

学校保健 の 動向

平成 22 年度版

特集内容

1. 新型インフルエンザ
(インフルエンザ A/H1N1 2009) の流行
—平成 21 年度の経緯からこれまで、そして今後の対応—
国立感染症研究所感染症情報センター センター長 岡部 信彦
2. 我が国の青少年の薬物乱用の実態と
薬物乱用防止教育
岐阜薬科大学 学長 勝野 眞吾



財団法人 日本学校保健会

学校保健の動向

平成22年度版

財団法人 日本学校保健会

発行のことば

本書は、昭和48年発行以来、学校保健に関する内容を健康管理、環境衛生、健康教育等に章分けし、さらに各項目をそれぞれの分野でご活躍されている方々にご執筆していただいております。また、特集ではその年に特筆すべき話題を掲載しています。

今回の特集は、前年度に流行した新型インフルエンザに関する内容と近年相次いで報道されています若者の薬物乱用問題を企画として取り上げました。学校では、麻しんなど従来の感染症に加え、新型インフルエンザのような新しい感染症にも迅速で適切な対応が求められています。この他にもアレルギー疾患のある児童生徒への対応、発達障害やメディアが子どもの健康に与える影響など学校保健が担うべき課題は多岐にわたっており、保健管理や指導、健康教育の推進・充実、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となっています。

本書はこれまで本会の直接販売のみの取り扱いでしたが、この平成22年度版からは装丁も新たに、一般の書店等でもご購入いただけるようになりました。これにより学校保健関係者、養護教諭を養成する方のみならず、これから学校保健や健康教育に携わっていかれる方々のお手元にも届きやすくなりました。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・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、その成果を我が国の健康教育の向上に役立てていただければ大変光栄です。

末尾になりましたが、本書を発行するにあたり、ご執筆等にご尽力いただきました方々、本書の編集委員の方々に心よりお礼を申し上げます。

平成22年11月

財団法人 日本学校保健会

会長 唐 澤 祥 人

平成22年度版「学校保健の動向」

目 次

発行のことば	i
特 集	
1. 新型インフルエンザ（インフルエンザ A/H1N1 2009）の流行 —平成 21 年度の経緯からこれまで、そして今後の対応—	1
2. 我が国の青少年の薬物乱用の実態と薬物乱用防止教育	7
第 I 章 健康管理の動向	
1. 児童生徒の発育・発達	15
2. 感染症	23
3. 児童生徒の健康管理	29
3-1 栄養状態	29
3-2 循環器	31
3-3 呼吸器	33
3-4 腎・尿路系	36
3-5 眼科	39
3-6 耳鼻咽喉科	46
3-7 皮膚科	50
3-8 アレルギー科	55
3-9 整形外科	59
3-10 歯科・口腔外科	64
4. 児童生徒のメンタルヘルス	69
5. 児童生徒の事故・災害	74
6. 教職員の健康診断	84
第 II 章 学校環境衛生の動向	
1. 学校環境の衛生管理	97
2. 学校給食の衛生管理	102
3. 全国調査からみた学校環境衛生	107
第 III 章 健康教育の動向	
1. 保健体育	113
2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育	119
3. 歯・口の健康教育	129
4. 食育・栄養教育	133
5. 安全教育	139
6. 心の健康教育	143
7. 性教育・エイズ教育	147

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	155
2. 学校医（日本医師会における学校保健活動）	159
3. 学校歯科医（日本学校歯科医会）	161
4. 学校薬剤師（日本学校薬剤師会）	164
5. 保健主事（全国学校保健主事会）	166
6. 養護教諭（全国養護教諭連絡協議会）	170
7. 栄養教諭・学校栄養職員（全国学校栄養士協議会）	173

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）	177
2. 学校保健関連参考ホームページ	186

索引	187
----	-----

コラム

■医薬品に関する教育	6
■子どもの体力・運動能力の低下で何が問題か	22
■HPV感染と子宮頸がん予防ワクチン	28
■東京都立高校の学校心臓検診	38
■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—	68
■日本の健康思想の展開 その1. 日本の伝統的な健康の概念	83
■日本の健康思想の展開 その2. 医療の大衆化 —養生論の展開—	94
■成人の百日咳	95
■国際学校保健・開発協力の動向	96
■歯科からみた喫煙防止教育	132
■セーフティプロモーション	142
■日本の健康思想の展開 その3. 健康観の近代化	154
■「食と咀嚼に対する実態等の調査」から	176

特集1

新型インフルエンザ (インフルエンザA/H1N1 2009) の流行

—平成21年度の経緯からこれまで、そして今後の対応—

国立感染症研究所感染症情報センター センター長 岡部信彦

特集

1
新型インフルエンザ(インフル
エンザA/H1N1 2009)の流行

はじめに

20世紀に3回、通常の流行を超える大規模なインフルエンザの発生があったが、1968年の香港型インフルエンザの登場以来40年間、人類は通常と異なるインフルエンザの来襲は受けてこなかった。そこで新たなインフルエンザの地球規模での流行(パンデミック)への備えが、ここ数年、大きな関心を持って世界中ですすめられてきた。

そのような中、2009年4月12日、メキシコのVeracruzで肺炎による死亡者およびインフルエンザ様疾患が増加していることがWHOに報告され、ついで4月15～17日、米国南カリフォルニアにおいて2名のかぜ症状の小児から分離されたウイルスが、これまでに人類が経験したことがないインフルエンザウイルスであったことから判明し、ほどなくメキシコの患者から分離されたウイルスと、米国の患者から分離されたウイルスは同一であ

ることがわかった。そして、新しいインフルエンザウイルスによる感染がさらに各地で広がりはじめていることが明らかになってきたため、WHO(世界保健機関)は、4月24日、これを国際的に重要な公衆衛生上の事例(Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)であると宣言し、4月27日にはパンデミックフェーズがそれまでの3から4になった(新しいインフルエンザウイルスがヒトからヒトへと広がりはじめている)。その後、感染の拡がりがある限られた地域だけではなく、世界に広がっているとの見方から、疾病としては比較的軽症であるが、とした上でフェーズ6とした。2010年8月10日、世界の流行状況からWHOは、PHEICおよびパンデミックフェーズ6を解消し、Post-pandemic(後-パンデミック期)としている。

新型インフルエンザの流行

新型インフルエンザは瞬間に世界中に拡大した。我が国では、2009年5月9日に成田空港検疫で新型インフルエンザの患者が検知され、その後5月16日に神戸市、ついで17日に大阪府内で確定例の確認があり、兵庫県内、大阪府内の高校を中心にした集団感染が明らかとなった。地域での学校閉鎖や濃厚接触者に自宅待機を要請するなどの対策が行われ、そのために兵庫県内や大阪府内での一般社会への拡がりはかなり抑えられ、重症者・死亡者の発生はなかった。海外では最初の発生が重症患者を伴いながら患者数の増加が確認されることが多く、日本の発生パターンはその点でユニークであった(図1)。

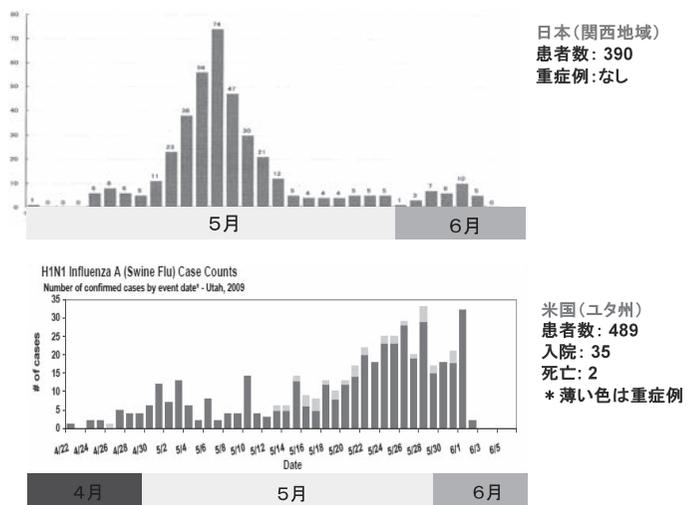


図1 国による流行状況の違い(WHO)

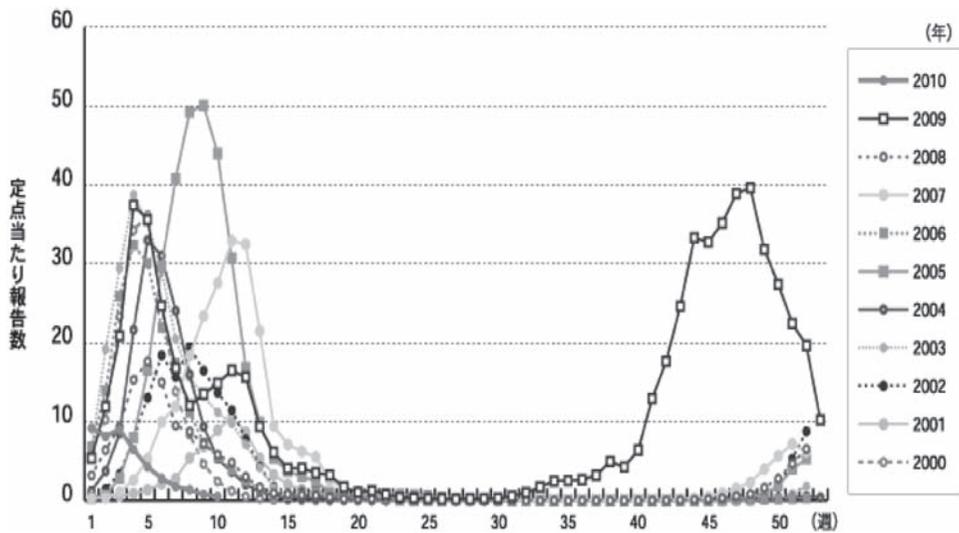
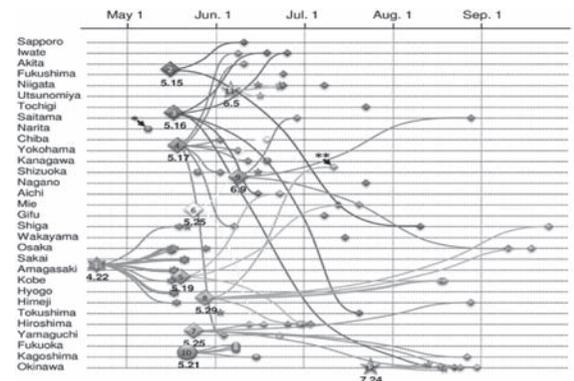


図2 インフルエンザの年別・週別発生状況 (2000～2010年第10週)

しかし、6月中旬頃から再び日本各地での発生が続き、8月頃に例年であれば12月のようなインフルエンザ様疾患の発生状況となり、10-11月に例年の冬のような流行状況となり、そして12月に入りようやく減少傾向となった(図2)。なお、最初の兵庫、大阪地域で発生した流行のウイルスと、その後に関西方面で流行したウイルスは、分子疫学的にみると異なる小クラスターからなるものであり、最初の関西方面のウイルスは消え去り、その後改めて海外から侵入してきたものと、我々は考えた(図3¹⁾)。

平成22年第4週における国内における報告患者数(全国約5,000ヵ所のインフルエンザ定点からのインフルエンザ様患者)は200万人に達し、受診患者数は推計約2,059万人超となった。これは過去10年間のインフルエンザ(季節性インフルエンザ)の流行の最大であった2004/05年シーズンの報告患者数148万人(推計1,770万人)を超えたが、ピークの高さは季節性インフルエンザのそれを下回った(図2)。一方、流行期間を

定点あたり報告数が1.0を超えた(我が国において、インフルエンザ「流行」の指標としている)週数としてみると、これまでの通常13～19週間、最長25週間(2008/09年シーズン)を大きく上回った29週間となった。



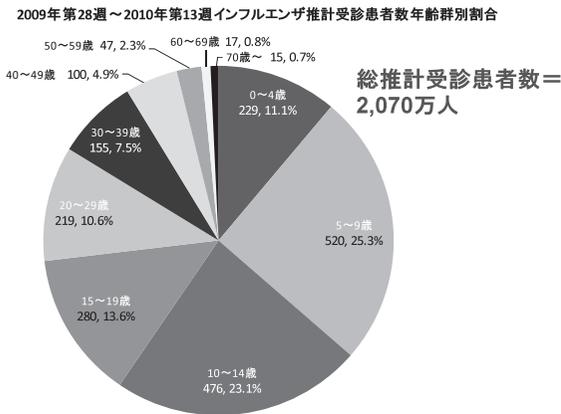
Shino T, Okabe N et al: PLoS ONE 5(6): e11057. doi:10.1371/journal.pone.0011057

図3 日本国内の感染クラスター (micro-clad) の感染拡大の様相

新型インフルエンザの症状・合併症・重症例・死亡例

新型インフルエンザの典型的な症状は、季節性インフルエンザとほぼ同様であった。肺炎を起こすと重症になりやすいことも季節性インフルエンザと同様である。季節性インフルエンザでは高齢者の二次性肺炎が最も多く、死に至ることも少なくないが、一方新型インフルエンザでは、若い年代でのウイルス性肺炎が多く

みられているが、これらの理由はまだ明らかになっていない。また小児の場合、いわゆるplastic bronchitis (鑄型気管支炎) およびそれに伴う急速な肺気腫と呼吸状態の悪化の一方、プラスチック様粘液栓の除去による急速な呼吸状態の回復例が多かったことが、小児科入院医療機関からの症例報告よりうかがえる。



2009年第28～2010年第13週(7月6日～4月4日)まで

図4 インフルエンザ全国推定受診患者数年齢群別割合

患者発症は5～14歳に多く、中高年での発症は少なかった(図4)。ただし、中高年層での発症および死亡数は少ないものの、一旦発病した場合の致死率は小児をはるかに上回った(図5)。入院患者の1/3程度は基礎疾患を有するものであるが、基礎疾患のないものでも重症化することがあり得ることが、特に小児で多くみられた。また小児では比較的軽症発作のあるぜん息児でも肺炎を発症して入院している。

ただし、新型インフルエンザによると思われる死亡率(人口10万人あたり)は世界ではほぼ最低に位置している(図6)。しかし、これらの印象から「すべて軽くすんだ」と考えるのは早計である。小児科開業医を中心としてこれまで10年間運用されてきた「MLインフルエンザ流行前線情報データベース」²⁾によれば、第一線小児科医から入院医療機関への紹介率は、季節性インフルエンザのおよそ10倍になったことが報告されてお

感染経路、感染期間、休校・休園、早期検知

新型インフルエンザも季節性インフルエンザと同様、飛沫感染が中心でそれに接触感染が加わるが、重症患者への気管内挿管などの操作時を除いては空気感染は稀と考えられる。これは学校の教室における感染の拡大は隣同士などの感染が圧倒的に多く一気に教室中に広がることはないこと、航空機機内で感染したと思われる例は極めて稀であること、などの疫学調査成績から説明される(感染症情報センター:論文として未発表)。

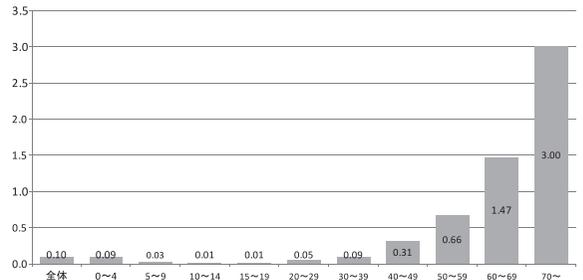
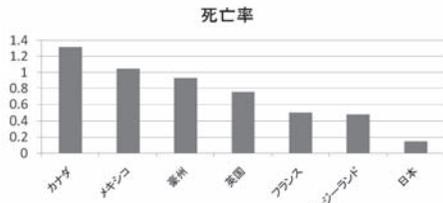


図5 推計受診患者1万人当たりのインフルエンザによる致死率年齢群別グラフ(2009年7月28日～2010年3月30日)

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	フランス	NZ	日本
集計日	2/13	3/13	3/12	3/12	3/14	3/16	3/21	3/23
死亡数	推計 12,000	429	1,111	191	457	309	20	198
人口10万対死亡率	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.50	0.48	0.15

※尚、各国の死亡数に関してはそれぞれ定義が異なり、一時的に比較対象とならないことに留意が必要。



出典:各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

図6 新型インフルエンザによる死亡率の各国比較

り、第一線の小児科開業医における新型インフルエンザの重症感は、季節性インフルエンザのそれを遙かに上回ったといえよう。

また、新型インフルエンザでも我が国においては急性脳症が少なからず発生しており、感染症法に基づいて届け出られたインフルエンザ脳症患者数は300例近くとなっている。年齢層は、従来幼児での発生が多かったが、今回は小学校低学年層にそのピークが移っている。これらの理由もまだ明確にはなっていない。

て、感染拡大予防の観点からは、学級閉鎖期間としてはできれば土日をはさんで1週間は必要である、とするコメントを我々は出している。また、解熱後2日間または発熱から7日間の長いほうの期間は、できれば人前に出ないほうがよいというコメントも出した。

新型インフルエンザ発生当初は、ウイルスの本質は不明であり、臨床像も明らかではなかったところから、新型インフルエンザ行動計画に沿う形で、患者が発生していない学校・幼稚園・保育園などの大規模な休校・休園が行われた。その効果は、先にも述べたが、各地で当初の発生は極めて小規模に抑えられ、またウイルス学的にも裏付けられる結果であった。

疾病の様子がわかってきた現在は、そこまでの対策は今後必要がないと思われる。しかしそれには患者発生はある程度止むを得ないという認識も必要である。学校あるいは幼稚園・保育園における対策は、ひとつは患者となった個人をきちんと回復させるということと、感染拡大をできるだけ抑えるという集団の健康を考えると、二面性がある。また今回のように社会防衛的役割を果たしたという大きい意味合いもある。しかし一方では、感染していない健康者が休むこと、教育・学校行事が滞ること、父兄の生活形態の変化も余儀なくさせられることなどの影響も大きく、そのバランスをとら

なくてはいけないが、なかなか困難なことではある。

海外では季節性インフルエンザでの休校・休園などの習慣があまりないこと、欧米などでは授業形態が異なること（クラスごとの授業ではなく科目別の授業であり、日本のように教師がクラスに来るのではなく、生徒が特定の科目のクラスに集まる）、子どもが学校に行けないことによる親の勤務の休みが雇用に関わってくる可能性があること、途上国では休校・休園による給食の滞りが低栄養に結びつきかねないことなど、我が国の様な対策は現実的ではなかったと述べるころは多いが、一方では疾病負担が激しい場合には、十分考慮すべき対策であることも明らかになったといえる。

なお、流行の状況を把握し、早期の対応を行うためには、疾患の早期検知が重要である。今回の新型インフルエンザの流行にあたり、学校の欠席状況などを疾患別ではなく、症状別に把握する（症候群サーベイランス）ことにより早期に検知できることが理解されるようになり、学校欠席調査システム（学校欠席者サーベイランス）³⁾、保育園欠席調査システム（保育園欠席者サーベイランス）⁴⁾などが構築され、全国各地の自治体、小学校、保育園幼稚園などの協力を得て、実施されている。インフルエンザのみならず、学校・幼稚園・保育園などにおける感染症の早期把握に有用である。

治療・予防・ワクチン

多くの国では抗インフルエンザウイルス薬など使わずに、患者の大多数は自然に回復しているが、WHOは抗ウイルス薬であるオセルタミビルとザナミビルによる早期治療の重要性を強調している。早期治療は合併症発症のリスクの高い症状が重い患者や、症状が急速に悪化している患者に特に重要である、ともしている。我が国ではこれらの抗インフルエンザ薬は、通常のインフルエンザにおいてすでに広く普及しており、誰が悪化しやすいかということが判断できない状況では、これからの傾向は変わらず広く使われるであろう。しかしインフルエンザは基本的には自然回復傾向の強い疾患であり、一律に投与するような医療を行うべきではなく、医師はそこに裁量と判断を行うべきであると筆者は考える。

全国の地方衛生研究所等で行われているオセルタミビル耐性遺伝子H275Yをもった新型インフルエンザウ

イルスの調査では、これまでのところのその割合は1.05%（2010.9）である。これら耐性株のほとんどは、オセルタミビルの予防投与または治療投与中のケースから散見されている。現時点では、耐性株がヒトからヒトへと感染伝播した例はほとんどなく、地域社会にも広がっていない。しかし、日本は世界最大のオセルタミビル使用国であることから、今後も耐性株が増えていくことも予想され、注意深い観察が必要である。また目下のところザナミビル耐性は確認されていない⁵⁾。

新型インフルエンザが発生当初は、詳細が不明でありまた感染の拡大を少しでも抑えるという意味で予防投薬も行われた。集団発生に当たっては予防投薬群の方が発症が少なかったとする成績も得られているが（感染症情報センター：論文準備中）、流行拡大時にはいつから開始しいつまで続けるかの目安がはっきりわからなくなってくること、予防投薬で薬を使いすぎる

と肝心の治療用の薬に不足を生じる可能性があり得ること、薬剤耐性を獲得したインフルエンザウイルスが増加する危険性のあることなどから、予防投薬は原則として行わず、治療に抗インフルエンザ薬を使用することを、基本的な方針とすべきであろう。

ワクチンは我が国では国産の新型インフルエンザワクチンが中心となって、成人量として2,000万回分相当以上が接種されたと推計されている。国産ワクチンは、原材料となるウイルスを新型インフルエンザウイルスとした鶏卵培養法によるHAワクチンであり、基本的には季節性インフルエンザと同様のものである。当初は2回接種が必須であると世界中が考えていたが、臨床治験成績からは基本的には小児を除いては1回の接種で一定の免疫反応がみられることが確認され、我が国では12歳未満の小児を除いては基本的には1回の接種となった。副反応については現時点で季節性インフル

ンザを超える重大な問題はないとされる。

世界中でインフルエンザA/H1N1 2009（新型インフルエンザ）が流行の中心となりA/H1N1（ソ連型）はほぼ消え去った状態となり、A/H3N2（香港型）は少々、B型は2010年に入り各地でみられていることなどより、2010/2011年シーズン（今年の冬から来年の春）向けのワクチンは、南半球も北半球もそして我が国も

A/California/7/2009 (H1N1) -like virus（新型）
A/Perth/16/2009 (H3N2) -like virus（香港型）
B/Brisbane/60/2008-like virus（ビクトリア系統）
となった。

我が国では平成22-23年度の国産インフルエンザワクチンは、約2,900万本（1バイアル1.0mlとして）相当、大人1回0.5ml接種として約5,800万人分が生産見込みとなっている。

おわりに

インフルエンザは、季節性インフルエンザであっても新型であっても、多くの人はほぼ自然に回復する。しかし膨大な人が毎シーズン発症している。罹患者が多くなれば、たとえその頻度は低くても重症者、合併症併発者、死亡者の数は増加する。殺到する軽～中等症者の外来治療と、重症者を如何に速やかに救うかが、医療における大きな命題である。学校などにおいては、個人の回復・重症化予防と同時に、集団での感染拡大予防策も併せて考慮しなくてはならない。

回復する多くの人それぞれが自分が治れば後はよいというのではなく、それを人に感染をさせないという気持ちを少しでも持っていただければ、感染者の拡大は鈍るであろう。罹患者が少なくなれば、重症者・死亡者数も少なくなる。インフルエンザおよび感染症の対策は「わがまま社会」ではなく「思いやり社会」である

必要がある。

今回の新型インフルエンザ患者の中には、重症肺炎や急性脳症発生例そして死亡例も発生した。しかし一方では、我が国における入院者や死亡者発生の状況、妊婦の入院率などは諸外国に比して最低レベルとなっており、国際会議・国際学会などでも注目されているところである。これは決して自然にそうなったのではなく、臨床医・公衆衛生担当者・学校保健担当者などの努力、そして一般の人々の新型インフルエンザに関する関心の高さが大きな影響を与えたのではないかと考えている。

来るべきシーズンにあたって「新型インフルエンザ」であったから大変であり「季節性インフルエンザ」であれば心配がない、のではなく、「インフルエンザ」という疾患に対しては常に警戒が必要である。

文献

1. Shiino T, Okabe N et al: PLoS ONE 5 (6) : e11057. doi:10.1371/journal.pone.0011057)
 2. MLインフルエンザ流行前線情報データベース : <http://ml-flu.children.jp>
 3. 学校欠席者サーベイランス : <http://www.syndromic-surveillance.net/gakko/index.html>
 4. 保育園欠席者サーベイランス : <http://www.syndromic-surveillance.net/hoikuen/index.html>
 5. 国立感染症研究所感染症情報センターホームページ「インフルエンザウイルス分離・検出速報 2009/10シーズン（季節性+AH1pdm）」 : <http://idsc.nih.gov/jp/iasr/influ.html>
- その他参考資料として
国立感染症研究所感染症情報センターホームページ「新型インフルエンザ」「インフルエンザ」 <http://idsc.nih.gov/jp/index-j.html>

薬事法の改正により、平成21年6月から一般用医薬品の販売制度が大きく変わり、大きく3つに分類されるとともに、販売時の薬の置く場所や販売者についてもそれぞれの分類に応じて異なるものとなった。

こうした背景は、WHOが提唱するセルフメディケーションの考え方等に基づくものである。消費者は自己の健康管理に際し医薬品を必要とする場合の対処として、こうした背景を十分に理解した上で適切に医薬品を使用することが望まれる。

平成20年に改訂された新しい学習指導要領では、医薬品に関する指導の充実が図られ、中学校保健体育科保健分野に盛り込まれるとともに、体系化が行われ、「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、使用量などの使用方法があり、正しく使用する必要が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。

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、およ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うえで使用方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。

医薬品に関する指導は、これまで高等学校の科目保健以外では、特別活動などの時間を活用し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、第9条に保健指導に関する内容が新たに盛り込まれ、学校保健安全法施行規則第24条においても学校薬剤師の保健指導に従事することが盛り込まれている。学校薬剤師は医薬品に関する専門性が高いことから、医薬品に関する指導に際してはチームティーチングなどにより、効果的な実践を進めることも望まれている。

ところで、日本学校保健会では、医薬品に関する指導の参考となるようパンフレットを作成してきた。それぞれのパンフレットは、Q & Aを構成の基本としている。なお、小学校では、医薬品に関する内容は学習指導要領に位置づけられていないが、前述のように保健指導等で指導する可能性も高いことから、発達段階を踏まえた指導を進めるための教材として活用されることが望まれる。

(鬼頭英明)

特集2

我が国の青少年の薬物乱用の実態と
薬物乱用防止教育

岐阜薬科大学 学長 勝野真吾

特集

2

我が国の青少年の薬物乱用の実態と薬物乱用防止教育

はじめに

この2、3年の間に大都市圏にあるいくつかの大学で学生の大麻乱用、売買事件が相次いで報道され、また芸能人や教員による覚せい剤、MDMA（エクスタシー）乱用事例、中学生の大麻乱用など薬物乱用問題がマスコミを騒がせている。

覚せい剤、MDMA、大麻などの違法薬物の乱用は、現代社会の抱える最も深刻な問題のひとつである。依存性のある薬物の乱用は個人の健康を著しく傷つけるばかりでなく、社会全体にも暗い影響を与える。我が国で、実刑判決を受けた犯罪のうち実にその1/3は薬物乱用が絡むものである。

依存性のある薬物を乱用すると、そこから抜け出すことは困難で、薬物乱用事犯は再犯率が極めて高いのが特徴である。また、薬物乱用者のほとんどは、最初の薬物乱用の経験を青少年期にもっている。したがって、薬物乱用に対しては「第一次予防」、すなわち危険な薬物に手を染めることそのものを防止することが対策の第一となり、その主な対象は青少年；児童、生徒、学生などとなる。

「第一次予防」の具体的な働きかけの方法は、教育

である。「Drug Free」、薬物のないクリーンな社会を築くために世界各国は共通して教育、特に「学校教育」を通じた予防を最も重視している。薬物に手を染める危険が高い年齢は学齢期に重なるので、この観点からも学校における薬物乱用防止教育が重要となるのである。

ここ数年のように薬物事件の報道が重なると、社会の関心が集まり、急に薬物乱用が拡大したように思われるが、我が国は幸いにも世界でも薬物乱用が少ない国である。薬物乱用問題には、センセーショナルな取り上げ方がされないと世間の目が向かないという不幸がある。そして、センセーショナルな部分が飽きられると関心が遠のき、それに乗じて薬物乱用が広がる。

ここでは、まず最近問題となっている覚せい剤、MDMA（エクスタシー）および大麻乱用の危険性に触れ、次いで我が国の青少年における薬物乱用の実態を最新のデータで示すとともに、世界の各国と比較して示す。そして、薬物乱用防止対策、特に学校教育を通じた予防とモニタリングの重要性について述べたい。

覚せい剤、MDMA（エクスタシー）および大麻乱用の規制と有害性

覚せい剤は、覚せい剤取締法で規制されており、覚せい剤取締法第二条で指定された薬物の総称である。

覚せい剤取締法第二条

この法律で「覚せい剤」とは、左に掲げるものをいう。

- 一 フェニルアミノプロパン、フェニルメチルアミノプロパン及び各その塩類
- 二 前号に掲げる物と同種の覚せい作用を有する物であつて制令で指定するもの
- 三 前二号に掲げる物のいずれかを含有するもの

したがって、覚せい剤という単独の薬物があるわけ

ではない。フェニルアミノプロパンは通称「アンフェタミン amphetamine」、フェニルメチルアミノプロパンは「メタンフェタミン methamphetamine」と呼ばれている。覚せい剤の英語表記にはStimulantsが使われることがあるが、これは中枢神経興奮薬全体の総称であり、コカインやカフェインなども含む。我が国でいうところの覚せい剤に対してはAmphetamine Type Stimulants（ATS）が用いられる。メタンフェタミンは我が国で合成され、1950年代の第一次覚せい剤乱用

期以前には「ヒロポン」の商品名で市販されていたことはよく知られている。

覚せい剤は中枢興奮作用があり、使用すると多くの場合、一時的には気分が高揚するが、効果が切れると激しい抑うつ、疲労倦怠感、焦燥感に襲われる。連用により脳の下パミン系ニューロンが賦活され、幻想や妄想などの精神病症状が出現する。覚せい剤は乱用により攻撃的、暴力的傾向を起しやすく、依存性が強く、長期の後遺症を残しやすいので最も危険な薬物のひとつである。

MDMA (3,4-Methylenedioxymethamphetamine) は、1980年代後半から欧米を中心に乱用が拡大した新しい合成薬物である。構造式からは覚せい剤関連化合物である。MDMAは1912年にメルク社により食欲抑制剤候補として合成されたが、その副作用によって、医薬品としての開発が断念されたものである。覚せい剤と同様の興奮作用に加えて幻覚作用をもつ。特に強い精神依存性があり、乱用を続けると錯乱状態に陥るほか、腎・肝臓障害、記憶障害などの症状が現れる。レイブパーティー (Rave Party) と呼ばれるダンス音楽パーティーで乱用され、体温をコントロールする機能の喪失による高体温や不整脈などによって重篤状態に陥ることがあり、特にアルコールと併用されるケースでの死亡事例が多く報告された。我が国では、MDMAはその危険性により、麻薬として「麻薬及び向精神薬取締法」の規制の対象となっている。

大麻は我が国では大麻取締法で乱用が規制されており、栽培、輸出、輸入した者は7年以下の懲役、営利目的は10年以下の懲役。所持、譲受、譲渡は5年以下の懲役、営利目的は7年以下の懲役とされている。近年では、規制の対象となっていない種子から非合法に大

麻草を栽培して売買するケースが摘発され、問題となっている。

大麻は、大麻樹脂 (ハシシュ)、大麻草の花穂や葉の乾燥物 (マリファナ)、大麻オイルなどの形態で、主に喫煙により乱用される。大麻は精神依存を引き起こす。乱用に関係する大麻の主成分は、テトラヒドロカンナビノール (Δ^9 -tetrahydrocannabinol: THC) である。THCには急性薬理作用としての酩酊作用、空間認知機能障害が特徴的であり、酩酊作用には、気分変容、知覚変容、思考変容等がある。乱用により、大麻精神病と呼ばれる状態に陥ることがあり、急性錯乱状態で発症し、意識変容を伴い、誇大あるいは被害妄想、幻覚、気分変容を呈する。また、慢性使用により、無気力・集中力低下・判断力低下・無為などを特徴とする無動機症候群と呼ばれる状態が惹き起こされる。さらにフラッシュバック現象 (自然再燃: ストレスや睡眠不足などの非特異的的刺激によって、以前に乱用によって経験した症状と似た異常体験が一過的に再現すること) やテストステロンなどの性ホルモン分泌に対する影響も報告されている。このように大麻には依存性があり、さまざまな有害な作用があるが、単独で乱用されるだけでなく、アルコールや他の薬物と一緒に乱用されることも多く、その場合の危険はより複雑になり、著しく有害性が増す。

大麻乱用は、別の観点からも危険である。大麻を乱用する者は、その後さらに依存性が高く危険な覚せい剤や麻薬類の乱用を行う確率が高い。そのため大麻はより危険な薬物乱用へ門戸を開く薬物、gateway drug あるいはentry drug と呼ばれ、薬物乱用の連鎖で重要な位置を占める薬物である。

我が国の青少年の薬物乱用の実態

薬物乱用の動向を知るために、我が国では主に、依存性をもつ薬物を規制する薬物取締法違反者 (逮捕者) 数が指標とされてきた。図1は、麻薬および向精神薬取締法、あへん法、覚せい剤取締法、大麻取締法、毒物及び劇物取締法 (有機溶剤・シンナー乱用を規制) の5つの法律違反者の推移を示したものである。図に明らかなように、薬物取締法違反者 (逮捕者) 数を指標としてみると、我が国では覚せい剤と有機溶剤 (シン

ナー) が2大乱用薬物である。他の薬物の乱用は極めて低率であり、このようなパターンが我が国の薬物乱用の特徴である。我が国で主要な乱用薬物である覚せい剤乱用の流行は1955年をピークとする第一次乱用期、1983年をピークとする第二次乱用期と繰り返され、1991年から始まり、1997年をピークとする流行は第三次乱用期と呼ばれている。第二期乱用期には青少年を中心に有機溶剤 (シンナー) 乱用の流行が重なって起こった。

第三次覚せい剤乱用期では、中学生・高校生などの若年層や女性など、従来薬物乱用が少なかった層にも覚せい剤乱用が浸透したこと、覚せい剤の他にMDMA（エクスタシー）などの新しい薬物の乱用が広がったことから、これに対応するため1998年「薬物乱用防止五か年戦略」が策定され、国を挙げての包括的な取組がはじめられた。この包括的取組は、2003年からの「新薬物乱用防止五か年戦略」、2008年からの「第三次薬物乱用防止五か年戦略」と継続されている。

上記の包括的取組によって覚せい剤乱用の流行が沈静化しているのに反して、昨今問題となった大麻乱用は、覚せい剤乱用にくらべて低率であるが、近年も増加傾向にある。

この傾向は全国の精神病院を対象とした調査でもみられ、図2のように、薬物による精神障害者のうち、大麻乱用経験のあるものは2000年以降急増し、2006年やや減少したが依然高率であり、薬物による精神障害者の約1/3は大麻乱用経験を持っている（図2）。

このようなデータは、我が国において大麻乱用が広

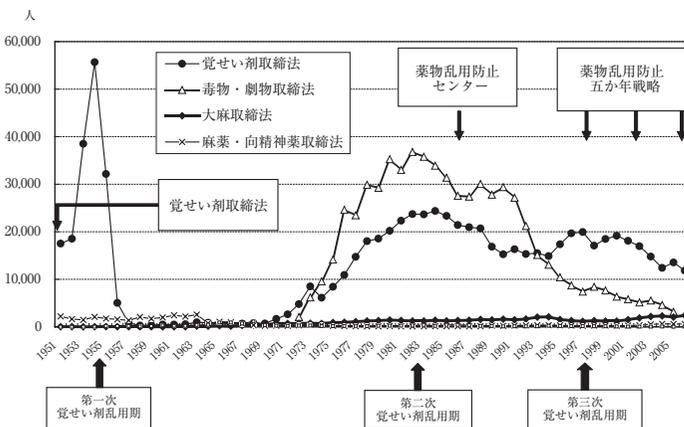


図1 薬物乱用に関する法律違反者（逮捕者）の動向と対策

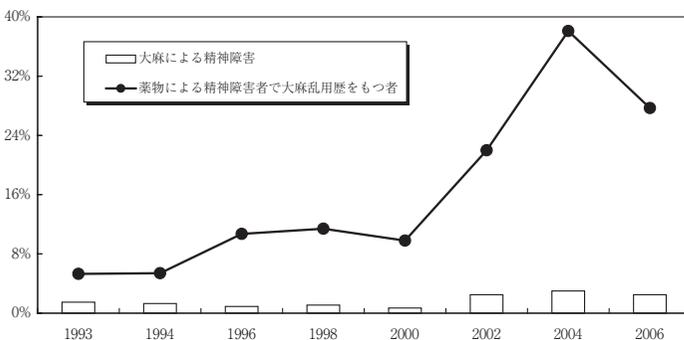


図2 薬物による精神障害と大麻乱用

(Ozaki 他全国精神病院調査)

がっていることを推測させる。しかし、これらの大麻乱用の指標は、大麻取締法違反により逮捕された者や大麻を含む薬物乱用によって精神障害を起し、治療あるいは入院した者を調査したものであり、実際に大麻乱用を経験した者の一部であることに注意する必要がある。現実には、これらの指標は集中して取締りが行われた場合などには増加する。

上記の犯罪調査や病院調査と別に、質問紙による調査によって、疫学的に薬物乱用の実態を把握することが試みられている。調査対象者の匿名性を保証し、層化無作為抽出法などを用いた綿密な調査計画のもとで行われるこのような疫学調査は、薬物乱用の実態把握の手法として世界の多くの国で行われている。我が国では中学生を対象とした全国調査が国立精神神経センター精神保健研究所の和田らによって1996年から2年おきに2008年まで7回行われ、高校生については我々が2004年、2006年、2009年の3回、全国調査を実施した。大学生を中心とした青少年層にターゲットを合わせた調査は少なく、最近実施されたものは我々が

2007年に首都圏の18～22歳の青少年を対象とした調査のみである。表1は最も新しい全国調査結果を示したものである。表の数値は生涯経験率、すなわちこれまで1回でも薬物乱用を経験した者の出現頻度であるが、大麻に関しては、我が国の中学生では0.2～0.5%、高校生では0.3～0.5%、大学生を含む18～22歳では1.4%が、それぞれ乱用を経験している。表2は表1の生涯経験率から推定した我が国の青少年の違法薬物乱用経験者数である。大麻に関しては中学生では12,205人、高校生では12,387人、18～22歳では105,644人が大麻乱用を経験していると考えられる。表1に示すように、質問紙調査結果から薬物別に青少年の乱用経験をみると、図1の薬物取締法違反者を指標としたデータと異なり、有機溶剤（シンナー等）乱用経験が最も多く、大麻、覚せい剤、MDMA乱用経験は、それより低いレベルで、ほぼ同率である。

厚生労働省の研究班による中学生調査は1996年から2年ごとに実施され、また我々の高校生調査は2004年、2006年、2009年

(生涯経験率：Recent school surveys: lifetime prevalence)

国	調査年	対象年齢	Project	大麻	有機溶剤	覚せい剤 (ATS)	MDMA (Ecstasy)	コカイン	ヘロイン
日本	2008	13	厚労省調査	0.2	0.6	0.2	-	-	-
	2008	14	厚労省調査	0.3	0.7	0.3	-	-	-
	2008	15	厚労省調査	0.5	1.0	0.4	-	-	-
	2009	16	JSPAD	0.3	0.4	0.3	0.3	-	-
	2009	17	JSPAD	0.3	0.4	0.3	0.2	-	-
	2009	18	JSPAD	0.5	0.7	0.4	0.3	-	-
	2007	18-22	JSPAD	1.4	1.2	0.5	0.5	-	-

厚労省調査：和田清他 「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査2008」

JSPAD: Japanese School Survey Project on Alcohol and other Drugs 勝野眞吾他 岐阜薬科大学

表1 最近の我が国における青少年の薬物乱用の実態

国	対象年齢		大麻	有機溶剤	覚せい剤 (ATS)	MDMA (Ecstasy)	コカイン	ヘロイン
日本	13-15歳	中学生	12,205	28,227	11,089	-	-	-
	16-18歳	高校生	12,387	16,160	11,018	9,282	-	-
	18-22歳	大学生他	105,644	90,552	37,730	37,730	-	-

表2 最近の我が国における青少年の薬物乱用の実態 (推定人数)

に実施されたが、これらの疫学調査において中学生では、薬物乱用の顕著な増加はみられていない。一方、高校生では、**図3**のように、違法薬物全体の経験率は、2006年調査では2004年調査に比べて増加したが、2009年調査では減少した。この傾向は男子、女子ともみられる。薬物別にみても乱用経験率は男子では2009年に全体として減少している。女子でも同様の傾向がみられる。しかし、MDMAのみは、極めて低率であるが、2009年も女子では増加傾向がある。

このように、高校生の薬物乱用の実態

は、マスコミなどによる薬物事犯報道の傾向とは異なるパターンとなっている。すなわち薬物乱用に関してマスコミの報道が少なかった2006年に乱用経験率は増加しており、報道が多くなされた2009年にはむしろ減少しているのである。

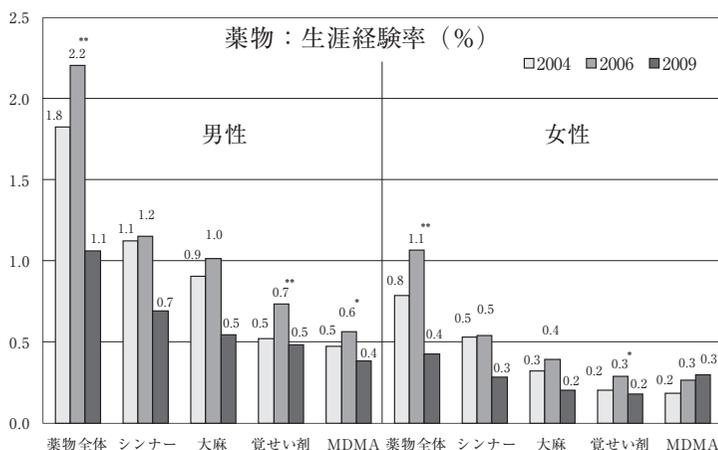


図3 高校生における違法薬物乱用経験率の推移 (2004-2009)

青少年における薬物乱用の実態は、単に犯罪指標のみでなく、複数の指標を用いて総合的に把握する必要があり、特に予防が中心となる薬物乱用防止対策には、精密にデザインされた質問紙法による継続したモニタリングが必要である。

世界の薬物乱用の実態

今日、薬物乱用は世界各国に及び、現代社会が解決すべき共通の課題となっている。国連薬物と犯罪対策局 (United Nations Office on Drug and Crime) は、World Drug Report 2008において、世界の各国が厳

しい薬物乱用防止対策を行ったにもかかわらず、世界の薬物乱用は2000年代に入って1990年代後半よりむしろ拡大・増加し、薬物乱用者は世界人口の4.9%、2億800万人に達していると報告している。**図4**はその内

訳を示したものであるが、世界で最も乱用されている薬物は大麻である。大麻乱用者は、2006/2007年で3.9%、1億6560万人と推定され、2004年以降、その乱用者の増加は他の薬物に比べて著しい。

国連の推定は、犯罪データ、医療データ、乱用薬物摂取量などを総合したものであるが、表3は、世界各国の最も新しい質問紙調査結果をもとに、青少年層の薬物乱用の生涯経験率を比較したものである。我が国の大麻乱用経験率は中学生13歳では0.2%、15歳0.5%、高校生17歳では0.3%、大学生を含む18～22歳の若者では1.4%、これは米国の同世代の経験率、13歳15.7%、15歳32.3%、17歳42.0% に比べて極めて低い数字であり、その他の西欧諸国の同世代に比べても低率である。このように現在においても我が国は世界でも薬物

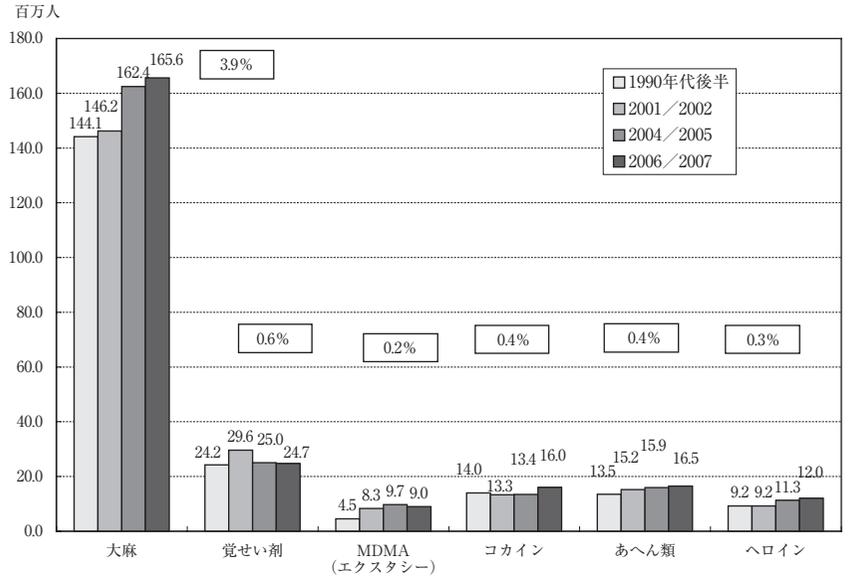


図4 世界の薬物乱用の推移 (国連 World Drug Report 2008)

乱用が少ない国である。我々の調査では韓国やベトナムなどのアジアの国々も我が国と同様の傾向がある（ただし、アジアの国でも中国、台湾、タイなどでは状況が異なるようであり、今後国際比較ができるような詳細な調査が行われ、その実態が把握されることが望まれる）。

国	調査年	対象年齢	Project	大麻	有機溶剤	覚せい剤 (ATS)	MDMA (Ecstasy)	コカイン	ヘロイン
日本	2008	13	厚労省調査	0.2	0.6	0.2	-	-	-
	2008	14	厚労省調査	0.3	0.7	0.3	-	-	-
	2008	15	厚労省調査	0.5	1.0	0.4	-	-	-
	2009	16	JSPAD	0.3	0.4	0.3	0.3	-	-
	2009	17	JSPAD	0.3	0.4	0.3	0.2	-	-
	2009	18	JSPAD	0.5	0.7	0.4	0.3	-	-
大韓民国	2007	18-22	JSPAD	1.4	1.2	0.5	0.5	-	-
ベトナム共和国	2007	16-18	ASPD	0.7	1.0	0.6	0.6	-	-
アメリカ合衆国	2007	16-18	ASPD	0.6	-	0.6	1.0	-	0.1
	2009	13	MTF	15.7	14.9	6.6	2.2	2.6	1.3
	2009	15	MTF	32.3	12.3	13.1	5.5	4.6	1.5
ドイツ	2009	17	MTF	42.0	9.5	12.3	6.5	6	1.2
	2007	15-16	ESPAD	20.0	11.0	5.0	3.0	3.0	1.0
	2007	15-16	PNSD	37.0	3.0	3.0	3.0	4.0	1.0
スペイン	2007	15-16	ESPAD	31.0	12.0	4.0	4.0	5.0	3.0
フランス	2007	15-16	ESPAD	23.0	5.0	4.0	3.0	5.0	3.0
イタリア	2007	15-16	ESPAD	28.0	6.0	2.0	4.0	3.0	1.0
オランダ	2007	15-16	ESPAD	7.0	9.0	2.0	2.0	2.0	1.0
スウェーデン	2007	15-16	ESPAD	29.0	9.0	2.0	4.0	5.0	1.0
イギリス	2007	15-16	ESPAD	29.0	9.0	2.0	4.0	5.0	1.0

厚労省調査：和田清他「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査2008」

JSPAD: Japanese School Survey Project on Alcohol and Drug Abuse 勝野眞吾他 岐阜薬科大学

MTF: Monitoring the Future Study (U.S.A.) Lloyd D Johnston et al.

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs EMCDDA

PNSD: Plan Nacional Sobre Drogas

ASPD: Asian School Survey Project on Drug Abuse 勝野眞吾他 兵庫教育大学教育・社会調査研究センター

表3 世界各国における最近の青少年の薬物乱用の実態 (生涯経験率: Recent school surveys: lifetime prevalence)

薬物乱用に対する予防の考え方と薬物乱用防止対策

図5は疾病の進展の自然史とそれに対応した予防対策を薬物乱用・依存にあてはめたものである。薬物乱用・依存は時間の経過とともに進行する。健康およびハイリスクの状態（本人は薬物に手を染めていないが薬物乱用を経験した仲間がいる状態、あるいはインターネットなどで違法薬物の情報を集めているような

状態など）から、一旦薬物に手を染めると、薬物乱用・依存は急激に進み、試験的使用から乱用・依存（早期）、乱用・依存（進行期）を経て、増強的使用と強迫的使用を繰り返す依存の悪循環に陥る。薬物乱用は乱用される薬物のもつ依存性と乱用のはじまりが発育・発達過程にある青少年期であることが多いことから、薬物に手を染めた後の対応である第二次予防、第三次予防（薬物依存症の治療と社会復帰）が極めて困難である。したがって、薬物乱用に対しては、薬物乱用そのものをはじめさせない第一次予防が最も本質的な対応となる。第一次予防における具体的方法は、健康教育（薬物乱用防止教育）と薬物乱用を許さない社会環境の醸成である。そして、その主な対象は、現在薬物乱用を経験していない青少年である。薬物乱用に対する予防には、教育という手段が重要であることと、対象となる年齢層が学齢期と重なることから、学校教育を通じた働きかけが大きな役割を果たす。

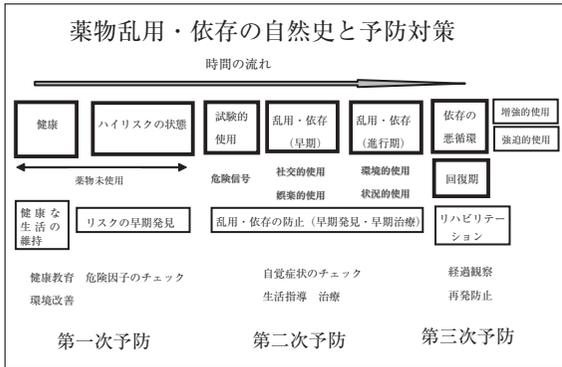


図5 薬物乱用・依存の自然史とそれに対応した予防対策

薬物乱用防止教育

我が国では、1989年の学習指導要領によって、学校教育の中に薬物乱用防止教育が明確に位置づけられた。これにより中学校では1993年（平成5年）度から、高等学校では1994年（平成6年）度から、すべての中学校、高等学校において薬物乱用防止に関する指導が行われるようになった。さらに1998年の小学校および中学校学習指導要領改訂、1999年の高等学校学習指導要領改訂では、学校における薬物乱用防止に関する指導の充実が図られ、小学校高学年の段階から薬物乱用防止教育が開始されるようになった。2008年には次期の学習指導要領が公示されたが、ここでも小学校の段階から高等学校までの系統的な薬物乱用防止教育の充実が謳われている。

我が国では全体として、乱用される危険な薬物に関する教育が丁寧に行われ、その結果、中学生、高校生の薬物乱用経験率は欧米に比べて著しく低い。しかし、これまで丁寧に行われてきた学校での薬物乱用防止教育が、ややマンネリ化して生徒への影響が小さくなっているよう

に思われる。また、第三次覚せい剤乱用期を契機として包括的な薬物乱用防止対策が行われたことによって、その後我が国の薬物乱用はやや鎮静化したため、マスコミ報道も少なくなり、社会全体のこの問題に対する関心が薄れた。これらのことが2006年以降に薬物乱用が広がった背景にあると思われる。また、これら

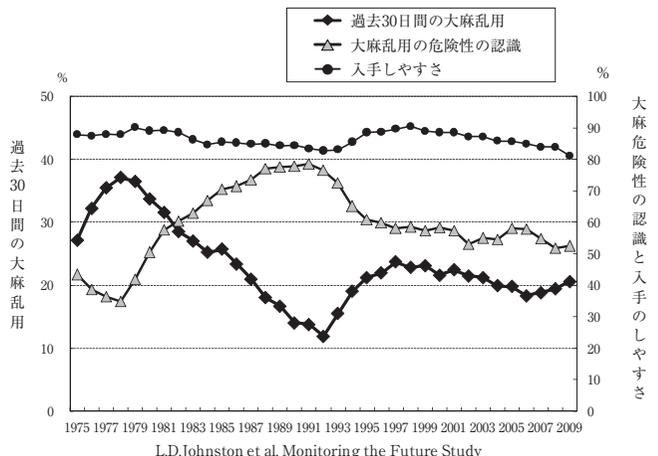


図6 米国高校生における大麻乱用の危険性の認識、入手のしやすさと大麻乱用

は、大学生での薬物乱用の拡大にも関連すると考えられる。

薬物乱用の実態把握と予防対策の有効性を検証するためには、継続したモニタリングが不可欠である。そして信頼できるモニタリング結果をもとに、社会全体に対する啓発を行う必要がある。図6は、米国ミシガン大学社会科学研究所Johnstonのグループによる継続したモニタリング (Monitoring the Future Study) の結果である。このモニタリングは、米国の高校生を主な対象にして1975年から現在まで、全米で毎年継続して実

施されている。

米国では、大麻乱用が高校生の40%近くにも及んだ1970年代後半から学校における薬物乱用防止教育を含む集中的な対策が行われた。それにより、大麻乱用の危険性が生徒一人ひとりに認識されると、大麻乱用は明らかに減少した。しかし、その手が緩められると、生徒の大麻の危険性についての認識は低下し、再び大麻乱用が広がった。このデータは、教育を通じた働きかけの有効性を示すとともに、継続的な予防的働きかけが何よりも重要であることを示している。

薬物乱用防止において今求められていること

この数年の間に、薬物乱用事件が矢継ぎ早に報道されている。これまでに述べたように、現在でも我が国の大学生を含む青少年の薬物乱用率は欧米諸国に比べて低い。外電 (ロイター) が、Marijuana "epidemic" shows Japan's drug allergy と揶揄して伝えるように、大麻乱用が30%を超える欧米からみれば、近年の日本での大麻等の薬物乱用に関する騒ぎは理解しがたいものようである。しかし、薬物に手を染めることそのものを防止する第一次予防が、最も本質的な対応策である薬物問題に関しては、我が国の状況が正常である。

現代社会では、インターネットなどの直接個人に達す

る新たな情報手段や容易になった海外渡航などによって、青少年や一般市民の諸外国の状況を知る機会が増えるとともに、大麻の危険性についての誤った情報 (「オランダでは大麻使用は合法である」など、詳細は文献2を参照) に晒される頻度が増えている。最近の覚せい剤、MDMAや大麻乱用問題を教訓として、小学校、中学校、高等学校における薬物乱用防止教育をさらに強化する必要がある。加えて、大学においても薬物乱用防止に関する指導を徹底する必要がある。特に、青少年を指導する立場にある教員には、薬物乱用防止教育の意義を改めて自覚することが求められる。

参考文献

1-5は薬物乱用の危険性、学校における薬物乱用防止教育に関するものである。6は薬物乱用経験者の社会復帰に関する新しい試みについて、また7-14は薬物乱用の実態についての調査報告である。

1. 和田清：依存性薬物と乱用・依存・中毒。星和書店、東京、2000。
2. 勝野眞吾編：世界の薬物乱用防止教育。薬事日報社、東京、2004。
3. 勝野眞吾、吉本佐雅子、北山敏和、赤星隆弘編：学校で取り組む薬物乱用防止教育。ぎょうせい、東京、2000。
4. 財団法人学校保健会：喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する用語事典。2002。
5. 財団法人学校保健会：薬物乱用防止教室マニュアル〈改訂〉2008
6. James L Nolan, Jr. 小沼杏坪監訳：ドラッグ・コート。丸善プラネット、東京、2006。
7. 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2004報告書。2006。
<http://www.essrc.hyogo-u.ac.jp/essrc/report/>
8. 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報告書。2007。

<http://www.essrc.hyogo-u.ac.jp/essrc/report/>

9. 兵庫教育大学教育・社会調査研究センター：青少年の喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と生活習慣に関する調査2007—関東地域における18-22歳対象の抽出調査—報告書。2006。 <http://www.essrc.hyogo-u.ac.jp/essrc/report/>
10. 岐阜薬科大学：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2009報告書 印刷中
11. 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2006年) 研究報告書。2007。
12. 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：薬物等に対する意識等調査報告書。2007。
13. National Institute on Drug Abuse, Survey Research Center in the Institute for Social Research at the University of Michigan: Monitoring the Future—National Survey Research Results on Drug Use 2009—. 2010
14. United Nations Office on Drug and Crime: World Drug Report 2008. 2008
15. The 2007 ESPAD Report. ESPAD 2009

第I章

健康管理の動向

1 児童生徒の発育・発達

学齢期は人の生涯のうちで最も急激に心身の発育発達が促進する時期であって、児童生徒にあっては身心ともに不安定になりやすく、したがって注意深い指導と管理などの対応が必要である。そこで適切な保健管理・指導を行うための基礎として、科学的に個体および集団における発育発達の状態を把握し、評価することが不可欠となる。

発育発達を適切に評価するにあたっては、個人の測定値を用いた個人ごとの縦断的、追跡的な観察評価に

加えて、年齢、性別という観点からの評価や地域、学校という視点からの評価も有益である。またさらに時間的な観点から、過去の年度との比較も集団としての特徴を把握する上で有用である。

実際の発育発達の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によって個人や集団の特徴を明らかにすることもできる。

ここでは全国値によって概況を紹介する。

1. 身体の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昭和23年より学校保健統計調査を、また身体発達の状態を体力と運動能力という観点から把握するために昭和39年から体力運動能力発達調査を毎年実施し、特に一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。これらの統計情報について前者は学校保健法に定める定期学校健康診断、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標本調査で集計・公表している。

平成20年度の調査客体は前者が身体発育に関しては695,600人で抽出率は4.7%であり、後者の標本数は大学生、成年、高齢者を除くと31,410人であった。

●統計にみる児童生徒の身体発育の現状

身長：「日本人の身長発育は早熟になったが、学齢期全体の総発育量は減少傾向にある。」

表1（年齢別身長の平均値）にみるように、平成21年度統計による男子の身長は、7、8、15、17歳で前年度の同年齢よりわずかに増加しているが、5、9、11、12、13、14、そして16歳で前年度より減少している。

一方、女子では5、11、14歳で前年の同年齢より増加し、9、12、13と17歳で前年度より減少している。前年値との比較ではわずかな増減しかみられないが、この統計値によって身長を親の世代（一世代を仮に30年として30年前の昭和54年生まれの世代）の数値と比較すると明らかな差がみられる。平成21年度の児童生徒の身長をAとし、親の世代をBとしてグラフをつくると図1が得られる。ここで最も差（A-B）があるのは男子では12歳で3.6cm、女子では10歳で2.2cmである。男女ともに5～9歳までは年齢にしたがって併行して増加しているが、10歳以降ではかなり曲線の形状は異なっている。男女ともに親の世代との違いは思春期の前期から後期まで続いている。

学校保健統計調査報告書では、身長は男子、女子ともに昭和23年以降、増加傾向にあったが平成9年から13年にかけてピークを示し、その後横ばいとなっている、としている。そこで年間発育量を観察すると表2のようになる。ここでは平成21年度に17歳であった集団の5歳のときからの発育量を各年齢ごとに計算している。男子では11歳から12歳で年間発育量が大きく、11

単位：cm

区分		平成21年度A	平成20年度	昭和54年度B (親の世代)	差 A-B		
男	幼稚園	5歳	110.7	110.8	110.0	0.7	
	小学校	6歳	116.7	116.7	115.5	1.2	
		7歳	122.6	122.5	121.2	1.4	
		8歳	128.3	128.2	126.6	1.7	
		9歳	133.6	133.7	131.8	1.8	
		10歳	138.9	138.9	137.0	1.9	
		11歳	145.1	145.3	142.7	2.4	
	中学校	12歳	152.5	152.6	148.9	3.6	
		13歳	159.7	159.8	157.2	2.5	
		14歳	165.2	165.4	163.0	2.2	
	高等学校	15歳	168.5	168.3	166.7	1.8	
		16歳	169.9	170.0	168.6	1.3	
		17歳	170.8	170.7	169.4	1.4	
	女	幼稚園	5歳	109.9	109.8	109.2	0.7
		小学校	6歳	115.8	115.8	114.7	1.1
			7歳	121.7	121.7	120.4	1.3
			8歳	127.5	127.5	126.0	1.5
9歳			133.5	133.6	131.7	1.8	
10歳			140.3	140.3	138.1	2.2	
11歳			146.9	146.8	145.0	1.9	
中学校		12歳	151.9	152.1	150.2	1.7	
		13歳	154.9	155.1	154.0	0.9	
		14歳	156.7	156.6	155.6	1.1	
高等学校		15歳	157.3	157.3	156.2	1.1	
		16歳	157.7	157.7	156.6	1.1	
		17歳	157.9	158.0	156.7	1.2	

(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

(注) 年齢は、各年4月1日現在の満年齢である。以下の各表において同じ。

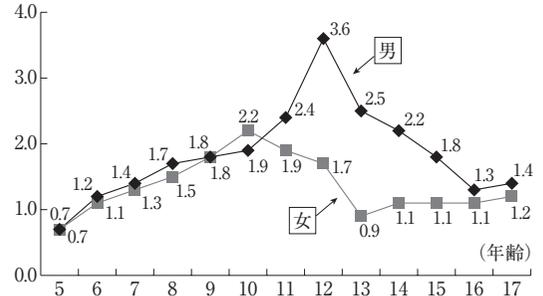
表1 年齢別身長の平均値

歳で最大値7.4cmを示している。女子では9歳から10歳で発育量が著しいが、特に10歳で最大の発育値6.9cmを示している。

これらを親の世代と比較すると、男子では最大発育年齢は子が親より1歳早く、女子では親の世代と同じであった。これをグラフにしたものが図2である。この図から、この30年間で日本の児童生徒の発育はやや早熟になっているということがわかる。

しかし、よく指摘されるように「体は大きくなったが、体力は減少している。」というような実態があるのだろうか。少なくとも「学齢期に大型化した」といえるのだろうか。そこで、表2の「総発育量」をみてみよう。これは5歳から17歳までの年間発育量の合計値として計算されている。この概念はかつて大澤 (Ohsawa, 2002) が報告したように、マクロ統計的な発育評価には非常に有益である。ここで、平成21年の17歳男子 (平成3年度生まれ) の5歳からの総発育量は60.0cmであり、女子

(A-Bcm)



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

図1 親と子の世代の発育速度 (年齢別年間発育量) の比較 (平成21年度 (A) と昭和54年度 (B) の比較)

では47.9cmである。これに対して、親の世代 (昭和36年生まれ) では男女それぞれ60.5cm、48.8cmである。つまりこの30年間で男子では0.5cm、女子では0.9cmも学齢期全体の発育量は減少している。このことは、日本人の学齢期における発育のボリュームが減少しているということになる。

さらに、これを検討するために昭和23年から平成21年までの推移で観察してみよう (図3)。昭和35年 (1960年) には61.3cmであり、昭和36年には61.0cmに減少し、次年度には再び61.2cmに増加した。昭和46年

単位：kg

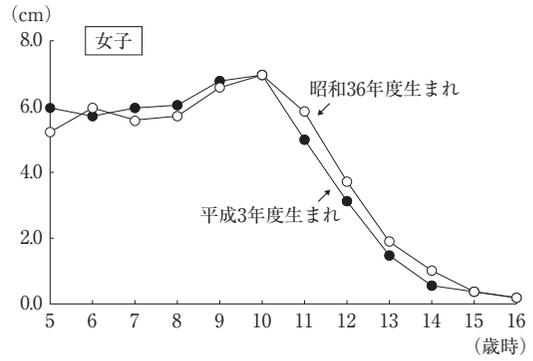
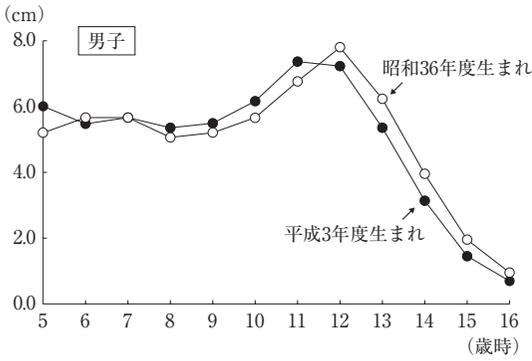
区分		男子		女子	
		平成3年度生まれ (平成21年度17歳)	昭和36年度生まれ (親の世代の17歳)	平成3年度生まれ (平成21年度17歳)	昭和36年度生まれ (親の世代の17歳)
総発育量		60.0	60.5	47.9	48.8
幼稚園	5歳時	6.0	5.2	5.9	5.2
小学校	6歳時	5.6	5.7	5.7	5.9
	7歳時	5.7	5.7	5.9	5.6
	8歳時	5.4	5.1	6.0	5.7
	9歳時	5.5	5.2	6.7	6.5
	10歳時	6.2	5.7	6.9	6.9
	11歳時	7.4	6.8	5.0	5.8
中学校	12歳時	7.3	7.8	3.1	3.7
	13歳時	5.4	6.3	1.5	1.9
	14歳時	3.2	4.0	0.6	1.0
高等学校	15歳時	1.5	2.0	0.4	0.4
	16歳時	0.8	1.0	0.2	0.2

