ISSN 1347-7838

学校保健の動向

平成20年度版

特 集「学校保健法の改正をめぐって」

1. 学校保健法の改正
文部科学省スポーツ・青少年局　学校健康教育課

2. 学校給食法の改正
女子栄養大学短期大学部　金田　雅代

財団法人 日本学校保健会 編

学校保健の動向

平成20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，子どもたちを取り巻く環境はインターネットの普及や生活様式の多様化など社会的なものばかりでなく，温暖化など自然環境の変化も顕著になってまいりました。そのような中で，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まっています。また，子どもたちが将来にわたって心身ともに健康であるための健康教育の普及・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。

この平成20年度版の特集では，６月18日に公布された「学校保健法等の一部を改正する法律」によって改正された学校保健安全法を取り上げました。これは，新たな時代に即した「学校保健」「学校安全」「学校給食」の改正であるということです。さらに，前年度版より引き続き，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編纂をしています。大学等での授業や養護教諭等の資格試験，採用試験にも役立てられる書物として，是非，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のびのびとした環境をつくれるよう本書が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。ご執筆等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20年11月

財団法人　日本学校保健会
会　長　唐　澤　祥　人

平成20年度版「学校保健の動向」
目　　次

発行のことば…… i

特　集　学校保健法の改正をめぐって

1．学校保健法の改正…… 1
2．学校給食法の改正…… 6

第Ⅰ章　健康管理の動向

総論…… 9
1．児童生徒の発育発達…… 11
2．感染症…… 17
3．児童生徒の健康管理…… 23
3―1　栄養状態…… 23
3―2　循環器…… 25
3―3　呼吸器…… 28
3―4　腎・尿路系…… 32
3―5　眼科…… 35
3―6　耳鼻咽喉科…… 40
3―7　皮膚科…… 43
3―8　整形外科…… 47
3―9　歯科・口腔外科…… 51
4．児童生徒のメンタルヘルス…… 55
5．児童生徒の事故・災害…… 60
6．教職員の健康診断…… 69

第Ⅱ章　健康教育の動向

総論…… 77
1．保健教育…… 79
2．喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育…… 83
3．歯・口の健康教育…… 93
4．食生活・栄養教育…… 97
5．安全教育…… 100
6．心の健康教育…… 104
7．性教育・エイズ教育…… 108

第Ⅲ章　学校環境衛生の動向

総論…… 117
1．全国調査から見た学校環境衛生…… 120
2．学校給食の衛生管理…… 129
3．学校環境衛生…… 132

第Ⅳ章　国際学校保健に関する二つの領域

総論…… 137
1．国際機関の動向…… 139
2．わが国の開発協力…… 141
3．諸外国の学校保健…… 146

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）…… 149
2．学校保健参考ホームページ…… 161

索引…… 163

コラム

■平成20年度文部科学省予算事業…… 8
■学校における麻しん対策ガイドラインについて…… 22
■学校生活管理指導表　区分の理解と解説…… 27
■アレルギー疾患とエピペンの取り扱いについて…… 31
■川崎病と学校生活…… 34
■学校敷地内禁煙（大学・短大を含む）の動向…… 76
■青少年の危険行動…… 92
■幼児の体力づくり…… 96
■21世紀・新しい時代の健康教育推進学校　―表彰事業について―…… 116
■学習指導要領の改訂…… 128
■大学生がかかる伝染性単核症…… 136

ミニコラム

◆法・施行令・施行規則、条約・規則◆「保健体育審議会答申・中央教育審議会答申」◆スクールヘルスリーダー派遣事業◆インターネットに関する子どもの現状◆養護教諭の歴史◆学校給食の歴史◆学校健康診断の歴史◆学校三師の歴史◆明治期：学校衛生のはじまり◆大正期：学校衛生の発展◆戦前・戦中昭和期：健康教育の隆盛◆戦後昭和期・平成期：学校保健の確立

特　集

学校保健法の改正をめぐって

1　学校保健法の改正

文部科学省スポーツ・青少年局　学校健康教育課

1．背景，経緯

⑴はじめに

新たな時代の学校保健，学校安全，学校給食について定めた「学校保健法等の一部を改正する法律」が平成20年６月18日に公布された。この改正により，「学校保健法」は「学校保健安全法」として新たな船出をし，実に半世紀ぶりの実質的な改正となった学校給食法は抜本的な見直しが行われ，「食育の推進」が新たに目的の中に謳われることとなった。

学校保健，学校安全，学校給食は，子どもたちが学習やスポーツ，遊びなどに意欲を持って取り組み，生き生きとした学校生活を送る上で基礎となるものである。今回の法改正により，それぞれの学校において，学校保健，学校安全，学校給食の重要性を再認識し，今後これらの取組を一層推進していくことが期待されている。

ここでは，学校保健法が改正された経緯やその内容について説明していく。

中央教育審議会答申における法制度上の提言事項
（答申概要より抜粋）

【学校保健】

○　養護教諭を中核として、担任教諭等及び医療機関など学校内外の関係者と連携・協力しつつ、学校保健も重視した学校経営がなされることを担保するような法制度の整備について検討することが必要。

○　全ての学校における環境衛生の水準を確保するための全国的基準として「学校環境衛生の基準」の法制度上の位置付けを検討することが必要。

【食育・学校給食】

○　学校給食法における学校給食の目的について食育の観点から見直すとともに、全国的な学校給食の水準を確保するため、「学校給食実施基準」を法制度上位置付けることについて検討することが必要。

○　学校給食に地場産物を活用することは、子どもが食材を通して地域の自然や文化、産業等に対する理解、郷土への愛着などを深める教育的意義を有することから、学校給食法においてもその趣旨の明確化を図ることを検討することが必要。

○　学校において組織的・体系的に食育を進めるため、学校給食を「生きた教材」として活用しつつ、食に関する指導の全体計画を作成することが肝要であり、学校給食法においてその趣旨を明確に位置付けることについて検討することが必要。

○　学校において栄養教諭が食育の中核的な役割を的確に果たすことができるよう、その基本的な職務内容を法制度上より明確に位置付けることについて検討することが必要。

○　安全・安心な学校給食の実施がなされるよう、「学校給食衛生管理の基準」について学校給食法上、明確に位置付けることを検討することが必要。

【学校安全】

○　危険発生時に円滑かつ的確に所要の対応ができるよう、教職員がとるべき措置の具体的内容、手順等を記載した危機対処要領を各学校において策定することが重要であり、学校保健法においてその旨を明確に位置付けることについて検討が必要。

⑵改正の背景・経緯

学校において児童生徒等が安全で安心な環境で学習活動

等に励むことができるようにすることは，公教育の実施において不可欠なものであり，各学校において，メンタルヘルスやアレルギー疾患等の様々な心身の健康課題に適切に対応した学校保健活動がなされるとともに，事件，事故あるいは災害に対して，児童生徒等の安全の確保が的確になされるようにすることが喫緊の課題となっている。また，児童生徒等が健やかに成長発達する上で，今日，学校における食育の推進が重要な課題となっている。

こうした問題意識を踏まえ，中央教育審議会において，「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」議論され，学校保健，食育・学校給食，学校安全に関して提言がなされた。

学校保健法等の一部を改正する法律は，中央教育審議会における提言を踏まえ，学校保健および学校安全に関して，地域の実情や児童生徒等の実態を踏まえつつ，各学校において共通して取り組まれるべき事項について規定の整備を図るとともに，学校の設置者ならびに国および地方公共団体の責務を定めたものである。

すでに行っていること，当然のことが規定されているのではないかと感じられる方が多くいるかもしれない。今回の学校保健法の改正は，新たに何かを義務付けるために行ったのではなく，子どもたちの健康や安全の確保を図るために，現在学校において当然行われていること，行われなければならないことを規範として法律上位置付けることとしたものである。子どもの健康や安全を守る上で，いわば当然のこと，最低限必要なことをたゆみなく，あまねく全国の学校で行われるよう，法律上，明確に示したことに今回の法改正の意義がある。

⑶平成20年法改正への歩み　～中央教育審議会答申～

⑵で前述したが，学校保健法の改正への第一歩は，昨年３月に行われた文部科学大臣から中央教育審議会に対してなされた諮問（「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」）であった。中央教育審議会において，スポーツ・青少年分科会に学校健康・安全部会が設置され，学校保健，食育・学校給食，学校安全に関して，精力的に審議が行われた。約10ヵ月にわたる審議を経て，平成20年１月に「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（答申）が提出された。

答申においては，最初に子どもの健康・安全を守るための基本的な考え方が示された後，学校保健，食育・学校給食，学校安全の取組を進めるために，学校内の体制の充実を図るための方策とともに，学校，家庭，地域の連携を推進するための具体的な方策について示されている。

その具体的な内容を見ていくと，現職養護教諭の育成や支援体制の充実を図るため，経験豊かな退職養護教諭の知見を活用することや，学校安全に関して，スクールガード・リーダー（学校等を巡回し，学校安全体制および学校安全ボランティアの活動に対して専門的な指導を行う者）など専門的な知見を持つ者を活用することなど予算的な対応が求められる事項とともに，学校保健，食育・学校給食，学校安全の取組を推進するに当たって，法制度上，検討する必要がある事項について提言がなされている。

法制度上の提言に関しては，例えば学校保健の分野では，学校における環境衛生の水準を確保するため，「学校環境衛生基準」の法制度上の位置付けを検討することなどが提言された。

文部科学省ではこうした提言を参考にし，学校保健安全法の改正作業を進め，平成20年２月29日に学校保健法等の一部を改正する法律案を閣議決定し，同日国会に提出した。

⑷第169回国会審議

学校保健法等の一部を改正する法律案は，平成20年５月28日に衆議院文部科学委員会で審議が始まった。５月30日に委員会で法律案が一部修正された後，修正議決され，衆議院本会議で６月３日に全会一致で可決された。

参議院に送付された後，参議院文教科学委員会で６月５日に審議が始まり，６月10日に委員会で可決された後，翌11日に参議院本会議で全会一致

で可決され，学校保健法等の一部を改正する法律が成立した。

なお，両議院において，法律の施行に当たって留意すべき事項について附帯決議がなされた。

それでは，具体的に法律の内容を見ていくことにする。

2．学校保健法の改正

⑴「学校保健法」から「学校保健安全法」へ

学校保健法は，昭和33年に制定され，安全に関する規定が昭和53年改正において置かれたが，当時置かれた安全に関する規定は，安全点検等二，三の規定にとどまっていた。そのため，学校において，具体的に学校安全に関してどのような取組を行う必要があるかについて，法律上必ずしも明らかではなかった。

今回の学校保健法の改正においては，近年，児童生徒等の安全を脅かす事件・事故が発生し，また，学校安全に対する意識が高まってきたことから，学校保健とは別に学校安全の章を新設し，学校安全に関する規定を充実させたところである。これに伴い，この法律が学校保健，学校安全の両分野を規定する法律であることを明確にするため，「学校保健法」から「学校保健安全法」へ改められることとなった。

⑵国及び地方公共団体の責務（第３条）

今回の改正により，国および地方公共団体は，相互に連携を図り，各学校において保健および安全にかかわる取組が確実かつ効果的に実施されるようにするため，学校における保健および安全に関する最新の知見および事例を踏まえつつ，財政上の措置その他の必要な施策を講ずるものとされた。

⑶学校保健に関する主な内容

①学校保健に関する学校の設置者の責務（第４条）

学校は多数の児童生徒等が集団生活を行う場所であり，児童生徒等の健康の保持増進を図る上で

学校保健法等の一部を改正する法律の概要

趣旨

学校保健及び学校安全の充実を図るとともに、学校給食を活用した食に関する指導の充実及び学校給食の衛生管理の適切な実施を図るため、国が学校の環境衛生及び学校給食の衛生管理等に関する基準を策定するとともに、養護教諭、栄養教諭その他の職員の役割について定める等所要の措置を講ずる。

概要

学校保健法の一部改正（学校保健・学校安全）

○法律の題名を「学校保健安全法」に改称
○国・地方公共団体の責務（財政上の措置その他の必要な施策の実施、国による学校安全の推進に関する計画の策定等）を明記
○学校の設置者の責務（学校の施設設備・管理運営体制の整備充実等）を明記

【学校保健】
○養護教諭を中心として関係教職員等と連携した組織的な保健指導の充実
○地域の医療関係機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実
○全国的な学校の環境衛生水準を確保するための全国的な基準の法制化

【学校安全】
○子どもの安全を脅かす事件、事故及び自然災害に対応した総合的な学校安全計画の策定による学校安全の充実
○各学校における危険発生時の対処要領の策定による的確な対応の確保
○警察等関係機関、地域のボランティア等との連携による学校安全体制の強化

学校給食法の一部改正（食育・学校給食）

○学校給食を活用した食に関する指導の充実
・食育の観点から学校給食の目標を改定
（食に関する適切な判断力の涵養、伝統的な食文化の理解、食を通じた生命、自然を尊重する態度の涵養　等）
・栄養教諭による学校給食を活用した食に関する指導の推進
（食に関する指導の全体計画の策定、地場産物の活用）
○学校における学校給食の水準及び衛生管理を確保するための全国基準の法制化

施行期日　平成21年4月1日

適切な環境であることが求められている。また，近年，メンタルヘルスに関する課題やアレルギー疾患等の現代的な健康課題が生ずるなど児童生徒等の心身の健康問題が多様化，深刻化している中，これらの心身の健康問題に学校が適切に対応することが求められている。

学校において，こうした課題に適切に対応することができるよう，学校の設置者が果たすべき役割の重要性にかんがみ，学校保健分野において学校の設置者が施設設備や管理運営体制の整備充実など必要な措置を講じるよう努める旨の責務について法律上明確に規定されることとなった。

②学校環境衛生基準（第６条）

現在，学校保健法に基づく学校における環境衛生検査，事後措置および日常における環境衛生管理等を適切に行い，学校環境衛生の維持改善を図ることを目的として，「学校環境衛生の基準」（平成４年文部省体育局長裁定）が定められている。この基準は，照度および照明，教室の空気等，飲料水の管理など15項目について，各項目ごとに検査方法，判定基準，必要な事後措置を規定するなど，各学校における環境衛生についての具体的な基準となっている。

今回の改正においては，「学校環境衛生の基準」を学校保健安全法に明確に位置付け，学校における環境衛生の維持改善が確実に実施されるよう，文部科学大臣が学校における環境衛生にかかわる事項について，児童生徒等および職員の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準（学校環境衛生基準）を定めるものとし，学校の設置者は当該基準に照らして適切な環境の維持に努めなければならないものとされた。また，校長は，学校環境衛生基準に照らし，適正を欠く事項があると認めた場合には，遅滞なく，改善に必要な措置を講じ，又は自ら当該措置を講ずることができないときは，学校の設置者に対し，その旨を申し出るものとされた。

③保健指導（第９条）

学校において，児童生徒等の様々な心身の健康課題に適切に対応するためには，健康相談や担任教諭等による日常的な健康観察等により，児童生徒等の健康状態を把握するとともに，健康上問題があると認められる児童生徒等に対して指導を行い，さらに，必要に応じ，生活習慣の改善など家庭において対応が求められる事項に関して，保護者に対し，助言を行うことが必要となっている。

こうしたことから，今回の改正では，養護教諭その他の職員は，相互に連携して，保健指導を行うべき旨が規定されることとなった。

④地域の医療機関等との連携（第10条）

今日，専門的な対応や継続的な支援が求められる現代的な健康課題が顕在化しており，学校において適切に対応することが求められている。

こうした現代的な健康課題に学校のみで十分な対応を行うには自ずと限界があり，専門的な知見を有し，継続的に子どもの疾患の治療に当たっている地域の医療機関など関係機関と連携して取組を進めていくことが重要である。

こうしたことから，今回の改正では，救急処置，健康相談または保健指導を行うに当たっては，必要に応じ，地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めるものとすることとされた。

３．終わりに

⑴今後の予定

学校保健法等の一部を改正する法律は平成21年４月１日に施行されることとなっている。

文部科学省では，今後，新たに文部科学大臣が定めることとなった学校環境衛生基準（学校保健安全法第６条）の具体的な内容の検討を進めていくこととしている。

さらに，政省令についても整備が必要な規定については，改正を行うことを予定している。

⑵法改正を終えて

今回の学校保健安全法の改正は，中央教育審議会で学校保健，食育・学校給食，学校安全に関して真摯に議論いただいた委員の先生方をはじめ，様々な方々の協力を得て織りなされたものである。

今後，学校保健，学校安全，学校給食を充実させるため，学校現場で取組を編み出していくのは，

ほかならぬ校長等管理職，学校の保健，安全，給食に携わる先生方，地域の方々であることは言うまでもない。法律は，一般的な規範を定めたもので，その取組の具体的な内容は地域の実情に応じて，校長のリーダーシップの下，教職員が中心となって，地域の方々と連携し作り上げていくものである。

また，教育委員会等，設置者には，学校保健，学校安全，学校給食の果たす大きな役割を理解していただき，今回の学校保健安全法，学校給食法に込められたメッセージを重く受け止め，今後一層取組を充実していくことが期待されている。

文部科学省としても，新しい学校保健安全法，学校給食法が子どもたちの健やかな成長に貢献するよう，今後とも，学校保健，学校安全，学校給食の取組を一層推進していくこととしている。

新たな時代の学校保健，学校安全，学校給食を子どもたちの健やかな成長を願い，それらに携わる方々が協力して作り上げていくために，学校保健安全法，学校給食法からのメッセージが，たゆみなく学校における保健，安全，給食の取組の歩みを支え，応援し続けていくことを願ってやまないところである。

miniコラム

法・施行令・施行規則，条例・規則

学校保健関連の法規には様々なレベルのものがある。学校保健法は「法律」であり，国会が定めたものである。昭和33年４月10日法律56号，最終改正は平成19年６月27日，法律96号，となっている。日本スポーツ振興センターは独立行政法人日本スポーツ振興センター法，平成14年12月13日の法律162号によって設立されている。

学校保健法施行令は内閣総理大臣が定めた命令であり「政令」である。（昭和33年６月10日政令174号，最終改正は平成19年12月12日，政令363号）

学校保健法施行規則は文部科学大臣が定める命令であり「省令」である。昭和33年のものは文部省令18号，最終改正は平成19年12月25日，文部科学省令40号，となっている。省令は○○法施行規則といった表現をとることが多いが，小学校設置基準なども省令である。

これらに対して，条例や規則は地方公共団体が定める法規である。条例は地方公共団体が議会の議決を経て定める法規，規則は地方公共団体の長や委員会が定める法規である。

形式的効力の原理，後法優先の原理，特別法優先の原理，が貫かれている。　（野村和雄）

2　学校給食法の改正

女子栄養大学短期大学部　教授　金田　雅代

1．はじめに

学校給食法は，昭和29年に制定されたもので，今回の改正は，制定以来の大改正である。当時の文部大臣の法案提案理由説明に「教育の一環として学校給食を適正に実施することの意義や単なる栄養補給のための食事として捉えるのではない」ことが明言されているように，法律制定の根幹に教育基本法の精神を呈し，第１条（学校給食の実施），第２条（教育の目的を実現するための学校給食の目標）等を明記して学校給食を制度的に支えてきた。

児童生徒らが健やかに成長発達する上で，学校における食育の推進が重要な課題となっていることから，推進を図る観点で学校給食の目的や目標を見直し，栄養教諭がその専門性を生かして学校給食を活用した食に関する指導を行うことや，文部科学大臣が定める望ましい基準に照らして学校給食の衛生管理に努めるものとしている。

2．改正の内容

今回の改正には，中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」における提言も踏まえつつ原案が作成され，「学校保健法等の一部を改正する法律案」として，平成20年２月29日閣議決定，同日付け169回国会に提出され，６月11日に衆参両院とも全会一致で可決成立した。施行日は平成21年４月１日からである。

【主な改正点】

⑴第１条（法律の目的）

従来の「学校給食の普及充実」に加えて「学校給食を活用した食に関する指導の実施」を新たに規定し，学校における食育の推進を図ることを目的としている。

⑵第２条（学校給食の目標）

従来四つであったが，食育の観点を踏まえて七つとし，学校教育の一環であることをより明確とした。

同時に，教育基本法（平成18年12月改正）の第２条「教育の目標」や学校教育法（平成19年６月改正）第21条「義務教育の目標」を踏まえたものとなっている。

「学校給食の目標」

①適切な栄養摂取による健康の保持増進を図ること。

②日常生活における食事について正しい理解を深め，健全な食生活を営むことができる判断力を培い，および望ましい食習慣を養うこと。

③学校生活を豊かにし，明るい社交性および協同の精神を養うこと。

④食生活が自然の恩恵の上に成り立つものであることについての理解を深め，生命および自然を尊重する精神ならびに環境の保全に寄与する態度を養うこと。

⑤食生活が食にかかわる人々の様々な活動に支えられていることについての理解を深め，勤労を重んずる態度を養うこと。

⑥わが国や各地域の優れた伝統的な食文化についての理解を深めること。

⑦食料の生産，流通および消費について，正しい理解に導くこと。

⑶第８条（学校給食実施基準）

従来，児童生徒の必要な栄養量その他の食事内容などは学校給食実施基準として告示されており，

学校給食法の条文上には規定されてこなかった。今回の改正では，文部科学大臣が策定する旨を明記し，学校の設置者は，同基準に照らして適切な学校給食の実施に努める旨を規定している。

⑷第９条（学校給食衛生管理基準）

現在の「学校給食衛生管理の基準」は平成９年に制定し，局長通知したものであるが，今回の改正では，文部科学大臣が策定するように規定し，各学校において衛生管理が今にも増して徹底して実施されるようにしている。

さらに

・学校の設置者には同基準に照らして適切な衛生管理に努める。
・校長または共同調理場の長は，同基準に照らして衛生管理上適正を欠く事項があると認めた場合には，直ちに所要の措置を講ずる。
・校長または共同調理場の長で措置を講ずることができない時は，学校等の設置者に申し出る。

ことが規定されている。

⑸第10条（栄養教諭の役割等）

栄養教諭は学校給食において摂取する食品と健康の保持増進との関連についての指導，個別的な指導，学校給食を活用した食に関する実践的な指導を行うことなど栄養教諭の役割を中心に規定しているが，校長のリーダーシップが重要であることや食に関する指導の全体的な計画を作成するなどの必要な措置を講ずることを規定している。

また食に関する指導を行うに当たっては，地域の産物を学校給食に活用すること，その他の創意工夫を地域の実情に応じて行い，地域の食文化や食にかかわる産業または自然環境の恵沢に対する児童生徒の理解の増進を図るよう努めることと規定している。

また学校給食栄養管理者（学校栄養職員など）は，栄養教諭に準じて指導を行うよう努めるものとしている。

miniコラム

学校給食の歴史

1889（明治22）年７月，山形県鶴岡市において仏教各宗派協同忠愛協会が少数の貧困児に対し，学校において無料で昼食を出した慈善事業が日本における学校給食の始まりである。1928（昭和３）年，貧困児童救済のために文部省訓令第18号「学校給食臨時施設方法」が公布されたことにより，国庫補助による初めての学校給食が実施された。1940（昭和15）年，昭和恐慌や東北地方の冷害，そして長期化した戦時体制により，貧困児童，栄養不良，虚弱児童に対して学校給食を実施するために「学校給食奨励規程」が公布された。戦後はユニセフや米国から寄贈された脱脂粉乳や小麦粉により完全給食が実施された。1954（昭和29）年には今日に至る学校給食の制度的基盤として「学校給食法」が成立した。2005（平成17）年には新たな教育職員として栄養教諭が誕生した。

（七木田文彦）

コラム　平成20年度文部科学省予算事業

文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課

近年，子どもを取り巻く生活環境の急激な変化を背景として，ストレスによる心身の不調などメンタルヘルスに係る課題やアレルギー疾患，さらには喫煙，飲酒，薬物乱用，感染症の問題など，継続的な取組が必要とされる，心と体の両面に関わる様々な課題が顕在化している。

とりわけ，新型インフルエンザやはしか等の感染症に対する危機管理，アレルギー疾患を抱える児童生徒への取組，発達障害児の早期発見・早期支援など，それぞれの課題は学校のみでは十分な対応ができないものも少なくない。

文部科学省では，児童生徒の様々な健康課題に適切に対応するため，「学校すこやかプラン」として様々な施策を実施し，学校保健の取組を充実させることとしている。

平成20年度の「学校すこやかプラン」の概要は以下の通りである。

1．子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業（115,109千円）

各診療科の専門医を学校に派遣し，専門医による児童生徒等の健康相談等を行うとともに，専門医や各市町村の保健部局と連携しながら，子どもの健康管理の充実や保護者への啓発活動等をモデル的に行う実践事業を実施する。

2．スクールヘルスリーダー派遣事業（102,888千円）

経験の浅い養護教諭の１人配置校や養護教諭の未配置校に退職養護教諭を「スクールヘルスリーダー」として派遣し，メンタルヘルスなど多様化する現代的な健康課題への対応についての指導助言を行うなどの支援を行う。

3．心のケア対策推進事業（9,019千円）

子どもの日常的な心身の健康状態を把握し，健康問題などについて早期発見・早期対応を図ることができるよう，教員を対象とした指導参考資料を作成する。

4．児童生徒の心と体を守るための啓発教材の作成（92,822千円）

児童生徒が自らの心と体を守ることができるようにするため，喫煙，飲酒，薬物乱用などの問題について，総合的に解説する啓発教材を作成し，配布する。

5．児童生徒の現代的健康課題への学校における取組に関する調査研究（27,055千円）

アレルギー疾患等の現代的健康課題に対する学校での取組に対して，教師が正しく現状を把握し，適切な対応を行うことができるよう調査研究を行う。また，これらの調査研究を踏まえ，教師用の指導参考資料等を作成し，配布する。

6．薬物乱用防止教育推進事業（20,636千円）

薬物乱用防止教室の開催を推進するため，警察官，麻薬取締官OB等の外部講師に対する講習会を実施するとともに，教職員，保護者等を対象とした薬物乱用防止の普及啓発のためのシンポジウムや広報啓発活動等を実施する。

7．「性に関する教育」普及推進事業（28,864千円）

性に関する教育を行う上での基本的な考え方が十分に浸透していない状況を踏まえ，学校において適切な性に関する教育が実施されるよう，効果的な指導方法について実践研究を行うとともに，指導講習会を実施する。

第Ⅰ章

健康管理の動向

総　論

小児成人を問わず健康が第一であることに変わりはないが，発育盛りであり，成人後の健康の基礎をつくる幼児，児童，生徒の時期の心身の健康は特に重要である。

第Ⅰ章ではその健康管理の現状について，問題点の指摘，今後への方向を含めて，各専門家が解説した。その要点は以下の如くであった。

児童生徒の発育・発達については，学校保健統計調査について解説する。統計の解釈についてはいくつかの問題を含んでいるが，平成19年度統計で示された興味ある点は，30年前（昭和52年度）の親の世代の統計と比較した場合，最大発育年齢が，男子11歳，女子９歳で男女とも親の世代よりも１歳早くピークを迎えていること（発育加速現象），体重は前年に比較して全体にわたって減少しており，現代の児童生徒の痩身願望の強さの反映の可能性があるが，それでも親の世代に比べればなお増加している。

一方，体力運動能力調査の結果は，いずれの項目についても，男女とも年齢を追って著しい上昇を示し，男子は17歳，女子は14歳ごろにピークに達し，19歳ごろからは低下に転ずるものが多かったが，１日の運動スポーツ実施時間が長いほど新体力テストの合計点が高かった。しかし，20年前と比較すると，50メートル走，ソフトボール投げについてともに低下しており，特に女子に目立つ。このことは近ごろの児童生徒は身体を動かす時間が減ってきていることの表れであり，生涯の健康とも密接に関係しているだけに気になる。

感染症は医療の進歩や公衆衛生の向上によって，往時の如き脅威はなくなったが，1967年以降40年間に39腫の新しい病気が発見されており（新興感染症），近年では新型インフルエンザの発生が心配され，対策が立てられてきている。結核は小児期の罹患減少など流行状況の変化から対策の変更があり，結核予防法が廃止されて感染症予防の法律に包含され，小中学校における対応も既に変わっている。一方，平成19年春の中・高等学校・大学等における麻しんの流行が注目を浴びたが，WHOの麻しん排除計画に合わせてわが国でも平成24年までに排除（elimination）実現（輸入例を除き，麻しん罹患が１年間に人口100万人当たり１未満，２回のワクチン接種率95％以上）に向け努力することになった。このため，平成20年度から５年間にわたり，中学１年生と高校３年生相当の年齢の者に麻しん風しん混合ワクチンによる接種を行い，成人までにすべての小児が２回の麻しん予防接種を受ける計画となっている。厚生労働省が文部科学省と協力して努力をしているので，学校保健関係者のご協力をお願いする。

児童生徒の栄養状態については，肥満傾向と痩身傾向が問題となるが，平成18年度から健康診断においての指摘は単に「栄養状態」になっているので，学校医の判断に負うところが大きい。現在小・中・高等学校の１年生全員に心電図検査が実施されており，突然死が減少してきているが，なお予防対策に努める必要がある。呼吸器系疾患ではぜん息が増加傾向にあり，文部科学省は「アレルギー疾患に関する調査研究」を行っており，その結果も紹介された。日本学校保健会から「学校

のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」が出されている。腎疾患については，心臓病と同じ指導表が使われるようになった。

眼科疾患については，各種疾患の状況のほか，裸眼視力低下者の増加や眼鏡，コンタクトレンズについての注意事項に加えて，プール後の洗眼やゴーグルの使用についての日本眼科医会の見解が紹介されている。

耳鼻咽喉科関係では，「耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル」と睡眠時無呼吸症候群調査研究の活動等が紹介される。

皮膚科関係では，学校生活における紫外線防御の必要性と学校伝染病（平成21年４月からは感染症と変わる）の中の皮膚科疾患について解説される。

運動器疾患については，疾患部位や運動・スポーツとの関連，早期発見，早期治療の必要性が述べられる。

歯科・口腔外科については，う歯の現状と予防処置，外傷時の対応が解説される。

事故・災害については，現状と予防対策が述べられ，災害共済給付制度についても紹介される。

メンタルヘルスについては，不登校，暴力，いじめ，自殺の統計が紹介され，種々の努力にもかかわらず悪化の兆候が見られるとして，メンタルヘルス状態を簡便に評価できる新たな指標の活用や，児童生徒のライフスタイルとの関連から，地域の医療・保健機関とのより緊密な連携が重要になると述べられている。

以上は本巻第Ⅰ章の概要であるが，ご存じのように厚生労働省は21世紀の国民の健康のための運動目標を「健康日本21」で掲げた。これは主に生活習慣病予防を中心としていることと，このほかに20世紀中に解決できなかった小児にかかわる多くの問題が山積していたことから，「健やか親子21」も策定した。そのいずれもが21世紀初頭の10年間の目標値を設定していたが，５年経ったところで再検討が行われている。

「健やか親子21」には４本の柱があるが，その中の「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」については文部科学省と共同して検討が行われている。その中の本章と関係のある指標と最近の厚生労働省サイドの数値を紹介するので参考にしていただきたい。

○10代の自殺率：人口10万対（2004年）[1)]

10～14歳	男　0.9	女　0.8
15～19歳	男　9.1	女　5.7

○不慮の事故による死亡率：(2004年)[1)]

０歳	13.4	１～４歳	6.1
５～９歳	3.5	10～14歳	2.5
15～19歳	10.6		

○10代の人工妊娠中絶実施率：人口千対（2004年）[2)]

10.5

○10代の性感染症罹患率：(2003年）全国の定点医療機関902か所からの報告数[3)]

性器クラミジア症	6198件
淋菌感染症	2189件
尖圭コンジローマ	746件
性器ヘルペス	563件

○避妊法を正確に知っている者の率：(2004年)[4)]

17～19歳　男　12.5%　女　22.7%

○15歳の女性の思春期やせ症（神経性食欲不振症）：(2005年）発生頻度[4)]

不健康なやせ	中学３年	7.6%
	高校３年	16.5%
思春期やせ症		
	中学１年～高校３年	1.03%

○児童生徒の肥満児の割合：(2004年の学校保健統計をもとに日比式により算出)

10.4%

１）人口動態統計　２）衛生行政報告例
３）感染症発生動向調査　４）厚生労働科学研究

（平山宗宏）

1　児童生徒の発育発達

1．学校保健統計（指定統計第15号）の意義

この統計は戦後間もない昭和27年を初年度として，定期学校健康診断の結果を標本調査に基づいて集計したものである。データソースを学校保健法に依拠した健康診断結果に求め，調査自体は統計法（昭和22年３月26日）第２条の「指定統計」，３条の「指定統計調査」に依拠している。国は行政上の要請から特に重要な統計を指定統計としている。指定統計第１号は人口調査（国勢調査）であって，国際的にも一定の標準化がなされている。特に文部科学省は指定統計13号の学校基本調査，62号の学校教員統計，83号の社会教育調査，そしてこの学校保健統計を実施しており，その他にも後出の承認統計などを実施している。

学校保健統計調査細則は昭和27年３月の省令に依拠しており，第２条では「学校保健統計調査は，学生，生徒，児童，幼児及び職員の発育及び健康の状態並びに健康診断の実施状況及び保健設備について調査し，学校保健行政上の基礎資料を得ることを目的とする」としている。第４条以下「調査の範囲」「調査方法と調査事項」「報告と申告の義務」「方法」「調査表の提出」さらに第９条で，結果の「公表」が規定されている。第10条は現在削除されており，第11条は「教育委員会の協力」，第12条は「結果の公表日から数えて調査票の１年間の保存義務」が示されている。また一般には知られていないが，指定統計には大きな強制力があり，調査客体となった当事者は調査を拒否できず，また拒否を含めて，虚偽の申告や秘密の漏洩に対しては実刑が課すことができるとされており，指定統計とほかのさまざまな行政調査とは一線を画して大きな違いがある。

しかし残念ながら，この学校保健統計もリストラの候補の一つになる可能性を孕んでいる。曰く「毎年実施するような顕著な統計上の変化があるわけではない」「統計結果の利用性が低い」「現実にこれに基づいた行政的な施策の実施することがあまりない。むしろ，現代的な健康上の課題は他の調査や報道によってもたらされることが多い」「調査客体として選ばれた学校に対して大きな負担をかけている」「調査環境が個人情報保護の立場からも悪化している」などである。そうした立場では調査を毎年実施しなくてもよいなどと言われることもある。しかし公表された結果を見ていくと大きな意義と有用性があることは誰にもご理解いただけると思う。今後とも関係者の積極的なご利用を促したい。

2．平成19年度統計の解説

文部科学省のホームページに詳細が掲載されているので細かな数字などについてはそちらをご覧いただきたい。

平成19年度の「調査の概要」では，調査の目的，対象校数，対象者数を示している。発育状態に関する調査では，全児童生徒の4.7％に当たる695,600人を，健康状態では22.4％に当たる3,322,683人を標本としている。この標本の規模は年齢別，性別に見ても十分に大きく，統計的には極めてわずかにしか標本抽出誤差を生じない。この意味からも統計値の信頼性は高い。例えば17歳男子の裸眼視力0.3未満が26.81％であるという時に，この推計値の誤差は非常に小さく，母比率といってよい正確さで当該視力の実態を評価しているといってよい。例示的に計算をしてみよう。ここではある年齢の標本数を3322683÷13=255600人として，正規分布を仮定してみると上限の値は26.98％で，これが母集団における推定値の上限の値であり，これに対して下限値は26.64％となる。非常に誤差が小さいことがお分かりいただけよう。むろん身長の場合も170.8cmであると推計したときに，誤差は0.1cmにも達しない水準である。

またさらにこの信頼性の高さは，前回にも指摘したように，170.8cmではなく170.8■cmと小数点第二位まで推計公表してほしいということの根拠にも通じるのである。この統計値に対する解説で，平成18年度と平成19年度を比較して，0.1cmの高低によって「上昇・下降」を評価するのが通例であるが，この場合，小数点第二位の値が0.05なら0.1に，0.04なら0.0に丸められるのであって，この点は高低の評価に当たって大きな問題である。つまり，この統計の標本の大きさからしても有効数字をもう一けた増やした方がより正しい評価ができよう。

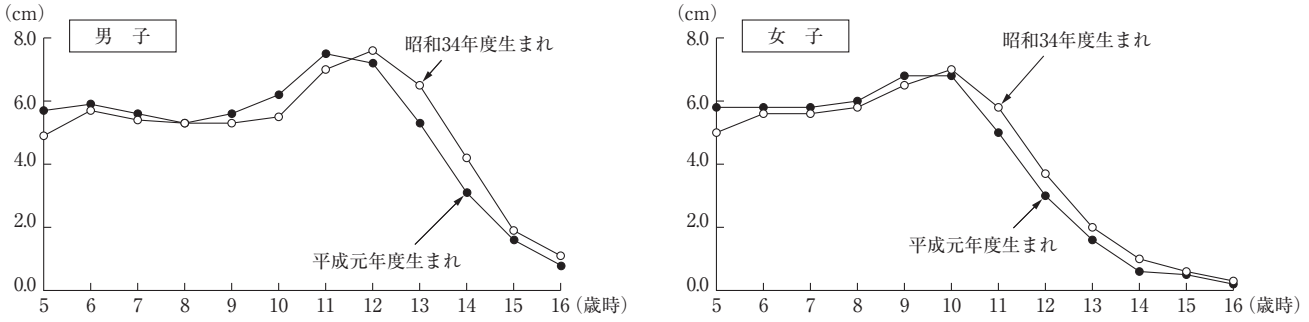
概要では続いて前年度同様，「調査事項」「調査の周期・期日」を扱い，続く「発育状態」では，身長，体重，座高について前年度との高低を比較している。

⑴身長

身長（**表１**）は，平成19年度は前年度より上昇した年齢は，男子では10歳のみで，女子では６歳，10歳，12歳であった，下降した年齢としては男子が12歳，14歳，17歳，女子が７歳，11歳，13歳であった。これらの差はいずれも0.1cmの変化をもって高低を評価しているわけであるから，前述の指摘の意味が理解できよう。

さらに調査報告では，親の世代に当たる30年前の昭和52年度との（年間の）発育増加量曲線を比較している（**図１**）。これによれば，最大発育年齢（最大の発育増加量を示した年齢）は，男子で11歳，女子で9歳であって，男女ともに親の世代より１歳早く発育のピークを迎えている。この現象は，一般に発育加速現象と呼ぶが，報告書の記述は今もって日本人児童生徒に発育の前傾化あるいは早熟化が認められることを印象付けている。しかしこのことが直ちに早熟化が今も現在進行中であるとの理解にはならないことを注意しなければならない。このグラフは，あくまでも30年前の親の世代よりは今年度の値が大きい，早熟であると言っているのである。ここで一つの新しい発育曲線の見方について解説しておく。

図１の曲線は，次のようなことを意味している。身長や体重について，前年度平均値と次年度平均値の差を年間発育増加量として，この値を５歳から16歳までプロットしていくと，思春期のある時期に一つのピークを描く曲線が得られる。この曲線はシャトルワースF. Kが見いだしたもので，人類に普遍的に認められる発育速度曲線であると解釈される向きもある。このパターンは，人類学者ボアズはじめ後のイギリス人発育学者のタンナーらによっても一般性が確認されたとされてきた。つまり一つのピークが特定年齢に出現することは集団，個人のいかんを問わず認められるという理解である。従って日本人のデータでもこのようなカーブが当然得られるはずであり，この曲線は，むろん日本中のすべての地域，学校，個人でも当てはまるはずであると。しかし実際にある個人や，グループのそれを描いてみるとなかなかこのようにはならないことにお気付きの方も多いのではなかろうか。専門家はそういう場合は測定がいいかげんだから，誤差があるから，例外的な個人だから，グループの特殊性があるから，などと説明してきた向きがある。ところが実際筆者が測定した数万例に及ぶさまざまなデータによっても，定説



（文部科学省：平成19年度学校保健統計調査）

図１　平成元年度生まれと昭和34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19年度A	平成18年度	昭和52年度B（親の世代）	差A－B
男	幼稚園	5歳	110.7	110.7	110.3	0.4
	小学校	6歳	116.6	116.6	115.5	1.1
		7歳	122.5	122.5	121.2	1.3
		8歳	128.3	128.3	126.6	1.7
		9歳	133.6	133.6	131.7	1.9
		10歳	139.0	138.9	136.5	2.5
		11歳	145.1	145.1	142.6	2.5
	中学校	12歳	152.5	152.6	149.1	3.4
		13歳	159.8	159.8	156.6	3.2
		14歳	165.2	165.3	162.7	2.5
	高等学校	15歳	168.5	168.5	166.4	2.1
		16歳	170.0	170.0	168.2	1.8
		17歳	170.8	170.9	169.1	1.7
女	幼稚園	5歳	109.8	109.8	109.3	0.5
	小学校	6歳	115.8	115.7	114.6	1.2
		7歳	121.6	121.7	120.3	1.3
		8歳	127.4	127.4	125.9	1.5
		9歳	133.5	133.5	131.5	2.0
		10歳	140.3	140.2	137.7	2.6
		11歳	146.8	147.0	144.9	1.9
	中学校	12歳	152.1	152.0	150.1	2.0
		13歳	155.1	155.2	153.5	1.6
		14歳	156.7	156.7	155.3	1.4
	高等学校	15歳	157.3	157.3	156.1	1.2
		16歳	157.8	157.8	156.4	1.4
		17歳	158.0	158.0	156.6	1.4

（文部科学省：平成19年度学校保健統計調査）

表1　年齢別　身長の平均値

単位：cm

区分			平成19年度A	平成18年度	昭和52年度B（親の世代）	差A－B
男	幼稚園	5歳	19.1	19.1	18.9	0.2
	小学校	6歳	21.5	21.6	20.6	0.9
		7歳	24.2	24.2	23.0	1.2
		8歳	27.4	27.4	25.7	1.7
		9歳	30.7	30.9	28.7	2.0
		10歳	34.4	34.5	31.6	2.8
		11歳	38.7	38.8	35.6	3.1
	中学校	12歳	44.5	44.9	40.3	4.2
		13歳	49.6	49.9	46.0	3.6
		14歳	54.7	55.1	51.3	3.4
	高等学校	15歳	60.0	60.1	55.8	4.2
		16歳	62.0	62.0	58.2	3.8
		17歳	63.7	63.9	59.5	4.2
女	幼稚園	5歳	18.7	18.7	18.4	0.3
	小学校	6歳	21.0	21.1	20.1	0.9
		7歳	23.5	23.6	22.4	1.1
		8歳	26.6	26.6	25.3	1.3
		9歳	30.0	30.1	28.4	1.6
		10歳	34.3	34.2	32.0	2.3
		11歳	39.1	39.5	37.2	1.9
	中学校	12歳	44.1	44.4	42.0	2.1
		13歳	47.6	47.9	46.0	1.6
		14歳	50.3	50.6	48.9	1.4
	高等学校	15歳	52.1	52.3	51.0	1.1
		16歳	53.2	53.4	51.7	1.5
		17歳	53.5	53.7	52.2	1.3

（文部科学省：平成19年度学校保健統計調査）

表2　年齢別　体重の平均値

通りに一つのピークが描かれる場合はその一部にしかすぎないようである。従って大部分の事例では，ピークが二つあるいは三つ，あるいはどれがピークか判然としないケースなどである。この問題を緻密に解説するには本稿は適当ではないので，ごく簡単に言えば，このような典型的な曲線は学校保健統計のような大量の標本調査によって得られる統計的傾向とも呼べるものであって，個人あるいは数十例の小集団で安定的に得られるパターンではない。このようなわけで，発育のピークが図のようには出現しない集団があっても，また個人がこのパターンと異なることがあっても，それだけでは異常な発育というわけではなく，またこれを特殊化したり，例外とする必要はないのであ

単位：cm

区分			平成19年度A	平成18年度	昭和52年度B(親の世代)	差A－B
男	幼稚園	5歳	62.0	62.1	61.5	0.5
	小学校	6歳	64.8	64.9	64.8	0.0
		7歳	67.7	67.7	67.3	0.4
		8歳	70.4	70.3	69.7	0.7
		9歳	72.7	72.7	72.0	0.7
		10歳	75.1	75.0	73.9	1.2
		11歳	77.7	77.8	76.5	1.2
	中学校	12歳	81.3	81.4	79.5	1.8
		13歳	85.0	85.0	83.2	1.8
		14歳	88.0	88.0	86.5	1.5
	高等学校	15歳	90.2	90.2	88.8	1.4
		16歳	91.3	91.2	89.9	1.4
		17歳	91.8	91.8	90.3	1.5
女	幼稚園	5歳	61.6	61.6	60.9	0.7
	小学校	6歳	64.5	64.5	64.2	0.3
		7歳	67.3	67.3	66.8	0.5
		8歳	70.0	70.0	69.3	0.7
		9歳	72.8	72.8	71.8	1.0
		10歳	76.0	76.0	74.6	1.4
		11歳	79.3	79.4	78.2	1.1
	中学校	12歳	82.2	82.2	81.2	1.0
		13歳	83.9	83.9	83.1	0.8
		14歳	84.9	84.9	84.1	0.8
	高等学校	15歳	85.4	85.4	84.9	0.5
		16歳	85.6	85.7	84.9	0.7
		17歳	85.7	85.7	85.0	0.7

（文部科学省：平成19年度学校保健統計調査）

表３　年齢別　座高の平均値

る。

⑵体重

体重（**表２**）についての今年度の特徴は前年度と比較すると，全体にわたって減少している。男子では６歳，９歳から15歳までと，17歳で減少している。女子では，６歳，７歳，９歳，11歳～17歳で減少し，10歳のみで増加した。この傾向は日本学校保健会が行っている「児童生徒の健康状態サーベイランス」でも明らかにされているように，現代の児童生徒は痩身願望が強く，中高生女子に至っては70%以上がダイエット体験もしくは希望者であることと無関係ではなかろう。

体重について，親世代との比較をしてみると，男子では12歳，15歳，17歳で，4.2kg，女子では10歳で2.3kgも増加していた。体重についても身長と同じく長期的に前傾化傾向が見られている。

⑶座高

男子では８歳，10歳，16歳で前年度より増加し，11歳，12歳で減少している。女子で増加した年齢はなく，減少した年齢は11歳と16歳であり，前年との変化は多くの年齢で見られなかった（**表３**）。しばしば便宜的に「身長－座高」で脚長を求めて，多くの年齢階級で脚長が伸びたとする解釈が一般になされるが，形態学的には身長が高くなることは，相対的には体幹部の長さより脚長が伸びやすい。つまり身長の伸びに比例して同じように体幹部分も伸びることは，心臓や腎臓といった臓器を含めてこれら全体が伸展することになり，機能的に不都合が生じるので，一般的には脚がより伸びやすいと解釈されている。

⑷体型（ソマトタイプ）で見た日本人児童生徒

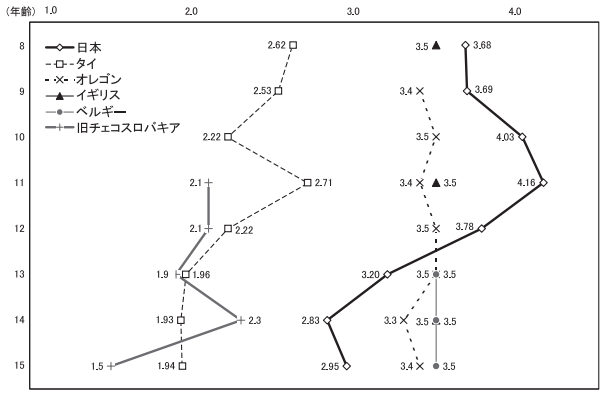
体型を得点で表現する方法がいくつか提案されている。この中でもシェルドンW. H.の方法を修正したヒース・カーター法が一般に用いられる。この方法は内胚葉型，中胚葉型，外胚葉型のそれぞれの得点を身長，体重，皮下脂肪厚，上腕骨顆間幅，大腿骨顆間幅，上腕囲，などの変数の合成によって求めるもので，内胚葉型は“相対的な肥満かやせ”を評価し（**図２**），中胚葉型は“筋・骨格の発達の程度”を（**図３**），外胚葉型は“やせ”の程度（**図４**）を体型として統一的に評価できるとされている。ここでは日本人の児童生徒の体型を評価してみよう。これによって，日本人が欧米人やタイ人と比べて小児期からかなり体型的にも異なる数字を示していることが理解されよう。

⑸体力運動能力調査

握力，上体起こし，長座体前屈，反復横跳び，20メートルシャトルラン（往復持久走），立ち幅

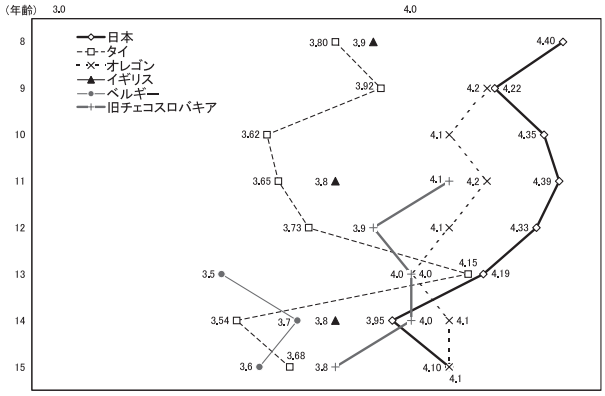
跳びなどの項目は６歳から高齢者まで，50メートル走とボール投げは６歳から19歳までを対象にして行われている。これら全国の学校で実施された新体力テストの測定結果が文部科学省より報告されている。平成18年度の項目別の概略は以下のようであった。

握力：筋力（静的筋力）の指標となる握力の年齢変化の傾向は男子が女子より高い水準を示した。性差は11歳まではほとんど見られないが，12歳ごろからその差が拡大し，男子では17歳ごろまで上昇する。



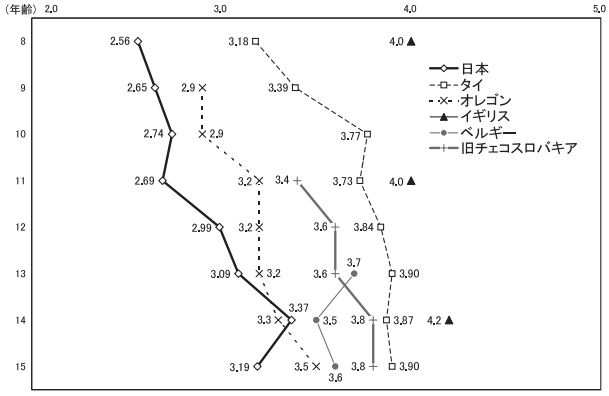
（大澤清二：未発表資料）

図２　ヒース・カーター法による小児体型（内胚葉型）の国際比較



（大澤清二：未発表資料）

図３　ヒース・カーター法による小児体型（中胚葉型）の国際比較



（大澤清二：未発表資料）

図４　ヒース・カーター法による小児体型（外胚葉型）の国際比較

上体起こし：筋力・筋持久力の指標となる上体起こしの年齢に伴う変化は，男子で14歳ごろまで著しい上昇傾向を示し，17歳ごろにピークに達し，それ以後は急激な低下傾向を示した。女子は14歳ごろピークに達したが，数年間その水準を保持し，それ以降に緩やかに低下した。

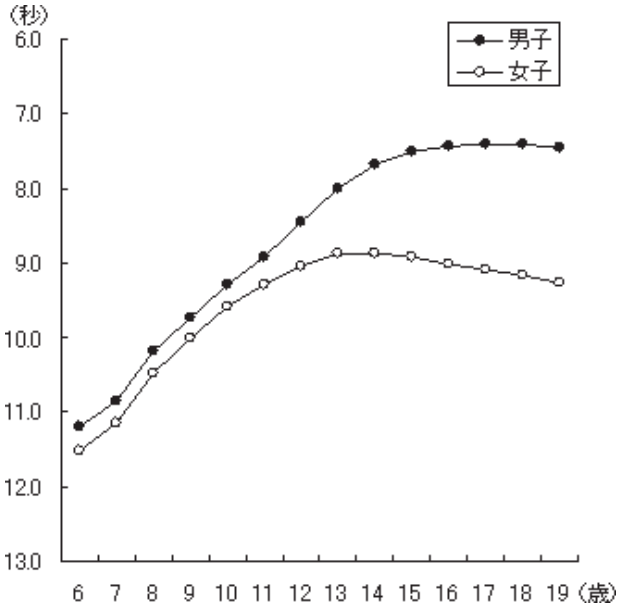
長座体前屈：柔軟性の指標である長座体前屈の加齢に伴う変化は，男女差が比較的小さいテスト項目である。男子は11歳以降著しい上昇傾向を示し，その後さらに増加して17歳でピークに達し，その後緩やかな低下傾向を示した。女子は６歳から男子よりもやや高い水準を示したまま，14歳ごろまで著しい上昇傾向を示し，17歳ごろピークに達した。

20メートルシャトルラン（往復持久走）：全身持久力の指標となるこのテストの年齢変化の傾向はすべての年齢段階で男子が女子より高い水準を示した。男女とも14歳で迎えるピークまで急激な上昇傾向を示したが，その後の数年間，男子はほぼ持続するが，女子では緩やかに低下した。やがて19歳ごろから男女とも急激な低下傾向を示した。

立ち幅跳び：筋パワー（瞬発力）および跳能力の指標となる立ち幅跳びの年齢変化は，すべての年齢で男子が女子より高い水準を示した。男子は14歳ごろまで急激に上昇し，その後も緩やかな上昇傾向を続けて19歳ごろにピークに達した。女子では14歳ごろにピークに達し，20歳代前半までその水準が保持される。

50メートル走（**図５**）：スピードおよび走能力の指標となる50メートル走の年齢変化は，６歳から11歳までは男女ともに著しく上昇しているが，男子は思春期以降も上昇し，17歳ごろにピークに達している。これに対して女子では14歳ごろにピークを迎え，その後緩やかな低下傾向を示した。

ボール投げ（ソフトボール投げ・ハンドボール投げ）：筋パワー（瞬発力），投能力および巧緻性の指標となるボール投げの加齢に伴う変化の傾向

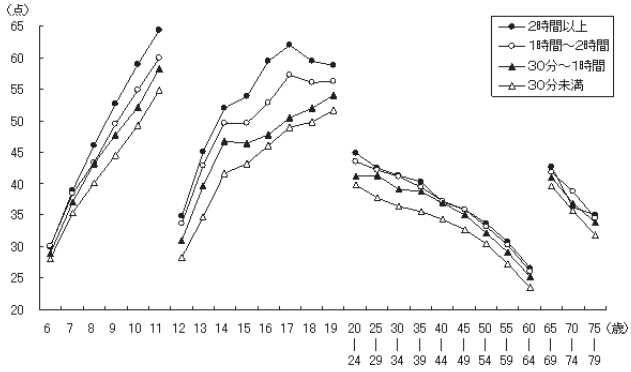


（文部科学省：平成18年度体力・運動能力調査）

図５　加齢に伴う50メートル走の変化

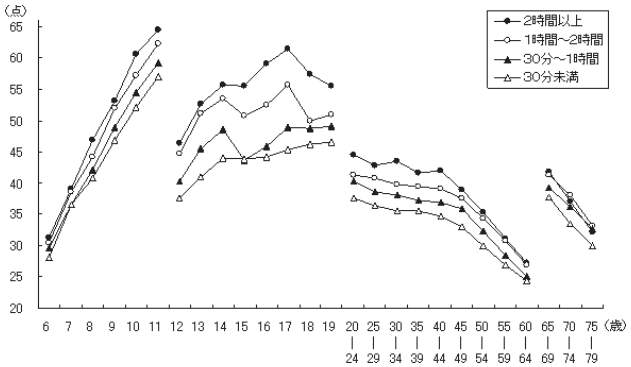
を見ると，６歳からすでに男子が女子よりも高い水準を示しかつ男女ともに著しい上昇傾向を示している。特に男子の記録が著明に上昇するために年齢に伴って性差は拡大している。12～19歳を対象としたハンドボール投げでは，男子は17歳ごろまで上昇傾向を見せる。一方，女子では17歳ごろでピークを迎えるが，男子に比べ上昇傾向が緩やかであった。

これらの資料の20年前との比較：小学生（11歳），中学生（13歳），高校生（16歳）の50メートル走，ソフトボール投げについて20年前と現在を比較すると，２種目とも低下している。また，男子と比較して女子の低下が著しいことが明らかであった。「１日の運動・スポーツ実施時間」と「新体力テストの合計点」との関係を見ると，**図６**（男子）および**図７**（女子）のようである。全年齢にわたって男女ともに１日の運動・スポーツ実施時間が長



