

# 学校保健 の 動 向

平成19年度版

## 特 集「子どもの安全を考える」

1. これまでの安全教育研究の取組と今後の展望  
関西福祉科学大学 南 哲
2. 疫学的に見た最近の子どものケガ  
滋賀大学教育学部 石樽 清司
3. 子どもの安全～現場から～  
大阪教育大学附属池田小学校 藤田 大輔



財団法人 日本学校保健会 編

# 学校保健の動向

平成19年度版

財団法人 日本学校保健会 編

## 発行のことば

本書は、昭和48年発行以来、学校保健における最新の課題を掲載してきました。近年はインターネットの普及や生活様式の多様化など社会環境だけでなく、温暖化など自然環境までも地球規模で変化しています。その中で、子どもたちの健康課題も多岐にわたり、生活習慣病やアレルギー疾患の増加など学校での健康管理の重要性はますます高くなっています。また心身ともに育む健康教育の普及・啓発もこれまで以上に推し進めていかなければなりません。

本書はそれらに対応すべく、編纂されています。この平成19年度版の特徴としては、従来の「健康管理」「健康教育」「学校環境衛生」の章に「国際学校保健に関する二つの領域」を加え、海外の動向を初めて取り上げました。特集では、大阪教育大学附属池田小学校での事件以後クローズアップされている学校安全に焦点を当て、学校保健を考える上でもご参考にしていただける内容となっています。

さらに本年度版では、学校保健関係者、養護教諭を養成する方のみならず、これから学校保健に携わっていかれる方々の必携の書となるように、また学校保健を勉強されている学生の方々でもわかりやすいように全体のレイアウトを一新いたしました。大学などでの授業や養護教諭などの資格試験、採用試験にも役立てられる書物として、ぜひご利用していただきたいと思います。将来、子どもたちが生まれてきてよかったと思えるような伸び伸びとした環境をつくれるよう、本書を有効にご使用されることを願っております。

本書を発行するに当たり、学校医、学校歯科医、学校薬剤師はもとより、専門分野の研究者、学識者など多くの方々のご協力をいただきました。ご執筆などご尽力いただきました先生方、本書の編集委員の方々には心よりお礼を申し上げます。

平成19年11月

財団法人 日本学校保健会  
会長 唐澤祥人

# 平成19年度版「学校保健の動向」

## 目 次

発行のことば	i
<b>特集 子どもの安全を考える</b>	
1. これまでの安全教育研究の取組と今後の展望	1
2. 疫学的に見た最近の子どものケガ	5
3. 子どもの安全～現場から～	9
参考資料：子どもの安全に関する年表	13
<b>第I章 健康管理の動向</b>	
総論	17
1. 児童生徒の発育発達	19
2. 感染症	25
3. 児童生徒の健康管理	30
3-1 栄養状態	30
3-2 循環器	32
3-3 呼吸器	34
3-4 腎・尿路系	37
3-5 眼科	40
3-6 耳鼻咽喉科	45
3-7 皮膚科	48
3-8 整形外科	53
3-9 歯科・口腔外科	56
4. 児童生徒のメンタルヘルス	60
5. 児童生徒の事故・災害	65
6. 教職員の健康診断	71
<b>第II章 健康教育の動向</b>	
総論	77
1. 保健教育	80
2. 喫煙・飲酒・薬物乱用防止	83
3. 歯・口の健康教育	92
4. 食生活・栄養教育	94
5. 安全教育	99
6. 心の健康教育	103
7. 性教育・エイズ教育	113



### 第Ⅲ章 学校環境衛生の動向

総論	121
1. 全国調査から見た学校環境衛生	123
2. 学校給食の衛生管理	136
3. 学校環境衛生	140

### 第Ⅳ章 国際学校保健に関する二つの領域

総論	147
1. 国際機関の動向	148
2. わが国の開発協力	150
3. 諸外国の学校保健	152

### 第Ⅴ章 資料編

1. 年表（学校保健や養護教諭の職務に関する年表）	159
2. 学校保健参考ホームページ	165

索引	166
----	-----

#### コラム

■国際的な安全教育—セーフスクールの活動—	16
■超多剤耐性結核菌	24
■学校生活管理指導表の見方・考え方	39
■インフルエンザの予防接種	64
■学校敷地内禁煙の動向	76
■生活習慣「早寝早起き朝ごはん」	98
■はしか（麻疹）騒動とその対応	102
■養護教諭の職に関する調査状況	120
■大腸菌と大腸菌群	122
■自動対外式除細動器（AED）の配置状況	145
■建築物衛生法と学校薬剤師	158

## 特集

## 子どもの安全を考える

## □□□ 1 これまでの安全教育研究の取組と今後の展望 □□□

関西福祉科学大学教授・神戸大学名誉教授 南 哲

## 1. はじめに

事件・事故・災害ははやり、はびこるものである。今日の高度情報化社会では、事件・事故・災害に関する情報が感知されると、瞬時のうちに内外に速報される。どこに住んでいても、身近で臨場感に溢れたものとなる。犯行をまねる愉快犯もはびこる。地震計の設置が進めば、日本国中の微細な振動が感知され、心の休まる暇はない。気象庁によって本年10月1日から提供される「緊急地震速報」も例外ではない。地震の揺れがやってくるまでの時間と大きさを直前に知らせるものである。防災も防犯も事前7割対処の原則を忘れてはならない。耐震建築をはじめ事前の対策を怠ってはパニックとならないだろうか。対応マニュアルが必要と思われる。喫緊のわが国における体感治安の悪化は、こうした事件・事故・災害情報の質と量、頻発性によるものである。以下に数年前の原稿を紹介する。新しい事件の展開に翻弄され、事件・事故・災害の原点の風化を許してはならないと思うのである。

「命のたいせつさを これほど深く…」

兵庫県下の或る中学校の正門前に、『死ぬな ケガすな 病気すな』の言葉を刻んだ石碑が建っている。中学生男児を突然の交通事故で失った両親から、子どもに先立たれ、悲嘆と苦悩の淵にある親の気持を、生徒達に伝えて欲しいと言う切実な要請を受けて、当時の学校長が揮毫したものだと聞いている。かけがえのない生命を何よりも大切にして、ケガや病気から自分を守れという、毎日絶える事のない保

護者や教師の篤い祈りと願いが込められている。しかし、我々大人は日頃から子どもたちに対して、こうした祈りや願いを懸命に伝える努力を重ねて来たと言えるだろうか。学校における安全危機管理を考えるに先だって、深く反省を迫られる所である。

大阪教育大学附属池田小学校で、平成13年6月8日に余りにも悲しく痛ましい事件が発生した。80日ぶりに、仮設校舎で学校を再開した始業式で、六年生の児童代表の女児が挨拶をした。「事件が起きるまで、命の大切さをこれほど深く考えたことはありませんでした。8人の友達の心も一緒にして、今までのように仲の良い楽しい学校にしていきたいと思います」と、精一杯の心のこもった呼びかけをしたそうである。あってはならない、あるはずのない突然の凶行が学校の中で起きて以来、子どもたちがどれ程までに心を痛め悩み続けてきたことか計り知れない。さらに、保護者や教師を含めた日本中の国民が類似事件の再発防止と安全対策について、決意を新たにされたものと思われる。

その後起こった、兵庫県明石市での花火大会での災害の犠牲などを含めて、「災害は時間と空間を選ばない事に加えて、被害者を選ぶものである。その被害者は常に幼児や高齢者などの災害弱者である」ことを忘れてはならない。

全ての事件・事故・災害を自分には降り懸らない他人事だと忘却し、防犯を忘犯に、防災を忘災にしてきた日本人の暢気振りを脱却しなければならない。

## 2. 学校における安全教育研究に関する取り組みの沿革

現在の独立法人日本スポーツ振興センターと、その前身である組織の安全教育研究に関する取組の沿革を概観する。これまでのわが国の学校における安全教育研究を支えてきた貢献もさることながら、今後中心的役割を果たしていくものとする。安全教育研究は、その時代の事件・事故・災害の実態や社会的要請を受けて取り組まれる。交通戦争といわれ、国を挙げて取り組んだ交通安全教育の時代など、半世紀に及ぶ日本社会の世相を敏感に反映している。昭和29年、相模湖事件、昭和30年、紫雲丸事件、昭和32年、修学旅行バス転落事故など多数の死傷者を出す災害が相次いで発生し、学校の管理下の災害について公費による援助を要望する声が急速に高まった。

昭和34年12月、「日本学校安全会法」が制定され、これによって義務教育諸学校等における学校の管理下の児童・生徒等の災害に関して必要な災害共済給付を行うとともに、学校安全の普及・充実を図り、学校教育の円滑な実施に資することを目的として、翌年3月特殊法人日本学校安全会が設立された。内外を通じて優れた制度であると評価できる。

昭和37年、学校安全に関する研究校設定開始。安全教育研究の取組が始まった。

昭和40年、第1回学校安全研究大会開催。平成19年

には第42回を迎える。

昭和56年、交通安全教育推進地域事業開始。

昭和57年、日本学校健康会設立（日本学校安全会と日本学校給食会を統合）。

昭和61年、日本体育・学校健康センター設立（日本学校健康会と国立競技場を統合）。

昭和61年、心肺蘇生法実技講習会開始。

平成5年、学校事故防止対策に関する実践的研究開始。

平成12年、学校安全研究推進事業開始（「学校安全に関する研究校」「交通安全教育推進地域事業」「学校事故防止対策に関する実践的研究」の3事業を発展的に解消し、総合的な事業として新設）。

平成15年、独立行政法人日本スポーツ振興センター設立（日本体育・学校健康センターの事業を承継し、独立行政法人化）。センターの業務のうちで、児童生徒らの健康の保持増進に関する業務が安全教育研究に関連している。

(1)学校安全普及に関する業務

\*学校の管理下の災害についての調査・分析

\*学校安全研究推進事業

\*学校安全に関する研究大会、講習会の開催

(2)学校安全に関する資料の収集および提供に関する業務

## 3. 学校における安全教育研究の現状

独立行政法人日本スポーツ振興センター発行の「学校安全の研究」（平成17年度および平成18年度学校安全研究推進事業 報告書）の最新版2冊を通覧することにする。巻末に研究校事業の研究主題例が、幼稚園・小学校・中学校・高等学校と校種別に示されている。平成17年度および平成18年度版を比較してみると、先に述べたように、時代の要請を反映していることが分かる。ほかの校種も同様であるが、小学校について見ると、両年度で明らかな違いを見ることができる。共通の5～6主題のほかに、平成18年度版の研究主題例の冒頭に、次の3主題が新設されている。

\*犯罪被害防止にむけた体制の整備の在り方

\*学校・家庭・地域の連携による緊急時の支援体制及び情報ネットワークの構築

\*自然災害における学校の危機管理の在り方

～避難の仕方や校内の安全管理、防災情報の収集と安全教育の進め方～

次に平成18年度版の研究校の取組を校種別・キーワード的に見ることにしたい。センターの指導助言と学校現場の必要性や緊急性の認識が一致して、防犯・防災に関する取組の増加が目立っている。こうした学校における実践的研究の取組は、研究校から一般校への波及効果も大きいことが評価される。ほかに交通安全教育推進地域の指定もあるが、ここでは省略したい。

## 幼稚園（3園）

研究主題（豊かな心の育成・安全意識）  
研究分野（生活安全・交通安全）  
研究の特徴（園環境・遊びや体験・生活習慣・交通安全・思いやり・災害から守る）

## 小学校（5校）

研究主題（自然災害・自他の生命尊重・安全、安心の学校づくり）  
研究分野（生活安全・災害安全・防犯教育・交通安全）  
研究の特徴（職員の危機管理意識・危機管理マニュアル・防災、防犯訓練・地域との連携・発達段階に対応）

## 中学校（4校）

研究主題（自他の生命尊重・自然災害・安全、安心の学校づくり・自他の生命尊重）  
研究分野（生活安全・災害安全・防犯教育・交通安全・心の教育・人間関係づくり）  
研究の特徴（体験的な学習・防犯体制の確立・人間関係づくり・防災、防犯訓練の実地方法・地域との連携・危険回避能力の向上）

## 高等学校（4校）

研究主題（地域との連携・不審者対策・交通社会人の育成）  
研究分野（防犯教育・交通安全）  
研究の特徴（登下校時の防犯・防犯活動への貢献・関係機関、地域との連携・交通ルール、マナーの遵守・効果的指導法）

## 4. 新たな展開と今後の展望

学校現場で取り組む安全教育研究には一定の成果とともに限界が付きまとう。教師は研究者ではないから時間的制約や研究費も不足している。日常の多忙な教育指導・管理活動に加えて過重負担となることである。そうした中で、研究校での取組の姿勢に敬意を表したい。

ここで、今日における新たな展開についていくつかの事例を紹介し展望を試みたい。

## (1)国立大学法人大阪教育大学・全国共同利用施設

学校危機メンタルサポートセンターにおける取組である。学校危機メンタルサポートセンターは、平成13年6月8日の悲しい事件の後、平成15年4月に設立されたものである。年報・3号（平成18年3月）によって内容の一部を紹介する。センターの事業のうちで、研究プロジェクトとして、

- ①登下校学校安全プロジェクト
- ②学校危機介入プロジェクト
- ③PTSD治療研究プロジェクト

がある。共同研究プロジェクトとして、

- ①学校緊急時における養護教諭の役割に関する研究がある。いずれも成果が公開され、研究が継続されている。研究プロジェクトのほかに、定期セミナー・フォーラム・教職員研修なども実施され、研究交流が盛んである。こうした研究者レベルでの研究開発と交流は、これまで学校安全部門ではなかったことで、今後の成果が大いに期待されるところである。

## (2)国立大学法人大阪教育大学の安全教育への取組

同大学では、「全教職員の危機対応能力の向上を図るとともに、教員養成機関として、学校安全に関する実践的な教育・研究を充実し、適切な危機管理や危機対応を行える教員を養成する」と宣言している。学生への安全教育については、平成19年度から「学校安全」を必修科目とした。「教科又は教職科目」の必修科目とし、履修年次は2回生必修である。「教職関連科目」に「学校安全」科目（2単位）を開設している。現職教員への安全教育については、附属学校園11校園に「学校安全管理委員会」を設置し、学校安全主任を設けている。平成16年8月から学校安全主任講習会を全国の学校にも参加を求め開催している。教員養成系大学における必修化の実現は、今後の学校教育において安全教育の飛躍的な躍進が期待される。講義内容の充実とともに、学生の積極的な学びを期待したい。必修化の実現が、ほかの教員養成系大学に燎原の火のごとく広まることを念じてやまない。

## (3)独立行政法人科学技術振興機構・社会技術開発センターの提案募集

研究開発プログラムとして、「犯罪からの子どもの安全」に関して提案募集を行っている。募集要項から研究開発プログラムの問題意識と例示の部分を一部引用しておきたい。

「1. 防犯対策の基盤となる科学的知見及び手法



の創出

子どもの犯罪被害の量的・質的な実態の把握や、違法・有害情報等が子どもに与える影響など、防犯対策に資する知見を科学的根拠に基づいて収集しその活用方法を提示すること、これまで学校や地域等で実践されてきた防犯教育や防犯活動について、子どもの発達段階ごとの能力や地域のボランティア等が担いする負担を考慮に入れて評価・分析を行い、対策の効果を測定する手法を確立することなどが重要である。

その際、海外の事例が参考になる場合もあると考えられるが、欧米等で有効性が示された知見の収集・分析に留まらず、我が国独自の文化や法制度、社会システムを考慮した上で、我が国においてどのような対策が有効かを検証する視点が求められる。

## 2. 科学的手法・知見を活用した、地域の実情に合わせた効果的かつ持続的な防犯対策の創出

子どもの健全な育成を損なわないよう留意しながら、地域を構成する多様な主体がどのような役割分担や情報共有を行い、効果的に防犯対策を実施していくのか、その設計手法について科学的根拠に基づき提言すること、特定の地域において対策を実施し、その効果を科学的に評価することなどが重要である。また見守りシステムや違法・有

害情報等のフィルタリング技術をはじめとする防犯技術を、地域としてどのように受容し活用していくのかといった問題に関して、すでに防犯対策を使用され、または近い将来に使用されることが見込まれる技術については、それらを用いて防犯対策を実践し評価すること、将来の防犯対策に使用される可能性がある技術については、有効な技術開発のあり方と社会の受容について指針を示していくことが重要である。

このようなプロジェクトを実施することにより、プロジェクト終了後も、地域において科学的根拠に基づく犯罪予防の重要性が認知され、地域の実情の変化に合わせて対策を更新していくサイクルが定着することを期待する。」

これまで安全教育研究に関する研究助成は極めて貧弱であったと言わざるを得ない。研究分野の特性から、異分野からの参加とまとまった研究費の確保が不可欠である。今回の提案募集は研究費申請や研究期間・審査方法の設定が合理的であり、これまでにない学際的な研究チームの応募が期待される。ようやく安全教育研究分野に、国家的なスポットライトが当てられてきたように思われる。目を見張るような成果が陸続ともたらせるような、大きな期待を持って今後の展望を終わりたい。

## □□□□□□□□ 2 疫学的に見た最近の子どものケガ □□□□□□□□

滋賀大学教育学部教授 石樽清司

### 1. はじめに

学校管理下での事故、災害などによる傷害の発生については、独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下センター）の災害共済給付件数を見ると、小学校～高等学校では年間107万件弱の給付件数が認められる（学校管理下の災害、20基本統計、平成18年度）。しかしながらこの給付件数は治療費が5,000円以上要した場合の件数で、比較的重傷と思われる傷害についての件数である。学校管理下での傷害発生は、こうした共済給付金を申請するような傷害だけでなく、保健室で対応・処置し、センターには給

付金の申請が行われない軽微なケガの発生も数多く認められるので、学校管理下での傷害発生状況を正確に把握するには、センターから公表される統計的データだけからでは十分とは言えないであろう。

本特集では小学校児童のケガについて、センターに申請された傷害件数ならびに日々学校で発生している傷害件数と、学校環境、特に全校児童数やクラス当たりの児童数などの学校規模要因との関連について言及し、学校管理下における最近のケガの発生状況について述べてみたい。

### 2. 独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付金申請件数と学校環境条件<sup>1),2)</sup>

1991年度に日本体育・学校健康センター（現センター）滋賀県支部に滋賀県下の公立小学校223校（養護学校を除く）から報告された災害報告書（災害給付金申請に伴う報告書）4,960件について、各学校ごとに児童100人当たりの傷害発生率（全傷害および傷害の種類別）を算出し、この傷害発生率と各学校の全校児童数、1クラス当たりの児童数、校地や校舎などの児童1人当たりの各面積などとの関連を調査検討した。

その結果、全傷害における児童100人当たりの発生率（平均値：5.43件/年）は、児童1人当たりの校地や校舎、体育館、教室の各面積が広がると発生率が高くなることが、また一方で、各学校の全校児童数や1クラス当たりの児童数が少ないほど傷害の発生率が高くなることが認められた。さらに傷害の種類別で見ると、骨折の場合（平均値：1.18件/年）にのみ、発生率は上記全傷害の関連とほぼ一致する関連を示した。すなわち、学校規模が比較的小さい

（児童数が少ない）小学校で、全傷害の発生率や骨折の発生率が高くなることが示唆された。従って傷害の発生防止を考える場合、全校児童数や1クラス当たりの児童数を多くし、児童1人当たりの校地や校舎、運動場、体育館などの面積を狭くすると、傷害発生率が低下することが示唆された。しかしながらこのような傷害発生防止対策は児童の健全な発育発達を考えた場合、有効な防止対策とは言い難い。

一方上記調査資料について、男女別学年別の発生数（割合）を見ると、出生率の年々の低下を考慮しても、学年が上昇するにつれて発生数が増大する傾向を示し、男子の発生数は女子のほぼ2倍の発生数が認められた。また、休憩時間の発生数は全傷害数の50%以上を示し、低学年では頭頸部に受傷する頻度がかかなり高いこと、校舎内での発生が多いことなど、センターの資料をもとに分析されたそれまでの調査結果とほぼ一致する結果が認められた。

### 3. 日々の傷害発生数と学校環境条件<sup>3)</sup>

1999年（9校）および2004年（12校）に計21の小学校を対象に、午前・午後の全日にわたって各学校の保健室で対応・処置したすべての傷害について、各学校における1日当たり児童100人当たりの発生

数ならびに受傷回数別の受傷児童数を男女全体および男女別に算出し、これら発生数と各学校の全校児童数および1クラス当たり児童数との関連を調査検討した。加えて、上記調査期間中のすべての傷害に

ついて、男女間、学年間の1日当たり児童100人当たりの発生数の相違ならびに傷害の種類・部位・発生場所・発生時状況要因におけるカテゴリー間の頻度の相違について検討した。

その結果、男女全体の1日当たり児童100人当たりの傷害発生数は21校の平均値で1.79件を示したが、中規模校（全校児童数：200～399人）で発生数は最も小さい値1.29件を示したのに対し、小規模校（全校児童数：200人未満、2.36件）および大規模校（全校児童数：400人以上、1.57件）は中規模校より発生数が多い傾向を示した。またこの1日当たり児童100人当たりの傷害発生数と学校規模すなわち各学校の全校児童数および1クラス当たり児童数との曲線回帰分析結果では、**図1**および**図2**に示すように、全校児童数が466人、1クラス当たり児童数が26.7人の場合に傷害発生数が最も少ないという統計的に有意な二次回帰方程式が得られた。すなわち日々の傷害発生数は学校規模によって異なり、学校規模が大きくても小さくても増大することが示唆された。

さらに各学校における1日当たり児童100人当たりの受傷児童数は、小規模校で最も多く、その受傷回数別児童数は、小規模校では中・大規模校に比べて、受傷回数が4回以上の児童数がかなり大きな値を示した。小規模校では繰り返し受傷する児童が多く認められた。

一方日々の1日当たり児童100人当たりの傷害数は、男女間で見ると、男子より女子で多く、学年間では低学年で多く高学年で発生数が小さい値を示した。また傷害の種類では創傷の発生頻度（43.8%）が最も高く、小規模校でより著しかった。発生場所要因では、校舎内での

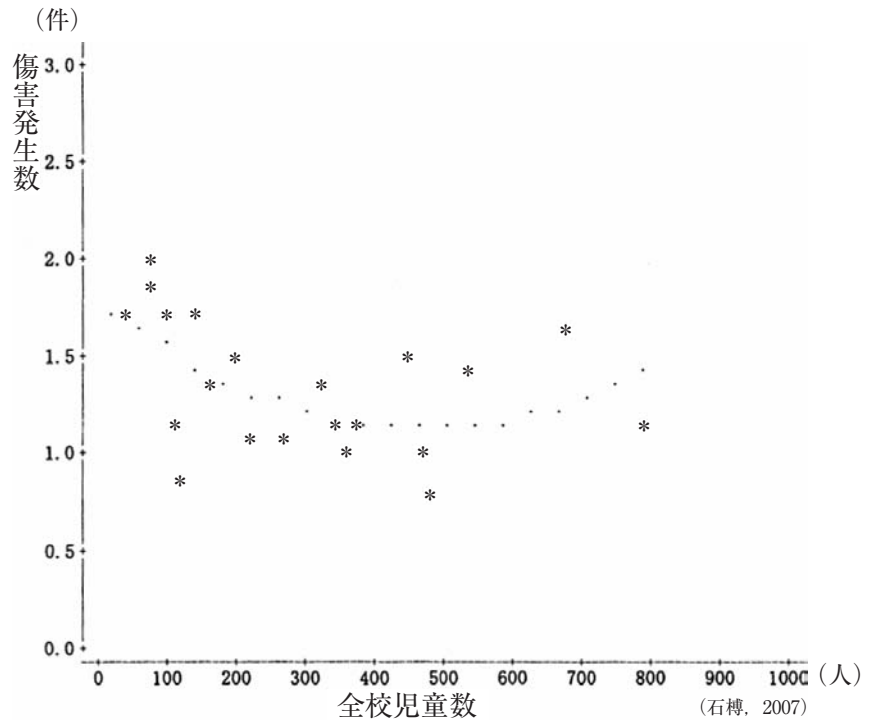


図1 傷害発生数と全校児童数

\* : 各小学校における観測値  
 ・ : 回帰曲線  $y = 0.00000307(x - 466)^2 + 1.129$  ( $p < 0.05$ )

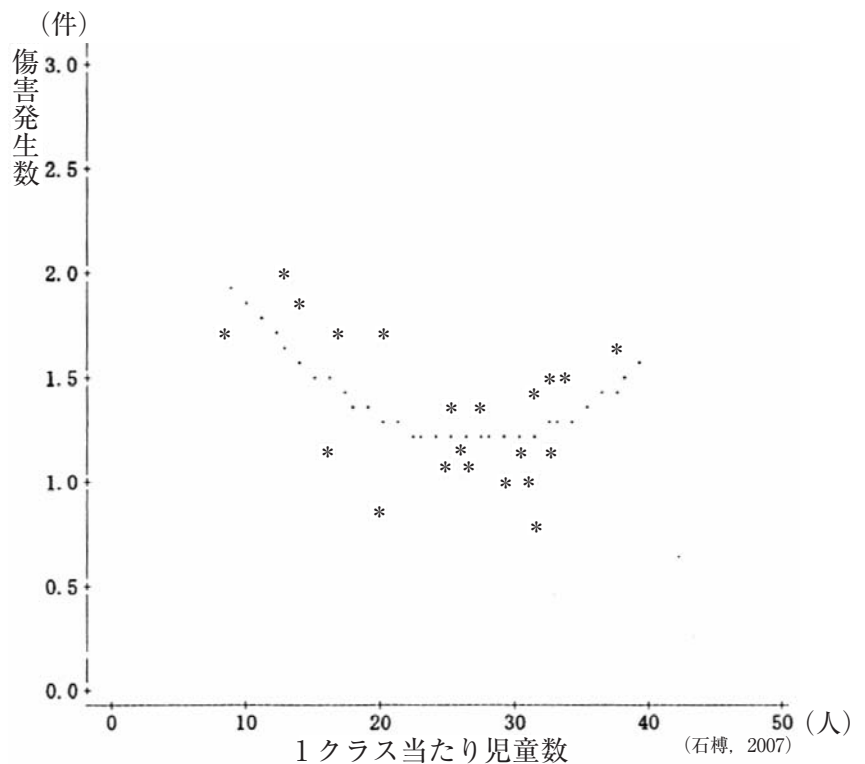


図2 傷害発生数と1クラス当たり児童数

\* : 各小学校における観測値  
 ・ : 回帰曲線  $y = 0.00244(x - 26.7)^2 + 1.186$  ( $p < 0.05$ )

発生が50%以上を示し、小規模校および大規模校でより著しかった。さらに発生時状況要因では、休憩時間の発生頻度が60%以上を示し、大規模校では65%を越えていた。すなわち、日々の傷害発生頻度



は、創傷の発生が校舎内で休憩時間に多いと考えられるが、小規模校では創傷の発生が校舎内で、また大規模校では創傷の発生が校舎内で、休憩時間により著しいようである。日々小学校で発生している傷

害発生頻度は、共済給付金を申請するような比較的重傷である傷害の発生頻度とは相違することが示唆された。

#### 4. 災害共済給付金申請件数から見た傷害発生状況と日々保健室で対応・処置した傷害発生状況の特徴とその発生構造

災害共済給付金申請件数から見た傷害発生では、小学校児童の場合、

- (1)傷害発生率は小規模校で高い
- (2)傷害発生割合は男子が女子より多い
- (3)学年が上昇するにつれて増大する
- (4)打撲・挫傷が多い
- (5)休憩時間の発生が多い
- (6)低学年では頭頸部に発生が多い
- (7)高学年では上肢に発生が多い

などが特徴的で、一方日々保健室で対応・処置した傷害の発生では、

- (1)傷害発生率は小規模校や大規模校で高くなる
- (2)傷害発生割合は男子より女子が多い
- (3)低学年が高学年より多い
- (4)傷害の種類では創傷の発生が多い
- (5)校舎外より校舎内での発生が多い
- (6)休憩時間の発生が多いが、発生百分率は60%を越えている

などが特徴的である。

災害共済給付金申請件数から見た傷害発生の結果と日々保健室で対応・処置した傷害発生の結果とでは、上記のように、学校規模、男女、学年、傷害の種類、発生場所、発生時状況などで発生の様相が相違している。この相違は、前者が共済給付金を申請するような比較的重傷である傷害についての分析結果であるのに対し、後者では日々保健室で対応・処置した軽微なケガも含めた傷害についての分析結果であることに起因していると考えられる。

この相違を考慮して傷害発生構造を考えると、前者の場合、児童1人当たりの校地や校舎、体育館、教室の各面積が広がると発生率が高くなり、各学校の全校児童数や1クラス当たりの児童数が少ないほど傷害の発生率が高くなることから、児童1人当たりの学校環境が広いと児童の学校生活行動速度が速くなり、その結果治療費を請求するような軽傷と

は言えない傷害の発生が、男子および高学年で増大すると考えられる。一方後者の場合では、女子の発生が多く、低学年で発生が多いこと、創傷の発生が多いことなどから、女子や低学年では男女の特性および発育発達上の特性などにより、ささいなケガの場合でも保健室に処置を求めることが多いとも考えられる。また一方で、小規模校では大規模校に比べて教員1人当たりの児童数が少ないので、ケガした場合、教員が「すぐに保健室へ行って処置してもらいなさい」などというきめ細かい指導・対応を受傷児童に対して行いやすく、その結果学校規模が小さいほど傷害発生率が高くなるとも考えられる。

これらの傷害発生構造については推測の域を出ず、確証は得られていないが、災害共済給付金申請件数から見た傷害発生状況（発生構造）と日々保健室で対応・処置した傷害発生状況とでは明らかに相違していると考え得る。従って、より重傷な傷害の発生防止を考える場合と比較的軽微な傷害の発生防止を考える場合とでは、その内容は異なるであろう。両者の具体的な傷害発生防止対策については、まだそれぞれの傷害発生構造が十分解明されていないので、その内容についてはここでは割愛するが、児童を種々の傷害から守るために、各学校における傷害発生状況（発生構造）を考慮した適切な傷害発生防止対策を図ることは重要である。児童が傷害を被ることは、例えば共済給付金を申請するような傷害であれば、通院もしくは入院などによって学業に支障を及ぼすことも考えられ、教育指導上の問題も大きい。また、軽微なケガの場合でも、保健室に頻回出入りすることで、受傷児の心理的状态が不安定になったり、場合によってはいじめなどの対象にもなりかねない。どのような傷害であれ、児童が傷害を被ることは可能な限り避けられなければならない。

なお災害共済給付金申請件数から見た傷害発生の場合でも、日々保健室で対応・処置した傷害発生の



場合でも、小規模校の場合、共通してケガの発生率が高い。すなわち小規模校では、学校規模が小さいという学校環境の構造的条件に基づく傷害発生の危険性が高いので、学校の敷地と校舎、校庭、体育館、運動場などの位置関係および通学路を含めた学校周辺の環境条件、さらには児童の行動特性などと傷害

の発生との関連を十分に把握して傷害発生防止に当たる必要がある。ただ小規模校では、ケガの発生数そのものはそれほど多くないので、ケガの発生防止対策に十分に注意が向けられない場合も見受けられる。

## 5. おわりに

大阪教育大学附属池田小学校での事件以来、児童生徒の安全を図る取組が重視され、その対策がさまざまな形で実施されているが、学校管理下で発生している軽微なケガを含めた傷害についても、その発

生はまだまだ増加傾向にあるので、各学校の実態に応じた効果的な発生防止対策が講じられることが望まれる。

### 参考文献

1. 石樽清司：学校管理下の傷害発生と学校環境要因，日本衛生学雑誌，50巻(6)，1067-1076，1996.
2. 石樽清司，葛原みゆき，中西紀章：滋賀県公立小学校における傷害発生についての調査研究，滋賀大学教育学部紀

- 要，44号，203-215，1994.
3. 石樽清司：小学校における日々の傷害発生と学校規模要因，日本衛生学雑誌，62巻(1)，47-57，2007.

### 3 子どもの安全～現場から～

大阪教育大学教授・附属池田小学校長 藤田大輔

わが国における「子どもの安全」を考えていく上で、今後重要となってくる要因は、子どもたちの「ソーシャルサポート認知」の育成であると考えられる。ソーシャルサポートとは「家族や友人や隣人などのように、個人の周囲に存在する人々から得られる有形・無形の支援である<sup>1)</sup>と規定されており、具体的には、ソーシャルサポート認知が高い状態とは、自分が支持・支援され、愛され、受け入れられ、価値ある存在と周囲から評価されていると強く感じることができる状態である。筆者は、今までにソーシャルサポートの認知レベルの高い児童は、健康統制に関して自己統制や父母などの有力な他者統制にかかわる主体的・内的統制意識を強く持つ傾向があり、一方、ソーシャルサポート認知レベルの低い児童は、運や偶然に依存した外的統制意識を持つ傾向にあることを報告<sup>2,3)</sup>してきた。その中で、児童期の安全統制感とソーシャルサポート認知レベルとの関連性について検討した<sup>3)</sup>ところ「自分から気を付けていたら危険な事に出合わない」という設問に「そう思う」と回答した児童の方が「そう思わない」と回答した児童に比べて、家族や先生、友人から支持・支援されていると感じるソーシャルサポート認知のレベルが高くなっていることが観察された(図1)。逆に「人が事故に遭うのは運が悪いからだ」という設問で「そう思う」と回答した児童の方が「そう思わない」と回答した児童に比べて、ソーシャルサポート認知のレベルが低くなっていることが観察された(図2)。これらの結果より、周囲の人々からのサポートを感じている子どもは、かけがえのない自分という自己肯定感を実感することで精神的に安定し、主体的に危険を回避しようとする態度が育まれていく一方で、周囲の人々からのサポートが感じられず精神的に孤立している子どもは、自らを大切にしようと思う感覚を抱くことができず、「気を付けていても事故に遭ってしまうことがある」と危険を回避する態度の育成が阻害されてしまっているのではないかと推測された。このことを略図(図3)にまとめ

てみると、ソーシャルサポート認知の基礎となる周囲の人々からの「まなざし」を実感することを通じ

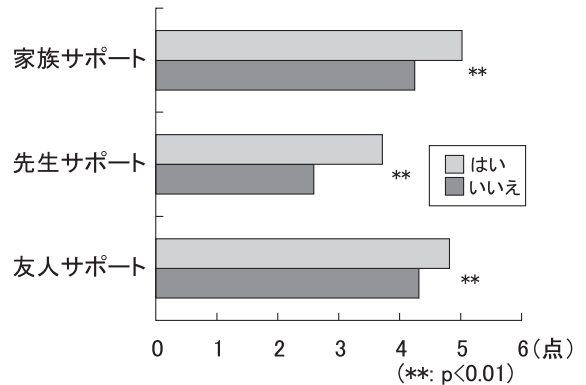


図1 自分から気を付けていたら危険な事に出合わない

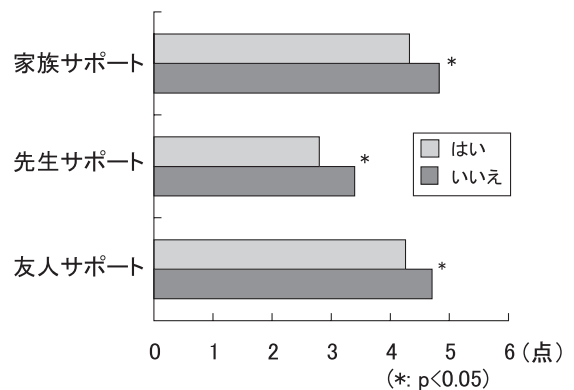


図2 人が事故に遭うのは運が悪いからだ

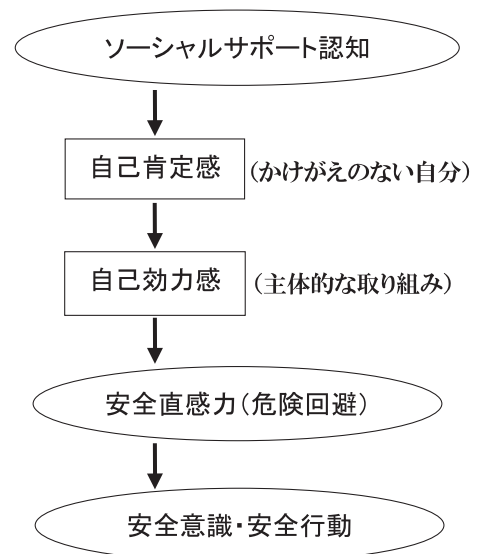


図3 ソーシャルサポート認知と安全推進の関係

て、「かけがえのない自分」という存在に気付く「自己肯定感」や「自尊感情」と、「自分から取り組んでいこう」とする「自己効力感」が形成され、そのことにより自分に降り掛かる危険を回避して危機から身を守ろうとする「安全直感力」が生まれ、その上で主体的な安全意識や安全行動が形成されていくものと考えているところである。

ところで以前の子どもたちは、親や教員などの大人たちから監視されたり見られたりすることを嫌がる傾向があり、またその親たちも「子どもは親の背中を見て育つ」というような育児感を持って子どもたちに接してきた。しかしながら近年の子どもたちの様子を見てみると、逆に「もっと注目してほしい」や「もっと話を聞いてほしい」と、周囲の人間と密接な関係を持ちたいと思っているような態度が観察されることが多い。このことは少年犯罪事件にかかわる裁判調書などにおいて「親や先生が分かってくれなかった」や「友だちがいなかった」などの陳述がなされていることと関連する現象であろうと考えられる。つまり近年の子どもたちは、親などから見つめられていることを実感することで自分が認められている、受け入れられているという安心感を獲得し、逆に見られていないことで見捨てられたような孤独な不安感を感じているようである。そのため今後は、子どもたちの周囲にいる親や教員といった大人たちが、子どもを単に「見る」のではなく丁寧に見る「見取り」という観点をもって、子どもに接していくことが必要であると考えられる。そこでこのような「見取り」の観点から、「子どもの安全」にかかわる二つのシステムの構築を提案したい。

まず第1は、学校における見取りを進めるための「校内協働システム」(図4)である。このシステムでは、支援対象となる児童の情報を、担任教諭と養護教諭、保護者がそれぞれの立場から多面的に見取り、そこから得られた情報を共有化して、児童のソーシャルサポートの認知レベルを高めようとするものである。教育現場において、児童理解のための情報の共有化の必要性は従前から十分に認知されている教育課題である。しかしながら実際には、児童の変化に気付いた担任教諭は、「自分のクラスの児童であるから」や「自分を頼ってきてくれたから」というような思い込みによって、何とか自分で解決しよ

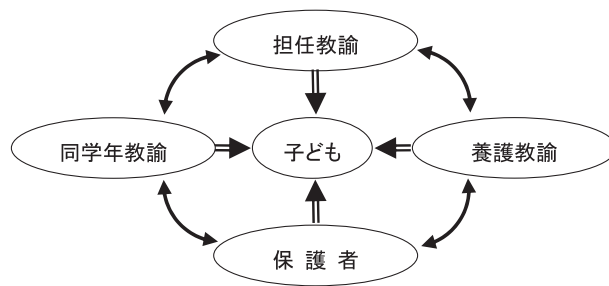


図4 校内協働システム

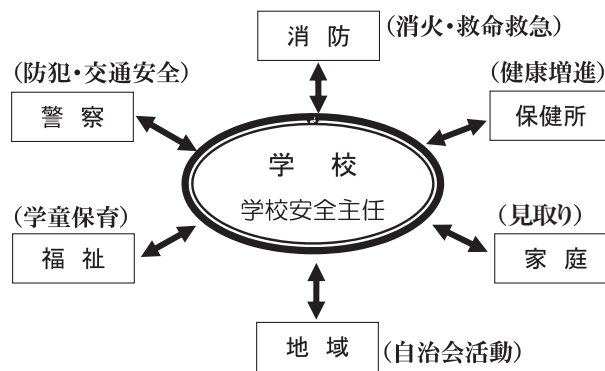


図5 地域協働システム

うと課題を抱え込んでしまい、周囲の同僚教諭から差し伸べられた援助の手に気付くことができずに精神的に追い詰められ孤立してしまうような場面がある。養護教諭においても同様で、また保護者においてもわが子の問題として同じような状況が観察されるところである。そこで学校の学年会などで、当該児童の学級担任のみならず、同学年のほかのクラス担任や対象児童の前年度の担任なども含めた「校内協働システム」における課題の共有化を通じて、より多面的で効果的な支援活動を考えつつ実施していく必要があると考えている。

第2は、地域における安全を推進するための「地域協働システム」(図5)の構築である。このシステムでは、学校を中心として、警察、消防、保健所や地域自治会などの各種の地域資源が連携して情報の共有化を図り、地域の安全を守るための活動を協働で展開しようとするものである。その際活動の対象は防犯に限らず、防災や交通安全を含めた広義の安全活動を念頭にシステムの構築を図っておく必要がある。ここで学校を中心に設定しているのは、守る対象となる子どもたちの思考・行動特性を最も理解しているのは学校であり、また学校は災害時の避難場所に指定されていることが多いことから、学校を中核にシステムが構築されるのが最も効率的であ



ると考えられたからである。そして各学校においては、例えば校務分掌中に学校安全主任のような職制を設置し、その者を中心として、各種の地域資源の代表者間で地域の安全にかかわって適時的かつ効果的な安全対策活動を講じていくことが有効であると考えられる。加えてこの地域協働システムが継続して運営されていくためには、人的資源の充実が不可欠の要因となる。概して安全活動の当初においては「安全のために」と強い意気込みで展開された活動であっても、その緊張のレベルが長期間にわたって継続されることは一般に難しく、ややもすれば張り詰めた糸は切れやすくなってしまふことに配慮しておく必要がある。そこでいかに人的資源を確保して、当たり前の「日常なこと」として、無理をしないで「できる人ができることをする」という原則ののっとして、余裕を持った安全活動ができるかどうかを活動継続の重要な規定要因となることを念頭に、地域協働システムの構築を進めていく必要がある。

そこでこのような地域協働システムに基づく安全活動を効果的に継続していく上で重要になると思われる要因について私見を述べたい。

現在日本各地で「子どもの安全」のための見守り活動が展開されている。その中で、地域老人会などの協力の下に、子どもたちの登下校時の見守り活動が活発に展開され、その活動の副次効果として、当該地域における犯罪発生件数の減少といったような治安効果が認められている。このように見守り活動が展開されていることにより地域の治安がよくなり、犯罪の発生が減少していく中で、見守り活動に参加している人々から「安全になったのにいつまでこのような活動を続けなければならないのだろうか」という疑問が出されることがある。確かに効率性の観点から考えれば、治安が改善された中でなおも安全のために時間や労力を提供し続けることに疑問が発生することはやむを得ない心情かと思われる。しかし逆に考えれば、活動が展開されているからこそ安全なのであって、活動しながら危険が発生しているような状況であれば、そもそも何のための活動か分からない。このように安全とは、効率性の観点からは一見無駄と思えるような活動が継続されていることによって、維持・保障されているものであるということを理解しておく必要がある。

また地域の見守り活動の中で、地域老人会の方々から「老人ばかりが子どもの安全のための活動に参加しているが、子どもの保護者はどうしているのか」というような指摘を受けることがある。これは、安全のための地域活動が、単に子どもの安全、特に通学路における防犯のみを対象に限定した活動として展開されていることに由来する疑問である。本来、地域の安全活動は、前述の地域協働システムの考え方で触れたように、防犯のみでなく防災や交通安全などの安全にかかわる活動を広く対象に含んで展開されるべきものである。そこで例えば、自然災害時には高齢者が災害に巻き込まれる危険性が高いことから、災害避難時の高齢世帯への声掛けや避難誘導に子どもたちの保護者を組み込んだ地域協働システムが構築されておれば、「当たり前のこと」として「できる人ができることをする」という観点から活動への理解が得られやすくなるものと考えられる。

最後にこれからの安全教育について私見を述べたい。これからの安全教育は、従来の危険発生論に基づいた安全教育から、安全共感論に基づいた安全教育への転換が必要であると考えられる。危険発生論に基づく安全教育では、不審者や危険な場面や場所を教えようとするあまり、子どもたちの不安感が強められてしまい、大人は怖い、大人は信じられない、自分の住んでいる町は危ない・危険だといったような大人や地域に対する過剰な不信感や恐怖感を植え付けてしまう危険性のあることが危惧されている。このことはかつての健康教育において、病気の恐怖を強調して教えることで健康行動を形成しようとした脅しの健康教育における失敗を繰り返すことになる。すなわち健康教育を受けながら病気になってしまった者に、「あれほど病気の怖さを教えていたのに予防・改善できなかったのは、本人が悪い」という犠牲者非難が発生してしまったのである。そのため今後も危険発生論に基づく安全教育を展開していくなれば、脅しの健康教育と同様に、事件や事故に巻き込まれてしまった子どもに対して、同じように犠牲者非難を発生させる危険性のあることが危惧される場所である。そこでこれからの安全教育では、周囲の大人や地域から提供されるソーシャルサポート認知に基づく信頼感や安心感への共感に支えられた安全教育の体系化について考えられる必要がある。

例えば、自分の安全を見つめることは友だちの安全を見つめることにつながり、さらには家族の安全や地域の安全を見つめることになり、同時にこの安全を見つめる活動は、友だちから見つめられる自分の安全を実感し、家族や地域の人々から見つめられる自分の安全を実感し、見つめることが見つめられることにつながるという「まなざしの連鎖」が実感される。このようにして「まなざしの連鎖」の上で成立するソーシャルサポート認知の実感から、かけがえのない自分という存在に気付く自己肯定感や自尊感情が形成される。そしてこの形成過程の中で、自分の安全を脅かすような危険や不安から大切な自分の身を主体的に守ろうとする「安全直感力」が育成されていくものと考えられる。これが安全共感論に

基づく安全教育の目指す方向性であると思っている。さらにこのような「安全のまなざし」に加えて、子どもたちの自己肯定感や自尊感情を高めていくためには、子どもたちの話に耳を傾けて「聴く」ことや、子どもたちの手を握ったり頭をなでたりして「触れる」ことも重要な要因になるものと思っている。そのため今後のわが国における安全教育においては、子どもたちの視覚や聴覚・触覚といった「五感」をもっと活用しながら、自己肯定感や自尊感情に支えられた安全直感力を育成するとともに、自己効力感に支えられた主体的な安全意識と安全行動の形成が促されるような安全教育が展開されていく必要性があると改めて考えているところである。

#### 参考文献

1. 浦 光博：支えあう人と人—ソーシャルサポートの社会心理学—，サイエンス社，1999.
2. 藤田大輔：ソーシャルサポート調査を通じた連携教育，こどもと教育，第32巻，6-9，2003.
3. 藤田大輔：小学生の健康・安全統制感とソーシャルサポート認知との関連性.大阪教育大学紀要：第55巻，177-185，2006.

〈資料〉子どもの安全に関する年表

年	通達など	安全に関する子どもの実態	世界・日本の大規模災害など
1947	学校教育法「健康、安全で幸福な生活のために必要な習慣を養い…」		2. 25 八高線で列車転覆 174人死亡
58	全国学校安全会連絡協議会		
59	12. 法律第198号「日本学校安全会法」……「学校安全」の用語	9. 26 伊勢湾台風で児童生徒 約1000人死亡	9. 26 伊勢湾台風 約5000人死亡
60	3. 1 日本学校安全会設立（法施行）		5. 1 チリ沖地震津波 139人死亡
67	「交通安全指導の手びき」	小学校の約半数で集団登校	
68	学習指導要領改訂；総則「健康で安全な生活を営むのに必要な……」	8. 1 穂高で落雷事故 8人死亡	
	6. 10 通知「修学旅行等における事故防止について」	学園紛争広がる	えびの・十勝沖など地震
	12. 27 通知「集団登下校の実施について」		8. 18 飛騨川バス転落 140人死亡
72	全国二輪車安全運動推進委員会「小学校安全指導の手びき」		2. 19 浅間山荘事件 7. 台風6, 7, 9号で 421人死亡
73		6. 11 朝鮮校生への集団暴行事件	10. 6 第4次中東戦争
74	2. 9 日本児童安全学会設立		12. 18 パキスタン大地震
75	「中学校安全指導の手びき」	5. 10 厚木市の高校で3人刺傷	
		6. 8 鎌倉で暴走族乱闘	
		11. 9 沖縄で中学生が職員室爆破	
77	6. 30 通知「がん具煙火による児童生徒の被害防止について」	1. 4 青酸コーラ殺人事件、 高校生死亡	
	8. 16 通知「水泳プールの施設設備の整備点検について」		
78	3. 31 学校保健法一部改正；「学校保健安全計画」「環境の安全」等	1. 教官による女子大生殺人事件	
	4 「全国子どもを守る運動連絡協議会」	8. 29 川崎で教師暴行の39人逮捕	6. 12 宮城県沖地震
	7. 1 通知「学校等における理科系実験用薬品類の管理について」	10. 31 府中市で9歳女児が自殺	
79	8. 10 通知「水泳プールの施設設備の整備点検について」		3. 28 スリーマイル島原発事故
80	8. 9 通知「自転車の点検整備等の促進について」	11. 金属バット殺人事件	7. 11 日本坂トンネル火災
81	5. 9 通知「交通安全教育推進地域事業の実施について」	8. 26 足立区で小6男児が少女3人刺す	10. 16 夕張炭鉱ガス突出 93人死亡
	6. 22 通知「交通安全の確保と交通安全教育の徹底について」		
82	5. 22 通知「修学旅行の際における旅館・ホテルの宿泊に伴う防火安全について」	7. 16 校内暴力頻発 プール事故で1億4千万円の賠償命令	2. 8 ホテルニュージャパン火災 32人死亡
	6. 4 校内暴力対策の手引き書	7. 18 教師を殴りたい中高生3割と報道	2. 9 日航機羽田沖墜落 24人死亡
	6. 22 日本学校健康会法公布	2. 横浜で浮浪者連続殺傷事件	5. 26 日本海中部地震
83		2. 15 町田市忠生中事件	7. 山陰豪雨 112人死亡
	6. 2 校内暴力調査；被害教師188人	5. 26 日本海中部地震で学童も死亡	9. 1 大韓航空機墜落 269人死亡
		6. 13 戸塚ヨットスクール事件	
84		9. 9 上福岡で中1、いじめ苦自殺	9. 14 長野県西部地震 29人死亡
85		1. 28 スキーバス湖に転落 25人死亡	
		1. 30 校内暴力で教師が死亡	5. 17 南夕張鉱で爆発 62人死亡
	3. 12 法務省「いじめ」について通達	岐阜県で体罰死	8. 12 日航ジャンボ機墜落

特集  
子どもの安全を考える  
資料  
子どもの安全に関する年表

		循環濾過式プールで4件の事故	520人死亡 9. 19 メキシコ大地震
8. 28	通知「水泳プールの安全管理について」		10. 5 中央高速道でバス転落
		11. 23 鎌倉の高校で屋上から転落死	10. 27 尾鷲で地震
12. 6	日本体育・学校健康センター法公布	12. 29 逗子開成高生、唐松岳で6人遭難	
86	日本体育・学校健康センター設立	2. 1 中野区で「葬式ごっこ」事件	4. 26 チェルノブイリ原発事故
6. 6	通知「交通安全教育の徹底について」	3. 11 体罰容認は教師の46%と報道	8. 22 ニオス湖で有毒ガス1746人死亡
		4. 8 タレント岡田有希子自殺	10. 10 エルサルバドル地震890人死亡
		9. 5 シンナー中毒で6人グループ死亡	
87		1. 21 罰マラソンで心臓病女児死亡	4. 19 ロックコンサートで将棋倒し 30人死傷
			11. 28 南ア航空機墜落159人死亡
			11. 29 大韓航空機爆破115人死亡
88	9. 7 通知「交通事故防止に関する緊急総合対策について」	3. 24 上海近郊で列車事故 28人死亡	8. 21 ネパール地震370人死亡
		7. 8 目黒区で中学生が両親殺害	7. 23 潜水艦なだしお衝突事件
		8. 19 堺市で少女6人がリンチ殺人	
		8. 埼玉で連続幼児誘拐殺人事件 女子高校生監禁殺害事件	
89	学習指導要領改訂；総則「生涯を通じて健康で安全な生活を送るため		
7. 26	通知「二輪車の事故防止に関する総合対策について」		
90	5. 21 通知「水泳等の事故防止について」	7. 6 兵庫で校門圧死事件	7. 2 メッカで将棋倒し1426人死亡
6. 4	通知「平成二年度文部省交通安全業務計画について」		
91			1. 17 湾岸戦争勃発(～2. 24)
			5. 19 雲仙普賢岳大火砕流
92			
93	「小学校安全指導の手びき」(三訂)		7. 12 北海道南西沖地震230人死亡
94	二輪車研究指定校を指定	愛知県でいじめを苦に自殺 7. 朝日連峰登山で熱射病死	2. 16 スマトラ島大地震 4. 24 中華航空機墜落
95	11. 「学校等の防災体制の充実について」(第一次報告)		1. 17 阪神淡路大震災6300人死亡 3. 20 地下鉄サリン事件
96	5. 24 通知「学校水泳プールの安全について」	7. 13 O-157集団発生	8. 30 ダイアナ元妃交通事故死
97		5. 27 神戸小学生殺害事件	7. 26 和歌山毒物カレー事件
98		バタフライナイフ使用の傷害事件多発	8. 14 神奈川・玄倉川で水難 18人死亡
99			9. 21 台湾大地震 2413人死亡
00		循環濾過式プールで3件の事故	9. 30 東海村放射能漏れ事故
		5. 3 西鉄高速バスハイジャック事件	3. 31 有珠山の火山活動活発化
12.	京都市「伏見区小学校事件に関する専門家会議」報告	6. 30 雪印乳業の加工乳で食中毒	6. 26 三宅島の火山活動活発化



01	文部科学省「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」	2. 9	ハワイ沖でえひめ丸沈没	
	7. 10 「幼児児童生徒の安全確保および学校の安全管理に関する緊急対策について」通知	6. 8	大阪教大附属池田小事件 8人死亡	1. 26 インドで大地震 2万人超死亡
	8. 31 「幼児児童生徒の安全確保および学校の安全管理についての点検項目（例）の改訂について」			9. 11 米で同時多発テロ 9. 22 日本で初のBSE
02	4. 文部科学省「子ども安心プロジェクト」スタート			
	11. 学校施設の安全管理に関する調査研究協力者会議発足			
	12. 「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」発行			
03		6.	沖縄で中学生が友人殺害	3. 20 米英がイラク攻撃 3. 28 SARSに邦人感染
		7. 1	長崎・園児誘拐殺人事件	
	10. 1 <u>独立行政法人日本スポーツ振興センター</u>			9. 25 十勝沖地震 12. 26 イランで大地震 4万人超死亡
04		6. 1	佐世保・小6 女児殺人事件	1. 8 高病原性鳥インフルエンザ 国内 7. 福井県で豪雨 8. 10 美浜原発、水蒸気噴出
		11. 17	奈良県で女児殺害事件	10. 1 北オセチア共和国でテロ 10. 24 新潟県中越大地震
05	11. 19 「幼児児童生徒の安全確保および学校の安全管理について」			
	3. 31 文部科学省プロジェクトチーム「学校安全のための方策の再点検等について」	2. 14	寝屋川市で教員が刺殺される	1. 3 スマトラ島沖大地震 津波
	5. 日本教育法学会・学校事故研「学校安全条例」要綱案発表	11. 12	東京で高1 女子殺害事件	4. 25 JR西日本、尼崎で脱線
	11. 25 「幼児児童生徒の安全確保および学校の安全管理について」	11. 22	広島で女児殺害事件	8. 30 米ハリケーンカトリナ
	12. 6 「登下校時における幼児児童生徒の安全確保について」	12. 1	今市市で女児殺害事件	11. 17 構造計算書偽造発覚
	12. 6 警察庁生活安全局「通学路等における子どもの犯罪被害を防止するための諸対策の徹底について」			
	12. 9 「老人クラブ活動における地域の見守り活動との連携の推進について」	12. 10	宇治市の学習塾で女児殺害事件	
	12. 20 「犯罪から子どもを守るための対策に関する関係省庁連絡会議」発足			
	12. 22 「犯罪から子どもを守るための対策」について 緊急対策6項目			
06	1 「登下校時の安全確保に関する取組事例集」インターネットで	2. 17	長浜市で登園中の幼稚園児2人殺害	5. 27 ジャワ島で大地震
	3. 「学校における防犯教室等実践事例集」発行	5. 18	秋田県で1年男児殺害・女児殺害	7. 「平成18年7月豪雨」 10. 9 北朝鮮が初の核実験 11. 7 北海道で竜巻被害
	6. 1 改正道路交通法 駐車違反の取締りが民間委託に	6. 3	東京・港区でエレベーター事故	
	8. 10 「プールにおける事故対策に関する関係省庁連絡会議」発足	7. 31	ふじみ野市営プールで女児水死	
		10. 11	筑前町で中1男子、いじめで自殺	
07	7. 31 日本体育施設協会「遊泳プールの安全・衛生管理の解説」			7. 16 新潟県中越沖地震

注)「学校保健の動向」平成12年度版掲載の年表を要約・追加したものである

(野村和雄)

参考文献

1. 自由国民社：動く年表，1989.

2. 丸善：理科年表，2004.



## コラム 国際的な安全教育—セーフスクールの活動—

世界保健機関は1989年にスウェーデンのストックホルムにおいて、「第1回傷害予防と管理に関する世界会議（The First World Conference on Injury Prevention and Control）」を開催した。この会議では50カ国から約500名の参加者を集め、世界規模の傷害防止について話し合いが行われた。そこで「セーフコミュニティ宣言」が採択され、「すべての人に健康と安全に対する等しい権利がある」ということが明記された。また安全における不平等は、発展途上国だけの問題ではなく、すべての国々がかかわるべきことであることが確認された。

セーフコミュニティというのは、完璧な安全が確保された地域社会を指すのではなく、安全を目指して積極的な対策を講じている社会である。例えばすべての年齢段階の人々を対象として、あらゆる環境と状況に対するプログラムが用意されている、それが継続的に実施されている、などが挙げられる。

前述の第1回世界会議以降、世界会議あるいはそれに関連した会議において、安全やセーフティプロモーションについての討議が重ねられてきた。セーフティプロモーションは以下のように定義されている。

「セーフティプロモーションとは地域や国あるいは国際レベルで、個人、コミュニティ、政府、企業やNGOなどが、安全づくりとその維持のために用いるプロセスである。このプロセスには、安全に関わる態度や行動はもちろん、社会構造や（物理的、社会的、技術的、政治的、経済的、組織的）環境を変える上で一致したすべての努力が含まれる」

セーフティプロモーションはセーフコミュニティを支える概念的基盤であり、ヘルスプロモーション同様に世界中に浸透しつつある。

そして近年、セーフコミュニティの活動の一部としてセーフスクールが登場した。2001年にアンカレジで開催された第10回セーフコミュニティ国際会議において、セーフスクールに関する国際ワーキンググループが組織された。その後、2002年の第6回傷害予防と管理に関する世界会議（モントリオール）において、セーフスクールの特徴、基準、評価などについて提案された。2003年の第12回セーフコミュニティ国際会議（香港）では国際セーフスクール委員会が組織され、世界各国の教育関係者を中心に議論が進められた。これらの結果を踏まえ、前述のセンターからセーフスクールの指針が発表された。

さらに同センターから「国際セーフスクール指定プログラムガイド」が発刊された。このガイドはセーフスクールの理論的な解説と実用的な情報提供を目的としている。セーフスクールの最も特徴的な点は学校を含むコミュニティを重視している点である。セーフスクールは、単にある学校が完全に安全な環境を作ることを目指しているのではない。学校を含むコミュニティ全体のセーフティプロモーションが推進されていることがセーフスクールの条件となる。学校は単独で活動するのではなく、コミュニティ内の学校すべてで共通した方針のもとで計画を進める。さらにセーフスクールの活動は、国際協力のレベルまでつながっていくことを目指している。

（渡邊正樹）

# 第 I 章

## 健康管理の動向

### 総 論

#### 1. 健康と健康管理

これからの社会を担う子どもたちにとって、最も大切なものが心身の健康であることは申すまでもない。この健康の定義については、50年以上前にWHOが総会で定めたものが現在でも用いられている。すなわち、

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

「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」（1951年官報掲載の訳）

この定義は、身体面だけでなく心や社会環境の面にまで及んでおり、現在でも十分通用するが、もし気にするとすれば「疾病や病弱が存在しないだけでなく」の部分で、すでに異常や疾患のある人にとっての健康とは何か、ということであろう。

この点については、障害や慢性疾患のある子どもにとっての健康は、その持てる能力を十分に発揮できること、別の言葉で言えば、十分なQOLが保証されること、あるいは自己実現ができること、と考えることにしたい。

また、WHOは1986年11月に開かれたオタワ会議で、ヘルスポromoーションの戦略を提唱している。ヘルスポromoーションの定義としては、

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health”

「自らの健康をコントロールし、改善することがで

きるようにするプロセス」

とされるが、要は、地域の中で住民が健康の重要性をよく理解し、自ら健康の維持・向上に努める力を持てるようにしよう、ということであろう。

現在わが国でも、ヘルスポromoーションという言葉は保健の現場で、広く合い言葉のように使われているが、筆者の知る限りで、比較的早くこの語が使われた例は、平成9年に東京都学校保健審議会がこれからの健康診断のあり方についての答申で、学校における健康診断を健康教育の良い機会ととらえ、児童生徒に健康の知識だけでなく、実行する力をつけるよう提言し、このような考え方をヘルスポromoーションと述べている。厚生労働省が平成12年に策定し、18年に見直しを行った「健やか親子21」も、基本をヘルスポromoーションに置いて立案されている。

また、心の健康に重点を置いたものであるが、平成10年7月に中教審が報告した答申「幼児期からの心の教育の在り方について」は、しつけについて親・家庭での教育を重視するとともに、地域が親子を支援することを要望している。

いずれにしても、これからの健康管理は、1次予防、すなわち健康増進・疾病予防に重点をおくべき時代である。これまで教育の現場でも行ってきた健康診断は、疾病・異常の早期発見・早期治療に重点を置いており、その重要性に変わりはないものの、これは2次予防である。ちなみに3次予防は、機能維持・快復（治療とリハビリテーション）である。

## 2. 児童生徒の健康状態の現状

健康およびこれからの健康管理の方向は上記のごとくであるが、子どもたちの健康状態の現状を把握して、家庭と学校と地域における日常生活に関わる問題点を検討し、欠点を是正し、より良い方向に向けて提言し、生活指導していくことが極めて重要であるのは言うまでもない。

20世紀末近くになって、都市化、情報化、少子高齢化などの社会環境や生活様式の変化に伴い、子どもたちの心身の健全な発達に影響を及ぼす問題点が多く指摘されるようになってきた。すなわち運動・遊びの減少、食生活の変化、精神的負担の増大、人間関係の希薄化などであり、身体的には子どもの肥満や高コレステロール値の増加、アレルギー疾患の増加などである。これらはいずれも子どもたちの生活環境やライフスタイルに関わるものであった。

こうした問題提起を踏まえた、当時の文部省担当課長による長期継続的な研究の必要性を含めた指示で、日本学校保健会では、平成4年から調査研究事業の中に「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」を発足させた。この事業では、

- (1)生活習慣病に関するリスクファクター
- (2)ライフスタイル
- (3)アレルギー様症状

の3項目の調査を継続的に実施してきている。この

間、平成4, 5, 6年度の1次調査については平成8年3月に、以後は隔年に調査を行って集計・分析して報告書を作成しているが、各学校の協力で実施されてきた本調査の結果は、児童生徒への指導や啓発のための資料として活用されている。

本章における「健康管理の動向」は、文部科学省による平成18年度学校保健統計調査、学校基本調査、生徒指導上の諸問題の現状報告、独立行政法人日本スポーツ振興センターによる災害共済給付業務の給付状況の結果などの最新の資料に基づいた各専門家による解説と、健康診断を担当する各診療科の専門医による現状を踏まえた解説から成っている。また、感染症については、「感染症の予防と感染症の患者の治療に関する法律」の中の疾病の分類改正に伴う学校保健施行規則の改正で「学校において予防すべき伝染病」の第1種と第3種の疾病名の変更があったことと、現在注目されているいくつかの感染症についての最新の情報が解説されている。

毎年更新・発行されている本書によって、現在の子どもたちの健康状況と健康管理上の問題点を理解され、児童生徒の生活指導などにご活用くださるようお願い申し上げます。

(平山宗宏)

# 1 児童生徒の発育発達

乳幼児期から思春期は急速に身体の発育と発達が進む年齢層に当たり、心身が不安定になりやすく注意深い管理と指導が必要である。そこで適切な保健管理、保健指導を行うために、個体および集団における発育発達の状態を正しく評価することが求められる。評価に当たっては個人の身体測定値を用いた縦断的、追跡的な観察評価に加えて、同年齢集団の評価という観点が必要である。

さらに身体発育値は日本人の全国値というような巨視的な観点のほかに、地域別、学校別などという視点からの評価に加えて、時間的な観点から過去の年度との比較も集団的評価する上で有用な情報を与えてくれる。また評価に当たっては平均値以外にも標準偏差、パーセンタイル値などの統計値を多角的に観察することによって個人や集団の特徴を明らかにすることができる。

## 1. 発育発達に関する統計調査の概要

国は児童生徒の健康状態と発育の状態を把握するために学校保健統計調査を、また身体発達の状態を体力と運動能力という観点から把握するために体力運動能力調査を毎年実施している。これらの情報のうち前者は学校保健法に定める定期学校健康診断によって、後者は新スポーツテスト（文部科学省）によって得られたデータを統計調査によって抽出し、収集、集計したものである。平成18年度の調査客体としては前者が発育に関しては695,600人、健康状態に関しては3,357,247人を、後者が小・中・高等学校生は30,880人を対象としている。

腔の疾病・異常、結核、心臓の疾病・異常、尿、寄生虫卵、その他の疾病・異常およびツベルクリン反応検査を調査している。

平成18年度発育統計に見る児童生徒の現状は以下の通りである。

### (1)身長

男子の身長（全国平均値）は、8歳、12歳、15歳及び17歳で前年度の同年齢より増加しているが、10歳、13歳および14歳では前年度より減少している。

女子の身長は10歳および11歳で前年度より増加し、5歳、6歳、8歳および14歳で前年度より減少している（表1）。

この統計値によって身長を親の世代（1世代を仮に30年として昭和51年度の数値）と比較すると、最大の差がある年齢は男子では12歳であって、親の世代より3.7cm高い。同様に女子では11歳で2.6cm親より高くなっている。

昭和63年度生まれの集団の年間発育量を観察すると、男子では11歳から12歳の間に最大の発育量を示

これら二つの全国調査の歴史は古く、前者が昭和23年、後者の前身となるスポーツ率検定は昭和24年にさかのぼる。取り扱う項目（統計標識）は時代の変化に合わせて時々変更が見られる。

### 学校保健統計調査（平成18年度）

この調査では、身長、体重、座高、栄養状態、脊柱・胸郭の疾病・異常の有無、視力、色覚、聴力、眼の疾病・異常、耳鼻咽喉頭疾患・皮膚疾患、歯・口

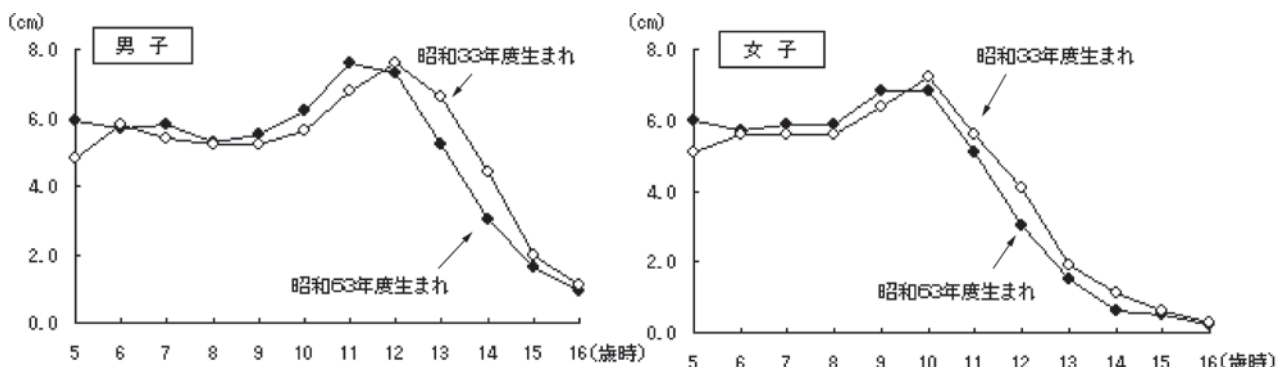


図1 昭和63年度生まれと昭和33年度生まれの者の年間発育量の比較（身長）



単位：cm

区分		平成18年度 A	平成17年度	昭和51年度 B(親の世代)	差 A-B	
男	幼稚園	5歳	110.7	110.7	109.9	0.8
	小学校	6歳	116.6	116.6	115.3	1.3
		7歳	122.5	122.5	120.9	1.6
		8歳	128.3	128.2	126.5	1.8
		9歳	133.6	133.6	131.3	2.3
		10歳	138.9	139.0	136.8	2.1
		11歳	145.1	145.1	142.1	3.0
	中学校	12歳	152.6	152.5	148.9	3.7
		13歳	159.8	159.9	156.2	3.6
		14歳	165.3	165.4	162.4	2.9
	高等学校	15歳	168.5	168.4	166.3	2.2
		16歳	170.0	170.0	168.0	2.0
		17歳	170.9	170.8	169.0	1.9
	女	幼稚園	5歳	109.8	109.9	109.1
小学校		6歳	115.7	115.8	114.6	1.1
		7歳	121.7	121.7	120.2	1.5
		8歳	127.4	127.5	125.8	1.6
		9歳	133.5	133.5	131.2	2.3
		10歳	140.2	140.1	138.0	2.2
		11歳	147.0	146.9	144.4	2.6
中学校		12歳	152.0	152.0	149.9	2.1
		13歳	155.2	155.2	153.3	1.9
		14歳	156.7	156.8	155.1	1.6
高等学校		15歳	157.3	157.3	155.9	1.4
		16歳	157.8	157.8	156.3	1.5
		17歳	158.0	158.0	156.5	1.5

(文部科学省：学校保健統計調査，平成18年度)

注1：年齢は、各年4月1日現在の満年齢である。以下の各表において同じ。

注2：下線の部分は、調査実施以来過去最高を示す。なお、平成17年度については、平成17年度調査時における過去最高を示す。以下の各表において同じ。

表1 年齢別 身長の平均値

している。女子では9歳から10歳時に最大の発育量を示しており、女子は男子に比べ2歳早くなっている。この発育量を親の世代と比較すると、男子では最大発育年齢は親に比べて1歳早く、11歳である。女子では、最大発育年齢は親の世代より1歳早く、9歳および親の世代と同じ10歳となっている(図1)。

単位：kg

区分		平成18年度 A	平成17年度	昭和51年度 B(親の世代)	差 A-B	
男	幼稚園	5歳	19.1	19.1	18.7	0.4
	小学校	6歳	21.6	21.6	20.6	1.0
		7歳	24.2	24.3	23.0	1.2
		8歳	27.4	27.4	25.8	1.6
		9歳	30.9	30.9	28.5	2.4
		10歳	34.5	34.7	32.0	2.5
		11歳	38.8	39.1	35.4	3.4
	中学校	12歳	44.9	44.9	40.4	4.5
		13歳	49.9	50.1	45.9	4.0
		14歳	55.1	55.3	51.4	3.7
	高等学校	15歳	60.1	60.3	55.7	4.4
		16歳	62.0	62.2	58.0	4.0
		17歳	63.9	63.8	59.4	4.5
	女	幼稚園	5歳	18.7	18.7	18.3
小学校		6歳	21.1	21.1	20.1	1.0
		7歳	23.6	23.6	22.5	1.1
		8歳	26.6	26.8	25.3	1.3
		9歳	30.1	30.2	28.2	1.9
		10歳	34.2	34.4	32.4	1.8
		11歳	39.5	39.5	36.8	2.7
中学校		12歳	44.4	44.4	41.9	2.5
		13歳	47.9	48.0	45.9	2.0
		14歳	50.6	50.8	48.9	1.7
高等学校		15歳	52.3	52.4	50.8	1.5
		16歳	53.4	53.3	51.9	1.5
		17歳	53.7	53.7	52.3	1.4

(文部科学省：学校保健統計調査，平成18年度)

表2 年齢別 体重の平均値

## (2)体重

男子の体重は、17歳で前年度より増加して過去最高であった。また、7歳、10歳、11歳と13歳から16歳では前年度より減少している。

女子は、16歳で前年度の同年齢より増加し、8歳から10歳および13歳から15歳で前年度より減少している。これを親の世代と比較すると、最も差がある年齢は、男子では12歳および17歳であって平均値で4.5kg増えている。また女子では11歳では親の世代

より2.7kg増加している。

17歳（昭和63年度生まれ）における体重の年間発育量を見ると、男子では11歳から14歳の間に増加が著しく、11歳で最大である。同様に女子では10歳から11歳の間で増加が著しく、10歳で最大発育量を示している。

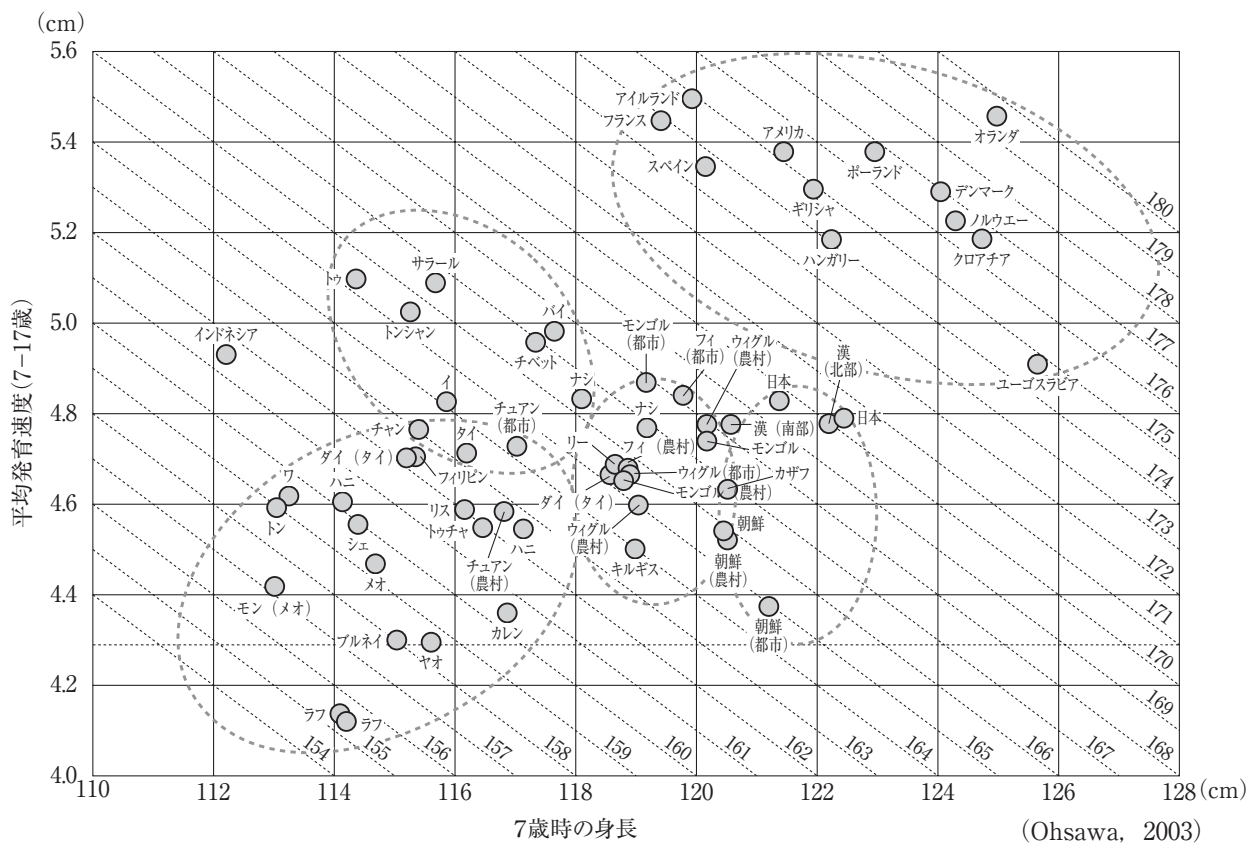
この発育量を親の世代と比較すると、男子では最大となる時期は、親より1歳早い11歳である。