(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

(注)1. 年間発育量とは、例えば、平成3年度生まれの「5歳時」の年間発育量は、平成10年度調査6歳の者の体位から平成9年度調査5歳の者の体位を引いたものである。以下の表において同じ。

2. 網掛け部分は、最大の年間発育量を示す。以下の表において同じ。

表2 平成3年度生まれと昭和36年度生まれの者の年間発育量の比較 (身長)



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

図2 平成3年度生まれと昭和36年度生まれの者の年間発育量の比較 (身長)

の61.3cmまで発育総量は増加と減少を繰り返して安定しないが、この年をピークとして、以降、概ね減少の一途を辿ることになる。50年には60.7cm、60年には60.5cm、平成7年には60.3、そして近年では59.9cmと60.0cmの間を上下している。同様に女子について観察してみると(図4)、昭和35年には51.2cmであったが、次年度は急激に50.5cmに減少し、引き続いて46年まで50cm台であったが、以降は49cm台に入り、わずかずつ平成期まで減少し続けて現在では47.9cmになっている。

このように児童生徒の発育を総量でみると男女ともに減少してきていることから、これまで指摘されてきたように日本人の身長の大規模化は必ずしも学齢期に起きた現象ではないということが明らかである。

体重:「日本人は戦後、体重発育は早熟になり、総発

育量も学齢期全体を通じて増加した。しかし、近年ではやや減少傾向がみえ始めた。」

表3にみるように、平成21年度の男子の体重は、前年度より、6歳を除くすべての年齢で減少した。最も減少が大きかったのは男子では14歳で0.6kg、女子では12、13、15歳の0.4kgである。こうした減少傾向は近年継続して起きているようである。

さらに、これらの統計値を身長と同じく親の世代と比較してみると、すべての年齢で親の世代よりは増加しており、男子では12歳の3.6kgが、女子では10歳と12歳のそれぞれ1.6kgが最大である。

次いで、年間発育量としてみると、男子では表4、図5にみられるように11歳から12歳にかけて増加が著しく、特に最大値は11歳で5.5kgとなっている。これを親の世代と比較すると、親の世代では13歳が最大であって親より2歳早くピーク値が得られている。同様に女子では



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

図3 総発育量 (17歳の値—5歳の値) の年次推移 (身長、男子)



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

図4 総発育量 (17歳の値—5歳の値) の年次推移 (身長、女子)

単位：kg

区分	年齢	平成	平成	昭和54年度B	差		
		21年度A	20年度	(親の世代)			
男	幼稚園	5歳	19.0	19.1	18.9	0.1	
		6歳	21.5	21.5	20.8	0.7	
	小学校	7歳	24.1	24.2	23.1	1.0	
		8歳	27.2	27.3	25.8	1.4	
		9歳	30.6	30.8	28.8	1.8	
		10歳	34.2	34.3	32.2	2.0	
		11歳	38.4	38.8	36.0	2.4	
	中学校	12歳	44.2	44.5	40.6	3.6	
		13歳	49.1	49.5	46.7	2.4	
		14歳	54.3	54.9	51.9	2.4	
	高等学校	15歳	59.5	59.8	56.4	3.1	
		16歳	61.3	61.6	58.8	2.5	
		17歳	63.1	63.4	60.2	2.9	
	女	幼稚園	5歳	18.6	18.6	18.5	0.1
			6歳	21.0	21.0	20.3	0.7
		小学校	7歳	23.5	23.6	22.6	0.9
			8歳	26.5	26.6	25.4	1.1
9歳			30.0	30.1	28.5	1.5	
10歳			34.1	34.4	32.5	1.6	
11歳			39.0	39.3	37.5	1.5	
中学校		12歳	43.8	44.2	42.2	1.6	
		13歳	47.3	47.7	46.7	0.6	
		14歳	50.2	50.4	49.3	0.9	
高等学校		15歳	51.6	52.0	51.3	0.3	
		16歳	52.8	53.0	52.2	0.6	
		17歳	52.9	53.2	52.3	0.6	

(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

表3 年齢別 体重の平均値

10歳から11歳の間で増加が著しく、最大発育量は10歳の5.2kgである。これを親の世代と比較すると、親の世代では11歳が最大であって親より1歳はやくピーク値が得られている。また、総発育量を子の世代と親の世代とで比較すると、男子では子の世代は43.8kgと親の世代の42.0kgより1.8kg大きく、一方、女子では子の世代が

単位：kg

区分	年齢	男子		女子	
		平成3年度生まれ (平成21年度17歳)	昭和36年度生まれ (親の世代の17歳)	平成3年度生まれ (平成21年度17歳)	昭和36年度生まれ (親の世代の17歳)
総発育量		43.8	42.0	34.0	34.5
幼稚園	5歳時	2.4	1.7	2.4	1.6
	6歳時	2.7	2.4	2.5	2.4
小学校	7歳時	3.3	2.7	3.2	2.6
	8歳時	3.4	2.9	3.5	3.1
	9歳時	3.8	3.4	4.3	4.2
	10歳時	4.5	3.7	5.2	4.9
	11歳時	5.5	4.9	4.5	5.0
中学校	12歳時	5.2	5.7	3.5	4.2
	13歳時	5.0	5.8	2.6	3.1
	14歳時	4.9	4.4	1.5	2.1
高等学校	15歳時	1.6	2.7	0.9	0.9
	16歳時	1.5	1.7	△0.1	0.4

(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

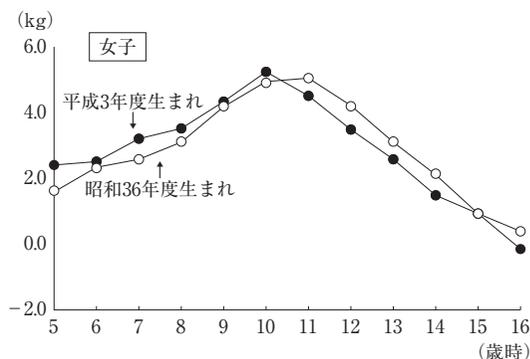
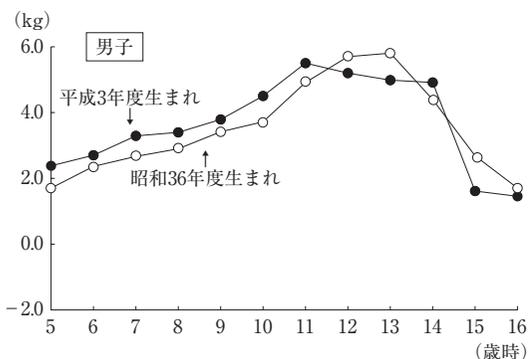
表4 平成3年度生まれと昭和36年度生まれの者の年間発育量の比較 (体重)

34.0kgで、親の世代の34.5 kgより0.5kg小さい。

これらの関係を昭和23年から現在までの統計によって観察してみよう。

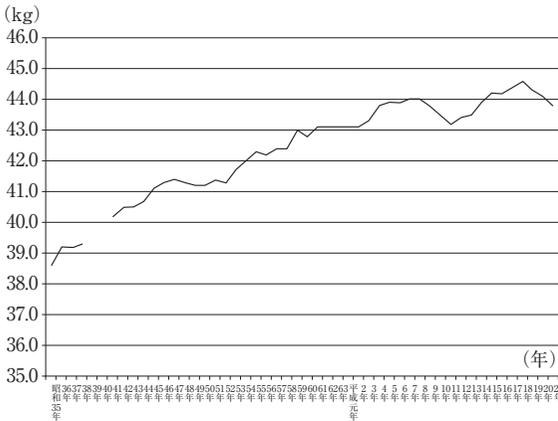
図6によれば男子の総発育量は38.6kgから始まる。しかし6年後には40.2kgと急速に大きくなる。昭和45年には41kg台になり、54年には42kg台に、59年には43kg台に、さらに平成7年には44kg台に入り、平成18年にはこれまでの最高値である44.6kgを記録する。そして翌年の19年に44.3kg、20年に44.1kg、21年度の43.8kgとなっている。

これに対して女子の体重総発育量(図7)は33.6kgから始まる。6年後には34.5kgにまで大きくなるが男子に比べるとずっと増加は少ない。昭和45年には35kg台

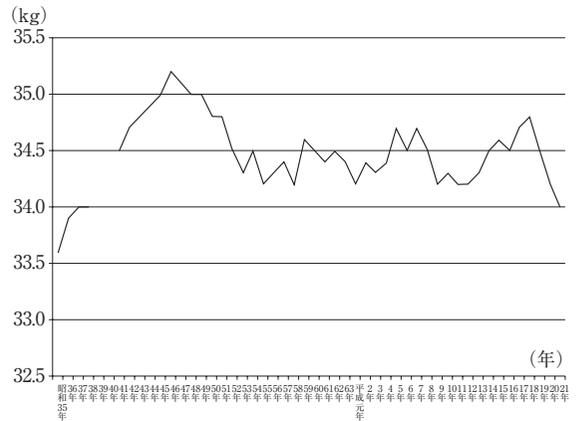


(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)

図5 平成3年度生まれと昭和36年度生まれの者の年間発育量の比較 (体重)



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)
 図6 総発育量(17歳の値-5歳の値)の年次推移
 (体重、男子)



(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)
 図7 総発育量(17歳の値-5歳の値)の年次推移
 (体重、女子)

になり、50年台には34kg台に入ってこれが現在までずっと継続している。

現在では34kgであって、これは戦後間もない時代の児童生徒とほぼ同じ水準である。

以上でみてきたように、総発育量というマクロな指標からすると戦後の日本人児童生徒の発育は身長においては少しずつ減少傾向にあり、体重においては男子は増加してきたが、女子では増加はわずかでしかなく、近年ではかえって小さくなって、昭和20年代の児童生徒に近くなってきているようである。

座高:表5のように、平成21年度の男子の座高は、15、17歳で前年度の同年齢より増加しており、特に15歳では過去最高である。また、5、6、9、11、12、13、14歳では前年度より減少した。

女子では、5、6、9、10、12、13、14、15、17歳と多くの年齢で前年度の同年齢より減少した。

これらの値を表5にみるように、親の世代と比較すると男子では12歳で1.8cm、女子では10歳と11歳でそれぞれ1.0cmともっとも大きくなっている。わずかにではあるが総発育量は増加している。つまり身長では30年前に比べて総発育量は減っているのに、座高は大きくなっているわけである。

単位：cm

区 分		平成21年度A	平成20年度	昭和54年度B (親の世代)	差 A-B		
男	幼稚園	5 歳	61.9	62.1	62.2	△0.3	
		6 歳	64.9	65.0	64.8	0.1	
		7 歳	67.7	67.7	67.4	0.3	
		8 歳	70.3	70.3	69.8	0.5	
		9 歳	72.7	72.8	72.0	0.7	
		10歳	75.0	75.0	74.2	0.8	
	小学校	11歳	77.6	77.8	76.6	1.0	
		中学校	12歳	81.3	81.4	79.5	1.8
			13歳	84.9	85.0	83.5	1.4
			14歳	88.1	88.2	86.6	1.5
		高等学校	15歳	90.3	90.2	89.1	1.2
16歳			91.2	91.2	90.1	1.1	
17歳			91.8	91.7	90.6	1.2	
女	幼稚園	5 歳	61.5	61.6	61.7	△0.2	
		6 歳	64.5	64.6	64.3	0.2	
		7 歳	67.3	67.3	66.9	0.4	
		8 歳	70.0	70.0	69.4	0.6	
		9 歳	72.7	72.8	71.9	0.8	
		10歳	75.9	76.0	74.9	1.0	
	小学校	11歳	79.3	79.3	78.3	1.0	
		中学校	12歳	82.1	82.2	81.3	0.8
			13歳	83.7	83.8	83.4	0.3
			14歳	84.8	84.9	84.3	0.5
	高等学校	15歳	85.3	85.4	85.0	0.3	
		16歳	85.6	85.6	85.0	0.6	
		17歳	85.7	85.8	85.0	0.7	

(平成21年度学校保健統計調査より 文部科学省)
 (注) 下線の部分は、調査実施以来過去最高を示す。

表5 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

この年報では発育については文部科学省が行う学校保健統計調査報告書の身長、体重、座高などに関する

統計情報から解説し、発達については同省による体力・運動能力調査報告書を中心に解説を行っている。

昨年は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したが、今年度は「平成20年度体力・運動能力調査」から全国の児童生徒の6歳～19歳までの調査結果を紹介する。（この原稿を執筆している時点では最新のデータは平成20年度値である）

ここで用いられている項目は、6歳から11歳までは、握力、上体起こし、長座体前屈、反復横とび、20メートルシャトルラン、50メートル走、立ち幅跳び、ソフトボール投げの8種目であり、12歳から19歳までは、握力、上体起こし、長座体前屈、反復横とび、持久走、20メートルシャトルラン、50メートル走、立ち幅跳び、ハンドボール投げの9種目である。これらの中から、筋力、柔軟性、敏捷性、持久性、パワーなどの体力要素の概況について紹介する。

握力：握力は体力のうちで特に静的筋力を評価する項目である。図8によれば、6歳から11歳までは男女の差はほとんどないものの、12歳からその格差は次第に拡大してゆき青年期では非常に大きくなる。男子の発達曲線は6歳から少しずつ上昇して思春期とともに発達が著しくなり16～17歳で上昇が緩やかになる。これに対して女子では、非常に緩やかにしか発達せず、思春期と成人期でも大きな格差はみられない。

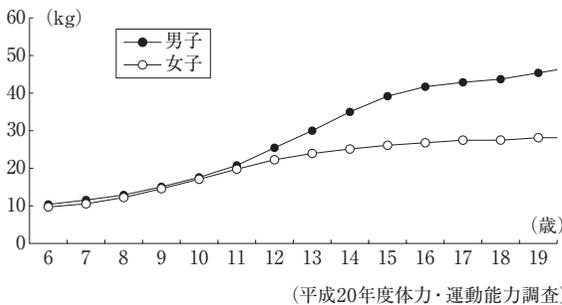


図8 加齢に伴う握力の変化

(注) 図は、3点移動平均法を用いて平滑化してある。

上体起こし：図9は上体起こし、いわゆる腹筋運動であるが、発達曲線では6歳でわずかに男子が女子より大きい、その差は年とともに広がる。男子では16～17歳でピークになり、この後は下降してゆく。女子は13歳でほぼ発達曲線はピークとなり5～6年間その水準を維持した後は19歳から低下してゆく。

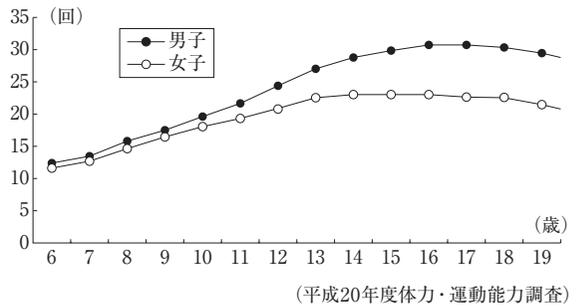


図9 加齢に伴う上体起こしの変化

(注) 図8の(注)と同じ。

長座体前屈：図10は柔軟性をみる指標である。13歳までは女子が男子にまさるが、14歳で逆転している。年齢とともに緩やかに発達し、19歳から下降する。

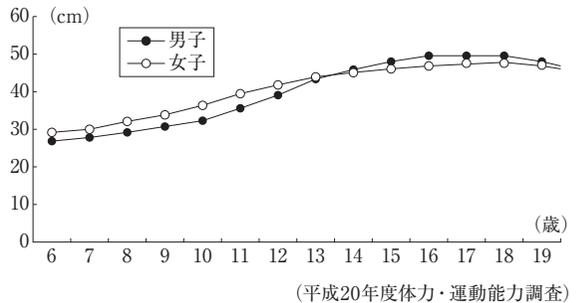


図10 加齢に伴う長座体前屈の変化

(注) 図8の(注)と同じ。

反復横とび：図11は敏捷性の指標である。曲線の形は上体起こしによく似て、6歳でわずかに男子が女子より高く、その差は年とともに広がっている。男子では18歳でピークになり、直後から下降する。女子は13歳でほぼ発達曲線は最高値に近くなり、18歳までその水準を維持した後は低下してゆく。

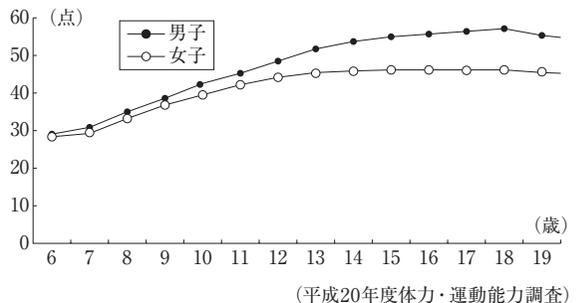


図11 加齢に伴う反復横とびの変化

(注) 図8の(注)と同じ。

20mシャトルラン；図12は全身持久性を評価している。この項目の発達曲線は前述の上体起こしなどに類似した発達変化を示す。

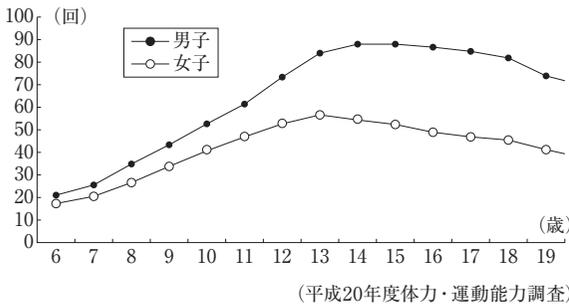


図12 加齢に伴う20mシャトルラン (往復持久走) の変化
(注) 図8の (注) に同じ。

立ち幅とび；図13の変化も概ね他の発達曲線に似ており、12～13歳から性差が拡大している。男子ではこの時期から著しい発達をみせるが女子では13～19歳までほとんど大きな変化をみせない。

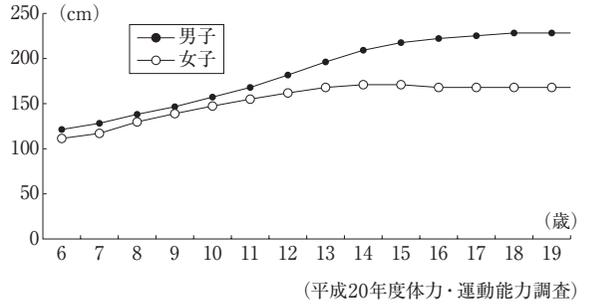


図13 加齢に伴う立ち幅とびの変化
(注) 図8の (注) に同じ。

の項目で類似した傾向を示している。

一方、これらの項目と運動能力項目についての最近10年間の変化について報告書では表6のようにまとめているので紹介しておく。近年児童生徒の体力不足が指摘されているが、これらの総括評価を見る限りにおいては、体力と運動能力の低下傾向はこれを強く主張することは適当ではないようである。敢えて低下傾向を指摘できるのは、握力と立ち幅とびである。しかし長期的にみて、昭和期と比較すれば低下しているという評価は可能ではある。

以上のように年齢に伴う変化と発達は、柔軟性以外

(大澤清二)

小学生 (11歳)	握力	上体起こし	長座体前屈	反復横とび	20mシャトルラン	持久走	50m	立ち幅とび	ボール投げ	合計点
男子	低下	向上	停滞	向上	向上	停滞	停滞	低下	停滞	向上
女子	停滞	向上	停滞	向上	向上	向上	向上			
中学生 (13歳)	握力	上体起こし	長座体前屈	反復横とび	20mシャトルラン	持久走	50m	立ち幅とび	ボール投げ	合計点
男子	低下	向上	向上	向上	向上	停滞	向上	停滞	停滞	向上
女子	停滞	向上	停滞	向上	向上	停滞	向上	向上	向上	向上
高校生 (16歳)	握力	上体起こし	長座体前屈	反復横とび	20mシャトルラン	持久走	50m	立ち幅とび	ボール投げ	合計点
男子	停滞	向上	向上	向上	向上	停滞	停滞	低下	停滞	向上
女子	停滞	向上	向上	向上	向上	停滞	停滞	停滞	停滞	向上

(文部科学省、平成20年)

表6 最近10年間 (平成11年度～20年度) の新体力テストの結果の変化

子どもの体力・運動能力の低下は20数年前から指摘されてきたが、一昨年から実施された全国体力・運動能力、運動習慣等調査で都道府県の順位がマスコミで報道されたことあり、多くの国民が関心を持つようになった。また、運動習慣調査からも活発に運動する子どもとそうでない子どもの二極化が生活習慣と相関していることも明らかになった。

子どものスポーツへの関心や活動への参加は年々高まりをみせているが、その一方、運動に親しむことができない子どもの健康や体力が学校現場で問題になって久しい。特に、活発に運動しない子どもの中には、体を動かすことを好まなかったり、日常動作の身のこなしや運動場面での基本動作がぎこちなかったり、自分の健康や体力に関心がなく、その必要感を持っていない。このような子どもの多くは不規則な生活がその原因として考えられ、学校と家庭が連携して取り組む必要がでてきた。

また、この二極化は、運動が「できる」「できない」とか、体力が「ある」「ない」などの問題にとどまらず、自己や他者との関係、仲間や環境への関わり方など心や健康問題を含んだ人間の身体活動全般に関わっての問題である。例えば、仲間との関係においてもスポーツや運動場面でも仲間との関わりがうまくできなったり、いじめにみられるように集団遊びがいじめ遊びに変質したり、仲間の体を「人の体」として理解できずに相手の痛みや苦しみを感知取ることができないなど、心身に関する問題として取り上げる必要がある。

技能的にみても、高学年になってもボールがうまく投げられない子どもや鉄棒にぶら下がって何もできない子ども、水になじめない子どもなど運動を苦手

とする子どもが多くなってきている。このような問題を抱えている子どもは、運動発達の最も大切な幼児期に適切な運動遊びを経験しなかったり、変化に富んだ環境の中で仲間と十分に遊ぶ機会が少なかったりすることが原因であり、運動遊びで育つ調和のとれた心身の発達が未熟なままの状態であると考えられる。

このような子どもの現状に対しては、体力や運動能力の数値を高めれば解決するといった単純な問題ではない。体力・運動能力調査の目的のひとつに、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とある。短略的に体力の数値だけに追われる体育では、学習内容のないトレーニング的な授業となる。そこには体育と保健を関連づけた学習が求められてくる。

さらに、「生きる力」の一つである「健やかな体」も、体力的な要素だけを保障しても育てられるものでない。いろいろな運動を、いろいろな環境において、ひとつの行為性を持った人間の運動として、「動ける身体」を獲得させることではじめて育てることができる。「動ける身体」の獲得には、動感（動く感じ）能力の発生、充実によって「私はそのように動くことができる」という能力を育てる必要がある。そこには「できるようにになりたい」「上手になりたい」という子どもの運動に対する思いや悩みにまず共感することからはじめ、一人一人の悩みに応じられるという指導が意味されている。ここに教育活動で最も大切な教師と子どもの「教える—教わる」という信頼関係が成立する。このような保健体育の学習成果として、子どもの体力、運動能力の向上を願うものである。
(三木四郎)

2 感染症

人類誕生以来、人間は微生物との共存と戦いを続けてきた。感染症は、細菌、ウイルス、真菌、寄生虫などが病原体となって体内に侵入することによって引き起こされる疾病であり、多くの人命を奪ってきた。ある意味では、人類の歴史は病原体との戦いの歴史であると言っても過言ではない。その中にあって、衛生環境の改善、栄養状態の改善、予防接種、さらにペニシリンをはじめとする抗菌薬の開発などにより、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課題になっている。2007年のWHO（世界保健機構）の「世界健康報告」によれば、1970年代以降40年の間にほぼ1年にひとつの新しい病気が発生しているという¹⁾。既知の感染症はもとより、我々は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/H1N1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、平成21年に世界中でパンデミックの流行を起した。日本では漸く沈静化したが、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ことが知られている。漸くHPVワクチンが国内でも認可されたが、高額なことから公費助成を求める声があがっている。

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、継続的な努力が必要である。HIV感染は、全国でも特に東京に多いという地域的な偏りもあるが、依然増加の一途をたどっており、早急な対策が必要である。

近年、インフルエンザの特効薬として登場したタミフルが、異常行動を誘発するのではないかという問題が起きた。インフルエンザのみでも異常行動を起こすことがあり、インフルエンザと薬剤治療との因果関係はまだ確定していない。しかし小児・未成年者についてのタミフル投与は、合併症をもつ患者やハイリスク患者以外、原則的に控えることになった。また厚生労働省は異常行動の監視のため、少なくとも服用開始後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。

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法施行規則（当時）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、これによって学校感染症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

めることである。現在は学校保健安全法施行規則第18条第1項および第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よく、平成21年に流行した新型インフルエンザA/H1N1（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のあるものである。

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、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/H1N1が新型インフルエンザとして猛威を振ったのは記憶に新しい。

結核予防法は平成19年3月31日をもって廃止となり、

	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 ベスト 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	インフルエンザ（ <u>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）及び新型インフルエンザ等感染症を除く。</u> ）: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

結核は感染症予防法の二類感染症となった。学校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およ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だ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ヵ月未満の乳児期にツベルクリン反応検査なしで行う直接接種の一回だけとなっている。コ

レラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスは感染症予防法ではかつての二類感染症から三類感染症となり、学校感染症でも第三種感染症になっている。

なお、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、学校保健法と学校保健法施行規則は、それぞれ学校保健安全法と学校保健安全法施行規則にかわり、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。

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ウイルスと全く異なるウイルスが出現することにより、免疫を持たないヒトの間で大流行を起こすもので、場合によっては世界的規模の流行（パンデミック）を起こし、重大な健康被害をもたらす。数十年おきに流行があり、代表的なものに1918年の第一次世界大戦時に流行したスペイン風邪（H1N1）、1957年のアジア風邪（H2N2）、1968年の香港風邪（H3N2）がある。現在は高病原性鳥インフルエンザのヒトへの感染が懸念されている。スペイン風邪は、特にその強毒性のため多くの死者が出たことで有名である。

本来ヒトへ感染しない鳥インフルエンザウイルスがヒトに感染するケースが最近増えてきている。WHOは平成18年2月に鳥インフルエンザの中でもH5N1型の血清亜型のウイルスによるインフルエンザ（以下H5N1という）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて、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およ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月に当時の学校保健施行規則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

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

わったことで、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は、治癒するまで学校長は出席停止の措置や、必要によって学校の一部または全校を臨時休校することができるようになった。

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(表2)にのっとりさらに「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22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みられるが、ヒト-ヒト感染による拡大はみられない、または非常にまれな感染がみられる)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、瞬く間に世界的にWHOのフェーズ6

(パンデミック)まで感染拡大が起きた。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。タミフル耐性の事例が報告されているが、基本的にタミフルは有効とされている。小児や若い人に感染例が多く、学校を中心とした発症が多かったが、日本では世界的にみてもインフルエンザA/H1N1による死亡率は低い水準に留まった。広範な学校閉鎖や医療アクセスのよさ、医療水準の高さ、抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方や、手洗い・うがいなどの効果があったのではないかとされている²⁾。

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すことがある。

平成18年秋から冬にかけて、ノロウイルスによる感染性胃腸炎が全国的に猛威を振るい、過去10年で最大の流行となった。ノロウイルスによる感染性胃腸炎は病院や福祉施設など高齢者施設で死者を出したこともあり、体力が低下した者や高齢者では特に注意が必要である。感染性胃腸炎は第三種学校感染症の「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こと、適切な消毒薬を使用すること、患者の糞便や吐物を適切に処理することに加え、特に高齢者や体力の低下している者は、加熱が必要な食品は十分加熱するように呼びかけている。ノロウイルスによる感染性胃腸炎は毎年冬期に注意すべき疾病であり、流行時の衛生管理には十分な注意が必要である。

4. 成人麻しんの流行

次は、平成19年3月下旬から、東京・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

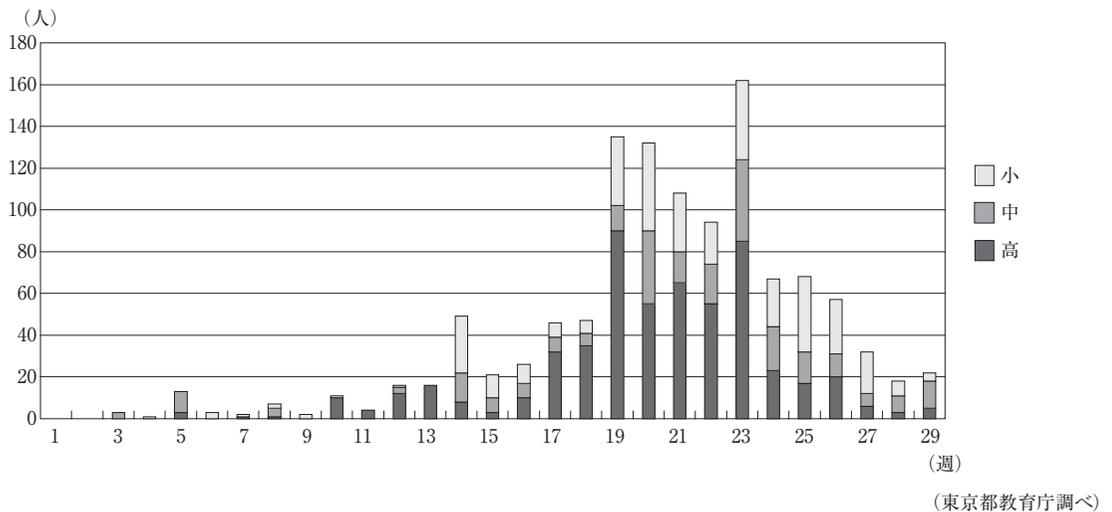


図1 平成19年東京都公立学校における麻疹報告人数

る。東京では、ある東京都立高校での集団発生からはじまり、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疹報告件数の週別グラフである。

高校のみならず私立大学も数多く休校となったことは記憶に新しい。ある報道によれば、麻疹のために休校・学年閉鎖や学級閉鎖になった学校は、厚労省調査で全国363校にのぼり、患者は2,511人で大学生が861名、高校生が740名を占めたという。東京都教育庁では5月中旬から急遽、都立学校の生徒・教職員に対し麻疹未罹患・ワクチン未接種の者をアンケートで洗い出し、希望者に麻疹ワクチンの緊急集団接種を行った。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、高等専修学校で麻疹単独ワクチンまたはMRワクチンの集団接種を行った。実施校は、都立校・私立校あわせて500校以上にのぼった。ワクチン接種には学校医と医師会が協力した。

麻疹は平成13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「成人麻疹」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、麻疹ウイルスに接触して免疫を強化する機会 (ブースター効果) が減少する等の影響で抗体価が低下した者 (Secondary Vaccine Failure) らの間で麻疹が流行したと考えられている。

かつて日本では麻疹ワクチンの接種は一回だったが、平成18年4月から麻疹と風しんの2回接種制度が導入された。麻疹ワクチン一回接種では、麻疹の鎮圧が困難だったためである。MRワクチンの第2期定期予防接種は小学校就学前の1年間に行うことになっていた。しかし10代の世代で麻疹・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疹排除に向けて、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、麻疹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ことになった。日本は他の先進国から「麻疹の輸出国」とも呼ばれることがあり、麻疹の排除を期待するものである。

(弓倉整)

参考文献

1) The world health report 2007, A safer future, global health security in the 21ST century, Overview IX, WHO,

2007

2) 新型インフルエンザ (A/H1N1) 対策総括会議 報告書、平成22年6月10日、厚生労働省

HPV感染と子宮頸がん

HPV感染はHPV感染者との性交渉により感染するsexually transmitted infection (STI) である。感染予防としてコンドームの使用はある程度有効である。HPV感染は最も頻度の高いSTIであり、我が国の一般女性におけるHPV感染率は10～35%であるが、特に15～29歳までの若年女性で高率である。HPV感染は非常にありふれた感染であるが、HPV感染は3年以内に約9割は自然治癒する。ローリスクHPV感染で発症する尖圭コンジローマなどでは発症する前にHPVは消失するが、子宮頸がん組織からは高頻度にハイリスクHPVが検出されている。このことから、子宮頸がんは、ハイリスクHPVの持続的感染を主因としたウイルス発がんである。

子宮頸がん予防ワクチン

世界中の子宮頸がん組織の99%以上でHPVが検出され、16型と18型は代表的なハイリスクHPVであり、その70%を占める。しかしながらHPVは細胞培養系では増殖しないため、遺伝子組み換え技術を駆使して作成されたウイルス様粒子 (virus-like particle: VLP) を用いたワクチンが開発された。VLPはDNAを欠く中空のウイルス様粒子であり、感染性はない。HPVワクチンの作用機序は、ワクチンが誘導する高濃度の血中中和抗体が細胞間液やリンパ液に移行し、常時生殖器粘膜に滲みだすことで皮膚や粘膜の基底細胞へのHPV感染を防ぐ。液性免疫によるものであり、細胞性免疫の関与はなく、治療効果はない。一方、今まで開発されている麻しんや天然痘などのワクチンは全身性感染症を対象と

し、その発症を防いでいる。HPVワクチンは、FDA認可のワクチンの中で、最も安全なワクチンに位置づけられ、ワクチンに含まれるアジュバンドによる接種部位局所の疼痛、腫脹、発赤などの局所的な副反応を認めるが、重篤な副作用は皆無に近い。現在のHPVワクチンには、HPV16型と18型をターゲットとした2価ワクチンと16型・18型に尖圭コンジローマの原因となる6型と11型をも含めた4価ワクチンの2種類のワクチンが臨床応用されている。日本で手に入るHPVワクチンは2価ワクチンで、4価ワクチンは現在、臨床治験中である。2価ワクチン接種により、16・18型の持続感染を100%防止するばかりでなく、16型と関連あるハイリスクHPVである31型、18型と関連あるハイリスクHPVである45型などの感染予防にもある程度有効とされている（クロスプロテクション効果）。接種後4～5年は、自然免疫の数十倍の高い抗体価が持続することが確認され、抗体価の下降傾向がないため、10年以上効果が持続すると予想されている。現在多くの国において接種対象は女性に限られている。ただし、尖圭コンジローマの原因であるHPV6/11型を予防できる4価ワクチンについては、疾患予防効果が大きく、男性への接種が認可・推奨されている国もある。

(山田正興)

参考文献

1. 子宮頸がん検診とヒトパピローマウイルス;日本細胞診断学推進協会 2009
2. HPVワクチン;日本産科婦人科学会雑誌: Vol 16 No 6 2009

3 児童生徒の健康管理

「3-1.栄養状態」、「3-2.循環器」、「3-3.呼吸器」、「3-4.腎・尿路」では、主に文部科学省による平成21年度学校保健統計調査をもとに、栄養状態、循環器、呼吸器、腎・尿路について補足的事項とともに述べる。「3-1.栄養状態」では東京都教育委員会が行った「健康づくり支援のための基礎調査」の一部を紹介するとともに、呼吸器の分野では、平成19年3月に発表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21年4月に発表された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の内容の一部を紹介し、最近の動向に触れる。

3-1 栄養状態

文部科学省の学校保健統計調査¹⁾は、学校における児童生徒の発育・健康状態を明らかにするために毎年実施されている。小学校・中学校・高等学校、中等教育学校および幼稚園のうち、調査実施校において行われる。調査事項は、児童生徒の発育状態（身長・体重・座高）および健康状態（栄養状態、脊柱・胸郭の疾病・異常の有無、視力、聴力、眼の疾病・異常の有無、耳鼻咽喉疾患・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・異常の有無および結核に関する検診結果）である。

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

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

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2.75%、12歳が11.49%、15歳で12.11%、17歳が11.27%である。10歳から17歳までほぼ10%前後で、ピークは15歳である。女子では5歳が2.65%、12歳で9.04%、15歳が8.47%、17歳が8.35%であり、ピークは12歳である。5歳を除く全年齢で男子の

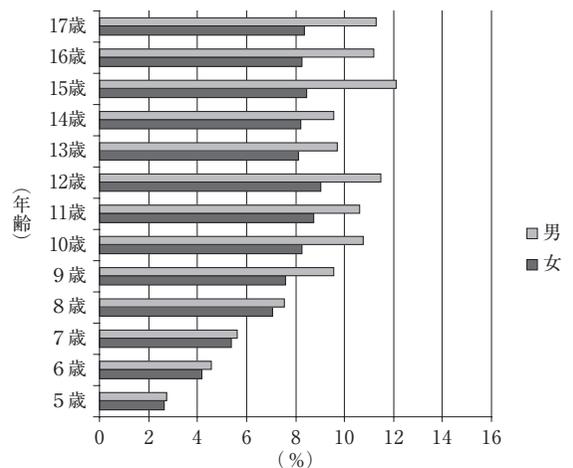


図1 平成21年度 年齢別 肥満傾向児出現率

方が女子より肥満傾向である。肥満傾向児は男女とも増加傾向だったが、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0.34%、11歳で3.28%、15歳で2.45%、17歳で1.77%だった。女子は5歳で0.51%、12歳で4.37%、15歳で2.55%、17歳で1.69%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ゆく。

肥満度と痩身傾向は身長・体重から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」と健康診断で指摘した者の割合を図3に示す。平成17年度までは、「栄養状態」のうち、学校医が栄養不良または肥満と判断したものをそれぞれ「栄養不良」「肥満傾

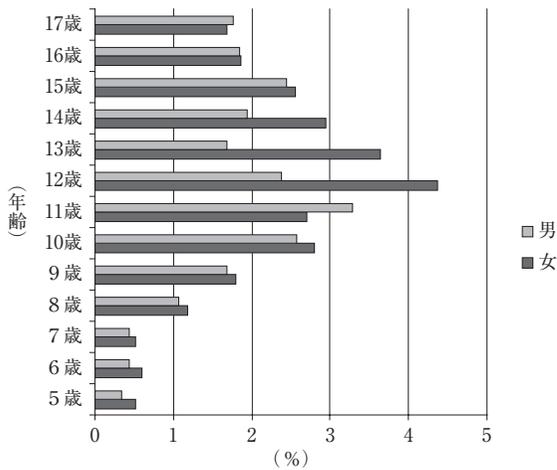


図2 平成21年度 年齢別 瘦身傾向児出現率

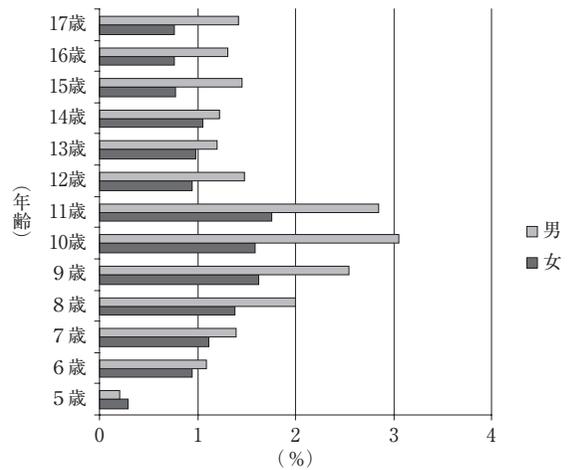


図3 平成21年度 栄養状態を指摘された者の割合

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。

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、瘦身傾向と逆で男

子に多い。特に10歳男子では3.05%が栄養状態の指摘を受けている。小学校では発育・栄養状態が健康づくりのための大切な要素であるため、学校医の指摘を受けやすいのかもしれない。

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」ことのある生徒は男子7%に対し、女子は34%にダイエット経験があった。さらにBMIが高い程（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」にある女子生徒の約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強い「やせ願望」は食事摂取の不足・過度のダイエットから健康の悪化につながることもある。成長期にある女子高生において、やせていても、さらに体重を減らしたいと考えている者が6割もいることは、健康づくりにおいて大きな問題である。栄養に関する正しい知識、食事の重要性、健康な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)

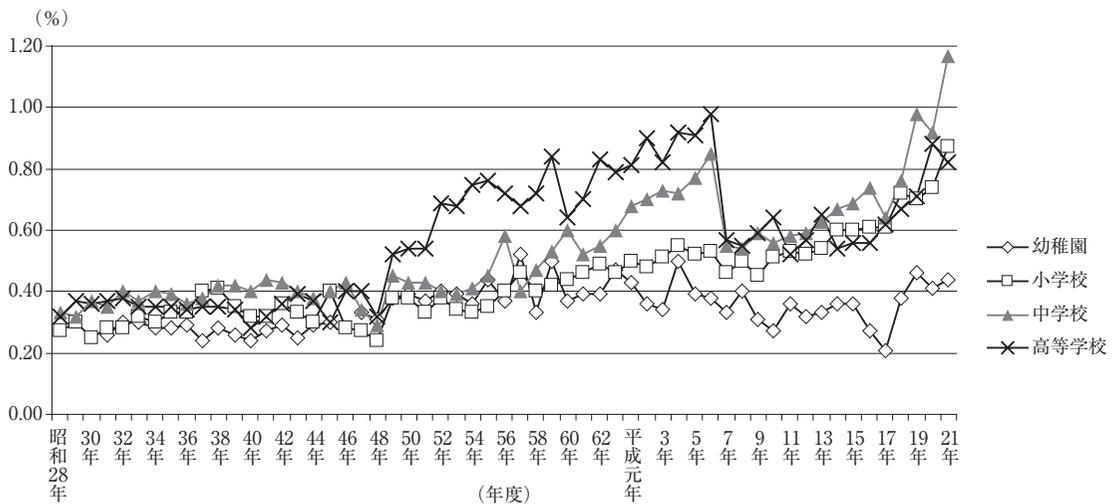


図3 年度別 学校種別 心臓疾患・異常の有無

ある。平成7年度の中学校・高等学校の低下の理由は明らかでないが、平成6年に学校保健法施行規則が改正され、平成7年度から学校心臓検診に心電図検査が義務づけられ、検診精度が向上したこと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み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。平成20年度を除くと、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。中学・高校になるにつれ、運動量が増加するというのも、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。(弓倉整)

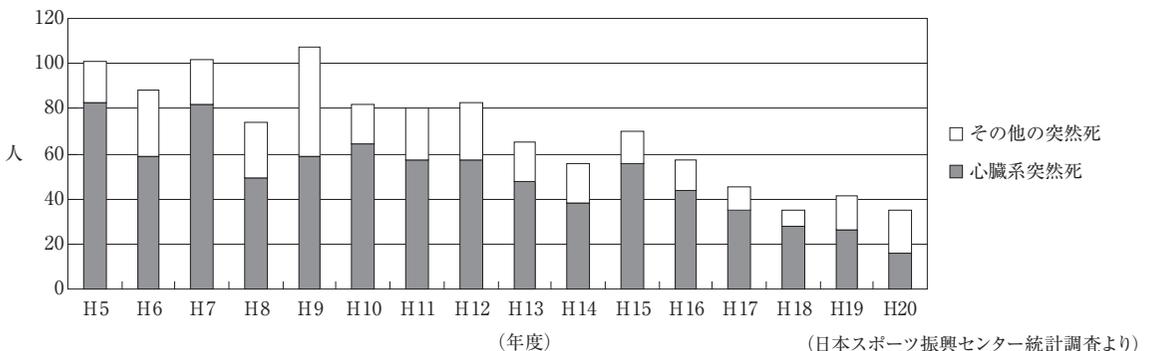


図4 学校管理下の突然死

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、その後学校保健法施行規則が改正され、15年度から問診表、学校医の診察および結核対策委員会による新たな結核検診が導入された。

結核検診の対象は、小・中学校の全学年の児童生徒であり、まず問診表で本人の結核既往歴の有無、予防内服歴、家族の結核既往歴、WHOの示す「結核高まん延国」での居住歴、自覚症状、過去のBCG接種の有無について尋ねる。学校医は問診表を参考に内科健診を実施し、自覚症状や治療歴の確認などを行い、結核対策委員会での検討対象者になるかどうかを判定する。学校はこれらの結果を踏まえ、結核対策委員会に書類を提出する。結核対策委員会は、提出された書類から精密検査が必要かどうかを判定し、精密検査が必要とされた児童生徒には胸部レントゲン等の検査を行い、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歳が突出して最も多く1.31%だった。しかし要精密検査となったのは0.46%である。7歳以降は、結核対策委員会に送られる率は0.5%以下であり、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、この結核検診手法も見直しされる可能性がある

■ 委員会での検討を要する者 □ 結核精密検査対象者

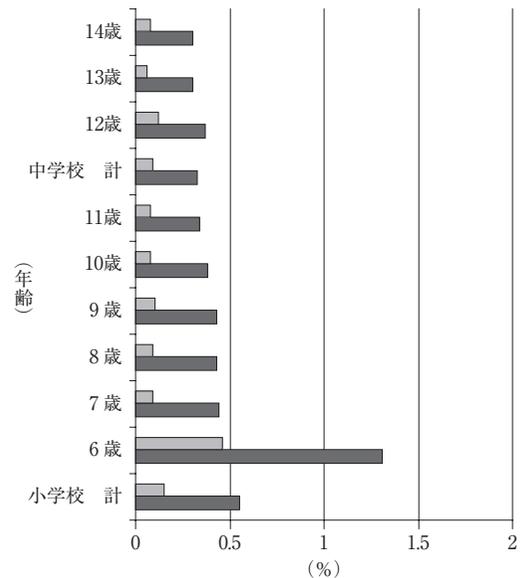


図1 平成21年度 年齢別結核検診の割合

る。しかし日本は世界的にみれば、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患者の増加、一部の大都市集中や地域格差などの問題も抱えている。学生では学習塾などでの集団感染の報告もある。結核が主要な感染症の一つであることに変わりはなく、今後も慎重な対応が必要である。

2. ぜん息

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43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のある者の割合であり、ぜん息がほぼ毎年のよ

うに増加し続けていることがわかる。学校種別では小学校に多く、中学がこれに次ぐ。

図3は、平成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4.86%と最も多く、中学生男子3.52%、高校生男子2.08%で

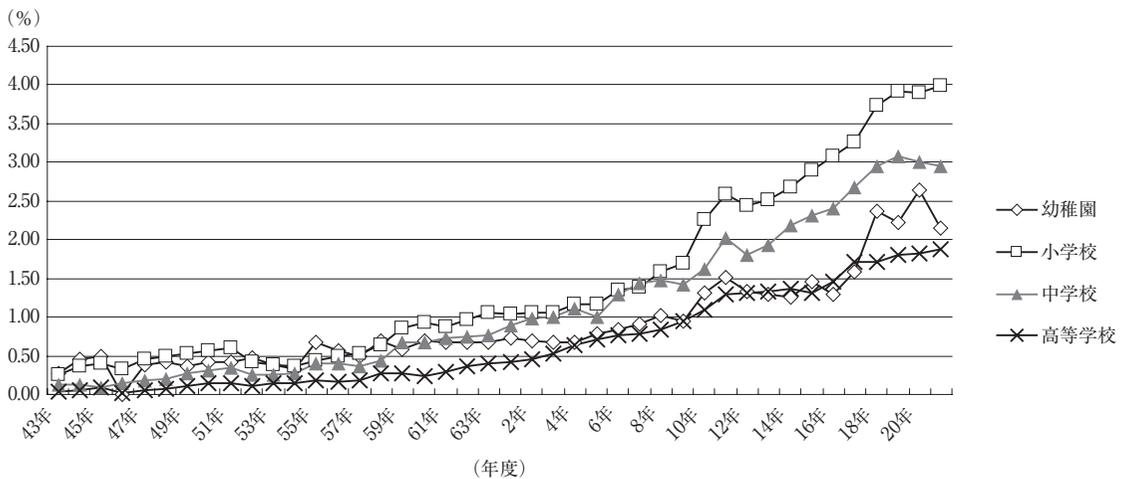


図2 年度別 学校種別 ぜん息を持つ者の割合

あった。これに対し女子は小学校で3.07%、中学校で2.38%、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受けて、文部科学省では平成16年から、以下に紹介する「アレルギー疾患に関する調査研究」を開始し、平成19年に報告書を出した。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。

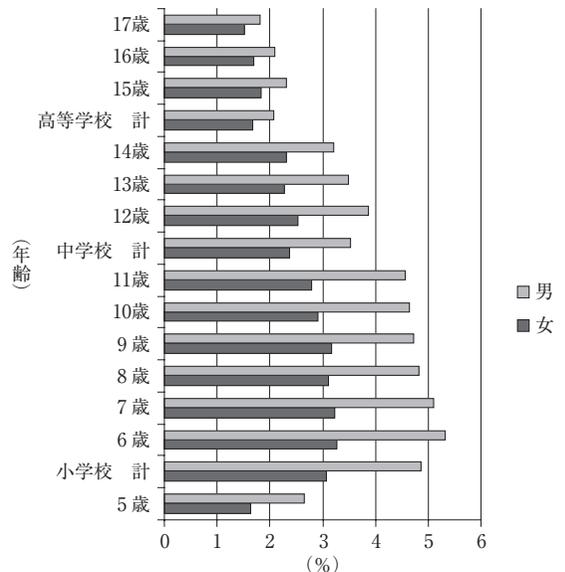


図3 平成21年度 ぜん息を持つ者の割合

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。

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

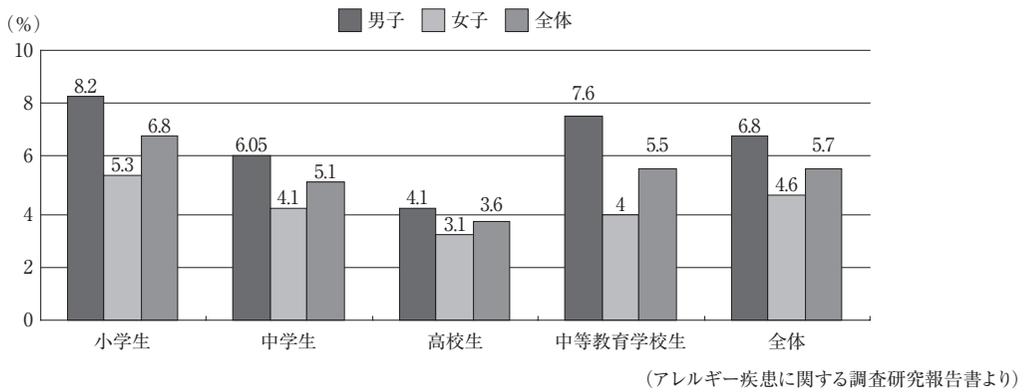


図4 児童生徒のぜん息の有病率

ては、58%の学校で取り組まれているにすぎず、重症のぜん息発作が起きた時の対応を事前に確認しておくことが必要とされた。学校の70%で体育の授業等について何らかの配慮がされていたが、学校への持参薬の確認は37%にとどまっていた。学校内の医薬品による

事故防止・児童生徒の健康状態の把握の観点から、持参薬についても学校が情報を共有することが大切であるとしている。詳細については、「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」(アレルギー疾患に関する調査研究委員会、平成19年3月)を参照されたい⁵⁾。

4. 「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」について

「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」⁶⁾は、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こした児童生徒が自分でエピペンを打つ時に補助という形でしか協力できなかったが、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止むを得ずエピペンを打っても、責任は問われなく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、アレルギーのある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。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。

また、日本学校保健会もホームページの「学校保健ポータルサイト」の中で「学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ&A」(http://www.gakkohoken.jp/modules/pico/index.php?content_id=37)を提示している。「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」が今後広く普及し利用されることを望む。

(弓倉整)

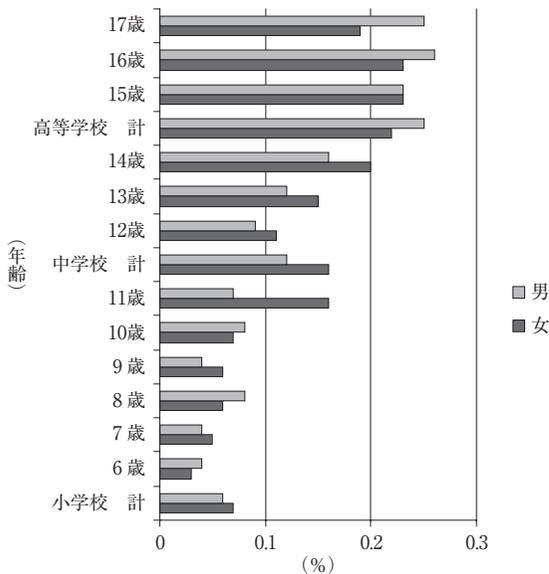


図3 平成21年度 尿糖検出者の割合

男子女子とも0.2%、高等学校では男子0.22%、女子0.21%で、小学校より中学・高校に多い傾向があるが男女差は認めにくい。

腎・尿路疾患の見つかった児童生徒は、日本学校保健会の作成した学校生活管理指導表に従った事後措置を受け、必要に応じて医療機関を受診する。循環器の項で述べたように、以前は腎疾患管理指導表があったが、平成14年度から学習指導要領の改訂に伴い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み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0.12%、女子0.16%、高等学校男子0.25%、女子0.22%だった。

前述したように、学校尿検査は早朝第一尿として、朝食前の尿を採取する。したがって朝食の影響は受けないが、前日の夕食の影響の残る尿を調べるため、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型糖尿病で経口血糖降下薬を服用している児童生徒は、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の低下につながる可能性がある。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21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

学校心臓検診は、心臓に異常のある児童生徒を早期発見し、適切な事後措置を行うことで突然死や心臓病の悪化を防ぎ、また過度な運動制限を受けることなく安全安心な学校生活を送ることができるようにすることが目的である。昭和48年（1973年）、当時の学校保健法施行規則の一部が改正され、学校心臓検診が義務づけられ、平成7年（1995年）に小学校1年生、中学校1年生、高等学校1年生の全員に心電図検査が義務づけられ、今日の学校心臓検診の体制ができた。

学校心臓検診の結果、何らかの管理指導が必要な児童生徒には、学校生活管理指導区分が決定され、学校生活管理指導表に基づいた事後措置を受ける。

学校管理下での突然死は、高校生が最も多く、中学生がそれに次ぐ傾向にある。この理由が何であるかはまだわかっていない。ひとつには中学・高校になるにつれて運動量が増えることが挙げられるだろう。また小学生の頃には発症していなかった心筋症のような後天性疾患が起こることもありうる。しかし、今まで高校生だけを取り上げて調べた学校心臓検診のデータは殆どなかった。ひとつには公立小・中は区市町立であるが高校になると都府県単位になるため、運営主体が変わるためである。

その意味では高校生に特化した心臓検診のデータは、突然死との関連を考える基礎資料として必要不可欠であるにもかかわらず、体系だった報告がなかった。その中であって今回東京都立高校の学校心臓検診の21年にわたるデータが東京都医師会によってまとめられたのは快挙である。

東京都立高校の学校心臓検診は、昭和63年度より東京都教育委員会の委託事業として東京都医師会が実施し、都立学校心臓検診判定委員会にて判定・管理指導区分の決定を行ってきた。今回、都教育委員会の理解を得て、昭和63年度から平成20年度に至る21年間の都立高校1年生の学校心臓検診の

結果をまとめることができた。

1次検診対象者数は21年間で122万2,571人だった。判定委員会に提出されたのは10万8,721人で提出率は9.7%だった。2次検診実施数は2万5,489人で受診率はほぼ95%である。1次検診で「異常なし」の生徒は約95%だが、1次検診で管理指導区分を受けた者はデータが残っている平成2年から平成20年間の1万5,649人中、「病院管理中」が54%と多く、既に病院で心疾患の管理を受けている者が多かった。2次検診では、管理不要26%、E可65%、E禁以上1%、要精検8%だった。

先天性心疾患では心室中隔欠損症が46%と最も多く、心房中隔欠損症が16%、肺動脈狭窄症が10%、ファロー四徴症が7%の順で続いた。心電図異常では心室期外収縮が45%で最も多く、上室期外収縮4.8%、第1度房室ブロック8.6%、第2度房室ブロック4.4%、WPW症候群11.1%だった。QT延長またはQT延長症候群は3%だった。要精検者には、心筋症またはその疑い、心手術後管理されていないもの、運動負荷で悪化する心室期外収縮、数は少ないがブルガダ症候群、促進型心室固有調律などがあった。心筋症またはその疑いは毎年必ず数名はみられた。

一般的に学校突然死の原因を調べると原因不明が最も多いが、基礎疾患のある突然死の場合、術後先天性心疾患、心筋症、不整脈の順に多いことが知られている。先天性疾患についていえば、ファロー四徴症が高校生になっても登校できる現状が統計的に明らかになった。医学管理の進歩によるものと考えられ、学校における注意深い生活管理・指導の必要性を示すものである。また、毎年のように心筋症およびその疑い者がいることは、高校生における学校心臓検診の必要性を語るものである。

（弓倉整）

とされ、生直後の約1ヵ月は低く、その後、3ヵ月から1歳6ヵ月まで最も高く、3歳頃まで続き、その後、徐々に感受性は低下し、6～8歳頃に消失する。

視力発達の急激な時期ほど感受性は高く、発達を阻害する原因があれば、容易に弱視になる。弱視の治療は、視覚の感受性がほとんど消失する6～8歳から治療を開始したのでは遅い。感受性期間内の早期に原因を発見し、弱視の治療を開始することが重要である。

両眼視機能は立体視と融像があるが、生後1歳ぐらいで概略の両眼視ができるようになり、次第に発達し、5～6歳で完成するといわれており、視力よりその完成が早い。乳幼児期の斜視などの眼位ずれなどにより、両眼視機能は容易に障害される。そのためにより早期の治療開始が必要である。

(4) 斜視・弱視

弱視の原因は斜視、屈折異常そして乳幼児期に眼瞼下垂、白内障、角膜混濁などの明視を妨げる疾患や片眼の眼帯などにより生じる。

弱視の治療は6歳以前に弱視治療を行う必要があり、屈折異常弱視は治療により良好な矯正視力が出ていても、適切な屈折異常の矯正を行っていないと、10歳以降でも弱視が再発することが報告されており、成人に達するまでは適切な屈折矯正が必要である。

斜視、弱視は眼位、視力そして両眼視機能の異常であり、治療の目的は視力の改善、眼位の矯正、そして正常両眼視機能の獲得である。治療方法は手術、屈折矯正、遮閉法が基本である。

斜視、弱視は治療の開始年齢が早いほどその効果大きい。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、不同視、斜視など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不良となる。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。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なくすためには、行政や学校関係者に働きかけ、弱視の早期発見、早期治療に努めたい。

(5) 幼稚園・就学時健康診断における視力検査

平成22年3月23日に文科省スポーツ・青少年局学校健康教育課から視力検査をはじめとする児童生徒等の健康診断及び就学時の健康診断について、学校保健安全法等に基づき、適正に実施されるようとの通知が出た後に、各地区で問題が生じている。それはいままでも幼稚園、就学時健康診断に視力検査を実施していなかった地区で、その実施に際して様々な問題点が生じている。

① 幼稚園の視力検査

日眼医が平成20年1月に実施した「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」において、幼稚園の「視力検査」の実施状況では、「実施している」は全体の48.3%（国公立70.6%、私立31.9%）、「実施していない」は50.7%（国公立28.2%、私立67.2%）、「無回答」は全体が1.0%（国公立1.2%、私立0.9%）であった。年少児に対して視力検査を行っていた幼稚園は12.9%（国公立7.1%、私立17.2%）、年中児は26.9%（国公立36.5%、私立19.8%）、年長児は46.8%（国公立70.6%、私立29.3%）であった。年長になるほど視力検査の実施率は増加していた。国公立に比較して私立での視力検査の実施率が低かった¹⁾。

各地区での担当が国公立と私立では異なっている。国公立は教育委員会が担当しているが、私立は異なる。前述の文科省の通知での依頼先は、附属学校を置く各国立大学法人担当課長、各都道府県私立学校主管課長、小中高等学校を設置する各学校設置会社の学校担当事務局長となっている。日眼医の調査で国公立は幼稚園での視力検査の実施率が70.6%であるのに対して、私立は31.9%であり、健康診断の各地区の実施主体が異なっていることに問題がある。

神奈川県と政令指定都市である横浜市、川崎市などの国公立の幼稚園では、その実施は県教育委員会と各政令指定都市の教育委員会が行っている。しかし、私立幼稚園は教育委員会以外が管轄している。私立幼稚園の健診の管轄は神奈川県県民局くらし文化部学事振興課検査分析グループである。くらし文化部では、いままでも毎年学校での視力検査については指導をしているとのことであり、平成22年3月23日の文部科学省の通知については、3月26日付けの学事振興課長通知で県下の各幼稚園園長、小学校長等あてに周知してい

るとのことである。

しかし、問題は全国平均で、私立幼稚園の視力検査実施率が31.9%であるという事実であり、その実施率をいかにあげるかということである。今後、関係者にはそれにご尽力願いたい。

② 就学時の視力検査

就学時健康診断の視力検査の実施主体は学校ではなく、その地区の行政である。実際に就学時健康診断の多くは、学校関係者の協力を得ている。前述の日眼医の調査において、就学時健康診断の実施場所は、入学予定の学校が86.3%、市町村の施設が23.7%、その他が8.9%であった。学校教職員の協力については、あるが97.9%、ないが2.1%であった。各科健診の実施状況は、小児科内科医による内科健診が98.9%、眼科医による眼科健診が46.8%、耳鼻科医による耳鼻科健診が45.3%であった¹⁾。就学時健康診断で視力検査が実施されない理由としては、大都市での教育委員会の対応の問題、教育委員会は実施したいが子どもの視力検査は手間がかかる、学校行事が多忙で時間がとれないなど実施する学校側の協力がなく、小学校健診で実施するから問題はない、周囲の学校が実施していないので実施しない、財政的問題で実施できないなどがある。

③ 子どもの視力検査の実際

子どもの視力検査の実際の方法は、日本学校保健会から児童生徒の健康診断マニュアルと就学時の健康診断マニュアルに詳細に記載されている。視力検査結果で眼科受診をすすめる基準が児童生徒マニュアルでは1.0未満、就学時マニュアルでは0.7未満としている。児童生徒マニュアルでは幼稚園児も含まれているために整合性がとれない。今後、マニュアルの改訂が必要である。日眼医ではその混乱を避けるために日本眼科医会視力検査マニュアルを作成中であり、その指針としては年少児、年中児は0.7未満、年長児は1.0未満に対しては、眼科受診をすすめることと考えている。就学前の子どもたちの視力検査方法はいわゆる「読み分け困難」が生じる通常の字づまり視標より、字ひとつ視標を用いるべきである。

(6) 裸眼視力低下者の増加

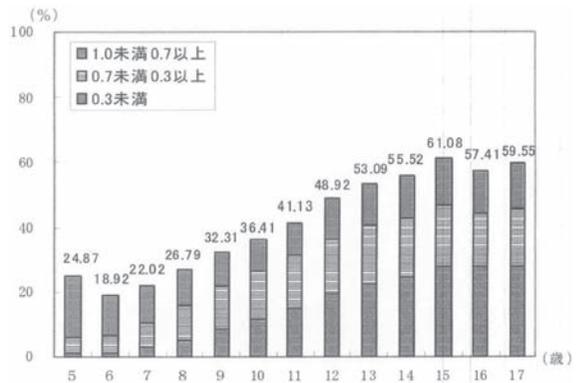
文部科学省の平成21年学校保健統計調査速報(図1)では、裸眼視力1.0未満の者は高校以外で減少している。図1によると、児童生徒の視力では「裸眼視力

区 分		昭和54	平成元	平成11	17	18	19	20	21
幼稚園	計	16.47	25.81	23.97	20.38	24.07	26.21	28.93	24.87
	1.0未満0.7以上	12.21	19.00	17.71	15.23	17.99	18.89	22.03	18.81
	0.7未満0.3以上	3.91	6.27	5.77	4.69	5.60	6.81	6.11	5.45
	0.3未満	0.35	0.53	0.49	0.47	0.47	0.51	0.78	0.61
小学校	計	17.91	20.60	25.77	26.46	28.36	28.07	29.87	29.71
	1.0未満0.7以上	9.47	8.87	10.51	10.40	10.44	10.58	11.23	10.92
	0.7未満0.3以上	5.77	7.33	9.56	10.29	11.19	11.00	11.60	11.51
	0.3未満	2.67	4.39	5.70	5.77	6.73	6.49	7.05	7.27
中学校	計	35.19	40.90	49.69	47.77	50.13	51.17	52.60	52.54
	1.0未満0.7以上	9.65	10.29	11.20	11.63	11.89	13.26	12.38	12.54
	0.7未満0.3以上	12.47	13.50	16.34	16.47	17.84	17.57	17.80	18.03
	0.3未満	13.06	17.11	22.15	19.67	20.40	20.34	22.42	21.97
高等学校	計	53.02	55.81	63.31	58.42	58.65	55.41	57.98	59.37
	1.0未満0.7以上	11.12	10.53	11.12	11.14	14.26	12.40	12.55	13.59
	0.7未満0.3以上	15.61	15.81	16.76	16.00	17.56	16.86	17.07	18.11
	0.3未満	26.29	29.46	35.44	31.28	26.83	26.14	28.36	27.68

(注) 四捨五入しているため計と内訳が一致しない場合がある。以下の各表において同じ。

(平成21年度学校保健統計調査速報)

図1 裸眼視力1.0未満の者の推移



(平成21年度学校保健統計調査速報)

