

学校保健 の 動 向

平成21年度版

特 集

1. 学校保健安全法 施行規則の解説
順天堂大学スポーツ健康科学部 今関 豊一
2. 学校でのパンデミック対策
～ブタ由来新型インフルエンザ(H1N1)での対応に向けて～
国立感染症研究所感染症情報センター 安井 良則



財団法人 日本学校保健会 編

学校保健の動向

平成21年度版

財団法人 日本学校保健会 編

発行のことは

本年は5月から新型インフルエンザの流行が学校を中心に始まり、学校保健の現場では、現在も迅速で適切な対応が求められております。この他にも学校では、麻疹（はしか）などの感染症対策、アレルギー疾患のある児童生徒の健康管理などの重要性は高まり、適切な対応が期待されています。また、学童期における健康教育やメンタルヘルスケア等の推進・充実は、子どもたちの健やかな成長はもちろんのこと、子どもたちが将来にわたって心も体も健康に生きていく力を育むうえで極めて重要です。

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。この平成21年度版も学校保健関係者、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心がけて編纂しています。今回は、特集として「学校保健法」から「学校保健安全法」への改正に伴う施行規則の解説と、新型インフルエンザに関する「学校でのパンデミック対策」を取り上げました。本書がこれまでも増して学校保健・健康教育の推進と充実に向け、幼稚園・小学校・中学校・高等学校や特別支援学校をはじめ、養護教諭養成課程や大学研究機関等での指導や研究などで活用されることを願っています。また、その成果をわが国の健康教育の向上に役立てていただければ光栄です。

本書を発行するにあたり、学校医、学校歯科医、学校薬剤師の方々はもとより、専門分野の研究者、学識者など多くの方のご協力をいただきました。ご執筆等に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21年11月

財団法人 日本学校保健会
会 長 唐 澤 祥 人

平成21年度版「学校保健の動向」

目 次

発行のことば	i
特 集	
1. 学校保健安全法 施行規則の解説	1
2. 学校でのパンデミック対策～ブタ由来新型インフルエンザ(H1N1)での対応に向けて～	5
第Ⅰ章 健康管理の動向	
1. 児童生徒の発育発達	9
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	27
3－4 腎・尿路系	30
3－5 眼科	33
3－6 耳鼻咽喉科	39
3－7 皮膚科	43
3－8 アレルギー科	47
3－9 整形外科	51
3－10 歯科・口腔外科	55
4. 児童生徒のメンタルヘルス	59
5. 児童生徒の事故・災害	67
6. 教職員の健康診断	77
第Ⅱ章 学校環境衛生の動向	
1. 学校環境の衛生管理	85
2. 学校給食の衛生管理	91
3. 全国調査からみた学校環境衛生	97
第Ⅲ章 健康教育の動向	
1. 保健教育	103
2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育	107
3. 歯・口の健康教育	115
4. 食生活・栄養教育	119
5. 安全教育	124
6. 心の健康教育	128
7. 性教育・エイズ教育	132

第Ⅳ章 学校保健に関する組織・団体の最近の動向

1. 財団法人日本学校保健会	141
2. 学校医（日本医師会における学校保健活動）	144
3. 学校歯科医（日本学校歯科医会）	146
4. 学校薬剤師（日本学校薬剤師会）	149
5. 保健主事（全国学校保健主事会）	150
6. 養護教諭（全国養護教諭連絡協議会）	153
7. 栄養教諭・栄養職員（全国学校栄養士協議会）	156

第Ⅴ章 資料編

1. 年表（学校保健や養護教諭の職務に関する年表）	159
2. 学校保健関連参考ホームページ	169

索引	170
----	-----

コラム

■海外留学時の予防接種の留意点	16
■麻しんの第3期、4期の予防接種	22
■子宮頸がんとHPVワクチン	32
■学校歯科保健アジア会議	58
■歯科から見た喫煙防止教育	76
■国際学校保健・開発協力の動向「ミャンマーにおける国際学校保健協力事業フェーズ3について」	83
■新しい学習指導要領	90
■医薬品に関する教育	96
■今日の大麻乱用に想う	114
■食育と歯科保健～嚙ミング30（カミングサンマル）を目指して～	118
■ヘルスプロモーション	140

特 集 1

特
集1
学校保健安全法
施行規則の解説

学校保健安全法 施行規則の解説

順天堂大学スポーツ健康科学部 准教授 今関豊一

はじめに

平成20年1月17日の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」では、「多様化・深刻化している子どもの現代的な健康課題を解決するためには、学校内の組織体制が充実していることが基本となることから、すべての教職員が共通の認識（基本的な知識と理解）を持ち、校長のリーダーシップの下、学校保健計画に基づき、教職員の保健部

（係）などの学校内の関係組織が十分に機能し、すべての教職員で学校保健を推進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」として、学校保健を担当する教職員について体制の整備や取組の方向性が示されている。

そして、改正された学校保健安全法とあわせて平成21年4月1日から学校保健安全法施行規則が施行された。

1. 名称と構成の変更

法律の題名が「学校保健法」から「学校保健安全法」に改められたことを踏まえて、「学校保健法施行規則」から「学校保健安全法施行規則」に改められた。

また、「学校保健安全法施行規則」の章立ては、「学校保健安全法」の条文にあわせて、学校保健、学校安全の順となっている。

2. 環境衛生検査について

学校保健安全法では、学校環境衛生基準についての規定が、次に示すように新たに定められた。

【学校保健安全法】

（学校環境衛生基準）

- 第6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29年法律第160号）第9条第1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31年法律第157号）第7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32年法律第118号）第6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。

学校保健安全法では、第6条第1項において、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」として学校環境衛生基準を定めるものとしている。第2項においては、「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」こととされた。

第3項においては、校長については「学校環境衛生基準に照らし、学校の衛生基準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」とされた。国と設置者と校長の法律上の規定が、新たに設けられたのである。

【学校保健安全法施行規則】

第1章 環境衛生検査等

(環境衛生検査)

第1条 学校保健安全法（昭和33年法律第56号。以下「法」という。）第5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、法第6条に規定する学校環境衛生基準に基づき行わなければならない。

2 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。

(日常における環境衛生)

第2条 学校においては、前条の環境衛生検査のほか、日常的な点検を行い、環境衛生の維持又は改善を図らなければならない。

この規定では、環境衛生検査について、第1条第1項の環境衛生検査は、毎学年定期に、学校環境衛生基準に基づき行わなければならないこととしている。また、第2条においては、日常における環境衛生について、環境衛生検査のほか、日常的な点検を行い、環境衛生の

維持又は改善を図らなければならないこととしている。学校環境衛生基準に基づいて環境衛生検査を行うことと、日常的に点検を行い、維持又は改善を図らなければならないことが定められたのである。

3. 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務について

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務については、今次改正で大きく変わったところである。このことは、学校保健安全法の改正を受けていると考えられる。

はじめに、学校保健安全法をあげておく。「健康相談」と「保健指導」についての規定が、次に示すように新たに定められた。（アンダーラインは筆者）

【学校保健安全法】

(健康相談)

第8条 学校においては、児童生徒等の心身の健康に関し、健康相談を行うものとする。

(保健指導)

第9条 養護教諭その他の職員は、相互に連携して、健康相談又は児童生徒等の健康状態の日常的な観察により、児童生徒等の心身の状況を把握し、健康上の問題があると認めるときは、遅滞なく、当該児童生徒等に対して必要な指導を行うとともに、必要に応じ、その保護者に対して必要な助言を行うものとする。

学校保健安全法では、第8条において、児童生徒等の心身の健康に関し、「健康相談」を学校で行うこととしている。また、新たに第9条において、「保健指導」を行うことが規定されており、それを行うには、「養護教諭その他の職員」が行う日常的な健康観察等による児童生

徒等の心身の状況の把握、健康上の問題があると認められるときは必要な指導を行うこと、その保護者に対しては必要な助言を行うものとすることとしている。学校においては健康相談を行うことが、また、新たに養護教諭その他の職員が保健指導を行うことが規定されたの

である。このような学校保健安全法の規定を受けて、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師についても、「健康相

談」と「保健指導」の規定が、次に示すように新たに定められた。(アンダーラインは筆者)

【学校保健安全法施行規則】

第4章 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務執行の準則

(学校医の職務執行の準則)

第22条 学校医の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること。
 - 二 学校の環境衛生の維持及び改善に関し、学校薬剤師と協力して、必要な指導及び助言を行うこと。
 - 三 法第8条の健康相談に従事すること。
 - 四 法第9条の保健指導に従事すること。
 - 五 法第13条の健康診断に従事すること。
 - 六 法第14条の疾病の予防処置に従事すること。
 - 七 法第2章第4節の感染症の予防に関し必要な指導及び助言を行い、並びに学校における感染症及び食中毒の予防処置に従事すること。
 - 八 校長の求めにより、救急処置に従事すること。
 - 九 市町村の教育委員会又は学校の設置者の求めにより、法第11条の健康診断又は法第15条第1項の健康診断に従事すること。
 - 十 前各号に掲げるもののほか、必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導に従事すること。
- 2 学校医は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校医執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

(学校歯科医の職務執行の準則)

第23条 学校歯科医の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること。
- 二 法第8条の健康相談に従事すること。
- 三 法第9条の保健指導に従事すること。
- 四 法第13条の健康診断のうち歯の検査に従事すること。
- 五 法第14条の疾病の予防処置のうち齲蝕歯その他の歯疾の予防処置に従事すること。
- 六 市町村の教育委員会の求めにより、法第11条の健康診断のうち歯の検査に従事すること。
- 七 前各号に掲げるもののほか、必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導に従事すること。

2 学校歯科医は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校歯科医執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

(学校薬剤師の職務執行の準則)

第24条 学校薬剤師の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

- 一 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること。
- 二 第1条の環境衛生検査に従事すること。
- 三 学校の環境衛生の維持及び改善に関し、必要な指導及び助言を行うこと。
- 四 法第8条の健康相談に従事すること。
- 五 法第9条の保健指導に従事すること。
- 六 学校において使用する医薬品、毒物、劇物並びに保健管理に必要な用具及び材料の管理に関し必要な指導及び助言を行い、及びこれらのものについて必要に応じ試験、検査又は鑑定を行うこと。
- 七 前各号に掲げるもののほか、必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する技術及び指導に従事すること。

2 学校薬剤師は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校薬剤師執務記録簿に記入して校長に提出するものとする。

この規定は、従来、学校保健法施行規則において、「健康相談」と「保健指導」は学校医又は学校歯科医のみが行うものとされてきたものを変更するものである。すなわち、「健康相談」と「保健指導」が、学校医、学校歯科医、学校薬剤師の職務として規定された（第22条3項、4項、第23条2項、3項、第24条4項、5項）のである。このことは、学校医又は学校歯科医に限らず、学校薬剤師を含めて、学校保健の関係教職員が積極的に参画するとされているものであり、大きな改正であるといえよう。

このような改正の背景としては、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、これらの問題に学校が組織的

に対応する観点があげられている。このことから、特定の教職員に限らず、養護教諭、学校医・学校歯科医・学校薬剤師、担任教諭など関係教職員各々が有する専門的知見を、それぞれの専門職が相互に、積極的に活用することができるように努めることが求められている。

学校保健安全法に規定された「健康相談」と「保健指導」について、学校医、学校歯科医、学校薬剤師の職務として行うことが、学校保健安全法施行規則において規定されたことは、学校保健にとって大きな推進力となることが期待される。別な見方をすれば、これらの医師・歯科医師・薬剤師の積極的な参画が、どのように行われるのかが、学校保健の方向性を左右するともいえよう。

まとめとして

学校保健安全法施行規則は、学校現場にどのようなことをもたらすのであろうか。今次改正は、章立ての示し方や環境衛生検査等が示されるなど、学校保健と学校安全の整理やそれを受けた改正となっている。特に、これらのことと並んで注目しておきたいことには、「健康相談」と「保健指導」について新たな規定がなされたことがある。

近年の現代的な健康課題から生ずる問題に、学校が対応するにあたり、どのように組織的な活動を展開するか、そのために特定の教職員に限らず、校長、保健主事、養護教諭、学校医・学校歯科医・学校薬剤師、担任教諭など関係教職員各々が有する専門的知見をどのように活用していくのか、ということが今後の大きな課題となろう。また実際の展開という視点からは、子どもへの働きかけを誰がどのように行うのか、その方法は全体指導なのか、それとも個別指導なのかということも検討しなければならない。それぞれの関係教職員

が、相互に知恵を出しながら、積極的に学校保健の推進に向けて力を発揮できるようにすることが求められているといえよう。

冒頭の答申でも述べられているように、校長のリーダーシップの下、学校保健計画に基づき、教職員の保健部（係）などの学校内の関係組織が十分に機能し、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重要である。これらは、学校評価ガイドラインにおいても、学校の自己評価を行ったり、学校関係者評価を受けたりすることにつながるであろう。

今後、今次改正の大きなものとなった「健康相談」と「保健指導」が、子どもたちのためにどのように展開されていくのか、その計画・実施・評価のサイクルを回していく中で、学校保健の推進のために、関係教職員各々が有する専門的知見をどのように活用していくのかということが強く求められていると考えられる。

参考文献

- 1) 学校保健法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備に関する政令等の施行について（通知）、文部科学省スポーツ青少年局、H21.4
- 2) 「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）、中央教育審議会、H20.1
- 3) 学校保健安全法、平成20年法律第73号
- 4) 学校保健安全法施行規則、最終改正平成21年3月31日 文部科学省令10号

特 集 2

学校でのパンデミック対策

—ブタ由来新型インフルエンザ（H1N1）での対応に向けて—

国立感染症研究所感染症情報センター 主任研究官 安井良則

新型インフルエンザとは？

インフルエンザとは、インフルエンザウイルスによる急性の呼吸器感染症である。インフルエンザウイルスには主にA型、B型、C型の三つの型があり、もともとは水鳥が持っていたウイルスで、それが突然変異を起こしてヒトに感染するようになったものと考えられている。過去に世界的流行（パンデミック）を起こし、多くの感染者、死者を出した俗にいうスペイン風邪や香港風邪は、大きな抗原変異を起こしたインフルエンザウイルスによるもので、その後もそれまでヒトの間で流行していなかった新型のウイルスが現れることは予測されていた。

今回のインフルエンザウイルスはA型ではあるが、ブタ由来のものが新たに変異してヒト—ヒト間で感染するものとなり、新型インフルエンザとなった。

その症状は、急激な発熱と咳、そして咽頭痛を伴う。従来の季節性インフルエンザとよく似ており、ほとんどの場合は軽症で回復する。ただし、慢性の呼吸器・心臓疾患、糖尿病などの代謝性疾患、腎機能障害、免疫機能不全の者、あるいは妊婦、乳幼児、高齢者は重症化するリスクが高いため、注意が必要である。

2009年9月10日現在の新型インフルエンザの国内発生状況は増加傾向にあり、全国約5000か所のインフルエンザ定点医療機関からの2009年第34週1週間の報告数は11,636例で、定点あたりの報告数（1週間の1医療機関あたりへの受診患者数）は2.47だった。

海外の状況は、北半球では、5月から7月にかけて感染が拡大したイギリス、アメリカでは減少傾向となっているが、依然として発生は続いている。南半球では、初

期に流行が拡大した地域は現在低下傾向であるが、一方、初期にはあまり患者がみられなかったところで、逆に感染が拡大している。オーストラリアでは例年の季節性インフルエンザの流行によく似た流行曲線を取っているが、ニュージーランドやチリでは5月中旬に始まった流行が急速に拡大して例年の季節性インフルエンザの流行の約3倍の報告数となり、特に救急医療機関の破綻が報告されている。

今回のインフルエンザの何が一番問題かという点、過去に感染経験を持つ人がいないため、全人類の殆どが免疫を持っていないということである。

季節性インフルエンザはこれまである程度流行しているので、まだ免疫のない小さな子どもを除くと感染経験のある人が多く、社会に支障をきたすほどの大規模な流行にはならない。また感染した人の中での発病率もそれほど高いものではない。しかし、新型インフルエンザの場合は、殆どの人が免疫がないことから発病率も高く、また多数の発病者が周囲へ感染を広げていく。従って、従来の季節性インフルエンザよりも、その流行規模は大きくなることが予想される。

また、今回の新型インフルエンザですでに明らかになっているのは、季節を問わないインフルエンザだということである。インフルエンザというのは北半球の温帯地域の日本においては、通常は冬に流行するものであるが、この8月の夏季休暇期間中にも患者発生数は増加し、有る程度の流行状況となっていた。

なぜ学校で感染が広がるのか

さらに今回の新型インフルエンザの特徴は、学校世代が流行の中心だということである。もともとインフル

エンザは、十歳未満の子どもたちが流行の中心といわれていた。つまり小学校低学年、保育園、幼稚園の子ど

もたちであるが、今回はそれよりも中学生、高校生等での患者発生が目立っている。

なぜ学校世代に感染が広がるのか。ヒトとヒトとの距離でいえば、例えば通勤などの満員電車の中は過密であるが、しかし車内では大半の人は無言であり、見ず知らずの人に親しげに話しかけたり、またくしゃみや咳の飛沫を直接浴びせかけるという暴挙を行う人はほとんどいない。すなわち、感染している人と会話をするか、あるいはくしゃみや咳を浴びせかけられない限り、それほど飛沫感染のリスクは高くはない。しかし、学校となると、基本的に朝から夕方まで同じ年頃の子どもたちが共同生活をしているところであり、しかも大抵の子どもたちは親しい関係にあって、特に休憩時間などではずっと誰かと会話をしていてもなんら不思議ではない。一人一人の机・座席のスペースは狭く、咳やくしゃみで発せられた飛沫が届く範囲に複数の同級生が座っ

ている。また、日本では、欧米の学校とは違って授業のたびに生徒が移動して教室が変わるわけではなく、大体は同じ教室でずっと授業を受けている。さらに中・高校生となると、幼稚園、保育園、小学校低学年の子どもに比べて、行動範囲が非常に広い。小さな子どもたちは基本的に、幼稚園、保育園、学校以外では保護者と一緒にいることが多いが、中・高校生は学校のほかに学習塾や習い事、クラブや部活動またはそれらの対抗試合、それにゲームセンターや映画館、図書館と方々へ行ってしまうので、様々な場所で感染したウイルスが学校内に持ち込まれて集団発生を起こし、集団発生した学校から、今度は家庭内に持ち込まれて同居者の中で広がり、兄弟がほかの学校へ行っていればそこで新たな広がりとなる。実際にこの初夏の時期に感染が広がった関西方面では、そのような状況になっていた。

感染は防げるのか

インフルエンザというものは、人類の大半の人たちが免疫を持つまでは同じ抗原性をもったウイルスによる流行が繰り返される。例えば、これからの2ヶ月間の流行期間中にがんばって感染を回避できても、その個人はその後の流行においても免疫がなくて感染する可能性があるということになる。たとえ新型インフルエンザであっても、ほとんどの人がいつかは感染するものであり、長い目で見れば感染を避けることはできないということはまず理解しておかなければならない。

インフルエンザの感染対策について考えてみたい。よく「うがい、手洗いの励行」が推奨されるが、うがいは、のどに入ったウイルスをある程度流すことはできるけれど、飛沫を吸い込んでウイルスが粘膜に張り付いて感染するまでにはそれほど時間がかからない。従って、感染をさけるためには、1日に何十回もうがいを繰り返さなければならない。また、うがいは鼻の奥の粘膜まできれいにすることはできない。したがって、「うがい」がインフルエンザ感染の予防になるということは、幻想に過ぎないといっても言い過ぎではないだろう。ただ、うがいによって咽頭痛などの症状をある程度緩和することはできるし、喉の粘膜上で増えてきているウイルスをある程度洗い流してやることは可能かもしれない。次に手洗いであるが、インフルエンザの感染経路には接触感

染もあるため、手洗いは接触感染対策の最後の砦として重要であるといえる。しかし、手洗いは主な感染経路である飛沫感染の対策とはならない。また、インフルエンザウイルスは環境中では2〜3時間で死滅するといわれており、これまでに床に落ちたインフルエンザウイルスが舞い上がって感染したという報告はない。従って、患者がいた場所の環境整備としては、目に見えた患者由来の体液（血液、唾液、下痢便、嘔吐物、尿、分泌液等、汗は除く）が付着している箇所や、患者が先ほどまで頻回に触っていた箇所のみを消毒すればよく、患者が滞在していたというだけで、部屋全体の消毒（床、壁、天井も含めて）を行う事は、実施者の自己満足以外の効果をあげることを可能にするものではない。もちろん、患者が退出してから8時間以上経過した後の部屋の消毒は、インフルエンザ感染対策としては意味はない。

インフルエンザの主な感染経路は飛沫感染であり、感染拡大防止対策として最も重要なのは咳エチケットである。咳エチケットとは、発病者等の感染源となる者がくしゃみ、咳、会話などの際に口から発する飛沫を周囲の人に直接浴びせないようにすることであり、そのためには発病者がマスクを装着することがインフルエンザの感染拡大防止対策として非常に有効である。周囲の健常者がマスクを装着することが、どの程度感染防

御に役に立つかという事に関しては、はっきりとしたエビデンスは今のところ存在していない。しかし、ある程度の効果はあるだろうとは考えられている。もちろん、「うつされない」ということを主眼に置いて考えるのなら、できるだけ不要な外出を避けることしかない。インフルエンザに関しては、「うつされない」という予防も確かに大事ではあるが、他の人に「うつさない」というマナーの向上が大切であると考ええる。

最後に、飛沫感染と混同されやすい感染経路に空気感染（飛沫核感染）がある。インフルエンザは、医療機関において器官内挿管や呼吸器からの検体採取、気管支鏡検査等の医学的手技を行った際に、一時的に

患者周囲において空気感染することがあるといわれている。現在、新型インフルエンザに関しても同様であると考えられている。従って、一般施設においてはインフルエンザの空気感染を考慮する必要はほとんどないと言ってよく、インフルエンザの空気感染対策を考慮したかのような対策の導入は、安心感をもたらす以上の効果を得ることは困難であると思われる。昨今は、新型インフルエンザが日常的に空気感染するかのような恐怖感を煽る情報と共に、高価な対策用品を宣伝・販売しているケースも目立ってきているので、あえて付言させていただいた。

日本における医療サービス、社会機能の問題

インフルエンザは、おそらく人類の歴史と共に存在してきた感染症である。新型インフルエンザが出現してパンデミックが発生すれば、いずれはほとんどの人が感染し、免疫を保有するに至ることは理解しておくべきである。大半の人が免疫を保有するまでは、現在のままの抗原性を持った新型インフルエンザの流行が繰り返されることになるだろう。では、なぜ流行の拡大を防がねばいけないのか。誰も免疫を保有していないインフルエンザであるから、放置しておけば季節性インフルエンザに比べて大規模な流行となる可能性が高い。季節性インフルエンザでは、冬季の3～4か月の流行期間中に平均で1000万人以上の患者が発生しているが、それよりも大規模な患者が短期間に発生すれば、それによって国内の医療体制が崩壊してしまう事が十分に予想される。従って、医療体制の崩壊を招かないということが、性急な流行拡大の防止の第一の理由である。また、万が一医療体制が崩壊すると、これまでのように国民に対して医療サービスを提供し続けることが困難となり、

それによって、新型インフルエンザ患者への治療が不十分となり、重症者や死亡者の増加を招いてしまう可能性がある。さらには、他の疾患患者に対する診療にも大きな影響が出て、医療体制を中心とした社会機能が麻痺してしまう事は出来る限り避けるべきである、というのが第2の理由である。

日本は、インフルエンザに罹患すればすぐに医療機関を受診して診断・加療を受けることが当たり前であると思われている国であるが、医療体制が整っている欧米の先進国であっても、同様の国は見当たらない。このようなインフルエンザの早期治療は、我が国の医療体制によって実現されてきた。この医療体制が崩壊してしまい、新型インフルエンザに罹患しても、大半の発病者が医療サービスを受けることができない状態となれば、重症患者や死亡者が増加するのみならず、最悪の場合社会不安からパニックをも招来しかねないものと危惧される。

学校ができること

新型インフルエンザの発生は、学校に通学している年齢層が流行の中心であり、特に学校等の集団生活施設において集団発生を繰り返し、地域に拡大して行っているものと推定される。実際、広域に学校閉鎖を実施することによって、新型インフルエンザの流行を抑制することが可能である事は、2009年5月の大阪府や兵

庫県での対応が証明している。

ただし、学校休業・閉鎖は負の側面も大きい。学校を中心とした様々な行事の中止、学校閉鎖による経済的影響、保護者が仕事に行けなくなる等による地域の労働力の低下、精神的ダメージ等があげられる。また、長期の休業は、教育や進学そのものにも影響を及ぼしか

ねない。さらに付け加えるならば、例えば学校休業によって学校内の流行がおさまっても、新型インフルエンザの感染者は残っているの、再び流行が押し寄せてくる可能性が高い。

学級閉鎖と学年閉鎖は学校長の判断で、学校休業の判断責任は設置者にあるので、公立であれば教育委員会、私立であれば理事長が決定する。現在のところその判断基準はいまいで、生徒の10%が休むと学級閉鎖、閉鎖のクラスが複数になると学年閉鎖、学年が複数で学校休業としているところが多い。日にちに関しては、5日や7日など様々である。

現在、すでに一定の基準がある自治体、また保健所

日々の注意事項

新型インフルエンザの潜伏期間はだいたい1日から4日間、最大で1週間である。学校保健安全法の原則では、解熱後2日で出席停止解除となっているが、医学的には1週間が目安である。出席停止は法律で決まっているが、特に医学的根拠があるものではない。

今回の新型インフルエンザでは、学校で大切なことは、新型インフルエンザは学校で流行するものであるということをまず受け入れ、日々の健康チェックを保護者と連携してしっかり行うということである。発病した状態で児童生徒を学校へ行かせることが一番いけない。

そのためには、新型インフルエンザが地域で流行している期間中は、家庭で毎朝検温し、発熱している場合は登校させない。学校においても子どもの健康状態を常に観察し、症状がある場合は速やかに保健室へ連れて行くなど教室から隔離する。そして発熱があれば帰宅させる。

もちろん、インフルエンザだけにとらわれて、他の感染症対策がおろそかになることは避けたいところである。

飛沫感染する感染症で注意すべきものは、インフルエンザのほかには普通の感冒をはじめ、マイコプラズ

などの公衆衛生部門と教育委員会が協議している自治体もある。判断基準があるのとならないのでは、どの程度流行抑制の効果に差があるのか現在ではまだわからないが、差し当たりきちんと基準を設けたほうが混乱を避ける意味ではいいのではないだろうか。

大阪で行ったような大規模な学校休業は、確かに効果はあったが、それは市長や知事などのトップが総合的に決断すべきことで、教育現場だけで判断できるものではない。それぞれの判断基準は、地域での流行状況、医療体制、社会機能の維持などを勘案して決めていかなければいけない。

マ肺炎、クラミジア、百日咳、風しん、流行性耳下腺炎（おたふく風邪）などがある。麻しんは空気感染もするので、同じ部屋にいて空間を共有するだけで感染することが珍しくない。手足口病、咽頭結膜炎（プール熱）は、接触感染で感染する場合も多い。毎年12月が流行のピークとなるノロウイルスによる感染症は、経口感染と接触感染が主な感染経路であるが、飛沫感染もする。ただこの場合は飛沫感染といっても嘔吐物の飛散による感染なので、ほかのインフルエンザなどの場合とは注意すべき点が多少違うところがあるのはいうまでもない。

できるかぎり学校と保護者が連携し、互いに家庭の様子、学校の様子を把握しておくことが、子どもたちの健康状態を見守る有効な手段である。

2009年4月に世界で初めて報告された新型インフルエンザは5月には日本にも上陸し、世界的なパンデミックの状態を引き起こした。そして遂に、日本でも秋の本格的な流行を迎えつつある。過去のパンデミックを例にとると、秋季に流行した後で、冬季にも再び流行する可能性が高い。少なくとも来春を迎えるまでは、今回の新型インフルエンザから目を離すべきではなく、準備と警戒を続けていく必要がある。

第Ⅰ章

健康管理の動向

1 児童生徒の発育発達

学齢期は生涯のうちで最も急激に心身の発育発達が促進する年齢層である。従って心身ともに不安定になりやすく注意深い心身の教育と指導そして管理が必要である。そこで適切な保健教育、指導、管理を行うための基礎として発育発達を適切に評価することが望まれる。そのためには個人の身体測定値を用いた縦断的、追跡的な観察評価に加えて、同年齢集団の集団的な評価という観点も不可欠である。また、ここで身体発育値は同年齢の子どもの全国値というマクロな視点か

らの評価の他に地域、学校という視点からの評価も必要であり、さらに時間的な観点から過去の年度との比較をも観察評価することも集団としての特徴を把握する上で有用な情報を与えてくれる。

評価にあたっては一般に用いられる平均値以外にも標準偏差、パーセンタイル値などの統計値によって多角的に観察することで個人や集団の特徴を明らかにすることができる。

1. 身体発育に関する統計調査の概要

国は児童生徒の健康状態と発育の状態を把握するために学校保健統計調査を行っている。また身体発達の状態を体力と運動能力という観点から把握するために体力運動能力発達調査を毎年実施し、特に昨年からは一部の学年で大規模な全国をカバーした悉皆調査を実施している。これらの統計情報のうち前者は学校保健安全法に定める定期学校健康診断によって、後者は新スポーツテスト（文部科学省）によって得られたデータを統計調査によって抽出し収集、集計している。これら二つの全国調査の歴史は古く、前者が昭和23年、後者は昭和39年に遡る。

●身体発育統計に見る児童生徒の現状

「日本児童生徒の学齢期全体の総発育量は減少している？」

平成20年度における学校保健統計調査の調査客体は身体発育に関しては695,600人で抽出率は全児童生徒の4.7%であり、調査項目（統計標識）は身長、体重、座高であった。

身長：最新の身体発育値データを表1に示した。

平成20年度統計による男子の身長（全国平均値）は、5、6、9、11、12、14歳で前年度の同年齢値より増加しており、その他の年齢では、8、10、15、17歳で前年度より減少している。増加した年齢階級は6つで、減少した年齢階級は4つであって増加した階級の方が2階級多い。一方で女子の身長では7、8、9歳で前年の同年齢より増加し、14、16歳で前年度より減少している。増加した年齢階級と減少した年齢階級と同数である。前年値との比較をすると殆ど僅かな増減しかみられないが、これらの統計値で親の世代の身長（一世代を仮に30年として昭和53年生まれ世代）と比較すると、大きな差がみられる。

2つの世代の年間発育量を観察すると、表2、図1のように、現代の子ども（男子）は11歳時で最大の発育量を示し、最大発育年齢は親の世代に比べて1歳早く、女子では9歳時で最大の発育量を示し、最大発育年齢は親の世代より1歳早くなっている。また女子は男子に比べ2歳早い。世代間で最大の差がある年齢は（表1の「差 A-B 欄」）男子では12～13歳であって、いずれの年齢ともに3.0cm高く、17歳でも男子では1.4cm高い。同様に女子

単位：cm

区分			平成 20年度 A	平成 19年度	昭和53年度 B (親の世代)	差 A - B
男	幼稚園	5 歳	110.8	110.7	110.3	0.5
	小学校	6 歳	116.7	116.6	115.7	1.0
		7 歳	122.5	122.5	121.3	1.2
		8 歳	128.2	128.3	126.7	1.5
		9 歳	133.7	133.6	131.8	1.9
		10歳	138.9	139.0	137.1	1.8
	中学校	11歳	145.3	145.1	142.4	2.9
		12歳	152.6	152.5	149.6	3.0
		13歳	159.8	159.8	156.8	3.0
	高等学校	14歳	165.4	165.2	163.0	2.4
		15歳	168.3	168.5	166.6	1.7
		16歳	170.0	170.0	168.4	1.6
		17歳	170.7	170.8	169.3	1.4
女	幼稚園	5 歳	109.8	109.8	109.4	0.4
	小学校	6 歳	115.8	115.8	114.6	1.2
		7 歳	121.7	121.6	120.4	1.3
		8 歳	127.5	127.4	125.8	1.7
		9 歳	133.6	133.5	131.6	2.0
		10歳	140.3	140.3	138.2	2.1
	中学校	11歳	146.8	146.8	144.4	2.4
		12歳	152.1	152.1	150.4	1.7
		13歳	155.1	155.1	153.8	1.3
	高等学校	14歳	156.6	156.7	155.5	1.1
		15歳	157.3	157.3	156.1	1.2
		16歳	157.7	157.8	156.5	1.2
		17歳	158.0	158.0	156.6	1.4

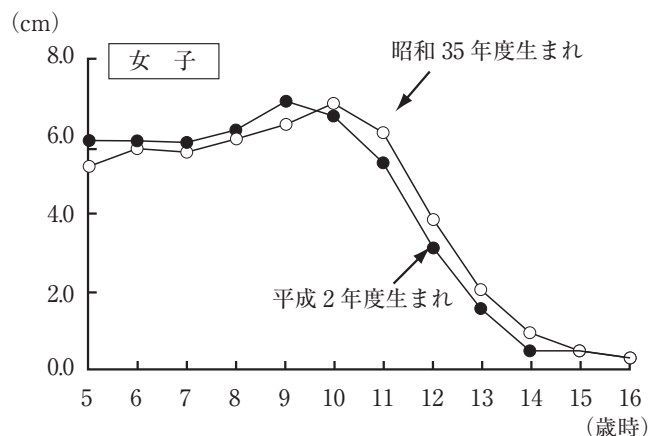
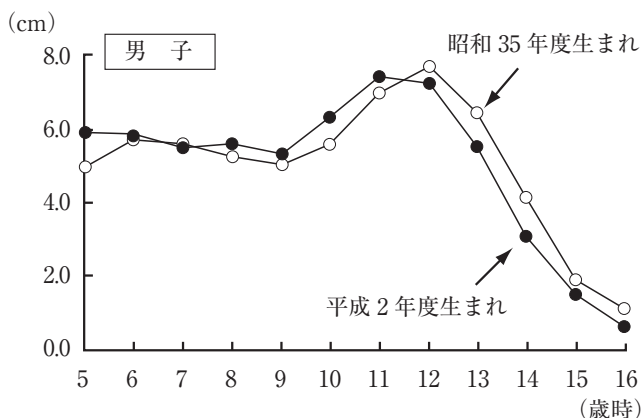
(平成20年度学校保健統計調査より)

(注) 1.年齢は、各年4月1日現在の満年齢である。以下各表において同じ。

2.下線の部分は、調査実施以来過去最高を示す。なお、平成19年度については、平成19年度調査時における過去最高を示す。以下各表において同じ。

表1 年齢別 身長 の平均値

では11歳の2.4cmが最大の差であり、17歳での差は男子と同じく1.4cmである。これらのことは発育がこの30年間で著しく早熟になっていることを推察させる。



(平成20年度学校保健統計調査より)

図1 平成2年度生まれと昭和35年度生まれの者の年間発育量の比較 (身長)

単位：cm

区分		男子		女子	
		平成2年度生まれ (平成20年度17歳)	昭和35年度生まれ (親の世代の17歳)	平成2年度生まれ (平成20年度17歳)	昭和35年度生まれ (親の世代の17歳)
総発育量		59.9	60.5	47.9	48.9
幼稚園	5 歳時	5.9	5.0	5.8	5.2
小学校	6 歳時	5.8	5.7	5.8	5.7
	7 歳時	5.5	5.6	5.7	5.6
	8 歳時	5.6	5.3	6.1	5.9
	9 歳時	5.3	5.1	6.8	6.3
	10歳時	6.3	5.6	6.5	6.8
中学校	11歳時	7.4	7.0	5.3	6.0
	12歳時	7.3	7.7	3.1	3.8
	13歳時	5.5	6.4	1.6	2.0
	14歳時	3.1	4.1	0.5	0.9
高等学校	15歳時	1.5	1.9	0.5	0.5
	16歳時	0.7	1.1	0.2	0.2

(平成20年度学校保健統計調査より)

(注) 1.年間発育量とは、例えば、平成2年度生まれの「5歳時」の年間発育量は、平成9年度調査6歳の者の体位から平成8年度調査5歳の者の体位を引いたものである。以下の表においても同じ。
2.網掛けの部分は、最大の年間発育量を示す。以下の表においても同じ。

表2 平成2年生まれと昭和35年生まれの者の年間発育量の比較 (身長)

しかし、人口に膾炙されているように30年間で日本の子どもたちは早熟で大きくなったのであろうか？ このことは「差 A-B欄」を読むことで手がかりを得ることが出来る。この統計によれば、6歳児では男子1.0cm、女子は1.2cm親の世代より大きく、その差が最大となっている12歳男子では3.0cm、11歳女子で2.4cm大きい。しかし17歳では男女ともに1.4cmに縮小する。この6歳と17歳の差を単純に求めると男子で0.4cm、女子では0.2cmでしかない。こうしてみると、日本人は幼児期から小学

単位：kg

区分			平成 20年度 A	平成 19年度	昭和53年度 B (親の世代)	差 A - B
男	幼稚園	5 歳	19.1	19.1	18.9	0.2
		6 歳	21.5	21.5	20.7	0.8
	小学校	7 歳	24.2	24.2	23.1	1.1
		8 歳	27.3	27.4	25.7	1.6
		9 歳	30.8	30.7	28.7	2.1
		10歳	34.3	34.4	32.0	2.3
		11歳	38.8	38.7	35.6	3.2
	中学校	12歳	44.5	44.5	41.0	3.5
		13歳	49.5	49.6	46.3	3.2
		14歳	54.9	54.7	51.8	3.1
	高等学校	15歳	59.8	60.0	56.2	3.6
16歳		61.6	62.0	58.5	3.1	
17歳		63.4	63.7	59.9	3.5	
女	幼稚園	5 歳	18.6	18.7	18.4	0.2
		6 歳	21.0	21.0	20.1	0.9
	小学校	7 歳	23.6	23.5	22.6	1.0
		8 歳	26.6	26.6	25.2	1.4
		9 歳	30.1	30.0	28.4	1.7
		10歳	34.4	34.3	32.4	2.0
		11歳	39.3	39.1	36.8	2.5
	中学校	12歳	44.2	44.1	42.2	2.0
		13歳	47.7	47.6	46.3	1.4
		14歳	50.4	50.3	48.9	1.5
	高等学校	15歳	52.0	52.1	51.0	1.0
16歳		53.0	53.2	51.9	1.1	
17歳		53.2	53.5	52.0	1.2	

(平成20年度学校保健統計調査より)

表4 年齢別 体重の平均値

体重：

平成20年度の男子の体重は表4に見るようであった。この値を前年度と比較すると9、11、14歳で前年度より増加し、8、10、13、16、17歳で減少している。減少した年齢階級の方が2階級多い。

一方女子は、7、9、10、11、12、13、14歳で前年度より増加し、5、15、16、17歳で前年度より減少している。増加した年齢階級の方が3階級多い。

これを身長と同様に、親の世代と比較すると、最も差がある年齢は、男子では15歳で3.6kg重くなっている。

また女子では11歳であって親の世代より2.5kg重くなっている。

表5で年間発育量をみると、男子では11歳から13歳の間に増加が著しく、11歳が最大である。同様に女子では10歳から11歳の間で増加は著しく、10歳で最大発育量を示している。

この発育量を親の世代と比較すると、男子では最大となる時期は、親より2歳早く、また女子については、最大発育量を示す年齢は親の世代より1歳早い。

1年生にかけては確かに大きくなっているが、それ以降は余り大きくなっているわけではなく、学齢期には身長的大型化は緩やかにしかおきていないようである。この30年間で日本人は早熟になっているということは出来るが、「学齢期の発育促進で大型になった」とは言えないような僅かな差である。さらに、表2によって、「総発育量」として5歳から17歳までの発育量の総量を計算したものが紹介されている。この概念はかつて大澤（2002）が7歳から17歳までのこの指標が日本人では明治以来殆ど変化がないことを報告したように、マクロ統計的な発育評価には有益である。ここでは5歳から17歳までの12年間の総発育量が示されており、男子では59.9cmの総発育量が、女子では47.9cmの総発育量が示されている。これに対して親の世代では男女それぞれ60.5cm、48.9cmであって、この30年間で総発育量は男子で0.6cm、女子では1.0cmも減少している。このことは何を意味しているのだろうか。つまり、男女とも同様に学齢期全体を通じては日本人の発育のボリュームは僅かに減少しているようである。さらに、これを平成9年まで遡って見てみよう。表3は親と子の世代の総発育量の比較である。まず男子ではここに示した12年間で親子ともに学齢期の総発育量が減少している。しかも、親に対して子是对応する30年前に比べて例外無く総発育量は小さい。女子でも男子とほぼ同じ傾向がみられる。これらのことから長期的に見ても日本人児童生徒の総発育量は減少傾向にあるようである。

単位：cm

統計年次	生まれ年		男子		女子	
	子の世代	親の世代	子の世代	親の世代	子の世代	親の世代
平成 9年	昭和54年	昭和24年	60.3	61.2	48.2	50.3
平成10年	昭和55年	昭和25年	60.1	61.1	48.2	50.2
平成11年	昭和56年	昭和26年	60.1	61.2	48.1	50.1
平成12年	昭和57年	昭和27年	60.0	60.9	48.0	50.1
平成13年	昭和58年	昭和28年	60.1	61.3	48.0	50.2
平成14年	昭和59年	昭和29年	59.8	60.9	47.8	49.6
平成15年	昭和60年	昭和30年	59.9	60.8	47.9	49.5
平成16年	昭和61年	昭和31年	60.0	60.8	48.0	49.5
平成17年	昭和62年	昭和32年	59.9	60.7	48.0	49.3
平成18年	昭和63年	昭和33年	60.0	60.5	48.0	49.1
平成19年	平成元年	昭和34年	59.8	60.4	47.9	48.9
平成20年	平成2年	昭和35年	59.9	60.5	47.9	48.9

(学校保健統計より大澤作表)

表3 親と子の世代における総発育量

単位：kg

区分		男子		女子	
		平成2年度 生まれ (平成20年 度17歳)	昭和35年度 生まれ (親の世代 の17歳)	平成2年度 生まれ (平成20年 度17歳)	昭和35年度 生まれ (親の世代 の17歳)
総発育量		44.1	41.7	34.2	34.3
幼稚園	5歳時	2.4	1.6	2.2	1.6
	6歳時	2.7	2.3	2.6	2.3
小学校	7歳時	3.3	2.7	3.2	2.7
	8歳時	3.5	2.8	3.7	2.9
	9歳時	3.8	3.2	4.0	3.9
	10歳時	4.4	3.9	5.1	5.2
	11歳時	5.7	5.1	5.0	5.3
中学校	12歳時	5.0	5.5	3.2	4.1
	13歳時	5.2	5.7	2.8	3.1
	14歳時	4.8	4.7	1.5	2.0
高等学校	15歳時	1.9	2.5	0.9	0.9
	16歳時	1.4	1.7	0.0	0.3

(平成20年度学校保健統計調査より)

表5 平成2年度生まれと昭和35年度生まれの者の
年間発育量の比較(体重)

ここで総発育量を親の世代と子の世代で比較すると男子では子の世代は44.1kgと親の世代の41.7kgよりかなり大きく、一方女子では子の世代が34.2kgで、親の世代の34.3kgよりわずかに小さい。男子は親の世代より2キロ以上重く、女子は僅かに軽くなっている。

これらの関係を平成9年から身長と同じく辿ってみよう。表6によれば男子は毎年度とも子の総発育量は親の世代よりは大きい。しかし女子では平成17年度までは親の世代の方が総発育量は大きく、平成18年度以降に初めて親に追いつく。このように、体重に関しては男子では親の世代との比較において、身長とはその変化の傾向がはっきりと異なっていることがみてとれよう。

いままではこの総発育量という評価値については余り注意が向けられてこなかったのであるが、これからは注意していくべきであろう。

座高：

平成20年度の男子の座高は表7に見るようであった。男子の座高は、5、6、9、11、12、14歳で前年度の同年齢より増加しており、8、10、16、17歳の各年齢では前年度より減少した。増加した年齢階級のほうが2階級多い。

女子では、6歳と17歳の各年齢で前年度の同年齢より増加したが、13歳のみで減少している。これらの値を親の世代と比較すると男女ともに総発育量は計算されていないが単純にこの表にみられる数値のみから計算し

単位：kg

統計年次	生まれ年		男子		女子	
	子の世代	親の世代	子の世代	親の世代	子の世代	親の世代
平成9年	昭和54年	昭和24年	43.8	40.5	34.2	34.7
平成10年	昭和55年	昭和25年	43.5	40.5	34.3	34.8
平成11年	昭和56年	昭和26年	43.2	40.7	34.2	34.9
平成12年	昭和57年	昭和27年	43.4	41.1	34.2	35.0
平成13年	昭和58年	昭和28年	43.5	41.3	34.3	35.2
平成14年	昭和59年	昭和29年	43.9	41.4	34.5	35.1
平成15年	昭和60年	昭和30年	44.2	41.3	34.6	35.0
平成16年	昭和61年	昭和31年	44.2	41.2	34.5	35.0
平成17年	昭和62年	昭和32年	44.4	41.2	34.7	34.8
平成18年	昭和63年	昭和33年	44.6	41.4	34.8	34.8
平成19年	平成元年	昭和34年	44.3	41.3	34.5	34.5
平成20年	平成2年	昭和35年	44.1	41.7	34.2	34.3

(学校保健統計より大澤作表)

表6 親と子の世代における総発育量(体重)

てみると男子では0.9cm、女子では0.5cm僅かながら増加しているようである。

つまり30年前に比べて身長の総発育量は減っているのに、座高は増加していることになる。

単位：cm

区分			平成 20年度 A	平成 19年度	昭和 53年度 B(親の世 代)	差 A-B
男	幼稚園	5歳	62.1	62.0	61.7	0.4
		6歳	65.0	64.8	64.8	0.2
	小学校	7歳	67.7	67.7	67.4	0.3
		8歳	70.3	70.4	69.8	0.5
		9歳	72.8	72.7	72.0	0.8
		10歳	75.0	75.1	74.1	0.9
		11歳	77.8	77.7	76.4	1.4
	中学校	12歳	81.4	81.3	79.8	1.6
		13歳	85.0	85.0	83.3	1.7
		14歳	88.2	88.0	86.6	1.6
	高等学校	15歳	90.2	90.2	89.0	1.2
		16歳	91.2	91.3	90.0	1.2
		17歳	91.7	91.8	90.4	1.3
女	幼稚園	5歳	61.6	61.6	61.2	0.4
		6歳	64.6	64.5	64.2	0.4
	小学校	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	74.9	1.1
		11歳	79.3	79.3	77.9	1.4
	中学校	12歳	82.2	82.2	81.3	0.9
		13歳	83.8	83.9	83.2	0.6
		14歳	84.9	84.9	84.2	0.7
	高等学校	15歳	85.4	85.4	84.9	0.5
		16歳	85.6	85.6	85.0	0.6
		17歳	85.8	85.7	84.9	0.9

(平成20年度学校保健統計調査より)

表7 年齢別 座高の平均値

2. 体力運動能力に関する調査の概要

文部科学省は毎年実施している体力・運動能力調査を昨年の10月に公表し、また今年の1月には体力・運動能力、運動習慣等調査および同集計結果を公表している。このうち前者については「学校保健の動向」で例年報告しているので、今年度は新しく平成20年度に始まった体力・運動能力、運動習慣等調査報告書について紹介する。

平成20年度においては、全国の児童生徒のうち小学5年生と中学2年生を対象として体力・運動能力、運動習慣等に関する全数調査が実施された。報告書によれば、この調査の目的は以下の3点である。

- (1) 子どもの体力が低下している状況にかんがみ、国が全国的な子どもの体力の状況を把握・分析することにより、子どもの体力の向上に係る施策の成果と課題を検証し、その改善を図る。
- (2) 各教育委員会、学校が全国的な状況との関係において自らの子どもの体力の向上に係る施策の成果と

課題を把握し、その改善を図るとともに、そのような取組を通じて、子どもの体力の向上に関する継続的な検証改善サイクルを確立する。

- (3) 各学校が各児童生徒の体力や生活習慣、食習慣、運動習慣を把握し、学校における体育・健康に関する指導などの改善に役立てる。

この調査の対象学年は国・公・私立学校の小学5年と中学2年、特別支援学校小学部5年と中学部2年、中等教育学校2年の全児童生徒である。(これを新スポーツテストの標本調査に対して仮に全数調査としている。しかし実際にはすべての学校が参加しているわけではない。)

調査の内容は以下の実技に関する調査を新体力テストと同様に行っている。

[小学校8種目] 握力、上体起こし、長座体前屈、反復横とび、20mシャトルラン、50m走、立ち幅とび、ソフトボール投げ

区分		児童数	種目別平均								体力合計点	総合評価（段階別）				
			握力 kg	上体起 こし 回	長座体 前屈 cm	反復横 とび 点	20mシャ トルラン 回	50m走 秒	立ち幅 とび cm	ソフトボ ール投げ m		A	B	C	D	E
男子	公立	394,797	17.01	19.12	32.68	40.98	49.40	9.39	153.95	25.40	54.18	11.8%	25.4%	34.5%	20.3%	8.0%
	国立	2,577	17.26	19.33	33.25	41.99	48.55	9.29	156.74	24.76	54.80	11.5%	27.7%	35.7%	19.8%	5.3%
	私立	1,289	16.57	18.84	32.50	41.85	47.79	9.42	153.56	23.61	53.41	9.6%	23.3%	36.5%	22.2%	8.4%
	全体計	398,663	17.01	19.12	32.68	40.99	49.39	9.39	153.96	25.39	54.19	11.8%	25.4%	34.5%	20.3%	8.0%
女子	公立	378,161	16.45	17.63	36.62	38.76	38.71	9.64	145.74	14.86	54.84	13.0%	25.7%	35.2%	20.1%	6.0%
	国立	2,628	16.45	17.82	38.53	39.50	38.96	9.54	149.05	13.77	55.50	13.9%	26.6%	36.8%	18.1%	4.4%
	私立	1,828	15.98	17.88	38.26	40.04	39.19	9.58	147.51	13.54	55.34	13.5%	26.4%	37.9%	17.1%	5.1%
	全体計	382,617	16.45	17.63	36.64	38.77	38.72	9.64	145.77	14.85	54.85	13.0%	25.7%	35.2%	20.1%	6.0%

(平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査より)

表8-1 国・公・私立別 体力・運動能力状況(小学校)

区分		児童数	種目別平均									体力合 計点	総合評価（段階別）				
			握力 kg	上体起 こし 回	長座体 前屈 cm	反復横 とび 点	持久走 秒	20mシャ トルラン 回	50m走 秒	立ち幅 とび cm	ハンド ボール投 げ m		A	B	C	D	E
男子	公立	377,595	30.05	26.76	43.02	50.52	395.71	83.48	8.06	195.32	21.30	41.50	6.3%	24.8%	39.0%	23.4%	6.6%
	国立	4,458	30.42	26.54	44.26	51.43	390.52	82.29	8.00	198.54	20.73	41.80	5.2%	25.5%	41.8%	22.5%	5.0%
	私立	12,952	29.92	25.03	42.34	49.29	415.94	76.96	8.10	193.53	20.46	38.92	3.2%	18.2%	39.1%	29.7%	9.8%
	全体計	395,005	30.05	26.70	43.01	50.49	396.50	83.36	8.06	195.30	21.27	41.42	6.2%	24.6%	39.0%	23.6%	6.7%
女子	公立	356,677	24.24	22.26	44.53	44.57	292.62	56.47	8.89	166.66	13.56	48.38	24.2%	33.1%	28.7%	11.9%	2.1%
	国立	4,434	24.30	21.74	46.80	45.36	294.80	54.04	8.82	168.58	12.58	48.38	22.2%	35.7%	30.2%	11.0%	1.0%
	私立	11,202	23.60	20.57	44.87	44.26	307.61	49.89	8.94	163.79	12.29	45.32	15.0%	29.8%	35.0%	17.3%	3.0%
	全体計	372,313	24.22	22.21	44.56	44.57	293.15	56.30	8.89	166.59	13.51	48.29	23.9%	33.1%	28.9%	12.0%	2.1%

(平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査より)

表8-2 国・公・私立別 体力・運動能力状況(中学校)

[中学校 8 種目] 握力、上体起こし、長座体前屈、反復横とび、持久走(男子 1500m、女子 1000m)、20m シャトルラン、50m 走、立ち幅とび、ハンドボール投げである。(ここでは、持久走か 20m シャトルランのどちらかを選択して実施している。)

これらのテストは調査タイトルどおり体力と運動能力についての検査であるが、測定しようとしているのは静的な筋力、筋持久力、柔軟性、敏捷性、持久性、走能力、跳能力、投能力である。前の5つが基礎体力と名づけられる概念であり、後3者が運動能力という概念である。

これにあわせて質問紙調査を行っている。項目群としては 生活習慣、食習慣、運動習慣に関する質問である。また、学校に対する質問紙調査は「学校における体育的行事の実施状況」、「体育専科教員及び外部指導者の導入状況」、「屋外運動場の状況」、「運動部活動

の状況等」である。

調査客体は男子が39万4797人、女子が37万8161人であった。これらの数は従来実施している体力・運動能力調査の対象数7万4194票と比べると極めて大きい。この両者のテストは同一であり、同じ時期に行われたものであるから、テスト成績を相互比較することができる。これらを小学校5年生男子の測定結果で示そう。前者が標本調査、後者が全数調査の値である。

握力 17.40kg:17.01kg、上体起こし 19.90回:19.12回、長座体前屈 33.02cm:32.68cm、反復横とび42.10点:40.99点、20mシャトルラン(折り返し数) 50.95:49.39、

50m走 9.28秒:9.39秒、立ち幅とび 156.29mm:153.96mm、ソフトボール投げ 26.46m:26.39mである。これによって両者を比較するといずれの項目も全数調査結果のほうの体力運動能力値がやや低い。つまり

区分		児童数	種目別平均								体力合計点	総合評価(段階別)				
			握力 kg	上体起こし 回	長座体前屈 cm	反復横とび 点	20mシャトルラン 回	50m走 秒	立ち幅とび cm	ソフトボール投げ m		A	B	C	D	E
男子	大都市	102,491	16.91	18.90	32.70	39.80	46.90	9.38	153.47	24.85	53.46	9.9%	23.6%	35.5%	22.1%	8.9%
	中核都市	81,251	16.93	19.16	32.72	41.18	49.63	9.39	154.27	25.28	54.26	12.0%	25.7%	34.2%	20.2%	7.9%
	その他都市	163,319	17.04	19.23	32.68	41.41	50.52	9.39	154.16	25.53	54.47	12.5%	26.0%	34.1%	19.7%	7.7%
	町村	46,692	17.20	19.14	32.63	41.71	50.31	9.41	153.88	26.00	54.53	12.7%	26.3%	34.0%	19.4%	7.7%
	へき地	4,910	17.82	19.24	32.14	42.05	50.44	9.48	153.49	27.54	54.88	13.0%	26.8%	36.0%	17.4%	6.9%
女子	大都市	98,348	16.33	17.31	36.72	37.44	35.73	9.63	144.72	14.24	53.79	9.8%	23.4%	36.9%	22.9%	6.9%
	中核都市	78,167	16.38	17.55	36.73	38.82	38.67	9.64	145.93	14.73	54.80	12.7%	25.7%	35.3%	20.3%	6.0%
	その他都市	157,112	16.48	17.81	36.58	39.27	40.04	9.64	146.17	15.03	55.27	14.4%	26.5%	34.5%	18.9%	5.7%
	町村	44,317	16.63	17.80	36.51	39.66	40.31	9.65	146.22	15.48	55.54	15.0%	27.3%	34.1%	18.2%	5.4%
	へき地	4,673	17.29	18.08	36.22	40.51	42.14	9.69	147.54	17.30	56.78	18.5%	31.5%	30.6%	14.4%	4.9%

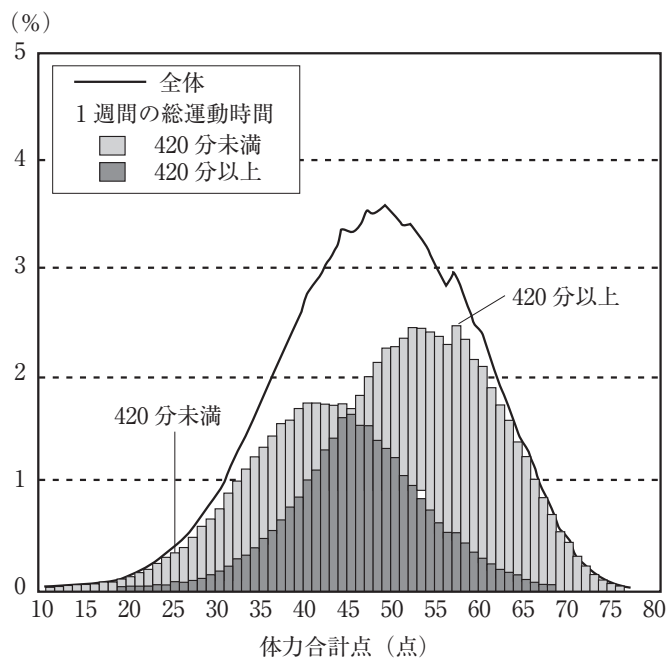
(平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査より)

表9-1 地域の規模別の体力・運動能力状況(小学校)

区分		児童数	種目別平均									体力合計点	総合評価（段階別）				
			握力 kg	上体起 こし 回	長座体 前屈 cm	反復横 とび 点	持久走 秒	20mシャ トルラン 回	50m走 秒	立ち幅 とび cm	ハンドボ ール投げ m		A	B	C	D	E
男子	大都市	113,610	29.64	26.46	42.64	49.82	399.14	81.96	8.09	193.87	21.04	40.62	5.1%	22.8%	39.0%	25.6%	7.6%
	中核都市	93,779	30.00	26.88	43.28	50.59	395.89	83.73	8.04	195.79	21.30	41.66	6.7%	25.1%	38.8%	23.0%	6.5%
	その他都市	134,792	30.18	26.79	43.21	50.81	395.43	83.92	8.05	195.63	21.36	41.72	6.7%	25.3%	38.9%	22.8%	6.3%
	町村	48,736	30.56	26.74	42.93	50.90	394.03	83.81	8.04	196.54	21.42	41.86	6.7%	25.5%	39.4%	22.4%	6.0%
	へき地	4,088	31.32	26.23	41.45	51.07	395.66	83.74	8.09	197.55	22.09	41.74	5.1%	25.8%	41.6%	21.7%	5.8%
女子	大都市	104,410	23.95	21.97	44.42	44.01	295.18	54.83	8.91	165.34	13.19	47.35	21.0%	32.4%	30.5%	13.7%	2.4%
	中核都市	90,128	24.16	22.27	44.79	44.57	292.78	56.36	8.88	166.49	13.47	48.32	24.2%	32.6%	29.1%	12.1%	2.1%
	その他都市	127,711	24.34	22.36	44.68	44.83	292.13	57.20	8.87	167.28	13.65	48.76	25.5%	33.2%	28.0%	11.3%	2.0%
	町村	46,210	24.57	22.21	44.20	45.05	291.88	56.51	8.87	167.56	13.82	48.86	25.2%	34.7%	27.5%	10.7%	2.0%
	へき地	3,854	24.94	22.06	43.28	45.69	292.67	56.83	8.90	168.58	14.81	49.64	26.3%	37.6%	26.2%	8.1%	1.9%

(平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査より)

表9-2 地域の規模別の体力・運動能力状況(中学校)



(平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査より)

図2 運動時間と体力合計点 (中学校女子)

全国のデータを満遍なく収集すると標本調査の結果より低くなってしまいうわけである。これをどう解釈するかは難しいが、全数調査の結果が真の値に近いのではないかと考えられるが解釈は慎重にされるべきであろう。国が行う調査でこのような貴重な結果が示されることは珍しい。

全数調査の結果を表8-1,2に示した。ここで国立・公立・私立別の比較をみると、小学校、中学校ともに、男子では体力得点で国立が高く私立が低い、種目別に見てもほぼ同様の結果となっている。女子では小学校は国立が高く、ついで私立、公立の順であるが、中学校では私立は非常に低くなっている。一般に大学などの受験校となっている国立大学の附属校などは体力が低

いといわれることがあるがこの結果では逆になっている。

地域別の比較をすると、表9-1,2のようである。小学校、中学校ともに、大都市は男女ともに体力得点は低く、へき地や町村が高くなっている。かつて都市部の子どもは敏捷であり、持久力は農村部が高いなどといわれたことがあるが、いずれも僻地や町村の方が人口が集積し都市規模の大きな地域よりも体力、運動能力は高いのである。このことは都市の環境が子どもの体力、運動能力の発達にとって何らかの抑制要因となっていることを想像させるのである。

運動時間と体力との関係では図2のように420分(週当たり)という境界が体力得点を分布的に分ける分岐点であることが明らかになったようである。特に図にみられるように中学校女子では非常に明確な差が現れている。このことは小学生では運動する群としない群が明確に分離できなかったのに対して、中学校になるとはっきりと両群が分離していわゆる二極化が起こっていることと関係しているであろう。

今回の全数調査によって充実した中身の濃い結果が得られている。この種の大規模調査では一般に常識的な結果が得られることが多いともいわれるが、今回の調査によって確実な知識が把握されたことはこの分野にとって大きな収穫であったといえよう。これらの結果によれば、運動習慣を形成すること、運動部やスポーツクラブに参加すること、朝食をきちんと食べること、睡眠をしっかりをとること、などの基本的な生活習慣が体力と運動能力に大きな影響を及ぼしていることが明らかにされている。ご関心のある方は文部科学省のホームページをごらん頂きたい。

(大澤清二)

海外の学校に留学する場合は、その国に応じて、規定の疾病の予防接種または罹患歴や抗体価の証明を求められる。留学が決ったら早めに必要書類を入手して、医療機関に相談することが望ましい。必要な予防接種を国内で行えない場合、入学が許可されない場合や、渡航先で予防接種を受けざるを得ない場合もある。海外で予防接種を受ける場合、費用や言葉の問題、副反応が出た時の事などを考えると、できるだけ国内で予防接種を受けておいたほうが良い。

米国の高校や大学に留学する際には、必要な予防接種の種類や回数が学校や州によって異なることがある。主に必要とされるのは、麻しん、風しん、流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）とDPT（ジフテリア、百日咳、破傷風の3種混合ワクチン）などだが、B型肝炎のようなワクチン接種も求められることがある。

これらの疾患について予防接種歴、罹患歴、抗体の有無（抗体価）の記載が必要になり、不足しているものについて、予防接種を行う必要がある。医療機関に受診する時は母子健康手帳を持参することが大切である。母子健康手帳がないと予防接種歴がわからず、抗体価測定や新たな予防接種を行う必要がでる。

国内においては、麻しん、風しん、おたふくかぜの混合ワクチン（MMR）が中止されたこと、数年前まで定期接種としての麻しん、風しんが一回接種だったことから、留学希望者は、これらのワクチン接種回数を満たさない事が多かった。現在は麻しん風しんのMRワクチンの2回目の定期接種を行うようになったが、まだ3期、4期のMRワクチン接種率は十分高いといえない。留学前に麻しん風しんの2回目のワクチン接種を済ませておくことが必要になる。米国では現在もMMRワクチンの2回接種が行われているため、留学にあたっては、おたふくかぜのワクチンも接種を必要とすることが多い。余裕をもって予防接種を受けるよう、早めに医療機関で相談すると良い。

通常、ポリオ、MR、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜの生ワクチンのいずれかを接種した場合、次に不活

化ワクチン（インフルエンザ、日本脳炎、DPT、DT）や他の生ワクチンを接種するまで、27日以上間隔をあけることになっている。不活化ワクチンを接種してから、次に不活化ワクチンまたは生ワクチンを接種するまでは6日以上あけることになっている。しかし医師が特に必要と認めれば、2種類以上の予防接種を同時に同一の予防接種対象者に行うことができるようになっており、その際は同一部位に接種するのを避けて別々の腕に接種することが望ましいとされている。留学前の書類提出にあたり、どうしても十分な期間がない場合は、健康状態に留意して、医師と相談することが必要である。

米国留学にあたり、問題になるのが結核である。日本ではBCGを定期予防接種するため、ツベルクリン反応は陽性にでる事が多い。米国ではBCGを接種しないため、ツベルクリン陽性になると問題になる事があり、その時は胸部レントゲンで結核罹患のないことの証明が必要になる場合がある。

留学先の学校がホームページを持っている場合には、入学にあたってのmedical history formを検索して、必要なワクチン情報を得られることがある。留学を考えたなら、早めに留学先のホームページにアクセスし、「海外からの入学（international educationまたは student）」などの項目を探し、medical history formを入手すると良い。

なお留学に限らず、海外渡航に関する一般的な情報源として、厚生労働省検疫所のホームページ（<http://www.forth.go.jp/>）、外務省海外安全ホームページ（<http://www.anzen.mofa.go.jp/>）等から海外渡航前に必要な予防接種情報が入手できる。

参考文献

予防接種実施者のための予防接種必携、予防接種ガイドライン等検討委員会監修、財団法人予防接種リサーチセンター発行、平成20年度

（弓倉整）

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事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。そのなかにあつて、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、感染症はかつて程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、ラッサ熱、レジオネラ症、エボラ出血熱などの新興感染症が大きな問題となっている。2007年のWHOの「世界健康報告」によれば、1967年以降40年間の間に39種の新しい病気が発生しているという。SARS、エボラ出血熱、エイズ（HIV感染症）、BSE（牛海綿状脳症）など、平均すると1年に一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。

平成21年4月にメキシコで確認後、急速に世界中に広まった新型インフルエンザAは、豚から人に感染が起きたと考えられ、またたく間にWHOのフェーズ6に達した。毒性は鳥インフルエンザより低く、季節性インフルエンザに近いとされているが、現在も国内で学校を中心として流行が続いており、ウイルスの変異や強毒化などに対する警戒と然るべき対応を必要としている。

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。

たが、海外においては未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。新型インフルエンザや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HIV感染しやすくなるうえ、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、将来に子宮頸癌のリスクが上昇する事が知られている。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問題が起きた。インフルエンザのみでも異常行動をおこす事があり、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タミフル投与を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、同省が現在調査研究中である。

以上は感染症全般にわたる最近の動向であるが、学校保健の分野でも平成18年から21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、これによって学校において予防すべき感染症

（以下「学校感染症」と略す）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、学校における感染症を以下の通りに改める事である。現在は学校保健安全法施行規則第18条第1項及び第2項関係にあたる。

第一種の感染症に、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項から9項に規定する「新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を第一種の感染症とみなすこと。（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。（1）新型インフルエンザと（2）再興型インフルエンザである。

（1）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以外の新たな新種のインフルエンザウイルスの出現に対応したものと考えて良く、現在国内及び世界で流行している新型インフルエンザA（豚インフルエンザ）は、この定義に相当する。

（2）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、強毒性のH5N1に焦点が当てられていたが、現在のところ平成21年4月にメキシコで発生した新型インフルエンザAが新型インフルエンザとして猛威を奮っている。

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なっている。学校

	感染症の種類	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 <u>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）</u>	感染症予防法の 一類感染症及び 二類感染症（結核を除く。）	治癒するまで ※感染症の予防及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「 <u>新型インフルエンザ等感染症</u> 」、「 <u>指定感染症</u> 」及び「 <u>新感染症</u> 」は第一種の感染症とみなす
第二種	<u>インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く。）</u> 百日咳 麻疹 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	○インフルエンザ（ <u>鳥インフルエンザH5N1</u> ）及び <u>新型インフルエンザ等感染症</u> を除く。）：解熱した後二日を経過するまで ○百日咳：特有の咳が消失するまで ○麻疹：解熱した後三日を経過するまで ○流行性耳下腺炎：耳下腺の腫脹が消失するまで ○風しん：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二日を経過するまで ○結核：病状により学校医その他の医師において感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 その他の感染症	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感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感染症

感染症でも結核は第二種の感染症である。感染症予防法の一類感染症及び結核を除く二類感染症が学校感染症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感染症では第一種感染症である。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なう直接接種の一回だけとなっている。

2. 新型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季節性インフルエンザウイルスと全く異なるウイルスが出現する事により、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で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と言う）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて、我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2類感染症とし、入院措置等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及び検疫法に位置づけ、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感染症とみなすことにしたが、H5N1が感染症法の指定感染症から2類感染症に変わったこと

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り、学校感染症でも第三種感染症になっている。

なお、いままで学校保健法には「伝染病」という用語が残っていたが、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、学校保健安全法と学校保健安全施行規則において、平成21年4月1日から「伝染病」という呼称は「感染症」に統一された。

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

新型インフルエンザ対策行動計画（厚生労働省、平成17年）より

表2 新型インフルエンザ WHOフェーズの概要

で、正式にH5N1を第一種感染症とした。H5N1に児童生徒が罹患した場合治療するまで、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事ができる。

鳥インフルエンザは既に日本でもいくつかの地域で鳥の間に発生しており、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月に厚生労働省は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(表2)、さらに「国内非発生」をA、「国内発生」の場合をBに分類した。H5N1については、平成21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。

これに対し、平成21年4月にメキシコで発生が確認された新型インフルエンザは豚からヒトへの感染で起きたものとされ、またたく間に世界的にWHOのフェーズ6

(パンデミック)まで感染拡大がおきた。この新型インフルエンザは、初期は豚インフルエンザと呼ばれたが、その後WHOはこれを「インフルエンザA(H1N1)」と名付けた。毒性は季節性インフルエンザより若干強いが、H5N1より弱いとされている。季節性インフルエンザと異なり、肺での増殖が確認されており、妊婦や糖尿病などの基礎疾患をもった人は重症化しやすいことが知られている。現在ウイルスの変異が起こらないかどうか、クラスター(集団)サーベイランスを行いつつ調べている。タミフル耐性の事例が数例報告されているが、基本的にタミフルは有効とされている。若い人に感染例が多く、学校を中心とした発症が多い。詳しくは特集を参照されたい。