（文部科学省：平成18年度体力・運動能力調査）

図６　１日の運動・スポーツ実施時間別新体力テストの合計点（男子）



（文部科学省：平成18年度体力・運動能力調査）

図７　１日の運動・スポーツ実施時間別新体力テストの合計点（女子）

いほど合計点は高い傾向にある。特に「１時間以上～２時間未満」および「２時間以上」行う群の合計点と「30分以上～１時間未満」および「30分未満」行う群の合計点の差は，13歳以降で大きい。１日の運動・スポーツの実施時間が長いほど体力水準が高いという関係は８歳ごろから明確になり，高齢者に至るまでこの傾向は明らかである。学校体育と生涯の健康とは密接に関係しているようである。

（大澤清二）

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対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。その中にあって，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（AIDSエイズ），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，牛海綿状脳症（BSE）など，平均すると１年に１種の割合というペースで未知の感染症が誕生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。

性感染症の増加も大きな問題である。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ヒト免疫不全ウイルス（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。インフルエンザのみでも異常行動を起こすことがあり，インフルエンザと薬剤治療との因果関係はまだ確定していない。しかし小児・未成年者についてはインフルエンザと診断されてのタミフル投与は原則控えることになった。また厚生労働省は，少なくとも２日間は保護者が患者を一人にしないよう呼びかけている。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，タミフルとインフルエンザの異常行動の関連については，厚生労働省が現在調査研究中である。

また感染症の予防および感染症の患者の治療に関する法律（以下感染症法）が一部改正され，新型インフルエンザに対する法律上の対応が進みつつある。

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20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．感染症の予防と感染症の患者の治療に関する法律（感染症予防法）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項及び第２項関係）

- ○第一種の伝染病に，新たに「鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスＡ属インフルエンザＡウイルスであってその血清亜型がＨ５Ｎ１であるものに限る）」を加えること。
- ○感染症予防法第６条第７項に規定する「新型インフルエンザ等感染症」を第一種の伝染病と見なすこと。
- ○感染症予防法第６条第９項に規定する「新感染症」を第一種の伝染病と見なすこと（**表１**）。

感染症法に新たに追加された「新型インフルエンザ等感染症」には二つの類型がある。⑴新型インフルエンザと⑵再興型インフルエンザである。⑴の新型インフルエンザは，新たに人から人に伝染する能力を持ったウイルスによるインフルエンザで，一般に国民が免疫を有していないことから全国的かつ急速なまん延および国民の生命・健康に重大な影響を与え得るものである。Ｈ５Ｎ１以

	伝染病の種類（現行）	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 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	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 鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスＡ属インフルエンザＡウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る）	感染症予防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 ※感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律第六条第七項から第九項までに規定する「新型インフルエンザ等感染症」，「指定感染症」および「新感染症」は第一種の伝染病と見なす
第二種	インフルエンザ 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く） 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 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（鳥インフルエンザH5N1および新型インフルエンザ等感染症を除く）：解熱した後２日を経過 ○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	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 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 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス 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

外で新たな強毒性を持ったインフルエンザの出現に対応したものと考えてよい。

⑵の再興型インフルエンザとは，かつて世界規模で流行したインフルエンザで，その後流行せず長期間が経過し国民の大部分が免疫を持っておらず，全国的かつ急速なまん延および国民の生命・健康に重大な影響を与え得る恐れがあるものである。今まで，新型インフルエンザに対しては，Ｈ５Ｎ１だけに焦点が当てられていたが，その他のインフルエンザウイルスの流行にも対応する形になった。

結核予防法は平成19年３月31日をもって廃止となり，結核は感染症予防法の二類感染症として対応されている。学校伝染病でも結核は第二種の伝染病である。感染症予防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，感染症予防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一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予防法ではかつての二類感染症から三類感染症となったことで，学校伝染病でも第三種伝染病になっている。

なお伝染病という用語は感染症予防法の成立とともに医療現場では使われていないが，学校保健法には伝染病という用語が残っていた。平成20年６月に学校保健法の一部を改正する法律が成立し，平成21年４月１日から感染症法との整合性を保ち，「伝染病」という呼称は「感染症」に統一される。

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年の第一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という）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて，わが国でも感染症法を一部改正し，Ｈ５Ｎ１のインフルエンザを感染症予防法の二類感染症とし，入院措置などの法的整備を行った。また発生直後から対策を実施できるように，新型インフルエンザを感染症法および検疫法に位置付け，検疫措置や入院措置の規定を整備した。また感染した恐れのある者に対する健康状態報告要請や外出自粛要請規定，停留施設に医療機関以外の施設追加など，まん延防止策を拡充した。

文部科学省では，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，感染症予防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が，今回Ｈ５Ｎ１が感染症法の指定感染症から二類感染症に変わったことで，正式にＨ５Ｎ１を第一種伝染病とした。Ｈ５Ｎ１に児童生徒が罹患した場合治癒するまで，学校長は出席停止の措置や，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。

最近，鳥インフルエンザが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かけている。また学校で飼育している鳥や動物も，放し飼いにせず野鳥と接触しないよう対応を求めている。

Ｈ５Ｎ１インフルエンザに対しては平成17年11

月に厚労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のパンデミックフェーズにのっとり，Ｈ５Ｎ１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」の場合をＡ，「国内発生」の場合をＢに分類しており，平成20年８月の時点で「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，Ｈ５Ｎ１を対象とした厚生労働省の「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。

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。風しん，流行性耳下腺炎，水痘，後に述べる麻しん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二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

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留まる
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事が示唆されている
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　Ｈ５Ｎ１インフルエンザ　WHOフェーズの概要

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かけている。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．成人麻しんの流行

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しんの流行である。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月のゴールデンウイーク明けから一気に報告数が増えた。**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しん報告件数の週別グラフである。

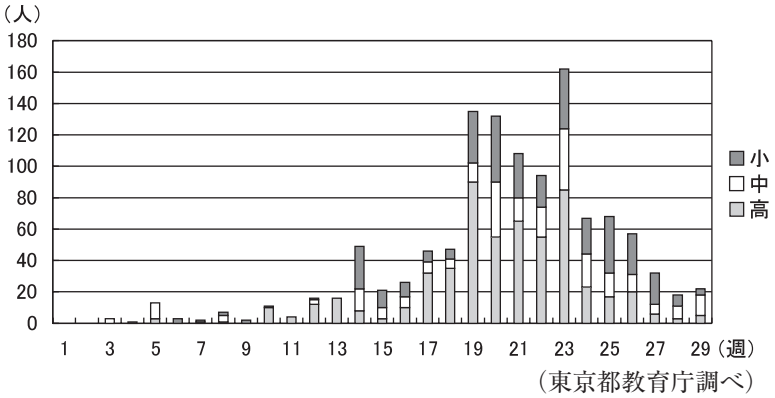
高校のみならず私立大学も数多く休校となったことは記憶に新しい。ある報道によれば，麻しんのために休校・学年閉鎖や学級閉鎖になった学校は，厚生労働省調査で全国363校に上り，患者は2511人で大学生が861名，高校生が740名を占めたという。東京都教育庁では５月中旬から急きょ，都立学校の生徒・教職員に対し麻しん未罹患・ワクチン未接種の者をアンケートで洗い出し，希望者に麻しんワクチンの緊急集団接種を行った。ワクチン接種には学校医と医師会が協力した。また都内の私立学校でも，同様の調査を行い，ほぼ同様の手法で私立中学校，高等学校，高等専修学校で麻しん単独ワクチンまたはMRワクチンの集団接種を行った。実施校は，都立校・私立校合わせて500校以上に上った。

麻しんは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，東京，神奈川，大阪，福岡など大都市で流行したこと，15歳以上の「成人麻しん」患者が多かったことが特徴である。この理由として，⑴自然感染機会の減少，⑵麻しんワクチン未接種者，⑶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），⑷ワクチン接種で免疫がついていても，麻しん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）らの間で麻しんが流行したと考えられている。

かつて日本では麻しんワクチンの接種は１回だったが，平成18年４月から麻しんと風しんの２回接種制度が導入された。麻しんワクチン一回接種では，麻しんの鎮圧が困難だったためである。MRワクチンの第２期定期予防接種は小学校就学前の一年間に行うことになっている。しかし10代の世代で麻しん・風しんの抗体保有率が低いことから，この世代においても２回目のワクチン接種率を95％以上にする努力が必要となった。厚生労働省は国内の麻しん排除に向けて，平成20年度から５年間に限定し，中学１年と高校３年の年代の者を対象に予防接種法に基づく第３期，第４期の定期予防接種としてMRワクチン接種を開始した。また今までの定点報告を改め，麻しん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ことになった。

日本はほかの先進国から「麻しんの輸出国」とも呼ばれることがあり，麻しんの排除を期待するものである。

（弓倉　整）



（東京都教育庁調べ）

図１　平成19年東京都公立学校における麻疹報告人数

コラム　学校における麻しん対策ガイドラインについて

2007年の麻しん流行は15歳以上の成人麻しんが多く，高校・大学などの学校閉鎖が起き，麻しん排除計画のきっかけとなった。国立感染症研究所感染症情報センターでも，平成20年３月に文部科学省・厚生労働省監修の下に，「学校における麻しん対策ガイドライン」を作成した。ここでは本ガイドラインの紹介と麻しん定期予防接種の必要性について述べる。

本ガイドラインは，⑴麻しん発生の予防，⑵麻しん発生時の対応，⑶都道府県麻しん対策会議への協力，⑷麻しんの基礎知識，⑸麻しんに関する参考資料から成る。麻しん発生予防と発生時対応に重点が置かれ，平成20年から５年の期間限定で開始された中学１年・高校３年の年代の者に対する麻しん風しんワクチン（以下ＭＲワクチン）第３期・第４期定期予防接種についても詳しい。接種不適当者を除く全員を積極的接種勧奨者とし，可能な限り４月～６月の間を重点的に接種勧奨の時期とするが，それまでに接種を受けていない場合は夏季休暇中，その後も接種を受けていない場合は接種するよう複数回にわたり勧奨するよう勧めている。

中１・高３の年代の者に対してＭＲワクチンの接種を行うようになったのは，10代，20代，30代で麻しん，風しんの免疫保有率の低いことが分かったからである。2006年度からＭＲワクチン接種を就学前の１年間に第２期定期予防接種として実施するようになったが，2005年度以前の児童生徒は接種機会が一回しかなく，その中にワクチン未接種者，ワクチン接種しても抗体価が上がらない者（５％前後にいるといわれる），ワクチン接種しても徐々に免疫が低下する者がいるためである。

厚生労働省は，今後５年間で国内からの麻しん排除を目標としているが，WHOの麻しん排除の定義である⑴輸入例を除き麻しん確定例が１年間に人口100万人当たり１例未満であること，⑵２回の麻しん含有ワクチン接種率がそれぞれ95％以上であること，⑶全数報告などの優れたサーベイランスが実施されていること，⑷輸入例に続く集団発生が小規模であること，を満たすにはまずワクチン接種率を上げる必要がある。ちなみに平成19年度の就学前第２期麻しん定期予防接種率は全国平均で88.2％にすぎず，95％の目標にはなかなか達しない。中１・高３の第３期・第４期接種については学校においても保護者への啓発や接種確認など積極的対策が必要である。

本ガイドラインでの学校の対応については，平時対応と麻しん発生時対応に分かれる。平時対応としては，定期予防接種対象者への積極的ワクチン接種勧奨，児童生徒の予防接種状況の把握，教職員の麻しん対策（予防接種など）が主である。

麻しん発生時対応として，１名でも麻しん患者またはその疑い者が発生すると，学校は厳重監視期間におかれる。学校医・保健所など関係者・関係機関への連絡と，情報収集・児童生徒への情報提供・児童生徒の出席停止や学校閉鎖措置など感染拡大防止策の策定・決定・実施を行う必要がある。学校閉鎖期間についても，麻しんの潜伏期が10～12日と長いことから，潜伏期以上の期間として14日という数字が例示された。最後の麻しん患者と児童生徒や教職員の最終接触日から４週間以上新たな麻しん発生がない場合，終息宣言を出すことができる。最近海外への移動教室を行う学校も増えてきたが，厳重監視期間中における海外への移動教室の実施については厳しい注意事項がある。

麻しんそれ自体が，かつては「命定めの病」と言われたように恐ろしい病気である上，麻しん発生による学校行事への影響も計り知れない。国立感染症研究所のホームページからは，「はしかから身を守るために」という麻しん教育啓発ビデオを見ることもできる。学校においても学校保健委員会などを通じ予防接種率向上のための努力啓発を期待してやまない。

参考文献
１．国立感染症研究所感染症情報センター作成，文部科学省監修・厚生労働省：学校における麻しん対策ガイドライン，平成20年３月

（弓倉　整）

3. 児童生徒の健康管理

「3―1．栄養状態」「3―2．循環器」「3―3．呼吸器」「3―4．腎・尿路」では，主に文部科学省による平成19年度学校保健統計調査（速報値）をもとに，栄養状態，循環器，呼吸器，腎・尿路について補足的事項とともに述べる。「3―1．栄養状態」では東京都教育委員会が行った「健康づくり支援のための基礎調査」の一部を紹介するとともに，呼吸器の分野では，平成19年3月に出された文部科学省の「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」と平成20年4月に出された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の内容を一部紹介し，最近の動向に触れる。

3―1．栄養状態

文部科学省の学校保健統計調査[1)]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。小学校・中学校・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）および健康状態（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，耳鼻咽頭疾患・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・異常の有無およ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。

肥満度＝(実測体重－身長別標準体重)／身長別標準体重×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2.78％，12歳が12.41％，15歳で13.47％，17歳が12.87％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13.47％である。女子では5歳が2.79％，12歳で9.47％，15歳が9.87％，17歳が9.23％であり，

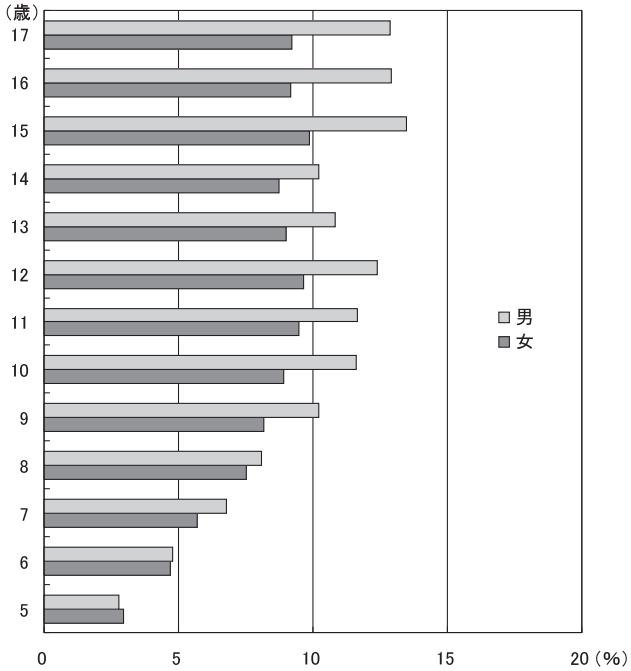


図1　平成19年度　年齢別　肥満傾向児出現率

ピークはやはり15歳の9.87％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グラフである。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0.26％，12歳で2.38％，15歳で2.38％，17歳で1.38％だった。女子は5歳で0.43％，12歳で4.01％，15歳で2.38％，17歳で1.42％であった。痩身傾向は男子より女子に多く，8歳頃から痩身傾向児が増え始め，特に12歳で4.01％と小学6年でピークを迎え，中学・高校に

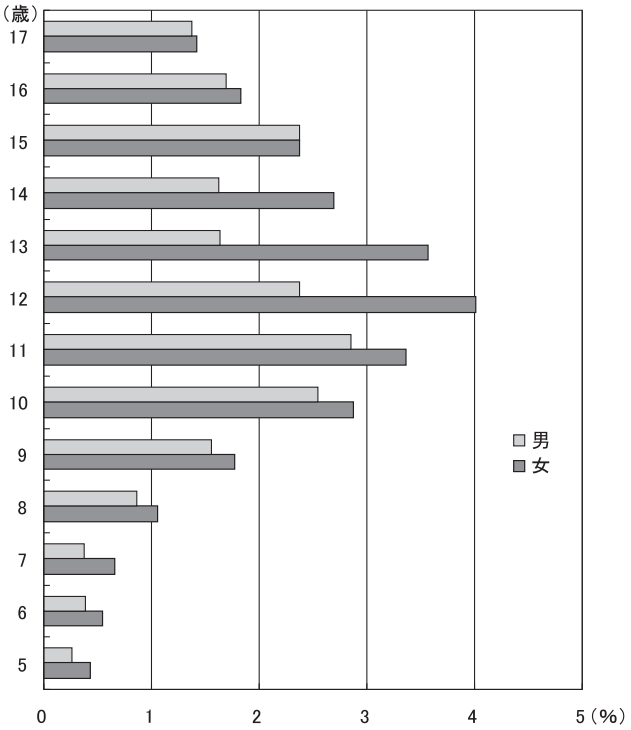


図２　平成19年度　年齢別　痩身傾向児出現率

なるにつれて緩やかに減少していく。

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，

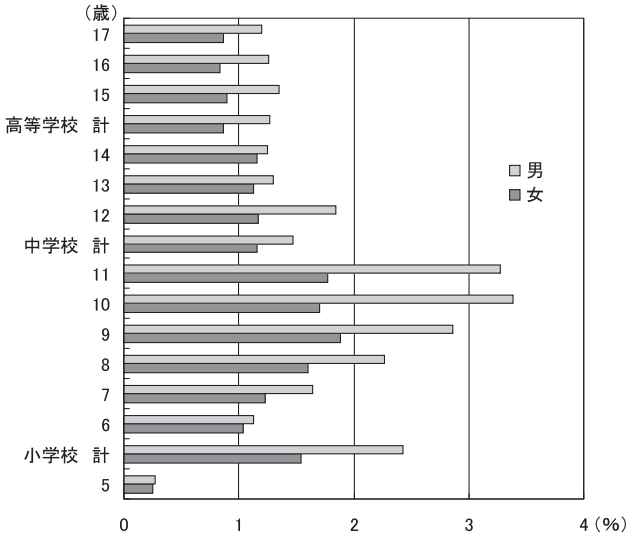


図３　平成19年度　栄養状態の問題を指摘された者の割合

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。

栄養状態の指摘は，小・中・高等学校の学校種別では中学・高校に比し小学校に多く，痩身傾向と逆で男子に多い。特に10歳男子の3.39％，11歳男子の3.39％が栄養状態の指摘を受けている。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。

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，「この一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（肥満傾向にある程），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，BMI≦19.0以下の「やせ傾向」にある女子生徒にも約６割に「体重を減らしたい」という強い「やせ願望」があることがわかった[2)]。既にやせているにもかかわらず，もっと痩せたいという，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がある。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）

3―2．循環器

学校保健法と学校保健施行規則によって，昭和48年以降，小・中・高等学校の１年生の全員が心臓検診を受けることになった。学校心臓検診は，心臓に異常のある児童生徒を早期発見し，適切な事後措置を行うことで突然死や心臓病の悪化を防ぎ，また過度な運動制限を受けることなく安全安心な学校生活を送ることができるようにすることを目的として実施されている。心電図検査の有用性が広く認識されるようになった結果，平成７年度から小・中・高等学校の１年生全員に心電図検査が義務付けられた。

小・中学校では，主に省略４誘導心電図と心音図を行う施設が多いが，12誘導心電図で記録している施設もある。通常，問診表，学校医診察，心電図検査から異常のある者を抽出して，精密検査を行い，診断の確定後，事後措置として学校生活管理指導区分の決定に当たる。**図１**は各学校種の１年時心電図検査で何らかの心電図異常を認められた者の割合である。小学１年生男子は2.84％，女子は2.12％，中学１年男子3.56％，女子2.91％，高校１年男子3.83％，女子2.6％と年齢が高くなるにつれて心電図異常は増加する傾向がある。

学校管理下での突然死数は高校生が最も多く，中学生がそれに次ぐ。年齢が高くなるにつれて不整脈など心電図異常は増加する傾向にあり，中学・高校で心電図異常率が高いことは大切なポイントである。

学校心臓検診で，何らかの異常が認められた場合，事後措置として管理指導区分を決定され「学校生活管理指導表」に基づく生活管理を行う。必要に応じて医療機関を受診する場合もある。学校生活管理指導表ができる以前は，心臓病管理指導表，腎臓病管理指導表，糖尿病管理指導表の三つがあったが，平成14年度から新しい「学校生活管理指導表」が出来，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。旧管理指導表と基本的な理念に大きな違いはないが，それまであった「医療区分」がなくなったほか内容も詳細で，現場で使いやすくなった。

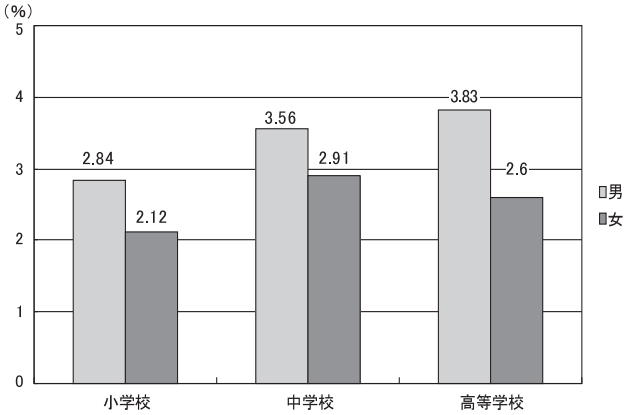


図１　心電図異常の割合の有無

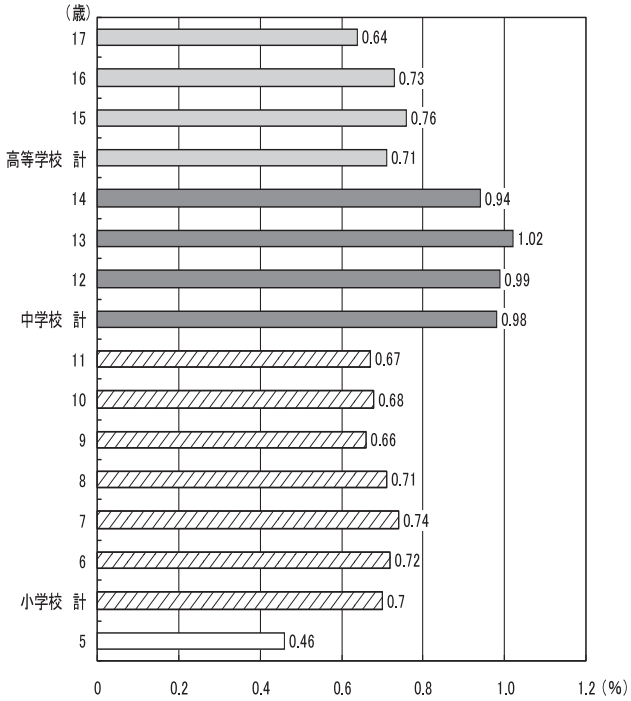


図２　平成19年度　年齢別心臓の疾病・異常の割合

図２は，年齢別に心臓の疾病・異常（心膜炎，心包炎，心内膜炎，弁膜症，狭心症，心臓肥大，その他の心臓疾患・異常の者。心電図異常のみの者は含まない）を示す者の割合である。

心臓疾患・異常を持つ者の割合は小学校が0.70％，中学校が0.98％，高校が0.71％だった。心電図異常や突然死は中学・高等学校で多いが，疾患・異常の有無という観点からは中学生がやや多い傾向にある。疾患・異常の数と重症度は必ずし

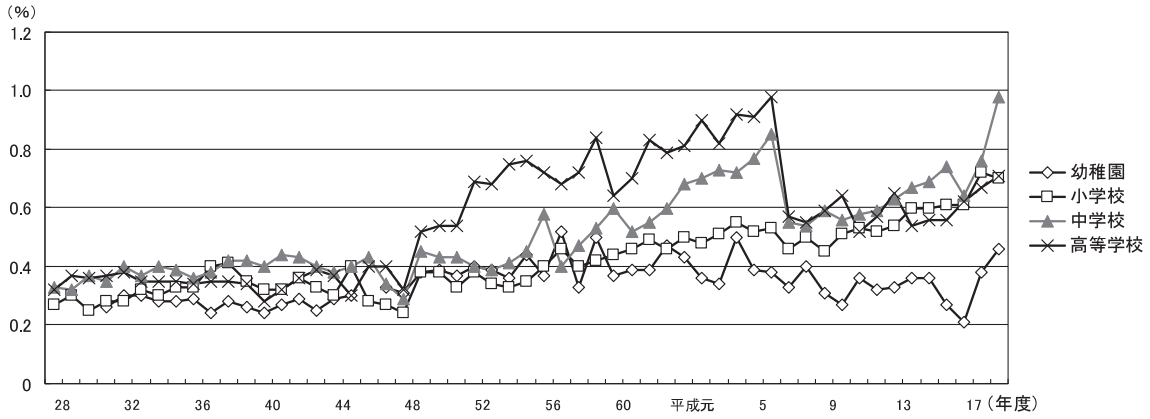
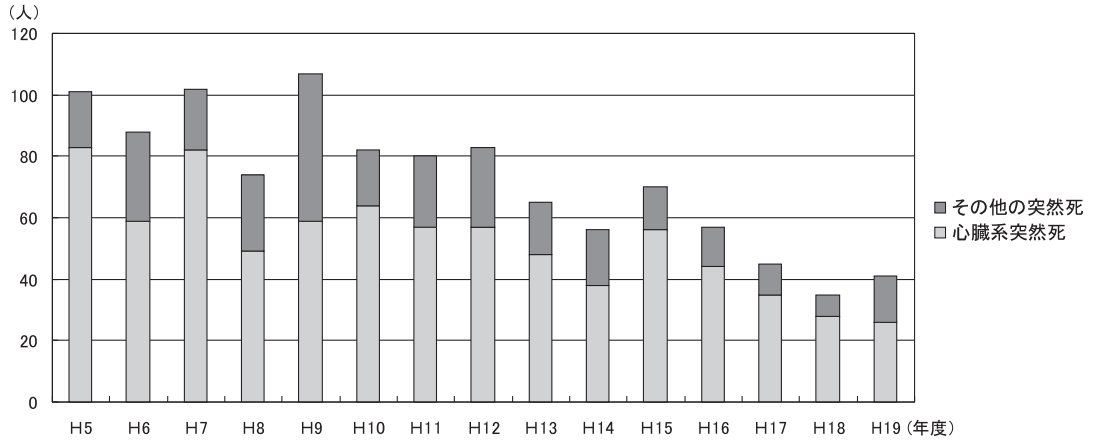


図 3　年度別　学校種別　心臓疾患・異常の有無

も一致しないという解釈も可能だろう。また中学・高校になるにつれ，運動量が増加するということも，中学・高校に心臓系突然死が多い理由として考えられている。

図 3 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。昭和49年から高等学校での割合が高くなるが，これは昭和48年の学校心臓検診の開始とほぼ一致する。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。



(独立行政法人日本スポーツ振興センター統計調査)

図 4　学校管理下の突然死の推移

図 4 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19年度の数値は速報値）。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[3)4)]。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てよい。ただし，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。

（弓倉　整）

コラム 学校生活管理指導表　区分の理解と解説

このコラムでは，主に心臓検診と尿検診で使われる学校生活管理指導表について述べる。平成20年４月から日本学校保健会より発表された「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」については指導区分の表記方法に違いがあるため，まずそれについて述べる。

心臓検診と尿検診用の指導区分は，それぞれ許容される運動強度に応じてＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅで分けられているのに対し，アレルギー疾患用学校生活管理指導表は，「病型・治療」，「学校生活上の留意点」の二つの大項目に分けられ，その中の中項目としてＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄなどのアルファベットが使われている。例えば「気管支ぜんそく」なら「病型・治療」分類内で，「Ａ．重症度分類（発作型）」「Ｂ－１．長期管理薬（吸入薬）」「Ｂ－２．長期管理薬（内服薬・貼付薬）」「Ｃ．急性発作治療薬」「Ｄ．急性発作時の対応」という具合で，その下にさらにチェック項目がある。

心臓検診，尿検診用の指導区分は，Ａ：入院または在宅医療が必要なもので，登校・登園はできない，Ｂ：登校・登園はできるが運動は不可，Ｃ：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとっての軽い運動にのみ参加可，Ｄ：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとっての中等度の運動にまで参加可，Ｅ：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとっての強い運動にも参加可，となっており，ある児童生徒がＤ区分なら，それだけでどの運動まで可能か分かるようになっている。以前は医療に関する指導区分（１：要医療，２：要予防内服，３：要観察）があったが平成14年の改訂で廃止された。つまり心臓検診・尿検診用学校生活管理指導表の指導区分はＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅで理解できるのに対し，アレルギー疾患用では，アルファベットは大項目内の中項目分類にすぎず，内容を理解するためには全体を吟味して読む必要がある。学校現場では混同しないよう留意を願いたい。

心臓検診と尿検診の管理指導区分の話題に戻る。この指導表では指導区分は前述したようにＡ，Ｂ，Ｃ，Ｄ，Ｅの５段階で分けられ，Ｅが最も軽い指導区分で運動部活動の可否によって「可」，「禁」が付加される。ただし「禁」でも，マネージャーや記録係としての部活動を妨げるものではなく，希望者には「ただし書き」の項目が作られ学校生活をより豊かに過ごせる配慮がされている。

学校関係者にとって分かりにくいのは，「軽い運動」「中等度の運動」「強い運動」という運動強度の分け方であろう。これは便宜的に分けられたもので，平均的児童生徒にとって，日常生活，軽い運動（早い歩行，やや早い歩行），中等度の運動（おそい持久走，おそいかけ足・ジョギング），強い運動（競争的持久走，早い持久走，普通の持久走）を行った際の心拍数，酸素摂取量からおおよその目安として定義されたものである。例えば小中学生の軽い運動時心拍数は１分当たり90～150，中等度の運動では150～170，強い運動では170～210，短時間の激運動では180以上というデータがある。しかも運動には個人差が大きいため，平均的児童生徒という言葉を使用している。学校現場で心拍数をいちいちチェックするのは困難なため，おおよその目安として運動強度の定義が作られた。「軽い運動」「中等度の運動」「強い運動」の定義内容については文献を参照されたい。

なお、等尺運動は筋肉が短縮せずに強い筋力を発揮するもので，息こらえをすることで無酸素運動になりやすく，心臓に負担がかかりやすい。例として十字懸垂，脚上挙静止，倒立などがあるが，学校現場では厳密な等尺のみのものは少ないと考えられ，体の移動距離が短く強い力を必要とする運動も含めることになっている。筆者は重量物の運搬，綱引き，腕立て伏せなども注意するよう指導している。この管理指導表が導入されてからすでに６年が経過する。学校における適切な指導を望む。

参考文献
1．財団法人日本学校保健会：学校心臓検診の実際，スクリーニングから管理まで，平成20年改訂，2008.
2．財団法人日本学校保健会：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン，2008.

（弓倉　整）

3―3．呼吸器

学校における呼吸器の健康管理で問題になるのはインフルエンザや感冒などの感染症であるが，これについては「感染症」の項を参照していただきたい。ここでは「結核検診」と「ぜんそく」の動向について述べる。

1．結核

結核予防法の改正により，平成14年11月に小・中学校におけるツベルクリン検査とBCG接種が中止され，その後学校保健施行規則が改正され，15年度から問診表，学校医の診察および結核対策委員会による新たな結核検診が導入された。

結核検診の対象は，小・中学校の全学年の児童生徒であり，まず問診表で本人の結核既往歴の有無，予防内服歴，家族の結核既往歴，WHOの示す「結核高まん延国」での居住歴，自覚症状，過去のBCG接種の有無について尋ねる。学校医は問診表を参考に内科健診を実施し，自覚症状や治療歴の確認などを行い，結核対策委員会での検討対象者になるかどうかを判定する。学校はこれらの結果を踏まえ，結核対策委員会に書類を提出する。結核対策委員会は，提出された書類から精密検査が必要かどうかを判定し，精密検査が必要とされた児童生徒には胸部レントゲンなどの検査を行い，必要な事後措置を行う。

図1は，結核対策委員会で検討を必要とされた者と，結核精密検査対象となった者の割合である。結核対策委員会の要検討となる者は，小学1年生の6歳が特出して最も多く1.6％だった。しかし要精密検査となったのは0.52％である。7歳以降は，結核対策委員会に送られる率は0.5％前後，実際に精密検査を受ける率は0.1％前後となっている。学校保健統計上，平成19年度に小・中学校で結核と表されたのは，高等学校15歳の0.04％だけであった。

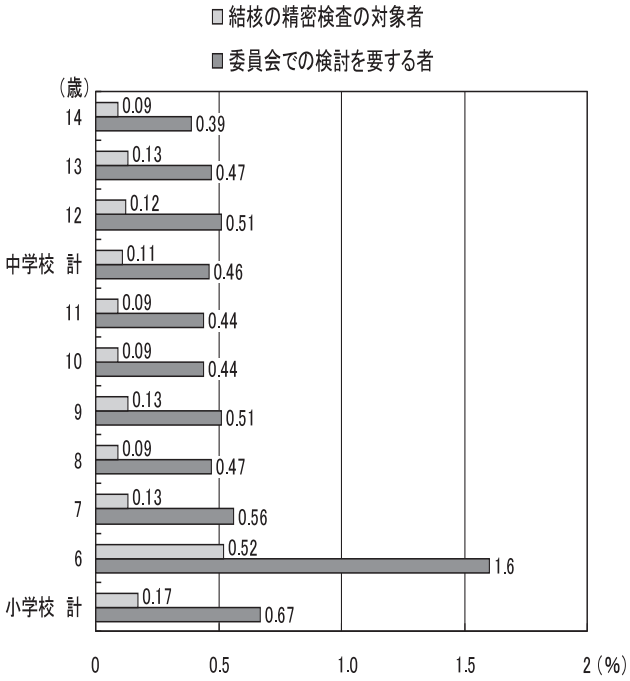


図1　平成19年度　年齢別　結核検診の割合

現在，定期健康診断で結核が発見される率は低下しており，結核検診の手法も大きく変わった。しかし日本は世界的に見れば，いまだに結核の「中まん延国」である。20歳代，30歳代の罹患率の増加も懸念されているほか，基礎疾患を持った高齢罹患者の増加，一部の大都市集中や地域格差などの問題も抱えている。学生では学習塾などでの集団感染の報告もある。結核が主要な感染症の一つであることに変わりはなく，今後も慎重な対応が必要である。

2．ぜんそく

ぜんそくは年々増加しつつあり，体育や移動教室の際の管理，学校生活でのQOL，発作時対応など学校でも大きな問題になりつつある。**図2**は，昭和42年度から平成19年度までの学校保健統計調査における年度別ぜんそくを持つ者の割合であり，ぜんそくがほぼ毎年のように増加し続けているこ

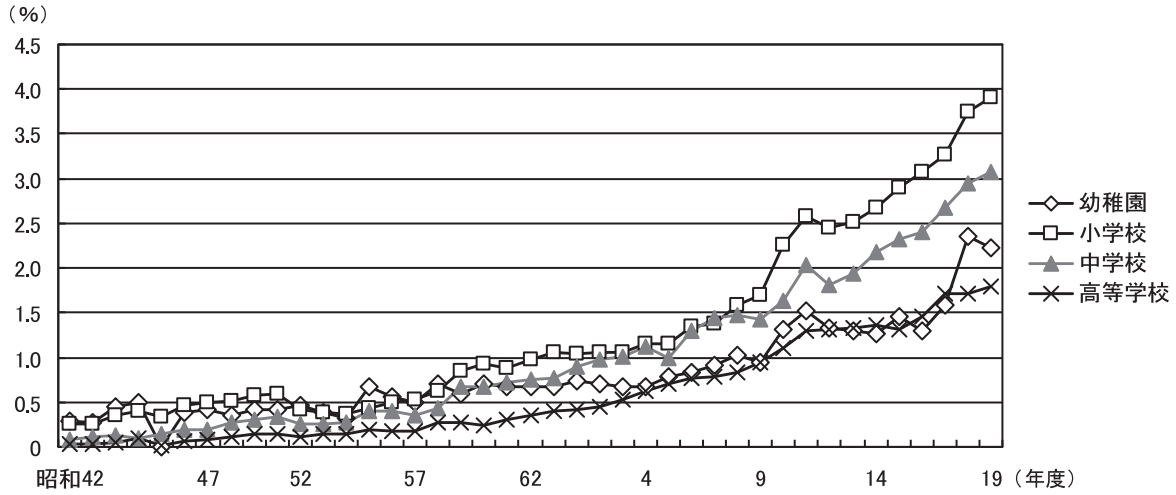


図２　学校種別　ぜんそくを持つ者の割合

とが分かる。学校種別では小学校に多く，中学がこれに次ぐ。

図３は，平成19年度の年齢別ぜんそくを有する者の割合である。全年齢で男子に多い。男女合計でも小学校が3.91％と最も多く，中学校3.08％，高等学校1.8％であった。ぜんそくの増加については，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年に報告書が出た。これを受けて平成20年４月に「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」が日本学校保健会より出された。

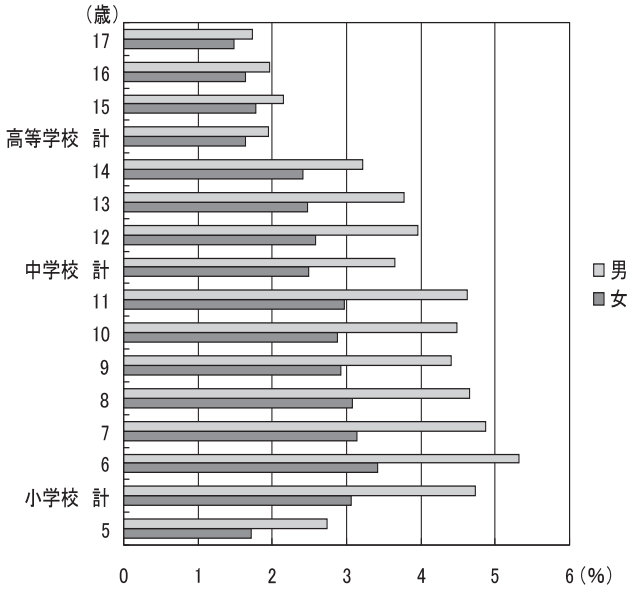
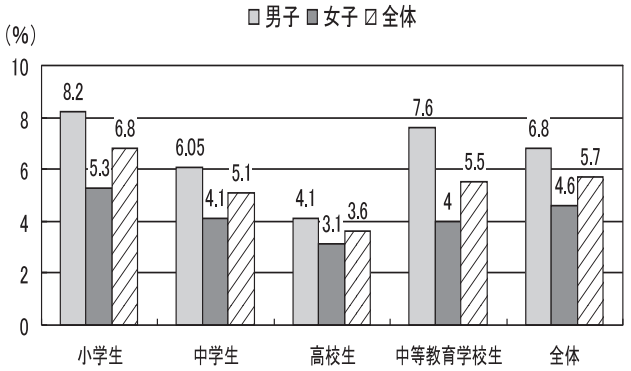


図３　平成19年度　ぜんそくを持つ者の割合

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学校・中学校・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，ぜんそく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。ぜんそくの有病率は学校種別で小学校6.8％，中学校5.1％，高等学校3.6％，中等教育学校が5.5％，全体で5.7％だった（**図４**）。



（文部科学省：アレルギー疾患に関する調査研究報告書）

図４　児童生徒のぜんそくの有病率

図３の学校保健統計の数字より，この調査の方がぜんそくの有病率が高い。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＞非都市部の傾向や，沖縄が低率などの傾向は同様である。

本調査によれば，ぜんそく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，重症のぜんそく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％で体育の授業等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）を参照されたい[5]。

４．「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」[6]は，平成20年３月に発行されたもので，⑴気管支ぜんそく，⑵アトピー性皮膚炎，⑶アレルギー性結膜炎，⑷食物アレルギー・アナフィラキシー，⑸アレルギー性鼻炎の５疾患に対して，学校における対応や配慮について記載された。アナフィラキシーにおけるエピペン（アドレナリン自己注射薬）注射については，今まで教職員はアナフィラキシーを起こした児童生徒が自分でエピペンを打つ時に補助という形でしか協力できなかった。今回のガイドラインでは，ショックになった児童生徒が意識を失うなど，自分でエピペンを打てない状況の場合，教職員が人命救助のためやむを得ずエピペンを打っても，その責任は問われないと考えられるという踏み込んだ表現がなされた。

同時にこれらのアレルギー疾患に対する「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」が公表された。学校心臓検診と尿検診の「学校生活管理指導表」は，検診で抽出された児童生徒がそれぞれ心疾患・腎疾患の有無と生活上の管理指導を受けるために必須で，検診事後措置に組み込まれている。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」の普及はこれからであり，今後広く利用されることを望む。

（弓倉　整）

コラム　アレルギー疾患とエピペンの取り扱いについて

1．はじめに

平成16年度の文部科学省アレルギー性疾患に関する調査研究委員会による全国の小中高生約1,200万人の各種アレルギー性疾患の有病率が報告され，気管支喘息5.7%，アトピー性皮膚炎5.5%，食物アレルギー2.6%，アナフィラキシー0.14%，アレルギー性鼻炎9.2%，アレルギー性結膜炎3.5%という結果であった。アレルギー性疾患の児童は各クラスに必ず存在すると思われるが，食物アレルギーやアナフィラキシーに対する学校での正しい理解や適切な対応は不十分である。

2．食物アレルギーに関して

学童期の食物アレルギーは基本的には即時型の食物アレルギーが中心となり，病型としては即時型，口腔アレルギー症候群，食物依存性運動誘発アナフィラキシーの三つに分類される。原因としては牛乳，鶏卵，小麦などが多いが，ソバ，ピーナッツ，甲殻類，果物など多岐にわたる。学校生活上最も問題になることは学校給食である。食物アレルギーへの対応が行われているかどうかは都道府県や市町村ごとに異なっている。本来であればすべての生徒たちに対して給食が提供されるべきであるが，クラスで一人だけ弁当を食べているというような事態も全国で日常的な状態である。食物アレルギーへの対応の充実の基本はまず学校関係者に正しい知識を持ってもらうことから始めるべきで，その上で各給食センターや調理場の実態に合わせて対応できる範囲を定めていくべきである。学校給食においても全国で毎日のように健康被害が起きていることも事実である。家庭科で食物を取り扱う実習や牛乳パックの回収など食物アレルギー児にとって健康被害が引き起こされるような場面も学校生活では認められる。さらに一生に一度の修学流行などに食物アレルギーが原因で参加できないようなケースも存在する。

エピペンとその使用法

3．アナフィラキシーに関して

アナフィラキシーはアレルギー反応の最重症な症状として，時には命にかかわることもある緊急の対応を必要とする状況である。アナフィラキシーの原因として最も多いのは食物アレルギーであるが，そのほかにもハチ刺傷，運動，食物＋運動（食物依存性運動誘発アナフィラキシー）などが原因として挙げられる。有病率は0.14%であるので，各学校に必ずそのような児童が存在し得ると考えられる。アナフィラキシーの症状として最も危険なのは呼吸器系の症状として呼吸困難（喉頭浮腫，喘鳴など）を呈する場合である。学校関係者としてまず行うべきは症状の把握であり，重症度の適切な評価である。緊急時の対応（搬送先の確保，保護者との連絡など）は保護者との間で取り決めておくべきであるが，すべてのケースでそのようなことが行われていないのが現状である。

4．エピペンについて

アナフィラキシーの際に最も有効な薬剤はアドレナリンの自己注射（商品名：エピペン，**写真**）である。しかし，医療関係者にもその効果が正しく認識されているとは言えず，今後啓発活動が必須である。呼吸器症状が出現した際などのアナフィラキシー症状に対して患者自身と保護者が使用することは認められているが，学校生活では薬剤の保管や緊急避難として第三者が使用することは認められている。今後エピペンを救急救命士がメディカルコントロール下で業務として行うことになっていく方向で厚生労働省が検討を進めている。　（海老澤元宏）

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，原発性糸球体腎炎や腎尿路形成異常による疾患が多く，治療や成長に伴い改善・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[7)]。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，早朝第一尿として，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一尿を持参させる。女子の場合，生理日の採取では蛋白や血液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おり，二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。

尿検診は一次スクリーニングで尿検査を行い，異常のある児童は，二次検尿として尿の再検査を受ける。二次スクリーニングは，一次から三次検査まで検査実施機関が行い「三次集団精密検査」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，二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三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１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。小学校では男女合わせて0.66％と低いが，中学校では2.41％，高等学校では2.49％に増加し，男女別では男子に多い傾向がある。蛋白尿陽性でも，小学生から中学生に多い起立性蛋白尿のように，体位により蛋白尿が出やすい児童もおり，蛋白尿が陽性だからといってすべてが異常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る。尿沈渣中に，腎臓の糸球体から漏れ出た蛋白や赤血球などが柱状に固まって見える円柱（硝子円柱，赤血球円柱，白血球円柱など）が見られると，より腎炎の可能性が強くなる。

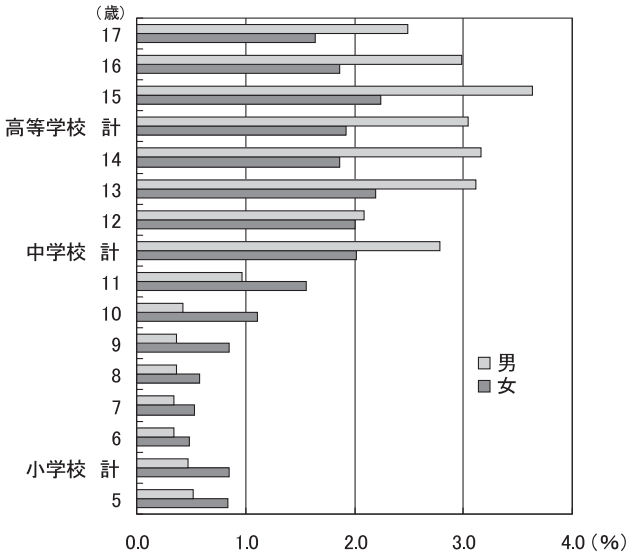


図１　平成19年度　尿蛋白検出の者の割合

図２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0.17％，中学校で0.22％，高等学校では0.21％で，小学校より中学・高校に多い傾向があるが男女差は認めにくい。

腎・尿路疾患の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が使われている。生活管理指導表の詳細についてはコラム「学校生活管理指導表　区分の理解と解説」を参照されたい。

図３は学校保健統計から見た年齢別尿糖検出者

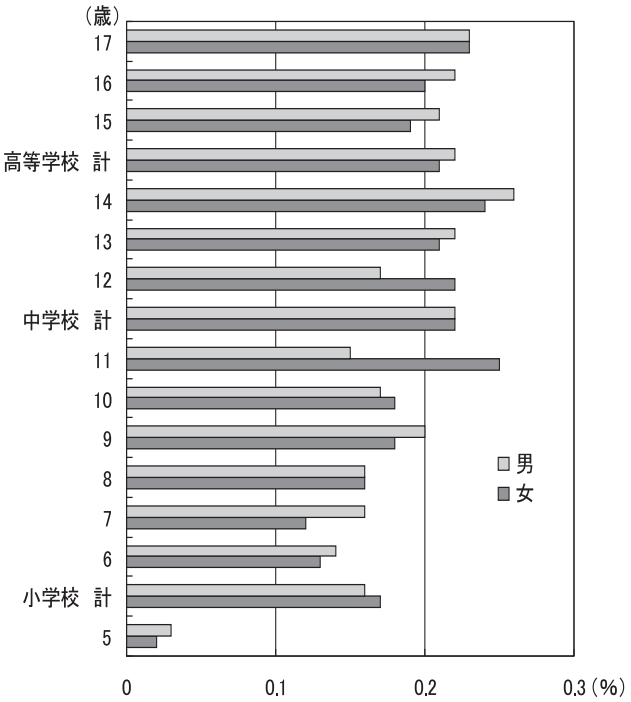


図２　平成19年度　腎臓疾患を指摘された者の割合

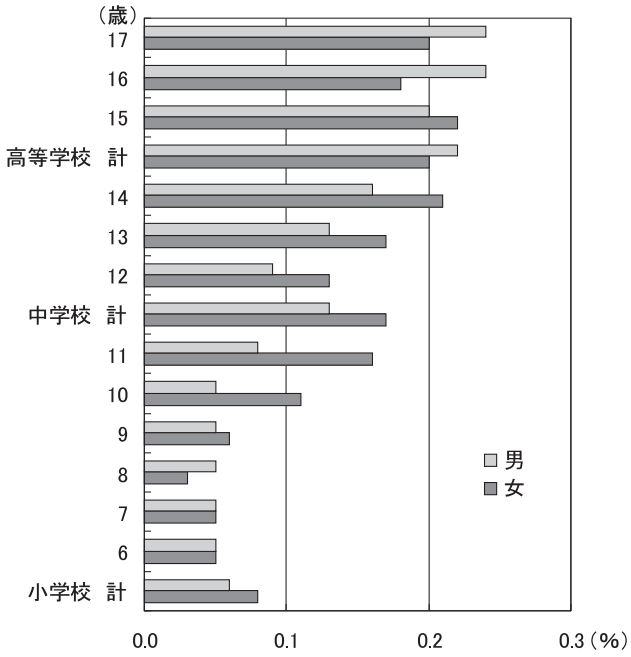


図３　平成19年度　年齢別　尿糖検出者の割合

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一尿を採取するため，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おり，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糖尿病の多くは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がある。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対応することが望まれる。

（弓倉　整）

参考文献（第Ⅰ章３―１～３―４）
１）平成19年度学校保健統計，文部科学省HPより
２）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，平成19年３月
３）独立行政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，平成16年３月
４）独立行政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（平成16年度），平成17年３月
５）文部科学省アレルギー疾患に関する調査研究委員会：アレルギー疾患に関する調査研究報告書，平成19年３月
６）財団法人日本学校保健会：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン，平成20年３月
７）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，平成15年３月
引用
平成19年度学校保健統計：文部科学省ホームページ
http ://www.mext.go.jp/

コラム　川崎病と学校生活

川崎病は，1967年に川崎富作（現　日本川崎病研究センター所長）が世界で初めて報告した[1)]。様々な分野の研究者が検討を重ねてきたが，未だに原因は不明である。日本の川崎病発生率は世界で最も高い。しかも，最新の全国調査によると，近年の少子化にもかかわらず川崎病発生人数は年々増えている。2005年，2006年には１万人以上の患者発生が報告された[2)]。

川崎病は，４歳以下の子どもがなりやすく，発熱，“テカテカパンパン”になる手足のむくみ，皮膚の発疹，眼球結膜の充血，唇が赤くなること，首のリンパ節の腫れなど，症状の組み合わせから診断が行われる。これらの症状が揃うには４～５日かかる上，すべての症状が出るとは限らないため，時にその他の病気との鑑別が難しい。治療には，大量ガンマグロブリン点滴静注療法およびアスピリン投与が行われている。

川崎病が子どもの病気の中で重要視される大きな理由は，発症すると一部が冠状動脈瘤という後遺症を残すからである。診断がついて初期治療が適切に開始されても，すぐに熱が下がらない子どもが15～20％程度おり，治療が奏功しない場合は後遺症を残す可能性が高くなる。冠状動脈は，心臓の表面を走っている心臓の筋肉に栄養を送っている２～３mmの血管である。川崎病の子どもの冠状動脈を心臓超音波検査で観察すると，発症２週ごろには10～15％程度に冠動脈の拡大が見られ，１カ月を経過しても３～４％程度に冠動脈の拡大あるいは瘤状の変化が見られる。

急性期を過ぎても冠状動脈に変化が残っている場合には，血管全体の変化を確認する目的で心血管造影等の検査が行われる。検査の結果によっては，体育も含めた生活制限を行いアスピリン等の薬を飲む必要性が出てくる。重症川崎病の冠状動脈にみられる変化は多様で，形の変化が極端であるほど年余を経て血管の壁に石灰化などの変化を起こし，血管の内腔は狭くなり最終的には血栓閉塞による心筋梗塞を発症する。特に，血管の直径が８mmを超える巨大冠状動脈瘤の場合は注意を要するとされている。

従って，学校管理下では後遺症の有無を把握することが重要である。冠状動脈の変化がみられなかった場合，あるいは一過性であった場合は，おおむねその後の学校生活に支障はなく同年代の子どもと同様に体育や部活動へ参加することができる。後遺症が残っている場合は，その程度により状況が異なる。できれば運動制限の必要性と投薬内容，その他の注意点等を確認するために主治医と連絡を取ったほうが良い。

この病気は発見されてからまだ40年余りであることもあり,「後遺症を残さなかった子どもは，成人したときに動脈硬化や心筋梗塞発症の危険性が高いのか」という疑問に対する明確な結論は出ていない。しかし，いずれにしても，偏った食生活やたばこが心血管系に悪い影響を与えることが知られているので，学校保健関係者は，健全な食習慣や防煙の重要性を教育していく必要があるだろう。

参考文献
1．川崎富作：指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜淋巴腺症候群：自験例50例の臨床的観察．アレルギー16：178-222，1967.
2．柳川洋，中村好一：川崎病疫学の国際比較．日本臨床66：237-245，2008.