図2 年齢別 裸眼視力1.0未満の者の割合

1.0未満の者の割合は幼稚園が24.87%、小学校29.71%、中学校52.54%、高等学校59.37%で、昨年度に比べて幼稚園が4.06%、小学校0.16%、中学校0.06%と減少し、高等学校は1.39%と増加した。高等学校のみが増加しているが、幼稚園は過去最高を示した平成20年の28.93%に比し、大きく減少した。

「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、平成16年にすべてが減少したが、その後平成20年までは、全体にやや増加傾向となったが、平成21年には高等学校を除き減少した。

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0.61%、小学校が7.27%、中学校が21.97%、高等学校が27.68%となっており、昨年度に比べて小学校が0.22%増加したのみで、幼稚園が0.17%、中学校が0.45%、高等学校が0.68%とそれぞれ減少した。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ることが少なくなる。適切な眼鏡の処方と指導が欠かせない。スキアスコピーや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。

(7) コンタクトレンズ (CL)

(社)日本眼科医会が3年毎に実施している全国学校調査によると、平成21年度では使用者は小学生0.2% (平成18年0.1%)、中学生6.4% (5.9%)、高校生26.6% (25.2%)と中高生は平成12年から徐々に有意に増加し、低年齢化していた(図3)。開始時期では中学は中1が46.8% (43%)、高校は高1が33.7% (37.4%)であり、中学は増加し、高校は減少していた。

使用していたCLの種類ではソフトコンタクトレンズ (SCL) は中学94.9% (94.7%)、高校93.8% (92.7%)であり、通常のSCLは中学9.2% (9.4%)、高校8.4% (9.4%)、今回、1日・1週間使い捨て、2週間頻回交換、消毒して1~6ヶ月のSCLをディスポ系SCLと呼ぶが、ディスポ系SCLでは中学85.5% (84.9%)、高校84.8% (82.7%)、ハードCLは中学4.5% (4.7%)、高校5.6% (6.6%)であった。2週間頻回交換SCLは中学65.5% (66.2%)、高校69.9% (70.3%)、1日使い捨てSCLは中学28.6% (20.8%)、高校21.8% (16.3%)であった。オルソケラトロジー (オルソK) は小学生18.9% (11.1%)、中学0.4% (0.2%)、高校0.2% (0.2%)であり、小学生と中学生は有意に増加していた。

眼の異常では中学46.6% (49.3%)、高校53.7%

(57.6%)と平成18年より有意に減少していた。

眼の病名では角膜のキズは中学40.1%、高校43.8%、アレルギー性結膜炎は中学38.7%、高校37.7%、角膜炎・角膜潰瘍は中学10.9%、高校18.3%であった。角膜炎・角膜潰瘍は治療しても視力障害を残すなどの合併症があるために問題である。

ケアが必要なレンズでは、指示どおりケアをしているは中学93.3%、高校90.6%であった。こすり洗いをしては中学78.9%、高校77.5%であった。

以上を踏まえ今後の学校におけるCLの啓発活動の継続は必須である。

オルソK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Kに用いるハードCLは夜間視力の低下、高次収差の増加、小児のアカントアメーバ角膜炎などの重篤な角膜感染症の報告が散見され、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。オルソKは平成21年4月に本邦ではじめて1社1製品のみが薬事法で認可されたが、この調査時点でのほとんど全てのオルソKに使用しているレンズは薬事法未認可のレンズであると推測された。平成21年4月に日本眼科学会はガイドラインでオルソKの適応を20歳以上としている³⁾。医師の裁量で20歳未満にオルソKの処方可能であるが、もし、ガイドラインを遵守せずに20歳未満にオルソKを処方して眼障害が生じ、訴訟された場合は非常に不利になる可能性があるために注意が必要である。

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歳の原因は殆どがCL装用であった⁴⁾。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。

ここ数年、治療困難なアカントアメーバ角膜炎という重篤な角膜感染症が多発している。原因はレンズとレンズケースの汚染である。ソフトCLの消毒

	平成 12 年 調査人数 102,924 名	平成 15 年 調査人数 92,797 名	平成 18 年 調査人数 101,571 名	平成 21 年 調査人数 99,751 名
小学生	44 校 19,235 名 CL 装用 31 名 0.2 %	30 校 12,714 名中 CL 装用 12 名 0.1 %	54 校 29,792 名中 CL 装用 36 名 0.1 %	55 校 30,683 名中 CL 装用 53 名 0.2 %
中学生	61 校 33,265 名 CL 装用 1,544 名 4.6 %	63 校 30,627 名中 CL 装用 1,727 名 5.6 %	53 校 25,598 名中 CL 装用 1,511 名 5.9 %	54 校 26,296 名中 CL 装用 1,687 名 6.4 %
高校生	56 校 50,424 名中 CL 装用 11,027 名 21.9 %	60 校 49,456 名中 CL 装用 11,492 名 23.2 %	55 校 46,181 名 CL 装用 11,640 名 25.2 %	53 校 42,772 名 CL 装用 11,366 名 26.6 %

対象：全国47支部の中小高校の各1校（一部支部は2校）
調査期間：平成21年9~11月にCL使用状況のアンケート調査を実施

図3 児童生徒のコンタクトレンズ使用者の推移

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。消毒効果をあげるレンズのこすり洗いは必須であるにもかかわらず、装用者自身がそれを実行していないことや、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、ケースをマルチパーパスソリューションなどの洗浄消毒剤できれいに洗浄し、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。

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。

(8) 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慮して、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。

競技種目によって眼鏡の使用が不可の場合があるが、その規定が曖昧である。例えば、北海道のある一部の地区ではバスケットボールの部活動の試合で、眼鏡の使用が認められないので小学生へのCLの作成を依頼された眼科学校医の報告があった。日本眼科医会がその地区のバスケットボール協会に問い合わせたところ、日本バスケットボール協会の競技規則第4条には、ほかのプレイヤーが負傷しないように、破損の防止に配慮してある眼鏡であれば日本国内であれば眼鏡の装用は可能であるとのことであった。ガラスレンズや折れやすいフレームなど破損の恐れのある眼鏡は不可であるとのことであった。つまり、一部の地区にて眼鏡の使用が不可であることは日本バスケットボール協会に所属しているのであれば違法であり、その地区の協会に地区名やチーム名などを連絡されれば、指導いただけるとの返答であったので、各地区にて対応してほしい。

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炎はプール熱ともいわれ「第二種学校感染症」の飛沫感染する感染症で児童生徒の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高いものに分類され、「主症状が消退した後2日を経過するまで」が出席停止期間とされる。

流行性角結膜炎と急性出血性結膜炎は「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、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、眼科で長期間治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。

(3) 眼外傷

小学校で多く見られる眼外傷は「遊び」や「ふざけ合い」の中で起こることが多く、中学、高校と進むにつれて野球、サッカー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、眼科学校医などから情報を集めることが重要である。

(4) 心因性視覚障害

日常生活では何の支障もないように見える児童が、突然視力低下を指摘されることがある。眼疾患がないにもかかわ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」が罹患しやすい。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。

(5) 色覚異常と色覚検査

平成14年3月の定期健康診断の施行規則改正により、定期健康診断における色覚検査の実施義務はなくなり、多くの学校では平成15年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やす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エーション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「色のバリエーション」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、色覚バリエーションQ&Aも詳細に記載されているので利用してほしい。

平成15年以降、全国の多くの学校で色覚検査が行われなくなった。当時小学4年だった多くの児童は、色覚検査を受けることなく、平成22年4月には高校2年になり、進学・就職と向き合う時を迎えている。自らの色覚異常について知る機会のなかった生徒たちが、今後それぞれの進路の選択、さらに進路先において、色覚に係るさまざまな問題と遭遇することが、いままで以上に増加することが懸念されている。進学・就職においてこのようなトラブルを未然に防ぐために、色覚制限の

ある職業や色覚異常が特に不利になる職業を希望する生徒には、高校の進路指導において色覚検査を受け

るよう勧奨することが望まれる。

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」という報道がされ、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よいが、積極的に推奨するものではない。なお児童生徒の体質によっては、学校医の指導のもと、プール後に防腐剤無添加の人工涙液の点眼や、簡単に水道水で目のまわりを洗うなどの対応も必要である」という見解を示した⁵⁾。

(2) 3D映像の影響

学校教育の現場や家庭においても、教材あるいは娯楽として今後ますます3D映像が広く用いられるようになることは間違いない。3D映像の視聴が児童生徒の視機能に影響を与える事が懸念されることから、学校現場や保護者への早急な啓発が必要である。

現在のような両眼視差や運動視差等を利用した疑似的な3次元映像システムが汎用されることになる。疑似的な3次元映像が不適切な設定（適切だとしても？）で使用されれば、生体に違和感が生じ、眼精疲労、眩暈、酔い等の症状を生じさせることは既に知られてい

る。視機能が発達途上の児童生徒への影響についての明確なエビデンスはない。

3D映像が児童生徒の視機能に影響を与えることに関する文献は1988年に1例報告された「立体映画を見て顕性になった内斜視の一症例」⁶⁾のみである。この症例は4才11ヵ月で立体映画を見に行き、帰宅したら顕性の内斜視が発症し、保存的治療では治らず、斜視手術を施行したものである。この文献のみで3D映像が視機能に与える影響について論ずることはできない。

現在、3D映像に関しては経済産業関係からの文献は少なくないが、実際の眼科医からの情報が非常に少なく、推測の域を出ない。今後、眼科学校医は注意深く、3Dの影響を観察する必要があり、適時、指導を行わなければならない。

現時点での少ない情報から推測した、3D映像に関する注意点を述べる。

- ① 視機能は6～8才頃までに完成するが、両眼視機能に関してはその完成は視力より早期である。そのために視力、両眼視機能が発達する時期に不適切な映像により健全な視機能の発育に影響を与える可能性がある。
- ② 子どもが3D映像を長時間視聴した場合の視覚発達への影響は不明である。子どもには通常の2D映像であっても長時間鑑賞は不適切であり、3D映像にあっては特に注意が必要である。
- ③ 子どもへの3D映像機器の利用には鑑賞時間を短く区切り、その影響を考慮して利用する。利用には保護者の管理の下に実施してほしい。

（宇津見義一）

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) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：児童生徒等の健康診断及び就学時の健康診断の実施について（通知）、文部科学省21学健第34号、平成22年3月23日
- 3) 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

- 4) 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一分離菌・患者背景・治療の現況、日本眼科学会雑誌 110：961-972、2007
- 5) 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
- 6) 筑田昌一、村井保一：立体映画を見て顕性になった内斜視の一症例、日本視能訓練協会誌、16巻、69-72、1988

ことばの検診に際しては、誤り音の種類、誤り方、一貫性の有無、音声環境による誤り方の違い、被刺激性の有無、構音位置・構音方法の音声学的視点に基づいた誤り音・誤り方に共通する特徴を分析する様に述べられている³⁾。しかしながら、教育現場で行われ、しかも時間制約のある学校検診においては、対象児童全員が行う、児童が何の抵抗もなく行える、短時間で済む、判定しやすい、担任教師も納得できることが重要となる¹⁾。複雑な方法は好ましくない。この点、赤本は簡便性と検出率が優れているが、表1で示されるように、今回のアンケートで、赤本は十分に生かされていない現状と新しいマニュアルを求める声も聞かれた。

新美成二国際医療福祉大学教授の総括を引用する²⁾。音声・言語活動は児童の心身の健全な発達に重要な役割を持ち、かつ学校教育活動を推進するうえでも重要な意味を持つ。学校保健安全法では、施行規則第一章第一条において、児童の健康診断では、「耳鼻咽喉科疾患の有無は、耳疾患、鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患及び音声言語異常等に注意する」とされ、さらに「言語障害の発見につとめること」とされている。

このことからわかるように、音声言語の健全な育成に関して我々耳鼻咽喉科医は責任ある立場にある。しかし健康診断の現場においては、音声・言語障害に関しての検診がほとんどなされていない。その様な認識で、平成5年から3年間にわたり、学校保健のセンター的事業として学校における音声言語障害の実態把握と簡易スクリーニング法の開発、音声言語障害の啓蒙を行うことになったのである。

まず、実態を知るために児童の保護者と担任の教師とにアンケート調査を行った。調査票は、

1. 話すとき、どもったりつまったりしますか。
 2. 正しく発音できないことばや音がありますか。
 3. 何となくはっきりしない発音ですか。
 4. 声のことで気になることがありますか。
 5. 言葉をつなげて話せなかったりしますか。
 6. 声や言葉に関してすでに専門家(医師など)の指導を受けていますか。
- という、きわめて簡単なものである。

結果は表2の通りであった。両者の評価はよく一致しているが、構音については、担任の評価が保護者の回答を上回っており、言語については保護者の評価が担

	保護者の回答	担任の回答
1. どもったり、つまったり	2.90%	2.06%
2. 正しく発音できない	4.07%	4.39%
3. はっきりしない発音	3.07%	5.42%
4. 言葉が少ない、文章の誤り	4.80%	2.33%
5. 声のこと	1.56%	1.46%
6. 専門家の指導	1.17%	0.93%

対象児童N=1820

表2

任の評価を上回っていた。つまり、学校の教師は構音に注意しており、保護者は言語について関心が高いということが示唆された。15年前の調査であり、この15年間に音声言語障害に関する医療環境は大きく変わっているので具体的な数値にはあまり意味づけすることはできないと考えるが、おおよその傾向においては保護者の感じていることと、担任が気にしていることとは一致しているという事実は変わらないであろう。このことは、児童と接している教師の評価を健診の参考にすることが大切であることを示唆している。

検査法の作成に関して考慮した点は、学校における健康診断の現場の制約である。つまり児童一人にかかる時間がきわめて限られていること、および集団検診という環境による制約である。検診の中で行う検査として、1. 対象児童全員が行えること、2. 児童が抵抗なく行えること、3. 短時間で済むこと、4. 判定しやすいこと、5. 担任教師も納得できること、が要求される。その中で検査すべき項目は、1. 声に関して、2. 構音に関して、3. 言語に関して、4. 吃音、である。実際の検査法の手順については、事前に言葉に関する調査票を渡しおき、その回答を参考にして検診を行うことを推奨した。

健康診断の現場では、児童に、自分の名前にデスをつけて名乗らせる。音声の異常、構音の異常をチェックする。この課題に乗れない子どもに関しては、精神発達遅滞、場面緘黙も考慮しなければならない。カードによる検査は「はさみ」「象」「キリン」「テレビ」のカードを提示し、呼称により発音の評価を行う。すでに述べたように、これらの限られた時間での所見にくわえて、担任の教師の情報がきわめて重要である。

この事業を遂行する中で、問題としてクローズアップされたのが事後措置の問題である。児童のプライバシーを十分考慮して結果の通知、事後の対応をしなけ

ればならない。治療に関しては、耳鼻咽喉科医が音声言語にどの程度関心と知識を持っているかに関わってくる。音声障害については多くの耳鼻咽喉科医は対処できるが、構音障害を含めて言語の障害については、残念ながら十分に対応できるとは考えられない。言葉の教室の活用が必要であるが、担当している教員の関心の高さが学校ごとに違っていることが実情である。ある地方自治体で言葉の教室の担当教諭と言語聴覚士と学校医が見事な協力体制を組み、子どもの言語障害にうまく対応しているケースを経験している。今後、この3者のコラボレーションがきわめて重要であると考える。

音声言語検診に関する協議では引き続き、シンポジストとして、受け入れ側の病院、ことばの教室から、それぞれ講演があった。

「発音異常を主訴に来院した小学生のその後」
県立広島病院小児感覚器科 益田慎²⁾

機能性構音障害児において構音を誤るパターンを整理してみると、特定の構音点に問題が集中している例と、問題になる構音点を絞れない例がある。前者であれば、舌の運動パターンを再構築する構音訓練を計画すればよいことになるが、構音訓練のターゲットとして特定の構音点に問題を絞れなかった場合には、発話プログラムの段階にさかのぼって原因を想定し、言語聴覚療法の内容を考える必要がある。この場合、構音障害は特定の高次脳機能が低下したことによって引き起こされた結果としてみる必要がある。

発話プログラムは脳のさまざまな機能を組み合わせで作られている。したがって、構音障害があることだけでは特定の高次脳機能の問題として扱うことはできない。文法の理解力や操作力、語彙力など、複数の言語能力を評価した上で問題となる高次脳機能を推測することになる。当科において最も一般的にある組み合わせは、言葉の音韻操作に関わる脳機能の低下である。

小学生で構音障害を見つけた場合に、正しい構音を誘導し、円滑なコミュニケーションの獲得を目指すことは当然である。その上で、機能性構音障害の中には高次脳機能の発達障害がベースに潜んでいる可能性があることを念頭に置く必要がある。学校の成績が奮わないことを単純に勉強不足のせいとされ、努力をしているのに学習成果があがらないことを人知れず悩んでいる子どもは多い。我々が彼ら彼女らの代弁者になり

うるかどうかは彼ら彼女らの人生に大きな影響を与えると断言しても決して過言ではない。

「ことばの教室の相談と指導」八王子市立第四小学校きこえとことばの教室 川上倫子²⁾

「きこえとことばの相談」を小学生と来年度就学児に分けて行っている。この相談を経てきこえとことばの教室に入級してくるときには、1. 何となくうまくいかない不全感をもっている、2. 話すことや読むことに自信をなくしている、3. 人の話をよく聞き円滑な会話することが苦手である、4. 周りの人や友だちから指摘・真似などをされ傷ついている、などの問題を抱えている子どもも少なくない。その為、入級後は、担当者と親和的な関係になれるように配慮し、本人や保護者とよく話し合い、学校としてのよさを生かして学級担任と電話や文書で連絡を取り合うようにしている。

ことばの指導は様々だが、大きく分けると、1. 構音に課題のある子どもの指導、2. 吃音のある子どもの指導、3. 言語発達の促進やコミュニケーション力の向上が目標となる子どもの指導、がある。1、2、3が重なっている子どももいる。1と2については、ことばの直接指導をするとともに、構音の課題や吃音があっても自分の思いを表現できるようにし、話すことが好きな子どもにすることを目指して支援している。3については、それぞれの子どもに必要な支援は何かを考えて支援するとともに、学校や家庭での生活に適應できるように配慮事項を考えて家庭や在籍学校、医療機関などと連携して支援している。

学校保健、音声言語障害検診における言語聴覚士との協働の在り方を考えることは重要である。日本耳鼻咽喉科学会全国代表者会議の研修会において廣瀬肇東京大学名誉教授により、言語聴覚士の養成教育の現状と、耳鼻咽喉科医との連携の問題が講演された²⁾。

言語聴覚士は平成9年に言語聴覚士法が制定されて成立した国家資格である。制定の翌年には第1回の国家試験が施行され、以来11回の国家試験が行われ、現在までの合格者総数は15,000名余に及ぶ。言語聴覚士の役割については、音声、言語、聴覚障害、つまり音声言語によるコミュニケーションに障害のある者について、その機能向上を図るための訓練およびそれに必要な検査、助言を行うと法に定められており、患者の診断・治療はあくまで医師の責任ないし専権範囲となる。言語聴覚士の養成は言語聴覚士法に定められた

養成施設で行わなければならない。受験科目数も多く、国家試験の合格率は全医療関係職種中最低という難関である。学校保健の現場でこれまで言語聴覚士の問題が重視されたことはこれまであまりなかったと思われる。しかし、現状をみると、特別支援学校、特別支援学級においては言語聴覚の問題が特に重要であり、さらに最近の調査で普通学級児童において、いわゆる発達障害児の割合（6.3%:03年度文部科学省調査）が全児童に対する特別支援対象児の比率（1.2%前後:08年度）を遙かに上回っていることも指摘されている。こ

のような状況下に、すでにいくつかの自治体では言語聴覚士を常勤あるいは非常勤の形で特別支援対象児童あるいは発達障害児の教育に参加させていこうという動きを見せている。学校保健において耳鼻咽喉科医の果たしてきた役割は極めて大きいと考えられる。特にコミュニケーション障害の発見、対策はその柱のひとつであろう。そこでの耳鼻咽喉科医と言語聴覚士との連携がこれまで以上に大きな鍵になっていくものと考えられる。

日本医師会全国学校保健・学校医大会

最後に昨年開催された第40回日本医師会全国学校保健・学校医大会の第4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. 日耳鼻新潟県地方部会学校保健研修会の歩み
2. 福岡県における耳鼻咽喉科学校医研修会の10年の歩み
3. 横浜市における耳鼻咽喉科学校医活動の現状と問題点（第2報）
—耳鼻咽喉科学校医に対するアンケート調査結果から—

4. 広島県における選別聴力検査に関する実態調査と広島市におけるオージオメータの実態調査について
5. 静岡県における学校健診統一化への試み
6. 川崎市における耳鼻咽喉科定期健康診断の疾患別統計
7. 東京都の公立小・中・高等学校におけるスギ花粉症QOLアンケート調査結果
8. 大阪府におけるアレルギー疾患を有する児童生徒の実態調査
—アレルギー性鼻炎・花粉症を中心に—
9. 前庭水管拡大症児への対応
10. 中学生の「乗り物酔い」の訴えについて

（大島清史）

文献

- 1) 日耳鼻学校保健委員会：学校保健での音声言語障害の検診法 1996
- 2) 日耳鼻学校保健委員会：耳鼻咽喉科学校保健の動向

2010

- 3) 今井智子：小児の構音障害 音声言語医学 51：258-260, 2010

▶▶▶ 3-7 皮膚科

1. 学校保健と皮膚科

(1) 皮膚科と学校保健：専門校医について

現在文部科学省が行っている文部科学省スポーツ・青少年局学校保健教育課管轄の継続事業である「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」——専門校医（専門相談医）制度——は、平成21年11月に行われた政府・行政刷新会議における事業仕分けの対象となって、一旦この事業の継続が危ぶまれたが、その後の見直しで予算は半減されたものの、継続となった。全国で、事業に参画している科は、平成21年12月の段階で皮膚科、精神科、整形外科、産婦人科であるが、各科で参画している都道府県、4科体制、4科に限らず全科（広島県）で参画しているところがある一方で、未参画の地域（山形、福島、新潟、静岡、福井、岐阜、岡山、佐賀）もある。皮膚科が参画している地域の活動内容は研修会などの講演が主なものであり、学校医として認められない限り、学校現場への参入は難しいようである。

(2) 皮膚科の学校保健への取組

皮膚科領域では、1993年、日本臨床皮膚科医会（以下日臨皮）が、学校保健委員会を設立以来、学校保健への取組がされてきた。一方、皮膚科医・小児科医を主体とする日本小児皮膚科学会（以下日小皮）は学校保健ワーキンググループを経て、2008年に学校保健委員会が作られた。これらの委員会を中心にして、学校の

場へ行って、講演・研修によって皮膚科が学校保健に関与する領域を理解してもらおうとした。2005年から始まったこの活動は、日臨皮が公立部門を対象にしていることから、日小皮が、私立小中学校へアンケート配布して、希望を募っている。さらに、日小皮のホームページにも講演派遣可能と掲示している。2008年日本皮膚科学会（以下日皮会）学校保健ワーキンググループが立ちあげられ、皮膚科全体の支持へと拡大しつつあることは好ましいことである。

日小皮が、学校・教育現場にアンケートを配布して、皮膚科へ、講演・研究会の講師を希望するか問い合わせた。そのアンケート回答に挙げられた事項は：①学校内で起きる皮膚障害（ケガ、やけど、打ち身など）の救急対処法、②アトピー性皮膚炎のスキンケアや対処法、③子供のおしゃれ・化粧・それに伴う皮膚のトラブル、④にきびのスキンケア、⑤性に関わるトラブル、⑥一般皮膚感染症（トビヒ・シラミ・ミズイボなど）の予防と家族への指導、⑦紫外線対策（水泳授業、運動会、遠足など）などであった。

これらの課題について、日臨皮、日小皮が共同で学校健康教育用教材を作成し、各地方の皮膚科学校保健委員会にも働きかけ、学校現場での皮膚疾患の啓蒙活動、小・中学校・高校へ皮膚に関する講演希望へ対応するようにしている。

2. 皮膚科関連学校感染症

(1) 学校感染症第三種“その他の感染症”に関する統一見解

2009年、学校保健法が学校保健安全法へ改正され、学校伝染病は学校感染症へと変更された。学校感染症は感染症法の届け出対象疾患に基づいて規定され、教育現場で、児童生徒間にまん延させないようにするため、出席させない、すなわち出席停止期間を設定した。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。これら、規定がなされている疾患に関してはともかく、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に分類され、“その他の感染症”に包括される疾患である。“その他の感染症”に相当する疾患の出席停止期間については“感染のおそれなくなるまで”と規定されている。すなわち患児自身の健康の回復が得られ、周囲への感染力がなくなるまでを示唆している。“その他の感染症”に分類される疾患は、皮膚病変を伴う感染症を多く含んでいること、さらに幼稚園・小学校・中学校などで、これら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ている。日常生活をどこまで制約するかについては、さまざま

まに論議されている。特に、頭虱(あたまじらみ)、伝染性軟属腫や伝染性膿痂疹に関しては、幼児・小児の生活では、戯れて、互いに接触して遊ぶことが多いゆえに、他の子ども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、機会あるごとに皮膚科・小児科間でも論議が繰り返されている。

これらの点を考慮して、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、日臨皮、日小皮、さらに日本皮膚科学会、日本小児感染症学会の統一見解として図のようにまとめられた。ただし、学校保健安全法の目的に沿って、あくまでも学校を休ませねばならないか否かを論議しているものであり、そのほかの生活指導に関しては触れていない。現在日本小児科学会においても、見解を承認するか検討中とのことであるが、内科・小児科などでも関わりのある疾患であり、この見解を広く利用していただければ幸いである。日本臨床皮膚科医会、日本医師会、日本小児感染症学会、日本小児皮膚科学会の各ホームページでも見ることができる。

なお、今期、手足口病の流行が例年より早くには始まり、多人数の罹患に加え、エンテロ71による無菌性髄膜炎の合併が報道されたため、取り扱いに関して、皮膚科開業医間で問題になった。いままで教科書的にいえば、手・足・口に症状がみられるのが通常であるが、今期の流行では炎症症状が強い、手足のみならず、水痘と鑑別を要するほど体幹にも顕著に皮疹が出現する例があるなど非定形的な病態の手足口病がみられるとの報告が相次ぎ、皮膚科医の注意を促す意味も含め、日臨皮会誌に注意喚起文が掲載された。児童生徒のみならず、保護者にも感染して内科・皮膚科を受診した例も少なくなかった。

(2) *Trichophyton tonsurans*感染症

近年*Trichophyton tonsurans* (トリコフィットン トンズランス) という白癬菌の一種が格闘技運動選手間にまん延し、問題になっている。この真菌は、南北アメリカやヨーロッパで頭部白癬の原因菌として知られていたが、日本では分離されることがまれだった。2001年ごろから柔道部員に集団感染がみられ、おそらく国際試合で海外へ行った柔道やレスリングなどの選手が感

学校感染症(第三種その他の感染症)に関する統一見解 児童生徒・保護者向け

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: 手足の水ぶくれが消えて、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く、発熱、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、本人が元気であれば、学校を休む必要はありません。また、いったん消えた発疹は日光に当たったり、興奮したり、入浴後などに再び出てくるがありますが、これらは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。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。学校を休む必要はありませんが、できるだけ早く治療を受けてください。
- 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、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)からの滲出液を触ったり、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学校を休んでの治療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22年7月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会、日本皮膚科学会、日本小児感染症学会

図 第三種学校感染症の出席停止期間についての統一見解

染して国内へ持ち込んで、試合や合宿で広めていったと推定されている。その後の学生の試合や合宿でも同様で、現在では集団発生の報告が多数ある。症状は概ね体部白癬と頭部白癬の2型に分けられる。すなわち互いに肌を接触させる柔道など格闘技で、特に頭部、顔面、上半身に病変が出現しやすい。体部白癬は、はじめは落屑を伴った紅斑程度であるが、周囲が環状にわずかに隆起した局面を形成し、遠心状に拡大する。頭部白癬は秕糠様落屑を呈する程度から深在性病変を形成し、脱毛や膿瘍（ケルスス禿瘡という）を生じる場合がある。一旦皮膚・毛髪に感染すると難治であり、個人の症状にあわせて、皮膚科専門医の治療を必要とする。体部白癬では外用薬を1か月以上使用すること、ケルスス禿瘡を含めた頭部白癬では長期のイトラコナゾールや塩酸テルビナフィンなどの内服薬を必要とし、中断してしまうと遷延する場合がある。しかしこれらの薬剤は副作用もあり、皮膚科専門医の指導・治療を要

する。また、日常的には抗真菌薬配合のシャンプーやリンスを用いる。

学校の部活動で、数人の感染者が判明した場合は、一部だけの治療では不十分で全員が集団的に治療をする必要がある。感染の有無をチェックするにはブラシ法を用いる。この方法は症状がない場合でも保菌者を見つけだすことができる。通院治療が必要な場合は皮膚科医の指導のもとに継続治療を行うが、学校の指導者はそれに従い、周囲への拡大を防ぐ協力をすべきである。生徒たちはいじめや差別を恐れ、隠して、監督者への報告を怠ったり、また試合が近いなどの理由で治療をしない場合も少なくないため、学校側の協力が不可欠である。

予防としては、試合、練習後にシャワーや入浴で洗う、練習着の洗濯を頻繁にして貸し借りをしない、床の清掃は電気掃除機で丁寧に行う、疑わしければ関係者全員で皮膚科を受診するなどの注意が必要である。

3. 学校生活における紫外線対策とプール水泳授業

1998年、母子手帳から日光浴を勧める文字が削除された。乳幼少児期に曝露された紫外線によって皮膚癌の発生に関するリスクが増大することがわかってきたからである。ヒトの皮膚の色素細胞はメラニン色素を産生し、紫外線を吸収して保護作用をしている。メラニンが多い肌は黒くなり（sun tanning）、その保護力によって紫外線に対しても強いが、色白の肌は紫外線によって赤くなり（sun burning）、なかなか黒くならず、紫外線に対して抵抗性が低い。太陽からの紫外線のUVA、UVB、UVCのうち、UVCは地球に到達する前にオゾン層などで障害され、地上に達しない。地球上に達するUVA、UVBのうちUVBが皮膚の細胞のDNA損傷を生じやすい。幼少時から繰り返し、紫外線を浴びると、はじめは修復できていた損傷ができなくなり、悪性腫瘍の発生などをもたらす。幼少児期から紫外線対策をすべきなのである。

環境省から紫外線保健指導マニュアルが作成され、最も新しいところでは2008年に「紫外線環境保健マニュアル2008 (http://www.env.go.jp/chemi/uv/uv_pdf/full.pdf)」が刊行された。その中で、紫外線によるさまざまな障害、すなわち日焼け、光老化、皮膚癌の発生などが取り上げられているが、紫外線対策、特にプー

ルなどの水泳授業に際しての対応が十分でない学校が多いようである。そこで、日臨皮が主体になり、「学校における紫外線対策に関するアンケート」を保育士・養護教諭を対象に行った平成21年度までの結果では、「紫外線環境保健マニュアル2008」の認知度は15.2%、活用している割合は4.5%であった。紫外線対策として、通学時の日焼け止め使用許可は56.0%、帽子の使用については通学時34.8%、体育時41.7%、プールでの日焼け止め使用許可46.4%、テントなどの日陰対策59.6%、紫外線の強い時間を避ける21.0%であった（島田辰彦、J.JOCD, Vol27, No.4, 527, 2010）。

紫外線対策として学校の間で行えることは①紫外線の強い時間帯、12時前後2時間、を避ける、②日陰を利用、③日傘を使ったり、帽子をかぶる、④長袖や襟の深い衣類で覆う、⑤UVカットレンズ使用のサングラスを用いる、⑥サンスクリーン剤を上手に使う、などである。特にサンスクリーン剤に関しては、水泳プール授業時に用いるに際し、学校側の考えは、学習に必要なものは持ってこさせない、管理上の問題、塗らせる場所がない、必要があるとは思われないなどの反対意見が多い。

プールの水質に及ぼす影響を懸念され、使用を禁止

する学校が少なくない。この点に関して、すでに、サンスクリーン剤による汚染はみられず、水質は護られるとの調査研究の経過およびそのデータが報告されている（佐々木りか子ら、日小皮会誌、2、195、2008。西井貴美子ら、日皮会誌、119、3037、2009）。すなわち、既に「平成21年度版学校保健の動向」に一部記述したように、サンスクリーン剤によるプール水の汚染に関して、過去にさかのぼれば、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水質検査を行ったが、濁度に全く変化はみられなかったという記録がある。また、大阪皮膚科医会が2007年に1シーズンを調査したところでは、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。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、トリハロメタンなど文部科学省の学校環境衛生基準の項目のうちpH、遊離残留塩素はサンスクリーン剤使用を許可した学校で基準より低値を示す傾向にあったが、ほかの水質の差はなかった。

1シーズンの検査を行った佐々木らの別の調査では、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、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（前述と同様の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。学校教育の

現場では、いまでもサンスクリーンを化粧品と見る向きがある。特に日本学校薬剤師会は、サンスクリーン剤は治療薬でなく化粧品と規定し、かつサンスクリーン剤中の亜鉛がプール水に溶け出て、子どもの毛穴をふさぐとして、学校現場への持ち込みをよしとしていない。今後はサンスクリーン剤は一種の薬品に相当するものなどの理解を深めていく運動が必要であり、学校薬剤師会、学校教育現場の協力を得て、日臨皮、日小皮が中心になって進めていく方針である。特に色素性乾皮症、エリテマトーデスや皮膚筋炎をはじめとする膠原病など紫外線を極端に防御する必要がある疾患のみならず、日焼けを起こしやすい色白の肌の児童生徒にはサンスクリーン剤は必要不可欠である。

ところで、サンスクリーン・日焼け止めクリームには様々な剤形がある。また、効果にもランクがあり、SPF（Sun Protection Factor）、PA（Protection grade of UV-A）で表されている。SPFはUVBをカットする力、PAはUVA（実際は太陽光をUVA光源に置き換えて照射し、測定した）防御力をみたものである。サンスクリーン剤にはSPFとPAの組み合わせでいろいろな効果のものができている。紫外線曝露の状況にあわせて、日焼け止めを選び、時々塗りなおす必要がある。学校のプール授業で用いるものについては、①「紫外線吸収剤無配合」または「ノンケミカル」の表示があるもの、②「SPF15」前後、「PA++～++++」を目安とする、「SPF50+」（50以上）の表示のあるものは光線過敏の人、紫外線に高度に曝露する場合以外は必要ない、③「無香料」、「無着色」の表示があるものに制限する、UVカット機能を持ったいわゆる機能性化粧品の類は禁止するべきである、④プールでの使用は、「耐水性」か「ウォータープルーフ」表示のものを用いるなどに留意する。

4. 皮膚科アレルギー疾患と学校保健

学校保健における皮膚科領域の主なアレルギー疾患としてはアトピー性皮膚炎、食物関連アナフィラキシー、蕁麻疹、薬疹などである。

文部科学省が平成16年全国的に調査し、平成19年「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」を公表した。その中で公立小・中・高等学校の児童生徒のアレルギー疾患の有病率は気管支ぜん息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%であった。アトピー性皮膚炎は小学生6.3%、中学生4.9%、高校生4.0%、中等教育学校生6.6%、児童生徒全体で5.5%（男子5.6%、女子5.4%）であった。学校がアトピー性皮膚炎の児童生徒について把握しているか否かに関しては小学校95.5%、中学校95.5%、高等

学校96.0%、中等教育学校100.0%、全体95.6%で実態把握に努めているとされている。学校生活で種々の配慮をしているかについては、掃除当番についての配慮は小学校28.0%、中学校8.1%、高等学校3.9%、中等教育学校0%、全体19.8%でしているとあった。体育の授業における配慮は、小学校42.9%、中学校46.6%、高等学校64.3%、中等教育学校85.7%、全体46.2%であった。発汗はアトピー性皮膚炎の悪化因子になることはよく知られている。また、体育の授業において、紫外線、水泳授業で腰洗い槽・プール水にふくまれる塩素などの消毒薬の刺激性も問題になっている。これらに対して、実際に温水シャワーの設置をしている学校は少ないが、設備の充実を図っている(むしろ、図ろうとしているというべきか)学校は小学校20.0%、中学校7.4%、高等学校4.3%、中等教育学校14.3%、全体14.8%であった。また、学校における外用薬などの使用に関して、保管、スキンケアの場所を提供している学校は、小学校20.8%、中学校14.2%、高等学校11.9%、中等教育学校0%、全体18.0%だったという。欧米では当たり前の温水シャワー設置についても前途多難な状況であるが、アトピー性皮膚炎治療の基本である清潔・洗浄・外用・スキンケアを考慮するならば、外用薬の使用、スキンケアの必要性を学校教育現場に理解してもらうように、今後の啓蒙活動が必要である。なお、「ア

トピー性皮膚炎診療ガイドライン2009年」が作成されている(日皮会誌、119、1515、2009)。

一方、平成20年「学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」がまとめられ、同年4月から全国的に「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」の運用が始まった。皮膚科における運用状況は47都道府県中16地域(34%、平成21年5月)であり、さらに広く啓蒙される必要がある。皮膚科の医療側のみならず、学校現場でまだ広く使用されていない理由として、この指導表そのものを知らないという最も基本的な点をはじめ、指導表の入手方法が分からない、さらにはエピペンの使用に対する諸問題、記入に際しての費用などがいまだに検討事項になっている地域が少ない。このような問題点に関しては「学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ&A」として検討されている(日本学校保健会のホームページ参照)。皮膚科領域で、アトピー性皮膚炎に加え食物アレルギー、食物依存性運動誘発性アナフィラキシー、口腔アレルギー症候群/ラテックス・フルーツ症候群などが頻繁に論議される現在、学校生活において「学校におけるアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」および「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」を有効に活用して、これらに注意を喚起すべき時期に来ている。

(日野治子)

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いま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調査だけに終わらず結果分析後、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特に食物アレルギー、アナフィラキシーについての質問に対してはQ&A集を作ることで即応したこと、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、医療者側三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⁾。

該当児童生徒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。

残念なことに、この指導表は全国的にはまだ普及が十分ではないが、極めて有用なものと考えられる。

(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。

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)		学校生活上の留意点		記入日	
名前: _____ 男・女 平成 ____年 ____月 ____日 生(____歳) 学校 ____年 ____組 提出日 平成 ____年 ____月 ____日					
気管支ぜん息 (あり・なし) A. 重症度分類(発作加) 1. 間欠型 2. 軽度持続型 3. 中等持続型 4. 重症持続型 B-1. 長期管理薬(吸入薬) 1. スteroid吸入薬 2. 長時間作用性吸入ベータ刺激薬 3. 吸入用抗レウケニン薬 4. その他() B-2. 長期管理薬(内服薬・給付薬) 1. テオフィリン徐放錠剤 2. ロイコトリエン受容体拮抗薬 3. ベータ刺激薬(吸入薬、給付薬) 4. その他()	病型・治療 C. 急性発作治療薬 1. ベータ刺激薬吸入 2. ベータ刺激薬吸入薬 D. 急性発作時の対応(自由記載)	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ため不可 動物名() 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)		*保健師 電話: _____ *保健師 電話: _____ *保健師 電話: _____	記載日 年 月 日 医師名 _____ 医師職関名 _____
	アトピー性皮膚炎 A. 重症度のめやす(厚生労働科学研究費) 1. 程度 面積に関わらず、程度の度合のみみられる。 2. 程度 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%未満、30%未満のみみられる。 3. 程度 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の10%以上、30%未満のみみられる。 4. 重症度 強い炎症を伴う皮膚が体表面積の30%以上のみみられる。 *重症度(重症度) 重症度(重症度) 重症度(重症度) 重症度(重症度) B-1. 常用する外用薬 1. スteroid軟膏 2. タルタール酸 3. 保湿薬 4. その他() B-2. 常用する内服薬 1. 抗ヒスタミン薬 2. なし C. 食物アレルギーの合併 1. あり 2. なし		A. フール類及び長時間の屋外での活動 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 3. 動物へのアレルギーが強い場合のみ 動物名() D. その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 _____ 医師職関名 _____
アレルギー性鼻炎 A. 病型 1. 季節性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 3. 春季节節性 4. アトピー性鼻炎 5. その他() B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬 2. スteroid点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他()		A. フール類 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 3. アーケへの入室不可 B. 屋外活動 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)		記載日 年 月 日 医師名 _____ 医師職関名 _____	

学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)		学校生活上の留意点		記入日	
名前: _____ 男・女 平成 ____年 ____月 ____日 生(____歳) 学校 ____年 ____組 提出日 平成 ____年 ____月 ____日					
食物アレルギー 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. 卵形 2. 口唇アレルギー症候群 3. 食物依存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・薬物 2. 食物依存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. 咬傷 5. 医薬品 6. その他() C. 検査結果・診断結果 該当する食品の番号に○をし、かつ()内に診断結果を記載 1. 卵形 () 2. 牛乳・乳製品 () 3. 小麦 () 4. ソバ () 5. ビーツ () 6. 落花生・木の实類 () 7. 甲殻類(エビ・カニ) () 8. 薬物 () 9. 魚類 () 10. 豚肉 () 11. その他1 () 12. その他2 () D. 動物物に接触した処方 1. 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬、ステロイド薬 2. アドナリン自己注射薬(「エビペン」) 3. その他()	A. 給食 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. 体育・食料を扱う授業・活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 C. 運動(体育・部活動等) 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 D. 宿泊を伴う校外活動 1. 管理不要 2. 食費やイベントの際に配慮が必要 E. その他の配慮・管理事項(自由記載)	*保健師 電話: _____ *保健師 電話: _____ *保健師 電話: _____	記載日 年 月 日 医師名 _____ 医師職関名 _____		
	アレルギー性鼻炎 A. 病型 1. 季節性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎(花粉症) 主な症状の時期: 春、夏、秋、冬 B. 治療 1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬(内服) 2. 鼻噴霧ステロイド薬 3. その他()		A. 屋外活動 1. 管理不要 2. 保護者と相談し決定 B. その他の配慮・管理事項(自由記載)		記載日 年 月 日 医師名 _____ 医師職関名 _____

●学校における日課の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を教職員全員で共有することに同意しますか。
 1. 同意する
 2. 同意しない
 保護者署名: _____

表1.2 学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)

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⁾」の最新治療にのって治療項目が記載されている。

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) は文科省調査では小学生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。最近の疫学調査では有症率は低下傾向を示しているものもある。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。

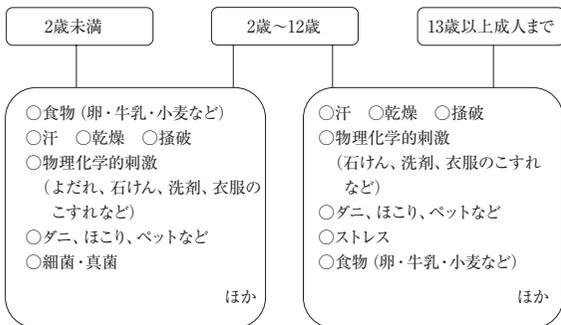


図3 アトピー性皮膚炎の年齢別発症・悪化因子⁶⁾
患者によって発症・悪化因子は異なるので、個々の患者においてそれらを十分確認してから除去対策を行う。

(3) アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎

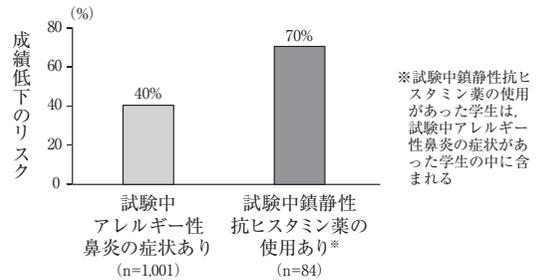
この疾患は生命に関わることはないものの、特に春のスギ・ヒノキ花粉飛散時期の疾病自体による症状の発現・増悪と内服薬の副反応によりQOL、ADLの障害に注意するように項目設定がされている。

花粉症、アレルギー性鼻炎の薬としては従来より抗ヒスタミン薬が使われてきた。しかし、この薬剤は脳内のH1受容体占拠率が高く、眠気や注意力の低下などの副作用を引き起こすことが多い。そのため学力の低下の研究報告もある(図4)。したがって、使用するには眠気の副作用の少ない第2世代の抗ヒスタミン薬がよい。春先によく授業中に眠る花粉症、アレルギー性鼻炎の児童生徒の場合は、病気によるQOLの低下も考慮に入れるべきである。

(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し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。

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% (図5)、アナフィラキ



【対 象】 英国のGCSE (General Certificate of Secondary Education) 試験の主要3科目 (数学、英語、科学) を受験した15～17歳の学生1,834名
【方 法】 対象学生のなかで、冬に行われる模擬試験と夏に行われる最終試験の間に主要3科目のうち1科目以上成績を落とした学生を症例群、成績が変わらなかった、あるいは上がった学生を対照群として、試験期間中のアレルギー性鼻炎の症状およびアレルギー性鼻炎治療薬の使用との関係について評価した。

図4 アレルギー性鼻炎の症状および鎮静性抗ヒスタミン薬使用による影響

Walker S et al: J Allergy Clin Immunol 120(2): 381, 2007より作成

シーは小学生：0.15%、中学生：0.15%、高校生：0.11%と高齢に至っても予想以上に高い率であった。

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。

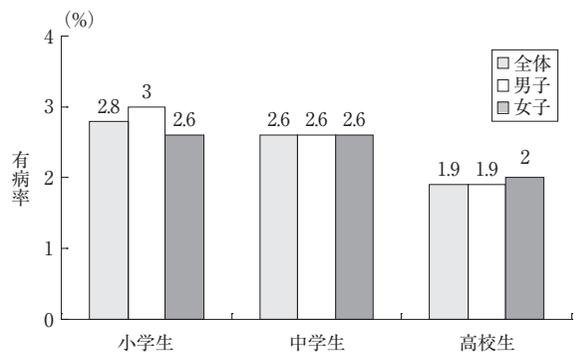


図5 食物アレルギー有病率
保健調査、定期健康診断、保護者からの申し出などにより把握。
(文部科学省平成16年度実施 (36833校))

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も19例中16人が男で、男の児童生徒が多く、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。これは厚生労働省研究班の一般的

	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3 食物アレルギー患者の年齢別の主な原因食物⁷⁾

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3)⁷⁾。運動ではサッカーや遊びが多い。

食物アレルギーに対する学校での配慮をみると修学旅行等ではかなり良好であるが、校外学習では十分とはいえない。

食物アレルギー、特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選択薬剤である(図6)。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。本薬剤は児童生徒が所持していれば、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。

処方例をみると、1回0.15mLが注射される注射薬の

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

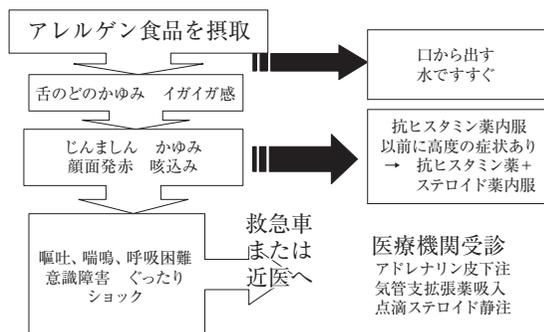
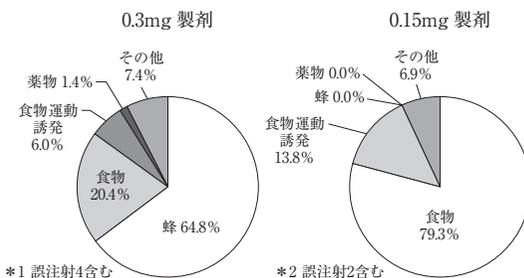


図6 即時型食物アレルギーの対応

(NHO福岡病院)



*1 誤注射4含む

*2 誤注射2含む

	食物	食物運動誘発	蜂	薬物	その他	合計
0.3mg	44	13	140	3	16 ^{*1}	216
0.15mg	23	4	0	0	2 ^{*2}	29

図7 用量別使用内訳

処方方は食物関係が多く、1回0.3mLの注射薬はハチアレルギーに対する処方が多い(図7)。

患用)が医療関係者、学校関係者、児童生徒・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)

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, Allergy 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) 財団法人学校保健会: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, 113: 1545-1556, 2009.

- 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2009(山本昇壯, 河野陽一 監修), 協和企画, 東京, 2009.
- 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.

は運動時間の二極化は明らかでないものの、運動時間による体力差があることが示されている(図1-1、1-2)。中学生ではこの分布の明確な二極化がみられ、体力合計点についてもその分布は二極化している(図1-3、1-4)。また、小学生女子、中学生女子では運動をほとんどしない児童生徒が多数いることも判明している。

さらに、小学生男女、中学生男女全てにおいて「運動・スポーツをほとんど毎日(週3日以上)する」集団とそれ以外の集団では体力合計点に差がみられ、1日のうち運動を2時間以上実施すると体力合計点が高く、30分未満では低い傾向があると報告されている。運動時間と運動嗜好(「好き」「きらい」との関係においては、小学生男女、中学生男女全てにおいて、運動が好きな集団は1週間の総運動時間が長い傾向がみられたという。さらに、小学生男女、中学生男女全てにおいて、体力合計点が高く、朝食を毎日食べる集団やほとんど毎日運動を実施している集団はそれ以外の集団と比較して肥満度の低い傾向があることが指摘されている。

以上の報告は現代の児童生徒において運動習慣・生活習慣・運動能力

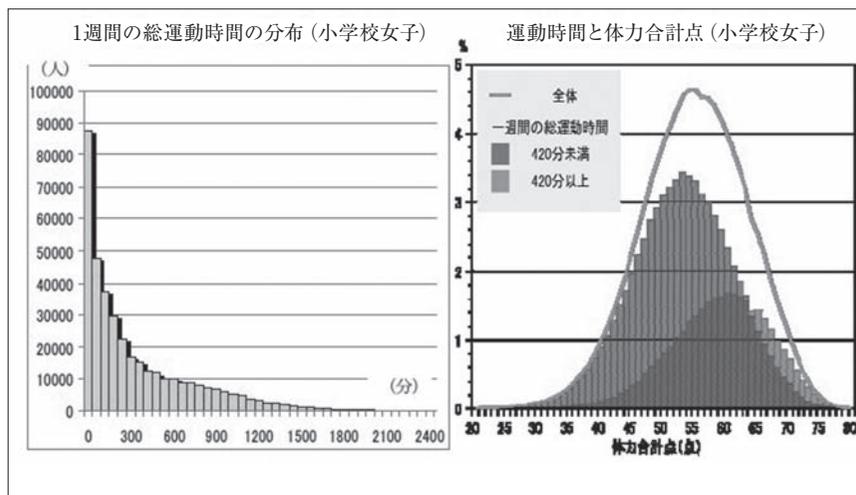


図1-2 運動時間と体力(小学校女子)

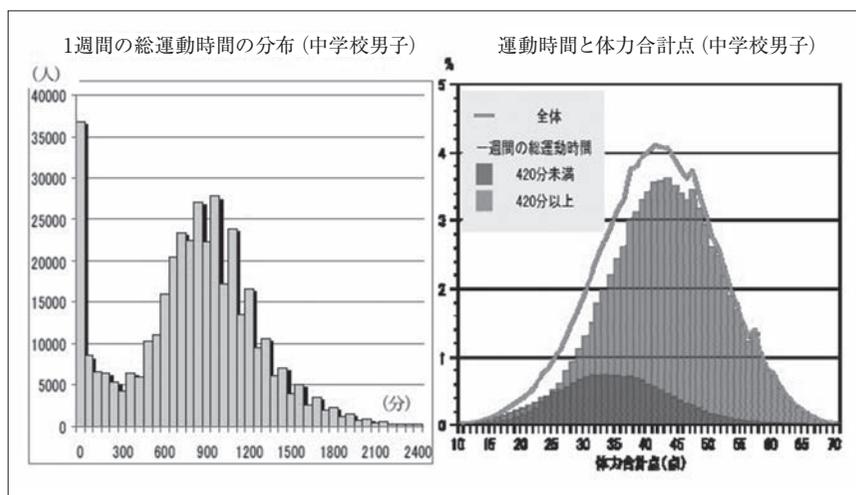


図1-3 運動時間と体力(中学校男子)

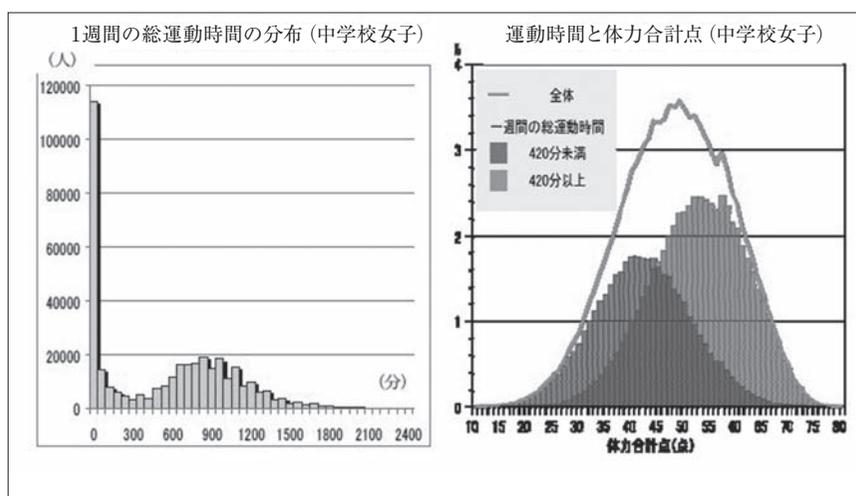


図1-4 運動時間と体力(中学校女子)

が相互に影響を与え関係していることや運動習慣の二極化が運動能力・体力の二極化をもたらしていることを示している。また、運動不足が運動能力の低下だけでなく肥満の発生にも関連することをも示唆している。

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」として行われた鳥根県、宮崎県、愛媛県での児童生徒の運動器検診結果から、その実態について述べる。

鳥根県では平成17～19年度の3ヵ年にわた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21年度では予め配布した健康調査票（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鳥根県下の協力校110校で行った³⁾。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67校、2,479人、中学校33校、3,403人、高等学校10校、1,288人、計7,170人であった。

児童生徒総数7,170人のうち、問診票および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408人であり、全体の5.8%であった。小学生では148人（6%）、中学生では172人（5.2%）、高校生では88人（6.8%）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192人（2.6%）であり、小学生では85人（3.4%）、中学生では83人（2.4%）、高校生では31人（2.4%）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92人（1.3%）で、小学生では34人（1.4%）、中学生では47人（1.4%）、高校生では13人（1%）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2.8%、小学生では1.4%、中学生では2.9%、高校生では2.8%であった（図2）。疾患は脊柱側弯症が35%、

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・スポーツの不足によって運動器の機能低下や肥満を生じる可能性をも示すものと考えられる。

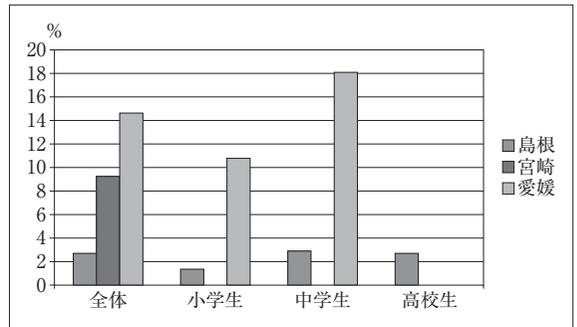


図2 運動器疾患推定罹患率

オスグッド病が11%、膝変形、膝内障、肩障害が各々7%、肘障害が4%であった。障害部位は脊椎が64%、膝が19%、足5%、肘3%などであった。

これに対して、宮崎グループの小学校13校および中学校13校の3,727人を対象とした学校医と整形外科医による運動器検診では問診票で異常のあったのは146名（3.9%）であり、二次検診による運動器推定罹患率は9.4%であった（図2）。運動器疾患の種類は側弯症55人、姿勢異常15人、Sever病5人、オスグッド病4人、腰痛・分離症4人などが報告されている。

さらに、愛媛グループの小学校5校5年生（692人）、中学校4校1年生（842人）を対象にした整形外科専門医による検診では、二次検診異常者は小学校では76人（11%）、中学校では152人（18.1%）であった⁴⁾（図2）。疾患としては、小学生では膝変形などの形態異常が6.2%、側弯症2.5%、腰痛症0.6%、スポーツ障害5.9%、スポーツ外傷0.3%であった。一方、中学生ではそれぞれ8.8%、3.4%、1.5%、6.9%、0.7%であった。腰痛・スポーツ障害の罹患部位では膝関節が42%と最も多く、次いで足関節17.9%、腰部14.5%であった。

3. 運動器機能不全の実態

「運動器の10年」日本委員会の鳥根グループが児童生徒総数7,059人を対象として行った保健調査では、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”子が約半数（47%）を占め、“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”子ども20%存在した。小学生ではそれぞれ42%、16%、中学生では48%、20%であり、高校生では56%、29%であった。

一方、同委員会京都グループは小学校3校（286名、597名、50名）、中学校1校（263名）を対象とした「からだが固い」子どもの頻度を調査している⁵⁾。その結果、小学生では「腕が完全に上がらない」子が0～4.5%、「体前屈で指先が床に届かない」子が3.3～18.6%、「しゃがみ込みができない」子が6～18.7%みられたと報告している。中学生では各々4.9%、14%、17.8%であったという。

4. 考察

以上の調査結果から、普通学校における児童生徒の運動器疾患・障害の発生頻度は少なくとも1～2割であると推定できる。この発生頻度は平成21年度学校保健統計調査⁶⁾における他の疾患と比較すると、う歯、視力低下、鼻・副鼻腔疾患に次いで比較的高いものであり、看過できない発生率であるといえる。また、その罹患率は年齢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・スポーツに伴う運動器障害が多かった。このような発生頻度の増加傾向や種類の特徴は、年齢が上がるにつれ運動頻度が増すことやより激しい運動や活動・行動範囲の増加によるものと考えられる。

これまでの学校保健統計調査では前述のような小・中・高等学校における運動器疾患・障害の発生頻度や種類の特徴は明らかではなかった。確かに日本スポーツ振興センターの調査⁷⁾では年間約119万件の負傷・疾病が発生していることが明らかになっている。しかし、これは学校管理下の災害に対して災害共済給付が行われたものを示しており、災害とは認められないもの、すなわち側弯症や慢性のスポーツ障害についてのデー

また、京都グループではこれらの「からだが固い」子は足関節や股関節の固さ、大腿四頭筋や腓腹筋の固さや体幹筋のバランスなどに問題があると述べている。しかし、反復練習をすればできるようになる例もあること、肥満が原因と考えられる例があることも示し、その原因は運動不足、運動過多、骨・筋成長のアンバランスのいずれかについては不明であるものの、これらはスポーツ活動の多少にかかわらずみられると述べている。「からだが固い」状態は運動器疾患・障害とはいえない難いものの、運動・スポーツ時に傷害を生じやすくする危険性があるため注意が必要であり、これにも関心を払うべきである。

タは入っていない可能性がある。したがって児童生徒の運動器疾患・障害の実態をよりの確に把握するためには定期健康診断での運動器検診が不可欠である。今後、健康調査票（問診票）の改良や簡便化、学校での啓発活動などによってより簡便で実効性のある運動器の検診体制の構築が図られるべきと考える。

一方、上記調査結果から運動器疾患・障害だけでなく、「からだが固い」、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、「からだが固い」異常は「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・スポーツを行えば傷害を生じやすくなると考えられ、運動器障害・疾患を招来する可能性がある。本調査では1～4割に運動器機能不全が存在することが推定された。それ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運動・スポーツでは単一種目ばかり行う傾向が影響している可能性がある。今後、小児の運動器機能不全に対する早期発見・予防への取組も重要であると考えられる。

おわりに

小児の運動器疾患・障害の様相は学校保健法が制定された昭和33年当時とは変容しており、現在は側弯症やスポーツ傷害を中心とした運動器疾患・障害がその実態であるといえる。また、一方で運動器機能不全

とも呼ぶべき”からだが固い”子ども少なからず存在することにも留意すべきである。

平成20年1月の中央教育審議会（中教審）は「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」の答申の中で「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みられる状況にある」との認識を示しており、文部科学省では小児の運動器疾患・障害に関心が寄せられていると考える。平成21年4月1日に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が謳われている。これは少子超高齢社会が進行する日本で子どもを国・地域が健やかに育もうとする表れと考え

る。これに対して、財団法人日本学校保健会は文科省と協力して「学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き」を作成し⁸⁾、児童生徒の運動器疾患・障害に対する学校での啓発活動が行われている。

このように小児の運動器疾患・障害や運動器機能不全への取組は学校・保護者・スポーツ指導者・地域医療機関・日本学校保健会などを含めた組織的連携のなかで着実に進みつつある。今後、その連携が充実したものとなり、少子・超高齢社会日本を担う次世代のために運動器疾患・障害の早期発見・予防の体制が確立されることを願うものである。

(内尾祐司)

文献

- 1) 文部科学省. 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
- 2) 文部科学省. 平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果の概要 http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/21/01/1217980.htm
- 3) 葛尾信弘. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成21年度「学校における運動器検診体制の整備モデル事業」報告書. 「運動器の10年」日本委員会編、70-133, 2009.
- 4) 高橋敏明ほか. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成21年度「学校における運動器検診体制の整備モデル事業」報告書. 「運動器の10年」日本委員会編、189-200, 2009.
- 5) 福田潤ほか. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成21年度「学校における運動器検診体制の整備モデル事業」報告書. 「運動器の10年」日本委員会編、25-54, 2009.
- 6) 文部科学省. 学校保健統計調査-平成21年度結果の概要 http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/1287812.htm
- 7) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 平成21年度の災害共済給付の給付状況 <http://naash.go.jp/anzen/saigai/toukei//tabid/1323/Default.aspx>
- 8) 日本学校保健会. 学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き. 2009

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、初期病変の疑いがある歯をCO（要観察歯）”とした。また現在では探針を用いるのは歯面に堆積している歯垢を取り除くことを目的にしている。

COとは、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

2. 歯肉炎（歯周病）

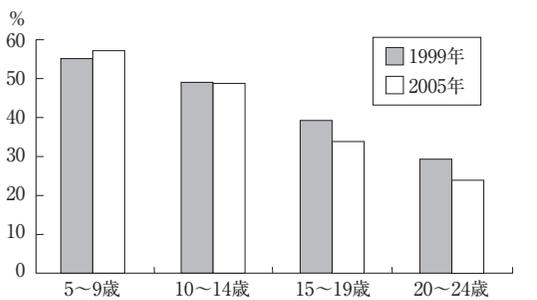
最近の児童生徒の口腔疾病の状況は、前述したようにむし歯（う歯）は減少してきているが、生活時間が深夜化（大人化）しており、健全な生活習慣が形成できていない傾向がある。そのため、生理的な免疫機構が低下しているためか、かつてと比べると歯肉炎の増発や自律神経失調による口臭を気にする傾向が増えている（図2）。

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

とが必要とされている。さらに、COの事後措置の保健指導を適切に行うには、保健調査、生活行動評価、リスクファクター調査などの個別的な資料の活用が必要である。また、むし歯有病率の高い地域、あるいはハイリスクの児童生徒などについては、学校歯科医および養護教諭が個別的な保健指導や健康相談の対応を行いながら、このCOの意義を十分に理解する地域の医療機関（かかりつけ歯科医）と連携を取りながら、歯科医療機関で精密検査とフッ化物の応用などの予防処置を含む管理と指導が必要となるときがある。

わけをするが、健康（0）、一部の歯肉に発赤、腫脹を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、我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みられている。



（厚生労働省「歯科疾患実態調査」）

図2 歯肉所見のない者の割合

3. 歯・口腔の外傷

平成21年度独立行政法人日本スポーツ振興センターによる歯の障害による障害見舞金給付は表3に示した。

歯牙障害は全体の給付率の22.03%であって高い割

合を示している。

現在我が国の子どもの死亡・病気の原因のトップが事故、ケガによるとされているが、これに関連するよう、口・歯でも事故やケガによる障害が増えつつある。

障害種別	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		11	21	70	0	0	0	102	22.03
視力・眼球運動障害		8	24	66	1	0	0	99	21.38
手指切断・機能障害		4	13	15	0	0	1	33	7.13
上肢切断・機能障害		0	5	8	0	0	1	14	3.02
足指切断・機能障害		1	0	2	0	0	0	3	0.65
下肢切断・機能障害		1	4	4	0	0	0	9	1.94
精神・神経障害		2	8	31	3	0	1	45	9.72
胸腹部臓器障害		1	8	5	0	0	0	14	3.02
外貌・露出部分の醜状障害		54	27	32	1	5	9	128	27.65
聴 力 障 害		2	4	5	0	0	0	11	2.38
せき柱障害		0	1	2	0	0	0	3	0.65
そしゃく機能障害		1	0	1	0	0	0	2	0.43
計		85	115	241	5	5	12	463	100.0

(注) この表の件数は、障害が治ゆ・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。

(独立行政法人日本スポーツ振興センター 平成21年度災害共済給付状況)