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事がある。

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奮い、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事もあり、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感染症の「その他の感染症」に属し、感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なっている中で感染する場合などがある。感染力が強いため、吐物処理をしたモップを十分消毒しないで再使用したために感染が拡大したケースや、絨毯の吐物清掃消毒が十分でなかったために新たな感染拡大が起きたケースもある。厚生労働省が平成18年12月に改訂した「ノロウイルスに関するQ&A」でも、手洗の励行、下痢や嘔吐症状のある食品取扱者は食品を直接取り扱わないようにする事、適切な消毒薬を使用する事、患者の糞便や吐物を適切に処理する事に加え、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・大阪・福岡等の大都市を中心として広がった成人麻しんの流行である。東京では、ある東京都立高校での集団発生から始まり、4月に徐々に増加し、5月のゴールデンウィーク明

けから一気に報告数が増えた。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校にのぼり、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月中旬から急遽、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・私立校あわせて500校以上にのぼった。

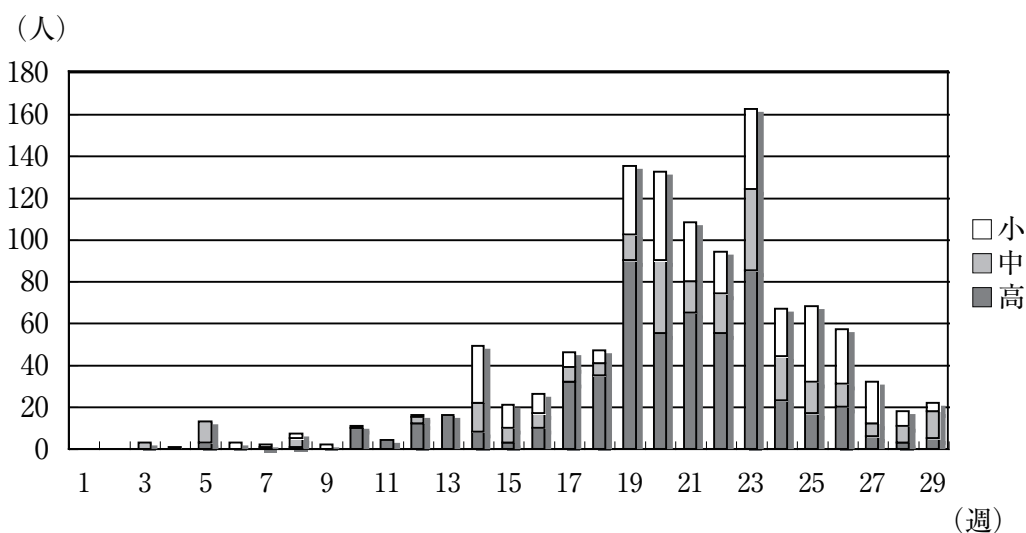
麻しんは2001年に大流行があったが、その後次第に患者数は減少していた。平成19年春の流行は、東京、神奈川、大阪、福岡など大都市で流行したこと、15歳以上の「成人麻しん」患者が多かったことが特徴である。この理由として、(1)自然感染機会の減少、(2)麻しんワクチン未接種者、(3)ワクチンを接種しても十分な免疫が得られていない者 (Primary Vaccine Failure)、(4)ワクチン接種で免疫がついていても、麻

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）が減少する等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一回だったが、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1年間に行う事になっている。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づける全数報告を行う事になった。

日本は他の先進国から「麻しんの輸出国」とも呼ばれる事があり、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しん報告人数

日本では、かつてMMR（麻しん・流行性耳下腺炎・風しん）の予防接種が行われていたが、流行性耳下腺炎（ムンプス）ワクチンによる無菌性髄膜炎の頻度が高かったため、1993年にMMRが中止され、麻しんワクチン、風しんワクチンを単独で接種することになった。しかもMMRを複数回接種する諸外国と異なり、一回接種だったことから、麻しん排除のできない状況が続いた。その後麻しん風しんワクチン（MRワクチン）が認可され、2006年4月から第1期（満1歳から満2歳未満）と第2期（小学校就学前年）の2回接種法が開始されたが、その前の子どもたちは麻しんワクチンを一回しか定期接種されないまま残された訳である。

2007年に東京・大阪・福岡など主として大都市圏において麻しんが中学・高校・大学で流行したことを受け、厚生労働省は平成20年度から5年間の限定でMRワクチンを中学1年に相当する者を第3期、高校3年に相当する者を第4期として定期予防接種を行うことを決めた。可能な限り4月から6月の間に接種勧奨することを勧めているが、その間に接種を受けなかった場合は夏季休暇中、その後も接種を受けていない場合は複数回にわたり摂種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判ったからである。前述したように2005年度以前は接種機会が1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（Primary vaccine failure：5%前後にいとわれる）、ワクチン接種しても徐々に免疫が低下する者（Secondary vaccine failure）がいるためである。そのため、これまでに1回しか接種を受けていない年長児層にも2回目のMRワクチン接種の機会を与える必要があった。

厚生労働省は、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（1）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（2）2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（3）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（4）輸入例に続く集団発生が小規模であること、を満たすにはワクチン接種率を上げる必要がある。

平成20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91.8%に上昇したが、95%の目標には達しない。平成20年度の麻しんワクチン接種率は、2009年3月31日現在で第2期91.8%、第3期85.1%、第4期77.3%である。都道府県別に見ると第3期では福井県、富山県、茨城県が95%以上、4期では山形県、福井県、佐賀県が90%を超えて接種率が高い。逆に東京都、神奈川県、大阪府、福岡県では接種率が低い。第3期、第4期の接種率を上昇させないと、再び麻しんがこれらの地域で流行する恐れがある。

5年の限定期間の間に無料の定期接種として行えるのは、中1、高3の年代に相当する者だけである。その時に接種しないと有料になることが知られていなかったり、既に1回接種をしたので2回目は不要と思っていたり、接種に無関心であったり、麻しんという疾病を「たいした病気ではない」と考える保護者に対する積極的な接種勧奨が必要である。

国立感染症研究所は文部科学省・厚生労働省の監修のもと、「学校における麻しん対策ガイドライン」を平成20年に作成した。このガイドラインに基づけば、学校で麻しんが流行した場合、各種学校行事の制約や14日間にわたる学校閉鎖等が例示されており、学校現場に大きな影響を与える。第3期、第4期のMRワクチン接種勧奨には、学校が保護者に効果的な働きかけを与えることができる。学校現場において、保護者への積極的な接種勧奨の呼びかけが必要である。

参考文献：

- 1) 予防接種実施者のための予防接種必携、予防接種ガイドライン等検討委員会監修、財団法人予防接種リサーチセンター発行、平成20年度
- 2) 厚生労働省ホームページ、健康：感染症情報、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou21/>

（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・尿路系」では、主に文部科学省による平成20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共に述べる。「3-1. 栄養状態」では東京都教育委員会が行なった「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）及び健康状態（栄養状態、脊柱・胸郭の疾病・異常の有無、視力、聴力、眼の疾病・異常の有無、耳鼻咽喉疾患・皮膚疾患の有無、歯・口腔の疾病・異常の有無、心臓の疾病・異常の有無、尿、寄生虫卵の有無、その他の疾病・異常の有無及び結核に関する検診結果）である。

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

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

肥満傾向児出現率を図1に示す。肥満傾向児は、男女とも6歳から徐々に増えており、高校まで増加傾向を示している。男子では5歳が2.87%、12歳が11.97%、15歳で13.45%、17歳が12.33%である。9歳から17歳まではほぼ10%を越えており、ピークは15歳である。女子では5歳が2.78%、12歳で9.84%、15歳が9.56%、17歳が8.64%であり、ピークは12歳である。5歳を除く全年齢で

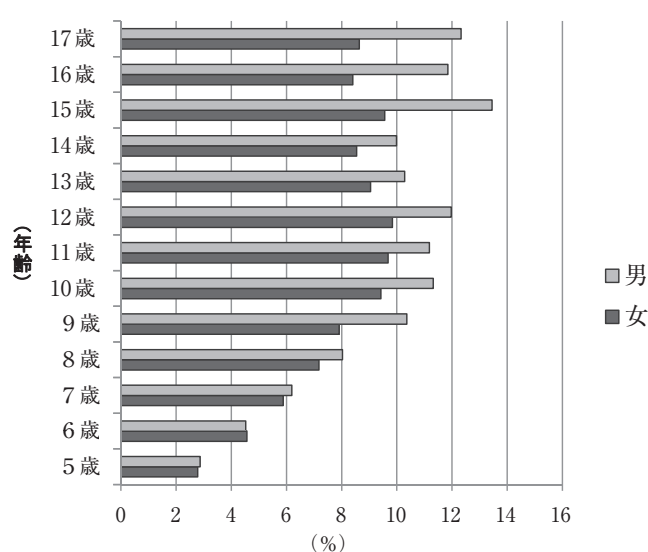


図1 平成20年度年齢別肥満傾向児出現率

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0.35%、11歳で2.75%、15歳で2.24%、17歳で1.96%だった。女子は5歳で0.5%、12歳で3.91%、15歳で2.51%、17歳で1.74%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歳でピークを迎え、中学・高校に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

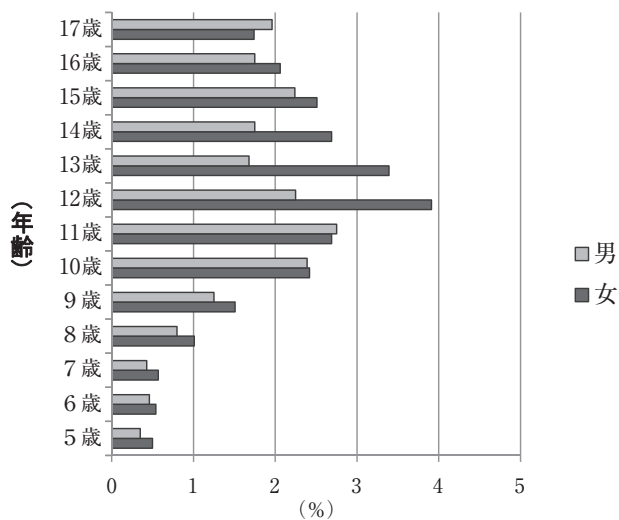


図2 平成20年度年齢別痩身傾向児出現率

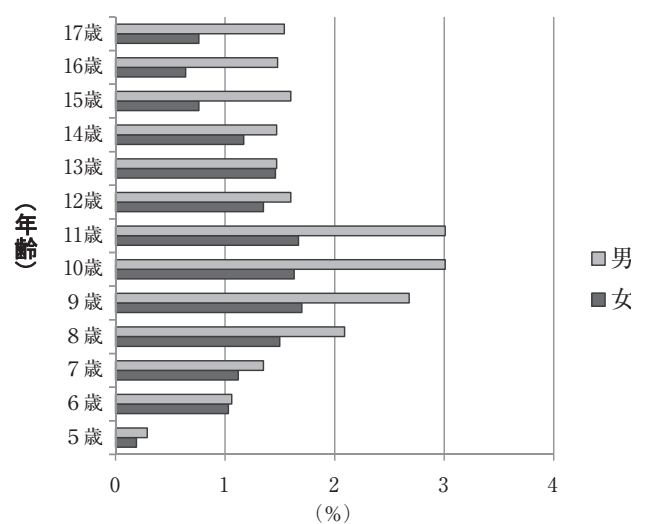


図3 平成20年度栄養状態を指摘された者の割合

満傾向」と分類していたが、平成18年度から単に「栄養状態」となった。図3に学校医が栄養状態になん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歳男子と11歳男子の3.01%が栄養状態の指摘を受けている。理由は不明だが、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のかもしれない。

東京都の健康づくり支援のための基礎調査

平成17年度に東京都教育委員会が「健康づくり支援のための基礎調査」として、都立高校174校の1年生3,542人と保護者に質問紙法による調査を行った。その結果、朝食摂取率は75%で、女子生徒の81%は「体重を減らしたい」という「やせ願望」があったという。ダイエットに関心のある女子生徒は75%おり、「この1年にダイエットをした」事のある生徒は男子7%に対し、女子は34%にダイエット経験があった。さらにBMIが高い程（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、もっとやせたいという、あまりに強い「やせ願望」は食事摂取の不足・過度のダイエットから健康の悪化につながる可能性がある。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割もいる事は、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、健康なからだづくりに向けて、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

かつての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事になった。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なう事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事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事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づけられた。

小・中では、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ところもある。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あたる。図1は平成20年度の各学校種の1年時心電図検査でなん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2.99%、女子は2.12%、中学1年男子3.83%、女子3.05%、高校1年男子3.83%、女子2.36%と、男子では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が、女子では中学に多い傾向にある。平成20年度は、小学校全体で2.7%、中学校で3.5%、高等学校で3.1%だった。

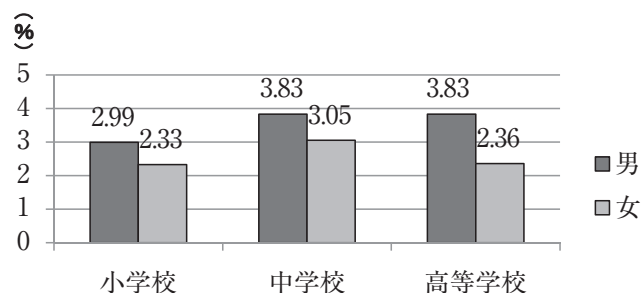


図1 平成20年度心電図異常の割合

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事は大切なポイントである。

学校心臓検診で、なん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3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」ができ、心臓病と腎臓病いずれも同じ指導表を使う事になった。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」が無くなったほか、内容も詳細で現場で使いやすくなった。

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。

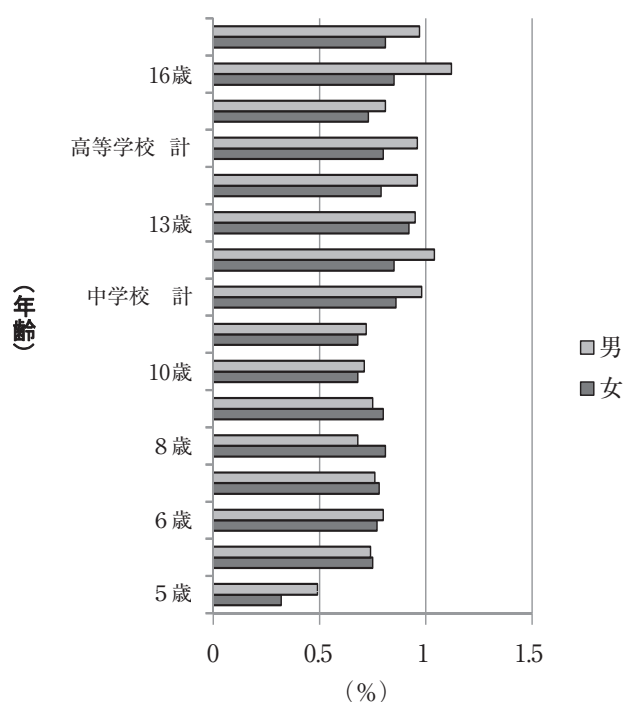


図2 平成20年度年齢別心臓の疾病・異常の割合

心臓疾患・異常を持つ者の割合は小学校男子が0.74%、女子が0.75%、中学校男子が0.98%、女子が0.86%、高校男子が0.96%、女子が0.8%だった。心電図異常や突然死は中学・高等学校で多いが、心電図異常の指摘、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。中学・高校になるにつれ、運動量が増加するという事も、中学・高校に心臓系突然死が多い理由のひとつと考えられている。

図3は心臓疾患・異常を持つ者を年次別・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

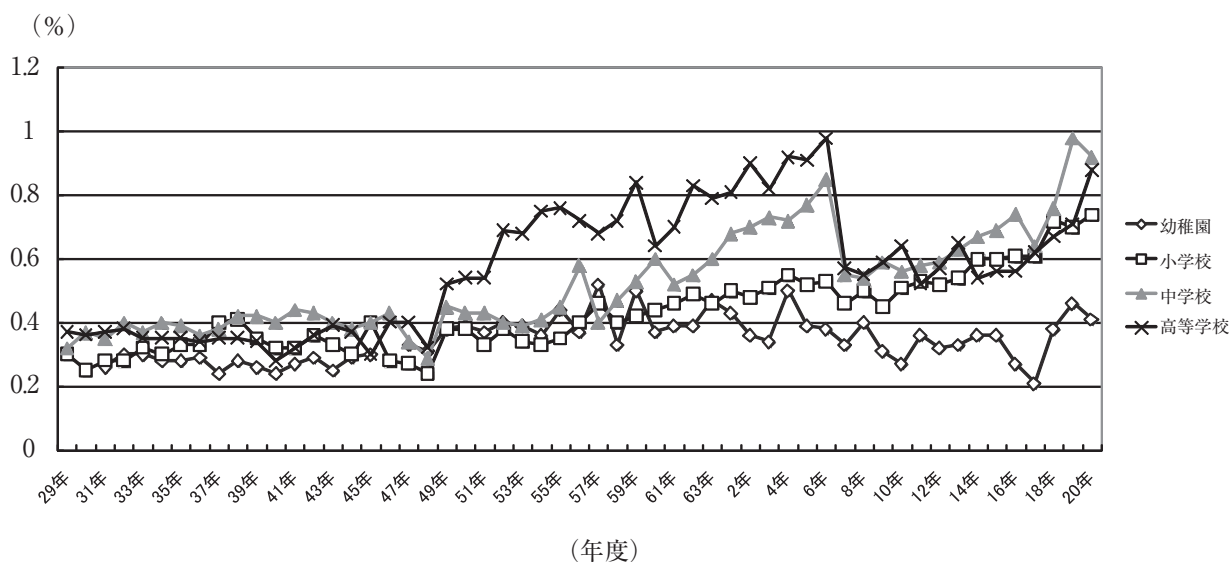


図3 年度別学校種別心臓疾患・異常の有無

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、ゆるやかに増加し、この数年、中学と高校ではほぼ並んでいる。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づけられ、検診精度が向上した事も背景にあると思われる。

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、依然として突然死の約60%から80%を心臓系突然死が占めている。事後措置の管理指導は重要であるが、適切な管理指導を遵守していても突然死が起きることもあり、心臓系突然死のさらなる減少は大きな課題である。
(弓倉整)

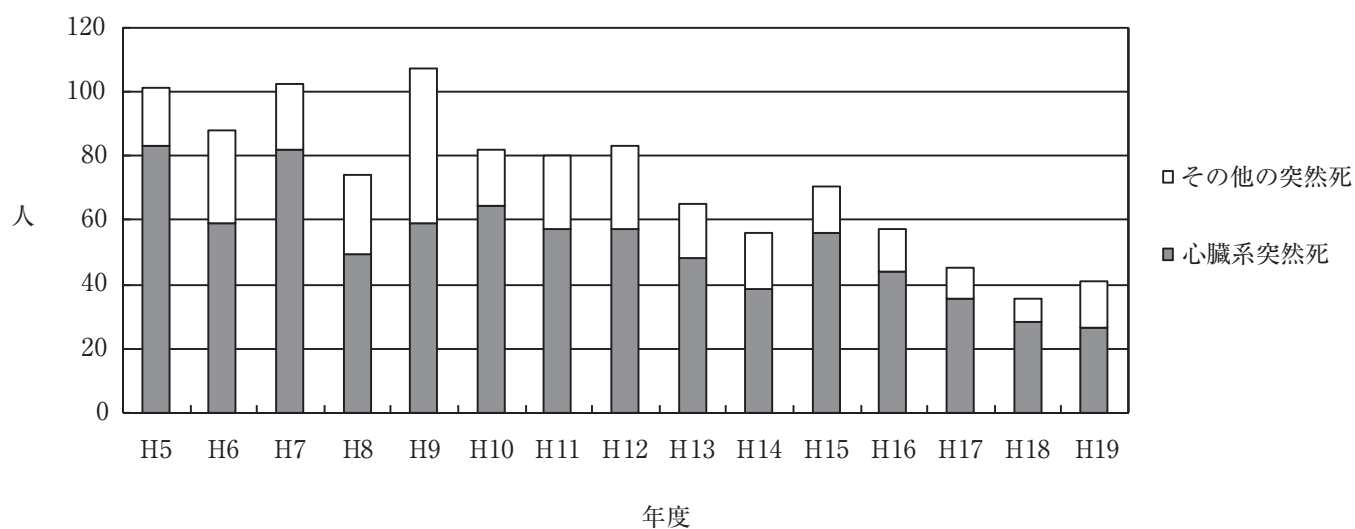


図4 学校管理下の突然死 (日本スポーツ振興センター統計調査より)

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「ぜん息」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。

■ 結核精密検査対象者 ■ 委員会での検討を要する者

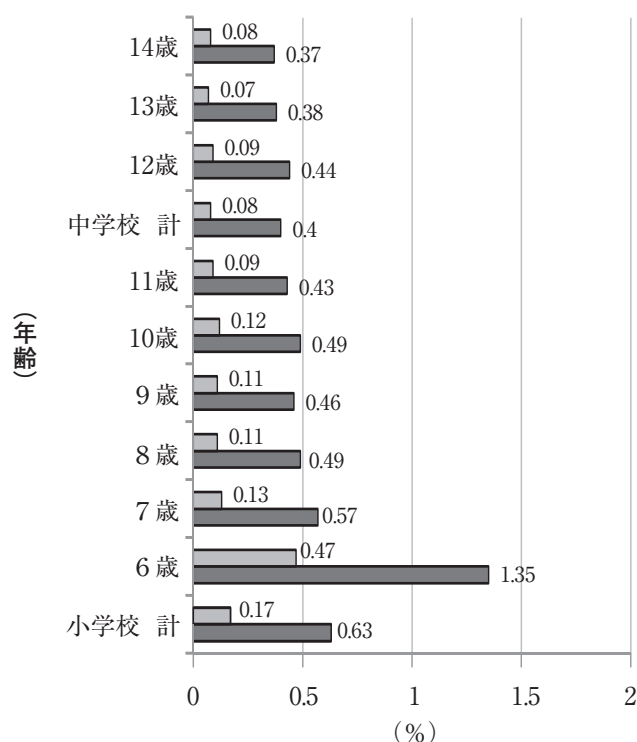


図1 平成20年度年齢別結核検診の割合

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等の検査を行い、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1.35%だった。しかし要精密検査となったのは0.47%である。7歳以降は、結核対策委員会に送られる率は7歳を除き0.5%以下、実際に精密検査を受ける率は0.1%前後となっている。

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、基礎疾患をも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事に変わりはなく、今後も慎重な対応が必要である。

2. ぜん息

ぜん息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20年度までの学校保健統計調査における年度別ぜん息を持つ者の割合であり、ぜん息がほぼ毎年のように増加し続けている事がわかる。学校種別では小学

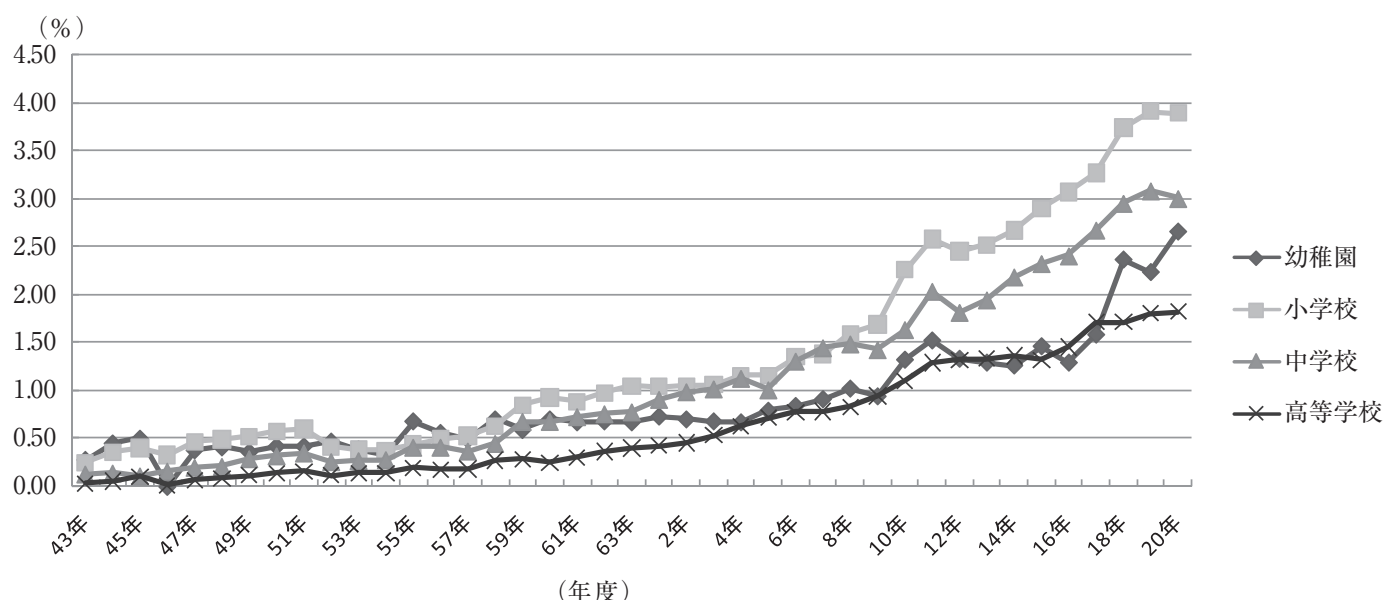


図2 年度別学校種別ぜん息を持つ者の割合

校に多く、中学校がこれに次ぐ。

図3は、平成20年度の年齢別ぜん息を有する者の割合である。全年齢で男子に多い。小学生男子が4.75%と最も多く、中学生男子3.54%、高校生男子2.01%であった。これに対し女子は小学校で3%、中学校で2.43%、高校で1.63%と、いずれも男子より少ない。ぜん息の増加については、大気汚染やアレルギー体質の者の増加など、様々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うけて、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。

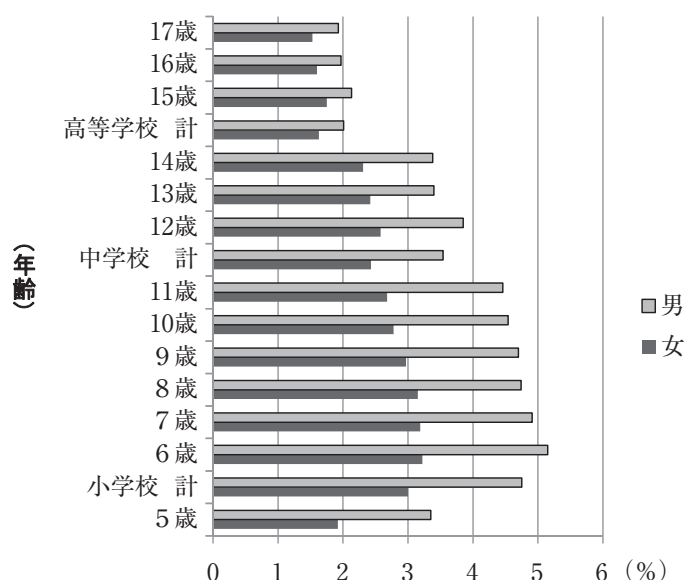


図3 平成20年度ぜん息を持つ者の割合

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

図3の学校保健統計の数字より、この調査の方がぜん息の有病率が高い。この乖離は学校保健統計調査が、その根拠を学校健康診断によっているのに対し、本調査は調査票に対し養護教諭などが回答する手法を取っているため、調査手法の違いによる差と考えられる。ただし報告書によれば、小学生>中学生>高校生、男>女、西日本>東日本、都市部>非都市部の傾向や、沖縄が低率などの傾向は同様である。

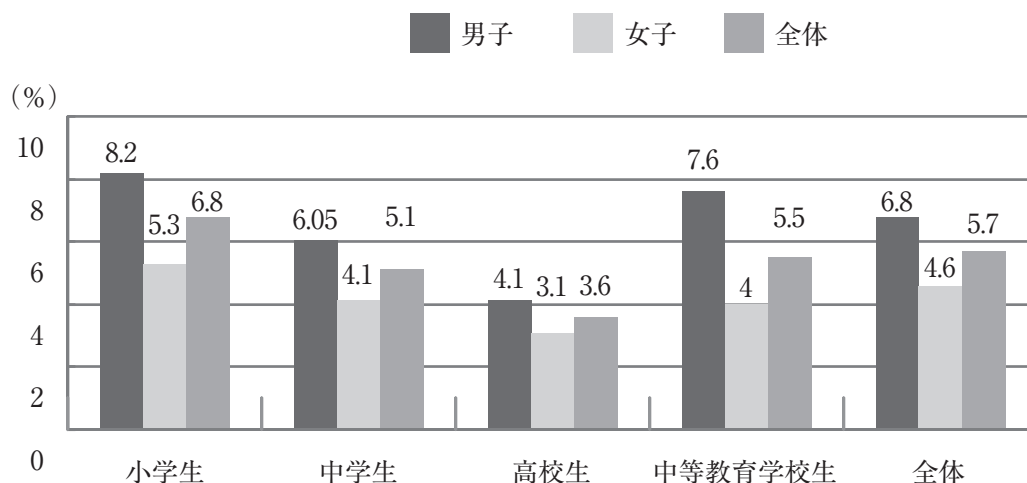


図4 児童生徒のぜん息の有病率（アレルギー疾患に関する調査研究報告書より）

本調査によれば、ぜん息の実態把握の取組は、ほぼ95%以上の学校でなされていたが、緊急時対応については、58%の学校で取り組まれているに過ぎず、重症のぜん息発作が起きた時の対応を事前に確認しておくことが必要とされた。学校の70%で体育の授業等についてなん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事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、日本学校保健会より平成20年4月に発行されたもので、(1) 気管支ぜん息、(2) アトピー性皮膚炎、(3) アレルギー性結膜炎、(4) 食物アレルギー・アナフィラキシー、(5) 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、いままで教職員はアナフィラキシーを起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が、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、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。

平成21年7月、文部科学省から厚生労働省に、この件での医師法17条の解釈についての照会が文書で行われ、医師法違反には当たらないという厚生労働省の課長回答があった。これを受けて文部科学省からガイドラインを参照の上、アレルギーを持つ児童生徒が学校生活を安全に送れるよう協力依頼が都道府県教育委員会等に出された。詳しくはアレルギーの項目を参照されたい。既に東京都教育委員会は、平成20年12月「『学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン』の定着に向けて」という冊子をまとめ、このガイドラインを推進する方向性を示した。「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）

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、治療や成長にともない改善・治癒する疾患が多い、慢性腎不全の頻度が少ない等の特徴がある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事があるので、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事があるため、生理日の前後1～2日ずらして採尿する事が望ましい。ただし学校検診は6月末までに終了させる事が学校保健法施行規則で定められており、2次検尿が必要な場合も考慮すると、尿検診実施時期が遅い場合、特に生理日と検査日が重なる場合の日程変更が困難な事もあるので、検査施行にはある程度時間的余裕を持って計画する事が望ましい。

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

図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。小学校では男子0.46%に対し、0.93%とやや女子が多い傾向にあるが頻度としては少ない。中学校では男子2.91%、女子2.06%、高等学校では男子4.19%、女子2.07%に増加し、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でやすい場合もあり、蛋白尿陽性だからといって必ずしも異常とはいえない。しかし蛋白尿と血尿が合併すると、腎炎の可能性が高

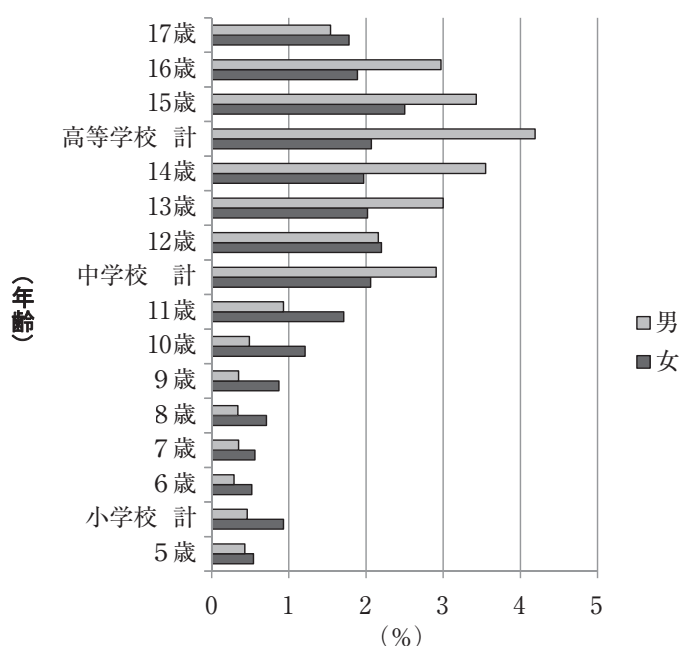


図1 平成20年度尿蛋白検出者の割合

くなる。さらに尿沈渣中に、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。小学校では男子0.15%、女子0.16%、中学校で男子女子とも0.22%、高等学校では男子0.21%、女子0.2%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。

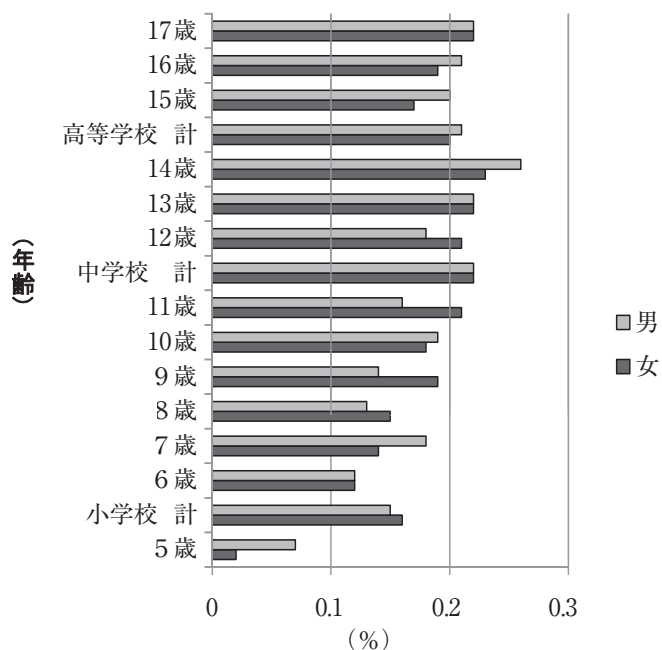


図2 平成20年度腎臓疾患を指摘された者の割合

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学校生活管理指導表も改正され、心臓病の指導表に準じて使われている。

図3は学校保健統計から見た年齢別尿糖検出者の割合である。

本来なら糖尿病は腎・尿路疾患ではないが、尿検診で見つかる疾患であるためここで紹介する。頻度は小学校で男子0.06%、女子0.07%、中学校男子0.13%、女子0.18%、高等学校男子0.22%、女子0.21%だった。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あり、糖尿病の確定診断には精密検査としてブドウ糖負荷試験やHbA1c検査が必要になる。

小児糖尿病としては1型糖尿病が有名だが、学校の尿検診で発見される無症状糖尿病の多くは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

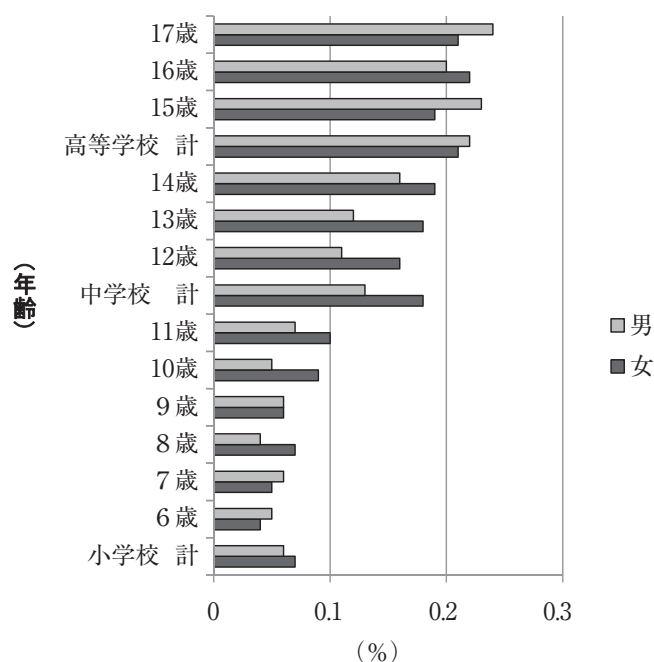


図3 平成20年度尿糖検出者の割合

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の低下につながる事がある。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

- 1) 平成20年度学校保健統計、文部科学省HPより
- 2) 健康づくり支援のための基礎調査報告書、東京都教育委員会、平成19年3月
- 3) 学校における突然死予防必携、独立法人日本スポーツ振興センター、平成16年3月
- 4) 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）、独立法人日本スポーツ振興センター、平成17年3月
- 5) 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、文部科学省HP
- 6) 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン、日本学校保健会、平成20年3月
- 7) 新・学校検尿のすべて、計画から事後措置まで、財団法人日本学校保健会、平成15年3月

コラム 子宮頸がんとHPVワクチン

日本では、毎年約15,000人の女性が子宮頸がん（7,000人の上皮内がんを含む）と診断され、2,500人余りの尊い命が奪われている。子宮頸がんは女性特有のがんのなかでは乳がん仅次于罹患率であり、特に問題となっているのは、妊娠・出産年代の20歳代後半から30歳代前半の罹患率が増加傾向にあり、少子化の面からみても社会的に重大な問題である。子宮頸がんは、検診で早期発見が可能であるにもかかわらず、検診の必要性が十分に周知されておらず、わが国の検診受診率は27.3%と残念ながらOECD加盟諸国では最下位である。定期健診を受診することで、子宮温存が可能な段階での発見が重要であり、女性の皆さんに子宮がん検診の必要性が理解されていないのが現状である。

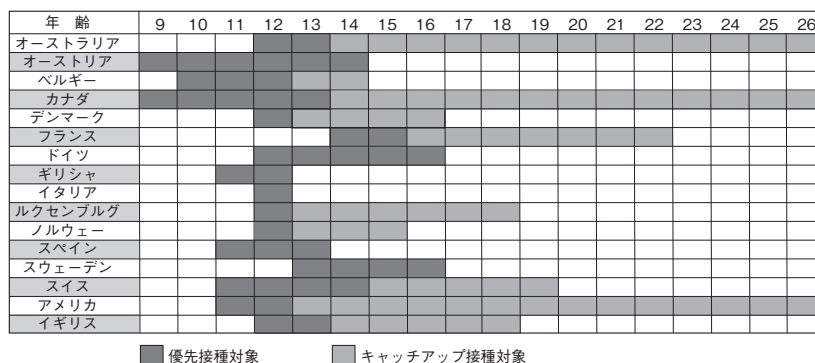
20世紀後半の分子生物学の技術的進歩により、1983年にzur Hausen博士によって、HPV（ヒトパピローマウイルス）が子宮頸がんの原因ウイルスであることが明確となった。さらに研究成果のひとつとして、予防的ワクチンが開発され、臨床的に使用されている。HPV感染は性交渉による感染のひとつであるが、HPV自体は身体のどこにでもいるウイルスであり、誰もが感染する可能性をもっている「common disease」である。HPV感染は非常に一般的なもので、セクシャルデビューした若い女性で容易に伝播し、その感染率は50%程度、また、女性の80%が生涯に一度はHPVに感染すると考えられている。この

ようにHPV感染はありふれた感染であるが、HPVの持続感染により、その一部、およそ1/1000のがんに進行する。今日では、ハイリスクタイプのHPVが子宮頸がんの原因のほとんどすべて（99%）であることが確認されている。このため子宮頸がん予防を目的としたハイリスクHPVに対する予防ワクチンが開発され、現在100カ国を超える国において臨床応用されている。

HPVの感染を防ぐためのワクチンは、セクシャルデビュー前の子どもたちに接種することが有効であり、最も推奨されるのは11～14歳の女児である（図1参照）。この年代に接種するには、産婦人科医とこの年代を診察している小児科医やかかりつけ医である内科医との連携が不可欠である。また、学校教育の中で健康教育としてのHPV感染症の啓発も大きな課題である。HPV感染をわが国から根絶するためにはできるだけ多くの人がワクチン接種を受ける必要がある。

子宮頸がんは女性であれば、誰でも罹患する可能性があり、ワクチンでその70%を予防し、残りを検診で予防することができる。予防医学の柱である検診（2次予防）とワクチン（1次予防）の二つを手に入れることができる今日、世界水準にはるかに及ばないとされているわが国の予防接種体制の中でどのような位置付けでHPVワクチンを世に送り出すかその戦略が迫られている。

（山田正興）



（松本光司：産婦人科治療 2008;97（3）：232-7）

図1 子宮頸がん予防ワクチン接種が推奨されている年齢の国際比較

3-5 眼科

はじめに

学校保健安全法では幼稚園の定期健康診断と小学校就学時健康診断（以下健診）における視力検査を実施することが規定されているが、実際には実施されていない場合があり、弱視などへの対応が遅れて不利益を生じる子どもたちが少なくない。平成20年11月に日本眼科医会は全国の幼稚園と就学時の視力検査につきアンケート調査を実施した。全国47都道府県の201の幼稚園と各地区190の教育委員会が回答した。結果は幼稚園の視力検査では全国平均で50.7%が実施していなかった。小学校就学時の視力検査では全国平均で8.9%が実施していなかった。特に近畿地区では33.3%が実施していなかった。弱視の治療は小学校入学後に

弱視治療を開始することが遅い場合が少なくない¹⁾。

本邦では三歳児健診、幼稚園そして小学校入学前の就学時健診にて視力検査が実施されている。しかし、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。斜視、弱視は軽度の場合には三歳児の視聴覚健診で見逃され易く、幼稚園の定期健診や就学時健診における視力検査、眼の疾病検査は重要な意味を持つ。

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、学校での色覚バリアフリー、プール後の洗眼などについて述べる。

1. 屈折異常と視力

(1) 斜視・弱視

斜視、弱視は治療の開始年齢が早いほどその効果が大きい。視機能の発達は6歳頃までにほぼ完成し、視覚系の感受性により8歳頃までに完成する。つまり6歳頃からの弱視治療では遅いということである。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。弱視は屈折異常や不同視によるものが多いが、適切な治療を行えばその予後は良好である。しかし、治療の時期を逃せば予後はよくない。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なく不利益を生じる。

松尾らは平成15年と17年に岡山県内の全小学校にアンケートを送付し、学校眼科健診に基づいて受けた眼科専門医の診断を調査した。小学1年から6年の全児童数は平成15年が113,254人、平成17年が113,763人のうち、回収アンケートで把握した数は平成15年が86,531人(76.4%)、平成17年が84,619人(74.4%)であった。その内訳では、斜視は平成15年が1,112人(1.28%)、平成17年が844人(1.0%)であり、弱視は平成15年が125人(0.14%)、平成17年が173人(0.2%)と報告している²⁾。岡山県は就学時健診が100%実施されているにも係わらず上記に示すように小学生での弱視は0.14%

～0.2%の頻度であることは、就学時健診にて視力検査を実施しない地域では弱視の頻度はさらに高いことが推測される。

平成2年に三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三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。自治体で多く行われている方法は、一次健診として家庭での視力検査とアンケート調査によるスクリーニングを行い、二次健診を保健センターなどで行う。この方法の導入で斜視弱視などの早期発見、早期治療に一定の成果が認められている。

日本眼科医会の三歳児眼科健康診査調査報告³⁾によると、二次健診の実施率は平成10年94.0%、平成13年94.7%、平成17年87.8%と実施率が低下している。また、二次健診の実施方法では、眼科医が実施していた市町村は平成13年4.3%、平成17年4.2%であり、眼科以外の医師が実施では平成13年15.5%、平成17年29.8%であり、契約医療機関が実施では平成13年11.2%、平成17年8.9%であった。これらの結果、各自治体が財政的に契約委託費用を削減したためと推測される。二次

健診受診者は対象者の64.9%であり、35.1%の受診漏れがあった。また、二次健診において64.0%が精密検査を受けているが残りの36.0%は精密検査を受けていなかった。これは三次健診（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。

視力検査が学校保健安全法で規定されているにも係わらず、全国平均で幼稚園は50.7%、就学時健診は8.9%、視力検査が実施されていないことが明らかとなった¹⁾。幼稚園や就学時健診での視力検査を充実すべきであり、さらに幼稚園では眼科園医による健診が切望される。

学校保健安全法では学校においては毎学年定期に健診を行うことが定められており、学校保健安全法施行規則では健診と就学時健診において視力検査と眼の疾病及び異常の有無が健診項目として規定されている。実際に小学校以上の学校では毎学年定期健診が行われ視力検査と眼の疾病及び異常の有無が検査されているが、幼稚園も同様に学校保健安全法で定められていることから毎学年定期に健診の実施が行われるよう指導すべきである。

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るようお願いしたい。今後は弱視により不利益を生じる子どもたちを無くすためには、早期発見、早期治療の重要性そして行政や学校関係者への啓発が必要である。

(2) 裸眼視力低下者の増加

文部科学省の平成20年学校保健統計調査速報で

は、裸眼視力1.0未満の者は幼稚園、小学校で増加している。

文部科学省の平成20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」の割合は幼稚園が28.9%、小学校が29.9%、中学校が52.6%、高等学校が58%で、昨年度に比べて幼稚園が2.7%、小学校が1.8%、中学校が1.4%、高等学校が2.6%とすべてで増加した。幼稚園、小学校と中学校では昭和54年度以降もっとも高い値であった。高等学校では昨年のみが低く元に戻ったと解釈できる。

「裸眼視力1.0未満の者」の割合は平成10年頃をピークとして以後は、横ばい、あるいはゆる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幼稚園、小学校における今後の視力の動向には注意を要する。眼鏡などによる視力補正が必須とされる「0.3未満の者」の割合は幼稚園が0.8%、小学校が7.1%、中学校が22.4%、高等学校が28.4%となっており、昨年度に比べて幼稚園が0.3%、小学校が0.6%、中学校が2.1%、高等学校が2.3%とそれぞれ増加した。特に高等学校以外は今までで最も高い値となった。幼稚園、小学校、中学校では高い。年齢別にみた裸眼視力1.0未満の者の割合ではこの「0.3未満の者」の占める割合に押し上げられる形で、年齢とともに高くなっている（図2）。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が、遠視と乱視についても着目しなければならない。軽度の場合は視力検査での発見は難しい。学年が進むにつれて眼の疲れや近見障害を訴え

区分		平成10年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
幼稚園	計	25.8	20.8	20.4	24.1	26.2	28.9
	1.0未満0.7以上	18.2	14.6	15.2	18	18.9	22
	0.7未満0.3以上	7.2	5.6	4.7	5.6	6.8	6.1
	0.3未満	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.8
小学校	計	26.3	25.6	26.5	28.4	28.1	29.9
	1.0未満0.7以上	10.5	10.2	10.4	10.4	10.6	11.2
	0.7未満0.3以上	9.9	9.9	10.3	11.2	11	11.6
	0.3未満	5.9	5.5	5.8	6.7	6.5	7.1
中学校	計	50.3	47.7	47.8	50.1	51.2	52.6
	1.0未満0.7以上	11.6	11.8	11.6	11.9	13.3	12.4
	0.7未満0.3以上	16.7	16.6	16.5	17.8	17.6	17.8
	0.3未満	22.1	19.3	19.7	20.4	20.3	22.4
高等学校	計	62.5	59.3	58.4	58.7	55.4	58
	1.0未満0.7以上	11.7	12.2	11.1	14.3	12.4	12.6
	0.7未満0.3以上	17	16.7	16	17.6	16.9	17.1
	0.3未満	33.8	30.5	31.3	26.8	26.1	28.4

図1 平成20年度学校保健統計調査速報 調査結果の概要 (%)

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。

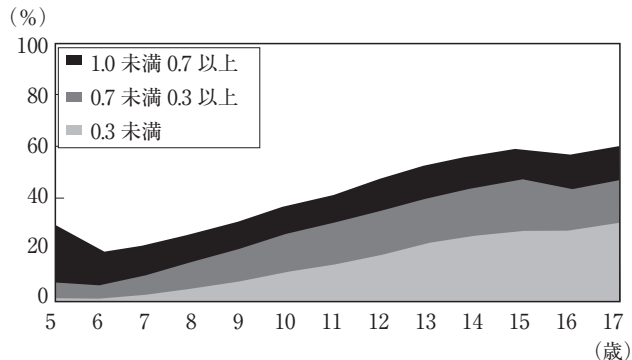


図2 年齢別 裸眼視力1.0未満の者の割合

(3) 近視の対応

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が軽減する。さらに進むと近視になる。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。つまり学年が進むにつれて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。近視の進行予防法には表1に示す報告がある。

近視治療法はレーシックなどのレーザー治療や就寝時に特殊なハードコンタクトレンズ（以下CL）を装用するオルソケラトロジーによって近視を矯正する方法がある。日本眼科学会はガイドラインでレーシックの適応年齢は18歳以上、オルソケラトロジーは20歳以上としている^{4, 5)}。また、チラシや雑誌広告などの民間治療は評価されておらず、公正取引委員会による指導が行われ

ている。

(4) コンタクトレンズ (CL)

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

CLが原因で眼に何らかの異常を体験した者は中学生が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%、平成15年度は中学生が51.5%、高校生が60.4%と減少していた。さらにCLの検査を定期的に受けていない生徒は中学生が14.9%、高校生が12.9%、平成12年度は中学生が29.1%、高校生が34.2%、平成15年度は中学生が13.7%、高校生が14.8%と減少していた⁶⁾。CLの啓発活動の効果があらわれたと推測される。その一方で、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り、10～19歳の原因はほとんどがCL装用であった⁷⁾。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・アカントアメーバなどの微生物による角膜潰瘍などの感染や、蛋白質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

過矯正の眼鏡をさける	凹レンズを使用すると、その同程度の近視になる実験がある
近業作業を長時間しない	一定時間、近点を見続けると、その刺激を除いても、調節緊張が持続する実験がある
ストレスをさける	ストレスにより毛様体筋の緊張を促進するエンドセリンの分泌が増加する
戸外での活動を推進する	太陽を浴びると、網膜のドーパミンが増加する。網膜のドーパミンは実験近視で減少する
暗い照明をさける	2歳未満の乳幼児は暗い部屋で寝かせると将来近視になりにくい。1日の内で真っ暗の中にいる時間が長い人は近視になりにくい
累進屈折力レンズの眼鏡や二重焦点コンタクトレンズを使用する	調節ラグは調節刺激が強くなるほど大きくなる。調節ラグを少なくする眼鏡やコンタクトレンズは近視進行予防に良好という報告

表1 近視の進行予防法

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cant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。原因はレンズとレンズケースの汚染である。ソフトCLの消毒の多くはマルチパーパスソリューション（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。消毒効果を上げるレンズのこすり洗いは必須であるにもかかわらず、装用者自身が行っていることや、不適切な装用指導が行われていること、さらには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。また、レンズケースが汚染源となるので、ケースを水道水できれいに洗浄し、自然乾燥させるべきである。CLのケアについてはもっと関心を持ってほしい。

CLのインターネット販売や通信販売など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の問題がある。

オルソケラトロジーは、就寝時のハードCL装用による近視矯正法で、裸眼視力の向上が期待できる。しかし、オルソケラトロジーに用いるハードCLは夜間視力の低下、高次収差の増加、小児のアcant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、就寝時装用による角膜への影響を含めて視機能未成熟な子どもへの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、オルソケラトロ

ジー装用者は中高生が、各々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の報告がある。以上を踏まえ平成20年7月に日本コンタクトレンズ学会はオルソケラトロジーの治療ガイドラインにてその適応年齢を20歳以上とし、平成21年4月に日本眼科学会はそれを承認した⁵⁾。

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、CL装用者は定期検査の遵守、適正な装用時間、レンズケアの遵守、眼鏡との併用、異常時のCL装用中止、眼科専門医の受診が求められる。学校関係者は保健指導ならびに健康教育を積極的に行ってほしい。

(5) 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。テニスやバト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掛けると眼精疲労や眼痛、頭痛を引き起こす原因ともなる。児童生徒の屈折や調節の特性を考えて、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。眼鏡店は眼科専門医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医師法違反と解されている。したがって、適切な眼鏡を処方されていることが疑わしいだけでなく、眼の疾病を見逃すこともあるので注意したい。

2. 眼 疾 患

(1) 感染性眼疾患

学校保健安全法で規定されている眼の感染症である咽頭結膜熱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感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。

これらはアデノウイルス、エンテロウイルスなどが主体である。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。混合感染を避けるため抗生物質や抗菌剤などの点眼薬が処方される。感染性が

消失するまで1～2週間を要するが、時に遷延することがある。感染者を隔離する意味においても出席を停止させ、感染防御に対する適切な指導も必要である。

(2) アレルギー性眼疾患

アレルギー性結膜炎は年々増加傾向にあり、大気汚染との関係が指摘され、花粉症（スギなど）などの季節性のものと、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きたす。

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きたすことや、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。症状が強いため、眼科で長期間加療を受けることが多い。また、幼児に多く、就学年齢に達する頃には緩解するが、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の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月より文部科学省は日本学校保健会が作成した学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を学校生活においてアレルギー疾患で管理や配慮を必要とする児童生徒に配布した。従来、心臓および腎臓疾患に実施しており、新たにアレルギー疾患が追加された。眼科学学校医が記載した眼科関連のアレルギー疾患についての病型・治療、学校生活での留意点に従って学校生活においての配慮をお願いしたい。

(2) 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」のなか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もある。眼は障害を残す割合が他部位より高いことを知ってほしい。化学の授業における薬品の扱い、グラウンドのライン引きには炭酸カルシウムを使用するなど安全管理を充実させ、事故の発生を予防することが何よりも大切である。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、眼科学学校医などから情報を集めることが重要である。

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。眼疾患がないにも係らず矯正視力が低下している場合には心因反応によることが多い。心因性視覚障害では、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「よいこ」が罹患し易い。症状は一過性であることが多いが、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、ストレスが原因で、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、適切に対応することが求められる。

(4) 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？」など色情報だけによる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易い色誤認の組み合わせがある。黒板に使用するチョークの色は原則「白」と「黄色」に限ること、採点・添削には線の太い赤エンピツを使用すること、校内の掲示物の配色には色のバリ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ほしい。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」のリーフレットを作成し、平成20年4月に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。この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可能であり、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てほしい。

3. その他

(1) 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:プール後の水道水は逆効果、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、実際の洗眼は数秒程度である。プール後の洗眼によって、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規準値を保っていれば、消毒効果は期待できるため、感染の可能性も低いが、現実には基準値が保たれていないことが少なくない。

平成20年10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良いが、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⁸⁾。

(2) 日食観察による日光網膜症

太陽を直接見つげると網膜が炎症をおこす。それを日光網膜症という。平成21年7月22日に1963年以来46年ぶりの皆既日食があったが、幸か不幸か天候は全国的に曇りで大きなトラブルの報告は現時点ではない。

日食の観察に参加する子どもたちに日光網膜症が生じないように、日本眼科医会では日食の啓発ポスターを作成し、眼科学学校医を通じて学校関係者に事前に注意を呼びかけた。ポスターはホームページ（以下HP）からダウンロード可能であり、日本学校保健会や国立天文台のHPとリンクした。

日食による日光網膜症の海外での報告は多い。1979年にカナダでの皆既日食時に20例中7例が永久的な視力障害を生じた報告がある。本邦では1987年に部分日食による報告がある⁹⁾。その報告は学校の部活動時に教諭が生徒に日食が始まったら教えるよう言われて、30分間裸眼で太陽を観察した結果、中心暗点という視野の中央部がぼやける症状と視力が1.5から0.15に低下した報告がある。太陽光線が網膜に障害が生じること理解していないことから生じた事故であり、今後くり返すことがないように子どもたち、学校関係者に注意を呼びかける必要がある。

太陽からの光線の中の紫外線は角膜や水晶体で吸収され、赤外線は眼底まで届く。赤外線によって網膜が炎症を起こす。網膜の中心部である黄斑部は色の判別や解像度の高い錐体細胞という視細胞がある。視細胞に炎症が生じると中心暗点や視力低下が生じる。程度が重症であれば治療が困難となり永久的な視力障害が残る。神経細胞は再生しにくいために治療が困難である。

日食を安全に観察する方法は、肉眼で直接見るのは数秒でも非常に危険であり、望遠鏡や双眼鏡、サングラス、下敷き、スス板ガラスなどの使用も危険である。直接観察するには日食観察用専用グラスがあるが、ピンホールを利用した間接法は最も安全である。厚紙など光を通さないシートに小さな穴を開ける。穴を通った太陽の光は影の中に映り欠けた太陽が観察できる。

次回の皆既日食は2035年9月2日まで26年間起こらない珍しい現象であるが、知っておく必要がある。

(宇津見義一)

参考文献

- 1) 宇津見義一・植田喜一・宮浦徹・吉田博・三宅謙作：平成20年幼稚園ならびに就学時の健康診断の実態に関するアンケート調査、日本の眼科、80：9号、101-118、2009
- 2) 松尾俊彦、松尾智江：岡山県内の小学校児童における斜視および弱視の頻度調査の再現性、第63回日本弱視斜視学会、第32回日本小児眼科学会総会詳録集、56、2007
- 3) 日本眼科医会学校保健部（古野史郎）：三歳児眼科健康診査調査報告（Ⅲ）—平成17年度—、日本の眼科、78：3号、287-290、2007
- 4) 大橋裕一、木下茂、澤充、大鹿哲郎、エキシマレーザ屈折矯正手術ガイドライン、日本眼科学会雑誌、113巻7号、741-742、2009

- 5) 金井淳、糸井素純、大橋裕一、木下茂、澤充、下村嘉一、西田輝夫、オルソケラトロジー・ガイドライン、日本眼科学会雑誌、113巻、6号、676-679、2009
- 6) 宮浦徹・植田喜一・宇津見義一・吉田博・三宅謙作：平成18年度学校現場でのコンタクトレンズ使用状況調査、日本の眼科、78：8号、1187-1200、2007
- 7) 感染性角膜炎全国サーベイランス・スタディグループ：感染性角膜炎全国サーベイランス—分離菌・患者背景・治療の現況。日本眼科学会雑誌 110：961-972、2007
- 8) 日本眼科医会学校保健部：プール後の洗眼とゴーグル使用についての学校保健部見解、日本の眼科、79：10、1501-1502、2008
- 9) 呂欣諭、千葉弥幸：層状黄斑孔にいたった日蝕性網膜炎、眼科臨床医報、83巻6号、1420-1420、1989

3-6 耳鼻咽喉科

耳鼻咽喉科学校健診の重要な側面と展望について全国アンケート調査成績を中心にここに紹介する。

1. 睡眠呼吸障害について

昼間の眠気はさまざまな原因で起こってくる。それらの原因の中の重要な一つに睡眠呼吸障害がある。睡眠呼吸障害があると十分睡眠時間をとっていても眠りが浅く、その結果、昼間に眠気や怒りっぽい、イライラ、元気がないなどの症状がでてくる。

昨近、児童のライフスタイルが昼型から夜型に変化してきている。昼間の眠気が夜型の生活習慣に基づく睡眠不足に起因するなら一般の親にも容易に理解できる。しかし睡眠呼吸障害は生活習慣ではなく夜間に起こる生理現象であり、昼間の眠気や元気のなさの原因になっている事が本人は勿論の事、家族からも気付かれ難いのが現実である。

睡眠呼吸障害が昼間の眠気以外に、イライラ、怒りっぽいといった性格や身体の成長発達や学業成績などに関わる事が徐々に明らかになってきている。

上記を鑑み、日本学校保健会は学校保健の立場から児童の睡眠呼吸障害の調査、研究、啓発を目的に「睡眠時無呼吸症候群調査研究委員会」を2006年7月センター事業として発足させ、2009年1月リーフレット「睡眠時無呼吸症候群について」を発刊した¹⁾。同時に日本学校保健会ホームページのポータルサイトには「睡眠時無呼吸症候群について」とアンケート結果の集計表も追加して掲載された。

	1年	5年	6年
5時間半～	0	1	0
6時間	0	0	0
6時間半～	0	0	0
7時間	1	0	6
7時間半～	2	28	9
8時間	0	4	5
8時間半～	6	18	6
9時間	171	156	34
9時間半～	38	10	2
10時間	22	7	0
10時間半～	37	5	0
11時間	1	2	0
合計（人）	278	231	62

表1 睡眠時間（就寝時間と起床時間から算出:単位は人）

調査研究に当り、全国21の小学校の1年生835人、5年生703人、6年生168人の計1,764人を対象に児童の睡眠呼吸障害の実態をアンケート調査した。アンケートには家庭での児童の生活状況を保護者により、学校での児童の活動状況を担任により、耳鼻咽喉科健診結果を養護教諭によりそれぞれ記入された。

アンケート調査の主要項目の解析結果が工藤典代、他により報告されたのでその一部を集計表と共にここに記載する²⁾。

睡眠時間はどの学年も9時間にピークが見られた（表1）。

「イビキについてはどうですか?」の設問に対していびきをかくと答えたのは1年生49.7%、5年生43.8%、6年生38.3%と以外に高い数値が示された。その内、「いつもイビキをかいている」は1年生4.0%、5年生3.2%、6年生2.4%であった。（表2:実数、以下同じ）

	かかない	時々	いつも	合計（人）
1年（831人）	418	380	33	831
5年（699人）	393	284	22	699
6年（167人）	103	60	4	167

表2 イビキについてはどうですか?

「寝ている時に口を開けたまま息をしていることがありますか?」の設問に対して口を開けて寝ていると答えたのは1年生58.8%、5年生66.3%、6年生63.3%であった。その内、「いつも口を開けて寝ている」は1年生10.0%、5年生12.9%、6年生13.3%であった。（表3）

	いつも口を閉じて寝ている	時々口を開けて寝ている	いつも口を開けて寝ている	合計（人）
1年（832人）	343	406	83	832
5年（700人）	236	374	90	700
6年（166人）	61	83	22	166

表3 寝ているときに口を開けたまま息をしていることがありますか?

「寝ている間に息が止まること（無呼吸）はありますか?」の設問に対して無呼吸があると答えたのは1年生

4.5%、5年生3.4%、6年生2.4%であった。その内、「よく息が止まっている」は1年生0.4%、5年生0.1%、6年生0%であった。(表4)

	そういう ことはない	時々 止まっている	よく 止まっている	合計(人)
1年(829人)	792	34	3	829
5年(696人)	672	23	1	696
6年(168人)	164	4	0	168

表4 寝ている間に息が止まること(無呼吸)はありますか?

「日中、鼻のとおりはいかがですか?」の設問に対して「よく鼻がつまる」と答えたのは1年生26.7%、5年生32.8%、6年生33.1%であった。(表5)

	鼻のつまり はない	よく鼻が つまる	わからない	合計(人)
1年(818人)	541	218	59	818
5年(692人)	407	226	59	692
6年(166人)	100	55	11	166

表5 日中、鼻のとおりはいかがですか?