（井上佳也）

3―5．眼　科

はじめに

視機能の発達は６～８歳でほぼ完成する。就学期を迎える子どもたちは通常「1.0」の視力を持っている。それまでの視機能の発育過程に何らかの異常があった場合には就学年齢においても「1.0」の視力は得られず，早急な治療が求められる。平成２年に３歳児健診に視聴覚検査が導入され，各都道府県が主体となり全国で３歳児視覚健診が実施された。平成９年度からは実施主体が市町村に移管され，斜視，弱視が早期発見され，多くの幼児が弱視治療を受けることができるようになった。

しかし日本眼科医会の３歳児視覚健診の全国調査によると，二次健診において35.1％の受診漏れがあり，二次健診において36.0％は精密検査を受けていない。三次健診（精密検査）での異常発見率は72.7％と非常に高いことを考えれば問題である。それだけに検査に漏れたものや３歳以降の健診として，幼稚園，保育園，就学時健診での視覚健診，小学校入学後の定期健康診断は非常に重要である。

近視の原因のほとんどは眼軸延長型であるが，それを助長することには遺伝的なものや発育期の環境，近業作業などの環境因子が考えられている。近業作業による調節によって眼軸の延長を生じるとの見解があるが決着はついていない。このような学説が曖昧な中，子どもたちを取り巻く学校や家庭での視環境の急速な変化は近視の増加との関連が推測されている。近視の増加を背景にコンタクトレンズ（CL）装用者の低年齢化が指摘されており，CLを装用する中高生は今も増え続けている。

今回，屈折異常と視力そして眼疾患，オルソケラトロジー，学校生活管理指導表に基づくアレルギー疾患対策，学校での色のバリアフリー，プール後の洗眼などにつき述べる。

１．屈折異常と視力

⑴斜視・弱視

眼位の異常はその程度により，弱視や立体視などの両眼視機能の障害を招くこともあれば，眼の疲れを引き起こしやすく，集中力に欠けるなどの症状で現れることもある。外斜視や外斜位では近視の場合が多く，適切な眼鏡を装用することにより軽減する場合が多い。内斜視では高度な遠視を伴う場合が多い。内斜視は外斜視に比較して弱視の発生頻度が高く注意を要する。

弱視の発生頻度は人口の2.0～2.5％であり，就学前における発見率は1.3～3.0％である。斜視，弱視は治療の開始年齢が早いほどその効果がある。視機能の発達は６歳ごろまでにほぼ完成し，視覚系の感受性により８歳ごろまでで完成する。６歳ごろからの弱視治療では遅いといわれる。また６歳を過ぎると健眼遮蔽などの弱視治療に抵抗する子どもたちが少なくない。弱視を見逃された子どもたちは生涯にわたり矯正視力の改善は不可能である。斜視，弱視は軽度の場合には３歳児の視聴覚健診で見逃されやすく，就学時や定期健康診断における視力検査，眼の疾病検査は重要な意味を持つ。眼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健診を兼ねている現状がある。地域における医師偏在が主な原因であり，何らかの改善策が望まれている。

小学校入学後も健診に漏れた弱視の症例が発見される例が後を絶たない。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。すべての斜視，弱視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。

⑵裸眼視力低下者の増加

文部科学省の平成19年度学校保健統計調査（**図1**）によると児童生徒の視力は「裸眼視力1.0未満の者」の割合は小学校が28.1％，中学校が51.2％，高等学校が55.4％で，昨年度に比べて中学校が1.1％の増加となった。小学校が0.3％，高等学校が3.3％の減少となった。幼稚園と中学校では昭和54年度以降最も高い値となり，小学校では減少したといっても最も高かった昨年の28.4％に次いで高い値であった。

「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学校，中学校，高等学校を通じて見られただけに，小学校，中学校における今後の視力の動向には注意を払いたい。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6.5％，中学校で20.3％，高等学校で26.1％となっており，昨年度に比べて小学校で0.3％，中学校で0.1％，高等学校で0.7％とそれぞれ減少したが，平成17年以前に比し小学校，中学校では高い。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。これら視力低下の原因のほとんどは近視によるものと考えられている。

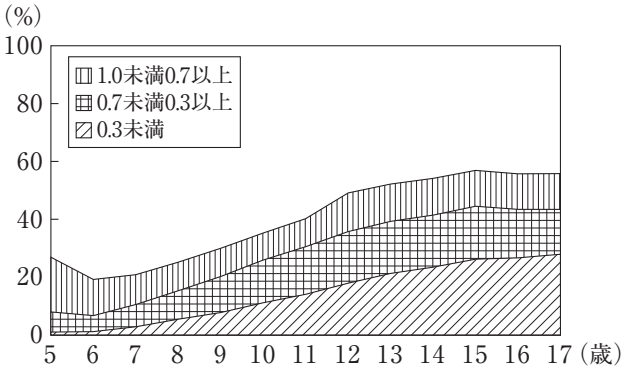
生下時の眼軸は約17mmであり，成長により眼球は前後に長くなり成人では24mmとなる。また生下時の屈折はほとんどが軽度の遠視であるが，成長に伴い眼軸は延長するため，遠視の軽減とそれに続く近視化が生じる。軽度の遠視では裸眼視力はよいが近視では軽度であっても裸眼視力は低下する。つまり学年が進むのに伴い裸眼視力は徐々に低下する。

携帯ゲーム，携帯電話が小学生にも普及し始めたことに加えて，パソコンなどに伴う近業作業は近視化を助長し，裸眼視力低下者の増加につながっていることが推測されている。なお近視を矯正する方法はレーシックに代表される角膜矯正手術などに限られており，20歳未満の者は適応外とされている。チラシや雑誌広告の訓練などの民間治療は評価されておらず，公正取引委員会の指導が実施されている。

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あるが，軽度の場合は視力検査での発見は難しく，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。オートレフラクトメーターなどを使用した屈折検査の必要性が指摘されている。

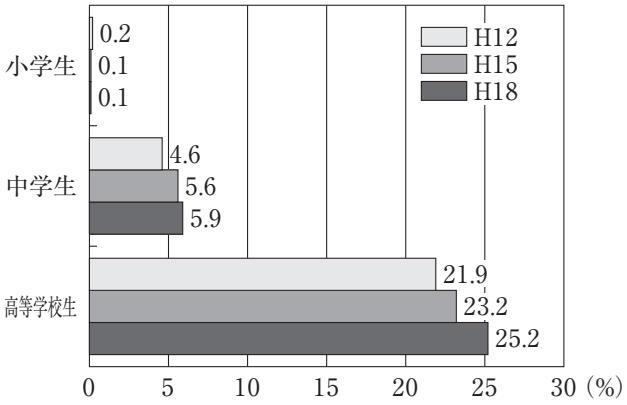
⑶コンタクトレンズ（CL）

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が0.1％，中学生が5.9％，高校生が25.2％であった。平成12年，平成15年の調査に比し，小学生での増減はなかったが，中・高校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



（文部科学省：学校保健統計調査，平成19年度）

図1　年齢別裸眼視力1.0未満の者の割合



（日本眼科医会：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78⑻，平成18年度）

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

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が49.3％，高校生が57.6％と半数前後であり，平成12年度は中学生が58.3％，高校生が68.7％であり，平成15年度は中学生が51.5％，高校生が60.4％と減少している。さらにCLの検査を定期的に受けていない生徒は中学生が14.9％，高校生が12.9％であり，平成12年度は中学生が29.1％，高校生が34.2％であり，平成15年度は中学生が13.7％，高校生が14.8％と減少した。CLの啓発活動の効果が表れたと推測される。しかし，学校でのCL装用者は年々増加している。

平成15年度に日本眼感染症学会が実施した感染性角膜炎全国サーベイランスでは，感染性角膜炎症例のCL装用者は41.8％を占め，CL装用が最も高い危険因子であった。10～19歳の原因はほとんどがCL装用であった。中高生にはCL装用が重篤な角膜感染症の原因であることを認識させる必要がある。

CLによるトラブルの多くは，酸素不足，感染，アレルギーである。CL装用による酸素不足により角膜が脆弱となり，レンズに付着した細菌による角膜潰瘍などの感染や汚れたレンズによるアレルギーが生じる。角膜は血管を持たない透明な組織で，外気から涙を通して酸素を取り入れて呼吸をしている。１～２年間使用するレンズは酸素透過性が悪く，装用時の角膜の酸素濃度はエベレスト山頂上と同様であり，酸素透過性のよいCLでも富士山頂上と同程度になるため長時間の装用は避けた方がよい。装用時間が長いほど眼障害は増加するが，12時間以上の装用で発生することが多い。

ここ数年，治療困難な「アカントアメーバ角膜炎」という重篤な角膜感染症が多発している。原因はレンズとケースの汚染である。ソフトCLの消毒の多くはMPS（多目的用剤）というレンズケア用品であり，１本で洗浄，消毒，すすぎ，保存を兼ねるが，消毒効果が弱い。消毒効果を有効にするレンズのこすり洗いは必須であるが，不適切な装用指導や，装用者自身がそれを実行していないことや，販売メーカーの中にこすり洗い不要などと広告しているメーカーがあり，問題である。さらにケースが汚染源となるので，ケースはよく洗浄し，乾燥させるべきである。このような重要なことを軽んじることは避けたい。

経済産業省はインターネットによるCL販売は平成18年度が平成17年度の27.1％増加と報告している。インターネット販売や通信販売は医師による診療を介さないでCLを提供していることが多く，適切な指導がなされないなど問題がある。

オルソケラトロジー（オルソK）は，就寝時のハードCL装用による近視矯正法であり裸眼視力の向上が期待できる。しかしオルソKに用いるハードCLは平成20年８月現在，薬事法未認可であり，高次収差（ピントのずれ）の増加，小児のアカントアメーバ角膜炎などの重篤な角膜感染症の報告が散見され，長期間装用や視機能未成熟な子どもへの影響なども不明であるため，使用は避けた方がよい。日本眼科医会の平成18年度全国学校でのCL調査では，オルソK装用者は中・高校生ではそれぞれ0.2％，小学生が11.1％であった。また，業者による学校の野球部などへの営利的介入などの報告がある。以上を踏まえ，平成20年７月に出た日本コンタクトレンズ学会のオルソKのガイドラインでは適応年齢は20歳以上としている。

CLを安全に使用するためには，眼科専門医による処方と適切な装用指導が必要であり，装用者は，定期検査の受診，適正な装用時間，レンズケアの遵守，メガネの併用，異常時にはCLを中止して眼科専門医を受診することが必要である。学校関係者は保健指導や健康教育を積極的に行ってほしい。

⑷眼　鏡

眼鏡は近視などの屈折異常に最初に選択される重要な矯正用具である。CLと異なり眼に直接触れないため安心だが，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。授業時の装用指導など，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いたる例もあるが，実際には極めて少ない。テニスやバドミントンなどではスポーツ眼鏡の使用を推奨する。

一方，度数の合っていない眼鏡をかけると眼精

疲労や眼痛，頭痛を引き起こす原因ともなる。児童生徒の屈折や調節力の特性を考えて，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。眼鏡店が医師の処方に基づいて眼鏡を作成するべきであるが，実際には眼鏡店が眼鏡を処方している。眼鏡店で調節機能などの眼機能や眼疾患の検査を行うことは法律で規制されているため，適切なレンズ眼鏡を処方されていることが疑わしいだけではなく，眼症状が生じたり疾病を見逃すこともあるので注意したい。

2．眼　疾　患

⑴感染性眼疾患

学校保健法で規定されている眼の感染症，咽頭結膜炎はプール熱ともいわれ，「第二種学校感染症」の飛沫感染する感染症で，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に分類され，「主症状が消退した後２日を経過するまで」が出席停止期間とされる。流行性角結膜炎と出血性結膜炎は「第三種学校感染症」の学校において流行を広げる可能性があるものに分類され，接触感染で生じ，「症状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるまで」が出席停止期間とされる。流涙と眼脂を伴う強い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。

原因はアデノウイルス，エンテロウイルスであるが，これらのウイルスには特効薬がなく，自身の免疫機構がウイルスを駆逐する。混合感染を抑えるため抗生物質や抗菌剤などの点眼薬を使用するが，伝染性が消失するまで１～２週を要し，時に遷延することがある。感染者を隔離する意味でも出席停止は必要であり，伝染性が強く集団に感染するため，十分な感染防御と適切な指導が必要である。

⑵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，花粉（スギなど）などをアレルゲン（原因）とする季節性のものと，ダニやハウスダストなどの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や白内障や網膜剥離などを合併することもある。

春季カタルは強いアレルギー反応により上眼瞼結膜の石垣状乳頭増殖を生じ，角膜障害により視力低下を招くこともある。症状が強く眼科で長期間加療を受けることが多い。幼児に多く，就学年齢に達するころには緩解するが，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上眼瞼結膜に乳頭増殖が生じる疾患で，ソフトCLの汚れが主な原因である。

平成20年４月，日本学校保健会はアレルギー疾患で管理や配慮を必要とする児童生徒に対した「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）活用のしおり」を全国の学校へ配布した。学校生活管理指導表は従来，心臓および腎臓疾患に実施されており，新たにアレルギー疾患が追加されたものである。眼科のアレルギー疾患では，眼科学校医に病型・治療，学校生活での留意点について記載してもらい，学校生活においての配慮を推進させるねらいがある。

⑶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，サッカーなど，球技のスポーツ眼外傷が増えてくる。エアガンやレーザーポインターなどによる眼外傷がある。眼は障害を残す割合が他部位より高いことを知っておきたい。化学の授業における薬品の扱い，グラ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。眼外傷に対する応急処置のことがよく取り上げられるが，眼科学校医などから情報を集めることが重要である。

⑷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，突然視力低下を指摘されることがある。眼疾患がないのにもかかわらず矯正視力が低下している。これは心因反応にて視力表が読めなくなる状態で心因性視覚障害と呼ばれ，しばしば視野の異常を伴う。小学生の女子に多く，いわゆる「よい子」が罹患しやすい。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などが背景となるが，問題はストレスで，家庭内や学校での問題など容易に解決できないことが多い。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て，適切に対応したい。

⑸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希望者に対する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を継続している地区も散見されるが，その実施状況はさまざまである。

学校関係者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置いて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例，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，ボールペンの「赤」は採点・添削には不向きなこと，校内の掲示物の配色には色のバリアフリーを心が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。また中学校，高等学校の進路指導では一部の航空・商船高専などの進学や，パイロット，航海士，鉄道関連などでは就職において色覚の制限が残っている場合があるため，進路先の色覚制限の扱いを調査しておくことは極めて大切である。

日本学校保健会は色のバリアフリーのリーフレット「みんなが見やすい色環境」を作成し，平成20年春，私学を含む全国の幼稚園から高校までの教員全員へ配布した。リーフレットは日本学校保健会のホームページからダウンロードでき，色覚バリアフリーQ&Aも詳細に記載されているので利用したい。

３．そ　の　他

⑴プール後の洗眼とゴーグル使用について

平成20年２月に「洗眼：プール後の洗眼は逆効果，感染しやすく」との報道がされ，プール後の洗眼につき論議があがった。水道水に含まれる塩素により角結膜上皮が障害されるとの報告であるが，50秒間洗眼後の結果であり，実際は５秒以内であるため，現実的ではない。プール後の洗眼により，角結膜上皮に影響があることは認めるが，細菌やウイルスなどを洗い流す効果を否定する資料はない。プールの塩素濃度が常に一定に規準値を保っていれば，消毒効果は期待でき，感染の可能性も低いが，そうでないこともある。

平成20年８月に日本眼科医会は「プールにはゴーグル使用が望ましい。またプール後の水道水による簡単な洗眼は行ってよいが，積極的に推奨するものではない。なお児童生徒の体質によっては，学校医の指導のもと，プール後に防腐剤無添加の人工涙液の点眼や，簡単に水道水で目のまわりを洗うなどの対応も必要である」という見解を示した。

（宇津見義一）

3―6．耳鼻咽喉科

1．耳鼻咽喉科定期健康診断に関して

⑴耳鼻咽喉科学校医配置状況について

平成12年より16年までの５年間の耳鼻咽喉科定期健康診断の疾患調査[1]で，小学生では４人に１人，中学生では５人に１人が何らかの耳鼻咽喉科所見を有していることが明らかとなった。児童生徒の健康状態を把握し，十分な治療と適切な対応を取るためには耳鼻咽喉科医による定期健康診断は欠かすことができない。今回，全国の耳鼻咽喉科学校医の配置状況に関して日本耳鼻咽喉科学会が平成19年に調査を行った[2]。対象は全国の公立小中学校の約80％であった。小学校の耳鼻咽喉科学校医配置率は73.7％，中学校での配置率は73.2％であった。また，耳鼻咽喉科学校医の未配置校であっても，耳鼻咽喉科医による定期健康診断が行われている学校は48.8％あり，したがって学校医配置校を含めた小中学校の耳鼻咽喉科健診率は86.0％であった。過去の調査と比較しても耳鼻咽喉科学校配置率，健診率ともに増加しているが，今後，島しょ地やへき地での耳鼻咽喉科健診の充実が課題として残されている。小田氏[3]は岩手県での無医地区の健診を，県内の開業医全員が参加してカバーする体制を確立したことに関する報告をしている。これをよき参考として，児童生徒全員が耳鼻咽喉科専門医による健診を受けられる体制づくりが求められている。

⑵定期健康診断におけるプライバシー保護に関して

個人情報保護法が平成17年４月から全面施行された。われわれが関与する定期健康診断でも，あるいは学校保健全体を見ても今後はこの個人情報保護を抜きに考えることはできず，プライバシーの保護は私たち医師にも重要な課題となっている。日本耳鼻咽喉科学会でも平成18年１月に開催された日本耳鼻咽喉科学会学校保健全国代表者会議で「プライバシーに配慮した定期健康診断のあり方とトラブル防止について」の協議を行った[4]。この協議において，健診でのプライバシー保護について，具体的に早急に実施可能なものとして，「パーティション（遮蔽板）の利用」「症状の記号・番号化」「診断名の記号・番号化」「結果通知の封入」「全員（所見なしを含む）への結果通知」などが挙げられた。酒向氏[5]は川崎市の定期健康診断におけるプライバシー保護に関する報告で，プライバシーの問題に関心を持ってはいても，実際にそれを実施しているのはまだ少数にとどまっているとの実態を報告した。

2．耳鼻咽喉科学校保健最近の話題について

⑴「耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル」発刊[6]

耳鼻咽喉科学校保健においては定期健康診断を中心とした保健管理活動は当然重要な柱であり，この普及と充実を図った上で，今後は健康教育にも重点をおいた活動が求められている。平成18年の日本耳鼻咽喉科学会学校保健全国代表者会議においても「健康教育の実践」の協議が行われた[7]。日本医師会でも新しい学校医活動の中で健康教育のあり方に関して検討され，その研究補助金によって2007年８月に「耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル」が刊行された。このマニュアルは平易な文章で耳鼻咽喉科の疾患をわかりやすく解説し，児童生徒にも十分理解できるものとなっている。また耳鼻咽喉科の健康教育の目的とあり方についても解説しており，今後広い分野でこのマニュアルが活用されることが期待される。

⑵日本学校保健会「睡眠時無呼吸症候群調査研究委員会」の活動

児童生徒の睡眠の実態に関しては，夜更かしによる睡眠不足など，生活環境や生活習慣の問題と

して扱われることが多いが，中には扁桃肥大やアデノイド，アレルギー性鼻炎などの疾病が原因となる睡眠時無呼吸症候群が，小児の身体発達や性格や行動，学業へ悪い影響を及ぼすことが最近報告されるようになった。

日本学校保健会では，小児睡眠時無呼吸の調査・研究，啓蒙を目的に，2006年７月に「睡眠時無呼吸症候群調査研究委員会」をセンター事業として立ち上げた。2007年には「睡眠と日常生活についてのアンケート」を実施して，その結果を現在解析している。また，2008年には小冊子を作成し，全国の小中学校に配布するとともに，同様の内容を日本学校保健会のホームページ上の学校保健ポータルサイトに掲載し，学校教育関係者や保護者に対する啓発活動を展開することとなっている。

⑶「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

前述の５年間の耳鼻咽喉科定期健康診断の疾患調査[1]でも，アレルギー性鼻炎は小学生，中学生ともに有所見率が最も高く，かつ増加傾向にある疾患であった。今後の児童生徒の健康管理を行う上で，アレルギー性鼻炎は喫緊の課題といえよう。文部科学省でも，アレルギー疾患の子どもが「安全・安心」に学校生活を送ることができるように「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を発表した[8]。耳鼻咽喉科でもアレルギー性鼻炎の児童生徒が学校で適切な管理や配慮を受けることができるよう，このガイドラインを参考にして指導・援助する必要がある。

⑷耳疾患，聴力検査に関して

学校保健法施行規則により学校においては奇数学年と小学２年での選別聴力検査が義務付けられている。この学校における選別聴力検査は新生児期や１歳半健診での聴力スクリーニング，３歳児健診時の聴力検査に続く小児の聴覚管理の重要な検査で，JIS規格に合格したオージオメータが使用される。遠山氏[9]は，大阪府の小中学校における，オージオメータの規格や校正の実態を調査した。前回の平成７年の調査と比較した結果，前回より格段に改善されていると報告した。

宇高氏[10]は，軽度から軽中等度の難聴がありながら，見逃されたり，気付かれても適切な対応がなされなかったため，就学後にはじめて補聴器装用を開始した症例について報告した。軽中等度の難聴児が，現状の健診による検査でも見逃される恐れがあることを指摘し，検診方法の見直しを含めて耳鼻咽喉科医の積極的な関与の必要性を訴えた。また，軽中等度難聴であっても，言語発達や情緒面での悪影響や学習障害にも結びつくため，積極的な補聴器の装用が必要であり，保護者をはじめとした周囲にもこのことを十分に理解させることが重要であると指摘した。

⑸鼻・副鼻腔疾患について

沖中氏[9]は宇部市の小・中学生のアンケートの結果，スギ花粉症の有症率は小学生で9.1％，中学生で13.2％で，年齢とともに有症率が増加する傾向を認めたことを報告している。スギ花粉症をはじめとした季節性のアレルギー性鼻炎は今後も増加していくと思われる。普段は無症状であっても，シーズンになると激しい症状を来すこのような児童生徒に対しては，耳鼻咽喉科医によるきめ細かな生活管理と指導が必要であり，前述の「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を活用することが望まれる。

⑹音声言語の問題について

橋本氏[12]は，現状の定期健診では，音声言語異常が半数しか診断されておらず，学校医も音声言語異常の診断に積極的でないなどの問題を提起した。日本学校保健会では，平成８年に音声言語の問題について「声と話しことばの健康」を作成し，日本耳鼻咽喉科学会でも「学校保健での音声言語障害の検診法」（通称「赤本」）で診断方法を提起するとともにビデオ「子供の構音障害」も作製し音声言語異常の診断の普及を図ってきた。平成14年には学校保健法施行規則の一部が改正され，就学時健康診断での音声言語検査の方法がこれに沿った形で提示されている。今後も音声言語検診はさまざまな面で重要であり，その方法について十分に検討しなければならない。

⑺その他

定期健康診断で使用する健診器具の滅菌・消毒

については平成５年日本耳鼻咽喉科学会より，感染予防のため20分以上の煮沸ないしはオートクレーブでの消毒が推奨され，それ以後各地において，器具の滅菌配送システムなどさまざまな取組がなされてきている。川原氏[13]は平成９年度より高松市において使用しているディスポーザル健診器具について報告した。従来の器具を用いる方法に比べ，簡便で欠点も問題にならないとのことで，健診における感染予防の一方法として注目される。

（玉虫　昇）

参考文献

1）日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会：耳鼻咽喉科健康診断の全国定点調査, 日本耳鼻咽喉科学会会報108巻８号, 2005年８月
2）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，2008年１月
3）小田澄：岩手県公立学校の耳鼻咽喉科校医の配置状況と検診実態，耳鼻咽喉科学校保健の動向，2006年１月
4）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，平成2006年１月
5）酒向司：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月
6）日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会：耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル，2007年８月
7）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，2006年１月
8）文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン，学校生活管理指導表（アレルギー疾患用），日本学校保健会，2008年３月
9）遠山祐司：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月
10）宇高二良：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月
11）沖中芳彦：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月
12）橋本紘治：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月
13）川原孝文：第38回全国学校保健・学校医大会誌，2007年11月

miniコラム

明治期：学校衛生のはじまり

日本における近代学校教育制度は，1872（明治５）年に発布された「学制」により始まる。1879（明治12）年には「学制」が廃止され，新たに「教育令」が制定された。さらに1886（明治19）年には「小学校令」「中学校令」「帝国大学令」「師範学校令」のいわゆる「学校令」が公布され，今日に至る学校体系と教育制度の原型が整えられた。

学校教育制度が整備される中で，学校において子どもの健康を管理する，そして発育発達を推進するための制度が整えられた。これらを「学校衛生（School Hygiene）」と呼び，1945（昭和20）年の終戦後は「学校保健（School Health）」と改められた。

日本における学校衛生は，1891（明治24）年，文部省に「学校衛生事項取調嘱託」として三島通良が着任したことに始まる。三島は全国各地の学校衛生状況を調査し，その結果を政策に反映させる試みを行っている。これ以降，1896（明治29）年には文部省に学校衛生顧問および学校衛生主事が置かれた。また同時期に，有識者による学校衛生顧問会議が設置されている。

学校衛生の始まりと発展の一端は，学校環境衛生として「学校清潔方法」（明治30年１月），子どもの発育発達として「学生生徒身体検査規程」（明治30年３月），学校医の設置について「公立学校ニ学校医ヲ置クノ件」（明治31年１月），感染症予防について「学校伝染病予防及消毒方法」（明治31年９月）に見ることができる。

（七木田文彦）

3―7．皮膚科

1．学校保健への皮膚科の関与

現時点で学校医は，各学校に学校医３名分の予算が地方交付税で確保されているものの，内科・小児科，耳鼻科，眼科が主体になって，学校保健管理が行われている。何らかの必要性に迫られた場合に学校専門校医（専門相談医）として，皮膚科，整形外科，産婦人科，精神科が関与する。しかし日本全国でその制度が行われているわけではなく，皮膚科に関して言えば，専門相談医は文部科学省の「平成16―18年度学校地域保健連携推進事業――学校専門校医（専門相談医）制度」として各府県に予算が組まれ，19年度も同様に継続中となっている。日本臨床皮膚科医会（日臨皮）が専門相談医制度への参画状況アンケート調査の結果では，47都道府県中，平成19年度新規参画地域は２地域増え，36地域（77％）となった。事業内容は，学校専門校医としての派遣は14地域（39％），教職員・養護教諭を対象とした研修会・講演会19地域（53％），PTAを対象とした研修会・講演会10地域（28％），電話相談・新聞などによる啓蒙活動，「皮膚の日」講演会など７地域（19％）であった。学校医・皮膚科医としての活動より講演・啓発などの面からの関与が主体であった。

さらにこれらの講演・研修会に使用するために，「アトピー性皮膚炎―学校生活における管理と指導」「おしゃれ障害―“きれいになりたい”から始まる健康障害」「紫外線と皮膚―ホントは怖い紫外線」「紫外線と皮膚―学校生活における指導と対策～」「紫外線保健指導マニュアル2006；準拠～」「学校保健における感染症―学校伝染病：疾患とその対応」について，それぞれ初版または2007年度改訂版を編集した。

一方で，日本小児皮膚科学会（日小皮）にも学校保健について検討するワーキンググループが設立されている。日本臨床皮膚科医会（日臨皮）の活動とその目的および行動が同じ視点に立ち，同じ活動内容であることから，共同の問題として取り上げていくことが決定され，平成18年度から取り組んできている。平成19年度はさらに共同活動について再確認した。

2．昨今の問題

⑴学校生活における紫外線

紫外線の効能については，ビタミンＤ合成に関与してクル病予防，殺菌効果などが言われてきたが，現在ではそのマイナスの影響が大きく取りざたされてきている。この問題についてはすでに平成19年度学校保健の動向で取り上げたが，あえて再度記述したい。

子どもたちが太陽にさらされる機会は非常に多い。しかも地球環境の変化によって起きてきた紫外線のより負の効果がグローバルレベルであらためて問題になってきている。乳幼少時期に曝露された紫外線によって皮膚癌の発生に関するリスクが増大することが分かってきたからである。平成18年日小皮と太陽紫外線調査研究委員会が全国小学校約3000校を対象に行った紫外線防御対策実施状況調査では，1147校から回答され，50％余の小学校で何らかの紫外線対策を行っているとの結果が出ている。しかし現実的には，対策といってもプールの日よけ，長袖・帽子の着用であり，一方でプール授業にサンスクリーン剤の使用を禁じていたり，今でも炎天下で帽子もかぶらないで体育授業が行われるなど矛盾点も指摘されている。しかも紫外線を避けなければならない膠原病の疾患児童や日やけどを起こしてしまう色白の児童への理解・配慮が不十分との報告もある。厚生労働省が母子手帳で，さらに環境省がマニュアル作成し，紫外線に対する注意を喚起している一方で，文部科学省がまだ紫外線対策に統一的対応をしていな

い点については検討しなければならない。

前述の日臨皮制作のCDでは，「紫外線と皮膚――学校生活における指導と対策」（すでに「紫外線と皮膚――ホントは怖い紫外線」が作られていたが，よりわかりやすい教材もと，環境省発行の「紫外線保健指導マニュアル2006」に基づいて改訂）が作られた。これらは日臨皮のホームページで見ることができるが，一覧の価値がある。

⑵学校プール授業とサンスクリーン剤

①紫外線と学校保健

さて，ヒトの皮膚には色素細胞や免疫機能に作用する細胞などが存在して，外部からの刺激を防御している。特に紫外線に対しては，色素細胞の作るメラニン色素が吸収して保護作用をしている。メラニンが多い肌は黒くなり（sun tanning），その保護力によって紫外線に対しても強いが，色白の肌は紫外線によって赤くはなっても（sun burning）なかなか黒っぽくならない。すなわちそれだけ紫外線に対して抵抗性が低い。

ところで太陽から降り注ぐ紫外線のUVA，UVB，UVCのうち，UVCは地球に到達する前にオゾン層などで傷害され，地上に達しない。地球上に達するUVA，UVBのうちUVBが皮膚の細胞のDNA損傷を生じやすい。幼少時から繰り返し紫外線を浴びることで，はじめは修復できていた損傷が修復できなくなると，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言われるゆえんである。そこで1998年には，すでに母子手帳から紫外線浴を勧める文字は消去され，大気浴の勧めとなっている。また，環境省から「紫外線保健指導マニュアル2006（2008年度改訂版が出ている）」が作られたことから，徐々にではあるが紫外線防御に対する認識が浸透してきていることは喜ばしい。

現実的には，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。しかし，欧米では常識的に使用されているサンスクリーン剤の使用に関して日本の学校ではいまだに根強く反対意見も挙がってきている。

②学校保健とサンスクリーン剤

前項で述べたように学校生活における紫外線曝露は少なからず生じてくるものである。

ところがプールに入る際のサンスクリーンいわゆる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，禁じている学校が非常に多い。その最も大きな理由がプールの水がサンスクリーンによって汚染されるからというのが現状である。

第107回日本皮膚科学会総会セミナーにおいて，現在の紫外線対策に対する姿勢が，学校側，養護教諭の立場，学校薬剤師の立場から述べられた。その中で発表された前述の紫外線防御対策実施状況調査によれば，約60％の学校がサンスクリーンによってプール水質汚染があると指摘を受けているが，その指摘者は薬剤師，体育担当者，教育委員会，学校医，保護者，プール管理者その他さまざまであったという。学校側のサンスクリーン使用についての考えは，学習に必要がないものは持ってこさせない，管理上の問題，塗らせる場所がない，必要があるとは思わないなどの回答があったという。特に問題になったのがサンスクリーンによるプール水質汚染である。同セミナーで大阪皮膚科医会の取組が発表された。その中で，2007年夏のプール授業一シーズン終了時，大阪府の公立中学校14校で，ｐH，濁度，遊離残留塩素，過マンガン酸カリウム消費量，大腸菌，総トリハロメタンについてプール水質検査したところ，いずれの項目にしてもサンスクリーン使用許可校，条件付許可校，禁止校の差はまったくなかったと発表された。すなわち皮膚科医としてサンスクリーンの使用を禁止ではなく，自由にしてほしい，必要がある児童生徒が使用可能にしてほしいということを，学校，教育委員会，学校薬剤師会に要望していく必要があると提言された。

学校教育の現場では，サンスクリーンを化粧品と見る向きもあり，これは一種の薬品に相当するものだとの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。

ところで，サンスクリーン・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(Protec-

tion 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。サンスクリーンには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。学校薬剤師会が問題にしているのはこのサンスクリーンに含まれる亜鉛である。秋田の小学校でプール水の水質検査を行った結果では，プール水に溶出している亜鉛量は検出できる量ではなかったものの，薬剤師会を納得させ得るデータをさらに積み重ねていく必要もある。

③学校伝染病

学校伝染病（平成21年度から学校感染症に改訂予定）に関しては，第三種「その他の伝染病」について，日臨皮が平成16年に，対応に関して統一見解をまとめた。この統一見解に関してさまざまな方面から意見が出てきたことから，平成19年再び検討された。さらに日小皮においても共同確認され，両学会の統一見解として平成20年６月再発表された（**表１**）。

特に伝染性軟属腫，アタマジラミに関しては統一見解の重要性が発揮される。伝染性軟属腫に関しては，治療の是非が問題になる。小児に好発し，抗体が出来れば自然治癒するが，それまでに長期

皮膚の学校伝染病について

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？

１）手足口病
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。
口内の発疹で食事がとりにくい，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（りんご病）
顔が赤くなり，腕や腿，体に発疹が出たときには，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ことがありますが，これらは再発ではありません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・小児には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一斉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もありますが，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き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）
水ぶくれや糜爛（びらん）から浸出液を触ったり，引っ掻いたりすると，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沢山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全身症状のある場合は出席停止を必要とすることがありますが，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。

平成20年６月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会

注：学校伝染病第３種「その他の伝染病」に関する日本臨床皮膚科医会の統一見解（平成16年12月公表）は，平成20年６月，日本小児皮膚科学会との共通見解となりました。

表１　平成20年に再発表した学校伝染病についての統一見解

を要し，その間に掻き広げて増数したり，周囲の小児に伝染することを考慮するならば，数が少ないうちに積極的に治療をすることが望ましい。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。一方，近年児童に流行しているアタマジラミは，感染症である。頭を接触させて遊ぶ機会の多い幼児・小学生間に感染者が好発する。発見した場合はその患児の周囲がこぞって治療を始めることが大切である。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，出席停止にする必要はまったくない。

学校保健において「その他の伝染病」については常に質問が多いため，あえて再度対応を掲載しておく。

3．展望

皮膚科領域ではいくつかの大きな団体が活動している。日臨皮，日小皮，日本研究皮膚科学会，その他多々あるが，その背景に屋台骨として存在するのが日本皮膚科学会（日皮）である。現在まで，日皮には学校保健に関する事項を専門に討議する部会がなく，ほとんど日臨皮に下駄を預けた形になっていた。このところ，日皮にも学校保健にかかわる必要性を見直す傾向が現れたことは重要な点である。

例を挙げるならば，平成20年４月，日本学校保健会「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」が導入されたことについても，アトピー性皮膚炎の項は専門の皮膚科が対応すべきだとの現場からの声に対し，動きを見せ始めている。今後，学校保健に対して皮膚科全体のかかわり方を再検討していく時期に来ていることを実感している。

なお，皮膚科医に講演・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）

miniコラム

養護教諭の歴史

養護教諭の歴史は，学校看護婦の歴史と接点を持っている。日本の学校において学校看護婦が誕生したのは，1905（明治38）年９月，岐阜県において学校看護婦を公費をもって雇い入れたのが始まりとされている。1922（大正11）年には大阪市で１校に１名看護婦を配置，同年，文部省は，日本赤十字社から２名の学校看護婦を派遣されたことにより，学校看護婦執務などの研究･実験を行った。

1929（昭和４）年には，文部省訓令「学校看護婦ニ関スル件」が公布されたことにより法規上初めて学校看護婦の規程が明確にされた。そして，1941（昭和16）年に公布された国民学校令の施行に合わせて，学校看護婦は養護訓導として教育職員に位置付けられた。

戦後，養護訓導は養護教諭となり，学校において多くの役割を担うこととなった。近年，養護教諭職務は拡大しており，1995（平成７）年には，保健主事を担当することが可能となり，1997（平成９）年の保健体育審議会答申では，「養護教諭の新たな役割」としてカウンセリング能力の充実などに大きな期待が寄せられた。そして1998（平成10）年には，保健の授業を担当する制度的措置が整備された。

（七木田文彦）

3―8．整形外科

はじめに

社会構造の急速な変化は日本に少子・超高齢化社会をもたらしつつある。そのような日本社会で小児の体躯は20年前と比較して良好となった一方で，その運動能力の低下や生活習慣の乱れが指摘されている。また，運動のしなさ過ぎとし過ぎの二極分化は小児の運動器にさまざまな影響を与えていると推察される。

運動器とは身体活動を担う筋・骨格・神経系の総称であり，筋肉，腱，靭帯，骨，関節，神経，脈管系などの身体運動にかかわる種々の組織・器官によって構成されている。これらの運動器に関係したけがや障害，病気が運動器疾患と呼称される。本稿では，児童・生徒の運動器疾患の実態を明らかにする目的で「運動器の10年」日本委員会の「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」として，島根グループが行った運動器検診の３カ年にわたるデータ[1,2,3]を示して，児童生徒の運動器疾患の罹患実態とその課題について述べる。

1．運動器疾患の発生頻度

児童生徒の運動器疾患の罹患実態を明らかにする目的で島根県雲南市（人口約45,000人）の全児童生徒約5,000人を対象に平成17年から平成19年までの３年間にわたり，雲南市および教育委員会の協力のもとに調査を行った[1,2,3]。方法は雲南市内の全小・中学校・高等学校の児童生徒に，当グループが作成した問診票に基づく一次スクリーニングを行い，“異常あり”とされた要検診者を対象に整形外科専門医による二次検診を行って要三次検診者（医療機関紹介必要者）を抽出した。要三次検診者の割合から運動器疾患の発生頻度を推定するとともに，年齢・疾患特性や運動との関連ならびに経時的変化について分析した。

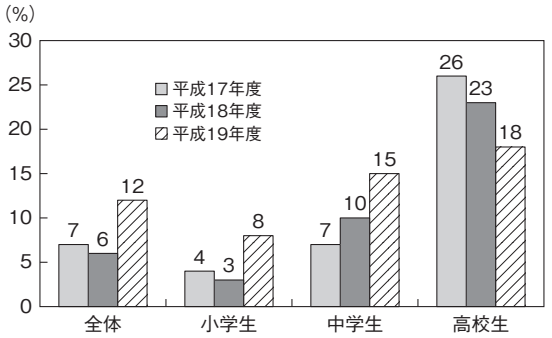


図１　運動器疾患の発生頻度

その結果，平成17年度では運動器疾患の推定発生頻度は全体では７％であり，小学生では４％，中学生では７％，高校生では26%であった（**図１**）。一方，平成18年度では全体で６％であり，小学生で3%，中学生で10%，高校生で23%と推定された。さらに，平成19年度では全体で12%，小学生では８％，中学生15%，高校生18%であった（**図１**）。

以上の検診結果から，普通学校における児童・生徒の運動器疾患の罹患者は少なくとも10～20%は存在すると考えられる。また，学年が進むにつれて，運動器疾患の発生頻度は上昇することが分かった。

2．運動器疾患の種類

平成17年度検診では運動器疾患の内訳は全体ではスポーツ傷害が38名（36%），脊柱側弯症が16名（16%），腰痛症，下肢変形，股関節疾患がそれぞれ８名（８％）であった（**図2-1**）。これに対し，平成18年度ではスポーツ傷害が11名（47%），脊柱側弯症が９名（16%），下肢変形が10名（18%）であり（**図2-2**），平成19年度では脊柱側弯症が30名（36%），スポーツ傷害が17名（20%），上肢変形11名（13%）であった（**図2-3**）。

学年別に見ると，平成17年度では小学生では脊柱側弯症が13名（27%），スポーツ傷害が12名（26%）の順であり，脊柱側弯症，スポーツ傷害

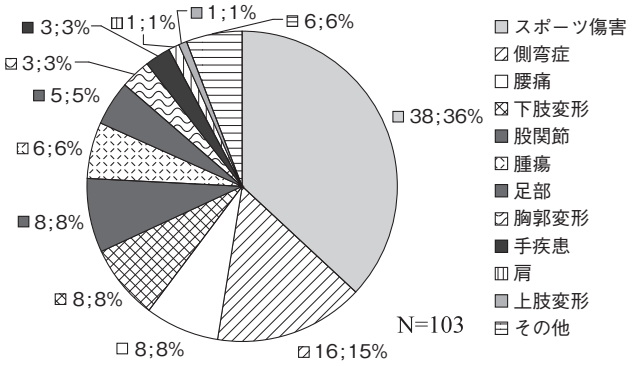


図２－１．運動器疾患の内訳（平成17年度）

が１/４を占めていた。また中学生ではスポーツ傷害が18名（49%）と半数を占め，腰痛症７名（19%）であった。一方高校生では，スポーツ傷害が８名（38%），下肢変形，足部，股関節疾患がそれぞれ３名（14%）であった。平成18年度では小学生ではスポーツ傷害が12名（26%），脊柱側弯症が５名（21%）である一方，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。さらに平成19年度では，小学生では脊柱側弯症が19名（33%），スポーツ傷害が11名（19%）と上位を占め，中学生では脊柱側弯症が７名（29%），スポーツ傷害が６名（25%）と相半ばしていた。

３カ年度を通じて，罹患疾患にスポーツ傷害や

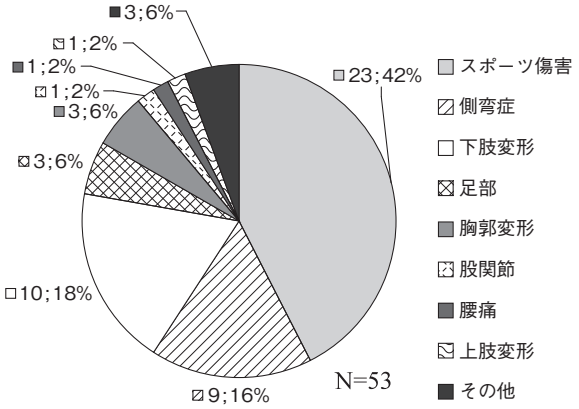


図２－２．運動器疾患の内訳（平成18年度）

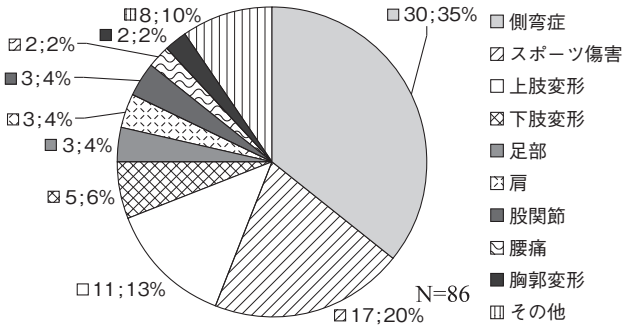


図２－３．運動器疾患の内訳（平成19年度）

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多くなることが判明した。

３．運動器障害の罹患部位

平成17年度では脊柱が28名（26%），膝関節20名（19%），足・足関節が13名（13%），股関節８名（８%）であった（**図3-1**）のに対して，平成18年度では膝関節16名（29%），脊柱が10名（19%），下肢が12名（21%）であった（**図3-2**）。一方，平成19年度では，脊柱が34名（36%），肘関節22名（23%），膝関節20名（21%）であった（**図3-3**）。

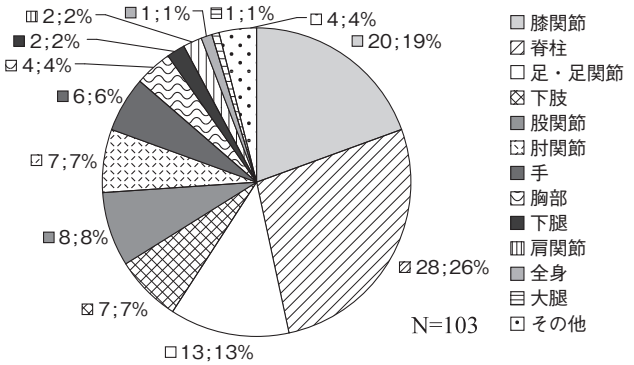


図３－１．運動器疾患の罹患部位（平成17年度）

学年別に見ると，平成17年度では小学生では脊柱が14名（30%）を占め，次いで肘６名（13%），手と足部・足関節が５名（11%）であるのに対して，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%）であり，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。一方，

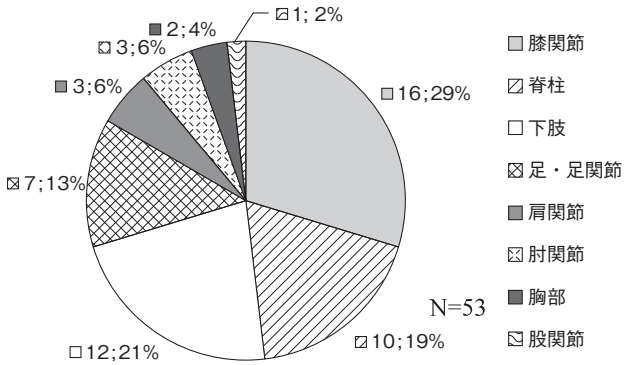


図３－２．運動器疾患の罹患部位（平成18年度）

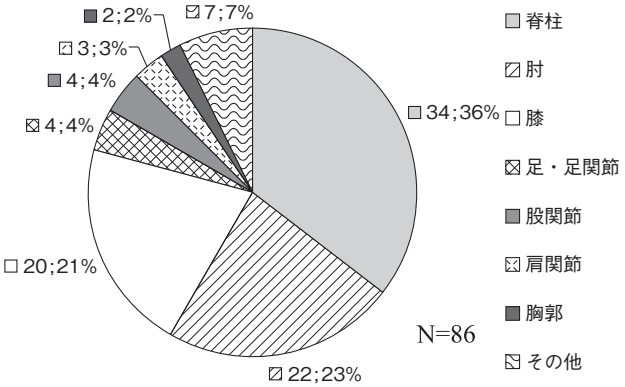


図３－３．運動器疾患の罹患部位（平成19年度）

平成18年では，小学生では膝関節６名（25%），脊柱と下肢が５名（21%）であり，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，高校生では脊柱が２名，下肢が４名であった。平成19年度では，小学生では脊柱が19名（36%），膝関節13名（25%），肘関節9名（17%）であり，中学生では脊柱が11名（48%），膝関節７名（29%），肘関節３名（13%）であって，高校生では脊柱が４名，股関節，胸郭が１名ずつであった。

３カ年度を通じて障害部位では膝関節，脊柱，足部・足関節が１～３割を占めて多いことが判明した。

４．運動器疾患と運動・スポーツ活動との関連

運動器疾患と運動・スポーツ活動との関連を明らかにするために，何らかの運動・スポーツクラブ部に所属している運動部群とそうでない非運動部群の運動器疾患を比較した。

平成17年では運動部群（n=61）では上位３位が，スポーツ傷害30名（49%），脊柱側弯症および腰痛症各７名（11%）であったのに対して，非運動部群（n=44）では脊柱側弯症９名（20%），スポーツ傷害８名（18%），下肢変形６名（14%）の順であった。一方，平成18年度では，運動部群（n=39）でスポーツ傷害21名（53%）と約半数を占めるのに対して，非運動部群（n=14）ではスポーツ傷害は５名（36%）であり，平成19年度でも運動部群（n=51）ではスポーツ傷害20名（39%）であるのに対して，非運動部群（n=34）ではスポーツ傷害は４名（12%）であった。３年度とも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いことが判明した。

５．運動器疾患の経年的変化

３年にわたり，要三次検診（医療機関での精査が必要）と診断された児童・生徒は５名（小学生２名，中学生３名）で約0.1%の発生率であり，内訳はX脚変形，側弯症，左膝外骨腫の疑い，オスグッド病であった。１名は初年度が腰痛症，次年度は右膝内障であった。

また初年度は正常と診断された者のうち，次年度で異常を指摘された者は９名（約0.2%）であり，膝内障が６名，下肢変形が２名，肘疾患１名で小学生４名，中学生４名，高校生１名であった。

一方検診初年度から２年後に異常を指摘された者は14名（0.3%）で，側弯症８名，肘疾患４名，膝疾患１名，漏斗胸１名であり，小学生11名，中学生３名であった。

６．考察

以上の運動器検診結果から，普通学校における児童生徒の運動器疾患の発生頻度は少なくとも10～20%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，齲歯，視力低下に次いで高いものとなり，見過ごすことはできない発生率と考える。

また学年が進むにつれて，運動器疾患の発生率が上昇することや小学生では側弯症とスポーツ傷害が相半ばするのに対して，中学生以降はスポーツ傷害が主たる疾患となる特徴を持っていた。これは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。これ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も明ら

かである。

さらに障害部位では，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判明した。

一方初年度に指摘された疾患が３年間継続して現れているものが0.1%存在することは，検診後の医療機関への受診・連絡体制が不十分である実態を示していると考える。また初年度では，正常でも３年後には異常を指摘されたものが0.3%存在することは，小児の運動器疾患については経時的な観察が必要であることを示している。

平成６年の「学校保健法成功規則の一部を改正する省令の施行および今後の学校における健康診断の取り扱いについて」（文部省体育局長通知）では脊柱および胸郭の検査の際には合わせて骨・関節の異常および四肢の状態にも注意することが補足事項と掲げられている。しかし従来行われてきた定期健康診断では，時間的制約があることや学校医が運動器疾患の診察に対して不馴れであること[1]や具体的基準が明らかでないことから，学校保健統計調査結果と運動器疾患の罹患実態とは乖離があるのではないかと考える。

しかし学校現場では小児の運動器疾患が多いという印象は，養護教諭は抱いており[2]，保護者や運動・スポーツ指導者とも運動器疾患の重要性は認識しており，児童・生徒の運動器疾患の実態や病態・治療に対する教育，専門医への受診指導など，学校医や専門医との緊密な連絡を欲している[3]。少子超高齢化社会となりつつある日本であるからこそ，次世代を担う小児の健康を守り，大切に育むことは大人の重大な責務である。そのためには児童･生徒の運動器疾患に対する早期発見･早期治療のための体制を早急に確立し，充実させていく必要があると考える。

（内尾祐司）

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.

3．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19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，2008.

miniコラム

学校健康診断の歴史

学校健康診断の始まりは，1888（明治21）年に実施された「活力検査」とされている。1897（明治30）年には「活力検査」が改められ，「学生生徒身体検査規程」が公布された。当時の「学生生徒身体検査規程」では，４月と10月の年に２回の検査を実施することとなっていた。今日のように，年１回４月に検査を実施するようになるのは，1904（明治37）年「学生生徒身体検査規程」一部改正によってである。

「学生生徒身体検査規程」は1920（大正９）年に廃止され，新たに発育概評の標準を定めた「学生生徒児童身体検査規程」が制定された。さらに同規程は，1937（昭和12）年に「学校身体検査規程」として改正され，1939（昭和14）年には児童生徒だけではなく，教職員の身体検査規程である「学校職員身体検査規程」が制定された。1944（昭和19）年には「学校身体検査規程」と「学校職員身体検査規程」を廃止・統合し，新たに「学校身体検査規程」が制定された。ここに今日の学校健康診断の基礎が確立された。

（七木田文彦）

3―9．歯科・口腔外科

1．むし歯（う歯）

（%）

区分		昭和51	昭和61	平成9	平成14	平成15	平成16	平成17	平成18	平成19
幼稚園	計	93.9	83.0	71.2	61.5	58.8	56.9	54.4	55.2	53.7
	処置完了者	9.7	24.9	27.7	24.1	22.7	23.0	21.3	21.7	20.7
	未処置歯のある者	84.2	58.2	43.5	37.4	36.1	33.9	33.1	33.5	33.0
小学校	計	94.5	91.2	84.7	73.9	71.3	70.4	68.2	67.8	65.5
	処置完了者	15.0	32.8	40.9	35.4	34.4	33.7	32.8	32.9	31.2
	未処置歯のある者	79.4	58.4	43.8	38.5	37.0	36.7	35.4	34.9	34.3
中学校	計	94.1	91.9	83.7	71.2	67.7	64.6	62.7	59.7	58.1
	処置完了者	29.0	40.8	45.8	40.1	38.2	35.8	34.7	31.9	31.0
	未処置歯のある者	65.1	51.1	37.9	31.1	29.5	28.8	28.0	27.7	27.1
高等学校	計	95.3	94.2	89.4	82.3	77.9	76.0	72.8	70.1	68.5
	処置完了者	29.4	44.2	50.1	48.5	46.7	43.7	42.5	39.4	38.2
	未処置歯のある者	65.9	50.0	39.3	33.8	31.2	32.2	30.2	30.6	30.3

（文部科学省：学校保健統計調査，平成19年度）

表1　むし歯（う歯）の者の割合の推移

文部科学省平成19年度学校保健統計調査報告によると，**表1**に示すように，平成19年度の「むし歯」の者の割合（処置完了者を含む。以下同じ）は，幼稚園53.7％，小学校65.5％，中学校58.1％，高等学校68.5％となっており，すべての校種で前年度より低下している。

「むし歯」の者の割合の推移を見ると，30年前（昭和51年度）にはすべての学校段階で90％を超えており，一時上昇傾向にあったが，昭和50年代半ば以降は低下傾向にある。

「むし歯」の者の割合を年齢別（**図1**）に見ると，17歳が74.1％と最も高くなっている。また処置完了者の割合は，10歳以降未処置歯のある者の割合を上回っている。

12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯など（喪失歯およびむし歯）の数を見ると（**表2**），「喪失歯数」はほとんど変化がないが，「むし歯数」は1.63本となっており，昭和59年に調査を開始して以降，減少傾向にある。また10年前の平成9年度と比較すると，1.7本減少している。

このように，わが国の幼児児童生徒のむし歯の

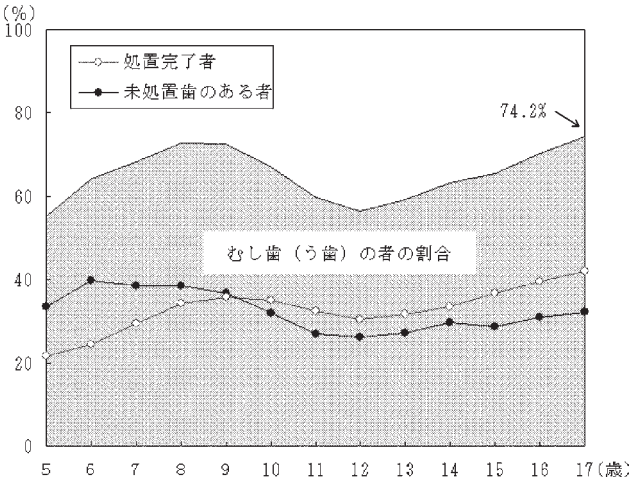


図1　年齢別　むし歯（う歯）の者の割合など

罹患状況は過去に比べ低下しており，またたとえむし歯に被患したとしても進行は慢性化し軽症状態で進む。従って過去のように，むし歯を早期発見し早期治療しないと歯髄を除去し，歯質が崩壊して歯が喪失することも少なくなったとも言えよう。現在の幼児児童生徒の口腔内環境は非常によくなってきている。その最大の要因は日常生活の歯みがき習慣がかなり浸透してきた結果，それに伴って，低濃度のフッ素配合歯磨き剤の市場の

単位：本

区　　分		平成９	平成14	平成15	平成16	平成17	平成18	平成19
計		3.34	2.28	2.09	1.91	1.82	1.71	1.63
喪失歯数		0.04	0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
むし歯（う歯）	計	3.30	2.24	2.06	1.88	1.79	1.68	1.60
	処置歯数	2.43	1.55	1.40	1.25	1.19	1.08	1.01
	未処置歯数	0.87	0.69	0.65	0.62	0.60	0.60	0.59

（文部科学省：学校保健統計調査，平成19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

シェア率がかなり高率となって，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よう。

過去のむし歯の診断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(要観察歯)”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なときがある。

２．歯･口腔の外傷

平成19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25.55％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，けがによるとされているが，これに関連するように，口・歯でも事故やけが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生活する地域・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，口や歯のけがが多くなってきた原因と思われる。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。

児童生徒についての口と歯の外傷の一般調査によると，子どもの15～16％に口・歯のけがの経験があるとされている。そしてけが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

学校種別 / 生涯種別	小学校（件）	中学校（件）	高等学校（件）	高等専門学校（件）	幼稚園（件）	保育所（件）	計	率（%）
歯牙障害	12	33	80	2	0	0	127	25.55
視力・眼球運動障害	13	27	87	0	1	0	128	25.75
手指切断・機能障害	5	8	14	0	2	1	30	6.04
上肢切断・機能障害	5	4	1	0	0	0	10	2.01
足指切断・機能障害	0	0	2	0	0	0	2	0.40
下肢切断・機能障害	1	0	10	0	0	0	11	2.21
精神・神経障害	2	8	30	0	0	0	40	8.05
胸腹部臓器障害	3	6	11	0	0	0	20	4.02
外貌・露出部分の醜状障害	46	30	22	1	4	10	113	22.74
聴力障害	2	5	2	0	0	0	9	1.81
せき柱障害	1	1	3	0	0	0	5	1.01
そしゃく機能障害	0	2	0	0	0	0	2	0.40
計	90	124	262	3	7	11	497	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19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）

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・けがによる歯の障害がよく見られる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時，すなわち７～８歳ごろに最も障害を受ける。そのため，けが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けがの発生に影響する。特に上顎前突の児童は，正常な歯並びの子どもに比べ，けがによる歯の障害を受けやすい。

学童期の歯のけがで最も心掛けるべきことは，けが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，また治療した後の善しあしにも影響する。

歯のけがの内容には，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限局したものと，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しみたり，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症様症状が現れ，顎関節症の誘因になることがあるので，このようなけがのときには，特に注意が必要である。

スポーツによる口・顎・歯のけがを予防するには，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けが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，マウスガードの使用などのけが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，保護者や関係する周囲の大人は子どもへの指導を行うことが必要である。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けが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・丸山進一郎）

miniコラム

学校三師の歴史

《学校医の誕生》

1894（明治27）年５月に東京市麹町区，同年７月に神戸市内の小学校に学校医が置かれたのが日本における学校医の始まりである。

1898（明治31）年には，「公立学校ニ学校医ヲ置クノ件」ならびに「学校医職務規程」が公布され，学校医制度が定められた。

《学校歯科医の誕生》

1920（大正９）年に改正された「学生生徒身体検査規程」において，「学校医以外の医師又は他の適当なるもの」が身体検査を行えるようになった。これにより各地で歯科医師による学校歯科検査が行われるようになり，1931（昭和６）年には「学校歯科医及幼稚園歯科医令」が公布され，ここに制度上，学校歯科医が誕生した。

《学校薬剤師》

1930（昭和５）年，東京市麹町区の委嘱により学校薬剤師が置かれた。学校薬剤師の法制化は，1954（昭和29）年の「学校教育法施行規則」一部改正によって「学校には，学校薬剤師をおくことができる」と明記され，ここに制度上，学校薬剤師が誕生した。