女子については、最大発育量は親の世代より1歳早い10歳で得られている。

### (3)座高

男子の座高は、5歳、11歳、12歳、16歳および17歳で前年度よりも増加しており、16歳および17歳では過去最高である。しかし10歳および14歳の各年齢では前年度より減少した。女子は、5歳、10歳、11歳、13歳および15歳から17歳の各年齢で前年度より増加し、16歳および17歳では過去最高となった。これらの値を親の世代と比較すると、最大の差がある年齢は、男子では12歳および13歳であって、1.9cm高く、女子では11歳であって、親より1.4cm高くなっている。

## 2. 児童生徒の長期的な体格の推移と国際比較



注1：発育評価格子は17歳における身長を表す  
 注2：明治～平成にかけて日本人の年平均速度は4.8cmで一定である

図2 発育評価格子による民族比較

日本人児童生徒の発育状態を国際比較するために、発育評価のための簡易な座標を用いることができる(図2)。この座標は7歳と17歳の身長(体重でも座高でもよい)の平均値が示されればそれ以外のデータが得られていなくとも国際比較できるようになっている。図の横軸に7歳の平均身長を、縦軸に17歳までの平均増加量(17歳-7歳)÷10年を取り、その2点のデータを座標上にプロットする。また、図に

示したように座標上の目盛り同士を対角上に直線で結んで最終身長(17歳時身長)を表現することもできる。

この座標上では、最終身長が同じ値でも横軸近くにプロットされた集団ほど早熟であり、これに対して縦軸に近くなるほどその集団は晩熟であると評価される。図の座標上には収集された年次はまちまちであるが、アジア、ヨーロッパにまたがる広汎な民

族、国のデータが布置されている。日本人の明治期からのデータを大正、昭和、平成と座標上にプロットすると不思議なことに、横軸に沿って一直線に各年次の位置が移動してくる。すなわち7歳の値は変化するものの、7歳から17歳までの身長伸びはコンスタントに4.8cmである。また、昭和の末期からこの座標上の位置はほぼ変化がなく、あたかもすでに日本人の身長の増加は停止したかのようである。

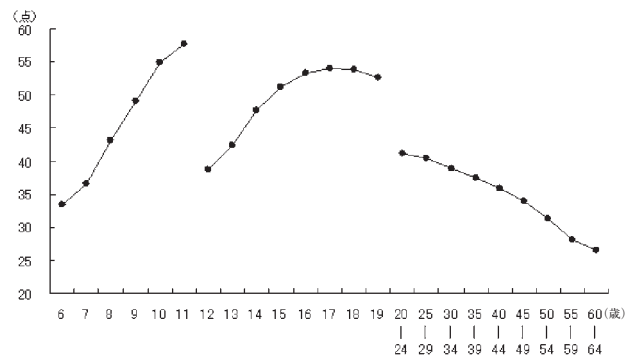
さらに、周辺の民族の布置を観察すると興味深い。中国の運貴高原（雲南省、貴州省）から東南アジアにかけて分布する民族はいずれも低身長の集団であり、7歳もそしてその後の伸びも小さい。一方、ヨーロッパに分布する集団は7歳ですでに大きく、その後の伸びも大きいことがはっきりと見て取れる。さらには、最終身長が165から167cm程度の民族集団でも早熟な集団（モンゴル、ハザック、キルギス、ウイグルなど）は、シルクロードやアジアの内陸に分布し、晩熟な集団（トウ、チベット、サラール、チャンなど）は、チベット高原などに分布していることが座標上の位置から簡単に読み取れる。日本人は男子では7歳が122.5cm、17歳が170.8cmである。これは中国、韓国の近傍であって、日本人は中国（漢族）や韓国と発育の全体像では類似していることが推測される<sup>1)</sup>。

### 体力運動能力調査

体力運動能力調査の項目は平成18年度には小学生は握力、上体起こし、長座体前屈、反復横跳びの項目を、中学生～大学生（12～19歳）は握力、上体起こし、長座体前屈、反復横跳び、持久走として20メートルシャトルラン（往復持久走）、60メートル走、立ち幅跳び、ソフトボール投げが行われている。

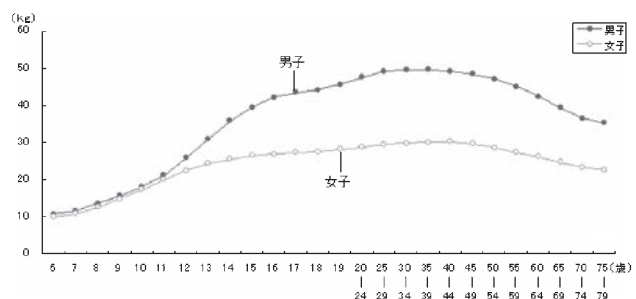
これらの項目の合計得点によって体力・運動能力の加齢に伴う変化の傾向を見ると図3に示すように、男女とも6歳から得点は急激に上昇傾向を示し発達の見せしめをする。種目が異なるので一見してグラフ上では分かりにくいですが、男子では青少年期（12～19歳）の後半に最高値に達する。一方、女子では青少年期の前半に最高レベルに達して、以降数年間はその水準を保つ。これらのピークを過ぎると徐々に体力水準は低下傾向を示すようになり、やがて40歳代後半以降は急速に低下していく。

しかし、握力については図4のように、ほかの項



(文部科学省：体力運動能力調査，平成18年度)  
 注1：年齢層によって種目が異なるので3層に分離して評価することが必要  
 注2：図は3点移動平均法を用いて平滑化してある  
 注3：合計点は新体力テスト実施要項の「項目別得点表」による  
 注4：得点基準は、6～11歳、12～19歳、20～64歳、65～79歳および男女により異なる

図3 体力運動能力調査より見た日本人男子の体力の変化（スポーツテストの合計得点）



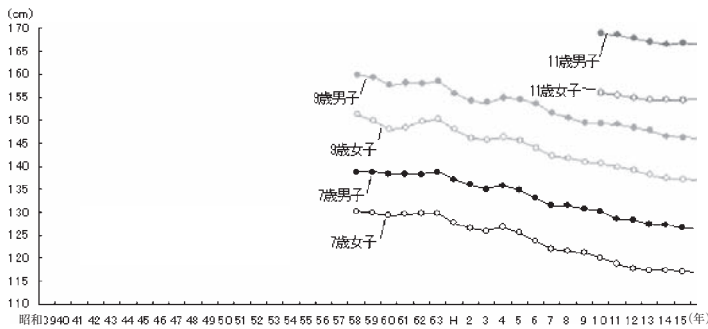
(文部科学省：体力運動能力調査，平成18年度)  
 注：図は3点移動平均法を用いて平滑化してある

図4 握力の年齢変化

目と異なって男子では30～34歳、女子では40～44歳に最高値を記録する。

平成期に入ってから児童生徒の体力低下が大きな問題となり、国もその対策を特別のプロジェクトを立てて検討しているところである。小学生から高校生にわたって長期的に年次変化を比較できる運動能力項目として、走能力（50メートル走・持久走）、跳能力（立ち幅跳び）、投能力（ソフトボール投げ・ハンドボール投げ）および握力の年次推移を見ると、いずれの年齢段階においても依然低い水準にあって上昇の兆しは見えていない。持続的な走能力（持久走）および跳能力（立ち幅跳び）（図5）は引き続き明らかな低下傾向を示している。平成17年と昭和60年の50メートル走、ソフトボール投げを比較してもその低下状況は明らかである。

こうした背景にはしばしば運動不足が指摘されるので、調査では小学生の運動習慣から見た20年前との比較を行っている。11歳の運動・スポーツの実施頻度別に基礎的運動能力（50メートル走およびソフ

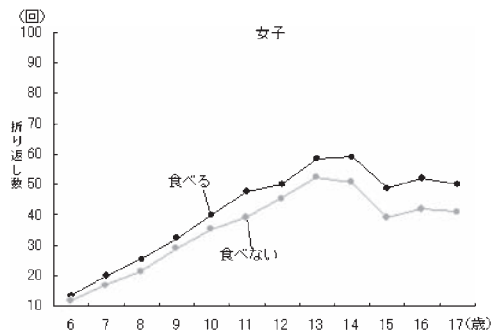


(文部科学省：体力運動能力調査，平成18年度)  
注：図は3点移動平均法を用いて平滑化してある

図5 立ち幅跳びの年次推移

トボール投げ)について20年前と現在を比較すると、運動実施頻度にかかわらず体力は男女とも低下している。また、「ほとんど毎日(週3日以上)」運動する群は、男女とも20年前と比べて体力の低下の度合いが小さいが、運動実施頻度の少ない群は、体力の低下の度合いが大きい傾向を示しており、運動機会の運動能力の発達に対する影響を指摘している。

11歳の運動・スポーツの実施頻度の割合について20年前と現在を比較すると、「ほとんど毎日(週に3日以上)」運動する者の割合は、男女とも20年前より低下している。



(文部科学省：体力運動能力調査，平成18年度)  
注：「食べる」とは、朝食を「毎日食べる」群で、「食べない」とは、朝食を「時々食べない」者と「毎日食べない」者の群

図6 朝食の摂取の有無と持久力の関係

また体力と生活習慣との関係についても検討しており、6～11歳の持久力(20メートルシャトルラン)を朝食摂取状況別に見ると、図6のように「朝食を食べる」群の折り返し数は、男女とも「食べない」群より高い値を示している。同様に、1日の睡眠時間が「8時間以上」の群の折り返し数は、男女とも「6時間未満」の群より高い傾向にあるというように生活習慣と体力運動能力の関係が指摘されている。(大澤清二)

参考文献

1. Ohsawa, S.(2003) Macroscopic evaluation of child growth in Asian ethnic groups by simple evaluation method (Growth Grid Method), Intn' l J.Sport and Health Science,1:1,129-135

引用

文部科学省ホームページ  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/001/003/18/07031614/002.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/003/18/07031614/002.htm) (2007年8月31日現在)  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/18/10/06100304.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/18/10/06100304.htm) (2007年8月31日現在)



## コラム 超多剤耐性結核菌

### 1. 最近の小児結核

結核の感染が多かった戦前、終戦直後には結核は乳幼児、思春期の年齢層に集中して起こっていた。しかし結核感染が少なくなった今は、結核の感染を受けた人（つまり菌を体の中に宿している人）がこのような年齢層にはほとんどおらず、かつての結核まん延時代を生き延びてきた高齢者に偏在しているため、発病するのは高齢者が多い。統計的に見ると、1963年から2005年までの約40年間に結核罹患率（人口十万人当たりの発病者数）は全年齢では17分の1に下がったが、0～14歳だけで見ると実に300分の1に減った。発病する全部の患者の中に占める0～14歳の患者の割合を見ると、1962年15%に対して2005年では0.4%へと激減した。これは戦後の日本の結核対策が小児・若者をその標的の中心に据えてきたことと関係がある。BCG接種や化学予防、そして定期・定期外健診の効果が選択的に若者に有利に働いたと思われる。ちなみに日米の罹患率を比較すると、全年齢では日本：米国は22.2：4.8であるが、0～14歳では0.7：1.4と関係は逆転する。日本の結核対策がいかに小児に有利であったかがうかがわれる。

### 2. 小児結核と薬剤耐性結核

米国に比しても相対的に恵まれた状況にある日本の小児結核だが、これも油断をするといろいろなところから破綻しかねない。そのリスクの一つが薬剤耐性結核問題である。化学療法とともに「薬に抵抗性の付いた結核菌」が増えてきた。これは基本的には不十分な治療（十分強い組み合わせの薬を医師が処方しない、処方された薬を患者がきちんと飲まない）によって作られる人災である。発病時の菌は抵抗性がなかったのに、そのような不完全治療で耐性になった患者にとってこの問題は半ば「自業自得」でもあるが、その患者がばらまいた菌で感染を受けた人が発病すると、自分には責任がないのにその人の病気は初めから薬が効

かない。前者のような耐性を「既治療（または獲得）耐性」、後者は「初回耐性」というが、最も普通に用いられる4種類の薬（イソニアジド、リファンピシン、ストレプトマイシン、エタンブトール）のいずれかに対するこれらの耐性の頻度を見ると（2002年全国調査）、既治療耐性は23%（前に治療を受けたことのある患者中の割合）、初回治療は8%（初めて治療を受ける患者中の割合）だった。この中でも特に重要なイソニアジド、リファンピシンの両方に耐性になっていると、治療はかなり難しくなるので、このような耐性菌を特別に「多剤耐性結核菌」（MDR）と呼んで注意をしている。MDRでもその他の薬をいろいろ組み合わせるとある程度は治療できる見込みがあるが、これにさらに耐性が加わった場合、特に残った薬の中で有力なマイシン類（ストレプトマイシン、カナマイシンなど）とニューキノロン剤（レボフロキサシンなど）にともに耐性になった場合には、事実上治療はお手上げになってしまう。それでこのような耐性菌を「超多剤耐性結核菌」（XDR）と名付け、昨年あたりから世界的に特別の警戒を呼び掛けている。日本でも調べてみると、前から知られているMDRのうちの3割がXDRであることが知られた。日本におけるMDRの治療の成績が決してよくないこと、初めからXDRによって感染を受ける人が多いことが懸念される。

XDRを含めてMDRの対策はまず発生の予防であり、そのために確実な治療のための患者支援（日本版DOTS）が必要である。続いて早期発見による感染防止と治療成績の改善である。薬剤耐性結核は、薬がない時代に感染を受けた高齢者よりも、最近になってから感染を受けて発病する若い世代に多く、特に小児では明らかに耐性菌感染が多いことも不気味な問題である。小児、学童を守るためにも全人口的な結核対策の確保が欠かせない。

（森 亨）

# 2 感染症

人類誕生以来、人間は微生物との共存を続けてきた。感染症は、細菌、ウイルス、真菌、寄生虫などが病原体となって体内に侵入することによって引き起こされる疾病であり、多くの人命を奪ってきた。ある意味では、人類の歴史は病原体との戦いの歴史であると言っても過言ではない。その中において、衛生環境の改善、栄養状態の改善、予防接種、さらにペニシリンをはじめとする抗菌剤の開発などにより、感染症はかつてほどの重大な危機ではなくなったかのように思われている。しかしメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）やバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性結核菌（コラム「超多剤耐性結核菌」参照、本書24ページ）をはじめとする各種耐性菌の出現、かつては知られていなかった重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ、後天性免疫不全症候群、ラッサ熱、レジオネラ症、エボラ出血熱などの新興感染症が大きな問題となっている。2007年のWHOの「世界健康報告」によれば、1967年以降40年間の間に39種の新しい病気が発生しているという。SARS、エボラ出血熱、エイズ（HIV感染症）、牛海綿状脳症（BSE）など、平均すると1年に1種の割合という恐ろしいペースで未知の感染症が出現していることになる。われわれは、既知の感染症はもとより、未知の感染症への対策を怠ってはならない。

恐ろしいのは新興感染症ばかりではない。平成18年には、フィリピンから帰国した2名の日本人がフィリピンで狂犬病に感染、帰国後発症して死亡した。日本では昭和29年を最後に国内感染の狂犬病による死者はなく、犬の感染も昭和33年以後は認められていなかったが、海外においてはいまだに重大な問題であることを知るべきである。飛行機による海外旅行が普及したため、感染症の病原体は容易に世界中に拡散され得るようになった。SARSがよい例である。海外から国内に持ち込まれる輸入感染症（旅

行者感染症）対策は大きな課題となっている。

また性感染症の増加も大きな問題となっている。十分な知識を持たない性行動は望まない妊娠以外にも、クラミジアをはじめとする性感染症の問題を起こす。クラミジアに感染するとHIVに感染しやすくなる上、卵管炎から不妊の原因になることがある。ヒトパピローマウイルス（HPV）に感染すると、将来子宮頸癌のリスクが上昇することが知られている。いくつかの現場では婦人科の医師による学校での講話やピア・エデュケーションの試みがなされているが、性感染症の対策は年々増え続けるHIV対策にもつながる課題であり、継続的な努力が必要である。HIV感染は、全国でも特に東京に多いという地域的な偏りもあるが、依然増加の一途をたどっており、早急な対策が必要である。

近年、インフルエンザの特効薬として登場したタミフルが異常行動を誘発するのではないかという問題が起きた。インフルエンザと薬剤治療との因果関係はまだ不明で、タミフルによるものなのか、その他の薬剤などの影響もあるのかは確定していない。まれにインフルエンザ自体が脳炎・脳症を来すこともあり、インフルエンザによる影響も否定できない。そのため、小児・未成年者についてはインフルエンザと診断されて治療が開始された後は、タミフル処方の有無を問わず少なくとも2日間は患者を一人にしないように、医師から保護者へ十分な説明をしてほしいという依頼が厚生労働省から医療機関に出された。タミフルは新型インフルエンザの治療薬としても期待されているが、異常行動との関連については、厚生労働省が現在調査研究中である。

以上は感染症全般にわたる最近の動向であるが、学校保健の分野でも平成18年から19年にかけて、感染症に関するいろいろな動きがあった。以下に代表的なものを紹介する。

## 1. 感染症の予防及び感染症の患者の治療に関する法律分類改正に伴う学校保健施行規則の改正

平成11年4月に施行された「感染症の予防及び感染症の患者の治療に関する法律」（以下感染症法）

の分類が一部改正され、これによって学校伝染病の取り決めが変わり、学校保健法施行規則を改正する

I
健康管理の動向
2
感染症

省令が施行された。改正の概要は、学校における伝染病を以下の通りに改めることである（規則第19条第1）。

- 第一種の伝染病に、新たな南米出血熱を加える事
- 第三種の伝染病に、コレラ・細菌性赤痢・腸チフス・パラチフス（いずれも今までは第一種だったもの）を移行する事

結核予防法は平成19年3月31日をもって廃止となり、結核は感染症法の二類感染症として対応していくことになった。学校伝染病でも結核は第二種の伝染病である（表1）。感染症法の一類感染症および

結核を除く二類感染症が、学校伝染病では第一種感染症となるため、重症急性呼吸器症候群（SARS）は、感染症法では二類感染症になったが、学校伝染病では第一種伝染病として残る。なお、結核予防法のもとで小・中学生に行われていたBCG接種とツベルクリン反応検査は平成15年度から廃止されて、BCGは生後6カ月未満の乳児期にツベルクリン反応検査なしで行う直接接種の1回だけとなっている。

コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスは感染症法では今までの二類感染症から三類感染症となったことで、学校伝染病でも第一種から第三種伝

	伝染病の種類（改正前）	伝染病の種類（改正後）	考え方	出席停止の基準
第一種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群 （病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る） 痘そう ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 コレラ 細菌性赤痢 ジフテリア 腸チフス パラチフス	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群 （病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る） 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア	感染症法の一類感染症および二類感染症（結核を除く）	治癒するまで
第二種	インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核	インフルエンザ 百日咳 麻疹 流行性耳下腺炎 風疹 水痘 咽頭結膜熱 結核	飛沫感染する伝染病で児童生徒の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高いもの	○インフルエンザ：解熱した後2日を経過するまで ○百日咳：特有の咳が消失するまで ○麻疹：解熱した後3日を経過するまで ○流行性耳下腺炎：耳下腺の腫脹が消失するまで ○風疹：発疹が消失するまで ○水痘：すべての発疹が痂皮化するまで ○咽頭結膜熱：主要症状が消退した後2日を経過するまで ○結核：病状により学校医その他の医師において伝染の恐れがないと認めるまで
第三種	腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の伝染病	コレラ [第一種より移行] 細菌性赤痢 [第一種より移行] 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス [第一種より移行] パラチフス [第一種より移行] 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎 その他の伝染病	学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性があるもの	病状により学校医その他の医師において伝染の恐れがないと認めるまで

表1 学校において予防すべき伝染病



染病に変わった。感染症法と、学校伝染病の分類の違いを理解しておく必要がある。なお、伝染病という用語は感染症法の成立とともに医療現場では使わ

れなくなったが、学校保健法では呼称に対する法律改正が行われていないため、いまだに伝染病という用語を使用している。

## 2. H5N1インフルエンザ対策

新型インフルエンザは、毎年流行を繰り返すウイルスとまったく異なるウイルスが出現することにより、免疫を持たないヒトの間で大流行を起こすもので、場合によっては世界的規模の流行（パンデミック）を起こし、重大な健康被害をもたらす。数十年おきに流行があり、代表的なものに1918年の第1次世界大戦時に流行したスペイン風邪（H1N1）、1957年のアジア風邪（H2N2）、1968年の香港風邪（H3N2）がある。現在は高病原性鳥インフルエンザのヒトへの感染が懸念されている。スペイン風邪は、特にその強毒性のため多くの死者が出たことで有名である。

本来ヒトへ感染しない鳥インフルエンザウイルスが、ヒトに感染するケースが最近増えてきている。WHO（世界保健機構）は平成18年2月に鳥インフルエンザの中でもH5N1型の血清亜型のウイルスによるインフルエンザ（以下H5N1）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて、わが国でもH5N1のインフルエンザに対し入院措置などを講じることができるように、感染症法の指定感染症とした。

文部科学省では、H5N1が指定感染症となったことから、平成18年6月に学校保健施行規則19条に第2項を新設し、感染症法に規定されている指定感染症を学校保健施行規則第19条第1項に規定する第一種伝染病と見なすことにした。これによって第一種伝染病に対する措置と同じ措置・対策を講じることができるようになった。例えばH5N1のインフルエンザに児童生徒が罹患した場合、罹患児が治癒するまで学校長が出席停止の措置を講じることや、必要によって学校の一部または全校を臨時休校することができるようになった。

最近、鳥インフルエンザは日本でもいくつかの地域で発生しており、文部科学省は、野鳥になるべく近づかない、死んだ野鳥には手で触らないなど、野鳥に対する対応の周知徹底を呼び掛けている。また学校で飼育している鳥や動物も、野鳥と接触しないよう放し飼いを行わないなどの対応を求めている。

新型インフルエンザに対しては、平成17年11月に厚生労働省が関係省庁と連携しながら「新型インフルエンザ対策行動計画」を策定した。WHOのパン

フェーズ	定義
フェーズ1	ヒトにおいては新たな亜型のインフルエンザウイルスは同定されていない。動物においては、ヒトに感染する恐れのあるインフルエンザウイルスが存在しているが、もしも動物に見られたとしても、ヒトへの感染リスクは小さいと考えられる
フェーズ2	ヒトにおいては新たな亜型のインフルエンザウイルスは同定されていない。しかしながら動物において循環している亜型インフルエンザウイルスが、ヒトへの発症にかなりのリスクを提起する
フェーズ3	新しいヒト感染（複数も可）が見られるが、ヒト—ヒト感染による拡大は見られない。あるいは非常にまれな密接な接触者（例えば家族内）への感染が見られるにとどまる
フェーズ4	限定されたヒト—ヒト感染の小さな集団（クラスター）が見られるが、拡散は非常に限定されており、ウイルスがヒトに対して十分に適合していないことが示唆されている
フェーズ5	より大きな（一つあるいは複数の）集団（クラスター）が見られるが、ヒト—ヒト感染は依然限定的で、ウイルスはヒトへの適合を高めているが、まだ完全に感染伝搬力を獲得していない（著しいパンデミックリスクを有していない）と考えられる
フェーズ6	パンデミック期：一般のヒト社会の中で感染が増加し、持続している。 小康状態：パンデミック期が終わり、次の大流行（第2波）までの期間 第2波：次の大流行の時期

（厚生労働省：新型インフルエンザ対策行動計画，平成17年）

表2 新型インフルエンザ WHOフェーズの概要

デミックフェーズにのっとり、新型インフルエンザのフェーズを6フェーズに分け(表2)、さらに「国内非発生」をA、「国内発生」の場合をBに分類しており、平成19年8月現在は「国内非発生」のフェーズ3A(海外での新型インフルエンザのヒトへの感染が見られるが、ヒト-ヒト感染による拡大は見ら

れない、または非常にまれな感染が見られる)の状態にある。文部科学省でも、厚生労働省の「新型インフルエンザ対策行動計画」を受けて、平成18年9月に「文部科学省新型インフルエンザ対策行動計画」を策定している(コラム「インフルエンザの予防接種」参照、本書64ページ)。

### 3. 感染性胃腸炎の流行

児童生徒が罹患する感染症には、季節的な流行を起こすものがある。冬のインフルエンザ、ロタウイルスやノロウイルスによる感染性胃腸炎、夏のアデノウイルスによる咽頭結膜熱(プール熱)、エンテロウイルスによるヘルパンギーナ、手足口病などが代表的なものである。風疹、流行性耳下腺炎、水痘、後に述べる麻疹も地域的な流行を起こすことがある。

平成18年秋から冬にかけて、ノロウイルスによる感染性胃腸炎が全国的に猛威を振るい、過去10年で最大の流行となった。ノロウイルスによる感染性胃腸炎は病院や福祉施設など高齢者施設で死者を出したこともあり、体力が低下した者や高齢者では特に注意が必要である。感染性胃腸炎は第三種学校伝染病の「その他の伝染病」に属し、伝染の恐れがないと判断されるまで出席停止にすることができる。集団感染が疑われる場合は臨時休校も可能である。

ノロウイルスは経口感染が主な感染経路で、潜伏期間は12時間~72時間で感染性が強く、少量のウイルスでも感染することが知られている。また免疫も

数カ月と短いため、再感染も起こり得る。汚染された貝類を十分加熱しないで摂取した場合や、感染した食品取扱者の手指などを介して感染する場合、感染者の糞便や吐物から2次的にヒトの手を介して感染する場合、家庭など共同生活を行っている中で感染する場合などがある。感染力が強いため、吐物処理をしたモップを十分消毒しないで再使用したために感染が拡大したケースや、絨毯の吐物清掃消毒が十分でなかったために新たな感染拡大が起きたケースもある。厚生労働省が平成18年12月に改訂した「ノロウイルスに関するQ&A」でも、手洗の励行、下痢や嘔吐症状のある食品取扱者は食品を直接取り扱わないようにすること、適切な消毒薬を使用すること、患者の糞便や吐物を適切に処理することに加え、特に高齢者や体力の低下している者は、加熱が必要な食品は十分加熱するように呼び掛けている。ノロウイルスによる感染性胃腸炎は毎年冬期に注意すべき疾病であり、流行時の衛生管理には十分な注意が必要である。

### 4. 成人麻疹の流行

次は、平成19年3月下旬から、東京を中心として広がった成人麻疹の流行である。ある都立高校での集団発生から始まり、4月に徐々に増加し、5月のゴールデンウィーク明けから一気に報告数が増えた。23週をピークに、その後減少に転じているが、29週までの時点で東京都教育庁が把握している麻疹報告数は、都立高校559名、公立中学校255名、公立小学校348名に上る。図1は、東京都教育庁の学校感染症情報における都内公立学校の麻疹報告件数の週別グラフである。

高校のみならず私立大学も数多く休校となったことは記憶に新しい。国立感染症研究所の麻疹発生データベースの都道府県別報告症例数では、平成19

年7月10日現在で東京が群を抜いて多く、神奈川県がこれに次ぎ、大阪府が3位であった。ある報道によれば、麻疹のために休校・学年閉鎖や学級閉鎖になった学校は、厚生労働省調査で全国363校に上り、患者は2,511人で大学生が861名、高校生が740名を占めたという。

麻疹は2001年に大流行があったが、その後次第に患者数は減少していた。平成19年春の流行は、15歳未満の麻疹患者がそれほど多くないのに対し、15歳以上の「成人麻疹」患者の多いことが特徴である。この理由として、(1)自然感染機会の減少、(2)麻疹ワクチン未接種者、(3)ワクチンを接種しても十分な免疫が得られていない者(Primary Vaccine Failure)、

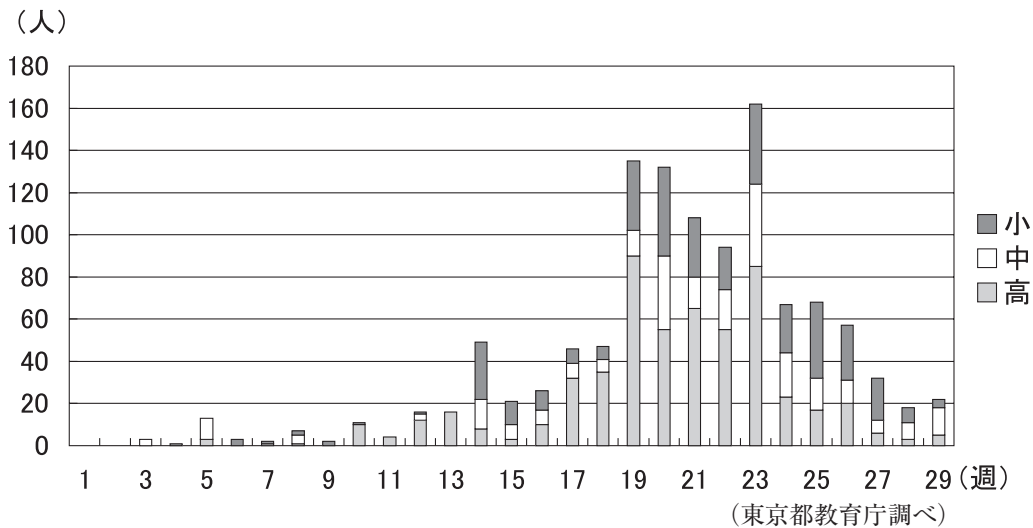


図1 平成19年東京都公立学校における麻疹報告人数

(4)ワクチン接種で免疫がついていても、麻疹ウイルスに接触して免疫を強化する機会(ブースター効果)が減少するなどの影響で抗体価が低下した者(Secondary Vaccine Failure)らの間で麻疹が流行した、などと考えられている。

東京都教育庁では5月中旬から急きょ、都立学校の生徒・教職員に対し麻疹未罹患・ワクチン未接種の者をアンケートで洗い出し、希望者に麻疹ワクチンの緊急集団接種を行った。ワクチン接種には学校医と医師会が協力した。また東京都内の私立学校でも、やや遅れて同様の調査を行い、ほぼ同様の手法で私立中学校、高等学校、高等専修学校で麻疹単独ワクチンまたはMRワクチンの集団接種を行った。実施校は、都立校・私立校合わせて500校以上に上った。(コラム「はしか(麻疹)騒動とその対応」参照、本書102ページ)

厚生労働省では、予防接種に関する検討会を立ち上げ、麻疹排除に向けて、平成20年度から5年間、

中学1年と高校3年全員を対象に予防接種法に基づくワクチンの追加接種を実施する方針を固めた。また今までの定点報告を改め、麻疹と診断したすべての医療機関に報告を義務付ける全数報告を行う方針も固めた。

日本では麻疹ワクチンの接種が1回だったが、平成18年4月から麻疹と風疹の2回接種制度が導入された。麻疹ワクチン1回接種では、麻疹の鎮圧が困難だったためである。MRワクチンの2回目接種は小学校就学前の1年間に接種することになっているが、この2回のワクチン接種率を100%に近付ける努力が必要である。今回15歳以上の年齢での麻疹流行があったことから、1回接種だった世代に対しても2回目のワクチン接種を行うことで抗体保有率を高めようということになった。日本は先進国から「麻疹の輸出国」とも呼ばれることがあり、麻疹の排除を期待するものである。

(弓倉 整)



# 3 児童生徒の健康管理

児童生徒の健康管理は、次の九つの項目ごとに分けている。「3-1 栄養状態」、「3-2 循環器」、「3-3 呼吸器」、「3-4 腎・尿路系」、「3-5 眼科」、「3-6 耳鼻咽喉科」、「3-7 皮膚科」、「3-8 整形外科」、「3-9 歯科・口腔外科」

## 3-1 栄養状態

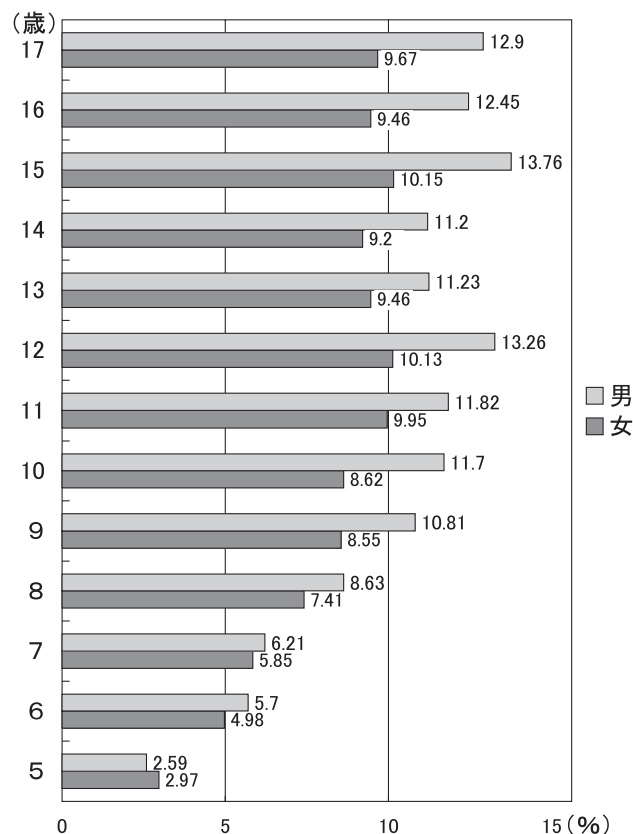
文部科学省の学校保健統計調査<sup>1)</sup>は、学校における児童生徒の発育・健康状態を明らかにするために毎年実施されている。小・中・高等学校、中等教育学校および幼稚園のうち、調査実施校において行われる。調査事項は、「児童生徒の発育状態（身長・体重・座高）及び健康状態（栄養状態、脊柱・胸郭の疾病・異常の有無、視力、聴力、眼の疾病・異常の有無、耳鼻咽喉疾患・皮膚疾患の有無、歯・口腔の疾病・異常の有無、心臓の疾病・異常の有無、尿、寄生虫卵の有無、その他の疾病・異常の有無及び結核に関する検診結果）」である。

平成18年度から、文部科学省は肥満傾向児と痩身傾向児の算出方法を変更したため、平成17年度までの数値と単純な比較はできない。平成17年度までは、性別・年齢別に身長別平均体重を求め、その平均体重の120%以上の者を「肥満傾向児」としていた。平成18年度からは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が20%以上の者となった。計算式は以下の通りになる。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100 (\%)$$

肥満傾向児出現率を図1に示す。肥満傾向児は、男女とも6歳から徐々に増えており、高校まで増加傾向を示している。男子では5歳が2.59%、11歳が11.82%、14歳で11.20%、17歳が12.90%であった。9歳から17歳まで10%を越えており、ピークは15歳の13.76%である。女子では5歳が2.97%、11歳で9.95%、14歳が9.20%、17歳が9.67%であり、ピークはやはり15歳の10.15%である。5歳を除く全年齢で男子の方が女子より肥満傾向にあった。肥満傾向児は男女とも増加傾向であるが、この10年間は緩やかである。

図2は、年齢別痩身傾向児の出現率のグラフであ



(文部科学省：学校保健統計調査、平成18年度)

図1 年齢別 肥満傾向児の出現率

る。痩身傾向児とは、性別・年齢別・身長別標準体重から肥満度を求め、肥満度が-20%以下の者である。

痩身傾向児は、男子5歳で0.39%、11歳で2.48%、14歳で1.46%、17歳で1.39%だった。女子は5歳で0.42%、11歳で2.49%、14歳で2.76%、17歳で1.23%であった。痩身傾向は男子より女子に多く、8歳ごろから痩身傾向児が増え始め、特に12歳の3.53%、13歳の3.39%、14歳の2.76%と中学生でピークを迎え、高校になるにつれて減少していく。

肥満度と痩身傾向は身長・体重から機械的に算出されるものだが、次に「学校医」が「栄養状態に注意を要する」と健康診断にて指摘した者の割合を示

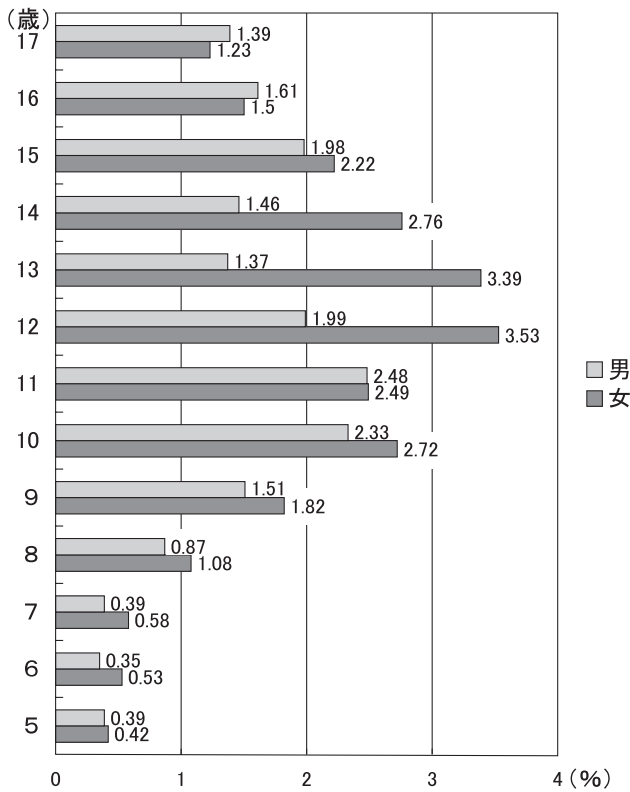


図2 年齢別 痩身傾向児の出現率

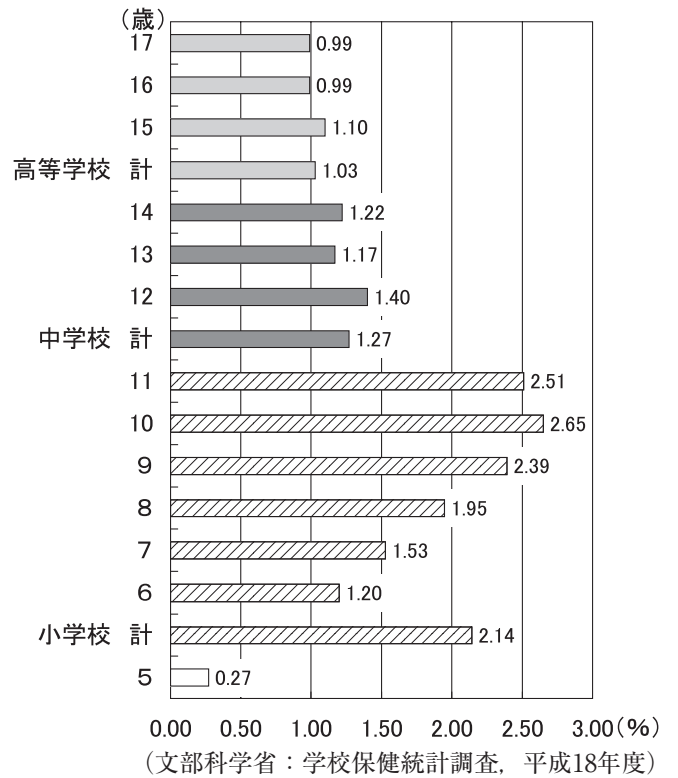


図3 年齢別 栄養状態の指摘をされた者の割合

I 健康管理の動向  
3 児童生徒の健康管理  
3-1 栄養状態

す。平成17年度までは、「栄養状態」のうち、学校医が栄養不良または肥満と判断したものをそれぞれ「栄養不良」「肥満傾向」と分類していたが、平成18年度から単に「栄養状態」となった。図3に学校医が「栄養状態に何らかの問題がある」とした者の割合を示す。

### 東京都の健康づくり支援のための基礎調査

平成17年度に東京都教育委員会が「健康づくり支援のための基礎調査」として、都立高校174校の1年生3,542人と保護者に質問紙法による調査を行った。その結果、朝食摂取率は75%で、女子生徒の81%は「体重を減らしたい」という「やせ願望」があったという。ダイエットに関心のある女子生徒は75%おり、「この1年にダイエットをした」ことのある生徒は男子7%に対し、女子は34%にダイエット経験があった。さらにBMIが高いほど（肥満傾向にあるほど）、男女ともに「やせ願望」が強くなることがわかった。しかしながら、女子ではBMI19.0以下の「やせ傾向」にある女子生徒にも約6割に「体

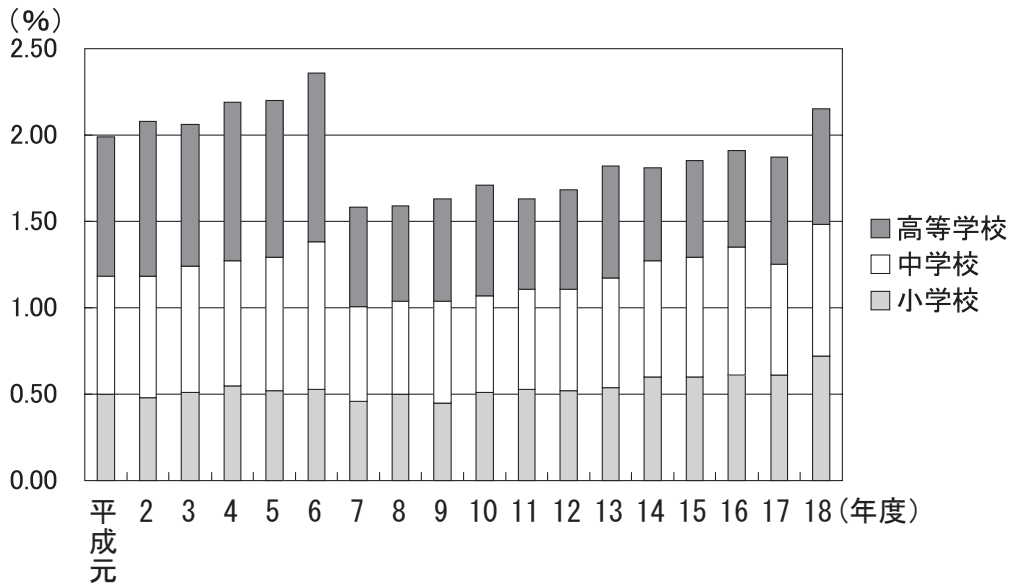
小・中・高等学校の学校種別では、小学生に栄養状態の指摘が多い。特に9歳から11歳では2.39から2.65%が栄養状態の指摘を受けているが、中学・高校では指摘率が低い傾向にある。小学校では発育・栄養状態が健康づくりのための大切な要素であるため、学校医の指摘を受けやすいと思われる。

重を減らしたい」という強い「やせ願望」があることがわかった<sup>2)</sup>。すでにやせているにもかかわらず、もっとやせたいという、あまりに強い「やせ願望」は食事摂取の不足・過度のダイエットから健康の悪化につながることもある。成長期にある女子高生において、やせていてもさらに体重を減らしたいと考えている者が6割もいることは、健康づくりにおいて大きな問題である。栄養に関する正しい知識、食事の重要性、健康な体づくりに向けて、学校・家庭・地域が連携した食育の啓発と推進が必要であろう。

(弓倉 整)





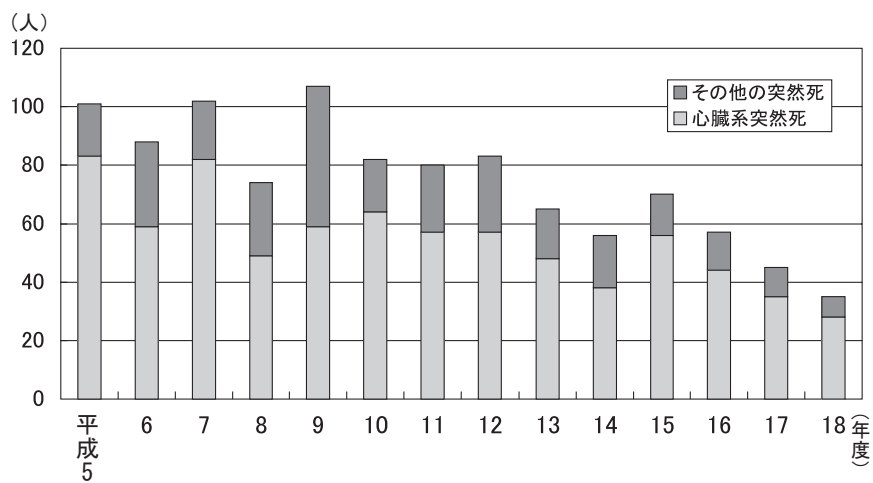


(文部科学省:学校保健統計調査,平成18年度)

図6 年度別・学校種別・心臓疾患・異常の有無

図6は心臓疾患・異常を持つ者を年度別・学校種別に示したものである。平成7年度に心臓疾患・異常者の率が減少した後、緩やかに増加傾向にある。これは平成6年に学校保健施行規則が改正され、平

成7年度から学校心臓検診として全国的に心電図検査が義務付けられ、検診精度が向上したことが影響していると思われる。



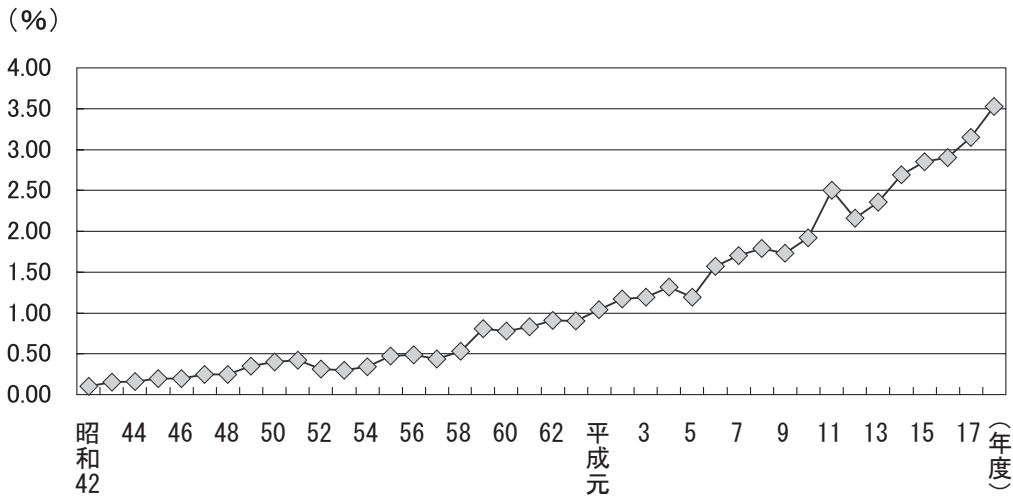
(日本スポーツ振興センター統計調査,平成16年)

図7 学校管理下の突然死

図7は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの統計から見た学校管理下での児童生徒の突然死の推移である。平成10年度から突然死数は全体として減少傾向を続けており、心臓系突然死も減少しつつある<sup>2)3)</sup>。学校心臓検診が児童生徒の突然死防止に貢献していると考えられる。ただし依然として突然

死の約60%から80%を心臓系突然死が占めている。事後措置の管理指導は重要であるが、適切な管理指導を遵守していても突然死が起きることもあり、心臓系突然死のさらなる減少は大きな課題である。今後も学校心臓検診の重要性は変わらないと思われる。(弓倉 整)





(文部科学省：学校保健統計調査，平成18年度)

図9 ぜん息を持つ者の割合

図10は、平成18年度の年齢別ぜん息を有するものの割合である。小学校が3.74%と最も多く、中学校2.95%、高等学校1.71%であった。ぜん息の増加については、大気汚染やアレルギー体質の者の増加など、さまざまな理由が考えられている。学校におけるアレルギー疾患の増加を受けて、文部科学省では平成16年から、以下に紹介する「アレルギー疾患に関する調査研究」を開始し、平成19年に報告書が出された。

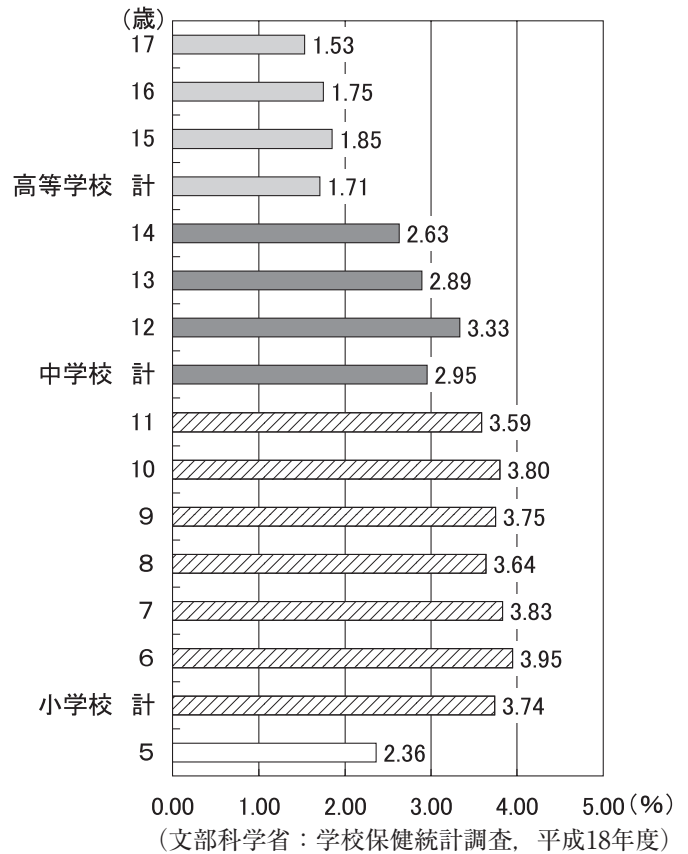


図10 年齢別 ぜん息の割合

### 3. 「アレルギー疾患に関する調査研究」について

ここで文部科学省が平成16年から17年にかけて全国の公立小・中・高等学校・中等教育学校、36,061校を対象に行った「アレルギー疾患に関する調査研究」の結果を紹介する。これによれば、児童生徒の

アレルギー疾患有病率は、ぜん息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー性結膜炎3.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.14%である。ぜん息の有病率は学校種別で



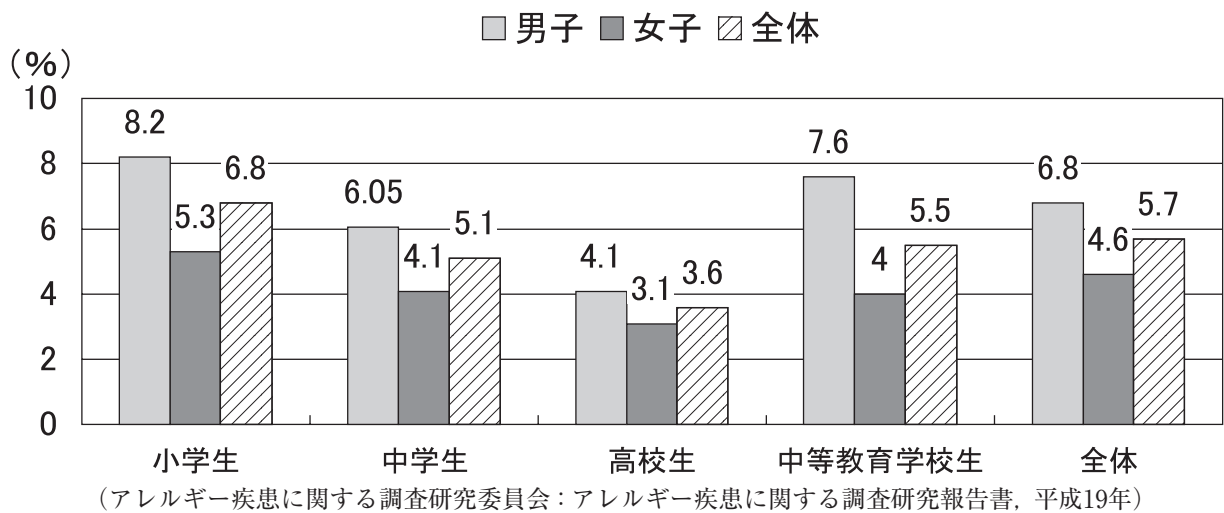


図11 児童生徒のぜん息の有病率

小学校6.8%，中学校5.1%，高等学校3.6%，中等教育学校生が5.5%，全体で5.7%だった（図11）。

図10の学校保健統計の数字より，この調査の方がぜん息の有病率が高い。この乖離は学校保健統計調査が，その根拠を学校健康診断によっているのに対し，本調査は調査票に対し養護教諭などが回答する手法を取っているため，調査手法の違いによる差と考えられる。ただし報告書によれば，小学生＞中学生＞高校生，男＞女，西日本＞東日本，都市部＞非都市部の傾向があり，沖縄は低率であるなどの傾向は同様であった。

本調査によれば，ぜん息の実態把握の取組は，ほぼ95%以上の学校でなされていたが，緊急時対応に

ついては，58%の学校で取り組まれているにすぎず，重症のぜん息発作が起きた時の対応を事前に確認しておくことが必要とされた。学校の70%で体育の授業などについて何らかの配慮がされていたが，学校への持参薬の確認は37%にとどまっていた。学校内の医薬品による事故防止・児童生徒の健康状態の把握の観点から，持参薬についても学校が情報を共有することが大切であるとしている。詳細については，「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」（アレルギー疾患に関する調査研究委員会，平成19年3月，文部科学省ホームページ）を参照されたい。

（弓倉 整）

## ❖❖❖❖ 3-4 腎・尿路系 ❖❖❖❖

学校での尿検査は、昭和49年から全国で始められた。子どもの腎疾患には、原発性糸球体腎炎が多い、腎尿路形成異常による疾患が多い、治療で改善する腎炎が多い、成長に伴い治癒する疾患が多い、慢性腎不全の頻度が少ないなどの特徴がある<sup>4)</sup>。腎炎を早期に発見・治療して腎炎の悪化を防止することや、紫斑病性腎炎や先天性腎疾患・小児ネフローゼ症候群など、子どもに多い腎疾患の早期発見・治療が学校尿検診の大きな目的である。尿検診では、尿蛋白、尿潜血のほか尿糖を測定するため、糖尿病の発見にも寄与する。

検体は、検査の前日の夜寝る前に必ず排尿し、早朝第1尿として、当日起床後最初の排尿時の中間尿を採取する。時間が経った尿は疑陽性を示すことがあるので、必ず提出日の早朝第1尿を持参させる。女子の場合、生理日の採取では蛋白や潜血反応が疑陽性になることがあるため、生理日の前後1～2日ずらして採尿することが望ましい。ただし学校検診は6月末までに終了させることが学校保健法施行規則で定められている。2次検尿が必要な場合も考慮すると、尿検診実施時期が遅い場合、特に生理日と検査日が重なる場合の日程変更が困難なこともあるので、検査施行にはある程度時間的余裕を持って計画することが望ましい。

尿検診は1次スクリーニングで尿検査を行い、異常を指摘された児童は、2次検尿として尿の再検査を受ける。2次スクリーニングは、1次から3次検査まで検査実施機関が行い、「3次集団精密検査」結果を専門医が判定するものと、学校から保護者に通知して学校医・主治医など医療機関を受診する場合の二つのシステムに分かれることが多い。いずれの方法でも、2次スクリーニングで異常ありとされた者は、暫定診断区分を受けた後、3次スクリーニングとして精密検査を受け、診断と管理方針を決定される。

図12は学校保健統計における年齢別尿蛋白検出の者の割合である。小学校では0.67%と低く、中学校では2.27%、高等学校では2.43%に増加する。なお蛋白尿陽性でも、小学生から中学生に多い起立性蛋

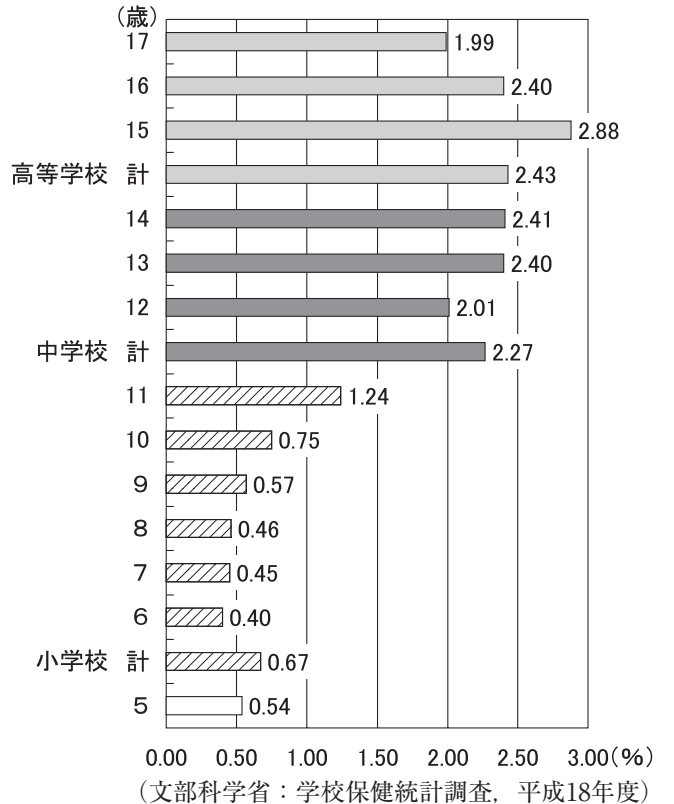


図12 年齢別 尿蛋白検出の者の割合

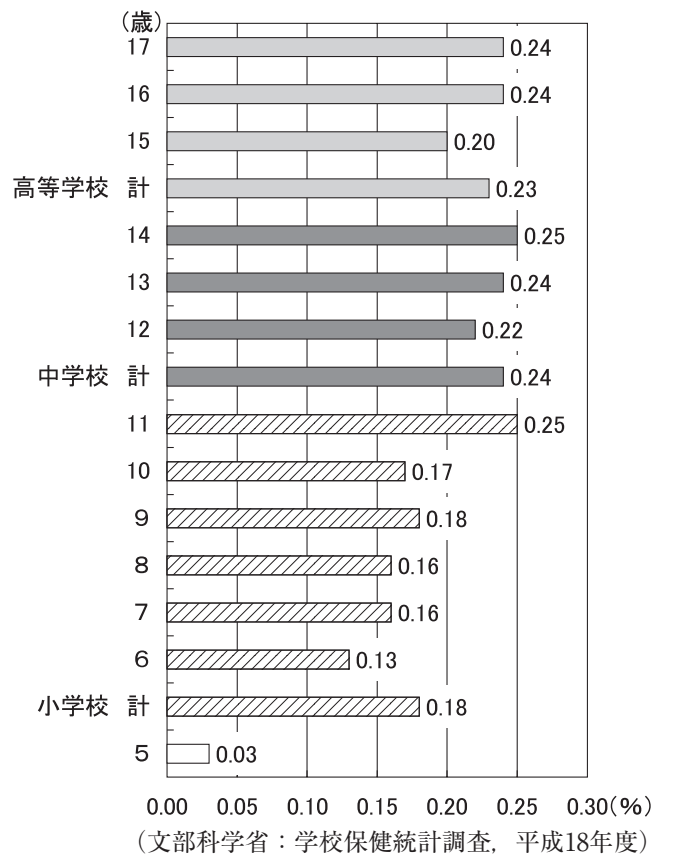


図13 年齢別 腎臓疾患の者の割合

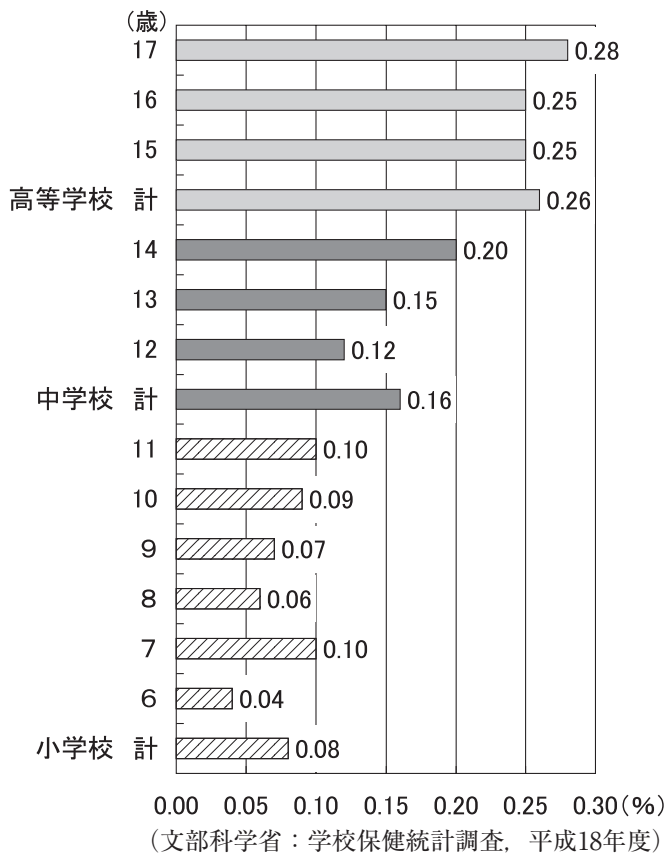


図14 年齢別 尿糖検出の者の割合

白尿のように、体位により蛋白尿が出やすい状態の児童もあり、蛋白尿が陽性だからといってすべてが病気というわけではない。しかし蛋白尿と血尿が合併すると、腎炎の可能性が高くなり、円柱を合併すると、より腎炎の可能性が強くなる。(なお、円柱とは尿沈渣の一種で、腎臓の糸球体から漏れ出した蛋白や赤血球などが尿に出てきたもの。顕微鏡で見ると柱のように固まって見えるので円柱という。性状によって赤血球円柱、白血球円柱、硝子円柱などがある。)

図13は学校保健統計での年齢別腎疾患の者の割合である。小学校では0.18%、中学校で0.24%、高等学校では0.23%で、やはり小学校より中学・高校の

方が多い。

腎疾患が見つかった児童生徒は、日本学校保健会の作成した学校生活管理指導表に従った事後措置を受け、必要に応じて医療機関を受診する。循環器の項で述べたように、以前は腎疾患管理指導表があったが、平成14年度から学習指導要領の改訂に伴い改正され、心臓病と腎臓病いずれも同じ指導表を使うことになった(コラム「学校生活管理指導表の見方・考え方」参照、本書39ページ)。

図14は学校保健統計から見た年齢別尿糖検出の者の割合である。

本来なら糖尿病は腎・尿路疾患ではないが、尿検診で見つかる疾患であるため、ここで紹介する。頻度は小学校で0.08%、中学校で0.16%、高等学校で0.26%であった。前述したように、学校尿検査は早朝第1尿を採取するため、朝食前の尿を採取する。従って朝食の影響は受けないが、夕食の影響の残る就寝中の尿を調べるため、糖尿病があれば尿糖が陽性になりやすい。ただし尿糖陽性者の中には、糖尿病ではないにもかかわらず尿糖が陽性になる腎性糖尿の者もあり、糖尿病の確定診断には精密検査としてブドウ糖負荷試験やHbA1c検査が必要になる。

小児糖尿病としては1型糖尿病が有名だが、学校の尿検診で発見される無症状の糖尿病の多くが2型糖尿病である。1型糖尿病でインスリン注射を行っている例や2型糖尿病で経口血糖降下剤を服用している児童は、運動時の低血糖に留意する必要があるが、過度の運動制限は児童生徒の心理的不安やQOLの低下につながることもある。学校では低血糖に注意しながらも十分な運動やスポーツができるように、主治医や学校医と連携して配慮してもらいたいものである。

(弓倉 整)

参考文献(第I章3-1~3-4)

1. 東京都教育委員会：健康づくり支援のための基礎調査報告書，2007.
2. 独立法人日本スポーツ振興センター：学校における突然死予防必携，2004.
3. 独立法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点，2005.

4. 財団法人日本学校保健会：新・学校検尿のすべて，計画から事後措置まで，2003.
- 引用  
 文部科学省ホームページ  
<http://www.mext.go.jp/>

## コラム 学校生活管理指導表の見方・考え方

学校生活管理指導表の指導区分について、現場で運動制限の目的で使われ、考え方が必ずしも一致していないという話を聞いた。そこで、学校生活管理指導表の見方・考え方について述べることにする。

学校検診の目的は、日本学校保健会の「新・学校心臓検診の実際」にもあるように、(1)医療を必要とする例を発見し、適切な治療を受けるよう指導する (2)心疾患を正しく診断し、それに応じた正しい指導区分を定め、適切な指導を行って疾病の悪化を防ぎ、さらには突然死を予防する (3)正しい指導区分を定め、過度の運動制限や無用な生活制限を解除する<sup>1)</sup>ことである。過度に運動制限を行うことは、児童生徒の発達を妨げたりQOLを低下させることがあり、避けなくてはならない。成人の心疾患では、運動制限を治療の一環として課すことがあるが、成長過程にある児童生徒では、運動制限を目的にするのではなく、どこまで運動や学校生活に参加できるようにするかという視点が重要である。

日本学校保健会では、平成12年度に新しい「学校生活管理指導表」を策定し、平成14年度から小・中学校で、平成15年度から高等学校で実施されたが、東京都立高校では平成14年度から導入した。改訂されたのは旧「心臓病管理指導表」や「腎疾患管理指導表」が、いくつかの問題点を持っていたからである。

例えば(1)具体的な運動量・種目に言及していないため、学校現場での適用に不明確な点がある (2)学校管理下の区分で、家庭生活に言及していない (3)小・中・高すべてと対象年齢が広く、特に運動量が大きくなる高校生では、一枚の管理指導表でカバーし切れない (4)運動強度の定義が明示されていない (5)医療区分の適用が疾患によって不明確になることがある (6)心臓病用と腎疾患用の間に不一致があり、使用に煩雑さがあるなどである。

これらの理由で文部科学省が平成10年度に発表した新しい学習指導要領に合わせて、日本学校保

健会内に心臓・腎臓等管理指導小委員会を設置し、新しい管理指導表を策定した。

新しい管理指導表では、名称を「学校生活管理指導表」として学校生活だけでなく、日常生活も適用できることとし、(1)新しい学習指導要領に準拠 (2)小学生用と中・高校生用に分離 (3)運動の種類とその運動への取り組み方によって運動強度を区分 (4)医療区分の廃止 (5)指導区分をAからEの5段階に区分 (6)運動強度区分の定義を明確化 (7)疾患の種類を問わず、運動制限を必要とする児童生徒には同一指導表を適用 (8)運動部(クラブ)活動への参加では、学校差や個人差を考慮するとともに選手を目指したものではない参加の仕方にも配慮する<sup>2)</sup>という改訂がなされた。

旧管理指導表の医療区分が廃止されたため、旧で「3E可」とされた例は「E可」となり、新しい管理指導表に、次回の受診時期を記入するようになった。運動指導区分も、各学年で行う体育種目が網羅され、指導区分によって行ってよい運動種目が規定され、現場の教師が指導しやすくなった。運動部(クラブ)活動禁のケースでも、マネージャーなら可というように、一概に運動部(クラブ)を禁止するのではなく融通性を持たせている。

学校生活管理指導表は、児童生徒の運動制限だけを目的としたものではない。疾病や何らかの所見を持った児童生徒が、安全かつ安心して学校生活を送れるようにすることが肝要である。現場における正しい理解と利用が求められる。今回は心臓検診を中心に述べたが、学校尿検診については、日本学校保健会の「新・学校検尿のすべて」や「腎疾患児 新・学校生活指導のしおり」を参照されたい。

### 参考文献

1. 日本学校保健会：新・学校心臓検診の実際，スクリーニングから管理まで，2003.
2. 日本学校保健会 心臓・腎臓等管理指導小委員会：心疾患児 新・学校生活管理指導のしおり，学校・学校医 用，2007.

