

日本における幼児期の薬物乱用防止対策の課題

立 花 直 樹*

Current State of Substance Abuse Preventative Measures for Young Childhood in Japan

Naoki Tachibana

要旨：近年、日本では、若年層による薬物乱用や児童の家庭内受動喫煙が問題となっている。

特に、保護者が喫煙を行う場合、児童の喫煙や禁止薬物使用に影響を与えられていると言われており、アメリカやイギリスでは、幼児から喫煙防止教育や薬物乱用防止教育を実施している。日本においては、日本国憲法で国民の生存権が保障され、子どもの権利条約や児童憲章で児童の健康が保障されている。しかしながら、わが国では、小学生・中学生・高校生を対象とした教育が中心となっており、幼児に対する十分な喫煙防止教育や薬物乱用防止教育は実施されていない。

幼少の頃に学んだ道徳教育や保健学習は大きな影響を与えられ、幼少期からの喫煙防止教育や薬物乱用防止教育は重要である。また、喫煙は、薬物使用への「Gateway」と言われており、喫煙防止教育や薬物乱用防止教育は一体的に実施される必要がある。

本研究では、保育士を目指す学生に調査を行い、禁止薬物並びに薬物乱用防止教育に対する意識と実態について明らかにすると共に、幼児期の薬物乱用の予防策についても考察を行った。

Abstract : In recent years, substance abuse by young demographics and domestic passive smoking by children have rapidly become problems in Japan. In particular it is said that a parent or guardian's smoking has an effect on the likelihood of future smoking and substance abuse of the child. In the U.S.A. and the U.K., smoking and substance abuse education are carried out for young children.

In Japan, inhabitants' rights to life are guaranteed under the constitution, and children's rights to health are guaranteed under the UN Convention on the Rights of the Child and the Children's Charter. However, smoking and substance abuse education for primary and junior high and high school students is the standard in Japan, and education to prevent substance abuse for young children is not carried out enough.

It is said that moral and health education that is learned during early childhood has a big influence, and that smoking and substance abuse education from an early childhood period is important. Smoking in particular is said to be a "Gateway" to substance abuse, and it is necessary for smoking education and substance abuse education to be carried out in a unified manner.

*関西福祉科学大学 社会福祉学部 講師

This study aims to take a closer look at students who are studying toward becoming nursery teachers, and shed light on their attitudes and actual circumstances in relation to illegal drugs and substance abuse education, while at the same time considering proposals for preventing substance abuse among young childhood.

Key words : 禁止薬物 Illegal drug 喫煙 Smoking 保育士 Nursery teacher 薬物乱用防止教育 Substance abuse prevention education 幼児期 Young childhood 喫煙防止教育 Smoking prevention education 受動喫煙 Passive smoking

I はじめに

1. 健康の定義

健康を定義する際に、世界で広く使用され、基本的基軸となっている「世界保健機関憲章 (Constitution of the World Health Organization)」は、1947 (昭和 22) 年 7 月 22 日に世界 61 か国の代表の署名により制定され、1948 (昭和 23) 年 4 月 1 日に発効した。日本では 1951 (昭和 26) 年 6 月 26 日に邦訳され、国際条約第 1 号として交付された¹⁾。「世界保健機関憲章」の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」と、健康に関して定義されている。

しかし、邦訳の表現が分かりにくく、誤解を招く可能性もあるため、2010 (平成 22) 年に日本 WHO 協会が「世界保健機関憲章」を新訳し、「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること。人類、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつ」と定義している²⁾。言い換えれば、「疾病や障害等の有無に関わらず、社会 (家族、地域社会、教育現場、職場など) において豊かな人間関係があ

り、身体的・精神的・社会的な健康バランスの調和が保たれている状態である。そして、健康は基本的人権として保障され、人類、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって侵害されることがない」と謳われている。このことを、伊藤 (2005) は「健康とは主観的なものであり個人が健やかに感じること (well-feeling)、日常生活の営み (食事、睡眠、自己を自由に表現する心身の活動など) が円滑に行われていると感じ、心は安定している状態を健康であるといえる。つまり、健康であるとは幸福である」と、健康を定義する³⁾。

2. 子どもの権利と健康

日本国憲法第 25 条第 1 項では、「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と、「国民の生存権」が規定された。いわば、日本国民は、年齢・性別・学歴・宗教等に係わらず、「健康的な生活」を権利として有しているのである。当然、乳幼児であろうと、高齢者であろうと、「健康な生活を営む権利」を有しており、在宅で生活しようと、施設で生活しようと「生存権」は、常に国民の人権として現存するのである。そして、続く第 2 項では、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と、「国の社会的使命・責務」について規定された。いわば、国の政治的責任 (政治的判断のできる余地がある) のレベルで明記されたのではなく、国の法的責任が明記されている。

日本国憲法第 25 条に明示された「生存権」を、児童の分野で特化して保障したのが、1947 (昭和 22) 年 12 月に制定された「児童福祉法」であり、第 2 条には「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」と明記され、「子どもの生存権 (健全育成の保障)」について保護者のみならず国・地方公共団体の法的責任を明らかにした。1951 (昭和 26) 年 5 月 5 日には、「子どもの生存権 (健全育成の保障)」を広く知らしめるため、国民合意の下で定めた宣言が「児童憲章」である。

児童憲章 (昭和 26 年 5 月 5 日 宣言)

われらは、日本国憲法の精神にしたがい、児童に対する正しい観念を確立し、すべての児童の幸福をはかるために、この憲章を定める。

児童は、人として尊ばれる。

児童は、社会の一員として重んぜられる。

児童は、よい環境のなかで育てられる。

1. すべての児童は、心身ともに、健やかにうまれ、育てられ、その生活を保障される。
(以下省略)

国際連合 (United Nations) は、1959 (昭和 34) 年 11 月 20 日の第 14 回総会にて「児童の権利に関する宣言」を採択し、第 4 条で「児童は、社会保障の恩恵を受ける権利を有する。児童は、健康に発育し、かつ、成長する権利を有する」ことが明記された⁴⁾。1989 (平成元年) 年 11 月 20 日の第 44 回総会にて「児童の権利に関する条約 (通称：子どもの権利条約)」が採択され、翌 1990 (平成 2) 年 9 月 2 日に発効した。日本は 1994 (平成 6 年) 年 5 月 22 日に「児童の権利に関する条約」へ批准した⁵⁾。「児童の権利に関する条約」は、「児童の権利に関する宣言」の採択から 30 周年を記念し、子どもの基本的人権を国際的に保障するために定められた条約で、18 歳未満を「児童 (子ども)」

と定義し、国際人権規約 (第 21 回国連総会で採択・1976 年発効) が定める基本的人権を、その生存、成長、発達の過程で特別な保護と援助を必要とする子どもの視点から詳説した「前文と本文 54 条」からなり、子どもの生存 (生きる権利)、発達 (育つ権利)、保護 (守られる権利)、参加 (参加する権利) という包括的な権利を実現・確保するために必要となる具体的な事項を規定している⁶⁾。

健康に関しては、「児童の権利に関する宣言」の第 24 条で「締結国は『到達可能な最高水準の健康を享受すること』『病気の治療および健康の回復のための便宜を与えられること』についての児童の権利を認める」と規定され、子どもの健康を保障することが国の法的責務であることが明記されている⁷⁾。