（七木田文彦）

4　児童生徒のメンタルヘルス

1．不登校，暴力，いじめ，自殺の統計

⑴不登校（速報値）

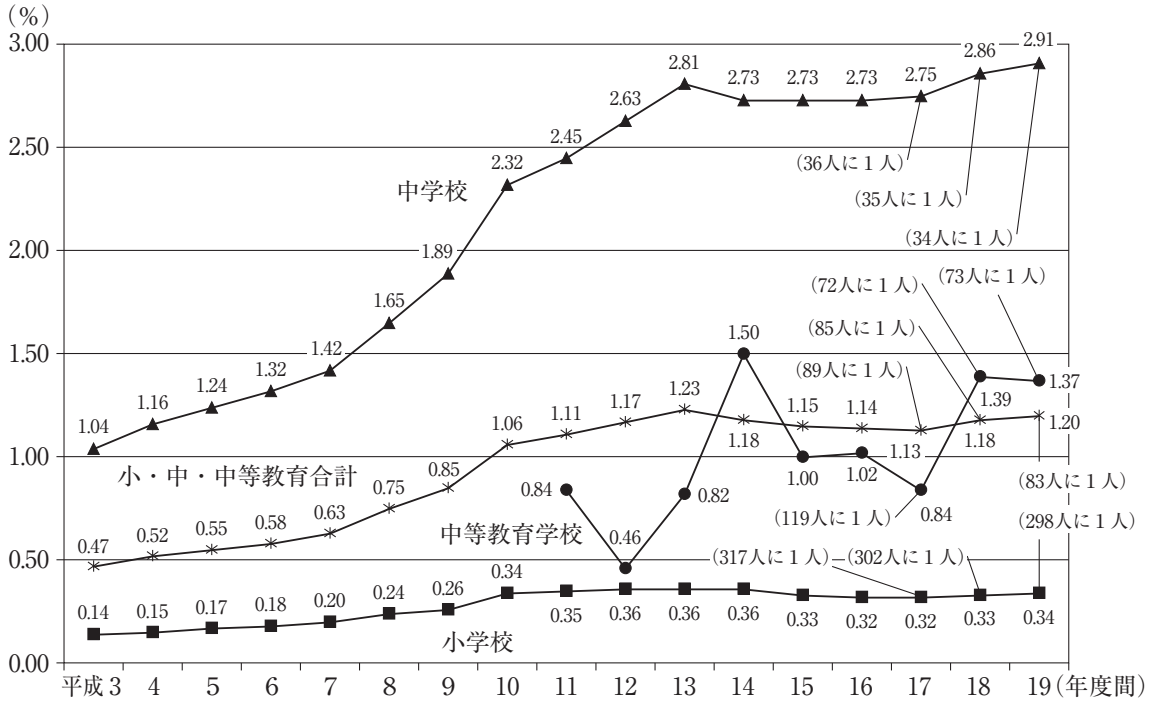
平成20年度学校基本調査速報（平成20年８月）によれば，平成19年度間の長期欠席者（30日以上の欠席者）数は，小学校６万人（前年度間より１千人減少。対前年度比1.4％減），中学校13万９千人（前年度間より３千人増加。対前年度比2.5％増），中等教育学校177人（前年度間より25人増加。対前年度比16.4％増）の合計19万９千人（前年度間より３千人増加。対前年度比1.3％増）である。

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101人増加。対前年度比0.4％増），中学校10万５千人（前年度間より２千人増加。対前年度比2.2％増），中等教育学校131人（前年度間より23人増加。対前年度比21.3％増）の合計12万９千人（前年度間より２千人増加。対前年度比1.9％増）である（**図１，表１**）。

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年度から増加の兆しを見せている。その理由として，平成18年度にはいじめが原因と疑われる自殺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が，現時点でははっきりとした結論は得られていない。

⑵暴力行為

「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」（平成19年11月）によれば，平成18年度に国公私立の小・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40,019件（小学校3,494件，中学校27,540件，高等学校8,985件），学校外において4,602件（小学校309件，中学校3,024件，高等学校1,269件），学校内外での合計は，44,621件である。暴力行為が学校内で発生した学校数は7,711校（小学校1,130校，中学校3,981校，高等学校2,600校）であり，全学校数に占める割合は19.6％（小学校4.9％，中学校



（http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08072901/003/sanzu04.pdf　平成20年８月31日現在）

図１　全児童，生徒数に占める「不登校」の比率

区　分	合計			小学校			中学校			中等教育学校（前期課程）		
	計	うち「不登校」	全児童生徒数に占める「不登校」の比率	計	うち「不登校」	全児童数に占める「不登校」の比率	計	うち「不登校」	全児童数に占める「不登校」の比率	計	うち「不登校」	全児童数に占める「不登校」の比率
	（人）	（人）	（%）	（人）	（人）	（%）	（人）	（人）	（%）	（人）	（人）	（%）
平成３年度間	168,303	66,817	0.47	55,234	12,645	0.14	103,069	54,172	1.04	…	…	…
4	179,121	72,131	0.52	70,746	13,710	0.15	108,376	58,421	1.16	…	…	…
5	175,603	74,808	0.55	67,617	14,760	0.17	108,086	60,039	1.24	…	…	…
6	183,199	77,449	0.58	70,598	15,786	0.18	112,601	61,663	1.32	…	…	…
7	187,825	81,591	0.63	71,047	16,569	0.20	116,778	65,022	1.42	…	…	…
8	208,443	94,351	0.75	78,096	19,498	0.24	130,347	74,853	1.65	…	…	…
9	223,334	105,466	0.85	81,173	20,765	0.26	142,161	84,701	1.89	…	…	…
10	227,991	127,692	1.06	82,807	26,017	0.34	145,184	101,675	2.32	…	…	…
11	221,179	130,228	1.11	78,428	26,047	0.35	142,750	104,180	2.45	1	1	0.84
12	223,577	134,290	1.17	78,044	25,373	0.36	145,526	107,913	2.63	7	4	0.45
13	225,782	138,733	1.23	77,215	26,511	0.36	148,547	112,211	2.81	20	11	0.82
14	204,143	131,281	1.18	68,099	25,869	0.36	135,013	105,383	2.73	31	29	1.50
15	193,361	126,257	1.15	62,146	24,077	0.33	131,181	102,149	2.73	34	31	1.00
16	187,023	123,398	1.14	59,305	23,318	0.32	127,658	100,040	2.73	60	40	1.02
17	187,713	122,327	1.13	59,053	22,709	0.32	128,596	99,578	2.75	64	40	0.84
18	195,719	126,890	1.18	61,095	23,825	0.33	135,472	102,957	2.86	152	108	1.39
19	199,298	129,254	1.20	60,242	23,926	0.34	138,879	105,197	2.91	177	131	1.37

（http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08072901/003/sanzu04.pdf　平成20年８月31日現在）

表１　小学校，中学校，中等教育学校（前期課程）の理由別長期欠席児童生徒数（30日以上）

36.1％，高等学校48.0％）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2,856校（小学校241校，中学校1,728校，高等学校887校）であり，全学校に占める割合は7.3％（小学校1.1％，中学校15.7％，高等学校16.4％）である。

形態別では，小・中・高等学校すべてで「生徒間暴力」が最も多く，小学校2,018件，中学校15,188件，高等学校6,058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47,791人であり，学年別に見ると，中学３年生が12,841人と最も多く，性別で見ると，男子が約９割を占める。

この調査は平成17年度までは公立学校のみを対象としていたが，平成18年度から国・公・私立学校を調査対象とするとともに，中等教育学校も調査対象に加えた。

なお公立学校のみについて前年度と比較すると，校外暴力・校内暴力ともに増加が見られ，特に小学校において顕著である。低年齢層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が指摘されている。

⑶いじめ

「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」（平成19年11月）によれば，平成18年度に国公私立の小・中・高等学校および特殊教育諸学校におけるいじめの認知件数（今年度より「発生件数」から「認知件数」に改められた；後述）は，124,898件（小学校60,897件，中学校51,310件，高等学校12,307件，特殊教育諸学校384件）である。

平成18年度に認知したいじめのうち，80.9％が年度内に解消している（小学校84.4％，中学校77.9％，高等学校76.7％，特殊教育諸学校69.0％）。

いじめを認知した学校数は22,159校（小学校10,982校，中学校7,829校，高等学校3,197校，特殊教育諸学校151校）であり，全学校数に占める割合は55.0％（小学校48.0％，中学校71.1％，高等学校59.1％，特殊教育諸学校15.0％）である。

いじめの認知件数を学年別に見ると，中学１年生が24,023件で最も多く，性別で見ると，男子が53％，女子が47％である。

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「アンケート調査など学校の取組により発見」，中・高・特殊教育諸学校では「本人からの訴え」が最も多い。

いじめの態様については，小・中・高・特殊教育諸学校全てで「冷やかしやからかい」が最も多い。

なお「パソコンや携帯電話等で，誹謗中傷や嫌なことをされる」は4,883件（3.9％）である。

学校におけるいじめの問題に対する日常の取組については，小・中・高・特殊教育諸学校すべてで「職員会議等を通じて，いじめ問題について教職員間で共通理解を図った」が最も多く，次に「道徳や学級活動の時間にいじめにかかわる問題を取り上げ，指導を行った」が多い。

この調査は平成17年度までは公立学校のみを対象としていたが，平成18年度から国・公・私立学校を調査対象とするとともに，中等教育学校も調査対象に加えた。

また同時に，いじめられた児童生徒の立場に立って，より実態に即して把握できるよう，いじめの定義を以下のように見直した。

【平成17年度調査までの定義】

この調査において，「いじめ」とは，「自分より弱い者に対して一方的に，身体的・心理的な攻撃を継続的に加え，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。」とする。

なお，個々の行為がいじめに当たるか否かの判断を表面的・形式的に行うことなく，いじめられた児童生徒の立場に立って行うこと。

⇩

【平成18年度調査からの定義】

本調査において，個々の行為が「いじめ」に当たるか否かの判断は，表面的・形式的に行うことなく，いじめられた児童生徒の立場に立って行うものとする。

「いじめ」とは，「当該児童生徒が，一定の人間関係のある者から，心理的・物理的な攻撃を受けたことにより，精神的な苦痛を感じているもの。」とする。

なお，起こった場所は学校の内外を問わない。（以下略）

さらに，いじめの「発生件数」を「認知件数」に改めるとともに，学校がいじめを認知するに当たっては，アンケート調査など児童生徒から直接状況を聞く機会を設けるよう留意するなど，諸注意の変更を行った。

上記のように今回から定義や調査方法，調査対象が変わったことから，単純な年次比較はできないが，いじめ件数そのものは依然としてかなり高い値を示していると言える。

⑷自殺

「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」（平成19年11月）によれば，平成18年度における国・公・私立の小・中・高等学校の児童生徒の自殺者は171人（小学校２人，中学校41人，高等学校128人）である。

この調査は平成17年度までは公立学校のみを対象としていたが，平成18年度から国・公・私立学校を調査対象とするとともに，中等教育学校も調査対象に加えた。

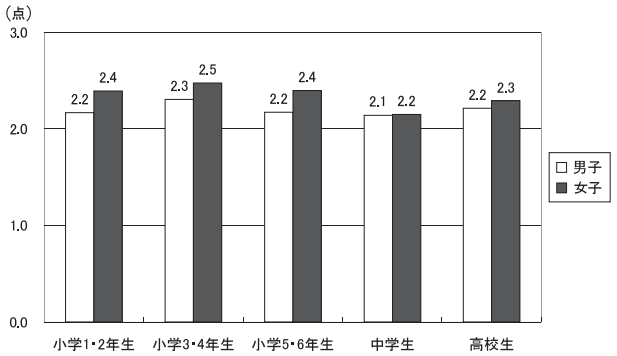
なお公立学校のみについて前年度と比較すると，103人から133人と増加している。既述のように，平成18年度にはいじめが原因と疑われる自殺が相次いで報道されたが，その後は沈静化している。この増加傾向が一時的なものであったのかどうか，今後慎重に推移を見守る必要がある。

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かけず，簡便にメンタルヘルス状態のおおよその善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（平成17年度版「学校保健の動向」24-26ページ参照）。

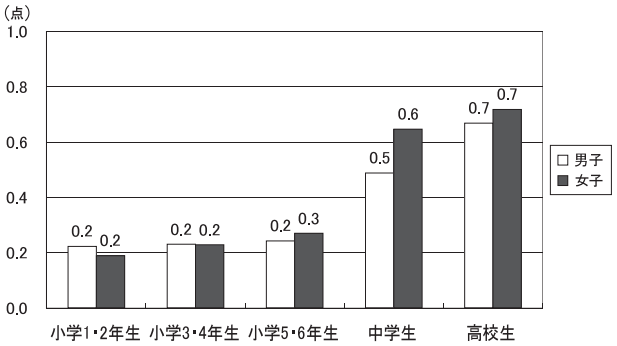
⑴心の健康を把握する４指標

「心の健康と生活習慣調査」（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



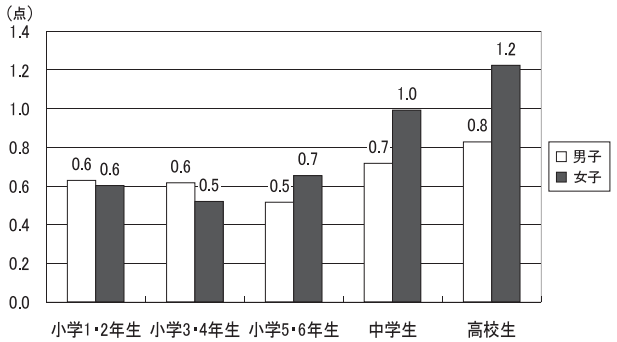
(日本学校保健会: 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書)

図２　「自己効力感」の得点の平均値



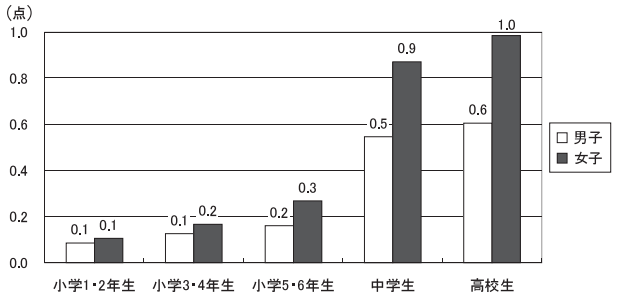
(日本学校保健会: 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書)

図３　「不安傾向」の得点の平均値



(日本学校保健会: 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書)

図４　「行動」の得点の平均値

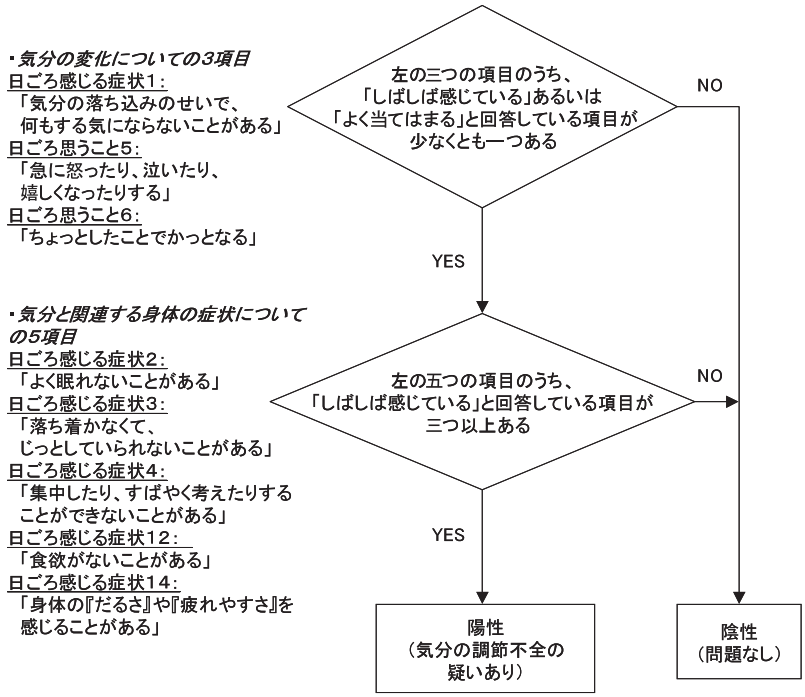


(日本学校保健会: 平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書)

図５　「身体的訴え」の得点の平均値

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（言いようのない焦燥や無気力，理由なき自己嫌悪など，精神的なストレスなど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）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」に新たに「心の健康を把握する４指標」が追加された。



(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)

図６　気分の調節不全傾向の評価方法

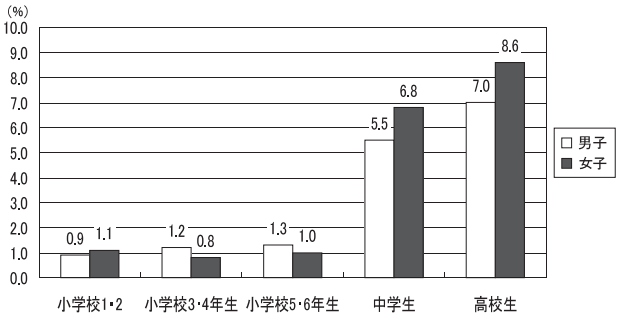
上記サーベイランスの平成18年度調査(確定値)において，「自己効力感」の尺度得点値は，小学生から中学生にかけて減少し，高校生で元へ戻る傾向が見られ，全般的に男子より女子の方が高い傾向が見られる。「不安傾向」の尺度得点値は，

小学生に比べて，中学生・高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。「行動」の尺度得点値は，小学生に比べて，中学生・高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。「身体的訴え」の尺度得点値は，小学生に比べて，中学生・高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２，図３，図４，図５**）。

⑵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善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調査」において，この判断基準をもと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**）。



（日本学校保健会：平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書）

図７　気分の調節不全の陽性率

３．まとめ

学校保健統計上，一時は減少に転じたかと見えた不登校が再び増加に向かう兆しが見られている。校内暴力，いじめ，自殺の件数も，調査方法や調査対象の変更を考慮に入れても増加に転じている可能性は否定できない。今後は，特に小学校低学年からの暴力行為の増加などについての現場における注意が必要となるだろう。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，残念ながら悪化の兆候が見られる。

一方児童生徒のメンタルヘルス状態を簡便に評価することのできる新たな指標も考案されてきており，さまざまなライフスタイルの変化との関連が示唆されている。これらの指標の学校保健現場での有効利用が期待されている。

今後，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，地域の医療・保健機関との，より緊密な連携が重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20年度学校基本調査速報，平成20年８月
2．文部科学省初等中等教育局調査児童生徒課：児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査，平成19年11月
3．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，平成14年３月
4．財団法人日本学校保健会：平成18年度児童生徒のサーベイランス事業報告書，平成20年７月

5　児童生徒の事故・災害

1．児童生徒等の学校の管理下の災害

学校の管理下における児童生徒等の災害は，独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下「センター」という）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19年度の災害共済給付制度への加入状況（平成19年５月１日現在）は，小学校7,161,265人（加入率99.9％），中学校3,644,019人（99.9％），高等学校3,564 ,944人（97.9％），高等専門学校59,110人（99.5％），幼稚園1,394 ,045人（81.7％），保育所1,843,537人（90.0％）であり，義務教育諸学校の未加入者は，わずか9,988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19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等の災害による負傷・疾病に対する医療費の給付件数が2,167,806件であり，平成18年度に比べ，5,863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，12.38％（平

（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	発生率	給付率	件数	金額	件数	金額	件数	金額
小学校		483,848 (753,610)	千円 4,259,219	% 6.83	% 10.64	90	千円 201,720	7	千円 154,000	753,707	千円 4,614,939
中学校		420,895 (768,014)	5,398,439	11.71	21.37	124	357,260	25	616,000	768,163	6,371,699
高等学校	全日制	234,163 (533,367)	5,620,458	7.02	15.98	250	1,058,455	35	777,000	533,652	7,455,913
	定時制	2,224 (4,533)	45,837	2.11	4.30	10	32,140	0	0	4,543	77,977
	通信制	380 (1,073)	14,654	0.31	0.88	2	8,300	1	14,000	1,076	36,954
	計	236,767 (538,973)	5,680,950	6.64	15.11	262	1,098,895	36	791,000	539,271	7,570,845
高等専門学校		2,753 (6,077)	71,627	4.66	10.28	3	2,460	2	42,000	6,082	116,087
幼稚園		27,883 (42,108)	224,758	2.00	3.02	7	14,960	1	14,000	42,116	253,718
保育所		40,711 (59,024)	279,265	2.24	3.24	11	17,980	4	56,000	59,039	353,245
(a)計		1,212,857 (2,167,806)	15,914,261	6.93	12.38	497	1,693,275	75	1,673,000	2,168,378	19,280,536
(b)前年度		1,222,416 (2,161,943)	15,720,868	6.92	12.24	506	1,894,440	74	1,659,100	2,162,523	19,274,408
(a)－(b)		－9,559 (5,863)	193,392	0.01	0.14	－9	－201,165	1	13,900	5,855	6,127

注１：上記のほか，へき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5,662千円（2,802件）供花料8,500千円（50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19,294,698,071円
注２：表中上段は発生件数　下段（　　）は給付件数
注３：発生率＝発生件数÷（加入者数－要保護児童生徒数）×100％
注４：給付率＝給付件数÷（加入者数－要保護児童生徒数）×100％
注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19年度）

成18年度は12.24％）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の件数は，発生件数といい，平成19年度は，1,212,857件であり，平成18年度の1,222,416件より9,559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6.93％（平成18年度は6.92％）である。

加入者数のピークは，昭和57年度の25,615,962人で，それ以後は減り続けており，平成19年度は，17,666,920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19年度では497件である。

平成19年度の主な障害種別は，視力・眼球運動障害が128件（25.75％），歯牙障害が127件（25.55％），外貌・露出部分の醜状障害が113件（22.74％），であり，上位３位で７割以上を占める。

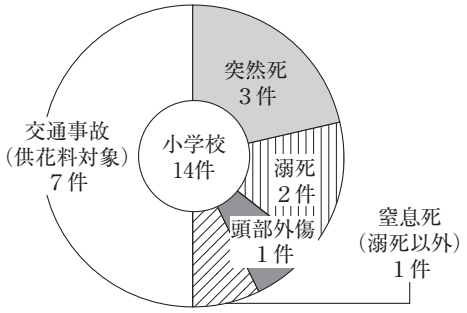


図１　小学校の管理下の死亡

そのほかの障害種別は，精神・神経障害，手指・上肢の切断・機能障害，胸腹部臓器障害等がある。

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222件（44.67％）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17件（3.42％）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19年度では75件である。

その死因別で主なものは，突然死が41件（54.67％）で５割以上を占めている。その中でも心臓系の突然死が25件（33.33％）である。そのほかは，頭部外傷９件（12.00％），窒息死（溺死以外），溺死，全身打撲，熱中症等である。

死亡見舞金の給付件数のほかに，交通事故等による死亡には，供花料が支給されるが，その件数は，50件であり，そのうち対自動車交通事故は36件である。

へき地地域におけるへき地学校の児童生徒に対する通院費の給付は，2,802件である。

⑴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90件である。この内訳は，外貌・露出部分の醜状障害46件，視力・眼球運動障害13件，歯牙障害12件，手指切断・機能障害５件，上肢切断・機能障害３件，胸腹部臓器障害３件，精神・神経障害２件，聴力障害２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１件である。

障害の主な発生は，休憩時間51件（56.67％），各教科・道徳19件（21.11％），学校行事以外の特別活動７件（7.78％）および通学中７件（7.78％）である。

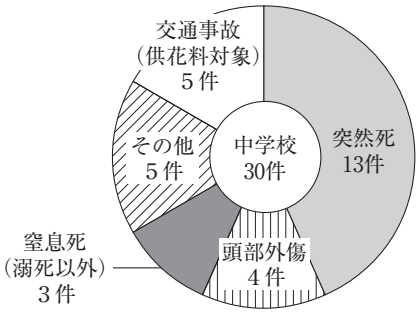


図２　中学校の管理下の死亡

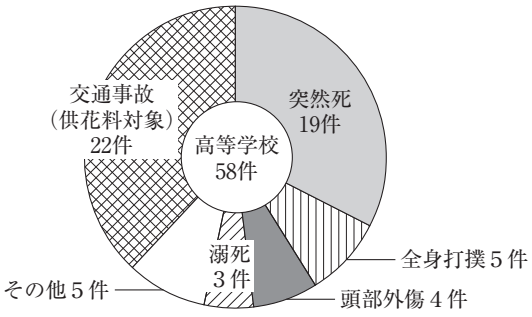


図３　高等学校の管理下の死亡

死亡については，死亡見舞金の給付件数は７件である。この内訳は，心臓系突然死３件，溺死２件，頭部外傷１件，窒息死（溺死以外）１件である。

死亡の主な発生は，各教科・道徳３件（42.86％），休憩時間３件（42.86％），通学１件（14.29％）である。

その他供花料が支給された７件は対自動車交通事故であり，児童の状態別は徒歩，自転車である。

⑵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，124件である。この内訳は，歯牙障害33件，外貌・露出部分の醜状障害30件，視力・眼球運動障害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６件，その他12件である。なお第３級以上の重障害に該当するものは３件である。

障害の主な発生は、課外指導40件（32.26％），休憩時間40件（32.2６％），各教科・道徳23件（18.55％），学校行事以外の特別活動10件（8.06％），通学７件（5.65％），学校行事４件（3.23％）である。

死亡については，死亡見舞金の給付件数は25件である。この内訳は，突然死（心臓系８、心臓系以外５）13件、頭部外傷４件、窒息死（溺死以外）３件、その他の死亡は５件である。

死亡の主な発生は，各教科６件（24.00％），課外指導６件（24.00％），休憩時間６件（24.00％），学校行事３件（12.00％），学校行事以外の特別活動２件（8.00％），通学２件（8.00％）である。

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

⑶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262件である。この内訳は，視力・眼球運動障害87件，歯牙障害80件，精神・神経障害30件，外貌・露出部分の醜状障害22件、手指切断・機能障害14件，胸腹部臓器障害11件，下肢切断・機能障害10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13件である。

障害の発生は，課外指導125件（47.71％），各教科・道徳54件（20.61％），休憩時間35件（13.36％），通学19件（7.25％），学校行事以外の特別活動13件（4.96％），学校行事16件（6.11％）である。

死亡については，死亡見舞金の給付件数は36件である。この内訳は，突然死（心臓系12，心臓系以外7）19件，全身打撲５件，頭部外傷４件，溺死３件，その他の死亡は５件である。

死亡の発生は，課外指導13件（36.11％），通学９件（25.00％），学校行事６件（16.67％），休憩時間５件（13.89％），各教科・道徳２件（5.56％），寄宿舎１件（2.78％）である。

その他供花料が支給された36件のうち22件が対自動車交通事故であり，生徒の状態別は自転車15件，徒歩４件，原付自転車および自動二輪車３件である。

⑷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，歯牙障害２件，外貌・露出部分の醜状障害１件の３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，各教科・道徳，課外指導，休憩時間の各１件ずつ発生したものである。

死亡については，心臓系突然死１件，窒息死（溺死以外）１件の２件であり，課外指導，休憩時間において発生している。

その他供花料が支給された２件は対自動車交通事故であり，生徒の状態別は自転車１件，自動車１件である。

⑸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７件である。この内訳は，外貌・露出部分の醜状障害４件，手指切断・機能障害２件，視力・眼球運動障害１件である。なお第３級以上の重障害に該当するものはなかった。

障害の発生は，７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１件であり，その死因は心臓系突然死である。

死亡の発生は保育中である。供花料の給付件数はなかった。

⑹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11件である。この内訳は，外貌・露出部分の醜状障害10件，手指切断・機能障害１件である。なお第３級以上の重障害に該当するものはなかった。

障害の発生は11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４件である。死因は，すべて心臓系以外の突然死である。

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.「歯・口のけが」の発生状況

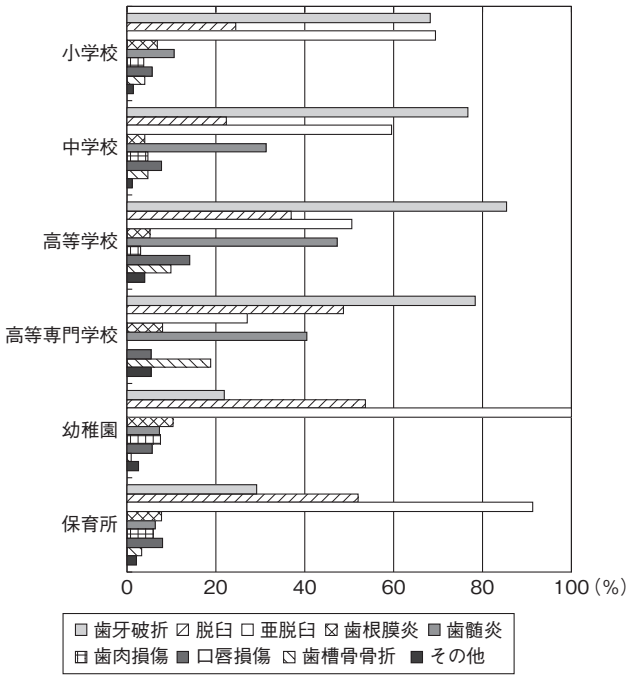
平成15年度中に学校の管理下において発生した児童生徒等の災害について，医療費を給付した歯・口の負傷（継続給付分を除く）について無作為に抽出した調査件数は**表２**の通りである。

学校種別	調査件数
小　学　校	779
中　学　校	259
高　等　学　校	333
高等専門学校	37
幼　稚　園	467
保　育　所	554
合　計	2,429

（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

注：中学校に中等教育学校の前期課程，高等学校に中等教育学校の後期課程を含め，特別支援学校（旧特殊教育諸学校）の小学部，中学部，高等部，幼稚部は，それぞれの学校種に含めている。

表２　調査件数

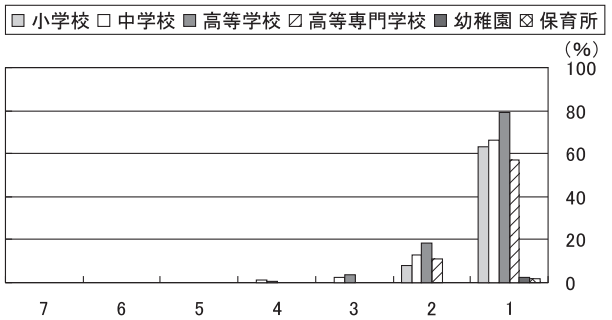


（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

※負傷した歯に対して複数の傷病名が付されている場合がある。

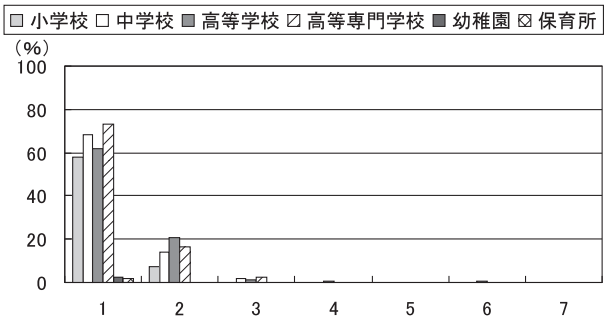
図４　傷病別の割合

傷病別に見ると**図４**の通り一番多いのは「亜脱臼」で「歯牙破折」，「脱臼」が続き，この３種類が多くを占めている。小学生など年齢が低い場合には，骨に弾力があるので歯は折れずに抜けることが多く，中学校，高等学校と成長に伴って骨植が堅固になるとともに，骨の完成期に当たり，瞬間的な強い衝撃を受けた歯は「抜ける」よりも「折れる」傾向が強くなる。



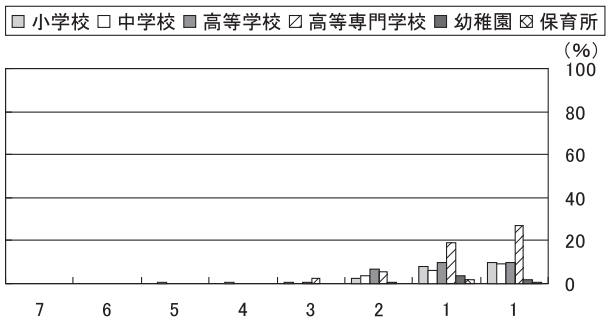
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図５―１　永久歯の受傷割合（右上）



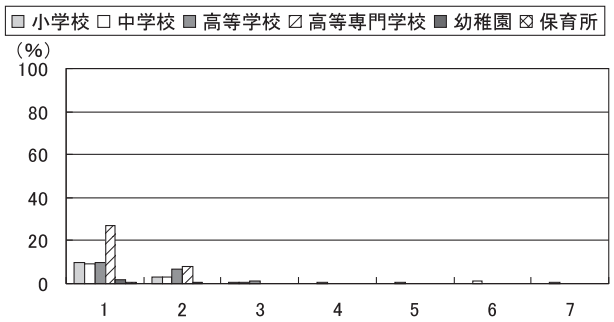
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図５―２　永久歯の受傷割合（左上）



（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図５―３　永久歯の受傷割合（右下）



（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

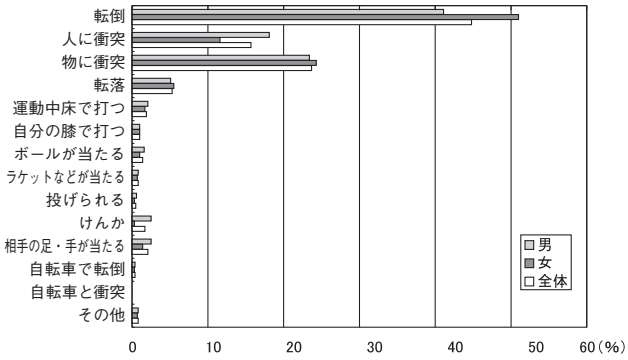
図５―４　永久歯の受傷割合（左下）

また，部位では**図５**の通り，上の前歯の傷害が非常に多い。

小学校での発生原因は**図６**の通り，「転倒」，「物に衝突」，「人に衝突」が多く，発生の場合は**図７**の通り，休憩時間中においてが圧倒的に多い。

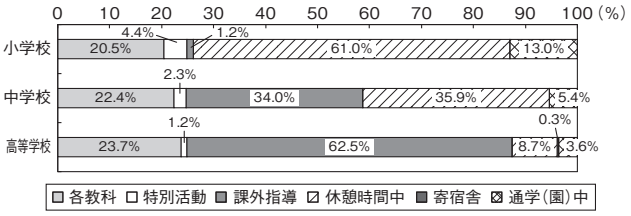
中学校の発生原因は**図８**の通り，日常生活場面での原因が多岐にわたっており，発生状況もさまざまであり，「転倒」，「人に衝突」，「物に衝突」，に加え，「相手の足・手が当たる」，「ラケット等が当たる」の原因が増えてくる。また，「けんか」を原因とする傷害発生割合が小学校，高等学校に比べて高い。小学校と高等学校の特徴を併せ持っていると言える。

また，発生の場合は**図７**の通り，休憩時間中に加え，課外指導，各教科における発生が増えてく



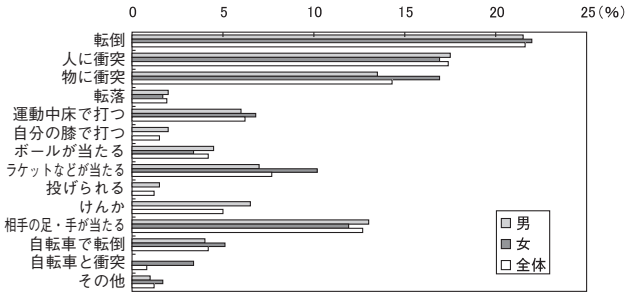
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図６　小学校の原因別傷害発生割合



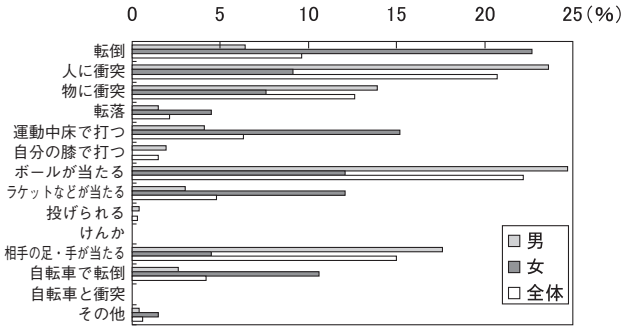
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図７　場合別の傷害発生割合



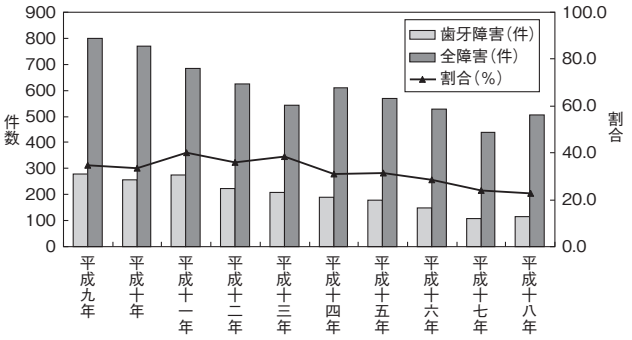
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図８　中学校の原因別の傷害発生割合



（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図９　高等学校の原因別の傷害発生割合



（独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携）

図10　全障害における歯の障害の割合の推移（10年間）

る。これは保健体育科の授業でも運動用具を使うようになるとともに，課外活動として本格的に運動部に取り組むようになるためであると考えられる。

高等学校の発生原因は**図 9** の通り，「ボールが当たる」，「人に衝突」，「相手の足・手が当たる」が多く，日常生活における危機管理能力が高まる一方で，体育的部活動が活発に行われる年代であるため，**図 7** の通り，課外指導中に発生することが多い。

また「自転車で転倒」は中学生以降に急増している。これは通学に自転車を使用する生徒が増えることが考えられる。

なお独立行政法人日本スポーツ振興センターが障害見舞金の給付を行った歯牙障害の給付件数および全障害における割合の推移は**図10**の通りである。

【歯・口のけがを防ぐための10カ条】

1　朝，授業や活動の途中・前後に，健康観察をしましょう。

2　食事，運動，休養・睡眠の調和の取れた生活と敏捷性や調整能力などの基礎的な体力づくりに努めましょう。

3　施設・設備や用具，教室や運動場などの安全点検を行い，環境を安全に整えましょう。

4　活動場所や内容，運動種目などに応じた安全対策をしましょう。

5　危険な行動を見つけたら，改善のための指導をしましょう。

6　安全な活動や用具などの使用に関するルールを決め，お互いに守るようにさせましょう。

7　事故の事例や「ひやり・はっと」した場面などを題材に，危険予測・回避の学習をしましょう。

8　体の接触，ボールやバット・ラケットなどに当たることが多い運動では，マウスガードの着用も検討しましょう。

9　けがをしたところを清潔にし，応急手当をしましょう。

10　抜けた（欠けた）歯を拾って，速やかに歯科医を受診しましょう。

3．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」という）における児童，生徒，学生，幼児（以下「児童生徒等」という）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，児童生徒等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ら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」という）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かかわる児童生徒ら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などにより，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。またへき地地域においては，へき地学校における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。

■　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。

⑴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）

⑵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

⑶休憩時間中，その他校長の指示または承認に基づいて学校にある場合

⑷通常の経路および方法により通学する場合（保育所の通園を含む）

⑸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，または解散するときは，その場所を含む）または学校の寄宿舎との間を合理的な経路および方法により往復する場合

③高等学校の定時制また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。

■　給付の対象となる災害の範囲

⑴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）。

⑵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

⑶障害：上記の負傷及び疾病が治った後に残った障害

⑷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

■　災害共済給付の制限

⑴医療費の給付期間は，同一の負傷または疾病に関して，医療費の給付開始後10年間である。

⑵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また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または補償，給付を受けたときは，その価額の限度で給付を行わない。

⑶非常災害（風水害，震災等）の場合は給付しない。

⑷義務教育諸学校および保育所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。

⑸高等学校の生徒およ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，または，死亡したときは，給付は行わない。

⑹高等学校の生徒およ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，死亡見舞金の減額措置がある。

■　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/）を参照願いたい。

４．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19年の交通事故の発生件数は832,454件で，前年に比べ54,410件減少し，負傷者数は1,034,445人であり，前年に比べ63,754人減少した。死者数は5,744人で608人減少した。

また平成19年における交通事故の30日以内死者は6,639人で，前年に比べ633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３―１**の通りである。

また中学生以下の子どもの状態別・年齢層別の交通事故死者数は**表３―２**の通りである。

幼児，小学生，中学生の時間帯別，学齢別の交

区　　分	死　者（人）	負傷者（人）
総死傷者数	5,744	1,034,445
幼　児	54	19,612
小学生１～３年生	26	19,852
小学生４～６年生	19	15,486
中学生	16	18,057

（財団法人交通事故総合分析センター：交通統計，平成19年版）

表３―１　交通事故の死傷者数（子ども）平成19年

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71人（61.7％），負傷者51,144人（70.1％）が発生している。特に小学校１年生から３年生にあっては，午後２時～６時の時間帯に13人が死亡し，１年生から３年生の合計26人のうち50.0％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	5,744	1,943	745	472	559	2,013	12
６歳以下	57	30	4	－	－	23	－
７歳～12歳	44	19	16	－	－	9	－
13歳～15歳	32	8	13	6	2	3	－

（財団法人交通事故総合分析センター：交通統計，平成19年版）

表３―２　状態別・年齢層別交通事故死者数（子ども）平成19年

５．夏期における水難事故の現況

警察庁の資料による平成19年夏期（６月～８月）における水難の発生件数は，**表４―１**の通り，766件（前年同期比５件増），死者，行方不明者数429人（前年同期比38人増），負傷者数130人（前年同期比53人減），無事救出などされた者は318人（前年同期比28人減）である。

死者，行方不明者数の429人中，子ども（中学生以下を示す。以下同じ）は52人（前年同期比±0）である。

また場所別発生状況（６月～８月）は，**表４―２**の通りであり，行為別発生状況（６月～８月），は**表４―３**の通りである。

また夏休み期間中（７月20日～８月31日）の発生状況は**表４―４**の通りである。

（白井美佐枝）

区　分		平成19年		平成18年		対　比	
		総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども
水難発生件数（件）		766	192	761	184	5	8
水難者	死　　者（人）	426	52	388	52	38	0
	行方不明者（人）	3	0	3	0	0	0
	負　傷　者（人）	130	41	183	48	－53	－7
	無事救出等（人）	318	136	346	123	－28	13
	合　　計	877	229	920	223	－43	6

注：子どもとは中学生以下を示す。

（警察庁生活安全局地域課：平成19年夏期における水難・山岳遭難発生状況について）

表４―１　夏期（６月～８月）における水難発生状況

区　分		発生件数（件）						死者・行方不明者（人）					
		平成19年		平成18年		対　比		平成19年		平成18年		対　比	
		総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども
場所	海	404	70	447	84	−43	−14	215	14	207	18	8	−4
	河　川	255	73	212	56	43	17	158	27	132	19	26	8
	湖沼池	31	8	34	12	−3	−4	24	5	21	7	3	−2
	用水路	41	9	37	9	4	0	25	2	24	5	1	−3
	プール	31	29	25	22	6	7	5	3	4	3	1	0
	その他	4	3	6	1	−2	2	2	1	3	0	−1	1
	合計	766	192	761	184	5	8	429	52	391	52	38	0

（警察庁生活安全局地域課：平成19年夏期における水難・山岳遭難発生状況について）

表４―２　夏期（６月～８月）における場所別発生状況

区　分		発生件数（件）						死者・行方不明者（人）					
		平成19年		平成18年		対　比		平成19年		平成18年		対　比	
		総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども	総数	うち子ども
行為別発生状況	水　泳　中	185	52	255	67	−70	−15	98	10	126	17	−28	−7
	ボート遊び	18	5	23	5	−5	0	4	0	0	0	4	0
	水　遊　び	165	97	122	72	43	25	62	26	46	17	16	9
	魚捕り・釣り	160	11	148	18	12	−7	128	4	103	9	25	−5
	通　行　中	76	8	51	6	25	2	42	2	25	1	17	1
	作　業　中	22	0	22	0	0	0	20	0	17	0	3	0
	水難救助中	17	1	11	1	6	0	6	0	4	0	2	0
	遊戯スポーツ	24	8	15	2	9	6	6	3	3	0	3	3
	そ　の　他	99	10	114	13	−15	−3	63	7	67	8	−4	−1
	合　計	766	192	761	184	5	8	429	52	391	52	38	0

（警察庁生活安全局地域課：平成19年夏期における水難・山岳遭難発生状況について）

表４―３　夏期（６月～８月）における水難の行為別発生状況

月　別	区　分	平成19年		平成18年		対　比	
		総　数	うち子ども	総　数	うち子ども	総　数	うち子ども
７月20日～７月31日	発生件数（件）	151	41	115	29	36	12
	死者・行方不明者（人）	84	11	64	12	20	−1
８月１日～８月31日	発生件数（件）	396	109	423	113	−27	−4
	死者・行方不明者（人）	215	31	210	28	5	3
合　計	発生件数（件）	547	150	538	142	9	8
	死者・行方不明者（人）	299	42	274	40	25	2

（警察庁生活安全局地域課：平成19年夏期における水難・山岳遭難発生状況について）

表４―４　夏休み期間中（７月20日～８月31日）発生状況

参考文献

1．独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校の管理下における歯・口のけが防止必携

2．財団法人交通事故総合分析センター：交通統計，平成19年版

3．警察庁生活安全局地域課:平成19年夏期における水難・山岳遭難発生状況について

6　教職員の健康診断

毎年定期に行われる教職員の健康診断項目は学校保健法に定められており，現在も変わりはない。しかし昭和33年に制定された法律は平成21年４月１日から新たに「学校保健安全法」と改称され，同日施行の運びになった。その中で健康診断および健康相談の章において，実施にかかる職員のそれは記載がないのでまだ詳細は不明である。ただ職員の健康診断は法の第15条，第16条にあり，方法および技術的基準については第17条にて省令で定めるとしている。つまり本年度は現行法により実施されることになる。一方でほとんどの職員は労働安全衛生法の傘下にあるため同法による健康診断を受けねばならず，また少子高齢化による社会の生活環境の下で行われる，従来の老人保健法に基づく市町村が実施する基本健診に代わって40歳以上74歳を対象とした特定健診と保健指導に見られる生活習慣病予防への関心や認識を新たにする必要があろう（**表１**，**表２**，**表３**）。この場合，従来の健診項目との差異はメタボリックシンドロームを踏まえて腹囲，LDL，HbA1cの追加と総コレステロール，白血球数，尿潜血の削除に留意すればよかろう。また近年の高齢化人口の増加や糖尿病腎症への考慮から腎疾患の早期発見が話題に上っていることにも注意したい。このように健康診断においては早期治療から疾病予防にウエイトが置かれる点に注目しなければいけない。学校健康診断における事後措置は従来と変わらないが（**表４**），今回の学校保健法改正の趣旨から保健指導や保健相談の充実が強調されていることから見て事後措置にも反映する必要があろう。

健康診断項目から見た最近の疾病異常について考察してみた。

⑴身長および体重

身長と体重からは肥満度（BMI）が計算される。簡便には太っている，やせているのかの指数としてよい。体脂肪量の測定ではないので真の肥満を示すことにはならないからである。肥満はメタボリックシンドロームの起源にほかならないとされる。そのため腹囲がチェックされる（男性85cm女性90cm）が体重の測定は家庭においても重要である。急速な増減や，緩徐ではあるが持続する増減は注意が必要である。

⑵結核の有無

結核の現況は戦後減少してきた結核患者数が，平成９年には結核罹患率が上昇してきているとされる。現在結核予防法から感染症法に移入された結核も，まん延国との交通やグローバルな感染症の位置付けをすれば絶えざる対策をする必要があろう。ここでは平成19年度の都内某地区の教職員結核検診結果を示す（**表５**）。これらは胸部Ｘ線直接撮影のみによるものである。学校における教職員の結核は周辺に影響を及ぼすもの大なることから警戒を怠ってはならない。

⑶血圧以下心電図検査まで

いわゆる生活習慣病の領域であり高血圧症，貧血症，高脂血症，糖尿病の他に心疾患，胃疾患，肝疾患，腎疾患などであり悪性新生物（がん）を除く主要疾病としてよかろう。これらは日進月歩の医学の恩恵を受けているが，高血圧を起点とする多くの疾病は生活習慣の有無にかかわらず対応可能であり，多くの成因による貧血への治療や高脂血症と高血圧に関連する動脈硬化症などが解明されてきた。糖尿病有病率も上昇していて，その対策も大きな話題を呼んでいる。肝疾患ではウイルス肝炎対策と脂肪肝（NASH）があり，腎では慢性腎臓病（CKD）に多くの関心が集まっている（**表６**，**表７**，**表８**）。

⑷その他の疾病および異常の有無

こころ（心）の問題はからだ（身体）のそれより微妙で複雑で，多面性であり難しく解決しにくいことが多い。主な疾病はうつ病であり，最近は小児にも認められるといわれる。教職員にかかわらず，この疾病は長期にわたることが多いので課題の一つである。特に学校をめぐる社会環境の中でモンスターペアレンツに代表される保護者との関係は今の時代性とはいえ負担が大きいとすれば

その対応が必要となろう（**表 9**）。

⑸健康診断による事後措置

健康診断後は**表 4** に従い，指示を受けることになるが，その詳細は個別に保健相談，保健指導による対応によって受益性が変わってくる。問題は関心と理解と実践の三者が重要なポイントとなる。個人の周囲の環境は異なるので措置の説明と自身の立場を勘案して期待に応えなければならない。

（内藤昭三）

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，次の通りとする。（学校保健法施行規則第10条）

1．身長および体重
2．視力および聴力
3．結核の有無
4．血圧
5．尿
6．胃の疾病および異常の有無
7．貧血検査
8．肝機能検査
9．血中脂質検査
10．血糖検査
11．心電図検査
12．その他の疾病および異常の有無

注：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）
○既往症および業務歴の調査 ○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，γ-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（HbAlc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）

注：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ジオメーターで検査する

表 2　労働安全衛生法関係

特定健診の健診項目		これまでの基本健診項目
基本健診項目	問診（既往歴の調査）	問診（既往歴の調査）
	身体測定	身体測定
	身長	身長
	体重	体重
	腹囲	
	BMI	BMI
	理学的所見 （自覚症状および他覚症状の有無の検査）	理学的所見 （自覚症状および他覚症状の有無の検査）
	血圧（収縮期血圧／拡張期血圧）	血圧（収縮期血圧／拡張期血圧）
	血中脂質検査	血中脂質検査
		総コレステロール
	中性脂肪	中性脂肪
	HDLコレステロール	HDLコレステロール
	LDLコレステロール	
	肝機能検査	肝機能検査
	AST（GOT）	AST（GOT）
	ALT（GPT）	ALT（GPT）w
	γ-GT（γ-GTP）	γ-GT（γ-GTP）
	血糖検査	血糖検査
	ヘモグロビンA1cまたは空腹時血糖	空腹時血糖
	尿検査	尿検査
	糖	糖
	蛋白	蛋白
		潜血
詳細な健診の項目	貧血検査	貧血検査
	赤血球数	赤血球数
	血色素	血色素
	ヘマトクリット値	ヘマトクリット値
		白血球数
	心電図検査	心電図検査
	眼底検査	眼底検査
医療保険者による追加健診項目	（例）腎機能検査	腎機能検査
	血清クレアチニン値	血清クレアチニン値
	（例）代謝検査	代謝検査
	尿酸値	尿酸値
		尿ウロビリノーゲン

BMI：body mass index　AST：アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ
GOT：グルタミン酸オキサロ酢酸トランスアミナーゼ　ALT：アラニンアミノトランスフェラーゼ
GPT：グルタミン酸ピルビン酸トランスアミナーゼ　γ-GTP：γ-グルタミントランスペプチターゼ

表３　従来の健診項目との比較

<table>
<tr><th>項目</th><th>内　　容</th><th>備　　考</th></tr>
<tr><td>実施者</td><td>学校の設置者（学保法第９条）</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>指導区分</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">区　分</th><th>内　容</th></tr>
<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>
</table>
（学保法施規別表第二）</td><td>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）

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

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</td></tr>
<tr><td>事後措置</td><td>
<table>
<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>
</table>
（学保法施規第13条）</td><td>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）

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

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）

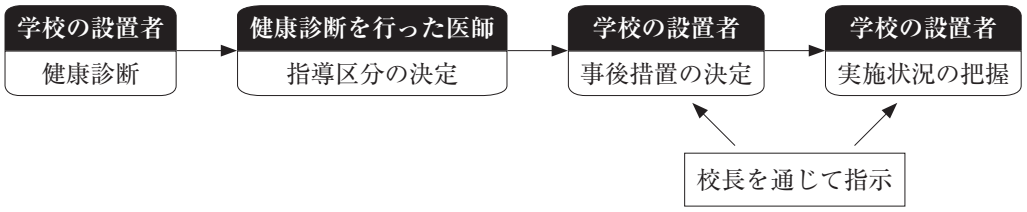
4．臨時の健康診断を行った際の事後措置もこれに準じて行う</td></tr>
<tr><td>事後措置の流れ</td><td> 
</td></tr>
</table>

表４　健康診断による事後措置

1　受診者数　　平成19年12月８日現在

		19年度			18年度実施（人）
		男（人）	女（人）	計（人）	
A	教職員数	248	363	611	598
B	直接撮影者数（B/A）	183	268	451（73.8%）	453（ 75.8%）
C	要精検者数（C/B）	1	3	4（ 0.9%）	7（ 1.5%）
D	精密検査者数（D/C）	1	2	3（75.0%）	7（100.0%）

〈直接撮影をしなかった者のうち〉

E	ドック等，他機関で検診済 E/A	21	43	64（10.5%）	40（6.7%）

2　検診結果

F	異常なし［観察不用含］（F/B）	171	246	417（92.5%）	413（91.2%）
G	要再検（G/B）	11	19	30（ 6.7%）	37（ 8.2%）
H	要注意・要観察（H/B）	1	2	3（ 0.7%）	1（ 0.2%）
I	検査中（I/B）	0	0	0（ 0.0%）	2（ 0.4%）

注：１人ほかの医療機関で精密検査受診【異常なし】

表５　平成19年度　教職員結核検診結果

☆平成５年度より間接撮影を直接撮影に変更し生活習慣病検診日に実施

☆直接撮影日
19日より夏季休業中に実施
８月３日～８月27日（７日間）
受付　13時30分～15時30分

☆検診対象者：全員（嘱託員，再任用，非常勤講師含む）

☆精密検診日
９月19日，21日，27日

平成19年10月31日現在

			平成19年度			平成18年度実績
			男	女	計	
A	教職員数		248	363	611	598
B	第一次受診数（B/A）		185	280	465（76.1%）	461（77.1%）
C	検診結果	異常なし（C/B）	28	113	141（30.3%）	222（48.2%）
D		有所見者（D/B）	157	167	324（69.7%）	239（51.8%）

〈第一次検診を受診しなかった者のうち〉

E	ドック等で検診済又は治療中の者（E/A）	19	38	57（9.3%）	33（5.5%）

〈B＋E＝522人〉

病名別，年齢別検診結果（延人数）

	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	計
高血圧（含境界高血圧）	0	2	10	29	0	41
心疾患（含心電図異常）	5	14	9	19	3	50
腎疾患（含血尿，蛋白尿）	2	2	8	20	0	32
糖尿病（含境界糖尿病）	1	1	3	5	0	10
高脂血症	11	29	42	60	7	149
貧血	8	18	18	22	2	68
肝機能異常	9	16	25	30	4	84
その他の所見	12	13	16	19	5	65
合　　計	48	95	131	204	21	499

表６　平成19年度　教職員生活習慣病検診結果

☆第一次検診実施
19年８月３日～８月27日
（７日間）
13時30分～15時30分

☆教職員数
指導室名簿による

☆検診対象者
全員（嘱託員，再任用，非常勤講師を含む）

☆平成11年度より検診名称，検診方法を変更する

☆平成19年度より，夏季休業中に実施する

単位：人（受診率を除く）

校名	教職員数		第一次受診数				第一次検診結果													
							異常なし		要軽業・要医療		要注意・要医療		要注意・要観察		健康・要医療		健康・要観察		健康・健康	
	男	女	男	受診率	女	受診率	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	10	23	9	90.0	16	69.6	2	7				2	2		1	1	4	6		
B	6	12	4	66.7	10	83.3	0	6				1	1			1	3	2		
C	7	8	7	100.0	8	100.0	3	3			1			1	1	1	2	3		
D	6	10	6	100.0	7	70.0	0	3				1					5	3	1	
E	9	11	6	66.7	9	81.8	1	3	1			1			1		3	5		
F	6	14	5	83.3	12	85.7	2	5			1	2			1	2	1	3		
G	8	10	7	87.5	9	90.0	3	5							1	1	3	3		
H	9	22	7	77.8	12	54.5	1	6			1	1	1	1	1	1	3	2		1
I	6	8	5	83.3	4	50.0	0	1						1	2		3	2		
J	4	14	4	100.0	10	71.4	2	3									2	6		1
K	5	15	3	60.0	12	80.0	1	5				2			1		1	5		
L	8	19	6	75.0	17	89.5	0	7				1				1	6	8		
M	10	14	4	40.0	10	71.4	1	5			1		1			1	1	4		
N	8	15	5	62.5	12	80.0	1	4			1	1		2	1	3	2	2		
O	9	14	7	77.8	12	85.7	0	4					1			1	5	8		
P	8	13	6	75.0	11	84.6	1	4			1	1	1		1	2	2	3		1
Q	5	9	5	100.0	8	88.9	0	1			3			1	1	1	2	4		
R	7	8	5	71.4	5	62.5	1	3			1		1				2	2		
S	4	9	3	75.0	8	88.9	0	3								1	3	4		
T	7	9	5	71.4	7	77.8	0	2			1				1	1	3	4		
小学校計	142	257	109	76.8	199	77.4	19	80	1	0	11	13	8	6	13	18	56	79	1	3
A	15	10	10	66.7	8	80.0	1	4					2		1	2	6	2		
B	11	8	6	54.5	5	62.5	0	4			1		1		2		2	1		
C	15	13	13	86.7	10	76.9	1	2			2	3	2		1	1	7	4		
D	14	10	11	78.6	6	60.0	1	2			3	1			2	1	5	2		
E	11	11	7	63.6	10	90.9	3	4			2			1			2	5		
F	17	7	12	70.6	6	85.7	1	1							5	2	6	3		
G	12	18	10	83.3	10	55.6	0	4				1	1	1	2		7	4		
H	11	8	7	63.6	7	87.5	1	1			1	3			1		4	3		
中学校計	106	85	76	71.7	62	72.9	8	22	0	0	9	8	6	2	14	6	39	24	0	0

