの保健5・6年生 学研教育みらい

中村正和（1998）．禁煙サポートを科学する．臨床科学，34(12)，195-206．

奈良間美保（1968）．系統看護学講座 専門分野 小児看護学1 医学書院．

成田十次郎（2010）．わたしたちの保健5・6年生 文教社．

野津有司・和唐正勝・渡邊正樹・西岡伸紀・植田誠治・高橋浩之・岩田英樹・渡部 基・今関豊一・戸田芳雄（2007）．全国調査による保健学習の実態と課題－児童生徒の学習状況と保護者の期待について－．学校保健研究，49，280-295．

野津有司（2012）．学校保健ハンドブック〈第5次改訂〉教育養成系大学保健協議会 ぎょうせい．

岡 浩一郎（2003）．中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・

- エフィカシーの関係. 日本公衆衛生雑誌, 50, 208-215.
- 大津一義 (2010). たのしい保健 5・6年生 大日本図書.
- 朴 豊源・土井一浩・小幡セイ・山内 徹 (2004). M大学生の生活習慣病に対する意識と検討. 日本健康医学会雑誌, 13 (2), 47-54.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). Changing for Good (プロチャスカ, J. O. ノークロス, J. C. ディクリメンテ, C. C. 中村正和 (監訳) (2005). チェンジング・フォー・グッド 法研)
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., et al. (1994) Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- 齊田菜穂子・東 玲子・中尾富士子・江藤亜矢子 (2007) 大学生の生活習慣病に関する知識と予防行動の実態-看護学生と人文系学生の比較-. 日本看護学会論文集 2 成人看護, 38, 272-274.
- 酒井健介・太田篤胤・杉浦克己・赤松利恵 (2009). 大学生を対象とした適切な食生活に関する変容段階と栄養摂取状況および心理的要因との関係. 日本健康教育学会誌, 17(4), 248-259.
- Smith, M. S., Wallston, K. A., Smith, C. A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.

- 杉田豊子・城 憲秀・牧野 典子・堀井直子・山口直己・山田恵子・足立はるゑ（2012）．看護大学生のライフスタイルと自己管理能力との関連-初年次教育前後の比較と課題-．生命健康科学研究所紀要，8，81-91．
- 高橋浩之・中村正和・木下朋子・増居志津子（2000）：自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討．日本公衆衛生学会誌，11，907-914．
- 高橋健夫・江頭隆（2012）．保健体育 大修館書店
- 高石昌弘・細江文利（2012）．中学校保健体育 大日本図書
- 高石昌弘・加賀谷熙彦（2007）．現代保健体育 大修館書店
- 高尾憲司・園田悦代・浅野弘明（2013）．看護大学生の学年進度による健康度と生活習慣の差違－健康度・生活習慣診断検査(DIHAL.2)を用いて－．京都府立医科大学看護学科紀要，23，1-6．
- 戸田芳雄（2012）．新しい保健体育 東京書籍
- 戸ヶ里泰典・山崎喜比古・小出照太郎・宮田あや子（2006）．修正版 Perceived Health Competence Scale(PHCS)日本語版の信頼性と妥当性の検討．日本公衆衛生雑誌，53(1)，51-57．
- 徳永幹雄・橋本公雄（2002）．健康度・生活習慣の年代的差異及び授業前後での変化．健康科学，24，57-67．
- 徳永幹雄（2004）：健康度・生活習慣診断検査（DIHAL.2，中学生～成人用）-手引き-．株式会社トーヨーフィジカル．
- 徳永幹雄（2005）：「健康度・生活習慣診断検査(DIHAL.2)」の開発．健康科学，27，57-70．
- 上地広昭・竹中晃二・鈴木英樹（2003）．子どもにおける身体活動の行

動変容段階と意思決定バランスの関係. 教育心理学研究, 51, 288-297.

和田高士・福元耕・藤代健太郎(2004):日本人のための健康習慣「一無・二少・三多」. 日本循環器学会専門医誌, 循環器専門医, 12(2), 235-240.

和唐正勝・高橋健夫(2012). 現代高等保健体育 大修館書店

吉田瑩一郎(2010) 新版 小学保健 見つめよう健康 5・6年生. 光文書院.