しかし、根源的な法律に「健康に関する権利」が位置づけられることは、非常に重要であるが、位置づけられ明記されただけでは、お題目や目標に過ぎない。法律に位置づけられた内容を政策として展開してこそ、法的責任が達成されるのである。法律への位置づけである法的責務と公衆衛生・保健政策を通じた政治的責務が連動して実践されなければ、保障や権利擁護は「絵に描いた餅」にしか過ぎない。

事実、法的責任が「日本国憲法」や「児童の権利宣言」で保障されながら、昨今の日本社会において、子どもの健康を取り巻く様々な問題が顕在化している。

3. 親の喫煙が子どもの健康に与える影響

近年、喫煙の低年齢化が問題視されている。例えば、2010 (平成 22) 年 5 月には、インドネシアの 2 歳男児がヘビースモーカーとなり、1 日 40 本のたばこを喫煙していることを、英国のデイリー・メール紙などが報道し、世界中で問題視された⁸⁾。乳幼児の喫煙は、「脳の萎縮」「呼吸器疾患」「ニコチン中毒」などを招くことが懸念されている。インドネシア政府の中央統計局によると、3 歳から 15 歳の子供のうち、25

%に喫煙経験があり、3.2% は自発的に喫煙している⁹⁾。インドネシアのように、日本において「自発喫煙している幼児」はほとんどいないと考えられているが、山岡 (2004) が、兵庫県淡路島の小学生以上の児童 (19,000 人) を対象に調査を行った結果、小学校 1 年生入学時点で「男子 6.9%」「女子 2.5%」に喫煙経験があり、小学生のタバコの入手源は、「家のタバコ」であった¹⁰⁾。児童による能動 (自発) 喫煙問題は、決して海外の発展途上国の問題ということでは片付けられない。

「たばこの健康被害を防止するために、世界的なガイドラインが必要である」ことから、2003 (平成 15) 年 5 月 21 日に、世界保健機関はスイスのジュネーブにおいて「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」を作成した。日本は 2004 (平成 16) 年 5 月 19 日に国会で条約に批准することを承認し、日本政府は 2005 (平成 17) 年 2 月 2 日に公布・告示した。条約 16 条 1 項の「未成年による自動販売機でのタバコの購入の禁止項目」に基づき、未成年がたばこを自動販売機で購入することができないように、TASPO (成人識別カード) が導入された。

さらに日本国内において、2002 (平成 14) 年に「健康増進法」が制定され、第 25 条では「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない」ことが明記された。2009 (平成 21) 年 3 月に、厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会 報告書」が出され、健康被害を受けやすい乳幼児の家庭内受動喫煙の防止のために、妊婦健診や両親教室等を利用して喫煙防止教育を実施する重要性が提示された¹¹⁾。

「平成 21 年全国たばこ喫煙者率調査」によると、家庭に子どもや妊産婦のいる割合が高い 20 代・30 代・40 代の喫煙率は、20 歳代では男性

表 1 日本における喫煙率の経年変化 (平成 21 年全国たばこ喫煙者率調査) (%)

年度	性別	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	全年齢
昭和40年 (1965年)	男	80.5	84.7	86.7	81.4	74.6	82.3
	女	6.6	13.5	19.0	23.0	23.0	15.7
昭和50年 (1975年)	男	81.5	77.0	76.3	78.6	65.8	76.2
	女	12.7	13.5	15.7	17.9	16.8	15.1
昭和60年 (1985年)	男	71.8	70.2	63.1	63.3	55.2	64.6
	女	16.6	14.2	13.2	12.6	12.4	13.7
平成7年 (1995年)	男	64.7	66.3	62.1	57.5	44.7	58.8
	女	23.3	19.3	14.1	12.6	7.9	15.2
平成17年 (2005年)	男	51.6	54.6	53.9	48.7	31.4	45.8
	女	20.9	20.9	17.9	14.4	5.5	13.8
平成21年 (2009年)	男	40.3	46.9	44.9	44.5	27.8	38.9
	女	15.9	16.8	14.9	14.8	6.2	11.9

出典：「厚生労働省のたばこ最新情報」財団法人健康・体力づくり事業財団、2009¹²⁾

40.3%・女性 15.9%、30 歳代では男性 46.9%・女性 16.8%、40 歳代では男性 44.9%・女性 14.9% となっており、その他の世代と比して高い状況である¹²⁾ (表 1)。少量のたばこの煙への曝露であっても影響が大きい「子どもや妊産婦など」が、たばこの煙に曝露されることを防止することが重要で喫煙の課題となっている¹³⁾。

実際、乳幼児の受動喫煙も大きな問題であり、妊娠中の受動喫煙の問題が徐々に認知されつつある。篠原ら (2009) が、3 歳以下の 1,070 人の保護者を対象に調査を行った結果、喫煙のあった母体から出生した子どもは、喫煙のなかった母体から出生した子どもに比べて、「食物アレルギー」「アトピー性皮膚炎」の累積罹患率が有意に高かった¹⁴⁾。永田ら (1995) が、熊本県と北海道の小児科外来を受診している児童と、保育所に通園している乳幼児 (計 1,784 人) と保護者を対象に調査を行った結果、両親とも喫煙している家庭や父親が喫煙している家庭で生まれた子どもは有意に低体重であり、母親が 1 日に 10 本以上喫煙している場合は有意に子どもが肺炎に罹りやすかった¹⁵⁾。また、芳

賀・岩下ら（2008）が、熊本市内の保育園児（9,708人）を対象に調査を行った結果、母親が喫煙者である児童の喘息有症率は「20.2%」と有意に高かった¹⁶⁾。さらに、中山・森（2008）が、北海道の1歳半と3歳児歯科健診の児童（計1,391人）と保護者を対象に調査を行った結果、喫煙者が家庭内にいる児童は、有意に虫歯（虫歯）が多かった¹⁷⁾。上田（2002）が、正期産児64例を調査した結果、妊娠中の母体喫煙群19例は、非喫煙群に比して、呼吸調整機能が抑制され呼吸反応が低下しており、SIDS（乳幼児突然死症候群）の一因となっている可能性が示唆された¹⁸⁾。

2005（平成17）年に、厚生労働省が全国39,809人の幼児（平均年齢：4歳6ヶ月）と保護者を

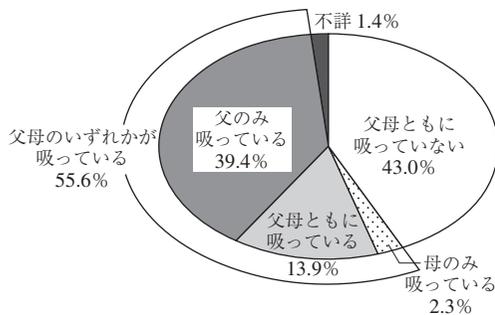


図1 父母の喫煙の状況の組み合わせ
出典：厚生労働省『第5回21世紀出生児縦断調査結果の概況』2005

対象に実施した「第5回21世紀出生児縦断調査」の結果、父母のいずれかが吸っている割合は55.6%となっており（図1）、「子どもへの副流煙を気にせず喫煙」している親が一定の割合で存在していた。父母ともに喫煙をしている家庭では、父親の31.3%（3人に1人）が子どもの副流煙吸入を気にしておらず、母のみが喫煙している家庭でさえ、母親の11.6%（10人に1人）が子どもの副流煙吸入を気にしていなかった¹⁹⁾（図2）。つまり、日本でも、子どもの健康侵害に対する問題を感じない親が一定の割合で存在しており、インドネシアの事例を他人事として楽観視できる状況ではない。