表７　平成19年度　教職員生活習慣病検診実績

単位：人（受診率を除く）

園名	教職員数		第一次受診数				第一次検診結果													
							異常なし		要軽業・要医療		要注意・要医療		要注意・要観察		健康・要医療		健康・要観察		健康・健康	
	男	女	男	受診率	女	受診率	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A		3			2	66.7						1						1		
B		3			2	66.7		2												
C		3			3	100		1				2								
D		3			3	100		3												
E		3			3	100		1										2		
F		3			3	100												3		
G		3			3	100		1				1						1		
幼稚園計		21			19	90.5		8		0		4		0		0		7		0
幼・小・中計	248	363	185	74.6	280	77.1	27	110	1	0	20	25	14	8	27	24	95	110	1	3
男女計	611		465		(76.1%)		137		1		45		22		51		205		4	

表 8　平成19年度　教職員生活習慣病検診実績

単位：人

		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	18年度
在職者数（A）		958,061	948,350	939,369	930,220	927,035	925,938	925,007	921,600	919,154	917,011
病気休職者数（B）		4,171	4,376	4,470	4,922	5,200	5,303	6,017	6,308	7,017	7,655
うち精神性疾患による休職者数（C）		1,609	1,715	1,924	2,262	2,503	2,687	3,194	3,559	4,178	4,675
在職者比（パーセント）	（B）／（A）	0.44	0.46	0.48	0.53	0.56	0.57	0.65	0.68	0.76	0.83
	（C）／（A）	0.17	0.18	0.20	0.24	0.27	0.29	0.35	0.39	0.45	0.51
	（C）／（B）	38.6	39.2	43.0	46.0	48.1	50.7	53.1	56.4	59.5	61.1

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，中等教育学校および特別支援学校の校長，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 9　病気休職者数などの推移（平成 9 年度～平成18年度）

コラム　学校敷地内禁煙（大学・短大を含む）の動向

平成20年（2008年）３月に大阪府教育委員会が，４月からの全府立学校の敷地内禁煙を発表し，４月には，その大阪および鳥取・岡山が府県立学校の敷地内禁煙を実施した。また神奈川県教委も８月に，2009年１月から県立学校の敷地内を全面禁煙とすることを発表した。しかし残念ながら，2004年12月に県立学校の敷地内禁煙を開始した長野が，知事交代後の2006年９月に分煙に戻していたことが分かった。

結局，2008年８月時点では，全国47都道府県のうち，９割を超える43が全都道府県立学校または全公立学校の敷地内禁煙を実施（予定）していた。なお実施予定は，前述の神奈川の他，栃木・山梨（2009年４月）および京都（2010年４月）である（下記ホームページ参照）。

全公立学校敷地内禁煙の実施（予定）は，秋田・茨城・福井・静岡・滋賀・和歌山・徳島，および京都（2010年４月）であったが，これに加えて，山形県も「がん対策推進計画」において，2012年度末までに県内の病院・診療所と小・中・高校，特別支援学校をすべて敷地内禁煙とすることを決定した。

しかし残念ながら上記以外では，都道府県内自治体（主に小中学校）の学校敷地内禁煙はそれほど進んでいないのが現状である。未実施自治体教委は，学校敷地内禁煙を実施しない理由をいろいろ上げているが，実際には，喫煙する校長の反対が多いなど，公にできないようなものでしかないようである。

大学・短大の敷地内禁煙も2003年度から増え始め，2008年８月では，全国で予定を含めて約140カ所のキャンパス・学部に広がっていた（**図１**）。国立大学法人では，宮城（2006年４月），兵庫（2007年４月），北海道（2008年４月）の三つの教育大学が，さらに教育学部を含む大学全体またはキャンパスとして，岐阜大学（2005年４月），山形大学小白川キャンパス（2007年４月），弘前大学・岩手大学・宮崎大学（2008年４月）が，敷地内禁煙を実施している。また，近年，教育系のほか，医学部や看護学部，健康関連の大学・学部，および女子大学・短大においても敷地内禁煙が増加してきた。

さらに2008年３月には日本学術会議が，政府へのタバコ対策の要望の中で「大学を含めた全ての教育機関の敷地内禁煙の早期実現をはかるべき」と提言した。また同年４月施行の和歌山県未成年者喫煙防止条例にも，教育機関の敷地内における禁煙を禁止するための条文が盛り込まれた。もはや大学などにおける敷地内禁煙も社会のニーズだと言える。

日本学校保健学会「タバコのない学校」推進プロジェクト：
http://openweb.chukyo-u.ac.jp/~ieda/Project.htm　（平成20年10月25日最終アクセス）

（家田重晴）

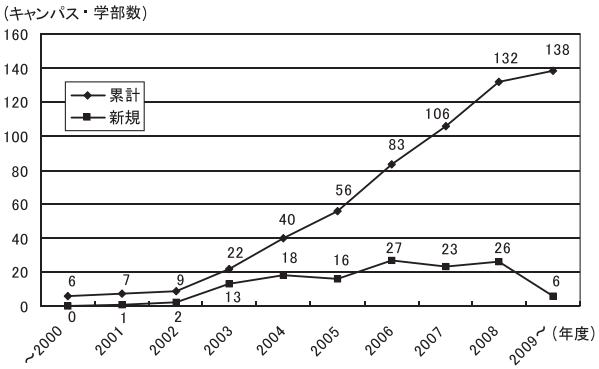


図１　大学・短大のキャンパス・学部の敷地内禁煙

第Ⅱ章

健康教育の動向

総　論

1．健康教育を取り巻く状況

平成20年１月17日，中央教育審議会スポーツ・青少年分科会の学校保健・安全部会から文部科学大臣に対して答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」が提出された。昭和47年の保健体育審議会答申「児童生徒の健康の保持増進に関する施策について」から25年，平成９年の保健体育審議会答申「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について」からでは10年の，大きな変革を示唆する答申である。

「健康教育」の用語は平成９年の保健体育審議会答申において「時代を超えて変わらない健康課題や日々生起する健康課題に対して，一人一人がよりよく解決していく能力や資質を身につけ，生涯を通して健康で安全な生活を送ることができるようにすることである。『健康の価値を認識し，自ら課題を見つけ，健康に関する知識を理解し，主体的に考え，判断し，行動し，よりよく課題を解決する』という過程そのものが『生きる力』を身につけることにもつながるものと考える」と示されて10年，ようやく定着してきた感がある。今回の答申では，学校全体で取り組むこと，役割を明確化すること，学校のみでは限界があるので家庭・地域との連携体制の確立をすること，がより強調されている。

これに先立つ平成19年９月14～16日に開催された，第54回日本学校保健学会のテーマは「生き生きスクールの推進―学校・家庭・地域との連携」であった。ここでは「教育と健康が融合した学校づくり，WHOの提唱するヘルシースクール，ヘルスプロモーティングスクールに相応するもの」とし，健康教育と環境づくりを中核に据えている。これは今回の中教審答申に重なるものと言える。

さらに新・教育基本法，学校教育法の改正を踏まえて小学校・中学校学習指導要領，幼稚園教育要領とが改訂され，３月28日に告示された（コラム「学習指導要領の改訂」を参照のこと）。このような大きなうねりの中，健康教育を以下の項に分けて詳述する。

2．「喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育」「保健教育」

喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育について特記されるべきことは「薬物乱用防止教室マニュアル〈改訂〉」が平成20年４月に出されたことである。その初版においてすでに述べられているように，「教室」との表現は「薬物等に関する関係領域の専門家の活用を図る目的から」であり，今回の答申中の「学校のみでは限界があり，家庭・地域との連携体制の確立」の一つの姿である。また改訂された学習指導要領では，中学校で「医薬品は正しく使用すること」が新たに取り上げられた。薬物乱用防止ともつながる内容ではあるが，より基本的なところで薬の使用を学ばせる意図が込められている。

3．「歯・口の健康教育」「食生活・栄養教育」

歯・口の健康教育についての論考では日本学校保健会の健康増進事業の一つ，児童生徒等歯・口の健康つくり推進委員会や日本学校歯科医会の取組が紹介されている。子どもの生涯を見据えて，学校歯科医の研修制度の検討が進められていることは心強い。

食生活・栄養教育についての論考では，食習慣と学力との関連等を踏まえて，学校における「食に関する指導」の実際が押さえられている。全体計画①～⑦を作成すること，公表しなければならないこと，が示され，また栄養教諭の役割が整理されている。

4．「安全教育」

安全教育についての論考では「学校の危機管理マニュアル ―子どもを犯罪から守るために―」が平成19年11月に改訂されたこと，「学校保健法等の一部を改正する法律」が成立したことにより，学校安全計画の策定，学校としての危険等発生時対処要領の作成が義務付けられたこと，等が示されている。危惧すべきは文部科学省による調査の結果であり，学校の取組状況は前年度の結果に比べてソフト面において実施率が下がっている項目があることであり，「災害は忘れたころにやってくる」の遺訓を思い起こさせる。また天窓からの転落死亡事故が起きたことからも，安全点検が新・学校保健安全法第27条で規定されたことが言及されている。

5．「心の健康教育」「性教育・エイズ教育」

心の健康教育についての論考では，「生徒指導上の諸問題」の調査・保健室利用状況調査からの実態を踏まえ，日本学校保健会の健康増進事業の一つ「心の健康つくり推進委員会Ⅱ」の検討状況や，児童虐待防止法の改正と附則の見直しが紹介されている。また文部科学省としての対応では「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」が平成20年度から始まったこと，子どもの心のケアシンポジウムが開催されたこと，等があるが，前者は特に今回の中教審答申の「地域との連携体制の確立」の一環と理解される。

性教育・エイズ教育についての論考では，中教審初等中等教育分科会「教育課程部会審議経過報告」を踏まえ，「性に関する教育」を推進するための性教育講習会を開始したこと，「性教育実践事例集（仮称）」の作成のための教材の開発および性教育推進事業，等について解説されている。

6．課題と展望

平成20年６月30日，国立教育政策研究所編の「健康教育への招待 ―生涯の健康を支えあう家庭・学校・地域」が発行された。「序」にある「今後は幼児から青年そして成人から高齢者までの生涯発達の視点を持ち，学校だけでなく家庭や地域も参加する，生涯学習支援の観点にたった健康教育が重要」との指摘は重い。それを研究と実践，実践と研究の積み上げで具体化していくことが課題であり，この書が出たことは展望を切り開くものといえよう。

（野村和雄）

参考文献
1．大津一義：健康教育への提言―生き生きスクールの推進を目指して，学校保健第269号，2007.
2．国立教育政策研究所編：「健康教育への招待―生涯の健康を支えあう家庭・学校・地域」，2008.

1　保健教育

平成19年度は，中央教育審議会答申を踏まえて，小学校と中学校の新しい学習指導要領が平成20年３月に告示され，小学校体育科ならびに中学校保健体育科における保健教育内容が示された。小学校3年生においては「健康の大切さと健康によい生活」が，4年生においては「体の発育・発達」が内容とされている。小学校５年生においては「心の発達及び不安，悩みへの対処」と「けがの防止，けがの手当」が，６年生においては「病気の予防」が内容とされた。また，中学校では，１年生においては「心身の機能と心の健康」が，２年生においては「健康と環境」と「傷害の防止」が，３年生においては「健康な生活と疾病の予防」が示された。

保健教育の研究は，日本学校保健学会をはじめとする学会や全国学校保健研究大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，性に関わる内容，心の健康に関わる内容，喫煙・飲酒・薬物乱用に関わる内容などの現代的な健康課題を扱ったものが多い。また教育方法の検討もされている。報告の多くは，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。さらに保健教育に関する全国規模の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，保健教育の比較研究をはじめとする基礎的研究も行われている。

本稿では，日本学校保健学会や全国学校保健研究大会において，平成19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49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。

49巻第２号の植田誠治「保健教育における新しい学力のとらえ方と学校づくり」は，OECD（経済協力開発機構）のPISA調査（OECD生徒の学習到達度調査）で用いられた「書かれたものを理解し，利用し，熟考する能力」という読解力や「自然界を理解し，意思決定するために科学的知識を活用し，科学的課題を明確にし，証拠に基づく結論を導き出す能力」という科学的リテラシー，そして，米国のNational Health Education Standardsで示されている「基本的な健康情報や健康サービスを獲得し，解釈し，理解する資質であり，そしてそのような情報やサービスを健康を高める際に活用する能力」という健康リテラシーを紹介しながら，これからの保健教育の学力のとらえ方について考察している。

49巻第３号の春木敏ら「ライフスキル形成に基礎をおく朝食・間食行動に関する教育プログラムの有効性を評価するための意志決定スキル，目標設定スキル尺度の開発」は，小学校高学年向けの食生活の学習内容で用いることができる６項目からなる意志決定スキルと10項目からなる目標設定スキルの尺度開発を行った。これらは保健教育の食生活に関する内容だけではなく，喫煙，飲酒，薬物乱用，性といった内容での応用可能性も示している。

49巻第３号の野津有司ら「全国調査による保健学習の実態と課題―児童生徒の学習状況と保護者の期待について―」は，わが国における保健教育の成果や課題を明らかにする児童生徒と保護者を対象とする実態調査の報告である。小学校３，４年生の保健学習内容の習得状況は８割を超えていた。小学校５，６年生の習得状況は６割台であり，飲酒やシンナー乱用などの現代的課題やけがの手当などは比較的良好であるが，心の健康や健康づくりの考え方，交通事故や病気の原因といったものは十分ではなかった。中学校の保健学習内容の習得状況は６割台であり，思春期の生殖機能の発達，健康と環境，傷害の防止などの内容が特に良好であった。高校の保健学習内容の習得状況は６割に満たなかった。覚せい剤の害や生活習慣病の予防などの内容は良好であったが，性に関する基礎的な内容やHIVに関する内容は十分ではなかった。また経験した保健学習に対して，「好きだっ

たか」「考えたり工夫したりできたか」「わかったか」といった質問への肯定的回答はいずれも十分ではなかった。一方で保健学習が大切だとする回答は多かった。さらに小学校，中学校，高校のいずれの保護者においても，保健教育に対する関心の高さがうかがわれた。高校3年生の保護者の約４人に１人が子どもの保健教科書を見ていたり，小学校，中学校の保護者の半数以上が保健の授業時数増を望んでいたりすることなども明らかにした。

49巻第６号の野井真吾ら「『からだの学習』に関する基礎的研究：疑問調査，知識調査，生活調査，体調調査の結果を基に」は，体の学習を創造する基礎的作業として，小学生から大学生までを対象とした調査結果をまとめたものである。体の表面と内部とにおける部位の知識に差があること，日ごろから目にしたり，言葉として使用することが少ないものの知識が低いこと，生活習慣の乱れや体調不良の多さなどを明らかにし，体の学習の必要性を指摘した。

第54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。

内山源「健康教育のカリキュラムの改善，開発に向けて―SHES等からの学びを―」は，保健教育のカリキュラム改善と開発の方向について，主に米国で1960年代に進められたSchool Health Education Studyの知見を中心として検討したものであり，基本的事項の選択と全体的構造の構成を持ったカリキュラム開発の学会での共同研究の必要性，カリキュラムに健康水準の軸や問題のレベルを踏まえることの重要性などを指摘している。

角田仁美ら「保健学習の研修に関する研究―高等学校保健体育科教員を対象にして―」は，高校保健体育教員を対象とする保健学習の研修状況や研修に対する意欲の実態，そしてそれらと保健学習の指導に対する意欲や保健学習の実施状況との関連について検討したものであり，過去５年間に公的な保健学習の研修に参加した者は42.5％であり，研修の内容では，「薬物乱用」「エイズ」「性」といった近年特に高校生において問題となっている内容を重点的に扱ったものを受けていることを明らかにしている。また研修には，約７割の教員が肯定的に回答した。校内研修に参加した者は22.6％，勤務時間内に一定の研修時間があるとする者は27.7％，勤務時間外に一定の時間があるとする者は47.7％であり，保健学習に関して研修時間を確保する困難さがうかがえる。自主研修での情報源は，新聞，本，教師用指導書，インターネットが高率であり，個人的に情報入手が可能な方法に依存している。研修には公的なもの校内のものにかかわらず意欲は高い。さらに公的な研修と校内研修に対する意欲が高い者は，保健学習の指導に対する意欲が高く，実施状況も良好であることなどを明らかにしている。

尾花美恵子「『けがの防止』保健の授業の効果的なすすめかた」は，小学校５年生の「けがの防止」の授業において，児童のけがに対する意識の変化を検討し，子どもの身近にある材料を教材に反映することによって，けがに対する情意面と実践の可能性が高まったことを報告している。

貴志知恵子ら「高校での保健学習『応急手当』の効果に関する研究～学習効果と自尊感情・向社会的行動に及ぼす影響について～」は，高校１年生を対象とする５時間構成の「応急手当」の授業を評価するものであり，授業実施前後の比較から，意識確認，気道確保，呼吸確認，人工呼吸，心臓マッサージ，AED装着，気道異物除去，手当不安意識，自命尊重，他命尊重という直接学習内容にかかわる項目，自尊感情得点，向社会的行動得点のいずれもが，授業によって向上したことを報告している。

澤田隆ら「小学校における保健学習の調査研究―特にティーム・ティーチングに着目して―」は，ある県の公立小学校287校を対象とする学級担任と養護教諭とのティーム・ティーチングによる保健学習の実態調査を実施し，ティーム・ティーチングの実施率は，３，４年生が53.1％，６年生で30.6％，５年生で13.5％であること，指導計画の立案や教材の作成といった計画・準備段階でのかかわりや評価段階でのかかわりについて，実態としても今後取り組みたいとするものともに低率であったこと，また指導に対する自己評価では，

各学年において体育主任（学級担任）による単独の学習よりもティーム・ティーチングのよる学習を評価していることを明らかにしている。

佐久間浩美ら「認知的スキルを育成する保健学習の実践と評価～自己管理スキルと記述文との関連～」は，高校２年生を対象とする性に関する学習内容の指導法の有効性について準実験的な方法で検討し，認知的スキルを育成する授業によって，知識面と認知スキルが向上し，また性行動の選択について多くの観点から考えられるようになったことを報告している。

工藤晶子ら「学級集団を対象とした中学生のコーピングスキルを高める健康教育の実践的検討」は，中学１年生を対象とする「欲求やストレスへの対処と心の健康」について，準実験的な方法で検討し，ブレーンストーミング，ケーススタディ，リラクセーションの実習を採用した授業が，コーピングスキルの低い中学生に，逃避・回避的対処の減少，サポートを求める対処の減少などの一定の効果が認められたことを明らかにしている。

新垣秀美ら「小学校「保健領域」の実施状況および教員の意識:2006年度における変化について」は，沖縄県における小学校での保健学習について，2001年度，2002年度，2006年の３時点での実施状況と教員の意識変化を調査し，中学年での実施時間が増加している半面，高学年では，2006年度に比べて2001年度と2002年度の方が実施時間が多いこと，またある時期にまとめて実施する教員が多いことなどを報告している。

朝日香栄ら「保健分野『心の発達と健康』における，仲間関係の変化に重点をおいた回想型授業の実践」は，小学校５年生を対象とする「心の発達と健康」の保健学習において，小学校低学年，中学年，高学年の三つの時期の「楽しかった遊び」と「その時一緒に遊んだ仲間」について回想し，その仲間に対する気持ちや態度を問うことによって仲間関係の変化を理解するという授業を検討し，「その人が何を考えているか気になった」「その人と一緒にいないと不安になった」「その人に元気がないと気になった」という項目で時期による違いが見られたことや三つの時期の気持ちや態度の変化への気付きや成長などの実感に違いが見られたことなどを明らかにするとともに，現在の子どもたちの状況への配慮や全体での振り返りの共有，時間をかけることなどの課題を報告している。

斉藤ふくみら「模擬授業におけるピアティーチング効果の検討―相互評価と発問の分析を中心に―」は，教員養成において模擬授業を行うことの効果を検討したものであり，模擬授業の参観を重ねるごとに，授業運営，学習主体の理解，指導技術などの視点が深まることを報告している。

斉藤ふくみ「保健学習・保健指導におけるアクション・リサーチの試み」は，学生が実習で行った研究授業を，実習後にビデオを視聴し，ディスカッションしてアクション・リサーチし，客観的に自らの授業行為を観察すること，複数の他者の意見を聞いて討論すること，さらに質問紙に答えることで自己に問いかけるなどによって，発展的思考が導き出されることを報告している。

村井佐代子「養護教諭の特質を生かした保健学習の追求－楽しく手応えのある授業づくりをめざして－」は，中学３年生の生徒の保健学習のイメージと授業後の感想をまとめたものであり，１，２年生の授業は，つまらない，退屈である，難しい，理解しがたいといったものが多く，授業後では肯定的なものが多いことを報告している。

柴田智司ら「現在使用されている教科書（保健）の検討」は，学習指導要領の改訂に伴う教科書の検討を試みている。

小浜明ら「カリフォルニア州ロングビーチ地区における保健科教育カリキュラムについての事例研究」は，同地区の保健科教育は，体育科教育から独立し，すべての学校種で必修となっていること，配当学年は幼稚園から７年生と９年生であること，また同地区のカリキュラムをNational Health Education StandardsとHealth Framework for Californiaと比較することによって，学区独自の基準も付加されていることを報告している。

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Ⅱ―」は，小学校６年生に対す３

時間からなる喫煙，飲酒，薬物乱用防止に関する保健学習を事前・事後調査によって評価したものであり，態度では，女子において成人時の喫煙意思，成人時の飲酒意思，友だちや先輩からの喫煙・飲酒・薬物への誘いへの自己効力感などに変化が認められたこと，知識については，著しい増加を見せたこと，行動では変化が認められなかったこと，さらには事前に調べ学習をすることの意義などを報告している。

第57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。

講師の野津有司は，「心身の健康を保持増進するための実践力の育成をめざ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理解，評価について関心を持つこと，学習指導の改善を図ることなどの留意点をまとめた。

川田秀正は，「自ら学び，実践力につなげるための保健学習の進め方について―意欲を高めるための導入部分への教材研究―」で，高校の「社会生活と健康」の小単元ごとの目的に応じて活用した視聴覚教材，アンケート教材，作業的教材，プレゼンテーション教材の具体例を提示し報告している。

田井知子は，「学習過程の中で，『見つめる』『考える』『実践につなぐ』場面を大切にし，より健康な生き方を考える保健学習―他教科等との関連を図り，感性にひびく体験活動を取り入れて―」で，「心の健康」と「病気の予防」での体験活動を取り入れた実践を報告している。

澤村忠俊は，「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―指導と評価の一体化を図る保健学習の工夫について―」で，「感染症とその予防」の内容の学習指導案の工夫，評価方法の工夫，観点別学習評価の進め方とその留意点について報告している。

（植田誠治）

miniコラム

大正期：学校衛生の発展

1916（大正５）年，1903（明治36）年以降廃止されていた学校衛生顧問会議の後続会議として学校衛生調査会が設置された。これにより文部省内には学校衛生に関する担当課と学校衛生担当官が置かれることとなった。

文部省への担当部局の設置と有識者会議の復活は，大正期の学校衛生制度が発展する基盤を形成した。このことにより1919（大正８）年「学校伝染病予防規程」公布（従来の「学校伝染病予防及消毒方法」廃止），同年「児童生徒及学生ノ近視予防ニ関スル注意」公布，1920（大正９）年「学生生徒児童身体検査規程」（従来の「学生生徒身体検査規程」廃止）など，次々と学校衛生制度の制定と改訂がなされた。

また1920（大正９）年12月には，学校衛生の全国的な研究と普及のために帝国学校衛生会（現日本学校保健会）が設立された。

帝国学校衛生会は，雑誌「学校衛生」の刊行と年１回開催する帝国学校衛生会総会および全国聯合学校衛生会などにより研究の成果を全国に普及させた。

さらに1924（大正13）年「地方学校衛生職員制」の公布により，道府県に学校衛生技師が配置され，各地域への学校衛生の普及がより強化された。

（七木田文彦）

2　喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育

1．未成年における喫煙，飲酒，薬物乱用の現状と問題点

⑴喫煙

たばこは，がん，虚血性心疾患，脳血管疾患，慢性閉塞性肺疾患，歯周疾患など多くの疾患の原因となることが明らかにされた。このため，たばこに関する世界保健機関枠組条約，健康増進法などをきっかけとして社会環境の整備が進められている。

「健康日本21」では，たばこに関する目標に，

1．喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及
2．未成年の喫煙をなくす

が挙げられている。

ところで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，「（たばこを）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。

「（たばこを）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はよく知っている結果となっている。

また「大いに害がある」と回答した割合については，平成12年，平成18年のいずれの調査も高く，平成18年調査では前回調査に比べてさらに高くなっている。健康影響に関する意識については，社会的認知の拡がりが改善の大きな要因であるが，小学５，６年での改善が顕著であることから学校教育の寄与も見逃せない。これは，平成14年から実施されている小学校学習指導要領体育科保健領域に新たに「喫煙の健康影響」に関する学習が盛り込まれたことの成果と考えることができる。

「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。

⑵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，古来からの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」と回答した割合については，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，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や薬物乱用に対する考え方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。

⑶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

警察庁の報告によると，シンナーなどの有機溶剤の乱用少年の送致人員は年々減少傾向にあり，平成19年では652名（うち学生・生徒は176名）であった。中・高校生については，平成19年では，中学生68名（平成18年84名），高校生96名（平成18年132名）で，前年に比べても引き続き減少の傾向にあるが，ほかの薬物と比較するとその数は多く，依然としてシンナーなどの有機溶剤が中・高校生で乱用されている状況がある。

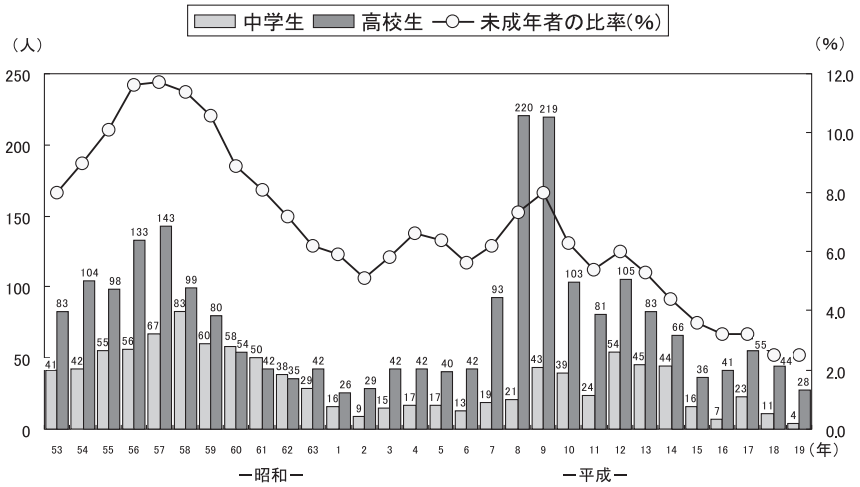
②覚せい剤

覚せい剤による検挙者数は，平成７年から上昇に転じ，その背景が過去の二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等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回目の第三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」等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その原因とされた。

薬物乱用対策推進本部の集計によれば，平成19年の覚せい剤検挙者は，中学生４名（平成18年11名），高校生28名（平成18年44名）で減少傾向にあるが，少年総数では308名であった。また警察庁の平成20年上半期での薬物情勢のまとめによれば，中学生５名（平成19年同期１名），高校生21名（14名）で増加の傾向にある。

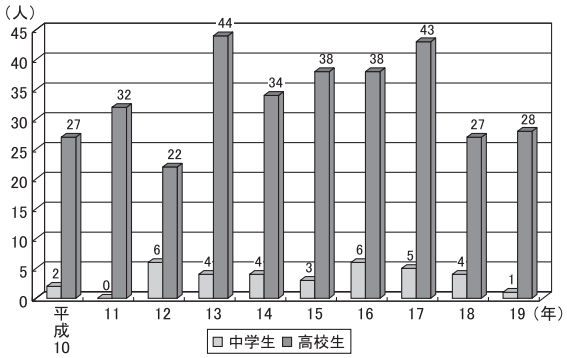
③大麻やMDMAなど合成麻薬

覚せい剤以外で問題となる薬物には，大麻やMDMAなど合成麻薬が挙げられる。大麻による



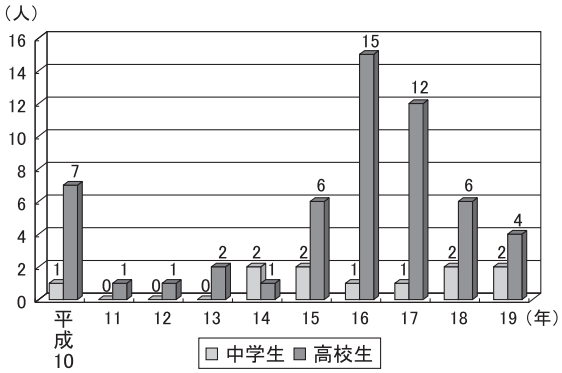
（薬物乱用対策推進本部：警察庁，厚生労働省，海上保安庁調べ，平成20年）

図１　中・高校生覚せい剤事犯検挙者数および未成年者の比率



（薬物乱用対策推進本部：警察庁，厚生労働省，海上保安庁調べ，平成20年）

図２　大麻事犯の検挙者数



（薬物乱用対策推進本部：警察庁，厚生労働省，海上保安庁調べ，平成20年）

図３　麻薬等乱用少年の検挙者数

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，こうした薬物乱用への対応が求められている。

大麻による検挙者については，薬物乱用対策推進本部の集計によれば，平成19年では，中学生１名（平成18年４名），高校生28名（平成18年27名）であった。また警察庁の平成20年上半期での薬物情勢のまとめによれば，中学生１名（平成19年同期０名），高校生15名（14名）で増加の傾向にある。

MDMAについては，警察庁のまとめによれば，平成19年では，中学生２名（平成18年２名），高校生３名（６名），また平成20年上半期については，中学生０名（平成19年同期１名），高校生１名（２名）である。

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あ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。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。

２．対　策

政府は第三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カ年戦略を策定し，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カ年戦略を策定し，さまざまな施策の推進に努めてきた。

最近の薬物情勢は，覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向となっているが，依然として全薬物事犯の検挙人員の８割を占めており，覚せい剤事犯がわが国の薬物問題の中心的課題である状況が継続している。また大麻事犯の検挙人員は，10年前の約２倍に増加しているほか，MDMAなどの合成麻薬事犯については押収量が急増しており，いずれも検挙人員の８割強が初犯者であるなど，乱用のすそ野が広がっている。

政府の薬物乱用対策推進本部は，「わが国の薬物乱用防止対策については，これまでの10年間の戦略の実施により一定の効果が出ているものの，依然として厳しい状況下にあることから，政府を挙げた総合的な対策を講ずることにより，薬物乱用の根絶を図る」とし，「青少年については，覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向にあるものの，

大麻，MDMA等合成麻薬事犯の検挙人員の６割～７割を未成年者及び20歳代の若年層が占めており，青少年を中心に乱用されている状況がうかがわれる」ことなどを踏まえ，平成20年８月に「第三次薬物乱用防止五か年戦略」を策定した。

薬物乱用防止新五カ年戦略の目標１については，

目標１　中・高校生を中心に薬物乱用の危険性の啓発を継続するとともに，児童生徒以外の青少年に対する啓発を一層工夫充実し，青少年による薬物乱用の根絶を目指す

から，第三次薬物乱用防止五カ年戦略では次のように改められた。

目標１　青少年による薬物乱用の根絶及び薬物乱用を拒絶する規範意識の向上

また目標２～４についても次のように改められた。

目標２　薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進 目標３　薬物密売組織の壊滅及び末端乱用者に対する取締りの徹底 目標４　薬物密輸阻止に向けた水際対策の徹底，国際的な連携・協力の推進

目標１は，本戦略では対象者が青少年とされ，薬物乱用の根絶や規範意識の向上が挙げられているが，取るべき対策は従来と大きく異なるものではない。

以下に目標１に対応し，取るべき具体的な対策などが以下のように示されている。

青少年による薬物乱用防止については，平成15年から19年までの間，学校などにおける薬物乱用の有害性・危険性に関する指導の充実，広報啓発や街頭補導活動の強化をはじめとした青少年に薬物乱用をさせない環境整備など種々の取組により，薬物は絶対に使うべきではないと考える児童生徒が増加し，青少年の覚せい剤事犯の検挙者数が減少傾向となるなど一定の成果を上げているものと認められるが，大麻，MDMAなどの合成麻薬については青少年を中心に乱用されている状況がうかがわれるなど，今後も引き続き関係機関が連携して，青少年による薬物乱用の根絶に向けた取組のいっそうの充実に努める必要がある。

このような状況を踏まえ，以下の対策を講ずることとする。

⑴学校などにおける薬物乱用防止のための指導・教育の充実強化

小学校，中学校および高等学校における児童生徒に対する指導・教育を徹底するとともに，引き続き児童生徒らの薬物の根絶に向けた規範意識の向上を図っていく必要があるため，以下のような取組を行う。

・学校における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，「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なども活用しながら，学校の教育活動全体を通じて指導を行う。（文部科学省）
・すべての中学校・高等学校において，少なくとも年１回の薬物乱用防止教室を開催するよう指導すること。その際，警察職員，麻薬取締官OB，学校薬剤師らの協力を得つつ，その指導のいっそうの充実を図る。（警察庁，財務省，文部科学省，厚生労働省）
・児童生徒が薬物乱用の有害性・危険性について正しい知識を習得するため，薬物乱用防止に関する児童生徒用教材，教師用指導資料などを作成・配付する。（警察庁，文部科学省，厚生労働省）
・配付した教材などの活用促進を図るための周知に努めるとともに，教材などの使用について，関係機関との連携の充実を図る。（警察庁，文部科学省，厚生労働省）
・指導方法の充実を図り，効果的な指導を行うため，国，都道府県などが開催する研修会を

充実し，教員や薬物乱用防止教室の指導者に対する研修の機会の拡充を図る。（警察庁，文部科学省，厚生労働省）

・薬物乱用防止教育の成果および課題の検討を行うため，児童生徒らの薬物などに対する認識，薬物乱用の実態などについて，定期的な調査分析を実施する。（文部科学省，厚生労働省）

・学校警察連絡協議会などにおける少年の薬物乱用の実態，薬物の有害性・危険性についての情報交換と，薬物乱用を把握した場合の早期連絡の要請など，警察と学校関係者らとの連携をいっそう強化する。（警察庁，文部科学省）

・大学などの学生に対する薬物乱用防止のため，大学などに対し入学時のガイダンスの活用を促し，その際に活用できる啓発資料を作成するなどの啓発の強化を図る。（文部科学省）

・地域の実情や児童生徒らの発達段階を踏まえ，大麻・MDMAなどの合成麻薬の有害性・危険性に関する指導の充実を図る。（文部科学省，厚生労働省）

⑵⑶略

⑷広報啓発活動の強化

薬物乱用防止などについて国民にさらに深く理解を促すため，以下のような取組を行う。

・乱用薬物に関する相談窓口などの情報の提供などを含めた薬物乱用防止に関する広報啓発活動をいっそう推進する。（内閣府，警察庁，法務省，文部科学省，厚生労働省）

・「薬物乱用防止のための指導指針に関する宣言」（国連薬物乱用防止根絶宣言）支援事業として行われる「『ダメ。ゼッタイ』普及運動」（６月20日～７月19日）をはじめ「不正大麻・けし撲滅運動」（５月～６月）「薬物乱用防止広報強化期間」（６月～７月）「青少年の非行問題に取り組む全国強調月間」（７月）「社会を明るくする運動」（７月）「麻薬・覚せい剤乱用防止運動」（10月～11月）および「全国青少年健全育成強調月間」（11月）などにおいて，青少年および青少年育成関係者に対し，薬物乱用の有害性・危険性や薬物乱用防止のための指導方法などについての広報啓発活動をいっそう積極的に展開する。（内閣府，警察庁，法務省，文部科学省，厚生労働省）

・「薬物乱用防止広報車」「薬物乱用防止キャラバンカー」やインターネットの有効的な活用により，薬物乱用の有害性・危険性についての正しい知識の普及を図る。（内閣府，警察庁，文部科学省，厚生労働省）

⑸関係機関による相談体制の構築

地域住民の相談に的確かつ素早く対応できるよう相談体制を充実させるため，以下のような取組を行う。

・青少年に対し最善な処置が図れるよう，相談機関間のいっそうの連携強化を図る。（内閣府，警察庁，法務省，文部科学省，厚生労働省）

・相談窓口の周知による相談機関の積極的な活用を図る。（内閣府，警察庁，法務省，文部科学省，厚生労働省）

目標２で教育機関が関連する部分を抜粋して以下に示す。

⑶薬物依存・中毒者の家族への相談体制・支援等の充実

薬物依存症からの早期の回復のためには，家族による薬物乱用者への適切な対応が重要である。家族が薬物依存症に関する知識を得て，適切な対応を学ぶ必要があるため，以下のような支援が必要である。

・薬物問題に悩む家族が早期に相談ができるようにするための相談窓口の周知・利用促進を図るとともに，相談対応における関係機関の連携を強化する。（内閣府，警察庁，法務省，文部科学省，厚生労働省）

⑺薬物乱用の実態，薬物依存症の治療法などに関する研究の推進

薬物乱用の実態把握は困難を伴うが，より有効な対策のためには刻々と変化する薬物乱用の実態を継続的に把握し続けることが必要不可欠である。

また薬物依存症に対する治療法開発は世界的重要課題であるが，治療法開発のためには基礎的な研究も重要である。また再乱用防止の推進のため，社会復帰のための新たな対応策などに関する調査研究を推進する。

・薬物依存のメカニズムや慢性神経毒性に関する基礎的研究，薬物乱用・依存の疫学的研究，薬物乱用・依存に関する意識・実態調査，薬物依存・中毒者に対する医療のあり方に関する研究などを推進する。（文部科学省，厚生労働省）

3．学習指導要領

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であり，学習指導要領においても充実が図られてきた。

平成20年９月に文部科学省より発出された通知「薬物乱用防止教育の充実について」では，薬物乱用防止教育について以下の留意点が示されている。

> 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。

一方学習指導要領については，中央教育審議会の答申を踏まえ，平成20年に改訂されたところである。

改訂された学習指導要領でも，喫煙，飲酒，薬物乱用防止教育については，その内容に大きな変更はない。

具体的には，小学校では，「喫煙，飲酒，薬物乱用」の内容を「生活習慣病など生活習慣が主な原因となって起こる病気の予防」の部分と切り離して記述されている。

小学校学習指導要領での関連部分は次の通りである。

⑶病気の予防について理解できるようにする。

ウ　生活習慣病など生活行動が主な要因となって起こる病気の予防には，栄養の偏りのない食事や口腔の衛生など，望ましい生活習慣を身に付けることが必要であること。

エ　喫煙，飲酒，薬物乱用などの行為は，健康を損なう原因となること。

内容の取扱い

⑺内容の「Ｇ 保健」の⑶のエの薬物については，有機溶剤の心身への影響を中心に取り扱うものとする。また覚せい剤などについても触れるものとする。

上記学習指導要領のエに関連する部分の解説を以下に示す。

エ　喫煙，飲酒，薬物乱用と健康

㈠喫煙については，咳が出たり心拍数が増えたりするなどして呼吸や心臓の働きに対する負担などの影響がすぐに現れること，受動喫煙により周囲の人々の健康にも影響を及ぼすことを理解できるようにする。なお喫煙を長い間続けると肺がんや心臓病などの病気にかかりやすくなるなどの影響があることについても触れるようにする。

飲酒については，判断力が鈍る，呼吸や心臓が苦しくなるなどの影響がすぐに現れることを理解できるようにする。なお飲酒を長い間続けると肝臓などの病気の原因になるなどの影響があることについても触れるようにする。

その際，低年齢からの喫煙や飲酒は特に害が大きいことについても取り扱うようにし，未成年の喫煙や飲酒は法律によって禁止されていること，好奇心や周りの人からの誘いなどがきっかけで喫煙や飲酒を開始する場合があることについても触れるようにする。

(イ)薬物乱用については，シンナーなどの有機溶剤を取り上げ，１回の乱用でも死に至ることがあり，乱用を続けると止められなくなり，心身の健康に深刻な影響を及ぼすことを理解できるようにする。なお薬物の乱用は法律で厳しく規制されていることにも触れるようにする。

(7)で「Ｇ 保健」の内容の(3)のエの薬物乱用の心身への影響については，シンナーなどの有機溶剤などを中心に取り扱うものとしたものである。また覚せい剤については，乱用される薬物にはいろいろなものがあることに触れる例として示したものである。

中学校学習指導要領は以下の通りである。

(4)健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。

ウ　喫煙，飲酒，薬物乱用などの行為は，心身にさまざまな影響を与え，健康を損なう原因となること。

　またこれらの（そのような）行為には，個人の心理状態や人間関係，社会環境が影響することから，それぞれの要因に（それらに）適切に対処する必要があること。

注：(　) 内は平成10年告示

３　内容の取り扱い

(8)　内容の(4)のウについては，心身への急性影響および依存性について取り扱うこと。

　また薬物は，覚せい剤や大麻などを取り扱うものとする。

喫煙，飲酒，薬物乱用防止の学習指導要領に関連する解説部分を以下に示す。

ウ　喫煙，飲酒，薬物乱用と健康

(ア)　喫煙と健康

喫煙については，たばこの煙の中にはニコチン，タールおよび一酸化炭素などの有害物質が含まれていること，それらの作用により，毛細血管の収縮，心臓への負担，運動能力の低下などさまざまな急性影響が現れること，また常習的な喫煙により，肺がんや心臓病などさまざまな病気を起こしやすくなることを理解できるようにする。特に未成年者の喫煙については，身体に大きな影響を及ぼし，ニコチンの作用などにより依存症になりやすいことを理解できるようにする。

(イ)　飲酒と健康

飲酒については，酒の主成分のエチルアルコールが中枢神経の働きを低下させ，思考力や自制力を低下させたり運動障害を起こしたりすること，急激に大量の飲酒をすると急性中毒を起こし意識障害や死に至ることもあることを理解できるようにする。また常習的な飲酒により，肝臓病や脳の病気などさまざまな病気を起こしやすくなることを理解できるようにする。

特に未成年者の飲酒については，身体に大きな影響を及ぼし，エチルアルコールの作用などにより依存症になりやすいことを理解できるようにする。

(ウ)　薬物乱用と健康

薬物乱用については，覚せい剤や大麻を取り上げ，摂取によって幻覚を伴った激しい急性の錯乱状態や急死などを引き起こすこと，薬物の連用により依存症状が現れ，中断すると精神や身体に苦痛を感じるようになるなどさまざまな障害が起きることを理解できるようにする。

また薬物乱用は，個人の心身の健全な発育や人格の形成を阻害するだけでなく，社会への適応能力や責任感の発達を妨げるため，暴力，性的非行，犯罪など家庭・学校・地域社会にも深刻な影響を及ぼすこともあることを理解できるようにする。

喫煙，飲酒，薬物乱用などの行為は，好奇心，投げやりな気持ち，過度のストレスなどの心理状態，周囲の人々の影響や人間関係の中で生じる断りにくい心理，宣伝・広告や入手のしやすさなどの社会環境などによって助長されること，またそれらに適切に対処する必要があることを理解できるようにする。

4．薬物乱用防止教室の開催

薬物乱用防止教室の開催状況は，文部科学省の調べによれば，平成19年では，開催校は小学校7,633校（開催率34.5％），中学校5,971校（55.7％），高等学校3,039校（61.2％），中等教育学校８校（25.8％）であった。

平成20年９月に発出された通知「薬物乱用防止教育の充実について」の中で，

> 2　すべての中学校・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，学校薬剤師等の協力を得つつ，その指導の一層の充実を図ること。

が示されている。

従来、薬物乱用防止教室については，「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言う」とされてきた。

先に述べた通知の中で，文部科学省は薬物乱用防止教室について，「薬物乱用防止教室とは，学校保健計画において位置付けられ実施される指導を指すものとする。また「薬物乱用防止教室」は，薬物などに関する専門的な知識を有する警察職員，麻薬取締官OB，学校薬剤師などの外部講師による指導が望ましいものの，国や教育委員会等が開催する研修会などにおいて研修を受けた薬物乱用防止教育に造詣の深い指導的な教員の活用も考えられる。」とされた。

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狙いとし，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。

この際，日本学校保健会が平成20年に改訂した「薬物乱用防止教室マニュアル〈改訂版〉」の活用が望まれる。

5．教材の提供

文部科学省は，喫煙，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，できるかぎ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，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，教師による働きかけや支援により，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

・小学生用ポスター及びパネルの作成・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
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学年全員に配布をしている。
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。(H20.10.27最終アクセス)
薬物乱用防止教育
http://www.hokenkai.or.jp/3/3-1/3-1.html
喫煙防止教育
http://www.hokenkai.or.jp/3/3-5/3-5-frame.html

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，事例等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，文部科学省が高校生から募集して選ばれた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する。

（鬼頭英明）

コラム　青少年の危険行動

近年，欧米先進国をはじめとして，人々の傷病や死亡の直接的・間接的な原因となる「青少年の危険行動」に関する研究が注目されている。その代表的なものとして，米国CDCによる一連の研究がある。そこでは，青少年における①故意または不慮の事故に関する行動，②喫煙，③飲酒および薬物乱用，④望まない妊娠，HIVを含む性感染症に関する行動，⑤不健康な食生活，⑥運動不足の6つの危険行動に焦点が当てられている。そして，これらの危険行動は，大人になるにしたがって定着，深刻化していくことから，より早い時期からの対策が重要であるとしている。またCDCでは，米国の9～12学年の１万人以上の生徒を対象に，1990年当初から隔年で継続的に危険行動の実態調査（Youth Risk Behavior Surveillance：YRBS）を実施し，その出現状況の動向を把握している。これらの貴重なデータはWeb上（http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm）で公開・提供されており，米国の教育目標を評価する指標としてや州および都市における健康教育プログラム開発の基礎資料として利用されるばかりでなく，様々の二次分析に役立てられるようになっている。ちなみに，2007年までのデータについて，ロジスティック回帰モデルを用いたトレンド分析をしてみると，悪化の傾向を示すものは「殴ったり蹴ったりの暴力」などの数項目であったが，改善傾向の項目は，シートベルトや自転車のヘルメットの非着用，飲酒運転や飲酒運転の同乗，武器の携帯，自殺の願望や試み，喫煙経験や月喫煙，過去30日間で20日以上の喫煙，無煙たばこの使用経験，飲酒経験や月飲酒，短時間での多量飲酒，マリファナ，コカイン，メタンフェタミン，シンナーやエアゾール，医師の処方外でのステロイド等の使用経験，性交経験，４人以上の相手との性交経験，最近の性交時でのコンドーム使用や飲酒，薬物使用，嘔吐や下痢による危険なダイエットなど多くみられ，米国における危険行動防止の着実な成果が明らかにわかる。

さて，日本においても，三大死因となっている悪性新生物，心疾患，脳血管疾患には若年期からの喫煙，飲酒，不適切な食習慣や運動習慣などが深く関わっており，また，青少年の主要死因は交通事故などの不慮の事故や自殺などであることを踏まえると，これらの危険行動を防止することは現代的な健康課題を解決する上で極めて重要である。しかしながら，こうした危険行動に関して包括的な視点から取り組む研究はこれまで少なく，近年緒についたばかりといえる。例えば，筆者らは2001年に，「青少年危険行動とは，青少年期に始めやすく，本人や他者の現在および将来の健康や生命に重大な危険を及ぼす行動である」と定義した上で，CDCのYRBSを参考にしながら日本の事情を踏まえて，①身体運動，②食行動，③喫煙，④飲酒，⑤薬物乱用，⑥性的行動，⑦交通安全上の行動，⑧暴力・武器携帯，⑨自傷行動の9行動に関して32項目の質問を設定し，1万人余りの高校生を対象に全国調査を行った。その結果では，日本の高校生においては，米国に比べてみると，身体運動，シートベルトやヘルメットの非着用，喫煙状況，女子の自殺願望などは極めて憂慮されることが指摘された。また，ほとんどの危険行動間に関連があることが示され，青少年の危険行動は同時にあるいは連鎖的に複数出現するという予測が支持された。 今後は，危険行動の出現の背景にあるセルフエスティームや規範意識などの様々の関連要因を構造的に解明することが求められよう。なお，これらの知見の詳細については，Web上(http://hoken2.taiiku.tsukuba.ac.jp/nozu.index.htm)で公開しているので参照されたい。（H20. 10. 29最終アクセス）

（野津有司）

3　歯・口の健康教育

1.「食」に関する健康教育

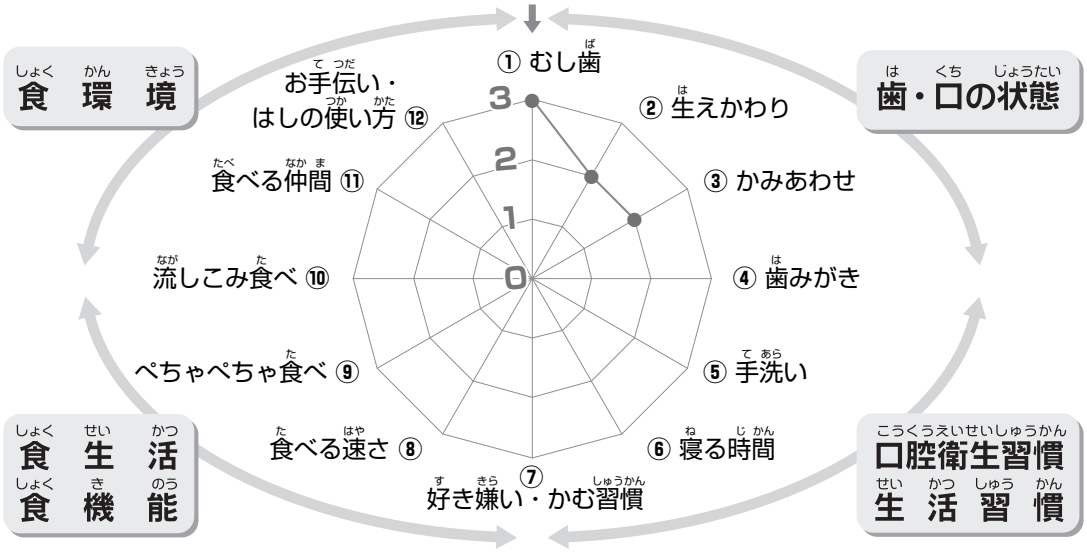
平成17年３月に発刊された「『生きる力』をはぐくむ学校での歯と口の健康つくり」文部科学省指導資料集は，子どもたちが学習を通じて自律的な健康管理ができるような資質や能力を育成する視点を重視しており，過去の「むし歯予防」のみでなく「歯周病の予防」「咀嚼などの口腔機能の育成」「歯・口の外傷の予防」など，現代の子どもの口腔保健の多様な課題に対応しながら，従来の保健管理中心から保健教育を重視する新しい時代に向けての学校歯科保健の方向性が示されている。学校歯科保健活動として行われる「食」の課題も「生きる力をはぐくむ学校での歯と口の健康つくり」の理念を基盤にして理解し，実施されるべきであろう。

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。

⑴　日本学校保健会は「児童生徒等歯・口の健康つくり推進委員会（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。「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。特に注目されるのは，「口腔の発育状態」，「生活習慣」，「食べ方」の項目にした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。

⑵　日本学校歯科医会では学術第三委員会が，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。その目次は以下の通りである。

①より良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



（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，平成19年度）

図１　レーダーチャート（幼児・小学生用）

⑤より良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。

⑶　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」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，さらに平成19年度に特別委員会を立ち上げ，「学校と学校歯科医のための『食』教育支援ガイド―『食育』をどう捉え展開するか―」を平成20年３月に発刊した（**図２**）。内容は以下の項目になっている。

Ⅰ章　総論
　1.「生きる力をはぐくむ学校での歯・口の健康つくり」としての「食育・食教育」
　2.「食べ方」の発達に基づく「食」教育
Ⅱ章　各論
　1：歯・口の健康と「食」の支援
　2：歯・口の健康つくりと「食」教育
　3：保健管理・保健教育における「食」教育の新たな展開
　4：「食育」を通じた学校歯科保健と地域歯科保健の連携
　5：学校における教職員と学校歯科医との連携―「食育」を通して―
　　1）学校経営の立場から
　　2）栄養教諭の立場から
　　3）養護教諭の立場から
Ⅲ章　実践・研究事例
Ⅳ章　資料

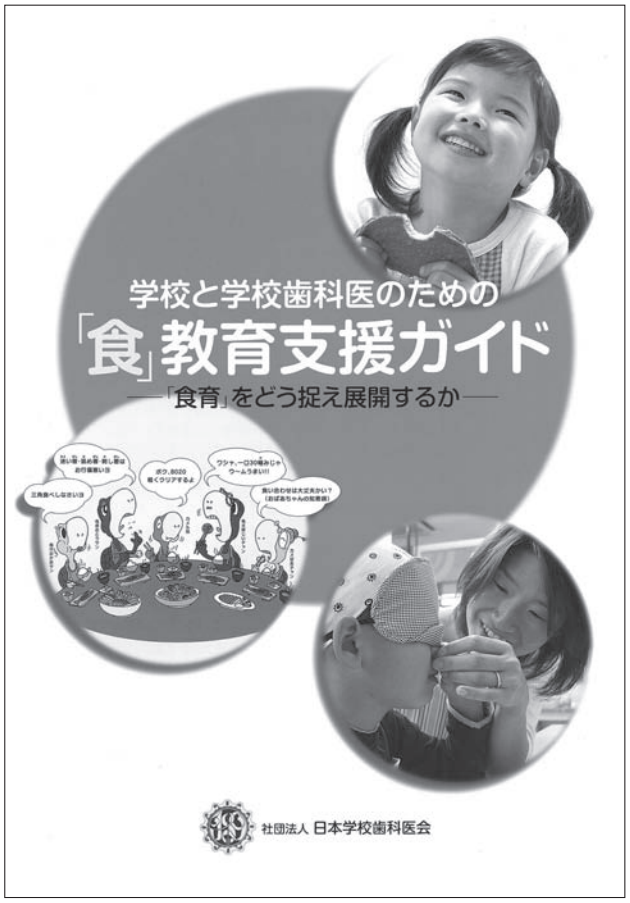


図２　学校と学校歯科医のための「食」教育支援ガイド

以上のように，具体的な面からの提言がされており，実践事例が含まれているので，学校現場で活用しやすい内容となっている。

子どもたちの歯・口の健康つ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。

①　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。

②　口腔機能（特に食べる機能）の育成支援を目的とした食教育，食指導

③　「味覚（五感）食教育」の学習

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，従来の疾病指向の「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「研修制度はどうあるべきか」など，委員会に諮問し検討を続けてきた。昨年度末，制度第２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，丸山進一郎）

miniコラム

インターネットに関する子どもの現状（その１）
―埼玉県学校保健会の調査より―

インターネットやテレビゲーム，携帯電話などの普及とともに，それらの使用が子どもの発達などに悪影響を及ぼす可能性や，多様な事件・事故にそれらが直接的，間接的にかかわっている可能性が指摘されている。

埼玉県学校保健会では，この問題に関する検討委員会を立ち上げ，埼玉県医師会の協力の下，子どものIT機器使用の問題性に関する調査を行い，平成19年には報告書にまとめ，県内の学校をはじめ関係機関に配布した[1)]。本稿では，児童生徒を対象とした調査から得られた特筆すべき傾向について紹介するが，詳しくは，ホームページより報告書をダウンロードできるので，そちらを参照されたい[1)]。なお子どものIT機器利用においては，有効面（光）をより輝かせ，悪影響の可能性（影）をいかに抑制するかを同時に考えていかなければならない。この調査では，影の面に焦点を当てている。

⑴インターネット長時間使用者

インターネットの過剰使用は，生活習慣への影響を始め，さまざまな問題を引き起こす可能性があるが，週20時間以上の長時間使用者が小学校高学年から現れ始め，学年が進むにつれて増加し，高校生では男女とも１割前後に及んでいた。さらに週30時間以上のきわめて長時間の使用者が，少数であるが中学生でも見られ，高校生では数％いることが明らかになっている。

利用内容としては，ホームページ閲覧および電子メールの使用者が，学年とともに急増している。ホームページについては，高校生では約６割が「毎日」，または「ほぼ毎日」見ている。また「オンラインゲーム中毒」という言葉があるほど，その依存性が問題視されているオンラインゲームが児童生徒に確実に浸透してきている。小学生４～６年生の２～３割がオンラインゲームを「毎日」または「ほぼ毎日」するという結果だった。

⑵インターネット使用に伴う危険な体験

インターネットを使用する中で，児童生徒はどのような危険な体験をしているのだろうか。

ネット上での「激しい言い争い」は，深刻な問題に発展する可能性があるが，小学生，中学生，高校生の体験率は，それぞれ，５％，12%，15%だった。また，「知らない人から会いたいと言われた」は，それぞれ，４％，７％，15%，「過激なサイトの閲覧」は，それぞれ，７％，８％，21%，「犯罪や自殺のページを見た」や「詐欺にあいそうになった・あった」は，中学生３～４％，高校生10%だった。このように，多くの子どもが実際に危険な体験をしている傾向が明らかになっている。なおこのような体験は，インターネットの使用時間や依存傾向が高いほど多くなるという，明確な傾向が報告されている。

（戸部秀之）

「インターネットに関する子どもの現状（その２）」に続く（162ページ）

コラム　幼児の体力づくり

肥満と生活習慣病あるいはその他の疾病との関連性が強く叫ばれる中，肥満は医療費の増加をもたらし，国家予算を圧迫することから，今やこの問題は先進諸国共通の課題と言っても過言ではないだろう。このような状況の中，近年，さまざまな学会誌において特に児童期や幼児期を対象とする身体活動に関する調査研究が目立つようになってきている。これまでも成人期以降におけるこの種の研究は散見できたが，その対象年齢が低下しているのが最近の特徴であり，現代の健康科学においては早い発達段階からの身体活動の重要性が年々高まっていることを示唆しているものと言えよう。

さて、昔と比べて幼児の体力は4歳時点で低下しているとの報告[1]がある。この場合の「体力」はあくまでも身体活動量のアウトカムと考えられることから，近年のライフスタイルの変化により，この年齢以降の身体活動量が低減し，子どもの体力が低下していると考察するのが一般的であろう。他方，子どもの体力・運動能力に関する直近のデータ，例えば，2000年の少し前と2000年過ぎ以降のデータを比べると，ほとんど変化していないのが実情である。二極化という別の問題もあるが，総じて判断すれば，児童生徒の体力･運動能力は，ある程度下げ止まって，種目によっては若干回復に向かっていると推測することもできる。幼児においてもこの傾向は同様である。すなわち５年ごとに実施している幼児の運動能力の全国調査[2]では，「幼児の運動能力が1986年から1997年にかけてかなり低下し，その後低下したままで現在に至っていることを明確に示している」と，97年を一つのターニングポイントとして指摘している。とはいうものの，20～30年前と比べると今の子どもの体力・運動能力がかなり低下しているのは明らかなことであり，深刻な状況ととらえるべきであろう。

文部科学省でも，子どもの体力・運動能力は昭和60年ごろをピークに長期の低下傾向にあると指摘し，平成18年９月には「スポーツ振興基本計画」を改定するとともに，新たに政策課題の柱として「スポーツの振興を通じた子どもの体力の向上方策」を掲げている。従って，現在子どもの体力向上はスポーツ行政の主要課題になっている。そのような中，同省では平成16年度～平成18年度において，体力向上だけでなく，望ましい生活習慣の形成を図ることにも着目し，「子どもの体力向上実践事業」を実施している。またこの事業に引き続き，平成19年度からはその対象年齢を下げ，「体力向上の基礎を培うための幼児期における実践活動の在り方に関する調査研究」を企画し，全国の自治体でさまざまな取組を行わせている。沖縄県では中城村が琉球大学と連携の下，「保護者の意識を変え，幼児のまわりのおとなの行動変容」を促すことによって，幼児のライフスタイルや身体活動量の増強を図るべく，本調査研究に参加している。

幼児の体力づくり（身体活動量の増強）でのポイントは主に２点ある。１点目は沖縄県での取組のテーマになっているが，周りの大人（主に保護者と教員）の行動や考え方を改善することである。発達段階が小さければ小さいほど子どもの行動は周りの大人の行動や考え方に規定されることが多く，よって，子どもの望ましい生活習慣のほとんどは周りの大人の行動や意識によって決まってくるからである。２点目は，さまざまな遊びの中で身体活動量を増強させることにある。遊びは楽しく，内発的に動機付けられた状態であるため，身体活動が量的に増強されることはもちろんのこと，「三つ子の魂百まで」ということわざがあるように，この発達段階の子どもにとってさまざまな遊びを経験することは，一種の「動き」の刷り込みが図られ，それ以降の発達段階に持ち越されると予想されるからである。また動きを多く獲得するという意味では，できるだけたくさんの遊びを経験させることが重要である。

参考文献

1．小林寛道：現代の子どもの体力―最低必要な体力とは―，体育の科学49(1)：14-19，1999.