表3 平成21年度 学校種別・障害種別件数

その原因は、運動・反射能力の低下など子どもの体側の変化も考えられるが、むしろ、幼児児童生徒が生活する地域・住宅の環境、スポーツの種類、遊びの内容などが変化してきたことが、口や歯のケガが多くなってきたものと思われる。特に近年では、屋外での球技が児童生徒のスポーツとして盛んになるに従い、歯・口の外傷が増えてきている。

児童生徒についての口と歯の外傷の一般調査によると、子どもの15～16%に口・歯のケガの経験があるとされている。そして、ケガ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・ケガ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、ケガの状態も歯の脱臼が多くなる。また、児

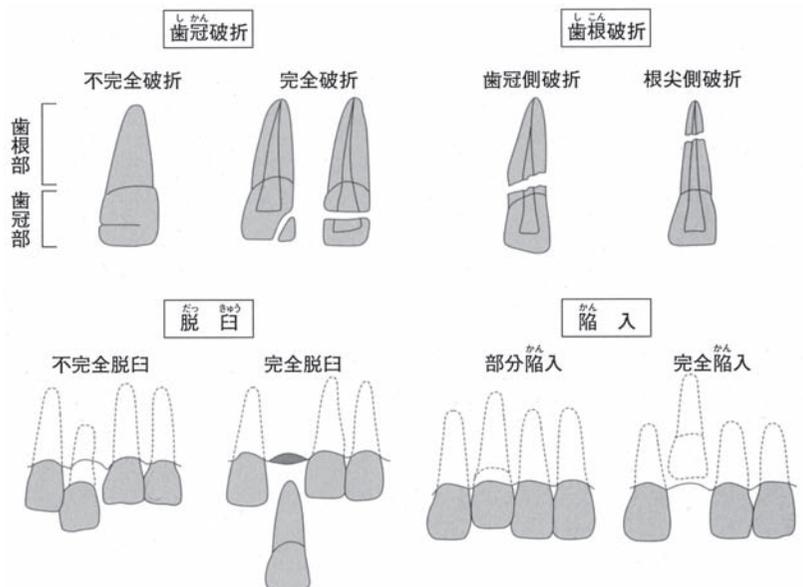
童生徒の歯列不正、不正咬合の状態も歯のケガの発生に影響する。特に上顎前突の児童は、正常な歯並びの子どもに比べ、ケガによる歯の障害を受けやすい。

学童期の歯のケガで最も心掛けるべきことは、ケガを受けた直後の対応である。この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。

歯のケガの内容には、大別して歯の破折と脱臼がある(図3)。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、



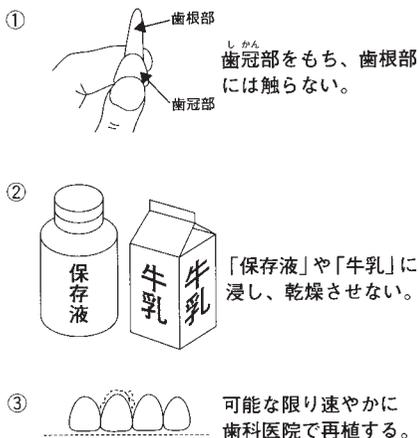
(文部科学省「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり 平成16年)

図3 歯の外傷の種類

歯の表面を覆うエナメル質のみに局限したものと、さらに深部の象牙質に及ぶものに分けられる。象牙質の破折は、食べ物を噛んだり飲み物を飲んだりすると歯がしみたり、痛みを感じるので、ある程度見分けられる。このような症状は歯髄組織（俗にいう神経）が露出しているか近接している証拠であって、できるだけ早い時期に適切な処置をしないと、歯髄組織は感染による炎症を起こし、組織を全部除去することになる。また、万一歯冠全体が動くようであるならば、歯根部分での破折が疑われる。このような症例では早い時期に動揺する歯冠部分を固定すれば歯を残すことが可能であるが、このようなとき受傷から処置までの時間が、歯を残せるか否か、あるいは予後に大きく影響する。

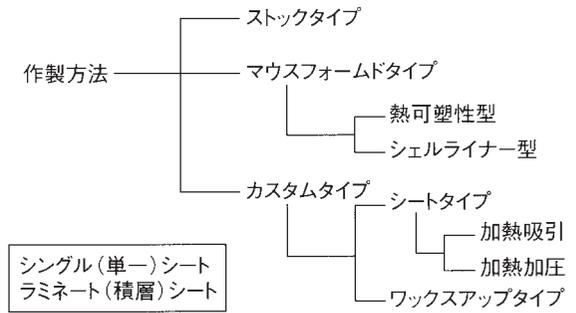
歯が完全に脱落した際、歯が泥で汚染されており、また、歯根に組織片が付着しているときは、組織片を含めてきれいに洗い流して医療機関を訪れることが多いが、むしろ組織片をきれいに洗い流さないで簡単に水洗いする。そして重要なことは、脱落した歯を乾燥させないよう常備している保存液（瓶）、生理食塩水あるいは牛乳などに浸して早い時期に歯科医院を訪れることが寛容である（図4）。

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



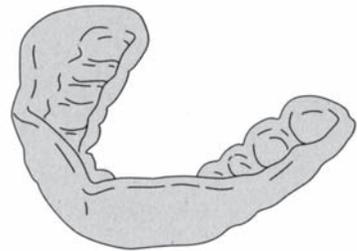
（文部科学省「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり 平成16年）

図4 脱落した歯の応急の整復の方法



（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 平成16年）

図5 マウスガードの種類



（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 平成16年）

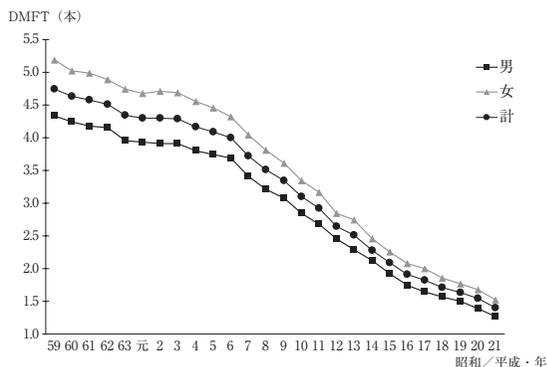
図6 マウスガードの一例（カスタムタイプ）

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、このようなケガのときには、特に注意が必要である。

スポーツによる口・顎・歯のケガを予防するには、スポーツをするとき、頭部・顔面にヘルメット、プロテクターを装備し、口腔内はマウスガード、マウスピースを装着するようにする。これによってかなりのケガによる障害を防ぐことができる（図5、6）。我が国は、欧米など先進諸国に比べ、マウスガードの使用などのケガ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、これらケガの予防に対する保健教育（安全教育）を行うことが必要である。

（丸山進一郎）

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、治療勧告書を発行してきた。しかし、昭和60年代、平成年代以降は子どもたちのむし菌は減少し（図1）、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「ふるいわけ診査（スクリーニング健康診断）」になり、かつての病理学的な診査基準の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によりWHOの歯科健康診断の診査基準の変更のもと、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。



(文部科学省学校保健統計を参照)

図1 年度別12歳児DMFT指数

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（家庭）にまだまだ伝わっていない感がある。保護者や社会がしっかりとその主旨を理解し、家庭における継続的な学習実践が行われなければ、児童生徒が真に「生きる力」を育むことは難しいであろう。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さら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. 児童生徒におけるメンタルヘルスの内容

(1) はじめに

近年、児童生徒の抱えるメンタルヘルス（精神保健）の問題は、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。具体的には、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”）、集団への不適応などが教育現場で問題となっており、学校が早急に取り組むべき重要な課題となっている。また、いじめ、不登校とともに生徒指導上の問題として重要視されてきた児童生徒の暴力行為や自殺も、当然ながらメンタルヘルスの問題が関与している可能性が考えられる。

児童生徒のメンタルヘルスの問題を理解するうえで、その背景にある要因を正しく捉えておくことは重要である。すなわち、メンタルヘルスの問題の背景は、大別すると、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」、そして子ども自身が持つ精神発達上の資質・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」という2つに分けることができる。

児童生徒の抱えるメンタルヘルスの問題を解決するためには、問題の背景を適切に理解し、その性質に応じた対応をすることが不可欠である。そこで、まずメンタルヘルスの問題の背景要因について解説する。

(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

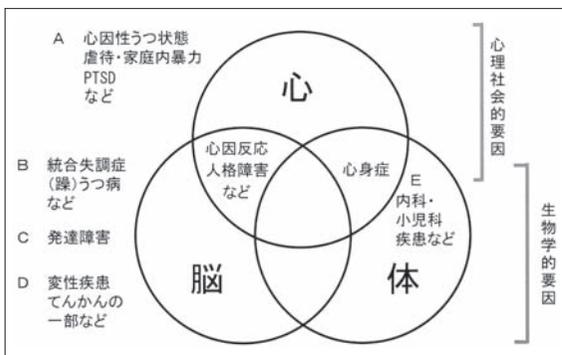


図1 メンタルヘルスに含まれる問題 (例) とその原因

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

個人の素質・素因ではなく、環境や状況により誰にでも生じる可能性のあるような問題を指す。具体的には、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はじめとする、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、および心因性疾患などが相当する。

心理社会的・環境的要因による問題の場合、カウンセリングがある程度、効果的な場合があるが、PTSDのように医療を必要とするものや専門機関による治療が必要なものも少なくない。

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）が複合的に絡んだケースが多く、家族に対する福祉的支援など、地域資源との連携が求められる。

②生物学的要因

1) 脳機能の問題

ここでは、機能性精神疾患（内因性精神病）、器質性精神疾患、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見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。

器質性精神疾患とは、MRIやCTのような脳画像検査でわかる病変により、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）をはじめとする身体の病気が背景となって知的障害、自閉性障害に類した症状、その他の精神症状が現れることがある。

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。

(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

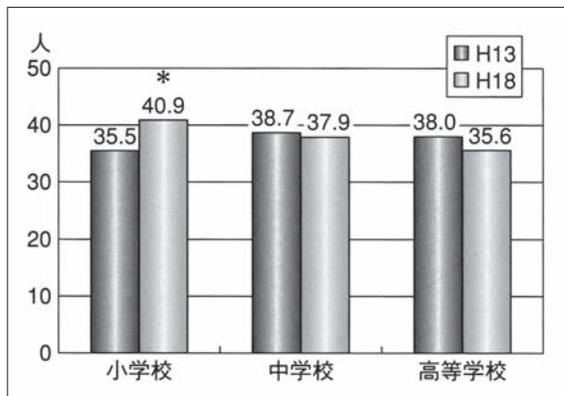


図2 1校1日平均の保健室利用者数 (H18)

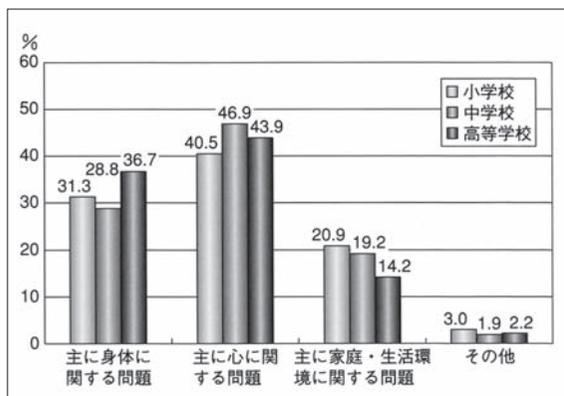


図3 児童生徒の主な背景要因 (H18)

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、メンタルヘルスと体の医療とを平行して行う必要がある。

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）。保健室利用者のうち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割以上を占めており、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3）。この結果は、メンタルヘルスが学校保健の中で主たる問題の位置を占めている現状を表わしている。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4）、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。

(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及ぶことがうかがわれる（図5）。養護教諭から医療の受診や相談を勧めた子どものうち、実際に

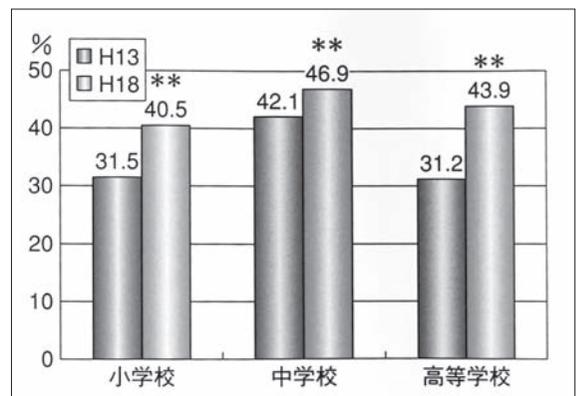


図4 主に心に関する問題

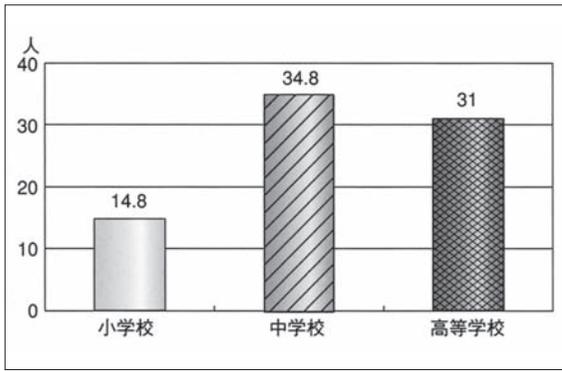


図5 養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども（1校平均の支援人数）

受診等に至った人数を表1に示した。相談ケースのうち、精神科、小児科、心療内科、内科をはじめとする医療機関を受診した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。

(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を種類別にみると、人間関係や身体症状に基づく不安のほか、精神疾患、発達障害をはじめとする医療的問題、自傷行為、性に関する問題が高い割合でみられた(図6)。養護教諭がメンタルヘルスの問題で直接支援した子どもについては、不登校・保健室登校、人間関係の問題、発達障害

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

学校種別	医		
学校	11	24	66
スクールカウンセラー	140	874	543

表1 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

と関連する問題を持つ児童生徒が多い。

(4) メンタルヘルスに取り組む体制に関する課題

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%程度みられた。さらに、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2)。これらの結果

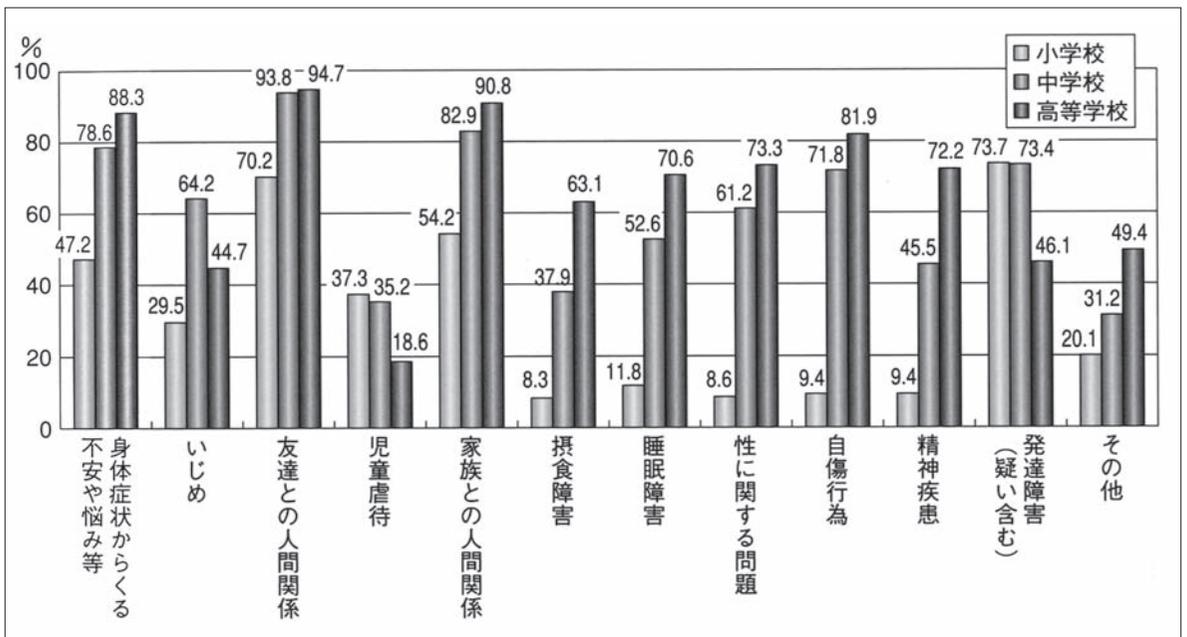


図6 心の健康に関する問題「有」の学校の割合 (H18)

	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2 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

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・別室登校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中でも連携不足、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から十分に

うかがわれる。

上記以外に、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3~4割を占めており、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。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2~3割に上っており、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。

3. メンタルヘルスの要素が大きい生徒指導上の問題

代表的問題として不登校が挙げられる。平成21年度調査⁵⁾による小・中学校における不登校児童生徒数(国・公・私立)は122,432人(在籍数の1.15%)であり、前年度より4,500人(約3.4%)減少しているが、在籍児童生徒数に対する割合からすると0.03%の減少に相当しており、巨視的にみた場合、平成10年以降は基本的に横ばい状態といえる。高等学校(国・公・私立)

における不登校生徒数は約5万2千人であり、昨年より人数の上では約千人減少しているが、在籍生徒数に対する割合からすると小・中学校の場合と同程度の0.03%である⁶⁾。すなわち、不登校に関しては未だ明らかな改善の傾向は認められないと思われる。

次に、保健室登校の児童生徒数(公立学校)は、1,000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7)。性別については、小・中・高等学校と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3)。

小・中・高等学校(国・公・私立)における暴力行為については、平成21年度の発生件数が約6万1千件(前年度より約1千件増加)であり、小・中学校においては過去最高の件数に上っている⁶⁾。次に、小・中・高・特別支援学校におけるいじめについては、認知件数が約7万3千件であり、前年度より約1万2千件減少している⁶⁾。

自殺については、小・中・高等学校(国・公・私立)

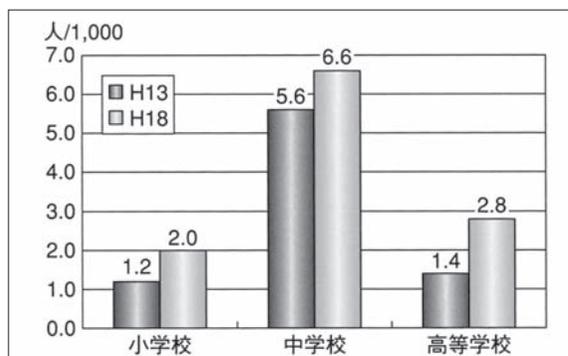


図7 保健室登校の児童生徒数(人/1,000)(H13・H18対比)

単位：人

	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3 保健室登校の学年別・性別の実人数(人/1,000)(H18)

をあわせて165人となっている⁶⁾。この人数は、一時380人に及んだ昭和50年代と比べて減少はしているものの、平成に入ってから増減を繰り返している状況といえる。自殺した児童生徒には、家庭の要因や精神疾患をはじめとして様々なストレス要因が疑われた。

4. おわりに

これまで紹介した調査結果より、メンタルヘルスは学校保健の中で最も頻度の高いテーマであるとともに、生徒指導上の問題と大きくオーバーラップすることがわかった。一方、このような現状にもかかわらず、学校保健、とりわけメンタルヘルスに対する学校管理者をはじめとする教職員全体の理解は十分とは言い難く、組織的に取り組む体制の充実が大きな課題となっていることも明らかとなった。

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、昨年より新たな

以上のように、生徒指導とも関連する児童生徒のメンタルヘルスの問題は、すべてが増加傾向を示しているわけではないものの、相当な件数に上っている。メンタルヘルスの視点からこれらの問題の背景要因を分析し、早急に対策が実施されることが望まれる。

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在り方に関する資料（メンタルヘルスの事例31例が含まれている）⁴⁾ および非常災害時におけるメンタルヘルスに関する資料⁷⁾ が文部科学省から発行された。これらの資料をもとに、児童生徒のメンタルヘルスに関する取組の一層の充実が図られることが期待される。

(十一元三)

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
5. 文部科学省. 報告書(平成21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). 平成22年8月5日
6. 文部科学省. 報告書(平成21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). 平成22年9月14日
7. 文部科学省. 子どもの心のケアのために一災害や事件・事故発生時を中心に一 平成22年

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）の給付状況によると、平成21年度の災害共済給付制度への加入状況（平成21年5月1日現在）は、小学校7,093,949人（加入率99.9%）、中学校3,634,166人（99.8%）、高等学校3,521,609人（98.0%）、高等専門学校59,085人（99.5%）、幼稚園1,323,846人（81.1%）、保育所1,846,447人（89.2%）であり、義務教育諸学校の未加入者は、10,540人である。

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

平成21年度の給付状況は表1のとおり、学校、保育所の管理下における児童生徒等の災害による負傷・疾病に対する医療費の給付件数が、2,041,205件であり、平成20年度に比べて116,585件減少した。加入者数（要保護児童生徒を除く）で除した給付率は、11.78%（平成20年度は12.39%）である。

医療費の請求は、療養を受けた月ごとに請求することが原則で、翌月以降にも療養を受けた場合の医療費が給付件数には含まれている。この継続分の給付件数を除いた初回分のみの件数は発生件数といい、平成21年度は1,107,412件で、平成20年度の1,189,629件より

（金額は千円未満切り捨て）

区 分	医 療 費				障害見舞金		死亡見舞金		合 計	
	件数(件)	金額	発生率	給付率	件数	金額	件数	金額	件数	金額
小学校	(424,716) 670,721	千円 3,684,106	% 6.06	% 9.56	件 85	千円 171,850	件 14	千円 252,000	件 670,820	千円 4,107,956
中学校	(388,709) 727,059	5,150,370	10.85	20.30	115	356,040	13	294,000	727,187	5,800,410
高等学校	全日制 (231,177) 546,709	5,732,001	7.04	16.65	235	1,001,288	34	720,800	546,978	7,454,090
	定時制 (2,346) 4,628	43,066	2.17	4.28	4	7,140	0	0	4,632	50,206
	通信制 (501) 1,306	14,572	0.39	1.01	2	51,700	0	0	1,308	66,272
	計 (234,024) 552,643	5,789,639	6.65	15.69	241	1,060,128	34	720,800	552,918	7,570,568
高等専門学校	(2,567) 5,753	62,792	4.34	9.74	5	79,187	0	0	5,758	141,979
幼稚園	(21,648) 33,348	164,652	1.64	2.52	5	7,940	0	0	33,353	172,592
保育所	(35,748) 51,681	231,510	1.96	2.83	12	53,120	7	112,000	51,700	396,630
合 計 (A)	(1,107,412) 2,041,205	15,083,071	6.39	11.78	463	1,728,265	68	1,378,800	2,041,736	18,190,137
前年度 (B)	(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
前年度比 (A) - (B)	(-82,217) -116,585	-607,286	-0.44	-0.61	-2	200,735	-6	-193,400	-116,593	-599,950

(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4,541千円(2,311件)、供花料9,010千円(53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18,203,688,308円である。

2 医療費件数欄の上段は発生件数、下段は給付件数である。

3 発生率=発生件数÷要保護除きの加入者数×100(%)

4 給付率=給付件数÷要保護除きの加入者数×100(%)

5 金額については、千円未満を切り捨てているので合計が合わないところがある。

表1 平成21年度給付状況

82,217件減少している。加入者数（要保護児童生徒を除く）で除した発生率は、6.39%（平成20年度は6.83%）である。

加入者のピークは、昭和57年度の25,615,962人であり、それ以降は減少を続け、平成21年度では17,479,102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21年度では463件である。

平成21年度の障害の種類は、外貌・露出部分の醜状障害が128件（27.65%）、歯牙障害が102件（22.03%）、視力・眼球運動障害が99件（21.38%）であり、これらの上位3位までで全体の7割を超えている。そのほかの障害は、精神・神経障害45件（9.72%）、手指切断・機能障害33件（7.13%）、胸腹部臓器障害14件（3.02%）、上肢切断・機能障害14件（3.02%）、聴力障害11件（2.38%）、下肢切断・機能障害9件（1.94%）、足指切断・機能障害とせき柱障害が各3件（0.65%）、咀嚼障害2件（0.43%）である。

なお、障害の等級は、第1級から第14級までであるが、最も多いのは、第14級の207件（44.71%）で、重障害といわれている第1級から第3級までは、あわせて23件（4.97%）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21年度では68件である。

その死因別で主なものは、突然死が39件（57.35%）で5割を超えている（心臓系21件、中枢血管系（頭蓋内出血）10件、大血管系など8件）。そのほかは、頭部外傷18件（26.47%）、溺死および熱中症が各3件（4.41%）、窒息死（溺死以外）が2件（2.94%）、頸髄損傷、内臓損傷および全身打撲が各1件（1.47%）である。

死亡見舞金の給付件数のほかに、交通事故等で損害賠償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は、供花料が支給されるが、その件数は53件であり、そのうち対自動車交通事故は39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、2,311件である。

(1) 小学校

小学校の児童に対して支払われた障害見舞金の件数は85件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状

障害が54件、歯牙障害11件、視力・眼球運動障害8件、手指切断・機能障害4件、精神・神経障害と聴力障害が各2件、足指切断・機能障害、下肢切断・機能障害、胸腹部臓器障害および咀嚼機能障害が各1件である。この中には、重障害である第1級が1件含まれている。

障害の発生した場合は、図1のとおり、休憩時間43件（50.59%）、各教科・道徳22件（25.88%）、学校行事以外の特別活動9件（10.59%）、通学中8件（9.41%）、学校行事2件（2.35%）、課外指導1件（1.18%）である。

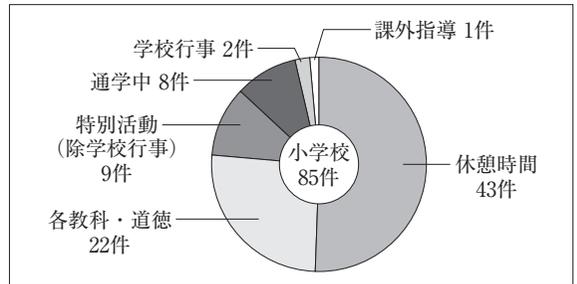


図1 小学校障害見舞金・場合別発生状況 (平成21年度)

死亡見舞金の支払われた件数は、14件である。内訳は、突然死11件（心臓系6件、中枢血管系（頭蓋内出血）4件、大血管系1件）、頭部外傷2件、窒息死（溺死以外）1件である。

また、発生の場合別をみると、休憩時間中4件、各教科・道徳と通学中が各3件、学校行事以外の特別活動2件、学校行事と寄宿舎が各1件である。

その他、供花料が支給された4件は、すべて通学中の交通事故による死亡である。死亡見舞金と供花料を合わせた死亡事故の内訳は、図2のとおりである。

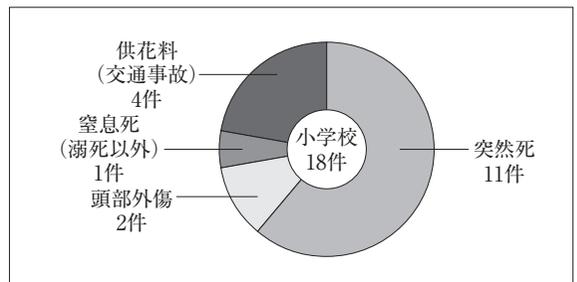


図2 小学校の学校の管理下の死亡 (平成21年度)

(2) 中学校

中学校の生徒に対して支払われた障害見舞金の件数は、115件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害が27件、視力・眼球運動障害24件、歯牙障害21

件、手指切断・機能障害13件、精神・神経障害と胸腹部臓器障害が各8件、上肢切断・機能障害5件、下肢切断・機能障害及び聴力障害が各4件、せき柱障害が1件である。この中には、重障害である第1級が3件含まれている。

障害の発生した場合は、図3のとおり、課外指導46件（40.00%）、各教科と休憩時間が各23件（20.00%）、通学中10件（8.70%）、学校行事9件（7.83%）、学校行事以外の特別活動4件（3.48%）である。

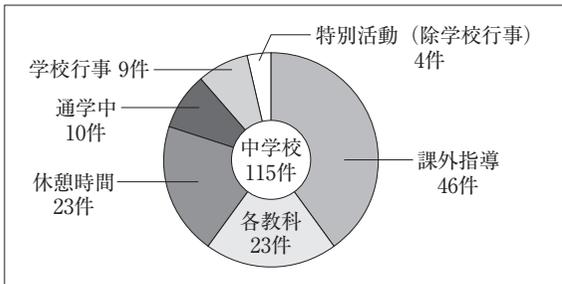


図3 中学校障害見舞金・場合別発生状況 (平成21年度)

死亡見舞金の支払われた件数は、13件である。内訳は、頭部外傷7件、突然死4件（心臓系3件、中枢血管系（頭蓋内出血）1件）、頸髄損傷と窒息死（溺死以外）が各1件である。

また、発生の場合別をみると、課外指導5件、休憩時間中と通学中が各3件、各教科・道徳と学校行事が各1件である。

その他、供花料が支給された9件のうち、通学中の交通事故による死亡は6件である。死亡見舞金と供花料をあわせた死亡事故の内訳は、図4のとおりである。

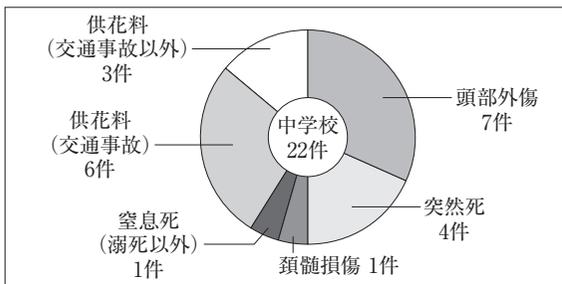


図4 中学校の学校の管理下の死亡 (平成21年度)

(3) 高等学校

高等学校の生徒に対して支払われた障害見舞金の件数は241件である。この内訳は、歯牙障害70件、視力・眼球運動障害66件、外貌・露出部分の醜状障害が

32件、精神・神経障害が31件、手指切断・機能障害15件、上肢切断・機能障害が8件、胸腹部臓器障害と聴力障害が各5件、下肢切断・機能障害が4件、足指切断・機能障害とせき柱障害が各2件、咀嚼機能障害1件である。この中には、重障害である第1級から第3級が16件含まれている。

障害の発生した場合は、図5のとおり、課外指導116件（48.13%）、各教科41件（17.01%）、休憩時間30件（12.45%）、通学中29件（12.03%）、学校行事20件（8.30%）、学校行事以外の特別活動4件（1.66%）、寄宿舎1件（0.41%）である。

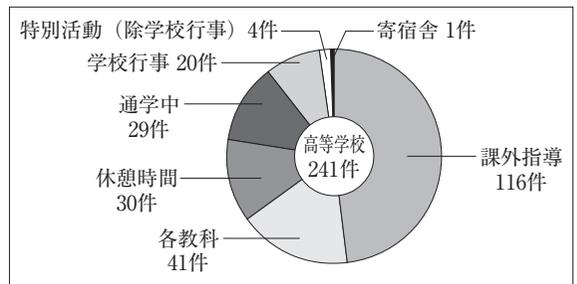


図5 高等学校障害見舞金・場合別発生状況 (平成21年度)

死亡見舞金の支払われた件数は、34件である。内訳は、突然死18件（心臓系10件、中枢血管系（頭蓋内出血）5件、大血管系3件）、頭部外傷9件、熱中症3件、溺死2件、内臓損傷と全身打撲が各1件である。

また、場合別をみると、課外指導13件、各教科および通学中が各6件、学校行事4件、休憩時間3件、学校行事以外の特別活動および寄宿舎が各1件である。

その他、供花料が支給された33件のうち、通学中の交通事故による死亡は25件である。死亡見舞金と供花料をあわせた死亡事故の内訳は、図6のとおりである。

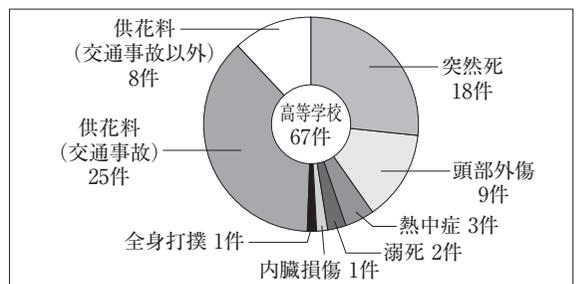


図6 高等学校の学校の管理下の死亡 (平成21年度)

(4) 高等専門学校

高等専門学校の学生に対して支払われた障害見舞

金の件数は5件である。この内訳は、精神・神経障害が3件、視力・眼力運動障害と外貌・露出部分の醜状障害が各1件である。この中には、重障害である第1級が2件含まれている。

障害の発生した場合は、課外指導2件、学校行事、休憩時間及び通学中が各1件となっている。

死亡見舞金についての支給はないが、供花料が1件（通学中の交通事故）ある。

(5) 幼稚園

幼稚園の幼児に対して支払われた障害見舞金の件数は5件で、すべてが保育中に発生した外貌・露出部分の醜状障害である。

なお、死亡見舞金及び供花料の支給はない。

(6) 保育所

保育所の児童に対して支払われた障害見舞金の件数は12件で、すべて保育中に発生している。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害が9件、手指切断・機能障害、上肢切断・機能障害および精神・神経障害が各1件である。この中には、重障害である第1級が1件含まれている。

死亡見舞金の支払われた件数は、7件である。内訳は、突然死6件（心臓系2件、大血管系4件）、溺死1件である。

その他、供花料が支給された6件のうち、通園中の交通事故による死亡は3件である。

2. 学校災害事故防止に関する調査研究

センターは、学校の管理下における事故災害の減少を図る観点から、災害共済給付業務の実施を通じて得られた災害事例等を分析し、学校における特徴的な災害について、その発生防止方策について調査研究を行っている。

(1) 第一部会（学校安全）

① 平成20・21年度研究主題

課外指導における事故防止対策

一 体育的部活動における事故の現状と事故防止のための管理と指導一

ア 主題設定の理由

平成19年度に災害共済給付を行った負傷の事例について、その発生を場合別で類別すると、学校の管理下における負傷のおよそ3割が課外指導時に発生している。

このうち、中学校では負傷のうち体育的部活動時の発生が46.3%、高等学校にあっては53.6%と、

災害の50%を占める状況となっている。（図7）

中学校および高等学校における体育的部活動は、課外活動と位置づけられていることから、授業後や休日に行われることとなり、事故防止のための管理と指導には授業時とは異なる対応が求められる。

このため、体育的部活動における事故の現状と防止のための管理と指導について調査研究を行った。

イ 調査研究の概要

調査研究の進め方として、まず体育的部活動における負傷・疾病の実態についての把握を行った。

実態分析には、センターの支所ごとに各1県を選定し、これら6県の中学校・高等学校の体育的部活動中に発生した負傷・疾病で、平成19年度に給付を行った事例のデータ18,505件（中学校10,784件、高等学校7,721件）を抽出し、分析の対象とした。（表2）

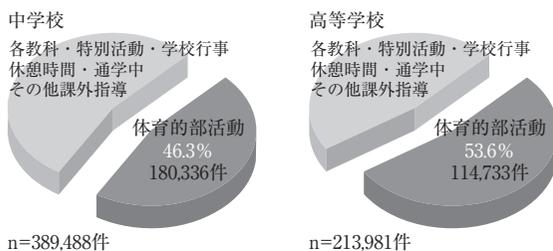


図7 平成19年度医療費給付のうち体育的部活動が占める割合

区分	単位: 件	
	中学校	高等学校
仙台支所	1,805	1,351
東京支所	1,130	888
名古屋支所	1,417	877
大阪支所	2,599	1,731
広島支所	1,855	1,311
福岡支所	1,978	1,563
計	10,784	7,721

表2 調査分析データ数

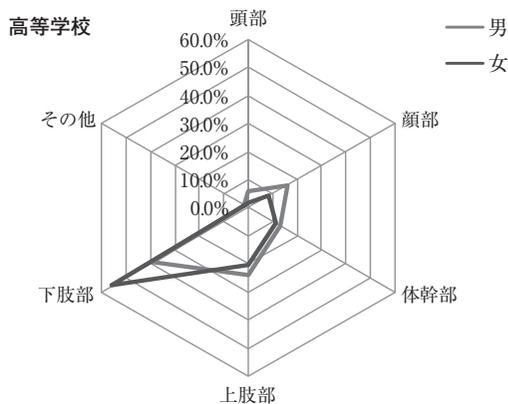
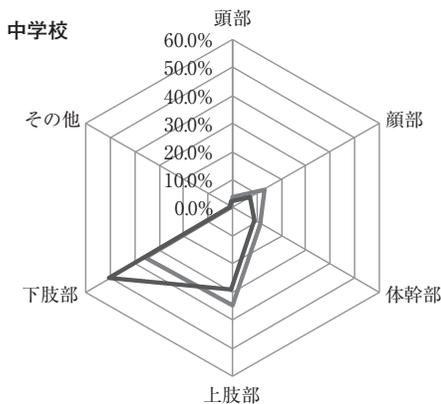


図8 部位別/男女別発生割合

安全指導プログラム1

部活動チェック表
チェック表は1日1枚ずつ作成
活動場所により「屋内用」「屋外用」の2種類
チェック表は部活動を行う前にチーム代表者（キャプテンやマネージャー等）が記載し担当教諭へ提出する。
・チェック項目：温度、湿度、安全確認、活動環境の確認等

練習前の健康チェック表
各個人ごとに練習参加日にチェックする。
部活動参加前に各項目について〇か×を記入し、担当教諭へ提出する。
生徒が自分自身の健康状態を把握することにより、安全の確保を行う。
チェック項目：よく眠れたか、熱はないか、体に痛みはないか等

けがの防止を目指す！

図9

分析作業の中で、負傷・疾病となった身体の部位をみると、「下肢部」が最も多いことがわかった。(図8)

そこで、第一部会では、「体育的部活動のけが防止プログラム」(図9・10)を作り、平成21年度に全国の中学校・高等学校14校(図11)の協力を得て部活動の現場で試行し、実践的な調査研究を行った。

ウ 課外指導における事故防止対策中間報告書

平成21年3月に発行され、センターのホームページ(<http://naash.go.jp/anzen/>)からダウンロードができる。

エ 調査研究報告書の作成

課外指導における事故防止対策調査研究報告書は、平成22年3月に作成し、平成22年度に配布

安全指導プログラム2

災害共済給付データから下肢の負荷が一番多い！

下肢のけが防止プログラムを作成！

プログラムの考え方は・・・
「体の中心(軸)を安定させる」
「体幹部を固定して股関節を使う」

背景
平成19年度の災害共済給付データより、体育的部活動における負傷を部位別に分析したところ、体育的部活動における負傷のうち下肢の負傷が中学校では41%、高等学校では45%を占め、ともに下肢のスポーツ外傷・障害が最も多いことがわかった。

考え方
国立スポーツ科学センター(以下、「JISS」という。)における研究より、下肢のスポーツ障害の原因としては、体幹部を中心としたバランス不良が挙げられている。そこで、体幹部の安定化を目的とした防止運動プログラムを作成し、国内のトップアスリートに対して実施したところ、ある程度の成果が得られたという研究結果がある。
JISSの研究結果より、中・高生における部活動中の下肢のけが防止を試みるうえでもトップアスリートと同様に、「体の中心(軸)を安定させる」「体幹部を固定して股関節を使う」という考え方のもと中・高生用にプログラムを作成した。

プログラム内容
いかに普段「しっかり立っていないか」を知ってもらい、「体幹部を固定して、股関節を動かすこと」の重要性に気づいてもらいます。そして、けがの防止が競技力の向上につながることを理解してもらい、プログラムを行うに当たって、まずは正しい姿勢を覚え、それから少しずつ運動強度を上げていく。

動きの中心(軸)作り	
運動項目	スクワット・ランジ等
目的	股関節の柔軟と股関節伸展・外転筋の強化
指導上の注意	膝・股関節90° 垂直位、ニュートラルポジションで行えるかチェック
注意	踵推進前導、広背重心、股関節内転、足部外転に注意

バランス+筋力	
運動項目	片足立ち・片足スクワット・片足スクワットジャンプ等
目的	片足スクワット・片足スクワットジャンプ等の安定性向上
指導上の注意	踵圧、膝が内側、つま先が外側を向かないようにする(Knee-in, toe-out)

図10

を実施した。

(2) 第二部会(食の安全)

① 平成20年度研究主題

学校給食における食中毒防止

ア 主題設定の理由

毎年、学校給食において食中毒が発生してお

意識調査と効果測定
 全国14校の学校災害防止研究協力校において実施している「体育的部活動のけが防止プログラム」の進捗状況及び効果を確認するため、参加している生徒の「けが防止」に関する意識変化の調査を行う。プログラム実施前からプログラム実施期間中にかけて、一定期間を置いて全回分の「運動の安全アンケート」に答えていただき調査を行う。また、プログラム実施前・後の災害共済給付による負傷・疾病の災害発生件数を調査し、プログラムの効果を測定する。

学校災害防止研究協力校		
担当支所	都道府県	学校名
仙台支所	岩手県	矢巾町立矢巾中学校
	岩手県	岩手県立盛岡南高等学校
東京支所	東京都	西多摩郡瑞穂町立瑞穂第二中学校
	東京都	豊島区立西池袋中学校
	東京都	東京都立高島高等学校
	埼玉県	埼玉県立坂戸西高等学校
名古屋支所	岐阜県	岐阜市立伊奈波中学校
	岐阜県	岐阜県立長良高等学校
大阪支所	大阪府	寝屋川市立第五中学校
	大阪府	大阪府立大塚高等学校
広島支所	広島県	広島市立庚午中学校
	岡山県	岡山県立西大寺高等学校
福岡支所	佐賀県	佐賀市立大和中学校
	佐賀県	学校法人佐賀学園佐賀学園高等学校

図11

り、近年ではノロウイルス食中毒、ヒスタミン食中毒や病原性大腸菌、カンピロバクターなどを原因とする細菌性食中毒が発生している。

そこで、学校給食関係者から多く寄せられる食中毒防止の質問や現場の実態調査において指摘されやすい問題点について、当センターが学校給食調理場で実施した拭き取り検査のデータ等を使用して、わかりやすく解説し、学校給食発生の防止を促進することを目的とした。

イ 学校給食における食中毒防止Q&A

研究成果として、「学校給食における食中毒防止Q&A」(図12)が平成21年3月に発行された。掲載内容は、センターのホームページ (<http://naash.go.jp/anzen/>) からダウンロードができる。

② 平成21・22年度研究主題

学校給食における食物アレルギーへの対応(仮称)

ア 主題設定の理由

災害共済給付のデータより、毎年、学校給食において食物アレルギーを要因とする災害事故が発

学校給食における食中毒防止Q&A

成長物として作成した「学校給食における食中毒防止のQ&A」を、学校給食に携わる多くの関係者の方々にご活用いただき、食中毒の発生防止にお役に立てたい。

※掲載内容は・・・※

- ★学校給食関係者より寄せられた重要な33個の質問に回答
- ★全国の学校給食調理場での拭き取り検査結果を紹介
- ★図、写真、グラフで分かりやすく説明
- ★専門家による学問的にも高品質な内容を掲載

Q3 ヒスタミン食中毒を防ぐ方法は

A3 漁獲、加工及び流通の全ての過程において温度管理等の取扱いが良好である信頼のおける業者から購入する必要があります。調理中でも小分けして冷蔵庫(冷凍庫)から出して調理し、長時間の常温放置をしない等が大切です。

ヒスタミン食中毒は、魚肉中に多く含まれているアミノ酸の一種である遊離ヒスタジンが、ヒスタジン脱炭酸酵素を有する細菌(ヒスタミン産生菌)によってヒスタミンが産生され、このヒスタミンによるアレルギー様食中毒です。これらのヒスタミン産生菌が付いたヒスタジンを多く含む赤味の魚を不適切な温度(20~25℃以上)に保存した場合、ヒスタミン産生菌が増殖してヒスタミンが魚肉中に蓄積します。また、最近の研究から低温増殖性ヒスタミン産生菌は5~10℃条件下でもヒスタミンを産生することが明らかにされていますので、冷蔵庫でも長期間魚を保存することは危険です。

外観や臭いの変化を起こす前にヒスタミンが産生されますので臭いでは判断できません。また、一度産生されたヒスタミンは、加熱によっても分解されないことから、次の点に注意する必要があります。

【市町村教育委員会】

- ① 信頼のおける業者から購入します。
- ② 漁獲、加工、流通全ての過程で、取扱状況を把握します。
 - ・ 原材料は鮮度の良好なものを使用しているか
 - ・ 漁獲、加工、流通全ての過程で、低温管理を徹底しているか
- ③ 納入するカジキマグロ、サバなど赤身の魚については納入業者にヒスタミンの検査を求める。

【調理場】

- ① 検収時、品質・鮮度・保管温度等を詳細に確認します。
- ② 保管中の低温管理を徹底します。
- ③ 冷蔵庫保存であっても、長期間の保存は避けず。
- ④ 調理時は小分けして冷蔵庫(冷凍庫)から出し、常温放置を避けます。
- ⑤ 検査実施の意義を理解し、異味、異臭その他の異常がないかなどについて詳細に確認し、唇や舌先にピリピリとした刺激を感じた場合は、速やかに給食を中止します。

【学校】

学校での検食も、調理場の検食(上記⑤)と同様に行います。

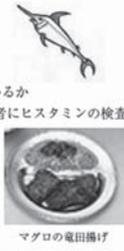


図12

生している実態がある。食物アレルギーは生命に関わる疾患であり、教職員の緊急時の対応や児童生徒のアレルギー症状の予防等学校給食において食物アレルギーに関する対応策を講じることは児童生徒の安全を確保する観点から大変重要である。

災害共済給付データを分析および調査し、学校給食における食物アレルギーへの対応策を提案するために調査研究テーマを設定した。

3. ホームページからの情報発信

学校災害防止に関する調査研究の成果、統計情報、実態調査等の学校安全に関する有益な情報を提供している。(図13)

(1) 学校事故事例検索データベース

センターのホームページ上で、平成17年度～平成20年度に給付した障害・死亡事例の検索ができるデータベースを公開している。

(2) 教材カード

平成21年度からセンターでは、学校等が自由に活用できるカード形式の事故防止状況を定期的に掲載している。(例1・2)

(3) 統計情報

災害共済給付状況などの統計情報を掲載

(4) 各種刊行物の紹介

学校安全・食の安全に関する刊行物の紹介をし、一部の刊行物はダウンロードすることもできる。



図13

(5) 支所からの安全情報発信

仙台・東京・名古屋・大阪・広島・福岡支所からそれぞれ地域に密着した学校安全・健康の保持増進に関

熱中症に注意しよう！ Part 2

平成21年7月号で掲載した「夏だ！熱中症に注意しよう！」の第2弾です。今回は、月別の発生件数と災害事例、応急手当についてご紹介いたします。前回掲載分(学校種別・水分補給のポイント)とあわせてご活用ください。

右図をみると、熱中症の発生件数は7月に急激に増加し、全件数の半分以上を占めていることがわかります。

とはいえ、熱中症は夏に限らず発生する疾病で、5月～10月にかけての件数も多くなっています。気温が上がってくる春先からも注意が必要です。

平成20年度 災害事例

★★ 高い気温に注意！ ★★

臨海学校2日目。その日の気温は35℃で浜の気温も45℃あった。本人は準備体操を行おうと浜にて皆と行動していたが、体調が悪くなり申し出た。

★★ 気温だけでなく、高湿度にも要注意！ ★★

国民体育大会ボート競技選考会の閉会式に出席中、開始約10分後に気を失って倒れた。なお、当日の天気は晴・気温25.9度・湿度73%であった。

熱中症の月別発生件数(平成20年度)

1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
12	13	12	45	157	168	1696	794	349	50	27	13

(計3,336件)

平成20年度災害共済給付データから

★★ 暑さや練習に慣れていない時は無理せずに！ ★★

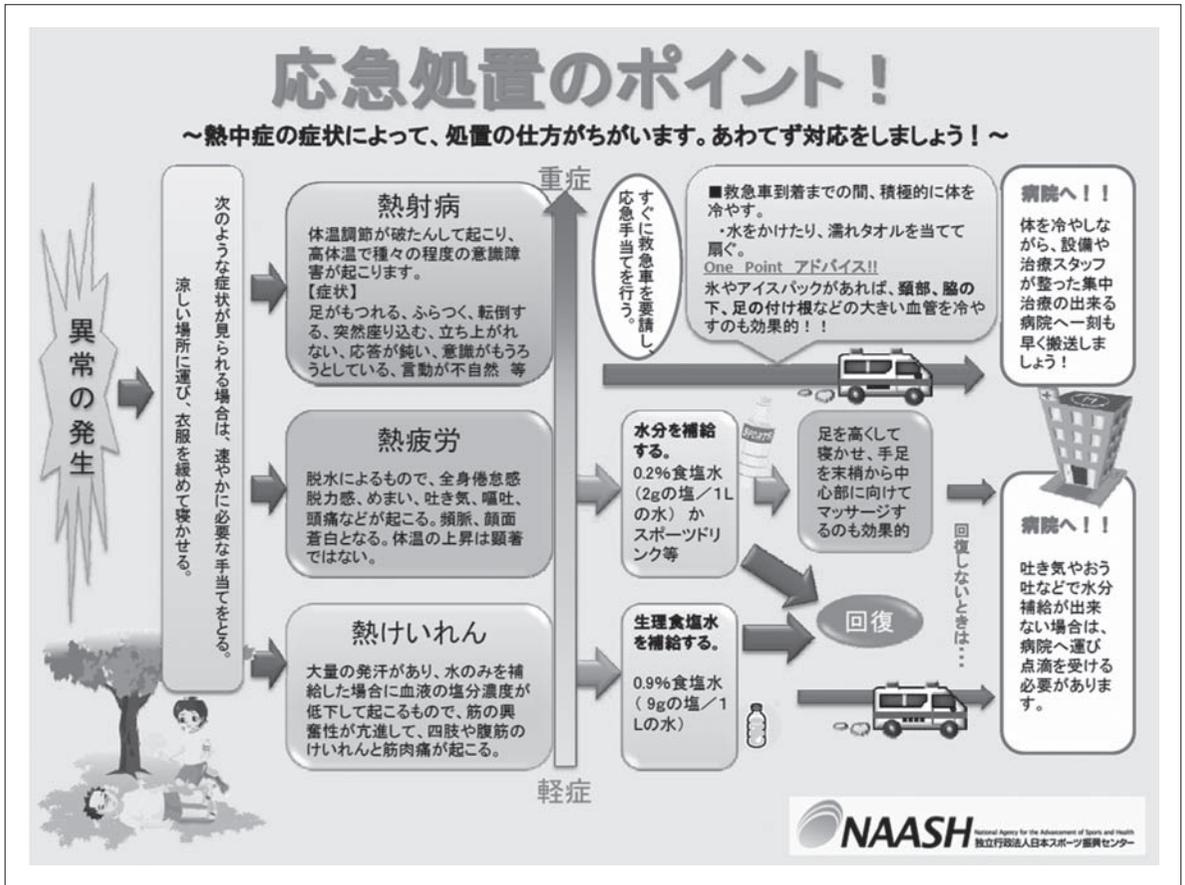
腰の故障で練習を長期間休んでいたが、この日は久しぶりに試合に参加した。体が慣れていないことと炎天下が重なり、試合中に頭痛や吐き気がするようになった。

★★ 冬でも熱中症が起きています！ ★★

50メートルのシャトルランをしていた際、水分補給が十分でなかったため右足のふくらはぎが攣り、右足のふくらはぎから太股にかけてけいれんが始まった。(12月発生)

NAASH
National Agency for the Assessment of Sports and Health
独立行政法人日本スポーツ振興センター

例1



I 健康管理の動向
5 児童生徒の事故・災害

例2

する情報を発信している。

(6) 学校安全フリーイラスト集

センターが作成したキャラクターのイラスト画像データ (JPEG形式) を無料でダウンロードできる。(図14)

※掲載内容は、センターのホームページ (<http://naash.go.jp/anzen/>) からダウンロードができる。

ダウンロード(学校安全イラスト集)

日本スポーツ振興センターにて作成したキャラクターのイラスト画像データ(JPEG形式)を無料でダウンロードできます。生徒や先生、学校生活のイラストとなっておりますので、学校教材や配布物等にご活用ください。ご利用の際は、「イラストのご利用条件」(08/08)に従ってください。準備中のイラストについては、随時更新していきます。

<p>キャラクター</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆児童・生徒 ◆先生 	<p>学校生活</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆原簿持歸 ◆道徳時間 ◆保健時間
<p>学校行事</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆修学旅行 ◆運動会 	<p>学校給食</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ハイメニュー ◆食生活 ◆給食の様子 ◆その他
<p>授業・課外活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆読書 ◆理科 ◆英語 ◆水泳 ◆園芸活動 	<p>夏休み中</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆遠足 ◆自転車
<p>けがの子</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆けがした児童・生徒 ◆熱中症 ◆危険な場面 	

図14

4. 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、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、死亡した場合は、死亡見舞金を給付することをいう）を行い、もって学校教育または保育所における保育の円滑な実施に資する目的で実施している。

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

センターの災害共済給付契約には、学校の管理下における児童生徒等の災害について、学校の設置者の損害賠償責任が発生した場合において、センターが災害共済給付を行うことによりその価額の限度においてその責任を免れさせる特約（以下「免責の特約」という）を付することができる。（平成21年度は、全ての学校の設置者が免責の特約を付している）

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等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、その他校長の指示または承認に基づ

いて学校にある場合。

- (4) 通常の経路および方法により通学する場合（保育所の通園を含む）。
- (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）。または学校の寄宿舎との間を合理的な経路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（医療機関の窓口での支払いが原則として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（医療機関の窓口での支払いが原則として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および突然死。

■ 災害共済給付の制限

- (1) 医療費の給付期間は、同一の負傷または疾病に関して、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または地方公共団体の負担において療養、療養費の支給を受けま

たは補償、給付を受けたときは、その価額の限度で給付を行わない。

- (3)非常災害（風水害、震災等）の場合は、給付しない。
- (4)義務教育諸学校および保育所の要保護児童生徒の医療費は給付しない（生活保護法による医療扶助を受けるため）。
- (5)高等学校の生徒および高等専門学校の学生の故意の犯罪行為、故意に負傷し、疾病にかかり、または、死亡したときは、給付は行わない。
- (6)高等学校の生徒および高等専門学校の学生の重大な過失による災害の場合は、障害見舞金、死亡見舞金の減額措置がある。

■ 災害共済給付の給付金の請求

災害共済給付に係る給付金の支払いの請求は、イン

ターネットを使った「災害共済給付オンライン請求システム」（以下「システム」という）により請求をし、給付金支払通知書もインターネットを経由してシステムに接続しダウンロードする。

なお、給付金の請求の時効は、2年間である（医療費・障害見舞金は、請求事由が生じた日の翌月の10日から起算し、死亡見舞金は死亡した日から起算する）。

災害共済給付制度・学校災害事故防止に関する調査研究の詳細は、センターのホームページ（<http://naash.go.jp/anzen/>）を参照願いたい。

（独立行政法人日本スポーツ振興センター学校安全部）

コラム

日本の健康思想の展開

その1. 日本の伝統的な健康の概念

保健や医療に関わる生活技術は、人類が手にした技術の中でも最も古いもののひとつであるといつてよい。保健や医療についての営みは、人間の社会形成とともに派生し、同時にその社会形成の重要な因子としても機能してきた。一般にあらゆる社会で公衆衛生に関する信条がみられており、そこには宗教的要素と経験科学的要素の双方が含まれ、その集団の生活様式と相互に関係している。すなわち、人間の健康は集団それ自体と連続性があり、社会そのものの在り方と深く関連しており、その意味で人間の健康は社会とそこでの生活状況全体を反映する関数現象である。

我が国古代の医療も、各氏族共同体の医療技術が集積され、これらのうちの一部は今日なお民間医療の一部として残存している。日本に自生した医方が後にみる中国医学の移入によって失われることを憂いて平城天皇が安倍真直・出雲広貞に命じて編纂させた『大同類聚方』全100巻は、そうした医方の姿

を今日に遺している。

しかしながら、日本の医学は8世紀前後から中国医学の影響を濃厚に受けるようになる。中国大陸においては約2000年以前より医療的行為が行われたことが認められる。中国医学は「気」を生命活動の根源とみなし、この気を活性化させることにより疾病を治療し、生命活動を豊かにすることを図った。中国の自然思想である「陰陽五行説」にのっとり、「気」「精」「神」「血」「水」といった概念によって生理現象と病理現象を理解し、鍼灸医学や薬物医学、導引医学（医療的身体運動法）や今日の気功の原型が成立した。『黄帝内経』『黄帝八十一難経（難経）』、張仲景『傷寒論』、唐代の孫思邈『備急千金要方』などの医学古典は、後に朝鮮半島からの帰化人や大陸との対外交渉を通じて、日本の医学にも大きな影響を与えた。それが我が国では漢方医学として、正統的医学を形成するにいたる。

（瀧澤利行）

6 教職員の健康診断

はじめに

教職員の定期健康診断は、学校保健安全法で定められている。その内容は労働安全衛生法に準拠している。さらに平成20年度からは、健康増進法にあるメタボリックシンドロームの考え方も取り入れられた。

この稿では、学校保健安全法および学校保健安全

法施行規則を読み解きながら「職員の健康診断」を考察してみたい。教職員の健康診断についての再認識をいただければ幸いである。

さらに文部科学省の公開資料から、病気休職者数等の推移やその状況を確認してみたい。

実施責任者=学校の設置者

学校保健安全法（以下、法）では第15条から第18条、学校保健安全法施行規則（以下、規則）では第3節の「職員の健康診断」第12条から第17条にかけて、職

員の健康診断に関わる事項が記載されている。（本稿では法、規則の条文に対し、内容がわかりやすくなるよう筆者が手を加えた）

法 第15条 第1項 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。

全国の市町村や私立学校では、それぞれ学校職員安全衛生管理規程等を定め、健康診断を実施している。各地の規程をインターネットで狩猟し、その対象をみてみると、おおよそ次のように分けられる。

- ① 学校に勤務する教職員全員
- ② 学校に勤務する職員
- ③ 学校に常時勤務する職員
- ④ 学校に常時勤務する教職員（用務員および調理員は除く）
- ⑤ 県教育委員会の任命に係る県教育委員会事務局、教育機関および公立学校の職員
- ⑥ 地方公務員法第3条第2項に規定する一般職員^{*1}に属する職員のうち学校に（常時）勤務する教職員（臨時的任用職員、非常勤職員および市職員を除く）
- ⑦ 市町村立学校職員給与負担法第1条に規定する職員^{*2}=教職員
- ⑧ 労働安全衛生法および学校保健安全法並びに

これらに基づく関係法令に定めるもののほか、県立の中学校、高等学校および特別支援学校に勤務する職員

勤務形態が常時なのか否か、職種のすべてを含むか否か、教育委員会の職員を含むか否かに大きく分けることができる。記載方法も①から⑧のようにさまざまである。

平成20年4月からの特定健康診査のスタートにあわせ、各種の健康診査の位置づけが厚生労働省の資料に示されていたので、添付する（図1）。

（注釈）

*1 第3条第2項は「一般職は、特別職に属する職以外の一切の職とする」とあり、同条第3項にある特別職の規定のなかに、「臨時又は非常勤の顧問、参与、調査員、嘱託員およびこれらの者に準ずる者の職」とある

*2 市（特別区を含む）町村立の小学校、中学校および特別支援学校の校長、副校長、教頭、主幹教諭、指導教諭、教諭、養護教諭、栄養教諭、助教諭、養護助教諭、寄宿舎指導員、講師、学校栄養職員および（教職員定数に基づき配置される）職員

実施時期＝適切な時期に

健康診断の実施時期については、平成17年度から「6月30日までに」が「適切な時期に」に規則が改正されている。すなわち、「職員の健康診断は、毎学年、**学校の設置者が定める適切な時期に行うものとする。**ただ

し、疾病その他やむを得ない事由によって当該期日に健康診断を受けることのできなかった者に対しては、その事由のなくなった後すみやかに健康診断を行うものとする。」と定められている。

規則 第12条 職員の健康診断の時期については、規則第5条（児童生徒等の健康診断）の規定^{*3}を準用する。この場合において、同条第1項中「6月30日までに」とあるのは、「**学校の設置者が定める適切な時期に**」と読み替えるものとする。

(注釈)

*3 規則 第5条第1項 法第13条第1項 の健康診断（児童生徒等の健康診断）は、毎学年、6月30日までに行うものとする。ただし、疾病その他やむを得ない事由によって当該期日に健康診断を受けることのできなかった者に対しては、その事由のなくなった後すみやかに健康診断を行うものとする。

健康診断の方法および技術的基準等

法 第17条第1項 健康診断の方法および技術的基準については、文部科学省令で定める。

法 第17条第2項 健康診断の時期および検査の項目その他健康診断に関し必要な事項は、文部科学省令で定める。

法 第17条第3項 前2項の文部科学省令は、**健康増進法第9条第1項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。**

ここで健康増進法第9条第1項を調べてみたい。

健康診査の実施等に関する指針

健康増進法

第9条 第1項 厚生労働大臣は、生涯にわたる国民の健康の増進に向けた自主的な努力を促進するため、健康診査の実施およびその結果の通知、健康手帳（自らの健康管理のために必要な事項を記載する手帳をいう）の交付その他の措置に関し、健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針（以下「健康診査等指針」という）を定めるものとする。

平成14年に成立した健康増進法に対し、平成16年に健康診査等指針が告知された。その後少しずつ改正され、平成20年4月1日から、メタボリックシンドロームの概念に基づく健診・保健指導の内容が追加された。これまで以上に健康診査の対象者に対してその意義を十分に周知することとともに、健康診査の実施後、すみや

かに受診者にその結果を通知すること、結果に基づいた保健指導を実施すること、生活習慣の改善に向けての行動変容の方法を本人が選択できるよう配慮すること、個人情報については適正に取り扱うことなどが指針に記されている。

健診の実際 検査の項目、方法および技術的基準

規則 第13条に検査の項目、同 第14条に方法および 両者を一覧表にして以下に示す。
技術的基準が定められている。

項目	方法および技術的基準	備考
1	身長	20歳以上は省略できる
	体重	
	腹囲	以下の職員は省略できる 35歳未満、36歳以上40歳未満 妊娠中の女性職員 BMIが20未満の職員 BMIが22未満で腹囲を自己測定し、その値を申告した職員
2	視力	
	聴力	1,000ヘルツおよび4,000ヘルツの音に係る検査を行う。ただし、45歳未満の職員（35歳および40歳の職員を除く）においては、医師が適当と認める方法によって行うことができる。
3	結核の有無	エックス線間接撮影により検査するものとし、エックス線間接撮影によつて病変の発見された者およびその疑いのある者、結核患者並びに結核発病のおそれがあると診断されている者に対しては、エックス線直接撮影および喀痰検査を行い、さらに必要に応じ聴診、打診その他必要な検査を行う。
4	血圧	水銀血圧計を用い、聴診法で測定する
5	尿	尿中の蛋白および糖について試験紙法により検査
6	胃の疾病および異常の有無	エックス線間接撮影により検査するものとし、癌その他の疾病および異常の発見に努める。
		妊娠中の女性職員は除く 40歳未満の職員は省略できる
7	貧血検査	血色素量および赤血球数
8	肝機能検査	GOT、GPTおよびγ-GTP
9	血中脂質検査	LDLコレステロール、HDLコレステロールおよび血清トリグリセライド
10	血糖検査	35歳未満、36歳以上40歳未満は省略できる
11	心電図検査	
12	その他の疾病および異常の有無	

実施にあたっては規則第3条第1～9号の規定を準用するとされている。

規定の準用（規則 第3条第1～9号）

- 1 栄養状態は、皮膚の色沢、皮下脂肪の充実、筋骨の発達、貧血の有無等について検査し、栄養不良または肥満傾向で特に注意を要する者の発見につとめる。
- 2 脊柱の疾病および異常の有無は、形態等について検査し、側わん症等に注意する。
- 3 胸郭の異常の有無は、形態および発育について検査する。
- 4 視力は、国際標準に準拠した視力表を用いて左右各別に裸眼視力を検査し、眼鏡を使用している者については、当該眼鏡を使用している場合の矯正視力についても検査する。
- 5 聴力は、オージオメータを用いて検査し、左右各別に聴力障害の有無を明らかにする。
- 6 眼の疾病および異常の有無は、伝染性眼疾患その他の外眼部疾患および眼位の異常等に注意する。
- 7 耳鼻咽喉頭疾患の有無は、耳疾患、鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患および音声言語異常等に注意する。
- 8 皮膚疾患の有無は、伝染性皮膚疾患、アレルギー疾患等による皮膚の状態に注意する。
- 9 歯および口腔の疾病および異常の有無は、齲歯、歯周疾患、不正咬合その他の疾病および異常について検査する。

健康診断票

規則 第 15 条 第 1 項 学校の設置者は、職員の健康診断を行ったときは、第 2 号様式によって、職員の健康診断票を作成しなければならない。

規則 第 15 条 第 2 項 学校の設置者は、当該学校の職員がその管理する学校から他の学校へ移った場合においては、その作成に係る当該職員の健康診断票を異動後の学校の設置者へ送付しなければならない。

規則 第 15 条 第 3 項 職員健康診断票は 5 年間保存しなければならない。

メタボリックシンドロームに着目した、特定健康診査受診結果通知表も必要である。

事後措置

法 第 16 条 学校の設置者は、健康診断の結果に基づき、治療を指示し、およ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。