4. 児童に対する薬物乱用防止教育への取り組み

近年、禁止薬物使用の低年齢化が問題視されている。土田（2010）は「若者たちは非常に好奇心が旺盛であり、興味本位や仲間外れにされたくないという、とても単純な動機で薬物に手を染めてしまう」と指摘している²⁰⁾。警察庁（2011）によると、過去5年の年間の大麻事犯少年（中学生・高校生）検挙者のピークは、2008（平成20）年の50人であり、以降は減少しているが、一方で中学生は増加し、低年齢化の様相を呈している²¹⁾（表2）。

1996（平成8）年7月に、文部科学省は「覚せい剤等乱用防止対策の推進について」（国初

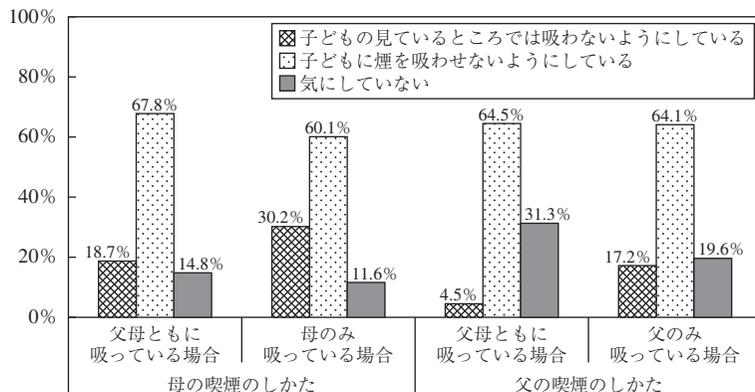


図2 父母の喫煙のしかた
出典：厚生労働省『第5回21世紀出生児縦断調査結果の概況』2005

表 2 中学生・高校生の大麻事犯検挙人員の推移
(平成 18~22 年) (人)

区分	年次(平成)	2006 (18)	2007 (19)	2008 (20)	2009 (21)	2010 (22)
中学生		4	1	2	5	11
高校生		21	28	48	34	18
中学生・高校生の合計		25	29	50	39	29

出典：警察庁組織犯罪対策部 薬物銃器対策課
『平成 22 年上半期の薬物・銃器情勢(確定値)』p 6, 2011

第 12 号：3 局長合同通知) を各都道府県教育委員会教育長等に通知し、大麻・麻薬・覚せい剤・シンナー等に関して、小学校から高等学校における「薬物乱用の実態を踏まえた健康教育」を推奨した²²⁾。しかし、1996 (平成 8) 年において、覚せい剤等乱用により補導された中学生・高校生が 1989 (平成元) 年以降で最高を記録し、特に高校生が 1995 (平成 7) 年の 2.3 倍に増加した。これらの事実から、1997 (平成 9) 年 10 月に文部科学省は「児童生徒の覚せい剤等乱用防止に関する指導の徹底について」(文体学第 290 号：文部事務次官通知) を各都道府県教育委員会教育長等へ通知し、各小学校・中学校・高等学校(養護学校含む)における「飲酒・喫煙」「薬物乱用」「医薬品の適正使用」等を含む、健康教育・指導の徹底等を図るよう指針を示した²³⁾。

また、1998 (平成 10) 年に、内閣府に設置された薬物乱用対策推進本部は「薬物乱用防止五ヵ年戦略」(薬物乱用対策推進本部決定) を策定し、国を挙げての青少年の覚せい剤等の乱用防止の指導徹底が図られた²⁴⁾。時を同じくして、1998 (平成 10) 年 12 月に、小学校並びに中学校の「学習指導要領」の改訂が告示された。小学校学習指導要領では「第 2 章第 9 節体育：第 5 学年及び第 6 学年」の「G 保健」に、中学校学習指導要領では「第 2 章第 7 節保健体育」の「保健分野」に「薬物乱用防止」が明記された²⁵⁾²⁶⁾。1 年遅れの 1999 (平成 11) 年 3 月に高等学校の「学習指導要領」の改訂が告示

表 3 禁止薬物について学校の授業で学んだ児童・生徒の割合：年次比較 (%)

年次	学年	学年			
		小学校 6 年生	中学校 1 年生	中学校 3 年生	高校 3 年生
男	平成 9 年	19.9%	38.9%	57.4%	81.6%
	平成 12 年	38.6%	58.2%	77.1%	88.7%
	平成 18 年	71.4%	74.9%	84.1%	86.1%
女	平成 9 年	21.0%	42.6%	62.1%	89.6%
	平成 12 年	38.7%	57.5%	78.9%	93.4%
	平成 18 年	73.6%	78.9%	88.9%	92.5%

出典：『児童生徒の薬物等に対する意識等調査報告書』(2007) p 18-19 を基に筆者が作成²⁸⁾

され、「第 2 章第 6 節保健体育」の「第 2 保健」に「薬物乱用防止」が明記された²⁷⁾。

さらに、2003 (平成 15) 年 9 月に、文部科学省は「薬物乱用防止教育の充実について」(15 文科ス第 213 号：スポーツ・青少年局長通知) を各都道府県教育委員会教育長等へ通知した。その中で、「児童・生徒への薬物乱用防止教育」を推進するため、全ての中学校・高等学校で年に 1 回は「薬物乱用防止教室」の開催に努める旨を通知した²⁸⁾。

これまで、文部科学省によって、1997 (平成 9) 年、2000 (平成 12) 年、2006 (平成 18) 年に「児童や生徒の禁止薬物等に対する意識調査」が実施されている。2000 (平成 12) 年時の調査よりも、2006 (平成 18) 年時の調査の方が「小学校 6 年生」「中学校 1 年生」「中学 3 年生」において、学校の授業で「禁止薬物」について学んだ児童・生徒の割合が増加し、「薬物乱用防止教育」が小学校高学年から導入されている割合が年々増加している²⁹⁾ (表 3)。

しかし、果たして、小学校高学年から高校 3 年生までの間に実施されている「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」は、どれだけの効果があるのだろうか。

2003 (平成 15) 年 7 月に薬物乱用対策推進本部から報告された「薬物乱用防止新 5 ヶ年戦略」によると、1997 (平成 9) 年から 2002 (平成 14) 年までの 6 年間で「覚せい剤事犯とし

表4 中学生・高校生の覚せい剤事犯の検挙人員 人(%)

区分	1997(9)	1998(10)	1999(11)	2000(12)	2001(13)	2002(14)
少年検挙人員	1,601	1,079	1,003	1,148	954	749
中学生	43 (2.7)	39 (3.6)	24 (2.4)	54 (4.7)	45 (4.7)	44 (5.9)
高校生	219(13.7)	103 (9.6)	81 (8.0)	105 (9.1)	83 (8.8)	66 (8.8)
中学生・高校生の合計	262(16.4)	142(13.2)	105(10.5)	159(13.9)	128(13.4)	110(14.7)