2．杉原隆・森司朗・吉田伊津美・近藤充夫：2002年の全国調査からみた幼児の運動能力，体育の科学54(2)：161-170，2004.

（小林　稔）

4　食生活・栄養教育

1．学校における食育

食育基本法，栄養教諭制度，学習指導要領の改訂，学校給食法の改正と学校における食育推進の条件整備がされ，いよいよ学校における食育推進の取組が本格化する。

学校における食育は，教育課程に明確に位置付けて，学校教育活動全体で意図的・計画的・継続的に行うことが大切である。

そのためには学校長のリーダーシップのもと，食に関する指導目標を明確にした全体計画を作成し，各教科等における食に関する指導と給食時間における指導を相互補完的に関連付け，学校給食を「生きた教材」として活用しながら実践的な指導を行う必要がある。

2．学校における食育の必要性

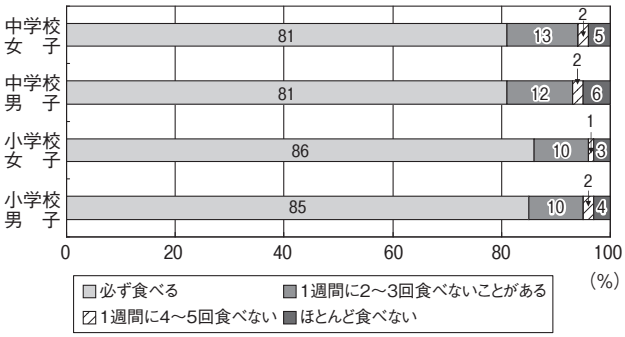
学校における食育が一過性のものとならないためには，関係する教職員が，なぜ学校で食育に取り組む必要があるのかを十分に理解し，連携協力し，取り組むことが大切である。

⑴児童生徒の食生活の状況

近年の食生活を取り巻く社会環境の変化は，子どもたちの食に起因する健康課題となっている。食生活の乱れ，偏食，朝食欠食，肥満傾向，痩身傾向などが指摘されており，年々増加傾向も見られることから，将来の食習慣形成の基礎を培う重要な時期に，望ましい食習慣を身に付けさせ，生涯を通じて食の自己管理できるようにすることが重要である。

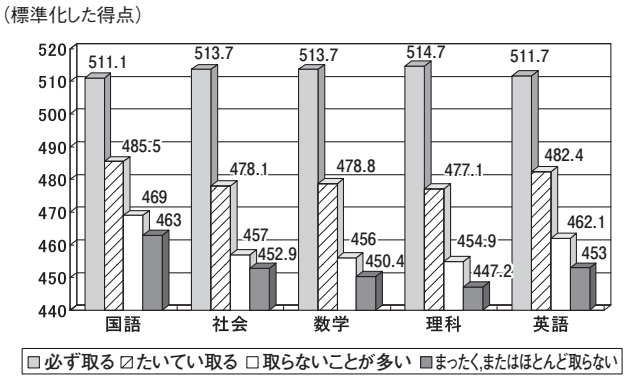
①朝食欠食の状況

独立行政法人日本スポーツ振興センターの「児童生徒の食生活実態調査」朝食欠食状況（**図１**）によると，小学校５年生の約４％，中学２年生生徒の約５％がほとんど食べないという結果になっている。国立教育課程研究所の「教育課程実施状況調査」（**図２**）によると，毎日朝食を食べる子どもほどペーパーテストの得点が高い傾向にあり，文部科学省の「心の健康と生活習慣に関する調査」（**図３**）でもすっきり目覚めた者の方に朝食を取っ



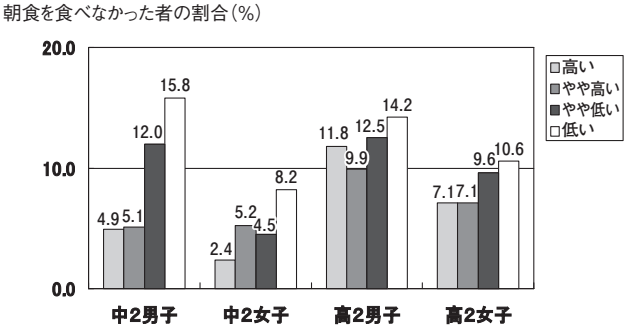
（独立行政法人日本スポーツ振興センター：児童生徒の食生活実態調査，平成17年度）

図１　児童生徒の朝食欠食状況



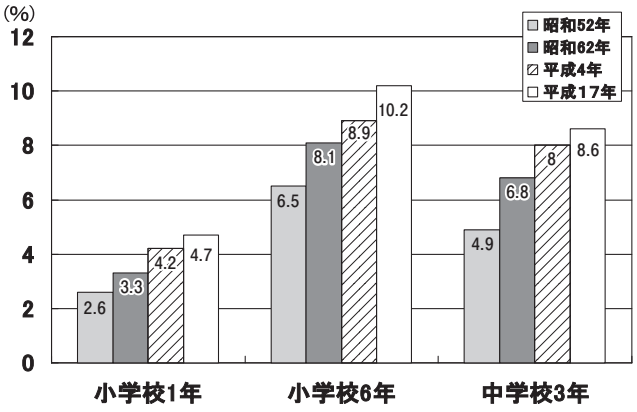
（国立教育課程研究所：教育課程実施状況調査，平成13年度）

図２　朝食欠食と学力　中学校第２学年（学校に行く前に朝食を取りますか）



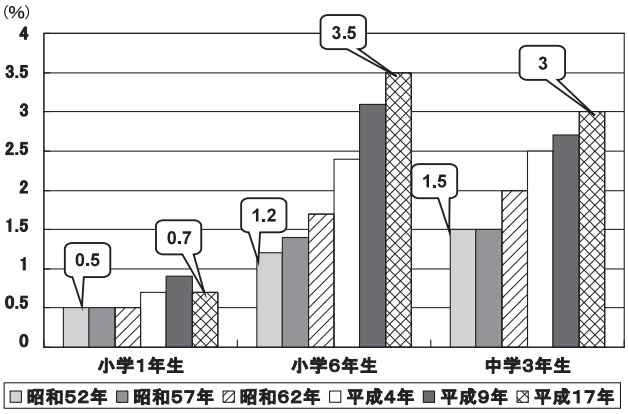
（文部科学省：心の健康状態と生活習慣の関連実態調査，平成15年）

図３　心の健康得点が高いほど朝食を食べている



（文部科学省：学校保健統計調査，各年度）

図４　肥満傾向児の割合



（文部科学省：学校保健統計調査，各年度）

図５　痩身傾向児の割合（男女別）

ている者が多い結果となっている。学童期に形成された食習慣が大人になっても影響するといわれるし，何よりも生活習慣を整えるために朝食は大切である。

食育推進基本計画では，平成22年までに欠食率を０％にする数値目標が掲げられており，「早寝・早起き・朝ごはん」をキャンペーンとする国民運動が展開されている。

②肥満傾向，痩身傾向

学校保健統計調査による児童生徒の肥満傾向，痩身傾向は**図４**，**図５**の通りである。

肥満傾向は，運動習慣の減少と合わせて，不規則な食習慣，間食の過剰摂取などが指摘されているし，痩身傾向は，マスコミの影響や大人社会のやせ志向が子どもたちに影響を及ぼしていると考えられる。

成長期であり，大人になってからの心身ともに健全な体づくりの時期であるだけに，適切な指導をする必要がある。学校保健委員会活動の充実，養護教諭，栄養教諭等がそれぞれの専門性を生かして，適切な指導に取り組むことが大切である。

３．学校における「食に関する指導」の実際

⑴食に関する指導の目標

文部科学省は，児童生徒が健全な食生活を実践し，健康で豊かな人間性をはぐくんでいけるよう，栄養や食事について，正しい知識に基づいて自ら判断し，実践していく能力などを身に付けさせるため，食に関する指導の目標を設定している。各学校では，国の設定した目標を踏まえつつ，地域や児童生徒の食生活の実態などに配慮した目標を設定している。

「食に関する指導の目標」
- 食事の重要性、食事の喜び、楽しさを理解する。
- 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取り方を理解し、自ら管理していく能力を身に付ける。
- 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。
- 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もつ。
- 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。
- 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。

⑵学校における食育の特長

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生かしながら，「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げやすいのである。そのためには，教職員が教科などの指導における食に関する指導には

「生きた教材」を活用することが有効であることや，日々の給食時間は貴重な食に関する指導の場であることを理解した上で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留意することが効果的な食に関する指導となる。

⑶「食に関する指導に係る全体計画」

各学校においては，食育を推進するために，「食に関する指導に係る全体計画」を作成することとされている。

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など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ものである。

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家庭が受け皿となれるよう配慮する必要がある。

⑷栄養教諭の職務

栄養教諭は，学校教育法第37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)児童生徒への個別的な相談指導

生活習慣病の予防や食物アレルギーへの対応など，児童生徒たちの個別の事情に応じた相談指導を行う。併せて保護者に対する助言など，家庭への支援や働きかけも行う。

2)児童生徒たちへの教科・特別活動などにおける教育・指導

給食時間，学級活動，教科指導など学校教育活動全体の中で行う食に関する指導に積極的に参画すること。

3)食に関する教育・指導の連携・調整

学校教育活動全体で食に関する指導に取り組むために，栄養教諭は関係教職員が十分に連携・調整できるようにコーディネーターとして中心的な役割を果たすことが期待されている。

②学校給食の管理

現在，学校栄養職員が行っている栄養管理，衛生管理，検食，物資管理などである。

③食に関する指導と学校給食の管理の一体的な展開

生きた教材である学校給食の管理とそれを活用した食に関する指導を同時に主要な職務の柱として担うことにより，両者を一体のものとして展開することが可能となり，高い相乗効果が期待されることから，栄養教諭は一体的な展開ができるように職務を担うことである。

（金田雅代）

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らの安全に関わる諸活動，すなわち児童生徒らが主体（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」，そして児童生徒ら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[1)]。

また近年の児童生徒ら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等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，子どもや教職員等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，学校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[2)]。

⑴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を，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。

⑵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。

⑶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。

⑷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．学校の危機管理マニュアルの改訂

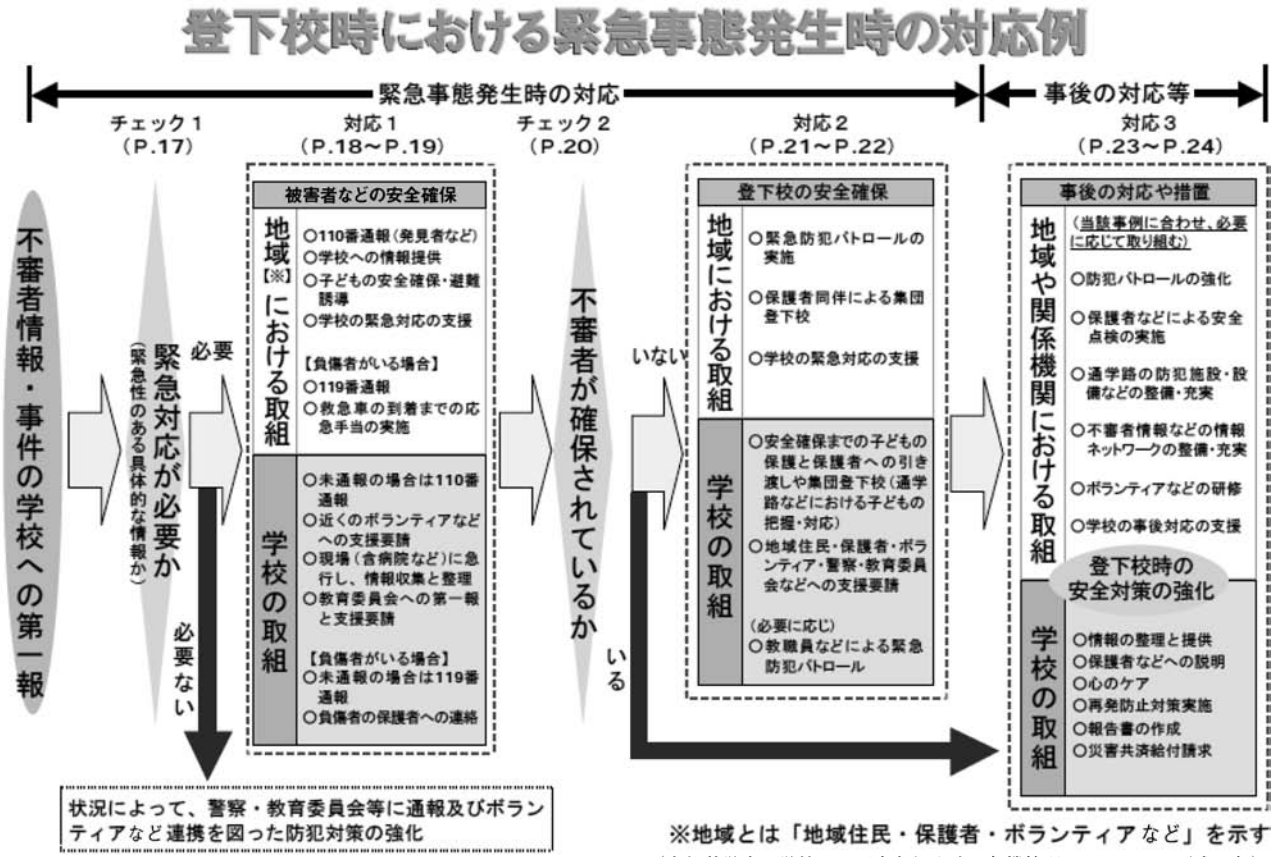
文部科学省は平成14年12月に「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」を作成し，全国の教育委員会や学校に配付した。しかしその後，登下校時に子どもが被害者となる事件が相次いで発生するとともに，マニュアル作成から５年が経過したことから，平成19年11月に「学校の危機管理マニュアル―子どもを犯罪から守るために―」[3)]を作成し，旧マニュアル同様，全国の学校などに配布した。

改訂のポイントは以下の通りである。

・各学校が，地域の実情に応じた危機管理マニュアルを作成する際の参考となるよう「学校独自の危機管理マニュアルの作成について」を追加。
・地域のボランティアなどとの連携の観点から，記述内容を充実。
・登下校時の緊急事態が発生した場合などの学校の対応について，チェックポイントを定め，その対応を解説。
・その他，心肺蘇生の充実など内容を整理。

特に登下校時の緊急事態発生時への対応を新たに盛り込んだ点が大きな特徴である。また地域のボランティアなどとの連携が前提になっている（**図１**）。

なお後述する学校保健安全法（平成21年４月施行）では，危険等発生時対処要領すなわち危機管理マニュアルの策定が義務付けられている。学校独自のマニュアルを作成し，実効性を高めるために適宜訓練等を行うことが重要である。



（文部科学省：学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル，平成14年）

図１　危機管理のフローチャート

3．学校の安全管理の実態

文部科学省は平成19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97.7％であり，小学校で100.0％，中学校で99.3％，高等学校で96.0％，特別支援学校で99.3％，幼稚園で93.0％であった。いずれも前年度より数値が上昇している。平成18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80.6％であり，小学校で95.8％，中学校で78.9％，高等学校で43.9％，特別支援学校で70.0％，幼稚園で71.7％であった。前年度と比べて高等学校と幼稚園で数値が上昇しているが，小・中学校および特別支援学校では数値が下がっている。

平成19年３月末現在で，通学安全マップを作成している小学校および特別支援学校（小学部）の割合は91.3％であった。平成18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66.5％であり，小学校で91.0％，中学校で75.1％，高等学校で31.6％，特別支援学校で15.4％，幼稚園で35.9％であった。平成18年度中に通学路の安全点検を実施した学校の割合は，小学校および特別支援学校（小学部）で98.6％であった。

ハード面に関しては，平成19年３月末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65.9％であり，小学校で64.4％，中学校で64.3％，高等学校58.9％，特別支援学校で67.6％，幼稚園で72.5％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87.4％であり，小学校で91.8％，中学校で83.4％，高等学校72.7％，特別支援学校で93.5％，幼稚園で88.7％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84.0％であり，小学校で94.2％，中学校で82.7％，高等学校61.3％，特別支援学校で90.3％，幼稚園で76.4％であった。

校種別に見ると小学校と特別支援学校の状況が全般的に良好である傾向は前年度調査と同様である。また特にハード面は前年度調査より大幅に改善されていた。

４．転落事故とその防止

６月18日に東京都杉並区の小学校において，児童が屋上の天窓から落下する死亡事故が発生した。これを受けて文部科学省は全国の教育委員会などに対して，「学校における転落事故等の防止について」（６月20日）によって同様の事故の再発防止を依頼した。留意点は以下の通りである。

⑴天窓については，人の体重を支える強度がないとするメーカーが多く，児童生徒らが乗ることのないよう適切な安全管理を行う必要がある。児童生徒らが天窓に近付く可能性がある学校においては，天窓の危険性などについて，児童生徒らに理解させ，天窓の上に絶対に乗らないよう周知徹底するとともに，天窓の設置された屋上を使用しない場合には屋上出入口の施錠を行う，児童生徒が天窓の近くで活動する場合には，事前に危険性について点検を行い，教職員が適切に見守るなど，十分な安全管理を行うこと。

⑵児童生徒らの近付く可能性のある場所に設置された天窓は，児童生徒らの多様な行動に対し十分な安全性を確保した設計とすることが重要であり，天窓の構造や設置状況などを把握した上で，周囲に防護柵を設置することおよび内側に落下防護ネットを設置することなど，安全な構造とするとともに，効果的な表示などによる注意喚起を図ること。

⑶学校の施設・設備について，「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」（平成14年２月）や学校施設整備指針（平成19年７月）を参考としつつ，各学校で定められている「学校保健安全計画」などに基づいて定期点検を実施し，危険箇所が発見された場合には早急に改善の措置を講じるなど，安全管理の徹底を図ること。

⑷各教科，特別活動などを通じて，児童生徒らに対して，危険を予測し，回避する能力を身に付けさせる安全教育を充実させること。

⑸独立行政法人日本スポーツ振興センターの提供する事故情報（「学校の管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点」）などを適宜活用しつつ，学校において発生している事故の実態を踏まえ，適切な対応を取ること。

⑹学校の教職員が学校安全について共通理解を図るとともに，組織的な学校安全対策を講じること。

なお文部科学省は，平成20年８月に学校での転落事故防止のリーフレットを作成した。

５．学校保健安全法における学校安全・危機管理の内容

第169回通常国会で審議されていた「学校保健法等の一部を改正する法律案」が，平成20年６月に可決・成立した。改正学校保健法すなわち学校保健安全法では，学校安全計画の策定が義務付けられた。従来学校において策定されていた学校保健計画もしくは学校保健安全計画の中から，学校安全にかかわる内容を独立させ，詳細かつ具体的に活動の内容を示すことになる。学校安全計画の策定に関しては，校長の指導の下で校務分掌などに基づき，学校安全の責任者（例えば安全主任）を中心に策定を行う。また地域学校安全委員会などの組織を活用して，学校安全計画の内容を吟味することは効果的であると思われる。

危機発生において学校が取るべき措置を定めた危険など発生時対処要領すなわちマニュアルの作成も義務付けられた。マニュアルは学校および地域の状況などを考慮して作成し，訓練を通じてその見直しと改善を図る。学校では独自の危機管理マニュアルの作成が必要である。学校で想定される危機としては，さまざまな状況が挙げられる。学校への不審者侵入時の対応，登下校時の緊急事態発生，地震と二次災害，気象災害発生などのマニュアルを作成しておくことが必要である。また作成した危機管理マニュアルを周知することで，学校，家庭，地域が一体となった危機管理体制を明確にし，地域全体で子どもの安全を守る意識を高めることが可能となる。

なお学校保健安全法では，第二十七条に「当該学校の施設及び設備の安全点検」が挙がっているように，今後告示される施行規則に基づき，適切に安全点検を実施することも必要である。その際，施設設備によっては専門業者による点検が必要とされる場合もある。

（渡邉正樹）

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：学校の危機管理マニュアル ―子どもを犯罪から守るために―，2007.

6　心の健康教育

1．はじめに

平成20年１月に出された中央教育審議会（スポーツ・青少年分科会学校健康・安全部会）答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」で，子どもの健康を取り巻く状況は，社会環境や生活環境の急激な変化が子どもの心身の健康にも大きな影響を与えており，学校生活においてはいじめ，不登校，児童虐待などのメンタルヘルスに関する課題，アレルギー疾患などの新たな課題が顕在化していること，また子どもの安全を取り巻く状況は，近年，学校に不審者が侵入して子どもの安全を脅かす事件，通学路で子どもに危害が加えられる事件が発生し，大きな社会問題となっていることや，阪神・淡路大震災，新潟県中越地震など自然災害の発生により子どもたちの心身の健康に大きな影響を与えていることなどが述べられている。平成15年３月の中央教育審議会答申「新しい時代にふさわしい教育基本法と教育振興基本計画の在り方について」においても，自信喪失感や閉塞感の広がり，倫理観や社会的使命感の喪失，少子高齢化による社会活力の低下，経済停滞の中での就職難など，日本の危機的状況の中で，青少年は夢を持ちづらくなり，規範意識や道徳心，自律心の低下，いじめ，中途退学，青少年の凶悪犯罪の増加という問題が生じていること。また平成９年に出された保健体育審議会答申では，いじめや不登校，薬物乱用，性の逸脱行動，肥満や生活習慣の兆候，感染症の新たな課題などが深刻化しており，これらの課題の多くは，自分の存在に価値や自信が持てないなど，心の健康課題と深くかかわっていることが述べられている。このような状況から，「心の健康つくり」は，依然として重要な課題となっていることは否定できない現状である。

2．学校保健の充実

⑴心の教育を重視した学習指導要領

教育基本法や学校教育法の改正などを踏まえ，「生きる力」をはぐくむ学習指導要領の理念を実現するため，その具体的な手立てを確立する観点から学習指導要領を改訂し，平成20年３月に新学習指導要領が公示され，移行措置が取られているが，直ちに実施可能な学習指導要領の総則や，道徳，総合的な学習の時間，特別活動については，平成21年度から先行実施が可能となっている。

○学習指導要領改訂のポイント

・改正教育基本法等を踏まえた学習指導要領改訂
・「生きる力」という理念の共有
・基礎的・基本的な知識・技能の習得
・思考力・判断力・表現力などの育成
・確かな学力を確立するために必要な時間の確保
・学習意欲の向上や学習習慣の確立
・豊かな心や健やかな体の育成のための指導の充実

○体育・健康教育においては，生涯にわたって健康を保持増進し，豊かなスポーツライフを実現することを重視し，健康の概念や課題などの内容を明確に示すことや，心身の発育・発達と健康，生活習慣病などの疾病予防，保健医療制度の活用，健康と環境，傷害の防止としての安全などの内容の改善を図るとともに，生活習慣の乱れやストレスなどが健康に影響することを学ぶことが重要であるとされ，「心の教育」の指導内容の充実が図られるものである。

児童生徒の「心の健康」の保持増進に関する指導の充実を図るためには，教育活動全体を通して進めなければならない。各教科，道徳，特別活動，総合的な学習の時間などとの関連を図り，年間指

導計画に位置付けるなどして計画的に指導することが大切である。

⑵連携を深めながら子どもの心身の健康の保持増進を目指す学校保健の推進

中央教育審議会（スポーツ・青少年分科会学校健康・安全部会）答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」が平成20年１月に出されている。それによると子どもの健康をめぐる現代的な課題は，単に個人的な課題とするのではなく，学校，家庭，地域社会が適切な役割分担の下に，相互に連携を深めながら社会全体で取り組み，子どもの心身の健康の保持増進を目指す学校保健を推進することが必要であると述べられている。子どものメンタルヘルスに関する問題など心の健康教育については，すべての教職員で学校保健を推進することができるように組織体制の整備を図り保健教育と保健管理に取り組むことが必要である。また，中央教育審議会（スポーツ・青少年分科会学校健康・安全部会）答申を踏まえ，「学校保健法等の一部を改正する法律」が公布された。学校保健法から学校保健安全法（以下，法という）と改称され，子どものメンタルヘルスに関する課題やアレルギー疾患などの健康課題に，学校が適切に対応することが求められているなどから，学校保健分野における学校の設置者の責務について法に明記された。また，児童生徒のさまざまな心身の健康課題に適切に対応するために，健康相談や健康観察などにより，児童生徒の健康状態を把握するとともに，健康上問題があると認められる児童生徒らに対しては，教員間の連携の下で保健指導を行う旨が規定された。

３．児童生徒の心の健康状態の現状と課題

⑴生徒指導上の諸問題より（平成18年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について　初等中等教育局児童生徒課平成19年11月より）

〈平成18年度の調査結果の概要〉

①学校内で発生した暴力行為は，小学校3,494件，中学校27,540件，高等学校8,985件であり，学校外で発生した暴力行為は，小学校309件，中学校3,024件，高等学校1,269件である。形態別での発生件数が多いのは小・中・高等学校ともに生徒間の暴力である。

②いじめの認知件数は，小学校60,897件，中学校51,310件，高等学校12,307件である。いじめの認知件数を学年別に見ると，中学１年生が最も多くなっている。

③不登校は，小学校で23,825人，中学校で103,069人であり，平成14年度から４年連続で減少していたが，平成18年度は増加となった。

④高等学校における中途退学者数（中退者数）は，77,027人である。

注）平成18年度間の調査から，見直した調査方法により調査を実施する。

・すべての調査において，国・公・私立学校・中等教育学校を対象としている。

・「いじめ」の状況に関する調査については，いじめられた児童生徒の立場に立って，より実態に即して把握できるよう，いじめの定義を見直す。

「いじめ」とは，「当該児童生徒が，一定の人間関係のある者から，心理的・物理的な攻撃をうけたことにより，精神的な苦痛を感じているもの。」とする。

・いじめの「発生件数」を「認知件数」に改める。

⑵「保健室利用状況に関する調査報告書」（財団法人日本学校保健会，平成20年２月より）

〈平成18年度調査結果〉

①１校１日平均保健室利用者数は小学校40.9人，中学校37.9人，高等学校35.6人であった。

②過去１年間に保健室登校をしている児童生徒がいた学校の割合は，小学校44.5%，中学校61.0%，高等学校50.6%であり，不登校問題の対応に果たす養護教諭の役割が大きくなっている。

③児童生徒の一回平均の対応時間は，小学校約

12分，中学校約18分，高等学校約22分であり，「主に体に関する問題」よりも「主に心に関する問題」が小学校，中学校，高等学校ともに多くなっており，養護教諭は心の健康問題への対応に当たる比重が大きいことがわかる。

④過去１年間に把握した，心の健康に関する問題のある児童生徒数（人／1,000）は，小学校では「発達障害（疑い含む）」，中学校，高等学校では「友達との人間関係」が最も多い。

⑤過去１年間に把握した，児童虐待に関する問題のある児童生徒数（人／1,000）は，小学校は1.7，中学校は1.5，高等学校は0.4であり，前回の調査（平成13年度）よりもいずれも増加していた。

⑥過去１年間に把握した，拒食や過食などの摂食障害の問題のある児童生徒数（人／1,000）は，前回の調査（平成13年度）と比較検討（人／1,000）すると，小学校と中学校は増加傾向である。

⑶心の健康つくり推進委員会Ⅱ―非常災害時の子どもの心のケア―（財団法人日本学校保健会）

近年，自然災害や事件・事故が多発し，児童生徒の心身の健康に大きな影響を与えていることから，児童生徒の心のケアが重要な課題となっている。そこで平成19年10月に委員会が設置され，非常災害時の心のケアの進め方などについて検討するものである。現在，近年発生した新潟中越沖地震の経験を心のケアの体制づくりなどに生かすため被災地域の学校を対象にアンケート調査を実施しているところである。自然災害を対象としたこの調査結果を基礎資料として，今後は事件・事故に対する心のケアの進め方についても検討予定である。

４．文部科学省の心の健康問題への対応

⑴子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業（平成20年度～）

この事業は，児童生徒のさまざまな健康問題に対応し，健康教育を充実させるために，学校と地域保健などとの連携の推進を図るモデル的な事業として，平成16年度から始まった「学校・地域保健連携推進事業」に替わるものである。

〈要旨〉

各診療科の専門医を学校に派遣する体制を整備し，専門医による児童生徒などの健康相談などを行うとともに，専門医や各市町村の保健部局と連携しながら，子どもの健康管理の充実や保護者への啓発活動などをモデル的に行う実践事業を実施する。

⑵「子どもの心のケアシンポジウム」の開催

平成20年３月に「子どもの心のケアシンポジウム　災害時における子どもの心のケアの充実について―校内及び関係機関などとの連携の進め方―」が行われた。地震や台風などの自然災害，事件・事故，いじめ，児童虐待等に遭遇した子どもが心に大きな傷を受けると成長や発達に重大な障害（心的外傷後ストレス障害等）となることがあるため，心のケアが重要な課題となっている。そこで，災害時における心のケアの充実について取り上げ，管理職，養護教諭，教育委員会，スクールカウンセラーの立場から，自然災害や事件・事故などの対応にあたった経験を基に，校内および関係機関などとの連携の進め方について提言してもらい，参会者と積極的な意見交換をし，各学校における子どもの心のケアの体制づくりなどに生かすことを期待するものである。

⑶心のケア対策推進事業（平成20年度）

中央教育審議会（スポーツ・青少年分科会学校健康・安全部会）答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（平成20年１月）を受けての事業である。今年度中の指導参考資料作成を完了する予定で，作業を進めている。

〈要旨〉

子どもの日常的な心身の健康状態を把握し，健康問題などについて早期発見・早期対応を図ることができるよう，教員を対象とした指導参考資料を作成する。

⑷「養護教諭のための児童虐待対応の手引」（文部科学省平成19年10月）

深刻な虐待事件が続発していることなどから，平成12年に制定された児童虐待防止法が平成16年に改正され，虐待の定義の見直し，国および地方公共団体の責務の改正，児童虐待にかかわる通告義務の拡大，警察署長に対する援助要請など，対策の強化が図られたところであるが，この改正法附則の見直し規定を踏まえ，平成19年６月に児童虐待防止対策のさらなる強化を図る観点から，児童の安全確認などのための立ち入り調査などの強化，保護者に対する面会・通信などの制限の強化などを図るための所要の見直しがなされた。学校においては，虐待を発見しやすい立場にあることから，児童虐待防止に果たす役割は大きく，子どもの命にかかわる問題として，適切な取組が期待されている。平成18年度の厚生労働省の調査によると，全国の児童相談所で対応した児童虐待相談対応件数は37,343件で年々増加している。文部科学省としては，「児童虐待防止に向けた学校における適切な対応について」平成16年１月の通知による周知徹底を図るとともに，学校は，長期にわたる欠席の背景に児童虐待の場合もあるという認識を持ち，当該児童生徒の家庭等における状況の把握に特に努める必要があること，学校だけで対応しようとせず，早期に教育委員会や関係機関などへ相談等を行うことなどの内容を盛り込んだ通知を平成16年４月に発出したところである。

さらに，養護教諭は職務上けがや身体的不調など心身の多様な健康問題で保健室を訪れる子どもの対応に当たっているので，身体的な虐待や心理的な虐待などを発見しやすい立場にあり，児童虐待の早期発見・早期対応にその役割を期待されていることから，「養護教諭のための児童虐待対応の手引」を作成（平成19年10月）し，全国の幼・小・中・高等学校へ配布した。養護教諭と特に関わりの深い身体的虐待および性的虐待の早期発見の視点とその対応などについて，学校現場で使いやすいように事例などを交えて書かれているとともに，養護教諭のみならず，学校関係者にも活用できる内容となっている（文部科学省ホームページからダウンロード可能）。文部科学省は，今後も厚生労働省などの関係機関等と十分連携しながら，児童虐待の防止に向けた取組を推進していくこととしている。

⑸保護者用パンフレット「子どもの心のケアのために― PTSDの理解とその予防―」

（文部科学省スポーツ･青少年局学校健康教育課，平成18年３月）

最近，自然災害や事件・事故が多発し，子どもたちの心身の健康に大きな影響を与えている。このような状況から，心に傷を受けた子どもの心のケアが重要となっている。そこで保護者用にPTSDの理解とその予防を目的に財団法人日本学校保健会「心の健康つくり委員会」の協力を得てパンフレットを作成し，各学校を通じて配布している。

（松野智子）

miniコラム

戦前・戦中昭和期：健康教育の隆盛

戦前昭和期の学校衛生は，インフラ整備として学校環境を整えるだけではなく，健康教育を強調した。この時期は，海外からの思想を積極的に導入した時期でもあり，米国から健康教育思想を受容した。健康教育は，健康知識の教授にとどまらず，衛生訓練や保健管理をも包括し，健康を目指す主体的自己を形成する試みとして展開された。各地で実践された健康教育には，大きな地域差も見られたが，明治・大正期に発展した学校衛生を基盤として発展的に試みられた健康教育は，戦後に具体化される学校保健計画の雛型をこの時期に形成していた。（七木田文彦）

7　性教育・エイズ教育

1．はじめに

性にかかわる教育は，学校教育の一環として，幼児児童生徒（以下「子ども」と言う）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においては，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。

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。

このため文部科学省では，「性教育の考え方，進め方」を絶版とし，平成17年度以降，児童生徒の実態などを踏まえた「性に関する教育」を推進するための性教育講習会を開始し，今日の子どもの実態などを踏まえた「性教育実践事例集（仮称）」の作成のための教材の開発および性教育推進事業を進めているところである。

以下に基本的な考え方を紹介する。なお標記事例集が発刊された場合には，その内容を参考とされたい。

2．「性に関する教育」の基本的な考え方

⑴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言える。

> 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）

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）

そのため子どもに対して，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，その基礎となる自尊感情（セルフエスティーム）や人間関係を築く資質や能力，生命を尊重する態度などを育成し，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。

⑵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関連する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（リスク）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はぐくみ，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。

⑶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上げられる。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（リスク）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（リスク）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（リスク）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，精神的な発達が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（リスク）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（リスク）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。

⑷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関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。

3．現状などを踏まえた見直しの視点

⑴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。

⑵「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（リスク）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基礎となる教育を含む広義の概念としてとらえ，今後は，「性に関する教育」と呼び，その推進を図ることとする。

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。

⑶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・内容等を明確にするため，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・発達や性に関する知識の正しい理解に基づいて，健康の大切さを深く認識し，危険（リスク）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，自己や他者を尊重する態度をはぐくみ，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。

③家庭や社会の一員としての自らのあり方を理解し，社会の現状を正しく判断し，情報など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。

⑷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。

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（リスク）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）および地域性などを考慮しなければならない。

⑸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。

現在内容については，十分な整理はできていない。あくまでも参考程度とする。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の２）とも関連させて
- 性行動の危険（リスク）
- 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
- 人間間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（リスク）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（リスク）
- 性行動に伴う妊娠の危険（リスク）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（リスク）
・誤った性情報からの影響，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）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，誘拐やつきまとい（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，相手の心身を傷付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，責任ある行動を取る必要性に関する内容

4．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り，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，あらた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つく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，あらためて検討が必要である。

⑴学校教育目標「性に関する教育」の目標との関連や整合性
⑵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　等
⑶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
⑷「性に関する教育」の推進組織の設置あるいは明確化
⑸「性に関する教育」の校内研修による教員の共通理解
⑹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
⑺保護者の理解・協力と連携の推進
⑻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等の調整
⑼「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

○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
○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
○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
○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
○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）

5．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

○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これまでの審議状況（平成17年７月27日）」などをもとに，教育課程部会で検討したものである。

なお中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために，学校全体としての取組を進めるための方策について」（平成20年１月17日）においては，次のように述べている。

Ⅱ 学校保健の充実を図るための方策について（抄）

１．子どもの健康を取り巻く状況とその対応

（子どもの健康を取り巻く状況）

○近年，都市化，少子高齢化，情報化，国際化などによる社会環境や生活環境の急激な変化は，子どもの心身の健康にも大きな影響を与えており，学校生活においても生活習慣の乱れ，いじめ，不登校，児童虐待などのメンタルヘルスに関する課題，アレルギー疾患，性の問題行動や薬物乱用，感染症など，新たな課題が顕在化している。

同時に，小児医療の進歩と小児の疾病構造の変化に伴い，長期にわたり継続的な医療を受けながら学校生活を送る子どもの数も増えている。また，過度な運動・スポーツによる運動器疾患・障害を抱える子どもも見られる状況にある。

（学校における健康・安全に関する推進体制の構築について）

○子どもたちが抱え，直面する様々な心身の健康課題に適切に対処し，解決していくためには，単に個人の課題としてとらえるだけでなく，学校，家庭，地域の連携の下に組織的に支援することが大きな意味を持つことに留意する必要がある。そのためには，学校においても，子どもと教職員の健康の保持増進のために組織的な取組が容易となるよう，校長のリーダーシップの下，日ごろから運営上の方針や原則について検討し，教職員の役割分担を明確にしつつ，体制を整えておくことが大切である。

6．おわりに

多くの方々のご提言や子どもたちの現状をかんがみると，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，豊かな人格をはぐく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（リスク），基礎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，学校等で温かく「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，成長発展をねがって育成する」（広辞苑より抜粋）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」（草木の根元に土をかけて育てる，能力や性質を養い育てる：広辞苑より抜粋）がある。いずれも促成栽培的で性急な働きかけでなく，ゆっくり，じっくり時間をかけ，手をかけて，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を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，学級担任等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，学校薬剤師等の専門家に協力・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が重要である。

（戸田芳雄）

miniコラム

戦後昭和期・平成期：学校保健の確立

第二次世界大戦後，学校衛生（School Hygiene）は，学校保健（School Health）と呼び改められた。戦後教育改革による学校保健の新たな試みは，統一的な学校保健システムの確立として「中等学校保健計画実施要領（試案）」（1949年），「小学校保健計画実施要領（試案）」（1951年）へと学校保健を結実させた。この健康を推進する学校の構想は，児童生徒・教師・校長・PTAらが参加する学校保健委員会システムを生み出した。この調整役として各学校には保健主事が置かれることとなった。

さらに制度としての到達点は，明治期の学校衛生から戦後教育改革を経て総合的法律として「学校保健法」へと結実した。

（七木田文彦）

コラム

21世紀・新しい時代の健康教育推進学校
―表彰事業について―

日本学校保健会が主催する「健康教育推進学校表彰」は，2008（平成20）年度で７回目の実施となる。

本事業は，2002（平成14）年度に第１回表彰が行われて以降，毎年開催されており，2007（平成19）年度の第６回表彰までに，最優秀校31校（小学校19校，中学校６校，高等学校３校，特別支援学校３校），優秀校70校（小学校51校，中学校12校，高等学校4校，特別支援学校３校），特別奨励校４校（小学校１校，高等学校３校）が表彰されている。

表彰事業は，心や体の健康問題の解決に向けて，「校内の推進体制の確立のみならず，学校保健委員会を中心とする学校と家庭・地域社会との連携」による取組が目指され，「学校における健康問題を中心として，健康教育の推進に積極的に取組，成果を上げている学校を表彰し，学校保健の充実に寄与する」ことを趣旨としている。

被表彰候補校の推薦は，「健康教育推進学校表彰」に応募する学校が健康教育推進活動の要点を記載した調査票を都道府県学校保健（連合）会および政令指定都市学校保健会に提出し，同会が定められた推薦数と基準―保健教育，保健管理および組織活動を内容とする学校保健（安全）計画が適切に実践され，その中で具体的な健康課題（食に関する指導を含む）について学校・家庭・地域社会が連携し，解決に向けて成果を上げている学校―により推薦を行い，資料を日本学校保健会に提出することになっている。

審査は学識経験者らによる審査会が決定する。

各学校の教育実践については，日本学校保健会が刊行する「21世紀・新しい時代の健康教育推進学校の実践 第１集（2002）～第６集（2008）」にその要旨が掲載されている。

このような健康文化とコミュニティの形成に着目した表彰事業には前史がある。1930（昭和５）年から1978（昭和53）年まで行われた朝日新聞社主催の全日本健康優良児表彰，ならびに1951（昭和26）年から1996（平成8）年まで行われた全日本健康推進学校表彰（1991年までは全日本健康優良学校表彰）がそれであり，日本学校保健会主催の「健康教育推進学校表彰」の先行実施事業として位置付けられる。

健康教育推進学校の教育実践は，近年，世界的潮流となっているヘルス･プロモーティング･スクールやヘルシー・スクールの日本的展開としても注目される。こうした展開は，1920年代から1940年代に日本で展開された学校健康教育運動の展開として各学校で実践された健康教育，そしてそのムーブメントの結実として戦後に確立した学校保健委員会システムを通して健康な学校とコミュニティを確立・推進する試みとして重要な位置を占める。

「学校保健委員会を中心とする学校と家庭・地域社会との連携」を重視する表彰事業は，それぞれの地域に見られる健康課題についての取組を，表彰事業や上記実践集として刊行し，その取組を共有することによって，さらなる創造的教育実践を展開するための推進事業として位置付けることができる。

（七木田文彦）

第Ⅲ章

学校環境衛生の動向

総　論

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いうまでもなく，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，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，従来より「学校保健法」第二条に基づいて実施しなければならないこととされ，また第三条で学校環境衛生について具体的に規定されていた。この判断基準として「学校環境衛生の基準」が示されていた。

学校保健法

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。」

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。」

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）。

（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つたときは，その結果に基づき，必要に応じ，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。

しかしながら日本学校薬剤師会が毎年実施した「学校保健調査」によれば，学校環境衛生の基準に示されている検査の実施については，項目により，必ずしもすべての学校で実施されているとは言い難い状況が報告されており，このことは児童生徒の健康・安全な環境を提供すべき学校の責務という視点からやや乖離していると言わざるを得ない。これは「学校環境衛生の基準」が通知，すなわちガイドラインであることに起因するものであった。

ところで文部科学大臣は，平成19年３月，「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」中央教育審議会に諮問し，これを受けて中央教育審議会は議論を重ねた後に，平成20年１月に答申を行った。

この中で，学校環境衛生については，以下のように指摘している。

⑻　学校環境衛生の維持・管理及び改善等

①　学校環境衛生の維持・管理は，健康的な学習環境を確保する観点から重要であることから，学校薬剤師による検査，指導助言等により改善が図られてきたところであり，その際の基準として「学校環境衛生の基準」（平成４年文部省体育局長裁定）が定められている。しかしながら，学校において「学校環境衛生の基準」に基づいた定期検査は，必ずしも完全に実施されていない状況があり，子どもの適切な学習環境の確保を図るためには，定期検査の実施と検査結果に基づいた維持管理や改善が求められている。そのため，完全に実施されていない要因やその対策について十分検討した上で，現在ガイドラインとして示されている「学校環境衛生の基準」の位置付けをより一層明確にするために法制度の整備を検討する必要がある。

文部科学省は，中央教育審議会の答申を踏まえ，学校保健法等の一部を改正する法案を国会に提出し，国会審議の後，可決成立し，６月18日に公布，平成21年４月１日から施行されることになった。

改正後，「学校保健法」は，「学校保健安全法」と題名が改められ，学校環境衛生については，第六条に，以下のように規定されることになる。

第六条　文部科学大臣は，学校における換気，採光，照明，保温，清潔保持その他環境衛生に係る事項（学校給食法（昭和二十九年法律第百六十号）第九条第一項（夜間課程を置く高等学校における学校給食に関する法律（昭和三十一年法律第百五十七号）第七条及び特別支援学校の幼稚部及び高等部における学校給食に関する法律（昭和三十二年法律第百十八号）第六条において準用する場合を含む。）に規定する事項を除く。）について，児童生徒等及び職員の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準（以下この条において「学校環境衛生基準」という。）を定めるものとする。

２　学校の設置者は，学校環境衛生基準に照らしてその設置する学校の適切な環境の維持に努めなければならない。

３　校長は，学校環境衛生基準に照らし，学校の環境衛生に関し適正を欠く事項があると認めた場合には，遅滞なく，その改善のために必要な措置を講じ，又は当該措置を講ずることができないときは，当該学校の設置者に対し，その旨を申し出るものとする。

この改正において大きく変更された点は，①これまで学校保健法施行規則で規定されていた「学校給食の衛生管理」が，学校給食法に移され，学校給食法において「学校給食実施基準」として規定されたこと，②第六条において「学校環境衛生基準」を定めると規定されたこと，③校長の役割が規定されたこと，である。

平成20年７月９日付で関係機関に対して「学校

保健法等の一部を改正する法律の公布について」通知を発出した。

学校環境衛生基準については，改正の概要について次のように示している。

> ⑵　学校環境衛生基準
> 文部科学大臣は，学校における環境衛生に係る事項について，児童生徒等及び職員の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準を定めるものとし，学校の設置者は，当該基準に照らしてその設置する学校の適切な環境の維持に努めなければならないものとしたこと。
> 校長は，当該基準に照らし，適正を欠く事項があると認めた場合には，遅滞なく，改善に必要な措置を講じ，又は当該措置を講ずることができないときは，学校の設置者に対し，その旨を申し出るものとしたこと。（第６条関係）

また留意事項として，以下のように指摘している。

> ⑹　学校環境衛生基準について（第６条）
> 1　第６条の規定に基づき，新たに文部科学大臣が定める学校環境衛生基準については，現行の「学校環境衛生の基準」（平成４年文部省体育局長裁定）の内容を踏まえつつ，各学校や地域の実情により柔軟に対応しうるものとなるよう，今後内容の精査など必要な検討を進め，告示として制定することを予定していること。
> 2　学校の環境衛生に関し適正を欠く事項があり，改善措置が必要な場合において，校長より第３項の申出を受けた当該学校の設置者は，適切な対応をとるよう努められたいこと。このことは，第28条に基づく学校の施設設備の改善措置についても同様であること。
> 3　学校の環境衛生の維持改善に当たっては，受水槽など環境衛生に関係する施設設備の適切な管理を図るとともに，環境衛生検査に必要な図面等の書類や検査結果の保管について万全を期されたいこと。

従来ガイドラインとして示されていた「学校環境衛生の基準」は，今後，守らなければならない告示として内容の精査が行われた後に，「学校環境衛生基準」として整備されることになっている。

しかしながらこれまで「学校環境衛生の基準」がたどった歴史的な経緯を振り返れば，基本的な考え方が大きく変わるものではないと考えられる。

（鬼頭英明）

1．全国調査から見た学校環境衛生

1　はじめに

平成19年度全国学校保健調査は，平成14年度と同じテーマを取り上げ，学校給食の衛生管理および医薬品などについて調査を行った。

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19年９月30日までに日本学校薬剤師会へまとめた。

2　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，33,386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といった記入不備などによる集計不能が107校あったため，33,279校について集計を行った。なお特別支援学校等とは，盲学校・聾学校・養護学校・高等専門学校をまとめて表している。

Ａ．学校給食の実施についてお尋ねします。

Ａ－１　学校給食の調理はどこで行っていますか。

給食を行っているのは全体の83.1％で，その大部分が完全給食であるが，給食の実施率は前回（平成14年度）の調査と比較するとほぼ同じ割合であった。

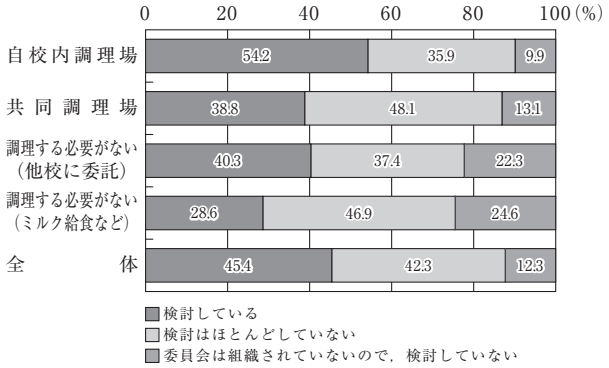


図１　学校保健委員会などで学校給食の衛生について検討していますか

給食の調理場方式では，給食を実施しているところの49.5％が共同調理場方式，44.0％が自校内調理場方式で，前回の調査と比較するとわずかであるが前者の割合が後者の割合がより多くなっている。

最近では校区内の１カ所の学校で調理を行い校区内の別の学校に分配するというような方式が増えてきている。今回の調査でこのような他校に委託する方式について質問したところ全体の3.2％あった。

学校種別では，完全給食の実施校および調理場方式とも前回の調査とほぼ同様な傾向であった。全日制高等学校では，前回と同様，全体の94.8％で給食が行われていなかった。従って日本の学校では全日制高等学校，幼稚園を除いて，給食方式は別として給食が実施されている。

Ｂ．学校給食における衛生管理体制についてお尋ねします。

Ｂ－１　学校保健委員会などで学校給食の衛生について検討していますか。**（図１）**

衛生管理の実施は「検討している」は全体で45.4％と前回の調査と比較するとほぼ同じ割合であった。県別では，委員会設置が前回の調査と比較し10ポイント以上増えた県は４県であったが，検討をしなくなった割合が10ポイント以上下がった県は９県あった。学校給食の衛生について検討されている県が減少しており，全国的に食中毒に

対する関心が薄らいでいる。平成８年にＯ157による食中毒事件が風化しないようにしたいものである。

調理場方式別では，「検討している」は自校内調理場で54.2％，共同調理場，他校に委託がそれぞれ38.8％，40.3％と，自校内で調理している方がより衛生について検討されていた。危機意識の徹底が維持されている。

Ｂ－２　食中毒など発生時の連絡体制についてお答えください。

連絡体制があるのは86.2％と前回と比較し4.8ポイント増加しており，連絡体制に学校薬剤師が組み込まれている割合も前回より2.9ポイント増加していた。しかし学校薬剤師はもっと積極的に衛生管理に対して参画するべきである。さらなる設置者，教育委員会との連携が必要である。

Ｂ－３　児童生徒の給食当番が衛生的な配食をするように点検および指導を行っていますか。

全体の82.3％が点検および指導を定期的に行っていた。指導を行うことによって，児童生徒も衛生的観念を持てるようになるので，必ず行って健康教育の一助とすべきであろう。

Ｂ－４　児童生徒の給食当番が配食をするに当たって，健康状態などを確認していますか。

平成15年３月の学校給食衛生管理の基準の一部改訂では，児童生徒が配食をするに当たって，健康状態などを確認することになった。全体の90.9％が健康状態などを毎日確認していた。調理員が調理開始前に健康状態などを確認しているように，配食においても配食者の健康状態などを確認することは大切なことである。

Ｃ．検食の実施について。

Ｃ－１　検食を行っていますか。**（図２）**

「責任者を定めて行っている」が90.5％，「責任者は定めていないが行っている」は2.7％で，両方合わせて93.2％が検食を行っていた。前回と比較すると「責任者を定めて行っている」が5.0ポイント増加，「行っていない」が2.8ポイント減少した。県別においても，ほとんどの県で「責任者を定めて行っている」の割合が多かった。また前回の調査で50％以下であった青森県，沖縄県も大幅に改善されていた。

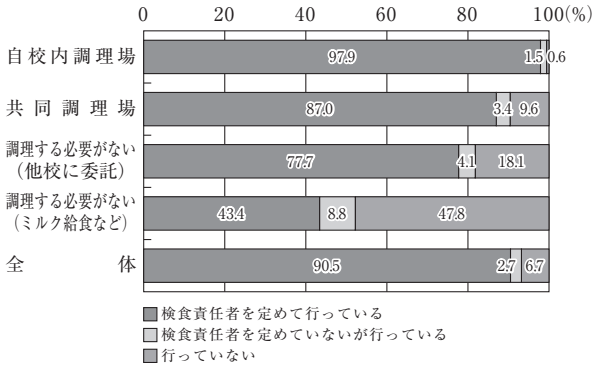


図２　検食を行っていますか

調理場方式別では，自校内調理場方式が97.9％，共同調理場方式が87.0％で責任者を定めて行っており，いずれも前回より増加していた。しかし他校に委託が77.7％，ミルク給食などが43.4％で，これらは自校内調理場方式または共同調理場方式より低い実施率であった。ほかで作られたものも必ず自分のところでチェックするようにすべきである。