「下記にお気づきの点があれば教えてください」(表6)は睡眠呼吸障害に関連する症状7項目の質問に対する回答である。(複数回答可)

いびき40~50%前後、口呼吸60%前後、睡眠無呼吸が2.4%(6年生)~4.5%(1年生)と睡眠呼吸障害が児童の世代にも高い比率で存在する事が判明した。

いびきをかく群はいびきをかかない群に比べて5年生、6年生では「学習意欲が不足しているみたいだ」と「落ち着きがない」児童が統計学的に有意に多い結果が得られた。

よく鼻がつまる群は鼻のつまらない群に比べ小学5年生、6年生では「落ち着きがない」児童が統計学的に有

	1年生 (人)	5年生 (人)	6年生 (人)	全体 (人)
1. 食事に時間がかかる	317	149	37	503
2. 学習意欲が 不足しているようだ	55	112	29	196
3. 落ち着きがない	181	125	26	332
4. 怒りっぽい性格だ	150	143	26	319
5. あきやすいほうだ	149	127	24	300
6. 長く走っていると息が 続かなくなることがある	47	61	17	125
7. おねしょをすることがある	105	29	1	135
無回答	275	285	75	635

表6 下記にお気づきの点があれば教えてください

意に多い結果が得られた。

今回のアンケート調査でも睡眠呼吸障害は昼間の眠気とか記憶、成長といった生理的的症状以外に落ち着きのなさとか学習意欲の低下といった性格や学業成績にも影響が出ることが判明した。

上記の解析結果の内容を踏まえて「睡眠呼吸障害」について健康教育として学校保健委員会などの場を借りて広く教職員、保護者に伝え、啓発することは我々耳鼻咽喉科学校医に課せられた責務といえる。一方、注目すべきは児童の睡眠呼吸障害を惹起する主要な疾患は耳鼻咽喉科学校健診でチェック可能である点である。我々は健診の場において保護者、担任より得た保健調査票の情報をもとに睡眠呼吸障害を惹起する所見を判定し、保護者に報告し、理解と治療を勧める努力が必要である。

児童が質のよい睡眠をとることによっていきいきとした学校生活を送り、健やかに育つようにする事がこれからの学校保健の重要な課題となってきたといえる。

2. 発達障害児童生徒などの耳鼻咽喉科健診のあり方³⁾

学校教育法の改正により2007年度から盲・聾・養護学校は障害の種別を超えた特別支援学校に一本化されスタートした。この名称変更は障害の種類・程度によらず、一人ひとりの特別な教育的なニーズに応えていくという特別支援教育の理念に基づいたものである。2008年の文部科学省の発表によると特別支援学校に

は112,000人を超える児童生徒が在籍するというデータが出ている。又在籍児童生徒の障害の重度化、重複化の傾向が指摘されている。様々な障害を抱えた児童生徒の学校健診には科を問わず困難を伴い工夫や努力が要求される。そのような中で耳鼻咽喉科学校健診を適切に施行し、疾患を早期発見し治療に結びつけるに

はどうすればよいか、2009年1月に日耳鼻学会学校保健全国代表者会議で協議が持たれた。協議に先立ち47都道府県の日本耳鼻咽喉科学会地方部会学校保健委員長、113校の特別支援学校の耳鼻咽喉科学校医にアンケートの回答を依頼した。

ここでアンケートの集計より特別支援学校の耳鼻咽喉科健診の実態を報告すると共にそのあり方を考えてみたい。

アンケートで対象となった特別支援学校873校の耳鼻咽喉科学校医配置率は84.5%、耳鼻咽喉科健診施行率は95.0%であった。普通学校ではそれぞれ73.6%、86.0%であり、特別支援学校での耳鼻咽喉科学校健診は普通学校より充実しているといえる。

以下に特別支援学校113校の耳鼻咽喉科学校医のアンケートの集計の一部を紹介する。

耳鼻咽喉科学校健診については全学年健診が106校、重点健診は7校、対象学年全員健診は112校、選別健診は1校であった。全員健診体制が組まれているがどのような方法を試みても健診ができない児童生徒が2.3%存在した。

健診方法は通常の方法で施行されている学校が72校、いろいろとアレンジ工夫して施行されている学校が

41校であった。健診のアレンジ方法を図1に示す。器具の工夫として健診器具を見せない、使用しない、鼻鏡を小さい耳鏡で代用、開口に歯ブラシ使用などである。診察時の工夫として白衣を着用しない、診察部位の順番変更、児童の落ち着く先に校医から歩み寄るなどである。事前の診察の模擬練習は絵カードや医師の顔写真を予め見せておくとか器具に触れさせておくなどである。選別聴力検査については表7に示す。通常のレシーバーによる検査可能な児童生徒の割合は56.2%であった。レシーバーでの検査ができなかった児童生徒への対応として条件詮索反応聴力検査(COR)、遊戯聴力検査以外に声かけ、ストップウォッチや音の出るおもちゃなどによる音負荷に対する表情、行動変化からきこえの程度の推察(BOA)が試みられている。このような聴力検査の工夫努力にもかかわらず在学中に一度も聴力検査のできなかった児童生徒が14.9%存在した。

特別支援学校の児童生徒の有所見率は22.2%で通常学校の有所見率と大差は無かった。

特別支援学校の児童生徒の重度化、重複化の進み中でほぼ100%近い児童生徒が耳鼻咽喉科健診を受けており、健診も学校医の熱意により一人ひとりの児童生徒に対応したきめ細かい健診法がアレンジ工夫されていることがアンケートより判明した。

稲垣⁴⁾は発達障害児全般の医療の場面においてはその特徴(表8)を念頭において診療、健診に当たる必要があり、その特徴を把握する為の情報収集が重要であると述べている。本人の苦手な事、怖がる事、分かりやすい情報伝達様式、表現様式などを保護者、担任、養護教諭から予め情報を得ておくことが健診成否の鍵となる。耳鼻咽喉科保健調査票とは別に発達障害児の特性を把握する為の調査票の作成が必要と考える。

健診のアレンジ工夫など一人の学校医の熱意と努力

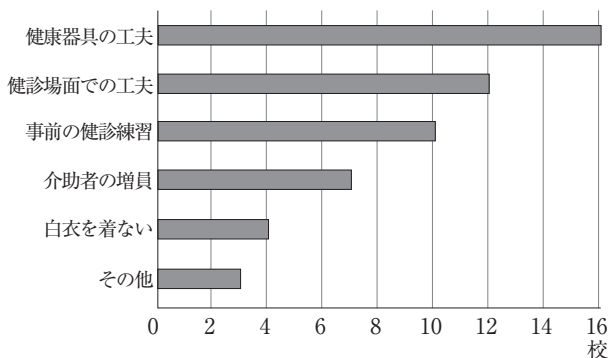


図1 耳鼻咽喉科校医による健診のアレンジ法

通常のオーディオメーターによる方法	82校
遊戯聴力検査、条件詮索反応聴力検査などによる方法	23校
ストップウォッチ使用	1校
聴力検査未実施	3校
不明	4校

表7 選別聴力検査の方法

- 1 言葉を聞いて理解することが苦手(抽象的表現は苦手)
- 2 イメージが持てない(見えないものは苦手)
- 3 診療行為の意味や目的が分からない(定型の子どもでも同じ)
- 4 見通しが持てない(診療・検査がいつ終わるのか不安)
- 5 感覚の問題(敏感と鈍感の共存)
- 6 嫌な経験が残る(記憶力がとっても良い子が存在)
- 7 落ち着きのなさ、衝動性、気の散りやすさ(細かいことに注意が向く)
- 8 一見して、理解不能な行動をとる(その背景を考える必要がある)

表8 自閉症スペクトラムの診療場面における注意点

にも限界がある。特別支援学校におけるマンパワー強化即ち学校医、介助スタッフの増員、選別聴力検査の改良、発達障害児特性調査票の作成など、より良い健診システム構築に向けての早急な取り組みが求められているといえる。

最後に昨年開催された第39回日本医師会全国学校保健・学校医大会⁽⁵⁾の第3分科会「耳鼻咽喉科」に寄せられた演題をここに紹介する。いずれも耳鼻咽喉科学校保健の現状に対する示唆に富む内容であったが紙面の都合上内容は割愛し演題のみとする。

- 1 就学時健診において異常を認めた児童の小学6年までのティンパノグラムの変動
- 2 耳鼻咽喉科健診で見つかった軽度・中等度難聴児について
- 3 学校健診よりみた鼻・副鼻腔炎症性疾患の疫学

- 4 学校健診における言語検査の再認識
- 5 小中学校における音声言語異常検査の現状と問題点(第2報)
- 6 特別支援学校における耳鼻咽喉科健診に関する問題点
- 7 政令指定都市移行における浜松市耳鼻科医会の取り組み及びアンケート結果
- 8 横浜市における耳鼻咽喉科学校医活動の現状と問題点
- 9 旧新潟市における集団検診方式について
- 10 学校保健活動に関するアンケートー耳鼻科校医の職務に関する意識についてー
- 11 宮城県における耳鼻科校医の健診に関する現状および意識調査
- 12 耳鼻咽喉科学校医の役割

(井上靖二)

参考文献

- 1) 日本学校保健会(睡眠時無呼吸症候群調査研究委員会): 睡眠時無呼吸症候群について:1~9.2009
- 2) 工藤典代、他: 小児睡眠時無呼吸症候群に対する学校保健の取り組み、口腔・咽頭科 22:2:143~147.2009
- 3) 日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会: 特別支援学校への耳鼻咽喉科学校医のかかわり - 発達障害児童生徒などの耳鼻

咽喉科健診のありかた -. 耳鼻咽喉科学校保健の動向:17~35.2009

- 4) 稲垣真澄: 発達障害について. 耳鼻咽喉科学校保健の動向:46~48.2009

- 5) 第3分科会「耳鼻咽喉科」: 第39回全国学校保健・学校医大会:187~245.2008.11

3-7 皮膚科

1. 20-21年度の動向

(1) 学校医活動

平成16年度から開始された『学校・地域保健連携推進事業』は平成19年度で終了し、改めて文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課管轄の新規事業：「平成20年度 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」がスタートした。この中でも、皮膚科、精神科、産婦人科、整形外科の4科による学校専門校医（専門相談医）制度が継続されており、学校からの要望を受けて専門医を派遣して指導・助言を行う等の活動をしている。事業は各都道府県教育委員会へ委嘱される形で行われている。

この事業への参画状況を、平成20年12月、都道府県学校保健担当者を対象にアンケート調査が行われた。

その結果を検討したところ、皮膚科の参画地域は47都道府県中31地域（66%）であり、前事業平成19年度（36地域、77%）に比べ、福井県が新規参画したが、6府県で不参画となった。参画形態は、モデル地域で限定的に事業を展開5地域、都道府県全域で事業を展開21地域であった。

その内容は、皮膚科専門校医（専門相談医）の学校への派遣13地域、教職員・養護教諭を対象とした研修会・講習会21地域、PTAを対象とした研修会・講習会12地域、その他の活動5地域であった。

新規事業では皮膚科、精神科、整形外科、産婦人科の4科体制での参画も前事業平成19年度に比べて減少（34→29地域）しており、4科に限らないで活動している地域も多い。皮膚科としては事業委嘱先である都道府県教育委員会に皮膚科参画を働きかけていくことが必要であろう。

(2) 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び「生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について

昨年度、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び「生活管理指導表（アレルギー疾患用）」が全国に配布されたが、運用は47都道府県中15地域（日臨皮学校保健委員会調べ）にとどまっている。

十分に周知されていないため、これに関する検討会がもたれ、検討事項が「学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ & A」として（財）日本学校保健会のHP上に掲載されている。

ここで扱われる疾患は、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アナフィラキシー・食物アレルギー、アレルギー性鼻炎の5疾患であり、学校での取り組みを希望する保護者は管理指導表を主治医・学校医に記載してもらい、学校に提出することにより取り組みを実施する。

この用紙の記入に際しては、皮膚に関する事項は皮膚科で、喘息に関しては内科で、眼科については眼科でと、各々専門の科が記入すべきというものの、便利性、エピペンの学校での使用、文書料などが各地域で問題になっている。

エピペンとはアドレナリン装填済み注射型製剤で、アナフィラキシーショックに陥ったときに自己注射するためのものである。あらかじめ医師に処方しておいてもらい、常時携帯して、必要な場合に応急処置として、蜂、食物、運動などによるショック状態になるのを一時的に抑制するものである。この注射を自己のみならず周囲の学校関係者がどのように施行すればいいか、また、施行して万一インシデントになったときに誰が責任を取るかなどが問題になっている。この点については「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の中でも「アナフィラキシーの救命目的に行われた場合は、医師法違反にならない」「関係法令の規定によりその責任が問われない」と記載されているものの、現場においては円滑に受け入れられるものではないようである。また、指導表の記載文書料についてもまだ各自治体で対応が異なっているため、統一化を望む声も少なくない。これらに関してもさらに論議すべき点である。

なお、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」及び「生活管理指導表（アレルギー疾患用）」については、日本皮膚科学会の学校保健ワーキンググループが中心になり、皮膚科領域の運用についてさらに論議していく予定である。

(3) 『皮膚の感染症に関する統一見解』について

1958年に学校保健法が制定され、学校伝染病が選択されたが、2009年には学校保健安全法へと改正され、伝染が感染に、学校伝染病は学校感染症に変更された。

幼稚園・小学校・中学校などで、この学校感染症として規定される疾患の取り扱いが問題になることがしばしば生じる。特にそれらの出席停止期間については教育の現場において適切な対応が要求される。学校保健安全法の基本的対応が、出席を停止することで学校教育現場へ感染する疾患を持ち込まないとしているからである。

出席停止期間とは病原体が全く排泄しなくなる期間ではなく、たとえ排泄していても他人へ感染させる可能性が非常に少なくなるまでとされている。

問題が多く生じるのは学校保健安全法の学校感染症第三種、その中の“その他の感染症”に包括される疾患である。第三種の出席停止期間については“感染のおそれがなくなるまで”とされているが、“その他の感染症”に属する疾患は、いずれも全身的には軽症であ

る場合が多いこと、感染性が長期間持続することに加え、“感染のおそれがなくなるまで”という曖昧な記載であるがゆえにこれらの疾患の出席停止期間に関しては、対応する側の独自の解釈が出されている。

皮膚病変のある感染症では、その感染性から、教育現場で、日常生活をどこまで制約をするかについても様々に論議されている。特に、頭虱、伝染性軟属腫や伝染性膿痂疹に関しては、幼児・小児の生活パターンから接触し、戯れて遊ぶことが多いゆえに、他の子供たちと一緒にプールへ入っていいか、どこまで制限するのか、感染が判明したときに学校でいじめにあわないかなどについては、機会あるごとに皮膚科、小児科で喧々譁々の論議が繰り返されている。

以上のことから、現場でより統一した見解の下で生活指導が容易になるようにと、第三種学校感染症の出席停止期間について、日本臨床皮膚科医会および日本小児皮膚科学会の統一見解として図のようにまとめた。現在日本皮膚科学会、日本小児感染症学会などでも統一の見解として対応していく方針で検討中であるが、皮膚科のみならず、内科・小児科などでもかかわりのあ

お子さんとその保護者さんへ 皮膚の学校感染症について

保育園・幼稚園・学校へ行ってもよいかな？ 休まなければならないかな？

- 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。口内の発疹で食事をとりにくい、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ものではありません。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、周囲の小児に感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）からの浸出液を触ったり、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21年4月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会

注：学校感染症第三種「その他の感染症」に関する日本臨床皮膚科医会の統一見解として平成16年12月に公表され、平成20年6月、日本小児皮膚科学会との共通見解になりました。

る疾患であり、広く利用していただければ幸いである。本見解は日本臨床皮膚科医会、日本医師会の各ホームページでも見ることができる。

(4) 皮膚科領域における学会等の連携

学校保健への取組は、平成5年に、まず日本臨床皮膚科医会（以下日臨皮）が、学校保健委員会を立ち上げ、行われてきている。現在は、さらに学校健康教育用教材の作成、各郡市医師会の学校保健委員会に皮膚科医が参加できるための働きかけなどを日本小児皮膚科学会（以下日小皮）と共同して学校関係者との接触および学校現場への皮膚疾患の啓蒙活動などの活動を行っている。今後は、皮膚の日の活動に学校保健を取り入れ全国展開をする、皮膚科医に学校保健活動の重要性の周知・徹底をさせる予定である。一方、日小皮としては、日臨皮と共同して中学校・高校へ皮膚に関する講演希望のアンケート調査と講師の派遣を行っている。

平成20年度に日本皮膚科学会（以下日皮会）が学校

保健ワーキンググループを立ち上げ、学校保健への取組を示しはじめた。日皮会としての学校保健への取組は、日臨皮・日小皮の学校保健活動への共同参加、学会員へ学校保健活動の重要性について啓蒙活動を行う必要があるということでスタートしている。具体的には、①日臨皮、日小皮が作成している学校教育教材CDに日皮会としても参加し、3学会連名の内容とする。②教育関係者・団体への講演活動への参加を日皮会としても講師の派遣、費用の共同負担を行う。③日皮会総会で継続的に学校保健に関する教育セミナーを行うことで、日皮会会員への学校保健に関する情報共有および取組の重要性についての啓発活動を行うなどである。日皮会が、学校保健に取り組んでいく姿勢を示したことは、皮膚科領域の最も大きな団体が、公益法人として社会貢献を行うという視点からも非常に重要であり、皮膚科全体が学校保健へ取り組んでいくことを社会に提示できる表れとして大きな論点である。

2. 最近の話題

今回は、学校におけるサンスクリーン剤使用に関する問題をとりあげた。

(1) プール授業におけるサンスクリーン剤の問題点

かつては日に焼くことが奨励され、夏休みには日焼けの黒さを子どもたちが競うほどであったが、地球のオゾン層の破壊、温暖化などの環境問題が叫ばれる現在では、皮膚の老化に大きく関与するのが紫外線で、18歳までに一生の50%以上の紫外線量を浴びその影響は生涯におよぶといわれている。幼少期からの紫外線対策が必要で、1997年に母子健康手帳から“日光浴”が消え、外気浴になった。環境省から平成15年『紫外線保健指導マニュアル』が出され、18年、20年に改訂版がだされた。その中でも学校教育の中での紫外線対策の重要性がいわれている。なぜ紫外線を多く浴びることが良くないかが理解されていない。紫外線を浴び黒くなると健康にいい、浴びないと骨が強くならないなどがまだ信じられているのが現状である。食糧事情のよい日本では食物からビタミンDは十分に摂取できるし、日本の緯度から、骨形成に必要な紫外線量は日常生活で十分で曝露されていて、それ以上には不要である。

学校教育の現場での対策としては、午前10時ごろから午後2時ごろの紫外線の強い時間帯を避ける、児童生徒には帽子をかぶらせる、外での体育・作業時には長袖や首の回りを囲う襟のついた衣服を着用させる、目の保護にはUVカット効果のあるサングラスを使用させる、さらに日焼け止めクリームの使用などである。これらが実際行われているかといえば、多くの学校では否であらう。

もっとも手軽に行えるにもかかわらずいきわたっておらず、しかも必要なのが、プール授業における日焼け止めクリーム（以下、サンスクリーン剤）の使用であるが、この使用の賛否が昨今問題になっている。海外では一般的に利用されているが、我国では禁止している学校が多い。佐々木ら（日小皮会誌、2: 195-201, 2008.）が、太陽紫外線防御研究委員会と日臨皮と協力して行った小学校を対象としたアンケート調査では、学校で実施されている紫外線対策として、帽子着用指導、プールに日よけを設置、紫外線の功罪についての指導、サンスクリーン剤の使用許可、プール授業時のサンスクリーン剤使用などが挙げられている。その内訳では、プール授業で、サンスクリーン剤の使用は重要であるが、約50%の

学校では使用の可否を明確にしておらず、30%は保護者の判断に任せている。そして、14%は原則禁止、あるいはすべての児童が禁止されている。禁止の理由として、プールの水が汚れるからというのが圧倒的に多く、そのほかサンスクリーン剤は化粧品と見なされるため好ましくない、学校でサンスクリーン剤を塗る時間がないなどと回答されている。

問題となっているサンスクリーン剤によるプール水の汚染に関して、市橋らは平成16年に金沢市の小学校のプールでサンスクリーン剤を塗ってもらい、プール授業の前後でプール水の水質検査を行ったが、濁度に全く変化はみられなかった。大阪皮膚科医会の調査では調査した14校中サンスクリーン剤使用を自由に行っている学校は4校、条件つき使用自由の学校は3校、使用禁止の学校は7校あったが水質の差はなかった。佐々木らの調査(日臨皮会誌, 25;554-560, 2008.MB Derma,157,69-75,2009.)では、小学4-6年生、60名(うちサンスクリーン使用者30名、プール授業参加平均3.5日)の全身に小児用サンスクリーン剤を塗布してもらい、プール授業開始前、開始後2週間毎にプール水を採取し、学校環境衛生基準の水泳プールの管理に基づいた項目(pH、濁度、遊離残留塩素、過マンガン酸カリウム消費量、一般細菌・大腸菌、トリハロメタン)とサンスクリーン剤成分の亜鉛とその化合物を測定した結果、水質検査項目について文部科学省、環境省が定める基準以内であったという。これらの結果はサンスクリーン剤でプール水が汚染されることはないという事実を示している。

(2) 今後の課題

学校における紫外線防御へのまず一步は、サンスクリーン剤の使用制限の見直しであろう。サンスクリーン剤による水質汚染に対しては、実際の調査で否定され、問題がないと証明されている。一方、化粧品に分類されているため、学校教育の面で問題ありとされる点も、サンスクリーンは欧米では医薬品に分類されていることから、本邦でもそろそろ再考慮されるべき時期に

来ているのではないだろうか。すなわち、我国では化粧品会社を中心になってサンスクリーン剤を開発しているため、化粧品に分類されているが、本来医薬品であることを医療界・学校教育界で見直すべきと考えている。

本邦の小児向けのサンスクリーン剤については、欧米以上に保護者の安全性への関心が高い。小児用となると肌に優しい、安全なものという保護者の要求に応え、製造側は小児用はすべて紫外線吸収剤を使わず、散乱剤のみとしている。しかし、散乱剤のみで吸収剤を使わずに作った製剤は、その目的であるところの紫外線防御に対して十分な効果が得られない。紫外線防御が必要不可欠なオーストラリアをはじめとする欧米の地域では、まず完全に紫外線遮断ができることを目的にしているのが小児用サンスクリーン剤であるがゆえに、吸収剤と散乱剤を併用した効果の高い製品となっている。今後の学校教育現場で、サンスクリーン剤を導入していく方針ならば、わざわざ紫外線遮断効果の低いものを用いるより、遮断効果で判断すべきである。まれに紫外線吸収剤による接触皮膚炎が生じたときには、皮膚科医に相談し、吸収剤を使っていない製品を使用するようにすればよいのである。サンスクリーン剤には種々の種類があり、紫外線の防御効果をSPF、PAなどの表示で示している。プールなどの水に入るときはウォータープルーフで、落ちにくいものを使えば、水にも溶けにくく、日焼け止め効果が大きい。落ちにくい分は帰宅後に石鹸や専用洗剤で洗い落とせばよい。ただし、アトピー性皮膚炎などの皮膚の炎症がある場合は皮膚科医に相談させることも必要である。

屋外プールが多い我国の現状では、プールサイドに日よけを設置することも推進されるべきである。しかしこの点においては、「学校における水泳プールの保健衛生管理」(日本学校保健会、2009年)のなかでも“熱中症を予防するために、テントなど日陰で休憩させ云々”とだけ記載され、日陰は熱中症の予防目的であり、紫外線防御のためとは記載されておらず、ましてや紫外線防御目的のプールサイド日よけ設置は、各学校へ義務付けられていない。今後の課題であろう。

(日野治子)

3-8 アレルギー科

はじめに

近年、アレルギー疾患は全年齢、全世界的に増加の傾向にある。とくに小児においては最近、重症な食物アレルギーが乳幼児から学童まで大きな問題となっている。また、スギ・ヒノキ花粉症の有症率の上昇と低年齢発症が注目されている。アレルギー疾患はぜん息やアナ

フィラキシーでは生命の危険もあるが、他のアレルギー疾患でも学校生活におけるQOLの障害は多く、そのコントロールはアレルギー児の学習権の保障の意味からみても重要である。

1. アレルギー疾患の有症率

日本の学童における経年的調査は西日本11県の小学児童の1982年、1992年、2002年の3回にわたる疫学調査がある¹⁾。1992年と2002年を比較してみるとぜん息4.6→6.5%、アレルギー性鼻炎15.9→20.5%、アレルギー性結膜炎6.7→9.8%、アトピー性皮膚炎17.3→13.8%であり、ぜん息の1982年は3.2%である(図1)。

このように全体的に増加傾向であり、文部科学省は

平成16年、全国小、中、高等学校12,773,554人の児童生徒のアレルギー疾患の実態調査を養護教諭を通じて行った。その結果は図2に示すようにぜん息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー性結膜炎3.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.14%で、とくに予想以上に食物アレルギー、アナフィラキシーの多いことが注目された²⁾。

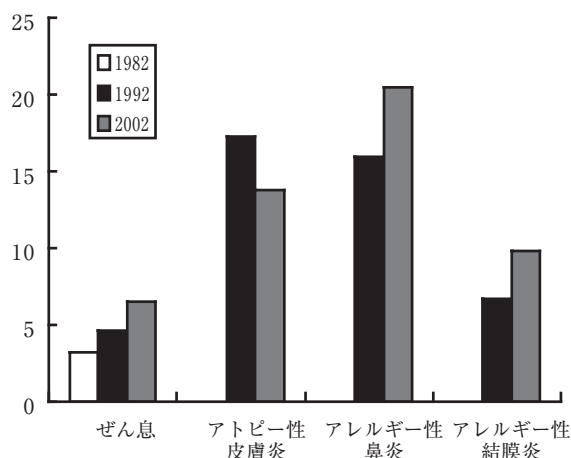


図1 西日本小学児童におけるアレルギー疾患有症率¹⁾

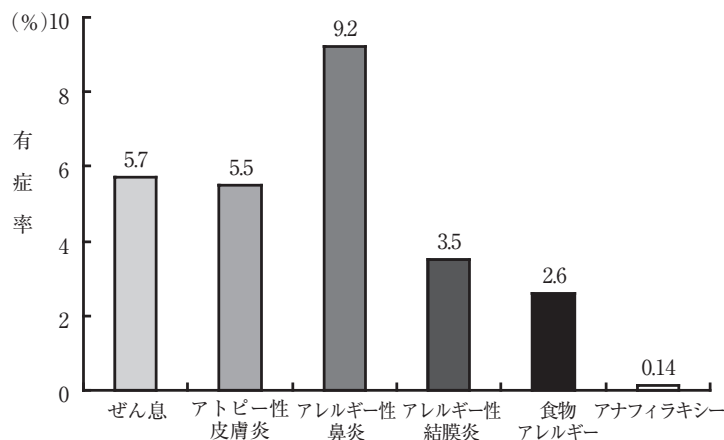


図2 日本全国の児童生徒全体のアレルギー疾患有症率²⁾

2. 学校におけるアレルギー疾患児の対応

学童におけるアレルギー疾患の高有症率とQOLの障害を受け、文部科学省では「アレルギー疾患に関する調査研究委員会(委員長:衛藤 隆 東京大学大学院教授)を設置し、関係医学会、患者団体、学校関係者を中心に集中的に議論を重ね、それを受けて日本学校保

健会において平成20年3月、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を作成した。そして全国小・中・高等学校に各3冊ずつ配布し、本格的にアレルギー疾患を有する児童生徒に対する学校での取組を推進していくことにした³⁾。

3. 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

このガイドラインは今までにない画期的な特徴を有している。それは、①児童生徒におけるアレルギー疾患の高い有症率が教育側からの全国集計で出たこと、②調査の分析には文部科学省側にアレルギーの専門医が濃厚に関わったこと、③調査だけに終らず結果分析後、学校におけるアレルギー疾患への取組の検討に入ったこと、④その結果、学校におけるアレルギー疾患への積極的な取組を各都道府県教育委員会に指示したこと、⑤その中で学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を示し、医療的ケアにも踏み込んだこと、⑥とくに食物アレルギー、アナフィラキシーについての質問に対してはQ&A集を作ることによって即応したこと、であり、教育界（文部科学省）がアレルギー児の問題を正面から取り上げ、その教育保障のため、学校側、保護者側、医療者側3者の共通理解のツールとなる「学校生活管理指導表」を作成したということである⁴⁾。

該当学童のアレルギー疾患の状態と管理における共通理解のため、表裏1枚を使い、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）が作られた（表1,2）。これは、日本学校保健会のホームページ（<http://www.gakkohoken.jp>）から取り出して、かかりつけの医師に書いてもらい、学校に保護者が提出する形式をとっている。

(1) 気管支ぜん息

気管支ぜん息では現在、薬物療法はアレルギー性慢性炎症を抑えるための長期管理薬が主となっている。したがって、2008年発刊の日本小児アレルギー学会編の「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン（JPGL2008）⁵⁾の最新治療にのっとって治療項目が

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）		学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）	
名前 男・女 平成 年 月 日生（歳） 学校 年 組 提出日 平成 年 月 日		名前 男・女 平成 年 月 日生（歳） 学校 年 組 提出日 平成 年 月 日	
アレルギー疾患用	気管支ぜん息（あり・なし） A. 重症度分類（発作型） 1. 軽度 2. 軽度持続型 3. 中等度持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬（吸入薬） 1. ステロイド吸入薬 2. 長時間作用性吸入ステロイド薬 3. 吸入低アレルギー薬（「イソタール」） 4. その他 B-2. 長期管理薬（経口薬） 1. テオフィリン緩徐錠 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ2刺激薬内服薬・吸入薬 4. その他	学校生活上の留意点 A. 運動（体育・部活動等） 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 強い運動は不可 B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. 動物へのアレルギーが強い場合不可 C. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号
	アトピー性皮膚炎（あり・なし） A. 重症度分類（発作型） 1. 軽度 2. 軽度持続型 3. 中等度持続型 4. 重症持続型 B-1. 外用薬 1. ステロイド外用薬 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック」） 3. 免疫抑制剤 4. その他 B-2. 外用薬以外の薬 1. ステロイド外用薬 2. タクロリムス軟膏（「プロトピック」） 3. 免疫抑制剤 4. その他 C. 食物アレルギー 1. あり 2. なし	学校生活上の留意点 A. プール指導及び部活動等の校外活動での活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. プールへの入水不可 D. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号
	アレルギー性鼻炎（あり・なし） A. 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 常年性アレルギー性鼻炎 4. アトピー性鼻炎 5. その他 B. 治療 1. ステロイド点鼻薬 2. ステロイド点鼻薬 3. 免疫抑制剤 4. その他	学校生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 部外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号
アレルギー疾患用	食物アレルギー（あり・なし） A. 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載） 1. 即時型 2. 遅延型 3. 食物アレルギー性運動誘発アナフィラキシー B. アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載） 1. 食物（即時型） 2. 食物アレルギー性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 皮膚 5. 気管支 6. その他 C. 重症度分類（発作型） 1. 軽度 2. 中等度 3. 重症 4. 重症持続型 5. その他 D. 緊急時に備えた処方箋 1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬） 2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン」） 3. その他	学校生活上の留意点 A. 運動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 動物との接触 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. 動物へのアレルギーが強い場合不可 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 E. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号
	アナフィラキシー（あり・なし） A. 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 常年性アレルギー性鼻炎 4. アトピー性鼻炎 5. その他 B. 治療 1. ステロイド点鼻薬 2. ステロイド点鼻薬 3. 免疫抑制剤 4. その他	学校生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 部外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号
	アレルギー性鼻炎（あり・なし） A. 病型 1. 過半数アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎（花粉症） 3. 常年性アレルギー性鼻炎 4. アトピー性鼻炎 5. その他 B. 治療 1. ステロイド点鼻薬 2. ステロイド点鼻薬 3. 免疫抑制剤 4. その他	学校生活上の留意点 A. プール指導 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. プールへの入水不可 B. 部外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. その他の配慮・管理事項（自由記載）	医師名 医師職関名 電話番号

表1.2 学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

記載されている。また、学校生活を十二分に充実して送るためには運動誘発ぜん息のコントロールが必須なのでその項目、さらにはアレルゲン除去、とくにペットの飼育関係での注意、宿泊を伴う校外活動の際の注意等が簡潔に記述されるようになっている。

(2) アトピー性皮膚炎

アトピー性皮膚炎（atopic dermatitis: AD）は文部科学省調査では小学生6.3%、中学生4.9%、高校生4.0%であり、中等症以上のADはほぼ把握されていると

思われる。現在、ADの治療は、①原因・悪化因子の検索と対策、②スキンケア（異常な皮膚機能の補正）、③薬物療法である⁶⁾。そこで学校では図3に示す発症悪化因子の汗に対する注意を促すように記入項目が作られている。

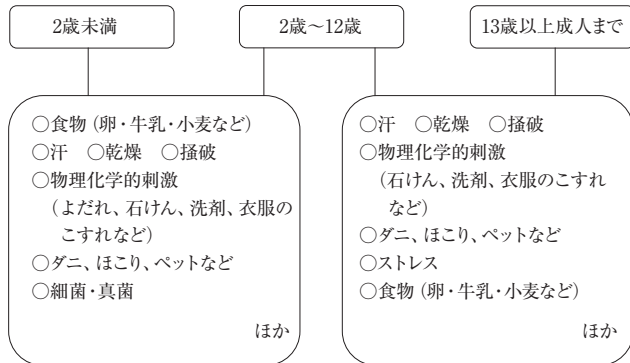


図3 アトピー性皮膚炎の年齢別発症・悪化因子⁶⁾
患者によって発症・悪化因子は異なるので、個々の患者においてそれらを十分確認してから除去対策を行う。

(3) アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎

この疾患は生命にかかわることはないものの、とくに春のスギ・ヒノキ花粉飛散時期の疾病自体による症状の発現・増悪と内服薬の副反応によりQOL、ADLの障害に注意するように項目設定がされている。

(4) 食物アレルギー、アナフィラキシーショック

現在、学校現場で最も頭を悩ませているアレルギーは、この食物アレルギー、アナフィラキシーであろう。国立病院機構福岡病院小児科の外来患者数をみても食物アレルギー患者の増加は他アレルギー疾患に比して著しい（図4）。

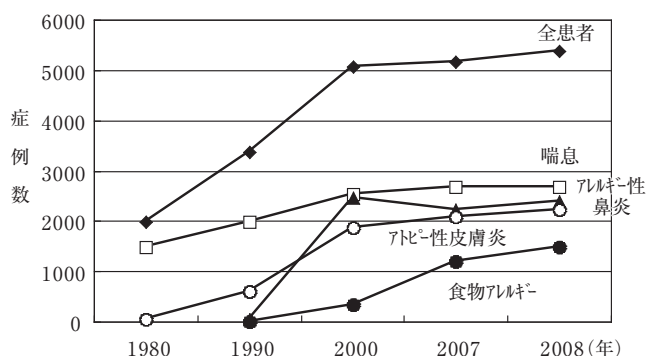


図4 国立病院機構福岡病院（旧・国立療養所南福岡病院）小児科外来における疾患別の患者数

文部科学省の調査では、食物アレルギーは小学生：2.8%、中学生：2.6%、高校生：1.9%、アナフィラキシーは小学生：0.15%、中学生：0.15%、高校生：0.11%と高

年齢に至っても予想以上に高率であった。

食物アレルギーの正確な有症率は食物アレルギーと間違いやすい食物不耐症（乳糖不耐症など）、食中毒、仮性アレルゲンを多量に含む食品摂取などがあることや、客観的診断法が最終的には当該食品の負荷試験によることなどから現実には難しい。即ち、保護者の訴えだけではover diagnosisが多くなる傾向がある。

また、逆に食物依存性運動誘発アナフィラキシーは医師ですら、その存在を知らないことがあるため、十分に把握されていないと思われる。我々の福岡病院の経験では表3に示すように、男の学童が多く、学校の昼食後に3/4が発症している。食物の種類では小麦や甲殻類が多い（表3）。これは厚生労働省研究班の一般的な食物アレルギーの原因食品とも共通するものである（表4）⁷⁾。

食物アレルギーに対する学校での配慮をみると図5、図6にみるように修学旅行等ではかなり良好であるが、

＜初発時年齢＞		運動の種類	
8歳～16歳（平均年齢11歳）		サッカー	6例
男性16人 女性3人		ラグビー	1例
＜発症時の食物摂取状況＞		野球	1例
学校での昼食後 14例		バスケット	1例
（うち持参弁当 3例）		マラソン大会	1例
外食後 1例		登下校途中	1例
自宅 3例		遊んでいるとき	8例
原因食品		（体育館で遊ぶ・鬼ごっこ・廊下を少し走る・昼休みに遊ぶ など）	
小麦8（パン、うどん、スパゲッティ）、エビ7、他（乳、イカ、青野菜、山芋など）			

（NHO福岡病院）

表3 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

	0歳 n=1270	1歳 n=699	2, 3歳 n=594	4-6歳 n=454	7-19歳 n=499	20歳以上 n=366
No.1	鶏卵 62%	鶏卵 45%	鶏卵 30%	鶏卵 23%	甲殻類 16%	甲殻類 18%
No.2	乳製品 20%	乳製品 16%	乳製品 20%	乳製品 19%	鶏卵 15%	小麦 15%
No.3	小麦 7%	小麦 7%	小麦 8%	甲殻類 9%	そば 11%	果物類 13%
No.4		魚卵 7%	そば 8%	果物類 9%	小麦 10%	魚類 11%
No.5		魚類 5%	魚卵 5%	ピーナッツ 6%	果物類 9%	そば 7%
小計	89%	80%	71%	66%	61%	64%

表4 食物アレルギー患者の年齢別の主な原因食物⁷⁾

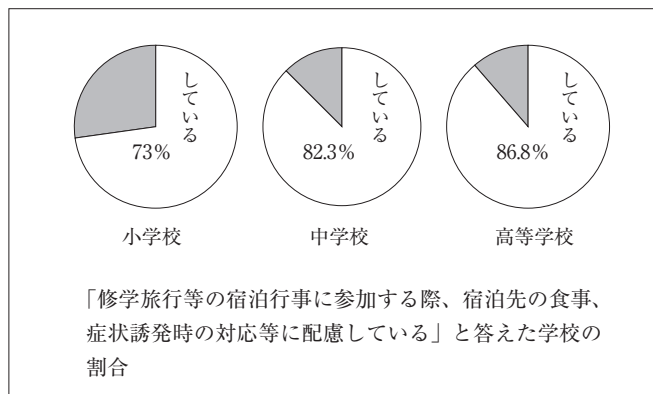


図5 修学旅行等に参加する際、食物アレルギーへの配慮について

校外学習では十分とはいえない。

食物アレルギー、とくにアナフィラキシーを発症したときの救急治療はアドレナリン（エピネフリン）注射が第1選択剤である（図7）。この薬剤は自己注射薬としてエピペン®という商品名で入手可能となっている。本薬剤は学童が所持していれば、教職員、救急救命士が注射しても人命救助の観点からやむを得ず行った行為とみなされ医師法違反とならないと明確に整理された。

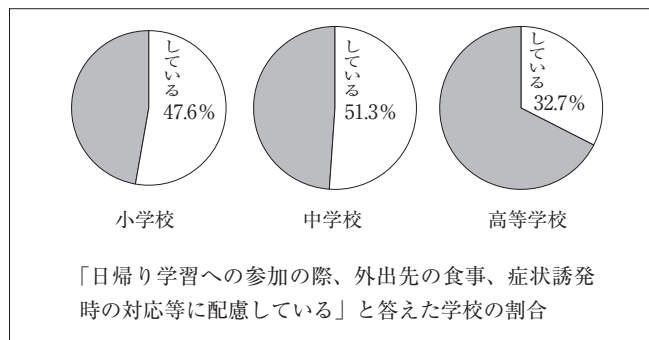


図6 校外学習時の食物アレルギーへの配慮について

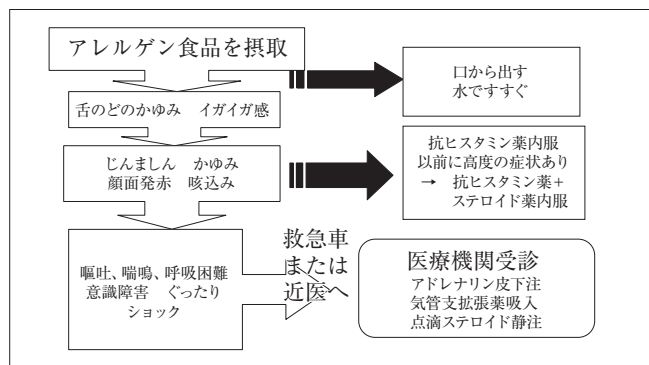


図7 即時型食物アレルギーの対応

まとめ

いずれかのアレルギーを有する児童生徒は30～40%に上る。たとえ、このような病気を持っていても健康な子どもたちと同様に勉強し、運動し、多くの経験を学校生活の中で行えるよう、学校生活管理指導表（アレルギー

疾患用）が医療関係者、学校関係者、学童・保護者の3者の共通ツールとして有効に活用していくことが期待される。

（西間三馨）

参考文献

- 1) Nishima S., et al.: Surveys on the Prevalence of Pediatric Bronchial Asthma in Japan: A Comparison between the 1982, 1992, 2002 Surveys Conducted in the Same Region Using the Same Methodology, *Allergology International*, 58: 37-53, 2009.
- 2) 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，文部科学省，平成19年3月。
- 3) (財)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，文部科学省スポーツ・青年局学校保健課監修，平成20年3月。

- 4) 西間三馨：第112回日本小児科学会学術集会・教育講演 学校のアレルギー疾患のガイドライン，*日児誌* (in press)，2009年。
- 5) 日本小児アレルギー学会：小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2008（西牟田敏之，西間三馨，森川昭廣 監修），協和企画，東京，2008。
- 6) 日本アレルギー学会：アトピー性皮膚炎ガイドライン2006（山本昇壯，河野陽一 監修），協和企画，東京，2006。
- 7) 海老澤元宏・他：食物アレルギーの診療の手引2008，厚生労働科学研究費補助金 免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業，2008。

3-9 整形外科

はじめに

社会構造の急速な変化は日本に先進国でも類をみない少子・超高齢化社会をもたらしつつある。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2005年に2,400万人（総人口の18.9%）あった年少人口（20歳未満）は50年後には1,050万人（11.7%）に半減するといわれている。人口ピラミッドでみれば40%以上が老年人口（65歳以上）となり、年少人口は1割となる逆ピラミッド型を呈する。この変化はすでに地方では始まっており、2035年には44道府県で老年人口が3割を超すと試算されている¹⁾。

筋肉、腱、靱帯、骨、関節、神経、脈管系などの身体運動に関わる種々の組織・器官によって構成される運

動器に関係したけがや障害、病気が運動器疾患と称される。小児期における運動器の問題はその時期に留まらず、その青壮年期・老年期の運動機能にも大きな影響を与えうる。したがって、次世代を担う小児の運動器に係る問題を明確にし、その早期発見と予防に取り組むことは大人の重大な責務である。

本稿では児童生徒の運動器に関わる各種統計・報告や平成17年度から行われている「運動器の10年」日本委員会「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」の結果などから、児童生徒の運動器疾患の実態と課題について述べる。

1. 児童生徒の体躯と体力・運動能力

文部科学省による「平成19年度体力・運動能力調査」²⁾では昭和60年と比較して、小学生・中学生・高校生の身長・体重などの体躯はいずれも良くなっていると報告されている。これに対して体力・運動能力については小学生・中学生・高校生の男女ともに全ての項目で低下がみられ、特に50メートル走、立ち幅とび、ソフトボール投げにおいて大きな低下がみられたという（図1-1、1-2、1-3）。とくに運動習慣をもたない子どもの運動能力の低下は顕著である。また、朝食を食べない子どもや睡眠時間の少ない子どもに持久力が低下していることも示され、運動能力の低下と生活習慣の乱れとの関連が指摘されている。

一方、前記調査によれば、運動・スポーツ実施頻度

を「ほとんど毎日（週に3日以上）」、「週1～2日程度」、「月1～2日程度」、「しない」に分類すると、小学生では男女ともに「ほとんど毎日（週に3日以上）」群の割合が減少しており、特に女子において大きな減少がみられるという（図2-1）。これに対して、中学生では男女ともに「ほとんど毎日（週3日以上）」群の割合が増加す

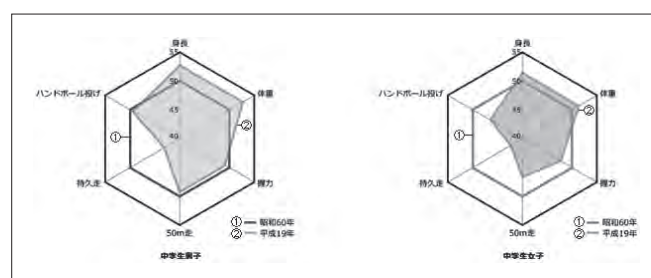


図1-2 平成19年度と昭和60年度との体格及び体力の比較（中学生）※

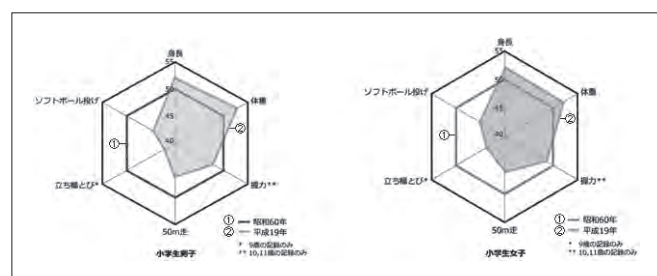


図1-1 平成19年度と昭和60年度との体格及び体力の比較（小学生：9、10、11歳）※

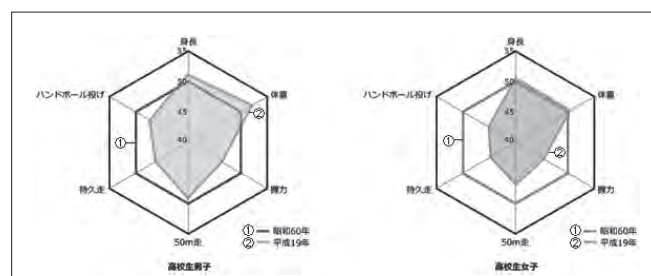


図1-3 平成19年度と昭和60年度との体格及び体力の比較（高校生）※

る傾向にあって、特に男子では約90パーセントが「ほとんど毎日（週3日以上）」と回答している（図2-2）。さらに、高校生では男子は、「ほとんど毎日（週3日以上）」群の割合が増加しているものの、そのほかは減少または横ばいとなっている一方で、女子では、「しない」群の割合が増加し、約3割の女子が「しない」と回答している（図2-3）。

以上の結果から現代の児童生徒において男女ともに運動・スポーツをする人と、しない人の二極化の傾向が顕著になっているといえる。このことは運動・スポーツのし過ぎによって児童生徒の運動器に種々の傷害を与える一方で、運動・スポーツをしないことによって運動器の機能低下を生じる可能性をも示すものと考えられる。

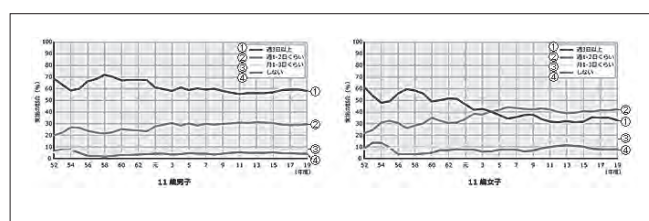


図2-1 運動・スポーツ実施頻度の年次推移（11歳）※

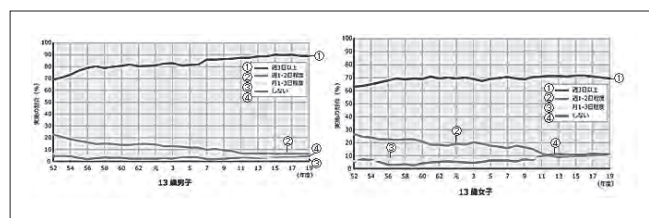


図2-2 運動・スポーツ実施頻度の年次推移（13歳）※

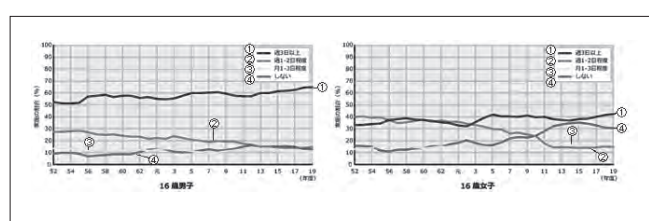


図2-3 運動・スポーツ実施頻度の年次推移（16歳）※

2. 運動器疾患の実態

児童生徒の運動器疾患の罹患状況を明らかにする目的で「運動器の10年」日本委員会「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」として行われた島根³⁾、京都⁴⁾、宮崎⁵⁾各グループでの児童生徒の運動器検診結果と、平成20年度「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」で福岡市教育委員会が行った運動器検診結果⁶⁾から、その実態について述べる。

島根グループでは平成17～19年度の3カ年に亘る整形外科医が直接検診を行った運動器検診結果から、運動器疾患の罹患率が6～7%と推定され、学年とともに罹患率が高くなることが判明した。平成20年度では健康調査票（問診票）を用いてスクリーニングを行って定期健診時に学校医による診察で要検診者を抽出する方法を島根県下の協力校103校で行った⁴⁾。対象者は小学校5年生、中学校1年生、高校1年生とし、協力の得られたのは小学校61校、2,735人、中学校29校、3,014人、高等学校13校、1,639人、計7,388人であった。

児童生徒総数7,388人のうち、問診票によって異常ありとした要検診者は全体では3,187人であり、全体の43.1%であった。学制別による要検診者はそれぞれ、小学生では2,735人中897人（32.6%）、中学生では3,014人中1,122人（37.2%）、高校生では1,639人中1,168人

（71.3%）であり、学年が高くなるにつれ、要検診者率が高くなっていた。学校医が専門医療機関への受診が必要と認めた要検診者は全体では861人であり、全体の11.7%であった。小学生では303人（11.1%）、中学生では270人（9.0%）、高校生では288人（17.6%）であった。一方、治療中であった者は全体では66人（0.9%）で、小学生では24人（0.9%）、中学生では24人（0.8%）、高校生では18人（1.1%）であった。検診段階で放置可とした者は全体では2,260人（30.1%）で、小学生では570人（20.8%）、中学生では828人（27.5%）、高校生では862人（52.6%）であった。

要検診者のうち医療機関を受診した者は全体では263人（3.6%）であり、小学生では87人（3.2%）、中学生では114人（3.8%）、高校生では62人（3.8%）であった。受診の結果、要経過観察あるいは要治療とされた者は全体では98人（1.3%）で、小学生では19人（0.7%）、中学生では56人（1.9%）、高校生では23人（1.4%）であった。これらと医療機関受診率から推定される要経過観察あるいは要治療者率は全体では4.3%、小学生では2.4%、中学生では4.4%、高校生では6.5%であった。

疾患名は脊柱側弯症が33%、スポーツ傷害が25%、脊椎疾患、肘疾患（変形を含む）が各々10%、膝疾

患が8%であった。要治療者の63%が運動部に所属し、サッカー（23%）、バスケットボール（15%）、野球（11%）などが多く、過去においても同様のスポーツを行っていた。以上の結果から推定される要経過観察あるいは要治療者率とすでに治療中の者を併せると、運動器疾患罹患率は全体で5.6%、小学校3.1%、中学校では6.3%、高校では7.9%と推計された（図3）。

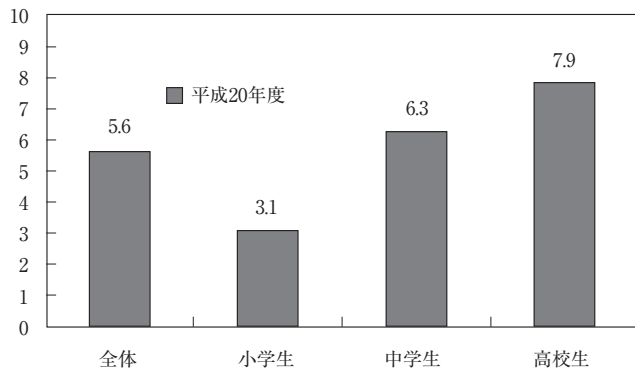


図3 運動器疾患の推定罹患率

これに対して、京都グループの小学校2校および中学校1校の調査⁵⁾では、健康調査票によって異常ありとされた要検診者は、小学校ではそれぞれ66/313名（21%）、51/498名（10%）、中学校では80/273名（29%）であり、二次検診にて異常を指摘された者はそれぞれ7名（2%）、38（8%）、59（22%）であった。

運動器疾患の種類はO脚・X脚、扁平足、外反母趾、オスグッド病、膝蓋大腿関節障害、膝半月板損傷の疑

い、先天性股関節脱臼、有痛性外脛骨、足底筋膜炎等の下肢障害や側弯症、腰痛等の脊椎疾患や肩関節痛、外反肘、上腕骨外上顆炎、小指骨折後変形などの上肢障害がみられた。

宮崎グループの小・中学校16校2,179名を対象とした運動器検診⁶⁾では問診票で異常のあったのは107名（5.7%）であり、要受診、治療中はそれぞれ173名（7.9%）、99名（4.5%）であった。二次検診による運動器推定罹患率は8.2%であり、側弯症、オスグッド病、Sever病、O脚変形などが報告されている。

さらに、福岡市教育委員会が行った運動器検診⁷⁾では、モデル校として小学校1校（290人）、中学校1校（63人）を対象に問診票によるスクリーニングおよび整形外科専門医による検診を行っている。これによると、小学校では問診票での要検診者は44人（15%）、専門医による要精査者は12人（4%）であり、そのうち4人1.4%が異常ありと診断された。疾患としては、骨折後内反肘、踵骨骨端炎、野球肘、離断性骨軟骨炎であり、骨折後内反肘以外はスポーツが原因であると考えられたとしている。

中学校では要検診者は15人（24%）であり、要精査者は5人（8%）であり、異常ありとされた3人（4.8%）の内訳は二分脊椎、開張足、種子骨痛、腰椎分離症の疑いであり、スポーツとの関連を指摘されている。

4. 運動器機能不全の実態

前述の島根グループで行った児童生徒総数7,388人に対する保健調査項目では、全体で「ヒザの後ろを伸ばし前屈して指先が床につかない」が33%と最も多く、ついで「うつ伏せでヒザを曲げたとき踵（かかと）が臀部（お尻）につかない」が22%であった。小学生ではそれぞれ35%、20%、中学生では36%、18%であり、高校生では28%、26%であり、いわゆる「からだの固い」児童生徒が多いことが判明した。

京都グループでは小学校2校（313名、195名）・中

学校1校（273名）・高校2校（662名、168名）を対象とした「からだの固い」子どもの頻度を調査している。その結果、小学生では「腕が完全に挙がらない」子どもが0.5～5.4%、「体前屈で指先が床に届かない」子どもが8.0～10.3%、「しゃがみ込みができない」子どもが0.5～5.4%みられたという。中学生では各々12.1%、9.9%、10.6%であり、高校生では0～0.9%、19.1～28.6%、8.1～11.9%の生徒にみられたと報告されている。

5. 考察

以上の調査結果から、児童生徒の運動器疾患の発生頻度は1割弱はあると推定できる。この発生頻度は、平成20年度学校保健統計調査における他の疾患と比

較すると、齲歯、視力低下、鼻・副鼻腔疾患に次いで比較的高いものであり、決して看過できない発生率であるといえる。また、その罹患率は学年が進むにつれて上昇

する特徴を持っていた。さらに、疾患としては側弯症のほか、運動・スポーツに伴う上肢・下肢の障害が多かった。このような発生頻度の増加傾向や種類の特徴の理由として、学年が進むにつれて課外活動としての運動部活動やスポーツ少年団等での運動の機会が増すためと考える。

これまでの学校保健統計調査では以上のような小・中・高等学校における運動器疾患の発生頻度や種類の特徴は明らかではなかった。その背景には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にとって運動器疾患の診察は不馴れであること、さらに側弯症以外の運動器疾患の具体的基準が明らかでないことなどが考えられる。

一方、以上の調査結果から運動器疾患だけでなく、「からだの固い」、いわゆる運動器機能不全が児童生徒に多いことが明らかになった。京都グループが指摘しているように、「からだの固い」異常は「運動器の機能に障害を来した運動器機能不全」のひとつといえ、「から

だが固い」状態のまま運動・スポーツを行えば運動器疾患を招来する可能性がある。本調査では1～3割に運動器機能不全が存在することが推定された。その理由には、幼少時からの体を使った屋外での遊びが少なくなったことや、例えばラジオ体操のような全身を使った基本的な運動をする機会が少なくなったこと、幼小児期から単一種目の運動・スポーツを行う傾向があることなどが考えられる。運動器機能不全に対しても早期発見・予防への取組が必要である。

これまでの調査⁷⁾から運動器や運動器疾患に対して保護者、養護教諭、学校医、整形外科医、運動・スポーツ指導者間には認識のずれや相互の情報伝達や連携体制が不十分であることが判明している。このため学校（養護教諭）、保護者、運動・スポーツ指導者への児童生徒の運動器疾患や運動器機能不全に関する啓発活動を行うとともに相互のコミュニケーションを図り、有機的な運動器検診体制を確立しなければならないと考える。

おわりに

平成21年4月1日学校保健法は学校保健安全法に改正され施行されている。本法では養護教諭だけでなく関係教職員等と連携した組織的な保健指導の充実と、地域医療機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実とが謳われている。児童生徒の運動器疾患

や運動器機能不全への取組はまさにこのような組織的連携のなかで体制が構築されるべきと考える。次世代のために学校における運動器検診体制の整備・充実が早期になされることを切望する。

(内尾祐司)

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成18年12月推計）<http://www.ipss.go.jp/>
- 2) 文部科学省ホームページ：「平成19年度体力・運動能力調査」の概要 http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/20/11/08100803.htm
- 3) 葛尾信弘、他：学校医による定期健診での運動器検診に関する研究報告。平成20年度「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」報告書（第4報）。『運動器の10年』日本委員会編、2009。
- 4) 福田 潤、他：学校における運動器検診2008年度モデル事業報告。平成20年度「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」報告書（第4報）。『運動器の10年』日本

委員会編、2009。

- 5) 帖佐悦男、山本恵太郎：宮崎グループ報告書。平成20年度「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」報告書（第4報）。『運動器の10年』日本委員会編、2009。
- 6) 平成20年度「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」報告書～福岡市における運動器に関する事業報告。．
- 7) 葛尾信弘、他：保護者、体育主任、スポーツ指導者の運動器疾患に関する認識の実態調査。平成19年度「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」報告書（第3報）。『運動器の10年』日本委員会編、2008。

※図1-1～3、図2-1～3とも2) の文部科学省ホームページからのものです。

3-10 歯科・口腔外科

1. むし歯（う歯）

文部科学省平成20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20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50.3パーセント、小学校63.8パーセント、中学校56.0パーセント、高等学校65.5パーセントとなっており、全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みると、30年前（昭和51年度）にはすべての学校段階で90パーセントを超えており、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）にみると、17歳が70.3パーセントと最も高くなっている。また、処置完了者の割合は、9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等（喪失歯及びむし歯）数をみると（表2）、「喪失歯数」はほとんど変化がないが、「むし歯数」は1.54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10年度と比較すると1.56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罹患状況は過去に比べ低下しており、また例えばむし歯に罹患したとしても進行は慢性化し、軽症状態で進む。したがって、過去のようにむし歯を早期発見、早期治療しないと歯髄を除去し、歯質が崩壊して歯を喪失することが少なくなったといえる。現在の幼児児童生徒の口腔内環境は非常に良くなってきている。その最大の要因

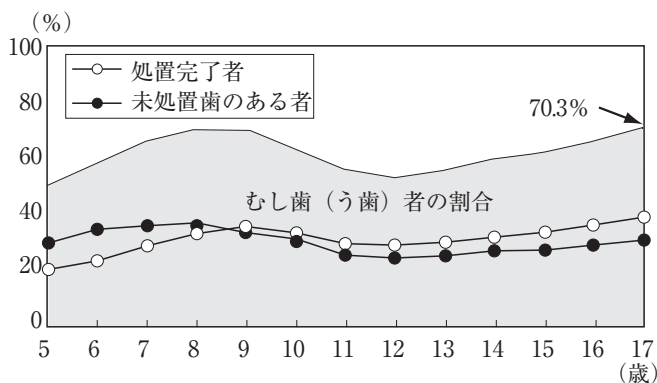


図1 年齢別むし歯（う歯）の者の割合等

区分		昭和53	63	平成10	16	17	18	19	20
幼稚園	計	87.5	81.2	67.7	56.9	54.4	55.2	53.7	50.3
	処置完了者	10.4	26.8	25.7	23.0	21.3	21.7	20.7	20.3
	未処置歯のある者	77.2	54.5	42.0	33.9	33.1	33.5	33.0	29.9
小学校	計	94.2	90.1	82.1	70.4	68.2	67.8	65.5	63.8
	処置完了者	20.2	34.7	40.1	33.7	32.8	32.9	31.2	30.9
	未処置歯のある者	74.0	55.3	42.0	36.7	35.4	34.9	34.3	32.9
中学校	計	93.9	90.5	81.9	64.6	62.7	59.7	58.1	56.0
	処置完了者	33.2	41.5	45.8	35.8	34.7	31.9	31.0	30.4
	未処置歯のある者	60.7	49.0	36.1	28.8	28.0	27.7	27.1	25.6
高等学校	計	95.1	94.5	88.2	76.0	72.8	70.1	68.5	65.5
	処置完了者	31.1	45.3	50.0	43.7	42.5	39.4	38.2	36.0
	未処置歯のある者	64.0	49.2	38.2	32.2	30.2	30.6	30.3	29.5

（文部科学省平成20年度学校保健統計調査より）

表1 むし歯（う歯）の者の割合の推移

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みがき剤の市場の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ると考えられる。

過去のむし歯の診断は視診でう窩が無い場合、褐色の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づけが明確にされ、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

単位：本

区分		平成10	16	17	18	19	20
計		3.10	1.91	1.82	1.71	1.63	1.54
喪失歯数		0.04	0.03	0.03	0.03	0.03	0.02
むし歯（う歯）	計	3.06	1.88	1.79	1.68	1.60	1.51
	処置歯数	2.25	1.25	1.19	1.08	1.01	0.96
	未処置歯数	0.81	0.62	0.60	0.60	0.59	0.55

（文部科学省平成20年度学校保健統計調査より）

表2 中学校におけるむし歯の罹患率の推移

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有効である。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となきがある。

2. 歯肉炎（歯周病）

最近の児童生徒の口腔疾病の状況は、前述したようにむし歯（う歯）は減少してきているが、生活時間が深夜化（大人化）しており、健全な生活習慣が形成できていない傾向がある。そのため、生理的な免疫機構が低下しているのか、かつてと比べると歯肉炎の増発や自律神経失調による口臭を気にする傾向が増えている（図2）。

学校歯科保健の保健管理において、学校の健康診断ではスクリーニング診査（ふるいわけ診査）をしている。主に前歯部の上下の歯肉を診査し、3段階にふるいわけをするが、健康（0）、一部の歯肉に発赤、腫脹を

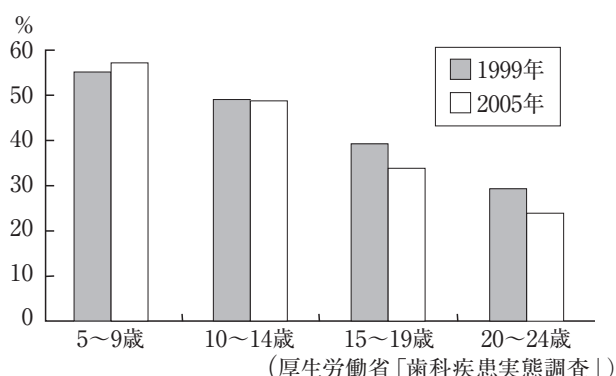


図2 歯肉所見のない者の割合

認めるものを要観察（1）、12歯にわたり全てに発赤、腫脹を認めるものを要精査、要受診（2、「G」という）としている。要観察（1）の中で、歯垢の堆積が著しく、日頃の生活習慣が乱れており、歯みがき行動が定着していない者には、個別（集団）の歯みがき指導や生活習慣の指導、健康相談が必要と思われるものを「GO：Gingivitis under Observation（歯周疾患要観察者）」として、事後措置に活かすように区別している。

むし歯の疾病罹患率が低くなっている状況から今後、わが国の歯の喪失の大きな原因は歯周病であろうといわれている。そしてその初発時期は、乳歯から永久歯に生え変わり、永久歯の歯肉溝（歯周ポケット）に口腔内常在菌である歯周病の病原菌の定着が確定するといわれており、それはまさしく小学校期である。学校病に認定されていないことから文部科学省の学校保健統計には発表されないが、各地の学校保健統計によると、保護者の目や手が離れてくる小学校2年生ごろからGOが増え始め、Gは小学校高学年から中、高校生になるに従い増加の傾向が見られている。

3. 歯・口腔の外傷

平成20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23.01%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、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から

だ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ものと思われる。とくに近年では、児童生徒のスポーツが屋外での球技が盛んになるにしたがい、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、けがが最もみられる年齢は、7歳から10歳であって、そのピークは8歳ごろである。なお、スポーツによる外傷がよくみ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み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とき、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。とく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易い。

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。この点で児童生徒の周辺にいる学校関係者および保護者の対応が重要である。その対応法によって児童の歯が残せるか否かが決まり、また治療した後の良否にも影響する。

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、ある程度見分けられる。

このような症状は歯髓組織(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、歯髓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)、牛乳などに浸して早い時期に歯科医院を訪れることが寛容である。

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1～4週間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。したがって、保護者や関係する周囲の大人は子どもへの指導が必要である。学校保健関係者も保健学習などを通じて日頃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なうことが必要である。(丸山進一郎)

学校種別	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 (件)	率 (%)
歯 牙 障 害	9	21	76	1	0	0	107	23.01
視力・眼球運動障害	15	32	69	2	0	0	118	25.38
手指切断・機能障害	8	7	20	0	0	0	35	7.53
上肢切断・機能障害	0	5	5	0	0	1	11	2.37
足指切断・機能障害	0	0	0	0	0	0	0	0.00
下肢切断・機能障害	0	1	5	0	0	0	6	1.29
精神・神経障害	1	5	31	2	0	0	39	8.39
胸腹部臓器障害	5	5	14	0	0	0	24	5.16
外貌・露出部分の醜状障害	48	21	32	1	3	10	115	24.73
聴 力 障 害	1	3	1	1	0	0	6	1.29
せ い 柱 障 害	0	2	2	0	0	0	4	0.86
そ しゃく 機能障害	0	0	0	0	0	0	0	0.00
計	87	102	255	7	3	11	465	100.00

(独立行政法人日本スポーツ振興センターより)

(注) この表の件数は、傷病が治癒・症状固定したときに在籍していた学校種別で集計している。

表3 平成20年度 学校種別・障害種別件数

学校歯科保健アジア会議は、日本の学校歯科医制度70周年・日本学校歯科医会社団化30周年を記念して、社団法人日本学校歯科医会の呼びかけにより平成13年に東京で開催されたものである。日本の学校歯科保健活動は、保健管理と保健教育の調和を軸として進められ、それは世界に類のない制度として発展してきた。これまでに日本が培ってきた学校歯科保健に対する実績と現在直面している課題及び将来への展望を紹介し、また、アジア各国・各地域の学校歯科保健活動の現状、それぞれが抱えている学校歯科保健に関する諸問題を討議することで情報交換や親睦交流を十分に図り、将来を担う子どもたちの口腔保健の更なる向上に資することがこの会議の目的である。東京での開催ではアジアから13カ国の学校歯科保健関係者が出席し、これを機に2年に一度継続して開催することになり、以降、タイ（アユタヤ）、台湾（高雄）、韓国（慶州）と開催され、本年度は再度、タイ（プーケット）で開催された。会議は招待講演やカンントリーレポート・ポスター発表等のほか、現場の保健センターや学校見学もプログラムに組み入れられるなど活発な会議に発展してきた。

参加国は先進国ばかりではなく、医療ですら保たない開発途上国が含まれており、こういった国では、保健教育にまで目を向ける事すら困難であり、子どもたちへの口腔保健への取り組みもいまだ十分な効果をあげているとは言い難いものがある。しかし、それらの国でも学校歯科保健に関係している人々の熱意には、我々日本の学校歯科医も大いに啓発されるものがあり、参加者が直接アジア諸国の学校歯科保健の実情を知り、それにたずさわる人々の熱意に触れる機会をもつことは、我が国における学校歯科保健活動の活性化にとっても大変意義深いものがある。

本年度、タイ（プーケット）で開催された会議には、アジア各国・地域から500名を超える参加者が集り、84点のポスター発表、学校見学など有意義な内容が盛り込まれたなかで、参加主要国が今後のアジア会議の在り方についても討議を行った。次回は平成23年にベトナムで開催されることとなったが、今後、この会議がさらに組織的に運営され世界規模の会議へと発展し、歯科保健を通じて世界中の子どもたちの健康増進に寄与することを期待している。

（赤井淳二）

一般社会に伝えたいこと ―今、学校における歯科健康診断は―

昨今、毎年春の定期健康診断時になると新聞誌面の「読者の声」の欄などで「学校の健康診断でむし菌がある」というので歯科医院へ行ったら、むし菌はなかった。」「学校ではむし菌がないと言われたのに、かかりつけの歯科医院に行ったらむし菌が見つかった。」など、学校における歯科健康診断が不正確であると批判めいた記事を多く見つける。過去、昭和40年代、50年代の「むし菌の洪水」の時代は、「早期発見、早期治療」が叫ばれ、探針を頻繁に使用して「保健管理」を重視し、確定的な検診をしていた。しかし、昭和60年代、平成以降は子どもたちのむし菌は減少し（文部科学省学校保健統計を参照）、児童生徒の口腔疾病状況は様変わりしてきた。そこで、学校における歯科健康診断はヘルスプロモーションの考え方から「生きる力」の育成を目指し、健康教育重視へとシフトしてきた。平成6年度の文部科学省局長通達により平成7年度から歯科における

健康診断は「ふるいわけ審査（スクリーニング健康診断）」になり、かつての病理学的な審査基準のC₁、C₂、C₃、C₄などの確定診断ではなくなった。現在は、健康（0）、要観察（1）、要治療、要精査（2）の3段階のスクリーニング評価である。特に、平成18年度以降は世界的な潮流のもと、歯質を傷つける恐れのある探針を積極的には使用せず、主に視診で行うようになっている。

そこで、一部には学校での歯科健康診断の不要論も見え隠れするが、現代の学校における歯科健康診断は、かかりつけ歯科医の積極的な活用を勧める上で、医療的な診断ではなく、健康教育の一環であることに位置づけられている。健康診断の結果は、保護者や児童生徒、学生に伝えられるが、その主旨が一般社会にまだ伝わっていない。今後は、文部科学省を始め、日本学校保健会や日本学校歯科医会が更に普及啓発に努めなければならない。

（丸山進一郎）

4 児童生徒のメンタルヘルス

1. 学齢期に生じるメンタルヘルスの問題

(1)はじめに

メンタルヘルスとは、精神的健康の回復・保持・増進に関わるものであり、精神医療とその近接分野を合わせた領域を指す。近年、子どもの心の健康問題は、社会環境や生活習慣の変化とともに多様化、深刻化しているといわれ、メンタルヘルスの重要な課題の1つである。

メンタルヘルスの背景は大きく分けて、主に生育環境、ストレス、対人関係などの「心理社会的・環境的要因」と、子ども自身が持つ精神発達上の特質、精神疾患の素因、内科・小児科領域の基礎疾患などの「生物学的要因」の2つの種類が含まれており、メンタルヘルスの問題の性質に応じた対応が必要である。

学校現場では、いじめ、不登校、性の問題行動、拒食症、うつ状態、感情の爆発（“キレやすさ”）、集団への不適応をはじめとする多くの課題がみられるが、メンタルヘルスの近年の動向を捉えるうえで、その背景にある問題の性質を理解しておくことが対応上、大切である。

(2)メンタルヘルスの背景要因 (図1)

はじめに、教育現場で生じている問題を背景要因によって3種類に分類したうえで解説する。

①心理社会的・環境的要因に由来するもの

虐待、災害や事故等による心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、保護者のアルコール依存、家庭や友人関係の悩みを始めとする、生活環境、対人関係などに由来する葛藤や心理的ストレスに由来する問題、および心因性疾患を指す。実際には、複数の要因 (家庭の経済状態、家族の病理、交友関係、地域性など) が複合的に絡むことが多い。情緒的混乱や不安定、睡眠障害、体調不良などが著しい時には、児童精神科医による診察や薬による治療が必要になることがある。

②生物学的要因に由来するもの

1) 脳機能の問題

ここには、機能性精神疾患 (内因性精神病)、器質

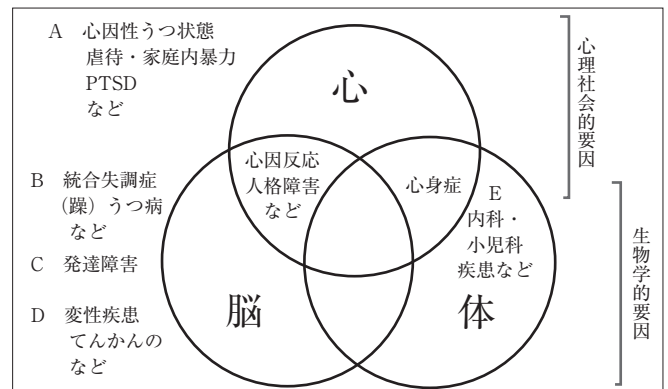


図1 メンタルヘルスに含まれる問題 (例) とその原因

性精神疾患、発達障害の3つのタイプが含まれている。

機能性精神疾患には、統合失調症、うつ病、躁うつ病 (双極性障害) などが含まれ、脳に肉眼的な異常はみつからないことが多いが、個人の持つ素因が発病に大きく関係する。発病に先立ち、受験のストレスや対人関係の悩みなどがみられることがあるが、これらは引き金ではあっても疾患そのものの原因ではない。

器質性精神疾患とは、MRIやCTのような脳画像検査で分かる病変により、精神症状が出現した場合を指す。原因として、頭部外傷、脳炎、脳腫瘍、てんかん、脳変性疾患、脳血管障害 (脳出血など)、一酸化炭素中毒などがある。

発達障害とは、幼児期ごろから特徴が現れ、それが発達過程を通じて持続し、生活上のハンディキャップとなりやすいような児童精神疾患を指す。具体的には、知的障害 (精神遅滞)、自閉性障害 (自閉症)・アスペルガー障害を含む広汎性発達障害、学習障害 (読み障害、書字障害、算数障害など)などを指す。医学的には発達障害に分類されない注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) も、教育現場では発達障害として特別支援教育の対象となっている。

2) 身体疾患と関連するもの

感冒などの感染症、自己免疫疾患、代謝性疾患 (フェニルケトン尿症など)を始めとする身体の病気

が背景となって精神症状が現れることがある。

3) 境界領域にあると考えられるもの

上で述べた要因の重なり合いが心の健康問題の背景にあることは珍しくない。例えば、いわゆる心身症の場合、一方で、ぜん息やアトピーのような身体疾

患を持ち、他方でその症状が心理社会的・環境的要因の影響を強く受けて変化する。そのため、メンタルヘルスと内科・小児科医療を平行して行う必要がある問題である。

2. 学校におけるメンタルヘルスの状況

日本学校保健会が行った「保健室利用状況に関する調査報告書. 平成18年度調査結果」¹⁾ およびメンタルヘルスに関する調査結果を含む「子どものメンタルヘルスの理解とその対応」²⁾ に主として基づき、学校におけるメンタルヘルスの状況を概観する。前者は、公立の小学校、中学校、高等学校、それぞれ373校、369校、360校から回答を得たものであり、後者は、公立の小学校、中学校、高等学校、それぞれ470校を対象に、各校で養護教諭1名、担任3名、学校医(内科系)1名に回答を依頼(回収率はいずれも90%以上)して作成されたものである。

(1) 保健室の利用状況

1校あたり1日平均の利用者数は、小学校40.9人、中学校37.9人、高等学校35.6人であり、小学校における利用者数は5年前(平成13年度)の調査と比べ有意に増加していた(図2)。利用者の性別については、校種を問わず女子生徒の数が男子生徒を大きく上回っていた(図3)。保健室利用者のうち記録を必要とする(継続相談に至る問題を有する可能性のある)子どものへの1回あたりの平均対応時間についても、小学校、中学校、高等学校のいずれにおいても増加していた(図4)。記録を必要とする子どもにみられる健康問題の主な背景要因については、主に心に関する問題が4割以上を占め、小学校、中学校、高等学校のいずれにおいても主に身体に関する問題(3割前後)を上回った(図5)。これらに次いで、主に家庭・生活環境に関する問題が1～2割程度みられ、福祉的支援やソーシャルワークの必要性が示唆される。これらの結果より、メンタルヘルスは、学校保健のなかで主たる問題の位置を占めていることが分かる。

保健室登校の児童生徒数は、1000人あたり小学校2.0人、中学校6.6人、高等学校2.8人であり、平成13年度と比べてどの校種でも増加していた(図6)。性別につ

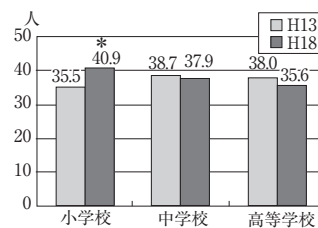


図2 1校1日平均の保健室利用者数 (H18)