出典：薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」内閣府共生社会政策統括官、P9、2003

表5 有職・無職少年の覚せい剤事犯の検挙人員 人(%)

区分	1997(9)	1998(10)	1999(11)	2000(12)	2001(13)	2002(14)
少年検挙人員	1,596	1,070	996	1,137	946	745
うち有職少年	543(34.0)	325(30.4)	303(30.4)	318(28.0)	261(27.6)	215(28.9)
うち無職少年	743(46.6)	569(53.2)	560(56.2)	631(55.5)	538(56.9)	401(53.8)
中学生・高校生以外の少年の合計	1,286(80.6)	894(83.6)	863(86.6)	949(83.5)	799(84.5)	616(82.7)

出典：薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」内閣府共生社会政策統括官、P17、2003

て検挙された少年(20歳未満)」のうち、中学校生や高校生の人数や割合は相対的に減少している。この結果は、学校教育機関の薬物乱用防止教育の実施が一定の効果を挙げていることを示している³⁰⁾(表4)。

一方で、2003(平成15)年7月に薬物乱用対策推進本部から報告された「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」によると、1997(平成9)年から2002(平成14)年までの6年間で「覚せい剤事犯として検挙された少年(20歳未満)」のうち、「中学校や高校所属の児童生徒」・「大学等に所属の学生」以外の有職・無職少年が8割以上を占めていた。このことから、現在日本で実施されている「中学校・高校を中心とする学校教育機関」の薬物乱用防止教育だけでは、不十分であるということが明らかである。つまり、少年検挙者の8割以上を占める「児童・生徒・学生以外の有職少年・無職少年」に対する対策を講じなければ、根本的な問題は解決しないのである³¹⁾(表5)。無職少年の内、大学・短期大学・専門学校等に所属する少年と所属していない少年が存在する。教育機関に所属する少年

に対しては、中学校・高校における「薬物乱用防止教育」のみに頼らず、大学・短期大学・専門学校等が主体的に「薬物乱用防止教育」を実施する必要がある。しかし、一方で、教育機関に所属していない無職少年や有職少年に対する対策はどうすればいいのだろうか。

表6 米国・英国における幼児に対する喫煙や薬物乱用の防止教育

米国 (5歳~9歳)	<ul style="list-style-type: none"> ・医薬品と違法薬物の区別ができる。 ・薬物をもって良い人と悪い人との区別ができる。 ・ほとんどの人は、違法薬物を使用していないことを知る。
英国 (5歳~7歳)	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物についての規則を知る。 ・医薬品としての薬物の役割を知る。 ・薬物及び有機溶剤などの安全な取り扱いについて知る。 ・タバコ及びアルコールの身体に及ぼす影響を知る。 ・薬物を扱う人を知る。(医師、薬剤師、看護師など) ・薬物に対する疑問や助言をしてくれる人を知る。

出典：渡辺和人他「大麻文化科学考」『北陸大学紀要』北陸大学、第30号、p15・P17、2006

米国や英国では、幼児期(5歳)から「薬物乱用防止教育」を実施している³²⁾(表6)。米国や英国では、幼児期から「薬物について理解を深める」と共に「医薬品と違法薬物(禁止)の相違を認識」している。さらに英国では、薬物だけではなく、喫煙・飲酒に対する防止教育を幼児期から実施している。一般的に飲酒や喫煙は、禁止薬物(違法薬物)への「Gateway(ゲートウェイ)」と言われており*1、立花(2010)は「タバコや睡眠薬が禁止薬物の『Gateway』となる可能性があるのであれば、禁止薬物に対する教育と同時に、喫煙・飲酒・劇薬・シンナー等の使用についても啓発教育を行っていく必要があること」を示唆している³³⁾。今後、日本において、喫煙防止教育や薬物乱用防止教育について、年齢に応じて段階的な健康教育プログラムを確立する中で、「禁止薬物・喫煙・飲酒等に関する防止教育の開始時期」について検討する余地は大いにある。

II 調査の内容

1. 調査の目的

全国保育士養成協議会の発表では、2011(平成23)年4月現在、会員校である全国の保育士養成校(大学・短期大学・専門学校)は481校に上り³⁴⁾、年々増加している。この3年間に公表された薬物事犯の検挙学生(20歳以上)のうち、全国の保育士養成校の保育士養成課程に所属している者はいなかった。

2008(平成20)年3月に改訂され、2009(平成21)年4月から施行された「保育所保育指針」では「子どもの健康・安全の確保と生活に必要な基本的な習慣や態度を養い、道徳性の芽生えを培うこと」が保育目標と位置付けている³⁵⁾。つまり保育士は、子どもの健康と倫理性を養うと共に、自ら子どもの模範となることが求められており、保育士養成校ではそのことを必修科目にて深く指導しているはずである。保育者を目指す学生は、日常より専門職としての倫理や価値に触れることで、モラル(道徳意

識)を高めている。保育者は、子どもの健康を守るべき存在であり、当然自らの健康や倫理観を高める責務を負っている。しかし、保育所の保育者だけが倫理観を高めるだけでなく、将来の保育者を目指す、各保育士養成校の学生に対しても同じことが言える。保育士養成校で、いかに学生の倫理観や健康に対する意識を高める教育を実施できるかが問われている。

保育者は、子どもの健康を守るべき存在であり、当然自らの健康や倫理観を高める責務を負っている。しかし、保育所の保育者だけが倫理観を高めるだけでなく、将来の保育者を目指す、各保育士養成校の学生に対しても同じことが言える。保育士養成校で、いかに学生の倫理観や健康に対する意識を高める教育を実施できるかが問われている。さらに、中学校や高校を中心とした「薬物乱用防止教育」だけでは、根本的な抑止力とならない以上、米国や英国のように早期からの「禁煙・禁酒・薬物乱用防止教育」の導入が必要となってくる。

これまで、保育士養成校の学生を対象に実施した調査は、大規模な総合大学における調査と共通項目を使用しているケースが多く、「薬物への関心」「薬物使用経験」「薬物の入手状況」「薬物に対するイメージ」「薬物使用に対する倫理観」「薬物乱用防止教育の実施場所」等を中心として実施されている。そのため、「薬物乱用防止教育をどの段階から実施すべきか」や「保護者の喫煙状況と学生の喫煙状況」「保護者の喫煙状況と学生の薬物使用状況」に焦点を当てた調査は、ほとんど行われてこなかった。

以上のことを鑑みて、本調査においては、保育士養成校である大学・短期大学の学生の「喫煙・禁止薬物使用、喫煙・薬物乱用の防止教育に対する意識と実態」について明らかにする中で、「幼児期の薬物乱用防止対策」の課題について考察・検討するために調査を行った。