(弓倉 整)





科学校医を委嘱している小学校は全国的に見ると半数ほどにすぎず、多くの内科学校医が眼科の健診を兼ねている現状にある。地域における医師偏在の影響が主な原因であり、何らかの改善策が望まれている。

弱視治療が可能な時期は小学校低学年までのため、今後は幼稚園や保育園における視力検査の完全実施や眼科園医による健診が切望されている。すべての弱視児が就学時までに見つかり、小学校の入学時には学習に要する十分な視機能が確保されているようにしたいものである。

## (2)裸眼視力低下者の増加

さて現在学校での視力検査では「1.0」「0.7」「0.3」の3つの指標を用い、見え方をA, B, C, D, の4段階に分けて評価する方法が採られている(370方式)。視力1.0以上に当たる「A」と0.7以上1.0未満の「B」は、教室での学習を含め学校生活にほとんど支障のない見え方とされている。「C」は視力0.3以上0.7未満に相当し、教室での学習に支障が生じる見え方とされ、0.3未満の「D」では前列の席に座っていても黒板が十分に読み取れない状態とされている。このように学校での見え方を評価した視力検査の方法は、平成4年の学校保健法施行規則の改正以降広く用いられるようになったが、保護者の一部はこの測定方法を経験していない世代であることに留意していただきたい。

さて実際の視力検査では通常1.0, 0.7, 0.3に相当するランドルト環の指標が記された「字ひとつ視力表」が用いられている。従来の「字づまり視力表」に比べて幼児をはじめとする年少者が理解しやすく、また検者にとっては児童生徒が眼を細めたりしないかを観察しやすい測定方法といえる。また4段階の評価は一般教職員にとっても、児童生徒の見え方を把握しやすく、学校現場の実情に則したものといえる。なお視力検査の報告書に用いられることの多い「A」「B」「C」「D」を説明した表を添付しておく(表1)。ただし黒板の文字や内容、クラスの人数が大きく異なる小学1年から高校3年までの児童生徒の見え方をこの表だけで一律に判断することのないよう注意したい。

文部科学省による平成18年度の学校保健統計調査によると、児童生徒の視力は「裸眼視力1.0未満の者」の割合が小学校で28.4%、中学校で50.1%、高等学

判定	視力	解釈と指導
A	1.0以上	視力は正常です 軽い遠視のことがあります
B	0.9~0.7	授業への影響はほとんどありませんが、 近視の始まりのことが多く、眼科受診をお勧めします
C	0.6~0.3	授業に影響が見られますので、眼科受診が必要です
D	0.2以下	前列でも黒板の字が見えにくく、早急に眼科を受診してください

表1 視力検査の見え方の判定表の例

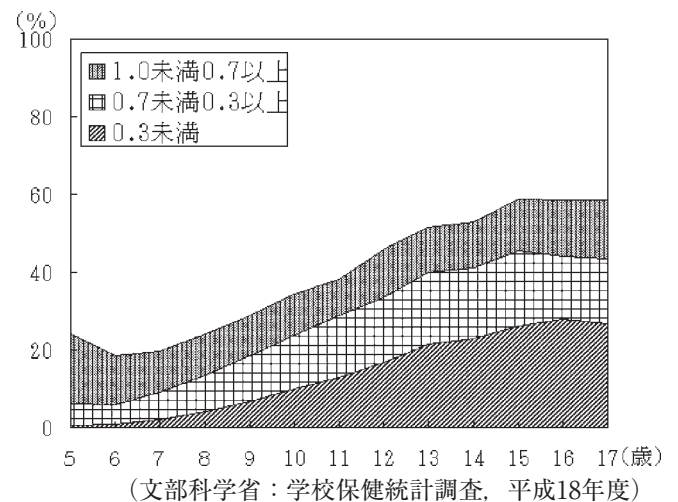


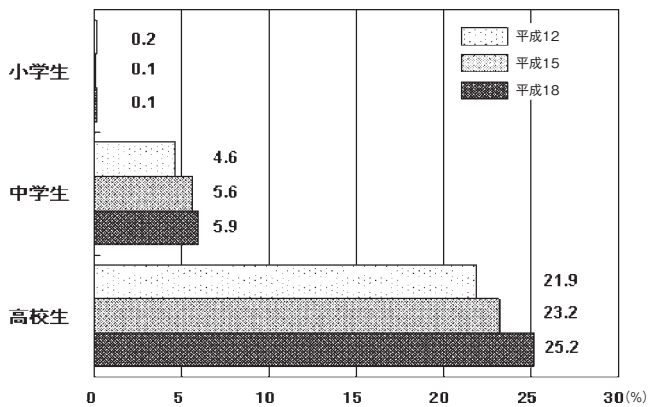
図1 年齢別裸眼視力1.0未満の者の割合

校で58.7%となっており、昨年度に比べて小学校で1.9%、中学校で2.3%、高等学校で0.3%の増加となった。小学校の28.4%は調査が始まった昭和54年度以降最も高い値となった。「裸眼視力1.0未満の者」の割合は平成10年ごろをピークとして以後は、横ばい、あるいは緩やかな減少傾向が小・中・高等学校を通じて見られただけに、小学校における今後の視力の動向には注意を払いたい。

また眼鏡などによる視力矯正が必須とされる「0.3未満の者」の割合は小学校で6.7%、中学校で20.4%、高等学校で26.8%となっており、昨年度に比べて小、中学校それぞれ0.9%、0.7%の増加、高等学校では-4.5%の減少となった。年齢別に見た裸眼視力1.0未満の者の割合ではこの「0.3未満の者」の占める割合に押し上げられる形で、年齢とともに高くなっている(図1)。またこれら視力低下の原因のほとんどが近視によるものと考えられており、何らかの対策が望まれているところである。

近視は就学以後の成長期に進行しやすく、それだけに学校保健とのかかわりは大きい。そのほとんど





(平成18年度学校現場でのコンタクトレンズ使用状況調査, 日本の眼科78(8))

図2 小・中・高等学校生別コンタクトレンズ使用割合と年度別比較

は眼球が前後に長くなる眼軸延長型の近視である。原因としては遺伝因子と環境因子が挙げられているが、環境因子における近方視と近視の関係は早くから指摘されているところである。すでに子どもたちの遊びとして定着した携帯型ゲーム機や近年小学生にも普及し始めたパソコンの影響は無視できない。子どもの安全を気遣う親心に訴えるGPS機能を利用した携帯電話の登場が話題になっているが、電話に顔がくっつきそうな姿勢でメールに没頭している子どもたちを目にすれば、近視の進行だけでは済まされない問題を抱えていることを感じるはずである。

TVに比べて視距離が短く、長時間にわたり容易に集中してしまうこれらIT機器は、大人ではIT眼症と呼ばれる一時的な機能低下をもたらす一方、成長期の子どものおいて不可逆な近視の進行を早める働きをしていると考えられている。これら子どもたちを取り巻く視環境の変化が、裸眼視力低下者の増加につながっている。なお近視を治す治療はレーシックに代表される角膜矯正手術など外科的なものに限られており、20歳未満の者は適応外とされている。チラシや雑誌広告に見る、訓練などによる民間治療については評価されておらず、現在公正取引委員会による指導が行われているところである。

近視以外で視力低下の原因となる屈折異常に遠視と乱視が挙げられるが、軽度のものでは通常の視力検査だけでの発見は難しく、医療機器を導入した屈折検査の必要性が指摘されているところである。このような例では視力検査の結果が良好な一方で、小学校高学年以降、学年が進むにつれて眼の疲れや近見障害を訴えることが多くなるのが特徴で、適切な

眼鏡の処方と指導が欠かせない。

### (3)コンタクトレンズ (CL)

(社)日本眼科医会が平成18年度に実施した全国調査によると、学校におけるCL使用者の割合は小学生では0.1%、中学生では5.9%、高校生では25.2%であった。平成15年の前回調査に比べると、小学生での増減はなかったが、中・高生では増加しており、CL使用者の低年齢化を裏付けていた(図2)。男女比は小学生では6:5と男子児童が多いが、中学生では1:2、高校生では2:3と女子が過半数を占めていた。

CLが原因で眼に何らかの異常を体験したものは中学生で49.3%、高校生で57.6%と半数前後であった。さらにCLの検査を定期的に受けていない生徒は中学生で30.3%、高校生で26.7%であった。子どもたちに眼の仕組みや働きを十分に理解させ、CLに関する正しい知識を身に付けるよう広く啓発する必要がある。

学校におけるCLの使用については安全性や価格、また学校側の美容に対する考え方が問題視され、現在もこれを好ましくないとする関係者は決して少なくない。一方CLの材質改善や装用方法の工夫、価格の低下、美容を個性とする考え方など、社会情勢の変化に伴い、学校におけるCLの装用を積極的に否定すべき点はなくなりつつある。また接触プレーの多いスポーツにおいてCLの果たす役割は大きく、増加した近視の低視力者を背景にその利用者が増えている。

しかしCLの安全性がいかに向上したとはいえ、装用による眼の反応は個々で異なり、眼科専門医による処方と適切な指導が望まれる。同時に正しい装用を継続し、定期検査を受診することが大切で、さらに眼の異常時には直ちにCLを外すなど、適切な対応ができるように、学校においても眼の仕組みや働きについての保健指導や健康教育を行っていくことが求められている。

CLによるトラブルの多くは、角膜の酸素不足と結膜のアレルギー反応によるものである。角膜は血管を持たない透明な組織であるため、外気から涙を通して酸素を取り入れて呼吸をしている。どんなに優れたCLを使用しても、装用下では角膜にとって富士山頂上付近と同じ条件になるといわれ、長時間

の装用は禁物である。試験前で深夜に及ぶ勉強が予想されるときなどには早めにCLを外し、眼鏡に替えておくべきである。眼鏡を持たないCL装用者は、眼鏡がないために、深夜に及ぶ長時間装用をしたり、眼に多少の異常を感じても構わず装用を続けるなど、トラブルにつながる危険性を多くはらんでいる。CL使用者にとって眼鏡は必携である。

さて厚生労働省は平成17年度の薬事法改正の際に、CLを今までの医療用具から高度管理医療機器（クラスⅢ）に位置付けた。CLには量販店に見られるように低価格をうたった販売競争が展開されているという社会的側面がある。多くの国民はCLを通常の物品としてとらえ、医療用具としての意識が薄れたため、不適切な装用による眼障害が多発したためといわれている。クラスⅢは正しく使っても、人体に障害を及ぼす恐れのある医療機器のことで、世界的に見ても高位のランク付けとなった。さらに平成18年度になるとCLにかかわる診療報酬が大幅に削減されるという改定が行われた。これによりCL量販店の販売競争がやや緩和された感があり、今後の動向に眼を向けたい。ただ法の網をくぐったインターネット販売や通信販売など、医療とは無縁なCL販売が横行している事実がある。しかしこのような制度改革を重ねながら国民のCL医療に対する認識は少しずつ高まっており、今後何らかの形で子どもたちの眼の健康に寄与するものと思われる。

なお特殊なCLを夜間装用することにより角膜形状を変化させ、一時的に近視を軽減するオルソケラトロジーが欧米で広まっている。香港や韓国では一

## 2. 眼疾患

### (1) 感染性眼疾患

学校保健法で規定されている眼の伝染病には第2種に指定されている咽頭結膜熱と第3種の流行性角結膜炎、出血性結膜炎がある。いずれもウイルスが原因で起こり感染力が強く、流行地においては学校内感染に対する対策が必要である。大量の眼脂と涙を伴う結膜充血を主症状とするため現場の教職員が注意していれば早急な対応が可能である。

咽頭結膜熱は別名プール熱と呼ばれ、プール活動での感染に眼が向けられがちであるが、風邪症状を伴うことから飛沫感染に対する感染経路が重視され

部の近視抑制効果の報告に乗じて小学生での使用が流行している。先に述べた平成18年度の日本眼科医学会の調査では、小学生のCL使用者の10%が本レンズを装用していたことがわかった。長期使用や若年者に対する安全性が未確認で、いまだ大学レベルでの調査段階にあるオルソケラトロジーレンズが、厚生労働省の認可を待たずに全国の小学生に広がりつつある。

### (4) 眼鏡

眼鏡は「はめ外し」が容易なため、視力が低下し始めた近視など、軽度の屈折異常に対して最初に選択される重要な矯正用具である。CLと異なり眼に直接接触することもなく、医療面でも安心して処方されるが、美容的な面から使用を嫌う子どもや保護者が少なからずいる。授業時に装用を指導するなど、現場の教職員の協力が望まれる。打撲による眼鏡の破損で眼外傷に至る例もあるが、汎用されている実情を思えば極めて少ない。テニスやバドミントンなどで眼鏡を使用する際には、保護の目的でスポーツ眼鏡の使用を推奨するが、保護者の経済的負担は少くない。

一方度数の合っていない眼鏡を掛けると眼精疲労や眼痛、頭痛を引き起こす原因ともなる。個々の眼が持つ児童生徒の屈折や調節力の特性を考えれば、適切な眼鏡を処方することは眼科専門医にとっても容易なことではない。眼鏡店による眼鏡処方には法に準拠せず、適切なレンズが選択されないために眼症状を招いたり、時には隠れていた疾病を見逃してしまうこともあるので注意したい。

学校のプールは水質管理が徹底されており、塩素によるウイルスの不活化効力を考えれば、これら眼の感染症についてはプールの水を介しての感染は少ないといえる。

なおプール出入り口にある洗眼器は感染性結膜炎の予防の目的で設置されたものと思われるが、水質管理が行き届いた現在では、洗い過ぎによる角膜への影響が指摘されており、プール活動後の洗眼については強制すべきものではない。またプールの水に含まれる塩素による角膜炎や感染予防を考えれば、ゴーグルの使用を前向きにとらえたい。



## (2)アレルギー性眼疾患

アレルギー性結膜炎は年々増加傾向にあり、大気汚染との関係が指摘されているが、スギを代表とする花粉症など季節性のものと、ダニやハウスダストを原因とする通年性のものがある。眼の痒みを訴え、症状の強いものでは学校生活に支障を来す。

アトピー性皮膚炎に併発するアトピー性角結膜炎が慢性化すると角膜病変による視力低下を来すことがある。また白内障や網膜剥離など眼内疾患を合併することもあり、皮膚科の治療下であっても眼科受診が望まれる。

春季カタルは強いアレルギー反応により上眼瞼裏側の粘膜が乳頭様増殖を起こし石垣状になる疾患で、角膜障害により視力低下を招くこともある。症状が強い場合健診時にはすでに眼科主治医の治療下にあることが多い。通常幼児に多く、就学年齢に達するころには緩解するが、最近は発症年齢も遅く、就学年齢に達しても容易に治癒しない例が増加しているとの指摘がある。

巨大乳頭結膜炎はCLの汚れや機械的な刺激により春季カタルと同様の上眼瞼粘膜の乳頭様増殖が見られる。アレルギー体質が強く関与しており、中・高生が多く使用するソフトCLで起こりやすい。

## (3)眼外傷

小学校で多く見られる眼外傷は「遊び」や「ふざけ合い」の中で起こることが多く、中学、高校と進むにつれて野球、サッカーに代表される球技を中心としたスポーツ眼外傷が増えてくる。一方エアガンやレーザーポインターなど遊具による眼外傷も子どもの眼外傷の特徴である。化学の授業における薬品の扱いに注意する、グラウンドのライン引きには炭酸カルシウムを使用するなど安全管理を充実させ、事故の発生を予防することが何よりも大切である。しかし過剰な管理下において、例えばスポーツ本来の健全な活動を萎縮させるようなことがあってはならない。何よりも児童生徒が伸び伸びとした学校生活を過ごせるような環境づくりが求められている。

## (4)心因性視覚障害

日常生活では何の支障もないように見える児童が、学校の視力検査で突然視力低下を指摘されることがある。眼科で診察を受けても近視などの屈折異常は

なく、また眼疾患があるわけでもないが、ただ一つ視力表が読めない。これは心因反応の結果として視力表が読めなくなる疾患で、心因性視覚障害と呼ばれ、しばしば視野の異常を伴う。小学3～4年の女子に多く、社会への適応はむしろ良好な、いわゆる「良い子」が罹患しやすい。通常症状は一過性で、ある時期になると回復するが、神経症を伴い重症化することもある。思春期前の不安定な心の状態が背景となっているが、問題は心因となるストレスで、家庭にあっては両親の不仲や兄弟姉妹間の葛藤が、また学校にあっては転校やいじめ、担任の教師との関係など容易に解決できないことが多い。本疾患は子どもが大人に向けた「助けを求めるメッセージ」であることを理解し、家庭や学校において適切に対応したい。

## (5)色覚異常と色覚検査

平成14年3月の定期健康診断の施行規則改正により、定期健康診断における色覚検査の実施義務はなくなり、多くの学校では平成15年度以降の色覚検査は行われなくなった。ただ文部科学省は、説明と同意に基づいた任意の色覚検査の実施を認めており、地区によっては検査継続の方向で対処するなど、その実施状況はさまざまである。色覚検査の是非については色覚異常を有する者の間でも見解が異なり、差別を助長する色覚検査は断固廃止すべきとする意見と、色覚の異常を自覚することは大切なことで色覚検査は欠かせないとする意見がある。

いずれにしても学校関係者にあっては色覚に対する理解を深め、常に色覚異常を有する者がいることを念頭に児童生徒に接する必要がある。「赤はいくつ？」など色情報だけに頼った問題は不適切といえる。詳細は専門書に譲るが、小学校では年少の色覚異常者が陥りやすい色誤認の組み合わせ、中学校、高等学校では進路先における色覚異常の扱いなどがある程度知っておくことが大切である。また黒板に使用するチョークの色は原則「白」と「黄色」に限ること、採点・添削には線の太い赤エンピツを使用すること、校内の掲示物の配色には色のバリエーションを心掛けることなどは教育に携わる者としてわきまえておきたい。

(宮浦 徹)





のために「難聴児童生徒のきこえの支援」を発行している<sup>5)</sup>。

## (2)鼻・副鼻腔に関して

近年、小・中学生ともアレルギー性鼻炎の増加が顕著であるとの報告が多く見受けられる。村田氏<sup>6)</sup>は、島根県における過去10年間における小児（幼稚園、小・中学校）アレルギー性鼻炎の動向について、慢性副鼻腔炎が微増（2.41%→2.72%）なのに対して、アレルギー性鼻炎は倍増（6.66%→13.69%）したと報告した。日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会では、通年性タイプと季節性タイプ（花粉症など）の鑑別と、季節性タイプの視診での取りこぼしを防ぐために、「保健調査票」のアレルギー性鼻炎に関する項に「春、夏、秋、冬、一年中」を追加した<sup>7)</sup>。これらを参考にしながら、特に季節性アレルギーの児童・生徒が多いと考えられる場合は、シーズン中の体育館体育への変更や保健体育授業への切り替え、休み時間や放課後の過ごし方など、その対策に関して学校側と綿密な話し合いを行うとともに、家庭や地域との連携も必要である。

とかくアレルギー性鼻炎を含めて鼻疾患は、学校生活での支障度が低いと考えられ、また本人、保護者もほかの疾患に比して自覚が少ない傾向にあるが、滲出性中耳炎などの合併症、また鼻閉による慢性頭痛、睡眠障害を起こす可能性があり、この点を学校保健委員会などで十分説明し理解させることが重要である。

## (3)口腔咽喉頭に関して

「扁桃肥大」は、健康状態、行動の機敏さ、持久走、授業中の居眠り、風邪発熱による欠席など、特に児童の学校生活に悪影響を及ぼす可能性があり、また耳疾患、鼻疾患に罹患することも多く、従って学校健診で扁桃肥大と診断し、本人、保護者に対してこのことを理解させ、その対応を考えることは重要である。今後睡眠時の呼吸障害との関連で、その対応がより重要になると予想される。

なお、平成18年度から、日本学校保健会センター事業として「睡眠時無呼吸症候群調査研究小委員会」が設置され、現在その事業を展開中である。

## (4)音声言語に関して

平成14年3月に学校保健法施行規則の一部が改正され、就学時健康診断に音声言語検査を行うための

方法が示されて以来、この方法が定期健康診断にも応用され<sup>8)</sup>、徐々にではあるが普及しつつある。今後その実施の意義が高まっていくことが期待される。特に小学生の構音異常や小児声帯結節、中学生の声変期の異常の発見など、正しい発声法の指導を行う上でも、またこの検査を行うことにより軽度の難聴もチェックされる場合があり、その診断的意義は非常に高いと考えられる。

宇高氏<sup>9)</sup>は、自院を受診した就学前後の構音障害児について検討し、機能性構音障害では置換がほとんどであるのに対し、発達障害や知的障害では歪み音が多く認められ、障害程度が強く、改善も困難であると報告した。そして耳鼻咽喉科医の積極的な取り組みを提案した。

## (5)その他

玉虫氏<sup>10)</sup>は、個人情報保護法と学校健診の関係について考察し、児童生徒のプライバシーに配慮する観点からパーティションを利用した健診の方法の試みについて報告した。健診時間が3秒前後の延長にとどまり、健診効率の低下にはならなかったと結論した。そして保健調査票の症状の記号化、診断名の記号化も健診効率を上げる方法として提案した。

野田氏<sup>11)</sup>は、プライバシー保護に配慮した学校健診に関連して、健診病名の番号化に対する中学生の意識調査の結果を、番号対病名の比は約3:2であり、「番号がよい」の理由は、「人に知られたくない」が最も多く、「病名がよい」の理由は、「わかりやすい」が最多であったと報告した。またパーティションの利用については、その設置場所と人的配置への配慮が必要であると述べた。

小川氏<sup>12)</sup>は、小・中学校における耳鼻咽喉科領域外傷の発生状況について、「独立行政法人日本スポーツ振興センター災害報告書」に基づいて調査した結果を報告した。学年別では中学2年生の男子に多く、部活動の時間が多いが、小学生では休憩時間に多かったという。傷病名では、鼻骨骨折が最も多く、次いで顔面打撲、耳介打撲、外傷性鼓膜穿孔、魚骨異物による咽頭損傷などであったが、手術を必要とする重篤なものはなかったと報告した。今後、事故を減らす予防対策の検討が望まれる。

以上、学校健診で耳鼻咽喉科領域の健康状態をチェックすることは、よりよい学校生活を送る上で

特に重要であり、その意味でも耳鼻咽喉科疾患は決して放置されるべきでなく、その十分な治療とともに、適切な対応と指導が強く求められる。

なお、平成18年1月、「言語障害の治療・相談機関一覧」の改訂が日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員

会によって行われた<sup>13)</sup>。これは全国の言語障害の取扱機関をほぼ網羅したものである。その有効な活用が期待される。

(浅野 尚)

#### 参考文献

1. (社)日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会：日本耳鼻咽喉科学会会報，2005.
2. 橋本紘治他：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
3. 愛場庸雅他：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
4. 佐伯紀子：第36回全国学校保健・学校医大会誌，2005.
5. 難聴児童生徒へのきこえの支援：日本学校保健会，2004.
6. 村田明道：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
7. (社)日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会：耳鼻咽喉科学校保健の動向，2000.
8. 声と話しことばの健康：日本学校保健会，1996.
9. 宇高二良他：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
10. 玉虫昇他：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
11. 野田益弘他：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
12. 小川真滋：第37回全国学校保健・学校医大会誌，2006.
13. (社)日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会：言語障害の治療・相談機関一覧，2006.

## 日本学校保健会ニュース

### 子どもの健康を支える人たちとの活動

学校では常に養護教諭や保健主事、栄養教諭(学校栄養士)が子どもたちの健康を見守っています。また、学校医や学校歯科医、学校薬剤士と一緒に学校保健・健康教育に携わっています。

そのほかにも地域や様々な関係機関の協力や支援によって学校保健は成り立っています。

本会の役員や理事、評議員をはじめ各種委員会の委員は、下記の団体からの推薦者のほかにも、本会が認めた学識経験者や職域の人たちで構成しています。

#### 本会構成団体

(順不同)

(社)日本医師会	(社)日本学校歯科医会
日本学校薬剤師会	(社)日本眼科医会
(社)日本耳鼻咽喉科学会	全国連合小学校長会
全日本中学校長会	全国高等学校長協会
全国学校保健主事会	全国養護教諭連絡協議会
(社)日本PTA全国協議会	(社)全国学校栄養士協議会
(社)全国高等学校PTA連合会	都道府県・指定都市学校保健会





ら繰り返し、紫外線を浴びることで、初めは修復できていた損傷が回復できなくなると、悪性腫瘍の発生などをもたらす。すなわち、幼少児期から紫外線対策をすべきだといわれるゆえんである。帽子・衣類などの着用、日焼け止めを使用するなどは必須事項である。日焼け止めクリームにはさまざまな剤形がある。また、効果にもランクがあり、SPF(Sun Protection Factor)、PA(Protection grade of UV-A)で表わされている。SPFはUVBをカットする力、PAはUVA(実際は太陽光をUVA光源に置き換えて照射し、測定した)防御力を見たものである。日焼け止めクリームにはSPFとPAの組み合わせでいろいろな効果のものが出来ている。紫外線曝露の状況に合わせて、日焼け止めを選び、時々塗り直さなければならない。

ところがプールに入る際の日焼け止めクリームの使用については、使用を許可している学校がある一方で、プールの水が汚染されるからと禁止する学校が多いのが現状である。これに関しては、すでにいくつかの報告がされているが、日小皮でも汚染に関する調査を行っている。学校教育の現場では、日焼け止めクリームを化粧品と見る向きもあるが、これは薬品に相当するものだという理解を深めていく運動が必要であり、今後も日臨皮、日小皮が中心になって進めていく方針である。

## ②学校伝染病に関する皮膚科の対応

すでに「平成17年度学校保健の動向」に記載したが、再度ここで取り上げたい。日臨皮と日小皮との共同活動の一端として改めて確認をしたからである。

学校教育の場で、伝染しまん延すると、学校生活が妨げられる恐れがある伝染病を学校伝染病として指定し、法律で定めている。その措置を設定し、まん延するのを防ぐためである。

学校伝染病に取り上げられている疾患は三種に分けられている。第一種は感染症法の第一類および第二類に相当する。第二種は飛沫感染をして児童生徒等の罹患が多く、次々に感染しやすい伝染病が決められている。結核は飛沫感染であるがゆえに第二種に入れられている。第三種は学校教育活動を通じて学校で流行を広げる可能性がある伝染病となっている。また、第三種の中にある「その他の伝染病」として、数種類の伝染病が挙げられている。

学校伝染病に関する事項で最も問題になるのが出席停止期間である。他者への伝染によって、その疾患をまん延させてはならないからである。第一種は、医療施設での管理が必要である。第二種についてはそれぞれの疾患について規定されている。しかし、結核と第三種の疾患は、「症状により学校医その他の医師において伝染の恐れがないと認めるまで」とされているが、この規定が漠然としているがゆえに、常に論議の種になっている。特に第三種の中の「その他の伝染病」の多くは、解釈の差から、現場の対応に違いがあることで問題が生じやすい。

この「その他の伝染病」は、疾患の病状がさまざまであり、各学校・教育機関によって対応方法が異なっていることが、一定していない医師の対処方法にいっそう混乱の拍車を掛けている。

そこで、日臨皮と日小皮が中心になって、平成16年に学校伝染病に対する統一見解を作成し、これは(社)日本医師会雑誌(岩井雅彦:134巻,第4号別冊,69-73,2005.)に掲載された。この内容に関して、内科・小児科・皮膚科、さらには校医から、質問や混乱が生じたとの連絡があったため、再度その統一見解を掲載するとともに、その解説も記載しておく。これらは日臨皮と日小皮の合意の見解と見なしていただきたい(表1)。

### 1)手足口病・ヘルパンギーナ

最近の手足口病の原因ウイルスはエンテロ71型ウイルスやコクサッキーA16型ウイルスが多く、ヘルパンギーナはコクサッキー群ウイルスが原因で発症する。主に飛沫感染でうつるが、糞便中のウイルスによって経口感染や水疱内ウイルスの接触によっても感染する。潜伏期は2~7日である。

ウイルス血症が起きて手掌・足蹠・体幹に赤い斑点や小水疱(水ぶくれ)が播種状ないし散在する。口内にはアフタができて疼痛を訴える。水疱が乾燥して、咽頭の炎症・口内疹が治っても糞便中にウイルスが2~4週間も排出されるため、一時的に登校停止をしても無駄ゆえ、本人の状況に応じて対処してよい。本人が口内の発疹で飲食できず脱水になったり、発熱、下痢、頭痛などの症状がなければ登校停止にする必要はない。ただし手洗いの励行など日常生活の注意が必要である。特に排便の後の手洗いを守らせる。

学校伝染病について お子さんとその保護者さんへ  
(保育園・幼稚園・学校へ行ってもよいか? 休まなければならないか?)

平成16年12月

日本臨床皮膚科医会

#### 1) 手足口病・ヘルパンギーナ

手足の水ぶくれが乾いて、口内炎が治っても、便の中には原因のウイルスが長い間出てきます。トイレで用を済ませた後は手洗いをきちんとしましょう。

口内の発疹で食事を取りにくい、体がだるい、下痢、頭痛などの症状がなければ、学校を休む必要はありません。

#### 2) 伝染性紅斑(リンゴ病)

顔が赤くなったり、腕や腿、体に発疹が出た時はすでにうつる力が弱まっていることから、発熱、関節痛などの症状がなく、本人の健康状態が良好であれば、学校を休む必要はありません。

また、いったん消えた発疹は日光に当たったり、興奮したり、入浴後などに再び出てくるがありますが、これらはぶり返しではないので心配いりません。

#### 3) 頭虱(あたまじらみ)

互いに触れ合って遊ぶ機会の多い幼児・小児に最近ではよく発生します。発生した場合はその周囲がみんないっせいに治療を始めることが大切です。

一人を出席停止にしてもすでに周りにうつっている場合もあります。頭虱は決して不潔だから感染したのではありません。頭虱だからと差別扱いしてはいけません。

治療処置を始めさえすれば、学校を休む必要はありません。

#### 4) 伝染性軟属腫(みずいぼ)

幼児・小児によく生じ、放っておいても自然に治ってしまうことがありますが、それまでには長期間を要するため、周囲の小児に伝染することを考慮して、治療します。

プールなどの肌の触れ合う場ではタオルや水着、またプールのビート板や浮輪の共用を控えるなどの配慮が必要です。

この疾患のために学校を休む必要はありません。

#### 5) 伝染性膿痂疹(とびひ)

水ぶくれやびらの滲出液を触ったり、引っかいたりすると、中の細菌で次々にうつります。特に鼻の入り口には原因の細菌がたくさんいるので鼻をいじらないようにしましょう。

病変が広範囲の場合や発熱など全身症状がある場合は、出席停止を必要とする場合がありますが、病変部を外用処置して、きちんと覆ってあれば、学校を休む必要はありません。

表1 児童生徒・保護者に向けた学校伝染病についての統一見解

## 2) 伝染性紅斑

伝染性紅斑は俗にリンゴ病といわれ、小児・学童に好発するウイルス性感染症である。ヒトパルボウイルス B19が原因である。このウイルスに感染すると約1週間でウイルス血症を起こす。この時期に発熱・全身倦怠感・頭痛・関節痛などがあり、気道からウイルスの排泄がある。感染17~18日には発疹の出現がある。関節痛・筋肉痛、微熱を伴うこともある。発疹は顔面の蝶形紅斑・平手打ち紅斑などと形容される紅斑、さらに四肢・体幹の網状紅斑が特徴であるが、症状が重症になることがめったにないこと、潜伏期が比較的長く、発疹が出現した時はすでに感染力が弱まっていることなどから、発疹を理由にして登校停止にする必要はない。しかもいったん消退した発疹は日光曝露・興奮・入浴など心身の状況で再燃する場合があります、その治癒を判定することが難しい。発熱、関節痛などの症状がなく、本人の健康状態が良好であれば登校させてよい。欠席者が多くなったり、流行状況が拡大したり、合併症などの発生があつて、保護者の不安などが多ければ、校

長が学校医と相談の上、第三種学校伝染病の扱いをする。

## 3) 頭虱(あたまじらみ)

毛虱(けじらみ)や衣虱(ころもじらみ)と異なり、頭虱は、特に戯れて遊ぶ幼児・小学生間に感染者が見られる。発生した場合はその患児童の属する集団全体で駆除すべきである。また近年は学習塾などで集団の規模の拡大があり、場合によっては地域ぐるみで治療が必要となる。

集団生活においては早期発見・早期治療が必要である。ヒトから離れても成虫は72時間余、卵は10日間ほど生きているため、帽子、マフラー、ブラシ、櫛などの共用を避け、シーツ、枕などのリネン類をよく洗う。毛髪に付着した卵はできる限り梳き櫛(すきぐし)などで除去する。

一個人を出席停止にしても周囲への感染が隠れている場合や、いじめなどの個人差別の扱いが問題になる場合があります、むしろ患者およびその周囲への指導と理解を得ることの方が重要である。出席停止にする必要はまったくないし、治療を始めさえすれば、



プールも構わない。

#### 4) 伝染性軟属腫

幼児に好発する軟属腫ウイルスによる感染症で俗に「みずいぼ」といわれる。米粒大くらいまでの小結節で、中央に陥凹があり、圧すると白い粥状の物質が押し出されてくる。これがウイルスを含有した塊で、周囲に付着すると接種でうつる。ウイルスに対する抗体ができれば自然治癒するが、それまでに長期を要するため何らかの処置を必要とする。正常皮膚に対してのうつる力はそう強いものではないが、「うつる」ということ、さらにアトピー性皮膚炎患児への感染では、みずいぼの部位の搔痒による搔破で皮膚炎の悪化を招く原因になったり、軟属腫の自家接種を生じて増数することなどを考慮するならば、発疹の数が少ないうちに積極的に治療すべきである。

プールなどの肌の触れ合う場ではタオルや水着、またプールのビート板や浮輪の使用を控えさせるなどの配慮が必要である。この疾患のために登校停止にする必要はまったくない。

#### 5) 伝染性膿痂疹

黄色ブドウ球菌が原因の水疱やびらんを形成する型と、溶血性連鎖球菌が原因の厚い痂皮や膿疱を伴い炎症が強い型がある。後者はアトピー性皮膚炎に合併して、時には高熱、蛋白尿など全身症状を伴うこともある。

かゆみで搔破すると、病変部のみならず滲出液・痂皮などの接触によって感染・拡大するため、きちんと覆って病変部位に触らないようにさせる。

細菌が産生する毒素によって発熱など全身症状を伴っている場合は抗生物質の全身的投与が必要で、症状が消失するまで登校停止とする。

通常の膿痂疹では治療処置がされ、病変部がきちんと覆ってあれば登校させて構わない。

清潔にすることが必要であり、爪を切る、シャワー・入浴をきちんとする、治るまではプールは避けるなどの注意が必要である。

#### ③ アトピー性皮膚炎と学校におけるシャワー問題

アトピー性皮膚炎はかつては小児期の皮膚病変で、学童期には軽快していくといわれていたが、現在では成人型さえも少なくなく、多くの児童・生徒が悩まされている疾患である。強いかゆみを伴う皮膚の

炎症で、その発症にはアレルギーが大きく関与しているが、細菌・真菌感染、皮膚の乾燥や湿潤、皮膚のバリア機能の低下、嗜癬、心因性問題など多くの要素が関与している。かゆみのために不眠、集中力が低下したり、皮膚病変による容貌の問題などさまざまな点で社会的にも取り上げられてきている。

文部科学省「アレルギー疾患に関する調査研究委員会報告」(平成19年)によれば、全国の公立小・中・高等学校・中等教育学校の調査で、対象児童生徒数約1,277万人のうちアトピー性皮膚炎の有病者数699,086人、有病率5.5%、学校別では小学生6.3%、中学生4.9%、高校生4.0%、中等教育学校生6.6%であった。しかし、これは学校が把握しえた数であり、実際には10%前後とされている。この調査を踏まえて、日臨皮は学校における児童・生徒のシャワー浴の実現と関連健康教育方法の開発を課題として研究計画をしている。

運動後に汗をかいたままにしておくと、アトピー性皮膚炎の悪化を見ることはよく知られている。そこで、学校生活でアトピー性皮膚炎を持つ学童・生徒がシャワー浴をして症状の軽快を図れるようにするにはどのような問題が発生し、解決しなくてはならないかを検討していく計画が起こされた。

特にアトピー性皮膚炎と汗の関係に注目し、皮膚症状の悪化の誘引になると積極的に呼び掛けている広島大学皮膚科が中心になって、このアトピー性皮膚炎とシャワー浴に取り組んでいるのが広島県である。すでに平成17年から学校の中でシャワー浴の推進を図り、設備の実態調査、シャワー浴のパイロットスタディーをも行っている。現在広島県では小学校53.3%、中学校34.8%、高等学校30.2%に温水シャワーが設置され、シャワー浴が実践され、しかもその有用性が養護教諭のアンケートで示されているという。これらの事実をもとに、アトピー性皮膚炎の児童・生徒にその必要性を知らしめると同時に、学校保健の場・教育の場で、理解を得て、患児たちが差別を受けたり、逆に不必要な要求をしたりせぬ実用的な対処法としていきたい、というのがこのプロジェクトの趣旨である。

今後のこの調査研究が発展し、欧米並みに各学校にシャワー施設が設置されるようになることを期待したい。



## (2)今後の計画

現在、前述のように、

- ①アトピー性皮膚炎—学校生活における管理と指導
  - ②おしゃれ障害—“きれいになりたい”から始まる健康障害
  - ③紫外線と皮膚—ホントは怖い紫外線
  - ④学校保健における感染症—学校伝染病：疾患とその対応
- などの内容で、すでにテキスト・資料が出来上がっている。今後は学校生活における救急処置や性感染症などの資料を作っていく計画がある。これらの既成の資料を駆使し、学校・施設からの講演・勉強会などの要望に応じていくことが可能である。学校教

育現場で児童・生徒へ、保護者へ、教員へなどそれぞれの要請に応じた内容で皮膚疾患を理解してもらい、学校生活を快適に過ごしてもらうためにそれぞれの皮膚科医個人および皮膚科の団体が動いている。

追記：講演・勉強会などを希望される学校・施設・団体は最寄の医師会または皮膚科医会を通じて日本臨床皮膚科医会事務局（FAX03-3221-0756）または日本小児皮膚科医会事務局（FAX03-5388-5193）へ連絡されたい。希望に沿うような内容で、会合に協力できるはずである。

（日野治子）

## 日本学校保健会ニュース



## 21世紀新しい時代の健康教育推進学校表彰

平成14年度から実施しているこの事業は、現代の学校における様々な健康課題について、積極的に取り組んでいる学校を表彰することで学校のはげみとなり、健康教育の推進につながることを期待して行っています。

これまで最優秀校・優秀校として表彰された各学校の取組は、「21世紀・新しい時代の健康教育推進学校の実践集」としてまとめ、本会より発行しています。

### 【平成18年度学校表彰 最優秀校】

岩手県一戸町立一戸南小学校  
埼玉県川口市立領家小学校  
熊本県熊本市立出水南小学校  
香川県立高松南高等学校

群馬県中之条町立中之条小学校  
東京都文京区立明化小学校  
岩手県二戸市立金田一中学校  
群馬県立前橋高等養護学校



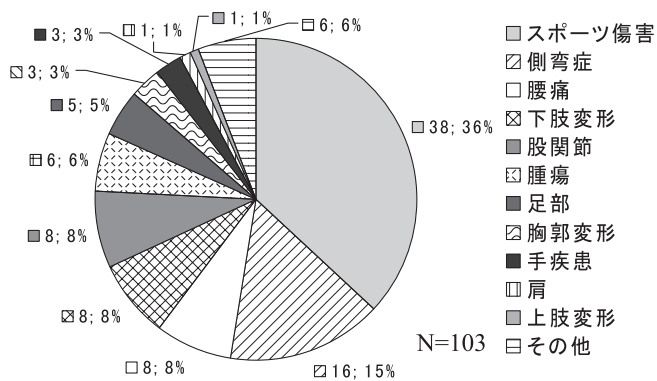


図 2-1 運動器疾患の内訳 (平成17年度)

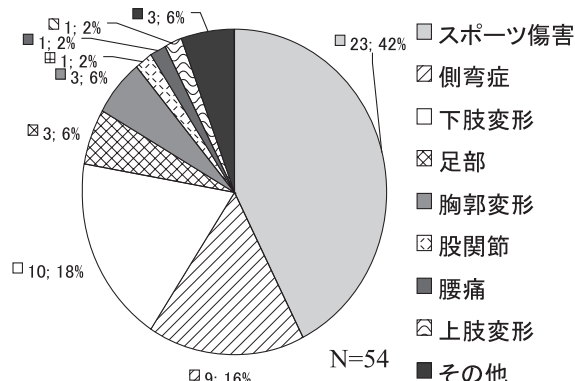


図 2-2 運動器疾患の内訳 (平成18年度)

学年別に見ると、小学生では、スポーツ傷害が12名(26%)、側弯症が5名(21%)であった。また中学生では、スポーツ傷害が12名(54%)と過半数を占め、足・足部疾患が4名(18%)であった。

両年度を通じて、罹患疾患にスポーツ傷害や側弯症が多いこと、小学生では側弯症・スポーツ傷害が、中学生以降ではスポーツ傷害が主たる運動器障害であることが判明した。

### 3. 運動器障害の罹患部位

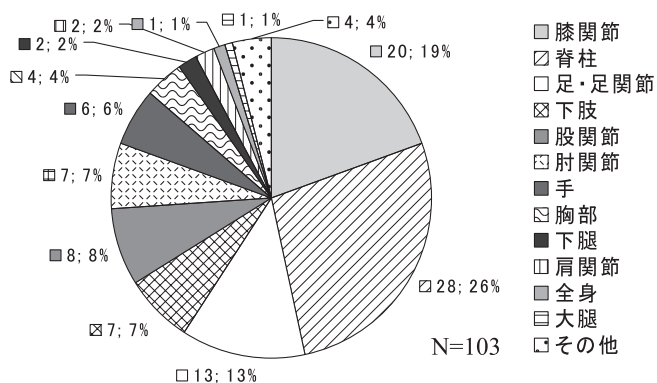


図 3-1 運動器疾患の罹患部位 (平成17年度)

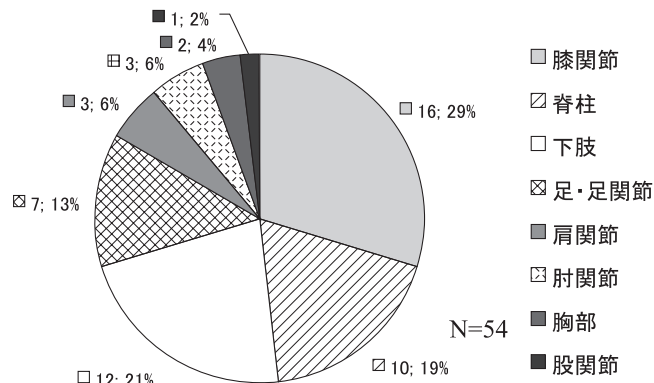


図 3-2 運動器疾患の罹患部位 (平成18年度)

平成17年度の運動器検診では罹患部位が全体では脊柱が28名(26%)、膝関節20名(19%)、足・足関節が13名(13%)、股関節8名(8%)、下肢、肘関節がそれぞれ7名(7%)、手6名(6%)、胸部4名(4%)であった(図3-1)。

一方平成18年度運動器検診では、罹患部位が全体では膝関節16名(29%)、脊柱が10名(19%)、下肢が12名(21%)、足・足関節が7名(13%)であった(図3-2)。

学年別に見ると、小学生では脊柱が14名(30%)を占め、次いで肘6名(13%)、手と足部・足関節が5名(11%)であった。一方中学生では、膝関節が14名(38%)であり、次いで脊柱が9名(25%)、足・足関節が3名(8%)であった。高校生では脊柱、足・足関節が5名(24%)、膝、股関節、肘関節が3名(14%)であった。

学年別に見ると、小学生では膝関節6名(25%)、脊柱と下肢が5名(21%)であった。一方中学生では、膝関節と下肢が10名(37%)、6名(22%)と過半数を占め、次いで脊柱と肩関節が3名(11%)であった。高校生では脊柱が2名、下肢が4名であった。

両年度を通じて、障害部位では膝関節、脊柱、足部・足関節が1~2割を占めることが明らかになった。

### 4. 運動器障害と運動部活動との関連

平成17年度の運動器検診の結果から運動器障害の罹患疾患と運動部活動との関連を明らかにするため

に、スポーツ少年団も含めて何らかの運動部に所属している運動部群67名と所属していない非運動部群

36名の運動器障害の罹患疾患を比較した。運動部群では上位3位を占める疾患が、スポーツ傷害30名(46%)、脊柱側弯症、腰痛症各7名(10%)であったのに対して、非運動部群では脊柱側弯症9名(24%)、スポーツ傷害8名(22%)、下肢変形6名(17%)の順であった。運動部群では非運動部群に比して有意にスポーツ傷害の発症率が高かった。

一方同様の比較を、平成18年度の運動器検診結果

## 5. 考 察

平成17年度および18年度の2年にわたる小・中・高等学校における運動器検診結果から、普通学校における児童・生徒の各種運動器疾患の発生頻度は少なくとも10~20%であると推定できる。この発生頻度を平成16年度学校保健統計調査におけるほかの疾患と比較すると、運動器疾患の罹患率は、う歯(むし歯)、視力低下に次いで比較的高いものであり、決して看過できない発生率であるといえる。またその特徴は、学年が進むにつれて罹患率が上昇することであった。

以上の発生頻度の経年的な増加傾向や種類の特徴の理由として、学年が進むにつれて課外活動としての運動部活動やスポーツ少年団などでの運動の機会が増すためと考える。その証左として、小学生では主な罹患疾患では脊柱側弯症とスポーツ傷害が半ばするのに対して、中学生以降ではスポーツ傷害が主

に基づいて行った。すなわち運動部群39名と所属していない非運動部群14名の罹患疾患を比較すると、運動部群ではスポーツ傷害21名(49%)と約半数を占めるのに対して、非運動部群ではスポーツ傷害は5名(36%)であり、ほかは脊柱側弯症4名(29%)、下肢変形3名(21%)であった。前年度と同様に運動部群では非運動部群に比して有意にスポーツ傷害の発症率が高かった。

な罹患疾患となっていることが挙げられる。

また、障害部位では脊柱のほかにスポーツ傷害の生じやすい膝関節、足部・足関節が多いことや学年を経るに従い下肢や腰部の障害が増加することもそれに基づくといえる。このことは運動部群では非運動部群に比して有意にスポーツ傷害が多いことから明らかである。

以上のような小・中・高等学校における運動器障害の発生頻度や種類の特徴から、従来行われてきた学校における定期健康診断では必ずしも対応できない運動器障害が潜在的にかなりの発生頻度を持って存在することが判明した。従って、これらの運動器障害の早期発見、早期治療のための体制を早急に確立する必要がある。

(内尾祐司)

### 参考文献

1. 葛尾信弘：学校における運動器健診体制の整備モデル事業，平成17年度「学校における運動器健診体制の整備モデル事業」報告書，「運動器の10年」日本委員会編，2006。
2. 葛尾信弘：学校における運動器健診体制の整備モデル事業，平成18年度「学校における運動器健診体制の整備モデル事業」報告書，「運動器の10年」日本委員会編，2007。





(本)

区 分	平成 8 年	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	
計	3.51	2.28	2.09	1.91	1.82	1.71	
喪失歯数	0.04	0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	
むし歯 (う歯)	計	3.46	2.24	2.06	1.88	1.79	1.68
	処 置 歯 数	2.56	1.55	1.40	1.25	1.19	1.08
	未処置歯数	0.90	0.69	0.65	0.62	0.60	0.60

(文部科学省：学校保健統計調査，平成18年度)

表 2 12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯（う歯）などの数

透してきた結果，それに伴って，低濃度のフッ素配合歯磨き剤の市場のシェア率が高率となって，むし歯発生および進行の抑制効果が増したものと推測される。また，むし歯の初期様変化（いわゆるCO；要観察歯）が学校歯科健康診断に導入されるようになり，従来C（むし歯）として診断されていた状態がCOに区分されるようになったことも関係しているよう。

過去のむし歯の診断では，必ずしも視診でう窩がなく褐色窩溝あるいは探針を用いてのsticky感によってむし歯と診断されたことが，検診者によって初期むし歯の検出に差を生じる一因にもなっていた。現在，国際的にも初期むし歯の診査には探針を用いず，視診によって明らかにう窩が確認されてむし歯と診断されている。学校での健康診断はスクリーニングであるとの位置付けが明確にされ，さらに継続的観察のための臨時健康診断が行われることになって，「視診ではむし歯とは断定できないが，初期病変の疑いある歯をCO」とした。また現在では探針

を用いるのは歯面に堆積している歯垢を取り除くことを目的にしている。

COは，現在むし歯と断定できないが，むし歯の初期病変の疑いがあり，引き続き口腔環境が悪ければむし歯に移行する可能性が高く，また，逆に口腔環境が改善されれば，健全な状態に移行する可能性のある歯である。そこで，COは検診後の事後措置が重要になり，継続的な観察を行うため，臨時健康診断を行うことが必要である。さらにCOの事後措置の保健指導を適切に行うには，保健調査，生活行動評価，リスクファクター調査などの個別的な資料の活用が必要である。また，むし歯有病率の高い地域，あるいはハイリスクの児童生徒などについては，学校歯科医および養護教諭が個別的な保健指導や健康相談の対応を行いながら，このCOの意義を十分に理解する地域の医療機関（かかりつけ歯科医）と連携を取りながら，歯科医療機関で精密検査とフッ化物の応用などの予防処置を含む管理と指導が必要である。

## 2. 歯・口腔の外傷

平成18年度独立行政法人日本スポーツ振興センターによる歯の障害による障害見舞金給付は表3に示した。

歯牙障害は全体の給付率の22.73%であって高い割合を示している。

現在わが国の子どもの死亡・病気の原因のトップが事故，ケガによるとされているが，これに関連するように，口・歯でも事故やケガによる障害が増えつつある。その原因は，運動・反射能力の低下など子どもの体側の変化も考えられるが，むしろ幼児児童生徒が暮らす地域・住宅の環境，スポーツの種類，

遊びの内容などが変化してきたことが，口や歯のケガが多くなってきた理由と思われる。特に近年では，児童生徒の屋外での球技が盛んになるに従い，歯・口の外傷が増えてきている。

児童生徒の口と歯の外傷の一般調査によると，子どもの15～16%に口・歯のケガの経験があるとされている。そして，ケガが最も見られる年齢は，7歳から10歳であって，そのピークは8歳ごろである。なお，スポーツによる外傷がよく見られる年齢は全体にこれに比べ年齢が高くなる。

児童の事故・ケガによる歯の障害がよく見られる

I

健康管理の動向

3

3-9

児童生徒の健康  
管理  
・  
口腔  
外科

障害種別	学校種別						計	率
	小学校	中学校	高等学校	高等専門 学 校	幼稚園	保育所		
	件	件	件	件	件	件	件	%
歯 牙 障 害	8	27	80	0	0	0	115	22.73
視力・眼球運動障害	17	31	68	1	0	0	117	23.12
手指切断・機能障害	6	8	18	0	0	1	33	6.52
上肢切断・機能障害	1	3	7	0	0	0	11	2.17
足指切断・機能障害	0	0	1	0	0	0	1	0.2
下肢切断・機能障害	0	1	6	0	0	0	7	1.38
精神・神経障害	4	8	27	0	1	1	41	8.1
胸腹部臓器障害	0	8	7	0	1	0	16	3.16
外貌・露出部分の 醜 状 障 害	72	27	25	1	4	12	141	27.87
聴 力 障 害	3	3	9	0	0	0	15	2.96
脊 柱 障 害	1	1	5	0	0	0	7	1.38
そしゃく機能障害	0	1	1	0	0	0	2	0.4
計	112	118	254	2	6	14	506	100.00

注：障害の件数は、傷病が治癒・症状固定したときに在籍していた学校種別による。

(独立行政法人日本スポーツ振興センター統計情報，平成18年度)

表3 障害見舞金の給付状況（学校種別・障害種別の給付件数）

時期や歯の障害の内容は、歯の生え方に大きく影響を受ける。最も障害の頻度が多い上顎中切歯は、歯が生えて間もない時期に隣り合う側切歯が生えてない孤立の状態にあるとき、すなわち7～8歳ごろに最も障害を受ける。そのため、ケガの状態も歯の脱臼が多くなる。また、児童生徒の歯列不正、不正咬合の状態も歯のケガの発生に影響する。特に上顎前突の児童は、正常な歯並びの子どもに比べ、ケガによる歯の障害を受けやすい。

学童期の歯のケガで最も心掛けるべきことは、ケガを受けた直後の対応である。この面で児童生徒の周辺にいる学校関係者および保護者の対応が重要である。その対応法によって児童の歯が残せるか否かが決まり、また治療した後の良しあしにも影響する。

歯のケガの内容には、大別して歯の破折と脱臼がある。低年齢であればあるほど歯の脱臼が多く、年齢とともに歯の破折が多くなる。

歯に強い外力が加わると、歯と歯槽骨とを線維で接合している歯根膜が離断、剥離して歯の位置がずれたり動いたりする。この状態を歯の脱臼という。歯の破折には歯冠と歯根の破折に大別される。歯冠

の破折は、歯の表面を覆うエナメル質のみに局限したものと、さらに深部の象牙質に及ぶものに分けられる。象牙質の破折は、食べ物を噛んだり飲み物を飲んだりすると歯が染みたり、痛みを感じるのである程度見分けられる。このような症状は歯髄組織(俗にいう神経)が露出しているか近接している証拠であって、できるだけ早い時期に適切な処置をしないと、歯髄組織は感染による炎症を起こし組織を全部取ることになる。また万一、歯冠全体が動くようであるならば、歯根部分での破折が疑われる。このような症例では、早い時期に動揺する歯冠部分を固定すれば歯を残すことが可能であるが、このようなとき受傷から処置までの時間が、歯を残せるか否か、あるいは予後に大きく影響する。

歯が完全に脱落した際、歯が泥で汚染されており、また、歯根に組織片が付着しているときは、組織片を含めてきれいに洗い流して医療機関を訪れることが多いが、むしろ組織片をきれいに洗い流さないで簡単に水洗いする。そして重要なことは、脱落した歯を乾燥させないよう常備している保存液(瓶)、生理食塩水あるいは牛乳などに浸して早い時期に歯

科医院を訪れる。

歯が動揺し脱臼したときの処置は、隣在する健全な歯に受傷歯を固定する。約1カ月で固定装置は除去されるが、その後の予後を観察するため、必ず歯科医院での定期的な診察を受けることが必要である。また下顎骨を強打した場合、歯には大きな損傷を与えなくても、その衝撃が顎関節部に何らかの影響を及ぼして、将来、顎関節部の雑音、痛み、開口障害など顎関節様症状が現れ、顎関節症の誘因になることがあるので、このようなケガのときには、特に注意が必要である。

スポーツによる口・あご・歯のケガを予防するに

は、スポーツをするとき、頭部・顔面にヘルメット、プロテクターを装備し、口腔内はマウスガード、マウスピースを装着するようにする。これによってかなりのケガによる障害を防ぐことができる。わが国は、欧米など先進諸国に比べ、ケガの予防法について普及や指導が非常に遅れている。従って保護者、関係する周囲の大人による子どもへの指導が必要である。学校保健関係者も保健学習などを通じて日ごろから児童生徒に対し、これらケガの予防に対する保健教育を行うことが必要である。

(赤坂守人)

## 日本学校保健会ニュース

- 子どもたちの元気な笑顔と健やかな成長のために
- 保健活動のバックアップが日本学校保健会の仕事です

### 歯・口の健康対策

## 健康への意欲を育てるには、まず歯と口から

- ・ 健康診断や保健指導の進め方に関する啓発資料及び委託県の実践事例集の作成。
- ・ 委託県での推進事業実施など。





# 4 児童生徒のメンタルヘルス

## 1. 不登校，暴力，いじめなどの統計

### (1)不登校（速報値）

平成19年度学校基本調査速報（平成19年8月）<sup>1)</sup>によれば，平成18年度間の長期欠席者（30日以上）の欠席者数は，小学校6万1千人（前年度間より2千人増加。対前年度比3.5%増），中学校13万5千人（前年度間より7千人増加。対前年度比5.3%増）の合計19万7千人（前年度間より9千人増加。対前年度比4.8%増）である。

このうち「不登校」を理由とする児童生徒数は，小学校2万4千人（前年度間より1千人増加。対前年度比4.9%増），中学校10万3千人（前年度間より3千人増加。対前年度比3.4%増）の合計12万7千人（前年度間より4千人増加。対前年度比3.7%増）である（図1，表1）。

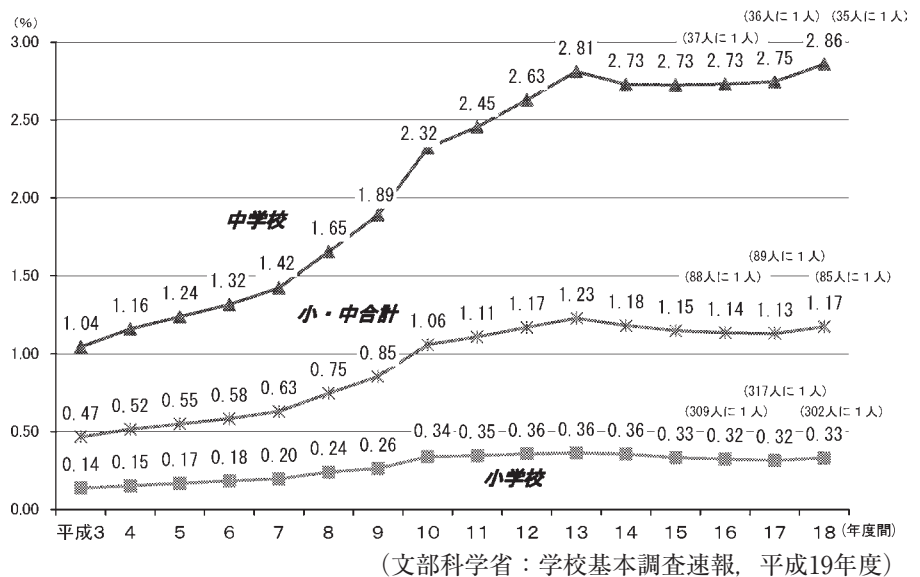


図1 全児童，生徒数に占める「不登校」の比率

平成14年度から連続して減少してきていた数値が，平成18年度において（速報値であるが）増加の兆しを見せている。その理由は現時点では不明であるが，平成18年度には，いわゆるいじめ自殺事件が相次いで報道され社会問題化したことから，「いじめられ

区分	小学校・中学校合計			小学校			中学校		
	計	うち「不登校」	全生徒数に占める「不登校」の比率	計	うち「不登校」	全生徒数に占める「不登校」の比率	計	うち「不登校」	全生徒数に占める「不登校」の比率
平成3年度間	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)	(人)	(人)	(%)
4	168,303	66,817	0.47	65,234	12,645	0.14	103,069	54,172	1.04
5	179,121	72,131	0.52	70,746	13,710	0.15	108,375	58,421	1.16
6	175,603	74,808	0.55	67,517	14,769	0.17	108,086	60,039	1.24
7	183,199	77,449	0.58	70,598	15,786	0.18	112,601	61,663	1.32
8	187,825	81,591	0.63	71,047	16,569	0.20	116,778	65,022	1.42
9	208,443	94,351	0.75	78,096	19,498	0.24	130,347	74,853	1.65
10	223,334	105,466	0.85	81,173	20,765	0.26	142,161	84,701	1.89
11	227,991	127,692	1.06	82,807	26,017	0.34	145,184	101,675	2.32
12	221,178	130,227	1.11	78,428	26,047	0.35	142,750	104,180	2.45
13	223,570	134,286	1.17	78,044	26,373	0.36	145,526	107,913	2.63
14	225,762	138,722	1.23	77,215	26,511	0.36	148,547	112,211	2.81
15	204,112	131,252	1.18	68,099	25,869	0.36	136,013	105,383	2.73
16	193,327	126,226	1.15	62,146	24,077	0.33	131,181	102,149	2.73
17	186,963	123,358	1.14	59,305	23,318	0.32	127,658	100,040	2.73
18	187,649	122,287	1.13	59,053	22,709	0.32	128,596	99,578	2.75
19	196,568	126,764	1.17	61,096	23,824	0.33	135,472	102,940	2.86

（文部科学省：学校基本調査速報，平成19年度）

表1 小学校，中学校の理由別長期欠席児童生徒数（30日以上）

るなら学校に行かなくてもいい」と考える保護者が増えたためではないかという見方もある。

## (2)暴力行為

「生徒指導上の諸問題の現状について」（平成18年12月）<sup>2)</sup>によれば、平成17年度に公立の小・中・高等学校の児童生徒が起こした暴力行為の発生件数は、学校内において30,283件〔前年度30,022件〕（小学校2,018件〔前年度1,890件〕、中学校23,115件〔前年度23,110件〕、高等学校5,150件〔前年度5,022件〕）、学校外において3,735件〔前年度4,000件〕（小学校158件〔前年度210件〕、中学校2,681件〔前年度2,874件〕、高等学校896件〔前年度916件〕）、学校内外での合計は、34,018件〔前年度34,022件〕であり、学校内が前年度より若干増加し、学校外が5年連続減少、合計は前年度とほぼ同じである。

暴力行為が学校内で発生した学校数は5,720校（小学校725校、中学校3,294校、高等学校1,701校）であり、全学校数に占める割合は15.4%（小学校3.2%、中学校32.2%、高等学校41.7%）となっている。学校外で暴力行為を起こした児童生徒が在籍する学校は2,324校（小学校127校、中学校1,527校、高等学校670校）であり、全学校に占める割合は6.3%（小学校0.6%、中学校14.9%、高等学校16.4%）である。

形態別では、小・中・高等学校いずれも生徒間暴力が最も多く17,565件（小学校1,073件、中学校12,960件、高等学校3,532件）となっており、器物損壊、対教師暴力、対人暴力が続く。

加害児童生徒数は37,186人であり、学年別に見ると、中学3年生が11,197人と最も多く、全体の30.1%を占めている。性別で見ると、男子が約9割を占める。

なお「暴力行為」とは、「自校の児童生徒が起こした暴力行為」を指すものとし、「対教師暴力」、「生徒間暴力」（何らかの人間関係がある児童生徒同士の暴力行為に限る）、「対人暴力」（対教師暴力、生徒間暴力を除く）、学校の施設・設備等の「器物損壊」の4形態に分類されている。

この数年、校外暴力は微減傾向にあるのに比べ、校内暴力は若干の変動はあるものの微増傾向にある。近年、特に小学校における全般的なコミュニケーション能力の低下がこうした暴力行為に関与している可能性も指摘されている。

## (3)いじめ

「生徒指導上の諸問題の現状について」によれば、平成17年度における公立の小・中・高等学校の児童生徒および特殊教育諸学校におけるいじめの発生件数は、20,143件〔前年度21,671件〕（小学校5,087件〔前年度5,551件〕、中学校12,794件〔前年度13,915件〕、高等学校2,191件〔前年度2,121件〕、特殊教育諸学校71件〔前年度84件〕）であり、2年連続減少した。

いじめが発生した学校数は、7,378校（小学校2,579校、中学校3,538校、高等学校1,223校、特殊教育諸学校38校）であり、全学校数に占める割合は、19.4%（小学校11.3%、中学校34.6%、高等学校30.0%、特殊教育諸学校4.0%）である。

いじめの発生件数を学年別に見ると、小学校から学年が進むにつれて多くなり、中学1年生が5,967件で最も多く、全発生件数の29.6%を占めている。

学校がいじめをどのように知ったかについては、小学校では「保護者からの訴え」、中学校・高等学校・特殊教育諸学校では「いじめられた児童生徒からの訴え」がそれぞれ最も多い。

いじめの態様については、小・中・高等学校では「冷やかし・からかい」、特殊教育諸学校では「暴力を振るう」がそれぞれ最も多い。

平成17年度に発生したいじめのうち、90.6%が年度内に解消している（小学校89.5%、中学校90.3%、高等学校94.8%、特殊教育諸学校90.1%）。

いじめの問題に対する対応については、いずれの校種においても、「職員会議等を通して共通理解を図った」、「学校全体として児童・生徒会活動や学級活動などにおいて指導した」、「教育相談の体制を整備した」が多い。

なお、「いじめ」については、「①自分より弱い者に対して一方的に、②身体的・心理的な攻撃を継続的に加え、③相手が深刻な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない」として件数を把握している。

一時増加に転じていたいじめ件数は若干減少傾向にあるともいえるが、依然としてかなり高い値で推移している。また、平成18年度にはいじめに関連するとされる自殺の報道が多数見受けられたことから、平成19年12月に発表される平成18年度確定値に関心が集まっている。

#### (4)自殺

「生徒指導上の諸問題の現状について」によれば、平成17年度における公立の小・中・高等学校の児童生徒の自殺者は103人〔前年度126人〕である。原因別では、「家庭事情」「精神障害」などの割合が比較

的多い。

しかしすでに記したように、平成18年度にはじめに関連するとされる自殺の報道が増えたことから、平成19年12月に発表される平成18年度確定値に関心が集まっている。

## 2. 心の健康の指標

学校現場においては、児童生徒に可能な限り負担を掛けず、簡便にメンタルヘルス状態のおおよその良しあしを判断できるような指標が求められている。このような観点から、文部科学省の各種調査結果をもとに、最近いくつかの指標が新たに作成され、定期的な全国調査に用いられている。特にこれらメンタルヘルスの指標と生活習慣との関連に関心が高まっている<sup>3)</sup>。

### (1)心の健康を把握する4指標

「心の健康と生活習慣調査報告書」<sup>4)</sup>(平成14年3月)によれば、児童生徒の心の健康状態を体系的に把握し、生活習慣との関連を検討するためには以下の四つの領域が重要である。

- ①自己効力感（現在の環境下における自己への信頼感。ストレスへの抵抗力，対応の原動力となる資質）
- ②不安傾向（いいようのない焦燥や無気力，理由なき自己嫌悪等，精神的なストレス等がもたらす心理的症状）
- ③行動（喧嘩や破壊，無為や欠席の種々の問題を引き起こす，ストレスと関連して引き起こされる問題行動）
- ④身体的訴え（精神的ストレスから生じる，頭痛，腹痛，下痢，吐き気，倦怠感等の身体的症状）  
この4領域が該当する。

この結果を踏まえて、平成14年度から日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書」<sup>5)</sup>に新たに「心の健康を把握する4指標」が追加された。

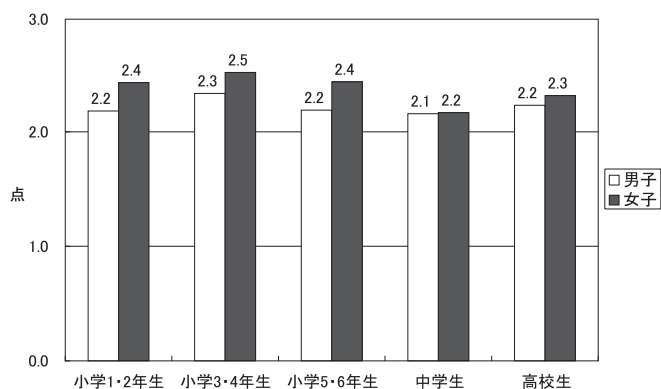
上記サーベイランスの平成18年度調査速報において、「自己効力感」の尺度得点値は、小学生から中学生にかけて減少し、高等学校生で元へ戻る傾向が見られ、全般的に男子より女子の方が高い傾向が見られる（図2）。「不安傾向」の尺度得点値は、小学生に比べて、中学生・高等学校生で急激に高くなる

傾向がある。また小学生を除いて男子より女子の方が高い傾向がある（図3）。「行動」の尺度得点値は、小学生に比べて、中学生・高等学校生で高くなる傾向がある。また小学生を除いて男子より女子の方が高い傾向がある（図4）。「身体的訴え」の尺度得点値は、小学生に比べて、中学生・高等学校生で高くなる傾向がある。また男子より女子の方が高い傾向がある（図5）。

### (2)気分の調節不全傾向

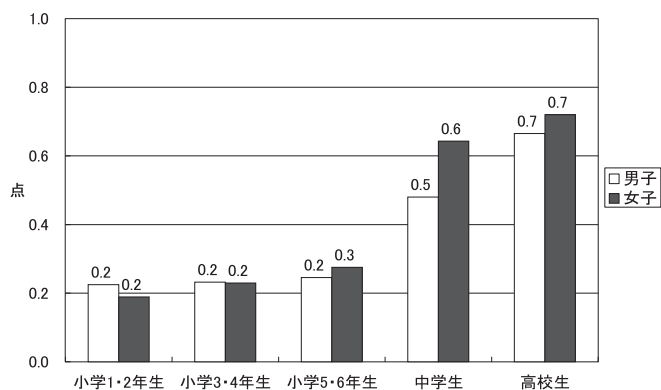
「気分の調節不全傾向」は、児童生徒の気分や感情のトラブルを簡便にとらえるために作成された指標である。気分・感情面に関するメンタルヘルスの良しあしの判断ができるような判断基準が示されている（図6）。

平成18年度「児童生徒の健康状態サーベイランス



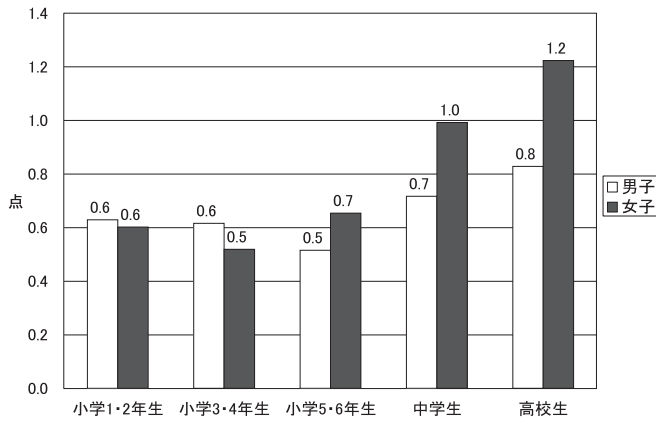
(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報値，平成18年度)

図2 「自己効力感」の得点の平均値



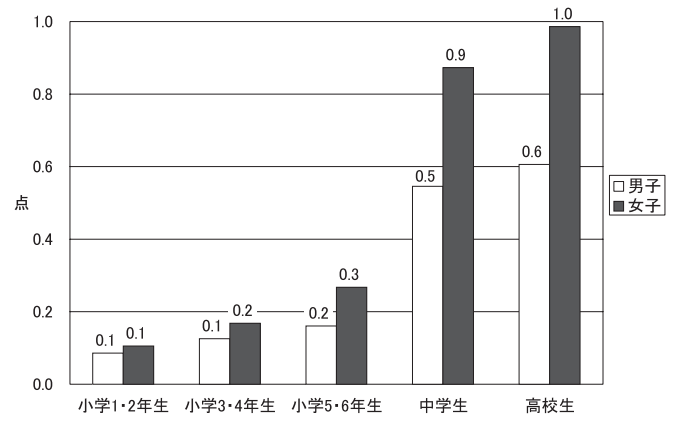
(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報値，平成18年度)

図3 「不安傾向」の得点の平均値



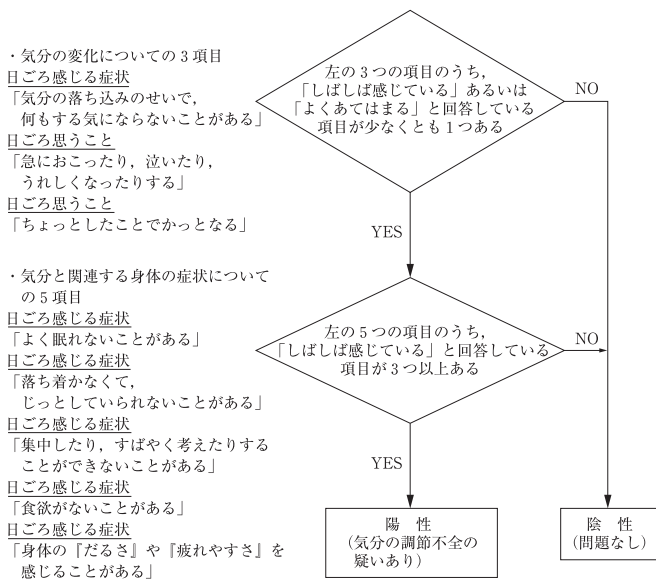
(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報値, 平成18年度)

図4 「行動」の得点の平均値



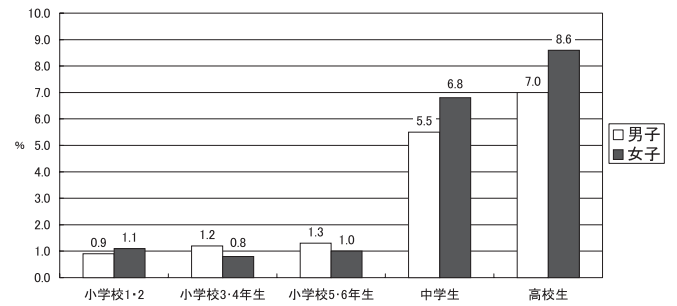
(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報値, 平成18年度)

図5 「身体的訴え」の得点の平均値



(日本学校保健会「平成14年度児童生徒のサーベイランス事業報告書」より)

図6 気分の調節不全傾向の評価方法



(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報値, 平成18年度)

図7 気分の調節不全の陽性率

調査」速報において、この判断基準を基に陽性率を求めたところ、小学生で1%前後、中学生で5-7%、高等学校生で7-9%が、軽いうつ状態を背景とした気分の調節不全傾向の疑いのあることが示唆された。小学生では低く、中学生・高等学校生で高くなる傾向があり、また、男子より女子の方が高い傾向がある(図7)。

### 3. まとめ

学校保健統計上、不登校が増加する兆しが見られる。校内暴力、いじめ、自殺の件数は横ばいか減少傾向に見えるが、今後増加に転じる可能性もあり、決して予断を許さない。学校メンタルヘルスの現状は、改善のための官民の地道な努力にもかかわらず、悪化の兆しが見られる。

その一方で児童生徒のメンタルヘルス状態を簡便

に評価するための新たな指標も考案されてきており、今後学校現場への有効利用が期待されている。

学校メンタルヘルス対策においては、児童生徒のライフスタイルとの関連から、学校内にとどまらず、地域の医療・保健機関との連携がこれまで以上に必要となると考えられる。

(竹内一夫)

#### 参考文献

1. 文部科学省生涯学習政策局調査企画課：平成19年度学校基本調査速報, 2007.
2. 文部科学省初等中等教育局調査児童生徒課：生徒指導上の諸問題の現状について, 2006.
3. 日本学校保健会：学校保健の動向, 24-26, 2005.
4. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：心の健康と生活習慣調査報告書, 2002.
5. 日本学校保健会：平成18年度児童生徒のサーベイランス事業報告書。速報, 2007.