規則 第 16 条 第 1 項 職員の健康診断に当たった医師は、健康に異常があると認めた職員については、検査の結果を総合し、かつ、その職員の職務内容および勤務の強度を考慮して、別表第 2 に定める生活規正の面およ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。

	区 分	内 容
生活 規正 の 面	A (要休業)	勤務を休む必要のあるもの
	B (要軽業)	勤務に制限を加える必要のあるもの
	C (要注意)	勤務をほぼ平常に行ってよいもの
	D (健 康)	全く平常の生活でよいもの
医 療 の 面	1 (要医療)	医師による直接の医療行為を必要とするもの
	2 (要観察)	医師による直接の医療行為を必要としないが、定期的に医師の観察指導を必要とするもの
	3 (健 康)	医師による直接、間接の医療行為を全く必要としないもの

別表第2 医師による指導区分の決定

規則 第16条第2項 学校の設置者は、前項の規定により医師が行った指導区分に基づき、次の基準により、法第16条の措置をとらなければならない。

学校の設置者がとらなければならない措置の基準

- 「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、休日勤務および宿日直勤務をさせないこと。
 - 「C」 超過勤務、休日勤務およ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」 医療又は検査等の措置を必要としないこと。

臨時の健康診断

法 第15条 第2項 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。

- 規則 第17条 職員の臨時の健康診断については、以下の規定を準用する。
- すなわち、次に掲げるような場合で必要があるときに、必要な検査の項目について行うものとする。
- 1 感染症又は食中毒の発生したとき
 - 2 風水害等により感染症の発生のおそれのあるとき
 - 3 夏季における休業日の直前又は直後
 - 4 結核、寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要のあるとき
 - 5 卒業のとき

保健所との連絡

法 第 18 条 学校の設置者は、この法律の規定による健康診断を行おうとする場合その他政令で定める場合においては、保健所と連絡するものとする。

学校医の関わり

施行規則第22条には学校医の職務執行の準則が定められている。その第9項には、「市町村の教育委員会または学校の設置者の求めにより、就学時の健康診断または職員の健康診断に従事

すること」とある。

各学校で実施される場合、健診センター等で実施される場合が想定される。

学校産業医

常時50人以上の職員が勤務する学校には、労働安全衛生法に基づき、学校産業医を置くことができる。

学校医がこれにかわることもできる。

学校健康管理医

産業医設置の基準とは別に、地域によっては学校健康管理医を置いて対応している場合がある。

学校の職員の健康を管理する目的で、行政から業務を受託した医師で、学校医から選ばれる場合、または別に選ばれる場合もある。主に職員の健康診断の実

施およびその結果に基づく事後措置、健康相談、健康教育等をその職務としている。

学校産業医、学校健康管理医はともに、各学校や地域の学校群をひとつの事業所ととらえた産業保健の領域で活動する医師と位置づけられよう。

特定保健指導

特定保健指導については、保険者にその実施義務があるが、健康診断の実施計画の段階からよく吟味し

ておく必要がある。

その他の健診(検診)

学校においても、職員が従事する作業によって、VDT作業従事職員健診、有機溶剤・特定化学物質等取扱者健康診断を行う必要がある。

また、がん対策基本計画のもと、職域におけるがん

検診が重要であることはいうまでもない。職員の健康診断で規定されている胃の検査以外のがん検診を各地域で是非とも進めていただきたい。

近年における課題（病気休職者数の増加、うち63.0%を占める精神疾患）

文部科学省ホームページに掲載されている「平成20年度教育職員に係る懲戒処分等の状況について」
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/jinji/1288132.htm に、病気休職者数等の推移（平成11年度～平成20年度）の表が掲載されている（表1）。
 平成20年度は全国での在職者数915,945名のうち、

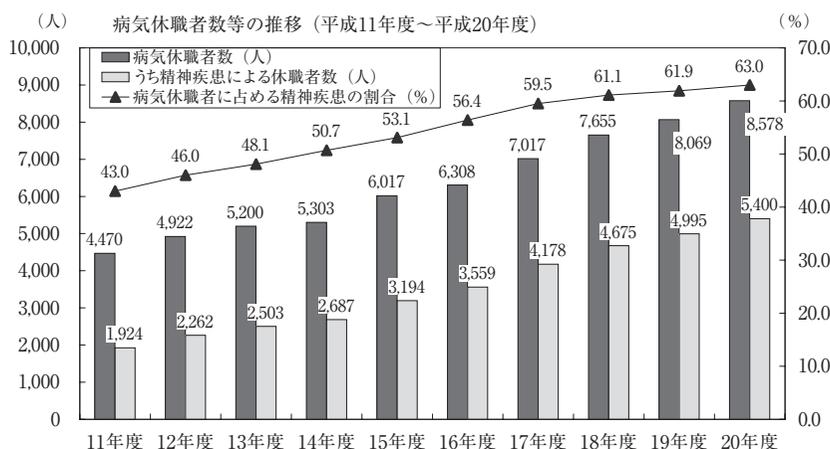
病気休職者数は8,578名、0.94%であり、この10年間毎年増加していることがわかる。うち精神疾患による休職者数は5,400名で実に63.0%を占めている（図2）。学校における職員のメンタルヘルスへの取組は、一層重要となってきた。

（単位：人）

	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度
在職者数 (A)	939,369	930,220	927,035	925,938	925,007	921,600	919,154	917,011	916,441	915,945
病気休職者数 (B)	4,470	4,922	5,200	5,303	6,017	6,308	7,017	7,655	8,069	8,578
うち精神疾患による休職者数 (C)	1,924	2,262	2,503	2,687	3,194	3,559	4,178	4,675	4,995	5,400
在職者比 (%)										
(B) / (A)	0.48	0.53	0.56	0.57	0.65	0.68	0.76	0.83	0.88	0.94
(C) / (A)	0.20	0.24	0.27	0.29	0.35	0.39	0.45	0.51	0.55	0.59
(C) / (B)	43.0	46.0	48.1	50.7	53.1	56.4	59.5	61.1	61.9	63.0

（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、副校長、教頭、主幹教諭、指導教諭、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。

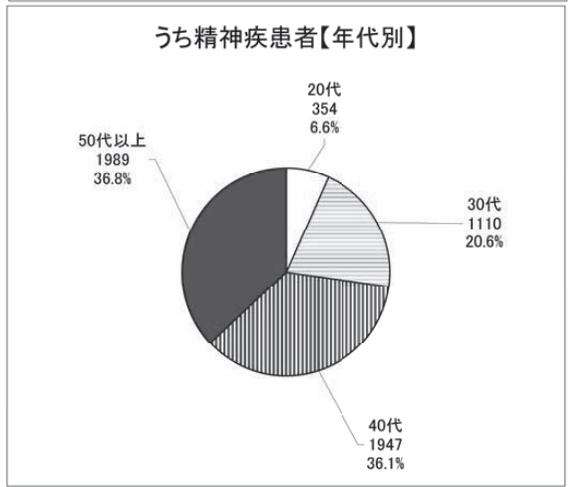
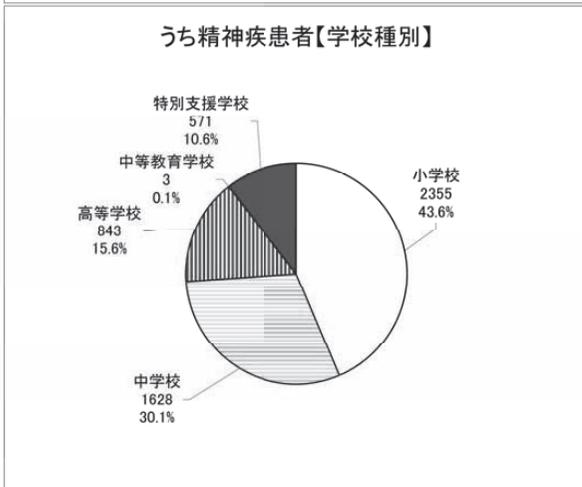
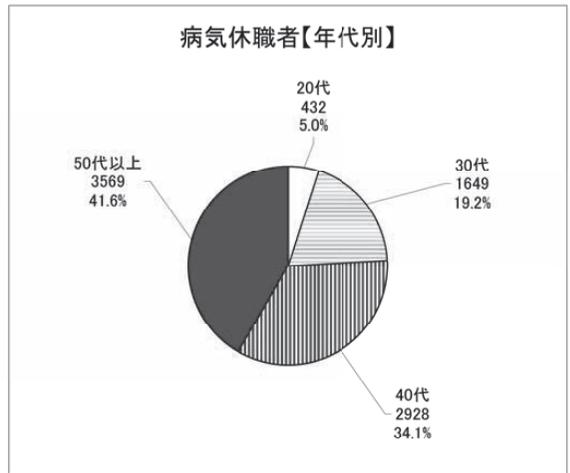
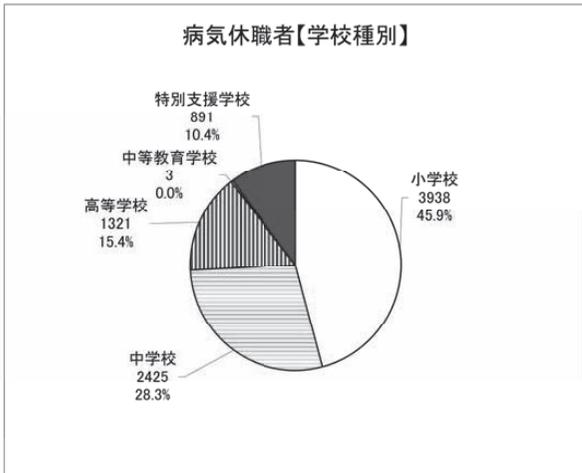
表1 病気休職者数等の推移（平成11年度～平成20年度）



文部科学省「平成20年度 教育職員に係る懲戒処分等の状況について」のデータをもとにグラフ化

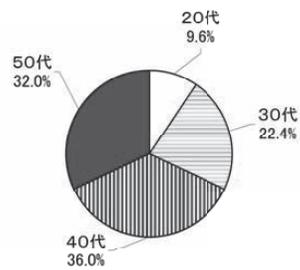
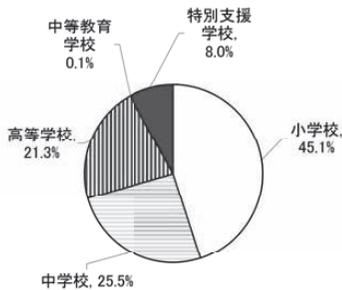
図2 病気休職者数等の推移について

同じ報告に、別紙2「病気休職者の学校種別・年代別・性別・職種別状況」が掲載されている。参考資料として次ページに示しておく。



《参考》
公立学校種別教員数構成比率

《参考》
公立学校教員年代別構成比率



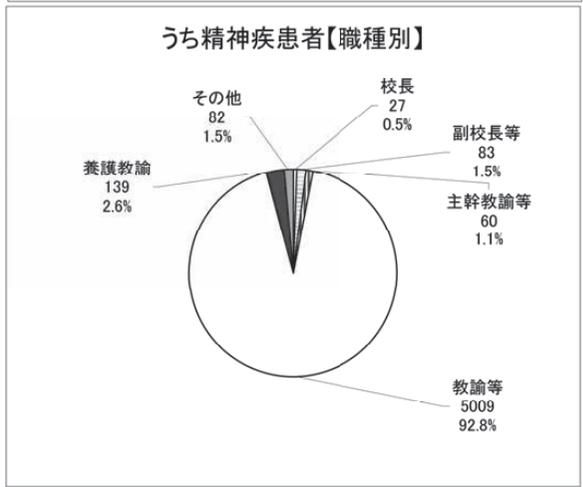
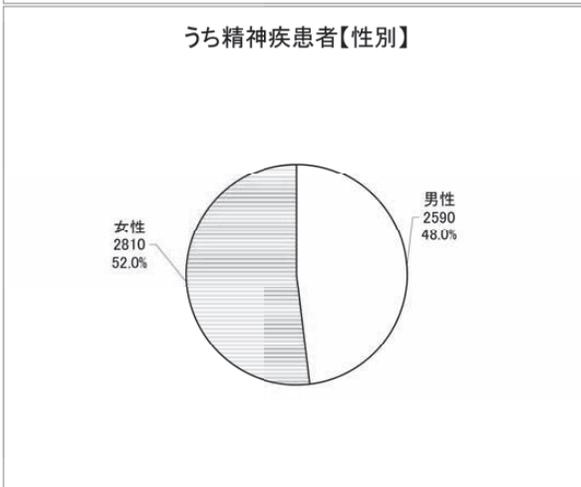
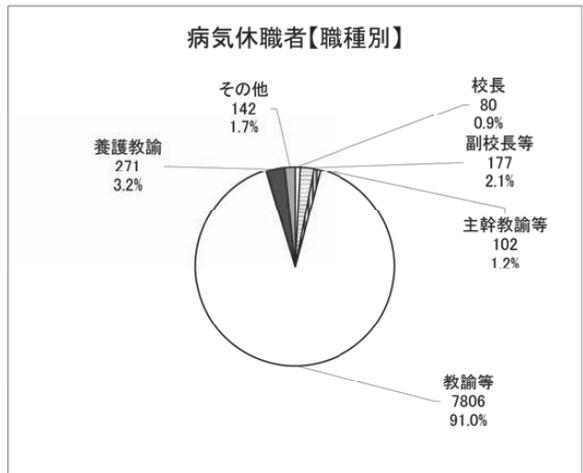
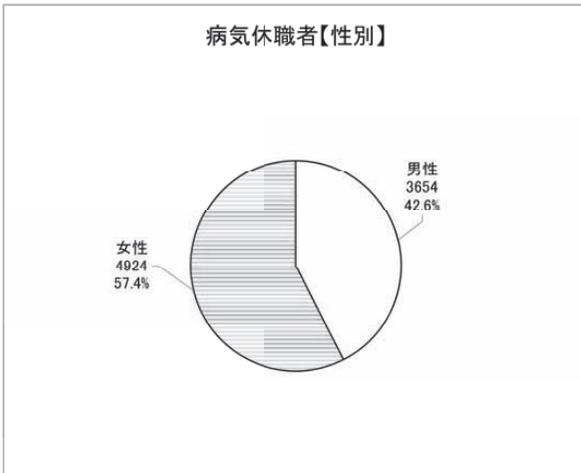
	在職者数	構成比率
小学校	413,280 人	45.1%
中学校	233,581 人	25.5%
高等学校	195,034 人	21.3%
中等教育学校	717 人	0.1%
特別支援学校	73,333 人	8.0%
計	915,945 人	100.0%

(平成20年度学校基本調査より)

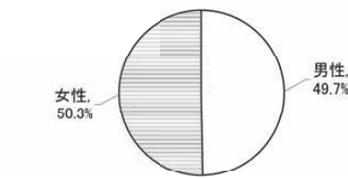
	本務教員数	構成比率
20代	78,702 人	9.6%
30代	184,080 人	22.4%
40代	295,941 人	36.0%
50代	263,132 人	32.0%
計	821,855 人	100.0%

(平成19年度学校教員統計調査報告書より)

(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、副校長、教頭、主幹教諭、指導教諭、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。



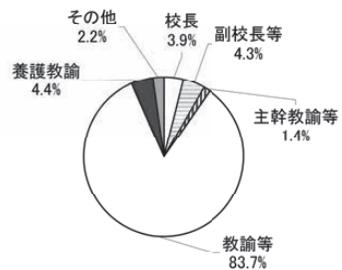
《参考》
公立学校性別教員数構成比率



	在職者数	構成比率
男性	455,138 人	49.7%
女性	460,807 人	50.3%
計	915,945 人	100.0%

(平成20年度学校基本調査より)

《参考》
公立学校職種別教員数構成比率



	本務教員数	構成比率
校長	35,977 人	3.9%
副校長等	39,806 人	4.3%
主幹教諭等	13,115 人	1.4%
教諭等	766,256 人	83.7%
養護教諭	40,684 人	4.4%
その他	20,107 人	2.2%
計	915,945 人	100.0%

(平成20年度学校基本調査より)

(注)「副校長等」は教頭を含む。「主幹教諭等」は指導教諭を含む。「教諭等」は助教諭、講師を含む。「養護教諭」は養護助教諭を含む。「その他」は栄養教諭、実習助手及び寄宿舎指導員を示す。

教職員の健康診断について学校保健安全法および学校保健安全法施行規則をもとに解説した。

受診しやすい環境づくりによる受診の徹底、そして健診結果をその後の健康づくりに活かしていく仕組み作りが各地域、各学校で必要とされる。早期発見、早期治療の観点からは、必要な精密検査、治療に滞りが

ないよう事後措置を徹底したい。

学校現場には学校医、養護教諭、栄養教諭などの専門職が揃っている。学校産業医や学校健康管理医とともに教職員に対して健康に関わる啓発活動を、行政とともに進めていきたい。

(近藤太郎)

コラム 日本の健康思想の展開

その2. 医療の大衆化 — 養生論の展開 —

医療に関する認識と技術が一定の発展をみせると、その認識や技法を集約して、人々の日常生活に適用されるようになり、それが大衆に普及する。「養生」の思想と方法は、その象徴的存在である。それは、医療に関する認識や技術を予防的に適用することによって、人々の健康を実現しようとするヒューマンイズムの表現であると同時に、民衆のさまざまな経験的知識や方法の蓄積の中から独自の医療や健康保持の体系を作り上げていた自発的な医療・健康文化である。

「養生」の語は、古くは中国思想書である『老子』や『莊子』『列子』などにみられる。東洋の養生思想は、中国大陸、朝鮮半島、そして日本といった極東アジアの文化的環境の中で形成された心身の洗練によって健康を守り、進んで寿命延長ための生活の方法を指す概念である。さらにそれは身体や健康の領域を越えて、人間自体の生き方そのものに在り方を示す思想として重要な意味を持っている。日本の養生論のもとになった中国養生論における養生法は、大きく「内丹（「気」を引き入れ「丹田」に錬成すること）」「金丹（外丹）（製薬術）」「辟穀・服餌（穀類の不摂取と長寿食の摂取）」「調息（呼吸法）」

「導引（運動法・自己按摩法）」「房中（性交術）」に分けられる。

日本では物部廣泉によって827年に著わされた『撰養要訣』20巻が日本における養生論執筆の最初とされている。以後、古代から中世までの養生論の理論や技法は、多くは中国養生論に依拠していたが、安土桃山時代には名医曲直瀬玄朔の『延寿撮要』（1599年）、江戸初期には「古医方」の創始者とされる名古屋玄医による『養生主論』（1683年）が著され、日本的な養生論が著されていく。そして、貝原益軒『養生訓』（1713年）は、その時点までの中国や日本の医学書や養生論を参考にしてまとめられた養生論の傑作であり、それまでの和漢の養生論の集大成であると同時に、益軒自身のいわば模範とすべき生活の経験を交えて書かれた全8巻17項目からなる大作で、今日まで養生論の典範的位置を譲らない。その後、文化・文政・天保期には、空前の養生論刊行がみられ、養生法の大衆化とともに、その実践規範にも寛容化がみられ、全体として無病長寿のための健康論から総合的生活論・人間形成論への変化がみられるようになった。

(瀧澤利行)

コラム 成人の百日咳

百日咳は本来乳幼児の伝染性疾患であるが、最近では定期予防接種の0～1歳時の三種混合ワクチン(DPT)使用による予防が普遍化しているため、子どもの流行はほとんどみられなくなってきた。それは百日咳対策のワクチンによる予防が効果的であることを明らかにしている。しかし患者発生状況などの資料からみると近年は成人の増加が注目されている。この傾向はかつての麻疹の成人流行と同じように免疫の減衰による患者発生と考えられる。つまり成人も百日咳に罹患することを示している。また百日咳菌は麻疹ウイルスとともに感染力は強いため大学などの集団感染が懸念されている。同様に教員などが罹患した場合には園児、児童生徒に感染機会が増えると予想できる。私は家族3人の家庭内感染で強い成人百日咳の症例を経験している。成人の百日咳は乳幼児と違いその多くが重症化は少なく、症状は軽いので見逃されることも多く、注意が必要である。成人では内科医を受診することが多く、咳が長期にわたる時は百日咳の存在を忘れてはならない。それは乳幼児の典型的症状である夜間の痙攣性咳発作、スタッカート様の咳、レプリーゼなどや末梢血の白血球増多(リンパ球)などを認めないこと、2週間以上の長期間持続する咳のみが主症状なので、例えばマイコプラズマ感染症や咳ぜん息(cough variant asthma)その他を除外しなければならないのである。

このような症例に遭遇した場合、果たして成人百日咳と診断できるかどうかの問題である。確定のためにはどうしたらよいか。いうまでもなく百日咳菌の検出である。しかし成人では保有菌量が250分の1と少なく、感染時期や非典型的な臨床像からみて期待できず、菌培養検査での回答は難しい。次いで実験室診断であるが、血清学的検査はペア血清が必要で必ずしも用意できないことも多い。また種類も百日咳の病原因子である血液凝集素(FHA)と百日咳毒素(PT) = EIA法や、細菌凝集反応(東浜株・山口株 = 交差反応性あり)、EIA法によるPT(百日咳毒素) IgG抗体、などがあり、これらを利用して診断の一助とするが、いずれもシングル血清の結果を判断するには問題があって、いくつかの抗体価を斟酌して判定の方がよい(表1)(表2)。近年の遺伝子検査であるPCR法は百日咳の診断にも有用であるが、実際にはほど遠く使う機会は限られている。しかし最近登場した菌抗原遺伝子を捉えるLAMP法は簡便で感度が高く、特異性もあって文献のほとんどは本法による百日咳診断を勧めている。いまはその普

・臨床的診断基準

—2週間以上持続する咳嗽で、発作性咳嗽・呼吸時の笛声(whoop)・咳嗽後嘔吐のうちの1つを有し、他の明らかな原因のないもの

・検査診断基準

—臨床検体からの*B.pertussis*の検出あるいはPCR陽性

・確診例

—持続期間に関わらず鼻咽頭分泌物の培養陽性の急性咳嗽
—臨床的診断基準を満たし、鼻咽頭分泌物のPCRが陽性
—臨床的診断基準を満たし、鼻咽頭分泌物の培養あるいはPCRが陽性の症例と疫学的に関連がある

・疑診例

—臨床的診断基準を満たすが、検査診断がないあるいは検査での確診例との易学的な関連がない

(石田直：百日咳—2009年夏までの流行から今後の課題 vol.12 No.4 2009)

表1 CDCによる百日咳の診断基準

臨床症状	14日以上咳があり、かつ下記症状を1つ以上を伴う
	1 発作性の咳込み
	2 呼吸性笛声(whoop)
	3 咳込み後の嘔吐 (CDC 1997 WHO 2000)
実験室診断	発症から4週間以内：培養とPCR 4週間以降：血清診断 (CDC, FDA, Hewlett EL 2005)
	1 百日咳菌分離
	2 遺伝子診断：PCR法またはLAMP法
	3 血清診断(対血清での有意上昇を基本とする)
	(1) 凝集素価
	1) DTPワクチン未接種児・者：流行株(山口株)、ワクチン株(東浜株)いずれか40倍以上
	2) DTPワクチン接種児・者または不明
	A) 対血清：流行株、ワクチン株いずれか4倍以上の上昇
	B) 単血清
	a) DTPワクチン最終接種から2年以上：流行株、ワクチン株いずれか40倍以上
	b) DTPワクチン最終接種から2年以内
	i) 凝集原を含まないワクチン接種児：ワクチン株、流行株いずれかが40倍以上
	ii) 凝集原を含むワクチン接種児：対血清でいずれかの株の4倍以上の上昇
	(2) EIA法 PT(百日咳毒素pertussis toxin)-IgG
	(A) DTPワクチン未接種児・者：10EU/ml以上
	(B) DTPワクチン接種児・者または不明
	1) 対血清：2倍以上を基本
	2) 単血清(参考) 94EU/ml以上(Baughman AL 2004) 100EU/ml以上(de Meiker HE 2000)
臨床診断	臨床症状は該当するが、実験室診断はいずれも該当しない
確定診断	1) 臨床症状は該当し、実験室診断の1～3のいずれかが該当する

(内科開業医の勉強日記から)

表2 百日咳診断の目安(案)

及化が望まれている。

治療は14員環または15員環のマクロライドが使用されるが、問題はない。

対策は百日咳ワクチンの追加接種であり、その種類と摂取量及び時期が課題となろう。諸外国ではジフテリアの抗原量を減らした思春期・成人用の三種混合ワクチン(Tdap)が使われているが、日本では従来のDTPの少量でもよいという意見がある。

(内藤昭三)

コラム

国際学校保健・開発協力の動向

独立行政法人国際協力機構報告書「開発途上国における学校保健協力のありかた」より『開発援助のための学校保健協力の提言』について

この報告書（平成19年8月、独立行政法人国際協力機構、国際協力総合研修所発行）は我が国の学校保健の歴史と現状、諸外国の状況、開発援助の課題と取組の現状、国際機関が行っている学校保健事業、我が国および開発途上国自身が今後検討すべき優先順位の高い項目、についての提言を以下のようにまとめたものである。

1) **学校保健制度・体制の整備**：一般に国際協力においては、支援に関わる関係者が現場を離れるとそこで開発は中断してしまいがちである。開発にあたっては、中長期的な戦略に基づいた計画、人、制度づくりが要される。そこで開発途上国においてはまず学校保健を推進するための法的整備をはかり、学校保健行政制度を緊急に整備するべきである。さらに国家学校保健計画を策定し、段階的に制度を整備し、併せて財政的な裏づけを行うことが喫緊の課題である。かくして中央から地方へ、学校へと学校保健に関する情報、人、モノが効率的に流れるシステムを構築することがまず必要となっている。

2) **省庁横断の連絡システムと責任体制の明確化**：多岐にわたる学校保健の問題を解決するために教育省、保健省、内務省、スポーツ省など関連の省庁が相互に連携を図るとともに担当部署、担当者を明確にする。目的別に省庁横断の委員会を設けることも有効である。学校保健行政における割拠主義が多く、多くの国で見られるがこれを是正するべきである。

3) **人材の養成と配置**：開発途上国は学校保健に携わる人材を養成し適正に配置するようしなければならない。これに関連して、日本などに短期間の研修生を送ってもよいし、日本から集中的にワークショップなどの研修事業を提供してもよい。また、著しく乏しい保健医療の人的資源を補完するためには代替保健要員の研修と確保も不可欠である。

4) **教員養成・研修における学校保健の必修**：保健教育は学校保健事業における基礎である。大学における教員養成課程や研修過程の中にしっかりと学校保健を位置づけるべきである。

5) **エビデンスに基づいた科学的な行政**：学校保健に関する統計・情報を収集分析し、科学的な行政を行うためのシステムづくりとその実施が必要である。一般に、開発途上国の学校保健行政は客観的根拠を欠き、科学性を欠いていることが多いので、必要なデータ収集のための基礎的な検査体制とその要員訓練、データ収集、分析体制と技術ならびにデータを基礎にした計画手法を我が国は提供すべきである。

6) **問題解決志向の行政と人材の養成**：すぐに取り組める課題から実践的な取組を行う。柔軟に施策の優先順位づけを行い、臨機応変に問題に対応できる体制をつくり、そのリーダーを必要とし、またその養成を行う。固定的な観念で現場の問題を把握するのではなく、問題を解決する自由な発想が必要である。

7) **学校保健委員会と地域との連携ネットワーク**：保健医療資源と、保健所、国の出先事務所、NGO組織、人材、情報、モノ、金を結びつけて組織化し、事業展開する。

8) **学校保健を考慮した学校建設**：現地の気候風土に配慮した校舎づくりなどが非常に重要である。学校保健の基礎は学校建築にあるということを認識すべきである。

9) **学校安全管理、指導、教育**：危険箇所の点検と改善をはじめ学校安全管理、指導、教育は短期的にもまた子どもが大人になってからも効果が期待される項目である。

10) **栄養改善活動を持続する方法**：農村などでは、自らの手で食料を確保することのできる地域も少なくない。学校で動物や植物を育て、活用している事例もある。全てを援助に頼るのではなく、工夫して問題を解決するという問題解決思考が重要である。

(大澤清二)

参考資料

大澤清二他(2006) 開発途上国における学校保健協力のあり方
——日本の学校保健の経験と途上国における応用——、1～113、独立行政法人国際協力機構、国際協力総合研修所

第Ⅱ章

学校環境衛生の動向

1 学校環境の衛生管理

1. 学校環境衛生管理マニュアル

(1) 学校環境衛生管理マニュアルの概要

平成16年3月に文部科学省では、旧ガイドラインである「学校環境衛生の基準」（平成4年文部省体育局長裁定）の内容を踏まえ、学校における環境衛生検査および日常における環境衛生に関する点検の円滑な実施の一助となるよう、検査方法の詳細や留意事項等が示されている学校環境衛生管理マニュアルを作成した。平成22年3月には、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）の内容を踏まえ、「[改訂版]学校環境衛生管理マニュアル～『学校環境衛生基準』の理論と実際～」が、文部科学省に設置された「学校環境衛生管理マニュアルの改訂に関する検討会」において、学識経験者等の協力を得て、旧マニュアルの内容を参考に検討され作成された。

なお、「[改訂版]学校環境衛生管理マニュアル」は、全国の国公私立の幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学および高等専門学校等の教職員用（1部ずつ）として、6万部配布されている。また、下記ホームページアドレスからダウンロード可能である。http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1292482.htm

学校環境衛生管理マニュアル

検索

(2) 学校環境衛生管理マニュアルの構成

「[改訂版]学校環境衛生管理マニュアル」は、「Ⅰ 学校環境衛生活動」、「Ⅱ 学校環境衛生基準」および「Ⅲ 参考資料」の三部で構成されている。

〈参考〉

【[改訂版]学校環境衛生管理マニュアルの「Ⅲ 参考資料」のリスト】

- 「学校保健安全法」（昭和33年法律第56号）
- 「学校保健安全法施行規則」（昭和33年文部省令第18号）
- 「学校環境衛生基準」（平成21年6月文部科学省告示第60号）
- 「学校給食衛生管理基準」（平成21年6月文部科学省告示第64号）
- 「プールの安全標準指針」（平成19年、文部科学省、国土交通省）
- 「住宅地等における農薬使用について」（平成19年1月31日付18消安第11607号環水大土発第070131001号農林水産省消費・安全局長、環境省水・大気環境局連名通知）
- 「学校環境衛生基準の施行について（通知）」（平成21年4月1日付21文科ス第6013号）

2. 学校環境衛生管理マニュアルの内容及び改訂ポイントについて

(1) 学校環境衛生活動

〈参考〉

【[改訂版]学校環境衛生管理マニュアルの「Ⅰ 学校環境衛生活動」の構成】

- 1 学校環境衛生活動の法的根拠
- 2 学校環境衛生活動の進め方
- 3 学校環境衛生活動の内容

「1 学校環境衛生活動の法的根拠」では、学校環

境衛生活動の歴史および学校保健安全法等の条文等が示されている。

「学校保健安全法」第6条第1項において「学校環境衛生基準」は、学校における環境衛生に係る事項について、児童生徒等および職員の健康を保護するうえで維持されることが望ましい基準であるとされ、維持・管理に関する基準であることが明確化された。学校教育を進めるうえで必要な施設機能を確保するために、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際の計画および計画において必要となる留意事項については、「学校施設整備指針」に示されている。したがって、学校における環境衛生活動に関わる関係職員等がその内容を理解し、環境衛生活動を進めるうえで参考とすることは大切である。

各学校種に対応した「学校施設整備指針」については、下記の文部科学省ホームページで確認することができる。

http://www.mext.go.jp/a_menu/shisetu/seibi/main7_al2.htm

学校施設整備指針

検索

「2 学校環境衛生活動の進め方」では、学校環境衛生活動を進めるうえでの基本的な考え方を示すとともに、学校における関係教職員等の役割について解説されている。

学校環境衛生活動は、学校保健委員会において学校医、学校薬剤師等の助言・協力を得て学校保健計画に位置づけ、定期・臨時検査および日常点検を実施し、それらの結果を評価する。また、その評価を以後の学校環境衛生活動に生かしていくことが大切である。

「学校保健安全法」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られた場合の校長の責務が明確化されている。したがって、学校長は、学校環境衛生活動について教職員が共通の認識がもてるように学校内の組織体制の整備を図る必要がある。

「3 学校環境衛生活動の内容」では、「学校環境衛生基準」の対象（特に、「建築物における衛生的環境の確保に関する法律」（昭和45年法律第20号）の対象となる学校）および学校環境衛生活動の1年間につ

いて例示したうえで、定期検査、日常点検及び臨時検査について解説されている。

(2) 学校環境衛生基準

「〔改訂版〕学校環境衛生管理マニュアル」の中心となる「II 学校環境衛生基準」は、「学校環境衛生基準」に基づき「第1 教室等の環境に係る学校環境衛生基準」、「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」、「第3 学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等及び教室等の備品の管理に係る学校環境衛生基準」、「第4 水泳プールに係る学校環境衛生基準」、「第5 日常における環境衛生に係る学校環境衛生基準」および「第6 雑則」として整理されている。

また、「II 学校環境衛生基準」の「第6 雑則」以外については、関連項目ごとに「A 検査項目及び基準値の設定根拠等の解説」、「B 検査方法等の解説」および「C 事後措置」として整理されている。

さらに、各項目の「B 検査方法等の解説」において、「学校環境衛生基準」の達成状況を調査するための方法について「学校環境衛生基準」に掲げる方法のほか、必要に応じて同等以上の方法の例が示されている。

〈参考〉

【〔改訂版〕学校環境衛生管理マニュアルの「II 学校環境衛生基準」の構成例】

第1 教室等の環境に係る学校環境衛生基準

1 換気及び保温

A 検査項目及び基準値の設定根拠等の解説

(1) 換気

以下、同様

B 検査方法等の解説

(2) 換気

① 検査回数

② 検査場所

③ 検査方法

〈同等以上の方法例〉を含む

以下、同様

C 事後措置

(2) 換気

以下、同様

「学校環境衛生基準」の内容を踏まえた「[改訂版]学校環境衛生管理マニュアル」における個別の主な変更点は、以下のとおりである。

第1 教室等の環境に係る学校環境衛生基準

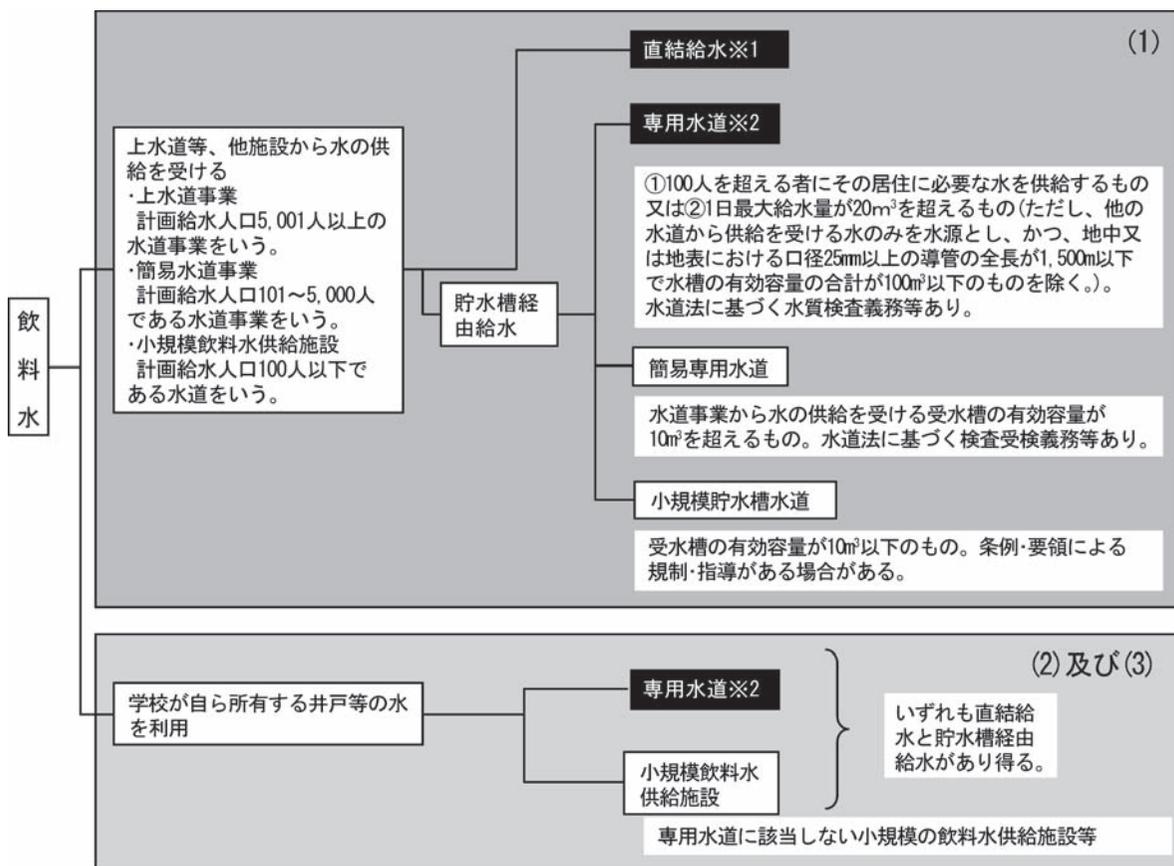
- 検査項目(1) 換気における二酸化炭素濃度測定は、旧マニュアルにおいて具体的な検査の実施時期について記載されていなかったが、「授業開始前から授業終了時まで経時的に行うことが望ましいが、測定回数を1回とする場合は、二酸化炭素濃度が高くなる授業終了直前に行うこと」と明確化されている。
- 検査項目(4) 浮遊粉じんおよび(5) 気流の検査については、「学校環境衛生基準」において「空気の温度、湿度又は流量を調節する設備を使用している教室等以外の教室等においては、必要と認める場合に検査を行う」とされている。測定方法に記載されている「空気の温度、湿度又は流量を調節する設備」とは、冷暖房機や空気調和設備（エアフィルター等を用いて外気を浄化し、その温度、湿度及び流量（風量）を調節することができる機器類及び附属設備）とされている。具体的には、パッケージエアコン、エアハンドリングユニット、ファンコイルユニット、ファンヒーター、全熱交換器付き換気扇等が該当するが、単なる換気扇は該当しない。
- 検査項目(6) 一酸化炭素および(7) 二酸化窒素の検査については、「学校環境衛生基準」における毎学年2回定期とは、季節等を考慮し、例えば夏冬の異なる季節を指すとしている。また、備考において「教室等において燃焼器具を使用していない場合に限り、検査を省略することができる」とされていることについて、一般的に暖房器具を使用していない夏期では、教科等により燃焼器具を使用している教室等が検査の対象と解説されている。
- 検査項目(8) 揮発性有機化合物の備考に記載されている「著しく基準値を下回る場合」とは、「基準値の1/2以下」とされている。
- 検査項目(8) 揮発性有機化合物「ア ホルムアルデヒド」の測定では、厚生労働大臣が指定する測定器を用いて測定する方法が同等以上の方法とさ

れている。また、本測定器を用いる際には、午前と午後それぞれ1回以上の測定を行い、最も高い値を測定値とすることとされている。なお、児童生徒等がいない教室等において、30分以上換気の後5時間以上密閉してから採取し、ホルムアルデヒドにあつては高速液体クロマトグラフ法により測定した場合に限り、その結果が著しく基準値を下回る場合には、以後教室等の環境に変化が認められない限り、次回からの検査を省略することができるが、本測定器を用いて測定した場合には、測定結果が基準値の1/2以下であっても当該規定の適用にならないことに留意が必要である。

- 検査項目(8) 揮発性有機化合物「イ トルエン」の測定については、検出限界が低濃度の検知管を使用してもよいとされている。なお、検知管の読み取り値が明確に基準値を下回ると判定できない場合は、「学校環境衛生基準」の測定方法に記載されている方法を用いて検査すること、明確に基準値を下回る場合とは基準値の1/2を目安とすることとされていることに留意が必要である。また、検知管を用いる際には、午前と午後それぞれ1回以上の測定を行い、最も高い値を測定値とすることとされている。当該方法を用いて測定した場合には、測定結果が基準値の1/2以下であっても次回からの検査を省略することはできない。
- 検査項目(12) 騒音レベルの備考に記載されている「著しく基準値を下回る場合」とは、「窓を閉じているときはLAeq45デシベル以下、窓を開けているときはLAeq50デシベル以下」とされている。

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

- 「学校環境衛生基準」では、飲料水に係る検査対象を(1) 水道水を水源とする飲料水（専用水道を除く）、(2) 専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水、(3) 専用水道（水道水を水源とする場合を除く）および専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水の原水に分類しており、各学校が自校で使用している飲料水の区分を把握していることは、適切な検査を進める上で大切であることから、水道区分について解説されている。



([改訂版] 学校環境衛生管理マニュアル, 文部科学省, 平成22年)

- 直結給水については、原則として飲料水の供給者により水質検査が実施されており、学校においては水質について日常点検が行われていることから、定期検査の対象とはしないこととされている。
- 検査項目(2) 専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水の水質は、代表的な末端の給水栓(1ヵ所)で検査するが、1つの受水槽について複数の高置水槽がある場合、それぞれを別の系統とみなし水質検査を実施するが、代表的な末端給水栓以外の末端給水栓の水質検査は、「(1) 水道水を水源とする飲料水(専用水道を除く)」の検査項目および回数を準用することとされている。
- 我が国は、輸入に依存した資源・エネルギー供給構造を改善し、地球環境負荷を低減化することを目指して、自然エネルギーや資源の有効活用を推進しており、こうした取組の一環として、学校にお

いて雑用水が利用されていることから、「学校環境衛生基準」には、検査項目(4) 雑用水の水質が定められている。その際、ビオトープなど生物の飼育に使用している水は、雑用水の水質検査の対象とはしないこととされている。

第3 学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等及び教室等の備品の管理に係る学校環境衛生基準

- 農薬を使用する場合の留意点として「農薬を使用する者が遵守すべき基準を定める省令」(平成15年3月7日付農林水産省・環境省令第5号)および「住宅地等における農薬使用について」(平成19年1月31日付18消安第11607号環水大土発第070131001号農林水産省消費・安全局長、環境省水・大気環境局連名通知)を遵守するとともに、病害虫や雑草の密度を低いレベルに維持する総合的病害虫・雑草管理を行い、農薬の使用の回数

および量の削減に努める必要があると明示されている。その上で、校庭等の芝生化に当たっての農薬使用の留意点、および農薬の使用に際しては、使用目的、使用薬剤名、使用量等を記録し、保管に努めることが示されている。

第4 水泳プールに係る学校環境衛生基準

- 飲料水に供していない井戸水、河川水、湖沼水等を用いる場合は、プール使用開始前に水質検査を行い、「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」の(2) 専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水の水質のAの項目に適合するかどうか確認に努めることとされている。
- 遊離残留塩素の採水場所は、矩形のプールではプール内の対角線上のほぼ等間隔の位置3ヵ所以上の水面下約20cm付近及び循環ろ過装置の取水

口付近を原則とするとされている。

第5 日常における環境衛生に係る学校環境衛生基準

- 日常点検の管理表が例示されている。
- 温度の点検においては、アルコール温度計および水銀温度計を用いて点検を行うことができるとされている。ただし、その温度計は、定期検査の際等を活用してアスマン通風乾湿計を用いて精度管理を行う必要があることに留意が必要である。
- 「学校環境衛生基準」において検査項目に含まれていないが、プールの日常的な管理として、入泳人数、水温、気温などとともに塩素剤の使用状況等の記録に努めることとされている。

第6 雑則

- 臨時検査が必要なときについて解説されている。

3. 学校における環境衛生管理の必要性 ～おわりに～

平成20年1月の中央教育審議会の答申を踏まえ、学校保健法の一部改正が行われ、平成21年4月から学校保健安全法として施行されている。これにより、他の法令に基づくもののほかは、学校においては、「学校環境衛生基準」に基づく定期および臨時の環境衛生検査、ならびに日常的な点検を行い、環境衛生の維持又

は改善を図ることが大切である。各学校においては、「学校保健安全法」、「同施行規則」、「学校環境衛生基準」に加え、「[改訂版]学校環境衛生管理マニュアル」を活用し、健康的で快適な学習環境を維持されるよう、学校環境衛生活動の充実に努めていただきたい。

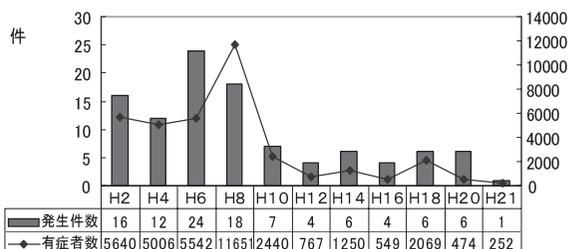
(北垣邦彦)

2 学校給食の衛生管理

文部科学省においては、平成8年に発生した腸管出血性大腸菌O157による食中毒によって5名の児童が死亡するという痛ましい食中毒事故を踏まえ、その後、学校給食における食中毒ゼロを目指して、衛生管理の充実を図ってきた。

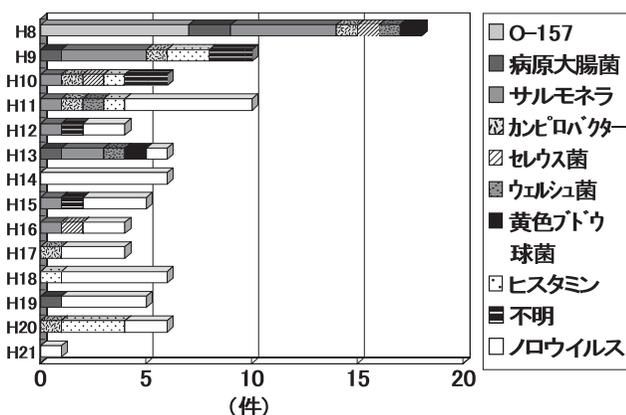
平成9年には、「学校給食衛生管理の基準」（文部省体育局長裁定）を策定し、学校給食施設にその遵守を求めたことなどにより、食中毒の発生件数を半減させるとともに、腸管出血性大腸菌O157の発生を抑えることができた。さらに、給食施設の衛生管理が充実したことから、長時間の常温放置等で発生する細菌性食中毒もほぼ抑えることができた。しかし、平成9年の食品衛生法の改正により、新たに食中毒原因物質として指定された小型球形ウイルス（平成15年の同法改正によりノロウイルス）は、少数のウイルス量により感染が成立することから、これまでの対策では、発生を抑えることができず、毎年4～6件程度の発生がみられた。

平成17年の食育基本法の成立および栄養教諭制度がスタートし、食に関する指導の教材となる学校給食において、児童生徒の健康を損なう食中毒は1件たりとも起こしてはならないという共通理解に立ち、学校給食関係者等と一体となって取組を進めた結果、平成21年度には、過去の記録をみる限り、初めて、全国で1件、有症者数も児童252名、教職員10名に抑えることができた（図1）。



（H21年度文部科学省）

図1 学校給食における食中毒発生状況



（H21年度文部科学省）

図2 学校給食における原因別食中毒発生状況

本章においては、学校給食の衛生管理の充実のため文部科学省等が実施した近年の取組について述べる。

1 文部科学省の取組

(1) 学校給食における衛生管理の改善・充実に関する調査研究協力者会議の設置

学校給食施設の衛生管理に関する具体的な指導については、平成9年の保健体育審議会「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」において「調理過程等の衛生管理についても具体的な指導や助言を行えるよう、専門家による巡回指導のできる体制を整備することが求められる」との答申を踏まえ、細菌学の専門家や学校給食関係者等からなる委員会を

設置し、食中毒発生施設等の巡回指導を実施したが、平成14年度からは、（独）日本スポーツ振興センターに移管していた。

しかし、学校給食の食中毒防止は、国が責任を持って取り組むべき重要課題であることから、平成19年度から再度、文部科学省に設置した。

本委員会の主な調査研究事項としては、次のとおりである。

- ① 学校給食の衛生管理の充実方策
- ② 学校給食従事者の衛生管理に関する意識の向

上方策

- ③ 学校給食実施者の衛生管理に関する意識の向上方策
- ④ 学校給食衛生管理の基準改訂の必要性
- ⑤ 食中毒発生施設に対する現地調査および改善に関する指導・助言
- ⑥ 衛生管理に関するマニュアル等の作成

(2) 学校給食施設にみられた衛生管理の主な問題点

前述した調査研究協力者会議において実施した食中毒発生施設の現地調査（以下現地調査）では、次のような問題点がみられた。

- ① 汚染・非汚染区域の明確な区分や作業の不徹底
 - ・ 下処理室に3槽シンクがないため、非汚染作業区域である調理室において野菜の洗浄が行われていた。
 - ・ 下処理室において、非汚染作業である切裁が行われていた。
 - ・ 作業区分が線や色分けのみのため、台車や人の行き来が頻繁に行われ、非汚染作業区域に汚染が広がっていた。
- ② ウェットシステム調理場におけるドライ運用の不徹底
 - ・ 床の汚染が激しく、床からの跳ね返り水による食品の汚染が心配された。
- ③ 無駄な消毒作業
 - ・ 検収室や下処理室など、汚染された食材が扱われる場所にもかかわらず気休めのように、アルコール噴霧や次亜塩素酸ナトリウム溶液が撒かれていた。
また、熱風保管庫で殺菌済みの器具等をアルコール消毒するなど意味のない消毒がされていた。
 - ・ 食品添加物として認められていない逆性石けんが作業台等、食品が触れる場所の消毒に使用されていた。
 - ・ 600ppmもの高濃度な次亜塩素酸ナトリウム溶液（適正量は100～200ppm）によって器具等の消毒が行われていた。
- ④ 食中毒防止は洗浄より消毒という誤った認識
 - ・ 汚れと細菌は混在しているので、しっかり汚れを落とし、その後に消毒剤で微生物を殺すこ

とが大切であるが、洗浄よりも消毒が優先されていた。

- ⑤ 手洗いの不徹底
 - ・ 手に付着した微生物を物理的に洗い流すという手洗いが徹底されていなかった。また、調理従事者の数に対して手洗いの数が不足していたり、温水が出なかつたりしていたために手洗いが十分にできていなかった。
- ⑥ 使い捨て手袋の過信
 - ・ 使い捨て手袋を替えることで、手洗いを省略する状況がみられた。
- ⑦ 意味のない諸帳簿の作成
 - ・ 個別の健康記録は、毎日機械的にチェックしていたため、ノロウイルス発症者を把握できなかった。
 - ・ 作業工程表は、いつ（何時何分に）、どこで（汚染作業区域か非汚染区域か）、誰が（各給食調理員が）、何に気をつけながら（衛生管理点）調理作業をしていたのか明確に記載されていなかった。
 - ・ 作業動線図では汚染しそうな食品と汚染されてはならない食品との交差を防ぐという動線図の意味が理解されず、献立毎の線が描かれていた。
 - ・ 定期点検表は日常的に調理に従事している当事者（学校栄養職員や給食調理員等）が点検していた。
 - ・ 検収簿は、生鮮品や冷凍食品の温度記録がないなど必要な項目が記載されていなかった。
- ⑧ 調理従事者専用トイレの不備
 - ・ 児童生徒や教職員と調理従事者が、便所を共用している状況がみられた。
少数（10～100個）で感染が成立するノロウイルスや腸管出血性大腸菌O157等は、人間の腸管内で増殖し、排泄される。食品を扱う調理従事者がこれらの病原微生物に汚染されないよう、児童生徒や教職員等が使用できないような工夫が必要である。
また、食中毒を防止するためには、これらの病原微生物を調理場内に持ち込まないことが大切であり、便所に入る際には調理衣の上下を脱ぐ場所や便所個室内で十分な手洗い・消毒ができる

設備を整備する必要がある。

(3) 衛生管理マニュアルの作成

前述した課題を早期に解決するためには、マニュアルを作成し、全国の学校給食関係者に配布することが有効と考えられることから、協力者会議の中にマニュアル作成のためのワーキンググループを設置した。マニュアルの配布に当たっては、地域において衛生管理の指導を行う保健所の指導との齟齬が生じないよう各都道府県の衛生部局や全国の保健所にも配布した。そのため保育所や病院、事業所においても本マニュアルの活用が報告されている。本年度については、「調理技術&衛生管理マニュアル」の作成を検討している。

(4) 「学校給食衛生管理基準」を学校給食法に規定

平成20年1月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取組を進めるための方策について」を受け、「学校給食衛生管理の基準」を改訂し、学校給食法第9条第1項に、学校給食の実施に必要な施設および設備の整備ならびに管理、調理の過程における衛生管理その他の学校給食の適切な衛生管理を図る上で必要な事項について維持されることが望ましい基準（学校給食衛生管理基準）（文部科学省告示）として位置づけるとともに、学校給食の設置者（市町村教育委員会等）と学校給食施設の管理者（校長、共同調理場長）の役割を同法に明記した。

- ① 学校給食において、安全・安心な食事の提供は大前提であり、学校給食調理場の衛生管理責任者である栄養教諭等の指導の下、食品、調理作業、施設設備や調理員の衛生管理の徹底

を図り、食中毒等の発生を防止することが不可欠である。

- ② 食中毒を防止し、安全な学校給食を提供するため、文部科学省では「学校給食衛生管理の基準」（平成9年文部省体育局長裁定）を作成し、局長通知により各学校に学校給食の衛生管理の徹底を要請している。
- ③ しかしながら、これらの基準を遵守した学校給食を実施することは市長村や各学校の判断にゆだねられており、関係者の食中毒に対する意識や衛生管理が不十分なため、食中毒が発生している事例もみられることから、より安全で安心な学校給食の実施のためには、学校給食における衛生管理を今後さらに強化していくことが必要である。
- ④ このため、国の責任として、一定水準以上の衛生管理がすべての学校で行われるよう基準を示すという観点から、「学校給食衛生管理の基準」を法体系に位置づけることを検討することが必要である。

平成20年1月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取組を進めるための方策について」抜粋

（学校給食衛生管理基準）

第九条 文部科学大臣は、学校給食の実施に必要な施設及び設備の整備及び管理、調理の過程における衛生管理その他の学校給食の適切な衛生管理を図る上で必要な事項について維持されることが望ましい基準（以下この条において「学校給



平成20年度
学校給食調理場における
手洗いマニュアル



平成19年度
調理場における洗浄・消毒マニュアル
Part I



平成21年度
調理場における洗浄・消毒マニュアル
Part II

食衛生管理基準」という。)を定めるものとする。

2 学校給食を実施する義務教育諸学校の設置者は、学校給食衛生管理基準に照らして適切な衛生管理に努めるものとする。

3 義務教育諸学校の校長又は共同調理場の長は、学校給食衛生管理基準に照らし、衛生管理上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、その旨を申し出るものとする。

学校給食法(平成20年7月改正)

(5) 衛生管理指導者派遣事業の実施

平成22年1月に文部科学省が都道府県教育委員会の協力を得て実施した「衛生管理対策に関する状況調査」によると、衛生管理の状況は都道府県または市町村によって大きな格差がみられ、ハード、ソフト両面の具体的な指導が必要と考えられた。(表1、図3)

そこで、教育委員会の指導担当者や退職された栄養教諭・学校栄養職員等の経験豊富な方々を給食施設に派遣し、その施設に合わせて実地で改善の方策を指導する「学校給食の衛生管理に関する指導者派遣事業」を平成22年度から実施することとした。

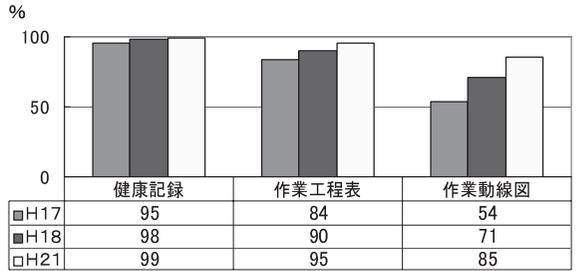
指導者を派遣するに当たっては、指導者によって指導内容や方法が異なることのないよう、衛生管理を図る上で極めて重要且つ、基本的な事項である次の内容を中心に「学校給食の衛生管理に関する指導者講習会」を実施した。

- ① 汚染作業区域と非汚染作業区域の明確な区分

1.汚染作業区域と非汚染区域の区分			
区分されている調理場			区分されていない調理場
部屋	台	線	
37.4%	16.2%	40%	11.5%
2.ドライシステムとウエットシステム			
ドライシステム	ウエットシステム		ドライ運用無
	ドライ運用有	ドライ運用無	
27.8%	59.5%		12.70%

(H22 文部科学省)

表1 衛生管理対策に関する状況調査



(H22 文部科学省)

図3 諸帳簿整備の推移

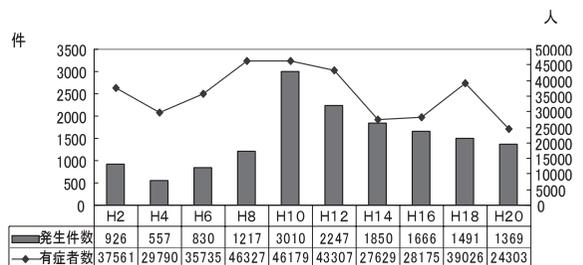
- ② 学校給食従事者用専用手洗いの整備および完全な手洗い
- ③ ドライシステム調理場のドライ使用およびウエットシステム調理場におけるドライ運用
- ④ 調理従事者専用トイレの整備
- ⑤ 作業工程表および作業動線図等関係諸帳簿の整備

衛生管理指導者が訪問した際には、具体的な改善方法に関するアドバイスを参考に衛生管理の向上を図っていただきたい。

2 独立行政法人日本スポーツ振興センター(以下センター)の取組

センターにおいては、文部科学省の現地調査に同行し、衛生管理指標菌(一般生菌数、大腸菌群、大腸菌)について拭き取り検査を通して、当該施設の衛生管理に関する課題確認を行うとともに、1年後再度当該施設を調査し、文部科学省の指導・助言に基づいた改善がなされているかを確認している。

さらに、拭き取り検査や調査を通して得られた情報を「学校における食の安全に関する実態調査報告書」にまとめ、毎年、各都道府県教育委員会や市町村教育



(H21年厚生労働省食中毒統計)

図4 全国における食中毒発生状況

委員会に配布し、学校給食関係者に情報提供をするとともに、食中毒防止ビデオや給食関係者から多く寄せられた疑問・質問に答えた「学校給食における食中毒防止Q&A」の作成・配布を通して、学校給食関係者

がそれらの情報を基に日々衛生管理の充実に努めてきたことが、全国の食中毒（図4）がなかなか減少しない中で、学校給食の食中毒が激減したことに繋がったと考えている。

3 栄養教諭・学校栄養職員の役割

近年の食中毒発生の傾向としては、学校栄養職員（栄養教諭の担当する給食施設においては、食中毒は発生していない）が複数校兼務や臨時採用など、学校栄養職員の指導が行きわたっていないと思われる給食施設において発生する傾向にある。このことは、栄養教諭・学校栄養職員の役割の重要性を示すものである。

また、学校給食調理員の研修については、基本的には設置者が行うものであるが、設置者が十分な研修を行えないことも想定されることから、栄養教諭・学校栄

養職員が学校給食衛生管理責任者として、あるいは衛生管理の専門家として、衛生管理の基礎・基本を理論的に説明できる力を身につけていただき、学校給食調理員はもとより、設置者や校長・共同調理場長にも適切且つ説得力のある、説明を行う必要がある。

また、衛生管理に関する通知や情報に関しては、必ず学校給食調理員と共有し、必要に応じて、勉強会を行うなど、学校給食調理員の衛生管理に関するレベルアップに努めていただきたい。

4 おわりに

学校給食における衛生管理は、学校給食関係者のたゆまぬ努力によって、集団給食のトップレベルとなったことは、誰もが認めるところである。しかし、一方では栄養教諭・学校栄養職員や学校給食調理員の世代交代が進み、平成8年当時の状況を知らない方々が増

えていることや食中毒の減少によって危機意識が薄れることが懸念される。これを補うのが施設や設備である。食中毒の防止にはハード、ソフトが車の両輪であることを認識していただき、今度とも食中毒ゼロを目指して衛生管理の充実に努めていただきたい。

(田中延子)

3 全国調査からみた学校環境衛生

はじめに

日本学校薬剤師会が実施した平成21年度全国学校保健調査では、平成20年度に各学校で実施された学校環境衛生活動、薬品管理および薬物乱用防止活動について調査を行った。今年度の調査は、平成21年度4月1日から「学校環境衛生基準」が施行されるにあたり、改定前（旧基準）と改定後（新基準）の学校環境衛生に対する取組の変化をみることを目的として、旧基準における活動状況を把握するために学校環境衛生活動全般について質問した。

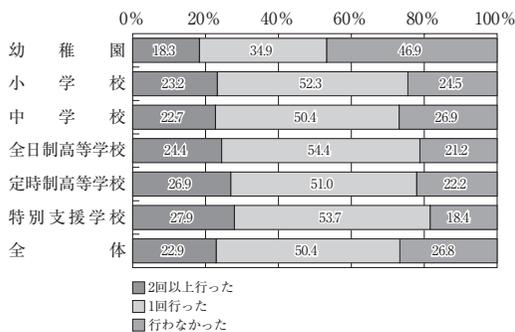
この調査は31,362校について集計を行った。調査

は、すべての学校を対象とし、同一校内に数種類の学校が配置されている場合はそれぞれ1校とした。学校薬剤師が委嘱されている学校は、原則としてその薬剤師が行い、委嘱されていない学校についてもできるだけ調査した。なお、高等専門学校は全日制高等学校に含めた。

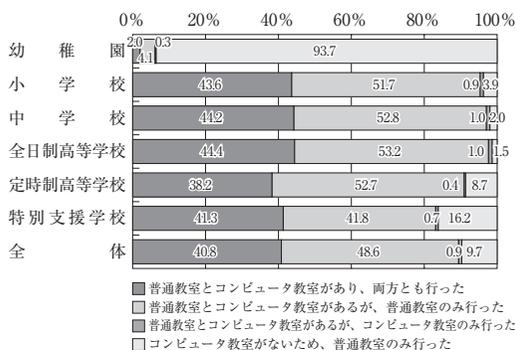
ここでは、平成21年度全国学校保健調査結果から学校環境衛生活動「定期検査」「日常点検」について示す。（次から使われる基準とは旧基準である「学校環境衛生の基準」のことをいう）

A. 定期検査

A-1 照度・照明環境の定期検査を何回行いましたか。



A-2 照度・照明環境の定期検査の実施場所についてお答えください。



グラフ A-1

照度・照明環境の定期検査を1回以上行ったのが73.2%で、そのうち基準通り2回以上行ったのが22.9%であった。学校種別では、幼稚園で1回以上が約50%であったが、その他の学校では全体とほぼ同様の傾向であった。

照度・照明環境は、天候や季節の影響を受けるので、少なくとも2回は行う必要がある。

グラフ A-2

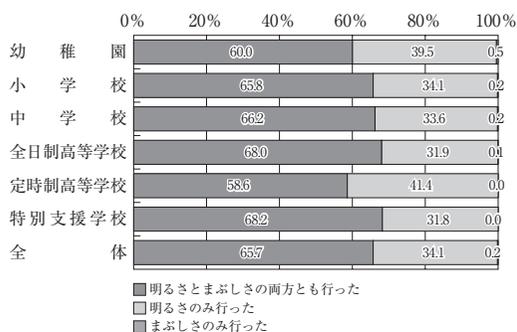
定期検査の実施場所について、普通教室とコンピュータ教室があり、両方とも行ったのは40.8%であったが、普通教室とコンピュータ教室があるのに普通教室のみ行ったのは48.6%もあった。学校種別においても、コンピュータ教室のない幼稚園を除き、ほぼ同様の傾向であった。

基準では、普通教室とコンピュータ教室それぞれに基準値がある。特に、コンピュータ教室は普通教室等を改造している学校も多く、照度等が不足しているところもあるため、普通教室のみならずコンピュータ教室も実施する必要がある。

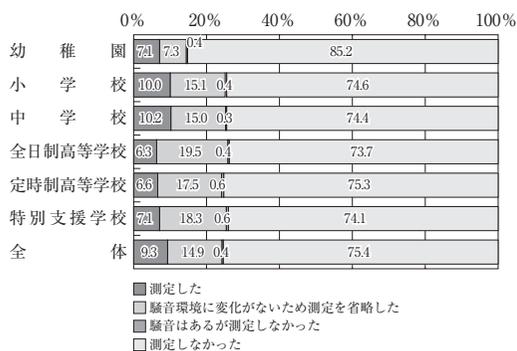
グラフ A-3

照度・照明環境の実施項目については、基準通り明るさとまぶしさの両方とも行ったのは65.7%で、明るさのみ行ったのは34.1%であった。

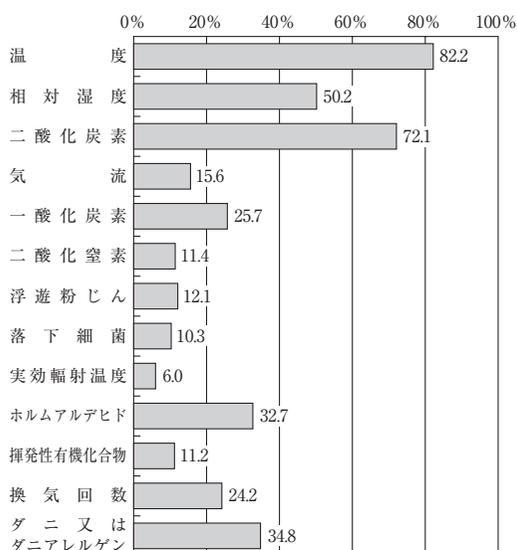
A-3 普通教室の照度・照明環境の実施項目についてお答えください。



A-4 定期検査で騒音レベルを測定しましたか。



A-5 教室の空気の定期検査で、下記の項目のうち、行ったものについて該当するものを選んでください (複数回答可)