2. 調査方法

- 1) 調査対象：京阪神地域の保育士を養成する大学・短期大学の学生 454 人（回収：432 人、回収率：95.1%）
- 2) 調査方法：質問紙を用いた集合調査
- 3) 調査期間：2009（平成 21）年 1 月 8 日から 1 月 31 日まで
- 4) 調査項目：
 - ①基本属性：性別、学校種別
 - ②禁止薬物等に関する項目：薬物への関心、薬物使用者の有無・関係・薬物の種類、薬物使用経験の有無・薬物の種類、薬物を進められた時の対応、喫煙の有無、生きていて楽しいか、大学入学以前の薬物乱用防止の学習経験・内容の記憶、大学での薬物乱用防止学習の必要性、薬物乱用防止教育開始時期、両親の喫煙状況、保護者に対する研修の必要性 等の 11 項目。
- 5) 調査時の配慮：非常にハイセンシビリティな内容であるため、回答への協力は任意とした。調査は無記名で実施し、個人を特定できないように集合調査は 40 人以上で実施し、回答者の座席間隔を空けてプライバシー確保に努め、回答を終えた者から、教室後部に設置の回収 BOX に自由に投入できるように配慮した。
- 6) 調査後の配慮：回収後の調査票は「個人情報保護」に基づき、閉錠可能なロッカーにて厳重に管理した。また、調査票は集計・分析が終了後、シュレッダーにて破棄した。
- 7) 分析方法：データの集計及び分析に際しては、統計解析ソフト「SPSS Statistics 17.0」を用いて、 χ^2 検定及び T 検定を行った。

3. 調査結果

1) 基本属性に関するクロス集計

回答者の基本属性は、大学生が 191 人（44.2%）となり、短期大学生が 241 人（55.8%）となった。また、男性が 103 人（23.8%）となり、女性が 329 人（76.2%）となっ

表 7 回答者の基本属性 人（%）

	大学生	短期大学生	合計
男	103(23.8)	0 (0)	103(23.8)
女	88(20.4)	241(55.8)	329(76.2)
計	191(44.2)	241(55.8)	432(100)

表 8 親の喫煙状況による学生の喫煙経験の比較 人（%）

	喫煙経験あり	喫煙経験なし	合計
親が喫煙者である	42(39.6)	64(60.4)	106(100)
親が非喫煙者である	40(12.3)	286(87.7)	326(100)
計	82(19.0)	350(81.0)	432(100)

た（表 7）。

2) 保育者を目指す学生の親の喫煙状況と学生本人の喫煙・薬物使用経験について

①学生の喫煙経験について

「学生自身が喫煙した経験」については、82 人（19.0%）が「喫煙経験あり」と回答している。親の喫煙経験の有無を比較すると、「親が喫煙者：42 人（39.6%）」の方が「親が非喫煙者：40 人（12.3%）」よりも、喫煙経験がある学生の割合が高く、 χ^2 検定の結果 1% 未満の水準で有意差があった（ $\chi^2 = 38.916$, $df = 1$, $p < .01$ ）。親が喫煙者である学生群の方が、親が非喫煙者である学生群よりも、喫煙経験の可能性が高いと言える（表 8）。

②学生の禁止薬物使用経験について

「学生自身が薬物を使用した経験」については、13 人（3.0%）が「禁止薬物の使用経験あり」と回答している。親の喫煙経験の有無を比較すると、「親が喫煙者：10 人（9.4%）」の方が「親が非喫煙者：3 人（0.9%）」よりも、禁止薬物の使用経験がある学生の割合が高く、 χ^2 検定の結果 1% 未満の水準で有意差があった（ $\chi^2 = 19.865$, $df = 1$, $p < .01$ ）。親が喫煙者である学生群の方が、親が非喫煙者である学生群よりも、禁止薬物の使用経験の可能性が高いと言える（表 9）。

3) 喫煙防止教育や薬物乱用防止教育の効果と開始年齢について

①喫煙防止教育の開始年齢について

適正な喫煙防止教育開始年齢を確認した結果、「喫煙防止教育を開始すべき年齢」については、男女とも「小学校高学年から開始：222 人 (51.4%)」と「小学校中学年から開始：179 人 (41.4%)」を選択した者の割合が多かった。一方で、男女とも「幼児期からの喫煙防止教育開始」を選択した学生はいなかった (表 10)。

②薬物乱用防止教育の開始年齢について

適正な薬物乱用防止教育開始年齢を確認した結果、「薬物乱用防止教育を開始すべき年齢」については、男女とも「小学校高学年から開始：303 人 (70.1%)」を選択した者が圧倒的に多く、次いで「小学校中学年から開始：109 人 (25.2%)」を選択した者の割合が多かった。一方で、男女とも「幼児期からの薬物乱用防止教育開始」を選択した学生はいなかった (表 11)。

表 9 親の喫煙状況による学生の薬物使用経験の比較 人 (%)

	薬物使用 経験あり	薬物使用 経験なし	合計
親が喫煙者である	10(9.4)	96(90.6)	106(100)
親が非喫煙者である	3(0.9)	323(99.1)	326(100)
計	13(3.0)	419(97.0)	432(100)

表 10 「喫煙防止教育の開始年齢」に関する意識 人 (%)

	小学生未満(幼児)	小学校低学年	小学校中学年	小学校高学年	中学生以上	合計
男	0(0)	6(5.8)	44(42.7)	51(47.2)	2(1.9)	103(100)
女	0(0)	20(6.1)	135(41.0)	171(52.0)	3(1.2)	329(100)
計	0(0)	26(6.0)	179(41.4)	222(51.4)	5(1.2)	432(100)

表 11 「薬物乱用防止教育の開始年齢」に関する意識 人 (%)

	小学生未満(幼児)	小学校低学年	小学校中学年	小学校高学年	中学生以上	合計
男	0(0)	2(1.9)	28(27.2)	66(64.1)	7(6.8)	103(100)
女	0(0)	5(1.5)	81(24.6)	237(72.0)	6(1.8)	329(100)
計	0(0)	7(1.6)	109(25.2)	303(70.1)	13(3.0)	432(100)

4) 幼児からの喫煙防止教育に関する教えについて

①幼児期からの喫煙防止教育の必要性に関する学習経験について

所属する保育士養成校 (大学：短期大学) の授業において、幼児期からの適正な喫煙防止教育を開始する意義や内容について、講義を受けた記憶があるか確認したところ、大学・短期大学のいずれにおいても、「幼児期からの喫煙防止教育の必要性」を教えられた学生はいなかった (表 12)。

②幼児期からの薬物乱用防止教育の必要性に関する学習経験について

所属する保育士養成校 (大学：短期大学) の授業において、幼児期からの適正な薬物乱

表 12 幼児期からの喫煙防止教育の必要性について教えられた経験 人 (%)

	学習経験あり	学習経験なし	合計
大学生	0(0)	191(100)	191(44.2)
短期大学生	0(0)	241(100)	241(55.8)
計	0(0)	432(100)	432(100)

表 13 幼児期からの薬物乱用防止教育の必要性について教えられた経験 人 (%)

	学習経験あり	学習経験なし	合計
大学生	0(0)	191(100)	191(44.2)
短期大学生	0(0)	241(100)	241(55.8)
計	0(0)	432(100)	432(100)

用防止教育を開始する意義や内容について、講義を受けた記憶があるか確認したところ、大学・短期大学のいずれにおいても、「幼児期からの薬物乱用防止教育の必要性」を教えられた学生はいなかった（表 13）。