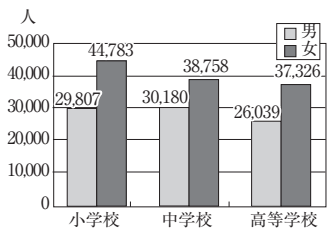


図3 性別:保健室利用者数 (調査期間5日間) (H18)

※調査対象校の男子と女子の児童生徒数はあまり差がないので、述べた人数値で比較した。

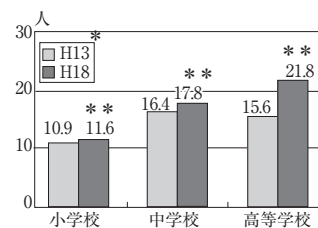


図4 記録の必要性「有」の児童生徒一回平均の対応時間

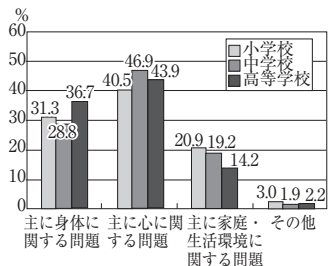


図5 児童生徒の主な背景要因 (H18)

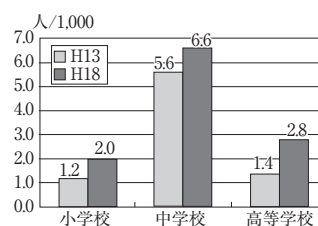


図6 保健室登校の児童生徒数 (人/1,000) (H13・H18対比)

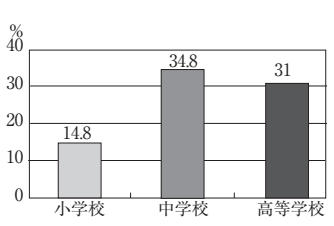


図7 「養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども」 (1校平均の支援人数)

いては、いずれの校種でも女子生徒が男子生徒を2倍から3倍程度で上回っていた(表1)。

(2) 児童生徒のメンタルヘルスへの取組の状況

養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子どもの1校あたりの人数は、小学校14.8人、中学校34.8人、高等学校31人という数に上り、小学校でも相当な人数におよぶことがうかがわれる(図7)。支援の依頼主は、担任(65.4%)、保護者(26.7%)についてス

	1年		2年		3年		4年		5年		6年		合計人数		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	合計
小学校	0.9	0.2	0.6	1.6	1.2	2.4	1.0	2.6	2.0	3.8	2.5	5.6	1.4	2.7	2.0
中学校	2.6	6.9	3.6	9.4	4.6	12.9							3.6	9.8	6.6
高等学校	1.6	4.0	1.8	4.4	1.3	3.8							1.5	4.1	2.8

表1 保健室登校の学年別・性別の実人数(人/1,000)(H18)

	①担任		②保護者		③学校医		④主治医		⑤スクールカウンセラー		⑥その他		総計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
小学校	1,577	61.7	845	33.1	4	0.2	11	0.4	58	17.3	60	14.8	2,555	100.0
中学校	3,061	64.3	1,237	26.0	5	0.1	43	0.9	288	6.1	126	2.6	4,760	100.0
高等学校	2,270	70.0	733	22.6	2	0.1	34	1.0	70	2.2	133	4.1	3,243	100.0
全 合 計	6,908	65.4	2,815	26.7	11	0.1	88	0.8	416	3.9	319	3.0	10,558	100.0

表2 相談依頼者の内訳

クールカウンセラー(3.9%)からが多かった(表2)。養護教諭から医療の受診や相談を進めた子どものうち、実際に受診等に至った人数を表3に示した。精神科、小児科、心療内科、内科をはじめとする医療機関への受診の割合が小学校ですでに3分の2を超えており、高等学校では約4分の3を占めている。これらの結果は、スクールカウンセラーによる対応が可能な範囲の問題と比べ、倍以上の割合で医療を必要とする問題が発生していることを示している。平成18年度において、主に心に関する問題が背景要因に占める割合は、校種を問わず平成13年度を上回っており(図8)、近年におけるメンタルヘルスの問題の増大傾向を反映していると考えられる。背景要因の内容については、表4に示したように、生活習慣や進路上の問題が多く、いじめ・友人関係に続いて、精神疾患や発達障害の問題が少なくなかった。

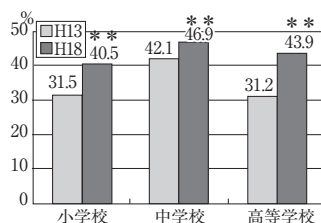


図8 主に心に関する問題

(3) メンタルヘルスの問題の内容

次に、メンタルヘルスの問題の種類別に調べた学校の割合を図9に示した。人間関係や身体症状にもとづく不安のほかに、精神疾患、発達障害をはじめとする医療的問題、自傷行為、性に関する問題も高い割合でみられ、児童虐待も少なくないことが示唆された。

	複数回答 単位:人		
	小学校	中学校	高等学校
精神科医	41	177	543
心療内科医	94	286	554
内科医	15	133	343
小児科医	146	149	25
産婦人科医	0	117	212
教育センター等 教育委員会所管の機関	116	115	79
精神保健福祉センター	8	12	44
保健所	8	14	25
児童相談所	81	123	19
その他	41	67	71
参考			
学校医	11	24	66
スクールカウンセラー	140	874	543

表3 養護教諭が受診等を勧めた子どものうち、実際に受診等をした人数

	小学校 n=5,509人		中学校 n=12,267人		高等学校 n=11,869人	
	人数	%	人数	%	人数	%
発育・発達に関する問題	504	9.1	857	7.0	725	6.1
基本的な生活習慣に関する問題	1,845	33.5	4,480	36.5	4,039	34.0
学習や進路に関する問題	560	10.2	2,502	20.4	2,917	24.6
いじめ・友人関係に関する問題	1,292	23.5	3,490	28.5	2,433	20.5
精神疾患に関する問題	134	2.4	419	3.4	821	6.9
発達障害に関する問題	320	5.8	467	3.8	88	0.7
摂食障害に関する問題	11	0.2	46	0.4	118	1.0
児童虐待に関する問題	30	0.5	35	0.3	13	0.1
家族に関する問題	1,080	19.6	2,080	17.0	1,542	13.0
性に関する問題	16	0.3	241	2.0	316	2.7
自殺念慮に関する問題	2	0.0	37	0.3	41	0.3
その他	451	8.2	719	5.9	615	5.2

表4 背景要因に関連する問題(H18)

養護教諭がメンタルヘルスの問題を直接支援した子どもの人数を表5に示した。不登校・保健室登校、人間関

係の問題、発達障害と関連する問題を持つ児童生徒数が相当な数に上がることが分かる。

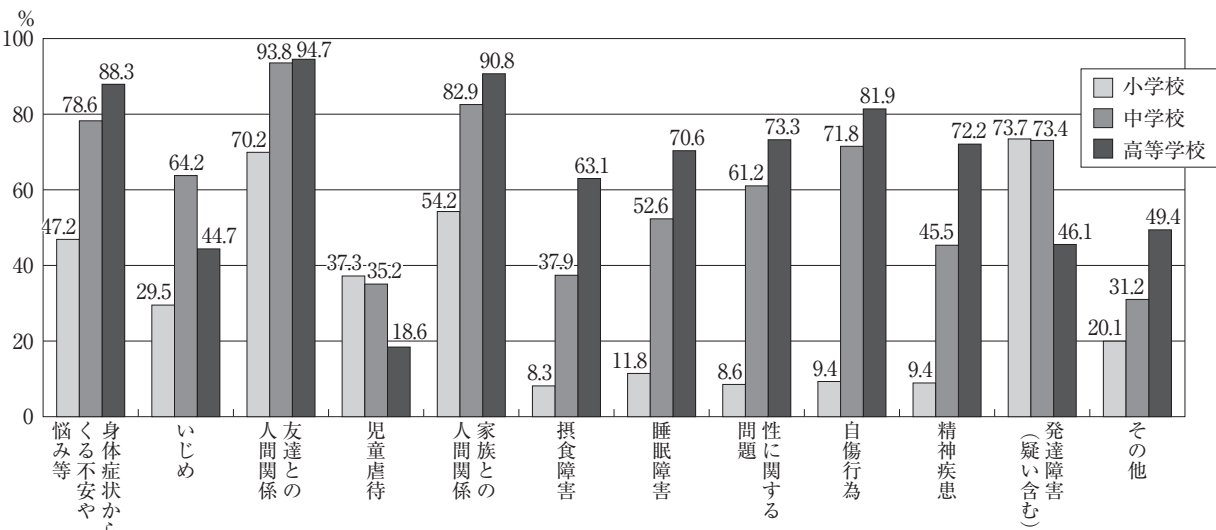


図9 心の健康に関する問題「有」の学校の割合 (H18)

メンタルヘルスに関する主な問題	小学校		中学校		高等学校	
	人 数	%	人 数	%	人 数	%
不登校・保健室登校・登校しぶり・引きこもり等の問題	870	27.8	2,175	21.3	1,455	13.7
いじめの問題	139	4.4	615	6.0	222	2.1
虐待の問題	134	4.3	146	1.4	60	0.6
友達や家族などの人間関係の問題	865	27.7	3,485	34.2	3,525	33.2
拒食や過食等の摂食障害に関する問題	35	1.1	150	1.5	349	3.3
不眠や過眠等の睡眠障害に関する問題	20	0.6	270	2.6	362	3.4
性に関する問題	17	0.5	630	6.2	1,005	9.5
リストカット等の自傷行為に関する問題	15	0.5	524	5.1	550	5.2
軽度発達障害等の集団生活等への不適応の問題	553	17.7	1,154	11.3	1,719	16.2
身体症状からくる不安や悩み等の問題	301	9.6	588	5.8	266	2.5
その他	180	5.8	468	4.6	1,089	10.3
合 計	3,129	100.0	10,205	100.0	10,602	100.0

表5 養護教諭が必要と判断して直接支援した子どもの人数

3. メンタルヘルスへの取組に関する状況と課題

(1) マンパワーの問題

まず、学校保健において中心的役割を果たしている養護教諭について、複数配置の有無による影響を調べた結果（大規模校）について検討する。複数配置の効果について、養護教諭自身による回答を図10に示した。児童生徒への対応時間、救急への対応、常時滞在が可能、保護者・担任との相談時間の確保、学級などでの保健指導活動など多くの点でメリットがあることが示唆された。実際、同じ大規模校どうしを比較した場合、1校あたりの1日平均利用者数は、小学校、中学校、高等学校とも複数配置校が有意に上回り、小学校、中学校ではそれが特に顕著であった（図11）。また、メンタルヘルスの問題を持つと答えた学校におい

て、養護教諭が継続支援した児童生徒の数において、校種を問わず複数配置校が上回り、特に中学校ではそれが顕著であった（図12）。このことはまた、単数配置校では、健康問題に関して気づかれないか十分な対応がなされていない生徒が存在している可能性を示唆している。

(2) メンタルヘルスの問題に対応できる資質の問題

次に、メンタルヘルスに対する認識の程度について、担任と養護教諭を比較するため、メンタルヘルスの問題で支援した児童生徒（単年度あたり）がいたと答えた学校の割合を2つの図（図13・図14）に示した。これらの結果より、養護教諭の方がより高い割合で児童生徒

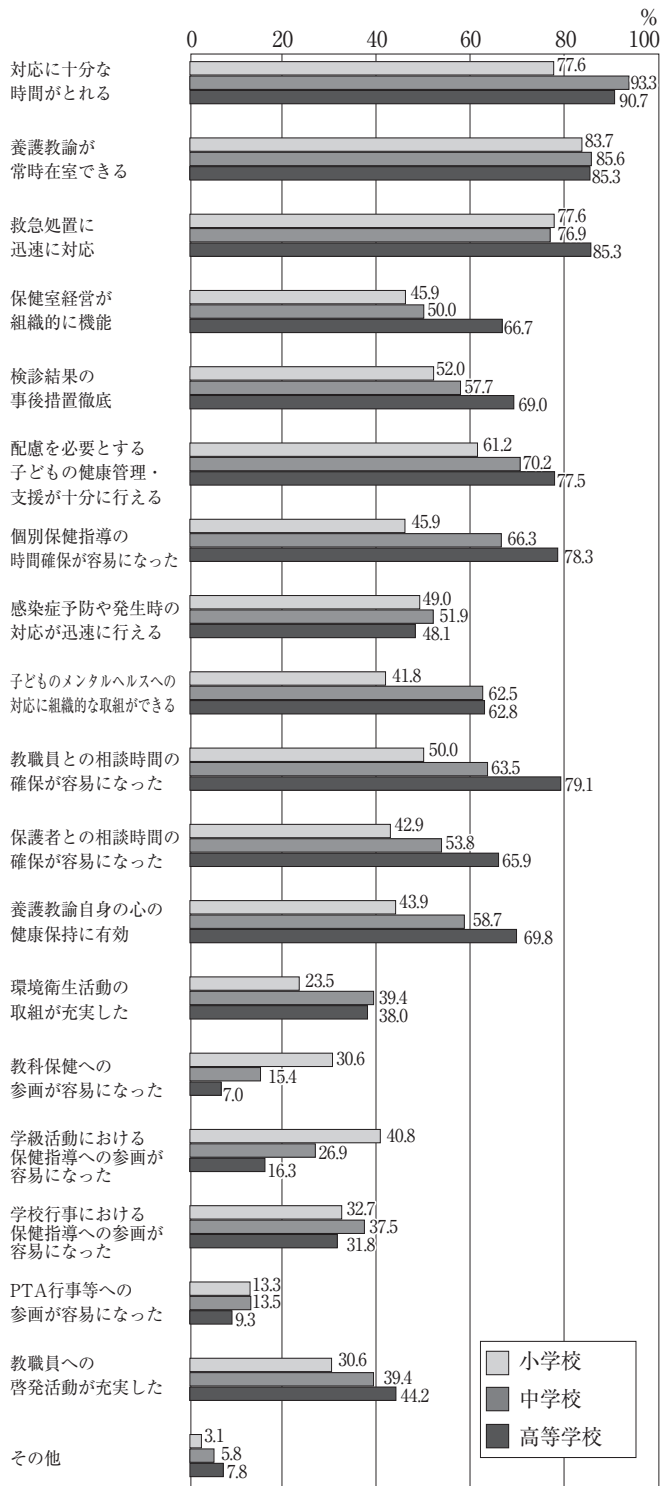


図10 養護教諭の複数配置の効果（複数回答 H18）

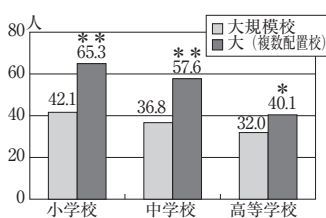


図11 1校1日平均の保健室利用者数〔大規模校と大(複数配置校)対比 H18〕

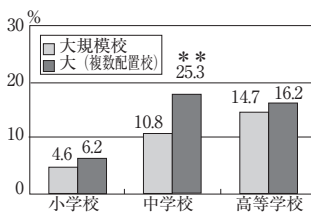


図12 心の問題「有」の学校において養護教諭が継続支援した児童生徒の1校平均人数

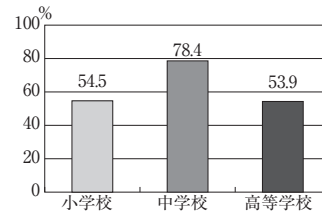


図13 平成16年度担任していたクラスにおいてメンタルヘルスに関する問題で支援した子どもがいた担任の割合

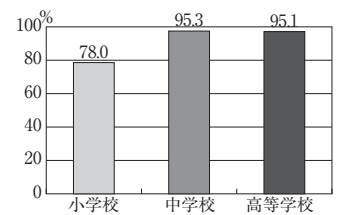


図14 養護教諭が必要と判断して直接支援した子どもがいた学校の割合

のメンタルヘルスの問題に気づいて支援していること、メンタルヘルスの問題がより生じやすいと思われる高等学校において、担任に気づかれていないケースが数多く存在している可能性が示唆される。その理由として、メンタルヘルスの問題を理解する難しさ、メンタルヘルスの問題を抱える子どもの数が多く対応時間の確保が難しいこと、専門的知識が要求される問題があることなどを担任自身が回答している（表6）。

(3) 校内での組織的取組の問題

校内での組織的取組については、メンタルヘルスを扱う校内組織がない学校が数～10%程度みられ、あると回答した学校においても担任および養護教諭が共通して校内組織の存在を認識している割合は4分の3程度に過ぎなかった（表7）。これらの結果は、メンタルヘルスの問題に対して組織的取組が十分に行われていない学校が少なくないことを示していると考えられる。このことは、例えば保健室登校・別室投稿の児童生徒への対応に関して養護教諭が感じている問題点のなかでも連携不足、教員間の認識の相違、校内組織の不在などが指摘されていること（表8）からも十分にうかがわれる。

(4) 保護者・スクールカウンセラーとの連携の問題

保護者との連携にも課題がみられる。例えば、メンタルヘルスの問題で支援している児童生徒に関して、養護教諭が受診等を必要と判断しながら、受診等に至らなかったケースの理由として、保護者の同意が得られなかったことが大きな割合を占めており（表9）、校種を問わずメンタルヘルスの問題を解決するための連携上の課題として挙げられている（表10）。

教育相談の一端（カウンセリング）を担うスクールカウンセラーとの連携については、養護教諭と十分な情報交換がなされなかったと感じている養護教諭の割合が

	小学校 N=1,337		中学校 N=1,322		高等学校 N=1,378	
	人数	%	人数	%	人数	%
①子どものメンタルヘルスの問題が複雑・多様化し、理解が困難になっている。	430	32.2	722	54.6	489	35.5
②メンタルヘルスに関する問題を抱えている子どもが多く対応時間の確保が難しい。	259	19.4	486	36.8	250	18.1
③医療的支援が必要なものは、専門的知識が要求されるため対応が難しい。	197	14.7	307	23.2	290	21.0
④保護者の考え方が多様化し、共通理解を図るのが難しくなっている。	444	33.2	551	41.7	312	22.6
⑤校内の協力体制ができていないため、連携を図るのが難しい。	20	1.5	41	3.1	52	3.8
⑥担任している子どもの問題については、他者に相談しにくい。	4	0.3	11	0.8	32	2.3
⑦関係機関との連携がうまく図れない。	54	4.0	70	5.3	32	2.3
⑧その他	2	0.1	0	0	15	1.1
⑨特になし	38	2.8	44	3.3	42	3.0

表6 「子どものメンタルヘルスに関する問題」の支援に当たっての課題

2～3割に上っており（表11）、スクールカウンセラーとの連携について課題を感じたと回答した割合も4割から半数近くに及んだ（表12）。中学校と高等学校における連携上の課題の具体的内容として、情報交換の時間の問題とともに、守秘義務が優先されることによる情報共有の困難さが多く指摘されていた。

	小学校		中学校		高等学校	
	学校数	%	学校数	%	学校数	%
4人の回答が一致した学校	350	76.8	348	77.9	360	77.4
一致しなかった学校	106	23.2	99	22.1	105	22.6
合 計	456	100.0	447	100.0	465	100.0

表7 校内組織があるとの回答が、同一校の4人（担任3人・養護教諭1人）とも一致した学校

(5)その他の問題

以上のほかに、養護教諭が授業参画してメンタルヘルスを含む保健の知識の向上を図る取組は十分とはいえ

ず、特に、中学校、高等学校では極めて限られた状況である（図15・16）。また、学校保健の推進に重要な役割

保健室登校への対応の問題点	小学校 N=210		中学校 N=247		高等学校 N=204	
	人 数	%	人 数	%	人 数	%
①保健室登校を勧める時期について担任・管理職・養護教諭の捉え方に違いがあり対応の仕方が難しい。	23	11.0	58	23.5	27	13.2
②校内組織としての役割分担はあっても担任と養護教諭だけが保健室登校の子どもとかかわるようになってしまいがち。	107	51.0	160	64.8	149	73.0
③校内組織がないため養護教諭の負担が大きい。	25	11.9	37	15.0	47	23.0
④保健室登校をしている子どものプライバシーの保護が難しい。	147	70.0	186	75.3	127	62.3
⑤保健室登校以外の子どものプライバシーの保護が難しい。	79	37.6	119	48.2	87	42.6
⑥保健室登校の子どもが増えたときは、対応が難しい。	155	73.8	247	100.0	159	77.9
⑦その他	14	6.7	12	4.9	21	10.3

別室登校への対応の問題点	小学校 N=85		中学校 N=254		高等学校 N=123	
	人 数	%	人 数	%	人 数	%
⑧別室登校を勧める時期について担任・管理職・養護教諭の捉え方に違いがあり対応の仕方が難しい。	13	15.3	58	22.8	25	20.3
⑨校内組織としての役割分担はあっても担任と養護教諭だけが別室登校の子どもとかかわるようになってしまいがち。	55	64.7	116	45.7	96	78.0
⑩校内組織がないため養護教諭の負担が大きい。	12	14.1	16	6.3	11	8.9
⑪その他	19	22.4	67	26.4	33	26.8

表8 登校・別室登校への対応の問題点

複数回答 単位：人			
受診をしなかった主な理由	小学校	中学校	高等学校
①本人の同意が得られなかった。	9	105	249
②保護者の同意が得られなかった。	90	119	97
③近隣に適切な医療機関・相談機関がなかった。	3	6	17
④その他	34	51	52

表9 受診等をしなかった主な理由

を担う保健主事を養護教諭が兼務している学校の割合は、中学校で約半数にとどまり、高等学校では1割程度という状況である(図17)。教員の持つ専門性を考慮した場合、これらの結果は、学校保健に関する組織的活動における養護教諭の位置づけが十分に明確化されていないのではないかという可能性がある。

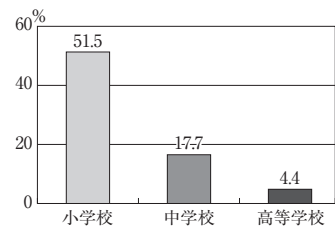


図15 養護教諭の教科保健への参画「有」の学校の割合 (H18)

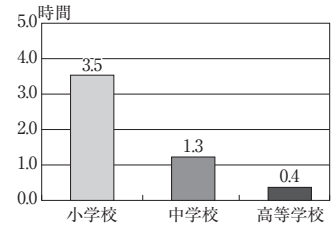


図16 教科保健への参画1校平均年間授業時間数 (H18)

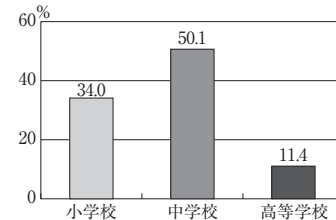


図17 養護教諭の保健主事(保健主任等)の兼務「有」の学校の割合 (H18)

	小学校 N=456		中学校 N=457		高等学校 N=465	
	人数	%	人数	%	人数	%
⑨学校と保護者との連携・信頼関係の確立	369	80.9	342	76.5	336	72.3
⑩養護教諭への役割についての保護者の理解	103	22.6	109	24.4	102	21.9
⑪学校医との連携・信頼関係の確立	82	18.0	74	16.6	87	18.7
⑫主治医との連携・信頼関係の確立	151	33.1	169	37.8	275	59.1
⑬スクールカウンセラーとの連携・信頼関係の確立	139	30.5	208	46.5	138	29.7
⑭関係者とのネットワークづくり(人的ネットワーク)	316	69.3	297	66.4	337	72.5
⑮地域レベル(教育委員会・学校・関係機関等)で対応するための組織の構築	147	32.2	166	37.1	135	29.0
⑯地域社会に対する子どものメンタルヘルスの啓発活動の推進	84	18.4	124	27.7	75	16.1
⑰その他	15	3.3	16	3.6	27	5.8

表10 「子どものメンタルヘルスに関する問題」を解決するための連携の推進に当たって現在特に必要と思うこと

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
はい	61	67.0	299	78.1	102	81.6
いいえ	30	33.0	84	21.9	23	18.4
合計	91	100.0	383	100.0	125	100.0

表11 スクールカウンセラーが担当した子どもについて、養護教諭との十分な情報交換はなされていたか

	小学校		中学校		高等学校	
	人数	%	人数	%	人数	%
はい	40	47.1	184	49.2	53	43.8
いいえ	45	52.9	190	50.8	68	56.2
合計	85	100.0	374	100.0	121	100.0

表12 スクールカウンセラーとの連携について課題を感じたことがあったか

4. おわりに

これまで概観した内容のうち、特に重要な近年の動向についてまとめると以下のように整理できる。

(1) メンタルヘルスの問題を抱える児童生徒が非常に多数

かつ増加傾向にあり、学校保健における主たる問題といえる状況にあること

(2) メンタルヘルスの問題の種類が多様であり、冒頭で整理

したメンタルヘルスの領域の広い範囲に及んでいること
(3) 教育相談やカウンセリングにとどまらず医療を必要とする問題（特に冒頭の分類のうち生物学的要因が背景にあるもの）が大きな割合を占めること

以上より、学校による精神保健への一層の取組が不可欠であるといえる。その際、学校における組織的取組（校内連携）、保護者との連携、医療機関等との校外連携、精神保健に関する教員全体の資質向上、養護教諭の複数配置化などが重要な課題として挙げられていた。

近年、社会環境や生活環境の変化にともない、子どものメンタルヘルスの問題も多様化、深刻化が指摘されており、上述のように調査結果もそれを裏付けるものであった。そのような状況の中、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」を踏まえた学校保健法の改正が行われ、今年4月より新たな学校保健安全法が実施された。主な改訂内容としては、全教員による児童生徒の健康観察、メンタルヘルスを含む学校保健への組織的取組の充実、医療機関等との必要な連携を進めることなどが明確に規定されたことが挙げられる（改訂の概要およびそれに合わせて養護教諭の取り組み方については文献3参照）。それに伴い、教員全員による心身の健康観察の具体的あり方に関する資料（メンタルヘルスの事例31例が含まれている）が文部科学省から発行された⁴⁾。児童生徒のメンタルヘルスに関する近年の動向に合致した取組がなされつつある状況といえる。

(十一元三)

参考文献

- 1) 財団法人日本学校保健会. 保健室利用状況に関する調査報告書（平成18年度調査結果）. 平成20年
- 2) 財団法人日本学校保健会. 子どものメンタルヘルスの理

解とその対応. 平成19年

- 3) 采女智津江（編）. 新養護概説（第5版）. 少年写真新聞社
- 4) 文部科学省. 教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応. 平成21年

学校保健ポータルサイトとは……その1

学校保健をキーワードにした情報提供サイト

各地の学校保健会、諸団体から提供される情報の掲載、子どもの健康に役立つコンテンツの構築、職域を超えたネットワークづくり、など内容の検討と拡充を重ねていきます。現在の主なコーナーは下記のとおりです。



主なコンテンツの紹介

■健康最新ニュース

■イベントカレンダー

■コラム

■過去の注目ニュース貯金箱（データボックス）

■電子図書館

■健康ミニ検定

Yahoo やGoogleで、「学校保健」と検索 または

<http://www.gakkohoken.jp>

5 児童生徒の事故・災害

1. 児童生徒の学校の管理下の災害

学校の管理下における児童生徒の災害は、独立行政法人日本スポーツ振興センター（以下「センター」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20年度の災害共済給付制度への加入状況（平成20年5月1日）は、小学校7,151,337人（加入率99.9%）、中学校3,623,765人（99.9%）、高等学校3,533,373人（97.9%）、高等専門学校59,209人（99.6%）、幼稚園1,362,764人（81.3%）、保育所1,841,219人（89.6%）であり、義務教育諸学校の未加入者は、わずか10,201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20年度の給付状況は表1のとおり、学校、保育所の管理下の児童生徒の災害による負傷・疾病に対する医療費の給付件数が2,157,790件であり、平成19年度に比べ10,016件減少した。加入者数（除要保護児童者数）で除した給付率は、12.39%（平成19年度は12.38%）である。加入者100人当たりの給付率は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、若干増加している。

医療費の請求は、月々ごとに請求するのが原則に

（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		469,624 (736,600)	千円 4,049,373	% 6.64	% 10.41	87	千円 198,420	7	千円 196,000	736,694	千円 4,443,793
中学校		414,711 (765,106)	5,353,780	11.61	21.41	102	298,000	19	392,000	765,227	6,043,780
高等学校	全日制	235,989 (549,827)	5,715,730	7.15	16.65	250	966,140	33	722,400	550,110	7,404,270
	定時制	2,372 (4,887)	49,380	2.25	4.63	4	6,050	0	0	4,891	55,430
	通信制	432 (1,020)	11,961	0.35	0.81	1	4,000	1	14,000	1,022	29,961
	計	238,793 (555,734)	5,777,071	6.76	15.73	255	976,190	34	736,400	556,023	7,489,662
高等専門学校		2,559 (5,664)	70,580	4.32	9.57	7	38,320	2	37,800	5,673	146,700
幼稚園		24,749 (37,678)	183,922	1.82	2.76	3	3,740	1	28,000	37,682	215,662
保育所		39,193 (57,008)	255,628	2.16	3.14	11	12,860	11	182,000	57,030	450,488
（a）計		1,189,629 (2,157,790)	15,690,357	6.83	12.39	465	1,527,530	74	1,572,200	2,158,329	18,790,087
（b）前年度		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
（a）-（b）		-23,228 (-10,016)	-223,904	-0.1	0.01	-32	-165,745	-1	-100,800	-10,049	-490,449

(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5,642千円（2,692件）供花料8,330千円（49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18,804,059,854円
2 表中上段は発生件数 下段（ ）は給付件数
3 発生率＝発生件数÷（加入者数－要保護児童生徒数）×100%
4 給付率＝給付件数÷（加入者数－要保護児童生徒数）×100%
5 金額については、千円未満切捨てのため、合計が合わないところがある。

表1 給付状況（平成20年度）

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20年度は、1,189,629件であり、平成19年度の1,212,857件より23,228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6.83%（平成19年度は6.93%）である。

加入者数のピークは、昭和57年度の25,615,962人であり、それ以後は減り続けており、平成20年度は、17,571,667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20年度では465件である。

平成20年度の主な障害種別は、視力・眼球運動障害が118件（25.38%）、外貌・露出部分の醜状障害が115件（24.73%）、歯牙障害が107件（23.01%）、であり、上位3位で7割以上を占める。その他の障害種別は、精神・神経障害、手指切断・機能障害、胸腹部臓器障害、上肢切断・機能障害等がある。

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204件（43.87%）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（3.66%）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20年度では74件である。

その死因別で主なものは、突然死が35件（47.30%）で約5割を占めている。その中でも、心臓系の突然死が16件（21.62%）である。そのほかは、内臓損傷9件（12.16%）頭部外傷7件（9.46%）、窒息死（溺死以外）、全身打撲、溺死、熱中症等である。

死亡見舞金の給付件数の外に、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、49件であり、そのうち対自動車交通事故は43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、2,692件である。

(1) 小学校

小学校の児童の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は、87件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害48件、視力・眼球運動障害15件、歯牙障害9件、手指切断・機能障害8件、胸腹部臓器障害5件、精神・神経障害1件、聴力障害1件である。なお、第3級以上の重障害に該当するものは1件である。

障害の発生は、休憩時間50件（57.47%）、各教科・道徳16件（18.39%）、学校行事以外の特別活動10件（11.49%）、通学中10件（11.49%）及び課外指導1件（1.15%）である。

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、窒息死（溺死以外）2件、内臓損傷2件である。

死亡の発生は、休憩時間3件（42.86%）、各教科・道徳2件（28.57%）、学校行事以外の特別活動2件（28.57%）である。

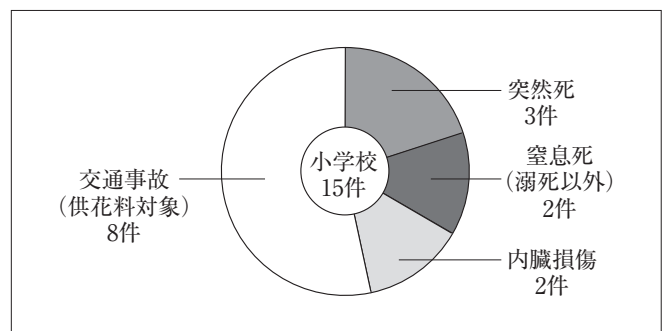


図1 小学校の管理下の死亡（平成20年度）

その他供花料が支給された8件は対自動車交通事故であり、児童の状態別は徒歩等である。

(2) 中学校

中学校の生徒の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は、102件である。この内訳は、視力・眼球運動障害32件、歯牙障害21件、外貌・露出部分の醜状障害21件、手指切断・機能障害7件、上肢切断・機能障害5件、精神・神経障害5件、胸腹部臓器障害5件、その他6件である。なお、第3級以上の重障害に該当するものは2件である。

障害の発生は、休憩時間33件（32.35%）、課外指導28件（27.45%）、各教科・道徳24件（23.53%）、学校行事以外の特別活動8件（7.84%）、通学5件（4.90%）学校行事4件（3.92%）である。

死亡については、死亡見舞金の給付件数は19件である。この内訳は、突然死（心臓系4、心臓系以外5）9件、全身打撲4件、頭部外傷3件、その他の死亡は3件である。

死亡の発生は、休憩時間5件（26.32%）、通学5件（26.32%）、学校行事3件（15.79%）、各教科2件（10.53%）、学校行事以外の特別活動2件（10.53%）、課外指導2件（10.53%）である。

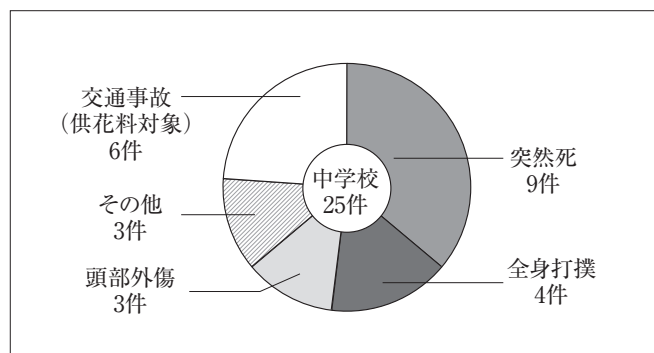


図2 中学校の管理下の死亡(平成20年度)

その他供花料が支給された6件は対自動車交通事故であり、生徒の状態別は、徒歩、自転車乗用中である。

(3) 高等学校

高等学校の生徒の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は255件である。この内訳は、歯牙障害76件、視力・眼球運動障害69件、外貌・露出部分の醜状障害32件、精神・神経障害31件、手指切断・機能障害20件、胸腹部臓器障害14件、上肢切断・機能障害5件、下肢切断・機能障害5件、その他3件である。なお、第3級以上の重障害に該当するものは14件である。

障害の発生は、課外指導117件 (45.88%)、各教科・道徳64件 (25.10%)、通学30件 (11.76%)、休憩時間23件 (9.02%)、学校行事12件 (4.71%)、学校行事以外の特別活動8件 (3.14%) である。

死亡については、死亡見舞金の給付件数は、34件である。この内訳は、突然死 (心臓系8、心臓系以外7) 15件、内臓損傷6件、頭部外傷3件、その他の死亡は10件である。

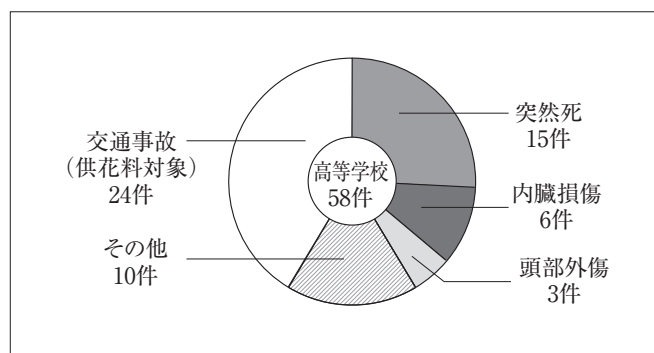


図3 高等学校の管理下の死亡(平成20年度)

死亡の発生は、課外指導12件 (35.29%)、通学8件 (23.53%)、学校行事4件 (11.76%)、休憩時間4件 (11.76%)、各教科・道徳3件 (8.82%)、学校行事以外

の特別活動2件 (5.88%)、寄宿舍1件 (2.94%) である。

その他供花料が支給された30件のうち24件が対自動車交通事故であり、生徒の状態別は自転車乗用中20件、徒歩3件、原付自転車及び自動二輪車乗車中1件である。

(4) 高等専門学校

高等専門学校の学生の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は、視力・眼球運動障害2件、精神・神経障害2件、歯牙障害、外貌・露出部分の醜状障害、聴力障害のそれぞれ1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、休憩時間3件、各教科・道徳2件、課外指導、寄宿舍の各1件ずつである。

死亡については、頸髄損傷1件、窒息死 (溺死以外) 1件の2件であり、通学、寄宿舍において発生している。供花料が支給された1件は、対自動車交通事故であり、生徒の状態別は自転車乗用中である。

(5) 幼稚園

幼稚園の幼児の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は外貌・露出部分の醜状障害の3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、3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、その死因は窒息死 (溺死以外) 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。

(6) 保育所

保育所の児童の障害に対して支払われた障害見舞金の件数は11件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害10件、上肢切断・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、11件である。この内訳は、突然死 (心臓系1、心臓系以外7) 8件、頭部外傷1件、溺死1件、窒息死 (溺死以外) 1件である。

死亡の発生は、保育中10件、通園1件である。その他供花料が支給された4件は対自動車交通事故であり、児童の状態別は、徒歩1件、その他3件である。

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結果は次のとおりである（表2）。

（件）

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

（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、各々の学校種に含めている。

表2 調査件数

傷病別に見ると図4のとおり一番多いのは「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

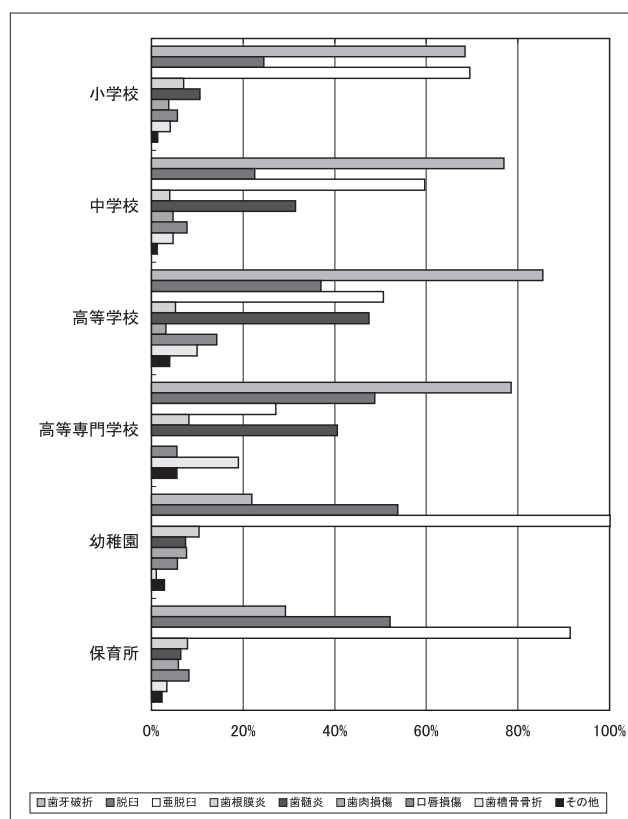


図4 傷病名別の割合

ける」よりも「折れる」傾向が強くなる。

また、部位では図5のとおり、上の前歯の傷害が非常に多い。

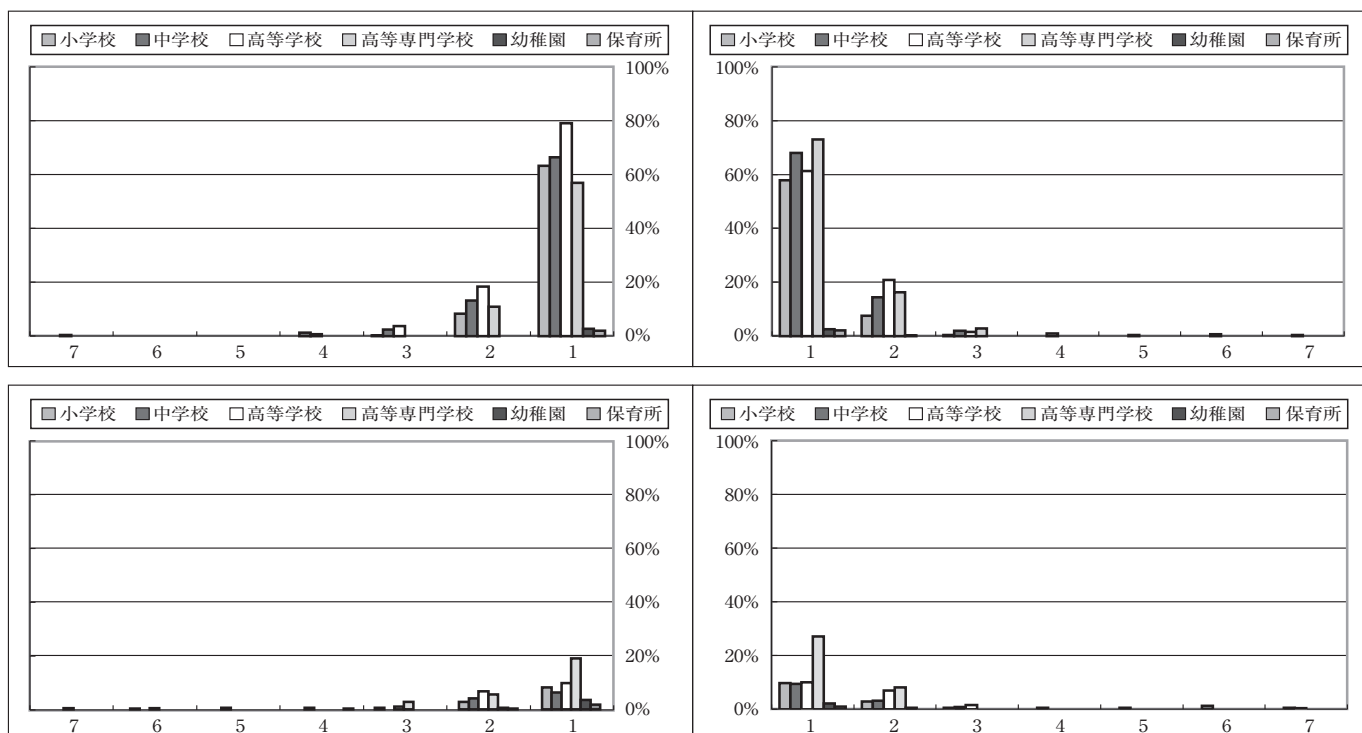


図5 永久歯の受傷割合（上段：右上、左上の歯 下段：右下、左下の歯）

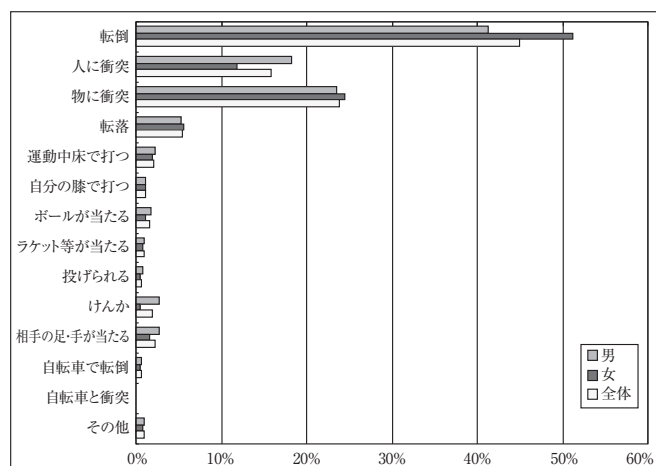


図6 小学校の原因別の傷害発生割合

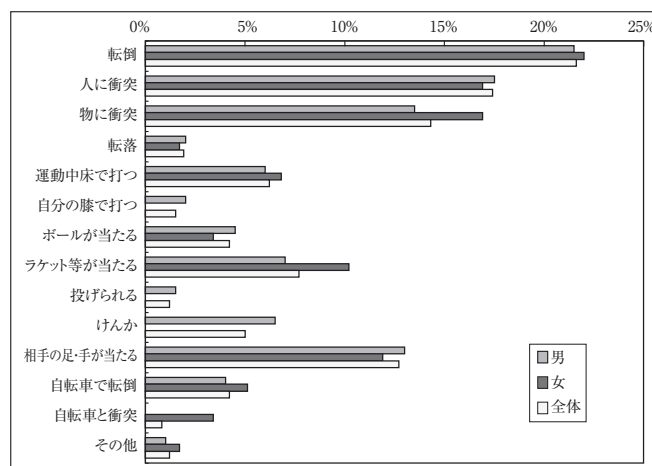


図8 中学校の原因別の傷害発生割合

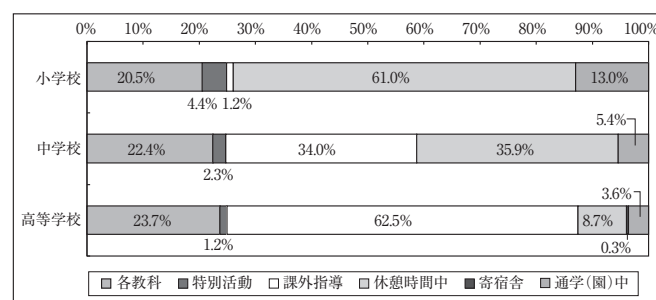


図7 場合別の傷害発生割合

小学校での発生原因は図6のとおり、「転倒」、「物に衝突」、「人に衝突」が多く、発生の場合は図7のとおり、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のとおり、日常生活場面での原因が多岐にわたっており、発生状況も様々であり、「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もっているといえる。

また、発生の場合は図7のとおり、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のとおり、「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のとおり、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

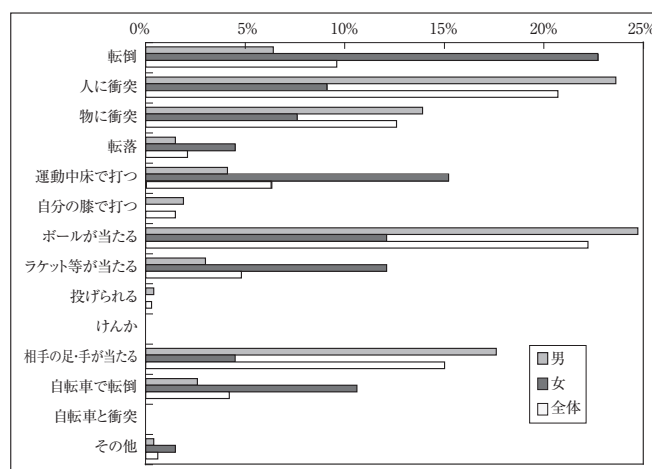


図9 高等学校の原因別の傷害発生割合

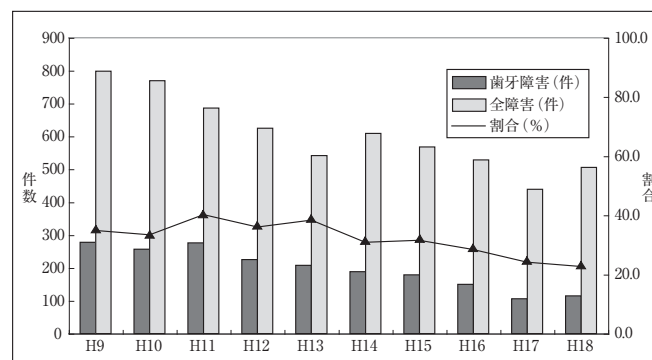


図10 全障害における歯の障害の割合の推移(10年間)

が考えられる。

なお、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及び全障害における割合の推移は図10のとおりである。

【歯・口のけがを防ぐための10か条】

- 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・睡眠の調和のと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 安全な活動や用具等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「ヒヤリ・ハット」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・ラケット等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、学校教育又は保育所における保育の円滑な実施に資する目的で実施している。

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

センターの災害共済給付契約には、学校の管理下における児童生徒等の災害について学校の設置者の損害賠償責任が発生した場合において、センターが災害共済給付を行うことによりその価額の限度においてその責任を免れさせる特約（以下、「免責の特約」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係る児童生徒等の学校の管理下における死亡で、国家賠償法、民法その他の法律により、損害賠償金が支払われたこと等により、センターから死亡見舞金が支払われないものについて「供花料」が支給される。また、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。

- (1) 学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合（保育所における保育中を含む。）
 - (2) 学校の教育計画に基づいて行われる課外指導を受けている場合
 - (3) 休憩時間中、その他校長の指示又は承認に基づいて学校にある場合
 - (4) 通常の経路及び方法により通学する場合（保育所の通園を含む。）
 - (5) その他、これらの場合に準ずる場合として文部科学省令で定める場合
- ①学校の寄宿舎に居住する児童生徒等が、その寄宿舎にあるとき。
 - ②児童生徒等が住居と学校外において授業若しくは課外指導が行われる場所（その場所以外の場所で集合し、又は解散するときは、その場所を含む。）又は学校の寄宿舎との間を合理的な経路及び方法により往復する場合
 - ③高等学校の定時制又は通信制の課程に在学する生徒が、学校教育法の規定により技能教育のための施設で教育を受けているとき。

■ 給付の対象となる災害の範囲

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

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

- (3) 障害・・・上記の負傷及び疾病が治った後に残った障害
- (4) 死亡・・・死亡でその原因である事由が学校の管理下において生じたもので、学校給食に起因する死亡、上記の疾病に直接起因する死亡、学校の管理下において発生した事件に起因する死亡及び突然死

■ 災害共済給付の制限

- (1) 医療費の給付期間は、同一の負傷又は疾病に関して、医療費の給付開始後10年間である。
- (2) 国家賠償法、民法その他の法律により損害賠償を受けたときや、他の法令に基づいて国又は地方公共団体の負担において療養、療養費の支給を受け又は補償、給付を受けたときは、その価額の限度で給付を行わない。

- (3) 非常災害（風水害、震災等）の場合は給付しない。
- (4) 義務教育諸学校及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。
- (5) 高等学校の生徒及び高等専門学校の学生の故意の犯罪行為、故意に負傷し、疾病にかかり、又は、死亡したときは、給付は行わない。
- (6) 高等学校の生徒及び高等専門学校の学生の重大な過失による災害の場合は、障害見舞金、死亡見舞金の減額措置がある。

■ 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/>）を参照したい。

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20年の交通事故の発生件数は766,147件で、前年に比べ66,307件減少し、負傷者数は945,504人であり、前年に比べ88,941人減少した。死者数は5,155人で589人減少した。

また、平成20年における交通事故の30日以内死者は

区分	死者（人）	負傷者（人）
総死傷者数	5,155	945,505
幼児	46	17,354
小学生1～3年生	31	18,215
小学生4～6年生	14	14,389
中学生	25	16,978

（財団法人交通事故総合分析センター：交通統計平成20年版）

表3-1 交通事故の死傷者数（子ども）平成20年

6,023人で、前年に比べ616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のとおりである。

また、中学生以下の子どもの年齢別・状態別の交通事故死者数は表3-2のとおりである。

幼児、小学生、中学生の時間帯別、学齢別の平成20年の通事故死者数及び負傷者数は、正午から午後8時までの時間帯に死者68人（58.6%）、負傷者47,488人（70.9%）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21人が死亡し、1年生から3年生の合計31人のうち67.7%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	5,155	1,721	717	423	567	1,710	17
6歳以下	52	33	1	—	—	17	1
7歳～12歳	44	17	13	1	—	13	—
13歳～15歳	31	5	16	5	1	4	—

（財団法人交通事故総合分析センター：交通統計平成20年版）

表3-2 状態別・年齢層別交通事故死者数（子ども）平成20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20年夏期（6月～8月）における水難の発生件数は、739件（前年同期比27件減）、死者、行方不明者数391人（前年同期比38人減）、負傷者数144人（前年同期比14人増）、無事救出された者は334人（前年同期比16人増）である。

死者、行方不明者数の391人中、子ども（中学生以下を示す。以下同じ。）は35人（前年同期比17人減）であ

る。

また、場所別発生状況（6月～8月）は、表4-2のとおりであり、行為別発生状況（6月～8月）、は表4-3のとおりである。

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のとおりである。

（白井美佐枝）

区 分	平成20年		平成19年		対 比	
	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供
水難発生件数（件）	739	160	766	192	-27	-32
死 者（人）	387	35	426	52	-39	-17
行方不明者（人）	4	0	3	0	1	0
負 傷 者（人）	144	42	130	41	14	1
無 事 救 出（人）	334	128	318	136	16	-8
合 計	869	205	877	229	-8	-24

※子供とは中学生以下を示す。

（警察庁生活安全局地域課：平成20年中における水難の概況）

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20年		平成19年		対 比		平成20年		平成19年		対 比	
	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供
海	419	70	404	70	15	0	202	8	215	14	-13	-6
河 川	217	51	255	73	-38	-22	122	19	158	27	-36	-8
用 水 路	32	5	41	9	-9	-4	29	3	25	2	4	1
湖 沼 地	34	8	31	8	3	0	29	4	24	5	5	-1
プ ー ル	31	25	31	29	0	-4	4	1	5	3	-1	-2
そ の 他	6	1	4	3	2	-2	5	0	2	1	3	-1
合 計	739	160	766	192	-27	-32	391	35	429	52	-38	-17

※子供とは中学生以下を示す。

（警察庁生活安全局地域課：平成20年中における水難の概況）

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20年		平成19年		対 比		平成20年		平成19年		対 比	
	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供
水 泳 中	241	62	185	52	56	10	120	10	98	10	22	0
ボ ー ト 遊 び	28	6	18	5	10	1	3	0	4	0	-1	0
水 遊 び	102	57	165	97	-63	-40	32	14	62	26	-30	-12
魚とり・釣り	147	11	160	11	-13	0	102	3	128	4	-26	-1
通 行 中	48	2	76	8	-28	-6	33	0	42	2	-9	-2
作 業 中	26	1	22	0	4	1	25	0	20	0	5	0
水難救助活動中	12	1	17	1	-5	0	1	0	6	0	-5	0
陸上における 遊戯スポーツ中	40	4	24	8	16	-4	14	1	6	3	8	-2
そ の 他	95	16	99	10	-4	6	61	7	63	7	-2	0
合 計	739	160	766	192	-27	-32	391	35	429	52	-38	-17

※子供とは中学生以下を示す。

（警察庁生活安全局地域課：平成20年中における水難の概況）

表4-3 夏期（6月～8月）における水難の行為別発生状況

区 分		平成20年		平成19年		増 減	
		総数	うち子供	総数	うち子供	総数	うち子供
7月20日～ 7月31日	発 生 件 数 (件)	163	47	151	41	12	6
	死者・行方不明者 (人)	79	10	84	11	-5	-1
8月1日～ 8月31日	発 生 件 数 (件)	339	63	396	109	-57	-46
	死者・行方不明者 (人)	182	7	215	31	-33	-24
合 計	発 生 件 数 (件)	502	110	547	150	-45	-40
	死者・行方不明者 (人)	261	17	299	42	-38	-25

※子供とは中学生以下を示す。

(警察庁生活安全局地域課：平成20年中における水難の概況)

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

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

交通統計平成20年版(財団法人交通事故総合分析センター)

平成20年中における水難の概況(警察庁生活安全局地域課)

学校保健ポータルサイトとは……その2

養護教諭等の方々が毎日アクセスする
ようなサイトをめざしています！

対象は、

- ・養護教諭、保健主事、栄養教諭および学校栄養職員、管理職等の学校保健関係者
- ・その他の学校保健関係者(学校医、学校歯科医、学校薬剤師、大学研究者等)
- ・保護者、児童生徒、団体・個人等その他一般



Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

喫煙は全世界で取り組むべき重要な健康問題となっている。日本では、喫煙者の半数以上がニコチン依存症と推測されている。さらに、諸外国と比較しても未だ日本の成人の喫煙率は高く、また多くの喫煙者が未成年から開始しているという問題を抱えている。厚生労働省が行った未成年の喫煙に関する全国調査では、男女とも学年が上がるにつれ喫煙経験者率、月喫煙者率、毎日喫煙者率はいずれも上昇している。中学3年生男子での喫煙経験率が23.1%、高校3年生男子では42%という驚きの結果が出ている。学童期の喫煙、飲酒、薬物乱用は、健康面での直接的な害にとどまらず、その後の精神的、社会的発達に重大な影響を及ぼすことが知られており、その防止はきわめて重要となる。すなわち、学校における喫煙防止教育は、喫緊の課題といえる。

1989年には、WHO総会において「たばこに関するWHOの行動計画」が決議され、加盟各国がたばこ対策を策定するよう求められた。このような背景から、たばこ健康問題に関する国民の関心が高まり、1995年には文部科学省が「喫煙防止教育等の推進について」の通知を行い、未成年者の喫煙を防止するための教育を学校、地域、家庭において積極的に推進すべきであるとしている。2004年には、日本は世界で19番目のWHO「たばこ規制枠組条約」に批准し、これを契機に、各分野での「たばこ対策」がより具体的かつ活発化した。しかしながら、最近の動向としては喫煙者の喫煙行動の開始時期は年々低下していることから、学齢期における喫煙防止教育は、文部科学省においても最重要課題と位置付けている。また、2008年には日本学術会議から提出された「脱タバコ社会の実現に向けて」の提言書の中で、次世代の国民をタバコの害から守るために、す

でにある未成年者喫煙禁止法を遵守することや、文部科学省学習指導要領において、小学校低学年からタバコの害に関する教育を行うよう記載すべきだとしている。

学校は、家庭や地域社会に対して最も影響力を発揮しうる場であり、喫煙、飲酒、薬物乱用の一次予防について積極的な役割を果たすべきである。しかし、従来の学校では、知識を重視した教育であったため、危

険行動を回避する具体的な行動変容に結びついていないと指摘されてきた。そこで、注目されているのが歯・口を学習材とした教育の推進である。歯・口の疾患は、目で見ることができることに加えて、「食べる」、「話す」などの機能とも関連付けることができ、また、自分の日常生活とも直結している点でも、子どもが理解しやすい。さらに、歯周病の初期段階である歯肉炎はブラッシングをすることで炎症が改善できるため、子どもにとっては、「歯肉」から「病気」と「健康」を理解し問題解決能力を育むことができる。すなわち、知識だけではなく、具体的な行動変容に結びつくことがすでに成果として報告されている。そこで、日本学校歯科医会では学校歯科保健という立場から、喫煙と口腔内症状とを「目で見える変化」として捉えることができる教材づくりに着手した。2009年2月には、未成年者における防煙・分煙対策を念頭に置き、とくに生活習慣が乱れやすい中学生を対象にした「喫煙防止シリーズ」が発刊された。具体的には、(1)タバコに含まれる有害物質であるニコチンが歯周組織に及ぼす影響、(2)喫煙と味覚障害、口臭、ドライマウスとの関係、(3)受動喫煙者にみられる口腔内症状などが解説されている。

喫煙者の低年齢化が進む社会環境の中で、喫煙防止に関する学校教育の重要性はますます高まるものと考えられる。そこで必要となるのが、具体的な行動変容を可能とする教育効果の高い教材や媒体の存在である。歯科という立場からまとめられた喫煙防止教育教材の特徴は、歯・口に表れる諸症状と喫煙との関係を「目で見える変化」として捉えることができる点であり、今後は学校歯科保健の現場で大いに活用されていくものと考えられる。

(朝田芳信)

参考文献

1. 厚生労働省：未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査、2004.
2. 文部科学省：「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり、2005.
3. 日本学術会議：脱タバコ社会の実現に向けて、2008.

6 教職員の健康診断

平成21年4月に改正施行された学校保健法は学校保健安全法と改称されたが、職員の健康診断ならびに健康診断の方法及び技術的基準については呼称条数の変更のみであって、実施項目(表1)は従来通りになっている。ただ学校職員の健康管理は従来から産業保健の傘下にもあることから、安全衛生法(安衛法)の健康診断の内容(表2)と規を一にする必要があつて、実

施項目は二法ともに同様に規定されている。

なお平成20年4月から「特定健診・特定保健指導」制度が新たに設けられた。これらは生活習慣の改善のための保健指導に重点がおかれていることが特徴であり(表3)、メタボリックシンドローム予防の概念が採り入れられている。そのために安衛法では腹囲測定が追加され、対象はBMIと年齢によるものであつて、このシン

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。(学校保健安全法第15条1項)
2. 健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。(学校保健安全法施行規則第10条)

1. 身長及び体重
2. 視力及び聴力
3. 結核の有無
4. 血圧
5. 尿
6. 胃の疾病及び異常の有無
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. その他の疾病及び異常の有無

* 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 学校保健安全法

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

健康診断項目	省略基準(医師の判断による)
○既往症及び業務歴の調査 ○自覚症状および多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(HbA1cでも可)	40歳未満(35歳を除く)
○尿検査(尿中の糖および蛋白の有無の検査)	・血糖検査を受けたものは、尿中の糖の有無の検査
○心電図検査	40歳未満(35歳を除く)

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

表2 労働安全衛生法関係

ドローム該当者・予備軍に対して保健指導が実施される。

通常、健康診断結果は、二法ともに事後措置（表4）により適切な指導を行うことになっている。身体面から

みた教職員健康診断は学校における課題よりも環境面で変化が見られていて、今後は運動器の問題や腰痛など、また男性では前立腺疾患、女性では乳がんなど特有の疾病などが注目されよう。現在でも結核（表5-イ、

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 Alc 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-グルタミルトランスペプチターゼ

表3 従来の健診項目との比較

口、ハ) やうつ病などの精神性疾患(表6・図1)は依然として課題を残しておりこれからも注意深く対応しなければならない。例年通り東京都内S地区の平成20年度健診結果を(表7、8、9)に示す。

これら検査項目を利用して本人自身が健康管理に役立てるポイントをいくつか挙げると、体重は随時計測し、増加または下降が急速に或いは偏向が目立つ場合に注意したい。視力・聴力も計時的に平素から異常の有無に留意する。結核についてはツベルクリン反応が、いま普遍的に行われなくなったので、最近開発されたQFT(クフォンティフェロン)を使用する時もある。胸部X-Pと共に診断に役立つと思われる。血圧は家庭血圧測定の普及に伴い、モーニングサージや仮面高血圧、白衣性高血圧などが知られているので充分理解してもらう必要がある。尿の異常は確認のため再検査が求

められることが多い。スクリーニング検査とはいいいながら胃の検査の判定には確定診断に至るまで、また肝機能検査も異常値の出現には原因となる疾病は多いことなどをわきまえて対応すべきである。血中脂質検査や血糖検査も数値の判定には慎重を期し、再検査や経過をみる必要がある。心電図検査も同様であるが、形態的診断であっても充分検討しなければいけない。

さらに教職員の健康診断を含め職員の健康管理がこれからの児童生徒に大きい影響を与えるものとして、多くの感染症があることを認識しなければならない。それは子どもの感染性疾患が成人にも拡大していることである。例えば結核における教職員からの感染例があるのと同様に、学校という集団のなかで様々な感染症が成人から子どもへうつる事象を想定する必要があると思われる。インフルエンザウイルス以外でも成人にみ

項目	内容		備考													
実施者	学校の設置者（学保法第15、16条）		第15条 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 2 学校の設置者は、必要があるときは、臨時に、学校の職員の健康診断を行うものとする 第16条 学校の設置者は、前条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													
指導区分	<table><thead><tr><th>区分</th><th>内容</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="4">生活規制の面</td><td>A（要休業） 勤務を休む必要のあるもの</td></tr><tr><td>B（要軽業） 勤務に制限を加える必要のあるもの</td></tr><tr><td>C（要注意） 勤務をほぼ平常に行ってよいもの</td></tr><tr><td>D（健康） 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） 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） 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） 医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの</td></tr></tbody></table> （学保法施規則別表第二）	区分	内容	生活規制の面	A（要休業） 勤務を休む必要のあるもの	B（要軽業） 勤務に制限を加える必要のあるもの	C（要注意） 勤務をほぼ平常に行ってよいもの	D（健康） 全く平常の生活でよいもの	医療の面	1（要医療） 医師による直接の医療行為を必要とするもの	2（要観察） 医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの	3（健康） 医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの	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）に定める生活規制の面及び医療の面の区分を組み合わせる指導区分を決定するものとする（学保法施規則第16条） 2. 教具体的には、生活規制の面（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. 教指導区分の決定は、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			
区分	内容															
生活規制の面	A（要休業） 勤務を休む必要のあるもの															
	B（要軽業） 勤務に制限を加える必要のあるもの															
	C（要注意） 勤務をほぼ平常に行ってよいもの															
	D（健康） 全く平常の生活でよいもの															
医療の面	1（要医療） 医師による直接の医療行為を必要とするもの															
	2（要観察） 医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの															
	3（健康） 医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの															
事後措置	<table><tbody><tr><td>A</td><td>休暇または休職等の方法で療養のため必要な期間勤務させないこと</td></tr><tr><td>B</td><td>勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと</td></tr><tr><td>C</td><td>超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること</td></tr><tr><td>D</td><td>勤務に制限を加えないこと</td></tr><tr><td>1</td><td>必要な医療を受けるよう指示すること</td></tr><tr><td>2</td><td>必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること</td></tr><tr><td>3</td><td>医療または検査等の措置を必要としないこと</td></tr></tbody></table> （学保法施規則第16条）	A	休暇または休職等の方法で療養のため必要な期間勤務させないこと	B	勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと	C	超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること	D	勤務に制限を加えないこと	1	必要な医療を受けるよう指示すること	2	必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること	3	医療または検査等の措置を必要としないこと	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（学保法施規則第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
A	休暇または休職等の方法で療養のため必要な期間勤務させないこと															
B	勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日勤務をさせないこと															
C	超過勤務、休日勤務、及び宿日直勤務をさせないかまたはこれらの勤務を制限すること															
D	勤務に制限を加えないこと															
1	必要な医療を受けるよう指示すること															
2	必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること															
3	医療または検査等の措置を必要としないこと															
事後措置の流れ	学校の設置者 健康診断 → 健康診断を行った医師 指導区分の決定 → 学校の設置者 事後措置の決定 → 学校の設置者 実施状況の把握 校長を通じて指示															

表4 健康診断による事後措置

られる百日咳の流行や、同じく麻しんの流行など、通常みられる咽頭結膜熱や肺炎マイコプラズマや溶連菌などの感染、そしてワクチン接種の有無に関わらず、感染症の免疫抗体価の減衰如何に因っては伝搬する可能性もあると思われる。なお各健康診断項目からみた評価は「学校保健の動向:平成19年度版;20年度版」を参照されたい。

前述のように精神疾患は社会全体で増えており、教

職員の場合でも病気休職者の中で比率が高くなっている。かつて世銀報告93によると、将来、メンタルヘルスは悪性新生物と肩を並べるとの予測もある。しかも経過が長期にわたり社会的にも損失が大きいのので慎重に対応すべきと考えられる。企業においても精神疾患による休職者が増加しているとの調査結果があり、子どもを含めて心の問題は難しいものがある。

(内藤昭三)

1 受診者数

		20 年度			19 年度実施 (人)
		男 (人)	女 (人)	計 (人)	
A	教 職 員 数	239	352	591	611
B	直 接 撮 影 者 数 (B/A)	195	275	470 (79.5%)	451 (73.8%)
C	要 精 検 者 数 (C/B)	0	0	0 (0.0%)	4 (0.0%)
D	精 密 検 査 者 数 (D/C)	0	0	0 (0.0%)	3 (75.0%)

< 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	5	12	17 (2.9%)	64 (10.5%)
---	------------------	---	----	-----------	------------

2 検診結果

F	異常なし [観察不用含] (F/B)	185	264	449 (95.5%)	417 (92.5%)
G	要 再 検 (G / B)	10	11	21 (4.5%)	30 (6.7%)
H	要 注 意 ・ 要 観 察 (H/B)	0	0	0 (0.0%)	3 (0.7%)

☆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 年度より夏季休業中に実施 8 月 4 日～8 月 27 日 (7 日間)

受付 13 時 30 分～15 時 00 分

☆検診対象者:全員 (嘱託員、再任用、非常勤講師含む)

表5-イ 平成20年度 教職員結核検診結果 (S地区)

校名	教職員数			直接撮影者数			直接撮影所見						精密検診 (指導区分)		他で検診済		未検査	
	男	女	合計	男	女	合計	異常なし		要再検		要精密		男	女	男	女	男	女
							男	女	男	女	男	女						
A	14	20	34	10	16	26	8	16	2								4	4
B	10	7	17	9	6	15	9	5		1							1	1
C	6	8	14	6	7	13	6	7										1
D	4	12	16	4	8	12	4	8									4	
E	9	11	20	7	8	15	7	8									2	3
F	6	16	22	5	13	18	5	12		1						2	1	1
G	7	10	17	6	7	13	5	7	1								1	3
H	10	21	31	9	12	21	9	12									1	9
I	6	10	16	5	10	15	5	9		1							1	
J	5	13	18	5	10	15	5	10										3
K	5	14	19	4	11	15	3	10	1	1							1	3
L	5	21	26	4	19	23	4	17		2					1	1		1
M	9	12	21	7	10	17	7	10									2	2
N	6	18	24	5	13	18	5	13									1	5
O	9	17	26	9	13	22	9	12		1								4
P	7	14	21	6	10	16	4	9	2	1						1	1	3
Q	4	10	14	4	5	9	4	5									3	2
R	8	7	15	5	7	12	5	7							1			2
S	4	9	13	3	8	11	3	8							1			1
T	7	7	14	6	6	12	6	6									1	1
小学校計	141	257	398	119	199	318	113	191	6	8	0	0	0	0	3	7	23	47
A	13	11	24	10	10	20	9	10	1								3	1
B	8	8	16	6	8	14	6	8										2
C	16	13	29	14	11	25	14	11							1		1	2
D	10	6	16	8	6	14	8	6									2	
E	12	10	22	7	8	15	6	8	1								5	2
F	16	6	22	14	6	20	14	5		1								2
G	13	13	26	11	9	20	9	8	2	1					1	4	1	
H	10	8	18	6	3	9	6	3									4	5
中学校計	98	75	173	76	61	137	72	59	4	2	0	0	0	0	2	4	20	10

表5-ロ 平成20年度教職員結核検診 (S地区)