財団法人厚生統計協会 国民衛生の動向・厚生指標 増刊(2010). 第57巻(9) 通巻第896号

謝 辞

本論文は、筆者が京都教育大学大学院教育学研究科 学校教育専攻学校教育専修教育・発達心理学コースの修士論文として研究成果をまとめたものです。本研究を遂行し、まとめるにあたって多くの方にお世話になりました。この場を借りて、感謝の意を述べさせていただきます。

指導教員の藤岡秀樹教授は、明るい雰囲気のもとでの時間外のゼミ指導、研究環境や学会発表への助言等ご支援いただきました。貴重な時間を本論文のために割いていただきました。藤岡教授のご指導ご鞭撻に感謝致します。伊藤崇達准教授は、温厚に接していただき、多くのご指導、ご助言をいただき、さまざまな面で見守って下さいました。深く感謝申し上げます。

また本調査のためにご協力頂きました大学生の皆様に心より御礼申し上げます。

最後に、筆者の大学院入学を許し、いつも温かく見守り、支えてくれた妻、両親、兄、義姉、姪、親戚の方々に心から感謝申し上げます。

多くの皆様に支えられ、修士論文を書き上げることができましたことを肝に銘じながら、今後は仕事と研究、共に邁進し社会に貢献できるよう努めていきます。今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

2014 年 1 月 京都教育大学大学院 教育学研究科

高尾 憲司

大学生の生活習慣病予防に関する調査

調査の趣旨と倫理的配慮について

この調査の目的は、生活習慣病予防に関する健康行動への影響要因を検証することです。調査結果は、個人を特定せず、情報漏洩対策を含めプライバシーの保護を保障します。調査票の返信をもって、調査への同意とみなします。

次の設問の該当する番号に○を、() には数字をご記入下さい。

【Q1】現在のあなたについてお伺いします。

- 性別：①男 ・ ②女 年齢：()才 大学…()年生
- 身長()cm, 体重()kg
- 休日(一日)平均睡眠時間 ()時間, 休日の平均テレビ接触時間 ()時間
- 平日(一日)平均の睡眠時間 ()時間, 平日の平均のテレビ接触時間 ()時間
- ひとりでいて、最近の健康状態はどうか、最も該当するところ○をつけてください。
①まったく健康でない ②あまり健康でない ③どちらともいえない
④かなり健康だと思う ⑤非常に健康だと思う
- 現在の同居家族：①家族と一緒に暮らしている ②家族と離れて一人で暮らしている

【Q2】次のことは、あなたの日ごろの行動や考え方に どの程度ありますか。該当する番号に○をつけてください。

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. 何かをしようとするときには、十分に情報を収集する…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 難しいことをするとき、できないかもしれないと考えてしまう…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 失敗した場合、どこが悪かったかを反省しない…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 何かを実行するときには、自分なりの計画を立てる…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 失敗すると次回もダメだろうと考える…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 作業しやすい環境を作ることが苦手だ…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. 困ったときには、まず何が問題かを明確にする…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. しなくてはならないことよりも楽しいことを先にしてしまう…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. 何をしたらよいかわからないまま行動を開始してしまう…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. 自分ならできるはずだと心の中で自分を励ます…………… | 1 | 2 | 3 | 4 |

【Q3】あなたのご家族の健康習慣1. ～6. について最も該当するところに○をつけてください。

【父親】

1. 喫煙	していない	している
2. 食事量は	多くない	多い
3. 1日のアルコール摂取量は	日本酒1合 ビール1本まで	日本酒1合 ビール1本以上
4. 運動を定期的に週1回以上	している	していない
5. 仕事をしない日が1か月に	6日以上ある	6日未満である
6. 仕事を離れて打ち込める趣味が	ある	ない

【母親】

1.	していない	している
2.	多くない	多い
3.	日本酒1合 ビール1本まで	日本酒1合 ビール1本以上
4.	している	していない
5.	6日以上ある	6日未満である
6.	ある	ない

【Q4】あなたが小・中・高等学校の時の生活習慣病*予防に関する教育についてお伺いします。

(※糖尿病、高血圧、脳血管疾患、心臓病、がんを筆頭とする疾患群)

- あなたが小学校・中学校・高等学校の時、生活習慣病やその予防について興味・関心がありましたか。

それぞれ番号でお答えください。

- ①小学校 () ②中学校 () ③高等学校 ()