## コラム インフルエンザの予防接種

冬期の乾燥した空気はウイルスの飛沫に適している上、気道粘膜を直接障害するため、インフルエンザウイルス感染症は、毎年冬期に流行する。感染経験の少ない小児は成人に比べ、インフルエンザ感染症にかかりやすく、熱が下がっても大量のウイルスを長期間排出する。その小児が集団生活をする学校はウイルスの増幅場所となるため社会へ広がっていく可能性が示唆されている。学校にとっては、学級閉鎖による学習の遅れや、受験への影響は大きな痛手である。従って、学校にかかわるものすべてが、インフルエンザウイルス感染症についての基本的な知識を共有し、それぞれの立場で適切な対応をすることが望ましい。手洗いやうがい、流行予防に効果があることが医学的にも支持されており、感染者の隔離および「エチケットマスク」着用とともに、学校内外で習慣となるよう励行されるべきである。

インフルエンザにかかると、約3日の潜伏期の後、突然の発熱とともに、関節痛、筋肉痛、全身倦怠感、のどの痛みが出現し、その後、咳などの症状が現れる。迅速診断キットにより上咽頭にウイルスがいることが証明できれば診断はほぼ確実になる。インフルエンザに特異的な症状はないものの、いわゆる“風邪”と比較して、短期間に大流行しやすく、各症状は重い。小児科医として診療に当たっている実感として、熱性けいれんや熱せん妄の合併は少なくはなく、時には急性脳症や呼吸不全など死に至る例も経験する。2007年の冬は、インフルエンザ罹患後の異常行動に関連するニュースがマスメディアを席卷し、日本全国の小児科医は、その問題についての相談に多大な時間を費やした。2007年8月現在、タミフルと異常行動の因果関係については、厚生労働省が調査中である。

インフルエンザの予防にはインフルエンザワクチンの接種が行われている。世界保健機構を中心

としたウイルス監視活動などにより、現行のワクチン株は流行株との一致率は以前より高くなった。接種時期は10月から12月ごろが推奨され、12歳以下の小児は1～4週間隔で2回の接種が行われている。このワクチンによる防御免疫の持続期間は数カ月程度のため、毎年シーズン前に接種を繰り返す必要がある。

では、予防接種の有効性はいかにほどであろうか？ 残念ながら小児での予防効果は成人より有効性は低い。しかしインフルエンザワクチンには、高齢者において、肺炎などの重篤な合併症の出現や入院、死亡などの危険性を軽減する効果が世界的にも広く認められている。つまり発症を完全に予防する方法というよりは、重症化予防効果を期待しての接種と位置付けられている。合併症の中では致命率の高い急性脳症への予防効果は不明であるが、これは、急性脳症の発生率が低く統計学的検討が不可能なことから、小児科領域での前向きな治療研究が極めて実施困難なことによる。副反応に接種部位の発赤腫脹を認めることはあるが、防腐剤の変更などによりワクチンとしての安全性は以前より高くなっており、重篤な副反応の頻度は極めて低い。ただしワクチンは発育鶏卵で増殖したインフルエンザウイルスから作っているため、理論上、卵アレルギーの児童には発疹、アナフィラキシーショックなどが現れる可能性がある。

以上をまとめると、乳幼児、高齢者、呼吸器疾患などの基礎疾患を有する方およびその関係者には積極的に予防接種を受けることが勧められる。基礎疾患のない小児についても、総じて見ると受けることの利益が、副反応による不利益を上回ると考えられる。ただし卵による重篤な症状を呈した児童への予防接種については控えた方がよいという意見がある。

(井上佳也)

## 5 児童生徒の事故・災害

### 1. 児童生徒の学校の管理下の災害

学校の管理下における児童生徒の災害は、独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下センター）で行っている災害共済給付業務の給付状況で知ることができる。

平成18年度の災害共済給付制度への加入状況は、小学校7,217,220人（加入率99.9%）、中学校3,625,728人（99.8%）、高等学校3,650,209人（97.9%）、高等専門学校59,093人（99.5%）、幼稚園1,416,085人（81.9%）、保育所1,843,113人（90.5%）であり、義務教育諸学校の未加入者は、わずか10,090人である。

加入者数は、少子化傾向の影響を受け、毎年減少しているが、加入率は、毎年ほぼ同様である。

平成18年度の給付状況は表1の通り、学校、保育所の管理下の児童生徒などの災害による負傷・疾病に対する医療費の給付件数が2,161,943件であり、平成17年度に比べ、81,458件増加した。加入者数（除要保護児童者数）で除した給付率は、12.24%（平成17年度は11.68%）である。医療費の給付件数は、多少減少する年度があるものの毎年度増加傾向にある。加入者100人当たりの給付率は若干増加しており、加入者数が少子化の影響で減少しているにもかかわらず、給付件数は増加している。

医療費の請求は、月ごとに請求するのが原則になっており、翌月以降にも治療を継続した分の医療費の給付件数が含まれている。継続した給付件数を除いた初回のみ件数は、発生件数と呼ばれ、平成18年度は、1,222,416件であり、平成17年度の1,183,471件より38,945件減少している。加入者数（除要保護児童者数）で除した発生率は6.92%（平成17年度は6.64%）である。

加入者数のピークは、昭和57年度の25,615,962人であり、それ以後は減り続けており、平成18年度は17,811,448人である。

障害見舞金の給付件数のピークは、昭和56年度の1,626件であり、その後徐々に減少し、平成18年度では506件である。

平成18年度の主な障害種別は、外貌・露出部分の

醜状障害が141件（27.87%）、視力・眼球運動障害が117件（23.12%）、歯牙障害が115件（22.73%）であり、上位3位で7割以上を占める。そのほかの障害種別は、手指・上肢の切断・機能障害、精神・神経障害、胸腹部臓器障害などがある。

なお障害の等級別は、重度の第1級から第14級までに決められているが、第14級が234件（46.25%）で最も多く、重障害といわれている第1級から第3級までは26件（5.14%）である。

死亡見舞金の給付件数のピークは、昭和58年度の295件であり、平成18年度では74件である。

その死因別で主なものは、突然死が35件（47.30%）で5割近くを占めている。その中でも、心臓系の突然死が28件（37.84%）である。そのほかは、頭部外傷8件（10.81%）、溺死、内臓損傷、全身打撲がそれぞれ7件（9.46%）などである。

死亡見舞金の給付件数の外に、交通事故などによる死亡には供花料が支給されるが、その件数は、45件であり、そのうち対自動車交通事故は35件である。

辺地地域における辺地学校の児童生徒に対する通院費の給付は、2,616件である。

#### (1) 小学校

小学校の児童の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は、112件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害72件、視力・眼球運動障害17件、歯牙障害8件、手指切断・機能障害6件、精神・神経障害4件、聴力障害3件、その他2件である。なお第3級以上の重障害に該当するものは2件である。

障害の主な発生は、休憩時間58件（51.79%）、各教科・道徳23件（20.54%）、学校行事以外の特別活動17件（15.18%）および通学中10件（8.93%）である。

死亡については、死亡見舞金の給付件数は、12件である。この内訳は、突然死（心臓系6、心臓系以外1）7件、内臓損傷2件、全身打撲1件、窒息死（溺死以外）1件、その他1件である。

死亡の主な発生は、各教科・道徳3件（25.00%）、学校行事以外の特別活動3件（25.00%）、休憩時間

(金額は千円未満切捨て)

学校種別	医療費(負傷・疾病)				障害見舞金		死亡見舞金		計		
	件数	金額	給付率	発生率	件数	金額	件数	金額	件数	金額	
小学校	(491,534) 762,410	千円 4,293,151	% 10.68	% 6.89	112	千円 227,035	12	千円 238,000	762,534	4,758,186	
中学校	(423,595) 763,763	5,337,854	21.36	11.85	118	406,540	18	446,500	763,899	6,190,894	
高等学校	全日制	(232,862) 521,878	5,416,781	15.25	6.81	244	1,145,725	37	824,800	522,159	7,387,306
	定時制	(2,358) 4,778	45,657	4.51	2.23	9	14,530	0	0	4,787	60,187
	通信制	(388) 940	8,701	0.77	0.32	1	2,900	0	0	941	11,601
	計	(235,608) 527,596	5,471,140	14.45	6.45	254	1,163,155	37	824,800	527,887	7,459,095
高等専門学校	(2,853) 6,253	69,175	10.58	4.83	2	3,260	2	37,800	6,257	110,235	
幼稚園	(29,070) 43,823	247,380	3.09	2.05	6	42,340	3	56,000	43,832	345,720	
保育所	(39,756) 58,098	302,165	3.19	2.19	14	52,110	2	56,000	58,114	410,275	
(a)計	(1,222,416) 2,161,943	15,720,868	12.24	6.92	506	1,894,440	74	1,659,100	2,162,523	19,274,408	
(b)前年度	(1,183,471) 2,080,485	15,326,323	11.68	6.64	439	1,533,600	82	1,796,150	2,081,006	18,656,073	
(a)-(b)	(38,945) 81,458	394,544	0.56	0.28	67	360,840	-8	-137,050	81,517	618,335	

(注) 1 上記のほか、辺地にある学校の管理下における児童生徒の災害に対する通院費5,412千円(2,616件) 供花料7,650千円(45件)の支給を行っており、これらを加えた給付金の合計額は19,287,470千円

2 表中( )内は、発生件数

3 給付率=給付件数÷(加入者数-要保護児童生徒数)×100%

4 発生率=発生件数÷(加入者数-要保護児童生徒数)×100%

5 金額については、千円未満切捨てのため、合計が合わないところがある。

表1 給付状況(平成18年度)

3件(25.00%)、通学2件(16.67%)である。

その他供花料が支給された9件のうち7件が対自動車交通事故であり、児童の状態別は徒歩、自転車乗用中である。

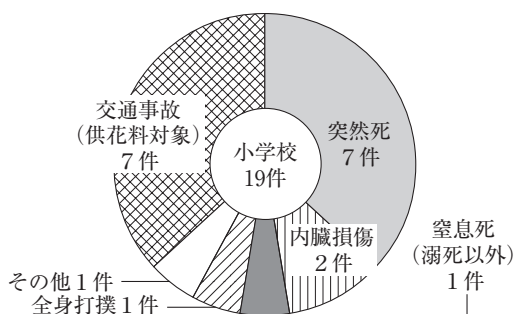


図1 小学校の管理下の死亡(平成18年度)

## (2)中学校

中学校の生徒の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は、118件である。この内訳は、視力・眼球運動障害31件、歯牙障害27件、外貌・露出部分の醜状障害27件、手指切断・機能障害8件、精神・神経障害8件、胸腹部臓器障害8件、その他8件である。なお第3級以上の重障害に該当するものは5件である。

障害の主な発生は、休憩時間37件(31.36%)、課外指導36件(30.51%)、各教科・道徳21件(17.80%)、学校行事9件(7.63%)、学校行事以外の特別活動8件(6.78%)である。

死亡については、死亡見舞金の給付件数は18件である。この内訳は、突然死(心臓系9、心臓系以外



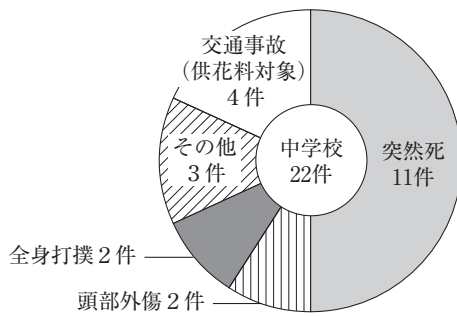


図2 中学校の管理下の死亡 (平成18年度)

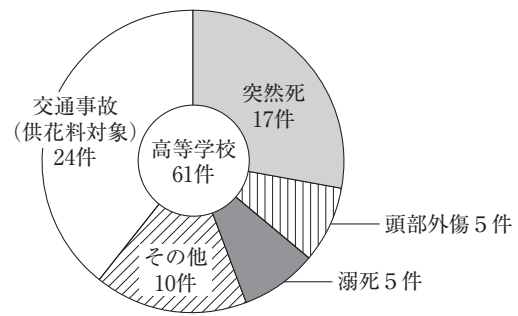


図3 高等学校の管理下の死亡 (平成18年度)

2) 11件, 頭部外傷2件, 全身打撲2件, その他の死亡は3件である。

死亡の主な発生は, 課外指導6件 (33.33%), 休憩時間5件 (27.78%), 通学3件 (16.67%), 各教科・道徳2件 (11.11%) である。

その他供花料が支給された5件のうち4件は対自動車交通事故であり, 生徒の状態別は, 徒歩, 自転車乗用中である。

### (3)高等学校

高等学校の生徒の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は254件である。この内訳は, 歯牙障害80件, 視力・眼球運動障害68件, 精神・神経障害27件, 外貌・露出部分の醜状障害25件, 手指切断・機能障害18件, 聴力障害9件, 上肢切断・機能障害7件, 胸腹部臓器機能障害7件, その他13件である。なお第3級以上の重障害に該当するものは17件である。

障害の発生は, 課外指導125件 (49.21%), 各教科・道徳39件 (15.35%), 休憩時間38件 (14.96%), 通学24件 (9.45%), 学校行事以外の特別活動10件 (3.94%), 特別活動の学校行事16件 (6.30%) である。

死亡については, 死亡見舞金の給付件数は, 37件である。この内訳は, 突然死 (心臓系13, 心臓系以外4) 17件, 頭部外傷5件, 溺死5件, その他の死亡は10件である。

死亡の発生は, 課外指導13件 (35.14%), 通学11件 (29.73%), 各教科・道徳5件 (13.51%), 休憩時間4件 (10.81%), 学校行事以外の特別活動2件 (5.41%) 特別活動の学校行事1件 (2.70%), 寄宿舎1件 (2.70%) である。

その他供花料が支給された31件のうち24件が対自動車交通事故であり, 生徒の状態別は自転車乗用中14件, 徒歩7件, 原付自転車および自動二輪車乗車

中1件, その他2件である。

### (4)高等専門学校

高等専門学校の学生の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は視力・眼球運動障害1件, 外貌・露出部分の醜状障害1件の2件であり, 第3級以上の重障害に該当するものはなかった。

また障害の発生は, 2件とも課外指導に発生したものである。

死亡については, 頭部外傷1件, 窒息死 (溺死以外) 1件の2件であり, 休憩時間, 通学において発生している。供花料の給付件数はなかった。

### (5)幼稚園

幼稚園の幼児の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は6件である。この内訳は, 外貌・露出部分の醜状障害4件, 精神・神経障害1件, 胸腹部臓器障害1件である。なお第3級以上の重障害に該当するものは1件である。

障害の発生は, 6件すべて保育中である。

死亡については, 死亡見舞金の給付件数は3件である。この内訳は, 内臓損傷2件, 溺死1件である。

死亡の発生は, 通園中2件, 保育中1件である。供花料の給付件数はなかった。

### (6)保育所

保育所の児童の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は14件である。この内訳は, 外貌・露出部分の醜状障害12件, 手指切断・機能障害1件, 精神・神経障害1件である。なお第3級以上の重障害に該当するものは1件である。

障害の発生は, 14件すべて保育中である。

死亡については, 死亡見舞金の給付件数は, 2件である。この内訳は, 窒息死 (溺死以外) 1件, 熱中症1件である。

死亡の発生は, すべて保育中である。供花料の給



付件数はなかった。

## 2. 災害共済給付制度の概要

災害共済給付制度は、独立行政法人日本スポーツ振興センター法（平成14年法律第162号）により、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、高等専門学校、特別支援学校、幼稚園、保育所の管理下（以下学校の管理下）における児童、生徒、学生、幼児（以下児童生徒ら）の災害（センター法上の災害は、負傷・疾病・障害・死亡をいう）について、児童生徒らの保護者に対し災害共済給付（負傷・疾病に対しては医療費、負傷・疾病により身体に障害が残った場合は障害見舞金、また死亡した場合は死亡見舞金を給付することをいう）を行い、もって学校教育または保育所における保育の円滑な実施に資する目的で実施している。

この災害共済給付制度は、学校の設置者が保護者の同意を得て、センターと「災害共済給付契約」を結び、共済掛金を支払うことによって行われるものである。

センターの災害共済給付契約には、学校の管理下における児童生徒等の災害について学校の設置者の損害賠償責任が発生した場合において、センターが災害共済給付を行うことによりその価額の限度においてその責任を免れさせる特約（以下免責の特約）を付することができる。

なおセンターでは、上記の災害共済給付に附帯する業務として、「災害共済給付契約に係る児童生徒等の学校の管理下における死亡で、国家賠償法、民法その他の法律により、損害賠償金が支払われたこと等により、センターから死亡見舞金が支払われないもの」について「供花料」が支給される。また辺地地域（3～5級地）においては、辺地学校における義務教育諸学校の児童生徒が学校の管理下の災害により医療機関に通院した場合は、「へき地学校の児童生徒に対する通院費の支給」を行っている。

### (1)学校の管理下の範囲

学校の管理下の範囲については、法令で定められている。

- ①学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合（保育所における保育中を含む。）
- ②学校の教育計画に基づいて行われる課外指導を受

けている場合

- ③休憩時間中、その他校長の指示又は承認に基づいて学校にある場合
- ④通常の経路及び方法により通学する場合（保育所の通園を含む。）
- ⑤その他、これらの場合に準ずる場合として文部科学省令で定める場合

1)学校の寄宿舎に居住する児童生徒等が、その寄宿舎にあるとき。

2)児童生徒等が住居と学校外において授業若しくは課外指導が行われる場所（その場所以外の場所で集合し、又は解散するときは、その場所を含む。）又は学校の寄宿舎との間を合理的な経路及び方法により往復する場合

3)高等学校の定時制又は通信制の課程に在学する生徒が、学校教育法の規定により技能教育のための施設で教育を受けているとき。

### (2)給付の対象となる災害の範囲

①負傷…負傷の原因である事由が学校の管理下において生じたもので、療養に要した費用の額が5,000円以上のもの（医療機関の窓口での支払い額が原則として1,500円以上。）

②疾病…学校給食等による中毒その他の疾病でその原因である事由が学校の管理下において生じたもので、療養に要した費用の額が5,000円以上のもの（医療機関の窓口での支払い額が原則として1,500円以上）のうち、文部科学省令で定めるもの

③障害…上記の負傷及び疾病が治った後に残った障害

④死亡…死亡でその原因である事由が学校の管理下において生じたもので学校給食に起因する死亡、上記の疾病に直接起因する死亡、学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び突然死

### (3)災害共済給付の制限

①医療費の給付期間は、同一の負傷又は疾病に関して、医療費の給付開始後10年間である。

②国家賠償法、民法その他の法律により損害賠償を受けたときや、他の法令に基づいて国又は地方公共団体の負担において療養、療養費の支給を受け又は

補償，給付を受けたときは，その価額の限度で給付を行わない。

- ③非常災害（風水害，震災等）の場合は給付しない。
- ④義務教育諸学校の要保護児童生徒の医療費（生活保護法による医療扶助があるため）は給付しない。
- ⑤高等学校の生徒及び高等専門学校の学生の故意の犯罪行為，故意に負傷し，疾病にかかり，又は，死亡したときは，給付は行わない。
- ⑥高等学校の生徒及び高等専門学校の学生の重大な過失による災害の場合は，障害見舞金，死亡見舞金

### 3. 交通事故の現況

財団法人交通事故総合分析センターの交通統計によると，平成18年の交通事故の発生件数は886,864件で，前年に比べ46,964件減少し，負傷者数は1,098,199人であり，前年に比べ58,434人減少した。

死者数は6,352人で519人減少した。

また平成18年における交通事故の30日以内死者は7,272人で，前年に比べ659人減少した。中学生以下の子どもの交通事故の死傷者数は表2の通りである。

また中学生以下の子どもの年齢別・状態別の交通事故死者数は表3の通りである。

幼児，小学生，中学生の時間帯別，学齢別の交通事故死者数および負傷者数は，正午から午後8時までの時間帯に死者92人（66.7%），負傷者53,033人

の減額措置がある。

#### (4)災害共済給付の給付金の請求

災害共済給付に係る給付金の支払の請求は，インターネットの「災害共済給付オンライン請求システム」により請求をし，給付金支払通知書もインターネットにより送信することによって行うようになっている（給付金支払請求の時効は2年間）。

なお，掛金，医療費，障害見舞金，死亡見舞金については，ホームページ（<http://www.naash.go.jp/>）（2007年8月31日現在）を参照願いたい。

単位：人

区 分	死 者	負 傷 者
総死傷者数	6,352	1,098,199
幼児	65	20,711
小学生1～3年生	35	20,872
小学生4～6年生	18	15,869
中学生	20	18,182

（交通事故総合分析センター：交通統計，2006.）

表2 交通事故の死傷者数（子ども）

（70.1%）が発生している。特に小学校1年生から3年生にあつては，午後2時～6時の時間帯に22人で1年生から3年生の合計35人の（62.9%）の死亡が発生している。

単位：人

区 分	総 数	歩行中	自転車 乗用中	原付自転車 乗車中	自動二輪車 乗車中	自動車 乗車中	その他
全年齢	6,352	2,051	812	525	594	2,359	15
6歳以下	74	43	7			23	1
7歳～12歳	44	18	21			5	
13歳～15歳	40	3	17	9	4	7	

（交通事故総合分析センター：交通統計，2006.）

表3 年齢別・状態別の交通事故死者数（子ども）

### 4. 水難事故の現況

警察庁の資料による平成18年中の水難の発生件数は，1,448件（前年比85件増），死者，行方不明者数823人（前年比2人減），警察官などに無事救出された者は574人（前年比50人減）である。負傷者数は277人（前年比63人増）である。

死者，行方不明者数の823人中，未就学児童30人（前年比3人減），小学生32人（前年比10人減），中学生

15人（前年比5人増）高校生またはこれに相当する年齢の者27人（前年同数），それ以上の者が719人（前年比6人増）である。死者，行方不明者数の823人中の水難場別人数および構成比は，海444人（53.9%），河川251人（30.5%），用水路68人（8.3%），湖沼地44人（5.3%），プール8人（1.0%）その他8人（1.0%）である。水難の中学生以下の子どもの

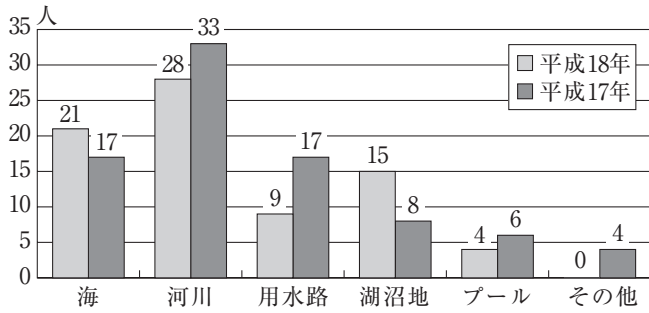


図4 場所別水死者数 (子ども)

発生場所は、図4の通りである。

死者、行方不明者数の823人の水難時における行為別人数および構成比は、魚釣り・釣り272人(33.0%)、水泳中136人(16.5%)、通行中105人(12.8%)、水遊び65人(7.9%)、作業中55人(6.7%)、陸上における遊技スポーツ中16人(1.9%)、水難救

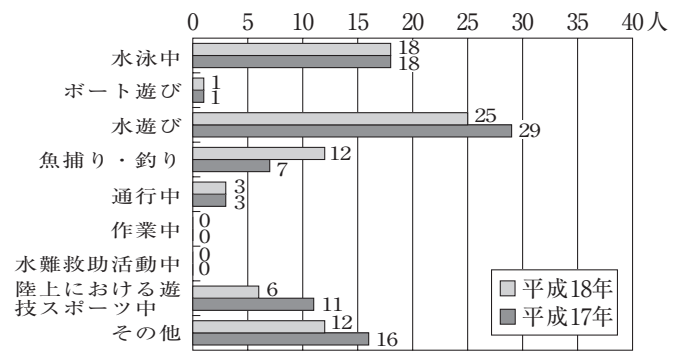


図5 行為別水死者数 (子ども)

助活動中7人(0.9%)ボート遊び4人(0.5%)、その他163人(19.8%)である。中学生以下の子どもの行為別水死者数は、図5の通りである。

なお夏休み期間中(7月20日~8月31日)に40人の中学生以下の子どもが水死している。

(白井美佐枝)

参考文献

1. 財団法人交通事故総合分析センター：交通統計，2006。

2. 警察庁生活安全局地域課：平成18年中における水難の概況

日本学校保健会ニュース

平成18年度 学校保健委員会の設置状況

〈政令指定都市〉

平成19年4月 文部科学省

	小学校				中学校				高等学校				特殊教育諸学校			
	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比
① 札幌市	207	197	95.2	▼1.4	98	76	77.6	2.1	15	15	100.0	0.0				
② 仙台市	123	123	100.0	0.0	63	63	100.0	0.0	6	6	100.0	0.0	1	1	100.0	0.0
③ さいたま市	100	100	100.0	0.0	56	56	100.0	0.0	4	3	75.0	0.0	1	1	100.0	0.0
④ 千葉市	121	120	99.2	0.0	56	56	100.0	0.0	2	2	100.0	0.0	2	2	100.0	0.0
⑤ 川崎市	114	114	100.0	1.8	51	51	100.0	0.0	10	1	10.0	▼20.0	3	2	66.7	0.0
⑥ 横浜市	354	347	98.0	▼2.0	146	146	100.0	7.6	11	9	81.8	65.1	11	11	100.0	45.5
⑦ 新潟市	114	91	79.8		57	41	71.9		3	1	33.3		1	1	100.0	
⑧ 静岡市	86	86	100.0	0.0	42	42	100.0	0.0	3	3	100.0	0.0				
⑨ 浜松市	112	111	99.1		51	50	98.0		1	1	100.0		1	1	100.0	
⑩ 名古屋市	259	259	100.0	0.0	109	109	100.0	0.0	17	16	94.1	▼5.9	4	4	100.0	0.0
⑪ 京都市	186	181	97.3	▼2.7	82	80	97.6	0.1	12	9	75.0	16.7	7	7	100.0	0.0
⑫ 大阪市	298	46	15.4	▼3.7	129	8	6.2	0.0	23	5	21.7	0.0	10	1	10.0	▼20.0
⑬ 堺市	95	94	98.9	▼1.1	43	39	90.7	16.3	4	2	50.0	25.0	2	2	100.0	0.0
⑭ 神戸市	169	146	86.4	6.4	85	46	54.1	3.5	12	5	47.7	▼1.2	6	4	66.7	16.7
⑮ 広島市	140	137	97.9	2.2	63	54	85.7	▼8.0	9	3	33.3	▼11.1	1	1	100.0	0.0
⑯ 北九州市	133	133	100.0	0.0	63	63	100.0	0.0	1	1	100.0	0.0	8	8	100.0	0.0
⑰ 福岡市	144	137	95.1	0.0	68	42	61.8	▼7.3	4	0	0.0	0.0	8	2	25.0	▼25.0
合計	22,495	18,690	83.1	1.2	10,236	8,257	80.7	2.1	4,391	3,429	78.1	1.4	984	819	83.2	▼6.6

※平成17年度の設置状況である。〈前年度比は、財団法人日本学校保健会・会報編集委員会で算出したものです〉

## 6 教職員の健康診断

職員の健康診断は臨時の健康診断を除き定期の健康診断として実施されるのが普通である（学校保健法第8条）。ここでは職員とは何か、実施主体である学校の設置者とは何かが規定され、法・令・規則に従って毎年行われている。しかしながら実施項目や事後措置については昭和33年制定の学校保健法によるものが、現在なお継続されている（表1、表3）。

また労働安全衛生法による産業衛生的対応が特に50人を超える職場（学校）で必要になって、学校教職員の親法ともいべき安全衛生法および同規則の改正もあって、さらに生活習慣病の増加など疾病構造の変化に併せて、新たに心、肝臓機能、血中脂質、貧血が加わり、いくつかの改正が見られるようになってきている（表2）。また時代の推移からわが国の

1. 学校の設置者は、毎学年定期に学校の職員の健康診断を行わなければならない。（学校保健法第8条1項）
2. 健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。（学校保健法施行規則第10条）

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 身長及び体重</li> <li>2. 視力及び聴力</li> <li>3. 結核の有無</li> <li>4. 血圧</li> <li>5. 尿</li> <li>6. 胃の疾病及び異常の有無</li> <li>7. 貧血検査</li> <li>8. 肝機能検査</li> <li>9. 血中脂質検査</li> <li>10. 血糖検査</li> <li>11. 心電図検査</li> <li>12. その他の疾病及び異常の有無</li> </ol>
---

\*上記検査項目は、年齢等により「除くもの」と「除くことができる」ようになっている。

表1 学校保健法

1. 事業者は労働者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、医師による健康診断を行わなければならない。（労働安全衛生法第66条1項）
2. 事業者は常時使用する労働者に対し、1年以内毎に1回、定期に次の項目について医師による健康診断を行わなければならない。（労働安全衛生規則第44条1項）

健康診断項目	省略基準（医師の判断による）
○既往症及び業務歴の調査 ○自覚症状および他覚症状の有無の検査	
○身長、体重、視力および聴力の検査	・身長 20歳以上 ・聴力 45歳未満（35歳・40歳は除く）は、下記の*以外の方法で可
○胸部エックス線検査およびかくたん検査	・かくたん検査 胸部エックス線検査で所見のない場合
○血圧の測定	
○貧血検査（赤血球数、血色素量） ○肝機能検査（GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP） ○血中脂質検査（血清総コレステロール、HDLコレステロール、血清トリグリセライド） ○血糖検査（HbA1cでも可）	40歳未満（35歳を除く）
○尿検査（尿中の糖および蛋白の有無の検査）	・血糖検査を受けた者は、尿中の糖の有無の検査
○心電図検査	40歳未満（35歳を除く）

\*聴力検査は1,000Hzの30dBおよび4,000Hzの40dBで純音を用いてオーディオメーターで検査します。

表2 労働安全衛生法関係



項目	内 容	備 考																		
実施者	学校の設置者（学保法第9条）	学校の設置者は、教職員の健康診断の結果に基づき、治療を指示し、及び勤務を軽減する等適切な措置をとらなければならない (学保法第9条)																		
指導区分	<table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">生活規正の面</td> <td>A（要休業）</td> <td>勤務を休む必要のあるもの</td> </tr> <tr> <td>B（要軽業）</td> <td>勤務に制限を加える必要のあるもの</td> </tr> <tr> <td>C（要注意）</td> <td>勤務をほぼ平常に行ってよいもの</td> </tr> <tr> <td>D（健康）</td> <td>全く平常の生活でよいもの</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">医療の面</td> <td>1（要医療）</td> <td>医師による直接の医療行為を必要とするもの</td> </tr> <tr> <td>2（要観察）</td> <td>医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの</td> </tr> <tr> <td>3（健康）</td> <td>医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(学保法施規別表第二)</p>	区 分	内 容	生活規正の面	A（要休業）	勤務を休む必要のあるもの	B（要軽業）	勤務に制限を加える必要のあるもの	C（要注意）	勤務をほぼ平常に行ってよいもの	D（健康）	全く平常の生活でよいもの	医療の面	1（要医療）	医師による直接の医療行為を必要とするもの	2（要観察）	医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの	3（健康）	医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの	<p>1. 教職員の健康診断にあたった医師は、健康に異常があると認められた教職員については検査の結果を総合し、かつ、その教職員の職務内容及び勤務の強度を考慮して別表第二（左表）に定める生活規正の面及び医療の面の区分を組み合わせて指導区分を決定するものとする（学保法施規第13条）</p> <p>2. 具体的には、生活規正の面（A, B, C, D）と治療の面（1, 2, 3）の組み合わせで、A1, C2のように決定する</p> <p>3. 指導区分の決定は、結核に関してのみ行われるのではなく、健康診断の項目全般にわたり、検査結果及び教職員の勤務内容や強度を総合的に考慮して行われるべきである</p>
区 分	内 容																			
生活規正の面	A（要休業）	勤務を休む必要のあるもの																		
	B（要軽業）	勤務に制限を加える必要のあるもの																		
	C（要注意）	勤務をほぼ平常に行ってよいもの																		
	D（健康）	全く平常の生活でよいもの																		
医療の面	1（要医療）	医師による直接の医療行為を必要とするもの																		
	2（要観察）	医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの																		
	3（健康）	医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの																		
事後措置	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>休暇または休職等の方法で療費のため必要な期間勤務させないこと</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>勤務に制限を加えないこと</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>必要な医療を受けるよう指示すること</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>医療または検査等の措置を必要としないこと</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(学保法施規第13条)</p>	A	休暇または休職等の方法で療費のため必要な期間勤務させないこと	B	勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと	C	超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること	D	勤務に制限を加えないこと	1	必要な医療を受けるよう指示すること	2	必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること	3	医療または検査等の措置を必要としないこと	<p>1. 学校の設置者は、医師の行った指導区分に基づき、次の基準（左表）により適切な措置（事後措置）をとらなければならない（学保法施規第13条）</p> <p>2. 事後措置の区分A～D及び1～3は、指導区分のA～D及び1～3に対応するものであることに注意する</p> <p>3. 学校の設置者が事後措置をとる際は、校長を通じて指示し、適切に行われるための配慮ならびに実施状況の把握が必要である（事後措置の流れ参照）</p> <p>4. 臨時の健康診断を行った際の事後措置もこれに準じて行う</p>				
A	休暇または休職等の方法で療費のため必要な期間勤務させないこと																			
B	勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと																			
C	超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること																			
D	勤務に制限を加えないこと																			
1	必要な医療を受けるよう指示すること																			
2	必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること																			
3	医療または検査等の措置を必要としないこと																			
事後措置の流れ	<pre> graph LR     A[学校の設置者 健康診断] --&gt; B[健康診断を行った医師 指導区分の決定]     B --&gt; C[学校の設置者 事後措置の決定]     C --&gt; D[学校の設置者 実施状況の把握]     E[校長を通じて指示] --&gt; C     E --&gt; D </pre>																			

表3 健康診断による事後措置

重要案件であった結核対策が結核予防法から感染症法へと変わり、教職員の健康課題は結核と同時に、あるいはそれ以上に生活習慣病やうつ病をはじめとする精神疾患に目が向けられていることに留意する必要がある。学校保健の立場から見て教職員の心と身体は急性、慢性にかかわらず、また短期でも長期でも児童生徒への影響が大きいので、本稿では最近の疾病動向にも触れることにした。また平成18年度までの「学校保健の動向」においては、毎号のように定められた職員の定期健康診断事項を記載したので、本号から関連する疾病について記述することにした。

### (1)精神保健（うつ病ほか）

学校をめぐる環境は家庭や地域社会の変革に伴い、最近では教職員と児童生徒との人間関係においても難しい問題を生ずることが多く見られ、複雑化する局面もあって、教師への精神的ストレスとなっている。そのために「心の病」として発症することがあり、学校のみならず、あらゆる年齢層に広がっている事実は知られている。数年前の世界銀行レポートで述べられたように、遠からずうつ病の発生率は悪性新生物と同じレベルになるという予想は現実のものとなるだろう。

平成17年調査のわが国の精神

障害者数は表4に見られるように神経系の疾患を除き200万人余であり、総人口の約2.3%となる（「国民衛生の動向」2007年版）。一方で文部科学省が集計した病気休職者などの推移（表5）を見ると精神疾患による病気休職数は、その比率とともに年々増加していることがわかる。精神疾患はうつ病のほか、不安神経症、強迫神経症、人格障害、パニック障害など多岐にわたるが、器質的疾患としてとらえられることなく、機能的診断ともいえないこともあり確定しにくい場合があるので治療が長期にわたることがある。身体の障害と違った精神疾患も早期に診断し、専門医による治療が必要であるが、その予防にも万全を期すことが大切である。

単位：千人

	総数	入院	外来
V 精神および行動の障害			
血管性および詳細不明の認知症	145	54	91
アルコール使用（飲酒）による精神および行動の障害	51	16	35
その他の精神作用物質使用による精神および行動の障害	9	1	8
総合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	757	199	558
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	924	28	896
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	585	5	580
精神遅滞	68	10	59
その他の精神および行動の障害	124	13	111
VI 神経系の疾患			
アルツハイマー病	176	29	147
てんかん	273	7	266
精神障害者数	3,028	353	2,675

（厚生労働省：患者調査、総患者数）

注1：精神障害者数は、「V精神及び行動の障害」から「精神遅滞」を引いて、「VI神経系の疾患」の「アルツハイマー病」と「てんかん」を足した数である。

注2：総患者数は傷病別に表彰単位ごとの平均診療間隔を用いて算出しているため、合計が傷病ごとの総患者数と合わない場合がある。

表4 精神障害者数

単位：人

	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
在職者数(A)	964,365	958,061	948,350	939,369	930,220	927,035	925,938	925,007	921,600	919,154
病気休職者数(B)	3,791	4,171	4,376	4,470	4,922	5,200	5,303	6,017	6,308	7,017
うち精神性疾患による休職者数(C)	1,385	1,609	1,715	1,924	2,262	2,503	2,687	3,194	3,559	4,178
在職者比										
(B)/(A)	0.39%	0.44%	0.46%	0.48%	0.53%	0.56%	0.57%	0.65%	0.68%	0.76%
(C)/(A)	0.14%	0.17%	0.18%	0.20%	0.24%	0.27%	0.29%	0.35%	0.39%	0.45%
(C)/(B)	36.5%	38.6%	39.2%	43.0%	46.0%	48.1%	50.7%	53.1%	56.4%	59.5%

注：「在職者数」は、当該年度の「学校基本調査報告書」における公立の小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、盲学校、聾学校および養護学校の校長、教頭、教諭、助教諭、養護教諭、養護助教諭、栄養教諭、講師、実習助手および寄宿舎指導員（本務者）の合計。

表5 病気休職者数などの推移（平成8年度～平成17年度）

近年学校をめぐる環境では、不登校や「引き込み」、家庭内暴力など児童生徒の心の問題が社会問題化している。その中でうつ傾向、うつ病の存在の有無が危惧されている。

学校における心の問題は教職員と子どもを含めて対策の必要に迫られており、精神科専門医の役割に期待したい。さらにうつ病の存在は結果的に自殺死亡者の増加につながるの、すでに国では防止対策など検討が始まっている。また精神疾患や精神障害者に関する理解に向けて心の健康問題が大きく取り上げられている。

## (2)慢性疲労症候群

最近注目されている疾病で、全身の倦怠を訴えながら診断が困難なために、原因不明でほかの疾病と誤られていることが多い。特にうつ病の症状に類似しているので注意が必要である。その全容は解明されつつあり、診断の基準をしっかりと守ることが大切であろう。健康診断上データもなく愁訴のみでは確診できない場合がある。

## (3)アルコール嗜癖

アルコールの消費量は特に増加していないが、女性の飲酒は珍しくなくなった。1日に酒1合以上を飲む人はほぼ男7：女4の割合とされる。アルコールはゲイトウェイ（内戸開放）薬物の一つであり、依存症になることもあるので留意すべきである。生化学検査（肝機能）で特定の酵素を検出することから発見する場合が普通である。飲酒に関連する健康障害には精神病、肝炎などがあるが、嗜癖に至らない健康教育が大切である。ストレス解消のため飲酒の機会は多いので適切に管理したい。本会関連の健康行動教育科学研究会が主催するアルコール教育研修会では、喫煙など薬物乱用防止の教育を併せて研修を行い効果を上げている。

## (4)喫煙

喫煙もアルコールと同じくゲイトウェイ薬物であり、常用者を生じる薬物を含んでいる。各種の化学物質を有し、発がん物質でもあるため、また周囲への受動喫煙の影響を考慮して禁煙対策が急がれている。わが国でも最近「たばこ規制枠組み条約」が批准されている。たばこを吸う人はほぼ男4：女1の割合とされる。喫煙により肺がんのほか各種のがんの発生が予想され、虚血性心疾患、慢性閉塞性肺疾

患、消化器疾患も多い。これらの疾病を有する者についてはもちろん、健康障害の有無にかかわらず、健康診断時には喫煙歴とアルコール摂取量が問われるのが普通である。

## (5)結核

古くは国民病であった結核は、感染症対策の中で今も警戒すべき疾病であることは間違いない。平成13年以降「結核対策の包括的見直しに関する提言」により結核予防法が改正されたが、昨年には感染症法に統合されて、その2類に位置付けられている。そのため法の教職員の定期健康診断項目には現在も実施されるよう定められている。またわが国の罹患率は先進国の中で高い状況にあるとされ、地域格差が見られる。最近に限られた集団の中で感染することが多いので、その定期健康診断の重要性を理解することが大切である。児童生徒における診断にツベルクリン反応が重視されていたが、BCG接種の影響もあり昨年からはQFT（クフォンティフェロン）検査が登場してきた。教職員では胸部レントゲン撮影と結核菌検出が主役であるので、その結果を確認しなければならない。治療においても薬剤の進歩があり、耐性菌を除けば早期診断・早期治療はここでも有効である。

## (6)肥満（インシュリン抵抗性）

肥満は体脂肪の増加を伴わなければならない。身長と体重のみでは判定できない。簡易にBMIで推定できるが、実態は脂肪量である。脂肪細胞は生命を維持するために必要なエネルギーをトリグリセライド（中性脂肪）として蓄える場所である。今の時代の食生活は豊かに、しかも過食であり、肥満になるには事欠かない生活環境である。その解決は食事と運動に尽きる。前者はエネルギーを増やし、後者はエネルギーを消費することにある。肥満は後述の生活習慣病の源泉である。生活習慣に始まる肥満はインシュリン抵抗性を生み、レニン - アンギオテンシン系を介して食後高血糖、高血圧、高脂血症と発展し、糖尿病や脳血管障害、心、腎の最終段階まで到達する。

## (7)メタボリックシンドローム

肥満（特に内臓肥満）とインシュリン抵抗性から始まり、肥満細胞から分泌される蛋白質のアディポサイトカイン（レプチンやアディポネクチン、



Tnf- $\alpha$  など) が関連して生活習慣病 (糖尿病, 高血圧, 動脈硬化症) が発症するといわれている。(前項「肥満」参照)

#### (8)肝疾患

ウイルス性肝炎のA型を除き慢性B型肝炎とC型肝炎に罹患すると長期にわたることや悪性化に留意して対策を講じることが必要であり, これに反して脂肪肝や薬剤性肝炎, アルコール性肝炎は肝機能の異常を示すものの原因がわかれば問題は少ない。

#### (9)消化性潰瘍 (胃・十二指腸潰瘍)

確定診断は胃カメラ, X線によるが, ヘリコバクター・ピロリ感染症によるものは除菌が必要である。ストレスによるものは生活の改善も考慮する。

#### (10)胃逆流食道症 (GERD)

最近増加している疾病で, 胸やけのみならず胃・食道・呼吸器, 心臓など胸部にわたり多彩な愁訴を訴えることがあるので注意が必要である。

#### (11)糖尿病

1型はインスリン不足によるものが多く, 従来は日本人の糖尿病はこの型であったが, 生活習慣によってインスリンがあっても利用できない抵抗性の2型糖尿病が増加している。悪化すれば大小の血管の異常や抵抗力の低下を招き, 身体各部の臓器に障害を認めて重大な結果を生じる。腎不全の相当数は糖尿病性腎症であり, 血液透析に至っていく。

#### (12)高血圧症

わが国の慢性疾患の代表でありながら, 医療関連の恩恵を受けて, 脳血管による出血は減少し, ほとんどは脳梗塞の発症となった。動脈硬化症に進展することを防ぐことが大切である。

#### (13)高脂血症

健康診断で必須の検査が血清脂質であり, トリグリセライド (中性脂肪) とコレステロール, リン脂質があるが前者にはLDL (低比重) とHDL (高比重) を調べる, LDLの高値はリスクが高い。コレステロールの約3分の2は肝で生成されるので薬剤を使用した方がよい。

#### (14)骨粗鬆症

女性ホルモン不足は骨の脱灰に働く。そのため更年期に達すれば腰痛など愁訴が増える。確定診断にはX線撮影などが必要である。

#### (15)頭痛

頭痛の原因や分類に沿って診断しなければならない。特に女性に多い偏頭痛の診断や頭痛の種類を確定すれば治療に役立つことになる。薬剤の進歩が日常生活に寄与している。

#### (16)貧血症

一般的には鉄欠乏性貧血が多い。女性の方が男性よりも貧血症が多いのが普遍的であるが, 程度によっては生活活動に支障を来すので注意したい。

またその原因を確かめることが重要であり, 確実にほかの疾患を除外する必要がある。

#### (17)睡眠時無呼吸症候群

本症は呼吸に関連した睡眠障害をいい, 最近注目を集めている。中枢性, 閉塞性, 本態性, 過眠症などがあり, 日常生活に支障を来すことがある。

診断には専門医による検査が必要である。

#### (18)めまい

比較的多いが, 原因は多様であり, めまいの種類や誘引などを参考にし, 併せて検査で診断される。

(内藤昭三)



## コラム 学校敷地内禁煙の動向

平成14（2002）年度に和歌山県が、県内の公立学校をすべて「敷地内禁煙」とした。その後、平成15（2003）年5月の「健康増進法」（第25条 受動喫煙の防止）の施行により、自治体の学校敷地内禁煙の動きが加速した（図1）。

（日本学校保健学会ホームページ「タバコのない学校」推進プロジェクト参照）

<http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm>（2007年8月31日現在）

平成19年9月時点では、全国の47都道府県のうち、約9割に当たる42都道府県が全県立学校または全公立学校の敷地内禁煙を実施（予定）している。少なくとも全県立学校が敷地内禁煙になった時期は次の通り：青森・福井・岐阜・愛知・三重・佐賀（2004年4月）、愛媛・高知（同年6月）、北海道・宮城（同年10月）、長野（同年12月）、秋田、福島、東京、香川、徳島、大分（2005年4月）、静岡（同年6月）、長崎・鹿児島（同年9月）、山形（同年10月）、茨城・千葉・新潟・滋賀・兵庫・奈良・島根・広島・福岡（2006年4月）、宮崎（同年6月）、岩手・富山・山口・沖縄（2007年4月）、石川（同年9月）。

実施予定は、鳥取・岡山（2008年4月）、栃木・山梨（2009年4月）、および京都（2010年4月）

である。また大阪は実施に向けて調整中。埼玉は各県立学校に対して実施に努めるよう通知。群馬・熊本も、学校敷地内禁煙を推進している。神奈川は、「公共的施設における禁煙条例（仮称）」の設置検討委員会の動きに合わせて検討の予定。

全公立学校敷地内禁煙の実施（予定）も、秋田・茨城・福井・静岡・滋賀・和歌山・徳島、および京都（2010年4月）と8府県を数えている。兵庫は、大学・短大を含んで、教育機関の敷地内全面禁煙を目標にしている。

次に政令指定都市については、17市のうち、北九州市を除く16市で、公立学校敷地内禁煙を実施（予定）。実施時期は、仙台・浜松・広島（2003年10月）、川崎・名古屋・京都・堺（2004年4月）、札幌・さいたま（同年10月）、横浜・静岡・福岡（2005年4月）、神戸（同年10月）、新潟（2006年4月）、千葉（2007年10月）、大阪（2008年4月）。

なお日本学校保健学会、社日本体育学会、社日本小児科学会、社日本小児科医会、および社日本小児保健協会が共同で、学校敷地内禁煙の早期実施及び教職員に対する禁煙の要請と禁煙支援の充実を、都道府県教育委員会等に要望している。

（家田重晴）

（自治体数）

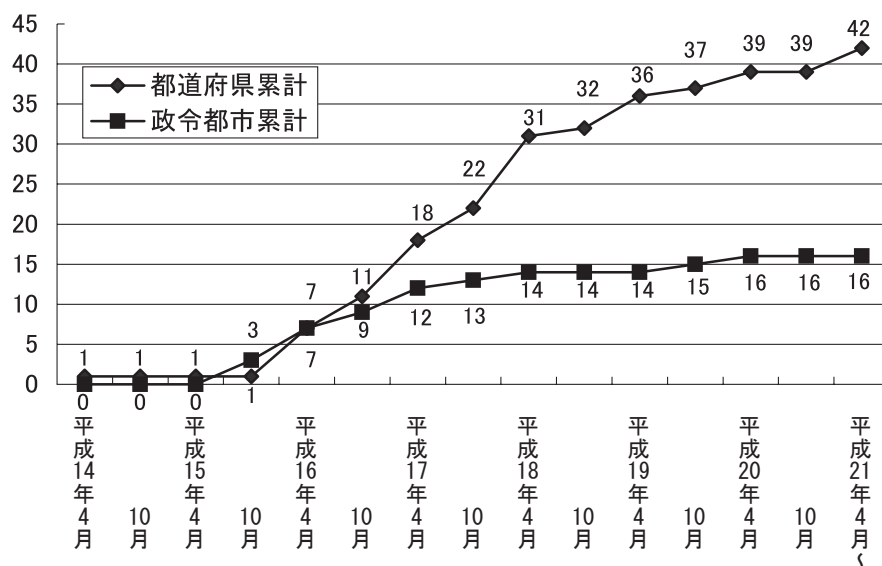


図1 学校敷地内禁煙の実施自治体数の経年変化

## 第Ⅱ章

# 健康教育の動向

## 総論

### 1. 学校保健と健康教育

学校保健の枠組みは一般に、保健管理と保健教育（および学校保健組織活動）から構成されている。このうち保健教育は、児童生徒に健康・安全に関する多様な能力を身につけさせるための教育活動全体を指しているといえる。「学校保健の動向」では、保健教育の代わりに「健康教育」を用いているが、平成9年9月22日の保健体育審議会答申では、「健康教育」を、現代的健康課題への対応に向けた「保健教育、安全教育及び給食指導などを統合した概念」と整理している。この答申では、薬物乱用、性の逸脱行動、肥満や生活習慣病の兆候、いじめや登校拒否、感染症の新たな課題などの児童生徒の現代的健

康課題が近年深刻化していると指摘し、「ヘルスプロモーションの理念に基づく健康の保持増進」の重要性を強調するとともに、これらの課題に適切に対処するために、学校が「組織として一体的に健康教育に取り組むこと」や「健康的な生活行動を実践するという一次予防」として取り組むことが重要であるとしている。この答申によって、今日の学校における健康教育のあり方が大きく方向性づけられたといえる。各学校では、このような方向性に沿いつつ、児童生徒の実態や発達段階に応じて、児童生徒が主体的に健康課題を解決するために必要な能力の育成を目指して、さまざまな健康教育が展開されている。

### 2. 学校における健康教育の展開

学習指導要領では、その総則で、「学校における体育・健康に関する指導は、学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする」としているが、ここでは、学校ではどのような枠組みで健康教育が進められているかについて概観しておきたい。その理由は、各学校が各教科などの授業時間の確保に多くの努力を払っている現状にあって、健康教育に用いることができる限られた時間をいかに有効に活用できるかが、健康教育の充実に向けた現実の問題として存在するからである。

学習指導要領に示された内容が最低基準としての位置づけであることが明確になり、児童生徒の実態や地域の実情に応じて、ある程度の発展的内容に踏み込んだ学習が可能になっている。

健康教育の一つの柱になるのは、教科（体育または保健体育）における「保健学習」である。主に、健康・安全に関する科学的理解や態度の育成を目指し、学習指導要領が示す内容に従い教育が展開される。平成15年度の学習指導要領の一部改正によって、

次に、特別活動における学級活動・ホームルーム活動や、健康安全・体育的行事を中心に行われる「保健指導」であり、当面の健康問題を取り上げ、より実践的な解決能力の育成を目指して展開される。学習指導要領では、特別活動で扱う内容に「健康や安全に関する内容」が含まれ、健康教育を実施する上で重要な位置づけにある。集団を対象とした健康教育の機会としてはさらに、総合的な学習の時間における教科横断型の健康・安全に関する学習、給食の時間を活用した食に関する指導などを挙げることができる。加えて個別の保健指導の機会として、保健

室や学級における個別指導の役割も大きい。このような多様な教育機会を柔軟にかつ効率的に、そして有機的に関連づけた展開が健康教育には不可欠である。平成18年11月に松江市にて開催された第56回全国学校保健研究大会においても、各教科、特別活動

および総合的な学習の時間との関連を図った指導・計画の重要性をテーマの一つとした研究協議が行われた。健康教育の実施体制や内容を各学校の教育指導計画にしっかりと位置づけ、学校が一体となって健康教育に当たることが大切である。

### 3. 「保健教育」「喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育」「歯・口の健康教育」

保健教育についての論考では、この1年の研究動向がまとめられており、性、心、喫煙・薬物乱用などに関わる現代的健康課題についての多様な方法による教育の実践とその効果が紹介されている。保健学習の実施状況やの教育効果、教師の意識に関する調査研究も徐々に進みつつあり、保健学習の実施状況や問題点が浮き彫りになりつつある。この1年の研究の概要からは、保健教育の発展に向けて多様な内容について新たな方法が試みられていることがよくわかるようになってきている。保健教育をいっそう充実していく必要性と、健康教育関係者の努力が子どもの健康・安全に関する能力を確かに向上させ得るという希望を実感することができる。

喫煙・飲酒・薬物乱用防止についての論考では、最新の統計資料をもとに現状と対策の状況がわかりやすく整理されており、わが国の喫煙・飲酒・薬物乱用の現状がよく把握できるようになっている。喫煙と飲酒については、児童生徒の認識の改善が見られることに触れられており、これまでの教育や対策

の成果が反映されていると受け取ることができるのではないだろうか。今年度版では特に、喫煙・飲酒・薬物乱用教育に関して包括的な情報提供がなされているのが特徴である。文部科学省や日本学校保健会によって作成された多くの教材についての情報がまとめられ、さらに教育上の留意点が示されているので、ぜひ授業づくりの参考にしていきたい。

歯・口の健康教育に関する論考からは、現在、学校歯科保健活動の理念の転換が図られていることを知ることができる。つまり過去の「むし歯予防」重視の学校歯科保健から、さらに歯周病、咀嚼機能、歯・口の外傷など多様な課題への対応の必要性へ、また保健管理中心から健康教育の重視へという転換である。今年度版では、特に学校歯科保健活動における「食」の指導について力点を置いた内容になっている。特に紹介されているセルフチェック票とリーダーチャートは、学校や家庭で簡単に活用できる優れたツールとして広く利用できるのではなかろうか。

### 4. 「食生活・栄養教育」「心の健康教育」「性教育・エイズ教育」

食育基本法（平成17年6月）の施行を受け策定された「食育推進基本計画」に基づき、学校においても、指導体制および指導内容の充実、学校給食の充実、食を通じた健康状態の改善などに取り組むことが求められている。食生活・栄養教育についての論考からは、朝食欠食や肥満傾向・痩身傾向の最新の調査結果が紹介されているが、必ずしも改善の傾向は見られていないようである。特に肥満傾向・痩身傾向はいずれも増加傾向にあるという結果が紹介されている。食に関する指導の六つの目標が示され、全体計画の構成も具体的に紹介されている。今後さらに教育実践および研究が期待される分野である。

安全教育に関する論考では、学校安全と危機管理の考え方、学校の安全管理の実態、防犯対策の動向、

そして課題・対策等が示されている。特に防犯対策として、全国各地で実施されている「地域で子どもを見守る」活動についてインターネットで検索・閲覧できるシステム『子ども見守りナビ』（文部科学省）が公開されたことについて紹介されている。地域ぐるみで子どもを守る活動は、極めて重要で、かつ関係者の連携と多大な努力が必要となる活動である。この検索・閲覧システムは大変有効な情報源になると思われる。その他、サイバー犯罪被害の増加に対する対策、「プールの安全標準指針」の策定など、新たな取組が紹介されている。

心の健康教育の論考では、日本学校保健会による最新の調査報告および提言の概要がまとめられており、学校教育において心の問題が今なお重要な課題



であることをデータを通して理解することができる。学校現場では、不登校、発達障害、いじめ、性に関する問題、自傷行為、虐待など、極めて多様な児童生徒のメンタルヘルスの問題に対し、養護教諭や校内組織が支援している実態が把握できる。課題として、機能的な校内の組織体制の確立や医療機関との連携の必要性など、今後の対策に向けた重要な提言がなされている。

性教育・エイズ教育に関する論考では、「性に関する教育」という呼び方のもとに、基本的な考え方、目標、内容などが示され、大変広い視点から体系的にポイントが整理されている。強調されているのは、

健康の自己管理能力の育成や、性に関する現代的課題への対応、環境および情報への対処、人間関係の育成など、健康教育全体に共通する基盤となる考え方である。今後の性に関する教育の指針となる内容が解説されているので、教育実践の参考にしていただきたい。

児童生徒の健康と安全は、学校教育の基盤であり、健康教育をいっそう充実していく必要がある。現在、学習指導要領の改訂に向けた議論も進行中であり、将来の健康教育にどのような影響を及ぼすか注目していきたい。

(戸部秀之)

## 日本学校保健会ニュース

- これからは学校・家庭・地域で協力して行う健康づくりが大切
- 日本学校保健会はともに歩むグループづくりをサポートしています

### 学校保健委員会 活動のご紹介

カラダとココロの教育は、学校だけのものではありません。生活の場である家庭、そして地域社会が常にともに協力しあって取り組んでいかなければならない問題です。また、年々多様化、深刻化する健康問題への対応には、必要な知識や技能を持った専門家の助言も大きな力になります。

学校保健委員会は、学校、家庭、地域社会、さらに専門家の連携を図るための中核的な組織。ともに考え、問題を解決する方法についてアイデアを出し合いながら、子どもたちの健全な成長をサポートします。

子どもが安全で健康に生きられる環境づくりは大人の責任。  
そのために話し合う組織づくりからはじめましょう。





# 1 保健教育

平成18年度は、中央教育審議会答申を受け、次の新しい学習指導要領の改訂へ向けての審議が重ねられた。その基礎資料の一つとして、国立政策研究所「教科の構成と開発に関する調査研究 諸外国の教育課程(2)―教育課程の基準および各教科等の目標・内容構成等―」がまとめられ、アメリカ合衆国、イギリス、フランス、ドイツ、中華人民共和国、韓国、シンガポール、台湾の教育課程の特徴が示され、その中で各国の保健教育の現状が分析されている。

保健教育の研究は、日本学校保健学会、日本健康教育学会などで活発に展開されている。これらに報告されたものを見ると性にかかわる内容、心のかかわる内容、喫煙・飲酒・薬物乱用にかかわる内容などの現代的な健康課題を扱った保健教育の報告が多い。また報告の多くは、丁寧に評価が行われ、その効果性を検討できる点も特徴的である。さらに小学校保健教育や養護教諭の保健授業担当に関する実態調査も進められ、これまでの研究成果と併せて、その実態がより鮮明になってきている。数は多くないものの、保健教育の歴史的研究や比較研究などのいわゆる基礎的研究も行われている。

本稿では、日本学校保健学会、日本健康教育学会ならびに全国学校保健研究大会において、平成18年度に発表されたものの一部の概要を紹介する。

この1年間、日本学校保健学会機関紙「学校保健研究」第48巻の掲載論文などで保健教育に関するものは以下の通りである。

48巻第1号の大家さとみら「性教育におけるピアエデュケーションの短期的効果―高等学校での性教育の実践を通して―」は、性の正しい知識とコミュニケーションスキルや意志決定スキルなどの習得を目指したプログラムを作成し、看護学科の学生がピアサポーターとなり、高校1年生を対象とする性教育を実施し、前年度実施した性教育講演会との比較によって、ピアエデュケーションが知識の習得、意識の変化、行動の意志決定に有効であったことなどを明らかにした。

48巻第2号では、特集「ストレスマネジメント教育」が生まれ、山田富美雄ら「ストレスマネジメント

ト教育に求められるモノと理論・技法」、佐藤豪ら「こころの健康教育・感情教育としてのストレスマネジメント教育」、津田彰ら「危機介入としてのストレスマネジメント教育」、大野太郎「ヘルスプロモーションとしてのストレスマネジメント教育」などの論文によって、学校教育の中で、ストレスマネジメント教育を行う際の留意点がまとめられた。

48巻第6号の佐久間浩美ら「認知的スキルを育成する性教育指導法の実践と評価―性教育における自己管理スキルの活用―」は、問題解決的に取り組むスキルの向上、否定的思考をコントロールするスキル、即座の満足を先延ばしするスキルの向上、コミュニケーション場面での認知的スキルの応用といった内容を含む性教育プログラムの有効性について、高校2年生を対象とする準実験的研究を実施し、認知的スキルを育成する性教育指導法が望ましい性行動の選択に貢献する可能性を確認した。

第53回日本学校保健学会においては、保健教育に関係する報告が数多く発表されている。

永井美鈴ら「女子高校生を対象とした摂食障害予防教育の試み―メンタルヘルス促進授業プログラムの効果―」は学会奨励賞を受けた。論文は平成17年度に発表されたものであるが、養護教諭らによるダイエット広告分析、やせたい気持ちの成り立ち、体型の悩みがなくなるためにできることなどの内容を含む保健授業を、高校2年生女子を対象に3時間で実施し、授業を受けた群の方が自尊心が高くなり、やせ願望や食行動異常が低くなったことを明らかにし、その概要を学会奨励賞受賞講演で報告した。

山梨八重子ら「コラージュを組み込んだ心の教育プログラムの開発―小学校5年生と中学校3年生の受け止め方の違い―」は、保健教育の心のかかわる内容について、コラージュを教材として用いることの可能性や適時性を検討したものであり、小学校5年生と中学校3年生へ実施した結果、いずれも取り組みやすい教材であること、ただし中学校3年生の方がコラージュを心の健康に引き寄せて受け止めており、適時性があることを推測している。

新垣秀美ら「養護教諭の教科『保健』担当に関する

る研究：沖縄県小学校・中学校意識調査の視点」は、沖縄県における公立小学校・中学校すべての養護教諭を対象とする調査を実施し、養護教諭の保健授業担当について「賛成」が38.4%、「反対」が51.4%、「どちらともいえない」が10.2%であったこと、授業実施経験が「あり」とする者が69.6%であったこと、授業後の児童・生徒の関係の変化が「あり」とする者が67.5%であり、その内訳として「ラポールの向上」、「先生への関心の高まり」、「児童・生徒とのコミュニケーションがとりやすくなる」といった実態を明らかにした。

七木田文彦ら「戦時下学校健康教育運動の変容過程」は、昭和11年から昭和20年までの約10年間を対象として、戦前昭和期に興隆した学校健康教育運動の戦時下での過程を検討し、学校健康教育は体操・体育・衛生を中心に、科学化、合理化、総合化を追求する過程であったことを報告した。

笠井直美ら「タイ国における『2001年基礎教育カリキュラム』の実施と保健教育の現状」は、タイにおいて2001年に従来の初等・中等教育段階を12年一貫の基礎教育とする新たなカリキュラムにおいて、小学校1年生から保健体育が取り扱われていること、専門性を持つ教員の不足、外部からの指導者などとの連携の必要性、AIDS教育の不十分なことなどを明らかにした。

藤川正志ら「小学校における保健学習の実施に関する調査研究」は、193校の小学校6年生の担任333名と小学校6年生児童1,274名を対象とする調査を実施し、保健学習の年間実施時間数が「8時間以上」とした者が42.2%、「教科書の内容が全て終わった」とした者が70.8%、「積極的に取り組んだ」者が51.8%、「過去2年間に保健領域に関する参考図書を読み終えた・あまり読まなかった」とした者が48.7%であったこと、また「保健学習に積極的に取り組んだ」とした教師が担任した児童の保健学習に対する意識が高いといった実態を報告した。

佐久間浩美ら「認知的スキルを育成する保健学習—高等学校『生涯を通じる健康』—」は、先に取り上げた「学校保健研究」48巻第6号に掲載された論文の要旨を報告したものである。

竹内由紀ら「小学校体育科『保健領域』の実施状況および教師の意識について」は、長野県における

小学校3学年以上を担当する教員1,020名を対象とする調査を実施し、「年間計画に基づく実施をした」者が79.8%、「計画どおりにできたとする」者44.9%、「ほぼ計画どおりにできた」とする者32.9%、「学級担任の実施」が62.5%、「学級担任と養護教諭のチーム・ティーチング」が36.6%、「教科書単元がすべて終わったとする」者が40%前後、「児童が保健学習に興味関心を持ったか」に肯定的回答をした者が93.1%、「学んだことを理解したか」に肯定的回答をした者が93.4%などの実態を明らかにした。

川本達也ら「項目反応理論を用いた保健知識項目の検証」は、中学校・高等学校合わせて5,800名を対象とする喫煙・飲酒・薬物・性に関する知識テストを実施し、テストの正答率や項目反応理論を適応することで、「性感染症放置や性感染症自覚症状」、「射精避妊」、「コンドーム射精の困難度」が高く、これらの内容の学習時期は高校からが望ましいと考えられること、喫煙に関する知識は、性や飲酒や薬物の内容と比較して容易なこと、飲酒に関する知識は学習時期が適していること、薬物に関する知識は「覚せい剤使用」や「覚せい剤リピート」や「覚せい剤幻覚」は容易であるが、「有機溶剤よい気持ち」や「覚せい剤よい気持ち」といった内容は難しいことなどを指摘した。

阿河道代ら「保健学習における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育の短期的効果—小学校6年生に対する追試的研究—」は、小学校6年生を対象とする3時間から成る喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育を実施し、授業前後の態度、知識、行動を評価し、男子では生涯の薬物乱用意思および先輩や大人からの薬物の誘いへの対処の自己効力、女子では成人時の飲酒意思、先輩や大人からの喫煙・薬物の誘いへの対処の自己効力、喫煙・飲酒・薬物乱用の知識量の増大、行動の変化は認められないことなどを明らかにした。

棟方百熊ら「応急手当に関する高校生の認識調査」は、高校1年生を対象に心肺蘇生法についての実習形式の保健授業を行い、その事前と事後に調査を実施し、これまでに心肺蘇生法の指導を受けた経験が「ある」者は、女子が31.0%、男子が34.2%、事後調査によって心肺蘇生法の実施意欲と知識の増大が明らかにされており、心肺蘇生法の授業が1時間であっても実施する意義のあることを報告した。

さらに、学会シンポジウム「セーフティプロモーションと学校保健」では、西岡伸紀「学校における安全教育の現状と課題」で、児童生徒の安全教育についての理解度は高いが態度は肯定的でないことや安全教育において危険予測、意志決定、応急手当などの能力の育成が指摘された。

学会フォーラム「学校保健研究の点検・評価と活性化をめぐる」では、植田誠治「保健教育分野における研究の意義と評価方法」で、学校保健研究誌では基礎的研究は少なくないものの、保健教育の教授・学習過程の実践を対象とする研究が少なかったことが指摘された。

第15回日本健康教育学会においても、保健教育に関する報告が行われている。

中藪伸二「学校健康教育における保健・医療と国際協力についての教材化の試み」は、高校の保健教科書の保健・医療と国際協力に関連する内容を検討した上で、発問形式の教材を開発し、短大生と大学生に授業を行い、知識と意識が授業直後の評価で高まったこと、また3カ月後においてもそれが継続していることを報告した。

筒井昭仁ら「歯肉炎をターゲットとした歯科保健教育効果の小学校から中学校への持続」は、歯肉炎に焦点を当てた歯科保健教育を小学校5年生に実施し、その効果が2年後の中学校においても良好な状

態で維持できることを明らかにした。

第56回全国学校保健研究大会において、保健教育に関する実践報告が行われ、それに基づく研究協議が進められた。

講師を務めた野津有司は、「心身の健康を保持増進するための実践力の育成を目指した保健学習の進め方～授業観を問い直し、学習指導の工夫を図ろう～」で、今日の保健学習の進め方として、学習指導要領の内容の理解、評価についての関心を持つこと、学習指導の改善を図ることなどの留意点をまとめた。

森定宏之は「地域の人材を生かした保健学習～人的ネットワークの形成を目指して～」で、学校の保健授業に地域の専門家をゲストティーチャーとして参画してもらう実践を報告した。

久保田康司は「自分の心と身体や生活についての課題を見つけ、健康な生活に生かしていく保健の学習～体育科保健領域の学習を通して～」で、小学校体育科保健領域における課題解決的な学習の進め方を報告した。

丹羽眞樹子は「高等学校における保健学習の実践例健康に関わる意志決定と行動選択」で、高等学校における保健学習の評価の進め方を中心に報告した。

(植田誠治)



## 2 喫煙・飲酒・薬物乱用防止

### 1. 未成年における喫煙、飲酒、薬物乱用の現状と問題点

#### (1) 喫煙

児童生徒に対する喫煙に関する全国的な調査としては、文部科学省の意識調査や厚生労働省の研究班が実施している実態調査がある。平成18年に文部科学省が実施した「児童生徒の薬物等に対する意識等調査」によれば、「吸いたいと思ったことがある」と答えた児童生徒数は小学校高学年から高等学校3年生へと学年が上がるにつれて増加し、割合は高校3年生男子25.7%、女子では15.6%であった。

「吸いたいと思ったことがある」と回答した割合は、前回調査と比較し、改善の傾向が見られ、いずれの学年においてもおおむね低下傾向（男子では中3以降、女子では高3で10ポイント以上低下）にあった。

たばこの健康影響については、「たばこを吸うと大いに害がある」と答えた割合は、全学年を通じて最も高く、高校3年生男子88.2%、女子94%であり、児童生徒は喫煙による健康影響についてよく知っている結果となっている。

「将来、20歳以上になったらたばこを吸うと思うか」という問に対しては、「吸わないと思う」と答えた割合が全学年を通じて高く、高校3年生男子

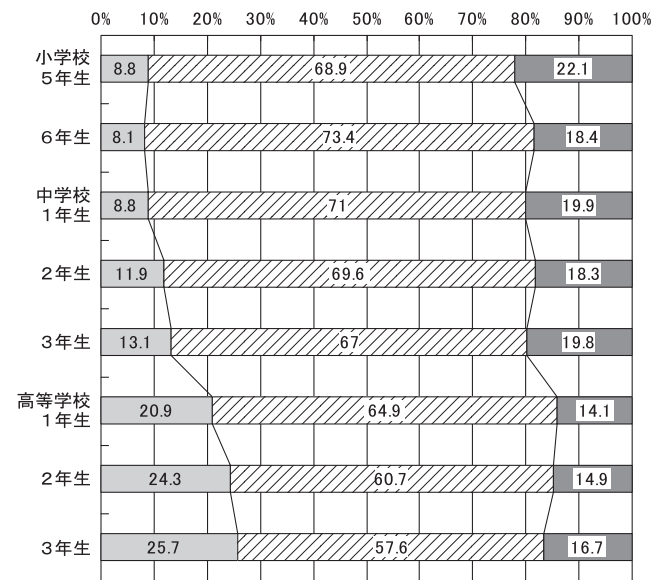
67.4%、女子83.9%であり、健康影響に関する高い認識度と関連性があると考えられるが、「吸うと思う」と答えた割合については年齢とともに上昇する傾向が見られ、また女子よりも男子において「吸うと思う」と答えた割合が高くなった。

#### (2) 飲酒

未成年の飲酒は、その健康影響や社会的影響から、喫煙と並んで法律によって規制される危険行動の一つである。しかしながら日本では冠婚葬祭と飲酒の習慣とのつながりが深いことから、大人の飲酒に対する意識が甘く、未成年の飲酒に対する意識は、このような社会的背景を反映し、喫煙に対する意識とは必ずしも同一ではない。

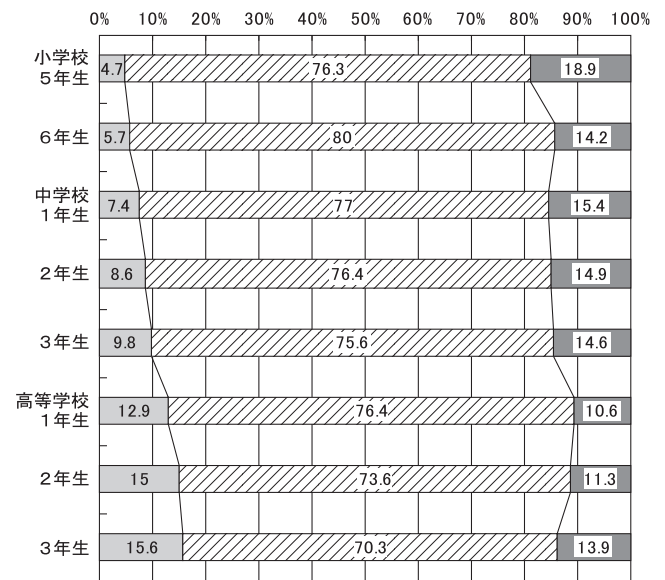
平成18年に児童生徒を対象として文部科学省が実施した「児童生徒の薬物等に対する意識等調査」によれば、飲酒については、「飲みたいと思ったことがある」と答えた割合は小学校高学年から高等学校3年生へと学年が上がるにつれて上昇し、小学校6年生男子31.2%、女子34.4%、中学校3年生男子46.9%、女子51.8%、高校3年生男子66.2%、女子では66.5%であり、小学6年生以上では男子よりも女子で関心

II 健康教育の動向  
2 喫煙・飲酒・薬物乱用防止



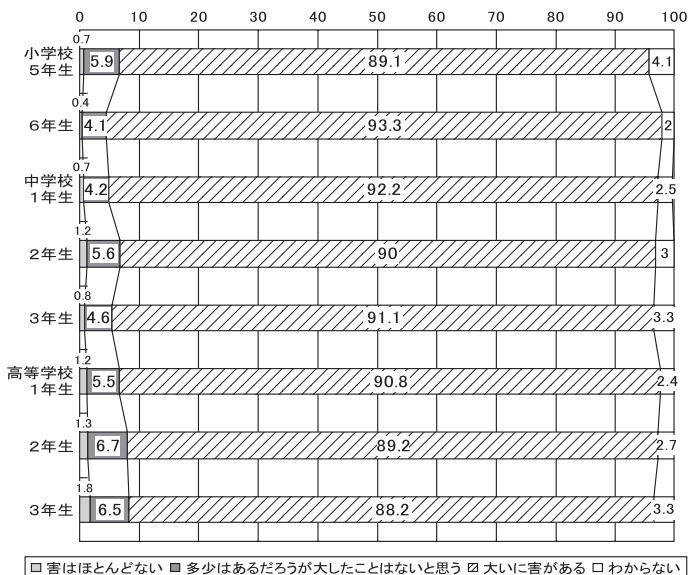
□ 吸いたいと思ったことがある □ 吸いたいと思ったことはない ■ 考えたことがない  
(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図1 たばこを吸いたいと思ったことがあるか (男子)



□ 吸いたいと思ったことがある □ 吸いたいと思ったことはない ■ 考えたことがない  
(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図2 たばこを吸いたいと思ったことがあるか (女子)



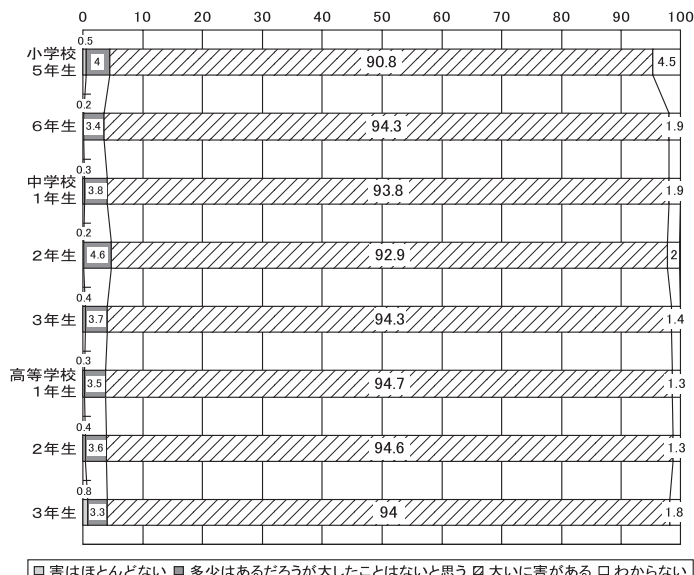
(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図3 たばこによる健康への影響 (男子)

が高くなっている。

一方飲酒の健康影響については、「多少はあるだろうが大したことはないと思う」と答えた割合が、高校2年生男子で58.7%，女子で61%と最も高く、一方「大いに害がある」と答えた割合は概して学年が上がるにつれて低下し、高校2年生男子22.9%，女子29.4%と低かった。

「飲酒は大いに害がある」と回答した割合は、いずれの学年においても前回調査より高く、飲酒に対して肯定的な受け止め方である「飲酒はほとんど害がない」および「多少はあるだろうが大したことはない」と回答した割合は前回調査より低下しており、

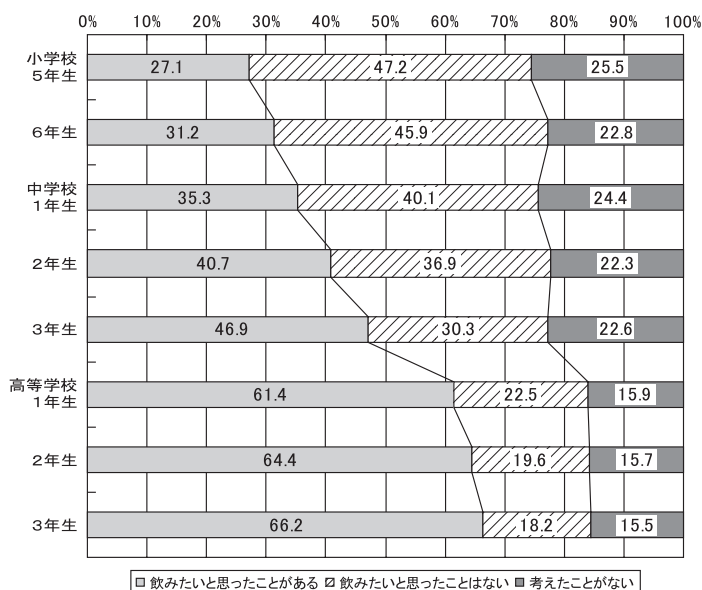


(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図4 たばこによる健康への影響 (女子)

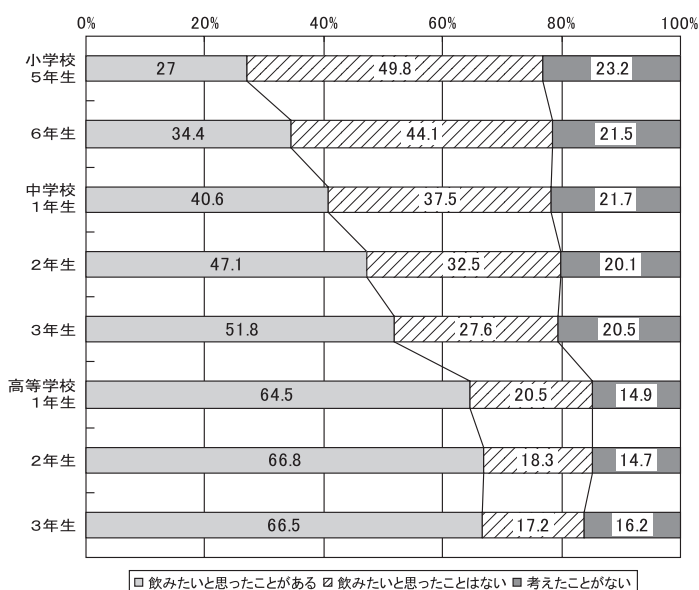
飲酒の健康影響に関する認識に改善の傾向が見られた。

留意すべき点は、酒はたばこと並んでゲイトウェイドラッグ（門戸開放薬）と呼ばれるように、覚せい剤など薬物乱用へのきっかけとなりやすいことである。文部科学省の調査で、飲酒、喫煙に対する関心と薬物に対する印象とのクロス集計を行ったところ、飲酒、喫煙に対して肯定的な考え方を持つグループは、薬物に対する印象も肯定的であり、薬物乱用に対しても「個人の自由」と回答した割合が高かった。



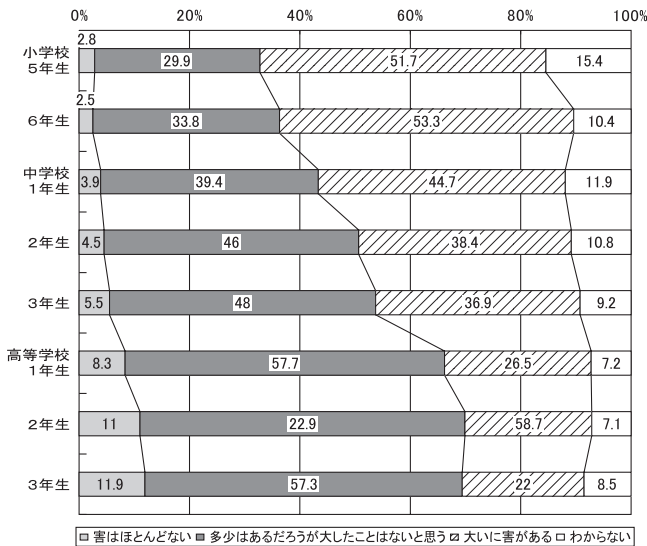
(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図5 酒を飲みたいと思ったことがあるか (男子)



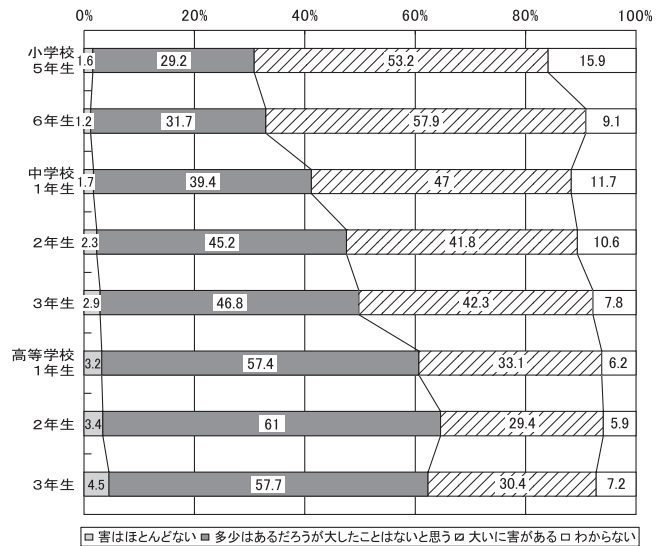
(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図6 酒を飲みたいと思ったことがあるか (女子)



(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図7 飲酒の健康への影響（男子）



(文部科学省：児童生徒の薬物等に対する意識等調査，2006.)