5) 保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性に関して

①乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性について

「乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性」を感じているかどうか確認したところ、大学・短期大学のいずれにおいても、「乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性」を感じている学生はいなかった（表 14）。

②乳幼児の保護者の喫煙・薬物乱用防止研修の必要性に関する学習経験について

保育士養成校（大学：短期大学）の授業中に「乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性」について、講義を受けた記憶があるか確認したところ、大学・短期大学のいずれにおいても、「乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性」を教えられた学生はいなかった（表 15）。

表 14 乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性について 人（%）

	必要である	必要でない	合計
大学生	0(0)	191(100)	191(44.2)
短期大学生	0(0)	241(100)	241(55.8)
計	0(0)	432(100)	432(100)

表 15 乳幼児の保護者に対する喫煙・薬物乱用防止研修の必要性に関する学習経験 人（%）

	学習経験あり	学習経験なし	合計
大学生	0(0)	191(100)	191(44.2)
短期大学生	0(0)	241(100)	241(55.8)
計	0(0)	432(100)	432(100)

III 考察とまとめ

1. 保育士を目指す学生の現状と喫煙・薬物乱用防止教育の必要性について

本調査結果によると、保護者が喫煙者である学生は、保護者が非喫煙者である学生に比して、有意に喫煙経験があった。また、保護者が喫煙者である学生は、保護者が非喫煙者である学生に比して、有意に禁止薬物の使用経験があった。将来保育士を目指す学生も、一般的に言われるように親の影響を受けている現状が明らかとなった。

事実、圓山（1996）が実施した調査によると、女子短期大学生の日常的喫煙者は 22% に上り、そのうちの 41% が中学校卒業までに、75% が高校卒業までに、喫煙を経験しており、喫煙の若年化が示唆されていた³⁶⁾。また、Ogawa, H. ら（1988）によると、喫煙のきっかけは、同性の友人や家族喫煙者の影響が大きいことが指摘されている³⁷⁾。非喫煙者の方が、喫煙の影響や問題に対する知識を正確に理解している割合が有意に高く、喫煙者への保健指導や教育が重要であることを指摘している³⁸⁾。本調査結果は、先行研究で言われている児童の喫煙や薬物使用のリスクファクターが「周囲の人間関係によるもの」ということを裏付けるものである。

また、本調査結果によると、保育士養成校の学生で喫煙経験のある者は 82 人（19.0%）で、禁止薬物使用経験のある者は 13 人（3.0%）であった。他の大学や短期大学に比べれば、喫煙者や禁止薬物使用者の割合は少ないかもしれないが、保育士養成校の学生におけるリスクが「0」でないことが明らかとなった。煙の曝露による受動喫煙や子どもの健康・発達が社会的な問題となっている状況下で、保育士の役割はますます重要となっている。また、万が一、禁止薬物の所持や使用で保育士が逮捕されれば、勤務している保育所等の児童福祉施設のみならず、保護者や地域に与える衝撃は大きい。何よ

りも、子どもに与えるダメージは計り知れないものがある。このような状況からも、保育士養成校においても、学生に対する「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」を実施する必要性を強く感じる。「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」を行うことで、保育士を目指す学生の意識のみならず、将来の保育士の意識が高まっていくことにつながる。

2. 子どもに対する喫煙防止・薬物乱用防止教育について

本調査結果によると、昨今、日本で中心的に実施されている「小学校高学年・中学生・高校生」における喫煙防止教育や薬物乱用防止教育よりも、比較的早期である「小学校中学年」や「小学校高学年」から開始の必要を感じている学生が多かった。しかし、保育士養成校の学生の中で「幼児期からの喫煙防止教育」並びに「幼児期からの薬物乱用教育」の必要性を感じている者はいなかった。しかしながら、先行研究で、現在の日本社会における「幼児期や学童期における喫煙問題」「喫煙開始時期の若年化問題」が明らかにされ、中学校・高校に所属する「児童・生徒」よりも、所属していない有職・無職の少年で禁止薬物使用による検挙者が大きなウエイトを占めていることが明らかにされた³⁹⁾。このような現状から鑑みれば、日本において小学校高学年から開始され中学校・高等学校を中心として展開されている「喫煙防止教育や薬物乱用防止教育」のみではなく、大学・短期大学・専門学校における「喫煙防止教育や薬物乱用防止教育」の推進に加え、米国や英国のように「幼児期・小学校期における喫煙・薬物の乱用防止教育」の実践が併せて必要であることが明らかである。保育士を目指す学生が「幼児期からの喫煙防止教育や薬物乱用防止教育」の必要性を感じて、「幼児期からの喫煙防止教育や薬物乱用防止教育」を推進していく一助を担わなければならない、子どもたちの周辺に潜むリスクから、子どもたち自身が身を守ること

はいつまでたっても難しい。

また、本調査対象の保育士養成校の学生のうち、大学・短期大学の授業において、「幼児期からの喫煙防止教育」や「幼児期からの薬物乱用防止教育の必要性」について教えられた経験のある者はいなかった。

現在、日本において、喫煙や薬物に関する「啓発教育」を子どもに対して実施している保育所、幼稚園等はほとんどなく、法律や通知（文部科学省や厚生労働省等）のみならず、幼稚園における「幼稚園教育要領」・保育所の「保育所保育指針」において、子どもに対する「喫煙防止教育・薬物乱用防止教育実施の必要性」については一切明記されていない。「幼稚園」「保育所」における幼児教育内容や保育内容実践のガイドラインに明記されていないことは実践されず、必要性の認識も広がらないのは当然である。

また、幼稚園教諭や保育士の養成カリキュラムにおいて、どこにも「乳幼児への喫煙防止教育」「乳幼児への薬物乱用防止教育」に関する項目は明記されていない。大学・短期大学等の保育士養成校において、「乳幼児の喫煙防止教育」「乳幼児の薬物乱用防止教育」が教授されないのは当然のことである。しかし、教育機関や保育所、教師や保育者が、児童に対する「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」の開始年齢を早めるだけでなく、教員養成や保育士養成教育のカリキュラムの中で「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」の知識・技術（啓発教育展開方法）を教授していかなければ、教育機関や保育所において、教師や保育者が責任を持って、効果の高い「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」を行うことにつながっていかない。

Green, L. W. (1979) は、「健康に良いことを主体的に行動できるよう、様々な学習を計画的に組み合わせて実施すること」と、子どもに対する健康教育を定義した⁴⁰⁾。

高野 (1996) は、乳幼児期の育て方が、乳幼児の健康に影響を与えるだけでなく、後々の子

どもの成長・生活・健康に影響を及ぼすため、乳幼児期に正しい生活習慣の確立が非常に重要であることを示唆している⁴¹⁾。宇都（2007）は、ヘルスプロモーション（自ら主体的に健康をコントロール・保持するための健康観）を行動に結びつけることを考えたとき、「3歳から6歳」までの時期が、幼児教育の効果の高い時期であると示唆している⁴²⁾。前橋（2000）が、保育者を目指す学生58人に調査を行った結果、「挨拶をする」「毎食きちんと食べる」「早寝早起きをする」等、幼少の頃から家庭で教えられてきたことを大切に思っている学生が9割以上であった⁴³⁾。このように先行研究では、幼少の頃から反復して行われる健康教育が、大人へと成長していく過程で有効であることが示唆されている。ここに、幼稚園や保育所が「健康教育」を担うべき根拠がある。