園名	教職員数			直接撮影者数			直接撮影所見						精密検診 (指導区分)		胸部未撮影者内訳			
	男	女	合計	男	女	合計	異常なし		要再検		要精密		男	女	他で検診済		未検査	
							男	女	男	女	男	女			男	女	男	女
A		2	2		1	1		1										1
B		2	2		1	1		1										1
C		3	3		1	1		1										2
D		3	3		3	3		3										
E		3	3		3	3		3										
F		3	3		2	2		2								1		
G		4	4		4	4		3		1								
幼稚園計		20	20		15	15		14		1		0		0		1		4
幼・小・中計	239	352	591	195	275	470	185	264	10	11	0	0	0	0	5	12	43	61

表5-ハ 平成20年度教職員結核検診（S地区）

	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
	(C) / (A)	0.17	0.18	0.20	0.24	0.27	0.29	0.35	0.39	0.51
	(C) / (B)	38.6	39.2	43.0	46.0	48.1	50.7	53.1	56.4	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、中等教育学校及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、実習助手及び寄宿舎指導員（本務者）の合計。

表6 病気休職者数等の推移（平成9年度～平成18年度）

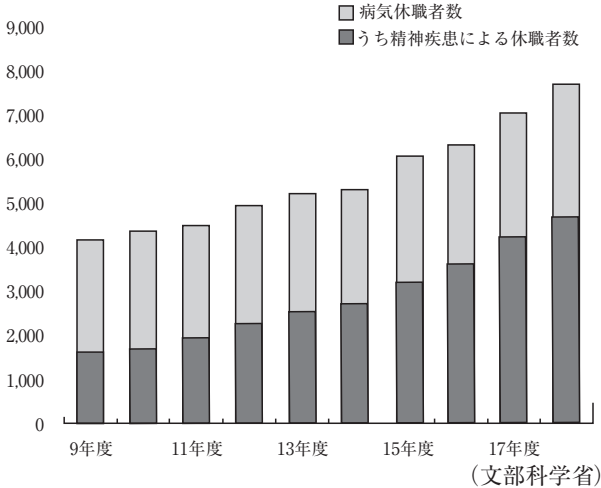


図1 病気休職者等の推移（平成9年度～平成18年度）

		平成20年度			平成19年度実績
		男	女	計	
A	教職員数	239	352	591	611
B	第一次受診数（B/A）	195	288	483（81.7%）	465（76.1%）
C	検診 異常なし（C/B）	40	110	150（31.1%）	141（30.3%）
D	結果 有所見者（D/B）	155	178	333（68.9%）	324（69.7%）

<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）	4	8	12（2.0%）	57（9.3%）
---	----------------------	---	---	----------	----------

<B+E=495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
高血圧症（境界域高血圧も含む）	3	3	13	34	3	56
心疾患（心電図異常も含む）	2	1	6	11	3	23
腎疾患（血尿、蛋白尿も含む）	3	4	10	26	4	47
糖尿病（境界域糖尿病も含む）	3	7	19	32	10	71
高脂血症	11	26	42	63	15	157
貧血	8	6	11	18	3	46
肝機能障害	9	14	18	37	0	78
その他の所見	8	13	8	0	0	29
合計	47	74	127	221	38	507

☆第一次検診実施 20年8月4日～8月27日（7日間） 13時30分～15時00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。

表7 平成20年度 教職員生活習慣病検診結果（S地区）

校名	教職員数			第一次受診数				第一次検診結果													
								異常なし		B1 要軽業・要医療		C1 要注意・要医療		C2 要注意・要観察		D1 健康・要医療		D2 健康・要観察		D3 健康・健康	
	男	女	合計	男	受診率	女	受診率	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	14	20	34	10	71.4%	15	75.0%	3	8			1		1	2			5	5		
B	10	7	17	9	90.0%	6	85.7%	2	3			1		1		1	1	5	2		
C	6	8	14	6	100.0%	8	100.0%		4				1	2				3	3		
D	4	12	16	4	100.0%	10	83.3%	2	4		1		1				1	2	3		
E	9	11	20	7	77.8%	9	81.8%	1	4	1			2	1		1	1	3	2		
F	6	16	22	5	83.3%	13	81.3%	3	5		1		1		1		1	2	4		
G	7	10	17	6	85.7%	8	80.0%	2	4			2				1	2	3			
H	10	21	31	9	90.0%	13	61.9%	3	6			1	1	2	2			3	4		
I	6	10	16	5	83.3%	10	100.0%		1				2		2		1	5	4		
J	5	13	18	5	100.0%	10	76.9%	2	3			1		2	2		1		4		
K	5	14	19	4	80.0%	12	85.7%		7						1		2	4	2		
L	5	21	26	4	80.0%	19	90.5%	1	7		1						2	3	9		
M	9	12	21	7	77.8%	11	91.7%	1	2	1		3		1	2	1	1		6		
N	6	18	24	5	83.3%	14	77.8%		5		1	1	2	1	1		2	3	3		
O	9	17	26	9	100.0%	13	76.5%	3	5				1	3	1		1	3	5		
P	7	14	21	6	85.7%	10	71.4%	1	4			1	1	2			1	2	4		
Q	4	10	14	4	100.0%	7	70.0%		2			1	1		2			3	2		
R	8	7	15	5	62.5%	7	100.0%	1	3				2		1			4	1		
S	4	9	13	3	75.0%	8	88.9%		2				1		1			3	4		
T	7	7	14	6	85.7%	6	85.7%	1		1				2			2	2	4		
小学校計	141	257	398	119	84.4%	209	81.3%	26	79	3	4	12	16	18	18	3	18	57	74	0	0
A	13	11	24	10	76.9%	10	90.9%	3	1			2	3	2	3			3	3		
B	8	8	16	6	75.0%	8	100.0%	1	4	2			1	1	2			2	1		
C	16	13	29	14	87.5%	13	100.0%	2	4		1	5	2		1	1		6	5		
D	10	6	16	8	80.0%	6	100.0%		2				2		1	2		6	1		
E	12	10	22	7	58.3%	8	80.0%	3	5			1	1	1	1			2	1		
F	16	6	22	14	87.5%	6	100.0%	1	5			5		3		4		1	1		
J	13	13	26	11	84.6%	9	69.2%	2	4		1		1	2	1	1	1	5	1		
K	10	8	18	6	60.0%	4	50.0%	2	2			1				2		2	2		
中学校計	98	75	173	76	77.6%	64	85.3%	14	27	2	2	14	10	9	9	10	1	27	15	0	0

表8 平成20年度教職員生活習慣病検診実績 (S地区)

	教職員数			第一次受診数				第一次検診結果													
								異常なし		B1要軽業・要医療		C1要注意・要医療		C2要注意・要観察		D1健康・要医療		D2健康・要観察		D3健康・健康	
園名	男	女	合計	男	受診率	女	受診率	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	/	2	2	/	/	1	50.0%	/		/		/		/		/		/	1	/	
B		2	2			1	50.0%		1												
C		3	3			1	33.3%		1												
D		3	3			3	100.0%														
E		3	3			3	100.0%		1								1		1		3
F		3	3			2	66.7%														2
G		4	4			4	100.0%		1		1						1				2
幼稚園計	0	20	20	0	0.0%	15	75.0%	0	4	0	1	0	0	0	2	0	1	0	8	0	0
幼・小・中計	239	352	591	195	81.6%	288	81.8%	40	110	5	7	26	26	27	29	13	20	84	97	0	0

表9 平成20年度教職員生活習慣病検診実績 (S地区)

コラム

国際学校保健・開発協力の動向

「ミャンマーにおける国際学校保健協力事業フェーズ3について」

ミャンマーの学校保健事業で HQC が全国展開へ

ミャンマー連邦についての情報は国際社会では極めて限定的にしか紹介されない。現在、外国の報道機関の活動は厳しく制限されており、我が国の新聞社をはじめとするマスメディアの支局はなく、特派員もない。よって日本で知りうる情報は西側メディアから僅かに漏れ伝わってくるかなり制限された僅かな情報しかなく、テレビ放映されるフィルムはBBCなどの使い回しが多い。当然伝えられる情報の真偽はなかなか分からないことが多く、ミャンマー研究を専門とする研究者やプロのジャーナリストでも知りうる情報はごく限られている。いわば鎖国的な状況であり、国内の学校には外国人は原則立ち入り禁止であって、教育に関する国際協力は極めて困難である。そうした中で、例外的に民間の大学チーム（大妻女子大学など）が行う学校保健改善事業が順調に活動が続いているのはプログラムの中身の有効性だけでなく、僥倖も重なっている。

この事業は文部科学省国際協力イニシアティブ事業の助成を受けており、同事業においては過去3年連続でもっとも優れた事業との評価を受け、ミャンマー国内でもしばしば大新聞が取り上げ、注目されている国際協力活動となっている。

事業は今年度で新段階に入る。今までの活動をフェーズに分けると、フェーズ1はミャンマー政府の外交政策委員会（閣議）で正式の活動許可を受ける前の準備期間であって、学校に立ち入らないで、小規模な研修会や研究活動を行い、ミャンマー語による学校保健改善マニュアルを作成し、現地における協力体制を構築した段階であった。フェーズ2ではミャンマー政府の協力を得て、全国から68校のモデル学校とそれを管轄するタウンシップオフィスを対象としたワークショップを行い、必要機材を供与した。それにもとづいて各学校では全校をあげて学校保健の品質管理活動（school wide Health Quality Control）を行い、その実験的な成果を検証・確認し、この事業を各学校が自律して運営するフィービリティを確認した段階であった。そしてフェーズ3では全国の23教育系国立大学の全校を対象とした研修事業を計画しており、各大学の教員が教育系学生に対する教育指導を行い、HQCを中心とした学校保健改善運



写真：モン州ムドンにおける小学校の身体計測風景（皮下脂肪の計測）
身体計測から栄養指導や机やイスの改善へ展開していく

動を全国で展開する段階である。昨年度末にはこれに合わせて日本政府はミャンマーの全教育系学生にミャンマー語の学校保健改善マニュアル（大澤清二編、文部科学省刊）を配布した。

平成21年度からはいよいよこのフェーズ3の段階に入るわけで、日本側とミャンマー政府との合意に基づいて3年計画で全国展開に向けて活動がスタートする。以下、フェーズ3における活動計画の概略を紹介する。この改善活動はまず持続的であることを目指している。従って専門家が帰国したら事業が中断するとか、援助資金が止まったら事業も終了する、というよくある国際協力事業の轍を踏まないように設計している。そのためにはまず現地でしっかりした組織作り、現地ニーズの把握と活動プログラムの優先順位付け、現地語による学校保健改善マニュアルの指導と必要な機材器具の提供、日本で成功した品質管理のメソッドの提供とそれにもとづく実験的な改善活動をモットーにしている。そして事業報告会の開催と、厳しい第三者評価である。

検査器具や測定道具は現地で調達可能なものを優先し、出来るだけ現地で製作できるように関連する企業や工業会等に依頼している。

プログラムの実施に当たってまず最初の課題は学校保健改善チームの形成である。

ミャンマーでは学校保健は教育省と保健省の両方が所管し、主として保健省は子どもの健康管理を、教育省は健康教育をそれぞれ分担しているが、保健省はヤンゴンとマンダレーなどの一部の地区だけの管轄である。

学校保健に関する法律はないが一定の指針はある。指針によれば学校保健の内容は以下に示す9項目である。

①保健教育②学校周辺の環境衛生③子供の栄養状態④学校での子供の体調の管理、身長、視力、歯の検診⑤病気の予防⑥メンタルヘルスケア⑦学校から親に対する教育(子供を通じた親の教育)⑧教育(訓練)と研究⑨学校での体育、スポーツ。

しかし、乏しい財政と専門スタッフのいない状況も手伝って内実は日本のそれとは大きく隔たっている。そこで、この事業では大きな財政的な準備や専門家がいなくても対応でき、直ぐに効果の得られる対策から次第に時間のかかる対策へという段階的なプログラムを準備して、学校保健改善の第一歩を歩み始めた。まず、学校保健改善チームをつくる。この為に、地方の行政官、校長、選ばれた未来の学校保健指導者(教師)を学校ごとに派遣してもらい日本側が主催する学校保健活動の研修を受けてもらう。ここではすぐに役立つ学校保健のノウハウを編集してマニュアルにしている。次いで、マニュアルに基づいて保健室を設置する。そこで日本から持ち込んだ身長、座高、体重、皮下脂肪、胸囲等の計測器を使って発育栄養の評価をし、指導をおこなう。視力と聴力の検査および水質検査、照度検査などのもっとも基本的な環境検査を行い、発見された問題点への対応を考え徹底したHQC手法による改善運動を展開する。この運動では活動の前後できちんとデータとして統計、記録、写真、地図などを残すことが意識されている。プログラムの内容では開発途上国で最も重要な生活習慣の改善を取り上げている。これはHQC手法で早いもので2週間、遅いもの(便通の改善など)では10週くらいで80%程度のこどもが改善をみる。開発途上国では伝染病や事故も多い。これも実は生活習慣に深く根ざしたものである。HQC手法による改善プログラムでは学校環境の改善も重要な項目である。照度を測ると50ルクスしかない教室はしばしばだし、非常に明るいところと暗い

ところが混在している教室も多い。これを電灯という財源の必要な対応方法を用いなくて改善する方法を開発する。事例では教室周辺の立ち木の伐採や、天井や壁を白ペンキで塗装する、屋根をアクリル板に取り替える。木製の窓を取り替える、などが一般に使われる。黒板の改善も半数の教室で必要になる。最も重要なのは飲料水の確保と水質の改善である。これはまず検査を行い科学的な根拠を示しながら煮沸、殺菌、水の管理方法等を指導してゆく。場合によっては水源の確保や井戸そのものの修理、手製のろ過装置の取り付けなど必要になっている。ごみの放置はごく普通に見られる問題であるが、分別を行いお金に代え、次の改善プランにつなげている。安全教育はもっとも速効性のあるプログラムである。先生と子ども達が一緒に学校内を観察して歩き、危険箇所を「危険地図」に書き込み、出来るところから全校を上げて修理して行く。始めの頃はお金がないから出来ないとか言い訳を言っていた先生達がいつしか先立って校庭の石を拾い、突き出た枝や、放置してある廃材を片付け始める。やがて、PTAも参加して村中がきれいに片付き、安全標識が取り付けられ、事故が減り始めるようになる。もう一つのプログラムは学校給食を援助に頼らず、自前で実施するというものである。まず、校内の空き地に土地に適した作物を植える。池を掘り稚魚を飼い皆で育てる。子豚や牛まで飼育している学校も出てくる。鶏も育てやすく給食に役立つ。隣国のタイのプロジェクトでは農場を経営する学校も出てきた。自給自足で学校給食をやるのである。

これらのプロジェクトはミャンマーではユニセフの実施しているライフスキル教育と平行して今年から全国で展開する計画である。

この事業の特徴は、専門家がいなくても、財源が乏しくても、全校をあげて学校保健の改善を行い、地域の参加を引き出して学校を育てるという、持続可能な国際教育協力である。

(大澤清二)

第Ⅱ章

学校環境衛生の動向

1 学校環境の衛生管理

1. 学校における環境衛生管理の必要性 ～はじめに～

(1) 学校における環境衛生管理の目的

学校とは、環境からの影響を受けやすい発達段階の児童生徒等が、1日の多くの時間を集団で過ごす場である。したがって、児童生徒等が学習活動等を行う際には、学校の衛生環境が児童生徒等の健康及び学習能率等に大きな影響を及ぼすことがあることを踏まえると、学校における環境衛生管理の目的は、以下のように考えられる。

- ① 児童生徒等の健康を保護し、心身の発達を促し、健康の保持増進を図ること
- ② 児童生徒等の学習能率の向上を図ること
- ③ 児童生徒等の豊かな情操の陶冶を図ること

(2) 学校における環境衛生管理の進め方

平成20年1月17日中央教育審議会においてとりまとめられた「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）」には、健康課題を解決するためには、学校内の組織体制が充実していることが基本となることから、すべての教職員が共通の認識を持ち、校長のリーダーシップの下、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ことが示されている。したがって、学校における環境衛生管理は、校長の責任の下に学校のすべての教職員（非常勤職員である学校医、学校薬剤師を含む。）が、それぞれの職務の特性を生かし、学校分掌等により役割を明確にし、学校経営の中で計画的にこれを進めなければならない。

環境衛生検査については、上記中央教育審議会答申において、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示されているように、専門的知見から学校薬剤師の果たすべき役割は大きい。しかし、学校薬剤師は学校医及び学校歯科医と同様に、非常勤職員であることから学校長等の学校管理者や教職員との連携のためには、コーディネーターとしての役割の担い手が必要である。上記中央教育審議会答申では、健康課題の対応に当たり、学級担任等、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、スクールカウンセラーなど学校内における連携、また地域の関係機関との連携が必要となっている中、養護教諭はコーディネーターの役割を担う必要があることが示されているように、養護教諭の役割の重要性が述べられている。

学校における環境衛生管理は、定期検査、日常点検及び臨時検査に分けることができる。それぞれの検査及び点検の目的と留意点を下記に示す。

○定期検査

定期検査は、それぞれの検査項目についてその実態を客観的、科学的な方法で定期的に把握し、その結果に基づいて環境の維持及び改善のために必要な措置を講じるために行われるものである。また、日常点検の重点項目の決定等に役立てることが大切である。

実施すべき検査項目の内容によっては、学校薬剤師が直接その検査に当たることが適切であるものと、学校薬剤師の指導によって公衆衛生関係の検査機関に検査を依頼することが適切なものがある。また、学校薬剤師の指導・助言の下に教職員が直接、検査に当たる場合もある。学校薬剤師と学校薬剤師以外の役割の

分担は、学校や地域の実情によって異なる。定期の環境衛生検査は、学校保健計画に位置付けられ、校長の責任の下に実施するものであることから、いつ、誰が実施するかを明らかにすることが必要である。

○日常点検

日常点検は、それぞれの検査項目について毎授業日に教職員が実施することにより、環境衛生を維持し、問題点があれば速やかに改善を図るためのものである。また、それらの結果に基づいて定期検査の効果的な実施に役立てるようにする。そのためには、記録を残すように努めることが必要である。

日常点検は、校務分掌等に基づいて点検すべき事項について授業開始前や授業中、又は授

業終了時等の適切な時に、主として感覚的に点検し、必要に応じて速やかに改善を図るために行われる。その際、教職員の役割を明確にして実施する必要がある。

○臨時検査

臨時検査は、下記に示すような場合に、必要な検査項目を定めて検査するものである。

- ① 感染症又は食中毒の発生のおそれがあり、また、発生したとき。
- ② 風水害等により環境が不潔になり又は汚染され、感染症の発生のおそれがあるとき。
- ③ 新築、改築、改修等及び机、いす、コンピュータ等新たな学校用備品の搬入等により揮発性有機化合物の発生のおそれがあるとき。
- ④ その他必要なとき。

2. 学校保健安全法、学校保健安全法施行規則、学校環境衛生基準

平成20年6月18日に学校保健、学校安全及び学校給食について定めた「学校保健等の一部を改正する法律（平成20年法律73号）」が公布されことに基づき関係政令等の整備が進められ、平成21年3月31日に学校における環境衛生管理に関連する「学校保健安全法等の一部を改正する法律の施行に伴う文部科学省令の整備等に関する省令（平成21年文部科学省令第10号）」等が公布された。

また、平成21年4月1日には、改正された「学校保健安全法（昭和33年法律第56号）」とあわせて、改正された「学校保健安全法施行規則（昭和33年文部科学省令第18号）」、「学校保健安全法」第6条第1項の規定に基づき新たに定められた「学校環境衛生基準（平成21年文部科学省告示第60号）」が施行された。

(1) 環境衛生検査

「学校保健安全法」第5条（学校保健計画の策定等）では、「学校においては、児童生徒等及び職員の心身の健康の保持増進を図るため、児童生徒等及び職員の健康診断、環境衛生検査、児童生徒等に対する指導その他保健に関する事項について計画を策定し、これを実施しなければならない。」と規定されている。

また、「学校保健安全法施行規則」第1条（環境衛生検査）第2項において、「学校保健安全法」第5条に定

める「環境衛生検査」とは、定期検査と臨時検査と規定されている。

(2) 環境衛生検査の対象となる項目

旧「学校保健法」では、「環境衛生検査」の対象となる項目について旧「学校保健法施行規則」第22条の2の第1項において5項目を定めているが、具体的な検査項目や検査方法について定められていなかった。したがって、「環境衛生検査」の際の基準として「学校環境衛生の基準（平成4年6月23日付け文部省体育局長裁定）」が行政の指導指針として示されていた。

「学校保健安全法」第6条（学校環境衛生基準）第1項では、「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29年法律第160号）第9条第1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31年法律第157号）第7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32年法律第118号）第6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。」と規定された。

「学校保健安全法施行規則」第1条（環境衛生検査）

査) 第1項において「環境衛生検査」は、「学校環境衛生基準」に基づき行わなければならない旨が規定されている。なお、「学校環境衛生基準」は、旧「学校環境衛生の基準」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内容の精査など必要な検討を進めた上、告示として制定されていることから、「環境衛生検査」に係る具体的な検査項目や検査方法について法制度が整備され、それらの位置付けが明確になった。

また、旧「学校保健法」の「環境衛生検査」について旧「学校保健法施行規則」第22条の2の第4項には、「4教室その他学校における空気、暖房、換気方法及び騒音」の項目について地域の実情等に応じ検査の項目から除くことができる旨の規定があった。しかしながら、「学校環境衛生の基準」には、それら項目について定期に検査するとされており、児童生徒等の健康や安全の確保を図るために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であると認識されていたものの規定が明確ではなかった。「学校保健安全法施行規則」第1条(環境衛生検査)には、旧「学校保健法施行規則」第22条の2の第4項のような規定はなく、明確化が図られた。

(3) 事後措置

旧「学校保健法施行規則」第22条の3において事後措置に関する規定として学校においては、「環境衛生

検査」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ずる旨が示されていた。一方、「学校保健安全法施行規則」及び「学校環境衛生基準」には、事後措置に関する規定が示されていない。これは、「学校保健安全法」第6条第2項及び第3項において学校の設置者は、「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とともに、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、又は当該措置を講じ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が規定されているためである。

(4) 日常における環境衛生

「学校保健安全法施行規則」第2条(日常における環境衛生)には、日常的な点検を行い、環境衛生の維持又は改善を図らなければならない旨が簡潔に示されている。

また、「学校環境衛生基準」には、「第5 日常における環境衛生に係る学校環境衛生基準」が定められており、上記の「学校保健安全法」第6条第2項及び第3項においても日常的な点検を行い、環境衛生の維持又は改善を図らなければならないこととなっている。

3. 「学校環境衛生基準」と旧「学校環境衛生の基準」の相違点

(1) 告示にふさわしい事項の厳選・簡略化

①項目の整理

旧「学校環境衛生の基準」は、定期環境衛生検査、臨時環境衛生検査及び日常における環境衛生の3つの章に分けられ、定期環境衛生検査の対象を15項目に分類していた。「学校環境衛生基準」では、定検査に係る項目として「教室等の環境」、「飲料水等の水質及び施設」、「学校の清潔、教室等の備品及びネズミ、衛生害虫等」の4項目としてまとめられ、「日常における環境衛生」及び「雑則」と合わせて6つに分類された。

旧「学校環境衛生の基準」の「第1章 定期環境衛生検査」を「学校環境衛生基準」では、「照度及び照明環境」、「騒音環境及び騒音レベル」及び「教室等

の空気」を「第1 教室等の環境に係る学校環境衛生基準」として、「飲料水の管理」及び「雨水等利用施設における水の管理」を「第2 飲料水等の水質及び施設・設備に係る学校環境衛生基準」として、「排水の管理」、「学校の清潔」「机、いすの整備」、「黒板の管理」及び「ネズミ、衛生害虫等」を「第3 学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等及び教室等の備品に係る学校環境衛生基準」として、「水泳プールの管理」を「第4 水泳プールに係る学校環境衛生基準」として整理された。

また、旧「学校環境衛生の基準」の「第1章 定期環境衛生検査」では、原則として各項目を「検査項目」、「検査回数」、「検査事項」、「検査方法」、「判定基準」及び「事後措置」の6つの項に分けて記載されて

いるが、上述したように法第6条第3項において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改善のために必要な措置を講ずることが規定されたことを踏まえ、本基準では「事後措置」に関する項目を記載せず、「検査項目」及び「基準」、それに対応する「検査項目」及び「方法」として整理された。

②他の法令等に示されている項目

旧「学校環境衛生の基準」における「学校給食の食品衛生（学校給食共同調理場を含む）」については、「学校保健安全法」第6条第1項において「学校給食法」第9条第1項等に規定する事項（「学校給食衛生管理基準」、本章「2. 学校給食の衛生管理」の項参照）を「学校環境衛生基準」から除くとされたことから削除された。

旧「学校環境衛生の基準」の「第1章 定期環境衛生検査」の「飲料水の管理」に示されていた「専用水道の水質」については、水道法（昭和32年法律第177号）に基づき検査することとなっていることから、「水道水を水源とする専用水道の原水の水質」については、水道事業者により担保されていることから、「学校環境衛生基準」における検査項目とされなかった。同様に、旧「学校環境衛生の基準」の「第1章 定期環境衛生検査」の「便所の管理」に示されていた尿浄化槽の管理についても浄化槽法（昭和58年法律第43号）において規定されていることから、「学校環境衛生基準」における検査項目とされなかった。

また、「学校保健安全法」における「学校」とは、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校、すなわち幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学及び高等専門学校であることから、旧「学校環境衛生の基準」における幼稚園に係る基準等については削除された。

(2) 維持・管理に関する基準であることの明確化

「学校環境衛生基準」は、「学校保健安全法」第6条第1項において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であるとされたことから、旧「学校環境衛生の基準」における施設・設備の設置・構造に関するものは削除し、維持・管理に関する基準であることが明確化された。

児童生徒等の安心・安全のためには、健康的かつ安全で豊かな施設環境の確保が必要である。そのためには、健康に配慮し学校施設を新築、増築、改築する場合に限らず、既存施設を改修することが最も大切であり、文部科学省では、「学校施設整備指針」において学校教育を進める上で必要な施設機能を確保するために、計画及び計画において必要となる留意事項を示している。

すなわち、健康的かつ安全で豊かな施設環境の確保するためには、「学校施設整備指針」に基づいた施設設備の新築、改築、改修等とその後の「学校環境衛生基準」に基づいた維持管理が不可欠である。

(3) 維持・管理に必要な項目の追加

①検査・点検記録の保管

定期検査等を効果的に実施するためには、過去の検査結果を参考にする必要があることから、「学校環境衛生基準」では、新たに「雑則」において「定期及び臨時に行う検査に関する記録は、検査の日から5年間保存するものとする。」との規定が盛り込まれた。

また、学校における環境衛生管理には、日常的な衛生管理が重要であることから、「毎授業日に行う点検の結果は記録するように努めるととともに、その記録を点検日から3年間保存するように努めるものとする。」と規定された。

②施設・設備等の図面等の保管

施設・設備等の図面等については、多くの場合は学校に保管されているものと考えられるが、設置者が保管していた場合もあると考えられる。定期検査等を効果的に実施するためには、施設・設備等の図面等が必要となることがあることを踏まえると、学校にも必ず施設・設備等の図面等が保管されており、学校薬剤師等検査に携わる者が必要に応じて閲覧できる必要がある。そのため、「学校環境衛生基準」では、新たに「雑則」において「検査に必要な施設・設備等の図面等の書類は、必要に応じて閲覧できるように保存するものとする。」との規定が盛り込まれた。

したがって、学校の設置者が施設・設備等の図面等の原本を保管している場合には、学校にコピー等を保管する必要がある。

4. 学校における環境衛生管理の必要性 ～おわりに～

学校保健法等の一部を改正に当たりその法律案に対する付帯決議として、衆議院では、「子どもにとって安全で快適な教育環境が確保されるよう、今般『学校環境衛生の基準』が法律上明記されるに当たり、その完全実施に向けて万全を期すること。」と示され、参議

院では、「『学校環境衛生基準』の作成に当たっては、子どもにとって安全で快適な教育環境が確保されるよう、その完全実施に向けて万全を期すること。」と示されているように、学校における環境衛生管理の徹底が必要である。

(北垣邦彦)

学校保健ポータルサイトとは……その3

コンテンツの紹介①



日々の新しいニュースを集積

<健康最新ニュース>

学校保健や子どもの健康に関するニュースを日々更新中。

インターネット上の情報や本会、官公庁のほか、学会、医会などから寄せられた情報を提供しています。

Yahoo やGoogleで、「学校保健」と検索 または

<http://www.gakkohoken.jp>

学習指導要領の改訂

約60年ぶりに改正された教育基本法、学校教育法、中央教育審議会答申等を踏まえ、平成20年3月に小学校、中学校の学習指導要領、平成21年3月に高等学校、特別支援学校の学習指導要領が告示された。

体育・健康に関する指導について

健康教育にかかわる内容については、高等学校学習指導要領第1章第1款の3に次のように示されている。

3 学校における体育・健康に関する指導は、生徒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、保健体育科はもとより、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。

体育・健康に関する指導においては、新たに学校における食育の推進及び安全に関する指導を加え、発達の段階を考慮して、保健体育科はもとより、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された（他校種もほぼ同様）。

体育・保健体育科（保健の分野の改善）

保健については、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ため、一層の内容の改善が図られている。その際、小・中・高等学校を通じて系統性のある指導ができるように、子どもたちの発達の段階を踏まえて保健の内

容の体系化が図られている。

・小学校体育科保健領域について

保健領域については、身近な生活における健康・安全に関する基礎的な内容を重視する観点から、「毎日の生活と健康」では、小学校の保健の学習の始まりとして「健康の状態は、主体の要因や周囲の環境の要因がかかわっていること」が、「けがの防止」では、学校生活に限らず防犯を含めた通学路の安全等、「身の回りの生活の危険が原因となって起こるけが」の防止が、「病気の予防」では、小学校の保健学習のまとめとして「地域では、保健にかかわる様々な活動が行われていること」が示された。

・中学校保健体育科保健分野について

保健分野については、個人生活における健康・安全に関する内容を重視する観点から、「傷害の防止」では、自然災害による傷害は、災害発生時だけでなく「二次災害によっても生じること」が、「健康な生活と疾病の予防」では、「医薬品は正しく使用すること」が示された。また、中学校の保健学習のまとめとして「個人の健康は、健康を保持増進するための社会的な取組と密接なかかわりがあること」が示された。

・高等学校保健体育科科目「保健」について

科目「保健」については、個人生活及び社会生活における健康・安全に関する内容を重視する観点から、「現代社会と健康」の健康の考え方について「健康は、様々な要因を受けながら、主体と環境の相互作用の下に成り立っていること。健康の保持増進には、健康に関する個人の適切な意志決定や行動選択及び環境づくりがかかわること」が示されるとともに、「現代社会と健康」に示されていた様々な保健活動や対策などの内容が「生涯を通じる健康」に移動され、配列が再構成された。また、同様に「生涯を通じる健康」に移動させた医薬品について「医薬品は、有効性や安全性が審査されており、販売には制限があること」等が示された。（森 良一）

2 学校給食の衛生管理

1. 「学校給食衛生管理基準」策定の経緯

学校給食では、平成8年に腸管出血性大腸菌O157による食中毒が7件発生し、5名の命が失われたことから、国においては、平成9年4月に「学校給食衛生管理の基準（平成9年文部省体育局長通知）」を策定し、学校給食による食中毒の発生防止に努めてきた。

給食関係者の努力により、平成9年度以降、腸管出血性大腸菌O157による食中毒は発生していない。また、他の食中毒菌等によるものも平成8年度と比較して1/3の発生件数になっている。しかし、その発生原因として学校給食の実施者や関係者の衛生管理に関する意識が不十分な事例も見られることから、平成21年1月に示された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で進めるための方策」を踏まえ、より安全な学校給食を実施する

ため「学校給食衛生管理基準（平成21年文部科学省告示第64号）」を「学校給食法（昭和29年法律第160号）」に位置付けた。

「学校給食衛生管理基準」では総則に設置者は自らの責任において、保健所の指導及び援助を受けつつ、HACCPの考え方に基づき衛生管理を行うことを示し、さらに委託の場合にあっても本基準によることを明記した。校長等の役割としては学校保健委員会を活用するなどによって、栄養教諭等、保健主事、養護教諭等の教職員、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、保健所長等の専門家及び保護者が連携した学校給食の衛生管理のための体制整備を図ることについて示している。

2. 「学校給食衛生管理基準」と旧「学校給食衛生管理の基準」の相違点

「学校給食衛生管理基準」（以下「本基準」という。）は「学校給食衛生管理の基準」（以下「旧基準」という。）の内容を踏まえて策定した。

(1) 告示にふさわしい事項の厳選・簡略化

旧基準においては、各論と定期、臨時及び日常の衛生検査について項目を分けて示していたためそれらを整理し、以下の項目としたこと。また、旧基準に示していた留意事項及び定期点検様式については通知に示した。

第1 総則

法の趣旨を踏まえた学校給食を実施する教育委員会等の責務を定めたこと。

第2 学校給食施設及び設備の整備及び管理に関する衛生管理基準

学校給食施設・設備並びにその衛生管理に関する基準を定めたこと。また、当該基準に対し定期的に検査を行なうこととしたこと。

第3 調理の課程等における衛生管理に関する衛生管理基準

献立作成、学校給食用食品の購入、食品の検収・保管等、調理過程、配送及び配食並びに検食及び保存

食等に関する基準を定めたこと。また、当該基準に対し定期的に検査を行なうこととしたこと。

第4 衛生管理体制に係る衛生管理基準

衛生管理体制、学校給食従事者の衛生管理、学校給食従事者の健康管理及び食中毒の集団発生の際の措置に関する基準を定めたこと。また、食中毒発生の際の措置を除き当該基準について定期的に検査を行なうこととしたこと。

第5 日常及び臨時の衛生検査

日常及び臨時の衛生検査を行なうべき項目等を定めたこと。

第6 雑則

記録の保存期限等を定めたこと。

(2) 旧基準との変更点

旧基準との主な変更点は以下のとおりである。

第1 総則

学校給食の衛生管理を行なうに当たっては「HACCPの考え方」に基づいて行うこと、調理委託を

行う場合にあっては本基準に基づくことを明記した。

第2 学校給食施設及び設備の整備及び管理に関する衛生管理基準

1. (1) 学校給食施設

- ① 「学校給食施設の区分」については「汚染作業区域」、「非汚染作業区域」を作業区域とし、加えて更衣室、休憩室、調理員専用便所、前室等主に調理員が使用する区域を調理場とした。さらに事務室等を含めて学校給食施設と整理したこと。

- ② ドライシステムについては「導入するよう努めること」、またウェットシステム調理場については「ドライ運用を図ること」を明記したこと。

床からの跳ね返り水による汚染を食品に付着させないこと、また、調理場内を高温多湿にしないためには、調理場の床を乾いた状態で使用することが求められる。

- ③ 学校給食従事者専用便所について「調理衣の着脱場所」を「便所の個室の前」に設けるよう努めることとしたこと。

ノロウイルスや腸管出血性大腸菌O157等は人の腸管内で増殖する。便所からの汚染を調理場内に持ち込まないためには、便所の個室内で手洗いを行うこととともに、調理衣の着脱場所を設け、調理衣のまま便所に入らないことが求められる。

(2) 学校給食施設

- ① 冷蔵及び冷凍設備については「原材料用及び調理用等」に整備することとしたこと。

共用している調理場が見られるため、原材料からの汚染を調理後食品に付着させないため別に整備することを求めた。

- ② 学校給食従事者の専用手洗い設備については「前室、便所の個室」に設置することとし、給水については「温水対応」とすることとしたこと。

便所からの汚染を調理場内に持ち込まないために、手洗いは便所の個室で十分行うこととし、さらに作業区域に入る際には、前室において十分な手洗い（平成20年3月に文部科学省が作成した「学校給食調理場における手洗い

マニュアル」を参考）を行う必要がある。また、給水が水のみでは十分な手洗いができないことから、温水対応を明記した。

(3) 学校給食施設及び設備の衛生管理

- ① 学校給食従事者専用便所について「定期的に清掃及び消毒を行うこと」としたこと。

厚生労働省の「大量調理施設衛生管理マニュアル」においては「便所については、業務開始前、業務中及び業務終了後等定期的に清掃及び次亜塩素酸ナトリウム等による消毒を行って衛生的に保つこと。」としているが、学校給食においては他の大量調理施設と異なり学校給食調理従事者のみが使用することから、ノロウイルス等の感染が拡大する恐れがある場合を除き、調理終了後に清掃及び消毒を行うことが望ましい。

- ② 学校給食従事者専用手洗い設備について「石けん液、消毒用アルコール及びペーパータオルを常備し、前室の手洗いには爪ブラシを常備すること。」としたこと。

手洗いについては、「学校給食調理場における手洗いマニュアル」に示したが、固形石けんの使用は、石けんの表面に細菌が繁殖しやすいこと、消毒用アルコールは逆性石けんに比較して消毒効果が高いこと、ペーパータオルについては拭うことで洗い残した微生物等を減らすことができることから、衛生管理の基本である手洗い設備について明記した。

第3 調理の過程等における衛生管理に係る衛生管理基準

1. (1) 調理過程

- ① 加熱処理する食品について「中心部が75℃で1分間以上（二枚貝等ノロウイルス汚染のおそれのある食品の場合は85℃で1分間以上加熱すること）」としたこと。

二枚貝の中腸腺中のノロウイルスを死滅させるためには、中心温度85℃1分間以上が求められるが、二枚貝を使用していない場合においては、仮にノロウイルスが付着していたとしても食品の表面であることから、中心温度75℃1分間以上を確認することで十分と考えられる。い

たずらに食品の中心温度を上げることは、料理の美味しさを損なう場合があるので注意が必要である。

(2) 配送及び配食

- ① 家庭から持参させる食器具について、旧基準においては、「食器具をやむを得ず児童生徒の家庭から持参させる場合は」としていたが、食育の観点からはしを持参させることが想定されるため「はし等」としたこと。

- ② ノロウイルス等における嘔吐物に対処するため「児童生徒の嘔吐物のため汚れた食器具の消毒を行うなど衛生的に処理」すること。調理室にその食器具を返却するに当たっては、「その旨を明示」すること。また、「嘔吐物は、調理室には返却しないこと。」としたこと。

嘔吐物の付着した食器具の消毒は次亜塩素酸ナトリウム溶液（200ppm）に十分浸たすこと。また、嘔吐物を処理する際には、使い捨てのマスク、エプロン、手袋を着用し、ノロウイルス等に感染しないよう十分に注意する必要がある。

第4 衛生管理体制に係る衛生管理基準

1. (1) 衛生管理体制

- ① 学校給食従事者の研修は、「栄養教諭等の衛生管理に関する専門性の向上を図るため、新規採用時及び経験年数に応じた研修、その他の研修の機会が確保されるよう努めること。」とし、「学校給食調理員を対象とした研修の機会が確保されるよう努めること。また、非常勤職員等も含め全員が等しく研修を受講できるよう配慮すること。」としたこと。

- ② 食品の点検については、市町村教育委員会が「定期的に原材料及び加工品について、微生物検査、理化学検査を行うこと。」としたこと。

旧基準においては、都道府県教育委員会が指定した市町村教育委員会が食品の点検を行うのか、学校給食を実施する全ての市町村教育委員会が実施するのかが不明確であったため、新基準では、学校給食を実施する全ての市町村教育委員会が実施することとしたこと。

また、通知において「市町村教育委員会においては、いずれかの学校で1年間に少なくとも1

校は実施すること。なお、都道府県教育委員会においては、市町村教育委員会と連携を図り、その点検結果を県内に周知するなど適切な情報共有を図ることが望ましい。」とした。

(2) 学校給食従事者の健康管理

- ① 学校給食従事者の健康管理については「日常的な健康状態の点検を行うとともに、年1回健康診断を行うこと。また、当該健康診断を含め年3回定期的に健康状態を把握することが望ましい。」としたこと。

旧基準においては、「年1回の健康診断を含め学期毎に年3回実施することが望ましい。」としていたが、健康診断の内容が不明確であったため、新基準では「健康状態の把握」とした。

- ② 検便については、長期休業中も含め「毎月2回以上」行うことと明記したこと。

- ③ ノロウイルスについて「ノロウイルスを原因とする感染性疾患による症状と診断された学校給食従事者は、高感度の検便検査においてノロウイルスを保有していないと確認されるまでの間、食品に直接触れる調理作業を控えさせること。」としたこと。また、「ノロウイルスにより発症した学校給食従事者と一緒に食事を喫食する、またはノロウイルスによる発症者が家族にいるなど、同一の感染機会があった可能性のある調理従事者について速やかに高感度の検便検査を実施し、検査の結果ノロウイルスを保有していないことが確認されるまでの間、調理に直接従事することを控えさせる等の手段を講じるよう努めること。」としたこと。この場合においては、地域の保健所等の指導・助言を受けて実施することが望ましい。

ノロウイルス検査法別の検出感度

検出法	検出感度/g※
電子顕微鏡	>100万
ERISA法	>100万
イムノクロマト	>100万
リアルタイムPCR法	>100～10,000
RT-PCR法	>100～1,000

※便1g中に含まれるウイルス粒子数、それぞれの検出法で陽性となる最少のウイルス粒子数

((独)日本スポーツ振興センター

H19年度学校給食衛生管理指導者派遣・巡回指導報告書)

(3) 食中毒集団発生の措置

- ① 食中毒の集団発生の際の措置として「二次感染の防止に努めること」としたこと。
- ② 食中毒の発生原因の解明に当たって「保健所等に協力」することを明記したこと。

3. 主な留意事項

- (1) 本基準において、「洗浄室」は、午前中は非汚染作業区域、午後の洗浄開始から清掃終了までを汚染作業区域として整理したこと。
- (2) 汚染作業区域と非汚染作業区域の境には、カウンター等を設けるなど、食品のみが移動するよう工夫すること。
- (3) 栄養教諭等を検収責任者とし不在の場合には、学校給食調理員等を検収責任者として定めること。
- (4) 泥付きの根菜類の処理については、球根皮むき機とあわせ、球根以外に対応した泥落としシンクの整備に努めることが望ましい。
- (5) 調理時においても食品中の異物混入及び調理中の

第6 雑則

1. 本基準に基づく記録は、全て「1年間保存」することを明記したこと。
- 異物混入に注意すること。
- (6) 使用水の安全確保について、調理終了後に遊離残留塩素の状態を確認することとするが、原則として、調理作業が終了した午前中の時間に確認すること。
- (7) 学校給食調理員の研修プログラムについては、「学校給食調理員の標準的研修プログラム」を参考とし、各教育委員会等で研修計画を作成し、実施すること。
- (8) 地域の感染症の状況等を勘案し、ノロウイルス等についても必要に応じて検便を行うこと。
- (9) 配送及び配膳に携わる者についても、その作業内容に応じて、健康管理等を行うべきこと。

4. 定期、日常及び臨時の衛生検査

(1) 定期及び日常の衛生点検

実施すべき検査項目の内容によっては、学校薬剤師等の協力を得て検査を行い、その実施記録を保管すること。

- ① 学校給食施設等定期検査票(第1票) … 毎学年1回
- ② 学校給食設備等の衛生管理定期検査票(第2票)
…………… 毎学年3回
- ③ 学校給食用食品の検収・保管等定期検査票(第3票)
…………… 毎学年3回
- ④ 調理過程の定期検査票(第4票) …… 毎学年1回
- ⑤ 学校給食従事者の衛生・健康状態定期検査票(第5票)
…………… 毎学年3回
- ⑥ 定期検便検査処理票(第6票) …… 月2回
- ⑦ 学校給食における衛生管理体制定期検査票(第7票)
…………… 毎学年1回
- ⑧ 学校給食日常点検票(第8票) …… 毎日

(2) 臨時検査

臨時検査は、以下の場合に目的に応じて項目を設定し、実施すること。

- ① 感染症・食中毒の発生のおそれがある場合。または発生したとき。
- ② 風水害等により環境が不潔になり、または汚染され、感染症の発生のおそれがあるとき。
- ③ その他、必要なとき。

(3) 事後措置

「学校給食法」第9条の2項及び3項には、「学校給食を実施する義務教育諸学校の設置者は、本基準に照らして適切な衛生管理に努めるとともに、義務教育諸学校の校長又は共同調理場長は本基準に照らし、衛生管理上適正を欠く事項がある場合は、遅滞なく、その改善のために必要な措置を講じ、又は当該措置を講じることができないときは、当該義務教育諸学校若しくは共同調理場の設置者に対し、その旨を申し出ること」とし、学校給食実施者と学校給食の管理者である校長及び共同調理場長の役割を明記した。点検の結果、改善が必要な事項が生じた場合には、法の趣旨を十分踏まえ、速やかに改善に努めること。

5. おわりに

学校における食育は、学校給食を教材として活用し、全ての学校教育活動を通じて実施されることから、安全で安心な学校給食の提供は極めて重要である。

このため、国においては、一定水準以上の衛生管理が全ての学校で行われるよう「学校給食衛生管理基

準」を法に位置付けた。全ての学校関係者がこの趣旨を理解していただき、本基準を遵守し、学校給食の衛生管理の充実及び食中毒の発生防止に努めることが必要である。

(田中延子)

学校保健ポータルサイトとは……その4

コンテンツの紹介②

各種大会や研修会などの情報を集積 ＜イベントカレンダー＞

学校保健や子どもの健康に関連する研究大会・講習会・講演会・キャンペーンなどさまざまなイベント活動をカレンダー表示にして掲載しています。



Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

コラム 「医薬品に関する教育」

我々は、体調に異変を感じたとき、街角の薬局で医薬品を買ったり、病院等に行って診察を受け症状に応じた処方せんを受け取り薬局に行き手に入れたりする。この医薬品は、病気の診断、治療又は予防の目的で使われるものであるが、諸刃の剣と言われるように、使い方を誤れば、全く効果が期待できなかったり、逆に副作用による健康障害を引き起こしたりする。従って、医薬品による効果を得るためには、使用者が正しい用法・用量にしたがって服用することが求められる。

世界保健機関（WHO）は、平成12年に「セルフメディケーションとは自分自身の健康に責任をもち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」とし、医薬品使用についても考え方や留意点などのガイドラインを示した。厚生労働省は、平成14年にセルフメディケーションにおける一般用医薬品の在り方について中間報告書をまとめ、医薬品の使用者として国民に求められることをまとめている。すなわち、一般用医薬品が適正に使用されるためには、一般用医薬品の使用者である国民が、自己責任の自覚をもつことが先ず求められること、そのためには、日常の健康管理に努めるとともに、一般用医薬品の使用については、次の（1）～（4）の事柄が大切であるとしている。（1）購入時、薬剤師等に相談する。（2）添付文書をよく読み理解する。（3）得られた情報に基づき適正使用に努める。（4）有害事象が発生した場合は、薬剤師等にその旨を伝えけるとともに、必要な場合は早期に受診する。

平成21年6月からは、一般用医薬品の販売制度が変わり、リスクの程度に応じて大きく第1類、第2類、第3類に分類され、対応する専門家についてもそれぞれ規定された。

ところで、従来の学習指導要領では、医薬品に関する指導は、小・中学校にはなく、高等学校保健体育科科目保健（平成11年3月告示）の「（1）現代社会と健康、イ 健康の保持増進と疾病の予防」において「薬物乱用は心身の健康などに深刻な影響を与えることから行ってはならないこと。また、医薬品は正しく使用することが必要であること。」と示されており、薬物乱用という危険行動から医療にかかわる医薬品に関する内容へとつながる流れについては必ずしも論理的な構造とはなっていなかった。

平成17年7月中央教育審議会「健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会の審議の状況―すべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは?―」の中で、保健の分野における目的の具体的な内容の一つとして「医薬品の有効性や副作用を理解し、正しく医薬品を使うことができる」が挙げられ、平成20年中央教

育審議会答申「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校の学習指導要領の改善について」では、中学校保健体育においても医薬品に関する内容について取り上げることとされた。これを受けて、平成20年に改訂された新しい学習指導要領では、医薬品に関する内容が中学校保健体育科保健分野に盛り込まれるとともに、体系化が図られ、「健康な生活と疾病の予防」の内容の中で、「喫煙、飲酒、薬物乱用と健康」とは別に、「保健・医療機関や医薬品の活用」として扱うこととされた。

オ 健康の保持増進や疾病の予防には、保健・医療機関を有効に利用することがあること。また、医薬品は、正しく使用すること。

解説では、「オ 保健・医療機関や医薬品の有効利用」に、「また、医薬品には、主作用と副作用があることを理解できるようにする。医薬品には、使用回数、使用時間、使用量などの使用法があり、正しく使用することが必要であることについて理解できるようにする」と示されている。

高等学校では、中学校からの系統的な指導内容の充実が図られ、「イ 保健・医療制度及び地域の保健・医療機関」において

また、医薬品は、有効性や安全性が審査されており、販売には制限があること。疾病からの回復や悪化の防止には、医薬品を正しく使用することが有効であること。

また、解説では、「（イ）地域の保健・医療機関の活用」に、「また、医薬品には、医療用医薬品と一般用医薬品があること、承認制度により有効性や安全性が審査されていること、及び販売に規制があることを理解できるようにする。疾病からの回復や悪化の防止には、個々の医薬品の特性を理解した上で使用法に関する注意を守り、正しく使うことが必要であることを理解できるようにする。その際、副作用については、予期できるものと、予期することが困難なものがあることにも触れるようにする」と示されている。

従来、医薬品に関する指導は、教科以外に、特別活動などの時間で保健指導の一環として行われてきた。平成21年4月施行の「学校保健安全法」では、学校三師による保健指導が新たに盛り込まれた。今後は、学校薬剤師の専門性を活かし、医薬品に関する指導の効果的な実践を進めることも望まれる。（鬼頭英明）

3 全国調査からみた環境衛生

はじめに

平成20年度全国学校保健調査¹⁾は、平成19年度に行った水泳プールの衛生管理、ゴミ処理、喫煙・飲酒・薬物乱用防止活動について調査を行った。これらのテーマは平成15年度に行った全国学校保健調査でとりあげたものと同じものであり、その時の結果と比較することにより、5年間の経過をみることができる。

調査は、全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出来るだけ調査した。

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及び回収し、平成20年9月30日までに日本学校薬剤師会へまとめた。

集計結果及び考察

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、併設校を各々1校として数えており、調査票を回収した学校数は、32,551校であった。しかし、学校の種類等基本データの欠落による記入不備等集計不能が109校あったため、32,442校について集計を行った。な

お、高等専門学校は全日制高等学校に含めた。

ここでは平成20年度全国学校保健調査結果から水泳プールの衛生管理とゴミ処理に関する学校環境衛生の現状を示す。

なお、この調査の詳細は、日本学校薬剤師会より報告書としてまとめられている。

A. 水泳プールの衛生管理

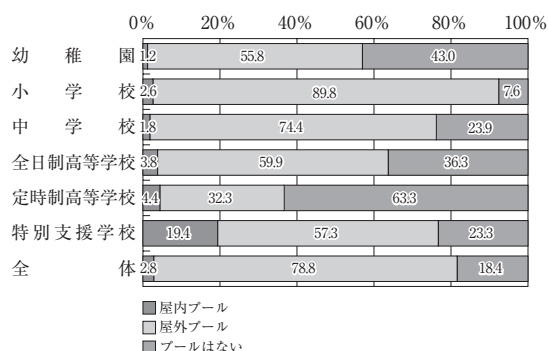
A-1 プールがある学校は、全体で81.6%と平成15年の調査時とほぼ同じ割合であった。学校種別では、小学校が92.4%と一番多く、次いで中学校、全日制高等学校の順であった。前回と比較すると、中学校が5.1ポイント減少していたが、その他の学校はいずれもほぼ同じ割合であった。

プールがある学校のうち、3.4%は屋内式のプールで、その割合は特別支援学校及び定時制高等学校で多く、特別支援学校ではプールがある学校の25.3%が屋内式のプールであった。県別では、北海道及び山梨県で屋内プールの割合が高かった。

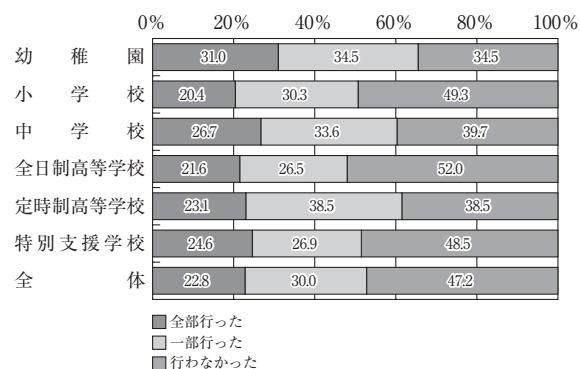
A-2 屋内プールの定期検査で、屋内プールの室内の照度、二酸化炭素及び塩素ガスの測定を行ったのは52.8%で、前回調査とほぼ同じ割合であった。しかし、全部の項目を行ったのは22.8%で前回より10.5ポイントも減少していた。

A-3 定期検査項目のうち、「プール本体の衛生状態等」及び「付属施設・設備の管理状況・衛生状態」について行ったのは全体の93.7%で、前回の調査とほぼ同

A-1 プール本体についてお尋ねします。



A-2 屋内プールの定期検査（照度・二酸化炭素・塩素ガス）は行いましたか。



じ割合であった。

学校種別では、幼稚園及び定時制高等学校が全体の平均より低い割合であった。

A-4 平成18年に発生したプールの事故により、プールの安全管理について文部科学省から再度通知がなされた。事故再発防止のため、鉄蓋、金網、吸い込み防止用金具等がネジ・ボルト等で堅固に固定されているか、プール使用前並びに使用中に確認することになっている。

この事項について教職員等が確認をしているかについて、学校薬剤師が教職員等に聞き取りするなどで確認したのは全体で95.5%あり、ほとんどの学校で確認されていた。

A-5 プールの使用日数について、全体では30日以内が43.1%、31日以上60日以内が41.3%、61日以上が13.4%で前回の調査とほぼ同じ傾向であった。

学校種別では、小学校は約半数が31日以上60日以内で、中学校は約半数が30日以内であった。全日制高等学校は61日以上の37.6%が一番多く、長く使用する傾向にあった。

※屋内プールと屋外プールで比較すると、屋内プールの方が長く使用する傾向にあった。

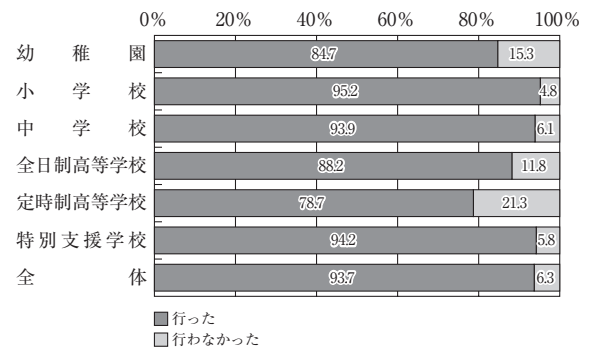
A-6 定期検査項目のうち、水質検査を行ったのは全体で98.0%であった。回数別でみると、1回行ったのは48.6%、2回行ったのは28.3%、3回行ったのは21.1%と前回の調査とほぼ同じ傾向であった。

※学校環境衛生の基準では、水質検査の回数をプールの使用日数で定めており、30日を超えない範囲で水質検査を1回行うとなっている。プール使用日数と水質検査の回数をクロス集計した結果、30日以内では97.0%が基準どおり実施していたが、31日以上60日以内では56.2%、61日以上では30.1%と使用日数が長くなるほど基準どおりに水質検査を実施していない学校が多くなる傾向にあった。

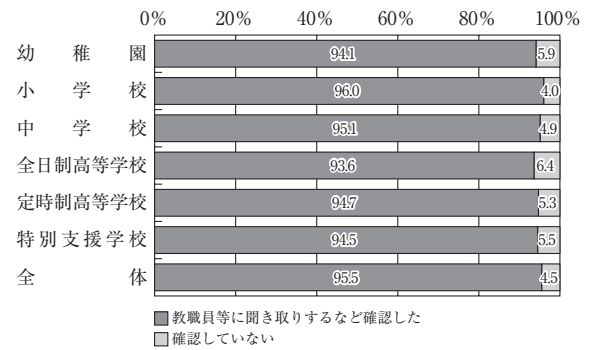
A-7 総トリハロメタンの検査について、検査を実施したのは全体で84.8%であり、前回調査と比較すると17.6ポイント増加していた。しかし、15.2%の学校は総トリハロメタンの検査を測定していなかった。

また、総トリハロメタンの濃度は、総トリハロメタンの検査を実施した学校のうち、0.02mg/L以下が66.0%、0.02mg/Lを超え0.2mg/L以下が33.6%とあわせて99.6%が基準値以内であったが、基準値を超える学校

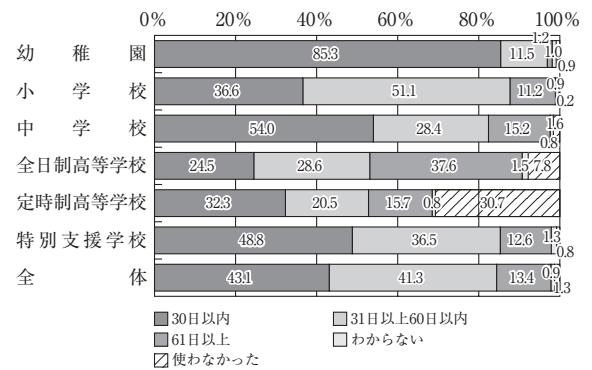
A-3 定期検査項目のうち、プール本体の衛生状態等、付属施設・設備の管理状況・衛生状態等を行いましたか。



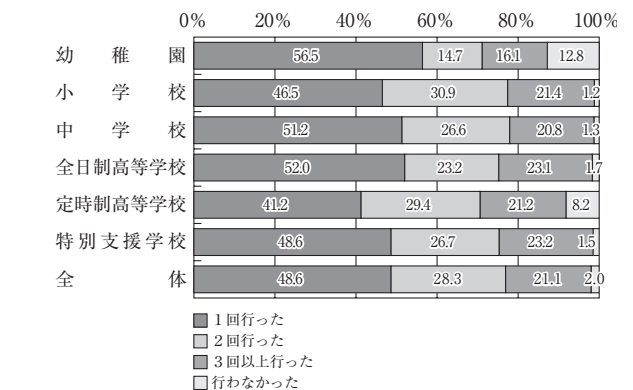
A-4 鉄蓋、金網、吸い込み防止用金具等がネジ・ボルト等で堅固に固定されているか（プールの安全管理指針等に基づく）について確認しましたか。



A-5 プールの使用日数は何日でしたか。



A-6 定期検査項目のうち、水質を何回行いましたか。



も若干あった。この傾向は、学校種別においても同様の結果であった。

※屋内プールと屋外プールで比較すると、屋内プールの方が総トリハロメタンの濃度が高くなる傾向にあった。

A-8 総トリハロメタン検査の採水について、採水を学校薬剤師が行っているが56.8%、検査機関の採水は33.1%であった。前回調査と比較すると、検査機関が採水する学校が増加してきている。県別では、学校薬剤師の採水が80%以上の県は11県、検査機関の採水が80%以上ある県は7県であった。

A-9 プールの濁度について、濁度を測定したのは90.2%で、前回調査と比較すると8.2ポイント増加していた。学校種別においても、いずれの学校も濁度の測定実施率は増加していた。

濁度が2度以下の学校は、濁度検査を実施した学校のうち98.7%でほとんどが基準値以内であったが、基準値を超えた学校もわずかにあった。

A-10 大腸菌群または大腸菌の検査を行っている学校は95.7%であった。検査を行っている学校のうち、大腸菌による検査は57.7%であった。検査項目の変更という基準改正がプールのシーズン中にもかかわらず、半数以上の学校が新検査項目である大腸菌で検査を行っていた。県別では、新検査項目への変更が半数以上の県は28県あった。しかし、全体の4.3%の学校は大腸菌群または大腸菌の検査を行っていなかった。

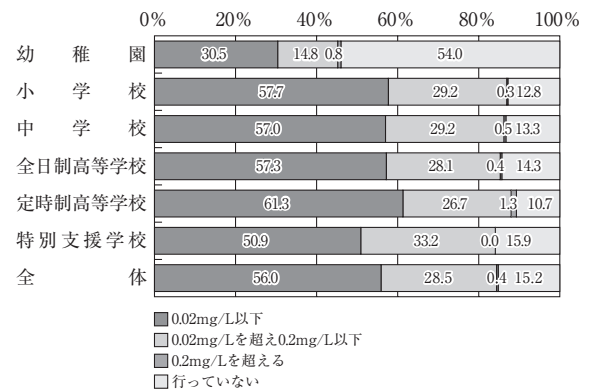
また、この検査の目的は、プール水における感染症の原因となるウイルスの存在につながる糞便由来の汚染を検出することである。大腸菌は温血動物特有の細菌であることから、本来の検査目的である糞便由来の汚染を特定することができる。

大腸菌は、大腸菌群の検査用培地で同時に検査できるので、早めに変更することが望ましい。

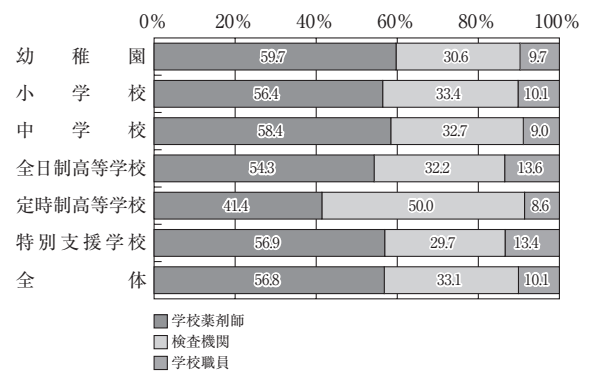
A-11 大腸菌群または大腸菌の結果について、大腸菌群または大腸菌が陰性であった学校は94.2%であった。学校種別では、定時制高等学校はすべての学校で大腸菌群または大腸菌が陰性であったが、他の学校は全体とほぼ同じ傾向であった。

A-12 循環ろ過装置の出口の濁度について、濁度の測定をしたのは48.0%、循環ろ過装置出口の採水栓等の設置はしたが測定していないが23.0%であった。前回調査と比較すると、採水栓等の設置はしたが測定して

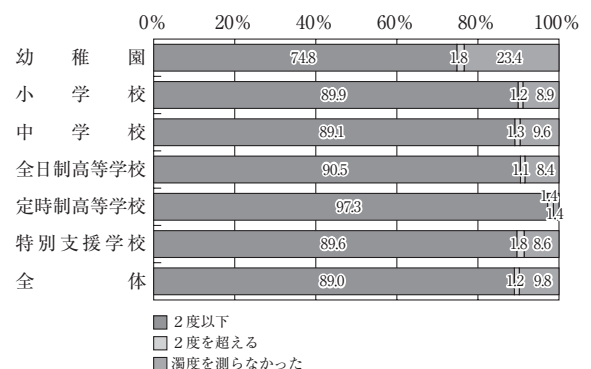
A-7 定期検査項目のうち、総トリハロメタン検査は行いましたか。その濃度はいくつでしたか。（主なプール一つについてお答えください）



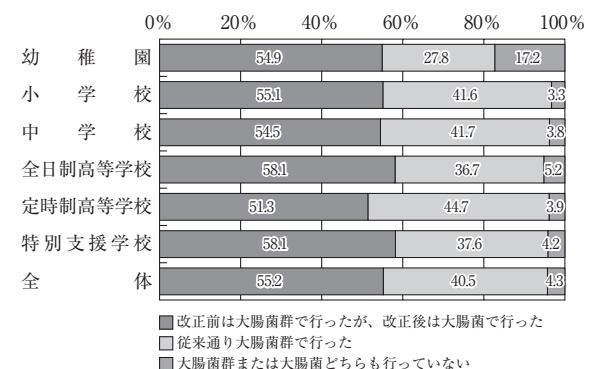
A-8 総トリハロメタン検査の採水は誰が行っていますか。



A-9 プール本体の濁度はどれだけです。主なプール一つについてお答えください。



A-10 平成19年7月10日付一部改正で、大腸菌群の項目が削除されましたが、大腸菌群または大腸菌どちらの項目で行いましたか。



いないが6.7ポイント減少し、測定したのは25.4ポイント増加した。県別では、前回の調査において、測定したが50%以上の県は2県のみであったが、今回の調査では21県、さらに、80%以上実施の県は6県あった。

しかし、基準改正後5年が経過しているが測定していない学校がまだある。

A-13 プールの注入剤の注入方法については、連続注入が50.6%、手撒きが23.2%、これらの併用が20.5%、器具にに入れて溶出が5.6%であった。前回調査と比較し連続注入及び併用が合わせて71.1%で5.6ポイント増加した。連続注入及び併用の増加は循環ろ過装置の設置率の増加を意味する。学校種別では、幼稚園を除いた学校で連続注入が増加した。

※プールへの消毒剤の注入方法と大腸菌の検査結果をクロス集計した結果、連続注入と手撒きでは大腸菌の検出率にほとんど差は見られなかった。

A-14 日常点検の結果をプール日誌に記入しているかに記入しているかについて、毎回記入しているが95.9%と前回調査より2.4ポイント増加した。プール日誌がないと答えた学校は1.6%となった。もう一息である。学校種別では、プール日誌がないと答えた学校はいずれの学校も減少しており、前回調査で22.8%と多かった定時制高等学校も3.5%までに減少した。

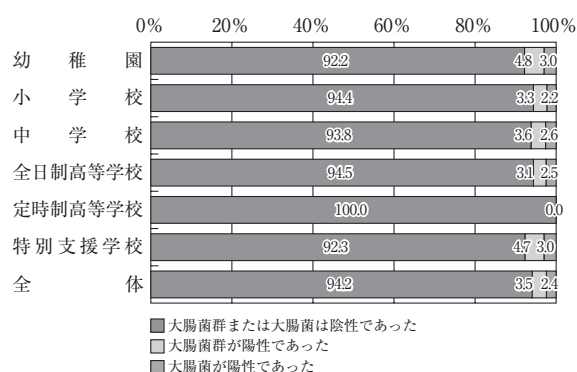
A-15 日常点検で行っているプール使用中の遊離残留塩素測定について、使用中1時間に2回以上測定しているが14.7%、使用中1時間について1回測定しているが81.8%、測定していないが3.5%であった。使用中1時間について1回以上測定しているが96.5%と、ほとんどが基準どおり測定していた。学校種別でみると、幼稚園で消毒剤の手撒きが多いためか、2回以上測定している割合が一番多かった。

A-16 また、水素イオン濃度の測定方法は、比色計で測定しているが51.5%と一番多く、次いで試験紙で測定しているが11.8%であった。また、測定していないが31.9%あった。この割合は前回調査とほぼ同じである。

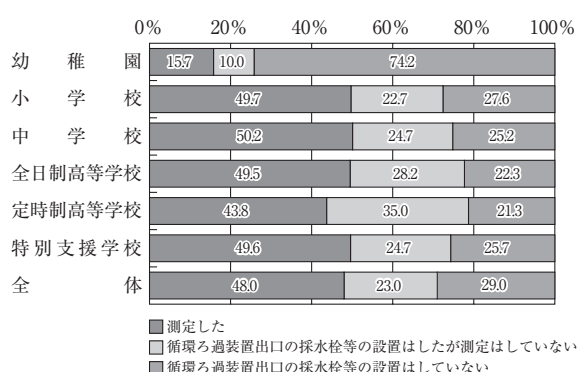
A-17 腰洗い槽の使用については、いつでも使用しているが28.6%、使用しないときがあるが1.6%、あるが使用しないが39.8%、ないが30.0%であった。学校種別では幼稚園での使用率が57.1%と高い。

前回の調査と比較すると、いつでも使用しているが10.2ポイント減少していた。また、腰洗い槽自体ない学

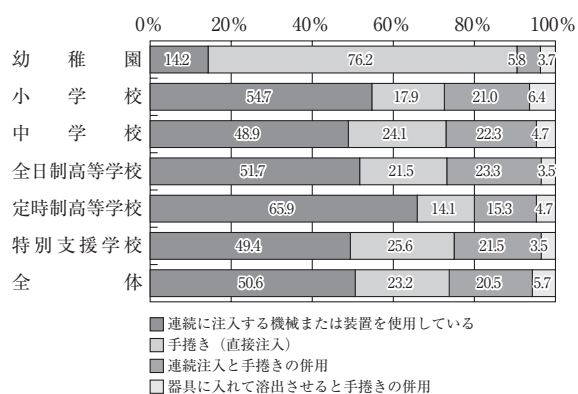
A-11 大腸菌群または大腸菌の結果について、主なプールの一つについてお答え下さい。



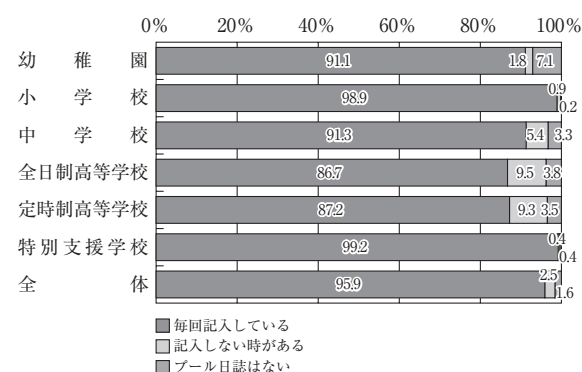
A-12 循環ろ過装置の出口の濁度は、測定しましたか。



A-13 プールへの消毒剤の注入方法について、主なものを一つお答え下さい。



A-14 日常点検の結果をプール日誌に記入していますか。



校が7.4ポイント増加していた。学校種別でもいずれの学校もいつでも使用しているが減少していた。

県別にみると、いつでも使用が50%以上ある県は、前回調査では18県であったが、今回の調査では7県となっている。また、いつでも使用が10%以下の県は14県あった。さらに、ほとんどの県で腰洗い槽自体設置していない学校が増加してきている。

腰洗い槽はプールで媒体される水系感染症の予防手段の一つではあり、特に、入れ替え式のプールでは設置が望ましい。しかし、以上に示すように腰洗い槽は使用しない傾向となっている。その場合は代りにシャワー等で必ず洗浄することを徹底しなければならない。