図8 飲酒の健康への影響（女子）

### (3)薬物乱用

未成年の薬物乱用については薬物ごとの検挙者数の推移からその現状や問題点を把握することができる。

#### ①シンナー

シンナーなど有機溶剤の吸引などの検挙・補導人員は減少傾向にあるものの、平成18年において全体の約4割（39.9%）を少年が占めており、依然としてシンナーなど有機溶剤が少年を中心に乱用されている状況がある。

#### ②覚せい剤

覚せい剤による検挙者数は、平成7年から上昇に転じ、その背景が過去の2度にわたる乱用期の状況と異なり、暴力団に加え不良外国人など密売組織の街頭や携帯電話による販売、中・高校生のファッション感覚による乱用の急増といったこれまでにない様相を呈していたことから、戦後3回目の第3次覚せい剤乱用期の到来と認識された。特に青少年における薬物乱用の背景としては「薬物の使用は個人の自由」などの薬物に対する誤った認識や乱用者となった青少年の友人への乱用の勧誘など、薬物への警戒感の希薄化や薬物犯罪に対する規範意識の低下が見られたことがその原因とされた。

政府は第3次覚せい剤乱用の早期終息に向けて緊急に対策を講ずるため、平成10年に「薬物乱用防止五か年戦略」を策定し、薬物乱用防止対策を関係省庁が緊密な連携の下に総合的に実施することとした。その成果として、青少年の覚せい剤検挙者数が減少

傾向にあるなど、児童生徒の薬物乱用に一定の歯止めがかかったと認められるものの、依然として高水準にあり、極めて深刻で憂慮すべき状態にあるといわざるを得ない状況が継続している。このため、平成15年度には「薬物乱用防止新五か年戦略」を策定し、引き続き関係省庁と緊密な連携の下に薬物乱用防止対策を推進している。

#### ③大麻やMDMAなど合成麻薬

覚せい剤以外で問題となる薬物には、大麻やMDMA等合成麻薬が挙げられる。大麻による検挙者数は増加の傾向にあり、覚せい剤によく似た構造を示すMDMAなどの錠剤型合成麻薬は押収量の大幅な増加とともに検挙者数も増加傾向にあるなど、新たな薬物乱用が増加する傾向にあることから、特に注意が求められている。

#### ④違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）

麻薬として指定されていない薬物は、かつて合法ドラッグなどと呼ばれていたが、そもそも合法ドラッグというのはいり得ないということで、最近では脱法ドラッグと呼ばれインターネットなどを介して出回っている。

厚生労働省では、こうした薬物はそもそも薬事法違反であることから呼び方を統一し、違法ドラッグとし、経過措置として「（いわゆる脱法ドラッグ）」を付けることとした。こうした薬物についての乱用実態は明らかではないが、毒性が必ずしも明確になっていないものもあるが、危険な薬物であることを認識する必要がある。



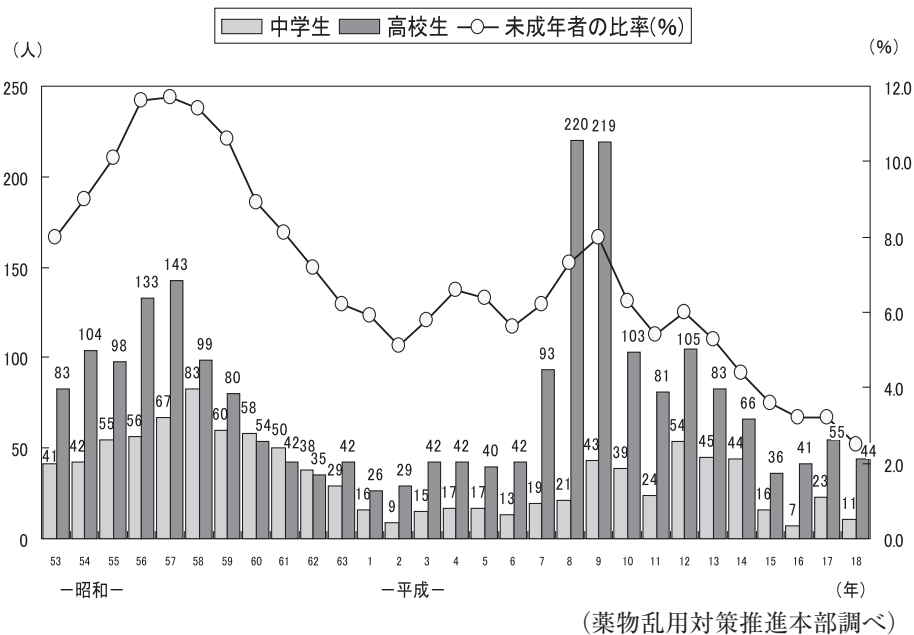


図9 中・高校生覚せい剤事犯検挙者数および未成年者の比率

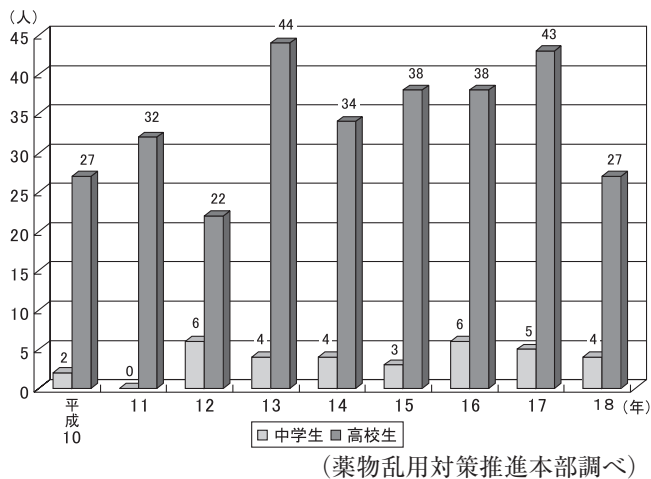


図10 中・高校生の大麻による検挙者数

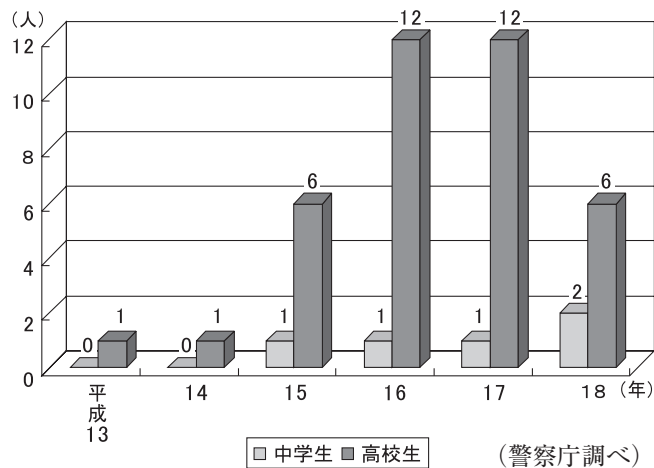


図11 中・高校生のMDMAによる検挙者数

## 2. 対策

喫煙や飲酒、覚せい剤などの薬物乱用は、児童生徒における重要な現代的健康課題となってきた。平成9年の保健体育審議会答申では、社会の変化に対応して、健康の保持増進の観点から早急に取り組むべき新たな課題の一つとして薬物乱用が深刻化していることが指摘され、児童生徒のこのような問題は、一般的に健康の価値への無知や社会規範に対する意識の欠如などから、何らかの要因によって発生したストレスや不安感を解消しようとしたり、一時的な満足感などを得ようとしたりすることにより起こると考えられている。このため、薬物乱用と健康とのかかわりについて認識し、覚せい剤などの薬物を使用しないという態度を身に付けるように指導す

ることが重要であるとされた。

文部科学省は、平成10年度の教育課程審議会答申を受け、学習指導要領を改訂し、新たに小学校段階から喫煙、飲酒、薬物乱用と健康とのかかわりについて指導することとするなどその充実に努めている。

### (1)喫煙

未成年の喫煙は、「未成年者喫煙禁止法」で規制されている。また厚生省（当時）の公衆衛生審議会から厚生大臣宛に出された今後のたばこ対策についての意見具申を受け、厚生省からの要請に基づき、文部省（当時）は平成7年に「喫煙防止教育の推進について」通知を発出した。

文部省（当時）は、教育課程審議会などの答申を

踏まえ、喫煙と健康については、平成10年度に改訂した学習指導要領の小学校体育科保健領域において、新たに「喫煙などの行為は健康を損なう原因となる」ことを内容として盛り込むとともに、中、高等学校における指導内容の充実を図った。

厚生労働省が策定した「健康日本21」においては、2010年までに未成年者の喫煙を0にするという目標を立てており、「健康日本21」の法的根拠となるよう、平成14年8月には健康増進法が制定され、平成15年5月1日から施行されている。その第25条においては、「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、飲食店その他の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（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。」と、受動喫煙防止に係る努力義務が規定された。また厚生労働省は、平成15年4月30日付けで国民の健康増進の観点からの受動喫煙防止の取組を積極的に推進することを目的とし、関係方面への周知および円滑な運用を図るため、「受動喫煙防止対策について」の文書を発出した。

なお受動喫煙防止の措置には、当該施設内を全面禁煙とする方法と施設内の喫煙場所と非喫煙場所を

喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないように分割（分煙）する方法がある。

文部科学省では、厚生労働省から所管する施設などについて適切な受動喫煙防止が講じられるよう要請があったことを受け、通知（「受動喫煙防止対策及び喫煙防止教育の推進について」）を発出し、これらの推進を図るよう周知を図っている。

なお平成15年5月のWHO総会において、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」（略称：たばこ規制枠組条約）が採択され、日本は平成16年6月8日に世界で19番目に批准した。平成17年2月27日に条約が発効している。

この条約の第12条に教育、広報、訓練、啓発が含まれているほか、第8条には受動喫煙からの保護が示されている。

文部科学省は、今後の施策の参考とするため、学校における受動喫煙防止対策を把握することとし、実施状況について調査を行った。

調査結果によれば、95.3%の学校で何らかの受動喫煙防止対策がとられていること、そのうち学校敷地内の全面禁煙措置を講じている学校は45.4%であり、「受動喫煙防止対策を講じていない」と回答した学校は幼稚園が大半を占めて4.7%であり、「必要がない」などの理由によるものと考えられる。

	(校)	(%)
受動喫煙防止対策を講じている	50,554	(95.3)
【具体策】		
1. 学校敷地内の全面禁煙措置を講じている。	24,082	(45.4)
2. 建物内に限って全面禁煙措置を講じている。	12,511	(23.6)
3. 建物内に喫煙場所を設置し、分煙措置を講じている。	13,961	(26.3)
受動喫煙防止対策を講じていない	2,485	(4.7)
合計	53,039	(100)

表1 学校における受動喫煙防止対策の状況

## (2)飲酒

未成年の飲酒は「未成年者飲酒禁止法」で規制されており、「健康日本21」においても2010年までに未成年者の喫煙を0にするという目標を立てている。文部科学省は、飲酒と健康について、平成10年度の学習指導要領の改訂により、新たに小学校段階から体育科保健領域において、「飲酒などの行為は健康を損なう原因となること」を内容として盛り込むとともに、中・高等学校における内容の充実を図った。

## (3)薬物乱用

文部科学省は、薬物乱用防止教育の充実のため、

- ①教育課程の改善
- ②薬物乱用防止教室の推進
- ③教材の作成・配布など
- ④研修会の開催など

について施策を進めている。

また平成15年7月の「薬物乱用防止新五か年戦略」策定を受け、引き続き中・高校生の薬物乱用防止教

育を徹底するため、文部科学省は平成15年9月2日に通知を发出し、「①学校においては、児童生徒への薬物乱用防止教育の充実のため、『体育』、『保健体育』、『道徳』、『特別活動』における指導に加え、『総合的な学習の時間』の例示として示されている『健康』に関する横断的・総合的な課題についての学習活動等も活用しながら、学校の教育活動全体を通じて指導すること。②すべての中学校及び高等学校において、年に1回は薬物乱用防止教室を開催するよ

う努めるとともに、地域の実情に応じて小学校においても薬物乱用防止教室の開催に努め、警察職員、麻薬取締官OB、学校薬剤師などの協力を得つつ、その指導の一層の充実を図ること。③学校警察連絡協議会等において、少年の薬物乱用の実態、薬物の有害性・危険性等について情報提供を行うとともに、薬物乱用を把握した場合の早期連絡の要請等、学校関係者等との連携を一層強化すること。」などを求めている。

### 3. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

#### (1)視点

喫煙、飲酒、薬物乱用を経験して、一度依存状態に陥ると、そこから抜け出すことは極めて難しくなる。有機溶剤、覚せい剤などの乱用では社会復帰にも困難を伴う。特に学校教育を受ける学齢期は、このような健康に関する危険行動に陥りやすい時期でもあり、まだ喫煙、飲酒、薬物乱用を経験していない児童生徒を対象とする「一次予防」が最も本質的な予防策となる。一次予防は、たばこ、酒や依存性薬物を使用するきっかけそのものを除く、各個人がきっかけとなる誘因を避ける、あるいは拒絶することができるようになることを目標とするものである。

#### (2)学習指導要領

中央教育審議会のまとめ「21世紀を展望した我が国の教育の在り方」は、今日の変化の激しい社会を生きていくために必要な資質や能力を「生きる力」と定義し、これからの学校が目指すべき教育目標であることを強調している。

「生きる力」の要素として

- ①自分で課題を見付け、自ら学び、自ら考え、主体的に判断し、行動し、よりよく問題を解決する資質や能力
- ②自らを律しつつ、他人とともに協調し、他人を思いやる心や感動する心など、豊かな人間性

(全体)

校 種	開催校数	延べ回数	参加生徒数
	全校数 (開催率)		
小 学 校	7,157校	8,044回	622,489人
	22,348校 (32.0%)		
中 学 校	6,321校	7,115回	1,544,133人
	10,847校 (58.3%)		
高 等 学 校	3,302校	3,644回	1,519,460人
	5,127校 (64.4%)		
中 等 教 育 校	11校	12回	3,669人
	27校 (40.7%)		
合 計	16,791校	18,815回	3,689,751人

(文部科学省学校健康教育課調べ)

(公立学校)

校 種	開催校数	延べ回数	参加生徒数
	全校数 (開催率)		
小 学 校	7,141校	8,026回	620,506人
	22,081校 (32.3%)		
中 学 校	6,134校	6,908回	1,503,032人
	10,075校 (60.9%)		
高 等 学 校	2,765校	3,058回	1,245,957人
	3,806校 (72.6%)		
中 等 教 育 校	9校	10回	3,179人
	16校 (56.3%)		
合 計	16,049校	18,002回	3,372,674人

(文部科学省学校健康教育課調べ)

表2・表3 平成18年度の薬物乱用防止教室の開催状況



③たくましく生きるための健康や体力の三つを挙げている。

学校で行われる喫煙、飲酒、薬物乱用に関する指導は、児童生徒の喫煙、飲酒、薬物乱用を防止するために行われることは当然であるが、「生きる力」の育成の寄与にも必要となる。

保健で示している喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する教育の目標を踏まえると、喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導の目標は、喫煙、飲酒、薬物乱用を防止し、生涯を通じて健康・安全で活力のある生活を送ることができる資質や能力を育てることとなり、具体的には以下のようにとらえることができる。

- ①喫煙、飲酒、薬物乱用が健康や社会におよぼす影響および社会的対策について知識を身に付け、理解する。
- ②喫煙、飲酒、薬物乱用が健康や社会におよぼす影響の重大性及び社会的対策の重要性に気付くとともに関心を持ち、それらを解決しようとする意欲を高める。
- ③喫煙、飲酒、薬物乱用にかかわる要因に気付き、喫煙、飲酒、薬物乱用をしないという意志決定のための能力を身に付け、自らの生活をコントロールできる。
- ④地域や社会生活において、喫煙、飲酒、薬物乱用防止のための活動ができる。

### (3)薬物乱用防止教室の開催

薬物乱用防止教室とは、学校が進める薬物乱用防止教育の一環として、警察関係者、麻薬取締官OB、医師、薬剤師、薬務行政の担当者などの専門家を講師として招いて行う教育活動のことをいう。

主な留意点は

- ①講師の専門性が十分に生かされるような指導形態の工夫を行い、教員と十分な連携の下で実施すること
- ②保健、道徳、特別活動および総合的な学習の時間に学級担任、教科担任や保健主事などを中心に薬物乱用防止教育の一環として企画し、より専門的立場から豊富な知識や経験に基づいた指導を仰ぐこと
- ③児童生徒に薬物乱用を始めさせないことを主なねらいとし、すでに薬物の乱用経験のある子どもたちに対しては、別途指導を行うことを原則とすること

などが大切である。

こうした取組を進めるに当たっては、教職員が共通理解を持ち、それぞれの役割分担を決めるなど、校内体制を整備して学校全体で取り組むことが大切である。

### (4)教材の提供

文部科学省は、喫煙や飲酒、薬物乱用防止教育に資するよう、さまざまな教材を作成・配布している。

このような教材は、発達段階を考慮し、できる限りの新しい科学的知見を踏まえて作成されており、子どもたちの知識・理解を進める上で極めて有効な手助けとなる。しかしながら使用に際し、ただ放映したり配布したりするだけでは効果的ではない。授業において、喫煙や飲酒、薬物乱用に関する子どもたちへの発問や、このような教材をどのような場面で使用することが有効であるかなどについて文部科学省が作成・配布している「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料」の指導案を参考にしながら組み立て、教師による働き掛けや支援により、子どもたちの思考・判断、さらには意志決定や行動選択に結び付けるよう授業計画を立てることが大切である。以下に文部科学省が作成・配布している教材などを示す。

#### ①薬物乱用防止教育教材の作成・配布

- ・小学生用ポスターおよびパネルの作成・配布：全小学校に配布（平成11年度～）
- ・小学生用パンフレットの作成・配付（平成13年度～）
- 「ストップ・ザ・薬物」：小学校5学年全員に配布
- ・中学生・高校生用パンフレットの作成・配布
- 中・高等学校 第1学年全員に配布
- 薬物乱用防止教育パンフレット（平成9年度～）
- 喫煙防止教育パンフレット（平成15年度～）
- ・心と体の健康啓発教材の作成・配布（平成17年度～）
- 飲酒と健康、エイズ、感染症、心の健康も含めた中・高等学校1学年全員に配布
- かけがえのない自分・かけがえのない健康（中学生用）
- 健康な生活を送るために（高校生用）
- ・ビデオ教材の作成・配布：各学校に配布
- 小学生用：ストップ・ザ・薬物

中学生用：NO！脳からの警告

高校生用：なくした自由

・高校生用教材ソフトの作成・配付（ホームページにも掲載）：（平成13年度）：各高等学校に配布「OPERATION BLUE WIND暗雲を吹き払う風」

②薬物乱用防止教育および喫煙防止教育ホームページ

日本学校保健会に、喫煙防止教育および薬物乱用防止教育のホームページを開設している。アドレスは以下の通り。

薬物乱用防止教育

<http://www.hokenkai.or.jp/3/3-1/3-1.html>（2007年8月31日現在）

喫煙防止教育

<http://www.hokenkai.or.jp/3/3-5/3-5-frame.html>（2007年8月31日現在）

③薬物乱用防止教育指導者用資料作成・配布

・指導者用ビデオ

全小・中・高等学校に配布「育てたい生きる力 喫煙、飲酒、薬物乱用防止のために」（平成12年度）

・喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料  
中学校編、高等学校編、小学校編

・薬物乱用防止教室推進ビデオの作成（平成14年度）  
薬物乱用防止教室について学校が開催形式の工夫や留意すべき事項、さらには外部の専門家が児童生徒の発育発達段階に配慮して適切に指導する際の配慮事項など、開催に際して参考に資するよう、事例などを元にビデオで紹介している。なお本ビデオは全小・中・高等学校に配布している。

④広報啓発活動の推進（平成11年度～）

競技場や街頭ビジョンなどの大型カラーディスプレイシステムを活用し、高校生が作成したCMを放映して啓発活動を実施するとともに、ポスターを作成して高等学校に配布をする。

《留意点》

①低・中学年への指導

発達段階から見た場合、小学校の低学年では、生活の中での具体的な体験やそれによって得られた知識や興味・関心の中心となりやすく、一つの事柄に集中できる時間が短い。一方中学年では、言葉を通して物事を理解する能力が高くなっていく時期である。

したがって、子どもたちが健康によい生活を毎日送ることが大切であることを理解し、実践できるよう指導することが重要であり、いきなり喫煙や薬物乱用防止に関する指導を行うのではなく、身近な事象から子どもたちの理解力に合わせた指導をするようにする。

②家庭や地域社会との連携

喫煙、薬物乱用防止に関する指導は、「寝た子を起こすからしない方がいい」という考え方では1次予防の観点から対応が遅れてしまうことから、保護者や地域住民がその意義と必要性を十分に理解できるよう、学校から情報発信することが重要である。

そのためには、授業の公開、懇談会の開催、また学校だよりやPTAだよりを活用し、喫煙、薬物乱用防止に関する指導の意義や必要性、学校での指導内容、またそれを強化するために保護者ができることなどについて啓発することが大切である。

児童生徒の行動は家族や地域社会の影響を受けること、特に自分を大切にする自尊感情（セルフエスティーム）の形成などに家族が重要な役割を果たすことなどを知らせ、家族や地域社会も子どもたちに対する教育の当事者であることが認識できるよう働きかけをし、効果的な連携ができるよう学校全体で取り組むようにしたい。

なお喫煙、飲酒、薬物乱用に関する指導に際しては、薬物乱用防止教室の開催ばかりでなく、教職員の資質向上のための研修会、保護者や地域住民を対象とした講演会や学習会を企画・開催し、その際に地域の警察、医師会、歯科医師会、薬剤師会、精神保健福祉センター、保健所などと緊密な連携を図り、それぞれの専門性を生かして、効果的な指導ができるよう努めることが大切である。

またこうした喫煙、飲酒、薬物乱用などの健康問題について、学校保健委員会を活用することが、家庭や地域社会と共通理解を図るとともに効果的な連携のあり方や取組を推進する上で極めて有効な手段となる。

③薬物乱用経験者との連携

薬物依存症の社会復帰施設職員には自分自身が薬物乱用の経験者（更生者、回復途上の者）が含まれる。薬物乱用経験者の体験談は貴重であり、特に薬物乱用のハイリスクグループを含む高校生などには

強い印象を与えるが、場合によっては児童生徒が薬物乱用経験者の生き方や薬物の持つ興奮作用に興味を持ったり、また乱用を止めることができずにいる多数の薬物依存者が存在することに気付かず薬物乱用問題の深刻な側面を軽視する危険性がある。また、学校の対応によっては講師として招いた薬物乱用経験者の人権を傷付けるケースも考えられる。したがって、本当に薬物乱用経験者の経験談がその学校の薬物乱用防止教育にとって必要で意義のあることなのかどうかを十分検討することが大切であり、講師と事前に学校や生徒の現状などについて打ち合わせを行うとともに事後指導をしっかりと実施することが必要となる。

#### ④その他の留意点

喫煙、飲酒、薬物乱用に関する指導に当たっては、生徒の実態や地域の実情を把握し、課題をとらえた上で、集団や個別および組織活動などにおいて、計画的、継続的、組織的に展開することが必要となる。

集団を対象とした指導については、保健、特別活動、総合的な時間などにおいて指導することが可能であり、また効果的な指導には、コンピュータや視聴覚教材の活用などの工夫が大切である。

個別指導は、保健室来室時や健康相談活動などの

あらゆる機会を通じて行い、集団ではとらえ切れない個々の実態把握や健康問題に対応した指導を行うことになる。必要に応じて計画的に、また児童生徒の自発的な保健室来室時に、あるいは児童生徒の会話をきっかけに適宜行う。

なお薬物乱用の実態がある場合には、犯罪組織などによる薬物の供給が背景にある場合が多いことなどから対応は極めて難しく、教員が一人で問題を抱え込み、問題をより複雑にしないように管理職や他の職員と共通理解を図り、警察などの関係機関と連携を密にして指導に当たることが極めて重要である。

組織活動における指導は、校内体制づくりを行うこと、すなわち学校保健委員会、教職員保健部会、生徒保健委員会、PTA保健部会、保護者会などがあり、活動方法には調査や研究活動、情報の提示、家庭や地域社会まで広げた啓発活動を行うことなどが考えられる。それぞれの委員会の目的に沿って活動を展開することが大切であるが、各委員会がその機能を十分発揮できるよう支援し、薬物乱用問題などの解決に当たって、学校、家庭、地域社会との連携が円滑に図られるようにすることが大切である。

(鬼頭英明)

#### 主な参考資料

1. 文部科学省：喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料—中学校編—, 2004.
2. 文部科学省：喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参

考資料—高等学校編—, 2004.

3. 日本学校保健会：喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する用語事典 2002.



# 3 歯・口の健康教育

## 1. 「食」に関する健康教育

平成17年3月に発刊された「生きる力をはぐくむ学校での歯と口の健康づくり」文部科学省指導資料集は、子どもたちが学習を通じて自律的な健康管理ができるような資質や能力を育成する視点を重視しており、過去の「むし歯予防」のみでなく、「歯周病の予防」、「咀嚼などの口腔機能の育成」、「歯・口の外傷の予防」など、現代の子どもの口腔保健の多様な課題に対応しながら、従来の保健管理中心から保健教育を重視する新しい時代に向けての学校歯科保健の方向性が示されている。学校歯科保健活動として行われる「食」の課題も「生きる力をはぐくむ学校での歯と口の健康づくり」の理念を基盤にして理解し、実施されるべきであろう。

今日のような時代だからこそ、子どもが豊かな人間性をはぐくみ、「生きる力」を身に付けていくためには、さまざまな経験を通じて食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することが必要であって、子どもたちが心の豊かさを実

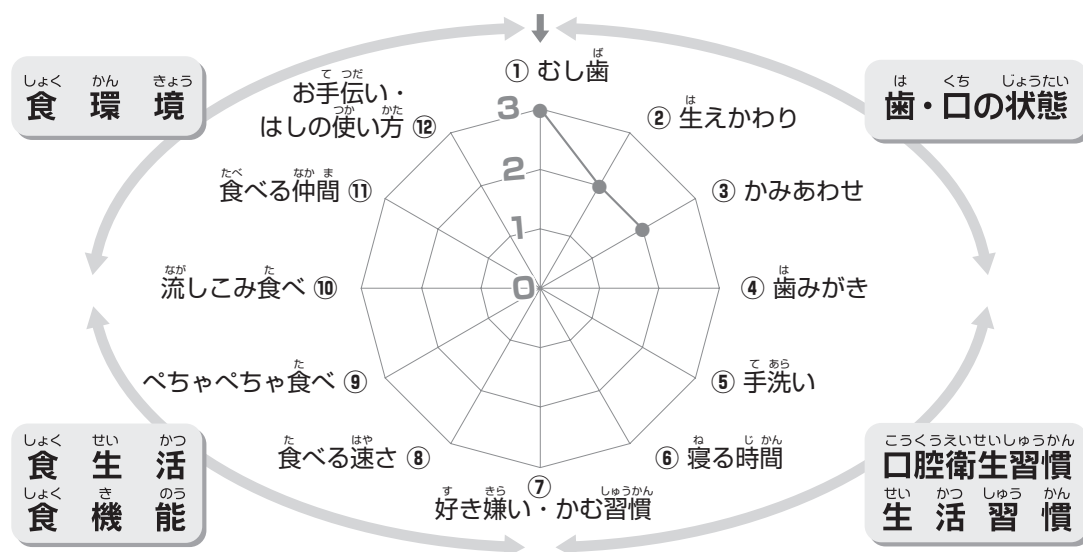
感できる「食教育」を推進する具体的な施策が求められている。

### (1) 日本学校保健会の健康推進のための冊子

日本学校保健会は児童生徒等歯・口の健康づくり推進委員会（平成16年～18年度）事業として「歯・口の健康と食べる機能Ⅱ，食べることから健康な生活を考える」という冊子を作成している<sup>1)</sup>。冊子は、「生涯を通じた歯・口の健康と食べる機能」を見据えた機能の発達期である幼児児童生徒を重視する視点から作成されている。特に注目される点は、「口腔の発育状態」、「生活習慣」、「食べ方」の項目から成るセルフチェック票と、児童生徒自身が視覚的に問題点を把握できるレーダーチャート（図1）を提示している点である。

### (2) 日本学校歯科医会の指針

日本学校歯科医会では、平成18年8月「健全な口腔機能の育成のための指針」を作成している。その目次は以下のようである。



(日本学校保健会：歯・口の健康と食べる機能Ⅱ，食べることから健康な生活を考える)

図1 レーダーチャート（幼児・小学生用）

- ①よりよい口腔機能を目指して
- ②学校保健における口腔機能育成の課題
- ③口腔機能と健康支援
- ④健全な口腔機能の育成を目指した食育
- ⑤よりよい機能発達への支援

特に口腔機能と健康支援では、具体的に学年ごとの保健指導の展開案が提示されている。

### (3)食に関する臨時検討委員会

日本学校歯科医会は平成18年度「食に関する臨時検討委員会」を立ち上げ、内閣府の「食育基本法」および「食育推進計画法」の法制化に伴い、学校保健の視点から学校歯科医の「食」に関係した活動指針を委員会に諮問し、委員会は答申を提出している。内容は以下の項目になっている。

#### ①総論

- 1)「生きる力をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」の理念と「食育」の推進
- 2)子どもの生活習慣・食生活（食行動）と健康課題との関係
- 3)「食育」は“生活習慣改善支援”および“子育て支援”の視点から
- 4)家庭および地域、そして生涯保健としての連携
- 5)食教育する対象群（児）の生活習慣、食習慣・食

生活の実態調査および評価

- 6)全身のこころとからだの健康づくりを目標。
- 7)歯・口の健康づくりとしての「食教育」の具体的な取り組み方、進め方

子どもたちの歯・口の健康づくりの一環として進める「食教育」の具体的な内容は、大きくは以下の3項目を挙げることができる。

・むし歯、歯周病など口腔疾患の予防・抑制を目的にした、主に“シュガーコントロール”としての食教育・食指導

・口腔機能（とくに食べる機能）の育成支援を目的とした食教育、食指導

・「味覚（五感）食教育」の学習

#### ②各論

- 1)「食べる機能発達（育成）支援」
- 2)歯・口腔の疾患と「食」との関係およびその支援
- 3)学校歯科保健の各領域から「食教育」を考える
- 4)「食育」を通じて学校歯科保健と地域歯科保健との連携を考える
- 5)学校教育における健康教育、特に「食育」の意義、一学校経営の立場から一
- 6)栄養教諭の職務内容、一学校歯科医との連携を求めて一

## 2. 学校歯科医の資質向上を図るための「研修制度」の発足

これからの時代の学校歯科保健は、従来の疾病志向の「保健管理」を中心にした活動から、子どもが生涯を通じ、健康生活を自律的に選択し、「生きる力」をはぐくむような「保健教育」を重視する活動へと転換を図ることが大切である。そのために学校歯科医として持つべき資質としては、歯・口腔に関する専門的な知識と技術を持つことは当然のことであるが、新しい時代に求められている学校健康診断の目的や方法、さらに子どもが生涯を通じた健康づくりを自主的に進めていくための健康教育のあり方、そして、学校保健を組織的に進めていくための組織活

動など、その基本的概要を修得しておくことが必要である。

日本学校歯科医会は、ここ数年来、学校歯科医の資質向上を目指し、「学校歯科医の専門性とは何か」、また「研修制をどうあるべきか」など、委員会に諮問し検討を続けてきた。昨年度末、委員会より日本学校歯科医会認定「基礎研修制度」の具体的な答申にまで至った。

日本学校歯科医会が検討を重ね、具体的な実施に向け予定されている研修制度が現在検討中である。

（赤坂守人）

# 4 食生活・栄養教育

## 1. 食育推進基本計画と学校における食育

近年、食生活を取り巻く社会環境の変化に伴い、人々の食行動も多様化して食生活の乱れが問題となっている。

児童生徒を取り巻く食生活も同様で、朝食欠食、子どもだけで食事をする孤食、偏った栄養摂取による肥満傾向や過度の痩身傾向の増加などが顕著になってきており、生活習慣病の若年化などの一因に食に起因するものが多いと指摘されている。子どもたちが食に関する正しい知識と望ましい食習慣を身につけることは、次代を担う大人の食育をすることであり、重要課題である。

平成17年6月に成立した食育基本法の施行を受けて、食育推進会議において「食育推進基本計画」が決定された。

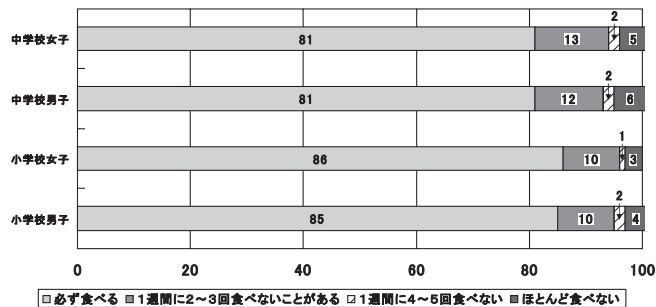
この計画の中で「学校、保育所等における食育の推進は、子どもの健全な食生活の実現と豊かな人間形成を図るために重要な役割を果たすものである」として、学校において魅力ある食育を推進するために、国、地方公共団体が推進に努める施策として、指導体制の充実、子どもへの指導内容の充実、学校給食の充実、食育を通じた健康状態の改善などの推進などを掲げている。

## 2. 児童生徒の食生活の状況

### (1) 朝食欠食

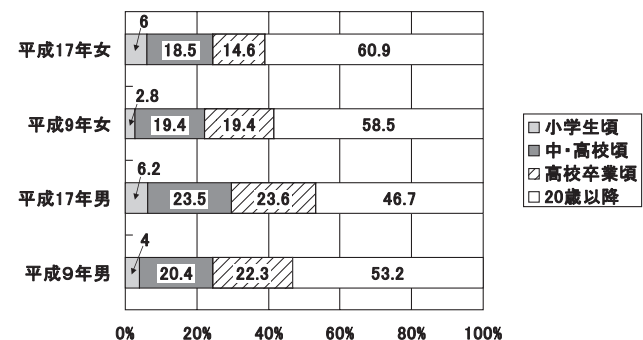
朝食の欠食状況は、図1の通りである。

小学校5年生の児童の約4%、中学校2年生生徒の約5%が朝食をほとんど食べていないという結果となっている。学童期は基本的な生活習慣の基礎を



(日本スポーツ振興センター：児童生徒の食生活実態調査、平成17年度)

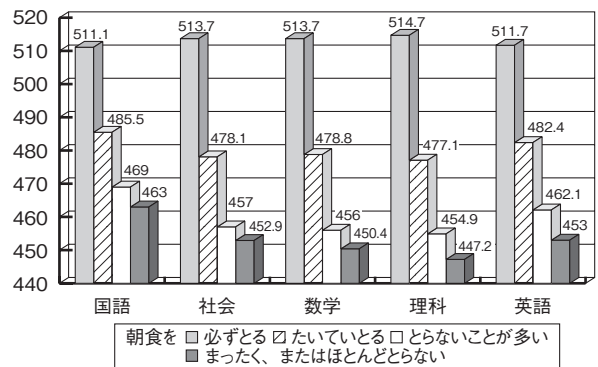
図1 児童生徒の朝食欠食状況



(国民健康栄養調査、平成18年度)

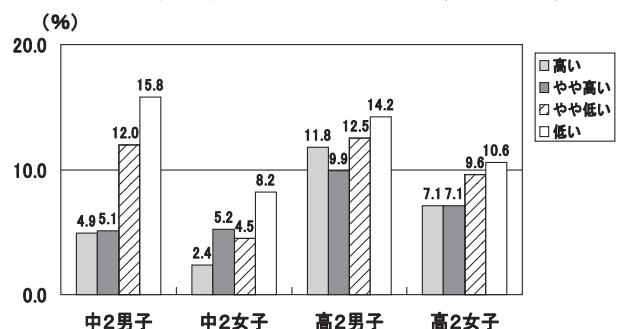
図2 朝食欠食が始まった時期

確立する時期であり、その時期に形成された食習慣は大人になっても引き継がれやすい。図2の国民健康・栄養調査の結果でも、朝食欠食が始まった時期が以前の調査より低年齢化してきており、学童期に形成された食習慣が一生の食習慣を左右することを



(教育課程実施調査、平成13年度)

図3 朝食欠食と学力との関係 (中学2年)



(文部科学省：心の健康状態と生活習慣の関連実態調査)

図4 朝食を食べなかった者の割合



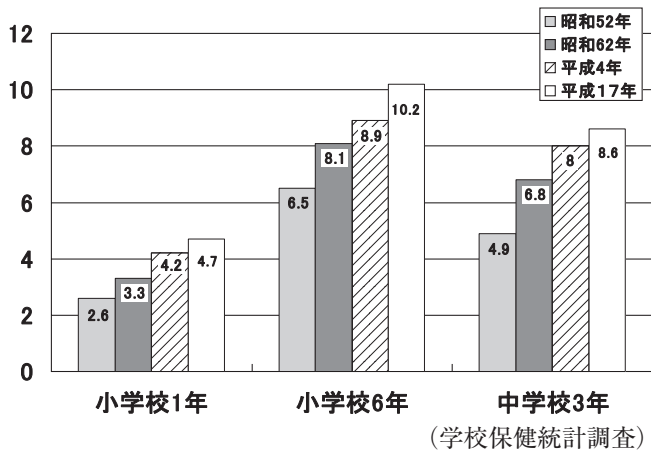


図5 肥満傾向児の割合

示唆している。

食育推進基本計画では、平成22年までに児童生徒の朝食欠食率を0%にする数値目標が掲げられ、文部科学省では「早寝・早起き・朝ごはん」キャンペーンを繰り広げるなど全国展開をしている。最近の調査によると、朝食欠食と学力、朝食欠食と心の健康などに深い関係のあることが公表されており、朝食欠食を0にする指導と併せて、バランスにも配慮した朝食内容になるよう指導することも必要である。

(2)肥満傾向、痩身傾向

学校保健統計による児童生徒の肥満傾向、痩身傾向は図5、図6の通り、いずれも増加傾向にある。肥満傾向は運動習慣の減少と併せて、不規則な食習慣、高脂肪、高エネルギーに偏った食事やおやつへの過剰摂取などの問題が指摘されている。痩身傾向は、大人社会のやせ志向やマスコミなどの影響が大きいことはいままでもないが、児童生徒にとっての日々の食事は、心身ともに健康な生活を送るためだけでなく、健全な成長発育に必要な栄養素確保のためのものである。集団指導と併せて、今後栄養教諭・学校栄養職員が積極的に個別相談指導に取り組むことが必要となってきている。

朝食欠食、肥満傾向、痩身傾向、いずれも学校長を中心に、養護教諭、保健主事、栄養教諭等教職員や、学校医、保護者代表などが一体となる学校保健委員会等学校における指導体制を整備することで、学校全体の取組となる。

(3)児童生徒の食生活実態調査

児童生徒が食事で気を付けていることは、図7の通りである。学校における食に関する指導が推進されていることもあって、平成12年度と比較すると意

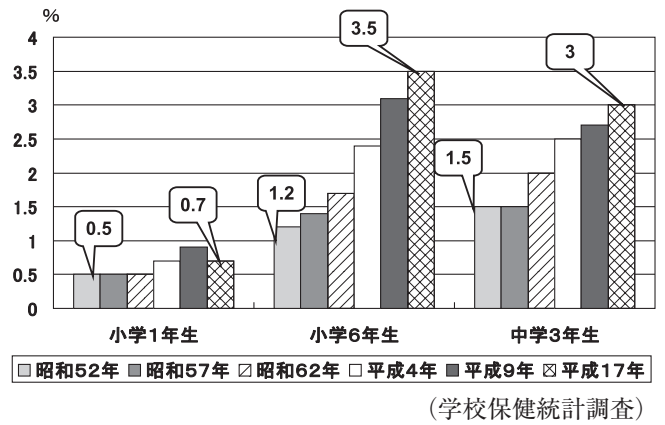
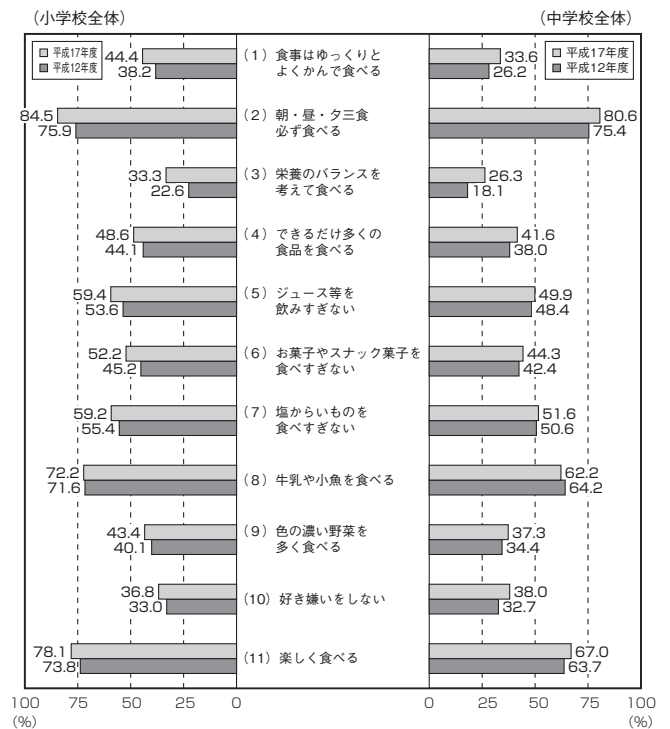


図6 痩身傾向児の割合

識の高まりは見られるものの、すべての項目で小学生より中学生の意識が低い結果となっている。中学生の段階は小学校ではぐくまれてきた食に関する自己管理能力を活かして日々の生活の中で実践し定着化を図る時期だけに、今回の調査で中学生の意識が低いことは残念な結果である。

学校における食育の特長は、教科などで得られた食に関する知識を活かしながら、「生きた教材」である学校給食を、見て、食べ、食への興味・関心を高めていくことである。実際の食事であるから、児童生徒も理解しやすく、意識の変容や実践力につながりやすいのである。そのためには、教職員が「生き



(独立行政法人日本スポーツ振興センター：児童生徒の食生活実態調査、平成17年度)

図7 児童生徒が食事で気を付けていること

た教材」を活用することを理解し、日々の給食時間は貴重な食育の場という認識の下に指導に当たる必要がある。幼稚園、小学校、中学校へと発達段階に

応じて総合的に身に付けられるように、横のつながりを持ちつつ、学校教育活動全体で推進することである。

### 3. 学校における「食に関する指導」の実際

#### (1)食に関する指導の目標

中央教育審議会は、「食事の重要性」「心身の健康」「食品を選択する能力」「感謝の心」「社会性」「食文化」の観点から、以下の通り六つの食に関する指導の目標を設定している。

各学校は、国の示す六つの目標を踏まえながら、地域や学校の状況などに応じた目標を掲げている。

- ①食事の重要性、食事の喜び、楽しさを理解する。
- ②心身の成長や健康の保持増進の上で、望ましい栄養や食事のとり方を理解し、自ら管理していく能力を身に付ける。
- ③正しい知識・情報に基づいて、食物の品質及び安全性等について自ら判断できる能力を身に付ける。
- ④食物を大事にし、食物の生産等にかかわる人々へ感謝する心を持つ。
- ⑤食事のマナーや食事を通じた人間関係形成能力を身に付ける。
- ⑥各地域の産物、食文化や食にかかわる歴史等を理解し、尊重する心を持つ。

#### (2)食に関する指導にかかわる全体計画

各学校において食育を推進するために、食に関する指導にかかわる全体計画が作成されている。全体計画は、

- ①学校の食に関する指導の目標
- ②学年ごとの食に関する指導の目標
- ③給食の時間における食に関する指導内容
- ④学年ごと、各教科、特別活動、総合的な学習の時間等における食に関する指導内容
- ⑤個別相談指導
- ⑥地場産物の活用
- ⑦保護者や地域との連携

などで構成されており、児童生徒が計画的、継続的に学ぶことができるようにするとともに、教職員全体が具体的な取組について共通理解を図り、連携調整を図るための資料とされている。

なお保護者や地域の理解や協力を得るために、全体計画は広く公表して、学校で学習した食に関する

指導が日常生活で実践できるように、受け皿づくりをしておくことにも配慮する必要がある。

#### (3)栄養教諭の職務

栄養教諭は、学校教育法第28条に「児童の栄養の指導及び管理をつかさどる」と明記されており、学校全体で食に関する指導に取り組むための中心的な役割を果たすことが求められている。

##### ①食に関する指導

1)食に関する指導の教職員間、家庭や地域との連携・調整

・各学校の「食に関する指導年間計画」の作成など、学校全体で取り組む食育の中心的な役割を果たし、教職員との連携・調整をしながら推進する。

・献立表、給食だよりなどを活用した家庭への働き掛けや地域の農業関係者などと連携して栽培活動など体験学習を行う。

##### 2)個別的な相談指導

発達段階を踏まえた教育的な配慮をしつつ、肥満傾向、痩身傾向、偏食傾向、食物アレルギーへの対応など、児童生徒の個別の事情に応じた相談指導と保護者に対する助言など、家庭への支援や働き掛けなどを行う。

##### 3)教科・特別活動などにおける教育指導

各教科、総合的な学習の時間、特別活動などにおいて、学校給食を「生きた教材」として活用しつつ、学級担任や教科担任と連携しながら「食に関する指導」を行う。

##### ②学校給食の管理

・学校給食に関する基本計画の策定への参画  
・学校給食における栄養量、食品構成に配慮した献立作成

・学校給食の調理、配食および施設設備の使用方法などに対する指導・助言

・調理員、施設設備の衛生管理

・検食の実施、検査用保存食の管理

・学校給食物資の選定、購入、保管

#### 4. 「食に関する指導」の充実施策

- 文部科学省における食育推進事業である。
- ・食育推進交流シンポジウムの開催
  - ・栄養教諭を中核とした学校・家庭・地域の連携による食育推進事業
  - ・地域に根ざした学校給食推進事業

- ・児童生徒の生活習慣と健康に関する実践調査等
- ・食生活学習教材の作成・配布
- ・学校給食衛生管理等に関する調査研究
- ・栄養教諭育成講習事業

(金田雅代)

参考文献

1. 日本スポーツ振興センター：児童生徒の食生活実態調査，平成17年度
2. 国民健康栄養調査，平成18年度
3. 教育課程実施調査，平成13年度
4. 文部科学省：心の健康状態と生活習慣の関連実態調査
5. 学校保健統計調査，平成18年度

### 日本学校保健会ニュース

- 子どもたちの元気な笑顔と健やかな成長のために
- 保健活動のバックアップが日本学校保健会の仕事です

#### 児童生徒の健康状態サーベイランス事業 子どもたちの“今”を知るために

- ・ 全国の子どもたちの健康状態をはじめ生活習慣や意識について、多面的な調査・解析を実施。

- [内容]
- ・ 生活習慣病に関するリスクファクターの調査、報告
  - ・ ライフスタイルに関する調査、報告
  - ・ アレルギー様症状に関する調査、報告





## コラム 生活習慣「早寝早起き朝ごはん」

### 1. 「早寝早起き朝ごはん」全国協議会

文部科学省では、「早寝早起き朝ごはん」国民運動プロジェクトチームを結成し、早寝早起きや朝食をとるなど、子どもの望ましい基本的な生活習慣を育成し、生活リズムを向上させるための啓蒙活動を実施してきた。引き続き平成18年度からは「早寝早起き朝ごはん」全国協議会が発足され、民間主導による更なる全国的な普及啓発活動が実施されている。

### 2. 「平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス調査」速報

日本学校保健会では、「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」を、平成4年から6年度まで毎年、平成8年度から隔年にて実施している。調査は、「生活習慣病のリスクファクター」「生活習慣」「アレルギー症状」に関して構成されている。最近の調査は平成18年に、小学校1年生から高校3年生までの男子4,671人、女子5,232人を対象に行われた。この最新結果を分析の途中ではあるが、生活習慣に関する項目に限定して報告することを、日本学校保健会・同委員会に承諾して戴いた。但し、今年度末の報告書に確定した統計結果が掲載されることをご承知願いたい。

まず、「早寝」に関する就寝時刻は次の様であった。小学校4年生までは男女とも平均値では21時台であるが、小学校5年生以上は22時を越えた。中学生では男子23:11、女子23:30であり依然として遅く、高校生では24:05、女子24:12とその日のうちには寝ていない状態であった。

「早起き」に関する起床時刻は、男子では小学生から高校生までが6:42～6:45である。女子は小学生では6時40分台であるが、中学生と高校生では6時30分台と早くなっている。起床時刻は、

学校の始業時刻に制限を受けることが反映された結果になっている。そのため、早寝をしなければ、必然的に睡眠時間は短くなることになる。

そこで睡眠時間を見てみると、男女の小学校1・2年生で9時間台、小学校3・4年生、小学校5・6年生で8時間台になり、中学生の男子で7:33、女子で7:08、高校生の男子で6:40、女子で6:17となっている。高校生女子の睡眠時間は過去の調査結果と比較して最も短い数値となった。この結果を受けて、男子では小学3年生～6年生の約30%、中学生と高校生の約60%が睡眠不足を感じている。女子では小学3・4年生の約30%、小学5・6年生の約40%、中学生の約60%、高校生の約70%が睡眠不足を感じている。従って、「遅寝で睡眠不足のまま学校に行くために起きる」状態であることがわかった。

「朝ごはん」に関する朝食の摂取状況では、「毎日食べる」と回答した者は、男女とも小学生は約90%、中学生の男子は83.1%、女子は85.3%、高校生の男子は81.5%、女子は81.4%であった。特に、高校生の男子では「ほとんど食べない」と回答した者が4.9%と全ての校種や学年の中で最も多く、男子の朝食欠食率が年齢の上昇に従って高くなる傾向が窺えた。また、最も多い朝食を食べない理由が、男女とも小学3年生～6年生では「食欲がない」であり、中学生と高校生では「朝、起きるのが遅いので、食べる時間がない」であった。就寝時刻が学年の上昇に従って遅くなることも影響していると思われる。

以上の様に、児童生徒たちの「早寝早起き朝ごはん」に関わるライフスタイルは、依然として改善すべき状態であることが明らかになったと言える。

(笠井直美)

## 5 安全教育

### 1. 学校安全と危機管理の考え方

学校安全には、学齢期はもちろんのこと、生涯にわたって安全な生活を送るために、事件・事故および災害についての理解を深め、安全に行動するための能力や態度を身に付け、進んで社会の安全に貢献することができるためのさまざまな活動が含まれる。

学校安全は学校における児童生徒などの安全にかかわる諸活動、すなわち、児童生徒などが主体（自分自身）や外部環境に存在するさまざまな危険を制御して安全に行動することを目指す活動である「安全教育」、そして児童生徒などを取り巻く外部環境を安全に保つための活動である「安全管理」によって構成される。また安全教育と安全管理の活動を円滑に進めていくための組織活動の役割も重要である<sup>1)</sup>。

また近年の児童生徒などの犯罪被害に対して、学校における危機管理の整備が進められている。学校における危機管理の目的は「子どもや教職員等の生命や心身の安全を確保することである。そのため、危険をいち早く発見して事件・事故の発生を未然に防ぎ、子どもや教職員などの安全を確保することが最も重要である。併せて万が一事件・事故が発生した場合に、適切かつ迅速に対処し、被害を最小限に抑えること、さらには事件・事故の再発防止と教育の再開に向けた対策を講じること」である。学校における危機管理には安全教育に関する事項、安全管理に関する事項および安全に関する組織活動が含まれている。すなわち学校安全の三つの活動にまたがって行われる活動ととらえることができる。

学校における危機管理の要点を、防犯を例として説明すると、次のようになる<sup>2)</sup>。

#### (1)事件・事故の発生を未然に防ぐ

まず、危険を早期に発見するための日常的な安全点検が重要となる。学校敷地内、通学路、公園など、子どもたちの活動範囲を把握し、事件・事故に巻き込まれやすい場所で、教職員や保護者などによって安全点検を実施する。また子どもたちを対象とした

防犯教室などの開催も必要である。

#### (2)事件・事故の発生に備える

万が一、事件や事故が発生した場合に備えた対策は危機管理の中核をなすことから、学校や地域の特性を考慮し、想定し得る事件・事故に適切かつ迅速に対応できるように準備を進める。まず、危機管理体制づくりが重要であるが、そのためには地域の関係機関・団体との連携を図り、保護者や地域住民へも協力を求める。危機管理体制の中では役割分担を明らかにして、それに基づき学校独自の危機管理マニュアルを作成する。また迅速な連絡方法の確立も必要である。さらにマニュアルを実効性あるものにするために、適宜訓練を行うことが不可欠である。

#### (3)事件・事故に即時対応する

事件・事故発生時には迅速かつ適切に対応することが求められる。危機管理マニュアルに沿って、危機管理責任者である校長（教頭）を中心に遺漏なく対応する。子どもたちや教職員の安全を確実に確保し、速やかに状況把握し、救急救命、被害の拡大の防止・軽減を図る。

#### (4)事後の対応を行うとともに回復を図る

事態が収拾した直後から、保護者および関係者への連絡・説明を速やかに行い、教育再開の準備や事件・事故の再発防止対策を実施する。また心のケアなど必要な対策を講じる。

もちろん学校における危機管理を進めていく中で、教職員全体の危機管理意識を高めることは不可欠である。危機管理に関する教職員研修を積極的に行い、教職員の危機管理意識の向上、維持に努めるようにする。

また危機管理には、施設設備の充実を中心としたハード面と、教職員や保護者、関係諸機関による危機管理体制づくりや教育などのソフト面の二つの側面がある。学校においてはこの両面から危機管理を推進する必要がある。

## 2. 学校の安全管理の実態

文部科学省は平成18年3月末時点における学校の安全管理の取組状況に関する調査の結果を、平成19年1月に公表した。全国の概要は以下の通りである。

ソフト面に関しては、防犯マニュアルを活用している学校の割合は全体で97.5%であり、小学校で99.9%、中学校で99.0%、高等学校で95.5%、盲・聾・養護学校で99.1%、幼稚園で92.9%であった。平成17年度中に子どもの安全対応能力の向上を図るための取組（防犯訓練など）を実施した学校の割合は全体で80.4%であり、小学校で96.1%、中学校で79.2%、高等学校で41.6%、盲・聾・養護学校で70.1%、幼稚園で71.4%であった。平成17年3月31日現在で通学安全マップを作成している小学校および盲・聾・養護学校の小学部の割合は、88.8%であった。平成17年度中に地域のボランティアによる学校内外の巡回・警備が実施された学校の割合は全体で63.1%であり、小学校で86.7%、中学校で69.7%、高等学校で30.6%、盲・聾・養護学校で15.6%、幼稚園で34.5%であった。平成17年度中に通学路の安全点検

を実施した学校の割合は、小学校および盲・聾・養護学校で98.6%であった。

ハード面に関しては、平成18年3月31日現在で防犯監視システムを整備している学校の割合は全体で60.8%であり、小学校で59.3%、中学校で58.1%、高等学校54.2%、盲・聾・養護学校で60.4%、幼稚園で68.1%であった。通報システムを整備している学校の割合は、全体で85.0%であり、小学校で89.5%、中学校で82.0%、高等学校70.2%、盲・聾・養護学校で92.0%、幼稚園で85.4%であった。安全を守るための器具（さすまたなど）を備えている学校の割合は、全体で80.4%であり、小学校で91.1%、中学校で78.8%、高等学校57.7%、盲・聾・養護学校で86.9%、幼稚園で70.8%であった。

校種別に見ると小学校と盲・聾・養護学校の状況が全般的に良好であり、ほかの校種は実施率が劣っていた。ハード面はソフト面に比べて整備がやや遅れているものの、前年度調査よりは大幅に改善されていた。

## 3. 防犯対策の動向

文部科学省は、全国各地において実施されている「地域で子どもを見守る」活動についてインターネットで検索・閲覧できるシステムを平成19年1月5日に公開した。このシステム開発は以下のスケジュールで進められた。

- 平成18年4月 「地域で子どもを見守る全国ネットワークシステム検討会」立ち上げ
- 6月 各都道府県・市区町村への事例調査、文献などから取組事例を収集
- 7月 インターネットによる事例の公募を開始
- 8月 収集した事例（600件弱）の整理・分析
- 10月 システムの構築を開始
- 11月 選定事例の現地ヒアリングを実施（約50箇所）
- 平成19年1月 システム運用開始

このシステムは「子どもの見守りナビ（地域で子どもを見守る全国ネットワークシステム）」(<http://www.mimamoru.jp/>)（2007年8月31日現在）という名称となっている（図1）。



図1 「子ども見守りナビ」の画面

このシステムでは、取組主体や活動地域などによって必要な事例を検索できるほか、以下の活動事例ごとに情報が提供されている。

- ①地域パトロール・挨拶運動
- ②子ども110番の家
- ③地域安全マップの作成



- ④安全教室・防犯教室・防犯訓練の開催
- ⑤防犯マニュアルの作成
- ⑥安全に関する情報の共有化
- ⑦防犯ステッカー・ポスターなどの作成，配布
- ⑧見守り活動組織づくり，連絡体制の整備
- ⑨ICタグ，防犯カメラなど，防犯システムの導入
- ⑩拠点づくり，居場所づくり

なおこれらの事例は今後も更新していく予定となっている。

また近年のサイバー犯罪被害の増加に伴い，平成19年2月に文部科学省，警察庁および総務省は合同

で，インターネット上の有害情報から子どもを守るため，都道府県知事・都道府県教育委員会・都道府県警察などに対して，携帯電話におけるフィルタリングの普及促進についての通達を出した。主な携帯電話事業者に対しては，フィルタリングサービスの普及促進を図るように要請した。また保護者・教職員が十分な知識・理解を得るために，平成18年4月から平成21年3月まで，保護者および教職員向けにインターネットの安心・安全利用に向けた啓発を行う講座を全国規模で行っている（「e-ネットキャラバン」）。

#### 4. その他の学校安全にかかわる課題・対策など

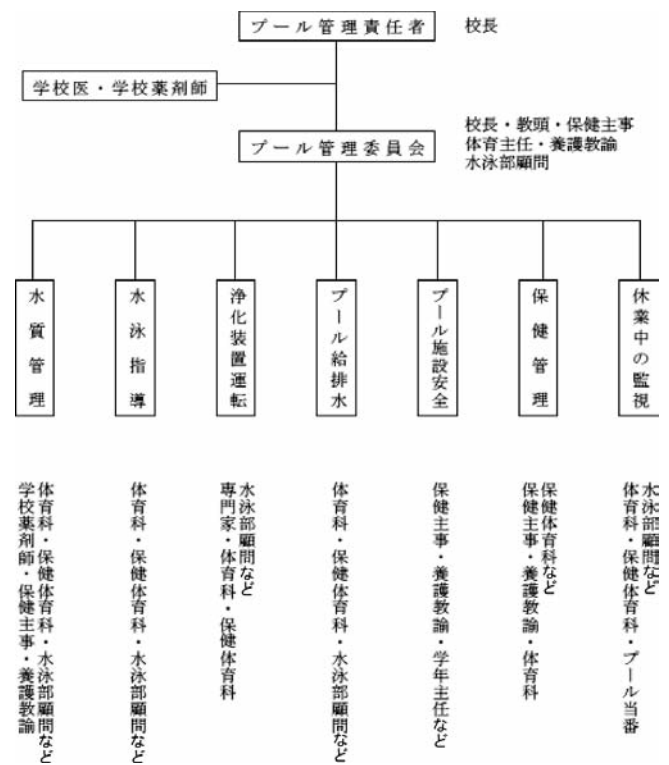
平成19年3月，文部科学省および国土交通省では，プール利用者の安全確保のため，プールの施設面，管理・運営面で参考となる留意事項などについて統一的な指針として「プールの安全標準指針」を策定し，発表した。

この指針は，「プールの排（環）水口に関する安全確保の不備による事故をはじめとしたプール事故を防止するため，プールの施設面，管理・運営面で配慮すべき基本的事項などについて関係する省庁が統一的に示したものであり，より一層のプールの安全確保が図られるよう，プールの設置管理者に対して国の技術的助言として適切な管理運営等を求めていくもの」として作成されたものである。具体的にはプール全体の安全，すなわち施設の設置目的や規模，利用の実態などを踏まえ，必要に応じて監視室，救護室，医務室，放送設備，看板・標識類などを備えることから，排（環）水溝の安全対策，安全点検などの安全管理，管理体制の整備など，個別の事柄について記載されている。

学校においては特に図2<sup>4)</sup>のようなプール管理委員会を設置し，安全管理を徹底することが求められ

ている。

(渡邊正樹)



(独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校における水泳事故防止必携，2006.)

図2 プール管理委員会の設置例

#### 参考文献

1. 文部科学省：「生きる力」をはぐくむ学校での安全教育，独立行政法人日本スポーツ振興センター，2001.
2. 文部科学省：学校における防犯教室等実践事例集，2006.
3. 文部科学省・国土交通省：プールの安全標準指針，2007.
4. 独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校における水泳事故防止必携，2006.

## コラム はしか（麻疹）騒動とその対応

平成19年の15歳以上の成人麻疹報告数の異常さは図1から明らかである。「なぜ今年流行したのか？」という理由は明確ではない。ここでは、東京学芸大学での麻疹騒動とその対応、問題点について述べる。

### 1. 東京学芸大学での麻疹騒動

4月に首都圏で若者を中心に麻疹が広がり、ほかの大学の休講も報道される中、本学でも注意を喚起し、対応策を協議した。教育実習への対応として①大学負担で抗体検査を実施（結果によりワクチン指示）②実習校へ結果報告、を決めた（最終的に全学生、約6千人を対象）。

これで乗り切れると思った矢先、検査会社から検査集中により5月下旬以降の結果はいつ出るかわからないと連絡あり。急遽、実習に間に合わない学生（約180名）にワクチン接種を指示した。

本学での最初の麻疹報告は、5月15日である。最終的に医療機関で麻疹ないし疑いと診断された者は8名で、内2名はその後、麻疹ではないと判明した。多くは発熱後大学に来ていないが、大学で、あるいは帰宅後発熱に気づく例はあった。発症前後に授業やサークルに出ていた場合は出席者を特定し注意喚起をした。幸い明らかな学内感染はなかった。

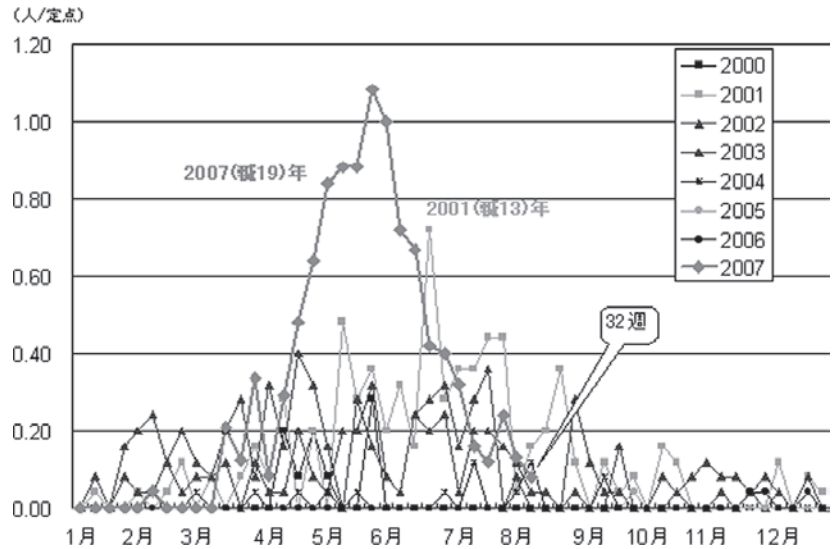
### 2. 対応にかかわる要点

#### 1) 抗体検査かワクチンか

ワクチンが入手しづらくなる中、諸々の理由から「抗体検査後必要者にワクチン」という方法をとった。ワクチン不足がなければ「いきなりワクチン」も一つの選択肢ではある。

#### 2) 抗体検査法とワクチンの適応

ウィルスを中和・失活させる中和抗体を調べるNT法が適しており、PA法も良いが、どちらも検



（東京都感染症情報センター：基幹定点医療機関からの報告）  
注：選定された基幹定点医療機関25施設（2007年6月現在）からの報告です。感染症法上、基幹定点医療機関からは成人麻疹（15歳以上）の患者を報告することになっています。32週は25施設から報告がありました。

図1 成人麻疹（15歳以上）患者報告数推移グラフ（2000～2007年 東京都） 定点当たり報告数

査会社の受け入れ面で難しいので、結局感度の良いEIA法でIgG抗体を測定した。8未満（2未満：陰性、2～4未満：疑陽性、4～陽性）にワクチン接種を指示。8を基準とするかどうかについては今後の課題である。

#### 3) 全学休講（校）の基準、期間

麻疹患者の急増や学内感染がある（可能性が高い）場合に休講措置をとることにした。幸い休講は免れた。期間は、連鎖を絶つ意味からは潜伏期間以上となるが、大学により事情は異なるだろう。

#### 4) ワクチン接種後予防効果が出るのはいつ？

接種後10日頃から細胞性免疫ができ、血中抗体は2週後から出現し、6～8週後に最高値となる。麻疹患者と接触後3日以内ならワクチンで予防できるといわれているので、接種直後から予防できる可能性はあるが、一般的には2（～4）週後から感染防御に有効と考えられる。ただし、抗体のできない人がいるので注意する必要がある。接種後の抗体確認は6～8週後に実施するのが適切であろう。（石井 彰）

## 6 心の健康教育

子どもたちの心身の健康は、社会環境や生活様式の急激な変化などにより大きな影響を受けており、いじめ、不登校、喫煙、飲酒、薬物乱用、性の問題行動、生活習慣の乱れ、アレルギー疾患の増加などの健康問題が深刻化している。これらのことは、平成9年の「保健体育審議会答申」において、心の健康と深く関連していることが指摘されている。また地震や台風など自然災害や子どもが巻き込まれる事件・事故に伴う心のケア、児童虐待、発達障害のある子どもへの支援など心の健康に関する問題も多様化しているのが現状である。

財団法人日本学校保健会における健康増進事業の一環として、平成16年度から平成18年度に「心の健康づくり推進委員会」が設置された。委員会では、全国の小学校、中学校、高等学校を対象に子どもの「心の健康に関する調査」を実施している。ここでは調査の結果を中心にその概要を紹介する。

### 「心の健康に関する調査」の概要

#### (1)調査方法など

##### ①調査目的

近年、子どもたちの心身の健康問題は深刻化しており、その問題の多くは、心の健康と深くかかわっていることが指摘されており、心の健康づくりは重要な教育課題となっている。深刻化している子どもの心の健康問題を解決するためには、学校のみならず社会全体での取組が必要であり、その体制づくりがよりの確かつ効果的な心の健康づくりの推進につながるものとする。

そこで、全国の小学校、中学校、高等学校を対象に子どもの心の健康に関する実態調査を行い、学校内の組織体制づくりと地域の関係機関などとの連携の進め方などについて検討するための基礎資料とする。

##### ②調査対象時期

平成16年度（平成16年4月～平成17年3月までの1年間）。

##### ③調査対象者

- ・学校医（内科系）各校 1人
- ・学級担任 各校 3人

- ・養護教諭 各校 1人  
（複数配置校は、どちらか1人が回答）

##### ④調査対象校

児童生徒数が500人以上の学校。

各都道府県の都道府県立（市立を含む）高等学校10校、市区町村立中学校10校、市区町村立小学校10校。

##### ⑤回収率

小学校97.0%（456校）、中学校94.9%（447校）、高等学校98.9%（465校）。

#### (2)心の健康に関してはメンタルヘルスという表現を用いた

本調査においては、心の健康に関してはメンタルヘルスという表現を用いた。

メンタルヘルスに関する問題とは、不登校、いじめ、虐待、人間関係の問題、拒食や過食などの問題、不眠、性に関する問題、リストカットなどの自傷行為、身体症状からくる不安や悩み、発達障害（LD、ADHD、アスペルガー症候群、高機能自閉症など）など集団生活などへの不適応の問題など、心理的問題や医療的問題を含む。

#### (3)「心の健康に関する調査」結果の概要

##### ①「子どものメンタルヘルスに関する問題」の実態

「メンタルヘルスに関する問題」で、「養護教諭が必要と判断して直接支援した子どもがいた学校の有無」は、小学校352校（78.0%）、中学校425校（95.3%）、高等学校442校（95.1%）であった（表1、図1）。

養護教諭が担任や保護者などから相談依頼を受けて支援した子どもがいた学校は、小学校79.2%、中学校86.3%、高等学校84.3%であった（表2）。

養護教諭が支援した子どものうち担任や保護者などから相談依頼を受け支援した子どもの人数は、小

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
有	352	78.0	425	95.3	442	95.1
無	99	22	21	4.7	23	4.9
合計	451	100.0	446	100.0	465	100.0

表1 養護教諭が必要と判断して直接支援した子どもがいた学校の有無



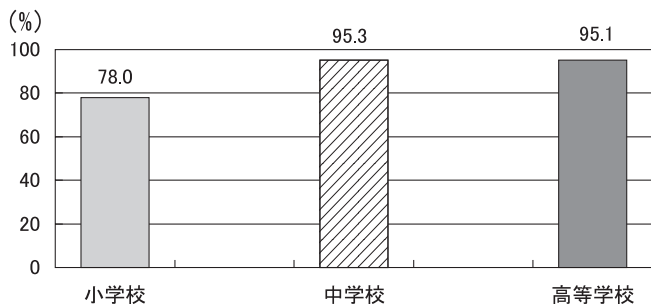


図1 養護教諭が必要と判断して直接支援した子どもがいた学校の割合

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
有	354	79.2	384	86.3	387	84.3
無	93	20.8	61	13.7	72	15.7
合計	447	100.0	445	100.0	459	100.0

表2 養護教諭が担任や保護者などから相談依頼を受けて支援した子どもがいた学校の有無

小学校2,555人(45.0%)、中学校4,760人(31.8%)、高等学校3,243人(23.5%)であり、養護教諭が直接支援した子どもの人数を加えると、養護教諭1校平均の人数は、小学校約15人、中学校約35人、高等学校31人であった。中学校、高等学校は、子どもの支援総数が、小学校の約2~3倍であった(表3、図2)。

「メンタルヘルスに関する問題で子どもを支援した」担任は、小学校729人(54.5%)、中学校1,036人

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
直接支援	3,129	55.0	10,205	68.2	10,602	76.5
依頼による支援	2,555	45.0	4,760	31.8	3,243	23.5
支援総数	5,684	100.0	14,965	100.0	13,845	100.0

表3 養護教諭が支援した子どもの総人数とその内訳

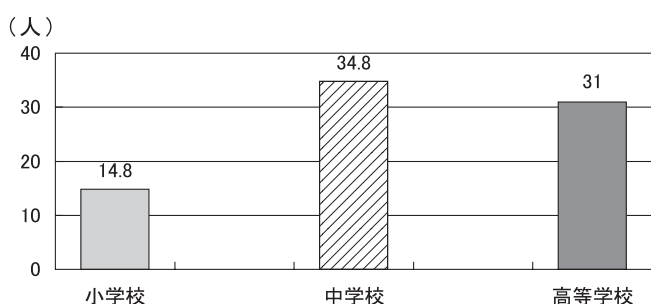


図2 「養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども」1校平均の支援人数

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
有	729	54.5	1,036	78.4	743	53.9
無	608	45.5	286	21.6	635	46.1
合計	1,337	100.0	1,322	100.0	1,378	100.0

表4 16年度担任していたクラスにおいて、メンタルヘルスに関する問題

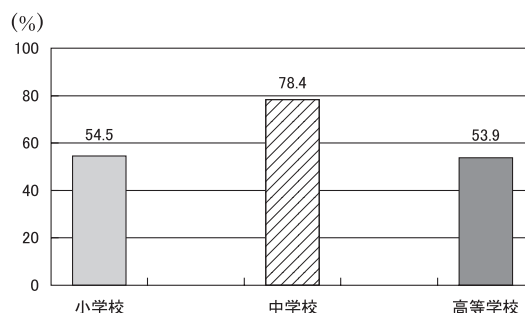


図3 16年度担任していたクラスにおいて、メンタルヘルスに関する問題で支援した子どもがいた担任の割合

(78.4%)、高等学校743人(53.9%)であった(表4)。

担任したクラスにおいて、メンタルヘルスに関する問題で支援した子どもの人数は、小学校1,497人、中学校2,721人、高等学校1,615人で、1人平均の支援人数は、小学校2.1人、中学校2.6人、高等学校2.2人であり、校種間に大きな差は見られなかった(表5)。

単位：人

	小学校	中学校	高等学校
支援した担任数	729	1,036	743
支援児童生徒数	1,497	2,721	1,615
1人平均支援数	2.1	2.6	2.2

表5 16年度担任していたクラスにおいて、メンタルヘルスに関する問題で支援した児童生徒数及び担任1人平均の支援人数

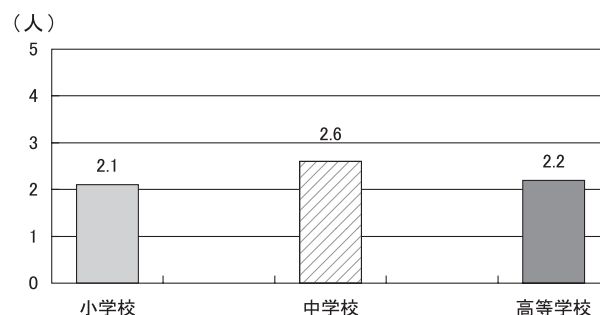


図4 「担任がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども」1校平均の支援人数

保健室登校・別室登校の子どもがいた学校の割合は、小学校、高等学校では約60%、中学校では約90%であり、ほとんどの中学校に保健室登校・別室登校の子どもがいた（表6）。（別室登校は養護教諭がかかわったもの）

養護教諭がかかわった保健室登校・別室登校の1校平均の子どもの人数は、小学校1.3人、中学校4.0人、高等学校1.5人であった（図5）。

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
有	258	57.6	390	88.2	273	59.9
無	190	42.4	52	11.8	183	40.1
合計	448	100.0	442	100.0	456	100.0

注：別室登校については、養護教諭がかかわったもの

表6 保健室登校・別室登校をした子どもがいた学校の有無

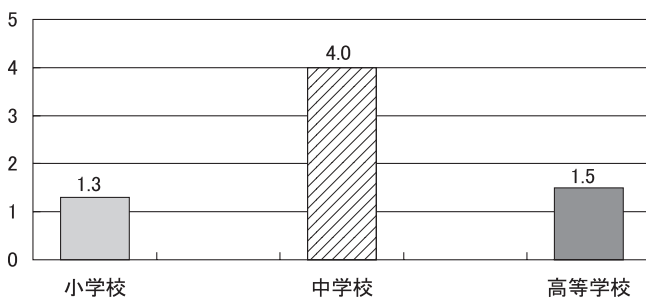


図5 養護教諭がかかわった保健室登校・別室登校の1校平均の子どもの人数

養護教諭が必要と判断して支援した、子どものメンタルヘルスに関する主な問題は、「不登校・保健室登校・登校しぶり・引きこもりなどの問題」、「友だちや家族などの人間関係の問題」、「発達障害などの集団生活等への不適応の問題」が多く、小・中・高等学校とも共通していた。また、そのほかについては、「いじめ」、「性に関する問題」、「リストカットなどの自傷行為」、「虐待」などがあり多様化していた。

養護教諭が必要と判断して支援した、子どものメンタルヘルスに関する主な問題の校種別特徴として、小学校は「虐待の問題」、中学校は「いじめの問題」、高等学校は「その他」がそれぞれほかの校種に比べ高い割合で養護教諭がかかわっていた（表7）。

なお高等学校の「その他」に記述されていた中では、「進路・受験」「精神疾患」「学習」の順になっていた。

養護教諭が「メンタルヘルスに関する問題」で医療機関や相談機関などの受診を勧めた子どもがいた学校の割合は、小学校238校（52.2%）、中学校369校（82.7%）、高等学校397校（85.9%）であった。中学校、高等学校においては80%以上の学校に、受診などを勧めた子どもがいた（図6）。

養護教諭が受診などを勧めた子どものうち、実際に地域社会の関係機関の利用先については、小学校

メンタルヘルスに関する主な問題	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
不登校・保健室登校・登校しぶり・引きこもりなどの問題	870	27.8	2,175	21.3	1,455	13.7
いじめの問題	139	4.4	615	6	222	2.1
虐待の問題	134	4.3	146	1.4	60	0.6
友だちや家族などの人間関係の問題	865	27.7	3,485	34.2	3,525	33.2
拒食や過食などの摂食障害に関する問題	35	1.1	150	1.5	349	3.3
不眠や過眠などの睡眠障害に関する問題	20	0.6	270	2.6	362	3.4
性に関する問題	17	0.5	630	6.2	1,005	9.5
リストカット等の自傷行為に関する問題	15	0.5	524	5.1	550	5.2
発達障害などの集団生活等への不適応の問題	553	17.7	1,154	11.3	1,719	16.2
身体症状からくる不安や悩み等の問題	301	9.6	588	5.8	266	2.5
その他	180	5.8	468	4.6	1,089	10.3
合計	3,129	100.0	10,205	100.0	10,602	100.0

表7 養護教諭が必要と判断して支援した、児童生徒のメンタルヘルスに関する主な問題とその人数

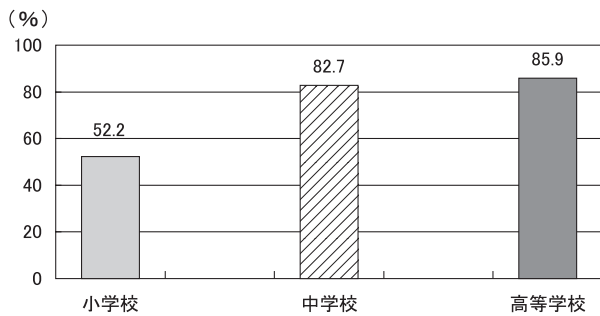


図6 養護教諭が受診などを勧めた児童生徒がいた学校の割合

は、医療機関では「小児科医」146人、「心療内科医」94人、「精神科医」41人の順が多かった。相談機関では、「教育センターなど教育委員会所管の機関」116人、「児童相談所」81人の順が多かった。