1→あった
2→少しあった
3→あまりなかった
4→なかった
5→覚えていない

- あなたが小学校・中学校・高等学校の時、「体育」あるいは「保健体育」の授業で、生活習慣病やその予防についての授業がありましたか。それぞれ番号でお答えください。

- ①小学校 () ②中学校 () ③高等学校 ()

1→あった
2→なかった
3→覚えていない

→2. の設問で1つでも「1 あった」と回答した方のみにお尋ねします。

学習した内容で印象に残っている内容があれば、番号に○をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|----------------|-------------|-------------|
| ①病気の発生要因に関する内容 | ②食生活に関する内容 | ③運動に関する内容 |
| ④休養と睡眠に関する内容 | ⑤がんに関する内容 | ⑥心臓病に関する内容 |
| ⑦脳卒中に関する内容 | ⑧糖尿病に関する内容 | ⑨喫煙の害に関する内容 |
| ⑩飲酒の害に関する内容 | ⑪薬物の害に関する内容 | ⑫その他() |

【Q5】あなたの生活習慣病予防に関する健康行動についてお伺いします。

- 現在、生活の中で生活習慣病の予防について意識していますか。

- ①意識している ②少し意識している ③あまり意識していない ④意識していない

→上記で「①意識している」「②少し意識している」と回答した方のみにお尋ねします。

(i) それはいつ頃から意識するようになりましたか。

- ①小学生の時 ②中学生の時 ③高校生の時 ④大学入学以降 ⑤わからない

(ii) 生活習慣病の予防を最も意識することになったきっかけは何ですか。(複数回答可)

- ①特になし ②家族の病気、死亡 ③マスメディア(テレビ、新聞、インターネット等)から
④小・中・高等学校で生活習慣病の予防教育 ⑤大学での講義
⑥その他 ()

[Q6]健康や生活習慣について、1～47の文があります。

各文を読んで、最近1か月のあなたの生活の中で、どのくらいあてはまるか、
最もあてはまる番号を選んで○をつけてください。

	あてはまらない	あまりあてはまらない	どちらでもない	あてはまる	かなりあてはまる	よくあてはまる
1. 毎日ぐっすり眠っている	1	2	3	4	5	
2. 集団やグループにうまく適応していない	1	2	3	4	5	
3. 毎日の生活は充実している	1	2	3	4	5	
4. 運動やスポーツの友人・仲間恵まれている	1	2	3	4	5	
5. 運動を続けると、生活習慣病の予防など、良いことが多いと思う	1	2	3	4	5	
6. 1日(朝、昼、夜)の食事は栄養のバランスがとれている	1	2	3	4	5	
7. 朝食の時刻は30分以上ずれない	1	2	3	4	5	
8. たんぱく性食品(肉、魚、卵、など)はよく食べる	1	2	3	4	5	
9. 平日(月～金曜日)にはゆったりした休息がとれている	1	2	3	4	5	
10. 消灯の時刻は30分以上ずれない	1	2	3	4	5	
11. 睡眠時間は十分にとっている	1	2	3	4	5	
12. 肥えすぎ・やせすぎがないようにしている	1	2	3	4	5	
13. 勉強や仕事が十分できる体力はある	1	2	3	4	5	
14. いつもイライラしている	1	2	3	4	5	
15. 自分の人生に希望や夢を持っている	1	2	3	4	5	
16. 今日から2週間以内に何か運動やスポーツをするつもりである	1	2	3	4	5	
17. 果物はよく食べる	1	2	3	4	5	
18. 昼食の時刻は30分以上ずれない	1	2	3	4	5	
19. 朝、目覚めた時の気分はよい	1	2	3	4	5	
20. ストレスはうまく解消している	1	2	3	4	5	
21. アルコールは大ビン1本、日本酒1合を基準にどのくらい飲みますか	1	2	3	4	5	
ビール2本(2合)以上、毎日飲む → 1 ビール2本(2合)以上、週4～6日飲む → 2 ビール2本(2合)以上、週1～3日飲む → 3 ビール2本(2合)以上、月1～3日飲む → 4 飲まない/1日ビール1本、日本酒1合以内 → 5						
22. 食欲はある	1	2	3	4	5	
23. 対人関係で気まずい思いをしている	1	2	3	4	5	
24. 教養・趣味的活動を行っている	1	2	3	4	5	
25. 運動やスポーツのための時間はとれる	1	2	3	4	5	
26. 運動やスポーツをすると楽しい気持ちになる	1	2	3	4	5	