Ｃ－２　検食をした結果を記録していますか。

毎回記録しているが94.4％と前回より8.6ポイント増加した。記録は必ず残す必要がある。食中毒発生時の原因追求の大きな資料となるためである。

Ｃ－３　検食の結果，異常があったとき適切な処置をする時間がありますか。**（図３）**

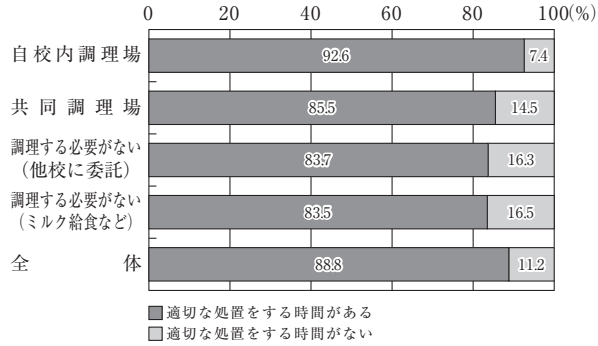


図３　検食の結果，異常があったとき適切な処置をする時間がありますか

「適切な処置をする時間がある」は全体で88.8％と前回より17.5ポイントも増加していた（図３）。学校種別においてもいずれの学校も前回より増加していた。検食で異常を見つけた場合，確実に異常かどうか確認する時間がいるので，検食は児童生徒が食べ始める前に余裕を持って行わなければならない。また，検食の結果，異常とした場合は給食を中止することにもなるため，異常と判断したことに対し責任を持てる人が実施することが望ましい。

調理場別では，前回と比較すると，自校内調理場，共同調理場とも「適切な処置をする時間がある」が大幅に改善されており，それぞれ15.6，19.9ポイント増加していた。

Ｄ．学校給食の定期検査と日常点検についてお尋ねします。

Ｄ－１　学校給食の定期検査を何回行いましたか。

（図４－１　図４－２　図４－３）

定期検査の実施は，平成９年より「学校給食施設に関する検査」が年１回，「学校給食設備及び

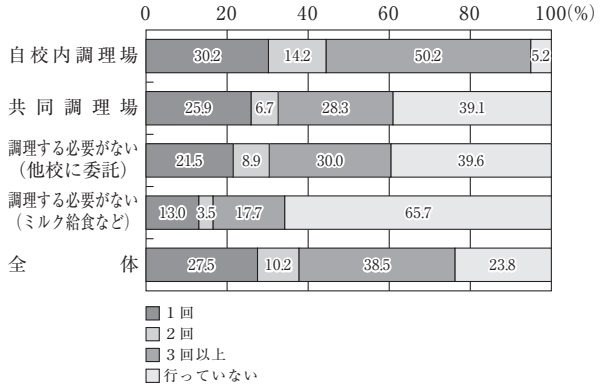


図４－１　学校給食の定期検査を何回行いましたか

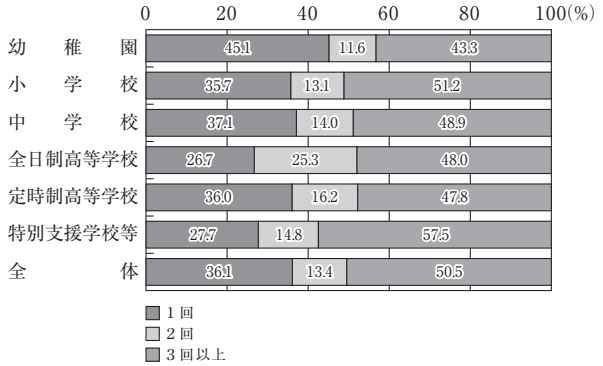


図４－２　学校給食の定期検査を何回行いましたか

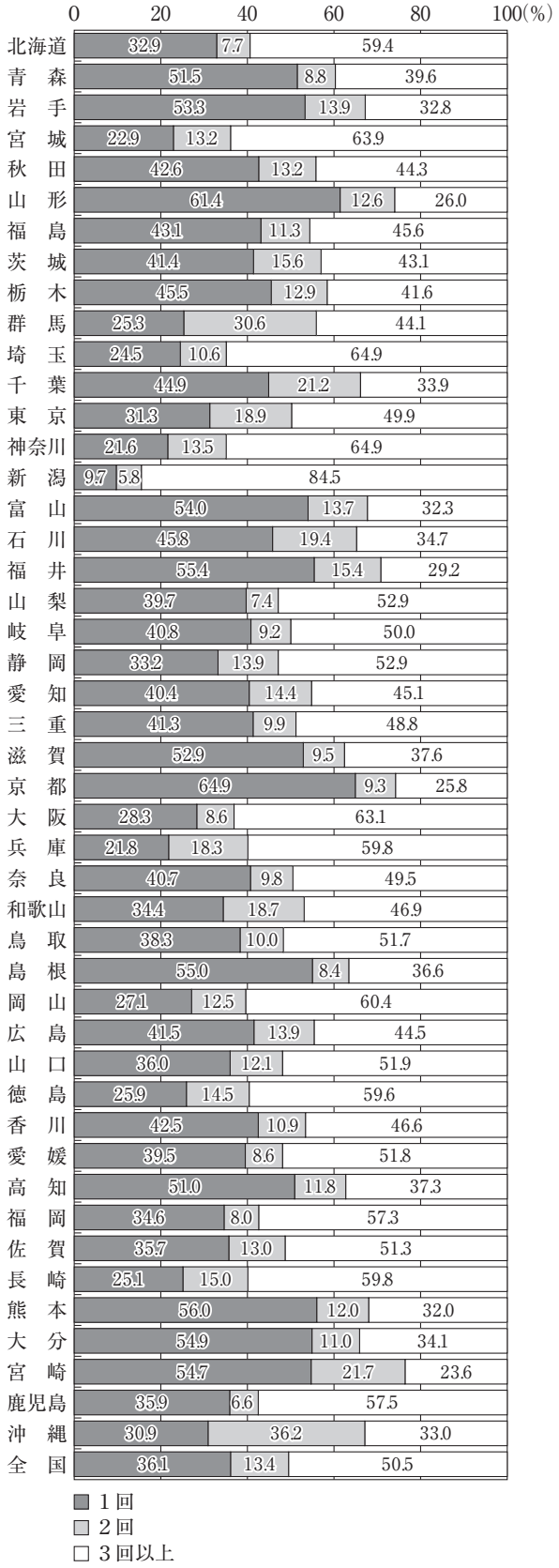


図４－３　学校給食の定期検査を何回行いましたか

その取り扱い状況」，「学校給食従事者の衛生管理状況及び検食，保存食の状況」，「食材等の検収・保管の状況」並びに「学校給食における衛生管理体制及び活動状況」がそれぞれ年３回となってい

る。

定期検査を３回以上行っているのは38.5％，２回が10.2％，１回が27.5％であった（**図４－１**）。前回と比較すると少なくとも年１回行っているのは76.2％で1.5ポイント増加した。実施回数で見ると，年１回が5.2ポイント増加し，基準通り３回行っているのは4.1ポイント減少した。定期検査は行っているが実施回数を基準通り行っていない割合が増えている。調理場方式別で見ると，自校内調理場はほとんどの学校で定期検査が行われているが，共同調理場および他校に委託している学校は約60％しか行われていない。実施回数で見ても，自校内調理場の学校は基準通り３回行っているのは約50％であるが，共同調理場および他校に委託している学校では約30％しかない。共同調理場方式の学校においても，衛生管理体制及び活動状況に関する検査（第６票）について年３回実施することになっているので基準通り行うことが必要である。この傾向は学校種別の幼稚園，小学校，中学校においても見られた（**図４－２**）。県別では，半数の県で定期検査を行う率が増加していた（**図４－３**）。新潟県では，ほとんどの学校で定期検査を行っており，さらにその約85％が基準通り３回行われていた。しかしいまだに定期検査を行っていない学校，また行っていても基準の回数を実施していない学校がまだある。

Ｄ－２　日常点検の実施と記録について

「毎回点検している」のは88.5％，「ときどき点検している」が3.0％，「点検を行っていない」が8.5％であった。日常点検をしている学校は，前回と比較すると，ときどき点検をしているを併せると10.6ポイント増加していた。日常点検を実施していないところは必ずするようにすることが必要である。

また点検したものを記録しているかについては，「毎回記録している」が「ときどき点検し，記録している」を合わせて82.1％，「ときどき記録している」は1.2％であった。前回と比較すると，記録している学校は2.0ポイント増加していた。学校種別では，実施，記録ともに特別支援学校などが一番多く行われており，次いで小学校，中学校の順であった。

Ｅ．自校内調理方式の学校のみお答えください。

Ｅ－１　給食施設で使用する水の水質検査（日常点検）を行っていますか。

水質検査を「毎日行っている」は93.1％，「ときどき行っている」は5.7％であった。水質検査を行っている学校は前回の調査とほぼ同様の割合であった。学校種別では，幼稚園や定時制高等学校でときどき行っている学校が一部あった。使用する水は上水道であっても必ず毎日残留塩素を検査することになっている。またその結果を記録し１年間保存することになっている。

Ｅ－２　調理場内は，「汚染作業区域と非汚染作業区域の区分の基準」により部屋単位で区分していますか。

平成９年の学校給食衛生管理の基準では，区分を「床の色分けまたは衝立の設置」方式から部屋単位で区分する方式になった。

「区分している」が62.9％，「区分するよう準備している」が1.9％，「区分することが困難である」（線引きで区別している）が31.2％であった。区分していない学校が4.0％あるが，汚染防止のためにも少なくとも線引き方式で区別する必要がある。県別では，線引き方式も含めるとほとんどの県で対応がなされていた。

Ｅ－３　食材の検収，保管は確実に行われ，記録していますか。

ほとんどの学校で食材の検収，保管は確実に行われ，記録も行われていた。前回の調査で幼稚園の一部で記録がされていないところがあったが，今回の調査では記録がされていないは減少していた。安全な食材を使用することが安全な給食につながることになる。

Ｅ－４　調理場内はドライシステムを導入またはドライ運用をしていますか。

衛生的な調理をするためには，汚染作業区域と

非汚染作業区域を区分するように調理室内を衛生的にする必要がある。ウエットシステムは水で洗い流すことにより菌をまき散らすのみでなく，室内に湿気が多くなるため菌が生育しやすい環境となる。

平成15年３月の学校給食衛生管理の基準の一部改訂では，ウエットシステムのところはドライ運用を図ることになった。

すでにドライシステムを導入しているのは25.6％，ドライ運用しているところが42.1％と合わせて67.7％がドライ方式を採用していた。またドライシステムを導入またはドライ運用の検討をしている学校も8.4％あった。学校種別においても同様の傾向であった。県別では，ドライシステムを導入している学校が50％以上ある県は３県，ドライ運用をしている学校も合わせて80％以上の県が３県であった。

Ｆ．共同調理場方式の学校のみお尋ねします。

Ｆ－１　共同調理場から搬入された給食を保管する専用の施設はありますか。**（図５）**

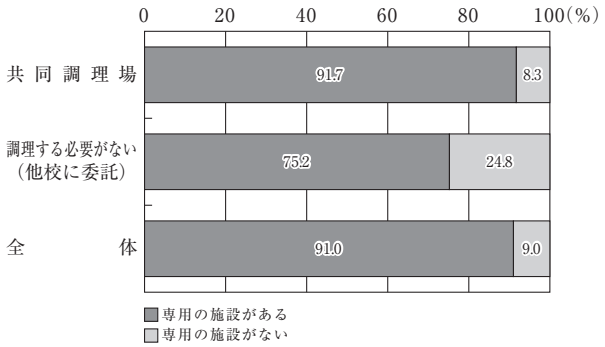


図５　共同調理場などから搬入された給食を保管する専用の施設はありますか

「専用の施設がある」は91.0％と前回とほぼ同じ割合であった。学校種別では，定時制高等学校で「専用の施設がある」が86.8％で前回より29.7ポイントと大幅に増加していた。

調理場別では，共同調理場では91.7％であったが，他校に委託では75.2％と共同調理場と比較し低い結果であった。

Ｆ－２　給食保管施設に専用の手洗い施設はあり，消毒薬が備えてありますか。**（図６）**

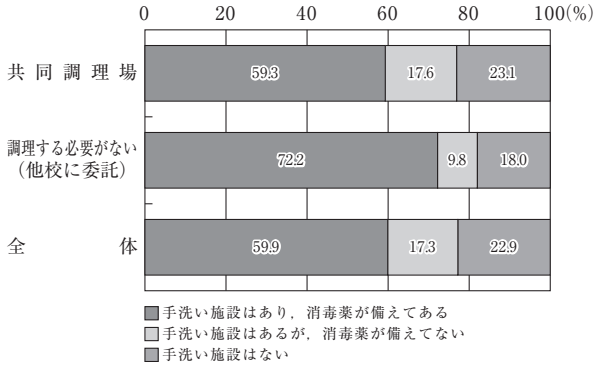


図６　給食保管施設に専用の手洗い施設はあり，諸毒薬が備えてありますか

「手洗い設備はあり，消毒薬が備えてある」が，59.9％と前回とほぼ同じ割合であった。学校種別では，幼稚園が12.1ポイント，定時制高等学校で18.6ポイント増えていた。県別では，各県の対応状況に差が見られた。

調理場別では，「他校に委託している」が共同調理場より，手洗い施設では5.1ポイント，消毒薬では12.9ポイント高い結果であった。

手洗い施設がなかったり，手洗い施設があるのに消毒剤が備えていないところがあるが，給食保管施設に専用の手洗い施設がなぜ必要かを再度考えてほしい。全部の施設に手洗い施設を設置し，さらに消毒剤も備えてあることが望まれる。

Ｇ．給食の配送過程についてお尋ねします。

Ｇ－１　運搬車などは，適切な温度管理がされていますか。**（図７－１　図７－２　図７－３）**

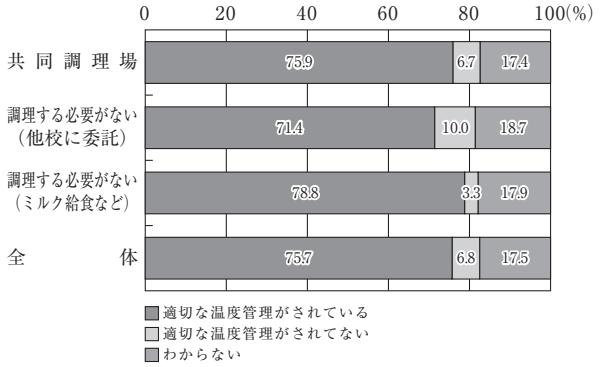


図７－１　運搬車などは，適切な温度管理がされていますか

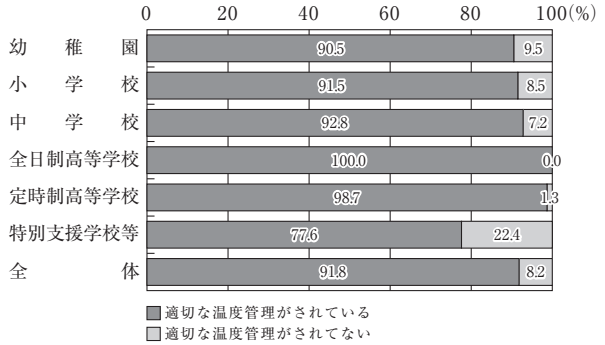


図７－２　運搬車などは，適切な温度管理がされていますか

「適切な温度管理がされている」は75.7％，「適切な温度管理がされていない」は6.8％であった（**図７－１**）。学校種別で「分からない」を除いた割合は，「適切な温度管理がされている」は91.8％，「適切な温度管理がされていない」は8.2％である（**図７－２**）。前回と比較すると「適切な温度管理がされている」が6.2ポイント増加した。

学校給食衛生管理の基準では運搬車の設備に関し詳細な規定はないが，配送中に冷蔵の食品が温かい食品と接していたり，配送に30分以上かかると品温が上がり菌の増殖も考えられるので，運搬車においても，適切な温度管理の下に配送することが望まれる。

Ｇ－２　給食が学校に到着した時間が記録されていますか。（**図８**）

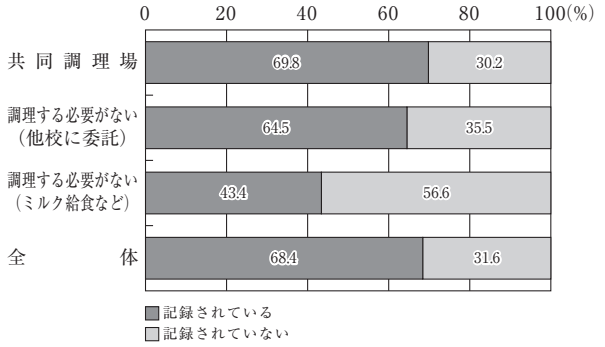


図８　給食が学校に到着した時間が記録されていますか

「記録されている」は68.4％と前回より14.6ポイント増加していた（**図８**）。学校種別においてもいずれの学校も増加していた。県別では，各県の対応状況に差が見られた。

調理場別では，「記録されている」は，共同調理場および他校に委託では60％台であったが，ミルク給食などでは40％台であった。

学校給食衛生の基準では，調理後２時間以内で

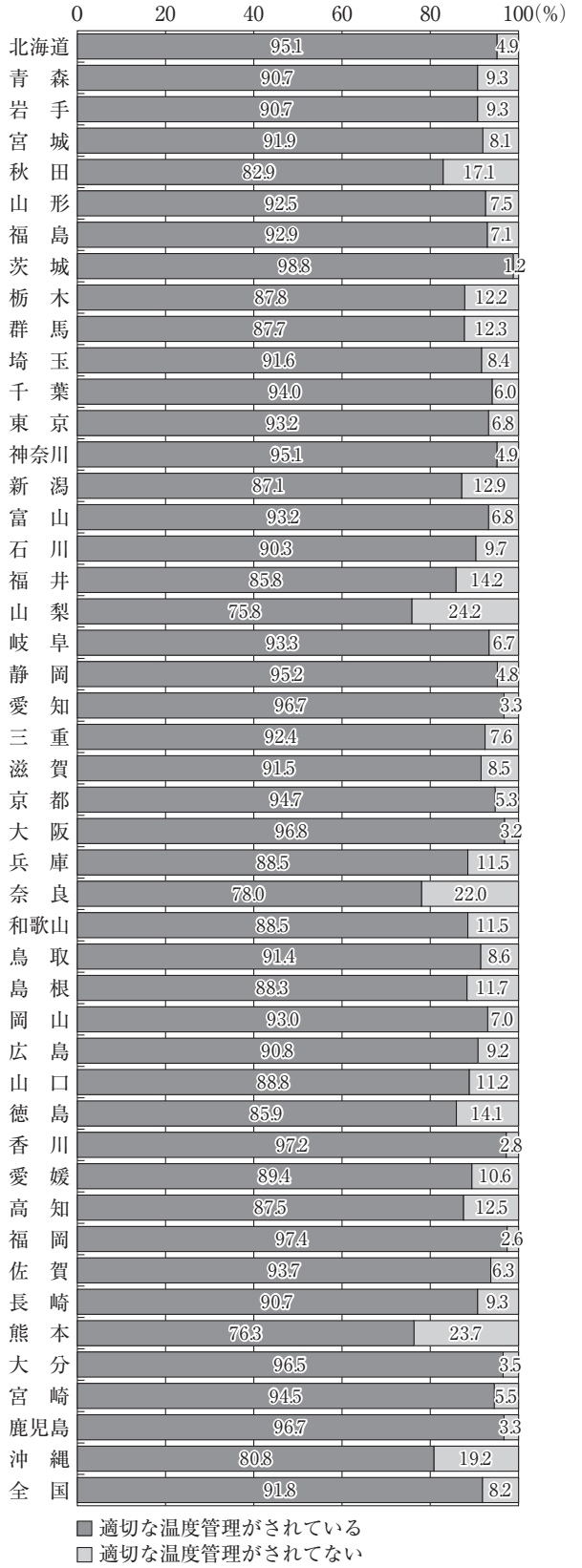


図７－３　運搬車などは，適切な温度管理がされていますか

給食できるように努めることになっている。そのために，共同調理場は調理場搬出時とともに受配校搬入時の温度と時間を記録することになっている。給食を学校に届けるまでは共同調理場の責任であるが，受け取りから学校側の責任が発生する。給食事故が起こったときの原因究明の資料とするためにも温度（室温）と到着時間を記録しなければならない。

H．学校にある医薬品以外の薬品についてお尋ねします。

H－1　劇物・毒物の管理が適正になされていますか。

「適正に管理されている」が95.4％，「十分でない」が3.2％，「していない」が1.5％であった。「適正に管理されている」が前回調査よりわずかに増加している。学校種別においてもいずれの学校も適正に管理されているが増加していた。しかし十分でないところは事故が起こらないよう適正に管理しなければならない。

H－2　薬品について地震災害時の安全対策はしてありますか。

「安全対策がしてある」が64.1％で，前回と同じように低い実施率であった。学校種別で見ると，小学校より保管する薬品数の多い中学校で小学校より低い実施率であったり，より危険性の高い薬品を持つ高等学校においても約70％の実施率であった。県別で見ると実施率が80％以上の県が福島県，新潟県，山口県の３県あったが，全体的には十分な対策が行われていないという結果であった。

地震により薬品の散乱することにより二次災害となる可能性がある。最近では，中越地震や能登半島地震などの大地震もあったが，地震はいつ起きるかわからないので全学校で早急に安全対策を行う必要がある。

H－3　薬品の廃棄について学校薬剤師は指導助言していますか。

薬品の廃棄について「学校薬剤師が関与している」が64.1％と前回より9.6ポイント減少していた。学校では不必要な薬品は持たないようにしているが，薬品の廃棄のみならず地震災害時の安全対策などの薬品管理に関し，薬品の専門家である学校薬剤師は積極的に関与することに努めなければならない。特に理科担当教諭や養護教諭と連絡を密にして対応する必要がある。

I．学校にある医薬品などについてお尋ねします。

I－1　保健室などにある医薬品などについて学校薬剤師は指導助言していますか。

全体で25.5％が定期的に行っており，60.5％が必要時に行っていた。県別では，新潟県で実施率が高く，85.0％の学校が定期的に指導助言していた。保健室などにある医薬品などについては，学校薬剤師は医薬品の使用期限切れや不用医薬品の所持が問題になるので積極的に指導助言する必要がある。

J．薬の正しい使い方についてお尋ねします。

J－1　薬の正しい使い方について，児童生徒への指導を依頼されたことがありますか。

薬の正しい使い方について「指導を依頼され，また実施していた」が16.7％であった。県別では，静岡県が57.0％と積極的に行われていた。

薬の正しい使い方については，高等学校においては学習指導要領に掲げられている。財団法人日本学校保健会などが作成した「小・中学校向けくすりの正しい使い方」リーフレットも作成されてあるのでいずれの学校でも積極的に活用すべきである。

また日本学校保健会のホームページにも必要な情報が掲載されている。

3　まとめ

給食の実施率は，平成14年度に行った学校給食の衛生管理についての調査と比較してみるとほぼ同じ割合であった。調理場方式では，共同調理場方式の割合が自校内調理方式の割合より増える傾

向にあり，また調理を他校に委託する学校も出てきた。

平成８年度に発生した大規模な食中毒事故以来，平成９年には学校給食衛生管理の基準が制定され，また平成15年３月には一部改訂もされた。しかし，平成14年以降も毎年のように，特にノロウイルスを原因とする食中毒が発生しているが，O157による食中毒の発生は学校給食では今日まで発生を見ない。これは危機意識が低下していないことであり，今後も維持していくことが大切である。

今回の調査では，食中毒を防ぐための検食や日常点検などの活動が少しずつ充実されていることが伺われたが，衛生管理について話し合う体制はまだまだ不十分であった。特に共同調理場方式の学校や他校に調理を委託している学校では，自校で給食を作っていないせいか，自校内調理方式の学校に比較して学校給食の衛生管理活動に対する関心が低かった。

このような活動や衛生管理体制について学校薬剤師が行う定期検査は，基準通り年３回実施しているのは約４割弱しかなく，さらに基準通りの回数を実施していない学校が増えてきている。学校保健委員会の中でも薬剤師が積極的に学校給食を取り上げ，二度と食中毒が発生しないよう見直しを図る必要がある。

学校にある医薬品以外の薬品については，ほとんどの学校で適正に管理されていた。しかし地震等災害時の安全対策の実施率は低く，前回の調査時からほとんど対応されていないという結果であった。地震はいつ起きるかわからないので，早急に対策を講じることが必要である。理科担当，養護教諭との連携を密にして学校全体で対応することが大切である。

終わりに本調査を実施するに当たり，ご指導とご協力を賜った文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課，各都道府県市町村などの教育委員会に深く感謝します。

（杉下順一郎）

コラム　学習指導要領の改訂

○学習指導要領改訂

平成20年３月に21世紀になってから初めての小学校および中学校学習指導要領が告示された。約60年ぶりに改正された教育基本法，学校教育法の規定，中央教育審議会の答申を踏まえての改善である。

○体育･健康に関する指導の改善

小学校学習指導要領総則第１章第１の３には，次のように示されている。アンダーラインは筆者が付したものであり，今次改訂で新たに示されたところである。中学校も教科名など以外は基本的に同じ内容が示されている。

> ３　学校における体育・健康に関する指導は，児童の発達の段階を考慮して，学校の教育活動全体を通じて適切に行うものとする。特に，学校における食育の推進並びに体力の向上に関する指導，安全に関する指導及び心身の健康の保持増進に関する指導については，体育科の時間はもとより，家庭科，特別活動などにおいてもそれぞれの特質に応じて適切に行うよう努めることとする。また，それらの指導を通して，家庭や地域社会との連携を図りながら，日常生活において適切な体育・健康に関する活動の実践を促し，生涯を通じて健康・安全で活力ある生活を送るための基礎が培われるよう配慮しなければならない。

総則３においては，学校保健に関する事項として，食育，安全に関する指導，心身の調和的発達の重視がされている。

○体育･保健体育科（保健の分野）の改善

保健の分野については，生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力を育成するという方向性を維持しつつ，いっそうの内容の改善が図られている。

・小学校体育科保健領域について

第３学年の「毎日の生活と健康」では，健康の状態のとらえ方として主体の要因と周囲の環境の要因，第５学年の「けがの防止」では，身の回りの生活の危険が原因となって起こるけが，「病気の予防」では，ヘルスプロモーションの考え方を踏まえ，地域での保健にかかわるさまざまな活動に関する内容が新たに加えられている。中学校とのつながりの視点から改善が図られている。

・中学校保健体育科保健分野について

第２学年の「傷害の防止」では，自然災害による傷害が「二次災害によっても生じること」が明確に示されている。第３学年の「健康な生活と疾病の予防」では，医薬品に関する内容が新たに加えられた。また「個人の健康は，健康を保持増進するための社会の取組と密接なかかわりがあること」というヘルスプロモーションの考え方が取り上げられている。中学校のまとめ，高等学校とのつながりの視点からの改善が図られている。

・知識を活用する学習活動の重視

指導計画の作成と内容の取り扱いに，「保健の指導に当たっては，知識を活用する学習活動を取り入れるなどの指導方法の工夫を行うこと」が示された。基礎的・基本的な知識を習得すること，知識を活用する学習活動により思考力・判断力などを育成すること，学習意欲を培うことが求められている。

○今後に向けて

今次改訂では，学校教育活動全体で取り組むこと，関係方面との連携を図ることなどが強調されている。また本年６月に一部改正された学校保健安全法においては，「保健指導」が位置付けられた。これらの動向を踏まえて，児童生徒の心身の健康の保持増進に関する指導がよりいっそう充実して取り組まれることが期待されている。

（今関豊一）

2　学校給食の衛生管理

1　学校給食の食中毒

平成19年度，学校給食を原因とする食中毒は５件発生し，有症者は769人であった。

発生件数は少ないものの，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から，給食関係者は常に危機意識を持って徹底した衛生管理をすることが大切である。

特に設置者は学校給食実施責任者として，安全・安心な学校給食を実施する役割を十分に果たしていかなければならない。

独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下センター）が毎年報告している「学校給食衛生管理推進指導者派遣・巡回指導報告書」食中毒事件の事例によると，「学校給食衛生管理の基準」（以下基準）が遵守されていないことが指摘されている。

平成８年，大阪堺市で日本中を震撼させたＯ157食中毒事件が発生してから10年余経過した今，当時の状況を知らない給食関係者が増加してきており，改めて基準を十分に理解し，実践力につなげられるような衛生管理研修会などの実施が望まれる。

国民的な課題である食育の推進では，特に子どもたちに対する食育を重視しており，学校で行う食育の特長である「生きた教材」である学校給食を活用した食に関する指導への期待は大きい。

そのためにも，安全・安心で美味しい給食作りが大前提の事柄となる。

⑴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８年度以降の食中毒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どこにもない。

発生件数０を目指した衛生管理の徹底が望まれる。

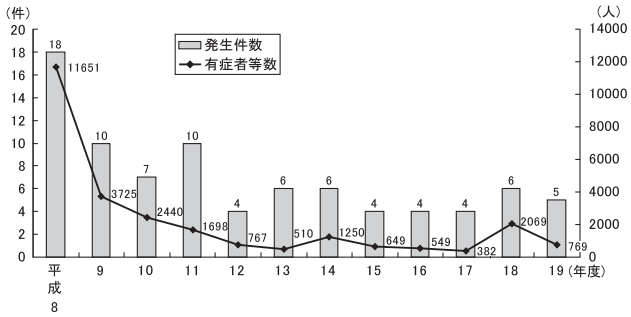


図１　平成８年度～平成19年度食中毒発生状況

⑵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19年度２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検収して受け取り，学校給食として提供してしまえば，学校給食が原因とされる。

学校の調理場以外が原因になることが判明したのは，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であり，製造工場の衛生状態が劣悪であったことが指摘されている。

原材料，調理品を保存食として保存するようになったことも，原因究明に役立っている。

平成19年度の原因は，ケーキ屋で製造したケーキと委託業者が製造した弁当がノロウイルスに汚染されていたためであった。

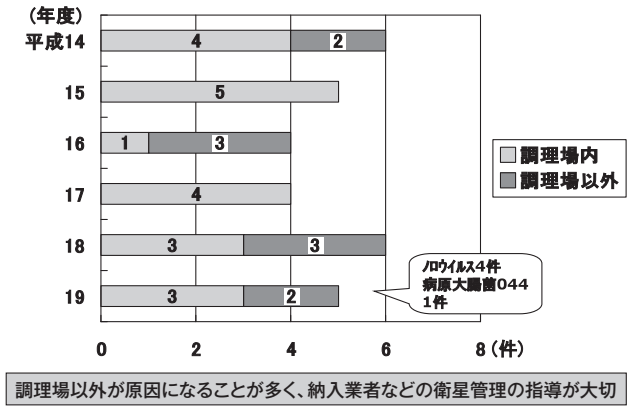


図２　最近６年間の傾向

「学校給食衛生管理の基準」は学校給食調理場の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，設置者は周知徹底する必要がある。

⑶食中毒の原因物質

平成８年度から平成19年度までの原因物質は，ノロウイルス31件，サルモネラ16件，Ｏ157　７件，病原大腸菌６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，ウエルシュ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。

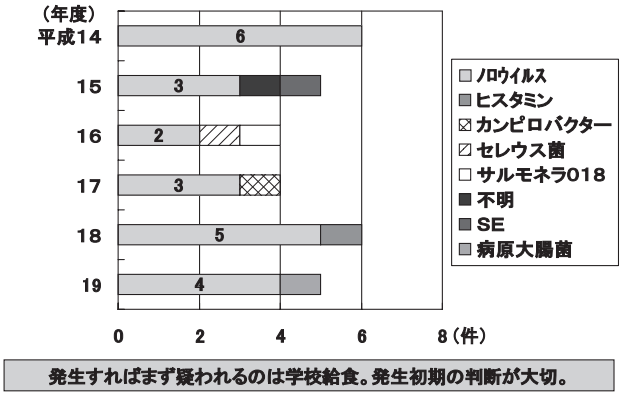


図３　原因別食中毒発生状況

２　文部科学省の施策

⑴「学校給食衛生管理の基準」

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ことが契機となって，学校給食の衛生管理が根本から見直されることになった。

それまで食中毒が発生するたび，注意喚起の通知を出すことなどが指導の中心であったが，尊い命を失う未曽有の食中毒事件が発生したことを契機に，調理場に立ち入り問題点を具体に究明したり，文部省あるいはセンターが主催する各種衛生管理講習会を開催したりするなど，積極的に衛生管理の徹底に取り組んできた。

基準は，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，「学校環境衛生基準」の学校給食関係事項を整理し平成９年４月１日制定したものである。

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，具体的な調理作業に併せた記述にすることに留意し，併せて現地調査などで浮き彫りとなった問題点の対応なども取り込んだ。

それまでのウエットシステムからドライシステム，ドライ運用などへの切り替えなども，発生する共通の問題点から生み出されたものである。

厚生労働省の大量調理施設衛生管理マニュアル（以下マニアル）との整合性については，平成15年３月31日，温度と時間の記録，配送時の温度と時間の記録など一部改訂して整合性を図っているが，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，マニアルより厳しく規定している事項もある。

・年間24回の検便（月２回）
・従事者の毎日の健康観察と個人別の記録
・給食当番の健康観察と記録
・布製フキンの使用禁止など

である。

平成17年３月31日の一部改訂では，基準の雑則に，学校給食にクックチル方式を導入する場合の留意点として，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を明確にしている。

⑵学校給食施設の整備

施設設備の整備については，長年施設設備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。

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（**図４**）。

⑶学校給食調理場における手洗いマニュアル

食中毒の防止には，手洗いの徹底が重要である。平成20年３月標準的な手洗いマニュアル，作業中

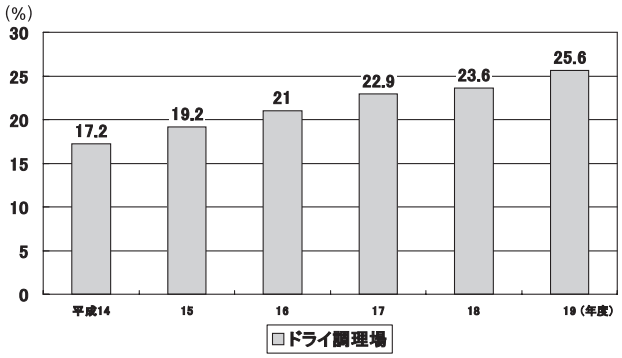


図４　ドライシステム調理場整備状況

の手洗いマニュアル，手洗い設備などを示したマニュアルを作成し配布し，手洗いの意義が十分に理解され，徹底した手洗いが励行されるよう指導している。

⑷平成19年度学校給食衛生管理推進指導者派遣・巡回指導報告書

平成19年度は，平成18年度食中毒発生先６カ所（学校給食調理場３カ所，民設民営調理場１カ所，委託加工工場２カ所）について実施された。

巡回指導での主な指摘事項

①調理従事者がノロウイルスなどの病原微生物を保有している可能性がある場合の迅速かつ適切な対応が不十分であった。

②市区町村教育委員会が，学校給食の実施者としての責務を果たしておらず，危機管理体制および献立作成委員会，物資選定委員会など衛生管理体制の整備が不十分であった。

③学校給食業務委託の際,「基準」を遵守した施設・設備に関する指導および日常的な衛生管理に関する指導がなされていなかった。

④市区町村教育委員会が，施設・設備などハード面の改善に積極的に取り組まず，栄養教諭，学校栄養職員および調理従事者に衛生意識により補わせていた。

⑤作業工程表・作業動線図などの諸帳簿の整備が不十分であった。

⑥二次感染予防対策が不十分であった。

⑦適切な洗浄・消毒方法が理解されていなかった。

報告書の事例は，日常業務を見直し，確認し，注意喚起を促すものである。報告書として留めずに有効活用することである。衛生管理に終わりはない。

（金田雅代）

参考資料
1．文部科学省：学校給食衛生管理の基準
2．文部科学省：学校給食調理場における手洗いマニュアル，平成20年
3．独立行政法人日本スポーツ振興センター：平成19年度学校給食衛生管理推進指導者派遣・巡回指導報告書

3　学校環境衛生

「学校環境衛生の基準」各論

「学校環境衛生の基準」（平成４年６月23日付文体学187号通知）は，学校保健法に基づく環境衛生検査，事後措置及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。

近年の児童生徒等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及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。

「学校環境衛生の基準」は前章でも述べたように学校保健法の改正を受け，「学校保健安全法」により「学校環境衛生基準」として告示に引き上げられる。その際，学校給食の衛生管理については学校給食法に位置付けられることや，従来の「学校環境衛生の基準」の内容の見直しが進められている。従ってここでは，従来の内容に基づいて解説する。

15項目については，それぞれ「ねらい」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ねらいを抜粋する。

⑴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良くし，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。暗い所，あるいはまぶしい所では，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・維持が必要がある。日常点検を強化しながら光の環境づくりを進めていくことが望ましい。

⑵騒音環境及び騒音レベル

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等，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，教師の声等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等に聞き取ることができるかどうか，また，児童生徒等の声が教師およびほかの児童生徒等に聞こえるかどうかが基本的な考え方となっている。

⑶教室等の空気

１日のうち約８時間を学校で生活する児童生徒等にとって，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等の体感はも

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，児童生徒等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幅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・改修等の後，教材やパソコン等のさまざまな原因で教室内で刺激臭や臭いが発生し，児童生徒等はこれを不快感と感じ，頭痛等健康影響も出る等化学物質過敏症，いわゆる「シックハウス症候群」等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等の室内発生が指摘されている。

⑷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，児童生徒等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等，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，井戸水等を利用するものがある。いずれの方式でも，児童生徒等の健康を守るため，学校が責任を持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。

⑸雨水等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，学校における雨水等の利用が始まっている。この項は，雨水等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。

⑹学校給食の食品衛生

学校給食は，児童生徒等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，日常点検等を適正に実施し，学校給食によって食中毒等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，給食の施設・設備が整備されていること，設備の取扱いが適切であること，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，食材や食事等の取扱いが適切であること，管理体制等が確立されていること，等が求められる。

⑺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，ガラス等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。さらに児童生徒等が，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等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，入泳者は児童生徒等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。

⑻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，地域の環境保全等にも留意する必要がある。

⑼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。児童生徒等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，清潔な環境を保つことが必要不可欠である。

⑽机，いすの整備

児童生徒等は，学校では大半を机，いすを使って生活している。従って机，いすが児童生徒等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，目や脊柱に負担をかける等，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，いすが児童生徒等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，破損の有無等を確認しながら，机，いすを整備することが必要である。

⑾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等の視野や目の疲労等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。

⑿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，児童生徒等が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・手洗いの三つの機能を兼ねたもの等，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。

⒀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，し尿浄化漕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，十分に清掃を行う等，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，ハエ等の衛生害虫の発生等の防止を含め，その管理の徹底を図る必要がある。

⒁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，生活様式の変化にともない著しく増加し，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，学校からも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，教室等からのごみ，給食からの厨芥類等があり，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，ネズミやハエ等の発生源となり，衛生的に不良な状態となる。

⒂ネズミ，衛生害虫等

ネズミや衛生害虫等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，開発等による環境変化，社会活動様式の変容等により様変わりし，ウイルス性出血熱の発生，SARS，鳥インフルエンザ等新興・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いうまでもない。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，児童生徒等に不快感を与え，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，ネズミや衛生害虫等の習性を知り，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。

（鬼頭英明）

miniコラム

「保健体育審議会答申・中央教育審議会答申」

学校保健に関する答申は文部科学大臣が諮問する内容に対して，保健体育審議会が検討結果を示す答申となって公表されてきた。その最初のものは昭和26年の「保健体育ならびにレクリエーションの振興方策について」であり，また昭和47年12月20日の答申「児童生徒等の健康の保持増進に関する施策について」は第18回目，その内容からも記憶されるべきものである。平成９年９月22日の答申「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について」は第24回目のものである。都合26回の諮問・答申ののち，保健体育審議会は中央教育審議会の中に吸収され，今回，平成20年１月17日の答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」は中央教育審議会スポーツ・青少年分科会の「学校保健・安全部会」がパブリック・コメント募集などを経て，取りまとめたものである。なお臨時教育審議会は，文部科学大臣ではなく内閣総理大臣が招集するものである。

（野村和雄）

コラム　大学生がかかる伝染性単核症

伝染性単核症（Infectious mononucleosis；以下IMと呼ぶ）という病気は，ヘルペスウイルス科に属するEpstein-Barr（EB）ウイルスの感染によって起こされる。感染が起こってから症状が出るまでの潜伏期は４～６週間と長く，症状は発熱，咽頭扁桃炎，だるさ，リンパ節腫脹などである。咳はない。風邪様の症状であるが，大人では発症から治癒まで１カ月もかかることが普通の風邪と違う。感染が起こっても症状が出ない不顕性感染もあり，特に小児では症状が出ない例が多い。

EBウイルスはBリンパ球に潜伏感染する。既感染者の15-20％では，ウイルス遺伝子が活性化し感染性ウイルス粒子が唾液に排出される[1)]。小児の間では，密な接触で（咳なしで）飛沫を介して感染が広がる。欧米では，乳幼児期に感染するのは20％程度で，思春期―青年期になってIMの発生が顕著になる。一方日本では，1960年代，３歳までに８割の人口が感染しており[2)]，大人でのIM発生はほとんどなかった。しかし，この状況は現在，急激に変わりつつあると考えられる。

欧米で，この病気の発生が目に付くのは大学生の間である。キスによって伝播するので，Kissing disease とも呼ばれている。米国では，未感染の大学生10万人当たり年間約12,000人程度が感染し，5,000人が発症する[1)]。英国のある大学での調査によれば，入学者の25％が未感染の感受性者であり，３年間に感染した学生は感受性者のうちの46％あり，その感染者のうちの25％がIMを発症した[3)]。

確定診断は，患者血清中のEBウイルスカプシド抗原（VCA）に対するIgM抗体の存在を蛍光抗体法で調べる。EBウイルスの増殖を抑える薬はないので，自然治癒を待つしかない。脾臓が腫れ，腹部への衝撃で出血することがあるので，激しいスポーツは禁じられる。

日本では成人におけるIMの発生に関する疫学調査がまだないが，最近，臨床検査会社でのEBウイルスIgM抗体検出データを集計した結果が報告された[4)]。そのデータが日本人全体のEBウイルス感染の疫学を反映しているわけではないが，男女差を見ると０－３歳群では若干男で多い（男女比１：0.7）のに対し，15－25歳群では女の方が多かった（男女比１：1.7）。月別陽性数の推移を見ると，０－３歳群では季節変動がないのに，15－25歳群では春から秋にかけて増加していた。

現在、日本では人口構造の変化だけでなく，子ども，青年の行動が大きく変わってきており，IMが大学生の間でも増加していることは考えられることである。長引く風邪様症状を訴える学生にはIMの可能性を念頭に置く必要もあるだろう。また青年層でのIM発生の実態を知るための疫学調査が必要になっているだろう。

参考文献

1．Katz BZ, Miller G: Epstein-Barr virus infections. Krugman's Infectious Diseases of Children, 10th Ed. 1998.

2．日沼頼夫ら：本邦におけるEBウイルス伝播状況，日医新報，1968；27:27-29.

3．Crawford DH et al: A cohort study among university students: Identification of risk factors for Epstein-Barr virus seroconversion and infectious mononucleosis. Clin Infect Dis 2006; 43: 276-82.

4．増井幸雄ら：Epstein-BarrウイルスIgM抗体の検出状況，1999－2006年：１臨床検査会社での集計結果，感染症学雑誌，2007；81：707-713.

（井上　栄）

第Ⅳ章

国際学校保健に関する二つの領域

総　論

昭和40年代にアジア・メディカル・アソシエーション（AMO）という組織を創立する構想が，日本および東南アジア諸国で検討されたことがあった。提案したのは日本である。時の医系政治家をはじめとして関係官庁，日本医師会，日本医学会などの指導的な立場にあった人々が発起人となり，都内に準備事務室も置かれ，専任の職員も数人配置されたと聞く。この機関は，特に東南アジア域内の相互の医療援助，保健協力事業を行うことが主な目的であったが，その背景には西側先進諸国が主導する国際機関から独立するアジア独自の保健機関が必要であるとする意見があったらしい。このころインドネシア，マレーシア，シンガポール，フィリピン，タイ，ベトナムなど，ASEAN各国の保健担当者との交渉が熱心に行われていたが，聞くところではインドネシアの反対意見が域内の関係者に影響したらしく，結局この構想は断念せざるを得なかったという。その後当時のインドネシアの保健次官であった方に筆者が伺った話では，域内にはかつて唱えられた大東亜共栄圏のようなイメージを日本の経済進出に重ねて見る空気があり，医療，保健という人道援助においてさえもそうした根強い反日感情が影響したようであった。政府高官の中にも時々ではあるがご自身が戦争体験を持っている方もおられ，日本の進出に嫌悪感を抱く人々が少なくなかったのである。やがてこの構想は縮小して，医学，保健情報のみを扱う東南アジア医療情報センターと名称を変えて実現し，外務省が主管し，厚生省と文部省が共管という形で運営された。当初のミッションはずっと縮小されて約25年間継続された。

21世紀の現在，幸いなことにかつてのような戦争責任にかかわるしこりは大幅に緩和されており，日本の保健医療援助はわが国を代表する技術協力にまで成長した。こうした中で徐々にではあるが学校保健の技術協力は始まっている。今回ご寄稿いただいた日本医師会が行ったネパールにおける協力活動，また現在行われている文部科学省の国際教育協力イニシアティブ事業における学校保健協力事業などはそうしたものの一つである。しかし時には，日本の学校保健の経験を開発途上国へ移転することには反対の立場を取る人もいると聞く。そうした立場では，日本の経験の押し付けをするべきではないとか，内政干渉であるとか，日本の制度と本質的に異なる途上国の教育制度では有効ではないというような主張がなされる。しかし現実には，アジアやアフリカ各国は日本の学校保健に学ぼうとしており，われわれも今までに蓄積してきたノウハウを惜しむことなく提供すべきであろう。

国際機関の中でもWHOは，近年では技術協力に関係して熱心にヘルス・プロモーティング・スクール（Health Promoting Schools）という概念を推奨し途上国に普及を要請している。これに関してはWHOが1997年に発刊した“Promoting Health Through Schools”（WHO Technical Report Series 870）に詳しい解説があるのでご参照いただきたい。この大要は，学校という社会システムが児童生徒をはじめとして青年から教職員，家族，地域社会の人々全体の健康を改善する上で

非常に有効でしかも経済的であることを基本として，教育機関や保健機関に，学校を通してのヘルスプロモーションを求めているのである。この主張はいずれの国や社会においてもほぼ通用し得るものである。学校システムを開発協力事業の核として利用しようという国連機関の動向に対して，わが国の動きはいまだ小さいようである。その理由はどこにあるのだろうか。実際，すでに重要な技術協力の中心となっている医療や保健の分野とは違って，日本の学校保健は果たして国際協力の役に立たないのであろうか。日本の学校保健のノウハウは国際的な視野から見たら立ち後れていて，途上国を助けるレベルには到達していないのだろうか。いずれも否である。明治期に始まった学校保健の制度は諸外国のそれと比べて制度的な完成度が高く，明治33年に始まる学校医制度とその活動内容に関してもいまだに国によっては新鮮で有効である。今までに経験してきたノウハウは現にアジアでは有効であり，学校と地域との構造的な組織化の方法は一つのモジュールとして十分に使える。今，わが国の学校保健を国際保健協力という観点から学び，とらえ直すことは，日本の学校保健の過去，現在，そして未来を正しく理解することにもなろう。

（大澤清二）

写真はネパール，西部地区の山の学校

飲料水の水源調査の様子
（撮影：右，左ともに大澤　2008年３月）

1　国際機関の動向

Education for All (EFA) International Coordination

学校保健に関連して，国際連合（国連）の専門機関等が近年に実施している取組について報告する。学校保健の分野にて保健衛生にかかわる問題に対し，広範な政策的支援や技術協力の実施，必要な援助等を行っている主要な機関は世界保健機関（WHO）であり，また教育に重きを置いた活動を実施しているのは国連教育科学文化機関（UNESCO：ユネスコ）である。専門機関は相互に連携して共通する課題に対してプロジェクトを実施している。

ユネスコでは，2000年４月ダカールにて行われた「世界教育フォーラム」を契機に，「Education for All：EFA（万人のための教育）」の目標の達成に資するため，学校保健では新たなアプローチである「Focusing Resources on Effective School Health」（効果的な学校保健へリソースの集束：FRESH）を発足した。FRESHは，ユネスコ，WHO，国際連合児童基金（UNICEF：ユニセフ），世界銀行の四つの専門機関が，援助経験を通して費用対効果の高さが実証された中核となる分野を推奨して，今後は相互に連携して学校保健，衛生，教育に関する活動実施を強化していくための枠組みである。世界銀行は，学校を中心とした教育システムを通して提供されている健康プログラムが，多くの国におけるインフラストラクチャーの支持や開発に貢献しており，公衆衛生戦略として高い費用対効果があると見なしている。

子どもの潜在的な可能性を十分に達成するには，良好な健康状態，良好な栄養状態と適切な教育の相乗効果が直接に関与している。健康や栄養状態は子どもの就学能力や学習の機会に影響するために，個人の生産性と人生の選択肢を増やすチャンスを与える手段でもある。学校とは，子どもの健康，栄養，教育を改善や維持するために，保健や教育分野にて連携した活動が可能な鍵となる場所であり，非常に多くの子どもの健康と教育の成果を改善することができる。従って学校保健は，国の将来と，経済的および社会的な繁栄のための国民の能力への投資であると考えられる。

FRESHの枠組みは，学校を基盤にした健康プログラムが，健康と学習の成果の双方を顕著に改善することが可能であることを示す研究と経験に基づいて設定されている。効果的な四つの中核となる構成要素は，以下の通りである。

⑴学校保健政策の策定

学校保健政策は，教育の成果を改善するために，健康が持つ潜在的役割を果たすのに必要な活動計画となるものである。学校保健政策は，学校保健プログラムのための極めて重要な包括的構造を提供する。学校の敷地内で教員や児童生徒の健康に関連した行動を規制する政策は，健康教育を強化する重要な手段となる。例えば学校での禁煙のように，教員が児童生徒の積極的な規範モデルとしての役割を果たすことにつながる。健康に関連した政策として，学校は，安全，衛生や学習環境の機会均等の保障，教育へのアクセスの増加，または児童生徒の出席の増加やドロップアウトの減少に対する開発や強化を行う必要がある。

⑵水，衛生や環境の整備

安全な水と適切な衛生設備は，男子と女子の双方にとって健康的で安全を確保するための学習環境に向けた基本的な最初のステップである。不衛生で安全が確保されてない学習環境では，けがや病気が起こりやすい。安全が脅かされると思われる学校環境は，児童生徒の出席に影響を与える。

⑶スキルを基盤とした健康教育

識字と計算能力に対する教育は，本質的なライ

フスキルが発達しなければ無益なものであるかもしれない。スキルを基盤とした健康教育は，心身の健康に関連付けられた態度，価値，スキルを推進するための情報の提供だけにとどまらない。

⑷学校に基礎を置いた健康と栄養のためのサービスの提供

非常に悪い健康状態と栄養不良は，毎年何百万もの授業日の損失を生む。教育へのアクセスへの増加と教育の質の向上に対する取組への投資を守るために，学校は極めて重要な健康と栄養のサービスと児童生徒をつなげる手助けをしなければならない。

FRESHモデルの四つの構成要素を越える活動が含まれてプログラムが設計された場合には，一つの領域における取組だけではほかの領域における配慮の欠如によって不備が起こり得るため，相互の補強かまたは相乗効果をもたらせなければならない。

例えば，微量栄養素の欠乏（鉄欠乏性貧血，蛋白質エネルギー栄養不良，ビタミンA欠乏症，ヨウ素欠乏症）は，児童生徒の心身の健康を損ねるために，入学や出席に影響を与える。従って政府は，学校にて児童生徒へサプリメントや健康的なスナックを供給することによって，このような欠乏症の子どもたちを治療することができる。しかし微量栄養素の欠乏は，非常に内容の悪いまたは不十分な食事から起こるだけではなく，水や糞便で汚染されることによって起こる寄生虫感染症によっても起こる。そして子どもたちは，効果的な衛生行動の理解と実践が未発達なために，このような寄生虫のまん延に関する重大な影響力を持っている。

もし汚染された水の供給や手洗いやトイレの設備不足が原因で，子どもたちが供給された豊富な栄養物を身体から激減させてしまう寄生虫に日常的に感染または再感染している場合があるならば，微量栄養素の補充は効果的だと言えるのだろうか。

FRESHの枠組みを使用した場合，微量栄養素補充（健康のためのサービス提供―FRESH構成要素④）は，枠組みのほかの三つの要素，例えば排泄物管理と感染症コントロールに関連する政策（FRESH構成要素①），清潔な水と適切な衛生施設を確保するための取組（FRESH構成要素②），および子どもに対して感染症のまん延の減らし方を教える健康と衛生教育（FRESH構成要素③），を横断的に越えた活動によって補強や支援がなされるであろう。FRESHは別の「新しい」プログラムではなく，柔軟で融通が利くモデルだからである。FRESHは「現場で」の現実，つまり現地の問題とニーズおよびリソースにはしばしば限りがあるという事実を尊重している。四つの中核要素を横断的に越えた取組の「乗数効果」のおかげで，あらゆるレベルの投資における大きな成果を上げることが可能になる。このようにFRESH は，最もリソースの乏しい学校や，連絡の取りにくい農村でさえも，よりアクセスしやすい都市のように利用できるのである。政府は小さなことから着手することができ，必要に応じて投資を増強して，付加的な利益を得ることが可能になる。

FRESH発足以前の学校保健支援においては，四つの中核要素が個別の機関によって取り扱われたり，重複したりしていた感が否めない。従ってFRESHによって，教育分野での保健支援に対して包括的な実施が可能になったために，大きな役割が果たされると期待できる。FRESHは，「万人のための教育（EFA）」やミレニアム開発目標の達成へと導く有効な手段であると考えられる。

（笠井直美）

参考資料
1．UNESCOホームページ
http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=29008&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html（2008年9月最終アクセス）
2．世界銀行，「Focusing Resources on Effective School Health; A FRESH start to enhancing the quality and equity of education」，2001.