中学校は、医療機関では、「心療内科医」286人、「精神科医」177人、「小児科医」149人の順が多かった。相談機関では、「児童相談所」123人、「教育センターなど教育委員会所管の機関」115人の順が多かった。

高等学校は、医療機関では、「心療内科医」554人、「精神科医」543人、「内科医」343人の順が多かった。相談機関では、「教育センターなど教育委員会所管の機関」79人、「精神保健福祉センター」44人の順が多かった。

地域の関係機関の利用先は、小学校、中学校、高等学校ともに相談機関より医療機関が多かった(表8)。

養護教諭が「メンタルヘルスに関する問題」で医療機関や相談機関などの受診を勧めたが子どもが受診などをしなかった主な理由は、小学校は、「保護

(複数回答) 単位：人

	小学校	中学校	高等学校
精神科医	41	177	543
心療内科医	94	286	554
内科医	15	133	343
小児科医	146	149	25
産婦人科医	0	117	212
教育センターなど教育委員会所管の機関	116	115	79
精神保健福祉センター	8	12	44
保健所	8	14	25
児童相談所	81	123	19
その他	41	67	71

表8 養護教諭が受診などを勧めた児童生徒のうち、実際に受診などをした人数とその利用機関先

者の同意が得られなかった」が90人で最も多かった。中学校も同じく、「保護者の同意が得られなかった」が119人で最も多く、次いで「本人の同意が得られなかった」105人であった。

高等学校は、「本人の同意が得られなかった」249人が最も多かった。

小学校、中学校、高等学校に進むにつれ「本人の同意が得られなかった」が多くなっている(表9)。

(複数回答) 単位：人

受診をしなかった理由	小学校	中学校	高等学校
本人の同意が得られなかった	9	105	249
保護者の同意が得られなかった	90	119	97
近隣に適切な医療機関・相談機関がなかった	3	6	17
その他	34	51	52

表9 受診などをしなかった主な理由

「メンタルヘルスに関する問題で、医療機関の受診や相談機関などの利用をした子どもがいた」と答えた担任は、小学校383人(54.0%)、中学校691人(67.6%)、高等学校470人(64.3%)であった(表10)。

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
有	383	54.0	691	67.6	470	64.3
無	326	46.0	331	32.4	261	35.7
合計	709	100.0	1,022	100.0	731	100.0

表10 担任が「メンタルヘルスに関する問題」で支援した子どもの中で、医療機関の受診や相談機関などを利用した子どもの有無

担任が支援した「メンタルヘルスに関する問題で、医療機関の受診や相談機関などの利用をした子どもの利用先」については、小学校は、「教育センターなど教育委員会所管の機関」が最も多く138人、次いで「児童相談所」95人、「心療内科医」86人、「精神科医」59人の順であった。

中学校は、「教育センターなど教育委員会所管の機関」が最も多く232人、次いで「心療内科医」176人、「児童相談所」173人、「精神科医」117人の順であった。

高等学校は、「心療内科医」176人、「精神科医」



117人の順に多かった（表11）。

（複数回答）単位：人

	小学校	中学校	高等学校
精神科医	59	117	191
心療内科医	86	176	337
内科医	16	48	58
小児科医	53	52	16
産婦人科医	0	18	34
教育センターなど教育委員会所管の機関	138	232	53
精神保健福祉センター	8	9	16
保健所	11	4	14
児童相談所	95	173	48
その他	72	91	492

表11 担任が支援した子どもが利用した関係機関等の内訳

養護教諭が支援した「子どものメンタルヘルスに関する問題」は、不登校、保健室登校の問題、友だちなどの人間関係の問題、発達障害、いじめ、性に関する問題、自傷行為、虐待、睡眠障害など多様であった。また医療機関との連携を必要とするものが多いということが判明した。

②「子どものメンタルヘルスに関する問題」への対応に当たったの組織体制及び地域の関係機関との連携状況

「子どものメンタルヘルスに関する問題に対応できる校内組織がある」と回答している養護教諭および担任は、小学校91.8%、中学校94.0%、高等学校91.0%で、いずれも90%以上であったが、校内組織がないとの回答もあり、そうした学校が存在していることが明らかになった（表12）。

単位：%

	小学校		中学校		高等学校	
	有	無	有	無	有	無
担任	92.9	7.1	94.5	5.5	91.7	8.3
養護教諭	88.5	11.5	92.6	7.4	88.3	11.7
合計	91.8	8.2	94.0	6.0	91.0	9.1

表12 子どものメンタルヘルスに関する校内組織の有無

「子どものメンタルヘルスに関する問題に対応で

きる校内組織がある」との回答が、同一校の担任および養護教諭の4人が一致した学校は、70%代であり、教職員間の認識にずれが見られた。全教職員の共通理解のもとで運営されていない学校が少なからずあることが推察された（表13）。

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
4人の回答が一致した学校	350	76.8	348	77.9	360	77.4
一致しなかった学校	106	23.2	99	22.1	105	22.6
合計	456	100.0	447	100.0	465	100.0

表13 校内組織があるとの回答が、同一校の4人（担任3人・養護教諭1人）とも一致した学校

「子どものメンタルヘルスに関する問題」に対応できる「校内組織が機能していた」と回答した担任および養護教諭は、いずれも50%に満たない結果であった（表14）。さらに、「メンタルヘルスに関する問題への対応に当たって感じていること」に「学校全体で取り組む校内体制づくり」や「教職員の意識向上の必要」という回答が多かったことから、校内組織があっても十分に機能していない状況が少なからずあることが明らかになった。

単位：%

	小学校		中学校		高等学校	
	担任	養護教諭	担任	養護教諭	担任	養護教諭
機能していた	41.1	49.9	42.8	39.6	36.8	31.3
おおむね機能していた	55.2	47.2	53.4	56.3	56.5	56.9
機能していなかった	3.7	2.9	3.8	4.1	6.7	11.8
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

表14 校内組織の活動状況

「子どものメンタルヘルスに関する問題」に対応できる校内組織の会議の計画的な実施は、小学校、中学校においては80%近く計画的に実施されている

が、高等学校は40%代であり、計画的に実施されていない学校が多く見られ、会議の開催回数は、小学校は「月1回」、中学校は、「週1回」が最も多かった(表15, 図7)。

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
①週1回	6	1.8	134	40.7	30	8.6
②2週に1回	13	3.8	15	4.6	23	6.6
③月1回	194	57.5	108	32.8	77	22.1
④年に数回	112	33.1	58	17.6	174	50.1
⑤その他	13	3.8	14	4.3	44	12.6
合計	338	100.0	329	100.0	348	100.0

表15 校内組織の会議の開催状況

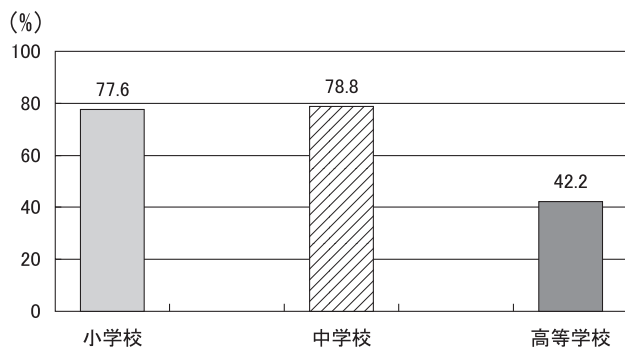


図7 校内組織の会議の計画的な実施状況

事例検討会の実施は、小学校、中学校では70%前後で実施されていたが、高等学校では50%に満たなかった(表16)。

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
はい	254	75.1	227	66.8	168	48.7
いいえ	84	24.9	113	33.2	177	51.3
合計	338	100.0	340	100.0	345	100.0

表16 事例検討会を実施しているか

「地域の関係機関と連携した事例のある学校」は、小学校224校(50.6%)、中学校261校(59.6%)、高等学校218校(44.7%)であった(図8)。

「校内および関係機関などとの連携が全体的に円滑に進められた」と回答している養護教諭は、小学校388人(91.9%)、中学校378人(87.9%)、高等学校384人(87.5%)であった(表17)。

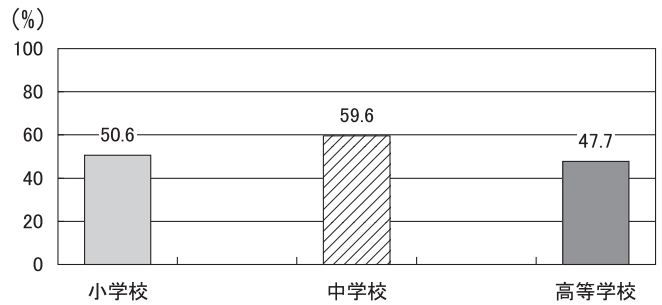


図8 養護教諭が「子どものメンタルヘルスに関する問題」で関係機関などと連携した事例のある学校の割合

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
はい	388	91.1	378	87.9	384	87.5
いいえ	38	8.9	52	12.1	55	12.5
合計	426	100.0	430	100.0	439	100.0

表17 メンタルヘルスに関する問題で、校内および関係機関などとの連携は、円滑に進められたか(養護教諭)

また担任においては、小学校328人(87.5%)、中学校587人(85.9%)、高等学校376人(82.3%)が円滑に進められたと回答している(表18)。

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
はい	328	87.5	587	85.9	376	82.3
いいえ	47	12.5	96	14.1	81	17.7
合計	375	100.0	683	100.0	457	100.0

表18 メンタルヘルスに関する問題で、校内および関係機関などとの連携は、円滑に進められたか(担任)

「校内および関係機関などとの連携が円滑に進められなかった事例があった」と回答している担任は、小・中・高等学校ともに約20%であり、養護教諭においては、約30~40%あった(表19)。

連携が円滑に進められなかった事例の主な理由は、担任および養護教諭ともに最も多いのが「保護者が連携に消極的であった」であり、しかも小学校、中学校、高等学校ともに共通していた(表20)。

「子どものメンタルヘルスに関する問題の支援に当たっての課題」では、担任は、「メンタルヘルスの問題が複雑・多様化し、理解が困難になっている」、「保護者の考え方が多様化し、共通理解を図ること

	小学校				中学校				高等学校			
	担任		養護教諭		担任		養護教諭		担任		養護教諭	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
有	66	20.5	105	32.1	134	21.9	136	40.8	86	20.8	162	44.1
無	256	79.5	222	67.9	477	78.1	197	59.2	327	79.2	205	55.9
合計	322	100	327	100	413	100	333	100	413	100	367	100

表19 メンタルヘルスに関する問題で、校内および関係機関などとの連携が円滑に進められなかった事例の有無

(複数回答) 単位：人

項 目	小学校		中学校		高等学校	
	担任	養護教諭	担任	養護教諭	担任	養護教諭
校外の連携先を選ぶのが難しかった	4	4	13	20	7	36
校外の連携先が協力的でなかった	2	1	4	8	3	9
校外の連携先と学校の対応にも違いが見られた	7	13	19	31	5	18
校内関係者が連携に消極的であった	1	8	4	33	2	45
校内外の連携のための時間の確保が難しかった	10	12	33	30	12	20
保護者が連携に消極的であった	42	83	69	124	43	104
校内における推進・まとめ役が明確でなかった	2	13	8	45	5	54
その他	9	3	27	10	20	15

表20 メンタルヘルスに関する問題で、校内および関係機関などとの連携が円滑に進められなかった事例の主な理由

が難しくなっている」の回答が小学校、中学校、高等学校ともに上位を占めていた(表21)。担任は、養護教諭の役割に期待することとして、「教職員へ

の医学的な情報の提供」や「個別の支援計画の作成に参画すること」などを挙げており、これらの結果から対応に苦慮していることが明らかになった。

(複数回答)

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
N (人数)	1,337		1,322		1,378	
児童生徒のメンタルヘルスの問題が複雑・多様化し、理解が困難になっている。	430	32.2	722	54.6	489	35.5
メンタルヘルスに関する問題を抱えている児童生徒が多く対応時間の確保が難しい。	259	19.4	486	36.8	250	18.1
医療的支援が必要な場合は、専門的知識が要求されるため対応が難しい。	197	14.7	307	23.2	290	21.0
保護者の考え方が多様化し、共通理解を図るのが難しくなっている。	444	33.2	551	41.7	312	22.6
校内の協力体制ができていないため、連携を図るのが難しい。	20	1.5	41	3.1	52	3.8
担任する児童生徒の問題については、他者に相談しにくい。	4	0.3	11	0.8	32	2.3
関係機関との連携がうまく図れない。	54	4.0	70	5.3	32	2.3
その他	2	0.1	0	0	15	1.1
特になし	38	2.8	44	3.3	42	3.0

表21 (担任) 子どものメンタルヘルスに関する問題の支援に当たって課題となっていること



「子どものメンタルヘルスに関する問題」への対応に当たっての組織体制および地域の関係機関との連携状況の実態から「子どものメンタルヘルスに関する問題」に対応できる校内組織のない学校や、校内組織があっても十分に機能していない学校が少なからずあることが明らかになった。このことから、「子どものメンタルヘルスに関する問題」に十分な対応ができる組織体制の確立が望まれる。

「子どものメンタルヘルスに関する問題」の支援に当たっては、医療機関との連携が必要となっていることも明らかになった。

「子どものメンタルヘルスに関する問題」が生ずる要因が多様であることから問題の理解や対応が困難となっていることが明らかになった。

#### ③課題の解決に向けて必要と考えられていること

「子どものメンタルヘルスに関する問題を解決するための地域の関係機関などとの連携の推進に当たって現在特に必要と思うこと」の回答は、養護教諭および担任ともに小学校、中学校、高等学校において「学校と保護者との連携・信頼関係の確立」が最も多かった（表22、23）。

メンタルヘルスの対応に当たって、感じていることや困っていることの記述で多かったのが、養護教諭は「組織体制づくりの必要性（ネットワークづくりも含む）」と「対応時間不足」、保護者の理解不足による対応の難しさであり、担任においては、「学

校全体で取り組む校内体制づくり」、職員の意識向上が必要」と「校務が多忙で十分な対応ができない」、問題が複雑・多様化しており、指導が困難である」がどの校種においても多かった。

「子どものメンタルヘルスに関する問題」を解決するための地域の関係機関などとの連携の推進に当たっては、保護者との連携が困難となっていることが判明した。このことを解決するためには、担任および養護教諭は「学校と保護者との連携・信頼関係の確立」が必要と考えていることが明らかになった。

「メンタルヘルスの対応に当たって、感じていることや困っていること」の回答内容から、支援のための校内組織づくりとその充実を図ることが必要であることや、地域関係者とのネットワークづくりが必要であると考えられる。また校内組織が機能し、効果的な連携を図るためには、会議の開催とその会議で具体的な対応策が立てられることや組織メンバーが役割分担に基づいた対応ができるなどのことが必要であると考えられる。

#### (4)子どもの心の健康づくりに関する養護教諭の役割についての考察

「心の健康に関する調査」結果から子どもの心の健康づくりに関する養護教諭の役割について、委員会では次のように考察した。

##### ①「子どものメンタルヘルスに関する問題」の解決に当たっての支援および指導的役割

	小学校 N = 456		中学校 N = 457		高等学校 N = 465	
	人数	%	人数	%	人数	%
学校と保護者との連携・信頼関係の確立	369	80.9	342	76.5	336	72.3
養護教諭への役割についての保護者の理解	103	22.6	109	24.4	102	21.9
学校医との連携・信頼関係の確立	82	18.0	74	16.6	87	18.7
主治医との連携・信頼関係の確立	151	33.1	169	37.8	275	59.1
スクールカウンセラーとの連携・信頼関係の確立	139	30.5	208	46.5	138	29.7
関係者とのネットワークづくり（人的ネットワーク）	316	69.3	297	66.4	337	72.5
地域レベル（教育委員会・学校・関係機関など）で対応するための組織の構築	147	32.2	166	37.1	135	29.0
地域社会に対する子どものメンタルヘルスの啓発活動の推進	84	18.4	124	27.7	75	16.1
その他	15	3.3	16	3.6	27	5.8

表22 (地域の関係機関などとの連携)

(養護教諭)「子どものメンタルヘルスに関する問題」を解決するための連携の推進に当たって現在特に必要と思うこと。

	小学校 N = 1,337		中学校 N = 1,322		高等学校 N = 1,378	
	人数	%	人数	%	人数	%
学校と保護者との連携・信頼関係の確立	1,155	86.4	1,129	85.4	1,155	83.8
養護教諭への役割についての保護者の理解	724	54.2	672	50.8	859	62.3
学校医との連携・信頼関係の確立	133	9.9	65	4.9	122	8.9
主治医との連携・信頼関係の確立	218	16.3	161	12.2	361	26.2
スクールカウンセラーとの連携・信頼関係の確立	636	47.6	885	66.9	689	50.0
関係者とのネットワークづくり（人的ネットワーク）	645	48.2	520	39.3	472	34.3
地域レベル（教育委員会・学校・関係機関など）で対応するための組織の構築	389	29.1	398	30.1	165	12.0
地域社会に対する子どものメンタルヘルスの啓発活動の推進	202	15.1	158	12.0	111	8.1
その他	14	1.0	13	1.0	21	1.5
現状のままでよい	34	2.5	31	2.3	30	2.2

表23 （地域の関係機関などとの連携）  
（担任）「子どものメンタルヘルスに関する問題」を解決するための連携の推進に当たって現在特に必要と思うこと。

養護教諭は、「メンタルヘルスに関する問題」のある子どもの支援をしていることが多いことに加え、担任や保護者からの相談依頼が多く、学校での対応に当たって、中心的な役割を果たすことが求められていることや、担任や学校医が養護教諭の役割に期待することに、「医学的な情報を教職員等へ提供する」、「情報収集に努め、問題の原因や背景の理解を図る」などが挙げられている。

#### ②いじめや虐待などの早期発見、早期対応における役割

養護教諭は、「いじめの問題」や「虐待の問題」にかかわっており、いじめや虐待の早期発見、早期対応に果たしている養護教諭の役割が大きいことが、「心の健康に関する調査」結果からも明らかになっている。いじめや虐待が深刻化している現状において、いじめ問題などに果たす養護教諭の役割は、今後、よりいっそう大きくなると考えられる。

#### ③特別支援教育に果たす役割

「発達障害等集団生活等への不適應の問題」への対応が小学校、中学校、高等学校ともに、上位に挙げられており、養護教諭の特別支援教育に果たしている役割が大きいことが明らかになった。今後、養護教諭の特別支援教育に果たす役割は、いっそう大きくなると考えられる。

#### ④養護教諭の「受診の必要性の有無」の判断におい

て医療機関などをつなぐ役割

養護教諭が支援した子どものうち、受診などを勧めた子どもが多く、養護教諭は、「受診の必要性の有無」の判断において重要な役割を果たしていることが明らかになった。また、「子どものメンタルヘルスに関する問題」の早期発見における窓口として初期対応に当たり、養護教諭の「受診の必要性の有無」の判断により医療機関につなぐ役割が求められる。

#### ⑤学校医などおよび地域の医療機関などとの連携推進の役割

メンタルヘルスに関する問題がある子どもの中には、すでに小学校段階から心療内科や精神科の受診が見られるなど、小学校、中学校、高等学校ともに医療機関（専門医など）との連携が必要となっていることや、担任および学校医の養護教諭の役割に対する期待では、「関係者や関係機関との連絡・調整などを行う」などが求められていた。これらの結果から、養護教諭は医療機関などとの連携において中心的な役割を果たすことが求められる。また、医療機関との連携の推進に当たっては学校医の協力を得ることも必要である。

#### ⑥地域保健等の情報収集および学校保健情報の発信の役割

地域保健との連携における情報収集、教職員、保

護者などへの情報提供などにより、学校保健の理解や協力を得るための情報発信をしていく役割が求められる。

⑦「子どものメンタルヘルスに関する問題」に対応できる校内組織体制の確立に果たす役割

「子どものメンタルヘルスに関する問題」が増加し、多様化していることから、この問題に適切に対応できる校内組織体制づくりが不可欠である。これらの問題を解決していくために養護教諭は、校内組織体制の確立に向けて積極的に働きかけていくことが求められる。

⑧心身の健康の保持増進の推進に果たす役割

子どもの心身の健康の保持増進を図るため、全教育活動を通じての健康教育の推進に向けて積極的な役割を果たすことが求められる。

(5)終わりに

「心の健康づくり推進委員会」による「心の健康づくりに関する調査」結果の概要についてこれまで記述した。報告書「子どものメンタルヘルスの理解

とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携—」においては、第1章では、「子どものメンタルヘルス」として、メンタルヘルスについての正しい理解を持つための内容となっており、第2章は、「心の健康づくりに関する調査」について、第3章は、「心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携」として、組織体制づくりの必要性や連携の必要性に触れ、「子どものメンタルヘルスに関する問題」に対応できる校内組織体制づくりに当たっての基本的な考え方が具体的に述べられている。今後「子どものメンタルヘルスに関する問題」は増加していくことが予想される。そのため校内および地域レベルの組織体制を確立し、子どもの心の健康づくりを組織的に進めていくことが必要である。

「子どものメンタルヘルスの理解とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携—」の調査結果や提言が、子どもの心の健康づくりの推進に活用されることを強く願うものである。

(松野智子)

#### 参考文献

1. 財団法人日本学校保健会：子どものメンタルヘルスの理解とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づ

くりと連携—, 2007.



## 7 性教育・エイズ教育

性に関わる教育は、学校教育の一環として、幼児児童生徒（以下子ども）の人格の完成、豊かな人間形成を目的として行われるものである。

近年、わが国においては、国民の性に関する意識や価値観が多様化し、少子化、情報化など子どもを取り巻く家庭環境や社会環境も大きく変化している。そうした中で子どもの心身の発達は、性的成熟と社会的成熟に大きな差異が生じアンバランスとなっている。また薬物乱用、売買春やその類似行為、性感染症や10歳代の人工妊娠中絶などが増加し、性に関する健康問題も深刻化するなど課題が山積している。

このため文部科学省では、平成11年3月に「学校における性教育の考え方、進め方」を編集発刊し、学校において、すべての子どもに対して、人間尊重、男女平等の精神の徹底を図るとともに、人間の性に関する基礎的・基本的事項を正しく理解させ、同性や異性との人間関係や現在および将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができるよう指導を充実することとしてきた。その後、各学校では、同書を参考に教育が実施されてきたところである。

### 1. 「性に関する教育」の基本的な考え方

#### (1) 人格の完成を目指す

教育基本法に述べられているように、教育は、日本国憲法に述べられている生命や人格の尊重、男女平等の精神など基本的人権尊重の精神に基づいて人格の完成を目指すものであり、「性に関する教育」もその目的の実現に資するべきものである。また、人格は性の問題と不可分であり、「性に関する教育」もまた人格の形成と密接不可分な関係にあるといえる。ここに教育基本法を引用する。

「教育基本法（平成18年12月公布・施行：抜粋）

（教育の目的）

第1条 教育は、人格の完成を目指し、平和で民主的な国家及び社会の形成者として必要な資質を備えた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなければならない。

（教育の目標）

しかしながらこれまでの教育を振り返ると、さまざまな子どもの実態が示すように、その成果を見るに至っていないことを真摯に反省する必要がある。それは、その指導が科学的理解を図ることに偏り、児童生徒らの発達段階や受容能力などを考慮せずに、性器の名称や生理的な内容を早期かつ詳細に教え込もうとしたり、問題行動の抑止の側面からのみの指導が行われたりして、児童生徒が身に付けるべき資質や能力が育たず、適切な意志決定や行動選択につながらなかったものと考えざるを得ない。

また子どもの性意識や性行動、保護者の意識や要望、学校の取組などの実態から、性に関する教育の目標や内容、指導方法等の見直しの必要性が明らかとなり、併せて一部の学校での子どもの発達段階や受容能力を踏まえていない指導内容、不適切な教材・教具の使用の改善などが求められているところである。

本稿では、平成18年度に実施した文部科学省主催「性教育指導者講習会」での講義資料など（戸田）を元に、新しい「性に関する教育」の推進の必要性について述べる。

第2条 教育は、その目的を実現するため、学問の自由を尊重しつつ、次に掲げる目標を達成するよう行われるものとする。

1 幅広い知識と教養を身に付け、真理を求める態度を養い、豊かな情操と道徳心を培うとともに、健やかな身体を養うこと。

2 個人の価値を尊重して、その能力を伸ばし、創造性を培い、自主及び自律の精神を養うとともに、職業及び生活との関連を重視し、勤労を重んずる態度を養うこと。

3 正義と責任、男女の平等、自他の敬愛と協力を重んじるとともに、公共の精神に基づき、主体的に社会の形成に参加し、その発展に寄与する態度を養うこと。

4 生命を尊び、自然を大切にし、環境の保全に寄与する態度を養うこと。

## 5 (略)

子どもに対して、人間の性に関する事柄、性行動に伴う危険（リスク）を正しく理解させるとともに、その前提となる自尊感情（セルフエスティーム）や人間関係を築く資質や能力を育成し、人間としての生き方、家庭や社会の一員としてのあり方などについて十分学ばせ、自他の生命や人格を尊重する態度を養うことが重要である。

### (2)健康の自己管理能力を育成する

学校では、教育を通して健康の大切さを認識するとともに、健康に関する子どもの自己管理能力の育成を図ることが狙いであり、性に関する教育もその観点からの取組が必要である。

つまり健康上の問題を自分で考え、処理できるような資質や能力を身に付け、行動や環境を主体的に改善し、他律的な健康管理から自律的な健康管理ができるようにし、健康な生活を実現していくことである。

そのためには、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスであり、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処することができなければならない。」としたヘルスプロモーションの理念（オタワ憲章1986年、バンコク憲章2005年）に立った教育を推進する必要がある。

具体的には、健康の決定要因としてさまざまなものがあるが、今日では、適切な意志決定・行動選択には、科学的な知識理解もさることながら心理社会的要因が大きく影響することが分かっており、性に関する教育に当たってもそのことに十分留意する必要がある。

なお性に関する教育には国際的な動きがあり、それらにも留意しながら、わが国にふさわしい教育を推進していく必要がある。

以上のことから、学校はすべての子どもに対して、生命尊重、生命や人格を尊重する精神を基盤に、心身の発育・発達や性に関する内容について理解し、危険を回避するとともに、健康の大切さを認識し、自らの健康を管理し、改善することのできる能力を育てること、その前提となる自己や他者を尊重する

態度を育み、望ましい人間関係を築くことのできる資質や能力を育てること、家庭や社会の一員としてのあり方を理解し、責任ある行動を実践することなどを通して、現在および将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができ、健全な家庭や社会を築く態度を育てるなど「性に関する教育」を充実する必要がある。

### (3)現代的課題に対応する

「性に関する教育」の現代的課題としては、性感染症、人工妊娠中絶、援助交際（売買春）、出会い系サイトなどでの被害などが挙げられる。その背景や要因は、家庭や地域社会の教育機能の低下、社会環境の変化など、子どもの精神的、社会的発達へ影響を与える多様な問題が複雑に絡んでいる。このためそれらの課題に適切に対応するためには、それぞれのライフステージにおける課題や性の意識、性行動、性情報などの実態を把握した上で、集団または、個別の指導を進めていく必要がある。

特に今後の「性に関する教育」では、次の二つの視点に力を入れる必要がある。

#### ①エイズや性感染症および望まない妊娠の予防

若者の性のネットワークの発達やエイズ、性感染症、妊娠に対する危険意識の欠如、知識不足や誤解から、今後もHIV感染、性感染症、妊娠中絶などが今後も引き続き発生し続けることが懸念される。

このため学校においては、発達段階に応じて、性行動に伴う危険について正しく理解させ、それを予防する知識や態度、行動を育てることが重要である。特にエイズの主たる感染経路が性的接触によるものであることから、子どもに対して、人間の性行動に対する適切な意志決定や行動選択の能力を育てる必要がある。

そのためには、子どもが発達段階に応じて、エイズ、性感染症、妊娠の危険についての正しい知識、検査や相談などに関する情報、相互の人格を尊重する豊かな人間関係構築の重要性についての指導が必要である。

なおエイズについては、感染者や患者に対する偏見・差別払拭が重要であることから、「性に関する教育」において、そのことについて十分な配慮が行われなければならない。

#### ②性に関する環境および情報への対処



子どもは成長の過程で、社会環境や人間関係の中で性意識を形成していく。しかし近年の子どもの成育環境の急激な変化によって、精神的な発達に伴わない子どもの性意識・性行動の変化が生じ、近年、人工妊娠中絶や性感染症が増加したことが指摘されている。こうした環境の変化としては、携帯電話やパソコンの普及による有害情報や性産業、出会い系サイトへの接触、青少年漫画における性描写の氾濫とその安易な販売、これらに関連して誤った情報からの影響や危険意識の欠如、これらに関連したピアプレッシャー（性行動を行うことが普通という仲間の圧力）の増大などが指摘されている。

成長の過程にある児童生徒らの視点に立てば、営利を目的とした過激なあるいは誇張された性表現は、性に関する知識を誤解したり、性差別を助長する結果にもなりかねない。

従って「性に関する教育」においては、これらのことを十分認識して、子どもに対しては、幅広い視野から危険を認識させて、それを回避する態度を育てるとともに、地域社会とも連携して、そうした環境の是正についても、取組を進める必要がある。

## 2. 現状等を踏まえた見直しの視点

### (1) 学校、家庭、地域社会のあり方の見直し

性に関する教育は、学校だけで行う性格のものでなく、学校、家庭、地域社会それぞれの役割を明らかにし、学校における性に関する教育の内容やあり方を見直し、家庭や地域社会（関係機関・団体など）との有機的な連携を図りながら効果的に進める。

### (2) 「性に関する教育」の推進

心身の発育・発達や性感染症などに関する科学的な理解の必要性および最近の調査結果などに現れた若者の性に関する意識や行動の実態並びに「性教育」という用語の定義があいまいなまま使用され混乱している現状を踏まえ、二次性徴の発現や生殖機能の成熟、受精や妊娠、性器（生殖器）の構造や月経、射精、性行動、性感染症など直接性に関連する事柄を内容とする狭義の「性教育」に加え、性行動にかかわる危険を認識し、回避する態度や望ましい人間関係を築く能力の育成など、その前提となる教育を含む広義の概念としてとらえ、今後はこれまでの性教育と区別し、「性に関する教育」と呼び、その推

### (4) 指導の現状を踏まえて改善する

これまでの教育を振り返ると、さまざまな子どもたちにかかわる実態が示すように、その成果を見るに至っていないことを真摯に反省する必要がある。それは生育環境の変化の影響もあるが、教育効果への科学的検証が不十分なまま教育がなされてきたことにも原因があり、そのために発達段階や受容能力を超えた教育や問題行動の抑止にのみ重点をおく教育（指導）が行われ、それらがいずれも生育環境の変化に抗して、子どもが身に付けるべき資質や能力が育たず、適切な意志決定・行動選択につながらなかったものと考えざるを得ない。

また、文部科学省、全国高等学校PTA連合会、日本性教育協会、東京都幼小中高心性教育研究会などによる性意識や性行動、学校での取組などに関する最近の調査結果などから見た実態を踏まえ、目標や内容、方法、指導体制等を見直して「性に関する教育」を推進充実する必要性が明らかとなり、併せて一部の学校での子どもの発達段階や受容能力を踏まえていない授業、不適切な教材の使用の改善などが求められているところである。

進を図ってはどうか。

また性に関する教育を行う場合に、人間関係についての理解やコミュニケーション能力の育成を前提とすべきであり、その理解の上に性に関する教育が行われるべきものであって、安易に具体的な避妊方法のみの指導などに走るべきではない。

その上で、心身の機能の発達に関する理解や性感染症などの予防の知識などの科学的知識を理解させること、理性により行動を制御する力を養うこと、自分や他者の価値を尊重し相手を思いやる心を醸成することなどが重要である。

### (3) 性に関する教育の基本的な目標の見直し

目標を見直し、その目標達成のために行う教育の範囲・内容などを明確にするため、性に関する教育の基本的な目標を、以下の3点としてはどうか。

①心身の発育・発達や性に関する内容について理解し、健康の大切さを認識し、危険を回避するとともに、自らの健康を管理し、改善することのできる能力を育てる。



②生命や人格の尊重，男女平等の精神の下に，自己や他者を尊重する態度を育み，望ましい人間関係を築くことができる資質や能力を育てる。

③家庭や社会の一員としてのあり方を理解し，性に関する諸問題に適切に対処するとともに，より良い家庭や社会づくりに向けて責任ある行動を実践することのできる資質や能力を育てる。

#### (4)発達段階に応じた教育と集団指導，個別指導の見直し

子どもの性に関する課題に心身の健康の保持増進という側面から適切に対応するためには，それぞれのライフステージにおける課題や性の意識，性行動，性情報などの実態を把握した上で，集団または，個別の指導を進めていく必要がある。従って発達段階や受容能力を考慮し，すべての子どもに集団的に指導する内容と時期，個別指導の内容を見直す必要がある。

わが国では，性に関してはさまざまな価値観の相違があり，その教育についてもさまざまな考え方があがるが，学校における性に関する教育として求められる内容は何かということについては共通理解を図って検討すべきである。

学校における性に関する教育については，子どもたちは社会的責任を十分には取れない存在であり，また一生の問題ともなりかねないエイズや性感染症などを予防するという観点からも，子どもたちの性行為については適切ではないという基本的スタンスに立って指導内容を検討し，そのことを単なる強制でなく子どもが主体的に学んでいくような指導を工夫すべきである。

加えて，「性に関する教育」においては，集団で一律に指導（集団指導）する内容と，個々の児童生徒の抱える問題に応じ個別に指導（個別指導）する内容の区別を明確にして実施すべきであり，特に集団指導の内容について慎重に検討すべきである。

また教育の有効性，行動段階，自分の危険を実感できるような情報提供（リスクパーソナライゼーション）および地域性を考慮しなければならない。

#### (5)学校における性に関する教育の内容

学校における「性に関する教育」の内容は，その目標を実現するために必要な事項を，子どもの実態と教育上の必要性から，発達段階に応じて選択し，

学習内容として構成する必要がある。

この場合，各教科や道徳，特別活動などにおいては，それぞれの狙いを実現するために必要とする内容や教材の中に性に関する事項も取り上げられているため，内容の選択や構成に当たっては，学習指導要領に示されている各教科，道徳，特別活動の性に関する内容を整理する必要がある。

具体的には，心身の発育・発達や性感染症の予防など健康管理に関する内容については体育・保健体育科「保健」で扱い，人間関係の育成に必要な内容や家族や社会の一員として必要な内容については，道徳や特別活動に位置付ける必要がある。

また学校における性教育においては，児童生徒の発達段階を踏まえて指導を行うことが極めて重要であり，それぞれの教科などにおける性に関する教育の内容について，子どもの発達段階を踏まえたものとなっているかといった観点から体系化を図る必要がある。

また各学校で設定する総合的な学習の時間での性に関する教育の内容においても，行き過ぎや放任とならないよう課題の設定や展開に工夫が必要である。

内容はあくまでも参考程度である。目標とのかかわりで，各学校の指導計画作成の際に十分検討してほしい。

#### ①心身の発育・発達や健康に関して必要な内容

##### 1)健康管理に関する基礎的な内容

・幼児期から小学校低学年では，体や衣服の清潔に関する内容

・思春期には心身の発育・発達や性的成熟，生命誕生の神秘など

・その後は発達段階に即した生殖の仕組みやエイズ，性感染症の予防など

・エイズや性感染症の検査や相談機関などの知識

##### 2)思春期の心身の変化に関する内容

・思春期の身体的，精神的な発達や変化による不安や悩み

・心の健康の保持増進

・他人を思いやる心情を育てる内容

##### 3)性感染症やエイズの予防に関する内容

・性のネットワークの存在……③とも関連させて

・性行動の危険

・エイズや性感染症に対する正しい知識

## ②人間関係の育成に必要な内容

## 1)人間関係を築くための基礎的内容

- ・人間関係を築くための原則
- ・自己表現の能力育成
- ・相手に対する受容的な態度、耐忍性や調整力などの涵養

## 2)男女や自他の相互理解についての内容

- ・互いに相手を認め合い尊重し合うことの重要性
- ・男女や個々人ので物事に対する感じ方や考え方、行動様式に差異があること
- ・異性に対する理解や思いやりの表現方法
- ・相手の人格を傷付けるような態度や行動を控えること

## 3)男女の人間関係の危険の回避に関する内容

- ・男女の人間関係の成立の要因やその要因  
(男女の人間関係には、多くの過程があり、その過程が大切であること)
- ・人間関係のマナーやエチケット

## ③社会の一員としてのあり方に関する内容

## 1)性役割に関する内容

- ・男女に尊重や相互の理解など基礎的な学習
- ・家庭での役割分担や地域社会の環境改善に積極的に参画するような態度を育てる内容

## 2)エイズ、性感染症および望まない妊娠の予防

- ・エイズ予防の正しい知識やエイズに伴う偏見・差別の払拭
- ・クラミジアなどの性感染症の予防

- ・若者の性のネットワークの存在など性行動に伴う危険

- ・性行動に伴う妊娠の危険とその回避

## 3)性情報への対処に関する内容

- ・マスコミや青少年向け漫画などの流す性情報の判断の必要性

- ・性情報の適切な取捨選択

- ・携帯電話やパソコンの普及による有害情報や出会い系サイトへの接触に伴う危険

- ・誤った性情報からの影響、ピアプレッシャーに対する認識を高める内容

## 4)性の被害・加害に関する内容

- ・職場などにおけるセクシュアル・ハラスメント、誘拐や付きまとい(ストーカー)、性的ないじめや暴力、強制わいせつなどさまざまな性被害について生命や人格の尊重、男女平等の観点から理解させ、日常の学校生活における性被害、加害の発生状況やその防止について考えさせる内容(発達段階に応じた受けやすい性被害の発生状況や発生要因などを知らせること、被害を受けた場合などの対処の仕方なども具体的に理解させる必要がある)

- ・性加害は、絶対許されないことであること、自己中心的な欲求による自制心のない行動は、相手の心身を傷つけるだけでなく自分自身も大きな罪を背負うことになることなどを理解させ、責任ある行動をとる必要性に関する内容

## 3. 学校における「性に関する教育」の指導体制の整備と実施上の課題

学校における「性に関する教育」は、各学校の教育活動全体を通じて実施する必要がある、学校としての指導体制の整備と保護者らの理解が重要である。しかしながらすでに述べたように、近年子どもの体格が向上するとともに、性的な成熟が早まっている一方、性に関する情報や産業の氾濫など、子どもを取り巻く社会環境が大きく変化しており、性に関する意識も変化している。また若年層の性感染症の問題や人工妊娠中絶の問題が指摘されており、家庭や地域保健と連携・役割分担しながら一人一人に適切な意志決定・行動選択の力を育てるために、学校における「性に関する教育」を充実すべきであることは言を待たない。

一方で、一部で行き過ぎた教育・指導が行われているという指摘があり、各学校において、目標、内容と教材、方法など全般にわたって、改めて検討しなければならない状況にある。

具体的には、発達段階を重視し、学校、教職員の役割や分担を明らかにし、家庭や地域の関係機関・団体や専門家とも連携・役割分担し、指導計画作成(改善)、実施、評価を繰り返し、計画的かつ継続的な実施のため、指導内容や指導方法などの改善を図っていくための体制を作り上げる必要がある。

そのためには、次のような事項について、改めて検討が必要である。

(1)学校教育目標「性に関する教育」の基本的な目標

との関連や整合性

- (2)教育課程への「性に関する教育」の内容の位置付け・体育・保健体育科その他の関連教科、道徳、特別活動および総合的な学習の時間
- (3)生徒指導との関連を図った個別的な指導・支援活動と個別の健康相談活動などの実施
- (4)「性に関する教育」の推進組織の設置あるいは明確化
- (5)「性に関する教育」の校内研修による教員の共通理解
- (6)適切な教材・資料の作成や収集・保存・活用……無批判に使用しない
- (7)保護者の理解・協力と連携の推進
- (8)指導を依頼する場合の地域の関係機関や専門家な

どとの指導内容などの調整

- (9)「性に関する教育」の内容・教材、指導方法などの再検討の視点
  - ①学校全体の指導計画に基づく組織的・計画的な指導を行っているか
  - ②内容、教材・教具などについて、教職員の共通理解の得られるものであるか
  - ③学習指導要領に照らして、子どもの発達段階に沿った時期と内容で実施しているか
  - ④教職員の共通理解だけではなく、保護者や地域の理解の得られる内容、方法であるか
  - ⑤集団指導と個別指導とを区別しているか（理解や感受性などの個人差にも配慮しているか）

#### 4. 中央教育審議会における「性教育」に関する審議状況（抄）

中央教育審議会初等中等教育分科会「教育課程部会審議経過報告（平成18年2月13日）」をここに紹介する。

「・学校における性教育については、子どもは社会的責任を十分には取れない存在であり、また性感染症等を防ぐという観点から、子どもの性行為については適切でないという基本的スタンスに立ち、人間関係の理解やコミュニケーション能力を前提として、心身の機能の発達などの科学的知識、理性により行動を制御する力、自分や他者の尊重の心をはぐくむことなどが重要である。

・性教育は、体育・保健体育をはじめとする各教科等の指導の関連を図りながら学校教育活動全体

を通じて取り組む必要がある。また、発達の段階を踏まえた指導内容の体系化を図ることが必要である。

・また、教職員の共通理解を図るとともに、子どもの発達の段階を考慮すること、家庭・地域との連携を推進し保護者や地域の理解を得ること、集団指導の内容と個別指導の内容の区別を明確にすることなどが重要である。」

この内容は、中央教育審議会初等中等教育分科会教育課程部会「健やかな体をはぐくむ教育の在り方に関する専門部会での審議状況（平成17年7月27日）」をもとに、教育課程部会で検討したものである。

#### 5. 終わりに

多くの方々のご提言や子どもたちの現状を鑑みると、行き過ぎた、あるいは何もしないという両極端ではなく、「生きる力」をはぐくみ、豊かな人格を育むための調和の取れた意図的・計画的な「性に関する教育」を進めることが重要であることは、言を待たない。

その際、知識を早く詳しく教え込むのではなく、いわば「適時適育」で、心身の発育・発達、性感染症の予防、性行動に伴う危険、前提となる人間関係を築く学習などの時期、内容、必要性の検討が必要である。

併せて、性をはじめ昨今の子どもの心身の健康の実態や問題には心理社会的側面要因が大きくかかわっていることから、人と人の豊かなかわり方を体験し学ぶ、適切な意志決定・行動選択について学ぶ、心の居場所づくり、自分探し（生き方、あり方の探求）を支援したりするなど豊かな人間関係の構築、家庭、地域、学校などで温かく「はぐくむ、培う」取組が重要であることを痛感させられる。「はぐくむ」の意は、「親鳥がその羽で雛をおおいつつむ。養い育てる。成長発展を願って見まもる。」（広辞苑）ことであり、類似の語に、学習指導要領の総則第1



(款)の3で使用されている「培う」(草木の根に土をかけて育てる。能力や性質を養い育てる。:広辞苑)がある。いずれも促成栽培的で性急な働き掛けでなく、ゆっくりじっくり時間をかけ、手を掛けて、子の自立を促す意味合いを持っている。この「はぐくむ」と「培う」は、わが国の高度成長など激しい社会の変化の中で置き忘れられてきたものが何かということ、私たちに示唆してくれている。「性に関する教育」において、子どもの心身の調和の取れた発育・発達に裏付けられた人格の形成を目指すとき、忘れてはいけないものであると思う。

特に学校では、「性に関する教育」の基盤として、

教科指導、進路指導、生徒指導などすべての学校経営の中で、子どもの豊かな育ちと自立を目指すよう努めることが必要であり、そのことが学校での「性に関する教育」の目標の実現に大きく寄与するものと考えられる。

そのためには、管理職のリーダーシップと保健主事、養護教諭、学級担任らが連携した積極的な取組と教職員の共通理解が欠かせない。また学校の実情に応じて、学校医、学校歯科医、学校薬剤師らの専門家に協力・支援をお願いしたり、保護者や地域保健機関・団体などとの連携を図ったりすることも重要である。(戸田芳雄)

日本学校保健会ニュース

平成18年度 学校保健委員会の設置状況 (都道府県)

平成19年4月 文部科学省

		小学校				中学校				高等学校				中等教育学校				特殊教育諸学校			
		学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比
1	北海道	1,345	552	41.0	2.7	686	349	50.9	5.9	319	229	71.8	0.9					56	56	100.0	0.0
2	青森県	378	250	66.1	2.2	173	97	56.1	3.3	69	58	84.1	5.5					19	4	21.1	▼5.2
3	岩手県	434	427	98.4	1.3	198	194	98.0	2.5	79	79	100.0	0.0					17	16	94.1	0.0
4	宮城県	332	326	98.2	▼1.2	161	158	98.1	2.4	93	92	98.9	0.0					19	19	100.0	0.0
5	秋田県	286	265	92.7	2.0	131	122	93.1	▼1.6	58	55	94.8	0.0					14	14	100.0	0.0
6	山形県	337	336	99.7	▼0.3	126	124	98.4	0.0	53	53	100.0	0.0					10	10	100.0	0.0
7	福島県	531	525	98.9	1.1	240	238	99.2	2.9	96	89	92.7	▼2.1					20	20	100.0	5.0
8	茨城県	577	573	99.3	0.3	234	231	98.7	2.5	113	69	61.1	▼3.5					20	19	95.0	0.0
9	栃木県	419	414	98.8	0.2	169	166	98.2	1.7	78	71	91.0	4.6					14	14	100.0	0.0
10	群馬県	343	343	100.0	0.0	173	173	100.0	0.0	71	71	100.0	0.0	1	1	100.0	0.0	12	12	100.0	0.0
11	埼玉県	721	721	100.0	0.3	368	368	100.0	0.5	188	127	67.6	0.1					31	30	96.8	0.0
12	千葉県	733	678	92.5	0.6	326	304	93.3	0.0	160	52	32.5	4.1					31	31	100.0	0.0
13	東京都	1,329	1,097	82.5	6.5	640	467	73.0	8.7	287	237	82.6	17.0	3	2	66.7		60	59	98.3	1.9
14	神奈川県	406	316	77.8	2.1	221	188	85.1	8.5	154	101	65.6	8.1					25	21	84.0	▼8.0
15	新潟県	453	349	77.0	6.0	183	131	71.6	3.8	98	6	6.1	1.4	4	2	50.0	25.0	18	11	61.1	2.0
16	富山県	205	204	99.5	▼0.5	83	83	100.0	0.0	48	47	97.9	2.1					12	12	100.0	0.0
17	石川県	235	204	86.8	2.8	105	85	81.0	3.6	51	51	100.0	0.0					13	10	76.9	0.0
18	福井県	212	180	84.9	5.9	80	65	81.3	1.6	38	18	47.4	0.0					12	10	83.3	▼16.7
19	山梨県	205	124	60.5	▼4.7	97	50	51.5	▼1.1	35	14	40.0	▼12.9					11	6	54.5	▼9.1
20	長野県	393	393	100.0	0.0	193	193	100.0	0.0	90	74	82.2	1.1					18	18	100.0	0.0
21	岐阜県	391	391	100.0	0.0	193	193	100.0	0.0	69	69	100.0	0.0					14	14	100.0	0.0
22	静岡県	448	447	99.8	0.0	224	224	100.0	0.9	122	107	87.7	▼12.3					19	19	100.0	4.0
23	愛知県	722	720	99.7	▼0.3	304	303	99.7	▼0.3	192	188	97.9	2.1					26	26	100.0	4.2
24	三重県	417	284	68.1	0.8	170	123	72.4	7.1	74	52	70.3	▼6.7					14	14	100.0	0.0
25	滋賀県	231	231	100.0	0.0	97	97	100.0	0.0	53	53	100.0	0.0	3	3	100.0		13	13	100.0	0.0
26	京都府	249	242	97.2	0.0	98	95	96.9	4.0	48	48	100.0	0.0					14	14	100.0	0.0
27	大阪府	629	290	46.1	2.1	290	135	46.6	2.1	182	136	74.7	11.4					27	25	92.6	4.1
28	兵庫県	647	596	92.1	3.4	271	256	94.5	4.1	170	167	98.2	0.5	1	1	100.0	0.0	35	34	97.1	0.0
29	奈良県	219	188	85.8	▼4.2	107	68	63.6	2.9	41	41	100.0	0.0					9	9	100.0	0.0
30	和歌山県	291	268	92.1	3.1	137	118	86.1	2.9	54	54	100.0	9.3					11	11	100.0	0.0
31	鳥取県	152	152	100.0	2.5	60	60	100.0	8.3	24	24	100.0	32.0					9	9	100.0	11.1
32	島根県	261	186	71.3	▼2.7	107	73	68.2	8.4	46	38	82.6	0.4					12	12	100.0	0.0
33	岡山県	428	334	78.0	1.3	164	116	70.7	1.2	77	70	90.9	0.3					12	11	91.7	▼8.3
34	広島県	430	304	70.7	8.5	188	129	68.6	5.7	97	28	28.9	▼1.9					16	4	25.0	▼12.5
35	山口県	334	324	97.0	0.3	165	152	92.1	▼0.4	71	70	98.6	0.0	1	1	100.0	0.0	14	14	100.0	0.0
36	徳島県	222	189	85.1	▼1.2	90	75	83.3	▼1.0	46	35	76.1	▼9.3					9	7	77.8	0.0
37	香川県	191	179	93.7	▼1.7	74	67	90.5	▼0.8	35	35	100.0	0.0					8	8	100.0	0.0
38	愛媛県	359	327	91.1	1.4	145	136	93.8	▼0.2	61	61	100.0	0.0	3	3	100.0		13	13	100.0	0.0
39	高知県	256	76	29.7	0.3	116	32	27.6	▼1.1	41	36	87.8	4.9					12	9	75.0	0.0
40	福岡県	477	208	43.6	▼20.6	211	54	25.6	▼20.5	140	20	14.3	▼21.2	1	0	0.0	0.0	99	16	16.2	▼40.3
41	佐賀県	191	186	97.4	0.0	94	94	100.0	1.1	38	38	100.0	0.0					7	7	100.0	0.0
42	長崎県	397	324	81.6	1.6	196	138	70.4	1.4	65	64	98.5	0.0					16	16	100.0	0.0
43	熊本県	447	387	86.6	2.0	184	153	83.2	▼1.1	72	70	97.2	2.8					17	17	100.0	0.0
44	大分県	332	30	9.0	7.8	143	11	7.7	5.6	62	62	100.0	0.0					15	13	86.7	0.0
45	宮崎県	273	268	98.2	0.0	138	136	98.6	0.8	42	34	81.0	▼8.4	1	1	100.0	0.0	14	13	92.9	0.0
46	鹿児島県	593	589	99.3	0.1	265	262	98.9	0.0	85	85	100.0	0.0					15	15	100.0	0.0
47	沖縄県	279	271	97.1	1.7	156	149	95.5	3.1	69	69	100.0	0.0					16	16	100.0	0.0

※平成17年度の設置状況である。

(前年度比は、財団法人日本学校保健会・会報編集委員会で作出したものです)

## コラム 養護教諭の職に関する調査状況

全国養護教諭連絡協議会は、各都道府県および政令指定都市の国公立・私立学校に勤務する養護教諭の研究会をもって構成し、学校保健活動の推進に努めている研究団体である。事業内容は、

- (1) 調査・研究並びに情報交換
- (2) 国並びに関係諸機関に対する要請及び建議
- (3) その他、本会の目的達成に必要なとする事業の3本柱を主軸として活動している。

児童生徒の実態や養護教諭を取り巻く状況を調査し分析することで、養護教諭の専門性の構築・健康教育の推進を図り、健康教育を通じた子どもたちの生きる力を育てていく方が追求できる。

調査時期は毎年度5月ごろ。平成19年度の報告書としてまとめるのは、「平成19年度基本調査」と「平成18年度養護教諭の職務に関する調査」である。

平成7年から、保健主事には教諭に限らず養護教諭もあてることができるようになり、今年度の校種別保健主事任用（図1）は中学校では49.1%と一番高い割合になっている。

子どもの心身の健康課題の改善および支援の充実のための養護教諭の複数配置の状況（図2）は、全体で12.4%である。

教科の「保健」で授業を担当したのは小学校が

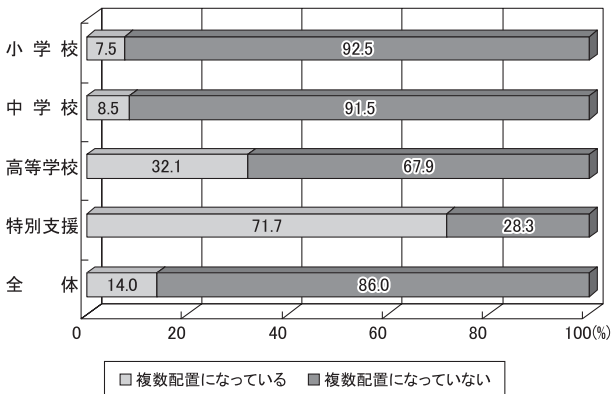


図2 校種別複数配置の状況

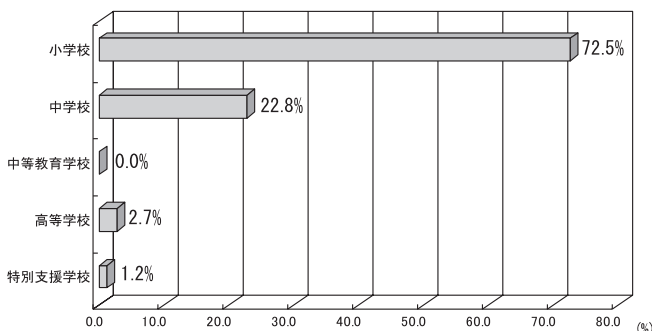


図4 兼職発令を受けた割合

一番多く（図3）、兼職発令を受けているのも小学校が一番多い（図4）。会員全体から見た兼職発令を受けている割合は4.5%にとどまっている。

特別支援を要する児童生徒へのかかわりは、子どもの年齢が低い校種ほど直接かかわっている（図5）。

養護教諭の職務にかかわる法的制度は少しずつ整ってきているが、子どもの体・心・命に関する教育に携わっていくためには、さらに具体的な職務の整備が急がれる。

（多田まり子）

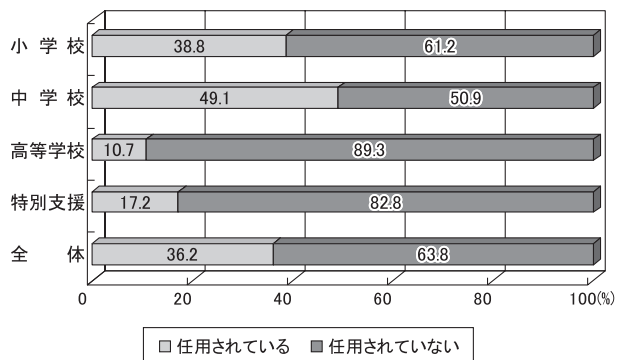


図1 校種別保健主事任用者の割合

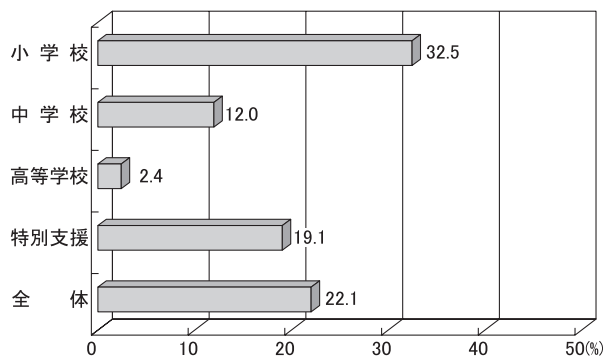


図3 教科保健を担当した割合

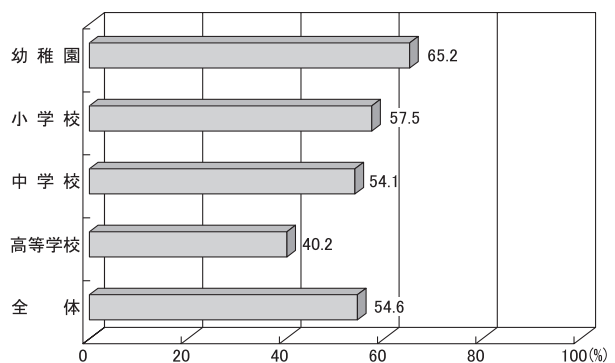


図5 特別な支援が必要な園児児童生徒に直接かかわっている割合

## 第Ⅲ章

# 学校環境衛生の動向

## ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆ ◆ 総論 ◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

今年度の学校環境衛生などについて文部科学省から発出された通知の概略を記す。

### (1) 文部科学省スポーツ・青少年局から発出された学校環境衛生分野

これは主としてプールの安全性についてである。

埼玉県ふじみの市の市営プールで小学2年の女児が流水プールの排水口に吸い込まれ尊い命を失うという痛ましい事故が起こり、自治体におけるプールの構造に対する安全性や管理体制などが問われることになった。

文部科学省では平成18年12月27日に「プールの安全標準指針案に関する意見募集」を行い、さらに水泳プールの施設設備について、同年5月29日付18文科ス第100号の趣旨を踏まえ、安全点検および確認を実施するとともに、排（環）水口の蓋が固定されていないものや吸い込み防止器具が措置されていないものには、安全確保のため構造の改善が講じられるまでの間プールの使用を中止するよう要請した。

同年8月10日「水泳プールの排（環）水口の状況に関する調査結果について」の調査をしてその結果、「学校水泳プール安全管理」平成19年3月に文部科学省、国土交通省から指針が示された。近く通知が発出される予定である。

この指針はプールの排（環）水溝に関する安全確保の不備による事故を防止するため、プールの施設面・管理・運営面で配慮すべき基本的事項などについて関係する省庁から統一的に示されたものであり、より一層のプールの安全確保が図られるようプール

の設置管理者に対して国の技術的助言として適切な管理運営などを求めていくものである。指針の適用範囲としては、遊泳利用に供することを目的として新たに設置するプール施設およびすでに設置されているプールなどであるが、その他の公・民営プール施設についても参考として活用することが期待されるものである。これら背景から、平成19年7月10日付け「学校環境衛生の基準の一部改訂」が局長通知として発出された。

また、水質検査については、「水泳プールの管理」のみならず、「飲料水の管理」「雨水等利用施設における水の管理」にまたがっていることから検査方法が改訂された。すなわち検査事項の「大腸菌又は大腸菌群」と示されていたものが「大腸菌」となったことである。

(2) 学校給食調理場におけるアスベストを使用している調理機器に関する保有および処理状況調査の結果（平成18年3月16日）

(3) 鳥インフルエンザに対する学校などにおける対応

① 鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザへの対策などについて（平成18年1月16日）

② 死んだ野鳥への対応や飼育動物に関する対策などについて（平成18年4月20日）

③ 文部科学省新型インフルエンザ対策行動計画について（平成18年9月22日）

が発出されて種々の対策が示されている。

(杉下順一郎)



## コラム 大腸菌と大腸菌群

平成19年7月10日に学校環境衛生の基準が一部改訂され、「飲料水の管理」「雨水等利用施設における水の管理」「水泳プールの管理」に関する検査事項が大腸菌群から大腸菌に変更された。

そもそも大腸菌群とは何か、大腸菌とは何か、その評価はどのようになされてきていたのかなどについて記す。

### 1. 大腸菌群

従来(1932年)より、大腸菌群は、水道水など水の検査において、糞便生の病原菌を含む細菌などに汚染されているかどうかの評価の指標として広く使用されてきた。

大腸菌群の検査は、乳糖ブイヨン-ブリンリアントグリーン乳糖胆汁ブイヨン培地(LB-BGLB培地)を使用していたため、大腸菌群は、乳糖を分解してガスを産生する菌であり、好気性または通性嫌気性、グラム陰性、無芽胞の桿菌を指している。このため大腸菌群には、非常に多くの属、菌種が含まれる。例えば*Escherichia*属、*Citrobacter*属、*Enterobacter*属、*Klebsiella*属など糞便性由来はもとより土壌由来の菌なども含まれている。これらの幅の広さ(あいまいさ)が支持されて、より安全性の高い指標として、そしてその簡便性からもこれまで糞便汚染の指標として用いられてきた。

しかし新鮮な糞便の中でも大腸菌は $10^9/g$ であるが、大腸菌群は、大腸菌を除けば、 $10^6/g$ であり、糞便性の指標としては、それほど高い評価を受けるものではない。

大腸菌は、大腸菌群の中でも*Escherichia coli*という学名を持った菌のことで、腸内に生息し、好気性または通性嫌気性、グラム陰性、無芽胞の桿菌通常、乳糖を速やかに分解して酸とガスを産生し、インドール(+), メチルレッド(+), Vo-

ges-Proskauer(-), クエン酸(-), 硫化水素(-)などの反応(性質)を示す。

大腸菌は、ヒト、牧畜、野生動物、鳥類の糞便によって比較的新しく汚染された水中にや土壌、野菜、果物において検出されるが、糞便で汚染されていないものにおいて検出されることはまれである。

### 2. 検査方法

大腸菌群が基準から姿を消し、大腸菌となった理由に、検査方法の開発がある。それは、特定酵素基質培地法である。

原理は、大腸菌が特異的に持っている $\beta$ -グルクロニダーゼ(酵素)で4-メチルウンベリフェリル- $\beta$ -D-グルクロニド(基質)を分解させる手法である。

水質基準に関する省令(平成十五年厚生労働省令第百一号)の規定に基づき、厚生労働大臣が定める方法には、次の培地を用いる方法が掲載されている。

- (1) MMO-MUG培地
- (2) IPTG添加ONPG-MUG培地
- (3) XGal-MUG培地
- (4) ピルビン酸添加XGal-MUG培地

大腸菌が存在した場合に培地は青紫色を発し、波長366nmの紫外線ランプを照射すると蛍光を発する。

#### 参考文献

1. 日本水道協会：上水試験方法・解説(2001年版), 2001.
2. 日本水道協会：上水試験方法・解説(2001年版)―追補版一, 2005.
3. 日本学校薬剤師会：詳解「学校環境衛生の基準」, 2004.

(石川哲也)

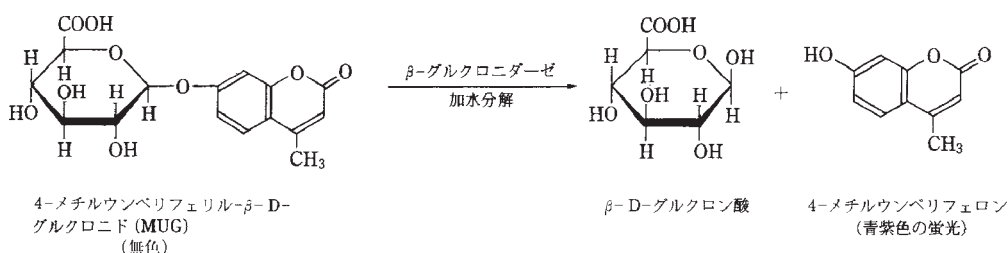


図1 大腸菌における $\beta$ -グルクロニダーゼ反応

# 全国調査から見た学校環境衛生

平成18年度全国学校保健調査は、平成13年度と同じテーマを取り上げ、飲料水（水源・定期検査・日常点検・水槽・給水器具）、雨水などの利用および学校環境活動について調査を行った。また本調査は5年前の比較と改善措置が取られている現況も示した。

本調査はすべての学校を対象とし、同一校内に数種類の学校が設置されている場合はそれぞれ1校と

した。学校薬剤師が委嘱されている学校は、原則としてその薬剤師が行い、委嘱されていない学校についてもできるだけ調査した。

調査票（マークシート）を各都道府県薬剤師会または学校薬剤師会を通じて配布および回収し、平成18年9月15日までに日本学校薬剤師会へまとめた。

## 1. 集計結果および考察

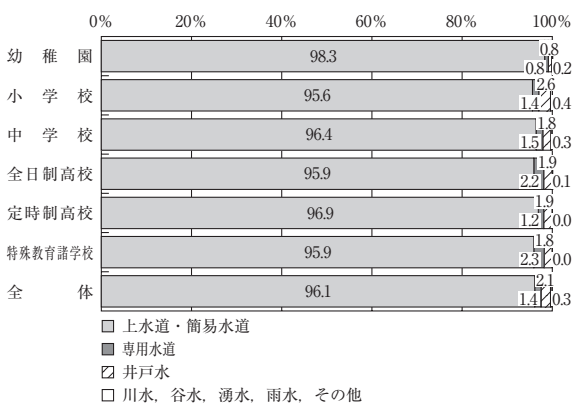
集計結果は調査項目の順に記載し、集計結果の百分率は小数点2桁で四捨五入し、1桁で表示した。

この調査は、併設校をそれぞれ1校として数えており、調査票を回収した学校数は、33,938校であった。しかし都道府県コードなど基本データの欠落による記入不備、マークシートの汚れなどによる集計不能が664校あったため、33,274校について集計を行った。なお特殊教育諸学校とは、盲学校・聾学校・養護学校をまとめて表している。

回調査時に井戸水に該当していたものの約3割が専用水道に該当するものと思われる。井戸水などの利用は減少している。

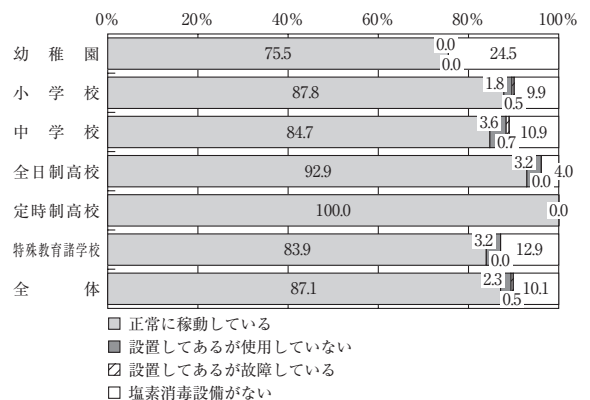
### A. 飲料水の水源について

#### A-1 主に飲料水として利用している水



96.1%が上水道・簡易水道を、1.4%が専用水道を、2.1%が井戸水を、0.3%が川水などを使用していた。平成13年度の水道法一部改正により、学校などにおいて自家用の水道で100人を超える者に居住に必要な水を供給するものまたは1日供給量が20m<sup>3</sup>を超えるものは専用水道として取り扱われるようになった。前回（平成13年度）の調査と比較すると、上水道・簡易水道を使用が2.6ポイント増えている。前

#### A-2 飲料水として利用するための塩素消毒設備



井戸水などを給水源とする場合は塩素消毒設備を必ず備えなければならない。塩素消毒設備が「正常に稼働している」は前回調査より7.2ポイント減少し87.1%であった。逆に、「設置してあるが使用していない」、または「設置してあるが故障している」、並びに「塩素消毒設備がない」を合わせたものが前回調査より8.4ポイント増加していた。

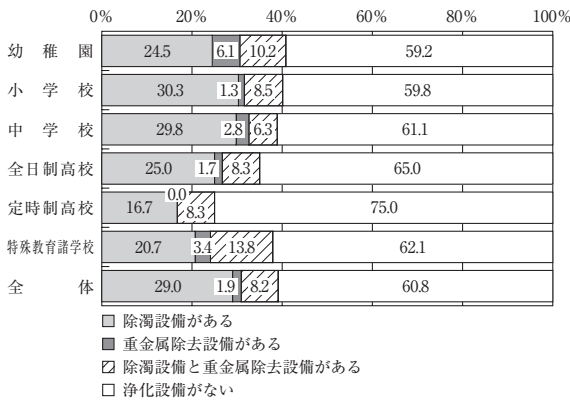
学校種別においては、「塩素消毒設備がない」が幼稚園を筆頭に前回より倍以上増加していることから、早急な対処が望まれる。

都道府県名	合計	幼稚園	小学校	中学校	高校・ 全日制	高校・ 定時制	盲・聾・ 養護学校	高等専門 学校
北海道	977	78	516	255	88	11	25	4
青森	545	10	309	138	63	8	16	1
岩手	777	43	434	197	80	4	18	1
宮城	426	9	236	115	50	3	12	1
秋田	478	25	268	116	51	6	10	2
山形	434	2	267	98	51	5	10	1
福島	1,075	194	527	238	87	5	22	2
茨城	758	108	385	163	85	3	11	3
栃木	571	25	336	133	59	4	13	1
群馬	628	62	318	158	67	5	17	1
埼玉	1,522	97	796	412	150	30	32	5
千葉	1,379	92	776	351	126	6	27	1
東京	2,021	142	1,097	531	138	69	42	2
神奈川	1,401	35	786	368	154	22	34	2
新潟	1,037	106	564	239	93	9	24	2
富山	344	27	187	72	42	5	11	0
石川	378	0	211	100	46	8	13	0
福井	309	14	192	67	25	1	8	2
山梨	261	4	155	65	27	3	7	0
長野	—	—	—	—	—	—	—	—
岐阜	580	61	310	152	43	4	8	2
静岡	1,046	170	486	248	109	13	19	1
愛知	1,605	79	948	381	143	24	27	3
三重	645	138	316	125	50	6	10	0
滋賀	528	148	222	88	49	6	12	3
京都	644	52	343	157	67	7	17	1
大阪	1,966	327	953	429	187	31	37	2
兵庫	1,633	363	731	330	145	24	37	3
奈良	393	114	169	80	22	3	5	0
和歌山	499	52	267	125	40	3	12	0
鳥取	233	9	138	54	19	4	9	0
島根	338	50	176	74	25	1	11	1
岡山	594	164	274	103	38	8	7	0
広島	705	25	414	190	57	5	13	1
山口	497	42	256	126	55	4	14	0
徳島	355	73	178	70	27	2	4	1
香川	307	71	141	60	26	2	6	1
愛媛	347	15	206	81	36	4	5	0
高知	134	6	79	32	15	1	1	0
福岡	951	15	561	250	82	19	23	1
佐賀	338	1	183	95	45	7	7	0
長崎	622	14	344	172	63	10	18	1
熊本	662	28	386	164	55	8	19	2
大分	383	30	216	92	32	3	10	0
宮崎	429	7	237	124	43	2	15	1
鹿児島	1,090	122	585	263	102	2	14	2
沖縄	429	4	220	120	60	7	16	2
全 体	33,274	3,253	17,699	8,001	3,117	417	728	59

表1 都道府県別集計学校数（本会調査実施校）



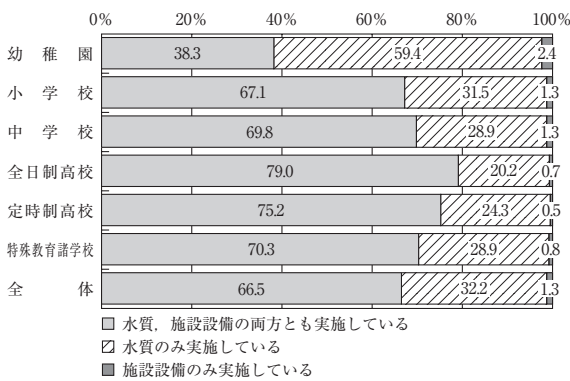
### A-3 飲料水として利用するための浄化設備



井戸水などを給水源とする場合は浄化設備を必要に応じて備えることとなっている。浄化設備のうち、「除濁設備がある」が29.0%、「重金属除去設備がある」が1.9%、「除濁設備と重金属除去設備がある」が8.2%、「浄化設備がない」のが60.8%であった。全体では前回調査とほぼ同じ割合であるが、学校種別では、全日制高校で「浄化設備がない」が16.8ポイント減少し、逆に特殊教育諸学校では16.6ポイント増加していた。

### B. 定期検査のうち「飲料水の管理」について

#### B-1 定期検査の検査項目の実施状況



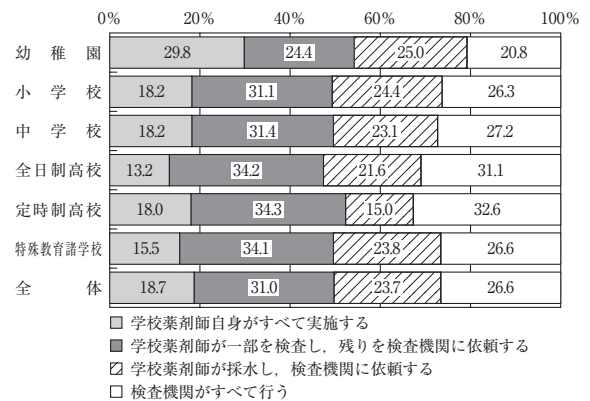
基準は、水質、施設設備の両方を行うことになっているが、「水質、施設設備の両方とも実施している」が66.5%、「水質のみ実施している」が32.2%で、水質についてはほとんどのところで行われていた。また前回調査と比較すると、水質、施設設備の両方を行っているところは5.5ポイント増加していた。

学校種別では、「水質、施設設備の両方とも実施している」が、前回調査と比較するとほとんどの学校種別で微増しており、特に全日制高校で79.0%と

一番高かった。県別では、80%以上実施している県が4県あった。また前回調査より10ポイント以上増えている県が10県あり、さらに実施率50%以下の県が全体の約6分の1と半分になっていた。

しかし定期検査で施設設備を見ていないところが約30%ある。必要な施設設備がなかったり、故障している場合があると、安全な水が供給されず児童生徒の健康にも影響を与えることになるので、必ず施設設備についても調べる必要がある。

### B-2 水質検査

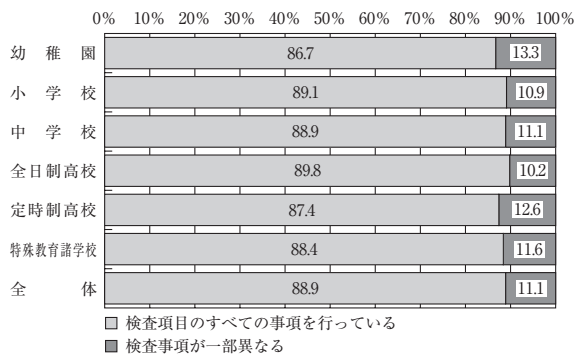


「学校薬剤師自身がすべて実施する」が18.7%、「学校薬剤師が一部を検査し、残りを検査機関に依頼する」が31.0%、「学校薬剤師が採水し、検査機関に依頼する」が23.7%、「検査機関がすべて行う」が26.6%であった。

「学校薬剤師自身がすべて実施する」は前回調査と比較すると13.0ポイント減少し、検査機関での検査が81.3%とほとんどを占めるようになった。県別集計では、「学校薬剤師自身がすべて実施する」が過半数以上ある県は2県と減少した。学校薬剤師自身が検査を実施するところが減少しているのは近年の現象である。

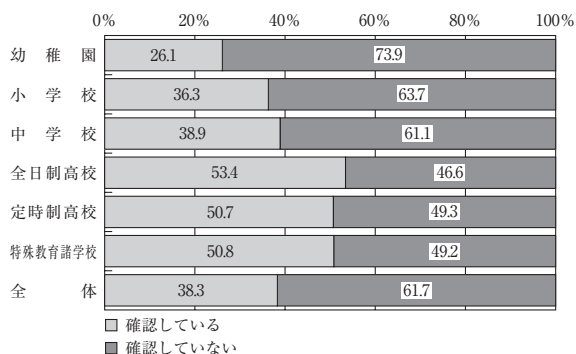
しかし検査機関で実施しているところは、検査結果について学校薬剤師がチェックし、学校に指導助言をすることが必要である。検査委託（予算の関係でアウトソーシング）が採られていることから、その対応が望まれる。

### B-3 水質検査のア〜キを学校環境衛生の基準の通りに行っているか



「検査項目のすべての事項を行っている」が88.9%と、前回調査より9.2ポイント増加した。県別集計においてもほとんどの県ですべての事項を行っていた。※検査項目数と検査実施者の関係で見ると、「検査事項が一部異なる」は、「学校薬剤師自身がすべて実施する」で37.9%と多く、検査項目のすべての事項実施が増加したのは水質検査を検査機関で行うところが増えたことが一つの要因と思われる。