3. 子どもの保護者に対する喫煙防止研修・薬物乱用防止研修について

本調査結果によると、保育士養成校の学生の中で「乳幼児の保護者に対する喫煙防止研修・薬物乱用防止研修」の必要性を感じている者はいなかった。また、本調査対象の保育士養成校の学生のうち、大学・短期大学の授業において、「乳幼児の保護者に対する喫煙防止研修や薬物乱用防止研修の必要性」について教えられた経験のある者はいなかった。

しかしながら、先行研究で、保護者の喫煙が子どもの「喘息」「アレルギー」「う蝕（虫歯）」等の健康被害を生み出していることが明らかとなっている。

現在、日本において、「喫煙や薬物に関する啓発研修」を子どもの保護者に対して実施している保育所、幼稚園、小学校等はほとんどなく、法律や通知（文部科学省や厚生労働省等）のみならず、「幼稚園教育要領」「保育所保育指針」において、保護者に対する「喫煙防止研修・薬物乱用防止研修実施の必要性」については、特に具体的な明記はされていない。「幼稚

園」「保育所」における幼児教育内容や保育内容のガイドラインに明記されていないことは実践されず、必要性の認識も広がらないのは当然である。また、幼稚園教諭や保育士の養成カリキュラムにおいて、どこにも「保護者への喫煙防止研修」「保護者への薬物乱用防止研修」に関する項目は明記されていない。大学・短期大学等の保育士養成校において、乳幼児の保護者に対する「喫煙防止研修」「薬物乱用防止研修」が教授されないのは当然のことである。

宇都（2007）が、K市内の認可保育所の保育士191人を対象に調査を行ったところ、看護職が勤務している保育所と勤務していない保育所とでは「健康教育の実施率」に有意差が見られず、子どもや保護者に対して「健康教育」を実施している保育士は20%で、実施していない保育士は70%であった⁴⁴⁾。つまり、「健康教育」は、多くの保育所で実施できておらず、「実施に至る要因」は保育所における看護職の勤務の有無ではなく、保育所間や担当の保育士間の「意識差」であることが示唆されている。

高内（1991）が、西宮市内の公立並びに私立の保育所に調査したところ、「両親に対する健康教育講座の実施率は、1980（昭和55）年時点で『公立28%』『私立44%』であったが、1990（平成2）年には『公立17%』『私立12%』へと減少していた」こと等が、明らかとなった⁴⁵⁾。また、宇都（2005）が、K市内の認可保育所の保護者に行った調査を行った結果、保護者の7割以上が「健康教育」の受講を希望し、そのうちの多くが保育所での学びを希望し、小児科医や看護職からの指導を希望する者が多かった⁴⁶⁾。

さらに、保育所保育指針（2008）には、保育者の「子どもへの保育（直接的な関わり）」は勿論のこと、「保護者への指導・支援」が含まれている。さらに、保育所が地域におけるもっとも身近な児童福祉施設であることから、知識・技能・経験が蓄積されている保育所には、地域社会との交流や連携を図ることが求められて

いる⁴⁷⁾。つまり、健康教育は、決して在籍している子どもだけでなく、その保護者や家族にも向けて実施される必要があり、さらには、保育所が地域の子育て支援拠点施設としての役割を果たすのであれば、地域の子育て家庭の父親や母親に向けても、「乳幼児の健康教育・相談」「保護者への健康教育・相談」など、様々な健康支援を行っていく必要がある。

4. まとめ

以上のことを総括すると、乳幼児期の影響がその後の成長に多大な影響を与えることが明らかであることから、現在の幼稚園教諭や保育士養成カリキュラムの教授科目内容に「幼児期における喫煙防止教育や薬物乱用防止教育」の項目が全くなく、幼稚園教育要領や保育所保育指針に「幼児期における喫煙防止教育や薬物乱用防止教育の必要性」が一切明記されていない現状を改善し、幼少期からの喫煙防止教育や薬物乱用防止教育の開始を検討する必要がある。

しかし、子どもに対する「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」の開始時期を単に早めれば、子どもの健康問題が解決するわけではない。保護者の喫煙が子どもの健康被害を生み出し、保護者の健康意識が子どもの将来の喫煙や禁止薬物使用に影響を与えることが明らかである。そこで、現在の幼稚園教諭や保育士の養成カリキュラムにおいて「乳幼児の保護者に対する喫煙防止研修や薬物乱用防止研修」の項目が欠落し、幼稚園教育要領や保育所保育指針において「乳幼児の保護者に対する喫煙防止研修や薬物乱用防止研修の必要性」が不明記の現状を改善し、乳幼児の保護者に対する喫煙防止研修や薬物乱用防止研修の開始を検討する必要がある。つまり、「国の法律」「養成カリキュラム」「保育現場の実践」「保護者の意識」が一体的に変革されてこそ、初めて総合的で効果的な「喫煙防止教育」や「薬物乱用防止教育」が可能となる。

IV おわりに

最後に、本調査における幾つかの課題について述べておく。

第 1 に、今回の調査は、大学・短期大学内の教室を用いて行われた調査ということもあり、「余り正直に書くことで問題が生じるかもしれない」という心理的なバイアスがかかり、実情よりも過少に規制された調査結果となった可能性がある。つまり、実際にはもっと多くの保育士養成校の学生に、禁止薬物使用経験や喫煙経験の可能性があり、禁止薬物の危険性と隣り合わせである可能性が高いと推察される。

第 2 に、喫煙と並んで飲酒も「禁止薬物」への「Gateway」となることが広く認識されているが、本調査では飲酒を調査項目に入れなかったため、飲酒・喫煙・禁止薬物の相関関係が明らかになっていない。

本研究は、あくまでも探索的なものであり、現状や実態に関して一部を浮き彫りにしただけに過ぎない。更なる問題点を検討する上で、調査項目を精査し、全国の養成校に対して詳細に確認していく必要がある。

注

*1 「Gateway」とは、社会における「薬物依存問題」において比較的入手しやすく安易に使用可能である「タバコや酒（薬物に比べ依存性や副作用の少ないもの）」を「Gateway（入口）」と称している。John Morgan と Lynn Zimmer (1997) は『*Marijuana Myths, Marijuana Facts*』において、ゲートウェイドラッグ理論の科学的根拠を例示している。

引用文献

- 1) 厚生省大臣官房国際課監修『WHO と地球 '96』、メヂカルフレンド社、p 12、1996 年
- 2) 「世界保健機関 (WHO) 憲章」社団法人日本 WHO 協会 (2011 年 4 月 1 日確認)
<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html>
- 3) 伊藤ちぢ代「貝原益軒『養生訓』の『健康』観をめぐって」『日本大学大学院総合社会情報研