	あてはまらない	あまりあてはまらない	どちらでもない	あてはまる	かなりあてはまる	よくあてはまる
27. 色の濃い野菜類(にんじん、ほうれん草、ピーマン、など)はよく食べる	1	2	3	4	5	
28. 夕食の時刻は30分以上ずれない	1	2	3	4	5	
29. いろいろな食品を組み合わせて食べている(1日30食品くらいを目安にして)	1	2	3	4	5	
30. 1日の中で一人で静かに過ごす時間的余裕がある	1	2	3	4	5	
31. 睡眠時間(寝ている時間)は日によって1時間以上変わらない	1	2	3	4	5	
32. 昼間、たまらなく眠い	1	2	3	4	5	
33. 良い人間関係を保つように注意している	1	2	3	4	5	
34. 肥えすぎややせすぎはない	1	2	3	4	5	
35. 勉強や仕事がかどらずに困っている	1	2	3	4	5	
36. 地域(学校・職場内も含める)でのいろいろな行事参加、或はクラブ・サークルに参加している	1	2	3	4	5	
37. 運動・スポーツ(散歩・歩行を含む)はどれくらいしますか	1	2	3	4	5	
ほとんどしない → 1 月に2～3日する → 2 週に1～2日する → 3 週に3～4日する → 4 週に5日以上する → 5						
38. 根菜類(いも類、れんこん、など)はよく食べる	1	2	3	4	5	
39. 欠食をする	1	2	3	4	5	
40. 休み明け・月曜の体調や気分はよい	1	2	3	4	5	
41. 休養・休息によって、気分転換ができている	1	2	3	4	5	
42. 1日にタバコはどれくらい吸いますか	1	2	3	4	5	
30本以上すう → 1 29～20本すう → 2 19～10本すう → 3 1～9本すう → 4 すわない → 5						
43. 友人や家族などから運動やスポーツをすることを期待されている	1	2	3	4	5	
44. 1週間に1回は休日(自分の好きなことができる日)がとれている	1	2	3	4	5	
45. 起床の時刻は30分以上ずれない	1	2	3	4	5	
46. 運動やスポーツの場所・施設に恵まれている	1	2	3	4	5	
47. 海藻類(こんぶ、ひじき、わかめ、のり、など)はよく食べる	1	2	3	4	5	

[Q7]健康行動とは、健康増進を目的とし、健常者によって 日常繰り返される生活行動の中で、意図的な、または習慣化した健康上好ましい行動をいいます。主に食事、運動、睡眠、飲酒、喫煙のすべてを指します。
あなたの生活習慣病予防に関する健康行動で最もあてはまる番号を1つ選んで□に書いてください。

- 1. 私は現在、健康行動をしていない。また、これから先もするつもりはない。
- 2. 私は現在、健康行動をしていない。しかし、近い将来（6ヶ月以内）に始めようとは思っている。
- 3. 私は現在、健康行動をしている。しかし定期的ではない。
- 4. 私は現在、健康行動をしている。しかし、始めてから6ヶ月以内である。
- 5. 私は現在、健康行動をしている。また、6ヶ月以上継続している。

[Q8]以下の文は一般的な考えを表しています。それがどのくらいあてはまるか、最もあてはまる番号を1つ選んで○をつけてください。

	とてもあてはまる	ややあてはまる	どちらでもない	ややあてはまらない	とてもあてはまらない
1. 私は健康面について、うまく管理ができている.....	1	2	3	4	5
2. どれだけ心がけても、なかなか思わしい健康状態にならない.....	1	2	3	4	5
3. 健康面の問題に直面したとき、効果的な解決方法を見つけることが難しい...	1	2	3	4	5
4. 健康改善のための具体的な計画をうまく実行に移すことができる.....	1	2	3	4	5
5. たいてい、健康管理の目標を達成することができる.....	1	2	3	4	5
6. 健康に関して気に掛かる習慣を変えようと努力しても、うまくいかない...	1	2	3	4	5
7. 健康のために計画を立てても、大体いつも計画通りにはうまくいかない.....	1	2	3	4	5
8. 健康に良いことが人並みにできている.....	1	2	3	4	5

アンケートへのご協力、ありがとうございました。