2　わが国の開発協力

㈳日本医師会によるネパールでの学校保健活動

1．はじめに

ネパールは，世界で最も貧しい国の一つとされており，各国の政府系援助機関，多国間援助機関，国際NGOや民間企業などが支援活動を実施している。最も深刻な問題は全国的な保健水準の低さであり，乳幼児死亡率，妊産婦死亡率は極めて高い。各機関による支援活動の一部は，都市部にて成果を上げているものの，国土の大半を占める山間部においては，エベレストの麓であり起伏の激しい地形であることや，政治的な理由も重なり，いまだ十分な支援が行き届いていないのが現状である。

こうしたネパールの山間部における保健状況の改善を目的として，日本医師会は，1992年にネパール政府の要請を受け，日本人医療スタッフを国際協力機構（JICA）の専門家として派遣し，学校を保健活動の場として位置付ける医療協力活動を開始した。これが，日本医師会「ネパール学校・地域保健プロジェクト」である。

1992年から始まる本プロジェクトは，「学校」そして「地域」をキーワードとして，さまざまな活動を展開した。対象地域となる山間部で行った予備調査において，保健状況の悪化の大きな要因が乳幼児死亡率，妊産婦死亡率の高さにあることが改めて確認され，さらにそれが衛生状態の悪さに起因することも確認された。この結果から，子どもと母親に対する保健指導と，診療所機能の整備を並行して実施することにより，第一に喫緊の課題である乳幼児死亡率，妊産婦死亡率の低下を図り，第二に，向上した保健水準の長期的な維持に取り組むことを目標とした。開始当初の対象地域がカトマンドゥから南東約40キロにあるカブレ郡コパシ地区（現在パナウティ市）に決定されたのもこうした方針に基づいている。同地域に学校と，ヘルスポストと呼ばれる簡易診療所が隣接している場所があり，学校における保健教育の推進に好適地と評価されたことによる。そして，コパシで一定の成果を上げた本プロジェクトは，コパシでの健康教育のノウハウに加え，地域住民への動機付けのための取組を併せ行うことで，健康，衛生といった考え方や習慣を，学校を核とした地域に波及させることに成功した。

このように，日本医師会の「ネパール学校・地域保健プロジェクト」は，医療が十分に行き届かない環境における保健水準の向上策を，学校における保健活動に見いだし，粘り強く取り組んできた事業である。わが国と比して，地理的にも，政治的にも，また文化的にも背景の異なるネパールに，戦後のわが国の保健水準の向上に寄与してきた学校保健という考え方がどのように適用され，そして結実したか，本稿では本プロジェクトの特徴とその推移を具体的な活動例とともに示し，国際協力活動の一つのメソッドとしての学校保健の可能性について述べたい。

なおこのプロジェクトは1992年に開始され2004年に終了した。

2．プロジェクトの特徴

このプロジェクトには二つの大きな特徴がある。一つは，このプロジェクトが学校保健の考え方をネパールに導入した先駆的プロジェクトであること。もう一つは，学校保健を土台にした健康的な村づくりで，そのために新しいアプローチを展開したということである。

日本では学校保健の活動の中で，子どもの時から保健知識を浸透させ，衛生習慣を身に付けさせ，

結果的に保健水準は非常に高いレベルに保たれ，このことが日本人の長寿にも大いに貢献している。このことから学校を中心に子どもたちに保健衛生の教育を徹底するという学校保健というアプローチの効果の大きさを再認識することができる。

しかしネパールでは，日本の子どもたちが日常行っている“食事の前には手を洗う”などの基本的な衛生習慣が欠けており，その理由を納得させた上で習慣付けていく必要がある。また子どもを家庭で教育すべき母親に適切な保健指導を行い，子どもと母親との保健向上を目指す相互関係を作り上げる必要もあった。

日本で培われた学校保健という保健活動の基本概念をネパール現地の情勢に合わせて加工し直し，後述の識字教育などといったさまざまな活動を組み合わせて地域住民全体の健康の向上を目指す，これが日本医師会の国際協力活動の狙いであり特徴であった。

二つ目の特徴は，健康的な村づくりを総合的に促進するプロジェクトであるということ。ネパールの農村地域では，病気にかかると10人に９人がまず祈祷師（ダミ・ジャンクリ）を訪れるといわれており，健康に対する考え方や価値観はわれわれの持っているものとはまったく異なる。こうした行動を変えていくためにも，健康や保健に関する知識と習慣を浸透させていかねばならず，それは住民自らが行う保健活動でなければ，考え方や習慣として残ることは難しい。

そこでこのプロジェクトでは，先に述べた学校保健をはじめ，識字教育，またポリオの予防接種や，雨期に発生し多数の死者を出す下痢症といった感染症の予防対策などの疾病対策も，すべて地域の人々が中心となって行うことを重視した。いわば草の根型，ボトムアップ型の保健活動と言えるであろう。これにはいわゆるエンパワーメントEmpowerment（地域住民の潜在的能力を可能な限り発揮させるための動機付け）の考えを導入する。

この「ボトムアップ型の保健活動」は，支援活動が終了した後もその内容が地域に残っていくためには不可欠であり，また地域でその活動を支える，優れた保健従事者が重要な存在となる。そこでこのプロジェクトでは，地域で保健活動を促進する保健従事者の育成というアプローチも実施し，健康的な村づくりを進めた。

プロジェクトではダミ・ジャンクリに対する研修活動を実施するほか，識字教育などさまざまな育成活動を行った。ネパールにも政府の設置した村落診療所があるが，勤務するためには資格が必要であった。そのため村の診療所で働く職員になるための資格取得の支援という目的で，村から選ばれた青年たちに奨学金を支給した。また地域の保健ボランティアのトレーニングや，ネパールの厚生省に当たる保健省や，地方自治体の役所に出向き，活動の紹介をするなどしてこの活動への理解を深めてもらうよう働きかけも行った。

３．プロジェクトの活動の推移

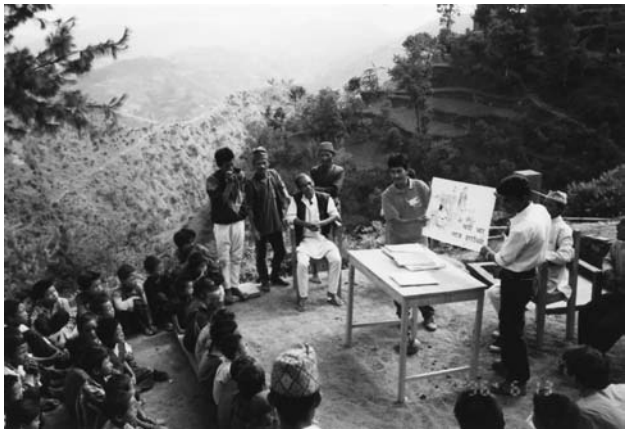
次にこのプロジェクトが実際に行った活動の推移と主な活動を述べる。

⑴〈第１期〉1992年～96年

1992年にスタートした学校・地域保健プロジェクトは，まず首都カトマンズの南東40㎞にあるコパシという村を対象地域として，そこに保健所レベルの施設であるプライマリーヘルスケアセンターを建設するとともに，保健医療スタッフの育成を開始した。そしてこのプライマリーヘルスケアセンターと隣接した学校を拠点として，ネパールでこれまであまり経験のない学校保健と住民参

日本医師会のプロジェクト拠点となったプライマリーヘルスケアセンター

加を核とした保健活動を開始した。このセンターは，保健所機能に加えて，急病人の救急搬送やネパール人医師による診療も行っている。施設の運営費用は初期には本プロジェクトが支援したが，その後は住民組織によって自主的に運営されることとなった。しかしアクセスが限られたため，ネパールの政府やほかの国際NGOの支援が行き届かないような遠隔地山間部の村々での保健活動もパイロット活動として実施し始めた。



小学生に生活習慣の改善指導をする地域の保健委員

⑵〈第２期〉1997年～2000年

コパシ村を中心とした活動は96年ごろまで実施され，97年ごろからはこのコパシ村で実施してきた保健活動を生かし，かつ遠隔地でのパイロット活動を広げるようになった。

こうした村々での活動でまず実施するのは，住民たちを集めた集会である。そしてその集会では，住民自らが自分たちを取り巻く現状について考えていく。このような活動の中で，それぞれの村で一番大切な施設として考えられているのが学校であることが分かった。このことは学校保健の概念を導入してプロジェクトを進めようとする日本医師会にとっても重要な意味を持つことであった。従って山間部の村々での活動は，新しい施設を建設して行うのではなく，もともとある学校を活動の拠点としてさまざまな保健活動を実施することとなった。また識字教育が乳児死亡率を下げるという科学的根拠も出てきたため，当時約10%しかなかった成人女性の識字率を上げるべく，約3500人を対象とした識字教育も開始した。

⑶〈第３期〉2000年～04年

こうした学校保健と識字教育の二つをセットにした地域保健活動は，97年から徐々にその対象地域を広めていき，婦人グループの増加と活動の活発化や，対象地域のすべての学校に学校トイレが設置されるなどの成果を上げた。そして2000年からは，それぞれの地域での維持発展に向けての住民グループの強化が課題となった。その理由は，このプロジェクトが住民による自立した活動を目的としていることのほかに，ネパール全土で政治紛争による治安が急激に悪化してきたことがある。

しかし幸いにも，これまで支援してきた婦人グループは，それぞれ自立に向けた活動を進めている。こうしたグループが地域の保健活動の核となって，これまでプロジェクトとともに進めてきた地域保健活動を自らの手で運営できることが目標である。その後，同じ地域の婦人グループや学校，そのほかの住民組織がまとまり，より大きな連合として活動できるように，人材の育成に力を入れるようになった。

子ども保健クラブで応急処置を説明する生徒

⑷各期に共通する重要な活動

①山間部での学校保健活動―トイレ建設と保健クラブ

山間部の村々での学校保健プログラムは，主に学校トイレの建設といった衛生環境の改善と，子ども保健クラブによるヘルスプロモーション活動を二本の柱とした。

まず学校トイレの建設である。対象地域のいくつかの学校にはもともとトイレはあったが，管理

の行き届いていた学校は全体の20%程度であり，多くは非常に不衛生なものであった。プロジェクトでは，この学校のトイレを，生徒たちが衛生習慣を身に付ける重要な場所としてとらえ，手を洗える場所も併設してある新しいトイレの建設を精力的に進め，2000年に対象地域のすべての学校（84校）に学校トイレを設置することができた。

次の柱は「子ども保健クラブ」の活動である。これは日本の学校における生徒会のような生徒たちのグループで，生徒の中から選ばれた保健活動に関心の高い生徒たちが，保健活動のリーダーシップを取るものである。学校保健は教師やプロジェクトのスタッフが主導して行うわけではなく，彼ら子ども保健クラブのメンバーが行う。これも学校保健の継続性を保つことを目的としているためである。実際ネパールでは学校の教師の異動が頻繁で，教師を中心とした活動にするとその学校での活動が途切れてしまう事例が多く見られたからである。

子ども保健クラブは，学校での保健活動を率先したり，劇を演じたり，歌を作ったりして下級生たちの保健活動に対する理解を深める。劇では，「食べる前には手を洗いましょう」「さまざまな野菜をたくさん食べれば，夜に目が見えなくなる病気にはならなくなるよ」といった基本的な衛生知識を紹介している。

ネパールでは就学率があまり高くないことなどの要因により，大人の保健に対する知識と理解は非常に乏しい。そこで子どもたちが，学校で衛生習慣と健康に関する知識を学習し，兄弟たちの健康管理や，将来的には家族の健康を見守り，地域保健の担い手となってもらうことを意図した。学校保健の活動では，このほかにも学校への応急処置キット配布や，対象地域の全校を対象とした駆虫薬の投与キャンペーンなども実施した。

②識字教育の重要性

山間部での活動のもう一つの中心が母親への識字教育がある。

今，世界の多くの発展途上国で地域保健の支援活動が実施されているが，その中で家庭や子どもたちの面倒を見る立場にある母親たちによる保健活動が地域保健に与える影響力の大きさは，頻繁に報告されている。そのためこのプロジェクトでも成人女性への支援に力を入れた。そのスタートとなるのが識字教育であった。

ネパールの識字率は当時，男性が平均59パーセント，女性では平均14パーセントといまだ低い状態であった。また成人識字教育が乳幼児死亡率と強い相関性があることも分かってきており，識字教育の教科書も保健を題材としたものが使用されるようになってきていた。

本プロジェクトでは，15歳から49歳の成人女性を対象にして，初めの年は約６カ月の基礎識字教育を実施し，さらに次の年には，保健や栄養などを題材とした，より実践的な識字教育を実施した。研修期間は基礎コースと実践コースはそれぞれ６カ月で，修了するまでには農繁期を入れて２年間かかる。これは母親たちのほとんどが農繁期以外の時期にしか研修ができないためである。

２回の研修の間には，家庭菜園作りを推進している。これは識字教育に参加した結果，それが家族に対しても栄養の改善のほかに，目に見える形の利益を実感できるようにするための工夫でもある。

こうした２年の識字教育を修了した母親たちには，次に地域ごとにセルフヘルプグループというグループを作るように指導した。このグループは，識字教育で学んだ保健の知識や活動を一緒に行っていく婦人グループであり，家庭菜園の維持発展や，応急処置のトレーニング，簡易トイレの建設，ヤギやブタなどを飼育して共同収入を得る活動，また共済の運用などを行っている。現在各地のセルフヘルプグループが，地域の保健活動の中心的な担い手として成長しており，本プロジェクトは，それぞれのセルフヘルプグループと定期的に話し合いの場を設け，活動の支援を行った。

4．プロジェクトの成果と意義

「学校・地域保健プロジェクト」では，活動の継続性を持たせるための答えを，「人材の育成」に求めて活動してきた。人材とは，ネパールの現地スタッフであり，そして何よりも地域に住む人々である。住民の視点に立った現状の認識に基づき，学校や地域といったさまざまな場で，人々の問題意識を喚起しサポートすることに重点を置いた活動を進めてきた。エンパワーメントを核としたヘルスプロモーション活動の持つ大きな可能性を例示したことは，このプロジェクトの意義と言える。

この日本医師会のプロジェクト活動は，ネパールの学校保健の発展に大きな貢献をしながら歩んできた。活動を進めていた約12年間，ネパールの中央政府や地方の行政機関，ユニセフやWHOといった国際機関，そして国際NGOや現地NGOなどさまざまな団体と連携を図り，その考え方と活動の進め方を広めてきた。

その結果，ネパール国内において，学校保健の考え方は次第に広く認知されるようになった。そしてネパール政府も2001年に，日本の厚生労働省に当たるネパール保健省内に，学校保健部門を設置するに至った。本プロジェクトはネパール政府と協力し，学校保健の制度化を進めてきたが，10年かかってついにその夢がかなったことになる。これは地域保健という広い概念を展開していく上でも，子どもの保健教育の向上が必須であることを政府自体が認識したことを示す出来事であった。

「学校・地域保健プロジェクト」は，1992年の計画段階より，JICAの協力を得て開始されたが，日本医師会というNGOと政府系機関であるJICAの二つの機関が連携して運営されている協力活動で，そのどちらが欠けても成果は上がらなかったであろうと思われる。こうした連携の上に立った国際協力活動は，効率性の高さやODAの問題などから注目され始めてきており，今後，日本をはじめとするさまざまな国の国際協力活動の中で大いに参考になろう。

5．おわりに

ネパールで日本医師会が実施した学校・地域保健プロジェクトは，住民と痛みや喜びを共有した活動であり，いわば医の原点に立ち返っての協力活動である。それは医の原点が何であるかを教えられた活動でもあった。

将来，日本医師会の立ち上げたこのモデルがネパールにとどまらず世界のほかの地域でも住民の保健レベルを効率的に向上させる有力な手法であることが実証されることを願っている。NGOとしての日本医師会が，海外で実施したこうした地道な保健分野の協力の趣旨を，一人でも多くの方々にご理解いただければ幸いである。

（鶴岡　慶）

3　諸外国の学校保健

ここでは英国と米国の学校保健の動向を紹介する。

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）」を作成して以降，今日に至るまで「ヘルシースクール」の活動が盛んに進められている。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，限りない改善と発達にかかわるものである。それは健康にかか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，学習を進める上で，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」のねらいは次の通りである。

⑴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

⑵子どもたちと若者の学業成績の向上を手助けする

⑶健康の不平等を減らすことを手助けする

⑷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た。

⑴地域の健康に関する優先事項（Local Priorities）

⑵学校の健康に関する優先事項（School Priorities）

⑶人格・社会性の発達及び健康教育（Personal, Social and Health Education）

⑷市民教育（Citizenship Education）

⑸喫煙・飲酒を含む薬物教育（Drug Education including Alcohol and Tobacco）

⑹情緒的な健康とよりよく生きること（Emotional Health and Well-being）

⑺健康的な食事（Healthy Eating）

⑻身体活動（Physical Activity）

⑼安全（Safety）

⑽性と人間関係の教育（Sex and Relationship Education）

今日では，テーマが

⑴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）

⑵健康的な食事（Healthy Eating）

⑶身体活動（Physical Activity）

⑷情緒的な健康とよりよく生きること（Emotional Health and Well-being）

に焦点化されている。

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。現時点で特筆されるのは，英国全体の約95％の学校が「ヘルシースクール」の活動に参加しており，65％の学校が高い水準に達成したと報告されていることである。

「ヘルシースクール」の活動は，全国レベル，地方レベル，学区レベルを連携させながら進められている点も特徴的である。

米国における学校保健では，2007年に二つの注目すべき研究成果が報告されている。一つは「2006学校保健政策とプログラム研究」（School Health Policies and Programs Study 2006，Journal of School Health，77（8），2007）であり，一つは「ナショナル・ヘルスエデュケーション・スタンダード改訂版」（Joint Committee on National Health

Education Standards: National Health Education Standards《2nd ed.》- Achieving Excellence. American Cancer Society, 2007）である。

米国では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，⑴保健管理，⑵保健教育，⑶学校環境衛生，⑷統合された学校と地域のヘルスプロモーションの取り組み，⑸体育，⑹学校給食，⑺学校カウンセリング，⑻教職員のための学校でのヘルスプロモーションプログラムの８領域の活動を連携させていくことが示されてから（Allensworth D., Kolbe L.,: The Comprehensive School Health Program : Exploring an Expanded Concept. J Sch Health 57 : 409-412, 1987），学校保健をそのような領域でとらえるようになり今日に至っている。

「2006学校保健政策とプログラム研究」においては，⑴保健教育，⑵体育・身体活動，⑶保健管理（健康サービス），⑷精神保健とソーシャルサービス，⑸栄養サービスと学校給食，⑹健康的で安全な学校環境，⑺教職員のヘルスプロモーション，⑻家庭と地域との連携，という８領域の政策とプログラムの現状が，それぞれに州レベル，学区レベル，学校レベルで報告されている。

保健教育の州レベルでの報告の一部を紹介すると次の通りである。

74.5％の州において，学区や学校が追従できるような保健教育の基準やガイドラインを作成しており，72％の州では，その基準やガイドラインの作成においてNational Health Education Standardsに基づいていた。小学校の保健教育については，70.6％の州において，その目標や目的などが明示されており，約３分の２の州ではNational Health Education Standardsのものを参考にしていた。半数以上の州で小学校保健教育内容として示されているのは，アルコールと他の薬物使用の予防，心の健康，HIV予防，けがの防止・安全，栄養・ダイエット行動，身体活動とフィットネス，喫煙の予防，そして暴力の防止であった。中学校の保健教育については，76.5％の州が基準やガイドラインを作成しており，半数以上の州で中学校保健教育内容として示されているのは，アルコールとほかの薬物使用の予防，心の健康，HIV予防，セクシュアリティ，けがの防止・安全，栄養・ダイエット行動，性感染症の予防，身体活動とフィットネス，妊娠の予防，自殺の予防，喫煙の予防，そして暴力の防止であった。高校の保健教育については，78.4％の州において，その目標や目的などが明示されており，半数以上の州で高校保健教育内容として示されているのは，アルコールとほかの薬物使用の予防，心の健康，HIV予防，けがの防止・安全，栄養・ダイエット行動，性感染症の予防，身体活動とフィットネス，妊娠の予防，自殺の予防，喫煙の予防，そして暴力の防止であった。94.1％の州において，保健教育を担当するための資格を提供しているが，そのうち幼稚園から高校までの保健教育資格を提供する州は62.7％，小学校の資格を提供する州は19.6％，中学校は54.9％，高校は58.8％であった。そして44.0％の州では，保健と体育を結合した資格を提供していた。

さて米国がん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作成したNational Health Education Standardsが「ナショナル・ヘルスエデュケーション・スタンダード改訂版」として2007年にまとめられている。

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ている。

⑴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。

⑵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。

⑶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。

⑷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。

⑸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。

⑹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。

⑺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。

⑻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。

また，児童生徒らが学習した結果として身に付ける行動指針を，就学前・幼稚園から２年生まで，３年生から５年生まで，６年生から８年生まで，９年生から12年生までの四つの学年段階で明示している。そして，すべての子どもたちが保健教育を受けることができるように，環境と風潮，教えること，カリキュラム，評価，テクノロジー，学習に関する条件整備についての基準を明示し，さらに「ナショナル・ヘルスエデュケーション・スタンダード」の実行過程での各機関の役割を明確にした。そのほかに，保健教育の評価の原則，基準や行動指針に基づく評価の進め方を例示もしつつ明示するなど，改訂版は，より教育現場での実践を意識して，カリキュラム・授業・評価という一連の枠組みを提供するものとなっている。

（植田誠治）

miniコラム

スクールヘルスリーダー派遣事業
（文部科学省の退職養護教諭活用事業）

⑴事業の概要

経験の浅い養護教諭の１人配置校や養護教諭の未配置校に退職養護教諭を派遣し，メンタルヘルスなど多様化する現代的な健康課題への対応についての指導助言を行うなどの支援を行う。

⑵事業の背景

養護教諭は一人配置が多いことから，初任者に対する研修を含め学校内外における研修に困難が生じたり，保健室来室者の増加や特別な配慮を必要とする子どもも多く，対応に苦慮している現況が見られる。また養護教諭の未配置校も存在しているという現状があることから，退職養護教諭の経験や知見を活用し，子どもたちが抱える現代的な健康課題の対応の充実を図る目的で，平成20年度から文部科学省の新規事業として実施されているものである。

中央教育審議会スポーツ・青少年部会学校健康・安全部会答申（平成20年１月17日）・学校保健法の一部改正（平成20年６月18日公布）

○心身の健康問題の多様化に伴い地域の関係機関等との連携を図るコーディネーターの役割を担う必要性。

○経験豊かな退職養護教の知見を活用した，現職養護教諭の育成及び支援体制の充実。

○養護教諭を中心として関係教職員等と連携した組織的な保健指導の充実。

教育振興基本計画

様々な心身の健康問題に対応し，子どもが安心して学校生活を送ることができる環境を整備するため，学校，保護者，地域の保健部局や医療機関等との連携による健康教育の推進を図るとともに，すべての小・中学校における教育面と管理面からなる学校保健に関する計画の策定，小学校から高等学校までの養護教諭の未配置校等へのスクールヘルスリーダーの週１回程度の派遣を目指す。

（采女智津江）

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。（；以下は共著者）

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
平成19年度版……子どもの安全に関する年表（P. 13～15―資料）
（テーマ別）学校と学校保健にかかわる「評価」；中薗伸二

本年度版には以下を掲載する。
その１；学校保健法に関する年表
その２；マイノリティと教育に関する年表

学校保健法　関連年表

年	学校保健に関連する通達等	学校保健法	学校保健法施行令	学校保健法施行規則
1946	S21			
47	22. 3．31　教育基本法・学校教育法 6．27　学校体育指導要綱			
48	23			
49	24. 11. 18　中等学校保健計画実施要領（試案）			
1950	25			
51	26. 2．26　小学校保健計画実施要領（試案）			
52	27			
53	28. 10. 31　学校教育法施行令			
54	29. 6．3　学校給食法公布・施行			
55	30			
56	31. 1．13　高等学校学習指導要領改訂			
57	32			
58	33　学習指導要領・小学校	4．10.　学校保健法成立 6．16.　通達「学校保健法および同法施行令等の施行について」, 通達「学校保健法および同法施行令等の施行にともなう実施基準について」	6．10.　学校保健法施行令	6．13.　学校保健法施行規則
59	34. 12. 17　日本学校安全会法公布			11. 28　学校保健法施行規則一部改正
1960	35. 3．1　日本学校安全会設立（法施行）			
61	36			9．7　学校保健法施行規則一部改正
62	37		5．11　学校保健法施行令一部改正	6．7　学校保健法施行規則一部改正
63	38. 1．18　通知「要保護および準要保護児童生徒の認定について」			
64	39. 2．3　通知「要保護および準要保護児童生徒の認定要領」			
65	40. 5．25「学校保健法に基づく医療費を援助する場合の取り扱いについて」			
66	41			
67	42			
68	43　学習指導要領改訂・小学校			9．26　学校保健法施行規則一部改正
69	44			
1970	45　教課審「盲学校，聾学校および養護学校の教育課程の改善について」			
71	46			
72	47「小学校安全指導の手引き」発行 12. 20　保健体育審議会答申「児童生徒等の健康の保持増進に関する施策について」			
73	48. 2．10「小学校保健指導の手引き」発行 11. 6　障害児の養護学校義務化決定		5．17　学校保健法施行令一部改正 6．6　通達「学校保健法施行令の一部を改正する政令および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」 色神を色覚異常に，心臓の疾病および異常の有無の検査，尿の検査を項目に加える	学校保健法施行規則一部改正
74	49		3．26　通達「児童生徒，学生，幼児及び職員の健康診断の方法及び技術的基準の補足的事項について」	6．20　学校保健法施行規則一部改正
75	50「中学校安全指導の手引き」発行 12. 9　国連「障害者の権利宣言」	7．11　学校保健法一部改正	12. 27　施行令一部改正	

76	51	日教組・中央教育課程検討委「ゆとりある授業・楽しい学校…」	3．17　学校保健法施行規則一部改正
77	52	学習指導要領改訂	
78	53	教課審「盲学校，聾学校および養護学校小・中学部及び高等部の教育課程の改善について」	
		3．31　学校保健法一部改正　施行令一部改正	学校保健法施行規則一部改正
		4．1　通知「学校保健法，同法施行令及び同法施行規則の一部改正について」 安全点検その他の安全に関する事項や環境衛生について計画を立てること，など	
		8．18　通達「学校教育法施行令及び学校保健法施行令等の一部改正について」 学齢簿の作成等の時期繰り上げ，就学義務規定など	9．14　通知「学校保健法施行規則の一部改正について」 側わん症等に注意すること，視力検査の簡略化，色覚異常の程度を明らかにすることは除外，学校伝染病に結核・咽頭結膜熱・流行性角結膜炎・急性出血性結膜炎等を加える
		10．6　通達「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置について」	
79	54.	4．1　養護学校の義務化実施 盲・聾・養護学校の新学習指導要領告示	
1980	55	「盲・聾・養護学校小・中学部指導要録の改訂について」通知	
81	56	ユニセフ「世界児童白書1981」発表	
82	57.	6．22　日本学校健康会法公布・施行	4．6　学校保健法施行規則一部改正 5．10　通知「学校保健法施行規則の一部改正について」 結核の検査の対象学年の変更 10．1　通知「学校保健法施行規則の一部改正について」 就学時健康診断票の注について20デシベルと明記
83	58.	11．22　教養審「教員の養成及び免許制度の改善について」	
84	59.	6．26　通知「学校給食における衛生管理の強化について」	
85	60.	3．12　法務省「いじめ」について通達	
		7．12　学校保健法一部改正　施行令一部改正	
		4．1　通知「学校保健法施行令の一部改正について」 複合レジン充填により治療できるものを援助の対象	
		12．6　日本体育・学校健康センター法公布	
86	61.	3．31　日本体育・学校健康センター設立	
		6．6　通知「交通安全教育の徹底について」	
		昭和60年度「児童・生徒の問題行動の実態調査」結果発表	
87	62	教養審答申	
		9．28　通知「当面のインフルエンザ予防接種の取扱いについて」	
88	63.	4．25　文部省，校則見直しを指示	8．9　学校保健法施行規則一部改正
		8．9　学校教育法施行令一部改正	8．10　通知「学校保健法施行規則の一部改正等について」 健康診断票への記
89	H01.	10．24　学習指導要領改訂	
1990	02		

			入を聴力レベル表示により行うこと 3．12　学校保健法施行規則一部改正 　通知「学校保健法施行規則の一部改正等について」 　職員の健康診断について貧血検査・肝機能検査・血中脂質検査および心電図検査を項目に加えること等
91	03		
92	04.　6．23	通知「学校における環境衛生管理の徹底について」	2．26　学校保健法施行規則一部改正 11．26　学校保健法施行規則一部改正
93	05	「小学校安全指導の手引き（三訂）」	4．23　学校保健法施行規則一部改正
94	06.　8．25	厚生省「予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律等の施行について」	9．28　通知「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行並びに今後の学校における健康診断及び予防接種の取扱について」 　結核予防法および予防接種法改正に伴い，小２・中２のツ反応を努力義務に（小１・中１のBCGも努力義務に）およびBCG接種を行ってはならない者等の規定など 12．8　通知「学校保健法施行規則の一部を改正する省令の施行ならびに今後の学校における健康診断の取扱について」 　色覚検査を小学校４年の１回のみに，聴力検査は小学校２年も必須に。眼鏡等を使用しているものについては裸眼視力の検査を省略できる
95	07.　3．28 　　11	通達「学校教育法施行規則の一部改正 「学校等の防災体制の充実について」（第１次報告）	
96	08.　7．9 　　8．20 　　8．28	中央教育審議会第１次答申 通知「腸管出血性大腸菌感染症の学校保健法上の取り扱いについて」 通知「『学校環境衛生の基準』の一部改正について」	
97	09.　6．26 　　7．28	中央教育審議会第２次答申 教育職員養成審議会第１次答申	

		9．22　保健体育審議会答申「生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツの振興の在り方について」 ヘルスプロモーションの理念に基づく健康の保持増進，など 11．17　教育課程審議会中間まとめ	
98	10	学習指導要領改訂　6．12　学校保健法一部改正　10．30　施行令一部改正	学校保健法施行規則一部改正 12．21　通知「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」 職員の健康診断の項目の除外規定と学校伝染病の区分の変更
99	11		
2000	12		
01	13．7．10	通知「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」	
	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」	
02	14．2．5	「『学校環境衛生の基準』の一部改訂について」	3．29　通知「学校保健法施行規則の一部改正等について」 就学時健康診断で知能検査は「適切な方法」で，色覚検査の必須項目からの削除，など
	12．	「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」発行	
03	15．9．2	通知「薬物乱用防止教育の充実について」	1．17　通知「学校保健法施行規則の一部改正等について」 結核の有無の検査は小学校および中学校の全学年で行うこと（問診で）など
	9．24	通知「『ぜん息をもつ児童生徒の健康管理マニュアル等』の送付について」	
	10．1	独立行政法人日本スポーツ振興センター	
04	16．11．19	「幼児児童生徒の安全確保及び学校の安全管理について」	
05	17．9．26	「麻しん及び風しんに係わる定期の予防接種の重要性の周知について」	
	11．25	「幼児児童生徒の安全確保及び学校の安全確保について」	
	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」	
	12．22	「『犯罪から子どもを守るための対策』について」	
06	18．1．16	「鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザへの対策等について」	
07	19．11．7	中教審・教育課程部会「教育課程部会におけるこれまでの審議のまとめ」	
08	20	中教審・教育課程部会答申	
	1．17	中教審答申「子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」	
	2．29	学校保健安全法（案）国会提出	
	3．28	学習指導要領改訂	
09	21．4．1	学校保健法等の一部を改正する法律（学校保健安全法）施行	（野村和雄）

マイノリティと教育に関する年表

年	障害児	性同一障害・同性愛	外国人児童生徒	諸外国の動き
1760				仏：パリ市内の民家で聾唖児教育を開始
1811				**蘭：同性愛行為を非犯罪化**
1813				独：ベルリン校（聾唖）において教員養成を開始
1820〜40				独：通常の初等学校における聾唖児の教育
1832				独：ミュンヘンに私立の貧困・肢体不自由児技術的事業施設を設立
1837				瑞西，英：「白痴」学校設立
1862				英：学業不振児のための「ゼロ学級」設置
1866	福沢諭吉が『西洋事情』で「唖院」，「盲院」，「痴児院」等を紹介			独：ビュルテンベルクに「てんかん児」の学校設立
1869				**ハンガリー人医師によって「同性愛homosexual」という言葉が造られる。**
1870				独：ハンブルグ市で盲・聾児の就学義務制を定める
1872	学制発布，「廃人学校アルヘシ」との記述により制度としての障害児教育が始まる。			
1874				中：盲学校設置
1876	熊谷実弥が「私立廃人学校」を設立			
1878	京都盲亜院創設			
1880	改正教育令公布，就学督促と不就学理由の明確化			
1881				ノ：聾唖教育義務制実施
1882				**米：中国人移民禁止法**
1886	小学校令公布，障害児等の就学猶予を規定			
1890	小学校令（第二次），就学猶予・免除を規定			スコ：盲・聾初等教育法で就学義務法
1900	小学校令（第三次），盲唖学校の小学校への附設を認める。			
1907	文部省訓令第六号，各府県師範学校附属小学校に障害児の特別学級設置を奨励			

1909				韓：聾学校設立
1912				韓：特殊教育の公教育化が始まり特殊学校の設置が始まる
1914				英：軽度「精神遅滞児」の教育義務制
1917				米：ニューヨーク市で障害児の義務教育を定める
1918				英：教育法により肢体不自由児・病虚弱児の教育義務制
1923	盲学校及聾唖学校令公布			
1925	学校衛生課，虚弱児童の実態を調査			
1931				ソ：重度児を除く全ての障害児の義務教育を規定
1939				タイ：盲学校設立
1941	国民学校令制定，障害児の養護学校・学級の編成が認められる。			
1947	教育基本法制定，「養護学校」を法律に定める学校として規定 学校教育法制定，第六章で特殊教育について規定			
1948	「中学校の就学義務並びに盲学校及び聾学校の就学義務に関する政令」公布，盲学校・聾学校の義務化			
1949	教育職員免許法公布，特殊教育の教員について規定			
1950年代		「性転換ブーム」		
1951	児童憲章制定，「すべての児童は，身体が不自由な場合，または精神の機能が不十分な場合に，適切な治療と教育と保護が与えられる」と規定			
1953	文部事務次官通知「教育上特別な扱いを要する児童生徒の判別基準について」			
1955	文部･厚生･労働三省，「義務教育諸学校における不就学及び長期欠席児童生徒対策要綱」			タイ：ポリオの全国的な流行とともに運動障害児教育が開始
1956	公立養護学校整備特別措置法公布			

1957	学校教育法改正，養護学校への就学を就学義務の履行と見なす。 盲学校・聾学校学習指導要領小・中学部一般編制定			
1961	学校教育法改正，特殊教育の規定を大幅に改定			
1962	義務教育諸学校の教科用図書の無償に関する法律 サリドマイド薬禍報告により，厚生省が薬剤の販売停止・回収を指示			
1963	養護学校小・中学部学習指導要領制定			
1964	重度精神薄弱児扶養手当法公布	「プレイボーイ事件」により，性転換手術は違法という風潮が一般的に		
1966	特別児童扶養手当法公布（重度精神薄弱児扶養手当法を改正）			
1968				米：ダンが論文で「精神遅滞」教育の量的増加は，マイノリティ・貧困層の子どもの排除の結果であると批判
1970	心身障害者対策基本法公布			英：教育法で中度以下の「精神遅滞児」等を教育から除外する規定を廃止
1971	盲・聾・養護学校小学部学習指導要領改訂,「養護・訓練」導入			
1973	国立久里浜養護学校創設	カルーセル麻紀がモロッコで性転換手術を受ける		**米：米国精神医学会は投票で同性愛を精神病の公式診断分類から削除** **西独：教育審議会で障害児のインテグレーションを勧告**
1974	特別児童扶養手当等の支給に関する法律公布		国立大学附属学校への帰国子女教育学級等の設置（９大学19校）	
1975				国連総会で，障害者の権利に関する宣言を採択
1977				伊：インテグレーション政策実施
1978	通達「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置について」			英:「特別な教育的ニーズ」と題するウォーノック報告答申
1979	養護学校の義務制実施			**米：第一回　ゲイとレズビアンの権利のためのワシントン大行進開催**
1980				WHOの「国際障害分類試案（ICIDH-1）

1981				国際障害者年 英：障害児教育が特別な教育的ニーズの教育へと変革
1983	障害に関する用語の整理に関する法律公布,「不具」等の表現が改められる	エイズ研究会発足	21世紀への留学生政策に関する提言（21世紀への留学生政策懇談会） 留学生受入れ10万人計画	
1984		AIDS調査検討委員会設置	21世紀への留学生政策の展開について（留学生問題調査・研究に関する協力者会議）	
1986			教育改革に関する第２次答申・留学生受入れ推進施策（臨時教育審議会）	
1987		保健所における相談・検査体制の整備を行う		**英：R. Greenが男児の性同一性障害の追跡調査の研究を発表** 中：第一次全国障害者統計調査実施
1988		フジテレビ「笑っていいとも」のコーナーで「Mr.レディの輪」		中：全国第一次特殊教育会議開催
1989	児童の権利に関する条約採択	『トランスジェンダーの文化』で「トランスジェンダー」という言葉が初出	外国人子女教育研究協力校の指定（２年）	国際連合総会で「子どもの権利条約」採択
1990年代		「カムアウト」という言葉が日本社会で一般の関心を引く		
1990			出入国管理及び難民認知法の改正	
1991			日本語指導が必要な外国人児童生徒の受け入れ状況等に関する調査5,463人（文部省） 【調査項目】 在籍人数，在籍学校数，母国語別人数，在籍人数別学校数，在籍人数別市町村数，在籍期間別人数，施策の実施状況	
1992			外国人子女日本語指導に対応する教員加配 日本語指導教材等の作成・配布…『にほんごをまなぼう』，教師用指導書等	**米：アメリカ国家世論調査センターは，アメリカの同性愛者は男性の2.8%，女性の1.4%を占めると発表** WHOが疾病及び関連保健問題の国際統計分類から同性愛を除く
1993	文部省が，軽度の障害がある児童生徒に対する通級による指導を制度化		外国人児童生徒等に対する日本語指導のための指導者の養成を目的とした研修…受入れ校の教員，教育委員会の指導主事等を対象	英：教育法により特別な教育的ニーズコーディネータ（SENCO）を配置

			外国人子女教育の指導資料の作成・配布…教師用指導資料『ようこそ日本の学校へ』等 親子のための地域日本語適応教室促進事業 瀬戸一郎『戦後日本における外国人政策の歴史的推移と課題』	
1994				UNESCO，特別ニーズ教育に関するサマランカ声明と行動大綱
1995			日本語指導が必要な外国人児童生徒数11,542人 高校についても実施(隔年) 外国人子女の就学案内事業	英：障害者差別禁止法公布
1996		「『性転換治療の臨床的研究』に関する審議経過と答申」(埼玉医科大学倫理委員会)		
1997	介護等体験特例法制定	「性同一性障害に関する答申と提言」,「性同一障害に関する診断と治療のガイドライン（第一版)」(日本精神神経学会　性同一性障害に関する特別委員会)	日本語指導が必要な外国人児童生徒数17,296人	
1998		SHAZNAの女装ボーカリストIZAMが大ブレーク		
1999	報告「学習障害児に対する指導について」公表，学習障害の定義が明確化される。 特殊教育諸学校の幼稚部教育要領，小学部・中学部・高等部の学習指導要領改訂，「養護・訓練」が「自立活動」に改められる。	「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防法指針」において，「同性愛者」は特別な配慮を必要とする個別施策層の一つと位置付けられる	日本語指導が必要な外国人児童生徒数18,585人	
2000			日本語指導が必要な外国人児童生徒数18,432人 岐阜県ブラジル人学校「HIRO学園」	DSM-IV-TR出版
2001	省庁再編により「文部科学省」に 21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議「21世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について（最終報告)」により，特殊教育から特別支援教育への転換へ	労働分野における人権救済制度検討会議「人権救済制度の在り方について」の答申	日本語指導が必要な外国人児童生徒数19,250人 ・「学校におけるJSLカリキュラム」の開発 ・「帰国・外国人児童生徒と共に進める教育の国際化推進地域」事業 (茨城県神栖町など33地域) ・帰国・外国人児童生徒教育担当者を対象とした研究協議会等の開催 ・地域の日本語教室に通っている在住外国人の日本語に対する意識等について（文化庁）	**蘭で世界初，同性結婚が法制化** WHO，ICIDHを改訂し「国際生活機能分類（ICF)」採択 英：特別な教育的ニーズ及び障害に関する法律公布

2002	学校教育法施行令の一部を改正する政令により，就学基準を改め，障害児の小・中学校への就学手続きを弾力化	・同性間性的接触におけるエイズ予防対策に関する検討会開催 第１回　同性間性的接触におけるエイズ予防対策の現状と課題について(1) 第２回　同性間性的接触におけるエイズ予防対策の目的について 第３回　同性間性的接触におけるエイズ予防対策の現状と課題について(2) 第４回　同性間性的接触におけるエイズ予防対策の５つの骨子（案）の呈示 第５回　コンドームの普及について ・「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第二版）」 ・「三年Ｂ組金八先生」放映　鶴本直役で「性同一性障害」を視聴者に強く印象付ける	日本語指導が必要な外国人児童生徒数18,734人	**仏：大統領選挙で極右政党・国民戦線の党首ジョン＝マリー・ル・ペンが移民排斥を訴える**
2003	特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）」	・同性間性的接触におけるエイズ予防対策に関する検討会 第６回　検査環境の整備について 第７回　中間報告書作成 ・「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」（通称：性同一性障害特例法）公布	日本語指導が必要な外国人児童生徒数19,042人 「学校教育におけるJSLカリキュラムの開発について（最終報告）」（小学校編） 外国人児童生徒に対する日本語指導のための指導者の養成を目的とした研修…管理職も対象とする	
2004	文部科学省「小・中学校におけるLD，ADHD，高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」策定 発達障害者支援法成立	「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」施行	日本語指導が必要な外国人児童生徒数19,678人 在日ブラジル人に係る諸問題に関するシンポジウム	
2005	中央教育審議会答申「特別支援教育を推進するための制度の在り方について」	世界エイズデー実施要綱 主題　エイズ…あなたは関係ないと思っていませんか？ 第１回　後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針（エイズ予防指針）見直し検討会	日本語指導が必要な外国人児童生徒数20,692人 ・外国人児童生徒の不就学の実態調査 不就学外国人児童生徒支援事業 ・日本特別ニーズ教育学会第10回記念研究大会ワークショップ	
2006		・世界エイズデー実施要綱 主題　Living Together～私にできること～	日本語指導が必要な外国人児童生徒数22,413人（ポルトガル語･中国語･スペイン語が全体の７割）	

		・「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第三版）」発表 ・「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」告示 ・「特定非営利活動法人GIDmedia」（NPO法人）設立 ・性同一性障害を受け入れ，小２男児を女児として通学させる。（播磨地域）	・帰国・外国人児童生徒教育支援体制モデル事業 ・岐阜県ブラジル人学校「HIRO学園」が初めて学校法人と認められる	
2007		・性同一性障害患者支援センター設立 ・日本発のGID患者の全国統計／「性同一性障害（GID）」と医師から診断を受けた人が，延べ7,177人（日本精神神経学会性同一性障害に関する委員会）	日本語指導が必要な外国人児童数25,411人 「学校教育におけるJSLカリキュラムの開発について」（中学校編） JSLカリキュラム実践支援事業（福島県福島市など12地域） 帰国・外国人児童生徒受入促進事業 臼井智美『外国人児童生徒教育に関する教員研修の現状と課題』	ユニセフ（UNICEF）が，草案『子どもにやさしい国連・障害者条約の話』公表
2008	国連「しょうがいのある人の権利条約」発効	「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」最終改正	外国人児童生徒教育の充実方策について（報告）	

（伊藤歩美・棚瀬真菜・宮嵜亜由美・野村和雄）

参考文献

1．中村満紀男・荒川智編著：「障害児教育の歴史」，明石書店，2003.

2．米沢泉美：「トランスジェンダリズム宣言～性別の自己決定権と多様な性の肯定～」，社会批評社，2003.

3．梶田正巳・松本一子・加賀澤泰明編著：「外国人児童・生徒と学ぶ学校づくり」，ナカニシヤ出版，1997.

2　学校保健参考ホームページ

（平成20年10月15日最終アクセス）

◆学校保健ポータルサイト
http://www.gakkohoken.jp/

◆文部科学省学校保健関係通知文書一覧
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20年５月12日20文科ス第278号
・麻しんに関する特定感染症予防指針に基づく協力依頼について
　平成19年２月５日19ス学健第31号
・運動場のラインなどに使用する石灰の取り扱いについて
　平成19年11月２日19ス学健第19号
・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
・「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

◆平成20年度学校基本調査（速報値）
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08072901/index.htm

◆平成19年度学校保健統計調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/h19.htm

◆学校給食栄養報告
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/index47.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/

miniコラム

インターネットに関する子どもの現状（その２）
―埼玉県学校保健会の調査より―

「インターネットに関する子どもの現状（その１）」に引き続き，埼玉県学校保健会による調査報告の内容を紹介する。

⑶インターネット，テレビゲームなどの使用と子どもの心

この報告では，インターネットのほか，テレビゲームなどの使用を含め，使用時間や依存傾向が「子どもの心」とどのように関連しているかを分析している。「心」については，メンタルヘルス「気分の調節不全」[1]，友人関係やコミュニケーション，学校や家庭での楽しさ・安らぎ，攻撃衝動，規範意識など，多様な側面から検討している。とりわけ興味深い傾向は，テレビゲームの依存傾向が多くの「心」に関する項目と明確な関連を示していたことである。いずれも，依存傾向が高い者では心の状態が望ましくない傾向を示すというものであった。インターネットについても，依存傾向が中学生・高校生の気分の調節不全と強い関連を示しており，単なる使用時間以上に，依存傾向に注目する必要性が強調されている。インターネットやテレビゲームの依存傾向の評価については，小学生から高校生に適応可能な独自の評価方法を用いており，学校現場での利用が可能であろう。

⑷携帯電話の使用による悪影響（子どもの自覚）

携帯電話を所有する中学生・高校生はメール機能を極めて頻繁に使用しており，所有者の２～４割が，１日に30回以上の「送信」を行っている。

生徒に対し，携帯電話の使用による自己の心身への悪影響について，多様な内容についての自覚の有無を質問している。それによると，中学生・高校生の５人に１人が，「睡眠不足など，生活習慣の悪化」を挙げ，３～４人に１人が，「勉強など，集中力が必要な時でも集中できないことがある」と回答している。携帯電話の使用が，生徒の生活習慣の悪化や，集中力の低下の原因になっている可能性を示唆する結果である。

報告書には，インターネットやテレビゲーム，携帯電話の使用に関し，保護者の監督が必ずしも十分機能しているとは言えない状況も報告されている。ICT機器の進歩が，社会を豊かにしていくことは確かであろう。一方で，それらが子どもに及ぼす悪影響の可能性を認識し，抑制していくことは，われわれ大人の責務である。

その他，誌面の都合上触れられなかったが，幼児や低学年児童を持つ保護者を対象とした調査結果など，多様なデータが紹介されている。ホームページなどから入手できるので，是非参考にしていただきたい。

（戸部秀之）

参考文献
1．埼玉県学校保健会：IT機器の使用が子どもの心に及ぼす影響について，平成19年６月，http://www.pref.saitama.lg.jp/A20/BC00/core.html（平成20年９月１日最終アクセス）
2．財団法人日本学校保健会：平成14年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書，平成16年３月

索　　引

数字は頁数

ア

アカントアメーバ角膜炎　37
アタマジラミ　45 46
頭虱　45
アデノイド　41
アデノウイルス　20 38
アトピー性角結膜炎　38
アトピー性皮膚炎　29 30 31 38 43
アナフィラキシー　29 30 31
アレルギー疾患　2　4　8　29 35 104 105
アレルギー疾患に関する調査研究　9 29
アレルギー疾患に関する調査研究報告書　30
アレルギー性結膜炎　29 30 31 38
アレルギー性疾患に関する調査研究委員会　31
アレルギー性鼻炎　29 30 31 41
安全管理　100
安全教育　100

イ

いじめ　10 55 56 57 59 104 105
違法ドラッグ　85
色のバリアフリー　35
飲酒　79 83
インスリン注射　33
咽頭結膜熱（プール熱）　20
インフルエンザ　17 19 20 28

ウ

ウエルシュ　130
牛海綿状脳症（BSE）　17
運動器疾患　47 49 50

エ

エイズ　80 110 111 112
HIV　79
H5N1　20
栄養教諭　6　7　99
栄養教諭制度　97
エピペン　30 31
エボラ出血熱　17
MRワクチン　21 22
MDMA　84 85 86 87
エンテロウイルス　20 38

オ

O157　121 127 129 130
オージオメータ　41
おしゃれ障害　43
オルソケラトロジー　35
オルソケラトロジー（オルソK）　37

カ

化学物質過敏症　133
学習指導要領　77 88 89 97 104 112 115
覚せい剤　79 84 85 86 89
学校安全　1　100
学校安全計画　103
学校環境衛生　4　42 118
学校環境衛生活動　117
学校環境衛生基準　2　119
学校環境衛生の基準　4　117 118 119 132 133
学校基本調査速報　55
学校給食　1　7　98 99 120 122 129 133
学校給食衛生管理の基準　7　121 124 127 129 130
学校給食衛生の基準　126
学校給食実施基準　118
学校給食奨励規程　7
学校給食の衛生管理　118
学校給食法　1　6　7　118
学校教育法　99 104
学校健康診断　50 94
学校歯科保健　94
学校歯科保健活動　93
学校施設整備指針　102
学校心臓検診　25
学校すこやかプラン　8
学校生活管理指導表　25 27 32 35
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）　27 30 41 46
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）活用のしおり　38
学校伝染病　45
学校地域保健連携推進事業　43
学校における運動器検診体制の整備・モデル事業　47
学校における転落事故等の防止について　102
学校における麻しん対策ガイドライン　22
学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン　9 29 30 41
学校の危機管理マニュアル　101
学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル　101
学校保健　1
学校保健安全計画　102
学校保健安全法　1　3　5　69 101 103 105 118
学校保健統計　32
学校保健統計調査　9 11 23 36 98
学校保健法等の一部を改正する法律　1
学校保健法　1　2　3　5　11 25 32 38 69 105 117 118 132
学校保健法等の一部を改正する法律　4 78 105
学校保健法等の一部を改正する法律案　2　6　103
学校保健法等の一部を改正する法律の公布について　118
学校保健ポータルサイト　41 161
川崎病　34
眼球運動障害　62
感染症　8 17 28 133 135 140
感染症法　19
感染性胃腸炎　20
カンピロバクター　130

キ

気管支ぜんそく　30
気管支喘息　31
危機管理マニュアル　100 103
喫煙　83
喫煙，飲酒，薬物乱用　88
喫煙，飲酒，薬物乱用防止　82
喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育　77
教育課程実施状況調査　97
教育基本法　6　104 108
胸腹部臓器障害　62
巨大乳頭結膜炎　38

ク

薬の正しい使い方　126
屈折異常　35
クラミジア　17 112

ケ

ゲイトウェイドラッグ（門戸開放薬）　84
結核　69
結核検診　28
結核予防法　28
健康日本21　10 83
原発性糸球体腎炎　32

コ

口腔保健　93
膠原病　43
合成麻薬　84
交通統計　66
後天性免疫不全症候群（AIDSエイズ）　17
高病原性鳥インフルエンザ　17
国際協力機構（JICA）　141
国立教育課程研究所　97
国連教育科学文化機関　139
心の健康と生活習慣調査　57
コレラ　19
コンタクトレンズ　10
コンタクトレンズ（CL）　35 36

サ

災害共済給付オンライン請求システム　66
災害共済給付制度　60 65
細菌性赤痢　19
財団法人交通事故総合分析センター　66
座高　12 14 23
サルモネラ　130
３歳児視覚健診　35

シ

紫外線保健指導マニュアル　44
紫外線保健指導マニュアル2006　43
歯牙障害　62
色覚異常　39
色覚検査　39
色覚バリアフリーＱ＆Ａ　39
自己効力感　57
自殺　10
歯周病　93 94
思春期やせ症　10
シックハウス症候群　133
児童虐待　104 106
児童生徒の健康状態サーベイランス調査　59
児童生徒の食生活実態調査　97
児童生徒の薬物等に対する意識等調査　83
紫斑病性腎炎　32
耳鼻咽喉科定期健康診断　40
耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル　10 40
死亡見舞金　61 62 63 66
弱視　35
斜視　35
重症急性呼吸器症候群（SARS）　17
醜状障害　62 63
障害見舞金　61 62 66
食育　2 6 97 98 99 129
食育基本法　94 97
食育推進基本計画　98
食育推進計画　94
食育の推進　1
食に関する指導　78
食物アレルギー　29 30 31 99
視力　35 62
心因性視覚障害　39
腎炎　32
新型インフルエンザ　8 9 17 19
心臓検診　27
身長　12 14 23 69
シンナー　79 84 89
腎尿路形成異常　32

ス

水痘　20
睡眠時無呼吸症候群　41
睡眠時無呼吸症候群調査　10
スクールガード・リーダー　2
スクールカウンセラー　106
スクールヘルスリーダー　8
健やか親子21　10
スポーツ傷害　47 48 49 50

セ

生活習慣病　69 99 104
性感染症　108 110 111 112 113 115
精神・神経障害　62
性に関する教育　8 78 108 109 110 111 113 114 115
性の逸脱行動　104
世界健康報告　17
世界保健機関（WHO）　139
脊柱側湾症　48 49
脊柱側弯症　47
セレウス菌　130
ぜんそく　28
先天性腎疾患・小児ネフローゼ症候群　32

ソ

痩身傾向　9 23 98

タ

体重　12 14 23 69
大麻　84 86 87 89
体力運動能力調査　9 15
多剤耐性結核菌　17
脱法ドラッグ　85
WHO　145

チ

腸チフス　19

ツ

通学安全マップ　102
ツベルクリン検査　28

テ

手足口病　20 45
低血糖　33
手指切断・機能障害　62 63
伝染性軟属腫　45
伝染性紅斑　45
伝染性軟属腫　45
伝染性膿痂疹　45

ト

糖尿病　33
独立行政法人日本スポーツ振興センター　26 52 60 65 97 102 129
鳥インフルエンザ　18

ニ

日本医師会　137 141 145
日本学校歯科医会　78 93 94 95
日本学校保健学会　79 80
日本学校薬剤師会　120
日本眼科医会　35 36 39
日本耳鼻咽喉科学会　40
日本小児皮膚科学会　43
日本皮膚科学会　46
日本臨床皮膚科医会　43
尿検診　27 32

ノ

ノロウイルス　20 127 130 131

ハ

白内障　38
はしか　8
早寝・早起き・朝ごはん　98
パラチフス　19
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）　17

ヒ

BMI　24
BCG接種　28
PTSD　107
ヒスタミン　130

ヒトパピローマウイルス（HPV） 17
ヒト免疫不全ウイルス（HIV） 17
肥満傾向　9 98
肥満度　23 69
病原大腸菌　130

フ

風しん　20
プール後の洗眼　35 39
ブドウ球菌　130
不登校　10 55 59 104 105

ヘ

ヘルシースクール　77 146
ヘルスプロモーション　109 138 143 147
ヘルス・プロモーティング・スクール 137
ヘルパンギーナ　20

ホ

暴力行為　55 105
保健室利用状況に関する調査報告書 105
保健主事　115
ホルムアルデヒド　133

マ

麻しん　20 21 22

ム

むし歯　51 52 94

メ

メタボリックシンドローム　69
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA） 17
メンタルヘルス　2 4 8 10 57 59 104 105

モ

網膜剥離　38

ヤ

薬物依存症　87 88
薬物乱用　80 84 104 108
薬物乱用防止教育　87 90
薬物乱用防止教育の充実について　88 90
薬物乱用防止教室　87 90 91
薬物乱用防止教室マニュアル〈改訂〉 77
薬物乱用防止教室マニュアル〈改訂版〉 90
薬物乱用防止五カ年戦略　85
薬物乱用防止新五カ年戦略　85 86

ユ

ユニセフ　145
ユネスコ　139

ヨ

養護教諭　2 43 46 50 107 115 126

ラ

ライフスタイル　10
ラッサ熱　17

リ

流行性耳下腺炎　20

レ

レーダーチャート　93
レジオネラ症　17

ロ

労働安全衛生法　69
ロタウイルス　20

本書は，財団法人日本学校保健会が文部科学省の補助金により実施している「学校保健センター事業」の普及指導事業として平成20年度版発行に伴い，学校保健の動向編集委員会において作成した。

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名誉教授
家　田　重　晴	中京大学体育学部教授
井　上　　栄	大妻女子大学家政学部教授
井　上　佳　也	井上こどもクリニック院長
今　関　豊　一	順天堂大学スポーツ健康科学部准教授
○植　田　誠　治	聖心女子大学文学部教育学科教授
宇津見　義　一	社団法人日本眼科医会常任理事
内　尾　祐　司	島根大学医学部整形外科学教授
采　女　智津江	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課健康教育調査官
海老澤　元　宏	国立病院機構相模原病院臨床研究センターアレルギー性疾患研究部長
○大　澤　清　二	大妻女子大学大学院家政学研究科長
○笠　井　直　美	新潟大学教育学部准教授
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
小　林　　稔	琉球大学教育学部准教授
白　井　美佐枝	独立行政法人日本スポーツ振興センター仙台支所長
○杉　下　順一郎	財団法人日本学校保健会副会長
◎竹　内　一　夫	埼玉大学教育学部学校保健学講座教授
玉　虫　　昇	玉虫耳鼻咽喉科医院院長
鶴　岡　　慶	社団法人日本医師会国際課課長
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	財団法人日本学校保健会専務理事
○七木田　文　彦	埼玉大学教育学部学校保健学講座准教授
野　津　有　司	筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
○野　村　和　雄	愛知教育大学養護教育講座教授
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
松　野　智　子	十文字学園女子大学人間生活学部人間発達心理学科准教授
丸　山　進一郎	社団法人日本学校歯科医会専務理事
○弓　倉　　整	社団法人東京都医師会理事
渡　邉　正　樹	東京学芸大学教育学部養護教育講座教授
文部科学省スポーツ・青少年局　学校健康教育課	

なお，本書の作成に当たり，下記の方々に多大なご援助とご助言をいただきました。
文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課専門官　高山　　研
文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課係長　　成瀬　幸宏

学校保健の動向（平成20年度版）

平成20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20年度版●

定　価　3,000円