照度・照明環境は、明るさのみでなく、太陽光、照明、反射によるまぶしさも目に影響を及ぼす重要な項目であるため、明るさとまぶしさの両方とも実施する必要がある。

グラフ A-4

騒音レベルを測定したのは9.3%、逆に測定しなかったのは90.7%もあった。測定しなかった学校のうち、騒音環境に変化がないため測定を省略したのは14.9%であるが、理由もなく測定しなかったのは75.4%もあった。この傾向はいずれの学校種別においても同じであった。

基準では、学校に関わる騒音（校内騒音、外部騒音）について、まず、授業にさし障る騒音があるかないかを日常点検記録や学校薬剤師の五感等で判断することになっている。その結果、比較的高いと思われる場合は、その騒音が基準値に照らして超えているかどうかを騒音計で測定し、最終的に判断することとなっている。

なお、基準では、騒音の項目について、「地域の実情に応じて必要のないと判断する場合は省略することができる」となっているが、この場合も、地域の実情から検査を必要としないと判断したことを記録に残すことが重要である。

グラフ A-5

定期検査の温熱および空気清浄度の項において、必須項目である温度、相対湿度および二酸化炭素の実施率は、それぞれ82.2%、50.2%、72.1%であった。人工的環境で行うこととされている6項目の実施率は、一番高いのが一酸化炭素の25.7%で、一番低いのが実効輻射温度の6.0%であった。

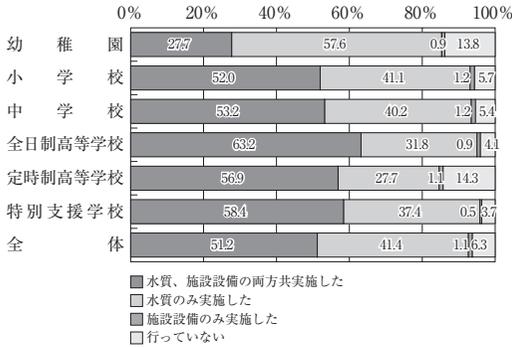
換気回数は、教室内の空気の換気状況を判断する項目で、二酸化炭素濃度から求めることができるが、実施率は24.2%と低かった。

平成14年2月の改正で基準に加わったダニおよびダニアレルゲンの実施率は34.8%であった。前は平成17年度に調査し、その時より22.9ポイント増加しているが、まだ低い実施率である。

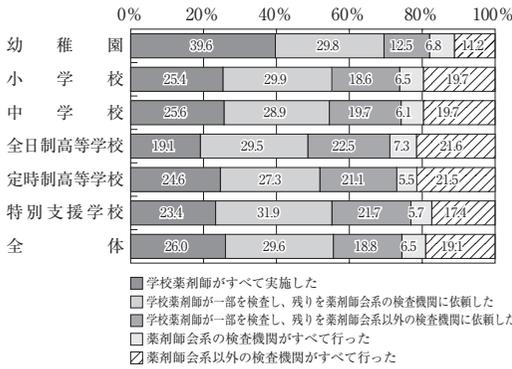
グラフ A-6

飲料水の管理における検査項目の実施状況についての質問では、基準通り水質、施設設備の両方共実施したのは51.2%、水質のみ実施したのは41.4%、施設設備のみ実施したのは1.1%、定期検査を行っていない

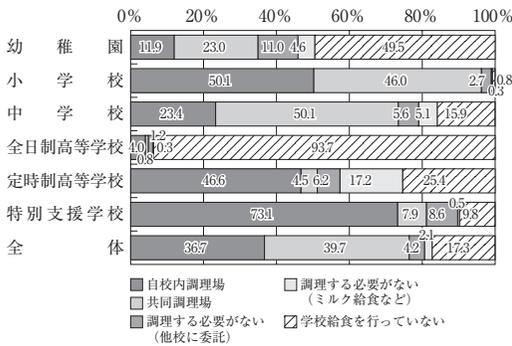
A-6 飲料水の管理における検査項目の実施状況について



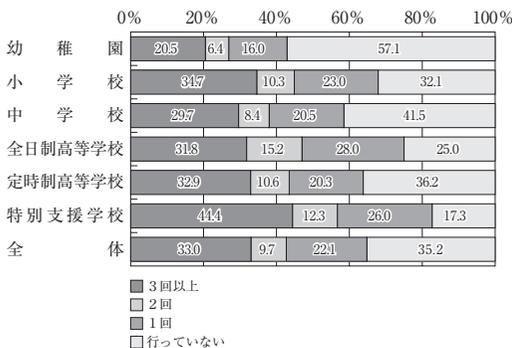
A-7 飲料水の管理における水質検査について



A-8 学校給食の調理はどこで行っていますか。



A-9 学校給食の定期検査を何回行いましたか。



のは6.3%であった。

過去に実施した調査では、水質、施設設備の両方も実施したのは平成13年度61.0%、平成18年度66.5%であったが、今回の調査では大きく減少している。飲料水の管理では、給水栓の水質のみでなく、貯水槽および浄化設備等の給水施設・設備、給水栓の故障・清潔状況などを検査することも安全な水を供給するうえで重要な項目であるので実施する必要がある。

グラフA-7

水質検査をどこの機関で実施したかを質問した。学校薬剤師がすべて実施したのは26.0%、学校薬剤師が一部を検査し、残りを薬剤師会系または薬剤師会系以外の検査機関に依頼したのはあわせて48.4%、薬剤師会系または薬剤師会系以外の検査機関がすべて行ったのはあわせて25.6%であった。検査機関への委託先では、学校薬剤師が一部を検査している場合は、約6割が薬剤師会系であったのに対し、すべて委託の場合は薬剤師会系以外が約7割であった。

グラフA-8

給食を行っているのは全体の82.7%で、その約9割が完全給食であった。

給食の調理場方式では、給食を実施している学校のうち48.0%が共同調理場方式、44.4%が自校内調理場方式で、校区内の1か所の学校で調理を行い校区内の別の学校に分配するというような他校に委託する方式は5.1%であった。

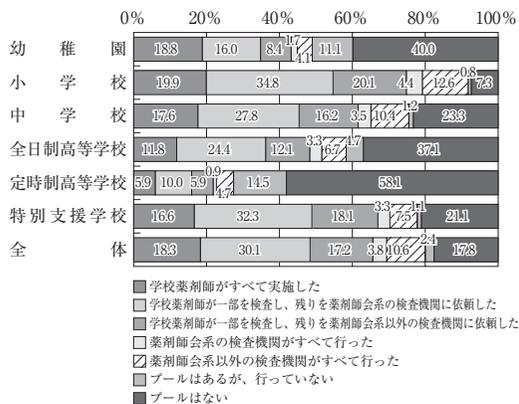
学校種別では、全日制高等学校は93.7%で給食が行われていなかった。給食の調理場方式では、自校内調理場方式は特別支援学校で一番多く、給食を実施している学校のうち81.0%、次いで全日制高等学校の63.0%、定時制高等学校の62.5%、小学校の50.5%であった。中学校では共同調理場方式のほうが多く59.5%であった。

グラフA-9

定期検査を3回以上行っているのは33.0%、2回が9.7%、1回が22.1%であった。少なくとも年1回行っているのは64.8%であるが、平成19年度の調査より11.4ポイント減少した。実施回数でみると、基準通り3回行っているのは5.0ポイント増加したが、年1回が16.4ポイント減少した。

学校給食施設については、大きく変わることは少ないので年1回でよいが、その他の項目については、年中

A-10 プール水の管理における水質検査について

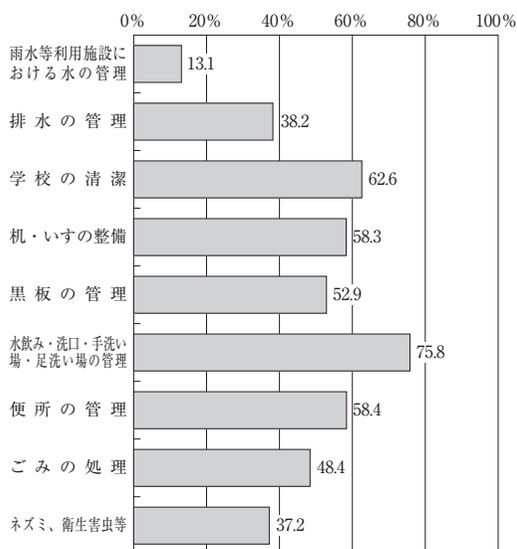


食中毒が発生していることから定期的な年3回実施する必要がある。

グラフ A-10

水質検査をどの機関で実施したかの質問では、水質検査を実施した学校のうち、学校薬剤師がすべて実施したのは22.9%、学校薬剤師が一部を検査し、残りを薬剤師会系または薬剤師会系以外の検査機関に依頼したのはあわせて59.1%、薬剤師会系または薬剤師会系以外の検査機関がすべて行ったのはあわせて26.2%であった。検査機関への委託先では、飲料水の水質検査と同様に、学校薬剤師が一部を検査している場合は約6割が薬剤師会系であったのに対し、すべて委託の場合は薬剤師会系以外が約7割であった。

A-11 下記に示す定期検査項目のうち、行ったものについて該当するものを選んでください(複数回答可)



なお、プールがあるのに水質検査を行っていない学校が全体で2.9%あり、学校種別では、定時制高等学校および幼稚園で多くあった。基準では、プール使用日数の積算が30日を超えない範囲で少なくとも1回行うことになっている。

グラフ A-11

定期検査項目のうち、旧学校保健法施行規則に掲げる必須項目以外の実施状況を質問した。一番多く実施されているのは、水飲み・洗口・手洗い場・足洗い場の管理の75.8%、次いで、学校の清潔の62.6%、便所の管理の58.4%、黒板の管理の52.9%、机・いすの整備の58.3%で、排水の管理およびネズミ、衛生害虫等の実施率は低く30%台であった。学校種別および県別においても全体とほぼ同じ傾向であった。

ネズミ、衛生害虫等の生息を確認した場合には、駆除・消毒について指導助言しなければならない。

B. 日常点検

グラフ B-1-1

毎授業日点検しているのは36.5%で、ときどき点検しているのは39.6%であった。その記録については、毎授業日記録しているのはわずか2.0%で、ときどき記録しているのは14.3%、記録していないのは59.8%もあった。点検を行っていない学校は24.0%であった。

グラフ B-1-2

毎授業日点検しているのは26.0%で、ときどき点検しているのは20.1%であった。その記録については、毎授業日記録しているのはわずか1.4%で、ときどき記録し

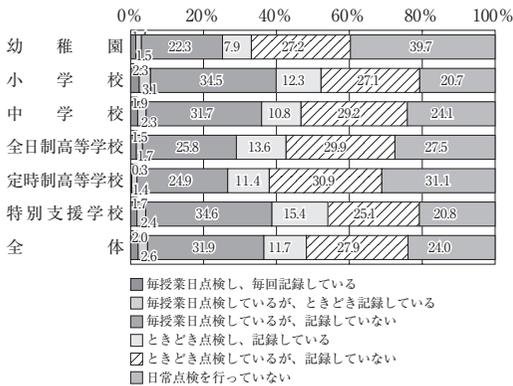
ているのは4.6%、記録していないのは40.1%もあった。点検を行っていない学校は53.9%であった。

グラフ B-1-3

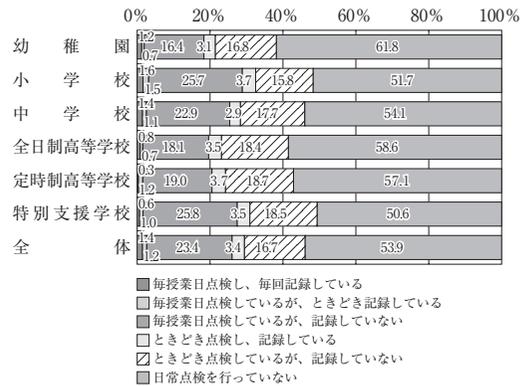
毎授業日点検しているのは30.8%で、ときどき点検しているのは35.1%であった。その記録については、毎授業日記録しているのはわずか2.1%で、ときどき記録しているのが12.9%、記録していないのは50.9%もあった。点検を行っていない学校は34.1%あった。

明るさとその環境、騒音環境および教室の空気の状態は、児童生徒等が学校で一番多く過ごす教室の環

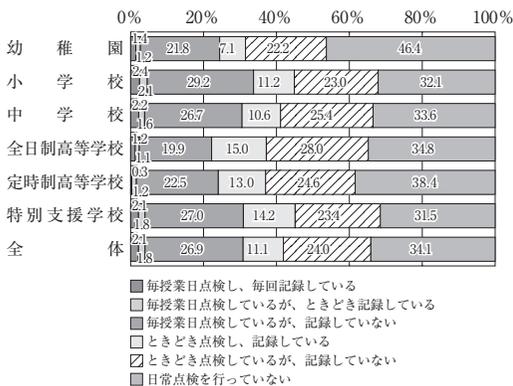
B-1-1 明るさとその環境、騒音環境、教室の空気、飲料水の管理の日常点検の実施と記録について（明るさとその環境）



B-1-2 明るさとその環境、騒音環境、教室の空気、飲料水の管理の日常点検の実施と記録について（騒音環境）



B-1-3 明るさとその環境、騒音環境、教室の空気、飲料水の管理の日常点検の実施と記録について（教室の空気）



境についてである。教職員だけでなく児童生徒自らが毎授業日点検を行い、結果を記録することで自分たちの環境をより良くすることに活用していただきたい。

グラフ B-1-4

毎授業日点検しているのは55.5%で、ときどき点検しているのは32.1%であった。その記録については、毎授業日記録しているのは45.3%で、ときどき記録しているのが19.8%、記録していないのは22.5%であった。点検を行っていない学校は12.4%であった。

飲料水は、学校の敷地内では学校の管理となっている。学校内で自分たちが飲む水については自ら毎授業日点検し、結果の記録も必要である。

グラフ B-2

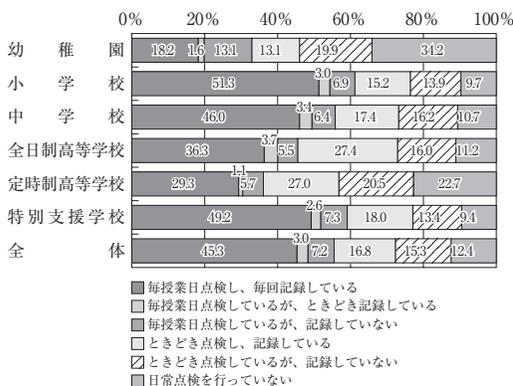
毎実施日点検しているのは、給食を実施している学校のうち89.9%で、ときどき点検しているのは4.5%であった。その記録については、毎実施日記録しているのは82.2%で、ときどき記録しているのは2.5%、記録していないのは9.7%であった。点検を行っていない学校は5.6%もあった。

給食において、日常点検は食中毒などの事故を起こさないために必要なことである。すべての学校で必ず実施する必要がある。

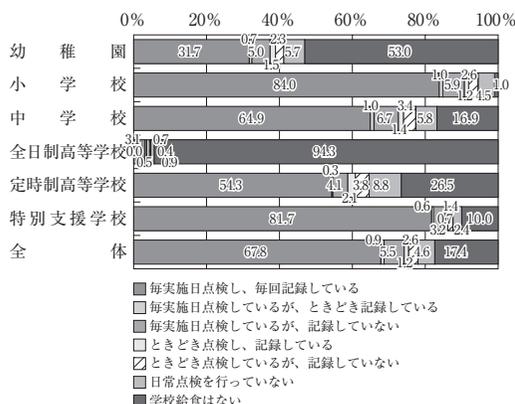
グラフ B-3

毎使用日点検しているのは、プールがある学校のうち95.7%で、ときどき点検しているのは3.3%であり、質問した6つの日常点検項目の中では最も多く実施されていた。記録については、毎使用日記録しているのは91.3%で、ときどき記録しているのは4.9%、記録してい

B-1-4 明るさとその環境、騒音環境、教室の空気、飲料水の管理の日常点検の実施と記録について（飲料水）



B-2 学校給食の衛生管理の日常点検の実施と記録について



ないのは2.8%であった。点検を行っていない学校は1.0%であった。

プールは多数の児童生徒等が使用することにより次

まとめ

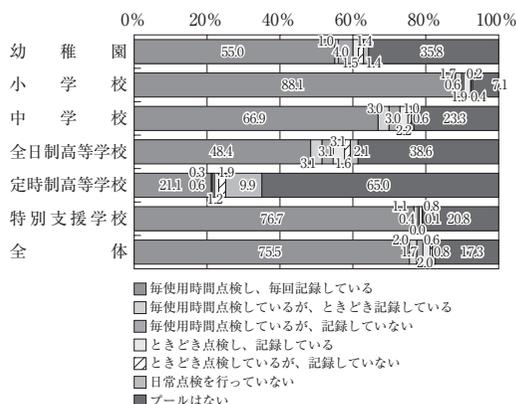
学校保健法の改正は、児童生徒等の健康・安全を取り巻く状況が大きく変化してきていることから、学校保健および学校安全に関して、地域の実情や児童生徒等の実態を踏まえつつ法律の規定の整備が図られた。その中で、学校の環境衛生の維持改善を図るため、学校環境衛生基準も法として整備され、平成21年4月1日から施行されている。

新基準は、法的に位置づけが明確になり、構成も新しくなったが、内容は基本的に旧基準とほとんど変わりはない。

旧基準では、15の項目について定期検査および日常点検に関する基準が定められているが、そのうち、飲料水、水泳プール、学校給食、採光および照明、空気、騒音の6項目については学校保健法施行規則に定期検査として実施することが位置づけられている項目である。

定期検査の実施状況では、空気、騒音については地

B-3 水泳プールの管理の日常点検の実施と記録について



域に汚れ、放置すれば細菌等の増殖を招き疾病の温床となりがねないので毎使用日点検する必要がある。

域の実情により検査の省略が可能であるため、実施率に幅があるが、採光および照明、学校給食は若干実施率が低いものの、飲料水、水泳プールはほとんどの学校で実施されていた。ただし、基準で定められた検査項目、実施回数など基準の細部まで徹底されていないところがみられた。

学校薬剤師の職務は、環境衛生検査に従事すること、環境衛生の維持および改善に指導と助言を行うことにある。新しい学校保健安全法を十分に理解し積極的に取り組んでほしい。

日常点検は毎日実施しなければならないが、明るさ、空気、騒音については、認識不足のためか十分に実施されていなかった。日常点検は毎日の積み重ねである。日常点検表を記録のし易いフォーマットにするなど工夫が必要である。

(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21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21年度は、平成21年3月に告示された高等学校の学習指導要領を踏まえて、平成21年12月に高等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。

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ており、これで保健教育の学習内容が、小学校、中学校、高等学校という三つの校種の系統性を持って示されることとなった。

ここでは、まずはじめに、校種ごとの学習指導要領解説に示された改訂の趣旨ならびに内容を記述することにする。

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、地域での保健に関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関わっていること。

イ 毎日の健康を過ごすには、食事、運動、休養およ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、休養および睡眠が必要であること。

「心の健康」

・心の発達および不安、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、周囲の危険に気づくこと、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、環境が関わ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つ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、保健に関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」および「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関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関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、関わっていること。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、健康と密接な関わりがあること。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関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関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、休養およ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、病原体が主要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関わりがあること。

さて、平成21年度に示された高等学校学習指導要領

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たうえで、保健の内容については、個人生活および社会生活における健康・安全に関する理解を通して健康について総合的な認識を深め、ヘルスプロモーションの考え方を生かし、生涯を通じて自己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の育成を図ることに重点を置き、小学校、中学校の内容を踏まえた系統性のある指導ができるよう、改訂が行われている。

内容の構成は、従来のものを踏まえて、「現代社会と健康」、「生涯を通じる健康」および「社会生活と健康」の3項目とされた。

「現代社会と健康」では、健康の保持増進には個人の適切な意志決定や行動選択とそれを支える社会環境づくりなどが大切であり、このことに主体的に関わることが重要であるという考え方に立って、現代における健康問題とその予防および対策について内容が整理されている。その際、健康は主体と環境の相互作用で成り立つこと、健康の保持増進には、健康に関する個人の意志決定と行動選択および環境づくりが関わることを明確にするとともに、健康の保持増進と生活習慣病の予防について個人的および社会的な対策を取り扱い、充実が図られている。特に薬物乱用では大麻を取り上げ、現代における健康課題への対応が図られている。また、心肺蘇生法等の応急手当の意義については、時間の経過と傷害や疾病の関係に関する内容が明確に示されている。

「生涯を通じる健康」では、生涯にわたって健康を保持増進していくためには、生涯の各段階の健康課題に応じた自己の健康管理と環境づくりが重要であることや保健・医療制度および地域の保健・医療機関などの適切な活用が明確にされている。また、中学校学習指導要領において、医薬品の正しい使用についての内容が位置づけられたことを踏まえて、医薬品の承認制度や販売規制について新たに取り上げ、医薬品の適切な使用の必要性が示されている。さらに、健康課題に応じて、我が国や世界において様々な保健活動や対策などが行われていることの内容がここに位置づけられている。

「社会生活と健康」では、自然環境だけでなく、地域の生活環境、労働環境など広い意味での環境が深

く関わっており、社会生活における人々の健康の保持増進には、個人のみだけでなく、個人を取り巻く自然環境や社会の制度、活動などが深く関わっていること、したがって、すべての人が健康に生きていくためには、個人が健康的な行動を選択するとともに、環境と健康、環境と食品の保健、労働と健康のための環境づくりを推進していくことが必要であるという考え方を重視して内容が明確化されている。

ここでは、自然環境の汚染が社会生活における健康に影響を及ぼすこともあること、それを防ぐには汚染の防止および改善の対策を採る必要があること、環境と食品を健康に適したものにすることや安全性の確保のために基準が設定され、それに基づき環境衛生活動と食品衛生活動が行われていること、労働災害の防止には作業環境などの変化に起因する傷害や職業病などを踏まえた健康管理および安全管理をする必要があることが中心に示されている。

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。

「現代社会と健康」

・我が国の疾病構造や社会の変化に対応して、健康を保持増進するためには、個人の行動選択やそれを支える社会環境づくりなどが大切であるというヘルスプロモーションの考え方を生かし、人々が自らの健康を適切に管理することおよび環境を改善していくことが重要であることを理解できるようにする。

ア 健康の考え方

健康の考え方は、国民の健康水準の向上や疾病構造の変化に伴って変わってきていること。また、健康は、様々な要因の影響を受けながら、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および環境づくりが関わること。

イ 健康の保持増進と疾病の予防

健康の保持増進と生活習慣病の予防には、食事、運動、休養および睡眠の調和のとれた生活を実践する必要があること。

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、個人や社会環境の対策が必要である

こと。

感染症の発生や流行には、時代や地域によって違いがみられること。その予防には、個人的および社会的な対策を行う必要があること。

ウ 精神の健康

人間の欲求と適応機制には、様々な種類があること。精神と身体には、密接な関連があること。また、精神の健康を保持増進するには、欲求やストレスに適切に対処するとともに、自己実現を図るよう努力していくことが重要であること。

エ 交通安全

交通事故を防止するには、車両の特性の理解、安全な運転や歩行など適切な行動、自他の生命を尊重する態度、交通環境の整備などが関わること。また、交通事故には責任や補償問題が生じること。

オ 応急手当

適切な応急手当は、傷害や疾病の悪化を軽減できること。応急手当には、正しい手順や方法があること。また、心肺蘇生等の応急手当は、傷害や疾病によって身体が時間の経過とともに損なわれていく場合があることから、速やかに行う必要があること。

「生涯を通じる健康」

・生涯の各段階において健康についての課題があり、自らこれに適切に対応する必要があることおよび我が国の保健・医療制度や機関を適切に活用することが重要であることについて理解できるようにする。

ア 生涯の各段階における健康

生涯にわたって健康を保持増進するには、生涯の各段階の健康課題に応じた自己の健康管理および環境づくりが関わっていること。

イ 保健・医療制度および地域の保健・医療機関

生涯を通じて健康の保持増進をするには、保健・医療制度や地域の保健所、保健センター、医療機関などを適切に活用することが重要であること。

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。

ウ 様々な保健活動や対策

我が国や世界では、健康課題に対応して様々な保健活動や対策などが行われていること。

「社会生活と健康」

・社会生活における健康の保持増進には、環境や食品、労働などが深く関わっていることから、環境と健康、環境と食品の保健、労働と健康に関わる活動や対策が重要であることについて理解できるようにする。

ア 環境と健康

人間の生活や産業活動は、自然環境を汚染し健康に影響を及ぼすこともあること。それらを防ぐには、汚染の防止および改善の対策をとる必要があること。

イ 環境と食品の保健

環境衛生活動は、学校や地域の環境を健康に適したものとすよう基準が設定され、それに基づき行われていること。

ウ 労働と健康

労働災害の防止には、作業形態や作業環境の変化に起因する傷害や職業病などを踏まえた適切な健康管理および安全管理をする必要があること。

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展開されている。これらに報告されたものをみると、学習指導要領の改訂を受けての保健教育の進め方に関する研究、保健教育担当の教員に関する研究、そして保健教育のそれぞれの内容の実際の指導とその評価に関する研究などが多い。

ここからは、日本学校保健学会や全国学校保健研究大会などにおいて、平成21年度に発表されたものの一部の概要を紹介する。

第56回日本学校保健学会においては、シンポジウム「これからの保健学習をどう進めるかー新学習指導要領に注目してー」が行われた。学習指導要領の改訂によって、「保健の指導に当たっては、知識を活用する学習活動を取り入れるなどの指導方法を工夫して行うこと」、「自ら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から、系統性のある指導ができるよう内容を明確にすること」、「各

領域の各内容については、運動と健康が関わっていることの具体的な考えがもてるよう指導すること」といった点の配慮が示されているが、それらに着目して、3人の演者の報告を受けての検討が進められた。

岩田英樹「習得した知識を活用する学習活動をどう展開するか」では、保健学習において知識を活用する学習活動は、思考力・判断力などの資質や能力の育成を目指して重視されているととらえ、またそのことが妥当な方向性を持っていることを指摘したうえで、これからの保健授業づくりにおいては、教え込みに陥らないように配慮しつつ、児童生徒が自分の知識を活用して、主体的に課題に取り組むことができるような多様な指導方法の工夫が主張されている。

西岡伸紀「系統性を踏まえた指導をどう進めるか」では、小学校、中学校の保健学習の内容を系統性の観点から分析したうえで、今回の学習指導要領の改訂によって内容が系統的に整理されていることが述べられ、小学校と中学校の間での共通点と相違点を明確にしたうえでの指導が主張されている。

今関豊一「体育の分野との関連をどう図るか」では、今回の学習指導要領の改訂によって示された体育の分野との関連の記述を整理したうえで、保健の分野では何を教えるのかを明確にすること、体育の分野との関連はもちろん、他の関連する教科、道徳、総合的な学習の時間、特別活動などとの関連が必要であること、さらには他の領域との関連を図ろうとするあまり、保健の分野で指導する内容が曖昧にならないようにすることが主張されている。

第56回日本学校保健学会では、その他にも保健教育に関する研究報告がなされている。

小林稔ら「小学校体育『保健領域』の実施状況および教員の意識とその変化について」は、平成13、14年の実態と平成18年、20年の実態を比較する研究を行い、教員の保健教育の目標と内容についての把握の程度は、小学校3年生、4年生、5年生、6年生のいずれのものについても改善されていたことを明らかにした。また、小学校の保健授業の実施状況について、その時間は増加しており、平成20年では、小学校5、6年生の授業は平均8.5時間、小学校3、4年生の授業は平均5.7時間であったことを報告した。

内山有子「保健体育科教員に必要とされるからだの仕組みに関する基礎知識」は、保健体育科の教員免許

を取得できる大学の3年生425名を対象とする調査を行い、気管、肺、胃については90%以上の学生が位置や名称を理解していたものの、脾臓や腎臓についての理解が低かったこと、また働きについては、肺、心臓、胃、子宮は理解が高いが、その他の器官の理解は低く、特に肝臓、小腸、脾臓について特に低いことを報告した。

内山源「保健教育・授業担当者の養成・研修とコンピテンシ」は、保健教育の関係の専門書や研究雑誌などを対象とする分析の結果、コンピテンシについての研究がほとんど行われておらず、学会での研究会やシンポジウムの企画、共同研究などの必要性を指摘した。

鈴木裕子「養護教諭の保健学習担当の実態と課題」は、全国9地区における現職養護教諭を対象とする調査を行い、教科保健担当の兼職発令を受けている者は、小学校で14.4%、中学校で4.9%であり、それも含め保健教育（保健学習）に何らかの関与をしていると回答した者は、小学校81.6%、中学校39.3%であったことを明らかにした。また、養護教諭の保健教育（保健学習）への授業参画は、兼職発令によって継続的に授業を担当するより、特定の時間のみ担当したり、チームティーチングのスタッフとしての関わりが多かったりする傾向があること、授業の評価までを行っているものは、9.8%にすぎないこと、参画の課題については、保健室を空けることへの不安や授業づくりの力量や授業技術に自信がないことなどがあることを報告した。

松原紀子ら「保健学習の授業体験による養護活動に対する意識・行動の変化」は、保健の授業未経験の養護教諭が2時間の授業を体験することによって、集団的保健指導の技術が高まるだけではなく、子どもの実態をとらえる視点などを学ぶ機会となり、養護教諭が行う日々の活動の質的向上がみられることを報告し

た。

佐久間浩美ら「認知的スキルを育成する高等学校保健学習『精神の健康』の実践と評価」は、高校1年生を対象とする自己管理スキルを活用した保健の授業によって、自己管理スキルの向上とストレス反応の低減が認められたことを報告した。

第59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。

講師の今関豊一は、「知識を活用する学習活動を重視する保健学習-思考力・判断力等の育成を目指して-」で、今日の保健学習では、習得、活用する学習活動、探究活動の重視が必要であり、そのための教材、教具、指導方法の開発の必要性と、具体例と抽象的な学習内容の双方向性の必要性を述べている。

赤木京は「思考・判断を育てる保健学習の工夫-寸劇を使って-」で、欲求と適応機制を学ぶ保健教育において、寸劇を用い、様々な適応機制のプラス面とマイナス面に気づかせるとともに、自分の取りがちな適応機制を見つめなおす授業を報告した。

林田弘之は「子どもの活動を生かす保健の授業-各教科、特別活動との関連を図った保健学習の指導の工夫-」で、小学校6年生の病気予防の内容で、事実を見つめさせ、観察させ、調べさせるという学習過程をふまえながら、各教科、特別活動との関連を意識した保健の授業を報告した。

長尾慎二は「たくましく生きる力をはぐくむ保健学習-生徒を学習の主体にした指導とその評価の一体化をめざして-」で、中学校3年生の感染症とその予防の保健の授業について、評価規準を設けたうえで、指導と評価の一体化を図り、生徒が自分を振り返る機会によって、主体的な取組となったことなどを報告した。

（植田誠治）

2 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

1. 未成年者の喫煙、飲酒防止対策

(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、多くの研究により立証されてきており、未成年からの喫煙は特に健康影響が深刻であることについても明らかとなっている。WHOが初めて手がけた条約である「たばこに関する世界保健機関枠組条約」は、受動喫煙の健康影響、たばこのパッケージの警告表示の義務化、宣伝・広告の制限、未成年者喫煙対策、喫煙の健康に対する危険についての教育・啓発などが盛り込まれており、条約締約国がたばこ対策を進める上で大きな原動力となっている。日本は本条約の締約国であることから、国内でのたばこ販売や宣伝・広告などについて対策が進められている。また、健康増進法を背景とし、受動喫煙防止対策についても拡がりつつある。

神奈川県では、受動喫煙による健康への悪影響から県民を守るための新たなルールとして不特定又は多数の者が出入する室内又はこれに準ずる環境を対象とする「神奈川県公共的施設における受動喫煙防止条例」を制定し平成22年から施行している。具体的には、公共的施設別に次のように規定している。

- ・学校、病院、商店、官公庁施設など（第1種施設）→禁煙
- ・飲食店、ホテルなど（第2種施設）→禁煙又は分煙

学校における敷地内禁煙については、平成14年に和歌山県が県内の学校における敷地内全面禁煙を打ち出したことが先駆けとなり、今では一部を除き、大半の都道府県が少なくとも県立学校での敷地内全面禁煙を実施しており、こうした取組は、県ばかりでなく、市町村等の小・中学校などにおいてもますます拡がる状況にある。

健康日本21では、たばこに関する目標に、

- ①喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及
- ②未成年の喫煙をなくす

が挙げられている。平成18年に文部科学省が児童生徒を対象に行った「薬物等に対する意識調査」の結果によれば、たばこの健康影響などの知識は平成12年の

調査結果と比較すると改善傾向にあり、90%程度の児童生徒は「たばこは大いに害がある」との認識を既にもっている。中・高校生の喫煙の生涯経験率についてもいくつかの調査結果が報告されているが、いずれも低下傾向にある。この低下の理由の一つは、平成10年改訂の学習指導要領で新たに小学校段階から喫煙の健康影響を学ぶようになったこと、中・高等学校ではその充実が図られたことなど、学校教育での成果によるところが大きいと考えられる。平成20年から21年に学習指導要領が改訂されたが、喫煙防止に関する指導については、従来に引き続き大幅な変更はない。学校では、たばこの健康影響に関する児童生徒の知識が生涯にわたっての行動に結びつくよう、引き続き実効ある指導が求められる。

(2) 飲酒

未成年者の飲酒は、その健康影響や社会的影響から、喫煙とならんで法律によって規制される危険行動のひとつである。しかしながら、日本では古来からの冠婚葬祭と飲酒の習慣とのつながりが深いことから、飲酒に対する大人の意識は甘く、冠婚葬祭などに保護者や地域の大人が子どもに酒を飲ませる光景さえ見られる状況にあり、未成年者飲酒防止対策は学校だけで解決できる問題ではなく、学校、家庭、地域社会の共通理解のもと未成年者飲酒防止対策が推進されるべきである。未成年の飲酒に対する意識は、このような社会的背景を反映し、喫煙に対する意識ほど良好な意識の定着が図られているとは言い難い。文部科学省の調査によれば、飲酒の健康影響について「大いに害がある」と考えている児童生徒の割合は、喫煙の場合と比較しても少ない。

アルコールについては、たばこに関する国際的な枠組条約に匹敵する取り決めがなく、アルコールに関する宣伝は業界の自主基準に留まっている。未成年者に対する配慮が謳われてはいるものの、マスメディアによるアルコール宣伝やテレビ映像の中での飲酒描写に触れる機会は多く、国内においては、様々な媒体を通じ、イメージガールや女性のタレント、スポーツ選手や親子

などによる訴求効果をねらったCMにより、特に未成年や女性を対象とする将来の飲酒に向けての宣伝広告活動が進められている。

海外での様々な研究で、児童生徒が飲酒行動を受け入れる背景にマスメディアによる宣伝・広告の影響が大きいことが明らかにされていることから、こうした対策も急がれる。

なお、WHOは、飲酒の健康影響を減らすためのグローバル戦略に関する草案づくりを進めているところである。

児童生徒の酒やたばこの宣伝やコマーシャルに対する意識については、文部科学省が行った調査でみることができる。「かっこいいと思う」と回答した割合は、全学年を通して男子3%前後、女子2%前後であった。「体に悪いのにこうした宣伝をするのはおかしいと思う」と回答した割合は、小学校5年生では男女とも50%前後であったが、学年が上がるにつれて低くなり、高校3年生では男子15.3%、女子33.8%であった。平成12年

に行った調査と比較すると、「かっこいいと思う」と回答した割合は低かった。また、「体に悪いのにこうした宣伝をするのはおかしいと思う」と回答した割合は全学年にわたって高くなったことから、意識の改善がうかがえる結果となっている。「特に何とも思わない」と回答した割合はいずれの学校種、学年においてもその割合が高く、メディアからの情報を的確に分析する力は十分でないと考えられる。

アルコールは、たばここと並んでゲイトウェイドラッグ（門戸開放薬）と呼ばれるように覚せい剤など薬物乱用へのきっかけとなりやすいことに留意する必要がある。文部科学省の調査で、飲酒、喫煙に対する関心と薬物に対する印象や薬物乱用に対する考え方とのクロス集計を行ったところ、飲酒、喫煙に対して肯定的な考え方をもつグループは、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かった。

2. 未成年者の薬物乱用防止対策

(1)第三次薬物乱用防止五か年戦略の策定

政府は第三次覚せい剤乱用の早期終息に向けて緊急に対策を講ずるため、平成10年に薬物乱用防止五か年戦略を策定し、薬物乱用防止対策を関係省庁が緊密な連携の下に総合的に実施することとした。その成果として、青少年の覚せい剤検挙者数が減少傾向にあるなど、児童生徒の薬物乱用に一定の歯止めがかかったと認められるものの、依然として高水準にあり、極めて深刻で憂慮すべき状態にあるといわざるを得ない状況が継続している。このため、平成15年度には薬物乱用防止新五か年戦略を策定し、様々な施策の推進に努めてきた。最近の薬物情勢は、覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向となっているが、依然として全薬物事犯の検挙人員の8割を占めており、覚せい剤事犯が我が国の薬物問題の中心的課題である状況が継続している。また、大麻事犯の検挙人員は、10年前の約2倍に増加しているほか、MDMA等合成麻薬事犯については、押収量が急増しており、いずれも検挙人員の8割強が初犯者であるなど、乱用のすそ野が広がっている。

政府の薬物乱用対策推進本部は、「我が国の薬物乱用防止対策については、これまでの10年間の戦略の

実施により一定の効果が出ているものの、依然として厳しい状況下にあることから、政府を挙げた総合的な対策を講ずることにより、薬物乱用の根絶を図る」とし、「青少年については、覚せい剤事犯の検挙人員は減少傾向にあるものの、大麻、MDMA等合成麻薬事犯の検挙人員の6割～7割を未成年者および20歳代の若年層が占めており、青少年を中心に乱用されている状況がうかがわれる」ことなどを踏まえ、平成20年8月に「第三次薬物乱用防止五か年戦略」を策定した。

薬物乱用防止新五か年戦略の目標1については、

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

から、第三次薬物乱用防止五か年戦略では次のように改められた。

目標1 青少年による薬物乱用の根絶及び薬物乱用を拒絶する規範意識の向上

また、目標2～4についても次のように改められた。

目標2 薬物依存・中毒者の治療・社会復帰の支援及びその家族への支援の充実強化による再乱用防止の推進

目標3 薬物密売組織の壊滅及び末端乱用者に対する取締りの徹底

目標4 薬物密輸阻止に向けた水際対策の徹底、国際的な連携・協力の推進

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

目標1に対応し、とるべき具体的な対策などが以下のように示されている。青少年による薬物乱用防止については、平成15年から19年までの間、学校等における薬物乱用の有害性・危険性に関する指導の充実、広報啓発や街頭補導活動の強化をはじめとした青少年に薬物乱用をさせない環境整備など種々の取組により、薬物は絶対に使うべきではないと考える児童生徒が増加し、青少年の覚せい剤事犯の検挙者数が減少傾向となるなど一定の成果を上げているものと認められるが、大麻、MDMA等合成麻薬については青少年を中心に乱用されている状況がうかがわれるなど今後も引き続き関係機関が連携して、青少年による薬物乱用の根絶に向けた取組の一層の充実に努める必要がある。このような状況を踏まえ、以下の対策を講ずることとする。

①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

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

- ・学校における児童生徒への薬物乱用防止教育の充実のため、「体育」、「保健体育」、「道徳」、「特別活動」における指導、「総合的な学習の時間」の例示として示されている「健康」に関する横断的・総合的な課題についての学習活動等も活用しながら、学校の教育活動全体を通じて指導を行う。（文部科学省）
- ・すべての中学校・高等学校において、少なくとも年1回の薬物乱用防止教室を開催するよう指導すること。その際、警察職員、麻薬取締官OB、学校薬剤師

等の協力を得つつ、その指導の一層の充実に図る。

（警察庁、財務省、文部科学省、厚生労働省）

- ・児童生徒が薬物乱用の有害性・危険性について正しい知識を習得するため、薬物乱用防止に関する児童生徒用教材、教師用指導資料等を作成・配付する。

（警察庁、文部科学省、厚生労働省）

- ・配付した教材等の活用促進を図るための周知に努めるとともに、教材等の使用について、関係機関との連携の充実に図る。（警察庁、文部科学省、厚生労働省）

- ・指導方法の充実に図り、効果的な指導を行うため、国、都道府県等が開催する研修会を充実し、教員や薬物乱用防止教室の指導者に対する研修の機会の拡充を図る。（警察庁、文部科学省、厚生労働省）

- ・薬物乱用防止教育の成果及び課題の検討を行うため、児童生徒等の薬物等に対する認識、薬物乱用の実態等について、定期的な調査分析を実施する。

（文部科学省、厚生労働省）

- ・学校警察連絡協議会等における少年の薬物乱用の実態、薬物の有害性・危険性についての情報交換と、薬物乱用を把握した場合の早期連絡の要請等、警察と学校関係者等との連携を一層強化する。（警察庁、文部科学省）

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

- ・地域の実情や児童生徒等の発達段階を踏まえ、大麻・MDMA等合成麻薬の有害性・危険性に関する指導の充実に図る。（文部科学省、厚生労働省）

②③略

④広報啓発活動の強化

薬物乱用防止等について国民に更に深く理解を促すため、以下のような取組を行う。

- ・乱用薬物に関する相談窓口等の情報の提供等を含めた薬物乱用防止に関する広報啓発活動を一層推進する。（内閣府、警察庁、法務省、文部科学省、厚生労働省）

- ・「薬物乱用防止のための指導指針に関する宣言」（国連薬物乱用防止根絶宣言）支援事業として行われる「「ダメ。ゼッタイ」普及運動」（6月20日～7月19日）を始め、「不正大麻・けし撲滅運動」（5月～6

月)、「薬物乱用防止広報強化期間」(6月～7月)、「青少年の非行問題に取り組む全国強調月間」(7月)、「社会を明るくする運動」(7月)、「麻薬・覚せい剤乱用防止運動」(10月～11月)及び「全国青少年健全育成強調月間」(11月)等において、青少年及び青少年育成関係者に対し、薬物乱用の有害性・危険性や薬物乱用防止のための指導方法等についての広報啓発活動を一層積極的に展開する。(内閣府、警察庁、法務省、文部科学省、厚生労働省)

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

⑤関係機関による相談体制の構築

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

・青少年に対し最善な処置が図れるよう、相談機関間の一層の連携強化を図る。(内閣府、警察庁、法務省、文部科学省、厚生労働省)

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

目標2で教育機関が関連する部分を抜粋して以下に示す。

③薬物依存・中毒者の家族への相談体制・支援等の充実

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

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

⑦薬物乱用の実態、薬物依存症の治療法等に関する研究の推進

薬物乱用の実態把握は困難を伴うが、より有効な対策のためには刻々と変化する薬物乱用の実態を継続的に把握し続けることが必要不可欠である。また、薬物依存症に対する治療法開発は世界的重要課題であるが、治療法開発のためには基礎的な研究も重要であ

る。また、再乱用防止の推進のため、社会復帰のための新たな対応策等に関する調査研究を推進する。

・薬物依存のメカニズムや慢性神経毒性に関する基礎的研究、薬物乱用・依存の疫学的研究、薬物乱用・依存に関する意識・実態調査、薬物依存・中毒者に対する医療の在り方に関する研究等を推進する。

(文部科学省、厚生労働省)

(2)フォローアップ

平成22年7月には、戦略の進捗状況を確認するため、フォローアップを行いその結果を公表している。以下に、目標1に関する各省庁のフォローアップの結果を抜粋する。

①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

【施策の内容】

(学校における児童生徒への薬物乱用防止教育の充実強化)

文部科学省

・小学校、中学校及び高等学校等においては、児童生徒への薬物乱用防止教育の充実のため、「体育」、「保健体育」、「道徳」、「特別活動」における指導に加え、「総合的な学習の時間」の例示として示されている「健康」に関する横断的・総合的な課題についての学習活動等も活用しながら、学校の教育活動全体を通じて指導するよう周知に努めた。

・平成21年3月に改訂された高等学校学習指導要領「保健体育」において、現行の麻薬、覚せい剤に加え、新たに大麻を扱うものとされ、大麻の有害性・危険性に関する指導の充実を図るよう周知に努めた。

・平成21年12月に作成された高等学校学習指導要領解説「保健体育編・体育編」において、現行の麻薬の例示に新たにMDMAを加え、MDMAの有害性・危険性に関する指導の充実を図るよう周知に努めた。

(薬物乱用防止教室の充実強化)

文部科学省

・すべての中学校及び高等学校において、年に1回は薬物乱用防止教室を開催するとともに、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も得つつ、その指導の一層の充実を図るよう

周知に努めた。

警察庁・厚生労働省・文部科学省・財務省

- ・警察職員、麻薬取締官OB、学校薬剤師、税関職員等が学校の薬物乱用防止教室等に講師として赴き、薬物乱用防止に関する講演を行った。

警察庁・厚生労働省・財務省

- ・薬物乱用防止広報車や薬物乱用防止キャラバンカーを活用し、薬物の標本やパネル等を展示するなどして、薬物乱用防止教室の指導効果の向上を図った。

警察庁

- ・全国警察に対して、少年部門と薬物対策部門が連携し、年1回の薬物乱用防止教室が確実に実施されるよう関係機関との連携を指示するとともに、薬物乱用防止教室の開催増加に伴う講師確保のため、ライオンズクラブ国際協会に対して、同協会所属の薬物乱用防止教育認定講師の派遣等に関する協力依頼を行った。

(薬物乱用防止に関する児童生徒用教材、教師用指導資料等の作成・配布、活用促進)

文部科学省

- ・地方公共団体において、児童生徒に正しい知識を習得させるため、薬物乱用防止に関する児童生徒用教材、教師用指導資料等の適宜作成・配布に努めるよう指導した。
- ・薬物乱用が健康へ及ぼす影響等について解説した小学生、中学生及び高校生用の啓発教材を作成し、すべての小学5年生、中学1年生及び高校1年生に配布した。
- ・「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料(小学校編)」を改訂し、すべての小学校及び教育委員会に配布した。
- ・平成22年3月に作成した「生徒指導提要」において、薬物乱用等の問題を抱える児童生徒に対する生徒指導について示した。

警察庁

- ・薬物の危険性・有害性等を分かりやすく理解させるなど、薬物乱用防止に関する啓発活動を効果的に行うため、リーフレット、パンフレット等を作成し、教育委員会、学校関係者等に配布した。

厚生労働省・文部科学省

- ・若年層のMDMA等合成麻薬や大麻の乱用が問題となっていることから、これらを説明した薬物乱用防止

啓発読本を作成して、すべての中学1年生及び高校3年生に配布した。

- ・作成した啓発資料については、厚生労働省ホームページに掲載し周知するとともに、都道府県等の関係機関に利用の促進を促した。

文部科学省

- ・地方公共団体において、国、地方公共団体等において作成・配付した教材等の活用の促進を図るため、教材等の使用について関係機関との連携の充実を図るよう指導した。また、国で作成・配布した教材等を文部科学省ホームページに掲載し周知に努めた。

(教員や薬物乱用防止教室の指導者に対する研修機会の拡充)

文部科学省

- ・効果的な実践のための指導の充実を図るため、教員や薬物乱用防止教室の指導者に対する効果的な研修の機会の拡充を図るよう指導した。
- ・薬物乱用防止教室の推進を図るため、警察職員、麻薬取締官OB、学校薬剤師等の薬物乱用防止教室の講師の資質向上を図るための講習会・研修会を開催した。

警察庁

- ・都道府県警察の少年警察担当職員を対象とした研修等において、薬物乱用防止に関する講義を行い、薬物乱用防止教室等における職員の指導効果の向上を図った。

厚生労働省

- ・薬物乱用防止指導員を対象とした研修会を実施するとともに、各種啓発活動に活用できる啓発読本を作成・配付した。

文部科学省

- ・薬物乱用防止教育の充実のため、教職員や教育委員会関係者、警察職員、麻薬取締官OB、薬剤師、保護者等幅広い関係者を対象とした「薬物乱用防止教育シンポジウム」を開催した。

(児童生徒等の薬物に対する認識、薬物乱用の実態等についての調査分析)

厚生労働省

- ・厚生労働科学研究費補助金により、全国中学生の薬物乱用に関する意識・実態及び全国の児童自立支援施設における、薬物依存の意識・実態に関する調査を実施した。(隔年ごとの実施)

(学校警察連絡協議会等の活用促進など学校と警察の連携強化)

警察庁・文部科学省

- ・学校警察連絡協議会等において、少年の薬物乱用の実態、薬物の有害性・危険性等について情報提供を行うとともに、薬物乱用を把握した場合の早期連絡の要請等、学校関係者等との連携を一層強化するよう指導した。

(大学生等の学生に対する薬物乱用防止のための啓発の強化)

文部科学省

- ・大学等において、入学時のガイダンスなど様々な機会を通じ大学等の学生に対して薬物乱用防止に係る啓発及び指導の徹底に努めるよう指導した。
- 大学の学生支援担当教職員の会議や研修会等において、入学時のオリエンテーションの活用、学生ハンドブックへの記載、講演会の開催などにより学生に対して薬物乱用防止に係る啓発及び指導の徹底に努めるよう要請した。

文部科学省・厚生労働省・警察庁

- ・薬物乱用防止のための啓発用パンフレット「薬物のない学生生活のために～薬物の危険は意外なほど身近に迫っています～」を改訂し、文部科学省のホームページで公開するとともに、すべての大学、短大、大学院大学及び専門学校の新1年生に配布した。
- ・啓発用パンフレットの内容を活用した2種類の啓発用ポスターを作成し、すべての大学、短大、大学院大学及び専門学校に配布した。

警察庁

- ・大学生等の間での大麻事犯等の蔓延を未然に防止するため、全国警察に対して、すべての大学等を対象に新入生に対するオリエンテーション等の機会に薬物乱用防止の啓発を行うよう働きかけを行うとともに、大学等から薬物乱用防止講習等の依頼があった場合の積極的支援を指示した。
- ・大学と連携し、講演会等で警察職員が、薬物の危険性・有害性等を説明するなどして、大学生を対象とする薬物乱用防止広報啓発活動を実施した。

【施策の効果】

文部科学省・厚生労働省・警察庁・財務省

- ・学習指導要領及び同解説、生徒指導提要並びに指

導参考資料の改訂により、学校における薬物乱用防止に関する指導・教育内容の充実強化が図られた。

- ・関係機関等への協力要請等の薬物乱用防止教室の充実強化の周知徹底により、薬物乱用防止教室の開催率の上昇が図られた。
- ・各種啓発資料の作成・配布により、児童生徒、学生等において薬物乱用による健康被害や危険性についての理解の促進が図られた。
- ・各種研修の実施により、薬物乱用防止に関する指導者の資質向上が図られた。

②③略

④広報啓発活動の強化

【施策の内容】

(薬物乱用防止に関する広報啓発活動の推進)

文部科学省

- ・薬物乱用の危険性を身近に認識させるため、高校生から啓発ポスターのデザイン画及び啓発映像を公募し、すべての高校へポスターを配布するとともに、競技場等の大型ディスプレイシステムを活用し、薬物乱用防止を啓発する映像を放映した。

警察庁

- ・小学生、中学生及び高校生を対象とした薬物乱用防止に関するポスター等の募集や街頭キャンペーン等を実施した。
- ・全国の警察本部に「覚せい剤相談電話」等の名称で設置されている薬物乱用問題等に関する相談電話の利用促進を図るため、ホームページやリーフレットを活用して広報し、その周知に努めた。

【施策の効果】

警察庁・厚生労働省・内閣府・法務省・文部科学省

- ・各種啓発活動、多様な媒体を活用した広報活動及び研修会等において、薬物乱用の実態や危険性、相談機関の設置場所等の周知を積極的に展開したことにより、青少年自身の規範意識や国民の薬物根絶意識の醸成に成果を挙げるとともに、地域における薬物乱用防止活動が一層推進された。

厚生労働省・文部科学省・警察庁

- ・高校生や大学生等に配布した薬物乱用防止啓発パンフレットにおいて、精神保健福祉センター等の薬物乱用防止相談窓口機関の周知を図った。

【まとめ】

平成21年中の少年の覚せい剤事犯による検挙人員

は258人で平成20年中と比較し、3人増加した。うち中学生は6人、高校生は25人であった。

少年の大麻事犯による検挙人員は214人で平成20年中と比較し、20人減少した。

少年のMDMA等合成麻薬事犯による検挙人員は8人で平成20年中と比較し、18人減少した。

薬物事犯の犯罪少年の検挙・補導人員は、特に覚せい剤及びシンナー等有機溶剤事犯の減少などから薬物乱用防止教室の開催や街頭補導活動の強化といった取組が一定の成果を上げているものと認められるが、大麻及びMDMA等合成麻薬事犯では少年及び20歳代の若年層が全体の半数以上であることから今後も引き続き関係機関が連携して、青少年による薬物乱用防止の根絶及び薬物乱用を拒絶する意識の向上のために以下の取組の一層の充実に努める必要がある。

- 学校等における薬物乱用防止のための指導・教育の充実の強化については、今後ともすべての中学校及び高等学校において、年に1回は薬物乱用防止教室を開催するとともに、小学校においても薬物乱用防止教室の開催の一層の推進に努める必要がある。また、教員や薬物乱用防止教室の指導者の研修の機会の充実や、児童生徒用教材及び教師用指導資料の充実に引き続き努める必要がある。
- 広報啓発活動については、政府全体で様々な媒体により多様な広報啓発活動を推進してきたところであ

3. 学習指導要領

喫煙や飲酒、覚せい剤などの薬物乱用は、児童生徒における重要な現代的健康課題であり、学習指導要領においても充実が図られてきた。

平成20年9月に発出された通知「薬物乱用防止教育の充実について」では、薬物乱用防止教育について以下の留意点が示された。

- 1 学校においては、児童生徒への薬物乱用防止教育の充実のため、「体育」、「保健体育」、「道徳」、「特別活動」における指導に加え、「総合的な学習の時間」の例示として示されている「健康」に関する横断的・総合的な課題についての学習活動等も活用しながら、学校の教育活動全体を通じて指導すること。

一方、学習指導要領については、中央教育審議会の

るが、今後とも、薬物乱用防止等についての国民の理解を更に深めてもらうための効果的な広報の在り方について検討しつつ、広報啓発活動の一層の充実に努める必要がある。大麻については、有害性等の正しい知識の啓発につき、引き続き実施する必要がある。

- 関係機関等による相談体制については、地域住民の相談に的確かつ素早く対応するため、より充実した相談体制を構築する必要がある。
- 都道府県等における薬物乱用防止教室の実施に係る指導・支援の実施状況、薬物乱用防止教室の実施率の向上につながっている効果的な取組事例、問題点等を踏まえ、都道府県等に対して、私立学校を含めた薬物乱用防止教室の実施の徹底を図るための具体的な対策を講ずること。
- 大学等における薬物乱用防止に係る啓発・指導の実施状況を把握し、大学等に対して先進的な取組事例を提供するなど、薬物乱用防止に係る情報提供を充実させること。

なお、政府は、より一層の推進を図るため、平成22年7月に「薬物乱用防止加速化プラン」を策定しており、「未然防止対策」として「学校教育等の充実」および「予防啓発の強化」を挙げている。

答申を踏まえ、平成20年に改訂されたところである。

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

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

小学校学習指導要領での関連部分

(3)病気の予防について理解できるようにする。

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

要であること。

エ. 喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、健康を損なう原因となること。

内容の取扱い

(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取扱うものとする。また、覚せい剤等についても触れるものとする。

上記学習指導要領のエに関連する部分の解説を以下に示す。

エ 喫煙、飲酒、薬物乱用と健康

(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取扱う」としたものである。また、覚せい剤については、乱用される薬物にはいろいろなものがあることに触れる例として示したものである。

中学校学習指導要領でも大きな変更点はない。

(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(そのような)行為には、個人の心理状態や人間関係、社会環境が影響することから、それぞれの要因に(それらに)適切に対処する必要があること。
*括弧内はH10告示。

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。

喫煙、飲酒、薬物乱用防止の学習指導要領に関連する解説部分は以下の通りである。

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・広告や入手のしやすさなどの社会環境などによって助長されること、また、それらに適切に対処する必要があることを理解できるようにする。

4. 薬物乱用防止教室の開催

薬物乱用防止教室の開催状況は、文部科学省の調べによれば、平成21年では、開催校は小学校11,739校、中学校7,783校、高等学校3,731校、中等教育学校22校であり、開催率はそれぞれ54.0%（平成20年37.5%）、72.8%（58.4%）、75.3%（64.1%）、52.4%（44.4%）となり、平成20年と比較して高くなっている。

平成20年9月に発出された通知「薬物乱用防止教育の充実について」の中で、

2 すべての中学校・高等学校において、年に1回は「薬物乱用防止教室」を開催するよう努めるとともに地域の実情に応じて小学校においても「薬物乱用防止教室」の開催に努め、警察職員、麻薬取締官OB、学校薬剤師等の協力を得つつ、その指導の一層の充実を図ること。

が示されている。

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づ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こんだ深い指導的な教員の活用も考えられる」とされた。

主な留意点は、①講師の専門性が十分に生かされるような指導形態の工夫を行い、教員と十分な連携の下で実施すること、②保健、道徳、特別活動および総合的な学習の時間に学級担任、教科担任や保健主事などを中心に薬物乱用防止教育の一環として企画し、より専門的立場から豊富な知識や経験に基づいた指導を仰ぐこと、③児童生徒に薬物乱用を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、様々な教材を作成・配布している。

このような教材は、発達段階を考慮し、できるかぎり

の新しい科学的知見を踏まえて作成されており、子どもたちの知識・理解を進める上で極めて有効な手助けとなる。しかしながら、使用に際し、ただ放映したり配布

したりするだけでは効果的ではない。授業において、喫煙、飲酒、薬物乱用に関する子どもたちへの発問や、このような教材をどのような場面で使用することが有効であるかなどについて文部科学省が作成・配布している「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料」の指導案を参考にしながら組み立て、教師による働きかけや支援により、子どもたちの思考・判断、さらには意志決定や行動選択に結び付けるよう授業計画を立てることが大切である。以下に文部科学省が作成・配布している教材等を示す。

①薬物乱用防止教育教材の作成・配布

- ・小学生用ポスター及びパネルの作成・配布：全小学校に配布（平成11年度～）
- ・小学生用パンフレットの作成・配付（平成13年度～）
「ストップ・ザ・薬物」小学校5学年全員に配布
- ・中学生・高校生用パンフレットの作成・配布
中・高等学校 第1学年全員
薬物乱用防止教育パンフレット（平成9年度～）
喫煙防止教育パンフレット（平成15年度～）
心と体の健康啓発教材の作成・配布（平成17年度～）
飲酒と健康、エイズ、感染症、心の健康も含めた中・高等学校1学年全員に配布をしている。
かけがえのない自分・かけがえのない健康（中学生用）
健康な生活を送るために（高校生用）
- ・ビデオ教材の作成・配布：各学校に配布
小学生用：ストップ・ザ・薬物
中学生用：NO!脳からの警告
高校生用：なくした自由

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

②薬物乱用防止教育及び喫煙防止教育ホームページ
日本学校保健会に、喫煙防止教育および薬物乱用防止教育のホームページを開設している。アドレスは以下の通り。

薬物乱用防止教育

<http://www.hokenkai.or.jp/3/3-1/3-1.html>

喫煙防止教育

<http://www.hokenkai.or.jp/3/3-5/3-5-frame.html>

③薬物乱用防止教育指導者用資料作成・配布

・指導者用ビデオ

全小・中・高等学校に配布「育てたい生きる力 喫煙、飲酒、薬物乱用防止のために」（平成12年度）
・喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料
中学校編、高等学校編、小学校編
・薬物乱用防止教室推進ビデオの作成（平成14年度）
薬物乱用防止教室について学校が開催形式の工夫や留意すべき事項、さらには外部の専門家が児童生徒の発育発達段階に配慮して適切に指導する際の配慮事項など、開催に際して参考にするよう、事例等をもとにビデオで紹介している。なお、本ビデオは全小・中・高等学校に配布している。

④広報啓発活動の推進（平成11年度～）

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

（鬼頭英明）

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育み、「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—食べることから健康な生活を考える

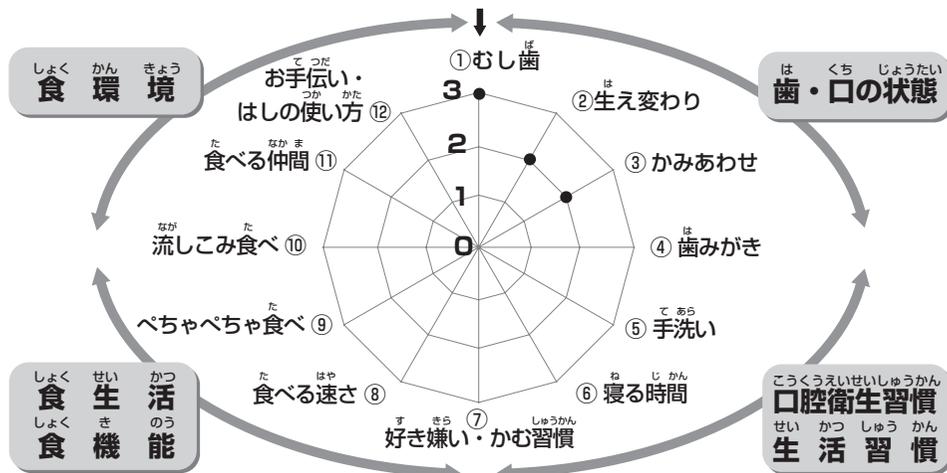
る—」という冊子を作成した。これは、「生涯を通じた歯・口の健康と食べる機能」を見据えた機能の発達期である幼児児童生徒を重視する視点から作成されている。特に注目されるのは、「口腔の発育状態」、「生活習慣」、「食べ方」の項目にしたセルフチェック票と、児童生徒自身が視覚的に問題点を把握できるレーダーチャート(図1)を提示している。

(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、さらに平成19年度に特別委員会を立ち上げ、



(日本学校保健会：歯・口と食べる機能Ⅱ，食べることから健康な生活を考える)

図1 レーダーチャート(幼児・小学生用)

「学校と学校歯科医のための『食』教育支援ガイド—『食育』をどう捉え展開するか—」を平成20年3月に発刊した(図2)。内容は以下の項目になっている。

I章 総論

1. 「生きる力をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」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。

(4)日本学校保健会は平成19年～21年度にわたり、「食と咀嚼に対する実態等の調査委員会」を立ち上げ、歯・口の健康の視点から、児童生徒およびその保護者(10,997名)を対象とし、「食生活」の中の「食する」を中心とした「かむ」ことや「咀嚼」に注目し、これらに関連する意識および実態等の調査を行い、今後の歯・口の健康に寄与し、学校歯科保健活動の充実を図ることを目的とした。その報告書は、平成22年2月に発行された。

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

- 1) むし歯、歯周病など口腔疾患の予防・抑制を目的にした、主に“シュガーコントロール”としての食教育・食指導。
- 2) 口腔機能(特に食べる機能)の育成支援を目的とした食教育、食指導
- 3) 「味覚(五感)食教育」の学習



図2 学校と学校歯科医のための「食」教育支援ガイド
(編:日本学校歯科医会)

(5)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月に立ち上げ、平成21年6月に報告書を作成、発表した。

経緯については、平成17年7月に食育基本法が制定され、歯科界でも取組がはじまったが、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)が国民なら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されることになった。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

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じ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つて、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

(日本歯科医師会 編：食育推進支援ガイド)

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

あらゆる分野に広がることにより、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. その他の新たな健康教育

前述したように、歯科としての健康課題は多岐にわたってきている。日本学校歯科医会は、それに対応するように歯科からの視点を持った「喫煙防止教育」のリーフレットを中学生向けと高校生向けの2種類をシリーズ化して発行した。現在は、小学生向けを検討中である。

また、むし歯や歯肉炎(歯周病)は本来生活習慣病であるので、学童期からではなく、幼児期からの健康教育が必要である。そのため、日本学校歯科医会は学齢期前の幼児向け(保護者向け)に「はじめての歯みがき」という歯のみがき方指導教材(DVD)を監修した。

3. 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(自立)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歯科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10年間、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。平成21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る。(参照:コラム)

(丸山進一郎)

コラム 歯科からみた喫煙防止教育

社団法人日本学校歯科医会では、「喫煙」という重要な健康問題に取り組むための学術委員会を立ち上げ、歯科からみた喫煙防止教育の在り方について検討を進めている。特に、中高校生に対する喫煙防止策は喫緊の課題といわれていることから、学術第一委員会では学校歯科保健活動の一環として取り組むべき歯科からの視点による喫煙防止教育の指針となるリーフレットの作成に力を入れてきた。そこで、平成20年度には中学生に向けた喫煙防止教育のためのリーフレットを完成させた。さらに、平成21年度には高校生向けのリーフレットを発刊したので、その内容の一部を紹介する。

第1章では、「喫煙は歯・口にどのような影響があるのか」に焦点を当て、喫煙と歯周病との関係についてわかりやすく解説した。また、歯周病の進行により生じる歯槽骨の破壊と喫煙年数との関係や喫煙が歯科治療の予後に影響することについて言及している点で大変興味深い内容となっている。第2章では、喫煙による全身への影響に関して、未成年者の喫煙がなぜいけないのかを取り上げた。また、女性の喫煙率がわずかながら上昇していることから、女子校生を意識した内容として、「たばこと美容」や「たばこと妊婦」についても触れている。第3章では、受動喫煙に焦点を当て、たばこの先端から立ち上がる「副流煙」が喫煙者の吸い込む「主流煙」より有害物質を多く含んでいることやたばこの煙の体内循環について図解した。第4章では、「高校生の喫煙をめぐる問題」について触れ、特に喫煙が飲酒や薬物乱用へのゲートドラッグ（入門薬物）といわれていることを強調した内容となっている。また、高校生の喫煙が心と身体にどのような影響を及ぼすのかについても詳細な説明を加えた。第5章では、喫煙による社会問題について触れ、たばこを吸わない社会をつくるのが国民の幸福に繋がることを数字的根拠に基づき解説したことで、より理解が深まるものと考えられる。第6章では、喫煙防止に対する我が国およ

び国際社会の取組について、1900年の「未成年者喫煙禁止法」施行から2008年の「TASPO」の全国導入までを時系列的に記述した。第7章では、まもなく社会人になる高校生に対する強いメッセージが掲げられ、適切な意思決定や行動選択をするための3つのステップとして、STA (Stop, Think, Action) を提唱した。Stopとは、たばこに対する正しい知識を身につけ、自分を大切に思う気持ちを大事にすること、Thinkとは、喫煙をすることによって起きる多くの問題や自分の目標達成を阻害する喫煙の害について考えること、Actionとは、「たばこは吸わない」宣言と喫煙を勧められても「上手な断り方」を身につけ、周りの人の禁煙サポーターになることを意味している。

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の関係を「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ている。生活習慣が乱れやすい中高校生を対象とした「喫煙防止シリーズ」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」として捉えられることから、啓発媒体として有用といえる。諸外国に比べ、未だ日本の成人の喫煙率は高く、多くの喫煙者が未成年から開始している現状がある。未成年期に定着した悪しき習慣は、大人になって改善するのは困難ともいわれていることから、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。

(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むけて、2008.
4. 日本学校歯科医会：ステキな笑顔いつまでも、喫煙防止シリーズ、2009.