### B-4 定期検査の際、配管図面（給排水系統図）があることを確認しているか

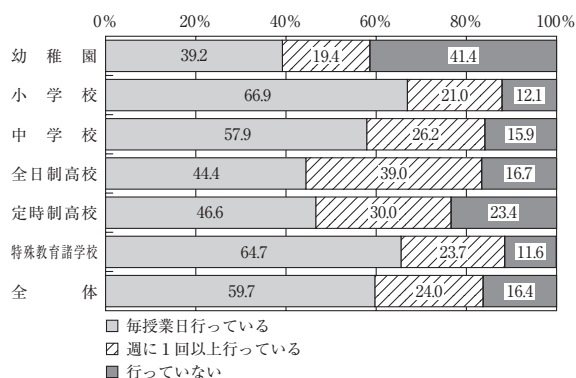


「確認している」が全体で38.3%と、前回調査より3.7ポイント減少であった。前回低い結果であった小学校および中学校は今回も約40%と低かった。

水源が水道水であっても学校敷地内の管理は学校の責任で行わなければならない。水漏れなどの故障があった際や末端の給水栓の確認に、配管図面（給排水系統図）が役立つので、定期検査の際には図面があることを確認する必要がある。

### C. 飲料水の日常点検について

#### C-1 日常点検の回数

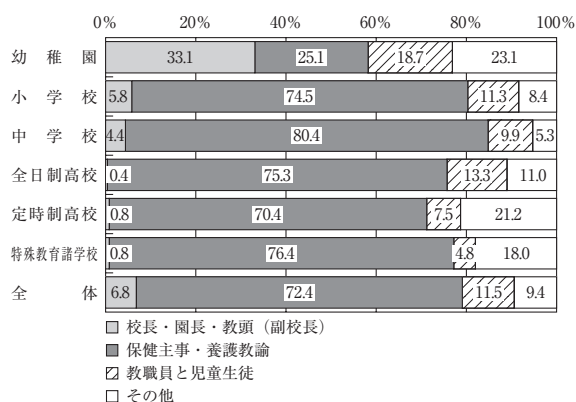


日常点検を基準通り「毎授業日行っている」が59.7%、「週に1回以上行っている」が24.0%で、定期的に行っているが前回調査より15.9ポイント増加した。

学校種別では、「毎授業日行っている」が、幼稚園で12.2ポイント増加し、「週1回以上行っている」を含めると23.2ポイントも増加した。

県別集計では、ほとんどの県で「毎授業日行っている」が前回調査より増加していた。しかし日常点検をまったく「行っていない」割合が50%前後ある県が5県あり、そのうち3県については「毎授業日行っている」割合が20%台と低い。飲料水については毎日使用するので、必ず基準通りに管理することが必要である。

#### C-2 日常点検の実施者（主なもの一つ）

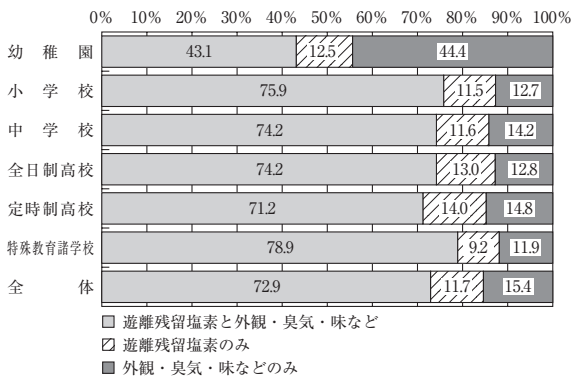


前回調査と同様、「保健主事・養護教諭」が72.4%と最も多かった。学校種別では、幼稚園が前回と同様、管理者の実施が33.1%であった。

「教職員と児童生徒」の実施が11.5%あるが、児

児童生徒も一緒に実施することによって、児童生徒の衛生管理への関心が高まることも期待できる。

### C-3 日常点検の項目

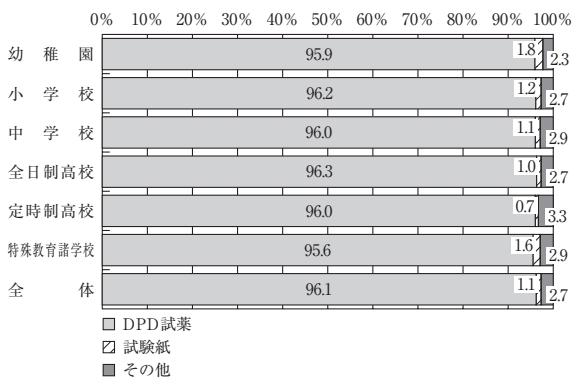


基準通り「遊離残留塩素と外観・臭気・味など」を調べているが72.9%、「遊離残留塩素のみ」が11.7%、「外観・臭気・味などのみ」が15.4%と前回調査と同様の傾向であった。

学校種別では、幼稚園で遊離残留塩素を調べている園が9.3ポイント減少しており残念な結果であった。県別では、基準通りすべての項目を行っているところが80%以上ある県は16県あった。

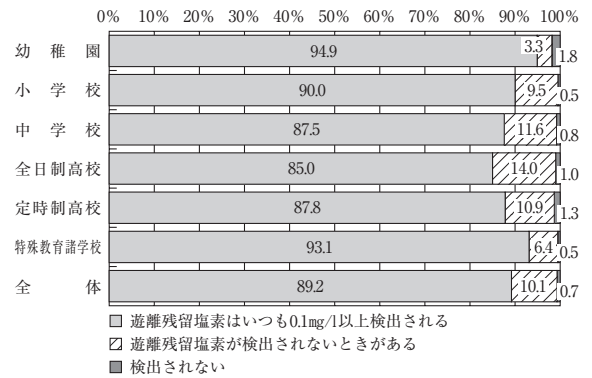
※日常点検の回数と項目の関係では、基準通り遊離残留塩素と外観・臭気・味などを毎授業日に調べているところが77.9%であった。また日常点検の項目と実施者との関係では、保健主事・養護教諭が実施しているところがより基準通り調べているという結果であった。

### C-4 残留塩素検査の方法は何によっているか (整合性)



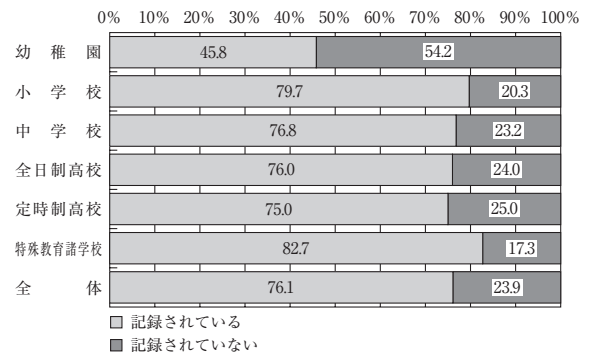
「DPD試薬」が96.1%、「試験紙」0.4%とほとんどがDPD試薬を使用していた。オルトリジン試薬は平成14年度からは基準改正で使用できなくなったが、順調に切り替えが行われていた。

### C-5 残留塩素測定結果



「遊離残留塩素はいつも0.1mg/l以上検出される」が89.2%、「遊離残留塩素が検出されないときがある」が10.1%、「検出されない」が0.7%であった。前回調査と比較し、「いつも検出される」は微増したが、「検出されないときがある」、または「検出されない」学校が10.8%あった。遊離残留塩素が検出されないとは病原性の汚染の恐れがあるので、必ず0.1mg/l以上検出されることが必要であり、検出されないときは早急に措置することが求められる。

### C-6 日常点検の結果の記録

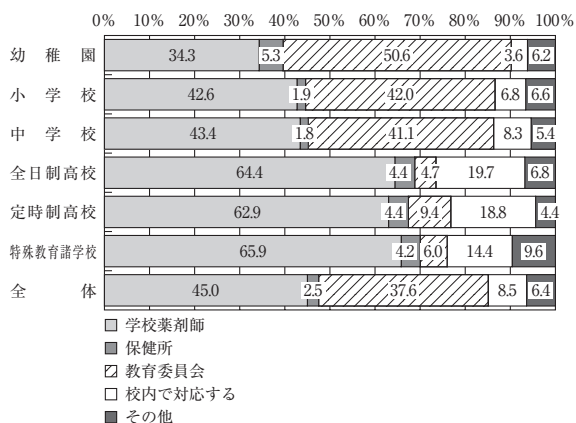


「記録されている」は76.1%で、前回調査より3.3ポイント減少した。学校種別においても、いずれの学校もわずかに減少しており、特に幼稚園では45.8%しか行われておらず、記録の必要性をさらに周知・徹底することが必要である。

県別集計では、「記録されている」が80%以上ある県は22県あるが、前回より10ポイント以上下がった県が10県あった。学校環境衛生基準の目指している目標からは、十分といえない。

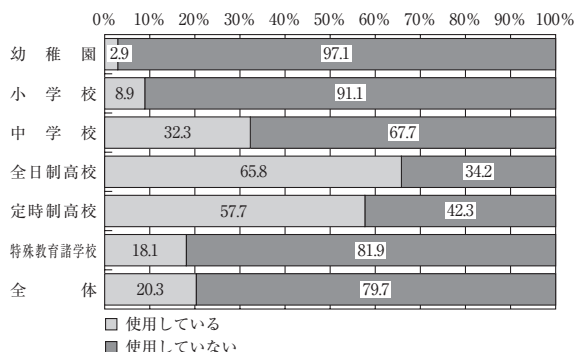


### C-7 日常点検で異常が見られたとき、どこに連絡するか（主なもの一つ）



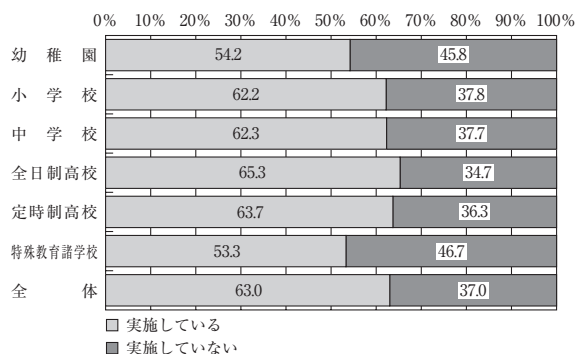
日常点検で異常が見られたときの連絡先は「学校薬剤師」が一番多く45.0%、次いで「教育委員会」の37.6%であった。学校薬剤師の存在意義がうかがえる。学校種別では、小学校および中学校は、「学校薬剤師」と「教育委員会」がそれぞれ約40%であったが、高校では「学校薬剤師」が約60%で、次いで多かったのは「校内で対応する」であった。

### C-8 冷水器など飲料水を貯留する給水器具の使用



冷水器などの給水器具を使用している状況は、「使用している」が全体で20.3%であった。学校種別では、小、中、高と学年が上がるごとに多くなり、全日制高校では65.8%が使用していた。

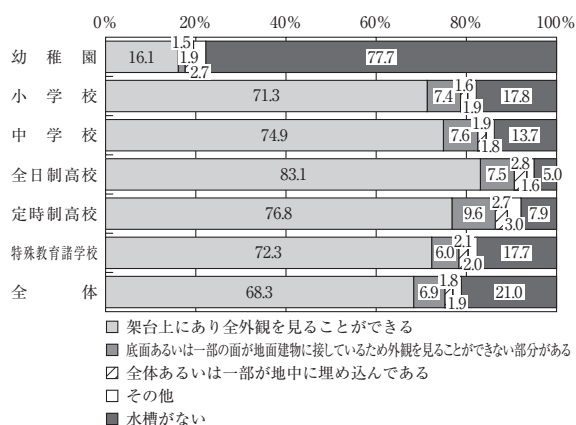
### C-9 冷水器など飲料水を貯留する給水器具の水質検査



冷水器などの給水器具は給水栓水と同様に管理を行うことになっている。水質検査を「実施している」は全体で63.0%が実施しており、学校種別においてもいずれの学校も全体と同様な実施状況であった。

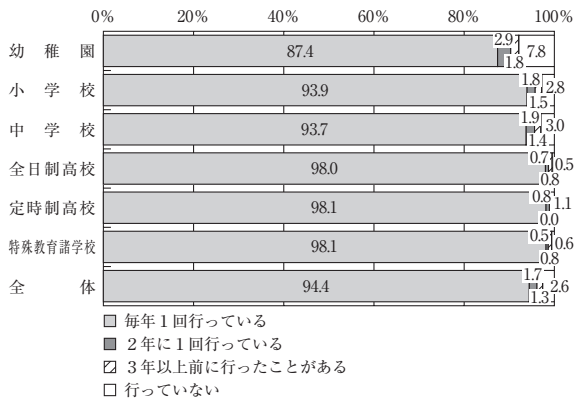
### D. 飲料水の水槽（主なもの一つ）について

#### D-1 水槽設置の形態



「架台上にあり全外観（六面点検可能）を見ることができる」ものは68.3%、「底面あるいは一部が地面建物に接しているため見ることができない部分がある」ものは6.9%、「全体あるいは一部が地中に埋め込んである」ものは1.8%、「水槽がない」ものは21.0%であった。前回の調査とほとんど変化はなかった。全外観を見ることができる水槽をより増やしていくことが求められる。

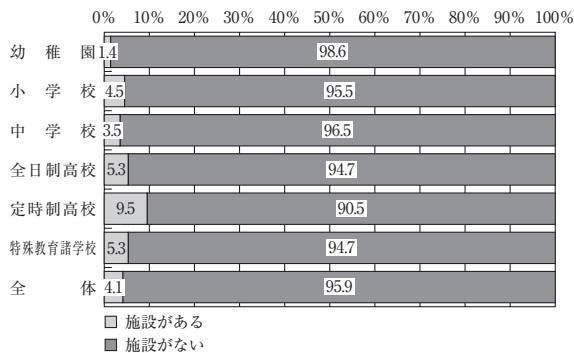
## D-2 水槽内部の清掃回数



「毎年1回行っている」は94.4%、「2年に1回行っている」は1.7%、「3年以上前に行ったことがある」は1.3%であった。清掃を毎年行うことが望まれる。

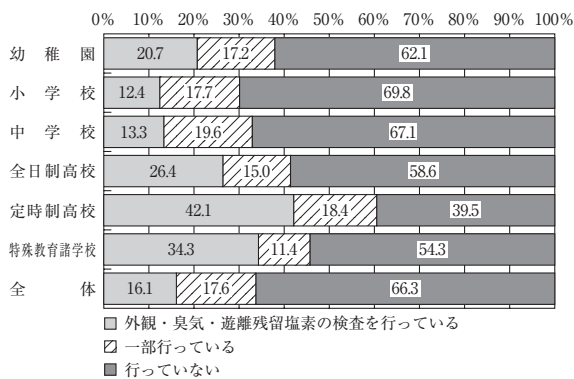
## E. 雨水などを利用する施設について

### E-1 雨水などを利用する施設



平成16年改正の学校環境衛生の基準に加えられた雨水などを利用する「施設がある」のは全体で4.1%であった。県別集計では、埼玉県、東京都、京都府、愛媛県および沖縄県で比較的多い設置状況であった。

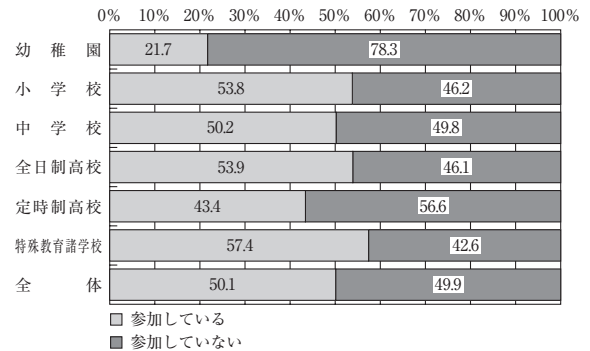
### E-2 雨水など再利用水の日常点検



雨水など再利用水の日常点検には、外観、臭気、残留塩素測定がある。「外観・臭気・遊離残留塩素の検査を行っている」が16.1%、「一部行っている」が17.6%と、何らかの日常点検を行っているのは33.7%であった。

## F. 学校保健委員会について

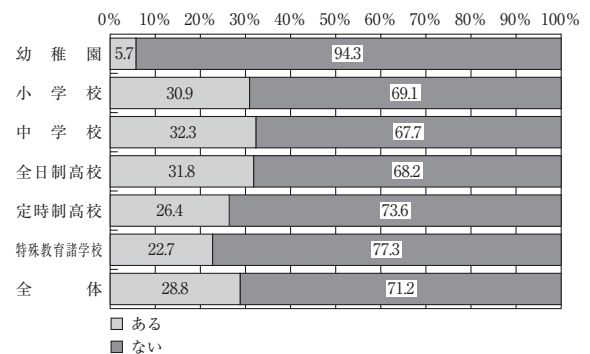
### F-1 学校薬剤師の学校保健委員会への参加



学校薬剤師が「参加している」は50.1%で前回の調査とほぼ同じ結果であった。学校種別では、幼稚園および定時制高校を除き、参加率は約50%であった。県別集計では、岐阜県、山形県および群馬県が80%以上「参加している」であった。

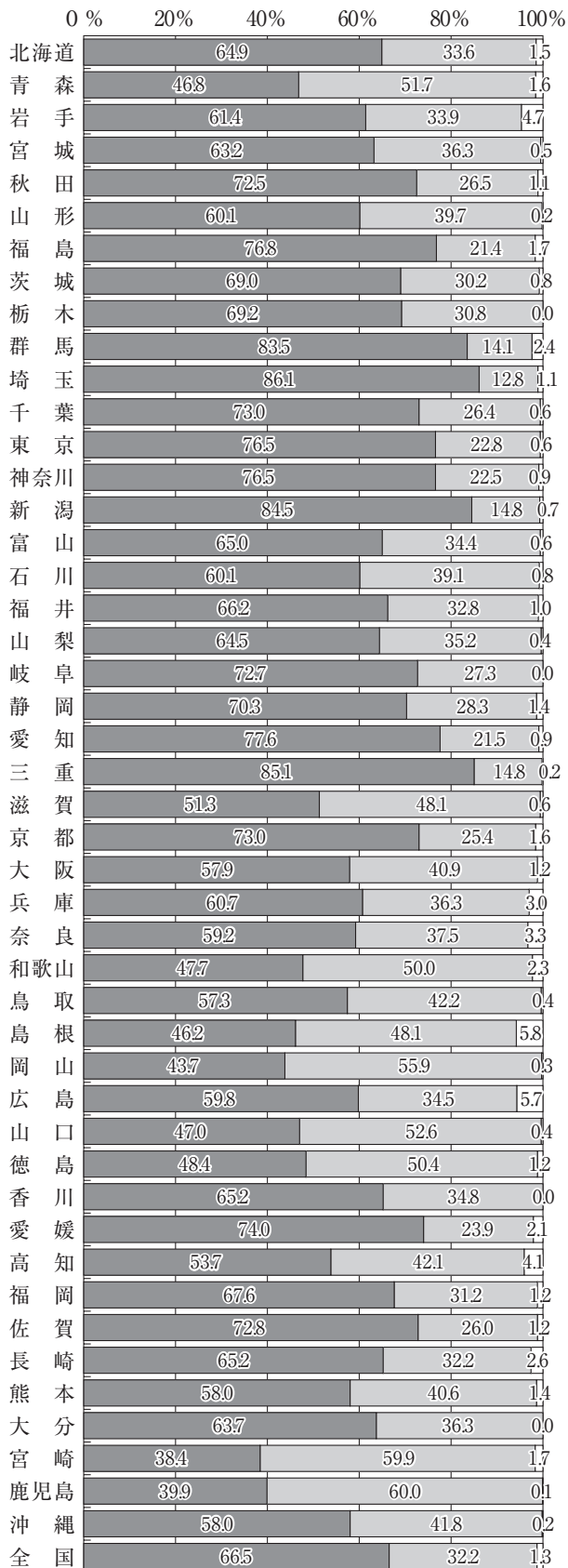
学校薬剤師が学校保健委員会へ参加することが望ましいが、参加できない場合は、資料を提出して指導助言をすることが必要である。

### F-2 学校から講師依頼を受けたことがあるか



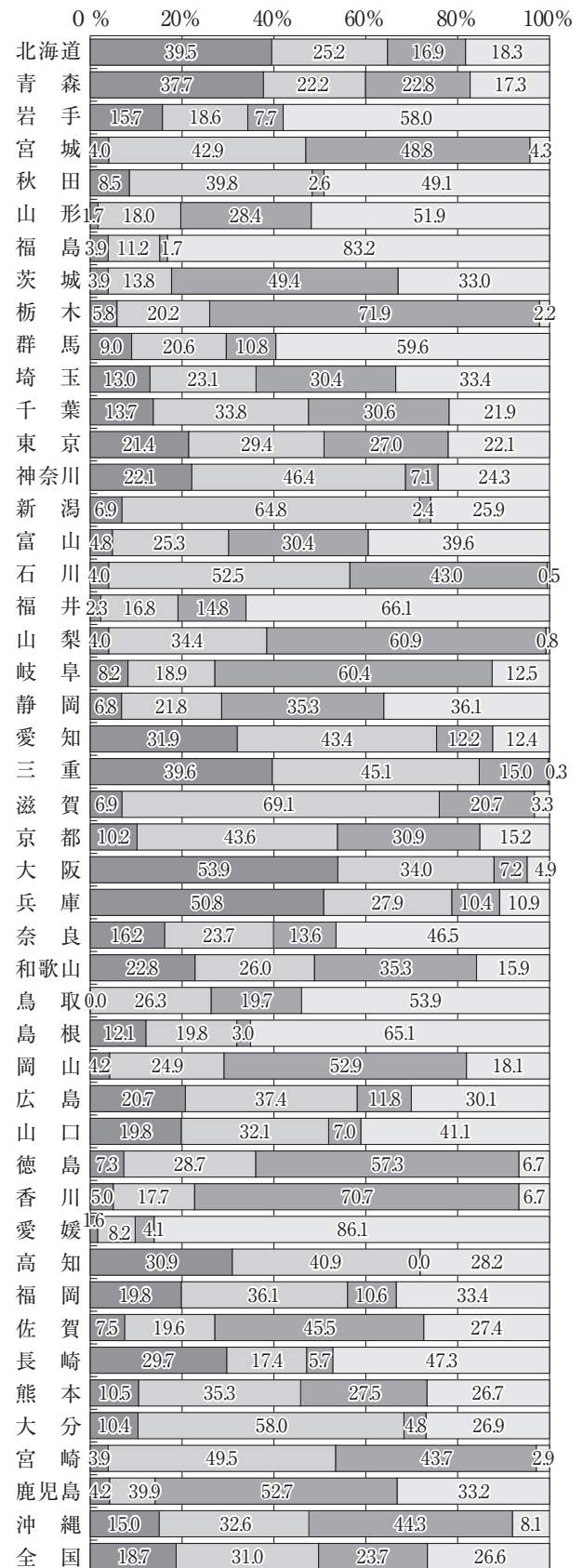
学校から講師依頼を受けたことが「ある」が28.8%であった。学校種別では小、中、高は全体と同様に約30%であった。

B-1 定期検査の検査項目の実施状況（都道府県別）



- 水質、施設設備の両方とも実施している
- 水質のみ実施している
- 施設設備のみ実施している

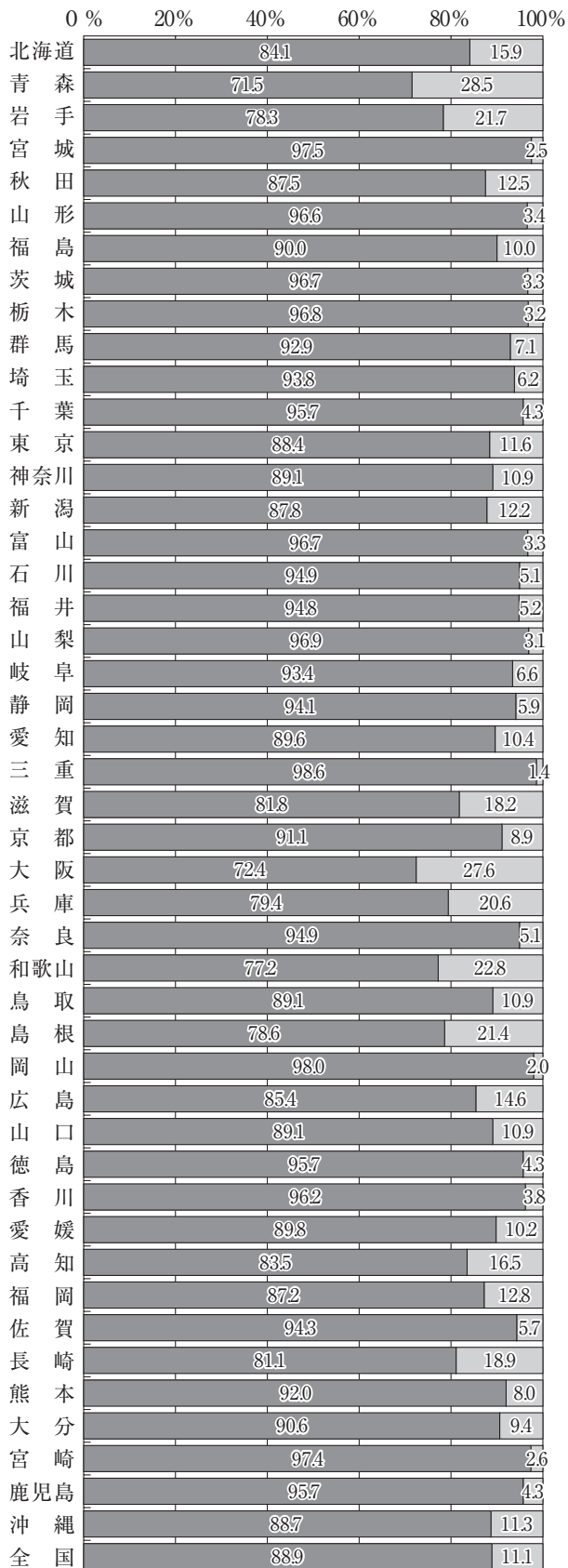
B-2 水質検査（都道府県別）



- 学校薬剤師自身がすべて実施する
- 学校薬剤師が一部を検査し、残りを検査機関に依頼する
- 学校薬剤師が採水し、検査機関に依頼する
- 検査機関がすべて行う

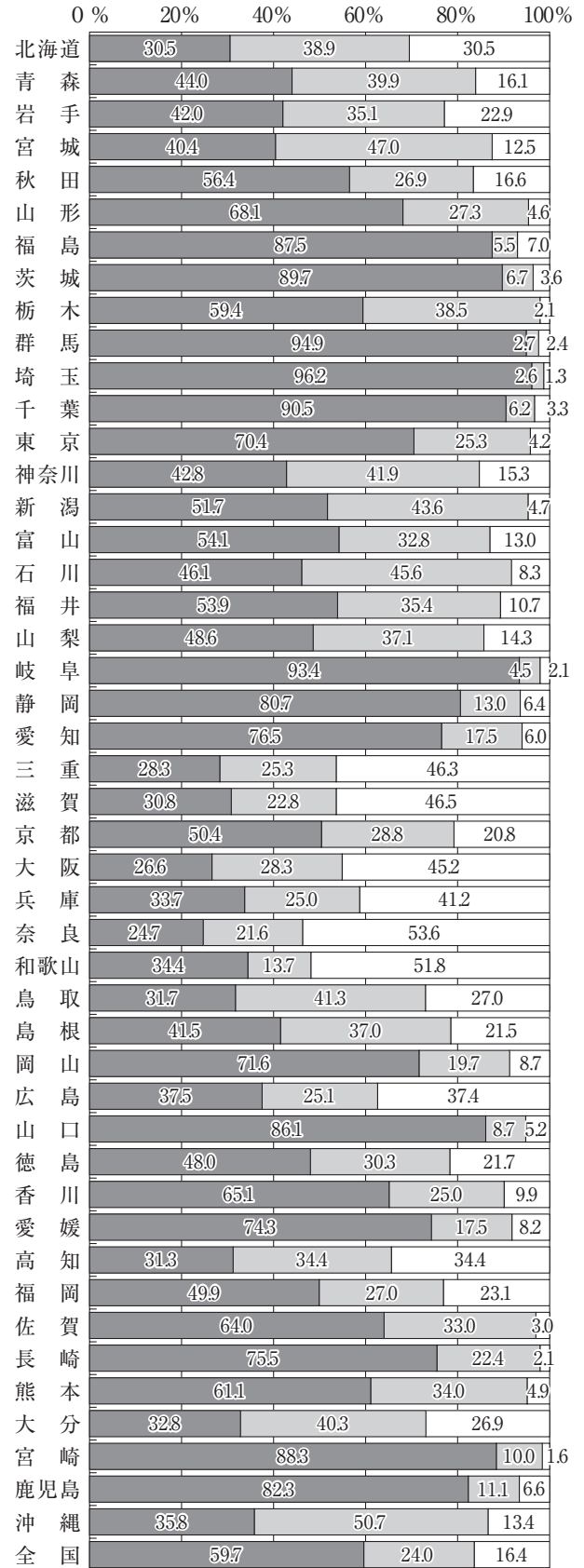


B-3 水質検査のア〜キを学校環境衛生の基準の通りに行っているか (都道府県別)



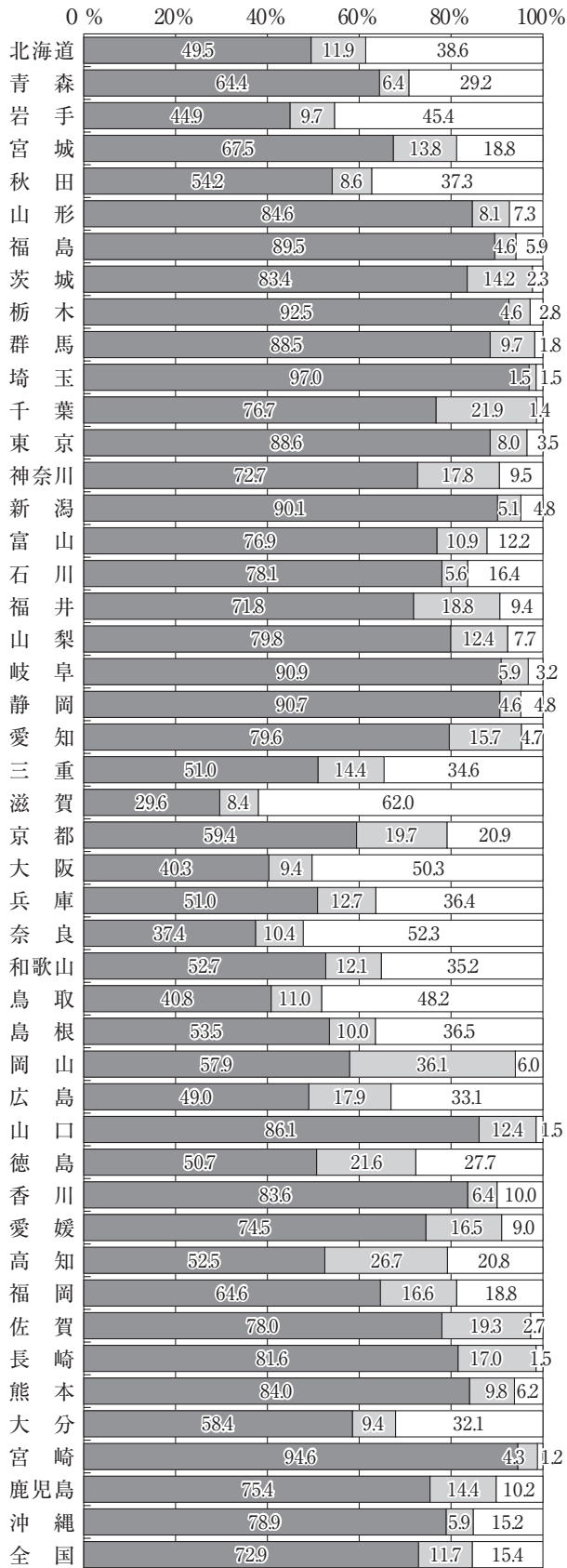
■ 検査項目のすべての事項を行っている  
 □ 検査事項が一部異なる

C-1 日常点検の回数 (都道府県別)



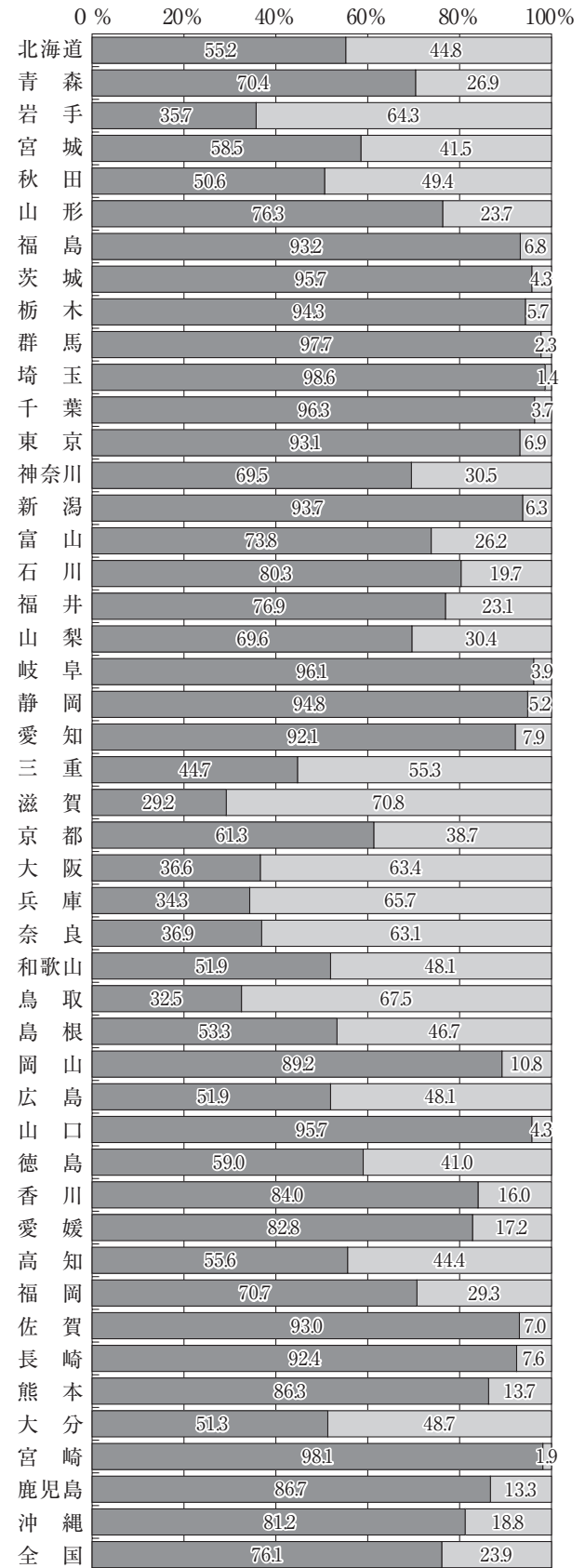
■ 毎授業日行っている  
 □ 週に1回以上日行っている  
 □ 行っていない

C-3 日常点検の項目 (都道府県別)



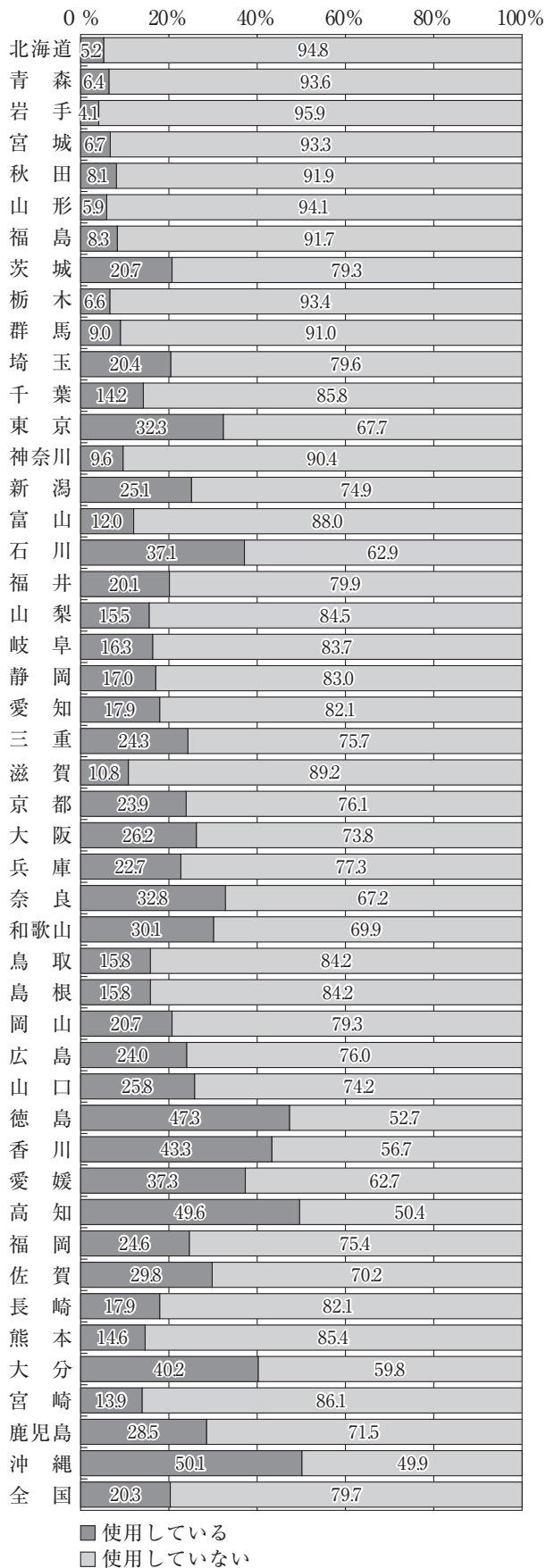
■ 遊離残留塩素と外観・臭気・味など  
 ■ 遊離残留塩素のみ  
 □ 外観・臭気・味などのみ

C-6 日常点検の結果の記録 (都道府県別)



■ 記録されている  
 ■ 記録されていない

C-8 冷水器など飲料水を貯留する給水器具の使用 (都道府県別)

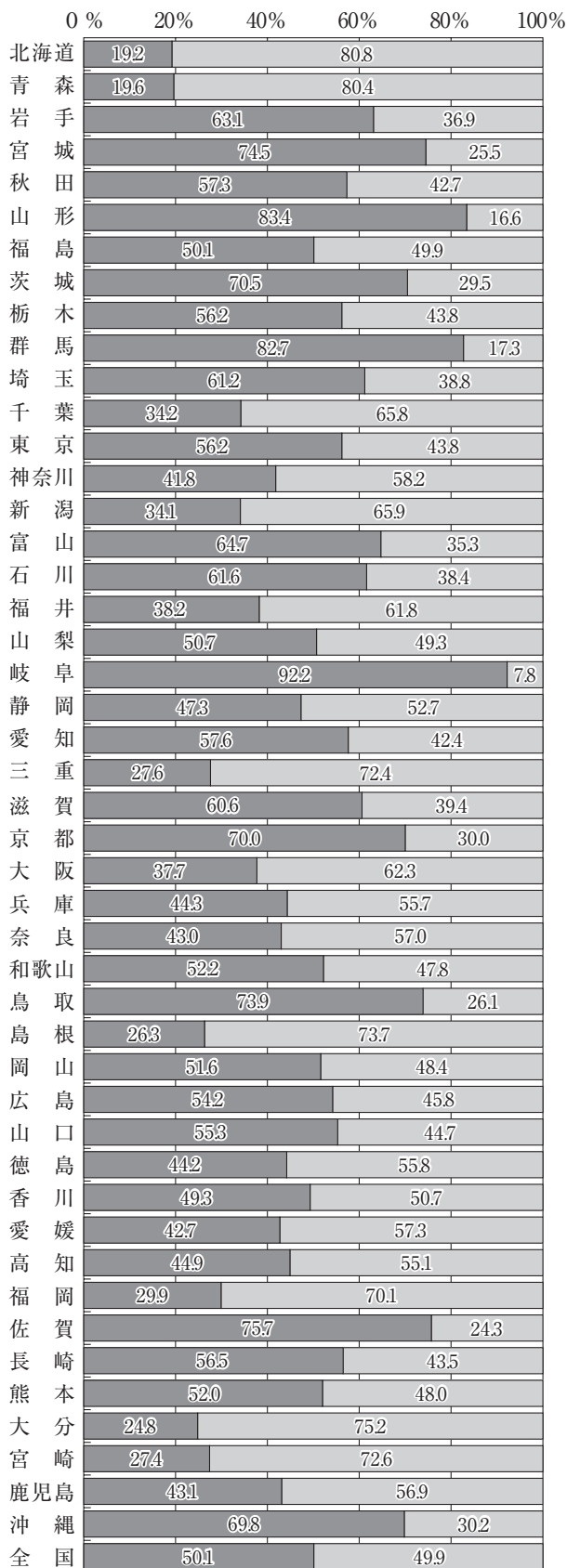


E-1 雨水などを利用する施設 (都道府県別)



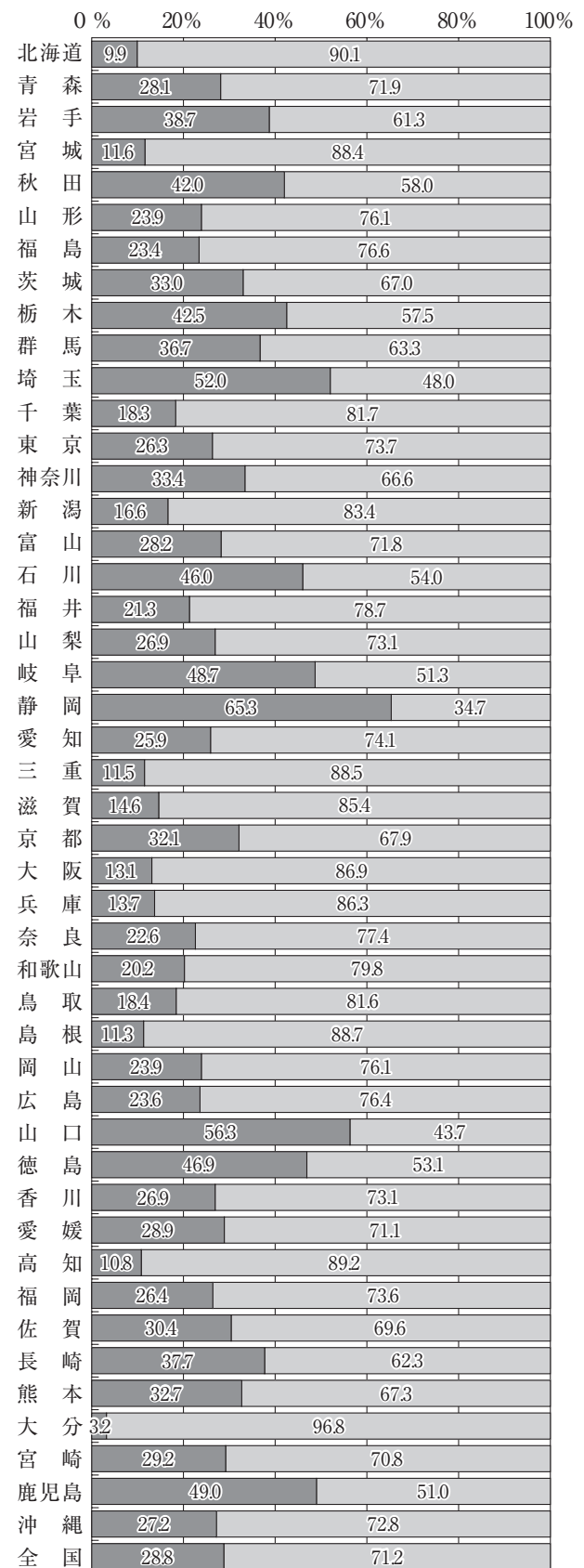


F-1 学校薬剤師の学校保健委員会への参加  
(都道府県別)



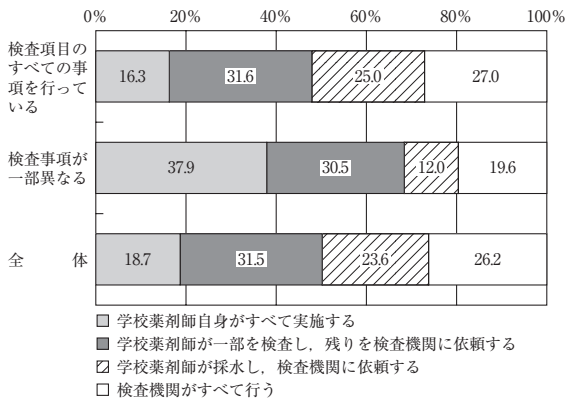
■ 参加している

F-2 学校から講師依頼を受けたことがあるか  
(都道府県別)

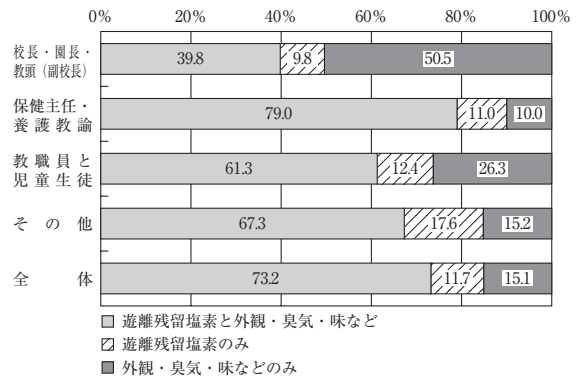


■ ある  
□ ない

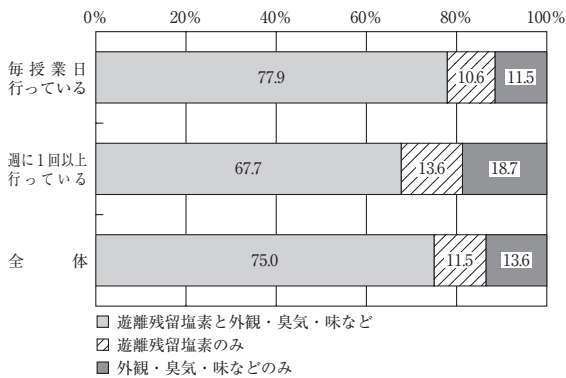
**B-3 水質検査のア〜キを、学校環境衛生の基準の通りに行っているか**  
**B-2 水質検査について**



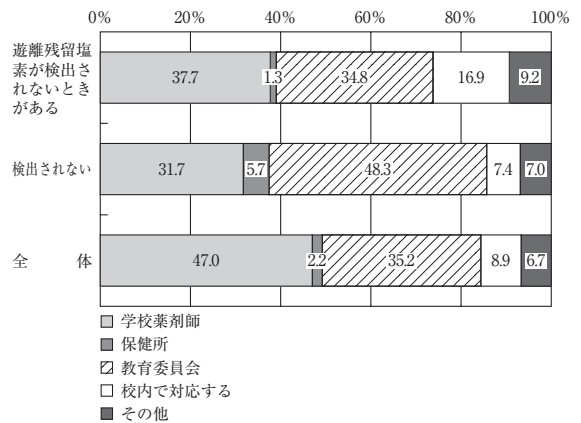
**C-2 日常点検の実施者（主なもの1つ）について**  
**C-3 日常点検の項目について**



**C-1 日常点検の回数について**  
**C-3 日常点検の項目について**



**C-5 残留塩素測定結果について**  
**C-7 日常点検で異常が見られたとき、どこに連絡するか（主なもの一つ）**



**2. まとめ**

平成13年度に行った飲料水についての調査と比較してみると、施設面では水源の変更はほとんどなかったが、法改正による井戸水の区分が専用水道として変更されたものがあった。管理面では、定期検査および日常点検とも実施率が上昇していた。

学校環境衛生基準の各項目の中で、飲料水についてはよく実施されているが、定期検査において水質のみで施設設備について実施されていなかったり、日常点検も毎授業日行っていなかったりするところが5年前の調査と同様まだ多くある。特に年齢の低い園児を預かっている幼稚園では、定期検査、日常点検の実施率がまだまだ低い。利用している水が水道水でも学校敷地内で水槽などを經由することにより消毒効果が減少し病原汚染の心配も増えるので、

安心せず管理など徹底しなければならない。各県において状況を把握して、良い運営の仕方の検討が求められる。

学校薬剤師は学校環境衛生の定期検査のほかに講話を行うなど、近年新たな活動をしていることがうかがえる。学校保健委員会は学校環境衛生活動、薬事衛生などを有効に行うための基礎となるものであり、学校薬剤師は学校保健委員会に積極的に参加し、学校環境衛生活動を向上させることが大切である。なお参加できないときは資料提出による指導助言も行い、子どもたちの健康づくりや学校安全に寄与することが必要である。

（杉下順一郎）

# 2 学校給食の衛生管理

## 1. 学校給食の食中毒

平成18年度に発生した学校給食を原因とする食中毒は6件で、有症者は2,044人であった。

発生件数は少ないものの、有症者で見ると、発生件数が同数であった平成14年度と比較すると800名余増加しており、前年度と比較しても4倍増加している。

学校給食は大量調理であり、いったん発生すると大規模な食中毒につながる可能性があることから、給食関係者は常に危機意識を持っている必要があり、設置者は研修会などで繰り返し注意喚起することを怠ってはならない。

大阪堺市でO157食中毒事件が発生して以降10年余経過した。食中毒防止対策が落ち着いたところで学校給食に携わる学校栄養職員、調理員が増加してきており、平成8年以降に大きく転換した食中毒防止対策や、「学校給食衛生管理の基準」の改訂経緯が十分に理解することが求められる。

国を挙げて食育の推進に取り組む今、学校で行う食育の中心は学校給食であり、「生きた教材」である学校給食を活用して、教科などで得た知識や興味関心を活かしながら、楽しく食事を繰り返し、継続的な食事を通して望ましい食習慣をはぐくもうと食に関する指導が行われている。食育の推進には、おいしいこと、安全で安心して食べることができる給食が大前提といえる。

### (1) 学校給食を原因とする食中毒の発生件数と有症者、調理場以外の発生件数

図1は平成9年度からの発生件数と有症者数である。全国的な発生状況から見れば、学校給食を原因とする食中毒は激減しているものの、起こらないという保障は何もなく、気を緩めることなく、これまで以上に衛生管理の徹底が望まれる。

### (2) 調理場、調理場以外の発生件数

学校給食の調理場で調理した給食が原因ではなく、委託品が原因となった食中毒は平成18年度3件発生している。

委託品であろうとも、いったん納入業者から受け

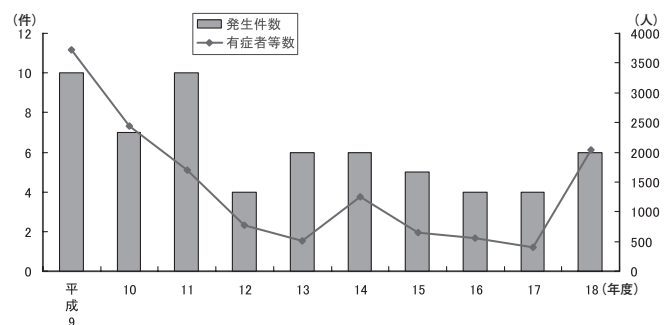


図1 学校給食を原因とする食中毒発生状況

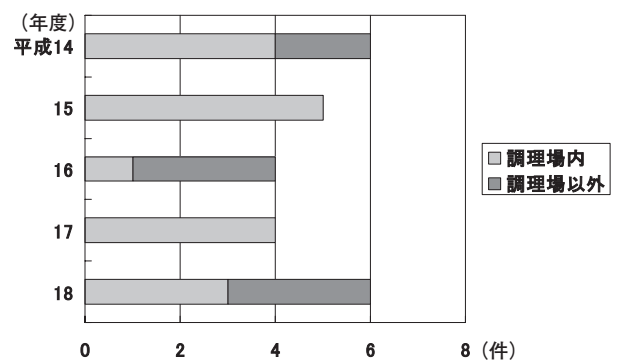


図2 最近5年間の食中毒の発生場の傾向

取り、学校給食として提供してしまえば、学校給食による食中毒とされる。

平成14年に発生した給食パンによるノロウイルス食中毒事件の共通する問題点は、製造工場の衛生状態が劣悪であったことである。

平成18年度の給食パンを原因とする食中毒事件2件は、有症者の便とパン工場従業員の便から検出されたノロウイルスの遺伝子の塩基配列が一致したことから、委託品である給食パンが原因食品と断定されている。

同様なノロウイルスによる委託品パンを原因とする事件が発生していることから、「学校給食衛生管理の基準」は調理従事員だけが遵守すればよいものではなく、食材納入業者をはじめ学校給食にかかわるすべての関係者が遵守するものであることを周知徹底する必要がある。

### (3) 食中毒の原因物質

平成8年度から平成18年度までの原因物質はノロウイルス27件、サルモネラ16件、O157 7件、病原

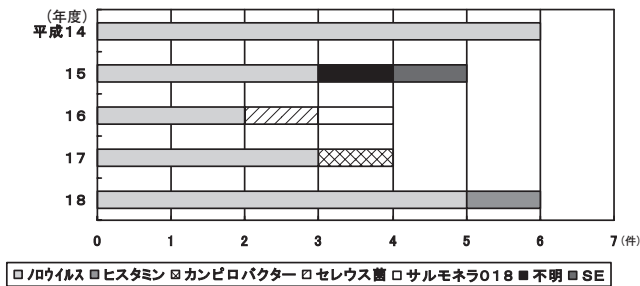


図3 最近5年間の食中毒の原因物質

## 2. 文部科学省の施策

### (1) 衛生管理の推進

文部科学省（当時文部省）は、平成8年大阪府堺市で腸管出血性大腸菌O157食中毒事件が発生した直後、「学校給食における衛生管理の改善に関する協力者会議」（以下協力者会議）を立ち上げ、衛生管理事業に取り組んだ。

協力者会議では、調理場の緊急点検、日常チェックリストの作成などを行ったが、2学期以降も食中毒が頻発したため、食中毒を起こした調理場の現地調査を行い、共通の問題点を調査することにした。調査の結果、二次汚染、加熱不足、温度管理不足などが食中毒の発生要因であることが把握された。

現地調査の結果は、食中毒発生の原因、設置者の対応、施設設備の改善状況、現地調査時の衛生管理などの問題点にまとめ、報告書を作成し、翌年、全国の都道府県に配布し周知徹底した。

平成9年4月、昭和30年ごろからのさまざまな食中毒防止に関する通知を見直し、留意事項を集約・整理するとともに「学校環境衛生の基準」の学校給食関係事項を整理した「学校給食衛生管理の基準」を制定した。

作成に当たっては、設置者はもとより、学校給食関係者が理解しやすく、現地調査で把握された問題点などにも配慮して、実際の調理場で実践につなげやすく具体的な記述にしている。

また厚生労働省の大量調理施設衛生管理マニュアル（以下大量調理マニュアル）との整合性を図ることを配慮したが、学校給食は抵抗力の弱い子どもたちを対象としており、教育の一環として実施していることから、月2回（年間24回）の検便、従事者の毎日の健康観察と個別記録、布製ふきんの使用禁止など、「生きた教材」として安全・安心な調理がされるように厳密な事項も盛り込まれている。

大腸菌5件、カンピロバクター5件、ヒスタミン5件、セレウス菌3件、ウェルシュ3件、ブドウ球菌3件、不明6件となっている。

最近、ノロウイルスが主流となっており、ノロウイルス対策の徹底が重要課題となっている。

### (2) 「学校給食衛生管理の基準」

平成9年制定以来、平成15年、平成17年に一部改訂を行っている。

#### ①平成15年3月31日一部改訂

平成9年の基準制定時に、積み残しとなっていた大量調理マニュアルにある温度と時間の記録、配送時の温度と時間の記録などを追加し、平成8年度から行ってきた現地調査の結果を参考にして学校給食の衛生管理をよりいっそう充実させた。

主な改訂点

#### ○学校給食実施者の責任の明確化

- ・学校給食施設のドライシステム化の促進など衛生管理に配慮した施設設備を整備すること。

- ・ウェットシステムの調理施設においてドライ運用を図ること。

- ・献立作成委員会および物資選定委員会を設置し、適切な運用を図ること。

- ・食品を納入する際は、必ず検収を行い、購入業者、品質、数量、品温、賞味期限などについて記録し保存すること。

#### ○学校給食機械・器具の十分な洗浄および消毒の徹底

- ・フードカッターやミキサーなどは、使用後分解して洗浄消毒すること。

#### ○学校給食従事者などの健康管理の徹底

- ・学校給食従事者などは日常点検表に基づいて適切に健康管理を行い、個人別に記録し保存すること。

#### ○食品の適切な温度管理

- ・食品は常温で放置しないこと。食品を加熱・冷却する場合は、適切な温度管理を行い、その際の温度と時間を記録すること。

#### ○二次汚染の防止

- ・汚染作業区域、非汚染作業区域を明確に区分する



ため、施設設備の配置や調理の作業工程、作業動線を工夫し、汚染・非汚染が交差しないようにすること。

#### ○検食・保存食の徹底

・学校給食は毎日必ず検食し、その記録を保存すること。

・学校への直送品を含め使用する食品は、必ず保存食を確保し、その記録を保存すること。

#### ②平成17年3月31日一部改訂

基準の雑則において、学校給食にクックチル方式を導入する場合の留意点について明確にした。

導入する場合は、教育委員会などの責任において必要な措置を講じた上で実施することとしている。

#### (3)学校給食施設の整備

学校給食の衛生管理の強化・徹底を図るため施設設備の整備に関する事業を行っている。

これまで学校給食施設の補助事業として行われていたが、平成18年度から「安全・安心な学校づくり交付金」により行われている。

#### ○ドライシステム化推進事業

過去学校給食の食中毒の原因は、二次汚染によるものが半数を占めていた。二次汚染の原因として考えられるのは、学校給食の調理場は長年ウェットシステムが採られ、水で洗い流すことが清潔であるという考えのもと、調理室の床は水浸し、長いホースが床を這いずり回るのが当たり前であった。

平成8年度の食中毒は、床からの跳ね水により食品が汚染されたり、ざるが床に直置きされていたために発生したとされたことから、床を乾いた状態で調理する「ドライシステム」を推進することにした。

それまでも、ドライシステムの調理場を建設・改築する場合の補助事業はあったが、ウェットシステムの調理場と比べて経費がかかるため、積極的に導入されることには至らなかった。平成9年度から「ドライシステム推進事業」を立ち上げて、ドライシステムでなければ補助事業の対象としないこととし、食中毒防止対策をいっそう推進することにした。

平成18年5月1日現在、ドライシステムの調理場は23.6%である。

#### (4)平成18年度学校給食衛生管理推進指導者派遣・巡回指導報告書

①素手で「大根のナムル」を調理したため発生した食中毒（平成17年度発生）

発生場所 共同調理場  
有症者 106名（教職員19名）  
原因物質 ノロウイルス  
主な要因

町教育委員会が学校給食実施者としての責務を果たしておらず、衛生管理体制の整備や具体的な衛生管理指導を行っていなかった。

作業分担が不明確で、加熱後水冷する献立であった「大根のナムル」が非加熱で調理されていた上、和える作業は素手で行っていた。作業工程表、作業動線図も未整備であった。

②不適切な作業動線により発生したカンピロバクター食中毒の事例（平成17年度発生）

発生場所 単独調理場  
有症者 95名（教職員1名）  
原因物質 カンピロバクター  
主な原因

施設・設備・調理作業とも平成8年度以降改善が図られておらず、ドライ運用も実施されていなかった。放冷中のポテトの上を鶏肉の包装材料が通過したことによる二次汚染が推測されている。

③基準を遵守しないまま給食調理がされていた事例（平成17年度発生）

発生場所 単独調理場  
有症者 108名（教職員2名）  
原因物質 ノロウイルス  
主な原因

原因食品は不明であったが、検便でノロウイルスが検出された給食従事者と有症児童の発生時期、症状とも共通であることから、学校給食が原因と断定された。

感染経路の特定には至らなかったものの、ドライ運用、作業工程表、作業動線図、給食従事者の個別の健康観察記録、その他諸帳簿の作成など明確な指導がないまま調理されていたり、施設・設備は昭和44年開設以来改修されていなかったりするなど、ソフト・ハード両面から衛生管理欠如が原因として推測されている。

④原因は特定できなかったものの、多くの課題が提起された事例

発生場所 単独調理場  
有症者 99名（教職員5名）

原因物質 ノロウイルス

主な原因

感染経路の特定に至らなかったが、何らかの要因で調理環境がノロウイルスに汚染され、食品に付着したと推定されている。食中毒発生当時、学校内でノロウイルス感染症が流行していた可能性があるし、保健所の立ち入りにおいて調理作業上の問題点は指摘されておらず、調理従事者の検便も陰性であった

ことから、学校給食と断定されたことに疑問は残るものの、加熱温度の記録がない、作業工程表、作業動線図が作成されていないことから、調理行程での衛生管理の徹底を実証できなかった。

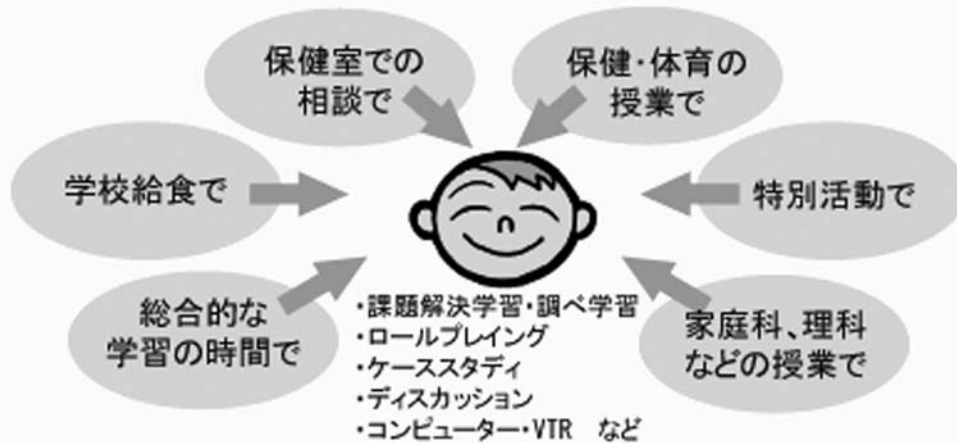
報告書の事例は「学校給食衛生管理の基準」を遵守していれば防ぐことが可能であったと推測されるものばかりである。衛生管理には終わりが無い。

(金田雅代)

## 日本学校保健会ニュース

- 子どもたちの元気な笑顔と健やかな成長のために
- 保健活動のバックアップが日本学校保健会の仕事です

保健学習の支援  
学校全体で協力して子どもたちを見守る為に



# 3 学校環境衛生

## 1. 学校環境衛生活動について

学校環境衛生活動は、保健管理のうち、対物管理の重要な柱となる活動であり、その目的としては、学校環境の健康に関する質的保証を図ることは言うまでもなく、さらには学習の効率を上げたり情操の陶冶を図ったりするために常にでき得る限りの環境の改善を求めて実施されるものである。この活動のうち環境衛生検査は「学校保健法」に基づいて実施されなければならないが、この判断基準として「学校環境衛生の基準」が示されている。

学校保健法施行規則(昭和33年文部省令第十八号)では、毎学年定期に行う環境衛生検査、必要があるときに行う臨時の環境衛生検査、検査の結果に基づいて維持または改善の措置を講じる事後措置および日常における環境衛生について次のように規定している(第二十二条)。

### 第二条 学校保健安全計画

「学校においては、児童、生徒、学生または幼児及び職員の健康診断、環境衛生検査、安全点検その他の保健または安全に関する事項について計画を立て、これを実施しなければならない。」(下線は筆者による)

### 第三条 学校環境衛生

「学校においては、換気、採光、照明及び保温を適切に行い、清潔を保つ等環境衛生の維持に努め、必要に応じてその改善を図らなければならない。」

#### (環境衛生検査)

第二十二条の二 法第二条の環境衛生検査は、他の法令に基づくもののほか、毎学年定期に、次の各号に掲げる項目について行わなければならない。

- 一 飲料水及び水泳プールの水の水質並びに排水の状況
  - 二 水道及び水泳プール(附属する施設及び設備を含む。)並びに学校給食用の施設及び設備の衛生状態並びに浄化消毒等のための設備の機能
  - 三 教室その他学校における採光及び照明
  - 四 教室その他学校における空気、暖房、換気方法及び騒音
  - 五 その他校長が必要と認める項目
- 2 前項各号に掲げる検査の項目のうち、第四号に掲げるものは、地域の実情等に応じ検査の項目から除くことができる。
- 3 学校においては、必要があるときは、臨時に、環境衛生検査を行うものとする。

#### (事後措置)

第二十二条の三 学校においては、前条の環境衛生検査を行ったときは、その結果に基づき、必要に応じて、施設及び設備の修繕等環境衛生の維持又は改善の措置を講じなければならない。

#### (日常における環境衛生)

第二十二条の四 学校においては、前二条に定める措置をとるほか、常に、教室等の清潔の保持に努めるとともに、換気、採光、照明及び保温並びに飲料水、学校給食用の食品及び器具、ごみ処理場、便所等の衛生管理を適切に行い、環境衛生の維持又は改善を図らなければならない。



「学校環境衛生の基準」(平成4年6月23日付文休学187号通知)は、学校保健法に基づく環境衛生検査、事後措置および日常における環境衛生管理を適切に行い、学校環境衛生の維持・改善を図ることを目的とするものである。

近年の児童生徒らをめぐる学校環境の変化に対応するため、総合的な見直しが行われ、平成16年2月10日に一部改訂されて内容が整理されている。

「学校環境衛生の基準」は、大きく15項目に分けられており、それぞれ定期環境衛生検査および日常における環境衛生の内容が示されている。

さらに必要なときに行う臨時環境衛生検査についてもその内容が示されている。

定期環境衛生検査で示されている判定基準は、数値で示されているもののほか、数値では示されない実施状況や管理状況についても判定することが求められており、忘れてはならない。

15項目については、それぞれ「狙い」があって基準が設定されている。以下に「学校環境衛生管理マニュアル」に示されている各項目の狙いをまとめる。

#### (1)照度および照明環境

学校においては視作業を伴う活動が多くある。このため適切な明るさの確保やまぶしさのない状態の維持により作業の能率をよくし、眼の疲労を抑制することが重要である。最近では、視覚から伝達される情報や学習が増え、目を使うことが多くなっている。さらに学校教育へのコンピュータの導入が急速に進み、新しい教育機器を活用する機会も増加している。暗いところ、あるいはまぶしいところでは、目の疲労を早めて学習能力の低下を来すことから、教室内に均一の明るさと、良質な照明環境の確保・維持が必要である。日常点検を怠らず光の環境づくりを進めていくことが求められる。

#### (2)騒音環境および騒音レベル

騒音とは、一般的に「好ましくない音」、または「ない方がよいと思うような音」と定義されている。

学校環境における騒音は、教室内で教師の声が聞き取れない、または学習や思考することに集中できないなど、授業の妨げとなる音を指す。教師は、より大きな声を出すことにより、作業効率の低下や疲労などをもたらすことになり、基本的には授業の妨げとなる。学校では、学習活動を阻害するような音

がなく、教師の声などの伝達の手段が妨害されないようにすることが重要である。ここでは教育活動の妨げにならない騒音環境を確保するために、騒音レベルによる基準を設定している。「学校環境衛生の基準」における騒音は、平均的な学習環境で教師の声が児童生徒らに聞き取ることができるとどうか、また、児童生徒らの声が教師およびほかの児童生徒らに聞こえるかどうか、基本的な考え方となっている。

#### (3)教室などの空気

1日のうち約8時間を学校で生活する児童生徒らにとって、教室内の空気環境は快適・清浄でなければならない。教室の温熱条件および空気清浄度の良否は教室で生活する児童生徒らの体感はもとより、学習意欲にも影響を与えるからである。暑い寒いという感覚は、児童生徒らから直接苦情が出やすいものであるが、快適に感じる温熱条件は、温度、相対湿度のほかに、気流や実効輻射温度も影響する。そのため気流や実効輻射温度も併せて測定して、学校環境衛生の基準の範囲かどうかを判定することが望ましい。最近の学校は、新築・改築・改修などの後、教材やパソコンなどのさまざまな原因で教室内で刺激臭や臭いが発生し、児童生徒らはこれを不快感と感じ、頭痛など健康影響も出るなど化学物質過敏症、いわゆる「シックハウス症候群」なども問題となっている。その原因としてホルムアルデヒドおよび揮発性有機化合物などの室内発生が原因とされている。

#### (4)飲料水の管理

人体の約60~70%は水であって、その10分の1が失われると健康障害が起こるといわれる。人体の水分は、排泄や発汗、呼吸によって失われることから、ヒトは毎日水を摂取する必要がある。また、水は食品群の一つでもあるが、国民栄養調査によると、飲料水の1日当たり摂取量は600グラムで、食品群全体の摂取量2,000グラムのうち30%を占めている。学校の給水設備を通じて供給される飲料水は、児童生徒らが継続的にかつ長期間にわたって摂取することから、健康上の意義は大きい。万一、飲料水の水質が悪化した場合には、健康被害が起こる恐れがある。その原因の大部分は病原性微生物によるものであって、被害が集団的に発生する例が多い。病原性微生物を殺菌するために、水道水は塩素を添加して



供給されているが、日常的な残留塩素濃度の確認など、学校における管理も欠かせない。学校の飲料水の給水方式は、水道水を直接給水するもののほか、水槽を通して供給するもの、井戸水などを利用するものがある。いずれの方式でも、児童生徒らの健康を守るため、学校が責任をもって飲料水を衛生的に管理し、安全な水を供給する必要がある。

#### (5)雨水など利用施設における水の管理

わが国は、輸入に依存した資源・エネルギー供給構造を改善し、地球環境負荷を低減化することを目指して、自然エネルギーや資源の有効活用を推進している。こうした取組の一環として、学校における雨水などの利用が始まっている。この項は、雨水などを学校で利用する場合に、衛生面での危害を防止し、安全に利用するために必要な事項について、学校環境衛生の基準に新たに加えたものである。

#### (6)学校給食の食品衛生

学校給食は、児童生徒らの心身の健全な発達を促すとともに、国民の食生活の改善にも寄与するもので、学校教育活動の一環として実施されている。各学校は、学校給食に関する衛生管理体制を確立し、定期検査、日常点検などを適正に実施し、学校給食によって食中毒などの事故が発生することのないように衛生的な管理を行わなければならない。また、これらの基準に基づく管理は、学校給食共同調理場においても行わなければならない。学校給食の食品衛生管理としては、

- ①給食の施設・設備が整備されていること
  - ②設備の取り扱いが適切であること
  - ③学校給食従事者についての健康管理がなされていること
  - ④食材や食事などの取り扱いが適切であること
  - ⑤管理体制などが確立されていること
- などが求められる。

#### (7)水泳プールの管理

水泳プールの設置の目的を十分果たすためには、プール水は衛生的であり、その施設・設備に破損や故障がなく正常に機能し、清潔に保たれていることが必要である。またプールにガラスなどの危険物や異物がなく、その施設・設備も安全であることが必要である。さらに児童生徒らが入泳する前に身体を十分に洗浄し、きれいな身体で泳げるようにするこ

とが必要である。学校プールは、一時に多くの児童生徒らが利用することから、水を介した感染症が流行する可能性が高く、また、水泳中の事故も見られるので、衛生的かつ安全的な管理が必要である。従ってプール使用時は、毎日・毎時間の日常点検を実施することが重要である。学校プールについては地域開放により一般市民に開放される場合もある。この場合、入泳者は児童生徒ら以外の市民も対象となり得るので、設置者は学校プール以外に適用される遊泳用プールの衛生管理の基準についても内容を把握しておく必要がある。

#### (8)排水の管理

排水の管理が不十分であると、学校内で衛生上の問題が生じるだけでなく、下水処理施設や地域の環境にも悪影響を与える恐れがある。学校においては、排水の管理を適正に行い、学校環境衛生の向上を図ることと併せ、地域の環境保全などにも留意する必要がある。

#### (9)学校の清潔

学校を常に清潔に保つことは最も基本的な環境衛生活動である。児童生徒らが健康的に快適な学校生活を送り、学習能率を高めるためには、常に校地・校舎が整理整頓され、清潔な環境が必要不可欠である。

#### (10)机、いすの整備

児童生徒らは、学校生活の大半を机、いすを使って学習している。従って、机、いすが児童生徒などの身体に適合していない場合は、学習能率を低下させるだけでなく、長時間無理な姿勢を取ることから疲労しやすくなり、目や脊柱に負担を掛けるなど、さまざまな悪影響を及ぼすことがある。このようなことから、学習能率の向上や健康の保持増進のために、学校においては、身体に適合した机、いすの配当に努めなければならない。さらに机、いすが児童生徒らの身体に適合しているだけでなく、机、いすの構造や清潔状態、破損の有無などを確認しながら、整備することが必要である。

#### (11)黒板の管理

学校には、普通教室、特別教室を問わず黒板が備えられている。黒板は、教室における最も重要で便利な教具である。簡単に書くことができ、用が済めばそれを消して、また書けるというように、何回でも書いたり消したりできる。このことは、ほかの手

段では得がたいものであり、限られた面積の中で、極めて多くの情報を伝達することができる。しかし、黒板は児童生徒らの視野や目の疲労など視覚の生理に極めて密接な関係を持つので、常に見えやすいものであることが望ましい。また書きやすく、しかも消しやすいものであることが大切である。このような条件に適合し学習効果が高められるように、黒板の管理を行う必要がある。また近年、白板が使用されることが多くなった。チョークではなくホワイトボードマーカーで書くために、チョークの粉が飛び散らず清潔であるということから使用が増えてきている。白板も黒板と同様に、見えやすく、書きやすく、消しやすいように管理を行う必要がある。

#### (12)水飲み・洗口・手洗い場・足洗い場の管理

水飲み・洗口・手洗い場・足洗い場は、児童生徒らが1日に何回も使用する場所なので、汚れやすい場所である。使用頻度が高いだけに、故障や破損も生じやすい。これらの施設は別々にある場合や、同じ場所にある場合、水飲み・洗口・手洗いの3つの機能を兼ねたものなど、さまざまな形式が見られる。形式はどのようなものであっても、常に清潔に使用できるように管理することが重要である。

#### (13)便所の管理

し尿の処理方法は、水洗によって下水道に流すか、し尿浄化槽で処理されて放流するか、汲み取りによってし尿施設で処理されるかである。便所は、誰もが1日に何度か利用している場所であり、不潔になりやすいので、十分に清掃を行うなど、常に清潔にしておかなければならない。特に汲み取り式のし尿処理を行っている学校においては、ハエなどの衛生害虫の発生などの防止を含め、その管理の徹底を図る必要がある。

#### (14)ごみの処理

ごみは、人の生活するところに必ず生じるもので

ある。その量は、生活様式の変化に伴い著しく増加し、ごみの質も変化した。しかし生活を真に豊かにするためには、ごみを出さない工夫とその衛生的な処理が必要である。このような中で、学校からかなりの量のごみを毎日排出している。このごみをいかに衛生的に処理するか、いかにごみの量を少なくするかを考え、実行していく必要がある。学校から出るごみは、教室などからのごみ、給食からの厨芥類などがあり、それぞれに特質がある。これらが不当に投棄されたり、適切な処理が行われなかった場合は、学校の環境が不潔になることはもちろん、ネズミやハエなどの発生源となり、衛生的に不良な状態となる。