※腰洗い槽の使用の有無と大腸菌の結果についてクロス集計した結果、腰洗い槽の使用の有無による大腸菌検出率の差は見られなかった。

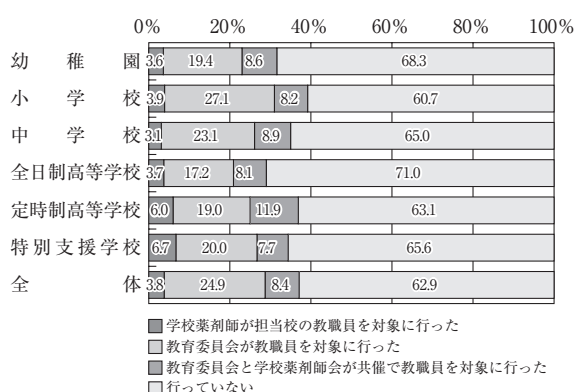
A-18 腰洗い槽を使用している学校のうち、遊離残留塩素濃度の測定について、高濃度残留塩素測定器で測定しているが16.2%、試験紙または簡易測定キットで測定しているが31.0%、希釈して残留塩素測定器で測定しているが15.8%であった。

しかし、測定していないが37.0%と前回調査より11.0ポイント増加している。

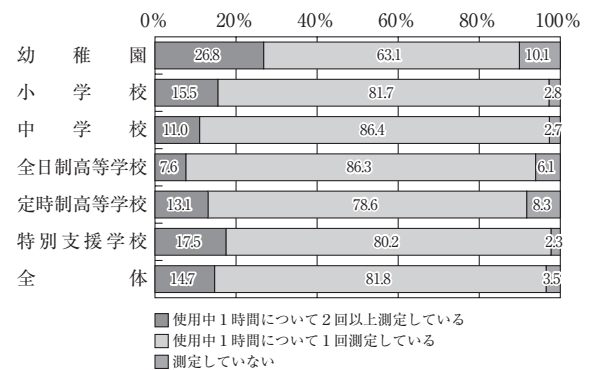
A-19 最後に教職員に対するプール講習会について、全体の37.1%が講習会を開催していた。プール講習会の形態は、教育委員会が教職員を対象に行ったが学校薬剤師会共催を含めて33.3%、学校薬剤師が担当校の教職員を対象に行ったが3.8%であった。学校種別においても全体とほぼ同様の傾向であった。県別では、50%以上実施している県は7県あった。

プールの使用期間は短く、プール管理について教職員は不慣れであるので、毎年プール開始前に教職員に

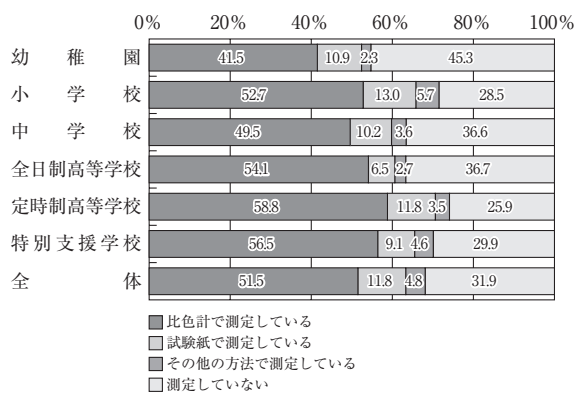
A-19 プール講習会を行っていますか（主なものを一つお答えください）。



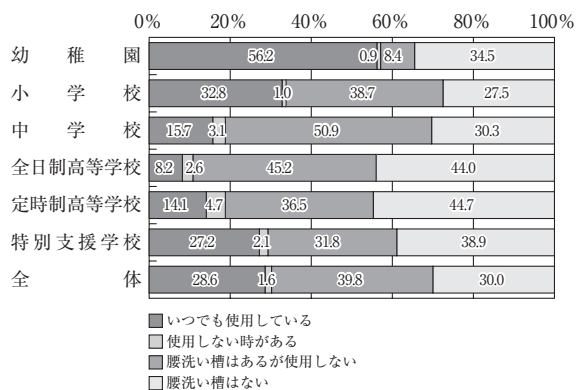
A-15 日常点検で行っているプール使用中の遊離残留塩素測定についてお答えください。



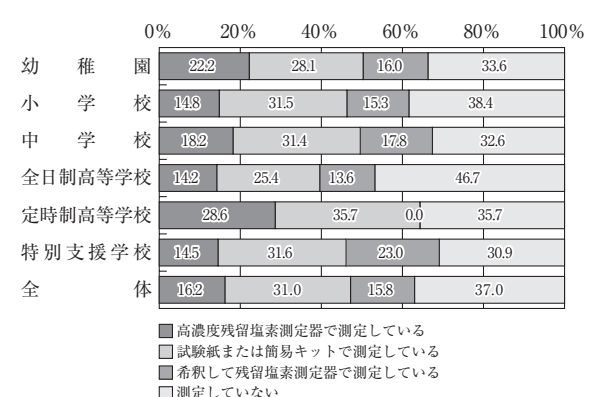
A-16 日常点検で行っている水素イオン濃度の測定方法についてお答え下さい。



A-17 腰洗い槽の使用についてお答え下さい。



A-18 腰洗い槽の遊離残留塩素濃度の測定方法についてお答え下さい。



するプール講習会を行うのが望ましい。

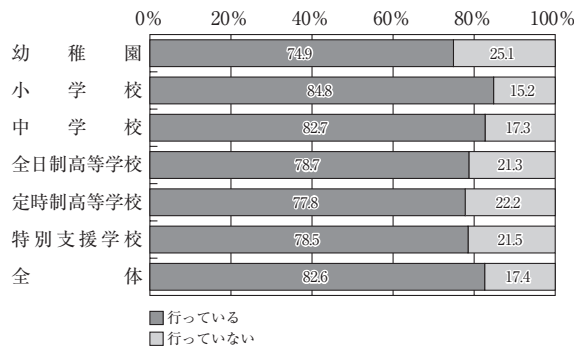
B.ゴミ処理

B-1 ゴミのリサイクル活動について、リサイクル活動を行っているが全体で82.6%と、前回と比較すると8.9ポイント増加していた。学校種別においてもいずれの学校種別も全体と同様に増加していた。

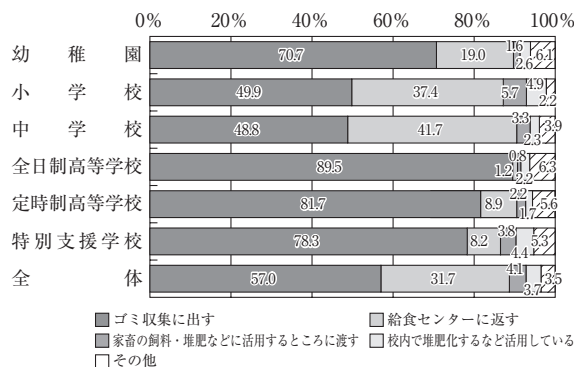
ゴミ収集に出すが57.0%、給食センターに返すが31.7%、校内で堆肥化するなど活用しているが3.7%あった。

B-2 厨芥の処理方法について、ゴミの学校種別では、高等学校はほとんどがゴミ収集に出すであったが、小学校及び中学校では約40%が給食センターに返していた。平成19年度調査の給食の調理場所の質問において、共同調理場方式が小学校及び中学校はそれぞれ約50%であった。そのことから共同調理場方式の学校は約80%が給食センターに返していることになる。

B-11ゴミのリサイクル活動を行っていますか。



B-11厨芥（食べ物のゴミなど）の処理方法についてお答えください（複数回答可）。



まとめ

平成14年2月の学校環境衛生の基準の一部改正以来約5年が経過した。水泳プールの衛生管理に示された従来の項目については、5年前と同様にほとんどの学校で実施されていた。また、改正された項目についてはいずれの事項も対応が進んでいることが伺われた。しかし、総トリハロメタンの測定の実施率が84.8%、循環ろ過装置の出口水の濁度測定の実施率が48.0%と、費用がかかる項目についてはまだまだ十分に実施されていなかった。

プール管理における不備は、感染症にかかるばかりでなく、命にかかわることにもなる。プール管理講習会

を積極的に実施するなど、必ず基準どおりに管理することが望まれる。

プールにおける水系感染症の予防手段の一つである腰洗い槽は使用しないのみならず、設置自体しない学校が増える傾向となっている。過敏症の児童生徒への対応からであるが、腰洗い槽を使用している学校は、その塩素が高濃度であることより使用方法及び水質管理を十分に徹底する必要がある。

ゴミについては、種類の分別はしっかりやられており、リサイクルを行っている率も増加してきていることから、ゴミに対する関心の高さが伺えた。

(日本学校薬剤師会)

参考文献

1) 日本学校薬剤師会学校保健調査実行委員会：平成 20 年度全国学校保健調査集計結果報告

第Ⅲ章

健康教育の動向

1 保健教育

平成20年度は、平成20年3月に告示された小学校と中学校の学習指導要領を踏まえて、平成20年8月に小学校学習指導要領解説体育編が、平成20年9月に中学校学習指導要領解説保健体育編が文部科学省より示された。

小学校学習指導要領解説体育編では、「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ため、一層の内容の改善を図る。その際、小・中・高等学校を通じて系統性のある指導ができるように、子どもたちの発達の段階を踏まえて保健の内容の体系化を図る。また、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り、健康の概念や課題などの内容を明確に示すとともに、心身の発育・発達と健康、生活習慣病などの疾病の予防、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、特に小学校低学年においては、運動を通しての健康の認識がもてるよう指導の在り方を改善する」という平成20年1月の中央教育審議会の答申を踏まえての改訂が行われたことが述べられている。そして、小学校3・4年生は、「毎日の生活と健康」と「育ちゆく体とわたし」で、小学校5・6年生は、「心の健康」、「けがの防止」ならびに「病気の予防」で内容が構成された。なお、系統性の視点から、「毎日の生活と健康」については、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を、「けがの防止」については、身の回りの生活の危険が原因となって起こるけがを、「病気の予防」については、地域での保健にかかわる様々な活動に関する内容を新たに加えることが示された。

学習指導要領に示されたそれぞれの内容は次のとお

りである。

「毎日の生活と健康」

- ・ 健康の大切さを認識するとともに、健康によい生活について理解できるようにする。

ア 心や体の調子がよいなどの健康の状態は、主体の要因や周囲の環境の要因がかかわっていること。

イ 毎日の健康を過ごすには、食事、運動、休養及び睡眠の調和のとれた生活を続けること、また体の清潔を保つことなどが必要であること。

ウ 毎日を健康に過ごすには、明るさの調節、換気などの生活環境を整えることなどが必要であること。

「育ちゆく体とわたし」

- ・ 体の発育・発達について理解できるようにする。

ア 体は、年齢に伴って変化すること。また、体の発育・発達には、個人差があること。

イ 体は、思春期になると次第に大人の体に近づき、体つきが変わったり、初経、精通などが起こったりすること。また、異性への関心が芽生えること。

ウ 体をよりよく発育・発達させるには、調和のとれた食事、適切な運動、休養及び睡眠が必要であること。

「心の健康」

- ・ 心の発達及び不安、悩みへの対処について理解できるようにする。

ア 心は、いろいろな生活経験を通して、年齢に伴って発達すること。

イ 心と体は、相互に影響し合うこと。

ウ 不安や悩みへの対処には、大人や友達に相談する、仲間と遊ぶ、運動をするなどいろいろな方法があること。

「けがの防止」

・ けがの防止について理解するとともに、けがなどの簡単な手当ができるようにする。

ア 交通事故や身の回りの生活の危険が原因となって起こるけがの防止には、周囲の危険に気付くこと、的確な判断の下に安全に行動すること、環境を安全に整えることが必要であること。

イ けがの簡単な手当は、速やかに行う必要があること。

「病気の予防」

・ 病気の予防について理解できるようにする。

ア 病気は、病原体、体の抵抗力、生活行動、環境がかかり合って起こること。

イ 病原体が主な要因となって起こる病気の予防には、病原体が体に入るのを防ぐことや病原体に対する体の抵抗力を高めることが必要であること。

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をとること、口腔の衛生を保つことなど、望ましい生活習慣を身に付ける必要があること。

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。

オ 地域では、保健にかかわる様々な活動が行われていること。

中学校学習指導要領解説保健体育編では、先に示した平成20年1月の中央教育審議会の答申を踏まえての改訂が行われたことが述べられている。そして、内容については、主として個人生活における健康・安全に関する事項を、自らの健康を適切に管理し改善していく思考力・判断力などの資質や能力を育成する観点を重視し、従前の内容を踏まえて「心身の機能と発達と心の健康」、「健康と環境」、「傷害の防止」及び「健康な生活と疾病の予防」の4つで構成されている。内容の改訂においては、中学校における基礎的事項を明確にするとともに、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できるよう、健康の概念や課題

などの内容を明確に示すとともに、新たに、二次災害によって生じる傷害に関する内容、医薬品に関する内容を取り扱うことが示された。またその際、心身の健康の保持増進にかかわる資質や能力を育成するため、基礎的・基本的な知識の暗記や再現にとどまらず、知識を活用する学習活動によって思考力・判断力などの資質や能力が育成されるよう、実習や実験などの指導方法の工夫を行うことも示されている。

学習指導要領に示されたそれぞれの内容は次のとおりである。

「心身の機能の発達と心の健康」

・ 心身の機能の発達と心の健康について理解できるようにする。

ア 身体には、多くの器官が発育し、それに伴い、様々な機能が発達する時期があること。また、発育・発達の時期やその程度には、個人差があること。

イ 思春期には、内分泌の働きによって生殖にかかわる機能が成熟すること。また、成熟に伴う変化に対応した適切な行動が必要となること。

ウ 知的機能、情意機能、社会性などの精神機能は、生活経験などの影響を受けて発達すること。また、思春期においては、自己の認識が深まり、自己形成がなされること。

エ 精神と身体は、相互に影響を与え、かかわっていること。

欲求やストレスは、心身に影響を与えることがあること。また、心の健康を保つには、欲求やストレスに適切に対処する必要があること。

「健康と環境」

・ 健康と環境について理解できるようにする。

ア 身体には、環境に対してある程度まで適応能力があること。身体の適応能力を超えた環境は、健康に影響を及ぼすことがあること。また、快適で能率のよい生活を送るための温度、湿度や明るさには一定の範囲があること。

イ 飲料水や空気は、健康と密接なかわりがあること。また、飲料水や空気を衛生的に保つには、基準に適合するよう管理する必要があること。

ウ 人間の生活によって生じた廃棄物は、環境

の保全に十分配慮し、環境を汚染しないように衛生的に処理する必要があること。

「傷害の防止」

- ・ 傷害の防止について理解を深めることができるようにする。
- ア 交通事故や自然災害などによる傷害は、人的要因や環境要因などがかわって発生すること。
- イ 交通事故などによる傷害の多くは、安全な行動、環境の改善によって防止できること。
- ウ 自然災害による傷害は、災害発生時だけではなく、二次災害によっても生じること。また、自然災害による傷害の多くは、災害に備えておくこと、安全に避難することによって防止できること。
- エ 応急手当を適切に行うことによって、傷害の悪化を防止することができること。また、応急手当には、心肺蘇生等があること。

「健康な生活と疾病の予防」

- ・ 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。
- ア 健康は、主体と環境の相互作用の下に成り立っていること。また、疾病は、主体の要因と環境の要因がかかわり合って発生すること。
- イ 健康の保持増進には、年齢、生活環境等に応じた食事、運動、休養及び睡眠の調和のとれた生活を続ける必要があること。また、食事の量や質の偏り、運動不足、休養や睡眠の不足などの生活習慣の乱れは、生活習慣病などの要因となること。
- ウ 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、心身に様々な影響を与え、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、それぞれの要因に適切に対処する必要があること。
- エ 感染症は、病原体が主な要因となって発生すること。また、感染症の多くは、発生源をなくすこと、感染経路を遮断すること、主体の抵抗力を高めることによって予防できること。
- オ 健康の保持増進や疾病の予防には、保健・

医療機関を有効に利用することがあること。

また、医薬品は、正しく使用すること。

カ 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。

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みると喫煙・飲酒・薬物乱用に関わる内容、性に関わる内容、心の健康に関わる内容などの現代的な健康課題を扱った保健教育の報告が多い。また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。また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20年度に発表されたものの一部の概要を紹介する。

第55回日本学校保健学会においては、保健教育に係る報告が数多く発表されている。

招待講演、衛藤隆「新時代の学校保健－知識基盤社会における保健と安全－」では、教育過程の内容の検討経過のあらましとして、平成10年ならびに平成11年に告示された幼稚園教育要領、小学校・中学校・高等学校学習指導要領から、平成20年に公表された新しい小学校・中学校の学習指導要領ならびに今後近いうちに公表されと思われる高等学校学習指導要領までの検討経過が報告されている。

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の繰り返し結果から－」は、小学校6年生に対する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4年間にわたり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、著しい増加をみせたこと、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。

中川明ら「体育の教師はなぜ保健の授業が苦手なのか?－体育科学生と他教科学生の教材観と教育内容観の比較－」は、教員養成系大学の体育科学生と他教科学生に小学校保健授業ビデオをみせ、比較し、体育

科学生は、教育内容をあまり意識していないこと、内容よりも活動を注視する傾向があること、授業観として教材と教育内容を明確にすることも重要ではあるが、指示や子どもの反応を考えるという意識もなくはならないとする意識が認められ、それらが保健の授業を苦手とさせている原因となっている可能性を指摘している。

松原紀子ら「保健学習を担当することに対する養護教諭の意識－長野県の実態調査から－」は、養護教諭の保健学習担当の意識に影響を及ぼしている事柄について、保健学習担当については、どちらでもないと考えている養護教諭が4割以上を占め、またできれば担当したくない、担当する気は全くないと考えている消極的な人も約3割をしていること、またその消極さには、保健学習の研修を受けていないことが影響していることを報告している。

股村美里ら「養護教諭の教室での保健教育活動に対する動機づけ」は、インタビュー調査から、保健教育に対する校内の関心が低く、なおざりにされているような場合、養護教諭はその状況を改善すべく、自ら教室での保健教育活動に強くコミットしていたこと、またそれには、養護教諭の「校内における健康の専門家である」という役割意識が関係しており、校内の保健学習に対する低い状況は、養護教諭の存在価値が認められていないというネガティブな感情を抱かせる要因となっていることなどを報告している。

前上里直ら「異性とのコミュニケーションに視点をあてた保健授業における情意および認識形成に関する研究」は、高校1年生を対象とする性に関する保健授業を行い、性に関わる問題を解決するためのコミュニケーション能力の育成には、情意形成においては、感情的態度から認知的態度そして行動的態度形成へと、また認識形成においては、知識・理解から応用、分析から総合へとといった高次の知的能力を培う必要があると報告している。

内山源「高校保健教科書教材・「精神の健康」の間

題とその実践的改善」は、高校保健教科書教材を対象として、分析を試み、生活、社会を反映する動態化教材の必要性ほかを提案している。

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2～National Health Education Standards Pre K-12 2nd Edition公表後～」は、同地区の保健科教育は、Health Education Content Areas 学習型から、Risk Behaviors回避型カリキュラム後生に変化したことや8つの基準で各領域別の到達目標が設定されたことを報告している。

第58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－新学習指導要領と保健の授業づくり－」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、学習指導の改善を図ること、評価についても工夫することなどの留意点をまとめている。

野友宏則は、「実践力の育成につながる保健学習指導の在り方－生徒の主体的な活動を通して－」で、喫煙・飲酒・薬物乱用と健康において、ピアエデュケーション、ケーススタディを活用した学習などの有効性を報告している。

石見洋らは、「各教科、特別活動、総合的な学習での学びを活かす保健学習」と題して、小学校6年生の病気の予防の内容について、保健学習において認識を深め、それを保健指導の場面で活用することの有効性を報告している。

中村聡は、「生きる力をはぐくむ保健体育学習の在り方について－自己教育力の向上を目指して－」で、中学校の傷害の防止の内容の授業で、評価規準を明確にして授業を進めていくことの必要性を報告している。

(植田誠治)

2 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

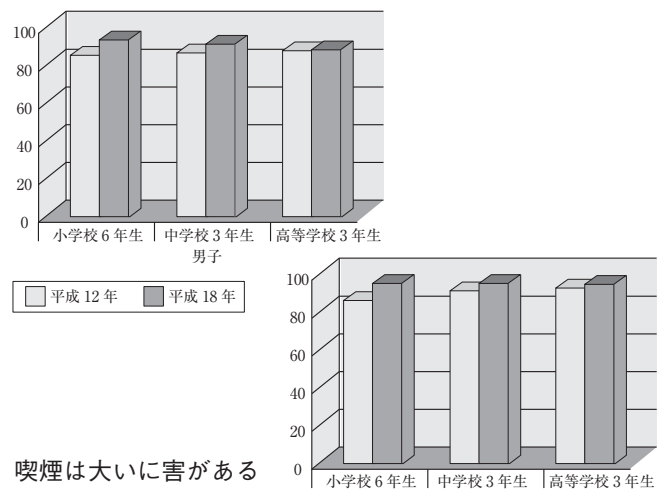
1. 未成年における喫煙、飲酒、薬物乱用の現状と問題点

(1) 喫煙

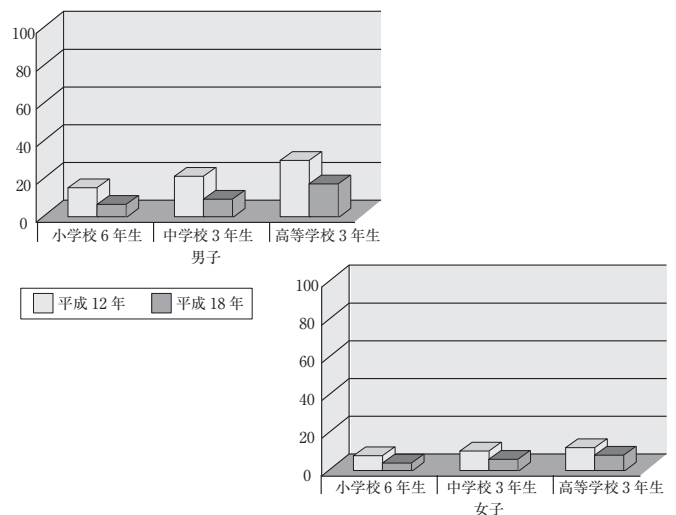
喫煙は、がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患、歯周疾患など多くの疾患の原因となることが科学的に明らかとなっている。世界保健機関（WHO）は、たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在及び将来の世代を保護することを目的とし、たばこの煙にさらされることからの保護、たばこに関する広告や包装上の表示等の規制などについて定めた「たばこに関する世界保健機関枠組条約」を作成した。日本は早い段階でこの条約に批准しており、平成17年2月27日には公衆衛生分野において世界的で初めてとなるこの多数国間条約が発効し、平成21年7月21日の段階で168カ国が加盟している。国内では、健康増進法第25条に受動喫煙防止に関する内容が盛り込まれ、「学校」は受動喫煙に対して必要な措置を講ずるよう努める対象の一つに挙げられている。また、健康日本21では、平成22年度を目途とした健康に関する9つの分野の目標値を提示することにより、意識の向上及び取組の推進を図っている。たばこについては、「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及（知っている人の割合）を100%とすること」（平成17年度中間実績値：肺がん87.5%、喘息63.4%、気管支炎65.6%、心臓病45.8%、脳卒中43.6%、胃潰瘍33.5%、妊娠に関連した異常83.2%、歯周病35.9%）、「未成年者の喫煙をなくすこと」（月1回以上の喫煙：平成17年度中間実績値：中学1年生男子3.2%、女子2.4%、高校3年生男子21.7%、女子9.7%）などが挙げられており、これらの目標を達成するための取組が求められている。

未成年の喫煙経験率については、厚生労働科学研究の研究班により過去3回にわたって調査が行われている。平成16年の結果では、中・高校生の喫煙率は改善傾向にあった。研究班は調査結果の分析から、「周囲のものの喫煙率の減少（父、兄）」、「コンビニやたばこ屋などからの対面販売による入手が減ったこと」、「学校の対策（敷地内禁煙、喫煙防止教育）の成果」、「ピアプレッシャーの減少」などを要因として挙げている。

児童生徒の喫煙に関する全国的な意識調査は、文部科学省も行っており、喫煙の健康影響に関する意識についても大半の児童生徒が「大いに害がある」（図1）と答えており、また、将来たばこを吸う可能性についても学年が上がれば「吸うと思う」（図2）と答えた割合が若干高くなる傾向にあるものの、全学年を通じて「吸わないと思う」と答えた児童生徒の割合が圧倒的に多い。



薬物等に関する意識等調査（文部科学省）
図1 たばこの健康影響



薬物等に関する意識等調査（文部科学省）
図2 将来の喫煙の可能性

(2) 飲酒

未成年の飲酒は、精神的・身体的な発育の途上にある未成年者の健康に大きな影響を及ぼすことや健康に限らず社会的にも影響を与えることから、喫煙とならんで法律によって規制される危険行動の一つとなっている。

健康日本21では、アルコールの心身に与える影響は、肝疾患、脳卒中、がんなどへの健康影響が問題となることから、目標として「多量に飲酒する人の減少」、「未成年者の飲酒をなくす」（平成17年度中間実績値：中学3年生男子16.7%、女子14.7%、高校3年生男子38.4%、女子32%）などが挙げられている。前述の研究班の調査結果によれば、中・高校生の飲酒経験率についても、平成16年には大幅な減少傾向が認められている。

この要因として、酒の入手方法の制限や周囲の者の飲酒率の低下が挙げられている。一方、女子の飲酒経験率が平成16年では男子よりも高くなっていることの問題点が指摘されている。

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、飲酒の健康影響に関する認識や「将来酒を飲むと思う」と考えている児童生徒の割合に改善の傾向がみられている（図3、図4）。

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、上記の喫煙に対する意識と比較してわかるように、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、全般的に甘い結果となっており、学校教育だけでなく、家庭や地域を巻き込んだ、未成年に対する飲酒防止の啓発や意識の向上が求められる。

留意すべき点は、酒は、たばこ並んでゲイトウェイドラッグ（門戸開放薬）とよ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は、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により、飲酒、喫煙に対して肯定的な考え方をも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い結果となっている。

(3) 薬物乱用

未成年の薬物乱用については、薬物ごとの検挙者数の推移や児童生徒を対象とする実態調査や意識調査

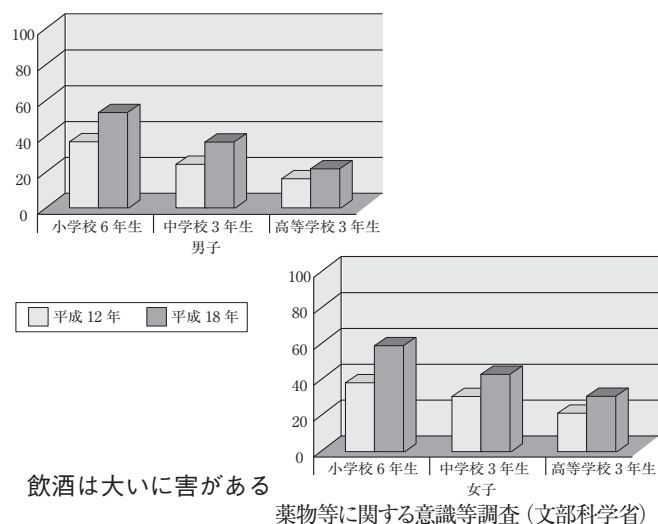


図3 飲酒の健康影響

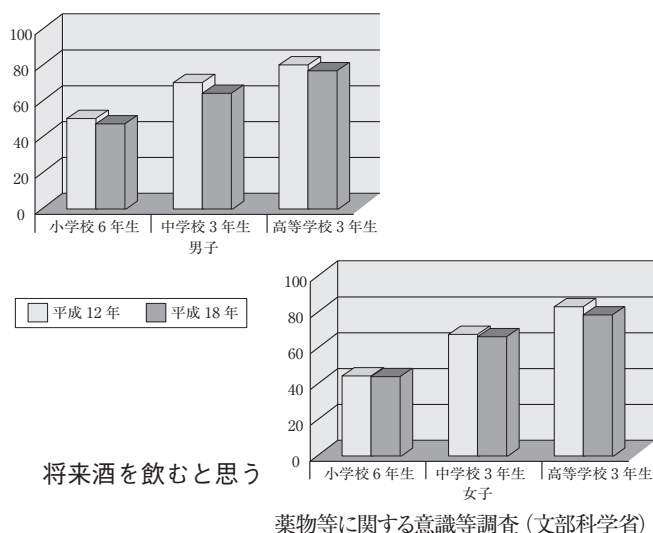


図4 将来の飲酒の可能性

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、シンナー等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20年では476名（うち学生・生徒は126名）であった。中・高校生については、平成20年では、中学生59名（平成19年68名）、高校生64名（平成19年96名）で、前年に比べても引き続き減少の傾向にあるが、他の薬物と比較するとその数は多く、依然としてシンナー等有機溶剤が中・高校生で乱用されている状況にある。

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

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」などの薬物に対する誤った認識や乱用者となった青少年の友人への乱用の勧誘など、薬物への警戒感が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。

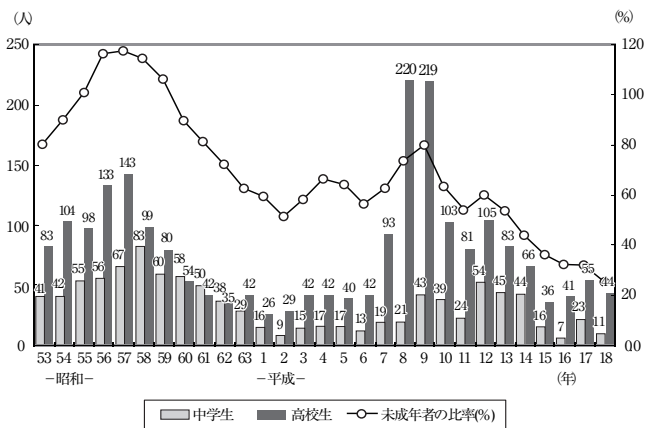


図5 中高校生による覚せい剤事犯の検挙人員の推移

薬物乱用対策推進本部の集計によれば、平成20年の覚せい剤検挙者は、少年総数では255名で前年度と比較し減少しているが、中学生8名（平成19年4名）、高校生34名（平成19年28名）でやや増えている（図5）。

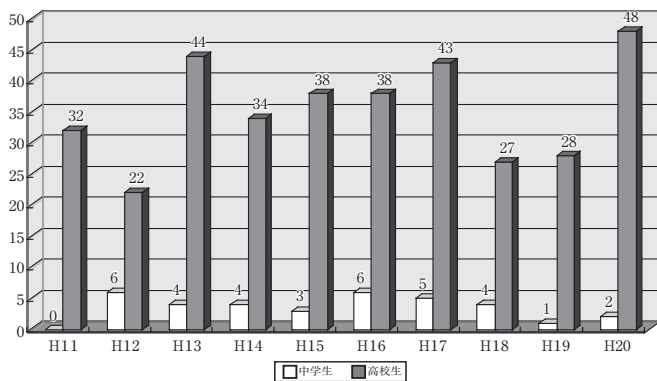


図6 中高校生による大麻事犯の検挙人員

③大麻やMDMA等合成麻薬

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

いる。

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20年では、中学生2名（平成19年1名）、高校生48名（平成19年28名）であった（図6）。平成20年には、大学生による大麻乱用の問題がマスメディアで大きく取り上げられており、大学の薬物乱用対策が求められている。このため、文部科学省は平成21年度に入学する大学1年生を対象とした薬物乱用防止啓発パンフレットを作成・配布し、入学時のオリエンテーションで活用するよう各大学に依頼した。

④高校生に対する薬物乱用の実態調査

勝野らが行った高校生を対象とする薬物乱用の調査調査の結果を図7に示す。

2004年の結果と比較すると、2006年では薬物乱用経験率が上昇しており、予断を許さない状況と考えられる。

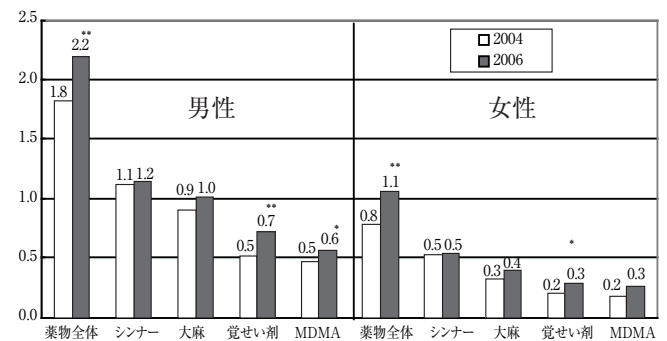


図7 高校生による違法薬物乱用経験率の推移

⑤児童生徒等の薬物等に対する意識調査

文部科学省の調査結果によれば、薬物に対する否定的な印象である選択肢（心や体に害がある）、「犯罪に巻き込まれる」、「使ったり、持っていたりするのはいいことだ」、「1回でも使うと止められなくなる」に回答した児童生徒の割合は高く、肯定的な印象である選択肢（「カッコいい」、「気持ちよくなれる気がする」、「ダイエットに効果がある」、「眠気覚ましに効果がある」、「1回使うくらいであれば心や体への害はない」）と回答した割合が低いこと、「薬物を使うことは他人に迷惑をかけなければ個人の自由」と回答した割合が平成18年には全般的に減少するなど、全般的に改善傾向が見られている。また、薬物について学んだ場所を「学校」と回答した割合が平成18年で特に増加しており、特筆すべきことは学習指導要領上、体育や保健体育で学ぶそれぞれの学年での増加が特に著しいことなどからみてもこれらが学校教育の成果と捉えることに何ら不自然はない。

2. 対策

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年には政府により薬物乱用防止五か年戦略が、平成15年には薬物乱用防止新五か年戦略が策定され、関係省庁の緊密な連携の下に薬物乱用防止対策が総合的に実施されてきた。平成19～平成20年にかけて、大麻、MDMA等合成麻薬事犯の検挙人員のうち6割～7割を未成年者及び20歳代の若年層が占めており、依然として青少年を中心に薬物が乱用されている状況にあることなどをふまえ、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」が策定された。

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

目標1を達成するため、以下に示すような学校等にお

ける薬物乱用防止のための指導・教育の充実強化などが求められている。

- ・ 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等も活用しながら、学校の教育活動全体を通じて指導を行うこと
- ・ 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、学校薬剤師等の協力を得つつ、その指導の一層の充実を図ること

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。

中央教育審議会「健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会これまでの審議の状況―すべての子どもたちが身に付けているべきミニマムとは?―」では、知識を行動に結び付ける視点が重要であるとされ、中央教育審議会「幼稚園、小学校、中学校、高等学校及び特別支援学校の学習指導要領等の改善について」（答申）を踏まえ、平成20年に小・中学校、平成21年には高等学校の学習指導要領が公示された。

小学校では、「喫煙、飲酒、薬物乱用」の内容が「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」の部分と切り離されて記述された点が主な変更点である。

小学校体育科保健領域学習指導要領

(3)病気の予防について理解できるようにする。
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

(7) 内容の「G 保健」の(3)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扱うものとする

る。また、覚せい剤等についても触れるものとする。

解説

エ 喫煙、飲酒、薬物乱用と健康

(ア) 喫煙については、せきが出たり心拍数が増えたりするなどして呼吸や心臓のはたら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、一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)については、「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等を中心に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。

中学校保健体育科保健分野学習指導要領

(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、心身に様々な影響を与え、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、それぞれの要因に適切に対処する必要があること。

3 内容の取扱い

(8)内容の(4)のウについては、心身への急性影響及び依存性について取り扱うこと。また、薬物は、覚せい剤や大麻等を取り扱うものとする。

解説

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、タール及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様々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様々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様々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様々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、なげやりな気持ち、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・広告や入手のし易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。

高等学校保健体育科科目保健学習指導要領

現代社会と健康

イ 健康の保持増進と疾病の予防
喫煙と飲酒は、生活習慣病の要因になること。また、薬物乱用は、心身の健康や社会に深刻な影響を与えることから行ってはならないこと。それらの対策には、個人や社会環境への対策が必要であること。

内容の取扱い

(2) 内容の(1)のイの喫煙と飲酒、薬物乱用については、疾病との関連、社会への影響などについて総合的に取り扱い、薬物については、麻薬、覚せい剤、大麻等を扱うものとする。

解説

(イ) 喫煙、飲酒と健康

喫煙、飲酒は、生活習慣病の要因となり健康に影響があることを理解できるようにする。その際、

周囲の人々や胎児への影響などにも触れるようにする。また、喫煙や飲酒による健康課題を防止するには、正しい知識の普及、健全な価値観の育成などの個人への働きかけ、及び法的な整備も含めた社会環境への適切な対策が必要であることを理解できるようにする。その際、好奇心、自分自身を大切にする気持ちの低下、周囲の人々の行動、マスメディアの影響、ニコチンやエチルアルコールの薬理作用などが、喫煙や飲酒に関する開始や継続の要因となることにも適宜触れるようにする。

(ウ) 薬物乱用と健康

コカイン、MDMAなどの麻薬、覚せい剤、大麻など、薬物の乱用は、心身の健康、社会の安全などに対して様々な影響を及ぼすので、決して行ってはならないことを理解できるようにする。また、薬物乱

用を防止するには、正しい知識の普及、健全な価値観や規範意識の育成などの個人への働きかけ、及び法的な規制や行政的な対応など社会環境への対策が必要であることを理解できるようにする。その際、薬物乱用の開始の背景には、自分の体を大切にすることや社会の規範を守る意識の低下、周囲の人々からの誘い、断りにくい人間関係、薬物を手に入れやすい環境などがあることにも適宜触れるようにする。

喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育は、学習指導要領に基づく「保健学習」だけでなく、特別活動などの時間を活用した「保健指導」と関連させて指導することが効果的であり、このことが「知識を行動に結び付ける」効果的な指導となると考えられる。

4. 薬物乱用防止教室の開催

ところで、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20年では、開催校は小学校7,984校〈開催率37.5%〉前年度比+3.0%、中学校6,107校(58.4%) +2.7%、高等学校3,084校〈64.1%〉+2.9%、中等教育学校16校〈44.4%〉+18.6%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」のなかで、

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。

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

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、薬物等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等において研修を受けた薬物乱用防止教育に造り手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、特別活動及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はじめさせないことを主なねらいとし、すでに薬物の乱用経験のある子どもたちに対しては、別途指導を行うことを原則とすることなどが大切である。

こうした取組を進めるに当たっては、教職員が共通理解をもち、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、児童生徒用のパンフレットとして、「わたしの健康」（小学生用）、「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）、ビデオ教材として「ストップ・ザ・薬物」（小学生用）、「NO!脳からの警告」（中学生用）、「なくした自由」（高校生用）等を作成・配布している。また、指導者用の参考資料としては、「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）、「薬物乱用防止教室推進ビデオ」（平成14年度）、「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料」

（小学校編、中学校編、高等学校編）などをそれぞれ全国の小・中・高等学校に配布しており、これらの積極的な活用が望まれる。

従来、作成された喫煙防止教育および薬物乱用防止教育パンフレットについては以下のホームページにて参照、ダウンロードして使用することができる。

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>

（鬼頭英明）

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金「未成年者の喫煙実態調査に関する調査研究」総合報告書、平成19年
- 2) 文部科学省「薬物等に対する意識等調査報告書」

- 3) 兵庫教育大学教育・社会調査研究センター「高校生の喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と生活習慣に関する全国調査2006」

学校保健ポータルサイト

色のバリアフリーを理解するためのQ&A

色覚異常や学校での色覚バリアフリーに関する内容をQ & A形式にしたページ。



Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

コラム 今日の大麻乱用に想う

わが国の薬物乱用は、従来〈①未成年者による「喫煙」および大人の居ない場所での「飲酒」〉に次いで、〈②「有機溶剤」の乱用〉により学校から落ちこぼれ、更に〈③「覚せい剤」「大麻」というハード・ドラッグの乱用〉へという踏み石理論(step stone theory)に基づく進行状況を遂げていたのである。しかしこの2、3年、従来は「入門薬」ではなかった大麻が、〈現役の大学生などによるいきなり型乱用〉という大麻乱用の新しい流行期を迎えており、検挙者中に10歳代および20歳代の年齢層が7割を占めるに至っている。

有機溶剤・大麻・覚せい剤という三大規制薬物の使用に関連した精神障害で精神科医療モニター施設に受診した事例に関する調査結果では、いずれの薬物でも【精神依存】を主する者が80%前後の比率を占めてはいるが、試用開始後未だ【薬物依存】のレベルに至っていない【controlled use】は有機溶剤7.7%、大麻22.2%、覚せい剤6.7%と、大麻が有意に高い比率を占めている。このことは依存レベルまで至らなくとも、パッド・トリップによるパニック状態などの急性精神病となって緊急入院する事例の多いことの証明でもある。更に筆者の30年超の薬物依存専門の臨床経験から言えば、有機溶剤・覚せい剤による精神病と比べて、大麻精神病においては治療の途上における再燃（フラッシュ・バック）現象や無動機症候群を呈する割合の高いことも亦、その特徴である。

ここで、大麻のcontrolled userが増えるということは、パニック状態を未経験の大麻使用者は、自ら大麻の信奉者として友人を勧誘する傾向が強いため、わが国も欧米諸国並みに大麻がハード・ドラッグの部類から入門薬のレベルになってしまう重大な岐路に面していると思われる。若者は何も最初から暴力団や不良外国人と接触して大麻を入手するのではなく、普段付き合っている親戚のお兄ちゃんや親しい友人の家に遊びに行った所がたまたま大麻喫煙の場面であり、勧誘されて簡単に手

を出すのである。

学校教育における健康教育では、〈友人・先輩からの喫煙への勧誘〉を例として、相手の気持ちを傷つけないように上手に断ることをロール・プレイングなどの手法を使って教えているのであるが、筆者からすれば、これらの薬物乱用の場面では、即座に「自分はやらない。」と宣告して、その場を立ち去る勇気を持つことが最も上手な断り方であると思われる。何故なら、依存性薬物の勧誘に際して「イエス」と言って手を出すことは、その後の若者の人生においては、暴力被害を受けることよりもはるかに「自由」「尊厳」、そして「未来」をも奪われる危険性の高い重大な決断だからである。

欧米では既に入門薬となっている大麻に対しては、わが国では一部の大麻信奉者を除くと、圧倒的大多数の国民は厳しい法規制に対しても異論を唱えることのないのが現状と思われる。このような社会規範の浸透は大麻等薬物乱用事件に対して、マス・メディアをはじめ社会全体の過剰反応を引き起こしていると思われる。この文化的風土は薬物の乱用者・依存者に対する第二次予防（重症化防止のための早期発見・早期治療）の活動においても、第三次予防（治療後の再使用防止、社会復帰の促進）の活動においても、極めて無関心・冷淡な対応状況にも繋がっているのである。大麻事犯により検挙された学生は学籍を剥奪され、俳優・相撲取りなどは専門職から追放されてしまうのであるが、薬物依存症者の治療・回復支援に関わる筆者としては、〈罪を憎んで人を憎まず〉の理念をもって、一応の専門的な治療・処遇を終えた薬物依存からの回復途上者に対して、そのノーマライゼーションの獲得、就業・就労支援という長期にわたる社会参加・社会復帰が円滑に行くように、支援の手を差し伸べていただきたいのである。このことがまた薬物依存者を抱えて苦悩している家族の切なる願いでもある。

（小沼杏坪）

3 歯・口の健康教育

1. 「食」に関する健康教育

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

今日のような時代だからこそ、子どもが豊かな人間性をはぐくみ、「生きる力」を身につけていくためには、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が実感できる「食教育」を推進する具体的な施策が求められている。

(1)日本学校保健会は児童生徒等歯・口の健康づくり推進委員会（平成16年～18年度）事業として「歯・口の健康と食べる機能Ⅱ－食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

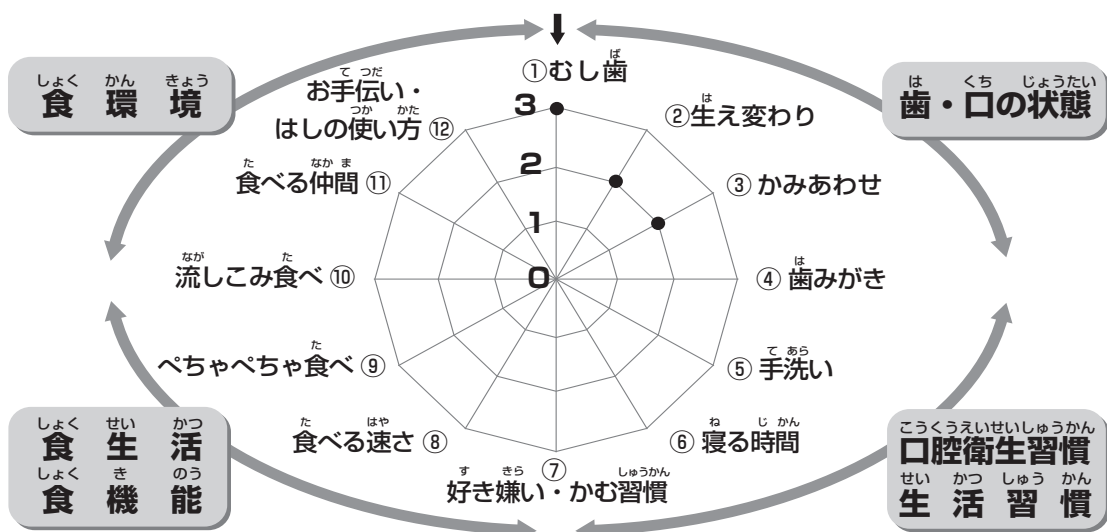
歯・口の健康と食べる機能」を見据えた機能の発達期である幼児児童生徒を重視する視点から作成されている。とくに注目されるのは、「口腔の発育状態」、「生活習慣」、「食べ方」の項目にしたセルフチェック票と、児童生徒自身が視覚的に問題点を把握できるレーダーチャート（図1）を提示している。

(2)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。その目次は以下の様である。

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

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

(3)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、更に平成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



（日本学校保健会：歯・口と食べる機能Ⅱ，食ることから健康な生活を考える）

図1 レーダーチャート（幼児・小学生用）



図2 学校と学校歯科医のための「食」教育支援ガイド

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・口の健康づくり」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・口の健康づくりと「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

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・口の健康づくりの一環として進める

食育推進宣言

人間は、その長い歴史の中で「食」を単なる生命維持のための「栄養摂取」としてではなく料理として、さらに人と共に食することで「心のふれあい」、「食事のマナー」としても発達させてきた。これは食のあり方が文化や文明と深く関わってきたことを意味する。そして今、その食が乱れ、あり方が問われているとすれば、これはとりもなおさず、文化や文明の乱れとして捉えなければならないと、考えている。国は、近年におけるこのような国民の「食」をめぐる環境の変化に対し、緊要な課題として、国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性をはぐくむための食育を推進することによって、現在及び将来にわたる健康で文化的な生活と豊かで活力ある社会の実現に寄与することを目的に「食育基本法」を制定した。

食は命の源である。人は食物を「口」から摂りこみ、十分に咀嚼することによって身体の栄養のみならず五感を通した味わいや寛ぎなどの心の栄養を得る。また、食物の知識と「食べ方」を通して健全な心身の糧となり、豊かな人間性を育むことが可能となる。以上のような観点にたって、次の食育の支援を行う。1. 「食べ方」を通して、生涯にわたって安全で快適な食生活を営むことを目的とした食育を推進する。2. あらゆる場と機会を通して、口の健康を守り五感で味わえる食べ方ができる食育を推進する。

われわれ歯科に関連する総ての職種は、国民すべてが豊かで健全な食生活を営むことができるよう、多くの領域と連携して国民的運動である食育を広く推進することをここに宣言する。

平成19年6月4日

日本歯科医師会
日本歯科医学会
日本学校歯科医会
日本歯科衛生士会

図3 食育推進宣言

「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（とくに食べる機能）の育成支援を目的とした食教育、食指導
- 3)「味覚（五感）食教育」の学習

4)厚生労働省が「歯科保健と食育の在り方検討会」を平成20年12月立ち上げ、平成21年6月に報告書を作成、発表した。（参照：コラム）

経緯については、平成17年7月に食育基本法が制定され、歯科界でも取組が始まったが、平成19年6月に日本歯科医師会、日本歯科医学会、日本学校歯科医会、日本歯科衛生士会の4団体から食育推進宣言（図3）が国民並びに食育関連団体向けに出された。その4団体を中心に厚生労働省が国民運動としての歯科バージョンを作成することになった。その概要は、「食を通して

健康寿命を延伸するためには、その基盤となる小児期から高齢期に至るまで食べる器官である口腔の健康と関連させて健康づくりの視点から『食育』を推進していくことが重要である。地域における食育を推進するための一助として、より健康な生活を目指すという観点から、ひとくち30回以上噛むことを目標として、『噛ミング30（カミングサンマル）』というキャッチフレーズを作成し、歯科保健分野からの食育を推進することが望まれる。」「各職種や各団体は、広く国民運動として推進されている食育に対して、歯・口の健康と『食べ方』の支援など、歯科保健の立場からも積極的なアプローチを行っていくことで食育を広く推進していくための一助となることが期待されている。今後、歯・口の健康に根ざした食べ方からの食育推進を広く展開するため、『噛ミング30（カミングサンマル）』運動があらゆる分野に拡がることにより、8020（ハチマルニイマル）運動が一層推進されることを期待したい。」となっている。

2. 学校歯科医の資質向上を図るための「学校歯科医生涯研修制度」の発足

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

の健康教育の在り方、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。今年度4月から日本学校歯科医会「学校歯科医生涯研修制度」が施行され、基礎研修会が全国で開催されていく予定である。

（丸山進一郎）

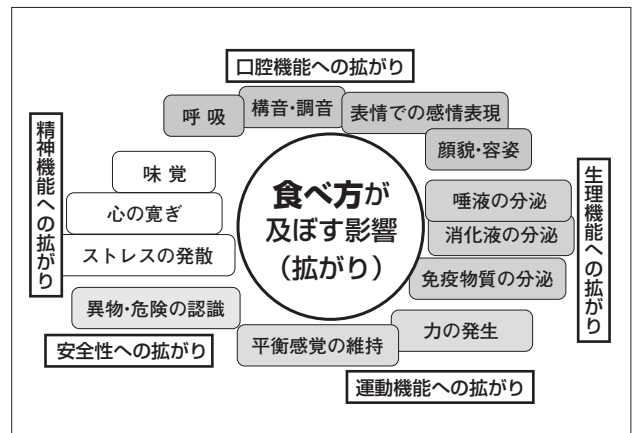
食育と歯科保健 ～嚙ミング30 (カミングサンマル) を目指して～

内閣府から提示された「食育推進基本計画」(18年3月)の基本的な方針の第一に「国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成」が掲げられている。この食育の理念と歯科保健の関わりを考えると、国民の健康や予防に関する意識が高い現状においては、歯・口の健康を維持して、食べる機能を向上させ、豊かで健全な食生活を営むことができるように、歯科領域が広く多くの分野と連携して国民的運動である食育を推進していくことが望まれるものと思われる。

このような背景を基に「心身の健康の増進と豊かな人間形成」を結ぶ課題として、「どのようにして食べるか」という食べ方の観点からの課題を推進する必要性が論議され、平成19年6月に日本学校歯科医会は、日本歯科医師会などの歯科系4団体と共に「食育推進宣言」を発信した。宣言文には、「食は命の源であり、食の入り口となっているのが口である。したがって、口から摂り込まれた食物を十分に咀嚼して食べることは、快適な食生活を送るための基本であり、QOLの向上に大きく寄与する。」と述べられている。また、この宣言では、食育の推進にあたっては、「五感を通じた味わいや寛ぎなどの食べ方を知識と体験を通して育むことが必要で、食べ物と食べ方の知識と体験があって初めて、食が健全な心身の糧となり、豊かな人間性を育むことができる」としている。心の和む美味しく安全な「食べ方」が、歯科領域からの食育の大きな柱として明確に位置付けられている。

「食べ方」を通して食育を具体的に推進していくためには、小児期から高齢期に至るまで食べる器官である歯・口の健康と関連させて健康づくりの視点から「食育」を推進していくことが重要となる。また、「食べ方」から食育を推進するためには、広く生活に根ざしたライフステージ毎の食べ方を中心に据えた食育推進をわかりやすく伝える必要がある。さらに食育推進には他の専門職種と連携した食べ方を通じた食育についての共通認識も必要である。

学齢期のステージは、味覚・嗜好形成に大きな影響を及ぼす時期とされている。食材の五感(視覚・触覚・味覚・嗅覚・聴覚)を意識した食べ方を通して味わいの経験や健康と食事バランスなど食べることへの興味を育てる食育の拡がりが必要である。また、「食べ方」は、乳幼児期、学齢期に歯・口の成長とともに発達する。児童生



徒と保護者を対象にした成長と発達を考慮した児童生徒の五感を育てる咀嚼習慣の育成は、家庭環境や日々の生活環境のみならず、母子保健活動、学校保健活動などを土台にして、歯・口の健康の保持を目的とした食育活動を展開していくことも望まれる。

これらの内容を含めて本年7月には、厚労省の「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」の報告がなされ、報告書には住民になじみやすいキャッチコピーとして、ひとくち30回以上嚙むことを目標として、「嚙ミング30 (カミングサンマル) を目指して」との副題が添えられている。

これまで歯の健康づくりを推進する観点から様々な歯科保健対策が展開されてきた。今回の検討会報告書の副題でもある「歯・口の健康と食育～嚙ミング30 (カミングサンマル) を目指して～」は、おいしく調理された栄養バランスのとれた適度の硬さに調理された食事を感謝の気持ちを抱いて、十分に嚙んで味わうことによって身体と心の栄養を摂り込む「食べ方」の推進である。

今後、歯・口の健康に根ざした食べ方からの食育推進を広く展開する方略として、「嚙ミング30 (カミングサンマル)」運動をあらゆる分野に広めることにより、歯と食べ方の重要性に多くの人が気付くものと思われる。

咀嚼して食べることによって五感の感覚は受容しやすくなる。学校保健においては、理解力と感性の豊かな学齢期に、これらの感覚を意識しながらの食べ方によって、食に関わる感性を一層豊かにし、生涯を通じた食の選択力や心の寛ぎの食育へと展開することが望まれよう。

(向井美恵)

4 食生活・栄養教育

1. 学校における食育の背景

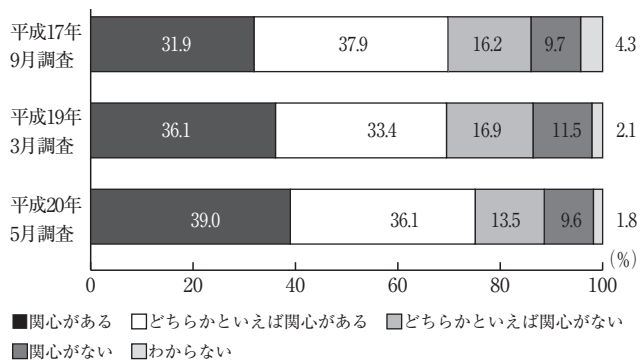
明治22年、私立忠愛小学校（山形県）で始まった日本の学校給食は、昭和29年に制定された学校給食法第2条（教育の目的を実現するための学校給食の目標）により、当初から「教育活動の一環」と明確に位置付けられていた。

その後、栄養教諭制度が創設（平成16年7月）され、学校における食育は、「生きた教材」としての学校給食の教育的意義を見直し、栄養教諭を中核として、学校の教育活動全体に位置づけられた。

さらに、食育基本法（平成17年6月）・食育推進基本計画（平成18年3月）が制定されて、食育は国民運動と

して展開されるとともに、子どもたちの健全な食生活の実現と豊かな人間性を図るため、学校における食育の推進が重要視されることとなった。食育に「関心がある・どちらかといえば関心がある」割合は、平成17年69.8%に比し、平成20年75.1%と高まっている（図1）。

また、教育基本法（平成18年12月）・学校教育法（平成19年3月）の改正から、学習指導要領が改訂（平成20年3月）され、小中学校総則の教育課程編成の一般方針において、「学校における食育の推進」が明記された。加えて、平成20年6月には、学校給食法の一部が改正（平成21年4月1日施行）され、「学校給食を活用した食に関する指導の充実」が図られ、「児童生徒の心身の健全な発達に資し、かつ、食に関する正しい理解と適切な判断力を養う上で重要な役割を果たすものである」とされた。この改正法において、学校給食を活用した食に関する指導の充実の明確化と、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が講じられたことにより、栄養教諭を核とした学校における食育、つまり、学校給食を活用した食に関する指導の推進基盤が整ったといえる。



（資料：内閣府食育推進室「平成20年度食育に関する意識調査」）

図1 食育への関心度

2. 学校における食育の評価

学校における食育を推進していくためには、以下の手順で評価し、継続的に、今後の改善につなげる事が求められている¹⁾。

- ①自らが担当する学校や地域における、児童生徒の食に関する実態を調査等を通じて把握する。
- ②実態を把握した上で、解決すべき課題、また、その解決手法について、校長をはじめとしたすべての教職員の共通理解を図り、学校ぐるみで取り組む。
- ③取組によって、児童生徒等の状況がどのように改善しているか把握する。

このように、学校における食育の評価を行う目的は、設定した本来の目標からそれることなく、子どもの行動変容を促すことにある。それは同時に、新しい教育方

法の開発や栄養教諭の資質向上につながる事が期待される²⁾。

(1) 基本的な考え方

学校における食育の評価に求められている事柄は以下のとおりである³⁾。

学校における食育は、学校教育活動全体を通じて総合的に推進することにより成果が期待できるものであることから、

- ①各教科等における個々の食に関する指導に対する評価ではないこと。各教科等における食に関する指導は、まずは、教科等のねらいに対する評価が必要であり、直接的には食に関する指導の評価にはならないと考えられること。

- ②全体としての食育の推進体制等の評価を行うこと。
- ③食育の評価を学校評価における評価項目として位置付け、学校の実情や児童生徒の実態に応じた目標と食育の推進体制等に関する指標を設定し、その達成状況を評価すること。
- また、食育の推進は、家庭・地域との連携・協力が不可欠であることから、
- ④家庭・地域での取組状況を踏まえた自己評価を行うこと。
- ⑤学校における食育の推進体制等の家庭・地域による外部評価を行い、総合的に評価すること。

(2) 評価の方法

科学的根拠に基づいて評価することは、学校における食育の目標（計画）、実行（実施）、および評価の妥当性と普遍性を検証するために必要である。

1年間（もしくは6年間）にわたる取組の指導効果を年度途中に（あるいは年度ごとに）確認し、改善を加えながら進めていくためには目標（Plan）－実行（Do）－評価（Check）－改善（Action）というPDCAサイクルに基づいて取り組む必要がある³⁾。

- ・P（Plan）：目標とともに目指すべき成果やそれに向けた取組に関する計画。事前の実態調査を綿密に行い、指導計画を立てる。
- ・D（Do）：計画に基づいた実行即ち指導。
- ・C（Check）：評価。指導の効果等を評価。子どもたちはどのように変容したか。
- ・A（Action）：評価の結果を踏まえ修正すべき点は修正をし、更に次の指導へとつなげ、目標達成を導く。

(3) 目標および評価指標の設定

学校における食育の実施にあたっては、学校の実情や児童生徒の実態に応じて適切な目標を設定することが重要である。食育に関しては、各学校の学校教育目標から学校健康教育目標を受けて作成される全体計

画における「食に関する指導の目標」とそれをより具体的に記述した「各学年の食に関する指導の目標」を設定する^{3) 4)}。

指導目標は、子どもたちに身につけさせたい事柄、改善したい事項を明確にすると同時に、必ず、その評価をどのような評価指標で実施するかを決めておく必要がある。

全体計画における「食に関する指導の目標」の達成状況の評価指標（例）は、以下のとおりである³⁾。これらは、食育基本法及び食育推進基本計画の趣旨を踏まえて設定されている。

- ① 教育課程への位置付けや校務分掌への位置付け等、食育の推進体制の整備状況
- ② 全体計画、年間指導計画等の作成・改善の状況
- ③ 食に関する指導の実施状況
- ④ 朝食摂取、睡眠時間、排便習慣等、生活習慣に関する調査の結果
- ⑤ 農林漁業体験等、食に関する指導における体験活動の実施状況
- ⑥ 献立作成における栄養バランスや食味の改善の状況
- ⑦ 食に関する指導における学校給食の活用状況
- ⑧ 学校給食における地場産物の活用状況
- ⑨ 伝統的な食文化の継承等に向けた郷土食や伝統料理等の献立への活用状況
- ⑩ 適切な給食時間の設定等の環境整備の状況
- ⑪ 個別指導体制の整備・実施の状況
- ⑫ 学校間や家庭・地域との連携状況

これらの評価指標には、教育課程や校務分掌への位置づけ等食育の推進体制の整備状況をはじめ、定量的なものからそうでないものが例示されている。

また、評価指数は数値で示すことが大切であるが、数値によって示すことができない指標にも焦点をあて、状況を適切に評価することが重要である¹⁾。

3. 子どもたちの食の実態と学校における食育の評価

学校における食育の推進を図るために有効な評価指標として以下の2項目について示す。他に、地場産物活用率の向上なども指標となる。

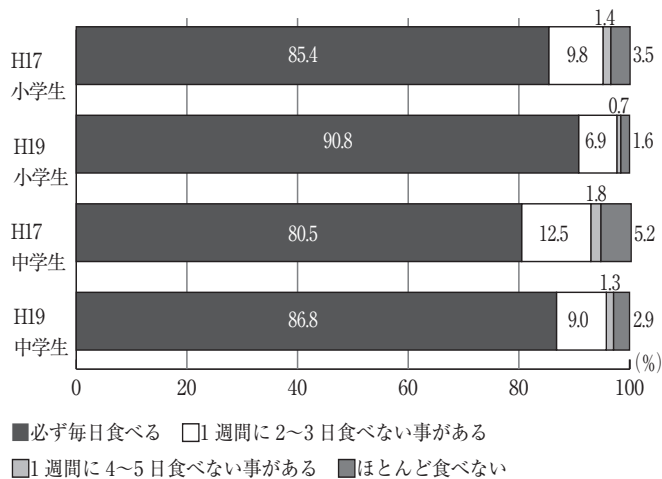
(1) 朝食欠食率の改善状況

児童が生涯にわたり望ましい食習慣を身につけ、心身ともに健康な生活を送るためには、児童自身が食に

関する指導を通して、「食」の重要性を学び、実践できる力を身につけることが必要である。そのためには、1日の出発になる朝食をとることから始めることが重要である⁵⁾。

朝食を「必ず毎日食べる」小学生の割合は、平成17年85.4%から平成19年90.8%に、中学生は80.5%から

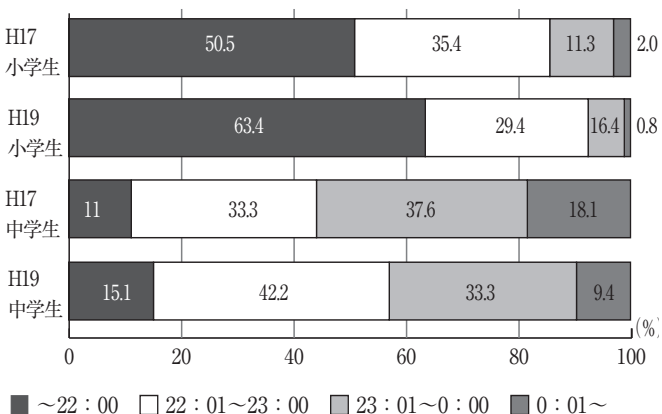
86.8%に増加し、「ほとんど食べない」小学生は、3.5%から1.6%に、中学生は5.2%から2.9%に減少している（図2）。なお、同調査によれば、保護者の朝食摂取状況も「ほとんど食べない」保護者が、5.2%から4.0%と、やや改善している⁶⁾。これらのことは、栄養教諭をはじめ学校関係者が、児童生徒の生活習慣の改善のために、朝食の重要性を訴え続けたことや「早寝・早起き、朝ごはん」運動等、児童や家庭への食育の浸透が一因と考えられるが、この傾向が一過性のものに終わらないよう、繰り返し取り組むことが求められる^{1) 6)}。



（資料：独立行政法人日本スポーツ振興センター
「平成19年度児童生徒の食生活等実態調査報告書」ほか）

図2 朝食の欠食状況

また、22時以前に就寝した小学生の割合は、平成17年50.5%から平成19年は63.4%に、23時前に寝る中学生は、44.3%から57.3%に増加している（図3）。さらに、起床時間についても、7時前に起床する小学生の割合は81.7%から89.2%に、中学生は、79.6%から84.7%に増加している（図4）。このように、小・中学生とも、早寝・早起きの生活習慣の改善が図られてきていることがうかがえる。

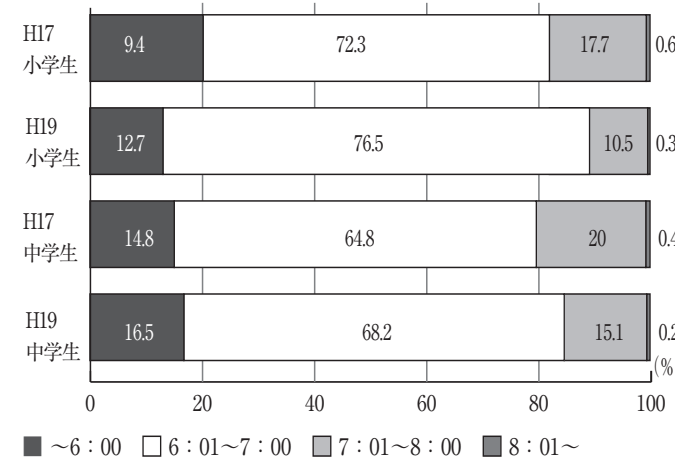


（資料：独立行政法人日本スポーツ振興センター
「平成19年度児童生徒の食生活等実態調査報告書」ほか）

図3 就寝時間の改善

今後、欠食状況に改善の見られない児童については、保護者への個別指導などにより個々に働きかけるとともに、児童自らが、簡単な朝食を準備できる力を身につけることのできる指導にも取り組み始めることが必要である⁵⁾。

今後、欠食状況に改善の見られない児童については、保護者への個別指導などにより個々に働きかけるとともに、児童自らが、簡単な朝食を準備できる力を身につけることのできる指導にも取り組み始めることが必要である⁵⁾。

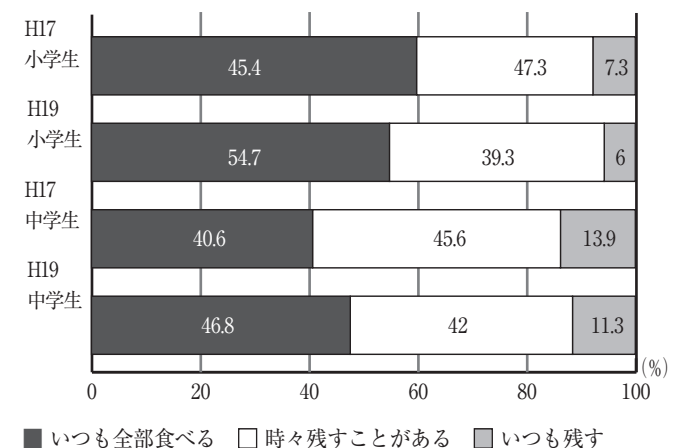


（資料：独立行政法人日本スポーツ振興センター
「平成19年度児童生徒の食生活等実態調査報告書」ほか）

図4 起床時間の改善

(2) 学校給食残食率の改善状況

学校給食は、家庭の食事状況も勘案⁷⁾し、児童生徒の栄養バランスに配慮して策定された「学校給食摂取基準」を踏まえ献立が作成されている。しかしながら、適切に栄養管理された給食であっても、残食が多ければ児童生徒の健全な発育を支えることはできない。

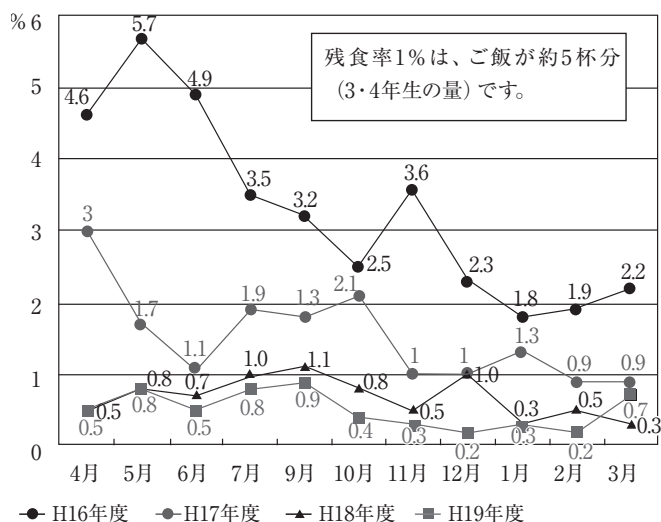


（資料：独立行政法人日本スポーツ振興センター
「平成19年度児童生徒の食生活等実態調査報告書」ほか）

図5 学校給食を全部食べる児童生徒の年次比較

学校給食を残さず「いつも全部食べる」小学生の割合は、平成17年45.4%から平成19年54.7%に、中学生は40.6%から46.8%に増加している（図5）。

とくに、平成17年度当初より栄養教諭が配置された高知県南国市立御免野田小学校は、長年にわたり食

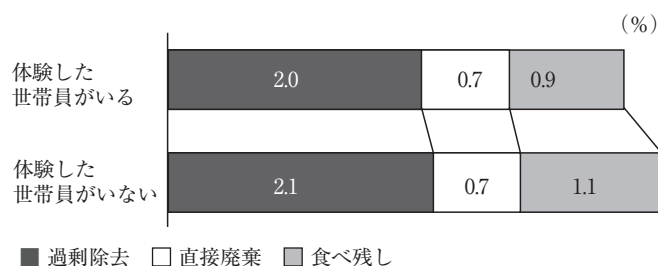


(資料: 文部科学省「栄養教諭による食に関する実践指導事例集」平成21年3月)