4 食育・栄養教育

食 育

1. 食育基本法

平成18年7月、食育基本法が創設された。「食育」という言葉には、ある抵抗を抱く人々があることは否めない。その理由は「食」はあくまでも個人的なものであり、家庭の中で育まれるものであるという意見、また「食」は個人の食欲、嗜好、生理状態に左右されるものであるから国が法律を作って規制するものではない、という意見も聞かれる。確かに食は個人的なものであり、食べ方には社会生活の関与があり、嗜好は長年培われた習慣によるものに違いない。しかし食べ物を食べる視点からみれば、その範囲は狭く、個人性の強い行動であるが、この法律制定のねらいは、食を単に「食べる場面」にとどまらず、食べ物の生産から、加工、流通、安全の確保、家庭での調理、健康保持のための栄養確保、疾病の予防のための食、地域の食料を地域で消費、食品の無駄や廃棄、豊かな健康的な食文化の継承、など生産者と消費者の交流と共生を願った「食」に関するすべての場面で、望ましい形へ変容させるために国民をあげて取り組もうというところにある。

(1)目的と基本理念 (食育の範囲は国民全般にわたっているので、ここでは学校教育を対象に焦点を絞ることにする)

〈目的〉

国民の生涯にわたる健全な心身を培い、豊かな人間性を育むための食育を推進するために、食育の基本理念を定め総合的かつ計画的施策を推進し、健康で文化的な国民の生活と活力ある社会の実現に寄与する。

〈基本理念〉

- ① 国民の心身の健康の増進と豊かな人間を形成する。
- ② 食に関する感謝の念と理解。
- ③ 食育推進運動を地域住民、その他の社会と協力して全国に展開をする。
- ④ 子どもの食育における保護者、教育関係者等の役割は、父母その他の保護者は家庭において、教

育・保育を行うものは学校・保育所等で積極的に子どもの食育を推進する。

- ⑤ 食に関する体験活動と食育推進活動を実践する。
- ⑥ 食文化の継承、農山漁村の活性化と食糧自給率の向上。伝統のある食文化に配慮し、食糧の需要と供給に理解を求める。食糧の生産者と消費者の交流を図り、農山村の活性化と交流を推進する。
- ⑦ 食品の安全性の確保等における食育の役割。食に関する知識と理解を適切な食生活の実践に資すること。

(2)食育基本法に包含される教育の範囲と内容

- ① 食糧生産分野における教育内容には、生産者や生産物への安全と信頼感の理解を求める。地産地消の奨励、学校給食との連携など。
- ② 食品加工の分野では、食品添加物の安全性の理解、外国製品への警告、加工過程の安全管理の充実などがある。
- ③ 食品流通分野では安全な流通、不正事故の点検の方法と管理の充実、安全な食品の確保などがある。
- ④ 食の安全では、安全な食品の選択、正しい調理の実施、安全評価の信頼、家庭における調理時の衛生管理など企業、家庭、個人の安全管理の教育は重要である。
- ⑤ 健康を目指した食事の管理については従来から、学校給食、保健センターでの指導、企業健診のアフターケアの中で、実施されてきた内容である。特に重点が置かれているのは、食事の規則性の改善(朝食欠食、と過剰な間食・夜食の摂取)、栄養素のバランス、中年の肥満と女子のやせ、メタボリックシンドロームの予防と改善指導、健康食品やサプリメントの正しい理解など、これらの

分野で重視されている。通常、栄養教育はこのカテゴリーに入る。

- ⑥ 食品の無駄や廃棄については、現在自給率40%の日本の食糧消費状況からみて、まだ食べられる食品の廃棄が、37%という高い値である。開発国では最低のレベルといわれている。食べ物を大切にすゝる気持ちの教育、生きているものを頂いている食への感謝、作った人への感謝の気持ちなど、食への感謝の道徳的教育が求められている。
- ⑦ 最後に食文化の消失回復の希望がある。もともと日本食は糖質と魚類、ビタミン類を中心として健

康的に最高の食文化を維持してきたものである。現在、油脂類、肉類の摂取が過剰気味で肥満や高脂血症等メタボリック症状の増加が著しい。この現状に対する改善教育は食育の主要な目的をもった分野である。食文化の回復のベースに地産地消で郷土料理の復活を子どもの時からという活動も多い。

(3)9つの定量的目標と21年度の食育白書の評価

食育推進基本計画における食育の推進に当たっての目標値と現状値(表1)

	《基本計画策定時の値》▷	《現状値》▷▷▷	《目標値(平成22年度)》
1. 食育に関心を持っている国民の割合	69.8%	72.2%	90%以上
2. 朝食を欠食する国民の割合	子ども : 4.1% 20歳代男性:29.5% 30歳代男性:23.0%	子ども : 1.6% 20歳代男性:28.6% 30歳代男性:30.2%	子ども : 0% 20歳代男性:15%以下 30歳代男性:15%以下
3. 学校給食における地場産物を使用する割合	21.2%	23.3%	30%以上
4. 「食事バランスガイド」等を参考に食生活を送っている国民の割合	58.8%	57.7%	60%以上
5. 内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)を認知している国民の割合	77.3%	89.7%	80%以上
6. 食育の推進に関わるボランティアの数	28万人	33万人	20%UP
7. 教育ファームの取組がなされている市町村の割合	0.4%	9.2%	60%以上
(参考)教育ファームの取組を行っている主体がある市町村の割合68.7%			
8. 食品の安全性に関する基礎的な知識を持っている国民の割合	45.7%	49.7%	60%以上
9. 推進計画を作成・実施している都道府県及び市町村の割合		都道府県:100% 市町村:25.5%	都道府県:100% 市町村:50%以上

(平成21年度版 食育白書 内閣府 2007年)

表1 食育推進基本計画における食育の推進に当たっての目標と現状値

2. 学校における食育推進施策

生徒を対象とした食育推進施策の取組として、以下のような項目が挙げられている。

(1)生活リズムの向上

平成18年4月に「早寝、早起き、朝ごはん」全国協議会が発足し、幅広い関係団体の参加を得て子どもの基本的な生活習慣の確立や生活リズム向上につながる運

動を展開している。

(2)子どもの肥満予防の推進

肥満や生活習慣病予防のために、食育のテーマとして規則的な食事、夜食・おやつを取り方、朝食欠食の指導、運動、日常の行動を増やすなど摂取エネルギーを減じ、消費エネルギーを増やす指導が日常の授業に

取り入れられている。

(3)家庭や地域における栄養教諭を中核としての取組

子どもの望ましい食生活の実施を目指し、保護者への指導、給食便りやパンフレットの配布で家庭と連携した組織、体験活動、料理教室、給食試食等の実施が働きかけられている。

(4)学校における指導体制の充実

平成17年度から学校栄養職員の栄養教諭への免状取得のための講習が実施されている。現在の全都道府県の栄養教諭は3,379名であるが、各県による差が大きい。学校における推進の明確な位置づけとして、栄養教諭が学校給食を活用した実践的な指導を行うことが平成20年6月の学校給食法の改正で成立し、平成21年4月から施行されている。

(5)学校における指導内容の充実

子どもの食に関する正しい知識を身につけ、自らの食生活を考え、望ましい食習慣を実践できることをめざし、給食の時間、総合学習、各教科の中で食に関する指導を実施する。その際に栄養教諭を中核として指導を行うこと。

(6)学習指導要領の改訂

平成20年3月に小・中学校、平成21年には高等学校および特別支援学校の学習指導要領の改訂が行われ、「学校における食育推進」が明確に位置づけられ、食育の観点からの記述を充実させた。幼稚園教育要領の改訂も行われ、領域「健康」において、食育の

観点からの記述を充実させている。

(7)学校給食の充実

地場産物を学校給食において活用する取組が積極的に進められている。推進地域を指定し、学校と地域の生産者との連携体制を整え、地場産物を「生きた教材」として活用できる方策について調査研究を行っている。

(8)学校給食に地場産物の推進方策

米飯給食も地場産物提供の主要な在り方である。米飯給食の回数を増加することを新しい目標として推進するよう、平成21年に通知している。

(9)食文化継承のための取組の推進

地域の郷土料理や伝統食等の食文化を大切にし、次の世代への継承を図るため、食文化の継承に関する活動が中・高校生を対象に実施されている。

(10)都市と農山漁村との共生・対流を通じた食農教育の実践

食育基本法創設以来最も大きな目的は日本の農業の復興にあった。平成18年ごろより学校を対象として学校農園の指導、産物への興味と生産者への感謝、生への尊厳の教育がはじめられていた。農村との交流については、小学生が農山漁村で長期宿泊体験活動等を推進しており、生産物とその料理などの体験学習の活動が活発になっている。平成20年度から、滞在型市民農園の経営モデルの作成を行い、整備促進を図っている。

3. 学校における食育の事例の紹介

食育活動実施対象となる学校での活動はどのように展開されているのか、ここでは農林水産省が実施している「地域に根ざした食育コンクール」で、優秀な活動で普遍性のある活動として認められた事例について紹介する。この項についてはコンクール主催担当の農村文化協会の許可をいただいている。

事例1 弁当の日（香川県 滝宮小学校）

「弁当の日」は平成13年の年度初めに校長先生よ

り、突然「今年の10月の第3金曜日を、5年生の弁当の日といたします」と発表があった。母親集団、先生方は驚いて不満の意を表した。校長先生は「弁当は子ども自身が作ります。家庭科の先生は10月までに弁当の副菜の作り方を教えてください」といわれた。約束ごとは、
①家庭科のある5年生で行う。
②買出しから料理、片付けまですべて子どもたちで行い、親は一切手を出さない。
③繰り返すことで技量アップを図るため、10月から月に

1回、来年末までに5回行うこと。

この「弁当の日」は、校長先生が代わった現在でも継続され、また日本各地にも広がり、いまや小中高校、大学を含め約650校に及んでいる。

弁当の日を実施した学校の成果は、「家庭の時間を取り戻させてくれる」「心の空腹を満たしてくれる」「毎日作ってくれるお母さんへの感謝とお母さんみたいに立派な人になりたい」という。この経験によって子どもたちは確実に自信をつけたとみている。弁当を作るだけでどのような成果を期待するのか？ 校長先生の弁当を作ることへの思いは「体験からこそ学びなさい」だという。先生の子どもへの「夢」の期待をいくつか紹介する。

- * 食事を作ることの大変さが分かり、家族をありがたく思った人は優しい人です。
 - * 一粒の米、一個の白菜、一本の大根にも「命」を感じた人は思いやりのある人です。
 - * 旬の野菜や魚の、色彩・香り・触覚・味わいを楽しめた人は心豊かな人です。
 - * 食材の値段や賞味期限や原材料や産地を確認できた人は工夫できる人です。
 - * シャケの切り身に生きていた姿を想像して「ごめん」といえた人は情け深い人です。
- など美しい言葉を生徒に送られている。こんな人に成長してほしいとの願望である。

事例2 総合教育における食育の意義（上智大学 奈須正裕）

「食」による総合的な学習とは

学校内の「ままごと」ではなく社会に開かれた「本物の学習」を

- * 総合的な学習とは生活教育・地域での日常生活の現実を考え、納得のいく生活現実を想像していけ

る資質・能力を身につけ成長していくための教育である。「食」の体験は適切な題材であるから「食」の活動だけでは「学び」（内容）にはならない。

- * 「そば」を考えてみる：人の「生き方を考える」ためには、力を合わせて楽しくそばを打つだけでは充分ではない。そばの栽培に対し、肥料、農薬、食に関わる環境は？ 何故この地域でそばの栽培が盛んか？ やせた土地で取れる唯一のそばを維持した食文化の背景は何かを知る。食を仲立ちに地域への愛着と地域の1人としての自覚と誇りを高めさせる。
- * 「生活教育とは、生活を自覚的に「する」教育である」

事例3 食農教育の実際

「米を売る体験で『食べる』側から作る側へ」（上越市高志小学校 5年生）

— 地域に生きる子どもを育てる学修 —

- * 米づくりで地域とのつながりを知る。
- * 地域や学友と協同作業の体験をすることで米つくりのあり方を知る。
- * 用水を廻りブナ林の働きの環境を知った。田んぼに用いる水が何処から来るか？ 用水を辿ると水を湛えやすいブナ林がその役目を果たしているという環境を知る。
- * 自分達で作った米を文化祭でおにぎりにして販売する。
- * 販売体験で生産に掛かった費用と労働への報酬を計算してみることにする。それによって地域農村の市場原理と農業の現状を知る。
- * 食券を売って自分の作った米を食べてもらいたいと試みた。食べ物を捨てる罪を考える。

栄養教育

学校に限らず一般的に栄養教育は、人の健康保持・増進および疾病予防や臨床における栄養や食事療法を目的とする指導、あるいは食品学や栄養学などに関する教育的活動を栄養教育と称してきた。学校においては給食の開始草創期より食に関する指導を「給食指導」あるいは「栄養指導」「食の指導」と呼んできた経

緯がある。栄養教諭制度の創設（平成16年7月）により、給食指導は給食を「生きた教材」とした教育と位置づけられ、学校の教育活動全体の中に包含されてきた。

「給食指導」の範囲は単に食物・栄養素・の科学的な面や体への影響のみならず、食べ方、食事の雰囲気

を明るく、好き嫌いをしない、よく噛んで食べる、食事中のお話など食事作法を含めた範囲を指導の中に入れてきた。つまり栄養教育と食事指導が含まれた幅広い教育がなされてきたが、今回の食育基本法の創設によって、学校における食育は栄養教諭を中心として全学的な食育を展開することが要求されている。

したがって学習指導要領の改正（平成20年4月施行）に基づく食育の実施のために、各地域で食育の年間指導計画が検討されているが、栄養教諭が中心とな

る教育計画との理解から食育活動が「給食指導」と重複した形で指導計画の中に混在してくる場合が多い。栄養教諭が中心となって全学的教育活動を展開するとなれば、全体活動として立案された食育活動へ、各教科の担当者がその一部を担当するような展開の方法をとらなければ、全学での食育には展開しにくいのではないかと憂慮される。

栄養教育と食育の概念の違いを述べて、ここでは「栄養教育」と「食の指導」の解説をする。

1. 栄養教育の実際

(1) 子どもの食生活の課題を知る

子どもの食の行動を知るには環境から攻めることも重要である。

① 子どもの生活の変貌

- *就寝が遅いことによる間食・夜食の増加、そのことが朝食欠食の要因となっている。
- *通塾時の食のリズムの変貌、食のリズムが夜型へ移行し、不定愁訴の増加が見られる。通塾時には食事の個人指導が必要で個人のリズム調整が大切。
- *夜の食事はインスリンの分泌を促し脂肪蓄積を誘導する。
- *子どもの外遊びが室内遊び（PC、TVゲーム）へ

変わり運動量が低下。

② 保育者の食意識の低下

- *食環境の変化が著しい。食の外部化、調理済みの食品使用の増加。
- *子どもの食事量に対する無関心が多い。食の質と量の認識が薄い。
- *調理技術の低下とともに、調理済み食品には食塩・油の含有量が多いことへの意識が薄い。
- *大人の食のリズムを子どもへ強要する。
- *食卓を囲む健康効果の意識喪失。

③ 子どもの心の歪みと食

- *子どもの食は心の歪みと密接な関係があることを認識すること。

調査内容	食事記録法		24時間思い出し法	食物摂取頻度調査法
	当日の食事内容		前日の食事内容	日常の食事内容 (1か月～1年間程度)
測定方法	秤量 摂取した食品の正味の重量を計測	目安量 通常食品を数える単位の目安量を記録	目安量 通常食品を数える単位の目安量を思い出して面接者に回答	平均的摂取頻度と目安量質問票を用いて選択回答
食物・栄養素 摂取量の算出 対象者の負担	定量的 大きい。	定量的 やや少ない。	定量的 比較的少ないが、面接に時間がかかる。	半定量的 概算 比較的少ない。
調査条件	事前の説明や回収時の確認、記録内容のコード付けに熟練を要する。	事前の説明や回収時の確認、記録内容のコード付けに熟練を要する。	面接や聞き取り結果のコード付けに相当な熟練を要する。	専門職でなくても調査は可能である。
精 度	最も高い。	秤量法よりは誤差が大きい。	記録法よりは誤差が大きい。	集団内での相対的な位置を知るためのもので、定量性は低い。
そ の 他	食事変更が起こりやすい。	食事変更が起こりやすい。	調味料や調理油等の把握がむずかしい。	対象の特性に合った調査票が必要。短期間の変化をとらえにくい。

(栄養教育論 第一出版社 2006年)

表2 食事調査法の分類と特徴

*子どもと周辺の間人関係を探る必要がある。

*心理的抑制で食に逃げる場合:夫婦関係・家族構成の背景を知る。

*学校・友人、また母と子ども・父と子どもの確執はないか。

質問項目	幼稚園児		小学1~2年		小学3~4年		小学5~6年		χ ² 検定
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	
夕食前に間食	37.5	26.9	27.0	32.3	31.6	19.4	48.5	37.8	#
食事が少ない	20.8	30.8	13.5	16.1	10.5	16.7	3.1	8.1	
夕食後の間食	12.5	15.4	8.1	22.6	21.1	6.5	18.2	19.4	*
食事を食べ過ぎ	12.5	0.0	2.7	6.5	21.1	9.7	18.2	2.7	
食欲なし	4.2	11.1	5.4	0.0	2.6	6.5	3.0	2.7	#
買い食いする	4.2	0.0	0.0	0.0	5.3	0.0	3.1	0.0	#
朝食抜き	0.0	3.7	2.7	10.0	5.3	0.0	12.1	0.0	

男女差*: p<0.05、学年差#: p<0.05 (鳥井・田中、1994)

(たべるー食行動の心理学 朝食書店 2002年)

表3 食行動の問題の頻度が高い子どもの割合

(2) 栄養状態を知る。(栄養アセスメント)

- ① 身体状況、生化学的検査 (もし可能であれば)
- ② 食事状況調査 (頻度調査・24時間食物摂取調査) (表2)
- ③ 生活状況調査 (起床時間・就寝時間・運動の種類と時間・日常の生活状況)

(3) 栄養教育の実際

- ① 個人指導: 肥満や痩せの生徒、偏食、好き嫌いの多い生徒、食アレルギー等の個人で食に関する問題を持つ生徒に対する指導が必要。食の指導は生徒だけでなく、母親、保育者とともに面接し、問題の発見、それへの対応を両者で共有する必要がある。上記の栄養アセスメントを参考にしてほしい。個人指導は効果的な成果を挙げることができる。
- ② 集団指導: 健康保持のためにクラスや学校全体

の単位で指導。とくに4、5年生は成長速度が遅くなる時期だから、肥満が多くなる。この時期の給食の食べ方、おやつ摂取などについてよく観察し、集団での指導が必要。高学年では自分の必要栄養量に対する食品の選択、組み合わせなど家庭科の授業と連携して指導することも必要である。高学年では塾での勉強が多くなる。このときの食事のリズムを生徒自身に充分理解させること。つまり夜遅い夕食と睡眠時刻が近いことで肥満への誘導が目立つことに注意すること、などがある。表3に示した鳥居らの調査にみられるように、各学年に共通して多いのは「夕食前の間食」である。その結果「夕食の食事が少ない」から「夜遅い食事」となり、「朝食欠食」や肥満の要因となっていることは否めない。

(坂本元子)

参考文献

- 1、食育基本法 全文、総則、食育推進基本計画、基本的施策、食育推進会議等 平成17年 法律第63号、最終改正 平成21年 法律49号
- 2、食育に関する意識調査 食と生活 NO. 5、食生活情報サービスセンター 2007年
- 3、食料自給率の向上と食糧の安定供給の確保に向けて 平成18年度食糧・農業・農村白書から 食と生活 NO. 6、食生活情報サービスセンター 2007年

- 4、平成21年度版 食育推進施策 (食育白書) (概要) 内閣府 学流協ニュース206号 平成22年
- 5、「弁当の日」がやってきた 竹下和男編著 (有) 自然食通信社 2003年
- 6、地域に根ざした食育コンクール 農山漁村文化協会 農林水産省 2007年版
- 7、坂本元子編著 栄養教育論 第一出版 2006年
- 8、中島義明、今田純雄: たべるー食行動の心理学、朝食書店 2002年

5 安全教育

1. 学校安全と法的根拠

学校安全には、学齢期はもちろんのこと、生涯にわたって安全な生活を送るために、事件・事故および災害についての理解を深め、安全に行動するための能力や態度を身につけ、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。

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。

学校安全活動の法的根拠としては、2009年4月に施行された学校保健安全法に示されている。学校の設置者の責務としては、学校における事故等により児童生徒等に生ずる危険を防止し、および事故等により児童生徒等に危険または危害が現に生じた場合において適切に対処することができるよう、学校の施設および設備ならびに管理運営体制の整備充実その他の必要な措置を講ずるよう努めることが示されている。また同法によって、学校施設および設備の安全点検などの安全管理、児童生徒等に対する通学を含めた学校生活その他の日常生活における安全指導などの安全教育、そして教職員への研修など組織活動について、学校安全計画を策定し、これを実施しなければならない。さらに、危険等発生時対処要領（危機管理マニュアル）を作成し、職員に対する周知・訓練を実施すること、児童生徒等の保護者、警察等関係機関、地域のボランティア等団体、地域住民等との連携をとることが求められている。

2. 学校の耐震化

2007年12月に「生活安心プロジェクト」に関する関係閣僚会合による緊急に講ずる具体的な施策の中に、「子どもたちの安全を確保するため、大規模地震によって倒壊等の危険性の高い公立小中学校施設（約1万棟）について、今後5年を目標に、地方公共団体の実施する耐震化の推進を図る」ことが示された。これより大規模な地震による倒壊等の危険性の高い（Is値0.3未満）公立小中学校施設について、早急に耐震化を図ることとなった。Is値とは建物の強度や粘り、さらに形状や経年状況を考慮した耐震指標であり、耐震改修促進法（1995年施行、2006年改正）等では耐震指標の判定

基準を0.6以上とし、この基準をクリアできれば倒壊の危険性は少ないとされる。

その後、2008年6月には「地震防災対策特別措置法」が改正され、Is値0.3未満の公立小中学校等施設の耐震化事業について、国庫補助率が引き上げられ、国の費用負担が2分の1から3分の2に増えた。併せて地方財政措置も拡充され、公立小中学校等施設の設置者である地方公共団体の実質的な財政負担が大幅に軽減された。また、この法改正により、地方公共団体に対し、その設置する公立学校施設の耐震診断の実施と耐震診断を行った建物（棟）毎の公表が義務づけられ

た。

公立学校施設の耐震化は着実に進んでいるものの、2010年4月1日時点で、全国の小中学校の耐震化率は73.3%となっている。その時点で、全国には震度6以上

で倒壊する危険性が高い建物が約7,500棟残っているとされる。また法で義務づけられている耐震診断が未実施である学校が1校でもある自治体は、全国の約4分の1となっている。

3. 地震発生時の避難行動

科学技術・学術審議会研究計画・評価分科会防災分野の研究開発に関する委員会は、2009年5月に地震防災研究を踏まえた退避行動等に関する作業部会を設置し、地震発生時の退避行動についてその有効性を検証し、課題を抽出するとともに、どのような行動をとるのが望ましいか等について検討を行い、2010年5月に報告書を提出した。

この報告書では、近年の地震災害とその際の避難行動に関する情報を元に、従来推奨されていた避難行動、具体的には「丈夫な家具に身を寄せる」、「身を隠して頭を保護する」、「地震を感じて慌てて外へ飛び出さない」、「グラッときたら火の始末」等について検証を行っている。たとえば「グラッときたら火の始末」行動については、揺れとともに反射的に火を消す行動をとることで、コンロの火や高温の調理器具・材料により火傷を負う危険性があることから、推奨行動としては妥当とはいえないと報告されている。

これらの検証を踏まえて、地震時に人命を守るための退避行動等についての基本的考え方としては、自分のいる場所の状況を適切に把握した上で、揺れの大きさ、個人の役割、直前の行動等や、地震時の揺れによるその場の物理的環境の変容と自分の生理的・心理的な変化を踏まえて、その場所がどの程度、安全または危険なのかを判断し、最も人的被害が軽減されると判断される行動をとることが望ましいとしている。ただし建物の耐震化や家具の固定、消火設備の設置等の事前対策の実施状況によって適切な避難行動は異なるものであり、条件によっては同じ行動でも不適切になる可能性もある。推奨する退避行動は万能なものではなく、条件によっては不適切となるものを含むものであり、退避行動を行う際にはこの点を十分に踏まえることが必要であることが指摘されている。ここで検討された内容は、学校における避難訓練においても大いに参考となるとと思われる。

4. 学校安全参考資料「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」の改訂

2001年に文部科学省より発刊された「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」の改訂作業が、作成協力者会議（座長：渡邊正樹）によって2009年度に行われ、改訂版が2010年3月に発刊された（図1）。改訂は、主に学校保健安全法の施行、学習指導要領の改訂、2001年以降の学校安全に関する取組などを踏まえて進められ、学校安全に関する新たな情報が盛り込まれている。本書の構成は以下の通りである。

第1章 総説

第2章 学校における安全教育

第3章 学校における安全管理

第4章 事件・事故災害時における心のケア

第5章 安全教育と安全管理における組織活動

第1章の総説では「学校安全の意義」、「心身の発達と学校安全上の問題点」、「学校安全の考え方とその

内容」、「学校安全計画の作成」について述べられている。なお学校安全計画の具体例は付録に掲載されている。第2章では「安全教育の目標、重点及び内容」、「教育課程における安全教育」、「安全教育への進め方」、「安全教育の評価」

について述べられている。主として学習指導要領の改訂に伴う変更点が記されている。第3章では、「学校環境の安全管理」、「学校生活の安全管理」、「不審者



図1 改訂版学校安全参考資料

侵入防止に関する安全管理」、「通学の安全管理」、「事件・事故災害発生時の危機管理」、「安全管理の評価」について述べられている。この章は、文部科学省より発刊された「学校の危機管理マニュアル—子どもを犯罪から守るために—」（2007年）をはじめとする種々の危機管理対策を反映し、大幅に改訂が行われて

いる。第4章では「事件・事故災害時における心のケア」、「事件・事故災害時における心のケアの実践」が、第5章では「教職員の役割と校内の協力体制」、「家庭、PTAとの連携」、「地域社会や地域関係機関・団体との連携」、「地域学校安全委員会等の組織と効果的な実践活動」が述べられている。

5. 教員の研修教材等

2010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。ひとつは「学校安全資料DVD 生徒を事件・事故災害から守るためにできることは」であり、中学校・高等学校の教員向けの研修教材となっている（図2）。構成は以下の7項目からなる（各10分程度）。

- (1) 安全点検のポイント
- (2) できていますか 不審者対策
- (3) 熱中症の予防
- (4) 交通社会の一員として（中学校）
- (5) 交通社会の一員として（高等学校）
- (6) 自然災害から生徒を守る
- (7) AEDを用いた心肺蘇生法等の応急手当

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。

もうひとつは「災害から命を守るために ～防災教育教材（高校生用）～」である（図3）。こちらは高校生用の教材（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「災害から命を守る」
- (2) 地震・津波「地震・津波から身を守れ」
- (3) 火山災害「火山噴火に要注意」
- (4) 風水害「強風や大雨に注意する」
- (5) 落雷「落雷から身を守る」
- (6) 災害後の生活「地域社会で支え合う」



図2 学校安全資料DVD

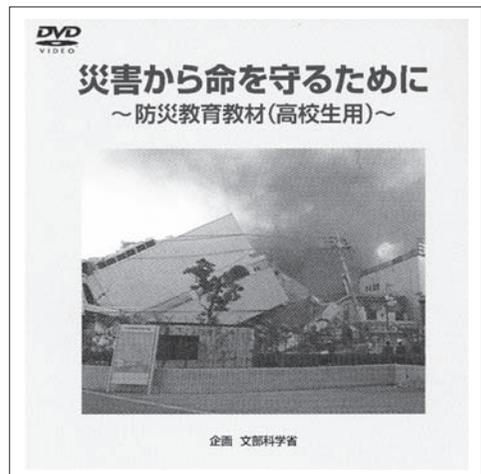


図3 学校安全資料DVD

（渡邊正樹）

参考文献

- 1) 地震防災研究を踏まえた退避行動等に関する作業部会報告書、2010
- 2) 文部科学省、学校安全参考資料「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」、2010

コラム セーフティプロモーション

近年、「学校からの帰り道に子どもが襲われ、連れ去られ、殺害される」、「風呂場で子どもが浴槽に落ち、溺れる」等の事故が報じられたことをご記憶の人も多いことと思う。子どもの犯罪被害を防止し、また重傷事故、死亡事故を防止することは今日の日本において大きな課題である。犯罪被害と不慮の事故は異なる領域を形成しているが、その発生要因を科学的に追求し分析していくと、いずれも体の外からエネルギーが加えられて生ずる人体の傷害が生命や健康を脅かすという共通点がある。前者と後者の違いはエネルギーが人体に伝達される起点で人の意志が働いたかどうか、いいかえるならば意図的であったかどうかである。前者は意図的傷害 (intentional injury)、後者は非意図的傷害 (unintentional injury)、あるいは不慮の事故と呼ばれている。意図的傷害にはこのほか、エネルギーが自分自身に向けられた自殺、自傷行為なども含まれる。欧米ではこれらの総称としてインジャリー (injury) という用語を用いている。日本語にはこれに相当する用語は確立していないが、ここでは傷害という用語を用いておく。何故このような一見面倒な説明をしているかという点、それは主として欧米において不慮の事故、暴力による傷害、自殺の予防のために科学的根拠に基づいた追究をした結果、行き着いた概念整理であり、それが今や世界的標準となりつつあるからである。

道路上にわずかに突出した石があったとし、歩いていて足が石にひっかかり、転んで大腿骨を骨折したとしよう。この場合、時の流れに沿って考えると、「最初は歩いていて石につま先が引っかかり、次いでバランスを崩し体が倒れ、地面に下肢、骨盤、上肢等が叩きつけられるということが起こる。この際、体のそれぞれの部位には外力が強く加わる。その結果、大腿部の弱いところ (頸部) に骨折を生ずる。痛みを生じ、起き上がれず、そのまま現場に横たわったままとなる...」となる。つまり最初の出発点 (event) が起こった後、体に物理的エネルギーが加えられ、骨折という傷害 (injury) を生ずることになる。原因となる出来事が時間的に先行し、それに引き

続き人体に傷害を生じている。原因となる出来事が意図的であったか、意図しないものであったか、意図された場合は他者に向けられたか、自分自身に向けられたかを分析することが出来る。人体に伝えられたエネルギーは物理的、化学的、電氣的、熱、放射線等複数の種類がある。例えば、伝えられたエネルギーが熱ならば、やけどという傷害を生ずることになる。ごく特殊な場合、窒息のように、エネルギーの伝達の代わりに生理的に体に入るべき物質 (酸素) が遮断され入らないことが傷害を生ずる直接のきっかけとなる場合もある。

以上に述べたごとく傷害の予防 (injury prevention) の対象としては、不慮の事故、自殺、暴力被害、自然災害による傷害の防止等が含まれる。スウェーデンでは1950年代から子どもの事故防止について多機関合同の委員会組織を作り、具体的な成果をあげてきた。これらを基盤としてヨーロッパにおいて事故防止からより包括的概念として"safety promotion"が確立し、世界保健機関 (WHO) と協力して世界に向けたSafe Community運動へと発展してきている。セーフティプロモーションの考え方の基盤には「すべての人は安全や健康についてそれを享受する等しい権利がある」という平等と人権の尊重の思想がある。セーフティプロモーションは地域、学校、職場等を単位とし、部署を超えた連携と関係者すべての関与、計画・実施・評価まで含む科学的根拠に基づく実践をすることに特徴がある。日本でも2008年以来、亀岡市、十和田市、厚木市等セーフコミュニティが誕生しはじめている。また、2010年には大阪教育大学附属池田小学校が日本におけるセーフスクール認証の第1号となった。

詳しくは以下のWebサイトを参照。
日本セーフティプロモーション学会 <<http://www.safetyprom.com/>>
カロリンスカ医科大学公衆衛生科学部社会医学部門・地域安全推進に関するWHO共同センター (スウェーデン) <http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm>

(衛藤隆)

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、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こと、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関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」を育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、事故およ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20年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」について初等中等教育局児童生徒課)

(平成20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6,484件、中学校42,754件、高等学校10,380件で、高等学校においては前年度より359件減少しているものの、小学校、中学校においては、過去最高の件数となっている。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40,807件、中学校36,795件、高等学校6,737件、特別支援学校309件であり、平成15年度から3年連続で減少しているものの全体で約8万5千件に上る。
- ③ 不登校は、小学校で22,652人(314人に1人の割合)、中学校で104,153人(35人に1人の割合)であり、不登校児童生徒数を学年別にみると、小学校、中学校ともに学年が進むにつれて多くなっており、中学校3年生が最も多くなっている。
- ④ 高等学校における不登校生徒数は、53,024人であり、わずかであるが減少傾向を示している。また、中

途退学者数は66,243人(前年度より6,611人減少)となっている。

- ⑤ 自殺した児童生徒数は、小学校0人(前年度より3人減少)、中学校36人(前年度より2人増加)、高等学校100人(前年度より22人減少)となっている。

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・物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの」とする。
- ・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」に代わるものである。

〈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・事故などの対応に当たった経験を基に、校内およ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、国およ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行なわれた。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、子どもの命に関わる問題として、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および性的虐待の早期発見の視点とその対応などについて、学校現場で使いやすいように事例などを交えて書かれているとともに、養護教諭のみならず、学校関係者にも活用できる内容となっている（文部科学省ホームページからダウンロード可能）。文部科学省は、今後も厚生労働省などの関係機関等と十分連携しながら、児童虐待の

防止に向けた取組を推進していくこととしている。

(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—」

（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みられる。このため、検討会においては、災害や事件・事故発生時における健康観察の進め方や新潟県中越沖地震の被災地域の学校を対象に行った調査結果を踏まえた自然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かを検討した。その結果を報告書「子どもの心のケアのために—災害や事件・事故発生時を中心に—」としてまとめている。この報告書は、教員用参考資料として、効果的な子どもの心のケアを行うために活用されることを期待している。

（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」という）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、国民の性に関する意識や価値観が多様化し、少子化、情報化など子どもを取り巻く家庭環境や社会環境も大きく変化している。そうした中で子どもの心身の発達は、性的成熟と社会的成熟に大きな差異が生じアンバランスとなっている。また、薬物乱用、売買春やその類似行為、性感染症や10歳代の人工妊娠中絶などが増加し、性に関する健康問題も深刻化するなど課題が山積している。

このため、文部科学省においては、平成11年3月に「学校における性教育の考え方、進め方」を編集発刊し（現在は絶版）、学校において、すべての子どもに対して、人間尊重、男女平等の精神の徹底を図るとともに、人間の性に関する基礎的・基本的事項を正しく理解させ、同性や異性との人間関係や現在および将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができるよう指導を充実することとしてきた。その後、各学校では、同書を参考に教育が実施されてきたところである。

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いえる。

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

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、児童生徒が身につ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、平成17年度以降、児童生徒の実態等踏まえた「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教材の開発および性教育推進事業を進めてきたところである。

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。

- 幅広い知識と教養を身に付け、真理を求める態度を養い、豊かな情操と道徳心を培うとともに、健やかな身体を養うこと。
- 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。
- 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、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つけ、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わかっており、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、現在および将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができ、健全な家庭や社会を築く態度を育てるなど「性に関する教育」を充実する必要がある。

(3)現代的課題に対応する

「性に関する教育」の現代的課題としては、性感染症、人工妊娠中絶、援助交際（売買春）、出会い系サイト等での被害などが挙げられる。その背景や要因は、家庭や地域社会の教育機能の低下、社会環境の変化など、子どもの精神的、社会的発達へ影響を与える多様な問題が複雑に絡んでいる。このため、それらの課題に適切に対応するためには、それぞれのライフステージにおける課題や性の意識、性行動、性情報などの実態を把握したうえで、集団または、個別の指導を進めていく必要がある。

特に、今後の「性に関する教育」では、次の2つの視点に力を入れる必要がある。

① エイズや性感染症および望まない妊娠の予防

若者の性のネットワークの発達やエイズ、性感染症、妊娠に対する危険（リスク）意識の欠如、知識不足や誤解から、今後もHIV感染、性感染症、妊娠中絶などが今後も引き続き発生し続けることが懸念される。

このため、学校においては、発達段階に応じて、性行動に伴う危険（リスク）について、正しく理解させ、それを予防する知識や態度、行動を育てることが重要である。特に、エイズの主たる感染経路が性的接触によるものであることから、子どもに対して、人間の性行動に対する適切な（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 性に関する環境および情報への対処

子どもは成長の過程で、社会環境や人間関係の中で性意識を形成していく。しかし、近年の子どもの成育環境の急激な変化によって、精神的な発達に伴わない子どもの性意識・性行動の変化が生じ、近年、人工妊娠中絶や性感染症が増加したことが指摘されている。こうした環境の変化としては、携帯電話やパソコンの普及による有害情報や性産業、出会い系サイトへの接触、青少年漫画における性描写の氾濫とその安易な販売、これらに関連して誤った情報からの影響や危険（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、さまざまな子どもの性に関わる実態が示すように、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、生育環境の変化の影響もあるが、教育効果への科学的検証が不十分なまま教育が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、生育環境の変化に抗して、子どもが身につ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

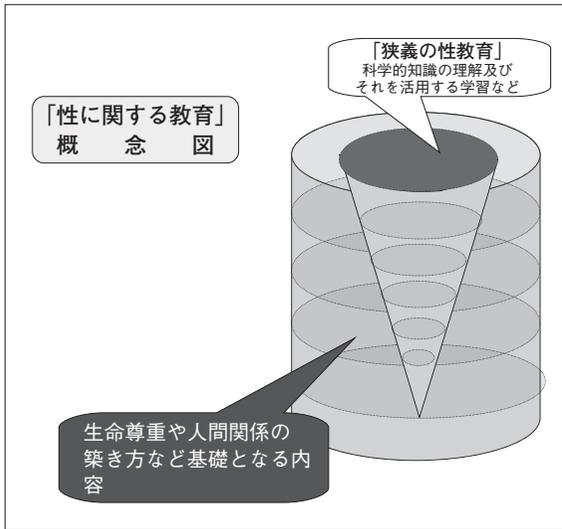
心身の発育・発達や性感染症等に関する科学的な理解の必要性および最近の調査結果等に現れた若者の性に関する意識や行動の実態ならびに「性教育」という用語の定義があいまいなまま使用され混乱している現状を踏まえ、二次性徴の発現や生殖機能の成熟、受精や妊娠、性器（生殖器）の構造や月経、射精、性行動、性感染症など直接性に関連する事柄を内容とする狭義の「性教育」に加え、性行動に関わる危険（リス

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。

その際、人間関係についての理解やコミュニケーション能力の育成を前提とすべきであり、その理解の上に性に関する教育が行われるべきものであって、安易に具体的な避妊方法のみの指導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



「性に関する教育」の概念図

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、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、性に関する教育の目標を、以下の3点に整理している。

- 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。

(4) 発達段階に応じた教育と集団指導、個別指導の見直し

子どもの性に関する課題に心身の健康の保持増進と

いう側面から適切に対応するためには、それぞれのライフステージにおける課題や性の意識、性行動、性情報などの実態を把握した上で、集団または、個別の指導を進めていく必要がある。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るべきである。

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）および地域性を考慮しなければならない。

(5) 学校における「性に関する教育」の内容

学校における「性に関する教育」の内容は、その目標を実現するために必要な事項を、子どもの実態と教育上の必要性から、発達段階に応じて選択し、学習内容として構成する必要がある。

この場合、各教科や道徳、特別活動等においては、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、主として体育・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および教科

の内容を補充、発展、統合したり、探究したりするような内容については、道徳や特別活動、総合的な学習の時間に位置づける。

その際、子ども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、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の制御

③ 男女の人間関係の危険(リスク)の回避の内容

- ・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

- ・男女に尊重や相互の理解など基礎的な学習
- ・家庭での役割分担や地域社会の環境改善に積極的に参画するような態度を育てる内容

② エイズ、性感染症および望まない妊娠の予防

- ・エイズ予防の正しい知識やエイズに伴う偏見・差別の払拭
- ・クラミジア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

- ・マスコミヤ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

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)学校教育目標と性に関する教育の目標との関連や整

合性

- (2)教育課程への性に関する教育の内容の位置づけ
 - ・ 体育・保健体育科その他の関連教科、道徳、特別活動および総合的な学習の時間
- (3)生徒指導との関連を図った個別的な指導・支援活動と個別の健康相談活動等の実施
- (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・改善の視点

- 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
(理解力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これでの審議状況（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）、前提となる人間関係を築く学習などの時期、内容、必要性の検討が必要である。

併せて、性をはじめ昨今の子どもの心身の健康の実態や問題には心理社会的側面要因が大きく関わっていることから、人と人の豊かな関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、我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、その基盤として、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かつ組織的な取組と教職員の共通理解が欠かせない。また、学校保健安全法の趣旨を踏まえ、集団での指導に加えて、

学校の実情や子どもの実態等に応じて、学校医、学校歯科医、学校薬剤師等の専門家に協力・支援を依頼し、子どもへの個別指導や保護者への助言を行ったり、保護者・PTAや地域保健医療機関・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)

コラム 日本の健康思想の展開 その3. 健康観の近代化

明治以降、それまでは相対的な関係にあった専門的医療技術と養生論とその周辺医療文化とが厳密に区分されたのは、医学教育や病院制度において西洋医学体系のみに正統性を認め、医学的諸技法を体制外に位置づけた後のことである。日本の医学は、それまでの中国医学を基礎とした医学から、短期間の曲折を経て、ドイツ医学に範をとった。種痘所—西洋医学所—医学所—東京医学校—大学東校を経た東京大学医学部は、東京帝国大学医科大学と改組されつつ、その権威と権力を強化しつつ、近代日本における西洋医学の牙城となった。衛生行政では1874年(明治7年)に「医制」が施行され、翌1875年(明治8年)には内務省に「衛生局」が設けられ、長与専斎がその初代の局長となった。この「衛生」の思想は長与自身がその自伝の中で『莊子』の「衛生之経」から採語したとしているが、日本にも前から知られた考え方であり、「養生」が内から生命力を充実させる思想であるのに対し、「衛生」は外からの害を防ぐことによって内の安泰を図る思想であっ

た。感染症対策が大きな課題であった近代国家日本は、以後「衛生」を公的概念として普及を図る。

ところが一面でリベラルな文化を生み出した大正期を経て昭和期に入ると、感染症からの個人と社会の防衛という消極的なイメージに彩られた衛生に対して、より積極的で明るいイメージをもつ「保健」や「健康」の概念が用いられるようになり、「健康保険」「健康優良児」「保健所」「健康教育」などの文化的所産が生み出されていく。

学校保健の科学と実践は、社会医学の一環としての公衆衛生の一領域として成立した。しかしながら、個人の存在とその尊厳が最も重視されるべき価値となることを期して市民社会は形成され、市民社会の健康面の精華として公衆衛生の思想と実践が構築されてきたことを考えるならば、個人の価値とその主体的形成の意義に立脚する学校保健の研究にあたって健康の思想的展開を理解することは重要な過程のひとつである。

(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. 日本学校保健会の事業目的と構成団体

日本学校保健会は学校保健の向上発展を目的として設立された文部科学省所管の特定公益増進法人である。子どもたちが安心して健やかに育っていくためには、家庭はもちろんのこと、教育の場であり生活の場である学校が、常に子どもたちの身体に気を配り、時代に即した対応をしていく必要がある。学校では常に養護教諭や保健主事、栄養教諭（学校栄養士）が子どもたちの健康を見守っている。また、学校医・学校歯科医・学校薬剤師が一緒になって学校保健・健康教育に携わっているほか、地域や様々な関係機関の協力・支援によって学校保健が推進されている。日本学校保健会は、子どもたちの健康に関する調査・研究、それによって得た情報の提供、新たな問題への対策など、学校保健を通じて子どもの健康に寄与するために様々な活動を行っている。

日本学校保健会の役員や理事、評議員をはじめ各種委員会の委員は、表1の団体からの推薦のほかにも、本会が認めた学識経験者や職域の人たちで構成している。

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
 各都道府県・政令指定都市学校保健（連合）会

表1 日本学校保健会の構成団体

2. 平成22年度の基本方針

平成22年度は、様々な子どもたちの健康課題の解決に寄与するため、次の3事項に重点をおいて事業を進めている。

(1) 学校保健の振興に関する事項

学校保健の当面する諸問題について、調査研究を行い、その成果を学校保健関係者をはじめとして広く一般に提供する。

(2) 学校保健の普及啓発に関する事項

学校保健活動を会報やウェブサイトおよび学校保健関係図書等で広く情報提供することにより学校保健の普及啓発に寄与する。

(3) 学校保健教育の啓発・研修に関する事項

学校における健康問題を中心に健康教育の推進に積極的に取り組んでいる学校を表彰するほか、研修・講演活動を行うことにより、学校保健の普及啓発に寄与する。

3. 日本学校保健会の事業

日本学校保健会の事業としては、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。

(1) 一般事業

平成22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22年4月15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6回）を通じ、学校保健・健康教育の情報提供を行っている。
- 3) 学校保健会広報啓発事業
本会のホームページを活用して次の事業を行う。
 - 規約・役員構成・財務諸表等の迅速な公開
 - 事業案内・出版物頒布・推薦品の認定・監修・協賛金案内等
- 4) 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。
- 5) 学校保健関係図書の出版・販売事業
本会図書出版部を通して「学校保健」に関する推進に寄与する。
- 6) 学校保健関係用品の推薦・斡旋事業
保健関係用品の推薦・斡旋を行うことで、学校保健環境の推進、改善に寄与する。
- 7) 学校保健会財政問題等検討委員会
本会事業全般の見直し等検討。
- 8) 新公益法人制度対応検討委員会
本会の新公益法人化制度への対応について検討する。

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) 特別支援教育に関する事業の推進
- 4) 外部団体発行物等の監修事業
- 5) 指導者向け研修会
- 6) 海外「学校保健」教育事情視察事業

- 7) 各地域学校保健研究大会等支援事業
- 8) エイズ教育推進事業
- 9) 「メディアリテラシーと子どもの健康調査」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

①普及指導事業

- 1) 事業報告会事業
成果物「財団法人日本学校保健会事業報告書」（500部）を作成、都道府県・指定都市学校保健会に配布。
- 2) 学校保健情報提供事業
「学校保健」に関する情報を学校関係に限定せず広範囲に発信する。

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
平成22年度 全国小・中・高等学校50校（10000人以上）の定点調査
主にライフスタイル領域、リスクファクター領域、アレルギー疾患及び学校生活に関する領域。
平成23年度 報告書の作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布。
- 2) 保健室利用状況調査事業
保健室利用状況調査委員会のもとで調査を実施し、報告書を作成する。
平成22年度 内容検討
平成23年度 調査・集約
平成24年度 報告書作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布。

③健康増進事業

- 1) エイズ予防教育検討事業
性教育の推進に関連してエイズに関するポスター用絵画デザインを全国の児童生徒から公募し、選定した作品をポスターとして制作し啓発を図る。
- 2) 保健学習推進事業
平成16年度に児童生徒の「保健の学力」に関する調査研究が実施され、その後の本会の資料作

成に多くの成果を得た。このことを踏まえて今年度から調査研究を実施し、前回の調査と比較して保健学習の推進に向けた指導資料作成に活用する。

平成21年度 情報収集

平成22年度 調査

平成23年度 報告書作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布

3) 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

指導参考資料小・中・高等学校編は平成16年度から17年度にかけて作成されている。このたび、新学習指導要領による小中高等学校の移行措置がはじまり、新学習指導要領との相違点を中心に改訂し活用する。

平成22年度 中学校用報告書作成

平成23年度 高等学校用報告書作成

4) 学校歯科保健実践事例集

平成20・21年度において食育の中の「食べる」を中心として、「咀嚼」に関連する意識および実態等を調査した経緯を基盤に実践事例集を作成する。

平成22年度 内容・実践検討

平成23年度 報告書作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布

5) 養護教諭の職務の手引作成事業

中央教育審議会答申で示された養護教諭の職務内容についての保健管理、保健教育等の5項目についての解説編を作成し、養護教諭の役割や専

門性について明確化を図る。

平成22年度 内容検討・集約・調査

平成23年度 報告書作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布

6) 保健主事活動事例集作成事業

平成21年度発行の「実践的研修プログラム」を基盤に学校保健活動の調整的役割を担う保健主事の機能の充実を推進する資料実践事例集を作成する。

平成22年度 内容検討・集約

平成23年度 報告書作成 全国の小・中・高・特別支援学校に配布

7) 医薬品の正しい使い方実践事例集事業

平成21年度までに小・中・高・指導者用解説書(小中・高)の「医薬品の正しい使い方」に関するパンフレットが作成配布された。今後、授業で適切な活用を推進するため実践事例集を作成する。

平成22年度 内容・実践検討 報告書作成

全国の小・中・高・特別支援学校に配布

8) 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出し、その維持費を助成。

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。

4. 今後の展望

日本学校保健会は、これまでの90年に及ぶ歴史の中でそれぞれの時代の健康課題を解決するために、学校医や学校歯科医等の支援・協力を得ながら様々な活動を行ってきた。国際化が進む近年では、社会情勢や社会環境の多様化に伴うように子どもたちの抱える健康課題も多岐にわたっており、これからはさらに現代に即した新たな活動を行っていかねばならない。

日本学校保健会では、従来の配本を主とした情報提供ばかりでなく、以下のような事業を進めているところである。

(1) インターネットの活用

①平成20年度には学校保健情報提供事業として専門委員会を立ち上げ、ウェブサイト「学校保健ポータルサイト」をインターネット上に開設した。現在、学校保健関係者ばかりでなく児童生徒や保護者も対象としたコンテンツの製作などより使いやすく、活用されるよう検討を重ねている。

②新型インフルエンザを含めた感染症対策として、国立感染症研究所感染症情報センターと共同で学校欠席者数の推移で感染症の早期検知・対応する

ための「学校欠席者情報収集システム」の普及を進めている。また、このシステムを活用して全国の感染症流行状況を把握できる「全国学校欠席者症状別状況マップ」を「学校保健ポータルサイト」上に掲載している。(2010年9月現在7県、2地区参加)

(2)研修事業としては、平成21年度より「医薬品に関する教育」保健教育指導者研修会を全国4ヵ所で開催、平成22年度は引き続き上記の研修会に加え、「メディアリテラシーと子どもの健康調査研究」研修会等や日本医師会、エイズ予防財団と共催で「エイズ教育シンポジ

ウム」を開催している。

(3)その他として事務局内に出版部を設け、本誌「学校保健の動向」などの出版物をこれまでの直販だけでなく、一般の書店等でも購入できるようにした。

このように今後は、日本医師会をはじめとする関係団体・機関との連携をさらに強め、また、子どもの健康につながる幅広い分野との連携を模索しながら時代に即した活動を行っていく。

(雪下國雄)

学校保健オススメ情報

医薬品に関する教育指導教材の紹介①

小学生用パンフレット

「くすりってなあに？」

小学生用パンフレット「くすりってなあに？」では、ある日の教室での児童と先生との会話を導入とし、以下の問いに対して正否を問う形で薬に関する理解を深めていく内容となっています。

- ①くすりは、病気やけがをなおすために使う。
- ②くすりとは「のみぐすり」のことをいう。
- ③くすりを使う時には、使い方にきまりがある。
- ④小学生がくすりを使う時は、おうちの人などに

相談してから使うようにする。

これらの問いを「くすり」と『病気をなおす力』、「くすりにはいろいろな形や使い方があります」、「くすりは『きまり』を守って使います」、「くすりを使う時の大切な約束」の各頁で平易に解説し、保護者の理解を促すことを目的とし「おうちの人と読みましょう」の頁では、1. くすりを使う時間や量が決められている理由、2. 主作用と副作用、3. 薬の適切な保管の仕方、4. 相談先について触れています。



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、児童生徒の心身の健康に弊害をもたらす様々な問題が顕在化してきている。学級崩壊、不登校、いじめ、自殺、摂食障害等の心の問題は最も重要な課題の一つであるが、その他にも、アレルギー疾患の増加、性の逸脱行動、薬物乱用、身体能力の低下が原因とみられるスポーツ障害、生活習慣病の若年化など、対応を迫られている問題は深刻且つ多岐にわたっている。日本医師会は、学校保健活

動を地域医療の中の1分野として位置づけ、こうした児童生徒の多様な健康問題に対して取組を進める必要があると考えている。そして、その取組を一層充実させるためには、開業医とともに勤務医にも学校保健活動への参加を推進することが求められていると考えている。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「地域医療の一環としての学校保健活動の在り方と勤務医の参加」は、こうした認識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ゆきたい。

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づけ、その活動に取り組んでいるか、主な活動ごとに述べてゆきたい。

日医は16万人余の医師からなる団体であり、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ひとつと位置づけており、具体的には、日医学校保健委員会、日医学校保健講習会、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) 日本医師会学校保健委員会

日医学校保健委員会は、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、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18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在り方に注目し、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、そして学校保健の将来展望に関する日医会長の諮問に対する検討を行っている。

本委員会は今期、「地域医療の一環としての学校保健活動のあり方と勤務医の参加」について諮問を受けている。今後の地域医療の活動の中で学校保健をきちんと位置づけるためには何が必要か、また、より多くの医療機関と学校保健との関わりを深める上で、開業医のみならず勤務医の参加を促すためにはどのような環境整備が必要なのか、といった検討を行っている。報告書は、平成24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35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23年2月に開催を予定しており、

前述の日医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回発行される本会の機関誌である日本医師会雑誌に掲載されており、全国の会員に配布し、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[感染症・予防接種・生活習慣病]、②からだ・こ

ころ[学校健診・健康教育]、③からだ・こころ[実態調査・こころ・性教育]、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41回となる本年の開催地は群馬県前橋市であり、テーマは「守ろう育てよう子どもたちの健康と生きる力 ―学校医からのメッセージ―」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

前項で述べてきた活動の他、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普及、学校における新型インフルエンザ対策推進などを重点的に協力している。児童生徒の健康問題を挙げると、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い、問題は多岐にわたっており、従来の学校保健の在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、皮膚科など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、児童生徒の心と体の健康増進に注力したいと考えている。

4. おわりに

今の子どもたちは、やがて日本の将来を担う存在であり、その子どもたちが生きていくための基本的なスキルを身につける場が学校である。スキルとは勉強に限るものではなく、学校生活全体から学んでゆくものであり、健康的な生活、正しい食習慣、病気やケガに対する正しい知識を学んでゆく場は学校保健活動に他ならない。本会は、学校保健活動の活性化がよりよい社会作りの土台になるという認識を新たに、学校医をはじめとする現場の関係者が学校保健活動に取り組む

ための環境整備に今後とも注力してゆきたいと考えている。その一方で、子どもたちの心身の健康を支えるために、学校保健関係者は、学校・家庭・地域が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。今日の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、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ゆきたい。

(石川広己)

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78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39年の歴史を持ち、会員として学校歯科医約24,500名（平成22年3月現在）を有し、幼児・児童生徒および教職員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続け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たちが、学童の歯科についての課題解決のための情報交換等を行いながら自然発生的に地域で集まり、それが府県単位に拡がり、さらに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、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から、咬合および咀嚼機能の健全育成や食教育を重視し、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た事業を展開している。

事業の一例を挙げると、全国の教育委員会との連携の下で「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」を実施している。これは、むし歯や歯肉炎、口腔機能を保健管理面からみるだけでなく、好ましい健康行動、生活行動の成果の指標としてとらえ、また健康に留意した生活習慣が根付いているかの評価もできることから、歯・口の健康づくりの面から生活習慣病の予防等を目指した取組の成果を期待して実施している事業である。推進学校・地域からの報告によると、歯・口の健康はもちろんのこと、食育・心の健康・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はじめ、成果を挙げている事例が多い。こうした報告は、冊子にまとめ加盟団体

である全国の歯科医師会、学校歯科医会、教育委員会へ配布している。

また、本会は各種委員会を設置し、学校歯科保健の普及啓発の刊行物を作成している。これらの作成に当たっては学識者、学校歯科医のみならず学校教職員にも委員会に参画いただき、子どもたちや一般の方にも理解を得やすい内容となるよう留意している。具体的には、喫煙防止、学校給食のリーフレット、幼児向け歯みがき指導DVD、アニメーションCDの発行のほか、養護教諭をはじめとする学校教職員と学校歯科医、歯科衛生士が一体となったワークショップ研修会を実施している。

さらに、かねてより本会は学校歯科医の専門性、資質の向上について検討を続けている。学校歯科医が生涯にわたってその資質の維持と向上を図り、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、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」を立ち上げた。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」を実施しており、22年3月末で6,000名を超える学校歯科医、歯科医師が受講している。

3. 平成22年（西暦2010年）度の主な事業

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
- の8項目を柱として事業を進めている。主な大会等は、

- ①第74回全国学校歯科保健研究大会
(H22年10月28・29日。於：茨城県)
- ②第60回全国学校歯科医協議会
(H22年11月17日。於：群馬県)
- ③「学校歯科医生涯研修制度」における基礎研究会
- ④第32回学校歯科保健研修会
(北海道東北、近畿北陸、九州ブロック)
- ⑤生活習慣病予防等を目指した歯・口の健康づくり
中佐研究事業連絡協議会

を開催。

第60回全国学校歯科医協議会は、昨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しており、本年は「学校保健安全法における学校歯科医の役割」をテーマにシンポジウムを行う。他、第60回全国学校保健研究大会や都道府県歯科医師会・学校歯科医会が実施する大会・協議会等を助成、後援する。

4. 将来への展望

学校保健安全法では健康相談が重視され、学校医および学校歯科医に限らず、学校全体で広く行われようになってきた。これは、今日の児童生徒の健康課題が多様化してきた結果、学校での保健指導が集団的アプローチに限らず、保護者を含む児童生徒の個人への対応がさらに重要になったことによる。また、学校での歯科保健教育が集団やグループ単位への対応から「歯列・咬合」、「食べる機能」などの課題に対して、個別指導による健康相談やハイリスクの児童生徒、保護者への指導を行う体制が必要な時代となってきている。

保健管理や保健指導の目的が十分に達成されるためには、学校、保護者（家庭）、地域社会の密接な連

また、表彰事業としては第49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より幼稚園から高等学校、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、奨励賞を設けている。表彰式は、代表校を招いて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、刊行物としては一昨年度の中学生向け、昨年度の高校生向けに続いて、喫煙予防のリーフレット「ステキな笑顔いつまでも」の小学生向けを作成中である。また、平成20年に発刊した食教育支援ガイドを受けて、学校歯科医としての学校給食への関わりに関するリーフレット発刊に向け検討している。さらに特別支援学校向けの冊子、学校におけるフッ化物応用ガイドブックの改訂作業も進めている。

ホームページもさらなる充実を図っており、本年度は「歯・口の健康教室」といった子ども向けのコンテンツを掲載し、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。

携が必要であるが、今日の多様化された健康課題に対応するためには、かかりつけ歯科医に限らず、他領域の職種、例えば栄養関係、行政、保育、福祉などとの連携と協働作業が必要である。そのためには、普段から広く国民や地域住民に対し情報発信して、健康教育活動を通して、学校歯科保健の活動内容を知ってもらうとともにさまざまな関係領域との交流を深め情報収集を怠らないことが重要である。

繰り返しになるが、これからの学校歯科医は、集団指導だけではなく個への対応や、様々な職種の学校歯科保健関係者との連携、協働が求められ、さらには臨床歯科医の資質と同時に教育者としての資質を備えることが要求される。本会が進める学校歯科医生涯研

修制度も教育者としてのスキル（知識と経験）向上を支援するとともに、こうした実践的活動を推進できる学校歯科医の育成も目的にしている。現在、本会では各地で実施されている基礎研修に続いて、保健管理・保健教育・組織活動について学校現場での活動に応用でき

るような実践的な研修を検討している。学校歯科医生涯研修制度の中で、学校歯科医が自己研鑽を積み、より質の高い研修を続け、子どもたちの健全育成にさらに寄与していくことを期待している。

（中田郁平）

学校保健オススメ情報

医薬品に関する教育指導教材の紹介②

中学生用パンフレット 「薬の正しい使い方」

中学生用パンフレット「薬の正しい使い方」は、ある日の保健室での薬に関する養護教諭と生徒のやりとりを導入とし、以下の質問に答える形で構成されています。

- Q1 「薬」とは何なのですか？
 Q2 「薬」は、何のためにあるのですか？
 Q3 「薬」には、どのような種類があるのですか？
 Q4 「薬」の使い方には、きまりがあるのですか？
 Q5 「薬」には、副作用があると聞きますが、それはどのようなものなのですか？ また、なぜ起こ

るのですか？

それぞれのQでは、生徒への発問として「考えてみよう」のワークシートの欄を設け、また、最後の頁では、具体的、発展的な質問に答える形でQ&Aを設けています。さらに発展的な内容としてコラムの欄を設け、「健康食品やサプリメントと医薬品との違い」や「錠剤になる薬とカプセルになる薬の違い」についても触れています。

なお、小学生用及び中学生用パンフレットに関する指導者用解説書では、それぞれの各頁毎に、指導のねらいや解説、指導に際しての留意事項が示されています。



4 学校薬剤師（日本学校薬剤師会）

1. 学校保健安全活動と薬剤師

児童生徒が現在のみならず将来も健康で安全な生活を送ることができるように校内・校外において推進される学校保健安全活動に参画するのは、学校の設置者によって学校薬剤師に任命または委嘱された薬剤師である。

学校保健安全法、同施行規則に従い職務につくことになる。しかし、児童生徒を取り巻く環境への対応は薬物乱用防止教育や安全教育を含め、従来の学校薬剤師の職務に加えて、社会的要請への対応が求められ

ている。学校保健安全法施行規則の学校薬剤師の職務執行の準則のみでは対応できないところである。けれども薬剤師である学校薬剤師は、国民の健康で安全な生活を確保するために、薬剤師法第一条にある薬剤師の任務（職能）を実践することで社会的要請に応える努力をしているのである。学校薬剤師の今後はこの法第一条をもって活動するところの意義があるといえる。

2. 薬剤師の任務

薬剤師の任務については、薬剤師法第一条に「調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保する」と規定されている。これは国が薬剤師の任務を明確化したものである。