- 究科紀要』No.6, p 128-137、2005
- 4) 「児童の権利に関する宣言」長崎人権研究所 (2011年4月1日確認)
<http://homepage3.nifty.com/naga-humanrights/shiryoi/child-sengen.htm>
 - 5) 文部事務次官 坂元弘直「『児童の権利に関する条約』について(通知)」文初高第149号、文部科学省(2011年4月1日確認)
http://www.mext.go.jp/a_menu/kokusai/jidou/main4_a9.htm
 - 6) 児童手当制度研究会監修「児童の権利に関する条約」『児童健全育成ハンドブック』中央法規、p 512、2007
 - 7) 「子どもの権利条約」日本ユニセフ協会(2011年4月1日確認)
http://www.unicef.or.jp/about_unicef/about_rig.html
 - 8) 「2歳児が1日40本喫煙…インドネシアで波紋」読売新聞、平成22年5月22日、2010
 - 9) 「2歳児が1日40本喫煙…インドネシアで波紋」スポーツ報知、平成22年5月29日、2010
 - 10) 山岡雅顕他「淡路島全学校喫煙状況調査について」『日本プライマリ・ケア学会第18回近畿地方会抄録集』2004
 - 11) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」2009(2011年4月1日確認)
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/dl/h0324-5b.pdf>
 - 12) 「厚生労働省の最新たばこ情報(JT全国喫煙者率調査)」財団法人健康・体力づくり事業財団、2009(2011年4月1日確認)
<http://www.health-net.or.jp/tobacco/product/pd090000.html>
 - 13) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室「受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会報告書」2009(2011年4月1日確認)
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/dl/h0324-5b.pdf>
 - 14) 篠原示和「妊娠中の受動喫煙が乳幼児期の気管支喘息以外のアレルギー疾患の発症に及ぼす影響」『アレルギー』第58巻3・4号、日本アレルギー学会、p 365、2009
 - 15) 永田憲行・岩下久美他「両親の喫煙が子どもの健康に与える影響について」『熊本大学教育学部紀要』第44号、熊本大学、p 213-218、1995
 - 16) 芳賀雄作「熊本市内保育園におけるアレルギー疾患実態調査：家族の喫煙が子どものアレルギーに与える影響」『アレルギー』第58巻8・9号、日本アレルギー学会、p 1310、2009
 - 17) 中山佳美・森満「家庭内喫煙者の有無と幼児う蝕の関連性」『口腔衛生会誌』第58巻3号、日本口腔衛生学会、p 177-183、2008
 - 18) 上田康久「母体喫煙が乳児の呼吸調節に及ぼす影響」『北里医学』第32巻3号、北里大学、p 286-287、2002
 - 19) 厚生労働省大臣官房統計情報部「第5回21世紀出生児縦断調査結果の概況」厚生労働省、2005(2011年4月1日確認)
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/syusseiji/05/index.html>
 - 20) 土田英人「若者の薬物乱用・依存」『京都府立医科大学雑誌』119(6)、p 397-403、2010
 - 21) 警察庁組織犯罪対策部 薬物銃器対策課「平成22年上半期の薬物・銃器情勢(確定値)」p 6、2011(2011年4月1日確認)
<http://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutujyuki/yakujyuu/yakujyuu1/h22yakujyuu.pdf>
 - 22) 「覚せい剤等乱用防止対策の推進について」(国初第12号)文部科学省、1996
 - 23) 「児童生徒の覚せい剤等乱用防止に関する指導の徹底について」(文体学第290号：次官通知)文部科学省、1997
 - 24) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止五ヵ年戦略」内閣府、1998
 - 25) 「小学校学習指導要領」文部省、1998
 - 26) 「中学校学習指導要領」文部省、1998
 - 27) 「高等学校学習指導要領」文部省、1999
 - 28) 文部省スポーツ・青少年局「薬物乱用防止教育の充実について」(15文科ス第213号)文部科学省、1996
 - 29) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課「児童生徒の薬物に関する意識等調査の結果(概要版)」p 18-19、2007
<http://www.hokenkai.or.jp/8/PDF/8-71.pdf>
 - 30) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」内閣府共生社会政策統括官、P 9、2003(2011年4月1日確認)
<http://www.hokenkai.or.jp/8/PDF/8-71.pdf>
 - 31) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新5ヵ年戦略」内閣府共生社会政策統括官、P 17、2003(2011年4月1日確認)
<http://www.hokenkai.or.jp/8/PDF/8-71.pdf>
 - 32) 渡辺和人他「大麻文化科学考」『北陸大学紀要』第30号、北陸大学、p 13-22、2006
 - 33) 立花直樹「保育者をめざす学生の喫煙状況と

- 禁止薬物に対する意識と実態』『総合福祉科学研究』第 2 号, 関西福祉科学大学総合福祉科学学会、P 56、2011
- 34) 「社団法人 全国保育士養成協議会 会員名簿【平成 23 年 4 月 1 日現在】」全国保育士養成協議会、2011
- 35) 日本保育協会編『わかる!できる!新保育所保育指針実践ガイド』中央法規、2009
- 36) 圓山俊一「(報告)小・中・高校における喫煙防止教育と周囲の喫煙者の女子短大生の喫煙行動に及ぼす影響」『学校保健研究』第 38 巻第 2 号, p 193-202、1996
- 37) Ogawa H, Tominaga S, Gellert G, Aoki K. ; *Smoking among junior high school student in Nagoya, Japan* ; *Int. J. Epidemiol.*, 17 ; 814-820, 1988
- 38) 永田憲行・野口志津子他「妊婦・幼児を持つ母親の喫煙行動と『喫煙が母親に与える影響』に関する知識保有について」『熊本大学教育学部紀要』第 45 号, 熊本大学、p 239-245、1996
- 39) 薬物乱用対策推進本部「薬物乱用防止新 5 ヶ年戦略」内閣府共生社会政策統括官、P 17、2003 (2011 年 4 月 1 日確認)
http://www8.cao.go.jp/souki/drug/sin5_mokuji.html
- 40) Green, L. W. ; *Health Education Planning A Di-agnostic Approach* ; Mayfield Publishing Company ; 7-9, 1979
- 41) 高野陽「学校保健とその背景：－児童・生徒の健康生活」『小児科臨床』第 49 巻, 日本小児医事出版社、p 1241-1248、1996
- 42) 宇都弘美「幼児期の健康教育：－保育所保育士に対する調査より」『鹿児島女子短期大学紀要』第 42 号, 鹿児島女子短期大学、p 51-62、2007
- 43) 前橋明「保育学生に対する健康教育：幼少年期に家庭から教わった大切にすべき事項とその継続性」『保育学会大会研究論文集』第 53 号, 日本保育学会、p 620-621、2000
- 44) 宇都弘美「幼児期の健康教育：－保育所保育士に対する調査より」『鹿児島女子短期大学紀要』第 42 号, 鹿児島女子短期大学、p 51-62、2007
- 45) 高内正子「乳幼児に対する健康教育：健康管理に関する調査(報告 2)」『日本保育学会大会研究論文集』第 44 号, p 318-319、1991
- 46) 宇都弘美「保育所入所児保護者の健康教育の実態と課題：3 歳以上の子どもを持つ保護者に対する調査から」『母性衛生』第 46 巻第 3 号, 日本母性衛生学会、p 223、2005
- 47) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課「保育所保育指針解説書」p 21-22、2008