図6 残食率の推移 (南国市立御免野田小学校)

農教育⁸⁾に取り組んでおり、顕著な残食量の減少がみられる（図6）。農業体験の有用性は、食品ロス率（図7）によっても示されており、栽培活動等の食農体験が食べ物を大切にする、つまり、命の大切さや生産者への感謝の念を育む学習として、子どものみならず大人にとっても有効であることがうかがえる。

今後は、学校給食の献立の工夫はもとより、栄養バランスや食の重要性の理解を深める指導とともに、生産者や地域の人々と連携し、体験活動を重視した取組を進める必要がある。



(資料: 農林水産省「平成19年度食品ロス統計調査報告」)

図7 農業体験と食品ロス率

4. これからの学校における食育

これからの学校における食育を推進するための示唆に富む2つの事例を紹介する。

第1は、小中学校の栄養教諭が所属長の了解を得て、高校へ食育の出前授業を行っている事例である。

(社)新潟県栄養士会では、上述のPDCAサイクルに則り、平成17年から、高校生を対象としたスマート・ダイエット・キャンペーン事業を推進している。筆者は当初より顧問として関与しており、県内高校生の実態調査を行った上で、高校生のための食生活学習教材（図8）⁹⁾を開発（Plan）し、指導者のトレーニングを行った後、平成21年度より協力推進高校において食育の授業を開始（Do）している。今後、これらの評価（Check）を実施し、改善（Action）していく予定である。このように、中学校から高校へと一貫した食育が推進されることは、子どもたちの生涯にわたる健康づくりのために非常に有用である。

第2に、学校における食育を通して生活習慣病の予防に取り組んでいる事例である。群馬県T村¹⁰⁾では、栄養教諭が①保健センター生活習慣病対策事業、②就学前児健診での個別相談、③「食と農を育み伝えま

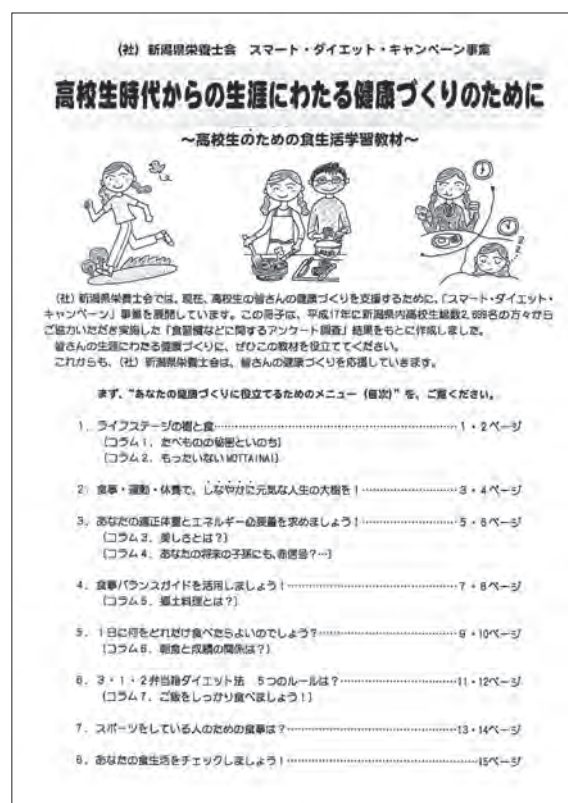
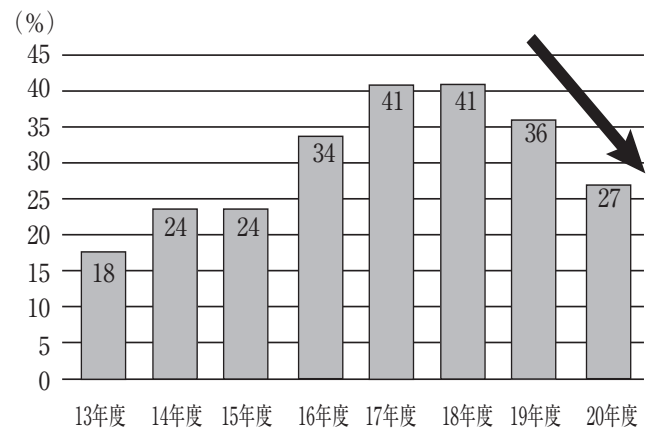


図8 高校生のための食生活学習教材

す事業」による調理実習（総合学習）、④地域対象給食試食会、⑤教育発表会（食育実践）等を積極的に行い、児童生徒の血液検査結果からみた生活習慣病有所見者の減少に寄与している（図9）。学校給食を「生きた教材」として、農との連携により地域の食文化を創造し、さらに、給食を通して家庭や地域の健康づくりへと発展させているのである。

大切なことは、学校における食育の中核をなす栄養教諭が、児童生徒のみならず家庭や地域、社会に、どのように貢献できるかを常に意識して業務に励むことである。そのためには、実施する食育の評価を踏まえて、PDCAサイクルに基づいた食育に取り組むことが必要であり、1つ1つのエビデンスの蓄積が大きな成果を生み、新たな食育の始まりとなると考えられる。

（笠原賀子）



（資料：群馬県栄養教諭制度推進連絡協議会「栄養教諭配置による成果と課題」）

図9 生活習慣病有所見者の推移

参考文献

- 1) 文部科学省：栄養教諭による食に関する指導実践事例集、平成21年3月
- 2) 笠原賀子 他編著：栄養教育論 第2版、講談社サイエンティフィク、平成21年3月
- 3) 文部科学省：食に関する指導の手引、平成19年3月
- 4) 笠原賀子編著：栄養教諭のための学校栄養教育論 補訂、医歯薬出版、平成21年7月
- 5) 文部科学省：食生活学習教材（小学校中学年指導者用）、平成21年3月
- 6) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：平成19年度児童生徒

の食事状況等調査報告書（食生活等実態調査）、平成21年3月

- 7) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：平成19年度児童生徒の食事状況等調査報告書（食事状況調査）、平成21年3月
- 8) 笠原賀子：高知県南国市における小学校での食育、家族と健康 第639号、（社）日本家族計画協会、平成19年6月
- 9) （社）新潟県栄養士会：高校生時代からの生涯にわたる健康づくりのために、平成19年10月
- 10) 群馬県栄養教諭制度推進連絡協議会（群馬県教育委員会）：栄養教育配置による成果と課題、平成21年5月

学校保健ポータルサイトとは……その5

コンテンツの紹介③



読み物ページもあります

<コラム>

子どもの健康に関した話題性のある疾患や情報を切り口としたコラム記事を掲載。投稿も随時募集しています。

Yahoo やGoogleで、「学校保健」と検索 または

<http://www.gakkohoken.jp>

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、生涯に渡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様々な活動が含まれる。

学校安全は学校における児童生徒等の安全に関わる諸活動、すなわち、児童生徒等が主体（自分自身）や外部環境に存在する様々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」、そして児童生徒等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等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3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⁾。

(1) 事件・事故の発生を未然に防ぐ

まず、危険を早期に発見するための日常的な安全点検が重要となる。学校敷地内、通学路、公園等、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、教職員や保護者等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等の開催も必要である。

(2) 事件・事故の発生に備える

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

(3) 事件・事故に即時対応する

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

(4) 事後の対応を行うとともに回復を図る

事態が収拾した直後から、保護者及び関係者への連絡・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等のソフト面の2つの側面がある。学校においてはこの両面から危機管理を推進する必要がある。

2. 学校の安全管理の実態

文部科学省は平成20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97.8%であり、小学校で99.9%、中学校で99.4%、高等学校で96.7%、特別支援学校で99.5%、幼稚園で93.1%であった。全体的に前年度より数値がやや上昇している。平成19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79.6%であり、小学校で95.1%、中学校で77.0%、高等学校で42.6%、特別支援学校で69.4%、幼稚園で71.5%であった。すべての校種で、前年度と比べて数値が下がっている。

平成20年3月末現在で、通学安全マップを作成している小学校及び特別支援学校（小学部）の割合は91.1%であった。平成19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67.4%であり、小学校で92.6%、中学校で75.9%、高等学校で33.5%、特別支援学校で16.6%、幼稚園で35.7%であった。平成19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98.4%であった。

ハード面に関しては、平成20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69.6%であり、小学校で68.7%、中学校で69.5%、高等学校62.8%、特別支援学校で71.0%、幼稚園で73.8%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89.6%であり、小学校で93.4%、中学校で88.2%、高等学校80.4%、特別支援学校で95.3%、幼稚園で87.5%であった。安全を守るための器具（さすまた等）を備えている学校の割合は、全体で85.8%であり、小学校で95.8%、中学校で86.1%、高等学校65.9%、特別支援学校で91.0%、幼稚園で76.4%であった。

ソフト面の組織活動やハード面は前年度調査より改善されていたが、安全対応能力の向上を図るための取組が大幅に下がっていた点が今年の特徴である。改正学習指導要領ではどの校種でも安全教育が重視されたように、安全学習・安全指導の改善・充実が今後の課題といえる。

3. 学校施設における事故防止

2009年3月に文部科学省は、小中学校を中心に学校施設内の様々な場所で起こる事故全般（転落、衝突、転倒、挟まれ、落下物及び遊具）を防止するための留意点を取りまとめた報告書「学校施設における事故防止の留意点について」を公表した。2008年8月には天窓を始めとする転落事故防止対策「学校における転落事故防止の留意点」をリーフレットとして公表していたが、ここでは対象とする事故を転落事故以外にも広げ、全般的な事故防止について検討した結果をまとめている。なお、この報告書は、次の三つの章から構成されている。

第1章 本調査研究の趣旨

第2章 学校施設における事故防止の基本的な考え方

第3章：事故防止の留意点

第2章の「事故防止の基本的な考え方」では、「学校

施設における事故を防止するためには、多様な学習形態、弾力的な集団編成による活動を可能とする施設機能を確保しながら、物的ハザード（構造、施工、維持管理の不備などによるもの）の除去に努める必要があり、さらに、万が一事故が発生した際の被害が最小限となるよう努める必要がある。」（p.7）と示されている。また新增築、改築、改修等の大規模な施設整備を行う際の留意点が次のように示されている。

- ・危険性を内包する箇所（例えば、高所、階段等に面した吹抜け等）は、特に安全性を重視して計画・設計を行うとともに、その危険性を誰もが見過ごさないような（危険性が分かりやすい）デザインとすること。また、児童生徒等が立ち入るべきでない場所については、施錠するなど物理的な立入制限をすること。
- ・事故防止の観点から、校庭、建物回りのスペース、建物内部及び外部の各部位等について見通しを確保し、死角となる場所をなくすこと。

- ・事故を誘発するような明確な構造的な欠陥はもとより、事故につながる可能性のある隙間や突起など、児童生徒等が予測しにくい危険を十分に除去しておくこと。
- ・扉など可動部材は外れることによる落下や指の挟まれ事故等に配慮すること。特に、機械制御により作動する場合は、十分安全性が確保されていることを確認すること。
- ・重大な事故につながるおそれがある緊急事態発生時に、情報を迅速に関係者に伝えられるよう、必要に応じ、通報システムを導入すること。
- ・児童生徒等の多様な行動に対して、万が一事故が発生しても、その被害が最小限となるよう、要所に緩衝材を設置するなどの配慮をした計画とすること。

次に事故種別毎の基本的な考え方は以下のように示されている。

(1) 転落事故

「転落の危険がある場所については、一見して危険であることを理解しやすいデザインや、具体的で分かりやすい効果的な表示等による注意喚起など、各部について、細部に至るまで十分な安全性を確保した計画・設計とすることが重要である。」(p.15)

設備の改善のポイントは、手すりやフェンスの設置等であるが、それらを設置することで新たな危険が生じることもある。例えば、手すりを足掛かりとして転落するという事故である。あらゆる視点から危険を取り除くことが求められる。

(2) 衝突事故

「衝突事故を未然に防止するためには、『衝突対象を除去すること。衝突対象の存在や他人の接近を認識しやすくすること』、『衝突しにくい環境をつくること』等が重要である。」(p.16)

「衝突事故が起きた際の被害を最小限とするためには『衝突した際の衝撃を小さくする』ことが重要である。」(同頁)

例えばガラスへの衝突を防ぐのであれば、ガラスの視認性を高めるための目印をつけることが考えられる。衝突した際の衝撃を軽減することについては、破片が飛散しにくい材質を採用することなどが対策として挙げられる。

(3) 転倒事故

「転倒事故を未然に防止するためには、床には滑りやすい材質のものを避けることが重要である。」(p.17)

学校では床面が濡れることが少なくない。濡れても滑りにくい材質を用いることが事故防止に有効である。また同じ転倒であっても、学校用家具が転倒して、児童生徒がけがを負うことも少なくない。地震災害も想定した上で、家具を確実に固定することも忘れてはいけない。

(4) 挟まれ事故

「挟まれ事故を防止するには、衝撃を和らげるための柔らかい材料を適切に設けたり、ドアクローザーの設置等、開口部の急な開閉を防いだりするための配慮をすることが重要である。また、蝶番側の隙間や戸袋など挟まれ事故の危険性がある場所には、必要に応じ覆いをつけるなどの工夫をすることが重要である。」(p.17)

ドアクローザーとは扉が急に閉まらないように、動作を緩慢にする装置である。このような有効な設備を積極的に導入したいものである。

(5) 落下物による事故

落下物による事故を防ぐには、落下そのものを防止する設計のほか、落下物が想定される場所への立ち入りを防ぐ工夫、上部に物を置かないような設計、照明などでは落下防止措置を行うなどが対策として挙げられる。

(6) 遊具における事故

「重大な事故につながる物的ハザードを中心に除去し、児童生徒等のみで利用しても安全性を十分確保できるようにすることが重要である。併せて、人的ハザードを除去するため、危険な遊び方をしないよう発達段階に応じて適切な指導を行うことが重要である。」(p.18、19)

遊具は配置と構造の両面から安全確保を行う必要がある。

以下、第3章では各室等における具体的な改善の留意点と使用上の注意(安全指導上の課題などが示されている。

4 教員の研修教材等

2009年3月に文部科学省から2種類のDVD教材（資料）が発刊された。1つは「学校安全資料DVD 子どもを事件・事故災害から守るためにできることは」⁴⁾であり、小学校教員向けの研修教材となっている。構成は以下の8項目からなる（各10分程度）。

- (1) できていますか 来校者対応の基本
- (2) 事故の原因をさぐる
- (3) 熱中症から子どもを守る
- (4) 子どもに伝える 安全な自転車の乗り方
- (5) 自然災害に備えた施設・施設の安全点検
- (6) 自然災害時の避難
- (7) 安全ですか 通学路
- (8) 応急手当の重要性

このように生活安全、交通安全、災害安全を網羅して

おり、効果的に教員が学校安全について学ぶことができる教材となっている。

もう一つは「災害から命を守るために ～防災教育教材(中学生用)～」⁵⁾である。こちらは中学生用の教材（指導資料を含む）となっている。構成は以下の通りである。

- (1) 総論「災害から身を守ろう」
- (2) 地震・津波「地震だ、命を守れ!」
- (3) 火山災害「火山の噴火に注意する」
- (4) 風水害「強い風や雨に注意しよう」
- (5) 落雷「雷をあなどるな」
- (6) 災害後の暮らし「助け合いの生活」

従来の防災教材とは異なり、(6)のような内容を含んでいる点が特徴である。

(渡邊正樹)



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ー子どもを犯罪か

ら守るために一，2007

- 4) 文部科学省：学校安全資料 DVD「子どもを事件・事故から守るためにできることは」
- 5) 文部科学省：災害から命を守るために～防災教育教材(中学生用)～

6 心の健康教育

1. はじめに

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「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（以下、「中教審答申」という）が平成20年1月に出された。その中で子どもの健康を取り巻く状況については、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。また、子どもの安全を取り巻く状況については、学校における休憩時間や課外活動時など、子どもの身のまわりで毎年多数の事故が発生していること、併せて、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や、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、新潟県中越地震等々の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等が深刻化しており、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、「心の健康づくり」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

(1)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、移行措置がとられているが、直ちに実施可能な学習指導要領の総則や、道徳、総合的な時間、特別活動については、平成21年度から先行実施されている。

○ 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・表現力等の育成
- ・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た。

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、総合的な時間等との関連を図り、年間指導計画に位置づけるなどして計画的に指導することが大切である。

(2) 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

中教審答申（平成20年1月）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、中教審答申（平成20年1月）を踏まえ、「学校保健法の一部を改正する法律」が公布された。法律の題名を学校保健安全法（以下、法という）と改称され、国・地方公共団体や学校の設置者の責務が明記された。学校保健に関する事項には、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等により、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等に対しては、教員間の連携の下で保健指導を行うこと、地域の医療機関等との連携による保健管理の充実を図ることなどが規定された。一方、学校安全に関する事項には、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や危険発生時の対処要領の策定による的確な対応の確保などについて規定された。

法第29条（危険等発生時対処要領の作成等）では、心理的外傷その他の心身の健康に対する影響を受けた児童生徒等の心身の健康を回復させるため、地域の関係機関等との連携により必要な支援を行うなど、心のケアについても規定されている。

3. 児童生徒の心の健康状態の現状と課題

(1) 生徒指導上の諸問題より

（平成19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H19.12確定値より）

＜平成19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5,214件、中学校36,803件、高等学校10,739件で、すべての学校種で調査開始以来、過去最高の件数である。形態別での発生件数が多いのは生徒間暴力である。
- ② いじめの認知件数は、小学校48,896件、中学校43,505件、高等学校8,355件、特別支援学校341件であり、平成15年度から2年連続で減少しているが依然として相当数に上る。
- ③ 不登校は、小学校で23,927人（298人に1人）、中学校で105,328人（34人に1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年度からは増加となっている。
- ④ 高等学校における不登校生徒数は約53,041人で、調査開始以来、減少傾向を示している。また、中途退学者数は、72,851人と減少傾向を示している。
- ⑤ 自殺した児童生徒の数は、小学校3人（前年度より1人増）、中学校34人（前年度より7人減少）、高等学校122人（前年度より6人減少）となっている。

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。

- ・全ての調査において、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。

(2) 「保健室利用状況に関する調査報告書」より

（財団法人日本学校保健会H20.2）

（平成18年度調査結果）

- ① 1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、中学校は1.5人、高等学校は0.4人であり、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、拒食や過食等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。

4. 文部科学省の心の健康問題への対応

(1)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、学校と地域保健等との連携の推進を図るモデル的な事業として、平成16年度からはじまった「学校・地域保健連携推進事業」に変わるものである。

<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)「子どもの心のケアシンポジウム」の開催

（平成19年度～）

子どもは、地震や台風などの自然災害、事件・事故、いじめ、児童虐待などに遭遇した場合、心に大きな傷を受け、成長や発達に重大な障害（心的外傷後ストレス障害等）となることがあり、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、校内及び関係機関等との連携の進め方について提言していただき、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等に生かすことを期待するものである。

(3)心のケア対策推進事業（平成20年度）

「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応」

（文部科学省平成21年3月）

保健室利用状況に関する調査（財団法人日本学校保健会：平成18年度）結果から、子どもの心身の健康問題が多様化しており、来室理由の背景には身体的な問題よりも心に関する問題を抱えている子どもが多いことや医療機関等との連携を必要としている事例が多いなどが明らかになっている。中教審答申（平成20年1月）で、学校においては、子どもの心身の健康問題の早期発見、早期対応を図る上で大きな役割を果たしている日々の健康観察や保健指導などの適切な実施が求められている。この答申を踏まえ、法律の題名を学校保健安全法とし、平成21年4月1日より施行されている。この法において新たに健康観察、保健指導、地域の医療機関等との連携などが規定されたものである。

<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健康観察の重要性や目的の理解に加え、子どもの心の健康問題を身体面のみならず心の健康に関する健康観察の視点や対応の在り方等を含め、理解が深められるように構成した指導参考資料である。

(4)「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のことから、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、国及び地方公共団体の責務の改正、児童虐待に係る通告義務の拡大、警察署長に対する援助要請等、対策の強化が図られた。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、児童の安全確認等のための立ち入り調査等の強化、保護者に対する面会・通信等の制限の強化等を図るための所

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がある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等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、養護教諭は職務上げ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ため、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及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。

(5) 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－」作成

（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)日本学校保健会「心の健康づくり委員会」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されているが、自然災害や事件・事故の発生時には必要に応じて、現在も活用している。

(6) 「災害時における子どもの心のケアの進め方に関する検討会」の設置

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。このような状況の中、学校保健法の一部改正（平成20年）が行われ、学校保健安全法に危険等発生時対処要領の作成に当たり、心のケアが位置づけられた。これまでに各学校等で作成されている危険等発生時対処要領に相当すると思われるものには、心のケアの記載がないものや、具体的な記述がないなどという状況が少なからず見られる。このため、災害時における子どもの心のケアの進め方について、災害事例等を通して、具体的に養護教諭をはじめ教職員がどのような対応をしたらよいのかを検討した上で手引書を作成し、子どもの心のケアの充実を図る一助とすることを趣旨に、現在、検討中である。

（松野智子）

7 性教育・エイズ教育

1. はじめに

性に関わる教育は、学校教育の一環として、幼児児童生徒（以下、「子ども」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、我が国においては、近年、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」を編集発行し、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及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、様々な子どもの実態が示すように、その成果をみ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、児童生徒等の発達段階や受容能力等を考慮せずに、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、「学校における性教育の教え方、進め方」を絶版するとともに、平成17年度以降、児童生徒の実態等を踏まえた「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等を踏まえた「性教育実践事例集（仮称）」の作成のための教材の開発及び性教育推進事業を進めているところである。

以下、平成18、19年度の性教育指導講習会資料（戸田）等を元に、基本的な考え方を紹介する。なお、標記事例集等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

(1) 人格の完成を目指す

教育基本法に述べられているように、教育は、日本国憲法に述べられている生命や人格の尊重、男女平等の精神など基本的人権尊重の精神に基づいて人格の完成を目指すものであり、「性に関する教育」もその目的の実現に資するべきものである。また、人格は性の問題と不可分であり、「性に関する教育」もまた人格の形成と密接不可分な関係にあると言える。

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

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等を育成し、人間としての生き方、家庭や社会の一員としての在り方などについて十分学ばせ、自他の生命や人格を尊重する態度を養うことが重要である。

(2) 健康の自己管理能力を育成する

学校では、教育を通して健康の大切さを認識するとともに、健康に関する子どもの自己管理能力の育成を図ることがねらいであり、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様々なものがあるが、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、我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育み、望ましい人間関係を築くことのできる資質や能力を育てること、家庭や社会の一員としての在り方を理解し、責任ある行動を実践することなどを通して、現在及び将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができ、健全な家庭や社会を築く態度を育てるなど「性に関する教育」を充実する必要がある。

(3) 現代的課題に対応する

「性に関する教育」の現代的課題としては、性感染症、人工妊娠中絶、援助交際(売買春)、出会い系サイト等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、集団又は、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2つの視点に力を入れる必要がある。

① エイズや性感染症及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(慎重かつ賢明な)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、検査や相談等に関する情報、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 性に関する環境及び情報への対処

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等の視点に立てば、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。

したがって、「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。

(4) 指導の現状を踏まえて改善する

これまでの教育を振り返ると、さまざまな子どもたちに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、成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成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、成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等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みた実態を踏まえ、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. 現状等を踏まえた見直しの視点

(1) 学校、家庭、地域社会の在り方の見直し

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在り方を見直し、家庭や地域社会（関係機関・団体等）との有機的な連携を図りながら効果的に進める。

(2) 「性に関する教育」の推進

心身の発育・発達や性感染症等に関する科学的な理解の必要性及び最近の調査結果等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、本事例集で扱う領域を、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前提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。

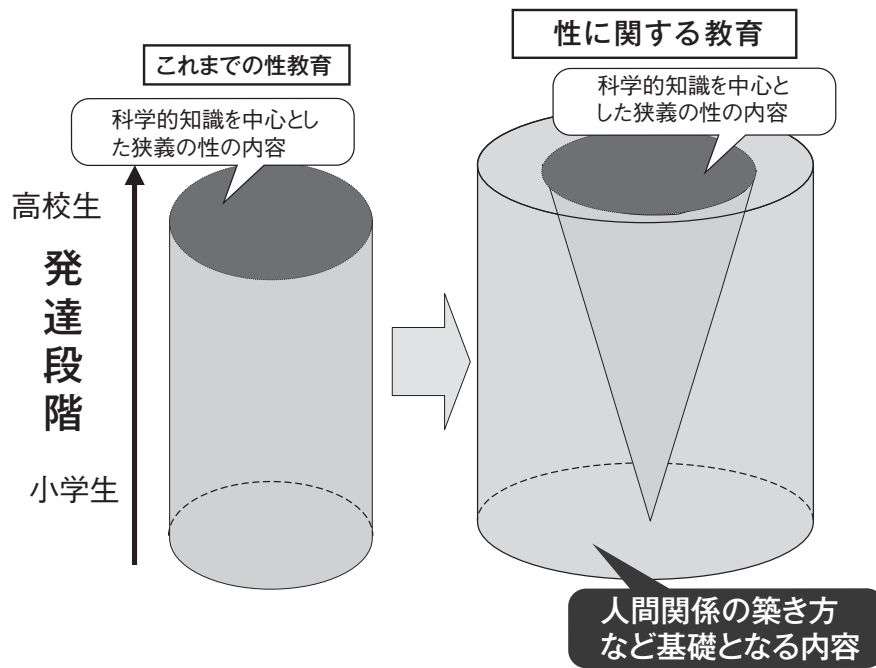
また、性教育を行う場合に、人間関係についての理解やコミュニケーション能力の育成を前提とすべきであり、その理解の上に性に関する教育が行われるべきものである。安易に具体的な避妊方法の指導等に走るべきではない。

その上で、心身の機能の発達に関する理解や性感染症等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。

なお、「性に関する教育」の性格と範囲の無限な拡大や曖昧さを避けるため、我が国の重要な教育である男女共同参画社会の構築を目指す内容や男女同権・ジェ

ンダーなど人権に関わる内容は、本事例集では、男女の理解や尊重などそれらの基礎となるものに留めることとする。より発展的な内容や社会的な問題や運動（ムーブメント）等の具体的内容については、各学校におけるそれぞれ別個の計画に委ねることとする。



(3) 性に関する教育の基本的な目標の見直し

目標を見直し、その目標達成のために行う教育の範囲・内容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、検討中である。

(4) 発達段階に応じた教育と集団指導、個別指導の見直し

- 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育み、望ましい人間関係を築くことのできる資質や能力を育てる。
- ③家庭や社会の一員としての自らの在り方を理解し、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、よりよ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。

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、集団又は、個別の指導を進めていく必要がある。したがって、発達段階や受容能力を考慮し、すべての子どもに集団的に指導する内容と時期、個別指導の内容を見直す必要がある。

我が国では、性に関しては様々な価値観の相違があり、その教育についても様々な考え方があるが、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とれない存在であり、また、一生の問題ともなりかねないエイズや性感染症等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）及び地域性などを考慮しなければならない。

(5) 学校における性に関する教育の内容

学校における「性に関する教育」の内容は、その目標を実現するために必要な事項を、子どもの実態と教育上の必要性から、発達段階に応じて選択し、学習内容として構成する必要がある。

この場合、各教科や道徳、特別活動等においては、それぞれのねら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、それぞれの教科等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。目標との関わりで、各学校の指導計画作成の際に十分検討して欲しい。

(ア) 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等の知識

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…（ウ）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

(イ) 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な内容

- ・人間関係を築くための原則
- ・自己表現の能力育成
- ・相手に対する受容的な態度、耐忍性や調整力などの涵養

② 男女や自他の相互理解についての内容

- ・互いに相手を認め合い尊重し合うことの重要性
- ・男女や個々人ので物事に対する感じ方や考え方、行動様式に差異があること
- ・異性に対する理解や思いやりの表現方法
- ・相手の人格を傷つ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

(ウ) 社会の一員としての在り方に関する内容

① 性役割に関する内容

- ・男女相互の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、性感染症及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
- ・クラミジア等の性感染症の予防
- ・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等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

- ・職場等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、強制わいせつなど様々な性被害について

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等も具体的に理解させる必要がある）

- ・性加害は、絶対許されないことであること、自己中心的な欲求による自制心のない行動は、相手の心身を傷つけるだけでなく自分自身も大きな罪を背負うことになることなどを理解させ、責任ある行動をとる必要性に関する内容

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る、学校としての指導体制の整備と保護者等の理解が重要である。しかしながら、既に述べたように、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、方法等全般にわたって、改めて検討しなければならない状況にある。

具体的には、発達段階を重視し、学校、教職員の役割や分担を明らかにし、家庭や地域の関係機関・団体や専門家とも連携・役割分担し、指導計画作成（改善）、実施、評価を繰り返し、計画的かつ継続的な実施のため、指導内容や指導方法等の改善を図っていくための体制を作り上げる必要がある。

そのためには、次のような事項について、改めて検討が必要である。

(1) 学校教育目標「性に関する教育」の基本的な目標との

関連や整合性

- (2) 教育課程への「性に関する教育」の内容の位置付け
体育・保健体育科その他の関連教科、道徳、特別活動及び総合的な学習の時間
- (3) 生徒指導との関連を図った個別的な指導・支援活動と個別の健康相談活動等の実施
- (4) 「性に関する教育」の推進組織の設置あるいは明確化
- (5) 「性に関する教育」の校内研修による教員の共通理解
- (6) 適切な教材・資料の作成や収集・保存・活用・・・無批判に使用しない
- (7) 保護者の理解・協力と連携の推進
- (8) 指導を依頼する場合の地域の関係機関や専門家等との指導内容等の調整
- (9) 「性に関する教育」の内容・教材、指導方法等の再検討の視点

- 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・教具等について、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
(理解や感受性等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のこれまでの審議状況（平成17年7月27日）」等をもとに、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）

- ②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鑑みると、行き過ぎた、あるいは何もしないという両極端ではなく、「生きる力」を育（はぐく）み、豊かな人格を育むための調和のとれた意図的・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、性を初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関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、在り方の探求）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「育む、培う」取組が重要であることを痛感させられる。「育む」の意は、「親鳥がその羽で雛をおおいつつむ。養い育てる。成長発展を願って見まもる。」

(広辞苑) ことであり、類似の語に、学習指導要領の総則第1(款)の3で使用されている「培う」(草木の根に土をかけて育てる。能力や性質を養い育てる。:広辞苑)がある。いずれも、促成栽培的で性急な働きかけでなく、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もっている。この「育(はぐくむ)」と「培う」は、わが国の高度成長など激しい社会の変化の中で置き忘れられてきたものが何かということ、私たちに示唆してくれている。「性に関する教育」において、子どもの心身の調和のとれた発育・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、生徒指導など全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・団体等との連携を図ったりすることが重要である。

(戸田芳雄)

学校保健ポータルサイトとは……その6

コンテンツの紹介④



当サイトのデータボックス

<過去の注目ニュース貯金箱>

子どもの健康に関する調べものに便利な情報・資料の収納スペース。研究結果・指導資料・推薦教材など、学校保健に関連した確かな情報を疾患や対象者などのカテゴリ別に情報を抽出できる。

Yahoo やGoogleで、「学校保健」と検索 または

<http://www.gakkohoken.jp>

コラム ヘルスプロモーション

ヘルスプロモーション (health promotion) は、世界保健機関 (WHO) が提唱した国際的な健康政策上の概念である。この概念は、公的には1986年にカナダのオタワで開催された第1回ヘルスプロモーション国際会議において採択されたヘルスプロモーションに関わる憲章 (オタワ憲章) の中で用いられた。その中でヘルスプロモーションは「ヘルスプロモーションとは人々が自らの健康を管理し、よりよい状態に改善できることを可能ならしめる過程である (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.)」と規定している。この定義の背景には、健康は人々が自らの人生の目的を達成するための資源であり、その資源効果を最大にするための個人的および社会的な環境を充実していくことが社会全体の課題であるという認識がある。この認識は次第に整理されて、ヘルスプロモーションとは健康の実現に向けての個人に対する働きかけ (健康教育、保健指導などの对人的支援) とその個人活動を促進するための社会的環境整備 (法・制度、社会組織の改善など) という2つの方向性の合力的概念であることが合意された。こうした概念の整理に影響を及ぼしたカナダの疫学者グリーン (Green.L.W) は、ヘルスプロモーションを、地域の健康課題に対して社会診断的かつ住民参加的にアプローチし、地域の健康水準を向上させることを目指した教育的かつ地域生態学的方法として提案し、PRECEDE-PROCEEDモデルとして普及した。

オタワ憲章でのヘルスプロモーションは、基本的方略として①唱道 (advocacyアドボカシー) ②能力付与 (enablingエナブリング) ③調停・仲介 (mediation) の3つを定め、その方略のもとで①健康な公共政策づくり②健康を支援する環境づくり③地域活動の強化④個人技術の開発⑤ヘルスサービスの方向転換の5つの活動を提唱している。

1990年代以降、ヘルスプロモーションに関連する諸課題が増加することによって、数次のヘルスプロモーション国際会議が開催され、オタワ憲章を補完する諸原則

が付加されるようになった。第2回会議 (1988年：オーストラリア・アデレード) で行われた「公共保健政策のためのアデレード勧告」では、健康の実現のためにはすべての政策立案において健康と公平性、そして政策のアカウンタビリティを確実にすることを提唱している。第3回会議 (1991年：スウェーデン・スツヴァル) において採択された「健康の支援環境についてのスツヴァル声明」では、健康のための支援環境についての具体的内容としての物質的、社会的、文化的、社会経済的側面について言及し、それらが持続可能な状態で整備されていかなばならないとされ、とりわけ女性の知識とスキルの向上が強調された。第4回会議 (1997年：インドネシア・ジャカルタ) において採択された「ヘルスプロモーションを21世紀に導くジャカルタ宣言」では、健康の社会的決定要因の重視と健康への社会的投資の重要性、およびヘルスリテラシーとさまざまな領域での協働の必要性が謳われている。さらに第5回会議 (2000年：メキシコ合衆国・メキシコシティ) では、健康格差の是正と社会的公正の実現が、第6回会議 (2005年：タイ・バンコク) では、グローバリゼーションに対応した健康の決定要因のための持続的な政策とNPO・NGOなどのセクターや市民活動との協働の必要性が提起されてきた。

ヘルスプロモーションは、公衆衛生学の基本的な理念である国民の健康水準向上のための社会環境の整備や個人の健康法則の重視という観点からみれば、すでに19世紀イギリスのチャドウィック (Chadwick.Sir.E) やシモン (Simon.J) の公衆衛生思想に遡れるが、こんにちそれは、個人の健康実現をめざす個人の主体的な努力を促すとともに、それを可能にする公共的な健康政策の決定を含めた社会的対応を推進することによってその個人が属する地域社会や国際的環境そのものを変革し、より充実させていくことを目的とした国際的な社会・文化的運動としてとらえなければならない。

(瀧澤利行)

第Ⅳ章

学校保健に関する組織・団体の最近の動向

1 財団法人日本学校保健会

1. 財団法人日本学校保健会の事業目的と構成団体

(財)日本学校保健会は学校保健を通じて子どもの健康に寄与するために活動している文部科学省所管の特定公益増進法人である。事業としては、本会独自で行っている一般事業と文部科学省の補助金を受けて行っている学校保健振興事業がある。(財)日本学校保健会には加盟団体として都道府県及び指定都市にある学校保健(連合)会や表1の団体からの推薦者のほか、(財)日本学校保健会が認めた学識経験者が役員、理事、評議員となっている。

平成21年度は「学校安全法」から「学校保健安全法」への改正により、学校保健に関する概要に「国・地方自治体の責務」「学校設置者の責務」が挙げられ、次の内容が明記された。

- ① 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活動の充実
- ② 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
- ③ 学校環境衛生水準を確保するための全国的な基

準の法制化

これらを踏まえ、日本学校保健会は子どもたちの抱える健康課題の解決に向け、活動の充実を図っている。

社団法人日本医師会
 社団法人日本学校歯科医会
 社団法人日本薬剤師会
 日本学校薬剤師会
 社団法人日本眼科医会
 社団法人日本耳鼻咽喉科学会
 社団法人日本PTA全国協議会
 社団法人全国高等学校PTA連合会
 全国連合小学校長会
 全日本中学校長会
 全国高等学校長協会
 全国学校保健主事会
 全国養護教諭連絡協議会
 社団法人全国学校栄養士協議会

表1 日本学校保健会の構成団体
(都道府県・政令指定都市学校保健(連合)会を除く)

2. 財団法人日本学校保健会の事業

(1) 一般事業

平成21年度の一般事業は、以下の通りである。

① 運営に関する事業

- 1) 全国学校保健会事務担当者連絡会
開催日：平成21年4月23日(日本財団ビル)
全国の学校保健会事務担当者が一同に介し、今後の事業活動の推進を図った。
- 2) 会報「学校保健」発行事業
会報「学校保健」の発行(年5回)を通じ、学校

保健・健康教育の情報提供を行っている。

3) 学校保健会の情報事業

ホームページやウェブサイトなどから日本学校保健会の活動及び運営に関する情報を提供。

4) 海外情報提供事業

海外の学校保健関係の情報を収集し、会報に掲載。

5) 職域研究大会等の協力事業

構成団体が開催する大会への助成。

6)学校保健関係図書の出版・販売事業

図書の出版・販売を通して学校保健環境の推進、改善に寄与している。

7)学校保健関係用品の推薦・斡旋事業

学校保健環境の推進、改善に寄与するよう学校や子どものいる家庭で使用する保健関係用品の推薦・斡旋を行っている。

8)広報活動事業

日本学校保健会のホームページ構築・管理・更新等

9)学校保健会財政問題等検討事業

本会事業の見直しの検討

②健康推進に関する事業(含受託)

1)健康教育推進学校表彰事業

2)学校における運動器疾患・障害に対する取組検討事業

3)学校歯科医に関する事業の推進

4)特別支援教育に関する事業の推進

5)外部団体発行物等の監修事業

③その他

1)本会の目的達成に必要な事業

(2)学校保健振興事業

学校保健振興事業は、「普及指導事業」「調査研究事業」「健康増進事業」にわかれている。平成21年度の事業は次のとおりである。

①普及指導事業

1)事業報告会事業

成果物「(財)日本学校保健会事業報告書」(3000部)を作成、都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会に配布。

2)学校保健情報提供事業

インターネットの即時性を活かし、学校保健をメインテーマとする迅速な情報収集・発信をすることにより子どもの健康に寄与するウェブサイトを構築した。平成21年度はより使いやすいように充実をすすめている。

3)学校保健の動向編集事業

年度ごとの学校保健・健康教育に関する諸所の動向をまとめた成果物を作成している。本年度は「平成21年度版学校保健の動向」を発行、都道府県・指定都市学校保健会及び市町村教育委員会へ配布。

②調査研究事業

1)児童生徒の健康状態サーベイランス事業

本年度は平成20年実施の調査に基づき、報告書と「報告書の活用の解説書」を作成。都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会に配布。

③健康増進事業

1)食と咀嚼に対する実態等調査

「食べる」を中心として、「咀嚼」に関連する意識及び実態等を調査し、「食育」の推進に寄与する方向性で報告書を作成、都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会に配布。

2)医薬品の正しい使い方に関する指導方法検討事業

i,薬を正しく適切に使うための高校生用の啓発資料の活用のための解説書を都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会及び高等学校へ配布。

ii,各校種別の指導者向けの研修会

この度の学習指導要領の改訂で医薬品の正しい使い方が入ったことを踏まえ、日本学校保健会作成の啓発資料を活用した実践事例の紹介など指導方法の充実に向けた研修会を東京、大阪で開催した。

3)色覚バリアフリー推進事業

学校の教職員向けに作成した「みんなが見やすい色環境」に基づいたQ&Aをホームページ上に掲載しているが、平成21年度はその内容を更新に充てている。

4)学校におけるアレルギー疾患対応検討事業

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の活用のためのQ&Aを作成、ホームページ上に掲載している。

5)エイズ教育検討事業

平成21年度は児童を対象に「エイズ教育推進ポスターコンクール」を実施、応募作品から選定した作品をポスター化して、都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会、全校の小学校へ配布。

6)降灰地域等学校保健事業

鹿児島市の降灰実態に対し、児童生徒の健康被害の軽減のための支援事業として学校プール

の清掃のためのクリーナーを貸しだし、その維持費を助成。

7) メディアリテラシーと子どもの健康検討事業

児童生徒への影響が大きいメディア環境に関する健康被害に対応する啓発資料として報告書を作成、都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会に配布。

8) 保健学習推進事業

平成16年度、「保健の学力」に関する調査研究が実施され資料作成に多くの成果を得たことを踏まえ、前回の調査と比較して保健学習推進に向けた指導資料を作成、都道府県・指定都市学

校保健会、市町村教育委員会に配布。

9) 喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導参考資料改訂作成事業

平成16～17年度にかけて作成した指導参考資料をこの度の新しい学習指導要領の改正を踏まえ、その相違点を中心に改訂、都道府県・指定都市学校保健会、市町村教育委員会、小・中・高・特別支援学校に配布。

10) ブロック別研究大会事業

全国10箇所のブロック別研究大会等、全国学校保健主事大会へ助成。

(雪下國雄)

学校保健ポータルサイトとは……その7

コンテンツの紹介⑤

図書機能を搭載

<電子図書館>

学校保健・健康教育に類する図書・出版物のデータベース。新刊の紹介、蔵書の蓄積、購入先へのリンク、全ページまたは一部ページの閲覧機能などを装備。



Yahoo やGoogleで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

2 学校医（日本医師会における学校保健活動）

1. はじめに

生涯にわたる健康づくりの中で、身体面、精神面の発達と変化が著しい幼少から学齢期における健康教育、保健指導は極めて重要である。その一方で、社会環境の急激な変化を背景として、生活習慣病の若年化といった問題や、不登校や学級崩壊といったメンタルヘルスの問題の深刻化なども大きな社会問題となっており、学校保健には、社会環境の変化に対応した新しい取組

が求められている。日本医師会の会内に設置されている学校保健委員会の今期の会長諮問である「学校健康教育の新たな展開」は、こうした要請を反映したものとなっている。医学の専門団体である日本医師会が、学校保健に対してどのように取り組んでいるか述べていきたい。

2. 日本医師会と学校保健

日本医師会（以下、日医）は、その事業の中で学校保健をどのように位置付け、その活動に取り組んでいるか、主な活動ごとに述べていきたい。

日医は16万人余の医師から成る団体であり、事業目的として、医道の高揚、医学教育の向上、医学と関連科学との総合進歩、生涯教育等を掲げる。主な活動としては、医療政策の確立、生命倫理における諸問題の解決、学術活動、医療・保健・福祉の推進、国際協力の推進、広報活動と広範にわたっている。その中で、学校保健は、地域医療の重要な柱の一つと位置付けており、具体的には、学校保健委員会、学校保健講習会、全国学校保健・学校医大会の3つの活動を中心に積極的に取り組んでいる。

(1) 学校保健委員会

日医の学校保健委員会は、児童生徒の健康に関する諸問題の検討を目的に設置しており、国内の各地域ブロックより選出された都道府県医師会の学校保健担当理事、学校保健関係の医学会・医会の代表、財団法人日本学校保健会の代表、そして学校保健の分野でも、特に学校医に造詣の深い学識経験者の合計19名により構成されている。また、文部科学省より学校保健分野の専門官のオブザーバー出席を依頼している。委員会の歴史は古く、昭和41年に第1回が開催されてから、その時々々の社会情勢と学校保健のあり方に注目し、問

題点の洗い出しとそれに対する対策や提言に関する議論をはじめ、後述する学校保健講習会、全国学校保健・学校医大会の企画・運営、そして日医会長による学校保健に関する将来展望を含んだ諮問に対する検討を行っている。

本委員会は今期、「学校健康教育の新しい展開」について諮問を受けている。社会環境の変化は目まぐるしく、学校保健はその変化に即した新しい取組が求められており、本委員会では学校内に留まらない、家庭、地域と広く連携した幅広い健康教育の実践のあり方について検討を行っている。特に、今日行われている健康教育のあり方を再整理し、誰にいつ、どのようなことを教育すべきか、また、あるべき健康教育がスムーズに行われるためには、どのような環境整備が必要なのか、その方向性について医師の立場から提言すべきことは何かについての検討を行っている。報告書は、平成22年3月に日医会長へ答申する予定となっている。

(2) 学校保健講習会

学校保健講習会は、学校医の資質の向上を目的とし、日医主催、財団法人日本学校保健会後援で毎年開催している。本講習会は、昭和49年の第1回講習会より昨年度で第34回と回を重ね、学校医が学校保健活動を行うために必要な知識の普及を図るとともに、様々な問題を討議し新たな施策を構築するための場となっている。本年度は、平成22年2月20日(土)に開催を予定し

ており、前述の学校保健委員会にて企画の検討を行っている。講習会の模様は、毎月1回発行される機関誌である「日本医師会雑誌」に掲載し、全国の学校医等への情報提供に努めている。

(3) 全国学校保健・学校医大会

全国学校保健・学校医大会は、日医が主催する学校医の全国規模の研究協議の場として、昭和45年(1970年)の第1回秋田大会以来、文部科学省主催の学校保健研究大会と同時期に、都道府県医師会に担当としての協力を依頼して開催している。分科会(①からだ・こ

ころ[生活習慣病]、②からだ・こころ[学校健診・実態調査]、③からだ・こころ[こころ・健康教育]、④耳鼻咽喉科、⑤眼科)における発表や、シンポジウム、特別講演を通じて学校保健の今日的な課題の討論を行っている。第40回を迎える本年の開催地は広島であり、テーマは「地域ぐるみで支え合おう 子どもの健康と安全」を予定している。

以上のように、日医は地域の学校医、都道府県医師会をはじめとする地域医師会と連携して、より実効のある学校保健活動を目指して積極的に取り組んでいる。

3. 文部科学省をはじめとする関連機関との連携

前項で述べてきた学校保健活動のほか、日医は文部科学省をはじめとする学校保健に関係する各機関と連携し、学校保健の充実にむけた取組を進めている。ここ数年では、「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」、学校におけるアレルギー対策、学校における新型インフルエンザ対策等の推進に重点的に協力している。特に、メンタルヘルスに関する問題、アレルギー疾患、新興・再興感染症、性の問題行動、薬物乱用、過度な運動や運動不足による運動器疾患や障害、生活習慣病の若年化等、生活環境の急激な変化に伴う、新たな、そして多岐にわたる諸問題に、従来の学校保健のあり方では十分に対応しきれない状況が顕在化してきている。日医はこのような視座に立ち、内科、眼科、耳鼻咽喉科と同様に、皮膚科、産婦人科、精神

科、整形外科等の専門の医師が学校保健活動に参画する必要性を独自のモデル事業の実施等を通して提言を行ってきた。現在、文部科学省が実施している委託事業「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」は、学校保健に参加してきた内科、眼科、耳鼻咽喉科の学校医に加えて、今日的な問題に直接対応できる精神科、産婦人科、整形外科、皮膚科といった各診療科の医師を学校に派遣する事業で、これはそれぞれの専門の医師による児童生徒の健康教育への参画という日医の方向性と合致するものである。今後とも、学校現場と各科の専門医師を繋ぎ、児童生徒のこころと体の健康を守るシステムである本事業に積極的に協力し、児童生徒のこころと体の健康増進に取り組みたいと考えている。

4. おわりに

児童生徒の健やかな成長は、学校、地域という学校保健の現場での尽力に負うところが大きく、日医はこうした現場の関係者が、学校保健に取り組むための環境整備に今後とも注力していきたいと考えている。その一方で、児童生徒の心身の健康を支えるために、学校保健関係者は学校現場のみならず社会全体として、学校・家庭・地域が一丸となった取組に向けて、これまで

以上に、緊密かつ活動的な連携体制を構築することが求められているといえる。児童生徒が抱える問題の多様性と深刻さを改めて認識し、地域医療の一環としての学校保健活動の重要性を再確認し、児童生徒の健康管理の充実のために、将来を見据えた議論を進めていきたい。

(内田健夫)

3 学校歯科医（日本学校歯科医会）

1. はじめに

当会は前身である日本聯合学校歯科医会の創立より77年、文部省（現、文部科学省）より社団法人の認可を受けてから38年の歴史を持ち、会員として学校歯科医約24,500名（平成21年3月現在）を有し、幼児・児童生徒の歯と口腔の健全育成のための活動を通して学校保健の円滑な実施に寄与することを目的とし活動を行っている専門団体である。

もともと学校での歯科の身体検査（現在の健康診断）を行っていた歯科医師が、学童の歯科についての課題解決のために情報交換等を行っていたものが自然発生的に地域で集まり、そして府県単位に拡がり、全国に拡がって本会の前身ができあがったという生い立ちから考えると、学校歯科医の目的＝本会の目的であり、真に前述の公益法人としての目的と合致している。

2. 近年の動向

学校歯科保健の目的は普遍的なものであるが、時々刻々と変化する社会環境の影響を受けて幼児・児童生徒が抱える課題も変化しており、その解決策や対応も変化しなければならない。

本会としては、近年、学校歯科医が果たすべき役割を発達段階に応じた児童生徒の歯および口腔の生理的機能を重視し、咬合および咀嚼機能の健全育成や食教育に視点を置いて、文部科学省の指導と協力のもとに学校歯科医ばかりでなく、広く学校歯科保健関係者への普及啓発に重点を置いて事業を展開している。

平成17年度からは、それまで文部科学省からの委嘱を受けて展開していた学校歯科保健調査研究事業の「生活習慣病予防等を目指した歯・口の健康づくり調査研究事業」を本会単独の事業として継続展開し、全国の教育委員会との連携の下で実施している。本事業は、むし歯や歯肉炎の予防、口腔機能健全育成などが歯科保健にとって重要であると同時に、口腔環境・生活行動の成果の指標でもあり、健康に留意した生活習慣が根付いているかの指標ともなり得ることから、健康を志向する生活習慣病の予防の原点といえる取組としての成果を期待して実施しているものである。本事業において歯・口の健康づくりに熱心に取り組んでいる推進学校・

地域からは、歯・口の健康はもちろんのこと、食育・こころの健康・子どもの自主的な活動の推進や人間関係を構築することなどにも力を入れ始め、成果を挙げているという報告を受けている。

本会はいった報告の内容を様々な事業に生かすべく検討し、参考資料の作成にあたっては、学校歯科医のみを対象に作るのではなく、共に学校現場で活動する担任や養護教諭に理解を得やすい内容となるよう留意し、また、学校歯科保健研修会の開催などを行っている。具体的には、喫煙防止のリーフレット等の発行、養護教諭をはじめとする学校保健関係者と学校歯科医、歯科衛生士が一体となったワークショップ研修会の実施などである。

また本会は、学校歯科医の専門性、資質の向上について、この十年来検討を続けてきたが、全ての学校歯科医が歯科医師としての専門性を活かしながら教育者としての資質を備え、積極的に学校歯科保健活動を推進し、生涯にわたってその資質の維持と向上を図り幼児・児童生徒の歯・口腔の健康増進に貢献していくことを目的として、平成21年度に「学校歯科医生涯研修制度」を立ち上げ、全国の歯科医師会・学校歯科医会との連携を図りつつ「学校歯科医基礎研修会」を実施している。

3. 平成21年（西暦2009年）度の主事業

1) 大会・協議会等の開催

2) 加盟団体および関係団体の各種大会・協議会への

後援ならびに協力

- 3) 学校歯科保健の普及指導の推進
- 4) 学校歯科保健活動の推進
- 5) 学校歯科保健の調査研究
- 6) 組織・機構の整備と充実
- 7) 医事渉外および国際交流の推進
- 8) その他、本会目的達成のための事業

これらの8項目を柱とし、各々更に細かい事業を定めている。

主な大会等は、

- ①第73回全国学校歯科保健研究大会
(H21年10月29・30日。於：京都府)
- ②第59回全国学校歯科医協議会
(H21年11月10日。於：広島県)
- ③「学校歯科医生涯研修制度」における基礎研修会
- ④第31回学校歯科保健研修会
(関東A・Bブロック、中部東海ブロック、中国四国ブロック)
- ⑤生活習慣病予防等を目指した歯・口の健康づくり調査研究事業連絡協議会を開催する。

第59回全国学校歯科医協議会は、本年度より開催地歯科医師会・学校歯科医会と本会が共催のもとで開催することとなり、今年は「安全教育にかかわる学校歯科保健の可能性」をテーマにシンポジウムを行う。他、第59回全国学校保健研究大会や各加盟団体が主催する大会・協議会等を助成し後援する。

また、表彰事業としては第48回目となる全国学校歯科保健優良校表彰を実施する。この表彰事業は昨年度まで小学校を対象として実施していたが、本年度より幼

稚園～高等学校、特別支援学校の全校種を対象として実施し、表彰種別も各校種一校を優秀賞（文部科学大臣賞）とし、他に日本学校歯科医会会長賞、日本歯科医師会会長賞、奨励賞を設けた。表彰式は、従来通り全国学校歯科保健研究大会の式典にて行う。歯・口の健康に関する図画・ポスターについても小学生と中学生を対象にしたコンクールを行っており、全国の各都道府県より小・中学校の部門別に作品を募集し、各1点を最優秀賞（文部科学大臣賞）として選出し、最優秀作品は本会ホームページにも掲載している。

その他、発刊物としては昨年度、学校歯科医の視点から中学生向けの喫煙予防のリーフレット「ステキな笑顔いつまでも」を発刊し、シリーズとして続けて高校生向けのリーフレットを作成中である。さらには、平成19年の新潟県中越沖地震が発生した時、役員が被災地の避難所に赴き、子どもたちの生活状況を視察したのを機に、「児童生徒のための被災時の歯・口の健康対応マニュアル」を発刊し、全国の歯科医師会・学校歯科医会ならびに教育委員会へ無償にて配布した。これは、避難生活の中にあっても学校歯科医が適切な支援を行い、子どもたちが規則正しい生活を取り戻すことができることを目的としたものであるが、養護教諭をはじめとする学校歯科保健に携わる関係者に広く活用いただける内容となっている。

なお、ホームページもさらなる充実を図っており、本年度は子供向けのコンテンツを掲載していくとともに、時節毎の情報を提供し、学校歯科医のみならず保護者や学校関係者にも歯科保健の普及を図っていくよう努力している。

4. 将来への展望

平成21年4月より「学校保健法」が「学校保健安全法」に改められ、学校保健のさらなる充実が図られ、学校安全に関する章が新設された。「学校安全」については、近年、学校内および学校周辺で児童生徒が犠牲となる事件、事故も増加しており、これらを防止する視点から改正されているが、学校歯科保健に関係する歯・口の外傷事故の防止をさらに充実するために、学校歯科医は地域の専門的な医療機関とのつなぎ役になることも求められる。また、今回の改正の重要な項目に、学校と地域の医療機関（かかりつけ歯科医）との連携を確立する

ことが改めて述べられている。第十条に、「学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する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」としている。近年、都市化、少子高齢化など社会・生活環境の変化が、子どもの心身の健康にも大きな影響を与え、生活習慣の乱れ、メンタルヘルスやアレルギー疾患、感染症等新たな課題が顕在化しているなかで、学校歯科医としても、これらの現代的健康課題に対して専門的視点から適切に対処していくことが求められている。

学校内でできること、なすべきことを明確にし、日頃から地域の医療機関や行政機関との連携を深め、具体的なサポートの内容などを伝え、理解を求めることによって、適切な役割分担に基づいた活動が可能になる。学校歯科関係では、すでにCOの事後措置として、かかりつけ歯科医による要精検と管理を受ける選択肢も加わっている。また、健康診断重視から、健康診断に基づく保健

教育の重視、そして、健康診断時の個別指導ならびに事後措置において、保護者を含む児童生徒への健康相談を重視する姿勢が求められる。

歯科保健は健康教育の入り口の教材としても有効であることを再確認し、学校歯科保健の発展にさらなるご協力をお願いしたい。

(中田郁平)

学校保健ポータルサイトとは……その 8

コンテンツ紹介⑥

<健康ミニ検定>

子どもに関する疾患や健康教育の知識など子どもから大人まで楽しみながら学習できるコンテンツ。

養護教諭をはじめ学校関係者にとって役立つ知識、また、保健室や保健授業などで子どもが学習できる内容も予定中です。80点以上の正答で模擬認定証をダウンロードできますが、先々では本格的な検定になるよう充実させてまいります。



Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

4 学校薬剤師（日本学校薬剤師会）

学校薬剤師は学校保健安全法・学校環境衛生基準に従い、児童生徒が安全で快適な学習環境で学校生活を過ごせるよう学校の環境衛生の維持、改善に従事しているが、この度より児童生徒・学校職員の健康管理にも関与する事となった。さらに学習指導要領が新たなになり、くすり教育にも関与が求められる事となった。

「学校環境衛生基準」は、初めての以下の図1のように大改正で大臣告示となり基準に沿い実施義務が課せられた。また、学校給食は“学校給食衛生管理基準”と別立てとなった。

保健室、理科室の薬品管理は、基準に記載はないが、学校薬剤師の基本的な業務である。

以前より、薬物乱用防止教育を学校薬剤師は学校の求めに応じ実施してきたが、平成18年4月、文部科学省より「中学校、高等学校は年に1回は薬物乱用防止教育を行うよう、又地域の実情に応じて小学校でも行うよう」要請する文書が通知され、学校薬剤師（薬剤師）の教育（講義）活動が加速された。しかし新学習指導要領の教科に盛り込まれた事により、以下留意しなければならない点も明らかになってきたのである。

・学校保健・安全部会の答弁における学校薬剤師への医薬品に関する貢献の期待については、教科教育のみを指すものではなく、保健指導を含む保健教育全般

への提言である事。

・教科保健（保健体育保健分野）における指導者の中心は、保健体育教諭または兼職発令を受けた養護教諭である事。

しかしながら学校薬剤師は、日々医薬品の供給、処方せん調剤他さまざまな薬に関する分野で活動しており、その専門性を生かした教育を学校の“総合学習の時間”等の中で、求めに応じて行えば良い。

授業に参加する場合は、保健体育教諭または養護教諭に専門家としてアドバイスが望ましいであろう。

学校薬剤師が行う「くすり教育」は、心身の発育段階にあり、“間違った薬の服用”により悪影響を受けやすい児童生徒に、くすりの正しい知識を持つ事で人類の大切な財産である薬を守り育てる事、間違った薬の使い方はそのまま薬物乱用につながりやすい事、その最たるものがアスリートの一部が意識して本来の目的以外に薬を服用するドーピングであり、廃人や死に至る事、を認識させる内容である。

具体的には「くすりの正しい使い方」を起点としてゲートウェイドラッグとされる「喫煙・飲酒の害」最終目標である「薬物乱用防止」、アスリートの低年齢化に対応した「アンチドーピング」教育などである。

（田中俊昭）

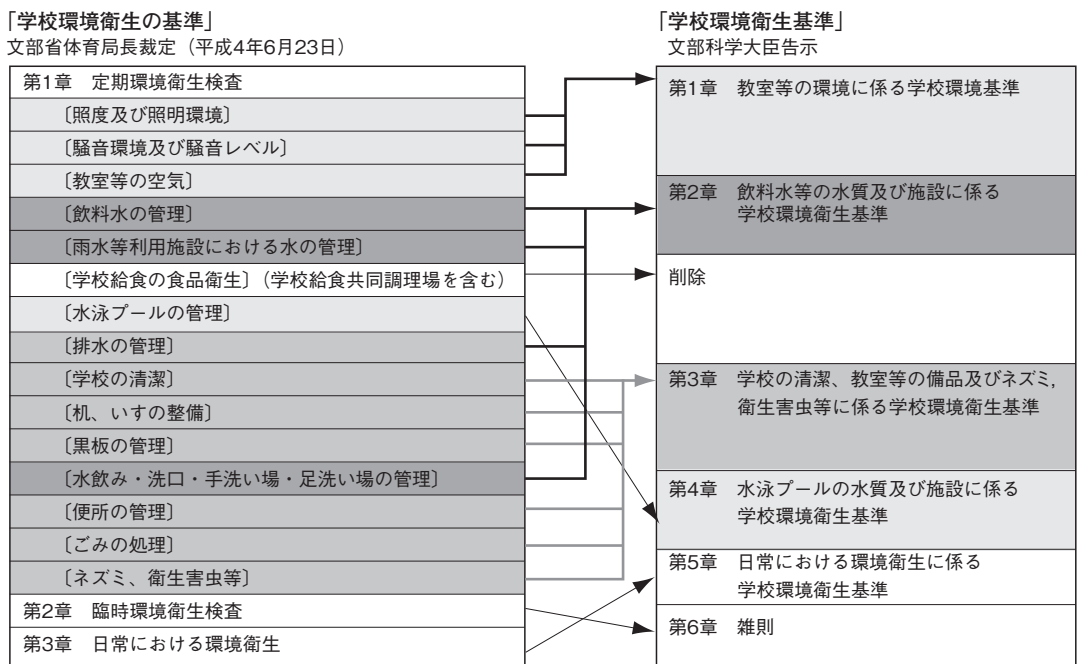


図1 体育局長裁定「学校環境衛生の基準」と大臣告示「学校環境衛生基準」(案)の対照表

5 保健主事（全国学校保健主事会）

1. 本会の組織及び活動について

本会は、全国都道府県および政令指定都市の学校保健主事（主任）会を持って組織され、学校保健安全に関する指導の上で、学校教育全体の調整役を果たすと共に、心の健康教育問題や学校環境の衛生管理など健康に関する現代的課題に対応する中心的存在としての保健主事（主任）会の全国組織として、活動している。

本会は結成以来、50年余りを経過する中でその課せ

られている役割を果たしつつも、該当する都道府県及び政令指定都市の中で18の団体が未加入の現状があり、組織拡大を図る必要があること、また保健主事が学校保健活動の要として現在以上に必要となって活動していくために保健主事の在任年数が5年以上となるよう、校長指導の下で、養護教諭と協力しながら進めていくことを当面の課題としている。

2. 本会の草創期

保健主事の名称が初めて公に使用されたのは半世紀前、昭和24年（1949年）の『中等学校等保健計画実施要領（試案）』であった。本会の歴史はその6年後、昭和30年10月、福井県で開かれた第5回全国学校保健大会で全国学校保健主事会の結成の機運が盛り上がり、福井、滋賀、群馬諸県の保健主事代表より、昭和31年の滋賀県大津市の次期大会まで原案を準備し結成大会を開くことが提案された時より始まった。

昭和31年に開催された第6回全国学校保健大会・

滋賀大会第2日目、分科会「保健主事会」において、千葉、埼玉両県の保健主事代表により「全国学校保健主事会」結成について共同提案がなされ、福井、滋賀、群馬代表による議長団により会則が審議され、満場一致の賛成を得た。第3日目・最終日の全体協議会の席で、この結果が報告され、本会が日本学校保健会の所属部として認められた。この誕生に尽力された先輩諸氏に深く敬意と感謝の意を表します。

3. 平成20年度・21年度の本会の活動

(1) 平成20・21年度重点目標

学校保健主事の組織の確立と充実を図る
健康教育の推進と充実を図る

(2) 平成20・21年度会務

① 平成20年6月27日（金）

第1回理事会（財）日本学校保健会にて

- 1) 19年度会務・決算報告
- 2) 20年度会務計画・予算案
- 3) 20年度新役員（案）について
- 4) 第51回研究協議会和歌山大会運営について
- 5) 学校保健功労者表彰について
- 6) 第52回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催について

② 8月21日（木）第2回理事・評議員会議

和歌山市 ホテルアバローム

議事及び各県の情報交換会

③ 8月21・22日 第51回全国学校保健主事研究協議会和歌山大会の開催

和歌山市 ホテルアバローム

主題 「自ら守り育てる心とからだ」

1) 基調講話

演題「学校保健の現状と保健主事の役割」

講師 文部科学省スポーツ・青少年局

教科調査官 森 良 一 先生

2) 記念講演

演題 「米と食育」

講師 株式会社東洋精米器製作所社長

雑 賀 慶 二 氏

3) 研究発表・研究協議

a 薬物乱用防止教育に関すること

和歌山県東貴志小学校

保健主事 成瀬 憲弘 先生

b 食育に関すること

愛知県梅坪台中学校

保健主事 柴田 由美子 先生

研究主任 坂井 慎一 先生

c 健康教育に関すること

東京都立九段高等学校

主幹教諭 竹下 君枝 先生

全国各地より500余名の保健主事・保健主任及び学校保健関係者が参加し、保健主事の役割についての講義を聴き、学校保健について活発な意見交換がされ、2日間の大会は有意義に行われた。

④平成21年2月20日(金)

第3回理事会(財)日本学校保健会にて

1)20年度会務報告・決算報告(中間報告)

2)第51回研究協議会和歌山大会決算報告と反省

3)21年度会務計画・予算案

⑤平成21年6月19日(金)

第1回理事会(財)日本学校保健会にて

1)20年度会務・決算報告

2)21年度会務計画・予算案

3)21年度理事役員について

4)第52回研究協議会千葉大会運営について

5)学校保健功労者表彰について

⑥8月6日(木) 第2回理事・評議員会議

千葉県教育会館

議事及び各県の情報交換会

⑦8月6・7日 第52回全国学校保健主事研究協議会

千葉大会の開催 千葉県教育会館

主題 「自ら守り育てる心とからだ」

1) 基調講話

演題「学校保健の現状と保健主事の役割」

講師 文部科学省スポーツ・青少年局

調査官 森 良一 先生

2) 記念講演

演題「折れない心」

講師 元新体操オリンピック選手

山崎 浩子 氏

3) 研究発表・研究協議

a 性教育に関すること

千葉県鎌ヶ谷市立東部小学校

保健主事 坂入 実 先生

補助者 須田 良子 先生

b 基本的生活習慣に関すること

栃木県真岡西中学校

保健主事 高松 伸子 先生

c 心の教育に関すること

秋田県立雄物川高等学校

保健主事 柴田 明子 先生

全国各地の保健主事・保健主任及び学校保健関係者(約300名)が一堂に会し、千葉大会が行われた。大会2日目は、研究協議が活発に行われた。

⑧平成22年2月19日(金)

第3回理事会(財)日本学校保健会にて

1)21年度会務報告・決算報告(中間報告)

2)第52回研究協議会千葉大会決算報告と反省

3)22年度会務計画・予算案

(3)他団体の研修会等への協力

①文部科学省主催

全国養護教諭研究大会(後援)

②日本学校保健会主催

「医薬品に関する教育」保健授業指導者研修会(後援)

③全国養護教諭連絡協議会・研究協議会(後援)

④和歌山県学校保健主事会主催

第50回研究協議会(後援)

4. 会則

全国学校保健主事会会則

昭和31年10月31日制定

第1条 本会は全国学校保健主事会と称し、事務局を理事長所在校に置く。

第2条 本会は都道府県及び政令指定都市の学校保健主事会・学校保健主任会をもって組織する。

第3条 本会は学校保健安全の向上、推進に寄与することをもって目的とする。

第4条 本会は次の事業を行う。

(1)学校保健安全に関する調査研究及び刊行

(2)学校保健安全に関する協議・研修等の開催

(3)全国学校保健主事会・保健主任会の開催

(4)その他の本会の目的達成に必要と認める事項

第5条 1 本会に次の役員を置く。

(1)会長1名 (2)副会長 若干名

(3)理事(内理事長1名副理事長若干名)

(4)監事2名 (5)評議員 若干名

2 会長、副会長、理事、監事は総会において選出する。理事長は会長が推薦し総会に報告をし承認を得るものとする。

3 評議員は都道府県、政令指定都市学校保健主事・学校保健主任会の代表をこれに充て任期は1カ年とする。

第6条 本会の役員は次のことを掌る。

(1)会長は会務を総理し本会を代表する。

(2)副会長は会長を補佐し会長事故ある時はその職務を代行する。

(3)理事長は会務を主宰し理事長事故ある時副理事長はその職務を代行し理事は会務を分掌する。

(4)監事は会計事務の監査にあたる。

(5)評議員は総会を構成し役員の選出、予算、決算、その他重要な会務を審査し会務の連絡調整を図る。

第7条 本会に顧問、参与及び嘱託を置くことが

できる。

第8条 本会の会議は総会、理事会とし会長はこれを招集する。

第9条 本会則の変更は総会において出席者の3分の2以上の同意を要する。

第10条 本会の会計年度は毎年4月に始まり、翌年3月31日に終わる。

第11条 本会の経費は都道府県、政令指定都市の学校保健主事会・保健主任会負担金及び寄付金等をもって充てる。

付則

第12条 本会則は昭和31年10月31日より施行する。

第13条 政令指定都市とは、横浜、名古屋、大阪、京都、神戸、北九州、川崎、札幌、福岡、広島、仙台、東京、千葉、さいたま、堺とする。

ブロック分け

1北海道 北海道 札幌市

2東北 青森 秋田 山形 宮城
岩手 福島 仙台市

3関東甲 茨城 埼玉 群馬 栃木
信越静 千葉 東京 神奈川 横浜市
川崎市 千葉市 さいたま市
山梨 静岡 長野 新潟

4東海 愛知 岐阜 三重 名古屋市

5北陸 富山 石川 福井

6近畿 滋賀 京都 大阪 兵庫
奈良 和歌山 京都市
大阪市 神戸市 堺市

7中国 岡山 広島 山口 鳥取
島根 広島市

8四国 香川 徳島 愛媛 高知

9九州 福岡 佐賀 長崎 熊本
大分 宮崎 鹿児島 沖縄
北九州市 福岡市

(石井一夫)

6 養護教諭（全国養護教諭連絡協議会）

1. 目的

全国養護教諭連絡協議会は、各都道府県及び政令指定都市の国公立・私立学校の養護教諭の研究組織をもって構成されている。本会は、各研究会相互の連絡・連携を図り、養護教諭の職務等について調査研究し、養護教諭の資質向上及び学校保健の向上に寄与することを目的としている。また、子どもたちの健やかな成

長発達を願い、保健教育及び保健管理を担当する一方、ヘルスプロモーションの理念を生かした学校保健活動の推進に努めている研究団体である。

本会は、平成3年に発足し、平成21年度現在、全国の研究会組織52団体、約29,000人が所属している。

2. 事業

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| (1) 調査・研究ならびに情報交換 | (3) 国並びに関係諸機関に対する要請及び建議 |
| (2) 養護教諭の資質向上に関する事業 | (4) その他、本会の目的遂行に必要な事業 |