調剤は医師が診察し、診断（治療を必要とする疾病の決定）の結果、薬剤（医薬品）による治療方針の具体化として発行する処方箋を基に患者に薬剤を交付することであるが、投薬時において服用方法、重複投与の防止や薬と薬、薬と飲食物との相互作用などの注意を含めて必要な情報を提供するなど、ただ単に処方箋によって記された薬剤を交付すればよいというものではなく、必要な付加価値を伴って調剤が終了するのである。

医薬品の供給については、調剤薬（処方箋薬）の供給と一般薬（大衆薬）の供給が考えられる。特に後者の場合は自分自身で健康を管理し、軽微な疾患に対しては一般薬を使用して手当するという自己治療（セルフメディケーション）へ薬剤師が専門職として関与することである。何らかの疾患にかかっている軽微な疾患で

あると判断するのは、あくまでも自己判断によるもので、病院等を紹介するケースが時には考えられるところである。

自己治療との関わりは、時によっては二次予防（早期発見、早期治療）の実践である。この調剤および医薬品の供給において発揮される専門的な事項は、薬物乱用防止教育をはじめ、薬の正しい使い方教育や健康相談・健康指導などに生かされるものである。

薬事衛生については「医薬品の試験鑑定、研究または食品、水等の試験検査等広く薬学の知識に基づく処置すべき衛生上の事項すべてを指す」と薬事法の施行時に示されている。

ここにいう衛生上の事項とは生命、生活を衛るという意味から健康の保持増進と幅広く考えることができるもので、学校薬剤師活動のバックボーンにもなっているものである。

このように薬剤師の任務は調剤、医薬品の供給、薬事衛生の三分野から成り、これをもって薬剤師職能の三本の柱と称している。

3. 学校薬剤師の職務内容

学校保健安全法施行規則第24条に学校薬剤師の職務執行の準則が次のとおり掲げられている。その職

務内容は次のとおりである。
第24条

- 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条の健康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。

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、と定義されている。

この職務内容は薬剤師法第一条を基本としているもので、薬学で学び得た知識の応用に他ならない。特に今回加わった健康相談および健康指導に従事することは、調剤、医薬品の供給の応用である。これからの学校薬剤師活動は薬剤師であることをベースに展開されるもので、組織的には日本薬剤師会と学校薬剤師会の両組織の連携を抜きにしては真の活動はできないことである。特に地域保健活動への参画を考えると日本薬剤師会の存在には大きなものがある。

(小川善雄)

学校保健オススメ情報

医薬品に関する教育指導教材の紹介③

高校生用パンフレット

「医薬品と健康」

高校生用パンフレット「医薬品と健康」は、さらに内容の充実を図り、以下の内容で構成されています。

第1章 医薬品とは

Q1 けがや体調がすぐれないときなどに「薬」を使用することがあります。皆さんは、どのようにして「薬」を得ていますか？

Q2 薬局や薬店・ドラッグストアなどに置いてある一般用医薬品の置き方にはきまりがあるのですか？

第2章 医薬品の役割

Q3 医薬品には、どんな役割があるのですか？

Q4 医薬品が十分に効果をあげるためには、どんなことが大切ですか？

第3章 医薬品のできるまで

Q5 医薬品は、どうやってできるのですか？

第4章 医薬品の種類

Q6 医薬品にはどのような形があるのですか？

第5章 医薬品の使い方

Q7 のんだ医薬品は、体の中でどうなるのですか？

第6章 医薬品の副作用

Q8 医薬品は、きまりを守って使っても副作用が起ることがあるのですか？

Q9 医薬品による副作用と思われることがあった場合はどうすればいいのですか？

第7章 医療用医薬品と医療制度

Q10 医療用薬品は、医療制度の中で、どのように取り扱われていますか？

なお、「薬」に関するセルフチェックにより、医薬品に関する知識について事前にチェックすることができます。



5 保健主事（全国学校保健主事会）

1. 全国学校保健主事会の組織および活動について

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）会をもって組織され、学校保健・安全の向上とその推進に寄与することを目的とし、各学

校現場における調整役（コーディネーター）を果たすことが望まれている、保健主事（主任）会の全国組織である。

2. 全国学校保健主事会の草創期¹⁾

保健主事の名称が初めて公に示されたのは昭和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月に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高まり、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はじまった。

昭和31年に開催された第6回全国学校保健大会滋

賀大会の第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、最終日の全体会議の席で、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す。

3. 全国学校保健主事会の最近の活動等について

(1) 平成21・22年度の重点目標

- ・ 学校保健主事（主任）会の組織の確立と充実を図る
- ・ 学校保健・安全の推進と充実を図る

(2) 平成21年度会務報告

第1回理事会：平成21年6月19日（金）日本学校保健会にて

- ・ 平成20年度会務・決算報告
- ・ 平成21年度会務計画・予算について
- ・ 平成21年度新役員について
- ・ 第52回全国学校保健主事研究協議会千葉大会について
- ・ 平成21年度学校保健功労表彰候補者について
- ・ 53回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催について
- ・ その他

第2回理事会及び評議員会：平成21年8月6日（木）千葉県教育会館にて

- ・ 平成20年度会務・決算報告

- ・ 平成21年度会務計画・予算について
- ・ 平成21年度新役員について
- ・ 第52回全国学校保健主事研究協議会千葉大会について
- ・ 平成21年度学校保健功労表彰候補者について
- ・ 53回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催について
- ・ その他

第52回全国学校保健主事研究協議会千葉大会の開催：平成21年8月6日（木）・7日（金）千葉県教育会館にて

- 主題「自ら守り育てる心とからだ」
- 基調講演 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
- 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

研究発表・研究協議

①地域・保護者と連携した「いのちの授業」

千葉県鎌ヶ谷市立東部小学校

保健主事 坂入 実 先生

②自主的な健康生活ができる生徒の育成

栃木県真岡西中学校

保健主事 高松 伸子 先生

③生徒とともに語り合う! 心・体・性

秋田県立雄物川高等学校

保健主事 柴田 明子 先生

全国各地より保健主事（主任）および学校保健関係者が多数集まり、積極的な研究協議が行われた。

第3回理事会：平成22年2月19日（金）日本学校保健会にて

- ・平成21年度会務・決算の概要について
- ・平成22年度会務計画について
- ・第52回全国学校保健主事研究協議会千葉大会の総括と反省
- ・第53回全国学校保健主事研究協議会千葉大会の開催について
- ・平成22年度学校保健功労表彰候補者の推薦について
- ・平成22年度役員選出について
- ・その他

(3) 平成22年度会務報告

第1回理事会：平成22年6月18日（金）日本学校保健会にて

- ・平成21年度会務・決算報告
- ・平成22年度会務計画・予算について
- ・平成22年度新役員について
- ・第53回全国学校保健主事研究協議会千葉大会について
- ・平成22年度学校保健功労表彰候補者について
- ・54回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催について
- ・その他

第2回理事会及び評議員会：平成22年11月25日（木）千葉市文化センターにて

- ・平成21年度会務・決算報告
- ・平成22年度会務計画・予算について

・平成22年度新役員について

・第53回全国学校保健主事研究協議会千葉大会について

・平成22年度学校保健功労表彰候補者について

・54回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催について

・その他

第53回全国学校保健主事研究協議会千葉大会の開催：平成22年11月25日（木）・26日（金）千葉市文化センターにて

主題「自ら守り育てる心とからだ」

シンポジウム

テーマ：「学校保健の充実に努める保健主事のこれまでとこれから」

コーディネーター

東京女子体育大学 教授 戸田 芳雄 先生

シンポジスト

- 1 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 森 良一 先生
- 2 元全国学校保健主事会会長
順天堂大学講師 鈴木 守雄 先生
- 3 埼玉県川口市立川口総合高等学校
養護教諭 上原 美子 先生

記念講演

演題「今頑張れ、今頑張らず、いつ頑張る」

講師 元プロ野球「千葉ロッテマリンズ」投手
黒木 智宏 氏

研究発表・研究協議

①生徒の実態に応じた保健指導のあり方

千葉県立野田特別支援学校

保健主事 磯山 多可子 先生

②健康な生活を創る食育について

埼玉県鳩ヶ谷市立辻小学校

主幹教諭 小堀 貴紀 先生

③基本的な生活習慣の確立を目指して

栃木県真岡市立山前中学校

保健主事・養護教諭 橋本 きみ代 先生

今現在、開催に向け準備を整えている。全国各地から多くの方々の参加をお待ちしている。

4. 全国学校保健主事会の活性化に向けて

今現在、事務局担当者として全国に向けて情報の発信を行っているが、学校現場をみると、残念ながら「保健主事って何?」「本校の保健主事って誰だっけ・・・」というようにまだまだ認知されていない状況がある。まずは、各県の教育委員会をはじめ、学校長、そして全職員が「保健主事」を今一度理解し認知することが先決ではなだろうか。

また、保健主事は職でないため、発令は任命ではなく校務分掌を命ずる職務命令となる。そんな状況なので選任期間も校内事情等が優先され結果として有能な人物が指名されても1年のみの任命で、継続性がないばかりか各学校においても、責任なく次から次への状況で積み上げがなされない。

以下、活性化に向け有効な内容について示す²⁾

- (1) 保健主事の認知度を上げ、すべての県・政令指定都市から「保健主事(主任)会」としての組織を立ち上げる
- (2) 保健主事(主任)の任命が校内事情と強く関わり、継続的な任命が難しい状況であるが、「意識の

高い保健主事を継続的に任命する」

- (3) 保健主事だけでなく、養護教諭・学校職員全体を視野に入れ、広い意味での「学校保健」「健康教育」推進がなされるための、資質向上のプログラム作成
- (4) 「学校保健」「健康教育」「保健主事(主任)会の活動状況」など最新情報の共有化
- (5) 各県での保健主事(主任)組織運営に関しての情報交換の場の設定

そして、今現在の目の前の課題は「全国大会の開催場所を決定すること」である。それは、保健主事(主任)会がある県と、ない県があるため長期にわたって予定が立てられない現状からである。また、仮に組織があっても、全国大会を引き受けるだけの人材や予算がなく引き受け先が決まらない現状である。

今後は、以上のことを理解した上で「学校保健」に対して「志」を持った者が一人でも多く現れ、熱意・使命感を持った行動に期待したい。

5. 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、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ケ年とする。

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、会務を主宰する。理事長事故ある時は、副理事長がその職務を代行し、理事は会務を分掌する。
- (4) 監事は、会計事務の監査に当たる。
- (5) 評議員は、総会を構成し、役員を選出、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1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第11条 (1) 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。

(2) 都道府県、政令指定都市の負担金は10,000円とする。

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、千葉、さいたま、堺、静岡、新潟、浜松、岡山、相模原とする。

[ブロック地区分け]

- 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、千葉、東京、神奈川、横浜市、川崎市、千葉市、さいたま市、山信越静 梨、静岡、長野、新潟、静岡市、新潟市、浜松市、相模原市
- 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、京都府、大阪府、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、岡山市
- 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、福岡市

(国吉恵一)

参考文献

1) 全国学校保健主事会の沿革と課題：(財)日本学校保健会 80年史2005.3

2) 時代に必要とされ誕生した「保健主事」これからの役割と方向性 千葉県高等学校保健主事会：(財)日本学校保健会「学校保健」2007.3

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、各都道府県およ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持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およ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、保健教育およ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に基づい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22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・研究および情報交換
- (2) 国および関係諸機関に対する要請ならびに建議
- (3) その他、本会の目的遂行に必要な事業

3. 平成22年度基本方針

〈基本方針〉

平成22年度は、「学校保健安全法」の施行から2年目を迎える。養護教諭は、先の中央審議会答申で学校保健活動の推進に当たって中核的な役割を果たしており、現代的健康課題の解決に向けて重要な責務を担っているとされた。

学校においては、養護教諭を中心として関係教職員と連携した組織的な保健指導の充実、地域の医療関係機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実、全国的な学校の環境衛生水準を確保するための全国的な基準の法制化等、連携と組織的な活動の推進がより一層重要性を増してきている。

本会は、子どもたちの生きる力を育む健康教育の実践者として、全国各研究会との連携のもとに組織を運営し、会則に示す目的に照らした事業を遂行することによって、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究する。

(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ともに、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22年度事業計画

(1) 会の運営

- ① 総会
- ② 役員会

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」～組織的な対応における養護教諭の役割とは～

期 日 平成23年2月25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22年度全国養護教諭研究大会

期 日 平成22年8月19日・20日

開催地 徳島県

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

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) 広報活動

① 会報・全養連だよりの発行

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会

特別支援教育ネットワーク推進委員会

子どもを見守り育てるネットワーク推進委員会

(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

健やか親子21

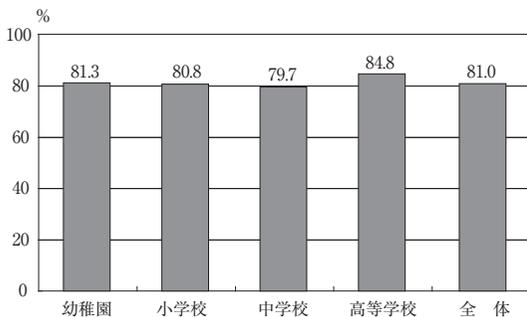
児童虐待防止対策協議会

(7) 日本教育シューズ協議会

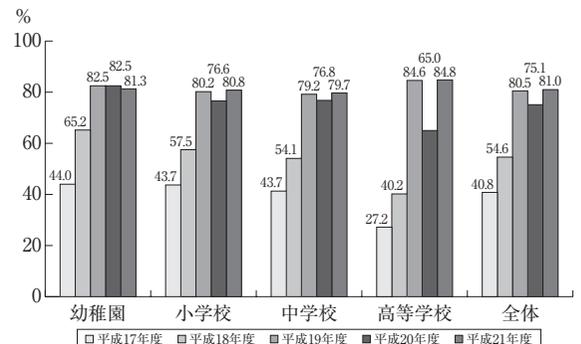
6. 養護教諭の職務に関する調査より(平成21年度)

「養護教諭の職務に関する調査」とは、平成6年度より実施している全国調査であり、同一基本調査ととも

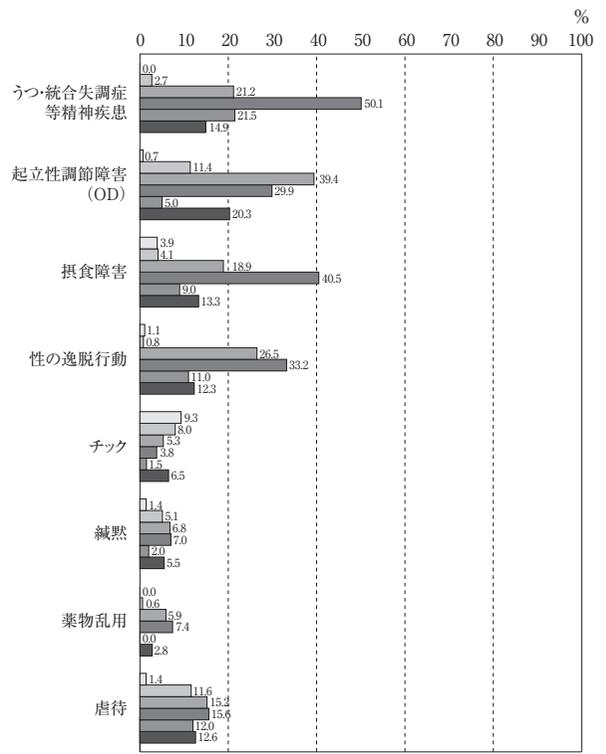
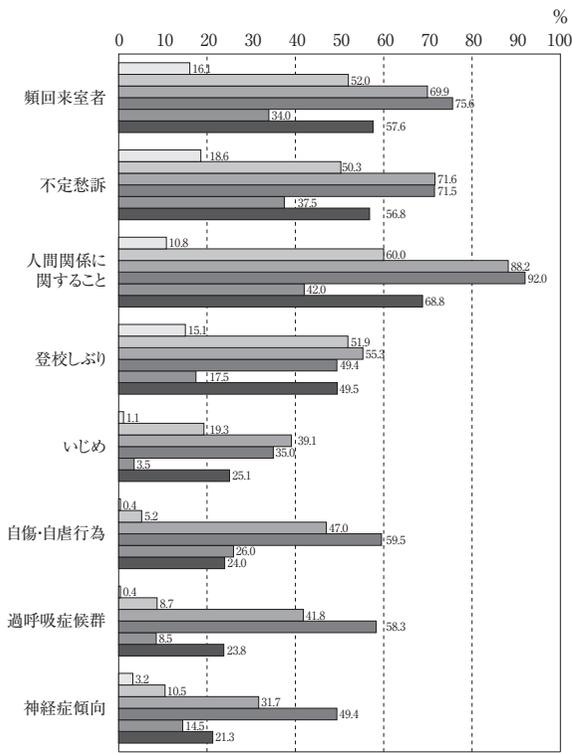
にその時々ニーズに合わせた内容の実態調査である。



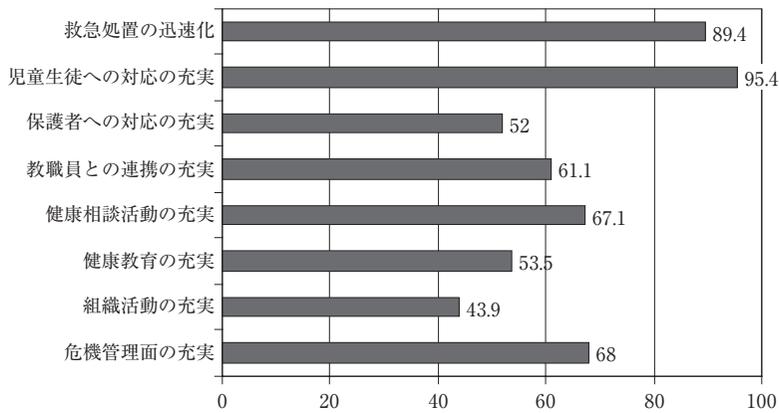
資料1 特別支援が必要な園児児童生徒に関わった養護教諭の割合



資料2 特別支援が必要な園児児童生徒に関わった養護教諭の年次推移



資料3 保健室における健康相談を行った事例



資料4 複数配置の効果

(堀田美枝子)

7 栄養教諭・学校栄養職員（全国学校栄養士協議会）

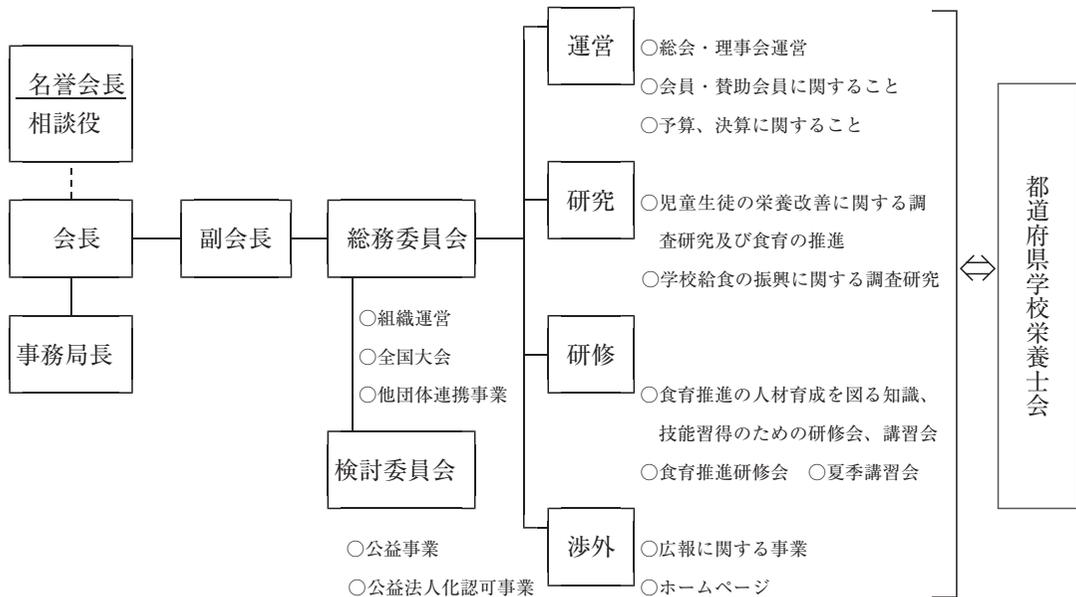
1. はじめに

栄養教諭制度が創設されてから5年が経過し、各都道府県においてその配置が進んできている。一方、小中学校における学習指導要領の改訂においてその総則に「食育」が明記され、関連教科等でも食育の必要性が示された。また、改正学校給食法では、「学校における食育の推進」および栄養教諭の職務について法

に位置づけられた。

これらを背景に、本協議会では、栄養教諭、学校栄養職員の資質の向上はもとより、学校における食育の推進を通して、家庭や地域との連携を図り、広く国民全体に対して公益に資する事業展開を行うことのできる組織への変容を目指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. 平成22年度事業の重点目標

- (1) 児童生徒の健やかな成長と生きる力を育む学校給食の充実を図り、学校における食に関する指導のねらいを踏まえた食育を推進する。
- (2) 新教育基本法、学習指導要領及び改正学校給食法を踏まえた食育の充実と栄養教諭の資質向上を図る。
- (3) 公益法人化を踏まえ、公益に資する事業の展開と推進を図る。
- (4) 食育推進に係る国の施策の遂行に協力するとともに、国民の健康に寄与するための事業を行う。
- (5) 上記事業の充実と推進を図り、公益法人としての認可を受けるための移行作業を推進する。

4. 活動の概要（事業推進の中から抜粋しての紹介）

(1) 食育の推進に関する事業

①啓発活動

○リーフレットの作成と配布…全国大会や関連研究会等で配布する。

「手作りmy弁当を作ってみよう!」（平成22年度）

○朝ごはん献立集の作成と配布

子どもたちに不足しがちな栄養素の摂取量や家庭によって摂取量に差があると考えられる食材を使い、簡単にすばやく作れる朝ごはん献立やリーフレットなどを作成し、子どもたちをはじめ広く国民が活用できるようにする。栄養バランスのとれた朝食づくりへの支援活動を通して「早寝早起き朝ごはん、朝・昼・夕ごはんをしっかりと食べて運動する。」の徹底を図る。「まんてん」「手早い」「簡単」朝食レシピをホームページでも紹介し、広く国民に活用していただくようにする。

②第5回食育推進全国大会（佐賀県）平成22年6月12日～13日（日）に参加。

〈テーマ〉

★「早寝早起き
朝ごはん」

★「すべての中
学生に学校給
食を」



掲示物、展示物の説明と全国の栄養教諭等の実践による資料を配付し、食の重要性について啓発を行った。また、親子に対して食品カードによる食育を行い、多くの参加者を集めた。

③郷土料理を活用した学校給食情報化推進事業

～文部科学省委託事業～への取組

全国の学校給食に活用されている地場産物を使用した行事食を集め、その由来や作り方を紹介した「伝えたい行事食～学校給食に活かして～」を刊行した。また、郷土料理を使用した学校給食を教科等において教材として活用し、栄養教諭、学校栄養職員が教諭等と連携して実施した食に関する指導事例を、それぞれの産物の紹介とともに「地場産物を活かした指導事例集」にまとめ刊行した。

これらは、随時ホームページでの公開、掲載に向けて作業を進めており、栄養教諭、学校栄養職員はもと

より、広く国民にとって活用しやすくなるよう検討している。

(2) 食育推進の人材育成を図る事業

①「平成22年度食育推進研修会」の開催

学校における食育を家庭・地域と連携していくためには、食育推進の要となる指導者がともに研鑽を積んでいくことが重要であることから、本研修会は栄養教諭をはじめとする食育推進に関わる者および今後食育に関わることを目指す学生等の専門的知識の習得と指導力の充実を図ることを目的として、文部科学省の後援をいただき、実施する。本協議会のホームページにより、参加者募集を行っている。

○実施予定日

平成22年9月24日（金）～26日（日）

平成22年10月8日（金）～10日（日）

平成22年10月22日（金）～24日（日）

平成22年12月3日（金）～5日（日）

平成23年1月14日（金）～16日（日）

平成23年2月4日（金）～6日（日）

平成23年2月25日（金）～27日（日）

○内容

〈主な講演〉

・栄養教諭の役割と食に関する指導

・教育改革とこれからの教育行政

☆子どもたちへの心のサポート

☆食物アレルギー対応の食事

☆世界と日本の食糧事情と食物自給率

☆成長期のスポーツ栄養

他

☆印については学生・一般からの参加者をホームページ等で募り、広く公益化を図る。

(3) 研究授業方式による衛生管理研究会の実施

本協議会では平成8年の病原性大腸菌O-157による集団食中毒を機に、平成9年から全国47都道府県において、研究授業方式による研究会を実施し、衛生管理の充実に成果をあげてきた。改正学校給食法に基づき法制化された学校給食衛生管理の基準に照らして内容を見直し、継続して実施する。各都道府県の取組の中から参考事例をピックアップしてまとめ、問題点を共有する。併せて、各々の施設における改善策の参考とな

り、衛生管理の更なる徹底を図ることを目的とする。

(4) 広報活動

①ホームページ (<http://www.zengakuei.or.jp/>)による啓発活動の充実

平成20年度より開設したホームページでは、食育推進の情報、研究内容の公開、活用できる資料等の紹介など、内容の充実に向けて取り組んでいる。併せて、新たな情報を更新するためのシステムづくりをめざしてい

る。

②「協議会報」のリニューアルと発行

全国の栄養教諭、学校栄養職員を結ぶ「会報」の内容の充実を図り、会員に寄り添った会報になるよう検討中である。組織の活動に合わせて全国の栄養教諭、学校栄養職員の活動を盛り込み、相互に情報を共有し、研鑽を積んでいくことができる内容にしようとしている。

5. おわりに

今、学校における食育の重要性について保護者や地域社会などからの期待や関心は高まっている。これに応え、学校における食育の推進および学校から家庭や地域社会へ「食」を発信していくためには栄養教諭、

学校栄養職員の担う役割は重要である。

組織として会員の資質を磨きつつ、広く国民の健康増進に寄与する事業に取り組んでいきたい。

(長島美保子)

学校保健オススメ情報

医薬品に関する教育指導教材の紹介④

小学生用および中学生用 パンフレットに関する指導者用解説書 高校生用パンフレットに関する 指導者用解説書

小学生用および中学生用パンフレットに関する指導者用解説書、高校生用パンフレットに関する指導者用解説書では、パンフレットで示された内容に該当する学習指導要領やその解説が示されています。

また、これらのパンフレットをダウンロードができるように掲載している日本学校保健会のホームページには、以下の項目に関して詳細な解説も載せています。

- 医薬品・医薬部外品・化粧品
- 薬と食品などののみ合わせ
- 体内に入った薬の動き
- 将来の薬
- 薬からの恩恵



- 内用剤
- 説明書(添付文書)の例

医薬品に関する指導は、今後新しい学習指導要領に基づき実践されることから、教育現場ではこれまでに紹介したパンフレットの効果的な活用が望まれます。

なお、日本学校保健会では、中学校及び高校向けに「医薬品に関する教育」保健教育指導者研修会を各地で開催しています。保健体育科指導教員の方々も積極的な参加を望んでいます。

コラム 「食と咀嚼に対する実態等の調査」 から

児童生徒を取り巻く社会環境は、この10年に大きく変化してきている。学校歯科領域を中心にみても、齲蝕の大幅な減少、形態の評価から機能の評価へ、社会での格差拡大、そして親子関係の希薄さなど枚挙にいとまがない。さらに、食の問題は、日本社会全体の大きな問題として取り上げられるようになり、学校現場でも例外ではない。そのような中で、児童生徒の時期における「食育」は、食育基本法にも謳われているように知育、徳育、体育の基礎に位置づけられており、児童生徒等が自らの歯・口の健康を認識する中で、食生活の自己管理ができるようになることが、「生きる力」の育成につながるものと考えられている。今回の調査では、児童生徒の状況把握だけでなく、その保護者の意識等も調査の対象とした。親子の調査用紙のマッチングができれば更なる成果が得られるものと考えて行った。

口腔領域における食生活関連の調査としては、平成7年度に「口の機能と食生活に関する調査」を日本学校保健会が実施した。その後、前述のような大きな社会環境の変化があり、12年経過した現在の実態の再調査をひとつの目的とした。さらに、歯・口の健康の視点から、児童生徒およびその保護者を対象とし、「食生活」の中の「食する」を中心とした「かむ」ことや「咀嚼」に注目して、これらに関連する意識及び実態等を調査し、今後の歯・口の健康の推進に寄与し、学校歯科保健活動の充実を図ることを目的とした。

調査は平成20年2月に、都道府県・政令市ごとに、小学校1校、中学校1校を抽出して、当該校の小学校では4・5年生の児童とその保護者全員を、中学校では1・2年生の生徒とその保護者全員を対象としたアンケート調査の実施を各学校保健会へ依頼した。

アンケート内容については、食と咀嚼との関連に対する児童・生徒および保護者の意識、食べ方等に関する実態、また咀嚼と肥満との関連性についても調査した。従来では、齲蝕あるいは歯周病または歯口の清掃に関する項目を調査してきたが、今

回のアンケートではこれらの項目は調査しなかった。

アンケートの中で、児童生徒とその保護者が同様の設問について、どのように回答しているかについても検討できるよう、原則的に児童生徒と保護者分をセットでのアンケートの回収を依頼した。

回収数は、小学校児童・保護者各5,343名分、中学校生徒・保護者各5,654名分であった。また、児童生徒とその保護者との連結でアンケートがとれたものは7,570件であった。このうち、回答に欠損のあるものを除いて集計および分析を行った。

児童生徒および児童保護者・生徒保護者別に、各アンケート項目に対する単純集計を行い、それぞれの項目について分析を行った。さらに、アンケート項目間の関連因子や児童生徒と保護者との関連についても統計的検討を行った。さらに、児童もしくは生徒と保護者の同一内容に対する意識の差異についての分析も行った。

その結果、主に次のようなことが示唆された。

1. 毎日朝食を食べる割合や就寝時間について良好な児童が多かった。
2. 意識してよくかんで食べようとしている児童生徒は、かむことが体によいという意識をもっており、季節の食材を楽しみ、食事への感謝の気持ちをもつ傾向があった。
3. 歯ごたえのある食事が出たときによく食べる児童生徒は、食べ物の味やにおいを楽しみ、食べていることに満足感を得ている傾向があった。
4. 保護者が食事のあいさつをしていると思っている児童生徒は、食事への感謝の気持ちをもち、食事の手伝いをする傾向があった。

今後このデータからさらなる解析を継続的にを行い、より詳細な情報を提供できればと考えている。

(尾崎哲則)

参考

「食と咀嚼に対する実態等の調査委員会報告書」
(発行/日本学校保健会)

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・蛭川幸恵
- 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」；中藪伸二
- 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
- 平成21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)
組織活動・連携に関する研究と行政等の動き

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；学習指導要領の改訂と保健学習・保健指導に関する研究・文献(日本学校保健学会・日本学校保健会を中心として)

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 M元 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	20年代 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	4.7 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嘱託となる 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 T元 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	2. 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	3.11 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 S元 昭和	S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)	3.11 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

<p>24.11 中等学校保健計画実施要領発行</p> <p>25.9 IFEL第1回養護教育講習会</p> <p>26.2 小学校保健計画実施要領発行</p> <p>28.6 保健体育審議会答申</p> <p>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</p> <p>29.6 学校給食法公布</p> <p>29.10 日本学校保健学会結成</p> <p>33.2 体育局設置</p> <p>33.4 学校保健法制定公布</p> <p>34.12 日本学校安全会法制定公布</p> <p>39. 学校環境衛生の基準</p> <p>40.3 国立養護教諭養成所設置法公布</p> <p>42.8 全国養護教員研究会発会</p> <p>47.12 保健体育審議会答申</p> <p>52.7 学校教育法施行規則の一部改正</p> <p>53. 学校保健法に安全に関する規定</p> <p>57.6 日本学校健康会法可決成立</p> <p>60.12 日本体育・学校健康センター法成立</p> <p>63.7 学校保健課が学校健康教育課に</p>	<p>28.2 NHKテレビ本放送開始</p> <p>35.1 小学校1学級児童数を56人に</p> <p>35.9 カラーテレビ本放送開始</p> <p>40.4 高校進学率70%を越す「交通戦争」</p> <p>45.7 東京都杉並区で光化学スモッグ</p> <p>54.1 国公立大学共通一次試験</p> <p>55. この頃 校内暴力頻発</p> <p>55.10 尾鷲中に警官出動</p> <p>58.2 忠生中で教師による刺傷事件</p> <p>60.11 丸刈り裁判で熊本地裁判決</p> <p>61.2 富士見中でいじめによる自殺</p>	<p>25.6 朝鮮戦争～28.7</p> <p>26.6 ユネスコとILOに加盟</p> <p>29.3 ビキニ水爆実験</p> <p>30下期～ 神武景気～32上期</p> <p>31頃 「戦後は終わった」発言このあと「なべ底不況」</p> <p>32頃 水俣病あらわれる</p> <p>33.1 米、人工衛星打ち上げ</p> <p>34下期～ 岩戸景気～35下期</p> <p>36.2 医療費値上げ問題</p> <p>40. ベトナム戦争～45</p> <p>41. 交通事故死者数13,904人</p> <p>42.8 公害対策基本法</p> <p>43. 大学紛争、三億円事件</p> <p>45.6 交通安全対策基本法公布</p> <p>46.12 インド・パキスタン戦争～</p> <p>47.2 浅間山荘事件</p> <p>48.10 第1次石油ショック</p> <p>52.9 日航機ハイジャック事件</p> <p>54.1 第2次石油ショック</p> <p>54.12 アフガン紛争～63.4</p> <p>60.8 日航機 御巣鷹山に墜落</p> <p>63.8 イラン・イラク戦争停戦</p>	<p>24.5 文部省設置法公布</p> <p>24.5 教育職員免許法・施行規則公布</p> <p>26.3 結核予防法全面改定</p> <p>26.7 学習指導要領一般編（改定試案）</p> <p>27.11 市町村教育委員会一斉に発足</p> <p>31.10 教科書調査官を設置</p> <p>33. 第2次学習指導要領改訂。「試案」表現なくなる</p> <p>33.8 学習指導要領道徳編告示</p> <p>36.9～ 全国一斉学力調査</p> <p>40. 母子保健法</p> <p>41.10 中教審「期待される人間像」</p> <p>43.7～ 第3次学習指導要領改訂</p> <p>46.6 中教審答申</p> <p>47.7 教養審答申</p> <p>49.2 人材確保に関する特別措置法</p> <p>52.7～ 第4次学習指導要領改訂</p> <p>53. 市町村保健センターの制度化</p> <p>54. 養護学校義務化</p> <p>55.4 40人学級12年計画開始</p> <p>56.6 公衆衛生審、結核健診の答申</p> <p>58.6 エイズ研究班 発足</p> <p>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）</p> <p>63.12 教育職員免許法一部改正（専修・一種・二種に）</p>
<p>1989 H元</p>	<p>以下、平成については数字は月日である</p>		<p>4.1 3%消費税導入</p> <p>3.15 第5次学習指導要領改訂。生活科導入</p>
<p>1990 H2</p>	<p>1.13 大学入試センター試験実施</p> <p>7.6 神戸高塚高で校門圧死事件</p> <p>スーパーファミコン発売</p>	<p>11.20 子どもの権利条約を採択</p> <p>12. エイズ予防法制定</p> <p>10.1 バブル経済崩壊</p> <p>10.2 東西ドイツ統一</p> <p>1.17 湾岸戦争～2.24</p>	<p>日本初のエイズ母子感染報告</p> <p>3. 指導要録改訂「新しい学力観」</p> <p>6.3 大学設置基準一部改正（大綱化）</p>
<p>1991 H3</p>	<p>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」</p>	<p>2.9 美浜原発事故</p> <p>2. エイズ予防法施行</p> <p>5.15 育児休業法成立</p> <p>12.25 ソ連消滅</p>	<p>6.3 大学設置基準一部改正（大綱化）</p> <p>10.25 特殊教育諸学校学習指導要領改訂</p>
<p>1992 H4</p>	<p>4.25 尾崎豊、急逝</p> <p>9.12 学校週5日制月1回始まる</p> <p>18歳人口、減少に</p>	<p>3.2 京都でワシントン条約会議閉幕</p> <p>4.30 ロスアンゼルス暴動</p>	

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 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
1994 H6	「小学校保健指導の手引」 改訂	BCG接種を努力義務に	この頃からMDMAが日本でも	
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	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」	4. ～ 学校週5日制週2回に	3.20 地下鉄サリン事件 4.19 経済同友会「全校」提言 高齢社会対策基本法 3.29 HIV訴訟和解	
1997 H9	8. 学校給食の衛生管理徹底	7.13 堺市でO-157発生	4.1 らい予防法廃止	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
	9.22 保体審答申 ヘルスプロ モーション強調	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 4.1 消費税5%に 7.16 臓器の移植に関する法律	6.26 中教審第二次答申 7.28 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)	5.27 神戸小学生連続殺人事件	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 7.5 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	11.17 教課審中間まとめ 12.28 教養審答申
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。	5.2 元XJAPANのhide自殺	1.1 欧州単一通貨ユーロ誕生	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)
	3. 「学校における性教育の考 え方、進め方」発行	3.1 CD「だんご三兄弟」発売	4.1 男女雇用機会均等法制定	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 4. 感染症法施行
2000 H12		5.29 喋るベットロボット、ファー ビー発売 6.1 アイボ発売	8.9 国旗・国歌法成立 9.30 東海村で臨界事故	7. 結核緊急事態宣言 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 3. 栄養士法一部改正 管理 栄養士が免許制に
		3.4 プレイステーション2発売	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	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
		5.3 西鉄高速バスハイジャック事件	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 ミレニアムで大騒ぎ	
2001 H13	NPO日本健康教育士養成 機構発足	3.31 ユニバーサルスタジオ ジャパン 6.8 大阪教大附属池田小事件	1. 経済財政諮問会議設置 5.11 ハンセン病国家賠償訴訟 判決	「厚生労働省」に

2002 H14	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	
		9.4 東京ディズニーシー開業		
2003 H15	「学びのすすめ」	全国小中学生学力テスト	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	4. 学校週5日制完全実施	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		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	
2004 H16	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ンビア空中分解	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		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
2005 H17	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）		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
	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	1.12 鳥インフルエンザ 国内でも	1. 学習指導要領の一部改正
	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	5.22 拉致被害者の家族「帰国」	3.30 教科書検定結果発表。「発展」の枠組みで内容復活
2005 H17	3. 食育基本法	6.10 合計特殊出生率1.29と公表	8.9 美浜原発で蒸気噴出5名死亡	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	9.10 「ニート」全国で52万人と推定	9.1- 北オセチア共和国で学校テロ	
	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	11.17 奈良・小1女児誘拐殺人事件	10.15 水俣病、最高裁が国の責任認定	10.23 新潟・中越地震
	2.14 寝屋川市小学校で教師刺殺される	12.26 スマトラ沖大地震	12.26 スマトラ沖大地震	
		2.8 ライブドア騒動	2.8 ライブドア騒動	
		2.16 京都議定書発行	2.16 京都議定書発行	
		4.25 JR塚塚線脱線事故。107人死亡	4.25 JR塚塚線脱線事故。107人死亡	4. 発達障害者支援法施行
		4.25 エイズ患者が計1万人を超過す。	4.25 エイズ患者が計1万人を超過す。	4.1 発達障害のある児童生徒等への支援について（通知）
		6末 アスベストによる健康被害拡大が判明	6末 アスベストによる健康被害拡大が判明	
		7.7 ロンドンで同時爆破テロ。	7.7 ロンドンで同時爆破テロ。	4.5 中学校教科書検定結果発表。脱「ゆとり教育」の方向。
		8.29 ハリケーン「カトリーナ」1,100人を超える死者。	8.29 ハリケーン「カトリーナ」1,100人を超える死者。	

V
資
料
編
1
年表
学校保健や
栄養教諭
の職務に
関する年表

2006 H18	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。	11.22 広島で小1女児殺害される 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 12.22 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 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	12.6 登下校時における幼児 児童生徒の安全確保について 12.22 「犯罪から子どもを守るた めの対策」 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) 6. 自殺対策基本法
2007 H19	12.15 新・教育基本法成立 22 公布施行	3～5月 関東の大学中心には しか流行 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 6.20 学校教育法一部改正
2008 H20	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」	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 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	
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」 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。	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 4. 学校保健安全法施行	新型インフル流行期に 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。 「朝食を毎日食べている」は小6 で88.5%、中3で82.3%	7. マイケル・ジャクソン急死 8.6 酒井法子に逮捕状 8.30 衆議院総選挙「政権交代」	教員免許更新制講習、本格実 施
2010 H22	4.18 もし児童生徒が自殺した ら?の対応マニュアル配布	4. 抽出により全国学力テス ト実施	4. アイランドで火山噴火 4. 宮崎県で口蹄疫 4. メキシコ湾で石油流出 7. 野球賭博で相撲界大揺れ 8. 猛暑で熱中症による死亡 多発	6. 教員養成見直しを中教審 に諮問 7. 学級定員減(35%)を提言

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)

年表 学習指導要領の改訂と保健学習・保健指導に関する研究・文献（日本学校保健学会・日本学校保健会を中心として）

文部省（文部科学省）	教育界	日本学校保健学会・「体育教育」などで	日本学校保健会
1946			46.1.「日本学校衛生会」
47.3 学習指導要領一般編（試案） 社会科・家庭科の新設			
48			
49 中等学校保健計画実施要領 （試案）			
50			
51.7 学習指導要領一般編（改訂 試案）：道徳教育の充実、 日本史を社会科に統合	三層四領域のキャリア ム構想	雑誌「教育」6月に特集	
52			
53			
54		日本学校保健学会結成	日本学校保健会に名称変 更
55 改訂			
3.31 初等中等教育長通達	学校体育研究同志会		
56	ブルームら：教育目標分類		
57			
58 学習指導要領改訂；試案の 表現なくなる。道徳の特設	ブルーナー：教育の過程		
59			
60			
61			
62		小倉学「五領域からなる試案」（教育12月増刊）	
63	仮説実験授業	第10回特別講演 保健に関する認識の発達—児 童生徒の保健の理解を中心に— 学会の小学校保健教育課程案	
64			
65			
66	極地方式	米・フォダーら：保健の授業	
67	SHES; Health Education	森昭三：健康教育学	
68 学習指導要領改訂；歴史で 神話を。算数・数学に集合 を導入	この頃「ものを作る授業」	～この頃から「体育科教育」に保健教育関係が目 につくようになる～	
69			
70	日教組教育制度検討委員会	特集新教育課程と保健教育、体育科教育10月	
71.6.11 中教審答申	この頃 中津川市の実践		
72.12 保体審答申	ブルームら：教育目標分 類学完成	特集保健教育の今日的課題、体育科教育8月	
73		私たちの教育課程研究 保健・体育	学校保健センターの事業
74		小倉「六領域試案」に改変 内海和雄：三部六領域試案 森ら：保健・体育科教育の革新 小倉ら：現代保健科教育法 特集保健科教育批判、学保研7-8 数見隆生ら：教授学研究年報Ⅰ	
教育課程審議会中間まとめ		第22回課題研究 保健科教育研究の現状と課題 特集保健科教育、学保研8-8	
75		戦後学校体育実践史、体育科教育5月増刊	
76.12.18 「教育課程の基準の改善 について」	中央教育課程検討委；教 育課程改革試案	特集 体育科教育6月	
77.7 学習指導要領改訂；ゆとりの 時間・社会奉仕活動・勤 労体験を重視、君が代を国 歌と明記	歴教協の要望書	特集学習指導要領をめぐって、学保研9-8 第24回自由集会、小・中学校改訂学習指導要領 の検討、（学保研20-3） 小倉学；小学校保健教育の計画と実践 藤田和也ら；中学校教科書の研究 黒田芳夫；学習指導要領の改訂、学保研20-4 特集新学習指導要領の検討、体育科教育8月 日本民間教育研究団体連絡会；教育課程叢書 保健・体育 森昭三；私案・保健の学習指導要領試案、体 育科教育12月	
78	「教育課程基準の改善」 の検討（現代教育科学臨 刊）		

79			森：「土ふまズの授業」体育科教育1月 内山源：新学習指導要領・保健教育の批判のあり方、学保研21-4 森：「保健科教育法」教育の理論と実際 第26回シンポ 教科としての保健教育 特集保健科教育、学保研21-12	
80			小倉ら：保健の授業（フォダー、ダリスの訳） ～この頃 学会共同研究 保健教育の実態～最終報告 学保研23-10（1981）	
81			森ら：保健科教育 現代学校保健全集3	保健指導委員会設置（～83）
82			森ら：誰にでもできる保健の指導	
83			第29回シンポ 保健科の教育内容をめぐって 会津：新指導要領と保健教育 特集子どもの「からだ」と「こころ」を育てる、体育科教育6月増刊 ～この頃、学会共同研究 保健教育～最終報告 学保研28-12（1986）	
84			数見隆生：学習指導要領改革への提言、体育科教育3月 森ら：現代保健学習・指導事典 特集保健教育を評価する、学保研27-5	
85	臨時教育審議会：個性重視・教育の自由化の第1次答申	ストップモーション方式	森ら：誰にでもできる保健の指導Ⅱ 藤田和也：保健・健康教育の内容は改善されるか、体育科教育1月	
86	臨教審：「生涯学習体系」の答申		第33回シンポ 学校保健教育の現状と課題―保健の授業と教育課程を考える―	
87	11.27 教育課程審議会「審議のまとめ」		森ら：保健の授業づくり入門 森ら：「授業書」方式による保健の授業 特集現代の健康問題とこれからの保健教育、体育科教育8月	
88	7.26 学習指導要領改善の要点公表	7.9 日教組・教育課程検討委 子どものための教育課程（教育2月増刊） 小・中学習指導要領にこう変わる（授業研究臨増）	特集楽しい保健学習・保健指導、体育科教育8月増刊 臨増保健科教育 体育科教育8月	
89.3	学習指導要領改訂：生活科の新設・選択履修の拡大・習熟度別指導、国歌・国旗掲揚の義務化		特集新学習指導要領とこれからの保健学習・保健指導、体育科教育8月 養護教諭と健康教育、体育科教育12月別冊 第36回シンポ 生涯保健をめざす健康教育	
1990			特集「生涯保健」とこれからの健康教育、体育科教育8月	
91				
92		概念地図法	新しい学校健康教育、体育科教育10月別冊	保健学習調査研究委員会発足
93			エイズと教育、体育科教育2月別冊 「保健」の授業づくり、学校体育9月増刊	保健学習調査研究委：小学校保健の授業の改善をめざして
94	新学力テストの実施（～96）		第41回シンポ 健康教育における養護教諭の役割「健康教育・ヘルスプロモーションの評価」 高橋浩之：健康教育への招待 武田眞太郎ら：保健科教育法 JKYB；NICEⅡ	保健学習調査研究委：中学校保健の授業の改善をめざして
95			第42回シンポ 保健授業の改善の方策を探る	委員会：喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する指導の手引
96.7	第15次中教審答申：「生きる力」		第43回シンポ 学校健康教育のこれまでとこれから	保健学習調査研究委：高等学校保健の授業の改善をめざして 保健学習推進委員会発足

97.6 中教審第2次答申 保体審答申；ヘルスプロモーションの強調	森；健康教育のこれまでとこれから「健康教室」4月から連載 日本学校保健学会共同研究；教育内容体系案 紙上フォーラム「21世紀に向けての学校健康教育の再構築」（スタート） 川畑ら訳；WHOライフスキル教育プログラム 近藤真庸；保健授業づくり実践論 篠原菊紀；新しい健康問題のとりえ方	
98.7 教育職員免許法一部改正； 養護教諭は兼職発令で保健学習を担当できる	第45回ミニシンポ 保健の授業は行動科学の考え方を基本とすべきか ミニシンポ 養護教諭は保健の授業を担当すべきか	
12. 学習指導要領改訂；ゆとり教育・総合的な学習の時間。「生きる力」強調。保健の学習を小3から	第46回シンポ 学校における健康教育の課題と展望 ミニシンポ 授業展開はこうあるべきだ ミニシンポ 保健の授業における「わかる」と「できる」をつなぐ	
99 「解説書」発行	第47回シンポ；ライフスキル教育の全貌—我が国に定着させるために—	推進委；新しい保健学習のモデル
2000	第48回シンポ；これからの教科「保健」を考える—教科再編を視野に入れて— 藤田ら； <u>健康教育大辞典</u>	推進委；3・4年生から始める小学校保健学習のプラン
01		推進委；実践力を育てる中学校保健学習のプラン
		推進委；意志決定・行動選択の力を育てる高等学校保健学習のプラン
		保健室経営委；養護教諭の特質を生かした保健学習・保健指導の基本と実際
02 文科大臣「学びのすすめ」	第49回シンポ；これからの教科「保健」を考える 渡辺正樹；健康教育ナビゲーター	
03 栄養教諭創設	第50回シンポ；健康教育：教科再編への展望	
04.1 学習指導要領一部改訂	第51回シンポ；養護教諭と健康教育	推進委；小学校保健学習の指導と評価
		推進委；中学校保健学習の指導と評価
		推進委；高等学校保健学習の指導と評価
		—「規準」に則して
05	第52回シンポ；これからの食教育のあり方と学校保健のかかわり ランチョンセミナー 保健学習の実態と課題	
06 教育基本法改訂	第53回共同研究報告会；「からだの学習」に関する基礎調査	
07 学校教育法改訂	第54回シンポ；ヘルシースクール・・・	
08 中教審・教育課程部会答申	第55回	
3 学習指導要領改訂		
09.3 高等学校・特別支援学校学習指導要領改訂	第56回（那覇）	推進委；これからの小学校保健学習
		推進委；これからの中学校保健学習
		推進委；これからの高等学校保健学習

参考文献 日本学校保健学会 日本学校保健学会50年史、日本学校保健学会学校保健研究総索引 2003 アンダーラインはモノグラフ（野村和雄）

V
資
料
編
1
年表
の
職務
に
関
する
年表

2 学校保健関連参考ホームページ

- ◆学校保健ポータルサイト
<http://www.gakkohoken.jp/>
- ◆平成22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21年度学校保健統計調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm
- ◆平成21年度体力・運動能力調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa04/tairyoku/1261241.htm
- ◆平成20年度学校給食実施状況調査
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/kyuushoku/kekka/1269112.htm
- ◆平成21年度学校給食栄養報告
http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/eiyou/gaiyou/1296442.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（学校安全web）
<http://naash.go.jp/anzen/Default.aspx>
- ◆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>
- ◆財団法人日本学校保健会公式ホームページ
<http://www.hokenkai.or.jp/>

（最終アクセス：平成22年10月20日）

学校保健ポータルサイトとは……

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、下記のコーナーを設置しています。



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 やグーグルで、「学校保健」と検索または

<http://www.gakkohoken.jp>

索引		数字は頁数
ア	運動器障害 62	学校環境衛生活動 97 98 101
アカントアメーバ角膜炎 42	「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」 59 61	107 学校環境衛生基準 97 98 99 100 101 107
アスペルガー障害 69	エ	学校環境衛生の基準 97
頭虱(あたまじらみ) 51	エイズ 148 151	学校感染症 23 25 50
新しい学習指導要領 6	衛生管理指標菌 105	学校給食衛生管理基準 104
アデノウイルス 26 43	衛生管理対策に関する状況調査 105	学校給食衛生管理責任者 106
アトピー性角結膜炎 44	栄養教育 136 137	学校給食衛生管理の基準 102
アトピー性皮膚炎 35 44 50 53 54 55 57	栄養教諭制度 102 136 173	学校給食における食中毒防止Q & A 79 106
アドレナリン自己注射 55	エピペン 35 58	学校教育法 143
アナフィラキシー 35 53 55 56 57 58	エボラ出血熱 23	学校欠席者サーベイランス 4
アナフィラキシーショック 57	エンテロウイルス 26 43	学校欠席者情報収集システム 158
アレルギー疾患に関する調査研 究報告書 29 34 35 53 55	オ	学校健康診断 34
アレルギー疾患文部科学省関連 資料 186	オセルタミビル 4	学校歯科医生涯研修制度 131 161
アレルギー性結膜炎 35 42 43 53 55 57	オタワ憲章 148	学校歯科健康診断 64
アレルギー性鼻炎 53 55 57	オルソケラトロジー(オルソK) 39 42	学校歯科保健 161
安全教育 139 164	カ	学校事故事例検索データベース 80
イ	[改訂版] 学校環境衛生管理マ ニュアル～「学校環境衛生基 準」の理論と実際 97 101	学校心臓検診 31 32 38
『『生きる力』をはぐくむ学校での 安全教育』 140	外貌・露出部分の醜状障害 75 77	学校生活管理指導表 31 37 38
生きる力をはぐくむ学校での歯と 口の健康づくり 129	学習指導要領 6 12 113 124 137 143 152 173 177	学校生活管理指導表(アレルギー 疾患用) 54 56
いじめ 69 143 151 159 177	学習指導要領解説 113	学校伝染病 50
I型糖尿病 37	学習障害 69	学校と学校歯科医のための「食」 教育支援ガイドー[食育]を どう捉え展開するかー 130
医薬品に関する教育 6 158	覚せい剤 7 120 122 125	学校突然死 38
飲酒 119 120 125	覚せい剤取締法 7 8	学校における食の安全に関する 実態調査報告書 105
咽頭結膜熱(プール熱) 26 43	下肢切断・機能障害 75	学校尿検診 36
インフルエンザA/H1N1 2009 5	学校・地域保健連携推進事業 145	学校のアレルギー疾患に対する 取り組みガイドライン 29 34 35 54 55 56
ウ	「学校安全資料DVD生徒を事 件・事故災害から守るために できることは」 141	学校の運動器疾患・障害に対す る取り組みの手引き 63
うつ病 69	学校安全フリーイラスト集 81	学校閉鎖 3
運動器 59	学校医 27	
運動器検診 61 62		

- 学校保健安全法 6 25 39 43 50
 63 84 94 98 101 162 164 170
 学校保健安全法施行規則 24
 36 84 94
 学校保健委員会 96
 学校保健での音声言語障害の検
 診法 46
 学校保健統計調査 15 29 33
 34 62
 学校保健統計調査報告書 15 19
 学校保健法 25 31 50 62 63 101
 112 177
 学校保健法施行規則 23 25 31
 32 33 38
 学校保健ポータルサイト 157 186
 嚙ミング30(カミングサンマル)
 130
 『嚙ミング30(カミングサンマル)』
 運動 131
 環境衛生活動 116
 環境衛生検査 112
 眼疾患 39
 感染症法 3
 感染症予防法 24 25
 感染性胃腸炎 26
 カンピロバクター 79
- キ**
 気管支ぜん息 35 53 56
 危険等発生時対処要領(危険管
 理マニュアル) 139
 季節性インフルエンザ 2 3 4
 喫煙 119 120 125 132
 喫煙、飲酒、薬物乱用 114
 115 123 125 126 127 128
 喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関
 する指導参考資料 128
 喫煙防止教育 131 132
 休校・休園 4
 急性出血性結膜炎 43
 教育基本法 143 147
 供花料 75 77 82
- 胸腹部臓器障害 75
 拒食症 69
- ク**
 屈折異常 39
 クラミジア 23 151
- ケ**
 ゲイトウエイドラッグ 120
 結核検診 33
 結核対策委員会 33
 結核予防法 33
 健康増進法 84 86 119
 健康相談 144 165
 言語障害 46 47
 言語聴覚士 48 49
 兼職発令 118
- コ**
 抗インフルエンザ薬 4
 構音訓練 48
 構音障害 46 48
 高原性鳥インフルエンザ 23 25
 後天性免疫不全症候群 23
 高等学校学習指導要領解説保健
 体育編 113 115
 広汎性発達障害 69
 心のケア対策推進事業 145
 子どもの健康を守る地域専門家
 総合連携事業 50 145 160
 「子どもの心のケアのために―災
 害や事件・事故発生時を中心
 に―」 146
 子どものメンタルヘルスの理解と
 その対応 70
 コンタクトレンズ 39 42
- サ**
 「災害から命を守るために ～防災
 教育教材(高校生用)～」 141
 災害共済給付オンライン請求シス
 テム 83
- 災害共済給付制度 74 82
 細菌性食中毒 79
 座高 19
 ザナミビル 4
 三種混合ワクチン 95
- シ**
 歯科健康診断 68
 歯牙障害 65 75
 歯科保健活動 64
 歯科保健と食育の在り方検討委
 員会 130
 色覚バリアフリー 39
 子宮頸がん 28
 子宮頸がん予防ワクチン 28
 糸球体腎炎 36
 自殺 72 73 142 159
 自傷行為 71 142
 地震防災対策特別措置法 139
 自尊感情(セルフエスティーム)
 148
 児童虐待 143 145 146
 児童生徒等の健康診断及び就学
 時の健康診断 39
 児童生徒の健康状態サーベイラ
 ンス事業 156
 児童生徒の健康診断マニュアル
 41
 歯肉炎(歯周病) 65 131
 紫斑病性腎炎 36
 自閉性障害(自閉症) 69
 死亡見舞金 75 77 82
 弱視 39 40
 斜視 39 40
 就学時健康診断 40 41
 就学時の健康診断マニュアル 41
 重症急性呼吸器症候群(SARS)
 S) 23
 障害見舞金 75 76 77
 小学校学習指導要領解説体育編
 113
 症候群サーベイランス 4

- 上肢切断・機能障害 75 77
 小児ネフローゼ症候群 36
 食育 130 133 137 173 174 176
 食育基本法 102 129 133 137
 176
 食育推進計画 129
 食中毒 89 102 104 106 177
 食と咀嚼しやくに対する実態等の
 調査委員会 130
 食物アレルギー 35 53 54 55 56
 57 58 79 174
 食物依存性運動誘発性アナフィ
 ラキシー 54
 咀嚼しやく障害 75
 視力・眼球運動障害 75 77
 視力検査 39
 新型インフルエンザ 1 2 3
 4 5 24 26 157
 新興感染症 23
 心臓系突然死 32
 心臓検診調査票 31
 心臓病管理指導表 31
 腎臓病管理指導表 31
 身長 15 19
 心電図検査 31
 新薬物乱用防止五か年戦略 9
 水痘 26
 スクールカウンセラー 72
 スポーツ外傷 61
 スポーツ障害 61
 セ
 生活習慣病 114 115 116 125
 159 160
 性感感染症 23 148 149 150 151
 性教育 149 156 160 177
 精神・神経障害 75 77
 性に関する教育 147 148 149 150
 151 152 154
 性に関する問題 71
 性の問題行動 69 143
 セーフティプロモーション 142
 せき柱障害 75
 摂食障害 145 159
 セルフメディケーション 6
 尖圭コンジローマ 28
 全国学校欠席者症状別状況マッ
 プ 158
 全身打撲 75
 ぜん息 33 34 55 70
 先天性腎疾患 36
 ソ
 躁うつ病(双極性障害) 69
 総発育量 16 18 19
 側弯症 61
 タ
 体育的部活動のけが防止プログ
 ラム 78
 第三次薬物乱用防止五か年戦略
 9 120
 体重 17 19 30
 大麻 8 11 115 120 121 122 123
 125
 大麻取締法 8 9
 体力・運動能力調査 22 59
 体力・運動能力調査報告書 19
 多剤耐性結核菌 23
 たばこに関する世界保健機関枠
 組条約 119
 チ
 地域に根ざした食育コンクール
 135
 知的障害 69
 注意欠陥／多動性障害 70
 中学校学習指導要領解説保健体
 育編 113 114
 腸管出血性大腸菌O157 102
 調理技術&衛生管理マニュアル
 104
 聴力障害 75
 ツ
 ツベルクリン検査 33
 テ
 手足口病 26 51
 溺死 75
 手指切断・機能障害 75 77
 伝染性軟属腫 51
 伝染性膿痂疹 51
 ト
 統合失調症 69
 糖尿病管理指導表 31
 頭部外傷 75
 特定健康診査受診結果通知表
 88
 毒物及び劇物取締法 8
 独立行政法人日本スポーツ振興
 センター事事故例・統計情報
 (学区安全web) 186
 突然死 75
 鳥インフルエンザ 23
 トリコフィトン トンズランス 51
 ナ
 内臓損傷 75
 ニ
 II型糖尿病 37
 二次性徴 149
 尿潜血 36
 尿蛋白 36
 尿糖 36
 ネ
 熱中症 75
 ノ
 望まない妊娠 148 151
 ノロウイルス 26 79

ハ	へき地学校の児童生徒に対する 通院費の支給 82	ラ	
歯・口の健康と食べる機能Ⅱ	ヘルスプロモーション 68 116	ラッサ熱 23	
一食することから健康な生活 を考える― 129	148 170	リ	
パーセントイル値 15	ヘルパンギーナ 26	流行性角結膜炎 43	
8020 (ハチマルニイマル) 運動	ホ	流行性耳下腺炎 26	
131	保育園欠席者サーベイランス 4		
発育量 15 16 17	保健室登校 71 72 145	レ	
発達曲線 20 21	保健室利用状況に関する調査報 告書 70 144	レジオネラ症 23	
発達障害 46 71	マ	ロ	
早寝早起き朝ごはん 174	マウスガード 67	労働安全衛生法 84	
「早寝、早起き、朝ごはん」 134	マウスピース 67	ロタウイルス 26	
バンコク憲章 148	麻しん 26 27	ワ	
パンデミックフェーズ 1 26	麻薬 122	ワクチン 5	
ヒ	メ	ワクチン接種 27	
ピア・エデュケーション 23	メタボリックシンドローム 86	B	
ピアプレッシャー 149	88 133	BCG接種 33	
ヒスタミン食中毒 79	メディアリテラシーと子どもの健 康調査 156	C	
ヒトパピローマウイルス 23	メンタルヘルス 69 70 71 72 73	CO (要観察菌) 65	
肥満度 29	143 144 160	H	
百日咳 95	ヤ	H5N1インフルエンザ 26	
病原性大腸菌 79	薬物依存症 122	HIV感染 148	
フ	薬物乱用 115 120 121 123 124	HPV感染 28	
風しん 26	143 159 160	M	
不登校 69 71 72 143 144 159 177	薬物乱用防止教育 7 12 13	MDMA (エクスタシー) 7 8	
フラッシュバック現象 8	121 125 164	9 121 122 123 125	
ふるいわけ診査 (スクリーニング 健康診断) 68	薬物乱用防止教室 121 122	MLインフルエンザ流行前線情 報データベース 3	
へ	123 124 125 127 128	MRSA 23	
平成20年度学校給食実施状況 調査 186	薬物乱用防止五か年戦略 9 120	MRワクチン 27	
平成21年度学校給食栄養報告 186	やせ願望 30	W	
平成21年度学校保健統計調査 186	ヨ	WHO (世界保健機構) 1 4	
平成21年度体力・運動能力調査 186	養護教諭のための児童虐待対応 の手引き 145	5 6 23 26 33 119 120	
平成22年度学校基本調査 186	腰痛症 61		
	予防接種 23 160		

執筆者一覧 〈50音順〉

(敬称略)

朝	田	芳	信	鶴見大学歯学部小児歯科学 教授
石	川	広	己	社団法人日本医師会 常任理事
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
宇	津	見	義	社団法人日本眼科医会 常任理事
衛	藤		隆	東京大学 名誉教授 日本子ども家庭総合研究所 副所長
大	澤	清	二	大妻女子大学人間生活文化研究所 所長 教授
大	島	清	史	社団法人日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会 副委員長
岡	部	信	彦	国立感染症研究所感染症情報センター センター長
小	川	善	雄	日本学校薬剤師会 副会長
尾	崎	哲	則	日本大学歯学部医療人間科学教室 教授
勝	野	眞	吾	岐阜薬科大学 学長
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
国	吉	恵	一	全国学校保健主事会 理事長
近	藤	太	郎	近藤医院 院長
坂	本	元	子	和洋女子大学 学長
十	一	元	三	京都大学大学院医学研究科 教授
瀧	澤	利	行	茨城大学教育学部 教授
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
戸	田	芳	雄	東京女子体育大学 教授
内	藤	昭	三	財団法人日本学校保健会 顧問
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 名誉教授
日	野	治	子	公立学校共済組合関東中央病院皮膚科 部長
堀	田	美	枝	全国養護教諭連絡協議会 会長
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 前専務理事
三	木	四	郎	神戸親和女子大学発達教育学部児童教育学科 教授
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
独立行政法人日本スポーツ振興センター学校安全部				
日本学校薬剤師会				

平成22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

赤	坂	守	人	社団法人日本学校歯科医会 常務理事
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
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
弓	倉		整	社団法人東京都医師会 理事

平成22年度版 **学校保健の動向**

2010年11月30日 初版発行

発行所 **財団法人日本学校保健会出版部**
〒105-0001
東京都港区虎ノ門2丁目3番17号 虎ノ門2丁目タワー6階
電話(03)3501-0968
<http://www.hokenkai.or.jp/>

発売所 **丸善株式会社出版事業部**
〒140-0002
東京都品川区東品川4-13-14 グラスキューブ品川
電話(03)6367-6038
<http://pub.maruzen.co.jp/>

印刷・製本／株式会社 第一印刷所

ISBN978-4-903076-02-7 C3037



9784903076027



1923037034000

ISBN978-4-903076-02-7

C3037 ¥3400E

定価（本体 3,400 円＋税）

発行（財）日本学校保健会

発売 丸善

学校保健の動向

平成 22 年度版