#### (15)ネズミ、衛生害虫など

ネズミや衛生害虫などにより媒介される疾病は世界的に見ると種類も多く分布も広く、罹患者数の点においても重要な疾病が多いが、現在のわが国においては良好な衛生環境を維持できているため、これらが媒介する疾病は少なくなっている。しかしながら感染症は人・物の移動、開発などによる環境変化、社会活動様式の変容などにより様変わりし、ウイルス性出血熱の発生、SARS、鳥インフルエンザなど新興・再興感染症に対し、十分な予防対策を講じる必要があることは言うまでもない。特に学校のような比較的弱者の集団生活では、特に注意を払う必要がある。

また衛生害虫は学校内に生息してさまざまな危害を及ぼすとともに、児童生徒らに不快感を与え、あるいは学習能率の低下をもたらすこともある。このような被害を防ぐためには、ネズミや衛生害虫などの習性を知り、学校内に生息しているかどうかを調べ、有効な方法により駆除あるいは校内への侵入を防ぐことが必要である。

## 2. プールの衛生管理について

### (1)安全標準指針

2006年7月、埼玉県ふじみ野市の市営プールで小学校2年の女子児童が流水プールの吸水口に頭から吸い込まれ、亡くなる事故が発生した。

こうしたプール施設の設置・管理上の安全確保の不備などによる事故が発生したことから、プールに

おける事故対策に関する関係省庁連絡会議が設置され、意見交換を行うなど連携が図られることとなった。平成19年3月には、文部科学省と国土交通省は、プール利用者の安全確保のため、国の技術的助言としてプールの施設面、管理・運営面で配慮すべき事項などについて統一的に示した「プールの安全標準

指針」を策定している。詳細については文部科学省のホームページに掲載されている。

## (2) プールを介した感染症と衛生管理の必要性

学校の水泳プールは、一度に多くの児童生徒らが利用することから、入泳者によってさまざまな病原性の細菌やウイルスが持ち込まれる恐れがあり、感染症流行の可能性が高くなる。また、プール水やプールの床への菌の落下、ビート板への付着、感染者とのタオルなどの共用などにより感染する病気もあることから、衛生的な管理には十分な配慮が必要となった。

水泳プールの設置の目的を十分果たすためには、プール水は衛生的であり、その施設・設備に破損や故障がなく正常に機能し、清潔に保たれていること、プールにガラスなどの危険物や異物がなく、その施設・設備も安全であること、さらに児童生徒らが、入泳する前に身体を十分に洗浄し、きれいな身体で泳げるようにすることが必要である。

## (3) 遊泳用プールの衛生基準

ところで厚生労働省では、遊泳用プールにおける衛生水準の確保を図るため「遊泳用プールの衛生基準」を通知し、技術的な助言として活用することとしているが、前述の通り、「プールの安全標準指針」が作成されたことを受け、この基準も平成19年5月28日に改訂された。

改訂内容のうち、プールの安全に関しては、「プールの安全標準指針」によること、水質基準については「大腸菌群」を「大腸菌」としたこと、維持管理基準については消毒剤の管理について「他の薬剤と混和しないよう、」を付したことなどとなっている。

## (4) 平成19年7月10日付け「学校環境衛生の基準の一部改訂」について

厚生労働省は、遊泳用プールにおける衛生水準の確保を図ることを目的とし、技術的な助言として「遊泳用プールの衛生基準」を通知しており、平成19年

5月28日付けで一部改定を行った。

文部科学省は、この基準の改定や「プールの安全標準指針」（平成19年3月文部科学省及び国土交通省）の策定を受け、平成19年7月10日付で「学校環境衛生の基準」の一部改訂を行い、通知を発出している。

改訂の内容は、水に関する検査項目が主となっており、「飲料水の管理」、「雨水等利用施設における水の管理」、「水泳プールの管理」にまたがっている。これらの検査事項のうち、従来は「大腸菌又は大腸菌群」として示されていたものが「大腸菌」となったこと、これに関連して検査方法、判定基準や事後措置についてもそれぞれ改訂された。

(検査事項)

大腸菌又は大腸菌群→大腸菌

(検査方法)

乳糖ブイヨン—ブリリアントグリーン乳糖胆汁ブイヨン培地（LB-BGLB）法又は特定酵素基質培地法→水質基準に関する省令に規定する厚生労働大臣が定める検査方法に準ずる。

(判定基準)

大腸菌群は検出されてはならない→大腸菌は検出されてはならない

さらに水泳プールの管理のうち、プールの安全については、判定基準や日常における環境衛生に「プールの安全に関しては『プールの安全標準指針』を参照し適切な管理運営を行うこと。」が新たに加えられたことに留意する必要がある。

なお新基準の適用については、対応などに一定の期間が必要となることも想定されることから、遅くとも平成21年5月31日までにを行うことが望ましいとされている。

(鬼頭英明)



## 自動対外式除細動器（AED）の配置状況

### 1. 東京都におけるAEDの配置状況

学校管理下における突然死は、平成7年度に学校保健法施行規則が改訂され、小・中・高等学校の各1年生に心電図検診が義務化されてから減少しつつある。日本スポーツ振興センターの統計によれば、平成5年度の突然死は全国で101件あり、平成9年度まで100件前後を推移していたが、平成10年度に82件に減少してから平成14年度56件、平成17年度45件、平成18年度は35件まで減少した。

突然死が減少した理由として、学校心臓検診の普及や事後措置の生活管理指導などが考えられる。学校における突然死の約60～80%が心臓系突然死とされているが、平成17年度は45件中35件（78%）、平成18年度は35件中28件（80%）が心臓系突然死であり、死亡数の減少にもかかわらず、突然死における心臓系死亡の比率は変わっていない。心臓系突然死に対する対応が今後も求められる。

心臓系突然死とされる者の約半数は、生前に基礎心疾患が指摘されておらず原因の特定が困難だが、基礎疾患が指摘されていたものでは、術後先天性心疾患、心筋症、不整脈が3大疾患である。心臓系突然死は男子に多く、小学生が最も少なく、運動量の増える中学・高校になって増加する。運動に伴って起こることが多く、運動種目としては

ランニングが多いこと、季節的には5月・6月と9月・10月に二つのピークがあることが知られている。

突然死は痛ましい。学校心臓検診の努力により、基礎疾患のある生徒の発見と事後措置が行われるようになったが、適切な指導区分内の活動でも死亡する例があり、突然死を完全に予防するのは困難である。実際に心肺停止を起こした者に対して、いかに速やかに適切な処置を行えるかが、次の重要なポイントになる。

AEDの整備は、これらの生徒児童への緊急対応として必要であるが、さらに心臓振盪による心室細動にも効果が期待されている。心臓振盪とは、心臓に外傷を与えない程度の衝撃で致死的不整脈である心室細動を起こすもので、前胸部に野球のボールがぶつかるなどの衝撃で起こり得るといわれている。

東京都では、東京都が都立学校を、各区市町村が公立小学校・中学校を管轄しており、予算や年度計画などがそれぞれによって異なるが、表1に平成18年度のAED設置学校と平成19年度にAEDを設置する予定の公立学校をまとめた。

AEDの設置の優先順位からすれば、最も心臓

	域内の学校数	AEDを設置している学校（園）数（平成19年3月31日現在）①	平成19年度中にAEDを設置する予定の学校（園）数②	①+②
小学校	1,328	590校 (44.4%)	242校 (18.2%)	832校 (62.7%)
中学校	640	385校 (60.2%)	64校 (10.0%)	449校 (70.2%)
高等学校	207	17校 (8.2%)	190校 (91.8%)	207校 (100.0%)
中等教育学校	2	0校 (0.0%)	2校 (100.0%)	2校 (100.0%)
特別支援学校	62	4校 (6.5%)	56校 (90.3%)	60校 (96.8%)
幼稚園	217	55園 (25.3%)	0園 (0.0%)	55園 (25.3%)
合計	2,456	1,051校（園） (42.8%)	554校（園） (22.6%)	1,605校（園） (65.4%)

表1 自動対外式除細動器（AED）を設置している学校数

（東京都教育庁調べ）



突然死の多い高等学校が最優先であり、次が中学校である。東京都の公立高校は平成19年度中にAEDが全校設置される予定であり、公立中学校も70.2%に、公立小学校も62.7%に設置される。乳幼児は呼吸原性心停止が多いことから、まず呼吸の再開が重要になるが、平成18年にはAEDの小児用パッドが正式認可され、小児へのBLS(一次

救命処置)の手順もガイドライン化された。幼稚園では小児用パッドが利用できるAEDの設置が望ましい。ただしかにAEDが設置されても、使えなくては意味がない。常に対応できるよう、AEDを含む救命救急処置の教職員研修を継続的に行うことが求められる。

(弓倉 整)

## 2. 茨城県におけるAEDの配置状況

茨城県では、自動対外式除細動器(AED)が、救急現場に居合わせた一般市民などでも行えることになったので、以下の理由から各県立学校に設置し、教職員や生徒に対してAEDに関する知識や操作方法などについて普及啓発を図ることとなった。

(1) 生徒に対し、自他の生命尊重の意識を高めるため、一般市民がAEDを使用できることになった意義や実際にAEDを用いた使用方法などを学習させることが必要であること。

(2) 突発的な心臓疾患は、体育の授業や運動部の活動中だけでなく、日常の学校生活においても発生することから、不測の事態に備えてその緊急の対応策が強く求められていること。

(3) 茨城県高等学校長協会協会長からも「県立学校へのAEDの設置を求める要望書」が提出されたこと。

以上を受け、平成18年8月に県立学校全校(133校(分校含む)各1台)へ導入された。導入に先がけて、7月には全県立学校の代表者に対して、AEDの実技研修を含めた「心肺蘇生法実技講習会」を実施し、操作技術の習得が図られた。

なお文部科学省の調査(平成18年4月1日現在)による都道府県立高等学校へのAEDの設置状況は次の通りである。

平成17年度までに全校配置：

富山県、福井県、長野県、愛知県、三重県、徳島県、宮崎県(7県)

平成18年度までにほぼ全校配置：

青森県、福島県、埼玉県、静岡県、京都府、鳥取県、島根県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、熊本県、大分県(1府12県)

(植田誠治)



# 1 国際機関の動向

ここでは、国際連合（UN）の専門機関などが近年に実施している学校保健に関連する取組に関して報告する。活動を実施している専門機関には、国連教育科学文化機関（UNESCO）、国連児童基金（UNICEF）、世界食糧計画（WFP）、世界保健機関（WHO）、世界銀行（WB）などがある。その中でも、学校保健に関連して保健衛生の分野における問題に対し、広範な政策的支援や技術協力の実施、必要な援助などを中心になって行っている機関はWHOであり、WHO自体が実施している、または中心になってほかの機関と連携して実施しているプログラムやプロジェクトについて焦点を当てて報告することにする。

世界学校保健イニシアティブ（Global School Health Initiative）戦略は、1995年からWHOを中心に着手されており、地方、国家、地域および国際的なレベルで健康増進と教育活動へ人や物を集中や増強するように働き掛けている。この戦略は、オタワ憲章（1986年）、ジャカルタ宣言（1997年）および包括的な学校健康教育とプロモーション（1995年）に関するWHO専門委員会の推薦が指針となっており、学校を通して、児童生徒、教職員、家族およびコミュニティの人々の健康を増進するように計画されている。WHOの主たる目標は、「ヘルスプロモーションスクール」と呼ぶことができる学校の数を増やすことである。以下にこのための四つの戦略を示した。

- (1)学校保健プログラム改善のための研究
- (2)改善がなされた学校保健プログラムのために政策提言する能力の構築
- (3)国家的レベルの能力の増強
- (4)「ヘルスプロモーションスクール」開発のためのネットワークと連携づくり

WHOが推奨している「ヘルスプロモーションスクール」とは、以下のような役割を持っている。

- (1)学校や健康的な場所をつくるための取組に、健康や教育に従事している公務員、教員、教職員組合、児童生徒、保護者、地域社会の指導者を引き入れること

(2)学校／コミュニティのプロジェクトやボランティア活動、職員のための健康増進プログラム、栄養と食品安全に関するプログラム、体育やレクリエーションの機会、カウンセリングや精神的な健康増進のためのプログラムなどに合わせた、健康的な環境、健康教育、学校保健業務の提供への努力

(3)児童生徒と同様に、学校の教職員、家族および地域住民の健康を改善するように努力する；コミュニティのリーダーと共に活動し、コミュニティが健康と教育に対していかに貢献または衰退させるかのリーダーへの理解促進

さらにヘルスプロモーションスクールに対して次のような観点に焦点が当てられている。

- (1)自分自身および他者への配慮
- (2)健康的な決意による生活環境のコントロール
- (3)健康によい（方針、サービス、身体的／社会的条件による）状態の構築
- (4)安心、保護、教育、食糧、収入、安定した生態系、公平、社会正義、持続可能な発展のための受容・生産能力の確立
- (5)死亡、疾病や障害に至らしめる原因の防止：寄生虫感染、タバコの使用、HIV／AIDS／性感染症、坐った生活様式、薬物とアルコール使用、暴力および傷害、不健康な栄養摂取
- (6)健康に関連する行動への影響：知識、信念、技術、態度、価値、サポート

上記の中でも、「(5)死亡、疾病や障害に至らしめる原因の防止」に関する「傷害」について、WHO、UNICEFおよび多数の専門家らが、近年特に新しい取組に着手している。2002年のWHO国際疾病データによれば、87万5千人以上の18歳以下の子どもが傷害によって死亡している。また死亡に至らなくとも、毎年1千万から3千万の子どもが傷害を受けている。子どもの傷害（例えば転落、火傷、溺水）の多くは、家庭やレジャー環境で発生している。しかしほとんどの傷害は予防可能である。

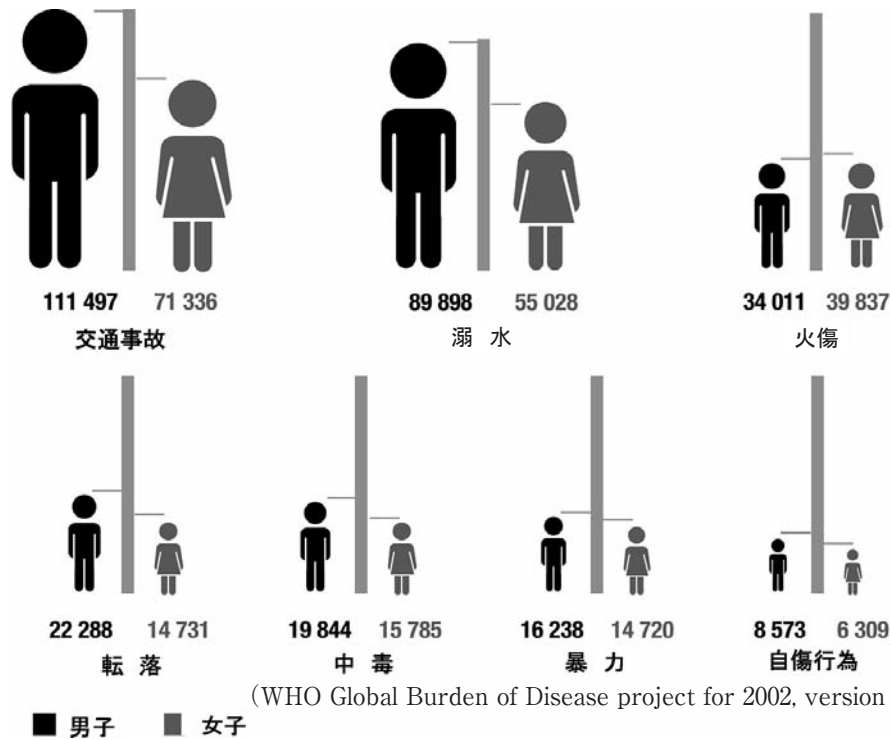
このような背景に基づいて、2005年3月にWHOおよびUNICEFの関係者による子どもの傷害予防会議が開催された。さらに「子どもと青年の傷害予防：



国際的実施要請」と題された報告書も発行され、問題の重要性と予防し得る傷害について注意を促している。またこの報告書は、最終的に「2008年子ども

と青年の傷害予防国際報告書」発行に向けたはじめのシリーズである。

(笠井直美)



出展： [http://www.who.int/violence\\_injnry\\_prevention/child/injury/en/indey.hem/](http://www.who.int/violence_injnry_prevention/child/injury/en/indey.hem/)  
(最終アクセス2007.9)

図1 2002年 原因および性別の15歳以下児童青少年の傷害および死亡

## □□□□□□□□□□□□□□□□ 2 わが国の開発協力 □□□□□□□□□□□□□□□□

### 1. 国際協力としての学校保健

世界に冠たる援助国のわが国にあって、医療や保健に関する国際協力は着実に成果を上げてきた分野である。これらの分野の協力実績は国際協力の専門家筋にも高い評価を得ており、今後も緊急援助や人道援助の中核としての役割を担うことが期待されている。これに対してこの分野に隣接した領域である学校保健は存在感が薄く、また実績も貧弱であって、人々の関心も乏しかったといえよう。

ところが近年に至って、にわかに国際協力分野における学校保健の役割が再認識され、その重要性が高まってきている。国連諸機関のUNICEF, WFP, UNESCO, WHO, そして世界銀行などが開発途上国のBasic Human Needsの充足のため、あるいは健康と人権を守るためには、学校保健を開発に不可欠のセクターと考えるようになってきた。こういう動向に対して、わが国の国際協力機構（JICA）も無関心ではなく、学校保健分野の開発事業を教育セ

クターと保健医療セクターの両方にまたがる分野として展開し始めている。こうした動きは先述した国連諸機関や世界銀行にあってますます濃厚になっていくであろう。

このような国際社会における動向と対比するとわが国の学校保健諸団体、学協会の動きは緩慢であり、問題意識も希薄である。

国際協力に当たって学校保健を医療・保健協力分野の一部として位置付けるか、あるいは教育協力分野とするかということの議論もあろうが、そうした議論を含めて学校保健の国際協力論を大いに論じ、実践する時代が到来していることは確かである。

ダカール宣言に見るEducation for All(万人のための教育)を実現する有力な方法として学校保健が担うところは少なくない。ここはまずわが国が行う国際学校保健協力の中から文部科学省が行っている事業について紹介する。

### 2. 文部科学省が行う学校保健協力事業

平成12年に至って、文部科学大臣の私的な懇談会としての国際教育協力懇談会は、国際開発協力に関して教育関係者が果たす役割と参画のあり方についての包括的な報告書を提出した。この中で懇談会は国際的な合意と目標となっているEducation for Allの達成のために日本の大学や諸機関に対して呼び掛けを行った。すなわち研究者や実践家は今までにわが国が蓄積してきた多様な教育分野の経験の蓄積を集約し、ここに含まれるノウハウを国際協力という視点で体系化すること、および大学や団体が進んで国際協力プロジェクトを受託するための方向性を持つべきことが強調された。

これを受けて文部科学省は国際教育協力拠点システム構築事業を立ち上げた。この事業にはすでに実績のある数学、理科などの教育協力分野に加えて学校保健、環境教育などの経験の浅い分野も含まれた。プロジェクトは平成15年に開始された。

図らずもこの稿の筆者らが差し当たっての計画を

立案し、アジアを対象として調査事業が開始された。事業の初期段階には、次のようなことが行われた。

(1)国内250名、海外70名の専門家を登録し、海外における協力経験のある専門家を対象としたデルファイ調査を行い、効果的な協力分野として生活習慣の改善、学校環境衛生の改善、学校安全管理指導の諸分野を重点協力分野とし、さらにこれらの改善事業のためにクオリティーコントロールを応用して健康を目的としたヘルスクオリティーコントロール(HQC)を導入した。

(2)わが国の学校保健分野の明治期以来の知識の集成とレビューおよび問題を解決するためのコアになるノウハウの抽出を行った。

(3)現地調査によって収集されたデータをもとにして学校保健改善マニュアルを作成した。

(4)タイにおいてワークショップを開催して知識技術の伝達を行った。

(5)事業の3年目にはタイにおいて一定期間の改善プ

プログラムを立て、5校で改善事業を実施した。

現在タイでは協力校が過去3年間に行った活動成果をまとめて、学校保健委員会を組織して、地域組織、NGOと協働して学校環境衛生、学校安全、生活習慣の改善を試み、持続的開発事業として発育栄養評価と栄養改善に結び付いた動植物育成事業を展開している。またすでに習得したHQC技法を用いて周辺の学校にこれらの活動を拡大している。一方平成18年度から、ミャンマーではタイで開発したモデルを応用発展させてモデルの一般化が試みられている。同国における学校保健は極端に財政が貧困である上に国際機関をはじめとするドナーがなく、国際協力は非常に困難であるがニーズは極めて高い。

そこでミャンマー政府の公認を取り付け、タイと同じく、ミャンマー語によるマニュアルの作成を行って、研修をヤンゴン、モーラミヤイン、マンダレーで行い、実際に学校で改善活動ができるように組織づくり、人づくりをし、改善活動が自律的にできるように試みている。また、これまで日本から持ち込んでいた検査キット、用具を現地で継続して生産配布できるように工夫準備している。

現在、現地では協力事業にかかわる世界各国の援助機関団体、国連機関を競争相手としてどこまで成果を挙げられるかが問われている。

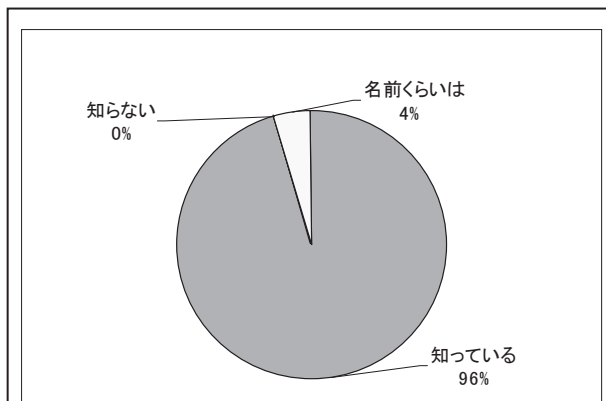
(大澤清二)

### 日本学校保健会ニュース

本会の会報「学校保健」編集委員会によると、平成19年7月に全国の公立小・中高等学校・特別支援学校を対象に実施した調査（回収率39.21%）で、「日本学校保健会を知っていますか」という問いに、96%の学校が「知っている」と回答した。

(会報「学校保健」アンケート調査 平成19年7月)

### 日本学校保健会の知名度





# 3 諸外国の学校保健

## 1. 国際学校保健に関する研究報告

本章を19年度版より新たに設けることになったが、紙幅の都合から取り扱う範囲には制約があるので、ここではアジアとオセアニア、アフリカに関する研究論文、報告に焦点を絞ることから始める。幸い日本学校保健学会が先年創立半世紀を迎えるに当たって同学会の機関紙である「学校保健研究」に掲載された研究報告を分類整理しているので、これを参照しつつ紹介する。むろんこの学会以外にもいくつかの関連する学会で国際学校保健に関連する論文や報告を扱うこともあるので、今後この動向でもそうした関連分野の情報についても取り扱うことになるであろう。同誌に掲載されたこれらの地域に関する研究、報告は半世紀の間に合計で53編であった。地域別に見ると中国、韓国、台湾など東アジア地域に関するものが26編で最も多く、次いで東南アジアが17編、この両地域にまたがったものが1編であった。一方オセアニアに関するものは7編、アフリカはケニアに関するもので2編であった。

これらの業績は若い研究者によるものが多く、女性の著者によるものが7編、留学生の手になるものも4編ある。また報告といっても海外の学校保健に関する断片的なエッセイや旅行記に類するものも混在しており、関連する学会や国際会議の記録、印象記も見受けられる。これらの内容は二次資料などによって記事が構成されているものも少なくない。これに対して、学校保健の実情を実査によって紹介したオリジナリティのある報告は多くはない。ここでは論文に限定してそれらを枚挙する。

東アジアに関する研究は、中国の児童生徒に資料を求めた論文は下記の論文リストのうち(7)(10)(11)(17)であった。中国では一部の地域では新生中国成立後の発育データが報告されているが、全土にわたる統一的なデータ収集が行われるようになるのは80年代になってからである。1980年に学校保健に関する組織が国家的な規模で形成された委員会が、対象を小学生から大学生、そして中国の特徴として主要な少数民族を含めて都市と農村に層化して標本抽出

している。体格に関する6項目、運動能力、体力に関する測定を周到な計画に従って実施し、集計している。これらの長年蓄積された大量の児童、生徒、学生の発育データを生態学的な視点から俯瞰して解析し、中国人の健康像と形質上の特徴を示し、近代化に伴う大型化と早熟化と気候、生業、生活環境、栄養などが時代とともにどのように相関的に変容してきたかをこれらの論文は報告している。韓国に関する研究では(1)(2)(5)(8)(14)が報告されている。台湾に関する研究として(12)は日本人と台湾人の身体の協応性について比較している。筆者の小林は長年日本人児童についてこの問題に取り組んでいたが、これを拡大して台湾人と比較したものである。台湾からの留学生陳の論文も見える。

東南アジアに関する研究を挙げると(3)(4)(6)(9)(13)がある。このうち(6)はイバン族の口腔に関する健診データを報告したものである。(3)(4)は北タイ、東北タイにおけるフィールド調査の結果を用いてエイズ患者が多い同地で児童生徒がどのようにエイズ教育を受け、知識を獲得しているかをタイ語文献と2,000名のアンケート調査から明らかにしている。(9)はタイの辺境ウボン県において都市と農村の児童生徒の栄養状態に大きな格差があるかを計測データによって明らかにしている。(13)は(9)と同じくタイ各地の学校内の飲料水を分析して、硬度が非常に高く、cl, K, mgなどでWHOの基準を超えていることを報告している。これらの研究は同じフィールドで同じ研究グループが20年あまり取り組んできた研究成果の一部である。オセアニアに関する研究は(15)と(16)である。

以下、「学校保健研究」掲載のアジア、オセアニアに関する文献を列記する。

- (1)呉鶴, 山崎喜比古, 川田智恵子: 韓国の青少年における薬物使用の実態とその要因の逸脱行動論による検討, 40(5): 446-456, 1998
- (2)林姫辰, 衛藤隆: 韓国における高校生のストレス反応の性差, 学校差, 学年差—ストレス反応尺度の

- 構成とその適用一, 40(5): 397-410, 1998
- (3)笠井直美, 大澤清二, 家田重晴, 國土将平, 佐川哲也, カタシン・オックウン: 東北タイにおける児童生徒のAIDS知識・態度の因子構造—AIDS知識・態度に及ぼす文化的影響—, 40(3): 269-281, 1998
- (4)笠井直美, 大澤清二: タイにおける学校保健カリキュラムとAIDS教育の構成に関する研究, 41(2) 138-152, 1999
- (5)黄京性, 川田智恵子, 山崎喜比古, 吉田亨: 韓国高校運動部選手のQuality of Lifeに関する調査研究—一般生徒との比較を中心に, 40(3): 255-268, 1998
- (6)日高三郎, 山田勇二, 佐久本壽代, 大内紘三: 東マレーシア原住民イバン族の口腔健康調査, 40(2): 159-167, 1998
- (7)大澤清二, 季成葉, 笠井直美: 中国・雲南省少数民族児童生徒(タイ族, ワ族, ラフ族)の身長発育と生活環境, 38(4): 370-380, 1996
- (8)黒田正治郎, 大江米次郎, 勝山信房, 李元暢: 韓国学生におけるストレス調査, 36(6): 390-398, 1994
- (9)軽部光男, 國土将平, 佐川哲也, 家田重晴, 大澤清二, Suthi Panichareonnam: タイ国東北地北地方における都鄙差が皮下脂肪厚に及ぼす影響について, 36(5): 290-300, 1994
- (10)大澤清二, 季成葉: 中国人男子における身体発育の年次推移—都市児童青少年の形態発育の早期化現象を中心として—, 35(7): 342-351, 1993
- (11)季成葉, 大澤清二: 中国農村青少年の形態発育の地域格差に及ぼす生活環境要因の解析, 35(4): 194, 1993
- (12)當島茂登, 小林芳文: 児童の身体協応性の発達に関する国際比較—BCTによる日本と台湾の児童について—, 34(11): 508-515, 1992
- (13)大澤清二・高橋元新: 東北タイにおける教育環境研究—東北タイ学校飲料水調査より—, 31(6): 292-300, 1989

## 2. ミャンマーにおける学校保健

ミャンマー連邦は平成19年9月の時点で社会経済状況が非常に不安定であり, 西側諸国からはさまざまな制裁を受け, わずかに中国と日本が緊急人道援

- (14)松岡弘・鄭昭英・成山公一・安梨仙: 小・中学生の基本的習慣に関する日韓の比較研究, 29(12): 584-590, 1987
- (15)西村洋子, 酒井恒美, 芳原達也, 岩本晋, 小林春男: オーストラリアの学生の週末, 休暇における生活行動(第2報) 休日生活の満足度とコーネル医学指数, 28(1): 25-33, 1986
- (16)西村洋子, 酒井恒美, 芳原達也, 岩本晋, 小林春男: オーストラリアの学生の週末, 休暇における生活行動(第1報) 休日生活の実態, 27(11): 536-546, 1985
- (17)Ohsawa, Seiji and Chen Ye Ji: Ecological Correlations and Anthropometric Variations in Chinese Youths 37(4) 318-328, 1995

以下に利用可能な東南アジアにおける学校保健関連情報を列記する。タイにおける児童生徒の健康状態と発育, 栄養, 生活習慣, 運動能力, 体力の諸分野にわたってデータを収録している。

- (1)SHS-DB no.1 SEAMIC Health Statistics, 1980-2000, International medical Foundation of Japan, South East Asian Medical Information Center, 2003
- (2)Recent Trends in Health Statistics, 1974-2000, ed. by Seiji Ohsawa, International medical Foundation of Japan, South East Asian Medical Information Center, 2003
- (3)Health Status of Modern Thai Children, ed. By Seiji Ohsawa, 東南アジア保健統計研究会刊
- (4)筑波大学の電子アーカイブ事業の<http://archive.criced.tsukuba.ac.jp/>

ここで扱った報告以外にもさまざまな場で国際学校保健に関する研究や報告が公開されている。今年度以降はこうした情報も含めて紹介していく予定である。

特徴は後述のライフスキル教育の先駆的な実施であろう。これはUNICEFが主導して全国展開をしているほか、JICAもモデル校を作って事業展開しており、現在も継続中である。これ以外の学校保健に特化した国際協力事業は、昨年度から実施されているわが国の文部科学省の学校保健拠点事業が行われている以外には存在しない。この背景には、特別の許可を受けた場合以外の、外国人や組織の学校教育に対する干渉、立ち入りが一切禁止されているという非常に厳しい制約がある。

学校保健は教育省と保健省の両方が所管しており、保健省は健康管理を、教育省は健康教育をそれぞれ分担している。国（教育省の3つの管区）の下に郡（タウンシップ）があり、その下に学校が配置されており、行政組織としては単純な形態をとる。学校保健マニュアルが保健省から出版されているので、これを参照すれば概略は理解できる。以下の紹介はミャンマー語版に依拠しての解説であるが、実際の学校保健はほとんど予算のない中で、何とか工夫してわずかの活動をしているにすぎない。例えば保健室も日本のそれとはまったく比較にならない設備備品、薬品しかなく、専任の職員もなく、すべての点で発展途上である。学校保健に関する諸領域は以下に示す項目で行うことになっている。

保健教育、学校周辺の衛生、子どもの栄養状態、学校での子どもの体調、身長・視力・歯の検診と病気の予防、メンタルヘルスケア、学校から親に対する教育（子どもを通じた親の教育）、教育（訓練）と研究、学校での体育とスポーツ

学校保健行政は、主に郡ごとに運営され、学校保健の領域でも同様に郡の担当者が監督指導する。ここでは学校保健には教育事務所、医療事務所、内務事務所が相互の連携を図ることとなっている。教育事務所は主に保健教育を、医療事務所は主に学校環境衛生の管理、健康管理を分担する。

マンダレー管区K郡教育事務所の例では、1郡内に小学校255校、中学校11校、高校4校の合計270校を4人の副事務官と11人の事務員で管理していた。副事務官の1名が郡全域の学校保健を担当することとなっているが、この学校保健担当者は専門的な教育を受けていなかった。また郡の医療事務所の学校保健担当者として医師と看護師が1名ずつ配属され

ているが、学校数からしても全校を巡回して健康診断したり保健指導することは非常に難しい。年に1回学校保健週間があって学校保健に関するコンクールを実施している。

### (1)保健担当者の教育研修制度

教育省や保健省は郡の担当官に対して研修を行い、郡は校長を中心として各校の学校保健担当者の研修を行っている。

保健省はトレーニングコースを1年に1回(2日)、各郡の学校保健担当者2名を対象に行っている。その際、UNICEF担当者が、ライフスキル教育にかかわる内容を補足的にサポートしている。また教育省によると、学校保健にかかわる教育研修会は年間7日行っている。

学校における学校保健担当者の研修は郡で行っている。郡の保健省の学校保健担当者が保健省が作製したテキストに沿って行っている。このテキストは1-2年ごとに変更されているが、このテキストに加えて、ライフスキル教育のテキストも各学校に配布されている。

### (2)学校保健委員会

学校保健委員会の設置が定められており、いずれの管区、学校でも行われている。学校保健マニュアルによると国家レベルでの学校保健中央委員会、州・管区学校保健委員会、県学校保健委員会、郡学校保健委員会ならびに校内学校保健委員会が階層的に構成されている。

郡の学校保健委員会の構成は、教育事務所、医療事務所、郡の事務所の3者より構成されている。K郡の委員会の活動状況は、1月に1回、会議を行っている。あるときの議題は子どもの身長、体重についてであり、年齢と体格が対応しない子どもの栄養問題を検討していた。その他、学校の周辺環境の衛生、学校内のトイレをきれいに使うこと（トイレの使い方）、飲料水の指導も行っている。

学校の保健委員会は実際すべての学校で組織されている。学校保健マニュアルでは、構成員は校長（議長）、PTA会長（副議長）、学校保健担当者教師を含めた10名で構成することと定められているが、学校保健担当医を顧問として招聘できることになっている。日常の学校保健活動については校長に責任がある。また活動の実態は学校により大きな差がある。



また学校保健委員会を年3回開催、新学期前、10月、12月に行っているという学校では、学校保健委員会が行った活動として、次のような活動を挙げている。

- ①郡の担当者と一緒に校内の食堂の食品衛生のチェック
- ②学校の職員の家の衛生状態のチェック
- ③蚊の発生予防（蚊の発生源対策）
- ④ごみの捨て方、処理の方法の指導
- ⑤清潔なトイレ使用方法の指導
- ⑥学校周辺の環境整備

### (3)学校保健優良学校制度

学校保健活動の充実を図るため、郡の教育事務所と医療事務所が協力して学校保健コンテストを実施し学校保健優良学校を選出している。調査によれば次の観点で評価している。

- ①栄養：学校の栄養摂取記録を見る、時々食事を見に行き、食事内容の評価を行う。
- ②トイレ：ハエが入れないようにしているか、臭いかどうか、外から見えない、壊れていないか。
- ③便器：ふたがあるかどうか。
- ④水があるかどうか。
- ⑤飲料水：砂を用いたろ過を行っているか、水のタンクに強い光が当たらないか、水を入れる陶器にふたがあるか、コップに取っ手がついているか（ついていないと手が水につかる）。
- ⑥学校周辺の環境
- ⑦ごみの捨て方：教室のゴミ箱にふたがあるか、構内に穴を掘って埋める、あるいは燃やしているか、郡の清掃会社にごみを持っていかせるか。

### (4)保健室、学校医、学校保健師

都市はともかくとして農村などの多くの学校に保健室は整備されていない。またされていても備品や医薬品は著しく乏しい。一部の学校では、保護者のうちで医師がいる場合はその人がボランティアとして時々学校に待機し、子どもの病気やケガに対処していたり、またスクールナースのような仕事を行う者がいる学校もある。

しかし多くの学校では、人的な資源もなく、医薬品もほとんどない状態である。子どもが学校内でケガをした場合には、郡の医療事務所に連れていかざるを得ない状況である。しかし医療事務所より遠く離れた学校では、まったく対処の方法がないという。

①ライフスキル教育：ミャンマー政府はライフスキル教育に非常に熱心に取り組んでおり、カリキュラムも整備されている。ライフスキル教育の内容は、環境衛生、伝染性疾患、社会的スキル、精神保健、環境教育などで構成され、児童生徒の発育発達状況を考慮して、指導計画が作成されているという。ライフスキル教育は、国が定める指針では、小学校の全テキストに20%、中学校テキストに10%、高校テキストに5%含めることとなっている。また、ライフスキル教育はUNICEFが主体となってミャンマー全土で展開している。これらの指導者用のテキストも配布されている。

この点に関して、教育省計画訓練局で得た情報をまとめると以下ようになる。

学校保健をLife Skill Educationとして、1年生から3年生まで、1週間3回30分ずつ実施している。4年から5年までは週2回35分ずつ教えている。6-9年生は授業は1週間1回45分ある。10-11年生は2週間で1回45分行っている。ライフスキルの授業は、担任の先生が教えることもあるし、担当がいる場合もある。授業の少ない先生が教えることもある。担当者は各学校に必ずいる。ライフスキルの担当者には特別な資格はないが、文部省から6-9日（6日+3日）のトレーニングコースを受けている。内容は教育省と保健省がメニューを構成して国が教科書を作っている。ライフスキルの教科書は11種類、ティーチャーズ・ガイドがほかにある。小学校の先生や保健の担当の教員も持っている。ライフスキルと保健の内容はほとんど同じなので、その二つの教科書を使って教えている。ライフスキルについては教える内容が決まっており、学年別に分かれている教科書を用いてすべての先生が教えている。

（大澤清二）

## 3. 英国・米国の学校保健の動向

英国では1999年に、教育雇用省（Department for Education and Employment）と保健省（Department

of Health）が協力して「ヘルシースクール・スタンダード（National Healthy Schools Standard）」



を作成している (DfEE and DH : National Healthy School Standard Guidance. DfEE Publications, 1999)。そして2005年にはそれを改変し、教育技能省 (Department for Education and Skills) と保健省 (Department of Health) が共同で「ヘルシースクール・ステイタス—学校のための指導書— (National Healthy School Status - A Guide for Schools)」を著した (DfES and DH : National Healthy School Status - A Guide for Schools. DH, 2005)。「ヘルシースクール・スタンダード」と「ヘルシースクール・ステイタス」におけるヘルシースクールの定義は次の通りである。

「ヘルシースクールは、生徒が最善をつくすこと、そして学業成績を築くことを有効に援助するものであり、限らない改善と発達にかかわるものである。それは健康に関わるアクセス可能で適切な情報を提供することと生徒に健康に関する情報に基づいた意志決定をもたらすスキルと態度を身につけさせることによって、身体的かつ感情的な健康を促進するものである。ヘルシースクールは、健康に投資することが、生徒の学業成績のレベルを上げ、標準を改善する過程での援助のために重要であることを理解している。また、学習を進めるうえで、物理的ならびに人間関係の環境の両方を提供する必要性も認識するものである。」

「ヘルシースクール」の狙いは次の四つである。

- (1)子どもたちと若者の健康的な行動を促進することを支援する
- (2)子どもたちと若者の学業成績の向上を手助けする
- (3)健康の不平等を減らすことを手助けする
- (4)社会の一員となることを手助けする

そして「ヘルシースクール・スタンダード」では次の10のテーマが示されている。」

- (1)地域の健康に関する優先事項 (Local Priorities)
- (2)学校の健康に関する優先事項 (School Priorities)
- (3)人格・社会性の発達および健康教育 (Personal, Social and Health Education)
- (4)市民教育 (Citizenship)
- (5)喫煙・飲酒を含む薬物教育 (Drug Education including Alcohol and Tobacco)
- (6)情緒的な健康とよりよく生きること (Emotional

Health and Well-being)

- (7)健康的な食事 (Healthy Eating)
- (8)身体活動 (Physical Activity)
- (9)安全 (Safety)
- (10)性と人間関係の教育 (Sex and Relationship Education)

2004年に公衆衛生白書「健康を選択する (“Choosing Health”)」によって、2009年までに75%の学校が高い水準の「ヘルシースクール」になるように目標設定がなされ、2006年中に50%の学校が達成できるように目標設定がなされた。

「ヘルシースクール・ステイタス」では、テーマが四つに焦点化され「ヘルシースクール・プログラム」が、英国全土でより強固に進められるようになった。

「ヘルシースクール・ステイタス」において焦点化された四つのテーマは次の通りである。

- (1)性と人間関係の教育そして薬物教育を含む人格・社会性の発達および健康教育 (PSHE including Sex and Relationship Education and Drug Education)
- (2)健康的な食事 (Healthy Eating)
- (3)身体活動 (Physical Activity)
- (4)情緒的な健康とよりよく生きること (Emotional Health and Well-being)

米国においては、1980年代後半より、包括的学校保健プログラム (Comprehensive School Health Education Program) が提唱され、児童生徒の健康課題に対して、次の8領域の活動を連携させていくことが示された (Allensworth D., Kolbe L.: The Comprehensive School Health Program : Exploring an Expanded Concept. J Sch Health 57 : 409-412, 1987)。

- (1)保健管理
- (2)保健教育
- (3)学校環境衛生
- (4)統合された学校と地域のヘルスプロモーションの取組
- (5)体育
- (6)学校給食
- (7)学校カウンセリング
- (8)教職員のための学校でのヘルスプロモーションプ

プログラム

またコーディネートされた学校保健プログラム (Coordinated School Health Program) という表現も見られ、そこでは次の8領域の連携の必要性が示されている (Marx Eva, Wooley Susan, Northrop Daphne : Health is Academic-A Guide to Coordinated School Health Program-. 2-3, Teachers College Press, 1998)。

- (1)包括的な保健教育
- (2)体育
- (3)保健管理
- (4)栄養管理
- (5)学校カウンセリング, 心理, 人間関係のサービス
- (6)健康的な学校環境
- (7)教職員のための学校でのヘルスプロモーション
- (8)家庭と地域の学校保健への取組

以上のような包括的・総合的な学校保健プログラムが今日まで意識的に取り組まれている。

また米国ガン協会がスポンサーとなり、健康教育推進協会, 米国学校保健学会, 米国公衆衛生学会などが共同で1997年に作成したNational Health Education Standardsが2006年に改訂された。従来は基

準が七つであったが、今回次の八つの基準が明示された (Pre-publication Document of NHES, PreK-12, American Cancer Society, 2006)。

- (1)児童生徒は、病気の予防とヘルスプロモーションに関連した概念を理解する。
- (2)児童生徒は、家族, 仲間, 文化, メディア, テクノロジーあるいはその他といった健康行動にかかわる要因の影響を分析する。
- (3)児童生徒は、根拠のある健康情報と健康を増進する製品やサービスにアクセスする能力を示す。
- (4)児童生徒は、健康を高めたり, 健康リスクを避けたり軽減したりする対人コミュニケーションスキルを使用する能力を示す。
- (5)児童生徒は、健康を高める意志決定スキルを使用する能力を示す。
- (6)児童生徒は、健康を高める目標設定スキルを使用する能力を示す。
- (7)児童生徒は、健康を高める行動の実践と健康リスクを避けたり軽減したりする能力を示す。
- (8)児童生徒は、個人・家庭・そして地域の健康を権利擁護する能力を示す。

(植田誠治)


### 日本学校保健会ニュース

日本学校保健会のホームページには学校保健・健康教育に関する情報がたくさん詰まっています。

- 本会の活動紹介
- 文部科学省の関係通達掲載など
- 健康教育資料・教材
- 図書出版物販売
- 環境察せん用品販売
- 本会推奨用品の紹介

その他、これからますます充実していく本会のホームページご期待ください。

### 日本学校保健会の HP には



<http://www.hokenkai.or.jp/>

## コラム 建築物衛生法と学校薬剤師

### 1. 建築物環境衛生管理基準と学校環境衛生の基準の目的

通称「建築物衛生法」が施行してから40年、一方学校環境衛生の基準が示されたのは43年前の東京オリンピックのときである。前者は憲法第25条に基づいた法律で厚生労働省が所轄である。後者は憲法26条であり文部科学省が所轄であるが、学校保健法に基づく局長通知となる。建築物衛生法の目的は建築物環境衛生基準を定めて、衛生的な環境の確保を図り、公衆衛生の向上や増進に資することであり、学校環境衛生の基準では健康の保持増進、学習能率の向上や情操の陶冶を図ることを目的としている。

### 2. 基準値の比較

建築物環境衛生管理基準には空気環境の調整、給水・排水の管理、清掃、ネズミこん虫があるが、学校環境衛生の基準には照度・照明環境、騒音・騒音環境、水泳プール、学校給食の食品衛生、机・いすの整備、便所の管理など建築物衛生法にないものも基準化されている。また検査は定期環境検査、臨時検査、日常検査と3本柱で成り立っている。両基準で共通な空気環境を見ると、学校環境衛生の基準にはすべて網羅している。中には開放型ガス・石油ストーブを使用していると、二酸化窒素( $\text{NO}_2$ )を基準値0.06ppm以下、また浮遊粉じんは $0.10\text{mg}/\text{m}^3$ 以下と建築物衛生法の $0.15\text{mg}/\text{m}^3$ 以下より厳しいものもある。実効輻射温度もあり黒球温度と乾球温度の差は $5^\circ\text{C}$ 未満としている。これは、ダルマストーブ時代の名残ともいえるが、現在でも輻射温度は学習能率面からみて重要である。シックビル症候群関係ではホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレンの6項目が基準化している。測定も机、いす、コンピュータなど新たな学校用品備品の搬入などや新築・改築・改修した際にはVOCが基準値以下であることを確認させた上で引き渡しを受けなければならぬ。その点、建築物衛生法では、建築などを完

了し、最初に到来する6月から9月中に1回測定とかなり異なる点である。

### 3. 建築物環境衛生管理技術者の免状取得

建築物衛生法はビルには建築物環境衛生管理技術者を選任し、選任しないとビルの所有者などには罰則の規程がある。この管理技術者の職務は環境衛生管理業務計画の立案、指揮監督、測定や検査の評価、維持管理に必要な各種調査の実施といわれているが、法には規定されていない。学校薬剤師は職務執行の準則が学校保健法で規定され、その職務は学校保健安全計画に参加、環境衛生の検査に従事、維持管理や改善に関し、指導や助言を行う。また医薬品、毒物、劇物に関し指導と助言を行い、場合によっては、医薬品などの試験、検査、鑑定を行うことになる。薬剤師以外は学校薬剤師に任命されることはないが、薬剤師が建築物環境衛生管理技術者になるには、二つの方法がある。一つは厚生労働大臣の指定した指定試験機関「(財)ビル管理教育センター」に約3週間受講をする。この場合は1年以上、学校薬剤師として実務経験が必要条件となる。もう一つは、2年以上の実務経験が必要であり、特に学歴は必要としない。しかし18年度の実験による合格者は過去最低の合格率9.4%であった。第1回から第36回(平成18年度)までの平均合格率は18%である。受験に際しては①建築物衛生行政概論、②建築物の環境衛生、③空気環境の調整、④建築物の構造概論、⑤清掃、⑦ネズミなどの防除の知識が必要であるが、②の建築物の構造概論が学校薬剤師としては目新しい科目である。学校も統廃合により大型化・冷暖房化が進み、ますます学校薬剤師が建築物環境衛生管理技術者として活躍する場が生じている。

学校薬剤師も建築物環境衛生管理技術者の免状を取得し、建築物衛生の維持管理に学校薬剤師としての知識を有効に役立てていただきたいと思う。

(岡本繁雄)



## 第V章

## 資料編

## □□□□ 1 年表（学校保健や養護教諭の職務に関する年表） □□□□

平成10年度版から掲載している年表は以下の通りである。

平成10年度版……1972年（昭和47年）から1997年まで全般

平成11年度版……（テーマ別）性教育・性指導に関する年表  
視力管理に関する年表

平成12年度版……（テーマ別）学校安全に関する年表  
食生活に関する年表；宮原志乃

平成13年度版……（テーマ別）障害児教育・福祉に関する年表；岸本直子・松永郁美

平成14年度版……（テーマ別）不登校・いじめに関する年表；波多野彩子  
感染症・食中毒に関する年表；天野敬子・小川文子

平成15年度版……（テーマ別）子どもの住環境に関する年表；上村久美子・大塚紫帆

平成16年度版……平成になってからの学校保健関連年表；田中雪絵・傳田明子・福居紀美  
（テーマ別）ファッションと子どもの生活・健康；大下美奈・柳幸代  
（テーマ別）養護教諭の仕事をめぐる諸課題；森田のり子

平成17年度版……明治から平成の学校保健関連コンパクト年表  
（テーマ別）自然破壊と子どもの健康・生活の変化；中山舞・蜷川幸恵

平成18年度版……学校保健・養護教諭の仕事関連の年表(明治から平成・コンパクト年表)  
（テーマ別）子ども像・青少年観・家族観の変遷

本年度版には以下を掲載する。

その1；学校と学校保健にかかわる「評価」

その2；子どもの安全に関する年表（巻頭の「特集」末尾に掲載）

学校と学校保健にかかわる「評価」

年	学力評価・教育評価	学校評価・教員の評価・評定	学校保健の評価
1891	(明治24) 小学校教則大綱 第21条 試験は「 <u>学業ノ進歩及習熟ノ度ヲ検定シ教授上ノ参考ニ供シ又ハ卒業ヲ認定スル</u> 」を目的とする。 通信簿の登場、「 <u>学校ト家庭ト気脈ヲ通スルノ方法ヲ設ケ……相提携シテ児童教育ノ功ヲ奏センコトヲ望ム</u> 」。現場には1887年ごろから登場していた。		
1894	(明治27) 「 <u>小学校生徒ノ体育及衛生ニ関スル件</u> 」で、試験による <u>席順の上下を廃止</u>		
1900	(明治33) 小学校令により公簿としての <u>学籍簿</u> が成立		
1905	(明治38) 文部省 <u>小学校児童学業調査</u> を実施。以後、全国的に学力調査が実施される		
1927	(昭和2) 「 <u>児童ノ個性尊重及職業指導ニ関スル件</u> 」。以後、個性調査、個性研究が盛んになる		
1933 ～40	アメリカの進歩主義協会の8年研究 (The Enghet-Years Study) <u>教育測定から教育評価への転換の契機</u>		
1945			
46	4. 7 第1次アメリカ教育使節団報告書公表		
47	3. 31 教育基本法・学校教育法公布		
48	小見山榮一「 <u>教育評価の理論と方法</u> 」 「 <u>学籍簿の名称並びにその取り扱いについて</u> 」 <u>指導要録</u> と改称。観点毎に5段階 相対評価法	7. 教育委員会法公布	
49	教育職員免許法施行規則で教職専門科目に 基礎学力論争起さる	1. 12 教育公務員特例法公布 「 <u>教育評価</u> 」	文部省 中等学校保健計画実施要領 (試案)
1950	基礎学力や学力の概念・性格・構造をめぐる論争へと展開。	12. 13 地方公務員法 第40条1項：任命権者は、職員 <sup>の</sup> の執務について定期的に勤務成績の評定を行い、その評定の結果に応じた措置を講じなければならない	荷見秋二郎「 <u>学校衛生概論</u> 」および湯浅謹而「 <u>学校保健計画読本</u> 」  保健活動の評価に言及している。
51	国立教育研究所による小・中学校教育課程の実態調査	6. 文部省学校評価基準作成協議会 「 <u>学校評価の基準と手引・試案</u> 」；学校 自体による <u>自己評価</u> を本体とすべき。	
52	国立教育研究所による全国小・中学校児童生徒学力水準調査 (～54)		川口市立青木中学校「 <u>学校保健・健康教育の研究</u> 」；評価について言及
53	10. 31 学校教育法施行令公布		
54			
55	指導要録の改訂		
	「 <u>指導のための原簿と外部に対する証明のための原簿</u> 」という二重の性格。		
	教育評価研究会「 <u>教育評価</u> 」創刊。(のちの日本教育評価研究会「 <u>指導と評価</u> 」) B.S.ブルーム「 <u>タキソミー (教育目標の分類学)</u> 」の認知的領域		
56	9. 文部省による全国抽出学力調査実施 (～66)	6. 30 地方教育行政の組織及び運営に関する法律 第46条 勤務評定闘争始まる	
	学校の平均点を上げるためにテスト当日に勉強が遅れている子どもを欠席させるなどの事態が各地で起こる。	愛媛県に端を発し、校長による教員の勤務評定とそれに基づく昇給・昇格の実施 全組合員には昇給・昇格の中止などに対する反対運動が広がっていった。昭和35年ごろまで続く。	
57		12. 20 都道府県教育長協議会 勤務評定試案	
58	7. 28 中教審答申「 <u>教員養成制度の改善方策について</u> 」		4. 10 学校保健法制定公布。 第4・6条で健康診断が定められる

59	橋本重治「教育評価法総説」		
1960	このころから進路指導に偏差値が用いられるようになる 神奈川方式		岸堅一「学校保健の評価」出版
		教職員の自己反省と校長による指導・助言を中心とする勤務評定の方式。	
61	9—10. 全国一斉学力調査（中2・3年、5教科） 10. 26 旭川学力テスト事件		
	校長に学力テスト中止を求めた組合員が公務執行妨害罪に問われる。旭川地裁は1966年に札幌高裁は1968年に無罪判決。		
62	7. 全国一斉学力調査		
	11. 教養審建議「教員養成制度の改善について」		
63	能力開発研究所による能研テスト実施（～63）		
64	国際教育到達度評価法学会（IEA）による国際数学教育調査 広岡亮蔵「学力・基礎学力とは何か」		
65	1. 中教審答申「期待される人間像」 勝田守一「学力とは何か」		
	5. ILO関係国内法（地方公務員法一部改正など）公布		
66	教養審建議「教育職員免許法の改正について」	ILO・ユネスコ「教員の地位に関する勧告」64項	
67	教養審建議「国立の教員養成大学・学部の附属学校のあり方について」		
68	続有恒編「教育評価」		
69	通信簿事件		
	排他競争につながる相対評価に対する批判から通信簿の改善の取組が広がる。		
1970	IEAによる第1回国際理科教育調査		
71	中内敏夫「学力と評価の理論」 B.S.ブルームら；Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning 通信簿オール3問題起こる（評価不要論）		
	6. 11 中教審答申（いわゆる四六答申）「今後における学校教育の総合的な拡充整備のための基本的施策について」 12. 20 保健体育審議会答申		
72	7. 3 教養審答申「教員養成の改善方策について」		
73	B.S.ブルーム「教育評価法ハンドブック」を梶田ら訳 辰巳敏夫編「教育評価法」：第23章に環境評価、第25章に学校評価を		片岡繁雄ら「学校保健計画の評価方法に関する試案」
74	梅沢馨「学校評価の基準とその方法」		
	2. 25 学校教育の水準の維持向上のための義務教育諸学校の教育職員の人材確保に関する特別措置法公布		
75	京都府教育委員会「到達度評価への改善を進めるために」		木村富士子「学校保健活動の評価方法に関する事例研究」
	「わかることや人間として豊かに発達していく子どもの基本的権利を保障する到達度評価」への改善を提案。その後、全国で到達度評価による実践が目目されていく。		
76	5. 21 学力テスト裁判で最高裁は合憲判決 文部省 業者テストの自粛を通達 橋本重治「新・教育評価法総説」 梶田叡一ら「形成的評価による完全習得学習」		
77	7. 学習指導要領改訂 京都府小学校教育研究会編「小学校の到達度評価」		栃木県養護教育研究会「学校保健の評価」
78	橋本重治ら監修「学級・学校経営の評価」		
79	1. 大学共通一次試験(1989年まで) 日本教育方法学会編「学力の構造と教育評価のあり方」 東洋「子どもの能力と教育評価」		野村和雄「学校保健における評価についての一考察」
1980	指導要録改訂		



評定は小学校1,2年は3段階,3年以上は5段階。学習の記録欄に「観点別学習状況」欄を設ける。観点ごとに3段階の絶対評価

81	IEAによる第2回国際数学教育調査 文部省による教育課程実施状況調査 (~83) 橋本重治「到達度評価の研究」		片岡繁雄ら「学校保健計画の評価に関する研究」 小林冽子訳「学校保健サービスの評価モデル」
82			
83	11. 22 教養審答申「教員の養成及び免許制度の改善について」	D. ショーン「リフレクティブ・プラクティショナー」; 教師の専門職性は医者や法律家の専門職性と根本的に異なる	江口篤寿ら「学校保健の計画と評価」(現代学校保健全集17)
84	8. 21 臨時教育審議会発足(S59~62) 辰巳敏夫「教育評価の争点」(講座現代公教育の論争点5)		
85	6. 26 臨時教育審議会「個性重視」「教育の自由化」		
86			「学校保健研究」特集「学校保健安全計画を評価する」
87	教養審答申「教員の資質能力の向上方策等について」; 期待される資質能力		
88	8. 7 臨時教育審議会最終答申「ゆとりの時間」, 「生活科」を新設		
89	5. 25 教育公務員特例法一部改正 教育職員免許法改正(12. 28) 10. 24 学習指導要領改訂 習熟度別指導の導入		
1990	全国到達度評価研究会「だれでもできる到達度評価」		
91	1. 13 大学入試センター試験実施指導要録の改訂		
<p>各教科共通に「関心・意欲・態度」「思考・判断」「技能・表現」「知識・理解」の四つを評価の観点とする。「新しい学力観」</p>			
92			
93	文部省による教育課程実施状況調査 (~95)		
94			武藤孝司ら「健康教育・ヘルスプロモーションの評価」
95		2. 東京都教育委員会 東京都立学校学校評価基準	
96			日本学校保健会「保健主事の手引」で役割に「学校保健の評価」を。
97	7. 28 中教審答申「新たな時代に向けた教員養成の改善方策について(第1次答申)」	大阪府 学校教育自己診断検討委員会発足	
98		4. 大阪府 学校教育事故診断試行	植田誠治「小学校保健授業の教授—学習過程評価票の開発」
99	9. 21 中教審答申「今後の地方教育行政の在り方について」; 「学校の教育目標とそれに基づく具体的教育計画 またその実施状況についての自己評価を, それぞれ保護者や地域住民に説明することが必要である 学力低下論盛んに	東京都立学校 学校運営連絡協議会の試行。評価委員会も大阪府 学校教育自己診断本格実施	
2000	3. 31 国立学校設置法一部改正; 大学評価・学位授与機構を創設	4. 東京都教育委員会 人事考課制度導入	1. 「『評価』と養護教諭」 「健康教室」臨時増刊号 日本学校保健会「保健主事の手引」改訂版
		自己申告と業績評価による。これ以後「教員評価」が全国的に導入されていく。	
	5. 26 国立大学等の独立行政法人化の方針, 出される	12. 教育改革国民会議「教育を変える17の提案」	4. 高石昌弘「学校保健活動の評価」

		<p>努力を積み重ね、顕著な考課を上げている教師には特別手当などの金銭的処遇・準管理職扱いなどの人事上の措置・表彰。効果的な授業や学級運営ができないという評価が繰り返しあっても改善されないと判断された教師は他職種への配置換えや最終的には免職などの措置を。学校の情報を積極的に親や地域に公開。外部評価を含む学校の評価制度を導入。通学区域の一層の弾力化を含め、学校選択の幅を広げる。学校評議員制度も。</p>
	<p>文部科学省「指導力不足教員に対する人事管理システムに関する調査研究」をスタートさせる</p> <p>12. 4 教課審答申「児童生徒の学習と教育課程の実施状況の評価のあり方について」</p>	
01	4. 27 指導要録改訂	<p>目標に準拠した評価（絶対評価）と個人内評価を重視。また指導と評価の一体化を強調。</p> <p>1991年の観点別評価を踏襲。半世紀以上続けられてきた相対評価を基本的には廃止。目標に準拠した評価を採用。</p>
02	<p>11. 1 中教審答申「新しい時代における教養教育」</p> <p>12. 公務員制度改革大綱</p> <p>1. 17 文部科学省「確かな学力向上のための2002アピール『学びのすすめ』」</p> <p>1. 24 全国学力調査</p>	<p>20都道府県で学校自己評価制度を導入済み</p> <p>1. 「地方教育行政の組織及び運営に関する法律」の一部改正</p>
	3. 国立教育政策研究所 絶対評価の基準を公表「評価規準」	<p>2. 東京都教育委員会「東京都公立学校学校評価資料」</p> <p>健康安全の指導や危機管理なども評価の対象。外部評価の実施と活用にも触れている。</p>
	4. 「小学校設置基準」施行 第2条：……教育活動その他の学校運営の状況について自ら点検および評価を行い、その結果を公表するよう努めるものとする。（努力規定）	<p>9. 国民教育文化総合研究所「教職員の評価のあり方について」</p> <p>教職員の評価は教職員の力量向上と学校組織の活性化に。専門職倫理の明瞭化や評価基準を専門職団体自らが設定する。</p>
03	<p>文部科学省「学校評価システムの確立に関する調査研究」スタート（～04）</p> <p>田中耕治「新しい教育評価の理論と方法」</p> <p>7. 中教審答申「初等中等教育における当面の教育課程及び指導の充実・改善方策について」</p>	
		<p>学習指導要領の「基準性」の明確化、学習指導要領にない「発展的な学習」などを取り入れることを可能にする。</p>
	OECD, 生徒の学習到達度調査（PISA）	<p>11. ILO・ユネスコ「『教員の地位に関する勧告』の適用に関するILO・</p>

山本浩子「養護教諭の実践における『評価』の基礎研究」2002 修士論文

	<p>2000年に続いて2003年もフィンランドが総合1位。日本は前回に比べ、数学的リテラシー、読解力、科学的リテラシーなどいずれも順位を落としたことが話題となる。</p>	<p>ユネスコ合同専門委員会（CEART）報告書」</p>	
04		<p>「指導力不足教員」政策と「新たな教員評価制度」（人事考課制度等）は、「教員の地位に関する勧告」に違反しているとした。</p>	<p>日本学校保健会「小学校保健学習の指導と評価」中、高校特書</p>
05		<p>OECD編「世界の公務員の成果主義給与」 4. 東京都教育委員会 評価の低い教員の昇給延伸制度導入</p>	<p>3. 「三訂・養護概説」に「養護活動の評価」で章立て 6. 1 東京都医師会「学校医の手引き」</p>
06	<p>10. 18 中教審答申「新しい時代の義務教育を創造する」；……子どもたちの学習到達度・理解度について全国的な学力調査を実施することが適当である。（また大綱的な学校評価のガイドラインの必要性を指摘）</p>		<p>学校保健委員会の活動内容の3. に「健康づくり体制、実践活動に対する評価」を挙げている。</p>
06	<p>1. 16 公立学校の78%に評議員、自己評価は96.5%などと調査結果を公表 3. 30 文部科学省「義務教育諸学校における学校評価ガイドライン」公表</p>		<p>学校保健・安全実務研究「新訂版学校保健実務必携」</p>
06	<p>自己評価、外部評価、評価結果の公表など。評価項目は①教育課程・学習指導 ②生徒指導 ③進路指導 ④安全管理 ⑤保健管理 ⑥特別支援教育 ⑦組織運営 ⑧研修 ⑨保護者・地域住民との連携 ⑩使節・設備</p>		<p>第5編に「学校保健の評価」を大きく取り上げている。</p>
07	<p>6. 2 日本教育経営学会で校長の7割が「教員評価」を処遇に反映させることが必要との調査結果報告 12. 新・教育基本法成立 4. 24 全国学力・学習状況調査</p>		
07	<p>競争原理が働くとの理由で犬山市が唯一不参加。全国237教育委員会が小・中学校ともに番号方式でテスト。</p>		
07	<p>6. 20 学校教育法一部改正</p>		<p>(野村和雄・中藺伸二)</p>

参考文献

1. 辰巳敏夫：教育評価の争点(講座現代公教育の論争点5), 1984.	3. 八尾坂修編：新たな教員評価の導入と展開, 教育開発研究所, 2006.
2. 日本教育新聞	4. 辰野千壽ら監修：教育評価事典, 図書文化社, 2006.



## □□□□□□□□□□ 2 学校保健参考ホームページ □□□□□□□□□□

### ◆文部科学省学校保健関係通知文書一覧（2007年10月3日現在）

<http://www.hokenkai.or.jp/2/2-16/notification.html>

- ・学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行について  
平成19年10月1日 19文科ス第257号
- ・平成19年度結核予防週間実施要領  
平成19年8月9日 事務連絡
- ・学校における室内空気汚染対策について
  - ・【参考】厚労省HP 測定器  
平成19年7月27日 事務連絡
- ・第57回全国学校保健研究大会の開催について（案内）  
平成19年7月18日 文部科学省通達19文科ス第140号
- ・「学校環境衛生の基準」の一部改訂について（通知）  
平成19年7月10日 文部科学省通達19文科ス第155号
- ・「飲料水の管理」・「雨水等利用施設における水の管理」及び「水泳プールの管理」新旧対照表  
平成19年7月10日 文部省体育局長裁定
- ・学校環境衛生の基準  
平成19年7月10日 文部省体育局長裁定

### ◆アレルギー疾患文部科学省関連資料

<http://www.hokenkai.or.jp/8/8-7.html>

### ◆平成19年度学校基本調査（速報値）

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/001/07073002/index.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/07073002/index.htm)

### ◆平成18年度学校保健統計調査

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/toukei/001/h18.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/h18.htm)

### ◆平成18年度体力・運動能力調査

[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/19/10/07092511.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/10/07092511.htm)

### ◆財団法人日本学校保健会公式ホームページ

<http://www.hokenkai.or.jp/>

（2007年10月16日現在）

索引		数字は頁数
ア	学校歯科医 92 93 119	建築物環境衛生管理基準 158
頭虱 (あたまじらみ) 50	学校歯科保健 92 93	コ
アトピー性皮膚炎 35 44 48 51 52	学校歯科保健活動 92	口腔保健 92
アナフィラキシー 35	学校敷地内禁煙 76	厚生労働省 25 27 28 29 43
アナフィラキシーショック 64	学校心臓検診 32 33 145	交通事故 65 66 67 69 70
アレルギー疾患 18 103	学校水泳プール安全管理 121	校内協働システム 10
アレルギー性眼疾患 44	学校生活管理指導表 32 38 39	国際学校保健 147 152 153
アレルギー性結膜炎 35 40 44	学校地域保健連携推進事業 48	国土交通省 101
アレルギー性鼻炎 35 45 46	学校伝染病 25 26 27 28 48 49 50 52	こころの健康教育 80
安全管理 99 100 101	学校において予防すべき伝染病 18 26	骨折 53
安全教育 2 3 4 11 12	学校保健委員会 129 134 135 151 154 155	子どもの安全 9 10 11 9 10 11
安全教育研究 1 2 3 4	学校保健統計調査 18 19 20 30 31 32 33 34 35 36 37 38 41 55	子ども見守りナビ 78
イ	学校保健法 25 27 32 37 41 43 71 140 141	コンタクトレンズ 40 42
いじめ 61 79 107	学校保健マニュアル 154	サ
飲酒 103	学校薬剤師 119 123 125 126 128 129 134 135 158	災害共済給付 18 65 68 69
インフルエンザ 25 64	感音難聴 45	災害共済給付金 5 7
ウ	眼外傷 40 43 44	災害共済給付制度 65 68
運動器検診 53 54 55	眼科健診 40	シ
運動器疾患 53 54 55	環境衛生検査 140 141	CO 57
運動器障害 53 54 55	眼疾患 40 43 44	歯牙障害 65 66 67
エ	感染症 25 26 27 28 43 142 143 144	歯科保健教育 82
エイズ教育 113	感染性胃腸炎 28	色覚 19 40 44
HIV対策 25	感染性眼疾患 43	色覚異常 40 44
栄養教諭 95 96 97	感染症の予防及び感染症の患者の治療に 関する法律 25	色覚検査 40 44
オ	キ	自殺 62
大阪教育大学附属池田小学校 1 8	危機管理 78 99	自傷行為 79 103 105 107
おしゃれ障害 48 52	危機管理マニュアル 99	視聴覚健診 40
オルソケラトロジー 43	寄生虫感染 148	シックハウス症候群 141
カ	基礎的運動能力 22	児童虐待 103
学習指導要領 39 77 79	喫煙 103	児童生徒の健康状態サーベイランス事業 18
学校安全 2 3 78 99 101 150 151	喫煙・飲酒・薬物乱用防止 78	自動対外式除細動器 (AED) 145
学校安全管理委員会 3	虐待 79 103 105 107 111	耳鼻咽喉科定期健康診断 45
学校医 30 31 32 34 37 38 48 49 50 103 110 111 119	救命救急処置 146	死亡見舞金 65 66 67 68 69
学校環境衛生 121 122 123 126 127 129 131 135 140 141 142 144 150 151 154 156 158	教育基本法 113	斜視・弱視 40
学校環境衛生管理マニュアル 141	共済給付金 5 7	障害見舞金 65 66 67 68 69
学校環境衛生の基準 137 140 141 142 144	喫煙 74	小児糖尿病 38
学校危機メンタルサポートセンター 3	ケ	食育 94 95 96 97
学校基本調査 18 60 63	ゲイトウェイ (内戸開放) 薬物 74	食育基本法 78 94
学校給食 94 95 96 97 136 137 138 139 140 142 156	ゲストティーチャー 82	食育推進基本計画 94 95
学校給食衛生管理の基準 136 137 139	結核 19 24 30 34 71 72 73 74	食中毒 136 137 138 139
学校健診 45 46	結核検診 34	食物アレルギー 35 96
学校検診 39	結核予防法 26 34	視力 19 30 40 41 42 43 44
	健康管理 17 18 92 114 116 154	視力・眼球運動障害 65 66 67
	健康教育 40 42 77 78 79 154 156 157	視力矯正 41
	健康診断 17 18 19 71 72 71 72 73 72 74 72 75 73 74	心因性視覚障害 40 44
		新型インフルエンザ 25 27 28 121
		心臓系突然死 32 33
		心臓疾患 32 33
		心電図検査 32 33

- 心肺蘇生法 81
- ス
- 水難事故 69
- 健やか親子21 17
- スポーツ傷害 53 54 55
- セ
- 生活安全 3
- 生活習慣病 71 73 74 75
- 性感染症 25 113 114 115 116 117 118 148
- 性教育 80 113 115 116 118
- 性教育・エイズ教育 78 79
- 精神・神経障害 65 66 67
- 成人麻疹 28
- 精神保健 73
- 生徒指導上の諸問題の現状について 61 62 63
- 性に関する教育 113 114 115 116 117 118 119
- 性に関する問題 79 103 105 107
- 性の問題行動 103
- セーフコミュニティ 16
- セーフスクール 16
- セーフティプロモーション 16
- セルフチェック票 78
- 全国学校保健調査 123
- 全国養護教諭連絡協議会 120
- ぜん息 34 35 36
- 選別聴力検査 45
- ソ
- 瘦身傾向 30 31 94 95 96
- 瘦身傾向児 30 31
- ソーシャルサポート 9
- 側弯症 53 54 55
- タ
- 大腸菌 122
- 体力運動能力調査 19 22 23
- 多剤耐性結核菌 25
- チ
- 地域協働システム 10 11
- 超多剤耐性結核菌 24
- 聴力 19 30
- ツ
- 通学安全マップ 100
- ツベルクリン検査 34
- ツベルクリン反応検査 19
- テ
- 手足口病・ヘルパンギーナ 49 50
- ティーム・ティーチング 81
- 伝染性膿痂疹 50 51
- 伝染性軟属腫 50 51
- 伝染性紅斑 50
- ト
- 糖尿病 32 37 38
- 特別支援教育 111
- 独立行政法人科学技術振興機構・社会技術開発センターの提案募集 3
- 独立行政法人日本スポーツ振興センター 2 5 18 33 65 68
- 鳥インフルエンザ 25 27 121 143
- ニ
- 日本学校歯科医会 92 93
- 日本学校保健会センター事業 46
- 日本眼科医会 42
- 日本耳鼻咽喉科学会 45 46 47
- 日本小児皮膚科医会 52
- 日本小児皮膚科学会 48
- 日本臨床皮膚科医会 48 50 52
- 尿検査 37 38
- ノ
- ノロウイルス 28 136
- ハ
- 歯・口の健康教育 78
- パーセンタイル値 19
- 発達障害 79 103 105 107 111
- 早寝早起き朝ごはん 98
- バリアフリー 40
- ヒ
- ピア・エデュケーション 25
- ピアエデュケーション 80
- BMI 31
- BCG接種 24 34
- 肥満傾向 30 31 94 95 96
- 肥満傾向児 30
- 標準偏差 19
- フ
- プールの安全標準指針 78 101 143 144
- 複数配置 120
- 不登校 60 63 79 103 105 107
- ヘ
- 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス調査 98
- ヘルシースクール 156
- ヘルス・プロモーティングスクール 148
- ヘルスプロモーション 17 77 80 114 157
- ホ
- 防犯教育 3 4
- 防犯マニュアル 100 101
- 暴力行為 61
- 保健学習 81 82
- 保健管理 77 78 92 93 140 156 157
- 保健教育 77 78 80 81 82 92 93 154 156 157
- 保健室登校 105 107
- 保健指導 40 42
- 保健授業 80 81 82
- 保健主事 95 120 126 127
- ム
- むし歯の者 56
- メ
- 眼鏡 40 41 42 43
- メタボリックシンドローム 74
- メンタルヘルス 60 62 63 80 103 105 106 107 108 110 111
- モ
- 文部科学省 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 41 44 56 57 92 94 95 97 98 100 101 113 115 119 121 137 143 144 150
- ヤ
- 薬物乱用 103
- ヨ
- 養護教諭 3 10 40 57 80 81 95 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 119 120 126 127
- 予防接種 25 28 29
- ラ
- ライフスキル教育 154 155
- リ
- 流行性角結膜炎 40 43
- レ
- レーダーチャート 78 92
- ワ
- ワクチン 64
- ワクチン接種 29

## 執筆者・編集委員一覧〈50音順〉

◎編集委員長 ○編集委員

赤坂守人	日本大学歯学部研究所教授
浅野尚	(社)日本耳鼻咽喉科学会
家田重晴	中京大学体育学部教授
石井彰	東京学芸大学保健管理センター教授
石川哲也	神戸大学教授
石樽清司	滋賀大学教育学部教授
井上佳也	群馬大学大学院小児生態防御学分野講師
○植田誠治	聖心女子大学教授
内尾祐司	島根大学医学部教授
○大澤清二	大妻女子大学教授
岡本繁雄	(財)東京顕微鏡院
○笠井直美	新潟大学人文社会・教育科学系准教授
金田雅代	女子栄養大学短期大学部教授
鬼頭英明	兵庫教育大学大学院学校教育研究科臨床・健康教育学系教授
白井美佐枝	(独)日本スポーツ振興センター仙台支所長
○杉下順一郎	日本学校薬剤師会会長
◎竹内一夫	埼玉大学教育学部学校保健学講座教授
多田まり子	全国養護教諭連絡協議会副会長 神戸市立筒井台中学校養護教諭
戸田芳雄	国立淡路青少年交流の家所長
○戸部秀之	埼玉大学教育学部学校保健学講座教授
○内藤昭三	(財)日本学校保健会専務理事
中藪伸二	びわこ成蹊スポーツ大学准教授
○野村和雄	愛知教育大学教授
日野治子	公立学校共済組合関東中央病院皮膚科部長
平山宗宏	高崎健康福祉大学大学院教授
藤田大輔	大阪教育大学教授・附属池田小学校長
松野智子	十文字学園女子大学人間発達心理学科講師
南哲	関西福祉科学大学教授
宮浦徹	(社)日本眼科医会常任理事
森亨	国立感染症研究所ハンセン病研究センター長
○弓倉整	東京都医師会理事
○渡邊正樹	東京学芸大学教育学部養護教育講座教授



学校保健の動向（平成19年度版）

---

平成19年11月3日発行

発行・編集 財団法人 日本学校保健会  
〒105-0001 東京都港区虎ノ門2-3-17  
虎ノ門2丁目タワー6階 Tel. (03) 3501-3785

印刷 勝美印刷株式会社  
〒112-0002 東京都文京区小石川1-3-7  
Tel. (03) 3812-5201（代表）

---

定価3,000円



## **学校保健の動向**

●平成19年度版●

定 価 3,000円