3. 平成21年度基本方針

<基本方針>

子どもたち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取り組むための方策が中央教育審議会から答申され、今年度からは改正「学校保健安全法」の下で健康教育が実施されることになった。学校においては、養護教諭を中心に関係教職員と連携した組織的な保健指導の充実や地域と連携した保健管理の充実など、養護教諭は学校保健活動の中核的な役割を果たしているとされ、職務のより一層の充実が求められている。

本会は、「学校保健安全法」の円滑な実施と健康教育の実践者として資質向上を目的とした研究・研修会の充実を図ると共に、全国組織として、各研究会・会員との連携を密にし、学校教育における養護教諭の専門性の発展を目指すことを、本年度の基本方針とする。

<活動方針>

- (1) 研修活動の充実を図る

養護教諭の専門性の力量を高めるために、学校保健連絡協議会、夏期研修会、研究協議会を開催し、健康教育実践者としての養護教諭の役割を追求する。

- (2) 調査研究活動の充実・発展に努める
児童生徒の心身の健康を守り育てるための調査研究活動を行うと共に、養護教諭を取り巻く諸問題についての調査研究を行う。
- (3) 養護教諭に関わる法的諸問題の改善に努める
学校教育法をはじめ、養護教諭の資質向上を図るための要請要望活動を行う。
- (4) 全国養護教諭連絡協議会の組織の盤石化を図る
全国組織としての活動推進の基盤を確立するために、適正な運営に努める。
- (5) 広報活動の充実を図る。
年2回の会報の発行、ホームページの充実に努める。

4. 平成21年度事業計画

- | | |
|----------|------|
| (1) 会の運営 | ②役員会 |
| ①総会 | ③理事会 |

④委員会

- ア 調査研究委員会
- イ 研究誌「瑞星」編集委員会
- ウ 会報編集委員会
- エ ホームページ編集委員会
- オ 役員選出委員会

(2) 研修・研究・調査活動の充実

①学校保健連絡協議会

今日的課題に対応するための研修及び各研究会相互の情報交換を目的とする。

②研修会

養護教諭の専門性のレベルアップを図ることを目的とし、保健の授業実践に関する研修会とカウンセリング能力を高める研修会を開催する。

③研究協議会の開催

「時代の変化に対応した養護教諭の役割を追究する」

～学校保健活動推進における中核的役割を果たす養護教諭とは～

期 日 平成22年2月26日（金）

会 場 メルパルクホール（東京）

内 容 フォーラム・講演

④平成21年度全国養護教諭研究大会

期 日 平成21年8月20日・21日

開催地 岐阜県

⑤調査研究活動の推進

基本調査

養護教諭の職務に関する調査

教員免許状更新講習進捗状況についての調査

⑥養護教諭の資質向上を考える会

(3) 要請・要望活動の推進

①研修の充実

②複数配置の推進

③養成課程の充実

④教員免許更新講習の拡充

(4) 広報活動

①会報・事務局だよりの発行

②ホームページの充実

5. 関係団体との連携

(1) 文部科学省

文部科学大臣表彰審査委員

特別支援教育ネットワーク

(2) 日本学校保健会

(3) 日本学校歯科医会

(4) 日本学校薬剤師会

(5) 日本スポーツ振興センター

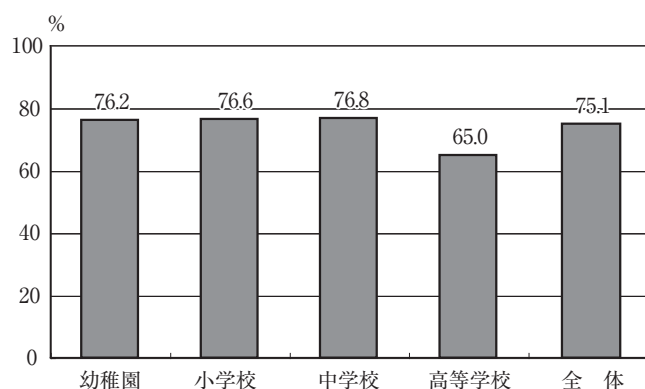
(6) 厚生労働省

健康21推進事業委員

児童虐待防止対策協議会

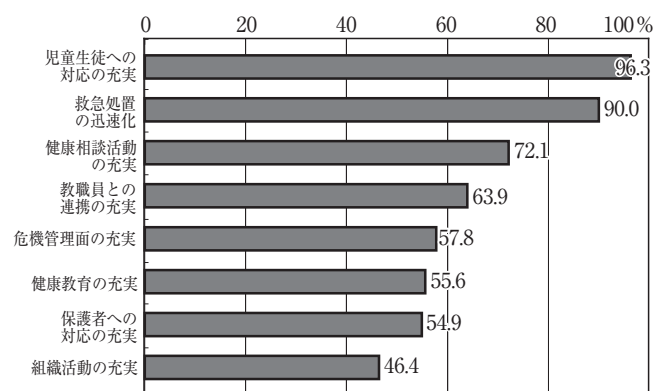
(7) 足の健康に関する調査研究委員会

6. 養護教諭の職務に関する調査より（平成20年度）



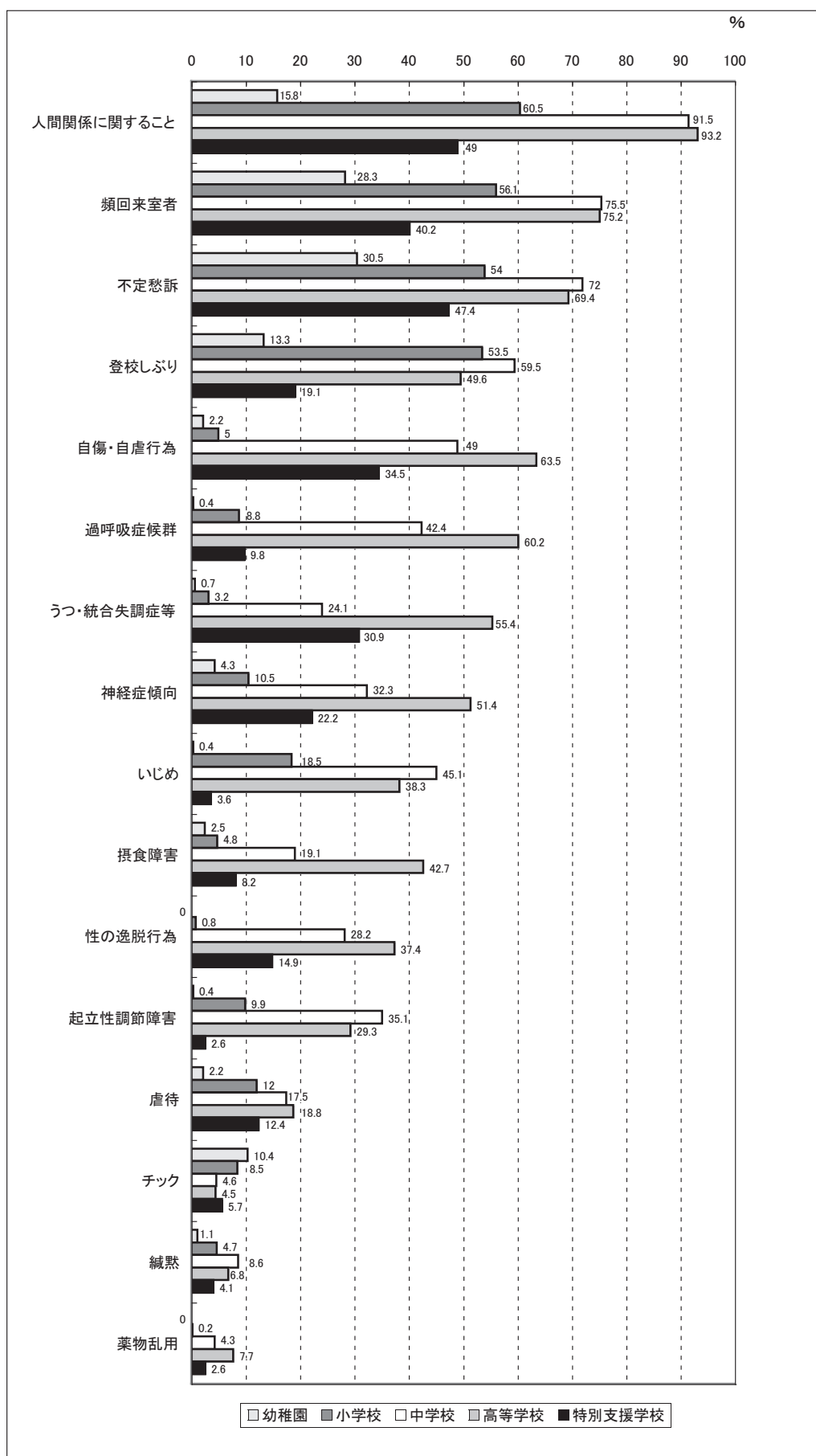
平成20年度 養護教諭の職務に関する調査より(全国養護教諭連絡協議会)

資料1 特別に支援を要する子どもに関わっている比率



平成20年度 養護教諭の職務に関する調査より(全国養護教諭連絡協議会)

資料2 複数配置の効果（調査対象：複数配置校の養護教諭）



平成20年度 養護教諭の職務に関する調査より(全国養護教諭連絡協議会)

資料3 養護教諭の健康相談活動

(水戸俊子)

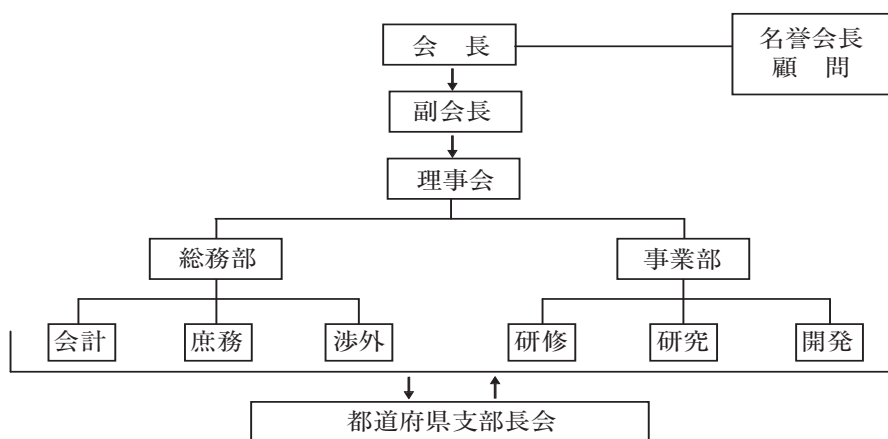
7 栄養教諭・栄養職員（全国学校栄養士協議会）

1. はじめに

全国学校栄養士協議会は、児童生徒やその保護者及び地域に対して食育の推進を図り、国民の健康増進に寄与することを目的としている。本会会員は、「学校給食の管理」とそれを教材とした「食に関する指導」を両輪の職務とする全国の栄養教諭・学校栄養職員で組織しており、各都道府県に支部をもち、活動を展開している。平成21年度現在会員数は9,433名である。

本協議会は、昭和49年から文部科学省認可の社団法人として活動を行ってきたが、平成18年に公布された公益法人制度に基づく「一般法人法」「公益認定法」「整備法」の3法が平成20年12月1日に施行されたことに伴い、公益社団法人への移行をめざし、現在、組織の発展的見直しに着手しながら、より公益性の高い食育の推進に努めようとしているところである。

2. 全国学校栄養士協議会の組織



3. 事業推進の中から

(1) 児童生徒の食習慣の実態把握と課題への取り組み

国の食育基本計画では、平成22年目途に小学生の朝食欠食率をゼロにするという数値目標があげられている。「朝食を食べる」ことは、元気に一日をスタートさせ、生活習慣病を予防し、ひいては健康的な心身を育むことにつながることから、児童生徒の実態を把握し、各支部、各栄養教諭・学校栄養職員は実態に基づいた食育の推進に力を注いできた。この度、平成21年3月～4月にかけて実施した「早寝早起き朝ごはんアンケート」調査の結果をまとめ、本会が行った平成18年度結果との比較を試みた。結果は、以下に示したとおりである。

★「早寝早起き朝ごはん」アンケート集計結果＜調査項目の抜粋＞

○調査実施：（社）全国学校栄養士協議会

実施期間：平成21年3月～4月

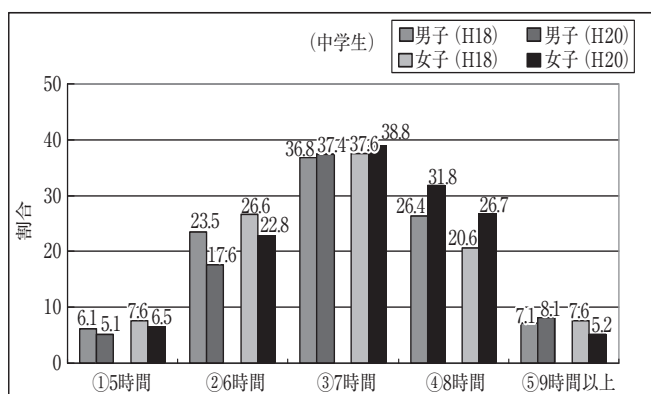
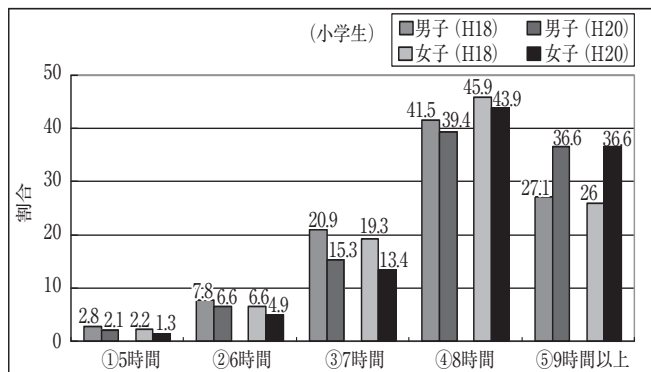
- 調査対象者：（47都道府県支部）
- | | |
|---------------------------|----------|
| 全国小学校5年生 | 263,049人 |
| （男子 135,596人 女子 127,653人） | |
| 全国中学校2年生 | 190,734人 |
| （男子 96,245人 女子 94,489人） | |

<考察>

「睡眠時間」「毎朝朝食を食べる」「朝食の内容」「運動」全ての項目において改善が見られた。中でも、「毎朝朝食を食べる」割合は、図2（結果）に示すとおり、小学生男子では5.4%、女子では4.8%アップし、中学生男子では6.9%、中学生女子では5.2%アップし、小・中学生共に改善がみられた。その内容においても、「主食におかずを加える」というバランスのよい食事がふえ、

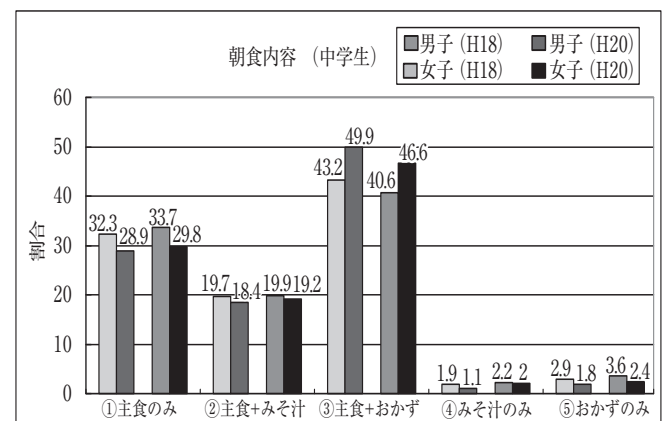
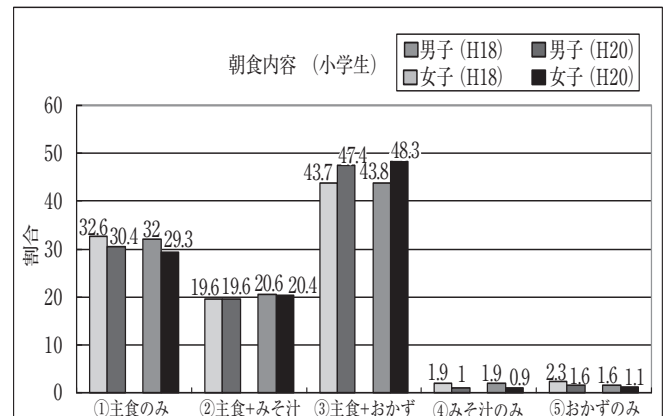
「主食のみ」「おかずのみ」は男子、女子とも減っている。「運動」については「毎日する」が小、中学校男子・

女子ともにふえた。この結果は、栄養教諭の配置が進む中で、学校における食育の取り組みの成果のあらわ



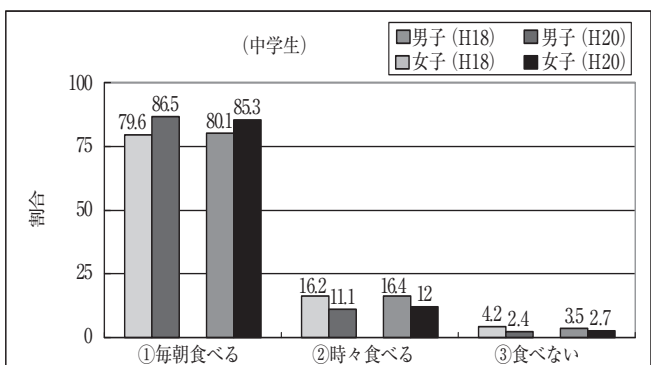
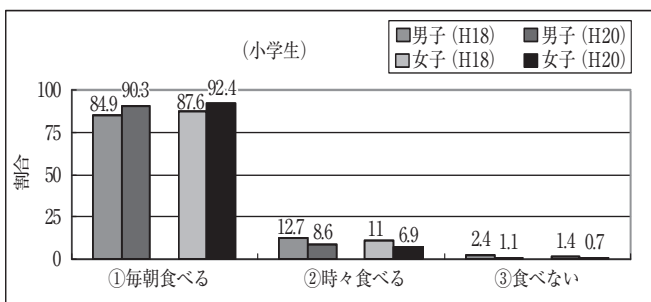
*小学生・中学生ともに、ねる時間が遅く睡眠時間が短い夜型生活 それでも前回(18年度)に比べ睡眠時間が確保されるようになった。

図1 睡眠時間について



*「主食のみ」から「主食とおかずのそろったもの」へ改善がみられた。

図3 朝食の内容について



*食育基本計画では平成22年までに小学生の欠食率を0に!
全国小学校5年生の朝食欠食率は 13.7 % (H18) → 8.6% (H20)
中学校2年生の朝食欠食率は 20.1 % (H18) → 14.1% (H20)

図2 朝食を食べますか

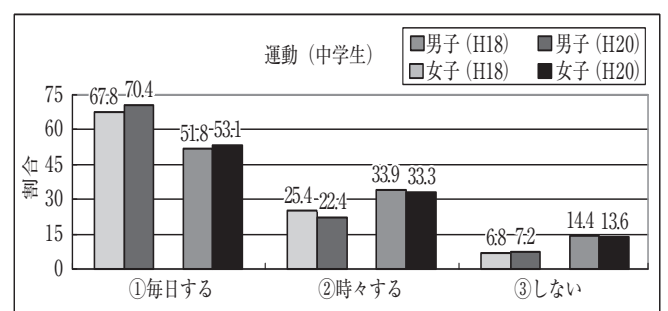
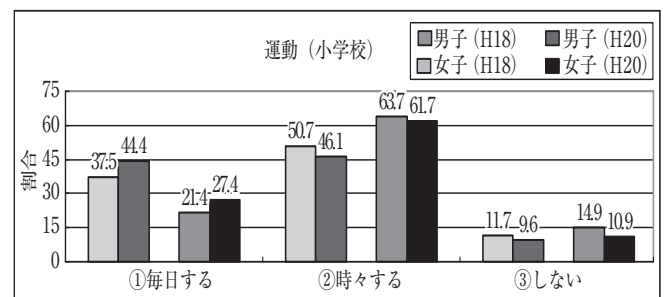


図4 毎日運動をしますか

れだにとらえたい。引き続き、学校・家庭・地域の共通認識と足並みのそろった取り組みが必要である。調査結果の概要については、本協議会ホームページにも掲載している。

(2)「郷土料理を活用した学校給食情報化推進事業」 —平成20年度文部科学省委託事業への取り組みから—

文部科学省の委託を受け、47都道府県において学校給食の献立に使用されている地場産物を活用した郷土料理の由来や作り方をまとめ、料理集や指導事例集を作成、配布した。

古来から伝承されてきた地域の特色ある郷土食や食文化の継承が難しくなっている昨今、伝統的な食文化を子どもたちに継承させることが求められている。この料理集、事例集は児童生徒への食育を推進する教材として、又は家庭で、地域で活用していただきたく内容を本協議会のホームページに掲載し、紹介している。

<刊行>

①郷土食の料理集—学校給食から伝えたい日本の味—

②郷土料理を活用した指導事例集—学校給食から広げる食育—

(3) 食育推進全国大会 (H20 群馬県 H21島根県) での啓発活動

毎年6月、内閣府が主催する「食育推進全国大会」に出展し、「早寝早起き朝ごはん」と「全ての中学生に学校給食を」を呼びかけている。また、栄養教諭・学校栄養職員を中核とした食育の取り組みを紹介したり、子どもたちへの啓発指導を行っている。

(4) 季刊誌「栄養教諭」の編集・発刊

本誌は、栄養教諭、学校栄養職員の季刊誌として本協議会が発行している。会員の資質向上をめざし、専門性を高め、教育・社会の動向について視野を広げることができるよう、執筆陣も充実した「食育」の理論・実践の研修誌である。その内容は、栄養教諭、学校栄養職員のみならず、今後栄養教諭をめざす学生や、養成大学・小学校・中学校等学校現場でも十分活用できる多彩で充実した内容であり、食育に関わる様々な方々にも紹介している。

(5) ホームページによる情報発信

本事業の活動をホームページにのせて広く紹介し、あわせて調査の結果や献立集・指導資料集などを活用しやすく発信する。タイムリーな情報を発信することで、公益に資することを目指す。

4. 栄養教諭・学校栄養職員が担う役割

小・中学校の学習指導要領の改訂では、その総則に「学校における食育の推進」が盛り込まれ、また、関連教科等にも食育に関する記述が明記された。合わせて、実に50年ぶりに改正された学校給食法(平成20年6月)でもその第1条で学校における食育の推進が位置づけられ、それを担う職員として栄養教諭の役割が明記された。栄養教諭は、学級担任や教科担任・養護教

諭と協力し、家庭や地域との連携を図りながら学校における食育推進の要として活動しており、その成果に期待が寄せられている。このような中で、本協議会では、児童生徒の健やかな成長を願い、学校給食を教材とした食育の推進を図る、「力」のある栄養教諭の育成をめざして、資質向上を図っている。

5. おわりに

栄養教諭の全国での配置は、現在2,648名であり、各県の実情により、配置に格差も大きい。

全国全ての子どもたちが、等しく食育を受ける機会を持つことができるためにも、栄養教諭の配置拡大を図りたいところである。栄養教諭は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一体のものとして展開させる高度な知識と技量が要求される。まずは、日々、栄養教諭配置の成果を積み上げながら、組織をあげて研鑽を積んでいきたい。

(長島美保子)

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」; 中蘭伸二

平成20年度版……学校保健法に関する年表

マイノリティと教育に関する年表；伊藤歩実・棚瀬真菜・宮寄亜由美

本年度版には以下を掲載する。

その1；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）

その2；組織活動・連携に関する研究と行政等の動き

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）

	学校保健・養護教諭の仕事関連事項	子どもの生活の状況	社会状況のトピックス	文部科学省・厚生労働省などの動き
1868 M01 明治	M5.8 学制頒布 16.2 大日本私立衛生会結成 21.12 文部省直轄学校で活力検査 27.5 東京市麹町区に学校医はじめて置く 30.3 学生生徒身体検査規定公布 31.1 「公立学校ニ学校医ヲ置ク件」公布 38.12 岐阜県竹ヶ鼻小・笠松小に学校看護婦はじめて置かれる 39.6 学校伝染病予防法及消毒方法改正 41.3 学校におけるトラホーム患者の点眼に関して通牒	8頃 小学校就学率50%、女子20% 22.7 山形県鶴岡町で忠愛協会が貧困児童に給食 23 経済不況、米騒動起こる 28 コレラ流行 33.3 未成年者喫煙禁止法制定 35頃 小学校就学率90%を越える 39.11 滝野川学園開設 40.5 教員肺結核ニ関スル注意 42.9 学校生徒飲酒取締ニ関スル注意	27.8 日清戦争勃発～ 28.3 37.2 日露戦争勃発～ 38.9	M4.7 文部省置かれる 5.8 学制頒布 24.9 三島通良、文部省学校衛生事項取調囑託となる 29.5 学校衛生顧問及び学校衛生主事設置の勅令 30.4 伝染病予防法公布 33.4 文部省大臣官房に学校衛生課設置 37.2 結核予防法公布 40.3 小学校令改正。義務教育6年に
1912 T01 大正	T2.3 大日本学校衛生協会結成 2.4 奈良県にはじめて学校衛生主事 4.4 千葉県木更津町に初の学校歯科医 5.6 文部省に学校衛生官 北豊吉 8.8 学校伝染病予防規程制定 10.5 帝国学校衛生会「学校衛生」創刊 10.7 学校衛生課長に北豊吉就任 10.8 文部省、机腰掛け標準に関する通達 14.4 埼玉県、訓令により学校歯科医設置	元8 高松市四番町小で休暇集落実施 7.7 米騒動 インフルエンザ流行 8.8 トラホーム予防法施行規則公布 9 東北地方冷害 身売りも 15.4 東京市鶴巻小で養護学級	T2 東北・北海道凶作 3.7 第一次世界大戦勃発～7.11 5 世界恐慌 日本にも波及 9 東北地方冷害 12.9 関東大震災発生	T3.11 文部省、第1回学校衛生（学校医）講習会開催 5.11 文部大臣の諮問機関として学校衛生会設置
1926 S01 昭和	元12 学校清潔方法改正 4.10 「学校看護婦ニ関スル件」訓令 11.4 ターナー、C.E. 来日 16.2 国民学校令制定により「養護訓導」 17.4 養護訓導養成所が弘前、岡山に 21.1 日本学校衛生会設立 21.2 「学校衛生刷新ニ関スル件」通達 22.3 学校教育法制定により「養護教諭」 22.11 第1回全国学校衛生大会（東京）	S3.11 ラジオ体操放送開始 7.7 農漁村の欠食児童20万 18.6 学生の勤労奉仕を法制化 19～ 集団疎開 22 「浮浪児」の存在・貧困の拡大 22.1 ララ物資による学校給食	14.9 第二次世界大戦勃発 16.12 大東亜戦争開戦 20.8 第二次世界大戦終結 20.12 女性の参政権を認めた選挙法 21.11 日本国憲法公布 22.12 児童福祉法公布 23 日本脳炎大流行 死者2620	13.1 厚生省新設 13.4 保健所法公布 22.3 学習指導要領一般編（試案） 22.3 教育基本法・学校教育法公布 22 新・保健所法公布 22.9 労働省設置

1989 H元	24.11 中等学校保健計画実施要領発行 25.9 IFEL第1回養護教育講習会 26.2 小学校保健計画実施要領発行 28.6 保健体育審議会答申 28.11 学校教育法施行規則一部改正で保健室の設置、学校医・学校歯科医の設置 29.6 学校給食法公布 29.10 日本学校保健学会結成 33.2 体育局設置 33.4 学校保健法制定公布 34.12 日本学校安全会法制定公布 39. 学校環境衛生の基準 40.3 国立養護教諭養成所設置法公布 42.8 全国養護教員研究会発会 47.12 保健体育審議会答申 52.7 学校教育法施行規則の一部改正 53. 学校保健法に安全に関する規定 57.6 日本学校健康会法可決成立 60.12 日本体育大学・学校健康センター法成立 63.7 学校保健課が学校健康教育課に	28.2 NHKテレビ本放送開始 35.1 小学校1学級児童数を56人に 35.9 カラーテレビ本放送開始 40.4 高校進学率70%を越す「交通戦争」 45.7 東京都杉並区で光化学スモッグ 54.1 国公立大学共通一次試験 55 この頃 校内暴力頻発 55.10 尾鷲中に警官出動 58.2 忠生中で教師による刺傷事件 60.11 丸刈り裁判で熊本地裁判決 61.2 富士見中でいじめによる自殺	25.6 朝鮮戦争～28.7 26.6 ユネスコとILOに加盟 29.3 ビキニ水爆実験 30下期～ 神武景気～ 32上期 31頃 「戦後は終わった」発言のあと「なべ底不況」 32頃 水俣病あらわれる 33.1 米、人工衛星打ち上げ 34下期～ 岩戸景気～ 35下期 36.2 医療費値上げ問題 40 ベトナム戦争～45 41 交通事故死者数13,904人 42.8 公害対策基本法 43 大学紛争、三億円事件 45.6 交通安全対策基本法公布 46.12 インド・パキスタン戦争～ 47.2 浅間山荘事件 48.10 第1次石油ショック 52.9 日航機ハイジャック事件 54.1 第2次石油ショック 54.12 アフガン紛争～63.4 60.8 日航機 御巣鷹山に墜落 63.8 イラン・イラク戦争停戦	24.5 文部省設置法公布 24.5 教育職員免許法・施行規則公布 26.3 結核予防法全面改定 26.7 学習指導要領一般編（改定試案） 27.11 市町村教育委員会一斉に発足 31.10 教科書調査官を設置 33 第2次学習指導要領改訂。「試案」表現なくなる 33.8 学習指導要領道徳編告示 36.9 ～ 全国一斉学力調査 40 母子保健法 41.10 中教審「期待される人間像」 43.7 ～ 第3次学習指導要領改訂 46.6 中教審答申 47.7 教養審答申 49.2 人材確保に関する特別措置法 52.7 ～ 第4次学習指導要領改訂 53. 市町村保健センターの制度化 54. 養護学校義務化 55.4 40人学級12年計画開始 56.6 公衆衛生審、結核健診の答申 58.6 エイズ研究班 発足 62. 「エイズの予防に関する知識の普及について」（体育局長通達） 63.12 教育職員免許法一部改正（専修・一種・二種に）
	以下、平成については数字は月日である		4.1 3%消費税導入 11.20 子どもの権利条約を採択 12. エイズ予防法制定 10.1 バブル経済崩壊 10.2 東西ドイツ統一 1.17 湾岸戦争～2.24 2.9 美浜原発事故 2. エイズ予防法施行 5.15 育児休業法成立 12.25 ソ連消滅 3.2 京都でワシントン条約会議開幕 4.30 ロスアンゼルス暴動	3.15 第5次学習指導要領改訂。生活科導入 日本初のエイズ母子感染報告 3. 指導要録改訂「新しい学力観」 6.3 大学設置基準一部改正（大綱化） 10.25 特殊教育諸学校学習指導要領改訂
1990 H2		1.13 大学入試センター試験実施 7.6 神戸高塚高で校門圧死事件 スーパーファミコン発売		
1991 H3	7.26 文体保24通知「二輪車の事故防止に関する総合対策について」			
1992 H4	第4期学力問題・新学力観を巡って 日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」開始	4.25 尾崎豊、急逝 9.12 学校週5日制月1回始まる 18歳人口、減少に		

1993 H5	6. 「学校環境衛生の基準」の 全面改訂	1.13 新庄市・マツト死事件	1.5 スコットランドで原油流出 WHO 世界結核緊急事態宣言	11.19 環境基本法公布 日本エイズストップ基金設立 MMRワクチン接種中止 医療保険制度の改正「在宅 医療」 地域保健法
1994 H6		「小学校保健指導の手引」 改訂	北海道西南沖地震により津波 1.17 ロスアンゼルス地震 死者61	6. 母子保健法一部改正 7.1 予防接種法改正 9.28 予防接種法・結核予防法 の一部改正にともなう施行規 則の改正 12. エンゼルプラン策定
1995 H7	3. 学校教育法施行規則一部 改正「保健主事は教諭又は養 護教諭をもってこれに充てる」	11.27 大河内清輝君自殺 4. ～ 学校週5日制週2回に	1.17 阪神淡路大震災、死者6,300	
1996 H8	日本看護協会「専門看護 士制度」	7.13 堺市でO-157発生	3.20 地下鉄サリン事件 4.19 経済同友会「合校」提言 高齢社会対策基本法 3.29 HIV訴訟和解	7.19 中教審第一次答申「生き る力」 12. 「成人病」を「生活習慣病」に 子どもの心の健康づくり対策事業
1997 H9	8. 学校給食の衛生管理徹底	7.31 O-157、伝染病に指定 たまごっち流行	1.9 タンカー沈没、重油流出 2.23 クローン羊誕生	6.26 中教審第二次答申 7.28 教養審答申
	9.22 保体審答申 ヘルスプロ モーション強調	5.27 神戸小学生連続殺人事件	4.1 消費税5%に 7.16 臓器の移植に関する法律	11.17 教課審中間まとめ 12.28 教養審答申
1998 H10	7.1 教育職員免許法附則一部 改正 (養護教諭が保健の教科の担当可に)	12.16 ポケモン失神 1.19 千葉大工学部で初の飛び入学 5.2 元XJAPANのhide自殺	12.9 介護保険法成立 12.11 京都議定書採択 4. 介護保険制度開始 6月の完全失業率4%で過去最 悪更新	7. 教課審答申「ゆとり教育」 12. 第6次学習指導要領改訂 12.14 学校教育法施行規則改正 (総合的な学習の時間)
1999 H11	第4期学力問題・・・学力低下論。 大学生から小・中学生まで。	3.1 CD「だんご三兄弟」発売	7.5 世界初のクローン牛誕生 7.26 和歌山市で毒入りカレー事件 10.12 大阪府能勢町で高濃度の ダイオキシン 焼却施設閉鎖	3.1 学習指導要領（高校およ び盲・聾・養護学校）告示 新エンゼルプラン策定
	3. 「学校における性教育の 考え方、進め方」発行	5.29 喋るペットロボット、ファー ビー発売 6.1 アイボ発売	1.1 欧州単一通貨ユーロ誕生 4.1 男女雇用機会均等法制定	4. 感染症法施行 7. 結核緊急事態宣言
2000 H12		3.4 プレイステーション2発売	8.9 国旗・国歌法成立 9.30 東海村で臨界事故	法律52号 児童買春、児 童ポルノに係る行為の処罰及び 児童の保護等に関する法律
		5.3 西鉄高速バスハイジャック事件	6.30 雪印乳業の加工乳で食中毒 9.1 三宅島からの全島避難を決定 11.5 旧石器捏造問題発覚	3. 栄養士法一部改正 管理 栄養士が免許制に
			12.1 BSデジタルの本放送開始 12. ADSLの本格的サービス 開始	6.7 文部科学省組織令公布 法律82号 児童虐待の防 止等に関する法律 「健やか親子21」策定
2001 H13		3.31 ユニバーサルスタジオ ジャパン	ミレニアムで大騒ぎ 1. 経済財政諮問会議設置	「厚生労働省」に

2002 H14	NPO日本健康教育士養成機構発足	6.8 大阪教大附属池田小事件	5.11 ハンセン病国家賠償訴訟判決	
	4. 小学校3・4年生から保健の学習 ICIDH制定	6.20 生涯出生率1.35%と公表される	9.11 世界貿易センタービルなど同時多発テロ	
		7.20 アニメ「千と千尋の神隠し」夏 手錠の女子生徒高速道で事故死	9.22 日本で初のBSE、千葉県で	
2003 H15	「学びのすすめ」	9.4 東京ディズニーシー開業	1.1 ユーロの流通開始 健康増進法	
	2.5 学校環境衛生の基準の一部改訂についての通知	全国小中学生学力テスト	5.31 日韓共同開催のワールドカップ	3. 小学校設置基準 3. 結核対策の包括的見直しに関する提言
	3.29 学校保健法施行規則の一部改正	4. 学校週5日制完全実施	6.23 岡山県新見市で初の電子投票	
2004 H16	12. 「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」	11. 小・中でツ反・BCG廃止	8.5 住基ネットスタート	
		12.14 学力テスト結果公表	8.16 アザラシたまちゃん、人気者に	
	2.13 「栄養教諭」創設の最終報告	薬物乱用防止新5か年戦略	12.1 東北新幹線、八戸まで開業	
2005 H17	4. 色覚検査の全員検査を廃止 結核検査体制を大幅に変更	7.1 長崎・園児誘拐殺害事件 2002年度の不登校児童生徒数が前年度を下回ったとの報告	2.1 スペースシャトルコロニア空中分解	3. 今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）
	5. 平均栄養所要量の基準の改訂		3.20 米英がイラク攻撃開始	
	10.1 独立行政法人日本スポーツ振興センター法		3.28 SARSを指定感染症に指定	
2006 H18	1. 「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」（通知）		4.25 六本木ヒルズ開業	
			5.23 個人情報保護法関連5法成立 次世代育成支援対策推進法 少子化社会対策基本法	9.2 薬物乱用防止教育の充実について
	2.10 「学校環境衛生の基準」の一部改訂	3.26 六本木の回転ドアで6歳男児死亡	1.8 BSEにより吉野屋新メニュー	12. 中教審「今後の学校の管理運営の在り方について」中間報告
2007 H19	5.14 学校教育法等の一部改正（栄養教諭制度の創設）	6.1 長崎・小6女児同級生殺害事件	1.12 鳥インフルエンザ 国内でも	1. 学習指導要領の一部改正
		6.10 合計特殊出生率1.29と公表	5.22 拉致被害者の家族「帰国」	
		9.10 「ニート」全国で52万人と推定	8.9 美浜原発で蒸気噴出5名死亡	
2008 H20		11.17 奈良・小1女児誘拐殺人事件	9.1- 北オセチア共和国で学校テロ	
			10.15 水俣病、最高裁が国の責任認定	
			10.23 新潟・中越地震	3.30 教科書検定結果発表。「発展」の枠組みで内容復活
2009 H21	3. 食育基本法	2.14 寝屋川市小学校で教師刺殺される	1.12 鳥インフルエンザ 国内でも	4.1 国立大学の法人化
	3. 「『生きる力』をはぐくむ学校での歯と口の健康づくり」指導資料集		5.22 拉致被害者の家族「帰国」	
			8.9 美浜原発で蒸気噴出5名死亡	
2010 H22			9.1- 北オセチア共和国で学校テロ	
			10.15 水俣病、最高裁が国の責任認定	
			10.23 新潟・中越地震	12.1 特別支援教育を推進するための制度の在り方について（中間報告）
2011 H23			12.26 スマトラ沖大地震	
			2.8 ライブドア騒動	
			2.16 京都議定書発行	
2012 H24			4.25. JR宝塚線脱線事故。107人死亡	4. 発達障害者支援法施行
			4.25 エイズ患者が計1万人を超す。	4.1 発達障害のある児童生徒等への支援について（通知）

2006 H18	4. 小学校3・4年生の保健の教科書改訂 栄養教諭制度4道府県で 高校以後の結核検診は第1学年のみに 第1種伝染病にSARS、痘そ うを追加		6末 アスベストによる健康被害拡大が判明	4.5 中学校教科書検定結果発表。脱「ゆとり教育」の方向。
		11.22 広島で小1女児殺害される	7.7 ロンドンで同時爆破テロ。 8.29 ハリケーン“カトリナ” 1,100人を超える死者。	
		12.2 今市市で小1女児殺害される 12.10 宇治市で塾講師が小6女 児殺害	10.1 バリ島で同時テロ 10.14 郵政民営化法成立 11.17 マンション等耐震強度偽 装発覚	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
2007 H19	4. 早寝・早起き・朝ごはん 国民運動 栄養教諭制度26道府県 307人に。	4. 麻しん・風しん、2回接種 制度	12.22 人口動態調査で初の自然 減 3. 食育推進基本計画 4.13 東京都教委、職員会議で の挙手・採決禁止	12.22 「犯罪から子どもを守る ための対策」 1.16 鳥インフルエンザ及び新 型インフルエンザへの対応等 について 3.31 学校教育法施行規則一部改正 (軽度発達障害の通級指導など)
	12.15 新・教育基本法成立 22 公布施行	6. 「ダメ。ゼッタイ。」キャン ペーン 7.31 ふじみ野市営プールで女 児死亡 8.10 大学・短大への進学率52.3% 秋～冬 ノロウイルスによる 感染性胃腸炎 3～5月 関東の大学中心には しか流行	6.1 8年連続で自殺者3万人超 と。 7.26 平成18年7月豪雨 9.6 秋篠宮家に男児誕生	6. 自殺対策基本法
	3. 「食に関する指導の手引」 7.10 学校環境衛生の基準の一部改訂 11. 「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—」	4.24 全国学力・学習状況調査 犬山市は不参加	7.16 新潟県中越沖地震。原発 停止	3.31 結核予防法廃止
2008 H20	1. 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」	11. 平成18年度児童生徒の自 殺171(生徒指導上の諸問題 に関する調査)	1.30 冷凍ギョーザ事件。メタ ミドホス混入	6.20 学校教育法一部改正
	3. 小・中学校学習指導要領改訂 3. 「学校のアレルギー疾患に 対する取り組みガイドライン」 4. 「薬物乱用防止教室マ ニュアル」改訂 5. 学校における感染症予防 についての見直し 6. 学校保健安全法成立	6.18 小学生が屋上天窓から転 落死 8. 全国学力テスト結果公 表。生活習慣などとの関連も。	4.15 「後期高齢者医療制度」 5.12 四川大地震。死者は7万余り	
			6.14 岩手・宮城内陸地震 9.5 事故米転用事件	9. 薬物乱用防止教育の充実 について(通知)
2009 H21	3. 高等学校・特別支援学校 学習指導要領改訂	新型インフル流行期に	7. マイケル・ジャクソン急死 8.6 酒井法子に逮捕状	教員免許更新制講習、本格実 施
	4. 学校保健安全法施行	8.7 「不登校長期化傾向」の報道 8.27 全国学力テスト結果公表。 「朝を毎日食べている」は小6で 88.5%中3で82.3%	8.30 衆議院総選挙「政権交代」	

平成8年までの作成において日本学校保健会80年史の七木田文彦氏による年表を参考にさせていただいた。

(野村和雄)

組織活動・連携に関する研究と行政等の動き

	文部省（文部科学省）と日本学校保健会・学会	実践および研究（「学校保健研究」を中心として）
1949	中等学校保健計画実施要領（試案） 「学校保健計画に対して十分なる職員と運営組織を設ける…」	
1950	11. 荷見秋次郎が学校運営組織の強化を重要課題とした 10. 第4回全国学校衛生大会 学校保健優良学校を表彰	
1951	11. 第1回全国学校保健大会開催 表彰対象を学校・学校医等、拡大していく	
1953	11. 学校教育法施行規則の改正で学校医設置	
1954	日本学校保健学会設立	1955 「健康教室」増刊号 学校保健自治活動の実際 この頃「保健自治活動」という表現
1958	4.10 学校保健法公布 6.16 局長通達で学校保健委員会の役割「学校保健計画を立て、および実施するにあたっては学校保健委員会の意見を聞き、…」 学校教育法施行規則の一部改正で保健主事を置く…学校の内部組織として	
1960	愛知県教委「愛知県教育例規集」に学校保健関係者の職務内容について	1961 「健康教室」特集号；学校保健委員会
1963	新潟県教委『学校保健のてびき』	
1964	健康優良学校の審査項目に	三枝善平 学校保健と地域保健との関連 学校保健研究6-11 1964 井キヨ 学校保健計画の立案過程について 学校保健研究 8-7 1966
1967	第17回から全国学校保健研究大会に	白戸三郎 学校保健の将来に期待する 学校保健研究11-9 1969 白戸三郎ら 社会資源の活用による学校保健の充実に関する研究（第1報）第16回日本学校保健学会講演集 1969 内山源ら 学校医、学校歯科医、学校薬剤師の学校保健活動に対する参加・協力に関する実態調査 同上 角田幸枝 学校医、学校歯科医、学校薬剤師の学校保健の参加・協力の実態調査、養護教諭の職務研究3 1970 内山源ら 学校医の学校保健活動への参加・協力の実態に関する調査研究 学校保健研究12-7 1970 内山源ら 学校歯科医の学校保健活動への参加・協力の実態に関する調査研究 学校保健研究12-8 1970 数見隆生ら 小学校における学校保健組織（活動）の現状と問題点 第17回日本学校保健学会講演集 1970 菅野多美ら 地域保健と学校保健の連携について 第18回日本学校保健学会講演集 1971
1972	12. 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」 「適切な学校保健計画を策定するとともに、これを推進する体制を確立すべきである。このため、校長、保健主事、養護教諭、一般教員、学校医等の学校側の代表と家庭、保健関係機関等地域の代表をもって組織する学校保健委員会の設置をいっそう促進し、その活動を充実する必要がある。」	園部秀子 教員保健組織活動の実態 養護教諭の職務研究5 1972 渡辺功ら 学校保健委員会の組織と活動状況に関する考察 第19回日本学校保健学会講演集 1972 大塚正八郎ら 僻地住民の健康実態と地域保健に対する関心 第20回日本学校保健学会講演集 1973 大塚正八郎ら 僻地における学校保健事業と地域保健との関連 同上 白戸三郎 学校における健康管理 学校保健研究15-11 1973 渡辺功 学校保健組織の実態について—静岡県下小・中・高校における— 学校保健研究16-12 1974 石井宗一 新しい健康診断と学校経営 第21回日本学校保健学会講演集 1974
1974	重田精一ら 学会誌（特集）地域と学校保健	

1976	大島一夫ら 学会誌（特集）学校経営と学校保健	片岡繁雄ら 学校保健計画の評価に関する研究 第23回日本学校保健学会講演集 1976
	学会シンポジウム；教育における学校保健の役割（小倉学）	
	富田龍夫ら 学会誌（特集）学校医	小倉学 『学校保健活動』 東山書房 1977
1977	角田文男ら 学会誌（特集）学校保健の地域性	高石昌弘 『学校保健概説』 同文書院 1978
	坪井芳雄ら 学会誌（特集）学校保健組織	大西積守ら 展望-今後の学校保健の課題 学校保健研究21-2 1979
		木村龍雄 学校保健活動の活発化に関する研究-学校保健組織の実態とその必要性 学校保健研究21-7
1979	学会シンポジウム；地域保健と学校保健（船川幡夫）	木村龍雄 学校保健活動の活発化に関する研究（その2）—学校保健活動活発化の要因と養護教諭の役割 学校保健研究21-9
		住田実ら 学校薬剤師活動に関する調査研究 第26回日本学校保健学会講演集 1979
1980	学会シンポジウム；学校保健の地域性（田中恒男）	江口篤寿ら『保健室経営』 ぎょうせい 1980
1981		船川幡夫ら『学校保健活動』 杏林書院 1981
		森昭三 『養護教諭の仕事』 ぎょうせい 1981
		野津有司ら 学校保健における組織と運営に関する研究—秋田県の場合— 秋田大学教育学部研究紀要教育科学31 1981
1982	日本医師会『医師のための学校保健』 「V 医師と学校保健組織活動」（P.141 ～） 「関係者の組織による活動でなければならない。」「地域学校保健委員会を設ける事が極めて重要である。」と言及している。	遠藤佐久郎 地域における健康教育 学校保健研究24-9 1982
1983		岡田晃ら 子どもの健康の現状と学校保健の課題 学校保健研究24suppl.1982
		吉田瑩一郎ら『学校保健組織活動』 ぎょうせい 1983
		江口篤寿ら『学校保健の計画と評価』 ぎょうせい 1983
		村田謙二 『学校保健委員会30年間の実践記録』 新企画出版 1983
1984		富田龍夫 社会的要請にこたえる学校保健委員会 学校保健研究26-7 1984
		後藤英二ら 学校保健管理に関する調査研究 学校保健研究26suppl.1984
1985		青山松次 「学校保健安全計画」を評価する 学校保健研究27-7 1985
1986	学会シンポジウム；組織的活動の意義と役割（高石昌弘）	堀内久美子ら 学校保健委員会のすすめ方に関する研究 愛知教育大学教科教育センター研究報告10号 1986
		本川雅子 学校保健計画の実態について 学校保健研究28suppl.1986
		華表宏有ら 教師からみた学校保健委員会 同上
		北村梢男ら 奈良県下における学校保健安全計画と学校保健委員会に関する実態調査について 同上
1987	学会シンポジウム；学校保健における組織的活動の現状と課題（高石昌弘）	飯田澄美子ら『養護活動の基礎』 家政教育社 1987
	学会共同研究中間報告（その2）養護教諭の養成教育のあり方をめぐって	曾根智史ら 保健主事からみた学校保健組織活動 学校保健研究30suppl.1988
1988	高橋一夫 学会誌（特集）（へき地と学校保健）	松本敬子 新しい養護教諭像と現状との関連 同上
		藤本比登美ら 教員の学校空間認知 同上
		瀧岡健次ら 学校保健組織に対する教師の意識について 同上
1989		武田真太郎 学校保健と地域保健の連携 学校保健研究31-2 1989
1990	福士襄ら 学会誌（特集）学校保健と地域保健	学会共同研究班『これからの養護教諭の教育』 東山書房 1990
1991	学会シンポジウム；学校保健活動の活性化と継続性（松本敬子）	森昭三 『これからの養護教諭』 大修館書店 1991
1992	吉田瑩一郎学会誌（特集）学校保健委員会への期待	
1994		松浦尊磨ら 地域を基盤とした総合健康福祉システムと学校 学校保健研究36suppl.1994

1995		古川寿恵子 松ヶ丘地区学校保健連絡協議会の活動を通して 学校保健研究37suppl,1995
1996	学会シンポジウム；学校保健と養護教諭の役割（堀内久美子）	佐々木貴子ら 学校と地域の連携による包括的学校保健システム（1） 学校保健研究38suppl,1996 永井純子ら 学校と地域の連携による包括的学校保健システム（2） 同上
1997	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」「 <u>地域学校保健委員会の設置の促進に努める必要</u> 」	山田七重ら 生涯保健を目指した保健教育の現状と課題—地域保健との連携に着目して— 同上 勝野真吾ら わが国における包括的学校保健システムの開発についての研究（1）、（2）、（3）学校保健研究39suppl,1997 大道乃里江ら 養護教諭が行う学校保健活動の協力体制に関する実態調査 同上
1998		三木とみ子ら 養護教諭に必要な現代的資質・能力に関する研究 学校保健研究40suppl,1998 丁子智恵子ら 保健室経営の組織づくりに関する研究 同上
1999	日本学校保健会『学校保健委員会マニュアル』	高石昌弘 21世紀の学校保健—組織活動の進展に期待して— 学校保健研究41suppl,1999 實成文彦 地域保健と学校保健の連携 同上 西尾ひとみ 組織的な健康教育の推進と養護教諭 同上 平山素子ら 小学校における保健組織活動の実態 同上 平山素子ら 中学校・高等学校における保健組織活動の実態 学校保健研究42suppl,2000
2000		秀平佳織ら 地域と連携した思春期健康支援システムに関する研究（第1報） 学校保健研究43suppl,2001
2001		衛藤隆 地域保健計画と学校保健—連携の現状と課題—（教育講演7） 学校保健研究44suppl,2002
2002		辻清子ら 学校保健の視点からみた健康日本21の意味と課題 同上 采女智津江ら 中学校・高等学校における学校保健委員会活動に関する調査研究（第1・2報） 同上 高橋裕子 湯浅謹而研究—学校保健委員会にみる組織論を中心として— 同上
2003	日本学校保健会『学校保健活動推進マニュアル』	松浦磨麿 地域で子どもの健康を考える—地域と学校の連携による生活習慣病予防 学校保健研究45suppl,2003 大森由季子ら 学校・家庭・地域社会の連携に注目した喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育に関する研究—家庭の要因の実態— 同上 柴田宣之ら 同—家庭の要因間の関連— 同上 佐藤祐子ら 学校保健の地域連携推進に関わる市町村の施策と意識 同上 山田七重ら 健やか親子21公式ホームページの現状—学校保健と地域保健の連携のための活用— 同上 北宮千秋ら 養護教諭と保健師の連携影響要因比較 同上
2004	「学校・地域保健連携推進事業」	津村直子 学校保健と地域保健の連携に関する研究 学校保健研究46suppl,2004
2005	学会シンポジウム；学校保健と地域保健の連携—生活習慣病対策の問題点とこれからの展望— 健康教育推進学校第1回表彰 埼玉県医師会学校医会『学校医活動の手引き』 P.4で母子保健法に「『地域保健と学校保健との連携調和をはかるべきである』ことが明記されており、地域母子保健連絡協議会などには学校保健関係者も参加した組織作りが必要」としている。 東京都医師会『学校医の手引き』 P.18では「学校運営連絡協議会等の活用」についても言及している。	鈴江毅ら 特別支援教育推進体制モデル事業・小中学校巡回相談でのチームとしての活動—教育と医療の連携の試み— 同上 時館こずえら 教育委員会における健康教育推進のための組織と課題 学校保健研究 47suppl,2005 津村直子 学校保健と地域保健の連携に関する研究 同上 吉岡有紀子ら 中学生がすすめる学校保健委員会の取り組みの成果と課題—5校合同学校保健委員会「Let's eat! ふれあい家族 in KONOSU」の事例— 同上

2006	日本学校保健会『やってみませんか こんな学校保健委員会』	實成文彦 社会の中の学校保健—学校保健における公衆衛生学的接近—学校保健研究48suppl.2006 日垣慶子ら 「次世代育成支援対策地域行動計画」をふまえた外部講師による「生」と「死」の教育 同上 佐々木素子ら 企業のSocial Marketing（社会貢献活動）と性教育 同上
2007	学会シンポジウム；これからの食教育のあり方と学校保健のかかわり 学会シンポジウム；ヘルシースクール—世界の潮流— 学会シンポジウム；ヘルシースクールにおけるネットワークづくり—地域・学校・家庭の連携— 学会シンポジウム；ヘルシースクールを推進する養護教諭ラウンドテーブルディスカッション；ヘルシースクールの展開—家庭、地域と共に歩む楽しい学校づくりをめざして	西岡伸紀ら 包括的学校安全対策に対する評価システムの開発（1）—草津市… 同上 田畑佳代子ら 学校保健と地域保健の連携に関する調査研究 同上 大津一義 生き生きスクールの推進 学校保健研究49suppl.2007 原田幸男ら 企業が取り組む未成年者の飲酒防止対策 同上
2008	1. 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」 4. 「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」 6. 「学校保健法等の一部を改正する法律」成立	長村吉朗 養護教諭と学校医の関係 学校保健研究50suppl.2008 大森和枝 学校保健委員会における学校医・教職員・保護者の意識調査-栃木県T小 同上 西岡伸紀ら 包括的学校安全対策に対する評価システムの開発（2）—評価項目の改訂— 同上
2009	4. 学校保健安全法施行 第10条 学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する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。	宇都宮朝奈ら 学校（養護教諭）と学校医との連携推進の現状についての研究 日本教育保健学会年報第16号 2009

(野村和雄)

参考文献

日本学校保健学会「学校保健研究」誌、
日本医師会「医師のための学校保健」
埼玉県医師会学校医会「学校医活動の手引き」
東京都医師会「学校医の手引き」

日本学校保健会「学校保健の動向」各年度版
日本学校保健会「日本学校保健会八十年史」

学校保健ポータルサイト

学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ&A

発行誌「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」と併せ、アレルギー疾患のある児童生徒が安全・安心な学校生活を送れるよう本会の委員会で各専門家によって検討・編纂されたものです。



Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

2 学校保健参考ホームページ

- ◆学校保健ポータルサイト
<http://www.gakkohoken.jp/>
- ◆アレルギー疾患文部科学省関連資料
<http://www.hokenkai.or.jp/8/8-7.html>
- ◆平成21年度学校基本調査（速報値）
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/08121201/1282646.htm
- ◆平成20年度学校保健統計調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/1256666.htm
- ◆平成20年度体力・運動能力調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/1285611.htm
- ◆平成19年度学校給食実施状況調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/kyusyoku/1266428.htm
- ◆独立行政法人日本スポーツ振興センター事故事例・統計情報
<http://www.naash.go.jp/kenko/jyhouhou/jirei-tokei.html>
- ◆財団法人日本学校保健会公式ホームページ
<http://www.hokenkai.or.jp/>

（2009年10月20日最終アクセス）

学校保健ポータルサイト

全国感染症流行情報マップ



インフルエンザなどの感染症の流行状況を地図情報で見られるコンテンツ。学校欠席者情報収集システムの普及に伴い、稼動を準備中。（平成21年11月現在）

Yahoo やグーグルで、「学校保健」と検索 または
<http://www.gakkohoken.jp>

ア

アcantアメラバ角膜炎 36
 アスペルガー障害 59
 新しい学習指導要領 90 96
 アデノウイルス 20 36
 アトピー性角結膜炎 37
 アトピー性皮膚炎 28 29 37 43 46 47 48
 49 50
 アナフィラキシー 28 29 43 47 48 49 50
 アナフィラキシーショック 43 49
 アレルギー疾患 23 28 29 31 33 37 43 47
 48 49 50 128 129
 アレルギー疾患に関する調査研究委員会
 29 31 47 50
 アレルギー疾患に関する調査研究報告書
 23 29 31 50
 アレルギー性結膜炎 28 29 37 43 47 49
 アレルギー性鼻炎 28 29 43 47 49
 安全教育 124 125 127

イ

1型糖尿病 31
 飲酒 104 105 106 107 108 109 110 111
 112 113 114
 咽頭結膜熱 18 20 80
 インフルエンザ 5 6 7 8 16 17 18 19 20 27
 インフルエンザウイルス 5 6 7 9

ウ

うつ病 59 79
 運動器 51 52 53 54 78
 運動器疾患 51 52 53 54
 運動器機能不全 53 54

エ

エイズ 17 132 133 134 135 136 137 139
 衛生管理基準 88 91 92 93 95
 HPV(ヒトパピローマウイルス) 32
 栄養教諭制度 119 123
 エピペン 29 43 50
 エボラ出血熱 17 18
 MDMA 109 110
 MRワクチン 16 21 22
 エンテロウイルス 20 36

オ

O脚・X脚 53
 オートレフラクトメーター 35
 オスグッド病 53
 オタワ憲章 133 140
 オルソケラトロジー 33 35 36 38

カ

外反肘 53
 外反母趾 53
 学習指導要領 96 103 104 105 106 109
 110 111 112 119 125 128 136 137 139
 142 143 149 158
 学習障害 59
 覚せい剤 108 109 110 111 112 114
 学年閉鎖 8
 学級閉鎖 8
 学校安全 124 127 129 147
 学校安全法 141
 学校眼科健診 33
 学校環境衛生 85 86 87 88 89 97 98 102
 学校環境衛生基準 1 2 86 87 88 89 149
 学校環境衛生の基準 86 87 88 89 98 102
 学校感染症 17 18 19 20 36 44
 学校休業 7 8
 学校給食 86 88 91 92 93 94 95
 学校給食衛生管理基準 88 91 95
 学校給食の食品衛生 88
 学校給食法 86 88 91 94 119
 学校教育法 40
 学校健康診断 9 28
 学校施設整備指針 88
 学校心臓検診 25 26
 学校生活管理指導表 25 29 31 33 37 48
 50
 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)
 29 37 48 50
 学校伝染病 44
 学校における麻しん対策ガイドライン 22
 学校尿検査 31
 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイ
 ドライン 23 28 29 31 43 47 48 50
 学校閉鎖 7
 学校保健安全法 1 2 3 4 8 9 18 19 33 34
 36 44 54 86 87 88 96 141 147 149 153
 学校保健安全法施行規則 1 2 3 4 18 34
 86 87
 学校保健計画 1 3 4
 学校保健施行規則 17 19 25 26 27
 学校保健統計調査 9 10 11 12 23 27 28
 34 53 54 55
 学校保健法 1 4 17 19 25 30 44 54 86 87
 89 147
 学校保健法施行規則 1 4
 発達障害児特性調査票 42
 過マンガン酸カリウム消費量 46
 眼鏡 34 35 36 38
 環境衛生管理 85 86 88 89

環境衛生検査 1 2 3 4 85 86 87 88
 感染症 3 5 7 8 17 18 19 20 22 27 32 35
 36 44 59 79 80 86 94 99 101 102 105
 128 132 133 134 135 136 137 138
 感染症予防法 17 18 19
 感染性胃腸炎 20
 感冒 27

キ

気管支ぜん息 29 43 48
 器質性精神疾患 59
 季節性インフルエンザ 5 7
 喫煙 104 105 106 107 108 109 110 111
 112 113 114
 喫煙・飲酒・薬物乱用 105 106 110
 機能的な精神疾患(内因性精神病) 59
 急性灰白髄炎 18
 急性出血性結膜炎 18
 胸囲 84
 教育基本法 119 128 132
 教育相談 63 66
 教職員健康診断 78
 狭心症 25
 近視 34 35 36

ク

空気感染 7 8
 クラスター(集団)サーベイランス 20
 クラミジア 8 17 136
 クリミア・コンゴ出血熱 18

ケ

経口感染 8
 結核 16 17 18 19 23 27
 結核検診 27
 結核予防法 18 19 27
 健康管理 115 130 133 136
 健康教育 140 141 142 143 144 145 148
 150 151 153
 健康相談 2 3 4 56
 健康日本21 107 108
 原発性糸球体腎炎 30

コ

公衆衛生 140
 後天性免疫不全症候群 17
 広汎性発達障害 59
 高病原性鳥インフルエンザ 17 19
 コカイン 112
 国際学校保健 83
 小指骨折後変形 53
 コレラ 18 19

コンタクトレンズ 35 36 38

サ

災害共済給付制度 67 72

細菌性赤痢 18 19

財団法人交通事故総合分析センター 73

座高 9 12 23 84

シ

色覚異常 37

色覚検査 37

色覚バリアフリー 33 37

色覚バリアフリーQ&A 37

子宮頸がん 32

歯周病 56

自尊感情 133

歯肉炎 56

紫斑病性腎炎 30

耳鼻咽喉科学校健診 39 40 41

ジフテリア 16 18

自閉性障害 59

死亡見舞金 67 68 69 72 73

弱視 33 34 38

斜視 33 34 38

就学時健診 33 34 42

重症急性呼吸器症候群(SARS) 17 19

出席停止期間 36 44

小児糖尿病 31

小児ネフローゼ症候群 30

上腕骨外上顆炎 53

食育 24 115 116 117 118 119 120 121
122 123

食育基本法 115 116 117 119 120

食育推進計画 115

食育推進宣言 116 117 118

食中毒 86 91 94 95

食物アレルギー 28 29 43 47 48 49 50

視力検査 33 34

心因性視覚障害 37

新型インフルエンザ 5 6 7 8 17 18 19 20

腎疾患 30 31

心臓肥大 25

心臓病 25 31

腎臓病 25

身長 9 10 11 12 23 51 77 78 84

心電図検査 25 26

シンナー 108 110 111

心内膜炎 25

腎尿 30

心包炎 25

心膜炎 25

ス

水痘 16 18 20

睡眠呼吸障害 39 40

スクールカウンセラー 61 63 64 65 130

セ

生活習慣病 103 104 105 110 111 122
123 128

性感染症 17 132 133 134 135 136 137
138

性教育 132 133 134 135 136 137 138 139

性に関する教育 132 133 134 135 136 137
138 139

接触感染 6 8

セルフメディケーション 96

洗眼 33 38

ぜん息 27 28 29 43 47 48 60

先天性股関節脱臼 53

先天性腎疾患 30

ソ

躁うつ病(双極性障害) 59

瘦身傾向児 23 24

総トリハロメタン 98 99 102

足底筋膜炎 53

側弯症 52 53 54

その他の感染症 18 20 44

タ

体重 9 11 12 23 24 51 77 78 79 84

大腸菌 18 46 99

大腸菌群 99 100

大麻 109 110 111 112 114

体力・運動能力調査 13 14

体力運動能力発達調査 9

濁度 46

チ

知的障害 59

注意欠陥/多動性障害(AD/HD) 59

腸管出血性大腸菌O157 91 92

腸管出血性大腸菌感染症 18

朝食欠食 120

腸チフス 18 19

ツ

ツベルクリン検査 27

テ

手足口病 8 20

定期学校健康診断 9

定期健康診断 27 33 37 54

DPT 16

DT 16

伝染病 19 44

ト

統合失調症 59

踵骨骨端炎 53

痘そう 18

糖尿病 20 25 30 31

特別支援学校 13 40 41 42 86 88 90 96
97 110 125 129

特別支援教育 40

独立行政法人日本スポーツ振興センター
26 56 67 72 75

独立行政法人日本スポーツ振興センター法
72

鳥インフルエンザ 17 18 19

トリハロメタン 46

ナ

内反肘 53

南米出血熱 18

ニ

2型糖尿病 31

二次性徴 134

日光網膜炎 38

日本学校歯科医会 58 76 115 116 117
118

日本眼科医会 33 35 36 38

日本小児皮膚科学会 44 45

日本脳炎 16

日本皮膚科学会 43 44 45

日本臨床皮膚科医会 44 45

尿検査 30 31

尿潜血 30

尿蛋白 30

尿糖 30 31

妊娠中絶 132 133 134 137

ノ

望まない妊娠 133 136

ノロウイルス 8 20 92 93 94

ハ

パーセンタイル値 9

ハードコンタクトレンズ 35

肺炎マイコプラズマ 80

発達障害 59 61 62

早寝・早起き、朝ごはん 121

早寝早起き朝ごはん 156 158

バラチフス 18 19

バンコク憲章 133

パンデミック 5 7 8 19 20

ヒ

ピア・エデュケーション 17

ピアプレッシャー 107 134 137

B型肝炎 16

BCG 16 19 27

BCG接種 19 27

pH 46

膝蓋大腿関節障害 53

膝半月板損傷 53

ヒトパピローマウイルス(HPV) 17

飛沫核感染 7

飛沫感染 6 7 8

肥満傾向児 23

肥満度 23

百日咳 8 16 18 80

フ

風しん 8 16 18 20 21 22

ヘ

平成20年学校保健統計調査速報 34

平成20年度 子どもの健康を守る地域専門
家総合連携事業 43

ペスト 18

ヘルスプロモーション 133 140 153

ヘルパンギーナ 20

扁平足 53

弁膜症 25

ホ

保健管理 1 3 4 115 116 117 129 141 153

保健教育 103 105 106 115 116 117 129
148 149 153

保健指導 2 3 4 36 45 54 56 62 77 78 84
96 140 144 147 149 153

母子健康手帳 16 45

ポリオ 16

マ

マールブルグ病 18

マイコプラズマ肺炎 8

マウスガード 57

マウスピース 57

麻しん 16 18 20 21 22 80

麻薬 109 110 111 112

ム

むし菌 55 56 58

無症状糖尿病 31

メ

メンタルヘルス 59 60 61 62 63 64 65 66
80 128 129

ヤ

野球肘 53

薬物乱用 96 97 104 105 106 107 108 109
110 111 112 113 114 128 132 138

薬物乱用防止 105 107 109 110 111 112
113

薬物乱用防止教室 112

ユ

有機溶剤 108 110 111 114

有痛性外脛骨 53

遊離残留塩素 46

ヨ

予防接種 16 17 21 22 32

ラ

ライフスキル教育 84

ラッサ熱 17 18

リ

離断性骨軟骨炎 53

流行性角結膜炎 18 36

流行性耳下腺炎 8 16 18 20 22

レ

レーシック 35

レジオネラ症 17

ロ

ロタウイルス 20

ワ

ワクチン接種 16 21 22 32 80

執筆者一覧〈50音順〉

(敬称略)

赤	井	淳	二	社団法人日本学校歯科医会常務理事
朝	田	芳	信	鶴見大学歯学部教授
石	井	一	夫	全国学校保健主事会会長
井	上	靖	二	井上耳鼻咽喉科医院院長
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
内	尾	祐	司	島根大学医学部整形外科学教授
内	田	健	夫	社団法人日本医師会常任理事
宇	津	見	一	社団法人日本眼科医会常任理事
大	澤	清	二	大妻女子大学人間生活文化研究所所長
笠	原	賀	子	桐生大学医療保健学部教授
北	垣	邦	彦	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
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	沼	杏	坪	医療法人せのがわKONUMA記念広島薬物依存研究所所長
白	井	美	佐	独立法人日本スポーツ振興センター
瀧	澤	利	行	茨城大学教育学部教授
田	中	俊	昭	日本学校薬剤師会会長
田	中	延	子	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課学校給食調査官
十	一	元	三	京都大学大学院医学研究科教授
戸	田	芳	雄	浜松大学健康プロデュース学部教授
内	藤	昭	三	財団法人日本学校保健会顧問（前専務理事）
長	島	美	保	社団法人全国学校栄養士協議会副会長
中	田	郁	平	社団法人日本学校歯科医会会長
西	間	三	馨	国立病院機構福岡病院名誉院長
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
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	社団法人日本学校歯科医会専務理事
水	戸	俊	子	全国養護教諭連絡協議会会長
向	井	美	恵	昭和大学歯学部口腔衛生学教室教授
森		良	一	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課教科調査官
安	井	良	則	国立感染症研究所感染症情報センター主任研究官
山	田	正	興	社団法人東京都医師会学校医委員会委員
雪	下	國	雄	財団法人日本学校保健会専務理事
弓	倉		整	社団法人東京都医師会理事
渡	邊	正	樹	東京学芸大学教育学部養護教育講座教授

平成21年度版学校保健の動向編集委員会委員一覧〈50音順〉

(敬称略) ◎委員長

勝	野	眞	吾	岐阜薬科大学学長
高	石	昌	弘	東京医科大学客員教授
◎内	藤	昭	三	財団法人日本学校保健会顧問（前専務理事）
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	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

なお、本書の作成に当たり、下記の方々に多大なご指導とご協力をいただきました。

高	山	研	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課専門官
北	垣	邦彦	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
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
田	中	延子	文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課学校給食調査官

学校保健の動向（平成21年度版）

平成21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 文 唱 堂 印 刷 株 式 会 社
〒101-0025 東京都千代田区神田佐久間町3-37
Tel.(03)3851-0111（代表）

定価3,000円